

第4章 予防給付ケアマネジメントの具体的進め方

第4章の要点

- ・ 予防給付ケアマネジメントの具体的内容について理解する
- ・ 予防給付ケアマネジメント各過程の留意点について理解する

第1節 予防給付ケアマネジメントのプロセス

居宅介護支援事業所の介護支援専門員による予防給付ケアマネジメントは、介護予防支援業務の委託契約を地域包括支援センターと締結した後、①アセスメント、②介護予防サービス計画原案の作成、③サービス担当者会議の開催、④介護予防サービス計画の交付、⑤サービスの調整・提供、⑥モニタリング、⑦評価のプロセスで行われます。地域包括支援センターとの役割分担（p26～p28）を理解したうえで、相互に連携しながら予防給付ケアマネジメントを行う必要があります。

第2節 アセスメント

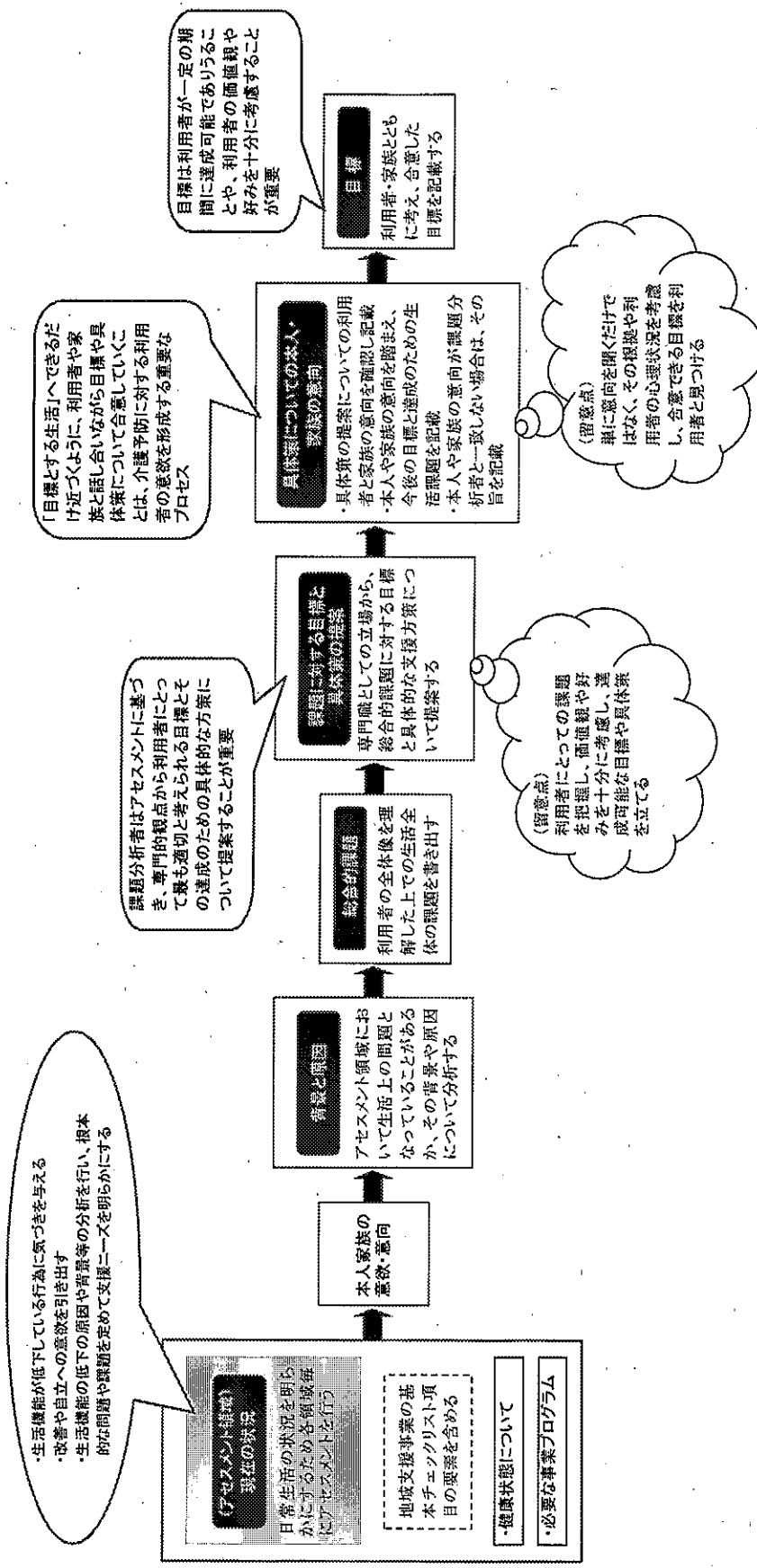
利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談や認定調査結果、主治医意見書等の情報によって利用者の状況を把握し、生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い、生活機能の維持・改善に向けた支援ニーズを明らかにします。

[使用・記入する様式]

- ・ 基本チェックリスト
- ・ 基本情報
- ・ 介護予防サービス・支援計画表（A表）
- ・ 介護予防サービス・支援計画表（B表）
- ・ 介護予防支援経過記録（E表）

◎介護予防につながる適切な支援を行うためには、利用者の状態を的確に判断して、本人の意欲や主体性を高める介護予防ケアプランを作成する必要があり、その為には的確なアセスメントがなされることが重要です。

アセスメントの入力口から目標を立てるまでの流れ



1 アセスメントにおける留意点

予防給付ケアマネジメントでのアセスメントにおいては、特に以下の3点に留意し行います。

(1)利用者との協働作業です

アセスメントは利用者と計画作成者との協働作業です。面談では、一方的にあるいは漫然と質問するのではなく、その目的について利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりして、利用者の状況を十分に把握した上で、課題や目標を設定していくことが必要です。

アセスメントは、面接での話し合いを通じて、介護予防の考え方を利用者や家族に理解してもらったり、生活機能が低下している行為に気づいてもらったり、改善や自立へ向けた意欲を引き出したりすることができる貴重な機会でもあります。

具体的には以下のようなコミュニケーションに心がけてください。

- ①できていないことばかりに目を向けず、自分でできること、できそうなことを利用者と共に探す。
- ②目指す生活が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今まで行ってきたことから一緒に考える。
- ③家族や友人、仲間との人間関係の中で動悸づけが促されたり、取り組みが継続されることを活用する。

(2)あきらめや自信の喪失はどこからきているか考えましょう

高齢者は往々にして加齢による持病の悪化や体力の低下、気力の衰え等が見られます。その結果として、活動範囲が小さくなったり、社会との交流の機会が減ったりすることが、あきらめや自信の喪失等につながっていることがあります。

このような場合、生活機能が改善する可能性を示すことによって、利用者の意欲を引き出すことができます。

(3)「目標とする生活」のイメージを固めましょう

計画作成者は、利用者や家族が今後どのような生活を希望しているのかについて話し合い、「目標とする生活」のイメージを固めるのに必要な情報を引き出します。その人らしい生活とはなにかという個別性を重視するとともに、楽しめるもの、生活に関わるものを具体的に盛り込むように努めます。計画作成者はアセスメントの過程において、かつて利用者が楽しみや生きがいにしてきたことなどについて情報を収集し、予防給付サービスなどの利用によって活動性が向上し、積極的な生活を送れるようになるということをイメージできるように働きかけていきましょう。

初回の訪問で最も重要なことは、面接の過程の中で、利用者について全体的な把握をし、利用者や家族との信頼関係を早期に構築することです。十分なアセスメントを行わず、利用者の希望のみを優先してサービスの利用計画を立てるようなことは、利用者の自立支援とはならず適切なケアマネジメントとは言えません。

基本チェックリスト

No.	項目	0. はい	1. いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 m 体重 kg (BMI=)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

(※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

例

利用者基本情報 (表面)

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳
住 所		Tel ()	Fax ()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、その他 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()		
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人(女性) □=本人(男性) ○=女性、◇=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
住 所 連絡先	続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
			家族関係等の状況

利用者基本情報（裏面）

例

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 （主治医・意見作成者に☆）		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名

印

A表

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
----------	---------	-----------	--------

介護予防サービス・支援計画表(1/3)

利用者名 _____ 様

認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____

委託の場合：
担当地域包括支援センター

計画作成事業者
事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

目標とする生活	1日、1週間、または1月	
	1年	
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)		

【地域包括支援センター記入欄】

担当地域包括支援センター	名称	確認印
	意見	

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 印

A案

No.

利用者名

認定年月日

計画作成者氏名

計画作成事業者

事業所名及び所在地(通称先)

計画作成(変更)日

年 月 日

利用者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望まれる
 (例) 毎朝、玄関前で新聞を取りに行く など

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思・意欲を尊重して、望む日常生活のイメージを具体的にします。

生きがいや楽しみをもとにした、今後の生活で達成したい目標。達成可能な具体的な目標。
 (例) 孫の結婚式に出席する
 近所の商店街まで1人で買い物に行くことができるようになる。

「目標とする生活」「目標」について、利用者や家族、支援チームが生活不活発発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点など

委託した場合にプランが適正に作成されているかを確認するために地域包括支援センターが記入

目標とする生活	1日、1週間、または1月 1年
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)	
【地域包括支援センター記入欄】	
名称	
担当地域包括支援センター	専覧

印

出典:「平成24年度東京都地域包括支援センター初任者研修介護予防ケアマネジメント事業」

B表

No.

介護予防サービス・支援計画表(2/3)

利用者名

様

【健康状態について 主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

計画作成(変更)日

年 月 日

【必要な事業プログラム】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具休策の提案	具休策についての本人・家族の意向
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
その他の事項について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

予防プラン書式 (国作成版)

介護予防サービス・支援計画書

NO. _____

利用者名 _____ 性別 _____ 誕生年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 要介護の発症期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 介護計画書作成者氏名 _____ 介護計画書作成者職名 _____ 介護計画書作成者所属 _____ 介護計画書作成者職階 _____

計画作成(実施)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(印刷日) _____ 年 _____ 月 _____ 日(印刷日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

目標とする生涯 _____

1日		1年		5年計画		実施	実施所	サービス 種別	期間
実施に関する 日付と実施者の 氏名	実施内容	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点
アセスメント領域と 実施の状況	本人・要介護者 氏名・要介護 種別	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点
アセスメント領域と 実施の状況	本人・要介護者 氏名・要介護 種別	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点
アセスメント領域と 実施の状況	本人・要介護者 氏名・要介護 種別	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点	実施に際しての 留意点

専門家の提案した目標と具体策の提案に対する利用者の意向・意欲等の反応を見る段階

ケアプラン

左から右へ

出典：「地域包括支援センター業務マニュアル平成23年6月 一般財団法人長寿社会開発センター」

日 期
No.

介護予防サービス支援計画表(2/3)

利用者名

様

計画作成(変更)日

年 月 日

【健康状態について、主治医意見書、生活機能評価等を含めた留意点】

主治医意見書や主治医連絡などからプラン作成の上で留意すべき事項を記載する。
※主治医意見書の疾患をそのまま転記ではない

【必要な事業プログラム】

運動の 継続向上	0/5	事業改善	0/2	認知機能 の向上	0/3	傾き 予防	0/2	物忘れ 予防	0/3	うつ 予防	0/5
-------------	-----	------	-----	-------------	-----	----------	-----	-----------	-----	----------	-----

総合的課題	課題に対する目標と 具体策の提案	具体策についての 本人・家族の意向
-------	---------------------	----------------------

運動・移動について

意欲・意向

有 無

アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。
利用者・家族からの情報のみではなく、プラン作成者が観察した状況についても記載する。
複数の領域で重複する内容は、一領域に記載

領域ごとに生活上の課題となっていること
の背景・原因を記入。
現在及び将来的に起きる課題を予測し記載。
病名のみ
の記載が多い。

各領域の課題を総合的に判断し、統合して記述する。
優先順位の高い順にあげておく。
意向・目標・具体策は書かない。

専門的観点から、総合的課題に対応する目標と具体策を記入。
目標は評価可能な具体的に。
具体策は様々な角度から考える。
具体策については、生活機能の低下を予防するためのセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなども活用する。

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名		様		計画作成者氏名	
年月日	対応方法	内容	年月日	対応方法	内容

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。
※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（本人・家族を含む）の所属（職種）及び氏名、検討した内容等を記入する。
なお、サービス担当者会議の要点については、別紙「サービス担当者会議の要点」等に記載して差し支えない。
※3 対応方法欄には、支援経過の記載内容を把握した手段・方法を記載する（電話、訪問、サービス担当者会議等）。

第3節 介護予防サービス計画原案の作成

アセスメントにおいて明らかにした課題や支援ニーズに対して、利用者が主体的に取り組むことができる目標を設定し、具体的な支援計画をたてます。

〔記入する様式〕

- ・介護予防サービス・支援計画表 (A表)
- ・介護予防サービス・支援計画表 (B表)
- ・介護予防サービス・支援計画表 (C表)
- ・介護予防サービス・支援計画表 (D表)
- ・介護予防支援経過記録 (E表)

1. 介護予防サービス計画案作成における留意点

(1) 主体的な取り組みを引き出しましょう

アセスメントにおいて把握した利用者の課題や目標とする生活を踏まえ、利用者ができることを最大限に引き出すことを基本として、目標や支援内容を具体的に定めましょう。利用者や家族との適切なコミュニケーションを通じて、利用者が主体的に取り組むことができるように、合意のプロセスを丁寧に進めることが重要です。

(2) インフォーマルサポートを活用しましょう

介護予防サービス計画作成においては、利用者自身が取り組む行動や導入すべきサービスを計画するだけでなく、同居家族の協力や、近隣住民の見守りや支えなどのインフォーマルサポートを積極的に活用することも重要です。インフォーマルな支援は、利用者の心の支えと安心感につながり、より利用者の意欲を高めます。ただし、支援者がその役割を負担に感じると、利用者との関係を保てなくなったりするため、計画に盛り込むときには、負担のない範囲で協力してもらう等の配慮をしましょう。

また、介護予防サービス計画を作成する際には利用者の状態のみでなく、要支援状態にいたる直接的及び間接的な原因にも着目して目標を設定することも大切です。



(ワンポイントアドバイス)

- ★ 利用者ができないことを補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があります。利用者本人が「できること」を利用者とともに発見し、それを向上させ、利用者の主体的な活動や地域社会への参加を高めることを目指した支援を行うことが必要です。
- ★ 地域包括支援センターでは、個々人に合ったサービスが提供できるよう、日ごるから地域のインフォーマルなサポート等に関する情報の収集やリストづくりなどに取り組んでいます。このような情報を活用するとともに、地域による支援体制が十分でない場合は、支援をどのように広めていくのか、地域包括支援センターと協力して区市町村等の関係機関に働きかけることも必要です。
- ★ ケアマネジャーは日頃から地域のニーズを把握し、必要なサービスやサポートの足りない部分について、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員や地域包括支援センターと協働して開発をする視点を持つことも必要です。

2 介護予防サービス計画原案の作成方法

(1)目標の設定

計画作成者が各領域のアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について検討して提案し、利用者や家族と話し合いながら合意していく過程は、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要な行為です。

達成可能な目標

「目標とする生活」にできるだけ近づくように、それぞれの総合的課題について目標を設定します。目標における改善の程度は、必要に応じて専門職の意見を聴取しましょう。また、目標は利用者が一定の期間に達成可能であることが大切です。そのためには利用者の価値観や好みを十分に考慮することが求められます。達成できない目標を設定することは、評価時点で利用者の自信喪失や、プライドを傷つけることにもなりかねません。特に介護予防を開始した時は、達成が可能だと考えられる目標を設定して、達成感や自信を強化することも有効と考えられます。

本人のできることを探しましょう

予防給付ケアマネジメントでは、利用者が「またそのことができるようになりたい」と、これからの生活について主体的に考えることができ、「目標とする生活」について具体的なイメージを抱いてもらうことが重要です。

このためには、「できること」を利用者や家族と一緒に探し、利用者には「生活機能が向上すると、どのような生活が送れるのか」といった具体的なイメージを持ってもらい、利用者と一緒に具体的な目標を立てることが重要です。

目標を共有化しましょう

この目標を共有化するため、利用者を中心としたサービス担当者会議等を通じて、主治医を

はじめとするすべてのサービス担当者が、積極的に予防給付ケアマネジメントに参画する必要があります。また、すべてのサービス担当者が、目標を共有した上で、その達成に向けて各サービス提供事業所レベルでの具体的な実施目標を検討します。

利用者の意欲を引き出しましょう

「本人の意思」を尊重するからといって、単にやりたくないという理由だけでサービスを組み込まなかったり、欲しいと言っているサービスのみを提供したりすることは、適切な予防給付ケアマネジメントとは言えません。また、サービスの効果が上がらない理由を単に利用者の意欲が不足しているということのみに帰することも不適切です。利用者の意欲を引き出すことも計画作成者の重要な役割です。

(2)支援計画に盛り込む内容

○ 利用者本人の取組み

生活機能の低下を予防するための目標に向けて、利用者自らの役割や利用者自身にできる生活行為や行動を記入します。利用者本人ができることは本人が行うようにしたり、できるようになりたいことに向けて努力したりすることは、介護予防の取り組みの第一歩です。

○ 家族や地域の支援、民間サービス等（インフォーマルサポート）

利用者の生活を包括的に支援し、利用者の意欲を向上させるためには、家族や友人、近隣の住民のサポート等様々な社会資源を活用していく必要があります。

家族の支援や地域住民のつながり、室内環境の改善や、高齢者にとって使いやすい家庭用品の工夫なども必要に応じて改善策として盛り込みます。

○ 介護保険サービス、地域支援事業、区市町村のサービス

生活機能低下を予防するために利用する予防給付のサービスや区市町村の実施する地域支援事業、その他のサービスを記入します。