



**介護予防・日常生活支援サービス事業実施に向けた  
介護予防ケアマネジメントに関する説明会**

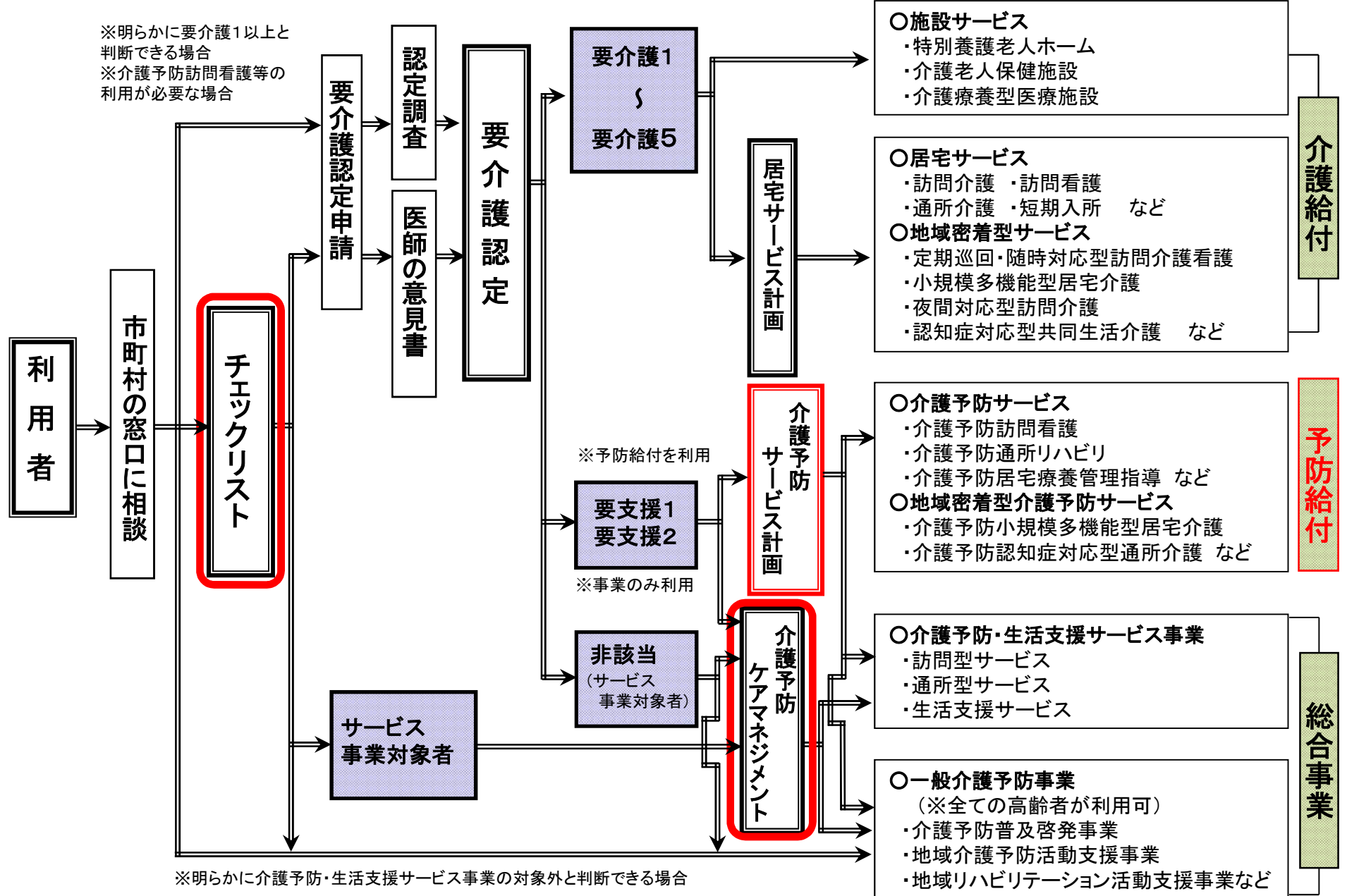
**保健福祉局福祉部  
いきいき長寿推進課 介護保険課  
平成29年1月30日（月）**

- 1. 基本チェックリストと要支援認定申請**
- 2. 高齢者生活支援体制整備事業**
- 3. 一般介護予防事業**
- 4. 介護予防ケアマネジメント**

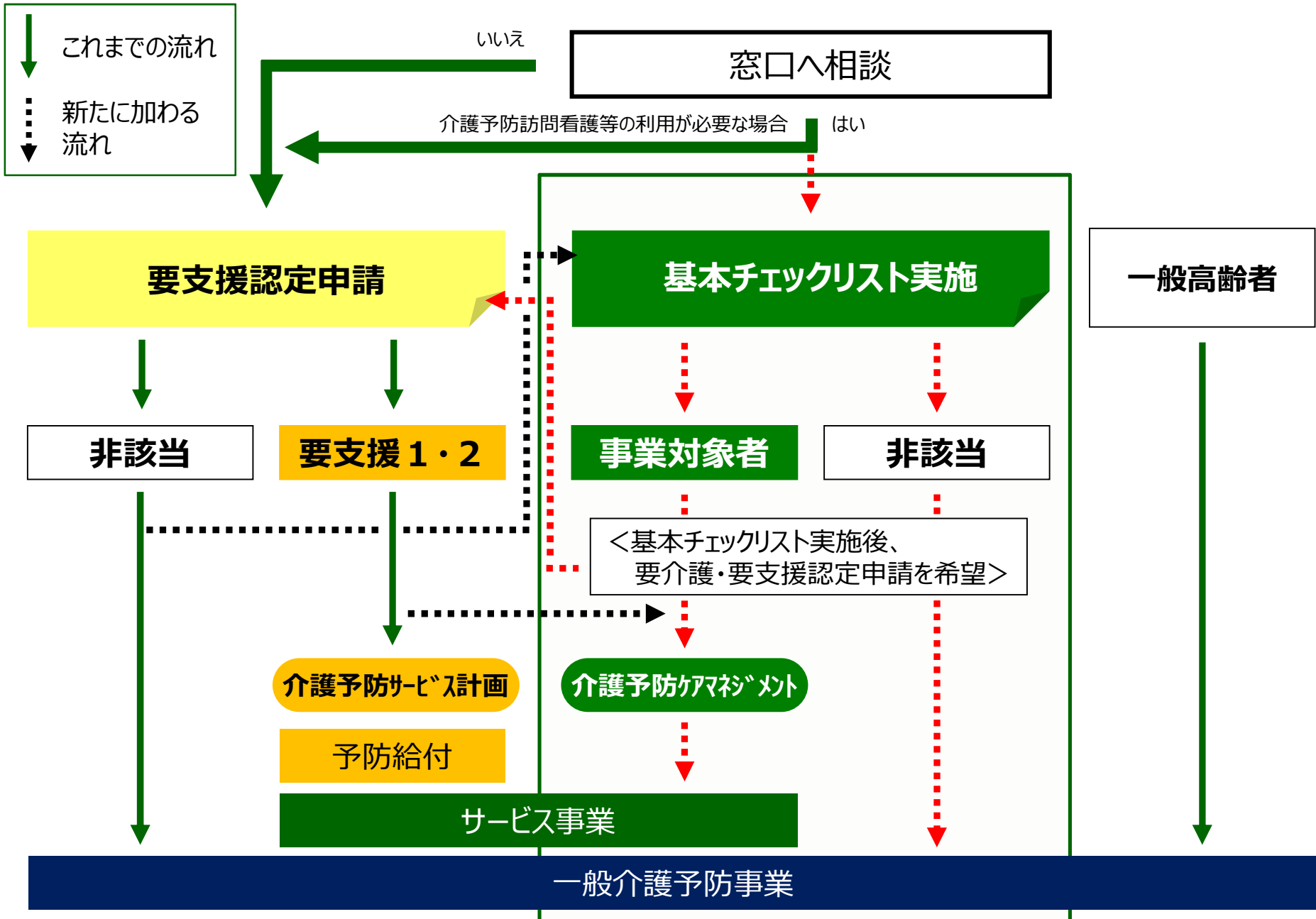
# 基本チェックリストと 要支援認定申請

# 基本チェックリストによる 介護予防・生活支援サービス事業の利用

# 介護サービス利用の手続き



# 対象者・サービス利用までの流れ



## 基本チェックリストの質問項目及び該当基準

基本チェックリスト						
No	質問項目	回答 (いずれかに○)				事業対象者に該当する基準
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	0	いいえ	1	①複数の項目に支障 10/20項目以上に該当
2	日用品の買い物をしていますか	はい	0	いいえ	1	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	0	いいえ	1	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	0	いいえ	1	
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	0	いいえ	1	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	0	いいえ	1	②運動機能の低下 3/5項目以上に該当
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	はい	0	いいえ	1	
8	15分位続けて歩いていますか	はい	0	いいえ	1	
9	この1年間に転んだことはありますか	はい	1	いいえ	0	
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	1	いいえ	0	
11	6ヶ月で2～3kg以上の体重の減少がありましたか	はい	1	いいえ	0	③低栄養の疑い 2/2項目に該当
12	身長 cm 体重 kg (体重÷身長÷身長 BMI= )	18.5以上		18.5未満		④口腔機能の低下 2/3項目以上に該当
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	1	いいえ	0	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	1	いいえ	0	
15	口の渇きが気になりますか	はい	1	いいえ	0	
16	週に1回以上は外出していますか	はい	0	いいえ	1	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	1	いいえ	0	⑤閉じこもり No.16に該当
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	はい	1	いいえ	0	⑥認知機能の低下 1/3項目以上に該当
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	はい	0	いいえ	1	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	1	いいえ	0	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい	1	いいえ	0	⑦うつ状態の疑い 2/5項目以上に該当
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	はい	1	いいえ	0	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	はい	1	いいえ	0	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい	1	いいえ	0	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	はい	1	いいえ	0	

## 要支援認定と基本チェックリストの比較

	要支援認定	基本チェックリスト
フロー	<p>①申請</p> <p>②認定調査</p> <p>②医師の意見書</p> <p>③一次判定</p> <p>④審査・判定（二次判定）</p> <p>⑤認定結果</p>	<p>①実施</p> <p>②事業対象者判定</p>
メリット	主治医の意見書等の客観的、専門的なデータにより利用者の状態像の把握ができる。	即日に対象者判定が可能であり、 <b>迅速な支援</b> につながる。
デメリット	判定までに一定の期間を要する。	利用者の主観に基づく判定であり、 <b>客観的データ</b> が介在しない。



## 対象者区分による利用できるサービスの違い

基準等		対象者	要支援 1・2	事業対象者
<b>基準</b>			認定申請で ・要支援 1 ・要支援 2 と判定された方	65歳以上で 基本チェックリスト に該当し、介護 予防ケアマネジメ ントの依頼を行っ た方
<b>利用できるサービス</b>	予防給付	介護予防サービス (福祉用具・訪問看護等)	○	×
		地域密着型介護予防サービス	○	×
	総合事業	<u>介護予防・生活支援サービス事業</u>	○	○
		<u>一般介護予防事業</u>	○	○

# 相談受付時のさいたま市の取扱い

# 要支援認定と基本チェックリストの振り分け

相談受付（シニアサポートセンター（地域包括支援センター）・区役所高齢介護課）

支援を受けたい

運動教室や体操へ参加したい

認定申請を希望する

基本チェックリストを希望する

介護相談受付票

施設・医療系サービスの利用が必要である

健康状態に注意を要する状態であり、医療データ等が必要である

左の項目には当てはまらないが、何らかの支援を希望する

要介護・要支援認定申請

基本チェックリスト

要介護1～5

要支援1・2

非該当

事業対象者

非該当

元気な高齢者

介護給付

予防給付のみ

予防給付

介護予防・生活支援サービス事業

一般介護予防事業

## 介護相談受付票

基本チェックリストを希望する場合、本来認定申請が望ましい「明らかに要介護認定が必要な場合」や注意を要する健康状態がないかを確認するため実施します。

質問項目 1 どのようなことにお困りですか。			認定申請を案内
①杖や歩行器を使用しても一人で歩くことができない。	はい	いいえ	1 / 5 項目 以上に該当
②もの忘れがあり、家事や料理の手順がわからなくなることがある。	はい	いいえ	
③服薬や病気の管理のため、訪問看護サービスが必要である。	はい	いいえ	
④自宅内での移動ができない。または、一人で入浴ができない。	はい	いいえ	
⑤家庭内で暴力を受けている。または、家族と問題を抱えている。	はい	いいえ	
⑥その他、お困りのことがありましたら自由に記入してください。			
質問項目 2 どのような取り組みに興味がありますか。			
①足腰を強くして活動の幅を広げる。	はい	いいえ	
②健康的な食生活を送る。	はい	いいえ	
③うまく物をかんだり飲んだりできるようにする。	はい	いいえ	
④気の合う仲間をつくる。趣味や楽しみをつくる。	はい	いいえ	
⑤認知症予防のために脳機能を高める。	はい	いいえ	
質問項目 3 日常生活に支障をきたしている大きな病気はありますか。			認定申請を案内
①重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）がある。	はい	いいえ	1 / 6 項目 以上に該当
②この1年以内に脳卒中（脳出血・脳梗塞・くも膜下出血）を起こした。	はい	いいえ	
③この1年間で心電図に異常があるといわれた。または、心臓発作を起こした。	はい	いいえ	
④糖尿病で目が見えにくくなっている、腎機能が低下、低血糖発作がある。	はい	いいえ	
⑤呼吸器疾患があり、家事や買い物などでひどく息切れを感じる。	はい	いいえ	
⑥骨粗しょう症や関節症などにより医師から日常生活を制限されている。	はい	いいえ	

# 新規相談の流れ

↓ はい    ↓ いいえ

【区高齢介護課・地域包括支援センター】

<65歳以上・窓口来所ですか>

相談

※第2号被保険者は認定申請

<認定申請を希望>

介護相談受付票の記入  
<介護相談受付票の質問項目1 又は質問項目3 のいずれかに該当>

【区高齢介護課・地域包括支援センター】

基本チェックリスト実施

【区高齢介護課】

要介護・要支援認定申請

# 要支援認定の更新申請の流れ

↓ はい   ↓ いいえ

<65歳以上ですか>

<次のいずれかに該当しますか>

- ① 介護予防訪問介護、介護予防通所介護以外のサービスの利用がある、または利用予定がある。
- ② 利用サービスの合計単位数が事業対象者の区分支給限度額（5,003単位）を超える。

相談

<認定申請を希望>

介護相談受付票の記入

<介護相談受付票の質問項目 1 又は質問項目 3 のいずれかに該当>

訪問での実施も可能

【区高齢介護課・地域包括支援センター】  
基本チェックリスト実施

【区高齢介護課】  
要介護・要支援認定申請

# 介護保険被保険者証

(一)		(二)		(三)	
介護保険被保険者証		要介護状態区分等		事業対象者	
番号		認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)		開始年月日	終了年月日
住所		認定の有効期間	～	開始年月日	終了年月日
		居宅サービス等	区分支給限度基準額	開始年月日	終了年月日
フリガナ		(付)補給支給限度基準額		認定介護予防事業 若しくは介護予 防事業実施者及び 事業所の名称 は地域包括支援 センターの名称	
氏名		認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定		届出年月日	
				届出年月日	
生年月日	性別			届出年月日	
交付年月日				介護予防 施設等	入所等年月日 平成 年 月 日
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	111005 さいたま市浦和区常盤6丁目4番4号 さいたま市				名称
	印				通所等年月日 平成 年 月 日

※基本チェックリスト実施により「事業対象者」となった方の有効期間はありませぬ

# 認定有効期間の変更

平成29年3月末まで

平成29年4月1日から

申請区分等		原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6ヶ月	3ヶ月～ 12ヶ月	6ヶ月	3ヶ月～ 12ヶ月
区分変更申請		6ヶ月	3ヶ月～ 12ヶ月	6ヶ月	3ヶ月～ 12ヶ月
更新申請	<b>前回要支援</b> → <b>今回要支援</b>	12ヶ月	3ヶ月～ 12ヶ月	12ヶ月	3ヶ月～ <b>24ヶ月</b>
	<b>前回要支援</b> → <b>今回要介護</b>	6ヶ月	3ヶ月～ 12ヶ月	<b>12ヶ月</b>	3ヶ月～ <b>24ヶ月</b>
	<b>前回要介護</b> → <b>今回要支援</b>	6ヶ月	3ヶ月～ 12ヶ月	<b>12ヶ月</b>	3ヶ月～ <b>24ヶ月</b>
	前回要介護 →今回要介護	12ヶ月	3ヶ月～ 24ヶ月	12ヶ月	3ヶ月～ 24ヶ月



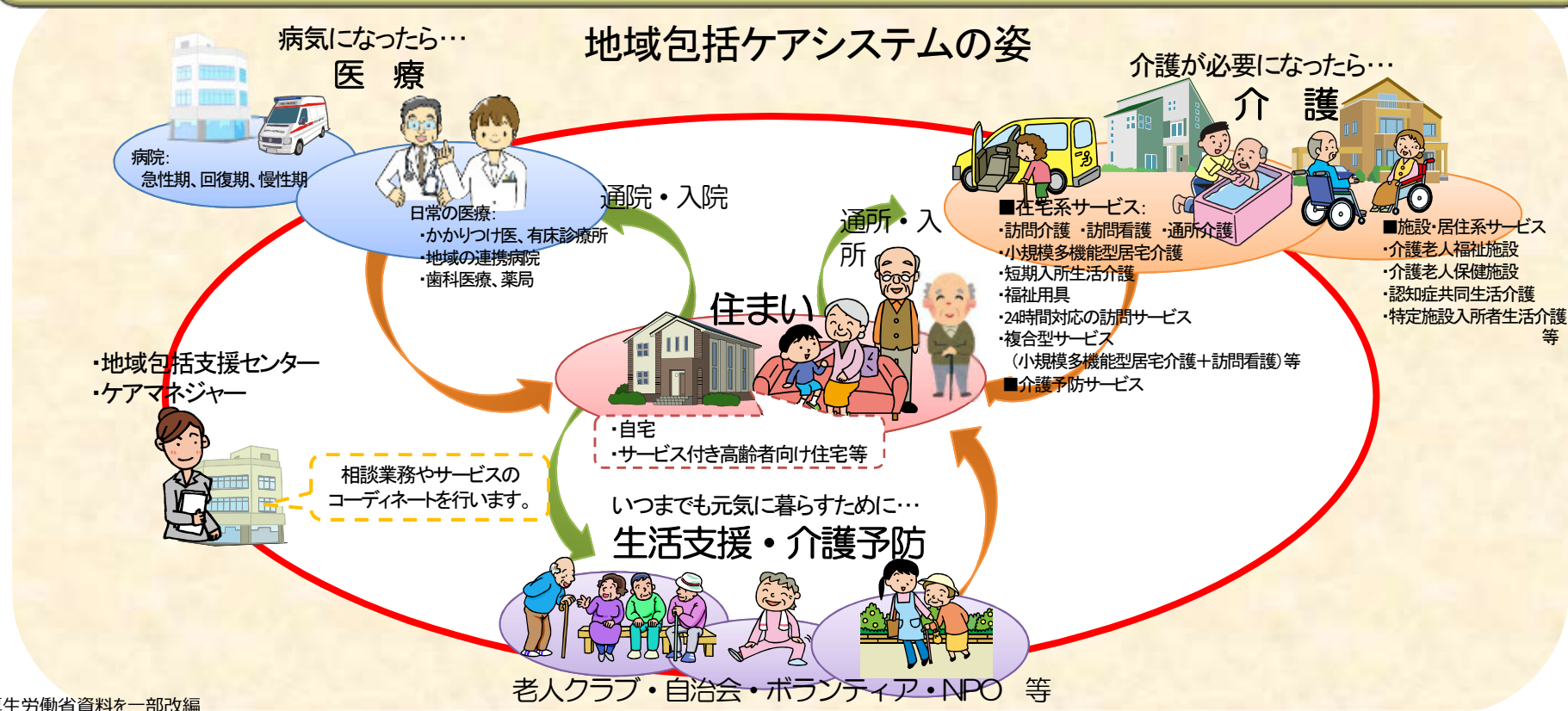
# 高齢者生活支援体制整備事業

平成28年10月から  
市全域で開始！



# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても**住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)**の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



高齢者の社会参加を促進し、要支援・要介護に至らない  
元気な高齢者を増やすとともに、地域の支え合いの体制づくり



## 支え合いによる地域包括ケアシステムの構築について

- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「保健」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「介護予防・生活支援」といった分野が重要である。
- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



**自助**：  
・介護保険・医療保険の自己負担部分  
・市場サービスの購入  
・自身や家族による対応

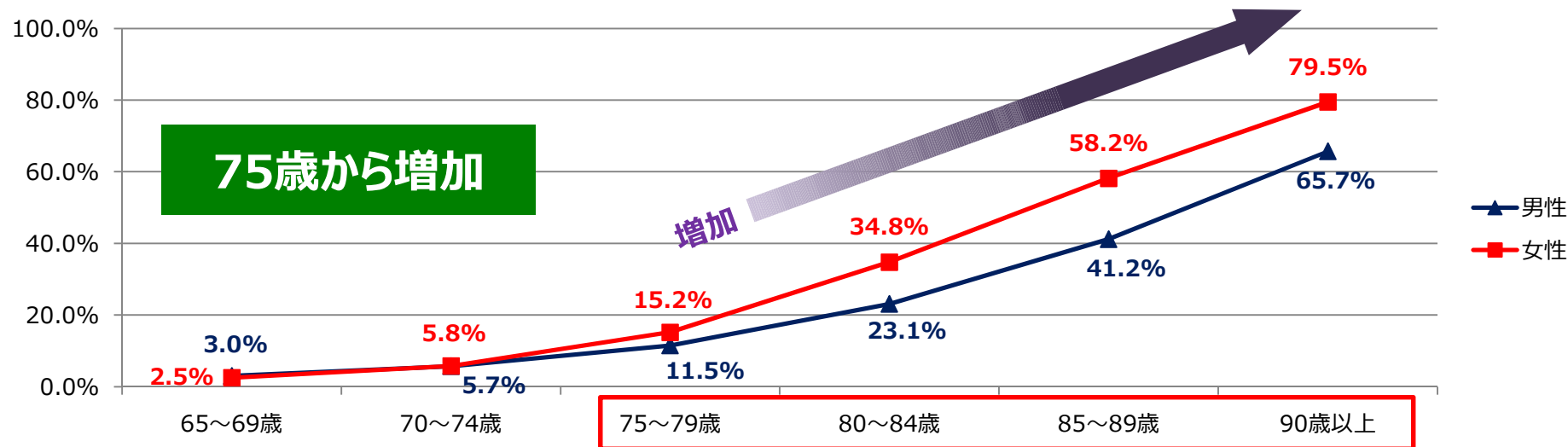
**互助**：  
・費用負担が制度的に保障されていない  
ボランティアなどの支援、地域住民の  
取組み

**共助**：  
・介護保険・医療保険制度による給付

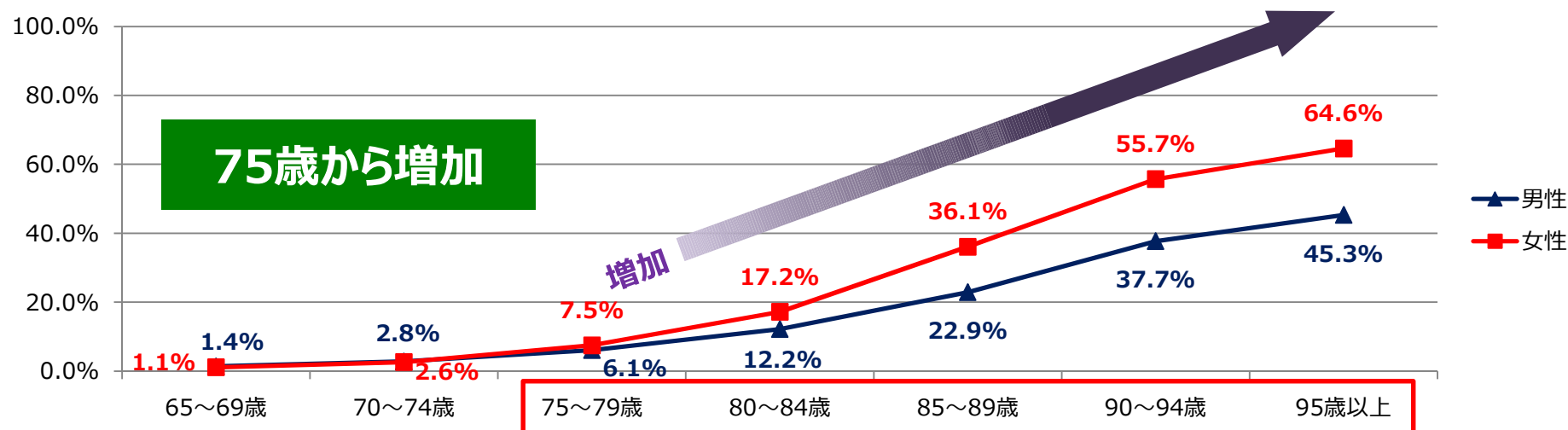
**公助**：  
・介護保険・医療保険の公費（税金）  
部分  
・自治体等が提供するサービス

# さいたま市の状況（2025年（平成37年）問題）

## ● 認定率（第1号被保険者）

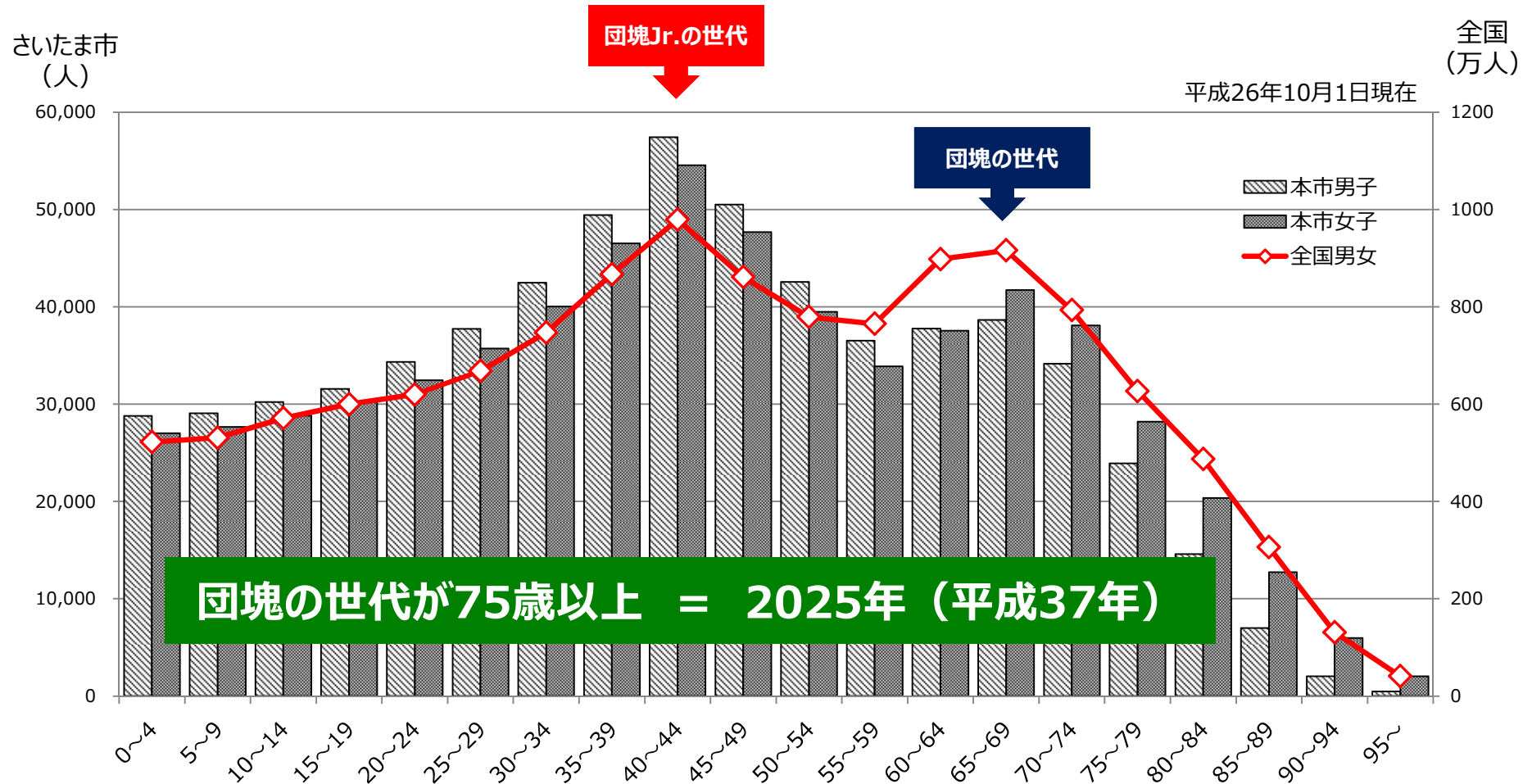


## ● 認知症有病率



# さいたま市の状況（地域より異なる高齢化）

## ●年齢別人口分布

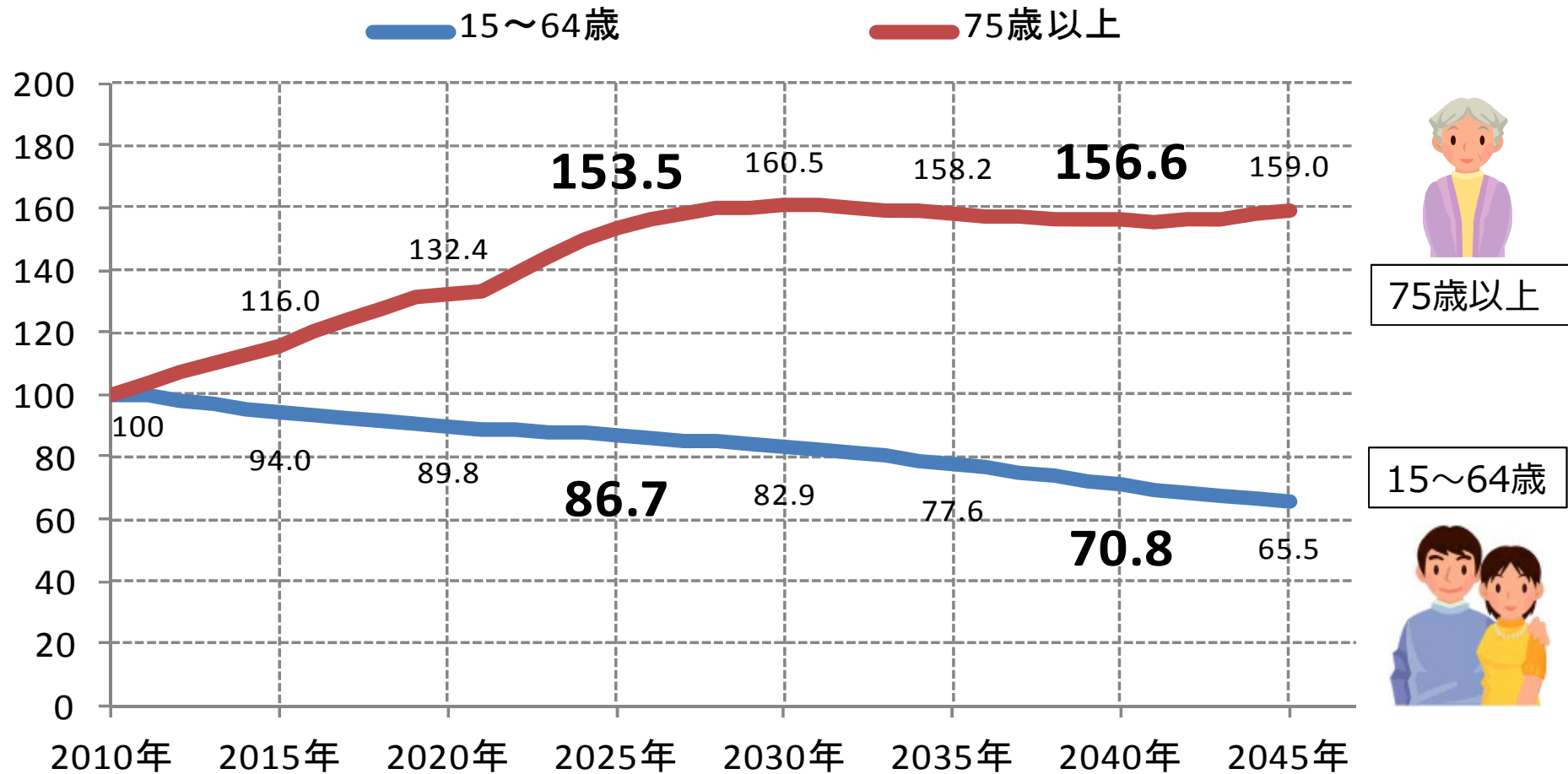


さいたま市は、全国と比較して団塊の世代が少なく、若い世代（団塊Jr.世代）が多い。  
団塊Jr.世代が、後期高齢者になる平成62年度は全国よりも多くなると推測ができる。

## 社会情勢の変化

団塊の世代が高齢化することで、75歳以上の高齢者が **急増**

ヘルパー等の **支え手** である生産年齢人口が **減少**



人口減少社会 による **担い手不足** の中で  
**増大** する **地域のニーズ** に応える方法

- ① 活動的生活の継続による介護予防の強化
- ② **専門職以外の生活支援の担い手の確保**



## 高齢者生活支援体制整備事業

- ① **生活支援コーディネーターの配置**
- ② **協議体の設置**

## コーディネーター活動の考え方 (A) 資源開発

### (1) 生活支援コーディネーターの配置

⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。

#### (A) 資源開発

- 地域に不足するサービスの創出
- サービスの担い手の養成
- 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など

出典：厚生労働省（一部改編）

## ➤ コーディネーター とは・・・

- カラーコーディネーター
- フードコーディネーター
- ブライダルコーディネーター
- 薬膳コーディネーター etc・・・

いろいろな要素を統合したり調整したりして、一つにまとめ上げる人や職業

## ➤ 調整者（意見などの）まとめ役、進行係

一つのまとまりをもった仕事、あるいは、いくつかの部門にまたがって分割された作業の進行状況を全体として管理、統制する機構およびその人。



形式知

客観的で言語化できる知識

- 主体や目的などが**文章化されている**活動

暗黙知

主観的で言語化することができない知識

- 主体や目的などが**文章化されていない**活動

# コーディネーター活動の考え方 (A) 資源開発

## 公開活動

## 非公開活動

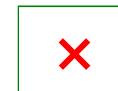
### 形式知活動

介護保険サービス  
公民館やコミュニティーセンターなどで  
行っている活動  
活動報告が公表されている活動など  
**誰でも把握できる**



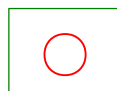
会員制など広めたくないという考えで  
行っている活動  
もしかしたら機密事項・・・かも

**相当難しい**



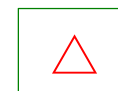
### 暗黙知活動

聞かれたら回答できる活動  
活動自体は非公開ではないが、  
形式知化されていない活動など  
**頑張れば把握できる**



個人活動・個人知識  
退職した大学教授や技術者、  
警察官など

**把握できる・・・かも  
信頼が必要**



## コーディネーター活動の考え方 (B) ネットワーク構築

### (1) 生活支援コーディネーターの配置

⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。

#### (A) 資源開発

- 地域に不足するサービスの創出
- サービスの担い手の養成
- 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など

#### (B) ネットワーク構築

- 関係者間の情報共有
- サービス提供主体間の連携の体制づくり など

出典：厚生労働省（一部改編）

## ➤ ネットワーク とは・・・

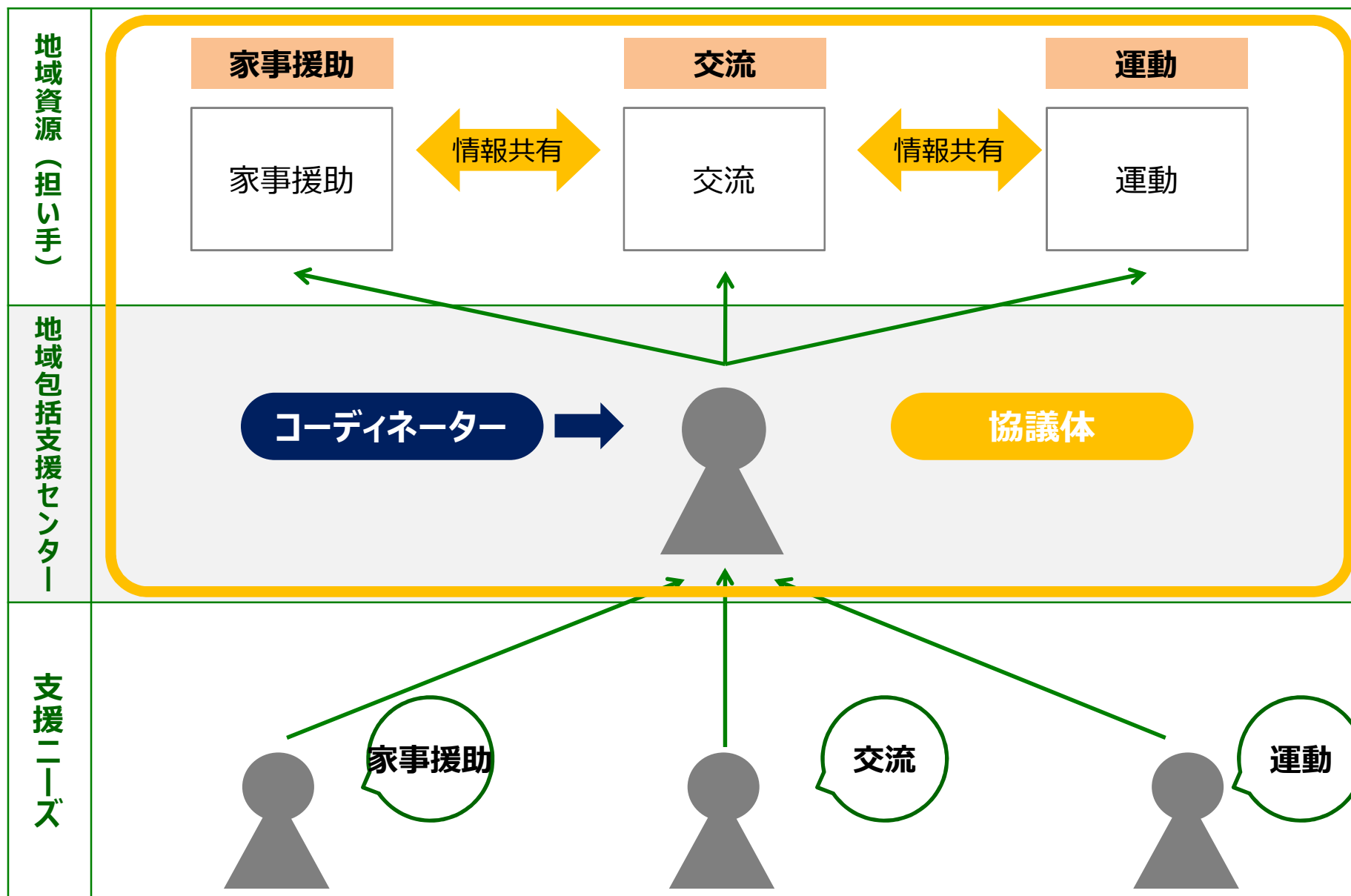
- ネット（網）状の、ワーク（作られたものごと）の総称
- 個々の人のつながり
- 情報の交換を行うグループ

## ➤ 構築 とは・・・

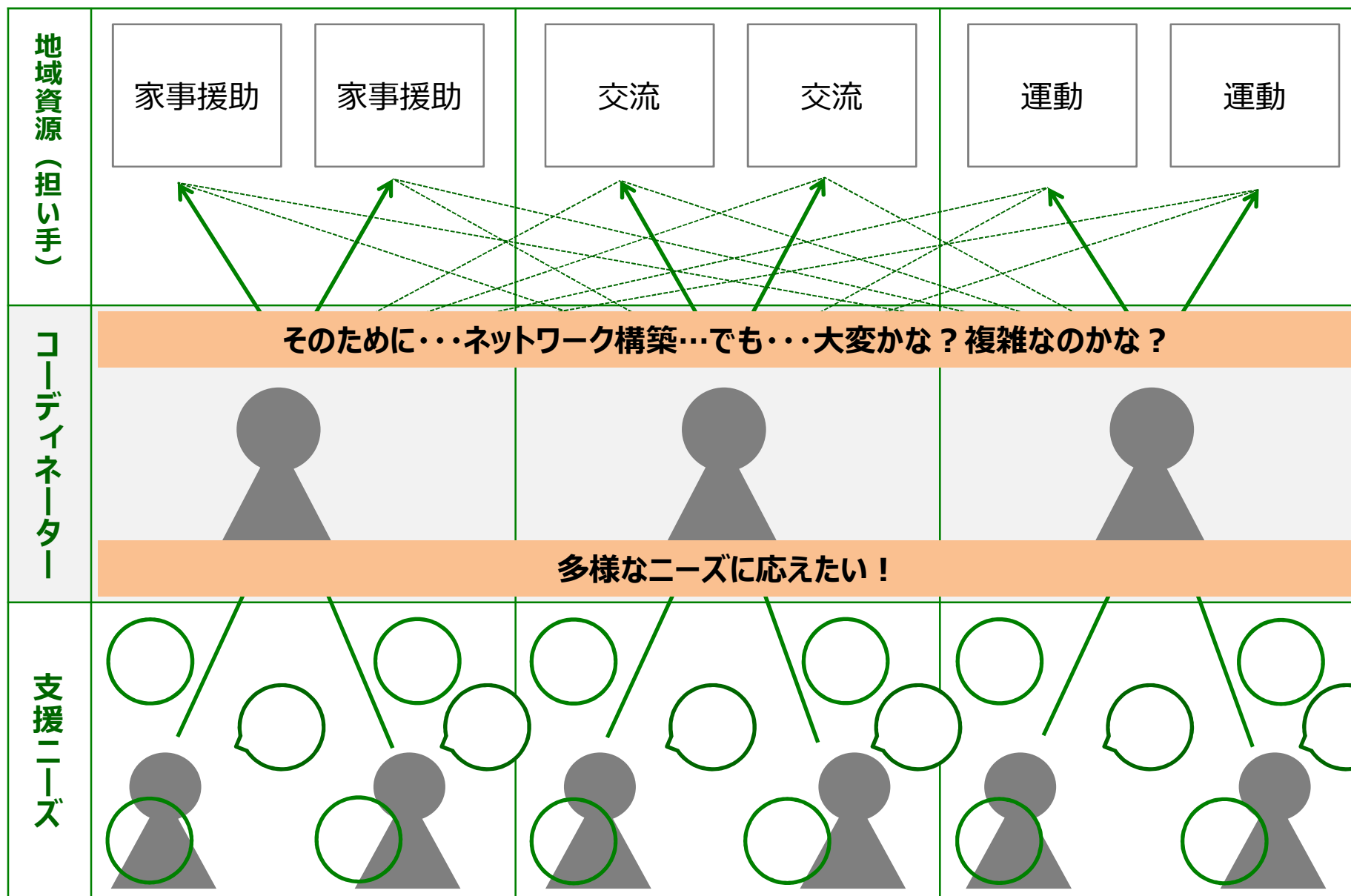
- 組み立てて築くこと

## ➤ 個々人のつながりを築き、情報を広げていく活動

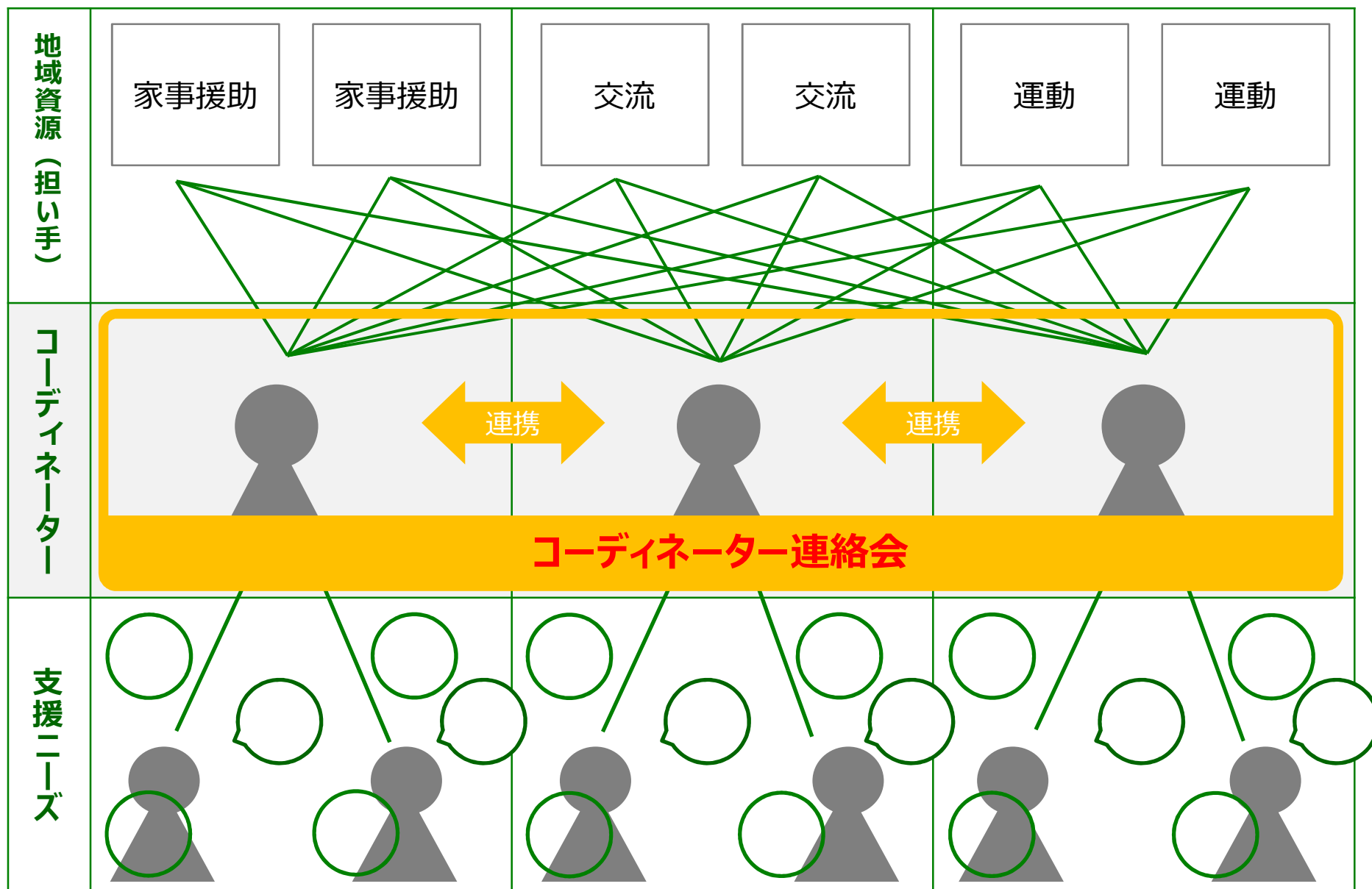
# コーディネーター活動の考え方 (B) ネットワーク構築



# コーディネーター活動の考え方 (B) ネットワーク構築



# コーディネーター活動の考え方 (B) ネットワーク構築



## 高齢者生活支援体制整備事業とは

### ①生活支援コーディネーター

地域の支え合いを推進する者



より良い地域づくりのための調整者

### ②協議体

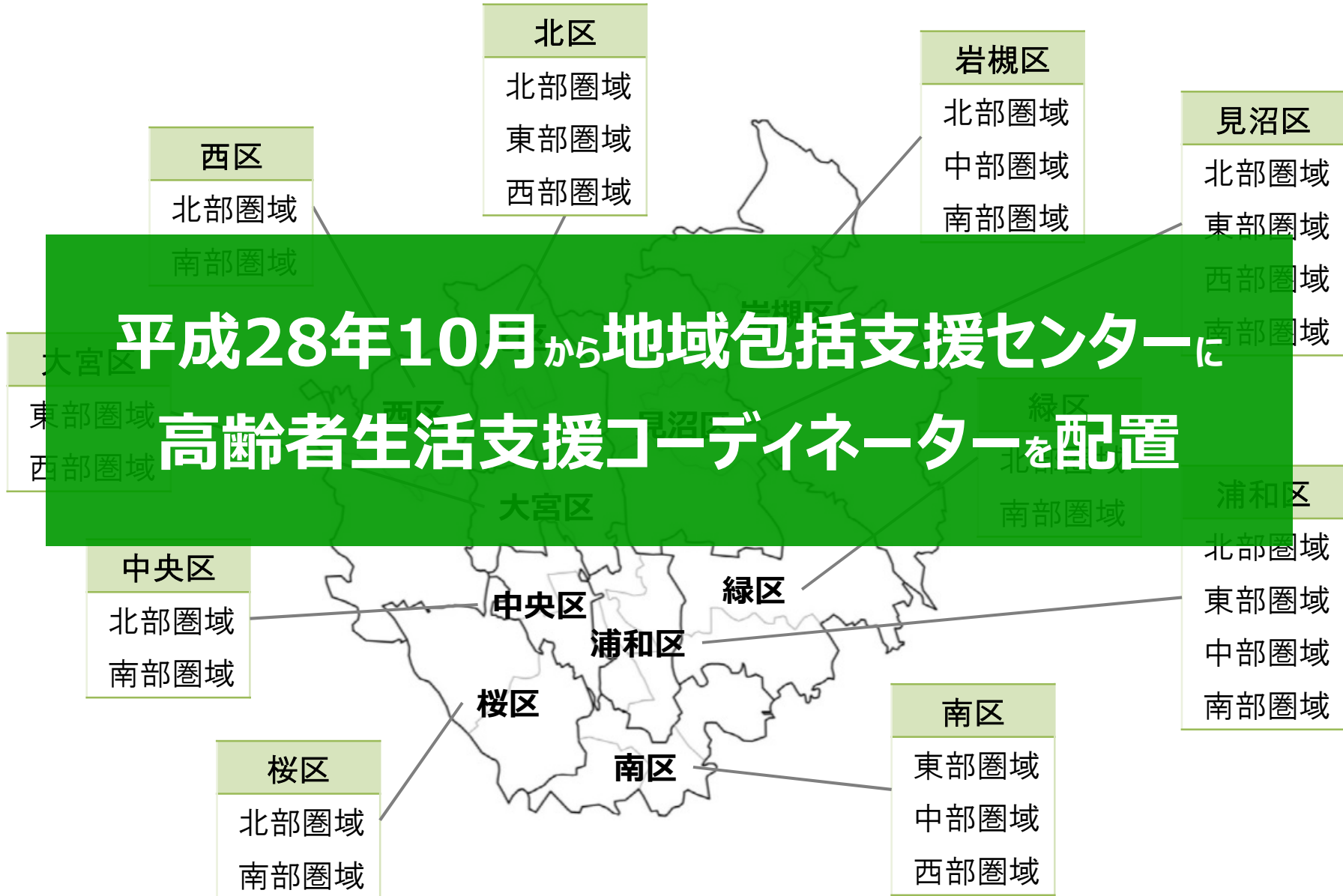
地域のすでにあるコミュニティなどを「見つけ」て「つなげる」



今ある地域の助け合いを顕在化

# 地域包括支援センター（シニアサポートセンター）

## ● 27の日常生活圏域に設置

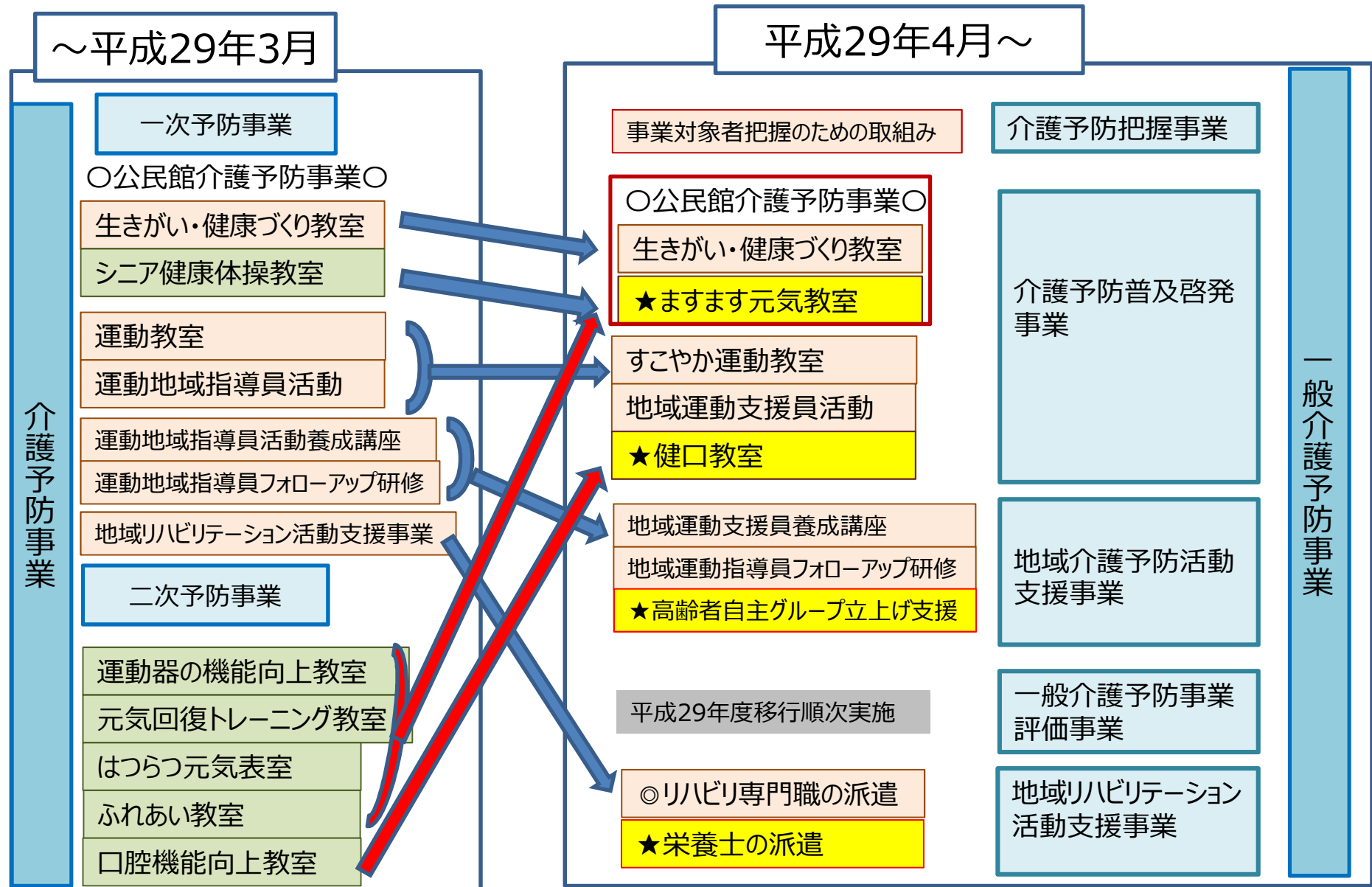




# 一般介護予防事業

※本資料は説明会時点のものであり、今後、変更等する場合があります。

# (案) 一般介護予防事業



★印：29年度拡充・新規事業    ◎：29年度本格実施(27・28年度モデル事業)

# 一般介護予防事業

身近な場所で

自発性・参加意欲

住民が主体となって

継続性

継続性のある運動

## 介護予防把握事業

支援が必要な人を把握

## 介護予防普及啓発事業

運動器具を使った運動教室  
公民館などでの介護予防教室  
栄養・口腔・認知症の予防教室

これまでも実施

みんなで一緒に介護予防



サポーター養成講座

地域介護予防活動支援事業



ボランティア



専門的なアドバイス

理学療法士・作業療法士など

地域リハビリテーション活動支援事業

## 介護予防普及啓発事業 ～すこやか運動教室～

対象：65歳以上の高齢者

内容：運動器具が設置されている、  
市内33か所の公園や小学校等で  
開催（月1回～2回）



区	実施場所
西区	プラザ中央公園、滝沼川第2遊水地、植水公民館
北区	領家中央公園、稲荷第二公園、本郷第六公園
大宮区	大平公園、寿能公園、山丸公園
見沼区	東大宮中央公園、青葉南公園、観音寺下公園
中央区	与野公園、与野中央公園、大戸公園、八王子公園
桜区	新開小学校、田島氷川公園、千貫樋水郷公園
浦和区	調公園、針ヶ谷小学校、鹿島台公園
南区	谷田小学校、浦和競馬場、神明丸公園
緑区	三室シルバーワークプラザ、東浦和中央公園、美園臨時グラウンド、 尚和園、松芝公園
岩槻区	槻寿苑、岩槻文化公園、慈恩寺親水公園

## 介護予防普及啓発事業 ～公民館介護予防事業～

**会場** 市内59公民館

**対象** 65歳以上の高齢者

**生きがい健康づくり教室** 申込：各公民館

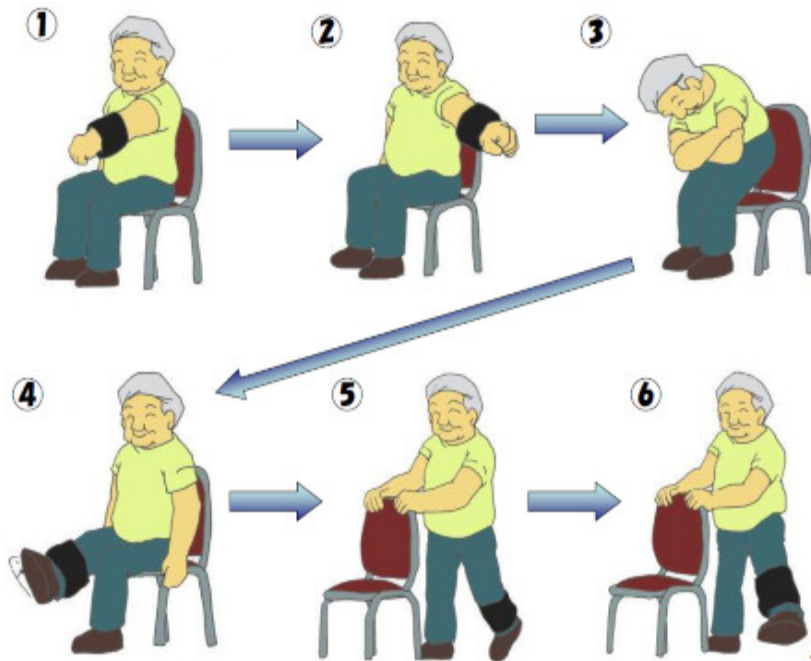
- 生きがい・健康づくりを目的に、高齢者の生活全般にわたる必要な知識や情報の提供、歴史・文学などの学習、趣味活動などを行う教室です。

**ますます元気教室** 申込：各区高齢介護課

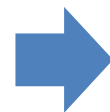
- 自立した生活機能を維持し要介護状態等になることをできる限り防止するため、いきいき百歳体操の体験や栄養改善、口腔ケア、認知症予防についての学習などを行う教室です。
- 1コース6回（年間3コース）
- 基本チェックリストでの対象者・介護予防ケアマネジメント対象者も含む
- 複合型プログラムのため、終了後に興味を持った他事業の利用（健口教室、認知症サポーター養成講座）や（仮）体操サポーター養成の参加に繋がり担い手としての役割を持つことができる。  
また、（仮）体操サポーター養成終了後の活躍の場にもなります。

# いきいき百歳体操

(埼玉県 地域包括ケア課)



- 平成14年 高知市の理学療法士が開発
- 重さを変えられる重錘バンド  
1本200グラムのおもりで調節  
→本人が効果を実感・  
ステップアップの楽しみ
- 6種類の体操（左記以外の市あり）  
→足腰や肩の筋肉を鍛えて転倒しない  
体づくり



## 介護予防普及啓発事業 ～健口教室～

**会場** 区役所等

**対象** 65歳以上の高齢者

**健口教室** 申込：各区高齢介護課

- 高齢期の口腔機能について知り、口腔ケアを通して、肺炎予防・認知症予防を図ります。また、食事のバランス、フレイル予防について学ぶ教室です。
- 1コース3日間（各区年間3コース）
- 基本チェックリストでの対象者・介護予防ケアマネジメント対象者も含む



# 地域介護予防活動支援事業

## 地域運動支援員養成

- 市内在住で60歳以上の健康な方。
- 養成講座を受講して委嘱され、現在市内150名。
- 高齢者の運動習慣化のため、すこやか運動教室など地域で活躍中。

## (仮) 体操サポーター養成

- 介護予防に有効な運動方法（いきいき百歳体操、ロコモ予防など）や、住民主体の通いの場を支援するために必要なことを学び、講座修了後にはボランティアとして地域で活躍していただきます。
- 各区30名程度。
- 1コース8回（フォローアップ研修あり）

## ■住民主体の介護予防の推進

近くで

・誰でも歩いて通える地域の集会所  
→送迎の不安を解消

みんなと

・住民が自分たちで運営  
(行政は程良い距離感で支援)

効果ある

・効果検証されている体操  
・週1回以上の定期開催

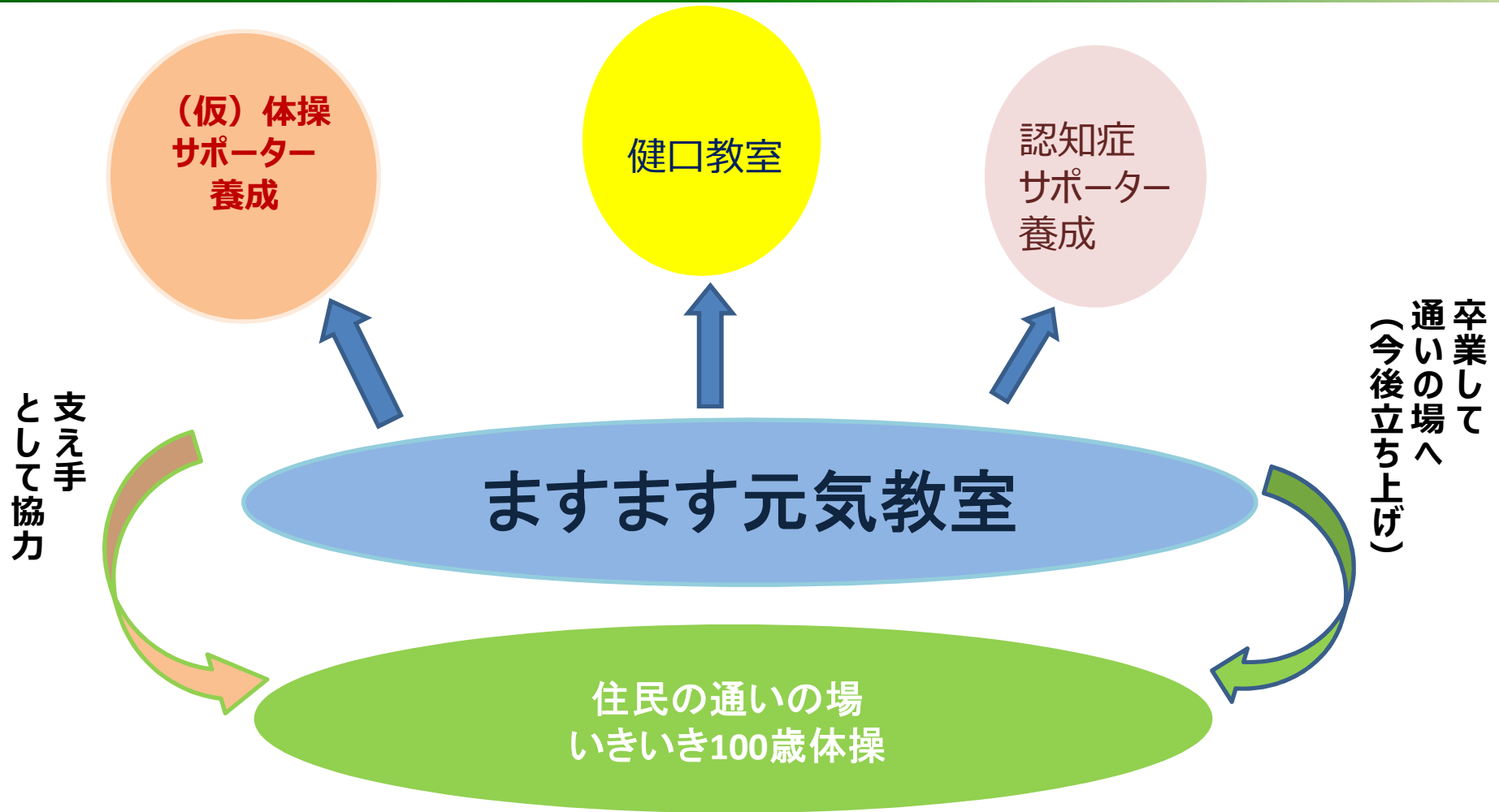
介護予防をきっかけに

- ・地域でのつながり
- ・地域での見守り
- ・地域での支え合い

一般介護予防事業から、総合事業の通所Bなどへの発展の可能性もあり  
介護認定率の低減へ



(案) 一般介護予防事業 ~ますます元気教室と他の教室との関係~



- ますます元気教室参加者の中でいきいき百歳体操ボランティア養成講座へ繋がる
- ボランティア養成講座でボランティア活動を開始する方に、ますます元気教室を紹介し活躍の場となる

# これまでの介護予防事業 ・ これからの介護予防事業

## 一般介護予防事業

～活動的生活の継続による介護予防の強化～

- ◆「心身機能向上プログラムのみによる介護予防によって普通の生活を送るのではなく、自分のしたい活動や普通の生活を継続することで、**結果的に介護予防になる**」という発想の転換が必要。「**自発性・参加意欲**」と「**継続性**」がキーワード。
- ◆こうした取組が、**結果的に**「閉じこもり予防」「孤立予防」「地域の見守り」に大きく貢献する。将来的には、地域での「**助け合い**」「**支え合い**」への**基盤**になるとともに、本人の自発性に基づく活動は、本人の役割や出番づくりなどの**社会参加**につながっていく。

◆介護予防の効果を期待するには、30分から1時間の短時間の活動で構わないので、最低でも週1回の活動となるように動機づけることが必要。

週**1**回以上

1万人に**10**ヶ所

高齢者の1割が参加する住民主体の「**通いの場**」

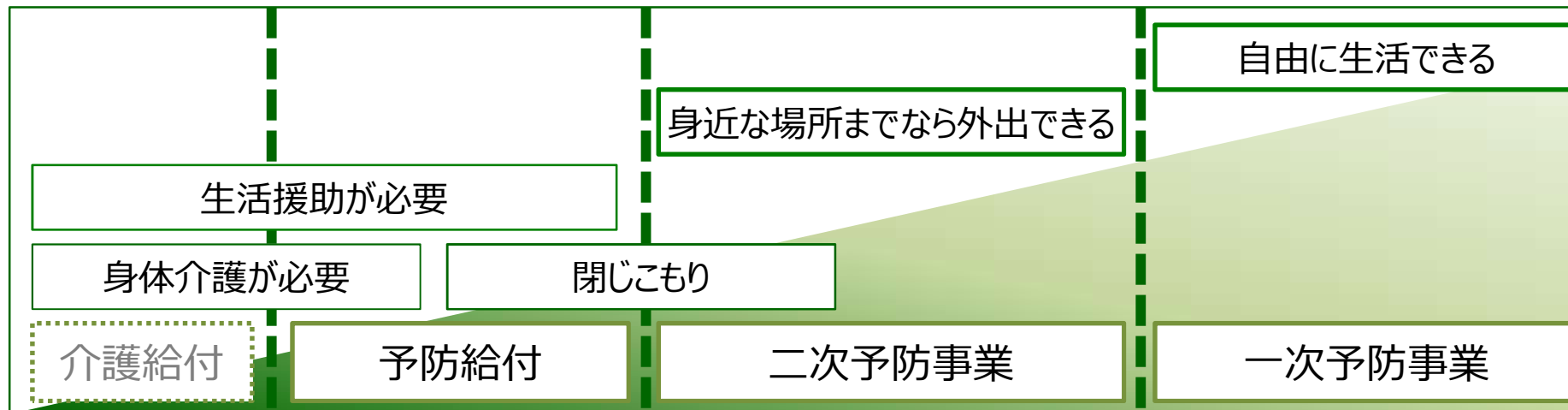
**体操**の要素

◆茶話会やサロンなども重要な通いの場だが、たとえば、冒頭に10分程度の体操を組み込むことによって、より予防効果が高い取り組みに。

◆可能な限り徒歩圏内に通いの場があることが大切。人口10万人に10か所 = 高齢者250人に1か所 = 25人の集まりなら高齢者の1割参加可能

出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング  
『新しい総合事業における移行戦略のポイント解説』

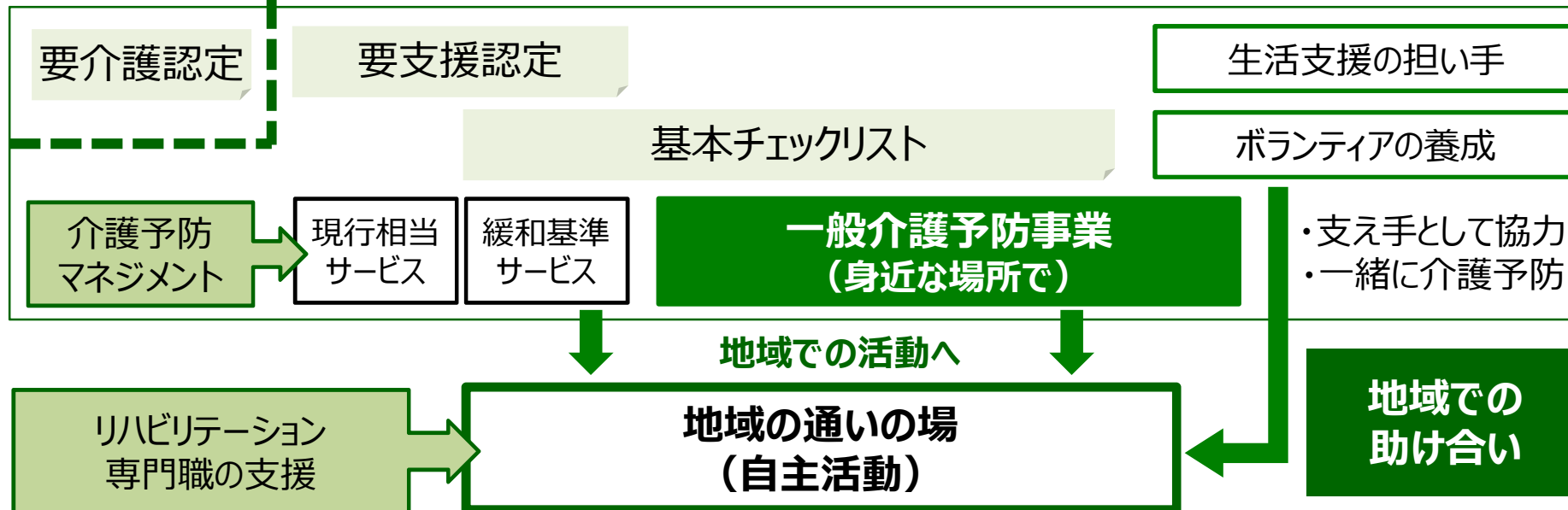
# 新しい総合事業の体系図



給付費：増 → 介護保険料：負担増  
人口減少 → 担い手不足



参加率：低  
運動の継続：低

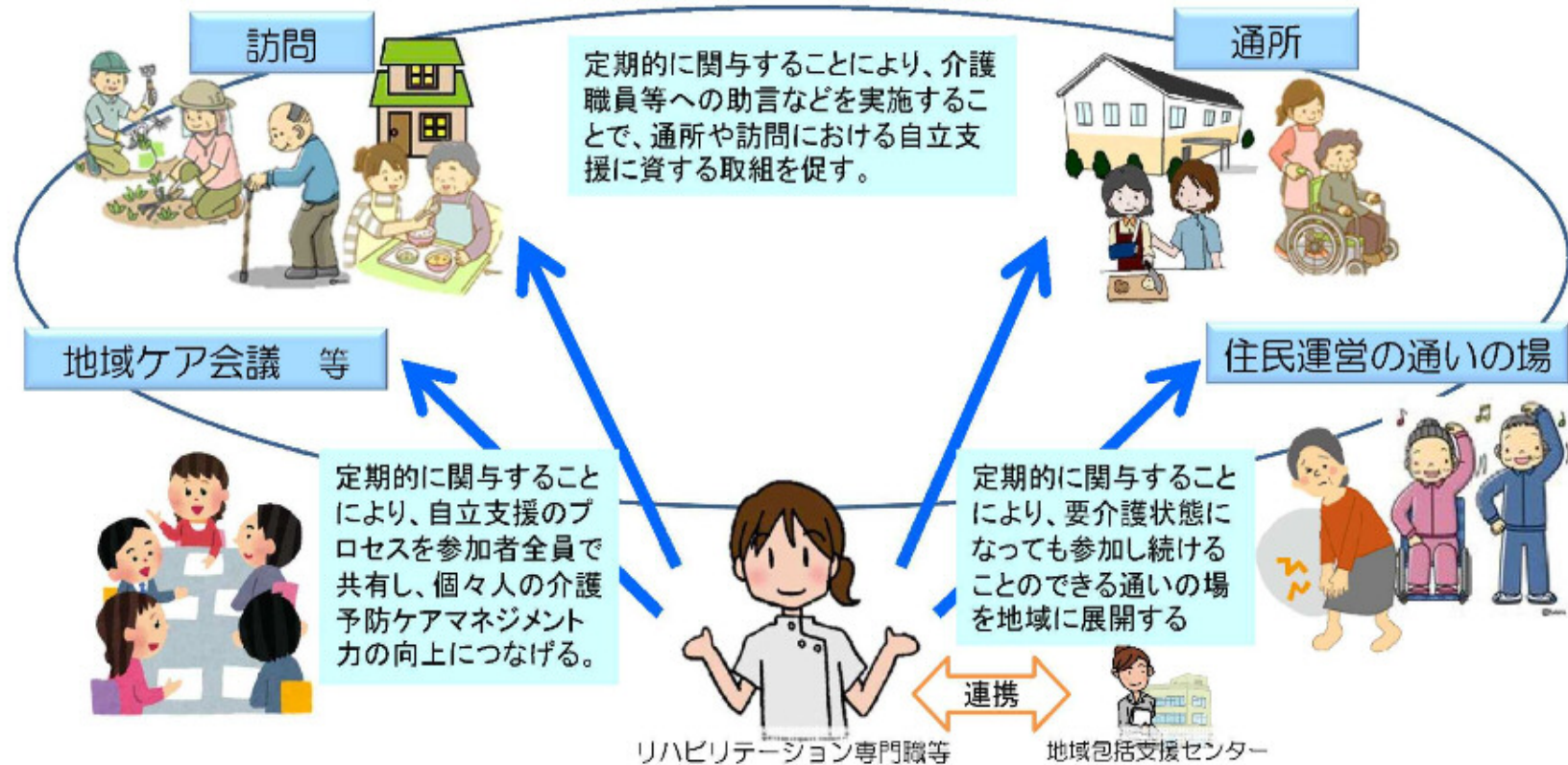


# 地域リハビリテーション活動支援事業

第6 総合事業の  
制度的な枠組み

## 【参考】地域リハビリテーション活動支援事業の概要

○ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

## 生きがい活動支援通所について

内容 : 閉じこもり防止や生きがいのある生活を保つために、自宅への送迎を行い、給食やレクリエーション、趣味活動を行う。

対象者 : 市内に住所を有する65歳以上の方で、次の要件のいずれにも該当する方。

- ①身体上、精神上又は生活環境上の理由により日常生活を営むのに支障のある方
- ②介護保険制度における要介護・要支援民定で非該当(自立)
- ③障害者総合支援法における生活介護又は自立訓練の対象外

**こちらの事業については、**

**新しい総合事業移行にあわせ、平成28年度末を**

**もって、事業を終了する方向です。**

**(新規の受付はせず、現在の利用者のみ1年間の経過措置を設ける予定)**

# 介護予防ケアマネジメント

※本資料は現時点での検討内容であり、今後変更が生じる場合があります。

## 介護予防ケアマネジメントの概要 (事業者説明会資料より抜粋)

要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、介護予防・生活支援サービス事業（※）のほか一般介護予防事業や市の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

対象者	実施者	目的	手段
要支援者	地域包括 支援センター  ＊一部を指定 居宅介護支援 事業所へ委託 することも可能	介護予防 ＋ 日常生活支援 (自立支援)	<公的サービス> 介護予防・生活支援サービス事業 一般介護予防事業 市の独自施策
事業対象者			<インフォーマルサポート> 地域の集まり・自主活動 家族の支援 民間企業のサービス
			<自助努力>

## 目指すケアマネジメント (事業者説明会資料より抜粋)

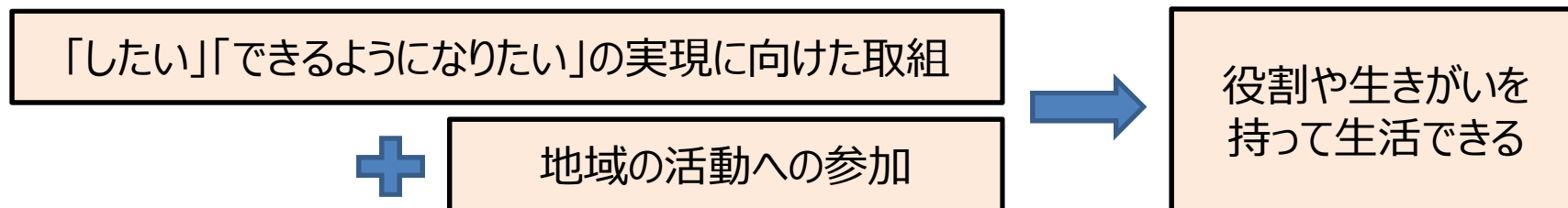
単に利用者の困りごと、要望を叶える補完的なサービス調整を担う役割を果たすものではなく、**適切なアセスメント**のもとに、

**利用者本人の「したい」「できるようにになりたい」生活行為が目標として明確に設定**され、その達成のための利用者の主体的な取組が実践できるような動機づけと、それを継続できるようなサービス等のコーディネートや環境調整等が必要になる。

そのような支援を通して、利用者による主体的な取組を支援し、できることはできるだけ利用者本人が行いながら、できない部分を支援し、利用者の自立を最大限引き出すよう支援を行うことが求められる。

そして、「したい」「できるようにになりたい」ことができるようになった後は、日常生活の中で、地域の活動への参加に結びつけ、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつけるケアマネジメントが期待される。

出典：介護予防ケアマネジメント実務者研修（平成28年2月29日開催）資料





# ケアマネジメントの類型 (事業者説明会資料を一部修正)

類型	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみ介護予防マネジメント)
利用ケース	介護予防・生活支援サービス事業のサービスを利用するケース	介護予防・生活支援サービス事業以外の利用につなげるケース
介護予防・生活支援サービス事業	◎	×
一般介護予防事業	○	○
介護保険外の市場サービス	○	○
地域の集まり・自主活動	○	○
家族の支援・自助努力	○	○
実施方法	<p>これまでと同様の手順で地域包括支援センター等によるケアマネジメントを実施する。</p> <p>なお、居宅介護支援事業所へ委託することも可能とする。</p>	<p>目標設定及び利用サービスの選定までは、利用者と地域包括支援センター等が相談しながら実施する。</p> <p>ケアプランは作成せず、アセスメントの内容や、目標、利用サービスの内容等を「ケアマネジメント結果」として共有。</p> <p>その後は、利用者自身が目標達成に向けてマネジメントを展開する。</p>
給付管理	実施する	実施しない
実施機関	地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業所	地域包括支援センター ※指定居宅介護支援事業所への委託は検討中

# ケアマネジメントの基本プロセス (事業者説明会資料より抜粋)

<従来通り>

## ケアマネジメントA

アセスメント  
(利用者本人の「したい」「できるようになりたい」生活行為を目標として明確に設定)

ケアプラン原案作成  
(できない部分を支援し、利用者の自立を最大限引き出す)

サービス担当者会議・ケアプラン修正

本人家族の意向確認・合意形成  
(日常生活上の課題とその原因、介護予防の取組を行うことによる状況改善のイメージなどについて、利用者が気づき、ケアマネジメント実施者と共有)

ケアプランの確定・交付

サービス利用開始

モニタリング (少なくとも3か月に1回)

評価

自立  
(高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができる)

<新設>

## ケアマネジメントC

ケアマネジメント結果案作成

必要に応じ、サービス実施者への説明・送付

セルフマネジメント  
(モニタリング・評価は実施しない)

### (3) 介護予防ケアマネジメントについて

## ケアマネジメントA

(原則的なケアマネジメント)

## アセスメントの流れ

Step	事務内容
①訪問	利用者の自宅等に訪問して本人との面接による聴き取りを行う。
②目標の確認	<p>より本人にあった目標設定に向けて「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」という利用者の自立に向けた主体的な目標をなるべく本人の言葉で引き出す。</p> <p>※「できていないこと」を補うサービスを組み込むだけでなく、「できること」、「できそうなこと」を探し、生活機能の向上が図られる目標を立てる。</p> <p>※目標における改善の程度は、必要に応じて他の専門職の意見を聴く。</p> <p>※目標は、一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮する。</p> <p>※「能力（できる・一部できる・できない）」と「行為（している・一部している・していない）」の差を確認し、できる能力があるのに「行為」としていないものがあれば、なぜしていないのかを明確にし、「行為」として行うことの大切さを理解してもらえるよう働きかける。</p>
③信頼関係の構築	利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

## アセスメントにおけるポイント（事業者説明会（11/30）資料より抜粋）

・総合事業の対象者の特徴を念頭においたうえで、ICFの考え方等を元に、利用者の健康状態、生活機能と共に、背景因子となる利用者の生育歴や趣味・嗜好等や、家族状況等の情報を総合的に収集しながら、課題を探っていく。

### ・基本チェックリストの内容は、利用者のアセスメントを行う上で、活用できる情報。

記載内容について、更に具体的な状況や、不足する情報を聴き取ったり、実施に動作を行ってみたり、その間の利用者の様子を観察したりしながら、利用者本人の能力と実際に行っている行為の状況を、客観的に判断して進める。

・利用者の興味やこれまでの人生の中での趣味、関心のあったことなどを探り、そこから目標の設定や、具体的な取組につなげていくために、「興味・関心チェックシート」も活用が可能。

・このような情報収集等の中で、本人の望む生活（生活の目標）と現状の生活の差について、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにしていく。

その流れを、利用者本人及び家族と共有しながら進めていき、必要な助言を行うことで、ケアプラン実施の際には本人・家族の取り組みを積極的に促す。

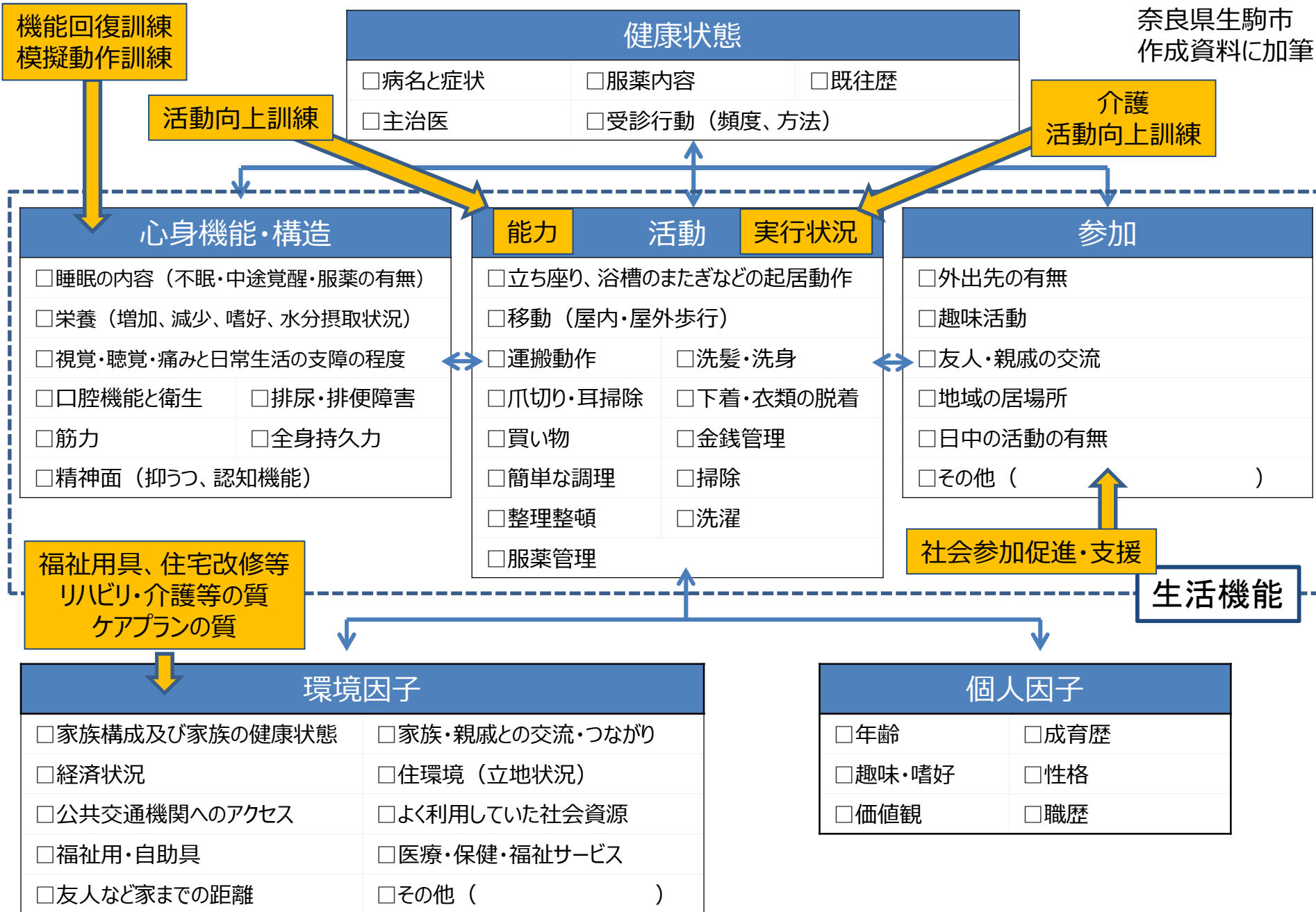
・基本チェックリストの基準該当による利用者については、主治医の意見等が付されていない。

治療中の病気の有無、病名、処方薬等の内容も、本人及び家族から聴き取ると共に、必要に応じて主治医との連携もとりながら、利用するサービスによって留意事項を聴き取っておくことも必要。

# 国際生活機能分類（ICF）からみた介護予防のアセスメントの視点例

（事業者説明会（11/30）資料より抜粋）

奈良県生駒市  
作成資料に加筆



# 自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点①

(事業者説明会 (11/30) 資料より抜粋)

## ■ 自立した日常生活を阻む真の課題の解消を目指した支援方策

本人と本人を取り巻く人々の力を引き出し、最適な状態を目指す

### 困っていること

個人的要因	身体機能
	精神機能
	経済状況等

性格、人生歴、身体機能・生活機能に支障をきたす高齢者の個人的な要因

身体機能・知的機能、障害、疾病の状態 (ADL, IADL) は？  
性格や暮らしぶり、ストレスの状況は？  
普段の体調管理 (水・食・運動・排泄) は？  
状態回復できるものか、できないものか、維持できるのか？  
経済的状況 (収入、預貯金、不動産) は？  
価値観 (人生で大事にしてきたこと) 特技、趣味、生きがいは？  
過去の人脈、現在の人脈 (本人が作ったネットワーク) は？

### 的確なアセスメント

環境的要因	家族・経済
	近親者・近隣
	住まい・居住環境
	社会資源
	その他

高齢者をとりまく人や者など周囲のあらゆる状況

- ・相談者と本人の関係は？
- ・家族構成員の状況と家族システムの現状 (決定や権威等)、経済状況は？
- ・居住地域がどんな地域か、どんな文化を持っているか本人家族と近隣住民との関係性は？ 地域での役割は？ (時系列で変化をとらえる)
- ・在宅や地域の日常生活導線は？ 社会資源の状況は？
- ・かかりつけ医や民生委員との関係は？
- ・取り巻く人のストレスは？ (障害、疾病への理解度、偏見の有無)

平成27年度地域ケア会議実務者研修 資料より

出典：平成27年度介護予防ケアマネジメント実務者研修 資料 (一部加筆)

## 自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点②

(事業者説明会 (11/30) 資料より抜粋)

・本人の主訴（要望）、家族の要望、近隣の要望を聞き、それぞれが困っていることへの対応策として、公的制度、サービス及びインフォーマルなサポートを考えることも大切であるが、それだけでは潜在している真の課題を抽出することはできない。

・前述した着眼点を咀嚼して、多職種の特任職による知識の相乗効果（チームケア）を駆使して、個人的要因と環境的要因を洞察し、原因・背景を探ることによって、当事者たちが気づいていない、内に潜んでいる「状態の悪化に影響を及ぼしている要因」= 真の課題を、当事者や家族と共に明らかにし、解決策をともに考えていく姿勢と能力が求められる。

・その上で、課題解決の主体は、当事者（本人、家族、地域の人）であり、当事者が気づき、自ら取り込もうとする課題の抽出、と解決方法を一緒に合意していく必要がある。当事者を含めた合意形成の場を持つよう工夫するとともに、そこでの合意形成能力が必要とされる。

・本人や家族が地域と共に築いてきた強みにも着目し、出来ていたことやできることを把握し、意欲喪失をくい止め、Q O Lの維持向上を目指した暮らしぶりの再構築に向けた「自己決定」を上手にサポートすることにより、強制的なやらされ感ではなく、主体的な意欲を引き出す実践応用力が求められる。

・将来の予測を立てるという視点も求められる。

・目標が明確に設定されており、モニタリング時に適切に分析・評価が可能であること。

平成27年度地域ケア会議実務者研修 資料より

出典：平成27年度介護予防ケアマネジメント実務者研修 資料



# ケアプラン原案作成

Step	事務内容
① 目標の設定	生活の目標については、「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。

「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」

課題	目標
<b>セルフケア</b> 清潔・整容、排せつの自立、TPOに応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をすす
<b>家庭生活</b> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます
<b>対人関係</b> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<b>主要な生活領域(仕事と雇用、経済生活)</b> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<b>コミュニケーション</b> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<b>運動と移動</b> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<b>知識の応用(判断・決定)</b> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<b>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</b> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ (介護予防マニュアル改定委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

## ケアプラン原案作成

Step	事務内容
<b>②利用するサービス内容の選択</b>	<p>単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、本人の取組みや家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用なども積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>* 訪問型サービスと通所型サービスを組み合わせて利用することができる。</li><li>* 1つのサービス事業について、指定事業者によるサービスと住民主体の支援の類型を組み合わせることができる。</li><li>* 要支援者の場合は、予防給付の区分支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する。</li><li>* 事業対象者の場合は、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ、原則的に要支援1の限度額の範囲内で給付管理を行う。</li></ul>
<b>③ケアプランの作成</b>	<p>利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案の内容を検討していく中で、ケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔について利用者によく相談しながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン全体を作成する。</p>

# 【参考】介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表） ケアマネジメントA

（事業者説明会（11/30）資料より抜粋）

様式6

## 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 種（男・女） \_\_\_\_\_ 歳 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

初回・紹介・経緯

認定済・申請中

要支援1・要支援2

事業対象者

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連号先） \_\_\_\_\_

計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（初回作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日） 担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

目標とする生活

1日	1年
----	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
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					( )					

健康状態について

主治医受診書、健診結果、検査結果等を踏まえた留意点

【本来自らすべき支援が実施できない場合】

必要な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい  
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

# 利用するサービス内容の選択

支援方法		要支援 2	要支援 1	事業対象者
予防給付	介護予防サービス	予防給付と総合事業を一体的に利用限度額（10,473単位）の範囲内で給付管理	予防給付と総合事業を一体的に利用限度額（5,003単位）の範囲内で給付管理	利用不可
	地域密着型介護予防サービス			
介護予防・日常生活支援総合事業 (総合事業)	介護予防・生活支援サービス事業	日常生活の中で、地域の活動への参加に結びつけ、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつける		総合事業について利用限度額（5,003単位）の範囲内で給付管理
	一般介護予防事業			
介護保険外の市場サービス				
地域の集まり・自主活動				
家族の支援・自助努力				

# 訪問型サービスの考え方（事業者説明会（11/30）資料へ一部加筆）

（検討案）	介護予防訪問介護	現行相当	緩和した基準
実施期間	～平成30年3月31日	平成29年4月1日～	平成29年4月1日～
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援 1・2 （認定有効期間の開始日が「平成29年3月31日」以前）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援 1・2 （認定有効期間の開始日が「平成29年4月1日」以降）</li> <li>・事業対象者</li> </ul>	
サービス内容	身体介護、生活援助（概ね45分程度）		生活援助（概ね45分以内）
対象ケース	<ul style="list-style-type: none"> <li>・すでにサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース</li> <li>・ケアマネジメントで、訪問介護員による専門的なサービスが必要と判断されるケースや「多様なサービス」の利用が難しいケース、不適切なケース（以下参照） <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の低下等により日常生活に支障がある者</li> <li>・退院直後で状態が変化しやすい者</li> <li>・閉じこもりなどで専門的な支援を必要とする者</li> <li>・心疾患等の疾患により日常生活に支障がある者</li> <li>・ストーマケアなどの医療的な処置等に対して見守りが必要な者</li> </ul> </li> </ul> <p>※状態等を踏まえながら、一定期間（6ヶ月）後のモニタリングに基づき可能な限り多様なサービスの利用を促進</p>		<p>○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進</p> <p>※サービス内容は柔軟に提供可能としつつ、ケアマネジメントにより、利用者の自立支援に資するサービスを提供</p>
利用頻度	週 1 回又は週 2 回程度（事業対象者は原則週 1 回）		原則週 1 回
利用期間（目安）	6ヶ月程度		3ヵ月～6ヶ月
単位数	(Ⅰ) 週1回程度 1,168単位/月 (Ⅱ) 週2回程度 2,335単位/月 (Ⅲ) 週2回以上 3,704単位/月		232単位/回
利用者負担割合	原則1割（一定所得者は2割）		原則1割（一定所得者は2割）
ケアマネジメント	ケアマネジメントA		ケアマネジメントA

# 通所型サービスの考え方（事業者説明会（11/30）資料へ一部加筆）

（検討案）	介護予防通所介護	現行相当	緩和した基準	
実施期間	～平成30年3月31日	平成29年4月1日～	平成29年4月1日～	
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援 1・2 （認定有効期間の開始日が「平成29年3月31日」以前）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援 1・2 （認定有効期間の開始日が「平成29年4月1日」以降）</li> <li>・事業対象者</li> </ul>		
サービス内容	生活機能向上のための機能訓練等		交流型	運動型
対象ケース	<ul style="list-style-type: none"> <li>・すでにサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース</li> <li>・通所することにより専門職の指導を受けながら、集中的に生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース <ul style="list-style-type: none"> <li>・うつ状態及び運動機能の低下による閉じこもり傾向のある者</li> <li>・自宅での入浴が困難な者</li> <li>・不適切な介護状態にある者</li> </ul> </li> </ul> ※状態等を踏まえながら、一定期間（6ヶ月）後のモニタリングに基づき可能な限り多様なサービスの利用を促進		<ul style="list-style-type: none"> <li>・状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進（緩和した基準のサービス利用の場合も、一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援や一般介護予防事業に移行していくことが重要）</li> </ul>	
利用頻度	週 1 回又は週 2 回程度（事業対象者は原則週 1 回）		原則週 1 回	
利用期間（目安）	6ヶ月程度		3ヵ月～6ヶ月	
単位数	(I) 週1回程度 1,647単位/月 (II) 週2回程度 3,377単位/月		247単位/回	261単位/回
加算			送迎加算 38単位/片道	
利用者負担割合	原則1割（一定所得者は2割）		原則1割（一定所得者は2割）	
ケアマネジメント	ケアマネジメントA		ケアマネジメントA	

## ケアプラン作成におけるポイント①（事業者説明会（11/30）資料より抜粋）

・ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で**最も適切な目標**、**支援内容**、**達成時期**を含め、**段階的に支援するための計画**を作成すること。

・手法としては、**3～12ヶ月を目途**とする本人自身が、このような自立した生活を送りたいと思う「**生活の目標**」に対し、**3～6ヶ月を目途**とする維持・改善すべき課題である「**目標**」が達成されることを目的に

「**どのように改善を図るのか**」（最も効果的な方法の選択）

「**どこで、誰がアプローチするとよいのか**」（最も効果的手段の選択）

「**いつ頃までに**」（期限）

を考慮し、利用者本人が取り組むこと、周囲の支援を受けることを整理しながら計画を作成する。

・ケアプラン作成の際には、**本人・家族と**

①本人のしたい生活（生活の目標）の**イメージを共有**し、

②生活の目標が達成されるためには「**維持・改善すべき課題**」（**目標**）の**解決を図る**ことが大切であること、

③**目標が達成された後**は、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが重要。

・作成されたケアプランは、利用者が自身のケアプランと実感できるものであり、関係者で共有された上で、サービスの提供が行われなければならない。

## ケアプラン作成におけるポイント② (事業者説明会 (11/30) 資料より抜粋)

・サービス等の利用にあたっては、総合事業のサービス事業における住民主体の活動や一般介護予防事業、その他何らかの地域の支援や活動を利用することも想定される。

その際、単にサービスにつなぐというのではなく、その活動等のひとつひとつの取組内容や利用者の思い等を尊重しながらも、利用者の意欲や、他の利用者との関係等を考え、利用者がその活動等に馴染んでいけるよう支援していく姿勢が重要。

・ケアマネジメントCにおいては、アセスメントから目標設定、利用する介護予防に関する取組等の検討まで支援した後は、利用者自身でその内容を実践し、地域包括支援センターのモニタリングは行わないことを想定できることとしている。



## 支援方法の検討

- 日常生活上の課題とその原因、介護予防の取組を行うことによる状況改善のイメージなどについて、**高齢者自身が気づける**ように整理する。
- **利用者の自立を最大限引き出す**支援を行うことを基本とし、**利用者のできる行為は可能な限り本人が行う**よう配慮する。
- 支援方法の選択にあたっては、**対象者の自己実現の達成**（生活機能の向上後どのように暮らしたいか）を主眼とする。

## 目標設定

- サービスへの参加そのものを目的としない。
- サービスを利用することで即座に達成される事項を目標としない。  
（良くない例：デイサービスで入浴をすることで清潔保持に努める 等）
- 具体的な生活上の希望（目標）を設定する。  
（買い物ができるようになりたい 等）
- サービスを利用することでの目標（3ヶ月程度で到達できる目標）を設定する。  
（買い物ができるようになるため、歩行能力の向上を図る）
- 目標達成のために、概ね1ヶ月程度でできる短期目標を設定する。  
（1ヶ月目：歩行能力を高めるための運動に必要な基本動作が自立して行える。）  
（2ヶ月目：家の近所の散歩が楽にできる。）  
（3ヶ月目：30分程度の散歩ができる。階段1回分を楽に昇降できる。）

参考：運動器の機能向上マニュアル（改訂版）

# モニタリング・評価の流れ

## モニタリング

Step	＜事務内容
訪問	少なくとも3ヶ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。 それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

## 評価

Step	事務内容
訪問・評価	設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共に、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

## モニタリング・評価におけるポイント (事業者説明会 (11/30) 資料より抜粋)

・支援計画の**実施状況を把握**し、**目標の達成状況**の確認、**支援内容の適否**、**新たな目標**がないかを確認し、状況の変化に応じてケアプラン変更を行っていくことであり、介護予防支援における考え方と同様。

・総合事業においては、多様な主体による多様なサービスが展開され、介護予防ケアマネジメントも、利用するサービスの内容等に応じて、モニタリング頻度等も変わる。

・**マネジメント実施者が利用者と連絡を取らない間**（**ケアマネジメントC**として、地域包括支援センターからのモニタリングを実施しない場合）も利用者の状況変化等の際に、適宜サービス提供者等から**地域包括支援センターに連絡する体制**を作っておくことが必要。

～状況悪化を見過ごさない仕組みづくりの例～

- サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止、無断欠席などについて報告する仕組みをつくる。
- 定期的に専門職が住民主体の活動の場等を巡回し、参加状況等を確認する。
- 住民主体の活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- 活動の場での出席簿を作成して、地域包括支援センターに毎月報告を受ける。

・モニタリングの結果、**目標が達成された場合**は、速やかに再課題分析を行い、課題が解決されている場合は、**次のステップアップ**のために、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を**見学**するなど、スムーズな移行へ配慮して行う。

・新たな課題が見つかった場合や、目標達成が困難な場合もケアプランの見直しとなるが、必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。



# 【参考】介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表

(事業者説明会 (11/30) 資料より抜粋)

様式8

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表 評価日 \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿 計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

目標	評価期間	目標体制状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見	
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

### (3) 介護予防ケアマネジメントについて

## ケアマネジメントC

(初回のみ介護予防マネジメント)

# 【参考】介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表） ケアマネジメントC

（事業者説明会（11/30）資料より抜粋）

<ケアマネジメントC>  
着色部分は記入の必要はありません。

様式 6

## 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 種（男・女） 歳 設定年月日 年 月 日 設定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・経緯

認定済・申請中

要支援1・要支援2

事業者

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連号先）

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター：

目標とする生活

1日	1年
----	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向本人・家族	目標	支援計画				
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）
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					( )				

健康状態について

主治医受診書、診断結果、検査結果等を添えた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】

必要な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい  
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_