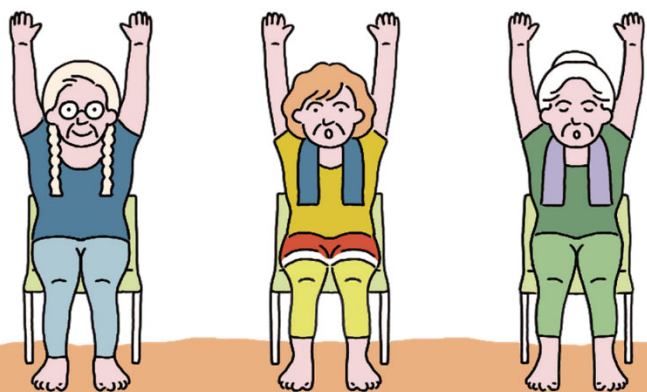


介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの基本



健康福祉局 高齢在宅支援課

研修の流れ

- 1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念
- 2 介護予防支援
- 3 介護予防ケアマネジメント
- 4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの進め方

1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念

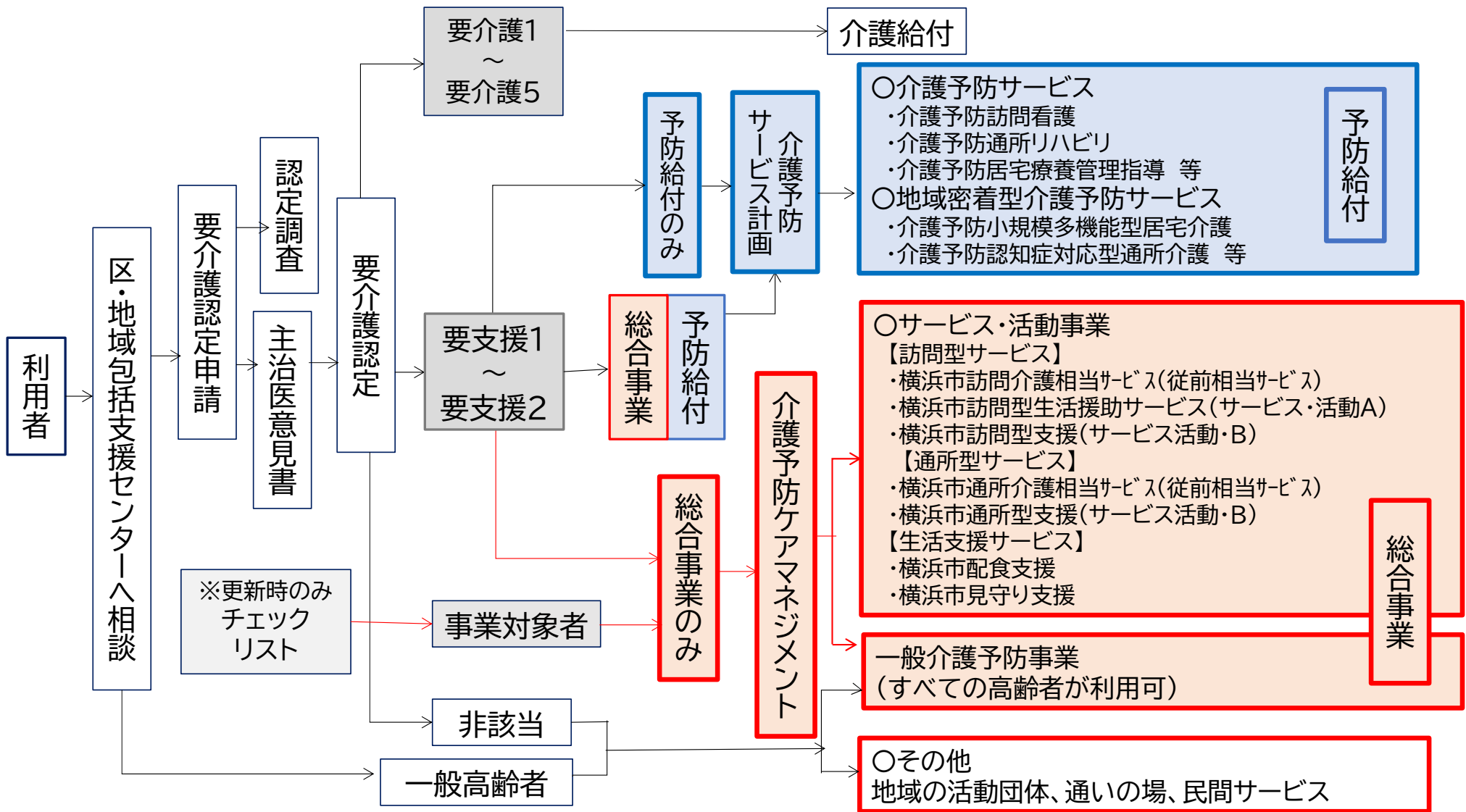
基本的な考え方

<介護保険法より>

- 高齢者が要介護状態になることを予防する。
- 要支援・要介護状態になった場合においても、～その有する能力の維持向上に努める。

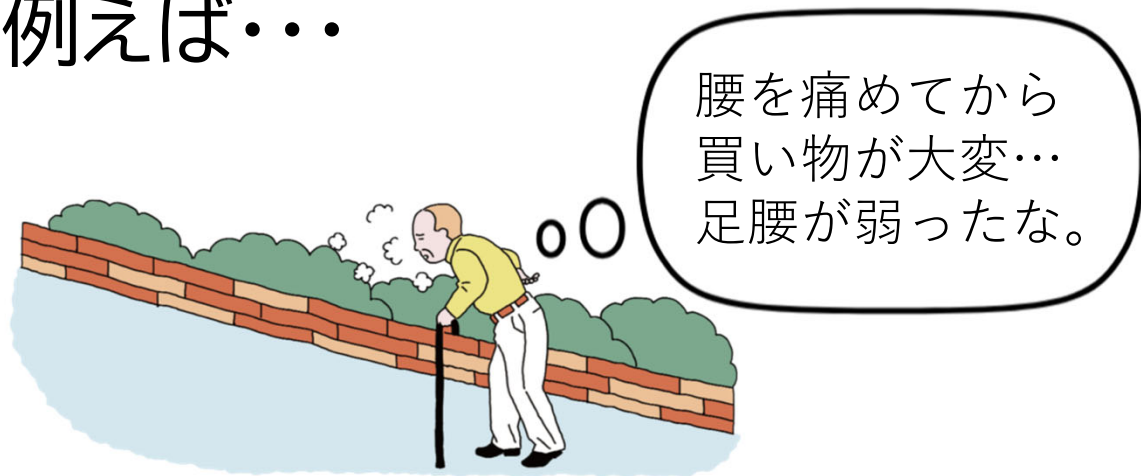
要支援等高齢者においては……

地域の中で、役割や生きがいをもって生活することが介護予防につながることから、高齢者自身の状況を踏まえた目標を設定し、介護保険サービスを提供するだけでなく、地域資源も含めた多様な支援サービスの選択を支援することが必要です。

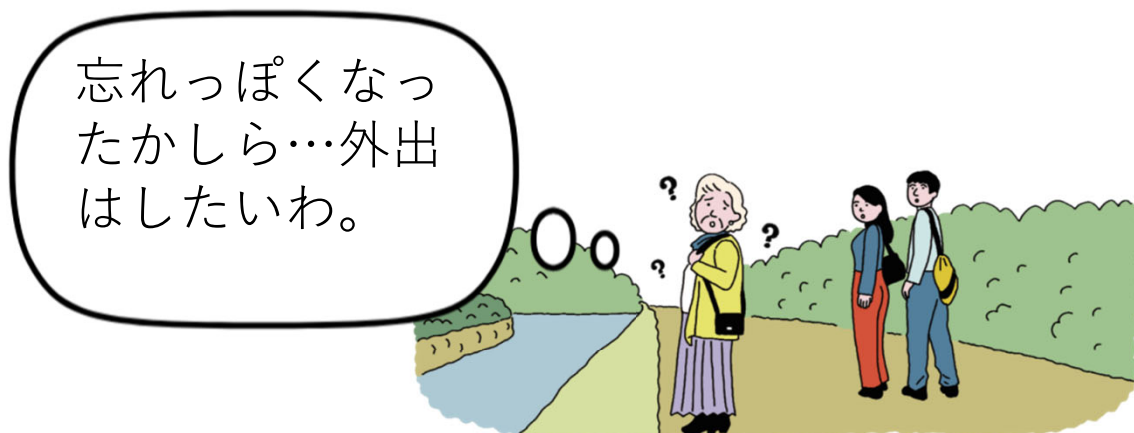


介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念

例えば・・・



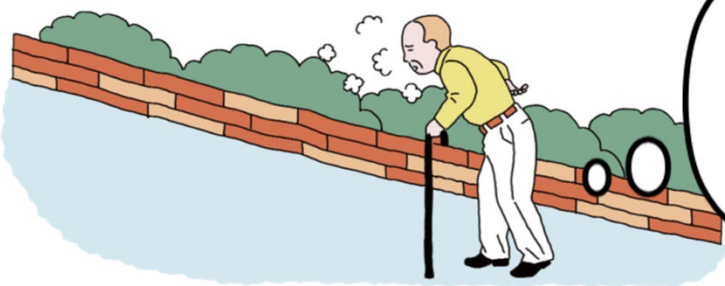
ADLは自立
=身の回りのことはできる



IADLの機能低下
=金銭管理、買い物、
服薬管理等は不安

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念

こんな方の支援は・・・



腰を痛めてから
買い物が大変…
足腰が弱ったな。

買い物はヘルパーに
お願いする??

忘れっぽくなっ
たかしら…外出
はしたいわ。



外出はデイサービス
におきかえ??

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念

(足腰は弱ったけど…)

ADLは自立
=身の回りのことはできる

支払いはできる。品物選びは
自分でやりたい。



体力をつければ
近所の買い物
ならいけるかも。

IADLの機能低下
=金銭管理、買い物、
服薬管理等は不安

身体は元気。外出も好き。

近所なら一人で
大丈夫。お話
できる場所に行
きたいな。



本人の希望から、自立を最大限に引き出す支援を行う

2 介護予防支援

介護予防支援

対象者：要支援1、要支援2の認定者

※要支援認定者のうち、下記のサービスを利用する場合に限る

- (1) 介護予防給付のサービスのみを利用
- (2) 介護予防給付と総合事業における「サービス・活動事業」
(訪問型、通所型サービスなど)等を組み合わせて利用

実施主体

- (1) 地域包括支援センター
- (2) 指定居宅介護支援事業者

介護予防支援 ～実施主体～

(1)地域包括支援センター

- ・職員1人あたり240件/年
 - ・指定居宅介護支援事業者に委託可能
- ※最終的な責任は地域包括支援センターが担います

<委託時の留意点>

- ・委託先のアセスメントや目標設定、サービス内容は適切か？
- ・業務は適切に行われているか？

介護予防支援 ～実施主体～

(2) 指定居宅介護支援事業者

- ・介護支援専門員1人あたりの取扱件数45 件未満/月
※ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ
事務職員を配置している場合50件未満/月
- ・介護予防支援の利用者数は 3分の1を乗じて件数に加算
- ・介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを行き来する場合、
「包括的な委託」が可能。(詳細は「事務について」の資料参照)

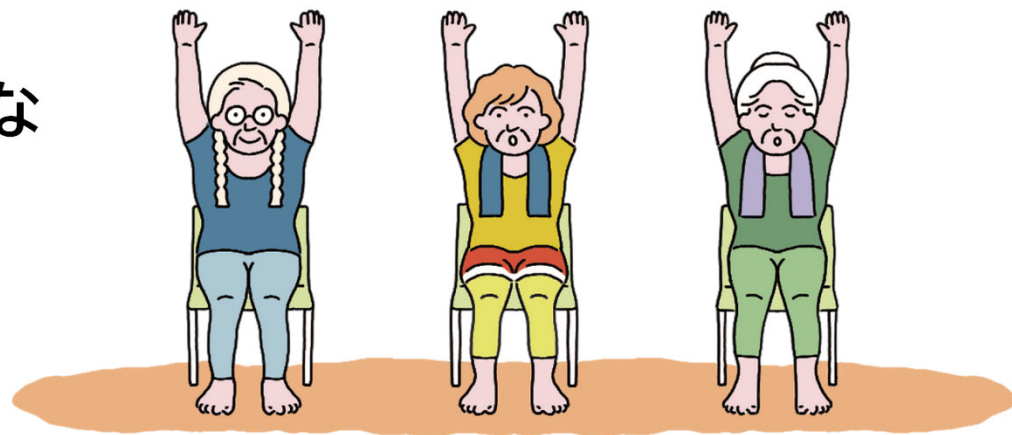
3 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

<基本的な考え方>

介護予防や**社会参加の推進**を目的として、医療や介護の専門職とのかかわりあいのもとで、

- 「高齢者の選択」を適切に支援する
- 継続的に地域とつながりながら多様な活動に参加することを支援する



介護予防ケアマネジメント

<対象者>

- ・要支援認定者等
- ・基本チェックリストで事業対象者と判断された方

<実施主体>

- ・地域包括支援センター

業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託可能

※ケアマネジメントCは委託できません

※介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けていません

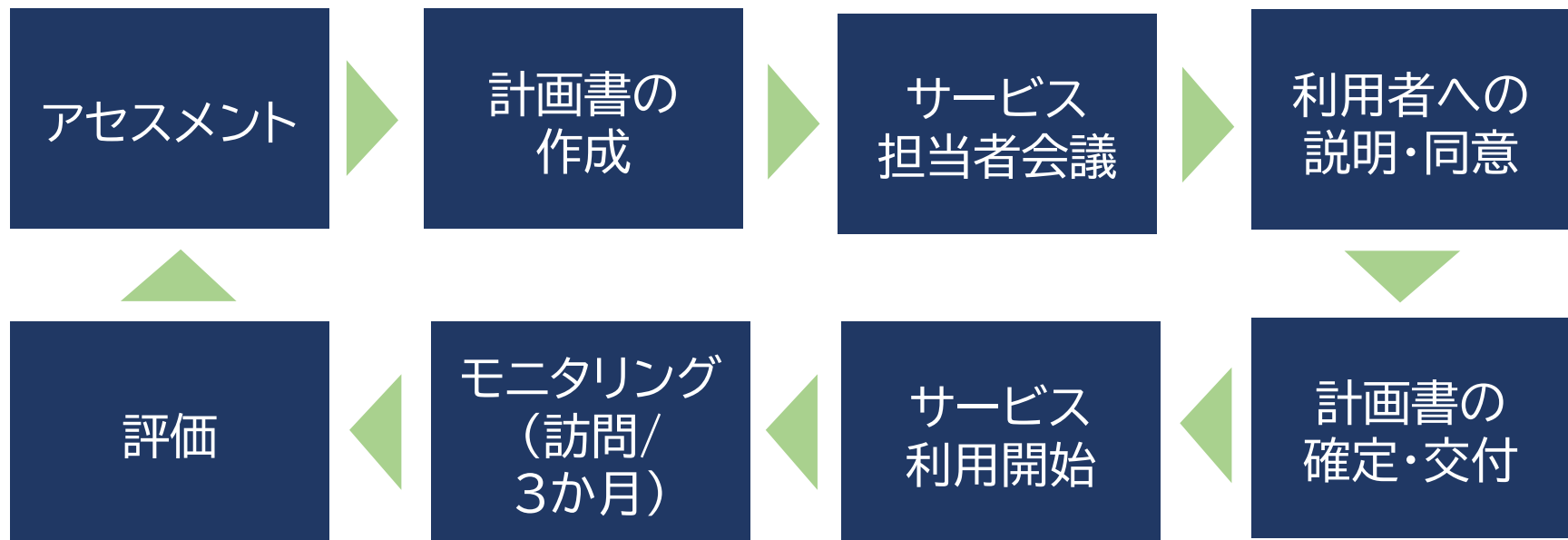
介護予防ケアマネジメント

類型

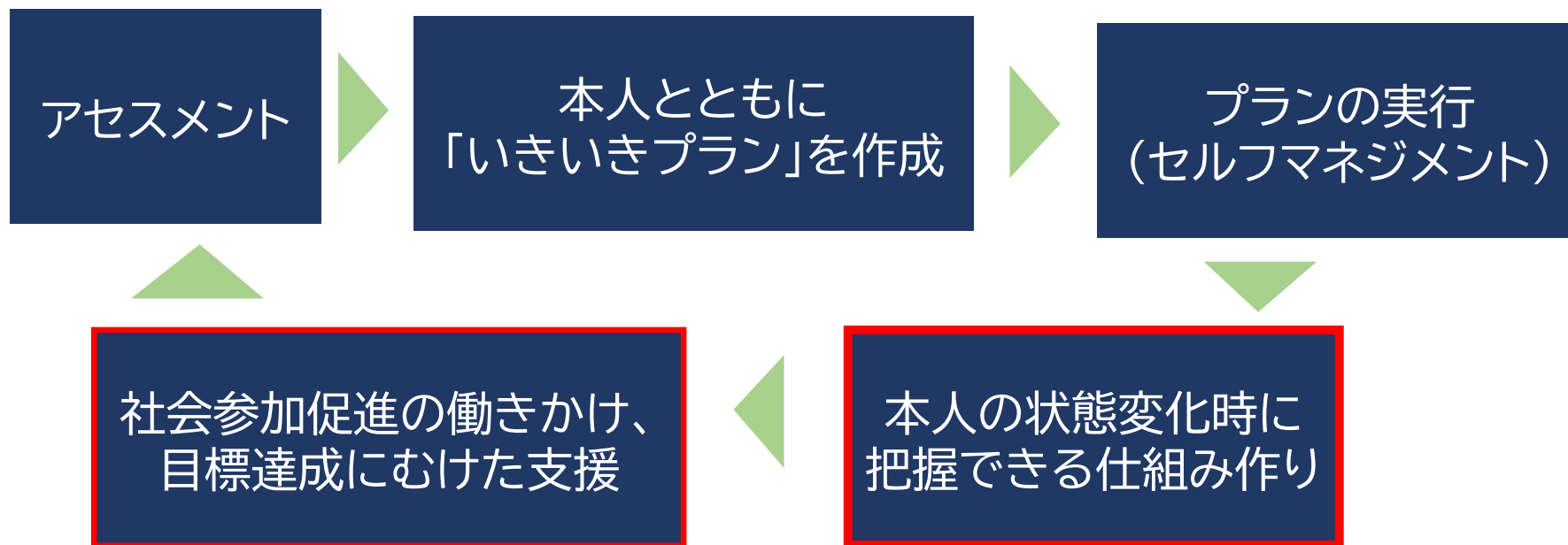
- ▶ ① ケアマネジメントA(原則的なもの)
- ② ケアマネジメントB(簡略化したもの)
- ▶ ③ ケアマネジメントC(初回のみのももの)

サービス種別	具体的なサービス	介護予防ケアマネジメント		
		A	C	
予防給付	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防通所リハビリ ・介護予防福祉用具貸与 ・介護予防訪問看護 など 	不可	不可	
総合事業	サービス・活動事業	<ul style="list-style-type: none"> ・横浜市訪問介護相当サービス ・横浜市通所介護相当サービス ・横浜市訪問型生活援助サービス(サービス・活動A) 	必須	不可
	一般介護予防事業	【サービス・活動B】 <ul style="list-style-type: none"> ・横浜市通所型支援 ・横浜市訪問型支援 【生活支援サービス】 <ul style="list-style-type: none"> ・横浜市配食支援 ・横浜市見守り支援 	併用可	} いずれか必須
		元気づくりステーション等	併用可	
その他	地域活動、民間企業等によるインフォーマルサービス	併用可	併用可	

ケアマネジメントA 基本的なプロセス



ケアマネジメントC 基本的なプロセス (初回のみ介護予防ケアマネジメント)

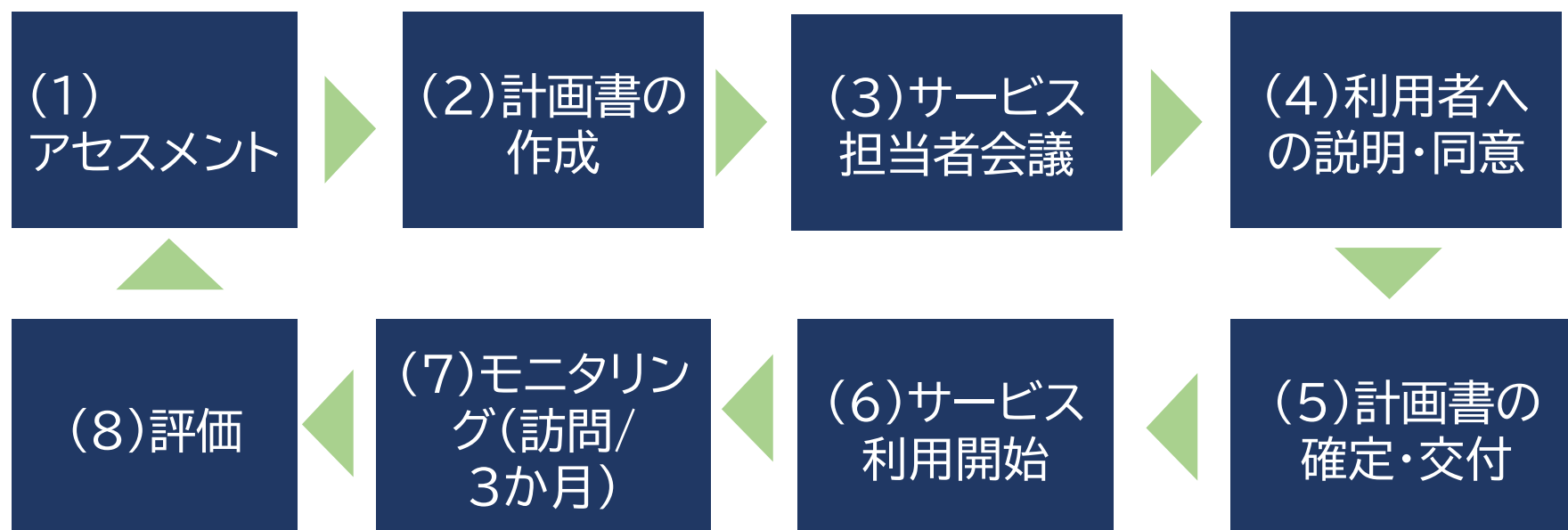


介護予防ケアマネジメントのポイント



4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの進め方

介護予防支援、ケアマネジメントAの進め方



(1) アセスメント ～目的～

本人の望む生活

- ・〇〇できるようになりたい。
- ・以前通っていた△△にまた行きたい。 など

なぜ、うまくできない？(要因)

- ・身体的、精神的な課題
- ・周囲の環境 など



やっていること、できること (プラスの部分)

- ・家族の支援、生活の様子 など

維持・改善すべき課題(目標)を明らかにする



(1) アセスメント ～方法～

訪問や面接で聞き取る

暮らしのアンケートや
興味・関心チェックシートを
活用して趣味や生活の様子
を聞くこともできます。

暮らしのアンケート 様式6

【歩き方や動作、外出方法について】

① 立ち上がる時、テーブルなどに手をつけて立ち上がりませんか はい いいえ
 ② 階段を昇り降りする時は、手すりをつかまりますか はい いいえ
 ③ 歩く時は杖を使用しますか はい いいえ
 ④ 1年以内に転倒しましたか はい いいえ
 ⑤ 何もない所でつまづきことがありますか はい いいえ
 ⑥ どのくらいの時間や距離を歩くことができますか (分)、(歩)
 ⑦ 一人で行動できる範囲を教えてください [自宅内 近所 区内 市内 市街]
 ⑧ 外出の時の、手段を教えてください [徒歩 自転車 自家用車 タクシー バス 電車]

【日頃の暮らしについて教えてください】
 家事は、自分でされていますか。「いいえ」の方は、どなたがやっていますか。

① 買い物	はい	いいえ	家族	友人知人	その他 []
② 調理	はい	いいえ	家族	友人知人	その他 []
③ 掃除	はい	いいえ	家族	友人知人	その他 []
④ 整理整頓	はい	いいえ	家族	友人知人	その他 []
⑤ ごみ捨て	はい	いいえ	家族	友人知人	その他 []
⑥ 洗濯・物干し	はい	いいえ	家族	友人知人	その他 []
⑦ 金銭管理	はい	いいえ	家族	友人知人	その他 []
⑧ 花木やペットの世話	はい	いいえ	家族	友人知人	その他 []

【趣味活動などの外出状況について教えてください】

① 趣味や特技はありますか はい いいえ
 ② 仕事やボランティアをされていますか はい いいえ
 ③ 町内会活動や老人クラブに参加していますか はい いいえ
 ④ 趣味の会や体操の会などに参加していますか はい いいえ
 ⑤ その他 []
 ⑥ 外出する頻度はどれくらいですか [毎日、週3回以上、週1～2回、月1～2回、その他]

【健康状態について教えてください】

① 身長と体重を教えてください 身長 [] cm、体重 [] kg
 ② 食事は1日3回とっていますか はい いいえ
 ③ 食事で気を付けていることがありますか (食事制限、アレルギーなど) はい いいえ
 ④ 食べにくいと感じることがありますか はい いいえ
 ⑤ お茶や水を飲むとき、むせごむことがありますか はい いいえ
 ⑥ お酒を飲んだり、たばこを吸いますか はい いいえ
 ⑦ 毎日、入浴していますか はい いいえ
 ⑧ 排便や排便に関して困ることがありますか はい いいえ
 ⑨ 毎日の睡眠時間はおよそ何時間ですか [約 時間]
 ⑩ 目が見えにくいと感じますか はい いいえ
 ⑪ 耳が聞こえにくいと感じますか はい いいえ
 ⑫ 薬を飲み忘れたり、飲み間違えることがありますか はい いいえ

暮らしのアンケート

興味・関心チェックシート 様式7

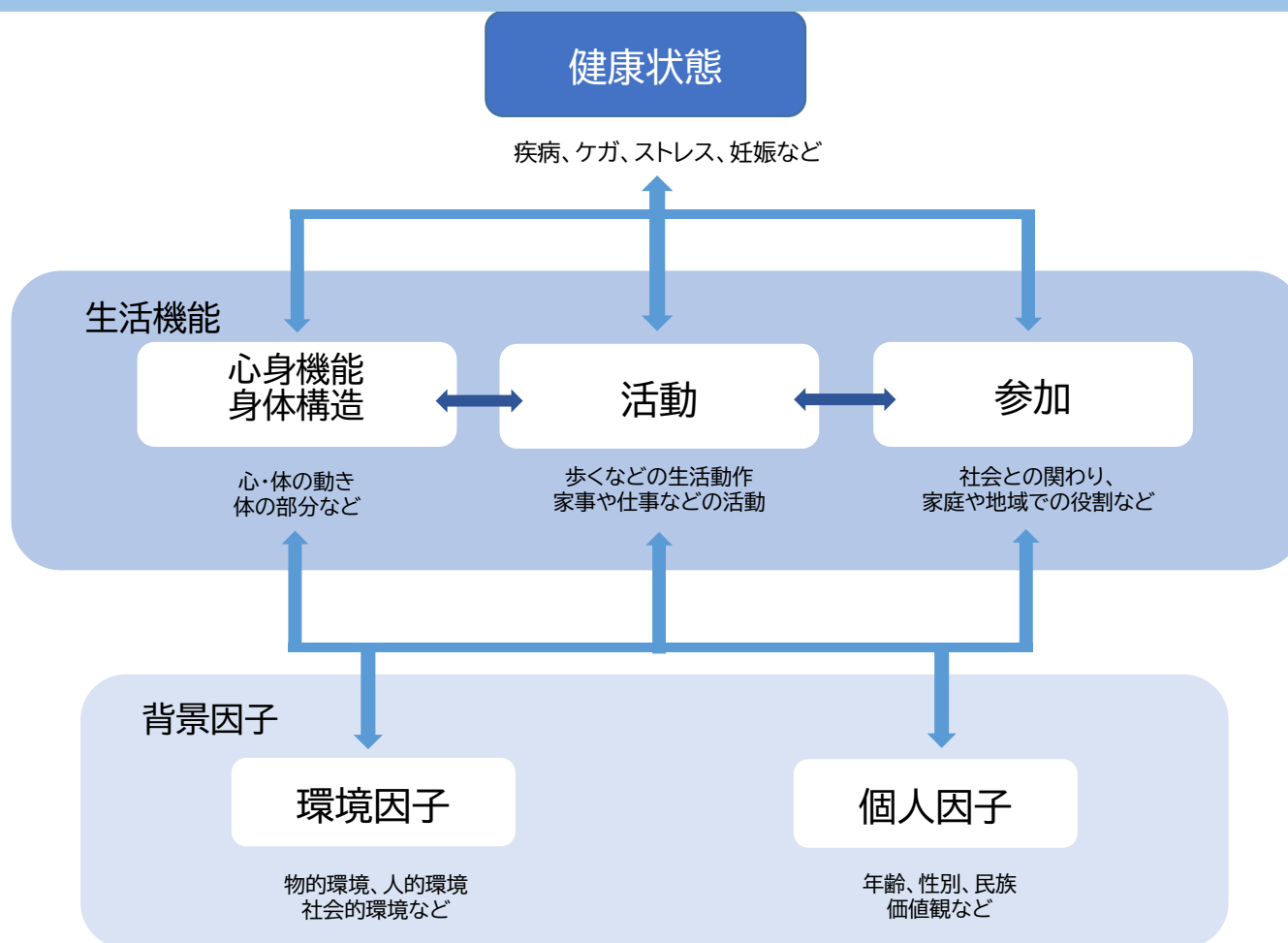
氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別() 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなテレビを観る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ			
動物の世話				水泳・テニスなどのスポーツ			
友達とおしゃべり・遊ぶ				ダンス・踊り			
家族・親戚との関らん				野球・相撲観戦			
デート・異性との交流				読書・読報・新聞・パズル			
趣味屋に行く				編み物			
ボランティア				針仕事			
地域活動				福祉活動			
(町内会・老人クラブ)				賞金を伴う仕事			
お祭り・宗教活動				旅行・温泉			

興味・関心チェックシート

(1) アセスメント ～ICF(国際生活機能分類)の視点～



ICF(国際生活機能分類)WHO:2001年

(2) 介護予防サービス・支援計画の作成



<目標設定について考える①>

・Aさん(76歳)独居。娘は車で10分のところに居住。週末に来訪する。

経過

- ・もともとは趣味の会に通ったり、テレビ体操を自宅で行っていた。
- ・半年前にインフルエンザで2週間寝込んでいたことをきっかけに閉じこもりがちな生活になっており、「このままでは良くない」と思っている。

体調について

- ・筋力低下と腰痛がある。階段は手すりを伝って昇降する。
- ・内科(高血圧で月1回)、整形外科(腰痛で月1回)に通院中。

通所サービスを検討中

(2) 介護予防サービス・支援計画の作成

どんな目標を考えますか？

1日の目標、1年の目標、
それぞれ考えてみましょう。



(2) 介護予防サービス・支援計画の作成

<目標設定について考える②>

△「支援者」の目標になっている例

1日:転倒せずに過ごすことができる。

1年:通所サービスに休まず通う。

▶ サービス利用は目標を達成するための「方法」

○「その人らしさ」がわかる例

1日:テレビ体操を行う。

1年:趣味の会の〇〇にまた参加する。



(2) 介護予防サービス・支援計画の作成

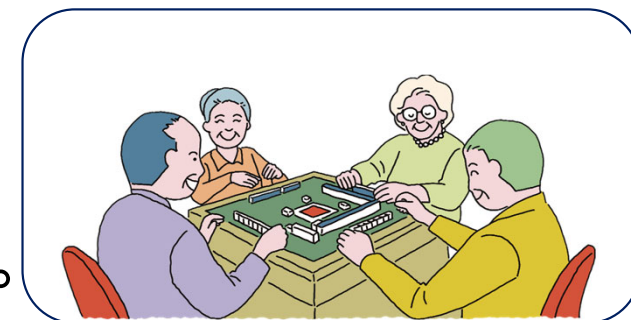
<目標設定について考える③>



ポイント

▶1日の目標

- ・現実可能な小さな目標。
- ・具体的で、達成できたか確認できる内容がよい。



▶1年の目標

- ・生きがいや楽しみをふまえ、その人らしい生活の実現を目指す。



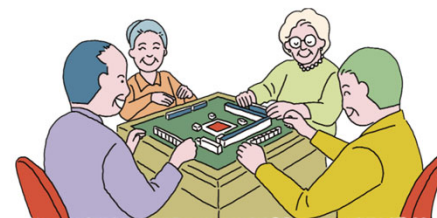
(2) 介護予防サービス・支援計画の作成

<サービス利用・取組みについて考える①>

～Aさんの事例続き～

近所のコンビニまでは外出できる。
バスに乗って、趣味の会に参加再開を希望。
しかし、バスの乗降に不安がある。

また行きたいな…



どのような取組を取り入れますか???



(2) 介護予防サービス・支援計画の作成

<サービス利用・取組について考える②>

△ サービス利用のみになっている

- ・通所サービスに継続していく。

○ 本人や家族の役割(取組)も盛りこむ

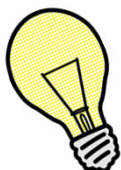
家族・・・整形外科通院に同行し、医師やリハビリテーション専門職に、
自宅で行える運動(体操)について確認する。

本人・・・通院先で確認した、体操を実践する。

通所先・・・通所先のリハビリテーション専門職と体操の内容を共有。

(2) 介護予防サービス・支援計画の作成

<サービス利用・取組みについて考える③>



ポイント

- ・目標達成に向けて、活動範囲を広げるため、本人の体調に合わせた効果的な取組みを入れられるよう、サポートします。
- ・専門職によるサービスだけでなく、本人のセルフケアや家族の役割も取組みに入れます。

(3) サービス担当者会議

<位置づけ>

- ・介護予防支援、ケアマネジメントAにおいて実施

<目的>

- ・本人、家族、サービス事業者等の支援関係者が、本人の状況・目標・サービスの内容を確認し、お互いの役割を理解する

<実施のタイミング>

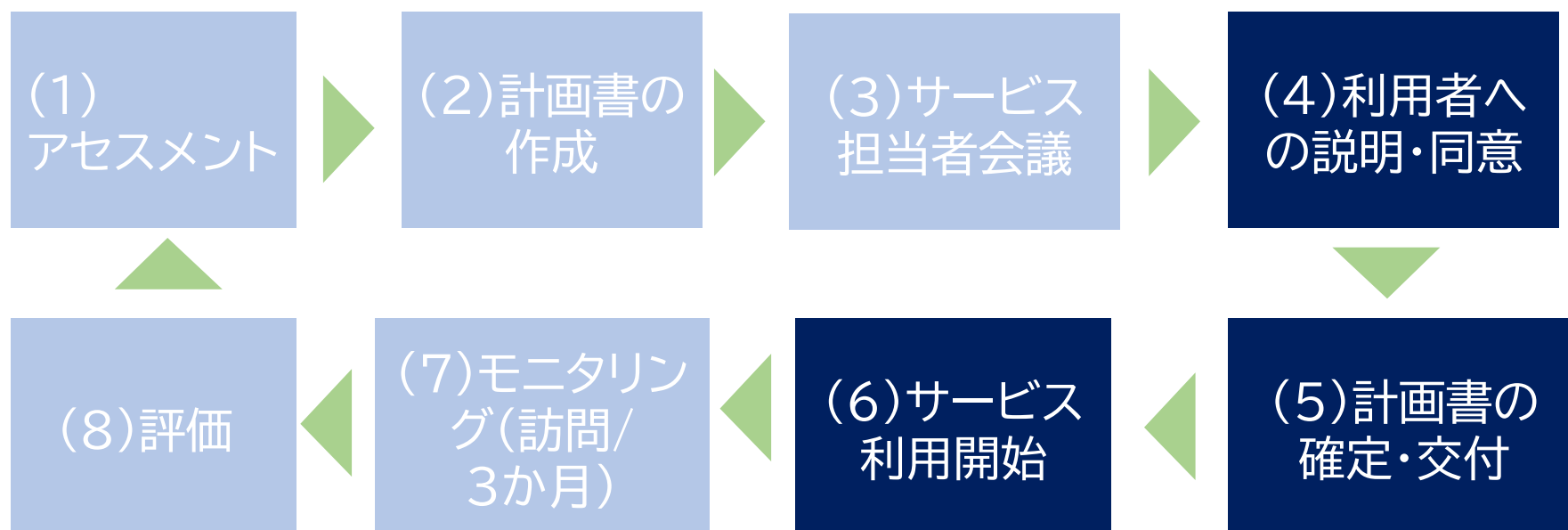
- ・新規でケアプランを作成
- ・変更時(更新申請、目標の設定期間終了時)
- ・臨時(ケアプランの変更)



(4)利用者への説明・同意

(5)計画書の確定・交付

(6)サービス利用開始



(7)モニタリング

<位置づけ>

- ・介護予防支援、ケアマネジメントAにおいて実施

<方法>

- ・電話や通所先での面接(毎月)
- ・自宅に訪問(3か月に1回)

<目的>

- ・目標の達成状況や支援内容が適当か把握する。
目標達成 ▶▶ 次のステップアップ
新たな課題 ▶▶ 計画の組み直し



*実施状況は随時記録

(8) 評価

<時期>

計画で定めた期間の終了時(最長12か月)

<目的>

計画の達成状況を判断し、今後の方針を決定する。

<方法>

- ・サービス事業者からの報告
- ・本人、家族から意見を聴取



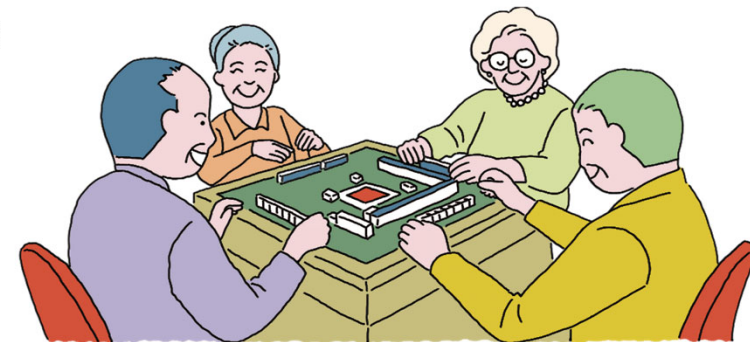
(8) 評価 ～評価と支援方法の見直し～

～Aさんの事例続き～

1年が経過し、体力も回復してバスでの外出にも慣れてきました。
目標にしていた、趣味の会も再開し始めました。

どのような評価をしますか??

この後の支援はどのようにしますか??



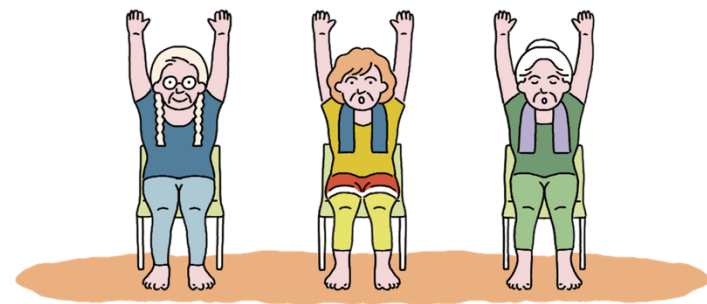
(8) 評価 ～評価と支援方法の見直し～

△ 同じサービスが続いている

- ・目標達成 ▶▶ 介護保険の更新申請を行う
引き続き通所サービスに休まず通う。

○ 活動を高め、社会参加につなげる

- ・目標達成 ▶▶ 本人の意向を確認し、通所サービスから
サービスB(通所型)に移行し、活動量を維持する。
ケアマネジメントCへ移行。
- ▶ 体調不良時の相談先と連絡方法を確認する。



(8) 評価

< 事例で評価と支援方法の見直しを考える >



ポイント

「目標達成」の場合

次のステップの目標と活動を考える。

- ▶▶ 達成感が得られ、意欲の向上につなげる。

「目標未達成感」の場合

- ▶▶ 目標を段階的に設定し、実現可能な目標を再検討する。

介護支援、ケアマネジメントA 委託時の留意点

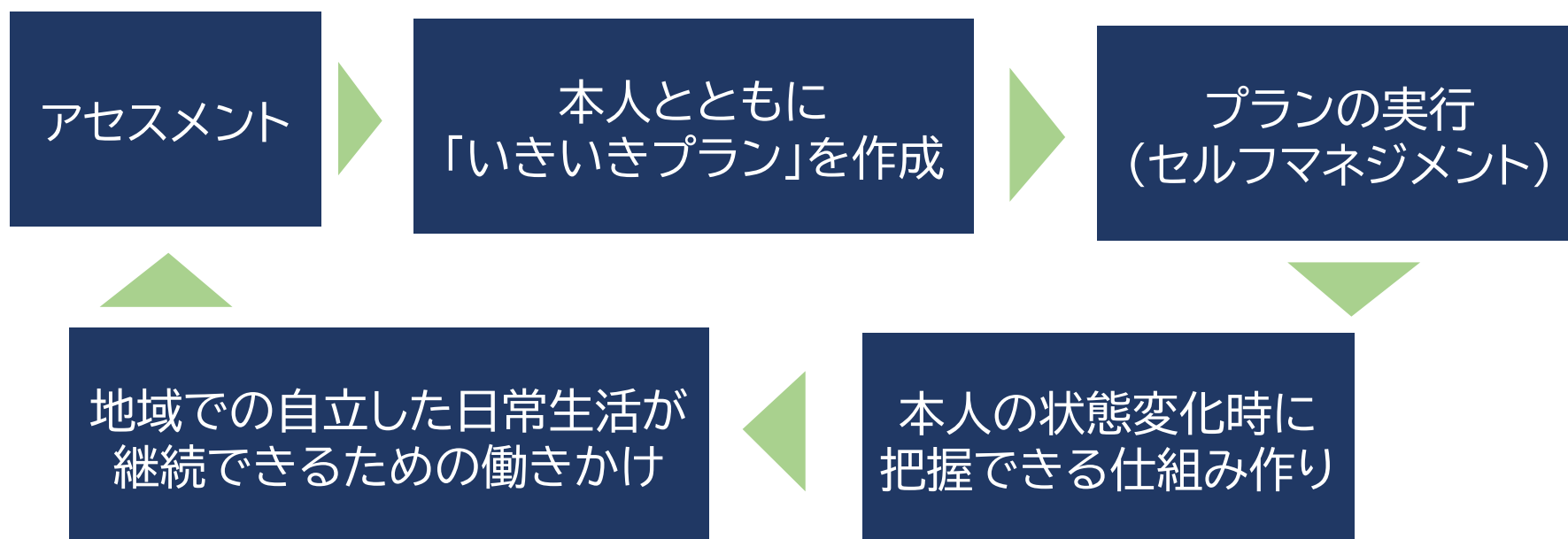
<地域包括支援センターの関与について>

- 初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、サービス担当者会議、モニタリング・評価なども活用して関与します。
- 研修や連絡会、地域ケア会議等の活用のほか、生活支援コーディネーターとも連携します。
- 居宅介護支援事業所が地域活動やインフォーマルサービスも有効に取り入れ、自立に資するケアマネジメントを実践できるよう、支援します。

ケアマネジメントCの進め方

(初回のみ介護予防ケアマネジメント)

ケアマネジメントCのプロセス



※ケアマネジメントCは居宅介護支援事業所に委託できません

(1) アセスメント (ケアマネジメントAと同じ)

<方法>

ケアマネジメントAと同様に
訪問や面接で聞き取る

※利用者基本情報も作成

暮らしのアンケートや
興味・関心チェックシートも活用

利用者基本情報			
《基本情報》			作成担当者：
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・II a・II b・III a・III b・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) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：年 月 日		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()		
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・・・		
来 所 者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=共に、☆=パートナー 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (※既婚者は○で表す)
住 所 連 絡 先	続 柄	住 所	
	氏名	続柄	住所・連絡先
緊急連絡先			
			家族関係等の状況

利用者基本情報(様式1)

(2) いきいきプランの作成

<方法>

本人とともに、目標や達成にむけた
取組を考え、プランを作成

※包括支援センター職員は
本人が作成することを支援

作成したプランは本人が保管。
(包括支援センターは写しを記録として保管、
本人の同意を得て、サービス事業者と共有)

様式5(ケアマネジメントC専用)

いきいきプラン

作成日 年 月 日

氏名 _____

私の生活の目標(1年間)
例:写真コンテストに応募し、写真展を見に行く。

目標を達成するための取り組み
例:天気の良い日は30分程度、散歩をする。

専門職からのアドバイス

職種	アドバイスの内容
例:地域ケアプラザ 看護職○○	例:能力が維持できるように体操を続けましょう。
_____	_____
_____	_____

連絡先

活動団体やサービス事業者名	電話
_____	_____
_____	_____

地域包括支援センター (地域ケアプラザ)

担当者	電話
_____	_____

利用する団体やサービス

利用する団体・サービス	内容
例:○○サロン	例:体操、ストレッチ
_____	_____
_____	_____

活動団体やボランティアに知っておいてほしいこと

例:耳が遠いので、話しかけるときはゆっくり、はっきりと話すようにしてほしい。

家族や知人をお願いしたいこと

誰に	例:息子	どんなこと	例:大きいもの重い物の付き添い
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

第2週	第3週	第4週	第5週
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

メモ

例:月に1回、○○施設に顔に会いで連絡中。

▲いきいきプラン
(ケアマネジメントC専用)

リハビリテーション専門職 活用のすすめ

地域包括支援センター職員に対して、対象者のアセスメントや目標設定についてリハビリテーション専門職が同行し、助言を受けることができます。

<各リハビリテーション専門職に期待できること(例)>

理学療法士(PT)

身体機能、活動状況の評価、リスク管理の方法の助言

作業療法士(OT)

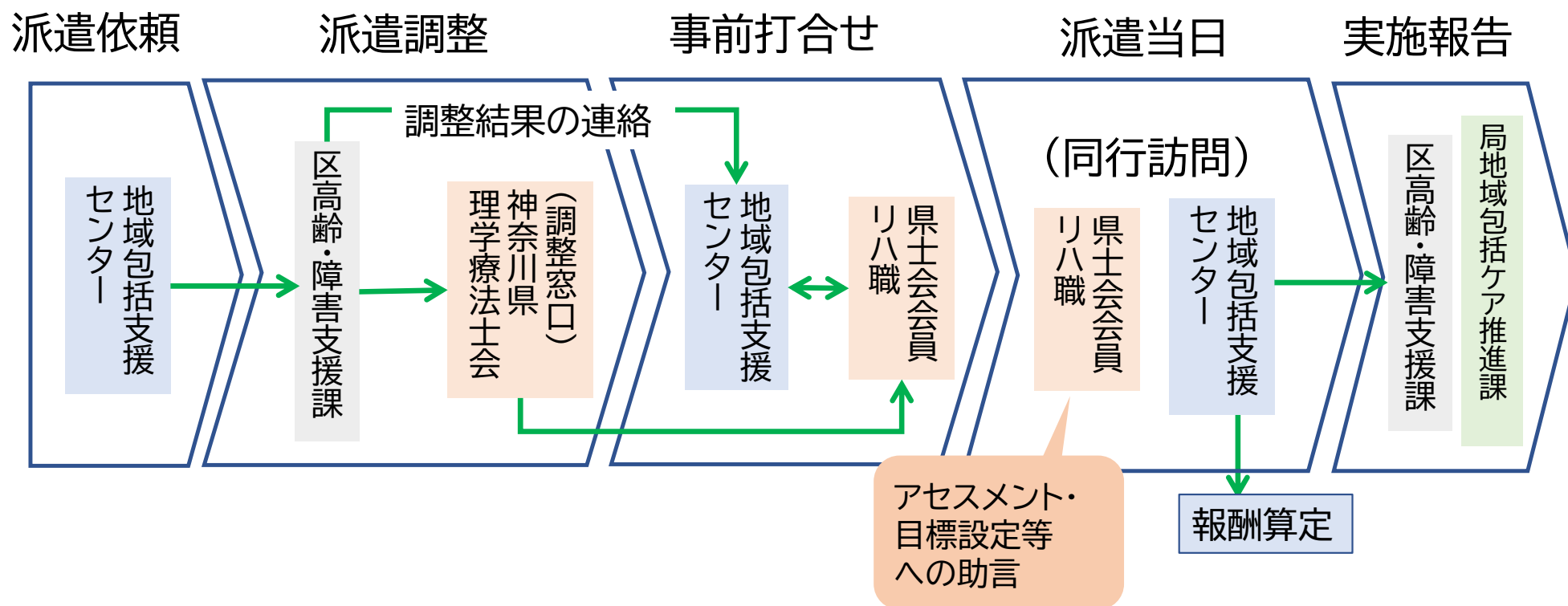
生活上での課題・困り事への助言、趣味や地域活動の再開へのアプローチ

言語聴覚士(ST)

コミュニケーションに課題がある場合の評価、「食」や栄養面の評価や助言

リハビリテーション専門職 派遣の流れ

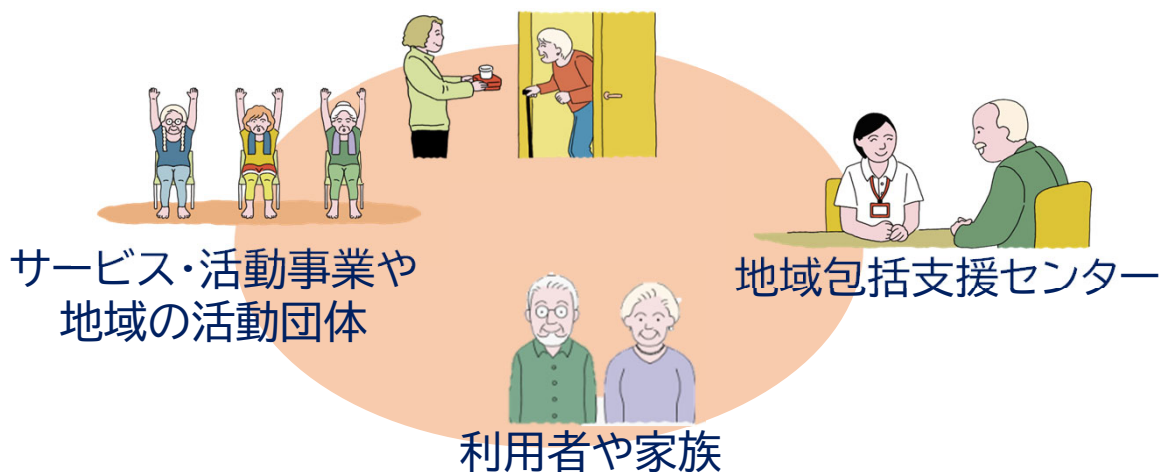
<地域リハビリテーション活動支援事業から派遣>



(3) プラン作成後 ～相談、連絡体制の構築～

ケアマネジメントCはモニタリングを必須としない。

- ▶ 本人、家族がいつでも相談しやすいよう、信頼関係の構築
- サービス・活動事業や地域の活動団体と連携できる体制を作る



(3) プラン作成後

■ 地域での自立した日常生活が継続できるための働きかけ

① 社会参加促進の働きかけ

- ・本人に自宅や通いの場等で会い、活動の継続や意欲を維持するための声掛け
- ・参加する活動の場に訪問し、活動団体の支援者から利用者の参加状況を聞き取り、参加意欲を維持するための助言

② 孤立を予防し、社会参加を促す働きかけ(アウトリーチ)

- ・活動を休みがちになった場合に本人宅に訪問し、活動再開の働きかけを行う。
- ・参加する活動を探す際に、本人とともに活動やサービスの見学に同行する。

ケアマネジメントCの報酬新設について

目標指向型のケアマネジメントに係る評価(令和8年度から)

※1～3のうち1月1つの報酬算定が可能。(重複算定不可)

- 1 ケアマネジメントC 社会参加促進報酬
- 2 ケアマネジメントC アウトリーチ報酬
- 3 ケアマネジメントC リハビリテーション専門職連携等報酬

詳しい説明は、通知文や報酬新設の説明動画をご確認ください。

ご視聴ありがとうございました

▼こちらもご確認ください▼

介護予防支援・
介護予防ケアマネジメント指針

データは 横浜市ホームページ



介護予防支援

掲載されています

