

chapter\_10



## 10. 介護予防ケアマネジメントの過程 ～ プランニングからモニタリング・評価～

69

### 介護予防サービス・支援計画書の 記載方法と記載ポイント (1)

「目標とする生活」を聞いても、本人から出てこない場合

- 利用者基本情報の「趣味・楽しみ・特技」欄の活用
- 本人が「またそのことができるようになりたい」など今後、どのような生活を送りたいかという「生活のイメージ」が具体的に表現できるように支援する。

例) ゆくゆくはこうになりたい・こうしたいって思うことは、  
どんなことですか？



70

## 「目標とする生活」欄

こんな風に暮らしたいとイメージを持つことは、  
利用者が自ら介護予防に取り組むきっかけとなる。



### 目標とする生活ってどう聞いたらいいの？

1年の生活を思い描いてから日々の暮らし方を聞くか、  
毎日の生活を思い描いてもらい1年先の目標を立てるか、その場の状況で。

#### 1日

毎日こんな風に過ごしたいな…  
こんなことなら日課にできるかな…

- 大きな目標にたどり着くための段階的な目標
- 庭木の水やり、新聞を読む、薬を飲んだら、  
カレンダーに印を入れる、など



#### 1年

「ゆくゆくはこうなりたい」「こうしたい」  
って思うことはどんなことですか？

- 今後の生活で達成したい目標
- 達成可能な具体的な目標
- その人らしい自己実現を引き出す

## 介護予防サービス・支援計画書の 記載方法と記載ポイント (2)

### 本人や家族から先に「介護保険サービス」利用の 強い要望が先に提示された場合

- 利用希望のサービスが、どうしても必要だと考えているのか  
をよく聴く。
- その上で、改めて、本人や家族といっしょにアセスメント  
を行いながら、課題を確認する作業の中で、必要な  
サービスへの理解を深めていく。



# ワーク4 介護予防ケアプランを比較して考えよう



## 介護予防ケアマネジメントの事例を比較

● 2つのプランは山本春子さんに向け作成したプランです

- 何が違うかを考える
- 自身なら普段どうしているかを振り返る
- 良いと思うプランを基に、自立支援に向けた介護予防ケアプラン作成に必要なことは何かを考える

別冊資料7～8頁をあわせてご覧ください

### 介護予防サービス・支援計画書

No. 1  
 利用者名 山本 春子 様 (男・70歳) 認定年月日 令和3年6月9日 認定の有効期限 令和3年7月1日～令和5年6月30日  
 計画作成者氏名 小林 愛 依頼の場合：計画作成者事業所・事業所名及び所在地(連絡先)  
 計画作成(変更)日 令和3年6月28日 (初回作成日 令和3年6月28日) 担当地域包括支援センター：みなと地域包括支援センター

目標とする生活  
 1目 ぐまいに気をつけて過ごす 1年 転倒しないでの生活を続ける

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意識・意向	領域における課題(障害・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体的な課題	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介護、インフォーマルサービス(家族等のサービス)	介護予防サービス又は地域包括支援(総合的課題のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について 1年前の入浴後から転倒がある。ぐまいがあるため立ち上がり時にふらつく。病院受診には行っていない。	本人)ぐまいがある。転倒、入浴の支障が心配。ぐまいがあるため立ち上がり時にふらつく。病院受診には行っていない。	障害) 〇脚 ぐまいがある。ヘルパーによるサポートが必要。	1. 原因不明のぐまいがある。ヘルパーによるサポートが必要。2. 転倒のリスクがある。3. 転倒による入院のリスクがある。	目標) ヘルパーのサービスを利用する。具体的には、ヘルパーによるサポートを受ける。また、ぐまいによる入浴時のサポートを受ける。	本人) 今までは自力でヘルパーさんに来てほしい。転倒を避けたい。	転倒防止。	(1) 転倒を防止するために、ヘルパーによるサポートを受ける。	本人等のセルフケアや家族の介護、インフォーマルサービス(家族等のサービス)	介護予防サービス又は地域包括支援(総合的課題のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
日常生活動作(ADL)について 買い物、掃除、入浴の支障が心配。ヘルパーによるサポートを受けている。食事は家族サービスを利用。	本人) 買い物、掃除、入浴の支障が心配。ヘルパーによるサポートを受けている。食事は家族サービスを利用。	障害) 〇脚 ぐまいがある。ヘルパーによるサポートが必要。		具体的には、ヘルパーによるサポートを受ける。また、ぐまいによる入浴時のサポートを受ける。			(2) 転倒を防止するために、ヘルパーによるサポートを受ける。		ヘルパー	5名	社会福祉協議会	令和3年7月1日～令和4年6月30日
社会参加、人間関係 コミュニティ活動に参加していない。趣味は音楽演奏をやっている。	本人) 音楽演奏の練習は好きだが、参加していない。趣味は音楽演奏をやっている。	障害) 〇脚 ぐまいがある。ヘルパーによるサポートが必要。					( )					
健康状態について 糖尿病が心配。定期的に検診を受けている。ぐまいによる入院のリスクがある。	本人) 糖尿病の心配がある。定期的に検診を受けている。ぐまいによる入院のリスクがある。	障害) 〇脚 ぐまいがある。ヘルパーによるサポートが必要。					( )					

健康状態について  
 〇生活習慣改善、〇認知機能、〇認知機能改善を促すための見直し  
 転倒を繰り返しており、ぐまいという症状の中で気持ち的にしんどくなっている。  
 【本人行うべき支援が実施できない場合】  
 適切な支援の実施に向けた方針  
 原因のわからないぐまいがあり不安の中で過ごしていると思えます。ヘルパーを利用しながら今までの生活が維持できるように支援していきます。

基本チェックリストの(該当した項目数)/(実施項目数)を記入して下さい  
 地域包括支援センターの場合は必要な事業プログラムの数も併せて記入して下さい

運動不足	栄養改善	口腔ケア	認知機能	認知機能	うつ予防	地域包括支援センター連携
5/5	2/2	0/2	2/2	0/2	0/5	

計画に関する同意  
 上記計画について、同意いたします。  
 令和3年6月28日 氏名 山本 春子

介護予防サービス・支援計画書

頁数 1

利用者の氏名 山本 泰子 様 (男・72歳) 認定年月日 令和2年6月9日 認定の有効期限 令和2年7月1日～令和5年6月30日

サービス提供形態: 訪問・介護・通所、訪問・通所、要介護1・要介護2、事業所事業

計画作成者氏名 小林 亨

委託の場合: 計画作成者事業所・事業所名称及び所在地 (通所先)

計画作成(実施)日 令和2年6月25日 (初回作成日 令和2年6月25日) 関係地域包括支援センター: みなと地域包括支援センター

目標とする生活

1日	身の健康を保つため、食のケアを毎日行う。	1年	利用頻度を再開する。
----	----------------------	----	------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意識・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的な提案	具体的な目標と本人・家族の意向	目標	目標についての支援のポイント	支援計画	サービス提供形態	事業所(利用先)	期間	
運動・転倒について 令和2年6月の入浴後から転倒を繰り返している。めまいがある上、歩行時にふらつき、転倒に対する不安がある。歩行時は杖が不安定で、歩行時の杖を補助して、メッシュを利用。	本人) なかなか歩を歩く気にならない。あまのふらつきが不安定で、転倒に対する不安がある。歩行時は杖が不安定で、歩行時の杖を補助して、メッシュを利用。	背景) ①めまいによる不安が強く、歩行時のふらつきが不安定で、転倒に対する不安がある。歩行時は杖が不安定で、歩行時の杖を補助して、メッシュを利用。	総合的課題	目標) 大筋に不安が強い状態から、歩行時のふらつきが減少し、歩行時の杖が不安定で、転倒に対する不安がある。歩行時は杖が不安定で、歩行時の杖を補助して、メッシュを利用。	本人) 歩行時のふらつきが不安定で、転倒に対する不安がある。歩行時は杖が不安定で、歩行時の杖を補助して、メッシュを利用。	目標通り	(1)めまいやふらつきがある時は、杖や歩行補助器を利用し、歩行時の杖が不安定で、歩行時の杖を補助して、メッシュを利用。	本人) 自宅でもできる運動を教えたい。自宅でもできる運動を実施する。	介護予防サービス 又は地域包括支援センター(通所型サービス)	サービス提供形態) 個別	事業所(利用先)	期間) 6/7/1～9/30
日常生活動作(食事)について 食事の摂取量が減少し、体重減少が認められる。食事の摂取量が減少し、体重減少が認められる。	本人) めまいによる不安が強く、歩行時のふらつきが不安定で、転倒に対する不安がある。歩行時は杖が不安定で、歩行時の杖を補助して、メッシュを利用。	背景) ①めまいによる不安が強く、歩行時のふらつきが不安定で、転倒に対する不安がある。歩行時は杖が不安定で、歩行時の杖を補助して、メッシュを利用。	総合的課題	目標) 日常生活動作(食事)について、食事の摂取量が減少し、体重減少が認められる。	本人) 食事の摂取量が減少し、体重減少が認められる。		(2)体重が減少しないように、食事の摂取量が減少し、体重減少が認められる。	本人) 食事の摂取量が減少し、体重減少が認められる。	介護予防サービス 又は地域包括支援センター(通所型サービス)	サービス提供形態) 個別	事業所(利用先)	期間) 6/7/1～9/30
転倒予防について 転倒を繰り返している。転倒を繰り返している。	本人) めまいによる不安が強く、歩行時のふらつきが不安定で、転倒に対する不安がある。歩行時は杖が不安定で、歩行時の杖を補助して、メッシュを利用。	背景) ①めまいによる不安が強く、歩行時のふらつきが不安定で、転倒に対する不安がある。歩行時は杖が不安定で、歩行時の杖を補助して、メッシュを利用。	総合的課題	目標) 転倒を繰り返している。	本人) 転倒を繰り返している。		(3)本人の子供に歩行補助器を利用し、転倒を繰り返している。	本人) 転倒を繰り返している。	介護予防サービス 又は地域包括支援センター(通所型サービス)	サービス提供形態) 個別	事業所(利用先)	期間) 6/7/1～9/30

**健康状態について**  
転倒を繰り返しており、めまいという症状の中で気持よく歩行できなくなっている。気持ちよく歩行できるよう歩行補助器を利用して活動量をあげること、状態の改善が見込まれる。

**【各病行へ支援が実施できない場合】**  
適切な支援の実施に向けた方針

**総合的な方針：生活不満足感の改善活動のポイント**  
めまいが続いていることで、活動量が減り、気力や体力が落ちている状況が見られます。身体を動かす機会を取り入れた生活を送ることで、入院前のような暮らしができるように支援していきます。

**計画に関する留意**  
上記計画について、同意いたします。

令和2年6月25日 氏名 山本 泰子

運動不足	5/5	栄養状態	2/2	口腔内ケア	0/3	認知症リスク	2/2	転倒リスク	0/3	うつ病リスク	0/5
------	-----	------	-----	-------	-----	--------	-----	-------	-----	--------	-----

結 果

ヘルパーが週に3回入っている家事援助内容の分割を行い、「できる」ことはしてもらうよう詳細な訪問介護計画を立て、プラン内容を大幅に変更。  
前担当ケアマネジャーのプランでは、「訪問介護」のみの利用であったが、他者と交流のない生活と活動量が低下している日々の体力低下を思い、通所型サービスC（短期集中予防サービス）をプランに挿入することが大切だと考え利用者へのアプローチを開始（サービスを利用することによる将来の見通しを丁寧に説明）。

半年後の孫の成人式に東京から大阪に向かうことを目標に動機付け！

**【サービス利用がスタート】**  
何もしていなかった頃に比べて体力は徐々に向上⇒体が軽くなったと自覚⇒「運動は悪くない」⇒めまいも24時間続くわけでもない。体力がアップしてきたこともあり一人での入浴が可能に！  
(入浴前後に家族に電話してもらい、安否を確認してもらう方法を提案)  
\*遠方でもできる家族からの支援

最 終

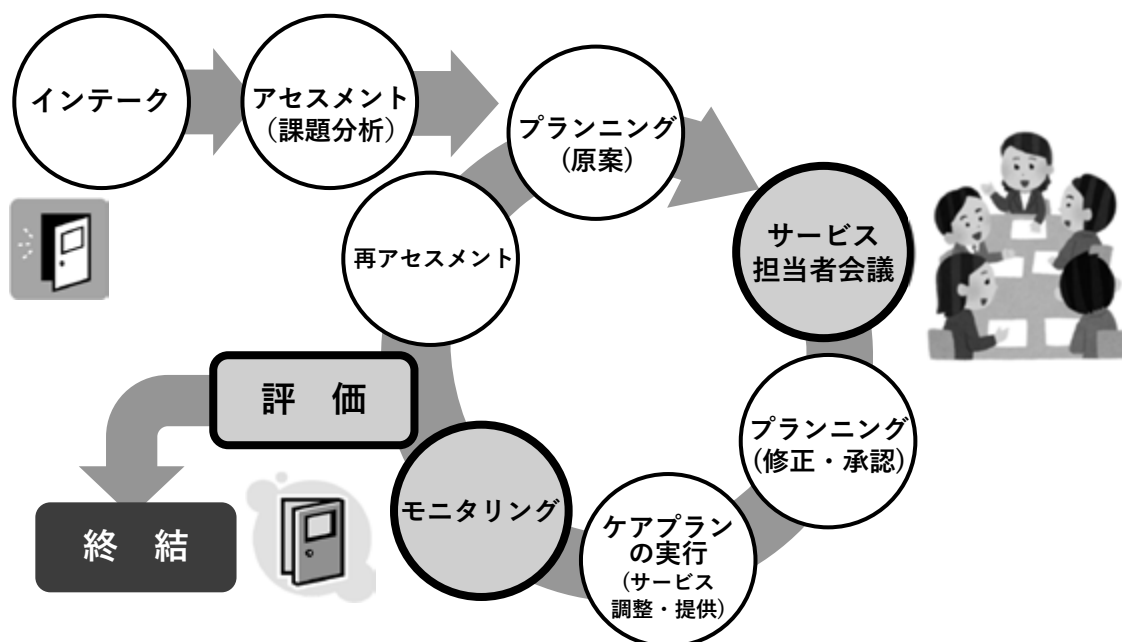
「ふらつき・めまい」も常にあるわけではないことを利用者自身が自己分析。体調に合わせて活動することに自信をつけていき、通所型サービスCを終了。その後、昔から通っていた地域のサロンに再び通えるようになった。

## ～この事例からの学び～

- 1 遠くでもできる家族からの支援（応援団になってもらうことの大切さ）  
 <インフォーマルの活用・精神的支援>
- 2 慢性的な疾病に関する有症状（めまい・ふらつき）があっても24時間365日継続して症状が出ているものは少ない ⇒ 都度の体調に合わせて活動する生活を考えることで行動範囲は拡充できる  
 <疾病理解の必要性・主観的な訴えのとらえ方>
- 3 丁寧なアセスメント【能力と行為】における差をしっかりと見極める  
 ⇒なぜ？できないの？じゃあ、今、どうしているの？  
 <原因・背景要因の分析を行い、根拠と見通しをもった提案・合意形成>
- 4 本人のできないことばかりに目を向けるのではなく、ストレングスに着目し改善可能性を探る  
 <本人の気づきと動機づけ>
- 5 事業所や地域等も巻き込み「その気」をつくる  
 <思いの「共有」⇒動機づけ>
- 6 良い事業所・人材等を発掘・育成していく  
 <資源開発・人材育成>
- 7 成功体験を知っている人とのつながり、その人から学ぶことが重要  
 <成功体験の積み重ね>

77

## 介護予防ケアマネジメント過程 ～ サービス担当者会議から評価 ～



78

## サービス担当者会議

### 〈サービス担当者会議のポイント〉

- 利用者・家族を置き去りにしない  
(意向確認・責められたと思わせない)
- 全ての参加者が意見を言える場づくり  
(調整・配慮)
- 時間内に終わるように  
(進行・まとめ)
- 目的に沿った会議運営  
(軌道修正・簡潔に)



79

## モニタリング

### 訪問時以外で工夫していることは？

- 情報が集まるための工夫
  - ・ 本人や家族に支援内容と支援者の役割を説明し、必要時の情報提供を依頼する。
  - ・ サービス提供事業者の役割を明確にし、必要時の情報提供を依頼する。
  - ・ 近隣者などのインフォーマルサービスの支援者に、支援内容を説明し、必要時の情報提供を依頼する。



80



## 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）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

### 記載目的

対象者への支援経過を**時系列**で一枚の様式に記録することで、支援者が一連の流れを把握し今後の支援の分析に役立つことができる。

### 記載内容

- ・ 初回対応記録（誰から情報を得て、対応を始めたか等）
- ・ モニタリングの実施記録（訪問、電話等）
- ・ サービス担当者会議録
- ・ 関係機関との連絡内容の記録

### 記入上の留意点

- ・ 必ず〈モニタリング〉や〈担当者会議〉と明記しておく。
- ・ 簡潔明瞭に要点を記載する。
- ・ ケアプラン作成者の判断も記入する。
- ・ 関係機関に働きかけ、情報が十分得られなかった場合も、その経過を記載する。

81

## 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

### 実施目的

介護予防サービス・支援計画における、**目標に対する評価**を行う。

### 実施時期

介護予防サービス・支援計画書に**達成可能な目標を設定した時期**  
(サービス提供期間とは異なる)

### 評価の視点

- ・ 設定した目標が**達成**されたか
- ・ 今後のケアプランを**見直す**必要があるか

### 評価時の留意点

- ・ 目標がどの程度達成できているのか、できていないのか、具体的に記載していく
- ・ 目標が達成できなかった場合
  - ① 本人や、家族の意見を確認する。
  - ② ①とサービス事業者からの報告をもとにケアプラン作成者として分析する。
- ・ 原則的には「**ケアプラン変更**」

82

