



介護予防サービス計画の作成等について

大曲仙北広域市町村圏組合
令和4年度集団指導

－目次－

- 1 … 指定介護予防支援の概要**
- 2 … 指定介護予防支援の留意点**
- 3 … 事例紹介**

1 … 指定介護予防支援の概要



法（※） 第八条の二第十六項（抄）

<定義>

居宅の要支援者が介護予防サービス等の適切な利用ができるように、市町村が設置する地域包括支援センターが、

①

要支援者の心身の状況、置かれている環境、要支援者や家族の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成

②

介護予防サービス計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整

等を行うこと。

（※）介護保険法（平成九年法律第百二十三号）以下同



基準（※）

（指定介護予防支援の基本取扱方針）

第二十九条 指定介護予防支援は、利用者の介護予防（法第八条の二第二項に規定する介護予防をいう。以下同じ。）※に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。

2 指定介護予防支援事業者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、**目標志向型**の介護予防サービス計画を策定しなければならない。

3 略

（※）指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号） 以下同

※ 法第八条の二第二項に規定する介護予防

☞ 身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要し、又は日常生活を営むのに支障がある状態の軽減又は悪化の防止をいう。

(指定介護予防支援の具体的取扱方針)

第三十条 ※アセスメント関係

六 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、**生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにする**とともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握しなければならない。

- イ 運動及び移動
- ロ 家庭生活を含む日常生活
- ハ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション
- ニ 健康管理

解釈通知（※）

第2-4-(1)⑥（抄）

介護予防サービス計画は、**個々の利用者の特性**に応じて作成されることが重要である。このため担当職員は、介護予防サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行うこととなる。

（※）指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について（平成18年3月31日 老振発第0331003号・老老発第0331016号） 以下同



2 … 指定介護予防支援の留意点



基準（抄）

（介護予防支援の提供に当たっての留意点） 第三十一条

—
単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。

解釈通知

第2－4－（2）①（抄）

介護予防が単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった利用者の特定の機能を向上させることを目的とするものではなく、これらの心身機能の改善や環境調整などを通じて、利用者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう総合的に支援することが目的。

担当職員は、支援を行うことによって利用者がどのような生活を営むことができるのかということを常に留意しながら、支援を行う必要がある。

基準（抄）

（介護予防支援の提供に当たっての留意点） 第三十一条

二

利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。

解釈通知

第2－4－（2）②（抄）

介護予防の取組は、あくまでも利用者が自ら主体的に取り組むことが不可欠であり、そうした主体的な取組がなければ介護予防の十分な効果も期待できないおそれがある。



基準（抄）

（介護予防支援の提供に当たっての留意点） 第三十一条

三

具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。

解釈通知

第２－４－（２）③（抄）

利用者の状態に応じた目標を設定し、利用者が介護予防に意欲を持って主体的に取り組んだり、支援を受けることによってどのような生活を営めるようになるのかを理解することが重要。

また、介護予防サービス事業者等が設定された目標を共有することにより、その目標を達成するために適切な支援を行うことが重要。この場合、利用者が主体的に目標の達成に取り組めるよう、利用者と一緒に目標を設定することが重要。



基準（抄）

（介護予防支援の提供に当たっての留意点） 第三十一条


四

利用者の自立を最大限に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**すること。

解釈通知

第2－4－（2）④（抄）

介護予防の取組が利用者のできる行為を増やし、自立した生活を実現することを目指すものであることから、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うことが基本であり、**利用者のできる能力を阻害するようなサービスを提供しないよう配慮**すべきことを規定。

 特に、福祉用具については、プランに位置付けるにあたってはその必要性の検討及び検討過程の記録が必須で、プランにも当該サービスが必要な理由を記載しなければいけない。
なぜなら、必要性を十分に検討せずに、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供になると、かえって利用者の生活機能の低下につながりサービスへの依存を生み出してしまいかねない。結果として利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがある。

基準（抄）

（介護予防支援の提供に当たっての留意点）

第三十一条 ※インフォーマルサービス関係

五

サービス担当国会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。

解釈通知

第2-4-(2)⑤（抄）

介護予防においては利用者の**生きがい**や**自己実現**のための取組も含めて利用者の生活全般を総合的に支援することが必要であり、介護予防支援の提供に当たっては、介護予防サービスのみで利用者支援するのではなく、**利用者自身の取組**や**家族の支援**、様々な保健医療サービスや福祉サービス、**地域における住民の自発的な活動**など多様な主体によるサービスがサービス担当国会議等の機会を通じてそれぞれ連携して提供されるよう配慮すべきことを規定。

基準（抄）

（介護予防支援の提供に当たっての留意点）

第三十一条 ※地域支援事業等との連携

六

地域支援事業（法第百十五條の四十五に規定する地域支援事業をいう。）及び介護給付（法第十八条第一号に規定する介護給付をいう。）と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。

解釈通知

第2－4－（2）⑥（抄）

地域支援事業及び介護給付との連続性及び一貫性を持たせることを規定。具体的には、要支援者の心身の状態が改善したり、悪化したりすることにより、地域支援事業における二次予防事業（※）の対象者となったり、要介護者と認定されることがある。また、二次予防事業（※）の対象者の心身の状態が悪化したり、要介護者の心身の状態が改善することにより要支援者と認定されることもある。このような場合に、利用者に対する支援が連続性及び一貫性を持って行われるよう、指定介護予防支援事業者が地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者と連携を図るべきことを規定。

（※）☞要支援や要介護になる可能性の高い高齢者が対象で、総合事業開始に伴い廃止。現在の訪問型（通所型）サービスに相当。

基準（抄）

（介護予防支援の提供に当たっての留意点） 第三十一条

七

介護予防サービス計画の策定に当たっては、**利用者の個別性を重視**した効果的なものとする
こと。

解釈通知（抄）

第2－4－（2）⑦

利用者が要支援に至る過程やその状態は様々であり、また、**利用者の意欲や生活の状況等によつて、その取組の方法についても利用者によって様々**であることから、一人ひとりの利用者に応じて、効果的なサービスが提供されるよう支援すべきことを規定。

基準（抄）

（介護予防支援の提供に当たっての留意点） 第三十一条

八

機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

解釈通知（抄）

第2－4－（2）⑧

介護予防支援の提供を通じて利用者の機能が改善した場合には、その機能が維持できるように、利用者自らが継続的に意欲を持って取り組めるよう支援すべきことを規定。



3 ... 事例紹介



よくある事例

地域包括支援センター・ケアマネジャーの思い

「要支援者だから、外に出る場所もないし、足腰が弱くなってきたら、デイサービスに通って、足腰をしっかりとさせてあげたい」と従前相当のデイサービスの利用を調整。



【目標】 足腰を強くして、再び地域のサロンに通いたい。
半年が経過すると、、、

利用者の思い

「友達もできたし、ここで過ごし続けたい」と願うようになっている。
利用当初の「足腰を強くして再び、地域のサロンに通いたい」と一緒に立てた目標を共に忘れてしまう。



モニタリング不足、、、



地域包括支援センター・ケアマネジャー

本人がそう思っていて、しかも、デイサービスに来ることで状態が維持が出来ているのなら、それでいいか・・・と考える（もう、お歳だから・・・）。

結 果

デイサービスが唯一の社会参加の場となり、活動性は向上せず、時を経て老化に伴い心身機能が低下し、次の目標は「デイに通って足腰の筋力低下を防ぐ」となってしまう。

落とし穴

高齢者の心身の変化を見過ごし、安易に「**継続**」することが心身機能の「**維持**」につながると考え、モニタリングがおろそかになる。

高齢者の《**残存能力**》や《**可能性**》を見極めるということを怠り「**もう歳だから仕方ない**」と考えて、確かなアセスメントを行わず、デイサービスを唯一の社会参加の場とすることで、自身の心身機能の維持のために必要だと考える利用者や家族を増してきた。他にも様々な活動の場所があり、活動量をあげる方法はあったはず・・・

(例) セルフケアの提案、元々、参加していた地域活動や趣味の再開、新たな活動場所の提案、家庭や地域内での役割の再獲得など

