

介護予防ケアマネジメントの手引き

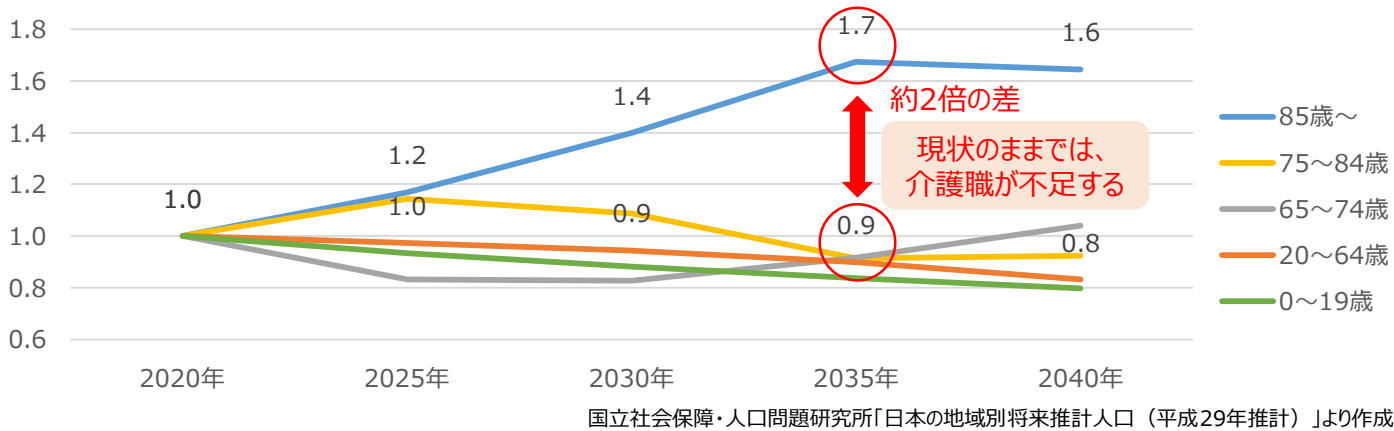
2026年4月

姫路市健康福祉局長寿社会支援部高齢者支援課

1 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメントの役割について

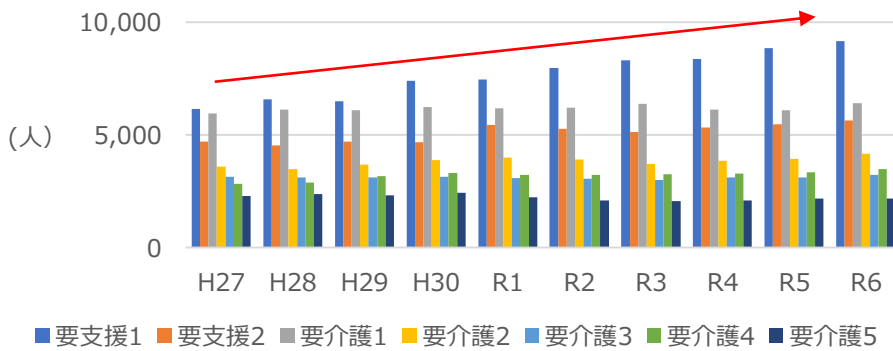
- 2040年の姫路市の将来予測として、人口の減少が見込まれます。そのような中、85歳以上の人口が急速に増え、その半数以上は要支援・要介護認定を受けると予測されます。一方で、高齢者を支える働き世代の人口が減少します。

姫路市の年齢階級別人口の伸び率の推移（2020年を1.0とした場合）

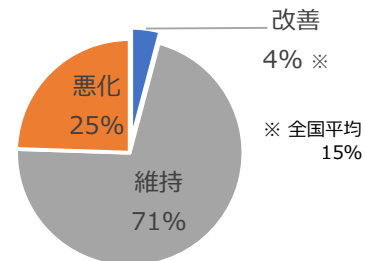


- 姫路市は特に要支援1の人の割合が高く、増え続けています。また要支援1および2の人の1年後の介護度変化では、改善した人（要支援1が非該当になった人、要支援2が要支援1または非該当になった人）は全国平均と比較しても非常に少ない状況でした。姫路市として、要支援状態の人に対するケアマネジメントの方向性を十分に示せていませんでした。

要介護認定者数推移（第1号被保険者のみ）

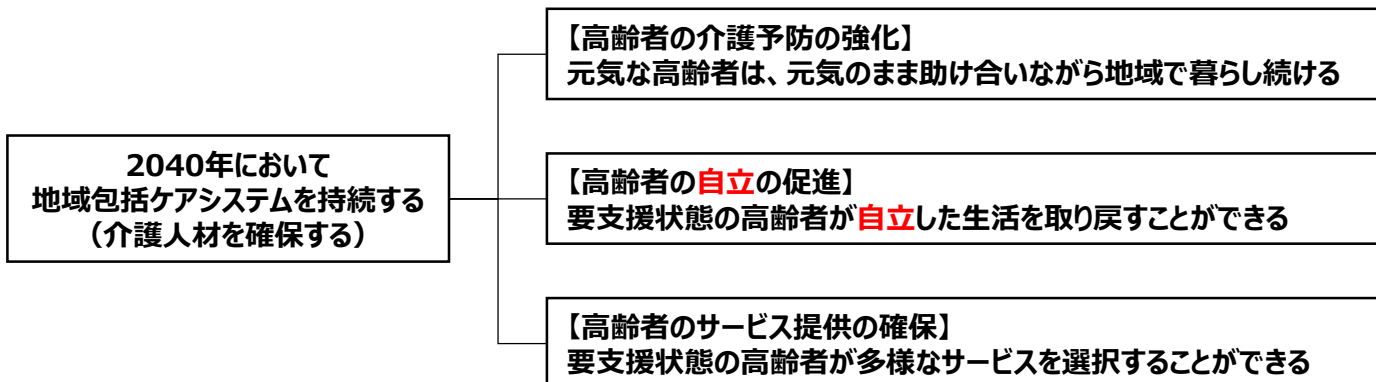


要支援1および2の人の介護度変化（R6.3→R7.3）



要支援者への支援の方向性をアップデートする必要があります

- 姫路市では、介護予防・日常生活支援総合事業の今後の方針として、2040年において地域包括ケアシステムを持続すること（＝介護人材を確保する）を最終目標に、下記の3つの目標を設定しました。



- 本手引きは、要支援状態の高齢者が自立した生活を取り戻すことができるように、介護予防ケアマネジメントの方向性について整理し、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の皆さまが実践していただくことを目指して作成しました。介護にかかわる専門職の視点で高齢者の生活をコーディネートできるよう、活用していただくと幸いです。

2 要支援者等のケアマネジメントの種類について

- 要支援者のケアマネジメントの種類は、介護予防サービスを含む「介護予防支援」と、総合事業のみの「介護予防ケアマネジメント」に分かれます。

介護予防支援	(要件) ① 利用者が利用するサービスの一部に介護予防サービス（※1）を含む場合 ② ①に加えて、サービス・活動事業と一緒に利用した場合
介護予防ケアマネジメント	(要件) 利用者が利用するサービスがサービス・活動事業（※2）のみの場合

- ※1 介護予防〇〇とつくサービス。
(一例) 介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与 等
- ※2 総合事業のサービス。
(一例) 訪問型サービス・活動A 等

3 介護予防支援について

- 介護予防支援の実施方法については、介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（老振発0605第1号：令和7年7月17日一部改正）のとおり、介護予防ケアマネジメントAに準じた方法で実施することになります。

4 介護予防ケアマネジメントについて

(1) 基本的な考え方

介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（老振発0605第1号：令和7年7月17日一部改正）では、介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方について、以下の通り示されています。

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが要支援認定者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援する。また、利用者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、利用者の生活上の困りごとに対して、利用者の**自立支援**に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「**心身機能**」「**活動**」「**参加**」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要である。

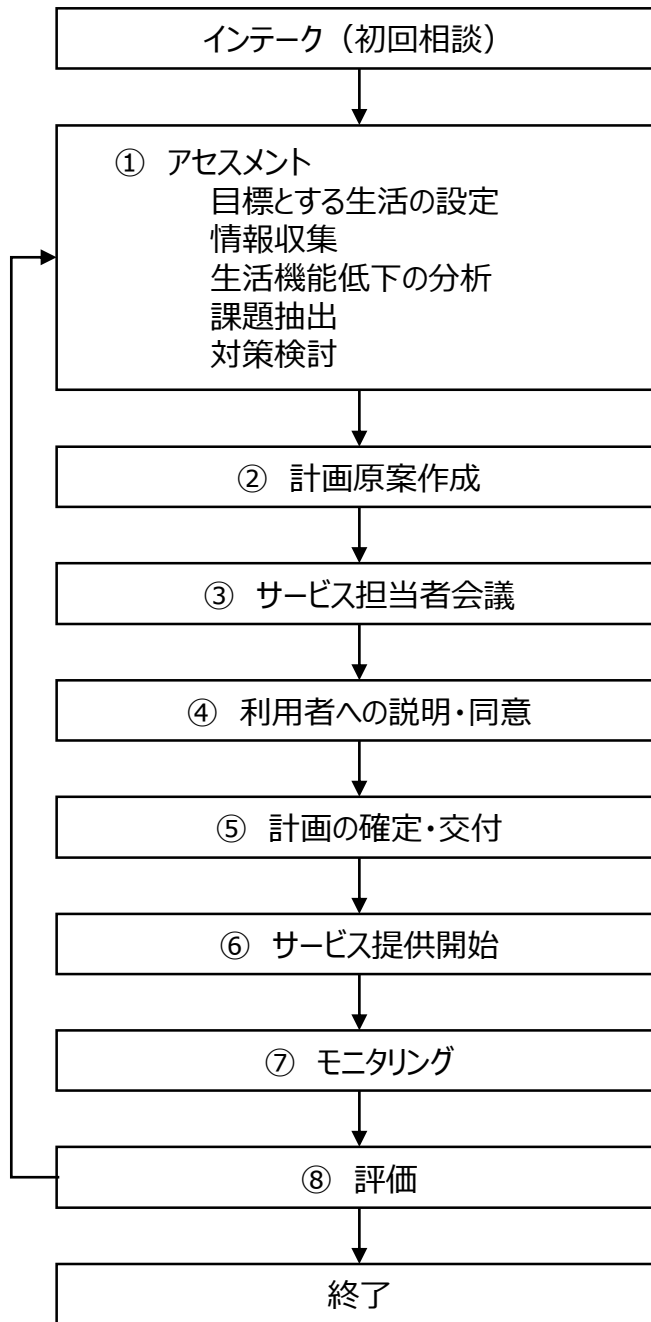
このようなことから、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していくこととなる。

そこで、姫路市では、要支援状態の高齢者の「自立」「自立支援」の定義および「自立と判断する指標」を以下のように決定しました。

自立	高齢者自身が希望する「活動」や、地域の通いの場等へ「参加」ができるようになる 活動：ADL（食事や入浴などの身の周りの生活動作）やIADL（掃除や買い物、金銭管理などの高次の生活動作）のこと 参加：地域・家庭の中での役割や他者との交流を通じたコミュニティへの関与
自立支援	生活機能（活動・参加）に関連する要因を本人、家族、支援者で共有した上で、本人の能力を最大限に活用し本人が希望する活動や地域の通いの場等へ参加が多様なサービスを活用してできるようにすること
自立の指標	介護職が提供するサービスを利用せずに生活できるようになる

(4) 介護予防ケアマネジメントのプロセスごとの実施方法

- ここでは、新規利用者の介護予防ケアマネジメント計画を策定する場合の実施手順について説明します。
- ケアマネジメントの原則的な流れは、まずはインテークを行ない、困りごとを把握した上で目標を設定し、必要な生活機能のアセスメントをする必要があります。これに基づいて計画原案を作成し、サービスが提供されます。サービス提供の一定期間後に、サービスの効果を評価し、その結果を次のサイクルのアセスメントに活用します。



<介護予防ケアマネジメントの対象者の状態像、生活像>

- 要支援状態の人の多くはフレイル（虚弱）状態の人、身体介護を必要とせず、買い物や家の掃除などの簡単な生活支援が必要な状態の人です。また、社会参加のニーズがある人も、その多くを占めます。



4 介護予防ケアマネジメントについて

① アセスメント

● 目標とする生活の設定

原則、利用者の居宅を訪問し、本人・家族と面接を行いません。



利用者本人に合った「目標とする生活」の設定にあたっては、まずは利用者本人や家族からの「相談内容」から「困りごと」を確認します。次にそれを利用者本人が「○○したい」「○○できるようになる」というような「目標とする生活」に置き換えます。

その際、生活行為に関する内容を計画原案における「目標とする生活（1日）」と考え、地域活動に関する内容を計画原案における「目標とする生活（1年）」と考えます。

生活行為については、できている行為を継続すること、もしくはできていない生活行為を改善することを目指します。

地域活動については、現在参加している活動の継続、もしくは新たな（再度の）活動の参加を目指します。

<「目標とする生活の設定」の情報収集シートの活用例>

- 姫路市では、介護予防ケアマネジメントのアセスメントにおいて、情報収集シートの活用を推奨しています。
- 「目標とする生活」が、単に心身機能の改善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なるように設定します。



	相談内容	困りごと	目標とする生活	
生活行為	ヘルパーを頼みたい	膝が痛くて浴室・トイレの掃除がしにくい	1日	浴室・トイレの掃除ができる
地域活動	いきいき百歳体操に参加し、友達と話がしたい	膝の痛みが悪化するのではないかと心配で、いきいき百歳体操に参加できていない	1年	いきいき百歳体操を再開する



	相談内容	困りごと	目標とする生活	
生活行為	(なし)	(特に困りごとはない)	1日	(設定なし)
地域活動	デイサービスで運動がしたい	長い距離が歩けないのでカラオケに行けなくなった	1年	カラオケに行くことを再開する

4 介護予防ケアマネジメントについて

● 情報収集

利用者本人が希望する「目標とする生活」と現状の差を把握するために、本人・家族からの聞き取りを通して情報を収集します。

利用者の普段の生活状況や居宅の環境を客観的に確認します。

<情報収集シートの活用例>

- 相談者への質問は、まず「困りごと」に関する内容から始めます。目標とした「生活行為」や「地域活動」が、なぜできないかを聞き取り、「具体的な状況（A）」欄に記入します。
- 次に、基本チェックリストの結果でマイナス要因となっている項目について、なぜできないかを聞き取り、「具体的な状況（A）」欄に記入します。
- その後、残りの項目（基本チェックリストだけでは確認できないIADLや地域活動など）についても聞き取りをします。
- 全ての項目で、マイナス要因についてなぜできていないのかを聞き取る必要がありますが、プラス要因についても可能な限り、どんな条件や方法で行なっているかを聞き取り、「具体的な状況（A）」欄に記入します。

情報収集シート						
氏名	年齢	歳	性別	男・女	記載日	令和 年 月 日
	相談内容	困りごと	目標とする生活			
生活行為			1日			
地域活動			1年			
	確認項目	具体的な状況（A）	原因分析（B）			
1 運動・移動について	①階段を手すりや壁を伝わらず昇っていますか	はい いいえ	健康・身体機能			
	②椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上っていますか	はい いいえ	認知機能			
	③15分間位続けて歩いていますか	はい いいえ	人的・個人因子			
	④この1年間に転んだことがありますか	はい いいえ	物的環境			
	⑤転倒に対する不安は大きいですか	はい いいえ				
2 日常生活（家庭生活）について	①バスや電車で1人で外出していますか	はい いいえ	健康・身体機能			
	②日用品の買物をしていますか	はい いいえ				
	③預貯金の出し入れをしていますか	はい いいえ	認知機能			
	④友人の家を訪ねていますか	はい いいえ				
	⑤家族や友人の相談にのっていますか	はい いいえ	人的・個人因子			
	⑥調理をしていますか	はい いいえ				
	⑦入浴はできていますか	はい いいえ				
	⑧片付けや掃除はしていますか	はい いいえ	物的環境			
	⑨洗濯はしていますか	はい いいえ				
	⑩ゴミ捨てはできていますか	はい いいえ				

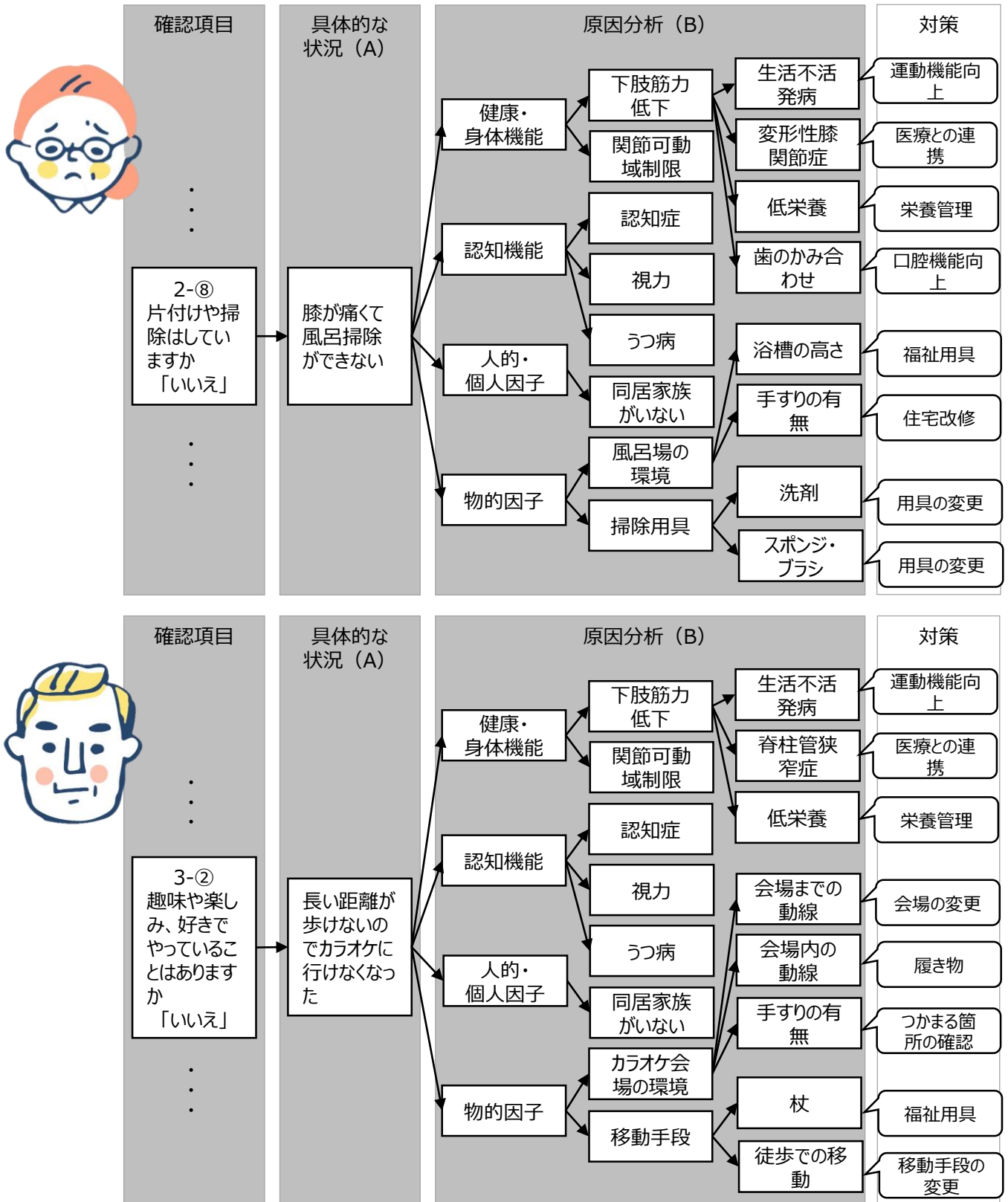
4 介護予防ケアマネジメントについて

● 生活機能低下の分析

生活機能（活動・参加）の低下をきたしている原因について、収集した情報から分析します。

<情報収集シートの活用例>

- 「1.運動・移動について」のうち、転記したすべての「状況（A）」が引き起こされる原因を探ります。知り得た様々な情報から、「健康・身体機能」、「認知機能」、「人的・個人因子」、「物的環境」の4つの項目別に原因を考え、「原因分析（B）」欄に記入します。
- 「2.日常生活（家庭生活）について」、「3.社会参加・対人関係・コミュニケーションについて」、「4.健康管理について」も、それぞれ同様に原因を探ります。



4 介護予防ケアマネジメントについて

● 課題抽出

生活機能低下の分析によって明らかにした原因が維持・改善すべき課題です。このプロセスでは課題を本人・家族・支援者で共有した上で、本人自身の状態を適切に理解し、自分でできることを増やす、または継続するというセルフマネジメントを強化します。また介護予防に本人が主体的・意欲的に取り組めるよう働きかけます。

<「課題抽出」の情報収集シートの活用例>

- 情報収集シートに記載した「目標とする生活（1日）」が「2.日常生活（家庭生活）について」に関する内容になっていること、「目標とする生活（1年）」が「3.社会参加・対人関係・コミュニケーションについて」に関する内容になっていることを確認します。
- 本人の自立に向けた動機付けを強化するよう働きかける際には、「興味・関心チェックシート」を活用することも有効です。主に利用者本人の人間関係や社会参加、役割、趣味・楽しみを把握するためのツールです。

別紙様式1
興味・関心チェックシート

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
自分でトイレに行く				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			
好きなときに寝る				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・麻雀・ゲーム等			
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・グラウンドゴルフ、水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				資金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他()				その他()			
その他()				その他()			

● 対策検討

個々の課題から考えられる支援の方向性を検討します。また本人や家族の意欲や意向を考慮し、優先度が高い課題を決定します。

アセスメントのプロセスにおいて、自立支援や介護予防の観点から、リハビリテーション専門職等と連携し、同行訪問や助言を求めることも有効です。

② 計画原案作成

介護予防ケアマネジメント計画は、利用者本人や家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、利用者本人・家族の取組と支援関係者の役割を明らかにしたもので、利用者本人が希望する生活を実現するためのものです。

特に指定事業者のサービス・活動事業を利用する場合の根拠となります。

<「計画原案作成」の情報収集シートの活用例>

- 情報収集シートの「目標とする生活」を、計画書の「目標とする生活」欄に転記します。
- 情報収集シートの「目標とする生活」に特に関係する項目の「具体的な状況（A）」欄を、計画書の「アセスメント領域と現在の状況」欄に転記します。また本人・家族がどのように考えているか面談時に確認した内容について、計画書の「本人・家族の意欲・意向」欄に記入します。
- 情報収集シートの「原因分析（B）」欄を、計画書の「領域における課題（背景・原因）」欄に転記します。

<サービスの選択にあたっての留意事項>

- 単にサービス・活動事業の利用のみに限定せず、広く社会資源（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（いきいき百歳体操等）や、民間企業の利用など）の情報を収集した上で、それらを積極的に位置づけます。姫路市には介護保険のサービスを使わなくても、生活支援や社会参加の選択肢はたくさんあります。
- サービス・活動事業の訪問型サービス、通所型サービスおよびその他の生活支援サービスを組み合わせて利用することができます。また、通所型サービス等の1つのサービス・活動事業について、生活機能の向上や自立支援に向けて、介護専門職のサービスと、住民主体の支援によるサービスを組み合わせる等、複数のサービスを合わせて利用することもできます。
- 利用回数および利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切に設定します。



<サービスの選択の例>



目標とする生活は、「浴室・トイレの掃除ができる」、「いきいき百歳体操を再開する」だなあ

いきいき百歳体操は、自宅から50mの距離で、今後も歩いて行けそうだなあ

本人の意向は、ボランティアさんは希望しないとってたなあ。動作の工夫や用具の変更は受け入れてくれそうだなあ



対策は、様々な案がでたなあ

整形外科医は、手術はしないと判断されていたなあ

リハ職は、住宅改修がなくても動作の工夫で風呂掃除できると言ってたなあ

- リハ職に、風呂掃除の動作の工夫について、確認・指導をお願いしよう。用具の変更は、私自身も経験で知っているの提案してみよう。
- 運動能力向上のために、いきいき百歳体操の参加を再開しよう。
- 合わせて週1回の通所型サービスを利用することで、週2回の筋力トレーニングの機会を作ることしよう。
- 加えて、体操内容が膝に負担になっていないか、リハ職に確認してみよう。



目標とする生活は、「カラオケに行くことを再開する」だなあ

本人の意向は、カラオケを通してなじみの友達と会うことだったなあ。会場の変更は難しそうだなあ

今後、廃用を防ぐため、運動習慣の定着化が必要だなあ



カラオケ会場は、自宅から500mの距離で、休み休みでないと歩いて行けない様子だなあ

歩行補助具は、杖を使っていないみたいだなあ

リハ職は、疾患特性からは休憩をはさんで歩いて移動するのは問題ないと言っていたなあ

- まずは、本人のなじみの友達が車を運転できるので、送迎をお願いし、カラオケを再開しよう。
- またリハ職から杖よりも歩行器使用の方が望ましいと助言いただけたので、歩行補助具の変更を提案しよう。
- 私自身の経験からも、運動能力向上しないと今後500mの距離を歩くことは難しくなると本人に説明しよう。そのため、男性が多く参加している近所のいきいき百歳体操への参加を提案しよう。



③ サービス担当者会議

サービス担当者会議の目的は次のア～ウの3つです。

(ア) 利用者本人・家族の生活の意向・目標を共有する

(イ) 様々な専門職や地域の関係者の意見によりアセスメントを深め、効果的な支援策を検討する

(ウ) 計画に示された取組や関係者の役割分担を決め、関係者全員で共有する

サービス提供者それぞれのサービス提供時間に限った情報交換に限らず、利用者を中心とした24時間・週7日間の生活のイメージが共有できるようにします。

④ 利用者への説明・同意

サービス担当者会議の内容を踏まえた計画について、利用者および家族に説明し、同意を得ます。

⑤ 計画の確定・交付

利用者本人の同意を得て、地域包括支援センターまたは指定居宅介護支援事業所の担当者より計画を関係者に交付します。

⑥ サービス提供開始

⑦ モニタリング

利用者の状態変化やサービスの実行状況を把握することを目的に行ないます。

実施しているサービスが適切かどうか、新たな問題が生じていないかどうかを確認します。

本人、家族、介護サービス事業所のみならず、計画に位置付けた住民主体の活動や民間サービスの実施者からも担当者へ情報が入る体制を作っておきます。

(例：いきいき百歳体操であれば、参加者（お世話係など）から地域包括支援センターへ利用者の長期欠席や利用中止の状況について連絡をする仕組みを作る、地域包括支援センター職員（保健師・看護師）が定期的な訪問時に利用者の状況を確認するなど）

⑧ 評価

計画に記載した実施機関の終了時には、利用者の居宅を訪問して、サービスの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価します。

目標が達成されたらケアマネジメントは終了です。

但し、目標とする生活を継続するためにサービスによる支援が必要な場合は、ケアマネジメントを更新します。また目標が達成されなかった場合は、その理由・原因を検証し、実現可能な目標に変更してケアマネジメントを更新します。