

★介護予防支援・  
介護予防ケアマネジメントの理念  
★業務の流れと考え方について

---

健康福祉局 高齢在宅支援課

第1部  
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

「高齢者が要介護状態になることをできるだけ防ぐ(遅らせる)」

「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」

高齢者自身が地域における  
「**自立した日常生活**」を送れるよう支援する

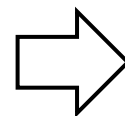


「**利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援**」を行う

高齢者自身が地域で役割を果たせる活動をすることが  
介護予防につながる

×

利用者の生活上の  
困りごとに対して、  
それを補う  
サービスを当てはめる



○

「心身機能」  
「活動」「参加」  
にバランス良く  
アプローチする

利用者の状況を踏まえた目標設定

## 利用者の「主体的な取組」を促す支援が重要!

「なぜ」「今」「その取組が必要なのか」を対象者に明確に伝える工夫が必要

- ・高齢者が理解しやすい言葉
- ・視覚で伝えられる媒体を用いて介護予防事業を紹介する …等

できない…?

やって  
いない…?

「できない」部分をサポートしながら、  
「できるようになる」ために必要なことを考え、  
**高齢者の行動変容に繋がる**  
**動機づけへの支援を常に考える**ことが必要

第2部  
介護予防支援・  
介護予防ケアマネジメントの業務

---

# 介護予防支援

---

# 介護予防支援

## 対象者

要支援1及び要支援2と判定された方

※要支援認定者のうち、下記のサービスを利用する場合があります。

- 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



## (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

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

※最終的な責任は地域包括支援センターが担います。

### 委託の要件

委託先の指定居宅介護支援事業者は、中立性・公正性が担保され、介護予防支援業務を円滑に移行できる能力のある事業者であることが要件になります。

## (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

## オンラインでのモニタリングも可能

居宅サービス事業者等との連携を推進することでケアマネジメントの質の向上を図るために、介護予防支援の場合は3月に1回の訪問によるモニタリングを原則としつつ、テレビ電話措置その他の情報通信機器（オンライン機器）を活用したモニタリングが可能です。

### 《オンラインモニタリングの実施要件》

(1) 利用者の同意を得ること

(2) サービス担当者会議などで主治医、サービス事業者らから以下の合意が得られていること

○ 主治医の所見も踏まえ、頻繁なケアプランの変更が想定されないなど、利用者の状態が安定していること

○ 家族らのサポートがある場合も含め、利用者がテレビ電話などを介して意思表示できること

○ テレビ電話などを活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により収集すること（\*）

\* 情報連携シートなど一定の様式を用いた仕組みを想定

(3) 介護予防支援は少なくとも6ヵ月に1回は利用者の居宅を訪問すること

# 介護予防ケアマネジメント

---

# 介護予防ケアマネジメント

★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

## 対象者

- 要支援認定者等
- 基本チェックリストにより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  
⇒介護予防ケアマネジメント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の類型

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

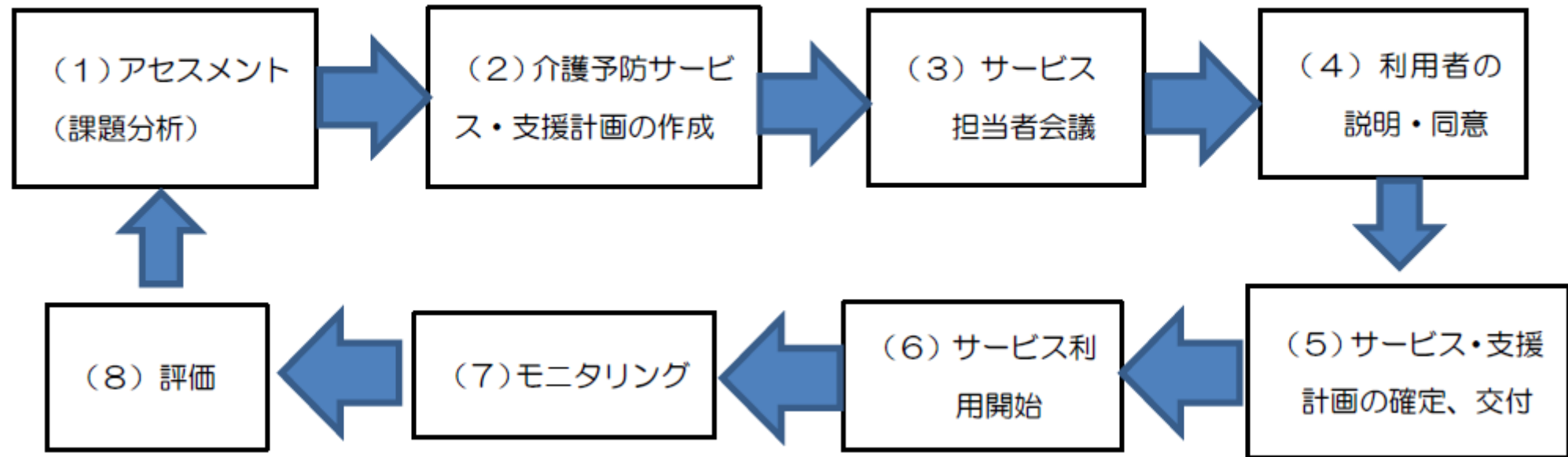
※横浜市は当面の間、介護予防ケアマネジメントAとCの2つの類型で実施します。

本人の状況（基本チェックリストの結果）や本人の希望するサービス等を踏まえて、原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で実施します。

## 介護予防ケアマネジメントA(原則的な介護予防ケアマネジメント)

- ・地域包括支援センターがアセスメント結果に基づき、サービス・支援計画原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定。
- ・訪問によるモニタリングについては、少なくとも3か月に1回行い、本人の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておきます。

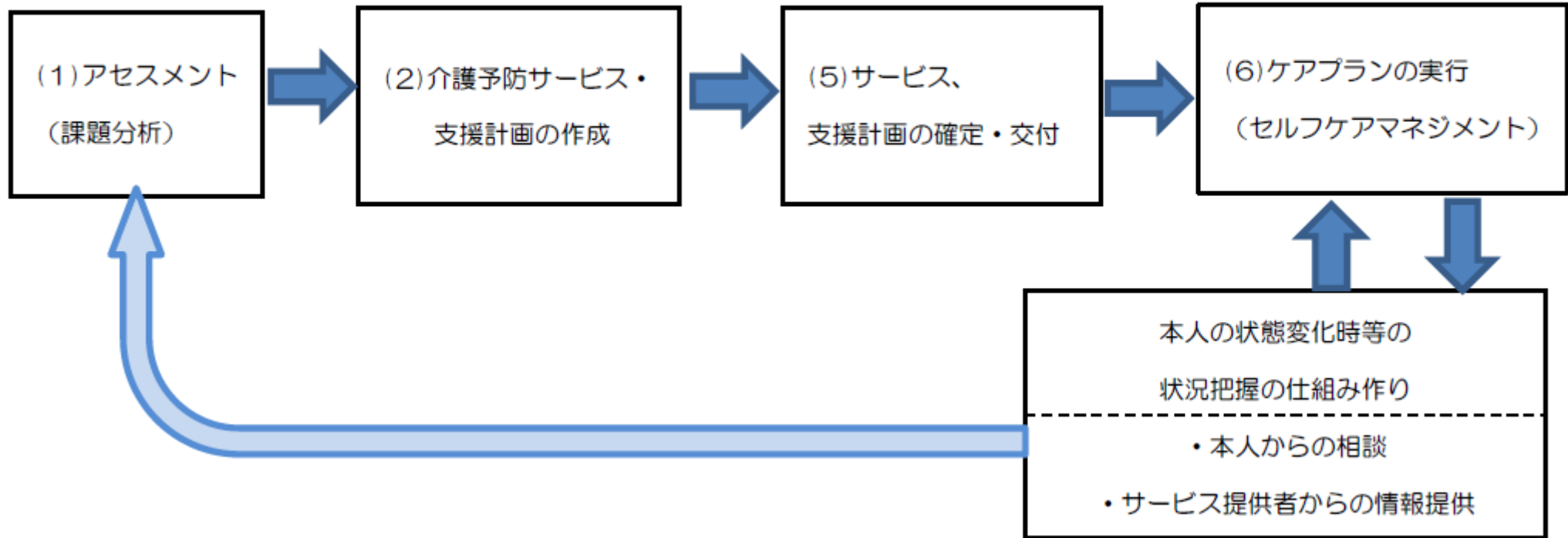
(参考) 介護予防ケアマネジメント A のプロセス



## 介護予防ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)

アセスメントの結果、本人自身の状況、目標などを確認し、横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業(サービスB)及び一般介護予防事業、インフォーマルサービス等を利用する場合に実施。

(参考) 介護予防ケアマネジメントCのプロセス





## 実施上の注意事項

(1) 総合事業のみを利用する場合には、サービス・支援計画の自己作成に基づく利用は想定していません。 予防給付にて自己作成している者が、総合事業のみを利用する場合にも、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを行います。

(2) 地域包括支援センター、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者など、関わる全ての人が総合事業における介護予防の考えを共有すること重要です。

特に介護予防ケアマネジメントCでは、利用者の状態の変化などがあった際に、本人や家族、サービス提供者等から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておくことが大切です。

## 介護予防ケアマネジメント委託時の注意点

- 要支援認定者が介護予防ケアマネジメントAを利用する場合や、認定有効期間満了後に更新の認定申請を行わず基本チェックリストにより事業対象者となった場合は、居宅介護支援事業所に委託できます。
- 初めて介護保険サービスを利用する方が、事業対象者となった場合、初回の介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターで行い、1クール(3~6か月)終了後のサービス・支援計画の継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所に委託できます。適宜、地域包括支援センターが関与する事とします。
- 指定居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを行う場合も、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・評価結果なども活用し、関与します。

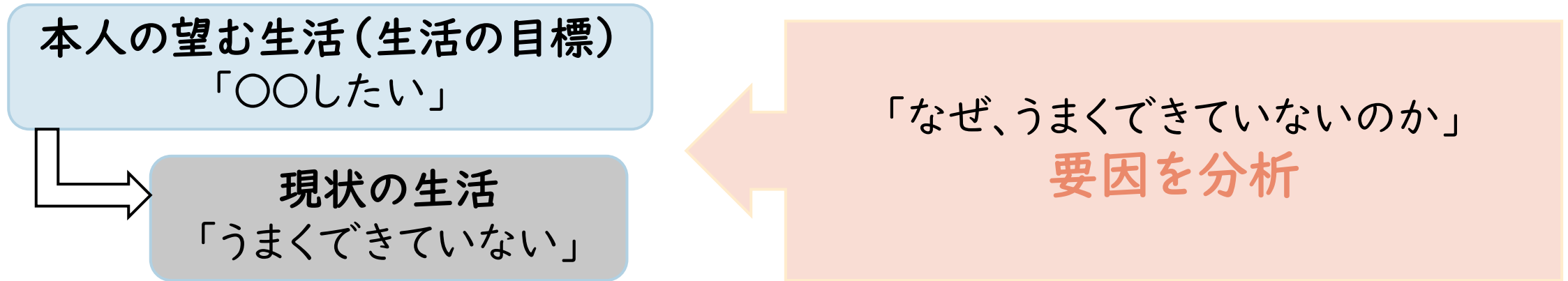
## 介護予防ケアマネジメント委託時の注意点

- 地域包括支援センターは、アセスメント結果、目標設定、サービスの選択について『自立支援』、『地域での役割』等を考慮した内容となっているか確認します。また、サービス担当者会議等を利用し、本人の状況を確認します。
- 地域包括支援センターは、居宅介護支援事業所がインフォーマルサービスや地域資源（ボランティア情報、介護予防活動グループなど）を有効に活用し、利用者の「身体機能・活動・参加」にバランスよく働きかけるよう、情報を整備し、提供できるように努めます。
- 介護予防ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）については、地域資源の実情を十分に把握して利用者に情報提供することが必要なことから、地域包括支援センターで実施します（指定居宅介護支援事業所への委託は不可）。

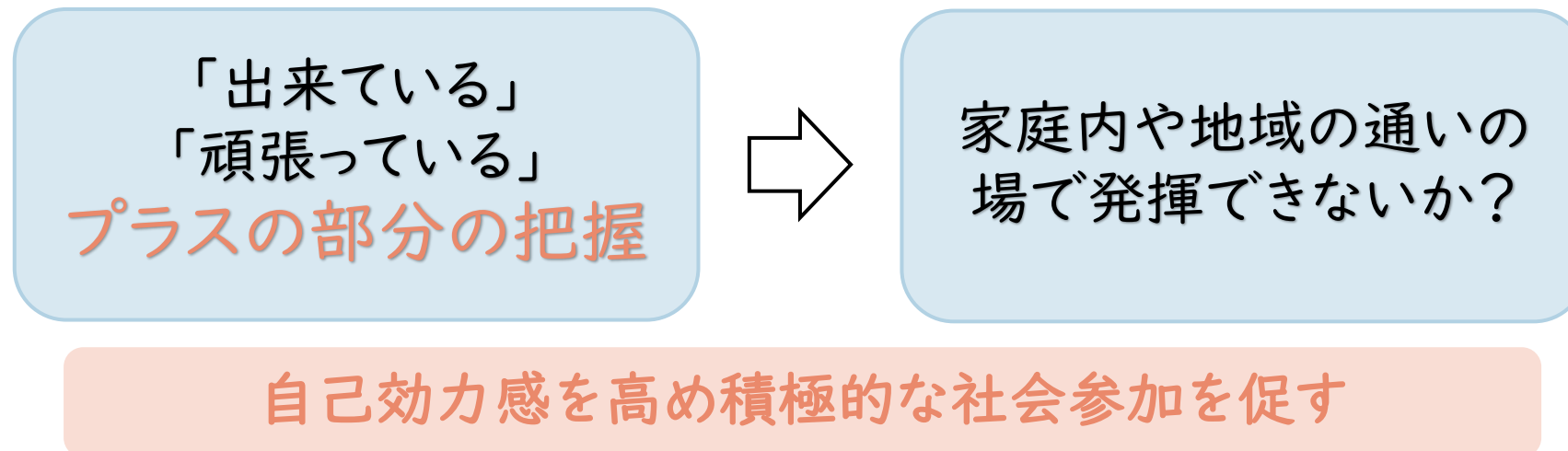
第3部  
介護予防支援・  
介護予防ケアマネジメントの進め方

---

## (1) アセスメント(課題分析)



★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)」を明らかにする



## 【方法】

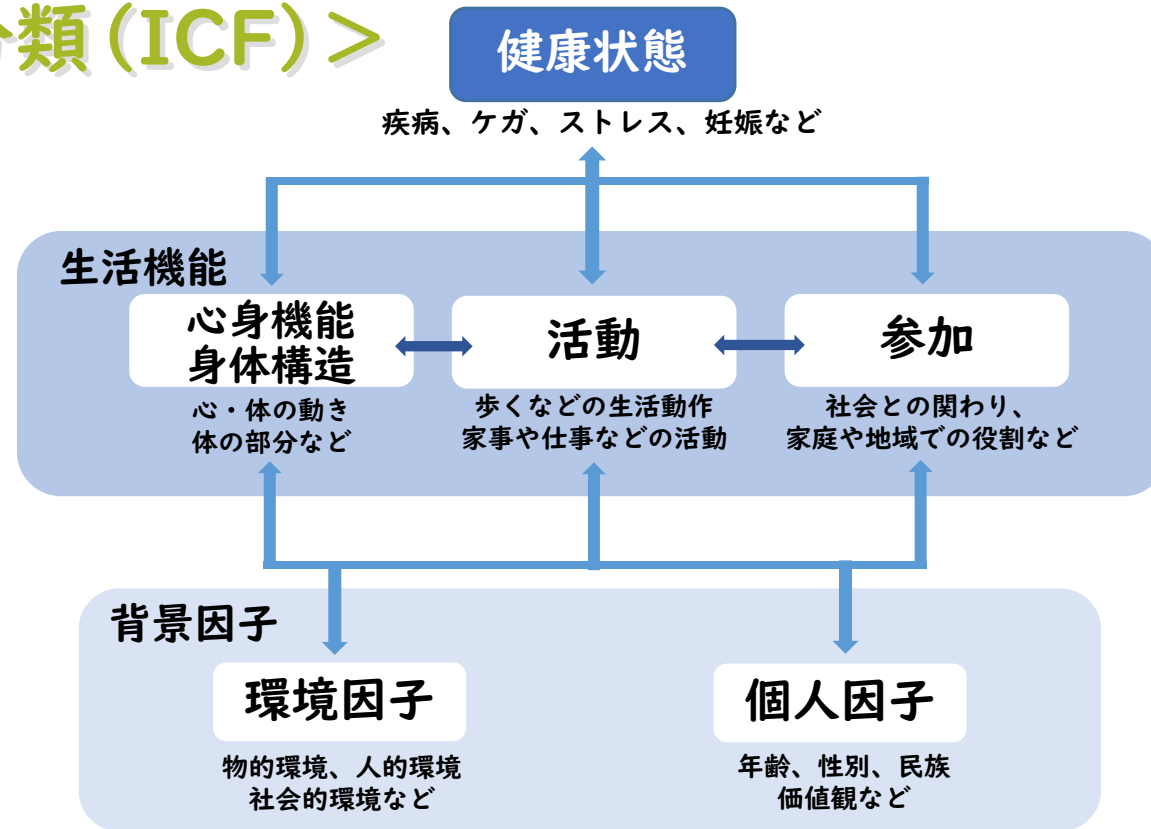
本人の趣味活動、社会活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から「～したい」、「～できるようになる」という目標に変換していく

●より本人に合った目標設定に向けて『暮らしのアンケート』や『興味・関心チェックシート』なども利用してください。

●事業対象者は要介護認定審査会を経ていないため、アセスメントを実施する際は、基本チェックリスト等を参考に、日常生活動作（ADL）、手段的日常生活動作（IADL）、運動、栄養、口腔機能などの確認にあわせ、既往歴や現病歴、治療の内容を丁寧に聞き取る必要があります。

●ICFの活用

# <国際生活機能分類 (ICF)>



ICF (国際生活機能分類) WHO : 2001年

人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

- ①体の働きや精神の働きである「心身機能」
  - ②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
  - ③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」
- の3つの構成要素からなる

## (2) 介護予防サービス・支援計画の作成

### ● 目標設定

○ 介護予防サービス・支援計画の目的は、「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です。

○ 手法としては、3～12 か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か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以下のことに考慮し、計画を作成します。

- ・「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）



## 【方法】

●単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、疾病の特徴や年齢等も加味しながら、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、設定します。



利用者が「自分の目標」として意識できるような内容・表現となるような工夫が重要

●計画に定められた実施期間（最長12か月）の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標を立てることが大事です。

⇒あわせて、目標に向かって、段階的な小目標を設定し、高齢者が、その小目標を一つずつ達成していくことで、自信を回復できるよう心がけます。

介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例(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)

課題	目標
セルフケア 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し、TPO に応じた身支度をする
家庭生活 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すます
対人関係 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
主要な生活領域(仕事と雇用、経済生活) 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
コミュニケーション 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
運動と移動 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
知識の応用(判断・決定) 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
コミュニティライフ・社会生活・市民生活 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む 趣味:趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

それではここで一緒にお考えください

---

## ポイント～目標設定編～

### 【サービスの利用が目標になっていませんか？】

Aさん 76歳で一人暮らし。

趣味の会に週1回参加していたが、インフルエンザで2週間寝込んだことをきっかけに、閉じこもりがちな生活を半年続けてきた。筋力低下と腰痛あり。階段は手すりを伝って移動。外出は、内科開業医に月1回（高血圧のため内服中）、整骨院に週1回の通院。寝込む前は毎日、テレビ体操を続けていた。

娘は車で10分の所に住んでいるが、仕事のため週末に訪問している。

通所サービスを希望し、要介護認定を令和3年1月4日に申請し、要支援1認定を受けた。

×良くない例（目標）閉じこもり生活を改善する

（1～3か月目：小目標）通所サービスに通う

（4～6か月目：小目標）通所サービスに休まず通う

⇒サービスの利用が目標になっている

## ポイント～目標設定編～

○良い例（目標）趣味の会に参加できる。

（1～3か月目：小目標）

通所サービス（週1日）利用と合わせ、毎日テレビ体操と天気の良い日に近くの公園まで5～6分歩く。

（4～6か月目：小目標）

火・木曜日：近所のコンビニまでパンを買いに行く。（10分程度の歩行）

ポイント：

①実現可能な小さな目標をたてます

②介護給付や生活支援サービス以外にも本人が実践する（できる）目標を入れましょう

### (3) サービス担当者会議

- 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントAにおいて実施します。
- 本人、家族、サービス事業者等の支援関係者が集まり「本人の状況」「目標」「サービス」等の内容を確認します。
- 本人・家族の意見をさらに取り入れ、調整した上で、サービス等を決めていきます。
- 本人・家族の同意が得られたら、サービス提供者から支援計画、注意点等を説明します。

## 【位置づけ】

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントAの場合

原則として介護予防サービス支援計画の作成時と変更時に開催

## 【目的】

- ①利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解する
- ②地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共有をし、その役割を理解する
- ③利用者の課題、その利用者の生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議する
- ④介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解する

## 【構成員】

利用者・家族、サービス事業担当者、主治医、介護予防ケアプラン作成者、インフォーマルサービスの提供者等

## 【開催のタイミングと協議内容】

### ①作成時：新規に介護予防サービス・支援計画を作成した時

- ・利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容について
- ・サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ・各サービス・支援の計画作成のための二次的アセスメント

### ②変更時：要支援更新認定・要支援状態区分の変更の認定を受けた時

### ③臨時：介護予防サービス計画の実施状況の把握（継続的なアセスメントを含む）を行い、必要に応じて介護予防サービス計画の変更等を行った時

- ・サービス、支援提供の変更が必要な状態把握
- ・介護予防ケアプラン作成のためのアセスメント
- ・新たな介護予防ケアプラン作成



※ 介護予防サービス・支援計画の変更は、本人が目指す「生活の目標」を達成する期間の間に、モニタリングを通じて、支援内容の適否、目標の達成状況や本人の状況変化に応じて行います。あわせて目標の設定期間終了時には、新たな目標及び計画の見直しを行う必要があるかどうかも含めて、意見を求めるサービス担当者会議を開きます。

※ 利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更など）のみで、介護予防サービス計画作成の一連の流れが不要と判断した場合は、サービス担当者会議は省略できます。その場合においても、利用者の状況や課題の変化には十分留意することが必要です。

#### (4) 利用者の説明・同意

- サービス担当者会議の内容を踏まえた介護予防サービス・支援計画について、利用者及び家族に説明し、同意を得ます。

#### (5) サービス・支援計画の確定・交付（利用者、サービス実施者）

- 本人の同意を得て、地域包括支援センターより介護予防サービス・支援計画をサービス実施事業者にも交付します。
- ケアマネジメントCの場合は、ケアマネジメント結果を利用者に交付し、サービス実施者には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得て地域包括支援センターから送付します。

#### (6) サービス利用開始

## (7)モニタリング

### ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメントAの場合

#### 【目的】

サービス・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、次のサービス支援計画に結びつける。

#### ◎ 目標達成

再度課題分析を行い、課題が解決されている場合は、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、速やかに次のステップアップを検討

#### × 目標達成が困難

サービス・支援計画を組み直す。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参考に、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。

## 【方法】

サービス利用状況の確認と心身の状況確認のため、  
毎月、電話や通所先での面接などの手法を通じて実施します。

また、3か月に一度は自宅に訪問し、生活状況、新たな課題が出ていないかなどを本人・家族から聞き取りにて確認します。

これらの実施状況については、「介護予防支援経過」に随時内容を記載します。

## ●介護予防ケアマネジメントCの場合

モニタリングは必須ではありません  
が!!

本人の状況を確認できる体制づくりが必要

サービスBの  
運営主体との連携

専門職による  
活動の場の巡回

サービス提供者と  
地域包括支援センターの間  
で連絡が取れる仕組みづくり

## (8) 評価(介護予防ケアマネジメントCを除く)

プランで定めた目標を達成するための期間の終了時には、プランの実施状況を踏まえ、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定します。評価は、サービス事業者からの実績報告だけでなく、利用者・家族の意見も聞く必要があることから居宅を訪問して行います。

○ 評価は介護予防サービス・支援計画・介護予防ケアマネジメント作成から最長12か月で実施します。

### ※ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実施時の留意事項

●事業対象者の場合、介護予防ケアマネジメントを実施中に、要介護認定申請をすることも想定されます。その場合は基本的には介護・予防給付の暫定プランによる介護予防給付のサービスを優先して利用してください。

●介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることがないように、必要な措置を講じます。

## (1) 居宅介護予防支援事業所との連携(ケアマネジメントCは除く)

- ①介護予防サービス・支援計画を実施するにあたり、総合事業のサービス(補助事業及び一般介護予防事業等)の利用が見込まれる
- ②サービス担当者会議
- ③介護予防サービス・支援計画に対する確認
- ④利用者の状況が変化し介護予防サービス・支援計画を見直すとき
- ⑤サービス提供事業者から個別介護予防計画に基づくサービス実施状況について報告を受けたとき
- ⑥目標の達成状況を確認して介護予防サービス・支援評価表を作成したとき

## (2) 主治医との連携

・医療系サービスを利用する場合は、利用者の同意を得て主治医の意見を求め、その指示に基づいて介護予防サービス・支援計画に位置づける。

## (3) 区役所、サービス提供事業所、主治医、保健・医療・福祉の関係機関などとの連携

サービス提供者等の関係者が援助目標やそれぞれ役割を理解して活動するための情報共有を図る。



## ※介護予防ケアマネジメントCにおける連携

介護予防ケアマネジメントCの場合、そのプロセスの一部を本人・家族、住民主体の通いの場を運営する住民も担うこととなります。  
地域包括支援センターの職員等とともにケアマネジメント結果を関係者で共有されていることは大切です。

第4部  
介護予防支援・  
介護予防ケアマネジメントの記録について

## (1) 使用する様式について

### 【使用する様式】

- ① 利用者基本情報
- ② 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)
- ③ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)
- ④ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表
- ⑤ 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) いきいきプラン転記用
- ⑥ GoGo健康! いきいきプラン(ケアマネジメントC専用様式)
- ⑦ 暮らしのアンケート
- ⑧ 興味・関心チェックシート

	介護予防支援	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
①	○	○	○
②	○	○	(○)
③	○	○	×
④	○※1	○※1	×
⑤	×	×	○
⑥	×	×	○※2
⑦	(○)※3	(○)※3	(○)※3
⑧	(○)※3	(○)※3	(○)※3

※1 評価は、最長12か月ごとのほか、本人の状況が変化した時に行います。

※2 ⑥を使用する場合、⑤に入力すると、⑥の対応した箇所に入力内容が転記されます。入力に使用した⑤は地域包括支援センターで保管します。

※3 ⑦⑧は介護予防ケアマネジメント開始時や評価時に、本人の生活状況や考え方などを理解するために使用することもできます。必ず実施しなければならないものではありません。

## (2)介護予防支援・介護予防ケアマネジメントAの場合

初回の介護予防サービス・支援計画を作成する場合、①②を使用し、③には、サービス担当者会議の要約や本人、家族への支援・モニタリングの内容、主治医やサービス事業所との連絡調整内容等の記録に、④は最長12か月ごと（もしくは本人の状態変化時）の評価に使用します。

## (3)介護予防ケアマネジメントCの場合

初回の介護予防ケアマネジメントを実施する場合、①⑤⑥を使用します。本人へは⑥を交付します。（使用する様式は①②でも可）

## 「GoGo健康!いきいきプラン」(介護予防ケアマネジメントC専用様式)

GoGo健康!いきいきプランは、ご本人が目標とする生活(姿)を実現するために、解決すべき課題を明らかにし、その解決に向けた様々な取組(セルフケア)やサービス・地域資源等を主体的に選択・決定・行動できるように、ご本人が地域包括支援センター専門職の支援を受けながら作成します。

あわせて、ご本人を支援するご家族及び関係者も目標や介護予防に向けた取組を確認するためのツールです。本人自身が行う「健康づくり・介護予防への取組(セルフケア)」とあわせ、家族やボランティア等をお願いする「様々なサポート」等について記入し、役割やサポート時の注意事項などを共有します。本人の了解があれば、関係する機関や団体への提供も可能とします。

このシートはアセスメントの結果、補助事業や一般介護予防事業、インフォーマルサービスを利用する場合(介護予防ケアマネジメントC)を実施する時のみに使用します。

## 1「いきいきプラン」の使用方法

(1)P1、P4は本人自身が記入することが望ましい。何らかの理由で記入が困難な場合は、本人・家族と相談(合意形成)しながら地域包括支援センター職員が記入します。

(2)ケアプランの確定・交付後はP1、3、4について、必要に応じて本人や家族が記入内容の変更や追記を行って良いことを説明します。

(3)入カシート【緑部分】に記入した内容は、「いきいきプラン」に転記されます。そのため、「いきいきプラン」は本人に渡し、「入カシート」は地域包括支援センターで保管します。

すでに、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実施している場合、現行の様式②の使用も可能です。

## 2 地域包括支援センター職員の支援方法

(1) 本人が目標とする生活(姿)が達成できるように、自身が行う健康づくり・介護予防に関する取組や様々な主体が行うサービス等を選択・決定できるように支援します。その際、専門家として本人の疾病や生活環境等を勘案し、予後を見通した上で達成可能な目標設定ができるように支援します。あわせて、本人や家族が利用する介護予防活動やサービスを選択しやすいように、本人の生活圈域(区域や隣接する地域包括支援センター圏域)に合わせた、情報を集め提示します。

(2) 介護予防ケアマネジメントCはモニタリングがないため、本人の状態変化やサービスの利用状況等の把握が困難です。そのため、本人、家族がいつでも相談しやすいよう、相談当初からの信頼関係の構築を図ります。あわせて、サービス提供事業所やボランティアなどの関係者と連携できる体制作りが大切です。



## いきいきプランを使用するメリット

### 介護予防ケアマネジメントCのポイント

#### <目標>

本人が自分自身のセルフケアマネジメント力を高めることで、PDCAサイクルを回し、生活（行動）していくことができる

#### <そのために>

ケアプランを本人とともに考え作り上げていくことが重要

#### <さらに>

家族及び関係者も理解することも必要

#### <そのために>

本人自身が行う介護予防・健康づくりへの取組や家族やボランティアにお願いする「様々なサポート」等についても記入することで、それぞれの役割や注意する事などを共有しやすくなる。

いきいきプランにより「本人の思いや考えを落とし込むこと」ができる

END

---