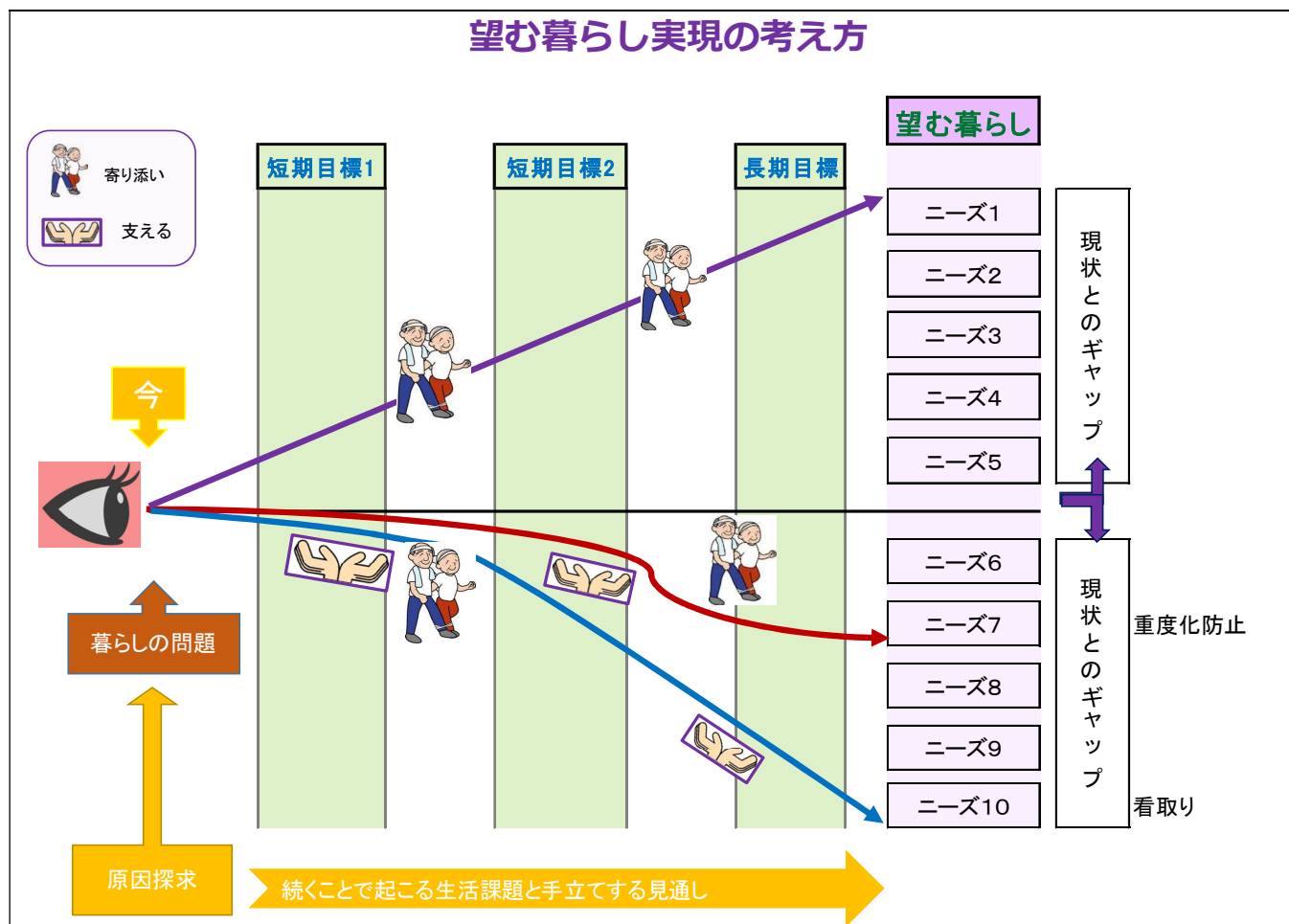


自立支援と介護予防ケアマネジメントについて

～自立支援の考え方や介護予防ケアマネジメントの記載方法など、
自立支援型の介護予防ケアマネジメントを学ぶ～

株) シャカリハ

代表取締役 三浦 浩史



1. 『自立支援』とは？

「自立」には主に4つの種類があると言われています。

- ①「身体的自立」 ②「精神的自立」 ③「経済的自立」 ④「社会的自立」

「社会福祉の理念における自立支援」～社会保障審議会－福祉部会（第9回（H16.4.20））～
本人が自らの生活を自らの責任で営むことを基本としつつ、それだけでは生活が維持できない場合に必要な援助を行うという考え方

2. 自立支援・重度化防止の目的は？

『望む暮らしの実現』のための生活機能維持・向上を実行する

1) 「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」とは？

その人にあった自己実現（望む暮らしの実現）が、その人の自立支援になる

自立支援の目標は、状況によって変化する。ただ、その状態での自己実現の最大化（望む暮らしの実現）が自立支援の最大化となる。

2) 自立支援のためのポイント

①高齢者本人の自己決定を尊重すること

そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」といった意向をふまえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といった包括的アセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成します。その際、本人の自己決定だからとすべてを受け入れることが、自立に向けたケアプランではないことに注意が必要です。

②「暮らし」をアセスメント（情報収集と課題分析）

情報収集

生活機能（心身機能/身体構造・活動・参加）を把握

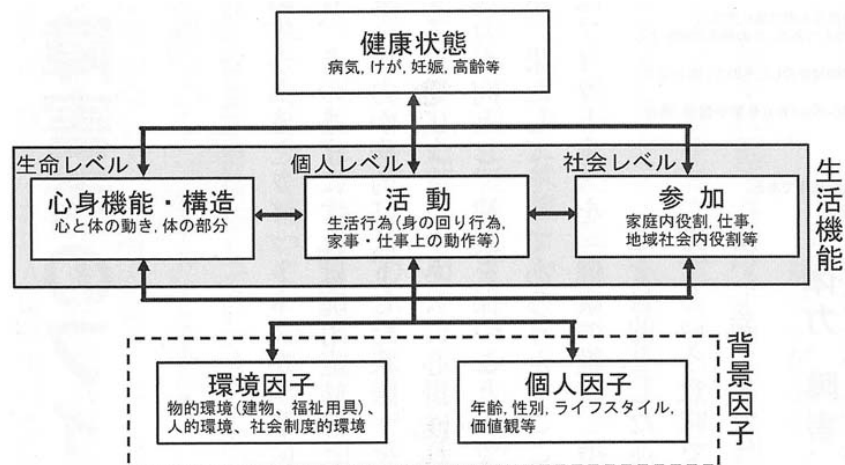
健康状態・環境・個人因子を把握

課題分析

原因探求：暮らしの困り事は何が引き起こしているのか（阻害要因）

見通し（可能性）：支援をすることで暮らしの変化を検討する

生活課題（ニーズ）：見通しから、ニーズを抽出する



<課題分析の思考ポイント>

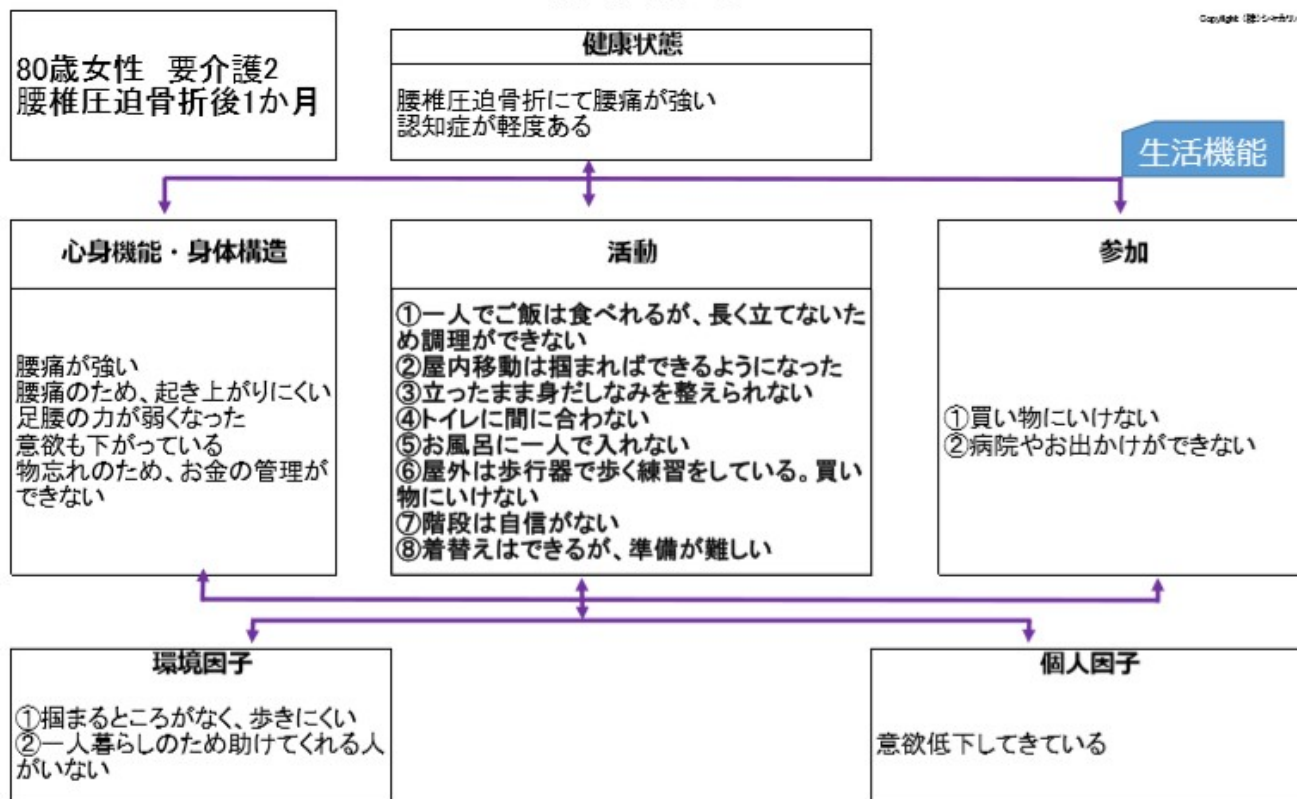
- ▶ 4つの自立支援視点（身体的、精神的、経済的、社会的）を考えよう。
- ▶ ICF 関係図から生活機能維持・向上ポイントを考え、計画に位置付ける
- ▶ 活動・参加を、「できない・しにくい」から「少しでもできる」・「している」へ
- ▶ 重度化防止：何もしなければ何が起こりますか？

注意）本人の意向と実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけ等を行いながら、意思決定支援を行う必要があります。

問題解決型から課題解決型へ意識改革

～「今」だけの支援から「これから」の支援へ～

ICF ワークシート



暮らしの困り事（問題）	支援
買い物いけない/炊事ができない/病院にいけない	訪問介護
お風呂に一人で入れない	通所介護
トイレを失敗する	リハビリパンツ購入
階段が一人で昇降できない	住宅改修

望む暮らし：「ケガする前のように、自分のことは自分でできるようになりたい」

生活課題（ニーズ）	支援	期間
一人で買い物に行って、炊事をしたい 家のお風呂に一人で入りたい	自助：炊事の手伝いから始める 共助：訪問介護／訪問リハビリ／福祉用具 貸与/住環境の見直し	3 か月 4 か月
トイレを気にせず外出したい	通所介護・リハ/リハビリパンツ	3 か月
病院に自分のペースで通いたい	歩行器貸与／知人	4 か月

3：事例を使って課題解決を考えてみよう。

氏名：狭山 市蔵（75 歳）

住所：大阪狭山市

家族：妻（フミ 70 歳で 5 年前に他界）・長男（タカシ 45 歳）

長女（トヨコ 43 歳）の 4 人家族

要介護度：要支援 2（令和元年 8 月 15 日～令和 2 年 7 月 31 日）

障がい高齢者の日常生活自立度 A2 認知症高齢者の自立度 非該当

<環境>

自宅：47 年前から居住する分譲マンション 10 階に居住

町会の人とも顔見知りが多い

近所：古い町並みが多くあるベッドタウン。スーパーや病院は自宅から車で 10 分位
繁華街までは車と電車で外出できる。

<生活歴>

妻（フミ 享年 70 歳）とは、とても仲良くいつも一緒に行動していた。28 歳で結婚し、30 歳で長男、32 歳で長女を授かる。妻は 5 年前に病気で死別。5 年間一人暮らしをしていて、時折、長男・長女とも孫を連れて訪問している。

市蔵さんは、大手保険会社の重役をしていた。65 歳で定年後、町会役員をしている。町会の運動会や餅つき大会など積極的に関わっていた。

市蔵さんは愛煙家で 25 歳から煙草を吸っていた。65 歳くらいから糖尿病の診断を受け、内服と食事で血糖値はコントロールできているが、妻が亡くなってから血糖値が不安定であり、最近では食欲が低下し痩せてきていた。

8 月初めに肺炎になり入院。慢性閉塞性肺疾患（COPD）の診断を受け、主治医より「以後は、在宅酸素（0.5L）を常時必要とします」と指示を受ける。タバコを止めることを受け入れ、在宅酸素をつけて退院することとなった。

買い物や通院は今までは自分で車を運転して行っていたが、酸素をもって運転できるか不安を持っている。

<経過>

令和元年 9 月 10 日：要支援 2 の認定決定

令和元年 9 月 20 日：退院に向けたカンファレンス

令和元年 10 月 1 日 退院予定



<長男・長女の世帯と協力体制>

長男は、30 歳で結婚し妻・2 人の子どもの 4 人家族で泉佐野市に居住

長女は、25 歳で結婚し、夫と 1 人の子どもの 3 人家族で堺市に居住

家族は皆仲が良く、長男と長女で相談して時間を作って訪問してくれている。



狭山市蔵さんの居宅介護支援を考える！～退院後～

本人の意向：今までのように家で暮らしたい。町会の行事の手伝いがしたい。

家族の意向：本人が思うように、家で暮らさせてあげたい。自分たちも協力します。

健康状態

- 慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病、肺炎後
- 服薬・栄養管理で今の健康状態が保てている。
- 食欲はあるが、食べる量が減り痩せてきている（身長 160 c m、体重 45K g）。入院中で栄養指導をしていて、食欲が改善傾向となっている。
- 在宅酸素をつけると、屋内の移動は特に問題ない
- 酸素の器械は自分で操作できるようになった
- 薬：気管支拡張剤・去痰剤・糖尿病の薬を朝 1 錠ずつ飲んでいる



心身機能

- 体力が低下し、足腰の力が弱った。
- 病棟では移動は問題がないため、帰宅後も家の中の移動は問題ないと想定される。
- 入院中は血糖値が安定したが、帰宅後は食事が不安定になる可能性がある。
- 夜は、あまり眠れていない
- 口腔衛生は、毎日自分で歯磨きをしている（部分入れ歯のみ）
- 判断能力は、問題ない

活動

- 在宅酸素をつけて屋内を一人で歩いている
- トイレは手すりがあれば一人でできている
- お風呂は、酸素をつけたまま、不安だが自分でシャワーのみ行っている。
- 着替えは自分でしているが、洗濯は自分ではしんどくなる
- 整容・身だしなみはあまりしていない。長く立っているとしんどい
- 買い物や外出は、まだしていない。
- 掃除・洗濯・ゴミ出し、炊事は長女と長男で協力して行う予定であるが、本人も自分ですることはしたいと考えている。

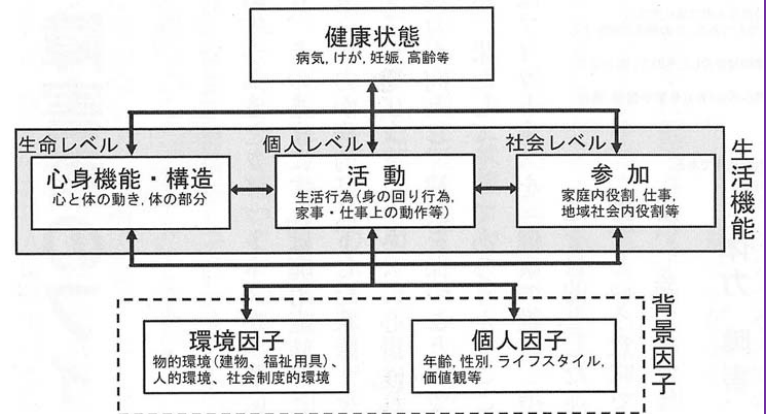
参加

- 町会の活動がしたいが、退院後あいさつもできるかどうか。
- 以前のように買い物に行きたいが、車が運転できるか不安
- 銀行にもいかないとね～
- 友達も見舞いに来てくれたのでお礼に行きたい
- 孫（長男の子ども）の中学校の入学式を楽しみにしていた
- 通院は、長男が同行してくれる予定であるが、将来は自分で通院したい。

自立支援のポイントをつかむポイント

1 生活機能改善ポイント

- ①健康管理・心身機能
- ②環境因子（人・物・仕組み）
- ③個人因子（強み・意欲・特性等）



2 重度化防止ポイント

- 1) リスク・・・ポイント「肺炎を再発して入院しないためには？」
- 2) 廃用症候群・・・ポイント「以下の廃用症候群の症状から予想されるものは？」
 - ①筋骨格系
 - ☐筋力低下、筋萎縮
 - ☐骨粗しょう症
 - ☐関節拘縮
 - ②循環器系
 - ☐体力低下（運動耐容能低下）
 - ☐すぐに疲れる（易疲労・起立性低血圧）
 - ☐血液のめぐりが悪くなる（静脈血栓等）
- 3) 呼吸器系
 - ☐体から二酸化炭素など老廃物を出せない（換気障害）
 - ☐痰を出したりできず肺炎になりやすい（沈下性肺炎）
- 4) 消化器系
 - ☐食欲低下・低栄養
 - ☐便秘
 - ☐体重低下
- 5) 泌尿器系
 - ☐尿漏れ・失禁
 - ☐尿路結石
 - ☐尿路感染
- 6) 精神神経系
 - ☐意欲低下・抑うつ傾向
 - ☐認知機能低下・注意障がい・見当識障がい
 - ☐睡眠リズムの乱れ



注) 記載は、①、②の順番で左から右へ記載

介護予防サービス・支援計画表(1)

ここまで、アセスメント

No 利用者氏名 様

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名

委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 年 月 日(初回作成日 年 月 日)

担当 包括支援センター:

認定年月日 年 月 日

課題整理・分析

提案 ⇒ 合意形成

2	アセスメント領域と現在の状況 【箇条書きでの表現も可】	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景と原因) 【健康状態・心理価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態】	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
	運動 ☐ 栄養 ☐ 口腔 ☐ 活動(運動・移動)について 自ら行きたい場所へ移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行っているかどうか。 ☐ 転倒傾向 ☐ 移動範囲 ☐ 移動手段	アセスメント項目ごとに利用者・家族が①どのように考え、②その認識と意向を記載。以下は、例<本人> ○○に行きたいけど、 ○○ <家族> 以前は電車を使っていたが、今は使えない	☐ 有 ☐ 無 ①生活上の問題とその背景・原因分析 ②現状を続けることで廃用症候群・リスクが生じるかを検討	利用者の生活全体という視点から、総合的課題にまとめる ①前4つの項目を集約する ②前4つの領域に記載していない背景因子も考察し含める。 ③優先順位の高い順に記載	「専門的観点からの提案」 総合的課題に対して、ケアマネジャーから「目標」「具体策」を提案 <記載方法> 「目標1」 ○○○○ 「具体策」 1:○○○ 2:○○○ 「目標2」 ○○○○ 「具体策」 1:○○○ 2:○○○	「専門的観点からの提案に対する利用者・家族の意向」 ケアマネジャーが提案した「目標」「具体策」それぞれに対して本人・家族の意向を記載 <記載方法> <本人> 「目標1」 ○○○○をしたい 「具体策」 1:○○○をする 2:○○○は難しい 「目標2」 ○○○は今は自信ない 「具体策」 1:○○○を少しずつする。 2:○○○は先に考える <家族> 「目標1」 ○○○○をしてほしい 「具体策」 1:私も○○○を助けます 2:○○○は本人には難しいと思うので、別の方法で 「目標2」 ○○○をしていくように声をかけていきたい。 「具体策」 1:○○○ 2:○○○
	日常生活(家庭生活)について 家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等)や、住居、経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況。 ☐ 洗濯 ☐ 掃除 ☐ 整理整頓 ☐ ごみ捨て ☐ 身だしなみへの関心 ☐ 機器類の操作 ☐ 火の始末 ☐ 電話の利用 ☐ 金銭管理 ☐ 重要な手続		☐ 有 ☐ 無 ①生活上の問題とその背景・原因分析 ②現状を続けることで廃用症候群・リスクが生じるかを検討			
	社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか。家族・近隣の人との人間関係が保たれているか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加意欲・関わりの変化(頻度等)はどうか。家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度、また、喪失感、孤独感等はどうか。		☐ 有 ☐ 無 課題の有無を判断 ①生活上の問題とその背景・原因分析 ②現状を続けることで廃用症候群・リスクが生じるかを検討			
	健康管理について 清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要な事項の確認 ☐ 受診状況 ☐ 服薬管理の状況 ☐ 健診の状況		☐ 有 ☐ 無 ①生活上の問題とその背景・原因分析 ②現状を続けることで廃用症候群・リスクが生じるかを検討			

運動不足	栄養改善	口腔ケア	認知症予防	物忘れ予防	心の健康
------	------	------	-------	-------	------

1

健康状態について ☐ 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

主治医の意見書の留意点などのポイントを記載

チェックリストから転記(支援の視点、加算の根拠)

SR10

注) 記載は、③、④、⑤、⑥の順番で左から右へ

介護予防サービス・支援計画表(2)

利用者のイメージしやすい目標とする生活を記載(1日の積み上げが支援目標となり、支援目標の先にある1年後の暮らし)

No 利用者氏名 様

目標とする生活

1日: 1年:

目標	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支援、インフォーマルサービス	支援計画			
			介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
③ ケアマネジャーの提案と利用者・家族が合意した目標を記載。 ここがこのプランの支援目標 実現可能な具体的目標とする。1年の目標につながる目標とする。 *ここを記載する際に、1年・1日の目標も記載	④ 具体的な支援を考える上での留意点 ①安全管理(リスク) ②役割分担などの重要項目 ③利用者の個性の留意事項など	①本人が自ら取り組むこと ②家族が支援すること ③地域の互助 これらを具体的に記載	具体的な支援内容を記載 (例:自分で調理する方法の指導)			○年○月○日～○年○月○日と記載 *期間範囲は、支援目標が実現できると見込める期間

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

⑤

ケアチームのケア方針、チームの留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

⑥

利用者・家族の合意が得られない場合、その原因を考えた上で、段階を踏んで本来の支援を実現するための方向性

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

地域包括支援センター	(確認印)
年 月 日	(意見)

市記入欄	年 月 日	年 月 日	年 月 日
------	-------	-------	-------

