



**私らしく 暮らしたい**

**～ いつも 笑顔で ～**

---

**広島県地域包括ケア推進センター**

**藤原 薫**

# 内 容



はじめ

生活・暮らしについて考える

介護予防ケアマネジメントで  
大切にしたいこと

まとめ

中国各県の皆さまの声

おわり





# は じ め





想像してみてください

あなたが年を重ねた時

どこで

だれと

どんな生活

を





送っていますか



# 2040年（令和22年）



今から16年後を想像してみましょう

0歳		16歳	高校生	
20歳代	36歳～45歳		40歳から2号被保険者	
30歳代	46歳～55歳		2号被保険者	
40歳代	56歳～65歳		前期高齢者に突入	
50歳代	66歳～75歳		後期高齢者に突入	
60歳代	76歳～85歳		後期高齢者	



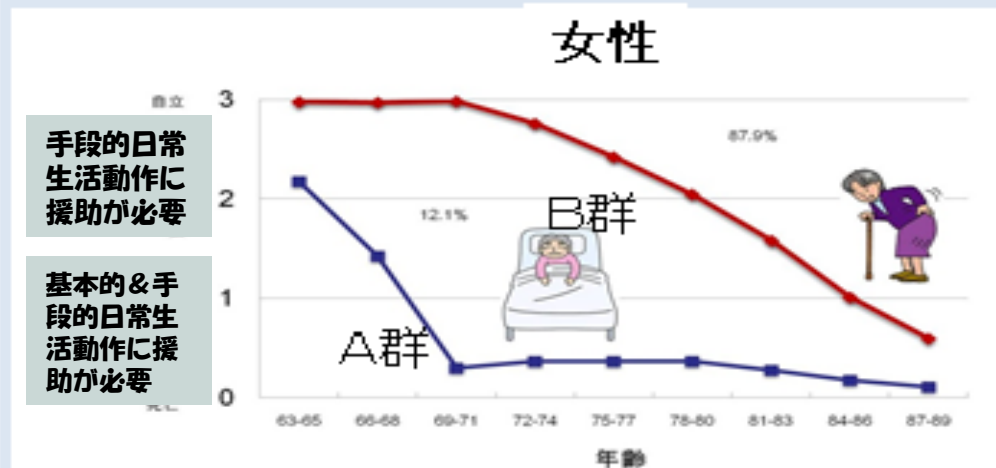
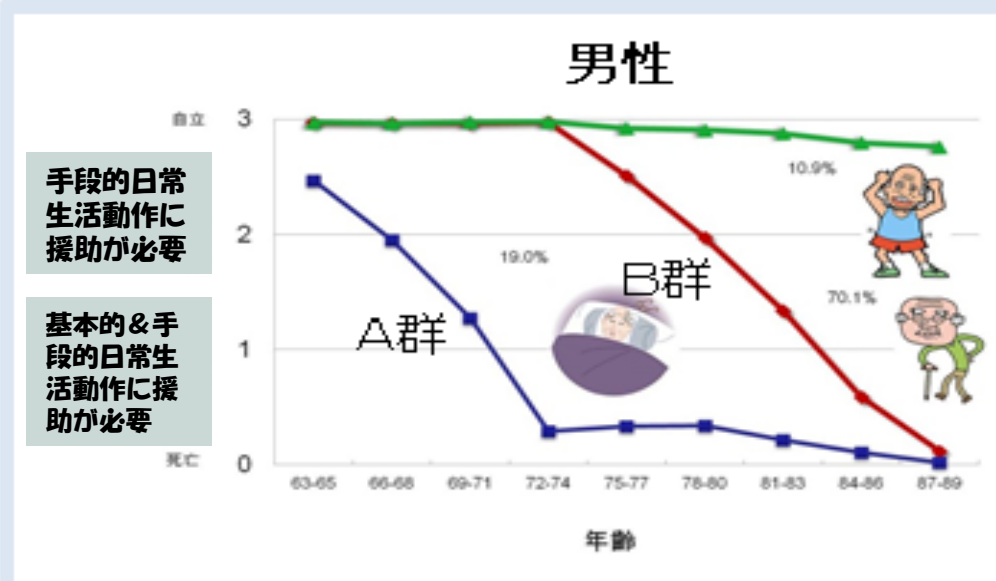


# 生活・暮らしについて考える



# 高齢者の自立度の変化パターンと対策

## 高齢者の自立度の変化パターンと対策



出典：長寿時代の科学と社会の構想(秋山弘子)

### 自立度の変化パターン

A群: 男性の2割, 女性の1割は脳卒中等の病気で急速に自立度が低下  
B群: 病気の影響はなくても男性の7割, 女性の9割は, 75歳以降徐々に衰えていく

対策

### A群には生活習慣病対策

「健康づくり」, 「疾病予防」, 「病気の早期発見」, 「適切な医療による予後の改善」等により, 疾病で自立度が低下する人を少なくする。

### B群には高齢による虚弱の予防対策

「介護予防」, 「自立支援」, 「重度化予防」等により, 自立している期間を伸ばす。

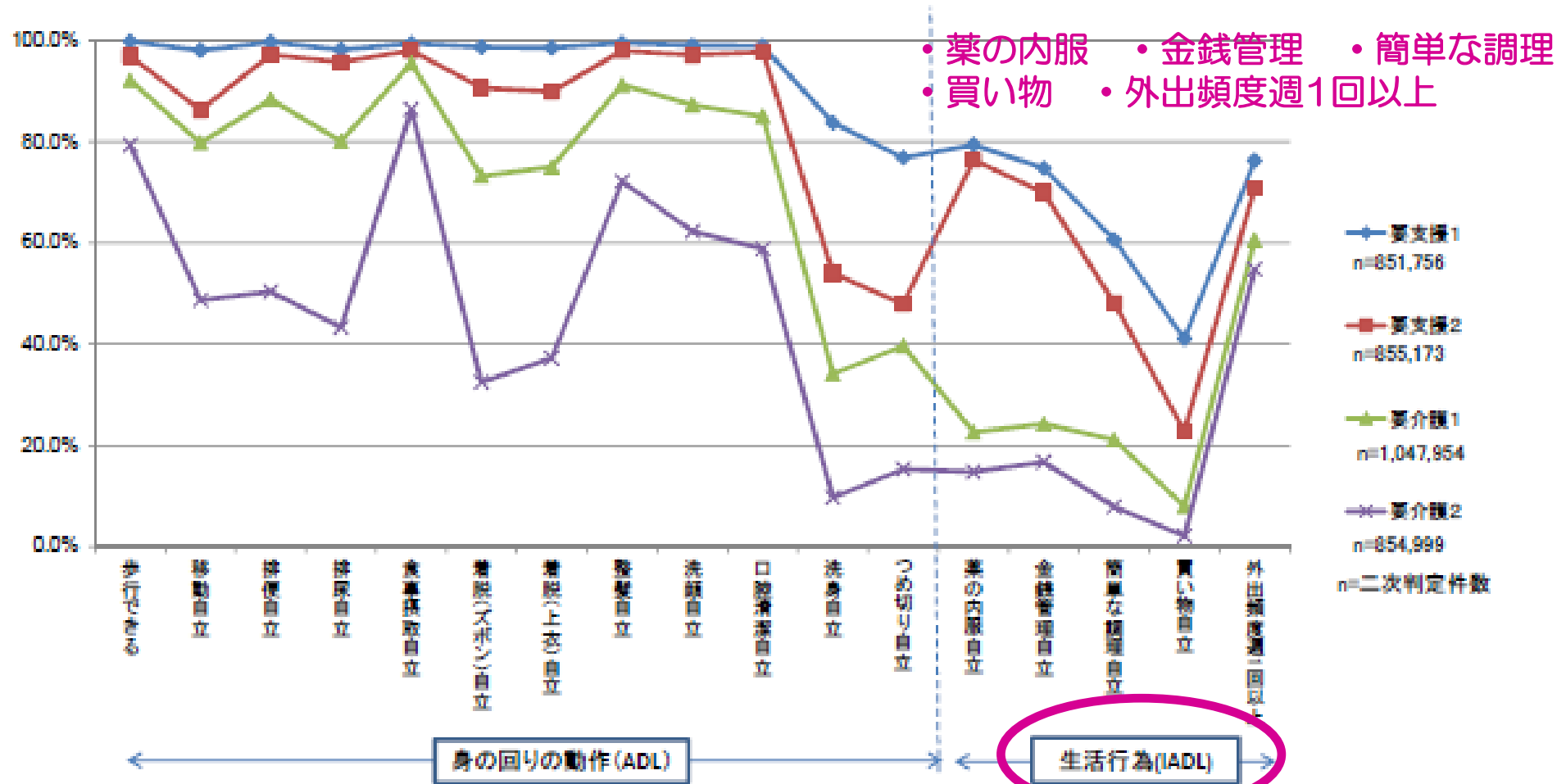
### 要介護者には地域包括ケア

やがて要介護になっても必要な医療・介護サービスを確保し 地域での生活を支援する。

健康寿命の延伸

# (参考) 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))





### ◆ 5つのこと

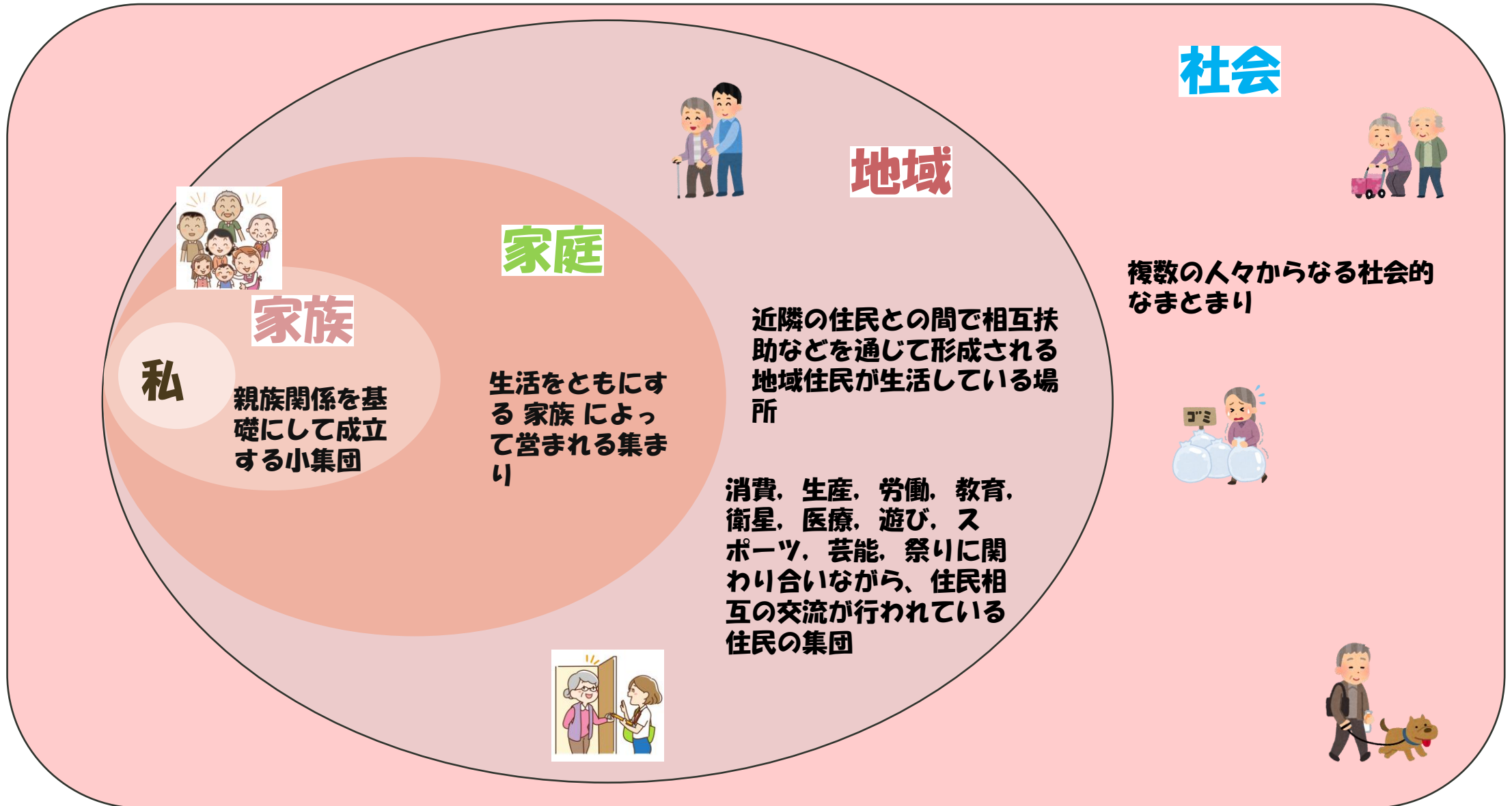
- 「安心」が基盤 → 自分の存在を気にかけていてくれる 人がいる  
「安心」の確保, 顔の見える人の支援
- 「日常的な家事」 → 調理・買い物・掃除・洗濯など
- 「外出」 → 通院や買い物
- 「交流」 → 友人や知人との交流
- 「非日常的な家事」 → 大掃除や家電製品の買い物



### ◆ ちょっとしたこと

蛍光灯の交換や固い蓋の開け閉めなどのような日常生活で不意に起こること

# 生活 暮らし

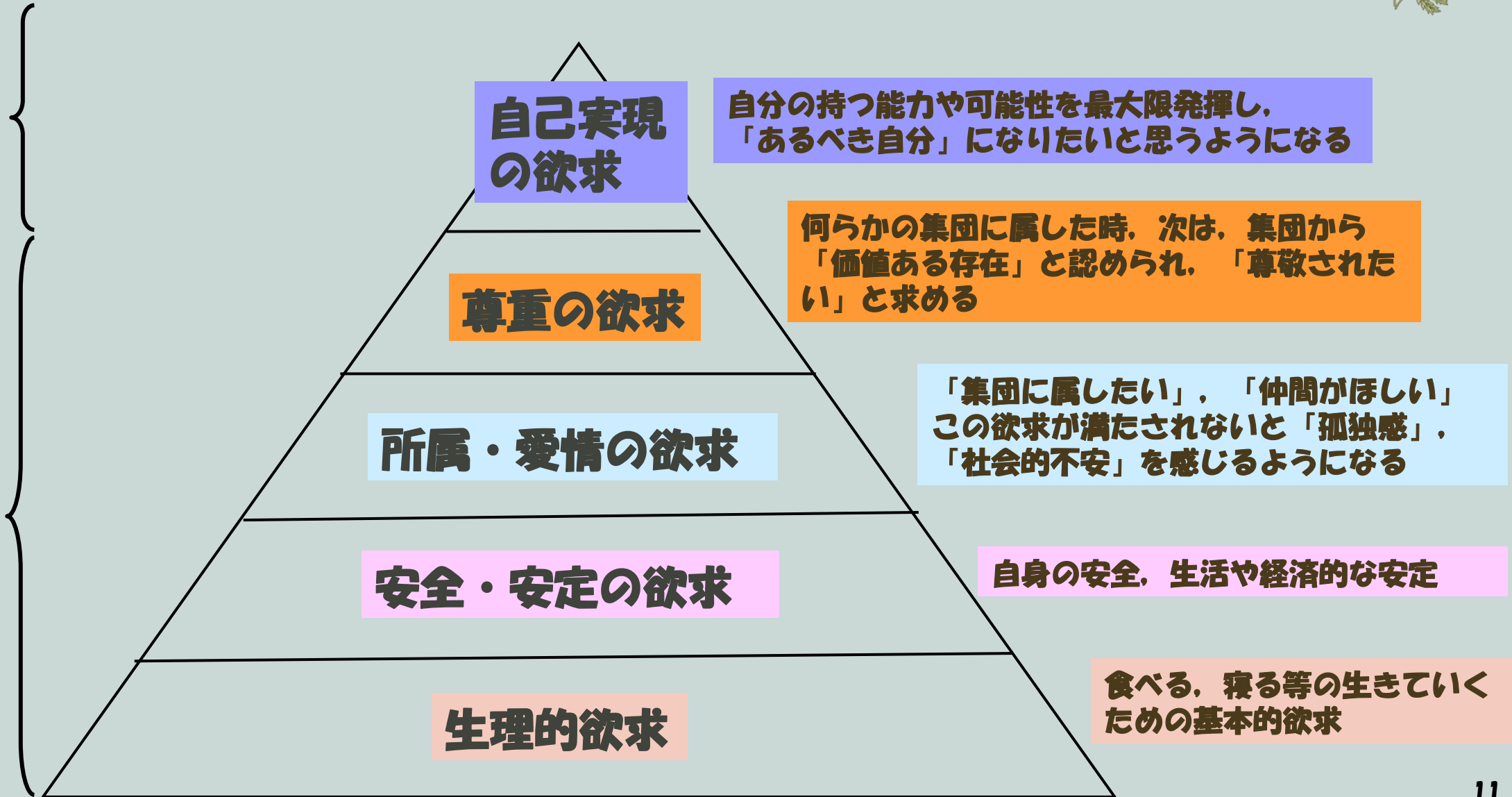


# マズローの基本的欲求



成長欲求

欠乏欲求



# 人口減少



晩婚化

少子化

高学歴化

一人暮らしが増える

生涯現役

多様な働き方

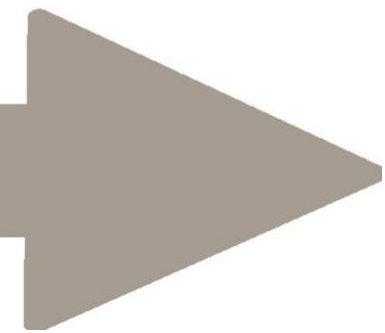
# 価値観の多様性

複雑化・複合化した問題

社会とのかかわり

大切な人との関係

生きがい



人生100年時代

初めての経験

安心

なじみの景色  
なじみのお店  
なじみの人



健康

# 生活 暮らし 安心



ホッとする

社会

地域

受け入れてくれる地域

なじみの地域

困ったときに助けてくれる地域  
(しくみ)

フォーマルサービスからインフォーマル  
サービス 更には民間サービス まで

支えてくれる人(達)がいる地域

なじみの人たち

一緒に考えてくれる人がある地域

友人 近隣 専門職 企業など

家庭

家族

私

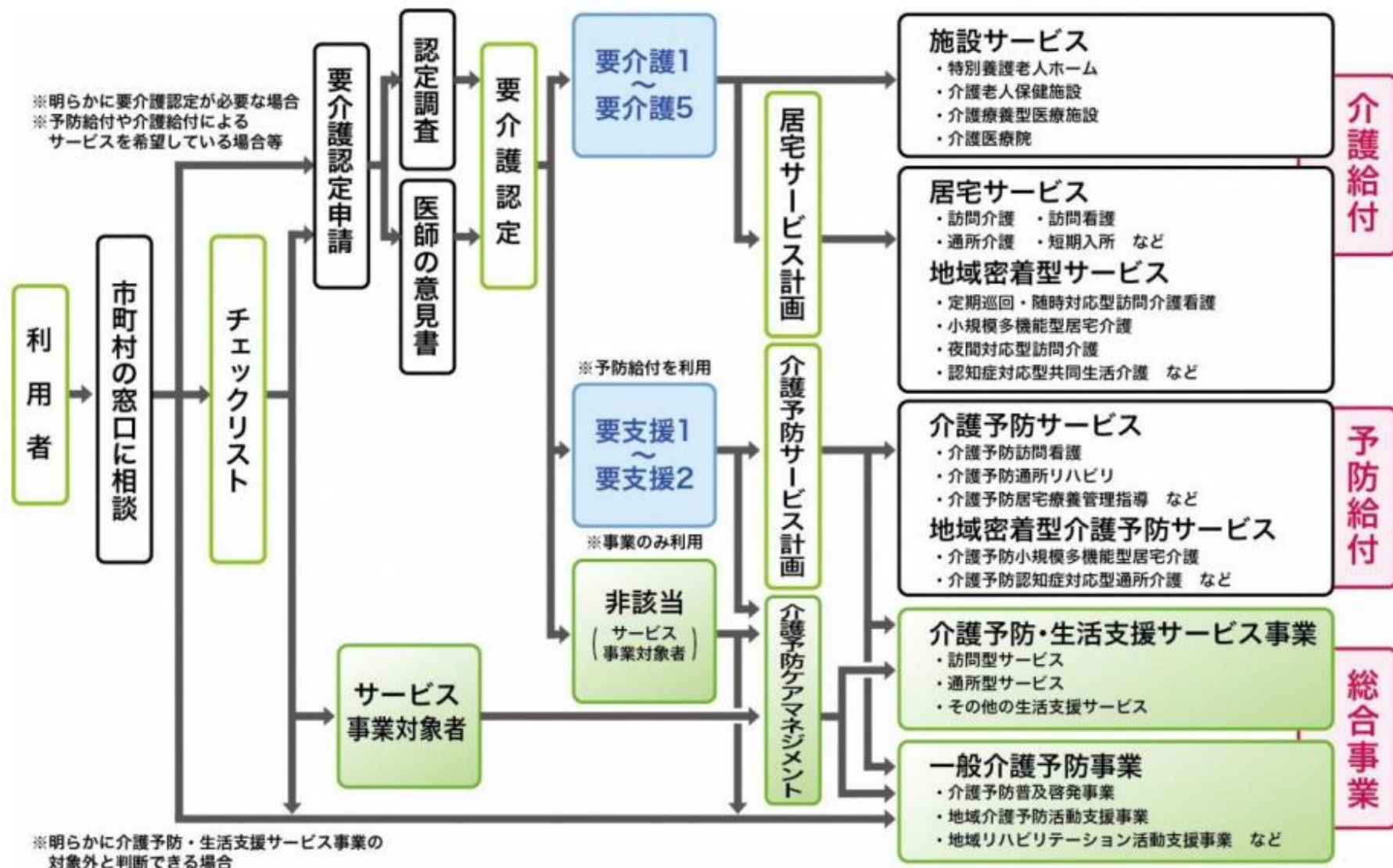
セルフケア



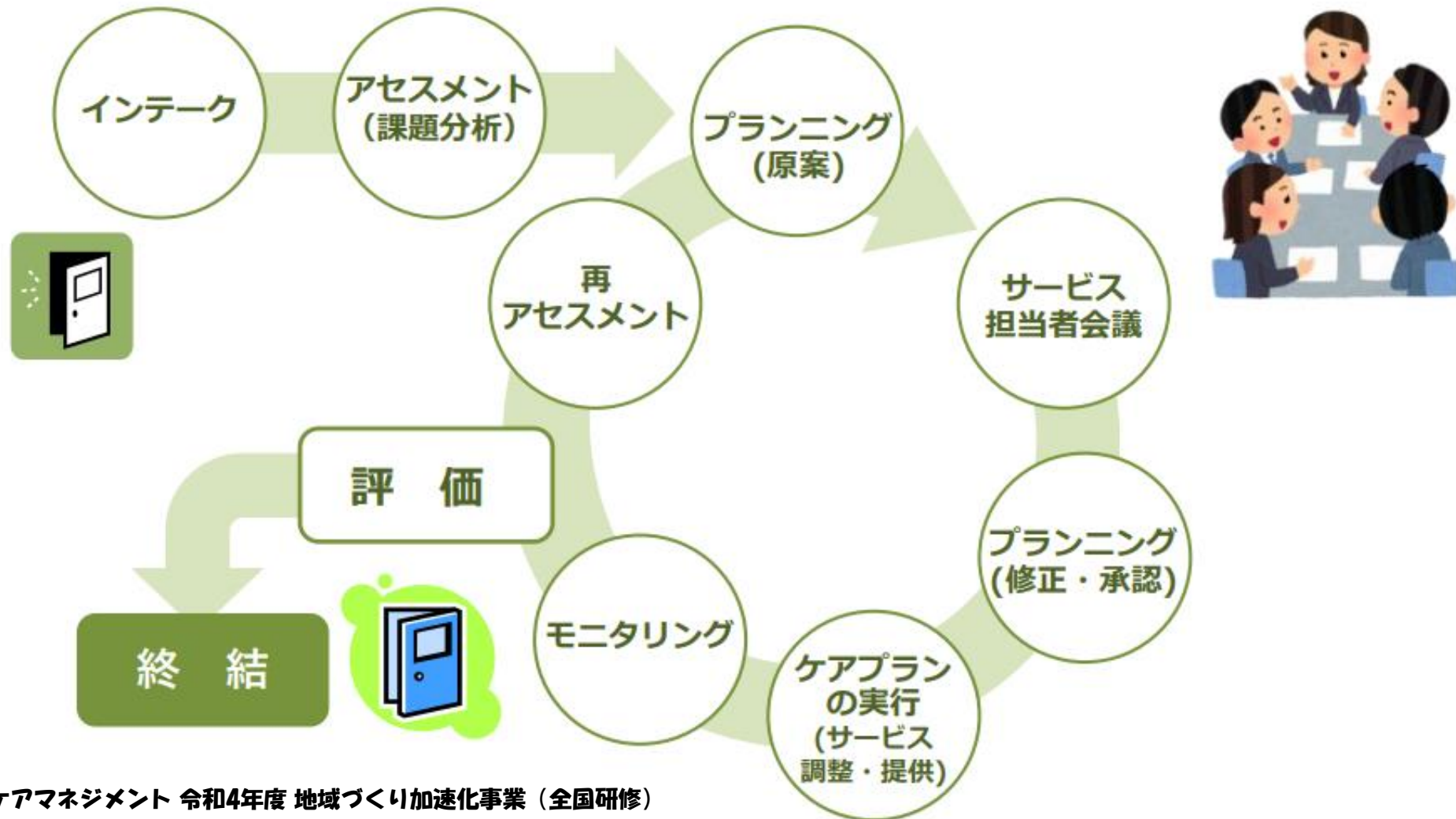
# 介護予防ケアマネジメントで大切にしたいこと



介護サービスの利用の手続き



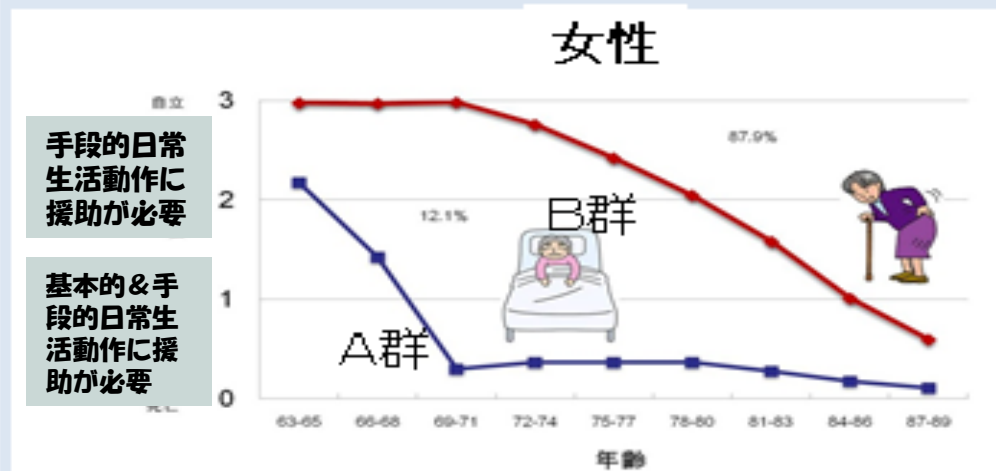
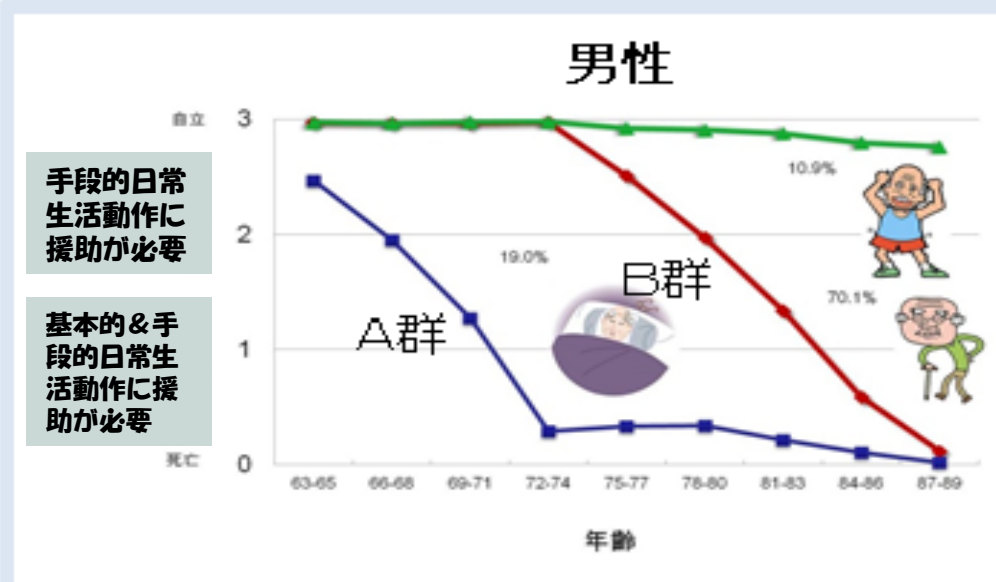
## 介護予防ケアマネジメント過程





# 高齢者の自立度の変化パターンと対策

## 高齢者の自立度の変化パターンと対策



出典：長寿時代の科学と社会の構想(秋山弘子)

### 自立度の変化パターン

A群: 男性の2割, 女性の1割は脳卒中等の病気で急速に自立度が低下  
B群: 病気の影響はなくても男性の7割, 女性の9割は, 75歳以降徐々に衰えていく

対策

### A群には生活習慣病対策

「健康づくり」, 「疾病予防」, 「病気の早期発見」, 「適切な医療による予後の改善」等により, 疾病で自立度が低下する人を少なくする。

### B群には高齢による虚弱の予防対策

「介護予防」, 「自立支援」, 「重度化予防」等により, 自立している期間を伸ばす。

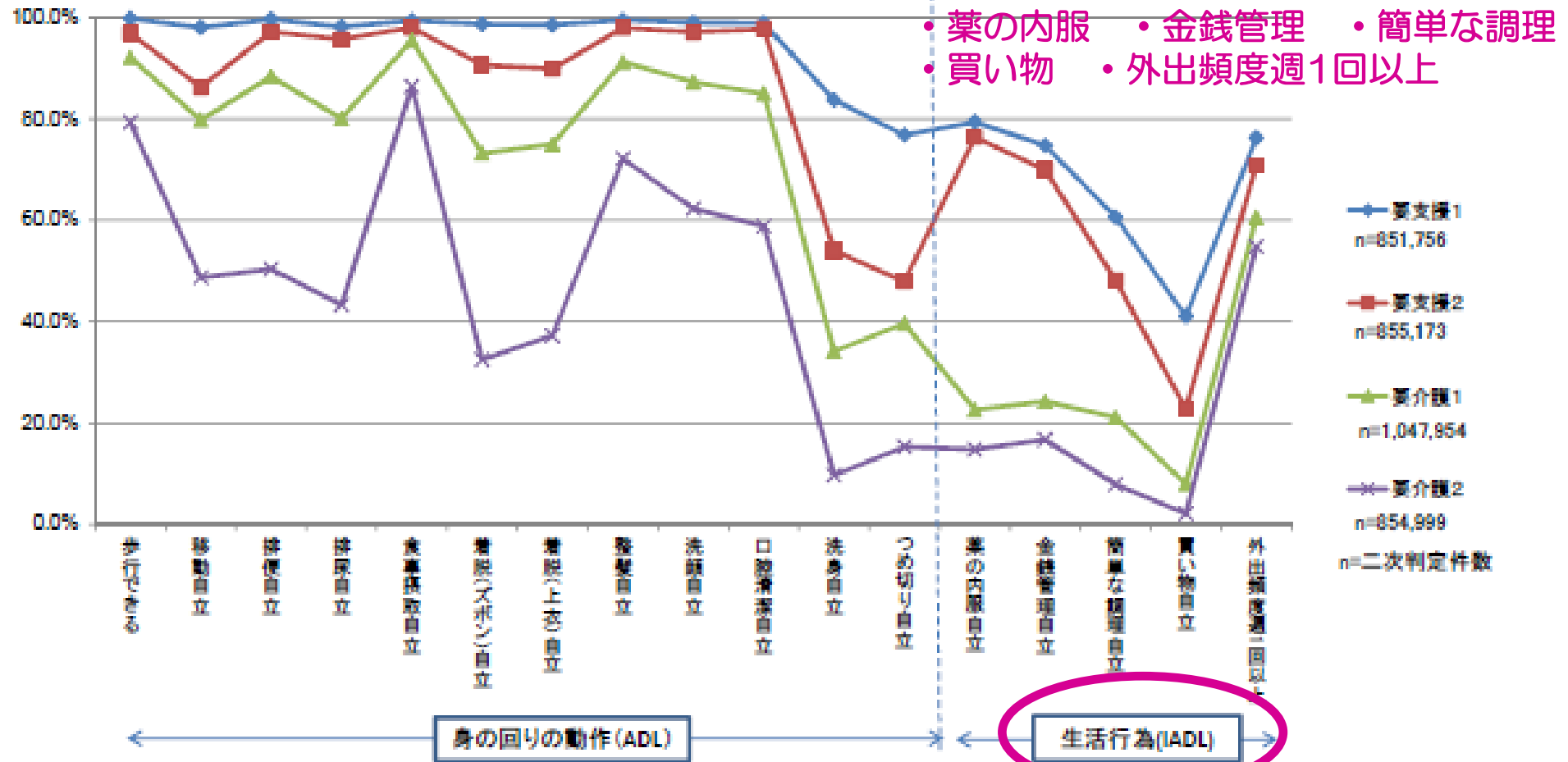
### 要介護者には地域包括ケア

やがて要介護になっても必要な医療・介護サービスを確保し 地域での生活を支援する。

健康寿命の延伸

# (参考) 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。

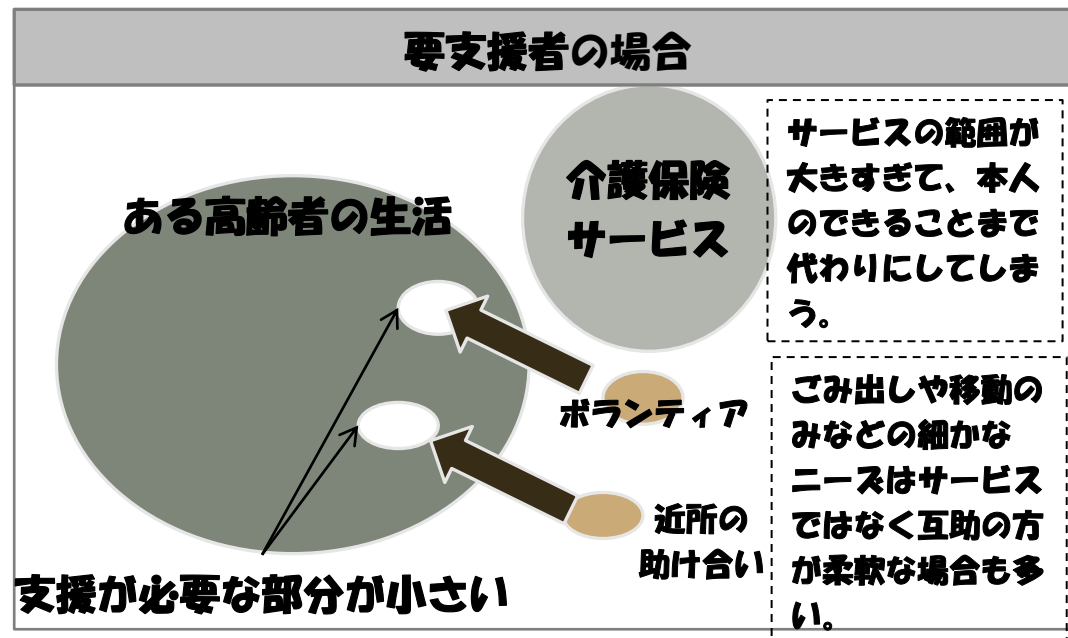
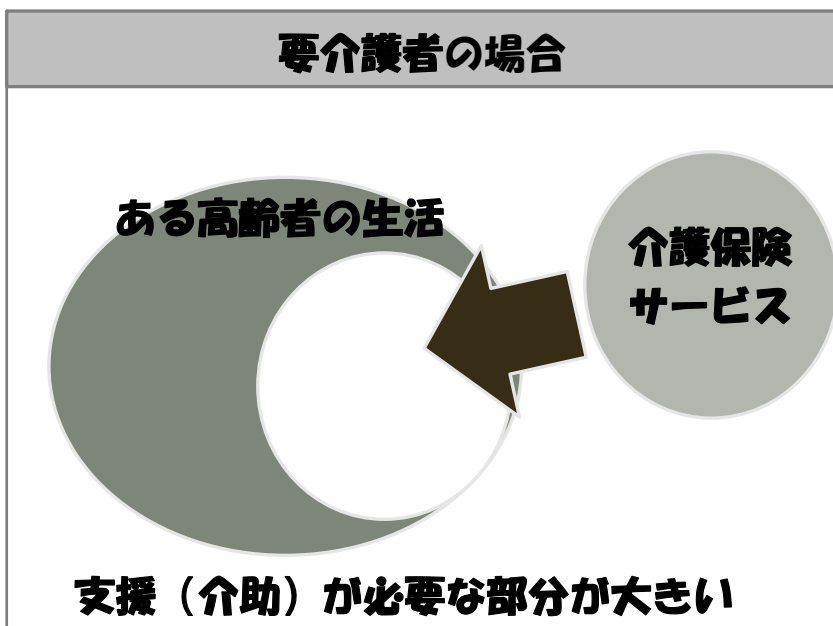


※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

# なぜ既存サービスでは自立支援が難しいのか？

- 要支援者はADLのレベルも要介護者に比べて高く、支援ニーズは、多くの場合において「部分的」である。一方、事業者が提供するサービスは、事業として成立するよう、ある程度まとまったニーズに対応するようなサービスとして設計されており、支援の必要がない部分にまでサービスが及ぶことがある。
- 例えば、碁会所で囲碁を打つことを楽しみとしていた高齢者が、足を骨折したことを契機に、外出の機会が減った場合、必要な支援は、「碁会所までの移動手段の提供」だが、介護保険サービスには、「移動手段の提供」に限定したサービスはないため、もっとも近いサービスは「デイサービス」となってしまうが、これが、「本人らしい生活に戻るための支援」といえるだろうか？



# 介護予防ケアマネジメントにおけるアセスメントの難しさ

## 要介護者の場合

生活機能の中にある困りごとが大きく、見えやすい  
ため問題点がとらえやすい。

## 要支援者の場合

生活機能の中にある困りごとが部分的で、見えにく  
く問題点がとらえにくい。  
ADLはほぼ自立しているが、IADL、参加の部分でで  
きなくなっていることが増えている。



介護予防ケアマネジメントには、  
よりきめの細かいアセスメントが必要となる。

# あなたの支援を振り返ろう

三菱UFJリサーチ&コンサルティング岩名氏講演資料一部加筆

ついついしていませんか？ 通所で入浴、  
訪問介護で買い物代行してもらう などなど

× 「できなくなっていること」を  
ただ補う

○ 「したいこと」「今できていること」を  
続けられるよう支援する

本人のしたいことを「無理でしょう」と否定したり、  
今できている作業を奪っていませんか？

# 自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点①

高齢者の自立支援は、難しくなっている生活行為を明らかにし、高齢者の有する能力を引き出しながら、可能な限り元の状態に近づけること

## 高齢者のADL/IADL

自立

低下

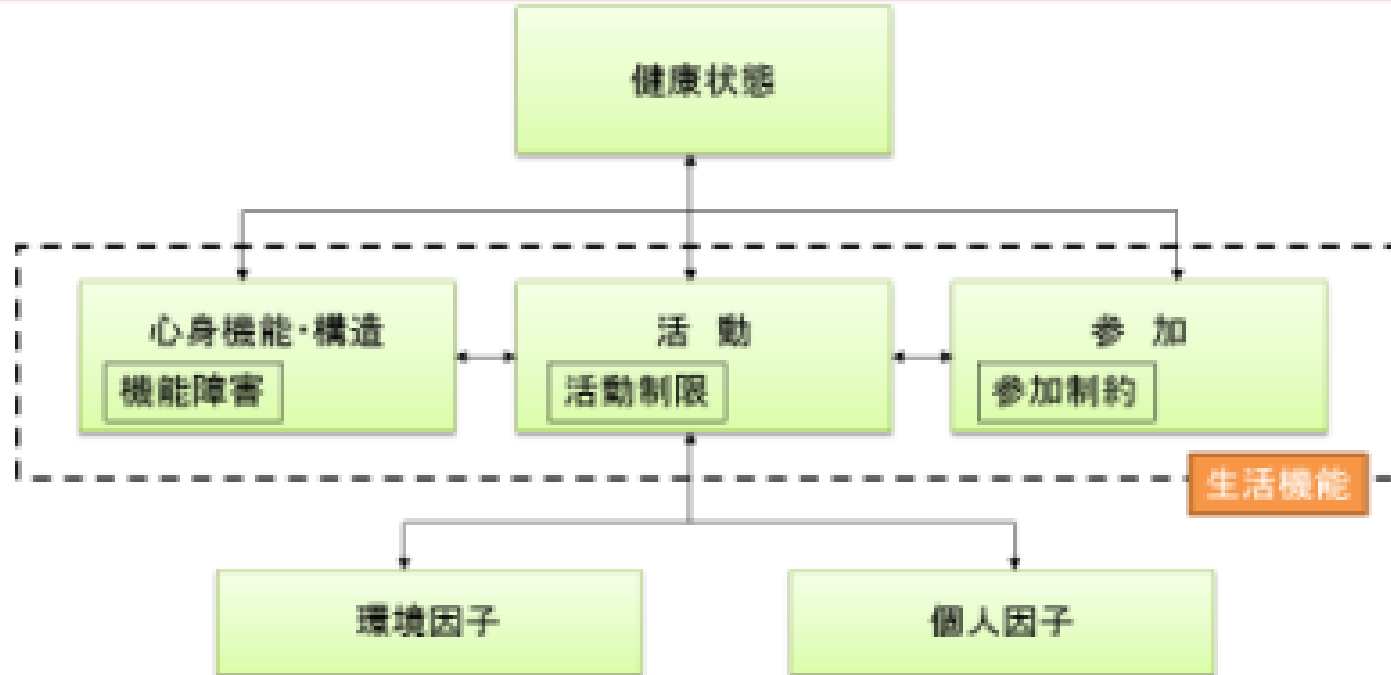
低下の要因  
は何か？

元の状態に近づける

改善の可能性はあるのか？

本人の有する能力とそれを発揮できる方法の具体化

## 国際生活機能分類(ICF)



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

出典：平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会の報告書



**年を重ねただけでは人は老いない。**

**理想を失う**ときに始めて老いがくる。

～サミュエル・ウルマン～



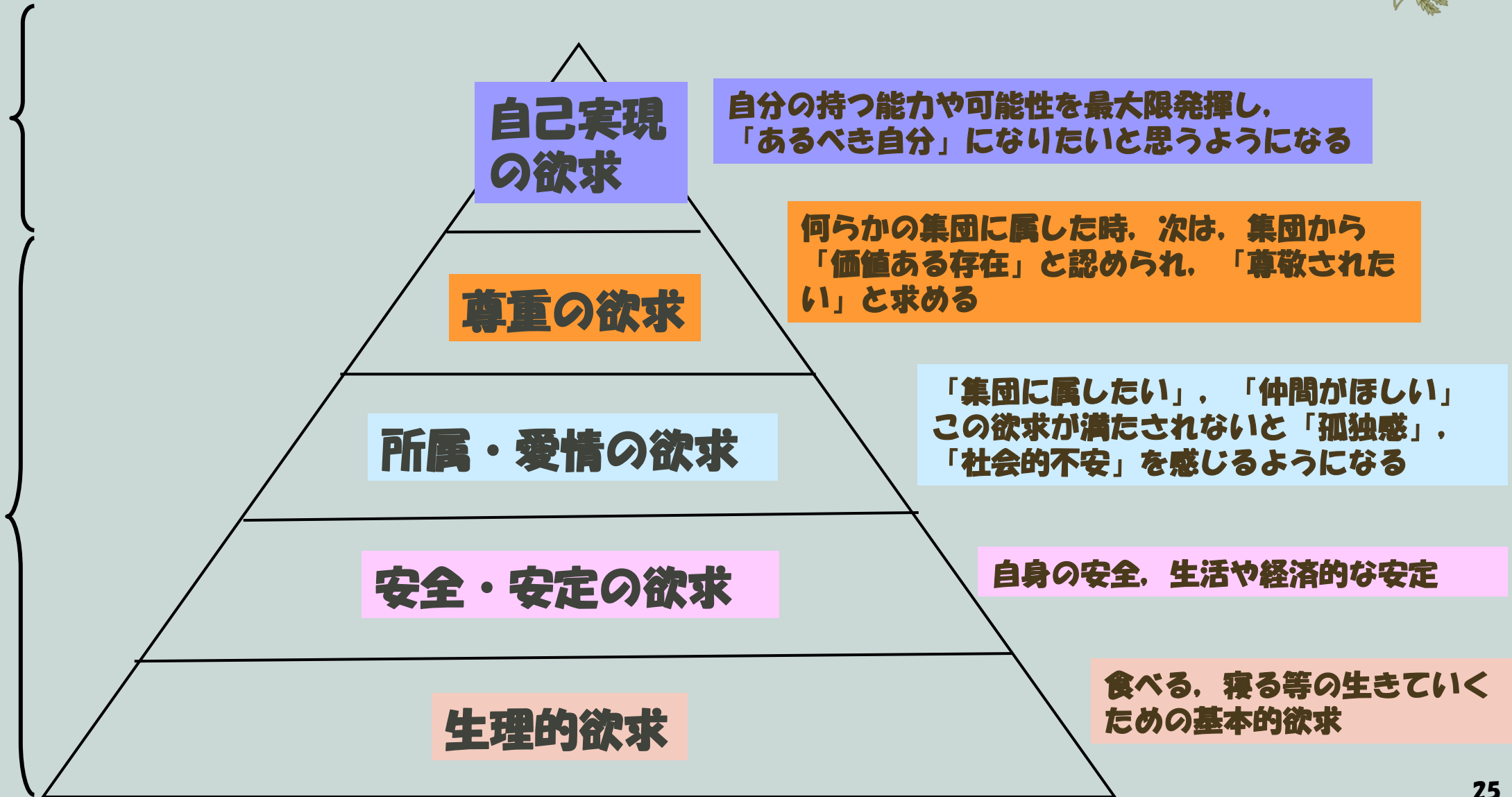


# マズローの基本的欲求



成長欲求

欠乏欲求



# 高齢者の“したい” を応援する



高齢者

安心が大前提

“承認” する

“やる気” に火をつける

“やる気” を引き出す

“よろこび” を感じる

“やりがい” につながる

成功体験の積み重ね

「したい」 ことが続けられ生活に張りが出る





👉 **現在だけではその方のことはわからない**

- ◎ その方がこれまで、どのように生活・暮らしてこられたのか（過去）
- ◎ その方のこれからの生活・暮らしについて思いをはせる（未来）

👉 **その人の気持ちを引き出す**

➡ **あきらめている背景を知る**

- ◎ たくさんのお話をあきらめざるを得ない加齢
- ◎ 自信がなくなる
- ◎ 再び取り組むことに勇気がいる



### 👉 決めつけない 可能性が広がる

- ◎ 自分のフィルターを通して見ていることを忘れない
- ◎ その方の良いところ探しをしましょう
- ◎ なぜ?という疑問を大事にしましょう

### 👉 生活をみる

- ◎ 安心・安全の保証
- ◎ 配慮する・できる地域

### 👉 原点回帰

- ◎ 迷ったら原点に戻ろう

## ～ 日々の活動の積み重ねを大切に ～



- 刻々と変化する地域の状況を踏まえて活動を展開している
- 人が生きていくうえには、その源であるいきがいや役割が大切であることを理解し、その思いを引き出す工夫をしている
- どういう支援があったら、安心してなじみの関係の中で、できるだけ長く、生活できるかという視点を常に持ちながら支援を考えている
- そのために、様々な関係者・団体・ボランティア・地域住民等と力を合わせて、住み続けられる地域を目指して活動を行っている





# 介護保険法の基本条文の確認

## (目的)

第1条この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が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よう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。



# まとめ



目 標	物事を見る視点	基本的なこと	知る	PDCA
目指すべき 方向の共有  その人の “したい”を 応援する	鳥の目 (マクロ) 虫の目 (ミクロ) 魚の目	尊厳の保持 自立 自己選択・ 自己決定 地域 生活	その人を知る  地域を知る  これからを 予測する	アセスメント 個別・地域課 題の解決 多様な支援を 継続的・包括 的に提供する 仕組みをつく る



# 中国各県の皆さまの声

～ 事前アンケートの概要 ～





# 介護予防ケアマネジメントの強みや工夫



## アセスメント・本人アプローチ

- どんな生活を実現したいか、どんな自分になりたいかなど利用者や家族、サービス事業者と**目標を明確にする**よう心がけている
- 本人の**強み**を見つけ、できないことに着目しないようにしている
- 生活歴、1日の流れなどから**掘り下げて**聞き取っている
- 今できていることを**称賛**し、自己有用感を高めてもらう
- 本人の**意欲が向上**するような表現を心がけている  
「○○だけど ○○したい」



# 介護予防ケアマネジメントの強みや工夫

## ツールの活用



- 課題整理統括表をしている
- 興味関心チェックシートやもしもの時のメッセージ等のツールの活用
- アセスメントシートを活用
- アセスメントシートを改善し目標設定が本人の希望になるように工夫した
- 独自のアセスメントシートを作成・活用



# 介護予防ケアマネジメントの強みや工夫



## 多職種連携

- **地域ケア会議**の活用⇒個別ケースにおける多職種連携  
新規で介護予防サービスを提供する方
- **地域ケア会議**や**介護支援専門員連絡協議会**⇒多職種参加の事例検討
- **独自で研修会**（包括、居宅のケアマネ）
- **地域ケア個別会議**の前に、**リハ職訪問**
- **興味関心チェックシート**の活用により、目標の見える化、多職種との目標共有
- **研修会と個別ケア会議**を一本化し、職員の意識づくり
- **最新の社会資源**をケアマネに提供⇒インフォーマルサービスをプランに位置づける





# 介護予防ケアマネジメントの課題

## 住民への周知・セルフケアマネジメント

- **介護予防に対する認知度が低い**ので、今後は行政から情報発信していかなくてはならないと感じている
- **市民に自立支援という概念が根付いていない**ように思う
- **介護保険を卒業しセルフケアマネジメントと社会参加につながるサイクル、自立支援の概念の醸成**
- **住民の中ではフォーマルサービスの利用だけが機能回復につながる**との認識が根強くあること





# 介護予防ケアマネジメントの課題

## 本人アプローチ

- 本人の**意欲**をどう引き出すか
- 本人から**目標**が出てこないときや家族と本人の意向が異なるとき
- 特に趣味や日課もなければ、目標もないという方に対して、半ば**誘導尋問**のように短期目標・長期目標等を設定してしまう
- 利用者が目標を持ち**前に進む**という**意識が薄く**、目標を立てにくい  
本人を**その気にさせること**
- **自分を認め**、前向きに物事を考えてもらえるような働きかけ  
「できないことをしてあげる」**支援者側視点**から、「できること・したいこと」に着目する**本人視点**の支援が提供できるよう、**動機づけ**をしながら関わる





# 介護予防ケアマネジメントの課題

## 資源

- 地域や事業者側の**人材不足**等により受け入れの**許容量が不足**している
- **社会資源が少なく**、本人の「**したい**」ことを引き出すことや希望に沿った**資源の活用が難しい**
- 介護サービスが限られている地域のため、**選択肢が少なく**、**インフォーマルサービスも少ない**
- **交通、移動手段の不便さ**



# 介護予防ケアマネジメントの課題

## 実務面

- 介護予防ケアマネジメントの**評価、検証の場**が持っていない
- 目の前の**困りごと**に対するプランになりがち**アセスメント**力を高めていく必要がある
- **業務の負担** ⇒ 事例提出や参加すること
- 時間がかかる
- 目標が本人からうまく**引き出せない**
- 助言が、自立支援・介護予防に資するケアマネジメントにつながっているかどうかの**評価**ができていない





# おわり

//  
皆さま



日々、様々な工夫を講じている



また、様々な取り組みをしている



しかし、日々課題も感じている

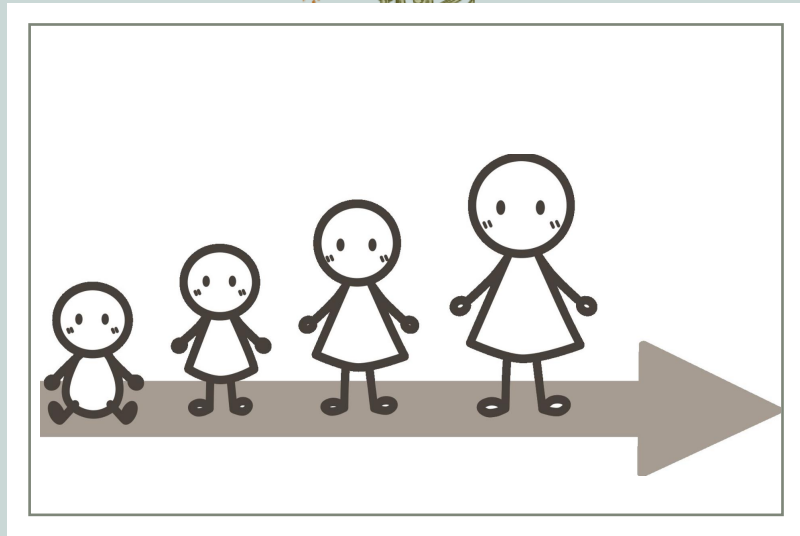
## 事例紹介

島根県飯南町  
広島県竹原市  
山口県防府市

## ワークショップ

私はこう思う  
こんなことしてる  
教えて  
あっ！同じ  
間違ってた





ありがとう  
ございました