

令和7年度 第3回 関東信越厚生局 地域包括ケア推進セミナー

自立支援型ケアマネジメントを加速したいまちへ ～リエイブルメントの考え方～

2026年1月28日

藤田医科大学 地域包括ケア中核センター

都築 晃

博士（医学） 理学療法士



C型と類似サービスの棲み分け例

総合事業 短期集中C型

目的：本人・家族・関係者
生活上の助言.
セルフマネジメント支援

総合事業 同行訪問

目的：本人・家族・関係者
生活上の目標設定・評価.



介護保険 通所・訪問

目的：本人の選択に基づく
要介護度に応じた
介護保険サービス

医療保険 個別リハ

目的：医師の指示に基づく
疾患等への個別治療
ADL指導・評価.

長野県庁や関東信越厚生局との連携や協力

1. 県庁（都道府県）による支援

県は、市町村間の格差を是正し、広域的な視点から「仕組みづくり」を支援する役割

- 1) 地域リハビリテーション活動支援事業の活用支援
- 2) 介護保険事業支援計画に基づくデータ分析・コンサルティング
「地域包括ケア見える化システム」等を用いた、他市町村との比較や課題を提示
- 3) 市町村職員向けの実務研修・事例検討会
- 4) その他多数

2. 厚生局（地方厚生局）による支援

国の施策（厚生労働省）を現場に落とし込む「伴走者」。地域包括ケアの深化に向けた対話型支援。

- 1) 「伴走型支援」による課題解決のヒント提示
先進事例（グッドプラクティス）を紹介
- 2) 複数の市町村や県、民間団体が集まるワークショップを主催し、広域的なネットワーク作り。
- 3) リエイブルメント（Reablement）等の最新知見の普及。
- 4) その他多数

事前質問へのご回答

ありがとうございます

- 1. 体制整備・評価基準に関する課題**
- 2. 自立支援の定義とマインドセットに関する課題**
- 3. 多職種・専門職の関わりに関する課題**
- 4. 市民・家族への普及啓発に関する課題**

1. 体制整備・評価基準に関する課題

サービスを効果的に運用するための「具体的なモノサシ」と「リソース配分」に関して。

1) スクリーニングと対象選定：

- プレフレイル・フレイル該当者に対し、どのような体力測定項目を基準としてサービスCへ繋げるべきか。

2) 介入量の妥当性：

- 支援時間・頻度の目安をどう考えるか（現行の週1回1時間・最長3ヶ月に対し、他自治体での週1回2時間等の事例との比較）。

3) リソース不足への対応：

- 業務過多により丁寧なアセスメントやモニタリングが困難な状況で、いかに自立支援の質を担保するか。

1. 体制整備・評価基準に関する課題

サービスを効果的に運用するための「具体的なモノサシ」と「リソース配分」に関して。

1) スクリーニングと対象選定：

- プレフレイル・フレイル該当者に対し、どのような体力測定項目を基準としてサービスCへ繋げるべきか。

- 1 認知機能低下、進行性疾患、がんを除く。
- 2 基本チェックリストの活用: 25項目のうち、「運動器の機能（No.6～10）」や「栄養（No.11～12）」、「口腔（No.13～15）」に該当があるかを一次選別。
- 3 直近半年間の間で起きた活動性の低下。フレイル基準周辺。
- 4 元の暮らしにて、社会参加していた、参加意欲のある事例。
- 5 今の暮らしにて、何ができるようになりたいか、目標がある程度言語化できる。
- 6 家族に抑制されているが、本人は出かけたい例。

1. 体制整備・評価基準に関する課題

サービスを効果的に運用するための「具体的なモノサシ」と「リソース配分」に関して。

1) スクリーニングと対象選定：

- プレフレイル・フレイル該当者に対し、どのような体力測定項目を基準としてサービスCへ繋げるべきか。

30秒椅子立ち上がりテスト

40cm程度、胸の前で腕を組み、立ち上がった際に膝をしっかり伸ばしきる

	男性（平均）	女性（平均）
60代	20～24回	19～23回
70代	16～20回	15～19回
80代	11～15回	10～14回

1. 体制整備・評価基準に関する課題

2) 介入量の妥当性：

- 支援時間・頻度の目安をどう考えるか（現行の週1回1時間・最長3ヶ月に対し、他自治体での週1回2時間等の事例との比較）。

支援時間や頻度は、単なる「長さ」ではなく「卒業後の自立」をゴールに設計します。

- **「生活場面」への介入シフト：* 週2時間などの長時間介入を行う場合は、単なる運動だけでなく、実際の調理、買い物、バスの乗り方など「生活行為そのもの」を活動として組み込む自治体が増えています。**
- **段階的フェードアウトの導入：* 3ヶ月一律で終了するのではなく、1ヶ月目は週1～2回、3ヶ月目は月1回といったように、徐々に本人の「セルフマネジメント」に移行させるスケジュールを検討してください。**

1. 体制整備・評価基準に関する課題

3) リソース不足への対応：

- 業務過多により丁寧なアセスメントやモニタリングが困難な状況で、いかに自立支援の質を担保するか。

限られた時間で質を落とさないための工夫。

- **ICT・動画の活用:** * 初回アセスメント時に本人の動作を動画で記録し、多職種で共有することで、何度も同じ質問をしたり評価を繰り返したりする手間を省く。
- **「変化」に絞ったモニタリング:** 全項目を評価するのではなく、「この3ヶ月で達成すると決めた目標動作」のみを重点的にモニタリングする「フォーカス型アセスメント」に。

2. 自立支援の定義とマインドセットに関する課題

「サービスを提供し続けること」と「卒業」の間で揺れる、支援のあり方に関する本質的な問い。

1) 「維持」と「自立」の境界線：

- サービス継続により状態が維持できている場合、それを「自立支援」と呼んでよいのか。

2) 「卒業」のあり方：

- サービスを卒業することだけがすべてではないが、「入れっぱなし（固定化）」の状態をどう脱却すべきか。

3) 地域資源の不足：

- サービス卒業後の受け皿となる地域資源が少ない中で、どのように出口戦略を描くべきか。

2. 自立支援の定義とマインドセットに関する課題

1) 「維持」と「自立」の境界線：

- サービス継続により状態が維持できている場合、それを「自立支援」と呼んでよいのか。

「自立支援」の再定義：維持はゴールではない

サービスを入れることで状態が保たれている現状を「自立支援」と呼ぶべきか？

評価の軸を「ADL（動作）」から「QOL/役割（参加）」へシフトさせる。

「できること」を「していること」へ繋げる評価：

単に歩行が維持されていることではなく、「歩いて近所のスーパーに自分で買い物に行けているか」といった実生活でのアウトカムを評価の主眼に置く。

「依存的維持」と「自律的維持」の区別：

サービスがないと生活が崩れる「依存的維持」から、サービスを通じて身につけたセルフケアや知識で状態を保つ「自律的維持」への移行を目指すべき姿では？

2. 自立支援の定義とマインドセットに関する課題

2) 「卒業」のあり方：

- サービスを卒業することだけがすべてではないが、「入れっぱなし（固定化）」の状態をどう脱却すべきか。

ステップ	名称	内容
Step 1	サービス内卒業	身体介助から「見守り・促し」へ切り替え、本人が自分で行う割合を増やす。
Step 2	頻度のフェードアウト	週1回の通所を隔週に減らし、空いた時間に「自主トレ」や「近所の散歩」を宿題として課す。
Step 3	地域資源へのソフトランディング	サービス活動Cの期間中に、卒業後に入る予定の「住まいの通いの場」へ専門職と共に見学・体験に行く。

2. 自立支援の定義とマインドセットに関する課題

3) 地域資源の不足：

- サービス卒業後の受け皿となる地域資源が少ない中で、どのように出口戦略を描くべきか。

「サービス以外の資源がない」という状況に対し、既存のインフラをリハビリの場として捉え直します。

- 「既存インフラ」のリハビリ資源化：
 - 公設の通いの場がなくても、近所のスーパー、公園、寺社、あるいは「ゴミ出し」という日課そのものをリハビリの目的地・目標として設定します。
- 「役割」の創出：
 - 卒業生が次の利用者の「相談役（ピアサポーター）」として活動Cに顔を出す仕組みなど、支援される側から支援する側へ回る小規模な仕組みを構築します。

2. 自立支援の定義とマインドセットに関する課題

3) 地域資源の不足：

- サービス卒業後の受け皿となる地域資源が少ない中で、どのように出口戦略を描くべきか。
- セルフモニタリングの導入：
本人に「できたこと日記」や歩数計の記録を付けてもらい、モニタリングの主導権を本人に渡します。職員は「その記録を確認するだけ」にすることで時間を短縮しつつ、本人の自己効力感を高めます。
- 多職種による「視点のシェア」：
地域ケア会議やサービス担当者会議において、「本人の強み（ストレングス）」を報告し合うことで、包括職員一人で抱え込まないタスクシェア体制を作ります。

3. 多職種・専門職の関わりに関する課題

専門職が地域や会議の場でどのように振る舞い、文化を作っていくかという戦略。

1) 専門職の働きかけ：

- 地域に「自立」の文化を醸成するプロセスにおいて、専門職が意識すべき介入ポイントはどこか。

2) 地域ケア会議での視点：

- 包括職員が、リエイブルメントの考え方を多職種連携の場に浸透させるために持つべき視点や工夫。

3) 学習リソース：

- 自立支援の文化醸成において参考になる書籍や資料の有無。

3. 多職種・専門職の関わりに関する課題

1) 専門職の働きかけ：

訪問事業C（短期集中予防サービス）における「当日の関わり」は、従来のリハビリテーション（機能回復訓練）とは一線を画す必要があります。

リエイブルメントの核心は、専門職が「やってあげる」時間を減らし、本人が「自分でできる」自信と習慣を取り戻すことにある。

1. 「訓練」ではなく「生活行為」をその場で行う

リハビリ室で行うような筋力トレーニングは最小限に留め、本人が困っている「実際の場面」で介入。

- 「台所」での介入：椅子に座って足上げ運動をするのではなく、実際に夕食の準備を一緒に行い、どの動作でバランスを崩すか、どう工夫すれば安全に調理できるかをその場で検討します。
- 「玄関・外」での介入：階段昇降訓練の代わりに、実際に郵便物を取りに行く、あるいは近所のゴミ捨て場まで一緒に歩き、ルート of 危険箇所を本人が自覚できるよう促す。

3. 多職種・専門職の関わりに関する課題

2. 「ハンズオフ（手を離す）」の徹底

専門職の役割は「介助」ではなく「環境調整」と「コーチング」です。

- 「やって見せる」から「見守る」へ：最初は専門職がお手本を見せることもありますが、基本的には本人が行うのを横で見守り、どうしても難しい部分だけ環境（福祉用具の活用や動線の変更）を整えます。
- 「できる力」の引き出し：家族が過度に関わってしまうケースがあるため、訪問当日には家族も同席してもらい、「この動作はご本人だけで安全にできますよ」という事実を専門職が目の前で証明して見せることが重要です。

3. 多職種・専門職の関わりに関する課題

2. 「ハンズオフ（手を離す）」の徹底

訪問した「1時間」よりも、訪問していない「残りの1週間」をどう過ごすかが重要です。

- **スモールステップの設定：**「次の訪問までに、毎日1回は自分でポストを見に行く」など、具体的かつ達成可能な目標を本人と合意します。
- **記録の共有：**本人にカレンダーや日記へ記録してもらい、次回の訪問時にその「頑張り」を専門職が承認（フィードバック）することで、自己効力感を高めます。

4. 市民・家族への普及啓発に関する課題

支援の受け手である本人や、最も身近な支援者である家族の理解をどう得るか。

1) 市民への周知：

- リエイブルメント（再自立・機能回復）の考え方を市民に分かりやすく伝えるための具体的な方法。

2) 家族へのアプローチ：

- 良かれと思って過剰に介入してしまう家族に対し、本人の「できる力」を引き出すリエイブルメントの意義をどう説明し、納得してもらうか。

住民の意識を「依存」から「自立」へシフト

「卒業」ではなく「進級」のイメージで伝える「サービスを止める」と言うのではなく、「以前のように一人で買い物に行ける自分に戻るためのステップアップ」として周知します。

「靴下を履かせてもらう生活」と「自分で履いて好きな靴で散歩に行く生活」を比較。

「お世話される人から、やりたいことをやる人へ」といった、本人の主体性を刺激するフレーズ。

家族の過剰な介入は、多くの場合「愛情」や「責任感」からくるもの。

家族の過剰な介入は、多くの場合「愛情」や「責任感」からくるもの。

「今日は一人でボタンが留められましたよ！」という報告をマメに行い、家族が「手を出さないで見守ってよかった」と実感できる成功報酬をデザインすることが、継続的な理解につながります。

「手伝うのは『今』を楽にするため。見守るのは『未来』を自由にするためです。」
「リハビリ室の1時間より、家での23時間の過ごし方が、お父様の歩ける距離を決めます。」

ステップ	アプローチ内容	具体的な伝え方（例）
1. 承認と共感	家族のこれまでの苦労と愛情を全力で肯定する。	「これまでお一人で全部やってこられたのは、本当に素晴らしい愛情ですね。」
2. 専門的リスクの提示	「廃用症候群（動かないことによる衰え）」のリスクを説明。	「良かれと思って手を貸しすぎると、筋肉や脳が『もう動かなくていいんだ』とサボり始め、寝たきを早めてしまう恐れがあります。」
3. 共通目標の設定	「家族の負担軽減」というメリットを提示する。	「今ここでご本人の力を引き出せれば、将来的に家族の介護負担も軽くなり、お互いに笑顔の時間が増えますよ。」

お疲れ様でした