1. 介護保険の基本理念と介護予防ケアマネジメントの考え方について

＜参考資料＞
地域包括支援センター運営マニュアル3訂　P 229～289

介護保険法①

（目的）

第一条　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**尊厳を保持し、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。

（介護保険）

第二条　介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

２　前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止**に資するよう行われるとともに、**医療との連携に十分配慮して行われなければ**ならない。

介護保険法②

（介護保険）

第二条　４　第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、**その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことできるように配慮されなければならない。**

（国民の努力義務）

第四条　国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、**要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める**ものとする。

２　国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

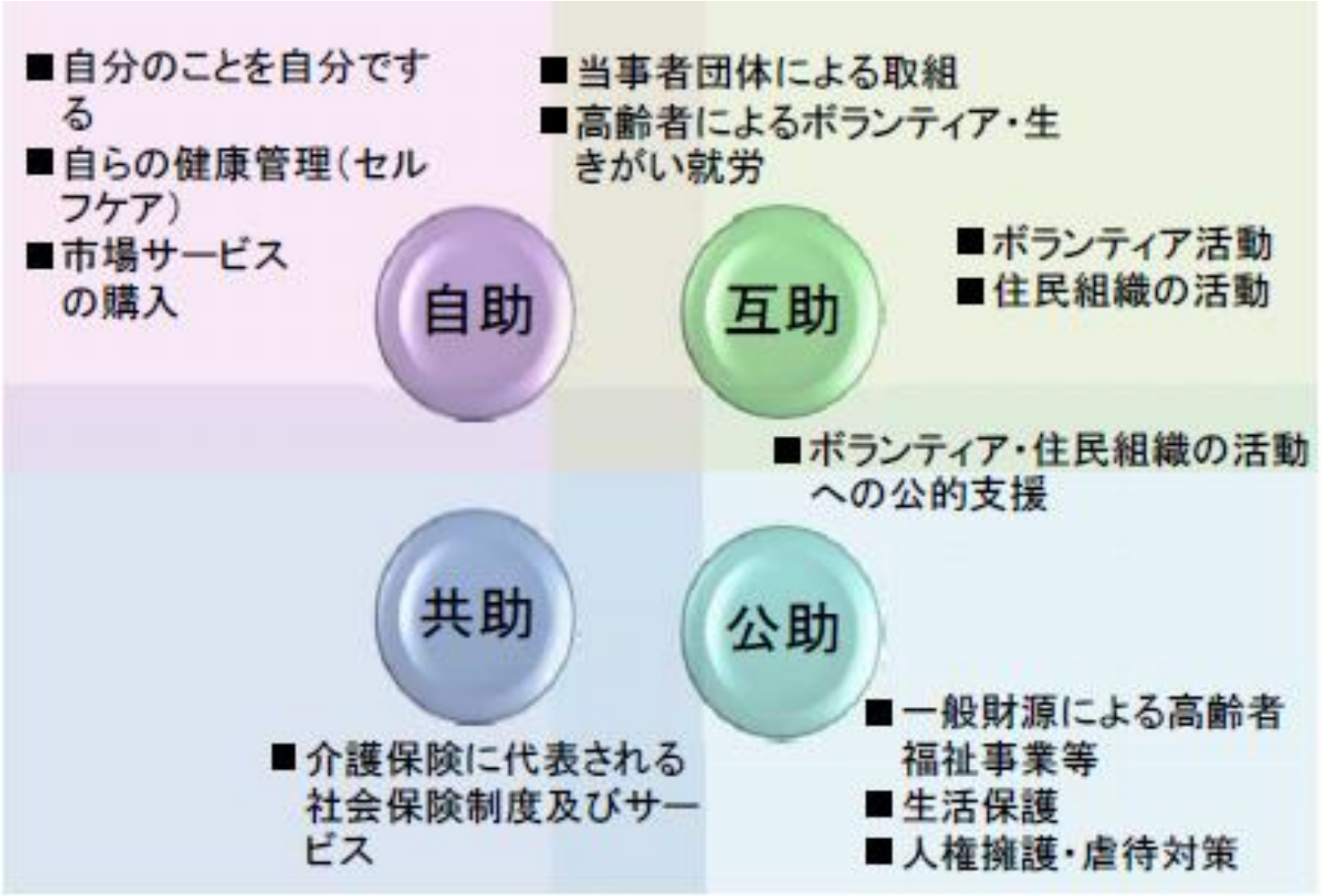
介護保険制度における「介護予防」とは

①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと

②要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにすること（改善・維持・悪化の遅延を図ること）

介護予防とは、心身機能の改善や環境調整などを通して、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならずに、自立した日常生活を送ることができるように支援することを目的に行われるもの。

「自助・互助・共助・公助」



＜平成２５年３月地域包括ケア研究会報告書より＞

「自立支援」の考え方

「自立ができたら社会に参加するのではない。自立のあり方は多面的であるが、自立は個人で完結するものではなく、社会への参加を通して自立が促されることは共通している。他者とのつながりの中で自立していくためのつながりの再構築こそが求められている」

＜地域力強化検討会の最終とりまとめ（平成29年9月12日）より＞

「本人の自己選択、自己決定を基本に、経済的自立のみならず日常生活自立や社会生活自立など本人の状態に応じた自立を支援する」

＜生活困窮者自立支援制度より＞

「固有の尊厳、個人の自立（自ら選択する自由を含む。）及び個人の自立の尊重」

＜障害者の権利に関する条約より＞

軽度認定者の特性①

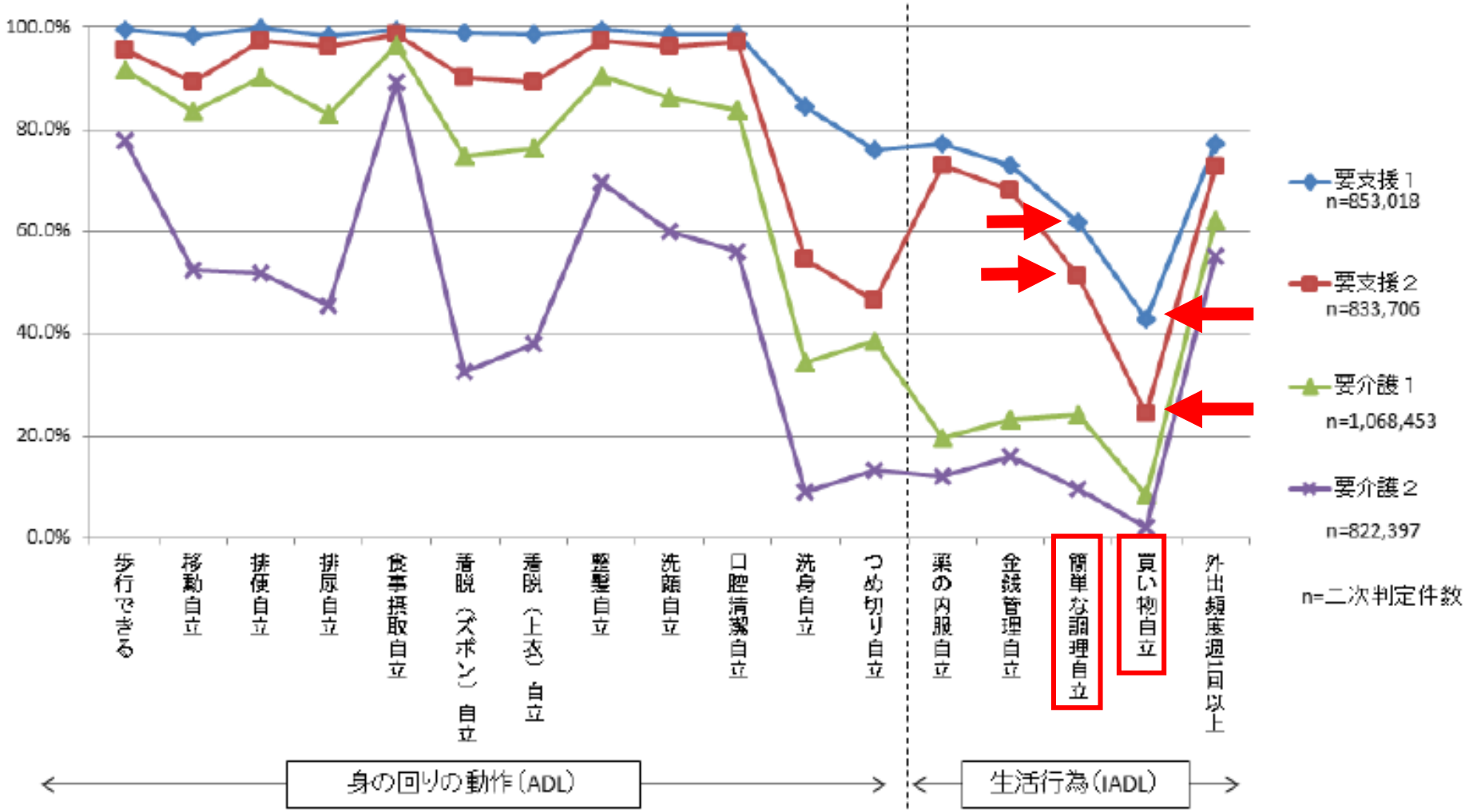
●脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア、変形性股関節症や膝関節症
など痛みやしびれを伴う整形外科的疾患が多い

●安静にしすぎてしまい、廃用（筋力低下）につながることも

⇒◆安静によるリスクの説明
◆医師の指示を踏まえ、できる動作をふやすようなケアマネジメント

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。

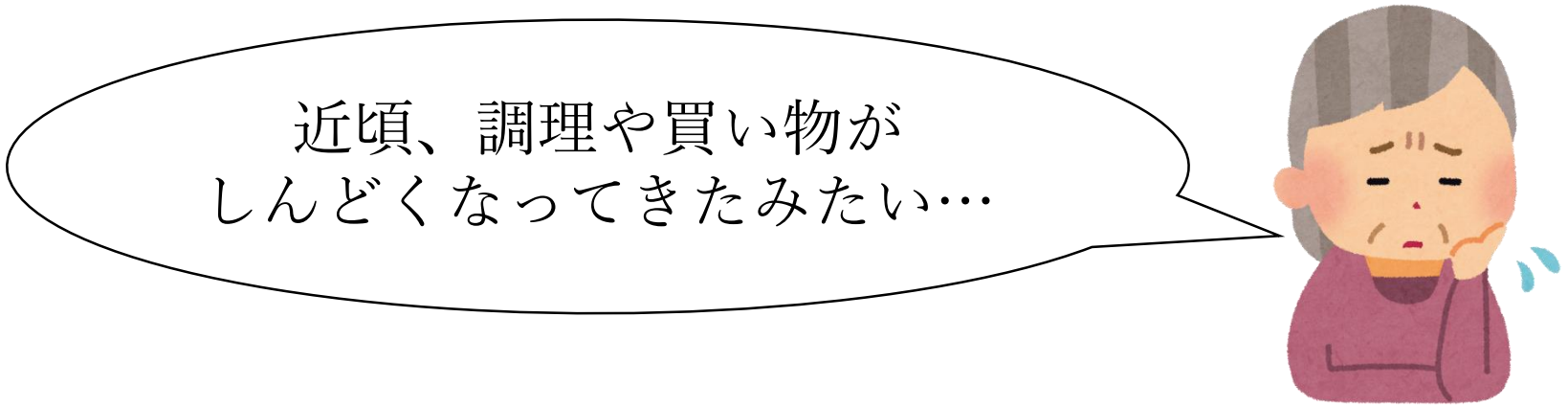


※1　「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。
※2　平成28年度要介護認定における認定調査結果（出典:介護保険総合データベース（平成30年1月15日集計時点））

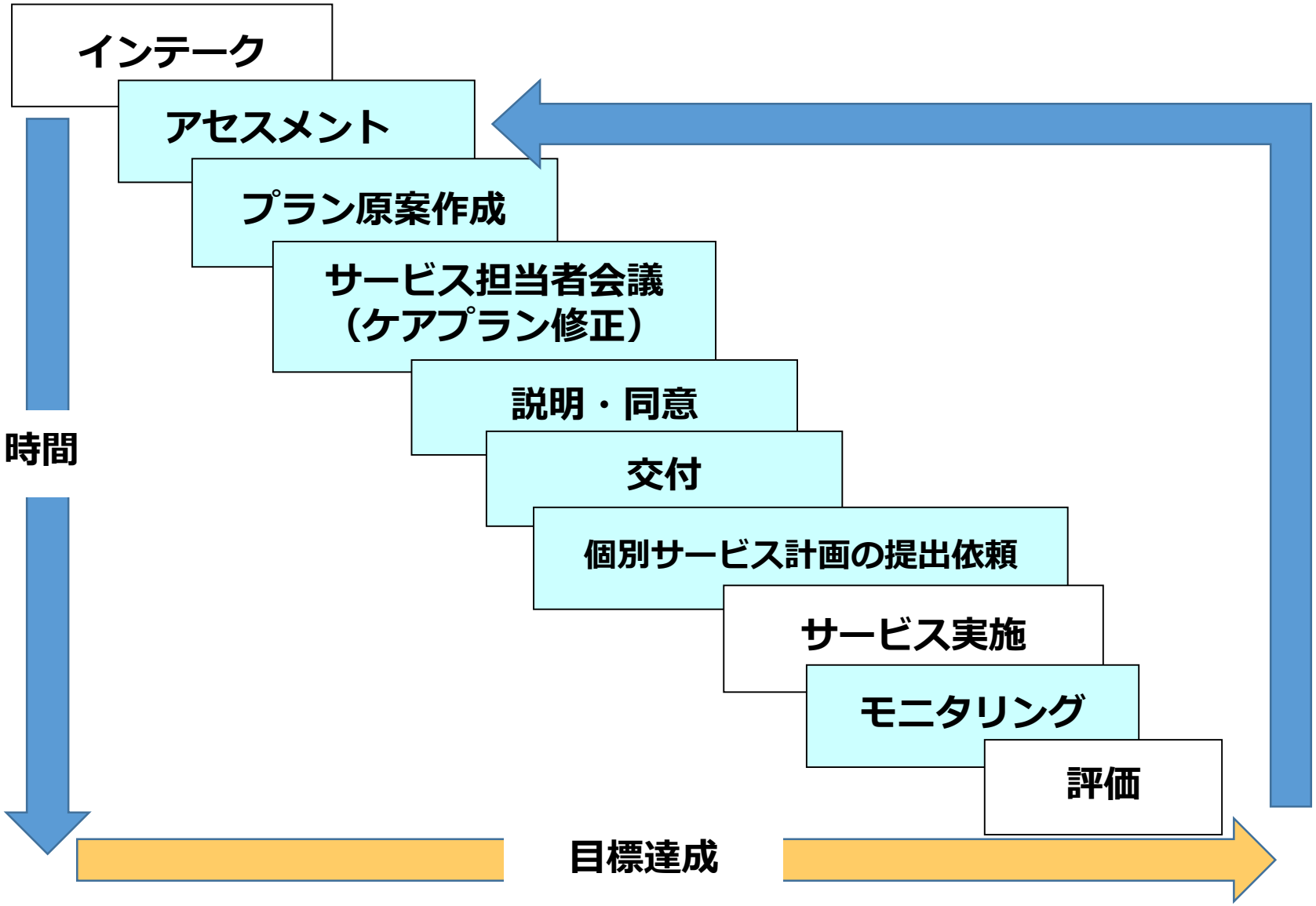
軽度認定者の特性②

● ＡＤＬ（身の回りの動作）はほぼ自立しているが、
　ＩＡＤＬ（生活行為）の一部ができにくくなっている。

⇒◆アセスメントが重要
　できなくなった要因は？本人？環境？
　再度できるようになるためには？



ケアマネジメントのプロセス



インテーク・アセスメント

【情報把握】

- 利用者基本情報
- 基本チェックリスト
- 生活機能評価表

  ※大分市では要支援者の新規ケアプラン作成時（変更も含む）、
  生活機能評価表を作成することとしている

＊各様式・記載要領等については、**『介護予防サービス・支援計画表等作成の手引き』**を参照

生活機能評価表

氏名		性別		調査日	年　月　日

		事前	事後	備考
ADL	室内歩行			
	屋外歩行			
	外出頻度			
	排泄			
	食事			
	入浴			
	着脱衣			
IADL	掃除			
	洗濯			
	買物			
	調理			
	整理			
	ごみ出し			
	通院			
	服薬			
	金銭管理			
	電話			
	社会参加			

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

生活機能評価表＜参考：埼玉県和光市＞

・日常生活のどこに困っているのか、客観的に状況を把握するツール
・誰にでも分かるように、〇△×で表現
・共通認識をもつことで共通化をはかる

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善の可能性が		改善の可能性が	
			高い	低い	高い	低い
判定	〇1	〇2	△1	△2	×1	×2

・生活機能評価表を活用し、どの生活行為を向上させるのか見通しをたてること
・生活機能評価表とケアプランは連動させること

生活機能評価表＜記入例＞

		事前	事後	備考
ADL	室内歩行	○2	○1	壁や家具等を伝いながら歩く。
	屋外歩行	△1	○1	杖歩行。５分ほど歩くと疲れる。
	外出頻度	×1		病院受診以外、外出しない。
	排泄	○2		自立だが、尿もれが気になるようになってきた。
	食事	○2		自立だが、水分摂取時に時々むせる。すべて自歯。
	入浴	○2	○1	ひとりで入浴しているが、浴槽のまたぎが難しく、シャワーのみ使用。
	着脱衣	○1		自立。
	掃除	×1		かがむ時に腰痛があるため、自分ではしていない。
	洗濯	×1		腰痛のため、自分ではしていない。
	買物	×1		入院前は自分でしていたが、骨折後は人に頼んで必要な物を買ってきてもらっている。

事前の欄はすべて記載し、事後（予測）はケアプランの期間で改善させたい項目のみを記載する。

アセスメントの視点

アセスメント＝情報収集＋課題分析

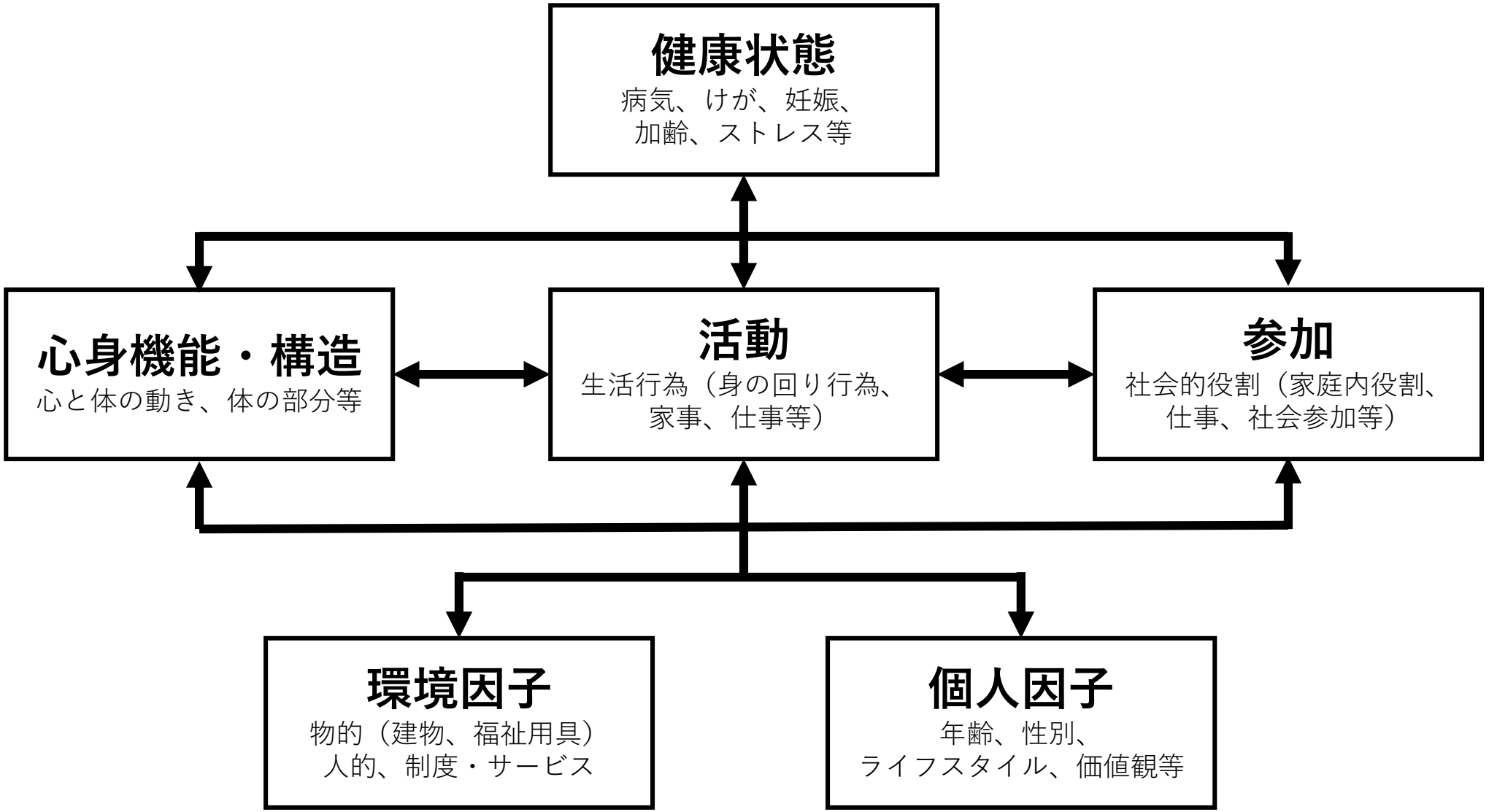
できる、できないのチェックは単なる情報収集

「○○ができない」（例：ひとりで入浴できない）
⇒・なぜできないのか
・できないのはどの部分（行為）なのか
・どうしたらできるようになるのか

★工程分析を行っていくことが重要

【参考】
●自立支援型通所サービス生活機能向上支援マニュアル（令和５年３月改訂）
●自立支援ヘルパー実務マニュアル（令和６年３月改訂）
＜主な内容＞
・アセスメント　・自立支援におけるポイント
・効果的なサービス提供プログラム（運動・栄養・口腔の一体的実施）

国際生活機能分類(ICF)



＜第１回社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会 参考資料（大川）＞

「因子分解」手法による課題分析

～「○○ができない」の原因を探す（課題分析）～

・個人因子と環境因子に分けて分析
・解決すべき課題を明確にしていく

【環境因子】

自宅の風呂に
手すりがない？

1人暮らし

**お風呂に
入れないんです**

【個人因子】

生活不活発で
体力がない？

お風呂の準備や
掃除ができない？

自立支援型ケアプラン例

総合的な課題	目標
自宅では入浴できないため 清潔を保持する必要がある。	通所介護を利用し、入浴できる。

これは手段！
この目標では自立支援にはならない。

自立支援型の
ケアプランにすると…

総合的な課題	目標
生活不活発病や膝痛のため、 下肢筋力が低下。 浴槽のまたぎが難しくなってきて おり、自宅での入浴に不安がある。	浴槽のまたぎ動作が楽にできる ようになる。

目標設定と具体策のポイント①

【目標設定】

●本人の興味や関心のあるものを中心に
（“興味・関心チェックシート”の活用等）

●本人らしく、わかりやすい表現（専門用語は使用しない）

●ケアプランの期間に達成可能なもの（スモールステップ）

●評価しやすい、具体的なもの

●支援者側の目標にしない

●サービス利用自体を目標にしない

「○○できるようになりたい」「○○に挑戦する」など、**本人が自主的で具体的な目標設定をイメージできるように支援**する。

興味・関心チェックシート

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年齢：＿＿＿歳　性別（男・女）記入日：R＿＿年＿＿月＿＿日

表の生活行為について，現在しているものには「している」の列に，現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に，する・しない，できる・できないにかかわらず，興味があるものには「興味がある」の列に〇を付けてください．どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください．リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば，空欄を利用して記載してください．

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
自分でトイレへ行く				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			
好きなときに眠る				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・ゲーム			
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）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

目標設定と具体策のポイント②

【具体策】

- 課題（生活機能低下の原因）を解決する具体策
- セルフケアや家族の支援等、介護保険サービス以外を意識
- 地域や家庭での役割が再獲得できるような働きかけ

＜例＞

【目標】（６か月後には）ひとりで○○まで歩いて行けるようになる。
【具体策】①▼▼を利用して△△を行う
②□□に意識して取組む（セルフケア）
③誰々が◇◇を行う　など

ケアマネジメントに必要なこと

○

【自立支援型・介護予防型の介護】

- ●解決すべき課題の抽出とその原因の分析
（「生活機能評価表」等の様式の活用）
- ●改善や自立の意欲を引き出す説明（合意形成）
- ●利用者や家族、ケアマネジャー、サービス提供事業所等の関係者での課題や目標の共通認識
（サービス担当者会議等の活用）

➡ **利用者の生活機能やＱＯＬの維持・向上**

×

これまでの【お世話型の介護】
（例）利用者の残存能力等を考慮しない援助
利用者や家族の要望通りの援助　等

➡ **利用者の生活機能やＱＯＬの低下**