

令和3年度ケアマネジメント研修会

～利用者のニーズについて考えよう～

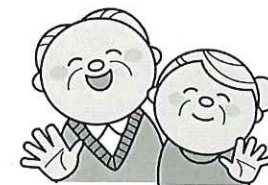


令和3年7月19日(月)
上球磨地域包括支援センター 永演慶尚

本日の研修内容 (講義・演習)

介護支援専門員に必要な基本視点

- ・自立(律)とは？
- ・自立支援型のケアマネジメントとは？
- ・自らのケアマネジメントを振り返る！
～生活目標(ニーズ)達成のために～



自立 と 自律



介護支援専門員に必要な基本視点

・自立 (Independence) と 自律 (Autonomy)

(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。

介護支援専門員に必要な基本視点

(介護保険)

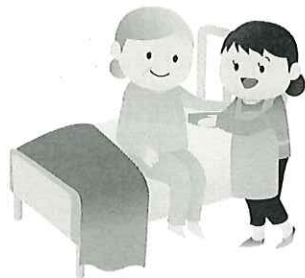
第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

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。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

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ができるように配慮されなければならない。

自立支援型のケアマネジメント



介護支援専門員に必要な基本視点

(国民の努力及び義務)

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。

自立支援型ケアマネジメントや地域ケア会議における「自立支援」は、利用者本人の能力に応じて、自立した生活を支援することを言う。

- ・「自立できること(本当はできるのにサービスを利用していること)」
- ・「少し練習すれば自立できること」
- ・「工夫をすれば自立できること」



⇒利用者の自立への可能性と、自立を阻害している要因を確認し、まずは「できそうなこと」に対して支援する。

自立支援型ケアマネジメント？



・利用者のAさんが「お風呂に入りたい。」と言われたので、通所介護で入浴をすることにしました。

⇒一見、本人の希望と自己決定を尊重し、合致したケアプランを立てたつもりですが・・・？

Aさんの希望と自己決定に基づいた支援に見えますが、Aさんは「どこのお風呂にはいりたかったのか？家？行き慣れた温泉施設のお風呂？」

⇒自立支援とは、Aさんの尊厳を保ち自己決定すること。そのためには、Aさんの本当の「したいこと」を聞いて理解する必要がある。

自立支援型ケアマネジメント

本人の自立した生活をマネジメントするには、本人の「したいこと」という、自己決定を尊重した「生活目標」を引き出す。

「したいこと」とは

- ① よくしていることの中で一番大事なもの
- ② 充実感や幸福感に包まれる
- ③ 人や場所、時間とつながっている
- ④ 生活習慣になっている
- ⑤ 自分らしいと感じられる
- ⑥ 健康になる
- ⑦ 社会や家族などに貢献・役割を果たす



自立支援型ケアマネジメント

熊本県では、自立(律)支援に2つの柱があると考えている。

- ① 要介護者などができる限り自分でできることを自分で行い、要介護状態などの軽減・悪化防止を目指す支援の柱
- ② 要介護者などの自己決定を支え、個人の尊厳を保つ支援の柱

⇒要介護者などを支援していく上で、「自立」と「自律」の視点をともに持ってケアマネジメントを実践することが必要。

生活目標（ニーズ）

Aさんの場合

- ① 「脳梗塞の後遺症で左半身麻痺がある」「歩行に一部介助が必要で杖歩行である」
- ② 「疲れがひどいため、あまり外出したくない」が、「買い物は自分で行きたい」
- ③ 「民間アパートの2階に」「一人で住んでいる」

目標設定

「日常生活を含めた買い物は自分で行きたい」
「リハビリ治療を受けたい」

生活目標（ニーズ）

Aさんの場合、

「買い物が一人でできない」

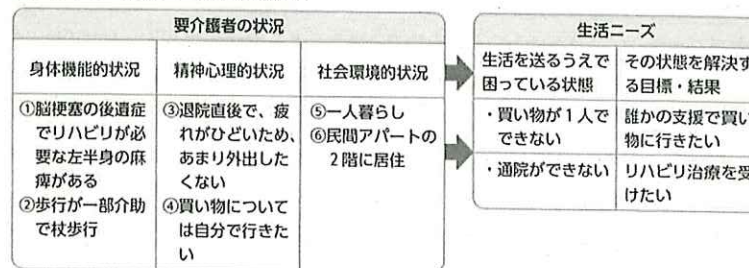
⇒ので、「誰かの支援で買い物に行きたい」

「通院ができない」

⇒ので、「リハビリ治療を受けたい」

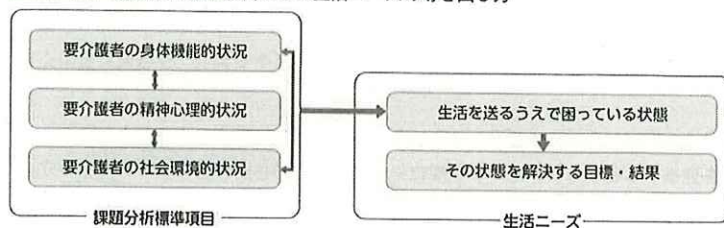
生活目標（ニーズ）把握の流れ

■ 図2-1-5 生活ニーズ把握の流れ



課題分析標準項目からの生活目標（ニーズ）の導き出し方

■ 図2-1-6 課題分析標準項目からの生活ニーズの導き出し方



自立支援型ケアマネジメント

①自立を阻害する要因をアセスメント

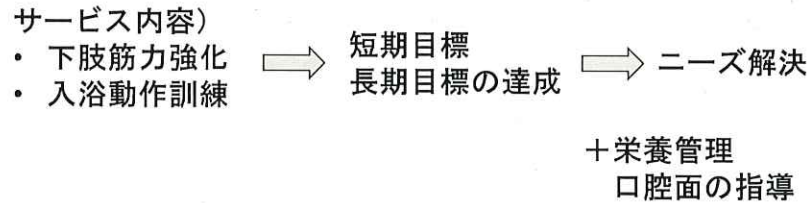
②「手足の機能の問題」など身体的状況

「手順や記憶の問題」など精神心理的状況

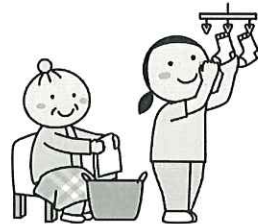
「住居や家族構成」など社会環境的状況

本人の「したいこと」という生活目標を明確する
自立を阻害する要因をアセスメントした上で自助、
互助、共助、公助の順でサービスを選択していく

自立支援型ケアマネジメント



訪問介護を利用するのは？



お世話型ケアマネジメントになって ませんか？

問題:「Bさんが、掃除が難しくなってきた。部屋が散らかっている。」

解決策:「訪問×利用しましょう。」



目標設定が、家族や支援者の目標になっ
てないか？（その目標は本人が「したいこと」？）

支援者が考える本人の生活目標

例①「排泄動作が自立し一人で留守番できる。」

⇒ 家族の目標?? 家族の希望?

例②「毎日3食規則正しく食事を摂る。」

⇒ 支援者の目標??

“脳梗塞で入浴ができない”

原因)

自らのケアマネジメントを振り返る！
～生活目標（ニーズ）達成のために～



“あなたの入浴を振り返る”

あなたはお風呂はいていますか？

演習) 入浴手順を振り返る



自立(律)支援型ケアマネジメントを 実践するために必要な行動の例

【アセスメント】

- 要介護者等のこれまでの生き方や求めている生活、大切にしたいものを理解しているか
- 現在の状況の原因は背景まで細かく分析したうえで、要介護者等の有する能力を活かす方法を考えているか
- 要介護者などや家族のあきらめ、知らないことや不安により「していない」ことに対して、「できること」の気づきと動機づけとなる働きかけをおこなっているか
- 家族や医療機関、サービス事業所等の支援者等からの情報や意見を収集・活用しながら、予後予測の見立てを行うことができているか

自立(律)支援型ケアマネジメントを 実践するために必要な行動の例

【関係者との連携】

- 医師や看護師、理学療法士等の専門職やサービス事業所、地域住民等と、顔の見える関係をつくっているか
- 主治医や入院先の病院、サービス事業所などと情報共有が適切になされているか
- 要介護者等や家族、医療職等の専門職の間で要介護者等の自立(律)支援に向けた意思決定と共有ができているか

自立(律)支援型ケアマネジメントを 実践するために必要な行動の例

【目標の設定・プランニング】

- 具体的に何を行うかが明確で、要介護者などが成功体験を積み重ねることができるような目標を設定しているか
- 要介護者等自らが大事なことを自分で決めるために必要な情報提供・説明が要介護者・家族に対してできているか
- 生活課題(活動や参加)に焦点を当てているかどうか
- ケアプランの目標と事業所の目標は一致しているか

自立(律)支援型ケアマネジメントを 実践するために必要な行動の例

【サービス】

- 自助、互助、共助、公助の順でサービスが選択されているか
- 期間限定のサービスなのか、持続的なサービスなのか
- 具体的な支援内容になっているか
- 改善に向けてサービス内容・量は適切か
- 自己への取り組みへと移行可能か

【モニタリング】

- 要介護者等の状態やニーズの変化、サービス導入後の結果を評価し、関係者との情報共有や必要なプランの見直しができているか

参考・引用文献

- 八訂 介護支援専門員基本テキスト
- 自立支援型地域ケア会議マニュアル 熊本県版

