

自立支援型 地域ケア会議

マニュアル

熊本県版



©2010 熊本県くまモン

- 1 マニュアル作成の趣旨・目的
- 2 自立(律)とは？
- 3 自立支援型ケアマネジメントとは？
- 4 自立支援型地域ケア会議とは？
- 5 自立支援型地域ケア会議の実際
- 6 参考資料

平成 31 年 3 月

熊本県・熊本地域リハビリテーション支援協議会

目 次

1	マニュアル作成の趣旨・目的	1
2	自立(律)とは?	2
3	自立支援型ケアマネジメントとは?	4
4	自立支援型地域ケア会議とは?	7
5	自立支援型地域ケア会議の実際	9
6	参考資料	19

1

マニュアル作成の趣旨・目的

団塊の世代が75歳以上になる2025年を目前に控え、高齢者が重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、各地域で「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みの推進が喫緊の課題です。

そのような中、本県では高齢者の自立(律)支援の強化を重点的事項として位置づけ、「高齢者本人の自己実現、高齢者が生きがいや役割を持ち、自分らしい生活を送る」ことを目的に、地域ケア会議を活用した自立(律)支援型ケアマネジメントを全市町村に展開します。

本県では、2020年度末までに全市町村が地域ケア会議を定例化し、月1回以上開催すること、また自立(律)支援型ケアマネジメントの充実に向けた地域ケア会議を実施することを目標に、地域ケア会議の充実に向けた取り組みを進めています。

本マニュアルは、県及び各職能団体との連携のもと、2016(平成28)年度から実施している「地域リハビリテーション指導者育成事業」において、研修やアドバイザー派遣により各地域の地域ケア個別会議を支援していくなかで、各アドバイザーが得た知見をもとに、自立(律)支援型の地域ケア個別会議にとって重要となる考え方やノウハウなどを整理したものです。これから地域ケア個別会議に参加される方や経験が浅い方に対し、必要な心構え、必要な準備をはじめ、あるべき姿、望ましくない行動・発言などを、会議の場面ごとにピックアップし、その解決方法などを掲載しています。

是非、地域ケア個別会議に臨む前の予行、会議の実践、会議終了後のケアプランへの反映や会議運営方法に関する振り返りなどにご活用いただき、各地域で高齢者のQOLの向上などを旨とした地域ケア会議の充実に役立てていただきたいと思います。

なお本マニュアルは、熊本県、熊本県医師会、熊本県理学療法士協会、熊本県作業療法士会、熊本県言語聴覚士会で構成するプロジェクトチームを設置し、関係団体の協力を得て作成されたものであり、関係者の皆様の御協力・御尽力に感謝いたします。

平成31年3月

熊本県・熊本地域リハビリテーション支援協議会

2 自立(律)とは？

本県では、地域包括ケアシステムの構築および地域ケア会議の推進において高齢者の「自立」と「自律」の両面からの支援を行っています。

自立とは、「他の援助や支配を受けずに自分の力で身を立てること」(広辞苑)とされています。しかし、「自立(律)」は、それぞれの分野でその概念は異なっています。例えば、自立支援といっても、「子どもに対する自立支援」と「高齢者に対する自立支援」はその概念も支援の仕方もそれぞれ異なります。

高齢者介護などの施策における「自立(律)」は、介護保険法において規定されています。

(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。

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。

(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。

利用者さんの自立(律)支援??? いったい何からはじめるの？



自立支援と言うけれど、利用者さんの日常生活全てにおいて「自立」を目標にしなければいけないのですか？とても難しいと思うのですが・・・。

POINT!

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います。

「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」などはありませんか？利用者さん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」に対して支援してみたいかがでしょうか。



利用者さんの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することにしました。ご本人の希望と自己決定を尊重しケアプランを立てたつもりです。これは自律支援ではないのですか？

POINT!

一見Aさんの希望と自己決定に基づいた支援に見えます。しかし、Aさんは「どのお風呂」に入りたいと思っているのでしょうか？通所介護のお風呂でしょうか？自宅のお風呂でしょうか？それとも通いなれた温泉施設のお風呂でしょうか？入りたいお風呂によっては支援の方法は大きく変わってきます。自律支援とは、Aさんの尊厳を保ち自己決定を支援することです。そのためにはAさんの本当の「したいこと」を聞いて理解することが必要です。

本県では、自立(律)支援を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と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2つの柱があると考えています。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
ことが必要です。

本人の自立した生活をマネジメントするためには、本人の「したいこと」という、自己
決定を尊重した「生活目標」を引き出しましょう。生活目標を考える際、「できないこと
を補う」では無く、また支援者が決めるものでもありません。本人が幸せになれる活動
は本人にしかわからないものです。「～をしたい」から「～ができた」、「次は～をしたい」
と主体性を持った目標を設定し、達成していくプロセスは本人にとって充実した生活
と言えると思います。

「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、時間と繋がっている
- 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

岡山県津山市役所 安本勝博氏 講演録より

自立支援型ケアマネジメントを実践するにあたり、自立を阻害する要因をアセスメ
ントしていきます。本人のできる能力もアセスメントし、どこに支援を行えば自立でき
るのか、今後自立を目指していけるのかをアセスメントする必要があります。自立を阻
害する要因も「手足の機能の問題」など身体面の問題、「手順や記憶の問題」など認知面
の問題、「住居や家族構成」など環境面の問題をより細かく見ていかなければなりません。
また、住んでいる地域の状況も考慮していかなければなりません。

本人の「したいこと」という生活目標を明確にし、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きます。

具体的には「入浴できない」からすぐに入浴サービスを提供するわけではなく、「入浴
できない」という個別問題の理由・原因・きっかけなどを明確にしてサービス提供につ

なげていきます。例えば、その原因が「廃用による下肢筋力低下」であれば、デイサービスというサービス提供の内容が週2回という頻度は同じとしても、下肢筋力強化と入浴動作練習を継続的に行えば、自分で入浴可能になるかも知れません。あわせて栄養管理や口腔面の指導を行えば、より効果は向上する可能性もあると考えられます。

自立支援型ケアマネジメントの目的は、「適切なサービスを提供する」ことであり、「サービスを終了する」ことではありません。介護保険の基本理念である「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」とあるように、本人の尊厳を尊重しながら意向を確認したうえで、できない理由を明確にし自立支援を追求するサービスを提供していくことが必要となります。

お世話型ケアマネジメントにならないように気を付けましょう。



問題：「Bさんが、掃除が難しくなってきた。」
解決策：「訪問介護を検討しましょう。」



POINT!

まず、Bさんが、何故掃除が難しくなってきたか要因をアセスメントしましょう。身体面(筋力・痛みなど)・認知面(やり方がわからないなど)・環境面(道具の問題など)のどこに要因があるのかをアセスメントをした上でBさんの尊厳を保ち、自立を支援するサービスを提供しましょう。

目標設定が、家族や支援者の目標になっていませんか？ (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1人で留守番できる。」 → 家族??
例②「毎日3食規則正しく食事を摂る。」 → 支援者??



POINT!

自立支援の第一歩は、本人が「したいこと」と提供しているサービスがつながっていることです。支援者は「セルフケア」を目標にしたがる傾向にあります。しかし、それが本人の「したいこと」ではない可能性があるため注意が必要です。

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 具体的な行動の例

【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
- 現在の状況の原因や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
- 要介護者等や家族のあきらめ、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行っているか
- 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

【目標の設定・プランニング】

- 具体的に何を行うかが明確で、要介護者等が成功体験を積み重ねることができそ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・説明が要介護者等・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

【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、介護職・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

【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、永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

熊本県作成 (平成 25 年度介護支援専門員向上検討会メンバーのヒアリングに基づき作成)

4

自立支援型地域ケア会議とは？

自立支援型地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に推進し、地域包括ケアシステムを構築させるための一手法です。

具体的には、以下のような事柄が挙げられます。

- ①医療・介護などの多職種が協働し高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの支援を行います。
- ②個別ケースの課題分析を蓄積することで、地域に共通した課題を明確化します。
- ③明確化された地域課題の解決に向け、必要な資源開発や地域づくり、介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげます。

自立支援型地域ケア会議での主な対象者は、地域の実情に合わせて選定します。地域ケア会議は、サービス担当者会議とは異なります。

サービス担当者会議

介護支援専門員が主催し、サービス提供事業者などを交えて利用者のケアプランを検討する。

地域ケア会議

市町村又は地域包括支援センターが主催し、多職種などの参加のもと、ケアプランの検討や地域課題の抽出、政策プランの検討を行う。

会議の参加を通して、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント実践能力が向上し、サービス担当者会議がより充実することが期待されています。

地域ケア会議には5つの機能があり、下記1～3のように、多職種協働により個別事例の自立支援に資するケアマネジメント支援を行う場合を「地域ケア個別会議」、4～5のように、地域課題の検討を行う場合を「地域ケア推進会議」と称するなど、会議の機能に応じて開催されます。

1 個別課題の解決

多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能

2 地域包括支援ネットワークの構築

高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関などの相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能

3 地域課題の発見

個別ケースの課題分析などを積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能

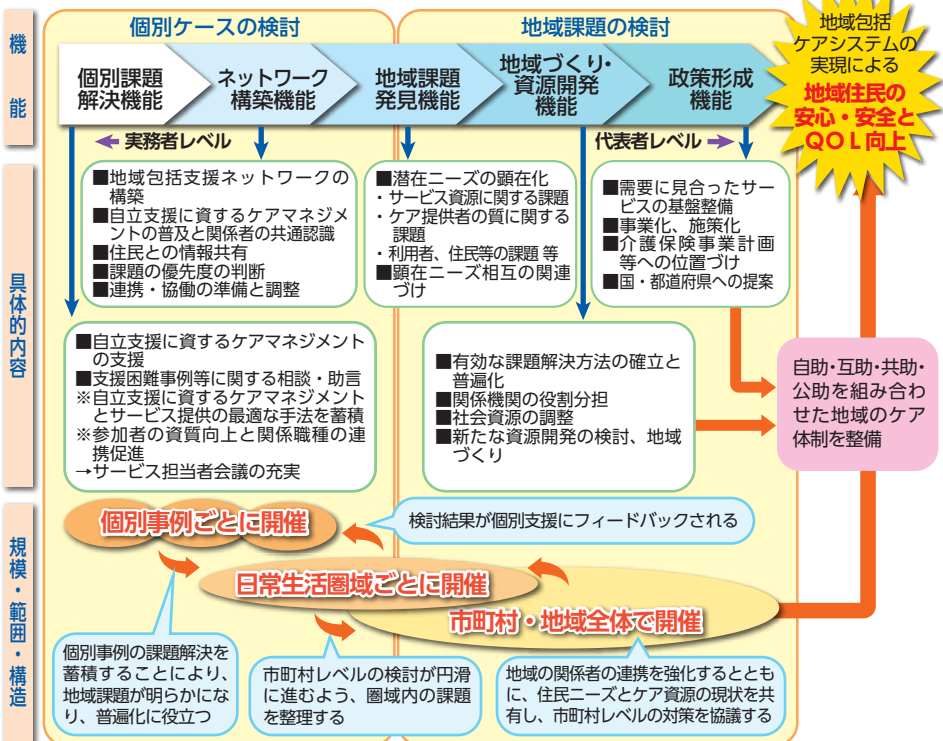
4 地域づくり資源開発

インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域に必要な資源を開発する機能

5 政策の形成

地域に必要な取り組みを明らかにし、政策を立案・提言していく機能

「地域ケア会議」の5つの機能



※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

「地域ケア会議運営マニュアル」より引用

1. 自立支援型地域ケア会議の実際

本県での自立支援型地域ケア会議では、その人らしい主体的な生活を支援する「目標志向型支援」と、リスク管理を行いながら在宅生活の継続を支援する「課題解決型支援」を一体的に行い、個別課題の解決を図ります。一般的な自立支援型地域ケア会議の流れを次項にて図に示します。



① 準備

1) 司会者

- ・日時・場所・会議レイアウトなどの決定事項(ルール)を決めます。
- ・それぞれの役割と司会者の決定、傍聴者も併せて広報し、人員を集めます。
- ・会議の内容やテーマ、事例数を決めます。
- ・(事前準備)事例提供者と司会者の方向性をすり合わせておきます。

2) 事例提供者

- ・事例を選定します。(最初のうちは、例えば要支援1、2 要介護1の事例から取り組みます。)
- ・ケアプランや課題整理総括表(**6** 参考資料)などの資料を作成します。

② 会議をはじめよう

1) 司会者

- ・会議の事例テーマの趣旨確認をします。
- ・会議では課題抽出を行い、目標達成のための助言を引き出します。

2) 事例提供者

- ・事例提供(テーマに絞った箇所だけを紹介)を行います。
- ・助言者などからの質問に明確に答えます。予想で回答してはいけません。

3) サービス提供事業者

- ・ケアプランとの整合性や支援内容・方針の判断根拠となるアセスメントをもとに目標、課題、リスク管理、助言者に聞きたいことなどポイントを絞って簡潔に説明します。

4) 助言者

- ・わかりやすく要点を絞った質問、助言をします。

- ・自身の得意分野の助言を“探す”のではなく、専門的見地から事例の「目標」達成のために必要な助言をします。

③会議進行

1)参加者全員

- ・会議の目的や事例の生活課題を明確にします。
- ・事例の生活課題に対する具体的な支援・対策を明確にします。

2)司会者

- ・良好な雰囲気では会議が行われるよう配慮します。
- ・事例提供者から提供された情報から、目的や生活課題を明確にすることを意識します。

④合意形成

1)司会者および参加者全員

- ・目的や生活課題、対応策について合意形成を行います。

⑤モニタリングについて

1)司会者

- ・今回の会議の決定事項(合意形成された事項)についてのモニタリング(再評価)時期と具体的内容を決めます。

⑥地域課題の確認

1)司会者

- ・今回の会議で抽出された地域課題などを再度確認します。

2)市町村

- ・政策形成につなげるために抽出した地域課題を整理します。

⑦会議終了後

1)市町村、または地域包括支援センター

- ・会議録作成、会議後の状況把握、地域課題の整理を行います。
- ・各市町村で決まった方法に従ってモニタリングを行います。

2)事例提供者

- ・会議で得られた具体的な助言などをもとに、ケアプランの修正やサービスの改善につなげます。
- ・サービス提供事業者とともに、個別援助計画や支援内容を調整します。
- ・各市町村で決まった方法に従ってモニタリングを行います。

2. 参加者の役割

会議では司会者、事例提供者、助言者などの役割があります。それぞれの知識や技術を活かし、共通の目標に向けた支援の方法を考えることを念頭に置いて、発言を行うことが求められます。

参加者の心構え

- 【例】・専門用語を控え、誰でもわかる表現をしましょう
- ・発言者の意見を聞き、相手の発言を遮らないようにしましょう
 - ・発言者の意見に対して批難や批判はしないようにしましょう
 - ・想像や推測で話を進めないようにしましょう
 - ・共通の目標とその達成を可能にする方法を導き出しましょう



司会者の役割

市町村・地域包括支援センター

○司会者としてアセスメントに基づき、必要なアドバイスを引き出します。

事例提供者の説明後に事例の生活課題について共通認識を持ちます。

- ・事例提供者が会議資料を基に事例の概要や現在の支援方針・内容を説明した後、事例提供者の説明が不足している点などについて確認を行います。
- ・単に自身が不明瞭な点を質問するのではなく、参加者全員が、検討している事例の生活課題について共通認識を持つことができるよう要約します。

助言者の助言後に、今後の支援方針について共通認識を持ちます。

- ・助言者が助言を行った後は、今後の方針について確認を行います。

事例提供者の役割

プラン作成者(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所 など)

- 事例の概要、ケアプラン、アセスメントの状況などについて説明を行います。
- 会議での助言を踏まえて自立支援に向けたケアプランの検討を行います。

介護サービス提供事業者

- 事業所で実施したアセスメント結果及びケアプランに基づいて検討した支援内容・方針について説明します。
- 会議で受けた助言の内容を踏まえ、プラン作成者とともに支援内容を調整し、日々のサービス提供に活かします。

【事例検討に必要な情報】

基本情報

アセスメント情報

ケアプラン

提供されている
サービス情報

これらの事例の検討に必要な情報を、協力して会議の場に提供するとともに、会議で得た助言を踏まえ、ケアプランを検証することになります。

POINT!

プラン作成者と介護サービス提供事業者は、事例提供にあたりチームとして参加することが望ましい。

助言者の役割

- 助言者として対象者のニーズや生活行為の課題などを踏まえ、自立に資する具体的な助言(実践可能な助言)を行います。

医師

病状や傷害を把握し、医学的な観点から助言を行う

歯科医師

歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点から助言を行う

薬剤師

事例に処方されている薬に関する情報提供(重複投薬、副作用など)や服薬管理の観点から助言を行う

言語聴覚士

主にコミュニケーション・聴覚・嚥下に障害を抱える事例に対し、各能力の回復や維持、悪化の予防の観点から助言を行う

作業療法士

応用的動作能力(食事、排泄など)、社会的適応能力(地域活動への参加・就労など)の回復・維持、悪化の予防の観点から助言を行う

医療ソーシャルワーカー

特に入院患者の事例において、院内での様子やアセスメント情報の提供など、病院と地域を結ぶ助言を行う

歯科衛生士

口腔衛生や咀嚼などの食べ方を支援する観点から助言を行う

理学療法士

主に基本動作能力(立ち上がり、歩行など)の回復・改善や維持、悪化の予防の観点から助言を行う

管理栄養士

日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点から助言を行う

看護師・保健師

病状や傷害を理解し、血圧や血糖などのモニタリング、内服管理、持病なども踏まえた観点から助言を行う

生活コーディネーター

地域特性、資源を理解し、高齢者の生活支援、介護予防の基盤整備を推進していく観点から助言を行う

その他

事例により、地域の民生委員や自治会担当者など、必要に応じた参加者を募る

それぞれの職種の専門的見地から、専門職としての知識や技術を活かし、共通の目標に向けた支援の方法を考えることを念頭に置いて、助言を行うことが求められます。

市町村の役割

市町村

○事例の生活課題から地域課題を抽出し政策形成につなげる場として活用します。

「参加者の専門的な視点に基づく助言を通じて、検討する事例の自立に資するケアマネジメントを行い、自立支援・介護予防につなげること」が様々な地域課題の抽出につながることを意識します。

事例の自立を検討する過程で、市町村に必要な、ヒト、モノ、コトの社会資源を明確にし、政策と結びつけます。

POINT!

会議を通じて、地域課題を抽出し、政策形成につなげるよう心がけましょう。

3. 陥りやすい事柄

司会者

- 時間を予定よりオーバーした
- うまく助言が引き出せない

事例提供者

- アセスメントの内容が不足している
- 何がテーマかわからない

サービス提供事業者
(事業所など)

- 現在行っているサービス内容の報告のみ
- ケアプランの目標に沿っていない

助言者

- 無意識に専門用語を使ってしまう
- 抽象的な方針を述べる

①司会者(市町村や地域包括支援センター)

POINT!

1 事例あたりの検討時間を意識しましょう



助言者からの意見が次々に出て時間が大幅にオーバーしてしまった…



具体的には…

司会者が助言者に遠慮して次々に順番で当ててしまい、議論の収束ができなかったことが考えられます。事例紹介、読み込み、質問、助言、総括(まとめ)などのタイムスケジュールを組み、意識しながら会議を進行しましょう。

第3回地域ケア会議
タイムスケジュール

【事例1】

事例紹介(5分) ○○さん
質問(5分)
助言・議論(15分)
まとめ(5分)

POINT!

具体的な助言を助言者から引き出しましょう



課題抽出の深堀りができず、自立に役立つ助言を収集することができなかった。



具体的には…

まずは司会者本人が事例の中核となる課題をしっかりと抽出し、目標を達成するためにどんな情報が必要かを考えましょう。また、助言を受けた際には事例に照らし合わせて考え、実践可能かどうかを考えましょう。

POINT!

対応策の優先順位を決めましょう



みなさん助言ありがとうございました。それでは、事例提供者の〇〇さん、持ち帰って実践してみてください。



具体的には…

事例提供者が明日からすぐに実践できる(すべき)助言はありましたか? 様々な助言を集約し、事例提供者の意見も踏まえつつ、優先順位を決めていきましょう。また、誰が、いつ、どこで、何を、なぜ、どのようにに(5W1H)を意識して共通認識を図りましょう。

5W1H

誰が 何を
いつ なぜ
どこで どのように

②事例提供者

POINT!

自立を阻害する要因のアセスメントが不足している



(～～の件に関して)

見ていませんでした…

多分～だと思います

など、その人の生活状況とそれに至った原因を評価できていないことが想定されます。



具体的には…

その人の目標が達成できていない原因を探りましょう。生活行為ができていない現状に対しての支援をすることが目標ではなく、目標を阻害している要因に対しての方針と具体的方法を提供していくためにも、状況確認ではなく、状況の原因を探るようにしましょう。また、アセスメントが不足していると専門職からの質問も多くなってしまい、会議の検討時間に影響が出てしまいます。

POINT!

自立支援における目標と課題が明確になっていない



資料はたくさん作成したが、参加者から質問責めにあった。自立支援を促す目標も定まっておらず、会議自体がまとまりのないものとなった。



具体的には…

前項にも述べてあるように、まず利用者の“したいこと”を軸に自己決定を尊重した目標を立てましょう。評価項目は様々ありますが、目標を達成するために、現在の身体面、認知面、環境面などどこに視点を置くのか、焦点を合わせましょう。

POINT!

事例提供者は正確な情報を伝えましょう



(助言者からの質問：
「この方は1日何回食事を食べていますか?」)
事例提供者：(本人には回数までは聞いていないけど、「しっかり食べてる」って言ってたような・・・) たぶん、3食だと思います。



具体的には…

推測での情報提供は誤った助言につながり、課題解決に至りにくくなる場合があります。実際に見て、聞いて確認した情報を伝えましょう。必要な情報を把握していないことがわかったことも収穫として、次に活かしましょう。

③サービス提供事業者(事業所など)

POINT!

ケアプランに関連づけながら方針、支援内容を説明しましょう



当事業所では、午前は歩行練習、午後は作業活動を行っていただいています。また、皆さんとカラオケをする日もあります。入浴は拒否されることもあります。



具体的には…

生活行為の課題の解決や維持・向上を実現するために事業所の目標とプログラムが十分具体化できていますか? ケアプランとの整合性や支援内容・方針の判断根拠となるアセスメントの内容に触れながら、目標、課題、リスク管理、助言者に聞きたいことなどポイントを絞って簡潔に説明しましょう。

POINT!

地域ケア会議の助言を整理しましょう



助言はたくさんもらったけど、どれから実施しよう…
ケアマネさん達と方向性は一致しているかな…



具体的には…

地域ケア会議開催後、関係者(地域包括支援センター、ケアプラン作成担当者など)と優先課題を確認し、サービス提供につなげましょう

④助言者(専門職)

POINT!

具体的かつ実践可能な助言を提供しましょう



食事摂取量が減り、体重減少が目立つようです。筋肉量も減っているでしょうからたんぱく質を多く含んだ食物をできるだけ多く食べるよう促してください。



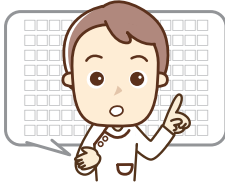
具体的には…

専門の見地から、心身機能の低下や今後の見通しを見極めるだけではなく、具体的かつサービス事業所の担当者ができるように支援方針ではなく、具体的な支援方法を示しましょう。



POINT!

助言はポイントを絞って、短時間で説明しましょう



Aさんの入浴ですが…、更衣は…、整容は…、排泄は…、洗濯は…、買い物は…等々と、延々と長時間コメントし、何が課題なのか、優先順位はどれなのか、分からなかった。



具体的には…

助言者の興味・関心のある事や気になる事、全てに対して質問や助言をしてしまう場合があります。限られた時間の中で、優先すべき生活行為の課題が明確になるためにも、質問や助言はポイントを絞って説明する必要があります。

POINT!

優先度を踏まえた議論をしましょう



趣味のひとつである畑仕事に関して、畑はどこにありどういった手段で移動されますか？また、どういった作業が必要ですか？そして麻痺側の手や足はどのくらい動きますか？



具体的には…

専門の見地から、特定の関心事を深く掘り下げてしまう場合があります。限られた時間の中で生活行為の課題に焦点を当てた議論を進めるためにも、自らの専門性として最も影響が大きいと考えられる課題を優先して質問や助言をしましょう。

POINT!

全ての参加者がわかる表現で話しましょう



この方の麻痺の状態は、ブルンストロームステージ右上肢4で左上肢には、失調症状として測定異常があり、日常生活に支障をきたしています。



具体的には…

この助言内容では、すべての参加者が理解できない可能性があります。分野が限定されるような専門用語は避けて、理解できる表現で話しましょう。

利用者基本情報

作成担当者:

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他(訪問)	初回 再来(前 /)	
本人の現況	在宅・入院または入所中()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S ○○年○○月生()歳		
住所	Tel ()		()	
	Fax ()		()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～ 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果: 事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日: 年 月 日			
障害等認定	身障() 療育() 精神() 難病()、…()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金、厚生年金、障害年金、生活保護…			
来所者 (相談者)			家族構成 ○ = 本人、○ = 女性、□ = 男性 ● = 死亡、☆ = ナビ-リ 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族構成 家族関係等の状況	

利用者基本情報（続き）

《介護予防に関する事項》

今までの生活			
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
	友人・地域との関係		

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
<p>地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 氏名 A 印</p>	

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0 はい	1 いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0 はい	1 いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0 はい	1 いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0 はい	1 いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0 はい	1 いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0 はい	1 いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0 はい	1 いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0 はい	1 いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1 はい	0 いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1 はい	0 いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい	0 いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	0 いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	0 いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1 はい	0 いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0 はい	1 いいえ
17	昨年と比べて外出の機会が減っていますか	1 はい	0 いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1 はい	0 いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0 はい	1 いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1 はい	0 いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1 はい	0 いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1 はい	0 いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていた事が今ではおっくうに感じられる	1 はい	0 いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1 はい	0 いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1 はい	0 いいえ

(注) BMI=体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

課題整理総括表 (熊本バージョン)

利用者名	②		③		作成日		
	自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、意識等)	④	⑤	⑥			
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4	※2 の状況・支援の内容等	※4 の判断根拠	見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 ※6
移動	室内移動 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
食事	屋外移動 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	食事内容 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化					
	食事摂取 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	排泄 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	排尿・排便 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化					
	排溺動作 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	口腔衛生 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	服薬 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	入浴 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	更衣 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	掃除 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	洗濯 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	金銭管理 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	買物 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					
	コミュニケーション能力 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化					
	社会との関わり 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化					
	褥瘡・皮膚の問題 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化					
	行動・心理症状(BPSD) 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化					
	居住環境 介護力(家族関係含む) 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化					
	昼夜逆転 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化					
		改善 維持 悪化					
		改善 維持 悪化					

※1 本事業は対象者に与えるメリットを最大化し、必要に応じて支援の程度や方法を調整し、その実現性を確保している。また、必要に応じて支援の手段や方法を調整し、その実現性を確保している。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」あるいは「支援なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上段の「要因」欄から選択し、該当する語句(数字)を記入する(複数の語句を記入可)。

※4 1年における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断して選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を併記する場合、重畳を記述するものの判断内容として本提供されることに基づいて見込まれる重症の状況「目標」を記載する。(可能認定の場合は、「個別目標の設定期間」を記載する)

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要な本計画期間に取り上げるものが困難な課題(赤字で書きかっつ二一三)には「一」印を記入。
○自立した日常生活の阻害要因は、客観的事実を限り、解決にむけて何らかの対策が考えられるものとする。

興味・関心チェックシート

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・麻雀・ゲーム等			
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・グラウンドゴルフ・ 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・相撲等観戦			
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			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

MEMO

自立支援型 地域ケア会議マニュアル 熊本県版

平成 31 年 3 月発行

■企 画

熊本県認知症対策・地域ケア推進課

■編集プロジェクトメンバー

山本 恵仙	熊本県言語聴覚士会
牛島 敏之	熊本県言語聴覚士会
内野 裕介	熊本県言語聴覚士会
内田 正剛	熊本県作業療法士会
木村伊津子	熊本県作業療法士会
五十嵐稔浩	熊本県作業療法士会
坂崎 浩一	熊本県理学療法士協会
野原 慎二	熊本県理学療法士協会
北尾 昌平	熊本県理学療法士協会
林 寿恵	熊本県理学療法士協会

■発 行

熊本県・熊本地域リハビリテーション支援協議会

■印 刷

白木メディア株式会社

