

平成30年度ケアマネジャー研修会 岸和田市における自立支援型 地域ケア会議の実際

平成31年1月28日(月)

大阪府アドバイザー



一般社団法人 大阪府作業療法士会

関本 充史

介護保険法

- 第一章 総則

(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。

介護保険法

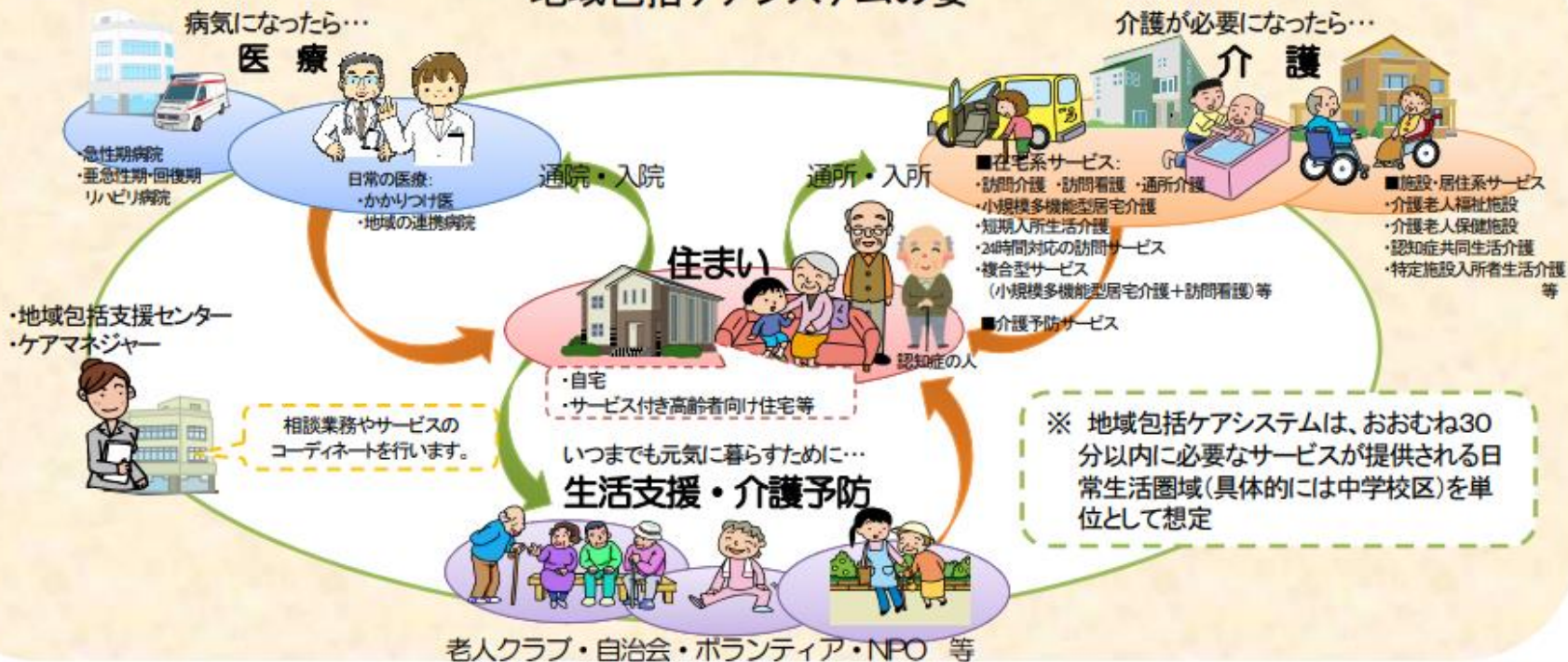
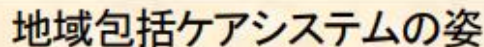
- 第四条

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。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態と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後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



地域包括ケアについて

- この植木鉢図は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したものです。
- 本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を葉として描いています。
- 介護予防と生活支援は、地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷりと蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊厳ある自分らしい暮らしの実現を支援しています。



地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

- 生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

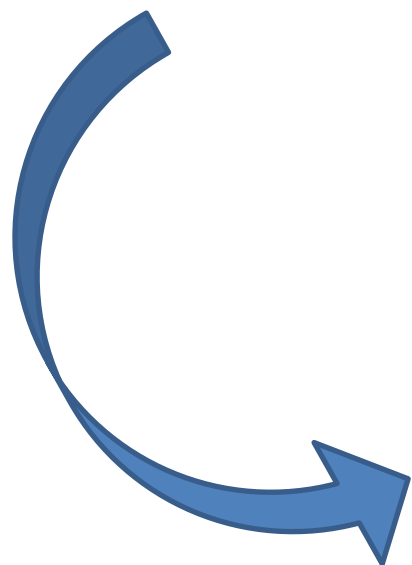
- 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
- 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

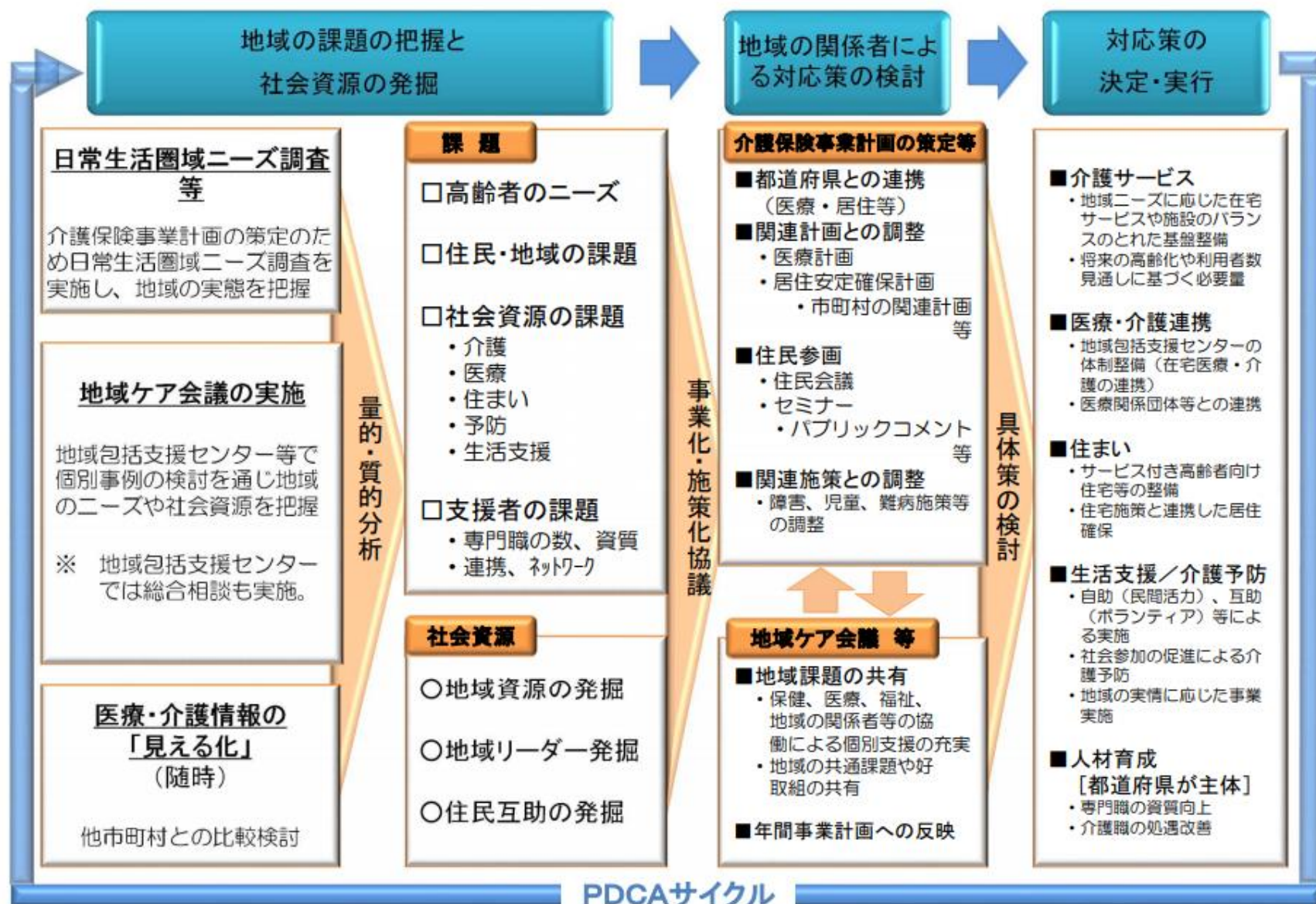
- 個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

- 単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。



市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)



地域ケア会議について

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とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。

具体的には、地域包括支援センター等が主催し、

- 医療、介護等の多職種が協働して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実践力を高める。
- 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する。
- 共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

地域包括支援センターでの開催
(高齢者の個別課題の解決)

○多職種の協働による個別ケース（困難事例等）の支援を通じた

- ①地域支援ネットワークの構築
 - ②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
 - ③地域課題の把握
- などを行う。

《主な構成員》
自治体職員、包括職員、ケアマネジャー、介護事業者、民生委員、OT、PT、ST、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士その他必要に応じて参加

※直接サービス提供に当たらない専門職種も参加

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

政策形成

介護保険事業計画等への位置づけなど

市町村での開催
(地域課題を解決するための社会基盤の整備)

◇地域ケア会議とは(介護保険法第115条の48)

岸和田市では「地域ケア会議」
包括が主に行っており、今までこちらが盛ん！

地域ケア
推進会議

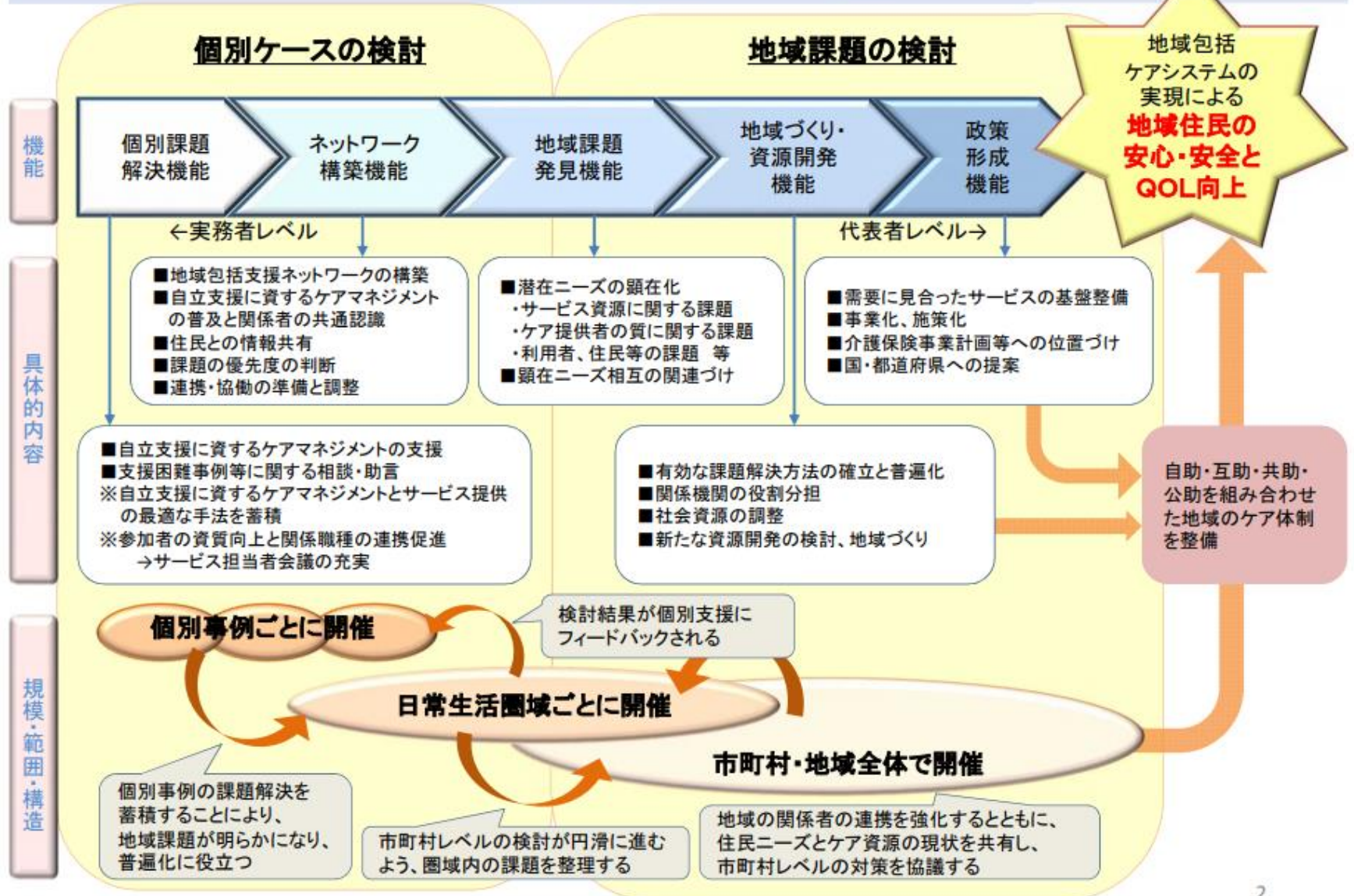
地域課題の共有・検討等により、地
域づくり・資源開発や政策形成によ
る地域課題の解決につなげる会議
例：ごみ出し、入浴、徘徊

地域ケア
個別会議

多職種が協働して個別事例の課題を
検討することにより、高齢者等の自
立（生活行為の課題解決等）を支援
する会議

岸和田市では「自立支援型地域ケア会議」

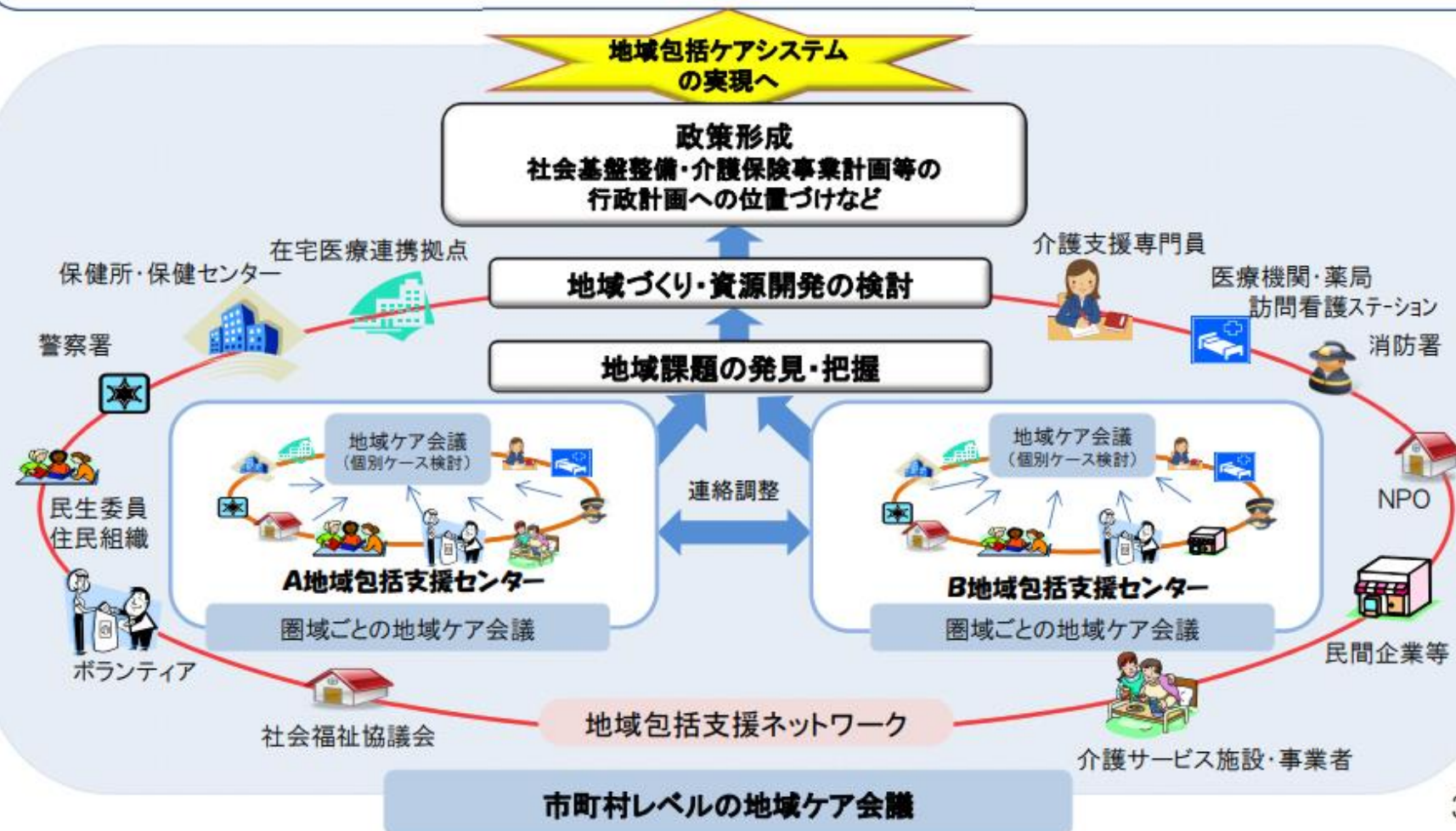
「地域ケア会議」の5つの機能



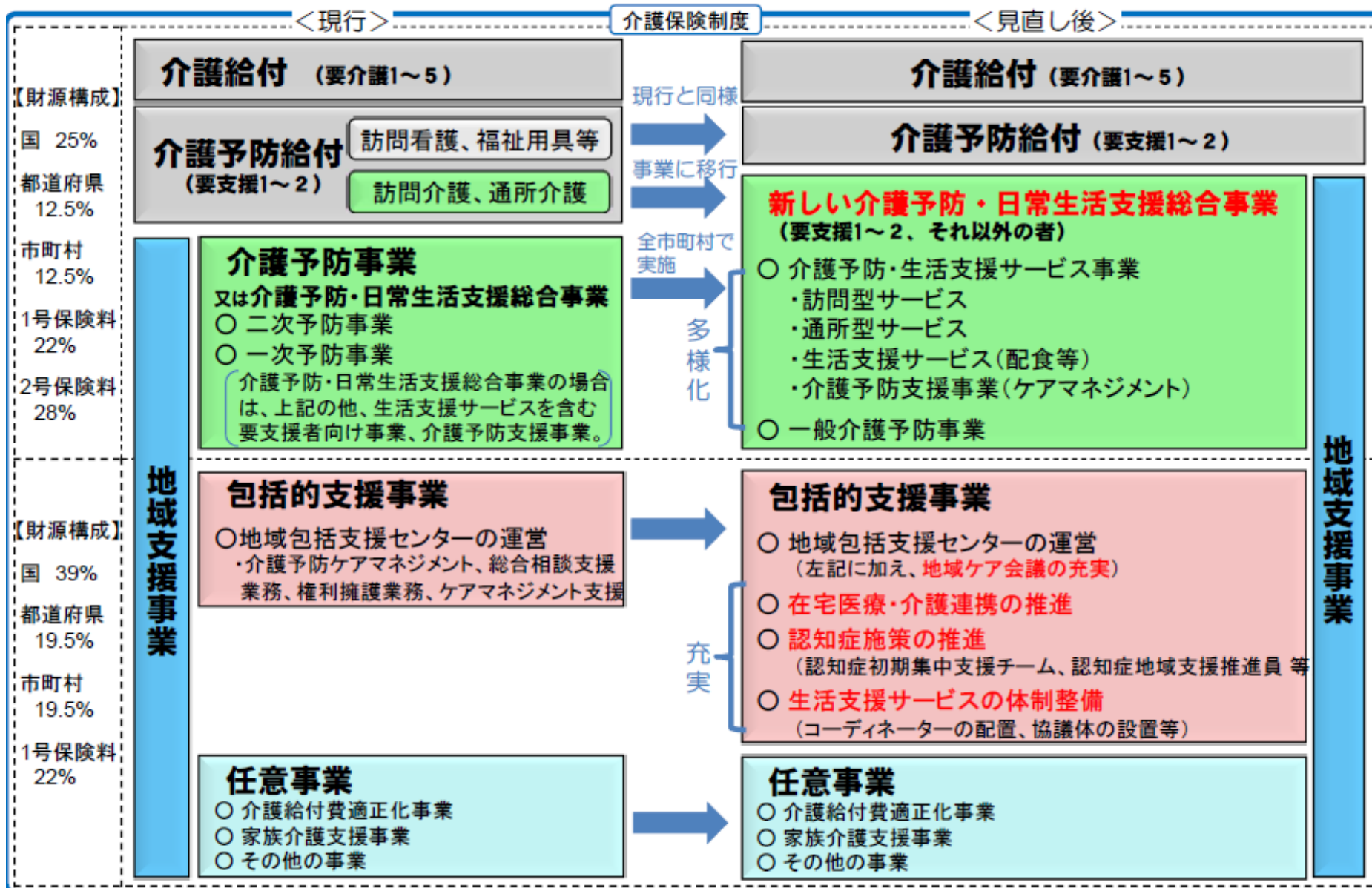
※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。

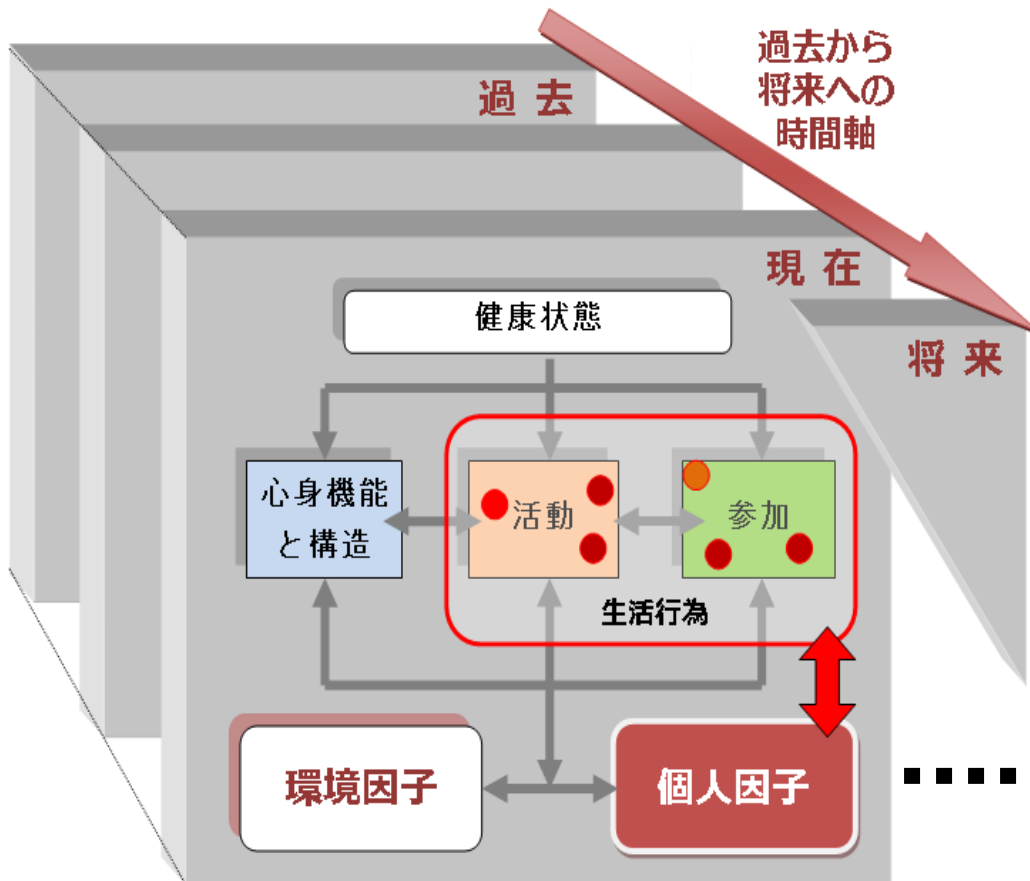


【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



生活行為と個人因子

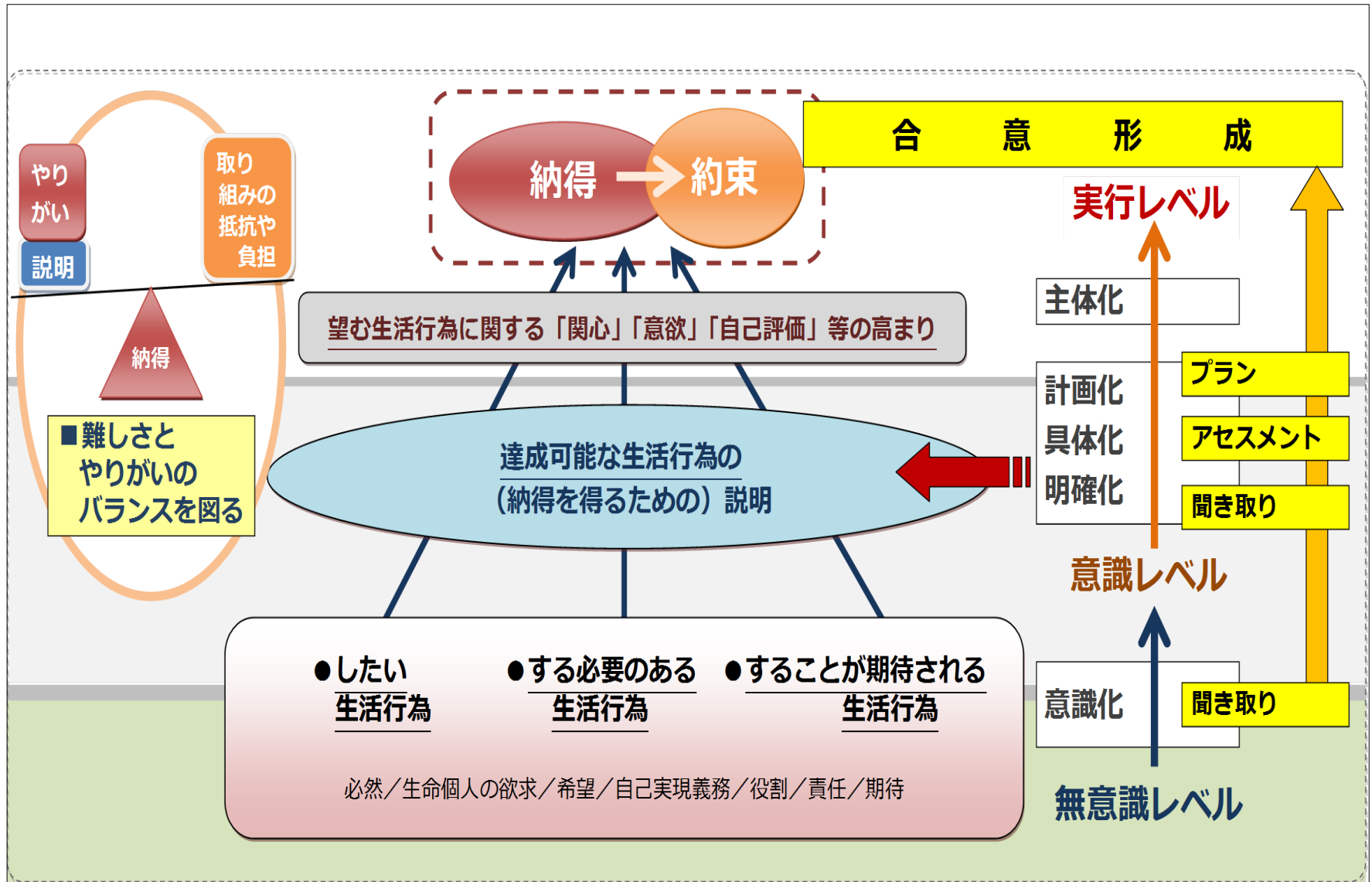
ICFの各要素が、過去－現在－将来と連続する時間軸の中で、相互に作用しながら、活動と参加の中にその人らしい生活行為を生み出していく。



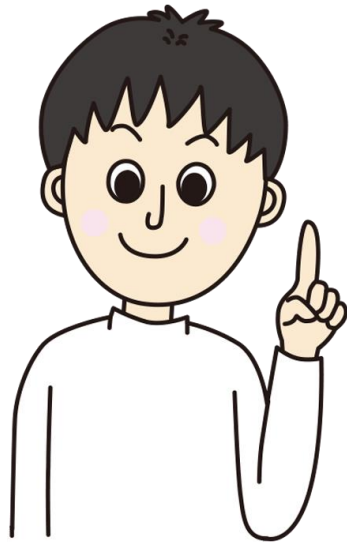
特に、主要な生活行為は個人因子と深く結びついていて、個人因子の情報の中から読みとることができる。

- ・性別・人種・年齢・その他の健康状態
- ・体力・ライフスタイル・習慣
- ・生育歴・教育歴
- ・性格・個人の心理的資質・その他の特質
- ・職業・個人的原因帰属・価値・興味
- ・役割・困難への対処方法・社会的背景
- ・過去および現在の経験
(過去や現在の人生の出来事)
- ・全体的な行動様式・主観的構成要素など

合意形成は他者との協業から生まれる



介護予防活動普及展開事業



岸和田市からの報告です。
バトンタッチ！

市資料「自立支援型地域ケア会議について」
スライド1～6を参照ください。

利用者基本情報

- ・ 性別、年齢、日常生活自立度の尺度などから、本人の状況をイメージしましょう。
- ・ 住居や経済状況といった環境も重要な要素です

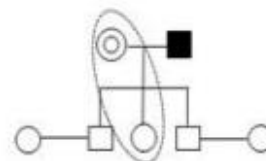
担当者: ○○ ○○

《基本情報》

相談日				初回 再来(前 /)
本人の現況	(在宅)入院または入所中()			
アガサ 本人氏名	A	男・女	昭和○○年○○月生(85)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	
限定情報	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 なし)			
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
住 所 連 絡 先	同上	続柄	長女	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	
	○○ ○○	長女	同上	

家族構成
○ = 本人、○ = 女性、□ = 男性
● = 死亡、☆ = 介護施設
主介護者に「主」
副介護者に「副」
(同居家族は○で囲む)



家族関係等の状況

本人、長女の2人暮らし。長男は○○市在住。次男は○○県に在住。家族関係は良好。

- ・ 家族構成なども重要な要素です。
- ・ 介護者がいる場合には、心身に負担感が生じていないか、独居の場合には近隣等からの支援（見守り等）が得られているかどうかなど周囲の状況にも配慮しましょう。
- ・ キーパーソンや支援者が遠方に住んでいる場合は、どの程度の支援が受けられるかも確認しましょう。
- ・ 家族の年齢も重要な情報です。本人の介護以外にも家族のニーズがないか配慮しましょう。

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	〇〇県生まれ、24歳で結婚し、3人の子宝に恵まれる。夫の転勤で33年前に〇〇市に転入し、現在に至る。平成23年に夫が他界され、現在は、長女との2人暮らし。長女は〇〇で小学校の教員をしており、日中は一人で過ごす。今まで、自分のできる範囲で家事をこなしてきた。両側股関節症があり、体幹バランスが悪く、ここ数年、転倒が頻発している。今回も、駅前で強風にあらわれ、転倒し、左手首骨折、A病院に入院し、手術を受ける。		
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・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	規則正しい生活を送っている。日中は、新聞を読んだり、日記をつけたりして過ごされる。		【以前】 ・度の工芸 (パドバックス、小物を作っていた) 【現在】 ・新聞を読んだり、今迄の半生をノートにまとめている。(1年を1ページに) 友人・地域との関係
	時間	本人	介護者家族
	5:30 7:00	起床 朝食 新聞を読んだり 日記をつける。	新聞社勤務
	12:00	昼食 新聞を読んだり 日記をつける。	
	19:30 23:00	夕食 就寝	19年8月 帰宅

・生活課題を解決するためには、本人がこれまでどのような生活を送ってきたか(年単位)、現在どのような生活を送っているか(時間単位)をきちんと把握しましょう。

《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 (主治医宛宛付欄に記入)		経過	治療中の場合は内容
〇〇年〇月〇日	左手首骨折	A病院 〇医師	Tel	治療中 経過観察中 その他	既往歴：高脂血症、逆流性食道炎、ヘバーデン結節、黄斑変性 H〇〇紅門狭窄、H〇〇糖尿病、H〇〇左肩制離骨折、H〇〇左手制離骨折
〇〇年〇月〇日	左肩制離骨折	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他	
〇〇年〇月〇日	糖尿病	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他	内服薬：ボナロン、セフカペン、セレコックス、サイトテック、エビスタ、ワルファリン、ラックビー、重カマ、オブラマール、メロチン、レンドルミン
〇〇年〇月〇日	紅門狭窄	メディカルセンター	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
通所型サービスA、訪問型サービスA	

・既往歴も確認しましょう。
・ただし、具体的な症状や支援上の留意点などは助言者(専門職)に任せましょう。主治医意見書に記載してある疾患や他の資料に書いてある疾患がもれなく書いてあるかを確認しましょう。

地域包括支援センターが所管事業の実施に当たって、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。

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 氏名 A 印

基本チェックリスト

- ・基本チェックリストのうち、どのリスクに該当するかを把握しましょう。
- ・認知機能については、基本チェックリストの結果や主治医意見書等を踏まえ、必要に応じてかかりつけ医の受診につなげる視点が求められます。

No.	質問項目		
1	バスや電車で1人で外出していますか		
2	日用品の買物をしていますか	0はい	1はい
3	預貯金のおし入れをしていますか	0はい	1はい
4	友人の家を訪ねていますか	0はい	1はい
5	家族や友人の相談にのっていますか	0はい	1はい
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はい
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はい
8	15分くらい続けて歩いていますか	0はい	1はい
9	この1年間に転んだことがありますか	1はい	0はい
10	転倒に対する不安は大きいですか	1はい	0はい
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はい
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はい
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1はい	0はい
15	口の渇きが気になりますか	1はい	0はい
16	週に1回以上は外出していますか	0はい	1はい
17	昨年と比べて外出の機会が減っていますか	1はい	0はい
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はい
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はい
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はい
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感が少ない	1はい	0はい
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はい
23	(ここ2週間)以前は楽にできていた事が今ではあっけうに感じられる	1はい	0はい
24	(ここ2週間)自分が傷に立つ人間だと思えない	1はい	0はい
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はい

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

興味・関心チェックシート

・している項目には「○」

・していないが、してみたい項目には「○」

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____ 歳 性別(男・女) 記入日：H___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○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当たるものがあれば、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			

・どれにも該当しない場合は「×」

・してみたい程ではないが、興味がある場合には「○」

「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理票

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	事前	事後予測	備考
A D L	室内歩行	○1		
	屋外歩行	○2		限られた場所のみ。
	外出頻度	△1 → ○2		デイサービス以外の外出は少ない。
	排 泄	○1		
	食 事	○1		
	入 浴	△1 → ○2		デイサービス入浴のみになっている。 能力はある。
	着 脱 衣	○1		

アセスメントシート

アセスメントシート

氏名

運動・移動について	1 身体状況	痛み	1) あり(部位)	2) なし	特記・課題等 ※歩行支援用具の使用状況など	
		関節の動きにくさ	1) あり(部位)	2) なし		
	2	(イスからの)立ち上がり	1) できる	2) つかまれば可能		3) できない
	3	何かにつかまらずに歩く(5m)	1) できる	2) つかまれば可能		3) できない
		信号が変わる前に横断歩道を渡りきる	1) できる	2) 何とかできる		3) できない
	4	片足立ち(1秒)	1) できる	2) つかまれば可能		3) できない
5	外出手段	日用品を買う店まで	1) 行ける(手段)	2) 誰かに頼む	3) 行けない	特記・課題等 ※支援者がいる場合等
		病院等に行くときは	1) 行ける(手段)	2) 誰かに頼む	3) 行けない	
6	屋内の移動	1) できる	2) つかまれば可能	3) できない		
日常	7 調理	1) できる	2) 行っていないが能力はある	3) 一部できる	4) できない	特記・課題等 ※支援者がいる場合等

・対象者の現状を、各項目で該当する内容を選択。

・特記・課題等は該当する項目のみ記載。

自立支援型地域ケア会議 助言者へ聞きたいことシート

開催日： 平成 年 月 日

ケアマネ氏名： _____

自立を阻害している生活行為



・アセスメントから、ご本人が困っていること、やりたいこと、やらないといけないこと等を阻害している要因を、生活歴をもとに記載します。

助言を受けたい内容

○助言者（リハ職、栄養士、歯科衛生士）に助言を受けたい内容を簡潔にお願いします。

<リハ職>



<栄養士>



<歯科衛生士>



・上記をもとに、専門職に聞いてみたいことを記載します。

・このシートをもとに、地域ケア会議で専門職への質問をすすめていきます。

例

自立支援型地域ケア会議 助言者へ聞きたいことシート

開催日： 平成 年 月 日

ケアマネ氏名：

自立を阻害している生活行為

- ・腰が痛くて、床の掃除ができない。
- ・外出機会が減り、歩行能力が低下し、転倒することが増えた。

助言を受けたい内容

○助言者（リハ職、栄養士、歯科衛生士）に助言を受けたい内容を簡潔にお願いします。

<リハ職>

- ・腰が痛い方への掃除方法や環境設定について
- ・自宅でのトレーニング（筋力・バランス能力の向上等）について

<栄養士>

- ・夏場に暑さで食欲低下しやせてしまった。よい食事方法について

<歯科衛生士>

地域ケア会議の実際

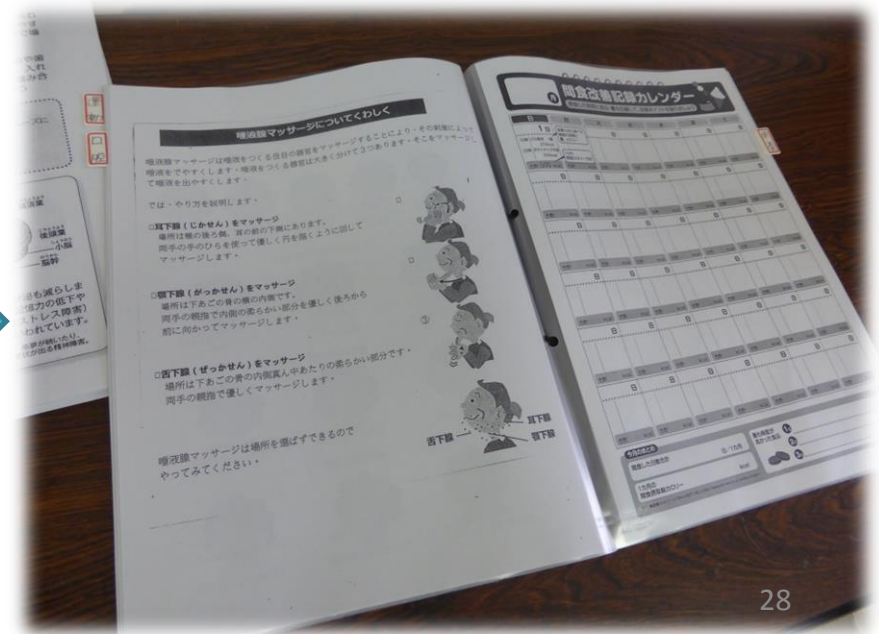
地域ケア会議の工夫点



地域ケア会議の工夫点



地域ケア会議の工夫点



助言者も具体的に
アドバイスできるよう活用中



例

自立支援型地域ケア会議 助言者へ聞きたいことシート

開催日： 平成 年 月 日

ケアマネ氏名：

自立を阻害している生活行為

- ・腰が痛くて、床の掃除ができない。
- ・外出機会が減り、歩行能力が低下し、転倒することが増えた。

会議進行の工夫

名言誕生！！

「ご利用者へお土産を持ち帰ろう！」



理学療法士

作業療法士

歯科衛生士

管理栄養士

地域包括支援センター
社会福祉士





事例提供者

地域包括
主任ケアマネ

理学療法士

作業療法士

歯科衛生士

管理栄養士

事例提供者

地域包括
主任ケアマネ

記録者

司会

地域包括支援センター
主任ケアマネ

地域包括支援センター
社会福祉士



管理栄養士

管理栄養士

担当ケアマネ

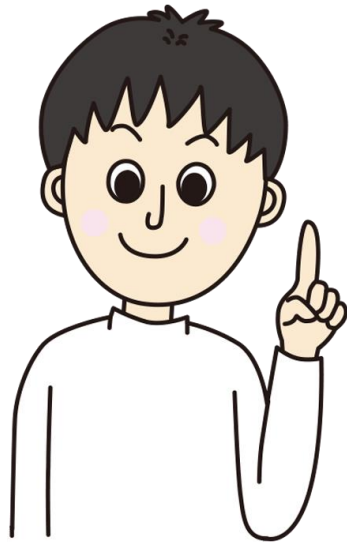
事例提供者

地域包括支援センター
主任ケアマネ

地域包括支援
社会福祉



岸和田市における 自立支援型地域ケア会議 実施状況



岸和田市からの報告です。
バトンタッチ！

市資料「自立支援型地域ケア会議について」
スライド7～12を参照ください。

自立支援型地域ケア会議 感想

- ご利用者も専門職の意見を聞きたいと希望された。
- 会議終了後に伝達すると取り入れたいと前向きな発言があった。
- じっくりと話を聞く機会になって、よりご利用者（本人像・生活）を知ることができた。
- 専門職からの助言を頂けて視点が広がった。
- 課題や支援の根拠をより明確にすることができた。

自立支援型地域ケア会議 感想

- 具体的な助言でご利用者へ説明しやすかった。
- ポイントを明確にし、簡潔な発言を行えるような進行をお願いしたい。
- 興味関心チェックリストでは、普段聞くことのない項目が多く、今後のアセスメントに活かせると感じた。ご利用者の気持ちを理解することや、目標を決めるのが難しい方には必要と思いました。
- 硬すぎない雰囲気で行ったです。
- より実践的な支援につなげるために、サービス提供事業者も参加してほしい。福祉用具事業所も参加してほしい(環境調整も重要なため)。
- 資料あつめに時間がかかるので、資料の簡素化をお願いしたい。

まとめ

- 地域ケア会議は、市民の皆さまが生き生きと住み慣れた地で暮らし続けるためのものです。
- 事業所、地域包括支援センター、助言者、岸和田市介護保険課、アドバイザーなど、皆さんで作り上げる地域ケア会議です。
- 個別ケースにおける課題だけでなく、それぞれの地域での課題や、岸和田市全体の地域課題を抽出できるよう進めていきたい。