

鳴門市自立支援ケア会議ガイドライン

1. 自立支援ケア会議開催の経緯

介護保険制度は、尊厳の保持・自立支援を下にできるかぎり本人の意思と力で生活できるよう、身体機能と生活機能の向上をめざす社会保障の仕組みである。

しかしながら、現状としてはお世話型の支援等が多く、その結果保険給付費は増大し続け、団塊の世代が75歳以上となる平成37年(2025年)に向け、安定的な運営は困難な状況である。

こうしたことから、平成27年制度改正では、可能な限り住み慣れた地域で、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、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進している。

鳴門市では、地域包括ケアシステムを構築し、介護保険制度を持続可能な運営とするため、自立支援の理念を計画作成者、サービス提供事業者・行政・利用者・家族・地域住民等全員が共有するとともに、自立支援に向けた目標設定、生活支援サービスの整備・充実等、高齢者を取り巻く環境の整備をまちづくりの視点で行っていき、地域包括ケアシステム推進のための一つの手法として、自立支援ケア会議を開催していくこととした。

2. 自立支援ケア会議の目的

- ① 介護保険の理念である「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」を実現する。
- ② 介護保険のケアマネジメントの平準化及びスキルアップを実現する。
- ③ 計画作成者及びサービス提供事業所のOJTを進める。

3. 自立支援ケア会議の方法

計画作成者より課題分析・目標設定等概況の説明、サービス提供事業所よりサービスの実施内容・目標・モニタリング等を明示し、主としてアドバイザーからの意見・提案・助言を受け振り返ることにより、在宅生活の充実に向けた支援となっているか、自立支援・生活機能向上に向けたケアマネジメントになっているか等の効果を検証していく場とする。

＊効果

- ① 自立支援の視点を定着させることにより、アセスメント力の向上とケアマネジメントのスキルアップ及びサービスの質の向上を図る。
- ② 会議の検討過程で見えてくる、不足している社会資源を発見する機能や地域の課題を抽出する機能も有する。

4. 自立支援ケア会議構成員 < 固定◆ 変動❖ >

◆ アドバイザー

- ① 徳島県歯科医師会
- ② 徳島県理学療法士会
- ③ 徳島県作業療法士会
- ④ 徳島県栄養士会
- ⑤ 徳島県薬剤師会
- ⑥ 居宅介護支援に相当の知見を有する者

◆ ケアマネジメント支援：鳴門市地域包括支援センター(主任介護支援専門員等)

❖ 計画作成者：介護予防支援事業所(鳴門市地域包括支援センター)

居宅介護支援事業所

❖ サービス提供事業者：通所介護事業所、訪問介護事業所等

◆ 保険者：鳴門市長寿介護課

◆ 事務局：鳴門市基幹型地域包括支援センター

5. 自立支援ケア会議の対象者

選定事例：要支援1・2、要介護1・2の認定者及び介護予防・日常生活支援総合事業の利用者で会議開催1ヶ月前のサービス利用者(新規)の中から、次の選定要件に該当するものとする。(多数の場合は下記の順により選定)

- ① 通所介護(介護予防)を位置付けている事例
- ② 訪問介護(介護予防)を位置付けている事例
- ③ 介護予防・日常生活支援総合事業を位置付けている事例

※サービス計画に福祉用具貸与を位置付けている場合は、福祉用具貸与事業者

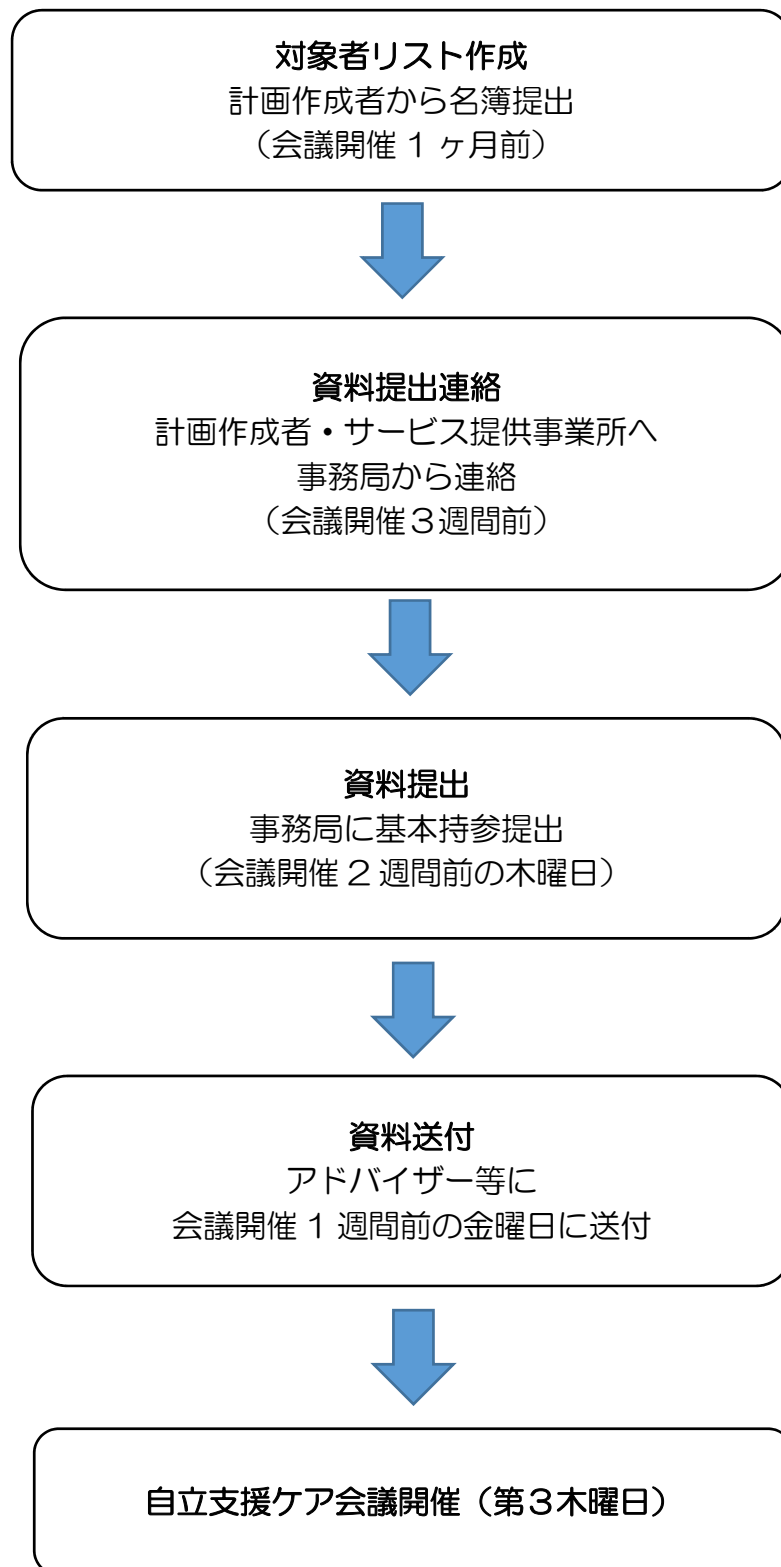
6. 自立支援ケア会議の開催日

第3木曜日 9：00 ～ 12：00

13：30 ～ 16：30

10～12事例（1事例30分）

7. 自立支援ケア会議開催までの流れ



8. 自立支援ケア会議の流れ

- | | |
|------------------------------|-------|
| ① 計画作成者から概要説明 | 約 5分 |
| ② サービス提供事業所から個別計画書・モニタリング等説明 | 約 5分 |
| ③ アドバイザーからの意見・提案・助言 | 約 18分 |
| ④ まとめ | 約 2分 |

1事例につき、計画作成者と各サービス提供事業者より概要説明を計10分程度、参加者からの質問・意見の取りまとめを18分程度で行い、最後に2分程度でまとめを行い、合計30分程度を原則とする。詳細内容は下記参照。

地域ケア会議の進行：1事例約30分

担当	時間	内容	ポイント
計画作成者	5分	事例：概況等説明 改善可能な状況を説明し、対応方針策を示す。	当該利用者の自立を支援する要因について、簡潔で分かりやすく説明し、イメージ化することで会議全体の合意形成に寄与する。
各サービス提供事業者	5分	事例：計画書等説明 補足説明、支援方針 具体的な目標、 モニタリング結果等説明	事例について、サービスの必要性(自立に向けたサービス内容となっているか)を具体的に説明する。
アドバイザー 地域包括支援センター 保険者	18分	質問 自立に向けた 意見・提案 必要な助言	包括的・継続的ケアマネジメントの観点から、多様な生活課題を抱えている高齢者が、地域で安心してその人らしい生活を継続でき、抱える課題に応じたあらゆる社会資源を適切に活用できるよう、それぞれの専門性に応じた実践的な助言を行うことで自立支援に資する。
司会者	2分	まとめ	アドバイザー等からの助言や決定事項等をまとめ、今後の方針を共通認識とし、計画書に反映するよう確認する。 次回予定日確認

9. 自立支援ケア会議使用様式

円滑な会議の実施とその効果性を高めるため、様式の一部を共通のものとし、それ以外は事業所作成の写しを使用するものとする。

提出書類

1. 使用する様式

A. 計画作成者使用様式

- ① 利用者基本情報(標準様式)
- ② 居宅サービス計画書(1・2・3表)・介護予防サービス支援計画書(標準様式)
- ③ 鳴門市自立支援ケア会議・アセスメントシートまたはモニタリングシート
- ④ 介護予防のアセスメント〔1〕基本チェックリスト
- ⑤ 介護予防のアセスメント〔2〕追加項目
- ⑥ 介護予防メニューリスク確認表(お薬手帳または説明書コピー添付)
- ⑦ 生活機能評価表

----- 【参考様式】

- ⑧ 因子分解シート(自立支援マネジメントを理解しよう)

B. サービス事業所使用様式(訪問用①②③④、通所用①②③④、福祉用具貸与⑤)

- ① 介護予防メニューアセスメント
- ② 生活行為アセスメント
- ③ 介護(介護予防)サービス 計画・総合評価
- ④ 介護(介護予防)サービス 個別計画書
- ⑤ 福祉用具貸与(介護予防)導入計画書・モニタリングシート等(任意様式)

2. 様式説明

A. 計画作成者使用様式

- ① 利用者基本情報(標準様式)
- ② 【要介護1・2の場合】居宅サービス計画書(1・2・3表)
【要支援1・2または総合事業対象者】介護予防サービス支援計画書(標準様式)
- ③ アセスメントシート
 - 健康状態 … 既往歴、各資料でのアセスメント項目と一致していること
 - 個人因子 … 生活支障をきたす要因に対する因子及び本人の持つ強み
(身体(体力)、精神的(意欲)、ADL・IADL
現在の状況になった原因、認知機能、ストレス等)
 - 環境因子 … 生活支障をきたす要因に対する因子及び住環境サポート因子
(物的：住居、交通、買い物、医療事情
人的：家族の理解、介護力、近隣、社会交流等)
 - 経済環境 … 本人と家族の状況も記入する
 - 問題点・課題 … 個人因子からの課題・環境因子からの課題
(支援計画書の総合的な課題と一致する)
 - 支援計画 … 目標・支援内容を記入する。支援計画書の目標と一致する

- ④⑤ 介護予防アセスメント [1] チェック項目、 [2] 追加項目
「はい」「いいえ」だけでなく「少し時々」の項目を設けるとともに、アセスメント項目を追加し「運動」「生活」「社会」「健康」の4領域で評価（事前、事後を点数でも比較可能）する。
- ⑥ 介護予防メニューリスク確認表
（運動・栄養・口腔等機能のリスクを確認する）
心疾患や肺疾患、糖尿病など支援にあたって留意の必要なケースに使用する。
- ⑦ 生活機能評価表（利用者の現状を分析し生活課題を具体化する）
- ・利用者と一緒にチェックし、プラン終了後の改善イメージづくり（事後予測）をしていく。
 - ・身体機能の向上だけでなく、家事・外出など生活機能が向上することを重視する。身体機能が改善しても生活機能が向上しなければ生活の質は上がらないため、ADLだけでなくIADLにも着目する。
 - ・プラン作成者は、生活機能の評価し介護(予防)サービスの提供によって向上が期待される生活課題を明らかにする。
 - ・どの日常生活動作ができないのか、その日常生活動作にどのような課題があるのか、プラン終了後にどの程度まで改善できるのかをイメージし作成する。

（判断基準）

困難度と改善可能性	自立		一部介助		全介助	
	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

- ◎その行為を「しているか」「していないか」「介助を受けているか」で判断する。
できる能力があっても、していない場合は、その状況（本人の能力や家族等の支援状況）を備考欄に記載する。

⑧ 因子分解シート

(ADL、IADLが自立できない原因は何か、課題を整理するために使用)

- 生活機能評価表で現在の状況を把握した上で、ADL、IADLが自立できない、あるいは低下している要因を「個人因子」「環境因子」分けて解決課題を整理する。
- 例えば、「自分で買物に行けない」という状況がある時に、単にヘルパーで「買物代行」と計画するのではなく、その原因が「活動性の低下により買物に行く体力が減退している」「認知機能の低下により買物ができない」といった個人因子によるものなのか、それとも「近隣に商店がない」「交通手段がない」といった環境因子によるものなのか、真の解決課題を整理することで、その利用者にとって1番良い支援策を検討することができる。

《視点》

- 個人因子
 - 身体機能・認知機能について
 - 疾患、廃用症候群、性格
 - 状態回復できるものか、できないものか等
- 環境因子
 - 家族や近隣、知人の背景
 - 住宅や地域の日常生活動線
 - かかりつけ医や民生委員等との関係
 - 生涯生活歴
 - 経済的な状況

《記入ポイント》

- ◇ ADL・IADL等に支援を必要とする主訴と現状…ADL・IADLの状況を「個人」「環境」に分けて記載（支援が必要なもの）
- ◇ ADL・IADL等の自立阻む要因…上記状況が起こっている原因を分析し記載（解決課題を整理）
- ◇ 課題に対する必要な自立支援の内容…課題を解決するための支援策を記載
- ◇ 指標を明確にした目標設定…生活機能の向上に着目した具体的な目標設定

B. サービス提供事業所使用様式(通所用①②③④、訪問用①②③④)

① 介護予防メニューアセスメント

「運動機能」「栄養・食支援」「口腔機能向上」の各項目について、アセスメントを深める内容となっている。

② 生活行為アセスメント

各生活行為について質問することで、ひとつの生活行為でも、具体的に何ができないのか、どの行為に支援が必要かを明らかにする。通所・訪問サービスの両方を利用する場合はいずれかの事業所で聞き取り、互いに情報を共有する。

評価尺度…0：できる 1：少しできる 2：困難(できない)

考え方…その行為を「しているか」ではなく「できるか」を問う質問になる。

* 例えば、もともと家事の習慣がない方や家族がして行っていない方については、能力を勘案して判断する。その場合、備考欄にその状況を記入する。

* 1：少しできる 2：困難(できない)を選択した場合
何が原因でできないのか聞き取り・洞察することで、生活機能向上に向け、何を改善・工夫していけばよいかのヒントになる。計画書作成に役立てる。

③ 介護(介護予防)サービス計画・総合評価

- 目標 … 3ヶ月で達成させたい目標を設定。目標達成により利用者の生活行為が改善して生活機能向上ができるような目標にする。
- 援助内容 … 3ヶ月の期間を月別に具体的に行う内容を記載する。
- 支援に関する留意点 … 医師・計画作成者からサービス提供者に対しての留意点を記入する。医師からの指示や指導がある場合は必ず記載する。またリスクがある場合はリスク内容も記入しておく。
- 評価・目標達成状況(1ヶ月)…月別の援助内容に対して、計画通りに実行できたか、できなかった場合には何故できなかったのかを記入する。
目標達成状況を○△×で表記。(○：計画通り実行できた △：できなかったことがあった ×：全くできなかった)
- 総合評価・目標達成状況(3ヶ月)…3ヶ月間の総合的な評価をする。はじめに立てた区分別の目標に対して、達成できたかどうかを評価する。
評価には1ヵ月ごとの評価をもとに判断する。

(判断基準) … 1ヶ月ごとの評価から、3ヶ月の総合評価をする。

プログラム1ヶ月ごとの評価	
○ (達成)	= 3点
△ (一部達成)	= 2点
× (未達成)	= 1点

月ごとを合計して



プログラムごとの評価	
8～9点	= ○
5～7点	= △
4点以下	= ×

プログラムごとの評価を一番右の欄に記入する。

- ④ 介護(介護予防)サービス 個別計画書
サービス区分選択しサービス内容・所要時間を記入する。

10. 個人情報の取り扱い

鳴門市自立支援ケア会議を開催するにあたり、地域ケア会議で個人情報を使用することに関する利用者の同意が必要である。利用者(新規契約)との契約の際に自立支援ケア会議への情報提供についての内容を盛り込んだ同意書により同意をとっておくこととする。