

那賀町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。

那賀町では、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 日野谷診療所
 - ⑦ 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：那賀町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(那賀町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：那賀町保健医療福祉課
- ◆ 事務局：那賀町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日にサービス開始1年未満の方の中から、次の選定要件に該当するものとする。なお、担当する利用者の中に上記要件に該当者がいない場合は要介護3～5の利用者及びサービス開始1年以上でもよい。(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づけている事例

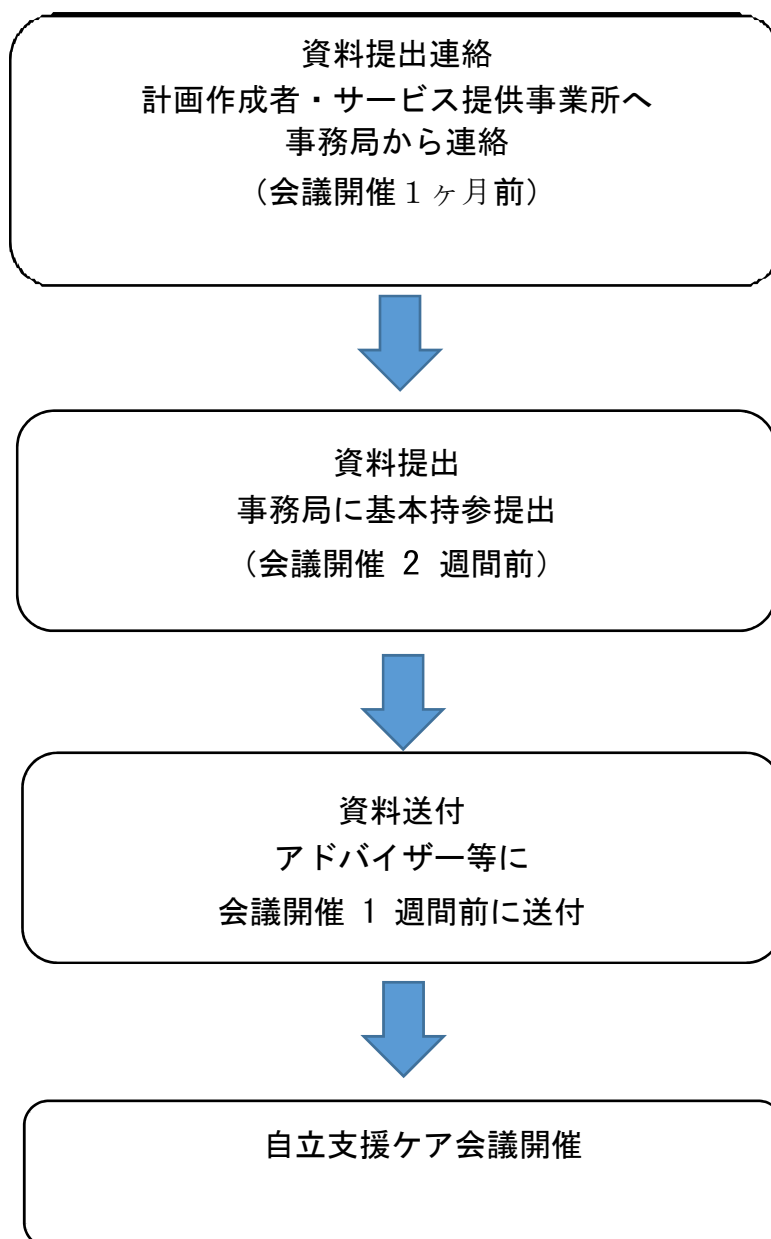
※ サービス計画に福祉用具貸与を位置付けている場合は、福祉用具貸与事業者

6. 自立支援ケア会議の開催日

2ヶ月に1回

1回に2～3事例

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 10 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 23 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 15 分程度、参加者からの質問・意見の取りまとめを 23 分程度で行い、最後に 2 分程度でまとめを行い、合計 40 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 40 分

担当	時間	内容	ポイント
計画作成者	10 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	23 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地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(標準様式又は事業所書類において標準様式の内容(別紙①参照)がわかる場合は使用可)
 - 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 那賀町自立支援ケア会議・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 課題整理総括表
 - ⑧ 興味関心シート
-

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

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。

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。計画書作成に役立つ。

- 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。
 - 支援に関しての留意点 … 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
△ (一部達成)	= 2
× (未達成)	= 1

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

那賀町自立支援ケア会議を開催するにあたり、個人情報を使用することに関しては、事業者が介護支援契約のために得た個人情報使用同意書の利用者支援の範囲内である。

別紙①

利用者基本情報を事業所書類にて提出する際の標準様式項目（但しA4サイズ4枚以内にまとめること）なお詳細は以下の利用者基本情報を参照

- ・ 相談日
- ・ 本人の状況
- ・ 本人氏名等
- ・ 日常生活自立度
- ・ 認定情報
- ・ 障害等認定情報
- ・ 本人の住環境
- ・ 経済環境
- ・ 相談者情報等
- ・ 相談経路
- ・ 相談内容
- ・ 他機関での利用状況（対応等）
- ・ 今までの生活
- ・ 現在の生活状況
- ・ 現病歴・既往症と経過
- ・ 現在利用しているサービス

利用者基本情報

作成担当者:

《基本情報》

相談日		来所・電話 その他()	初回 再来 (前)	
本人の状況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ		男・女	M・T・S 年 月 日生 ()歳	
本人氏名				
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 ~ 年 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 (有・無) 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(有・無)			
経済環境	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 年額 円			
相談者		続柄	家族構成(同居家族は○で囲む) 家族関係等の状況	
住所・連絡先				
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先

《相談内容と対応》

相談経路			
相談内容			
他機関での相談状況			
対 応	緊急・通常・継続(回目)・情報提供のみ・終了		
	支援計画 (概要)		
	相談内容	つなぎ先:	担当者:
		内容: _____	
		日時: 年 月 日() 時 分 / TEL・FAX・Mail	
相談継続	次回予約日: あり 月 日() 時 / なし 担当:		
モニタリング	不要 必要 → 年 月 日頃: 確認先 ヶ月後		

利用者基本情報

《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・過ごし方			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・既往症と経過》(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・意見書作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
21年 8月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 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