

# 交野市自立応援会議

平成29年度実施状況と  
平成30年度に向けて



# 自立応援会議とは

交野市が考える自立

**「本人の能力・意欲を最大限に引き出し、  
その人らしいいきいきとした生活を送ること」**

を、目指し、自立支援に向けたケアプラン作成  
のための課題の抽出と課題解決に向けたアド  
バイスを行うもの。

# エントリーについて

## （対象者）

① **新規に事業を利用するケース**（**介護給付及び  
予防給付を利用中から総合事業への移行（新  
規）は含まない**）

② **4月～10月の間に自立応援会議にかけた初回  
ケース**（**6か月後の評価を行うケース**）

③ **上記①②以外でサービスを継続して利用予定  
のケース**。但し、ケアマネジャーひとりにつき  
通算3事例。

※ **再エントリーの場合は課題分析表の提出が必要**

# エントリーについて

## ●対象除外ケース

- ①末期がん
- ②進行性疾患のため、ケアプラン作成時点で継続的なケアが必要と明らかに判断されるもの
- ③医師から運動や動作を制限されているため、サービスを利用する以外に対応が困難なもの
- ④前回の自立応援会議で、サービス利用による継続的なケアが必要と判断されたもので、現在も同様の状況が続いているもの

※①～③については主治医に確認をお願いします。

また、確認後は計画書の「健康状態について」の欄に医師への確認方法（主治医意見書等）と確認内容を記載してください。

# エントリーについて

- 継続ケースの考え方について（４月～１０月に初回の応援会議を行ったケースを含む）

次回の応援会議は、**総合事業の開始から６か月後**

⇒認定更新のタイミングでないので注意してください

例）９月に総合事業を開始し、１０月に自立応援会議で検討し、１２月に認定更新を迎えた場合

⇒１１月末と２月末にアセスメントを行い、

応援会議エントリーは２月末から３月初め

（総合事業の開始から６か月間）

# 平成29年度 自立応援会議実施方法

- と き**：毎週火曜日
- 時 間**：13時～16時までのうちの15分間
- 場 所**：保健福祉総合センター
- メンバー**：担当ケアマネジャー  
アドバイザー（リハビリ専門職）  
（地域包括支援センター）  
事務局（高齢介護課）
- 提出物**：（新規）利用者基本情報、基本チェックリスト  
介護予防支援計画書  
（継続）利用者基本情報、基本チェックリスト  
課題分析表、介護予防支援計画書

# 実施の流れ

**事例の概要説明（事務局）**



**説明に対する補足や追加（担当ケアマネジャー）**



**質疑・応答（アドバイザー）**



**アドバイスの実施（アドバイザー）**



**まとめ（事務局）**  
**（後日アドバイス票の送付）**

# 平成29年度実施状況(4月～10月)

**検討数** : 210件

**平均年齢** : 81.2歳

**男女比** : 男性 72人 (34%)

女性138人 (66%)

**作成種別** : 初回 63件 継続 147件

**要介護度** : 事業対象者 20件

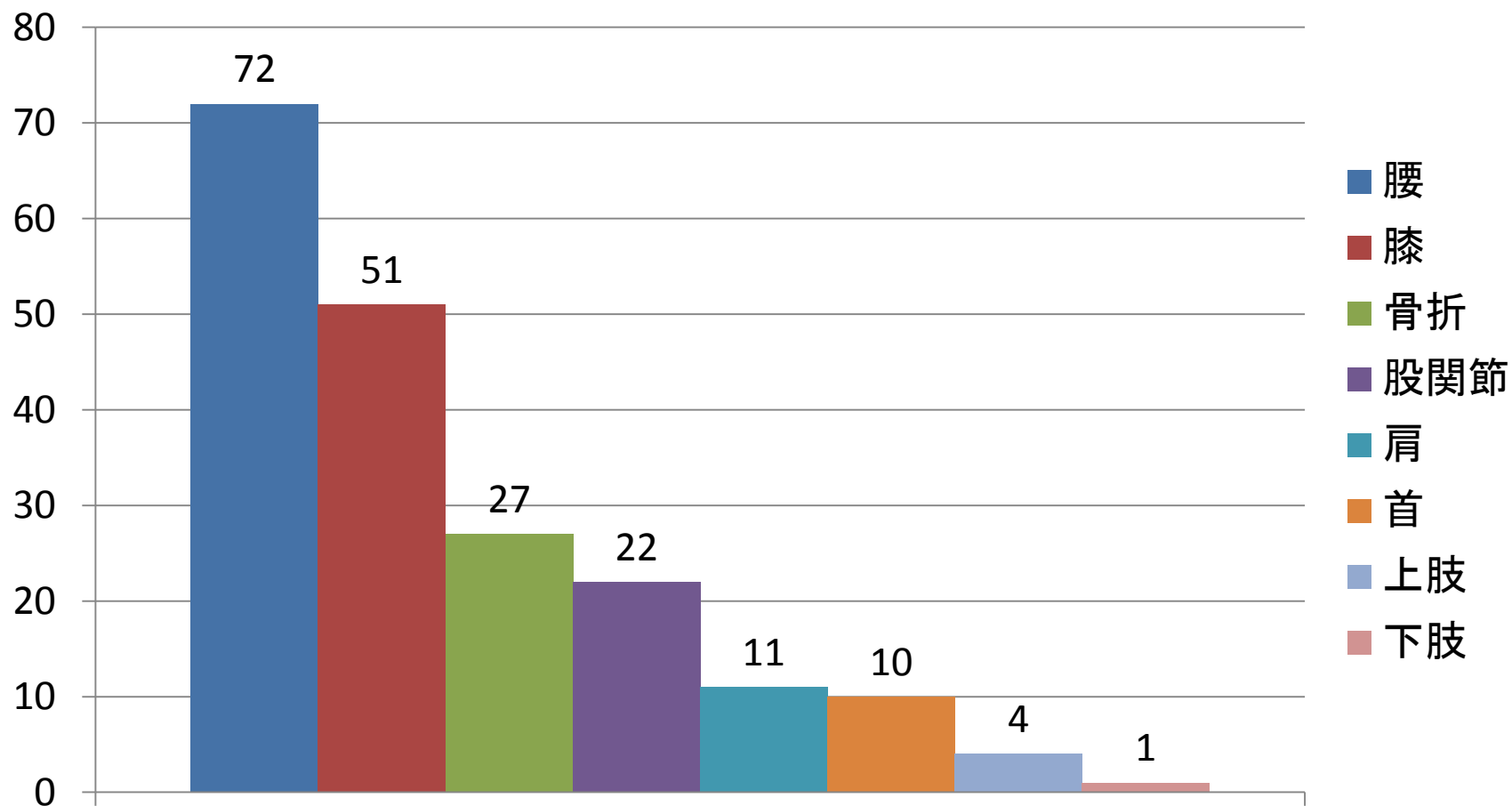
要支援1 127件

要支援2 63件



# 平成29年度実施状況(4月～10月)

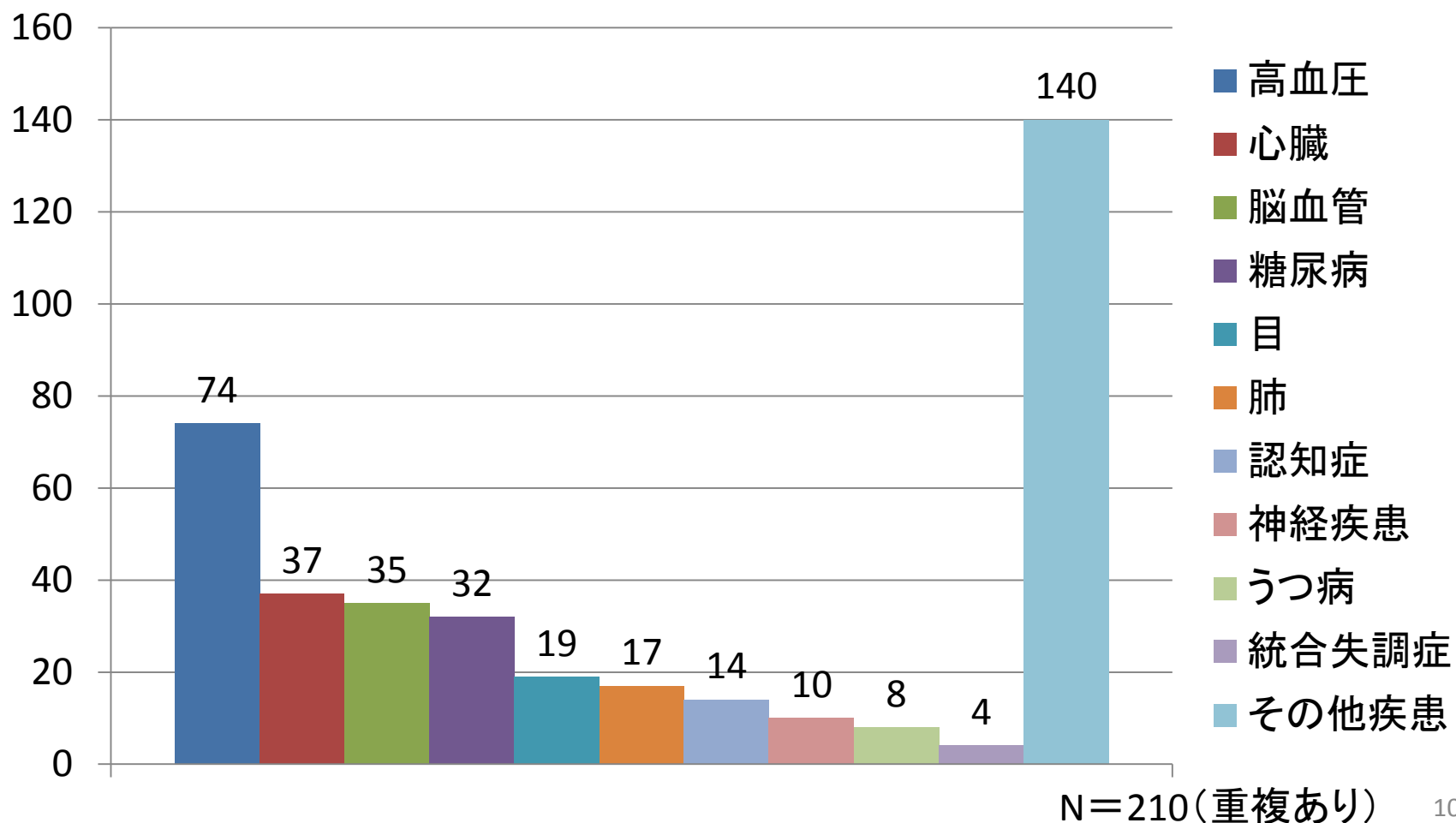
## 現病歴・既往歴（整形疾患）



N=210(重複あり)

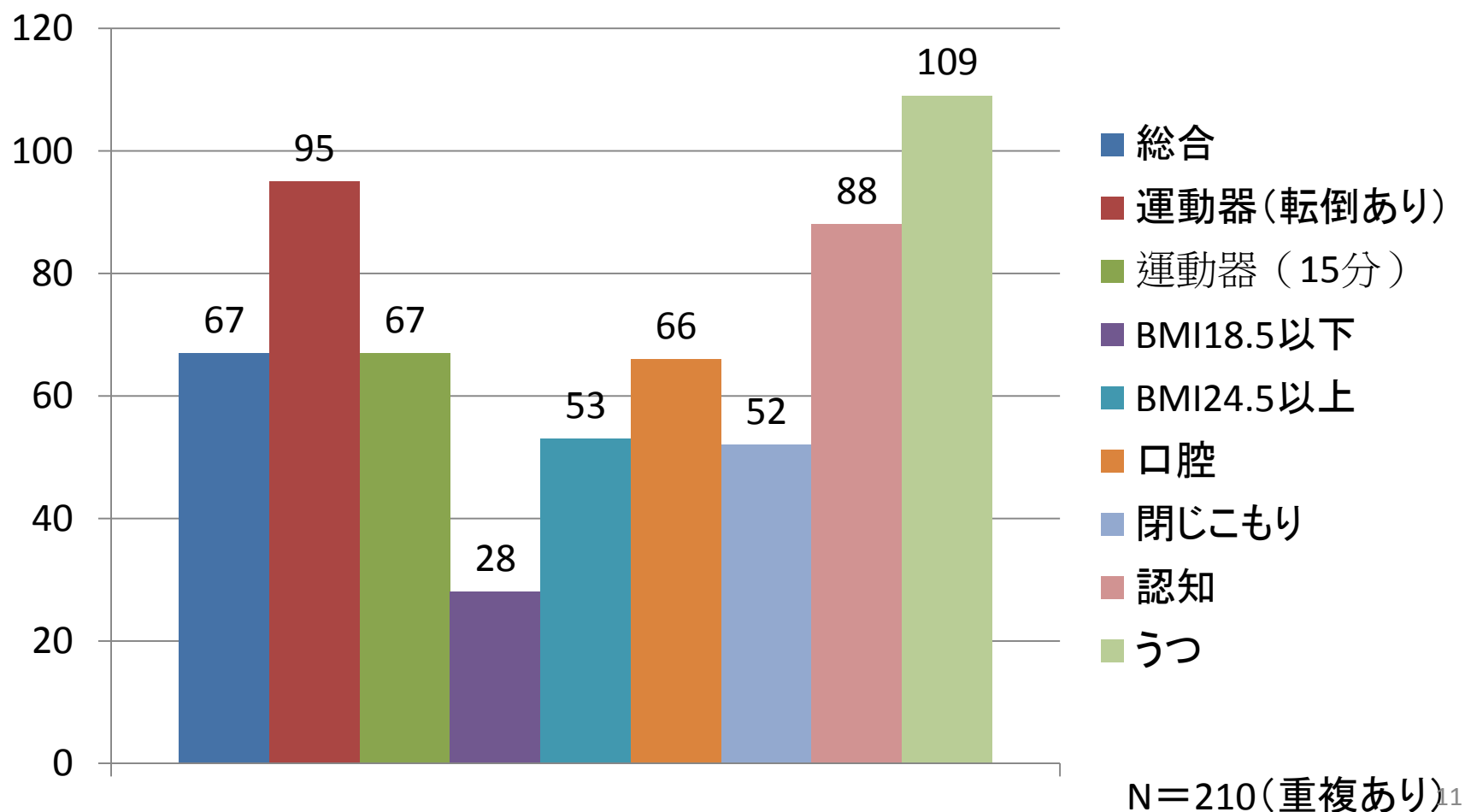
# 平成29年度実施状況(4月～10月)

## 現病歴・既往歴（整形以外）



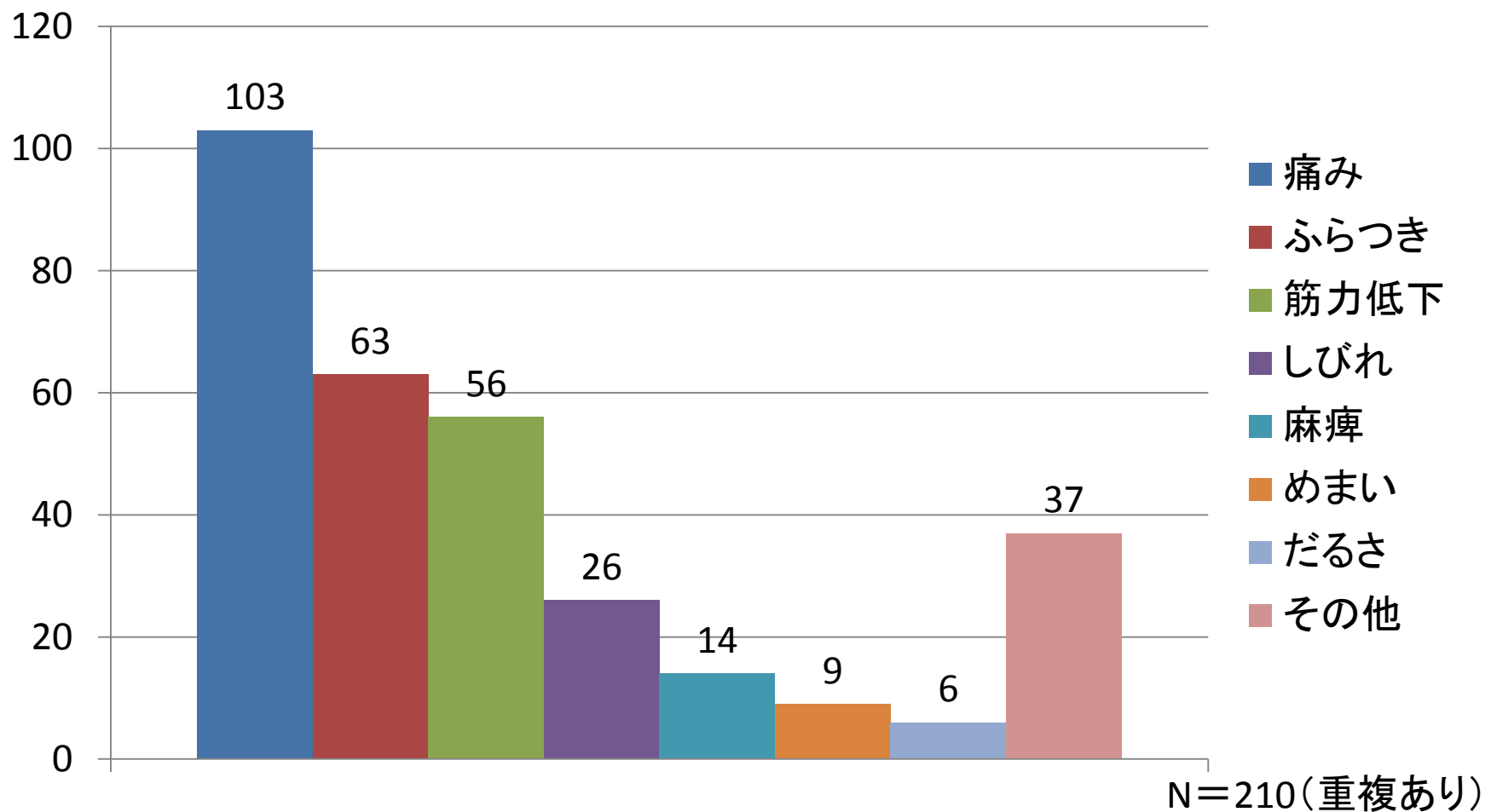
# 平成29年度実施状況(4月～10月)

## 基本チェックリストの結果



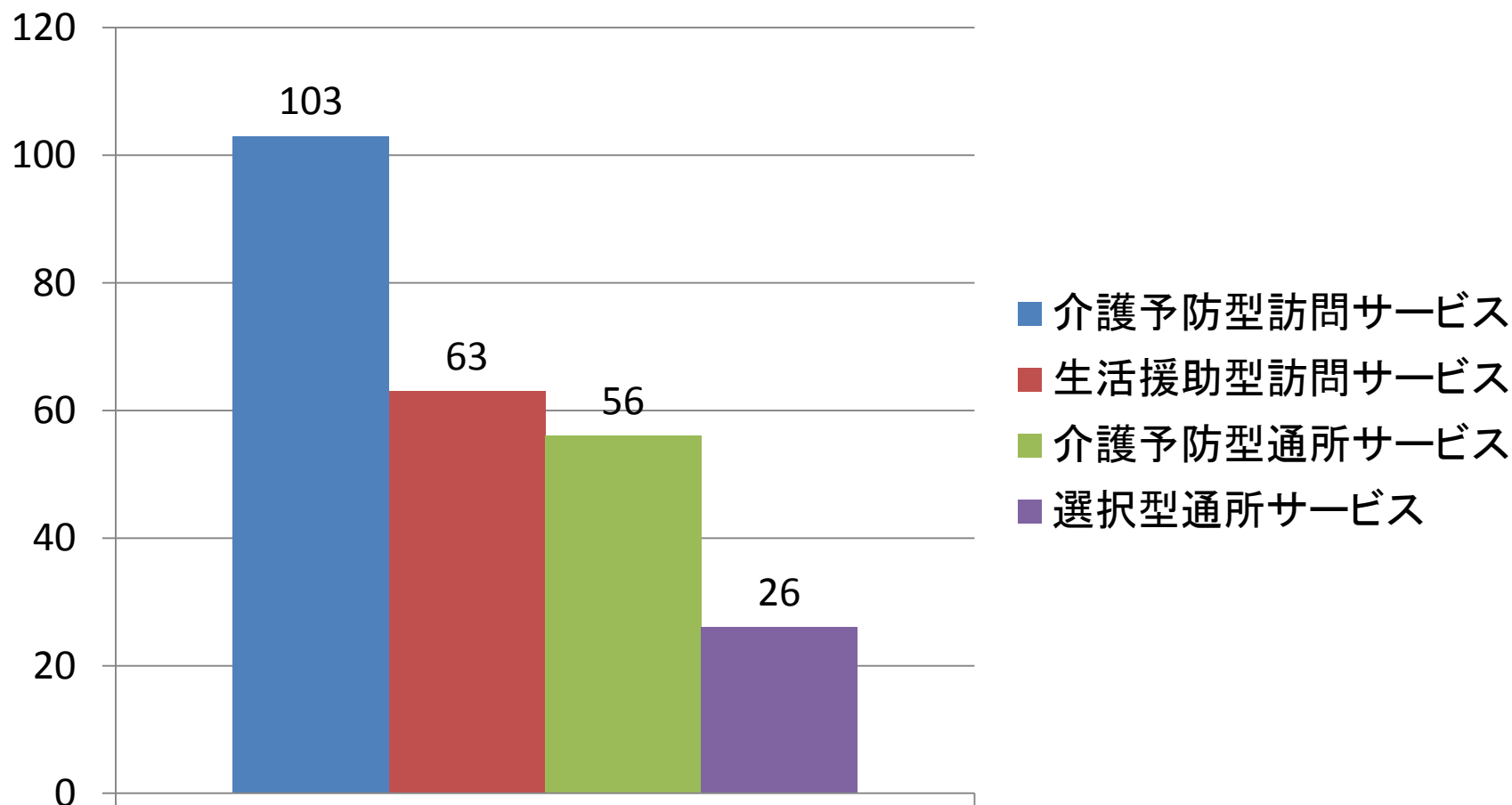
# 平成29年度実施状況(4月～10月)

## アセスメントによる身体的課題



# 平成29年度実施状況(4月～10月)

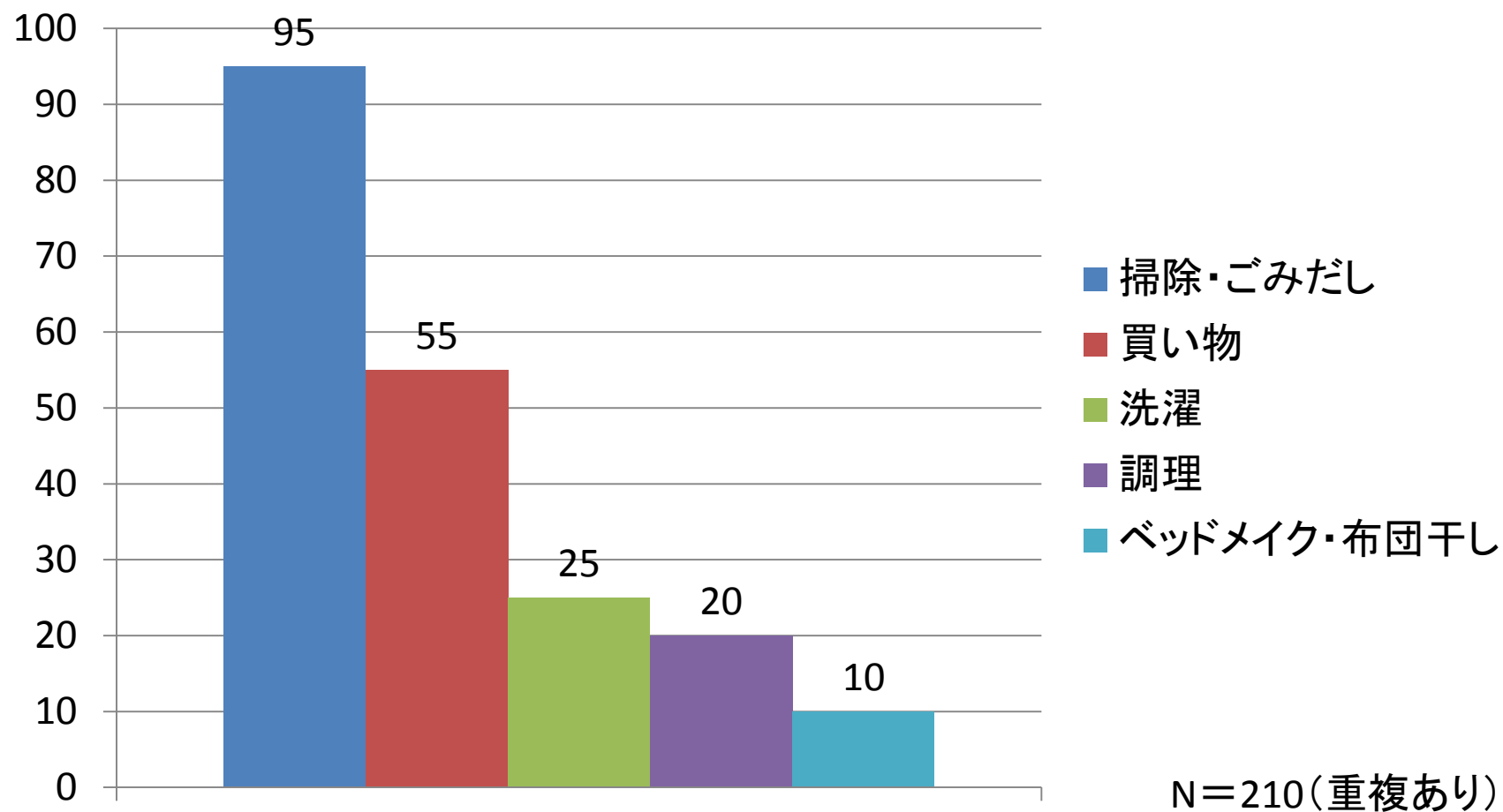
## サービス利用状況



N=210(重複あり)

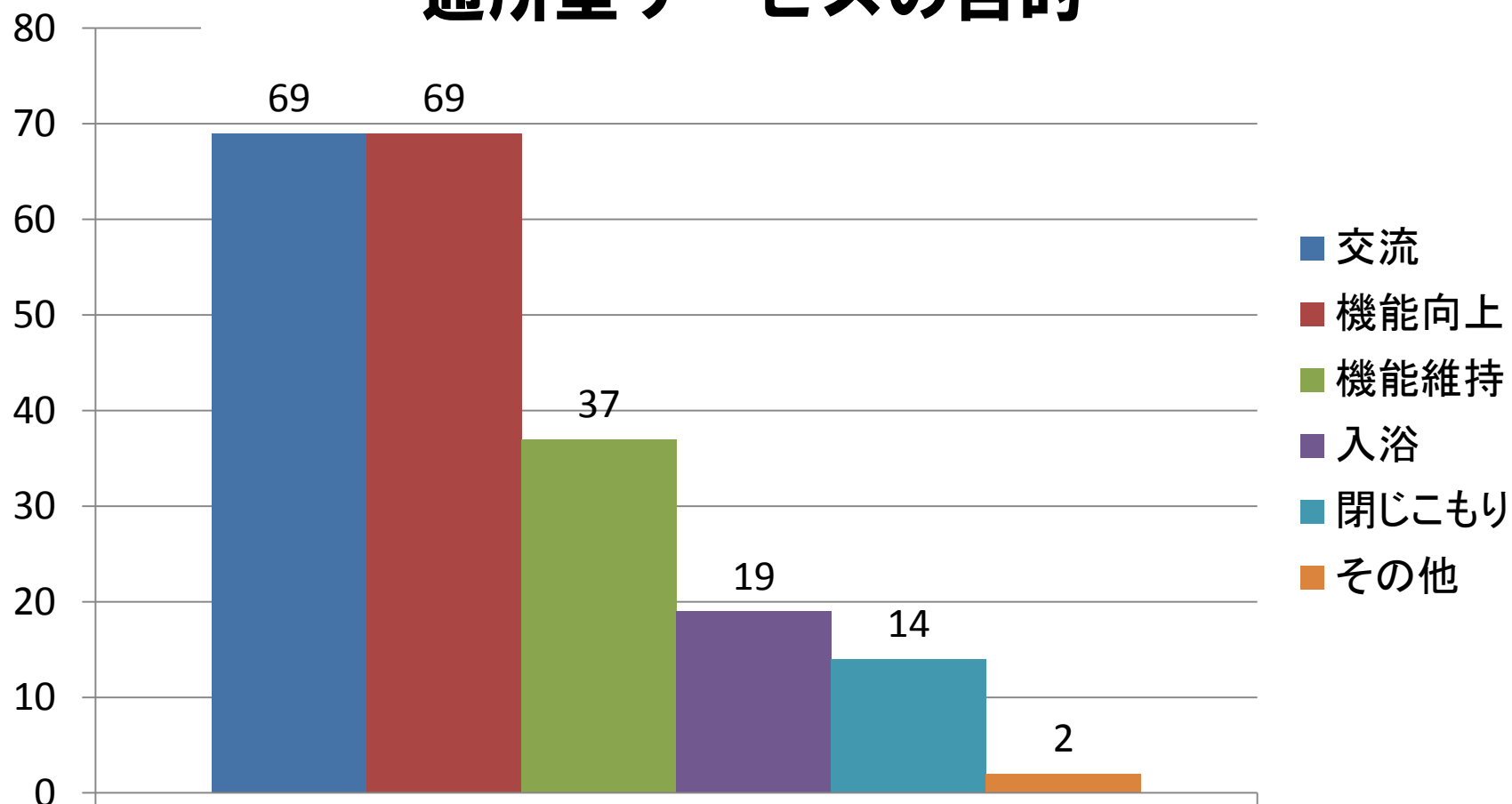
# 平成29年度実施状況(4月～10月)

## 生活援助の内容



# 平成29年度実施状況(4月～10月)

## 通所型サービスの目的



N=210(重複あり)

# アドバイザーから出た主な確認したい内容

## 【疾病に関すること】

- ・病名は(基本情報に病名が記載されていない)
- ・発症年日はいつか
- ・治療や手術後の経過
- ・服薬管理はできているか
- ・痛み・だるさ・痺れ・めまい・ふらつきの要因
- ・疾病の改善可能性
- ・物忘れ(認知)やうつ状態に対する受診や対応
- ・体重減少や低栄養(BMI18.5以下)や高栄養(BMI25以上)に対する対応
- ・体重を○キロ増やす、○キロ落とすことの根拠は



# アドバイザーから出た確認したい内容

## 【歩行や移動に関すること】

- ・転倒に関すること(いつ、どこで、どんな時に、頻度は)
- ・歩行しているときの様子
- ・手段(独歩・杖・歩行器・壁等につかまる・介助)
- ・歩行可能な距離、所要時間、休息の有無
- ・屋内と屋外の状況
- ・歩く事に支障をきたしている要因と改善の可能性

# アドバイザーから出た確認したい内容

## 【入浴について】

- できない動作
- 入浴の頻度
- 浴槽の深さ
- 手すりは設置されているか
- 入浴に支障をきたしている要因と改善の可能性

# (参考)入浴動作のアセスメント

脱衣所まで歩く  
服を脱ぐ  
浴槽まで歩く  
身体・髪を洗う  
浴槽をまたぐ  
浴槽の立ち座り  
身体を拭く  
髪を乾かす

どの動作ができて、  
どの動作が介助が必要で、  
どの動作ができないのか  
それは改善できる可能性があるのか

# アドバイザーから出た確認したい内容

## 【家事】

- できる家事とできない家事
- できない家事のできない動作
- 以前はやっていたが今はできない家事
- (できる能力はあるが)している家事としていない家事
- 家事に支障をきたしている要因と改善の可能性

# アドバイザーから出た確認したい内容

## 【掃除・ごみ出し】

- できない動作は(掃き掃除・掃除機・拭き掃除・ごみをまとめる・ごみ置き場まで運ぶ...)
- どの場所の、どの掃除が、どのようにできないのか

トイレ: 座面、便器の中、便器の淵、床

風呂: 床、浴槽、壁、鏡

# アドバイザーから出た確認したい内容

## 【洗濯】

- できない動作は(洗濯機に洗い物を投入・洗剤や柔軟剤の投入、機械の操作、洗濯器から出す、洗濯物を持って運ぶ、干す、取り込む、折りたたむ、片付ける...)

## 【買い物】

- できない動作は(スーパー等まで歩けない、荷物を持てない、商品を取れない、お金を扱えない、家に戻れない...)

# アドバイザーから出た確認したい内容

## 【調理】

- 調理でできない動作は(食材の選択・食材を切る、家電の操作、火の取扱い、皿に移す、机まで運ぶ、後片付け、洗う...)

## 【外出】

- 外出手段は(徒歩・自転車・自家用車・公共交通機関...)
- どこに行きたいのか
- 何を目的に行きたいのか
- 行きたいところまでの距離と所要時間
- その外出は、本人が望み、真に必要な外出か

# アドバイザーから出た確認したい内容

## 【生活習慣・環境】

- 住宅改修の予定
- 趣味や特技をやめた理由
- 家事ができる、また地域の元気アップ教室等へ参加しているのに、訪問型や通所型を位置づけた理由
- 外出できることを目的にしているのに訪問型のみしか位置づけない理由



# アドバイザーから出た確認したい内容

## 【生活習慣・環境】

- すでに達成できている目標を、現在も目標に位置づける理由は(例えば、〇〇までバスで現在も外出しているのに、ケアプランの目標に外出することが位置づけられている)
- 食生活はどうか(偏食になっていないか、適量を食べているのか...)
- 口腔についての対応はどのように考えているのか

# アドバイザーから出た確認したい内容

## 【認知面・うつ面】

- ・認知機能低下やうつ状態が疑われるのに、  
専門医の受診がない理由
- ・服薬管理に対する対応が位置づけられていない理由
- ・精神的にしんどい時期に通所型サービスを位置づける理由

# 主なアドバイス内容

## 【共通】

- ・アセスメントする際には、だれが、いつ、どこで、どんな時に、どのようになるのかを意識する
- ・医師や医療従事者からのできること、できないこと、禁忌事項、改善可能性（予後）を必ず確認した上で、適切なアプローチを行うこと

# 主なアドバイス内容

## 【身体に関すること】

### ●筋力低下

筋力の改善を目指すなら、負荷のかかる運動を週2回以上行うことが望ましい。

例えば、週1回の通所型サービスだけでは不十分なので、加えて運動機会を設けることが必要。(⇒元気アップ体操教室など、自宅で本人に合った自主トレなど)

# 主なアドバイス内容

## ●痛み

- 適切なケアで改善が見込まれることが多い
- 腰や膝の痛みは、腰・膝の運動に加え＋体重のコントロールが有効
- 慢性腰痛の場合は運動療法が効果的。
- 日頃の動作も大切（姿勢、椅子の座り方、立ち上がり方、跨ぎ方...）なので動作指導を受けることも良い

# 主なアドバイス内容

## ●痺れ

- 神経が原因なので、痺れを取ることはなかなか難しいが、適度な運動は必要
- 他の方法で補うことを検討（筋力強化によって代替することが可能か、サポーターなどの装着で患部の負担を軽くすることはできないかなど）

# 主なアドバイス内容

## ●めまい

- どんなめまいか（回転性・浮動性・失神性）
- 高齢者の場合、心因性のめまいも多い。
- めまいを意識しすぎることで活動性の低下に陥らないように注意が必要

# 主なアドバイス内容

## 【栄養面について】

- 疾病管理の視点を持つ（循環器疾患、脳血管疾患、内科疾患等の再発予防や状態悪化）
- 低栄養のみでなく、BMI25以上の高栄養状態にも気をかける
- 日々の食事内容を確認（間食にも目を向ける）
- 自分で食事のコントロールができない場合には、配食サービス等の利用
- 管理栄養士による栄養指導を検討



# 主なアドバイス内容

## 【口腔面】

- ・疾病管理の視点を持つ（循環器疾患、脳血管疾患、内科疾患等の再発予防や状態悪化）
- ・咀嚼、嚥下、唾液、口の衛生状態を確認し  
歯科医師や歯科衛生士による指導、健口  
体操やブラッシングなどの口腔ケアを日頃  
から行えるように働きかける

# 主なアドバイス内容

## 【家事について】

- ・サービスで補うだけだと、生活課題の解消につながらない。まずは、できない動作やその要因及び改善可能性を確認の上、身体機能向上、住宅改修・福祉用具等の環境改善、動作指導による安全な動作の習得など、課題の解決に向けたサービスを導入する視点が必要

# 主なアドバイス内容

## 【腰痛があり屈めないため掃除ができない】

- 道具の工夫（柄の長いペーパーモップやブラシの利用）
- キャスター付きの椅子に座って行う方法
- 腰に負担のかかりにくい動作方法
- 立膝や片膝立ち、四つ這いなど、体勢を変える
- 床から立ち上がる時に式台等を置いて段階的に立つ
- 腰痛体操等、運動を実施し、痛みの緩和を図る
- コルセットやサポーター等の着用

**⇒生活課題を解消するための手段を検討する**

# 主なアドバイス内容

## 【服薬管理について】

- 認知機能低下により管理できないのか、知識不足によって服薬を自己判断するのかなど、なぜ管理できないかを確認
- デイサービスでの確認の他、環境調整、家族の協力、他、訪問看護、薬剤師の居宅療養管理指導の活用も検討する
- 誰がどのように薬剤管理をするのか、ケアプランに記入

# 主なアドバイス内容

## 【目標設定について】

- 1年の目標の設定が介護予防支援や利用者の取り組みによって達成可能な目標にする
- 目標の設定とサービス内容をつなげる
- 達成した時の状態像を利用者が想像しやすく、達成状況が確認できるよう具体的な目標を記入する

# 主なアドバイス内容

## 【その他】

- ・デイサービス等で身体機能評価を行い、客観的に身体機能が向上しているかを定期的に確認を
- 地域資源の活用(元気アップ体操、いきいきサロン、老人クラブ、趣味のサークル、地域の自費サービスなど)
- 生活課題の解消をめざし、目標が達成されれば総合事業は終了となることを、予め対象者に説明の上、合意形成をしておくことが必要。

# (事例)

70歳の女性、一人暮らし、温泉好き

- ●●年1月に転倒し大腿骨頸部骨折にて人工骨頭置換。同3月に退院し、一人暮らしが不安とのことで介護保険申請し、要支援1の認定
- 痛みやめまいもある。
- 同5月からサービス開始

(内容)

- ヘルパーが食材を買っての調理、掃除の家事援助
- 閉じこもり予防でデイサービス利用

## (望ましくないケアマネジメントの例)



ヘルパーによる家事援助



ヘルパーが何でも家事をこなす。



- ・ 本人：「助かるわ～」
- ・ 自分で食材を選ばない→自己決定の欠如
- ・ 食材選び、調理手順を考えない→認知症へ
- ・ 台所へ立たない、掃除をしない→筋力低下



本来の課題解決にならず、廃用症候群発症し、要介護へ・・・

デイサービスの利用



スタッフとも仲良くなり  
友人ができる。



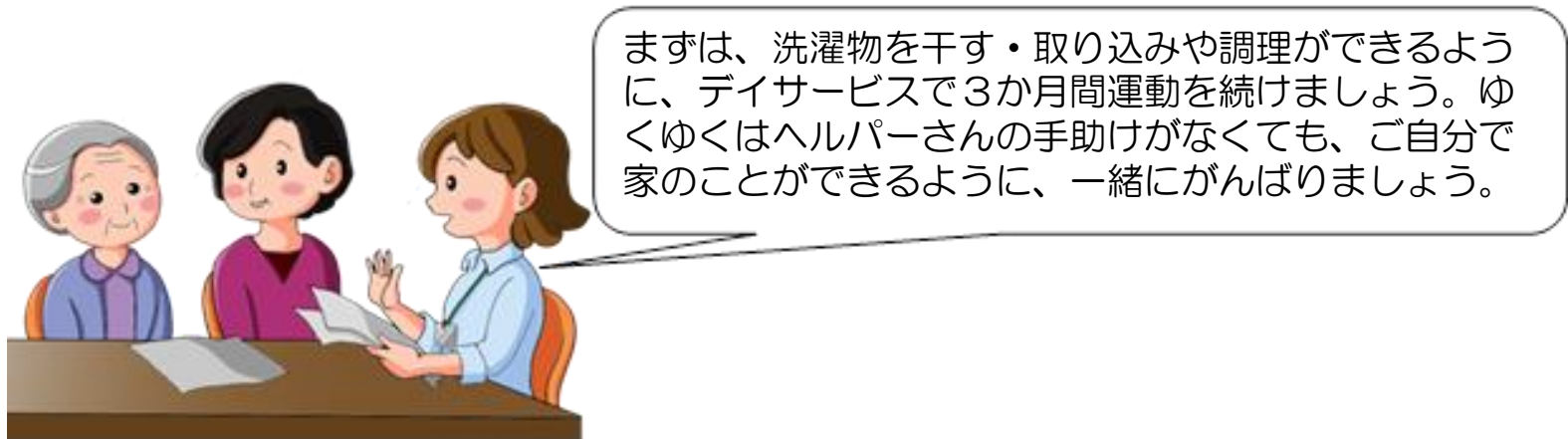
本人：デイに行くのが楽しい。続けたい。



地域参加につながらない



## （望ましいケアマネジメントの例）



何処で、どのような状況で転倒したか、1人暮らしの何が不安か、痛みやめまいの状況、改善の可能性を確認（⇒必要なアセスメント）



デイサービス下肢筋力、歩行能力改善を目的とした個別プログラムと、自主トレを3か月実施することで、機能が改善。



バランスを崩さずに洗濯物を干す・取り込むが可能となる。  
立位も安定して取れるようになり、調理もできるようになる。



洗濯物と調理の支援は必要なくなり、買い物に歩いていくことを目的に新たな個別プログラムを実施。

# 平成30年度自立応援会議について(案)

## 【変更点】

- ・アドバイザーに管理栄養士と歯科衛生士が新たに加
- ・開催頻度 月5回に拡大
- ・検討時間 15分から20分に

⇒今まで以上にパワーアップして実施

# 平成30年度自立応援会議について(案)

## 【自立応援会議の対象者】

- ・ 新規に事業を利用するケース
  - ・ 新規で自立応援会議で検討し、引き続き事業を利用するケース
  - ・ ケアプラン開始後に新たに事業サービス（訪問または通所）が追加されたケース
  - ・ ケアマネが希望するケース
- ⇒「ケアマネ1人につき、継続ケース3件」の要件については、終了とする。