

和光市における予防ケアマネジメントの充実に向けた取組みについて

平成26年4月23日
中央地域包括支援センター
岡田 めぐみ

(※P2～9のスライドは、和光市保健福祉部長 東内京一氏より提供)

和光市地域包括支援センターの事業運営体制

和光市 保健福祉部 長寿あんしん課
保険者(地域包括支援センター機能管理担当)

介護保険

医療

福祉・保健
権利擁護等

住まい

中央コミュニティケア会議

理学療法士・管理栄養士・歯科衛生士・薬剤師

多様な地域生活
支援サービス

A
南地域包括支援センター

- ・MR主任介護支援専門員
- ・看護師(ケアマネ)
- ・社会福祉士(ケアマネ)
- ・介護支援専門員
- ・管理栄養士

※地域コミュニティケア会議

B
中央地域包括支援センター

- ・MR看護師(ケアマネ)
- ・社会福祉士(ケアマネ)
- ・主任介護支援専門員
- ・介護支援専門員(認知担当)
- ・介護支援専門員

※地域コミュニティケア会議

C
北地域包括支援センター

- ・MR主任介護支援専門員
- ・看護師(ケアマネ)
- ・社会福祉士(ケアマネ)
- ・管理栄養士(特健)
- ・介護支援専門員(認知担当)

※地域コミュニティケア会議

D
北第2地域包括支援センター

- ・MR主任介護支援専門員
- ・看護師(ケアマネ)
- ・社会福祉士(ケアマネ)
- ・介護支援専門員(認知担当)
- ・看護師(ケアマネ)

※地域コミュニティケア会議

高齢者・住民に対する地域包括ケアマネジメントの提供

介護保険事業計画に地域包括支援センターの機能を明確に位置づけ

ニーズ・課題について

個人の
ニーズ

本人・家族の希望

掃除をたのみたい。
買い物を頼みたい。

アセスメントの上
専門職として分析する
生活課題

掃除ができなくな
った理由は？
また掃除ができる
ようになるには？

積み
重ね

合意の上で作られるのがケアプラン

地域のニーズ

ニーズ・課題について

- 「清潔を保持できない」状況
⇒一人で入浴できない。リスクが高い。

何で 一人で入浴ができないの？

これが
課題！

個人因子：本人に関すること
右片麻痺 脳梗塞2回繰り返している

環境因子：家族や地域、住環境等
独居、支援者なし、自宅の浴室は段差が多い・・・等

生活行為評価票

- 事前…現状評価（今の状態はどうか？）
- 事後…予後予測（半年後どうなっているか？）
- 生活行為向上を目標とした予後予測が必要
- 身体機能向上と、生活行為向上の違いを理解

（例）

＜事前＞ Aさん 掃除 △1

・お風呂の掃除が出来ないからヘルパーを利用。他の掃除は動作自体は出来るがヘルパーがしてくれるからお願いしている。

＜事後＞

好事例 ○2へ

・お風呂掃除は入浴後に浴槽から出ないで水を流し、そのままスポンジで軽くこする事にした。週2回はとつての長いスポンジで屈まずにこすることがきれいになることをヘルパーと一緒に練習して確認できた。

悪事例 ×1へ

・今まで室内の掃除機かけはしていたがヘルパーが来るときにお願いするからしなくなった。これからもヘルパーさんをお願いして掃除は自分ではもう歳だから出来ないと思う。

「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		

I A D L	掃 除	△1 →	○2	
	洗 濯	○2		大物以外は自立。
	買 物	△1 →	○1	簡単なものは自分で。 他はヘルパーや家族。
	調 理	△2 →	○2	レンジアップ程度は出来る。
	整 理	○1		
	ごみ出し	○1		
	通 院	△1 →	○2	家族付き添い。
	服 薬	○1		
	金銭管理	△1		銀行に行くのは家族に頼む。
	電 話	○2		
社会参加	△1 →	○2	言語障害軽度、相手が聴き取りにくい。 限られた相手のみ。	

自立支援型プラン例

これは
目標ではなく、手段！

生活全般の解決すべき課題	目標			
	長期	期間	短期	期間
清潔を保持したい	通所介護利用により入浴できる	6か月	通所介護利用に慣れる	3か月

見直し

生活全般の解決すべき課題	目標			
	長期	期間	短期	期間
右片麻痺による歩行不安定。 (転倒を繰り返す、浴槽のまたぎ動作ができない。)	浴槽のまたぎ動作が一人でできる。	6か月	介助者の体を支える介助によりまたぎ動作ができる。	3か月
右片麻痺による上肢の動作に制限。 (体を洗う、着替えをすることが困難。)	洗体動作が自立できる。	6か月	着替えの動作が自立できる。	3か月
脳梗塞を2度再発している。	塩分1日6g以下の食事ができる。	6か月	栄養士の指導に沿った食事を覚える。	3か月

自立支援型ケアプラン例

通所で入浴することのみが目的になっているサービス

援助内容

サービス内容	サービス種別	頻度	期間
清潔保持ができるよう、通所介護で入浴しましょう。できるだけ自分で洗えるところは自分で洗い、背中などは手伝ってもらいましょう。	通所介護	週2回	6か月

見直し

援助内容

サービス内容	サービス種別	頻度	期間
足を持ち上げる動作、 <u>麻痺側と健側の足の使い方指導</u> を行い、 <u>またぐ動作が自立できる</u> よう指導する。 その際、自宅の浴槽の環境にも注意し必要であれば手すりの設置や改修も検討します。	通所介護	週2回	6か月
体を洗う動作、背中や足指が届かず洗えません。 <u>健側のROMを拡大できる</u> 指導、実際の動作指導、必要であれば道具の工夫などの指導も行います。	通所介護 訪問リハビリ	週2回 月2回	6か月

残存機能の活用！

「和光市方式」の予防ケアマネジメント

○ケアマネジャー・地域包括支援センター

(通常のケアプラン様式以外)

- ・介護予防のアセスメント[1][2]
(基本チェックリストに、[2]30項目の追加項目)
- ・生活機能評価(生活行為評価票)
- ・週間プラン
- ・介護予防メニューリスク確認(運動・栄養・口腔)

○介護保険サービス事業所

- ・介護予防メニューアセスメント(通所用・訪問用)
- ・生活行為アセスメント(訪問・通所共通)
- ・介護予防サービス個別サービス計画書(通所用/1日のスケジュール、訪問用/予防メニュー)
- ・介護予防サービス計画・総合評価(1ヶ月ずつ3ヶ月間の支援計画)

「和光市方式」の予防ケアマネジメント

◎本人の生活の維持向上(自立支援)を目指して

- ・ケアマネジャーが領域ごとに課題抽出⇒目標設定
- ・サービス提供事業所も同じ目標に向かっていけるように、訪問・通所等、それぞれサービス提供をする立場で課題抽出⇒目標設定

➡ 評価 ➡ 新たな目標設定

◎意欲目標を前提として

- ・ADLとIADLの向上を目指したケアプランの目標設定が大切