

多職種協働で介護予防に資する ケアマネジメントを支援するための 「地域ケア会議」の開催について

介護事業所の管理者その他の担当者向けの
「桑名市介護事業所管理者等研修会」

平成26年8月

お伝えしたいこと

1. 地域ケア会議の概要
2. アセスメントシートの様式

1. 「地域ケア会議」の概要

1. 出席者

(1) すべての対象者に関して出席するメンバー

- ① 中央地域包括支援センター又は
各地域包括支援センターに配置された
 - i 保健師又は看護師
 - ii 社会福祉士
 - iii 主任介護支援専門員
- ② 保健センターに配置されて
中央地域包括支援センターを兼務する
保健師、管理栄養士、理学療法士及び歯科衛生士
- ③ 桑名地区薬剤師会の推薦を受けた薬剤師

1. 「地域ケア会議」の概要

(2) 担当の対象者に関して出席するメンバー

- ① 各地域包括支援センターに配置された
介護支援専門員
- ② 各地域包括支援センターの委託を受けた
介護支援専門員
- ③ サービス事業所の管理者又はその代理人
 - i 訪問介護に係るサービス提供責任者
 - ii 通所介護に係る生活相談員等

1. 「地域ケア会議」の概要

(3) アドバイザー

- ① 副市長(特命)
- ② 中央地域包括支援センター長
- ③ 保健福祉部介護・高齢福祉課に配置された
社会福祉士又は事務職

(注1)三重県介護支援専門員協会桑員支部支部長等の参加を得る方向で、
検討中。

(注2)三重県との間で「地域ケア会議活動支援アドバイザー」の派遣の可否を
協議中。

1. 「地域ケア会議」の概要

事前

- ① 各地域包括支援センターが
 - i 介護支援専門員
 - ii サービス事業所の管理者又はその代理人と連携して資料を作成。
- ② 前週金曜日、各地域包括支援センターが中央地域包括支援センターに対して資料を提出。
- ③ 当週月曜日、中央地域包括支援センターが出席者に対して資料を配布。

1. 「地域ケア会議」の概要

当日

- ① 基本的には、毎週水曜日午後。
 - i 平成26年10～12月の間、1対象者当たり30分以内。
 - ii 平成27年1月以降、1対象者当たり15分以内。

- ② 司会は、保健師である中央地域包括支援センター長補佐又は保健福祉部健康づくり課健康増進係長。
 - i 各地域包括支援センター又はその委託を受けた介護支援専門員より、ケアプランの要点を説明(2分以内)。
 - ii サービス事業所の管理者又はその代理人より、ケアプランに沿って具体的な支援内容を説明(それぞれ2分以内)。
 - iii 管理栄養士、理学療法士、歯科衛生士等より、コメント(それぞれ1分30秒以内)。
 - iv その他の出席者より、コメント(それぞれ1分以内)。
 - v 司会より、修正点を総括(1分以内)。

1. 「地域ケア会議」の概要

事後

- ① 各地域包括支援センターが
 - i 介護支援専門員
 - ii サービス事業所の管理者又はその代理人と連携して資料を修正。
- ② サービス担当者会議を開催し、本人に計画の趣旨、内容を説明。
- ③ 各地域包括支援センターが中央地域包括支援センターに対して資料を提出。
- ④ サービス事業所でサービスの提供を開始。

(注) 「地域ケア会議」の開催に先立って介護予防サービスの提供を開始する緊急の必要がある場合には、各地域包括支援センターより、介護・高齢福祉課に対し、個々に協議。

1. 「地域ケア会議」の概要

フォローアップ

- ① 3か月後及び6か月後、各地域包括支援センターが
 - i 介護支援専門員
 - ii サービス事業所の管理者又はその代理人と連携して実績を評価。

- ② 目標を達成しなかった対象者については、「地域ケア会議」で対応を検討。

【現時点】での「地域ケア会議」流れ(イメージ)

介護支援専門員

サービス提供事業者

アセスメント実施

アセスメント実施

ケアプラン原案作成

地域ケア会議参加

必要に応じてケアプランの案を修正

ケアプラン、個別サービス計画等作成

サービス担当者会議開催。

ケアプラン・個別サービス計画等の案について、趣旨、内容を本人に説明

ケアプラン・個別サービス計画等を市に提出

モニタリング

サービス提供実施

事後アセスメント・評価受取

事後アセスメント・評価実施

事後アセスメント・評価実施

今後の方針・必要に応じケアプラン再作成

地域ケア会議参加



開始月

評価月

様式の紹介

- ① 介護支援専門員が使用する様式(未定稿)
 - 資料1 参照 —
 - i 利用者基本情報(国標準様式)
 - ii 介護予防アセスメント[1]基本チェックリスト
 - iii 介護予防アセスメント[2]追加項目
 - iv 生活機能評価アセスメント
 - v 興味・関心チェックシート
 - vi 介護予防メニューリスク確認
 - vii 週間プラン
 - viii 介護予防サービス・支援計画表(国標準様式)
 - ix 介護予防サービス支援評価票(国標準様式)

様式の紹介

- ② サービス事業所
 - 資料2(通所用) 資料3(訪問用)参照 —
 - i 介護予防メニューアセスメント
(通所用)(訪問用)
 - ii 生活行為アセスメント(通所・訪問共通)
 - iii 介護予防サービス計画・総合評価
(通所用)(訪問用)
 - iv 個別サービス計画 (通所用)(訪問用)

2. アセスメントシートの様式

様式の紹介

- ① このアセスメントシート及び内容は、現時点で考えているものです。
- ② 現時点において、この様式は、介護予防プランを想定して使用します。
- ③ 地域ケア会議にかけるケアプランの場合に、使用していただくことを想定しています。

※ 地域ケア会議にかけないケアプランや要介護のプランについても、各事業所の判断でご使用いただいても問題ありません。

介護予防メニューアセスメント(通所用)

事業者名:

氏名	(ふりがな)	男・女	調査日	事前	
				事後	

運動機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	1 床から物が拾えますか	①はい ②少し・時々 ③いいえ			
	2 握力(kg)	(右手)	kgを入力(00.0kg)		
		(左手)	kgを入力(00.0kg)		
	3 30秒椅子からの立ち上がり(回)	回数を入力(00回)			
	4 長座体前屈(cm)	cmを入力(00.00kg)			
	5 開眼片脚立ち(秒)	秒数を入力(00秒)			
	6 5m通常歩行速度(秒)	秒数を入力(00.00秒)			
	7 5m最大歩行速度(秒)	秒数を入力(00.00秒)			
8 Timed up&Go(秒)	秒数を入力(00.00秒)				

運動機能向上(訪問用)

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	1 床から物が拾えますか	①はい ②少し・時々 ③いいえ			
	床上仰向けからの立ち上がり時間	秒数を入力(00.00秒)			
	2 床上仰向けからの立ち上がりの状況	①何にもつかまらずに行う ②膝や大腿などに手を着く ③床にてを着く ④テーブルや台、手すりなどにつかまる			
	3 開眼片脚立ちの時間	秒数を入力(00秒)			

栄養・食支援

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	1 現在自分は健康だと思いますか	①非常に健康 ②まあ健康な方だと思う ③あまり健康ではない ④健康ではない			
	2 6か月前とくらべ体重がどれくらい変化しましたか	①変化なし ②減少 ③増加			事前体重: kg
		減少、または増加のKg			事後体重: kg
	3 食事の支度で困難はありますか ①なし ②あり	献立			
		買い物			
		調理			
		配膳			
	4 食欲はありますか	①ある ②ややない ③ない			
	5 ふだん食事は1日何回ですか	①3回 ②2回 ③その他(回)			
		③その他の場合の回数			
6 酒類を飲みますか	①いいえ ②月1~2日程度 ③週1~2日程度 ④週5日以上			1日 ml を	
7 間食は毎日食べていますか	①いいえ ②はい				
8 6か月前と比べ主食量の減少はありますか	①いいえ ②はい				
9 6か月前と比べ主菜量の減少はありますか	①いいえ ②はい				
10 6か月前と比べ副菜量の減少はありますか	①いいえ ②はい				

資料2 (1ページ)参照(資料3も同じ)

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	11 1日の水分摂取量(〇mlで記入)	コップ1杯 ml×1日 杯	ml	ml	
	12 よく便秘になりますか	①いいえ ②はい			排便 日に 回
	13 食べ物や飲み物でむせますか	①いいえ ②時々 ③はい			
	14 歯や入れ歯の関係で柔らかいものしか噛めませんか	①普通食 ②やわらか食			
	15 右記の健康管理上の食事指導について、指導がありますか ①なし ②あり	体重を増やす カルシウムを増やす 鉄分を増やす 塩分を減らす 間食の取り方 カロリー(エネルギー)制限 その他(備考に入力)			
	16 食べるのが楽しいですか	①とても楽しみ ②楽しみ ③ふつう ④楽しくない			

資料2 (2ページ)参照(資料3も同じ)

		事前	事後
調査時の前24時間の食事内容	具	朝食	
		昼食	
		夕食	
		間食	

直近24時間の食事内容を聞き取りしてください。
 例えば、午前10時にアセスメントの場合、その日の朝食、前日の昼食、夕食、間食を聞いてください。

(記載例)

		事前	事後
調査時の前24時間の食事内容	具体的料理名	朝食	食パン、野菜サラダ、ハム、牛乳
		昼食	おにぎり、お茶
		夕食	ご飯、味噌汁、ジャガイモの煮物、冷奴
		間食	せんべい

口腔機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
1	入れ歯の使用状況(ある人のみ)	①使っていない ②食事以外のときのみ使う ③食事のときのみ使う ④いつも使う			
2	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	①両方できる ②片方だけできる ③どちらもできない			
3	口の渴きにより食事や会話に支障がありますか	①ない ②時々ある ③いつもある			
4	頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	①できる ②不十分 ③できない			
5	30秒間の反復唾液嚥下テスト(RSST)の回数	①3回以上 ②3回未満 ③できない			
6	食物残渣	①なし ②多少ある ③ある			
7	舌苔	①なし ②多少ある ③ある			
8	義歯あるいは歯の汚れ	①なし ②多少ある ③ある			
9	口臭	①ない ②弱い ③強い			
10	入れ歯を外して歯や入れ歯の清掃	①毎食後 ②毎日1回以上 ③その他			

資料2 (3ページ)参照(資料3も同じ)

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
アセスメント	11 口腔衛生習慣のための声かけの必要性	①必要なし ②必要あり ③不可			
	12 食事をおいしく食べていますか	①とてもおいしい ②おいしい ③ふつう ④あまりおいしくない ⑤おいしくない			
	13 食事時の食べこぼし	①こぼさない ②多少はこぼす ③多量にこぼす			
	14 食事中や食後のタン(痰)のからみ	①ない ②時々ある ③いつもある			
<p>好ましい変化(総合評価) (最終のみ) ※観察・聞き取りから ①あり ②なし</p>		<p>口の中がさわやかになった 唾がよく出るようになった 舌の動きがなめらかになった むせや食べこぼしが減った 味覚が向上した 口もとがしまった 笑顔が増えた 頭がすっきり目覚めた 食事量が増えた その他(備考に入力)</p>			

実施のための利用者の情報

医師・歯科医師等の指示または連携	
特記事項	

資料2 (5ページ)参照(資料3も同じ)

生活行為アセスメント(訪問・通所共通)

事業者:

氏名	<p>その行為を「しているか」ではなく、「できるか」を問う質問です。 もともと家事習慣が無い、家族がしていて行っていない場合は、能力を勘案して判断してください。 備考欄にその状況を記入してください。</p>					
生活						
買物	買い物運搬	できる(0)				
	買い物	できる(0) 困難(2)				
調理	芋類等固い物の皮むき	できる(0) 少し(1) 困難(2)				
	輪切り等スライス	できる(0) 少し(1) 困難(2)				
	カボチャなど固い物を切る	できる(0) 少し(1) 困難(2)				
	みじん切り	できる(0) 少し(1) 困難(2)				
	鍋の移動	できる(0) 少し(1) 困難(2)				
	盛りつけ、菜箸操作					
	瓶の開閉					
	プルトップ					
	配膳、鍋運搬					
	ボールなど固い物の洗い					
食事	冷蔵庫開閉					
	箸の使用	できる(0) 少し(1) 困難(2)				

目的: 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します。

資料2 (5ページ)参照(資料3も同じ)

更衣	ズボンファスナー	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	小さなボタンとめ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	靴下はき	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
入浴	浴室での安全	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗髪	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗体	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
洗濯	洗濯物運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗濯物干し	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	大もの洗濯	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
掃除	床の拭き掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	たたみ、床掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	カーペットの掃除機	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽の掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ごみ出し	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
連絡	電話利用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	緊急連絡の不安対処	できる(0) 少し(1) 困難(2)			

1:少しできるや2:困難(できない)を選択した場合は、何が原因で出来ないのか聞き取り、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ります。計画作成に役立ててください。

訪問、通所の2種類のサービス導入の場合、いずれかの事業所で聞き取り情報共有しても良い。

3カ月で達成させたい目標を設定します。

介護予防サービス計画・総合評価(通所用)

計画作成日:

計画期間:

総合評価日:

サービス区分	支援計画			目標達成状況 (1ヶ月)	評価	目標達成状況 (3ヶ月)	総合評価
	目標	援助内容	支援に際しての留意点		○達成 △一部達成 ×未達成		評価
運動機能向上・生活機能向上	1ヶ月目						
	2ヶ月目						
	3ヶ月目						
栄養・食支援	1ヶ月目						
	2ヶ月目						
	3ヶ月目						
口腔機能向上							
アクティビティ	1ヶ月目						
	2ヶ月目						
	3ヶ月目						

プラン作成者から実際の介助者に対する留意点を記入。
医師からの指示、指導は必ず記入。

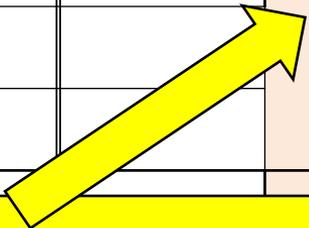
3ヶ月の期間を月別に具体的に
行う内容を記載します。

介護予防サービス計画・総合評価(通所用)

氏名: 様 事業者名: 計画作成日: 計画期間: 総合評価日:

サービス計画				評価		総合評価	
サービス区分	支援計画			目標達成状況 (1ヶ月)	評価 ○達成 △一部達成 ×未達成	目標達成状況 (3ヶ月)	評価 ○達成 △一部達成 ×未達成
	目標	援助内容	支援に際しての留意点				
運動機能向上・生活機能向上	1ヶ月目			○			
	2ヶ月目			○			
栄養・食支援	3ヶ月目						
口腔機能向上	<p>* 1カ月毎の評価から、3ヶ月の総合評価をします。 【方法】 1カ月毎の評価から、 ○(達成)=3点、△(一部達成)=2点、×(未達成)=1点とします。 月ごとに合計をして・・・ 8~9点=○、5~7点=△、4点以下=× とします。</p>						
アクティビティ							
	3ヶ月目						

○: 計画どおり実行できた
 △: できなかったこともあった
 ×: 全くできなかった



介護予防サービス 個別計画書(通所用)

事業者名:

氏名	(ふりがな)	性別	歳	計画期間	平成	年	月	日	~平成	年
		要介護度:			作成日	平成	年	月	日	

		サービス区分	サービス内容	所要時間
サービス1 (曜日)	午前			分
				分
				分
				分
				分
	合計			分
	午後			分
				分
				分
				分
			分	
合計			分	

		サービス区分	サービス内容	所要時間
サービス2 (曜日) (午後)	午前			分
				分
				分
				分
				分
	合計			分
	午後			分
				分
				分
				分
			分	
合計			分	

計画に対する同意
 上記計画に対して同意します
 平成 年 月 日
 氏名 印