

# 「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

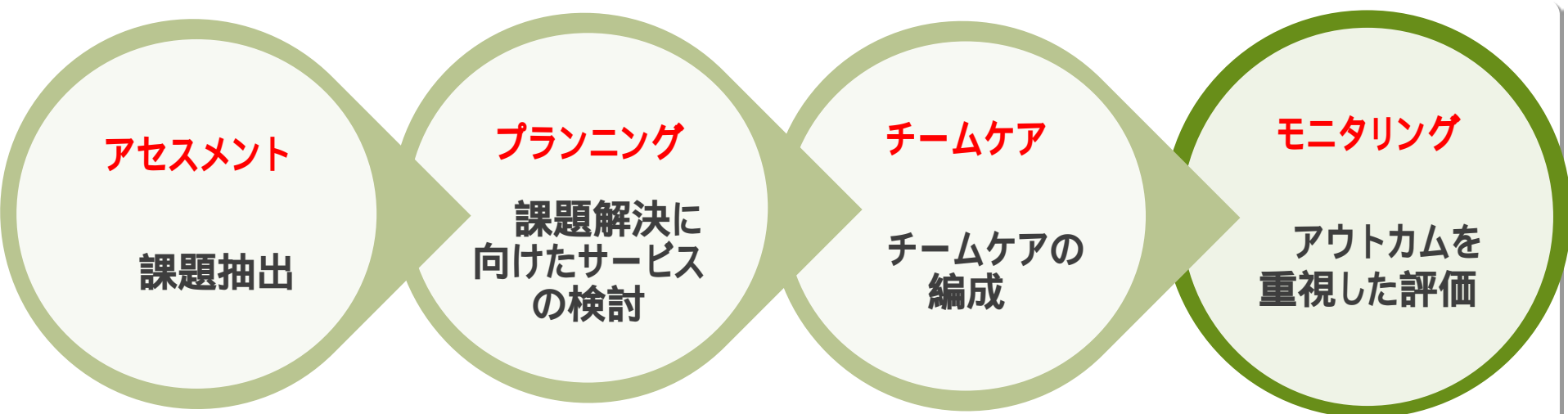
見直し

## 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、またぐ動作が自立できるよう指導する。 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</u> できる指導、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！

# 的確なマネジメントから評価まで



- 「一人で掃除が出来ない」という状況から「膝関節痛」という個人因子や「独居」という環境因子を抽出
- 「掃除機がけの動作が自立できる」という目標

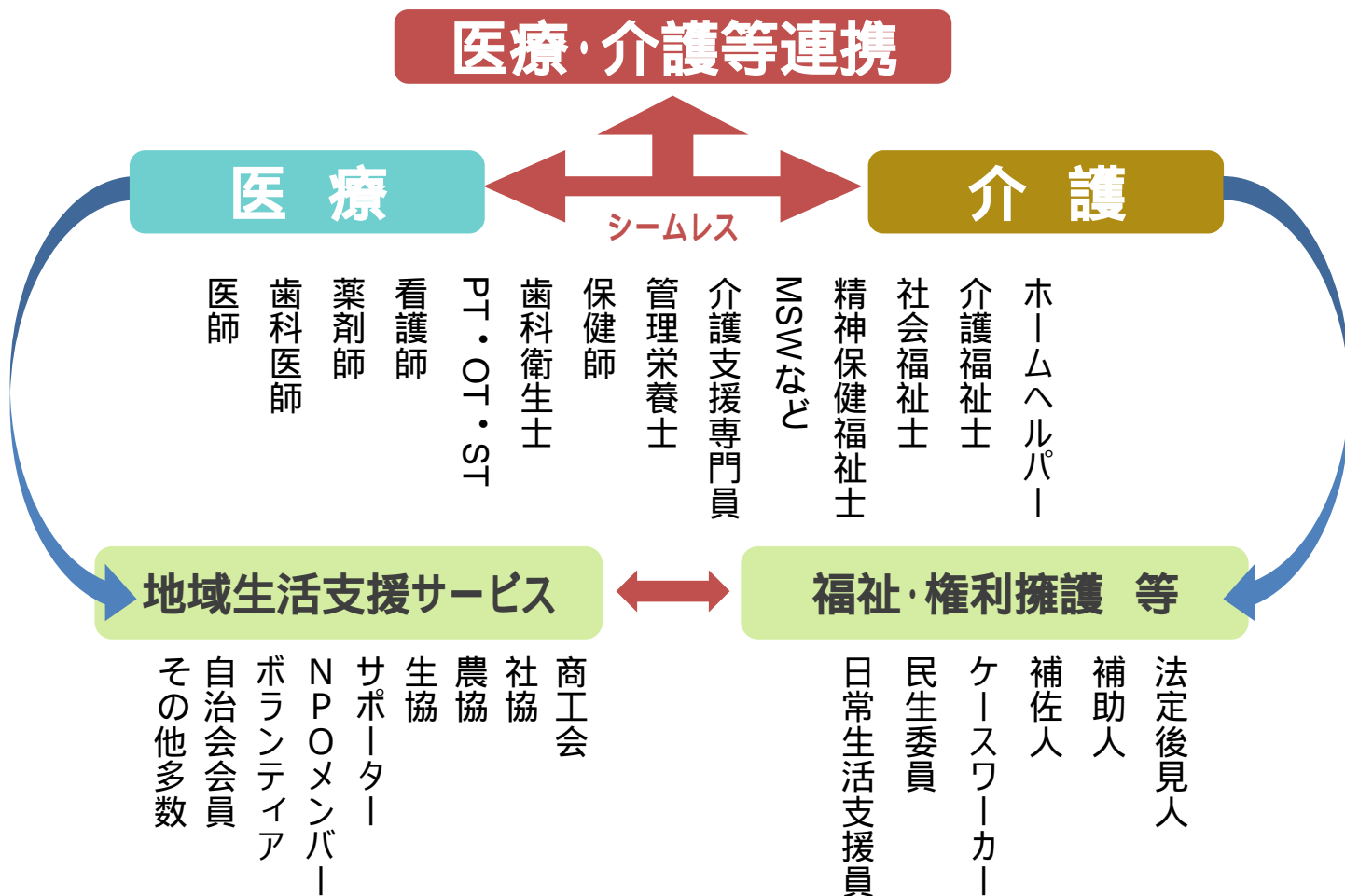
「何をして目標達成させるのか？」という通所・訪問介護の個別計画支援内容を作成

- チームで課題・問題点の共有
- サービス介入チームや声かけ見守りチームを編成し役割を明確化

- モニタリング管理
- 「掃除がけの動作が自立できたのか」アウトカムを重視した評価
- 評価後、達成できない時は何が原因で達成できなかったのかを追究

ここに医師・看護師・PT・OT等専門職が必要！

# 人的連携の視点

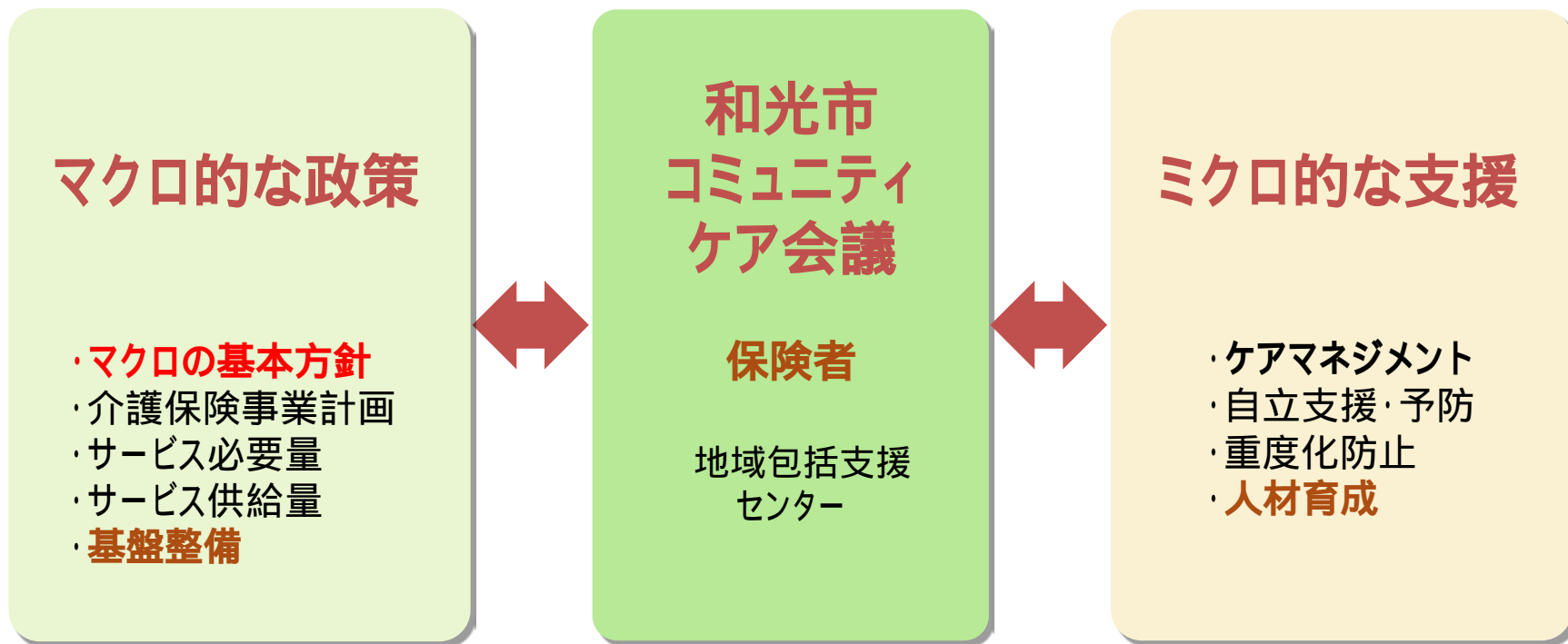


# 和光市コミュニティケア会議（地域ケア会議）

## 包括的・継続的支援事業タイプ

項目	所要時間	ポイント
(1)プラン作成者より 概要説明	約4分	<p>現在の状態に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明(生活機能低下の背景を洞察することが重要)</p> <p>【更新プランの場合】前回の支援計画に対するの評価： 目標に対して達成か未達成か？</p> <p>未達成の場合はその原因は？</p> <p>生活機能評価の解説 改善可能なポイントは？</p> <p>上記を踏まえて次期プランの説明</p> <p>(注)参加者は、自らの専門分野を中心に内容をチェックする。例えば、保健師・看護師は、医療リスクの高い人の生活上の注意点や、服薬内容に対してサービス内容が妥当かどうかという視点。社会福祉士は、独居や認知症ケース等に対する権利擁護的な観点。</p>
(2)事業者から評価、 今後の支援方針	約4分	<p>居宅介護支援事業者、介護予防通所介護、グループホーム、ケアハウス、食の自立支援事業者、ゴミの戸別収集事業者、住宅改修事業者、福祉用具事業者など、利用しているサービス提供事業者が各立場から発言</p>
(3)全参加者から 質問、意見	約10分	<p>参加者は、挙手したうえで発言する。</p> <p>司会は、ケースの本質(課題の本質)やプラン作成・サービス提供上の注意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識にぶれが生じないようにする。</p>
(4)まとめ	約2分	<p>司会は、会議の最後に次回(通常3か月後または6か月後)までのケア(プラン修正含む)の方針を確認する。</p> <p>介護支援専門員や事業者等が当面行う必要がある課題(例えば、医師の意見の確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取、など)がある場合には、その漏れがないよう、最後に念押しする。</p>

# 介護保険事業計画とケアマネジメントの関係 (コミュニティケア会議が政策機能の核)



保険者機能が介護保険事業計画の策定と事業運営を行うマクロな政策の視点は、個々のケアマネジメントのミクロ的な支援のあり方を考えることが重要である。そのポイントは、地域ケア会議（和光市コミュニティケア会議）機能である。



# 地域包括支ケアを支える人材育成(和光市)

## 地域包括支援を行う際の基本姿勢

意識

人権感覚  
倫理観  
責任感  
意欲

視点

ADL・IADLの状態  
地域を基盤とするつながりの構築  
個別支援から地域支援へ  
人と社会のつながり

方法

住民活動支援  
ケアマネジメント  
チームアプローチ

総合相談支援～マネジメント～アウトカムへ  
地域の個別的・地域的な課題対応能力

### ステージ1

#### アセスメント実施段階

##### ・個別アセスメント

個人の生活を支える視点を持つ

##### ・地域アセスメント

地域の役割と資源を認識し個々の人生の生活とその背景にある地域との関連性を理解

##### ・ニーズの把握

##### ・接遇・洞察能力

支援を必要とする人の主訴と専門性からの洞察

##### ・合意形成能力

共感性をもった説明手法

### ステージ2

#### プランニングから総合支援の実施段階

##### ・カンファレンスコーディネート能力

(会議の進行を通じたケース調整・OJTを効果的に行える)

##### ・地域市民の介護・保健・福祉活動を組織化する能力

##### ・制度間調整能力

高度な専門性で他制度を連結し調整が図れる

(専門職と専門性の違いを理解)

スペシャリストとジェネラリスト

### ステージ3

#### 地域ニーズや社会資源の評価改善開発を行う段階

##### ・政策提言能力

・官民協働による社会資源開発  
・仕組みづくり・地域ニーズ把握から地域制度構築へ

##### ・組織運営管理能力

～ キャリアアップステージの明確化～

# 和光市各種ケアマネジメントの一元化（平成30年）イメージ

和光市 保健福祉部 福祉政策課 総合相談支援調整担当

他制度・多職種

## 中央コミュニティケア会議

理学療法士 作業療法士 管理栄養士 歯科衛生士 薬剤師等

高齢者部会  
障害部会

子ども部会  
生活困窮部会

医療

福祉・保健  
権利擁護等

住まい

多様な地域生活  
支援サービス

### A 南エリア

【高齢者】  
地域包括支援  
センター

【子ども・子育て】  
子育て世代包括  
支援センター等

【障害児・者】  
地域生活支援  
センター

【生活困窮者】  
暮らし・仕事相談  
センター

### B 中央エリア

【高齢者】  
地域包括支援  
センター

【子ども・子育て】  
子育て世代包括  
支援センター等

【障害児・者】  
地域生活支援  
センター

【生活困窮者】  
暮らし・仕事相談  
センター

### C 北エリア

【高齢者】  
地域包括支援  
センター

【子ども・子育て】  
子育て世代包括  
支援センター等

【障害児・者】  
地域生活支援  
センター

【生活困窮者】  
暮らし・仕事相談  
センター

和光市民に対する地域包括ケアマネジメントの提供

各事業計画にケアマネジメント実施機関の機能を明確に位置づけ