

ケアマネジメントの基礎知識

プロのケアマネジャーとしての仕事ができますか？チェックしてみましょう！

- 正しい情報収集ができていますか？
- アセスメントが情報収集だけで、終わっていませんか？
- ニーズに添った支援内容になっていますか？
- サービス利用が優先のケアプランになっていませんか？
- 利用者本人にとっての自立支援につながるケアプランになっていますか？

【総論】

- ケアマネジメントを正しく理解すること
- 自立支援を核に仕事をすすめること

1. ケアマネジメントの正しい理解

ケアマネジメントとは・・・

自立した日常生活を営むという目的のために、その人にとって最もふさわしいサービスが利用できるよう支援する仕組みです。

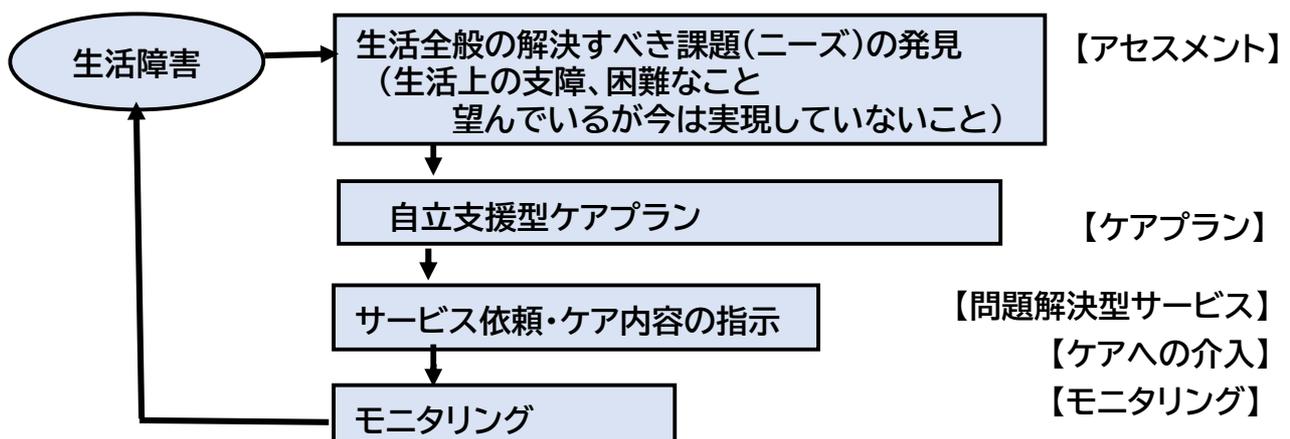
- 自立支援 (ADLなどの機能のみでなく人としての自立)
- 生活の質の向上(を図ることを目指してサービスを提供)
- 利用者主体 (本人の言動を表面的にとらえるだけでは利用者主体とはいえない。利用者の真の希望は何かに着目)

ケアマネジメントでは、「○さんの自立とは？」「○さんの生活の質を向上させるには？」を常に意識して考えます。

- | | | |
|------|-------------------|-------------|
| 【方法】 | i)問題(ニーズ)の発見 | ≪アセスメント≫ |
| | ii)問題を解決するサービスの提供 | ≪問題解決型サービス≫ |
| | iii)サービスのマネジメント | |

【ケアマネジメントのプロセスとケアマネジャーの役割】

“ケアマネジャー＝ケアをマネジメントする者”

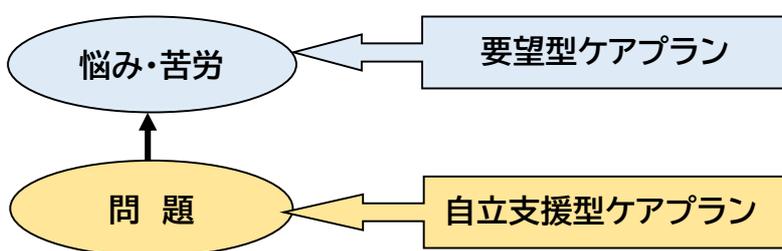


2 ケアマネジャーとしての専門性

[プロのケアマネジャーの基本原則]

- 要望型ケアプランとは決別する。
- 「ニーズの知識」を身につける。
- 「ニーズ」の有無を判定するために必要な情報は何かを習得する。
- 情報を集める「技術」を身につける。
- 他の職種の意見・評価を聞く。
- 介護の現場に足を運ぶ。

3 要望型ケアプランの問題点



〈要望型ケアプランの欠点〉

- (i) 問題解決にならない
- (ii) 事態の悪化を招く例が多い
- (iii) 要望しない問題は見逃してしまう

プロとして問題解決のプランを示して理解してもらう。

※「要望」とは、意見や意向とは異なる意味で使われていることに注意
例えば、「歩きたい」ということばをそのまま鵜呑みにするのではなく、「歩きたい」と本人が話す言葉の意味を考えることが、ケアマネジャーとして大切です。
「歩けるようになったら、何がしたいですか」とアセスメントを続けた結果、その人の「歩きたい」は、「トイレに一人で行きたい」という意向であったりします。

要望型ケアプランの問題点 ~ある例から~

相談内容:

介護者風邪から体調を崩し、トイレに間に合わずおむつが必要になった、おむつ交換が大変

- 要望型ケアプラン: おむつ交換のためにヘルパーを派遣する

ADLはどんどん低下し、問題解決にならず常時おむつが必要となるなど事態の悪化を招く

- 問題解決型ケアプラン: おむつが必要になった原因は何か 原因を探る

原因は? 閉じこもった生活で足腰が弱ってしまった。

解決に向けて 原因を探り、「活動的な生活」「おむつ外しはできないか」を考えます。

◎その際、まずは要望への対応を行う場合もあるが、真の問題を見落とさないように注意する必要があります。

4 ケアマネジメントの流れ

(1) アセスメント

情報を収集し分析することで、自立した日常生活を営む上で解決すべき課題を明らかにする作業です。情報を集めただけではアセスメントになりません。

➡情報収集:解決すべきニーズの特定【より良い状態を念頭に!】

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| ① 基礎知識を得る。 | 【基礎知識】 |
| ② 個々のニーズを発見するにはどのような「情報」が必要か。 | 【必要情報】 |
| ③ 情報を集めるため、関係者から情報収集する。 | 【技術】 |
| ④ ニーズを特定するための情報収集 “ニーズの枠組みを理解する | 【ニーズ一覧】 |
| ⑤ 系統的にニーズの有無をチェックする。 | 【系統的チェック】 |

(2) ケアプラン作成

- ① 問題解決・自立支援のためであること。
- ② ケアプランをたてたとき、これで“何が解決できるか”を自己チェックすること。
- ③ 予後予測はできているか。(数ヵ月後の状態を予測して、期間を決めます。)

(3) サービス担当者会議～利用者への説明と同意～サービスの調整～サービスの提供

(4) ケアへの介入

- ① 現場へ足を運び、状況(状態)の確認をします。
- ② 個別支援計画を確認します。

(5) モニタリング

- ① 計画どおりにサービスが実行できているか。
- ② 短期目標は達成されているか。
- ③ 本人・家族がサービスに満足をしているか。
- ④ 新たなニーズは発生していないか。

(6) 再アセスメント

- ① モニタリングの結果、状況の変化や新たな課題は生じていないか。
- ② ケアプランの変更が必要か。
- ③ ケアプラン変更にあたり、ニーズ把握のために再アセスメントを実施します。

★8 領域21ニーズとは★

アセスメントでは様々なアセスメントツールが使用されていますが、一定の形式によるアセスメントツールの各項目をチェック・確認すればニーズが発見できるわけではありません。

ケアマネジャーとして「ニーズとは何か正しく知ること」「ニーズを発見するために必要な情報は何かを知ること」「情報を集める技術を身につけ、実際に用いること」「基礎知識を習得すること」などが必要となります。

(ここで使っている) ニーズとは、より良い生活(自立性とQOLの向上)を達成するために解決すべき課題のことです。

世田谷区のケアマネジャー研修では、ニーズを発見する基礎的な知識として、8領域21ニーズ方式(元国際医療福祉大学大学院教授 竹内孝仁氏考案)を活用し、必要な情報の収集・ニーズの発見をしていきます。

プロの職業人として、本人の有する能力を活かし、本人にとっての自立につながるケアプランを提案できるケアマネジャーを目指していきましょう。

8領域21ニーズは、衣食住など、いわば生活を成り立たせるための手段、つまり【手段的ニーズ】と呼ぶべきものです。これらの充足なくして実際に生活は成り立たないか、健全さを大いに失ってしまいます。

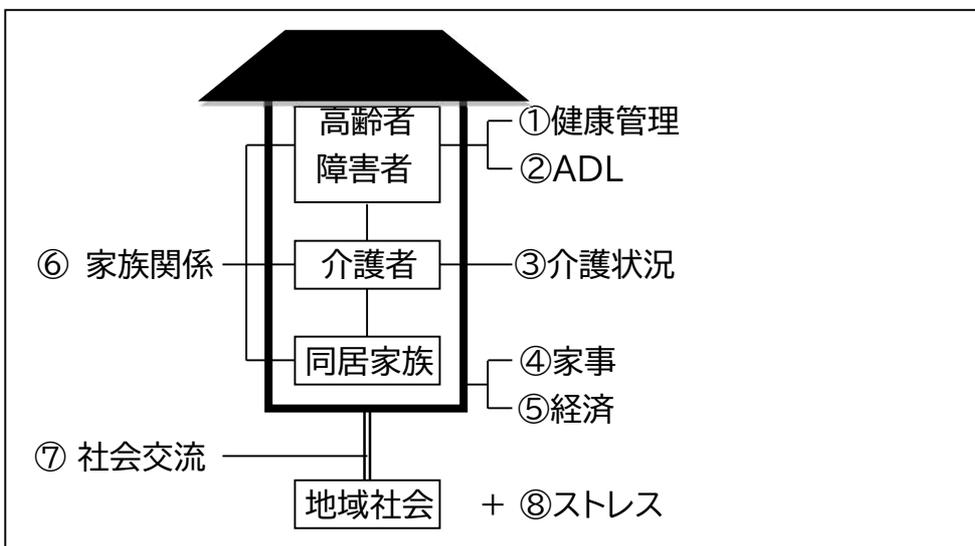
ニーズとは？

利用者・家族の話を丁寧に聞き、その意向や多職種の意見をふまえた上で、専門職であるケアマネジャーが見立てて判断するもの

[ニーズの枠組み]

利用者(介護者・家族)がよりよい生活を得るために、解決すべきニーズを8つの領域からとらえます。

◎8領域の基本的な視点



1. 健康管理

本人の健康状態ができるだけ良い状態にあること。

健康だと良い生活の可能性が増します。

健康はより良い生活を送るために欠かせません。

- ①慢性疾患の管理(療養) ②看護処置 ③ふだんの体調 ④歯と口腔

2. ADL・日常行動

本人のADLを含む日常生活ができるだけ自立していること。

自立に近いほど介護の負担は減り、より良い生活に近づく可能性が増します。

- ⑤自立・重度化予防 ⑥規則的生活 ⑦認知症状の軽減

3. 介護負担

介護者の介護負担は出来るだけ少ないこと。

介護負担を軽減することにより介護者の負担は減り心身ともに自由が増えて介護者のQOLが向上します。

- ⑧動作負担 ⑨時間帯別負担

4. 家事

家事はこれまでどおり、健康的に行われること。普通に行われて、衣食住の家庭運営への支障が少なくなるほど、より良い生活を手にする可能性が増えます。

- ⑩食事・食生活 ⑪掃除・整理 ⑫洗濯 ⑬生活管理全般

5. 経済

経済的に生活が成り立つこと。家庭運営への支障がないほど、より良い生活を支えます。

- ⑭収入 ⑮支出 ⑯金銭管理

6. 家族関係

家族関係が円満であり、トラブルが少ないこと。平穏に保たれていることがより良い生活を支えます。

- ⑰家族関係

7. 社会交流

本人や家族(特に介護者)が家に閉じこもらず、他の人々との社会交流があること。

閉じこもりを防ぎ「ねたきりを予防」し、孤独感が解消され、より良い生活につながります。

- ⑱本人の社会交流 ⑲介護者の社会交流

8. ストレス

ストレスが少ないこと。

ストレスは在宅生活の継続を脅かす恐れがあるので、軽減が必要です。

- ⑳本人のストレス ㉑介護者のストレス

【ケアマネジメントとは？】

ケアをマネジメントすること。ただプランを作るのは、ケアプランナー。マネジメントするためには、介護の現場へ足を運び、ケアの内容が依頼どおり行われているか確認します。

[各 論]

I. 健康管理の領域

1. 慢性疾患の管理

ここでアセスメントする慢性疾患は、治療だけでなく生活習慣の見直しが必要で、生活を変えることで、「状態の安定」が図られる疾患、全身状態に影響を与える疾患の有無を確認します。

●対象とする疾患

- ・高血圧、心臓疾患などの循環器疾患
- ・糖尿病
- ・腎臓病
- ・パーキンソン病などの神経難病

その他の疾患や薬についてもフェイスシートには記載します。

【アセスメントの手順】

《主治医情報》

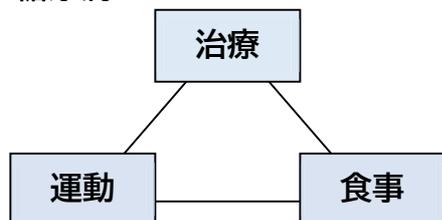
- 病名を知る。 →全身状態に影響を与える治療が必要な病気があるか。
- 症状が安定しているかどうか。
- 「不全」(心不全、呼吸不全、腎不全)の有無
- 看護師による状態観察や指導が要るかどうか。
※療養上の指示の有無・定期受診・服薬管理・生活指導の遵守の確認

● 主治医情報を得ないケアマネジャーは失格

主治医情報を得るためには…「ケアマネタイム」、電話・fax での連絡、受診に同行、「医療介護の連携シート」(区ホームページ) > 福祉・健康 > 高齢・介護 > 介護保険事業者向け情報 > 介護事業に関する報告書・事例集 > 事業者の方が事務手続等に使う書式集)

《食事評価を必要とする病気》

<糖尿病>



<腎臓病> (特に腎不全)

- ① 低蛋白
- ② 塩分制限
- ③ 高カロリー

<高血圧>

塩分制限

【食事評価のアセスメント】

治療食の指示(主治医)の確認・その他内容の確認

- 2~3日分の食内容(メニュー)の把握
- 栄養士に評価依頼
- 家事援助、給食サービス、通所施設での昼食での配慮→[個別援助計画]

(注意) 末期がん、慢性関節症などは、症状により日常生活にどんな影響があるかを確認します。「看護処置」「普段の体調」「自立・重度化予防」「動作別負担」「食事・食生活」等でアセスメントします。例えば、看護師による処置や管理が必要か、体調の不調はないか、食事量や摂食能力に問題はないか、介護負担はないか等、丁寧に聞き取りを行います。

2. 看護処置

褥瘡、カテーテル、胃ろう、気管切開(人工呼吸器装着)、在宅酸素療法など医療機関で看護師が処置や管理を行っているものが、正しい処置や管理のもとで機能していることが大切です。

【アセスメントの手順】

- 看護師の処置・指導を必要とするものがあるかどうか。
- 必要な看護処置が家族の技術で十分か、家族にとって負担や不安はないか。
 - *褥瘡・カテーテル・胃ろう・気管切開・在宅酸素など医療関係者が処置や管理するものを対象としています。

3. 普段の体調

要支援・要介護の高齢者は体調の変化がADLに強く影響しがちなので、体調を良い状態に保つのは大切です。

○体調不良は[急性疾患]の兆候、ときに慢性疾患の急性増悪を招きます。

・ねたきりの場合⇒ADLの低下　・認知症の場合⇒BPSDの激化

○気をつけること:もっとも多いのは[脱水][便秘]。脱水、便秘の確認も忘れずに。

【アセスメントの手順】

[問診]が決め手:関係者はいつも決まったことをこまめに聞きます。

⇒水分摂取量の把握・便秘のチェック

→水分補給
→便秘のケア } 本人・家族・サービス担当者

急性疾患が疑われるとき⇒医療機関を受診します。

問診項目・・・

- | | |
|-------------------|---------------------|
| ① 元気ですか。(顔色と表情) | ② 食欲はありますか。(食べた物と量) |
| ③ 気分は悪くないですか。 | ④ 夜、眠れましたか。 |
| ⑤ 熱はないですか。(平熱を知る) | ⑥ 胸は苦しくないですか。 |
| ⑦ 皮膚の問題はないですか | ⑧ その他の異常はないか・・・ |

《摂食能力・食事量》

- 摂食は自立しているか、時間帯や食事の形態はどうか、嚥下能力はどうか、食事を摂る環境や姿勢はどうか。

:座位の姿勢で食事をとりましょう。

問題があれば、管理栄養士による指導、OT・PTの相談援助など⇒歯と口腔とリンク

○必要カロリー:ADLがほぼ自立:1500Kcal

ねたきり :1300Kcal

《水分摂取量》

- 「元気がない」「食欲がない」「熱がある」「夜間せん妄」などは、まず脱水を疑います。

○1日1,500ml以上　1日 飲水+食物=2100~2500ml 必要

水、お茶、牛乳、ジュースなど。みそ汁(食事で取っている水分)、アルコールは除きます。

(水分摂取の注意点)

腎不全、心不全等がある場合・・・水分制限がないか、主治医に確認すること。
糖尿病の場合・・・多尿になるので喉が渇く。糖尿病があると聞いたらすぐに脱水を疑うこと。糖尿病の場合は1日 1800～2000ml 位の水分摂取が必要な場合があります。1日 1500ml は正常な人。経管栄養の方の脱水にも注意します。

(水分摂取の技術)

コーヒーでもジュースでも、好きなものを見つけて勧めます。
時間帯も大切です。便秘対策には起きぬけの水が実際に効果的です。
「お通じにいいわよ」と言って、勧めます。食前、食中、おやつなど機会をとらえて飲んでもらいます。習慣をつければ飲めるようになります。
☞水分を取りたがらない方には、寒天ゼリーを食べていただくことで、水分と食物繊維が摂れるので、便秘解消にも有効です。

《便秘のケア》

基本的なケア

規則的な生活・規則的な食事

→ 定時の排便習慣

→ 座位排便

→ 繊維の多い食品・食物繊維飲料での補充

→ 水分摂取

→ 運動

それでもだめなら

→ 下剤 → 浣腸 → 摘便

下剤を使うと、排便リズムがつかめなくなり、介護がより大変になります。

《褥瘡の予防》

褥瘡

栄 養
清 潔
除 圧

— 1日の座位時間 重要！！

●おくすり手帳の役割(持ち歩くミニカルテ)

- ・処方歴が時系列でわかるので医師の診察時に役立ちます。
- ・重複、相互作用、併用禁忌を防ぎます。
- ・主治医以外に受診する時や救急時に役立ちます(命綱)。

*****Q&A*****

Q. 種類が多くて服用できない。

A. 一包化を処方医にお願いします。

Q. 服用したか分らなくなる。

A. お薬カレンダーやお薬ボックスを利用し、薬のヒートを残しておくといいです。
お薬を一包化してもらい、事前に服用日を書いておくといいです。

Q. 昼食は外食が多いので昼食後の薬がのめない。

A. 処方医に、昼食後の薬はのみ忘れやすいことを伝え、1日3回の薬を2回にできないか、昼食後の薬を朝食後または夕食後に変更できないか？相談します。



●残薬整理用バッグ

東京都と地域薬剤師会(世田谷・玉川砦薬剤師会)でお配りしています。
残薬が増えると、のみ間違いの原因になり健康被害にもつながります。
わからない薬はかかりつけ薬局にご相談ください。



●ケアマネジャー・サービス従事者へのお願い

- ・訪問時、処方薬がしっかり服用できているか継続的に確認して下さい。
- ・処方された薬で副作用等がおきていないか注意して下さい。特に睡眠導入剤、精神安定剤を服用している方は、ふらつき、せん妄、朝ボーツとしていないかなど注意して下さい。
- ・患者(家族)が薬剤師に伝えたいことがあるか、薬剤師が患者に伝えたことが理解されているか、患者の入・退院状況、処方薬以外のもの(市販薬、健康食品)の服用等は連絡してください。

◎治療上、介護上情報共有の必要性の有無、薬のことなど遠慮無く、薬剤師にご相談ください。

《医療・福祉連携研修》

「在宅療養における薬剤師との連携のすすめ」世田谷薬剤師会マル二薬局小林哲男氏資料より

【失禁】

どんな場合に失禁があるのか。朝から晩まで変わらないかを観察することが改善へのドアです。多尿・頻尿が合併しているかを確認します。夜間の多尿・頻尿は特に介護負担が大きいです。日中の活動量を増やすと夜間の尿量が減ります。楽しんでいいる時・外出時は尿量が減ります。理由は意識レベルの問題で、自宅でぼんやりしていると多尿になります。失禁がどういう時に起きるか。観察→原因究明→対策→「必要なケア」を現場に指示を出します。

【排尿のメカニズム】

脳幹に排泄中枢があり、脳幹から前頭葉に信号を送ると尿意を感じて膀胱に投影します。前頭葉では状況を認知することにより、排泄か抑制か判断します。

(今は授業中なのでトイレには行けない…ここはトイレではないので排泄はできない等)

状況認知、抑制が働くには意識レベルが高くなければだめです。

高齢者は一般に意識レベルが低くなっています。楽しいことや外出で脳の働きが活発になると意識レベルが高くなります。脳の意識レベルをきめるのに姿勢が重要です。

立位は全身の筋肉を使い、脳幹が刺激を受けます。寝てばかりいると脳幹への刺激が少なく意識レベルは低下します。意識レベルの低下の原因は圧倒的に脱水、次が低栄養です。大脳生理学からのアプローチが理論的・科学的ケアのアセスメントのポイントです。

【夜間の多尿・頻尿】

夜間の尿量の減少のためには日中の活動量を上げる必要があります。

年を取ると心臓の力が衰え、筋肉(特に下半身)が失われます。

→末端に行った血液を戻せなくなります。

血液めぐりが不活発になると腎臓をめぐる血液量が減ります。その為に尿量が減ります。

→夜、体を横にすると縦の動きの制限がなくなるので血液が沢山、回るようになります。

夜間尿量を減らすには日中の血液循環の効率を上げることです。

ウォーキングやパワーリハビリが効果あります。

4. 歯・口腔・嚥下障害

歯と口腔の問題は、食事摂取障害や肺機能等に深く関わっており、適切な義歯の装着や口腔ケアを行い、嚥下機能に問題があればその解決の必要があります。

○高齢者には口腔に関する問題があるケースが多い。

→食生活に影響を及ぼす。→誤嚥による危険が高まる。→肺炎のリスクが高まる。

【アセスメントの手順】

○食事の様子 おかゆ、軟菜、きざみ食などの常食以外か。

○歯磨きの習慣、特に夕食後(就寝前)

○口腔内の確認ポイント

- ・歯(義歯)の状態、咀嚼できているか
- ・発赤や出血の有無
- ・歯茎や唇の腫れ、潰瘍の有無

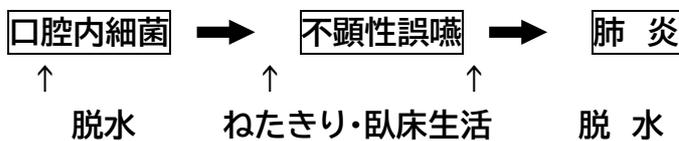
- ・疼痛の訴え
- ・口臭や舌の汚れ、食べかすが残っていないか
- ・「むせ」の症状(水か固形物か)
 - ☆「むせ」、嚥下障害が歯科治療で改善する例は多い
 - ☆おかゆ、軟菜などの摂食の障害が歯科治療で「常食可能」になる例は多い

《ケアのポイント》

- 歯(義歯)の治療
- 口腔清掃の指導
- 口のリハビリ

《口と肺炎》

- 肺炎から死に至るリスクはかなり高くなります。
- 肺炎後にねたきりになる場合、要介護が重度になる場合は多い。
- 既往歴に肺炎がある場合は、必ず「口腔ケア・水分チェック」を行い、再発予防を行いません。



●肺炎予防の柱

座位・水分・口腔ケア

- 不顕性誤嚥とは、睡眠中にじわじわと唾液や食べたものが肺に入ってしまう現象。むせるとい症状がないので、気管に入ったことさえ気づかない場合がほとんどです。

○誤嚥性肺炎の予防

【誤嚥性肺炎をチームケアで予防】

繰り返し肺炎を起こしている人には急性期の治療だけでなく、多職種協働による日ごろの予防が欠かせません。

口腔内の清潔: 歯科医、歯科衛生士、ケアスタッフ

誤嚥をしないための食事介助: 歯科医の嚥下機能の評価、管理栄養士の食事指導、言語聴覚士による嚥下リハビリ、理学療法士などの姿勢矯正、ケアスタッフの食事介助が適切に連携しなければなりません。

ケアマネジャー: 各職種の役割を理解し、誤嚥を起こしやすい原因をアセスメントしてチームの情報共有と合意形成に努めます。

- ※ねたきり・麻痺がある方の口腔ケア: 座位が取れない方は安全な体位をとり、誤嚥に注意します。麻痺がある方は、麻痺側に磨き残しが残っていないか、確認が必要です。歯科医や歯科衛生士に全身状態に合ったアドバイスをもらいます。

お口の機能と気づき

●要介護リスクを高める危険な口の衰え ★3 つ以上「オーラルフレイル」

1. 歯の数が20本未満
2. 滑舌の低下
3. 噛む力が弱い
4. 舌の力が弱い
5. 半年前と比べて硬いものが噛みにくくなった
6. お茶や汁物でむせることがある



●誤嚥の9つの危険サイン

1. 痰の増加
2. むせ
3. 食べ方の変化
4. せき
5. 食欲低下
6. 食事内容・好みの変化
7. 咽頭違和感・食物残留感
8. やせる
9. 声の変化

●オーラルフレイル対策

会話、食事、表情の情出、口臭、容姿を改善し、口腔機能だけでなく、精神心理的問題や社会問題も同時に改善する可能性がある。

《令和2年度医療・福祉連携研修 海野歯科医院院長 井阪在峰氏資料より》

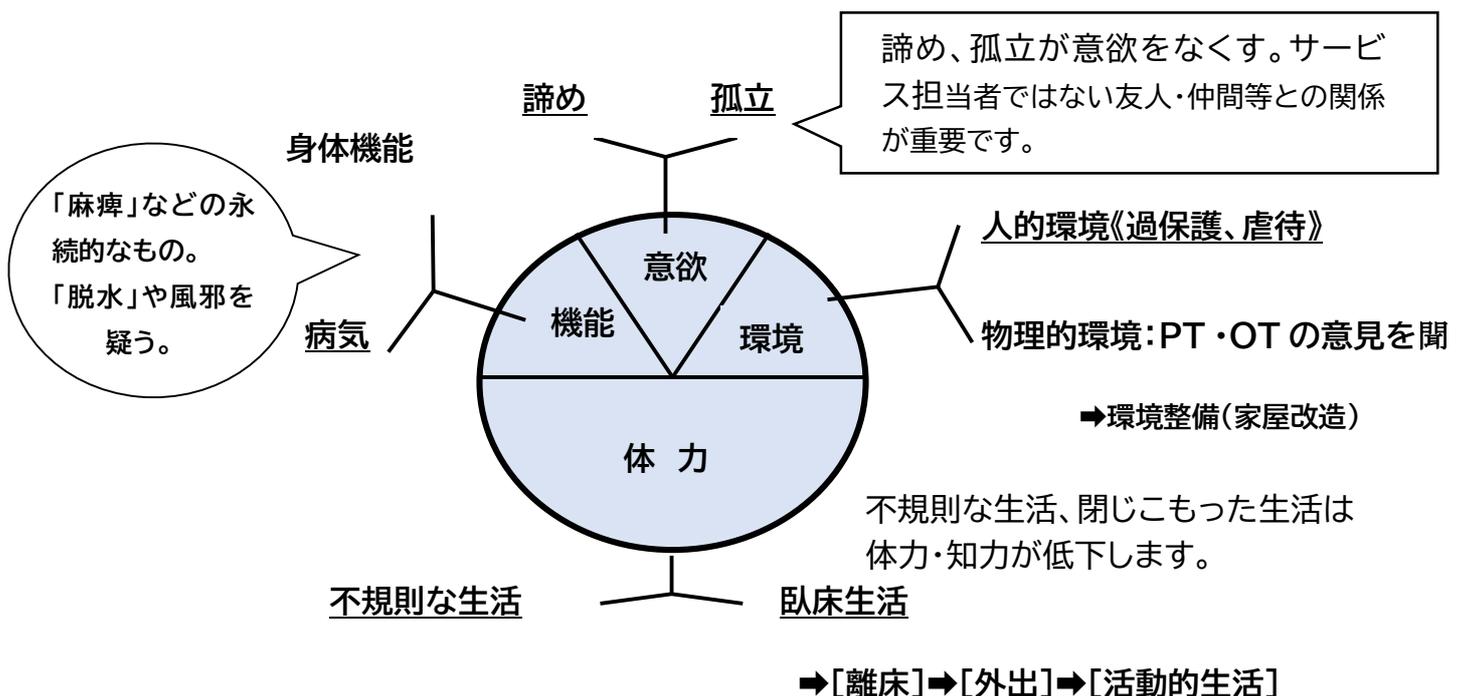
II. ADL・日常行動の領域

5. 自立・重度化予防

日常生活において自立度の低下や重度化が予想される場合にはニーズがあります。ADL、IADLのレベル低下の原因が体力、機能、意欲、環境のどこにあるかをアセスメントします。

ADLと日常行動こそ介護問題の根本

→ケアマネジメント(問題解決型サービス)の目標—自立・重度化予防



【アセスメントの手順】

○外出先と頻度の確認

○要介護の原因(今後、重度化が予想される原因)を各要素にしたがって分析

【介護に対する拒否】

自立・重度化予防のアプローチが困難に陥ることのひとつに「介護拒否」がある。

それは自立に向けた意欲の低下と捉えられるが、その原因にはプライド、価値観、あるいは認知機能の低下、孤独がある。そのことは諦めや孤立を生み、閉じこもり、BPSD、セルフネグレクトといったさらなる困難につながる。

ケアマネジャーは信頼関係を築きながら、ていねいに介護拒否や意欲低下の原因をアセスメントすることが求められる。

《意欲ある生活の確立》

老年期は一般に「うつ」状態。特に、脳血管性うつ…脳梗塞既往のある人は注意をします。

うつ病;食欲が落ちます。うつ病の症状の軽減(改善)のためには、依存できる人が必要です。

信頼関係を構築し、「あなたが言うなら…」という関係を作ります。

【リハビリ】

医療機関でのリハビリは、機能を回復させるため。例;歩く機能の回復

◎生活は、歩く機能の回復だけでなく、「量」をこなせることが必要です。

6. 規則的生活

生活の規則性(起床・就寝のリズム、食事時間などの生活リズム)の乱れは、同居家族の負担が増します。また、不規則な生活は、つい臥床しがちになったりして活動性を低くしていくものです。寝たり起きたりの不規則な生活は体力低下をもたらす→虚弱化→家族のストレスや介護負担が増加します。

- ・同居家族とのミスマッチ、家族との関係を築けない→家族関係の希薄化。
- ・独居は規則的生活リズムをつけるため、メリハリのある生活が必要。

【アセスメントの手順】

○規則性の判断

- ・睡眠・覚醒
 - ・食事時間
- 活動的な生活へ。外出の機会をプランに入れます。

《ケアのポイント》

○サロン活動や介護予防教室に参加する元気な高齢者は、規則的な生活ができます。

例:独居で時間的感覚が乏しい場合は、ヘルパーの訪問時間をそろえて一日のメリハリをつけます。★曜日にデイサービス、★曜日にヘルパーなど、理解できてくるとメリハリがつけやすくなり、活動的な生活を送ることができます。活動的な生活を送ることで睡眠・覚醒のリズムができ、基礎体力がついてきます。

7. 認知症状の軽減

認知症の高齢者では、認知症症状の軽減をはかることがもっとも大切です。

【原因疾患】アルツハイマー病、脳梗塞、脳出血、レビー小体など

【アセスメントの手順】

○「認知症」と判断した根拠は何か？

認知症という診断名だけで、認知症と判断するのではない。

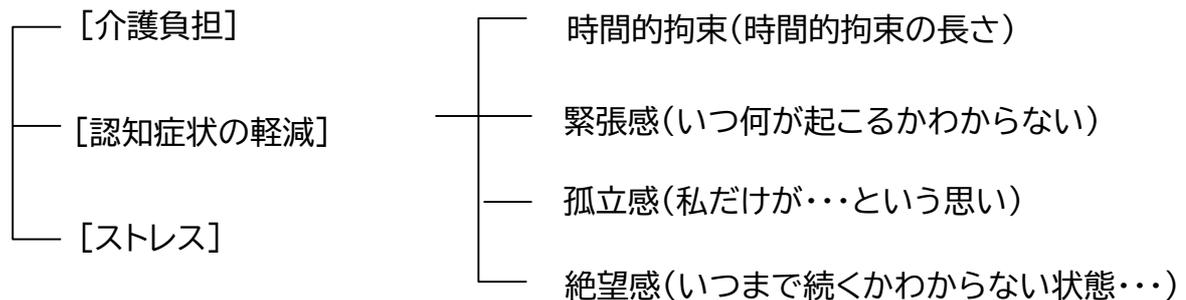
何が問題なのか？うっかりミス、物忘れだけでは認知症とは言わない。認知症ではないのに認知症とのレッテルを貼ってしまっている可能性があります。

認知症の場合、「認知症の行動・心理症状(BPSD)*1の頻度」、「BPSDが起こったときの状況」を確認することが必要です。

症状あれば軽減のニーズあり➡ケアの本質は孤独にしない。友人・仲間を作ること。

***1 BPSD・・・Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia**
認知症に伴う徘徊や妄想・攻撃的行動・不潔行為・異食などの行動・心理症状のこと。以前は介護者側の視点で「問題行動」と呼んでいました。今は認知症高齢者の「行動・心理症状」は様々な混乱要因から生ずるものという理解が進み、BPSDと呼びます。

○認知症の人と家族への支援—その考え方



○認知症例の近隣住民のストレス

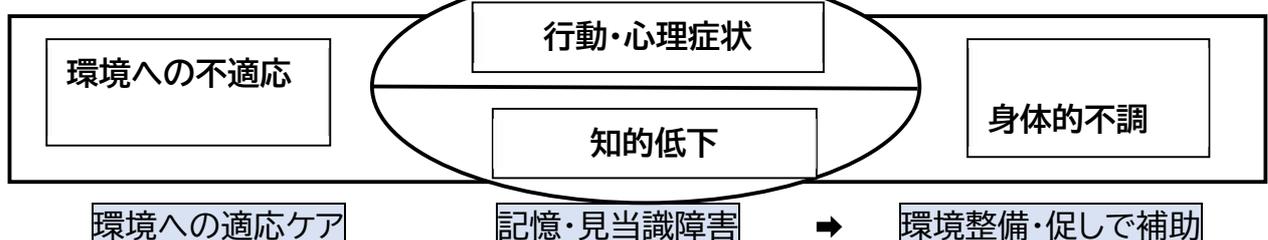
- * 出火などへの恐怖感
- * 「異常者」への不気味さ
- * 生活全般への心配と同情
- * 援助できない無力感

➡ ストレス ➡ 緊張感 ➡ 認知症状の悪化

○独居・認知症の例では必ず「近隣住民」に接触する。

○ケアマネジャーが同時に「直接サービス者」であるとの自覚を持つこと。

(1) 認知症における「行動・心理症状」の種類: 粗暴・異食・徘徊 ➡ ケアで軽減



●「行動・心理症状」だけで、「認知症」の診断名だけで、認知症と思込んでいませんか。

丁寧なアセスメントを行い、よりよいケアにつなげましょう。

【アセスメントの手順】

「いつ」「どこで」「どのような状況で」「どのような言動や行動があったか」
記録の積み重ねで、問題としていることの原因が見えてきます。

①「ADL」上の介護負担➡介護負担軽減

②行動・心理症状に対するアセスメント

- ➡[不適応症状]ではないのか(通所施設利用者)
- ➡[BPSD]か[知的な低下]によるものなのか
- ➡[葛藤型][遊離型][回帰型]か
- ➡社会的な孤立(孤独)はないか

➡ 家族指導、ケア能力ある
施設・ヘルパーによる
ケアへの介入

③身体的アセスメント

「脱水」はないか、「便秘」をしていないか、「低栄養」ではないか、その他の身体的異常はないか。

≪行動・心理症状に対するケアのポイント≫

①「通所ケア」の利用

安定した関係
共にある
行動の了解
タイプ別ケア

② 通所施設への定着➡「環境への不適応」に対するケアへの介入

③ それぞれの行動・心理症状へのケアへの助言

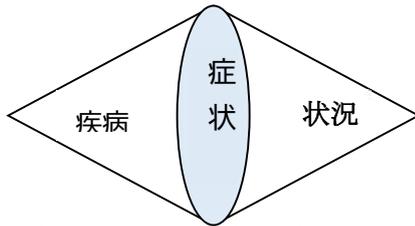
- [環境への不適応] 担当者を決めてかかわる。小グループへの移行(なじみの関係)
- [知的低下] 環境整備による低下した機能の援助(目印をつける)
- [BPSD] ケアの4原則(竹内孝仁先生)によるケア

④ 地域・近隣住民への対応

- ストレスを軽減し・ケアのネットワークに参加してもらいます。
- ケアマネジャー(ケアスタッフ)と近隣住民とのコミュニケーションが鍵です。
 - *ケアマネジャーの存在を明らかにします。
 - *他のサービス(ケア)スタッフを含め、問題に対処することを明らかにします。
 - *問題が生じたときの、「連絡先」を伝えます。
 - *地域・近隣住民には、できる範囲での見守りを依頼します。
 - *地域・近隣住民への感謝の言葉を忘れずに伝えます。

認知症の理解

(1) 精神障害・精神疾患の特徴とケアの立脚点



- 精神障害は「症状」がなくなれば「治癒」
- ケアは状況をつくりだすこと

(2) 認知症状の発現と症状類型(竹内孝仁先生)

①葛藤型:抑制、孤独な状況から現実(状況)への異常な反応
拒否、粗暴、物集め、異食等

例)寝巻きに着替えさせようとするすると暴れる。⇒入院時に拘束されたため、寝巻きの紐を拘束帯と勘違いし暴れる。

②遊離型:現実から遊離した状態
無反応、無関心、無動等

例)発語もなく一日中座ったまま⇒現実世界が辛く反応をしなくなります。

③回帰型:古きよき過去への回帰

現実世界も再構成。古き良き時代の言動、徘徊(本人の目的ははっきりしている)

例1)施設で夜間に「出発進行」と大きな声をあげ、うるさくて周りの眠りを妨げている。

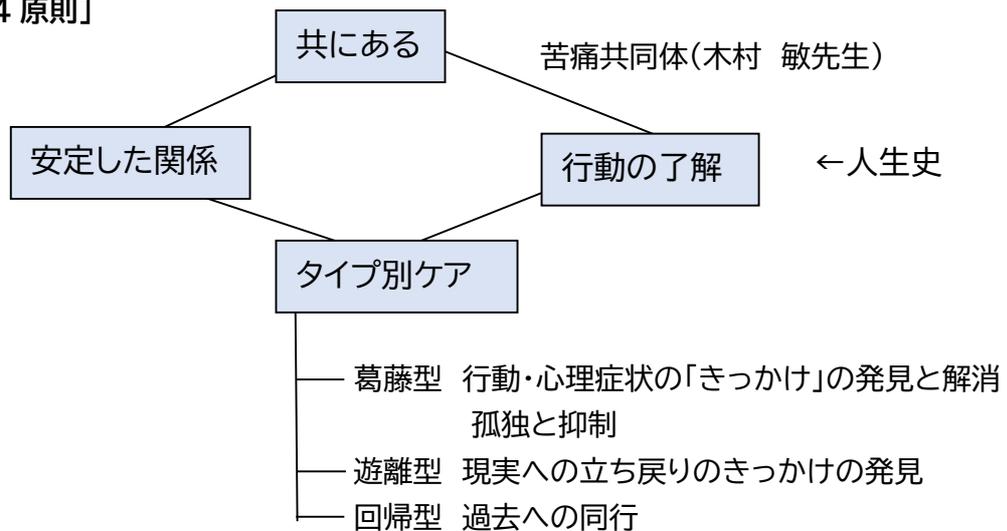
経歴⇒元国鉄マン。「本日の業務は終了しました。」と職員が丁寧に対応を続けるとおさまりました。

例2)一日中他の入所者の経歴や収入、家族関係を聞いて周りが迷惑をしている。

経歴⇒昔、保険のセールスレディだった。⇒NO1の売り上げを表彰したら益々張り切った⇒優秀なので内勤になったと職員が寄り添うことでおさまりました。

(3) 認知症のケア(竹内孝仁先生)

[認知症のケア 4 原則]



木村敏(びん)先生:医学者、精神科医。専門は精神病理学。京都大学名誉教授

参考文献:「介護基礎学」竹内孝仁著 医歯薬出版

「認知症のケア」竹内孝仁著 年友企画

「ケアマネジメントの職人」竹内孝仁著 年友企画

利用者本人の機能を上手く使えているか介護方法のアセスメントが必要となります。

《ケアのポイント》

- ➡介護方法の指導や、利用者本人の自立に向けたリハビリなどを含めて検討します。
おむつで便の介助は大変なので、排便リズムを見つけ、適切なプランを検討します。

9. 時間帯別負担

【アセスメントの手順】

1日のどの時間帯に(起床時、日中、就寝時など)介護負担があるかを確認します。

《ケアのポイント》

家族との生活時間帯が違う場合、介護負担は増加します。在宅生活を継続するためには、介護者支援が重要となります。介護負担軽減に向けたケアプランの作成や、家族会、介護者の会の利用支援を働きかけます。

○介護負担が大きい時間帯:起床時から朝食終了時まで。次いで就寝時

○介護が集中する時間帯と介護者の家事や仕事との関係で増大します。

➡介護が大変な時間帯にサービスを入れないと、サービスの利用価値はなくなります。

(例)就労している場合:介護負担の大きい起床後の介護は出勤前の準備と重なり大変。

役に立つプランでないと、「必要ない」と拒否されます。就学、就労、保育園の送迎時間など介護者の生活時間を把握し、支援するプランを作成します。

【虐待】

介護負担が虐待につながる場合があります。

介護負担軽減のプラン・介護者のストレスを軽減するプランを作成します。

虐待対応ケア会議(総合支所保健福祉課主催)で、虐待の状況が悪化しないように、チームで対応する必要があります。

介護負担軽減のプランでも、虐待が収まらない場合はそのほかの原因を探ります。

IV. 家事関係の領域

家事は本人らしく健康的に行われること。

10. 食事・食生活

【アセスメントの手順】

○献立、買出し、調理、衛生管理

・本人自身が献立を考えているか。買い物の指示が出せるか否か。

・一緒に買い物に出かけることができるか。買い物では適切に必要なものを選択できるか確認します。

例えば、エンドウの鞘取り、もやしのひげきりなどはやってもらうなど、料理づくりに参加できるか等確認します。

鍋釜、食器類が衛生に保たれているか、ゴミの仕分けがきちんとできているか確認し、必要な支援を行います。

11. 掃除・整理

本人ができていることまで取り上げない。本人の能力を生かして支援をします。

意欲の減退、能力のアセスメントが必要です。

掃除・整理は、“物とられ妄想”のある場合は注意が必要です。

12. 洗濯

【アセスメントの手順】

- 本人の能力
- 意欲
- 道具

13. 生活全般の管理

冷暖房の調整、家の戸締り、衣替え、火の始末、ごみの分別等訪問のたびに、嗅覚・視覚をフル活用し、全身で室内を観察します。

【アセスメントの手順】

- 室温：高すぎたり、低すぎたりしないか。(夏はムツとしないか)
- 安全：玄関の鍵、戸締り。焦げたやかんやなべがないか。
- 服装：いつも同じ服を着ていないか。汚れが目立たないか。季節に合った服装か。
- 清潔：ごみが散乱していないか。異臭はないか。

V. 経済の領域

支払能力がサービス導入に直結することもあります。減額の対象になるかなど検討します。→[参考1](#)参照

14. 収入

経済的に生活が成り立つ収入があり、月々使用できる預金等があるかを確認します。

【アセスメントの手順】

○収入：厚生年金か、国民年金か確認。会話の中で、専業主婦だったのか、仕事をしていたことがあるか、どのような仕事だったかなどで、おおよそ年金の種類まで予測できます。

15. 支出

適切な支出ができない理由を確認し、生活困窮、経済的虐待の場合は、あんしんすこやかセンターや保健福祉課に相談します。負担割合証を必ず確認します。

【アセスメントの手順】

○必要な支出ができない理由：本人の認知状況の問題、経済的困窮、経済的虐待？

16. 金銭管理

金銭管理に問題がある時は、地域福祉権利擁護事業(あんしん事業)、成年後見制度の提案など専門職につなぎ連携します。

【アセスメントの手順】

○悪徳販売;布団、空気清浄機、浄水器、健康食品、新聞、家の改修等、チェックの癖をつけます。過去に、訪問販売やオレオレ詐欺などの被害にあった人は、特に狙われます。また被害にあったこともわかっていない場合があります。

訪問中の不審な電話や来客、不審な手紙などについて気かけます。

VI. 家族関係の領域

17. 家族関係

家庭生活の継続に大きな問題がないことが必要です。在宅生活の継続に問題があれば支援の必要があります。家族を無理やり介護の現場に引き込まないようにします。

➡虐待、在宅生活の諦めとなる場合がある。

《家族関係の構造》

介護生活で生じた変化

過去の生活での関係

➡あくまでも介護によって、生じた家族関係に着目します。

《家族関係への援助の基本姿勢》

- 「在宅生活」を継続しようとしている点を重視します。
- 「悪い家族」はいないとの認識を持ちます。
- 家族の「ストレス」からくる関係を誤解ないようにします。

【アセスメントの手順】

- 同居・別居家族間の関係性
- キーパーソンは誰か
- 介護状況で「放置」(虐待)と「異常な過保護」⇒個別面談⇒不満の所在⇒「強弱関係」の発見
 - =本人との関係性に着目します。
 - 例)疎遠・嫌悪・無関心・疲労等⇒「放置」
 - 愛情・責任・執着・義務感等⇒「過干渉」「過剰介護」

《家族関係に問題がある場合の援助のポイント》

- 離れる時間を確保できるプランを作ります。(サービス導入など)
- 弱者への「愚痴聞きケア」、介護負担を軽減するプランを実施します。

- 虐待が疑われた場合は、『世田谷区 高齢者虐待対応の手引き』参照。
- 家族に精神疾患がある場合は保健福祉課保健師に相談します。

Ⅶ. 社会交流の領域

18. 本人の社会交流

サービススタッフとの交流ではない、友人や知人との関係やデイでの人とのつながりが必要です。地域の中での人々との交流が欠かせません。高齢者が外に出ることで、地域の見守りが活性化します。

社会的な孤立は閉じこもりを生み、寝たきり・認知症の重度化を招きます。

【アセスメントの手順】

○他者との交流、交流頻度・外出頻度と外出先をチェックします。

○要介護状態になる前はどのような生活をしていたか。

・誰とどこに、どの様な目的で、どのような手段を使って出かけていたか。

(映画を見に行っていた。喫茶店にモーニングセットを食べに行っていた。会社のOB会に出かけていた。商店街の囲碁センターに行っていた。百貨店に行っていた。パチンコ、カラオケなど何でも良い。興味があったこと、かつて楽しんでいたことなど。)

《ケアのポイント》

その人の自立支援を考えると、暮らしている地域の社会資源の情報収集や生活歴を知ることは欠かせません。「その人にとっての社会での役割」を確認し、地域包括ケアシステム構築に関わる専門職として地域に働きかけてみましょう。

最小単位の社会である「家族」における本人の役割についても考えてみましょう。

【コミュニケーションの障害についてのアセスメント】

社会交流、社会参加を阻害する要因としてコミュニケーションの障害があります。外に出て以前のようなハリのある生活ができるように、次のアセスメントをします。

○視力・聴力の機能についての評価

○意思決定、意思伝達能力の評価

○コミュニケーション障害の原因疾患の確認

○どのような機器を利用しているか(電話、携帯電話、パソコン)

19. 介護者の社会交流

介護のため、外出・自由時間がなくなれば、ストレスが高まります。外出など自由時間が確保できるよう支援します。介護のみでは介護者のストレスが大きくなり、家族関係が破綻する可能性があります。ヤングケアラー、ダブルケアラーの抱える課題についても丁寧にアセスメントし支援します。

【アセスメントの手順】

○自由な時間

○就労の有無

《ケアのポイント》

○仕事がある場合は、介護のために仕事を辞めないように支援します。

○家族会の情報を集め、提案します。

認知症家族会や難病友の会、介護者の会

➔世田谷区ホームページ トップページ > 暮らしのガイド > 福祉・健康
> 認知症支援 > 認知症に関する相談・支援 > 介護者の会・家族会

VIII. ストレスの領域

20. 本人のストレス

- ストレスが強いと考えられる利用者
- ・後天的障害を負った人、特に比較的若い人
- ・葛藤型の認知症の人。認知症の初期の人

21. 介護者のストレス

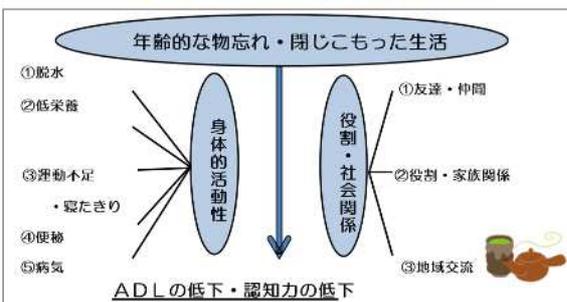
- ストレス発散の3つのポイント
- ・自由時間の確保
- ・人との交流
- ・気分転換

ストレスは本人・介護者の顔つきや言動でチェック



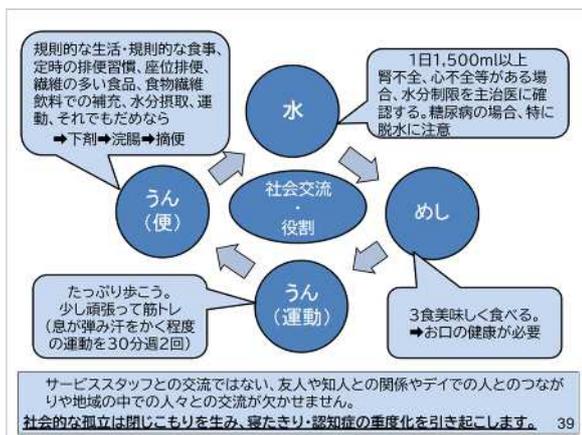
なんとなく生気がない
憔悴しているような顔つき、雰囲気
「気が重い」「気持ちが暗くなる」などの発言。「今後の不安」を口にする

自立性、認知力を低下させないために…



水分・食事・運動・排便・口腔ケア・社会交流・役割

水(1500cc)・めし・うん(運動)・うん(便)＋お口＋社会交流＋役割 38



サービススタッフとの交流ではない、友人や知人との関係やデイでの人とのつながりや地域の中での人々との交流が欠かせません。
社会的な孤立は閉じこもりを生み、寝たきり・認知症の重度化を引き起こします。 39

フレイルサイクルを断ち切ろう！



加齢や疾病が原因で食欲不振になると食事の摂取量が減少し、慢性的な低栄養状態となります。栄養不足の状態が続き筋肉量や筋力が低下するとサルコペニアが発現し、そこを起点に足の筋肉量が低下して歩行速度が落ちたり、身体機能が低下し全体の活動量が減少します。活動量が減るとエネルギー消費量も減少し、エネルギーが消費されなければ食欲がわかず、食事量も増えず、低栄養や体重減少が継続しサルコペニアがさらに進行します。この悪循環がフレイルサイクルです。介入の意義は、このフレイルサイクルを断ち切り、健康回復を目指すことにあります。

※資料：フレイルと認知症ガイド2018年版 編集：日本老年学、ライフ・サイエンス、2018
フレイルと認知症ガイド2018年版 編集：日本老年学、ライフ・サイエンス、2018

「令和2年度医療・福祉連携研修 医療法人社団創福会 ふくろうクリニック等々力 山口 潔先生 研修資料より」

30

「住み慣れた地域で安心して住み続けるために～介護予防・重度化防止に今から取り組むこと」より

『低栄養』予防

食生活チェックシート

項目1~6のあてはまるものに○をして
『低栄養が心配な食事』になっていないか確認しましょう。

1 項目1~5の○の合計数を数えましょう。

1	毎日、3回食事をとる。	
2	毎日、野菜を食べる。	
3	毎日、肉と魚を食べる。	
4	毎日、卵と大豆製品を食べる。	
5	最近、食べられる量が 変わらないか、増えた。	

○の合計数 **4~5個**
食事の工夫ができています。
しっかり食べて低栄養を
予防しましょう。

○の合計数 **1~3個**
低栄養が心配。食事を見直し、
食事の相談をしましょう。

○の合計数 **0個**
低栄養が心配。
食事の相談が必要です。

2 項目6もチェックしてみましょう。

6 この半年間で、
体重が3kg以上減った。

項目1~5の○の合計数が0~3個の方、
項目6に○をついた方は、管理栄養士に相談をしましょう。

栄養・食事のご相談は、お住まいの地域の各総合支所保健福祉センター
健康づくり課の管理栄養士が行っています。まずは、ご連絡ください。

地域	電話	FAX
世田谷	5432-2893	5432-3074
北沢	6804-9355	6804-9044
玉川	3702-1948	3705-9203
砧	3483-3161	3483-3167
烏山	3308-8228	3308-3036

発行 世田谷保健所健康推進課 電話 5432-2440 FAX 5432-3102

食生活チェックシートで 低栄養の可能性

がないか確認してみましょう！！

食生活チェックシートの質問項目

質問項目1~5は低栄養につながると推測
される内容

質問項目6は低栄養リスクが高い

と推測される内容で構成。

毎日の食事で必要な栄養素をまんべんなく
摂り、高齢期になったら体重を減らすこと
がないよう、3つのポイントを意識した
食事を心がけましょう。

・1日3回食事を食べる習慣をつくる。

・毎食「主食・主菜・副菜」を組み合わせ
て食べる。

・肉、魚、卵、大豆・大豆製品のたんぱく
質食品をしっかり食べる。

発行：世田谷保健所健康推進課

食品群 チェック

朝食、昼食、夕食、1日の食事の中で「1回でも食べた食品群」
に「○」をつけましょう。

食品群 (主な食品)	1日目	2日目	3日目
肉類	牛肉、豚肉、鶏肉、ひき肉、レバー、ハム、ソーセージ		
魚介類	魚卵、干物、いか、たこ、えび、貝類、小魚、練り製品、魚の缶詰(ツナ缶、さば缶など)		
卵	鶏卵、うずら卵、卵豆腐		
牛乳・乳製品	牛乳、ヨーグルト、チーズ		
大豆・大豆製品	豆腐、納豆、油揚げ、厚揚げ、大豆、豆乳		
緑黄色野菜	にんじん、かぼちゃ、トマト、ほうれんそう、小松菜、春菊、にら、ブロッコリーなど		
その他の野菜	たまねぎ、きゅうり、きゃべつ、レタス、大根、かぶ、もやし、白菜、ごぼう、なすなど		
海藻類	わかめ、のり、ひしき、もずく、昆布		
くだもの	りんご、バナナ、みかん、キウイフルーツ、梨、桃、柿、ぶどう、すいかなど		
いも類	じゃがいも、さつまいも、里芋、山芋		
油脂類	サラダ油、オリーブ油、ごま油、バター、マーガリン、ドレッシング		
穀類	ごはん、玄米飯、パン、うどん、そば、スパゲティ、中華めん		
○の合計数			

1日分の○の合計数

1~3個 少しずつでも、いろいろな食品 を食べるようにしましょう。	4~9個 あと1歩、もう少しの努力で よい食生活に近づきます。おか ずもしっかり食べましょう。	10個以上 大変よい食生活です。 この調子で頑張りましょう。
---	--	--------------------------------------

主菜は「肉・魚・卵・大豆製品」の
4種類を「手のひらサイズの分量」を
目安に毎日食べる。

肉 魚 卵 大豆・大豆製品

野菜料理(副菜)は
「1日5皿」位を目指す。

緑黄色野菜・両手に1杯、その他の野菜・両手に2杯

★ あなたにあった食事について管理栄養士に相談をしましょう

しっかり食べているか確認できます

食生活チェックシートで確認ができたなら、
裏面のしっかり食べるポイントも確認しま
しょう。

・3日間で12種類の食品群を摂取でき
ていますか？

・1日で食べる必要なが肉、魚、卵、大
豆・大豆製品のめやす量

・1日で食べる必要なが野菜(副菜)の
めやす量

食生活チェックシートの配布場所

・あんしんすこやかセンター

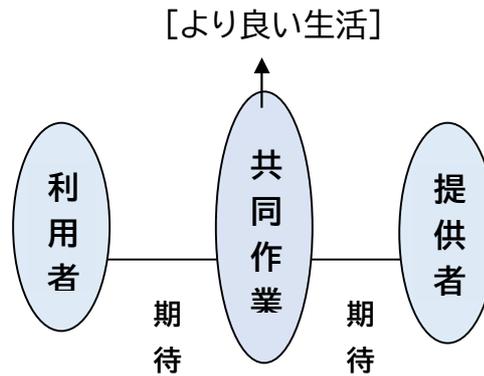
・総合支所保健福祉センター健康づくり課

【困難事例】

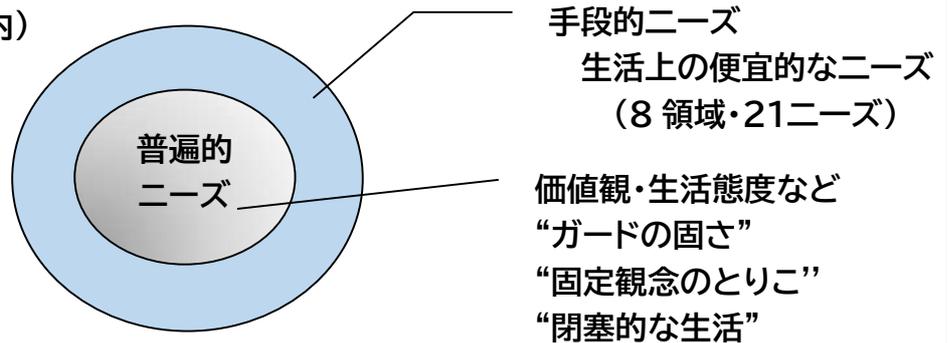
困難事例には、その「困難性」の分析とその原因に対する的確なアプローチが必要です。

1 困難事例の背景

- ①「期待」のすれちがい
(困難事例と苦情の原因)

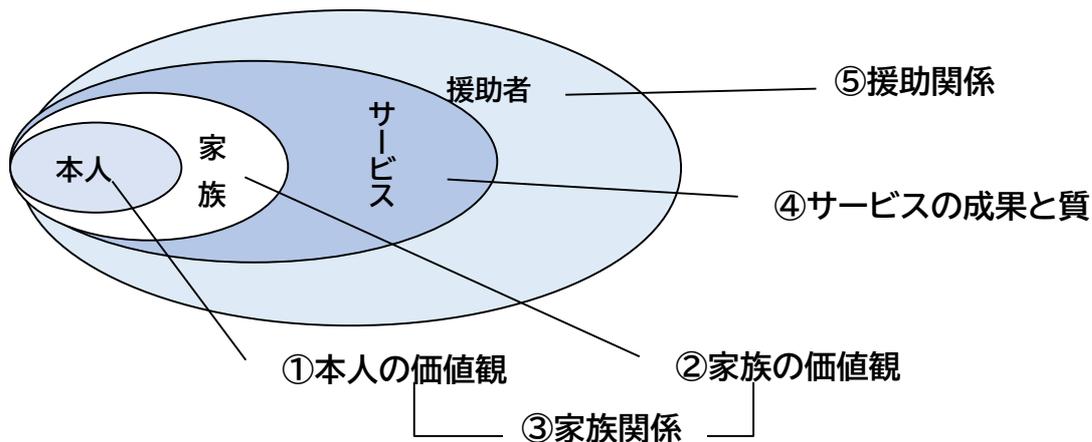


- ②「普遍的ニーズ」(竹内)



2. 困難性の原因

- ①～⑤のどこにあるか？



3. 困難事例への対応

- ◎ しっかりしたケアプラン
- ◎ 信頼関係の構築
- ◎ ピアカウンセリング効果の利用
- ◎ 困難性の分析
- ◎ ときに「暫定ケアプラン」(要望による)

【信頼関係づくり】

- ①Face-To-Face の関係

➔ 【頻繁な接触】

- ②「話し」をよく聞く

➔ 【傾聴】

* 愚痴聞きをいとわない。

* 昔話の効用(回想による自己、自己と利用者本人との関係の再発見)

- ③立場や状況への理解 ➔ 【共感】

* 追いつめられていることが現状の原因との理解 * 自分の身に置き換え

* 相手の役割の評価 * 苦労へのねぎらい

●障害福祉サービスと介護保険サービスの関係

基本的に 65 歳になった方は介護保険サービスに移行

①介護保険サービスへ移行しない場合

相当するサービスがない場合

②障害サービスと介護保険サービスを併用する場合

相当サービスは移行。相当サービスがないサービスは継続

③介護保険サービスの不足分に障害福祉サービスの上乗せ

介護保険サービスに相当サービスがない、障害福祉サービス固有サービスの横出し

特定の介護保険サービスは一定の要件で介護保険利用者負担償還新高額障害福祉サービス等給付制度

2号介護保険サービス利用者は給付制度 非該当

●新高額障害福祉サービス等給付費制度

平成 30 年 4 月 1 日より 高齢で障害のある方の利用者負担制度 が始まりました。

65 歳になるまでに 5 年以上、特定の障害福祉サービスを利用していた方で一定の要件を満たす場合は、介護保険サービスの利用者負担が償還されます。

◎対象となる方

- ①65 歳に達する日前 5 年間、特定の障害福祉サービス(*1)の支給決定を受けており、介護保険移行後、これらに相当する特定の介護保険サービス(*2)を利用すること
- ②利用者の方とその配偶者の方が、当該利用者が 65 歳に達する日の前日の属する年度(65 歳に達する日の前日が 4 月から 6 月までの場合にあつては、前年度)において区市町村税非課税者又は生活保護受給者等であったこと(介護保険サービス利用時も同様)
- ③障害支援区分(障害程度区分)が区分 2 以上であったこと
- ④65 歳に達するまでに介護保険法による保険給付を受けていないこと

《償還の流れ》

65 歳に達する前 5 年以上、特定の障害福祉サービス(*1)を利用

➡介護保険サービスへ移行

➡特定の介護保険サービス(*2)を利用

➡利用者負担を事業所等に支払い

➡利用者負担の償還

*1 特定の障害福祉サービス(介護保険相当障害福祉サービス)とは、居宅介護、重度訪問介護、生活介護、短期入所

*2 特定の介護保険サービス(障害福祉相当介護保険サービス)、訪問介護、通所介護、短期入所、地域密着通所介護、小規模多機能型居宅介護

注)いずれも介護予防サービスを除く

参考1

【介護保険制度に関する利用者負担軽減制度】

○高額介護(介護予防)サービス費の支給

在宅サービスや施設サービスの1ヶ月あたりの世帯の利用者負担額の合計額が一定の上限額を超えた場合、超えた額を高額介護サービス費として支給する。

○高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給

介護保険と医療保険の両方を利用し、年間(8月分～翌年7月分)の自己負担額の合計が世帯の上限額を超えた場合に超えた額を申請により支給する。

○特定入所者介護(介護予防)サービス費の支給

申請により交付された負担限度額認定証を介護保険施設(ショートステイも含む)に提示することにより、食事・居住(滞在)費が軽減される。住民税非課税世帯で、資産要件を満たした方が対象となる。

○所得が低い方の利用者負担軽減

所得の低い方を対象に「生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認(さくら証)」を発行し、介護サービスを利用した際に、本人負担分の一部を軽減する。

ただし、あらかじめ世田谷区に申し出のあった事業者のサービスを利用した場合に限る。

【その他】

※○国民健康保険・●後期高齢者医療

○「限度額適用認定証」(69歳まで)

○「限度額適用・標準負担額減額認定証」(70～74歳)

●「限度額適用・標準負担額減額認定証」(75歳～)

詳細は、区のホームページ、せたがやシルバー情報にて確認してください。

※確定申告について

○要介護等高齢者の方に対する税法上の障害者控除

○介護保険の利用に伴う医療費控除の取扱いについて

詳細は、区のホームページ、国税庁ホームページにて確認してください。

参考2

世田谷区における在宅医療・介護連携の取組み

平成 26 年「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律整備に関する法律」に基づき、医療法、介護保険法等 19 法令の改正

➡在宅医療・介護連携推進事業の開始(介護保険の地域支援事業として)

《事業目的》 医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを実現するため、地域の医療・介護の関係機関が連携して包括的かつ継続的に在宅医療・介護を提供するための体制を構築する。

※平成 30 年 4 月にはすべての自治体に実施を義務付け

○世田谷区・・・区民が安心して自宅で療養生活を送ることができる体制の整備

将来の世田谷区のあるべき姿や施策の進め方について、医療・介護関係者間で協議、共有しながら、それぞれの専門性を活かし、相互に連携して在宅医療・介護連携を推進していく。

【在宅医療・介護連携推進の主な取組み】

- 地域の医療・福祉サービス資源の把握
 - ・「在宅療養資源マップ」(更新版)の活用
 - ・区外の医療機関を含む関係者間の情報共有

- 切れ目のない医療・介護
 - ・各地区における医療職・介護職のネットワークづくり
 - ・医療情報の収集・提供
 - ・訪問看護の支援

- 相談・支援
 - ・在宅療養相談窓口スキルアップの取組み
 - ・在宅医療・介護連携推進担当者連絡会の開催
 - ・病院入退院担当者との情報共有

- 在宅医療・ACPの普及啓発
 - ・「在宅療養・ACPガイドブック」の活用区民向け在宅医療ミニ講座の開催(地区)

- 関係機関との情報の共有
 - ・情報共有システム(ICT)
 - ・医療と介護の連携シート
 - ・お薬手帳を活用した連絡カード
 - ・口腔ケアチェックシート
 - ・お薬手帳を活用した連絡カード
 - ・すこやか歯科健診事業

- 在宅医療・介護関係者の研修
 - ・世田谷区福祉人材育成・研修センターによる研修実施
(多職種で学ぶ医療・福祉連携研修など)
 - ・関係機関が実施する研修への支援
(区西南部地域リハビリテーション支援センターほか)

●世田谷区の在宅医療・介護連携推進のイメージ

資料1-2

世田谷区の在宅医療・介護連携推進のイメージ

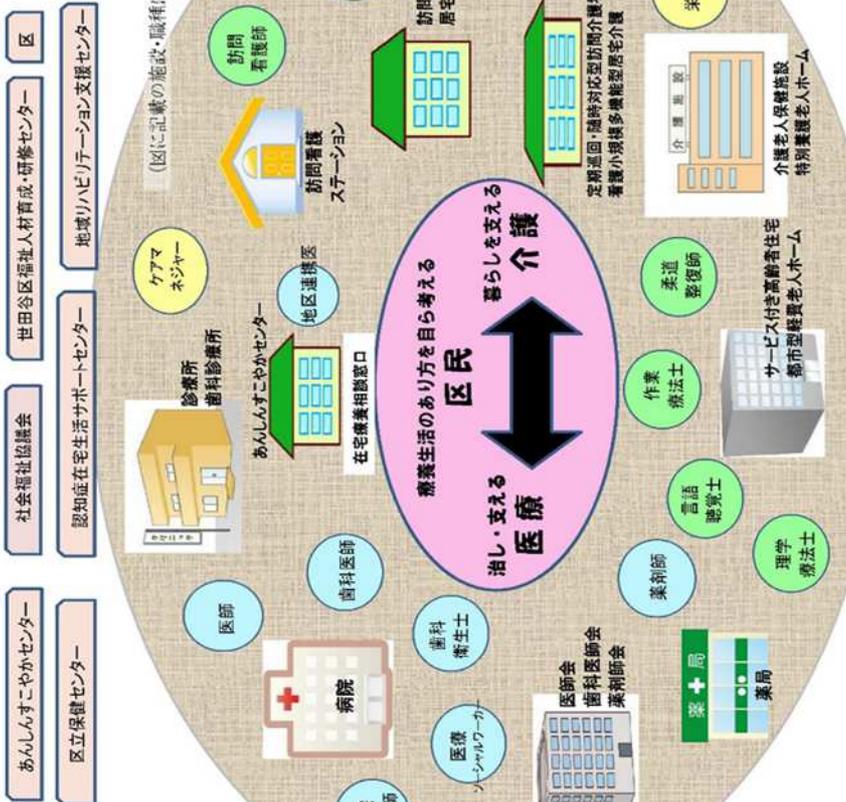
将来の世田谷区のあるべき姿や施策の進め方について医療・介護関係者間で協議、共有しながら、それぞれの専門性を活かし、相互に連携して在宅医療・介護連携を推進していく

医療連携推進協議会

医療や介護に携わる多職種が参加し、世田谷区の在宅医療・介護連携の現状を把握・共有した上で、目指すべき理想像を描きつつ課題の抽出、具体的な対応施策の検討を行う

[在宅医療・介護連携推進の主な取組み]

- 地域の医療・福祉サービス資源の把握
 - ・「在宅療養資源マップ」(更新版)の活用
 - ・区外の医療機関を含む関係者間の情報共有
- 切れ目のない医療・介護
 - ・各地区における医療・介護連携・介護職のネットワークづくり
 - ・医療情報の収集・提供・訪問看護の支援
- 相談・支援
 - ・在宅療養相談窓口スキルのアップの取組み
 - ・在宅医療・介護連携推進担当者連絡会の開催
 - ・病院入退院担当者との情報共有
- 在宅医療・ACPの普及啓発
 - ・在宅医療・ACPガイドブックの活用
 - ・区民向け在宅医療ミニ講座の開催(地区)
- 関係機関との情報の共有
 - ・情報共有システム(ICT)
 - ・医療と介護の連携シート
 - ・お薬手帳を活用した連絡カード
 - ・口腔ケアチェックシート
 - ・お薬手帳を活用した連絡カード
 - ・すこやか歯科健診事業
- 在宅医療・介護関係者の研修
 - ・世田谷区福祉人材育成・研修センターによる研修実施
(多職種で学ぶ医療・福祉連携研修など)
 - ・関係機関が実施する研修への支援
(区西南部地域リハビリテーション支援センターほか)



[在宅医療・介護連携推進事業]
在宅医療及び介護が切れ目なく提供される仕組みの構築を目的として、介護保険の他の地域支援事業等と連携しながら、国の示す(1)から(4)の事業体系に沿って施策展開を図っていく。

(1)在宅医療・介護連携に関して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、施策の企画及び立案、医療・介護関係者に対する周知を行う事業

(2)地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ必要な情報の提供及び周知その他の必要な取組を行う事業

(3)在宅医療・介護連携に関する地域の住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業

(4)医療・介護関係者間の情報共有を促進する事業、連携に必要な互いの位置及び向上に必要な研修を行う事業、その他協定の範囲に応じた取組を支援する事業

【国による達成状況の評価等】

- ・自立支援や重度化防止に取り組み自治体を支援し、より効果的に取組みを展開するよう、国は、本事業の6項目を含む71項目について評価指標を定めた。
- ・この指標の達成状況に応じ、交付金が各市区町村に配分される。
- ・2年度 世田谷区への内示額 100,405千円
得点率 76.8%(76.8%) (本事業100%(100%))