

令和5年度 生活援助検討型地域ケア会議活動実績

令和6年1月末現在

開催目的	<p>介護保険制度において、介護支援専門員は、通常の利用回数よりかけ離れた回数の生活援助が中心である訪問介護を居宅サービス計画に位置付ける場合には、市町村へ届け出る仕組みとなっており、届出を受けた市町村は、地域ケア会議等を通じて、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、介護支援専門員の視点だけでなく、多職種協働による妥当性の検討を行い、必要に応じて居宅サービス計画の内容の再検討を促すものである。</p> <p>さらに、令和3年度の制度改正により、令和3年10月1日以降に作成又は変更された居宅サービス計画について、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占める居宅サービス計画を作成する居宅介護支援事業所を市町村が抽出し、点検・検証する仕組みが導入された。これにより利用者の意向や状態像に合った訪問介護の提供につなげていくものである。</p> <p>こうした取組を通じて、ケアマネジメントの適正化を図り、ひいては、介護支援専門員の資質の向上に資するものである。</p>
実施方法	<p>1回（2時間）当たり 3件程度 月1回 ※リモート会議により開催している。</p>
実施回数	7回15件（8回18件実地予定）
対象者	<p>居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（厚生労働大臣が定めるものに限る。）を位置付けている対象者（要介護認定者）及び令和3年10月1日以降に作成又は変更した居宅サービス計画のうち、一定の要件に該当し、市町村が指定した要介護認定者</p>
助言者	医師、薬剤師、管理栄養士、リハ職、主任ケアマネジャー、地域包括支援センター職員
令和4年度に抽出した課題	<p><課題> 認知症により徘徊等がみられる場合には、介護サービスだけでは支援が不足するため、どのように、必要な支援体制を構築していくか課題となっている。 また、コロナ禍におけるサービス付き高齢者向け住宅等の入居者に対する外部サービスの利用の制限により、利用者の運動や他者との交流等の機会が減少している。</p>
令和4年度末～令和5年度に取り組んだ内容	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年3月24日（介護予防）居宅介護支援事業者説明会実施 「ケアプラン作成における必要な視点」 （内容）生活課題を導くための課題分析（アセスメント）の重要性や、アセスメントを行う上での必要な情報の確認、ケアプランの意味と役割、作成方法、グループワーク、適切なケアマネジメントの手法について等 ・令和6年2月20日介護予防支援従事者研修「介護予防サービス・支援計画書の講義・演習」 （内容）自立支援に資する介護予防ケアマネジメントのためのアセスメントの重要性や介護予防ケアマネジメントの過程に沿った各段階での必要な視点や手法について、アセスメントマニュアルを活用した講義・演習 要介護者等の在宅生活の限界点を高めていくために求められる視点と対策等 ・令和5年度ケアプラン点検 18事業所実施（20事業所実施予定） （内容）居宅介護支援事業所のケアマネジャー全員のケアプランを取り寄せ、点検対象を選択し、作成担当者（ケアマネジャー）と市担当者がケアプランの根拠についての確認を一緒に行う「振り返りの作業」を実施し、次回からのケアプラン作成に役立つように適切なプラン作成の視点・気づきを促すように努めている。 また、地域ケア会議で抽出された課題について、ケアプラン点検時においても低栄養状態のリスクがある場合等における取組の必要性について気づきを促す等、解決に向けた取組を行った。
成果	<p><地域ケア会議での新たな視点やアプローチの方法等についての意見・助言を受けた後のケアマネジャーの取組と成果></p> <p>事例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養改善 →主食がおかゆでおやつの摂取により、体重の増加と筋力低下を懸念されたが、おかゆを米飯に変更し、摂取量も徐々に増やし、副食（軟菜）も通常量摂取するようになった。おやつはお楽しみの日を作るなどの工夫により、徐々に食べなくなり、体重が1年間で8kg減少し、栄養改善につながった。 ・運動機能の維持 →居住系施設入居者が施設での感染予防対策により、外部の訪問リハビリの利用ができなくなったことで、意欲の低下や認知症の進行につながる恐れがあるとして運動の必要性についての意見を受けて、施設内で検討を行い、ポータブルトイレの移乗訓練等のリハビリを開始した。

地域ケア会議から 見えてきた課題	解決に向けた対応	個別ケースに残った課題	地域課題
主な視点 ①運動量の減少 ②体重の減少 ③身体機能の低下による転倒の危険性 ④独居の認知症高齢者の見守り支援	①運動の機会を確保し、リハビリに対する意欲がわくように具体的な目標を設定する。薬の影響で活動量が低下している場合は、主治医に相談し、薬の量や服用時間を調整する。 ②食べこぼしが多い場合は、食器の位置や身体機能に応じた食器に変更するなど工夫を行う。体重の推移や食事摂取量を確認し、食べる意欲がない場合は、食事形態も検討していく。 ③理学療法士等が介入し、筋力強化や転倒予防のためのリハビリを行う。 ④ボランティアや見守りネットワーク事業等を活用して、見守りを増やしていく。	居住系施設の入居者について、理学療法士等によるリハビリや外部との交流が少ない。	認知症により徘徊や不穏行動等がみられる場合における地域の見守り体制づくりと連携の強化

令和5年度に把握した課題	<p>独居で、認知症により徘徊等がみられる場合には、介護サービスのみでは支援が不足することから、ボランティアや見守りネットワーク事業等を活用し、地域での見守り支援を増やしていく必要がある。</p> <p>また、居住系施設の入居者に対して、必要に応じて、理学療法士等による必要なリハビリの確保や外部との交流を増やすなど、入居者の生きがいつくりや、意欲の向上につなげていくための取組が必要である。</p>
対応方針	<p>当該地域ケア会議は専門職からの意見や助言によりケアマネジャーの視点の広がりにつながっているため、当該地域ケア会議での意見等をサービス担当者会議等において情報の共有を図り、利用者にとってよりよい支援にしていくよう検討が行われ、その取組結果について報告を求め、継続的に取組状況を確認していく。また、当該地域ケア会議での専門職の意見等を研修等でいかせるように、指導内容を検討していく。</p>