# 令和３年度
# 第２１回　地域ケア研究会



日　　時：令和４年３月 11 日(金)　9:00
～３月 25 日(金)17:00
開催方法：Vimeo によるオンライン配信
主　　催：兵庫県但馬県民局　但馬長寿の郷

開催にあたり

第 21 回地域ケア研究会にご参加いただき、ありがとうございます。

皆様には、日頃から但馬地域における地域ケア推進にご尽力いただいておりますこと、心から敬意を表しますとともに感謝申し上げます。

本研究会は、但馬圏域の保健・医療・福祉・教育等の地域ケアに関わるものが一堂に会し、参加者同士の意見交換により知見を広め、地域ケアスタッフの資質向上を図ることを目的としています。

本来であれば、演題発表を通じた意見交換を行うところですが、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、オンライン配信による開催とし、メールにて質疑をお受けします。些細なことでも構いませんので、たくさんの質問をお待ちしております。

なお、質疑に対する回答は但馬長寿の郷公式 LINE アカウントにて公開を予定しています。下記 QR コードから友だち追加をお願いします。

**〇質疑の問い合わせ先**

**但馬長寿の郷　地域ケア課　中野**

**Yuuki_Nakano@pref.hyogo.lg.jp**

**〇LINE の友だち追加の QR コード**

# プログラム

| 内　　容 |
| --- |
| セッション１<br>①Vita ホールの取り組みについて～個別メニューの作成～<br>井上医院デイケアセンター Casa&Vita　介護福祉士　亀澤 真奈美<br><br>②福祉モビリティ～医療介護従事者がつくる新しい移動のカタチ～<br>リハビリデイサービス and Reha.　理学療法士　秋山 一平<br><br>③住民、関係機関と共にすすめる小地域福祉活動<br>養父市社会福祉協議会 地域福祉課　係長　小泉 一輝<br><br>セッション２<br><br>④医療的ケア児が地域の学校に通う為に<br>訪問看護ハートステーション　看護師　丸毛 美佳<br><br>⑤安心して暮らし続けるための地域づくり<br>筏民生委員児童委員　中尾 和美<br><br>⑥少子高齢化の限界集落が取り組む　奥八田地域の村づくり<br>奥八田地域づくり協議会　会長　中村 幸夫<br><br>セッション３<br>⑦香美町におけるオーラルフレイル対策の取り組み<br>香美町 健康課　歯科衛生士　吉田 美穂　西谷 真悠子<br><br>⑧朝来市の自立支援型地域ケア会議の取り組み<br>～利用者・家族と共に多職種で自立支援を考える～<br>朝来市 ふくし相談支援課　主任介護支援専門員　夜久 美由紀<br><br>⑨朝来市の自立支援型地域ケア会議の取り組み～本人・家族とケアチームの力～<br>朝来市自立支援型地域ケア会議アドバイザー　管理栄養士　中島 むつみ<br><br>セッション４<br>⑩R3 介護報酬改定後の老健のリハビリテーションマネジメント　現状と今後の課題<br>公立八鹿病院老人保健施設　理学療法士　吉田 一正<br><br>⑪人生の最終段階を支える～ターミナルケアの取り組み～<br>特別養護老人ホーム はちぶせの里　介護福祉士　中川 絵梨香<br><br>⑫豊岡健康福祉事務所における難病の現状と患者支援について<br>豊岡健康福祉事務所　保健師　藤井 萌加 |

# セッション１

①Vitaホールの取り組みについて～個別メニューの作成～

井上医院デイケアセンター Casa&Vita

介護福祉士　亀澤 真奈美

②福祉モビリティ

～医療介護従事者がつくる新しい移動のカタチ～

リハビリデイサービス and Reha.

理学療法士　秋山 一平

③住民、関係機関と共にすすめる小地域福祉活動

養父市社会福祉協議会 地域福祉課

係長　小泉 一輝

# Vitaホールの取り組みについて
# ～個別メニューの作成～

井上医院通所リハビリテーションCaca　介護福祉士
認知症ケア専門士　亀澤　真奈美

## はじめに

Casa&Vitaでは、1人1人の状態に合わせてリハビリテーションを行い、日常生活動作の維持・向上を目指す。

Casaホール⇒50名～60名／日
Vitaホール⇒25名～30名／日

・認知症の症状がある方
・介護度の高い方
・ゆっくり静かに過ごしたい方

**プログラム・サービス内容**
・マシントレーニング
・集団リハビリ
・個別リハビリ
・入浴
・口腔ケア
・栄養
・音楽療法
・アロマテラピー
・フットケア

日々介護する中で疑問や問題点が見られた。
それに対して取り組み、学んだことを発表する。

## 問題点

・自発性がない。
・「帰りたい」と不穏な状態になる方がいた。
・集団トレーニングは、個々の能力に差が生じていた。
・的確な手作業やプリント課題を提供出来ているのだろうか。

**「どうしたら改善出来るだろう・・・」**

**「そうだ！個別メニューを作成しよう！」**

## 個別メニュー表の作成方法

・改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(以後HDS-R)を聴取。
⇩
・介護士専用のカルテを作成し、利用者の状態を把握する。
⇩
・上記をもとに、多職種で話し合いを行い、個別メニューを作成する。

## 改訂 長谷川式簡易知能評価スケールについて

・HDS-Rの評価を見学し、発表者自身が実践し、注意点や配慮点などを学んだ。

⇩

・Vitaホール全利用者50名に対してHDS-Rを聴取。
(質問形式が可能な利用者)

⇩

提供していた課題やトレーニングの難易度が適していない利用者がいた。

## 介護士専用カルテの作成方法

・Vitaホール担当介護士6名で、担当する利用者を決め、既往歴や現病、リハビリ計画書、ケアプランから情報収集を行った。

⇩

・会議の開催
- 個々の情報の共有
- ＨＤＳ－Ｒの結果
- 個々の過ごし方

照らし合わせメニューの提案・意見を出し合い、カルテを作成した。

## 多職種との話し合い

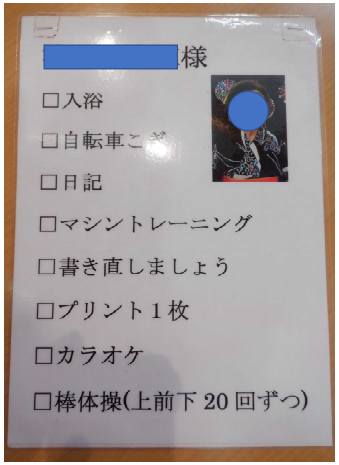
• 介護士が作成した提案をセラピスト、看護師に確認し、意見交換を行う。

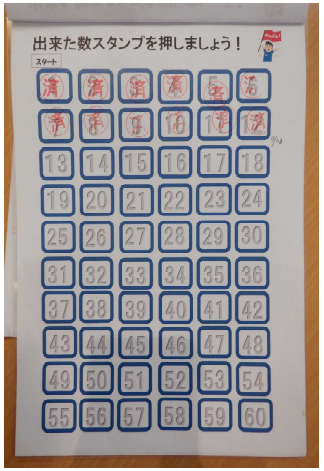
セラピスト…提案を確認し、医療・リハビリテーションの視点から、利用者にあったものであるかを確認する。

看護師…作成したメニューを行う上での看護的注意点を確認する。
(例)・心疾患・糖尿病の利用者　等



## 取り組み




• 朝礼時に個別メニューの説明。

• 実施項目にチェックを記入する

• 一日を通してスタッフが表を確認する。

• スタンプを導入し、出来た数だけ利用者自身でスタンプを押す。

## 個別メニューの具体例

**・嚥下障害・構音障害の方**

⇒口腔体操

スタッフと交換日記を行う

**・失語症・認知症の方**

⇒カラオケ

名詞カード・回想法カード

**・不全麻痺・認知症の方**

⇒手作りペグボード

ボタン練習

リーチ動作の運動

ボール運動・棒体操

おもりを使った筋力運動








## 結果

- 利用者同士が自主的に動けるようになった。
- スタンプ表の導入により利用者の意欲向上・達成感につながった。
- 表情が明るくなり、不安・不穏の方が減り言葉に変化が見られた。
- 統一したトレーニングを提供することが出来るようになった。
- 残存能力を活かした関わりを行うことで出来る事が増えてきた。

## 考察

【認知症ケアの原則】

「その方をよく知り、出来る事をたくさん見つけ、そこにアプローチする」

- HDS-Rで認知機能を数値化し、より正確に把握する。
- 介護士視点での日々の観察、気づきをメニューに生かす。
- 各職種で内容を修正・共有し、同じ目標に向えた。

↓

個々の**出来る事**に視点を合わせ個別性のあるメニューが作成できた

↓

利用者の自主性、意欲の向上
不安、不穏の軽減、ケアの統一
残存能力を活かし出来る事が増えた

## おわりに

- 今回の取り組みで、出来ることが増えたが、まだ実施後の身体的・精神的・生活の変化をアセスメント出来ていない為、今後の課題とする。
- 今後も、カーサの理念である
「全職種が協働して
ご利用者様の訴えを傾聴し
ご利用者様の日常生活向上を支援し
ご利用者様に安らぎと生きがいを感じて頂こう
全職種はお互いに、知識・技能・感性・知性を磨き合おう」
を念頭に、いつまでも居宅で暮らしていけるよう、
多職種で連携し質の高いケアを行うことを目標とする。




# 福祉モビリティ

~医療介護事業者がつくる新しい移動のカタチ~

株式会社アンズケア
代表取締役　秋山 一平

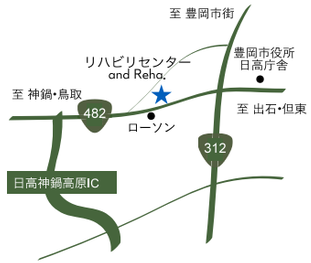



## ABOUT

2019年 11月　株式会社アンズケア 設立

2020年 3月　リハビリセンター and Reha. 開業

所 在 地　豊岡市日高町祢布789－1




And's Care

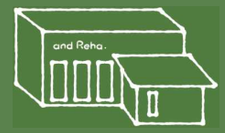
## ABOUT

✔ 経営理念　介護を変える。未来を支える。

✔ 理想像　介護が得意な、

求められることには挑戦する会社。

オーダーメイドのリハビリを。




リハビリセンター
and Reha.










And's Care

# 地域モビリティ構想

Toyooka Smart Community
Powered by TMF

地域モビリティ検討会議

福祉　観光　教育　物流

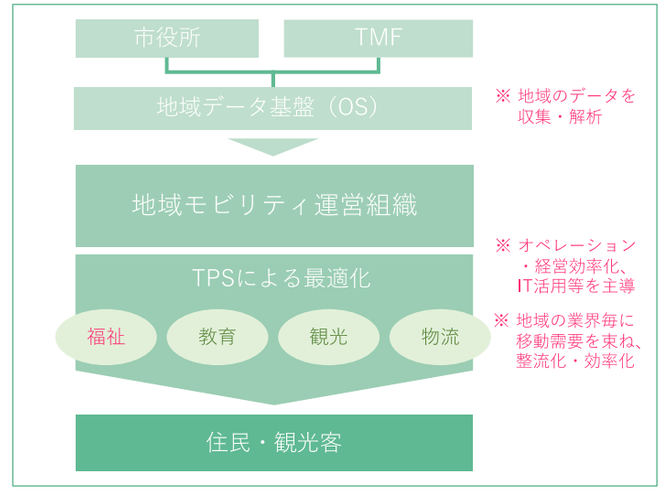
| | |
|---|---|
| 理事 | 豊岡市　関貫 市長<br>TMF　青山 事務局長<br>専門家　太田 直樹 氏 |
| 監事 | 但馬信金　宮垣 常勤理事 |
| 事務局 | 豊岡市役所 |
| スポンサー | トヨタモビリティ基金（TMF）<br>TOYOTA mobility FOUNDATION |

And's Care

# 地域モビリティ構想

## 地域交通が抱える課題

・過疎化による需要減
・運転手の不足
・運営効率化の遅れ
・労使問題の硬直化
・地方財政の逼迫
・補助金による束縛
・法制度の時代遅れ




# 福祉における交通の課題

・選択肢の少ない公共交通
・バス停までの移動距離
・タクシーの待ち時間、費用

・高齢や障害による運転への不安
・自家用車ありきの生活立地条件
・家族の負担

・外部環境による移動控え
（感染症・積雪・寒さ）

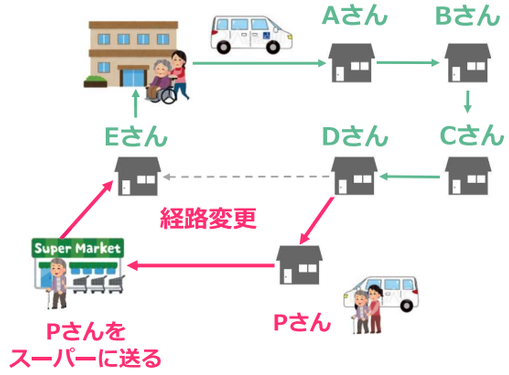

高齢者

・複雑な法制度
・人手不足
・業務負担


介護事業者

And's Care

# 送迎の“ついで”に移動支援を




## 自家用有償旅客運送制度

| | |
|---|---|
| 実施主体： | 豊岡市 |
| 運送主体： | アンドリハ |
| 利 用 者 ： | 通所施設の会員に限定 |
| 車　　両 ： | 通所施設の送迎車 |
| 運 転 手 ： | 通所施設の職員 |
| 運送区域： | 日高・神鍋区域に限定 |
| 予約方法： | 事前に予約 |
| 利用料金： | 500円／回 |

And's Care

# 福祉モビリティ実証実験





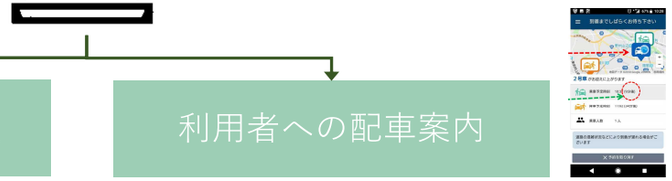

And's Care

# ICT活用による送迎システム効率化

送迎計画

利用者による配車依頼

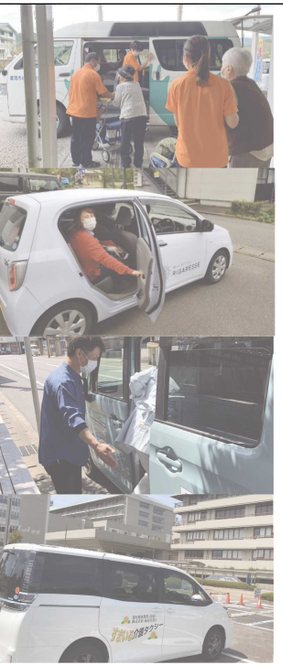




送迎計画の
修正・ナビゲーション

利用者への配車案内

And's Care



# 福祉モビリティのこれから

協業

医療介護事業者による
モビリティネットワーク

ICT

・2,000回以上の訪問活動
・1,500人以上のデイサービス送迎
・約40台の介護タクシーによる輸送
（豊岡市内において、１日あたり）

MaaS

✔ 医療介護事業者がつくる新しい移動

# And's Care のこれから

リハビリセンター and Reha. TOYOOKA
２０２２年４月　オープン予定！

地域のリハビリテーションニーズ充足

福祉モビリティ拠点の拡充

セラピスト（PT/OT/ST）の可能性追究

And's Care

令和３年度　地域ケア研究会　　令和４年3月5日

# 住民、関係機関と共にすすめる小地域福祉活動





社会福祉法人 養父市社会福祉協議会
地域福祉課　係長　小泉　一輝

## 養父市の現況

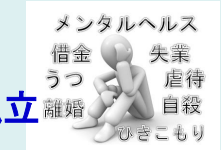
令和3年12月31日現在

| 地域 | 世帯数 | 人口 | 高齢化率 | 後期高齢化率 |
|---|---|---|---|---|
| 養父市 | 9,281 | 22,389人 | 39.03 % | 21.50 % |
| 八　鹿 | 3,808 | 9,300人 | 36.39 % | 19.66 % |
| 養　父 | 2,766 | 6,791人 | 37.81 % | 21.32 % |
| 大　屋 | 1,396 | 3,173人 | 45.35 % | 26.00 % |
| 関　宮 | 1,311 | 3,125人 | 43.10 % | 22.78 % |

## ご近所で気になる方や心配なことが…

### 深刻化・潜在化する福祉課題

- 近所づきあいが少ない
- ひきこもり（8050・9060問題）
- ゴミ屋敷　　地域から孤立
- 親の年金で生活
- 外国出身者の孤立




- 自殺　　見えにくい貧困

新型コロナウイルス感染症により深刻化・複雑化

### 地域の生活課題

- 公共交通の問題、買い物難民
- 通院ができない
- ゴミ出しや除雪ができない
- 行事や日役が続けられない
- 空家の増加
- 耕作放棄地、獣害




## 第3次地域福祉推進計画を策定
（2019年～2023年）

《福祉目標》

**だれもが　つながり　ささえあう**
**いのち輝く　まちづくり**

～オール養父市で未来へ～

全市的重点目標

**身近な地域での、声かけあい、見守りあい、たすけあいの輪をひろげよう**

## 小地域福祉推進組織の支援

### 福祉委員の設置　（令和3年度 福祉委員人数：767人）

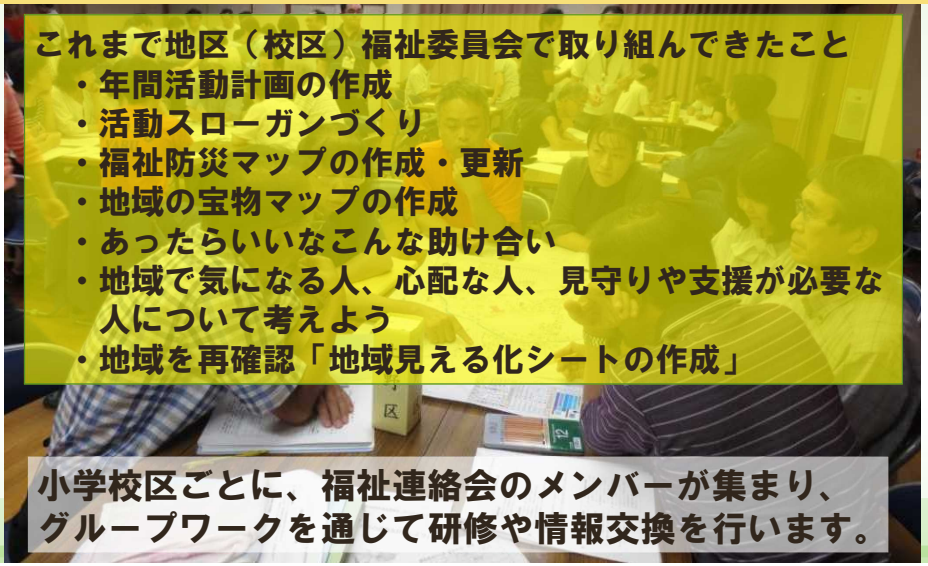
福祉委員は、行政区（自治会）での福祉活動を、区長や民生委員･児童委員、民生･児童協力委員たちと協力してすすめていく人たちです。設置数は隣保ごとか、10～20世帯に1名です。

### 福祉連絡会づくり（令和3年度 福祉連絡会設置区数156区 1,102人）

行政区（自治会）での福祉問題を、福祉委員のほか、区長や民生委員･児童委員、民生･児童協力委員、その他関係者と話し合い、福祉活動の企画や地域で課題（問題）となっていることを話し合う「協議の場」です。




## 地区（校区）福祉委員会




## 地区福祉委員会での情報交換で「集いの場」は増加




## コロナ禍のもとでの地域活動



## コロナ禍のもとでの社協の取り組み

令和2年3月から地区福祉委員会と、福祉連絡会研修会は中止。

そこで、職員が各区に出向き福祉連絡会に参加して、福祉活動について一緒に協議しています。





福祉連絡会と社協をつなぐ情報紙「ねっとわ～く」を発行。見守り活動や、コロナ禍における新しい小地域福祉活動の取り組みを中心に掲載し、情報を発信しています。

## コロナ禍のもとでの社協の取り組み




### くらし安心サポーター養成講座

生活のちょっとしたお手伝いで地域を元気にするサポーターを養成。地域に関心を持ち、お互いさまの助け合いの輪を広げることを目的としています。

### ひとり暮らし高齢者友愛訪問

大屋地域のひとり暮らし高齢者宅を訪問し、手書きのメッセージ入りうちわなどを渡す。訪問先では**体調や心配ごと、困りごとについて聞き取り調査を実施しました。**



## 共に生きる地域づくりに向けて

「我が事・丸ごと　地域共生社会」とは・・・

***もっともっと、多くの地域住民が、関係者が、***
***まさに「我が事」として、***
***話し合うことが重要です。***

***“個人の悩みは、地域の悩み　その解決は、地域を変える”***

***「地域のことは地域で決める」***
***真の「住民自治」へ***



***専門職や関係機関がさらに連携・協働し***
***住民と共に、包括的な支援体制整備をすすめます***

## 養父市社協の ホームページ・ブログ・FACEBOOKを ご覧ください

ホームページ　ブログ　facebook




ご清聴ありがとうございました

# セッション２

④医療的ケア児が地域の学校に通う為に

訪問看護ハートステーション

看護師　丸毛 美佳

⑤安心して暮らし続けるための地域づくり

筏民生委員児童委員

中尾 和美

⑥少子高齢化の限界集落が取り組む

奥八田地域の村づくり

奥八田地域づくり協議会

会長　中村 幸夫

# 医療的ケア児が地域の学校に通う為に

訪問看護ステーション　訪問看護ハートステーション

訪問看護ハートステーション　丸毛　美佳
陣在　恭子
長谷坂　真名美
岸本　明美

## 日本の各地域の公立学校に通学する児は全体の医療的ケア児の

**約10%**



## 事例紹介

## 看護の実際と連携



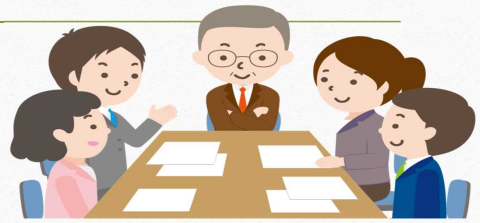
保育園で一緒だった子と
同じ学校に行かせてあげたい



教室での子供の声や臭覚など五感による
刺激が豊富で色々な効果が期待できる
のでは？



教育委員会・
小学校・病院・保健師と特別支援学校
のコーディネーターと共に会議を重ねる



## 学校の受け入れ体制の整備

バリアフリー化
器量機器使用のための環境整備
医療機器の取り扱い
臥床できるスペースの確保

連携体制のシステム化、緊急マニュアルの策定

個別担任の配置、看護師の常時２人配置

# 訪問看護師の役割

- 体調確認
- 異常の早期発見
- 医療機関や各関係機関との連携
- 家族が相談しやすい関係性を築きアドバイス



安定して通学出来ている

# 地域の学校に通うようになって

心地のよい感覚の時は表情をほころばせ、嫌な感覚の時はしかめっ面をするなどの表情が豊かになってきた。



# 安心して暮らし続けるための地域づくり



養父市大屋町筏区　民生委員
中尾　和美

| 地域 | 人口 | 高齢化率（%） | 後期高齢者の割合（%） | ひとり暮らし高齢者世帯の割合（%） |
|---|---|---|---|---|
| 八鹿地域 | 9,327 | 36.40 | 19.68 | 20.47 |
| 養父地域 | 6,804 | 38.01 | 21.43 | 21.66 |
| 大屋地域 | 3,199 | 45.48 | 26.20 | 26.85 |
| 関宮地域 | 3,123 | 43.07 | 22.67 | 23.61 |
| 養父市 | 22,453 | 39.11 | 21.56 | 22.23 |




**筏区**

65世帯　120人
高齢化率　59.17%
ひとり暮らし　25世帯
高齢夫婦のみ　15世帯

令和3年9月末「住民基本台帳」より

## ケースをとおした見守りの実際

ひとり暮らし　男性

・お母さんの介護のために帰省されました
・地域の活動には参加されます
・お酒好きです
・持病の腰痛で動けなくなり困られた時に、包括・社協・民生委員等の関係者が本人の許可を得て裏口から入らせてもらいました。家の中は生活ごみがあふれていて、本人の寝ているところまで足の踏み場もない状態でした。救護係、片付け係に分かれ対応し、入院となりました



## 見守りの実際

・入院中は「退院後、自分のことはできるようになりたい」とリハビリをがんばっておられると、うかがいました
・退院前のカンファレンスに民生委員として参加しました
・入院中に、地区の関係者でゴミの片付けや有志での障子貼り等息子さんと一緒に在宅生活ができるよう環境を整えました
・ケアマネが、訪問看護やヘルパー、配食サービス等を調整し在宅生活が始まりました
・区の福祉委員会で、本人の支援には周囲の見守りや声かけが必要と確認し、散歩途中やバスを待っているときなど、本人を見かけたら声をかけるようにしました

# 見守りの実際



- 声をかけてもらえるのは嫌ではない様子です
- 地域のみんなの関りで、本人が少し変わってこられました
  お礼（ありがとう）が言えるようになりました
  近くでグラウンドゴルフが行われています。競技に参加はしませんが、会場まで様子を見に行くようになりました。
- 寒くなってきたので、部屋の暖が取れるよう障子貼りをしようと考え、福祉委員会で地域の支援者を募り対応しました。
- 支援を受けるだけでなく、本人にも障子をはがしたりさんを拭くなど役割を持ってもらいました。



# 支援がうまくいったポイント

支援者の役割がはっきりしていた
民生委員宅から近く、見守りがしやすかった
元気なころからの関係性があった
地域のネットワークができている
みんなで見守り、声かけ
自立してもらいたいので、かまい過ぎないよう気を付けている
　送迎してあげるのではなく、バスの優待乗車券をもらう
　バスの時間を伝え、買い物や受診等自分で行けるよう支援
包括支援センターとタイムリーに連携できた

# 筏区のとりくみ（見守り）

高齢化が進む地域課題への取り組みとして、
20年以上前から、地域の見守りを行っている



高齢者
ひとり暮らし
若くても情報が入りにくい人　等、

**「見守り表」を作成**

※　高齢でも自立しており、必要ない方もあります

# 筏区のとりくみ



地域の**見守りは、担当制度**をとっている
　全員を把握することは難しい
　忙しい担当者のフォロー体制があり負担を少なくする
　“できる人ができることをする”をモットーに

**角度を変えた声かけ**



・地区活動に参加しにくい人への声掛けは、
　役員でなく友達から
・参加されたときには、みんなが声かけをする

# 筏区のとりくみが継続している理由

役員の任期は２年
　毎年半数を改選
　状況を知っている人が半分残るので継続しやすい
しっかり申し送りをし、情報共有がしやすい
役を抜けても見守りを継続してくれる




見守りや声かけは、昔から行ってきていることなので、特別意識しなくてもできること
“みんなで助け合い、何とかしないと”という思いでやってきた


市木：ぶな


市花：みすばしょう


イメージキャラクター
“やっぷー”



養父市みんな元気・やぶからぼう
たいそう推進キャラクター
“やぶからぼうや”



**ありがとうございました**




## 「新しい地域のコミュニティづくり」の概要

**過疎化・少子高齢化**により**高齢者の見守り**や**雪かき、草刈り**など生活支援機能が低下しており、**空き家や耕作放棄**の増加、里山など財産管理など地域課題がますます増している。その地域課題対応のため**行政と地域が、連携・協力**し新しい地域運営が求められている。

目的⇒「地域コミュニティづくり」の集いの場づくり支援

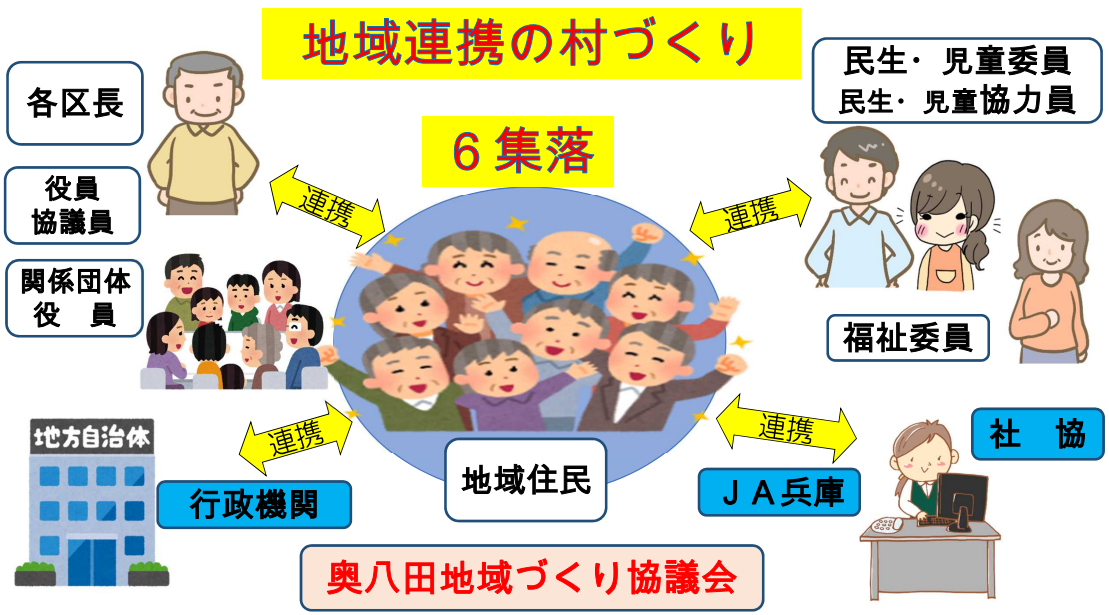
①地域住民の当事者意識(現状・課題・取組み等）の醸成

②自治体等のサポート

③組織の設立を促す要素（財源・制度・人材）

⇒「集落支援員制度」

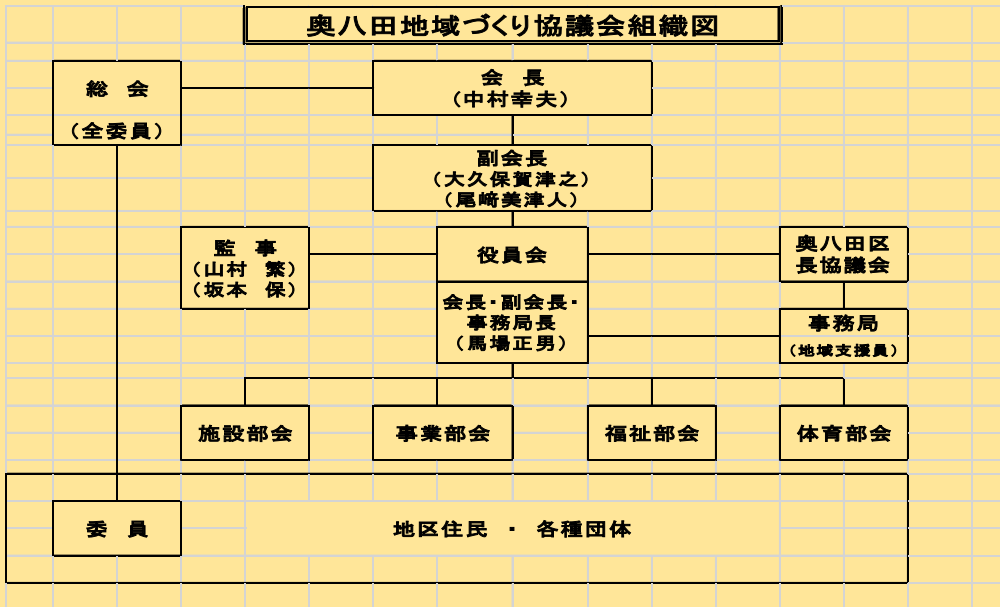
## 地域連携の村づくり




| 令和２年度 | 奥八田地域 人口集計表 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 地　区　名 | 青下 | 岸田 | 田中 | 石橋 | 前 | 海上 | 合計 |
| 人　口 | 59 | 112 | 62 | 20 | 71 | 95 | 419 |
| 平均年齢 | 64.2 | 60.3 | 60.3 | 68.8 | 65.5 | 65.0 | |
| 高齢者人口 | 35 | 52 | 33 | 14 | 40 | 63 | 237 |
| 高齢化率 | 59.3% | 46.4% | 53.2% | 70.0% | 56.3% | 66.3% | 56.5% |
| 後期高齢者人口 | 25 | 36 | 19 | 10 | 29 | 37 | 156 |
| 後期高齢化率 | 42.4% | 32.1% | 30.6% | 50.0% | 40.8% | 38.9% | 37.2% |

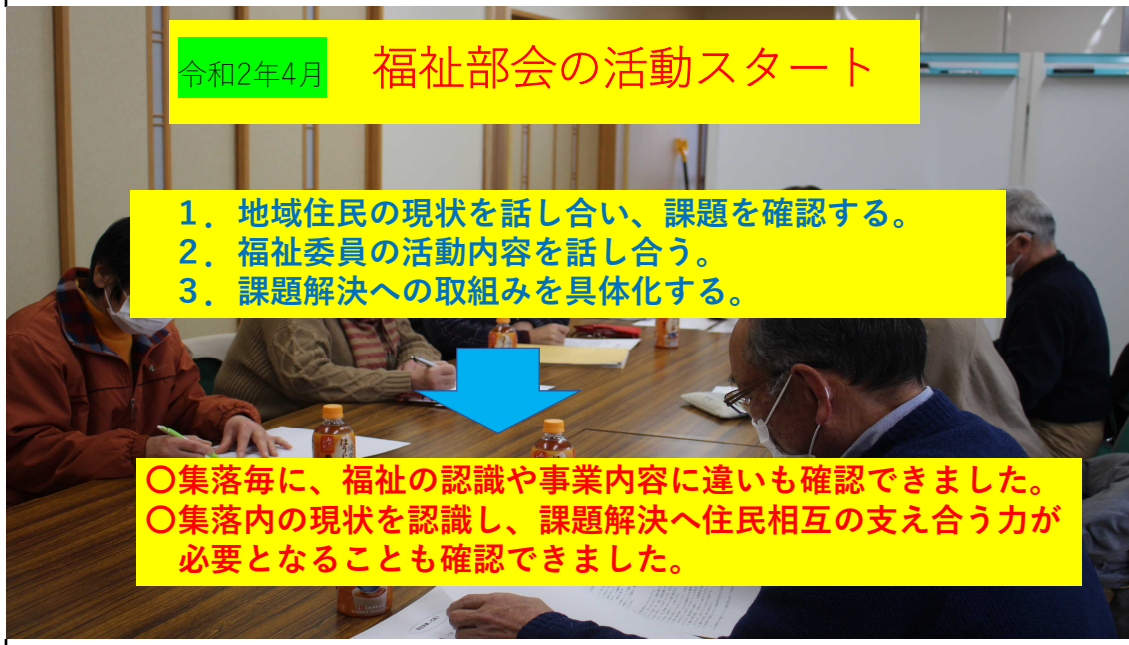
# 奥八田交流館　み　あ　け






別表２　奥八田地域づくり協議会　部会業務分担表

| 部会名 | 担 当 業 務 |
|---|---|
| 施設部会 | ・奥八田拠点施設の設置、管理、運営、活用に関すること。<br>・岸田川水車小屋の管理、運営、活用に関すること。<br>・その他関連施設の運営等に関すること。 |
| 事業部会 | ・地域振興、交流事業に関すること。<br>・生涯学習、文化活動に関すること。<br>・上山エコミュージアムの活動の支援、協力に関すること。 |
| 福祉部会 | ・地域内の高齢者福祉に関すること。<br>・奥八田地区敬老会に関すること。<br>・その他地域内の福祉、防災、防犯活動に関すること。 |
| 体育部会 | ・「スポーツクラブ21奥八田」の関連事業に関すること。<br>・奥八田地区ふれあい運動会に関すること。<br>・その他スポーツ関連事業に関すること。 |



## ○高齢者の日々の悩み・思うこと(現状)

⇒ていねいにかかわり続けると、本音が見えてくる

誰もが生きいきと自立した生活を送れるよう、様々なサービスや活動を組み合わせて、支え合い・助け合う地域づくりを具体化すること。

1）一人暮らし　「人間は一人では生きられない」

2）高齢者世帯　「何かあったときは、この先は～」

3）認知症等介護が必要な人や家族「この先の不安、ストレス」

4）健康に過ごしたい　「介護予防の取り組み」

5）食生活継続や改善　「調理実習や食事サービス利用」

## ○地域課題を見つける(1)

1）地域課題の共通認識がなく、話し合いの場もない。

2）高齢で免許証の返還したいが、公共交通の便も少なく交通手段に困る。

3）通院・日常品の買い物等の移動手段方法に困る。バス停の場所も遠く、複数ヶ所の用事も困難。

4）農地の維持管理、中山間地事業等の事業参加。

5）冬季間の除雪、日常生活の困りごと（重い物の移動、公文書の相談等）。

## ○地域課題を見つける(2)

6）災害時の要支援者の安全確保

7）緊急時の当事者との連絡方法の確保と初期対応、地域内連絡網と専門的知識者の確保など

8）支え合いの組織づくり

9）情報提供と安否確認

10）交流事業の実施
生きいき百歳体操、生きいきサロン、交流カフェ、学習会など

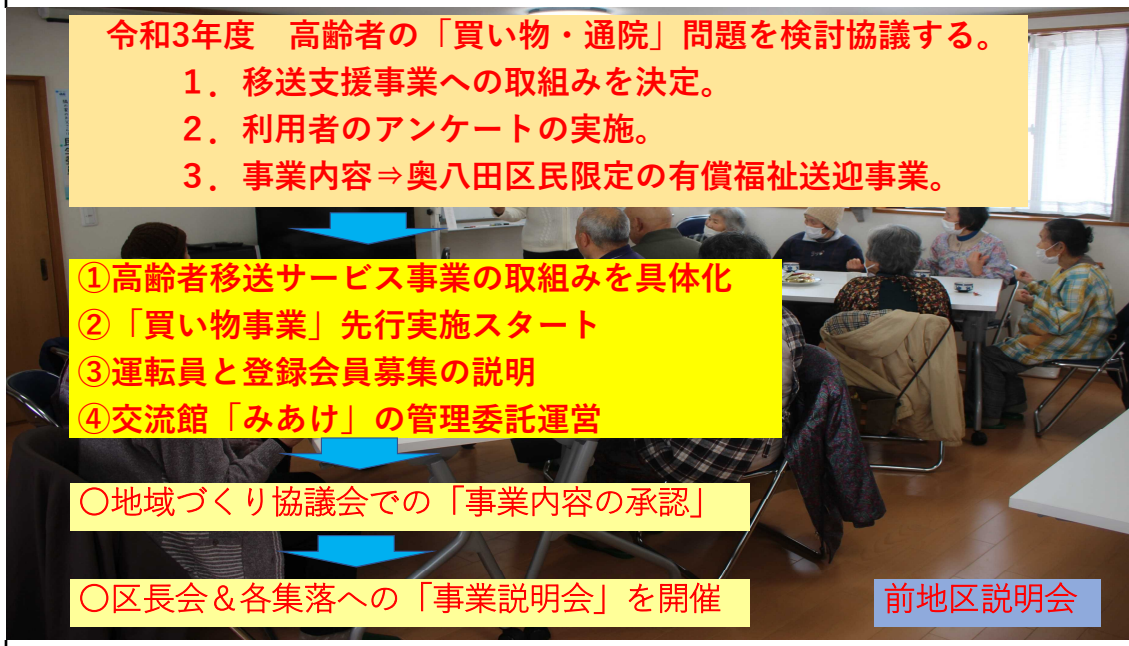
令和3年度　高齢者の「買い物・通院」問題を検討協議する。

1．移送支援事業への取組みを決定。
2．利用者のアンケートの実施。
3．事業内容⇒奥八田区民限定の有償福祉送迎事業。

①高齢者移送サービス事業の取組みを具体化
②「買い物事業」先行実施スタート
③運転員と登録会員募集の説明
④交流館「みあけ」の管理委託運営

○地域づくり協議会での「事業内容の承認」

○区長会＆各集落への「事業説明会」を開催



前地区説明会

# セッション３

⑦香美町におけるオーラルフレイル対策の取り組み

香美町 健康課
歯科衛生士　　吉田 美穂
歯科衛生士　西谷 真悠子

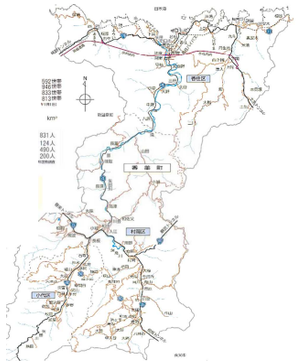
⑧朝来市の自立支援型地域ケア会議の取り組み
～利用者・家族と共に多職種で自立支援を考える～

朝来市 ふくし相談支援課
主任介護支援専門員　夜久 美由紀

⑨朝来市の自立支援型地域ケア会議の取り組み
～本人・家族とケアチームの力～

朝来市自立支援型地域ケア会議アドバイザー
管理栄養士　中島 むつみ

# 香美町におけるオーラルフレイル対策の取り組み



香美町　健康課
歯科衛生士　吉田　美穂
歯科衛生士　西谷　真悠子





# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

目的：後期高齢者の自立した生活のために、生活習慣病等の重症化を予防する保健事業と生活機能の低下を防止する介護予防事業の双方を実施することにより、住民の健康意識の向上や健康寿命の延伸を図る。

対象者：基本７５歳以上の後期高齢者

実施内容：①町ぐるみ総合健診受診者・KDBデータより抽出した健康状態不明者（未医療・健診未受診）・通い場参加者に対し後期高齢者質問票を実施し、ポピュレーションアプローチを行う。

②後期高齢者質問票からハイリスク項目該当者の抽出を行う。

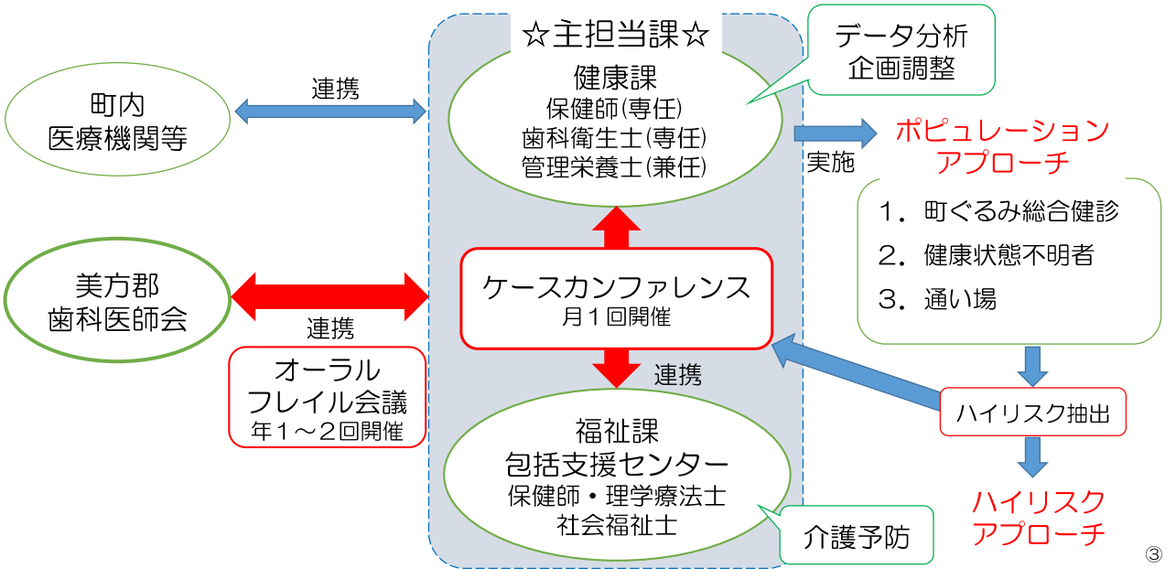
③抽出した該当者へのハイリスクアプローチを行う。

後期高齢者質問票





# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施フロー図






【 令和２年度 一体的事業全体の実績 】

| 後期高齢者質問票実施者数　延べ１３１３人 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 口腔 | 低栄養 | 筋骨格 | 認知機能 |
| ハイリスク項目該当者数 | 76人 | 30人 | 17人 | 8人 |
| リスク項目 | ・固い物が食べにくい<br>・お茶や汁物でむせる<br>※上記2項目該当 | ・BMI20以下<br>※上記の項目該当<br>かつ<br>下記の項目１つに該当<br>・欠食<br>・体重減少 | ・歩く速さの低下<br>・１年間の転倒歴<br>・運動習慣がない<br>※上記３項目該当<br>かつ<br>下記の項目１つに該当<br>・お茶や汁物でむせる<br>・体重減少<br>・週１回未満の外出頻度<br>・他者との交流がない | ・周囲からの物忘れ指摘<br>・日にちが分からない<br>※上記2項目該当<br>かつ<br>下記の項目１つに該当<br>・週１回未満の外出頻度<br>・他者との交流がない<br>・身近な相談相手無し |
| 対応 | ポピュレーション・ハイリスクアプローチの実施 | | 福祉課包括支援センターに情報提供 | |

## ≪ オーラルフレイル対策フロー図 ≫

≪ポピュレーション アプローチ≫
- 後期高齢者質問票のﾌｨｰﾄﾞﾊﾞｯｸ
- 希望、選定地区への歯科講話や口腔機能検査

後期高齢者質問票の活用

≪ 対象者 ≫
1．町ぐるみ総合健診特定健診受診者
2．健康状態不明者
3．通い場参加者

※後期高齢者質問票から口腔ハイリスク項目該当者を抽出

個別アプローチにつなげるアセスメント

【聞き取り確認】
①噛みにくさの状態
②むせの頻度

フレイル該当

≪ハイリスクアプローチ≫

フレイル非該当



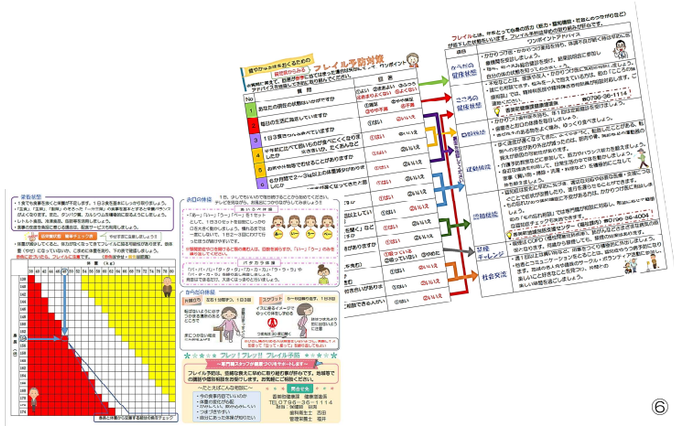
## ≪ 各対象者へのポピュレーションアプローチの方法 ≫

### 1．町ぐるみ総合健診

- 対象：特定健診を受診する後期高齢者全員
- 内容：健診当日、会場内の後期高齢者保健指導で保健師・歯科衛生士・管理栄養士による後期高齢者質問票を活用し、町で作成したフレイル予防のリーフレットで説明、指導。

【 令和２年度 事業実績 】

| 地区 | 会場数 | 質問票回収枚数 | ﾊｲﾘｽｸ項目該当者数 |
|---|---|---|---|
| 香住区 | 10 | 413 | 16 |
| 村岡区 | 6 | 226 | 10 |
| 小代区 | 2 | 79 | 3 |
| 合計 | 18 | 718 | 29 |





### 2．健康状態不明者

- 対象：健康状態不明者全員
- 内容：保健師・歯科衛生士・管理栄養士による生活状況の確認訪問時に後期高齢者質問票を活用し、フレイル予防についてリーフレットで説明、指導。

【 令和２年度 事業実績 】

| 地区 | 質問票回収枚数 | ﾊｲﾘｽｸ項目該当者数 |
|---|---|---|
| 香住区 | 43 | 2 |
| 村岡区 | 25 | 3 |
| 小代区 | 7 | 0 |
| 合計 | 75 | 5 |






### 3．通い場（質問票のフィードバック）

- 対象：参加者全員
- 内容：通い場の体力測定時に福祉課包括職員に同行し、後期高齢者質問票の配布回収。次回の通い場の時に体力測定と後期高齢者質問票の結果返却、指導。

【 令和２年度 事業実績 】

| 地区 | 地区数 | 質問票回収枚数 | ﾊｲﾘｽｸ項目該当者数 |
|---|---|---|---|
| 香住区 | 15 | 213 | 13 |
| 村岡区 | 23 | 246 | 20 |
| 小代区 | 5 | 61 | 9 |
| 合計 | 43 | 520 | 42 |



## 3．通い場（健康教育・健康相談）

・フレイルの説明

・歯科講話

①ちょこっと歯科講話

②しっかり歯科講話

③ハイリスク歯科講話（講話＋評価）

≪ 口腔機能検査 ≫



RSST(反復だ液嚥下テスト)




咀嚼チェックガム

感染対策を行い、口腔機能検査中!!



令和３年度からは健口くん(ハンディ)も活用

【 令和２年度 事業実績 】

| 地区名 | 質問票回収地区数 | フレイル説明 | ちょこっと歯科講話 | しっかり歯科講話 | ハイリスク歯科講話 |
|---|---|---|---|---|---|
| 香住区 | 15地区 | 9地区 | 7地区 | 2地区 | 2地区 |
| 村岡区 | 23地区 | 22地区 | 6地区 | 4地区 | 3地区 |
| 小代区 | 5地区 | 5地区 | 0地区 | 1地区 | 2地区 |
| 全体 | 43地区 | 36地区 | 13地区 | 7地区 | 7地区 |

１地区は口腔・栄養・運動の講話を実施しました。



## ≪ ハイリスクアプローチのフロー図 ≫

口腔ハイリスク項目該当者からハイリスク対象者選定

※口腔ハイリスク項目該当者とは・・・
後期高齢者質問票の下記の項目２つともに該当した者

- 「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」
- 「お茶や汁物等でむせることがありますか」

↓

【聞き取り確認】
元気体操サークルや町ぐるみ健診で対面できる場合は２つの質問項目の状況確認をし、訪問し個別アプローチにつなげるか判断する。

※対面できず聞き取れなかった場合は訪問し確認する。

↓

フレイル該当者
≪ハイリスクアプローチ≫

フレイル非該当者
オーラルフレイル予防の保健指導



## ≪ 対象者へのハイリスクアプローチの方法 ≫

歯科衛生士による３～６か月を１クールとする居宅訪問（２回）・電話による支援（１回）
※基本３回訪問

【初回面談】訪問
①アセスメント
- 質問票の項目の状況確認
- 全身状態
- 口腔状態
- 口腔機能状態

②保健指導
③改善のための目標設定

→

【中間評価】電話や訪問
①設定した目標達成状況
②口腔内・口腔機能の状態等の確認
③継続や改善に向けての助言
※必要に応じて目標再設定

→

【最終評価】訪問
①目標達成評価
②口腔内・口腔機能の状態等の確認

【 令和２年度 事業実績 】

| | ハイリスク項目該当者 | ハイリスク者 | 最終評価修了者 | 目標達成者 | 目標未達成者 |
|---|---|---|---|---|---|
| 香住区 | 21 | 9(42.9%) | 8(88.9%) | 5(62.5%) | 3(37.5%) |
| 村岡区 | 33 | 6(18.2%) | 4(66.7%) | 4(100%) | 0(0%) |
| 小代区 | 12 | 10(83.3%) | 10(100%) | 7(70%) | 3(30%) |
| 合計 | 76 | 25(32.9%) | 22(88%) | 16(72.7%) | 6(27.3%) |



## ≪ ま と め ≫

ポピュレーションアプローチ

- 参加者との信頼関係が築けることで介入しやすい
- 通い場での講話をすることで、前期高齢者への健康教育や他の事業の講話の機会に繋がる
- 健診や医療、他の事業への勧奨で集団健診の受診者や保健事業の参加者の増加に繋がる
- オーラルフレイルだけでなく、他機能の低下に気付き専門職に繋ぐことが出来る

ハイリスクアプローチ

- 訪問対応することで、対象者にあった目標設定や指導をすることができる

多職種連携

- 美方郡歯科医師会とのオーラルフレイル会議での情報・意見交換

### ≪ 課 題 ≫

- 後期高齢者質問票による抽出はできるが主観的のため正確さには欠ける
- 予防に取り組めない方、未受診者にどうアプローチするか

ご清聴ありがとうございました。



# 朝来市の自立支援型地域ケア会議の取り組み
## ～利用者・家族と共に多職種で自立支援を考える～

朝来市ふくし相談支援課　主任介護支援専門員　夜久 美由紀

### 朝来市の概況

人口　約29,200人

高齢者人口　約10,400人

高齢化率　35.5%

面積　403㎢



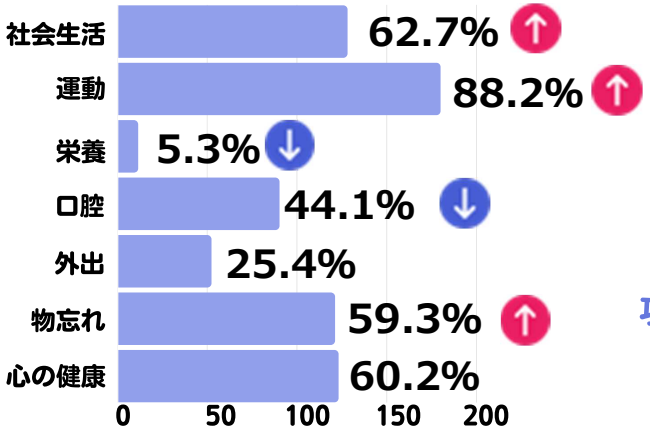
### ケアマネジャーの配置

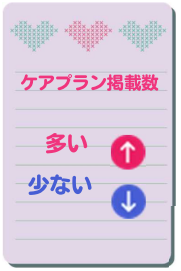
- 居宅介護支援事業所　10か所
- 小規模多機能型居宅介護　6か所
- 地域包括支援センター
  行政直営１か所、法人委託１か所
- ケアマネジャー42人
  うち、主任ケアマネジャー１８人

2021年12月31日現在

## 総合事業の基本チェックリストから見えたこと

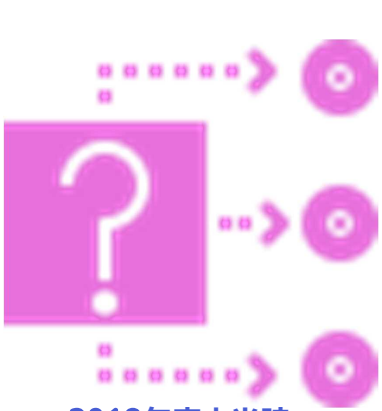
◎基本チェックリストの該当箇所集計（事業対象者204人／2018年1月作成）




項目によってケアプランの掲載率に偏りがある！
なぜ？

## ケアプラン掲載に偏りがある理由として（仮説）



2018年度末当時

- 訴えの多い・少ないの違い
- 見える・見えないの違い
- 専門職との連携頻度の違い

## 対象者全体のケアプランはどうだろう？

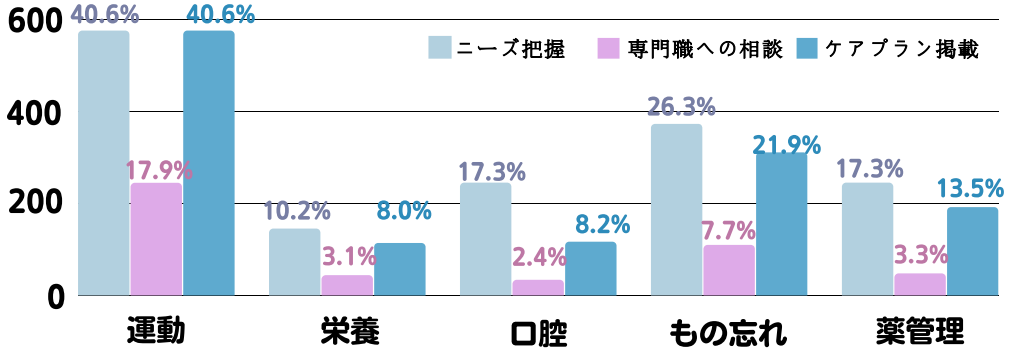
平成30年2月 介護予防の推進に関するアンケート

- 基準日：2018年2月（実施日2018年3月）
- 対　象：居宅、小規模多機能ケマアネジャー　計42人
- 回収率：回収率97%
- 利用者数：1,416人（総合事業・要支援・要介護）

訴えの多い・少ないの違い

見える・見えないの違い

専門職との連携頻度の違い



# 自立支援型地域ケア会議の考え方

## 目的・目標・期限を決める

◎目 的

- 地域ケアスタッフが自立支援に必要な視点を獲得する
- ケアチームが自立支援に必要な視点を個別事例にあわせて活用できる

◎目 標

- ニーズ把握率、連携率、ケアプラン掲載率
  それぞれ10%アップを目指す

◎期 間

- 3年目に再評価、目標達成できたら終了（以後、向こう三軒両隣会議として運営する）

# 自立支援型地域ケア会議の考え方

## 個別性の高い関わりを

◎自立支援型地域ケア会議の方法

- 本人・家族が参加する
- アドバイザーは、質問で関わることを基本とする
- １事例60～90分程度
- 本人のニーズに合わせて、出席するアドバイザーを選定する
- 全てのケアマネジャーが事例提供を経験する

◎アドバイザー（8人）との協働

- アドバイザー連絡会 ３～4回／年
- 質問で関わるための準備
- 事業評価のための項目と手法の検討

## 自立支援の視点を共有する

◎2018年度　基礎研修

- 10月薬管理
- 11月運動
- 12月栄養
- １月もの忘れ
- ２月口腔



◎2019年度　自立支援グループワーク

- 朝来市の自立支援の定義を考え言語化する



# 実施後のケアプランはどうだろう？

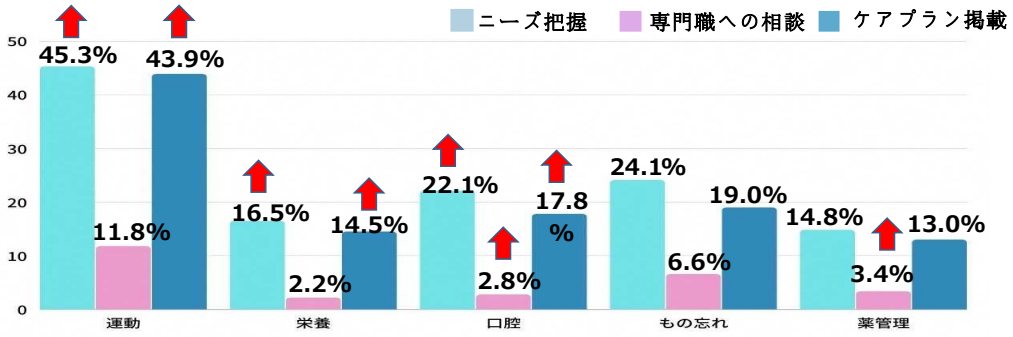
## 令和３年１２月 介護予防の推進に関するアンケート

- 基準日：2021年12月
- 対　象：居宅、小規模多機能ケマアネジャー　計40人
- 回収率：回収率95%
- 利用者数：1,496人（総合事業・要支援・要介護）

訴えの多い・少ないの違い

見える・見えないの違い

専門職との連携頻度の違い




## 3　アンケート集計（後）1496人

| 項　目 | 運　動 | 栄　養 | 口　腔 | もの忘れ | 薬管理 |
|---|---|---|---|---|---|
| 生活課題の把握(A) | 678 | 247 | 331 | 361 | 222 |
| 全利用者に対して | 45.3% | 16.5% | 22.1% | 24.1% | 14.8% |
| 具体策の提案 | 658 | 217 | 267 | 285 | 195 |
| (A)に対して | 96.7% | 87.8% | 80.9% | 78.9% | 87.8% |
| 専門職への相談 | 178 | 33 | 42 | 99 | 51 |
| (A)に対して | 26.2% | 13.3% | 12.6% | 27.5% | 22.9% |

（実施日　2021年12月）

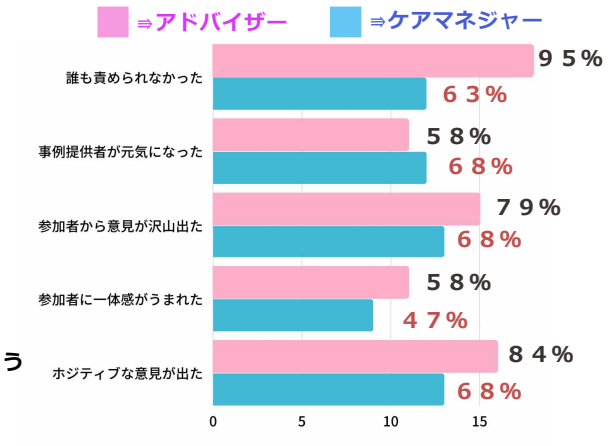
# 自立支援型地域ケア会議の評価

◎2021年度（令和3年12月）
自立支援型地域ケア会議を２０事例実施

◎評価シート記入
- ケアマネジャー１９人（回収率９５%）
- アドバイザー19人（回収率70%）

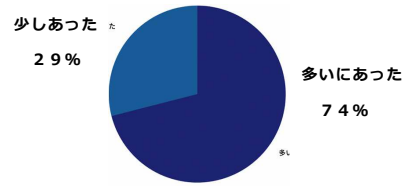
◎会議運営について
相対的にアドバイザーの方が満足度が高い

◎アドバイザーの工夫
- 訪問前に短時間でも波長あわせをする
- 一度に何もかも終わらせようとしない
- ケアマネジャーからフィードバックをもらう

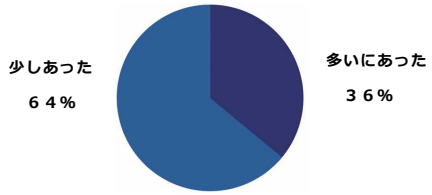



# ケアマネジャー評価シートより（2021年１２月）

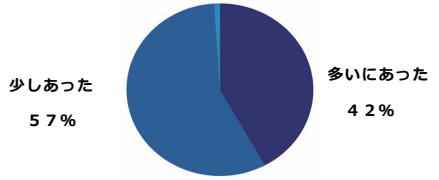
①本人・家族が正しい知識を得られた



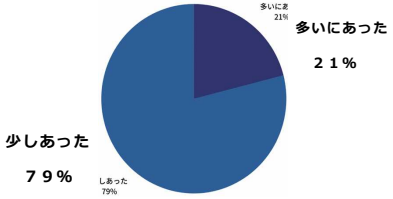

②本人・家族のモチベーションが上がった




③ケアプランに専門職からのアドバイスを盛り込むことができた




④本人・家族に行動変容が見られた




## ケアマネジャー評価シートより

1. チームで利用者理解の深まりにより利用者の強みを見つけることができた。さらにモチベーションに働き替えることで行動変容に繋がることも体感した。
2. １つの視点しかなかったが、アドバイザーの意見によって自分の考えに幅を広げることができた。
3. 声をかえて伝えることで、利用者家族の認知度が高まる。チームでのかかわりで一緒に考えてくれる人がいることの安心感に繋がった

## 今後活かせること

1. 困った時のつながり先を押さえておく専門職の一覧表を作成
2. 関係性の深化
顔の見える関係から気軽に相談していく
3. 互いの専門性を集めて活かす

# 次に活かせる学び（地域包括として）



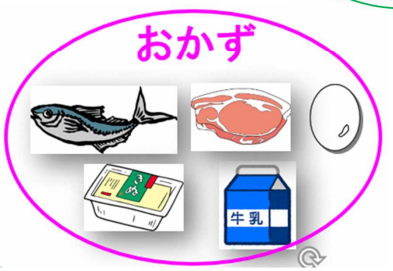
1. 小さな気づきをそのままにせず、仮説をもって実態を確認する
2. 多職種の力とつながり、活躍の場をつくる
3. ケアマネジャーが多職種に相談しやすい環境をつくる（専門職派遣・向こう３軒両隣会議として運営）

# 朝来市の自立支援型地域ケア会議の取り組み
## ～本人・家族とケアチームの力～

食事は1日3回
3つのお皿を
揃えましょう！









アドバイザー　管理栄養士　中島むつみ

# 《自立支援型地域ケア会議の流れ》

担当CM ➡ ふくし相談支援課

※ ｱﾄﾞﾊﾞｲｻﾞｰ連絡会
事務局・専門職で
運営方法・情報の共有

担　当　CM
事前情報提供
《アドバイザー》
薬　剤　師
理学療法士
公認心理師
歯科衛生士
管理栄養士
事　務　局
＋
必要に応じサービス
事業所・福祉用具担当者

〈専門職訪問〉
担当CM同伴
自宅訪問

➡ 《自宅訪問》
本人・家族へ
質問後アドバイス



⬇
事務局へ
評価表提出



# 《自立支援型地域ケア会議の育み》

☆全てのCMがケア会議を経験し
　専門職の質問から問題点を見出す



☆WEBの使い方の勉強会
　遠方家族の参加・コロナ禍でも対応可能
☆困ったら各専門職に相談が可能
☆口腔ケア・服薬・栄養にも注視して行う
　（食事の食べ方・食べる量・蛋白質量・栄養バランス等）
☆1年毎にケア会議を評価して改善





# 《管理栄養士と各専門職との情報共有》

担　当　CM ➡ 事前に必要な情報の提供
訪問直前にも直近の情報を共有

薬　剤　師 ➡ 薬（狭心症・高血圧等）と食事の相互作用
食品摂取制限・禁止・タイミング等

理学療法士 ➡ 食環境・食事中の姿勢・体の可動域
運動量に見合う摂取栄養量の設定依頼

公認心理師 ➡ 本人・家族への接し方
疾病による食事のタイミング等

歯科衛生士 ➡ 食事摂取の入り口である
口腔内（歯・義歯）の状況



## 《ケアスタッフの感想》

ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ・専門職の助言で本人・家族が共に納得され
家族の気持ちも軽くなり前向きに取り組めた



・利用者・家族の為にも多職種連携が絶対必要
・個別に相談出来　多く学び他の方へ応用可能
・自分の知らない視点に気づけた
・食事に もう一歩踏み込まなければと感じた
・初めての取り組みで事例選定に苦慮した

ｱﾄﾞﾊﾞｲｻﾞｰ　・他の専門職の助言で多くの知識を習得した



・ケアチームの問題解決の成果は大きい
・本人の目標に沿った体力低下防止を理解され
合致した食事量の提案ができた
・栄養制限疾患（腎不全）の具体的な食事内容
が学べ自己判断の取組を修正出来た

（評価表より）



## 《本人・家族を含むケアチームの力》

☆本人の目標を多職種が連携して提案ができる事の
強みを感じた
☆各専門職から端的に助言され
本人が納得し　課題解決にむけて情報を共有出来た
☆訪問先で見える情報は大きく　新たな情報で助言を修正
☆自宅訪問し 活動的な生活を送られている事が伺えた
☆CMさんの声掛けで和み　行動目標を積極的に話された
☆精神疾患の方の接し方の助言で家族の表情が和らいだ
☆運動する為には　口腔ケアと食事の大切さを感じた
☆専門職から声を変えて伝えることで利用者・家族の認識
度が高まり一緒に考えて貰えた安心感につながった

（評価表より）



## 事例　1　（Aさん）　要支援

〈テーマ〉 90歳　体重35kgの女性
一緒に生活全般を考えてほしい
体重減少があり 栄養状態が気になる　心も
体も健康に過ごし　楽しみとなる生活になる

〈日常生活〉 調理・洗濯・掃除を行っている
が筋力低下と右手首骨折後から負担を感じ
ている　買物は週1回知人と行く
※　固い物が食べにくくなり
指輪っかテストで隙間有り

〈参加者〉本人・家族・PT・薬・歯・栄・事務局



## 〈管理栄養士のアドバイス〉



**配食弁当の利用**　（フレイル予防）

・食材が豊富で栄養バランスが良い
・お弁当を利用し調理負担を軽減
・自分で作る食事との比較が出来る
・蛋白質の減少を防げる
・缶詰・レトルト食品を常備し手軽に栄養を摂る
・食事量が少ない時は間食で補う
(蛋白質やｴﾈﾙｷﾞｰの高い乳製品やスイーツ等)
他：配達の方に挨拶　出来見守りにも繋がる

## 事例　２　（Bさん）　要支援

〈テーマ〉 夫を亡くした後一人暮らし
転倒に不安を抱える75歳女性
季節の変わり目など不定期で体調不良
自宅で出来る運動や生活の中での注意点
を一緒に考えアドバイスを受けたい

〈日常生活〉 今年夏１人でお墓参り中に頭が重く手が震えてふらつき しばらく安静後おさまり帰宅　血圧高値　後日受診するが様子観察　9月体調不良で受診するが処方なく市販の漢方薬を服用し楽になる。

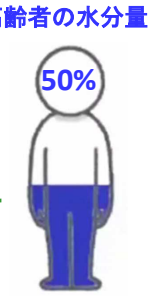
〈参加者〉本人・家族・PT・薬・栄・事務局



## 〈管理栄養士のアドバイス〉

水分の摂取方法（脱水予防）

・高齢になると喉の渇きを感じにくくなる
・１回コップ半分の水分をこまめに摂る
（体が１度に吸収可能水分量：約80cc）
・午前中少し多く摂り 夜のトイレを減らす
〈体重50kgの高齢者の場合〉
・１～２%（250～500cc）の水分不足で
頭痛・意識障害が起きる事を情報提供




汗をかいたら
塩を1つまみ
入れ水を飲む

《もしもの時に！》
水500cc+塩２つまみ+砂糖15g+レモン汁15cc（大匙1杯）



## 《　ま　と　め　》

・ケアチームの訪問は各専門職の専門的な助言を聞き
本人・家族の視点が変わり前向きに取り組み可能
・CMさんから『訪問すると頑張って居られたよ』と報告を
受けやりがいを感じている
・本人が意欲的でも家族環境が厳しいケア会議も有った
・“ケアチーム” 揃っての訪問が難しい時は
支援情報を集約して代表者の訪問も行った
・各専門職の少しの助言で問題解決・改善したケア会議
を多く体験し　困った時には悩まずに相談を
・コロナ禍で特にケア会議の意義は大きくなっています
朝来市の高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を
安心して楽しく過ごしていかれることを目指している



## ご清聴ありがとうございました



高齢者が安心して住み続けられる朝来市

# セッション４

⑩R3 介護報酬改定後の老健の
リハビリテーションマネジメント　現状と今後の課題

公立八鹿病院老人保健施設
理学療法士　吉田 一正

⑪人生の最終段階を支える～ターミナルケアの取り組み～

特別養護老人ホーム はちぶせの里
介護福祉士　中川 絵梨香

⑫豊岡健康福祉事務所における
難病の現状と患者支援について

豊岡健康福祉事務所
保健師　藤井 萌加

令和3年度　地域ケア研究会　令和4年3月5日(土)セッション４⑩

# R3　介護報酬改定後の老健のリハビリテーションマネジメント現状と今後の課題



公立八鹿病院老人保健施設　　理学療法士　　吉田　一正

## はじめに

令和3年度介護報酬改定：３．自立支援・重度化防止の取組の推進
→計画作成や多職種間会議でのリハ
リハビリマネジメントの強化
LIFE（CHASE・VISIT）情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進等

当施設におけるR３介護報酬改定に対して
通所リハビリ（リハビリテーションマネジメント加算A・B）
入所リハビリ（リハビリテーションマネジメント計画書情報加算）
算定への取り組み現状と今後の課題を明らかにする。

倫理的配慮：個人が特定されないように情報の保護に配慮した。

## 令和３年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「感染症や災害への対応力強化」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止の取組の推進」、「介護人材の確保・介護現場の革新」、「制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

改定率：＋０．７０％　※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価　０．０５％（令和３年９月末までの間）

### １．感染症や災害への対応力強化　※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進
・感染症対策の強化　・業務継続に向けた取組の強化　・災害への地域と連携した対応の強化　・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

### ２．地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進
・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充　・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ
○看取りへの対応の充実　・ガイドラインの取組推進　・施設等における評価の充実
○医療と介護の連携の推進　・老健施設の医療ニーズへの対応強化　・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進
○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化
・訪問看護や訪問入浴の充実　・緊急時の宿泊対応の充実　・個室ユニットの定員上限の明確化
○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
・事務の効率化による逓減制の緩和　・医療機関との情報連携強化　・介護予防支援の充実
○地域の特性に応じたサービスの確保　・過疎地域等への対応（地方分権提案）

### ３．自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化
・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化　・退院退所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化
○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進
・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ADL維持等加算の拡充
○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進
・施設での日中生活支援の評価　・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

### ４．介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進
・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・人員配置基準における両立支援への配慮　・ハラスメント対策の強化
○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進
・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・会議や多職種連携におけるICTの活用
・特養の併設の場合の兼務等の緩和　・３ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和
○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進　・署名・押印の見直し　・電磁的記録による保存等　・運営規程の掲示の柔軟化

### ５．制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化
・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し　・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し　・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し　・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証
○報酬体系の簡素化
・月額報酬化（療養通所介護）　・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

### ６．その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・高齢者虐待防止の推進　・基準費用額（食費）の見直し
・基本報酬の見直し

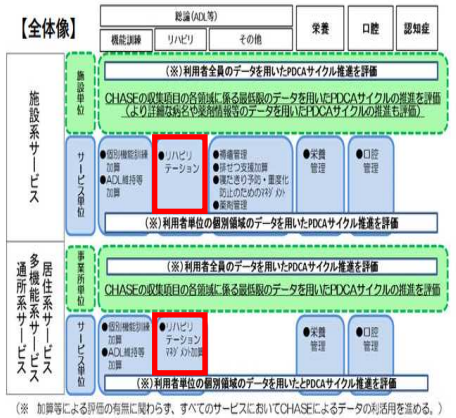
1

令和３年度介護報酬改定について
（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html）

## 科学的介護情報システム：LIFE（CHASE・VISITの統合）の全体像

※ 令和３年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる。

科学的介護情報システム　(Long-term care Information system For Evidence ; LIFE ライフ)




（※　加算等による評価の有無に関わらず、すべてのサービスにおいてCHASEによるデータの利活用を進める。）

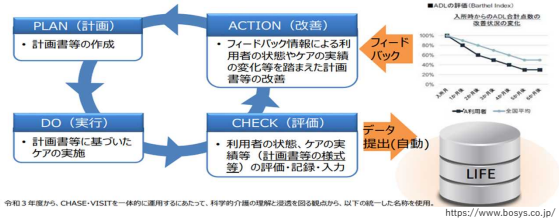
https://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2021/02/tojitsusiryo1_kaigohosyukaitei.pdf

## データ提出のしくみ




①帳票作成（LIFE専用様式の提供）（※該当様式の新規作成）
②①で作成された帳票を選択し、CSVファイルを出力できる画面（※新規作成）
③②で作成されたCSVファイルを専用Webサイトにて選択してLIFEへデータ提出

## リハビリテーションデータを提出しPDCAサイクルの推進

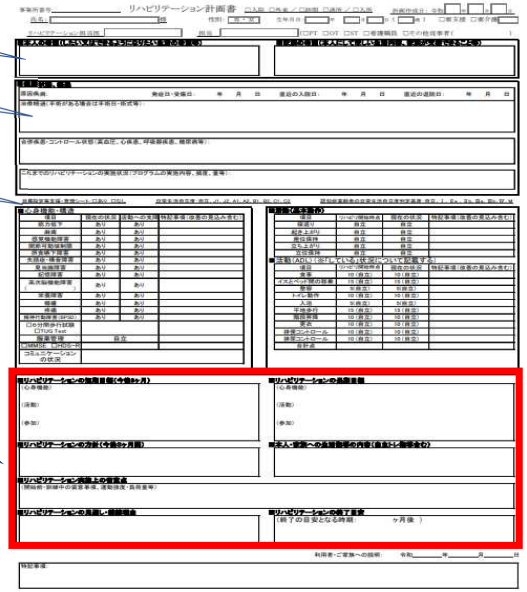



※ 令和３年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を使用。

全国平均との比較　⇒自施設の立ち位置の確認
⇒アウトカム提示

## リハビリテーション計画書（別紙様式2-2-1、2-2-2）

令和３年度介護報酬改定について
（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html）



①本人及び家族の希望

②健康状態、経過

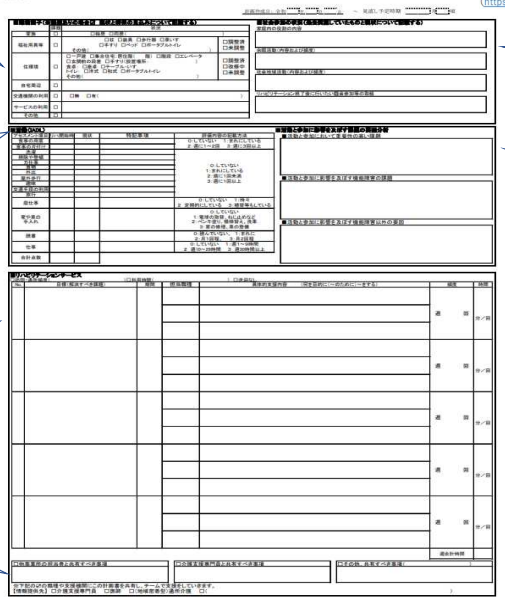
③心身機能・構造

④活動の状況

⑤医師の指示と説明
リハビリテーションの目標、方針
本人・家族への生活指導の内容
実施上の留意点
リハビリテーションの見通し・継続理由、終了の目安と時期

⑥特記事項

令和３年度介護報酬改定について
（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html）



⑦環境因子

⑧社会参加の状況

⑨活動(IADL)

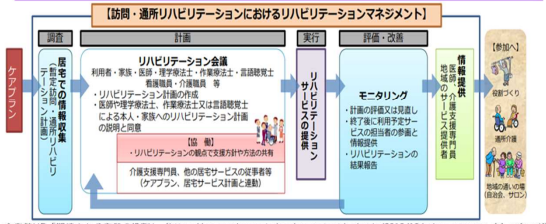
⑩活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

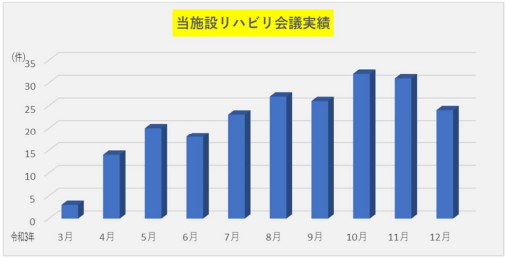
⑪
リハビリテーションサービス

⑫情報提供先

# 老健通所リハビリテーション部門①
# リハビリテーションマネジメントの強化

### リハビリテーション会議への取り組み



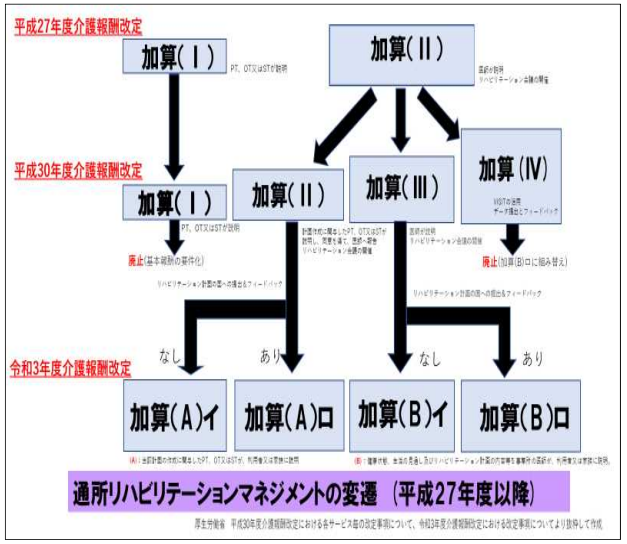

**加算算定へのしくみづくり**

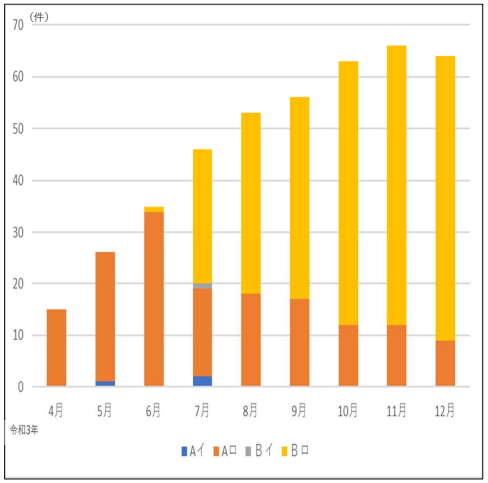
✓ **リハビリ会議時間の確保**
　看護師・介護職の協力(リハビリアシスタントの新設)
　セラピスト業務の見直し、プログラムの見直し
　相談員・事務員の協力、通所リハレイアウトの変更等

✓ **老健医師リハビリ会議への参加、説明と協力依頼**
　⇒利用者の自主的リハビリへの意識変化
　⇒看介護職員への過介助になっていた部分の見直しへ



# リハビリテーションマネジメント加算A・B算定実績




リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（**介護保険最新情報**Vol.936）

# 老健施設入所リハビリ部門②
## リハビリテーションマネジメントの強化

新設：リハビリマネジメント計画書情報加算：33単位/月

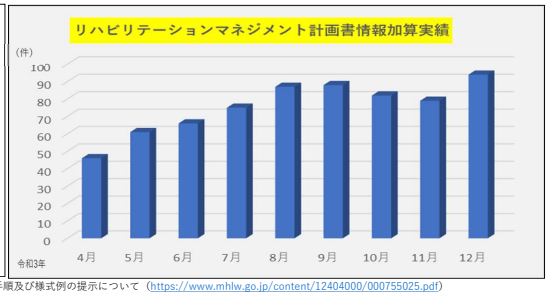
**算定要件**

①医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者または
その家族などに説明し継続的にリハビリテーションの質を管理していること。

②入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの
提供に当たって当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

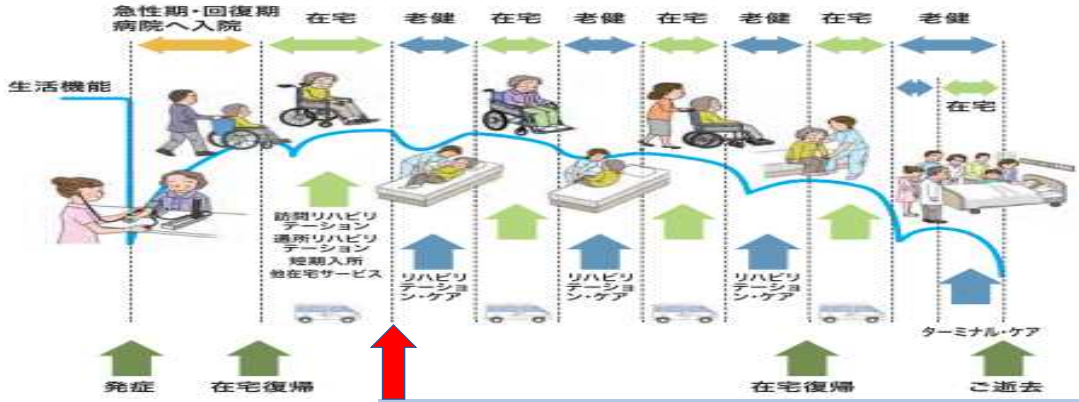
**LIFEへの提出情報項目**

1：計画作成日
2：担当職種
3：健康状態、経過(原因疾病及び合併疾患・コントロール状態に限る)
4：日常生活自立度又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
5：心身機能・構造
6：活動（基本動作、活動範囲など）
7：活動（ADL）
8：リハビリテーションの短期目標(今後3カ月)・長期目標
9：リハビリテーションの終了目安
10：社会参加の状況
11：リハビリテーションサービス（目標、担当職種、具体的支援内容、
頻度及び時間に限る）




科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755025.pdf）

# 老健の役割
## 在宅復帰・在宅療養支援・リハビリテーションの提供




老健リハの強み：**離床頻度**の高さ、**多職種協働**によるチーム・リハビリテーション
＊**日常生活の場面**ごとに**切れ目なく提供**されるチーム・リハビリテーション
＊各専門職の**アセスメント**に基づき**ケアと一体的に提供**されるリハビリテーション

全老健HP「期待される老健の役割」（https://www.roken.or.jp/wp/wpcontent/uploads/2018/12/roken_senmon_A4_safe.pdf）

# 在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実

- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標について、**在宅復帰等をさらに推進**する観点から、見直しを行う。
- 居宅サービス実施数に係る指標において、**訪問リハビリテーション**の比重を高くする。
- リハビリテーション専門職配置割合に係る指標において、理学療法士、作業療法士及び**言語聴覚士の3職種の配置を評価**する。
- 基本型以上についてリハビリマネジメントの実施要件が求められているが、**医師の詳細な指示に基づくリハビリテーション**に関する事項を明確化する。

| 在宅復帰・在宅療養支援等指標：下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値（最高値：90） | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ①在宅復帰率 | 50%超　20 | 30%超　10 | 30%以下　0 | |
| ②ベッド回転率 | 10%以上 20 | 5%以上　10 | 5%未満　0 | |
| ③入所前後訪問指導割合 | 30%以上 10 | 10%以上　5 | 10%未満　0 | |
| ④退所前後訪問指導割合 | 30%以上 10 | 10%以上　5 | 10%未満　0 | |
| ⑤居宅サービスの実施数 | 3ｻｰﾋﾞｽ 5 | 2ｻｰﾋﾞｽ 3<br>⇒2サービス（訪問リハビリテーションを含む）3 | 1ｻｰﾋﾞｽ 2<br>⇒2サービス 1 | 0ｻｰﾋﾞｽ 0<br>⇒0、1サービス 0 |
| ⑥リハ専門職の配置割合 | 5以上　5<br>⇒5以上（PT, OT, STいずれも配置）　5 | 3以上　3<br>⇒5以上　3 | （設定なし）<br>⇒3以上　2 | 3未満　0 |
| ⑦支援相談員の配置割合 | 3以上　5 | 2以上　3 | 2未満　0 | |
| ⑧要介護４又は５の割合 | 50%以上　5 | 35%以上　3 | 35%未満　0 | |
| ⑨喀痰吸引の実施割合 | 10%以上　5 | 5%以上　3 | 5%未満　0 | |
| ⑩経管栄養の実施割合 | 10%以上　5 | 5%以上　3 | 5%未満　0 | |

| 評価項目 | 算定要件 |
|---|---|
| 退所時指導等 | a: **退所時指導**　入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。<br>b: **退所後の状況確認**　入所者の退所後３０日以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が１月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。 |
| リハビリテーションマネジメント | a: 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。<br>b:医師は、リハビリテーションの実施にあたり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、リハビリテーションの目的に加えて、リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける入所者に対する負荷量等のうちいずれか一つ以上の指示を行うこと。 |
| 地域貢献活動 | 地域に貢献する活動を行っていること。 |
| 充実したリハ | 少なくとも週３回程度以上のリハビリテーションを実施していること。 |




令和３年度介護報酬改定における改定事項について（https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf）

# 今後の課題
## ～老健リハビリテーションマネジメントをより推進していくために～

- **利用者評価を行い、データを入力し提出するプロセスに焦点が当たっているが、、、今後は**いかに結果を出すか、アウトカム評価**の導入？通所介護との違いは？**
- **全職員が**LIFEの意味**を理解し、**フィードバックをどのように活かす**か？要検討.**
- **加算算定ありきでなく、地域で**当施設がどのような役割**を果たしていくか？**
- **老健**セラピストの働き方**（特にコロナ禍後）や**加算算定のしくみ**づくり.**
- **利用者の**アセスメント力**向上と**情報発信力**、チーム内での**リーダーシップ能力**の向上.**
- **セラピストは、単純な機能訓練の反復、個別リハビリによらず、**マネジメントを主力**とし、通所リハ、施設入所リハという仕組み全体を活用して**生活能力を向上していく方法**とは？を模索し続けていく.**

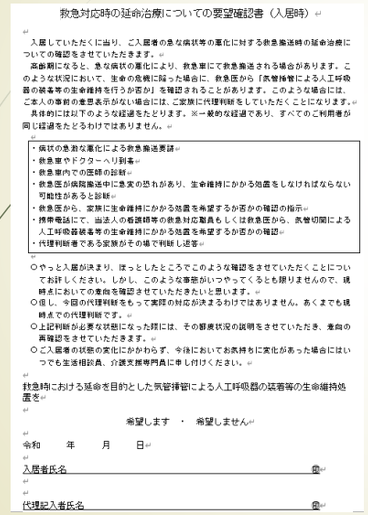
# 人生の最終段階を支える

# ～ターミナルケアの取り組み～

特別養護老人ホーム　はちぶせの里
宿南昇希　中川和彦　中川絵梨香　田中美奈

## ○当施設で行っているターミナルケアについて

・入所時のACP（ケア計画事前作成プロセス）



救急対応時の延命治療についての要望確認書（入居時）

入居していただくに当り、ご入居者の急な病状等の悪化に対する救急搬送時の延命治療についての確認をさせていただきます。
高齢期になると、急な病状の悪化により、救急車にて救急搬送される場合があります。このような状況において、生命の危機に陥った場合に、救急医から「気管挿管による人工呼吸器の装着等の生命維持を行うか否か」を確認されることがあります。このような場合には、ご本人の事前の意思表示がない場合には、ご家族に代理判断をしていただくことになります。
具体的には以下のような経過をたどります。※一般的な経過であり、すべてのご利用者が同じ経過をたどるわけではありません。

・病状の急激な悪化による救急搬送要請
・救急車やドクターヘリ到着
・救急車内での医師の診断
・救急医が病院搬送中に患者の恐れがあり、生命維持にかかる処置をしなければならない可能性があると診断
・救急医から、家族に生命維持にかかる処置を希望するか否かの確認の指示
・携帯電話にて、当法人の看護師等の救急対応職員もしくは救急医から、気管切開による人工呼吸器装着等の生命維持にかかる処置を希望するか否かの確認
・代理判断者である家族がその場で判断し返答

○やっと入居が決まり、ほっとしたところでこのような確認をさせていただくことについてお詫びください。しかし、このような事態がいつやってくるとも限りませんので、現時点においての意向を確認させていただきたいと思います。
○但し、今回の代理判断をもって実際の対応が決まるわけではありません。あくまでも現時点での代理判断です。
○上記判断が必要な状態になった際には、その都度状況の説明をさせていただき、意向の再確認をさせていただきます。
○ご入居者の状態の変化にかかわらず、今後においてお気持ちに変化があった場合にはいつでも生活相談員、介護支援専門員に申し付けください。

救急時における延命を目的とした気管挿管による人工呼吸器の装着等の生命維持処置を

希望します　・　希望しません

令和　　年　　月　　日

入居者氏名　　㊞

代理記入者氏名　　㊞

ACP（Advance Care　Planning）

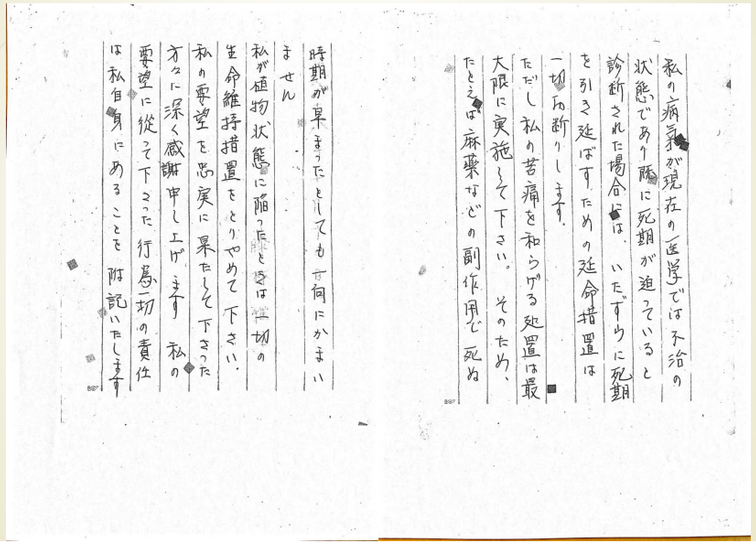
人生の最終段階において本人が意思表明することができない状況においても実現するため

Point
入所時の意向
心肺蘇生を行わないこと（DNAR）に限定した意向調査

DNAR：患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生法をおこなわないこと。



## ○実際に書かれたAさんの文章



私の病気が現在の医学では不治の状態であり、脳に死期が迫っていると診断された場合には、いたずらに死期を引き延ばすための延命措置は一切お断りします。
ただし、私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施して下さい。そのため、たとえば麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても何にかまいません。
私が植物状態に陥ったときは一切の生命維持措置をとりやめて下さい。
私の要望を忠実に果たして下さった方々に深く感謝申し上げます。私の要望に従って下さった行為一切の責任は私自身にあることを附記いたします。

# ターミナルケアの実際の流れ

## 主治医が人生の最終段階との診断

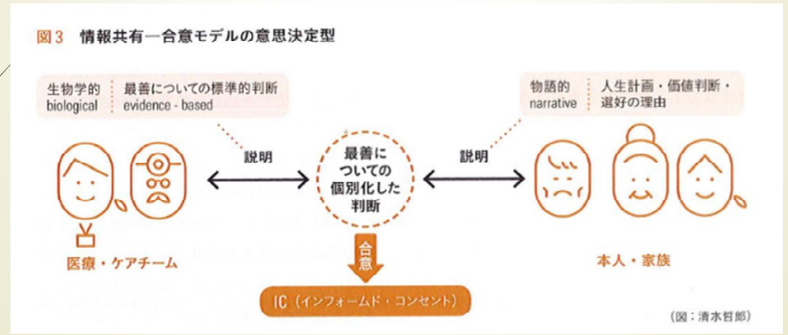


図3　情報共有―合意モデルの意思決定型

生物学的 biological　最善についての標準的判断 evidence - based
物語的 narrative　人生計画・価値判断・選好の理由
説明
最善についての個別化した判断
説明
医療・ケアチーム
合意
本人・家族
IC（インフォームド・コンセント）
（図：清水哲郎）

会田薫子　共同の意思決定とアドバンス・ケア・プランニング 月間ケアマネジャー　Vol.20 No09 2018.9

# 看取り介護指針の説明

Point

1．看取りの目的

2．看取りの状態像

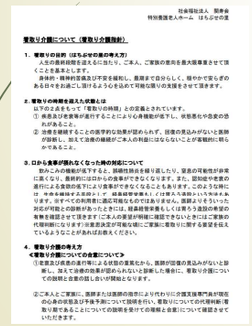
3．食事ができなくなった時の対応

4．看取り介護の考え方

5．看取りのケアプラン

6．看取りの支援の具体的内容の例

7．看取り後の支援



社会福祉法人　開寿会
特別養護老人ホーム　はちぶせの里

**看取り介護について（看取り介護指針）**

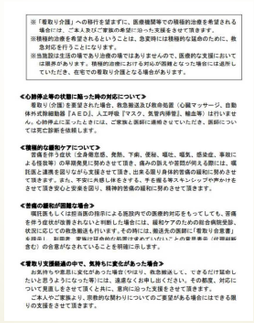
**1．看取りの目的（はちぶせの基本方針）**
入居の最終段階を迎えるに当たり、ご本人、ご家族の意向を最大限尊重させて頂くことを基本とします。
身体的・精神的苦痛及び不安を緩和し、最期まで自分らしく、穏やかで安らかであるひとりひとりに対する支援ができるよう可能な限りの支援をさせて頂きます。

**2．看取りの時期を迎えた状態とは**
以下のような状態を「看取りの時期」との定義とさせています。
① 疾患及び老衰等が進行することにより心身機能が低下し、栄養摂取や食欲の低下があること。
② 治療と補液することの医学的な効果が認められず、現在の見込みがないと医師が診断し、加えて治療の継続がご本人の利益にはならないことが客観的に明らかであること。

**3．口から食事が摂れなくなった時の対応について**
初めこの段階が来ても、医師特別指示を頂き退院し、望ましい可能性が非常に高くなり、最終的には口から食事ができなくなります。また、認知症や老衰の進行による食欲の低下で食事ができなくなることもあります。このような場合は 中心静脈栄養法の上、経鼻経管栄養などは差し入れ無いかたちをとります。ただすべての利用者に適応可能なものではありません。医師よりそういった対応が可能との説明があったときには、経鼻経管栄養をしくは胃ろう造設の希望の有無を確認させて頂きます。ご本人の希望が明確に確認できないときには ご家族の代理判断になります）治療方針決定が可能な限りご家族に寄取りに関する意見を伝えていただくようにとお願いさせて頂きます。

**4．看取りケア介護の考え方**
**＜看取りケア介護についてのお願いについて＞**
①老衰及び疾患の進行等により心状態の衰えから、医師が回復の見込みがないと診断し、加えて治療の効果が認められないと診断した場合に、看取りケア介護についての説明と合意の話し合いが開始となります。

②ご本人とご家族に、医師または医師の指示により作られた介護支援専門員が現在の心身の状態及び今後予測について説明を行い、看取りについての同意書（看取り同意書）をご家族にお願いさせて頂きます。



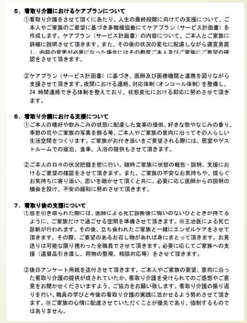
※「看取り介護」への移行を望まずに、医療機関等での積極的治療を希望される場合には、ご本人及びご家族の希望に沿った支援をさせて頂きます。
※積極的治療を希望されるということは、急変時には積極的な延命のために、救急対応を行うことになります。
※当施設は生活の場であり治療の場ではありませんので、医療的な支援においては限界があります。積極的治療における初めの段階となった場合には速やかに、看取りの介護を行う施設となる場合があります。

**＜心肺停止等の状態に陥った時の対応について＞**
看取り（介護）を望まされた場合、救急搬送及び救命処置（心臓マッサージ、自動体外式除細動器【AED】、人工呼吸【マスク、気管内挿管】、輸血等）は行いません。心肺停止に至ったときには、ご家族と医師に連絡させていただき、医師については死亡診断を依頼します。

**＜看護師の介護職員ケアについて＞**
医療を伴う症状（全身衰弱悪、発熱、下痢、便秘、嘔吐、嘔気、感染症、事故による怪我等）の早期発見に努めさせて頂き、痛みの訴えや苦悶が伺える際には、嘱託医と連携を図りながら支援させて頂き、出来る限り身体的苦痛の緩和に努めさせて頂きます。また、不安に有感し伴そさます。予老衰る等スキンシップや声かけをさせて頂き安心と安楽を図り、精神的苦痛の緩和に努めさせて頂きます。

**＜苦痛の緩和が困難な場合＞**
嘱託医もしくは協力医の指示による施設内での医療的対応をもってしても、苦痛を伴う症状が改善されないと判断した場合には、緩和ケアのための総合病院受診、状況に応じての救急搬送も行います。その時には、搬送先の医師に「看取り合意書」（※様式1）、別添書「看取り介護のための利用申込書（入所申込書）」（※様式2）の合意がなされていることを明確に示します。

**＜看取り支援経過の中で、気持ちに変化があった場合＞**
お気持ちや意思に変化があった場合（やはり、救急搬送して、できるだけ延命したいと思うようになった等）には、遠慮なくお申し出ください。その都度、対応について真摯にさせて頂くとともに、意向に沿った支援をさせて頂きます。
ご本人がご家族より、現在のような関わりについてのご家族がある場合には できる限りの支援をさせて頂きます。



**5．看取り介護におけるケアプランについて**
①看取り介護をさせて頂くにあたり、人生の最終段階に向けての支援について、ご本人やご家族のご意望に基づき多職種協働にてケアプラン（サービス計画書）を作成します。ケアプラン（サービス計画書）の内容について、ご本人とご家族に詳細に説明させて頂きます。また、その後の状況の変化に配慮しながら適宜見直し、病院の受事が必要になった場合はその都度ご本人及びご家族にご意望の確認をさせて頂きます。

②ケアプラン（サービス計画書）に基づき、医師及び医療機関と連携を図りながら支援させて頂きます。夜間における急変、対応体制（オンコール体制）を整備し、24 時間連絡できる体制を整えており、状態変化に対する即応に努めさせて頂きます。

**6．看取りケア介護における支援について**
①ご本人の嗜好や飲みこみの状態に配慮した食事の提供、好きな歌やなじみの香り、季節の花やご家族の写真を飾る等、ご本人やご家族の意向に沿ってそのような生活空間をつくります。ご家族がおけき添いをご希望される際には、居室やデスクトームでの宿泊、食事、入浴の提供をさせて頂きます。

②ご本人の日々の状況把握を密に行い、随時ご家族に状態の報告・説明、支援における看取りの確認をさせて頂きます。また、ご家族の不安な気持ちや、揺らぐお気持ちに寄り添い、思い等耳かたむけて頂くと共に、必要に応じ医師からの説明の機会を設け、不安の緩和に努めさせて頂きます。

**7．看取りケア介護における支援について**
①居室を介護られた際には、急時には心も口頭物理に届いないひとときが持てるように、ご家族だけでゆっくりと空間を準備させて頂きます。注主治医による死亡診断が行われます。その後、立ち会われたご家族と一緒にエンゼルケアをさせて頂きます。その際、ご家望のあるお言し物をお入れにまとって頂きます。お見送りは可能な限り残われた全職員でさせて頂きます。必要に応じてご家族への支援（遺場品お渡し、荷物の整理、相談対応等）をさせて頂きます。

②後日アンケート用紙を送付させて頂きます。ご本人やご家族の希望、意向に沿った看取りケア介護の提供が成されていたか、看取りケア介護を受けられてのご感想やご意見を記載かてください。ご協力をお願い致します。その都度、対応について真摯にさせて頂くとともに、ご協力をお願い致します。看取りケア介護の振り返りを行い、職員の学びと今後の看取りケア介護の実践に活かせるよう努めさせて頂きます。※ご家族の心情に配慮させていただくことが優先であり、強制するものではありません。

# 看取りのときが近づいてきたら…

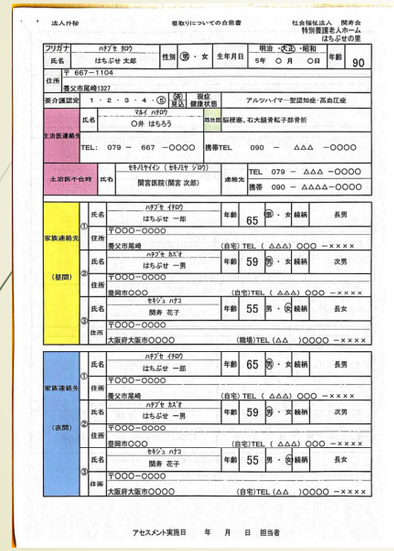
## 家族への説明

- 水分や食べ物を欲しがらなくなります
- 穏やかに過ごしましょう
- 眠ることが多くなります
- すべてを受け入れてあげてください
- 体に変化が現れてきます
- 限られた時間と向き合う～食べられなくなったら１週間ぐらい、尿が出なくなったら２～３日くらい

# 事前指示（Advance directive）の確認

- 近い将来の死が避けられないと判断される状況で本人の意思確認ができなくなった場合を想定して、起こり得る諸状況に対して本人がどのような治療を希望するか・しないかを予め指示する部分（内容指示）
- そうなった時点で自分の代理人として個別の意思決定に参与する者を予め指定する部分（代理人指定）

# 看取りについての合意書



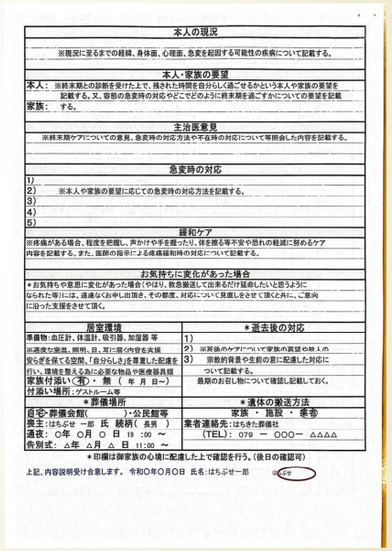
法人外秘　　看取りについての合意書　　社会福祉法人　開寿会
特別養護老人ホーム
はちぶせの里

フリガナ　ハナブサ ヨウコ　　性別 ㊛・女　　生年月日　明治・㊚大・昭和　5年 ○月 ○日　年齢 90
氏名　はなぶさ 太郎
住所　〒 667－1104
兵庫県姫路市1327
要介護認定　1・2・3・4・㊎　現在健康状態　アルツハイマー型認知症・高血圧症
主治医連絡先　氏名　マルイ ハナコ　病状概要　脳梗塞、右大腿骨転子部骨折
TEL：079 － 667 －○○○○　携帯TEL　090 － △△△ －○○○○
主治医不在時　氏名　セキバヤイン（セキバシ ソウゴ）　関宮医院（関宮 次郎）　連絡先　TEL　079 － △△△ －○○○○　携帯　090 － △△△△－○○○○

家族連絡先（基調）
① 氏名　ハナブサ イチロウ　はなぶさ 一郎　年齢 65　㊚・女　続柄　長男　住所　〒○○○－○○○○　姫路市○○町　（自宅）TEL（ △△△）○○○ －××××
② 氏名　ハナブサ ヨシオ　はなぶさ 一男　年齢 59　㊚・女　続柄　次男　住所　〒○○○－○○○○　豊岡市○○○　（自宅）TEL（ △△△）○○○ －××××
③ 氏名　セキシュ ハナコ　関寿 花子　年齢 55　男・㊛　続柄　長女　住所　〒○○○－○○○○　大阪府大阪市○○○○　（職場）TEL（△△ ）○○○○ －××××

家族連絡先（夜間）
① 氏名　ハナブサ イチロウ　はなぶさ 一郎　年齢 65　㊚・女　続柄　長男　住所　〒○○○－○○○○　姫路市○○町　（自宅）TEL（ △△△）○○○ －××××
② 氏名　ハナブサ ヨシオ　はなぶさ 一男　年齢 59　㊚・女　続柄　次男　住所　〒○○○－○○○○　豊岡市○○○　（自宅）TEL（ △△△）○○○ －××××
③ 氏名　セキシュ ハナコ　関寿 花子　年齢 55　男・㊛　続柄　長女　住所　〒○○○－○○○○　大阪府大阪市○○○○　（自宅）TEL（△△ ）○○○○ －××××

アセスメント実施日　年　月　日　担当者



**本人の現況**
※現況に至るまでの経緯、身体面、心理面、急変を起因する可能性の疾病について記載する。

**本人・家族の意望**
本人：　※終末期との診断を受けた上で、残された時間を自分らしく過ごせるかという本人や家族の意望を記載する。又、容態の急変時の対応やどこでどのように終末期を過ごすかについての意望を記載
家族：　する。

**主治医意見**
※終末期ケアについての意見、急変時の対応方法や不在時の対応について等照会した内容を記載する。

**急変時の対応**
1）
2）　※本人や家族の意望に応じての急変時の対応方法を記載する。
3）
4）
5）

**緩和ケア**
※疼痛がある場合、程度を把握し、声かけや手を握ったり、体を擦る等不安や恐れの軽減に努めるケア内容を記載する。また、医師の指示による疼痛緩和時の対応について記載する。

**お気持ちに変化があった場合**
＊お気持ちや意思に変化があった場合（やはり、救急搬送して出来るだけ延命したいと思うようになられた等）には、遠慮なくお申し出頂き、その都度、対応について真摯にさせて頂くと共に、ご意向に沿った支援をさせて頂く。

| 居室環境 | ＊逝去後の対応 |
|---|---|
| 準備物：血圧計、体温計、吸引器、加湿器 等 | 1） |
| ※過度な装飾、照明、音、匂に関心内容を実施 | 2） ※死後のケアについて家族の意望や時上の |
| 安らぎを保てる空間、「自分らしさ」を尊重した配慮を行い、環境を整える為に必要な物品や医療器具等 | 3） 宗教的背景や生前の意に配慮した対応について記載する。 |
| 家族付添い（㊛）・無（ 年 月 日～） | 最期のお召し物について確認し記載しておく。 |
| 付添い場所：ゲストルーム等 | |
| ＊葬儀場所 | ＊遺体の搬送方法 |
| 自宅・葬儀会館（　　）・公民館等 | 家族 ・ 施設 ・ 寒寺 |
| 喪主：はちぶせ 一郎　氏 続柄（ 長男 ） | 兼者連絡先：はちぶた葬儀社 |
| 連絡：○年 ○月 ○ 日 19 :00 ～ | （TEL）：079 － ○○○－ △△△△ |
| 告別式：△年 △月 △ 日 11:00 ～ | |

＊印欄は御家族の心境に配慮した上で確認を行う。（後日の確認可）

上記、内容説明受け合意します。 令和○年○月○日　氏名：はちぶせ一郎　㊞

# 合意のポイント

- 呼吸（心）停止しても、心肺蘇生やAEDの使用は望まない。
- 看取りに至る状態像とは関係のない症状（たとえば、感染症、褥瘡、事故による怪我）等における痛みや苦悶については積極的に治療（主治医との連携による救急搬送も）
- 気持ち（意向）に変化があった場合は、いつでも修正可能。

# 看取り後の取り組み

## ターミネーションカンファレンス

- 入居者様が亡くなられ、お見送りをしたのちに、担当したユニットの職員で集まり、支援の振り返りをする。
- 振り返りは、看取りケアだけでなく、出会った（入所した）その日からお看取りまでを振り返る。
- できなかったこと（葛藤）だけでなく、できたこと（達成）も振り返る。
- 行ったケアを振り返り、次回の看取りケアをより良いものにすること、それに加え、人の死というものに向き合った職員が、場を共有する事での心のケアを兼ねている。

# ターミネーションシート



社会福祉法人　開寿会
特別養護老人ホーム　はちぶせの里

ターミネーションシート

| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
|---|---|---|---|---|
| 氏名 | A | 男・(女) | 明治 大正 ○ 年 ○月 ○ 日 昭和 | ○○歳 |
| サービス利用開始日・入居ユニット | 平成 ○ 年 ○月○ 日 △△△△園 | 入居前の居所 | 自宅 ・ 老健 ・ 病院 ・ その他 | |
| サービス利用終了日・入居期間 | 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 2年 6ヶ月 | 医師のターミナル告知日 | 平成 ○ 年○ 月○ 日 | |
| 退居事由 | 死亡 理由(※疾患名等要記：肺炎<br>転居(理由・場所：はちぶせの里 | | | |
| 病歴：脳梗塞後遺症 | | | | |
| 障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度 | 入居時 | □自立 ・□J 1 ・□J 2 ・□A 1 ・□A 2 ・□B 1 ・□B 2 ・□C 1 ・(2)C 2 | | |
| | 退居時 | □自立 ・□J 1 ・□J 2 ・□A 1 ・□A 2 ・□B 1 ・□B 2 ・□C 1 ・(2)C 2 | | |

本人・家族からの意見・感想　※プラス要因・マイナス要因

自宅に戻ったきりで寂しい時に声掛け職人様（三男）より「ムリがある」と声掛をしたいた。退去前だけを過ぎみていた際にも親身に気遣ってくださり、「色々と気を遣ってもらってすみません」と話されていた。本人も元気だったころは三男さんが体調されると度に「みんなよろしくしてくれるでお礼言ってーよ」とよく話されていた。また、職員に「何にもせんとって悪いなあ」と介助の度に言われていたことが印象に残っている。ご退去され、物品を引き取りに来られた際に「みなさんにはお世話によくして頂き、家族みんなも喜んでいます。本人も喜んでいることと思います。本当にお世話になり、有り難うございました」とのお言葉を頂く。

支援過程の振り返り

| 項目 | 支援経過にて評価できること | 支援経過にて反省すべきこと |
|---|---|---|
| 精神・身体面（医療面含む）と排泄面への アプローチ | ・家族の意望であった経口摂取におけるアプローチを平成○年○月○日～検討者側の開始を開始し、平成○年○月○日にアメノトゥーム（ムース状）や食べ物の形状がアップするなど、ケアレベルを1ヶ月前である平成○年○月○日まで検討者側の経口開始が行えた。本人も楽しみにされており、すべて嚥下が可能となっていた。一時期、急激的変化様子が見られ、リビングにて車椅子に移乗し注入中、他の入居者の食事にそそ味にされおり、すぎ使せたり、コップを持って口に運ぼうとされるが含んでいるがみられた。<br>・開始可能経路の確実な実施に努めることができた。<br>・吸引に関しても開始を決め、協力的であり吸引開始には「あり がとう」と言われていた。<br>・定期的排泄介助（トイレ・パット）の実施を行い、パット内にて排泄の開始回数と回数を決めたが、個人や排泄時間に大幅差があった。<br>・食中毒等での原因の恐れがあったため、開始日を絞りて各自排泄の回数の把握に努めることが出来た。<br>・開始後、徐々に、吸引を頻繁に行い吸痰や開始を回ることに努めることが出来た。<br>・最初期排泄となると大神を起こす恐れがあったが、リラ | ・誤飲したいものを看取ると「何でも食べたいけど何に悪いかも」と言われていたが、もっと食べてみたいものについて確認やヒアリングしよ時間、や食べ物確認やヒアリングをしなかったことは反省点である。<br>・入居者の排泄介助の開始時間と開始方法に差があり、個人や排泄時間に大幅差があった。<br>・お年や女年齢が低くて居インペンドルを利用してしまわれることが多く、内服にカタオルを使いたものを使って居いて頂けて良い。安堵方法に努めた。 |



| | | |
|---|---|---|
| | ライニング等終了を提供して頂き、最初期時間に変更し、年神することが出来た。<br>・左半身の麻痺の進行が有り、自発呼吸時間コントロールを使って良くケアローチされたことは良かった。<br>・リビングにて家族を迎入し、他の入居者と一緒に食事時間を共有することが出来た。<br>・意思表示が困難となり意思が出てくるにつれ、認知回数を増やし、スキンシップの声かけを密に行うことが出来た。 | |
| 生活面（食話・基本動作・ADL・IADL支援） | ・手が不自由であり、手先を使った活動については色々と提供し、くしゃ等を使い、ホットタオルを手渡し、指の固定を行うことを促し習慣に繋がった。<br>・自発的にすることはよくできた。<br>・「何にもせんとって悪いなあ」「いつうちよくしてくれるや有り難いよ」と口癖のように職員の顔を見る度におれを言ってくださった。 | ・楽しんでもらえるような手先を使った活動を見出し、活動性の向上に関わることが出来なかった。中盤はその方の生活習慣やリズムの把握に努め、その方のストレングスを引き出すアプローチを行っていく。 |
| 役割づくり（参加） | ・他の方の世代が合わした際には活動内への活動の方と交流することができ、話を聞して頂けた。<br>・自分個人として自分さんや他さんに優しく声をかけられていた。 | ・習慣の提示が必要である為、長時間の離席は難しかったが、施設内の様々な場所内への入居者との交流、日中の活動への参加の提供が少なかった。自発的であっても、積極的な申出型への参加を促すことに努めるべきであった。 |
| 個性面（嗜好・生活史等） | ・様々な楽しい物物であり、人の思いを表れることが多くかく、かくれんぼに参加されていた。<br>・手先や引き込みの興味が増しそうであり、楽しめにされていた。 | ・生活面に基づいてもっと把握しアセスメントを図ることができれば、アプローチに繋げられたのかもしれない。<br>・急遽しべッドよりにてテレビ観賞をされていたが、最後の選定を「何でもいいよ」と言われていたが、好きな番組について把握できれば、もっと色んなアプローチに繋がっていたかもしれない。 |
| 環境面 | 物的環境（居室内・福祉品・芸いで品等 | ・施設に活やり込みの写真や家族と一緒に撮った写真を居えるな掲示に努めることができた。<br>・ベッドに座ほしながらテレビ観賞しやすくする為に環境を整えることができた。（自発面の予防であった）<br>・遠の為い物、頻度であったが、好み形に変換したり、空当の入浴まで安全面から等室温と湿度に留意することが出来た。 | ・自発的に活動や生活習慣に変換することが出来た。 |
| | 人的環境（家族・他入居者・職員等 | ・自発的受入様（三男）からの頻繁にて自宅内の物品が必要であることができ、送迎のお手伝いをさせて頂けた。<br>・家族（三男、孫ど）が付き添いお通夜を看取ることができ、悲本様と一緒にエンゼルケアを行えた。<br>・自発的受入様（三男）の来設多く、状況説明を密に行うことができた。また、共に過ごして頂く空間や時間に配慮することが出来た。<br>・最期為の入居者（はちきれやきこ、おさきみの会）が度々来室され笑顔で過ごす事が出来た。<br>・家族交流の為の食事の際、自分以外入居（三男）は別に時間出来ない本人の目の前で食事を召しよがらすで変と思われていたことが可能に残っていた。 | ・自発的受入（三男）の来設が頻繁であり、職員よりも本人の状況変化という早く気づかいっとすることができた。<br>・最期の為時に最期為の入居者（はちきれ、やきこ、おさきみの会）に全くて第と実施が出来ていた。<br>・食事の際他の入居者が最初期間をおいているリビングでの食事交流入口にて最後の最期をしていたが、家族様等一緒に食事時間を設けさせて頂く事出に本人と前で別席されないように開催為が実施いされていたとからすると、リビングでの注入について本当に了承されていたかが疑問に感じる。家族を確認すべきであった。<br>・最期為の来設が多かったにも関わらず、本人の生活面について共有することが少なかった。 |

実施日　○ 年 ○ 月 ○ 日
担当：山名　友紀

# 私たちが目指すのは

## 死の淵まで

○ 自律(自分で決める)
○ 一人にしない
○ 未来を展望できる

を支えること

“Not doing but being”
何もできなくても、側にいることはできる

Dame Cicely Saunders（シシリー・ソンダース）※イギリス　医師

# 豊岡健康福祉事務所における
# 難病の現状と患者支援について



豊岡健康福祉事務所　藤井 萌加

## 難病とは

難病とは

①発病の機構が明らかでない　②治療方法が未確立
③希少な疾病　④長期の療養を必要とする

難病対策のあゆみ

- 昭和47年に「難病対策要綱」が策定
- 平成26年5月に「難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)」が成立
- 指定難病
  難病のうち①患者数が一定の人数に達していない、かつ②診断基準が確立している疾病
  →令和4年1月現在は338疾患



## 豊岡管内の難病患者の現状 (年度末現在) ※3年度は2月現在

- 特定医療受給者数(豊岡管内)

| 年度 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 人数 | 871 | 778 | 786 | 801 | 877 | 855 |

- 主な神経難病患者数

| | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 筋萎縮性側索硬化症 | 14 | 13 | 12 | 11 | 11 | 11 |
| パーキンソン病 | 164 | 158 | 153 | 156 | 157 | 141 |
| 多発性硬化症 | 22 | 18 | 16 | 17 | 18 | 18 |
| 多系統萎縮症 | 13 | 13 | 9 | 7 | 6 | 8 |
| 脊髄小脳変性症 | 39 | 32 | 33 | 38 | 39 | 40 |

- 在宅人工呼吸器装着患者数(小児を除く)

| 筋萎縮性側索硬化症 | 重症筋無力症 | 多系統萎縮症 | 筋ジストロフィー | 原発性側索硬化症 | 脊髄性筋萎縮症 | 球脊髄性筋萎縮症 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |

## 豊岡健康福祉事務所での難病患者への支援内容

- 難病医療費助成の申請
- 面接、電話相談
- 家庭訪問
- 患者、家族の集い・医療相談会
- 個別災害対応マニュアルの作成、更新
- 在宅療養支援推進会議
  - 停電時電源確保訓練
  - 在宅難病患者支援者連絡会
  - ヘルパーたん吸引フォローアップ研修 等
- 医療との連携

など

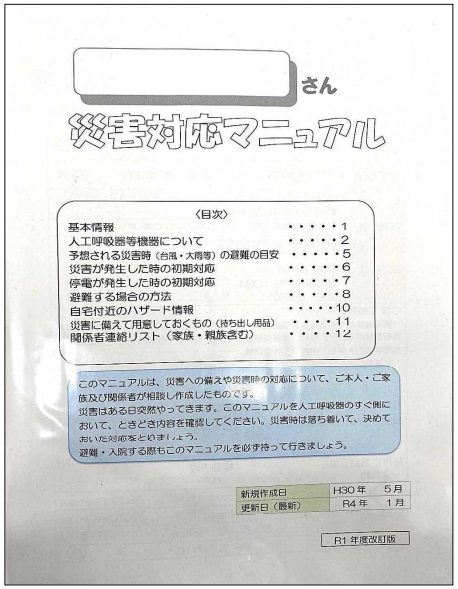
## 患者、家族の集い・医療相談会

R3年度



- 対象
  ALS在宅療養患者と家族、その支援者
- 講義
  兵庫県難病相談センター長 影山医師
- 個別相談(希望者)
- 患者、家族同士の交流会
- 福祉用具の展示

## 個別災害対応マニュアルの作成、更新



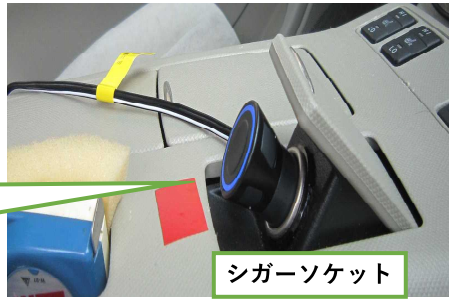

- 作成対象
  在宅人工呼吸器装着難病患者
- 年1回の更新
- 内容
  基本情報、人工呼吸器等機器の情報、避難の目安･方法、関係機関支援者の連絡先　など
  R3年度現在は10名所持



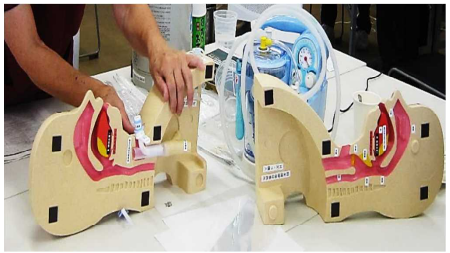
## 停電時電源確保訓練

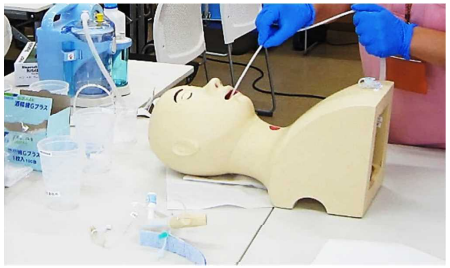
- 災害時の停電を想定
  発電機や自家用車からの電源確保の訓練実際の手順の確認
- 令和3年度初めて実施。4組の患者が実施
- 訪看、ヘルパー、CM等にも協力をいただいた




## ヘルパーたん吸引フォローアップ研修





介護職員が不安なくたん吸引が出来るよう、フォローアップ研修を実施

- 内容
  たん吸引に関する講習
  グループに別れ、たん吸引の演習
- 6事業所12名の参加

## 在宅難病患者支援者連絡会(R2～)

・目的

関係機関(医療、福祉、保健関係者)と現状と課題を共有し、連携を図り、地域の実情に応じた支援体制の構築を目的とする

・内容

管内の難病患者、在宅人工呼吸器装着難病患者の療養生活を送る上での課題の確認各機関の難病患者支援の状況と課題の共有



## 豊岡健康福祉事務所における、重症神経難病患者を中心とした今後の支援対策の方向性

**療養環境整備の推進**

- 患者や家族の在宅療養のモチベーション維持のための支援
  →患者、家族の集い・医療相談会の開催
  家族の交流会
- ヘルパーのたん吸引の推進
  →研修終了ヘルパーのフォローアップ、技術支援
- 災害、停電時の対応方法の確認･共有
  →電源確保や避難に関する定期的な訓練
- 病院、主治医、関係支援者間の連携強化
  →支援者が在宅難病患者の療養上の課題の共有、相互連携の強化

## 最後に

難病患者やそのご家族が住み慣れた地域で
安心して暮らしていけるために…

ご清聴ありがとうございました。

