



運用会議

運用会議の概要

When:必要なタイミングでマネージャー保健師が召集して開催する。
 Where:市民病院or市役所会議室
 Who:マネージャー保健師、基幹的職員、市訪問看護職員
 Why:下記参照
 What:初回訪問者の決定、初期集中支援の実施、追加支援の実施、
 モニタリング時の判断
 How:マネージャー保健師がコーディネータ

運用会議のメリット

1. 機動力の確保 …… チーム員会議を固定とすることによる硬直性の緩和
2. ノウハウの蓄積 …… 多職種が関わるためノウハウの蓄積を一元化する。
人事異動を考慮し、ノウハウの喪失を最小限にする。
3. 主体の明確化 …… 複数人が関わるため指示命令系統を整え組織化する。

1)対象者の把握

エントリーポイント ……マネージャー保健師

①受動的把握（地域包括支援センター等に情報が来るのを待つ）

- 本人、家族
- 近隣住民、民生委員
- 介護支援専門員
- 医療機関

②能動的把握（実態把握等）

- 実態把握
- サービスを利用していない者の選定

対象者の要件

- ①40歳以上、②在宅生活、③認知症が疑われる又は認知症の人
 ア. 医療サービス、介護サービス未利用、又は中断
 イ. 医療・介護利用中だが、BPSD顕著な困難ケース

2) 情報収集

情報収集の方法

マネージャー保健師と各担当包括により利用者基本情報シートを用いて情報収集する。

※情報源、いつの情報かは最低限明確にする。

様式

利用者基本情報	
氏名(姓) <input type="text"/>	
姓	<input type="text"/>
名	<input type="text"/>
フリガナ	<input type="text"/>
性別	<input type="text"/>
年齢	<input type="text"/>
誕生日	<input type="text"/>
連絡先	<input type="text"/>
住所	<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>
メールアドレス	<input type="text"/>
職業	<input type="text"/>
学歴	<input type="text"/>
婚姻状況	<input type="text"/>
家族構成	<input type="text"/>
医療機関	<input type="text"/>
かかりつけの医師	<input type="text"/>
かかりつけの薬剤師	<input type="text"/>
かかりつけの看護師	<input type="text"/>
かかりつけの介護士	<input type="text"/>
かかりつけの福祉士	<input type="text"/>
かかりつけのボランティア	<input type="text"/>
かかりつけの支援員	<input type="text"/>
かかりつけの相談員	<input type="text"/>
かかりつけのその他	<input type="text"/>
備考	<input type="text"/>

利用者基本情報	
氏名(姓)	<input type="text"/>
氏名(名)	<input type="text"/>
フリガナ	<input type="text"/>
性別	<input type="text"/>
年齢	<input type="text"/>
誕生日	<input type="text"/>
連絡先	<input type="text"/>
住所	<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>
メールアドレス	<input type="text"/>
職業	<input type="text"/>
学歴	<input type="text"/>
婚姻状況	<input type="text"/>
家族構成	<input type="text"/>
医療機関	<input type="text"/>
かかりつけの医師	<input type="text"/>
かかりつけの薬剤師	<input type="text"/>
かかりつけの看護師	<input type="text"/>
かかりつけの介護士	<input type="text"/>
かかりつけの福祉士	<input type="text"/>
かかりつけのボランティア	<input type="text"/>
かかりつけの支援員	<input type="text"/>
かかりつけの相談員	<input type="text"/>
かかりつけのその他	<input type="text"/>
備考	<input type="text"/>

3) アセスメント

アセスメントツール

1. DASC ... 認知機能とBPSD評価。IADL評価。
2. 認知症行動障害尺度 (DBD13) ... 行動障害を評価。DBD28の短縮版。
3. Zarit介護負担尺度短縮版 (Zarit8) ... 介護負担(身体的、心理的、経済的)評価。
4. 身体の様子チェック票 ... DASC、DBDと同時に評価できる。

初回相談時にアセスメントが行えないケース例

- ・ 初回はまずは信頼関係づくりを優先させる必要がある場合
- ・ 電話での相談のため、詳細が把握できない場合
- ・ 面接時間が限られる場合
- ・ 近隣住民等からの相談で情報が不明確な場合
- ・ 同居していない家族からの相談で、情報が不足している場合

4)初回訪問の実施

初回訪問の概要

When:把握から2週間以内を目安とする。
 Where:本人の自宅を原則とする。
 Who:看護職1名必須＋社会福祉士又は介護福祉士
 Why:信頼関係構築及び情報収集
 What:ア) チームの役割等の説明
 イ) 認知症に関する情報提供
 ウ) 医療・介護の利用のメリット説明
 エ) 対象者及び家族の心理的サポート
 How:おおむね2時間以内、家族又はキーパーソン同席

初回訪問者

看護職候補

- ・ マネージャー保健師
- ・ 基幹的配属保健師
- ・ 市訪問看護ST看護師

介護職候補

- ・ 基幹的配属社会福祉士
- ・ 市民病院MSW
- ・ 市内事業所介護職

※マネージャー保健師及び基幹的職員、訪看職員、担当包括による運用会議にて決定

5)チーム員会議～支援方針の決定～

チーム員会議の概要

When:毎月1回固定曜日の午後に最大2時間
 Where:市民病院or市役所会議室
 Who:嘱託医、マネージャー保健師、基幹的職員、包括職員(推進員)
 PT、OT、初回訪問者
 Why:多職種の多角的視点を支援計画に反映させる。
 What:支援計画原案を検討し、決定する。
 How:1ケース20分、
 マネージャー保健師or基幹的職員がコーディネータ

会議の流れ

1. 事例紹介 …初回訪問者から3分で発表。事例と計画のポイント解説
2. 意見交換 …コーディネータの采配等でポイントに絡む専門職を中心に。
3. 総評 …嘱託医のコメントは適宜も可だが、総評コメントでしめる。
4. 支援計画決定 …修正があれば、修正点の確認。計画の決定を行う。

6)初期集中支援の実施

支援目標(GOAL)

… 医療において適切な診断を受ける。
その後状況に応じて介護サービスにつなげる。

初期集中支援の内容

1. 医療機関への受診に向け、動機づけ又は継続的な支援を行う。
2. 介護サービス利用に向け、勧奨又は誘導等を行う。
3. 認知症の重症度に応じた助言
4. 身体を整えるケア
5. 生活環境の改善 等々

初期集中支援の留意点

1. 基本的にはチーム員会議での支援方針の決定に基づき実施する。
2. 中心的支援を行うスタッフは、初回訪問者を含むことが望ましい。
3. 運用面の軽微な変更は、迅速性の確保の観点から随時運用会議を開始し、決定する。
4. 運用会議で変更できる項目は、①職種の追加、②包括の関与、③ケア会議への変更とする。
5. 最も効率的に目標達成する方法を検討し、運用会議により計画の更新も可能とする。
6. 効率的とは、GOAL達成を義務的にとらえ、そのための資源の投入はおしまないことを優先事項とし、その上で費用対効果を意識するものと定義する。

6)初期集中支援の実施～様式～

※様式については、介護予防支援のものを活用する。

支援計画書

チーム員会議録

- 初回訪問者が作成する。
- チーム員会議に原案提出する。
- 本人又は家族の同意を得る。
- ケース毎に関わるスタッフが共有する。
- 書き方は要検討

- マネージャー保健師を中心に作成する。
- ケース毎に1枚作成する。
- ケース毎に関わるスタッフが共有する。
- 書き方は要検討

7) チーム員会議～終了or中間評価～

チーム員会議の概要

When: 毎月1回固定曜日の午後に最大2時間
 Where: 市民病院or市役所会議室
 Who: 嘱託医、マネージャー保健師、基幹的職員、包括職員(推進員)
 PT、OT、初回訪問者
 Why: 多職種の多角的視点を支援計画に反映させる。
 What: 支援計画原案を検討し、決定する。
 How: 1 ケース20分、
 マネージャー保健師or基幹的職員がコーディネータ

会議の流れ

1. 事例紹介 …主支援者から5分で発表。支援経過と課題のポイント解説
2. 意見交換 …コーディネータの采配等でポイントに絡む専門職を中心に。
3. 総評 …嘱託医のコメントは適宜も可だが、総評コメントでしめる。
4. 終了or追加決定 …追加の有無、あれば内容、なければ終了の決定を行う。

8) 追加支援の実施

支援目標(GOAL)

… 医療において適切な診断を受ける。
 … その後状況に応じて介護サービスにつなげる。

追加支援の考え方

- モデル事業の実績から、全体の70%が1事例あたり4か月未満で終了していることから、1事例の想定必要期間を3～4か月程度とする。
- 全事例を3～4か月程度でチーム員会議に報告し、終了か継続かの判断を行う。
- 70%の事例はこの段階で終了となる。
- 30%の事例ではその後も継続支援が必要であることから、その後の支援が必要な事例を「追加支援」と定義して継続することとする。

※追加支援は、事例によってあらゆる支援が想定される。
 ※運用会議やチーム員会議によりどのような支援を行うか決定する。
 ※支援計画書の変更も必要に応じて行う。
 ※職種の追加や支援の見直し等もできるだけこの段階で見込んでおく。

(重要)ただし、原則としてGOALは変更しない。

9) 支援終了、モニタリング

引継ぎ方法の例

- 対象者の自宅を同行訪問(チーム員と包括・ケアマネ等)
- チーム員会議へのケアマネの参加
- チーム員によるケアプラン作成時の支援
- チーム員がサービス担当者会議へ参加する

※基本的に引継書を作成し、情報共有する。

モニタリングの概要

- 3か月に1回以上の頻度で行う。(モデル事業は2か月間隔)
- 期間は、基本は6か月とし、最長1年までは必要に応じて継続する。
- モニタリング終了又は継続の判断は、運用会議で決定する。
- 方法は、自宅訪問、電話、ケアマネからの聞き取り、包括の実態把握依頼等で行う。
- モニタリングの方法は、支援終了時のチーム員会議で決定する。
- モニタリング中に新たな課題が発見される等あれば、再稼働又はケア会議を検討する。