

自立支援型地域ケア会議報告

平成 27 年度（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月）

自立支援型地域ケア会議とは、自立支援に資するケアマネジメントを目的としたものであり、介護保険における自立支援の考え方「可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むよう配慮する」に基づき、介護予防とリハビリテーションの視点から「生活の改善の可能性に焦点を当てたケアマネジメントの考え方」を理解し、実行するため多職種により事例を検討する会議である。

会議は、各高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）から 1 事例を提出し、毎月第 3 木曜日に開催した。

本報告は会議の成果として、平成 27 年度に検討した 148 事例の経過（平成 28 年 7 月末までの状況）をまとめたものである。

平成 29 年 2 月発行
枚方市 健康部 長寿社会推進室

も く じ

1. 状態の変化	3 ページ
2. 「変化なし」の事例分析	5 ページ
3. 「悪化」の事例分析	
4. 「支援終了」の事例分析	
5. 「改善」の事例分析	6 ページ
6. 「自立」の事例紹介	7 ページ

平成 27 年 4 月に自立支援型地域ケア会議を開始しましたが、「自立支援に資するケアマネジメント」という言葉の捉え方、考え方について職種や経験、その人が持つそれぞれの価値観によって違いがあり、規範的統合の難しさを痛感した一年間でした。

また、会議の中での専門職からの助言や意見交換で合意形成した内容を、支援者が実行するためには、接遇・面接技法やコミュニケーション能力など、専門職としてのスキルアップの必要性を実感した一年でもありました。

たしかに、お世話型のケアマネジメントや、御用聞き型のケアマネジメントは、トラブルが発生しない支援方法で、本人や家族の満足度も高いものかもしれませんが、果たして一人の人生を支援する専門職の仕事として適切なのでしょうか。

そのような支援方法で急激に悪化していくことはありませんが、困ったことが相談するだけで解決する、出来ることまで支援してもらう、ということでは「考える力」、「出来る能力」がどんどん衰えていくのではないのでしょうか。

その人の人生はその人だけのものであり、誰かが代わることは出来ません。まして支援者が代わることもできません。主役は本人です。これからの自分の人生をどのように描くのか、描けるように支援することが支援者の専門職としての役割ではないでしょうか。

本市としては、この会議を通じて、一人でも多くの高齢者の方が自分の人生を描くことが出来るよう、専門職の資質向上を支援していきたいと考えています。

枚方市 健康部 長寿社会推進室

1. 状態の変化

平成 27 年度に検討した 148 事例の平成 28 年 7 月末時点の状態の変化は、次のとおり改善等 35.1%、変化なし 30.4%、悪化等 34.5%で改善等が一番多かった。

	自立	改善	変化なし	悪化	支援終了
件数	4	48	45	30	21
割合	2.7%	32.4%	30.4%	20.3%	14.2%
	35.1%			34.5%	

状態の変化とは、ADL：7 項目、IADL：10 項目の合計 17 項目の自立度を数値化し、事例提供時と平成 28 年 7 月時点の数値のみを比べたものである。

楽にできる	0
少し難しい	1
一部介助だが改善可能性高い	2
一部介助で改善可能性低い	3
全介助だが改善可能性高い	4
全介助で改善可能性低い	5

状態の変化のうち、「改善・変化なし・悪化」については、アセスメント表の ADL・IADL の数値のみを活用
「自立・支援終了」は、ADL・IADL の数値ではなく、サービス終了事例を計上

ADL：7 項目	IADL：10 項目
室内歩行	掃除
屋外歩行	洗濯
外出頻度	買い物
排せつ	調理
食事	ごみ出し
入浴	通院
着脱衣	服薬
	金銭管理
	電話
	社会参加

ADL：7 項目、IADL：10 項目の合計 17 項目の自立度の数値のうち、変化した数値は次のとおりである。

		① 変化カウント：↑			② 変化カウント：全体			③ 変化カウント：↓	
A D L	室内歩行	社会参加	27	↔	社会参加	38	↔	社会参加	12
	屋外歩行	外出頻度	23	↔	外出頻度	32	↔	外出頻度	10
	外出頻度	屋外歩行	22	↔	買い物	29	↔	買い物	10
	排せつ	買い物	19	↔	屋外歩行	26	↔	室内歩行	6
	食事	通院	19	↔	通院	24	↔	調理	6
	入浴	掃除	14	↔	調理	20	↔	ごみ出し	6
	着脱衣	調理	12	↔	掃除	19	↔	掃除	5
	掃除	ごみ出し	12	↔	ごみ出し	18	↔	屋外歩行	4
I A D L	洗濯	室内歩行	11	↔	室内歩行	16	↔	洗濯	4
	買い物	入浴	11	↔	洗濯	13	↔	通院	4
	調理	洗濯	9	↔	入浴	12	↔	服薬	4
	ごみ出し	排せつ	5	↔	排せつ	7	↔	着脱衣	3
	通院	着脱衣	4	↔	着脱衣	7	↔	金銭管理	3
	服薬	服薬	2	↔	服薬	6	↔	排せつ	2
	金銭管理	金銭管理	2	↔	金銭管理	5	↔	食事	2
	電話	電話	2	↔	食事	3	↔	入浴	1
	社会参加	食事	1	↔	電話	3	↔	電話	1

※ 変化カウントの数値は、数値が変化した項目を 1 カウントとして、カウント数が大きい順に記載

※ ①「変化カウント：↑」は「改善」事例、②「変化カウント：全体」は「改善・変化なし・悪化」の事例、③「変化カウント：↓」は「悪化」事例である。

「社会参加」と「外出頻度」、「屋外歩行」や「買い物」など、活動量が上がると改善につながり、反対に、活動量が下がると悪化につながるため、「改善」と「悪化」で変化した項目において顕著な違いは見られなかった。

変化カウントの数字が大きいものとしては、歩行状態や外出頻度などの自立意欲の向上で改善や悪化する項目が多く、一方、食事や入浴、排せつ、着脱衣といった ADL は、もともと自立していることが多いため変化カウントは少ない。

２．「変化なし」の事例分析

「変化なし」の 45 事例のうち、ADL（屋外歩行）が悪化したものの IADL（調理行為）が改善した事例など、2 事例に変化はあったものの数値の合計が変わらなかったものは「変化なし」として

いる。

また、ケアプランの期間が 6 か月の事例が多いことから、会議で合意形成した具体的な内容のアプローチについては次回ケアプラン作成時に行っていることが多く、改善や悪化の兆候は見受けられる事例が多いものの明確な結果として現れるのは、もう少し期間が必要であったと考える。

なお、本人の意識や考え方に対するアプローチについても、アプローチ結果の効果が現れるまで一定期間が必要であると考え。

変化なしの理由として考えられる要因の一部は、次のとおりである。

1	家族と一緒に外出し、家事も一緒に行くことで歩行状態も改善したが、この期間において数値として大きな変化は見られなかった。
2	友人の体調不良、生活環境の変化により付き合いが減少、それに伴い外出頻度が減少したため変化が見られなかった。
3	痛みのコントロールにより状態変化なし。本人の趣味活動を再開するにあたり、動きにくい動作の確認をしたが、この期間においては変化が見られなかった。
4	自宅で尻もちをつき入院、退院後に意欲を取り戻し、入院前の状態にまで改善したものの、結果として変化がなかった。
5	外出することへのアプローチと階段の昇降は体力維持が必要であり、階段昇降ができることで自信につながったものの、この期間においては現状維持として変化が見られなかった。
6	継続的な受診やリハビリにつながらない要因を具体的に話し合い、本人が自分のこととして考える必要があるが、まだ本人が意識できるほどのアプローチが出来ていない。
7	脳梗塞の後遺症のしびれ感が継続、状態の見極めから達成可能な小さな目標の設定を行ったが、この期間においては変化が見られなかった。
8	呼吸リハの導入など、状況をみながら適切なサービス内容の検討を提案していくことで合意形成したものの、この期間内での提案ができず変化なし。
9	疾患の状態を理解するために医療機関との連携が必要であるが、本人が連携を望んでいないため医療機関との連携ができず変更なし。
10	押し車のレンタルを開始し、外に出る意欲が徐々に出てきているものの、この期間においては変化が見られなかった。

3. 「悪化」の事例分析

「悪化」の 30 事例のうち、IADL が改善した事例は 3 事例あったものの、転倒（3 事例）や転倒による骨折入院（1 事例）、病状の悪化に伴う状態変化（10 事例）、痛みの増強（6 事例）といったものから、車の運転を止めたことで外出が困難になり状態が悪化した事例など、大半は悪化の要因が明らかな事例であったが、一部、悪化の要因が不明瞭な事例（5 事例）もあった。

4. 「支援終了」の事例分析

「支援終了」の 21 事例については、更新申請もしくは区分変更申請で要介護認定を受けた事例が 13 事例、死亡 2 事例、市外転出 1 事例、長期入院 1 事例、配偶者が要介護認定を受けたことによる居宅介護支援事業所への業務の一部委託とした事例等が 4 事例であった。

5. 「改善」の事例分析

「改善」の 48 事例については、支援者が出来ることを見極め、適切な目標設定、目標達成による本人の自信につながった事例が多かった。

しかし、「自立」となった事例を見ると、ADL・IADL すべてに支障がなくなったケースはなく、目標を達成したことで支援が終了している。そのため、「改善」した事例については、全く支障なく生活できる状態を目指すのではなく、一人ひとりが望む生活とは何なのか。何を目標とするのか、どこで手を放すことが出来るのか、今後の支援というのが支援者として一番難しい場面になると思われる。

改善した理由の一部を、次のとおり紹介する。

1	デイサービスの利用を目的とするのではなく、社会的つながりや役割、生きがいを見つけるアプローチした結果、毎日の散歩により筋力が改善。歩いて地域のサロンに出席することができるようになった。
2	腰痛等の痛みはあるが、自分のペースでゆっくりと散歩できるようになり、外出の機会が増えた。
3	孤立しないためにサービスを利用したものの、掃除方法や道具の工夫の提案、同じ年齢の方が集まる場所を紹介することで状態が改善した。
4	暖かい季節になり歩行器レンタルを開始。短い坂道を通らないと行けないが、プラゴミを出すことができて自信が持てた。距離はあるが買い物に行くことにも前向きになっている。

5	サークル活動再開には至っていないが、通所リハビリの中で痛みに対する対応と共に、外出時の杖の使い方や階段昇降の訓練を受け外出時ができるようになった。
6	運動機能中心のデイサービスで痛みが軽減した経験から、介護予防教室への参加や、フィットネスジムに見学に行くなど、自分で運動の機会を持つ努力をしている。
7	デイサービスを利用したこと、家庭の中での役割を担うことにより、筋力が向上した。
8	新たな痛みの増強により治療を優先してサービスを中止したが、友人との外出とひらかた元氣くらわんか体操（週 2 回）に取り組み改善した。
9	本人の意欲低下により閉じこもりぎみになっていたが、拡聴器の購入でコミュニケーションが可能となり意欲が向上、あわせて身体機能も向上した。
10	デイサービスの利用から生活の中で活動性が高まった。道路を渡る時には信号のある歩道まで遠回する。週に 1 ～ 2 回は日用品の買い物に行くなど外出頻度が増えた。
11	リハビリの結果、杖を使わずに歩けるようになった。また、浴槽をまたげるようになり自宅での入浴も可能となった。
12	デイサービスでの運動をきっかけに、体力がついた事を実感したことで、自信を持った。あわせて巧緻性を高めるプログラムにより、箸が使えるようになり、包丁を使う自信にも繋がった。
13	気分不良につながるデイサービスでの動作の原因を探り、再アセスメント、デイサービスでのメニューを変更したことで改善した。
14	サービスではない社会的つながりや役割、生きがいをみつけられるアプローチの結果、友人との交流や大正琴の練習を再開した。
15	服薬の副作用により様々な症状が出ていることから、痛みの原因を探るため医療機関の受診時に同行し、病状・体調管理ができたため状態が改善した。
16	ペースメーカーの埋め込み手術を受けたことから、運動を続けることについて不安があったが、医師から説明を受けることで不安の解消ができ、デイサービスでの機能訓練で体力・筋力が改善した。
17	医療機関と連携し、歩くルートの注意点の確認により、自治会への行事へ参加することができた。
18	支援者との信頼関係が充実し、独居の不安軽減がはかられたことで、自立意欲が高くなり、妻亡き生活に慣れ、自分で出来ることが増えてきた。
19	会議での検討後、転倒による入院となったが、在宅復帰に向け専門職が集中的に関わったことで ADL が入院前より向上。本人の意欲も高く、相乗効果により状態が改善した。
20	デイサービスでの運動により筋力が向上、本人自身も変化を感じ、意欲が出てきた。

6. 「自立」の事例紹介

「自立」となった 4 事例の詳細については、次のとおりである。

【事例 1】 歩行状態が改善したことでサービスの必要性がなくなった。

【事例 2】 サービス導入時に期間と状態を定めたサービスの利用を本人がきちんと理解していた。

【事例 3】 デイサービスの利用で状態が改善し、地域のラジオ体操に参加、ラジオ体操仲間という新たな居場所ができ、デイサービスの必要性がなくなった。

【事例 4】 元通りの状態ではなく具体的な目標設定と、本人及びサービス提供者での目標の共通認識ができたことで、目標達成。サービスの必要性がなくなった。

上記の結果から、不活発な生活や疾患等により心身機能が低下している状態が改善、もしくは現状の受容が出来ることで、本人が望む生活を自ら設計できたと思われる。

サービス導入時の初回の関わりの重要性、具体的な目標設定など、今まで様々な文献に記載され、様々な研修でも説明されている内容ではあるが、支援者がその内容を理解するだけでなく、実行することが出来れば、このような事例が増え、支援者自身の成功体験にもつながっていくのではないだろうか。

上記の 4 事例とは別に、平成 28 年 7 月末時点では「自立」となっていなかった事例ではあるが、介護予防の取り組みを行ったことが「自立」につながった E さんの事例を紹介する。

E さんは 72 歳の女性である。

基本チェックリストを記入したところ二次予防対象者に該当し、二次予防教室（運動器機能向上）に参加した。

二次予防教室に参加したことで身体機能が向上し、運動することの重要性を体感する。

その後、毎朝神社までラジオ体操に行くようになる。

しかし、健康診断で肺がんが見つかり手術のため入院

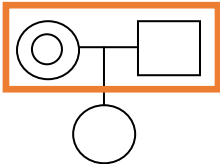
退院に向けて介護保険の要支援認定を受ける。

動かすこと、運動することで状態が改善するはずと、退院後に専門職によるリハビリテーションと毎日のセルフトレーニングを希望され、具体的な目標を設定したケアプラン作成

ケアプランで設定した目標が達成したことにより、サービスの必要性がなくなった。

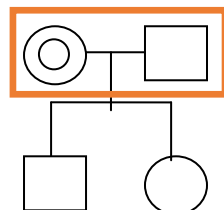
E さんが退院後に頑張れたのは、以前に運動することで身体機能が向上し、その状態を維持するために毎朝のラジオ体操を続けていた経験があったからではないだろうか。

介護予防の普及や啓発の効果として、介護予防の普及啓発の重要性を再認識した事例である。

事例 1：歩行状態が改善したことでサービスの必要性がなくなった事例				
会議での合意形成内容		楽に歩きたいという思いで目標を設定してしまうと、「楽」の基準を支援者間が共通認識することが難しいと思います。利用者本人との関係性が構築されている訪問看護師の協力を得ながらサービス導入時にリハビリ職と、利用者本人が認識できるような具体的な目標を定めてはどうでしょうか。		
A さん (67 歳・女性)		【 生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等 】		
 一戸建て 夫婦二人暮らし		個人因子	左膝痛と変形による左下肢痛にて歩行や動作が不安定で転倒を繰り返している。近隣関係から 30 年程前に統合失調症を発症、「隣から監視されている」「室内にカメラを設置されている」など妄想が強く、ほとんど入浴が出来ていない状況だが、本人は出来ていると言う。信頼関係が出来るまでは本人の本心を聞き取るのは難しい。（2 年間訪問している看護師には本心を話す。）	
		環境因子	夫は月 4～5 回仕事に行っている。本人の出来難い部分については夫の支援がある。一人娘は近隣に住んでいるが、仕事で忙しく、あまり訪問はない。年金が少ない事や家のローンの支払いがあることでお金がかかる事はできないと言われ、医療リハも途中で止められている。	
項目		事例提供時	変化した項目	変化した説明
A D L	室内歩行	○少し難しい	○楽にできる	支えなしで歩行できる。
	屋外歩行	○少し難しい		
	外出頻度	○少し難しい	○楽にできる	自転車を利用
	排せつ	○楽にできる		
	食事	○楽にできる		
	入浴	○楽にできる		
	着脱衣	○楽にできる		
I	掃除	▲改善可能性高い		
A	洗濯	○楽にできる		
D L	買い物	○少し難しい		
	調理	○楽にできる		
	ごみ出し	○少し難しい		
	通院	○少し難しい		
	服薬	○少し難しい		
	金銭管理	○少し難しい		
	電話	○楽にできる		
	社会参加	▲改善可能性低い		
疾患		心性浮腫（月 1 回受診し服薬治療中）、高脂血症(月 1 回受診し服薬治療中) 統合失調症（月 1 回受診し服薬治療中）		
認知機能		気持ちを伝える事はできるが理解力低下がある。もの忘れは無し。		

1 日の目標	リハビリを受けて家でも運動を続ける。
半年後の目標	今より楽に歩けるようになる。
1 年後の目標	自転車を使わず買物に行けるようになる。
利用サービス	介護予防通所リハビリテーション（週 2 回） 訪問看護・医療保険（週 3 回）

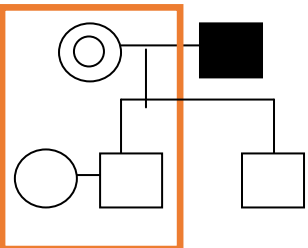
事例 2：サービス導入時に期間と状態を定めたサービス利用を、本人がきちんと理解されていた事例

会議での 合意形成内容		利用者本人が期間を定めて自立することを目標にされていること、その目標を達成するため適切な支援が検討されていることから、自立支援のモデルとなりうるケースかと思えます。今後も本人の決めた期間での卒業を目指した支援をお願いします。		
B さん （66 歳・女性）  一戸建て 夫婦二人暮らし		【 生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等 】		
		個人因子	65 歳までは写真館助手を務めていたため、重い機材を運ぶことが多くそれがよい運動になっていた。退職後しばらく運動の機会がなく、筋力低下を感じてスポーツジムへ行ったが、不適切な運動により膝の痛みが悪化し、歩行能力の低下、階段昇降や屋外での活動低下がみられる。平成 26 年 9 月より運動特化型デイに通い始め歩行能力は向上している。（駅まで徒歩 10 分→8 分）	
		環境因子	自宅から最寄り駅までは徒歩 8 分だが、近隣に商店や公共施設・運動施設などがない。ある程度の移動能力がないと閉じこもりがちになってしまう環境。夫も退職して自宅にいるため、膝が痛んで難しい家事を手伝っている。	
項目		事例提供時	変化した項目	変化した説明
A D L	室内歩行	▲改善可能性高い	○楽にできる	痛みなく歩行可能
	屋外歩行	▲改善可能性高い	○楽にできる	
	外出頻度	○少し難しい	○楽にできる	自転車での外出可能
	排せつ	○楽にできる		
	食事	○楽にできる		
	入浴	○楽にできる		
	着脱衣	○楽にできる		
I A D L	掃除	○少し難しい		
	洗濯	○少し難しい		
	買い物	▲改善可能性高い	○楽にできる	
	調理	○楽にできる		
	ごみ出し	○楽にできる		
	通院	▲改善可能性高い		
	服薬	○楽にできる		

金銭管理	○少し難しい	○少し難しい	
電話	○楽にできる	○楽にできる	
社会参加	▲改善可能性低い	▲改善可能性低い	
疾患	変形性膝関節症（運動により痛み緩和）、橋本病（3 か月に 1 回受診し服薬）		
認知機能	意思伝達できる。もの忘れ無し。		
1 日の目標	自宅階段を途中で立ち止まらずに上がり下がりする。		
半年後の目標	最寄り郵便局まで自転車に乗って行く。		
1 年後の目標	琵琶湖まで写真撮影に行く。		
利用サービス	介護予防通所介護（週 1 回）		

事例 3：デイサービスの利用で状態が改善し、地域のラジオ体操に参加、ラジオ体操仲間という新たな居場所ができ、デイサービスの必要性がなくなった。

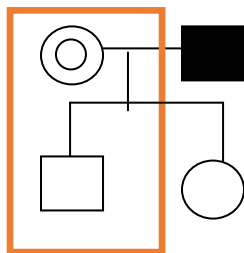
会議での 合意形成内容	支援される側ではなく、対等の立場でラジオ体操の仲間と散歩ができるまで改善し、自分の役割が出来たことで自信をもてるようになった素晴らしいケースですね。生活が充実してきていることから、支援されるだけのサービスは不要と本人が感じるのではないのでしょうか。
----------------	--

C さん (72 歳・女性)		【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】	
 一戸建て 息子夫婦と同居 1 階での生活	個人 因子	平成 19 年変形性膝関節症、平成 24 年 11 月に腰部脊柱間狭窄症の手術を受ける。腰痛もあり、かがんだり立ち上がりに時間がかかる。自立歩行も 15 分以上になると休憩しないと歩けない。	
	環境 因子	平成 25 年に夫死亡。生前は二人でよくハイキングに出かけていたが、今は行っていない。自転車には乗れるのでデイケアや買物などは自転車で行っている。自治会への参加は評判が良くなかったので以前から参加なし。閉じこもりの傾向があったが、昨年の 7 月に近所の人に誘われて近くの公園でラジオ体操に参加している。	

	項目	事例提供時	変化した項目	変化した説明
A	室内歩行	○楽にできる		
D	屋外歩行	○少し難しい		
L	外出頻度	○楽にできる		
	排せつ	○楽にできる		
	食事	○楽にできる		
	入浴	○楽にできる		
	着脱衣	○楽にできる		
I	掃除	○少し難しい		

A D L	洗濯	○楽にできる		
	買い物	○楽にできる		
	調理	○楽にできる		
	ごみ出し	○楽にできる		
	通院	○楽にできる		
	服薬	○楽にできる		
	金銭管理	○楽にできる		
	電話	○楽にできる		
	社会参加	○少し難しい	○楽にできる	地域の中に居場所ができた。
疾患		高血圧（月 1 回受診し、服薬中）、腰部脊柱間狭窄症（観察中） 変形性膝関節症（観察中）		
認知機能		意思伝達できる。もの忘れ無し。		
1 日の目標		毎日ラジオ体操をする。		
半年後の目標		毎日ラジオ体操をする。		
1 年後の目標		ハイキングに出かける。		
利用サービス		介護予防通所リハビリテーション（週 1 回）		

事例 4：元通りの状態ではなく具体的な目標設定と、本人及びサービス提供者での目標の共通認識ができたことで目標達成。サービスの必要性がなくなった。

会議での合意形成内容		訪問リハをやみくもに続けがちだが、ゴールを決め、本人を交えて P T とも評価をし、具体的な目標の設定を考え、次のプランに生かしていきましょう。リハ職にも卒業を意識してもらう事が大切ではないでしょうか。		
D さん (76 歳・女性)		【生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等】		
 一戸建て 息子と二人暮らし 生活スペースは 1 階		個人因子	1 年半前に自宅で脱力感を覚え、起き上がれず、救急搬送され、右前頭葉の脳梗塞と診断される。右手のこわばりや軽度の痺れがあり、季節によっては手先の細かい動作など出来ないこともある。高血圧、心房細動の既往あり、運動に制限あり。	
		環境因子	戸建住宅に息子と二人暮らし。同居する息子は朝早く、夜遅い勤務で昼間独居である。近所付き合いはほとんどないが、近所に住む妹との交流が多いが、最近妹も体調悪く、以前のような頻繁な交流ができなくなっている。長女は他府県に嫁いでいる。	
項目		事例提供時	変化した項目	変化した説明
A	室内歩行	○楽にできる		

D L	屋外歩行	○楽にできる		
	外出頻度	○楽にできる		
	排せつ	○楽にできる		
	食事	○楽にできる		
	入浴	○少し難しい	○楽にできる	跨ぎ動作をリハビリ時に確認することで自身につながり安定した。
	着脱衣	○少し難しい		
I A D L	掃除	○少し難しい		
	洗濯	○少し難しい		
	買い物	○少し難しい		
	調理	▲改善可能性高い		
	ごみ出し	○楽にできる		
	通院	○少し難しい		
	服薬	○楽にできる		
	金銭管理	○楽にできる		
	電話	○楽にできる		
	社会参加	○楽にできる		
疾患		脳梗塞後遺症（右上肢の軽度麻痺）、右変形性膝関節症（ヒアルロン酸注射） 糖尿病・高血圧・心房細胞（定期受診）		
認知機能		意思伝達できる。もの忘れ無し。		
1 日の目標		リハビリで行っているストレッチを毎日 2 回行う。		
半年後の目標		1 日 4,000～6,000 歩ぐらい歩きたい。		
1 年後の目標		植木の手入れが毎日できるようになりたい。		
利用サービス		介護予防訪問看護（看護師・月 1 回、リハビリ・週 2 回）		

【最後に】

自立支援型地域ケア会議の目的は、サービスを卒業することではなく、課題を解決（目標を達成）することで、「普通の生活」や「今までの生活」に戻れるようになることです。

「課題」とは、「できないこと」や「してほしいこと」ではなく、今の状態に至る直接的および間接的な原因や自立を阻害している要因です。

その「課題」を解決するために、多職種の専門的な意見から多様なアプローチ方法を模索し、検討することが自立支援型地域ケア会議です。

また、自立支援型地域ケア会議は地域ケア会議の一つであるため、個別事例から地域課題を抽出し、地域づくりや施策化にもつながっていきます。

今後とも、この会議にご理解・ご協力よろしくお願いします。