

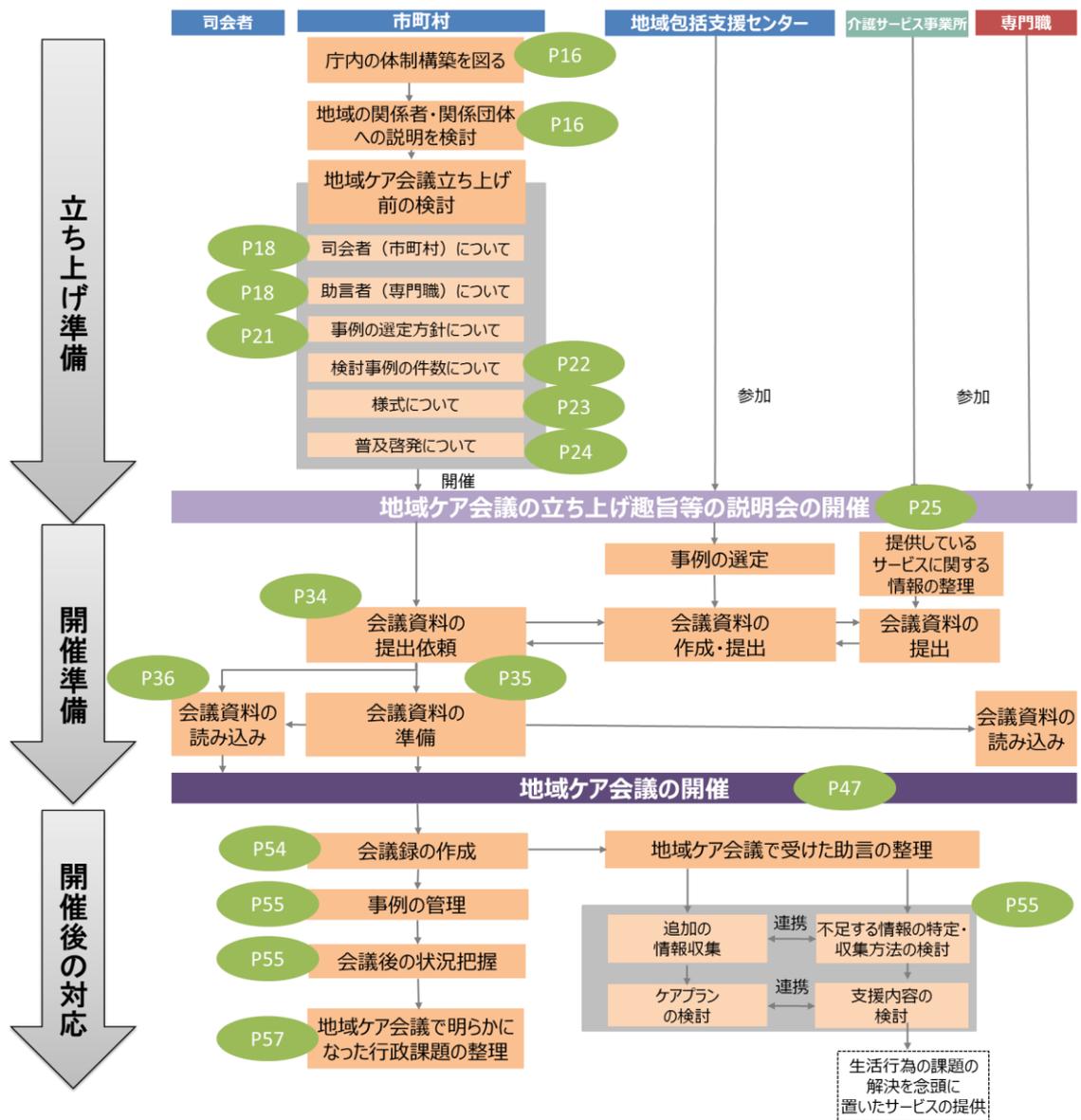
介護予防活動普及展開事業
専門職向け手引き
(Ver. 1)

厚生労働省

目 次

市町村及び地域包括支援センターにおける立ち上げから実践までのフローチャート	1
はじめに	3
第1章 本手引きの背景・目的	5
1 介護予防のための地域ケア個別会議とは.....	5
2 介護予防のための地域ケア個別会議（以下、地域ケア会議）の実際.....	9
第2章 地域ケア会議における助言者（専門職）の役割	13
(1) 専門職の役割	13
(2) 地域ケア会議における専門職による助言の目的と意義.....	13
(3) 有効な助言のための共通事項.....	14
(4) プロセスに応じた事例の確認と助言の提供.....	15
(5) 職種別の助言のポイント	20
(6) 職種間の役割分担と協調.....	28
第3章 地域における自立支援・介護予防の推進に向けた専門職・職能団体の役割 ...	29
(1) 職能団体としての行政との関わり	29
(2) 専門職・職能団体の役割と取組の意義.....	34
(3) 職能団体間の連携.....	37

市町村及び地域包括支援センターにおける立ち上げから実践までのフローチャート



フローチャート内のページ番号は、市町村向け手引きのページと一致しています。それぞれの段階での詳細を知りたい場合は、該当のページにお進みください。

はじめに

平成 28 年度から実施している「介護予防活動普及展開事業（以下、本事業）」において、自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア会議について、先行して実施している自治体を参考にして、その考え方や実践手法を整理し取りまとめたのが、本手引きである。

厚生労働省は、団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年（平成 37 年）を目途に、高齢者が重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、各地域で、「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを推進している。

特に「介護予防」は、要介護状態の軽減や悪化の防止だけでなく、高齢者が地域で自立した生活がおくれるようにすることを目的としており、これらは、「高齢者本人の自己実現」、「高齢者が生きがいを持ち、自分らしい生活をつくっていただく」ことが重要である。

平成 18 年介護保険法改正により介護予防事業が構成され、その主眼は要支援・要介護状態となるおそれのある高齢者を基本チェックリストで把握し、運動機能や口腔機能の改善などを実施する二次予防事業といったハイリスクアプローチに置かれてきた。一方で、このようなハイリスクアプローチのみならず、高齢者がボランティアとして活躍するなどして、住民の自助による介護予防活動の場を増やす取組や、介護予防サービス等を開始する前に多職種の助言を得ながら介護予防・自立支援に向けた目標設定や支援を判断する地域ケア会議の取組といった介護予防・自立支援の実践事例が生まれた。

これらを踏まえ、平成 26 年介護保険法改正において介護予防の考え方は、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すものへ変遷している。

具体的には住民主体の通いの場の充実をはかる一般介護予防事業や地域ケア会議推進事業等として制度的に位置づけられ、住民主体の通いの場については「地域づくりによる介護予防推進事業」（平成 26 年度から平成 28 年度）によって充実を図ってきたことである。

本事業では、高齢者本人の自己実現に資する介護予防活動や生活支援等サービスを提供し、高齢者の QOL の向上を目指すために、多職種の助言を得ながら、自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア会議の手法を全国で普及展開するものである。地域に元気な高齢者を増やす取組を推進するためにも、本手引きを活用いただきたい。

厚生労働省 老健局老人保健課

本手引きの対象は地域ケア会議で助言をする専門職（医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士等）になります。

地域ケア会議の立ち上げを実践する中では、適宜他の手引きを参照して、各関係者と連携していくことが推奨されます。

本手引きでは、地域ケア会議において、各専門職がこういった視点で助言を行うのかを把握し、複数の専門職の連携がスムーズに進むことを目的としています。

種別	自治体向け手引き ● 都道府県向け手引き ● 市町村向け手引き	<u>専門職向け手引き</u> <u>(本手引き)</u>	事業所向け手引き
対象	地域ケア会議を通じた自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを今後地域で展開していく自治体職員	地域ケア会議で助言する専門職	介護サービス事業所（通所系サービス）の職員
目的	地域ケア会議を専門職と協働して開催し、自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを実践することを目的として作成。	助言者として事例提出者（チーム）が現場で実践しやすい助言をすることを目的として作成。	地域ケア会議を通じた自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントが地域で進められる中で、介護サービス事業所としてどのような姿勢や手法で利用者にサービスを提供するかについて理解を深めることを目的として作成。

本手引きの本文内で使用しているマークの意味は以下のとおりです。



・・・関連情報・事例等をコラム形式で情報提供しています。

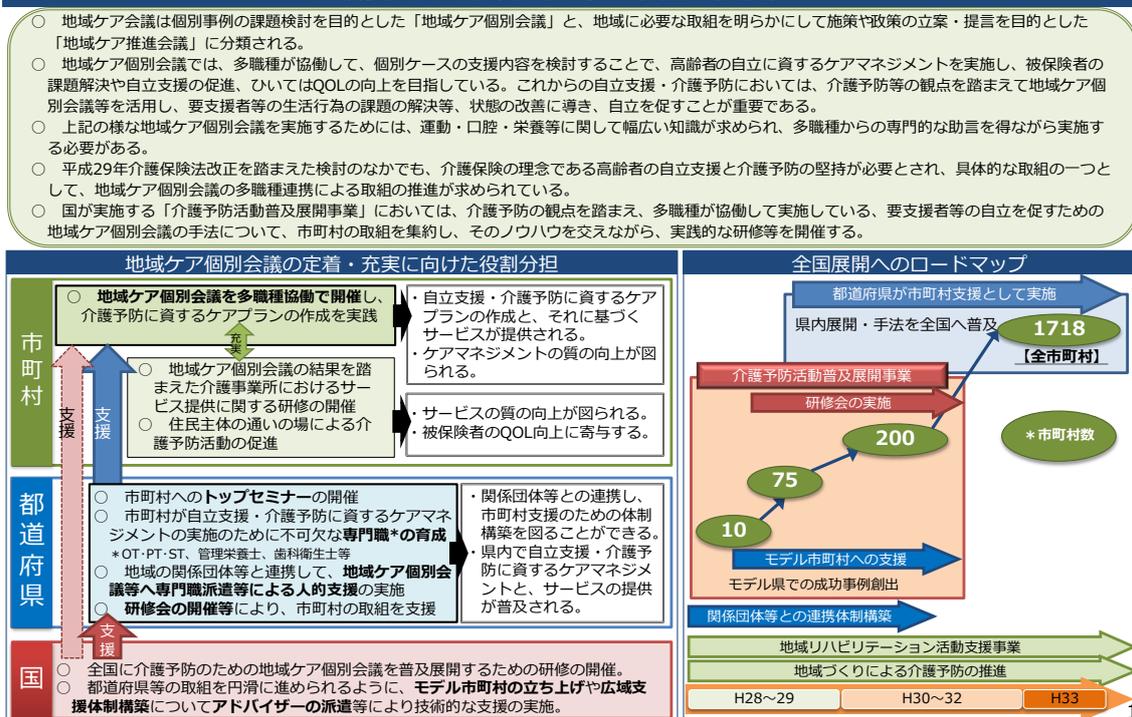
第1章 本手引きの背景・目的

(第1章のねらい)

- ◇ この章では、介護予防のための地域ケア個別会議の目的やこの会議を推進していく意義や背景、また会議の実際の様子などについて解説・紹介しています。
- ◇ 「介護予防のための地域ケア個別会議と何か？」まずは概要を把握しましょう。

1 介護予防のための地域ケア個別会議とは

図表1 介護予防活動普及展開事業の概要
効果的な介護予防等の取組の横展開



(1) 介護予防のための地域ケア個別会議の目的

- 「介護予防のための地域ケア個別会議」では、自立支援・介護予防の観点を踏まえて地域ケア個別会議を活用することで「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者のQOLの向上」を目指している。
- 目的である「高齢者のQOLの向上」の実現のために、地域ケア個別会議を活用し、多職種からの専門的な助言を得ることで、ケアマネジメントを実施し、高齢者の生活行為の課題等を明らかにし、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行う。

先行市町村における取組は市町村向け手引きの P59 参照

(2) 介護予防のための地域ケア個別会議を推進する意義

○ 「地域ケア会議」は介護保険法第 115 条の 48 で定義されており、地域包括支援センターまたは市町村が主催し、設置・運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議」のことを言う。

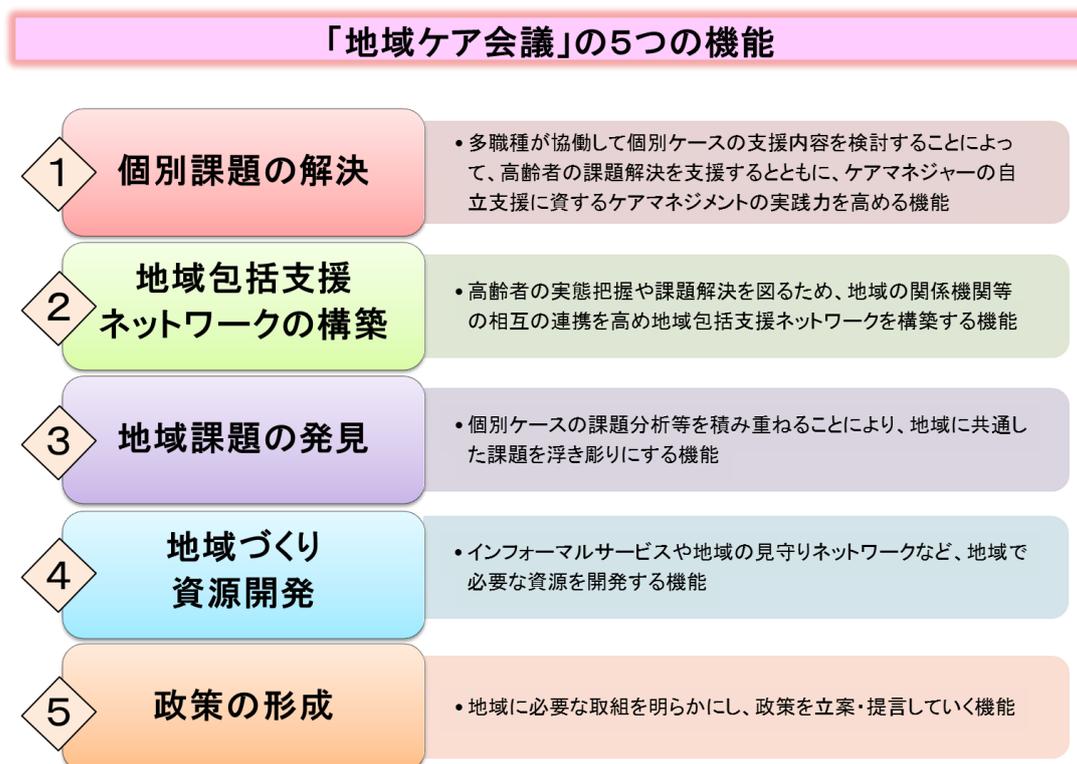
○ 地域ケア会議は開催の目的・方法によって大きく、下記の 2 種類に分かれる。

地域ケア個別会議 ¹	個別事例の課題検討
地域ケア推進会議	地域に必要な取組を明らかにして施策を立案・提言

○ 「介護予防のための地域ケア個別会議」は地域ケア個別会議に分類される。

○ 地域ケア会議には、①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり資源開発、⑤政策の形成という 5 つの機能がある。

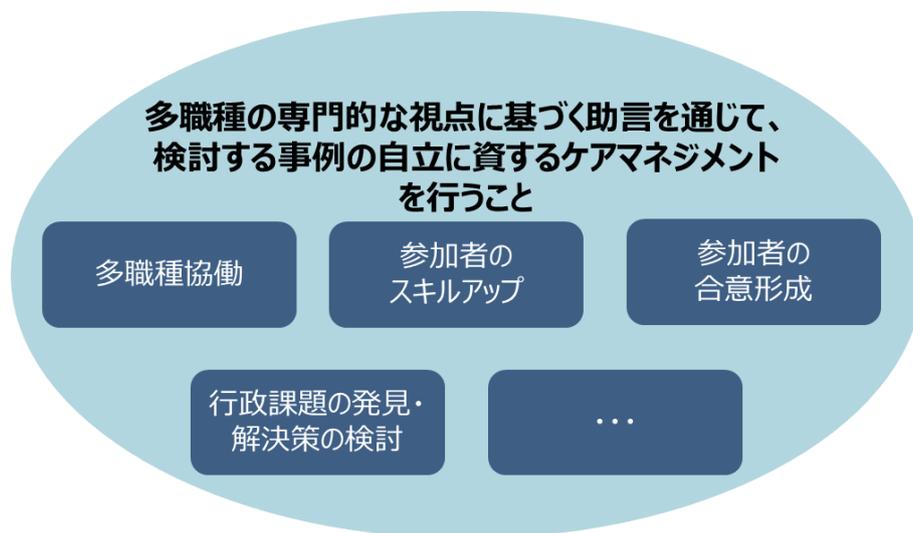
図表 2 地域ケア会議の 5 つの機能



¹「地域ケア個別会議」は、市町村または地域包括支援センターが主催し、検討する事例のサービス担当者に限らず、地域の多職種の視点から課題の解決に向けた検討がなされる。一方、「サービス担当者会議」は、プラン作成担当が主催し、利用者がそのニーズに応じたサービスを適切に活用できるように、ケアマネジメントの一環として開催するものである。

- 介護予防のための地域ケア個別会議においても P.6 の5つの機能は発揮されるものであり、実践している市町村では、「高齢者の QOL 向上に資すること」に加え、次のような意義が生じている。
- ・ 介護予防のための地域ケア個別会議の参加者が、事例に対する多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得すること（OJT・スキルアップ）
- ・ 介護予防のための地域ケア個別会議で検討する事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源といった行政課題の発見・解決策の検討につながることに

図表3 介護予防のための地域ケア個別会議開催の意義



- 先に記載した意義は参加者によって下記のように例示できる。
 - ・ 自治体関係者にとっては「行政課題の発見・把握」
 - ・ 専門職にとっては「専門職としてのスキルアップ」
 - ・ 介護サービス事業所にとっては「ケアマネジメントやケアの質の向上」
 - ・ 参加者全員にとっては「ネットワークの構築」
- 特に自治体関係者にとっての「行政課題の発見・把握」は、介護予防のための地域ケア個別会議を推進していく上で非常に重要な意義の1つである。
- 市町村は今後、地域ケア会議を通じて、介護保険の保険者という立場で、関係者（地域包括支援センター・介護サービス事業所等）を主導する姿勢が求められる。

図表 4 介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

- 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
 - ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
 - ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備
- （その他）
- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
 - ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
 - ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

- ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設
- ※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
- ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
 - ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける
- （その他）
- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
 - ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（II5は平成29年8月分の介護納付金から適用、II4は平成30年8月1日施行）

- 平成 28 年度には、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正の法律案」（平成 30 年 4 月施行）を示し、この中で「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする」と方針を示している。
- より具体的には、自立支援・重度化防止に向けた「保険者機能の強化」に向け、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みと目標を介護保険事業計画に明記することを求めている。
- こうした 2025 年に向けた地域包括ケアシステムの構築・保険者機能の強化といった観点からも、各地域において介護予防のための地域ケア個別会議の実践が求められている。

2 介護予防のための地域ケア個別会議（以下、地域ケア会議）の実際

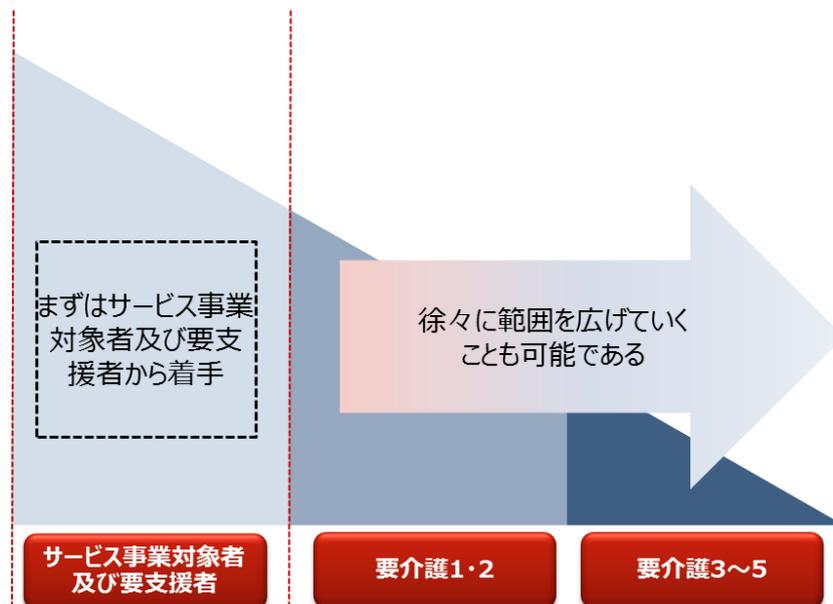
（1） 地域ケア会議で取り扱う事例（対象者）

- 本手引きで想定している地域ケア会議は、自立支援・介護予防の観点を踏まえて実施することから、対象者は「サービス事業対象者」「要支援者」を想定している。

先行市町村における取組は市町村向け手引きの P59 参照

- それ以外の対象者（例えば要介護者や困難事例等）については、地域の実情に合わせて徐々に範囲を広げていくことも可能である。

図表5 地域ケア会議で取り扱う事例（対象者）



- 実際に地域ケア会議で検討する対象者は、サービス事業対象者及び要支援者であっても、人口規模等によって全員を地域ケア会議にかけられないこともあるため、地域の実情に合わせて選定する必要がある。
- なお、先行して実践している市町村においては下記の視点で優先順位をつけて選定している。

【先行事例における対象者選定（例示）】

- ・ サービス事業対象者及び要支援者全員
 - ・ サービス事業対象者及び要支援者のなかでも福祉用具の貸与や住宅改修を伴う事例
 - ・ 生活行為に課題が生じる大腿骨頸部骨折等の筋骨格系疾病により要介護認定に至った者 等
- 対象者の選定方法は（2）に述べる地域ケア会議の参加者と共有しておくことが重要である。

(2) 地域ケア会議の参加者

- 地域ケア会議の主要な参加者は、司会者（市町村）／地域包括支援センター／助言者（専門職）／事例提出者（地域包括支援センター職員等のうちプラン作成をした者（以下、プラン作成担当）²・介護サービス事業所）である。
- 参加者の役割は下記である。

司会者（市町村）

- 司会者は市町村職員または、地域包括支援センターが担う。
- 司会者は、地域ケア会議の運営のほか、アセスメントに基づき、出席している助言者から必要なアドバイスを引き出す必要がある。

（司会者以外の市町村職員）

- 検討する事例に応じて、生活保護や生活困窮者対策の担当者、障害福祉の担当者等に出席を求めることも必要である。
- 地域ケア会議の政策形成等につなげていくためにも、地域ケア会議の担当だけではなく、介護保険事業計画担当も参加することが望ましい。

地域包括支援センター

- 地域包括支援センターは事例提出者だけではなく、助言者としての役割も担うことがある。
- 地域包括支援センターからは、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の3職種で出席することが望ましい。

助言者（専門職）

- 助言者として、対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、自立に資する助言をする役割を担う。
- 地域ケア会議に参加する専門職は、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等が考えられる。
- 全ての職種が毎回地域ケア会議に出席する必要はないが、運動・口腔・栄養等の幅広い観点から助言が貰えるように、常に参加する職種を決めておくことが望ましい。（詳細は市町村向け手引き P.18～P.20 参照）。
- 出席の他、地域ケア会議の開催にあたり、かかりつけ医、かかりつけ歯科医師がいる事例について、対象者の状態の予後予測や治療方針等について事前に確認するとともに、地域ケア会議での検討結果について情報共有することが重要である。

² 地域包括支援センターの3職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）及びケアプラン作成を受託しているケアマネジャー

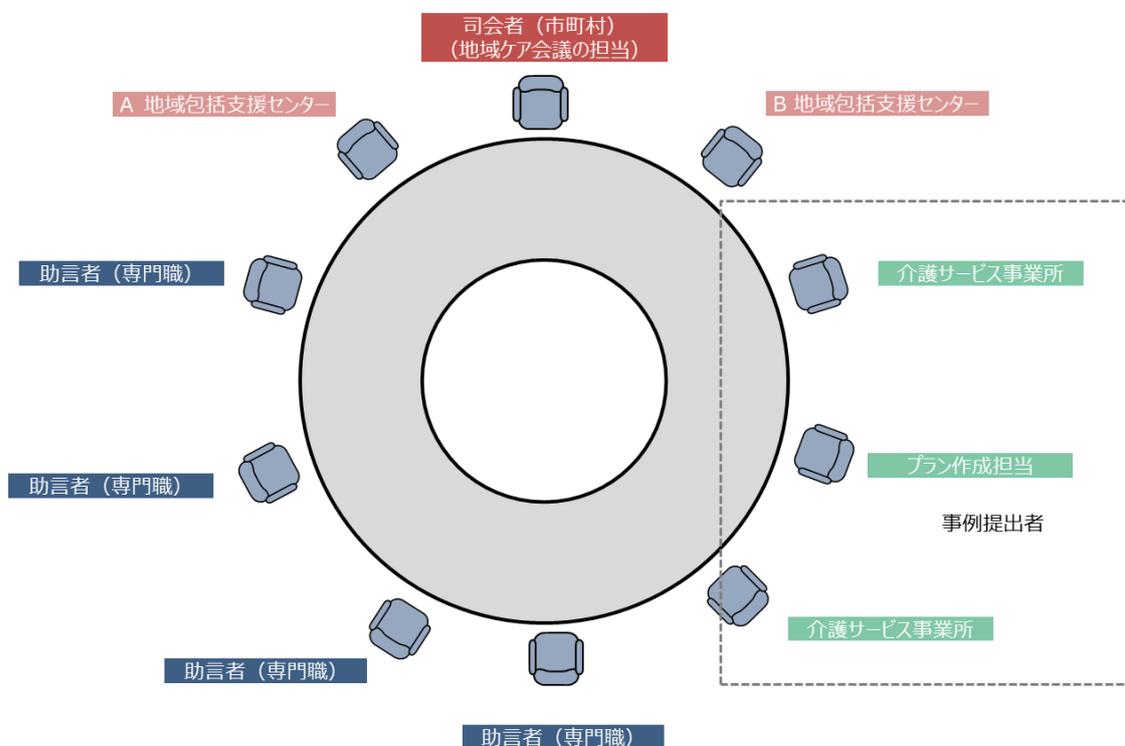
事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）

- 事例提出者は、検討事例のプラン作成担当及び介護サービス事業所の職員になる。
検討する事例を支援するチームとして参加することが望ましい。

留意事項

- 事例の提出の有無に関わらず P.6 で述べた意義があることから、市町村内の居宅介護支援事業所のプラン作成担当や介護サービス事業所等の職員が地域ケア会議に参加できるように配慮する必要がある。
- また、傍聴者が入る場合には、個人情報の保護に留意されたい。

図表6 地域ケア会議の配席（例）



(3) 地域ケア会議の当日の進行（例）

- 介護予防のための地域ケア個別会議を実践している自治体では、1事例あたり、おおむね20～30分で検討されている。
- 20～30分という比較的短時間で1事例を検討する理由としては、より多くの事例を検討しより多くの高齢者のQOL向上に資することがあげられる。
- その他、多くの事例を検討することは、より多くのプラン作成担当の事例を検討することができ、また、専門職が助言する機会となり、地域ケア会議の参加者のスキルアップにもつながる。
- 実践している自治体の事例を参考に、地域の実情に合わせた時間設定をする必要がある（当日の進行の具体的な進め方は図表7参照）。
- 地域ケア会議立ち上げ当初は1事例あたり、おおよそ40～50分を目安に検討することも考えられる。

先行市町村における取組は市町村向け手引きのP59参照

図表7 地域ケア会議の当日の進め方（例）

実施事項		最短所要時間（目安）	発言者	実施事項	使用する資料	
(1)	開催	1～3分	司会者（市町村）	資料説明	議事次第等	
(2)	1事例目	事例提出者（プラン作成者）より事例の概要説明	4～6分	プラン作成担当	①事例の基本情報について説明 ②事例の生活行為課題について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子 [※] の説明 ④②③を踏まえたケアプランの説明	A 利用者に関する情報 B アセスメント情報 C ケアプラン
		事例提出者（介護サービス事業所）から支援方針の説明	4～6分	介護サービス事業所	事例への支援内容・方針について説明	D 提供されているサービスの情報
		質問、助言	10～12分	司会者（市町村）	(2)(3)の説明に関する不明点の確認	A～D（主に生活機能、ケアプランに係る記述の箇所）
		助言者（専門職）		(2)(3)の説明についての質問・助言	A～D（各専門職に係る記述の箇所）	
(5)	まとめ	2～4分	司会者（市町村）	事例提出者（プラン作成担当、介護サービス事業所）が取り組むべき点について説明	A～D	
(6)	2事例目 3事例目					
(7)	閉会	1～3分	司会者（市町村）	次回の開催日時・場所の案内	-	

※ 個人因子…高齢者の身体の状態、生活の状況（ADL・IADL）、意欲・性格、経済状況、認知機能、社会交流の状況などを指します。
環境因子…住居の状況、交通の状況、家族・友人知人との関係、受診状況、サービス事業者・民生委員等との関係などを指します。

第2章 地域ケア会議における助言者（専門職）の役割

（1） 専門職の役割

地域ケア会議における専門職の役割として、助言者として対象者のニーズや生活行為の課題等を踏まえ、自立に資する助言をすることが求められており、多職種の視点で事例の課題を解決することが求められています。自身の専門も踏まえつつ、全体の優先順位を考慮するように気を付けましょう。

（2） 地域ケア会議における専門職による助言の目的と意義

地域ケア会議の第一の目的は自立支援・介護予防の観点を踏まえて地域ケア会議を活用することで「要支援者の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者の QOL の向上」です。地域ケア会議に多様な専門職が関わり専門的な視点に基づく助言を行うことにより、参加者が、自立につながるケアマネジメントの視点やプログラムの提供に関する気付きを得ることができます。

地域ケア会議に参加する専門職は、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士等が考えられます。これらの専門職は、地域ケア会議に参加し、その専門性に基づき事例提出者に対する助言を行います。「高齢者の QOL の向上」という共通の目標に向けた支援を実現するために、課題の抽出や課題解決に向けた支援のあり方について、多職種が協働し多面的な視点から「実践につながる具体的な助言」を行うことが重要です。

ケアマネジメントプロセスの中で、地域ケア会議における専門職の助言はケアの提供への働きかけとなります。利用者の意向を確認した上で、利用者の生活行為の課題とその要因を踏まえた目標が設定されているか、目標達成に向けた有効なサービスが計画されているかを確認し適切に助言することにより、チームにおける目標の共有や役割の明確化につながります。

(3) 有効な助言のための共通事項

地域ケア会議における専門職による助言の注意点として、下記のような項目が考えられます。

- 全ての参加者にわかりやすい表現を心がけ、専門用語は出来る限り避けて説明する
- 何を伝えたいのか、論点を明確にして助言する
- 助言や説明はポイントを絞って、短時間で説明する
- 助言者として謙虚であることを意識し、威圧的にならないように配慮する
- 問いかけだけで終了せずに、参加者に有益になるアドバイスをすることを心がける
- 具体的かつ実行可能な助言をする
- 自身の専門に限らず、良いと思われる支援内容については、何が良いかを具体的に伝え、会議に参加している者で共有できるよう配慮する

専門職として助言を行うにあたって基盤となるのは専門職としての知見や根拠になります。地域ケア会議において助言をするには、介護保険に関する理解も求められます。地域実情の把握も望ましいですが、把握が難しい場合は他の参加者から確認することで補完しましょう。

説明の内容は、出来る限り難しいことを簡単にするように意識しましょう。地域ケア会議は、市町村、地域包括支援センター、事例提出者、他職種の専門職等様々な関係者が出席しています。相手の立場になって伝えることを意識した上で、簡単なことは簡単に、難しいことも簡単に伝える配慮を心掛けましょう。

また、地域ケア会議においては、一人ひとりの実事例について議論をしていくため、対象者に対して、具体的に何をしたらよいかを明確にした助言が求められています。「いつ」「どこで」「誰が」「何を」「どのように」するかを明確にした説明を常に意識しましょう。医療的な判断については、主治医意見書の内容を確認しましょう。

(4) プロセスに応じた事例の確認と助言の提供

ここでは、地域ケア会議において、専門職として有効な助言を行うための基本的な考え方や手順をご紹介します。

① 事例の理解と確認

はじめに、事例に関する情報を読み込み、事例の内容について理解します。事前に事例情報を読み込む際、提出された情報のうち、主に以下の点について重点的にチェックしましょう。

図表8 地域ケア会議の資料一覧と確認のポイント

情報		確認のポイント
A	利用者に関する情報	<ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報 基本チェックリスト 興味・関心チェックシートなど、検討する事例の全体像を把握する情報
B	アセスメント情報	<ul style="list-style-type: none"> 課題整理総括表
C	ケアプラン	<ul style="list-style-type: none"> 課題を明確にした上で目標を設定し、設定された期間内に目標達成が可能な支援内容になっているか確認しましょう。 目標設定は本人にも評価ができ、達成が実感できるものになっているか確認しましょう。
D	提供されているサービスの情報	<ul style="list-style-type: none"> 各介護サービス事業所における個別援助計画
E	その他	<ul style="list-style-type: none"> 主治医意見書 お薬手帳のコピー 会議の要点をまとめたもの

資料の具体的な内容は市町村向け手引きの P37 参照

② 課題の明確化と背景要因の確認

提供された資料や事例の説明から、生活行為の課題とその要因が明確になっているかを確認します。

具体的には、以下の点がポイントになります。

1. 課題を中心とした情報の収集
 - ①生活行為の課題や、課題が生活に与える影響
 - ②本人が認識している課題
 - ③本人が望んでいる状態や状況
 - ④本人が望んでいる支援
 - ⑤本人と家族の関係性
 - ⑥本人と知人、友人、近隣住民等との関係性
 - ⑦家族が認識している課題や意向
 2. 生活の中での「出来ること」と「出来ないこと」の能力評価
 - ①「出来ること」と「出来ないこと」の整理
 - ②「出来ること」のうち、「していること」と「していないこと」の確認
 - ③「出来ること」のうち、出来る状況が限定されていたり、見守りが必要な生活行為の確認
 - ④「出来ないこと」の工程分析をし、自立を妨げる要因の抽出
 - ⑤「していないこと」の要因分析をし、「していない」解決方向の推測
 3. 「出来ない」要因の分析
 - ①課題と背景要因（因果関係）の包括的な理解
 - ②「出来ない」要因を個人・環境の視点で整理
 - ③「出来ない」要因に対して、期間限定的な支援が必要か、継続した支援が必要かの見極め[※]
 - ④「出来ない」要因に関する自立支援の観点から様々なアプローチの検討
- ※予後予測や治療方針については医師または歯科医師に確認すること

これらのポイントについて、不明確な点がある場合には、事例を提供しているプラン作成担当や事例提出者に対して、具体的に問いかけをします。それにより、プラン作成担当や介護サービス事業所から、必要な情報を引き出したり、シートへの望ましい記載方法やアセスメントにおける重要な視点などについての気づきを促すことができます。

③ 目標と支援内容の確認

次に、課題を改善・解決し目標の実現につながる支援内容となっているかを確認します。確認の視点としては、「生活行為の課題が的確に把握されているか」「ケアプランの目標は

適切に設定されているか」「サービス内容は目標達成のために適切であるか」が重要です。

生活行為の課題が適切に把握できていない場合、生活行為の課題を適切に抽出できるよう、アセスメントの視点や具体的なアセスメント方法等について助言をする必要があります。

また、ケアプランの目標が適切に設定されていると言えない場合には、今後の見通しに基づいて、目標とする期間内に実現可能な目標を設定できるよう助言する必要があります。また、一般的な表現ではなく、本人の意向を踏まえた具体的な目標とし、本人の意欲を引き出すための方策についても助言をすることが望まれます。

サービス内容が目標達成のために適切であると言えない場合には、目標達成につながる具体的な支援内容についてわかりやすく示します。

④ 実践につながる助言の提供

助言する際には、プラン作成担当や介護サービス事業所にとって、実践につながるよう具体的でわかりやすい形で伝えることが重要です。具体的には、以下の点に留意しましょう。

全ての参加者がわかる表現で助言する

- 分野が限定されるような専門用語は避けて、理解しやすく具体的な助言を提供することが求められます。
- 直接の助言相手が介護サービス事業所の同じ専門職であったとしても、参加者全員の共通理解を得るために、他の参加者も理解できる表現で話す配慮が必要です。

具体的かつ実践可能な助言を提供する

- 専門的見地から、心身機能の低下や今後の見通しを見極めるだけでなく、以下のような視点で、具体的かつ介護サービス事業所の担当者ができる支援方法を示すことが重要です。

「どのような支援があれば、本人が望む生活行為・社会参加が可能になるか」

「どうすれば悪化を遅らせることができるか」

「健康管理上もしくは疾病管理上、注意しなければならない点をどのようにして把握することができるか」

- 抽象的な一般論に終始することなく自立支援の視点で、この事例において具体的に「いつ」「誰が」「どこで」「何を」「どうしたらよいか」を助言しましょう。

優先度を踏まえた議論をする

- 専門性の見地から、特定の関心事を深く掘り下げすぎてしまう場合があります。限られた時間の中で生活行為の課題に焦点を当てた議論を進めるためにも、自らの専門性

として最も影響が大きいと考えられる課題を優先して助言することを心がけましょう。

本人・家族・関係者との共通理解を得るための支援をする

- 助言内容を踏まえた支援をするためには、本人の意欲を引き出し、家族や関係者の理解を得ることが重要です。そのためには、背景要因の理解や、今後の生活像についての共通理解が重要となるため、それらの点についても助言をしましょう。

地域資源に関する確認・課題提起する

- 専門職の観点から、地域資源に関して確認したり、課題提起することが重要です。地域資源の現状について把握していない場合には、他の参加者に確認した上で、今後求められる地域資源について助言をすることが望ましいといえます。



～失敗しないケア会議にするための10か条～

助言者が地域ケア会議に参加するにあたって、失敗しないケア会議にするための心構えとして参考となる事項を以下に記載します。

1. 社会人としての常識（挨拶、服装、時間厳守など）を守る
2. 多くの情報を端的に読み取る能力を養う
3. 自分の専門領域以外の専門的知識の習得（運動・口腔・栄養…）
4. 誰が、いつ、どこで、何を、なぜ、どのように（5W1H）を意識した助言
5. 自立を阻む生活課題を明確にする
6. 質問や指摘でなく助言を意識する
7. 謙虚で相手の立場に立った助言を意識する
8. 市町村の地域課題を把握する
9. 難しいことを簡単に説明する
10. 「活動」から「参加」を意識した助言※

（出典）作業療法ジャーナル 49 巻 10 号「失敗しない地域ケア会議」

佐藤孝臣氏より一部改編

※「活動」及び「参加」は国際生活機能分類（ICF）による。次ページのコラム参照



～国際生活機能分類（ICF）の考え方～

国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）は、人間の生活機能と障害の分類法として、2001年5月、世界保健機関（WHO）総会において採択されたものです。

ICFは健康状況と健康関連状況を記述するための、統一的で標準的な言語と概念的枠組みを提供することを目的とした分類です。ICFは、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の3つの構成要素からなる「生活機能」と、また、それらに影響を及ぼす「環境因子」等の「背景因子」の項目で構成されています。

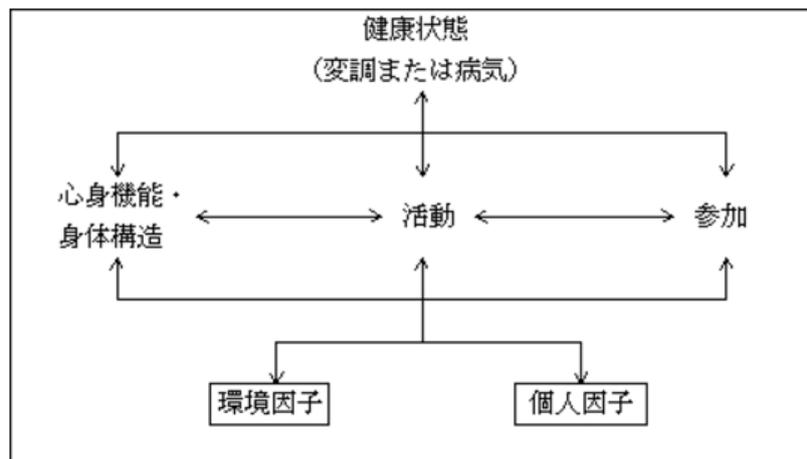
ICFにおける定義は下記の通りです。

「活動（activity）」：課題や行為の個人による遂行のこと

「参加（participation）」：生活・人生場面への関わりのこと

「環境因子（environmental factors）」：人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のこと

ICFの構成要素間の相互作用の模式図は下図の通りです。



（出典）「国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-」世界保健機構

(5) 職種別の助言のポイント

ここでは、地域ケア会議に参加する主な専門職の職種別に問いかけや助言を行う際の留意点について説明します。それぞれの職種の専門的見地から、専門職としての知識や技術を活かし、共通の目標に向けた支援の方法を考えることを念頭に置いて、問いかけや助言を行うことが重要です。

① 医師（助言者）

医師が地域ケア会議に出席する場合、病状や障害を把握した上で、医学的な観点から事例の予後予測、対象者の動作や活動についての助言を行います。

出席しない場合は、事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）から医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前に文書等による情報提供を受けることが必要です。

※かかりつけ医のいる事例については、事例の予後予測や治療方針等について事前に文書等で確認するとともに、地域ケア会議での検討後に検討内容を文書等で報告することが重要です。（かかりつけ医がない場合の対応は P.28 参照）。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護・支援が必要になった事由(疾病・障害)を確認する ・ 病状が安定しているかどうか、基礎疾患である高血圧や糖尿病などのコントロールが良いかどうかを確認する ・ 特定疾病(難病)等の症候・所見・診断基準を確認する ・ 点滴の管理・透析・酸素療法などの医療行為を確認する ・ 急性期・回復期・生活期と段階のある疾病・障害は、その時期を把握し、可能な限り予後の予測をたてる
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活に支障があり、介護が必要になる動作を把握し、疾病や障害との関連性を明らかにする ・ 病状が不安定な場合や緊急時の対応について確認する ・ 課題の原因となり得る環境因子を確認する ・ 課題への対応は、優先順位を明確にするためにも医学的観点からの指示や助言を行う ・ 医学的な重症度と介護の必要度は必ずしも一致しないことを理解したうえで助言を行う
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的な診療計画の見直しや再評価の時期を共有する ・ かかりつけ医がリハビリテーションの適応を判断し、改善・維持に向けた専門職との意見交換や的確な指示を行う
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現状だけでなく今後の見通しも含めた助言を行う ・ 課題への対応は、優先順位を明確にするためにも医学的観点からの指示や助言を行う ・ 医学的な重症度と介護の必要度は必ずしも一致しないことを理解したうえで助言を行う ・ かかりつけ医がリハビリテーションの適応を判断し、改善・維持に向けて他の専門職と意見交換を行い、的確な指示を行う ・ どのような時期であっても、早期離床や適切な介護の提供、十分な栄養状態の維持が重要である視点で助言を行う

② 歯科医師

歯科医師が地域ケア会議に出席する場合、歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言を行い、事例の予後予測を行います。

出席しない場合は、歯科衛生士及び事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）が歯科医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前にコメントしておくという形で関わることもできます。

※かかりつけ歯科医のいる事例については、事例の予後予測や治療方針等について事前に確認するとともに、地域ケア会議で検討後は検討内容を報告することが重要です。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> 本人の身体機能と生活行為の課題の確認し、合わせて本人の困りごとを聴き、改善の意志を確認した上で、プラン作成担当からケアプランの方針を確認する 少なくとも1年前からの体重の変化を確認し、摂取カロリーの過不足を評価する 食事内容と排泄の状況を聞き、脱水や便秘になってないかを確認する
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> 食事形態を確認するとともに、食事の時の姿勢を確認する 生活習慣を確認して、う蝕や歯周病等、口腔内のリスク及び口腔内の問題が全身へ影響しないかを検討する 口腔アセスメント、歯科診査、嚥下機能検査の結果から課題を整理する 口腔環境を確認し、歯科治療による改善の可能性を検討する 歯科衛生士によるブラッシング指導等の口腔衛生管理や歯科保健指導の必要性を確認する
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> 身体機能および口腔機能の衰えに対する予測および対策を検討する 口腔内の問題についての対策を検討する 口腔健康管理（口腔衛生管理と口腔機能管理）の計画と目標の有無を確認する 口腔ならびに頸部筋のトレーニングの実施を検討する 摂食嚥下リハビリテーションの実施を検討する
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> 食事形態の改善指導は、管理栄養士との情報共有を図り、連携して助言を行う 歯科衛生士による継続的な口腔衛生管理としての介入を検討する 現在の介入方法を確認し、課題解決に向けた対策に関する助言を行う

③ 薬剤師

薬剤師は、事例に処方されている薬に関する情報提供（重複投薬・副作用等）及び服薬管理の観点からの助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の状況・状態(生活機能、病気や症状の重症度、自立度など)を確認する ・ 過去から現在の状態に至る経過を確認する(原因や今後の見通しの推察のため、時間軸で、生活歴・病歴・障害歴をみる) ・ 服薬状況や服用までの流れ(誰が・いつ・どのように薬を管理し、薬を飲ませている、または服用しているか等)を確認する
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現状の環境下における薬効を評価し、起こりうる薬剤の影響を洗い出す ・ 上記の評価に基づき生活行為や認知機能等に与える影響をイメージし、共有する(薬剤の副作用や、年齢や状態による薬剤の効き過ぎの可能性) ・ 服用しない・服用できないことによる問題を把握する ・ 服薬状況等が改善された際の効果とリスクをも考える
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師からの指導内容を確認する ・ 服薬管理、薬剤の効果、副作用の観点から処方されている薬の必要性を確認する ・ 本人や周囲の環境が受け入れられる目標設定かどうかを確認する(服薬回数が多くなったり、用法の複雑化により、服薬ができなくなる可能性も配慮する等)
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 服用している薬剤の副作用について介護サービス事業所での情報共有を促す ・ 適正に薬剤が管理・使用されるように、実現可能な具体策を示す ・ 必要に応じて、医師への確認事項を示す

④ 理学療法士

理学療法士は、主に基本動作能力（立ち上がり、立位保持、歩行等）の回復・改善や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身長・体重・BMI等の身体組成を確認する ・ 疾病・障害の要因、分類を確認する ・ 移動動作レベル・ADL・運動中止基準を確認する ・ 立位に支障を及ぼす関節可動域制限・拘縮の有無・程度を確認する ・ 起立できるかどうか、立位保持が何分間できるかどうか、歩行や寝返りの状況、実際の移動手段を確認する ・ 振戦・固縮・無動・姿勢反射障害を確認する ・ 認知・精神機能障害の程度を確認する ・ 障害や生理的退行変化が進行しているかどうか、予備力・残存機能を確認する ・ 住環境・自宅周辺の環境を確認する
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「心身機能」、「機能的制限」、「活動」、「参加」の構造に沿って本人の障害構造を明確化する ・ 特に生活行為や生活範囲を妨げている要因を探り出し、必要以上に大事にしすぎていないか、リスクを過剰に捉えていないかを検討する ・ リスクに応じた生活動作や環境調整を明確化する ・ 介助者や家族による介助方法等により、症状を増悪させていないかを確認し、適切な支援方法を検討する
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 短期目標の具体的なレベル、設定期間、について「心身機能」、「機能的制限」、「活動」、「参加」の構造ごとに妥当性や過不足を検討する ・ 現在のサービスやその支援内容を具体的に確認し、より効果的な支援内容・プログラムを検討・提案できる準備をする ・ 介護負担を増さないような支援内容になっているか確認する
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 規則正しい生活や散歩などの運動、通いの場などへの社会参加が虚弱や廃用の予防となることを助言する ・ サービスの関与や杖などの移動補助具が自立支援につながっているかを確認した上で助言する ・ 疾患特異的か、生理的退行変化なのか、廃用症候群なのかの視点を意識した助言を行う

⑤ 作業療法士

作業療法士は、主に応用的動作能力（食事・排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）の心身両面から回復・維持、悪化の防止の観点から生活行為向上の助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 具体的に介護・支援が必要になっている ADL や IADL³の状況を確認する ・ 認知・精神機能障害の程度を確認する ・ 家屋や自宅周辺的环境状況を確認するどのような生活を送っているか（閉じこもり傾向があるか）を確認する ・ 交流の機会の有無や多寡を確認する ・ 趣味活動や地域活動は行っていたのかなど、一日の余暇時間の過ごし方について確認する
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ ADL は「できる」動作なのか「している」動作なのか、また IADL の状況はどうなのか確認する ・ 出来ない動作は「何で」できないのかが明確にされているかを確認する ・ 認知症の症状はあるのか、ある場合は生活に影響を与えているのかを確認する ・ 家族や地域の協力が得られるかを把握する ・ 福祉用具や住宅改修等の環境調整で、生活行為の課題の改善が可能かを検討する
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 目標が心身機能に関する項目に偏っていないかを確認する ・ 「活動」「参加」への目標設定が設定されているかを確認する
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービスの関与が心身機能に関する項目に偏っておらず、「活動」「参加」も含まれているか確認した上で助言する ・ 本人の残存機能を引き出すよう助言する ・ 日中の役割の再獲得や確保、本人の趣味などから社会参加に向け必要な社会資源などについて助言する。

³ ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）とは日常生活を営む上で、普通におこなっている行為（例えば食事、排泄、整容、移動、入浴等）のこと。

IADL（Instrumental Activity of Daily Living：手段的日常生活動作）とは日常生活を送る上で必要な動作のうち、ADLより複雑で高次の動作（例えば買い物、洗濯、掃除等の家事全般、金銭管理・服薬管理等）のこと。

⑥ 言語聴覚士

言語聴覚士は、主にコミュニケーション（話す）・聴覚（聞く）・嚥下（飲み込み）に障害を抱える事例に対し、各能力の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の意向表明・意思決定において、認知機能低下やコミュニケーション障害の影響を受けていないかどうか確認する ・ 本人、家族の状況・状態の理解において、判断力等の認知機能低下の影響を確認する ・ 疾患に起因する課題だけでなく、加齢や生活習慣、環境因子の影響等を受けていないか確認する
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「心身機能」だけでなく、「活動」・「参加」の視点も加え、生活機能全体の見通しをイメージしているか確認する ・ 生活機能の今後の見通しにおいては、病歴に関連した疾患を考慮するとともに、加齢や環境因子の影響も含めて総合的に判断しているかを確認する ・ ICFの各要素において、否定的側面だけでなく、肯定的側面も把握する ・ 改善の可能性だけでなく、悪化のリスク因子を把握する ・ 認知機能低下の場合、病歴と照合し、その原因をある程度推察できているかを確認する（脳血管障害の既往や認知症発症の可能性など） ・ コミュニケーション能力の低下の場合、病歴等を考慮し、難聴や失語症等のコミュニケーション障害のタイプや重症度を把握しているか確認する ・ 栄養摂取の方法や摂取量など食事に関わる生活課題の背景に摂食嚥下機能低下の可能性を検討する ・ 時間的・経済的にも継続可能な栄養摂取方法を検討する
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプランは生活行為の課題の解決方法として妥当かを確認する（自立支援に資する内容であるか） ・ 「活動」・「参加」を向上する目標になっているか、達成可能な目標となっているかを確認する ・ 時間的・経済的にも継続可能な栄養摂取方法を検討する ・ 症状の進行等、悪化が予測される中では、少しでも悪化を予防することができる支援方法を検討する ・ モニタリング時に適切に分析評価できる、明確な目標になっているかを確認する
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現時点で捉えられていない課題については、評価や情報収集を行うための有効な手段や方法を助言する ・ リスクを軽減する方法を助言する ・ 経過を的確に把握するための評価や観察のポイントを助言する

⑦ 管理栄養士・栄養士

管理栄養士・栄養士は、日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点から、助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事摂取状況、排泄状況、服薬状況、病識の有無、自立意欲、家事能力と意欲、身体状況と機能向上、介護者の状況、生活歴と生活状況、金銭面等について確認する ・ かかりつけ医による栄養上の意見や、病院での栄養指導の内容を確認する ・ 栄養に関わるキーマンを確認する ・ 食事環境で支障はないかを確認する(孤食による食欲低下、衛生環境、台所の機能性、買物の状況、家族関係、支援者等) ・ 閉じこもり傾向や活動低下がみられる場合に食生活の状況を確認する
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の状態・状況に合わせた食事摂取がおこなわれているかを確認する(病状、服薬状況、食習慣、認識、身体状況、摂食状況等) ・ 低体重だけではなく、疾病の重症化予防、過体重や栄養の偏り、不足による活動性低下の予防も検討する ・ 栄養面だけでなく、生活全般からみて、活動性の向上につながる項目をみつける
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養状態が改善することにより、意欲向上につながる可能性を検討する ・ プラン作成担当のプラン目標に合った個別プランが立てられているか、栄養状態の改善につながる目標になっているかを確認する ・ 栄養及び食生活の視点から、介護予防や疾病の重症化予防につながるかを確認する ・ 本人が実行可能な短期目標を設定しているか確認する ・ 他職種が関わるサービスに、食に関する支援の項目がある場合、本人の状態に合わせた内容になっているか確認する ・ 本人の意思を踏まえ、負担にならないよう食生活の設定を検討する
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医だけでなく歯科医師や薬剤師等とも連携し、栄養面だけでなく、生活全般を踏まえた視点で助言する ・ 食事や体調のコントロールを本人や家族で行うことができるよう助言する ・ 目標達成に向けた行動変容を導くためにも、短期間で出来る目標を設定し、達成感を得られる工夫をする ・ 本人や家族に、栄養改善の必要性が受け入れられなかった場合、本人や家族が理解できそうなポイントを助言する ・ 栄養士の介入がない場合、他職種の介入時に行ってほしい助言を提案する ・ 栄養支援に関する地域資源が近隣にない場合、地域課題として検討する

⑧ 歯科衛生士

歯科衛生士は、口腔衛生や咀嚼等の食べ方を支援する観点からの助言を行います。

歯科医師が地域ケア会議に出席しない場合は、事前に歯科医師から歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言や事例の予後予測について情報を得ることが重要です。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の口腔及び口腔衛生の状態を確認する ・ 栄養摂取をする上で、食べ方や咀嚼など口腔内に問題がないか確認する ・ 本人や家族の食事や口腔に関する意向を確認する
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔の課題に対し、何が問題であるかを分析する ・ 生活機能の課題に口腔の問題が影響していないか推察する(例:歯がなく、噛めない為に繊維質がとれず便秘になる等) ・ 体重減少や栄養摂取等、全身に関する問題が、咬合や咀嚼等の口腔の問題と関連している可能性について推察する(例:飲み込みにくいことから水分を制限する、噛み合う歯がなく早食いで過体重である等) ・ 口腔衛生管理の観点から、歯科疾患や口腔内の細菌によるリスク等が高まっていないか推察する
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 目標に対し口腔関連の支援内容が不足していないか、また妥当か確認する ・ 設定されている目標を達成することができる支援内容になっているか、具体的で継続可能か確認する ・ 歯科疾患や、口腔内の細菌によるリスク等の全身への問題が想定される事例には、その具体的な予防策を検討する
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔衛生に対し、実践可能な改善策について助言を行う ・ 生活機能の向上のために必要な改善すべき口腔に関する助言を行う ・ 必要に応じ歯科受診を勧める



～地域ケア会議にかける事例選定とかかりつけ医との関係～

かかりつけ医がいる事例については、かかりつけ医に予後予測や治療方針を十分に文書等で確認した上で地域ケア会議に臨み、地域ケア会議終了後にかかりつけ医に検討結果を文書等で報告することが重要です。

地域ケア会議の開催に際して必要となるかかりつけ医の予後予測や治療方針について、文書による情報提供を受ける場合においては地域支援事業交付金の活用が可能です。

また、地域ケア会議終了後には、かかりつけ医に検討結果を報告する必要があります。かかりつけ医のいない「サービス事業対象者」の事例で、地域ケア会議の検討の結果、医師の判断を要するとされた場合には、医療機関の受診先の希望がない時、受診先について郡市区医師会の協力を仰ぐことが考えられます。

(6) 職種間の役割分担と協調

多職種がそれぞれの専門性に基づく役割分担のもとで協調することによって助言の有効性が高まるよう、助言を行う専門職間の連携を心掛けましょう。

現実の事例は、複数の専門職の専門領域間にまたがる課題が多く、相互の専門性に基づくアセスメントの視点について理解し、尊重し合い、職種間で協調することが望ましいと考えられます。例えば、口腔の問題は歯科医療に繋がなければ解決できないことが多く、歯科医師、歯科衛生士、さらには嚥下の関連から言語聴覚士も関わります。食の観点からは、管理栄養士・栄養士の関わりが必要です。さらに、ドライマウスは薬剤量が多い場合に起きやすいことなどが知られており、薬剤師の関わりが必要な場合もあります。

このように複数の専門職が一堂に会して、それぞれの観点からの問いかけや助言を行う場合には、相互に意見交換、連携、協調することにより、課題や解決に向けた支援のあり方の検討をより深めることができます。

第3章 地域における自立支援・介護予防の推進に向けた専門職・職能団体の役割

(1) 職能団体としての行政との関わり

ここでは、それぞれの専門職により組織される職能団体の役割について説明します。

医療・介護に関わる職能団体は、行政が進める地域包括ケアシステムの構築推進、自立支援に向けた取り組みについて理解をした上で、自らの団体の専門性や体制を踏まえて、連携方法について検討することが重要です。

市町村独自では、専門職を地域ケア会議に派遣するための十分な体制を整備することや、専門職を確保することが難しい場合も考えられます。そこで、都道府県と各職能団体の都道府県組織とが連携し、地域ケア会議において助言を行うことが出来る専門職を育成した上で、各市町村に専門職を紹介・派遣する仕組みを整えることが望まれます。



～埼玉県による地域ケア会議の専門職派遣体制～

埼玉県における助言者（専門職）の派遣に関しては、以下の2つの派遣の仕組みがあります。自立促進モデル事業においては、それぞれのモデル市町に対して、5人の自立支援チーム（コーディネーター（埼玉県和光市）・理学療法士・作業療法士・薬剤師・栄養士）が派遣されましたが、専門職についてはこのスキームに則って派遣を行っていません。

1. 埼玉県地域包括ケアシステム支援人材バンク（療法士以外の派遣）

■概要：

各市町村等が効果的に地域ケア会議を実施できるよう、専門職等を県に登録し、地域ケア会議に派遣するもの。

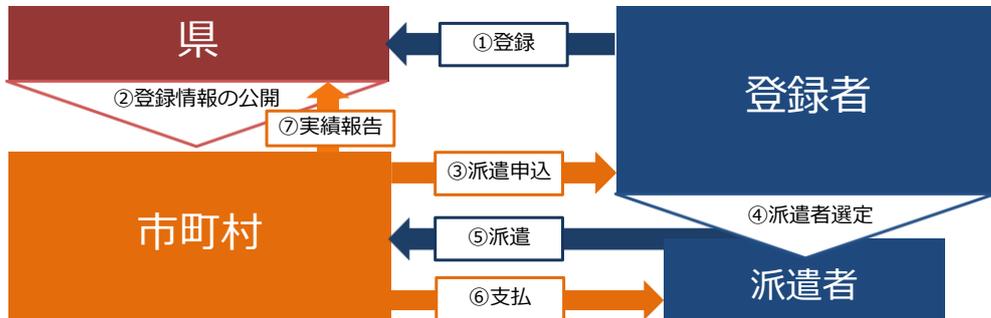
■登録者（平成29年2月現在）：

- ・ 一般社団法人 埼玉県薬剤師会（薬剤師）
- ・ 公益社団法人 埼玉県栄養士会（管理栄養士、栄養士）
- ・ 埼玉県精神保健福祉士協会（精神保健福祉士）
- ・ 埼玉弁護士会 高齢者障害者権利擁護センター運営委員会（弁護士）
- ・ 埼玉司法書士会（司法書士）
- ・ 和光市保健福祉部長寿あんしん課（コーディネーター）
- ・ 埼玉県地域包括ケア課（研修講師）

※ リハビリテーション専門職の派遣については次頁を御参照ください。

■派遣申込方法：

以下のフロー図のとおり。



登録	①登録：	県との調整を経て登録を受けようとする者は、様式1を県へ提出して登録を行う。
	②登録情報の公開：	県は、登録者の情報を公開する。
派遣	③派遣申込：	派遣を希望する市町村は、登録者に直接派遣を申し込む。 ※地域包括支援センターは、市町村を通じて登録者に派遣を申し込む。
	④派遣者選定・⑤派遣：	派遣の申込を受けた登録者は、派遣者を選定し、当該派遣者を市町村等に派遣する。 ※自立支援に資するケアマネジメント支援、困難ケース等に対するアドバイス等を行う。
派遣後	⑥支払・⑦実績報告：	派遣を受けた市町村は、派遣者へ報酬を支払う。 また、県へ様式2により実績報告を行う。

2. 地域リハビリテーションケアサポートセンター（療法士の派遣）

■概要：

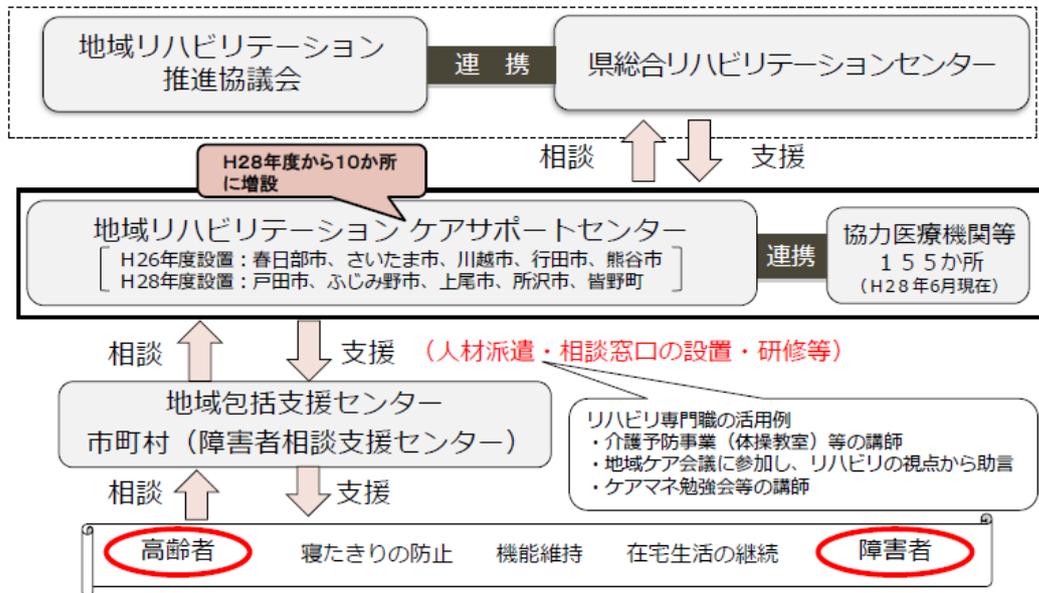
高齢者等に対しリハビリテーションサービスがより身近な地域で適切に提供されるよう、療法士を地域ケア会議に派遣するなどして医療機関が中心となって市町村に対する支援体制を整備するもの。

■登録者：

- ・理学療法士
- ・作業療法士
- ・言語聴覚士

■派遣申込方法：

- ①以下のケアサポートセンターに派遣依頼・申込みを行う。
- ②ケアサポートセンターが各圏域の協力医療機関へ派遣を依頼する。
- ③当該協力医療機関からリハビリテーション専門職が地域ケア会議に派遣される。



■ケアサポートセンター（平成 29 年 2 月現在）：

- ・戸田中央リハビリテーション病院（南部圏域）
- ・富家病院（南西部圏域）
- ・春日部厚生病院（東部圏域）
- ・さいたま市民医療センター（さいたま圏域）
- ・上尾中央総合病院（県央圏域）
- ・霞ヶ関南病院（川越比企圏域）
- ・圏央所沢病院（西部圏域）
- ・行田総合病院（利根圏域）
- ・関東脳神経外科病院（北部圏域）
- ・清水病院（秩父圏域）

※（ ）内は各センターが担当する二次医療圏域

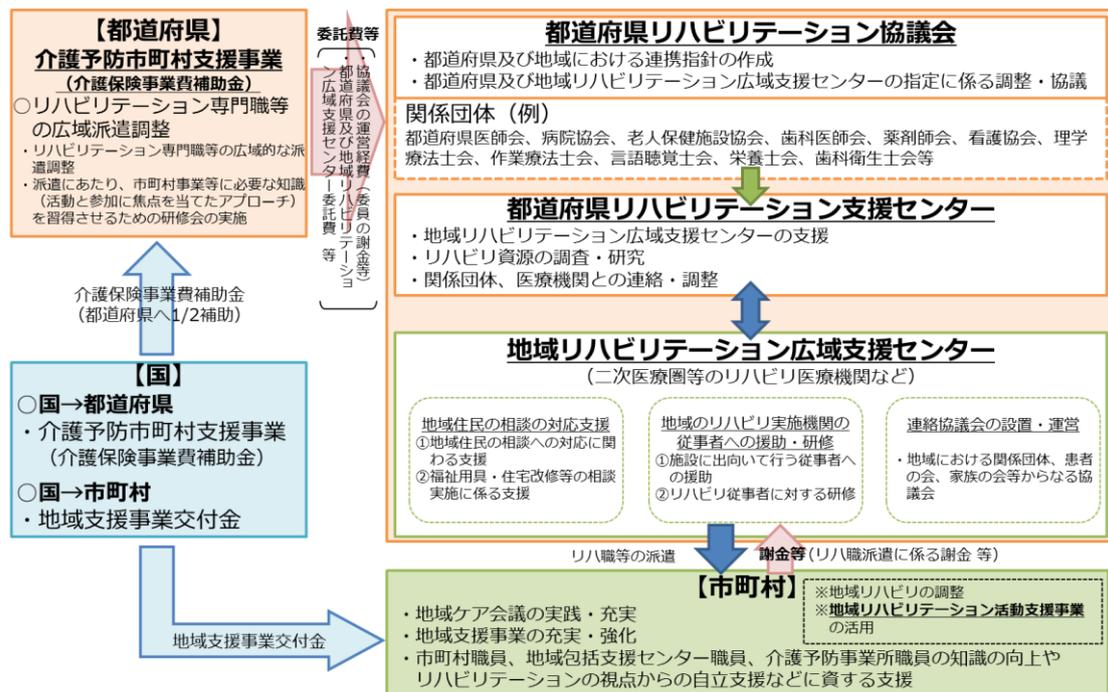
（出典）埼玉県公表資料より作成



～地域リハビリテーションの体制について～

地域リハビリテーションとは、「障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活に関わるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動」です（一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会による定義、2016年）。

地域ケア会議で派遣が想定されるリハビリテーション専門職等は医療機関に従事していることが多いことから、都道府県医師会等と連携して、派遣体制を構築することが重要です。



上記の図では、都道府県が都道府県リハビリテーション協議会を都道府県医師会等関係団体と開催し、都道府県リハビリテーション支援センターや二次医療圏等のリハビリ医療機関等を地域リハビリテーション広域支援センターとして指定し、当該医療機関等から専門職の派遣を受ける体制を説明しています。

(出典) 厚生労働省資料より作成

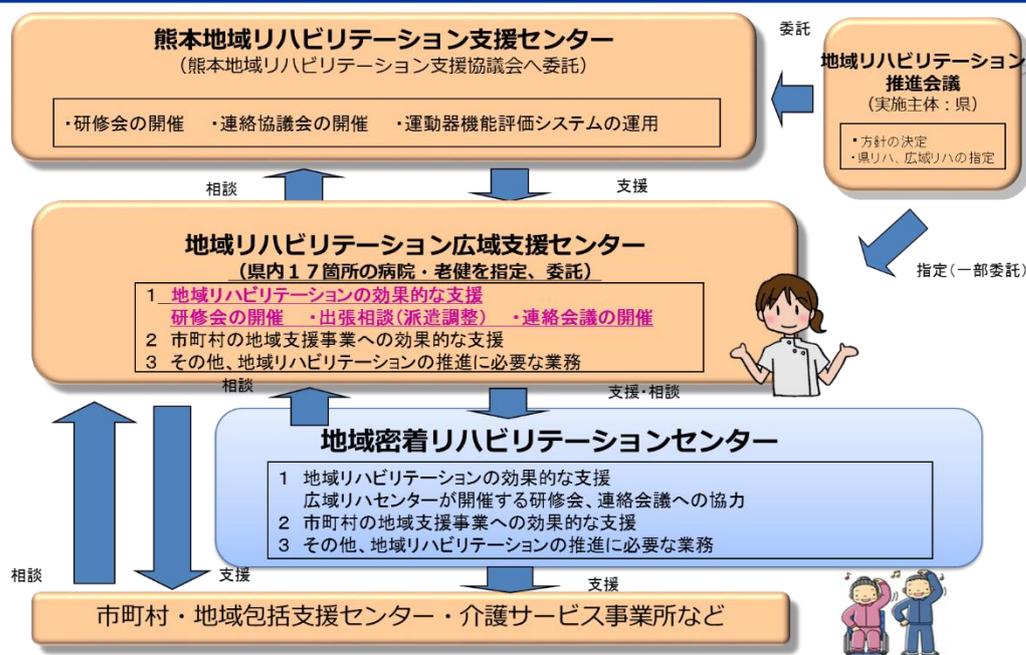


～熊本県による地域ケア会議の専門職派遣体制～

熊本県では、地域リハビリテーション支援体制の整備事業により、高齢者等に対しリハビリテーションサービスがより身近な地域で適切に提供されるよう、医療機関が中心となって市町村に対する支援体制を整備しています。

熊本県では、平成12年から県内の地域リハビリテーションの推進母体として、熊本県地域リハビリテーションセンター（協議会の事務局は熊本県医師会内に設置）を設置するとともに、地域リハビリテーション広域支援センターが中心となり、市町村や関係機関、住民等に対し、地域リハビリテーションにかかる技術的な支援を行っています。

今後の地域リハビリテーションの推進体制



熊本県では、地域リハビリテーション体制は、県リハセンター（一層）、広域リハセンター（二層）に加え、「地域密着リハセンター」の三層構造となっています。市町村が実施する介護予防事業等に出向き、技術的支援ができるリハビリテーション専門職の人材確保を目的として、地域により身近な支援体制を構築するため、地域リハビリテーション活動に理解のある医療機関や介護老人保健施設等を新たに「地域密着リハセンター」として指定しました。

このように、熊本県では、広域リハセンターと地域密着リハセンターの役割分担と連携体制を構築し、リハ専門職等の派遣調整の仕組みづくり等を行っています。

（出典）熊本県公表資料より作成

(2) 専門職・職能団体の役割と取組の意義

① 職能団体における体制整備、人材育成

地域ケア会議では、多職種で専門的視点から適切な問いかけや助言を行うことが重要です。しかしながら、地域ケア会議で適切な助言を行う専門職を確保することが難しい市町村もあります。都道府県と職能団体（都道府県組織）が連携し、地域における自立支援の取組の意義と実践方法を理解し、地域ケア会議において助言者（専門職）として参加できる人材を計画的に育成することが必要です。

人材育成の方法としては、「地域ケア会議の現地視察」や、「研修会・勉強会等の開催」などが考えられます。

「百聞は一見にしかず」ですので、地域ケア会議に参加したことがない専門職は、まず「地域ケア会議の現地視察」をすることが有用です。都道府県と連携した上で、都道府県内の市町村における現地視察可能な地域ケア会議の開催情報を取得し、職能団体から専門職に周知することも一案です。

「研修会・勉強会等の開催」にあたっては、「全体研修」「各職種に応じた研修」の2種類の研修が考えられます。

「全体研修」は職種を問わない集合研修を指します。地域ケア会議は、「高齢者のQOLの向上」の実現のために、多職種からの専門的な助言を得ることで、ケアマネジメントを実施し、高齢者の生活行為の課題等を明らかにし、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行います。このためには、多職種がそれぞれの職種の専門的見地から、専門職としての知識や技術を活かし、自立支援・介護予防の観点を踏まえた支援の方法を、互いの領域を尊重し合いながら職種間で協調し、助言することが重要です。そのためには職種を問わない集合研修の開催は重要と言えます。全体研修の実施に当たっては、都道府県及び他の職能団体と連携した形で実施することが想定されます。

「各職種に応じた研修」は職種ごとに開催する集合研修を指します。地域ケア会議における専門職（助言者）に必要な知識や技術の習得を行い、地域ケア会議における専門職（助言者）の助言の視点・内容・方法について研修を行います。他職種の職能団体における研修の企画とも整合を取ることが望ましいといえます。

また、研修で用いた資料を配布するといった活用をすることで、研修に参加できなかった専門職に対する周知・教育や、意識の統一を図ることも可能となります。

研修会・勉強会の開催に当たっては、講師を担当できる専門職を養成することも求められます。既に地域ケア会議に参加している専門職などが中心となって講師を担当したり、講師の養成をすすめていくことが想定されます。

これらの取組に関する体制整備及び人材育成は、職能団体の役割として期待されていません。

【研修会・勉強会等（例：全体研修）】

- 目的 : 地域ケア会議において助言者となるための基礎を理解する
- 対象 : 実務経験を有し、地域ケア会議の助言者になることを希望する専門職
- 内容 : 地域包括ケアシステムとは
介護予防と自立支援とは
地域ケア会議の概要と専門職の役割
地域ケア会議と市町村における地域支援事業の関係
地域ケア会議への参加、助言の視点や実施方法（演習含む） など
- 講師 : 行政職員（都道府県、市町村、地域包括支援センター等）
助言者としての経験を有する専門職 など
- 開催形態 : 都道府県主催、職能団体主催（都道府県協賛など）、
都道府県と職能団体の共催

【研修会・勉強会等（例：職種別助言者養成研修）】

- 目的 : 地域ケア会議において助言を行うための具体的な手法を学ぶ
- 対象 : 実務経験を有し、基礎研修を受講済みの専門職
- 内容 : 自立支援・介護予防の観点からのアセスメントの手法
地域ケア会議当日の心構え・助言のポイント
事例を用いたケーススタディ
地域ケア会議における助言者からの報告 など
- 講師 : 助言者としての経験を有する専門職 など
- 開催形態 : 都道府県主催、職能団体主催（都道府県協賛など）、
都道府県と職能団体の共催



～埼玉県による薬剤師・栄養士研修～

埼玉県では、専門職の養成に関して、自立促進モデル事業の中で自立支援という観点からの職能団体における研修が十分実施されていない背景を踏まえ、専門職研修（薬剤師・栄養士）を行い、地域ケア会議において、適切な助言・指導等を行うことができる専門職の育成を行いました。

当日の進め方は下表の通りです。講義と演習（個人ワーク・グループワーク）を組み合わせ、それぞれの専門職の立場で地域ケア会議にどのように関わるかについての理解を深めてもらう構成になっています。

<研修実施スケジュール>

次第	時間	テーマ	講師
開会	13:00		
埼玉県挨拶	13:00～13:05	自立支援型地域ケア会議について	埼玉県
講義①	13:05～14:05 (60分)	和光市における地域包括ケアシステムの実践 ・ マクロの計画策定 ・ ミクロのケアマネジメント支援 ～地域ケア会議を活用して～ 地域ケア会議の実際 (DVD 視聴)	和光市
講義②	14:05～14:45 (40分)	地域ケア会議における専門職の役割と助言のポイント ・ 介護保険法から薬剤師アドバイザーの役割を考える ・ ICF から在宅医療に必要な支援について考える ・ 薬剤師が生活者である患者を在宅で支援するには	有識者
休憩	14:45～14:55		
演習 グループ ワーク	14:55～16:20 (85分)	事例を用いた演習 (問題点の抽出、課題の整理、助言の視点、助言の内容) ・ 個人ワーク ・ グループワーク ・ 発表	
総括	16:20～16:30		
閉会	16:30		

(出典) 埼玉県提供資料より作成

② 地域ケア会議への専門職の紹介、調整

職能団体には、各市町村で実施される地域ケア会議に助言者（専門職）として専門職が参加できるよう、人材を確保し、紹介する機能が求められています。

各市町村が個別に人材を確保することが困難である場合も想定されるため、都道府県内で地域ケア会議の助言者（専門職）として活躍できる人材を養成、登録しておき、市町村等からの要望に添って、近隣の地域で活動する専門職を紹介できる仕組みを構築することが望ましいでしょう。

職能団体としては、例えば前述の研修受講者等、団体として助言者として推薦できる専門職のリストを作成・管理しておき、都道府県・市町村等から要請があった場合に紹介することなどが想定されます。

（３） 職能団体間の連携

個々の専門職が地域ケア会議等で活動する際、特に専門領域に近い職種間での連携が重要となります。このような観点から、職能団体間で情報共有、意見交換等の機会を持つことや、複数の専門職団体が連携した合同研修会の開催を通じた意識共有等も有用であると考えられます。

介護予防活動普及展開事業
専門職向け手引き

平成 29 (2017) 年 3 月 発行

発行 厚生労働省 老健局老人保健課

事務局 株式会社 三菱総合研究所

不許複製