

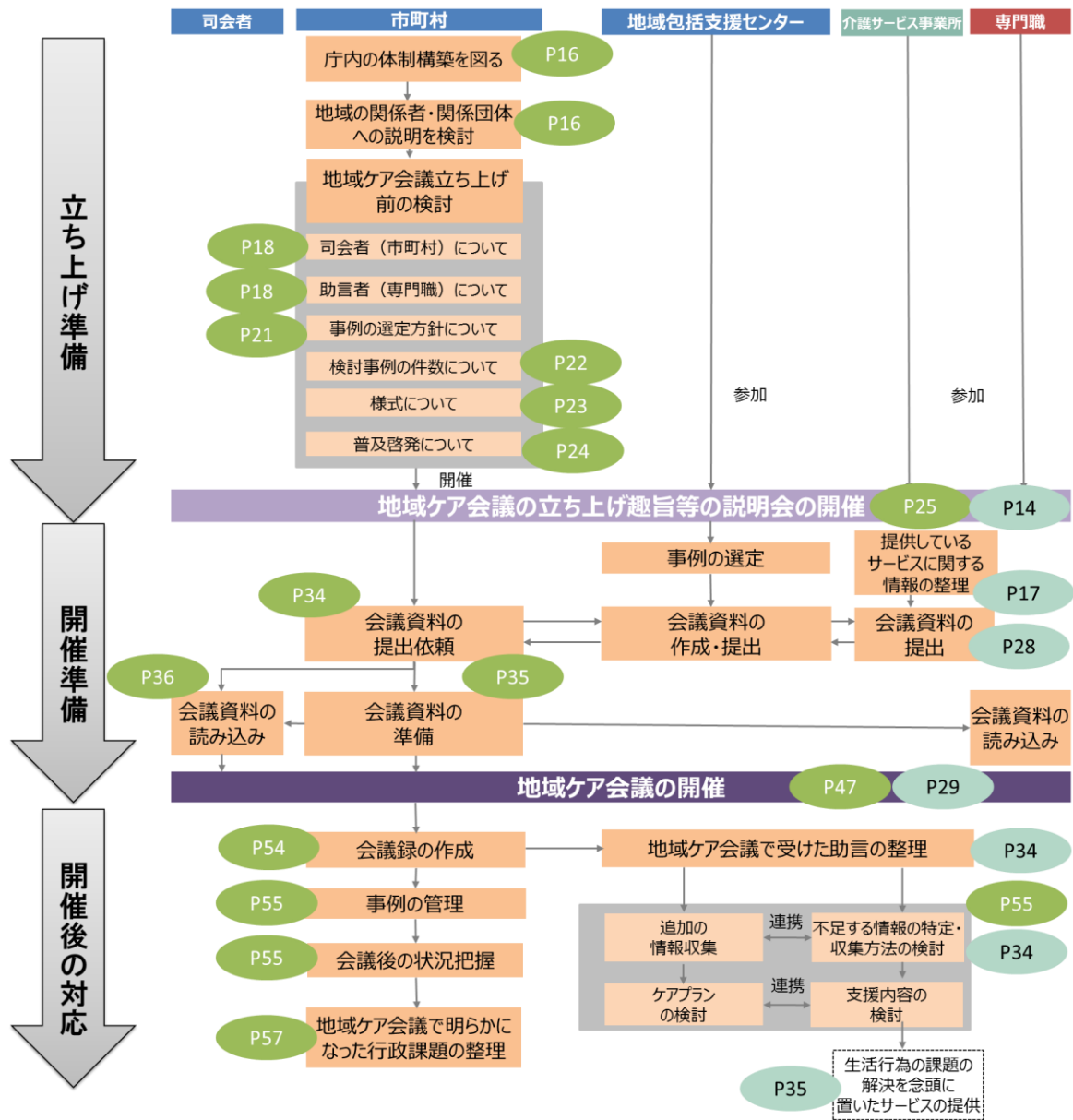
介護予防活動普及展開事業
事業所向け手引き
(Ver. 1)

厚生労働省

目次

介護予防のための地域ケア個別会議の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 介護サービス事業所と地域ケア会議の関わり	13
1 介護サービス事業所と地域ケア会議の関わり	14
2 地域ケア会議参加前の実施事項	16
3 地域ケア会議当日の実施事項.....	29
4 地域ケア会議参加後の実施事項	33
第3章 生活行為の課題の解決を念頭に置いたサービスの提供	35
1 初回訪問.....	36
2 事業所によるアセスメント.....	37
3 生活行為の課題の明確化	38
4 個別援助計画（案）の作成.....	40
5 サービス担当者会議.....	41
6 個別援助計画の完成.....	42
7 生活行為の課題の解決を念頭に置いたサービスの提供.....	43
8 評価・モニタリング	44
先行自治体における取組.....	45

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



・・・市町村向け手引きのページ番号と一致しています。



・・・事業所向け手引きのページ番号と一致しています。

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送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

本手引きの対象は介護サービス事業所（通所系サービス）の職員になります。

自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア個別会議に参加する際には、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。

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	専門職向け手引き	<u>事業所向け手引き</u> <u>(本手引き)</u>
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。



・・・関連制度・事業等をコラム形式で情報提供しています。

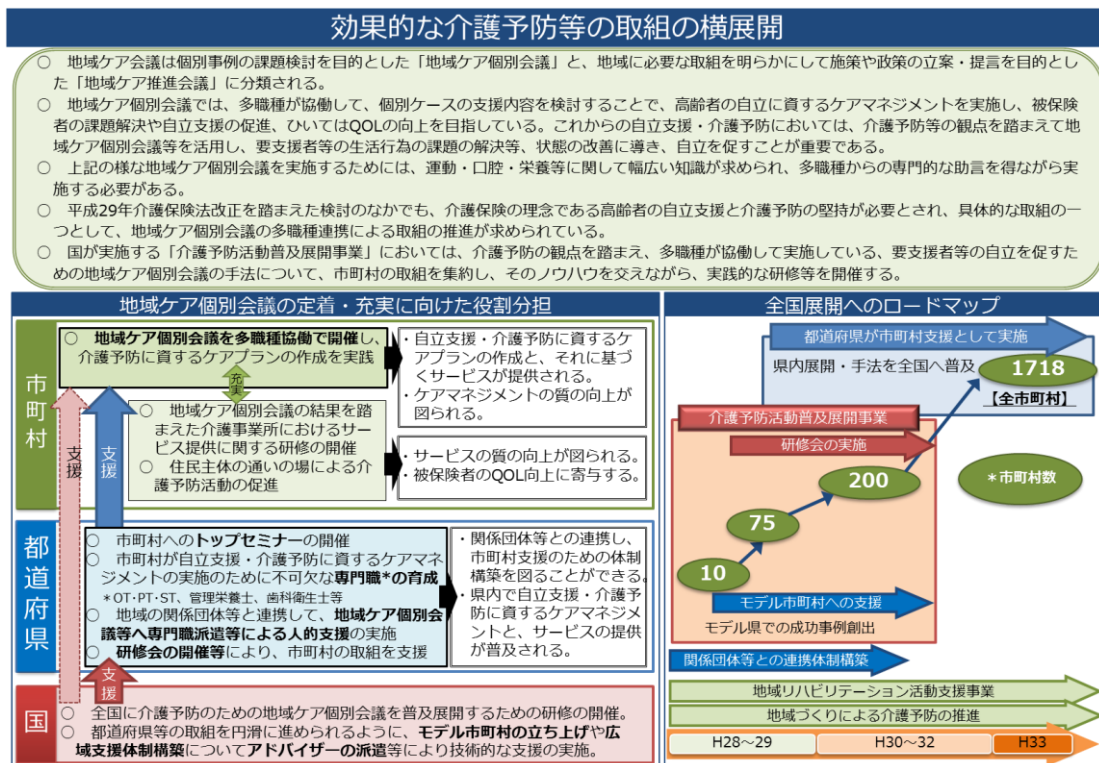
第1章 本手引きの背景・目的

(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は何か？」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



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 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。

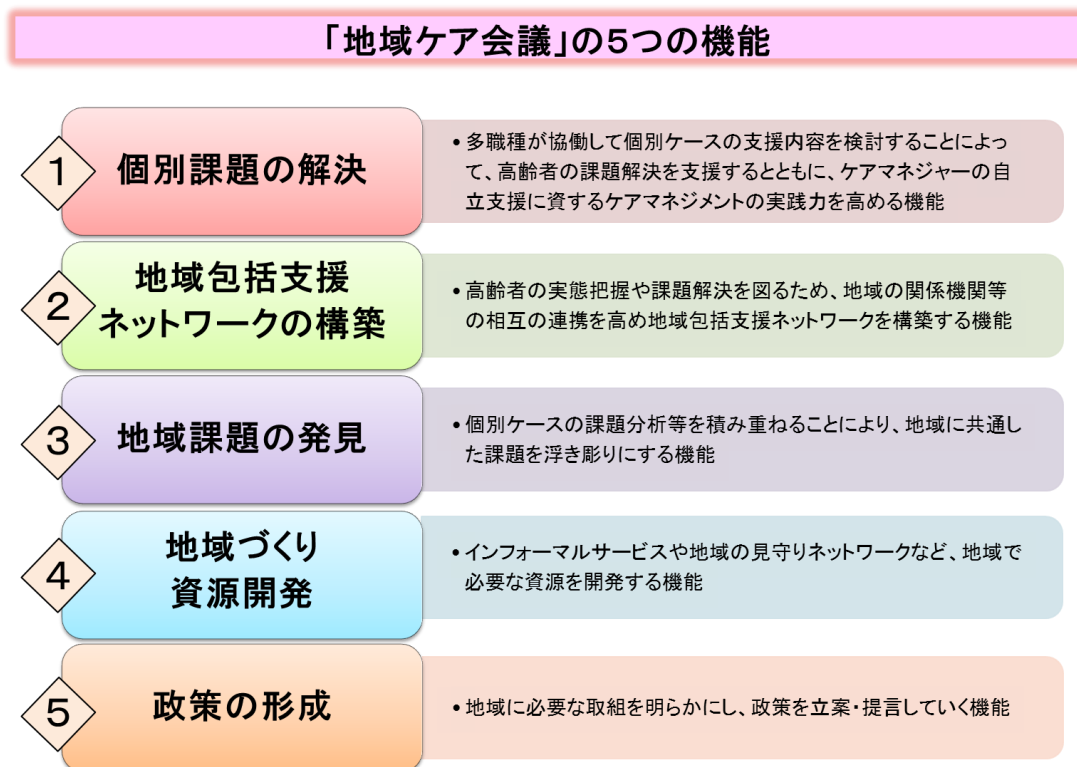
○ 地域ケア会議は開催の目的・方法によって大きく、下記の 2 種類に分かれる。

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。

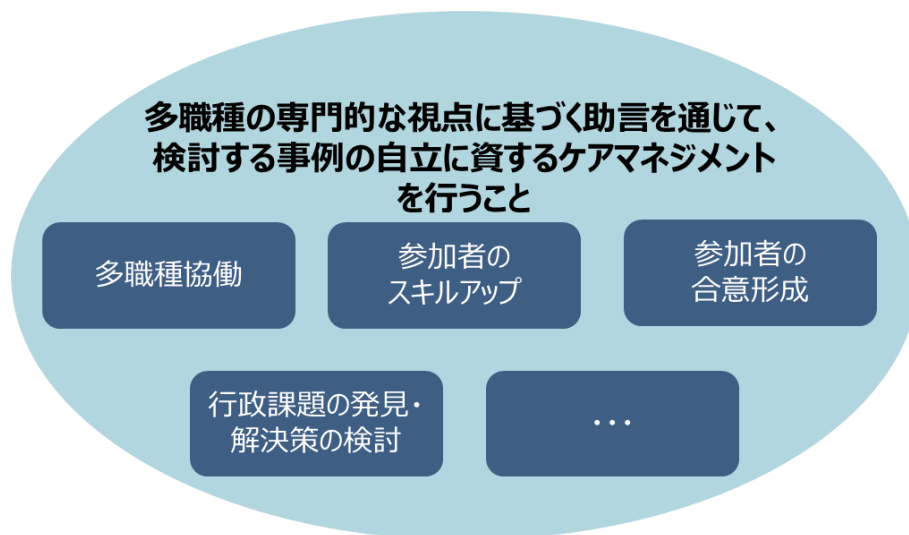
図表 2 地域ケア会議の 5 つの機能



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、ケアマネジャーが主催し、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

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

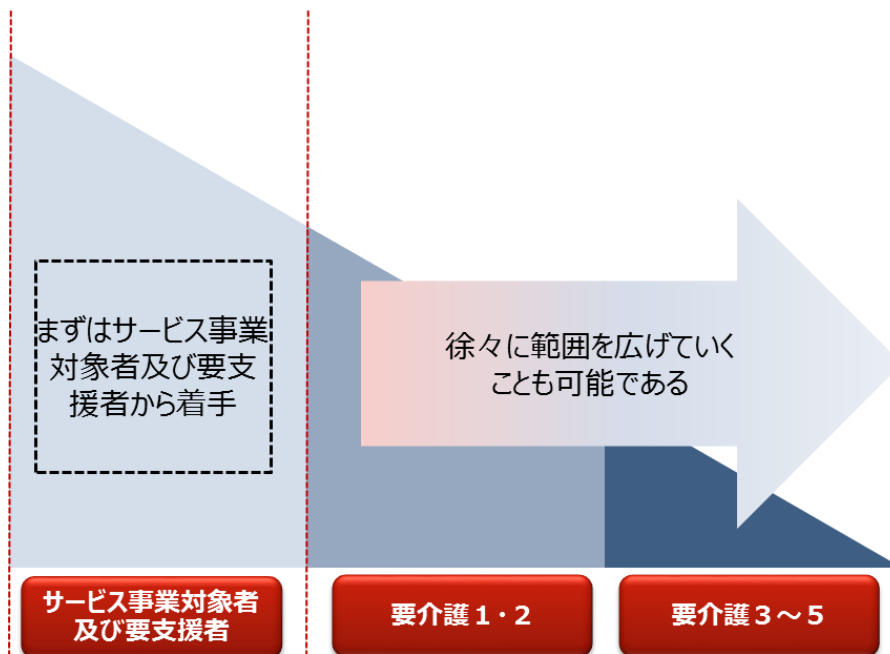
(1) 地域ケア会議で取り扱う事例（対象者）

- 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 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・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

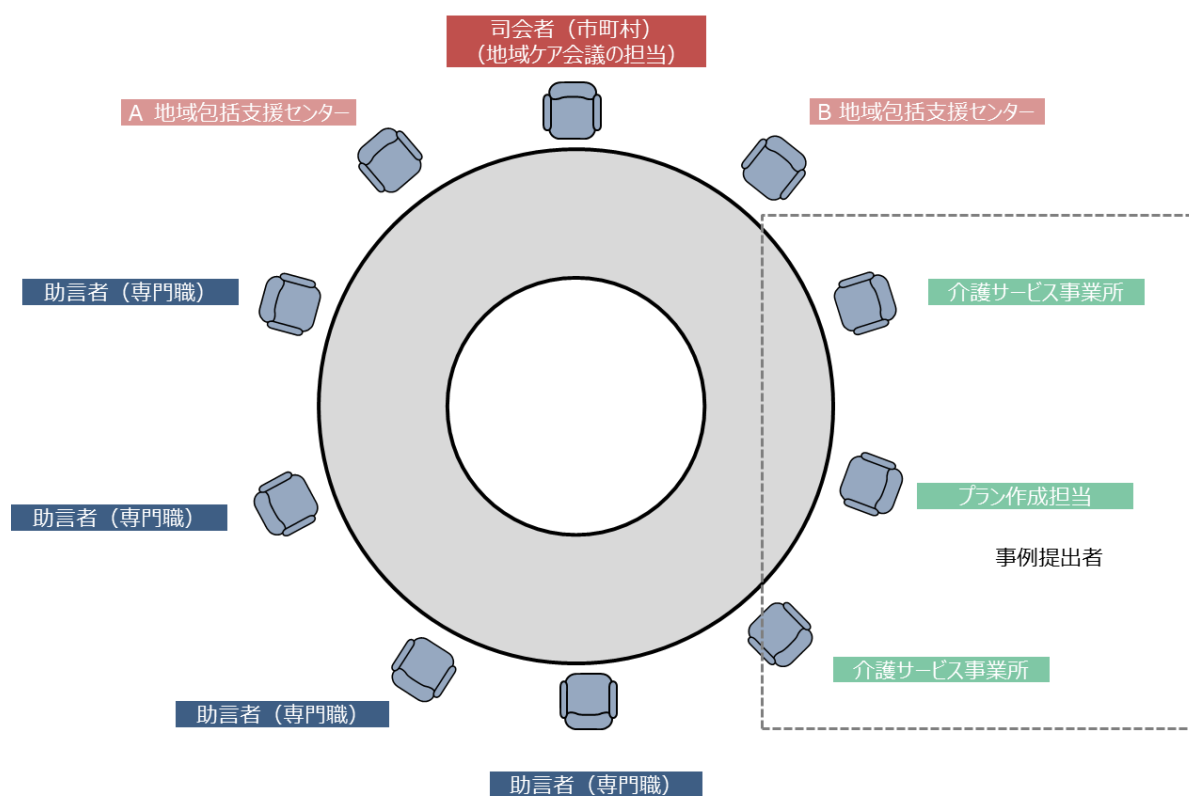
事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）

- 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 P59 参照

図表 7 地域ケア会議の当日の進め方（例）

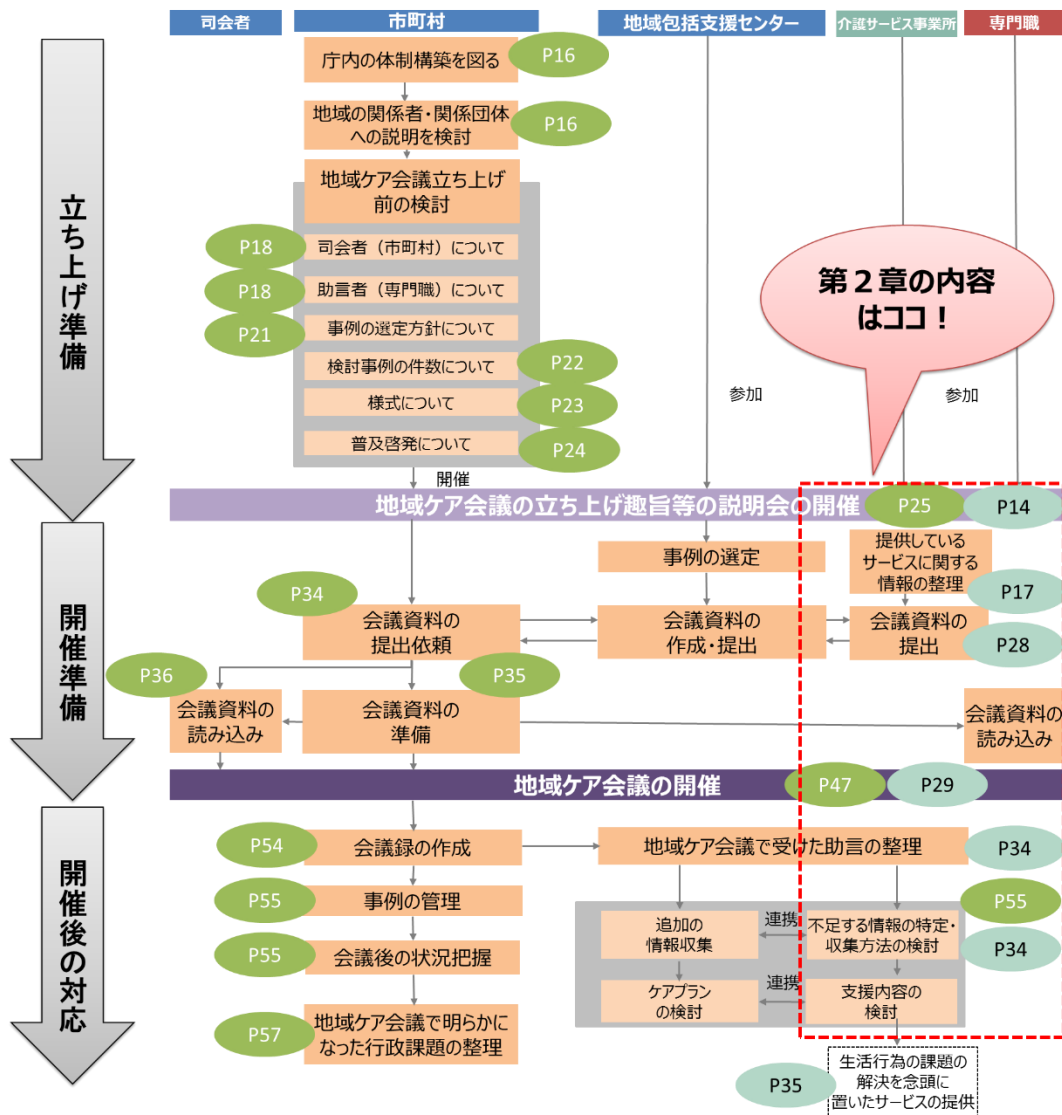
実施事項		最短所要時間（目安）	発言者	実施事項	使用する資料	
(1)	開催	1～3分	司会者（市町村）	資料説明	議事次第等	
(2)	1事例目	事例提出者（プラン作成者）より事例の概要説明	4～6分	プラン作成担当	①事例の基本情報について説明 ②事例の生活行為課題について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子 [※] の説明 ④②③を踏まえたケアプランの説明	A 利用者に関する情報 B アセスメント情報 C ケアプラン
		事例提出者（介護サービス事業所）から支援方針の説明	4～6分	介護サービス事業所	事例への支援内容・方針について説明	D 提供されているサービスの情報
		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）	
		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 介護サービス事業所と地域ケア会議の関わり

(第2章のねらい)

- ◇ この章では、介護サービス事業所と介護予防のための地域ケア個別会議の関わりや、介護サービス事業所が地域ケア個別会議に参加することになったときに、会議への参加前後及び会議当日に行う事柄を解説します。
- ◇ サービスを提供する市町村において介護予防のための地域ケア個別会議が開催されることになったときに、介護サービス事業所として行う事柄を理解しましょう。



1 介護サービス事業所と地域ケア会議の関わり

高齢者の自立支援・重度化防止と QOL の向上は、実際に高齢者のケアを提供する介護サービス事業所による支援があって初めて実現できます。そのため、介護サービス事業所は、地域ケア会議に参加する際には、地域ケア会議で検討する事例のプラン作成担当とともに、支援する「チーム」として参加します。

それでは、介護サービス事業所が介護予防のための地域ケア会議に参加する上での心構え・留意点を見てみましょう。

(1) 自立支援の重要性を理解する

地域ケア会議での事例検討の有無にかかわらず、介護サービス事業所は、高齢者の自立支援・重度化防止と QOL の向上を担うことの重要性を理解することが重要です。

介護保険法では、高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態又は要支援状態となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を理念としています。

地域ケア会議では、地域の多職種の視点から高齢者の生活行為の課題を解決するための検討が行われますが、検討する事例の自立支援・重度化防止につなげるには、地域ケア会議での検討を受けて「チーム」による支援の内容を調整し、サービス担当者会議で利用者・家族からの同意を得た上で、介護サービス事業所が支援に当たることが必要です。

地域ケア会議を立ち上げる体制を構築するにあたり、市町村は、郡市区医師会等関係団体や介護関係者(地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等)を対象に、地域ケア会議に関する説明会を開催します。この説明会では、地域ケア会議の趣旨や内容、介護予防・自立支援に資するケアを提供する必要性、地域ケア会議で検討し、ケアを提供した利用者に関する事例紹介等について説明があります。また、地域ケア会議で使用する資料や当日の進め方などについても説明があります。説明会の開催案内があった場合には、説明会に出席し、地域ケア会議を通じた自立支援の取り組みを理解しましょう。

（２） 地域ケア会議における介護サービス事業所の役割

介護サービス事業所は、地域ケア会議で受けた助言の内容を踏まえ、プラン作成担当とともに支援内容を調整し、日々のサービス提供に活かすことが求められます。そのため、地域ケア会議では、介護サービス事業所は、検討する事例を支援する「チーム」として、事業所で実施したアセスメント結果及びケアプランに基づいて検討した支援内容・方針について説明を行います。

介護サービス事業所による支援内容・方針の説明は、地域ケア会議の参加者が事例に対する共通の理解を持ち、自立支援に資するケアの提供について議論するための土台となります。そのため、説明にあたっては、ケアプランとの整合性や支援内容・方針の判断根拠となるアセスメントの内容に触れながら、簡潔に話すことが重要です。

事業所が説明する内容は、新規、継続のどちらの事例かによって異なります。新規の事例では、これからどのような支援を行っていくのか、継続の事例ではこれまでの支援を通じて利用者の心身の状態や生活がどのように変化したか、それを踏まえて今後どのような支援を行っていくのかを説明します。事業所での過ごし方や自宅で行うセルフケアの内容も説明するとよいでしょう。

介護サービス事業所が地域ケア会議に参加する意義としては「ケアマネジメントやケアの質の向上」が挙げられます。地域ケア会議での事例の検討過程や助言者（専門職）による助言を見聞きすることによって、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が得られ、事業所で支援を行っている類似の事例に役立てることができ、傍聴の機会があれば、地域ケア会議に参加しましょう。

介護サービス事業所では、地域ケア会議で受けた助言の内容をメモに記録して持ち帰っていますが、市町村による記録の共有がある場合は、理解に誤りがないか、記録を見て今一度確認しましょう。



地域ケア会議の記録（例）は市町村向け手引き P54 参照

介護サービス事業所は、市町村が作成した会議録を基に、地域ケア会議での助言を踏まえ、プラン作成担当とともに個別援助計画や支援内容を調整します。

2 地域ケア会議参加前の実施事項

ここでは、検討事例のプラン作成担当から、地域ケア会議への協力要請があった際、介護サービス事業所が地域ケア会議開催前に実施する事柄について解説します。

図表 8 地域ケア会議当日までの準備事項（例）

	市町村	司会者 (市町村)	事例提出者 (介護サービス 事業所)	助言者 (専門職)
会議 2週間前	<input type="checkbox"/> 会議資料作成の 提出依頼		<input type="checkbox"/> 提供している サービスに関 する情報の 整理 <input type="checkbox"/> 会議資料の提 出	
資料提出 締め切り 参加者登録 締め切り	(会議の1週間から10日前目安)			
会議 1週間前	<input type="checkbox"/> 会議資料の 受取り・確認 <input type="checkbox"/> 会議資料の準備 <input type="checkbox"/> 会議資料の 関係者への送付			
会議 数日前		<input type="checkbox"/> 会議資料の 受取り <input type="checkbox"/> 会議資料の 読み込み		<input type="checkbox"/> 会議資料の 受取り <input type="checkbox"/> 会議資料の 読み込み
会議当日	全員参加			

(1) 提供しているサービスに関する情報の整理

地域ケア会議で取り上げる事例が決まると、プラン作成担当は、検討事例のアセスメント情報を再確認し、アセスメント情報が古い場合は再度アセスメントを行い、地域ケア会議に向けて事例に関する資料を揃え始めます。

地域ケア会議における事例検討の際、必要な情報としては、大きく「基本情報」「アセスメント情報」「ケアプラン」「提供されているサービスの情報」があります。それぞれの情報収集・資料作成者は図表9の通りで、介護サービス事業所は、プラン作成担当と連携しながら「D 提供されているサービスの情報」を準備します。

図表 9 地域ケア会議の資料一覧 (例)

情報			情報収集・資料作成者	
			プラン作成担当	介護サービス事業所
A	利用者に関する情報	<ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報（性、年齢、要介護度、自立度、家族構成、既往歴等） 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"> ケアプラン 	○	
D	提供しているサービスの情報	<ul style="list-style-type: none"> 各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 		

具体的には、検討事例の個別援助計画を用意します。介護予防通所リハビリテーションに関しては、通所リハビリテーション計画書もあります。また、先行市町村の中には、事業所のアセスメント情報も地域ケア会議の資料に含めているところもあります。

地域ケア会議で使用する資料の様式は市町村が指定します。個別援助計画など、統一の様式が示されていないものについては、市町村から所定の様式が示されていないか確認しましょう。

事業所によるアセスメントの詳細は、事業所向け手引き P37 参照

A 利用者に関する情報

- 基本情報としては、検討する事例の全体像を把握する情報として、性、年齢、要介護度、自立度、家族構成、既往歴等があげられます。基本情報を読む際のポイントは、下図の吹き出しのとおりです。

利用者基本情報			
《基本情報》 ・ 性別、年齢、日常生活自立度の尺度などから、本人の状況をイメージしましょう。 ・ 住居や経済状況といった環境も重要な要素です		担当者: ○○ ○○	
相談日			初回 再来(前 /)
本人の現況	(在宅)入院または入所中()		
フリガナ 本人氏名	A	男・女	昭和○○年○○月生(85)歳
住所			Tel () Fax ()
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2(A1)・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
限定情報	非該当・要支1・要支2(要支2)・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～ 月 日 (前回の介護度なし)		
障害等認定	身障()療育()精神()難病()		
本人の住居環境	(自宅)借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金、厚生年金、障害年金、生活保護...		
来所者(相談者)	○○ ○○		家族構成 ○ = 本人、○ = 女性、□ = 男性 ● = 死亡、☆ = ケーパ-リ- 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
住所連絡先	同上	続柄 長女	
緊急連絡先	氏名	続柄 住所・連絡先	
	○○ ○○	長女 同上	家族関係等の状況 本人、長女の2人暮らし。長男は○○市在住。次男は○○県に在住。家族関係は良好。

- 家族構成なども重要な要素です。
- 介護者がいる場合には、心身に負担感が生じていないか、独居の場合には近隣等からの支援(見守り等)が得られているかどうかなど周囲の状況にも配慮しましょう。
- キーパーソンや支援者が遠方に住んでいる場合は、どの程度の支援が受けられるかも確認しましょう。
- 家族の年齢も重要な情報です。本人の介護以外にも家族のニーズがないか配慮しましょう。

利用者基本情報

・生活課題を解決するためには、本人がこれまでどのような生活を送ってきたか（年単位）、現在どのような生活を送っているか（時間単位）をきちんと把握しましょう。

《介護予防に関する事項》

今までの生活	〇〇県生まれ。24歳で結婚し、3人の子宝に恵まれる。夫の転勤で33年前に〇〇市に転入し、現在に至る。平成23年に夫が他界され、現在は、長女との2人暮らし。長女は〇〇で小学校の教員をしており、日中は一人で過ごす。今まで、自分のできる範囲で家事をこなしてきた。両側膝関節症があり、体幹バランスが悪く、ここ数年、転倒が続いている。今回も、駅前で強風にあおられ、転倒し、左手首骨折 A 病院に入院し、手術を受ける。		
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	規則正しい生活を送っている。日中は、新聞を読んだら日記をつけたら過ごされる。		【以前】 ・皮の工藝 (ハンドバック、小物を作っていた) 【現在】 ・新聞を読んだら、今迄の半生をノートにまとめている。(1年を1ページ) 友人・地域との関係
	時間	本人	介護者家族
	5:30 7:00 12:00 19:30 23:00	起床 朝食 新聞を読んだり 日記をつける。 昼食 新聞を読んだり 日記をつける。 夕食 就寝	朝晩出勤 19時頃帰宅

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医意見書欄に記す)		経過	治療中の場合は内容
〇〇年〇月〇日	左手首骨折	A 病院 〇 医師	Tel	治療中 経過観察中 その他	既往歴:高脂血症、逆流性食道炎、ヘパードン結節、骨粗鬆症
〇〇年〇月〇日	左肩剥離骨折	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他	H〇肛門狭窄、H〇腰椎圧迫骨折、H〇左肩剥離骨折、H〇左肩剥離骨折
〇〇年〇月〇日	腰椎圧迫骨折	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他	内服薬:ボナロン、セフカペン、セレコックス、サイトテック、エビスタ、ワンアルファ、ラックビー、重カマ、オブラゲール、カロチン、レンドルミン
〇〇年〇月〇日	肛門狭窄	メディカルセンター	Tel	治療中 経過観察中 その他	

・既往歴も確認しましょう。
・ただし、具体的な症状や支援上の留意点などは助言者(専門職)に任せましょう。主治医意見書に記載してある疾患や他の資料に書いてある疾患がもれなく書いてあるかを確認しましょう。

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非
通所型サービスA、訪問型サービスA	

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 氏名 A 印

- 基本チェックリストに基づくリスクの状況（日常生活関連動作・運動器機能・低栄養・口腔機能・閉じこもり・認知症・うつ）も確認します。資料間の整合・評価時点も確認します。

基本チェックリスト			
No.	質問項目	0	1
1	バスや電車で1人で外出していますか	0はい	1いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0はい	1いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0はい	1いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0はい	1いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0はい	1いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0はい	1いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0はい	1いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	0はい	1いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1はい	0いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1はい	0いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1はい	0いいえ
12	身長 cm 体重 kg(BMI=)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1はい	0いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1はい	0いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1はい	0いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0はい	1いいえ
17	昨年と比べて外出の機会が減っていますか	1はい	0いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1はい	0いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0はい	1いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1はい	0いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感が無い	1はい	0いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1はい	0いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていた事が今ではおっくうに感じられる	1はい	0いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1はい	0いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1はい	0いいえ

- 基本チェックリスクのうち、どのリスクに該当するかを把握しましょう。
- 認知機能については、基本チェックリストの結果や主治医意見書等を踏まえ、必要に応じてかかりつけ医の受診につなげる視点が求められます。

(注)BMI=体重(kg)÷身長(cm)÷身長(cm)が18.5未満の場合に該当するとする。

- ・ 興味・関心チェックシートの活用により、その人の興味・関心のある分野が特定でき、その人の意欲がわく目標設定に活用できます。

興味・関心チェックシート

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別(男・女) 記入日: H__年__月__日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典) 平成 25 年度老人保健健康増進等事業「医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会より

B アセスメント情報

- 検討する事例の生活の質の向上に向けては、身体機能の向上だけでなく、家事や外出といった生活機能の向上が必要になります。そのため、地域ケア会議を進める上では、ADL・IADLといった生活機能や自立できていない生活状況の要因を、個人・環境の視点で整理・評価（アセスメント）することが重要になります。

- 原因疾患の療養管理、環境面、本人の心理面・生活歴などの要因も分析しているかを確認しましょう。

「現在」と必要な援助を利用した場合の生活行為課題の「改善/維持の可能性」を比較し、本人の生活のどこに課題があって、支援をすると何が改善するかを確認しましょう。この結果とケアプランが整合することが必要です。自立には、いつでもどこでも可能な「自立」と限定的な条件や場所のみでの「自立」があり、自立であっても改善を図る場合もあります。

課題整理総括表

利用者名		殿					作成日		
自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③	④	⑤	⑥	利用者及び家族の生活に対する意向	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4		備考(状況・支援内容等)		
							見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
食事	食事内容	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
買物		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
認知		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
社会との関わり		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
居住環境		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				

見通しがアセスメントから判断して適切であるかどうか、優先順位は適切かどうかを確認しましょう。

※1 表書きは紙記載でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は詳細分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を除き、要因を解決するための運動内容と、それが提供されることによって見込まれる重症の状況(自覚)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

C ケアプラン

- A 基本情報、B アセスメント情報、D 提供されているサービスの情報との整合がとれているかを確認します。

介護予防サービス・支援計画表

No. 〇〇〇

利用者名 〇〇〇 様 居宅年月日 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇

計画作成者氏名 〇〇〇 様 委託の場合、計画作成事業者・事業所名及び所在地

計画作成(変更)日 (初回作成日 〇〇〇 〇〇〇) 担当地域包括支援センター 〇〇〇

- アセスメント時の改善見込みとケアプランが連動することが重要です。
- 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。

目標とする生活

1日 遊ぶことなく、生活が送れる。

1年 △△小で実施している「□□□□」に追加できる。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向(本人・家族)	目標	支援計画						
							目標についての支援ポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	
運動・移動について 室内は、立つために歩き、屋外は、家族の付添いが必要。付き添いがあればA整形外科までの歩行が可能。両側関節痛で、両足裏形しており、体幹バランスが悪い。	【本人】家族に迷惑がかかるので、もう転びたくない。	● 有 ○ 無	1. 左橋尺骨骨折のため、左前腕ギプス固定中で、自宅での入浴が難しく、清潔の保持が難しい。	1. 自宅入浴が一人でできる。 【具体策】 ①通所型サービスA(スタッフがいる中での入浴) ②訪問型サービスA(入浴の見守りや必要時、介助) ③介護予防福祉用具貸与(踏み台)	1. 【本人】洗えないところは、スタッフの方に手伝って頂き、出来るところは自分で洗ってきたい。	1. 一人で入浴できる。	【通所型サービスA】 1 ギプス固定中は、ギプスが濡れないようお願いいたします。 ・本人が出来ることは、本人が行なえるようお願いいたします。 【訪問型サービスA】 ・入浴状態を観察していただき、必要時、アドバイスをお願いします。 【介護予防福祉用具貸与】 ・入浴状態を確認していただき、必要な福祉用具がありましたら提案をお願いします。	【本人】 ・入浴時、自分で行なえる所は、自分で行ないます。 ・ギプス装着中は、濡らさないよう気を付けましょう。	【通所型サービスA】 ・入浴 【訪問型サービスA】 ・入浴支援 【介護予防福祉用具貸与】 ・木製の踏み台	通所型サービスA	訪問型サービスA	〇〇〇-〇〇〇	
日常生活(家庭生活)について 食事、排泄は自立。衣類の着脱は左前腕ギプス固定中のため、部分介助が必要。現在、入浴は行なわず、妻が清拭を行っている。髪型は家族の付添いの元、近所の美容院であれば可能。洗濯・買い物・掃除は現在長女が行なっている。	【本人】洗濯前は、自分で洗って、また行ないたい。	● 有 ○ 無	2. 両側関節痛があり、体幹バランスが悪い。	2. 一人で外出ができる。 【具体策】 ①訪問型サービスA(階段昇降の練習、歩行練習) ②介護予防福祉用具貸与(歩行器具)	2. 【本人】スタッフに歩き方を見てもらい、もう転ばないように練習していききたい。	2. 階段の上り下りが安全に行え、駅前まで(500m)一人で行き来できる。	【訪問型サービスA】 2. セルフトレーニングの指導をお願いいたします。 ・シルバーカーを持ちながらの階段昇降をお願いします。 【通所型サービスA】 ・PTによる歩行状態・体幹バランスの調整をお願いします。 ・段差昇降訓練や状態に適したシルバーカーであるか選定をお願いします。	【本人】 ・支援がない日は無理のない範囲でセルフトレーニングを行います。 ・階段昇降練習 ・屋外歩行練習 【介護予防福祉用具貸与】 ・歩行器具 【通所型サービスA】 ・歩行訓練	【訪問型サービスA】 ・室内で出来る下肢筋力体操、セルフトレーニングの指導。 ・階段昇降練習 ・屋外歩行練習 【介護予防福祉用具貸与】 ・歩行器具 【通所型サービスA】 ・歩行訓練	訪問型サービスA	訪問型サービスA	〇〇〇-〇〇〇	
社会参加、対人関係コミュニケーションについて コミュニケーション能力はある方だが、近隣住民との交流はほとんどない。4月から□□□□に参加していたが、現在は怪我の影響で参加していない。	【本人】□□□□にいる義理の姉や姪と時々連絡取りたい。	● 有 ○ 無	3. 骨粗鬆症があり、骨折のリスクが高い。	3. ビタミンDやカルシウムの多い食品を選ぶことができる。 【具体策】 ①訪問型サービスC	3. 【本人】カルシウムやビタミンDの多い食品を選択し、摂取することができる。	3. カルシウムやビタミンDの多い食品を選択し、摂取することができる。	【訪問型サービスC】 3. 骨段の食事内容を確認し、骨粗鬆症の改善に向けた食生活のアドバイスをお願いします。	【本人】 アドバイス内容を骨段の食生活にとり入れていきます。	【訪問型サービスC】 ・食事指導	訪問型サービスC	訪問型サービスC	〇〇〇-〇〇〇	
健康管理について 既往として、高脂血症や骨粗鬆症、逆流性食道炎があり、現在、内服治療中。	【本人】薬の管理は自分で行なっていて、誤薬はない。	● 有 ○ 無	4. 骨粗鬆症があり、骨折のリスクが高い。	4. 薬の管理は自分で行なっていて、誤薬はない。	4. 骨粗鬆症があり、骨折のリスクが高い。	4. 薬の管理は自分で行なっていて、誤薬はない。	()	()	()	()	()	()	()

健康状態について
口主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

D病院: 本格的な運動はギプスが取れてから。入浴は、ギプスが濡れなければ、可能。デイサービスの利用可能。

【本人が行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

左手の状態を長ながら、出来る動作を一つ一つ増やしていきます。
一人で外出出来るようになり、半年後には「□□□□」に入居出来るようになることを目指しましょう。

基本チェックリストの(該当した質問項目)(質問項目)をお書きください。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付	5/5	0/2	2/3	2/2	0/3	5/5
	○					

どのようなリスクに該当しているか、該当している場合にはケアプランに反映されているか確認しましょう。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

氏名 〇〇〇 印

D 提供されているサービスの情報

- 提供されているサービスの個別援助計画の目標とケアプランの内容の整合がとれているかを確認しましょう。

介護予防サービス計画・総合評価(通所用)

氏名: ○○○

様 事業者名:

計画作成日: ○○○

計画期間: ○○○～○○○

総合評価日:

サービス区分	サービス計画			評価		総合評価		
	目標	支援計画		目標達成状況(1ヶ月)	評価	目標達成状況(3ヶ月)	評価	
		援助内容	支援に際しての留意点		○達成 △一部達成 ×未達成		○達成 △一部達成 ×未達成	
運動機能向上・生活機能向上	自宅で入浴することができる	1ヶ月目	入浴動作に必要な動作訓練フロアにて行う。	左手首の痛み・転倒・バイタルの変動。	見守りにて自主トレーニングを行い、問題なく行えた。個別訓練として立位保持・段差昇降訓練・パワーリハビリを行った。痛みなく実施できた。	△	全体的に身体機能が向上しており左上肢機能も改善傾向にあります。自宅にて見守りのもと入浴が出来るようになった為一部達成です。しかし、入浴時のまだぎ・しゃがみこみにも不安があるとのこと。継続して身体機能向上を目指します。また今後は屋外歩行が安全に行えるように新調した歩行器を使った歩行訓練も同時に行っていきます。	△
		2ヶ月目	入浴動作に必要な動作訓練フロアにて行う。	左手首の痛み・転倒。	先月のメニューを同時に行い前後の姿勢が安定しているため前回の測定となった。楽に感じるとの事でパワーリハビリの負荷・時間を増やした。	△		
		3ヶ月目	実際にリハビリ浴を使った入浴動作の確認。本人・家族・ヘルパーに入浴時の注意点の共有。	左手首の痛み・転倒。	自宅にて入浴を開始し、まだぎとしゃがみこみが不安とのことでリハビリメニューの調整を行う。	△		
栄養・食支援		1ヶ月目						
		2ヶ月目						
		3ヶ月目						
口腔機能向上		1ヶ月目						
		2ヶ月目						
		3ヶ月目						
アクティビティ		1ヶ月目						
		2ヶ月目						
		3ヶ月目						

・この介護予防サービス計画とケアプランの目標が整合することが必要です。プラン作成担当が作成したケアプランの目標を達成するための援助内容となっているか確認しましょう。

計画に対する同意
上記計画に対して同意します
平成 年 月 日
氏名 印

(出典) 埼玉県和光市の様式を活用した例

E その他

- 医学的な情報については、主治医意見書を参考にしましょう。地域ケア会議の開催に際して必要となるかかりつけ医師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文書等で報告する必要があります。

主治医意見書 記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) _____ 明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名	_____	電話 () _____	_____
医療機関名	_____	FAX () _____	_____
医療機関所在地	_____		
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 () _____		
1. 傷病に関する意見			
(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日			
1.	_____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	_____
2.	_____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	_____
3.	_____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	_____
_____ <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 _____ _____とは特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 _____及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入			
2. 特別な医療 (過去14日間に受けた医療のすべてにチェック)			
処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスビレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養		
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)		
3. 心身の状態に関する意見			
(1) 日常生活の自立度等について			
・障害高齢者の日常生活自立度(授けり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)			
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てでチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 () _____			
(4) その他の精神・神経症状			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]			
(5) 身体の状態			
利き腕 (□右 □左) 身長= _____ cm 体重= _____ kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少) <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 (程度: □軽 □中 □重) <input type="checkbox"/> 左上肢 (程度: □軽 □中 □重) <input type="checkbox"/> 右下肢 (程度: □軽 □中 □重) <input type="checkbox"/> 左下肢 (程度: □軽 □中 □重) <input type="checkbox"/> その他 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 関節の拘縮 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位: _____)			
(6) 自立・歩行			
<input type="checkbox"/> 車いすの使用 <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している <input type="checkbox"/> 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用			
(7) 栄養・食生活			
食事行為 <input type="checkbox"/> 自立しない何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助 現在の栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 → 栄養・食生活上の留意点 () _____			
(8) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対応方針			
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 () _____ → 対応方針 () _____			
(9) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明			
(10) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)			
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護職員の訪問による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス () _____			
(11) サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧 □特になし □あり() _____、移動 □特になし □あり() _____ ・摂食 □特になし □あり() _____、運動 □特になし □あり() _____ ・嚥下 □特になし □あり() _____、その他 () _____			
(12) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () _____ <input type="checkbox"/> 不明			
5. 特記すべき事項			
要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。(なお、専門医等に別途意見を求める場合は、診断書申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)			

・作成から時間が経過している場合には、本人の状態が変化している可能性があるため、日付を確認しましょう。

・現在の体重だけでなく、過去6ヶ月の変化に着目し、その理由を確認しましょう。

・A 基本情報の「現病歴・既往歴と経過」と照らし合わせ、プラン作成担当の情報や認識と一致しているか確認しましょう。

・生活機能の低下の要因となった傷病名を確認しましょう。
・A 基本情報の現病歴・既往歴との整合も確認しましょう。

・(3) 現在あるいは今後発生の可能性の高い状態とその対応方針(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通しについて確認しましょう。

・感染症が有る場合には、専門職から対応や配慮に関する意見を引き出す必要があります。

- 以下のように、会議の要点をまとめたもの（地域ケア会議・アセスメントシート）を活用することもあります。

地域ケア会議・アセスメントシート						
※簡条書きすること				独	高	他
氏名		男・女	住所			
要介護度		有効期限		検討テーマ		
自立できていない 生活状況 (ADL・IADL・疾病管理・経済状況等)						
個人因子 (自立できていない生活状況の理由)						
環境因子 (自立できていない生活状況の理由)						
健康状態	(介護に影響を及ぼす健康状態について) (上記に対して介護スタッフの役割)					
経済的環境 及び 自立度						
問題点 課題						
H 年 月 日 記入者 _____						

(出典) 埼玉県和光市提供資料

プラン作成担当と介護サービス事業所は、会議資料を提出するまでのスケジュールを共有し、利用者の生活行為の課題、ケアプランと個別援助計画の整合性、支援の体制面の課題、利用者の直近の状態などについて話し合います。会議資料を準備しながら、以下の点について再確認してもよいでしょう。

- ◇ プラン作成担当のアセスメント結果と、事業所で実施しているアセスメント結果の整合がとれているか
- ◇ プラン作成担当がケアプランで設定した目標に応じたプログラムを事業所の個別援助計画に位置付けて実施しているか
- ◇ 事業所の目標とプログラムが、生活行為の課題の解決や維持・向上を実現するために十分具体化されているか
- ◇ 利用者が複数の介護サービスを利用している場合は、他サービス事業所の個別援助計画とも整合をとり、事例提出者（チーム）として支援を行っているか
- ◇ かかりつけ医がいる場合は、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したか（かかりつけ医がない場合の対応は下記コラム参照）

確認の不足・不備等がある場合は、利用者本人や家族への聞き取り、利用中の他サービス事業所へのヒアリングを実施し、情報を追加します。



～地域ケア会議に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。

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。

(2) 会議資料の提出

用意した会議資料は、事業所内で確認後、プラン作成担当に提出し、プラン作成担当が事例に関する会議資料を取りまとめて市町村に提出します。

3 地域ケア会議当日の実施事項

ここでは、地域ケア会議の当日の流れを紹介しながら、介護サービス事業所が地域ケア会議当日に実施する事柄について解説します。

(1) 当日の流れ(例)

実施事項		最短所要時間(目安)	発言者	実施事項
(1)	開催	1～3分	司会者(市町村)	資料説明
(2)	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
(3)	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
(4)	1事例目 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
			助言者(専門職)	(2)(3)の説明についての質問・助言
(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
(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

発言者のポイント	使用する資料
	議事次第等
<input type="checkbox"/> ①②③④の一連のケアマネジメントの流れを簡潔に説明する <input type="checkbox"/> 改善の見込みがある生活行為はどこで、それがケアプランの目標にどう反映されているかを説明する <input type="checkbox"/> 更新プランの場合は、前回プランによる目標の達成状況やサービス内容と整合が取れていたかを説明	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
<input type="checkbox"/> ケアプランの目標と、各サービス事業所における支援内容・方針の関係性を説明する	D 提供されているサービスの情報
<p>※司会は、参加者が事例について共通の理解が得られるよう、以下の視点で端的に確認する。</p> <input type="checkbox"/> 基本情報（性別・年齢・身長体重BMI・家族構成（介護力）・既往歴・認知症の有無など）を把握したか <input type="checkbox"/> 基本情報の既往歴と主治医意見書の既往歴が合っているか <input type="checkbox"/> 基本チェックリストにおいて機能が落ちている項目は何か <input type="checkbox"/> 改善が見込まれる生活行為の課題は何か <input type="checkbox"/> 改善が見込まれる生活行為の課題がケアプランの目標と合致しているか <input type="checkbox"/> ケアプランの目標と介護サービス事業所の目標が合致しているか	A～D（主に生活機能、ケアプランに係る記述の箇所）
<input type="checkbox"/> 自らの専門分野の内容をチェックする <input type="checkbox"/> それぞれの専門性の視点から、事例の自立支援につながるような助言を行う	A～D（各専門職に係る記述の箇所）
<input type="checkbox"/> 得られた質問・助言を集約する <input type="checkbox"/> 明らかになった生活行為の課題の解決方法等についてまとめる <input type="checkbox"/> 支援方針（ケアプランの再調整等含む）について確認する	A～D
<input type="checkbox"/> 次回の予定を伝える	-

(2) 事例提出者（介護サービス事業所）からの支援方針の説明

介護サービス事業所の職員は、プラン作成担当による事例の概要説明に続いて、事例への支援内容・方針について説明を行います。

事業所の個別援助計画を参照しながら、ケアプランの目標に基づいてどのような目標を設定したのか、その目標を達成するために事業所としてどのような支援を行うのか、地域ケア会議の参加者が共通の理解を持てるように説明します。これが自立支援に資するケアの提供について議論するための土台となります。

地域ケア会議における1事例あたりの検討時間は、20～30分程度が1つの目安になります。このうち、介護サービス事業所の説明時間は5分程度ですので、簡潔に説明できるように整理しましょう。プラン作成担当が話したことを繰り返すことや、背景を詳しく説明することで説明時間が長くなるように意識しましょう。目標、課題、リスク管理、助言者に聞きたいことを、ポイントを絞って説明することが重要です。

(3) 地域ケア会議の司会者・助言者からの質疑への対応

地域ケア会議の司会者・助言者から、事例への支援内容・方針について質疑があった場合は、介護サービス事業所の職員が質疑に対応します。

地域ケア会議では、助言者（専門職）や市町村から新たな気付きや事例の支援に有用な情報が得られます。より具体的な助言を得るために、事業所での血圧の測定値、体力測定の結果のデータといった支援の経過記録を手元に用意しておくとい良いでしょう。

(4) 地域ケア会議で受けた助言内容の記録

市町村によっては、地域ケア会議で検討した個々の事例に対する助言の内容を記録し、会議開催後に関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）に配布することがありますが、地域ケア会議の場でメモをとっておくと、事業所に戻ってすぐ支援に活かすことができます。

4 地域ケア会議参加後の実施事項

ここでは、地域ケア会議で検討した事例の取り扱い方法について解説します。

図表 10 地域ケア会議後の実施事項（例）

	市町村	地域包括支援センター	プラン作成担当	介護サービス事業所
会議当日	全員参加			
会議後				
記録作成・助言の整理	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議の会議録の作成	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議で受けた助言の整理	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議で受けた助言の整理	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議で受けた助言の整理
事例の管理	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議後の事例の管理 <input type="checkbox"/> 地域ケア会議の会議資料の廃棄			
事例提出者の状況把握	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議後の地域包括支援センターの状況把握	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議後のプラン作成担当の状況把握	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議後の介護サービス事業所の状況把握	
追加の情報収集		<input type="checkbox"/> (必要に応じ) 不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討	<input type="checkbox"/> (必要に応じ) 不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討	<input type="checkbox"/> (必要に応じ) 不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討
ケアプラン・プログラムの検討		<input type="checkbox"/> (必要に応じ) ケアプランの調整の検討	<input type="checkbox"/> (必要に応じ) ケアプランの調整の検討	<input type="checkbox"/> (必要に応じ) 支援内容の調整の検討
行政課題への対応	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議で明らかになった行政課題の整理			

（１） 地域ケア会議で受けた助言の整理

地域ケア会議でどのような助言があったか共通理解を持つため、市町村では、助言の内容を記録し、会議開催後、関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）と共有することがあります。

介護サービス事業所では、地域ケア会議で受けた助言の内容をメモに記録して持ち帰っていますが、市町村による記録の共有がある場合は、理解に誤りがないか、記録を見て今一度確認しましょう。



地域ケア会議の記録（例）は市町村向け手引き P54 参照

介護サービス事業所は、市町村が作成した会議録を基に、地域ケア会議での助言を踏まえ、プラン作成担当とともに個別援助計画や支援内容を調整します。

（２） 不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討

例えば、地域ケア会議で「生活活動量が低下している事例なので、洗濯・掃除などの日常生活活動を増やすことにより、身体機能の向上を目指しましょう」といった助言を受けたとしましょう。

そのような事例で、糖尿病や心疾患といった既往がある場合は、運動制限や禁忌、治療方針との整合性について、プラン作成担当を通してかかりつけ医に確認・相談しましょう。

（３） 支援内容の調整の検討

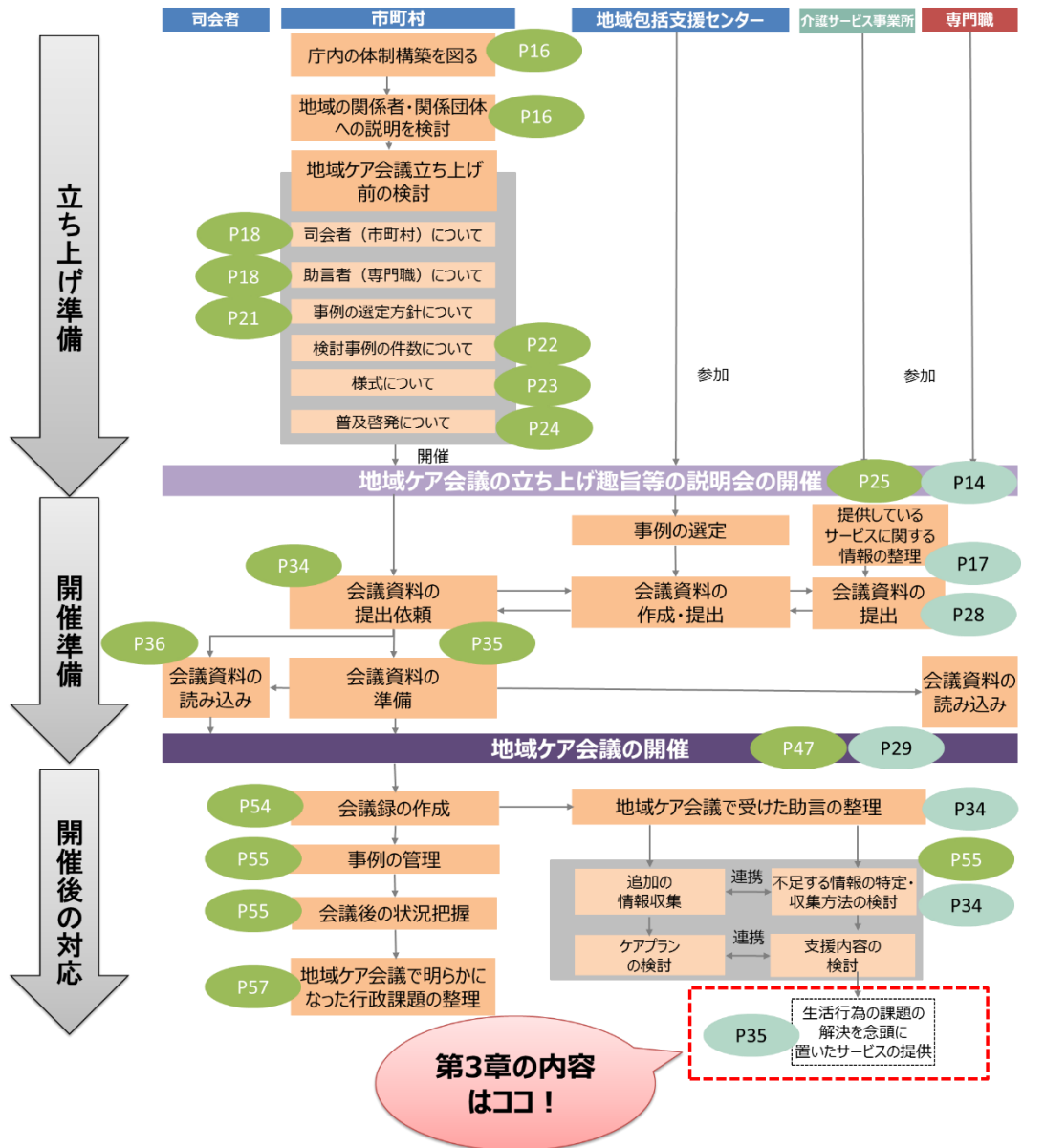
例えば、地域ケア会議で「膝に痛みを感じている利用者に対してはこのようなプログラムの方が良い」といった支援内容についての具体的な助言を受けたとしましょう。

この場合、会議後は、ケアプランの目標と整合をとりながら、いつ、どのように支援内容を調整し、その際何に留意するかを検討し、プラン作成担当と共有します。

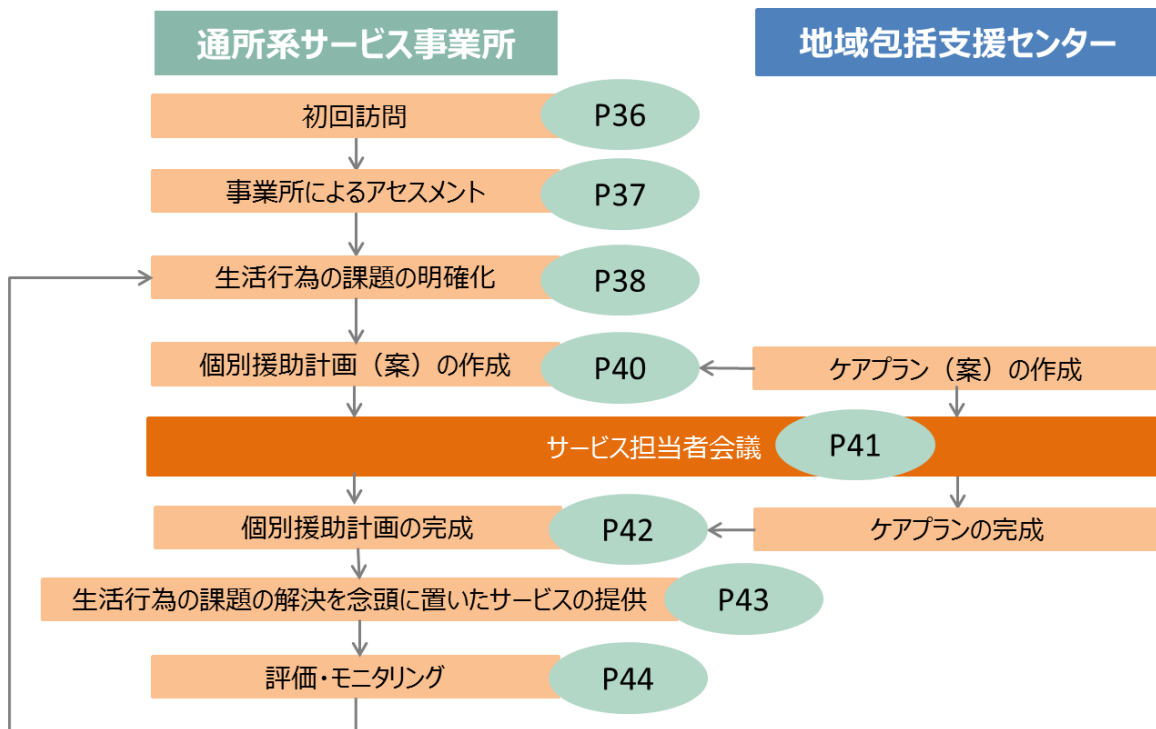
第3章 生活行為の課題の解決を念頭に置いたサービスの提供

(第3章のねらい)

- ◇ この章では、介護サービス事業所において、高齢者の生活行為の課題の解決を念頭に置いたサービスを提供するための過程を解説します。
- ◇ 通所系サービス事業所におけるサービス提供の流れに沿って、アセスメントを通じて生活行為の課題を明らかにし、個別援助計画を作成してサービス提供を行う過程を具体的に見てみましょう。



図表 11 生活行為の課題の解決を念頭に置いたサービス提供の流れ



・・・事業所向け手引きのページ番号と一致しています。

1 初回訪問

初回訪問とは、通所系サービスの利用契約を結ぶにあたり、通所系サービス事業所の職員が利用者の自宅を訪問することを言います。

その際、利用者や家族と面談を行い、事業所の理念をはじめ、通所系サービスの利用にあたっての重要事項や契約書、事業所で作成している基本マニュアル等の内容について説明し、通所系サービスへの理解と利用者の同意を求めます。また、利用者宅の周辺環境や利用者の状態について大まかに把握します。

初回訪問の際の事業所の対応が、今後の利用者や家族との信頼構築に影響することから、このときの対応は非常に重要です。そのため、利用者や家族に対して、利用者の生活行為の課題を解決し、利用者の希望に叶った暮らしが実現できるように支援するのが自分たちの役割であるということを伝えると、事業所職員に対する安心感が生まれるだけでなく、利用者や家族が具体的な行動をとり、事業所の取り組みにより一層理解と協力を示していくでしょう。

2 事業所によるアセスメント

続いて、通所系サービス事業所の職員は、利用者の自宅を再訪問し、利用者や家族の心身の状況や、生活行為の課題をより具体的に把握するためのアセスメントを行います。

その際、通所系サービス事業所の職員は、利用者の生活行為の課題の解決や、生活行為の維持・向上のためのサービス内容についても説明します。そして、利用者や家族への聞き取り、体力測定、利用者の状態の観察を通じて、基本チェックリストの項目である生活機能、運動機能、栄養、口腔機能、閉じこもり、認知機能、うつについて情報を収集します。

アセスメントでは、全ての項目について網羅的に情報を収集する必要はありません。利用者の状態や生活行為の課題に応じて必要な情報を収集しましょう。

なお、1回でのアセスメントで必要な項目全てについて確認するのが難しい場合もあります。その場合は、ケアプランの内容で特に確認が必要なこと、通所系サービスを提供するにあたり必ず確認しておかなければいけないことからアセスメントを始め、実際にサービスを提供する中で利用者や家族のニーズを把握していくなど、臨機応変に対応するとよいでしょう。アセスメントを行う中で、ケアプランなど、事前に収集した利用者情報には含まれていない生活行為の課題や要望などが明らかになった場合も、重要な情報として把握しましょう。

3 生活行為の課題の明確化

通所系サービス事業所の職員は、アセスメントで把握した情報に基づいて利用者の生活行為の課題をさらに詳しく分析し、生活行為の課題が何であるかを明確にします。

利用者の自立支援・重度化防止と QOL の向上を実現するにあたっては、ICF の考え方に基づいて「心身機能」「活動」「参加」の各要素にバランスよく働きかけることが重要です。そのため、支障を来している生活行為を特定し、その背景にある個人因子・環境因子を明らかにし、それに対して支援を行っていくことによって、利用者の生活行為の課題を改善することができるようになります。

具体的には、前述のアセスメントで、課題ではあるものの「改善／維持の可能性」があると分かった生活行為について、個人因子と環境因子の両方の観点から要因を分析し、これによって、利用者の状況を客観的に把握し、生活行為の課題を明確にすることができるようになります。

背景因子	個人因子	年齢、性別、利用者の身体・精神状況、ADL・IADL、意欲・性格、認知機能など
	環境因子	住環境の状況、交通の状況、経済状況、社会交流の状況、家族・友人知人との関係、医療や保健などのサービスとの関係など

出典：厚生労働省「『国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－』（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について」より作成。

生活行為の課題について、以下の過程で改善に導きます。

- ① どの動作ができないのか
- ② その動作にどのような課題があるのか
- ③ どうしたらその動作ができるようになるのか
- ④ 支援によって、その動作がどの程度まで改善できそうか

具体的な分析方法の（例）は事業所向け手引き P50 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。

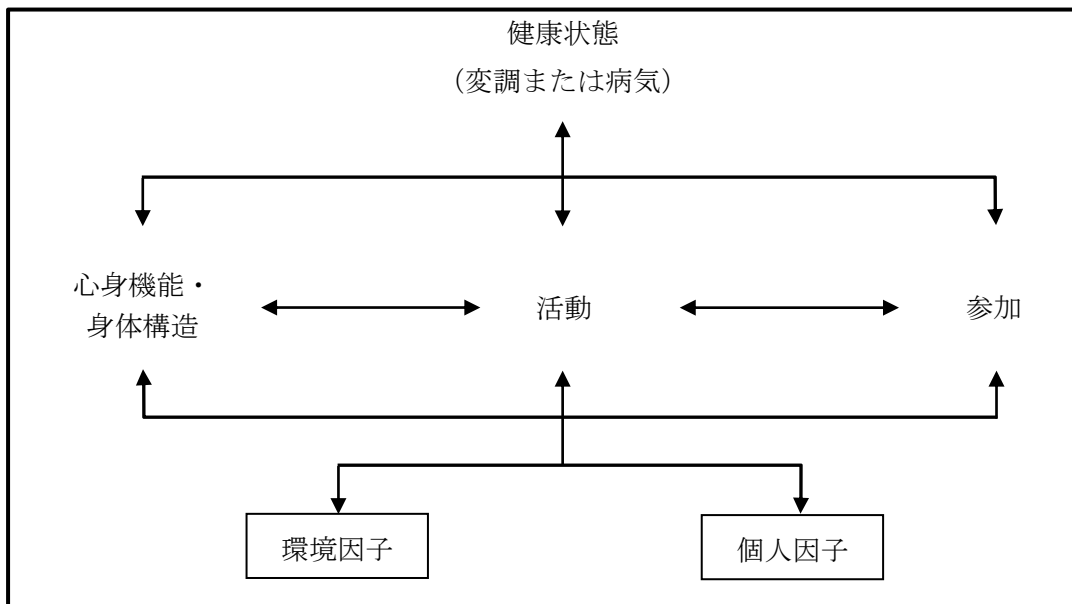
ICFの定義は下記の通りです。

「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

4 個別援助計画（案）の作成

通所系サービス事業所の職員は、前述のアセスメント内容や明らかになった生活行為の課題、ケアプランなどに基づいて個別援助計画（案）を作成します。

地域ケア会議で検討して助言を受けた場合には、プラン作成担当や利用者と相談し、必要に応じて個別援助計画（案）を調整します。調整した場合には、事業所内で確認後、プラン作成担当に連絡します。



個別援助計画（案）の作成の注意点は事業所向け手引き P24 参照

5 サービス担当者会議

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ます。これに対して、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します。通所系サービス事業所の職員は、利用者や家族、利用者に関わる他の介護サービス事業所とともにサービス担当者会議に出席し、利用者の状態や生活行為の課題を再確認します。

サービス担当者会議は、プラン作成担当や他の介護サービス事業所と支援の方向性を確認できる貴重な場でもあります。利用者を支援するチームが一堂に会して利用者や家族と話し合うことによって、相互理解が進み、利用者や家族が安心して支援を依頼できる関係の構築につながります。

6 個別援助計画の完成

サービス担当者会議を受けて、個別援助計画（案）の内容を調整する必要がある場合は、通所系サービス事業所の職員は、プラン作成担当と相談して内容を調整し、個別援助計画を完成させます。

個別援助計画は、事業所内での確認後、担当者から利用者や家族に説明を行い、同意を得ます。利用者や家族の同意を得ることで、利用者の思いを反映した計画になっているかどうかを確認でき、利用者と介護サービス事業所が目標を共有することで具体的な取り組みにつながります。

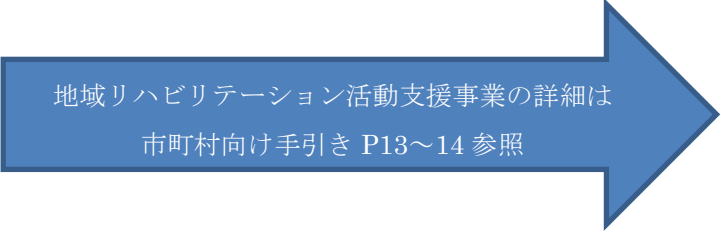
利用者や家族の同意を得た個別援助計画の内容や変更点は、プラン作成担当と共有することが重要です。プラン作成担当との情報共有は、事業所とプラン作成担当のアセスメント結果の整合がとれているか、個別援助計画とケアプランの整合がとれているかをお互いに確認するだけでなく、相互の専門性の理解や信頼関係の構築にもつながります。その結果、利用者を支援するチームとして、一体となってサービスが提供できるようになります。

7 生活行為の課題の解決を念頭に置いたサービスの提供

通所系サービス事業所の職員は、個別援助計画に基づいて、設定した目標に応じたプログラムを提供します。

プログラムの提供開始後、通所系サービス事業所の職員は、利用者一人一人について、その日の心身の状態やサービスの利用状況、プログラムの取り組み状況、その日に実施したメニューの内容などを記録します。併せて、利用者が日々自宅で行うセルフケアや自主トレーニングの指導を行い、セルフケアや自主トレーニングが習慣化できているかどうかをプラン作成担当や他の介護サービス事業所と共有します。

通所系サービス事業所は、市町村の地域リハビリテーション活動支援事業を通じて、リハビリテーション専門職等の支援を受けることができます。リハビリテーション専門職等が事業所にいない場合、もしくは専門職等による支援が必要な場合は、どのような支援が得られるか市町村に照会してみましょう。



地域リハビリテーション活動支援事業の詳細は
市町村向け手引き P13～14 参照

8 評価・モニタリング

個別援助計画に定める支援期間の終了が近づいてきたら、通所系サービス事業所の職員は、個別援助計画に基づいて利用者や家族の状況を評価し、個別援助計画や提供するプログラムの内容を調整する必要があるかを検討します。モニタリングでは、次の視点から、個別援助計画やプログラムについて評価します。

<利用者や家族の状況の把握>

- ◇ 利用者の生活行為に変化はあったか
- ◇ 利用者の家族による支援に変化はあったか
- ◇ 利用者や家族のニーズに変化はあったか、新たなニーズはあったか

<サービスやプログラムについての評価>

- ◇ 個別援助計画に定めた目標の達成状況はどうであったか
(部分的に達成、あるいは未達成の場合は、達成できなかった理由)
- ◇ 生活行為の課題の解決や生活機能の維持・向上につながる効果はあったか

<計画見直しにあたっての留意点>

- ◇ 次の個別援助計画に新たに取り入れる、あるいは変更する事柄はあるか
- ◇ 今回の個別援助計画で終了する事柄はあるか
- ◇ 介護予防事業から地域の継続的な活動の場や通いの場につなげられるか

モニタリングは、プラン作成担当や他サービス事業所と連携しながら実施すると、プラン作成担当を要としたチームによる支援が実施しやすくなります。

事業所におけるモニタリングの結果は、プラン作成担当と共有するとともに、モニタリングの結果に応じて提供するサービスやプログラムの内容、ひいては個別援助計画を修正し、今後の支援に活かします。

このようにモニタリングを定期的実施することによって、利用者の生活行為の課題の解決と生活機能の維持・向上が実現でき、利用者にあったサービスの提供やサービスの質の向上につながります。

先行自治体における取組

- 1 生活行為の課題の解決を念頭に置いたサービス提供の例（大分県）46
- 2 多職種の専門的な助言により状態の改善につながった事例（奈良県生駒市）56

1 生活行為の課題の解決を念頭に置いたサービス提供の例（大分県）

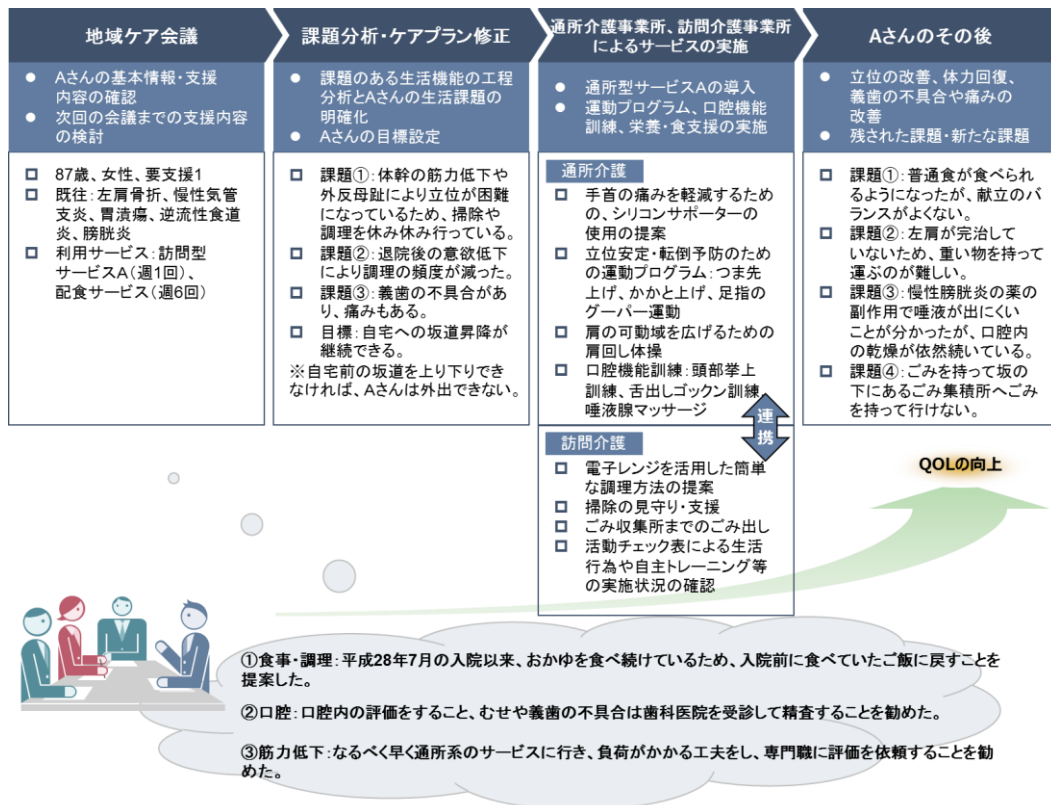
ここでは、介護予防のための地域ケア会議での助言を受けて、生活行為の課題の解決を念頭に置いて介護サービス事業所がサービスを提供した大分県のAさんの事例（厚生労働省により一部改変）を紹介します。

Aさんの事例を通して、アセスメントを行い、生活行為の課題を分析し、支援の内容を調整して実際のサービス提供につなげる過程とその効果を見てみましょう。

ケースの概要

Aさんのケースは、左肩骨折からの退院を機に介護予防のための地域ケア会議で検討されました。Aさんは入院前から訪問介護サービスと配食サービスを利用していましたが、地域ケア会議での助言を受けて、通所介護サービスの利用も開始しました。プラン作成担当、訪問介護事業所、通所介護事業所のチームによる詳細なアセスメント、ケアプランの修正を経て、運動・身体機能向上、栄養・食支援、口腔機能訓練の各プログラムに取り組んだことでAさんの状態は少しずつ改善し、立位が改善して掃除や調理ができるようになりました。また、体力が回復して表情が明るくなり、かつて楽しんでいた大正琴などの趣味に取り組みたいと意欲が出てきました。

図表 12 Aさんの自立支援の全体像



図表 13 基本情報（平成 28 年 8 月末時点）

性別	年齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	87 歳	要支援 1	J1	自立	一人暮らし
生活歴	B 県生まれ。20 歳で結婚。長男が生まれてすぐに夫が殉職。その後市内の電力会社に定年まで勤務した。弓道や大正琴など多くの趣味を持っていた。現在は、花の手入れなどをしてのんびり暮らしており、月に 1 回、友人と N 市に出かけるのを楽しみにしている。				
現病歴・既往歴	平成 28 年 7 月 左肩骨折（平成 28 年 8 月 25 日退院） 平成 23 年 慢性気管支炎、胃潰瘍、逆流性食道炎、膀胱炎 平成 7 年 モートン病、外反母趾				
身長・体重・BMI	身長 144cm、体重 46kg BMI 22.2（平成 28 年 8 月 29 日時点）				
ADL	室内移動：伝い歩き 屋外移動：杖を用いて歩いている。自宅が坂の上にあるため、外を歩くことは少ない。 外出：外出は 2～3 週間に 1 回。 口腔ケア：むせや義歯の不具合がある。手入れはできている。				
IADL	掃除・調理：8 月に退院後は意欲低下もあり、訪問介護員と行っている。ごみ集積所へのごみ出しも、訪問介護員にお願いしている。 買物：ほとんど生協や訪問介護員に依頼する。自宅が坂の上にある上、重い物を持って運ぶことが難しい。				
サービスの利用状況	訪問型サービス A（週 1 回）、配食サービス（週 6 日）				

A さんは〇〇市に住む 87 歳の女性です。普段は花の手入れをしながらのんびり暮らしています。社交的な性格で、慢性気管支炎、胃潰瘍、逆流性食道炎、膀胱炎などの既往歴はありますが、月 1 回、友人と N 市に出かけるのを楽しみにしています。加齢に伴い、掃除が億劫、重い物が持てない、物忘れが増えてきたなどの生活行為の課題が出てきたため、A さんは平成 24 年 2 月に訪問型サービス A の利用を開始しました。

それから 4 年にわたり、A さんは訪問介護員の支援を受けており、掃除や整理整頓、ごみ出しなどは長らく訪問介護員と共同で行ってきました。その結果、日常生活に大きな支障はなかったものの、介護予防・自立支援の観点からは具体的な目標や改善策が設定できていませんでした。

平成 28 年 7 月、A さんは左肩を骨折して入院し、平成 28 年 8 月下旬に退院しました。A さんは元々明るく元気な方ですが、退院後、筋力が低下し、長時間動く疲れやすくなり減入ってしまうことに地域包括支援センターのプラン作成担当は気が付きました。プラン作成担当は、A さんに持ち前の元気を取り戻してほしいと考え、訪問介護事業所と相談して、A さんの事例を大分県の「自立支援ヘルパー育成事業」で支援する事例に選定し、地域ケア会議で検討することにしました。

そのための事前の準備として、プラン作成担当がAさんの生活行為の課題に関して現在の自立度と改善／維持の可能性をアセスメントしたところ、Aさんは食事・調理、口腔、掃除に課題があり、改善できる可能性があることが分かりました（図表 14 参照）。また、自宅が坂の上であり、自宅前にある長い階段を上り下りしなければ外出できないことが環境面での課題になっていることも分かりました。

図表 14 課題整理総括表を用いたAさんの生活行為の課題に関するアセスメント
(平成 28 年 8 月時点)

状況の事実		現在 (平成 28 年 8 月)	改善／維持の可能性			備考 (状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立 (見守り) 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 伝い歩き。自宅内動線に手すりあり。 ・ 杖歩行。
	屋外移動	自立 (見守り) 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	
食事	食事内容	支障なし (支障あり)	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院中してからご飯はおかゆ。一日3食で間食あり。 ・ 基本的な動作は自立だが、退院後は頭がぼーっとする感じが残り、頻度は低くなっている。週6日配食サービスを利用。
	食事摂取	自立 (見守り) 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	
	調理	自立 見守り (一部介助) 全介助	改善	維持	悪化	
排泄	排尿・排便	(支障なし) 支障あり	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ むせや入れ歯の不具合がある。
	排泄動作	(自立) 見守り 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし (支障あり)	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ むせや入れ歯の不具合がある。
	口腔ケア	自立 (見守り) 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	
服薬		自立 (見守り) 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 膀胱炎の薬等、服薬は自己管理。たまに飲み忘れる。
入浴		自立 (見守り) 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 線手すり有り。左肩骨折後は洗髪・洗身時に左腕が上がりにくい。
更衣		自立 (見守り) 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ ゆっくり行う。左肩骨折後はズボンの引き上げが少し難しいと感じている。
掃除		自立 見守り (一部介助) 全介助	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護員と一緒にやっている。
洗濯		自立 (見守り) 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 骨折前は自立。骨折後は布団等重い物が難しい。
整理・物品の管理		自立 (見守り) 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的な動作は自立だが、退院後は意欲低下もあり、訪問介護員と一緒にやっている。
金銭管理		(自立) 見守り 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2～3 週間に 1 回程度は買い物に行くが、重い物等ほとんどは生協や訪問介護員に頼む。
買物		自立 (見守り) 一部介助 全介助	改善	維持	悪化	
コミュニケーション能力		(支障なし) 支障あり	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 近所付き合いも友人との関係も良好。傾聴ボランティアを利用している。
認知		(支障なし) 支障あり	改善	維持	悪化	
社会との関わり		(支障なし) 支障あり	改善	維持	悪化	
褥瘡・皮膚の問題		(支障なし) 支障あり	改善	維持	悪化	
行動・心理症状 (BPSD)		(支障なし) 支障あり	改善	維持	悪化	
介護力		(支障なし) 支障あり	改善	維持	悪化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅が坂の上にある。
居住環境		支障なし (支障あり)	改善	維持	悪化	
			改善	維持	悪化	

その後、プラン作成担当は、Aさんの生活行為の課題に関するアセスメントとともにケアプランなどの資料を揃えて提出し、地域ケア会議が開催されました。そして、Aさんの事例について、助言者（専門職）から図表 15 に示した助言を受け、その内容を基に、対応策を検討しました。

図表 15 地域ケア会議における助言者（専門職）からの助言と対応策

生活行為の課題	地域ケア会議における助言内容	対応策
全般	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護員が4年間入っているため、卒業は難しいケースだが、まずは優先順位を付ける。(食事・調理→掃除→ごみ出しの改善) 	<ul style="list-style-type: none"> プラン作成担当は、ケアプランを修正する。
食事・調理	<ul style="list-style-type: none"> 平成 28 年 7 月の入院以来、おかゆを食べ続けているため、入院前に食べていたご飯に戻してはどうか。 	<ul style="list-style-type: none"> プラン作成担当は、Aさんと相談の上、配食サービスを中止する。 訪問介護事業所は、自宅での食事の様子を見てご飯を食べるときに支障がないか確認する。また、電子レンジを活用した簡単な調理方法を提案する。
掃除	<ul style="list-style-type: none"> 専門職と連携しながら、左手の使い方 の指導、調理や掃除のアセスメントと分析、口腔機能に対するの評価・指導・改善を行っていく。 	<ul style="list-style-type: none"> プラン作成担当、訪問介護事業所、通所介護事業所は、調理や掃除、口腔機能についてできる工程とできない工程を詳しく確認し、改善を図る。
口腔	<ul style="list-style-type: none"> 口腔内の評価をした方がよい。また、むせや義歯の不具合は歯科医院を受診して精査した方がよい。 	<ul style="list-style-type: none"> プラン作成担当は、Aさんに歯科医院の受診を勧める。 通所介護事業所は、口腔機能訓練を行って様子を見る。 訪問介護事業所は自宅での自主トレーニングの実施状況を確認する。
筋力低下	<ul style="list-style-type: none"> 意欲があるので、できるだけ早く通所型サービスの利用を勧める。 	<ul style="list-style-type: none"> プラン作成担当は、Aさんと相談して通所型サービスの利用を開始する。
	<ul style="list-style-type: none"> なるべく早く通所型サービスに行き、負荷がかかる工夫をし、専門職に評価を依頼した方がよい。 	<ul style="list-style-type: none"> 通所介護事業所が、立位を安定させるための運動プログラムを提案・実施する。 訪問介護事業所は、自宅での自主トレーニングの実施状況を確認する。

プラン作成担当は、まずAさんの通所型サービスAの利用を開始することにしました。

そして、プラン作成担当と訪問介護事業所、通所介護事業所は、事業所職員の育成のために大分県の「自立支援ヘルパー育成事業」で派遣された専門職（作業療法士、栄養士、歯科衛生士）とともにAさん宅を訪問し、支援の内容を詳細に検討しました。

具体的には、Aさんの生活行為の課題である食事・調理、掃除について、図表16に示す工程管理表を用いて、できる工程とできない工程をさらに詳しく確認しました。

食事について見てみると、食物を咀嚼する、食物を嚥下する、の2工程で、調理については、材料を準備する、材料を包丁で切る、後片付けをする、の3工程で課題があるものの、改善できる可能性があることが分かりました。

また、掃除についても工程別に課題を確認したところ、道具を準備する、掃除をする、道具を片付ける、の3つの工程で部分的に介助を要することが分かりました。

図表 16 食事・調理、掃除の工程分析

生活行為	工程	現在	内容	改善／維持の可能性
食事 現在の状況【支障あり】	椅子・畳に座る	自立		
	箸などを把持する	自立		
	食物をすくう	自立		
	食物を口まで運ぶ	自立		
	食物を咀嚼する	支障あり	義歯の不具合や痛みがある。 入院してから主食はおかゆを食べている。	改善
	食物を嚥下する	支障あり	むせがある。 入院してから主食はおかゆを食べている。	改善
	箸などを置く	自立		

生活行為	工程	現在	内容	改善／維持の可能性
調理 現在の自立度【一部介助】	材料を準備する	一部介助	献立が思いつかないので作る意欲が湧かない。 献立のアドバイスが必要。	改善
	材料を包丁で切る	一部介助	意欲はあるが、長時間の立位が困難。	改善
	湯を沸かしだしをとる	見守り		
	材料を鍋に入れる	見守り		
	味噌を溶く	見守り		
	火を止める	見守り		
	米を研ぐ	見守り		
	炊飯器をセットする	見守り		
	後片付けをする	一部介助	意欲はあるが、長時間の立位が困難。	改善

生活行為	工程	現在	内容	改善／維持の可能性
掃除 現在の自立度 【一部介助】	道具をとりに行く	見守り		
	道具を準備する	一部介助	掃除機のコンセントの挿入やヘッドの取り付けは難しい。	改善
	目的の場所まで移動する	見守り		
	姿勢を変える	見守り		
	掃除をする	一部介助	長時間動くと腰が痛い。 モップならば軽いから使える。 物がなく、広い場所は掃除機がかけられそう。	改善
	姿勢を戻す	見守り		
	ごみの処理をする	一部介助	分別は自分ではできるが、自宅が坂の上にある上、重い物を持って運ぶことが難しいため、坂の下にあるごみ収集所までごみを持って行けない。 ごみ収集所まで運ぶのは訪問介護員に頼んでいる。	維持
	道具を片づける	一部介助	掃除機のコンセントを抜いたり、ヘッドを外したりするのは難しい。	改善
部屋に戻る	見守り			

生活行為の課題を詳細に分析・抽出をした結果は、プラン作成担当、通所介護事業所、訪問介護事業所の間で共有され、サービス担当者会議を経て、Aさんのケアプランに反映されました（図表 17 参照）

図表 17 ケアプランにおけるAさんの総合的課題と目標

総合的課題	<ul style="list-style-type: none"> ① 体幹の筋力低下や外反母趾により立位が困難になっているため、掃除や調理を休み休み行っている。 ② 退院後の意欲低下により調理の頻度が減った。 ③ 義歯の不具合があり、痛みもある。
目標とする生活 (1年)	<p>自宅への坂道昇降が継続できる。</p> <p>※自宅前の坂道を上り下りできなければ、Aさんは外出できない。</p>
目標とする生活 (1日)	<ul style="list-style-type: none"> ① 椅子座位でつま先上げ、かかと上げ、足指のグーパー運動を1日3回行う。 ② 掃除機かけを週1回、モップがけを2日に1回行う。 ③ 頭部挙上訓練と舌出しゴックン訓練を毎日寝る前に行う。
サービス種別・頻度	<p>訪問型サービス A(週1回)、通所型サービス A(週1回)</p> <p>※配食サービス(週6回)は中止した。</p>

修正されたケアプランを受けて、訪問介護事業所と通所介護事業所は、大分県の「自立支援ヘルパー育成事業」で派遣された作業療法士、栄養士、歯科衛生士の助言を受けながらAさんを支援しました。

通所介護事業所は、ケアプランの1年後の目標に基づいて、「自宅で暮らしたい」というAさんの希望を叶えられるよう、立位を安定させ、転倒せずに外を歩けるようになるための運動プログラムや、喉の筋肉を強化するための口腔機能訓練を検討し、個別援助計画を作成しました。そして、個別援助計画に基づいて、3か月間、Aさんに訓練を実施していただきました。

他方、訪問介護事業所は、電子レンジ活用した簡単な調理方法の提案をはじめ、掃除の見守り・支援、ごみ収集所までのごみ出し、活動チェック表による生活行為や自主トレーニング等の実施状況の確認を行いました（図表 18 参照）。

図表 18 通所介護事業所、訪問介護事業所によるAさんへの支援内容

生活行為の課題	通所介護事業所	訪問介護事業所
食事・調理	<ul style="list-style-type: none"> 特になし 	<ul style="list-style-type: none"> 電子レンジを活用した簡単な調理方法の提案
掃除	<ul style="list-style-type: none"> 手首の痛みを軽減するための、シリコンサポーターの使用の提案 	<ul style="list-style-type: none"> 掃除の見守り・支援 ごみ収集所までのごみ出し
口腔	<ul style="list-style-type: none"> 喉の筋肉を強化するための口腔機能訓練の実施 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 頭部挙上訓練(食道の入口を広げる) ▶ 舌出しゴックン訓練(のどの奥の筋肉を強化する) ▶ 唾液腺マッサージ(唾液腺の開口部を刺激して唾液を出しやすくする) 	<ul style="list-style-type: none"> 活動チェック表による生活行為や自主トレーニング等の実施状況の確認
筋力低下	<ul style="list-style-type: none"> 立位を安定させ、転倒せずに外を歩けるようになるための運動 <ul style="list-style-type: none"> ▶ つま先上げ(座位で20回) ▶ かかと上げ(座位で20回) ▶ 足指のグーパー運動(座位で20回) 肩の可動域を広げるための運動 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 肩回しの体操 	<ul style="list-style-type: none"> 活動チェック表による生活行為や自主トレーニング等の実施状況の確認

通所介護事業所と訪問介護事業所が連携してAさんにサービスを提供したことによって、Aさんは少しずついろいろなことに取り組めるようになり、状態が改善していきました（図表 19 参照）。

図表 19 Aさんへの支援の経過（平成 28 年 9 月～11 月）

時期	大分県の自立支援ヘルパー育成事業による支援内容	通所介護事業所、訪問介護事業所による支援の経過	Aさんの様子
1 か月目 (9 月)	<ul style="list-style-type: none"> 作業療法士、栄養士、歯科衛生士が A さん宅を訪問した。 	<ul style="list-style-type: none"> 体操内容を絵に描いて可視化した。 日常生活動作表を一緒に見ながらモップがけの有効性を説明し、活動チェック表を活用した。 舌出しゴックン訓練は唾液が出にくいとのことだったので、唾液腺マッサージの体操の指導と水分摂取を促した。活動チェック表の記入が負担になっていたのを励ました。 	<ul style="list-style-type: none"> 味噌汁やおかずは数日分まとめて作っていた。 リハビリ意欲はあるものの、活動チェック表の記入を負担に感じていた。 ズボンの引き上げが少し楽になった。
2 か月目 (10 月)	<ul style="list-style-type: none"> 10/20 に作業療法士、栄養士、歯科衛生士が A さん宅を再訪した。 肩回しの体操が追加された。体操が習慣化されたので続けるとよいと理学療法士よりアドバイスがあった。 	<ul style="list-style-type: none"> シリコンサポーターを使用し、掃除機かけとモップかけは自分でできるようになったが、重いものを持つのが困難で、力の要る作業を支援することが増えた。 唾液腺マッサージをしても唾液が出にくいのは、慢性膀胱炎の薬の副作用であることを医師に確認した。唾液腺マッサージや口腔ケアを継続して行うよう指導した。 	<ul style="list-style-type: none"> 良くなった実感はないとのことだが、自ら献立を考えて調理する意欲が湧いてきたようで、サニーレタスを自宅の菜園で植えていた。 掃除も自分でできるようになったが、力仕事は支援が必要。 体操は順調に行っていた。
3 か月目 (11 月)	<ul style="list-style-type: none"> 11/22 に作業療法士による 3 回目の訪問があった。これまで座位で行っていたつま先上げとかかと上げの体操を、負荷をかけるため立位できるように指導があった。 	<ul style="list-style-type: none"> 足に負荷をかけることについては、プラン作成担当から医師に確認し、医師の許可を得た。立位での体操はその上で実施した。 訪問時は力仕事の支援と立位での体操を一緒に行い、実施の様子や取り組み状況等を確認した。 	<ul style="list-style-type: none"> 台所での立位もバランス良く、掃除機かけもスムーズに行っていた。 歯科受診を行い、義歯を調整し、普通食が食べられるようになった。 朝起きるのが苦にならず、テレビを見る時間が減った。元気になった実感もあった。 以前のように花を生けたり、N市まで出かけたりにできるようにもなった。 表情が明るく、メールや大正琴を以前のようにしてみたいと意欲を見せた。

3 か月間の支援を終え、再度 A さんの生活行為の課題についてアセスメントを行ったところ、A さんは食事・調理、掃除の 2 項目が改善しました。(図表 20 参照)。布団干しや調理など一人ができることが増え、食事は普通食が食べられるようになり、週 1 回は欠かさず外出するようになりました。

図表 20 課題整理総括表を用いた A さんの生活行為の課題に関するアセスメント
(平成 28 年 11 月時点)

状況の事実		事前評価 (平成 28 年 8 月)	現在 (平成 28 年 11 月)	備考 (状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	・ 独歩、自宅が動線に手すりあり、夜間照明不安がある。 ・ 独歩、シリコンサポーターを着用。外を歩くことは少なく、タクシーや車での移動がほとんど。
	屋外移動	自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	
食事	食事内容	支障なし 支障あり	支障なし 支障あり	・ 普通食、1 日3食で朝食ありだが、軟食のランスが良くない。 ・ 2-3 日分まとめて作って翌日食べる。惣菜を作る際途中で寝るが、ゆめ野菜なら立ったままで一通り作業できる。 ・ 3 日1回のペースで、特支援はない。
	食事摂取	自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	
	調理	自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり	支障なし 支障あり	・ 義足の不具合や痛みは通年より改善したが、口腔ケアが依然ある。
	排泄動作	自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり	支障なし 支障あり	・ 義足の不具合や痛みは通年より改善したが、口腔ケアが依然ある。
	口腔ケア	自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	
服薬		自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	・ 自己管理している。外出の際忘れられてしまう。最近では1週間飲み忘れた。
入浴		自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	・ 緑手すり使用。頭を低くすれば、両手で洗髪可能。毎日入浴する。
更衣		自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	・ ゆっくり行うが、選定当初ほど時間おからなくなった。動かし方によってお尻が出る。
掃除		自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	・ ほとんど自分で行う。 ・ 布団干しは自力で可能。
洗濯		自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	・ 室内の物の整理は自力で可能。書類の片付けが苦手で、訪問介護員や市の介護予防事業の職員に相談している。
整理・物品の管理		自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	
金銭管理		自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	・ 生協を利用し、足りないものはタクシーで買いに行く。
買物		自立(見守り) 一部介助 全介助	自立(見守り) 一部介助 全介助	
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり	支障なし 支障あり	・ 近所付き合いも友人との関係も良好。福祉ボランティアを利用している。
認知		支障なし 支障あり	支障なし 支障あり	
社会との関わり		支障なし 支障あり	支障なし 支障あり	・ 近所付き合いも友人との関係も良好。福祉ボランティアを利用している。
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり	支障なし 支障あり	
行動・心理症状 (BPSD)		支障なし 支障あり	支障なし 支障あり	・ 自宅が坂の上にある。
介護力		支障なし 支障あり	支障なし 支障あり	
居住環境		支障なし 支障あり	支障なし 支障あり	

一方で、3か月間の支援を終えて見えてきた課題もありました。プラン作成担当は、残された課題・新たな課題と、次の3か月（平成28年12月～平成29年2月）の支援の方向性を図表21のように整理しました。

図表 21 Aさんの残された課題・新たな課題（平成28年11月）

生活行為の課題	残された課題・新たな課題	次の3ヶ月の支援の方向性
食事・調理	<ul style="list-style-type: none"> 普通食が食べられるようになったが、献立のバランスがよくない。 	<ul style="list-style-type: none"> 日々の食事の記録や栄養のバランスシートの記入を勧め、食生活の見直しを図る。
掃除	<ul style="list-style-type: none"> 左肩が完治していないため、重い物を持って運ぶのが難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> 体操の確認を行う。 掃除機の持ち運び方を工夫し、左肩に負担のかからない方法を提示する。
口腔	<ul style="list-style-type: none"> 慢性膀胱炎の薬の副作用で唾液が出にくいことが分かったが、口腔内の乾燥が依然続いている。 	<ul style="list-style-type: none"> Aさんの受診に同行し、医師とAさんの体調や薬について確認する。 口腔保湿剤の使用を検討する。
筋力低下	<ul style="list-style-type: none"> ごみを持って坂の下にあるごみ集積所へごみを持って行けない。 	<ul style="list-style-type: none"> 体操時の声かけを続けながら、筋力が付かない原因を精査する。

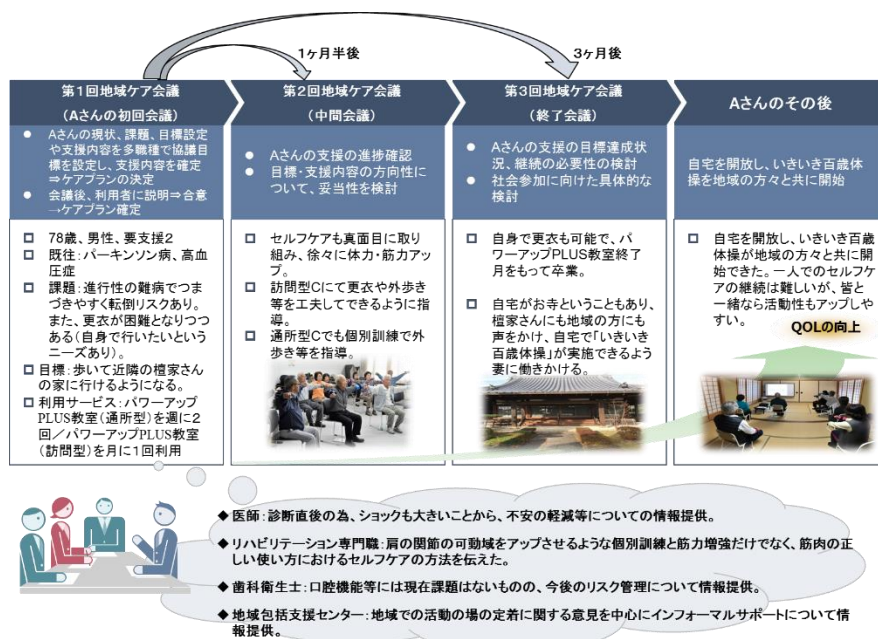
2 多職種の専門的な助言により状態の改善につながった事例（奈良県生駒市）

奈良県生駒市の地域ケア会議で実際に検討した B さんの事例を見てみましょう。

B さんは 78 歳の男性です。奈良県生駒市では、地域包括支援センターが要支援者等に短期集中 C のサービス利用を勧める場合、教室エントリ前に初回の地域ケア会議を行い、課題や目標設定、支援内容に疑義がないかを多職種で検討し、より良い支援の方法を見極めます。その後、利用者にフィードバックして合意形成を図った後、ケアプランの決定につながります。

そして、初回会議の 1 か月半後に地域ケア会議の中間会議を開催します。中間会議では、初回会議で設定した目標、支援内容が、実際どのような結果になっているか、目標、支援内容がずれていないかなどをモニタリングするために行います。また、残りの課題や目標、支援内容の方向性の妥当性などを検討し、修正すべき点は修正していきます。

3 か月の終了会議を含め計 3 回の地域ケア会議を通じて自立に資するケアマネジメントを行ったことにより、B さんの日常生活における課題と対策が具体化されました。



(出典) 奈良県生駒市提供資料より作成

この結果、B さんの状態は徐々に改善し、サービス事業対象者ではなくなり、最終的には自宅のお寺を開放して「いきいき百歳体操」の通いの場を地域の方々と作るまでに至りました。2 か月後には更に 3 B 体操も展開するなど、地域の活動拠点の 1 つとなりました。

この B さんの事例からわかるように、介護予防のための地域ケア個別会議を通じて、多職種の専門的な視点に基づく助言を得て、検討する事例の自立に資するケアマネジメントを行うことは、高齢者個人の自立支援・介護予防につながるだけでなく、地域づくりにも発展していくものと言えます。

介護予防活動普及展開事業
事業所向け手引き

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