

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局 振興課

介護保険最新情報

今回の内容

「多職種による自立に向けたケアプランに係る
議論の手引き」について
計76枚（本紙を除く）

Vol.685

平成30年10月9日

厚生労働省老健局振興課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線 3936、3983)
FAX：03-3503-7894

事 務 連 絡

平成 30 年 10 月 9 日

各都道府県介護保険担当主管課(室) 御中

厚生労働省老健局振興課

「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」について

介護保険行政の推進につきましては、日頃よりご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

訪問介護における生活援助中心型サービス（生活援助加算は除く。以下同じ。）については、社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、統計的に見て通常よりかけ離れた回数をケアプランに位置付ける場合には、介護支援専門員から市町村へ届け出ることとし、市町村が地域ケア会議の開催等により検討を行うこととされました。

具体的には、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が平成 30 年 10 月 1 日以降に作成又は変更したケアプランのうち、「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」（平成 30 年厚生労働省告示第 218 号）で定める回数以上の生活援助中心型サービスを位置づけたものについて、作成又は変更した月の翌月末までに届け出る必要があり、届出を受けた市町村では、順次、地域ケア会議等を活用して、多職種の視点から届出のあったケアプランについて議論を行うこととなります。

今回の見直しは、利用者は様々な事情を抱えていることを踏まえ、利用者の自立支援・重度化防止にとってより良いサービスを提供することを目的とするものであり、介護支援専門員の視点だけではなく、多職種協働による検討を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の再検討を促すものです。生活援助中心型サービスが一定回数以上となったことをもってサービスの利用制限を行うものではありません。

また、ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得ることが必要であることから、市町村は介護支援専門員や本人に丁寧かつ十分に説明をする必要があります。

今般、この地域ケア会議等における議論をより効果的なものとするため、平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業（実施団体：エム・アール・アイリサーチアソシエーツ株式会社））において、有識者で構成される検討委員会での議論を踏まえ、標記の手引きが作成されました。

各都道府県におかれましては、手引きの内容をご確認いただくとともに、管内市町村及び地域包括支援センター等に対する周知や、本手引きの活用支援を通じ、制度趣旨の理解の徹底や、多職種による効果的な議論の実現が図られるよう、ご協力をお願いいたします。

【担当】

厚生労働省老健局振興課人材研修係・基準第一係

TEL：03-5253-1111（内線 3936・3983）

平成 30 年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き

～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～

目次

1. この手引きについて	1
1.1 手引きのねらい.....	1
1.2 ケアマネジメント支援とは.....	1
1.3 訪問回数の多いケアプランについて.....	2
1.3.1 趣旨について.....	2
1.3.2 届出対象について.....	4
1.4 手引きの構成.....	5
2. 地域ケア個別会議等における多職種の視点	6
2.1 ケアマネジメント支援における保険者の役割.....	6
2.2 自立支援、重度化予防のための多職種によるケアプランに係る議論.....	7
2.2.1 自立に向けたケアプラン.....	7
2.2.2 多職種によるケアプランに係る議論の仕組み.....	8
2.2.3 地域ケア会議等によるケアプランに係る議論.....	10
2.2.4 多職種によるケアプランに係る議論の手順について.....	15
2.3 資料の確認の視点.....	16
2.3.1 利用者に関する情報.....	16
2.3.2 アセスメント情報.....	19
2.3.3 居宅サービス計画書.....	20
2.3.4 提供されているサービスの情報.....	24
2.3.5 その他.....	25
2.4 地域ケア個別会議における司会者の役割.....	27
2.5 地域ケア個別会議における事例提供者の役割.....	29
2.6 地域ケア個別会議における専門職の役割.....	31
2.6.1 専門職の役割.....	31
2.6.2 専門職による助言の目的と意義.....	31
2.6.3 有効な助言のための注意点.....	32
2.6.4 有効な助言を行うための基本的な考え方と手順.....	33
2.7 職種別の助言ポイントと工夫.....	37
2.7.1 医師.....	38
2.7.2 歯科医師.....	39
2.7.3 薬剤師.....	41
2.7.4 保健師・看護師.....	42
2.7.5 理学療法士.....	44
2.7.6 作業療法士.....	46
2.7.7 言語聴覚士.....	48
2.7.8 管理栄養士・栄養士.....	49
2.7.9 歯科衛生士.....	51

2.7.10 介護・福祉専門職.....	53
3. 事例紹介.....	57
3.1 事例の概要.....	57
3.2 事例紹介.....	58
4. 参考情報.....	68
4.1 参考資料.....	68
4.2 関連する基準等.....	69

1. この手引きについて

1.1 手引きのねらい

この「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」は、市町村の職員が、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、ケアマネジメント支援を目的として、地域ケア個別会議等を活用して、多職種の視点から居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）について議論を行う際の参考として作成されました。

ケアマネジメント支援を目的としたケアプランに係る議論における市町村の役割や基本的な考え方や視点を解説するとともに、多職種の視点からケアプランについて検討を行うために、地域ケア個別会議やその他の仕組みの活用の方、多職種の専門性に基づくケアプランに係る議論、助言の視点を整理したものです。

市町村においては、必然的に多職種が参集する地域ケア個別会議を通じてケアプランについて議論を行うことが基本となりますが、地域ケア個別会議以外の方法（具体的な方法は市町村で検討します）で行う場合についても、この手引きが参考となります。

また、平成30年10月より、訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランについて、市町村が地域ケア個別会議等で検討することとされています。これは、自立支援・重度化防止の観点から行うものであり、対象とするケアプランを否定することを前提に行うものではありません。この手引きでは、訪問回数の多いケアプランに係る議論の際の視点を紹介しています。ただし、このようなケースに限らず、要介護者のケアプランを自立支援・重度化防止の観点から検討する場合に広く活用することが可能です。

<この手引きのねらいと特徴>

- ・ **市町村の介護保険担当職員**を読者として想定し、**ケアマネジメント支援における保険者の役割や、ケアプランに係る議論の基本的な考え方**を紹介しています。
- ・ 市町村におけるケアマネジメント支援の場において、**利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点で、多職種の視点からケアプランについて議論を行う際の手引きとして活用されることを期待**しています。
- ・ 回数の多い訪問介護（生活援助中心型）が位置づけられたケアプランについて検討を行う際の参考となるよう、事例を用いて議論のポイントを解説しています。

1.2 ケアマネジメント支援とは

ケアプランに係る議論を通して、自立に資するケアマネジメントとなるよう支援することが必要です。

ケアマネジメント支援とは、介護保険法や地域包括ケアの理念である「尊厳の保持」や「自立」を目指した包括的で継続的なケアマネジメントとなるよう支援することです。そのためには利用者本人の意思が十分に反映されていることが重要となります。また、地域を基盤とした支援となっているか、利用者から見て一体的支援になっているかなどの視点も重要となります。ケアプランについて議論する際にも、介護支援専門員を中心として行われるケアマネジメントにこれらの視点が反映されるよう支援することが必要です。

1.3 訪問回数の多いケアプランについて

1.3.1 趣旨について

- 訪問介護における生活援助中心型サービスについては、社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、市町村への届出を義務付け、そのケアプランについて、市町村が地域ケア会議の開催等により検討を行うこととされています。
- 平成 30 年度介護報酬改定において、生活援助中心型サービスの利用回数（所要時間 20 分以上 45 分未満、45 分以上のサービスの合計回数）が合計 90 回以上の被保険者のいる保険者に対し、具体的な利用状況とサービスの必要性の検証の有無について調査を実施したところ、その対象となる事例について、保険者の意見としては、大多数が適切なサービス利用であると回答されました。
生活援助中心型サービスについては、利用者において様々な事情を抱える場合もあることを踏まえて、利用者の自立支援にとって、より良いサービスとするため、介護支援専門員の視点だけではなく、多職種協働による検討を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の再検討を促すこととなりました。
- 今回の見直しは、一定回数以上となったことをもって利用制限を行うものではありません。ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得る必要があり、ケアプランの変更を強制することはできないため、介護支援専門員や市町村は本人に十分説明をする必要があります。
- また、ケアプランに係る議論を行った後も、引き続き、当該利用者の定期的な状況把握を行うなど、介護支援専門員への継続的な支援が求められます。
- さらに、地域包括ケアシステムの構築の観点からも、保険者が在宅の要介護者のサービス利用状況を正確に把握することは重要であり、そのことが保険者機能の強化につながるものと考えられます。なお、平成 30 年度保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標においては、指標の一つとして、「生活援助の訪問回数の多いケアプラン（生活援助ケアプラン）の地域ケア会議等での検証について、実施体制を確保しているか。」が設けられており、保険者においては、多職種の確保等に努めることが期待されています。
- なお、平成 30 年度介護報酬改定では、訪問介護について、上記の取り組みのほか、身体介護に重点を置いて報酬を引き上げるとともに、外部のリハビリテーション専門職等と連携した取り組みの評価、身体介護として行う自立支援に資するような見守り援助の明確化により、自立支援・重度化防止に資するサービスを推進・評価することとされています。
- 訪問介護における自立支援・重度化防止については、利用者の ADL 向上に限られるものではなく、IADL 等の向上により QOL の向上を目指すものでもあることに留意が必要です。



図 1-1 訪問介護における自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価 (平成 30 年度改定)

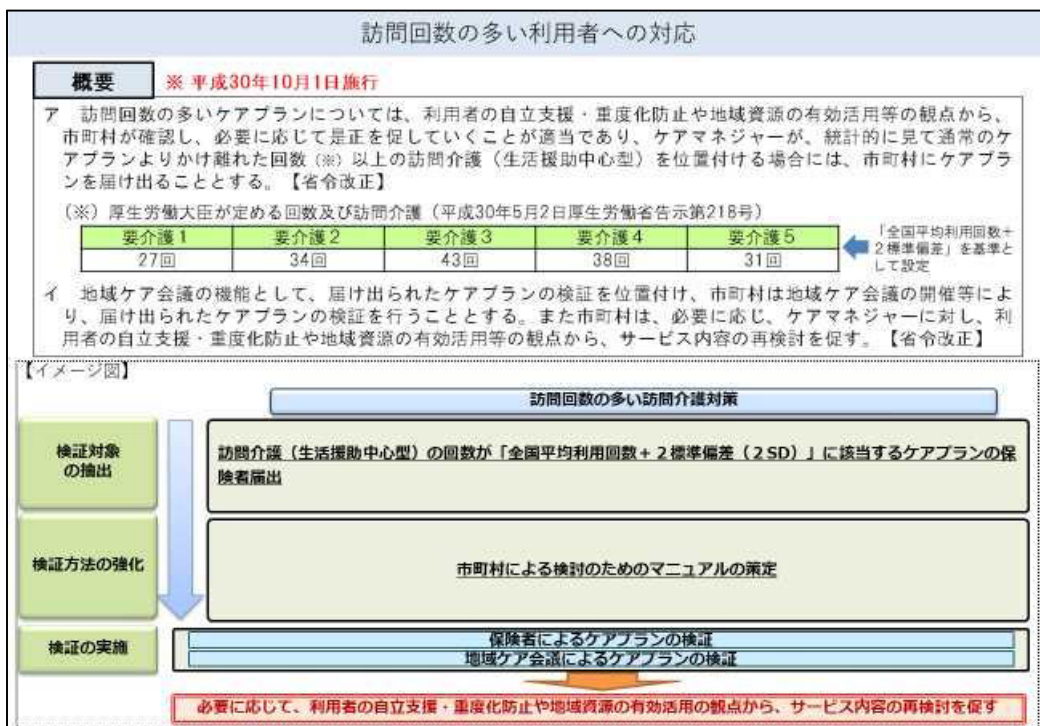


図 1-2 訪問回数の多い利用者への対応 (平成 30 年度改定)

(参考) 介護保険法施行規則 (平成 11 年厚生省令第 36 号) (抄)

(会議)

第四十条の七十二の二 法第一百五條の四十八第一項に規定する会議は、次に掲げる事項について検討を行うものとする。

- 一 次条に定める被保険者(第四号において「支援対象被保険者」という。)の健康上及び生活上の課題の解決に資する支援の内容に関する事項(次号に掲げるものを除く。)

二 指定居宅介護支援等基準第十三条第十八号の二の規定により届け出られた居宅サービス計画に関する事項

- 三 地域における介護の提供に携わる者その他の関係者の連携の強化に関する事項
- 四 支援対象被保険者に共通する課題の把握に関する事項
- 五 地域における介護の提供に必要な社会資源の改善及び開発に関する事項
- 六 地域における自立した日常生活の支援のために必要な施策及び事業に関する事項

(注) 平成 30 年 4 月 1 日より下線部を追加

1.3.2 届出対象について

- 上記のケアプランの届出については、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 (平成 11 年厚生省令第 38 号) 第 13 条第 18 号の 2 において、介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護 (厚生労働大臣が定めるものに限る。)を位置付ける場合に、当該居宅サービス計画を市町村に届け出ることとされています。
- 届出の対象となる訪問介護の種類は生活援助中心型サービス (生活援助加算は対象外である。)とし、届出の可否の基準となる回数は、要介護度別の「全国平均利用回数 + 2 標準偏差 (2SD) *¹」が基準とされています。
(※ 1) 全国での利用回数の標準偏差に 2 を乗じた回数
- 具体的には、直近の 1 年間 (平成 28 年 10 月 ~ 平成 29 年 9 月分) の給付実績 (全国) を基に、各月における要介護度別の「全国平均利用回数 + 2 標準偏差 (2SD)」の回数を算出した上で、要介護度別に最大値となる月の回数を用いることとし、要介護状態区分に応じてそれぞれ 1 月あたり下表の回数以上*²とされています。

表 1-1 届出の可否の基準となる生活援助中心型サービスの回数

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
27 回	34 回	43 回	38 回	31 回

(※ 2) 要介護度ごとに上記の回数以上の生活援助中心型サービスを位置づける場合は届出が必要となる。

(※ 3) 月変更で要介護度に変更となる場合には、より多い回数を基準する。

1.4 手引きの構成

この手引きの構成は以下のとおりです。

<手引きの構成と内容>

1. この手引きについて	<ul style="list-style-type: none">➤ 手引きのねらいの説明➤ ケアマネジメント支援の説明➤ 訪問回数の多いケアプランの取り扱いの説明➤ 手引きの構成と活用方法
2. 地域ケア個別会議等における多職種の視点	<ul style="list-style-type: none">➤ 多職種によるケアプランに係る議論についての解説 保険者の役割とかわり方 自立に向けたケアプランの理解 多職種によるケアプランに係る議論の仕組み 地域ケア個別会議によるケアプランに係る議論の方法➤ 資料確認の視点の解説➤ 地域ケア個別会議における司会者の役割の説明➤ 地域ケア個別会議における事例提供者の役割の説明➤ 地域ケア個別会議における専門職の役割と職種別の助言のポイントの説明
3. 事例紹介	<ul style="list-style-type: none">➤ 訪問回数の多い訪問介護サービスの事例による、ケアプランに係る議論の視点と考え方の解説
4. 資料編	<ul style="list-style-type: none">➤ 参考資料の紹介

なお、このマニュアルは、以下の資料をもとに作成したものです。

<ul style="list-style-type: none">・ 介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き (Ver.1) 厚生労働省・ 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・ 地域ケア会議運営マニュアル (平成 24 年度老健事業 地域ケア会議運営マニュアル作成事業)
--

(4.1 に参考資料を掲載しています)

2. 地域ケア個別会議等における多職種の視点

2.1 ケアマネジメント支援における保険者の役割

保険者には、ケアマネジメント支援のための仕組みづくりとして、以下のような役割が想定されます。

➤ **多職種によるケアマネジメント支援の場の設定**

多職種の視点からケアプランに係る議論を行い、利用者の自立支援や重度化予防の観点からケアマネジメントの質を向上させるための場（機会、会議体）として、地域ケア個別会議やケアマネジメント研修会などの場を設定し、その運営の仕組みづくりや、必要な人員体制、予算の確保を行います。

➤ **多職種の職能団体等との連携、調整**

地域ケア個別会議等の取り組みに参加する各職種の職能団体等の理解を求め、連携、協力体制をつくります。市町村に職能団体が設置されていない場合は、都道府県の団体などに支援を求めることも想定されます。

➤ **介護支援専門員育成の機会の設定**

その他、地域包括支援センターの活用、専門職組織や主任介護支援専門員との連携等により、介護支援専門員の研修や勉強会の開催を支援するなど、市町村内の介護支援専門員の育成に関わっている市町村もあります。

また、地域ケア個別会議等において司会を務めたり、市町村の立場から参加し、市町村の視点から事例の確認を行ったり、支援のあり方についての議論に参加することも想定されます。

2.2 自立支援、重度化予防のための多職種によるケアプランに係る議論

2.2.1 自立に向けたケアプラン

加齢に伴い、地域での生活を維持していくことが難しくなるのは当然のことです。このような高齢者が何らかの援助を受けながらも、尊厳を保持して、その人らしい生活を主体的に継続していくことが自立だと言えます。自立とは身体的自立のみではなく、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念であることを今一度確認する必要があります。

このような自立に向けて支援するためのケアプランにおいては、高齢者本人の自己決定を尊重することが最も重要になります。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」といった意向をふまえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といった包括的アセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成します。

その際、本人の自己決定だからとすべてを受け入れることが、自立に向けたケアプランではないことに注意が必要です。自立に向けて現実的で明確な意向を持っている高齢者の場合には、その実現に向けた具体的な方法を本人とともに検討してケアプランを作成するでしょう。しかしながら、実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけ等を行いながら、意思決定支援を行う必要があります。

中でも、自立において本人の意欲が重要な要因であることを考えると、消極的・拒否的な意向の場合は特に留意する必要があります。「できる能力があるのに、していないことは何か」「かつてはしていたのに、しなくなったことは何か」「それはどうしてなのか」等の視点から、自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法等を検討することが必要になります。

そして、自立は一度で為し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通して可能になります。そのため、将来を見越してケアプランを作成するとともに、高齢者の自立を可能にする家族や地域にしていくための働きかけについても検討する必要があります。

このように、ケアプランは単なる計画ではなく、ケアマネジメントすべてのプロセスを見える化したものであり、ケアプランに係る議論をする際にはそのことを認識する必要があります。つまり、高齢者一人ひとりの生活を支える検討をすることになるという覚悟が必要だと言えます。

2.2.2 多職種によるケアプランに係る議論の仕組み

自立支援・重度化予防の観点から、多職種の視点に立ってケアプランに係る議論を行うための仕組みとして、地域ケア個別会議を活用することが有効です。

その他に、各市町村の人員体制やこれまでの取り組み状況に基づいて、サービス担当者会議に保険者や地域包括支援センター職員が参加する方法や、地域リハビリテーション活動支援事業等を活用し、リハビリテーション専門職等を派遣する方法なども考えられます。

市町村に応じた、創意工夫を行いながら多職種がケアプランに係る議論ができる仕組みを設けることが重要です。

また、こうした個別のケアマネジメント支援以外の方法として、多職種が参加する研修会や事例検討会といった場など、多職種が参加する既存の仕組みを活用しながら、実施する方法も考えられます。

この手引きでは、地域ケア個別会議における多職種のかかわり方を中心に紹介していますが、その他の仕組みで実施する場合でも、この手引きに示された視点を参考として、活用することが可能です。

例 1 : 地域ケア個別会議を活用したケアプランに係る議論 (A 市)

<参加する職種>

医師（書面）、理学療法士、作業療法士、薬剤師、栄養士、主任介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、保健師、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーター、歯科衛生士等、様々な専門職から事例に応じ、必要な職種を選定。

<概要>

介護支援専門員が提出するケアプランに対して、既存の定例開催で実施している地域ケア個別会議の参加職種から、事例に必要な職種を選定し、随時開催。

会議の場に事例提供者を招き、現状及び今後の展開について報告いただいた上、多職種と意見交換し、確認や助言を受ける中、更なる自立支援・重度化防止、ひいては利用者のQOL向上を目指すヒントを持ち帰り、利用者支援に反映できるかを、本人の意向、サービス提供者の意見等、勘案しながらケアプランの内容に係る議論を行う。

<市町村のかかわり方>

介護保険課が事務局を担当し、多職種や事例提供者との連絡調整、資料の収集、確認。

- ・ 事前準備：会議資料の作成、専門職への事前資料送付
- ・ 会議開催：議事録作成
- ・ 会議後：会議の内容を要約して、事例提供者へフィードバック、モニタリング等
- ・ 事例の積み上げに応じて、課題整理を行い、必要に応じて介護支援専門員向け研修会や市民フォーラム（自立支援や重度化防止の考え方、地域づくり）、生活支援体制整備等の担当課とも連携し、地域ケア個別課題から地域課題の抽出展開へとつなげていく役割。

例 2 : ケアプラン指導研修を活用したケアプランに係る議論 (B 市)

<参加する職種>

作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、看護師（コンチネンスアドバイザー）、医師（書面）、主任介護支援専門員（委託型地域包括支援センター）、基幹相談支援センター（障害者福祉課）、保険者等

<概要>

介護支援専門員が提出するケアプランに対して、多職種のケアプラン指導研修委員がケアマネジメントの質向上を目的とした評価会議を開催し、助言内容を集約する。その内容を介護支援専門員に対して、面談形式でフィードバックするとともに、管理者に報告する。

本人、家族の参加が効果的と判断された事例は、委託型地域包括支援センターが主導し、介護支援専門員と連携のもとで、本人、家族が参加する地域ケア個別会議を開催。

介護支援専門員へのフォローとして、提出された事例を集約、分析し、多く見られた課題をテーマとした研修、勉強会等を開催。

<市町村のかかり方>

基幹地域包括支援センターが事務局を担当し、介護支援専門員との連絡調整、資料の収集、チェック、委員への送付、指導内容の集約、会議の開催、会議内容の伝達、管理者への報告などを担当する。

- ・事前準備：会議資料の作成、ケアプラン研修委員への資料事前送付
- ・会議開催：当日の資料、議事録
- ・会議後：

主任介護支援専門員が、事例提供者、管理者に会議の内容をフィードバックする。その報告書を事務局に提出。その後のモニタリング、介護支援専門員への支援を主任介護支援専門員が行う。

- ・ 本人や家族の参加が効果的と判断された事例については、再度、本人や家族が参加する地域ケア個別会議を開催する。
- ・ 複数の地域ケア個別会議から同じ課題がみられた場合、地域課題として取り上げ、基幹包括支援センターと委託型地域包括支援センターが連携し、地域ケアエリア会議を開催。
- ・ 介護支援専門員へのフォローとして、提出された事例に多く見られた課題をテーマとした研修会や勉強会等、基幹型地域包括支援センターと保険者が連携して開催。

2.2.3 地域ケア会議等によるケアプランに係る議論

(1) 地域ケア会議とは

「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、市町村が設置し、市町村または地域包括支援センターが運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議」のことを言います。地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を、地域ケア個別会議と地域ケア推進会議等を連動させて進めるための手段です。

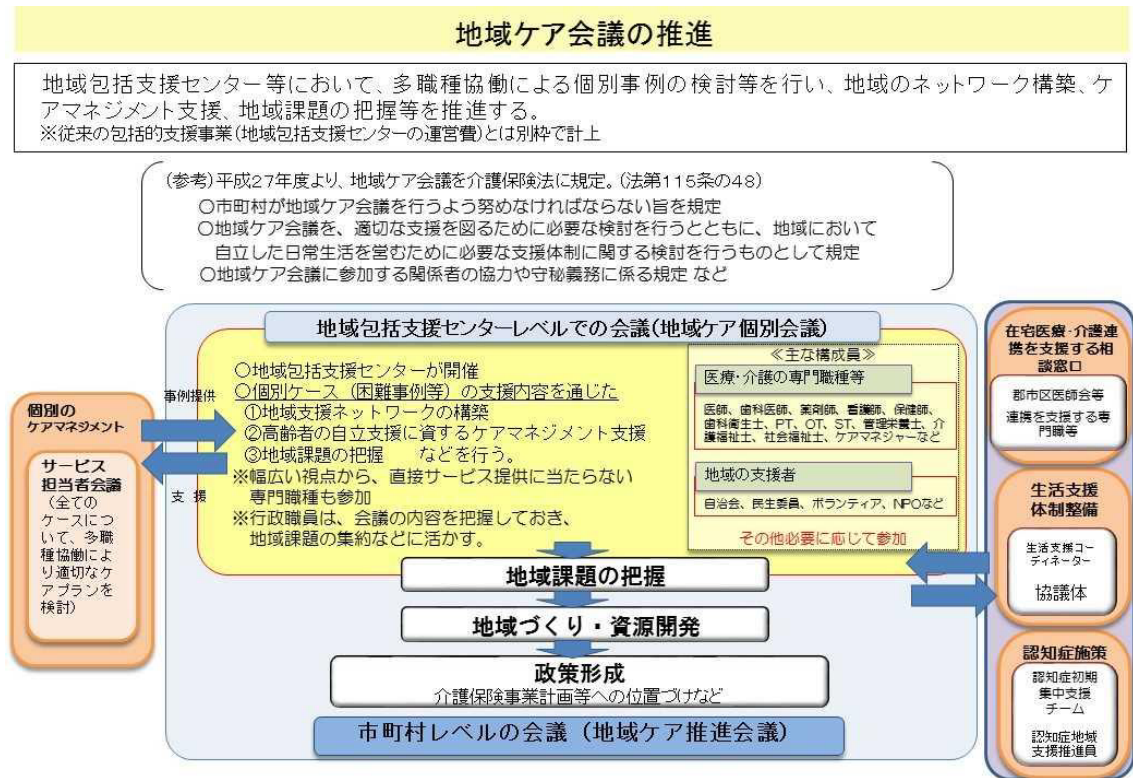


図 2-1 地域ケア会議の概要

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つの機能があります。これらすべての機能を、地域ケア個別会議と生活圏域レベルや市町村レベルの地域ケア推進会議とで果たすことが必要になります。

地域ケア会議の持つ機能

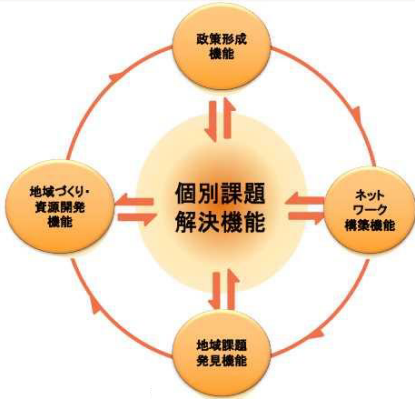


図 2-2 地域ケア会議の持つ機能

「地域ケア会議運営マニュアル」長寿社会開発センター
「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集」厚生労働省老健局

「地域ケア会議」の5つの機能

- 1

個別課題の解決

- 多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
- 2

**地域包括支援
ネットワークの構築**

- 高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
- 3

地域課題の発見

- 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
- 4

**地域づくり
資源開発**

- インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能
- 5

政策の形成

- 地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

図 2-3 地域ケア会議の5つの機能

（介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き（Ver. 1） 厚生労働省より転載）

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種類に分かれます。

地域ケア個別会議	個別事例の課題の検討により、高齢者等の自立を支援する会議
地域ケア推進会議	地域課題の共有・検討等により、地域づくり・資源開発や政策形成による地域課題の解決につなげる会議

地域ケア個別会議は、市町村（保険者）や地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等の多職種や民生委員等の地域住民等が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高めることを目的に実施されます。また、このようなプロセスにおいて地域包括支援ネットワークを構築することや地域課題を把握することも目的になります。

地域ケア会議は、以下に示すように、さまざまな目的、形態で開催されています。開催の目的や地域の実情に応じて、参加者の構成、実施方法もいろいろな形があります。

表 2-1 多様な地域ケア会議

開催主体	会議名	会議の目的	地域ケア会議の5つの機能					参加者	開催頻度
			① 個別課題の解決	② ネットワーク構築	③ 地域課題の発見	④ 地域づくりの資源開発	⑤ 政策の形成		
市町村	地域ケア会議A (地域ケア個別会議)	自立支援に向けた個別ケースの検討、自立支援の手法の共有	○		○	○		市（保険者） 地域包括支援センター ケアマネジャー 介護サービス事業所 専門職	定期開催 1ヶ月に○回
市町村	地域ケア会議B (地域ケア推進会議)	行政課題の共有、地域の実情やケースの掘り起し		○	○	○	○	市（保険者） 地域包括支援センター 自治会、民生委員等	定期開催 1年に○回
地域包括支援センター	地域ケア会議C (地域ケア個別会議)	地域ケア会議Aで検討したケースの評価	○		○	○		市（オブザーバーとして） 地域包括支援センター ケアマネジャー 介護サービス事業所	定期開催 1ヶ月に○回
地域包括支援センター	地域ケア会議D (地域ケア個別会議)	支援困難ケースの問題解決	○	○	○			地域包括支援センター ケアマネジャー 必要に応じ、市、他関係者が参加	不定期開催

(2) 地域ケア個別会議の意義とその留意点

1) 地域ケア個別会議の意義

地域ケア個別会議の開催には、ケアマネジメントの質の向上によって「高齢者のQOL向上に資すること」に加え、次のような意義があります。

- 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)
- 参加者が対等な立場で検討することによって、地域包括ケアシステムに関する理解を深めるとともに、ネットワークを構築すること
- 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地域課題の発見・解決策の検討につながる

2) 地域ケア個別会議を活用して多職種の視点からケアプランに係る議論を行う際の留意点

多職種によるケアプランに係る議論は、利用者の自立支援・重度化予防の観点から、多職種の視点から意見を出し合い、ケアプランの質を向上させることを目的として実施するものです。有意義な検討を行い、目的を達成するために、以下の点に留意する必要があります。

➤ 専門職の参加

地域ケア個別会議に参加する専門職として、医師、歯科医師、薬剤師、保健師・看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士や介護福祉の専門職等が考えられます。全ての職種が毎回出席する必要はありませんが、取り扱う事例の内容に即した検討が行われるよう、参加する職種、意見を求める職種について考慮します。

➤ 多職種協働による前向きな検討

地域ケア個別会議においては、それぞれの専門性の観点から建設的な意見が出され、利用者のQOL向上を目指して、参加者全員で前向きな検討を行うことが重要です。ケアマネジメントのプロセスやケアプランにおける不十分・不適切な箇所についての指摘や、専門領域の範囲内で一方的な指導を行う場ではないことに留意します。

➤ 訪問回数が多いケアプランについて

訪問回数が多いケアプランについて検討を行う場合には、訪問の回数が多いこと自体を問題視するのではなく、利用者が望む生活の維持やQOL向上に向けた訪問サービスの意義を十分に理解し、多職種の視点からよりよい支援のあり方を検討することが重要です。

➤ 協議内容の位置づけ

地域ケア個別会議での協議内容は決定事項ではありません。協議された内容を踏まえて利用者への説明、合意形成など、「利用者本位」のケアマネジメントが重要であることを念頭において運用します。

➤ 継続的なモニタリング

会議での検討事項を記録に残し、事例の経過を継続的にモニタリングすることも必要となります。例えば、再アセスメントやケアプランの調整を行った場合など、その後の経過を確認し、あらためて多職種の視点で検討することも考えられます。

➤ 個別ケースの本人や家族の参加

地域ケア会議が検討を行うケースは、あくまでもその本人や家族が主体であり、本人の課題認識や意向等を会議の参加者全員で共有しながら課題への対応をともに検討することが本人の自己決定に基づく支援につながることから、基本的に本人や家族に参加を求めることが有効です。特にケアプラン等に盛り込まれているサービス内容に関

する検討を行う際には、効果的な自立支援・重度化防止につなげるためには、本人や家族の理解が重要であること、ケアプランの変更は本人の同意が必要であること等を踏まえ、本人や家族に参加を求めることが望まれます。なお、必要な支援を拒否している本人や家族等への働きかけを検討する場合等、本人や家族の参加を求めない方が効果的な検討につながるケースもあることに留意し、参加を求めるかどうかはそれぞれのケースを踏まえて判断する必要があります。

2.2.4 多職種によるケアプランに係る議論の手順について

以下に多職種によるケアプランに係る議論の標準的な流れを示します。

多職種によるケアプランに係る議論を行うにあたっては、地域ケア個別会議を活用する場合であっても、その他の取り組みを活用する場合であっても、基本的な手順としては、以下のような流れとなります。

- ①対象とする事例の選定
- ②議論に必要な事例資料の収集
- ③多職種の視点による検討
- ④議論の結果の助言・フィードバック
- ⑤経過のモニタリング

議論の目的や地域の実態に応じて、①における事例の選定の基準や条件、②において収集する資料の種類と範囲、③に参加する職種や協議の形態、④の伝達方法（地域ケア会議では③と一体で実施）、⑤の方法や期間などを設定します。

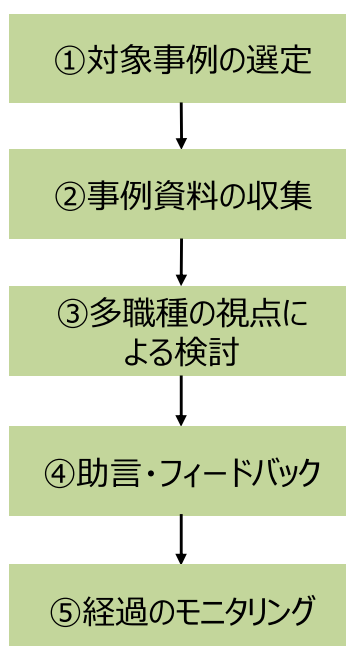


図 2-4 多職種によるケアプラン検討の標準的な流れ

2.3 資料の確認の視点

以下に示す様式は例として掲載しています。業務負担の軽減を考慮し、以下の様式と概ね同等の項目が網羅できていれば、既存資料の活用も検討してください。既存資料の方が普段の仕事の取り組みが確認できるというメリットもあります。

2.3.1 利用者に関する情報

(1) 利用者基本情報（様式例）

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。基本情報を読み込む際のポイントは吹き出しのとおりです。

基本情報

受付日 年 月 日 受付者 受付方法 電話 来所

利用者名		性別	女性	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所				電話番号	
主 訴	[相談内容]	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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する。 ✓ 住居や経済状況といった環境も重要な要素である。 ✓ 本人の介護以外にも家族のニーズがないか配慮する。 ✓ 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する。 ✓ 主訴や要望は利用者や家族から得られたありのままの表現で具体的に記載されているかどうか確認し、利用者や家族がサービス利用を通してどのような生活を送りたいと考えているか把握する。 			
	[本人・家族の要望] 本人： 介護者：				
生活歴・生活状況	[生活歴]	[家族状況] □：男性 ○：女性			
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 職歴や地域との交流など本人がこれまでどのような生活を送ってきたか、現在どのような生活を送っているかを把握する。 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 同居家族だけではなく、支援を行っている別居家族や影響がある親族も、関係の強弱も含めジェノグラムから把握する。 ✓ キーパーソンの決定権や影響力の強弱について確認する。 		
	[経過・病歴等]	[主治医]			
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 既往歴と現病名、治療を行った医療機関を確認し、疾患の経過状況を把握する。 ✓ その他の疾患の記載漏れの可能性がないか確認する。 				
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 認定調査表や主治医意見書等から転記されているか、課題分析（アセスメント）概要と異なっていないかを確認する。 ✓ 記載された評価が最新の情報であるか確認する。 			
認定情報					
課題分析（アセスメント）理由					
利用者の被保険者情報					
現在利用しているサービス	<ul style="list-style-type: none"> ✓ アセスメントに至った経緯や申し込みの経路が記載されていることを確認する。 ✓ アセスメントの理由（初回・更新・退院対処時・区分変更等）について具体的に記載されていることを確認する。 				

- ✓ 病名や既往歴だけでなく、治療の方針や状況、疾患の症状や痛みの有無について把握するため、利用者やかかりつけ医からの情報を把握する。日々の生活状況を確認し、水分摂取量・睡眠状況・食事量等を含め、健康管理上、必要な情報を把握する。

- ✓ ADL,IADLの項目ごとに介護の要否を確認する。また支援は具体的に誰がどのように行っているかも把握する。
- ✓ 利用者の状態、周囲の環境の両方からアセスメントされているか確認する。
- ✓ 疾患との因果関係も考慮し把握する。
- ✓ 利用が認知症や精神疾患等で十分に意思伝達ができない場合、観察や家族又は関係者からの聞き取りの情報を得るなどして把握する。

課題分析（アセスメント）概要

平成 年 月 日現在

健康状態	
A D L	
I A D L	
認知	
コミュニケーション能力	
社会との関わり	
排尿・排便	
じょく瘡・皮膚の問題	
口腔衛生	
食事摂取	
問題行動	
介護力	
居住環境	住宅見取り図
特別な状況	

- ✓ 本人が問題行動を起こす時のくせや傾向を家族や支援者から情報を得て把握する。
- ✓ 家族の認知症についての理解度や利用者の認知症に関する病気の受容がどの程度できているか把握する。

- ✓ コミュニケーションが円滑に図れない要因を機能的・気質的・環境的側面から把握する。
- ✓ 必要に応じて専門家の意見を聴くなどして、アセスメントに活かしているか確認をする。（口腔機能の問題→歯科医師、歯科衛生士等）

- ✓ 介護サービスを利用する以前の生活において、利用者は地域でどのような活動を行っていたのか確認する。
- ✓ 以前は行っていたが現在はあきらめてしまっていることや、状態が改善されればまたやってみようと思えることがあるかなどの意向を把握する。
- ✓ 友人、家族の入院や入所、かわいがっていたペットの死など人間関係等に関する環境の変化の有無を把握する。
- ✓ 友人や家族、地域の方々とのようなかかわりを維持しているか確認する。

- ✓ 排せつに関する意向や困りごと、その原因や背景を把握する。
- ✓ 尿漏れや失禁の頻度や起こりやすい場面を把握する。
- ✓ 利用者及び家族が工夫していること（パットの利用など）を把握する。
- ✓ 排せつに関する ADL の状況を把握し、介護力等に合わせた排せつの方法を 24 時間の時間軸で把握する。
- ✓ 排泄物の後始末等に関することや衣類の着脱に関する情報を把握する。
- ✓ 水分摂取量、活動、内服薬等と排泄の関係性を把握する。

- ✓ 食事摂取における困りごととその原因や背景を把握する。
- ✓ 食事に関する過度な要求、調理形態や味付けの工夫が必要等、家族の困りごとや介護者のストレスを把握する。
- ✓ 必要に応じて専門家に相談したほうが良いことを把握する。
- ✓ 食事時の食べ方や日ごろ食事を共にする人を把握する。

- ✓ 誰（家族、近隣、専門職）が問題行動と感じているのか把握する。
- ✓ 具体的な問題行動がいつどのようにして起こるのかを把握する。
- ✓ 家族や近隣の対応はどのようになっているかを把握する。
- ✓ 家族や近隣の不安はどのようなものかを把握する。

- ✓ 主たる介護者の心身状況、ストレの程度を把握する。
- ✓ 介護者の介護の状況、介護技術、家事力、仕事の状況、経済力を把握する。
- ✓ 介護者の通院の有無（通院の状況、禁止されている行為）を把握する。

- ✓ 虐待や経済的な課題などについて問題を把握する
- ✓ ターミナルケアについての課題を把握する。

2.3.2 アセスメント情報

(1) 課題整理総括表

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含めて分析しているか確認する。

✓ 「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、この結果とケアプランが整合するようにする。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の余地を残していないかを確認する。

利用者名		課題整理総括表				利用者及び家族の生活に対する意向	
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
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		
					改善 維持 悪化		

✓ どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上につながるかなど、予測を立てた「見通し」となっているか。
✓ 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する。

※1 本表は記録用でありアセスメントツールではないため、必ずしも詳細な数値記録・分析を行わずとも、「状況の事実」の各項目は課題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。選択欄に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支援なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(内数字)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欄に○印を記入する。
 ※5 「要約」および「改善/維持の可能性」を採択し、要約を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる課題の対応/自立/改善/維持を記載する。
 ※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。

2.3.3 居宅サービス計画書

基本情報、アセスメント情報、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しょう。

第1表	居宅サービス計画書（1）			作成年月日	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 初回・ <input type="checkbox"/> 紹介・ <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 認定済 ・ <input type="checkbox"/> 申請中		
利用者名 _____ 様		生年月日 _____ 年 月 日	住所 _____		
居宅サービス計画作成者 氏名 _____					
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____					
居宅サービス計画作成（変更）日 _____ 平成 _____ 年 月 日		初回居宅サービス計画作成日 _____ 平成 _____ 年 月 日			
認定日 _____ 平成 _____ 年 月 日		認定の有効期間 _____ 平成 _____ 年 月 日 ~ _____ 平成 _____ 年 月 日			
要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
利用者及び家族の生活に対する意向	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #e0f0ff;"> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 利用者及び家族が利用者の生活をどのように過ごしたいのかを具体的に書かれているか確認する。 ✓ 利用者・家族が生活においてどのような点を改善したいと考えているか確認する。 </div>				
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
総合的な援助の方針	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #e0f0ff;"> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 利用者・家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されているか確認する。 </div>				
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（				

第3表は第2表で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。

利用者の本来の日常生活リズム（主な日常生活上の活動）を把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

第3表		週間サービス計画表							作成年月日	年	月	日
利用者名		殿							年 月分より			
		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動			
深夜	4:00											
早朝	6:00											
午	8:00											
前	10:00											
午	12:00											
後	14:00											
夜	16:00											
間	18:00											
	20:00											
	22:00											
深	24:00											
夜	2:00											
	4:00											
週単位以外のサービス												

✓ 介護保険サービス以外の取り組みについても記載ができており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れを把握する。
 ✓ 円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載となっているか確認する。
 ✓ 同居家族や近隣の支援者のスケジュールも記載されているか確認する。

✓ 「週単位以外のサービス」欄がサービスの全体像や中長期的なサービス計画の把握のためにあることを理解し、短期入所や住宅改修、通院状況などを記載するなどして活用している。

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日: _____

利用者名: _____

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名: _____

開催日時: _____

開催場所: _____

開催回数: _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	✓ 参加していない専門職の意見について照会された内容や方法について確認する。					
検討した項目						
検討内容	✓ 直近のサービス担当者会議で議論された項目について参加した専門職の意見を確認する。 ✓ 実際に支援にあたっている専門職の見解を把握する。 ✓ 利用者や家族の意向が適切に議論に反映されているか把握する。					
結論	✓ 利用者や家族の意向を尊重しつつ、自立支援の観点からの合意形成について確認する。 ✓ 支援内容や方法等、具体的な支援のあり方がどのようにして決定したかを確認する。					
残された課題	✓ なぜ解決できないのか理由を確認する。 ✓ 地域の課題によるものか利用者個人が原因で残された課題なのかを確認する。 ✓ 残された課題に対する参加した専門職の見解を確認する。					

2.3.4 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サービス計画書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。

訪問介護計画書				No. 1
ホームヘルプサービス「Sステーション」は、以下のサービスを提供させていただきます。				
ふりがな	性別	年齢	住 所	
氏 名				
生年月日		介護度	派遣日時	
派遣目標				
長期目標				
短期目標				
身体介護	①食事 ②排泄 ③着脱 ④身体の保清 ⑤移乗 ⑥外出 ⑦服薬管理補助 ⑧見守り ⑨その他			
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。 ✓ 抽象的な目標ではなく具体的な目標設定になっている。 ✓ ケアプランの短期目標に沿った目標設定及び支援内容になっているか把握する。 			
生活支援	⑩調理 ⑪環境整備 ⑫買物 ⑬手続き ⑭その他			
乗降介助				
他サービス利用状況				
心のケア				
注意事項				
<input type="checkbox"/> 基本サービス				
平成 年 月 日 上記記載の援助計画に同意する。				
利用者氏名		印	住 所	
代理者氏名		印	担当者	印
評 価			平成 年 月 日	
			利用者氏名	
			代理者氏名	

2.4 地域ケア個別会議における司会者の役割

高齢者の個別性を尊重した自立への具体的な方法等を、多様な専門職がその知識や経験等を活かして、対等な立場で、建設的に検討ができるように、必要な時に適切なやり方で介入し、提案内容が合意にいたるよう話し合いを促進するのが司会者です。このような役割を果たすために、特に重要と考えられるのは以下の6点です。

① 事前準備

- 地域ケア個別会議で有効な検討ができるかどうかの鍵を握るのは、司会者による事前準備です。中でも、事例を見立てておくことが不可欠になります。高齢者本人の意向や自立を阻害している個人・環境要因等を確認したうえで、自立に向けてケアプランを検討するためには、どのような情報が必要かを把握しておきます。
- 特に、高齢者本人が地域ケア個別会議に参加していない場合には、事例提供者や場合によっては高齢者本人との面接等を行い、高齢者本人の意思を無視した検討にならないように、また、情報が足りないために仮定による一般的な話し合いに終わらないように準備することが必要です。

② 会議の目的やルールの確認

- 訪問介護の利用抑制や介護支援専門員の実践評価が目的ではないことを明確に共有するためにも、高齢者の尊厳を保持しその人らしく主体的に生きることを支援するために、多様な専門職によってケアプランに係る議論を行うことが目的であることを会議の最初に確認します。
- そのうえで、事例提供者である介護支援専門員と多職種等が対等な関係で、高齢者の個別性を尊重した具体的な提案を検討できるように、ルール等を確認します。

③ 具体的な発言を引き出す

- 何について検討するのかといった論点を明確にすることが最も重要です。そのうえで、一般的な提案に対しては、事例の高齢者に関する質問をする、具体的な状況を示して発言を促す等を行う必要があります。また、参加する専門職の専門性を理解したうえで、それを踏まえた発言をお願いすることも必要です。

④ 発言を共有する

- 発言の主張と根拠は何かを意識しながら理解したうえで、根拠あるいは主張のない発言の場合には、それを引き出すための投げかけを行います。また、誤解が生じると考えられる発言等については、言い換えや要約等を行い、参加者全員が正確な理解のもと、検討ができるように配慮します。

⑤ 発言を整理してまとめる

- それぞれの専門職からの助言等はホワイトボード等に整理していくとともに、それらの関係性を考えながら、提案内容としてまとめて提示します。専門職が専門性に基づいて助言すればするほど、部分的な助言になる可能性があります。司会者は常に高齢者が尊厳を保持して、その人らしい生活を主体的に継続していくことができるようにする

ためにはどうすればよいのかといった包括的かつ継続的な視点を失わず、助言をまとめていくことが必要になります。

⑥ 話し合いをコントロールする

- 上記⑤と深く関連しますが、会議の目的から逸れないように話し合いをコントロールするために、必要に応じて高齢者本人の意向や想いに参加者の視点がいくように投げかける、検討において考慮すべきと考えられる要因について質問や提案をする、あるいは発言を受けとめて止めるなど、事例提供者と多職種、および多職種間のやりとりや検討状況を見ながら、適時介入していく必要があります。

2.5 地域ケア個別会議における事例提供者の役割

事例提供者には、ケアプランを作成した介護支援専門員と、ケアプランに位置づけられたサービスを提供する介護サービス事業所が想定されます。事例提供者は、地域ケア個別会議において重要な役割を担っています。

①事例の説明

事例提供者は、対象とする高齢者の支援の必要性、方針や支援内容に関する説明を行います。説明を通じて、地域ケア個別会議の参加者が自立支援に資するケアマネジメントについて議論するための土台が作られます。

<介護支援専門員による事例概要及び居宅サービス計画書の説明>

ケアプランを作成した介護支援専門員は、対象とする高齢者の基本情報、事例の生活行為の課題、現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明、ケアプランの内容を説明します。一連のケアマネジメントの流れを簡潔に述べた上で、何が生活行為の課題で、それがケアプランにどのように反映されているかを説明します。

<介護サービス事業所からの支援方針と支援内容の説明>

介護サービス事業所は、介護支援専門員の説明に続いて、事業所で実施したアセスメントの結果や、対象とする高齢者への支援方針・支援内容について説明を行います。事業所の個別サービス計画書を参照しながら、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について、地域ケア個別会議の参加者全員が共通認識を持てるように説明します。

<説明における留意点>

- 現在提供している支援の必要性や妥当性、目指す効果等を説明します。ケアプランの内容だけでなく、そこに至る経緯についても説明が必要です。
- 地域ケア個別会議に出席している専門職は、利用者を直接知っているわけではありません。より効果的な助言を得るためには、利用者及び家族の考えや背景、置かれた環境などを説明することが重要となります。
- 介護支援専門員は当該事例の支援しているチームの代表という意識をもち、実際に支援に関係している専門職の意見についても説明しましょう。地域ケア会議の協議には、支援チームの統一した考えの説明も重要です。
- サービスの種別や頻度等については、「なぜそのサービスを選択したのか」「回数はどういう理由で決めたのか」をしっかりと説明しましょう。

②地域の課題の提起

提供した事例を通じて把握された社会資源の不足などは、地域の課題として地域の支援体制や自治体の施策にも影響します。事例を通じて把握した地域の課題があれば地域ケア会議で提起し、社会資源の開発や改善につなげましょう。

③事例提供者の姿勢

地域ケア個別会議は、介護支援専門員の支援を批判する場ではありません。事例提供者は、受け身ではなく、地域ケア個別会議を積極的に活用する意識を持ちましょう。

- その事例における利用者支援がより効果的にできるように助言を得られる機会であり、また事例提供者自身の資質向上の機会として、積極的に助言を求めましょう。
- 専門職からの助言は、今後の支援に向けた提案として率直に受け止め、自身のスキルアップにつなげるきっかけと考えましょう。
- 利用者の支援を通じて把握された市町村や地域に不足している社会資源等の地域課題について、積極的に提案する姿勢も必要です。

2.6 地域ケア個別会議における専門職の役割¹

2.6.1 専門職の役割

専門職は、地域ケア個別会議においては、助言者として利用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行い、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。

2.6.2 専門職による助言の目的と意義

地域ケア個別会議は、自立支援・重度化防止の視点を踏まえ、地域ケア個別会議を活用することによって「要介護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」を目指しています。地域ケア個別会議に多様な専門職が関わり、専門的な視点に基づいた助言を行うことにより、参加者が、自立に資するケアマネジメントの視点やサービスの提供に関する気付きを得ることができます。

地域ケア個別会議に参加する専門職は、医師、歯科医師、薬剤師、保健師・看護師、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、介護・福祉専門職等が考えられます。これらの専門職は、地域ケア個別会議に参加し、その専門性に基づき、事例提供者に対して助言を行います。「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、地域ケア個別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、目標を達成するために有効なサービスがケアプランに位置づけられているかを専門職が確認して助言することにより、支援チームにおける目標の共有や役割の明確化につなげます。

¹ この節は、厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き (Ver.1)」をもとに作成しています。

2.6.3 有効な助言のための注意点

専門職は、地域ケア個別会議の資料を基に、高齢者の事例に対して助言を行います。会議での助言は決定事項ではありません。会ったことのない高齢者の事例に対して助言することを認識して、自己決定に基づく支援を行うことが前提となります。

地域ケア個別会議における専門職による助言の注意点として、次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、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

出所) 厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き (Ver.1)」 P.14.

専門職として助言を行う際、基盤となるのは専門職としての知見や根拠になります。しかし、地域ケア個別会議において助言をする上では、介護保険に関する理解も求められます。地域の実情を把握しておくことが望ましいと考えられます。把握することが難しい場合には、他の参加者に確認して補完する方法もあります。

説明する際は、専門的な内容をできる限り誰もが理解できるように表現することを意識します。地域ケア個別会議は、市町村、地域包括支援センター、事例提供者、多職種の専門職等、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ことを心がけましょう。

また、地域ケア個別会議では、一人ひとりの実事例を議論していくため、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ます。5W1H（「いつ」「どこで」「誰が」「何を」「なぜ」「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やかかりつけ医の意見を確認しましょう。

2.6.4 有効な助言を行うための基本的な考え方と手順

ここでは、地域ケア個別会議において、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。

表 2-2 地域ケア個別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	居宅サービス計画書	<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"> ・訪問介護サービス事業所の個別サービス計画書
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
		<ul style="list-style-type: none"> ・最終診察日をはじめ、記入内容全体に目を通し、特に留意すべき疾患や心身の状況を踏まえて、生活機能とサービスに関する意見を確認しましょう。 ・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。

出所) 厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き (Ver.1)」P.15 より一部改変。

(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提供者の説明から、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」要因の解決方向の推測
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

出所) 厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き (Ver.1)」P.16.

これらのポイントについて、不明確な点がある場合は、事例を提供している介護支援専門員や介護サービス事業所に対して、具体的な問いかけを行います。それによって、介護支援専門員や介護サービス事業所から必要な情報を引き出したり、資料へのより良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気付きを与えることができます。

(3) 目標と支援内容の確認

次に、生活行為の課題を改善・解決し、目標の実現につながる支援内容に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。

- 生活行為の課題が的確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する必要があります。
- 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
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、誰にでも当てはまる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を設定し、本人が真に望んでいることや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
目標達成につながる具体的な支援内容を分かりやすく提示します。

(4) 実践につながる助言の提供

助言する際には、介護支援専門員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

- 専門性のある見地から、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、本人が真に望んでいることや意欲を引き出し、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、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。

2.7 職種別の助言ポイントと工夫

ここでは、地域ケア個別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を説明します。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。

多くの専門職が一堂に会して会議に出席することは大変なことでもありますが、より多くの専門職種が関わり議論を重ねることにより、新たな発見やさらなる QOL の向上につながる可能性があります。

地域ケア個別会議開催の工夫として、当日の会議に出席できない専門職に対して、事前に書面等において意見や助言等を仰ぐ工夫を図ることもできます。その際に、出席できない専門職に対して、あらかじめ市町村や事例提供者が確認したい内容や助言など、必要としている点についてまとめ、事前にコメントをもらっておく形で関与していただくという方法もあります。

また、かかりつけ医やかかりつけ歯科医のいる事例については、事例提供者は、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、地域ケア個別会議で検討後は検討内容を報告することも重要です。

なお、ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）とは、日常生活を営む上で、普通に行っている行為（例えば、食事、排泄、整容、移動、入浴等）のことを言います。

IADL（Instrumental Activities 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）のことを言います。（出所：厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き（Ver.1）」P.17.）

2.7.1 医師

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。

特に主治医との連携状況は重要であるため、支援をさらに充実させていく上で必要となる確認事項や知識について、情報提供を行うことが大切です。

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	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護・支援が必要になった事由(疾病・障害) ・ 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好かどうか ・ 特定疾病(難病)等の症候・所見・診断基準など ・ 点滴の管理・透析・酸素療法などの医療行為 ・ 急性期・回復期・生活期と段階のある疾病・障害とその時期を把握し、可能な限りの予後予測がたてられているかどうかを確認する。 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護・支援が必要になった疾病・障害についての病歴、その他の合併症、通院頻度、投薬内容、病態の安定性・不安定さなど
課題の明確化と背景要因の確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病や障害、生活状況との関連性 ・ 病状が不安定な場合や緊急時の対応課題の原因となり得る個人因子・環境因子 ・ 課題への対応について、医学的観点を踏まえた優先順位 ・ 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踏まえ、課題の明確化が行われているか ・ 健康管理や疾病管理における課題の捉え方 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病態の不安定さや精神面からくる生活支援の必要性等 ・ 利用者の状態の変化について医学的観点から助言する。
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が行えているかどうかを確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康管理や体調管理を整えていく支援内容等について確認する。
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現状だけでなく今後の見通しも含めて助言する。 ・ 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助言する。 ・ 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する。 ・ 健康管理面にも配慮した具体的な支援方法(セルフケア含む)について助言する。 ・ かかりつけ医が出席している場合は、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し、的確な指示を行い、主治医へのフィードバック方法などを助言する。 ・ 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する。 ・ 医療面・生活面からの家族への指導の必要性についても考慮し助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病状を考慮して、頻回の生活援助サービスの必要性や、リハビリテーションの必要性について医学的観点から助言する。

2.7.2 歯科医師

歯科医師が地域ケア会議に出席する場合は、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。

出席しない場合でも、歯科衛生士及び事例提供者(介護支援専門員・介護サービス事業所)が歯科医師への確認事項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形で関わることもできます。

※かかりつけ歯科医がいる場合、事例提供者から口腔に関する問題について必要な情報を伝達することが義務付けられています。事例の予後予測や治療方針等を事前に確認するとともに、地域ケア個別会議で検討後は検討内容を報告するよう促すことが重要です。

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	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> 口腔内の出血と口臭がないか 口腔機能の問題(義歯の不具合、義歯の使用状況、歯の欠損、味覚の変化等)で食事量の減少や嗜好品の偏り等がないか 胃ろうのケースにおいても誤嚥性肺炎等のリスクがないか 口腔(義歯含む)の衛生方法(誰が、いつ、どのように) 内服薬(副作用による味覚変化等の有無) かかりつけ歯科医がいるか 歯科健診を定期的に受けているか 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> 口の中の困りごとがなく、きちんと食事がとれているか 急激な体重減少や体重増加がないか
課題の明確化と背景要因の確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> 口腔機能に関する課題の有無(適切な義歯の活用や管理方法、口腔内の状況及び衛生管理の方法、かみ合わせの状況、嚥下機能の低下等) 口腔機能の低下(固いものが食べられているか、お茶や汁物でむせることがないか等)から起因する栄養状態や全身状態への影響 口腔機能の低下がある場合、課題を明確化するに至った背景要因とそう考えた根拠(体重変化(増減とも)や嗜好品の変化がないか(薬の副作用の影響)) 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> 口腔機能に関する課題から、生活援助サービスが必要となる課題の有無 口腔機能の課題に関する背景要因の分析ができていないか 独居生活等における孤食の有無 外食の有無 地域・近隣住民とのつながり
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> 嚥下機能の低下等があった場合、機能維持や向上に向けた具体的な支援内容が居宅サービス計画書に反映されているか セルフケアや家族支援において、対応できる内容等が勘案されているか 口腔機能に関する支援内容において、歯科受診の必要性、居宅療養管理指導や訪問歯科の必要性がないか 口腔状態を確認するための空間やプライバシーが確保されているか 	<ul style="list-style-type: none"> 口腔ケア等の促しや声かけに関して、どのような取り組みを行っているか 栄養の過不足に関する支援について、具体的にどのように訪問介護計画に反映しているか

<p>実践につながる助言のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事に関する改善指導の必要性判断については、主治医と相談した上で進めていく(場合によっては、教育入院や病院の管理栄養士が実施する栄養指導、市町村が行っている栄養相談等、活用できるものがある)。 ・ 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 ・ 施設系サービスの利用がある場合には、口腔ケア等が特別に必要な場合、根拠をもってサービスに位置づけ、改善を図るための取り組みの一つとして助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療面からのアプローチの必要性を勘案して助言する。 ・ 調理の工夫やインフォーマルサポート資源の活用やセルフケアの推進なども考慮し、助言する。
-----------------------	---	--

2.7.3 薬剤師

薬剤師は、事例に示された処方・併用薬に関する情報及び個々の状況に応じた服薬管理の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	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> 特別な医療(介護認定関連用語)を受けているか 本人の状態・状況及び家族の介護力 認知度、日常生活自立度、介護度 服薬に関する負担感(本人・家族) 嚥下機能・拒薬等の状況 剤形、投与ルート及び調剤上の対応(粉碎・簡易懸濁など) 現在、処方されている薬の内容、残薬、受診頻度等 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> 独居、高齢者世帯など家族構成 アドヒアランス² 内服薬処方状況 <p>→うまく調整を図ることで、本人負担の軽減の可能性</p>
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> 課題の程度を把握する。 課題に対する要因を幅広く想定して薬剤の影響を検討する。 予測される薬剤の有害事象と課題に対する影響を確認する。 身体機能低下(肝機能・腎機能など)が薬剤に与える影響を考える。 薬剤の長期服用による影響などを考慮する。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤の有害事象・生活に与える影響を推測し、情報提供する。 生活支援部分に薬剤が与える影響があるか検討する。 投与されている薬剤と現状のADLを見比べて薬剤性の影響を分析する。
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> 目標の意図を把握し、本人の残存能力を踏まえた発言をする。 課題解決から目標設定までの経緯で薬剤が影響を与える可能性を想定し、対応について提言する。 処方内容や経緯を踏まえ、対象者の特性を踏まえた薬学的な提言を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤の調整や検討で生活支援部分の改善につながりそうな場合は、積極的に提言する。
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師の薬学的な提言等を他職種が理解できる情報として積極的に提言する。 本人の残存能力を理解した上で、前向きな発言をする。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤の適正化及び必要性を十分に考量し、対応する。 自立に向けた必要性を十分に考量し、対応する。 薬剤がADLや生活機能に与える影響の大きさを他職種と共有する。

² アドヒアランスとは、患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けることを言います。

2.7.4 保健師・看護師

保健師・看護師は、医療的知識を持った上で全身状態を把握し、心身面のみならず生活の側面にも配慮し、状態の維持、改善に向け具体的な取り組みについて提案、助言していく役割を担っています。

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	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人や家族の意向を捉える上で不足している情報がないか、どのような面談、聞き取りを通してそれが本人及び家族の意向として整理できているか ・ 病気の特性の把握(進行性あるいは慢性、廃用性等) ・ 日常生活自立度を判断した根拠 ・ 本人及び家族のストレングス ・ 家族や地域との関係性 ・ 病状の安定性 ・ 直近の主治医の見立て ・ 治療内容(内服、通院、往診、注射等) 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神疾患や不定愁訴やセルフネグレクト等による一時的に生活援助が多く必要なのか、継続的に必要なのか、病態の不安定性等の根拠
課題の明確化と背景要因の確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護や支援が必要となっている背景要因の押さえや ADL・IADL の低下が疾病の有症状から引き起こされていないか(どこが、どのように、なぜ) ・ どのような情報を収集し、分析し、ニーズとして捉えたか、その背景と根拠 ・ 医療ニーズが高いと判断した根拠、もしくは判断していなかった理由 ・ 認知症、進行性難病、循環器疾患、生活習慣病、骨整形外科疾患、がん等の疾患に関する特性の理解と課題分析にどのように反映しているか ・ リスク管理や健康管理・体調管理についてどのように考えたか ・ セルフケア、家族支援、地域支援、フォーマル支援の妥当性についての判断と根拠について 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人・環境因子から生活援助の必要性について確認する。 ・ 健康・疾病管理等を行うことで改善の可能性がないかを検討する。 ・ セルフケア、家族・地域力で補える、もしくは改善できる可能性を探る。
目標と支援内容の確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ニーズに応じた解決策となっているか ・ 長期・短期目標の設定の仕方と具体策に連動性と確実性があるか ・ 医療ニーズが高い場合、そのニーズを踏まえた目標設定や支援内容となっているか ・ 認知症、進行性難病、循環器疾患、生活習慣病、骨整形外科疾患、ガン等疾患による特異性の理解をどのように具体的な支援内容に盛り込み、支援者間で共有したか ・ セルフケアや家族力向上のために取り組みを意識した内容について ・ 目標達成のために必要な取り組みの内容、期間の妥当性について 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 短期・中期・長期的な視点を持ち、環境整備や動作改善等を考慮し、個別・具体的な支援内容を検討・提案する。

<p>実践につながる助言のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護の視点を活かしながらも、生活者の視点を忘れず助言する。 ・ 家族、地域関係の再構築の可能性も含めて具体的な助言、チームアプローチを上手く進めていくためのアドバイス等を行う。 ・ 生活援助が必要な要因を押さえ、中長期の支援を視野に入れながら自立支援や重度化防止のために必要な支援内容や動機づけ・行動変容に結びつけるための情報提供の方法や支援者間の意思統一、情報共有など具体的な助言を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活歴や家族、近隣関係等含めた対応で、生活がより改善できる具体的なアドバイスがあれば検討・提案(セルフケア含む)する。
-----------------------	---	---

2.7.5 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	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病・障害名とその要因、経過、機能的予後 ・ 現在及び要介護状態になるまでの移動動作レベル・ADL ・ 禁忌事項や運動中止基準 ・ 立位に支障を及ぼす機能障害(関節可動域制限・拘縮、感覚障害、運動麻痺、筋力低下、筋緊張異常、平衡機能障害、振戦、無動、姿勢反射障害、欠損、など)の有無・程度の現状と経過 ・ 起立可能かどうか、立位保持が何分間できるか、歩行や寝返りの状況、実際の移動手段 ・ 日常生活自立度 ・ コミュニケーション、認知・精神機能障害の有無・程度の現状と経過 ・ 補装具、移乗・移動補助具の有無や具体、および住環境・自宅周辺的环境 ・ 介護力・家族力 	<p><確認・推察すべき事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人のADL・IADLの詳細確認と同居家族の1日・週間・月間スケジュールと家事遂行能力 ・ 困難な家事動作についての原因として、基本動作能力における課題があるかどうか(家族の家事動作に原因がある際も同様) ・ 本人ならび家族の家事動作が困難な場合、困難になるまでの経過 ・ コミュニケーション、認知・精神機能障害の有無・程度の現状と経過 ・ 体力、運動耐容能 ・ 補装具、移乗・移動補助具の有無や具体、および住環境・自宅周辺的环境 ・ 主治医、介護支援専門員や家族のキーパーソン、住居地ならび近隣のフォーマル、インフォーマル資源
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、予備力・残存機能を明確化するとともに、必要以上に大事にしすぎているか、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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本動作能力やその代償動作を改善、維持が可能かどうかを明確化する。 ・ 本人及び家族の家事動作が困難な要因を探り出し、予備力・残存機能を明確化するとともに、必要以上に使用しすぎているか、リスクや制限を過剰に捉えていないかを検討する。 ・ 障害やリスクに応じた生活動作や環境調整を明確化する。 ・ 生活援助に変わるサービスや支援の導入により、開示動作などの改善が見込めないかどうかを明確化する。
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及びプログラム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。 ・ 理学療法士の関与の有無やその程度・方法が 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在のサービスやその支援及びプログラム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。

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	生活援助サービスを頻回利用している場合
	<p>適切か確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	
<p>実践につながる助言のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人が「〇〇したい」と先の目標を立て、活動や参加を始めてみたいと思えるような言葉がけや動機づけを行うことを助言する。 ・ 自立や改善の余地のある場合は、積極的な理学療法士の専門的関与を助言する。 ・ 重症化予防の視点から、理学療法士の評価が必要なのか、治療までも必要なのか、その関わる頻度も助言する。 ・ 立位時間・活動を確保することを意識して助言する。 ・ 補装具、移乗・移動補助具が自立支援につながっているか、微調整をすべきかを助言する。 ・ 介護や環境が廃用症候群を誘発していないか、自立しなくてもできることを増やしたり、介護時間を減少することを意識して助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人のみならず家族の自立や改善の余地のある場合は、積極的な理学療法士の専門的関与を助言する。 ・ 自分でできることを増やしたり、介護時間を減少することを意識して助言する。

2.7.6 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	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護状態になった原因(病気や何か受傷したことによるものか、進行性の疾患で介護度が変わったのかなどで今後、要支援へ戻る可能性があるのか、今後も要介護が予測されるのか) ・ 認知・精神障害の程度 ・ 現在できている ADL・IADL の状況と、介護・支援が必要になっている ADL・IADL の状況 ・ 家屋の状況と主な生活空間(住宅改修の有無、福祉用具) ・ 趣味活動、地域とのつながり等 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 住宅改修や福祉用具の導入の状況 ・ サービスの利用がない時間帯の過ごし方、ADL・IADL の状況 ・ サービス導入に至った経緯 ・ 生活歴・家族力等の確認 <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者状況を確認し、サービスの優先順位(何が一番困っているのか)を検討する
課題の明確化と背景要因の確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 今後も継続できる、すべき ADL・IADL ・ できない ADL・IADL は、今後もできないのか、改善の可能性があるのか(心身の改善でできるのか、住環境・福祉用具等の導入でできるのか、家族の支援でできるのか) ・ 家族や支援者の介護力や支援できる範囲の明確化 ・ 利用者の生活能力の維持・改善ができる支援があるか ・ 認知症状がある場合、生活にどのような影響を与えているか <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	<p><確認事項></p> <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 ・ IADL の状況 ・ できない動作は「なぜ」できないのか明確にされているか ・ 家事の作業工程等の分析がなされているかを確認
目標と支援内容の確認	<p><確認事項></p> <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 ・ 利用者の状態に応じた目標が設定されているか(改善できる可能性があるが、現状維持の目標になっていないか) ・ 「活動」「参加」への目標が意識され、設定されているか <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ・ 作業工程等の分析を確認し、具体的に補助具の活用や声掛け、段取りの工夫方法を助言する 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自立支援の視点に立った生活援助サービスの利用状況か(サービス内容、利用者の関わり方、介入による効果など) ・ サービス利用が目的となっていないか ・ ADL・IADL の改善につながっているか ・ 作業工程を勘案した具体的な支援内容になっているか

<p>実践につながる助言のポイント</p>	<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。 ・ サービスを利用することで、どのように自立や自己実現ができるのか、生活の選択の幅が広がるのかを助言する。 ・ 疾患、生活状況等を踏まえて、改善の可能性がある方と、今後維持を目的とした方の予後予測をしっかりと見極めて助言する。 ・ 本人のみならず、家族や友人、地域との関係性の中で動機づけや行動変容につながりそうな点について助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービスが利用者の自立支援、重度化防止につながっているかを確認し、助言する。 ・ 生活援助を受ける際、全部援助が必要なのか、利用者が現状できない生活動作のみ援助する、部分的な援助が可能かを確認し、助言する。 ・ 利用者の心身状況、生活状況を確認し、自立支援の視点に立った適正なサービス状況か助言する。 ・ 地域というコミュニティも意識しながら、資源の活用等に関して助言する。
-----------------------	---	--

2.7.7 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	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護者の意向や介護負担・負担感 ・ 高次機能障害や言語障害等における経過、機能的予後 ・ コミュニケーション、認知・精神機能障害の有無・程度の現状と経過 ・ 介護力 	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護力 ・ 困難な家事動作についての原因がどこにあるか ・ コミュニケーション、認知、精神機能障害の有無・程度の現状と経過
課題の明確化と背景要因の確認	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ 摂食嚥下機能が低下している場合、誤嚥性肺炎のリスクを把握 ・ 適切な食物形態への対応ができていないか ・ コミュニケーション能力等において、改善の可能性はあるのか ・ 家族や支援者のケアにおいて、利用者の生活能力が維持・改善できる見立てはあるのか 	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活支援サービスが必要となっている背景因子 ・ 家族の協力や参加状況 ・ 摂食嚥下機能が低下している場合、適切な食物形態への対応ができていないか
目標と支援内容の確認	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ 長期的に在宅生活が継続できる目標となっているか ・ コミュニケーション能力や摂食嚥下機能の低下に対して、維持や改善が見立てられた目標や支援内容になっているか 	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活支援サービスの利用目的や具体的な支援内容(本人の参加状況とその促しを含めて) ・ 生活支援サービス以外の課題解決方法について検討しているか ・ 生活支援サービス終了のイメージを持っているか
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 残存機能を活かし、介護負担を軽減するとともに、安全にも配慮した具体的な介助方法を助言する。(食事介助の方法など) ・ 有効なコミュニケーション方法や意思確認の方法を助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他に活用可能なインフォーマルサービス等の地域資源の活用について助言する。 ・ 自立を支援するための具体的な支援方法を助言する。(残存機能の活用を含めて)

2.7.8 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不可欠な食事について、栄養摂取や食事環境といった観点から、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	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ADL、食事摂取の自立状況、視覚・聴覚機能、精神状態、認知機能、現病歴、既往歴、疾患のコントロール状況 ・ 体重、体重歴、体重変化率 ・ 食事の準備、片づけ、調理、買い物の実施者 ・ 在宅・通所等のサービスの状況、住居環境、家族関係、主たる介護者(家族構成)と介護者の関わり、経済状況、食事の準備状況 ・ 食材の調達方法として買い物するための手段、買い物の実施者及び頻度 ・ 食事摂取状況、水分摂取状況 ・ 福祉用具(食事に関連する自助具等)の有無 ・ 本人・家族の食生活や栄養に関する捉え方(主観的健康感) 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事摂取時間と一日の生活パターン ・ 食品や料理の衛生状況(冷蔵庫や食品庫の保管状況) ・ 食材の調達方法、買い物手段(公共交通機関、徒歩)、買い物の実施者、買い物の頻度、食事後(ゴミ等)の片づけ状況 ・ 地域・近隣住民とのつながり ・ 病状 ・ 健康管理面の状況 ・ 医師との連携状況
課題の明確化と背景要因の確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病状の重症度やADLの低下につながる要因の有無、認知症の有無、栄養状態のリスクの有無 ・ 食事摂取の自立を妨げる要因、食に関わるサービスの内容と頻度、経済的要因の有無 ・ 家族の食支援の有無と頻度 ・ 独居生活等における孤食の有無 ・ 主観的健康感や終末期に対する本人の考え ・ 地域の資源等も踏まえた課題抽出になっているか 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事摂取の自立を妨げる要因 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 買い物、調理の実施状況、経済的要因の有無 ➢ 家族や地域住民等の食支援の有無と頻度 ➢ 生活の自立を妨げている要因の有無 ➢ 地域の資源把握
目標と支援内容の確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養状態のリスクを改善する具体的な目標や支援内容になっているか ・ 訪問介護の個別計画書との連動性 ・ 疾患の重症化予防につながるプランであるか <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事摂取の自立を促す支援を検討する。 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養改善のために取り組んでいる具体的な支援内容(食材の選定、調理方法、調理形態等) ・ 具体的な支援を通して、栄養改善に関する利用者の意向の変化等 <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ・ 補助具や環境整備の視点

<p>実践につながる助言のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医及びサービス担当者とも連携し、食生活や栄養面だけでなく、生活全般を踏まえた視点で助言する。 ・ 病院や施設等から受けた栄養情報提供書を確認し、多職種で共有できるよう助言する。 ・ 疾患の重症化予防や低栄養を防ぐため、居宅療養管理指導や在宅訪問栄養食事指導、通所系サービス等の栄養改善などの必要性や加算につなげられる助言などを行う。 ・ 食事摂取が自立するために適切な食形態・調理方法について助言する。 ・ 食事の量や質について理解しやすい言葉で助言する。 ・ 他職種の介入時に行ってほしい助言を提案する。 ・ 地域資源が近隣にない場合、地域課題として検討する。 ・ 短期的に目標が達成できる助言を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域資源についての情報を共有し、参加を促すことで自立につなげていく。 ・ 買い物、調理にかかる地域資源についての情報を供する。 ・ 多職種で食や栄養に関するモニタリングを継続していくための方法を助言する。
-----------------------	--	--

2.7.9 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。

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	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現病歴、既往歴(脳梗塞、糖尿病、認知症、がん、指定難病、誤嚥性肺炎等)と口腔機能の関係(麻痺、口腔乾燥、嚥下機能、摂食機能) ・ 義歯の装着、臼歯部咬合の有無 ・ 基本チェックリスト⑬咀嚼、⑭嚥下、⑮口腔乾燥 ・ 本人や家族の食事や口腔に関する意向や負担 ・ 食事摂取状況(経口・非経口、自力摂取・食事介助)栄養状況(体重、BMI) ・ 口腔状態にあった食形態であるか、嚥下機能にあった食形態であるか ・ セルフケア(洗面台までの導線や、立位での転倒の危険性)や口腔ケアの介助の状況 ・ かかりつけ歯科医の有無、定期受診、現在の治療の有無(居宅療養管理指導を受けている場合は指導の内容) ・ 口腔ケア、通院支援、介護力、家族関係に支障がないか 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ADL・IADL・家事動作に口腔の問題が影響を与えていないか ・ 利用者の状況に合わせた適切なサービスになっているか、過剰な口腔に関するサービスが行われていないか
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全身疾患(糖尿病、シェーグレン症候群、パーキンソン病、脳梗塞等)からくる口腔機能への影響を推察し、予後予測を立てる(窒息、誤嚥性肺炎、口腔乾燥、歯周病等)。 ・ 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(歯がなく、噛めないために繊維質がとれず便秘になる等)。 ・ 体重の減少や栄養摂取等、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ないか推察する(例:飲み込みにくいため水分を制限する、噛み合う歯がないため、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細菌によるリスク等が高まっていないか、今後の予測も含め推察する。 ・ 口腔環境を整えることで栄養摂取に繋がりが、ひいては身体機能の向上へとつながる可能性を検討する。 ・ 口腔環境を整えることで「食」への楽しみや充足感を得られるよう検討する。 <p>口腔衛生管理と口腔機能管理を。適切に行うことで介護や疾病の重症化予防につながることを検討する。</p>	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養の問題が、食べ方や咀嚼など口腔に起因していないか ・ 口腔の課題に対し、適切に対応された生活機能サービスになっているか ・ 口腔機能管理の観点から、誤嚥・窒息等のリスクの軽減になるか ・ 口腔衛生管理の観点から、歯科疾患や口腔細菌によるリスク等の軽減につながっているか

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	生活援助サービスを頻回利用している場合
目標と支援内容の確認	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 	<p><確認事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目標に対し口腔関連の支援内容が適切か、また妥当か ・ 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
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科疾患や口腔細菌が全身への影響が想定される事例には、その具体的な予防策を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科疾患や口腔細菌が全身への影響が想定される事例には、その具体的な予防策となっているか検討する。
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 誤嚥性肺炎や窒息のリスクが高い場合は、訪問歯科診療を勧める。 ・ 口腔衛生に対し、今後の見通しも含め、セルフケアを継続するための実践可能な助言を行う。 ・ 手指の麻痺や筋力低下がみられる場合は、確認のポイントや支援のための用具や方法を助言する。 ・ 口腔機能が低下している場合は、適切な食形態を示して栄養状態の改善が図れるように助言する。 ・ 口腔衛生や咀嚼等の食べ方を支援するにあたり、受けているサービスの他職種の介入も視野に入れて助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔の課題を解決することで、自立支援につながると考えられる場合は、具体的方法を提示し、ケアプランに入れることができるように助言する。

2.7.10 介護・福祉専門職

介護・福祉専門職（介護福祉士、社会福祉士、サービス提供責任者等）は、地域や福祉に関する専門性や知識、経験に基づいて助言を行います。

<介護・福祉専門職に共通する視点>

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	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の考え、感情、行動をもとに、生活状況の実態把握を行う。 <確認事項> ・ 本人の生活に対する意向(本人の望む生活を送るために必要な資源や環境) ・ 本人の思い(主観)と現在の生活(客観的な事実)をどのように把握しているか (ずれを感じた場合、それをどのようにして近づけることができるのか、また、具体的な援助内容として、何が提案できるかを考えながら事例を理解する) ・ 支援経過の中で、見えてきた本人像が当初のイメージと異なるものがあれば、それはどのようなことか 	<ul style="list-style-type: none"> <確認事項> ・ 本人の意向や思いを把握し尊重しているか ・ 本人の有する能力、生活における課題、支援体制、介護力等が明確になっているか
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> <確認事項> ・ 現在の障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度、有疾病の安定性や不安定さ →個人・環境因子を踏まえ、当初作成したケアプランの課題分析した内容が、現状の支援内容に合致しているか ・ 生活支援を提供している現場担当者からどのようにサービス導入後の変化をモニタリングで確認しているか ・ 日常生活でできること、できないこと、できるがやっていないこと、やらないことで実施が難しくなっていることは何かをモニタリングの中でどのように把握しているか。 ・ 参加や活動の視点をサービス提供者と共有できているか ・ 支援を継続する中で見えた新たな課題(例:経済的困窮や高齢者虐待、新たな医療歴、家族との不和や複合的な課題、地域との関係性等)等はないか ・ 本人がどのような毎を送りたいのか、日常生活における意向を定期的に確認し、意向の変化を捉えることができているか ・ 「してもらう」ことから、「自分で出来る限りのことをしていこう」という意欲の向上のための動機づけとして、現場ではどのような働きかけがなされているのか ・ その人らしい生活とはどのような生活なのかを把握するために、どんな生き方をして、どのような価値・信条を持っているのか等、情報収集を行っているか ・ 支援を受ける前の本人の地域との関係性を把握できているか ・ 家族との関係性や家族力向上のために取り組んでいることや課題に感じていることはあるか 	<ul style="list-style-type: none"> <確認事項> ・ 疾病の特性や生活歴・家族・地域力・個人の価値観や信条などが影響し、特に生活援助が必要だと判断した背景や要因 ・ 本人、家族、地域のストレングス等の把握はどのようにして行っているか ・ 日々の支援の中で、課題解決に向けた進捗状況をどのように支援者間で共有し、次につなげているか
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <確認事項> ・ 実現できないような目標の設定になっていないか ・ 本人が自分で実現可能と思えるような目標を設定しているか ・ 本人に関わるすべての支援者が目標について共通に理解できているか ・ その人らしい生活につながるような働きかけができているか ・ 本人の思いの根拠をチームで共有しているか 	<ul style="list-style-type: none"> <確認事項> ・ 単にできない機能を補う支援内容となっていないか ・ 本人と家族の自立に資する働きかけが検討されているか

<p>実践につながる助言のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ これまでどのような生活を送ってきているのか、生活の中でどのようなことを大切にしてきたのかを日々の生活援助や他の支援において、意図的に聴き取ることで、自立に向けた意欲に働きかけるきっかけが得られることなどを助言する。 ・ 日常生活と密に関わる職種だからこそ、継続した時間の中で、本人の生活の実態がみえてくることがある。随時、状況変化があれば、現場から介護支援専門員に情報がフィードバックされる体制を整えることが大切であることを助言する。 ・ 具体的なエピソードの情報共有や変化をスムーズにキャッチできる支援者間の方法として連絡ノートを活用するなど、成功事例等の具体的に紹介するなど。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の意向の変化やできそうなことなど、具体的な支援の工夫や方法等について、支援者間で共有し、介護支援専門員にタイムリーに報告できる体制がとれるよう助言する。
-----------------------	--	--

特に、主任介護支援専門員はケアマネジメントの専門職として、利用者本位の自立支援に向けたケアマネジメントプロセスについて確認し、助言を行います。

<主任介護支援専門員>

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	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ 適切なケアマネジメントプロセスを踏まえた支援が展開できるか ・ 利用者及び家族の意思決定、またはその支援はどのように行われているのか ・ 利用者及び家族の主訴がどのようなものか確認ができていますか ・ 利用者及び家族と介護支援専門員との関係性 	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の能力や環境 ・ 地域の支援の可能性
課題の明確化と背景要因の確認	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントの結果による課題を整理し、フェルトニーズとノーマティブニーズ³の双方をおさえて、リアルニーズを導き出しているか ・ 生活全般の解決すべき課題がアセスメント結果に基づいて十分に考慮されたものか ・ 課題は要因が複合的に重なって発生する場合もあるため、課題分析において阻害要因の相互関係を検討しているか ・ 利用者のみならず家族の状況や意向も確認しているか ・ 収入等、プライバシーに関わるデリケートな情報も収集できているか ・ 介護支援専門員自身の内的要因として、パーソナリティ、経験年数、自己覚知、得手・不得手の分野、力量等の確認 ・ 介護支援専門員自身の外的因子として、所属法人の考え方、仕事への理解、協力体制等 	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣や環境の問題に関する情報 ・ 社会資源に関する情報量について ・ 介護支援専門員自身の知識や経験、所属する法人の課題等について
目標と支援内容の確認	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者のQOLを視点に、自立支援を目的とした目標設定ができていますか ・ 長期目標と短期目標が連動し実現可能な支援となっているか ・ 目標設定や期間、サービス方法は根拠を示しながら他の専門職と協議して決定したのか ・ サービス事業所の個別サービス計画書がケアプランに沿って作成されていることを確認しているか ・ サービスの選択において適切に過不足のない支援として他の専門職の意見も踏まえて提供されているのか 	<確認事項> <ul style="list-style-type: none"> ・ 代替のサービスについての検討が行われたか ・ 利用者の生活において必要不可欠なサービスとなっているのか ・ サービス担当者会議において他の専門職との協議が行われたのか

³ 利用者が必要と感じているニーズをフェルトニーズ、援助者により判断されるニーズをノーマティブニーズ、利用者が本当に必要としているニーズをリアルニーズと呼びます。

<p>実践につながる助言のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者は少しの環境変化でも生活形態に影響が出るので、関係するサービス担当者との情報共有が重要である。 ・ ケアマネジメントは利用者の自己決定を支援するものである。また一方で自立支援に向けた適切な助言が必要である。利用者の意思を尊重して、利用者が適切に自己決定できるように丁寧な情報提供を利用者及び家族に行うように心がける。 ・ チームアプローチはチーム内の方向性の共有が重要である。ケアプランはそのためのツールであるため、ケアプランの作成過程では、チーム全員が理解できるようにより具体的な課題や目標設定に心がけることが重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ モニタリングの重要性を説明し、実際に行われている支援が適正か、訪問介護員等と情報交換を積極的に行う。
-----------------------	---	--

3. 事例紹介

3.1 事例の概要

訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて再検討を促していくことが適当と考えられます。訪問回数の多い訪問介護（生活援助中心型）サービスをケアプランに位置づける場合には、介護支援専門員は市町村にケアプランを届けることとなります。市町村では、地域ケア個別会議等により、届け出られたケアプランに係る議論を行います。

以下では、生活援助の訪問回数の多い利用者の5つの事例について、事例の概要や多職種によるケアプランに係る議論の形式、参加した職種、確認や助言の内容を紹介し、そのポイントを解説します。

<事例一覧>

	利用者の状態	生活援助の目的	回数	検討形式	参加した専門職
1	要介護2 認知症	認知症の進行により、生活全般の確認や支援が必要なため	52回	地域ケア個別会議	医師、薬剤師、栄養士、保健師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、主任介護支援専門員、保険者等
2	要介護3 独居	水分補給や、体調の確認	71回	地域ケア個別会議	医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、介護福祉士、介護支援専門員、主任介護専門員
3	要介護1 高次脳機能障害 独居	高次脳機能障害により生活全般に一部介助が必要	31回	ケアプラン指導研修事業	看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、主任介護支援専門員、基幹相談センター（障害者福祉課）、保険者等
4	要介護3 脳出血・糖尿病性網膜症 独居	外出、買い物ができない。調理を支援	58回	ケアプラン指導研修事業	看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、主任介護支援専門員、基幹相談センター（障害者福祉課）、保険者等
5	夫：要介護3 妻：要介護1 夫婦とも認知症	認知機能の低下によって、夫婦ともに生活全般に、見守りや声かけ、一部介助が必要	夫 56回 妻 28回	ケアプラン指導研修事業	看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、主任介護支援専門員、基幹相談センター（障害者福祉課）、保険者等

3.2 事例紹介

(1) 事例 1

一人暮らしの認知症高齢者の意向を大切に、生活支援サービスを中心に生活リズムを立て直しながら、意欲低下の改善を図る過程を確認できた事例

<利用者の基本情報>

事例の概要	<p>78歳 女性 要介護2</p> <p>障害高齢者の日常生活自立度A2、認知症日常生活自立度Ⅱb</p> <p>現病歴：アルツハイマー型認知症、糖尿病、高血圧症。</p> <p>既往歴：心不全、心房細動</p> <p>家族：夫は2年前に死去。半年前より週に1度、一人娘が他府県から来訪。</p> <p>概要：3年程前から物忘れが徐々に進行。半年前ぐらいからゴミ出しの件で近隣とのトラブルを始め、内服や通院が一人できなくなっていたことや食事や水分摂取等も不良にて体調不良が続き、娘に説得され、新規申請。本人は、「家族の思い出がたくさん詰まっている我が家で末永く過ごしたい」という意向があり、「日々の生活を支援してほしい」とヘルパー利用を希望。支援の方向性として、健康管理面の課題や生活支援を中心に生活リズムを立て直すことから支援を開始した。血圧や血糖値等も安定してきたこともあり、意欲の低下が起きていたご本人から「娘の好きなカレーを作ってあげたい」や、紅茶をヘルパーに出そうとしながらうまくいかない姿を確認する中、生活援助中心のプランから自立支援型のプラン変更へと見直しを考えている過程にあった。</p>
サービスの利用状況	<p>生活援助 52回/月</p> <p>主な内容（主治医、家族、本人と調整後、担当者会議を経た展開）</p> <p>朝：内服薬の一包化と朝にまとめるよう調整後、服薬の促し、モーニングケア、朝食のセット。1日に必要な水分をテーブルに配置。ゴミ出し等。</p> <p>昼：昼食と夕食の調理の他、掃除や買い物、洗濯、ゴミの分別等の支援を週の中で調整等）</p> <p>乗降介助 1回/月 訪問看護 4回/月</p>

<ケアプランに係る議論と自立支援・重度化防止の視点からの多職種による検討>

会議の形式	地域ケア個別会議
確認した資料	<p>・フェイスシート・課題整理総括表・第1表、第2表、第3表、第4表、第5表</p> <p>・薬の情報等</p>
参加した職種	医師、薬剤師、栄養士、保健師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、主任介護支援専門員等
直近の状況確認：介護支援専門員からの報告	<ul style="list-style-type: none"> ● サービス導入より3ヶ月経ち、健康課題については、改善され安定。最近では、混乱したことや不安な気持ちも支援者に伝えてくれる。 ● 半月前から、ヘルパーが訪問すると、紅茶をいれようとしながら「食器がどこにあるのか？どうやってお湯を沸かすのか？」と混乱される場面が複数回出現。 ● 直近では、「娘の好きなカレーを作りたい」など、得意だった調理への関心も表出。 ● ヘルパーの限られた活動時間の中で、どのような支援ができるか、主治医を始め、関係機関・者、本人及び家族と検討している最中であり、特に環境整備の面での具体案について思い悩んでいる。

専門職からの確認や助言の内容	
<p><助言のポイント></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 体調管理や意欲の向上など、支援当初より心身の状態は安定していることを確認。 ● 「娘の好きなカレーを作りたい」気持ちを尊重し、紅茶をいれるという行為過程をヒントに多職種で自立支援・重度化防止に向けた具体的なイメージが掴めるよう助言を行った。 ● 話し合いの結果、食器を見えやすい場所におく等の環境を整えるとともに、担当のヘルパーが何をするのかを共有したうえで、まずはカレーを一緒に作ってみることになった。 	
医師	<ul style="list-style-type: none"> ● 心身共に状態が安定してこられている印象を受けましたが、新しいことに挑戦していくことは心的ストレスをかけることにもつながるため、その点について主治医はどのように捉えていますか？ ⇒主治医は十分安定していると話されていました。（事例提供者）
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ● 内科的疾患もあるため確認しておきたいのですが、処方されている薬に変更はありませんか？ ⇒変更はありません（事例提供者）
栄養士	<ul style="list-style-type: none"> ● 娘さんが好きなカレーを作りたいとのことですが、朝のヘルパーが食材をカットしておいて、①②③と順番にタッパーに入れて置き、①カレー用野菜、②肉じゃが用野菜、③味噌汁用野菜など、種分けしておき、お昼に入るヘルパーが声掛けを行いながら、献立を共に選定しながら、作業を支援することができると思います。
療法士 作業	<ul style="list-style-type: none"> ● 具体的な作業工程を支援者で共有できる工夫ができますか？ ● 食器棚の中に使用する食器が入っていることの認識が持てない印象なので、フード付きのケースによく使う食器を入れて目視できる環境を整備するというのはいかがですか？
保健師	<ul style="list-style-type: none"> ● 支援に携わっている複数のヘルパーが具体的な段取り・手順を統一・共有し、同じテンポで進めていけるように工夫するのも必要でしょう。
療法士 理学	<ul style="list-style-type: none"> ● 調理をただ、声をかけ遂行していくのを見守るだけでなく、その料理にまつわる思い出話などを引き出しながら、行えるとともに回想法のように良い刺激となるかもしれません。
福祉士 介護	<ul style="list-style-type: none"> ● 調理だけに偏るとそれがご本人の負担となる場合もありますので、1 週間のうち、調理以外でも、何かと一緒にできることがあるか？等、サービス担当者会議で話し合ってみるのも一つですね。
主任介護 支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> ● 娘さんが例えば、週に 1 度、実家に帰られた際にお母さんと一緒に買い物に出かけ、本人がスーパーで食材を手に取り、購入するというような支援はどうでしょうか？

<事例のポイント>

<ul style="list-style-type: none"> ● 一人暮らしの認知症の方を支援する場合、実際に時間をかけながら「できること」「していること」がなにか、「工夫があればできそうなこと」などを整理していくのに一定の時間が必要です。 ● 上記が丁寧になされているかを確認しながら、本来自分でやりたいのに途中で混乱して中断してしまうやるせなさ、困惑などをしっかりと受け止めながら、どのような工夫があれば抜け落ちてしまうところを繋ぐことができるか、具体的な場面を想定しながら多職種でしっかりと確認・検討・助言できている点はポイントです。 ● 地域との繋がりやインフォーマルサポート支援への広がり等にも視野を広めるような助言も行われていました。
--

(2) 事例 2

「このアパートを守って、人生を全うしたい」との思いで、一人暮らしを続ける S さんの事例

<利用者の基本情報>

事例の概要	<p>90 歳 男性 要介護 3 障害高齢者の日常生活自立度Ⅱ b 認知症自立度Ⅲ A 既往歴：腰椎圧迫骨折・出血性胃潰瘍・腹部大動脈瘤・大腿骨頸部骨折 家族：子供はいない。近隣に実妹が住んでいるが、高齢でもあり、直接的な支援は難しい。 概要：2 棟のアパートを経営していたが、H25 年転倒骨折後、身体機能の急激な低下があり、室内は這って、屋外は車いすの生活となる。このような状態で、経営困難、廃業に至る。今年 4 月、妻を自宅で看取り、その後独居。「この地で、アパート経営をして一旗揚げたいと頑張ってきた。自分にも意地がある。最後までここに居たい」との本人の強い思いを受けて、本人の状態を確認しながら、リスクをスタッフ間にて共有、本人にも理解を得られるように、いろいろな場面での自己決定を支援している。アパート自体が地域から外れているので孤立状態。地域、親族のインフォーマル支援は多くは望めない。</p>
サービスの利用状況	<p>生活援助 71 回/月 季節間の温度調節も難しく、熱中症、脱水、肺炎で、朝ヘルパーが入るとぐったりされていることも度々あるため、受診介助や内服薬が与薬されたときは服薬の促しや確認。買い物、朝昼夕の調理、セッティング、週 2 回洗濯、掃除等環境整備、ゴミ出し等の介助。</p>

<ケアプランに係る議論と自立支援・重度化防止の視点からの多職種による検討>

会議の形式	地域ケア個別会議
確認した資料	<ul style="list-style-type: none"> ・フェイスシート ・課題総括分析表 ・第 1 表、第 2 表、第 3 表 ・サービス担当者会議資料 ・サービス提供票
参加した職種	医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、介護福祉士、介護支援専門員、主任介護専門員
直近の状況確認：介護支援専門員からの報告	
<ul style="list-style-type: none"> ● ヘルパーが入ることご本人の体調確認ができています。 ● 一日のトータル的な水分量も確認もでき、不足時は飲み足すような声掛けや工夫ができるようになり、一時期より体調も改善している。 ● 本人の思いは理解しているが、支給限度額オーバーの件やご本人の意向と実際の生活とのギャップもあり、この先このままで、生活していけるのだろうかと不安に感じている。 	

<p>専門職からの確認や助言の内容</p> <p><助言のポイント></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本人が自立支援に備えて、できることやできそうなことがないかを確認。 ● 環境整備（電子レンジの設置・温め）やおにぎり等、食べやすい食事形態の方法等について助言。 ● 本人の意向と実際の生活とのギャップをどのように解決していけるか確認・助言。 ● 本人が満足した人生が送れるようどのような支援がさらに考えられるかを検討・助言等 	
医師	<ul style="list-style-type: none"> ● 熱中症や脱水、転倒により骨折等のリスクも多くあり、今後一人で過ごすことも難しくなる。そこを捉えて専門職としてどう関わるのかが今後の課題なのかな。主治医へ相談していきながら、見極めていくほうがいいね。
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ● 常時服薬があるわけではないようです。ヘルパーさんの声かけで抗生剤などの大事な薬が飲めているようですので、もし、今後服薬が難しければ、薬剤師が訪問し本人への説明や、飲みやすくする工夫もできると思います。
栄養士	<ul style="list-style-type: none"> ● 通所の食事は美味しいと言われているようですので、食事摂取量が安定し、体調が維持できるよう、通所の栄養士さんから、ヘルパーさんへ調理法や栄養面の助言ができるといいですね。
療 _{理学} 法士	<ul style="list-style-type: none"> ● 送迎時はベッドから玄関まで這って移動されているようですが、歩行器での移動は難しいでしょうか。安全性から考えると這って移動は確実だと思いますが、ベッドに這い上がることが早速ではないような気がします。
療 _{作業} 法士	<ul style="list-style-type: none"> ● レンジを扱う等、細かい動作がどれくらいできるのかを評価しながら、本人の意欲に繋げることができるような作業療法も考えていただくといいかと思います。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ● 通所時に、食後の歯磨きや、個別で嚥下機能向上のための口腔リハビリテーションも継続されています。体重測定も月に1回はされているので、続けてお願いします。
福 _社 士 介 _護 士	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問時、ご本人が実際されていることを確認しながら、出来ることは、心配もありますが、少しでも続けていけますように、見守りをされるのもいいと思います。 ● 体調不良時も介護支援専門員さんへの連絡体制も取られているので、直ぐに対処され、入院等には至っていないと思います。
主 _任 介 _護 支 _援 専 _門 員	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活する上で重要なことは、調理をしてもらう、食事が食べられる、体調管理が出来る、動きが良くなるというだけではなく、本人が「この家で最後まで暮らしたい」という思いを持ちながら、どんな暮らしを描いているのかを捉えられるといいのかなと思います。数々の喪失体験を得てこられた本人様です。モチベーションに繋がり、本人の力となり、出来ることも増えてくるといいですね。

<事例のポイント>

<ul style="list-style-type: none"> ● 1人暮らしであること、家族や地域の支援が現段階では得難いことも含め、現在の身体機能では健康面や転倒等のリスクも高い状態ですが、生活支援が入ることで、リスクを回避ができていると考えられます。本人の「この家で最後まで暮らしたい」という自己実現を目指すためにも、現プランの日常生活全般への支援は必要です。 ● 本人の思いと実際の生活とのギャップも考慮し、今後も本人の意向を大切にしながら、この家で生き抜いたという達成感が少しでも得られるような関りの継続が重要です。 ● 主治医、介護支援専門員、訪問介護事業所、通所リハビリテーション事業所間にて本人の状態を共有します。体調管理、安心安全の生活、役割としてできることを増やすことを意識し、自己実現を目指した支援を行っていくことが重要です。
--

(3) 事例 3

一人暮らしで高次脳機能障害があるが生活支援サービスを中心に生活リズムを作ることで、自分自身でいろいろなことができるということを確認できた事例

<利用者の基本情報>

事例の概要	<p>54 歳 男性 要介護 1</p> <p>障害高齢者の日常生活自立度 J 1、認知症日常生活自立度 II a</p> <p>現病歴：高次脳機能障害、空間認知障害、記憶障害、睡眠障害</p> <p>既往歴：昭和 63 年（29 歳）脳出血</p> <p>平成元年（30 歳）再度脳出血を起こし再手術。</p> <p>家族：3 人兄弟の末っ子。父親はすでに他界。母親と姉の 3 人暮らし。一番上の兄は結婚し他県に在住。兄の妻と本人との折り合いが悪く、兄とはあまり交流がない。要介護状態だった母親を看護師の姉と介護していたが、平成 18 年に姉が癌で亡くなり、その後母親も平成 28 年に亡くなり独居となる。</p> <p>概要：大学卒業後、大手建設会社に就職。設計の仕事をしてしたが 29 歳で脳出血、30 歳で再度の脳出血で倒れたため、退職。同業種で再就職するも上司とうまくいかず退職する。看護師だった姉の支援もあり、障がい者福祉サービスを利用しながら生活。設計関係の仕事をしたという就労意欲はあるが、記憶障害などから精神的に不安定な状態も続き、作業所も休むことがあった。精神的に不安定な時の支援をしていた姉が亡くなってしまったこと、母親の認知症や身体機能の低下による突発的なできごとが自分で受け止められず落ち着かない状態が続き、徐々に睡眠障害が悪化していった。介護ができないこともあり、母親は施設へ入所し、その後亡くなった。一人暮らしになったことで、さらに日常生活上のささいな選択肢も自分で判断することに不安感が強まってきたこともあり、支援を開始することとなった。ADL は自立しているものの高次脳機能障害があり、日常生活全般に声かけや助言、一部介助が必要であったため、生活援助中心のサービス利用となった。</p>
サービスの利用状況	<p>生活援助 31 回／月</p> <p>主な内容 買い物、調理、洗濯、掃除</p> <p>訪問看護 週 1 回 就労継続支援 B 型事業所 週 2 回</p>

<ケアプランに係る議論と自立支援・重度化防止の視点からの多職種による検討>

会議の形式	ケアプラン指導研修事業（地域ケア個別会議）
確認した資料	<p>・フェイスシート・リアセスマント支援シート・主治医意見書・第 1 表、第 2 表、第 3 表</p> <p>・サービス担当者会議資料・サービス提供票・個別援助計画</p>
参加した職種	看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、主任介護支援専門員、基幹相談センター（障害者福祉課）、保険者等
直近の状況確認：介護支援専門員からの報告	
<ul style="list-style-type: none"> ● サービス導入当初からしばらく時間が経過し、生活そのもののリズムを作ることができている。 ● もともと母親や姉が家事を担っていたこともあり、やったことがないことも多かったため、サービスに依存的な傾向が出てきている。 ● 就労したいという意欲はあり、それが作業所へ通所するモチベーションにつながっている。 	

専門職からの確認や助言の内容	
<p><助言のポイント></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高次機能障害の特性等の理解や工夫について、助言する。 ● 就労したいという意欲から、そのために今の生活で何が必要なのかを本人と一緒に整理する。 ● IADL の評価をもっと細かく行うことで、何が出来て、どこが苦手なのか確認する。 ● 基幹相談支援センター（障害者福祉課）とも連携し、本人に理解しやすい方法を検討する。 	
医師（主治 医意見書）	<ul style="list-style-type: none"> ● 高次脳機能障害、空間認知障害、左半側空間無視、記憶障害あり。 ● 不安感が強く不眠。睡眠障害による昼夜逆転の傾向。
主任介護士 専門員	<ul style="list-style-type: none"> ● できない生活行為を補完するだけになっていませんか。本人の不安感はどのような時に強まるのでしょうか。本人の今の状態と困りごとを丁寧に整理、分析していきましょう。 ● そのうえで支援チーム全体としての支援方針を共有し、生活課題に優先順位をつけ、解決に向けた具体的な目標を提案していくようにしてください。
言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> ● 高次脳機能障害といっても個人差がありどのような障害が出ているのか、主治医に確認しているでしょうか。視野の狭さもありますが左半側空間無視があり、安全確認が不十分なこともあります。家事行為だけでなく、作業所への通所も含め外出時に注意すべきこともあります。 ● また地誌的記憶障害から場所の理解が難しいことも不安感を強める原因のひとつと考えられます。サービスに依存しがちな点は、人に頼ることができるという強みであるとも考えられます。本人の不安感が軽減できるようなコミュニケーション、連絡方法の検討ができると良いのではないのでしょうか。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活が不規則になることだけでなく、体調の悪さも精神的な不安の引き金になりやすいです。きちんと服薬することももちろん大切ですが生活そのものにリズムをつけることで体調も安定しやすくなります。規則正しい生活を送れることが基本です。
基幹相談支援 センター	<ul style="list-style-type: none"> ● 本人の不安に思っていることをしっかりと聞いたうえで「それであなたはどうしたいと思っていますか」と問いかけるだけでも、自分で自分の気持ちが整理され落ち着いてきます。本人の高次脳機能障害の症状が、日常生活のどの場面で表れてきているのかを細かく知ることで、不安にならないための支援が本人の自立にむけた支援につながってくるのではないのでしょうか。54歳と若いこともあり、日常生活での行為の中ではまだまだできることが多いはずだと思います。
保険者	<ul style="list-style-type: none"> ● 日常生活を支えることの重要性は理解できますが、本人の自立に向けた支援も忘れずに働きかけるようにしてください。

<事例のポイント>

<ul style="list-style-type: none"> ● 一人暮らしの方を支援する場合、実際に時間をかけながら「できること」「していること」がなにか、工夫があれば「できそうなこと」などを整理していくのに一定の時間が必要です。この事例では、これまで関わりを尊重しながら、地誌的障害等の出現の有無など、高次脳機能障害の特性の理解・共有に努めているところもポイントです。 ● 54歳という若い年齢も考慮し、障害部局との連携等も意識し、多職種でしっかりと確認・検討・助言を行うことも大切です。
--

(4) 事例 4

一人暮らしで糖尿病が悪化している中で本人が望む生活を模索している事例

<利用者の基本情報>

事例の概要	<p>67 歳 男性 要介護 3</p> <p>障害高齢者の日常生活自立度、認知症日常生活自立度 I</p> <p>現病歴：脳出血、高血圧、糖尿病、糖尿病性網膜症</p> <p>既往歴：20 代 脳出血をきっかけに受診、高血圧、糖尿病の診断</p> <p>40 代 再度脳出血</p> <p>家族：3 人兄弟の末っ子。高校卒業後、両親が亡くなり、ふたりの兄とも別れて生活。長兄は 60 代で他界。次兄は近県にいるらしいが音信不通。ほかに身寄りはいない。</p> <p>概要：両親が病気で亡くなり、ふたりの兄とも別れて暮らす。塗装業で生計をたてて一人暮らしをしていた。飲酒が好きで、行きつけの飲み屋があり、仲の良い友人や店主がいた。20 代後半で脳出血を起こしたため医療機関に受診。高血圧と糖尿病と言われたが、治療継続せず。その後 40 代で再度脳出血を起こし入院。以降、就労困難となり生活保護となる。長兄、次兄とも交流なく音信不通。長兄が関西で亡くなった時に連絡があった程度。若いころから家族との交流もなく、病気になっても頼れる親族もないこともあってか自暴自棄な発言も多い。好きだった飲酒もできなくなり「どうなってもいい」と言う。「入院するのは嫌」ということだけは明確な意思を示すが、気に入らないことがあると大声を出す。そのため自立に向けた支援というより、本人が気に入るような支援の方法となってしまう。現在、さらに糖尿病が悪化、視力低下が進行している。</p>
サービスの利用状況	<p>生活援助 58 回／月</p> <p>主な内容 買い物、調理、洗濯、掃除</p> <p>訪問看護 週 2 回</p> <p>通所介護 週 1 回</p>

<ケアプランに係る議論と自立支援・重度化防止の視点からの多職種による検討>

会議の形式	ケアプラン指導研修事業（地域ケア個別会議）
確認した資料	<p>・フェイスシート・リアセスメント支援シート・主治医意見書・第 1 表、第 2 表、第 3 表</p> <p>・サービス担当者会議資料・サービス提供票・個別援助計画</p>
参加した職種	看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、主任介護支援専門員、基幹相談センター（障害者福祉課）、保険者等
直近の状況確認：介護支援専門員からの報告	
<ul style="list-style-type: none"> ● 受診や介護サービスで気に入らないことがあると大声で怒鳴ったりするので困っている。 ● 本人がやってほしいことだけを結果的に支援する状況になっており、正直、悩んでいる。 ● 慣れた室内であれば、まだできることがあるはずと思うが、自分でやろうという行動に至らず、動機づけが難しいと感じている。 	

専門職からの確認や助言の内容	
<p><助言のポイント></p> <ul style="list-style-type: none"> ● これまでの生活歴をヒトにこれから先、どのような生活を送りたいと思っているのか、支援者の中で心を許し、会話できる人がいないか？など、デマンドからニーズに変わる支援の在り方を探るような助言。 ● 本人らしさの理解を深めることで、生活に対する意欲につなげることができるよう、現状確認する中で見出していくことができないか等、気づきが生まれるような助言。 	
医師	<ul style="list-style-type: none"> ● 糖尿病に関する治療状況について主治医はどのように捉えていますか？ また、本人はどのような病識をお持ちですか？ ● 生活習慣病等に関する治療歴は長いと思うが、そのことについて本人はどのように捉えていますか？
主任介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> ● 自暴自棄な発言も多く聞かれ、それだけ生活歴の複雑さが伺える方だと感じました。そのような中で、支援が継続できているということや、今後の支援にあたって、この方の生活意欲の向上につながるような動機づけについてのお考えはありますか？ ● 病態不安定や悪化した折に生活福祉課の担当ケースワーカー（生活保護受給者）とも緊急時の連絡体制を確認しておくとい良いでしょう。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ● 長年にわたる生活習慣（飲酒や暴飲暴食等）のために血糖コントロール不良となっておりますが、サービス提供によって、気持ちが飲酒に向かうことがなくなっている点や健康面の確認ができるようになっておられます。状態悪化の一途を辿るという経過を回避されていることから、ご自身にもう少し目を向けられ、本人らしい生活を送ることにもつなげられるように何か手立てを考えるとすれば、どのようなことが提案できそうですか。 ● 病状悪化の恐れもあり、具体的な医療との連携体制を確認しておく必要があります。
基幹相談支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ● 糖尿病性網膜症のため視力低下がみられています。四肢にも末端神経障害があり常時しびれ感がある状態となっています。日常生活行為に一部介助が必要ではありますが、本人がまだ自分で出来ていることも多いのではないのでしょうか。慣れた室内であれば生活上の工夫ができないか、日常的に関わっている訪問介護からの提案はなにか聞いていますか？
保険者	<ul style="list-style-type: none"> ● 安心して生活ができる場として短期入所生活介護の利用や施設入所の提案があるが、果たして本人はどのように望んでいるのか読み取りができませんでした。ケアプランは保険給付するうえでの根拠となる書類であることを意識して作成してください。

<事例のポイント>

<ul style="list-style-type: none"> ● 気に入らないと怒鳴ることはあるということだが、サービスそのものを拒否するわけではないことから、関係性構築の中から、本人との会話や些細な変化を捉えて、意図的に本人が何をどう考えているのかを探ってみる努力を継続することが必要です。会話の内容や些細な変化を支援チームで共有することで本人らしさが次第に見え始め、本人らしい生活とはどのようなものか推測できると考えられます。 ● 今でもたまたま飲み屋の店主が自宅にお見舞いに来てくれるということであれば、店主や友人との関わりを増やすことで、本人が少しでも自分の生活に積極的な気持ちになれる面も考慮し、地域との関係性も支援の一部として考えていくことも大切です。
--

(5) 事例 5

夫婦ともに認知症があるが、一部介助や声かけにより夫婦でできることを支えている事例

<利用者の基本情報>

事例の概要	<p>夫 95 歳 要介護 3 (A2/Ⅲa) 妻 90 歳 要介護 1 (J2/Ⅱa) 既往歴：夫 アルツハイマー認知症 前立腺肥大 脱水症 妻 認知症 急性循環不全 腎不全 脱水症 家族：高齢者のみ世帯。 子供は 2 人。同マンション内の 1 階に長男の妻、4 階に孫家族 次男家族は近隣市在住。長男はすでに亡くなっており、長男の妻とは折り合いが悪い。長男の子である孫が家族で住んでいるが交流は少ない。入退院時には近隣市から次男が来て対応するが、次男も就労があり、日常的な支援は不可能 概要：夫は県庁に勤めていたが、定年前に退職。実家のある東京に戻り、不動産業を営む。妻は専業主婦で二人の子を育てる。夫婦で裕福な暮らしをしていた。ふたりともこれまでに大きな病気もなく医療機関にかかることはほとんどなかった。子供や孫と積極的に交流なく、夫婦だけで生活していた。自己所有マンションの管理ができなくなり、賃貸借契約でトラブルを起こしたことをきっかけに認知症が判明。同時期に、妻にも同じ物をいくつも購入する等の出来事があり、受診したところ認知症が判明。</p>
サービスの利用状況	<p>生活援助 夫（要介護 3）56 回／月 ・ 妻（要介護 1）28 回／月 主な内容：買い物、調理、洗濯、掃除、着替えや入浴の促し</p>

<ケアプランに係る議論と自立支援・重度化防止の視点からの多職種による検討>

会議の形式	ケアプラン指導研修事業（地域ケア個別会議）
確認した資料	<p>・フェイスシート・リアセスメント支援シート・主治医意見書・第 1 表、第 2 表、第 3 表 ・サービス担当者会議資料・サービス提供票・個別援助計画</p>
参加した職種	<p>医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、主任介護支援専門員、基幹相談センター（障害者福祉課）、保険者等</p>
直近の状況確認：介護支援専門員からの報告	
<ul style="list-style-type: none"> ● 妻が家事一切を担っていたが、家事の手順がわからなくなり、できなくなっている。特に調理ができなくなり、また火の始末も心配なため配食サービスを利用開始も、届いた食事を各自が食べるというのを理解できないため、夫が妻の分まで全部食べてしまっている状況。 ● 夫の記憶障害は進行しており、食べてもすぐに忘れてしまうため、食事はまだかと聞かれると妻は自分もまだ食していないのに夫に自分のものを差し出してしまう状況。 ● 夏にふたりで脱水症状のため入院することになった経緯があり、食事と水分をきちんと取れるよう配食サービスの利用を開始したものの声かけがないとふたりともきちんと食事や水分がとれない状況。 ● キーパーソンである次男と過去にトラブルがあり、両親のことについて多くを語りたがらない様子。 	

専門職からの確認や助言の内容	
<p><助言のポイント></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症夫婦であるが、自宅で暮らし続けたいという意向を尊重しながら、生活全般に一部介助や声かけを続けながら、現状を維持できているところを支持。 ● どのくらいの期間と時間をかけ、現状のサービスを定着させてきたかを確認し、健康管理や脱水予防等への早期発見やリスク回避のために必要な支援等について助言。 ● 親子間での揉め事があり、家族からの支援が受けにくい状態であるが、介護サービスでできること、家族でなければできないことを整理し、伝える工夫などについて助言。 	
医師	<ul style="list-style-type: none"> ● 夫は短期記憶、判断力の低下が顕著になってきているようです。介護していた妻の認知症状と合わせて、健康管理を含めた支援や生活支援など、今後の見立てを主治医はどのように行っていますか？ ● 夫婦の認知症高齢者の日常自立度から、食事や水分をきちんと取り、服薬を行うために、相当の声掛けや支援の必要性があると思います。
主任介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> ● これまでの夫婦の生活史の中で役割分担されていたことを各自が実施しようとされているが、うまくできないために、さまざまな点から生活上の問題が生じているようです。可能な限り自分でできるよう、一部介助や声かけのタイミングや工夫をサービス事業者間で情報を共有し、支援に活かせると良いでしょう。サービス担当者会議の場をうまく活用してみたいかですか？ ● 近隣にいる家族からの支援がなぜ受けられないのかは、どのように確認していますか？ ● 家族間の不和があるうえ、認知症状が両親にあるとなると、支援していく家族の負担は大きいので、高齢者虐待等への発生リスクがないかも考慮して支援を行いましょう。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症があるために体調不良を訴えられない可能性もあります。言動や動作の異変など、何か普段と様子が変わったと感じたら、体調面を確認してみてください。 ● 食事と水分の摂取だけでなく排泄についてもアセスメントが必要です。夫の前立腺肥大では排尿がどうなっているのかが気になるところです。その点はどのようにして確認していますか？
保険者	<ul style="list-style-type: none"> ● 同一マンションに居住していても支援できない理由が明らかで、根拠のあるものであれば生活援助中心型の算定は可能です。トラブルの多くを語りたがらないことを無理に聞き出す必要はありませんが、これまでどうい生活を送ってきたのか、どのような父親、母親だったかを聞くだけでも推測できることもあるかもしれません。次男や孫からももう少し、具体的な経緯を聞いてみてはどうでしょうか。

<事例のポイント>

<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症の夫婦を支えるためには、日々の暮らしぶりを確認しながら、夫婦の意向確認や低栄養、脱水のリスクや、便秘など含めた体調管理を行うには一定の生活援助のサービスが必要です。 ● また、生活援助サービスのみならず、短期入所生活介護等を利用し、夫婦それぞれの食事や睡眠、排泄等を一定期間で把握する方法などの検討もできたところも大切な視点です。一旦勧めて拒否があった場合においても情報提供等、伝え方の工夫を変えるだけで受け入れができる場合があります。 ● 施設ではどのような介助や声かけをしたのかを退所時に支援チームで共有し、短期入所生活介護での生活リズムを在宅でも継続できるよう、食事や排泄、入浴の時間を調整することとなりました。 ● 主治医と相談し、服薬の内容も再度調整し、朝と夕方のみに変更できています。 ● 家族間の不和の背景にも配慮し、介護保険サービスでできること、親族として行う点など、今後の予後予測を伝える中で、緊急時対応や嫁・孫等が具体的な夕方の食事の促しと水分補給、トイレ誘導等、出来る範囲で声をかけてくれることになりました。
--

4. 参考情報

4.1 参考資料

- 厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き（Ver.1）」
「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き（Ver.1）」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html
- 一般財団法人 長寿社会開発センター 平成 24 年度老人保健健康増進等事業 地域ケア会議運営マニュアル作成事業「「地域ケア会議運営マニュアル」」
<http://www.nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.pdf>
- 厚生労働省「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集～地域の特色を活かした実践のために～」
- 一般財団法人 長寿社会開発センター「地域ケア会議運営ハンドブック」
- 一般社団法人日本介護支援専門員協会 平成 29 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアプランへの訪問介護の生活援助を位置付ける際の調査研究事業」報告書
http://www.jcma.or.jp/news/association/29_8.html

4.2 関連する基準等

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）

第 13 条第 18 号の 2

介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。）を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

通知：第 2 の 3（7）⑱

訪問介護（指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 19 号）別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の 1 訪問介護費の注 3 に規定する生活援助が中心である指定訪問介護に限る。以下この⑱において同じ。）の利用回数が統計的に見て通常の居宅サービス計画よりかけ離れている場合には、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当である。このため、基準第 13 条第 18 号の 2 は、一定回数（基準第 13 条第 18 号の 2 により厚生労働大臣が定める回数をいう。以下同じ。）以上の訪問介護を居宅サービス計画に位置づける場合にその必要性を当該居宅サービス計画に記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならないことを規定するものである。届出にあつては、当該月において作成又は変更（⑳における軽微な変更を除く。）した居宅サービス計画のうち一定回数以上の訪問介護を位置づけたものについて、翌月の末日までに市町村に届け出ることとする。なお、ここで言う当該月において作成又は変更した居宅サービス計画とは、当該月において利用者の同意を得て交付をした居宅サービス計画をいう。

なお、基準第 13 条第 18 号の 2 については、平成 30 年 10 月 1 日より施行されるため、同年 10 月以降に作成又は変更した居宅サービス計画について届出を行うこと。

平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A（Vol. 1）（平成 30 年 3 月 23 日）

○ 訪問介護が必要な理由について

問 134 基準第 13 条第 18 号の 2 に基づき、市町村居宅サービス計画を提出するにあつては、訪問介護（生活援助中心型）の必要性について記載することとなったが、居宅サービス計画とは別に理由書の提出が必要となるか。

（答）

当該利用者について、家族の支援を受けられない状況や認知症等があることその他事情により、訪問介護（生活援助中心型）利用が必要である理由が居宅サービス計画の記載内容から分かる場合には、当該居宅サービス計画のみを提出すれば足り、別途理由書の提出を求めるものではない。

この手引きは、平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業」において、下記の検討委員会・作業部会により作成されたものです。

検討委員会 名 簿

（平成 30 年 9 月現在・五十音順・敬称略）

<委員長>

中澤 伸 社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長

<委員>

折腹 実巳子 全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 副会長

高良 麻子 東京学芸大学 教育学部社会福祉講座 教授

七種 秀樹 一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長

齊藤 秀樹 公益財団法人全国老人クラブ連合会 常務理事

田中 明美 奈良県生駒市福祉健康部 次長

花俣 ふみ代 公益社団法人認知症の人と家族の会 副代表理事

作業部会 名 簿

（平成 30 年 9 月現在・五十音順・敬称略）

<座長>

田中 明美 奈良県生駒市福祉健康部 次長

<委員>

金丸 絵里 東京都武蔵野市高齢者支援課相談支援係 主査

三多 久実子 医療法人社団さかもと医院 居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員

<オブザーバー>

川部 勝一 厚生労働省老健局振興課 課長補佐

佐々木 暁子 厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進官

増田 岳史 厚生労働省老健局振興課 人材研修係長

宮本 和也 厚生労働省老健局振興課 基準第一係長

岡田 愛 厚生労働省老健局振興課 人材研修係

<事務局>

エム・アール・アイリサーチアソシエイツ株式会社 サステナビリティ事業部

株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部

平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業

多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き
～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～