

自立支援型ケア会議 マニュアル

理学療法士
作業療法士
言語聴覚士



管理栄養士
栄養士

薬剤師



歯科医師

歯科衛生士



行政



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

「元気で心豊かに安心して暮らせる」ように、
みんなでサポートしていきます。

島原地域広域市町村圏組合（令和5年3月）

目次

1	はじめに	P. 1
2	介護保険制度における理念	P. 1 ~ 2
	(1) 介護保険法	(3) 自立支援とは
	(2) 介護予防とは	(4) 地域ケア会議とは
3	高齢者の現状と動向	P. 3
	(1) 島原半島の高齢化率について	
	(2) 要介護（要支援）認定者の推移と将来推計	
4	自立支援型ケア会議の概要	P. 4
	(1) 目的	
	(2) 効果	
5	自立支援型ケア会議の実践	P. 4 ~ 12
	(1) 運営	
	(2) 対象とするケアプランの選定基準	
	(3) 開催頻度	
	(4) 出席者	
	(5) 個人情報の保護	
	(6) 会議に使用する資料	
	(7) 自立支援型ケア会議のスケジュール	
	(8) 会議の進め方、シナリオ	
6	助言者に期待すること	P. 14 ~ 20
	(1) 歯科医師	(5) 作業療法士
	(2) 歯科衛生士	(6) 言語聴覚士
	(3) 薬剤師	(7) 管理栄養士・栄養士
	(4) 理学療法士	
7	会議を効果的に行うためのポイント	P. 21
8	留意事項	P. 21 ~ 22
9	自立支援型ケア会議の運用例	P. 23 ~ 24

1 はじめに

■団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態と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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「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ます。

■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、自分らしい生活を作っていただく」ことが重要です。

■平成30年に改正された介護保険法において「地域包括ケアシステムの深化・推進」の一環として「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」の仕組みが制度化され、本組合では、「いつまでもいきいきと健康に住み慣れた地域で生活を継続」を基本目標に、令和元年度から「自立支援型ケア会議」を開催しています。

2 介護保険制度における理念

(1) 介護保険法（抜粋）

■介護保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる必要がある。（介護保険法第2条第2項）

■国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。（介護保険法第4条）

～介護保険制度は、自立支援の理念のもとに実施されるものとなっています～

(2) 介護予防とは

■「要介護状態の発生を出来る限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化を出来る限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義されています。

■単に運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、日常生活の活動性を高め、生活の質（QOL）の向上を目指すものです。

(3) 自立支援とは

■高齢者一人一人が、住み慣れた地域で、その能力に応じて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です。すなわち、元気な方に対してはその状態を引き続き維持できるように支援するとともに、介護を必要とする方に対してはその状態の維持・悪化防止に向けて支援することです。

(4) 地域ケア会議とは

■地域ケア会議は、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同時に推進することにより、地域包括ケアシステム構築のための重要な手段として、「地域ケア会議」があります（介護保険法 115 条の 48）。

■地域ケア会議には、①個別課題の解決、②地域包括支援のネットワーク構築、③地域課題の発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策の形成の 5 つの機能があります。

■地域ケア会議は主に、①個別事例の課題検討を行う地域ケア会議、②地域課題の共有や検討、政策の立案や提言を行う地域ケア会議 に分けられ、自立支援型ケア会議は①に分類され、前述の 5 つの機能も発揮されるものであります。

※自立支援型ケア会議の目的等の詳細は、P.4 「4 自立支援型ケア会議の概要」をご覧ください。

3 高齢者の現状と動向

(1) 島原半島の高齢化率について

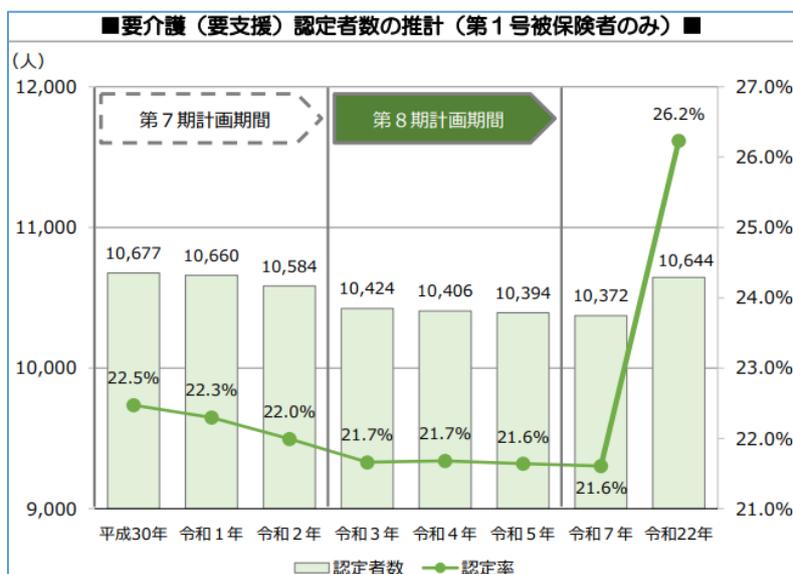
- 本組合における令和5年1月末現在の高齢者人口は48,125人で、高齢化率は37.8%です。
- 「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者となる令和7（2025）年度や「団塊ジュニア」が65歳以上となる令和22（2040）年度には、生産年齢人口の減少等により総人口が減少していくため、高齢化率が上昇すると予測しています。

区分	令和3年	令和4年	令和5年	令和7年	令和22年
	推計	推計	推計	推計	推計
総人口(A)	129,588	127,438	125,342	121,169	89,381
高齢者人口(B) 65歳以上	48,087	47,995	48,027	47,999	40,574
前期高齢者 65-74歳	22,866	22,437	22,051	21,075	14,091
後期高齢者 75歳以上	25,221	25,558	25,976	26,924	26,483
高齢化率(B/A)	37.1%	37.7%	38.3%	39.6%	45.4%
0-64歳人口	81,501	79,443	77,315	73,170	48,807

(第8期介護保険事業計画より)

(2) 要介護（要支援）認定者の推移と将来推計

- 本組合の要介護（要支援）認定者数は、令和5年1月末現在で、10,177人、認定率21.2%（ともに第1号被保険者のみの数値）となっており認定者数の推計は減少傾向にありますが、令和22（2040）年度までは要介護（要支援）認定を受ける可能性が高い後期高齢者の割合が増加していくため、認定率も26.2%まで上昇すると想定しています。



(第8期介護保険事業計画より)

4 自立支援型ケア会議の概要



(1) 目的

- 島原地域広域市町村圏組合（以下「本組合」という）では、高齢社会を支える地域包括ケアシステムを実現する手段として、「自立支援型ケア会議」を開催します。
- この会議は、要支援者等のケース検討において、特に「高齢者のQOL（生活の質）の向上」を目的とし、自立支援（本人の有する能力の向上・維持）・介護予防の視点から、高齢者の生活行為の課題などを明らかにし、多職種からの専門的な助言を得ることで、効果的な介護サービスの利用と様々なインフォーマルサービスの活用を検討し、できる限り『住み慣れた地域で自立した生活』を続けることができるよう支援していきます。
- また、自立支援ケア会議では、個別ケースの支援を通し、会議の参加者が自立支援に資するケアマネジメントの視点、サービス等の提供に関する知識・技術を習得することで自立支援・介護予防のスキルアップを図っていきます。

(2) 効果

- 医療・介護等の多機関・多職種が協働して、多角的視点から検討・助言を行うことにより、高齢者の個別課題を解決する。
- 支援のプロセスを通して、地域包括支援センター職員やケアマネジャー等の実践上の課題解決力の向上を図ると共に、ケアマネジャー・介護サービス事業者・助言者のチームケアの質を高める。
- 個別ケースの検討を積み重ねて、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを地域全体に普及することにより、地域で高齢者を支えるネットワークを強化する。
- 高齢者の自立を支援するための具体的な地域課題やニーズを明確化し、行政施策に反映するなど政策形成や社会基盤整備につなげる。

5 自立支援ケア会議の実践

(1) 運営

- 本組合と地域包括支援センターが協働して開催

(2) 対象とするケアプランの選定基準

- 対象とするケアプラン

新規申請で3か月以上経過している

①事業対象者、要支援者のケアプラン

②要介護1のケアプラン

*居宅介護支援事業所に委託しているケアプランを含む

*その他、本組合と地域包括支援センターが協議し会議にかけることが相当と判断したケアプラン

- 選定基準

①介護支援専門員等が会議で助言を求めたいケース

②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等のケース

③福祉用具の貸与のみのケース

④その他、本組合と地域包括支援センターが協議し、会議にかけることが相当と判断したケース

(3) 開催頻度

- 月1回程度、1回の会議で2事例を検討

(4) 出席者

■本組合	■行政関係者（福祉課等）	■助言者 ・歯科医師または歯科衛生士 ・薬剤師 ・リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士） ・管理栄養士または栄養士
■地域包括支援センター	■必要に応じて、生活支援コーディネーター、民生委員等	
■事例提供者（ケアマネ等）		
■介護サービス事業者		



(5) 個人情報の保護

- 会議で検討するケアプランは、個人と断定できる箇所は加工を行い、使用する
- 会議は公開とする。ただし、傍聴者については、介護保険サービス等に関する関係者とし、個人情報を扱う観点から一般市民の傍聴は原則認めない。
- 会議の参加者は、あらかじめ、会議で知り得た個人情報の秘密保持について誓約書に署名を行う。
- 会議で使用する資料は、会議終了後に回収を行う。

<イメージ図>



- 多職種協働による協議
- インフォーマルサービスの活用
- 自立を阻害する要因の追及
- 地域課題発見・解決策の検討
- 医療との連携
- 参加者のOJT

ケアプランの実行・評価・見直し

高齢者のQOLの向上

(6) 会議に使用する資料

■ 提出先：介護保険課 地域支援係 または 地域包括支援センター

■ 提出期限：（めやす）会議開催 1 週間前

* 提出先や提出期限は、別途、個別通知します。詳細は通知を確認してください。

* 個人と断定できる箇所は加工して使用します。



<事例提供者（介護支援専門員等）が準備し、提出するもの>

事業対象者、要支援者 の事例		要介護者 の事例	
<input type="checkbox"/>	①利用者基本情報〈様式1〉 * 日頃、使用している様式で可	<input type="checkbox"/>	①利用者基本情報〈様式1〉 * 日頃、使用している様式で可
<input type="checkbox"/>	②お薬情報（おくすり手帳の写し）	<input type="checkbox"/>	②お薬情報（おくすり手帳の写し）
<input type="checkbox"/>	③基本チェックリスト〈様式2〉	<input type="checkbox"/>	③興味・関心チェックシート〈様式3〉
<input type="checkbox"/>	④興味・関心チェックシート〈様式3〉	<input type="checkbox"/>	④お口の困りごとチェックシート〈様式4〉
<input type="checkbox"/>	⑤お口の困りごとチェックシート〈様式4〉	<input type="checkbox"/>	⑤居宅サービス計画書第1～3表〈様式5〉
<input type="checkbox"/>	⑥介護予防サービス・支援計画表〈様式5〉	<input type="checkbox"/>	⑥課題整理総括表〈様式6〉
<input type="checkbox"/>	⑦課題整理総括表〈様式6〉	<input type="checkbox"/>	⑦その他必要時には、ADL や生活機能のアセスメント表、写真など参考になるもの
<input type="checkbox"/>	⑧その他必要時には、ADL や生活機能のアセスメント表、写真など参考になるもの		

* 各種様式は本組合ホームページからダウンロードできます。

<介護サービス事業者が準備し、提出するもの>

資料名		備考
<input type="checkbox"/>	①個別サービス計画書	運動機能の評価があれば添付

(7) 自立支援型ケア会議のスケジュール

役割 時期の目安	【本組合】 【地域包括支援センター】	【事例提出者】	【介護サービス事業所】	【助言者】
会議前				
4週間前 ～ 2週間前	<input type="checkbox"/> 事例提供者へ依頼 *対象者選定、資料作成への支援 <input type="checkbox"/> 介護サービス事業所へ依頼	<input type="checkbox"/> 事例の決定 ⇒本組合へ報告 <input type="checkbox"/> 資料準備	<input type="checkbox"/> 資料準備	
1週間前	<input type="checkbox"/> 資料の受領、確認 <input type="checkbox"/> 出席者の確認	<input type="checkbox"/> 資料提出	<input type="checkbox"/> 資料提出	<input type="checkbox"/> 出欠表の提出
数日前	<input type="checkbox"/> 事前打合せ <input type="checkbox"/> 事前資料配布	<input type="checkbox"/> 事前打合せ (※各市の方法による) <input type="checkbox"/> 事前資料確認	<input type="checkbox"/> 事前資料確認	<input type="checkbox"/> 事前資料確認
会議当日				
当日	参集またはオンライン会議			
会議後				
1か月後	<input type="checkbox"/> 会議議事録、モニタリング表の作成・提供 <input type="checkbox"/> 会議で明らかになった地域課題の整理	<input type="checkbox"/> 会議で受けた助言の整理 <input type="checkbox"/> （必要に応じ）ケアプランの調整・検討	<input type="checkbox"/> 会議で受けた助言の整理 <input type="checkbox"/> （必要に応じ）計画書の調整・検討	
4か月後	<input type="checkbox"/> モニタリング表を受領後、再助言の依頼	<input type="checkbox"/> モニタリング表の提出		
5か月後	<input type="checkbox"/> 受領した再助言を事例提供者・出席者へ報告（最終報告）	<input type="checkbox"/> 再助言の確認		<input type="checkbox"/> 再助言の提出

(8) 会議の進め方

- 1 ケースあたりの進め方および所要時間について

会議当日 1 ケース 30~40 分で検討			
項目	所要時間	説明者等	ポイント
①事例提供者から概要説明	約 3~5 分	事例提供者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 現在の状態（生活機能の低下）に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明（自立を阻害している背景の洞察が重要） ■ 生活機能評価の解説→改善可能な機能・ポイント
②介護サービス事業者からの説明	各事業所 1~2 分	介護サービス事業者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用する介護サービス事業者からサービス計画について説明（運動器等の評価を行っている場合はその内容も含む）
③質疑応答	約 10 分	参加者全員	<ul style="list-style-type: none"> ■ さらに事例を深めるため、資料や事例提供者からの説明を踏まえ、不明点などを確認する
④助言者等からの助言	約 10 分	助言者等	<ul style="list-style-type: none"> ■ 司会者は課題を整理し、状態像を絞り込んだ上で進行する。ケースの本質（自立を阻害している要因）や支援計画・サービス計画の注意点等について、共通認識（抽出した課題）に漏れが生じないようにする。 ■ 各専門職がアセスメントやケアプランの内容に対して自立に向けた具体的な支援内容を助言・提案を行う。
⑤まとめ	約 2 分	司会者	<ul style="list-style-type: none"> ■ ケアの方針を確認し、決定事項等をまとめ、共通認識を確認。助言者からのアドバイスをまとめるだけでなく、出されたアドバイスや意見を踏まえ、支援計画・サービス計画にどのように調整できるか、確認する。
⑥事例提供者からひとこと	約 1 分	事例提供者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事例提供後の学びや今後の支援について
会議後			
⑦モニタリング	3~4 か月後	事例提供者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 助言を受け支援を行った後の評価
⑧再助言	5 か月後	助言者等	<ul style="list-style-type: none"> ■ モニタリング結果に対し、再助言

■会議進行のためのシナリオ（ひな型）

発言者	シナリオ
<p>①会議目的説明（本組合）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■出席者紹介（歯科医師の××先生 等） ■まず初めにこの会議の目的を説明します。 この自立支援型ケア会議の目的は、個別の事例について、「自立支援」「介護予防」の観点を踏まえて検討し、「高齢者の QOL（生活の質）の向上」を目指します。自立を阻害している課題は何か、どのようにしたら生活の質を向上できるのかを、専門職の助言をいただきながら検討する場です。 また、個別事例の課題解決の他に、参加者全員の自立支援・介護予防に対するスキルアップを図ること、ケアマネジメントやサービス提供に関する知識や技術を習得すること、そして関係者のネットワーク構築を行い、自立支援に資する関わりが地域全体に普及することを期待しています。 ■発言者の意見や提出資料について責めたり、非難することは厳禁です。 ■1 事例 30 分程度で検討します。スムーズな進行になるよう、ご協力をお願いします。 ■それでは、○事例目の検討を行います。事例の進行を地域包括支援センターの○○さん、よろしくお願いします。
<p>②事例の概要説明（事例提供者）</p> <p>3 〜 5 分</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■まずは事例提供者の○○さんから概要説明を 5 分程度をお願いします。 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <pre> graph LR A[基本情報や現状] --> B[自立を阻害している課題や要因] B --> C[現在の支援内容] C --> D[助言者に聞きたいことなど] </pre> </div> <p><■説明例①></p> <p>A さん 82 歳、要介護 1 のプランです。半年前に自宅で転倒し大腿骨頸部骨折で入院し手術を行いました。これを機に介護保険を申請。リハビリを経て、3 か月前に自宅へ退院しサービスの利用と夫の支援を受けながら生活をしています。入院をきっかけに認知機能の低下もみられています。</p> <p>生活機能のアセスメントにおいて○○について一部介助が必要になっており、△△が原因と考えています。</p> <p>したがってプランの総合的な課題には、①「○○の機能が△△（課題）によってできない」②「○○の機能が△△（課題）によって低下している」としました。</p> <p>支援の方針としては、○○の機能を向上するために通所型事業所において、○○の機能の向上を目的とした□□訓練を行い、自立を目指します。①及び②の機能が回復することによって、◎◎も改善されることが期待されます。</p> <p>認知機能低下もありますが、本人としては、入院前のように家事ができるようになりたい、という希望があります。本人の希望や役割を維持するために、課題の捉え方や今後の支援方法について助言をお願いします。</p>

	<p><■説明例②></p> <p>Bさん 78歳、要支援2、〇〇で入院していましたが、〇月〇日に退院し、住宅改修を希望されている新規のプランです。</p> <p>生活機能のアセスメントにおいて、〇〇ができていないのは、△△が原因によるものです。入院していた医療機関では十分なリハビリができておらず、入院によるレベル低下で廃用が進み、下肢筋力の低下、バランス能力も低下していると考えられます。</p> <p>したがって、プランの総合的な課題には、①「〇〇の機能が△△によってできない」②「〇〇の機能が△△によって低下している」としました。</p> <p>支援の方針としては、下肢筋力の低下及びバランス能力を向上させるために、運動機能向上を目的として週2回デイケアを利用します。さらに住宅改修で設置した手すり等を使用した日常生活動作の訓練のため、訪問リハビリによる日常生活動作の支援を〇月間実施した後、デイケアでの訓練を習慣化（セルフトレーニング）させるために、訪問介護による生活機能向上サービスを利用して支援します。</p> <p>独居のため、まずは自宅での日常生活が安全にできるよう支援計画を立てていますが、意欲の低下もあり自宅では寝ていることが多く、思うようにリハビリが進んでいません。また、元々自宅菜園で野菜を作ることが好きでしたが、現在は一人で外に出ることが不安でできていません。自宅で楽しみを持ちながら生活していくためにリハビリ面や意欲向上、趣味活動への促しなどに助言をお願いします。</p> <p>(ポイント)</p> <p>☆現在の状態（生活機能の低下）に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明、自立を阻害している背景を洞察することが重要</p> <p>☆生活機能評価の解説→改善可能な機能・ポイント</p>
<p>③サービス事業者からサービス計画の説明 (各1〜2分ずつ)</p>	<p>■次に、介護サービス事業者の〇〇さんから、計画内容や利用中の様子などについて1〜2分程度で説明をお願いします。</p> <p><■説明例></p> <p>ケアプランの目標に基づき、当事業所では〇〇を目標に掲げ、具体的には〇〇、〇〇を行っています。利用中の様子としては、積極的に体操には取り組みますが、腰痛と持久力がなくすぐに疲れて休憩をしています。腰痛に加え体力や筋力低下が課題で、歩行や入浴など日常生活動作へ介助が必要になっています。事業所で取り入れることができる支援方法や関わり方があれば助言をお願いします。</p> <p>(ポイント)</p> <p>☆介護サービス事業者からサービス計画についての説明（運動器等の評価内をしている場合はその内容）。</p> <p>☆ケアマネ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、説明時間が長くないように意識しましょう。</p>

<p>④ 質疑応答 (10分)</p>	<p>■今の説明や資料の内容を踏まえて、質疑応答を行います。助言者の皆様、包括支援センター職員からも、質問等があれば積極的にお願ひします。</p> <p>(ポイント)</p> <p>☆助言につながる質問に時間を取られないようにする。</p> <p>☆OJT の場であることを認識し、包括支援センターの職員に発言を促す。</p> <p>☆ダラダラ質問・ダラダラ回答は避けましよう。</p>
<p>⑤ 助言者からのアドバイス (10分)</p>	<p>■質問がなければ、助言者の皆様から助言をいただきたいと思ひます。まずは、歯科医師の〇〇先生から願ひします。</p> <p>■(各助言後) 事例提供者からアドバイス等について確認したい事項はありませんか？</p> <p>(ポイント)</p> <p>☆司会者が課題を整理し状態像を絞り込んだ上で、ケースの本質(自立を阻害している要因)やケアプランの注意点等について、端的に言語化してまとめ、共通認識(抽出した課題)にブレが生じないようにする。</p> <p>☆司会者は、助言をもらう前に事例の課題やポイントを簡潔にまとめ、発言しても良い。(例)栄養面については、〇〇が問題として挙げられていますので、この点について助言を願ひします。</p> <p>(例)この方の課題としては、〇〇、〇〇、〇〇が挙げられます。助言者の先生方からはこれらを踏まえた助言をいただきたいと思ひます。</p> <p>☆事例の課題によって、助言をもらう順番は変更する。</p>
<p>⑥ まとめ (司会者) 2分</p>	<p>■この方の自立を妨げている要因としては、個人因子として〇〇、環境因子として△△がありました。</p> <p>■助言者からこの個人因子に対して□□をしたらという助言をいただきました。事例提供者さんは利用者さんと家族の方と相談され検討を願ひします。合意形成が出来ましたら、◇事業所さんは、次回来所時から□□を行ってください。</p> <p>■事例提出者は本会議の意見を踏まえ、必要に応じてケアプランの修正等の検討を願ひします。その場合には本人・家族への説明と合意形成を願ひします。</p> <p>(ポイント)</p> <p>☆司会者は、会議の最後に今後の支援(ケアプラン修正含む)の方向性を確認する。</p> <p>☆事例提供者や介護サービス事業者が当面行う必要がある課題(医師の意見確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事業聴取等)がある場合、最後に役割と内容の確認を行う。</p>
<p>⑦ 事例提供者よりひとこと (1分)</p>	<p>■最後に、事例提供者の〇〇さんから、今回のケア会議について、気づきや学び、感想等があれば一言願ひします。</p>

⑧ 終了
(司会者
本組合)

- 以上で、○事例目の事例検討を終了します。
- 事例提供者の〇〇さんには今回の助言を受けて、本人やご家族への支援をしていただき、その後の状況について 3~4 か月後にモニタリング評価をお願いします。その結果に基づき、本日出席の助言者の方に再助言があれば改めてアドバイスをいただく予定としておりますので引き続きよろしくお願いします。

※ <①事例目終了時>

- ②事例目へ入れ替わりを行いますので、しばらくお待ちください。

※ <②事例目終了時>

- 以上を持ちまして、本日の自立支援型ケア会議を終了します。個人情報の誓約書の記入を忘れずをお願いします。また、本日の会議資料は〇月〇日に回収に行きますので、よろしくお願いいたします。(持ち帰らないようにお願いします)
- みなさま、本日はお疲れさまでした。ありがとうございました。

6 助言者に期待すること



(1) 歯科医師

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

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

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

(3) 薬剤師



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

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



(4) 理学療法士

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

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



(5) 作業療法士

作業療法士は、主に応用的動作能力（食事・排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）の心身両面から回復や維持、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 ^o	会議における専門職としての視点等
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none">■具体的に介護・支援が必要になっているADLやIADLの状況を確認する。■認知・精神機能障害の程度を確認する。■家屋や自宅周辺の環境状況を確認しどのような生活を送っているか（閉じこもり傾向があるか）を確認する。■交流の機会の有無や多寡を確認する。■趣味活動や地域活動は行っていたのか等、1日の余暇時間の過ごし方について確認する。
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none">■ADLは「できる」動作なのか「している」動作なのか、またIADLの状況はどうかを確認する。■出来ない動作は「なぜ」できないのかが明確になっているかを確認する。■認知症の症状はあるのか、ある場合は生活に影響を与えているかを確認する。■家族や地域の協力が得られるかを把握する。■福祉用具や住宅改修等の環境調整で、生活行為の課題の改善が可能かを検討する。
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none">■目標が心身機能に関する項目に偏っていないかを確認する。■「活動」「参加」への目標設定が設定されているかを確認する。
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none">■サービスの関与が心身機能に関する項目に偏っておらず、「活動」「参加」も含まれているか確認した上で助言する。■本人の残存機能を引き出すよう助言する。■日中の役割の再獲得や確保、本人の趣味等から社会参加に向け必要な社会資源等について助言する。



(6) 言語聴覚士

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



(7) 管理栄養士・栄養士

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

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

7 会議を効果的に行うポイント



1

建設的な意見交換を行う

否定的な意見交換ではなく、肯定的な意見交換を意識し、発言しやすい環境にしていきましょう。せっかくの多職種の方の意見が出ないと、話し合いになりません。

2

時間配分を意識し、簡潔に意見を述べるよう心掛ける

参加者は、貴重な時間を割いて出席している。ダラダラした長時間の話し合いではなく、短時間で集中した話し合いを行います。

3

会議は、サービスを抑制するためのものではない 必要なサービスを必要な分提供するための話し合い

8 留意事項



- 会議に参加している全員が「参加してよかった」「また参加したい」と思える会議になるように、参加者全員で会議を作っていきます。
- 活発な意見交換ができるように、参加者は積極的に発言しましょう。
- 議論された内容が形式的なもので終わらないように、利用者のサービスまで届くように議論しましょう。

- (1) 会議で検討するケアプランは、要介護認定申請時等に本人（又は代理人）や家族から個人情報について同意を得ること。
- (2) 開催頻度が多くなるとマンネリ化、形骸化しがちであるため、常に程よい緊張感のある会議に努めること。
 - ① 1 ケースの処理に時間をかけすぎないこと。時間がかかりすぎると焦点（課題）がぼやけてしまう。
 - ② まずは、事例提出者の説明を受け、事例の課題（焦点を絞る）を全員で共有してから会議を進行する。
 - ③ 事例提出者のアセスメントに疑問があれば、課題を抽出するために全員で深掘りする。



(3) 人を見る、観る、看る（診る）こと

高齢者の QOL の向上にはどのようにすればよいかという視点

- ①例えば、住宅改修で手すりを設置することで自宅では転倒の危険性が軽減され室内歩行が自立したとしても、親戚の家での法事などの環境が異なることへの不安が払拭出来なければ、本当の自立とはいえない。（普遍的自立なのか、限定的自立なのか）
- ②デイサービスでは自立しても、自宅では何らかの介助が必要となれば自立とは言えない。

できる能力があるがやっていない、参加していない等

「出来ること=していること」と繋がるように考える。

(4) 個別ケースの課題解決のための会議を通して、地域課題を把握する場であることを常に意識する。

- ①個別ケースから浮かんでくる地域課題を見逃さずに、会議の最後に参加者全員で共有する工夫が必要。

(5) OJT の場であることを意識する。

- ①助言者の発言に頼りすぎない。まずは地域包括支援センターの職員が意識的に発言する。
- ②事例提出者と介護サービス事業者のアセスメント能力を高めることを意識。
- ③参加者全員が「時間を割いて参加する意義がある」と思える会議となるように努める。（モチベーションの維持）

(6) 給付抑制や事例提出者の裁判のような雰囲気のない会議とならないこと。

- ①提出された資料について責めることや、批判することは厳禁です。
- ②プラン修正を求める場合は、地域包括支援センターや保険者がフォローする
- ③合意形成が難しそうな事例については、あるべき姿を示したうえで、現実的な対応の余地を残すこと。

(7) その他

- ①卒業を目指すのか、悪化の遅延を目指すのか、維持から向上を目指すのか、によって必要な支援は異なる。（例えば、独居で重度の麻痺がある場合は、ヘルパー支援が不要になることはない、など）
- ②会議の締め言葉（総括）が重要。

9 自立支援型ケア会議の運用例

事例

80歳 男性 独居 要支援1
足腰が弱ってきているため、独りでの外出に不安がある

外に出たいけど、独りでは心配だなあ…

体力が落ちてきたから
すぐ疲れる

膝が痛い

近所との交流があまりない

玄関の上り框までの段差が高い



従来のケアマネジメントで多かった例

●利用者の要望に対する支援方法を検討する（お世話型ケアマネジメント）

目標 安全に外出できるようにする

支援方法 テイサービスに行けるようにする

課題 テイサービスへの外出はできるが、
独りでの外出ができないまま

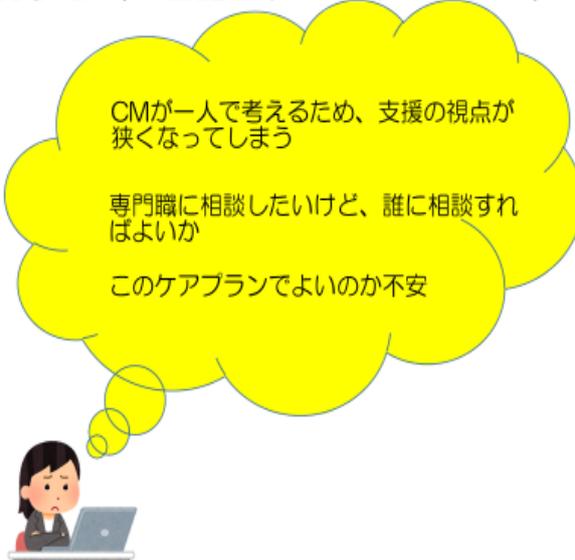


- 根本的な課題解決になっていない
- 介護サービスが生活の不活発を助長
→ 重度化の恐れ

CMが一人で考えるため、支援の視点が狭くなってしまふ

専門職に相談したいけど、誰に相談すればよいか

このケアプランでよいのか不安



自立支援型ケアマネジメントを取り入れると



- 1 主観的課題の聞き入れ
外出に対する不安があるので、安全に外出したい

その背景には…
体力が落ちてきている
近所との交流がない
玄関の上がり框の段差がある
膝が痛い

2 客観的課題を推測

なぜ？
栄養面が偏っているのではないかな？
認知症やうつ病が発症していないかな？
膝関節症等の疾病があるためかな？
口腔機能に問題がないかな？

自立支援型ケアマネジメントで考えてみると



3 客観的課題を抽出し把握する

課題
噛む力が弱ってきていて、食事が上手く摂れない
膝が痛いため歩くことが困難

4 客観的課題を引き起こしている因子を分析する

因子項目
咀嚼力が低下・噛み合わせが不良
膝痛関節症がある

5 地域ケア会議で多職種の助言等を取り入れながら、支援方針を検討する

助言等
歯科衛生士・管理栄養士・理学療法士など