

伊丹市自立支援ケア会議について

伊丹市
伊丹市地域包括支援センター

令和6年8月 発行

伊丹市自立支援ケア会議について

目次

1. 地域ケア会議の概要	・・・ 2
2. 地域ケア会議の機能	・・・ 3
3. 伊丹市における地域ケア会議について	
4. 伊丹市のケアマネジメントにおける基本方針	・・・ 5
5. 自立支援ケア会議とは	
(1) 自立支援ケア会議の目的	
(2) 自立支援ケア会議を推進する意義	
(3) 伊丹市における自立支援ケア会議を開催する背景	
6. 自立支援ケア会議の構成員（参加者）	・・・ 8
7. 構成員（参加者）の役割	
8. 自立支援ケア会議の対象者	・・・ 9
9. 自立支援ケア会議使用様式	・・・ 10
10. 自立支援ケア会議の開催日時	
11. 自立支援ケア会議開催後の振り返りについて	・・・ 12
12. 地域ケア会議における専門職による助言の目的と意義	
(1) 事例提供者へのアンケート調査実施による効果検証	
(2) 担当地域包括支援センターによる継続支援	
13. 有効な助言のための共通事項	
(1) 地域ケア会議における専門職による助言の注意点	
(2) プロセスに応じた事例の確認と助言の提供	
(3) 職種別の助言のポイント	
資料 使用様式	・・・ 21

1. 地域ケア会議の概要

少子高齢化が進む中、医療及び介護ニーズの増大や孤立、複合的な課題を抱える世帯等に対応することが喫緊の課題となっており、その一つの対応策として、住まい・医療・介護・予防・生活支援等を一体的に提供できる地域の体制である「地域包括ケアシステムの構築」が推進されています。

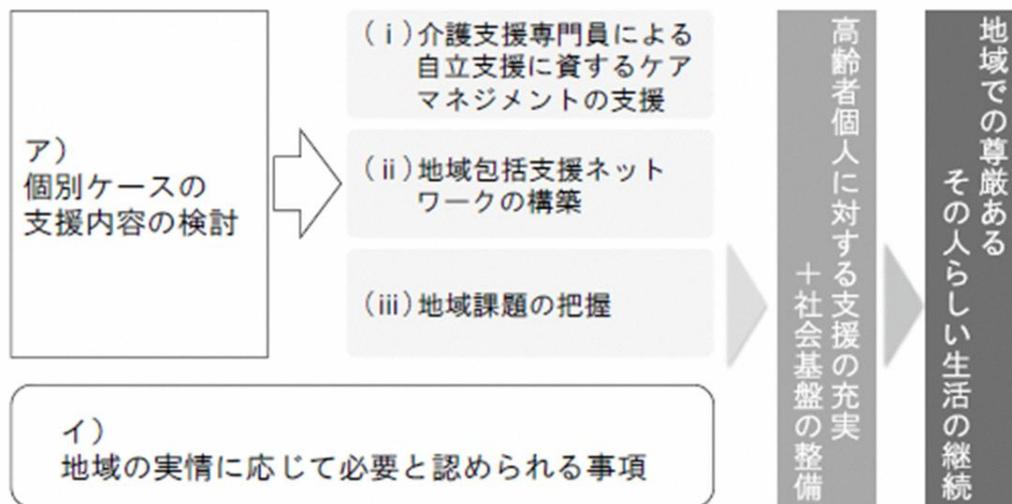
それと同時に、地域の高齢者が尊厳を保持してその人らしい主体的な生活を継続できるように、高齢者のニーズに応じた、多様な社会資源の適切な活用を支援するための、自立支援に資するケアマネジメントが求められています。

このような高齢者に対する支援の充実とともに、それを支える地域の多様な社会資源の連携強化、支援ネットワークの構築の有効な手段の一つが地域ケア会議です。平成 27 年の介護保険法改正において、市町村が設置主体となり、地域ケア会議を行うよう努めること等について、制度的に位置づけられています。

(地域ケア会議の目的)

地域ケア会議の目的は、個別ケース（困難事例等）の支援を通じた、

- ①地域のケアマネジャーによる、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
- ②高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
- ③個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握



➢ 「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」のことを言います。

➢ 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。

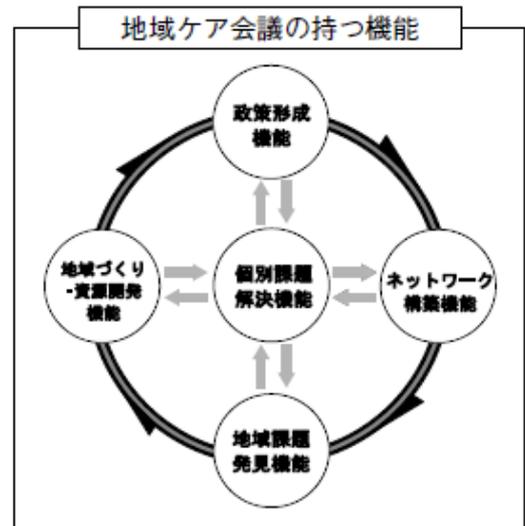
地域ケア（個別）会議	個別課題の課題解決支援
地域ケア推進会議	地域に必要な取組を明らかにして施策を立案・提言

➢ 「自立支援ケア会議」は、地域ケア（個別）会議に分類されます。

2. 地域ケア会議の機能

地域ケア会議は主に5つの機能を有します。個別ケースの支援内容の検討を通じて、主に**個別課題解決機能**、**地域包括支援ネットワーク構築機能**、**地域課題発見機能**が発揮されます。また、地域の実情に応じて必要と認められるものとして、**地域づくり・資源開発機能**や**政策形成機能**が発揮されると考えられます。これらの機能は相互に関係し合い、循環しています。

各機能の有機的な相互連関（相互補完）を実現できるよう、市長村の実情に応じて、参加者や設置範囲の異なる地域ケア会議やその他の会議を組み合わせることで、市には求められます。



①個別課題解決機能

- ・個別ケースについて多機関・多職種が多角的視点から検討を行うことにより、被保険者（住民）の課題解決を支援する
- ・そうしたプロセスを通して、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向上を図ることで、被保険者への自立支援に資するケアマネジメント等の支援の質を高める

②地域包括支援ネットワーク構築機能

- ・地域の関係機関等の相互の連携を高める

③地域課題発見機能

- ・個別のケースの背後に、同様のニーズを抱えた要援護者やその予備群を見出し、かつ関連する事実や課題、地域の現状等を総合的に判断して、解決すべき地域課題を明らかにする

④地域づくり・資源開発機能

- ・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、必要な資源を地域で開発していく

⑤政策形成機能

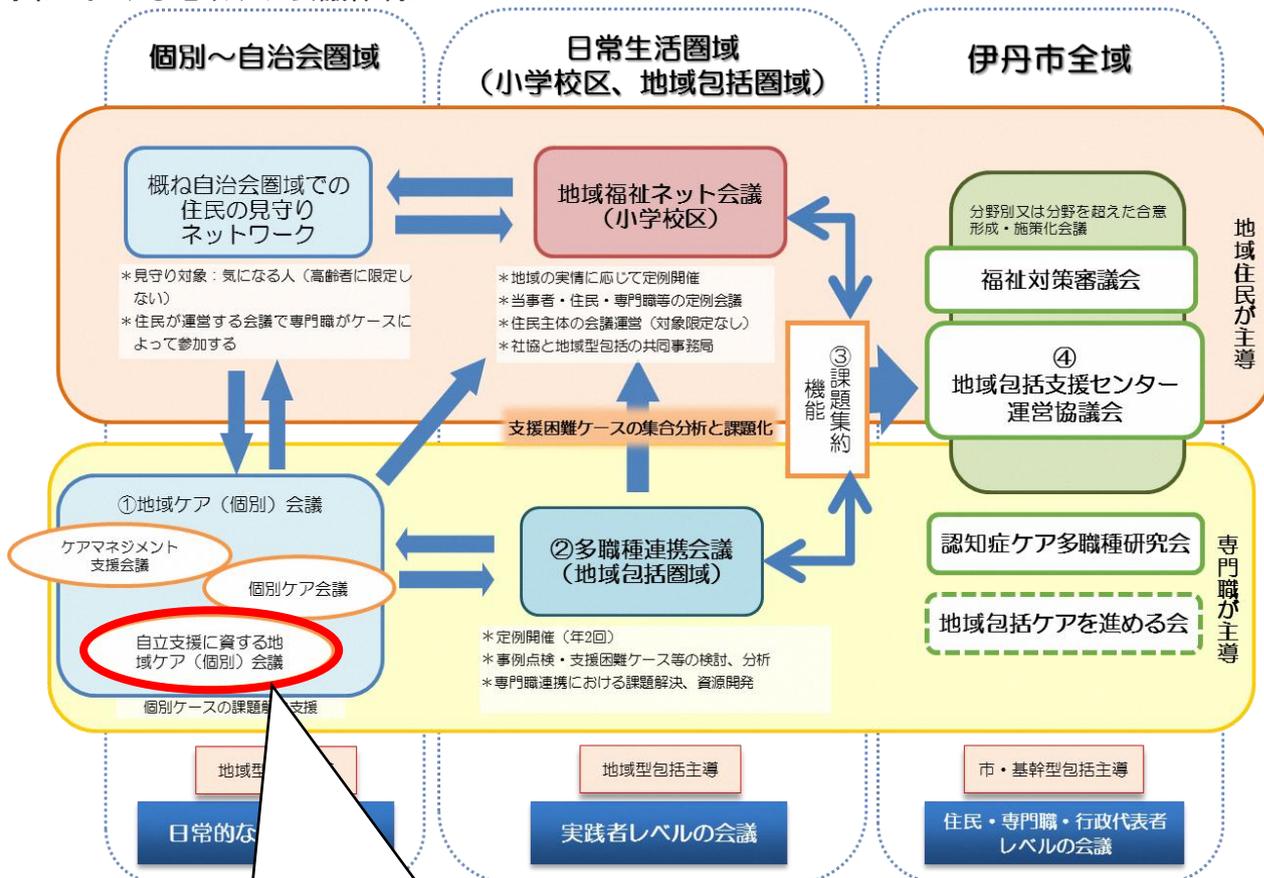
- ・狭義には、市町村による地域に必要な施策や事業の立案・実施につなげる。広義には、都道府県や国への政策の提言までを含む

(地域ケア会議運営マニュアルP23, 24 より抜粋)

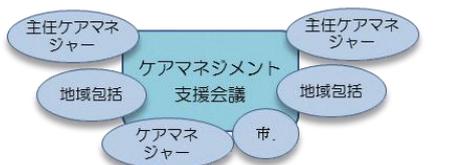
3. 伊丹市における地域ケア会議について

伊丹市においては、高齢者の困りごとを、その人に関わる様々な関係者が集い、課題の解決に向けて考える「地域ケア（個別）会議」の積み重ねから、地域課題の把握⇒ 地域課題解決に向けたネットワーク強化 ⇒ 地域づくり・地域資源の開発 ⇒ 市レベルの課題把握・政策形成 につなげていける地域ケア会議体制を、以前から実施されている既存のネットワークの場も含め、以下のように位置づけて推進しています。

<伊丹市における地域ケア会議体制>



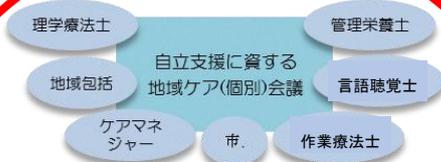
<伊丹市における地域ケア（個別）会議の概要>



- * 市内4エリアでの定期開催（2ヶ月に1回）
- * 包括と主任ケアマネジャーが協働したケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメント支援（人材育成）
- * 地域のケアマネジメント課題の把握、必要な資源の検討（地域づくり）



- * 高齢者お一人おひとりが抱える課題解決に向けて、必要に応じて随時開催。
- * その人に関わる様々な関係者が参加し、課題の解決に向けて考える場
- * 地域包括、生活支援COがコアメンバーとして参加



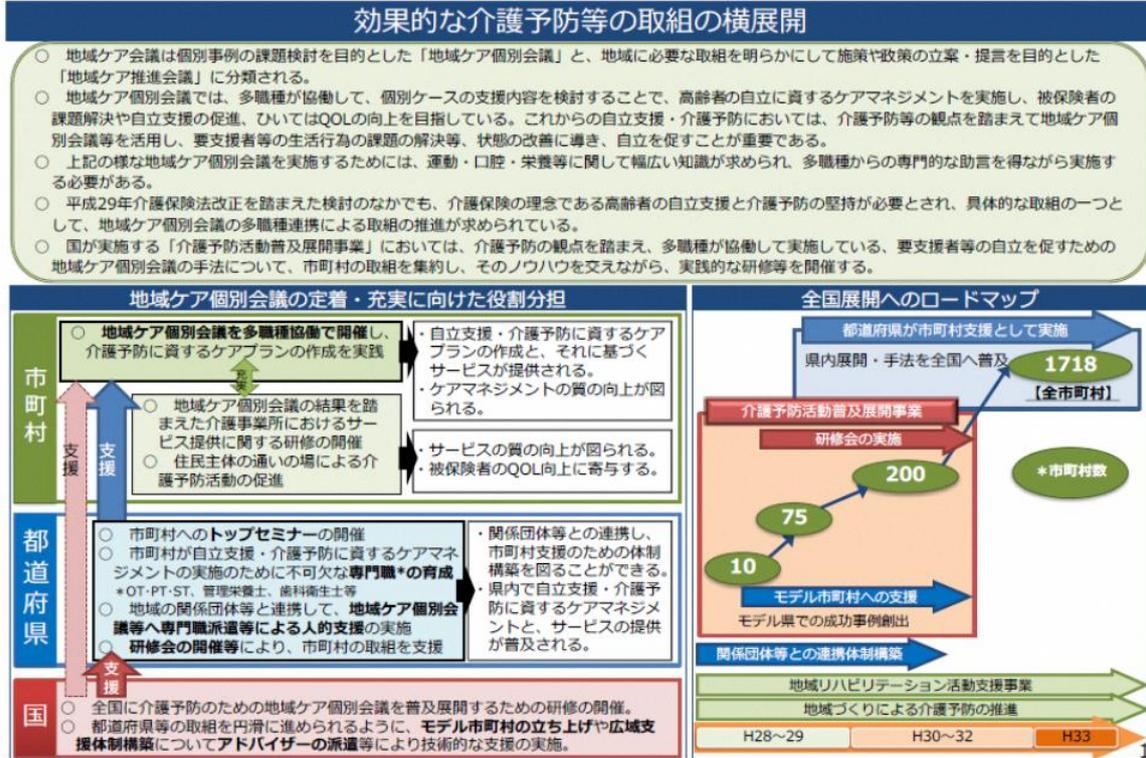
- * 定期開催（月1回）
- * ケアマネジャーやサービス提供事業者が実施する目標設定・支援の状況等について、アドバイザー（理学療法士等のリハビリ専門職、栄養士、薬剤師等）と共有し、アドバイザーからの意見、提案、助言を受けつつ、自立支援・生活機能向上に向けたケアマネジメントの促進につなげていく場

4. 伊丹市のケアマネジメントにおける基本方針

介護支援専門員が高齢者の自立支援、要介護状態の重度化防止の観点から、ケアマネジメントを行うことで高齢者のQOLを向上することにより、対象者が自立した生活を営め、本人・家族の望む在宅生活が継続できることを目指します。

5. 自立支援ケア会議とは

図表1 介護予防活動普及展開事業の概要
効果的な介護予防等の取組の横展開



(1) 自立支援ケア会議の目的

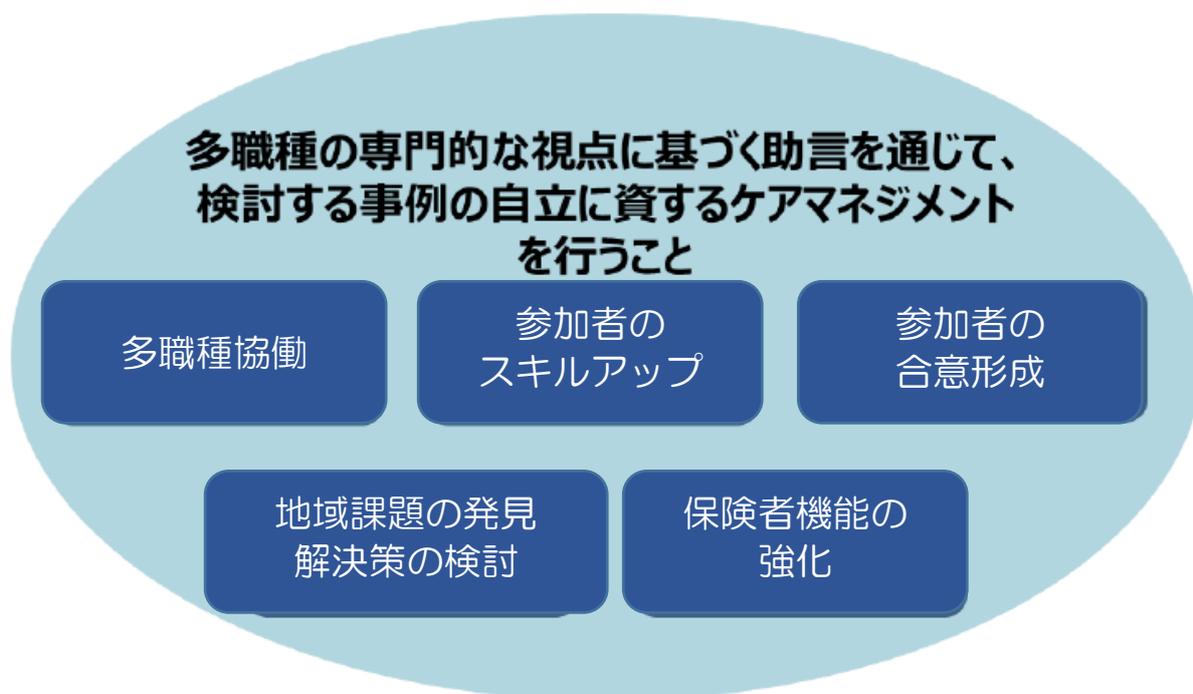
- 「自立支援ケア会議」は、自立支援・介護予防の観点を踏まえて地域ケア（個別）会議を活用することで「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者のQOLの向上」を目的に実施します。
- 目的である「高齢者のQOLの向上」の実現のために、地域ケア（個別）会議を活用し、多職種からの専門的な助言を得ることで、ケアマネジメントを実施し、高齢者の生活行為の課題等を明らかにし、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行うことを目指します。
- 具体的には、高齢者のケアプランを作成するケアマネジャーやサービス提供事業者が実施する目標設定・支援の状況等について、アドバイザー（理学療法士等のリハビリ専門職、栄養士等）と共有し、アドバイザーからの意見、提案、助言を受けつつ、振り返ることにより、更なる在宅生活の充実、自立支援・生活機能向上に向けたケアマネジメントの促進につなげます。

(2) 自立支援ケア会議を推進する意義

自立支援ケア会議においても、地域ケア会議の5つの機能が発揮され、「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。

- 自立支援ケア会議の参加者が、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)
- 自立支援ケア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たった行政課題の発見・解決策の検討につながる。

＜自立支援ケア会議開催の意義＞



- 先に記載した意義は参加者によって下記のように明示できます。
 - ・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」
 - ・サービス提供事業者等にとっては「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」「多職種連携強化」
- 特に市（保険者）にとっての「地域課題の発見・把握」は、自立支援ケア会議を推進していく上で非常に重要な意義の1つです。
- 市は、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・サービス提供事業者等）を主導する姿勢が求められます。
- 「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」（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」と方針を示しています。

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、市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としています。
- 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、各地域において自立支援ケア会議の実践が求められています。

(3) 伊丹市における自立支援ケア会議を開催する背景

伊丹市でも高齢化に伴う課題が進んでいる。

➤ 高齢化率

平成28年24.3% → 令和4年26.2% → 令和22年推計33.7%

➤ 要介護認定率

平成28年16.7% → 令和4年21.8%

➤ 介護保険料

平成28年4,490円 → 令和6年7,200円

➤ 令和4年度の認定者の要支援1・2、要介護1の割合 53.7% (6,019人)

要介護認定者の全体の 5割以上 が軽度認定者 (要支援者は全体の 31.5%)



- 要支援者の約半数は「自立」になる可能性があるといわれている。
- 要支援者の「介護保険」からの卒業（改善）を目指す。
- 適切な支援（サービス）の提供と質の向上（適正化）を目指す。
- ケアプランの共有を通じて、地域課題を抽出、把握していく。
- 地域づくり（住民主体の通いの場等）、必要な支援の充実につなげていく。
- 多職種協働で自立支援に取り組む。



自立支援ケア会議の開催

6. 自立支援ケア会議の構成員（参加者）

自立支援ケア会議の主要な構成員は、下記のとおりです。

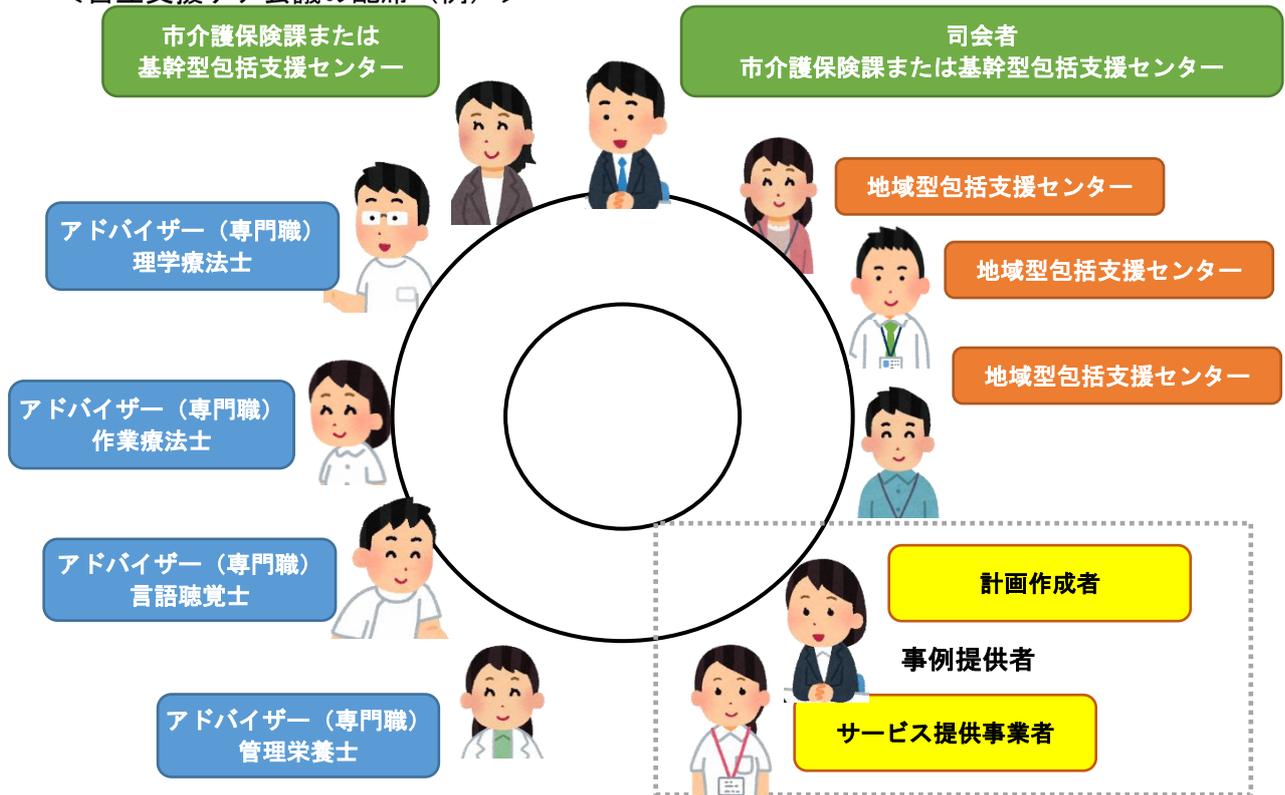
- 事例提供者
 - ① 計画作成者：居宅介護支援事業所、地域包括支援センター
 - ② 計画に位置付けるサービス提供事業者：通所介護事業所、訪問介護事業所等
- 保険者：市介護保険課
- 地域包括支援センター（地域型包括・基幹型包括）
- アドバイザー（専門職）
 - ① リハビリ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）
 - ② 管理栄養士・栄養士
 - ③ 薬剤師

7. 構成員（参加者）の役割

自立支援ケア会議の構成員の主な役割は、下記を想定しています。

- 司会者
 - ・ 司会者は市介護保険課、または、基幹型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よう努める。
- 保険者：市介護保険課
 - ・ 市介護保険課は、進行だけでなく、助言者の役割も担うことがある。
 - ・ 検討する事例に応じて、生活保護や自立相談課の担当者、障害福祉課の担当者等の出席を求める。
- 基幹型包括支援センター
 - ・ 基幹型包括支援センターは、進行だけでなく、助言者の役割も担う。
- 地域型包括支援センター
 - ・ 地域型包括支援センターは事例提供者（事例提供者のサポート役）だけではなく、助言者としての役割も担う。
 - ・ 地域型包括支援センターからは、保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャーの3職種で出席することが望ましい。
- アドバイザー（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担う。
 - ・ 全ての職種が毎回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、常に参加する職種を決めておくことが望ましい。
 - ・ 会議への出席の他、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、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。
- 事例提供者（計画作成者・サービス提供事業者）
 - ・ 事例提供者は、検討事例の計画作成者及びサービス提供事業者の職員となる。
 - ・ 検討する事例を支援するチームとして参加することが重要となる。

< 自立支援ケア会議の配席（例） >



8. 自立支援ケア会議の対象者

自立支援ケア会議の対象となる事例については、以下の通りです。

(1) 事業対象者及び要支援者全員

- 保険者（市介護保険課）より、居宅介護支援事業所または地域包括支援センターへ、所属する計画作成者が担当する事業対象者及び要支援認定者のケアプランの中から、指定する地域（包括圏域）にお住いの事例について、提出を依頼します。

※ 処遇困難事例以外で、アドバイザーの意見を聞き、「高齢者のQOLの向上」につながる事例の提出をお願いします。

(2) 訪問介護における生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上位置付けられている事例

- 平成30年10月より、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保険者（市介護保険課）への届出が義務づけられた、訪問介護における生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上のケアプランの中から、自立支援に資する地域ケア（個別）会議で検討すべきケースを保険者（市介護保険課）が選定し、計画作成担当者に依頼します。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用回数（月）	27回	34回	43回	38回	31回

9. 自立支援ケア会議使用様式

円滑な会議の実施とその効果性を高めるため、様式を共通のものとし、その他、必要な様式を追加して使用します。

> 提出書類

(1) 計画作成者

A. 利用者に関する情報

①利用者基本情報（アセスメントシート）（事業対象者及び要支援者の場合）

利用者情報シート

②基本チェックリスト（事業対象者及び要支援者の場合）

B. 課題情報

③課題整理総括表

C. ケアプラン

※④は事例の種類により、いずれか一方

④介護予防・支援計画書（事業対象者及び要支援者の場合）

④居宅サービス計画書「第1表」、「第2表」、「第3表」、「第6表」、「第7表」

（生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上の場合）

⑤サービス担当者会議の記録

(2) サービス提供事業者

D. 提供されているサービスの情報

⑥介護（介護予防）サービス個別援助計画書

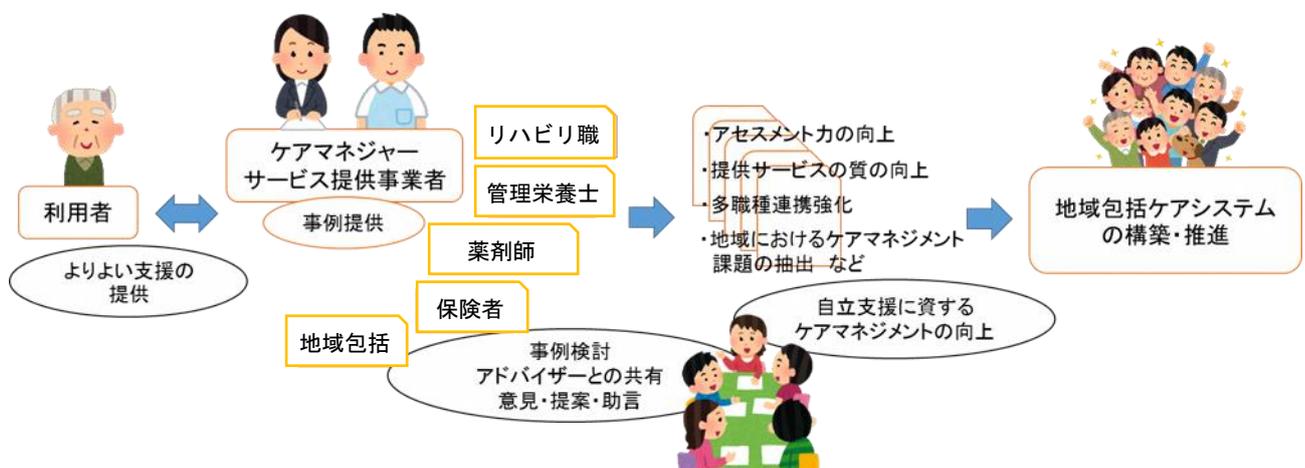
(3) (1) (2) 共通

E. その他 必要な参考資料

10. 自立支援ケア会議の開催日時

毎月1回 2. 5時間～3時間程度（1事例40分） 計3事例

<自立支援ケア会議の流れ イメージ>



<自立支援ケア会議の流れ：1事例 約30～40分>

実施事項	所要時間	担当	内容とポイント	使用する資料とポイント
(1) 開催	2～3分	司会者	①配布資料の説明 ②参加者自己紹介 ③会議の流れと留意事項について説明	議事次第等
(2) 事例提供者(計画作成者)より事例の概要説明	5分	計画作成者	①事例の課題について説明 ②本人・家族の意向について ③1、2を踏まえて、どのように自立を目指したケアプランを作成したか。(目標等について) ※利用者基本情報(アセスメントシート)について、説明は不要です。変化があった等補足がある場合のみ、説明をお願いします。	A 利用者に関する情報 B 課題情報 C ケアプラン (ポイント) 当該利用者の自立を支援する要因について、簡潔で分かりやすく説明し、イメージ化することで会議全体の合意形成を図る
(3) 事例提供者(サービス提供事業所)から支援方針の説明	5分	サービス提供事業者	①介護(介護予防)サービス個別援助計画書に基づいてケアプランを踏まえた事例への支援内容・支援方針について説明	D 提供されているサービスの情報 (ポイント) 事例について、サービスの必要性(自立に向けたサービス内容となっているか)、状況を具体的に説明する。
(4) 質問・助言	15～20分	司会者	(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)
		アドバイザー(専門職)(保険者)(地域包括)	(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) (ポイント) 包括的・継続的ケアマネジメントの観点から、多様な生活課題を抱えている高齢者が、地域で安心してその人らしい生活を継続でき、抱える課題に応じたあらゆる社会資源を適切に活用できるよう、それぞれの専門性に応じた実践的な助言を行うことで自立支援に資する支援に努める。
(5) まとめ	5～7分	司会者(要約書)	①会議の中で出た意見を要約して説明 ②事例提供者(計画作成者、サービス提供事業者)が取り組むべき点について説明	A～D (ポイント) アドバイザー等からの助言や決定事項等をまとめ、今後の方針を共通認識し、計画書に反映できることを確認する。
※3事例の場合、(1)～(5)を3回繰り返す				
閉会	1～3分	司会者	次回開催日時・場所の案内	

※ 個人因子・・・高齢者の身体の状態、生活の状態(ADL・IADL)、意欲・性格、経済状況、認知機能、社会交流の状態などを指します。

※ 環境因子・・・住居の状態、交通の状態、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。

1 1. 自立支援ケア会議開催後の振り返りについて

(1) 担当地域包括支援センターによる継続相談

自立支援ケア会議の時間は限られているため、質疑や助言内容の詳細については、個別にやり取りする時間を設ける等といった工夫も必要となります。

事例提供があった事例以外についても、必要に応じて担当エリアの地域包括支援センター職員が継続的な相談対応を実施します。

1 2. 地域ケア会議における専門職による助言の目的と意義

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

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

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

1 3. 有効な助言のための共通事項

(1) 地域ケア会議における専門職による助言の注意点

- 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行い、質問攻めにしない
- 助言者として謙虚であることを意識し、非難、批判しないように配慮する
- 問いかけだけで終了せずに、参加者に有益になるアドバイスをすることを心がける
- 具体的かつ実行可能な助言をする
- 自身の専門に限らず、良いと思われる支援内容については、何が良いかを具体的に伝え、会議に参加している者で共有できるよう配慮する

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

説明の内容は、できる限り難しいことを簡単にするように意識しましょう。地域ケア会議は、市、地域包括支援センター、事例提供者、他職種の専門職等様々な関係者が参加し

ます。相手の立場になって伝えることを意識した上で、簡単なことは簡単に、難しいことも簡単に伝える配慮を心掛けましょう。

また、地域ケア会議においては、一人ひとりの実事例について議論をしていくため、事例提供者に対して、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。「いつ」「どこで」「誰が」「何を」「どのように」するかを明確にした説明を常に意識しましょう。医療的な判断については、主治医意見書の内容を確認しましょう。

(2) プロセスに応じた事例の確認と助言の提供

地域ケア会議において、専門職として有効な助言を行うための基本的な考え方や手順

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。

<地域ケア会議の資料一覧と確認のポイント>

資料		確認のポイント	
A	本人に関する情報	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者基本情報(アセスメントシート) (事業対象者、要支援者の場合) ・基本チェックリスト (事業対象者、要支援者の場合) ・利用者情報シート など、検討する事例の全体像を把握する情報 	年齢、性別、家族構成、既往歴、リスクの情報、日常生活自立度、生活歴などから、本人の状況をイメージする。
B	課題情報	<ul style="list-style-type: none"> ・課題整理総括表 	「現在」と必要な援助を利用した場合の生活行為課題の「改善や維持の可能性」を比較し、本人の生活のどこに課題があって、支援すると何が改善するかを確認する。
C	ケアプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・支援計画書「第1表」、「第2表」 (事業対象者及び要支援者の場合) ・居宅サービス計画書「第1表」、「第2表」、「第3表」、「第6表」、「第7表」 (生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上の場合) ・サービス担当者会議の記録 	課題を明確にした上で具体的な目標を設定し、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を確認する。 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を確認する。
D	提供されているサービスの情報	各サービス提供事業者における個別援助計画	本人とともに計画作成者が作成したケアプランの目標を達成するための具体的な援助内容となっているかを確認する。

E	その他必要な参考資料	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医意見書 ・お薬手帳のコピー ・体力測定記録、週間の食事摂取状況の記録など、必要な参考資料 	<p>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する。</p> <p>医療的な判断については、主治医意見書の内容を確認する。</p>
---	------------	--	--

② 課題の明確化と背景要因の確認

提供された資料や事例の説明から、生活行為の課題とその要因が明確になっているかを確認します。具体的には、以下の点がポイントになります。

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

※予後予測や治療方針については医師または歯科医師に確認すること

これらのポイントについて、不明確な点がある場合には、事例を提供している計画作成担当やサービス提供事業者に対して、具体的に問いかけをします。それにより、計画作成者やサービス提供事業者から、必要な情報を引き出したり、ケアプランへの望ましい記載方法やアセスメントにおける重要な視点などについての気づきを促すことができます。

③ 目標と支援内容の確認

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

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

生活行為の課題が適切に把握できていない場合、生活行為の課題を適切に抽出できるよう、アセスメントの視点や具体的なアセスメント方法等について助言をする必要があります。また、ケアプランの目標が具体的ではないなど、適切に設定されていると言えない場合には、今後の見通しに基づいて、目標とする期間内に実現可能な目標を設定できるよう助言する必要があります。一般的な表現ではなく、本人の意向を踏まえた具体的な目標とし、本人の意欲を引き出すための実践可能な方策について助言をすることが望まれます。サービス内容が目標達成のために適切であると言えない場合には、目標達成につながる具体的な支援内容についてわかりやすく示します。

④ 実践につながる助言の提供

助言する際には、計画作成者やサービス提供事業者にとって、実践につながるよう、具体的に利用者に提案できる内容を、具体的でわかりやすく伝えることが重要です。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。
- 直接の助言相手がサービス提供事業者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、具体的かつサービス提供事業者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、本人の意欲を引き出し、家族や関係者の理解を得ることが重要です。そのためには、背景要因の理解や、今後の生活像につ

いての共通理解が重要となるため、それらの点についても助言をしましょう。

地域資源に関する確認・課題提起する

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

(3) 職種別の助言のポイント

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

①理学療法士

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

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・身長・体重・BMI等の身体組成を確認する ・疾病・障害の要因、分類を確認する ・移動動作レベル・ADL・運動中止基準を確認する ・立位に支障を及ぼす関節可動域制限・拘縮の有無・程度を確認する ・起立できるかどうか、立位保持が何分間できるかどうか、歩行や寝返りの状況、実際の移動手段を確認する ・振戦・固縮・無動・姿勢反射障害を確認する ・認知・精神機能障害の程度を確認する ・障害や生理的退行変化が進行しているかどうか、予備力・残存機能を確認する ・住環境・自宅周辺の環境を確認する
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・「心身機能」、「機能的制限」、「活動」、「参加」の構造に沿って本人の障害構造を明確化する ・特に生活行為や生活範囲を妨げている要因を探り、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
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・プログラムを検討・提案できる準備をする ・介護負担を増さないような支援内容になっているか確認する

実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・規則正しい生活や散歩などの運動、通いの場などへの社会参加が虚弱や廃用の予防となることを助言する ・サービスの関与や杖などの移動補助具が自立支援につながっているかを確認した上で助言する ・疾患特異的か、生理的退行変化なのか、廃用症候群なのかの視点を意識した助言を行う
----------------	---

②作業療法士

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

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的に介護・支援が必要になっているADLや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 ・家屋や自宅周辺的环境状況を確認する ・どのような生活を送っているか（閉じこもり傾向等）を確認する ・交流の機会の有無や多寡を確認する ・趣味活動や地域活動は行っていたのかなど、一日の余暇時間の過ごし方について確認する
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLは「できる」動作なのか「している」動作なのか、またIADLの状況はどうかを確認する ・出来ない動作は「なぜ」できないのかが明確にされているかを確認する ・認知症の症状はあるのか、ある場合は生活に影響を与えているのかを確認する ・家族や地域の協力が得られるかを把握する ・福祉用具や住宅改修等の環境調整で、生活行為の課題の改善が可能かを検討する
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> ・目標が心身機能に関する項目に偏っていないかを確認する ・「活動」・「参加」への目標が設定されているかを確認する

実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの関与が心身機能に関する項目に偏っておらず、「活動」・「参加」も含まれているか確認した上で助言する ・本人の残存機能を引き出すよう助言する ・日中の役割の再獲得や確保、本人の趣味などから社会参加に向け必要な社会資源などについて助言する。
----------------	---

③言語聴覚士

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

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

④管理栄養士・栄養士

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

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

資料

使用様式

利用者基本情報(アセスメントシート)

作成担当者:

《基本情報》

相談日		<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 初回	今回作成日	
		<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 再来	前回作成日	
本人の現況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他	被保険者番号			
フリガナ		性別	生年月日		年齢
本人氏名					
住所	〒664- 伊丹市		電話 携帯 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 V
認定情報	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援		1	2	前回介護度
	チェックリスト実施日		有効期間 ~		
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体障害 () <input type="checkbox"/> 知的障害 () <input type="checkbox"/> 精神障害 ()				
	<input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 被爆者				
本人の 住居環境	<input type="checkbox"/> 自宅 → <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション		<input type="checkbox"/> 借家 → <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅		
	<input type="checkbox"/> 自室 → <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 住宅改修 → <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
経済状況	<input type="checkbox"/> 所得 → <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他		介護保険負担割合		
	<input type="checkbox"/> 年金 → <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 生活保護		担当CW:		
緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先	家族構成	
				◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
日常生活 動作の状況	1.立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助	家族関係等の状況		
	2.歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助			
	3.食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助			
	4.義歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	5.入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助			
	6.着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助			
	7.排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助			
	8.視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	9.聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	10.言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			

利用者基本情報(アセスメントシート)

《介護予防に関する事項》

今までの生活経歴					
現在の生活状況(地域の中でどんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方(具体的に書く)			生活での楽しみ(趣味等)	
	午前	午後	夜間		
	1週間の生活・過ごし方(サービス以外の活動も含めて書く)			友人・地域との関係	
		午前	午後		
	月				
	火				
	水			日常生活での困りごと・悩み	
	木				
	金				
土			今後の生活の意向(本人・家族)		
日					
	不定期な予定				

《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)

発症日	病名	医療機関・医師名 (主治医意見書作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
年月頃			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
年月頃			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
年月頃			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
年月頃			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
年月頃			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	

《現在利用しているサービス》

種別	支援内容・費用等	提供事業者等	利用期間等
公的サービス			
インフォーマルサポート			

利用者基本情報(アセスメントシート)

《手段的日常生活動作に関する事項》

IADL	本人がしていること	具体的な状況、できない(していない)理由、できる可能性等
炊事	<input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 簡単な食事の用意 <input type="checkbox"/> ガス、IH調理器使用 <input type="checkbox"/> 温め <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い	
掃除	<input type="checkbox"/> 掃除機がけ <input type="checkbox"/> モップ <input type="checkbox"/> 床拭き <input type="checkbox"/> 風呂掃除 <input type="checkbox"/> トイレ掃除 <input type="checkbox"/> その他	
洗濯	<input type="checkbox"/> 洗濯機の操作 <input type="checkbox"/> 洗濯物を干す <input type="checkbox"/> 取り込む <input type="checkbox"/> たたむ <input type="checkbox"/> 整理する	
ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 分別する <input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> 集積所まで運ぶ <input type="checkbox"/> その他	
買い物	<input type="checkbox"/> 買うものを決める <input type="checkbox"/> 買い物にお店に行く <input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る <input type="checkbox"/> 注文配達	
金銭管理	<input type="checkbox"/> 全て管理 <input type="checkbox"/> こづかい程度のみ管理 <input type="checkbox"/> 銀行に行く / 出入金 <input type="checkbox"/> その他	
薬の管理	<input type="checkbox"/> 自己管理(分包・一包) <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れがある <input type="checkbox"/> 声掛け有 <input type="checkbox"/> 拒否	
外出手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 徒歩【補助具の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()】 家族の付き添い <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

《習慣的に利用している(通っている)場所、現在参加している活動》

習慣的に利用している(通っている)場所	参加活動	参加頻度・時間	特記事項(誰と行くのか等)
	<input type="checkbox"/> サロン、地域交流カフェ(他者との交流)		
	<input type="checkbox"/> 自治会・老人会の活動(他者との交流)		
	<input type="checkbox"/> いきいき百体操(交流・筋力向上・認知症予防)		
	<input type="checkbox"/> ボランティア(生きがい・交流)		
	<input type="checkbox"/> スポーツジム(筋力向上)		
	<input type="checkbox"/> 趣味活動(コーラス、将棋、太極拳、踊り等)		
	<input type="checkbox"/> その他()		

※個人情報利用同意については、別途「同意書」にて承諾済み(平成 年 月 日)

基本チェックリスト

実施日： 年 月 日

被保険者番号	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	氏名	男・女		
住所				電話：

No.	質問事項	回答		判定
1	バスや電車で一人で外出していますか	はい	いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	
		小計	0 / 5	
6	階段を手すりや壁をつたわず昇っていますか	はい	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	はい	いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
9	この1年間に転んだことはありますか	はい	いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ	
		小計	0 / 5	
11	6カ月間で2～3kg以上の体重の減少がありましたか	はい	いいえ	
12	身長 m 体重 kg BMI= <18.5 の場合「はい」	はい	いいえ	
		小計	0 / 2	
13	半年前に比べ固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	
15	口の渇きがきになりますか	はい	いいえ	
		小計	0 / 3	
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数は減っていますか	はい	いいえ	
		小計	0 / 2	
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されますか	はい	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	はい	いいえ	
20	今日が何月何日かわらない時がありますか	はい	いいえ	
		小計	0 / 3	
		1～20 計	0 / 20	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい	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	はい	いいえ	
23	(ここ2週間) 以前は、楽にできたことが今ではおっくうに感じられる	はい	いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ	
		小計	0 / 5	

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

介護予防ケアプランの作成等、介護予防・日常生活支援総合事業の適切な運用に必要なときは、基本チェックリストの実施結果を伊丹市、地域包括支援センター、事業者、その他必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 被保険者氏名

課題整理総括表

利用者名 _____ 職 _____

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
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)			
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	自立 見守り 一部介助 全介助	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	自立 見守り 一部介助 全介助	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	自立 見守り 一部介助 全介助	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				
着脱		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		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
認知		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
社会との関わり		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
行動・心理症状(BPSD)		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
介護力(家族関係含む)		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
居住環境		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				

利用者及び家族の生活に対する意向	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
------------------	--------	--------------------------	----

※1 本表は総括表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」の各項目は情報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」「見守り」「一部介助」「全介助」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(丸数字)を記入する(複数該当する場合は複数番号を記入可)。
 ※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」を番号、要因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事後の状況(目標)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、解決が必要な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。

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日

作成担当者 _____

作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催場所 _____

開催時間 _____

開催回数 _____

	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者						
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

介護予防サービス・支援計画書

被保険者番号 _____ 様 (男・女) 歳 認定年月日 令和 年 月 日 認定の有効期限 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 事業対象者

利用者名 _____ 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 令和 年 月 日 (初回作成日 令和 年 月 日) 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____

1日 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	興味における課題(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(どんな内容で実行していくのか)						
							本人などのセルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間		
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
日常生活(家庭生活)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
社会参加・対人関係、コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
健康管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												

健康状態について _____

主治医意見書、観察結果等を踏まえた留意点 _____

【本来自行ならへべき支援が実施できない場合】 _____

総合的な方針：生活不活発性の改善・予防のポイント _____

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入してください
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○目をつけて下さい

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
/5	/2	/3	/2	/3	/5

地域包括支援センター _____

【確認印】 _____

計画に関する同意 _____

令和 年 月 日 氏名 _____

上記計画について、同意いたします。