

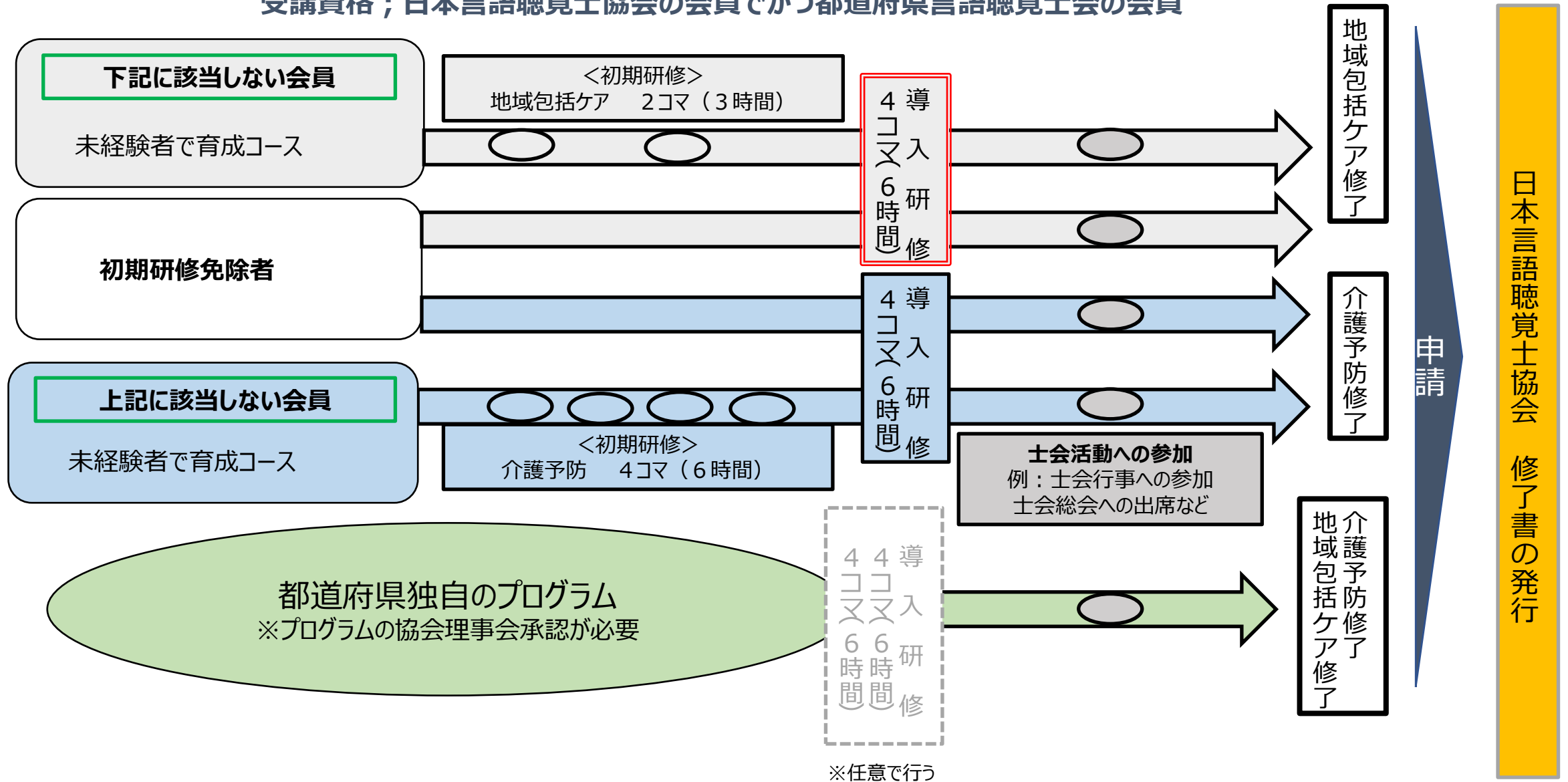
地域包括ケア推進コース 導入研修 講義 1



一般社団法人 日本言語聴覚士協会

地域リハビリテーション活動支援に資する人材育成 履修内容および修了までの流れ

受講資格；日本言語聴覚士協会の会員でかつ都道府県言語聴覚士会の会員



※研修の進め方は都道府県ごとに異なります。

本研修の目標

地域ケア個別会議に参画する上で役立つ知識や考え方を習得する

○地域ケア個別会議とは

○地域ケア会議における助言者の役割

○対象者像の把握

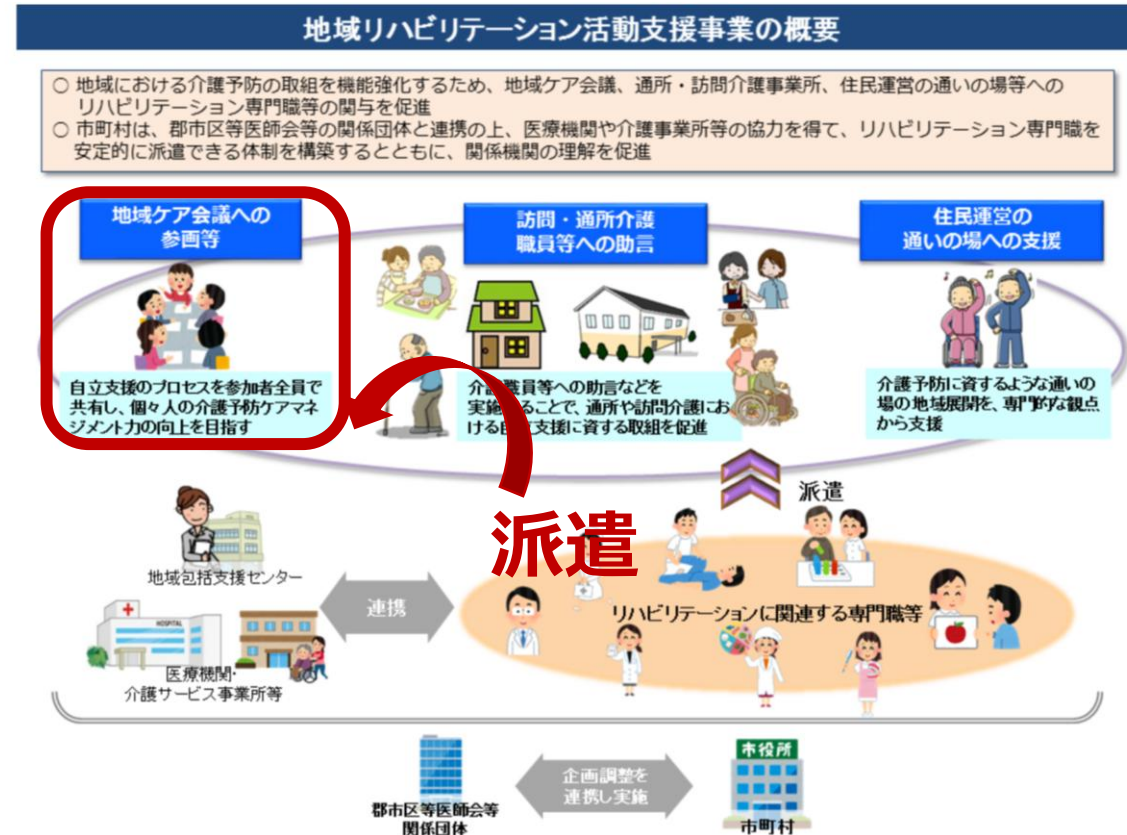
○地域包括支援センターの機能と役割

○介護保険サービスとケアマネジメントの概要

○地域ケア個別会議の例

○2040年に向けてー地域共生社会の実現へ

○高齢者支援における意思決定支援の重要性



介護予防への言語聴覚士（リハ専門職） 活用のねらい

ケアカンファレンスへの参加

疾病の特徴を踏まえた
生活行為の改善の見通し

要支援者等の有する能力を
最大限に引き出す方法

通所と訪問に一貫した
集中的関わり

居宅や地域での生活環境を
踏まえた適切なアセスメント

ADL訓練やIADL訓練によって
「活動」を高める

住民運営の通いの場における
適切な対応

生活機能の程度に関わらず、
様々な状態の高齢者が参加可能

介護予防事業（地域リハビリテーション活動支援事業等） に関わるリハ専門職の心得10か条（Ver.1）

- ① 何よりも主役は地域住民・対象者（家族）であることを忘れないこと
- ② どこでも、どんな時でも、明るい挨拶・自己紹介を忘れないこと
- ③ 人の言うことはしっかり聞き、そして考え・学ぶ心を大切にする
- ④ 自分の想いや意見は他者が理解しやすいように、しっかり語ること
- ⑤ 生活機能「心身機能」・「活動」・「参加」の改善・向上に関わり支援する専門職であることを忘れないこと
- ⑥ 知識・技術の習得は専門職として当然であり、常に人としての研鑽に励むこと
- ⑦ チームで関わることを大切にし、他（者）職種に敬意を払い、尊重すること
- ⑧ 医師が良き理解・協力・支援者となって共に地域を支えるよう努力しよう
- ⑨ 地域のインフォーマル・サービスを大切にし、学び活用すること
- ⑩ 何よりも自分が心身ともに健康で、明るく、爽やかであるように努力すること

「地域リハ活動に資する リハ専門職育成のための道標 リハ専門職が地域でいきいきと活躍するためのテキスト」

一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会，公益社団法人日本理学療法士協会，一般社団法人日本作業療法士協会，一般社団法人 日本言語聴覚士協会

地域ケア個別会議とは

「地域ケア会議」

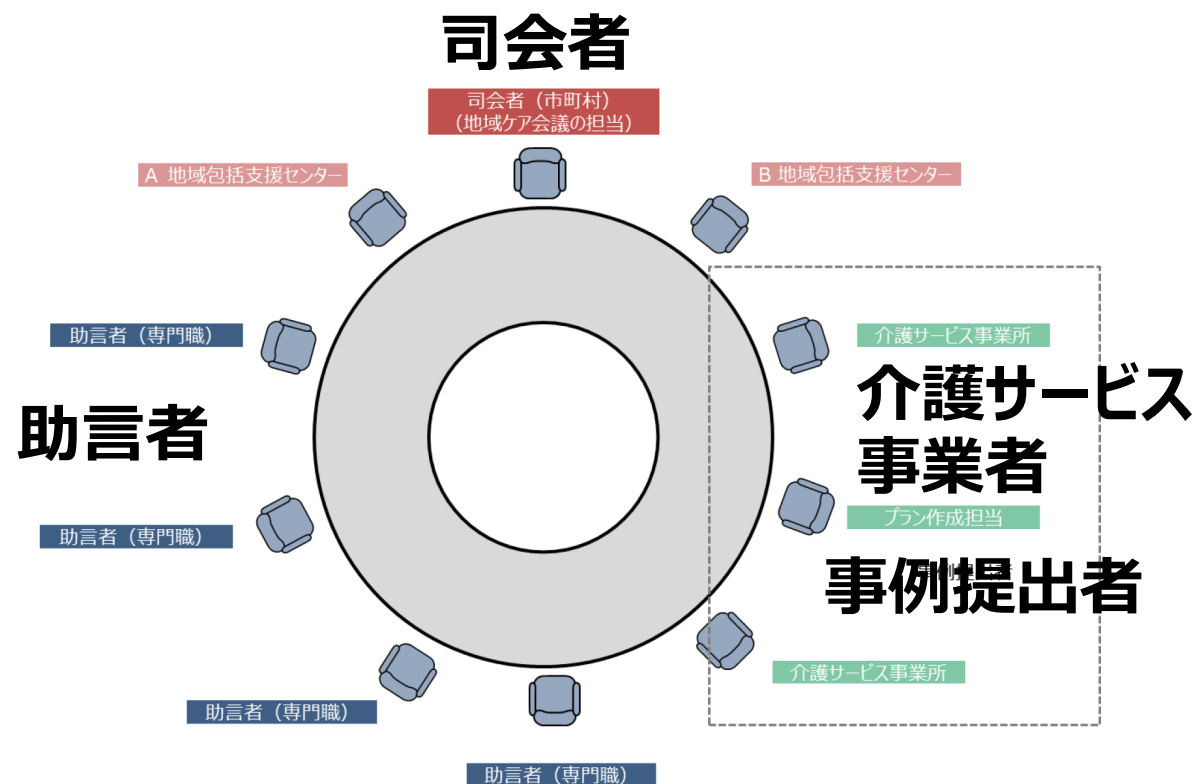
主催：地域包括支援センター又は市区町村

目的：包括的支援事業の一環として、

幅広い地域の多職種の視点により、それぞれの専門性に基づくアセスメントやケア方針がなされる場

高齢者に対する包括的ケアと自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高め、保健・医療職やインフォーマルサービス等を含めた**地域包括支援ネットワークの構築**、地域課題の把握等を行う。

また、これらの積み重ねにより、介護支援専門員（ケアマネジャー）のケアマネジメント能力が向上し、結果的に、サービス担当者会議の充実が期待される。



「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、介護支援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

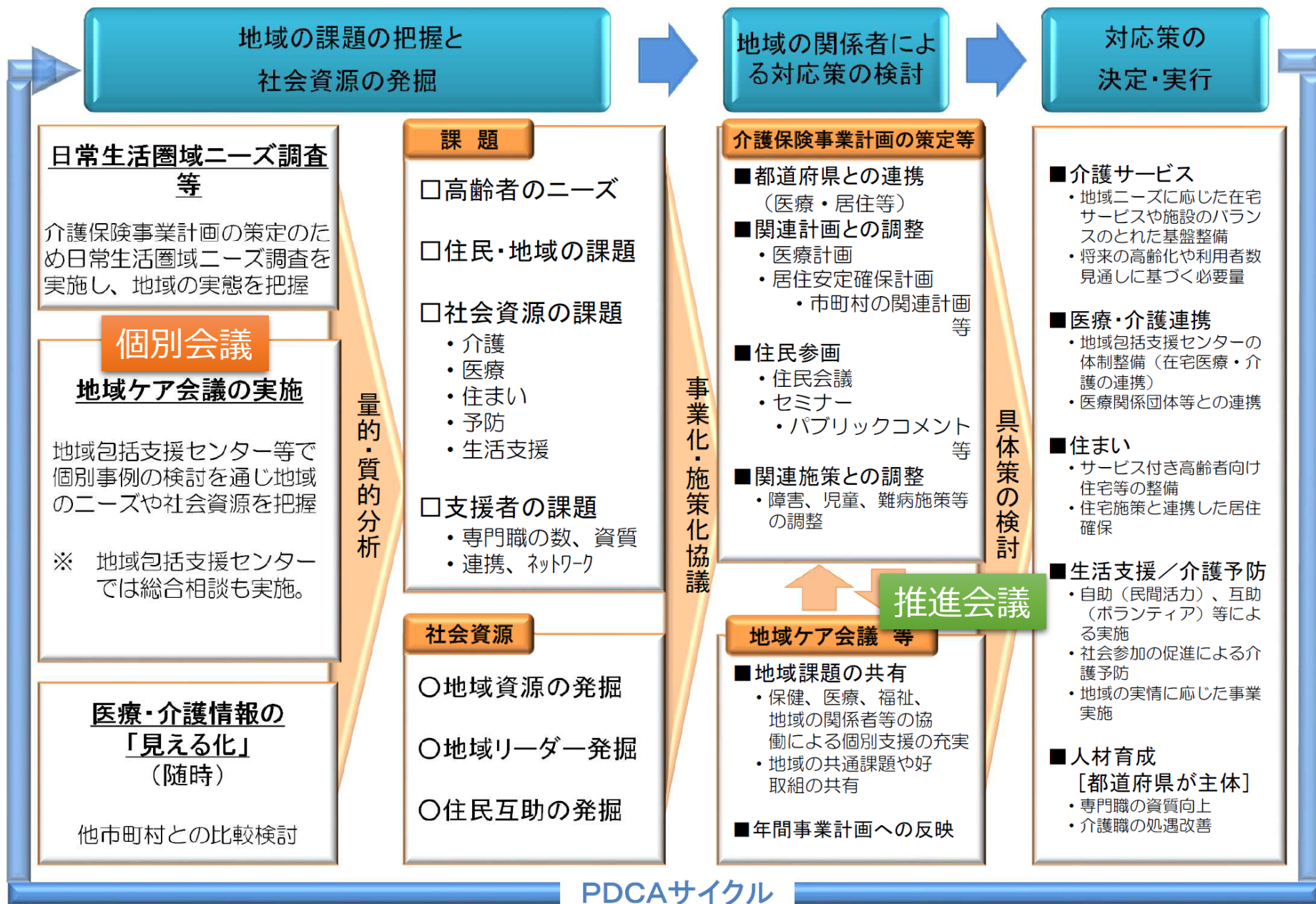
政策の形成

- 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

個別会議

推進会議

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)

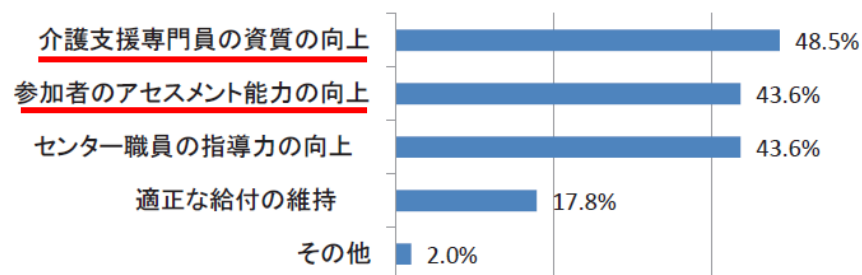


(参考)「地域ケア会議」への取組による成果

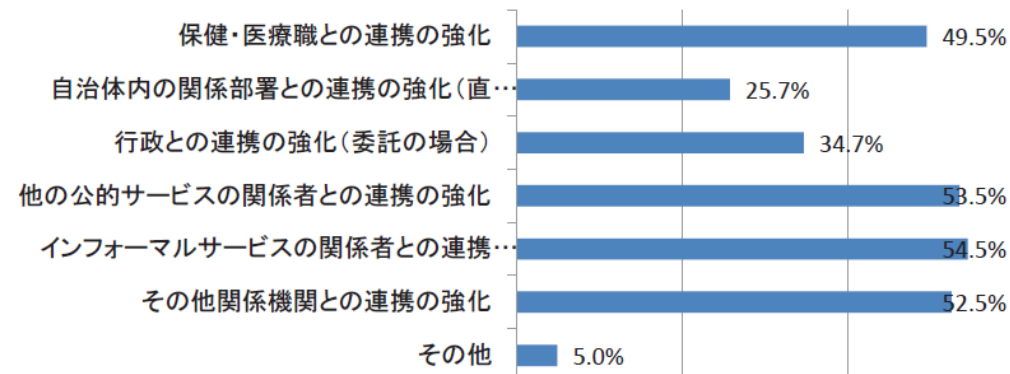
- センター長クラスを対象とした国実施の研修受講後、各センターで多職種協働による個別ケースの検討を行った結果について、6割以上の受講者が個別課題の解決につながった(65.3%)と回答した。
- また、自立支援に資するケアマネジメント支援の成果については、「介護支援専門員の資質向上につながった」(48.5%)が最も多かった。
- 地域包括支援ネットワーク構築の成果については、「保健・医療職との連携強化」(49.5%)や「インフォーマルサービス関係者との連携強化」(54.5%)につながったとの回答が多かった。
- 一方で、個別ケースの検討に取り組めていない受講者等もいることから、今後さらに地域ケア会議に関する取組の強化が必要

出典：平成24年度地域包括ケア指導者養成研修(中央研修)受講者に対する年度末アンケート(n=101)

自立支援に資するケアマネジメント支援の成果(複数回答)



地域包括支援ネットワークの構築の成果(複数回答)



その他の成果(自由記載)

- ・ケアマネジャーが1人で抱え込まずに多職種で役割分担できようになった。
- ・事例提出者は、自立支援に向けた予後予測を見込んで評価する視点をトレーニングできた。
- ・サービス担当者会議で対応できないケースについて、セターや行政を交えて検討したことにより、今後の方向性について本人・家族と合意形成できた。
- ・地域包括支援センター職員の力量アップにつながった。
- ・信頼感を持った関係づくりができた。
- ・民生委員や町内会役員が、高齢者や家族への支援を積極的に行うようになった。
- ・認知症の人の日中の安否確認について、近隣住民の協力を得ることができた。

地域ケア会議に関する介護保険法上の位置づけ

1. 市町村が「地域ケア会議」を設置し、高齢者への適切な支援及び支援体制に関する検討を行うことを規定

- 市町村が包括的・継続的ケアマネジメント事業の効果的な実施のため「地域ケア会議」を置くよう法律に明記。
- 地域ケア会議を設置し、個別ケースの検討と地域課題の検討の両方を行うものであることを法律に明記。
(介護保険法115条の48第1項、第2項)

2. 地域ケア会議関係者からの協力を得やすい体制に

- 関係者の出席や資料・情報の提供など地域ケア会議の円滑な実施が可能に。
(介護保険法115条の48第3項・第4項)

3. 関係者への守秘義務を課すこと

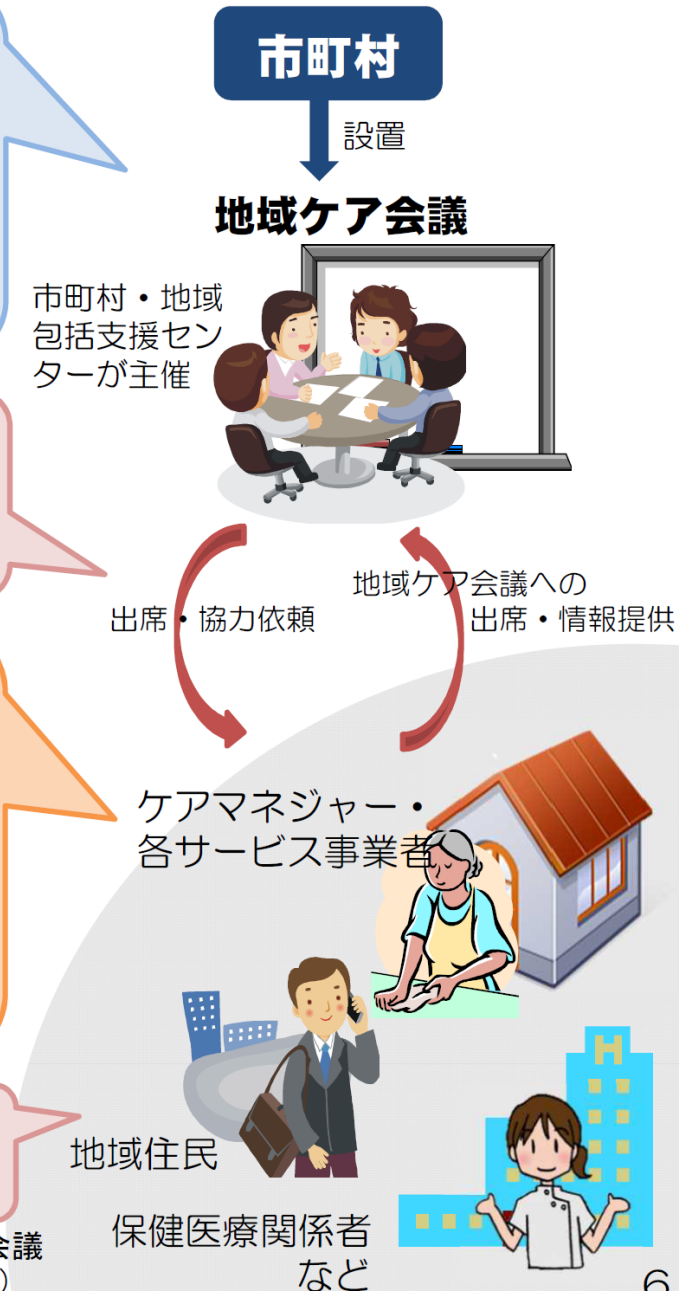
- 関係者に対して法律上の守秘義務を課すことで、地域ケア会議で個別事例を扱うことに対して、利用者や家族からの理解が得やすくなる。
 - 参加者による情報交換等が円滑に行われるようになる。
- ※守秘義務違反の場合は一年以下の懲役・百万円以下の罰金。

→参加者に、守秘義務の取扱に関する周知が必要

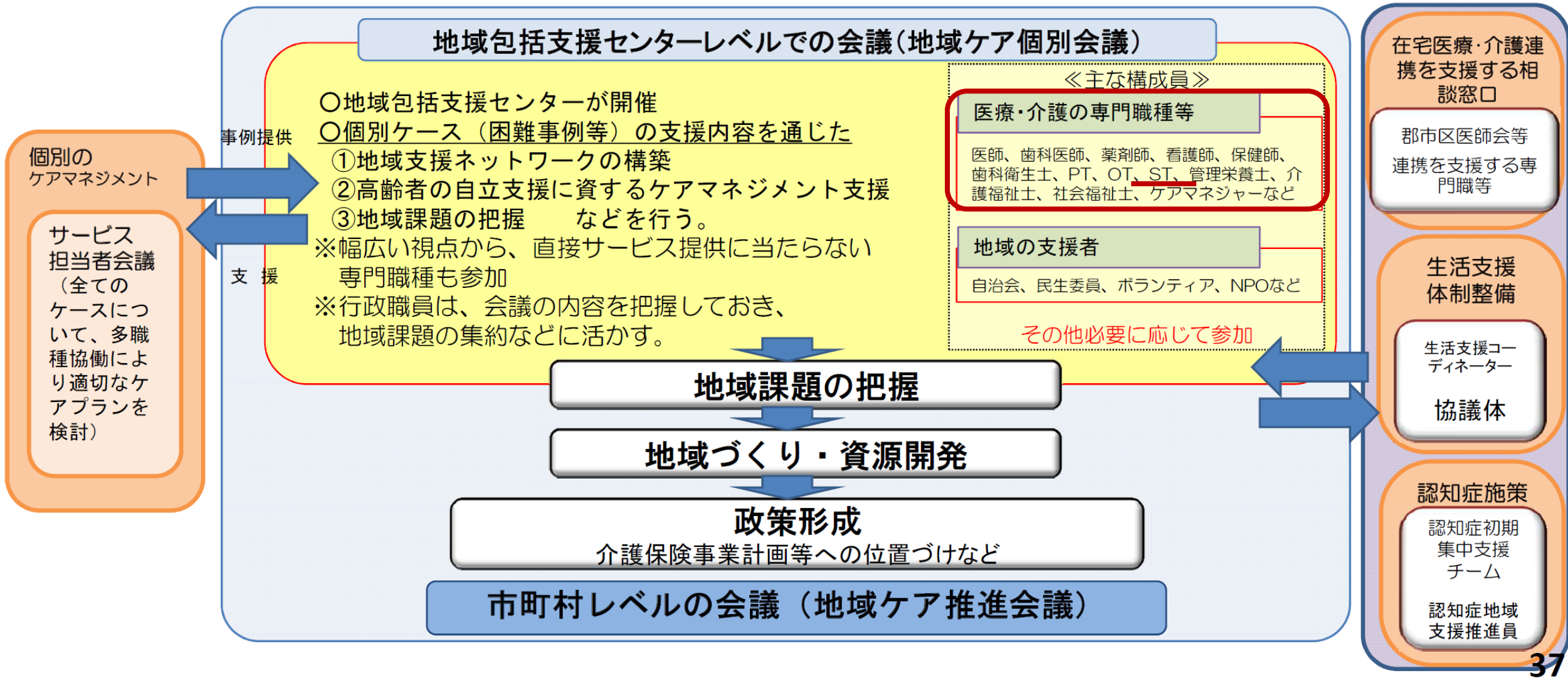
(介護保険法115条の48第5項、205条2項)

4. 具体的な会議の運営について市町村・センターにおいて従前どおり柔軟に行うことができる。

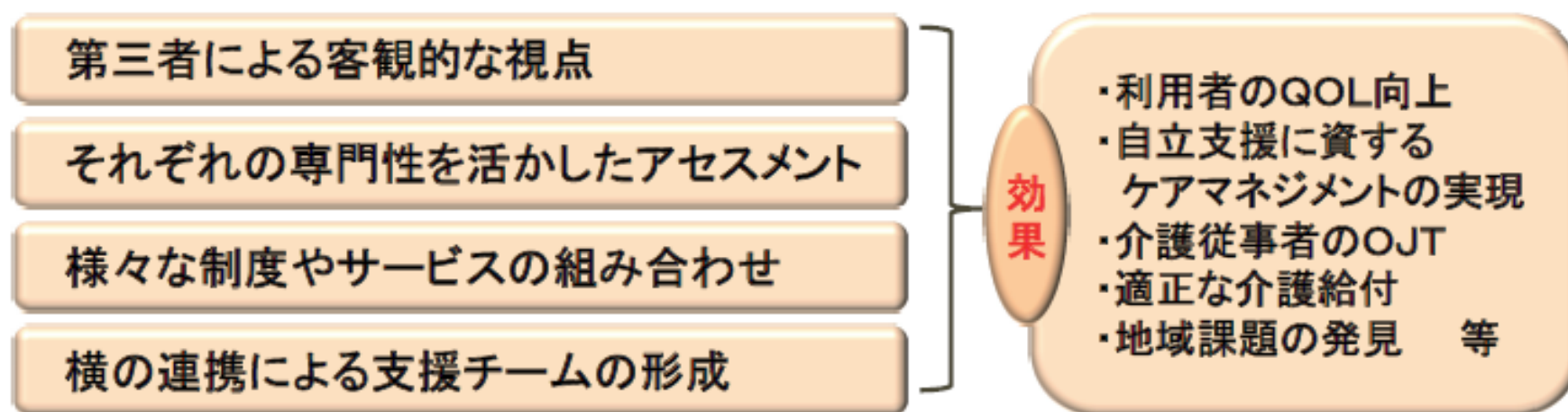
※上記の他、市町村は地域包括支援センターの運営に係る方針の提示の中で、地域ケア会議の運営方針についても規定している。(法第115条の47第1項、施行規則第140条の67の2)



地域ケア個別会議の全体像



多職種協働による地域ケア会議の意義



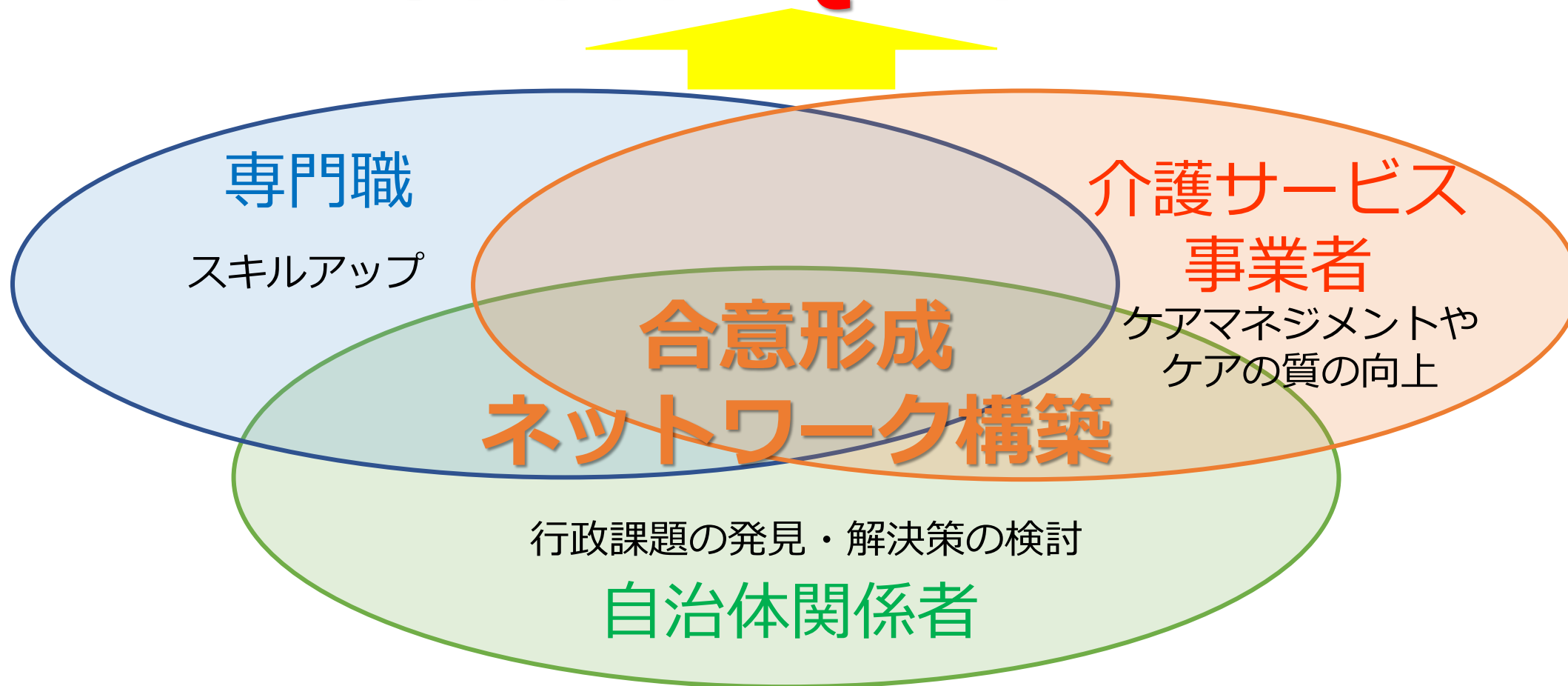
サービス担当者会議との違い

「地域ケア会議」における個別事例の検討は

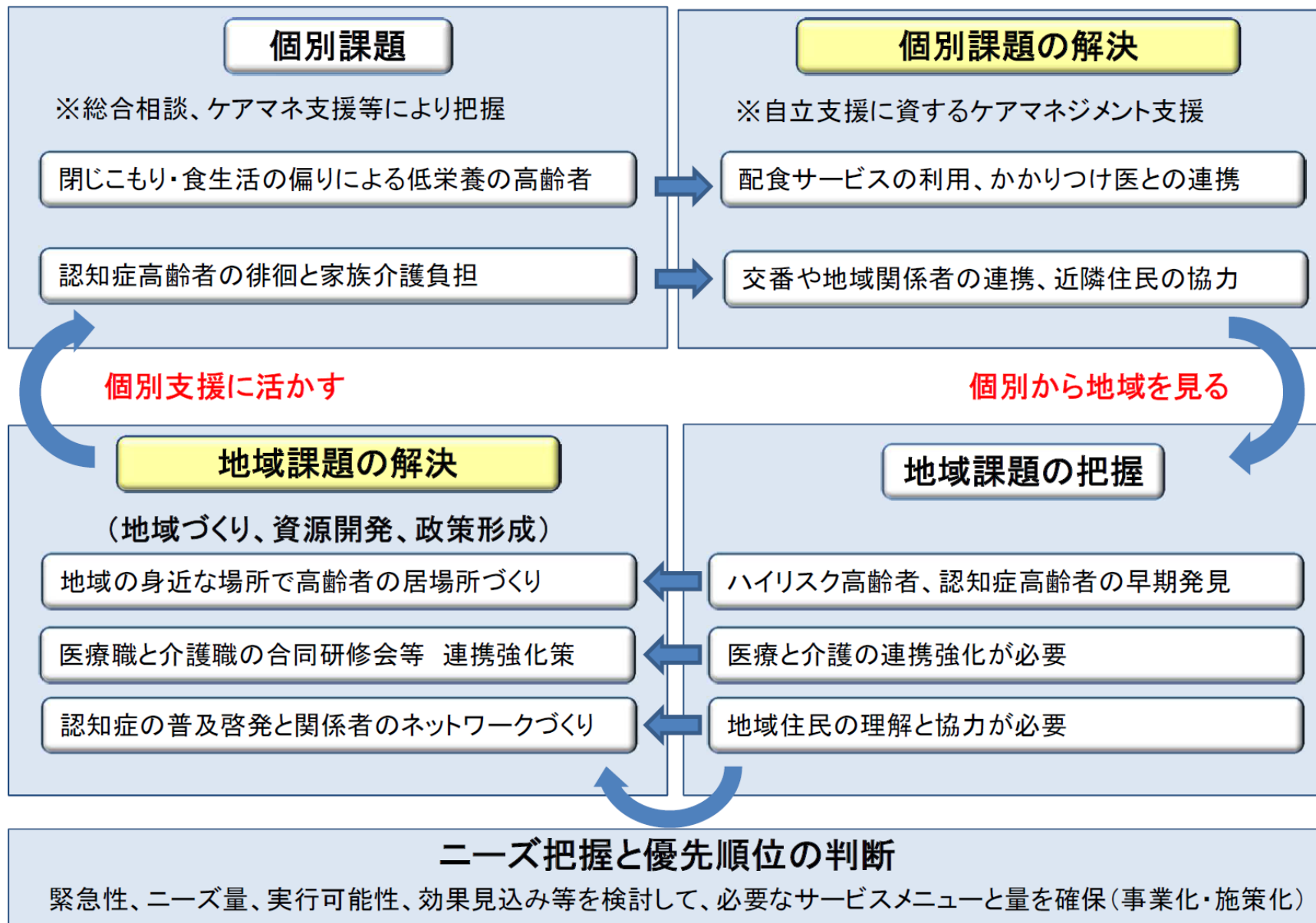
- ・介護保険法に基づく「包括的支援事業」の一環として、地域包括支援センターが主体となり、サービス提供者以外の第三者を含めて実施されること
- ・個別事例の課題だけでなく、エリア内の住民ニーズ、サービス資源、ケアの質の課題も浮き彫りにすること
- ・個別事例を通して把握した課題を地域課題として、次のステップにつなげる機能を持つこと

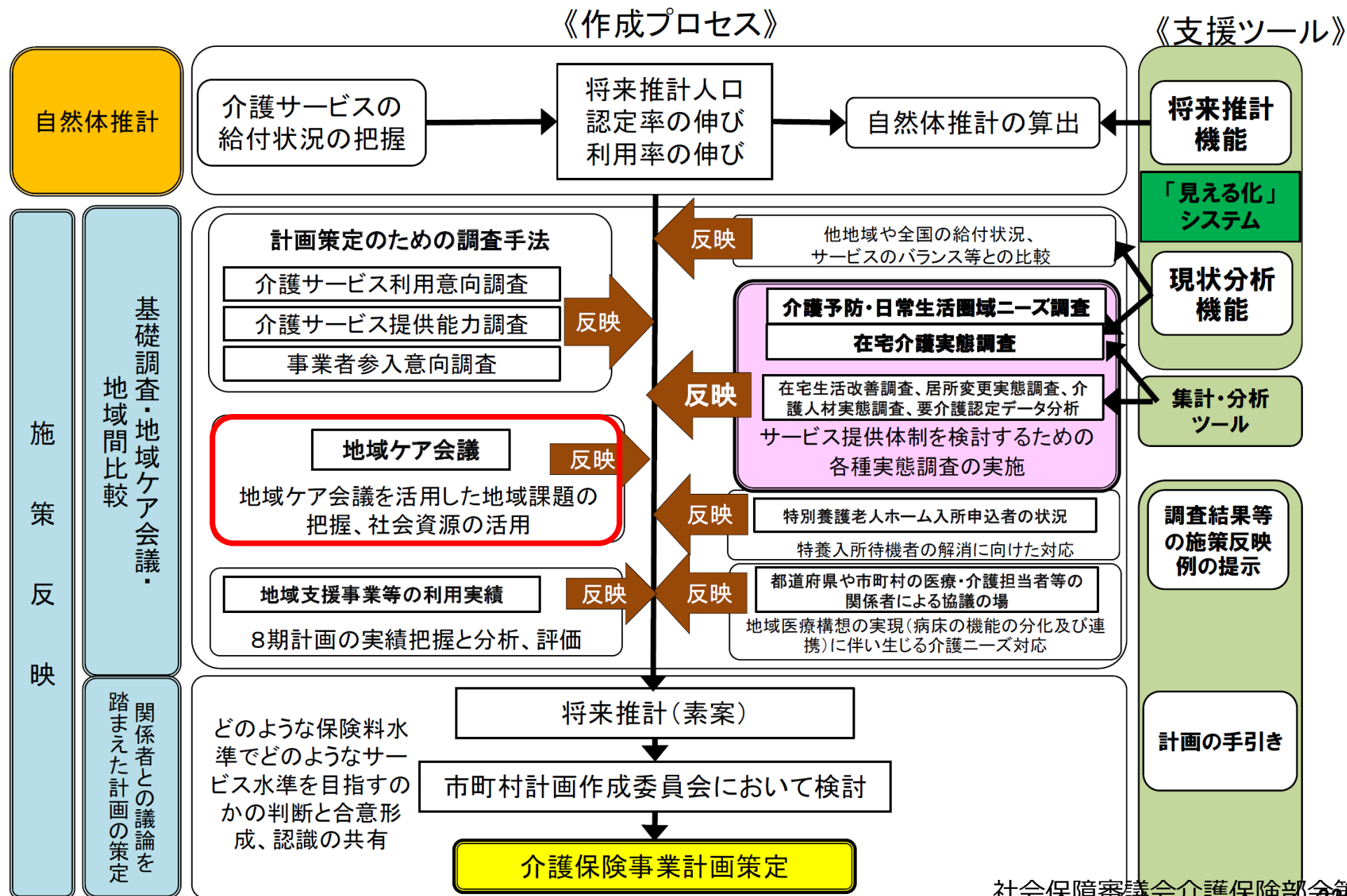
介護予防のための地域ケア個別会議 （自立支援型地域ケア会議）の意義

高齢者のQOL向上



「地域ケア会議」の具体例 （個別課題から政策形成までの展開例）





地域ケア個別会議における 助言者の役割

主な出席者と役割

司会者（地域包括支援センター、行政担当者）

会議の進行を行う（運営の要）

助言者からアドバイスを引き出す

助言者（専門職）

事例の状態像を踏まえ、
自立に資する助言を行う

助言者（専門職）

助言者（専門職）

助言者（専門職）

助言者（専門職）

司会者（市町村）
（地域ケア会議の担当）

A 地域包括支援センター

B 地域包括支援センター

介護サービス事業所

プラン作成担当

事例提出者

介護サービス事業所

事例提出者

（ケアマネジャー）

作成した資料に従い、
簡潔に事例について
説明する

介護サービス事業所

※必要に応じて参加

情報を共有しながら
自立に向けた支援を
行う

「地域ケア会議」は 専門職が知恵を持ち寄る場

- 「地域ケア会議」とは、
 - ・ 市町村等が主催し、
 - ・ 医療・介護の専門職に加え、地域包括支援センターや生活支援コーディネーター等の多くの職種が一堂に会することで、
 - ・ **個々の高齢者の課題を明らかにし、効果的な支援方法を幅広く検討するための会議。**
- 個別課題の積み重ねから地域課題を発見し、市町村としての政策形成につなげていくことも期待される。
- しかし、残念ながら、うまく機能している地域は多くない。



言語聴覚士が地域ケア個別会議で行うこと

○個々の高齢者の課題を明らかにする
→**アセスメント、課題の分析**

○課題解決の方法を幅広く検討する
→**支援方法の提案**

○出席者との顔の見える関係をつくる
→**継続的な協力姿勢**

地域ケア個別会議の流れ（例）

開会 司会者が挨拶し、資料の確認、出席者の自己紹介等を行う

資料の読込（5分）事例に関する資料を黙読し、情報を確認する

事例の概要説明（5分）事例提出者が資料に基づいて概要を説明する

質問（5分）資料の読込と概要説明から事例の全体像を把握する上で
明らかにしておくべき事柄を確認する

助言（5分）自立支援を前提に、生活課題の解決のアドバイスを行う

まとめ（5分）助言を受けて事例提出者が行うところを確認し、
出席者で共有して終了する

地域ケア個別会議の資料の一例

- ・ **利用者に関する情報**

利用者基本情報

基本チェックリスト

興味・関心チェックリスト

- ・ **アセスメント情報**

課題整理総括表

- ・ **ケアプラン**

※必要に応じて提供

- ・ **提供されているサービスの情報**

各事業所における個別援助計画※

- ・ **その他**

主治医意見書

お薬手帳（コピー）

利用者基本情報

・性別、年齢、日常生活自立度の尺度などから、本人の状況をイメージしましょう。
 ・住居や経済状況といった環境も重要な要素です。

【基本情報】

相談日

担当者: ○○ ○○

初回

再来(前 /)

本人の現況 (在宅・入院または入所中)			
フリガナ 本人氏名	A	男・女	昭和○○年○○月生(85)歳
住 所		Tel ()	Fax ()
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
限定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～ 月 日 (前回の介護度 なし)		
障害等認定	身障()療育()精神()難病()		
本人の住居環境	(自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金、厚生年金、障害年金、生活保護...		

来所者(相談者) ○○ ○○

住所連絡先 同上 続柄 長女

緊急連絡先 氏名 続柄 住所・連絡先

○○ ○○ 長女 同上

家族構成

◎ = 本人、○ = 女性、□ = 男性
 ● = 死亡、☆ = ナンバー
 主介護者に「主」
 副介護者に「副」
 (同居家族は○で囲む)

家族関係等の状況

本人、長女の2人暮らし。長男は○○市在住。次男は○○県に在住。家族関係は良好。

利用者基本情報

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

《介護予防に関する事項》

今までの生活	○○県生まれ。24歳で結婚し、3人の子宝に恵まれる。夫の転勤で33年前に○○市に転入し、現在に至る。平成23年に夫が他界され、現在は、長女との2人暮らし。長女は○○で小学校の教員をしており、日中は一人です。今まで、自分のできる範囲で家事をこなしてきた。両側股関節症があり、体幹バランスが悪く、ここ数年、転倒が頻れている。今回も、駅前で強風にあおられ、転倒し、左手首骨折。A病院に入院し、手術を受ける。		
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方	趣味・楽しみ・特技	
	規則正しい生活を送っている。日中は、新聞を読んだり、日記をつけたしで過ごされる。	【以前】 ・皮の工芸(ハンドバッグ、小物を作っていた) 【現在】 ・新聞を読んだり、今迄の半生をノートにまとめている(1年を1ページ割く) 友人・地域との関係 ・以前は、パート時代の友人と○○で会うことがあったが、現在は行っていない。時々、電話で話す程度。 ・○○に半月通い始めたときに、転倒し、左手首骨折される。	
	時間 本人 介護者家族		
	5:30 起床 7:00 朝食 新聞を読んだり日記をつける。 12:00 昼食 新聞を読んだり日記をつける。 19:30 夕食 23:00 就寝	朝晩出勤 19時半帰宅	

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

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医意見書添付)☆	経過	治療中の場合は内容
○○年○月○日	左手首骨折	A病院 ○医師	Tel	治療中 経過観察中 その他
○○年○月○日	左肩刺さる骨折	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他
○○年○月○日	腰椎圧迫骨折	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他
○○年○月○日	肛門狭窄	メディカルセンター	Tel	治療中 経過観察中 その他

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非
通所型サービスA、訪問型サービスA	

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

平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 氏名 A 印

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

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

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.2)

基本チェックリスト

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

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

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

興味・関心チェックシート

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

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

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

(出典) 平成25年度老人保健健康増進等事業「医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向

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

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

~~課題整理総括表~~

利用者名		氏 名		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	支援なし 支援あり	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	支援なし 支援あり	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	支援なし 支援あり	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		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化		
認知		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化		
社会との関わり		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化		
介護力(家族関係含む)		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化		
居住環境		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化		
			改善 維持 悪化		

見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
		見通し 断して 先順位 しまし

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

※1 本書は紙媒体でなく電子媒体でも構いません。必ず別紙「投票用紙の回収・分析を行うこと」を「状況の事実」の各項目は詳細な分析事項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介護観察事項を記載する。選択記号「○」を記入。

※3 現在の状況が「自立・自立後は支援なし」以外である場合に、そのような状況を専門員として必要を、様上(上部)の要項欄から選択し、該当する番号(数字)を記入する(複数の番号を記入可)。

※4 今後の認定有効期間における状況の楽観/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投票用紙の「要項」を記入。

※5「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための提助内容と、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。

介護予防サービス・支援計画表

No. ○○○

利用者名 ○○○ 様 認定年月日 認定の有効期間 ○○○ ～ ○○○

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

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

- ・ アセスメント時の改善見込みとケアプランが連動することが重要です。
- ・ 課題を明確にした上で目標を設定し、設定された期間内に目標達成が可能な支援内容になっているか確認しましょう。
- ・ 目標設定は本人にも評価ができ、達成が実感できるものになっているか確認しましょう。

目標とする生活

1日	五ふことなく、生活が送れる。	1年	△△小で実施している「□□□」に近づける。
----	----------------	----	-----------------------

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

健康状態について

口主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

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

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発性の改善・予防のポイント

左手の状態を見ながら、出来る動作を一つ一つ増やしていきます。
一人で外出できるようになり、半年後には「□□□」に通えるようになることを目指しましょう。

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

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

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

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)
明・大・昭 年 月 日生(歳)	
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。	
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。	
医師氏名	
医療機関名	電話 ()
医療機関所在地	FAX ()
(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日	
1. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	
2. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	
3. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	

☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明

特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

生活機能の低下の要因となった傷病名を確認しましょう。

A 基本情報の現病歴・既往歴との整合も確認しましょう。

2. 特別な医療 (過去14日間に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法
特別な対応	☐ レスビレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養
失禁への対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置
	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊
	☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☐ 有	【症状名: 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無

(5) 身体の状態	
利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)	
☐ 四肢欠損	〈部位: 〉
☐ 麻痺	☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
	☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
	☐ その他 (部位: 程度:)
☐ 筋力の低下	〈部位: 〉
☐ 関節の拘縮	〈部位: 〉
☐ 関節の痛み	〈部位: 〉

現在の体重だけでなく、過去6ヶ月の変化に着目し、その理由を確認しましょう。

屋外歩行	☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない
車いすの使用	☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用

(2) 栄養・食生活	
食事行為	☐ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助
現在の栄養状態	☐ 良好 ☐ 不良
→ 栄養・食生活上の留意点 ()	

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針	
☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊	
☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 ()	
→ 対処方針 ()	

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	
☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明	

(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)	
☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 看護職員の訪問による相談・支援 ☐ 訪問歯科診療	
☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導	
☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()	

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項	
・血圧 □特になし □あり () ・移動 □特になし □あり ()	
・摂食 □特になし □あり () ・運動 □特になし □あり ()	
・嚥下 □特になし □あり () ・その他 ()	

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)	
☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明	

5. 特記すべき事項
要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求める者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

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

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

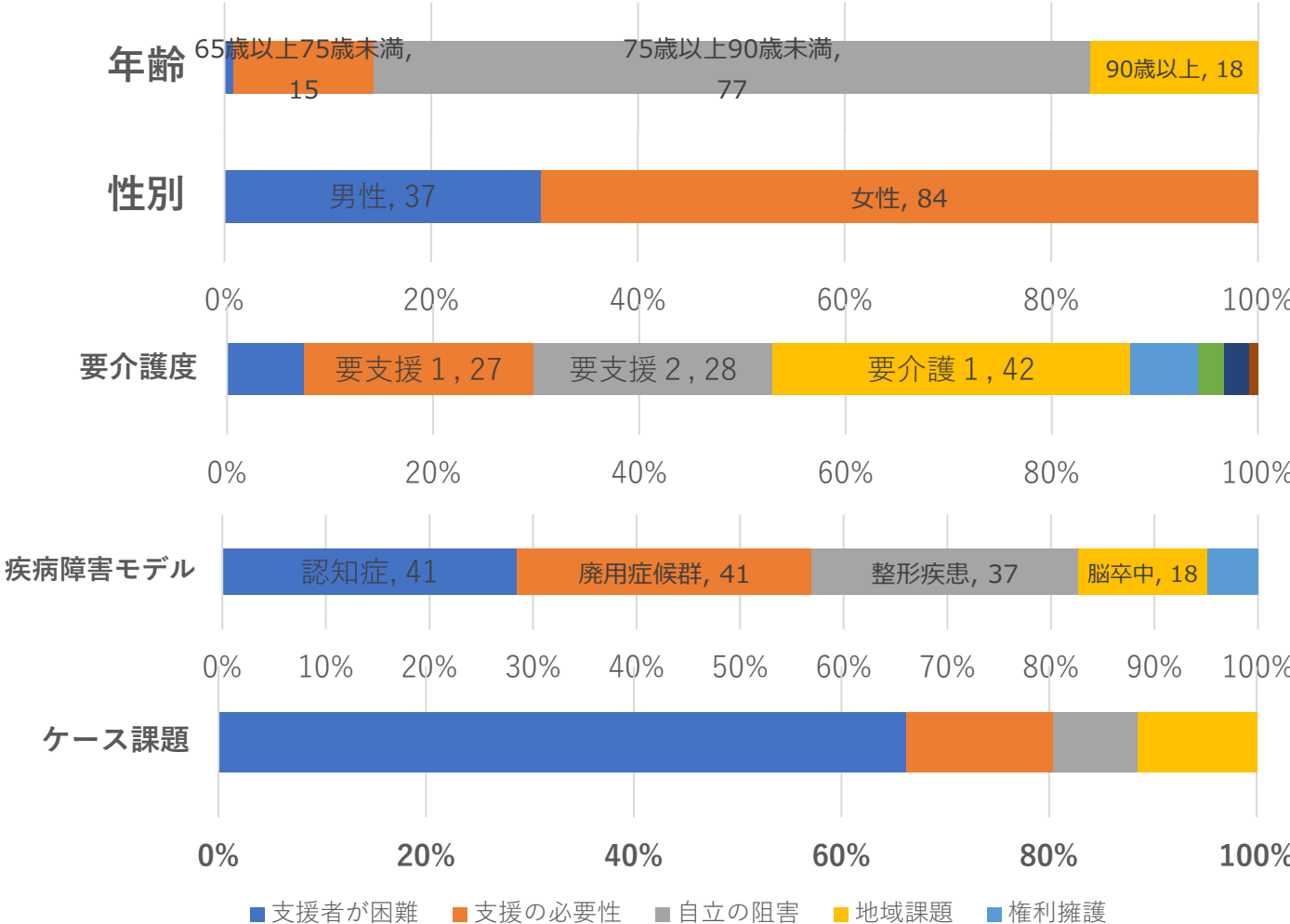
言語聴覚士

主にコミュニケーション、聴覚、嚥下に障害を抱える事例に対し、各能力の回復や維持、悪化の防止に加え、生活課題の解決の観点から助言を行う。

3つの段階と助言のポイント	専門職としての視点
①事例の理解と確認	○本人の意向が反映されているか、家族や支援者とのコミュニケーションは可能かどうか ⇒認知・コミュニケーション障害により本人の意向が十分伝えられていないのでは？ ○食事に関わる課題があるか ⇒摂食嚥下障害が関わっていないか？
②課題の明確化と背景要因の確認	○生活機能全体の見通し ●加齢や環境因子の影響を考慮 ○ICFを利用してネガティブ/ポジティブな因子を抽出 ●健康状態⇒安定/不安定、合併症等の病状管理 ●心身機能⇒コミュニケーションに関わる機能（言語、発声発語、認知、記憶、注意など） 食事に関わる機能（摂食・嚥下機能） ●活動⇒ADL、IADL、趣味・余暇活動など ●参加⇒家庭内役割、交友関係、コミュニティ内のつながり
③目標と支援内容の確認	目標の実現可能性（過大/過少評価していないか） 支援内容の妥当性（自立支援に資する内容となっているか）
④実践につながる助言のポイント	評価の視点と必要なアセスメント方法 支援者の能力に応じた具体的な支援内容、リスクを軽減するための指導

言語聴覚士の助言の例

2014 年4 月から2015 年3 月に大分県下6 市町村で、言語聴覚士が助言者として参加した地域ケア会議で検討された121 人



	ST助言	人数	割合
健康状態	あり なし	15 96	12.4% 79.3%
心身機能・ 身体構造	あり なし	65 46	53.7% 38.0%
活動と参加	あり なし	84 27	69.4% 22.3%
環境因子	あり なし	28 83	23.1% 68.6%
個人因子	あり なし	17 94	14.0% 77.7%

地域ケア会議での言語聴覚士の「社会参加」の助言内容

- ・自宅での余暇活動の充実（趣味や好きなこと）の向上・生活リハビリだけでなく、主体的な活動を促し楽しく生活できるようにする。
- ・地域サロンが減り、外出機会が減っている。新たな地域活動の提案を
- ・趣味活動（日本舞踊）の再開を
- ・趣味の将棋の再開については、デイサービスの活動というよりは、公民館活動などのインフォーマルサービスの活用を
- ・自立度が高く、デイサービスの利用目的も不明確なため、地域の健康教室への移行を進めてみてはどうか。
- ・家庭内での役割獲得や老人会への参加など今後の目標設定について提案
- ・総合事業終了後、活動量の低下が予想されるため、地域での活動の提案を
- ・認知機能低下で、家庭内の役割が少なくなっているため、献立の相談や料理の味見などできることを行うことで家庭内の役割の再開を。
- ・独居で他者交流が少ない、認知症カフェの紹介や、認知症サポーターとの交流を
- ・同じ趣味の仲間づくりを
- ・介護保険の利用から、地域サロンへの参加や店番など家庭内の役割を
- ・施設内での仲間づくり、役割づくり、場所づくりを
- ・信頼できるキーパーソンとともに、徐々に社会的につながりをつくる。
- ・失語症友の会の紹介を
- ・近所の方とのコミュニケーション機会の確保、茶話会の紹介を

多角的に捉える

- 言語聴覚士はリハビリテーション専門職であり、医療職です。複数の視点から状態像を捉えることが事例に役立つ助言につながります。
- 医療職としては、基礎疾患や合併症の管理など医療知識を有する立場として助言を行い、時には主治医への報告や受診を勧めることが必要です。
- リハビリテーション専門職として、ICFの概念を踏まえ、心身機能・構造、活動、参加を合わせた生活機能とそれにかかわる健康状態、環境因子を踏まえた総合的な視点から課題を捉え、解決に向けた助言を行います。さらに、医療モデル（本人へのアプローチ）だけではなく、社会モデル（環境へのアプローチ）から課題の解決方法を見出します。

洞察力を身につける

- 洞察力とは、物事の性質や原因を見極めたり、推察したりするスキルや能力のこと。（実用日本語表現辞典）
- 観察はあくまで「表面的な部分を注意深く見る」行為ですが、洞察力は「表面的な部分」を含め、さらにそこから**「見えていない部分」まで見抜いていく力**を指します。
- 言語機能、認知機能、高次脳機能、摂食嚥下機能、聴力など言語聴覚士の対象となる機能低下は一見わかりにくく、生活課題との関連性にも気づかれにくいいため、症状を見抜き、対応方法を見出していく力を身につけましょう。

アセスメント力の向上をはかる

- （介護予防）ケアマネジメントでは、行動観察や聞き取りによる情報収集がアセスメントの中心となる。
- アセスメントには、収集した情報を正確に理解し、課題を抽出するかが重要であり、支援計画への影響も大きい。
- 言語聴覚士が対象とする機能低下は一見わかりにくく、見逃されやすい性質を持つことから、生活の状況を注意深く見ていくことが必要になる。
- 言語聴覚士から、行動評価のポイントを助言し、事例提出者等のケア会議出席者とアセスメントの視点を共有することで、OJTによる他職種のアセスメント力の向上が期待される。

参考資料を準備・活用する

聴覚障害に配慮した環境改善とコミュニケーションのポイント

○環境改善

- ・周りの雑音を少なくする
- ・衝撃音をやわらげる
- ・複数の人に一齐に伝えるときには聴覚障害のある人にも伝わっているかを確認する
- ・筆談用具を備えておく

○伝わりにくいときの工夫

- ・言い方をかえてみる
- ・文字で書いてみる
- ・指さしや身振りで示す

○コミュニケーションのポイント

- ・近づいて話す
- ・お互いに顔の見える位置で話す
- ・ゆっくり話す
- ・はっきりした声で話す
- ・普通の大きさか少し大きめの声で話す
- ・相手の注意をひき、相手が話を聞く姿勢になってから話しかける
- ・複数の人がいる場合は、一人ずつ話す
- ・伝わっているか確認する

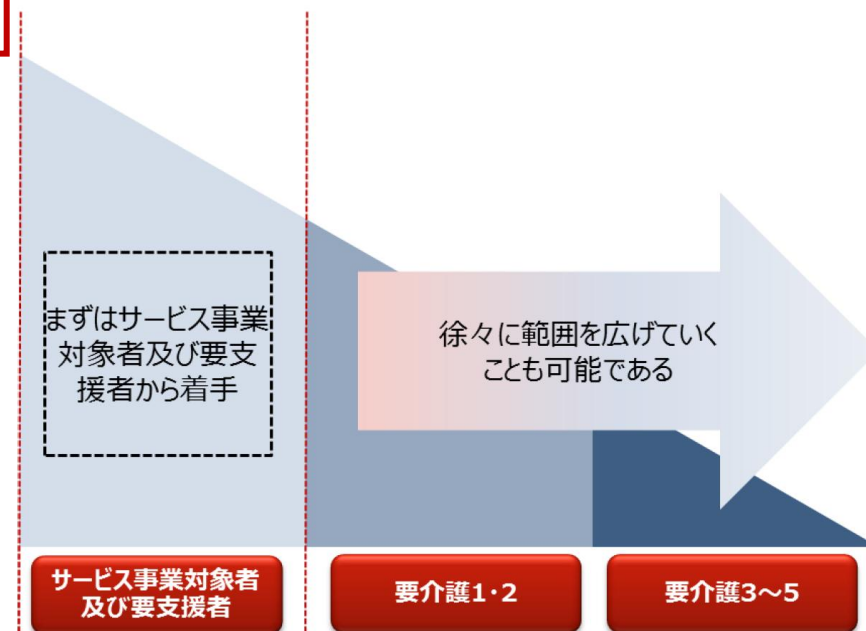
対象者像の把握

地域ケア個別会議が有効と考えられる事例

(地域ケア会議運営マニュアルP42～P60)

- 支援者が困難を感じているケース
- 支援が自立を阻害していると考えられるケース
- 必要な支援につながないケース
- 権利擁護が必要なケース
- 地域課題に関するケース

**多職種協働による自立支援に資する
ケアマネジメント支援が有効なケース**





基本チェックリスト

25項目により生活機能低下の可能性（要介護リスク）を把握する

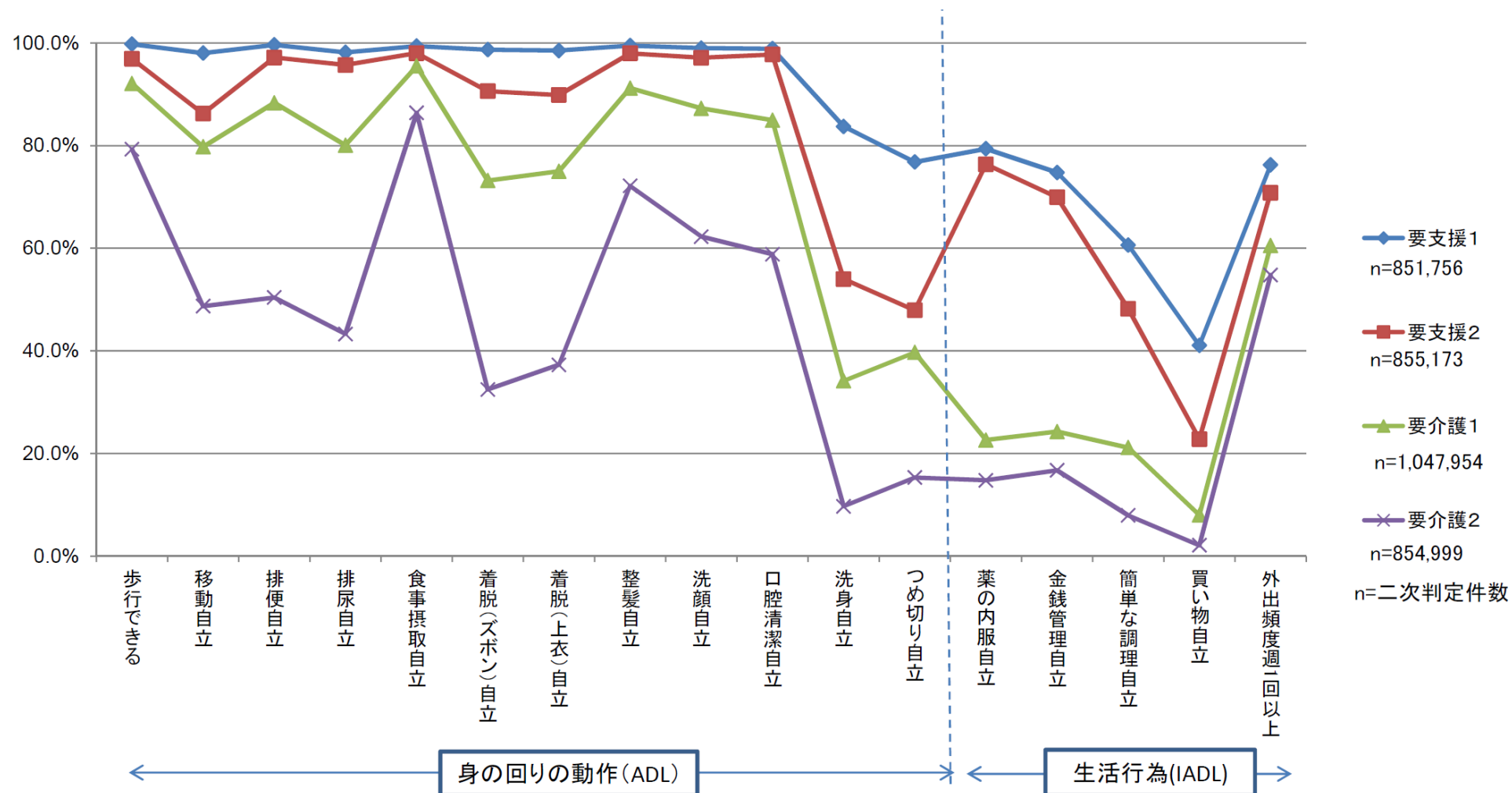
- 生活機能低下 No. 1～5
- 運動機能低下 No. 6～10
- 低栄養 No.11～12
- 口腔機能低下 No.13～15
- 閉じこもり No.16～17
- 認知機能低下 No.18～20
- うつ No.21～25

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

(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。

要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

要支援者等の維持・改善すべき代表的な状態像

- **健康管理**に支援が必要な者
- **体力の改善**に向けた支援が必要な者
- **ADLやIADLの改善**に向けた支援が必要な者
- **閉じこもり**に対する支援が必要な者
- 家族等の介護者への**負担軽減**が必要な者

※上記の状態像が**複数**該当する場合も考えられる

介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン
維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）

①健康管理の支援が必要な者

状態	配慮すべきケアプランの在り方
高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者	1. 悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる 2. リハビリテーション専門職等との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取組方法の指導を受け、自分で管理できるようにする
飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理が必要な者	3. 健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す 4. 本人に健康管理に対する健康教育を実施したが理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては健康管理のための支援を検討する
健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者	5. 目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分の健康を維持できるよう、ステップアップの場である場へ参加できるようにする

②体力の改善に向けた支援が必要な者

状態	配慮すべきケアプランの在り方
健康状態が悪化した場合、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者	1. リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う 2. 体力改善に向け、通所で集中的に運動プログラムを実践する 3. 目標達成後は、運動を習慣化するために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすすめ、仲間と共に体力の維持を実践できるようにする
退院後間もない者	
体力が低下し、ADLやIADLが疲れてうまくできない者	
閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者	

③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者

状態	配慮すべきケアプランの在り方
不自由になっているADL/IADLに対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が必要な者	1. リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADLのアセスメントと、在宅で動作の仕方や道具の工夫などの環境調整を行い、自分でできるようにする 2. 併せて、通所に参加し、 ・ADL/IADLの基本的動作の集中的な練習を実施する ・ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に実施する ・通所で練習しているADL/IADLの生活行為は、通所の場面だけでなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に提供する 3. 目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする
認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要な者	

介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン
維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）

④閉じこもりに対する支援が必要な者

状態	配慮すべきケアプランの在り方
病院から退院して間もない者	1. リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみにしていた、大切にしていた生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す 2. うつや認知機能低下がみられる場合は、受診を勧める 3. 訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のしたい生活行為ができるように支援する。併せて、体力の向上の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す 4. 通所参加後は、 ・まず、送迎による外出支援を行いつつ、 ・人的な交流 ・運動プログラムの実施など本人のしたい活動の拡大を図る 目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する
孤独感や生活の意欲が低下している者	
うつや認知機能などが低下している者	
日中、家庭での役割や趣味活動など何もすることがない者	
社会的活動に参加したいと思っているが体力などに自信がなく、閉じこもっている者	
家族が閉じこもりがちな状態に対し、心配している者	

介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン
維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）

⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者

状態	配慮すべきケアプランの在り方
家族が本人の健康状態に対して不安を持ち、精神的に負担に思っている者	1. 家族が本人の健康状態に対して不安を持ち、精神的に介護負担を感じている場合、通所を活用し、一定の期間の介護軽減を図る 2. リハビリテーション専門職等の訪問で、 ・本人の健康状態や介護軽減につながる環境のアセスメントし、環境調整を実施する。併せて、本人には体力の向上などの必要性を含め、通所への参加を説明、理解を得る ・本人への自立支援プログラムをケアマネジメント実施者や通所サービス提供事業所のスタッフに提案する 3. 訪問では、家族が具体的に介護負担を感じている生活行為について、支援を行う
本人との関係の中で心理的ストレスを感じている者	
ADLやIADLに具体的に介護負担を感じている者	
他の家族に介護が必要な者ができたことによる物理的介護負担がある者	

軽度者に対するケアマネジメントの留意点

＜活動と参加＞

目標は心身機能の改善だけではなく、高齢者自身が 地域で何らかの役割を果たせる活動を継続できるよう、地域の中で生きがいや役割を持って生活できる居場所をつくるなど、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容とする

＜互助の推進＞

高齢者自身が担い手として活躍できることは、生きがいや介護予防にもつながる

＜合意形成＞

高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなければならず、その目標は達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう明確に設定する

講義 1 まとめ

- 地域ケア会議は、高齢者に対する包括的なケアと自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める効果が期待される
- 地域ケア会議には 5 つの機能があり、地域ケア個別会議では主に「個別課題の解決」と「地域包括支援ネットワークの構築」を担う
- 地域ケア個別会議で把握された地域課題は、地域ケア推進会議等を経て資源開発や政策形成に反映され、個別事例の支援に活かされる
- 言語聴覚士は、コミュニケーションや聴覚、嚥下の課題を中心としながらも、事例を多角的に捉え、生活課題の解決に向けた助言や提案を行う
- 事業対象者および要支援者の生活状況を理解し、課題を整理した上で自立支援に資するケアマネジメントを推進する