

松江市個別地域ケア会議マニュアル

助言者・事例提出者向け



松江市地域包括支援センター

令和6年3月作成

目次

1.	地域ケア会議とは	1
	(1) 地域ケア会議 5つの機能	1
	(2) 地域ケア会議の目的	1
	(3) 個別地域ケア会議とサービス担当者会議の相違点	2
	(4) 個別地域ケア会議と協議体との相違点	2
	(5) 松江市の地域ケア会議の状況	3
	(6) 地域ケア会議の役割（イメージ図）	4
2.	松江市個別地域ケア会議	5
	(1) 事例検討の構成	5
	(2) 参加者の役割	6
	(3) 参加者の心構え	6
	(4) 参加者の配置	6
	(5) 事例提出者の役割	7
	(6) 事例提出者から見た会議の流れと事前準備	7
	(7) 助言者の役割	9
	(8) 助言者から見た会議の流れ	11
3.	事例	12
4.	職種別の助言のポイント	14

参考資料

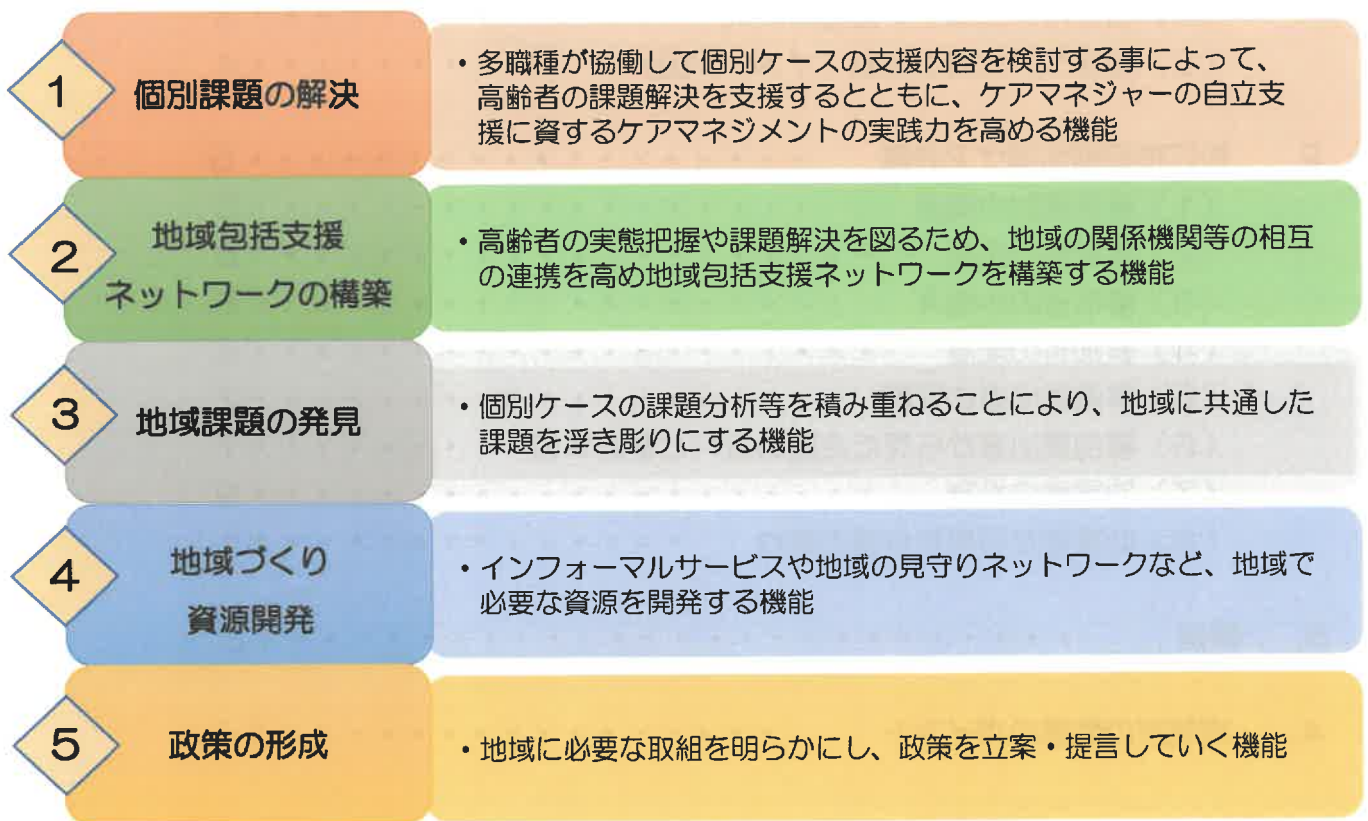
- 厚生労働省 「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き（Ver.1）」
「介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き（Ver.1）」
- 地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業
「他職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」

2. 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。

(1) 地域ケア会議 5つの機能

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地域づくりの資源開発、⑤政策の形成という5つの機能があります。



(2) 地域ケア会議の目的

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。

(3) 個別地域ケア会議とサービス担当者会議との相違点

項目	個別地域ケア会議	サービス担当者会議
① 開催根拠	<ul style="list-style-type: none"> ・「地域支援事業の実施について」厚生労働省老健局長通知 ・「地域包括支援センターの設置運営について」厚生労働省老健局振興課長ほか連盟通知 	<ul style="list-style-type: none"> ・「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」第13条第9号
② 開催主体	市町村又は地域包括支援センター	介護支援専門員
③ 目的	利用者の介護予防、自立支援と重度化防止のためのケアマネジメント向上を目的に、多職種の専門的視点からの助言を交えて検討する。	利用者がサービス利用をするにあたり、身体・生活状況の共有や目標の確認、介護サービスが正しく実施されるための共通理解を図る。
④ 参加者	<ul style="list-style-type: none"> ・行政、地域包括支援センター職員 ・介護支援専門員 ・介護サービス事業者 ・保健医療関係者 ・コミュニティソーシャルワーカー ・民生委員、住民組織 ・本人、家族 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員 ・介護サービス事業者 ・主治医 ・インフォーマルサービスの提供者 ・本人、家族 など
⑤ 内容	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者への支援内容の検討 ・地域包括支援ネットワーク構築 ・自立支援に資するケアマネジメントの支援 ・地域課題の把握 ・政策プランの検討 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者やその家族の生活全体およびその課題の共通理解 ・地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共有とその役割の理解 ・利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などの協議 ・介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割の相互理解など

(4) 個別地域ケア会議と協議体との相違点

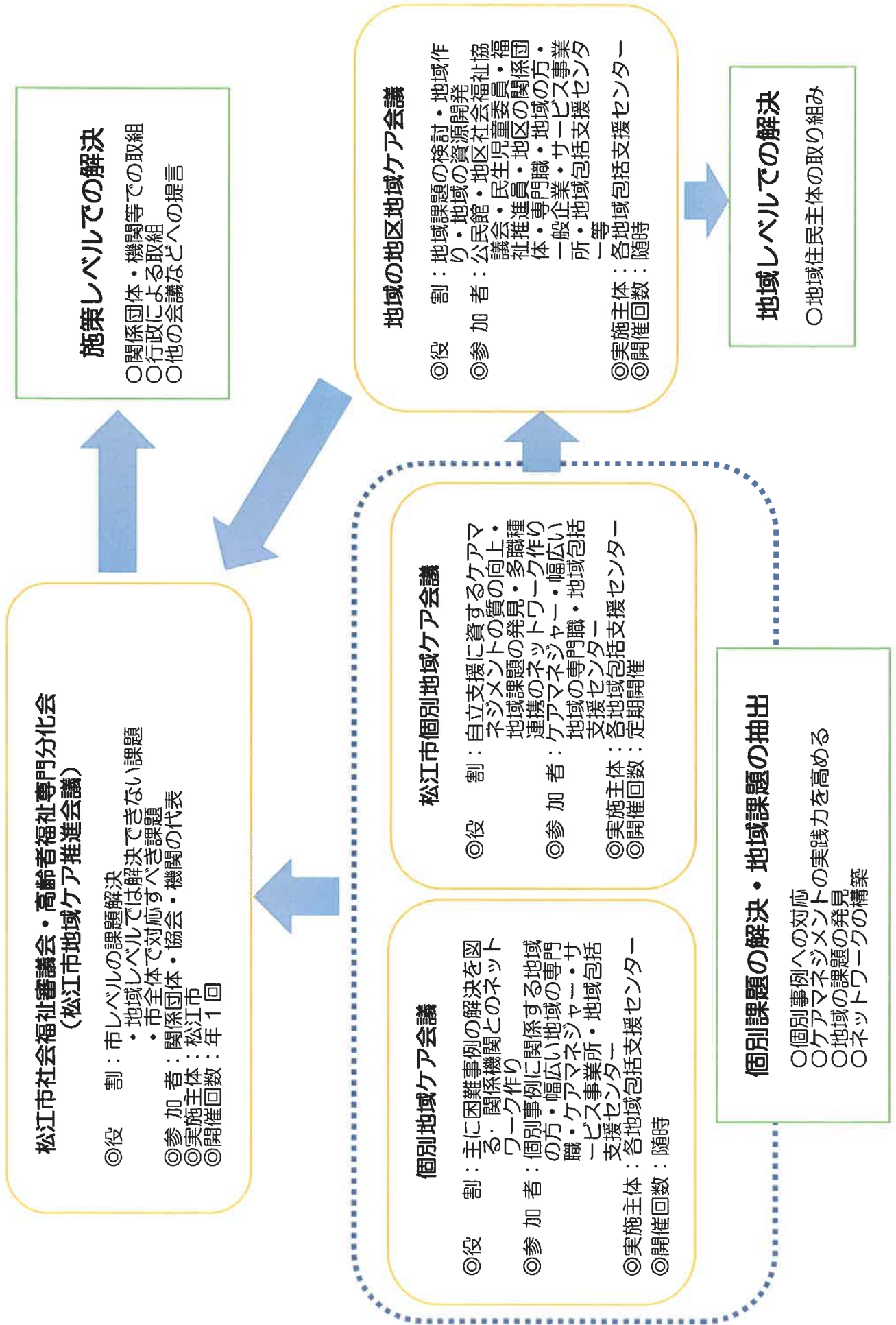
項目	個別地域ケア会議	協議体
① 目的	個別の要支援者の課題解決	支え合いの地域づくり
② 構成員	専門職・機関・行政等・住民	住民主体（専門職・機関・行政等は側面的支援を行う）

(5) 『松江市の地域ケア会議』の状況

名称	個別事例（ケース）検討のための会議	ケアマネジメントの質の向上のための会議	地域課題検討のための会議	政策形成のための（推進）会議
実施主体	個別地域ケア会議 各地域包括支援センター	松江市個別地域ケア会議 各地域包括支援センター	地域の地区地域ケア会議 各地域包括支援センター又は、既存の地域の会議を活用	松江市社会福祉審議会・高齢者福祉専門分科会（松江市地域ケア推進会議）
設置要綱等	地域ケア会議マニュアル （松江市地域包括支援センター作成）	地域ケア会議マニュアル （松江市地域包括支援センター作成）	地域ケア会議マニュアル （松江市地域包括支援センター作成）	あり
エリア（単位）	個別事例ごと	各地域包括支援センター単位	各地区ごと（公民館・自治会単位等）	松江市全域
開催日（頻度）	随時	①定期開催 年12回 72事例 1回：3事例×2包括=6事例検討 ②評価会議 年2回 36事例 検討6か月後のモニタリング報告	随時	年1回
参加者（機関）	介護支援専門員、ヘルパー、デイサービス職員、訪問看護、民生児童委員、福祉推進員、駐在所、家族、病院相談員、障がい相談員、障がいサービス事業所、行政担当者、市保健師、検査庁、児童相談所、保護観察所、かかりつけ医、後見人、住宅供給公社、社協CSW等 助言者： 弁護士、医師、理学療法士、管理栄養士、臨床心理士、訪問看護師等	事例提出者： ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員 ・包括のプランナー 助言者： 薬剤師、訪問看護師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、臨床心理士、主任ケアマネ、社協CSW（生活支援コーディネーター）	公民館、地区社協、民生児童委員、自治会、福祉推進員、ボランティア組織、消防団、高齢者クラブ、介護支援専門員、病院相談員、住宅供給公社、企業、市保健師、社協CSW等	ケアマネ協会、訪問介護部会、老健協会、訪問看護協会、老協、医師会、歯科医師会、薬剤師会、地区社協会、高齢者クラブ、町内会・自治連、社会福祉士会、民生児童委員会、公民館長会
内容・対象等	主に困難事例が多く、包括、居宅のケアマネから事例を提出。地域の関係者や関係機関で検討する。 事例によっては、第三者の専門職が助言者として参加する。	検討事例：困難事例ではなく、要支援や事業対象者のよくある事例を提出。 ・事例に対する専門職からの質問(アセスメントの視点等)、自立支援・介護予防に向けた目標設定、目標達成に向けたアプローチ方法、地域資源等助言を受ける。 ・ケアマネのケアマネジメント・アセスメントの向上をはかる。 ・地域課題の把握。	検討課題によって、参加者は異なる。 例えば ・買い物・通院等の移動支援について ・地域の高齢者の見守りについて ・公営団地の高齢者の課題について ・孤独死防止について ・災害時の個別避難について 等	個別地域ケア会議の報告と、地域課題についての検討を行う。 政策提言・立案につなぐ。
5つの機能（注）	①②③に向けた検討	①②③に向けた検討	①②③④に向けた検討	⑤に向けた検討

（注）：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

(6) 松江市地域ケア会議の役割(イメージ図)



3. 松江市個別地域ケア会議

(1) 事例検討の構成

① 状況を確認・共有

ケアマネジメントは利用者の自立支援のため、「利用者・家族」と「ケアマネジャー」、「サービス提供事業所」の3つの合意形成に基づいて展開していきます。その合意形成を「見える化」したものがケアプランとなります。よって「ケアプラン」「個別支援計画」を中心に、現在の支援状況を参加者が共有する事が目的となります。

② 助言者からの助言・提言によるケアマネジャーに対する直接的支援

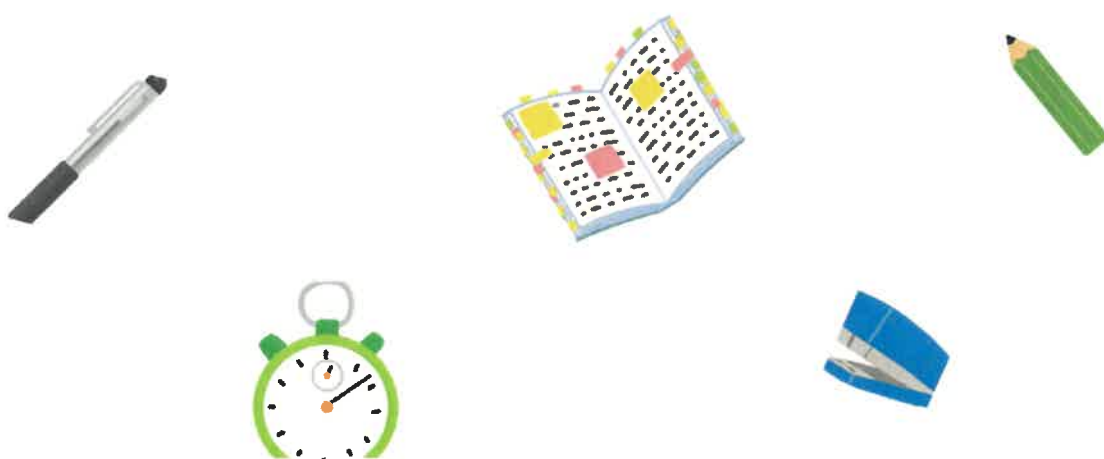
現状を共有できた後、「ケアマネジャーが助言者に質問したいこと」「利用者の自立支援のために助言者である専門職が必要と考えたこと」に対して助言者より言語化してもらいます。これはケアマネジャーが気付かなかった利用者の自立支援の阻害因子の明確化につながり、ケアマネジャーに対する直接支援となります。

③ 利用者・家族への間接支援

助言者から得た助言内容を、利用者・家族と共有し支援に活用することは、結果的に助言者から利用者・家族への間接的な支援に繋がります。

④ 地域課題の抽出

事例検討を通じて、利用者の自立支援のために活用する社会資源の不足点が見えてきます。これが「地域課題」となります。社会資源の見直しや開発に向けて会議の中で検討し、まちづくりの組織等へ提案していきます。



(2) 参加者の役割

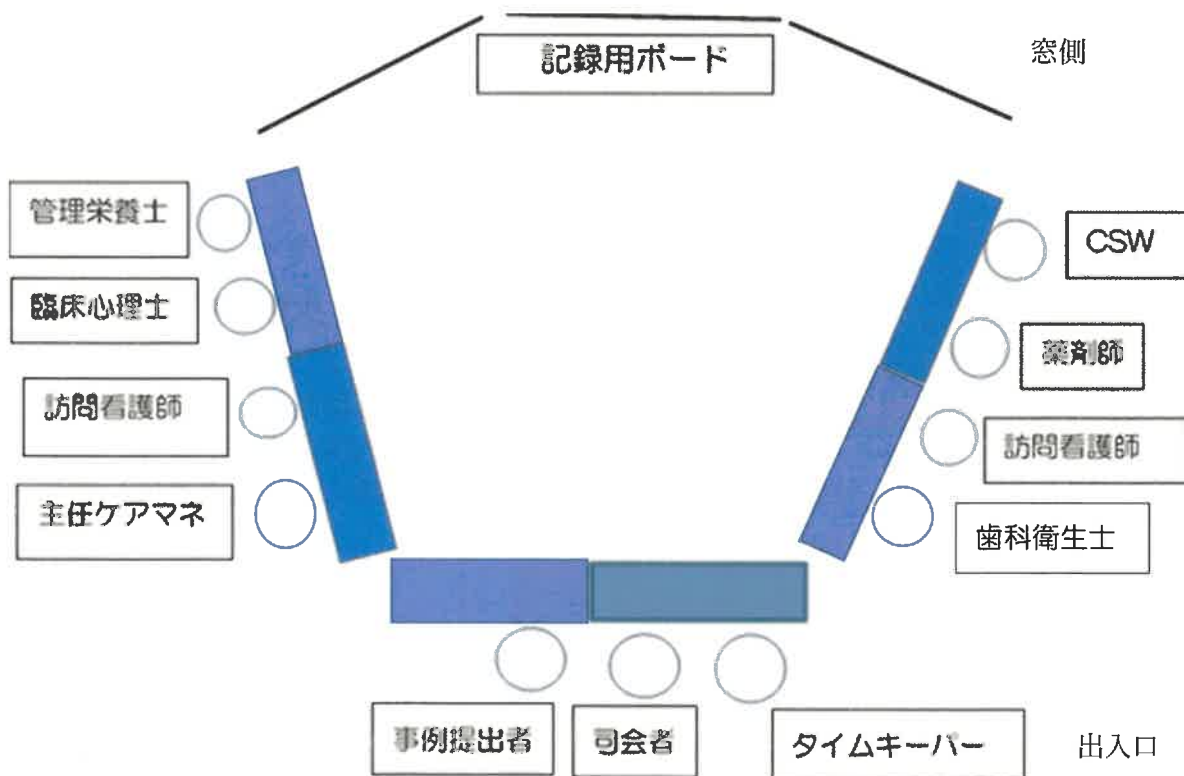
会議では「司会者」「事例提出者」「助言者」などの役割があります。それぞれの知識や技術を活かし、共通の目標に向けた支援の方法を考えることを念頭に置いて発言を行っていきます。

(3) 参加者の心構え

- ・専門用語を控え、誰でもわかる表現をしましょう。
- ・発言者の意見を聞き、相手の発言を遮らないようにしましょう。
- ・発言者の意見に対して批難・批判はしないようにしましょう。
- ・想像・推測で話を進めないようにしましょう。
- ・共通の目標とその達成を可能にする方法を導き出しましょう。

(4) 参加者の配置

配置例

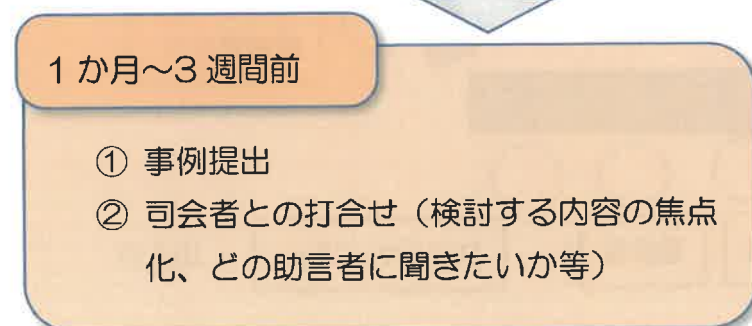
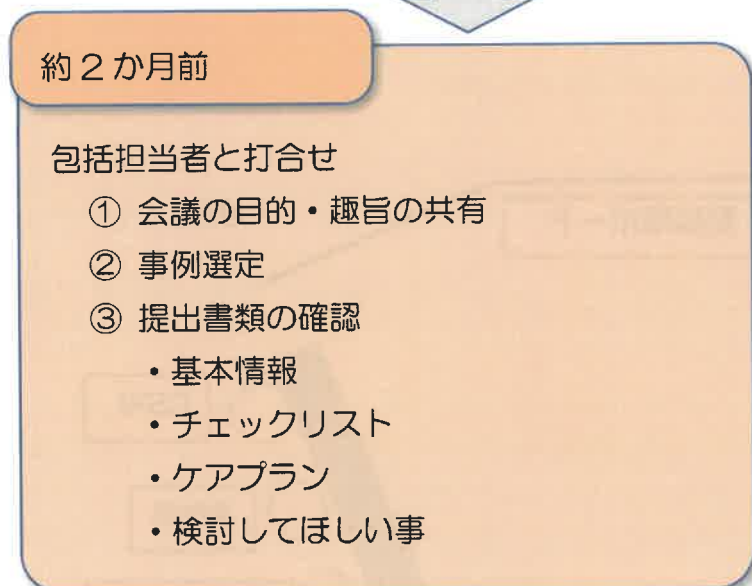
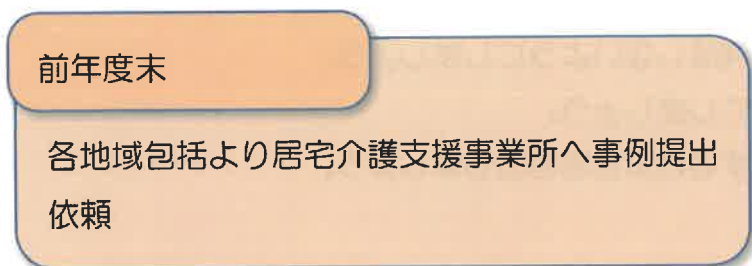


(5) 事例提出者の役割

事例の概要・事例提出の理由等について説明を行います。

- 事例提出の際、事前に司会者と十分な打合せを行い、事例の課題を司会者と共有しましょう。
- 会議での助言を踏まえて自立支援に向けたケアプランの検討を行い、ケアプランを検証します。

(6) 事例提出者から見た会議の流れと事前準備



ケース選定のポイント

要支援1・2、事業対象者の方の中から、自立支援に向けての計画になっているか、日常生活のどこに困っているのかをADLやIADLそれぞれの領域で考えながら、選定をしていきます。
（本当は自分で見て買い物がしたいけど、行く手段がない・転倒が怖くて一人で行けない・重い荷物が持って帰れない等）

CHECK

自立を阻害する要因のアセスメントが不足していないか確認をしましょう。
状況確認だけでなく、状況の原因を探るようにしましょう。
（例えば、「筋力低下による転倒を予防する」場合、どのような原因で筋力低下がおきているのか、病気のためか、運動不足か、栄養不足か等を探ります。）



会議当日

会議は1事例25分で行います。

- ① 事例提出者から簡単に事例概要と検討してほしい事を話します。(2分)
- ② 司会者が検討してほしい事を確認し、認識の共有化を図ります。(1分)
- ③ 質疑応答(10分)
- ④ 協議及び助言者よりアドバイス(10分)
- ⑤ まとめ(1分)
- ⑥ 事例提出者からの感想と今後の取り組み(プランの立て直し)(1分)

ポイント

憶測での情報提供は誤った助言につながり、課題解決に至りにくくなる場合があります。実際に見て聞いて確認した情報を伝えましょう。

必要な情報を把握していない事が分かった事も収穫として次に活かしましょう。



半年後

評価会議

地域ケア会議で得られた具体的な助言をもとに、ケアプランの修正やサービスの改善を行い、利用者の生活の質の向上につながった点の評価、難しかった点を振り返ります。

新たな課題があれば、それに対する助言を受け、今後の支援に生かします。

地域課題については、政策提言へつなげていきます。



ポイント

利用者の「したいこと」を軸に自己決定を尊重した目標を立てましょう。

目標を達成するために、現在の身体面・認知面・環境面など、どこに視点を置くのか、焦点を合わせましょう。

(7) 助言者の役割

多職種の視点で事例の課題解決を図ります。

- 助言者対象者のニーズや生活行為の課題とその要因を踏まえ、自立に資する具体的な助言（実践可能な助言）を行います。
- それぞれの専門職としての知識や技術を活かし「高齢者のQOLの向上」に向けた課題抽出や課題解決に向けた支援のあり方を考えます。



ポイント

専門用語はできる限り避けて説明しましょう。

- ① 参加者全員が理解できる表現を心がけましょう。
- ② 何を伝えたいのか、論点を明確にして助言しましょう。
- ③ 専門的見地から、身体機能の低下や今後の見通しを見極めるだけでなく、具体的な支援方法を示しましょう。
- ④ 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質問や助言をしましょう。
- ⑤ 質問や助言はポイントを絞って短時間で説明しましょう。

興味・関心のある事や気になる事全てに対して、深く掘り下げてしまう事がありますが、限られた時間です。優先すべき生活行為の課題を明確にするためにポイントを絞りましょう。



◎松江市地域ケア会議には下記の8つの専門職が参加し、それぞれの職種の専門的見地から課題解決に向けた助言をします。

薬剤師

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）及び服薬管理の観点から助言を行います。

管理栄養士・栄養士

日常生活を営む上で基本となる食事について、具体的な調理の仕方や食材の選定、適切な補助具の提案等、食の自立に向け適切な栄養指摂取といった観点から助言を行います。

歯科衛生士

咀嚼等の食べ方や口腔衛生を支援する観点からの助言を行います。

臨床心理士・公認心理師

認知症の方への関わり方や、本人だけでなく家族など本人を取り巻く方への関わり方、心の問題への助言を行います。

訪問看護師

病状や障害を理解し、血圧値・血糖値のモニタリング・内服管理・持病なども踏まえた観点からの助言を行います。

主任介護支援専門員

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、助言を行います。

介護支援専門員 略：CM

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

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

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。

言語聴覚士は、話す・聴く・摂食・嚥下等の能力の回復と維持、低下や悪化防止の観点から助言を行います。

理学療法士 略：PT

作業療法士 略：OT

言語聴覚士 略：ST

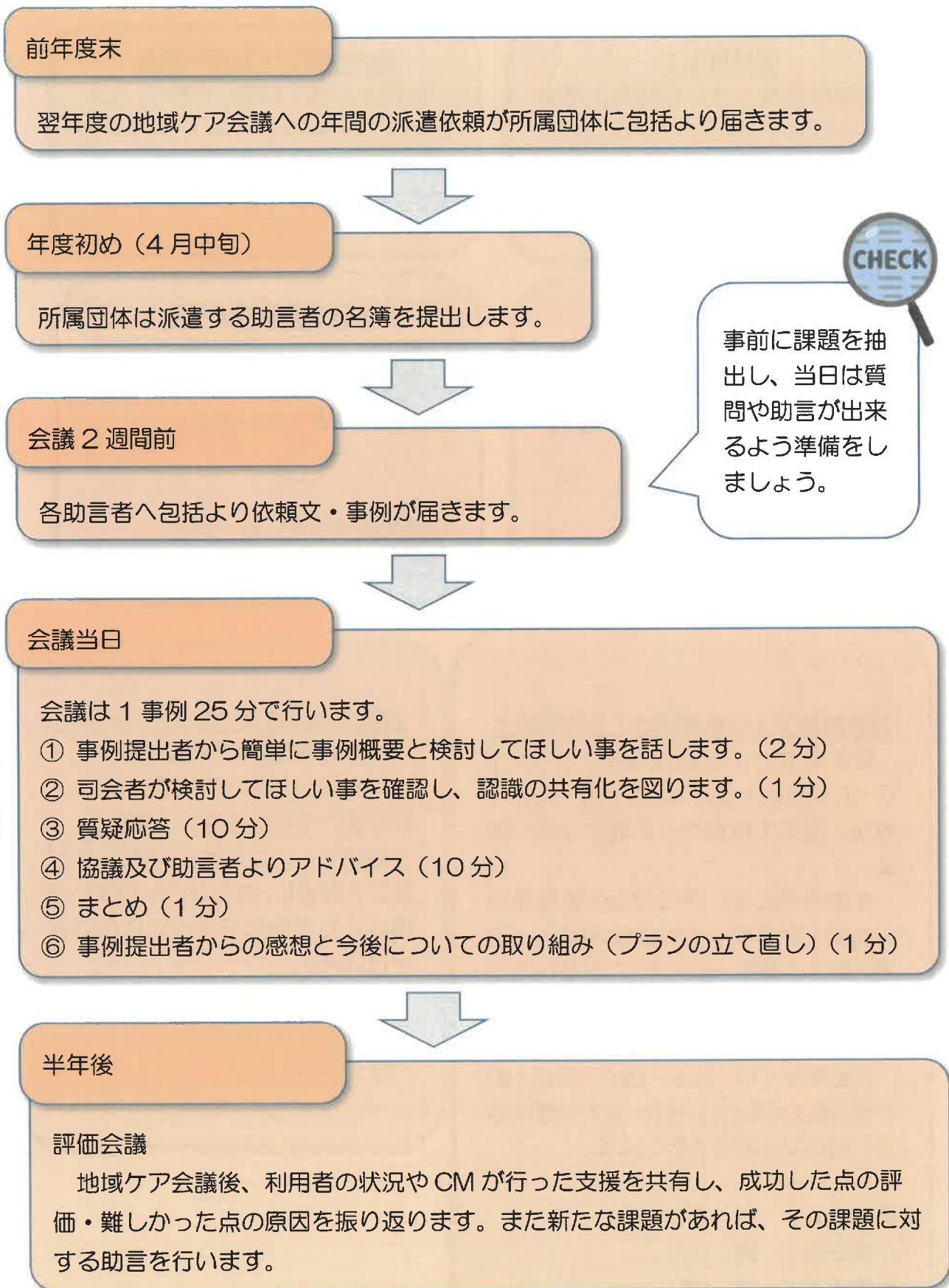
コミュニティソーシャルワーカー

地域の事を良く知り、インフォーマルな社会資源の情報を活かした高齢者の生活支援を行います。

個別ケースの生活課題から、地域課題を見通し、誰もが住みやすい地域づくりで進める視点からの助言を行います。

コミュニティソーシャルワーカー
略：CSW

(8) 助言者から見た会議の流れ



4. 事例・助言の紹介

80歳代の一人暮らしの女性。長男が他界し、「一人であるのが寂しい」とうつ傾向にあった。要支援1のためデイサービスは週1回の利用、本人はもっと出かけたが、人と話をしたいと思っていた。

事例1

CSWから地域の情報を受け、またCMとCSWとの繋がりができ、そこからCMが民生委員と繋がった事で、本人が地区のサロンへの参加や地域の人が集まる喫茶店に行くようになり、表情が明るくなった。

事例2

60歳代の男性。要支援1。脳梗塞後遺症後高次脳機能障害が残っているが、車の運転再開を目標にサービスを利用し自立を目指していた。

医師の許可が出て運転を再開するも不安が残る。環境の変化から活動量の減少もあり、運動の機会やサービス卒業後の楽しみを探っていた。

男性料理教室への参加、スポーツジムの利用、料理を趣味にしてみる等の助言を受け、料理教室に参加した。その事をきっかけに、本人が自分で決めて参加する事で自信が付き、自宅で鍋パーティを開き友人を招いたり、サイクリングに出かけたりするようになった。

60歳代の女性。家族と同居しているが、関わりが少ない。本人は県外出身で市内に友人がなく、週2回のデイサービスと受診が主な外出となっていた。本人はもっと出かけたが、自分の目で見て買い物をしたいとの思いがあった。

事例3

屋外がどの程度歩けるのか評価する事、一人で食事する時間が多いと食欲も低下し、低栄養になる恐れがあることを少しずつでも家族へ伝えていくよう助言を受けた。OTによる機能評価を受け、デイサービスの歩行訓練としてデイ近くのコンビニへ買い物に行く運動を追加し訓練を続けている。さらに、からだ元気塾を始め出かける機会が増えた事に加え運動も意欲的にされている。また、家族への働きかけも少しずつおこなっている。

事例4

90代女性。支援者や家族は介護予防が必要と考えるが、本人は必要性を感じない為サービス導入が難しく運動機能低下があった。

信頼関係が築けるまでCMはしっかりと話を聴いていく、医療面で訪問看護から関わりを持つ事について助言を受ける。
訪問看護導入、病状管理だけでなく、一緒に散歩をしたりすることで、今度はいつ来てくれるかと待たれるようになった。訪問や通所について消極的だったが、訪問看護利用により、病状管理だけでなく運動機能の向上にもつながり、介護度が改善した。

81歳代男性。脳梗塞後、状態回復しの運転を行い、妻や妹と一緒に畑への作業や買い物に出かけるが、支援者は車の運転に不安を感じていた。本人は車の運転をやめる気持ちはなく、家族も特に気にしていない。どの様に運転免許証返納のアプローチをしていけば良いのか悩んでいた。

事例5

臨床心理士より、運転をやめるためにではなく、どうすれば安全に車の運転ができるのかを考える。PTから、安全な運転を行うために必要な機能があるのかどうか、機能評価（まだ明確な数値はないが、足の踏み込みの力や反応など）をしていく中で、危険であれば本人も自覚するのではないかと助言を受ける。

運転はまだ続けているが、畑は自宅近くに場所を移すなど、本人も考えながら運転をされるようになった。

4. 職種別の助言のポイント

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)」より抜粋

◎職種間の役割分担と協調

多職種がそれぞれの専門性に基づく役割分担のもとで強調することによって助言の有効性が高まるよう、助言を行う専門職間の連携を心がけましょう。

現実の事例は、複数の専門職の専門領域間にまたがる課題が多く、相互の専門性に基づくアセスメントの視点について理解し、尊重し合い、職種間で協調することが望ましいと考えられます。例えば、口腔の問題は歯科医療につながらなければ解決できないことが多く、歯科医師、歯科衛生士、さらには嚥下の関連から言語聴覚士も関わります。食の観点からは、管理栄養士、栄養士の関わりが必要です。さらに、ドライマウスは薬剤量が多い場合に起こりやすいことなどが知られており、薬剤師の関わりが必要な場合もあります。

このように複数の専門職が一堂に会して、それぞれの観点から問いかけや助言を行う場合には、相互に意見交換、連携、協調することにより、課題や解決に向けた支援のあり方の検討をより深めることができます。

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）及び服薬管理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"> ・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過ぎの可能性） ・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、現実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

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出し、必要以上に大事にしすぎていないか、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整備を明確化する ・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"> ・短期目標の具体的なレベル、設定期間、について「心身機能」、「身体的制限」、「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 ・介護負担を増や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

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おくっているか（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 の状況はどうか確認する ・出来ない動作は「何で」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整備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に助言する ・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

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（聴く）・嚥下（飲み込み）に支障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を確認する ・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ポイントを助言する

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、買い物の状況、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 ・多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 ・本人の意志を踏まえ、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、多職種の介入時に行ってほしい助言を提案する ・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。

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。

歯科医師が地域ケア会議に出席しない場合は、事前に歯科医師から歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言や事例の予後予測について情報を得ることが重要です。

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
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（例：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るか推察する
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、また妥当か確認する • 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、具体的に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

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、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 ・ 病気の特徴の把握（進行性あるいは慢性、廃用性等） ・ 日常生活自立支援度を判断した根拠 ・ 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）
課題の明確化と背景要因の確認	<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
目標と支援内容の確認	<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的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、ガン等疾病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
実践につながる助言のポイント	<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。

主任介護支援専門員

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、利用者本人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。

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"> ・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
課題の明確化と背景要因の確認	<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の双方をおさえて、リアルニーズを導き出せているか ・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ができていますか ・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
目標と支援内容の確認	<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か
実践につながる助言のポイント	<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。利用者の意志を尊重して、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

