

2.3 資料の確認の視点

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

2.3.1 利用者に関する情報

(1) 利用者基本情報（様式例）

検討する事例の全体像を把握する情報として、性、年齢、要介護度、自立度、家族構成、既往歴等があげられます。基本情報を読み込む際のポイントは吹き出しのとおりです。

基本情報					
受付日		年 月 日		受付者	
受付方法		電話		来所	
利用者名		性別	女性	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所				電話番号	
主 訴	〔相談内容〕				
	✓ 性別、年齢、日常生活自立度の尺度などから、本人の状況をイメージする。 ✓ 住居や経済状況といった環境も重要な要素である。 ✓ 本人の介護以外にも家族のニーズがないか配慮する。 ✓ 介護者がいる場合には、心身に負担感が生じていないか、独居の場合には近隣等からの支援（見守り等）が得られているかどうかなど周囲の状況にも配慮する。 ✓ 主訴や要望は利用者や家族から得られたありのままの表現で具体的に記載されているかどうか確認し、利用者や家族がサービス利用を通してどのような生活を送りたいと考えているか把握する。				
生活歴・生活状況	〔生活歴〕			〔家族状況〕 □ : 男性 ○ : 女性	
	✓ 職歴や地域との交流など本人がこれまでのどのような生活を送ってきたか、現在どのような生活を送っているかを把握する。			✓ 同居家族だけではなく、支援を行っている別居家族や影響がある親族も、関係の強弱も含めジェノグラムから把握する。 ✓ キーパーソンの決定権や影響力の強弱について確認する。	
	〔経過・病歴等〕			〔主治医〕	
	✓ 既往歴と現病名、治療を行った医療機関を確認し、疾患の経過状況を把握する。 ✓ その他の疾患の記載漏れの可能性がないか確認する。				
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度		障害性老人の日常生活自立度		
認定情報					日
課題分析 (アセスメント)	✓ 認定調査表や主治医意見書等から転記されているか、課題分析（アセスメント）概要と異なっていないかを確認する。 ✓ 記載された評価が最新の情報であるか確認する。				
理由					
利用者の被保険者情報					
現在利用しているサービス	✓ アセスメントに至った経緯や申し込みの経路が記載されていることを確認する。 ✓ アセスメントの理由（初回・更新・退院対処時・区分変更等）について具体的に記載されていることを確認する。				

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

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

課題分析（アセスメント）概要

平成 年 月 日現在

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.2 アセスメント情報

(1) 課題整理総括表

検討する事例の生活の質の向上に向けては、身体機能の向上だけでなく、家事や外出といった生活機能の向上が必要になります。そのため、地域ケア会議を進める上では、ADL・IADL といった生活機能や自立できていない生活状況の要因を、個人・環境の視点で整理・評価（アセスメント）することが重要になります。

✓ 原因疾患の療養管理、環境面、本人の心理面・生活歴などの要因も含めて分析しているか確認する。

✓ 「現在」と必要な援助を利用した場合の生活行為課題の「改善/維持の可能性」を比較し、本人の生活のどこに課題があって、支援をすると何が改善するかを確認し、この結果とケアプランが整合するようにする。自立には、いつでもどこでも可能な「自立」と限定的な条件や場所のみでの「自立」があり、自立であっても改善の余地を残していないかを確認する。

利用者名		姓				利用者及び家族の生活に対する意向	
自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③	④	⑤	⑥
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4		備考 (状況・支援内容等)
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		

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

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

※1 本表は記録用紙でありアセスメントツールではないため、必ず前に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」あるいは「支援なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。

※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※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援助内容と、それが提供されることによって見込まれる進捗の状況と目標を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

2.3.3 居宅サービス計画書

基本情報、アセスメント情報、提供されているサービスの情報との整合がとれているかを確認しましょう。

第1表		居宅サービス計画書（1）		作成年月日		年 月 日	
		☐ 初回・ ☐ 紹介・ ☐ 継続		☐ 認定済		☐ 申請中	
利用者名		様		生年月日		年 月 日 住所	
居宅サービス計画作成者 氏名							
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地							
居宅サービス計画作成（変更）日		平成 年 月 日		初回居宅サービス計画作成日		平成 年 月 日	
認定日		平成 年 月 日		認定の有効期間		平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
要介護状態区分		要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5					
利用者及び家族の生活に対する意向		✓利用者及び家族が利用者の生活をどのように過ごしたいのかを具体的に書かれているか確認する。 ✓利用者・家族が生活においてどのような点を改善したいと考えているか確認する。					
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定							
総合的な援助の方針		✓利用者・家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されているか確認する。					
生活援助中心型の算定理由		1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（					

第2表は、解決すべき課題（ニーズ）長期目標と短期目標、援助内容が連動した内容になっていることがポイントです。多職種の視点からこのポイントを押さえた内容になっているか確認しましょう。

第2表		居宅サービス計画書(2)						作成年月日 年 月 日		
利用者名 殿		目標				援助内容				
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
	✓ 解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっているか確認する。 ✓ 認定期間も考慮しながら、長期目標を達成するために必要な期間として適切か確認する。 ✓ アセスメント結果を踏まえて適切な目標設定になっているか確認する。(支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等)									

- ✓ 短期目標達成に必要なサービス内容となっているか確認する。
- ✓ 医療ニーズの高い利用者には、医療サービスも盛り込まれているか確認する。
- ✓ 主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映しているか確認する。

- ✓ 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっているか確認する。
- ✓ サービス提供事業所が作成する担当者の個別サービス計画を立てる際の指標になっているか確認する。
- ✓ 抽象的な目標ではなく具体的な目標設定になっているか確認する。

- ✓ それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を押さえているか確認する。
- ✓ 改善すべき課題の項目として適切に整理できているか確認する。
- ✓ 利用者の自立を阻害する要因等について、相互関係をも含めて明らかにしているか確認をする。

- ✓ 家族支援やインフォーマルサービスなども必要に応じて記載されているか確認する。
- ✓ サービスの選択が過不足なく適正に行われているか把握する。

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
 ※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表は第2表で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。

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

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

✓ 介護保険サービス以外の取り組みについても記載ができ
ており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生
活全体の流れを把握する。

✓ 円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記
載となっているか確認する。

✓ 同居家族や近隣の支援者のスケジュールも記載されてい
るか確認する。

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

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日:

利用者名:

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名:

開催日時:

開催場所:

開催回数:

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

2.3.4 提供されているサービスの情報

提供されているサービスの個別サービス計画書の目標とケアプランの内容の整合がとれているかを確認しましょう。

訪問介護計画書					No. 1
ホームヘルプサービス「Sステーション」は、以下のサービスを提供させていただきます。					
ふりがな		性別	年齢	住 所	
氏 名					
生年月日		介護度	派 遣 日 時		
派遣目標					
長期目標					
短期目標					
身体 介 護	①食事 ②排泄 ③着脱 ④身体の保清 ⑤移乗 ⑥外出 ⑦服薬管理補助 ⑧見守り ⑨その他				
生活 支 援	⑩調理 ⑪環境整備 ⑫買物 ⑬手続き ⑭その他				
乗降介助					
他サービス 利用状況					
心のケア					
注意事項					
☐ 基本サービス					
平成 年 月 日 上記記載の援助計画に同意する。					
利用者氏名			印	住 所	
代理者氏名			印	担当者	
				平成 年 月 日	
評 価				利用者氏名	
				代理者氏名	

(1) 主治医意見書

- ✓ 他科受診のある場合、他の医師から必要な医療情報を得ているか確認する。

- ✓ 作成から時間が経過している場合には、本人の状態が変化している可能性があるため、日付を確認する。

- ✓ 現在の体重だけでなく、過去 6 ヶ月の変化に着目し、その理由を確認する。

✓ 基本情報の「現病歴・既往歴と経過」と照らし合わせ、介護支援専門員の情報や認識と一致しているか確認する。

- ✓ 生活機能の低下の要因となった傷病名を確認する。
- ✓ 基本情報の現病歴・既往歴との整合も確認する。

✓ 「（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」について確認する。

- ✓ 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せているか確認する。

(2) お薬手帳のコピー

服用薬の記録は、お薬手帳から確認できます。自立支援の観点から、服用している薬剤の効果や副作用が利用者の ADL や QOL にどのように影響するか、多職種の見点を交えて情報を共有しましょう。

あなたの大切な情報

ふりがな
氏 名 男・女
生年月日 年 月 日
住 所 〒
e-mail
電話番号
FAX番号
緊急連絡先
血液型 型 (Rh + -)

主な既往歴（疾病名）
☐ アレルギー性疾患（ ）
☐ 肝障害（ ）
☐ 心疾患（ ）
☐ 腎疾患（ ）
☐ 消化器疾患（ ）
☐ 感染症（ ）
☐ その他（ ）
☐ ドーピング・コントロール（ 必要 ・ 不必要 ）

※詳細は医師、歯科医師、薬剤師に記入してもらってください。

副作用歴（有 ・ 無）

お薬の名前	副作用の状況

アレルギー歴（有 ・ 無）

お薬の名前	食べ物

病院薬剤師からの説明内容

病院名
担当薬剤師
指導日（入院・外来） 年 月 日

薬の内容 ☐ 手書記載 ☐ 印刷添付 ☐ 手書・印刷併用

薬の説明 ☐ 別紙説明 ☐ 手帳利用による ☐ 口頭説明

薬の管理 ☐ 自己管理 ☐ 家族
☐ その他（管理者： ）

調剤上の留意点 ☐ あり ☐ なし

その他（服用上の注意点等）

年.月.日	処 方 内 容

【医師・歯科医師・薬剤師からのコメント】

✓ 基本情報は他の文書の記載内容との不一致や抜け漏れがなく、最新の情報になっているか確認する。

✓ 通院記録や既往歴などの基本情報をもとに、身体機能低下や腎機能低下など各機能低下が薬剤に与える影響を確認する。

✓ 有害事象も含め生活に与える薬剤の影響がないか確認する。
 ✓ 生活支援部分に薬剤が与える影響があるか確認する。
 ✓ 現状の ADL を比較し、薬剤性の影響がないか確認する。
 ✓ 薬剤の調整や検討で生活支援部分の改善ができないか。
 ✓ 服薬にあたり本人や家族に負担がないか確認する。
 ✓ アドヒアランスはどうか確認する。
 ✓ 薬剤が ADL や生活機能に与える影響の大きさを多職種で共有する。

2.4 地域ケア個別会議における司会者の役割

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

① 事前準備

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

② 会議の目的やルールの確認

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

③ 具体的な発言を引き出す

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

④ 発言を共有する

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

⑤ 発言を整理してまとめる

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

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

⑥ 話し合いをコントロールする

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

2.5 地域ケア個別会議における事例提供者の役割

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

①事例の説明

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

<介護支援専門員による事例概要及び居宅サービス計画書の説明>

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

<介護サービス事業所からの支援方針と支援内容の説明>

介護サービス事業所は、介護支援専門員の説明に続いて、事業所で実施したアセスメントの結果や、対象とする高齢者への支援方針・支援内容について説明を行います。事業所の個別サービス計画書を参照しながら、ケアプランの目標に基づいてどのような目標を設定したのか、その目標を達成するために事業所としてどのような支援を行うのかについて、地域ケア個別会議の参加者全員が共通認識を持てるように説明します。

<説明における留意点>

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

②地域の課題の提起

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

③事例提供者の姿勢

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

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

2.6 地域ケア個別会議における専門職の役割¹

2.6.1 専門職の役割

専門職は、地域ケア個別会議においては、助言者として利用者のニーズや生活行為の課題等を踏まえ、自立に資する助言を行い、多職種の視点で事例の課題を解決することが求められています。

2.6.2 専門職による助言の目的と意義

地域ケア個別会議は、自立支援・重度化防止の観点を踏まえ、地域ケア個別会議を活用することによって「要介護者の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者の QOL の向上」を目指しています。地域ケア個別会議に多様な専門職が関わり、専門的な視点に基づいた助言を行うことにより、参加者が、自立に資するケアマネジメントの視点やサービスの提供に関する気付きを得ることができます。

地域ケア個別会議に参加する専門職は、医師、歯科医師、薬剤師、保健師・看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士、介護・福祉専門職等が考えられます。これらの専門職は、地域ケア個別会議に参加し、その専門性に基づき、事例提供者に対して助言を行います。「高齢者の QOL の向上」という共通の目標に向けた支援を実現するために、課題抽出や課題解決に向けた支援のあり方について、多職種が協働し、多面的な視点から「実践につながる具体的な助言」を行うことが重要です。

ケアマネジメントプロセスの中で、地域ケア個別会議における専門職の助言は、ケアの提供への働きかけとなります。利用者の意向を確認した上で、利用者の生活行為の課題とその要因を踏まえた目標が設定されているか、目標を達成するために有効なサービスがケアプランに位置づけられているかを専門職が確認して助言することにより、支援チームにおける目標の共有や役割の明確化につなげます。

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

2.6.3 有効な助言のための注意点

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

地域ケア個別会議における専門職による助言の注意点として、次のような項目が考えられます。

- ☐ 全ての参加者にわかりやすい表現を心がけ、専門用語は出来る限り避けて説明する
- ☐ 何を伝えたいのか、論点を明確にして助言する
- ☐ 助言や説明はポイントを絞って、短時間で説明する
- ☐ 助言者として謙虚であることを意識し、威圧的にならないように配慮する
- ☐ 問いかけだけで終了せずに、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

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

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

説明する際は、専門的な内容をできる限り誰もが理解できるように表現することを意識します。地域ケア個別会議は、市町村、地域包括支援センター、事例提供者、多職種の専門職等、様々な関係者が出席しています。相手の立場になって伝えることを意識した上で、簡単なことは簡単に、難しいことも簡単に伝えることを心がけましょう。

また、地域ケア個別会議では、一人ひとりの実事例を議論していくため、対象者に対して具体的に何をしたらよいかを明確にした助言が求められます。5W1H（「いつ」「どこで」「誰が」「何を」「なぜ」「どのように」するか）を明確にした説明を常に意識しましょう。医療的な判断については、主治医意見書の内容やかかりつけ医の意見を確認しましょう。

2.6.4 有効な助言を行うための基本的な考え方と手順

ここでは、地域ケア個別会議において、専門職として有効な助言を行うための基本的な考え方や手順をご紹介します。

(1) 事例の理解と確認

はじめに、事例に関する情報を読み込み、事例の内容について理解します。事前に事例情報を読み込む際、提出された情報のうち、主に以下の点について重点的にチェックしましょう。

表 2-2 地域ケア個別会議の資料一覧と確認のポイント

情報			確認のポイント
A	利用者に関する情報	・利用者基本情報など、検討する事例の全体像を把握する情報	・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します。
B	アセスメント情報	・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の課題の「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、支援をすると何が改善するかを確認しましょう。
C	居宅サービス計画書	・居宅サービス計画書（第1表～第3表）	・課題を明確にした上で目標を設定し、設定された期間内に目標達成が可能な支援内容になっているか確認しましょう。 ・目標設定は本人にも評価ができ、達成が実感できるものになっているか確認しましょう。
D	提供されているサービスの情報	・訪問介護サービス事業所の個別サービス計画書	・介護支援専門員が利用者とともに作成した居宅サービス計画書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確認しましょう。
E	その他	・主治医意見書 ・お薬手帳のコピー ・会議の要点をまとめたもの	・最終診察日をはじめ、記入内容全体に目を通し、特に留意すべき疾患や心身の状況を踏まえて、生活機能とサービスに関する意見を確認しましょう。 ・医療的な判断については、主治医意見書の内容を確認しましょう。

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

(2) 課題の明確化と背景要因の確認

提供された資料や事例提供者の説明から、生活行為の課題とその要因が明確になっているかを確認します。

具体的には、以下の点がポイントになります。

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

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

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

(3) 目標と支援内容の確認

次に、生活行為の課題を改善・解決し、目標の実現につながる支援内容になっているかを確認します。

確認の視点としては、「生活行為の課題が的確に把握されているか」「ケアプランの目標は適切に設定されているか」「サービス内容は目標達成のために適切であるか」が重要です。

- 生活行為の課題が的確に把握できていない場合
生活行為の課題を適切に抽出できるよう、アセスメントの視点や具体的なアセスメント方法等について助言する必要があります。

- ケアプランの目標が適切に設定されていると言えない場合
今後の見通しに基づいて、目標とする期間内に実現可能な目標を設定できるよう助言する必要があります。また、誰にでも当てはまる一般的な表現ではなく、本人の意向を踏まえた具体的な目標を設定し、本人が真に望んでいることや意欲を引き出すための方策についても助言をすることが望まれます。

- サービス内容が目標達成のために適切であると言えない場合
目標達成につながる具体的な支援内容を分かりやすく提示します。

(4) 実践につながる助言の提供

助言する際には、介護支援専門員や介護サービス事業所にとって、実践につながるよう具体的でわかりやすい形で伝えることが重要です。具体的には、以下の点に留意しましょう。

全ての参加者がわかる表現で助言する

- 分野が限定されるような専門用語は避けて、理解しやすく具体的な助言を提供することが求められます。
- 直接の助言相手が介護サービス事業所の同じ専門職であったとしても、参加者全員の共通理解を得るために、他の参加者も理解できる表現で話す配慮が必要です。

具体的かつ実践可能な助言を提供する

- 専門的見地から、心身機能の低下や今後の見通しを見極めるだけでなく、以下のような視点で、具体的かつ介護サービス事業所の担当者ができる支援方法を示すことが重要です。
「どのような支援があれば、本人が望む生活行為・社会参加が可能になるか」
「どうすれば悪化を遅らせることができるか」
「健康管理上もしくは疾病管理上、注意しなければならない点をどのようにして把握することができるか」
- 抽象的な一般論に終始することなく自立支援の視点で、この事例において具体的に「いつ」「誰が」「どこで」「何を」「どうしたらよいか」を助言しましょう。

優先度を踏まえた議論をする

- 専門性のある見地から、特定の関心事を深く掘り下げすぎてしまう場合があります。限られた時間の中で生活行為の課題に焦点を当てた議論を進めるためにも、自らの専門性として最も影響が大きいと考えられる課題を優先して助言することを心がけましょう。

本人・家族・関係者との共通理解を得るための支援をする

- 助言内容を踏まえた支援をするためには、本人が真に望んでいることや意欲を引き出し、家族や関係者の理解を得ることが重要です。そのためには、背景要因の理解や、今後の生活像についての共通理解が重要となるため、それらの点についても助言をしましょう。

地域資源に関する確認・課題提起する

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