



彩の国 埼玉県

自立支援型ケアマネジメントのための アセスメントマニュアル



埼玉県のマスコット「コバトン＆さいたまっち」

埼玉県

目次

はじめに

第1章 このマニュアルについて	1
1. マニュアルの目的	1
(1) 本マニュアルの目的	1
(2) 埼玉県の高齢化の現状と地域包括ケアシステム	1
(3) 地域包括ケアシステムの構築とケアマネジメント	2
(4) 平成29年(2017年)介護保険法改正	3
2. マニュアルの対象	5
3. マニュアルの活用方法	5
第2章 ケアマネジメントと自立支援	6
1. 自立支援とは	6
(1) 「自立」とは	6
(2) 「自立支援」の必要性	8
(3) 「自立支援」のメリット	9
2. ケアマネジメントの現状と課題	11
(1) 介護支援専門員が実施している業務のうち、特に負担感の大きい業務	11
(2) アセスメントについて困難と感じている点	12
(3) ケアプランの作成について困難と感じている点	13
(4) 利用者本位のケアプラン作成のために行っている取組	14
(5) 自立支援のために実施している取組	15
3. 「自立支援」における介護支援専門員、地域包括支援センターの役割	16
(1) 介護支援専門員の役割	16
(2) 地域包括支援センターの役割	18
第3章 事例で見る自立支援を念頭においたケアマネジメントの実施ポイント ...	19
1. 自立支援を念頭においたケアマネジメント	19
(1) 自立支援を念頭においたケアマネジメントの流れ	19
(2) アセスメント・課題分析の視点	23
2. 脳血管疾患の事例(Aさん)	29
3. 筋骨格系疾病の事例(Bさん)	55
4. 認知症の事例(Cさん)	75
第4章 自立支援型地域ケア会議を活用した自立支援	91
1. 「自立支援型地域ケア会議」とは	91
2. 埼玉県における「自立支援型地域ケア会議」の実施状況	92
3. 自立支援型地域ケア会議の効果	94
4. 自立支援型地域ケア会議と介護支援専門員の関わり	94
5. 介護支援専門員が自立支援型地域ケア会議に参加することのメリット	94

はじめに

埼玉県では、全国でも類を見ないスピードで 75 歳以上の方が急速に増加しており、2025 年には約 121 万人になり、その後も、2040 年に向かって高齢化が進行していくことが見込まれています。

年齢を重ねると医療や介護が必要になる人の割合が増え、要介護認定率が上昇していきます。その一方で、年齢を重ねても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けたいと、多くの方が願っています。

高齢者のみなさまが住み慣れた地域で生きがいを持ちながら自分らしく暮らし続けるためには、ご自身の持つ能力に応じて自立した生活を送ることができるよう、支援することが大切です。

県では、平成 28 年度には主に市町村職員向け「高齢者の自立支援マニュアル～自立支援型地域ケア会議による地域づくり～」、平成 29 年度には「事業所向け自立支援マニュアル」を作成し、このような取組の普及に努めてまいりました。

そして、このたび、ケアプランを作成する専門職である介護支援専門員が、自立支援・重度化防止の観点に立ったアセスメントを行い、多職種と連携してケアマネジメントの質の向上を図れるよう、「自立支援型ケアマネジメントのためのアセスメントマニュアル」を作成いたしました。

このマニュアルを、居宅介護支援事業所や、市町村、地域包括支援センター、職能団体（専門職等）等において活用いただき、各地域でケアマネジメントプロセス全体の機能強化が図られることで高齢者の生活の質が向上し、地域に元気な高齢者が増えていくことを期待しております。

平成 31 年 2 月
埼玉県福祉部 地域包括ケア課

第1章 このマニュアルについて

1. マニュアルの目的

(1) 本マニュアルの目的

- 本マニュアルは、居宅介護支援事業所、市町村、地域包括支援センター、職能団体（専門職等）が「自立支援」という介護保険の理念を共有した上で、自立支援に資するケアマネジメントの推進、ケアマネジメントプロセスにおける多職種との協働の推進、ひいてはケアマネジメントの質の向上を図ることを目的として作成しました。

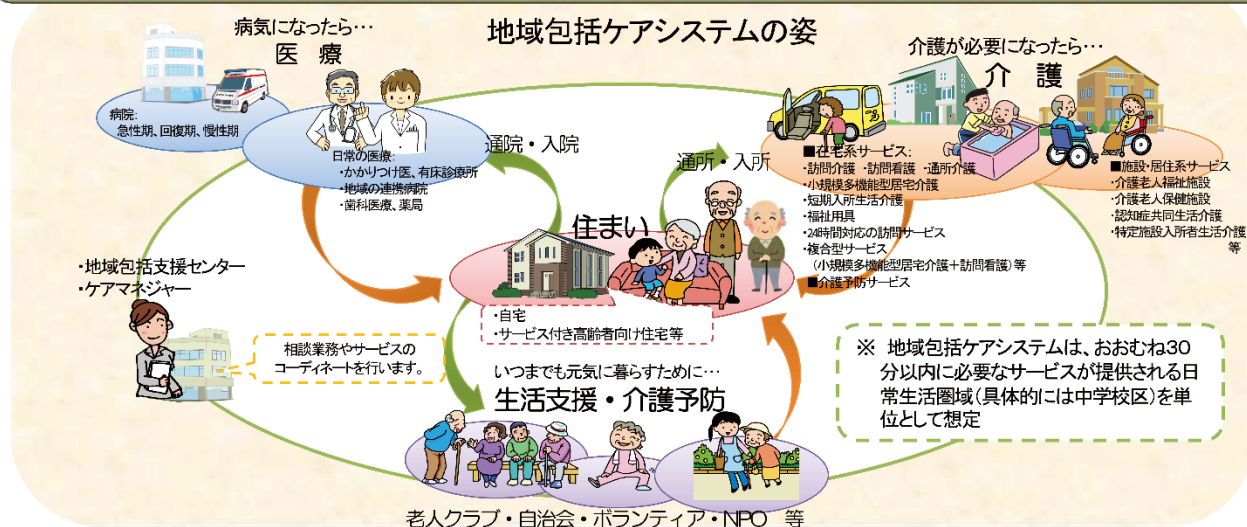
(2) 埼玉県の高齢化の現状と地域包括ケアシステム

- 埼玉県では、2025 年に向けて 75 歳以上の高齢者が急激に増える見込みであり、その後も 100 万人台を推移する見通しです。75 歳以上の高齢者は医療や介護を必要とする方の割合が高いため、75 歳以上の高齢者の急増は、医療・介護に対するニーズの急増を意味します。
- このように医療や介護のニーズの急増が見込まれる一方で、働き手・支え手として期待される 15 歳～64 歳の人口（生産年齢人口）は、大きく減少する見込みです。2025 年以降を見据えると、「働き手・支え手が減少する中で、急増する医療や介護のニーズにいかに対応していくか」という課題が浮かび上がります。
- このような人口構造の変化に伴う課題に対し、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも自分らしい暮らしを送れるような地域づくり（＝「地域包括ケアシステム」）の構築を 2025 年に向けて行っていく必要があります。
- 「地域包括ケアシステム」とは、保険者である市町村や都道府県が住民や民間事業者、地域の専門職等と協力して、「医療」、「介護」、「介護予防」、「生活支援」、「住まい」等生活に必要な支援を一体的・重層的に提供する仕組みのことです（図表 1）。

図表 1 地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムの構築について

- 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、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



出典) 厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000061863.pdf>

(平成 31 年 1 月 28 日閲覧)

(3) 地域包括ケアシステムの構築とケアマネジメント

- 「地域包括ケアシステム」という、「医療」、「介護」、「介護予防」、「生活支援」、「住まい」といった生活に必要な支援を一体的・重層的に提供する仕組みを具現化していく上では、地域の関係者間における「ケアマネジメント」に関する意識の統一が欠かせないと言えます。
- ケアマネジメントは、2000 年の介護保険制度の施行時に導入され、新たな専門職として位置づけられた介護支援専門員が中心となってこの業務を担ってきました。
- しかし、地域包括ケアシステムの構築を推進する中で、地域にある「医療」、「介護」、「介護予防」、「生活支援」、「住まい」の要素を含んだ、多種多様な保険内外サービス・資源を、介護支援専門員が単独で担うのは難しい局面にきています。
- そこで、地域の関係者間におけるケアマネジメントの趣旨の理解、ケアマネジメントプロセスの協働・チーム化を進める必要があると言えます。

(4) 平成 29 年 (2017 年) 介護保険法改正

- 平成 29 年 (2017 年) 介護保険法改正 (「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する法律」(平成 30 年 4 月施行)) は、「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」ことを主眼としています (図表 2)。

図表 2 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する法律のポイント

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する法律のポイント

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。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 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 (介護保険法)

- 全市町村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の制度化
- 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業(支援)計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- 財政的インセンティブの付与の規定の整備
- (その他)
 - 地域包括支援センターの機能強化 (市町村による評価の義務づけ等)
 - 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化 (小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入)
 - 認知症施策の推進 (新オレンジプランの基本的な考え方 (普及・啓発等の関連施策の総合的な推進) を制度上明確化)

2 医療・介護の連携の推進等 (介護保険法、医療法)

- ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設
 - ※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6 年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用することとする。
- ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等 (社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法)

- 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける
- (その他)
 - 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化 (事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等)
 - 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し (障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。)

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2 割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を 3 割とする。(介護保険法)

5 介護納付金への総報酬割の導入 (介護保険法)

- 各医療保険者が納付する介護納付金 (40~64 歳の保険料) について、被用者保険間では『総報酬割』(報酬額に比例した負担) とする。

※ 平成 30 年 4 月 1 日施行。(II 5 は平成 29 年 8 月分の介護納付金から適用、II 4 は平成 30 年 8 月 1 日施行)

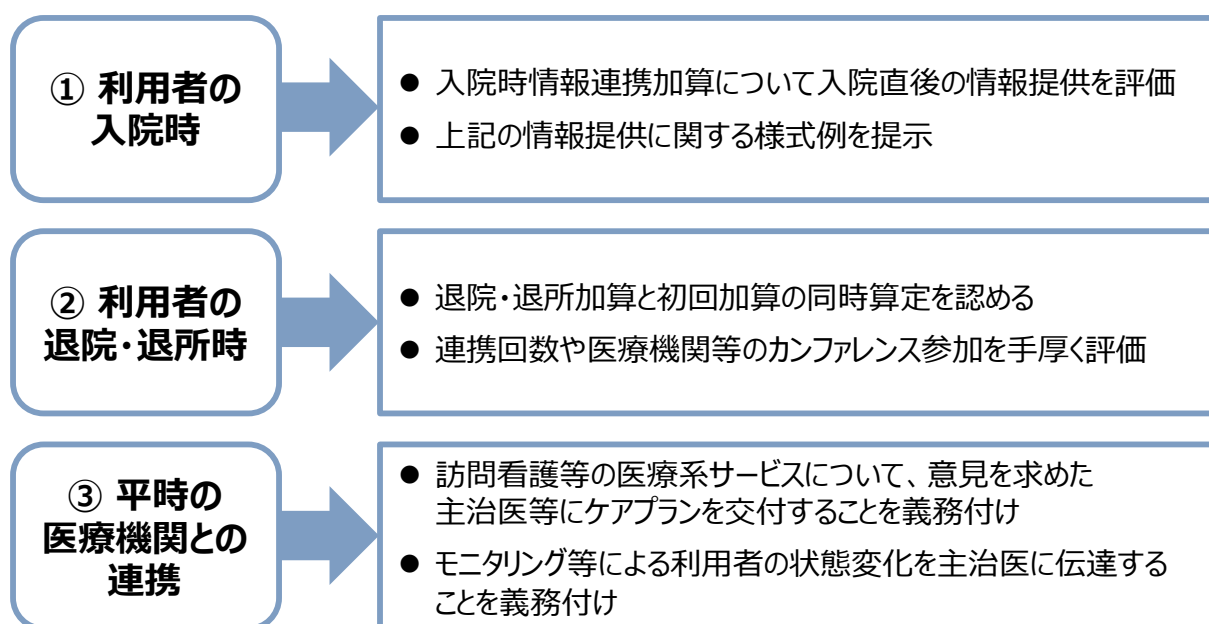
出典) 厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2017.pdf>
(2019 年 1 月 16 日閲覧)

- 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等の取組の推進」「医療・介護の連携の推進等」や「地域共生社会の実現に向けた取組の推進等」が挙げられており、「自立支援・重度化防止」については、市町村 (保険者) が策定する介護保険事業計画の中で地域の高齢者の「自立支援・重度化防止」等に向けた具体的な施策と達成目標を盛り込むことが義務付けられました。

- 「自立支援・重度化防止」の強化をテーマにした平成 30 年度介護報酬改定の例としては、アウトカム評価の加算の新設が挙げられます。アウトカム評価については、これまで介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションにおける事業所評価加算等に限られていましたが、平成 30 年度介護報酬改定においては、「ADL 維持等加算」といった、訪問・通所リハビリテーションの利用により ADL・IADL が向上し、社会参加に資する取組に移行する等、質の高い訪問・通所リハビリテーションを提供する事業所の体制が評価されることになりました。
- 「医療・介護連携」を後押しする平成 30 年度介護報酬改定の例としては、居宅介護支援事業所における①利用者の入院時②退院・退所時③平時の医療機関との連携等の強化が図られたことが挙げられます（図表 3）。

**図表 3 居宅介護支援における医療機関との連携にかかる見直し
(平成 30 年度介護報酬改定)**



- このような自立支援・重度化防止の強化、医療・介護連携等をテーマにした動きは、今後ますます加速すると考えられます。

2. マニュアルの対象

- 本マニュアルの対象は以下のとおりです。
 - ケアマネジメントを行っている者
(ケアマネジメントの対象は総合事業対象者、要支援者、要介護者を問わない)
 - ケアマネジメントを行う者の支援を担っている者（市町村・地域包括支援センター等）

3. マニュアルの活用方法

- 本マニュアルの活用例は以下のとおりです。

対象	活用例
介護支援専門員／ 地域包括支援センターの職員	● 日々のケアマネジメントを実践する際の 参考資料
居宅介護支援事業所の管理者	● 事業所内で研修・勉強会を実施する際の 参考資料
地域包括支援センターの 主任介護支援専門員	● 介護支援専門員向けの相談支援や研修・ 勉強会を地域で実施する際の参考資料
市町村	● 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に おける介護支援専門員への指導、相談の 際の参考資料 ● 地域ケア会議の立ち上げ・運営をする際の 参考資料
職能団体（専門職等）	● 地域で介護支援専門員と協働する際の 参考資料

第2章 ケアマネジメントと自立支援

1. 自立支援とは

(1) 「自立」とは

- 「自立」という概念は、1980 年、当時の厚生省社会局に設置された「脳性マヒ者等の全身性障害者問題研究会」で確認されました。

- ① 真の「自立」とは、人が主体的・自己決定的に生きることを意味する。
- ② 自立生活は、隔離・差別から自由な、地域社会における生活でなければならない。
- ③ 生活の全体に目を向けなければならない。
- ④ 自己実現に向けての自立が、追求されなければならない。
- ⑤ 福祉の主体的利用でなければならない。

出典) 大熊由紀子「誇り・味方・居場所」P.41、2016 (ライフサポート社) (太字・下線は引用者追記)

- この研究会をきっかけに、1982 年には障害者生活保障問題専門家会議が設置され、これが身体障害者福祉法の目的が「更生への努力」から「自立と機会の確保」に変わる原動力となりました。この専門家会合の委員長を務めた仲村優一氏は、「自立」について次のように書いています。

「自立」とは、(中略)福祉サービスを受けなくてもすむようになることを意味するものではありません。(中略)どんなに重度の障害者であっても、地域において主体的に生きる、(中略) 自己実現をはかることこそが、本当の自立であるはずです。

出典) 仲村優一・板山賢治編「自立生活への道－全身性障害者の挑戦」P. v、1984 (全国社会福祉協議会) (太字・下線は引用者追記)

- また、脳性麻痺の障害を持つ熊谷晋一郎氏 (小児科医／東京大学先端科学技術センター 准教授) は、両親が亡くなった後も生きていくために大学進学を機に一人暮らしをし、その経験から「自立」とは「依存できる先を増やすこと」と唱えています。

親は、「社会というのは障害者に厳しい。障害を持ったままの状態一人で社会に出したら、息子はのたれ死んでしまうのではないか」と心配していたようです。でも、実際に一人暮らしを始めて私が感じたのは、「社会は案外やさしい場所なんだ」ということでした。

（中略）

それまで私が依存できる先は親だけでした。だから、親を失えば生きていけないのでは、という不安がぬぐえなかった。でも、一人暮らしをしたことで、友達や社会等、依存できる先を増やしていけば、自分は生きていける、自立できるんだということがわかったのです。

「自立」とは、依存しなくなることだと思われがちです。でも、そうではありません。「依存先を増やしていくこと」こそが、自立なのです。これは障害の有無にかかわらず、すべての人に通じる普遍的なことだと、私は思います。

出典) 熊谷晋一郎「自立とは「依存先を増やすこと」」全国大学生生活協同組合連合会ホームページ

https://www.univcoop.or.jp/parents/kyosai/parents_guide01.html

(2019年1月16日閲覧)

- 依存できる先を増やし、様々なものに依存できるということは、「限られた環境のみで自立している「限定的自立」にとどまらず、生活の場以外の環境（例：外出時や旅行時などにおける環境）においても自立している「普遍的自立」への向上を目指すこと」（大川、2009）であり¹、高齢者の介護においても、病気や症状の有無や程度にかかわらず、生活機能が高い水準にあることが重要です²。

¹ 大川弥生「ICF から高齢者医療・介護を考えるー生活機能学の立場からー」老年看護学 Vol.13 No.2, 2009 P.18-27.

² WHO 憲章（WHO, 1948）では、「健康」とは「病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」と定義されています。

（日本 WHO 協会「健康の定義について」日本 WHO 協会ホームページ

<https://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html>）

(2) 「自立支援」の必要性

- 地域包括ケアシステムの構築にあたっては、「自立支援」という考え方が鍵となります。
- 「自立支援」とは、高齢者一人ひとりが、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。
- 自立支援の考え方は、介護保険法でも法の理念として謳われています。

介護保険法（抜粋）

第1条（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、**その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う**ため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第2条（介護保険）

- 1 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。
- 2 前項の保険給付は、**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**とともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 4 第1項の保険給付の内容及び水準は、**被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮**されなければならない。

第4条（国民の努力及び義務）

- 1 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。

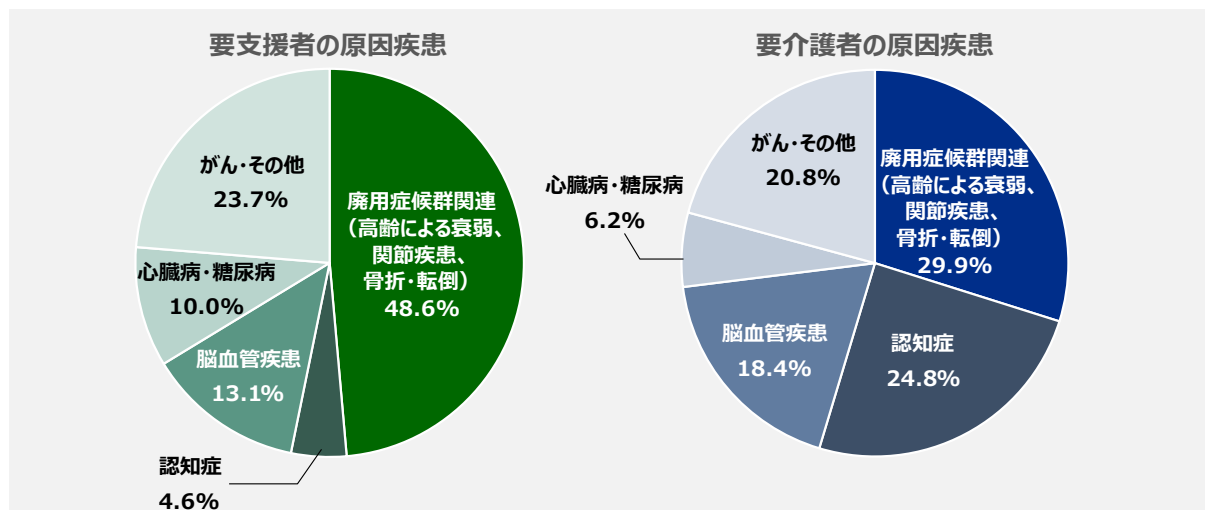
出典）「介護保険六法（平成30年版）」JP.1-2、2018（中央法規出版）を基に作成（赤色部分は引用者による強調）

- 高齢者本人の「自己実現」（「したい」ことが「できる」ようになること）を目指して、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改善・悪化防止に向けて支援していくことが求められています。

(3) 「自立支援」のメリット

- 高齢者は、「自立支援」により心身機能や生活機能を維持・改善することで、活動範囲が広がるとともに、社会参加の機会が増える等、「自己実現」の達成に向けた選択肢を増やすことができ、生活の質を向上することができます。
- 例えば、要支援者の約半数は、廃用症候群（活動量が低下したことにより心身機能が衰え、様々な症状が発生すること）関連の理由で介護を必要とするに至ったとするデータがあります（図表 4）。
- 要介護者に関しては、その約 30%の高齢者が廃用症候群関連、約 25%が認知症、約 20%が脳血管疾患を原因として、介護が必要となったというデータがあります（図表 4）。
- 要支援者も要介護者も、ご本人の有する「できる力」を引き出して「自立」に向けた支援を行うことにより、介護を必要とする状態を改善し、生活の質を向上できる可能性が高いと考えられます。
- 「自立支援」の考え方を地域で共有し、実践することにより、地域の高齢者の生活の質が向上し、いきいきとした高齢者が地域に増えていくことも期待できます（図表 5）。

図表 4 要支援者・要介護者の原因疾患³

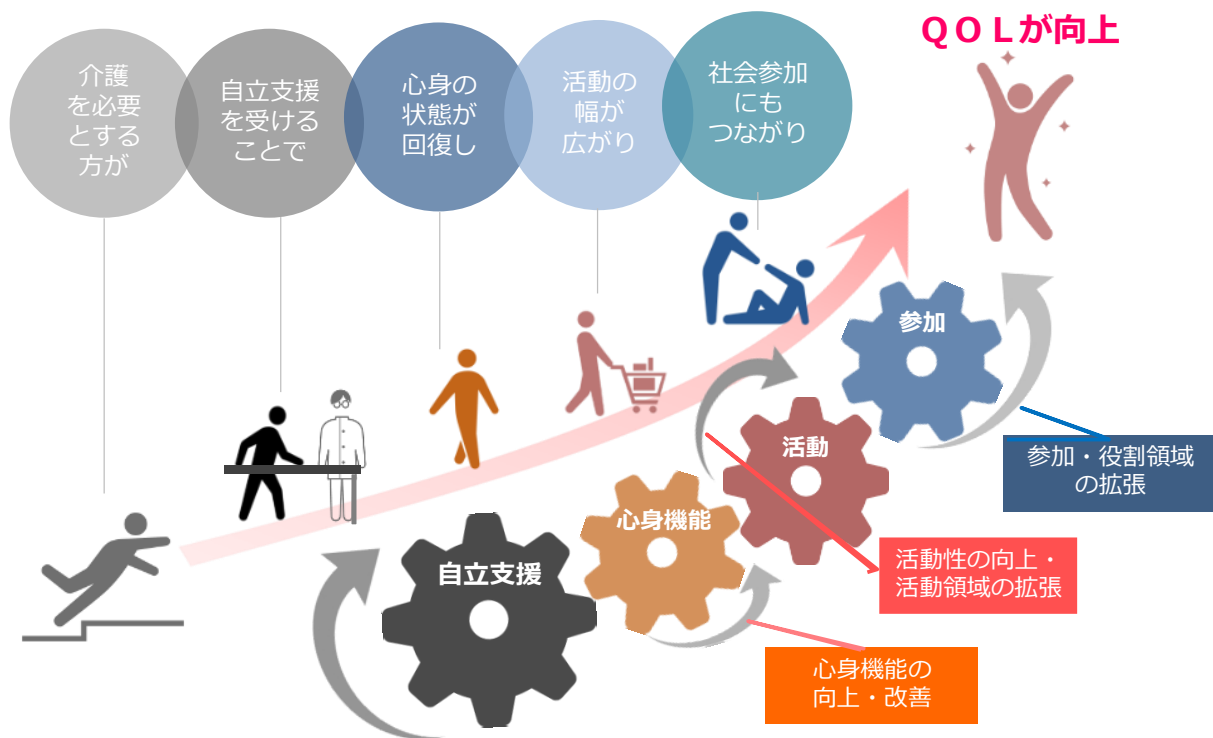


出典)「平成 28 年度国民生活基礎調査」(厚生労働省)

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/06.pdf>) を加工して作成

³ 構成比は小数点以下第 2 位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも 100%とはなりません。

図表 5 自立支援のメリット

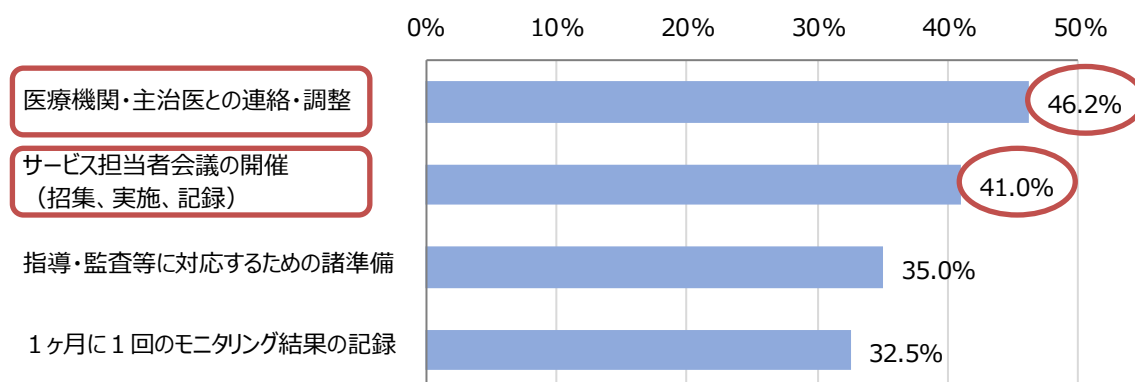


2. ケアマネジメントの現状と課題

(1) 介護支援専門員が実施している業務のうち、特に負担感の大きい業務

- 介護支援専門員はケアマネジメントに関する様々な業務を行っていますが、厚生労働省の「平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 28 年度調査）（5）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業」によると、多くの介護支援専門員がとりわけ「医療機関・主治医との連絡・調整」や「サービス担当者会議の開催」等、多職種と連携する場面で負担が大きいと感じています。

図表 6 介護支援専門員が実施している業務のうち、特に負担感の大きい業務
(複数回答)

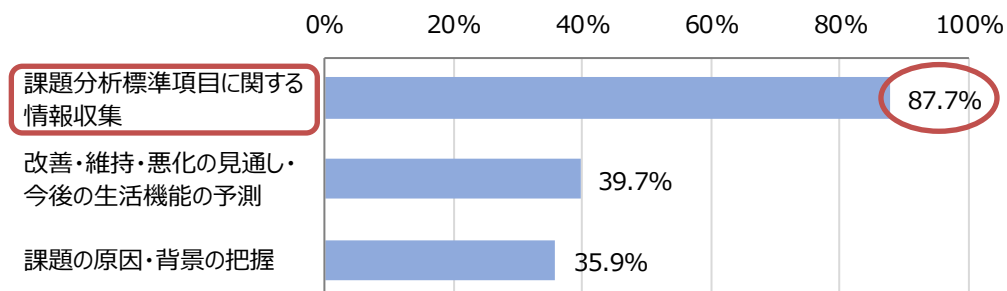


出典) 平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 28 年度調査）
「(5)居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業」
(厚生労働省) (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000158777.pdf) を加工して作成

(2) アセスメントについて困難と感じている点

- アセスメントについては、大多数の介護支援専門員が「課題分析標準項目に関する情報収集」が困難と感じており、利用者に関する情報収集に苦勞していることが伺えます。

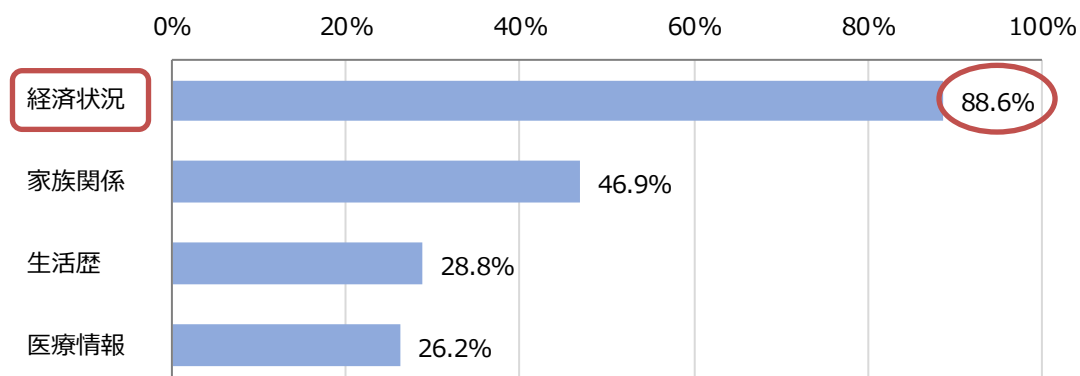
図表 7 アセスメントについて困難と感じている点（複数回答）



出典) 平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 28 年度調査）
「(5)居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業」
(厚生労働省) (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000158777.pdf) を加工して作成

- アセスメント時に情報収集が難しい項目としては「経済状況」が最も多く、次いで「家族関係」「生活歴」「医療情報」となっています。

図表 8 アセスメント時に情報収集が難しい項目（複数回答）

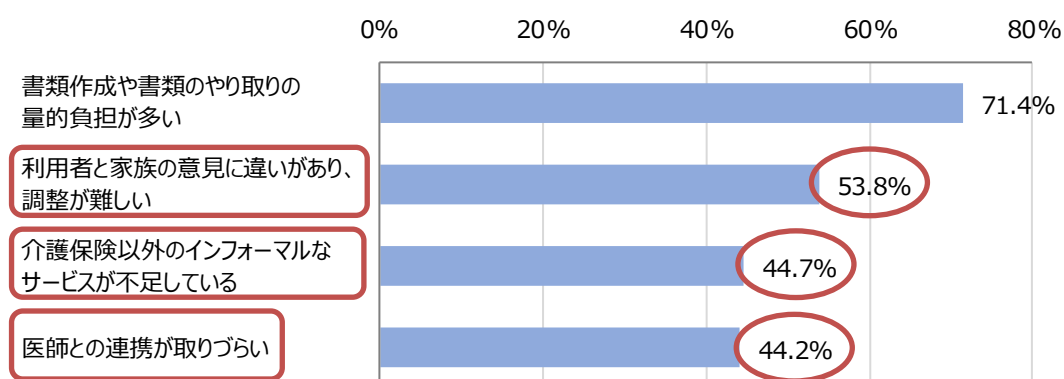


出典) 平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 28 年度調査）
「(5)居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業」
(厚生労働省) (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000158777.pdf) を加工して作成

(3) ケアプランの作成について困難と感じている点

- ケアプランの作成にあたって困難と感じている点としては、業務量の多さを挙げる介護支援専門員が多い一方で、「利用者と家族の意見に違いがあり、調整が難しい」「介護保険以外のインフォーマルなサービスが不足している」「医師との連携が取りづらい」等、利用者・家族との合意形成、地域におけるインフォーマルサービスの不足、医師との連携に関する悩みも少なくありません。

図表 9 ケアプランの作成について困難と感じている点（複数回答）

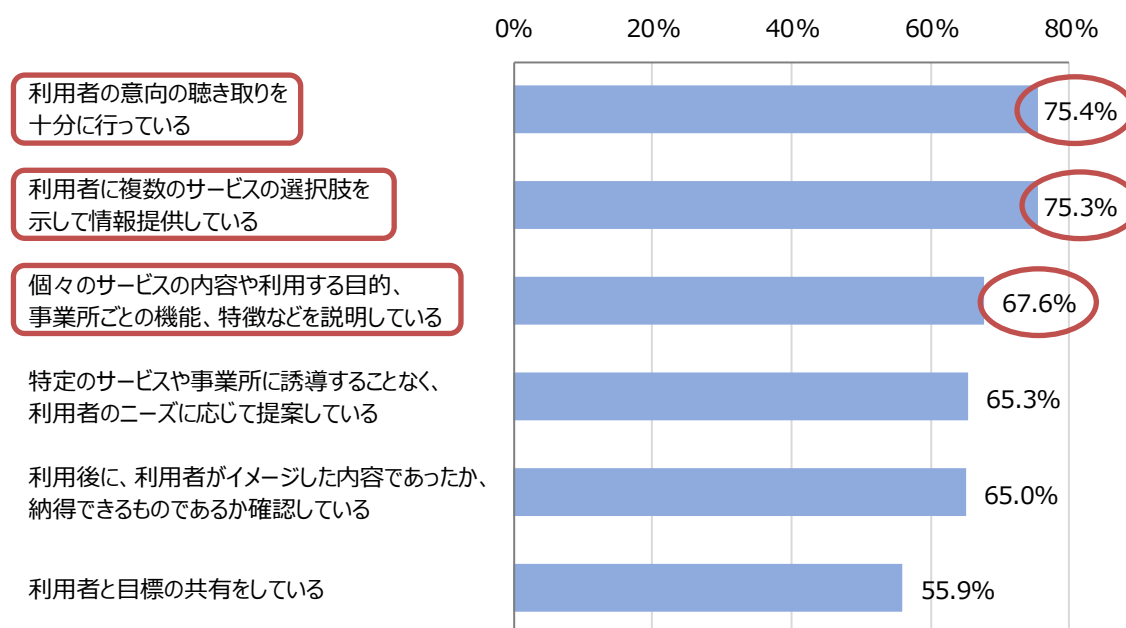


出典) 平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 28 年度調査）
「(5) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業」
（厚生労働省）（https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000158777.pdf）を加工して作成

(4) 利用者本位のケアプラン作成のためにやっている取組

- 様々な困難や悩みがある中で、介護支援専門員は、利用者本位のケアプランを作成するために様々な取組を行っています。主な取組としては、「利用者の意向の聴き取りを十分に行っている」「利用者に複数のサービスの選択肢を示して情報提供している」「個々のサービスの内容や利用する目的、事業所ごとの機能、特徴などを説明している」があります。

図表 10 利用者本位のケアプラン作成のためにやっている取組（複数回答）

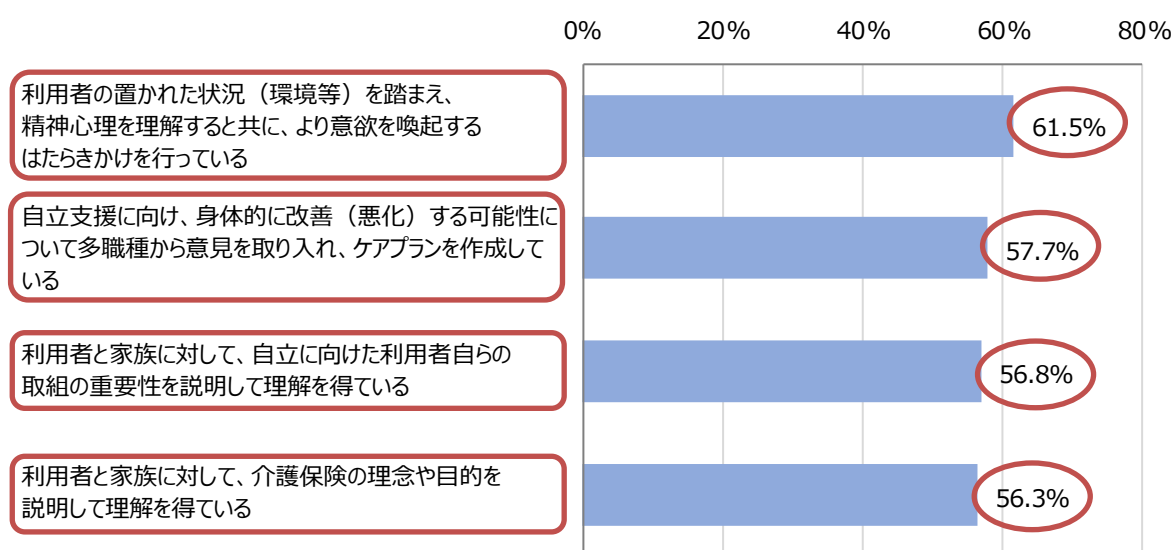


出典) 平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成 28 年度調査)
「(5)居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業」
(厚生労働省) (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000158777.pdf) を加工して作成

（５） 自立支援のために実施している取組

- 自立支援を実現するために行っている取組としては、「利用者の置かれた状況（環境等）を踏まえ、精神心理を理解すると共に、より意欲を喚起するはたらきかけを行っている」が最も多く、次いで「自立支援に向け、身体的に改善（悪化）する可能性について多職種から意見を取り入れ、ケアプランを作成している」「利用者と家族に対して、自立に向けた利用者自らの取組の重要性を説明して理解を得ている」「利用者と家族に対して、介護保険の理念や目的を説明して理解を得ている」の順となっています。

図表 11 自立支援という目標を達成するために実施している取組（複数回答）



出典）平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 28 年度調査）
「（５）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業」
（厚生労働省）（https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000158777.pdf）を加工して作成

3. 「自立支援」における介護支援専門員、 地域包括支援センターの役割

- 「自立支援」を実現するためには、介護支援専門員による包括的・継続的ケアマネジメント、地域包括支援センターによる包括的・継続的ケアマネジメント支援や介護予防ケアマネジメントが鍵となります。

(1) 介護支援専門員の役割

- 介護支援専門員は、要介護や要支援の認定を受けた高齢者に対して、自立支援に資する包括的・継続的ケアマネジメントを通じた支援を行い、地域で包括的なケアやサービスを提供します。
- 自立支援において、介護支援専門員には、次の5つの役割があります。

介護支援専門員の役割

- ① サービス提供事業所等、利用者ご本人の支援に携わる「支援チーム」間で連携して、ご本人の心身機能や生活機能、意欲（「したい」こと）等について適切なアセスメントを実施し、各アセスメント結果を「支援チーム」間で共有する。**(Survey)**
- ② 「支援チーム」のアセスメント結果に基づき、利用者のライフプランナーとして中長期的な視点から、ご本人の状態の維持・改善や自己実現の達成に配慮したケアプラン⁴を作成し、ご本人と合意形成を図る。**(Plan)**
- ③ ケアプランに基づき、他のサービスや支援との連動に配慮しつつ、サービスを提供する。**(Do)**
- ④ サービス提供後におけるご本人の状態や意欲の変化を評価し、評価結果を「支援チーム」間で共有する。**(Check)**

また、必要に応じて、「支援チーム」の評価結果に基づいてケアプランを修正し、その修正についてご本人と合意形成を図る。

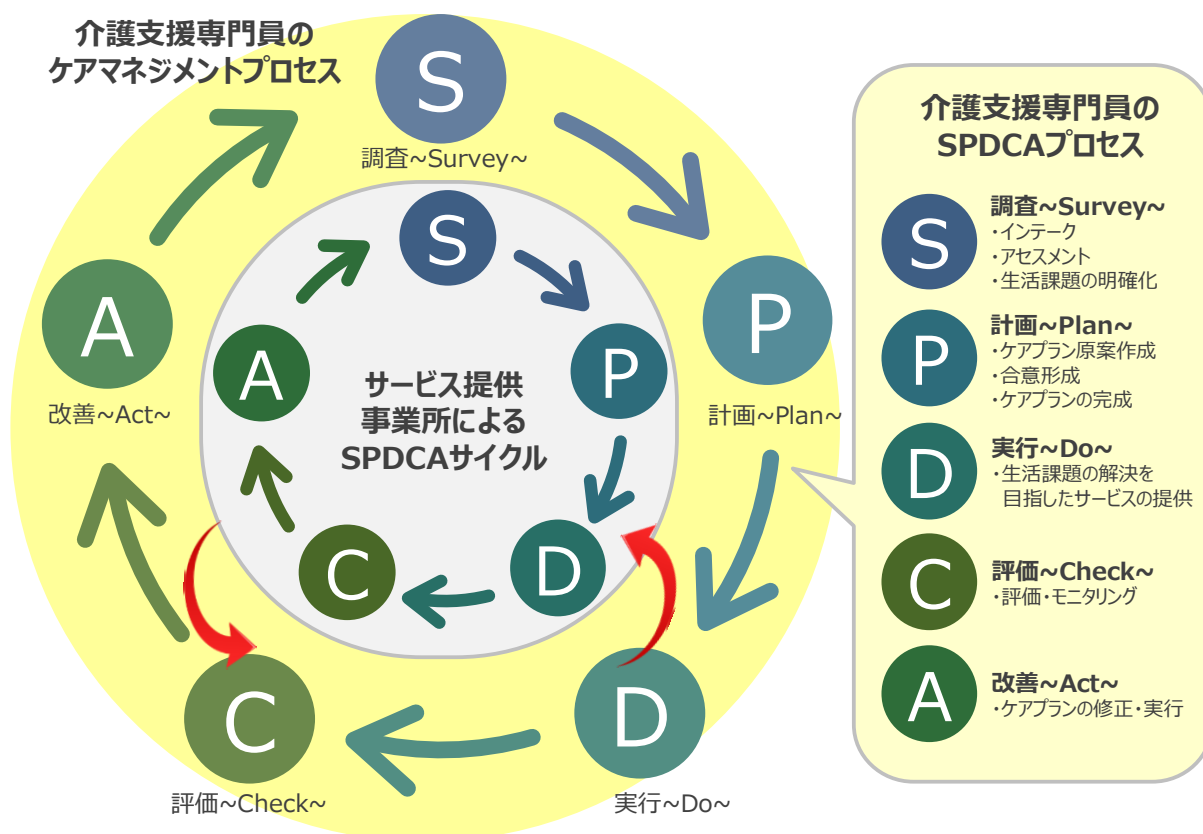
- ⑤ （ケアプランを修正した場合は）修正したケアプランに基づき、他のサービスや支援との連動に配慮しつつ、サービスを提供する。**(Act)**

- 以上のとおり、介護支援専門員のケアマネジメントプロセスは、SPDCA（Survey-Plan-Do-Check-Act）サイクルになっており、このサイクルとサービス提供事業所によるマネジメントプロセスが連動することが自立支援に資するサービスを提供する上で重要である（図表 12）。

⁴ ケアプランとは、居宅サービス計画、介護予防サービス支援計画等を指します。

- すなわち、ケアプランを作成し、ケアマネジメントを実践する介護支援専門員は「支援チーム」の要であり、要介護・要支援と認定された高齢者が地域包括ケアシステムを活用し、住み慣れた地域での生活を続けられるかどうかは、介護支援専門員の力量にかかる部分が大いと言えます。

図表 12 介護支援専門員のケアマネジメントプロセスとサービス提供事業所によるSPDCA サイクル



出典) 埼玉県「事業所向け自立支援マニュアル」 P.9 を加工して作成

(2) 地域包括支援センターの役割

- 地域包括支援センターは、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」（介護保険法第 115 条 46 第 1 項）です。
- 地域包括支援センターは、保健師等・社会福祉士・主任介護支援専門員が配置され、3 職種のチームアプローチによって包括的支援事業等を行います。
- 具体的には、①総合相談支援業務、②権利擁護業務、③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のほか、第 1 号介護予防支援事業を一体的に実施します。また、これらの業務とは別に、市町村が取り組む在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業の全部またはその一部も行っています。
- このほか、地域包括支援センターは、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築や地域ケア会議の実施、指定介護予防支援の業務等も行っています。
- 居宅介護支援事業所や施設の介護支援専門員は、各々の業務において地域包括支援センターと連携し、地域包括ケアを推進する一翼を担います。

第3章

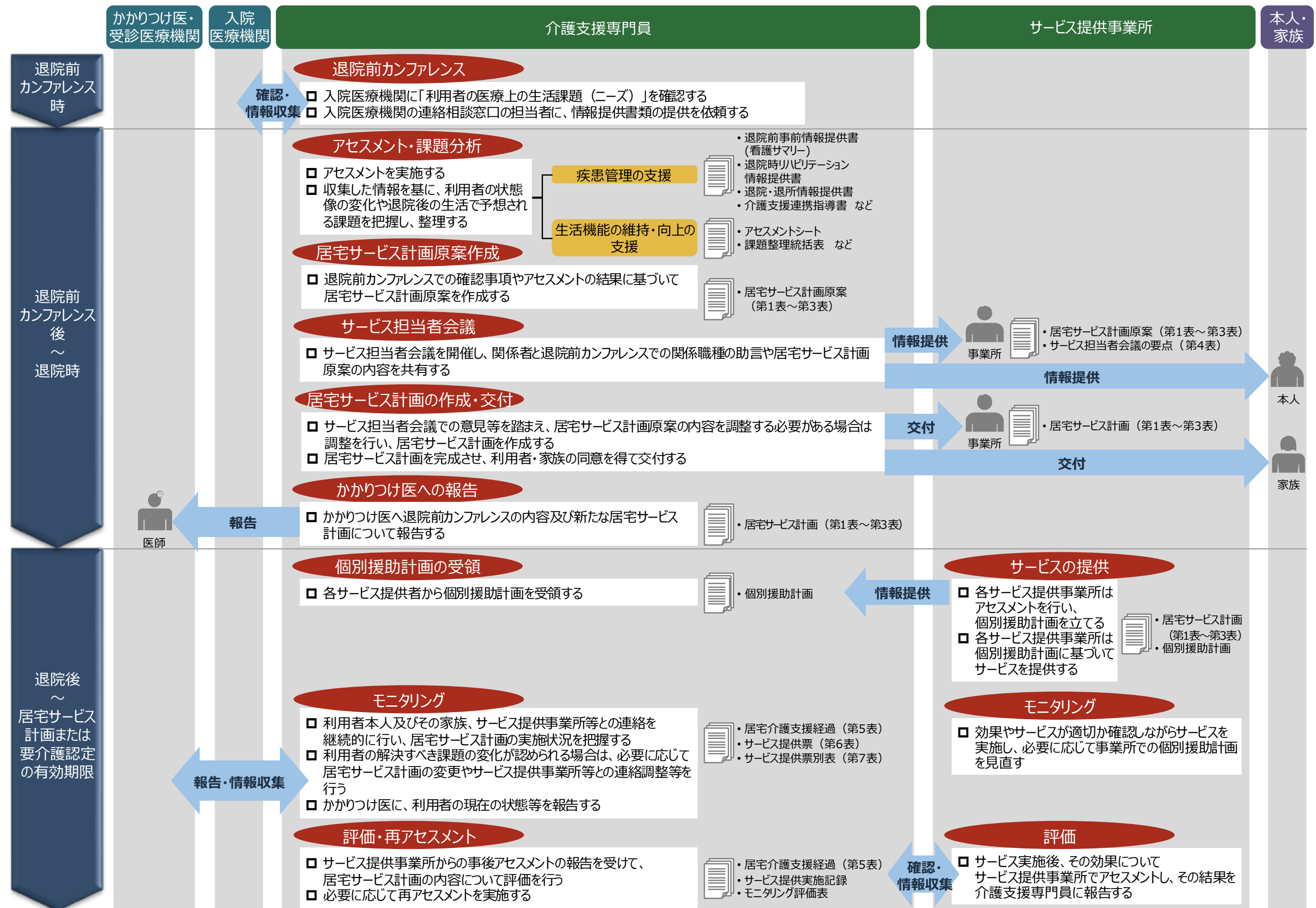
事例で見る自立支援を念頭においた ケアマネジメントの実施ポイント

1. 自立支援を念頭においたケアマネジメント

(1) 自立支援を念頭においたケアマネジメントの流れ

- 本章の事例で記載する期間は、支援の場면을イメージしやすくするとともに、アセスメントやモニタリングの視点を分かりやすく示すため、退院直後から居宅サービス計画または要介護認定の有効期限までとし、退院してから自宅での生活が送ることができるようになるまでの時期としました。
- 上記期間における自立支援を念頭においたケアマネジメントの流れは 21 ページに示しております。
- 脳血管疾患の事例（→P.29）においては、疾患の再発予防や生活機能の低下防止が極めて重要となりますが、ケアマネジメントの質をさらに向上するためには、介護支援専門員が、利用者の退院前から利用者の病状変化の可能性を踏まえてアセスメントや課題分析を行い、居宅サービス計画原案を作成することが重要です。
- 中でも、医療機関や在宅医療・リハビリテーション・介護サービス等の多職種と連携し、各専門家の視点からの助言や意見を踏まえた居宅サービス計画を作成してから在宅での生活に移行することが望まれます。
- 筋骨格系疾病の事例（→P.55）においては、再骨折の予防、利用者の有する疾患の管理、生活機能の維持・向上が重要となりますが、脳血管疾患の事例と同様、介護支援専門員が、利用者の退院前から利用者の状態変化の可能性を踏まえてアセスメントや課題分析を行い、その上で介護予防サービス・支援計画原案を作成すること、多職種の視点からの助言や意見を踏まえて介護予防サービス・支援計画を作成することが重要です。
- 認知症の事例（→P.75）では、利用者本人だけでなく、家族の支援やその人らしさを考慮した個別性のある居宅サービス計画を作成することが重要になります。

図表 13 自立支援を念頭においたケアマネジメントの流れ



(2) アセスメント・課題分析の視点

- アセスメントとは、居宅サービス計画の作成にあたり、利用者が自立した生活を営む上で解決すべき課題を把握することであり、利用者が利用するサービスを介護支援専門員が居宅サービス計画に位置づける根拠となります。
- アセスメント・課題分析の手法は様々あり、事業所独自の方法を用いている場合もありますが、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはなりません。どのような手法を使用していても国が定める「課題分析標準項目」を充足している必要があります。
- 「課題分析標準項目」は、「基本情報に関する項目」と「課題分析（アセスメント）に関する項目」で構成され、23 項目あります。

|| P.24 参照

課題分析標準項目について

I. 基本的な考え方

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる方法を用いなければならない。

この課題分析の方式については、「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について」（平成 11 年 7 月 29 日老企第 22 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。）第二の 3（運営に関する基準）の（7）⑥において、別途通知するところによるものとしていっているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである。

II. 課題分析標準項目（別添）

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報 （受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である高齢者の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じよく瘡・皮膚の問題	じよく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

出典）「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」
 （平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

- 特に、服薬・健康管理、口腔衛生、食事摂取については、利用者の状態にかかわらず、以下の視点から情報収集をすることが望まれます。

＜服薬・健康管理＞ 10. 健康状態

- 利用者が正しく薬を服用し、健康管理ができるように支援することも、介護支援専門員の重要な役割であり、服薬・健康管理については以下の情報を収集することが重要です。
 - ・ 服薬の内容（お薬手帳もしくは薬剤情報提供文書 3 か月分）
 - ・ 薬局・医療機関の連絡先
 - ・ 服薬管理の方法（誰が、どのように管理し、服薬を確認しているか）
 - ・ 利用者の医療情報（疾患、処方薬等）

事業所向け自立支援マニュアル※
P.25

＜口腔衛生＞ 18. 口腔衛生

- お口の健康を保つことは、転倒や誤嚥性肺炎を予防する上で重要です。また、よく噛んで食べることは、認知症やうつ予防にも有効です。加齢により歯や口の機能が虚弱になる「オーラルフレイル」になると、全身の健康に悪影響を及ぼし、心身の活力が低下した状態が長く続くことで介護が必要な状態になってしまうおそれもあります。
- そのため、口腔衛生については、以下の情報を収集することが重要です。
 - ・ 歯・口腔の状態
 - ・ 反復唾液嚥下テスト（RSST）
 - ・ オーラルディアドコネシス
 - ・ 開口量
 - ・ 空ぶくぶくうがい
 - ・ かかりつけ歯科医の有無

事業所向け自立支援マニュアル※
P.20-23

＜食事摂取＞ 19. 食事摂取

- 食事に関しては、以下について聞き取りを行い、情報を収集します。
 - ・ 体重の変化・推移（増減した時期、増加量・減少量、増減の理由）
 - ・ 食することへの意識や興味
 - ・ 食事を作る人、一緒に食べる人、楽しく食べられているか
 - ・ 食事内容・食事量
 - ・ 健康管理上の食事指導があるか
（減塩、カロリー（エネルギー）制限、カルシウムの増加等）

事業所向け自立支援マニュアル※
P.18-19

※ 平成 30 年 2 月に作成した、介護サービス事業所がどのようにしたら高齢者の「自立支援・重度化防止」を実現できるのか、アセスメントの視点や介護サービスの手順についてまとめたものです。

(<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/chiikihoukatukea/documents/jigyoushomukejiritushienmanyual.pdf>)

- アセスメント・課題分析については、「利用者像や利用者の課題に応じた適切なアセスメントが必ずしもなされていない」「サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない」といった課題がこれまで指摘されていました。
- このような課題に対応するために策定されたのが「課題整理総括表」です。
- 「課題整理総括表」は、利用者の状態等を把握し、把握した情報の整理・分析等を通じて利用者の生活上の課題を導き出した過程について、多職種間で情報共有を行うことを企図しています。
- 利用者の生活の質の向上を図るためには、身体機能だけでなく、家事や外出といった生活機能の向上も必要になります。そのためには、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、個人と環境の両方の視点で整理・分析することが重要です。
- 「課題整理総括表」を記入する時のポイントは、P.28 の吹き出しのとおりです。



P.28 参照

図表 14 「課題整理総括表」を記入する時のポイント

原因疾患の療養管理、環境面、本人の心理面・生活歴等の要因も分析して記入しましょう。

利用者名		殿		作成日		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)							
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)	見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】 ※6
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	支障なし 支障あり		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	支障なし 支障あり		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	支障なし 支障あり		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		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
社会との関わり		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
居住環境		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			

「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記載しましょう。
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。

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 本書は紙様式でありシステム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「支障なし」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課題の状況(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、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「ー」印を記入。

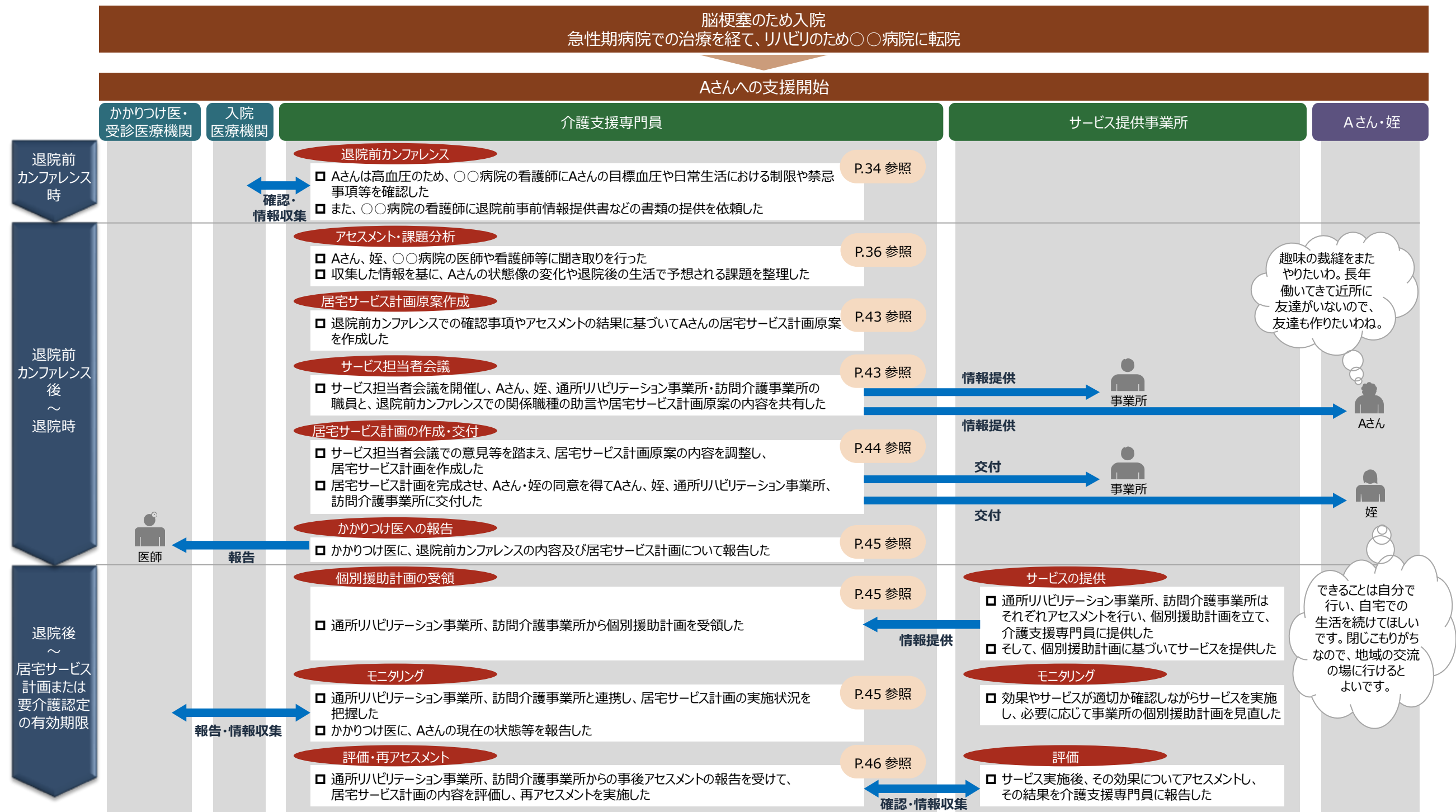
出典)「介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き(Ver.1)」(厚生労働省)

(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000169398.pdf>) P.41 (下線部は引用者改変)

2. 脳血管疾患の事例（Aさん）

Aさんのケースは、脳梗塞による右半身麻痺、高次脳機能障害があり、自宅に閉じこもりがちでしたが、入院医療機関やかかりつけ医と連携しながら、介護支援専門員、通所リハビリテーション事業所、訪問介護事業所によるチームが支援したことによって、脳梗塞の再発を予防しながら自宅での一人暮らしを続けている事例です。

図表 15 Aさんへのケアマネジメントの流れ

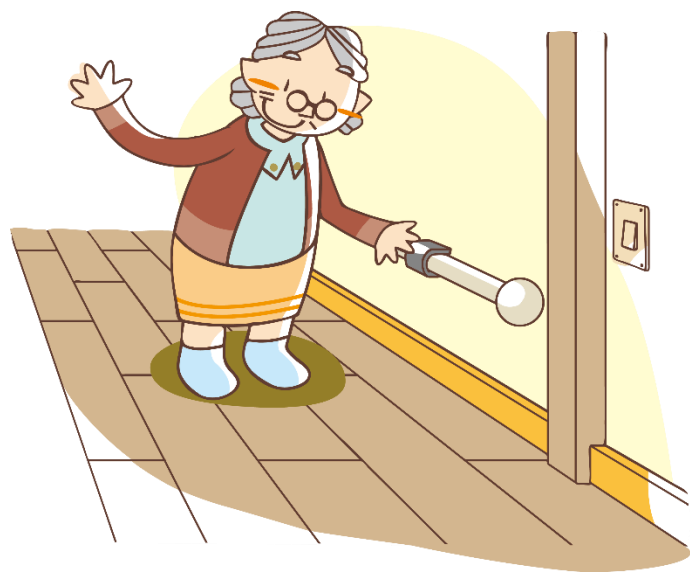




Aさんの基本情報

基本項目	基本情報
年齢・性別・ 要介護度	67 歳、女性、要介護 1 寝たきり度：A2、認知症自立度：I、障害等認定：身障 2 種 4 級
世帯構成	独居
生活歴	□□県出身、二人姉妹の姉。30 歳頃に上京して約 30 年間、服飾メーカーで仕事をしていた。▲▲市には平成 20 年から在住。就業中からずっと一人暮らしで、子供はいない。 - 平成 27 年 9 月、就労中にろれつが回らなくなり、感冒症状が出現。受診したところ、脳梗塞の診断を受けて入院。急性期病院での治療を経て、平成 27 年 12 月にリハビリのため〇〇病院に転院。右半身麻痺と高次脳機能障害の後遺症があり、声かけや見守りが必要。 - 平成 28 年 2 月末に退院し、自宅での一人暮らしを再開。高齢者向けアパートの 1 階に住んでいるが、退院直後より活動性が低下し、自宅に閉じこもりがちになっている。 - 姪が同じ▲▲市に住んでおり、月に 1 ～ 2 回、子供を連れて様子を見に来ている。
現病歴・既往歴	平成 25 年頃～ 高血圧症 平成 27 年 9 月 脳梗塞
身長・体重・BMI	身長 157.0cm、体重 63kg BMI 25.6 (平成 28 年 2 月 15 日時点)
ADL	室内歩行：伝い歩き。 屋外歩行：杖を用いて歩いている。 外出頻度：通所リハビリテーション（週 1 回）と、ヘルパーとの屋外歩行（週 2 回）のみ。 口腔衛生：全て自分の歯。時々歯みがきを忘れることがある。
IADL	掃除・洗濯：意欲低下もあり、ヘルパーと行っている。 買物：大きいもの、重いものはヘルパーに依頼する。
服用薬	シロスタゾール OD100mg 2 錠（朝食後・夕食後） アムロジピン錠 5 mg 1 錠（朝食後） ファモチジン OD 錠 20mg 1 錠（夕食後）

食事内容	朝食：お茶漬け（海苔、梅干し） 昼食：なし 夕食：配食弁当（半分程度） 間食：せんべい2枚、牛乳
Aさんの希望	・ 趣味の裁縫をまたやりたい。 ・ 長年働いてきて近所に友達がいないので、友達を作りたい。
サービスの利用状況	通所リハビリテーション（週1回）、訪問介護（週2回）、 薬剤師による居宅療養管理指導（月2回）、 配食サービス（1日1回：夕食）、ゴミの戸別収集





Aさんの事例におけるアセスメント項目

Aさんは高血圧と脳梗塞の既往があることから、脳梗塞の再発予防と生活機能の低下防止がAさんの自立支援を図る上で重要になります。具体的には、以下の項目についてアセスメントを行い、疾患の管理と生活機能の維持・向上を支援していくことが求められます。

支援の観点	アセスメント項目
疾患管理の支援	☐ 基本的な疾患管理の支援 P.36 参照
	☐ 再発予防に対する支援 P.34 参照
	☐ 血圧の把握・確認 P.38 参照
	☐ 室内環境の整備 P.39 参照
	☐ その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供 P.40 参照
	☐ 服薬の管理・支援 P.41 参照
	☐ 規則正しい生活リズムの構築 P.42 参照
生活機能の維持・向上の支援	☐ 機能障害の維持・改善に向けた訓練 P.35, P.47 参照
	☐ 受容の支援 P.48 参照
	☐ コミュニケーション能力の改善 P.50 参照
	☐ 役割や社会参加の機会の確保 P.51 参照
	☐ 食事と栄養の確保 P.53 参照
	☐ 転倒予防 P.54 参照

退院前カンファレンス

Aさんは高血圧のため、介護支援専門員は、退院前カンファレンスの時に、Aさんの目標血圧、日常生活における制限や禁忌事項等、Aさんの医療上の生活課題について〇〇病院の看護師に確認しました。また、〇〇病院の看護師に「退院前事前情報提供書」等の書類の提供をお願いしました。

退院前カンファレンス時に収集できるアセスメント情報やアセスメントの視点、参考資料、その際に連携できる多職種は図表 16 に示すとおりです。

<血圧の把握・確認>

高血圧は、脳梗塞と脳出血に共通する脳血管疾患の最大のリスク因子です。そのため、血圧の変動は、脳血管疾患の再発につながる重要な要因として確認・管理していく必要があります。血圧は入院中の環境と自宅の環境では大きく異なるため、まずは入院中の環境下での状況を把握することが重要です。

図表 16 退院前カンファレンス時に収集できるアセスメント情報とその視点
(血圧の把握・確認)

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
血圧の把握・確認 疾患管理の支援 10. 健康状態	<入院中の状況確認> ☐ Aさんの目標血圧を把握しているか ☐ Aさんに便秘があるかを確認しているか ※ 排便時にいきむこととなり、いきむ際に血圧が上昇してしまうため。 ☐ 服用している薬の内容を確認しているか ☐ 入院中の生活における制限や禁忌事項があるか、ある場合はその内容を確認しているか <日常の血圧の把握> ☐ Aさんが日常生活を送る上で留意すべき、自宅での制限や禁忌があるか ☐ (ある場合は) その内容を確認しているか	●退院前事前情報提供書(看護サマリー) ●退院・退所情報提供書	●〇〇病院の医師、看護師 ●かかりつけ医

出典) 平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.53-54 を基に作成 (下線部は引用者追記)

<表の見方>

10. 健康状態

国が定める「課題分析標準項目」のどの項目と関係があるかを表しています。

<機能障害の維持・改善に向けた訓練>

身体機能についても、血圧と同様に、病院と自宅では環境が大きく異なるので、日々の状態が変化しやすく、身体機能の改善・維持が見込める反面、機能が低下しやすい時期でもあります。身体機能は日常生活全体に大きな影響を及ぼすため、退院に向けて必要な機能訓練を行いながら、身体機能の状態を継続的に把握し、維持や改善を図ることが重要です。

図表 17 退院前カンファレンス時に収集できるアセスメント情報とその視点
(機能障害の維持・改善に向けた訓練)

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
機能障害の維持・改善に向けた訓練 生活機能の維持・向上の支援 10. 健康状態・ 11. ADL・ 12. IADL	<日常生活における身体機能の状態把握> □Aさんが、日常生活の中でベッド以外で過ごす機会、場所、時間はどの程度か □Aさんの病前の身体機能の状況（麻痺の程度、関節の状態、筋力、痛み、感覚障害、構音障害等） □Aさんの病院での身体機能の状況、リハビリの内容・状況 □Aさんの身体機能の改善可能性 □自宅に戻ってから継続することが望まれるリハビリの内容 □動作に対する制限・禁忌 □状態悪化のリスク（訓練を行わないリスク、廃用のリスク） □訓練をやりすぎてしまうリスク（転倒のリスク等） <身体機能の維持・改善に向けた機能訓練の実施> □病院におけるリハビリに対する意欲の変遷、評価 □身体機能の改善の必要性に対するAさんの理解 □身体機能の改善の必要性に対する姪の理解 □リハビリの必要性に対するAさんの理解 □リハビリの必要性に対する姪の理解、協力の可能性 □病院でのリハビリ計画 □リハビリの方向性、方法、期間 ※ Aさん・姪の理解や協力を得るために、主治医、リハ医、リハビリテーション専門職等から把握しておく。 □リハビリに関する制限・禁忌	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院時リハビリテーション情報提供書 ●退院・退所情報提供書	●〇〇病院の看護師、PT/OT/ST ●かかりつけ医

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.64-65 を基に作成（下線部は引用者追記）



アセスメント・課題分析

退院前カンファレンスや〇〇病院の看護師から受領した書類を踏まえて、介護支援専門員は、Aさん、姪、〇〇病院の医師や看護師等に聞き取りを行いました。また、収集した情報を基に、Aさんの状態像の変化や退院後の生活で予想される課題を整理しました。

アセスメント・課題分析の際に収集するアセスメント情報やアセスメントの視点、参考資料、その際に連携できる多職種は以下に示すとおりです。

<基礎的な疾患管理の支援、再発予防に対する支援>

脳血管疾患の場合は、疾患の起因となる生活習慣病があるため、脳血管疾患の再発や生活の質の悪化を防止する上では生活習慣の改善が必要で、本人と家族が、疾患と疾病管理について正確に理解し、管理する必要があります。

Aさんの場合は、高血圧や脳血流障害が脳梗塞の起因となりましたので、主治医等の専門職からAさんと姪に対して説明がなされました。

血圧の変動が大きいと、日常生活の範囲に制限が生じ、結果として廃用につながるリスクが高まります。特に在宅での起床時と就寝時の血圧は、治療の方針や内容に大きな影響を与えるため、自宅でも日々の血圧を把握できる体制を整え、服薬内容や服薬状況についても確認することが重要です。

図表 18 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点
(基礎的な疾患管理の支援、再発予防に対する支援)

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
基礎的な疾患管理の支援 疾患管理の支援 10. 健康状態	<疾病の理解促進> ☐ 起因となっている疾患の説明を、Aさんや姪が〇〇病院の専門職から受けているか ☐ Aさんと姪のそれぞれが、起因となっている疾患の理解ができているか（専門職からの説明とAさん・姪の話との差異で確認） ☐ Aさんと姪のそれぞれが、理解に基づいて疾患の管理（服薬、守るべき生活行動）を正確に行えているか <定期的な受診の支援> ☐ 今後の通院・受診先はどのようなところか ☐ Aさんと姪のそれぞれが、病気に対する不安をどの程度感じているか <普段とは異なる状態の把握> ☐ Aさんや姪が「注意すべき症状」が何かを理解しているか ☐ 介護支援専門員自身が「注意すべき症状」が何かを理解しているか ☐ Aさんや姪が脳梗塞に特有の予兆について理解しているか ☐ 異常や注意すべき症状が現れたときの初期対応を姪と話し合っているか ☐ 異なる状況、微弱な症状（気になる状況）があった時に、姪と介護支援専門員のそれぞれが、連絡すべき医療職が誰かを把握し、連絡先を知っているか	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院・退所情報提供書 ●介護支援連携指導書	●かかりつけ医 ●〇〇病院の看護師
再発予防に対する支援 疾患管理の支援 10. 健康状態	<日常の血圧の把握> ☐ 日常の血圧（起床時、就寝時、日中）を把握する人は誰か（Aさん、姪、訪問介護事業所等） ☐ 血圧を測定できる適切な機器がAさん宅にあるか ☐ 目標血圧を超えた場合に、誰にどのようなタイミングで連絡すればよいか <服薬に対する確認> ☐ 服用している薬の内容を確認しているか ☐ 処方されたとおりに服薬できているかを誰が、いつ、どのように確認するか	●介護支援連携指導書	●訪問介護事業所 ●かかりつけ薬局

出典) 平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.50-52, P.54 を基に作成（下線部は引用者追記）

<室内環境の整備>

血圧の変動、特に血圧が急に上がるきっかけの一つとして、急激な気温の変化があります。高齢者は、体感や体温調整の問題から、感受性や体の状態を一定に保とうとする働きが低下しやすいため、気温が急激に変化しないように留意し、室内気温を維持・調節することも大切です。

図表 19 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（室内環境の整備）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
室内環境の整備 疾患管理の支援 22. 居住環境・ 21. 介護力	<室内気温の調整> ☐ Aさんの居住環境や姪の介護力 ☐ 保有している冷暖房器具や加湿器の有無、使用習慣（就寝中の利用状況 等） <居宅内の気温差の縮小> ☐ 自宅でのAさんの生活習慣（よくいる場所、動線） ☐ Aさんの温度感覚の麻痺の程度 ☐ 居室と廊下、洗面所、浴室、トイレ等の温度・湿度とその変化 <普段生活している居室の気温差の改善> ☐ 居室の状況（部屋の配置、動線、部屋の温湿度、湿度の変化）	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院時リハビリテーション情報提供書	●訪問介護事業所

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.54-56 を基に作成（下線部は引用者追記）

＜その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供＞

疾患管理を支援するにあたっては、その他の基礎疾患がないかを把握し、適切な食事ができるように支援することも不可欠です。塩分摂取量が多くなると、血圧が上昇し、脳血管疾患の再発リスクが高まります。脳血管疾患がある場合は、普段の習慣において塩分摂取量がすでに多い可能性が高く、日本高血圧学会では1日6g未満を推奨しています⁵。日常の食事内容や塩分摂取量を把握できるような体制を整えることが望まれます。

図表 20 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点
(その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供)

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供 疾患管理の支援 10.健康状態・19.食事摂取	＜個別疾患の管理の支援＞ ☐ 高脂血症、糖尿病等の個別疾患がある場合は、個別疾患の管理方法について ＜塩分摂取状況の把握＞ ☐ 塩分制限の有無 ☐ 普段摂取している塩分量、普段の食事内容 ☐ 日常の塩分摂取量をAさん・姪がどのような方法で把握するか ☐ 他の栄養の摂取状況 ☐ 食事に対するAさんの意欲の程度	●退院前事前情報提供書(看護サマリー) ●退院・退所情報提供書	●かかりつけ医 ●〇〇病院の看護師・管理栄養士

出典) 平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.57 を基に作成 (下線部は引用者追記)

⁵ 日本高血圧学会 減塩委員会ホームページ (http://www.jpnsh.jp/com_salt.html)

＜服薬の管理・支援＞

脳梗塞や脳出血は、医師の指示どおりに服薬しなければ再発を予防できません。そのため、Aさんや姪が服薬において気をつけなければならないこと⁶を理解するとともに、セルフマネジメントの観点から、主体的に服薬を管理していくことが必要になります。

図表 21 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（服薬の管理・支援）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする方法	連携できる多職種
服薬の管理・支援 疾患管理の支援 10.健康状態・12. IADL	＜服薬の必要性の理解促進＞ ☐ 処方内容 ☐ 服薬状況 ☐ 薬の管理者 ☐ Aさん・姪が、服薬が必要であること、気をつけるべきことの説明を受けているか ☐ Aさん・姪が、説明された内容を正しく理解しているか ＜服薬管理の支援＞ ☐ 薬が変更になった時のAさんの状態の変化 ☐ 誰が薬を管理するか ※ 日中に通所リハビリテーションを利用しているため、事業所における管理方法も確認する。 ☐ どのように薬を管理するか（保管場所、保管方法） ☐ 薬の管理者が管理方法を正しく理解しているか ☐ 管理者の能力に合わせた保管方法・処方内容（回数・薬の形状）になっているか	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●「お薬手帳」の写し（もしくは薬剤情報提供文書）	●かかりつけ医・看護師 ●薬を調剤した薬剤師
	＜服薬の促しと服薬したことの確認＞ ☐ 処方されたとおりに服薬できているかを誰が、いつ、どのように確認するか ☐ 飲み残しがあるかどうか、あるいは不足の状況 ☐ 服薬による副作用と効果の確認 ☐ 食事摂取の状況、水分摂取（特に制限がある場合）の状況 ☐ Aさん・姪の認知機能、視力 ☐ Aさんの麻痺の状況（薬包の開けやすさ、飲む動作のしやすさ等） ☐ 嚥下能力 ☐ Aさんの自宅における生活リズム（特に起床、食事、昼寝、就寝） ☐ 姪の生活リズム（訪問のタイミング） ☐ 姪の服薬の必要性に対する理解 ☐ Aさんと姪の役割分担	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院時リハビリテーション情報提供書 ●退院・退所情報提供書	●かかりつけ医・看護師 ●かかりつけ歯科医・歯科衛生士 ●薬を調剤した薬剤師 ●訪問介護事業所

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.58-59 を基に作成（下線部は引用者追記）

⁶ 食事内容への注意や薬の副作用（出血のしやすさ等）も理解しておくことが重要です。

＜規則正しい生活リズムの構築＞

食事や起床・就寝等の生活リズムを整えることも、疾患管理を行う上で重要です。生活リズムが整っていないと、食前・食後に薬を飲む時間がずれてしまい、脳血管疾患の再発リスクが高まります。加えて、食事のリズムが崩れることで便秘になりやすく、排泄時にいきんで血圧上昇を引き起こし、その結果、脳血管疾患の再発につながる可能性もあります。

日中の活動量が少なかったり、十分な休養が取れていない場合でも、体重が増えて血圧が高まったり、動脈硬化が進んだりする可能性もあり、再発のリスクが高まります。

しかし、誰でも急に生活リズムを変えるのは難しいため、これまでの生活リズムを把握した上で徐々に生活リズムを整えていくことが体調を整え、症状を安定させることにつながります。

**図表 22 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点
(規則正しい生活リズムの構築)**

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
規則正しい生活リズムの構築 疾患管理の支援 2. 生活状況・ 11. ADL・ 12. IADL	＜食事・起床・就寝等の生活リズムの構築＞ □Aさん・姪の24時間の生活リズムの把握（居宅サービス計画書第3表の「主な生活上の活動」） □介護の負担感（時間帯別） □Aさんの若い時からの生活リズム（夜型であった等） □Aさん・姪の生活リズムに関する認識（自身の生活リズムを適切と考えているか等） □Aさんが通所リハビリテーションや訪問介護を利用している日とそれ以外での生活リズムの違い □食事と便秘の状態の確認	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院時リハビリテーション情報提供書 ●退院・退所情報記録書 ●食事の記録	●〇〇病院の看護師、PT/OT/ST ●かかりつけ医 ●通所リハビリテーション事業所 ●訪問介護事業所 ●栄養ステーション等の管理栄養士 ●薬を調剤した薬剤師
	＜日中の運動・活動機会の確保＞ □日中の離床時間、活動量、家事量、外出頻度（散歩等） □運動・活動に関する医師からの指示内容		
	＜休養・睡眠の確保＞ □睡眠時間と睡眠の質、Aさんの認識 □日中の傾眠の有無 □睡眠薬の処方有無、服薬の状況（定期的に服用しているか、随時服用か） □日中の活動量（特に、仕事や家事をしている場合の負荷） □睡眠障害の有無（睡眠時無呼吸症候群） □寝具や寝室の状況		

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.60-61 を基に作成（下線部は引用者追記）

<脱水予防>

日常的に必要な水分を摂取することも、脳血管疾患を管理する上で重要になります。水分の摂取量が十分でないと、血液の粘度が高まり、脳血管疾患の再発リスクが高まるためです。

水分には、直接摂取する水分のほか、食事から摂取する水分や栄養もありますが、適切な水分量は人によって異なりますので、その人に必要な水分量と日頃から摂取している水分量を把握することが重要です。

図表 23 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（脱水予防）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
脱水予防	<必要水分量と日常の摂取量の把握> ☐ 日常の水分摂取量をAさん・姪がどのような方法で把握するか ☐ 日常生活における水分摂取量、食事の量、食事の内容 ☐ 水分摂取量に対する制限の有無 ☐ 日常生活における排泄の回数（尿・便） ☐ 病院における水分摂取量 ☐ 病院における排泄の回数 ☐ 発汗の状況（多い、少ない） ☐ 外出機会の多寡、運動量 ☐ 室内・室外の気温・湿度 ☐ よだれが垂れているかどうか	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院・退所情報記録書	●〇〇病院の看護師・管理栄養士 ●通所リハビリテーション事業所 ●訪問介護事業所
疾患管理の支援	<適切な水分摂取にかかる理解促進> ☐ Aさんがのどの渇き、口渇を感じているかどうか ☐ 適切な水分の摂取が必要であることに対するAさん・姪の理解 ☐ 自分が摂取すべき水分量（食事から摂る水分、直接摂取）の理解		
10. 健康状態・ 19. 食事摂取	<自発的な水分摂取の支援> ☐ 水分を摂取する習慣がAさんにあるか ☐ 水分を自ら摂取する能力（麻痺の有無、認知機能、嚥下機能、廃用傾向の有無） ☐ 水分摂取時の姿勢 ☐ 姪が水分摂取を支援できる時間の有無		

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.61-62 を基に作成（下線部は引用者追記）



居宅サービス計画原案作成・サービス担当者会議

退院前カンファレンスでの確認事項やアセスメントの結果に基づいて、介護支援専門員は、Aさんの居宅サービス計画原案を作成しました。

そして、介護支援専門員は、サービス担当者会議を開催し、Aさん、姪、通所リハビリテーション事業所及び訪問介護事業所の職員と、退院前カンファレンスでの関係職種の助言や居宅サービス計画原案の内容を共有しました。

居宅サービス計画原案の作成の目的は、居宅サービス計画の細部まで丁寧に書くことではなく、介護支援専門員が利用者の生活課題をどのように捉え、何をする必要があると考えているかを利用者本人や家族、支援にあたる関係者に伝えることです。サービス担当者会議は、その居宅サービス計画原案を関係者で共有し、修正点について関係者と確認した後、利用者に必要なサービスについて利用者本人や家族、支援にあたる関係者と合意します。

居宅サービス計画の作成・交付

その後、介護支援専門員は、サービス担当者会議での意見等を踏まえ、居宅サービス計画原案の内容を調整し、居宅サービス計画を作成しました。そして、居宅サービス計画を完成させ、Aさん・姪の同意を得て、Aさん、姪、通所リハビリテーション事業所、訪問介護事業所に交付しました。

図表 24 Aさんの居宅サービス計画の概要（平成 28 年 3 月～平成 29 年 2 月）

利用者及び家族の介護に対する意向	Aさん	- 趣味の裁縫をまたやりたい。 - 長年働いてきて近所に友達がいないので、友達を作りたい。
	家族	- できることは自分で行き、自宅での生活を続けてほしい。 - 自宅に閉じこもりがちなので、地域の交流の場に行けるとよい。
総合的な援助の方針	自宅での生活が中心で、家族以外の人との関わりがほとんどなく、不安を感じる面が多いかと思います。運動を行うことで下肢筋力を鍛え、少しずつ家事に取り組みながら活発な生活を送れるようにしましょう。Aさんの気持ちに寄り添うことを大切にし、安心して楽しく過ごせるようにご家族やサービス事業所と連携して支援していきます。	
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	- 脳梗塞の後遺症による右半身麻痺と廃用のため、外出ができない。 - 脳梗塞の後遺症による右半身麻痺と意欲低下のため、家事（掃除、洗濯等）ができない。 - 脳梗塞の後遺症による高次脳機能障害のため、食事の献立が考えられない。 - 近所に友人がおらず、意欲低下もあり、自宅に閉じこもりがちである。	
長期目標	自宅での一人暮らしを継続できる。	
短期目標	① スーパーまで歩いて行けるようになる。（200m） ② 掃除、洗濯をそれぞれ週 1 回行う習慣をつける。 ③ 管理栄養士と、減塩と便秘になりにくいことを目指した昼食の献立を 1 週間分考えられるようになる。 ④ 服薬管理、血圧管理を行い、脳梗塞の再発を予防する。 ⑤ 家族以外の人との交流を楽しむ。	
サービス種別／頻度	通所リハビリテーション（週 1 回）、訪問介護（週 2 回）、 薬剤師による居宅療養管理指導（月 2 回）、 配食サービス（1 日 1 回：夕食）、ゴミの戸別収集	



かかりつけ医への報告

介護支援専門員は、A さんのかかりつけ医に、退院前カンファレンスの内容や A さんの居宅サービス計画について報告しました。

かかりつけ医への報告のタイミングは、家族が主治医と面談する時や、利用者の受診・往診時に同席する等、かかりつけ医の診療時間に配慮し、面談が円滑にできるように工夫しましょう。

また、入院医療機関から利用者に渡された情報等がある場合は、かかりつけ医への報告の際、必要に応じて共有するようにしましょう。

内服薬の管理に問題がある場合には、かかりつけ薬局にも報告するようにしましょう。



個別援助計画の受領

居宅サービス計画の交付を受けて、通所リハビリテーション事業所、訪問介護事業所は、それぞれアセスメントを行い、A さんの個別援助計画を立て、介護支援専門員に提供しました。



モニタリング

介護支援専門員は、通所リハビリテーション事業所、訪問介護事業所と連携し、サービスの実施状況を確認しました。また、月 1 回、A さん宅を訪問し、居宅サービス計画に定めた目標の達成状況等を確認し、かかりつけ医に A さんの現在の状態等を報告しました。



評価・再アセスメント

通所リハビリテーション事業所、訪問介護事業所は、Aさんへのサービス実施後、その効果についてアセスメントし、その結果を介護支援専門員に報告しました。介護支援専門員は、その報告を受けてAさんの目標の達成状況等を評価しました。

図表 25 介護支援専門員によるAさんへの支援評価の概要

目標	目標達成状況	達成／未達成	今後の方針
① スーパーまで歩いて行けるようになる。 (200m)	3月から屋外歩行を始め、自宅から100mのところにあるコンビニまで行けるようになった。 5月からはスーパーまでヘルパーが付き添って歩行できており、買い物もできている。往復の歩行状態も問題なかった。	達成	今後も、状態の変化や歩きづらさがいないか、スーパーまでの歩行が継続できているか、月1回確認する。
② 掃除、洗濯をそれぞれ週1回行う習慣をつける。	- 小型掃除機を使って掃除できるが、ヘルパーが声かけをしても実施できない週もあり、習慣化できていない。 - トイレはヘルパーと分担して掃除できている。 - 洗濯は毎週木曜日にできているが、洗濯物が洗濯機の中に残ったままになっていることがあった。ヘルパーが声かけをすれば干せる。	一部達成	- トイレ掃除は習慣化できており、今後も継続していく。 - 掃除や洗濯の動作はできるが、右半身麻痺と高次脳機能障害のため、自ら実施できない。声かけを継続する。
③ 管理栄養士と、減塩と便秘になりにくいことを目指した昼食の献立を1週間分考えられるようになる。	保健センターの管理栄養士の指導を受け、1週間分は考えられなかったが、スーパーへ行く日の昼食の献立を予め考えることができた。	一部達成	保健センターの管理栄養士と一緒に夕食（配食）の内容を見て、減塩を意識した献立を考える。
④ 服薬管理、血圧管理を行い、脳梗塞の再発を予防する。	- 体調を崩すことなく、通所リハビリテーションに休まず通えている。通所リハビリテーションでの血圧測定時は高めのことが多い。 - 薬剤師の居宅療養管理指導により薬の飲み忘れもなく、服薬管理ができている。	一部達成	- 薬剤師による服薬管理を継続する。 - 引き続き血圧に注意しながら体調管理を行う。健康相談の機会を作り、健康管理の意識を高め、再発予防に努める。
⑤ 家族以外の人との交流を楽しむ。	地域の手芸クラブを紹介し、見学を勧めたが、「うまくできない」という思い込みが強く、見学に行けなかった。	未達成	手芸クラブの見学を再度勧め、姪からも見学について話してもらう。

また、介護支援専門員は再アセスメントを実施しました。

再アセスメントの際に収集するアセスメント情報やアセスメントの視点、参考資料、その際に連携できる多職種は以下に示すとおりです。在宅での生活を再開しなければ分からない事柄についてアセスメントをしていきます。

＜機能障害の回復・改善に向けた訓練＞

自分でできる ADL/IADL を増やすことは機能訓練につながります。しかし、退院直後は環境が病院から自宅へと大きく変化するため、Aさんが一度獲得した ADL/IADL が発揮されにくく、失われることも少なくありません。そのため、ADL/IADL の状況を定期的に把握することが重要です。

**図表 26 再アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点
(機能障害の維持・改善に向けた訓練)**

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
機能障害の維持・改善に向けた訓練 生活機能の維持・向上の支援 10. 健康状態・ 11. ADL・ 12. IADL	＜ADL/IADLの状況の定期的な把握・共有＞ ☐ 基本的な動作能力 (起居、座位保持、移乗、移動 等) ☐ ADL/IADLに関する能力の状況 (できるかどうかの把握) ☐ ADL/IADLに関する遂行状況の把握 (実際にしているかどうかの把握) ☐ 内服薬によるADL/IADLに対しての機能低下の可能性 ☐ 「できる」と「している」の乖離の要因 (Aさんの意欲、姪や通所リハビリテーション事業所・訪問介護事業所の支援の実施状況等) ☐ ADL/IADLの改善可能性、見通し ☐ ADL/IADLについてやりすぎや間違っただけをしてしまうこと のリスク ※医師、リハビリテーション専門職に確認する。 ☐ 福祉用具や住宅改修の利用状況 ☐ 福祉用具を利用することによるADL/IADLの機能向上の可能性	● 退院前事前情報提供書 (看護サマリー) ● 退院時リハビリテーション情報提供書 ● 退院・退所情報提供書 ● 通所リハビリテーション事業所のサービス提供記録 ● 訪問介護事業所のサービス提供記録	● ○○病院の看護師、PT/OT/ST ● かかりつけ医 ● かかりつけ薬局 ● 通所リハビリテーション事業所のPT/OT/ST ● 訪問介護事業所

出典) 平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.67-68 を基に作成 (下線部は引用者追記)

<受容の支援>

Aさんは、退院直後より活動性が低下し、自宅に閉じこもりがちになりました。

本人や家族の過度の期待、拒否・否定、あきらめ等によって生活機能の維持・向上が難しくなる可能性があるため、医師からの予後の見通しを踏まえた上で、受容の支援を行う必要があります。その際は、利用者本人だけでなく、家族にも現実を目を向けてもらい、利用者本人が主体的に生活できるように支援することが重要です。

しかし、退院直後は、利用者本人も家族も生活上の困りごとが多く、不安も大きい時期です。脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が生じる可能性も高く、抑うつ状態になると、リハビリテーションを止めてしまい、生活機能の維持・改善が難しくなります。そのため、リハビリテーションが継続できるように、利用者本人や家族を支援する必要があります。

受容の支援を行うにあたっては、介護支援専門員がリハビリテーションの進捗を定期的に把握し、利用者本人や家族に伝えることも重要です（図表 27）。

図表 27 再アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（受容の支援）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
受容の支援 生活機能の維持・向上の支援 2. 生活状況・ 10. 健康状態	<受容促進のための働きかけ> ☐ Aさんの受容に関する阻害因子がないか（過度の期待、拒否・否定、あきらめ 等） ☐ 姪の受容状況（過度の期待、拒否・否定、あきらめ 等） ☐ 機能的予後の見通し（医師からの予後の見通しと併せて整理） ☐ ピアカウンセリングができる仲間や相談場所の存在の有無 ☐ リハビリへの取り組み状況 ☐ 生活への取り組み状況（機能としてはできるにもかかわらず、家族に過度に依存していることがないか）	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院時リハビリテーション情報提供書 ●退院・退所情報提供書	●かかりつけ医・看護師 ●通所リハビリテーション事業所のPT/OT/ST ●訪問介護事業所
	<抑うつ状態の防止> ☐ 病前の日常生活リズム、活動の状況 ☐ 病院での日常生活リズム、活動の状況 ☐ 退院後の日常生活リズム、活動の状況 ☐ 日常生活の目的意識 ☐ 睡眠障害の有無 ☐ 処方内容 ☐ 後遺症の影響の有無（医師に確認する） ☐ 過去のストレスにどう対応してきたか	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院・退所情報提供書	●かかりつけ医・看護師 ●かかりつけ薬局 ●〇〇病院の看護師 ●訪問介護事業所
	<リハビリテーションの継続> ☐ Aさんがリハビリの継続に対してどのくらい必要度や満足度を感じているか ☐ 姪がリハビリの継続に対してどのくらい必要度や満足度を感じているか ☐ Aさん自身が持っている具体的な目標の有無、その目標への達成感の有無 ☐ 自宅における自主トレーニングの実施状況	●通所リハビリテーション事業所のサービス提供記録 ●訪問介護事業所のサービス提供記録	●かかりつけ医・看護師 ●通所リハビリテーション事業所のPT/OT/ST ●訪問介護事業所

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.65-66 を基に作成（下線部は引用者追記）

＜コミュニケーション能力の改善＞

コミュニケーションは生活全体の基盤を成しています。コミュニケーション能力が低下すると、地域や社会の集団に入りづらくなり、閉じこもりになる等、生活範囲が縮小するリスクが増します。脳血管疾患の場合は、特に構音障害や失語症等への対応や支援を検討しておく必要があります。

**図表 28 再アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点
(コミュニケーション能力の改善)**

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
コミュニケーション能力の改善 生活機能の維持・向上の支援 14. コミュニケーション能力	＜コミュニケーション能力の継続的な状況把握＞ ☐ 構音障害、失語症等の有無、種類、程度（医師に確認） ☐ リハビリの実施状況、リハビリの方向性、到達が見込まれる状況 ☐ Aさんの個人因子（性格、特性、他者とのコミュニケーションの癖） ☐ コミュニケーション能力の低下に伴ってAさんが抱えているストレス、ジレンマの有無や程度 ☐ 普段のコミュニケーションの方法・手段（ジェスチャー、ボード、単語による会話、筆談、IT機器等） ☐ （退院後の生活において）普段コミュニケーションをとる相手と、その際のコミュニケーション手段 ☐ コミュニケーションに関する、姪に対する生活指導の有無、内容 ☐ 構音障害・失語症等への姪の理解度 ☐ コミュニケーション能力を発揮する機会の有無（姪とのコミュニケーション、姪以外とのコミュニケーション） ☐ 失語症友の会等の社会資源の有無	● <u>通所リハビリテーション事業所のサービス提供記録</u> ● <u>訪問介護事業所のサービス提供記録</u>	● <u>かかりつけ医・看護師</u> ● <u>通所リハビリテーション事業所のPT/OT/ST</u> ● <u>訪問介護事業所</u>

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.68-69 を基に作成（下線部は引用者追記）

<役割や社会参加の機会の確保>

人は役割を持つことによって自分の存在意義を確認でき、尊厳を取り戻すことができます。しかし、退院直後は、早期に社会参加につなげるよりも、中長期的にどのような役割の回復が見込めそうかを把握しておくことが今後の支援を円滑に行う上で重要です。特に、元々楽しみが少ない利用者の場合、病院でのリハビリテーション等を通して新たな楽しみや嗜好を見つける場合もあり、どのような可能性があるかを把握することが重要です。

一方、A さんのように脳血管疾患による障害や後遺症のある利用者の場合は、落胆を何度も経験しながら、生活機能と回復の限界を見つめつつ、新しい価値や機能を構築することを目指す支援が必要になります。その際は、将来に向けて新たな目標や可能性を設定することに重点を置くことが大切です（図表 29）。

図表 29 再アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点
(役割や社会参加の機会の確保)

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
役割や社会参加の機会の確保 生活機能の維持・向上の支援 12. IADL・15. 社会との関わり	<日常生活における役割の再獲得> ☐ 生活歴 ☐ 病前の役割（家庭内での役割、社会での役割） ☐ 家族との関係性 ☐ 社会との関係性（友人、地域、職場 等） ☐ 現時点で「あきらめ」ている活動・役割 ☐ 人生の中でAさんが大切にしてきた価値観 ☐ 日課、一日・季節・一年の中での楽しみ、趣味、こだわりを持ってきたこと ☐ 病院でのリハビリで特に積極的に取り組んでいたこと、こだわり ☐ （楽しみがない人の場合は）何に楽しみを見出せる可能性があるか ☐ インフォーマルサービスの利用可能性	●退院・退所情報提供書 ●介護支援連携指導書 ●通所リハビリテーション事業所のサービス提供記録 ●訪問介護事業所のサービス提供記録 ●興味・関心チェックシート	●かかりつけ医・看護師 ●通所リハビリテーション事業所のPT/OT/ST ●訪問介護事業所
	<交流機会の確保> ☐ 病前の外出頻度、行き先、外出方法 ☐ 現在の外出頻度、行き先、外出方法 ☐ 地域活動への参加・交流機会の有無、活用可能性 ☐ 病前の（自宅内・自宅外）交流頻度、交流の相手、交流の手段（電話、手紙、IT 等） ☐ 現在の（自宅内・自宅外）交流頻度、交流の相手、交流の手段（電話、手紙、IT 等） ☐ 地域で参加できる社会活動		
	<新たな目標・可能性の設定> ☐ 生活リズム、日課 ☐ リハビリへの取り組み状況 ☐ 利き手、コミュニケーション手段 ☐ 興味・関心 ☐ やってみたかったこと		

出典) 平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.69-71 を基に作成（下線部は引用者追記）

<食事と栄養の確保>

リハビリテーションに継続して取り組み、体力・体調を回復するためには、その人に必要な栄養量を把握し、食事を確実に取れるように支援することが重要です。

退院直後は、活動範囲が狭くなりやすく、本来必要な栄養が取れなかったり、あるいは逆に取すぎになるリスクがあることにも留意して支援する必要があります。

図表 30 再アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（食事と栄養の確保）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
食事と栄養の確保 生活機能の維持・向上の支援 19. 食事摂取	<必要な栄養量の把握と食事支援> ☐ 食事の量、形態 ☐ 自宅での食事の調達方法（自宅で作っている、購入している等） ☐ 調理あるいは食事を調達している人は誰か ☐ Aさんに必要なカロリー、栄養 ☐ BMI、体重の推移 ☐ 普段の体力、体調 ☐ 栄養補助食品、健康食品の摂取状況 ☐ 服用している薬の剤数、タイミング ☐ 薬の副作用による食欲低下の有無 ☐ 食欲、味覚の変化 ☐ 便秘・下痢の有無 ☐ 歯・口腔の状況（義歯の使用状況、むし歯の有無、歯みがきの状況等） ☐ 誤嚥のリスク（食事にかかる時間、食事の時の姿勢、嚥下機能、疲労感、覚醒状態等） ☐ 麻痺に伴う口腔残渣の有無	● <u>通所リハビリテーション事業所のサービス提供記録</u> ● <u>訪問介護事業所のサービス提供記録</u> ● <u>食事の記録</u>	● <u>かかりつけ医・看護師</u> ● <u>薬を調剤した薬剤師</u> ● <u>栄養ステーション等の管理栄養士</u> ● <u>通所リハビリテーション事業所</u> ● <u>訪問介護事業所</u>

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.71 を基に作成（下線部は引用者追記）

＜転倒予防＞

転倒しにくいように身体機能を整えたり、生活環境を整備する⁷ことも重要です。

麻痺があると転倒しやすく、転倒すると骨折等で再入院するリスクが高まります。服薬内容によっては薬の副作用によるふらつきや転倒に注意しなければならない場合もあります。さらに、歯を失って噛み合わせが悪くなると、転びやすくなります。また、転倒に不安を感じて活動に消極的になると、廃用につながるおそれもあります。

生活環境の面では、退院直後は病院から自宅へ大きく変化しますが、自宅の生活環境は病前の状況と変化しているため、Aさんの認識にも留意する必要があります。リハビリテーションが順調に進めばそれによって状態が変化し、できることが増える時期でもありますが、活動・参加が増えることに伴う転倒リスクへの対応も必要となります。

図表 31 再アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（転倒予防）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
転倒予防 生活機能の維持・向上の支援 10. 健康状態・ 11. ADL・ 12. IADL	＜転倒しにくい身体機能・生活環境の整備＞ ☐ 現在のADL/IADLの状況 ☐ 麻痺の状況（四肢だけでなく、空間認識を含む） ☐ ふらつきや痺れ、眠気といった症状に関わりうる処方内容の有無 ※医師あるいは薬剤師に確認する。 ☐ かみ合わせ（奥歯がしっかり噛みしめられるか） ☐ 歩行状況（病院での状況、現在の状況） ☐ 歩行に対する不安感（一日の中で不安感が変動する場合はそのタイミング） ☐ Aさんの転倒に対する認識（危険と思っているかどうか） ☐ 姪の転倒に対する認識（例：転倒の危険があるから動いてほしくない、関心がない等） ☐ 装具の有無と状況（合っているかどうか） ☐ 転倒の履歴 ☐ 普段の自宅内の動線とその環境（段差、手すり、明るさ、滑りやすさ等） ☐ （転倒があった場合の影響として）硬膜下血腫の症状の有無	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院時リハビリテーション情報提供書 ●退院・退所情報提供書	●かかりつけ医・看護師 ●かかりつけ歯科医・歯科衛生士 ●かかりつけ薬剤師 ●〇〇病院のPT/OT/ST ●通所リハビリテーション事業所 ●訪問介護事業所

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.72 を基に作成（下線部は引用者追記）

⁷ 環境整備を検討するにあたっては、本人や家族の住環境や経済状況等も踏まえて、できる範囲で工夫することが重要です。

3. 筋骨格系疾病の事例（Bさん）

Bさんのケースは、右大腿骨頸部骨折や胸腰椎圧迫骨折を経験し、骨粗しょう症の既往があるため転倒・骨折のリスクがありますが、かかりつけ医と連携しながら、介護支援専門員と通所型サービス事業所によるチームが支援したことによって、痛みを緩和しながら運動に取り組み、活動的な日常生活を送ることができるようになった事例です。

図表 32 Bさんへのケアマネジメントの流れ





Bさんの基本情報

基本項目	基本情報
年齢・性別・要介護度	79 歳、女性、要支援 2、寝たきり度：J2、認知症自立度：自立
世帯構成	夫と二人暮らし
生活歴	◆◆県で生まれ育った。28 歳で結婚。夫の海外赴任のため、結婚後 2 年ほど海外で過ごし、子供を授かり帰国。帰国後、〇〇市に引っ越してきた。住まいは一戸建て。子育てをしながら自宅で小・中学生に英語を教えてきた。子供が結婚して家を離れて以来、夫と二人暮らし。 - 平成 29 年 6 月に自宅トイレで滑って転倒し、胸腰椎を圧迫骨折して入院。平成 29 年 7 月末に退院し、介護申請となった。 - 子供は 3 人。娘 2 人（双子）はいずれも海外在住。息子は隣の県に住んでいるが、仕事が忙しくあまり会っていない。 - 趣味はパソコン、茶道、ウクレレ。長年、地域のボランティア活動にも参加してきた（毎週水曜日）。
現病歴・既往歴	平成 10 年頃 肝臓病・不眠症 平成 15 年頃 くも膜下出血（開頭手術、2 週間入院） 平成 19 年頃 右大腿骨頸部骨折、人工骨頭置換術後 平成 29 年 6 月 胸腰椎圧迫骨折・骨粗しょう症
身長・体重・BMI	身長 147.0cm、体重 52kg BMI 24.1 (平成 29 年 7 月 16 日時点)
ADL	室内歩行：家具等を触りながら伝い歩き。 屋外歩行：庭や近隣（200～500m 程度）を散歩している。 胸腰椎圧迫骨折と加齢のため、左足首が腫れている。 後方確認動作に不安あり。 外出頻度：骨折前は毎週水曜日にボランティアに行っていた。 口腔衛生：部分入れ歯。義歯はいつも使用している。 半年前に比べて固いものが食べにくくなった。

IADL	掃除：夫と分担。かがむ動作のある掃除は夫が支援している。 調理：朝・夕の調理を行っている。昼食は毎日配食弁当を利用。 買物：夫の車で一緒に行く。少量の時はリュックサックを使用し、歩いていく。 社会参加：自宅で茶道教室を開いている。友人・知人の訪問が多い。ボランティアもしている。
服用薬	ザクラス配合錠 LD 1錠（朝食後） レンドルミン D 錠 0.25mg 1錠（就寝前） アレンドロン酸ナトリウム錠 35mg 1錠（月1回、起床時） エディロールカプセル 0.75μg 1カプセル（朝食後） ウルソ錠 100mg 3錠（毎食後）
食事内容	朝食：ご飯、味噌汁（えのき・豆腐）、納豆、大根おろし、小魚佃煮、茄子の味噌炒め、ヨーグルト 昼食：配食弁当 夕食：ご飯、鍋（野菜・肉）、インゲンの胡麻和え 間食：せんべい（夕食後）
Bさんの希望	・ ボランティア活動を再開したい。 ・ 映画・観劇・演奏会に出かけたい。
夫の希望	・ ボランティア活動や友人・知人との外出ができるようになってほしい。
サービスの利用状況	通所型サービス（週2回）、外出ボランティアによる集会所等のお茶会参加（2週間に1回）、栄養改善の配食サービス（昼食のみ、毎日）





Bさんの事例におけるアセスメント項目

Bさんは胸腰椎圧迫骨折、骨粗しょう症、右大腿骨頸部骨折、くも膜下出血、肝臓病の既往があるため、再骨折の予防だけでなく、疾患の管理、生活機能の維持・向上がBさんの自立支援を図る上で重要になります。具体的には、以下の項目についてアセスメントを行い、疾患の管理をしながら、再骨折の予防、生活機能の維持・向上を支援していくことが重要です。

支援の観点	アセスメント項目	
疾患管理の支援	基礎的な疾患管理の支援	P.60 参照
	転倒予防	P.63 参照
再骨折の予防の支援	骨粗しょう症の再発を予防するための服薬の管理・支援	P.64 参照
	骨粗しょう症の治療継続の支援	P.66 参照
	歩行機能訓練	P.62 参照
生活機能の維持・向上の支援	心理的不安の排除	P.70 参照
	ADL/IADLの維持・向上	P.71 参照
	食事と栄養の確保	P.72 参照
	生活環境の整備	P.73 参照
	社会参加の機会の確保	P.73 参照



退院前カンファレンス

Bさんは胸腰椎圧迫骨折、骨粗しょう症、右大腿骨頸部骨折、くも膜下出血、肝臓病の既往があるため、介護支援専門員は、退院前カンファレンス時に、再骨折の予防や骨粗しょう症の治療、Bさんの医療上の生活課題について入院医療機関の看護師に確認しました。また、入院医療機関の看護師に「退院前事前情報提供書」等の書類の提供を依頼しました。

退院前カンファレンス時に収集できるアセスメント情報やアセスメントの視点、参考資料、その際連携できる多職種は以下に示すとおりです。

<基礎的な疾患管理の支援>

転倒等、比較的軽微な外力で大腿骨頸部骨折や胸腰椎圧迫骨折を起こしてしまう理由として、骨粗しょう症による骨の強度の低下があります。Bさんの場合、胸腰椎圧迫骨折で入院した際、入院医療機関の医師から骨粗しょう症の診断を受けました。

高齢になると運動能力が低下したり、視力障害を合併したりするために転倒しやすくなり、転倒骨折のリスクが高まります。しかし、入院中の環境と自宅の環境では大きく異なるため、まずは入院中の環境下での状況を把握することが重要です。

また、Bさんには、くも膜下出血と肝臓病の既往があります。Bさんが再び自立した日常生活を送れるようになるためには、これらの疾患について正しく理解し、疾患の管理を正確に行うことも重要です（図表 33）。

図表 33 退院前カンファレンス時に収集できるアセスメント情報とその視点
(基礎的な疾患管理の支援)

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
基礎的な疾患管理の支援 疾患管理の支援 10. 健康状態	<疾患の理解促進> ☐ 起因となっている疾患の説明を、Bさんや夫が病院の専門職から受けているか ☐ Bさんと夫のそれぞれが、起因となっている疾患の理解ができているか（専門職からの説明とBさん・夫の話との差異で確認） ☐ Bさんと夫のそれぞれが、理解に基づいた疾患の管理（通院、服薬、守るべき生活行動）を正確に行えているか <定期的な受診の支援> ☐ 今後の通院・受診先はどのようなところか ☐ Bさんと夫のそれぞれが、病気に対する不安をどの程度感じているか	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院・退所情報提供書 ●介護支援連携指導書	●かかりつけ医・看護師 ●入院医療機関の医師・看護師

出典) 平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.50-52 を基に作成（下線部は引用者追記）

<表の見方>

10. 健康状態

国が定める「課題分析標準項目」のどの項目と関係があるかを表しています。

<歩行機能訓練>

B さんの生活機能の維持・向上を図る上で、早期に歩行機能向上のための訓練をすることが必要ですが、術式や病院での経過によっては体位や荷重の制限がある場合があります。B さんは人工骨頭置換術を受けていますので、人工関節に大きな負担がかかると脱臼する場合があります、注意が必要です。

図表 34 退院前カンファレンス時に収集できるアセスメント情報とその視点
(歩行機能訓練)

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
歩行機能訓練 生活機能の維持・向上の支援 11. ADL	<歩行機能の維持・向上> ☐ これまでの転倒の履歴・場所 ☐ 人工骨頭置換術に伴う、生活における行動制限や体位制限 ☐ 荷重の制限 ☐ リハビリをどの程度の期間をかけて進めるべきか ☐ どの程度歩いてよいか ☐ 病院でのリハビリ（歩行訓練）の状況 ☐ 認知症の有無 ☐ 病前の歩行状況、フレイルの有無 ☐ 現在の歩行状況 ※ 特に、底った歩き方になったり、偏った歩き方でないか、制限を超える負荷のかかった歩き方でないか等を把握する。 ☐ 福祉用具の利用の有無（利用している場合は歩行状態に合っているか） ☐ 靴のフィッティング ☐ 病前と現在の足裏の感覚 ☐ 平衡感覚に影響を及ぼす基礎疾患の有無 ☐ 視力、視野、視覚に影響を及ぼす疾患（白内障等）の有無 ☐ 姿勢反射 ☐ 転ぶ練習、転ぶことへの慣れ	● 退院時リハビリテーション情報提供書 ● 退院・退所情報提供書	● 入院医療機関の看護師 ● 入院医療機関の PT/OT/ST

出典) 平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.98 を基に作成（下線部は引用者追記）



アセスメント・課題分析

退院前カンファレンスで得た情報や入院医療機関の看護師から受領した書類の内容を踏まえて、介護支援専門員は、B さん、夫、入院医療機関の医師や看護師等に聞き取りを行いました。また、収集した情報を基に、B さんの状態変化の可能性や退院後の生活で予想される課題を整理しました。

アセスメント・課題分析の際に収集するアセスメント情報やアセスメントの視点、参考情報、その際に連携できる多職種は次のとおりです。

<転倒予防>

転倒した状況や要因を把握し評価することによって、転倒しやすい状況を改善したり、B さんの状態に合ったリハビリテーションの目標を設定することができます。自らの身体機能の状態を理解し、それにあった生活動作を身につけることも転倒を予防し、再骨折を防ぐことができます。また、歯を失ったとしても、義歯等を使用することでしっかり噛みしめることができ、転倒予防につなげることができます。

B さんの場合は、自宅のトイレで滑って胸腰椎を圧迫骨折しましたが、胸腰椎圧迫骨折と加齢のため、左足首に腫れがあり、長距離の歩行が難しいだけでなく、室内での歩行にも不安を感じています。特に、後方を確認する時にふらつきがありますが、ふらつきは服用している睡眠薬や降圧剤の副作用で生じることもあり、留意が必要です（図表 35）。

図表 35 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（転倒予防）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
転倒予防 再骨折の予防の支援 10. 健康状態・ 11. ADL・ 12. IADL	<転倒した状況や要因の継続的な把握・評価> ☐ 骨折したときの転倒状況の確認 ☐ 過去の転倒歴、転倒したときの状況の確認 ☐ 住環境の確認 ☐ Bさんの身体能力の確認 <自らの身体機能の理解、転倒しにくくするための工夫> ☐ Bさんの身体能力（反射、平衡感覚、視覚等）の確認 ☐ かみ合わせ（奥歯がしっかり噛みしめられるか） ☐ 薬の副作用（眠気、ふらつき等） ☐ Bさんの身体能力に応じた生活動作の確認 ☐ Bさん及び夫の認識の確認 ☐ 身体機能を維持・向上するための取組の有無	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院時リハビリテーション情報提供書 ●退院・退所情報提供書	●かかりつけ医・看護師 ●入院医療機関の看護師、PT/OT/ST ●かかりつけ歯科医・歯科衛生士 ●薬を調剤した薬剤師

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.94 を基に作成（下線部は引用者追記）

<骨粗しょう症の再発を予防するための服薬の管理・支援>

骨粗しょう症による骨折は、早期に薬物療法を行うことにより予防できる可能性が高まってきましたが、指示どおりの服薬をしなければ骨粗しょう症の再発を予防できません。

B さんはくも膜下出血と肝臓病の既往があるので、食事内容への注意や薬の副作用、薬による肝機能等への影響等、服薬に関して気をつけなければならない点があり、そのような留意点を B さんや夫が理解し、主体的に服薬を管理していくことが重要です（図表 36）。

図表 36 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点
(骨粗しょう症の再発を予防するための服薬の管理・支援)

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
骨粗しょう症の再発を予防するための服薬の管理・支援 再骨折の予防の支援 10. 健康状態・ 12. IADL	＜服薬の必要性の理解促進＞ □処方内容 □服薬状況 □薬の管理者 □Bさん・夫が、服薬が必要であること、気をつけるべきことの説明を受けているか □Bさん・夫が、説明された内容を正しく理解しているか ＜服薬管理の支援＞ □薬が変更になった時のBさんの状況の変化 ※ 普段の状態と併せて把握することが重要。 □誰が薬を管理するか ※ 日中に通所型サービスを利用しているため、事業所における管理方法も確認する。 □どのように薬を管理しているか（保管場所、保管方法） □薬の管理者が管理方法を正しく理解しているか □管理者の能力に合わせた保管方法・処方内容（回数・薬の形状）になっているか	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●「お薬手帳」の写し（もしくは薬剤情報提供文書） ●通所型サービス事業所のサービス提供記録	●かかりつけ医・看護師 ●薬を調剤した薬剤師 ●通所型サービス事業所
	＜服薬の促しと服薬したことの確認＞ □処方されたとおりに服薬できているかを誰が、いつ、どのように確認するか □薬の飲み残しがあるかどうか、あるいは不足の状況の確認 □食事摂取の状況、水分摂取（特に制限がある場合）の状況 □Bさん・夫の認知機能、視力 □Bさんの嚥下能力 □Bさんの自宅における生活リズム（特に、起床、食事、昼寝、就寝） □夫の生活リズム（特に不在にしている時間があればそのタイミング） □夫の服薬の必要性に対する理解 □Bさんと夫の役割分担	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院時リハビリテーション情報提供書 ●退院・退所情報提供書	●かかりつけ医・看護師 ●かかりつけ歯科医・歯科衛生士 ●薬を調剤した薬剤師

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.95-96 を基に作成（下線部は引用者追記）

<骨粗しょう症の治療継続の支援>

骨粗しょう症の治療・検査が B さんに提供されているかが確認できないと、在宅でのケアの必要性が確認できません。高齢になると、古い骨が新しく置き換わるのに時間がかかるので、ある程度長期にわたって服薬と治療を続け、骨密度を上げることが重要です。

骨粗しょう症の症状が悪化したり、治療の効果が低下しないようにするためにも、定期受診を継続し、緊急時や困った時に必要な医療を受けられる環境を整備することが必要です。

**図表 37 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点
(骨粗しょう症の治療継続の支援)**

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
骨粗しょう症の治療継続の支援 再骨折の予防の支援 10. 健康状態	<継続的な受診の支援> ☐ Bさんに対し、継続的な治療・検査としてどのようなものが、どの医療機関から提供されるか ☐ 医療機関への通院について、誰が、どのように連れて行くか ☐ 通院に関する阻害要因はないか（夫の負担感、移動手段、移動にかかる経済的負担 等） ☐ Bさんと夫のそれぞれが、理解に基づいた疾患の管理（通院、服薬、守るべき生活行動）を正確に行っているか ☐ 今後の通院・受診先としてどのような医療機関があるか ☐ Bさんと夫のそれぞれが、病気に対する不安をどの程度感じているか	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院・退所情報提供書 ●介護支援連携指導書	●かかりつけ医・看護師 ●薬を調剤した薬剤師

出典) 平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.97 を基に作成（下線部は引用者追記）



介護予防サービス・支援計画原案作成・サービス担当者会議

退院前カンファレンスでの確認事項やアセスメントの結果に基づいて、介護支援専門員は、Bさんの介護予防サービス・支援計画原案を作成しました。

そして、介護支援専門員はサービス担当者会議を開催し、Bさん、夫、通所型サービス事業所の職員と、退院前カンファレンスでの関係職種の助言や介護予防サービス・支援計画原案の内容を共有しました。



介護予防サービス・支援計画の作成・交付

その後、介護支援専門員は、サービス担当者会議での意見等を踏まえ、介護予防サービス・支援計画原案の内容を調整し、介護予防サービス・支援計画を作成しました。そして、介護予防サービス・支援計画を完成させ、Bさん・夫の同意を得て、Bさん、夫、通所型サービス事業所に交付しました。

図表 38 Bさんの介護予防サービス・支援計画の概要
(平成 29 年 8 月～平成 30 年 1 月)⁹

利用者及び家族の介護に対する意向	Bさん	- ボランティア活動を再開したい。 - 映画・観劇・演奏会に出かけたい。
	家族	ボランティア活動や友人・知人との外出ができるようになってほしい。
総合的課題	- 胸腰椎圧迫骨折による胸や腰の痛みがあり、バスを利用しての外出ができない。 - 骨粗しょう症のため、転倒や無理な動作での骨折リスクが高い。	
目標とする生活（1年）	●●センターでのボランティアが再開できる。	
目標とする生活（1日）	日光浴や散歩をする。	
目標	① バスに乗って●●センターや映画館等に行くことができる。 ② 骨粗しょう症の悪化を予防する。	
サービス種別／頻度	通所型サービス（週 2 回）、外出ボランティアによる集会所等のお茶会参加（2 週間に 1 回）、栄養改善の配食サービス（昼食のみ、毎日）	

⁹ Bさんの介護予防サービス・支援計画書は、「介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について」（平成 18 年 3 月 31 日老振発第 0331009 号）を基に作成しています。



かかりつけ医への報告

また、介護支援専門員は、B さんのかかりつけ医（内科医）に、退院前カンファレンスの内容や B さんの介護予防サービス・支援計画について報告しました。

かかりつけ医への報告のタイミングは、家族が主治医と面談する時や、利用者の受診・往診時に同席する等、かかりつけ医の診療時間に配慮し、面談が円滑にできるように工夫しましょう。

また、入院医療機関から利用者に渡された情報等がある場合は、かかりつけ医への報告の際、必要に応じて共有するようにしましょう。

内服薬の管理に問題がある場合には、かかりつけ薬局にも報告するようにしましょう。



個別援助計画の受領

介護予防サービス・支援計画の交付を受けて、通所型サービス事業所はアセスメントを行い、B さんの個別援助計画を立て、介護支援専門員に提供しました。



モニタリング

介護支援専門員は、通所型サービス事業所と連携してサービスの実施状況を確認しました。また、B さん宅を訪問し、介護予防サービス・支援計画に定めた目標の達成状況等を確認し、かかりつけ医に B さんの現在の状態等を報告しました。



評価・再アセスメント

通所型サービス事業所は、B さんへのサービス実施後、その効果についてアセスメントし、その結果を介護支援専門員に報告しました。介護支援専門員は、その報告を受けて B さんの目標の達成状況等を評価しました。

図表 39 介護支援専門員による B さんへの支援評価の概要¹⁰

目標	目標達成状況	達成／未達成	今後の方針
① バスに乗って ●●センターや映画館等に行くことができる。	●月よりバスを利用し、●●センターへ行くことができるようになった。その後も継続して週 1 回のボランティアが行えている。 - また、友人と映画館へ行くこともできた。	達成	- 移動に対する不安が軽減し、外出機会も増えている。 - 継続した運動は必要なため、地域の体操教室（もしくは通所型サービスB）に週 1 回参加する。
② 骨粗しょう症の悪化を予防する。	食事や運動の見直し、定期的な服薬の継続により骨密度のさらなる低下は見られなかった。	達成	- 経過が良好なため、セルフケアによる骨粗しょう症の悪化予防を継続する。 - 地域包括支援センターによる見守り訪問を半年に 1 回実施する。

再アセスメントの際に収集するアセスメント情報やアセスメントの視点、参考資料、その際に連携できる多職種は次に示すとおりです。

¹⁰ B さんの介護予防支援・サービス評価表は、「介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について」（平成 18 年 3 月 31 日老振発第 0331009 号）を基に作成しています。

<心理的不安の排除>

B さんには、大腿骨頸部骨折の手術によって歩き方が変わったことによる不安感と、胸腰椎圧迫骨折後の下肢筋力の低下による転倒への不安感があります。在宅での生活環境を整え、転倒の不安が軽減できるように支援することによって、B さんだけでなく、生活を共にする夫の不安を取り除き、B さんの歩行向上への理解を得ることができます。

図表 40 再アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（心理的不安の排除）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
心理的不安の排除 生活機能の維持・向上の支援 10. 健康状態・ 21. 介護力・ 22. 居住環境	<転倒に対する恐怖感の克服の支援> ☐ 転倒の履歴、場所 ☐ Bさんの活動範囲（自宅の室内・室外、よく行く外出先）における転倒しやすい場所、場面に対するBさんの理解 ☐ よく転ぶ場所の環境（床の材質、手すりの有無、明るさ等） ☐ 季節や天候による影響の理解 ☐ Bさんや夫の現在の不安感 ☐ Bさん・夫の転倒に対する認識 ☐ 夫の介護力 ☐ <u>人工骨頭置換術に伴う、生活における行動制限や体位制限</u> ☐ 生活におけるその他の制限 ☐ 認知症の有無 ☐ 痛みの有無 ☐ 万一の時のフォロー体制（緊急連絡先が誰か） <日常生活環境の評価> ☐ 転倒の履歴、場所 ☐ <u>人工骨頭置換術に伴う、生活における行動制限や体位制限</u> ☐ 自宅の様子（段差 等）	● <u>退院前事前情報提供書（看護サマリー）</u> ● <u>通所型サービス事業所のサービス提供記録</u>	● <u>入院医療機関のPT/OT/ST</u> ● <u>通所型サービス事業所</u>

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.99-100 を基に作成（下線部は引用者追記）

<ADL/IADL の維持・向上>

Bさんが自分でできるADL/IADLを増やすことは機能訓練につながるため、日常生活におけるADL/IADLの状況を把握する必要があります。

退院直後は環境が病院から自宅へと大きく変化するため、Bさんが一度獲得したADL/IADLが発揮されにくく、失われることも少なくありません。そのため、ADL/IADLの状況を定期的に把握し、Bさんの状態・状況に合わせて機能向上を図ることが重要です。

**図表 41 再アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点
(ADL/IADL の維持・向上)**

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
ADL/IADLの維持・向上 生活機能の維持・向上の支援 10. 健康状態・ 11. ADL・ 12. IADL	<ADL/IADL の状況の定期的な把握・共有> ☐ 日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間がどの程度か ☐ 基本的な動作能力（起居、座位保持、立位保持、移乗、移動 等） ☐ ADL/IADLに関する能力の状況（できるかどうかの把握） ☐ ADL/IADLに関する遂行状況の把握（実際にしているかどうかの把握） ☐ 「できる」と「している」の乖離の要因（Bさんの意欲、夫や通所型サービス事業所の支援の実施状況 等） ☐ 退院時点での ADL/IADLの状況（上記と同様に、「できる」「している」ごとに） ☐ ADL/IADLの改善可能性、見通し ☐ ADL/IADLについてやりすぎや間違っただけを してしまふこと のリスク ※ 医師、リハビリテーション専門職に確認する。 ☐ 福祉用具や住宅改修の利用状況 ☐ 福祉用具を利用することによる ADL/IADLの機能向上の可能性	● 退院前事前情報提供書（看護サマリー） ● 退院時リハビリテーション情報提供書 ● 退院・退所情報提供書 ● 通所型サービス事業所のサービス提供記録	● 入院医療機関の看護師、PT/OT/ST ● かかりつけ医・看護師 ● 通所型サービス事業所
	<骨粗しょう症の治療継続の支援> ☐ 運動量、骨折した下肢への体重荷重の割合 ☐ 日光に当たる機会の程度 ☐ 服薬の確認	● 退院時リハビリテーション情報提供書 ● 退院・退所情報提供書 ● お薬手帳 ● 通所型サービス事業所のサービス提供記録	● かかりつけ医・看護師 ● 薬を調剤した薬剤師 ● 通所型サービス事業所

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.97、P.100-101 を基に作成（下線部は引用者追記）

＜食事と栄養の確保＞

B さんに必要な栄養量を把握し、確実に食事が取れるようにすることで、体力・体調の回復を図ることも重要です。バランスの良い食事は、骨粗しょう症の治療にも効果的です。

骨粗しょう症の治療をする上では、タンパク質、カルシウム、ビタミン D、ビタミン K を積極的に取るように工夫する必要があります。ただし、リンは摂取したタンパク質を排出する作用があり、塩分も摂取したカルシウムの排出を促すため、骨量が減らないように栄養バランスに配慮することが望まれます。

退院直後は活動の範囲が小さくなりやすいので、本来必要な栄養量が取れない、あるいは取りすぎになるリスクもあり、留意が必要です。

図表 42 再アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（食事と栄養の確保）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
食事と栄養の確保 生活機能の維持・向上の支援 19.食事摂取	＜必要な栄養量の把握と食事の支援体制を整える＞ ☐ Bさんに必要な栄養量、栄養素（身長・性別・年齢、活動量）の把握と、そのことについてのBさん・夫の理解の状況 ☐ 自宅での食事の調達方法（自宅で作っている、購入している等） ☐ 調理あるいは食事を調達している人は誰か ☐ 夫の「食べること」への意欲・考え方 ☐ 現在の1日／1週間の食事の内容、量、形態 ☐ BMI、体重の推移 ☐ 普段の体力、体調 ☐ 栄養補助食品、健康食品の摂取状況 ☐ 服用している薬の剤数、タイミング ☐ 食欲・味覚の変化 ☐ 便秘・下痢の有無 ☐ 歯・口腔の状況（義歯の使用状況、むし歯の有無、歯みがきの状況 等）	● <u>通所型サービス事業所のサービス提供記録</u> ● <u>食事の記録</u>	● <u>かかりつけ医・看護師</u> ● <u>かかりつけ歯科医・歯科衛生士</u> ● <u>薬を調剤した薬剤師</u> ● <u>栄養ステーション等の管理栄養士</u> ● <u>通所型サービス事業所</u>

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.71, P.101 を基に作成（下線部は引用者追記）

＜生活環境の整備＞

B さんにとって安全で、活動しやすい室内環境や用具を揃えることは、活動の範囲や幅が広がり、ADL/IADL の向上、ひいては QOL の向上につながります。

図表 43 再アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（生活環境の整備）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
生活環境の整備 生活機能の維持・向上の支援 22.居住環境	＜自ら活動しやすい環境の整備＞ ☐ 室内環境の状況 ☐ 生活動線の把握 ☐ Bさんの状態（ADL/IADLの状態、麻痺側等） ☐ 活動を支援する福祉用具の設置の有無	● 退院前事前情報提供書（看護サマリー） ● 退院時リハビリテーション情報提供書 ● 退院・退所情報提供書	● かかりつけ医・看護師 ● 入院医療機関の PT/OT/ST ● 通所型サービス事業所

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.101-102 を基に作成（下線部は引用者追記）

＜社会参加の機会の確保＞

家庭や社会での役割を確認することによって自分の存在意義を理解し、尊厳を取り戻すことができます。

退院直後は生活の範囲が狭くなりがちですが、社会参加につなげることを急がず、中長期的にどのような役割の回復が見込めそうかを把握し、外出や地域での交流の機会を確保することが、今後の支援を円滑に行う上で重要です。

B さんの場合は、地域のボランティア活動に参加したり、自宅で茶道教室を開く等、胸腰椎圧迫骨折の受傷前から役割を持っていました。病前からの楽しみや趣味等に再び取り組むことによって、B さんの社会生活への移行や拡大を円滑に進めることができます（図表 44）。

**図表 44 再アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点
(社会参加の機会の確保)**

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
社会参加の 機会の確保 生活機能の 維持・ 向上の支援 12.IADL・ 15.社会との 関わり	<日常生活における役割の再獲得> ☐ 生活歴 ☐ 病前の役割（家庭内での役割、社会での役割） ☐ 家族との関係性 ☐ 社会との関係性（友人、地域 等） ☐ 現時点で「あきらめ」ている活動・役割 ☐ 人生の中でBさんが大切にしてきた価値観 ☐ 日課、一日/季節/一年の中での楽しみ、趣味、こだわりを持ってきたこと ☐ 病院でのリハビリで特に積極的に取り組んでいたこと、こだわり	●退院・退所 情報提供書 ●介護支援連携 指導書 ●通所型サービス 事業所の サービス提供 記録 ●興味・関心 チェックシート	●かかりつけ医・ 看護師 ●通所型 サービス 事業所の PT/OT/ST
	<外出や交流の機会の確保> ☐ 病前の外出頻度、行き先、外出方法 ☐ 現在の外出頻度、行き先、外出方法 ☐ 地域活動への参加・交流の機会の有無、活用可能性 ☐ 病前の（自宅内・自宅外）交流頻度、交流の相手、交流の手段（電話、手紙、IT 等） ☐ 現在の（自宅内・自宅外）交流頻度、交流の相手、交流の手段（電話、手紙、IT 等） ☐ 地域で参加できる社会活動		

出典）平成 28 年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書」P.102-103 を基に作成（下線部は引用者追記）

4. 認知症の事例（Cさん）

Cさんのケースは、転倒・頭部打撲のため検査入院をしたことによって慢性虚血性変化が明らかになり、精査の結果、アルツハイマー型認知症と診断されましたが、介護支援専門員、通所介護事業所、福祉用具貸与事業所によるチームが支援し、地域のインフォーマルサービスも活用することで安定した状態を保ちながら自宅での日常生活を続けている事例です。

図表 45 Cさんへのケアマネジメントの流れ





Cさんの基本情報

基本項目	基本情報
年齢・性別・要介護度	89 歳、女性、要介護 1、寝たきり度：J2、認知症自立度：IIa
世帯構成	長女と二人暮らし
生活歴	●●県生まれ。平成 24 年 12 月に夫が亡くなってから長女と二人暮らし。長女はフルタイムで仕事をしており、日中は一人で過ごしていることが多い。若い時は裁縫や編み物を楽しんでいた。 - 平成 28 年 8 月、自宅玄関で転倒して頭部を打撲し、救急搬送された。状態観察のため、3 日間検査入院。入院中に CT を行い、慢性虚血性変化、高血圧症を指摘された。精査の結果、アルツハイマー型認知症と診断された。 - 物を片付け忘れて探すことが多くなっており、「娘が隠した」等と被害的になることがある。同じ話を繰り返し、周りの人が都度対応することもあり、C さんも長女も信頼するかかりつけ医（内科医）に高血圧症や認知症の症状を定期的に診てもらっている。 - 日中は居間でゴロゴロして過ごしており、稀に近所のスーパーまで一人で買物に出かけることがあるが、下肢の筋力低下のため、歩行が不安定。10 年ほど前に友人が亡くなってからは友人や地域との交流はほとんどない。 - このままでは歩けなくなったり、認知症が進行しないかと長女が心配し、平成 29 年 6 月より介護保険サービスを利用している。
現病歴・既往歴	平成 9 年頃 右目白内障・左目緑内障 平成 14 年頃 高血圧症 平成 28 年 8 月 認知症、慢性虚血性脳萎縮
身長・体重・BMI	身長 140.0cm、体重 38.0kg BMI 19.4 (平成 29 年 5 月 22 日時点)
ADL	室内歩行：すり足歩行で、ゆっくりと身近なものや壁等につかまりながら移動している。 屋外歩行：シルバーカーを利用しているが不安定。頻繁に休憩を取りながら時間をかけて移動している。 外出頻度：通所介護（週 2 回）のほか、稀に近所のスーパーまで外出している。

ADL	口腔衛生：下のみ総入れ歯。左の奥歯が食べ物によって痛くなる時がある。
IADL	掃除：ほとんど娘が行っているが、してみたい。 洗濯：ほとんど娘が行っているが、時々洗濯物たたみを一緒にすることもある。 買物：お札を渡すことはできるが、おつりの計算ができず、財布に小銭が溜まっている。 調理：長女の作りおきを温めずに食べている。 服薬：内服は飲み忘れが多く、長女が必ず声をかけて飲ませている。点眼薬は使用しているが、溜まってきている。 社会参加：通所介護（週２回）のほか、オレンジカフェ（月１回）、地域サロン（月２回）にも参加している。
服用薬	アイミクス配合錠 LD １錠（朝食後） ロキソニンテープ 50mg １枚（１日１回） ムコスタ点眼液 UD ２％（１日４回・両眼） ヒアレインミニ点眼液 0.3％（１日４回・両眼） カルテオロール塩酸塩点眼液 ２％（１日２回・両眼） ニプラジロール点眼液 0.25％（１日２回・両眼）
食事内容	朝食：ご飯、納豆、梅干し 昼食（外食）：ご飯、味噌汁、ステーキ（約 120g） 夕食：ご飯、汁物（白菜、ほうれん草、えのきだけ、カニ） 間食：チョコパン（５個入り）２個
Cさんの希望	・ 足が弱くなった。しっかりと歩けるようになりたい。 ・ 家事等して娘の役に立ちたい。
長女の希望	・ 認知症が悪化せず、今のままの生活を続けてほしい。 ・ 外出してほしいが、途中で転んだり、帰って来られなくなるのではないかと心配である。 ・ 出かけることで友人づくりや交流をして活動的になってほしい。
サービスの利用状況	通所介護（週２回）、住宅改修済み（手すり、段差解消）、福祉用具貸与（歩行器）（適宜）、オレンジカフェ（月１回）、地域サロン（月２回）、近隣住民の見守り（適宜）



Cさんの事例におけるアセスメント項目

Cさんのような認知症高齢者のアセスメントとしては、認知症の医学的な診断や認知症の程度、認知症に起因する行動をはじめ、生活行動の状態、生活習慣や生活歴、生活環境、家族等、その人の生活の全体像を明らかにする項目が挙げられます。認知症という疾患の特性上、家族や他の専門職からの情報収集が重要になります。

支援の観点	アセスメント項目
疾患管理の支援	健康状態の確認  P.80 参照
	栄養状態の確認  P.82 参照
	歯・口腔、摂食・嚥下状況の確認  P.82 参照
	排泄の確認  P.85 参照
生活機能の維持・ 向上の支援	日常生活動作の確認  P.85 参照
	Cさんの個人因子  P.86 参照
	支援体制  P.86 参照
	地域資源の把握  P.87 参照

アセスメント・課題分析

Cさんは検査入院の結果、アルツハイマー型認知症の診断を受けたため、介護支援専門員は、認知症の程度や治療、Cさんの医療上の生活課題等について検査入院した医療機関の看護師に確認しました。また、検査入院した医療機関の看護師に詳細情報の提供を依頼しました。

検査入院した医療機関から入手した情報を基に、介護支援専門員は、Cさん、長女、検査入院した医療機関の医師や看護師等に聞き取りを行い、Cさんの状態変化の可能性や退院後の生活で予想される課題を整理しました。

アセスメント・課題分析の際に収集するアセスメント情報やアセスメントの視点、参考情報、その際に連携できる多職種は次のとおりです。

<健康状態の確認>

Cさんは検査入院時のデータや様々な医療の専門家の意見、医師の所見があるので、これらの情報と普段の様子からアセスメントしていきます。

特に、認知症高齢者は、身体的な苦痛を行動障害や精神症状といった形で表すこともあるため、正確な観察が必要です（図表 46）。

図表 46 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（健康状態の確認）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
健康状態の確認 疾患管理の支援 10. 健康状態・13. 認知	☐ 介護量の程度（要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度） ☐ 診断名 ☐ 主訴 ☐ サービス利用の目的、サービス利用までの経過 ☐ 既往歴 ☐ 認知レベル（HDS-R、FAST、N-ADL、DBDS 等） ☐ 検査データ ☐ 治療及び内服薬（服薬状況の確認） ☐ これまでの全体的な健康状態 ☐ バイタルサイン（体温、呼吸、脈拍、血圧、意識） ☐ 以前からの健康管理の方法 ☐ 嗜好品の有無 ☐ 特異体質（アレルギー反応 等） ☐ 感染症の有無（B型肝炎、C型肝炎、HIV 等）	● 退院前事前情報提供書（看護サマリー） ● 退院・退所情報提供書	● 検査入院した医療機関の医師・看護師 ● かかりつけ医・看護師 ● かかりつけ薬剤師

出典）六角遼子「アセスメントからはじまる高齢者ケア」P.9-25、2008（医学書院）を基に作成
 （下線部は引用者加筆）

<表の見方>

10. 健康状態 ——— 国が定める「課題分析標準項目」のどの項目と関係があるかを表しています。

- アルツハイマー型認知症の症状には、近時記憶障害、高次脳機能障害（失認、失行、失語等）、実行機能障害、時間の見当識障害、判断力障害等の特徴があります（河野、2016）。
- アルツハイマー型認知症に特有の精神症状としては、場合わけや取り繕い反応、物盗られ妄想、意欲低下等があります（六角、2008）。
- 身体症状を自ら訴えることが少ないため、脱水・感染症等を常に観察し、発見の遅れがないようにすることが重要です（六角、2008）。

出典）河野和彦「ぜんぶわかる認知症の辞典」P.26-27、2016（成美堂出版）
 六角遼子「アセスメントからはじまる高齢者ケア」P.13、2008（医学書院）

＜栄養状態の確認、歯・口腔、摂食・嚥下状況の確認＞

加齢に伴う消化器機能の低下、社会的・環境的要因、薬の副作用等のほか、認知症によっても栄養障害を起こす可能性があります。高齢者の栄養障害は、体調不良や活動・免疫力の低下を引き起こすため、定期的に食事ができているかを確認し、食事を拒否したり、食事を取らないことがある場合はその原因を見定める必要があります。

栄養状態は、歯・口腔の状態や摂食・嚥下状況とも深く関わりがあります。

図表 47 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点
(栄養状態の確認、歯・口腔、摂食・嚥下状況の確認)

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
栄養状態の確認 疾患管理の支援 19. 食事摂取	☐ 身長・体重・BMI ☐ 体重変動の有無 ☐ 食事の形態（主食、副食） ☐ 食欲の有無 ☐ 食事の所要時間 ☐ 必要水分摂取量、1日の水分摂取量 ☐ 1日の必要カロリー、1日の実際の食事摂取量 ☐ 食事の体位 ☐ 消化器の状態（悪心・嘔吐、腹痛、食欲低下等） ☐ 皮膚の状態 ☐ 褥瘡の有無 ☐ 創傷、ドレーン ☐ 輸液	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院・退所情報提供書	●検査入院した医療機関の医師・看護師 ●かかりつけ医・看護師
歯・口腔、摂食・嚥下状況の確認 疾患管理の支援 18. 口腔衛生	＜歯・口腔の状態＞ ☐ 歯・口腔の状態（義歯の使用状況、むし歯の有無、口内炎や義歯が合わない等の口の中のトラブル、歯肉肥厚（薬の副作用）の有無） ☐ 唾液の分泌状況（薬の副作用、加齢等によるものか確認） ☐ 炎症の有無 ＜摂食・嚥下の状況＞ ☐ 食物の認知ができるか ☐ 食事の取り込みができるか ☐ 咀嚼（押しつぶし、すりつぶしの可否） ☐ 舌の状態と食塊形成（舌の萎縮・変形等） ☐ むせの状態（飲み込み、むせの頻度） ☐ 頸部の硬直（後屈） ☐ 逆流（痰の有無、唾液の飲み込みの可否）	●退院前事前情報提供書（看護サマリー） ●退院・退所情報提供書	●検査入院した医療機関の医師・看護師 ●かかりつけ歯科医・歯科衛生士 ●かかりつけ薬剤師

出典）六角遼子「アセスメントからはじまる高齢者ケア」P.4-5, P.27-28、2008（医学書院）を基に作成（下線部は引用者加筆）

○ 認知症と現在歯数との関係

歯がほとんどなく義歯を使わないと、自分の歯が 20 歯以上ある人と比較して、認知症の発症リスクが 1.9 倍高くなることがわかっています。認知症を防いで健康寿命を延ばすためにも、歯を失う原因である歯周病やむし歯の予防が必要です。また、不幸にして歯を失っても、義歯やインプラントなどを入れることで口の機能を維持でき、認知症予防や健康寿命延伸に寄与することができます。

出典) Yamamoto et al., Psychosomatic Medicine, 2012

出典) 山本龍生ら, 歯科から考える認知症予防への貢献, 日本口腔インプラント学会誌, 30(4): 230-234, 2017

参考情報)

- ・日本歯科医師会「テーマパーク 8020 全身とのかかわり」
<https://www.jda.or.jp/park/relation/teethlife.html#1>
- ・埼玉県歯科医師会「健(けん)口(こう)長寿で目指そう健康長寿」
<http://www.saitamada.or.jp/wp-content/themes/saitamada/pdf/go8020/2016kenko-tyoujyu.pdf>
- ・埼玉県歯科医師会「健(けん)口(こう)長寿 転ばぬ先の歯と口の健康」
<http://www.saitamada.or.jp/wp-content/themes/saitamada/pdf/go8020/2016-fureiru.pdf>
- ・埼玉県歯科医師会「介護保険施設等における口腔健康管理（口腔ケア）」
https://www.youtube.com/watch?v=d_UMBX9CG90&feature=youtu.be
- ・埼玉県歯科医師会「口腔健康管理と口腔ケア」
<https://www.youtube.com/watch?v=KHexgUUFQVs&t=90s>
- ・8020 推進財団小冊子「生活習慣病（NCDs）の 予防・治療に役立つお口のケア」
<https://www.8020zaidan.or.jp/about/pdf/ncds.pdf>

<排泄の確認>

排泄は、生きていく上で必要不可欠であり、食べることと同様に重要な生活行為です。排泄行為ができることで生活リズムや満足感を作り出し、「健康で良かった」という安堵感をもたらします。

認知症高齢者の多くは、膀胱あるいは排便の制御が困難になります。原因は、自然な衝動を認識できない、トイレの場所が分からない、衣類の着脱がうまくできない、薬物の副作用等、様々考えられるため、その原因を見極めることが重要です。

図表 48 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（排泄の確認）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
排泄の確認 疾患管理の支援 16. 排尿・排便	☐ 排泄方法（トイレ、ポータブルトイレ、便器・尿器・おむつ、カテーテル） ☐ 尿回数・尿量（日中、夜間とも） ☐ 便量（1日の回数、下剤の使用有無） ☐ 長年の習慣（1日の排尿・排便回数） ☐ 尿意・便意の有無・伝達の可否 ※尿意・便意については薬の副作用からの確認 ☐ 失禁回数（日中、夜間とも） ☐ 失禁による皮膚トラブルの有無 ☐ 残尿の有無 ☐ 腹部の状態（膨満感、グル音 等）	● <u>退院前事前情報提供書（看護サマリー）</u> ● <u>退院・退所情報提供書</u> ● <u>通所介護事業所のサービス提供記録</u>	● <u>検査入院した医療機関の医師・看護師</u> ● <u>かかりつけ医・看護師</u> ● <u>かかりつけ薬剤師</u> ● <u>通所介護事業所</u>

出典）六角遼子「アセスメントからはじまる高齢者ケア」P.6, 2008（医学書院）を基に作成
 （下線部は引用者加筆）

<日常生活動作の確認>

認知症が進行しても、生きる活力を維持し、自立した生活を送れるよう、生活習慣をできるだけ崩さないように努めたいものです。しかし、高齢者の中には認知症以外の疾患を持っている方も少なくありません。そのため、どのような日常生活動作がどの程度できるかのアセスメントを行った上で、活動性を向上あるいは維持していくことが重要です。

図表 49 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（日常生活動作の確認）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
日常生活動作の確認	<心身機能の把握> ☐ 注意障害の有無（注意散漫、集中力の低下等） ☐ 失行（何に混乱しているのか） ☐ 視空間認知障害 ☐ 感覚機能低下による動作低下 ☐ 精神・心理状況による動作低下（意欲減退、うつ等） <身体構造の把握> ☐ 四肢麻痺（麻痺の範囲、程度） ☐ 筋力低下（部位、程度） ☐ 歩行障害（引きずり、すり足等） ☐ 不随意運動 ☐ 関節拘縮（部位、程度） ☐ 体幹や四肢の関節の変形（部位、痛みの程度） ☐ ふらつき・立ちくらみ（薬の副作用）	● 退院前事前情報提供書（看護サマリー） ● 退院時リハビリテーション情報提供書 ● 退院・退所情報提供書	● かかりつけ医・看護師 ● 検査入院した医療機関の医師・看護師 ● かかりつけ薬剤師 ● 通所介護事業所 ● 福祉用具貸与事業所
生活機能の維持・向上の支援	<ADL/IADLの把握> ☐ 基本的な動作能力（起居、座位保持、移乗、移動等） ☐ ADL/IADLに関する能力の状況（できるかどうかの把握） ☐ ADL/IADLに関する遂行状況の把握（実際にしているかどうかの把握） ☐ 「できる」と「している」の乖離の要因（Cさんの意欲、長女の支援状況等） ☐ ADL/IADLについてやりすぎや間違っただけをしてしまうことのリスク（医師、リハビリテーション専門職に確認する） <環境の機能性> ☐ 福祉用具や住宅改修の利用状況 ☐ 福祉用具を利用することによるADL/IADLの機能向上の可能性		
10. 健康状態・ 11. ADL・ 12. IADL			

出典）六角遼子「アセスメントからはじまる高齢者ケア」P.86, 2008（医学書院）を基に作成
（下線部は引用者加筆）

<Cさんの個人因子>

認知症高齢者の自立支援とは、認知症という疾患の特徴を十分に理解し、その上で本人やその家族のニーズに合った生活支援を行うことです。そのニーズに合った支援を行うためには、本人のこれまでの生活やその人らしさを尊重し、自身のペースで安心して生活ができるようにケアを行うことが求められます。

その人らしさは、表情やしぐさ、体の動き、姿勢、立ち居振る舞い等から見えてきますが、これらの個性は、これまでの生活習慣や暮らし方等に基づいて形作られたものです。また、その人らしさは、これまでの生活の中で大切にしてきた価値観や信念に基づいて自己決定をする中でも形成されます。そのため、個別的な生活や個性も大切にしていきます。

図表 50 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（Cさんの個人因子）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
Cさんの個人因子 生活機能の維持・向上の支援 2. 生活状況	<Cさんの個性> ☐ 生活歴 ☐ 生活習慣（1日の主な過ごし方） ☐ 好み ☐ 趣味・関心事 ☐ 性格・特徴 ☐ 特有の表情やしぐさ、体の動き、姿勢、立ち居振る舞い ☐ 自己決定の仕方 <性> ☐ 性的関心 <価値観・信念> ☐ Cさんのこだわり・哲学 ☐ 価値観		● <u>通所介護事業所</u>

出典）六角遼子「アセスメントからはじまる高齢者ケア」P.158, 2008（医学書院）を基に作成
（下線部は引用者加筆）

<支援体制>

認知症高齢者が安心して生活を送るためには、支援体制の観点からのアセスメントも重要です。Cさんに関しては、家族である長女も含め、支援チームがCさんの疾患をどの程度理解しているか、Cさん・長女の経済力や長女の介護力はどうか、支援の方法はどうか等も確認しておく必要があります（図表 51）。

図表 51 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（支援体制）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
支援体制 生活機能の維持・向上の支援 21. 介護力	☐ Cさん及び長女の経済力 ☐ 長女の介護負担 ☐ Cさんの認知症の重症度や疾病、加齢現象を介護支援専門員、通所介護事業所、長女が理解しているか ☐ Cさんの障害に合ったケアが行われているか ☐ 介護支援専門員、通所介護事業所、長女との関係性 ☐ 通所介護事業所と長女が連携し、Cさんのケアに関する情報を伝達しているか		● 通所介護事業所

<地域資源の把握>

Cさんと長女が、安心して住み慣れた地域で暮らしていくためには、地域全体でCさんと長女を見守り、支えていくこと、またそのための基盤を作ることが必要です。

そのためには、地域において認知症に対する理解を深めるための情報が提供されていること、さらに地域における様々な資源を発掘し、地域の基盤づくりに参加してもらうことによって、Cさんと地域とのつながりを支えることが望めます。

図表 52 アセスメント時に収集するアセスメント情報とその視点（地域資源の把握）

支援のポイント	アセスメントの視点	アセスメント時に参考にする資料	連携できる多職種
地域資源の把握 生活機能の維持・向上の支援 15. 社会との関わり	☐ 近所付き合いや知人の有無 ☐ 地域密着型サービスやインフォーマルな支援・サービスに関する情報の有無 ☐ 介護教室や家族会等の有無 ☐ ボランティア団体や民生委員の所在 ☐ 老人会やオレンジカフェ、地域で実施される教室等の所在	● 市町村のパンフレット	● 通所介護事業所 ● 認知症初期集中支援チーム ● 生活支援コーディネーター



居宅サービス計画原案作成・サービス担当者会議

検査入院した医療機関から得た情報やアセスメントの結果に基づいて、介護支援専門員は、Cさんの居宅サービス計画原案を作成しました。

そして、介護支援専門員はサービス担当者会議を開催し、Cさん、長女、通所介護事業所、福祉用具貸与事業所の職員、生活支援コーディネーターと、検査入院した医療機関の関係職種の助言や居宅サービス計画原案の内容を共有しました。

居宅サービス計画の作成・交付

その後、介護支援専門員は、サービス担当者会議での意見等を踏まえ、居宅サービス計画原案の内容を調整し、居宅サービス計画を作成しました。そして、居宅サービス計画を完成させ、Cさん・長女の同意を得て、Cさん、長女、通所介護事業所、福祉用具貸与事業所に交付しました。

図表 53 Cさんの居宅サービス計画の概要（平成 29 年 6 月～平成 29 年 11 月）

利用者及び家族の介護に対する意向	Cさん	- 足が弱くなった。しっかりと歩けるようになりたい。 - 家事等して娘の役に立ちたい。
	家族	- 認知症が悪化せず、今のままの生活を続けてほしい。 - 外出してほしいが、途中で転んだり、帰って来られなくなるのではないかと心配である。 - 出かけることで友人づくりや交流をして活動的になってほしい。
総合的な援助の方針	下肢筋力低下により転倒リスクが高く、刺激の少ない生活を送っており、物忘れも増えてきましたが、同年代の方々との関わりの中で、体操や散歩の意欲が湧き、家事を行うことにも興味が出てきました。 体調の管理をしながら、意欲的で自立した生活が続けていけるよう、地域資源を活用しながら近隣住民の方々や関係者で協力して支援します。	
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	- 下肢筋力低下があり、歩行が不安定で転倒の危険性が高い。 - 認知症のため、進行予防が必要である。	
長期目標	家事が再開でき、活動的な生活を送ることができる。	
短期目標	① 自宅内を転倒せずに移動できる。 ② 居間にある自分の物（洗濯物）を決まった場所に片付ける。 ③ 地域の方との交流が楽しめる。	
サービス種別／頻度	通所介護（週 2 回）、住宅改修済み（手すり、段差解消）、福祉用具貸与（歩行器）（適宜）、オレンジカフェ（月 1 回）、地域サロン（月 2 回）、近隣住民の見守り（適宜）	



かかりつけ医への報告

また、介護支援専門員は、Cさんのかかりつけ医にCさんの居宅サービス計画について報告しました。

かかりつけ医への報告のタイミングは、家族が主治医と面談する時や、利用者の受診・往診時に同席する等、かかりつけ医の診療時間に配慮し、面談が円滑にできるように工夫しましょう。

また、入院医療機関から利用者に渡された情報等がある場合は、かかりつけ医への報告の際、必要に応じて共有するようにしましょう。

内服薬の管理に問題がある場合には、かかりつけ薬局にも報告するようにしましょう。



個別援助計画の受領

居宅サービス計画の交付を受けて、通所介護事業所と福祉用具貸与事業所はアセスメントを行い、Cさんの個別援助計画を立て、介護支援専門員に提供しました。



モニタリング

介護支援専門員は、通所介護事業所、福祉用具貸与事業所と連携してサービスの実施状況を確認しました。また、月1回、Cさん宅を訪問し、居宅サービス計画に定めた目標の達成状況等を確認し、かかりつけ医にCさんの現在の状態等を報告しました。



評価・再アセスメント

通所介護事業所、福祉用具貸与事業所は、Cさんへのサービスの実施後、その効果について再アセスメントし、その結果を介護支援専門員に報告しました。介護支援専門員は、近所やスーパーでのCさんの状況を確認し、確認内容や報告を受けてCさんの目標の達成状況等を評価しました。

図表 54 介護支援専門員によるCさんへの支援評価の概要

目標	目標達成状況	達成／未達成	今後の方針
① 自宅内を転倒せずに移動できる。	・転倒することはなかった。室内歩行も安定してきている。すり足歩行は変わらずだが、少しずつ足が上がるようになってきている。 ・通所介護にて理学療法士による個別機能訓練を週2回実施している。血圧も安定しており、しっかり訓練できている。 ・左奥歯は未治療だが、食事摂取は良好。長女が栄養バランスに配慮して準備している。	達成	・体調、状態の変化に注意しながら通所介護にて訓練を継続していく。 ・歩行状態の改善に伴い、活動範囲の拡大が予想されるため、新たなリスクの出現に注意する。 ・通所介護事業所の理学療法士と相談しながら、自主トレーニングのメニュー等を作成し、自宅での訓練機会を確保していく。 ・左奥歯の治療については長女を交え、歯科受診の相談をする。
② 居間にある自分の物(洗濯物)を決まった場所に片付ける。	・一人ではどこへ片付けてよいか分からず、決まったところへ片付けられないことが多かった。 ・一緒に行い、指示すれば片付けられる。見守り、声かけが必要。 ・定期受診はしっかりできており、認知症の症状について主治医との情報共有もできている。	一部達成	・本人の精神負担や不安、意欲低下がないよう注意しながら、引き続き一緒に片付けを行っていく。 ・簡単な動作で実施できる工夫や、手順書の活用、目印等を付け、片付けやすい環境を作っていく。 ・引き続き、定期受診時に、認知症の症状について主治医と情報共有していく。
③ 地域の方との交流が楽しめる。	・通所介護以外では他者との交流機会は多くはない。 ・通所介護では他の利用者とお話をしたり、レクリエーションを楽しんでいる。通所介護事業所へ行く日を楽しみにしており、日常的にも笑顔が増えている。 ・オレンジカフェや地域サロンは回数が少ないことや排泄に不安もあり、毎回緊張している様子がある。	一部達成	・通所介護を継続して、排泄の不安等が軽減でき、楽しく地域交流ができるよう支援する。 ・負担感のないよう注意しながら地域住民での見守りが行えるよう支援していく。 ・近隣住民の方に、気がついた時はお声かけしていただけるよう依頼する。 ・近所のスーパーの店員にCさんの支援者になっていただき、来店時に困っているとき等、援助いただける体制をとる。 ・緊急時の連絡先を明確にしておく。

第4章

自立支援型地域ケア会議を活用した 自立支援

1. 「自立支援型地域ケア会議」とは

- 「地域ケア会議」は、地域の多様な専門職が協働し、介護支援専門員への支援を通じて、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしをいつまでも続けることができるよう、地域全体で支援するための手法のことです。
- このうち、「自立支援型地域ケア会議」とは、高齢者の自立した生活を支援することを通じてその生活の質の向上を図るため、地域の多様な専門職（医師、歯科医師（もしくは歯科衛生士）、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、精神保健福祉士等）の助言を踏まえ、高齢者一人ひとりの支援方法を検討する会議のことです。
- 「自立支援型地域ケア会議」では、参加者として次のメンバーが想定されています。

出席者①	市町村（司会者・説明者）、生活支援コーディネーター
出席者②	地域包括支援センター
出席者③	ケース提供者（介護支援専門員・サービス提供事業所）
出席者④	助言者（専門職） ※専門職として想定される職種は、医師、歯科医師（もしくは歯科衛生士）、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、精神保健福祉士等です。

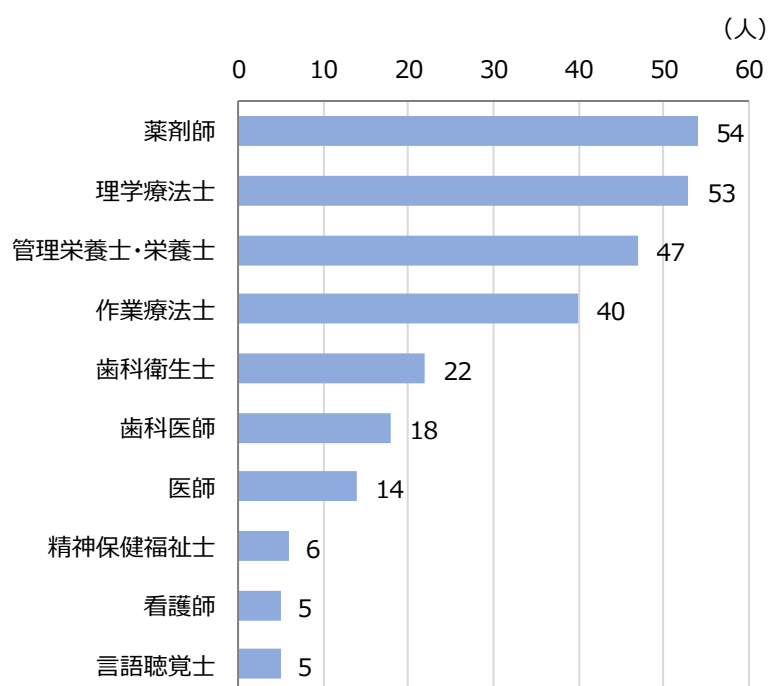
- 「自立支援型地域ケア会議」は、埼玉県内の 50 市町村で実施されています（平成 30 年 10 月現在）¹¹。
- このうち、31 の自治体で、一度検討した事例のモニタリングを実施しており、支援期間が終了となる際や要介護認定の更新審査のタイミングで、再度「自立支援型地域ケア会議」で事例の状況を把握し、次の支援内容等を検討しています。

: 自立支援型地域ケア会議実施中
 : 自立支援型地域ケア会議実施中かつモニタリング実施中

¹² 平成30年10月時点。埼玉県資料より作成。

- 埼玉県内で実施されている「自立支援型地域ケア会議」に出席している専門職は、薬剤師が最も人数が多く、理学療法士、管理栄養士・栄養士、作業療法士が続いています。医師、歯科医師等の医療職が出席している「自立支援型地域ケア会議」もあります。

図表 56 「自立支援型地域ケア会議」の専門職参加数¹³



¹³ 平成 30 年 10 月時点。埼玉県資料より作成。

3. 自立支援型地域ケア会議の効果

- 高齢者一人ひとりの生活課題の解決のために必要な支援方法等について、多職種の専門的な助言を踏まえて検討することにより、高齢者一人ひとりの支援の充実につなげることができます。
- また、自立支援のために必要な手法を地域で共有でき、地域全体における高齢者支援の質の向上へとつなげることができます（「自立支援型地域ケア会議」は、効果的な支援の手法等について学ぶことのできる良い機会です）。
- さらに、「自立支援型地域ケア会議」で個別事例の検討を積み重ねる中で、高齢者の自立を支えるためのサービスや社会資源等の不足等、地域において共通する課題（地域課題）を発見し、その解決へとつなげることもできます。

4. 自立支援型地域ケア会議と介護支援専門員の関わり

- 介護支援専門員は、①事例の基本情報、②生活行為の課題、③現在の状態に至った個人因子・環境因子、④②と③を踏まえたケアプランの説明を行います。
- また「自立支援型地域ケア会議（以下、地域ケア会議）」で受けた助言の内容を踏まえ、サービス提供事業所とともに支援内容を調整し、日々のサービス提供に活かすことが求められます。
- 地域ケア会議参加前、当日、参加後の実施事項は図表 57～図表 60 のとおりです。

5. 介護支援専門員が自立支援型地域ケア会議に参加することのメリット

- 検討事例のプラン作成担当として参加する介護支援専門員にとっては、多職種で悩み・課題を共有できる、新たなネットワークを構築できる、アセスメントの不足を補完できる、ケアマネジメントにおける新たな視点を獲得できる、といったメリットがあります。
- 厚生労働省は、全ての介護支援専門員が年に 1 回は地域ケア会議での支援が受けられるようにするなど、その効果的な実施を各市町村に求めています。

- また、居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、平成 30 年 10 月 1 日以降、一定回数以上の生活援助中心型サービスを位置づけたものについては市町村への届け出が義務化され、地域ケア会議等を活用して、多職種の視点から検討されることになりました。
- このように、地域でより良いケアマネジメントを行うために、自立支援型地域ケア会議の重要性は高まってきています。介護支援専門員は、積極的に、各市町村で実施されている地域ケア会議に参加することが求められています。

図表 57 地域ケア会議参加前の実施事項

	市町村	司会者 (市町村)	ケース提供者 (介護支援専門員)	助言者 (専門職)
会議 2 週間前	☐ 会議資料作成 の提出依頼		☐ 検討事例のアセスメント ☐ サービス提供事業所との打ち合わせ ☐ 会議資料の作成	
資料提出 締め切り 参加者登録 締め切り	(会議の 1 週間から 10 日前目安)			
会議 1 週間前	☐ 会議資料の受取り・確認 ☐ 会議資料の準備 ☐ 会議資料の関係者への送付			
会議 数日前		☐ 会議資料の受取り ☐ 会議資料の読み込み		☐ 会議資料の受取り ☐ 会議資料の読み込み
会議当日	全員参加			

図表 58 地域ケア会議で使用する資料

使用する資料			情報収集・資料作成者	
			介護支援 専門員	サービス提供 事業所
A	利用者に 関する情報	・ 利用者基本情報（性、年齢、要介護度、自立度、家族構成、既往歴等） ・ 基本チェックリスト ・ 興味・関心チェックシート 等、検討するケースの全体像を把握する情報	○	
B	アセスメント 情報	・ 生活機能評価表 等	○	
C	ケアプラン	・ ケアプラン	○	
D	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		○

図表 59 地域ケア会議当日の実施事項

実施事項		最短所要 時間 (目安)	発言者	行うこと	使用する資料
(1)	開会挨拶	約 1 分	司会者 (市町村)	① 開会挨拶 ② 資料説明 ③ その他（前回からの 振り返り）	議事次第等
(2)	ケース提出 者（プラン 作成者） よりケースの 概要説明	約 4 分	介護支援 専門員	① ケースの基本情報に ついて説明 ② ケースの生活機能に ついて説明 ③ 現在の状態に至った 個人因子・環境 因子の説明 ④ ②と③を踏まえた ケアプランの説明	A 利用者に関する 情報 B アセスメント情報 C ケアプラン
(3)	1 ケース 目 ケース提出者から 支援方針の 説明	約 4 分	サービス 提供 事業所	ケースへの支援内容・ 方針について説明	D 提供されている サービスの情報
(4)	質問、助言	約 10 分	司会者 (市町村)	(2)(3)の説明に 関する不明点の確認	A～D (主に生活機能 評価、ケアプランに 係る記述の箇所)
			助言者 (専門職)	(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)
(5)	まとめ	約 2 分	司会者 (市町村)	ケース提出者（介護 支援専門員、サービス 提供事業所）が取り 組むべき点について説明	A～D
(6)	2 ケース目	上記と同様に実施			
	3 ケース目	上記と同様に実施			
(7)	閉会挨拶	約 1 分	司会者 (市町村)	① 次回の開催日時・ 場所の案内 ② 資料説明 ③ 閉会挨拶	—

図表 60 地域ケア会議参加後の実施事項

	市町村	地域包括支援センター	介護支援専門員	サービス提供事業所
会議当日	全員参加			
会議後				
記録作成・助言の整理	☐ 地域ケア会議の会議録の作成	☐ 地域ケア会議で受けた助言の整理	☐ 地域ケア会議で受けた助言の整理	☐ 地域ケア会議で受けた助言の整理
事例の管理	☐ 地域ケア会議後の事例の管理 ☐ 地域ケア会議の会議資料の廃棄			
事例提供者の状況把握	☐ 地域ケア会議後の地域包括支援センターの状況把握	☐ 地域ケア会議後の介護支援専門員の状況把握	☐ 地域ケア会議後のサービス提供事業所の状況把握	
追加の情報収集		☐ (必要に応じ) 不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討	☐ (必要に応じ) 不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討	☐ (必要に応じ) 不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討
ケアプラン・プログラムの検討		☐ (必要に応じ) ケアプランの調整の検討	☐ (必要に応じ) ケアプランの調整の検討	☐ (必要に応じ) 支援内容の調整の検討
行政課題への対応	☐ 地域ケア会議で明らかになった行政課題の整理			

■監修

平成 30 年度地域包括ケアシステムモデル事業 自立促進モデル事業
自立支援型ケアマネジメントのためのアセスメントマニュアル作業部会

◎國光 登志子	特定非営利活動法人日本地域福祉研究所 主任研究員
安孫子 敦子	吉見町健康推進課 主幹
内田 英一	間柴グループ事業推進本部 統括居宅事業責任者 一般社団法人埼玉県介護支援専門員協会 理事
田口 敬介	新座市北部第一地域包括支援センター センター長
茂木 有希子	株式会社ハート&アート リハビリ&デイサービス ダイアリー 一般社団法人埼玉県作業療法士会所属（作業療法士）
渡邊 賢治	医療法人社団武蔵野会 新座志木中央総合病院 公益社団法人埼玉県理学療法士会所属（理学療法士）

（敬称略、◎は座長、部会員は 50 音順）



企画・発行：埼玉県

〒330-9301

埼玉県さいたま市浦和区高砂 3 - 1 5 - 1

埼玉県福祉部地域包括ケア課

電話 048-830-3256

制作：株式会社三菱総合研究所

〒100-8141

東京都千代田区永田町 2 - 1 0 - 3

«平成 3 1 年 2 月発行»