

地域ケア会議(個別)に 出席するための準備

- ・会議資料の読み方

(資料提供:(公社)日本歯科衛生士会 久保山副会長)

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課
健康づくり係 専門員 山上 かな

介護予防のための地域ケア会議の目的

- 自立支援・介護予防の観点を踏まえた

地域ケア会議（個別）の活用

- 生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促す
- 高齢者のQOL（生活の質）の向上

- 地域ケア会議（個別）を活用し、
多職種からの専門的な助言を得たケアマネジメント

- 高齢者の生活行為の課題の明確化
- 介護予防に資するケアプラン作成、ケアプランに則したケア等の提供

介護予防のための地域ケア会議（個別） 開催の意義

多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、
検討する事例の自立に資するケアマネジメント
を行うこと

多職種協働

参加者の
スキルアップ

参加者の
合意形成

行政課題の発見・
解決策の検討

...

地域ケア会議（個別） 専門職に求められていること

自立支援

- ・ 助言者として対象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することが求められている

課題解決

- ・ 多職種の視点で事例の課題を解決する

専門性

- ・ 自身の専門も踏まえつつ全体の優先順位を考慮する

有効な助言のための共通事項

- 全ての参加者に**わかりやすい表現を心がけ**、専門用語はできるかぎり避けて説明
- 何を伝えたいのか**論点を明確**にして助言
- 助言や説明は**ポイントを絞って短時間**でおこなう
- 問いかけだけで**終了せず**、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、**なにが良いか具体的に伝え**、**会議に参加しているもので共有**できるように**配慮**する

など

こんなケース、あなたならどうしますか

1 手芸が趣味のおばあちゃん。
数年前に夫を亡くし、現在は、単身で生活しています。
週に1回、自宅に手芸の講師をよび、近所のお友達と
手芸サークルをするのが楽しみでした。



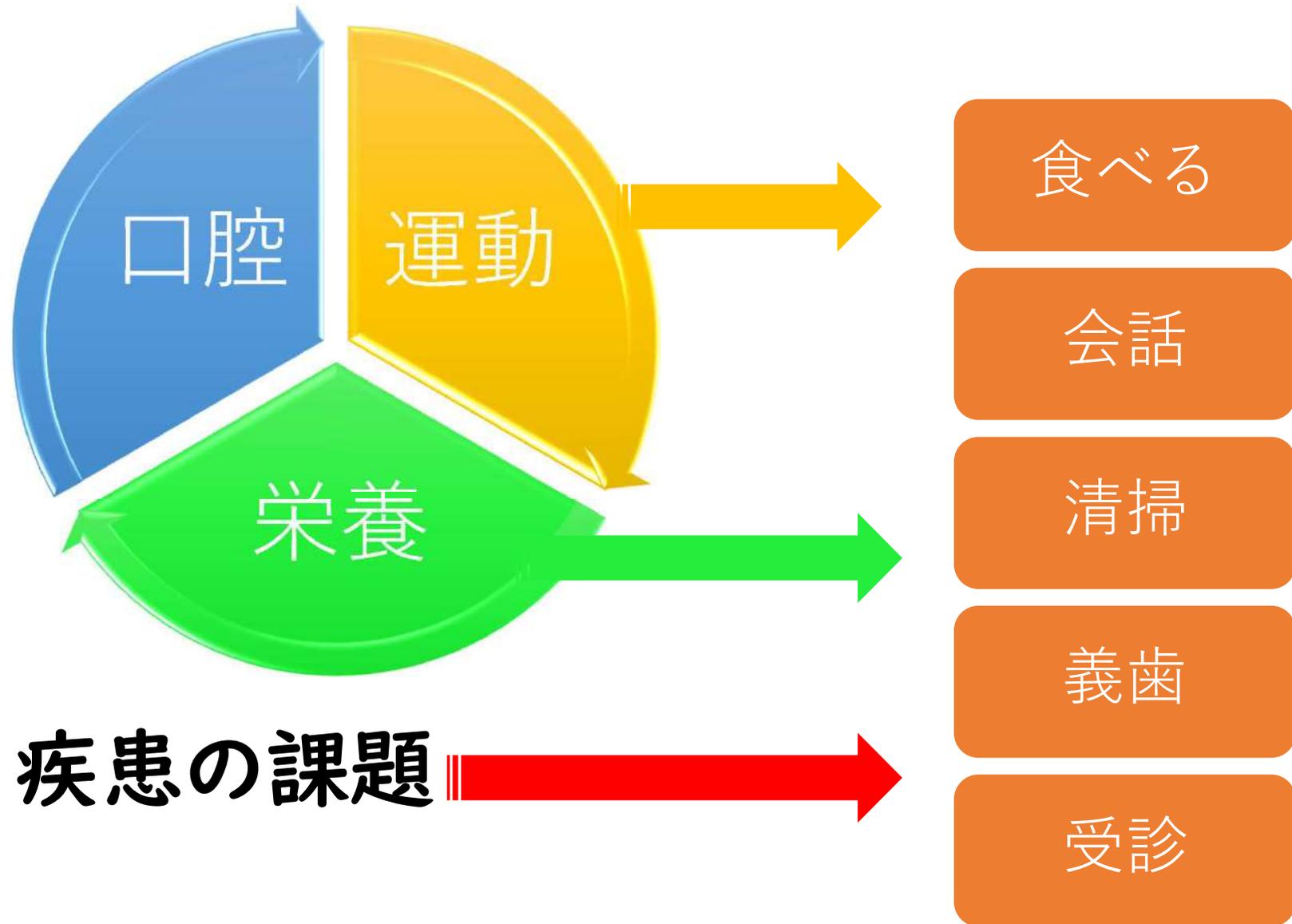
2 おばあちゃんは、サークルでつくったものを孫にあげたり、
大きな作品をつかって展示会に出すことも。
そうしたことが、生活のはりあいになっていました。
ところが、ある日、転んで骨折してしまいます。



3 以来、外出がおっくうになってしまったおばあちゃん。
手芸サークルの講師とのやりとりやお茶菓子の準備なども難
しくなってきたので、サークルをやめようかと考えています。
心配した家族は、地域包括支援センターに相談にいきました。



生活の課題と口腔の問題との 関連性を考える



柔らかいもの
ばかり食べる

菓子パンなど
炭水化物中心
になる

臼歯部咬合がな
いと転倒リスク
が高くなる



噛めないために
繊維質が取れず
便秘になる

会話が不明瞭！

咀嚼力低下で...

低栄養になり
体力の低下

噛み合う歯がな
く早食いになる

唾液の出が少
ないため、噛
めないものが
増える

通所介護サービス

日常的に通う場所として利用



訪問介護サービス

買い物・調理のサービスを利用



**サービスを活用する方法もあります。
他には、どのような方法を考えましたか。**

引用：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業報告書」

（平成28年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金）

友人との助け合い



謝礼の支払いやお菓子の準備を分担

介護予防のトレーニング



足腰を鍛える

民間サービス



大きな、重い日用品は宅配サービスを利用

ご近所との助け合い



ご近所と一緒に買い物

こういうやり方はどうでしょうか

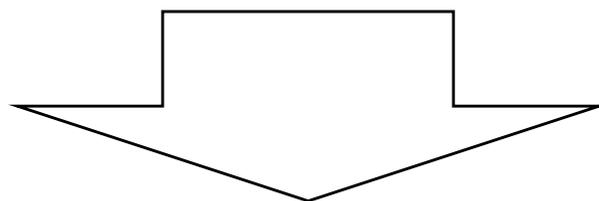
引用：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業報告書」

(平成28年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金)

人生や生活で「したいこと」を
「なじみの」環境の中で続ける

「手芸・家事」を続ける

「友達との関係」も途
切れない



その人が主体的に
生活できるよう支援する = 自立支援

実現するためには多様な支援が必要

「できなくなっていること」



囲碁教室に通えなくなった

「したいこと」は？



仲間との交流？



囲碁の腕の上達？



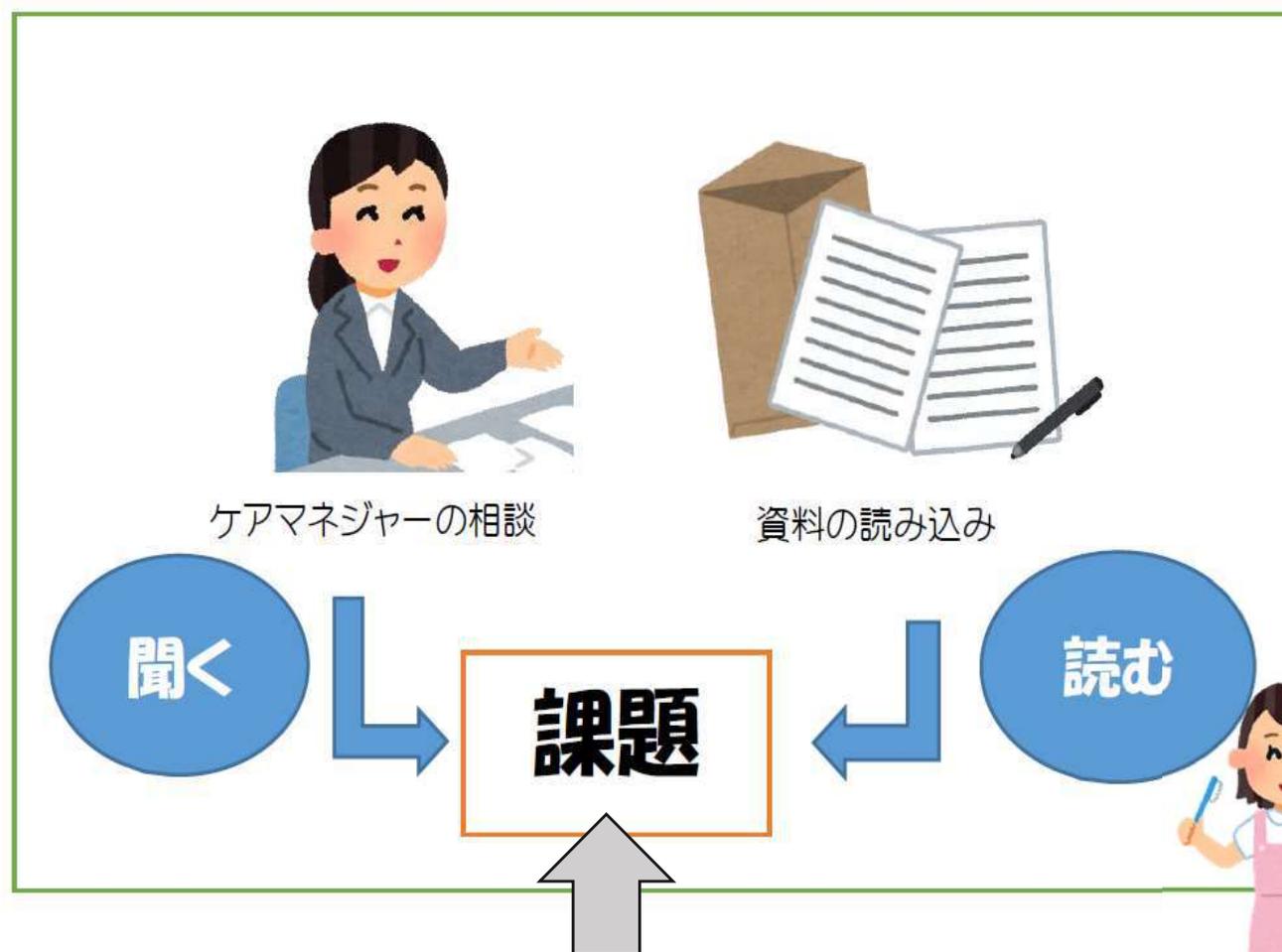
若者に教えること？

何がその人の動機になっているのか、“意欲の源”を見極める

引用：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業報告書」

（平成28年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金）

困りごとを専門職種と一緒に考える



地域ケア会議における配布資料の見方

①基本情報（表）

②基本情報（裏）

③基本チェックリスト

④課題整理統括表

⑤生活機能評価表

⑥介護予防サービス・支援計画表



歯科衛生士として効果的な助言を

基本情報（表）

利用者基本情報

包括支援センター

《 基本情報 》

作成者：

相談日 (記入日)	平成 年 月 日 ()	来所 ・ 電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅 ・ 入院 又は 入所 ()		
ふりがな			
氏名	男 女	M T S	年 月 日生 () 歳
住所	住所	TEL	
		FAX	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIc・IIIb・IV・V	
認定情報	非該当・要支援1・要支援2	認定年月日	
	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 (前回の介護度)	平成年月日	
	有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	被保険者番号
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()		
本人の 住居環境	自家 ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室の有・無 () 階 ・ 住宅改修の有・無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・無年金・その他 ()		
来所者 (相談者)		続柄	家族構成 ○=本人、◇=女性、□=男性 ●=死亡、マ=キーパーソン 主介護者に「主」副介護者に「副」 (同居家族は◇で囲む)
住所 連絡先	TEL		
	氏名	続柄	
緊急連絡先			家族の関係等の状況

①性別・年齢

②住所

③生活自立度

④認知自立度

⑤要介護度

⑥住宅環境

⑦経済状況

⑧家族構成

基本情報（表）

①性別・年齢

①本人の状態をイメージするのに重要な要素。
 ＊性別で家事、調理、洗濯など日頃からしているかどうかわかる。
 ＊年齢から将来像をイメージ。

②住所

②住所から、地域サービスや交通機関、病院、歯科医院、公民館等近くにあるか想像する。山間部？都市部？家の周りは坂道？

③生活自立度

④認知自立度

⑤要介護度

③ADLを確認する重要な要素
 ④認知症の課題があるか
 ⑤介護度の変化はあるか

⑥住宅環境

⑦経

⑦世帯の所得状況で支援の計画が変わってくる
 経済負担を考慮して助言

⑧家

⑥一戸建てか？2階がある？
 マンション？ アパート？
 持ち家？借家？

⑧家族構成からキーパーソンは誰か

支援センター

()

() 歳

TEL

1・C2

日

障害等認定 身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()

本人の
 住居形態 自家・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有・無 () 階・住宅改修の有・無

()

女性、☐=男性
 ☑=キーパーソン
 (主)副介護者に「副」
 (☑で囲む)

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

	ランク	判定基準
生活自立	ランクJ	<p>何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	<p>屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 日中はほとんどベットから離れて生活する 2 日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	<p>屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが座位を保つ。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 介助なしで車椅子に移乗し、食事・排泄はベットから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	<p>一日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもうたない

認知症高齢者の日常生活自立度

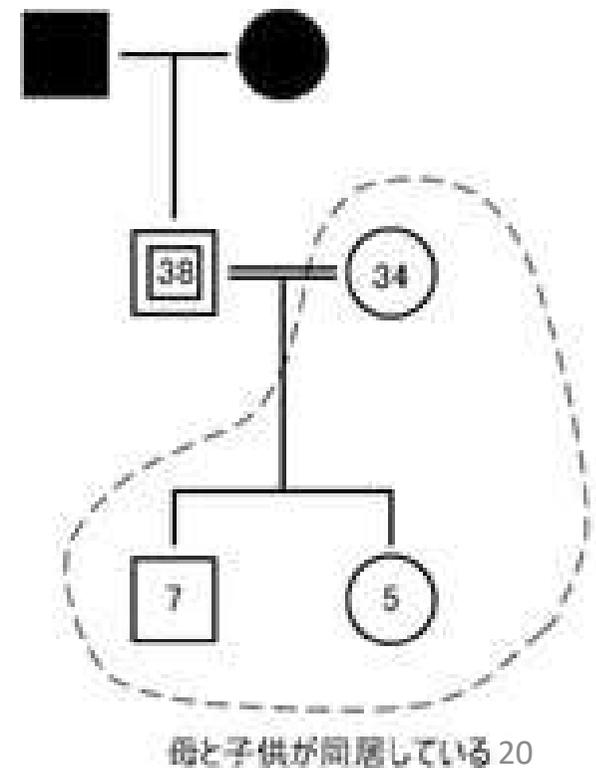
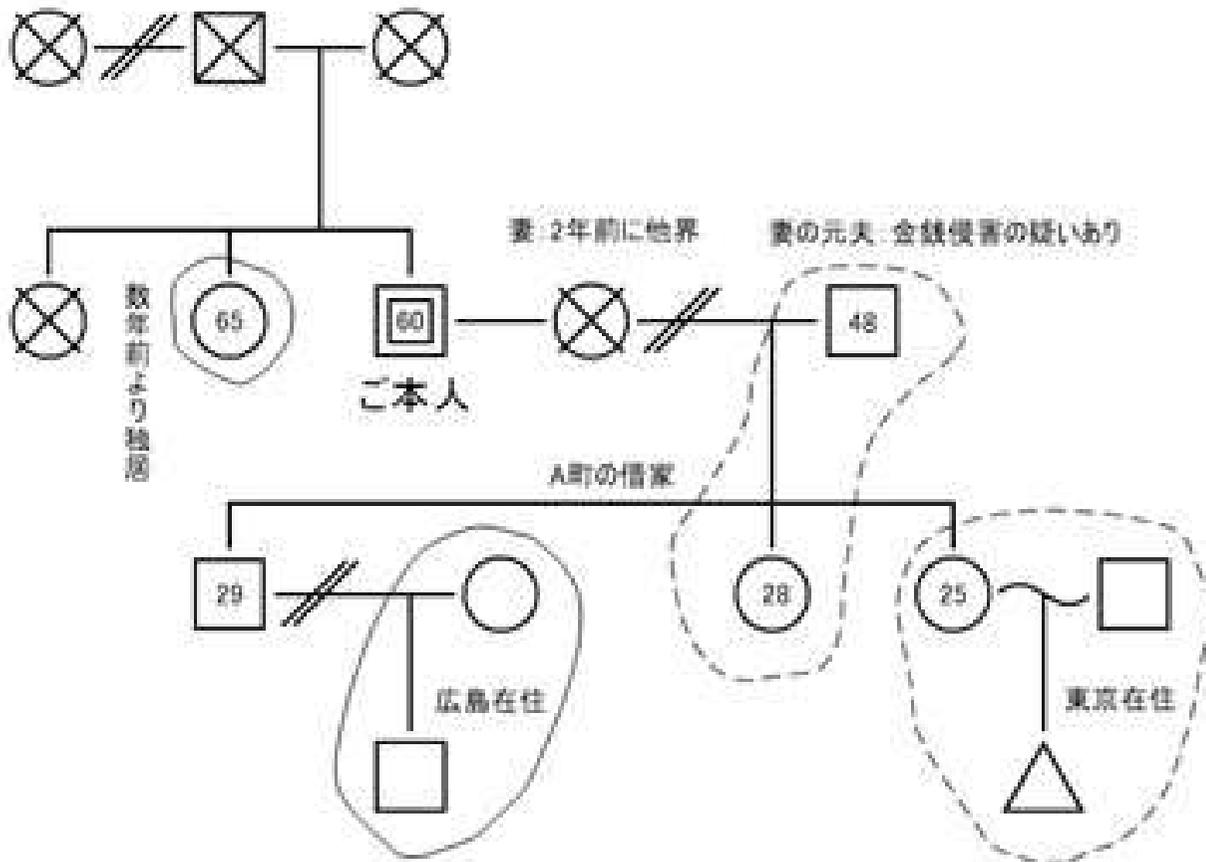
ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	度々道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、又は時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行為あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

要介護度別の身体状況の目安

要介護（要支援）度	身体状況の目安
要支援 1	日常生活の動作の一部（入浴、掃除など）に何らかの介助を必要とする
要支援 2	要介護1相当ではあるが、生活機能の維持改善の可能性が高い
要介護 1	日常生活の動作の一部や移動の動作などに何らかの介助を必要とする 物忘れおよび理解の一部低下がみられることがある
要介護 2	日常生活動作、食事、排せつなど何らかの介助や支えを必要とする 物忘れおよび直前の動作の理解の一部低下がみられる
要介護 3	日常生活動作、食事、排せつなどに介助や支えを必要とする 物忘れ及び問題行動、理解の低下がみられる
要介護 4	食事、排せつを含む日常生活全般が自分ひとりではほとんどできない 多くの問題行動や理解の低下がみられる
要介護 5	食事、排せつを含む日常生活全般が自分ひとりではできずに寝たきり状態で 全般的な理解の低下がみられる

家族構成 (エコマップ)

◎ : 本人 ○ 女性 □ 男性 ● ■ : 死亡
 ☆ : キーパーソン 同居家族は、○で囲む



基本情報（裏）

① 今までの生活

② 1日の過ごし方

③ 趣味・楽しみ・特技

④ 友人・地域との関係

⑤ 現病歴・既往歴・服薬・
治療内容・治療経過

⑥ 現在受けているサービス

利用者基本情報

《 介護予防に関する事項 》

今までの生活				
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係

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

年 月	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療の場合は内容
年 月				治療中 観察中 その他	
年 月				治療中 観察中 その他	
年 月				治療中 観察中 その他	
年 月				治療中 観察中 その他	

《 現在利用しているサービス 》

公的サービス	非公的サービス

基本情報（裏）

①今までの生活

①本人がこれまでどのような生活を送ってきたか（年単位）でわかる。昔の仕事、子育て、性格。

②1日の過ごし方

②現在どのような生活を送っているか（時間単位）でわかる。廃用症候群、日常生活機能に関係

③趣味・楽しみ・特技

③④社会参加や趣味の活動、外出機会の頻度、ご近所付き合い

④友人・地域との関係

⑤医療機関は？
服薬の種類、数。

⑤現病歴・既往歴・服薬・
治療内容・治療経過

⑥現在受けているサービス

⑥利用しているサービス

利用者基本情報

年月	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療の場合は内容
年月			治療中 観察中 その他	
年月			観察中 その他	

《 現在利用しているサービス 》	
公的サービス	非公的サービス

基本チェックリスト

①生活状況

②運動機能

③栄養状態

④口腔機能

⑤閉じこもり

⑥認知機能

⑦うつ状態

生活機能

運動機能

栄養

口腔機能

閉じこもり

物忘れ

うつ予防

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

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。 23

13.半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

①う蝕や歯周病

高齢者では、
ないこと

この質問は噛む力（咀嚼力）につ
いて尋ねています。

があって噛め

②噛む力

奥歯
うか

噛む力が低下すると、食べること
のできる食品が少なくなり栄養
のバランスが悪くなります。また、
臼歯部咬合は転倒リスクと関係
があります!!

でしょ

③義歯が

適合の悪
ん。

臼歯部咬合は転倒リスクと関係
があります!!

ができません

④咀嚼筋

加齢により口
と咀嚼能力は低下

による麻痺がある

⑤口腔乾燥がある。

唾液が少なくなると咀嚼しにくくなります



13.半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

①う蝕や歯周病がある。

高齢者では歯の根元のむし歯が多くなります。また歯周病で動揺や痛みがあって噛めないこともあります。動揺している歯や食べる時に痛い歯がありますか？

②噛み合う歯が無い、または少ない。

奥歯を1本失うだけで咀嚼力は低下します。左右両方の奥歯は噛み合っているでしょうか？

③義歯が無い、または合わない。

適合の悪い義歯は歯肉を傷つけることもあり、十分に力を入れて咬むことができません。

④咀嚼筋や舌の筋力低下。

加齢により口の周囲の筋肉も低下します。また、脳血管疾患後遺症による麻痺があると咀嚼能力は低下します。言葉ははっきり聴き取れますか？

⑤口腔乾燥がある。

唾液が少なくなると咀嚼しにくくなります



14. お茶や汁物等でむせることがありますか



①舌や唇の筋力低下。

食べ物は唇を閉じて飲み込みやすい形状にし、喉の奥へ移送させる。飲み込みやすい形状にし、喉の奥へ移送させる、食べ物を口からこぼす等

②飲み込み

唇・頬・舌の筋力低下により、飲み込みがスムーズでムセま

③臼歯部

奥歯が咬み合っていないと、飲み込みがスムーズにいきません。飲み込みがスムーズにいきません。飲み込みがスムーズにいきません。

④姿勢が悪

顎が上がった姿勢や、背中が丸まっている姿勢は、飲み込みがスムーズにいきません。飲み込みがスムーズにいきません。飲み込みがスムーズにいきません。

⑤口腔乾燥が

唾液が少なくなると、食べ物を飲み込みやすくなりません。

この質問は飲み込む機能について尋ねています。

嚥下機能が低下すると嚥下性肺炎や気道感染、又は窒息の危険性が高くなります。

14.お茶や汁物等でむせることがありますか



①舌や唇の筋力低下。

食べ物は唇を閉じて飲み込みます。舌が食物を唾液と混ぜ、飲み込みやすい形状にし、喉の奥へ移送され嚥下反射が起きます。うがいの際に唇から水が漏れる、食べ物を口からこぼす等ありませんか？発音は明瞭ですか？舌の動きはいかがですか？

②飲み込む力の低下。

唇・頬・舌が協調して嚥下をしています。どのぐらいの頻度でどのような物でムセますか。

③臼歯部咬合がない。

奥歯が咬み合い、下の顎が安定しないと飲み込む筋肉に力が入らずムセが起こります。咬み合う奥歯はありますか？

④姿勢が悪い。

顎が上がった姿勢や傾いた姿勢で飲み込むと、唇、舌、頬の協調運動が乱れます。背中が曲がっていると嚥下に影響します。どんな姿勢で食べているのか確認しましょう。

⑤口腔乾燥がある。

唾液が少なくなると食物を飲み込みやすい形にできません。

15.口の乾きが気になりますか



①基礎疾患の影響

シェーグレン

症候群があります。

②薬の影響

薬の影響
ある
起き

どの影響の
る問題が

この質問はお口の渇きについて尋ねています。

粘膜は唾液によって守られています。唾液が少なくなると食べる、話すなどの動作が困難になり、自浄作用も低下します。

③口の中

よく嚙
のうち

ますか。一日

④水分

トイレが
なります。

唾液も少なく

⑤口で呼吸する

口で呼吸をすると口が空気の通り道に

乾燥しやすくなります。口で呼吸していませんか？

15.口の乾きが気になりますか



①基礎疾患の影響

シェーグレン症候群や糖尿病などの疾患で唾液が出にくくなることがあります。

②薬の副作用

薬の副作用により唾液の分泌が低下することがあります。薬剤の種類や量など影響のあるものを服薬していませんか？また、多剤併用（ポリファーマシー）による問題が起きていませんか？

③口を動かさない

よく噛む、会話するなど口を動かすと唾液がでます。良くかんで食べていますか。一日のうちで人と話をする機会がありますか。

④水分の摂取不足

トイレが近くなる、喉の渇きを感じない等の理由で水分摂取量が少ないと唾液も少なくなります。水分摂取は十分でしょうか。

⑤口で呼吸する

口で呼吸をすると口が空気の通り道になるため乾燥します。口で呼吸していませんか？

*基本チェックリストは本人の主観で記入するもの
 *どのリスクに該当するかを把握するためのもの

①生活状況

②運動機能

③栄養状態

④口腔機能

⑤閉じこもり

⑥認知機能

⑦うつ状態

①外出機会と口腔の関係

- *前歯がないため人前に出たくない
- *入れ歯のため外食が苦手
- *入れ歯が合っていないため食事に時間かかる

②運動機能と臼歯部咬合の関係

- *転倒は臼歯部咬合が無いとリスクが上がる
- *動揺歯がある、歯周病がある、義歯の不適なども関係ある

③体重減少の原因が口腔、嚥下機能に問題

- *低栄養の指標（18.5）携帯で計算OK
- *噛める食品が少なく低栄養に？
- *良質なたんぱく源のお肉が食べにくいなど

⑤閉じこもりにより口腔機能低下をまねきやすい。

口腔機能 | 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | 1.はい | 0.いいえ

物 | われますか

⑥口腔の刺激や、噛む行為は、脳に多くの影響を及ぼします。

うつ | (こころ運)以前は変にできていたことが今ではおっくうに感

⑦うつ状態が食事、会話、口腔衛生等に影響を及ぼすことがある

課題整理統括表

課題整理統括表

利用者名 _____ 殿

作成日 _____ / _____ / _____

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③
		④	⑤	⑥
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3
		改善/維持の可能性※4		備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化
食事	食事内容	支障なし 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
				改善 維持 悪化

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

※1 本書式は総括表でありアシスタントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は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事後の状況(目標)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要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。

課題整理統括表

今の状況、アセスメントした根拠

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

見通しがアセスメントから判断して適切かどうか、優先順位は適切かどうかを判断する
見通しとは：支援することで改善が予想される内容

課題整理統括表

利用者名		D 殿		課題整理統括表							
自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①偏った食生活・肥満	②糖尿病の理解が不十分	③両変形関節症	④住環境(階段、坂道)	⑤歯の欠損	⑥サービス利用に対する抵抗感	生活に対する意向	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】	※6
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)				
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		*両膝の痛みあり、室内では手すりや歩行器を使用。屋外は歩行器使用。		1. 歯を治療することにより、食事形態も普通のもので、咀嚼回数が増え満腹感も得ることができるようになる。	1	
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化						
食事	食事内容	自立	見守り 一部介助 全介助	① ② ⑥	改善 維持 悪化		*軟らかく、脂っこい食事が好きで、每晚500mlのビールを飲む習慣がある。体重73kg。	2. 食事指導により食事内容を変更し、内服薬の継続と、適度な運動を行うことで、体重が減少し、高血圧や糖尿病合併症予防ができる可能性がある。	2		
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		*欠損している歯が数本あり、咀嚼がしっかりできない。歯茎より出血あり。				
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		*炊事は好きであり自力で行っている。				
排泄	排尿・排便	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		*トイレは排泄便座・手すり設置済み	3. 両膝の痛みに対して、負荷を減らし、注射等を行うことで、痛みが悪化せず、現状(自立での買物や段差の昇降)を維持し転倒を予防できる。	2		
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		*入浴後体調が悪かったため、歯の欠損の治療ができていない。				
口腔	口腔衛生	自立	見守り 一部介助 全介助	⑤	改善 維持 悪化		*忘れられることなく服薬できている。	4. 現状出来ていない拭き掃除の支援を受けることで、一人暮らしの不安			
	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		*浴槽の出入りがしづらく、シャワーで済ませることも多い。				
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	③	改善 維持 悪化		*掃除は身の回り掃除機や拭き掃除機の利用のため行うこと				
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		*買い物は自分の歩行器を利用して行				
コミュニケーション能力		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化						
認知		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化						
社会との関わり		自立	見守り 一部介助 全介助	⑥	改善 維持 悪化		*独りでは電話連絡などは関係は良好。抵抗感あり。				
褥瘡・皮膚の問題		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化						
行動・心理症状(BPSD)		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化						
介護力(家族関係含む)		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		*施設が同区内で月1回程度。 *エレベーターの稼働がある				
居住環境		自立	見守り 一部介助 全介助	④	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のか確認する。この結果とケアプランが整合することが必要

介護予防サービス・支援計画書(ケアプラン)

介護予防サービス・支援計画書(1)

利用者名 殿 認定年月日 平成 年 月 日 認定有効期限 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業
 計画作成者氏名 委託の場合：計画作成事業者・事業者名及び所在地(連絡先)
 計画作成(変更)日 平成 年 月 日 (初回作成日 平成 年 月 日) 担当地域包括支援センター 包括支援センター

目標とする生活

1日	1年
----	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について	本人:	■有 □無		且目標:	本人:							
				且具体策:	家族:							
日常生活(家庭生活)について	本人:	■有 □無										
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて	本人:	■有 □無		且目標:	本人:							
				且具体策:	家族:							
健康管理について	本人:	■有 □無										

健康状態について(主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点)
主治医意見書、生活機能評価を踏まえた留意点

[本来行うべき支援が実施できない場合]
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

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

	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり 予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付 または 地域支援事業	0/5	0/2	0/3	0/2	0/3	0/5

地域包括支援 センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記の計画について、同意いたします。

年 月 日
氏名 印

介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）

利用者名 _____ 姓 _____ 認定年月日 平成 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場 _____

計画作成(変更)日 平成 年 月 日 (初回作成日 平成 年 月 日) 担当地域包括支 _____

目標とする生活

1日	1年																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>課題に対する目標と 具体策の提案</th> <th>具体策についての意向 本人・家族</th> <th>目標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>且目:</td> <td>本人:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>且比重:</td> <td>家族:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>且目:</td> <td>本人:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>且比重:</td> <td>家族:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	課題に対する目標と 具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	且目:	本人:		且比重:	家族:		且目:	本人:		且比重:	家族:		<table border="1"> <thead> <tr> <th>目標についての支 援のポイント</th> <th>本人 家族の支援、インフォ ーマルサービス</th> <th>地域包括支援事業 または地域支援事業</th> <th>サービス種別</th> <th>事業所</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	目標についての支 援のポイント	本人 家族の支援、インフォ ーマルサービス	地域包括支援事業 または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間						
課題に対する目標と 具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標																										
且目:	本人:																											
且比重:	家族:																											
且目:	本人:																											
且比重:	家族:																											
目標についての支 援のポイント	本人 家族の支援、インフォ ーマルサービス	地域包括支援事業 または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間																							

健康状態について(主治医意見書、健康結果、観察結果を踏まえた留意点)
主治医意見書、生活機能評価を踏まえた留意点

[本来行うべき支援が実施できない場合]
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

健康状態について主治医の意見

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

	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり 予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付 または 地域支援事業	0/5	0/2	0/3	0/2	0/3	0/5

地域包括支援
センター

【意見】

【確認印】

1日の目標・1年の目標
確認ポイント
・ 目標と支援内容

目標・課題に対する設定
確認ポイント
・ 課題に対して適切で具体的な
設定ができているか
・ 優先順位がつけられるか

解決すべき課題・本人、家族の意
向
確認のポイント
・ 課題の抽出が適切か
（課題ではなく状態像記述に
なっていないか
・ 課題整理統合表（生活機能評価
表）との整合性

健康状態について主治医の意見

支援計画：目標達成のためのサービス
確認ポイント
・ 改善可能な項目に対して適切なサー
ビス内容であるか（訪問型・通所型
の選択が適切か等）

基本チェックリストからの予防すべき領域

資料を読み取る力をつける

- ☺ 資料から対象者をイメージすることが大事！
- ☺ 想像力を膨らませる！
- ☺ 年齢や性別、疾病から今後考えられる状態像を考慮しながらの助言！

- ☺ ケアマネさんへの質問は、質問の理由を明確にし、すべての参加者がわかる言葉で質問する。
- ☺ 誰が、いつ、どこで、何を、なぜ、どのように（5W1H）を意識した助言を！



- * 事例の予後予測
- * 課題の優先順位を見極める力
- * 具体的かつ実践的な助言

歯科衛生士のための 地域ケア会議 必携マニュアル

第2版

監修 公益社団法人 日本歯科衛生士会

編集主幹 秋野 恵一 公益社団法人日本歯科衛生士会理事
札幌市保健福祉局保健科保健指導課長

編 著 武井典子 公益社団法人日本歯科衛生士会理事

久保山裕子 公益社団法人日本歯科衛生士会理事

山口朱見 公益社団法人日本歯科衛生士会理事

著 篠原弓月 公益社団法人日本歯科衛生士会
在宅・高齢口腔健康推進委員会委員

原口公子 公益社団法人日本歯科衛生士会
在宅・高齢口腔健康推進委員会委員

松尾由香 公益社団法人日本歯科衛生士会
在宅・高齢口腔健康推進委員会委員

吉澤茂美 公益社団法人日本歯科衛生士会
在宅・高齢口腔健康推進委員会委員



Community Care Conference Manual for Dental Hygienist

医歯薬出版株式会社

地域ケア会議を理解するために

地域ケア会議に出席する歯科衛生士が専門職種として適切な助言ができるよう、生活機能と口腔の課題の関係、事例と助言内容等をまとめたマニュアルを作成しました。高齢者の自分らしい暮らしの実現のために役立てて頂けたらと思います。



第1章では「地域包括ケアシステム」や「地域ケア会議」の目的・効果について記載しています。

地域ケア会議の研修資料として



第2章では歯科衛生士が地域ケア会議に出席する際の心構えを記載しています。また資料の読み解き方や歯科衛生士の視点で確認すべきことや専門職種としての助言内容を記載しています。人材育成研修会のテキストとしてお使いください。

地域ケア会議の研修会を企画する時に



第4章では研修内容・講師などを掲載していますので、研修会を企画するときの参考にしてください。

研修会名	研修内容	講師	開催日時	開催場所
地域包括ケアシステム構築に向けた口腔ケアの推進	口腔ケアの重要性、地域包括ケアシステムにおける役割、実践事例	〇〇大学 〇〇先生	〇月〇日	〇〇市立会館
高齢者の口腔健康と生活機能の向上	高齢者の口腔健康と生活機能の関係、口腔ケアの実践事例	〇〇大学 〇〇先生	〇月〇日	〇〇市立会館
地域包括ケアシステム構築に向けた口腔ケアの推進	口腔ケアの重要性、地域包括ケアシステムにおける役割、実践事例	〇〇大学 〇〇先生	〇月〇日	〇〇市立会館
高齢者の口腔健康と生活機能の向上	高齢者の口腔健康と生活機能の関係、口腔ケアの実践事例	〇〇大学 〇〇先生	〇月〇日	〇〇市立会館



◆北海道版歯科衛生士バンクのご案内◆

道では、市町村の歯科保健事業に協力できる
歯科衛生士さんの登録を募集しています！

道ホームページ

<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/kak/170332.html>

登録専用フォーム

<https://www.harp.lg.jp/SksJuminWeb/EntryForm?id=4rlfCy2U>

多くの方のご登録をお待ちしています😊😊😊

