

1. はじめに ～マニュアル作成の趣旨～

本県では、高齢者の自立支援・重度化防止を図るため、県内市町村において開催される自立支援型地域ケア会議が、介護予防に資するよう一定水準を保ち実施されることを目指しています。

そのために、市町村が実施する自立支援型地域ケア会議の普及や定着を進める上で、高齢者の QOL 向上のため、関係者が共通認識のもとに自立支援型地域ケア会議を実施し、自立支援の考え方を共有して支援していくことが重要と考えます。

また、この自立支援型地域ケア会議では、個別の生活課題を解決をしていくとともに、そこから地域課題の発見や解決のために生活支援体制整備等を展開するなど、広い視野を持って地域の実状に合わせた政策に取り組むことを念頭にしています。自立支援型地域ケア会議は、高齢者が地域で暮らすために、よりよい地域づくりのための一つ的手段として展開されるものと考えます。

そこで、関係者同士が自立支援の概念や重要性に関する理解を共有し、効果的な自立支援型地域ケア会議の運営に向けて活用するために、県マニュアルを作成しました。

自立支援型地域ケア会議の運営に重要な視点や、県内市町村で実施する中で抱える課題や工夫している取組等蓄積された経験を取りまとめ、これから自立支援型地域ケア会議に取り組む方や経験の浅い方に対しても取り組み易いよう、運営に当たっての心構えと実践上のよくある悩みや工夫したポイントも掲載しました。

それぞれの市町村の会議の準備から振り返り等に活用いただき、地域の自立支援・重度化防止の充実に役立つことを願います。



2. 自立支援とは（介護保険法）

「自立支援」とは、高齢者一人一人が、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、介護保険の基本理念となっています。

介護保険法

第一条（目的）：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険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。

第二条（介護保険）

第二項：保険給付は、要介護状態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。

第四項：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。

第四条（国民の努力及び義務）：国民は、自ら要介護状態となることを予防するために、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、要介護状態に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険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。

3. 自立支援型ケアマネジメントとは

- 本人のなりたい姿をかなえるために、本人の状態をアセスメントし、達成可能な目標設定と具体的方法を本人、家族、ケアマネジャー（以下、「ケアマネ」と言う。）などケアマネジメントに関わる全ての者が共有し、本人の自己決定を支援していくものです。
- 年齢や疾患の有無等の身体的状況や生活状況、これまでの生き方や家族との関係性、社会的状況を把握した上で、高齢者の生活行為の課題の解決、状態の改善に必要な資源を見つけ出し、活用する支援をします。
- 課題解決の主体は本人や家族であり、その合意形成や自己決定のサポート、生きがいや役割等から本人の意欲を引き出すような働きかけが重要となります。
- 支援者それぞれの役割を明確化してケアプランを作成し、その実施状況を評価し、改善を繰り返していくプロセスとなります。
- 本人の希望をかなえる支援において、単に希望することに沿ったサービス提供等のケアプランを作成するということではなく、介護保険法の基本理念にある本人自身が機能維持や改善に向かう国民の努力義務があることを踏まえた上で、できる能力を生かし、本人が望む暮らし方に向けて支援を計画することが必要です。
- 自立支援型ケアマネジメントの実施には、本人や家族の「自立支援」の理解が欠かせず、本人・家族を含めた住民理解の促進が重要です。

自立した生活を維持できるように、また、介護が必要な状態から再び自分でできることを増やすなど、適切なサポートを受けながら生活できるように必要な支援方法を作っていくことが求められます。

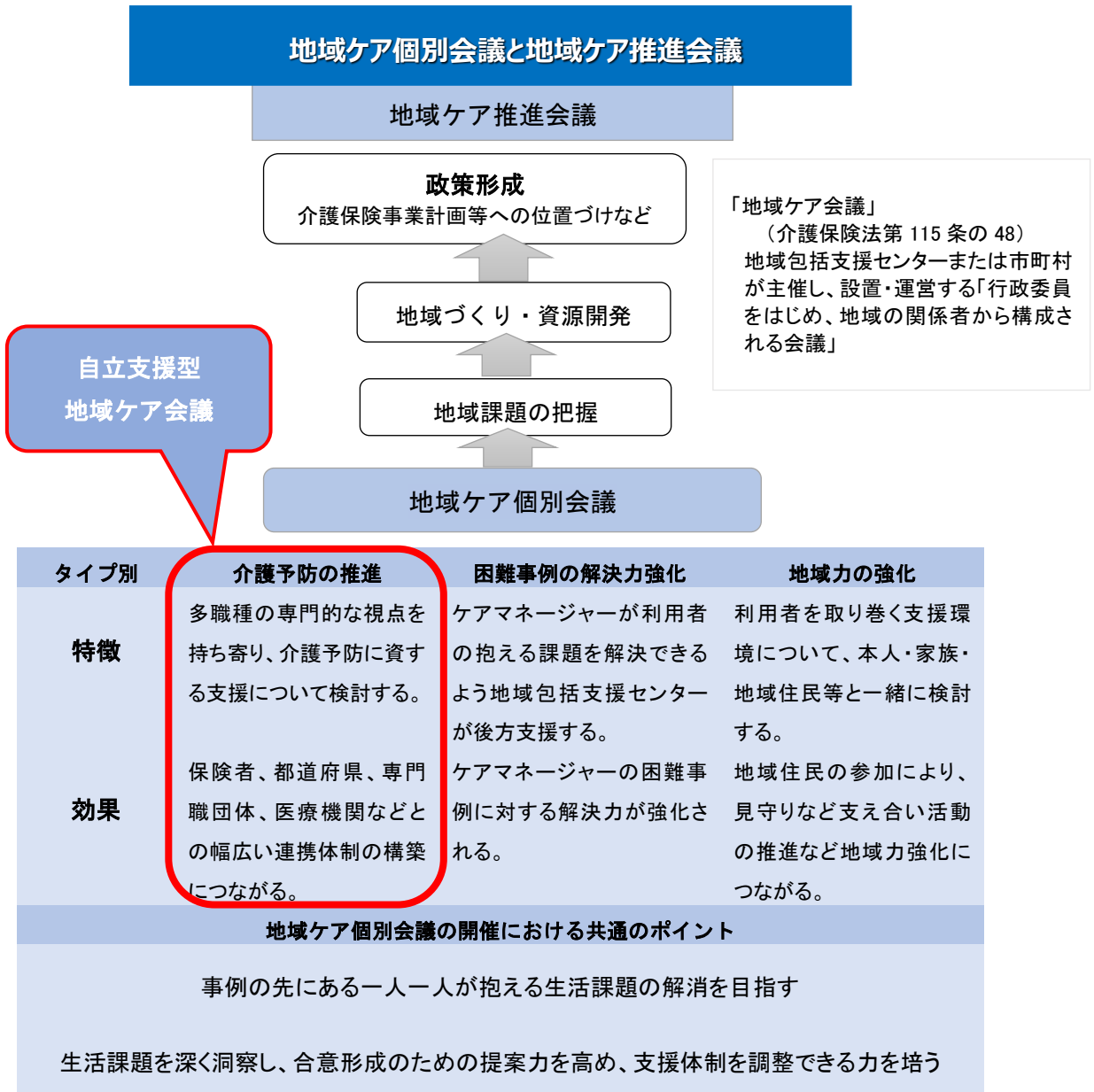
4. 自立支援型地域ケア会議とは

- 関係者が自立支援の考え方を共有し、地域の高齢者のQOL向上のために取り組む会議です。
- 多職種の知見を活用して、個々の生活課題の解決に向けた支援を検討する会議です。ケアプランを多職種の助言のもと、高齢者の生活課題の解決に向け取り組む場となり、関係者が協力して自立支援の視点でケアマネジメント力を高めていきます。
- 困難事例と違い、同様の軽度支援者について短時間で検討することで、効率よく個々の支援検討や改善を行い、共通する課題に対する介護予防の検討につながります。
- 多職種（専門職や社会福祉関係者）が参画し、医療・介護サービス、生活環境、生活習慣の改善、生活上の工夫、社会参加など様々な視点から具体的な支援策を打ち出すことができます。公的サービスだけでなく、地域での解決方法を検討します。
- 会議における個別の検討を積み重ね、その経過で地域課題が明確になり、課題解決に向け市町村が施策として取り組むことができます。

自立支援型地域ケア会議は、多職種の専門的助言のもと、要支援者等の生活課題の解決や状態の改善に向けて検討する地域ケア会議であり、高齢者のQOLの向上はもとより、介護サービスの質の向上につながることを期待されます。



<ケア会議の種類と関連性>



厚生労働省作成資料を基に福島県が作成

<実施して感じたメリット 実施市町村や参加した事例提供者からの声>

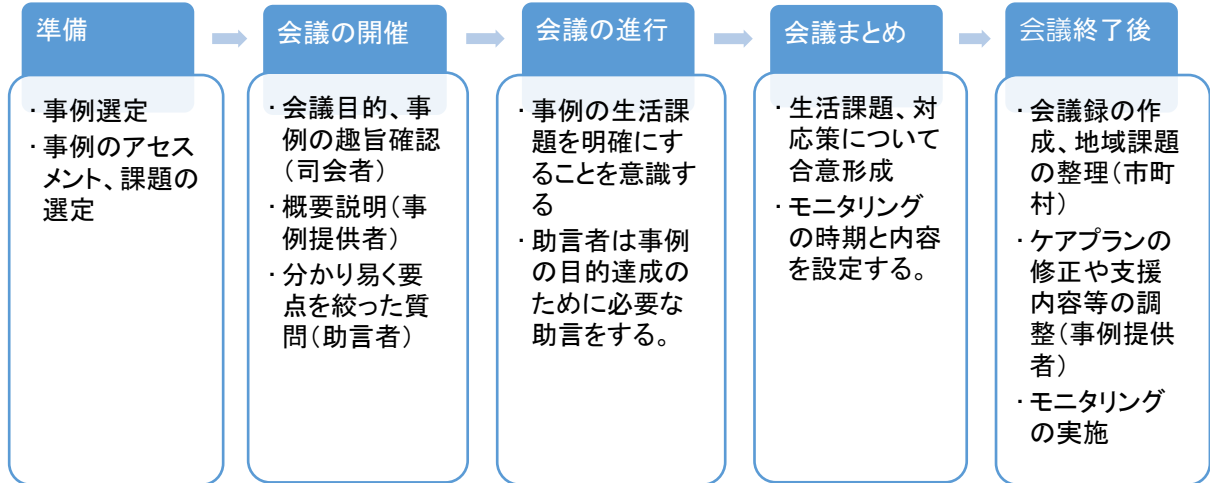
- **参加者のスキルアップにつながり、OJT の機会となっている。**
 - ・ケアマネ、支援者の力量アップ、サービス事業所の質の向上につながった。
 - ・関係者の介護予防や自立支援の視点が養われ、自立に向けた支援につながる。
 - ・具体的な支援のポイントや社会資源が明確化でき、支援者の学びの場となる。
- **専門職の助言を受けることで、ケースの支援やケアプラン作成に役立つ。**
(主に事例提供者の感想)
 - ・事例対象者だけでなく、普段の相談事業でも多様な解決や改善方法があることを念頭に対応できるようになった。
 - ・助言内容を他の利用者へ当てはめて応用できる。(傍聴参加でも同様)
 - ・利用者との合意形成の工夫、アプローチの引き出しを増やせる。
 - ・医療的アセスメントが充実する(リスク回避や専門職による見立て)
 - ・事例を通してアセスメントを深め、本人が必要としている支援がわかった。
 - ・ケアプランに自己実現や自立支援の視点が多く組み込まれるようになった。
 - ・介護保険外のサービスもプランに組み込むようになった。
 - ・ケアプランの見直し、アセスメントの振り返りができる。
 - ・多職種で視点を幅広く意見を集約でき、効果的支援の計画につながっている。
 - ・多職種からの助言で、これまで注視していなかった日常生活動作や本人の状態に着眼することができた。
 - ・新たな視点や見落としがちな課題に気づくことができた。
 - ・必要な情報や介入すべきことを確認できた。
 - ・ケアマネが抱えているケースの負担感の軽減につながった。
 - ・今までの支援にも後押しいただき励みになった。
 - ・長年勤めていると視点も固まってしまうので勉強になった。
 - ・事例説明や質疑応答を通じ、視点や確認事項が明確になりアセスメント能力や短時間で人に説明するプレゼン能力が向上した。
- **関係者全体での情報、認識の共有ができる。**
 - ・ケアマネとサービス提供者と支援の具体的方法を共有できる。
 - ・生活行為の課題や自立を阻害する因子をプラン提供者とともに確認できた。
 - ・多分野のアセスメントの情報共有ができた。
 - ・会議を実施して、お世話型ケアマネジメントの考え方から自立支援に向けた考え方を共有できた。高齢者のQOL 向上につながる。

- 地域のネットワーク構築につながる。
 - ・地域の専門職の協力が得られる体制が構築できた。
 - ・それぞれが多忙な中、資料提供や会議出席など協力している。
- モニタリングを実施して、効果が実感でき、改善に向け更なる助言につながる。
 - ・対象者の改善の確認ができ、改善に至らない場合は更なる助言がもらえる。
 - ・助言を生かした支援を実践していることを確認し、「やれば変わる」を実感した。
- その他
 - ・個人の問題が地域で解決すべき課題であると認識することができた。
 - ・他事業（研修、給付適正化、地域リハ活動支援等）との連動や多面的に自立支援に取り組む意識が強まった。

5. 自立支援型地域ケア会議の実際

(1) 会議の流れ

<全体の流れ>



※ 会議を進めるに当たっては、関係者間で「自立支援」や「自立支援型地域ケア会議」の認識を共有することが大切です。

<自立支援型地域ケア会議当日の流れ>

実施事項	所要時間	発言者	実施事項	発言者のポイント
1 資料の読み込み	5分			
2 開催	1～3分	司会者(市町村)	資料説明	
3 事例の概要説明	4～6分	プラン作成担当	①事例の基本情報について説明 ②事例の生活行為課題について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④②③を踏まえたケアプランの説明	<ul style="list-style-type: none"> ①②③④の一連のケアマネジメントの流れを簡潔に説明する 改善の見込みがある生活行為はどこで、それがケアプランの目標にどう反映されているかを説明する。 更新プランの場合は、前回プランによる目標の達成状況やサービス内容と整合がとれていたかを説明。
4 事業所の支援方針の説明	4～6分	介護サービス事業所	事例への支援内容・方針について説明	<ul style="list-style-type: none"> ケアプランの目標と、各サービス事業所における支援内容・方針の関係性を説明する。
5 質問、助言	10～12分	司会者(市町村)	3, 4の説明に関する不明点の確認	<ul style="list-style-type: none"> ※司会は、参加者が事例について共通の理解が得られるよう、以下の視点で端的に確認する。 基本情報(性別・年齢・身長体重 BMI・家族構成(介護力)・既往歴・認知症の有無など)を把握したか。 基本情報の既往症と主治医意見書の既往症が合っているか。 基本チェックリストにおいて機能が落ちている項目は何か。 改善が見込まれる生活行為の課題は何か。 改善が見込まれる生活行為の課題がケアプランの目標と合致しているか。 ケアプランの目標と介護サービス事業所の目標が合致しているか。
		助言者(専門職)	3, 4の説明についての質問、助言	<ul style="list-style-type: none"> 自らの専門分野の内容をチェックする。 それぞれの専門性の視点から、事例の自立支援につながるような助言を行う。
6 まとめ	2～4分	司会者(市町村)	事例提供者(プラン作成担当、介護サービス事業所)が取り組むべき点について説明	<ul style="list-style-type: none"> 得られた質問・助言を集約する。 明らかになった生活行為の課題の解決方法等についてまとめる。 支援方針(ケアプランの再調整等含む)について確認する。
7 2事例目、3事例目				
8 閉会	1～3分	司会者	次回の開催日時・場所の案内	<ul style="list-style-type: none"> 次回の予定を伝える

1事例の所要時間合計 25～40分

(2) 主な参加者と役割

司会者 行政職員

- 全体の時間管理を行い、良好な雰囲気で行う。
- 会議の目的や課題を明確にして、助言を引き出すことを意識する。
- 助言のまとめは、助言内容の優先度を具体化し共有する。
- 支援実施後の評価（モニタリング）も設定する。

事例提供者 介護支援専門員（ケアプラン作成者）

- 事例の生活課題の検討ができるよう情報提供する。
- 事例説明は簡潔に説明する。
- 助言内容を踏まえて自立支援に向けた支援計画をしていく。

サービス提供事業者 サービス提供事業所

- 事例の生活課題の検討のためアセスメントし、簡潔に説明する。

助言者

- 事例の生活課題の解決のため、自立支援に向けた実現可能な助言をする。
- 各専門職の専門性を活かして助言を行う。
- 具体的で実行可能な助言を行う。

理学療法士

- 主に身体動作の改善、悪化防止の観点から助言を行う。

歯科衛生士

- 口腔衛生、嚥下などの支援の観点から助言を行う。

管理栄養士・栄養士

- 適切な栄養摂取といった観点から助言を行う。

作業療法士

- 主に生活動作能力や社会的適応能力の改善、悪化防止の観点から助言を行う。

言語聴覚士

- 主にコミュニケーション、聴覚、嚥下に障害を抱える事例に対して能力の改善や悪化防止の観点から助言を行う。

薬剤師

- 投薬に関する情報や服薬管理の観点から助言を行う。

市町村 保険者

個々の検討を積み重ね、地域課題（必要なこと）を明らかにし、政策形成につなげる場として活用する。

課長補佐職以上の管理職等が関与することが望ましい。

(その他)

生活支援コーディネーター

- 市町村のフォーマル・インフォーマルなサービスを紹介する。
- 地域特性や地域資源を理解し、地域の支え合いを推進する観点で助言や情報提供を行う。
- 地域課題や地域情報を把握する場としてケア会議を活用し、生活支援体制整備事業との連動を図る。
- 地域資源における支援や地域課題の提言をする。

地域包括支援センター

- 介護支援専門員（事例提供者）の資質向上に向けた助言をする。
- 地域包括支援ネットワーク構築に向けた視点での助言をする。

市町村保健師等

- 事例の病態を理解し、本人の生活を中心として本人のエンパワメントに向けた視点で助言を行う。また、家族全体の支援の視点を持ち参加する。
- 地域の健康課題を把握し、関係機関と協働し地域づくりを推進する役割。継続してケアマネを支援する。

<全参加者の心構え>

- 専門用語を控え、分かり易い表現をする。
- 説明は簡潔にする。
- 推測や想像で検討を進めないようにする。
- 地域課題を意識する。
- 優先度を踏まえた議論をする。

<良好な会議進行のための配慮など>

- 良好な雰囲気での会議を進める。
- 批判的な発言や指摘ではなく助言を意識する。
- 一方的な助言とならないようにする。（ケアマネや事業所等からも質問を受けるなど。）
- 自立支援型ケアマネジメントや自立支援型ケア会議の目的等の認識を共有する。
- 会議に参加した全員が「参加してよかった」と思えるよう意識する。

(3) 実施上よくある悩みと取組の工夫

事前準備

事例提供者や事務局の資料作成・事前準備の負担が大きい。

- ・資料を事例提供者が使用している既存の資料にして負担を減らす。
- ・役割分担など明確にして、負担感を軽減する。
- ・事例の概要送付の事務手間はかかるが、利用者の個別課題解決のために必要な資料を準備して会議に臨むなど工夫が現れ、効果が感じられる。
- ・事前配布をしない方法の工夫も考えられる。

自立支援の目的に沿った事例選定が難しい。

- ・困難ケースの検討ではなく、本人のQOL向上に向けた検討の対象を選定する。
- ・事業対象者、要支援等軽度介護認定者を対象とすることが多い。
- ・新規介護認定申請者を対象とすることも一つの方法。

会議の実施

行政職員は人事異動もあり、司会者スキルの担保が難しい。

- ・関係部署にいる職員は誰でも司会者をやってみる体制をつくる。
- ・質問や助言内容をホワイトボードに書いて「見える化」している。(板書は参加者で共有のため)
- ・司会者養成研修(県実施)等を受講し司会者スキルを保つ。

アセスメントが不十分で、検討課題が明確でない。

- ・事前打ち合わせし、アセスメント不足、課題の不明確は補足する。
- ・アセスメントが不十分だと、検討課題もぼやけてしまい、質問が多かったり、一般論の助言となってしまふ。
- ・事例提供者は、利用者の改善可能性を見極める視点を持ってアセスメントを行い、具体的な検討課題を提示する。また、情報把握は、自立を阻害している要因を探ることを意識して把握する。

課題設定が明確でなく、的確な助言に至らない。

- ・本人のしたいことや希望を具体的に把握し、また、本人の能力を踏まえた自己決定を支援し、なりたい姿を明らかにしておく。それを軸に現状の阻害要因から目標を明確にしていく。

専門職の助言内容が生活に沿わないこともあり、支援の実践に繋がらない。

- ・生活に沿っていない助言内容に対しては、司会者から促す。また、事例提供者からも質問する。
- ・専門職は、実践のイメージを持って、具体的な方法も含めて助言する。
- ・助言者に対する評価を各専門職団体へフィードバックし、各専門職団体では、助言者のスキルアップにつなげる。
- ・助言者は各専門職団体が実施する研修を受講し、視点の拡大を図る。

会議まとめ

助言内容が支援につながるためには。

- ・司会者は、助言内容の復唱でなく、実践のイメージを持って共有する。事例提供者からの質問や、専門職へ助言を促すなどしていく。
- ・助言内容の優先度を共有する。専門職助言者間で話し合うこともある。
- ・支援を誰が何をいつまでに実行するか、実践可能かなど確認する。
- ・実践の過程でうまくいかないこともあるため、あらかじめ代替案の提示や再助言を求めることも有効。会議後モニタリングの活用や専門職等とは日頃からアドバイスを求められるような関係性があるとよい。
- ・本人の自立支援の理解不足で支援の合意形成が難しい場合は、本人への声かけ方法も助言をもらう。

会議終了後

会議内容の評価、モニタリングをどうしたらよいか。

- ・ケア会議の開催が目的とならないよう、振り返ることが大切。助言がどのように活かされたかを追うことが、会議の充実につながる。
- ・（状況評価）助言内容の実践状況と事例対象者の状況を把握する。実施上の問題点や更なる課題があれば、さらに原因を探る。
- ・（支援の修正）状況評価により、改善に至らない場合は更なる助言をもらったり再検討をし、支援の修正を図る。

（モニタリングの実施例）

- ・一つの方法として、モニタリング会議を開催。事後管理シート（厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き(Ver.1) P60 図表18）など活用し、事例の状態がどのように変わったか、設定した目標がどのように達成されたか（改善、維持、悪化）、達成するために何の支援を何回提供したか、支援期間にできたこと、できなかったことは何か、今後どのように支援するかを共有する。
- ・ケアマネ・事業所・包括・保険者で助言の展開状況を確認し、さらに検討が必要な課題を検討する。互いに成果を認め合い助言し合う。
- ・実施方法は、「ケア会議の中や別会議でモニタリングの時間を設ける」「助言者に書面で送る」など様々な方法がある。

事業全体

地域課題を把握し、どのように解決に向けていくのか

- ・参加者は地域課題を意識して参加する。例えば、会議まとめで、司会者からその日の検討事例から気づく地域課題についての意見を聞く。
- ・個別事例課題⇒地域課題⇒施策につなげることを意識する。

6. 自立支援型地域ケア会議のポイント

(1) 助言者の視点 ～よくある事例から～

自立支援の視点から助言者（専門職）はどのようにみているのでしょうか？
自立支援型地域ケア会議でよくみられる事例からイメージしてみましょう。

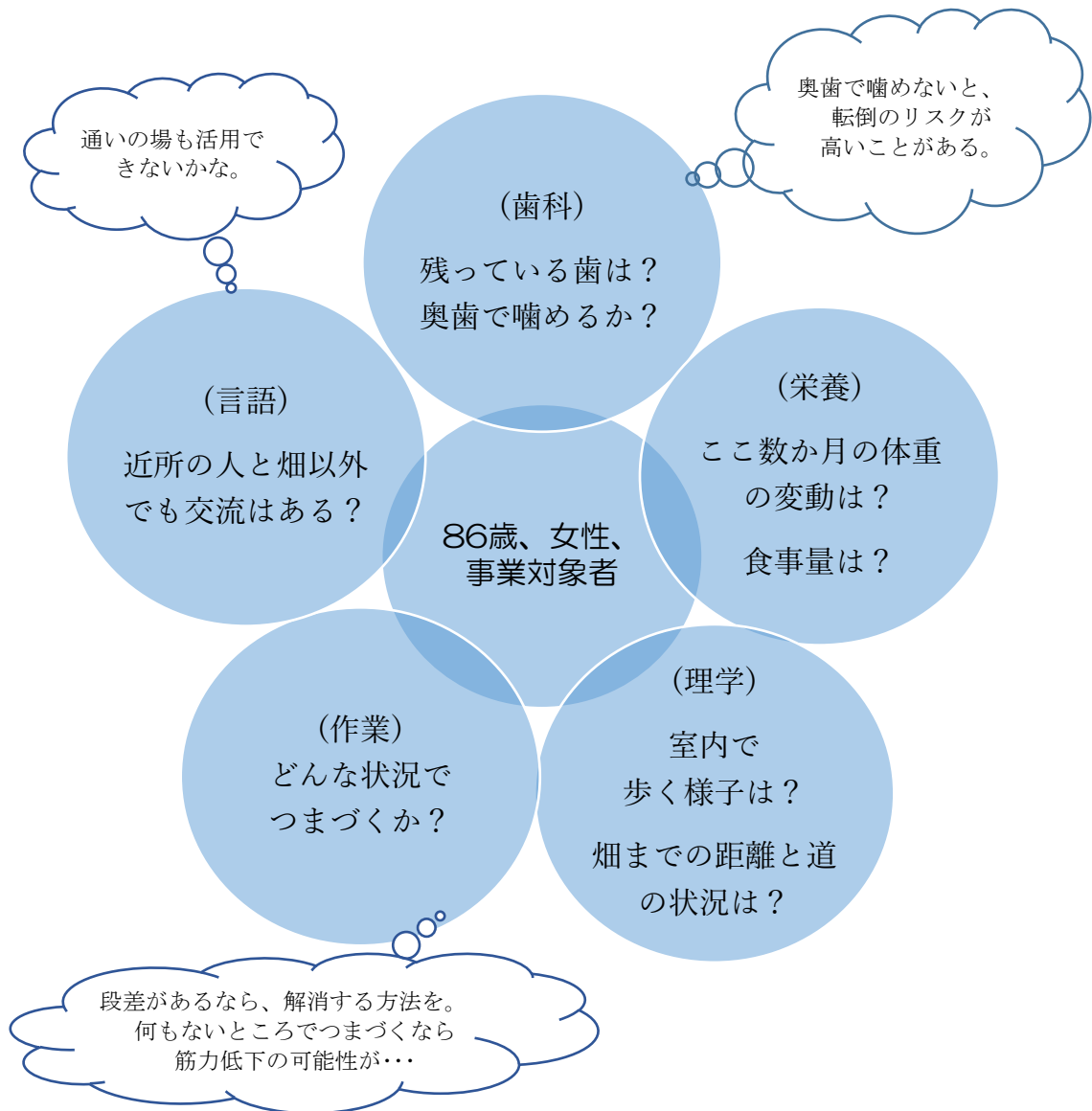
[事例1] 86歳、女性、総合事業対象者

一人暮らし。ADL ほぼ自立。 BMI 18.5

畑に行って世間話をしながら作業が楽しみだったが、室内でもつまづくことが増え、最近外出が減った。

本人の希望は、畑の草むしりがしたい。近所の人と話がしたい。

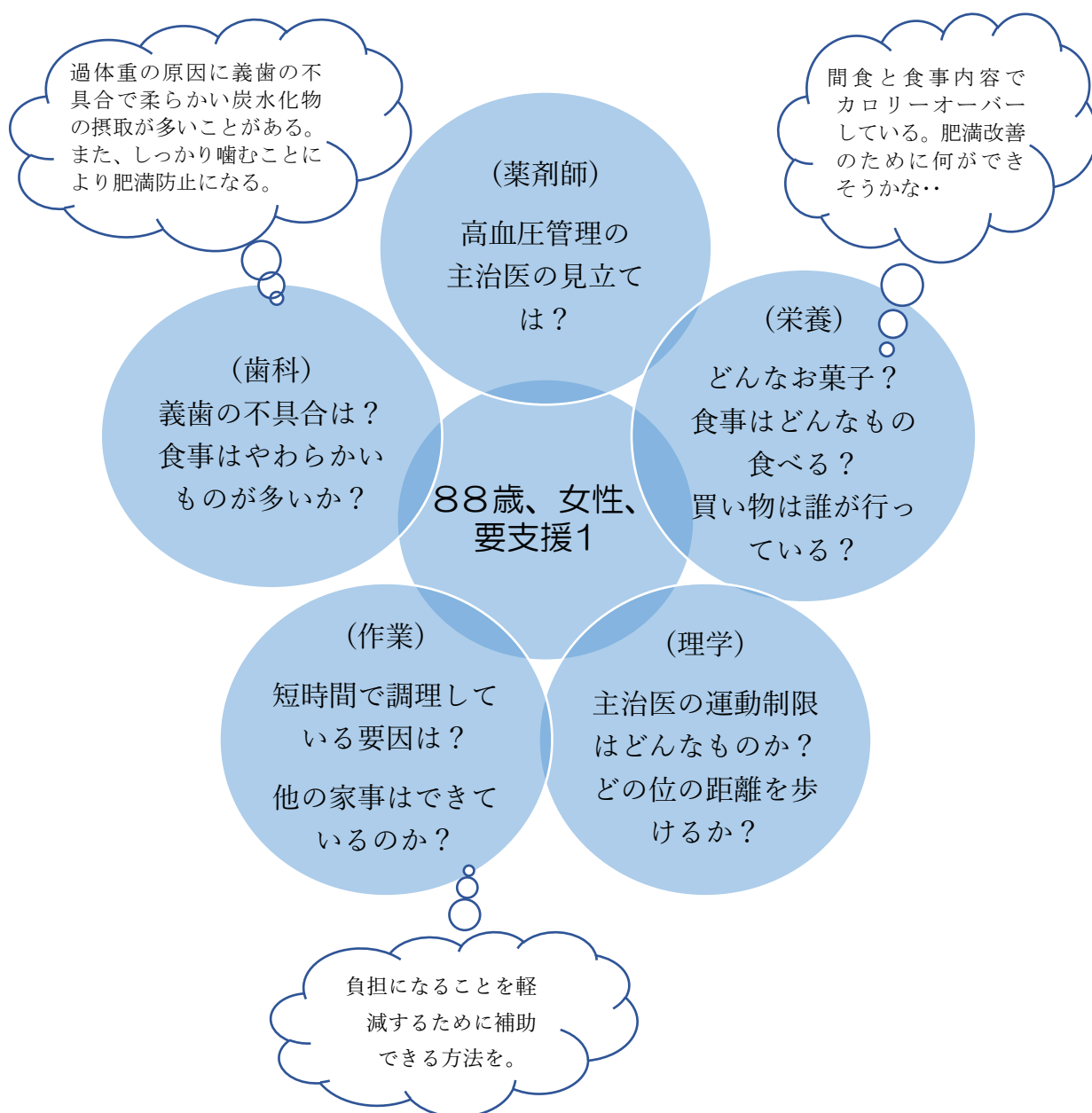
検討課題 安心して畑に行けて、外での交流が続けられるような支援



[事例 2] 88歳、女性、要支援 1

一人暮らし。高血圧。デイサービス週 1 回利用。 BMI 30。
近所の友人が集まり毎日お茶飲みしている。(卓上にお菓子やお茶セットが常備)
デイでは、心拍上がるため現在運動は中止している。
本人もなるべく動かないようにしている。
朝食は、パンと牛乳で料理は短時間でできる炒めもの等が多い。
本人の希望は、友達宅へお茶飲みに行きたい。

検討課題 友人交流と身体管理(高血圧・体重管理)を両立するための支援



[事例3] 75歳、男性、要支援2

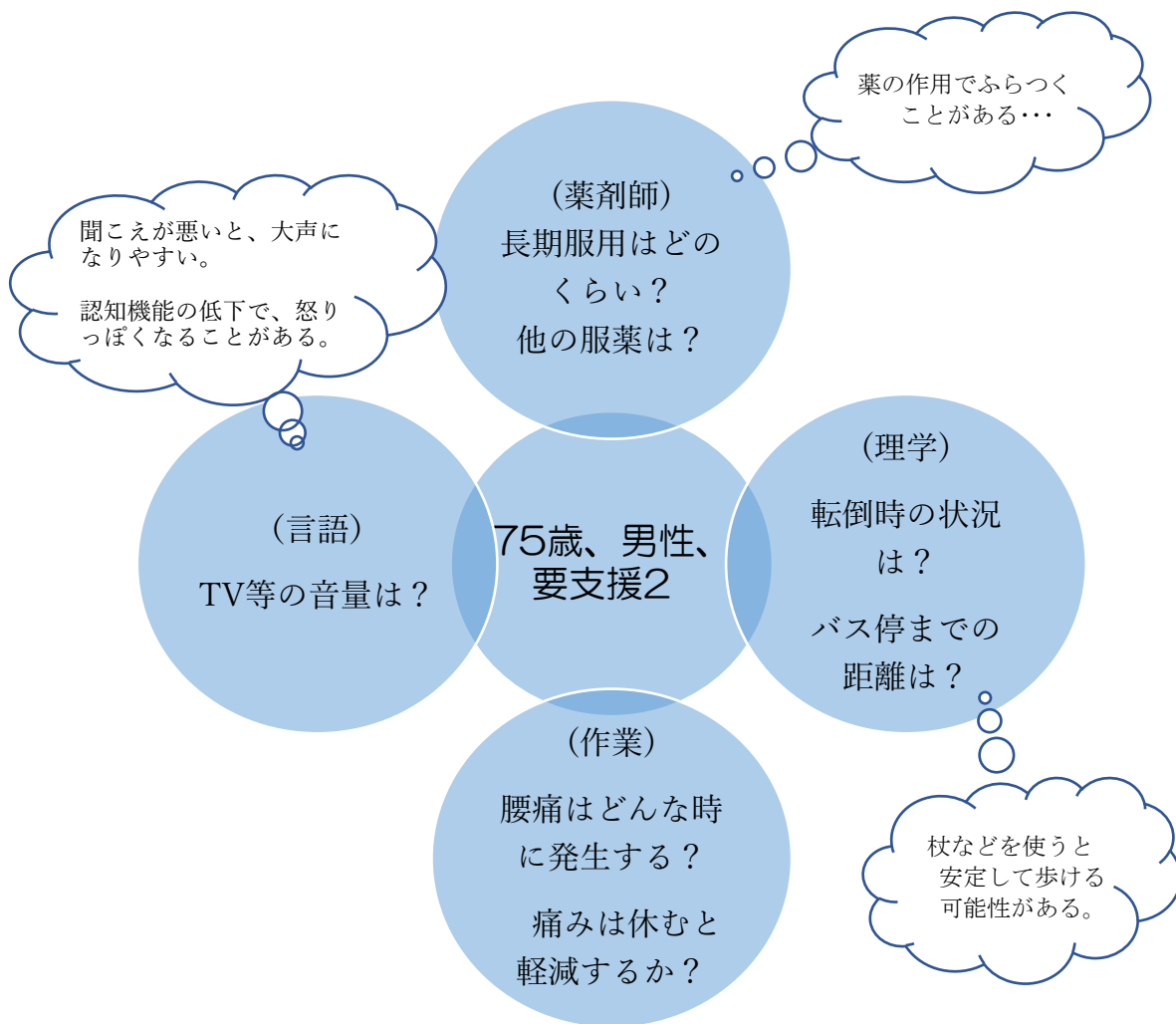
妻と二人暮らし。腰痛のため痛み止め（ロキソプロフェン）を長期服用
半年前に転倒して骨折。

バス停までなんとか歩行可能で、バスの昇降は手すりでなんとか可能。

大声のため、怒っているように思われやすい。

本人の希望は、人に頼ることが嫌いで、受診や買い物に一人で行きたい。

検討課題 一人で外出できるために必要な身体機能の維持の支援方法



[事例4] 78歳、女性、要支援2。一人暮らし。

変形性膝関節症あり。ADLは自立。

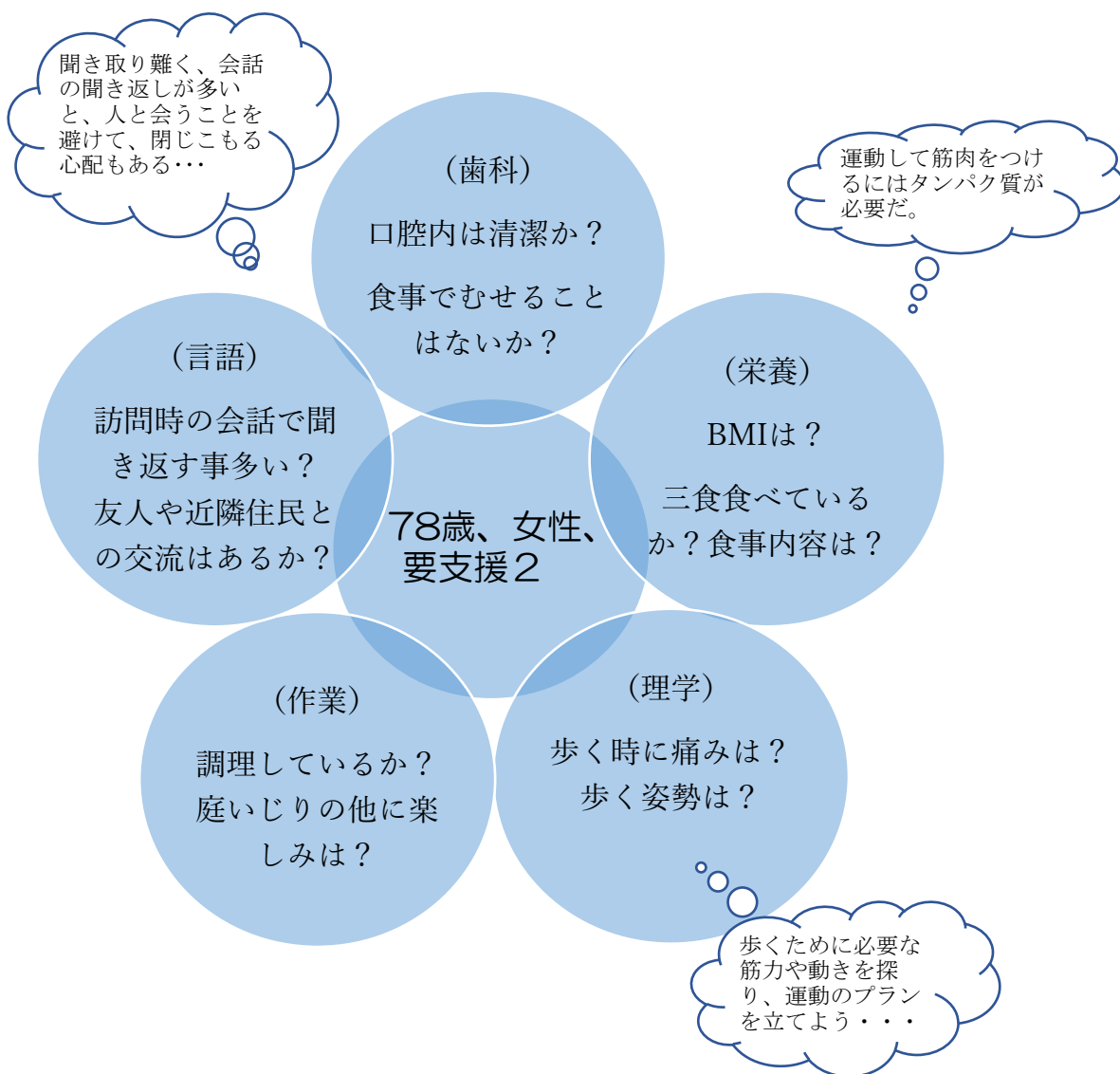
半年前に外で転倒してから、シルバーカーを利用しており、外出を控えてきた。

最近耳が遠くなり、電話も聞き取りにくく出ないことある。

庭いじりが日々の楽しみ。

買い物は隣の息子が月1回で、食事も手のかからないものが多い。

検討課題 活動量の低下で、フレイルが心配なため、フレイル予防の方法



(2) 会議を充実させるために

地域ケア会議を充実するためには、どのようなことが必要でしょうか？
個別の問題解決とあわせて、広い視野を持って会議に臨むことが大切です。
会議を進める上で、次のようなポイントがあります。

ケア会議の目的達成に関して

- 会議のマネジメント（時間管理、全体の流れ、運営の仕方）は適切か。
- 高齢者の QOL の向上のため、以下を共有のもと会議ができているか。
※「本人のしたい、やりたい、こうありたいを応援する会議」という意識を全員がもつ。
- 自立支援の理解を共有して検討しているか。
- 参加者（事例提供者、助言者等）の OJT の場として機能しているか。
- 地域ケア会議の機能を果たすため、適切な参加者の選定ができているか。（SC、健康づくり担当課、障害福祉担当課等）

個別課題の解決機能

- 本人の願いをかなえるための会議として、すべての参加者の合意のもと支援方針が明らかとなったか。
- 検討の課題を絞り込んで検討できているか。
※課題の絞り込みが不十分であれば、司会・助言者が修正できていたか。
- 課題に対して具体的な助言がまとまったか。
※助言内容から支援の優先度、誰がいつまでに何をなど実現できるよう確認する。
- 支援実施後の確認や修正再検討等モニタリングを設定したか。

地域課題の発見機能

- 行政課題地域の課題に触れているか(意識しているか)。
- 個別事例の課題分析を積み上げ、地域課題につながったか。

ネットワーク構築機能

- 参加者間の関係づくり、ネットワーク構築、連携につながっているか。
※ケア会議の助言者が通いの場等へ新たに関与したり、ケアマネが協議外の事例についても会議前後の時間に相談する、という関係性へ発展する。

参加者の役割に関して

【助言者】

- 助言は本人の目標をかなえる内容になっているか。
- 生活の場である自宅や地域で、実践につながる具体的な助言をしているか。
※地域で生活する高齢者と、支援者の目線に立っていることが重要
- 質問、助言の際は何のための質問か助言の根拠を明確に示しているか。
※参加者が自立につながるケアマネジメントの視点や支援の提供に関する気づきを促す。（参加者のOJTの機会）
- 5W1Hを明確にした説明をしているか。
- 疾患のみに着目するのではなく、高齢者の生活状況を把握して助言しているか。
- 専門用語ではなく、会議の参加者が理解できる言葉で助言しているか。
- 助言内容から多職種間の連携が図れているか。
※実践の優先度等の共有

【事例提供者】

- 経過、課題、阻害要因、本人の希望、助言して欲しいことを簡潔に説明できているか。

【司会者】

- 司会は1例ごとまとめているか。
- まとめが助言内容の復唱になっていないか。
- 助言の実践について実現できるよう具体的内容を共有するために、進行したか。
※ケアマネの疑問があれば助言者への質問や補足など
- 地域課題を把握する場であることを意識していたか。
※個別ケースから浮かんでくる地域課題を見逃さずに、会議の最後に参加者全員で共有する工夫が必要。

※ 運営アドバイザーは、上記内容を市町村支援の参考にします。

7. 参考様式

これらの様式は、参考として提示します。

実施市町村で既存様式の利用や状況に合わせて御活用ください。

プラン作成者が準備するもの

- ① 「利用者基本情報」(両面)
- ② 「介護予防アセスメント(両面)
(表) (1)基本チェックリスト (裏) (2)追加項目
- ③ 「課題整理総括表」 又は ③ 「生活機能評価(アセスメント)」
- ④ 「介護予防サービス・支援計画表」
- ⑤ 服薬情報(お薬手帳の写しや薬局で渡される紙の写し)

介護サービス事業所が準備するもの

<訪問サービス事業所>

- ⑥ 介護予防メニューアセスメント(訪問用)
- ⑦ 介護予防サービス計画・総合評価(訪問用)
- ⑧ 介護予防サービス 個別計画書(訪問用)

<通所サービス事業所>

- ⑨ 介護予防メニューアセスメント(通所用)
- ⑩ 介護予防サービス計画・総合評価(通所用)
- ⑪ 介護予防サービス 個別計画書(通所用)

<訪問・通所サービス共通>

- ⑫ 生活行為アセスメント(訪問・通所共通) ※より実態に即した方どちらかで1枚あればよい。

【参考】その他

- ⑬ 興味関心チェックシート(※)
- ⑭ 「誤嚥性肺炎リスク評価」(福島県歯科衛生士会)
- ⑮ 「簡易口腔アセスメント(専門職全職種共通)」(福島県歯科衛生士会)
- ⑯ 「チェックしてみましよう!今日の食事」(福島県栄養士会)