

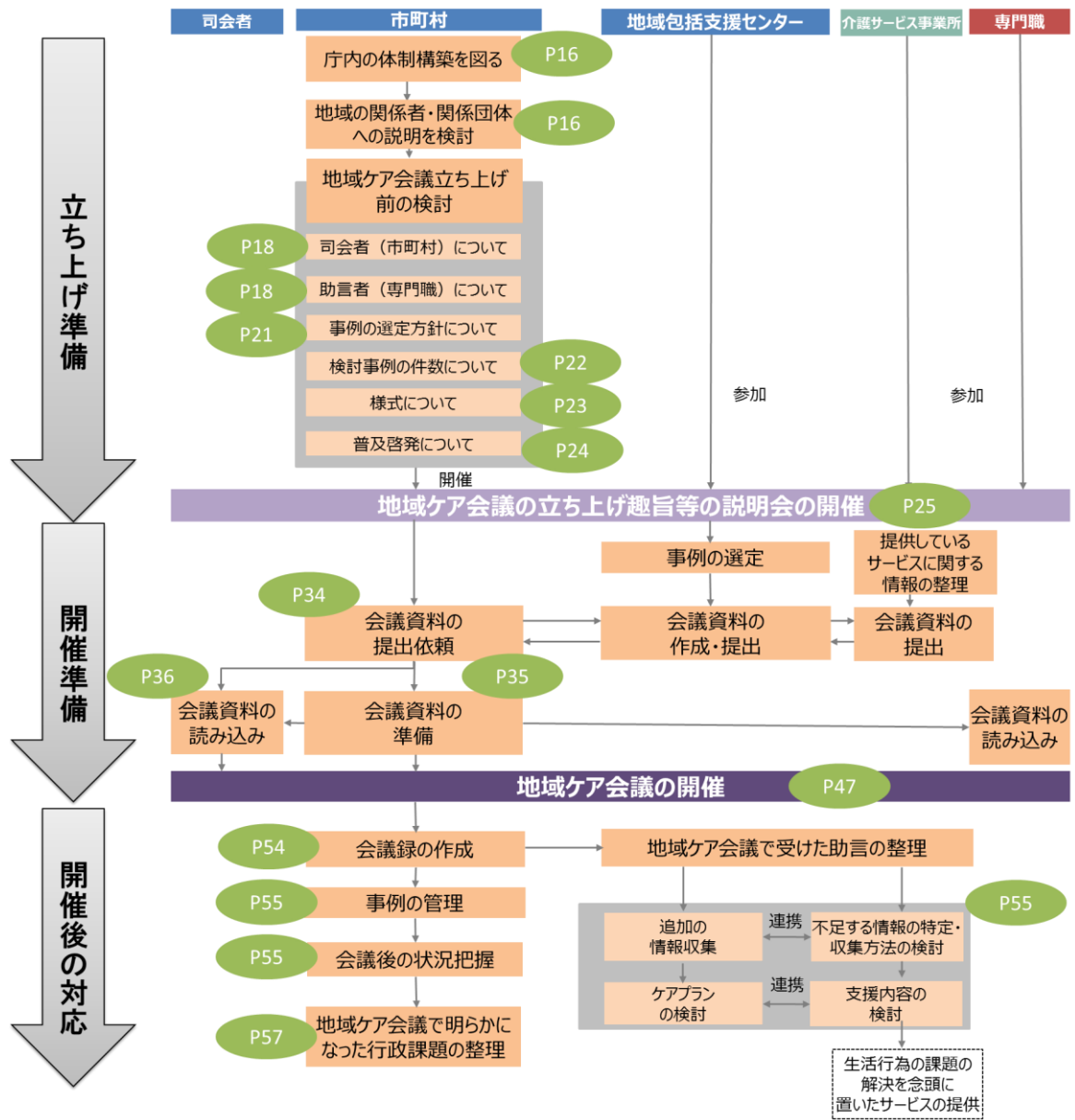
介護予防活動普及展開事業
市町村向け手引き
(Ver. 1)

厚生労働省

目 次

市町村及び地域包括支援センターにおける立ち上げから実践までのフローチャート	1
はじめに	3
第1章 本手引きの背景・目的	5
1 介護予防のための地域ケア個別会議とは	5
2 介護予防のための地域ケア個別会議（以下、地域ケア会議）の実際	9
第2章 地域ケア会議立ち上げに向けた実施事項	15
1 市町村における心構え・留意点	16
2 地域ケア会議立ち上げ前の検討事項	18
3 地域ケア会議の説明会の開催	25
第3章 地域ケア会議開催前の実施事項	32
1 地域ケア会議の開催主体としての準備をする	34
2 司会者としての資料の読み込み	36
第4章 地域ケア会議当日の実施事項	47
1 当日の流れ（例）	48
2 司会進行について	50
第5章 地域ケア会議開催後の実施事項	52
1 事例の検討結果の取り扱いについて	54
2 事例のモニタリングについて	56
3 地域ケア会議で把握された行政課題と対応策の検討	57
先行市町村における取組	59
参考資料	81

市町村及び地域包括支援センターにおける立ち上げから実践までのフローチャート



※ フローチャート内のページ番号は、本手引きのページと一致しています。それぞれの段階での詳細を知りたい場合は、該当のページにお進みください。

はじめに

平成 28 年度から実施している「介護予防活動普及展開事業（以下、本事業）」において、自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア会議について、先行して実施している自治体を参考にして、その考え方や実践手法を整理し取りまとめたのが、本手引きである。

厚生労働省は、団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年（平成 37 年）を目途に、高齢者が重度な要介護状態に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、各地域で、「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを推進している。

特に「介護予防」は、要介護状態の軽減や悪化の防止だけでなく、高齢者が地域で自立した生活がおくれるようにすることを目的としており、これらは、「高齢者本人の自己実現」、「高齢者が生きがいを持ち、自分らしい生活をつくっていただく」ことが重要である。

平成 18 年介護保険法改正により介護予防事業が構成され、その主眼は要支援・要介護状態となるおそれのある高齢者を基本チェックリストで把握し、運動機能や口腔機能の改善などを実施する二次予防事業といったハイリスクアプローチに置かれてきた。一方で、このようなハイリスクアプローチのみならず、高齢者がボランティアとして活躍するなどして、住民の自助による介護予防活動の場を増やす取組や、介護予防サービス等を開始する前に多職種の助言を得ながら介護予防・自立支援に向けた目標設定や支援を判断する地域ケア会議の取組といった介護予防・自立支援の実践事例が生まれた。

これらを踏まえ、平成 26 年介護保険法改正において介護予防の考え方は、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すものへ変遷している。

具体的には住民主体の通いの場の充実をはかる一般介護予防事業や地域ケア会議推進事業等として制度的に位置づけられ、住民主体の通いの場については「地域づくりによる介護予防推進事業」（平成 26 年度から平成 28 年度）によって充実を図ってきたところである。

本事業では、高齢者本人の自己実現に資する介護予防活動や生活支援等サービスを提供し、高齢者の QOL の向上を目指すために、多職種の助言を得ながら、自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア会議の手法を全国で普及展開するものである。地域に元気な高齢者を増やす取組を推進するためにも、本手引きを活用いただきたい。

本手引きの対象は市町村担当者、地域包括支援センター職員になります。

自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア個別会議の立ち上げ・実践の際には、適宜他の手引きを参照して、各関係者と連携していくことが推奨されます。

種別	自治体向け手引き ● 都道府県向け手引き ● <u>市町村向け手引き</u> (本手引き)	専門職向け手引き	事業所向け手引き
対象	地域ケア会議を通じた自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを今後地域で展開していく自治体職員	地域ケア会議で助言する専門職	介護サービス事業所(通所介護)の職員
目的	地域ケア会議を専門職と協働して開催し、自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを実践することを目的として作成	助言者として事例提出者(チーム)が現場で実践しやすい助言をすることを目的として作成	地域ケア会議を通じた自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントが地域で進められる中で、介護サービス事業所としてどのような姿勢や手法で利用者にサービスを提供するかについて理解を深めることを目的として作成

本手引きの本文内で使用しているマークの意味は以下のとおりです。



・・・関連制度・事業等をコラム形式で情報提供しています。

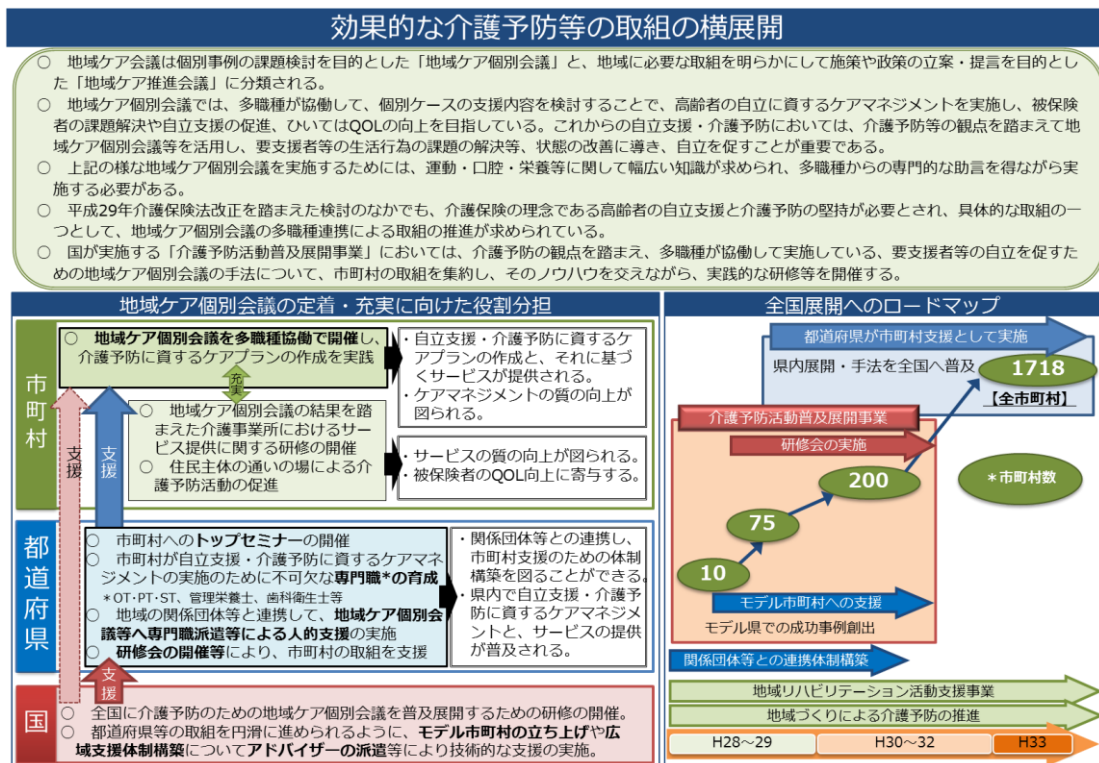
第1章 本手引きの背景・目的

(第1章のねらい)

- ◇ この章では、介護予防のための地域ケア個別会議の目的やこの会議を推進していく意義や背景、また会議の実際の様子などについて解説・紹介しています。
- ◇ 「介護予防のための地域ケア個別会議と何か？」まずは概要を把握しましょう。

1 介護予防のための地域ケア個別会議とは

図表 1 介護予防活動普及展開事業の概要



(1) 介護予防のための地域ケア個別会議の目的

- 「介護予防のための地域ケア個別会議」では、自立支援・介護予防の観点を踏まえて地域ケア個別会議を活用することで「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者のQOLの向上」を目指している。
- 目的である「高齢者のQOLの向上」の実現のために、地域ケア個別会議を活用し、多職種からの専門的な助言を得ることで、ケアマネジメントを実施し、高齢者の生活行為の課題等を明らかにし、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行う。

先行市町村における取組は P59 参照

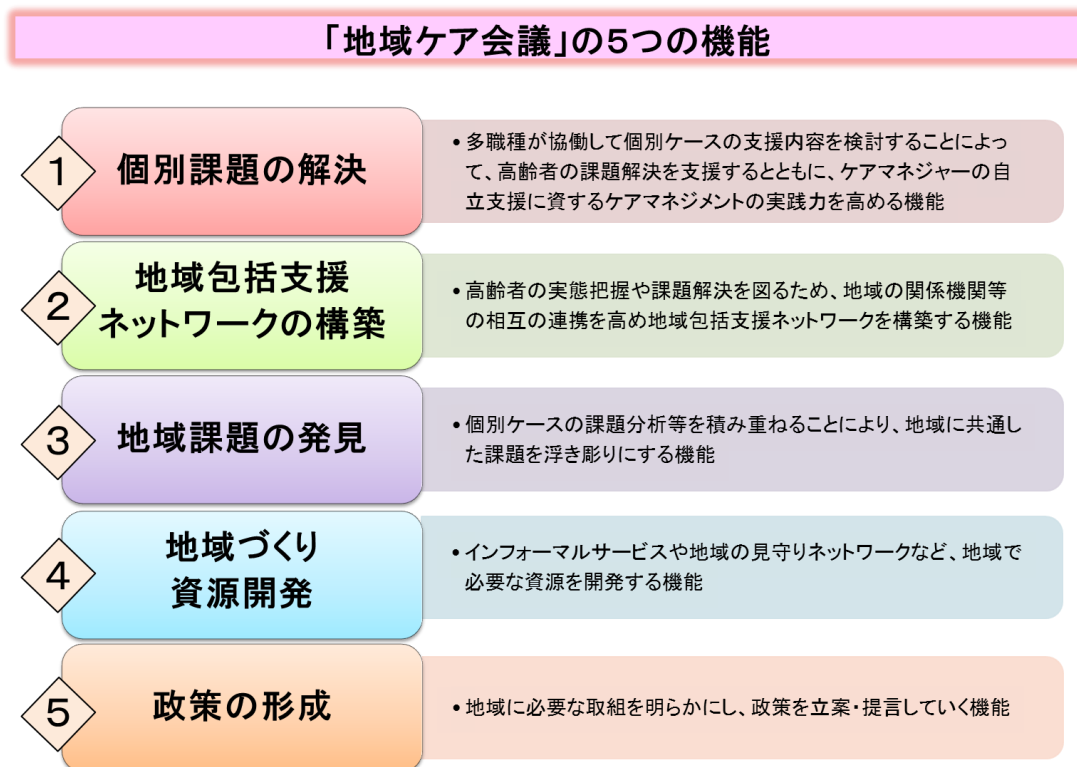
(2) 介護予防のための地域ケア個別会議を推進する意義

- 「地域ケア会議」は介護保険法第 115 条の 48 で定義されており、地域包括支援センターまたは市町村が主催し、設置・運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議」のことを言う。
- 地域ケア会議は開催の目的・方法によって大きく、下記の 2 種類に分かれる。

地域ケア個別会議 ¹	個別事例の課題検討
地域ケア推進会議	地域に必要な取組を明らかにして施策を立案・提言

- 「介護予防のための地域ケア個別会議」は地域ケア個別会議に分類される。
- 地域ケア会議には、①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり資源開発、⑤政策の形成という 5 つの機能がある。

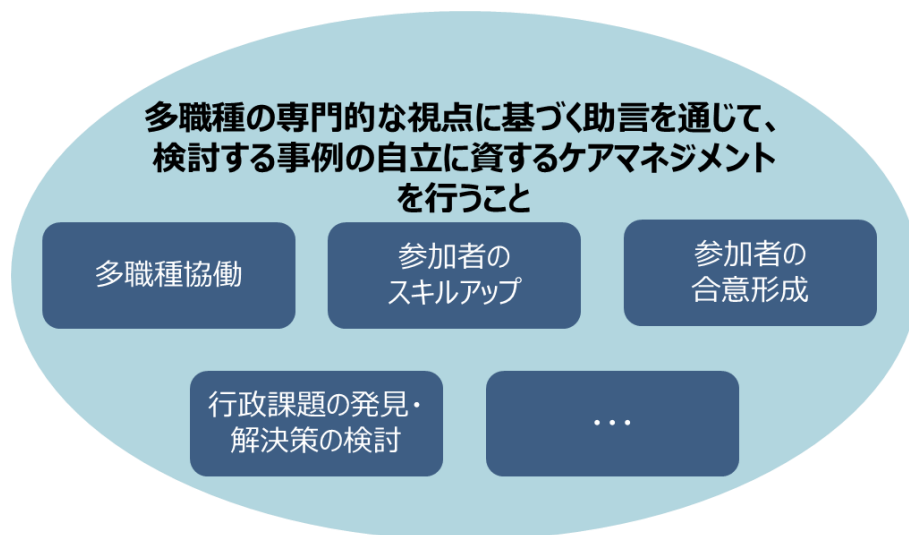
図表 2 地域ケア会議の 5 つの機能



¹「地域ケア個別会議」は、市町村または地域包括支援センターが主催し、検討する事例のサービス担当者に限らず、地域の多職種の視点から課題の解決に向けた検討がなされる。一方、「サービス担当者会議」は、ケアマネジャーが主催し、利用者がそのニーズに応じたサービスを適切に活用できるように、ケアマネジメントの一環として開催するものである。

- 介護予防のための地域ケア個別会議においても P.6 の5つの機能は発揮されるものであり、実践している市町村では、「高齢者の QOL 向上に資すること」に加え、次のような意義が生じている。
- ・ 介護予防のための地域ケア個別会議の参加者が、事例に対する多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得すること（OJT・スキルアップ）
- ・ 介護予防のための地域ケア個別会議で検討する事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源といった行政課題の発見・解決策の検討につながる

図表 3 介護予防のための地域ケア個別会議開催の意義



- 先に記載した意義は参加者によって下記のように例示できる。
 - ・ 自治体関係者にとっては「行政課題の発見・把握」
 - ・ 専門職にとっては「専門職としてのスキルアップ」
 - ・ 介護サービス事業所にとっては「ケアマネジメントやケアの質の向上」
 - ・ 参加者全員にとっては「ネットワークの構築」
- 特に自治体関係者にとっての「行政課題の発見・把握」は、介護予防のための地域ケア個別会議を推進していく上で非常に重要な意義の1つである。
- 市町村は今後、地域ケア会議を通じて、介護保険の保険者という立場で、関係者（地域包括支援センター・介護サービス事業所等）を主導する姿勢が求められる。

図表 4 介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

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案のポイント

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できることとする。
- 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）

- 平成 28 年度には、「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案」（平成 30 年 4 月施行）を示し、この中で「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」と方針を示している。
- より具体的には、自立支援・重度化防止に向けた「保険者機能の強化」に向け、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と目標を介護保険事業計画に明記することを求めている。
- こうした 2025 年に向けた地域包括ケアシステムの構築・保険者機能の強化といった観点からも、各地域において介護予防のための地域ケア個別会議の実践が求められている。

2 介護予防のための地域ケア個別会議（以下、地域ケア会議）の実際

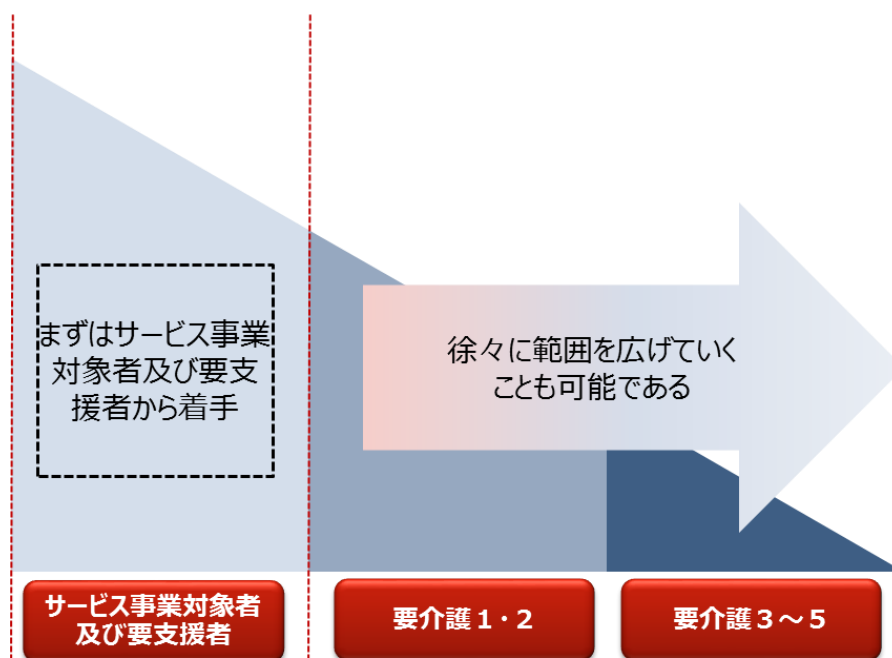
（1）地域ケア会議で取り扱う事例（対象者）

- 本手引きで想定している地域ケア会議は、自立支援・介護予防の観点を踏まえて実施することから、対象者は「サービス事業対象者」「要支援者」を想定している。

先行市町村における取組は P59 参照

- それ以外の対象者（例えば要介護者や困難事例等）については、地域の実情に合わせて徐々に範囲を広げていくことも可能である。

図表 5 地域ケア会議で取り扱う事例（対象者）



- 実際に地域ケア会議で検討する対象者は、サービス事業対象者及び要支援者であっても、人口規模等によって全員を地域ケア会議にかけられないこともあるため、地域の実情に合わせて選定する必要がある。
- なお、先行して実践している市町村においては下記の視点で優先順位をつけて選定している。

【先行事例における対象者選定（例示）】

- ・ サービス事業対象者及び要支援者全員
 - ・ サービス事業対象者及び要支援者のなかでも福祉用具の貸与や住宅改修を伴う事例
 - ・ 生活行為に課題が生じる大腿骨頸部骨折等の筋骨格系疾病により要介護認定に至った者等
- 対象者の選定方法は（2）に述べる地域ケア会議の参加者と共有しておくことが重要である。

(2) 地域ケア会議の参加者

- 地域ケア会議の主要な参加者は、司会者（市町村）／地域包括支援センター／助言者（専門職）／事例提出者（地域包括支援センター職員等のうちプラン作成をした者（以下、プラン作成担当）²・介護サービス事業所）である。
- 参加者の役割は下記である。

司会者（市町村）

- 司会者は市町村職員または、地域包括支援センターが担う。
- 司会者は、地域ケア会議の運営のほか、アセスメントに基づき、出席している助言者から必要なアドバイスを引き出す必要がある。

（司会者以外の市町村職員）

- 検討する事例に応じて、生活保護や生活困窮者対策の担当者、障害福祉の担当者等に出席を求めることも必要である。
- 地域ケア会議の政策形成等につなげていくためにも、地域ケア会議の担当だけではなく、介護保険事業計画担当も参加することが望ましい。

地域包括支援センター

- 地域包括支援センターは事例提出者だけではなく、助言者としての役割も担うことがある。
- 地域包括支援センターからは、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の3職種で出席することが望ましい。

助言者（専門職）

- 助言者として、対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、自立に資する助言をする役割を担う。
- 地域ケア会議に参加する専門職は、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士等が考えられる。
- 全ての職種が毎回地域ケア会議に出席する必要はないが、運動・口腔・栄養等の幅広い観点から助言が貰えるように、常に参加する職種を決めておくことが望ましい。（詳細は P.18～P.20 参照）。
- 出席の他、地域ケア会議の開催にあたり、かかりつけ医、かかりつけ歯科医師がいる事例について、対象者の状態の予後予測や治療方針等について事前に確認するとともに、地域ケア会議での検討結果について情報共有することが重要である。

² 地域包括支援センターの3職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）及びケアプラン作成を受託しているケアマネジャー

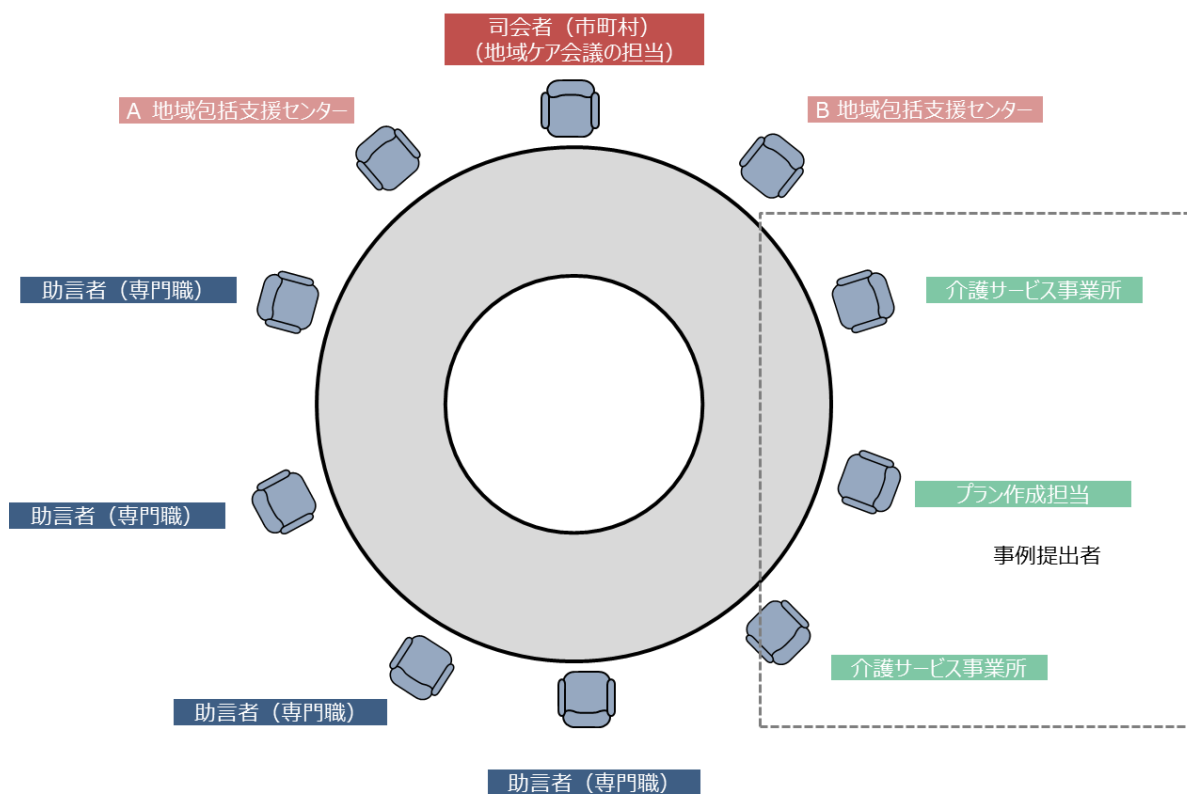
事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）

- 事例提出者は、検討事例のプラン作成担当及び介護サービス事業所の職員になる。
検討する事例を支援するチームとして参加することが望ましい。

留意事項

- 事例の提出の有無に関わらず P.6 で述べた意義があることから、市町村内の居宅介護支援事業所のプラン作成担当や介護サービス事業所等の職員が地域ケア会議に参加できるよう配慮する必要がある。
- また、傍聴者が入る場合には、個人情報の保護に留意されたい。

図表 6 地域ケア会議の配席（例）



(3) 地域ケア会議の当日の進行（例）

- 介護予防のための地域ケア個別会議を実践している自治体では、1事例あたり、おおむね20～30分で検討されている。
- 20～30分という比較的短時間で1事例を検討する理由としては、より多くの事例を検討しより多くの高齢者のQOL向上に資することがあげられる。
- その他、多くの事例を検討することは、より多くのプラン作成担当の事例を検討することができ、また、専門職が助言する機会となり、地域ケア会議の参加者のスキルアップにもつながる。
- 実践している自治体の事例を参考に、地域の実情に合わせた時間設定をする必要がある（当日の進行の具体的な進め方はP.48～P.49参照）。
- 地域ケア会議立ち上げ当初は1事例あたり、おおよそ40～50分を目安に検討することも考えられる。

先行市町村における取組はP59参照

図表 7 地域ケア会議の当日の進め方（例）

実施事項		最短所要時間（目安）	発言者	実施事項	使用する資料	
(1)	開催	1～3分	司会者（市町村）	資料説明	議事次第等	
(2)	1事例目	事例提出者（プラン作成者）より事例の概要説明	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	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
		事例提出者（介護サービス事業所）から支援方針の説明	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	D 提供されているサービスの情報
		質問、助言	10～12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、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）	
		まとめ	2～4分	司会者（市町村）	事例提出者（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	A～D
(6)	2事例目 3事例目					
(7)	閉会	1～3分	司会者（市町村）	次回の開催日時・場所の案内	-	

※ 個人因子…高齢者の身体の状態、生活の状況（ADL・IADL）、意欲・性格、経済状況、認知機能、社会交流の状況などを指します。
環境因子…住居の状況、交通の状況、家族・友人知人との関係、受診状況、サービス事業者・民生委員等との関係などを指します。



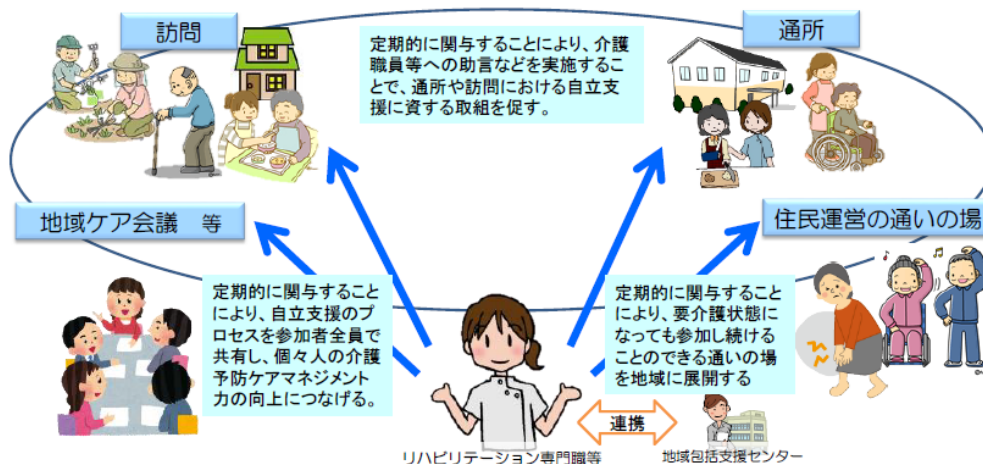
～地域ケア会議に関する各種予算について～

地域ケア会議に関する各種予算も活用しながら、地域ケア会議の立ち上げを検討しましょう。介護予防・日常生活支援総合事業への移行も踏まえ、平成30年度までに全市町村が地域ケア会議を始めとした地域支援事業に取り組めるよう必要な財源を確保しています。

市町村は地域ケア会議の実践・充実のために、リハビリテーション専門職等の関与を促進する（地域支援事業の一般介護予防事業のうち）地域リハビリテーション活動支援事業を活用できます。

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

○ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

また、以下の④地域ケア会議推進事業において、地域ケア会議の立ち上げに係る各種費用について、地域包括支援センター1箇所あたり1,272千円（※）の費用計上が可能となっています。

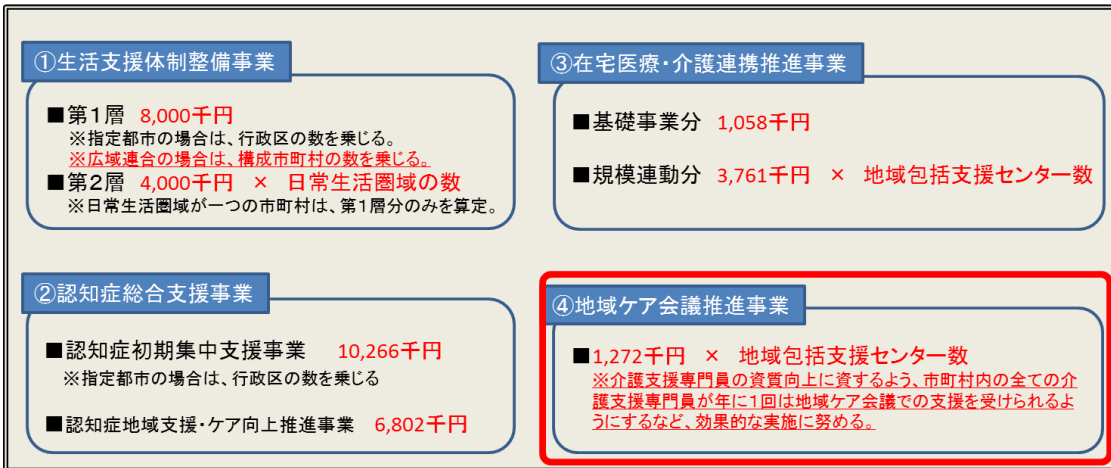
※P.14 に示す、①生活支援体制整備事業、②認知症施策推進事業、③在宅医療介護連携事業、④地域ケア会議推進事業 の算定式の合計額（①+②+③+④）を「標準額」とし、これを基本として各市町村の実情に応じて柔軟に事業費が活用できます。

新しい包括的支援事業(新規4事業)の「標準額」について

以下の①～④の算定式の合計額を「標準額」とし、これを基本として、各市町村の実情に応じて算定した額とする。

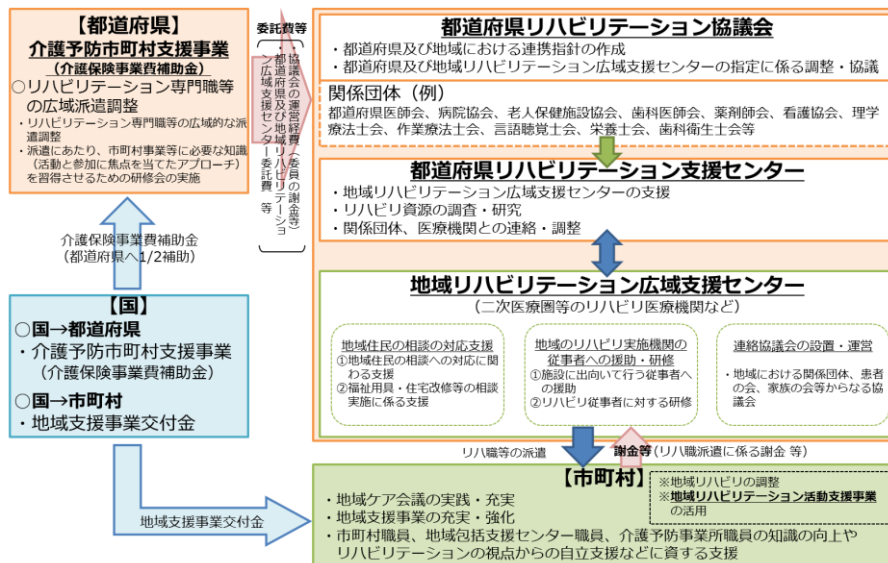
※平成29年度まで(実施の猶予期間)においては、①から④の実施する事業に係る算定式の合計額とする。
※4事業の合計額(「標準額」)の範囲内で柔軟に実施ができる。

※市町村の日常生活圏域の設定状況、地域包括支援センターの整備状況及び事業の進捗等を踏まえて、必要に応じて「標準額」を超えることも可能であり、その場合は厚生労働省に追加額を協議して定めた額まで事業を実施することを可能とする。



都道府県は地域ケア会議の体制整備のために、介護保険事業費補助金等が活用できます。地域ケア会議への派遣が想定されるリハビリテーション専門職等は医療機関等に従事していることが多いため、都道府県医師会等関係団体と連携して、下図のような派遣体制を構築するとともに、このような派遣体制の下、医療機関と自治体が契約等に基づき、リハビリテーション専門職等が業務の一環として派遣されることが重要です。

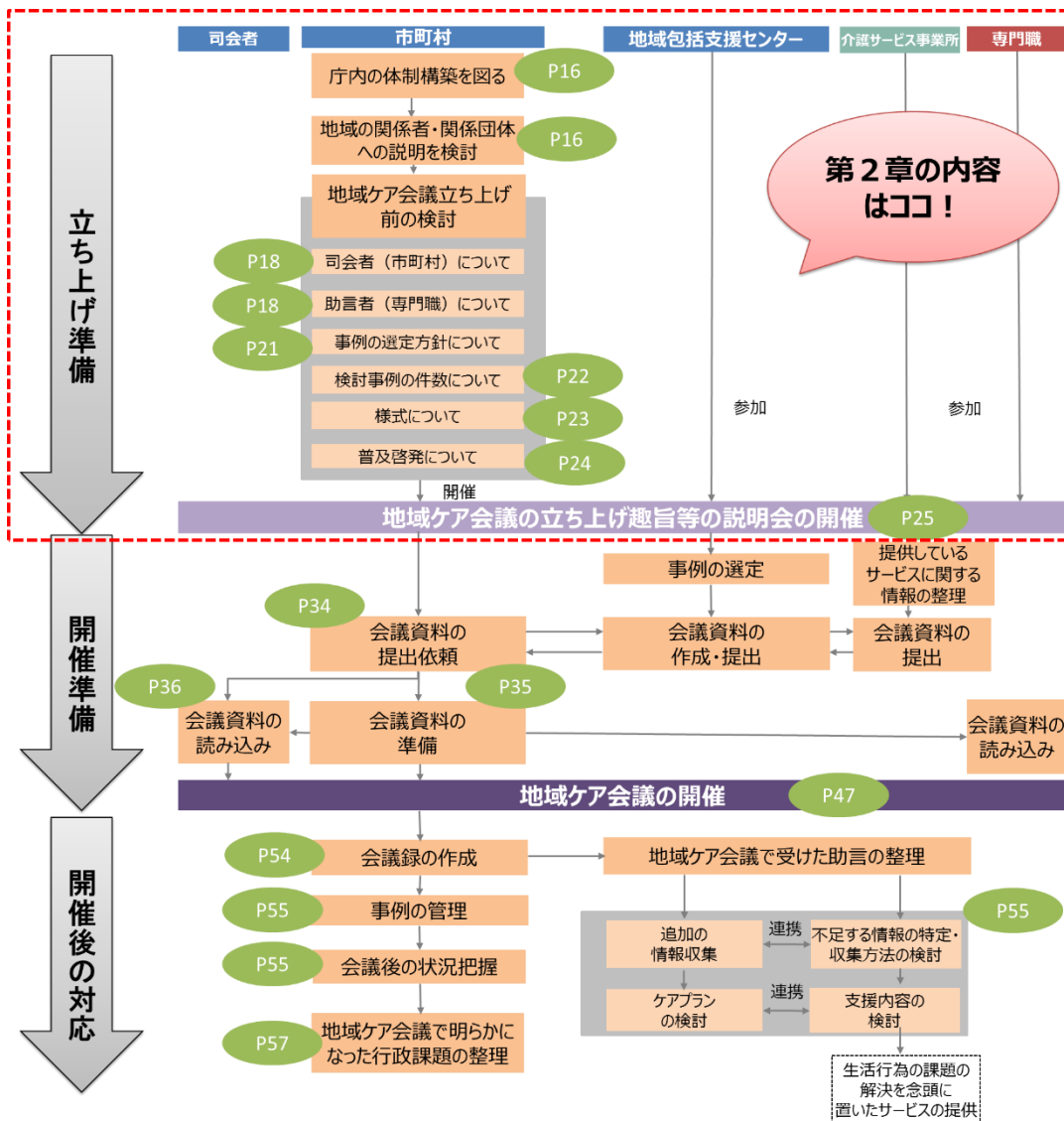
地域リハビリテーションの体制について



第2章 地域ケア会議立ち上げに向けた実施事項

(第2章のねらい)

- ◇ この章では、介護予防のための地域ケア個別会議の立ち上げにあたって市町村が持つべき心構え・留意点、検討事項、説明会の開催方法などについて解説しています。
- ◇ 介護予防のための地域ケア個別会議を立ち上げるための必要なことは何かをつかみましょう。



1 市町村における心構え・留意点

ここでは、地域ケア会議を立ち上げるための心構え・留意点について解説します。

(1) 地域ケア会議を有効に活用するための庁内の体制構築を図る

地域ケア会議の立ち上げのための内部体制を構築しましょう

スタートアップ

まずは地域ケア会議の担当が中心となって地域ケア会議の立ち上げを進めましょう。検討する事例に応じて障害福祉、生活保護の関係の担当にも参加してもらいましょう。

ステップアップ

徐々に、介護保険事業計画関係の担当にも参加してもらいましょう。介護予防・生活支援サービス事業等の創出のためにも、生活支援コーディネーター等にも働きかけを行いましょう。

地域ケア会議を推進していく上で、市町村内部での意識統一は重要です。

検討する事例の中には、障害や生活困窮など生活行為の課題以外の問題を抱えている場合があります。検討する事例の内容によっては、障害福祉関係、生活保護関係など、関連する他の部局課からの担当者の参加が必要と言えます。

また、地域ケア会議を通じて「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い、自立支援・介護予防につなげること」の過程や事例の集積により、様々な行政課題の発見につながることがあります。地域ケア会議の議論の中で浮き彫りになった行政課題の共有、解決策の介護保険事業計画への反映といった点を踏まえると、介護保険事業計画関係の担当者の参加も望ましいと言えます。

そのため、地域ケア会議の担当単独で進められるものではなく、担当以外の部署と横断的に進める必要があります。関係する部署には、地域ケア会議の意義・目的を伝えた上で、主となる担当者に会議に参加してもらえるよう働きかけを行いましょう。すべての関係する部署が毎回地域ケア会議に出席する必要はなく、検討する事例の内容に応じて、出席調整を行う視点も必要です。

(2) 地域の関係者・関係団体への説明の必要性

「高齢者のQOLの向上」を実現していくためにも、市町村は、郡市区医師会等関係団体や関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）と連携しながら、なぜ介護予防のための地域ケア会議に取り組むのか理由を説明し、理解を求める必要があります。

説明の際は、介護予防のための地域ケア会議に取り組むという方針を示すことに加え、「地域ケア会議に事例を提出、検討し、それに基づいたケアを提供することにより、利用者がどのようになっていくか」という一連の流れの具体例を示すことも重要です。

また、例えば、プラン作成担当にとっては、日々の業務に加え、地域ケア会議に出席することや資料作成が必要になることから、年間のスケジュールや資料の様式を統一して示すなど、効果的・効率的な運営について示す必要があります。

その他、利用者や家族にとっては、自立に資するケアプランに基づくケアの提供により、ADL、IADL³が向上し、結果として介護等を必要とする状態が改善する可能性があります。それらに対応するために介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業を活用した住民主体の通いの場などの充実を図ることも重要です。

地域ケア会議の実践以外の事項も含め、市町村として介護保険事業計画等に基づいた方針を説明し、地域の関係者・関係団体の理解を得ましょう。

³ ADL (Activities of Daily Living (日常生活動作)) とは日常生活を営む上で、普通におこなっている行為 (例えば食事、排泄、整容、移動、入浴等) のこと。

IADL (Instrumental Activity of Daily Living (手段的日常生活動作)) とは日常生活を送る上で必要な動作のうち、ADL より複雑で高次の動作 (例えば買い物、洗濯、掃除等の家事全般、金銭管理・服薬管理等) のこと。

2 地域ケア会議立上げ前の検討事項

ここでは、地域ケア会議を実際に立ち上げる前に、市町村内で検討すべきことについて解説します。

(1) 司会者（市町村）について

まずは、地域ケア会議の司会者（市町村）の役割を誰が担うのかを決めましょう。

司会者（市町村）は、地域ケア会議の進行役であり、議論のまとめ役でもあり、地域ケア会議の要であると言えます。地域ケア会議における司会者（市町村）の役割・準備事項・司会進行の際のポイントは P.49～P.50 を参考にしてください。



先行市町村における取組は P59 参照

(2) 助言者（専門職）について

次に、地域ケア会議に参加する助言者（専門職）について検討を進めましょう。

① 助言者として参加する職種の判断

市町村は、助言者（専門職）のうち、どの職種にどのような位置づけで参加してもらうのが望ましいかを考える必要があります。

地域ケア会議に参加する専門職は、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士等が考えられます。全ての職種が毎回地域ケア会議に出席する必要はありませんが、運動・口腔・栄養等の幅広い観点から助言が得られるように、常に参加する職種を決めておくことが望ましいと言えます。

図表 8 で各職種の役割をご紹介します。

図表 8 地域ケア会議の助言者（専門職）の役割

助言者（専門職）	役割
医師	<p><出席する場合> 病状や障害を把握した上で、医学的な観点から事例の予後予測、対象者の動作や活動についての助言を行います。</p> <p><出席しない場合> 事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）が医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前に文書等による情報提供が必要です。</p> <p><留意点> かかりつけ医のいる事例については、事例の予後予測や治療方針等について事前に文書等で確認するとともに、地域ケア会議で検討後は検討内容を文書等で報告することが重要です。（かかりつけ医師がいない場合の対応は P.20 参照）。</p>
歯科医師	<p><出席する場合> 歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言を行い、事例の予後予測を行います。</p> <p><出席しない場合> 歯科衛生士及び事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）が歯科医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前にコメントしておくという形で関わることもできます。</p> <p><留意点> かかりつけ歯科医のいる事例については、事例の予後予測や治療方針等について事前に確認するとともに、地域ケア会議で検討後は検討内容を報告することが重要です。</p>
薬剤師	<p>事例に処方されている薬に関する情報提供（重複投薬・副作用等）及び服薬管理の観点からの助言を行います。</p>
理学療法士	<p>主に基本動作能力（立ち上がり、立位保持、歩行等）の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。</p>
作業療法士	<p>主に応用的動作能力（食事・排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。</p>

助言者（専門職）	役割
言語聴覚士	主にコミュニケーション（話す）・聴覚（聞く）・摂食（食べる）に障害を抱える事例に対し、各能力の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。
管理栄養士 栄養士	日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点から、助言を行います。
歯科衛生士	口腔衛生の観点からの助言を行います。 歯科医師が地域ケア会議に出席することが難しい場合は、事前に歯科衛生士が、歯科医師から歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言や事例の予後予測について情報を得るといった形で連携をとることが求められます。



～地域ケア会議にかける事例選定とかかりつけ医との関係～

かかりつけ医がいる事例については、かかりつけ医に予後予測や治療方針を十分に文書等で確認した上で地域ケア会議に臨み、地域ケア会議終了後にかかりつけ医に検討結果を文書等で報告することが重要です。

地域ケア会議の開催に際して必要となるかかりつけ医の予後予測や治療方針について、文書による情報提供を受ける場合においては地域支援事業交付金の活用が可能です。

また、地域ケア会議終了後には、かかりつけ医に検討結果を報告する必要があります。かかりつけ医のいない「サービス事業対象者」の事例で、地域ケア会議の検討の結果、医師の判断を要するとされた場合には、医療機関の受診先の希望がない時、受診先について郡市区医師会の協力を仰ぐことが考えられます。

② 実際に地域ケア会議に参加する専門職の派遣体制

次に、実際に地域ケア会議に参加する専門職の派遣体制の確認をしましょう。

派遣体制としては、各都道府県が構築している専門職の派遣体制の仕組みを活用する方法や、郡市区医師会等関係団体と連携して専門職を派遣受ける方法等が考えられます。

まずは都道府県に、どのような派遣の仕組みがあるのか問い合わせてみましょう。都道府県に専門職の派遣の仕組みがある場合は、その仕組みを活用して専門職を地域ケア会議に派遣する手続きをとりましょう。

都道府県に専門職の派遣にかかる仕組みがない場合、市町村が郡市区医師会等関係団体や医療機関と連携して、専門職を地域ケア会議に派遣する調整を行いましょう。

(3) 事例の選定方針について

次に、地域ケア会議で検討する事例の選定方針を決めましょう。

地域ケア会議の立ち上げ当初は、事例の詳しい状況がわかっているような地域包括支援センターが提出できる事例や、新規の「サービス事業対象者」「要支援者」事例を対象にすることが考えられます。

また、サービスを継続しているケースを検討する場合には、現在の対象者の状態とサービス内容の相違がある事例等を支援することを考えましょう。

実際には、地域ケア会議で検討を必要とする対象者数によっては、すべてのサービス事業対象者や要支援者を地域ケア会議にかけられないこともあるため、地域の実情に合わせて事例を選定する必要があります。

なお、先行して実践している市町村においては下記の視点で優先順位をつけて選定しています。

【先行事例における対象者選定（例示）】

- ・ サービス事業対象者及び要支援者全員
- ・ サービス事業対象者及び要支援者のなかでも福祉用具の貸与や住宅改修を伴う事例
- ・ 生活行為に課題が生じる大腿骨頸部骨折等の筋骨格系疾病等により要介護認定に至った者 等



先行市町村における取組は P59 参照

(4) 検討事例の件数について

次に、地域ケア会議でどの程度事例を検討するかの方針を決めましょう。

地域ケア会議の1事例あたりの時間を決めましょう

スタート アップ

まずは1事例あたり40～50分程度の検討時間を目安に進行しましょう。

ステップ アップ

徐々に、1事例あたり20～30分程度の検討時間となるよう、会議の進行に留意しましょう。

まずは「(3) の事例の選定方針から年間どのくらいの件数を検討する必要があるのか」「1回あたり何事例検討するか」「1事例あたり何分で検討するか」等の視点で整理してみましょう。

先行的な自治体を参考にすると、地域ケア会議の1事例あたりの検討時間は20～30分程度が1つの目安になります。

自立支援に向けたケアマネジメントという趣旨を理解した上で資料を読み込み、当日様々な職種（各分野の専門家）と検討する事例について課題を整理し、合意形成を図るには経験が必要とします。つまり、1事例あたりの検討時間を左右するのは、司会者（市町村）・参加者の慣れだと言えます。

そのため、地域ケア会議立ち上げ当初は1事例あたり40～50分を目安にしてもよいでしょう。その後、司会者（市町村）・参加者が進行手法に慣れてきたら、常に時間を意識して会議を進行することが大切です。これにより各地域で検討する事例数が決まってきます。

また、前項「(3) 事例の選定方針について」で述べた事例の選定方針によって、年間どのくらいの人数を検討する必要があるのかを推計できます。

これらを考慮した上で、年間どのくらいの事例数を事例検討するかのグランドデザインを描くようにしましょう。

(5) 様式について

地域ケア会議でどのような資料（様式）を使うのかの方針を決めましょう。

各資料の様式を統一することで、地域ケア会議を効果的・効率的に進めることができます。

個別援助計画など統一の様式が示されていないものについては市町村や都道府県で統一の様式とすることが望まれます。

地域ケア会議で使用する当日資料は、地域ケア会議を進める上で非常に重要な要素になります。事例検討の際、必要な情報としては、大きくは「基本情報」「アセスメント情報」「ケアプラン」「提供されているサービスの情報」があります。それぞれの情報収集・資料作成者は図表9のとおりです。

図表 9 地域ケア会議の資料一覧（各資料の詳細は P.37 参照）

情報			情報収集・資料作成者	
			プラン作成担当	介護サービス事業所
A	利用者に関する情報	<ul style="list-style-type: none"> 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 など、検討する事例の全体像を把握する情報	○	
B	アセスメント情報	<ul style="list-style-type: none"> 課題整理総括表 	○	
C	ケアプラン	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン 	○	
D	提供されているサービスの情報	<ul style="list-style-type: none"> 各事業所における個別援助計画 		○
E	その他	<ul style="list-style-type: none"> 主治医意見書 お薬手帳のコピー 会議の要点をまとめたもの 		

(6) 普及啓発について

住民への普及啓発についても方針を決めましょう。

市町村は、地域ケア会議に参加する関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）だけでなく、住民の方にも「介護予防を推進する」という方針を周知することが大切です。

また、利用者や家族にとっては、自立に資するケアプランに基づくケアの提供により、ADL、IADLが向上し、結果として介護等を必要とする状態が改善する可能性があります。それらに対応するために介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業を活用した住民主体の通いの場などの充実を図る必要があります。

重要なのは、保険者である市町村が、「高齢者のQOLを向上するために自立支援を行う」ために地域ケア会議を立ち上げていく、という方針を伝えることです。

ADL、IADLが向上し、結果として介護等を必要とする状態が改善した場合に対応するため、市町村が、介護予防・日常生活支援総合事業を活用して多様な主体によるサービスを展開していること、また、ADL、IADLが向上した高齢者自身も通いの場等の担い手として参加するなど、このような社会参加や社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながることを伝えましょう。

具体的な普及啓発の方法としては、一般介護予防事業などで住民の市民向け出前講座を開催することやパンフレット作成などが考えられます。

また、このような対応をする上でも、市町村は、地域ケア会議で浮き彫りになった行政課題と介護予防・日常生活支援総合事業の活用を同時並行で考えていく必要があります。



先行市町村における取組は P59 参照

3 地域ケア会議の説明会の開催

ここでは、地域ケア会議の説明会について解説します。

地域ケア会議を開催する上では、市町村は関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）と、「なぜ介護予防の観点で地域ケア会議を実施していくのか」との認識や「高齢者の QOL を向上するために自立支援を行う」といった方針を共有することが必要です。

市町村が介護予防の観点で地域ケア会議を実施する目的を十分に説明し、関係者の納得を得なければ、地域ケア会議の立ち上げは困難となります。そのため、市町村においては郡市区医師会等関係団体や介護関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）への説明を行い、地域ケア会議と一緒に立ち上げていく、という体制を構築することが求められます。

説明会における説明方法については、(1)～(3)を参考にすると良いでしょう。

(1) 各地域の介護保険を取り巻く現状を共有する

「認定率」「サービス事業対象者数及び要支援者数」の将来推計等を含めた地域の現状の分析結果を、客観的なデータを用いて説明します。



～地域包括ケア「見える化」システムについて～

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムです。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供されます。

説明会開催の資料を作成する際、地域包括ケア「見える化」システム (<https://mieruka.mhlw.go.jp/>) を活用しましょう。

厚生労働省
地域包括ケア「見える化」システム

地域包括ケア「見える化」システムとは | 地域包括ケア「見える化」システム運営方針 | 関連情報

お知らせ (3月29日)システムのバージョンアップのお知らせ
地域包括ケア「見える化」システムがバージョンアップいたしました。

(バージョンアップ後に追加された指標・機能)

- 第1号被保険者の性・年齢構成の影響を除いた第1号被保険者1人あたり給付月額追加
- 日常生活圏域ニーズ調査関連指標の追加
- 在宅サービス給付単位数分布（要介護度別）、定員、要支援・要介護者1人あたり定員 他
- 日常生活圏域ニーズ調査設計情報登録機能

システムご利用前の準備について
(登録済みサイトへの登録)

▼登録済みの方

ログイン

▼初めての方

新規利用者登録

▼利用マニュアル

ダウンロード

▲トップへ戻る

地域包括ケア「見える化」システムとは

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムです。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供されます。

本システム利用の主な目的は、以下のとおりです。

- 地域間比較等による現状分析から、自治体の課題抽出をより容易に実施可能とする
- 同様の課題を抱える自治体の取組事例等を参照することで、各自治体が自らに適した施策を検討しやすくする
- 都道府県・市町村内の関係者全員が一元化された情報を閲覧可能となることで、関係者間の課題意識や互いの検討状況を共有することができ、自治体間・関係部署間の連携が容易になる

(2) 「自立支援」の考え方を共有する

市町村は「自立支援」という地域ケア会議の前提について説明します。



～自立支援とは～

「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。

すなわち、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することです。この考え方は、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 第1条、第2条第2・3・4項、第4条 の概要】

- ・ 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、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、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。
- ・ 保険給付は、要介護状態の軽減又は悪化防止、医療との連携に充分配慮して行われなければならない。
- ・ 保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- ・ 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する必要がある。
- ・ 加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリ・福祉サービスを利用し、その有する能力の維持向上に努める。

(3) 地域ケア会議の手法を共有する

地域ケア会議の手法の共有については、「2 地域ケア会議立ち上げ前の検討事項の(1)～(6) (P.18～P.24 参照)」それぞれの関係者の役割、事例の選定方針、スケジュール、様式、啓発方法等について説明します。

説明会の際に、以下のように例示を用いて説明することにより、理解を深めることに役立ちます。

実施概要 (年間スケジュール)

地域ケア会議の年間スケジュールを示したものです。これにより、事例提出者は、いつ誰がどの事例を出すのかの準備を進めることができます。

図表 10 地域ケア会議の実施概要 (年間スケジュール) (例)

平成〇年度 〇〇市地域ケア会議実施概要			
◆ 目的			
介護保険の理念に基づき、高齢者の自立支援及び生活の質(QOL)の向上に資するケアマネジメントと、それに基づく介護の提供をするため、多職種協働による地域ケア会議を開催する。			
◆ 平成〇年度年間スケジュール: <u>合計 10 回 年間合計 31 事例(2～4事例/1回)</u>			
開催日	開催時間	場所	事例数
4月〇日(〇)	14:00～16:00	〇〇地域包括支援センター	2
4月〇日(〇)	14:00～16:00	〇〇地域包括支援センター	2
5月〇日(〇)	14:00～16:00	〇〇地域包括支援センター	2
5月〇日(〇)	14:00～16:00	〇〇地域包括支援センター	2
6月〇日(〇)	14:00～16:00	〇〇地域包括支援センター	3
6月〇日(〇)	14:00～16:00	〇〇地域包括支援センター	3
7月〇日(〇)	14:00～16:00	〇〇地域包括支援センター	3
...
◆ 主な参加者(予定)			
・ 保険者:〇〇市			
・ 地域包括支援センター:〇〇地域包括支援センター			
・ 専門職:医師・歯科医師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・栄養士・歯科衛生士等			
・ プラン作成担当:対象事例のプラン作成者			
・ 介護サービス事業所:対象事例のサービス提供事業所			
◆ 対象事例			
平成〇年度は要支援1～2・総合事業対象及び住宅改修・福祉用具貸与購入のケースとする。			

会議資料の提出スケジュールの提示

地域ケア会議の開催に向けてスムーズに資料提出が進むよう、会議資料の提出スケジュールも説明会で明示しましょう。

図表 11 地域ケア会議当日までの準備事項（例）

	市町村	司会者 (市町村)	事例提出者	助言者 (専門職)
会議 2週間前	<input type="checkbox"/> 会議資料作成の 提出依頼		<input type="checkbox"/> 検討事例の アセスメント <input type="checkbox"/> 介護サービス 事業所との 打ち合わせ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 会議資料の 受取り・確認 <input type="checkbox"/> 会議資料の準備 <input type="checkbox"/> 会議資料の 関係者への送付			
会議 数日前		<input type="checkbox"/> 会議資料の 受取り <input type="checkbox"/> 会議資料の 読み込み		<input type="checkbox"/> 会議資料の 受取り <input type="checkbox"/> 会議資料の 読み込み
会議当日	全員参加			

地域ケア会議当日の進め方

こちらは地域ケア会議の当日の進め方を示したものです。これにより、いつどのタイミングで誰がどの資料を使ってどんな説明をするのかがイメージできます。

図表 12 地域ケア会議の当日の進め方（例）（再掲）

実施事項		最短所要時間（目安）	発言者	実施事項	使用する資料	
(1)	開催	1～3分	司会者（市町村）	資料説明	議事次第等	
(2)	1事例目	事例提出者（プラン作成者）より事例の概要説明	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	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)		事例提出者（介護サービス事業所）から支援方針の説明	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	D 提供されているサービスの情報	
(4)		質問、助言	10～12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、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	2～4分	司会者（市町村）	事例提出者（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	A～D
(6)	2事例目 3事例目					
(7)	閉会	1～3分	司会者（市町村）	次回の開催日時・場所の案内	—	

※ 個人因子…高齢者の身体の状況、生活の状況（ADL・IADL）、意欲・性格、経済状況、認知機能、社会交流の状況などを指します。
環境因子…住居の状況、交通の状況、家族・友人知人との関係、受診状況、サービス事業者・民生委員等との関係などを指します。

会議資料チェックリスト

地域ケア会議の統一した資料（様式）を示すとともに、このような提出用のチェックリストも作成し、示すことにより、事例提出者が会議資料を提出する際の確認及び、市町村においても資料の抜けもれの確認をすることができます。具体的な資料は P.81 参照。

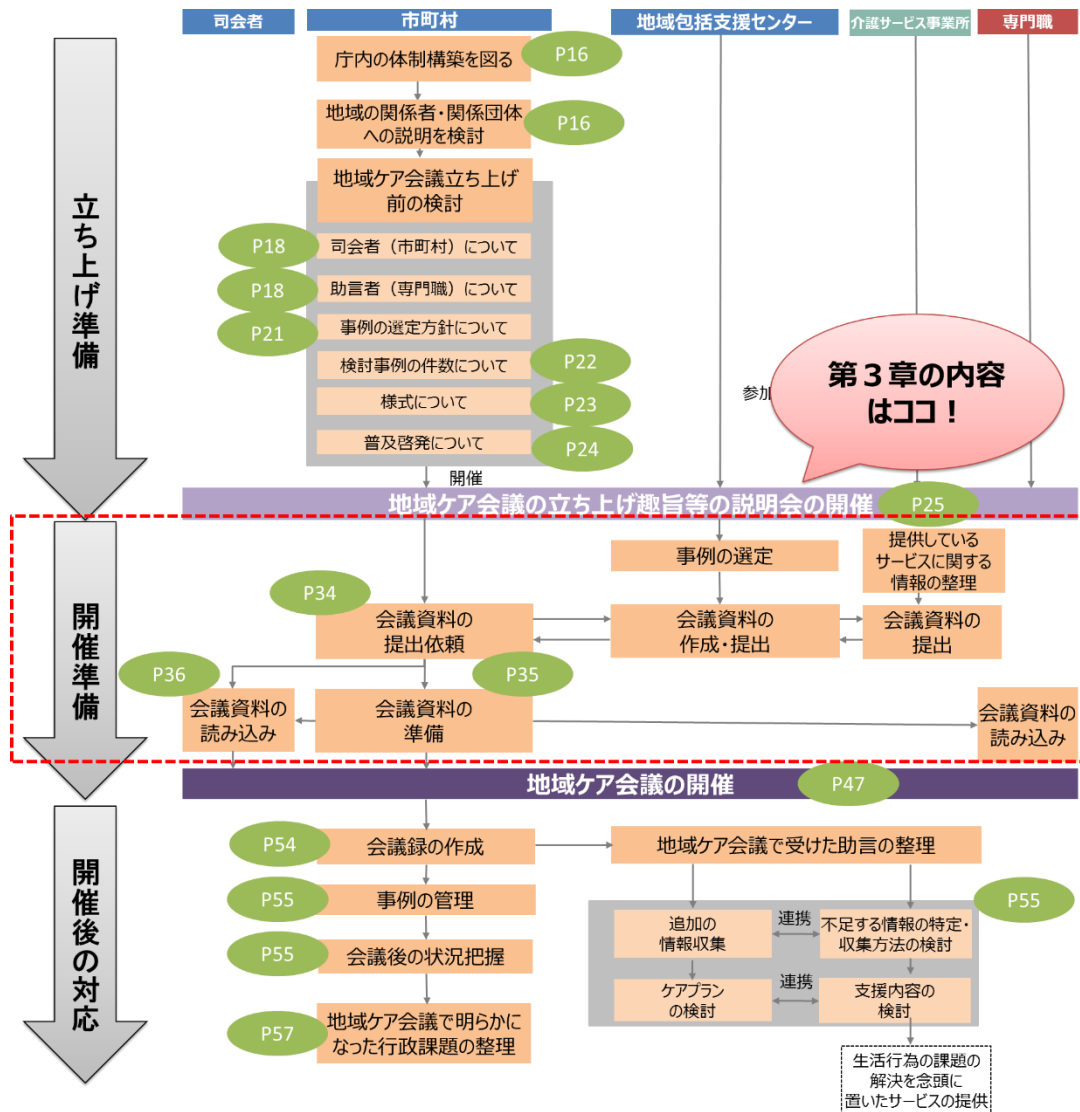
図表 13 地域ケア会議の会議資料チェック表（例）

〇〇市地域ケア会議 会議資料チェック表	
～注意事項～	
<ul style="list-style-type: none">・ 1 事例ごとに、資料の右下に通し番号を付与してください（手書きでも結構です）。・ 各事例の個人名はイニシャルにして提出してください。・ 地域ケア会議の開催 1 週間前に〇〇市地域包括ケア課に提出してください。遅れる場合は必ずご連絡ください。	
【プラン作成担当作成資料】	
<input type="checkbox"/> 利用者基本情報	
<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト	
<input type="checkbox"/> 課題整理総括表	
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画表	
<input type="checkbox"/> 主治医意見書	
<input type="checkbox"/> 服薬処方箋のコピー	
<input type="checkbox"/> . . .	
<input type="checkbox"/> . . .	
【介護サービス事業所作成資料】	
<input type="checkbox"/> 個別援助計画（訪問介護）	
<input type="checkbox"/> 個別援助計画（通所介護）	
<input type="checkbox"/> . . .	

第3章 地域ケア会議開催前の実施事項

(第3章のねらい)

- ◇ この章では、地域ケア会議当日までの具体的な準備事項について、開催主体・司会者の観点からそれぞれ解説しています。
- ◇ 介護予防のための地域ケア個別会議の「開催主体」「司会者」それぞれの立場からどのような準備が必要かをつかみましょう。



ここでは、地域ケア会議開催前に、具体的に市町村が実施する内容について解説します。

図表 14 地域ケア会議当日までの準備事項（例）

	市町村	司会者 (市町村)	事例提出者	助言者 (専門職)
会議 2週間前	<input type="checkbox"/> 会議資料作成の 提出依頼		<input type="checkbox"/> 検討事例の アセスメント <input type="checkbox"/> 介護サービス 事業所との 打ち合わせ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 会議資料の 受取り・確認 <input type="checkbox"/> 会議資料の準備 <input type="checkbox"/> 会議資料の 関係者への送付			
会議 数日前		<input type="checkbox"/> 会議資料の 受取り <input type="checkbox"/> 会議資料の 読み込み		<input type="checkbox"/> 会議資料の 受取り <input type="checkbox"/> 会議資料の 読み込み
会議当日	全員参加			

1 地域ケア会議の開催主体としての準備をする

ここでは、地域ケア会議開催前に、市町村が地域ケア会議の開催主体として何を準備するかについて解説します。

(1) 会議資料の提出依頼

市町村は、事例提出者に対し、会議資料の提出依頼をします。

地域ケア会議の開催に向けてスムーズに資料提出が進むよう、説明会（詳細は P.25）でも会議資料の提出スケジュールを明示しましょう。会議資料のメ切は、会議当日の1週間～10日前を目安にするとよいでしょう。

会議資料の提出前に、事例提出者は、事例を選定し、事例に関する資料に明らかに不足している情報がないか等の確認作業を行う必要があります。

これらを踏まえ、市町村は余裕を持って提出スケジュールを事例提供者に示し、会議資料の提出依頼を行いましょ。

(2) 会議資料の受け取り・確認

会議資料を受け取った後、市町村は以下は地域ケア会議の会議資料チェック表を活用し抜けもれがないか確認を行いましょ。

個人情報の取り扱い

地域ケア会議の資料には個人情報が多く含まれます。そのため、各市町村の条例に基づき対応しましょ。(例えば、氏名や個人を特定する情報を、イニシャルにする、誓約書を記入してもらい会議資料の持ち帰りは認めないなどの対応が考えられます。)



～地域ケア会議における個人情報の取り扱いについて～

地域ケア会議では多くの個人情報を取扱います。そのため、市町村は地域ケア会議の立上げ時に、関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）に個人情報の守秘義務の周知について説明する必要があります。説明の際には、個人情報の守秘義務が介護保険法に基づく内容であることをきちんと説明しましょう。

【介護保険法（第115条の48第5項、第205条2項）の概要】

- ・ 関係者に対して法律上の守秘義務を課すことで、地域ケア会議で個別事例を扱うことに対して、利用者へ家族からの理解が得やすくなる。
- ・ 参加者による情報交換等が円滑に行われるようになる。

※守秘義務違反の場合は一年以下の懲役・百万円以下の罰金。

（3） 会議資料の準備

P.23 に示した会議の資料一覧の他に会議次第、参加者リストなどの作成もしましょう。当日効率的に検討を進めるため、1事例の資料を束にし、連番を振っておきましょう。

（4） 会議資料の関係者への送付

会議資料を集約した後、市町村は会議資料を事前に関係者（助言者（専門職）地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）に配布しましょう。

2 司会者としての資料の読み込み

以下でそれぞれの資料を読み込む際のポイントを解説します。

図表 15 地域ケア会議の資料一覧（例）

情報			情報収集・資料作成者	
			プラン作成 担当	介護サービス 事業所
A	利用者に関する 情報	<ul style="list-style-type: none"> 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 など、検討する事例の全体像を把握する情報	○	
B	アセスメント 情報	<ul style="list-style-type: none"> 課題整理総括表 	○	
C	ケアプラン	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン 	○	
D	提供されている サービスの情報	<ul style="list-style-type: none"> 各事業所における個別援助計画 		○
E	その他	<ul style="list-style-type: none"> 主治医意見書 お薬手帳のコピー 会議の要点をまとめたもの 		

A 利用者に関する情報

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

利用者基本情報			
《基本情報》 ・ 性別、年齢、日常生活自立度の尺度などから、本人の状況をイメージしましょう。 ・ 住居や経済状況といった環境も重要な要素です		担当者: ○○ ○○	
相談日			<input checked="" type="radio"/> 初回 <input type="radio"/> 再来(前 /)
本人の現況	(在宅)入院または入所中()		
フリガナ 本人氏名	A	男・女	昭和○○年○○月生(85)歳
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・IIIa・IIIb・IV・M	
限定情報	非該当・要支1・ <u>要支2</u> ・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～ 月 日 (前回の介護度なし)		
障害等認定	身障()療育()精神()難病()		
本人の住居環境	(自宅)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...		
来所者(相談者)	○○ ○○		家族構成 ○ = 本人、○ = 女性、□ = 男性 ● = 死亡、☆ = ケーパ-リ- 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	同上	続柄 長女	
緊急連絡先	氏名	続柄 住所・連絡先	
	○○ ○○	長女 同上	
家族関係等の状況 本人、長女の2人暮らし。長男は○○市在住。次男は○○県に在住。家族関係は良好。			

- 家族構成なども重要な要素です。
- 介護者がいる場合には、心身に負担感が生じていないか、独居の場合には近隣等からの支援(見守り等)が得られているかどうかなど周囲の状況にも配慮しましょう。
- キーパーソンや支援者が遠方に住んでいる場合は、どの程度の支援が受けられるかも確認しましょう。
- 家族の年齢も重要な情報です。本人の介護以外にも家族のニーズがないか配慮しましょう。

利用者基本情報

・生活課題を解決するためには、本人がこれまでどのような生活を送ってきたか（年単位）、現在どのような生活を送っているか（時間単位）をきちんと把握しましょう。

《介護予防に関する事項》

今までの生活	〇〇県生まれ。24歳で結婚し、3人の子宝に恵まれる。夫の転勤で33年前に〇〇市に転入し、現在に至る。平成23年に夫が他界され、現在は、長女との2人暮らし。長女は〇〇で小学校の教員をしており、日中は一人で過ごす。今まで、自分のできる範囲で家事をこなしてきた。両側膝関節症があり、体幹バランスが悪く、ここ数年、転倒が続いている。今回も、駅前で強風にあおられ、転倒し、左手首骨折 A 病院に入院し、手術を受ける。		
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・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	規則正しい生活を送っている。日中は、新聞を読んだり日記をつけたらして過ごされる。	【以前】 ・皮の工藝 (ハンドバック、小物を作っていた) 【現在】 ・新聞を読んだり、今迄の半生をノートにまとめている。(1年を1ページ) 友人・地域との関係	
	時間	本人	介護者家族
	5:30 7:00	起床 朝食 新聞を読んだり 日記をつける。	朝晩出勤
	12:00	昼食 新聞を読んだり 日記をつける。	
	19:30 23:00	夕食 就寝	19時頃帰宅

《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)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医意見書添付有)		経過	治療中の場合は内容
〇〇年〇月〇日	左手首骨折	A 病院 〇 医師	Tel	治療中 経過観察中 その他	既往歴:高脂血症、逆流性食道炎、ヘパーデン病、骨粗鬆症
〇〇年〇月〇日	左肩剥離骨折	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他	H〇肛門狭窄、H〇腰椎圧迫骨折、H〇左肩剥離骨折、H〇左肩剥離骨折
〇〇年〇月〇日	腰椎圧迫骨折	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他	内服薬:ボナロン、セフカペン、セレコックス、サイトテック、エビスタ、ワンアルファ、ラックビー、重カマ、オブラゲール、カロチン、レンドルミン
〇〇年〇月〇日	肛門狭窄	メディカルセンター	Tel	治療中 経過観察中 その他	

・既往歴も確認しましょう。
・ただし、具体的な症状や支援上の留意点などは助言者（専門職）に任せましょう。主治医意見書に記載してある疾患や他の資料に書いてある疾患がもれなく書いてあるかを確認しましょう。

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非
通所型サービスA、訪問型サービスA	

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 氏名 A 印

- 基本チェックリストに基づくリスクの状況（日常生活関連動作・運動器機能・低栄養・口腔機能・閉じこもり・認知症・うつ）も確認しましょう。資料間の整合・評価時点も確認しましょう。

基本チェックリスト			
No.	質問項目	はい	いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	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	はい	いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	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	はい	いいえ
12	身長 cm 体重 kg(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	はい	いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
17	昨年と比べて外出の機会が減っていますか	はい	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	はい	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	はい	いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感が無い	はい	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	はい	いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていた事が今ではおっくうに感じられる	はい	いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ

(注)BMI=体重(kg)÷身長(cm)÷身長(cm)が18.5未満の場合に該当するとする。

・基本チェックリスクのうち、どのリスクに該当するかを把握しましょう。
 ・認知機能については、基本チェックリストの結果や主治医意見書等を踏まえ、必要に応じてかかりつけ医の受診につなげる視点が求められます。

- ・ 興味・関心チェックシートの活用により、その人の興味・関心のある分野が特定でき、その人の意欲がわく目標設定に活用できます。

興味・関心チェックシート

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別(男・女) 記入日: H__年__月__日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなききに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典) 平成 25 年度老人保健健康増進等事業「医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会より

B アセスメント情報

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

- 原因疾患の療養管理、環境面、本人の心理面・生活歴などの要因も分析しているかを確認しましょう。

「現在」と必要な援助を利用した場合の生活行為課題の「改善/維持の可能性」を比較し、本人の生活のどこに課題があって、支援をすると何が改善するかを確認しましょう。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。

課題整理総括表

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	利用者及び家族の生活に対する意向	
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							

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 表書きは紙記載でありアシス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、そのような状況を明らかにしている要因を、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」を除き、要因を解決するための運動的改善と、それが提供されることによって見込まれる直後の状況(目録)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。

C ケアプラン

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

介護予防サービス・支援計画表

No. 〇〇〇

利用者名 〇〇〇 様 居宅年月日 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇

計画作成者氏名 〇〇〇 様 委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地 〇〇〇

計画作成(変更)日 (初回作成日 〇〇〇) 担当地域包括支援センター 〇〇〇

目標とする生活

1日 遊ぶことなく、生活が送れる。

1年 ΔΔ小で実施している「□□□□」に追加できる。

・アセスメント時の改善見込みとケアプランが連動することが重要です。

・課題を明確にした上で目標を設定し、設定された期間内に目標達成が可能な支援内容になっているか確認しましょう。

・目標設定は本人にも評価ができ、達成が実感できるものになっているか確認しましょう。

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 室内は、立つために歩き、屋外は、家族の付添いが必要。付添いがあればA整形外科までの歩行が可能。両側関節痛で、両足裏形しており、体幹バランスが悪い。	【本人】家族に迷惑がかかるので、もう転びたくない。	● 有 ○ 無	1. 左橋尺骨骨折のため、左前腕ギプス固定中で、自宅での入浴が難しく、清潔の保持が難しい。	1. 自宅入浴が一人でできる。 【具体策】 ①通所型サービスA(スタッフがいる中での入浴) ②訪問型サービスA(入浴の見守りや必要時、介助) ③介護予防福祉用具貸与(踏み台)	1. 【本人】洗えないところは、スタッフの方に手伝って頂き、出来るところは自分で洗ってきたい。	1. 一人で入浴できる。	【通所型サービスA】 1 ギプス固定中は、ギプスが濡れないようお願いいたします。 ・本人が出来ることは、本人が行なえるようお願いいたします。 【訪問型サービスA】 「入浴状態を観察していただき、必要時、アドバイスをお願いします。」 「介護予防福祉用具貸与」 「入浴状態を確認していただき、必要な福祉用具がありましたら提案をお願いします。」	【本人】 入浴時、自分で行なえる所は、自分で行ないます。 ・ギプス装着中は、濡らさないよう気を付けましょう。	【通所型サービスA】 ・入浴 【訪問型サービスA】 ・入浴支援 【介護予防福祉用具貸与】 ・木製の踏み台	通所型サービスA	訪問型サービスA	〇〇〇-〇〇〇	
日常生活(家庭生活)について 食事、排泄は自立。衣類の着脱は左前腕ギプス固定中のため、部分介助が必要。現在、入浴は行なわず、妻が湯桶で行っている。髪型は家族の付添いがある元、近所の美容院であれば可能。洗濯・買い物・掃除は現在長女が行っている。	【本人】洗濯物は、自分で洗って、また行きたい。	● 有 ○ 無	2. 両側関節痛があり、体幹バランスが悪い。	2. 一人で外出ができる。 【具体策】 ①訪問型サービスA(階段昇降の練習、歩行練習) ②介護予防福祉用具貸与(歩行器具)	2. 【本人】スタッフに歩き方を見てもらい、もう転ばないように練習していききたい。	2. 階段の上り下りが安全に行え、駅前まで(500m)一人で行き来できる。	【訪問型サービスA】 2. セルフトレーニングの指導をお願いします。 ・シルバーカーを持ちながらの階段昇降をお願いします。 【通所型サービスA】 ・PTIによる歩行状態・体幹バランスの調整をお願いします。 ・段差昇降訓練や状態に適したシルバーカーであるか選定をお願いします。	【本人】 支援がない日は無理のない範囲でウォーキングを行います。	【訪問型サービスA】 ・室内で出来る下肢筋力体操、ウォーキングの指導。 ・階段昇降練習 ・屋外歩行練習 【介護予防福祉用具貸与】 ・歩行器具 【通所型サービスA】 ・歩行訓練	訪問型サービスA	介護予防福祉用具貸与	〇〇〇-〇〇〇	
社会参加、対人関係コミュニケーションについて コミュニケーション能力はある方だが、近隣住民との交流はほとんどない。4月から□□□□に参加していたが、現在は怪我の影響で参加していない。	【本人】□□□□にいる義理の姉や姪と時々連絡取りたい。	● 有 ○ 無	3. 骨粗鬆症があり、骨折のリスクが高い。	3. ビタミンDやカルシウムの多い食品を選ぶことができる。 【具体策】 ①訪問型サービスC	3. 【本人】カルシウムやビタミンDの多い食品を選択し、摂取することができる。	3. カルシウムやビタミンDの多い食品を選択し、摂取することができる。	【訪問型サービスC】 3. 普段の食事内容を確認し、骨粗鬆症の改善に向けた食生活のアドバイスをお願いします。	【本人】 アドバイス内容を普段の食生活にとり入れていきましょう。	【訪問型サービスC】 ・食事指導	訪問型サービスC	介護予防福祉用具貸与	〇〇〇-〇〇〇	
健康管理について 既往として、高脂血症や骨粗鬆症、逆流性食道炎があり、現在、内服治療中。	【本人】薬の管理は自分で行なっていて、誤薬はない。	● 有 ○ 無	4. 骨粗鬆症があり、骨折のリスクが高い。	4. ()	4. ()	4. ()	()	()	()	()	()	()	()

健康状態について
口主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

D病院:本格的な運動はギプスが取れてから。入浴は、ギプスが濡れなければ、可能。デイサービスの利用可能。

【本人が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

左手の状態を長ながら、出来る動作を一つ一つ増やしていきます。
一人で外出できるようになり、半年後には「□□□□」に入れるようになることを目指しましょう。

基本チェックリストの(該当した質問項目)(質問項目)をお書きください。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内に○印をつけて下さい。

	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	5/5	0/2	2/3	2/2	0/3	5/5
	○					

・どのようなリスクに該当しているか、該当している場合にはケアプランに反映されているか確認しましょう。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

氏名 〇〇〇 印

D 提供されているサービスの情報

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

介護予防サービス計画・総合評価(通所用)

氏名: ○○○

様 事業者名:

計画作成日: ○○○

計画期間: ○○○～○○○

総合評価日:

サービス計画				評価		総合評価	
サービス区分	支援計画			目標達成状況(1ヶ月)	評価	目標達成状況(3ヶ月)	評価
	目標	援助内容	支援に際しての留意点		○達成 △一部達成 ×未達成		○達成 △一部達成 ×未達成
運動機能向上・生活機能向上	自宅で入浴することができる	1ヶ月目	入浴動作に必要な動作訓練フロアにて行う。	左手首の痛み・転倒・バイタルの変動。	見守りにて自主トレーニングを行い、問題なく行えた。個別訓練として立位保持・段差昇降訓練・パワーリハビリを行った。痛みなく実施できた。	△	△
		2ヶ月目	入浴動作に必要な動作訓練フロアにて行う。	左手首の痛み・転倒。	先月のメニューを同時に行い前後の姿勢が安定しているため前回のみの測定となった。薬に感じるなどの事でパワーリハビリの負荷・時間を増やした。	△	
		3ヶ月目	実際にリハビリ浴を使った入浴動作の確認。本人・家族・ヘルパーに入浴時の注意点の共有。	左手首の痛み・転倒。	自宅にて入浴を開始し、またぎとしゃがみこみが不安とのことリハビリメニューの調整を行う。	△	
栄養・食支援		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
口腔機能向上		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
アクティビティ		1ヶ月目					
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					

・ この介護予防サービス計画とケアプランの目標が整合することが必要です。プラン作成担当が作成したケアプランの目標を達成するための援助内容となっているか確認しましょう。

計画に対する同意
上記計画に対して同意します
平成 年 月 日
氏名 印

E その他

- 医学的な情報については、主治医意見書を参考にしましょう。地域ケア会議の開催に際して必要となるかかりつけ医師の予後予測や治療方針について、文書による情報提供を受ける場合においては地域支援事業交付金の活用が可能です。また、地域ケア会議終了後には、かかりつけ医に検討結果を文書等で報告する必要があります。

主治医意見書 記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) _____ 明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名	_____	電話 () _____	_____
医療機関名	_____	FAX () _____	_____
医療機関所在地	_____		
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 () _____		
1. 傷病に関する意見			
(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日			
1.	_____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	_____
2.	_____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	_____
3.	_____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	_____
傷病の状態 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 _____ 併発疾患についてはその診断の根拠等について記入)			
2. 特別な医療 (過去14日間に受けた医療のすべてにチェック)			
処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスビレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養		
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)		
3. 心身の状態に関する意見			
(1) 日常生活の自立度等について			
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)			
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てでチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 () _____			
(4) その他の精神・神経症状			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]			
(5) 身体の状態			
利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 身長 = _____ cm 体重 = _____ kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少) <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 関節の拘縮 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位: _____)			
(6) 自立・歩行			
<input type="checkbox"/> 車いすの使用 <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している <input type="checkbox"/> 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用			
(7) 栄養・食生活			
食事行為 <input type="checkbox"/> 自立しない何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助 現在の栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 → 栄養・食生活上の留意点 () _____			
(8) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対応方針			
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 () _____ → 対応方針 () _____			
(9) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明			
(10) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)			
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護職員の訪問による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス () _____			
(11) サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () _____ ・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () _____ ・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () _____ ・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () _____ ・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () _____ ・その他 () _____			
(12) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () _____ <input type="checkbox"/> 不明			
5. 特記すべき事項			
要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。(なお、専門医等に別途意見を求める場合は、診断書申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)			

・作成から時間が経過している場合には、本人の状態が変化している可能性があるため、日付を確認しましょう。

・現在の体重だけでなく、過去6ヶ月の変化に着目し、その理由を確認しましょう。

・A 基本情報の「現病歴・既往歴と経過」と照らし合わせ、プラン作成担当の情報や認識と一致しているか確認しましょう。

・生活機能の低下の要因となった傷病名を確認しましょう。
・A 基本情報の現病歴・既往歴との整合も確認しましょう。

・(3) 現在あるいは今後発生の可能性の高い状態とその対応方針(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通しについて確認しましょう。

・感染症が有る場合には、専門職から対応や配慮に関する意見を引き出す必要があります。

- ・ 以下のように、会議の要点をまとめたもの（地域ケア会議・アセスメントシート）を活用することで、当日の進行を効率的に進めることが可能となります。

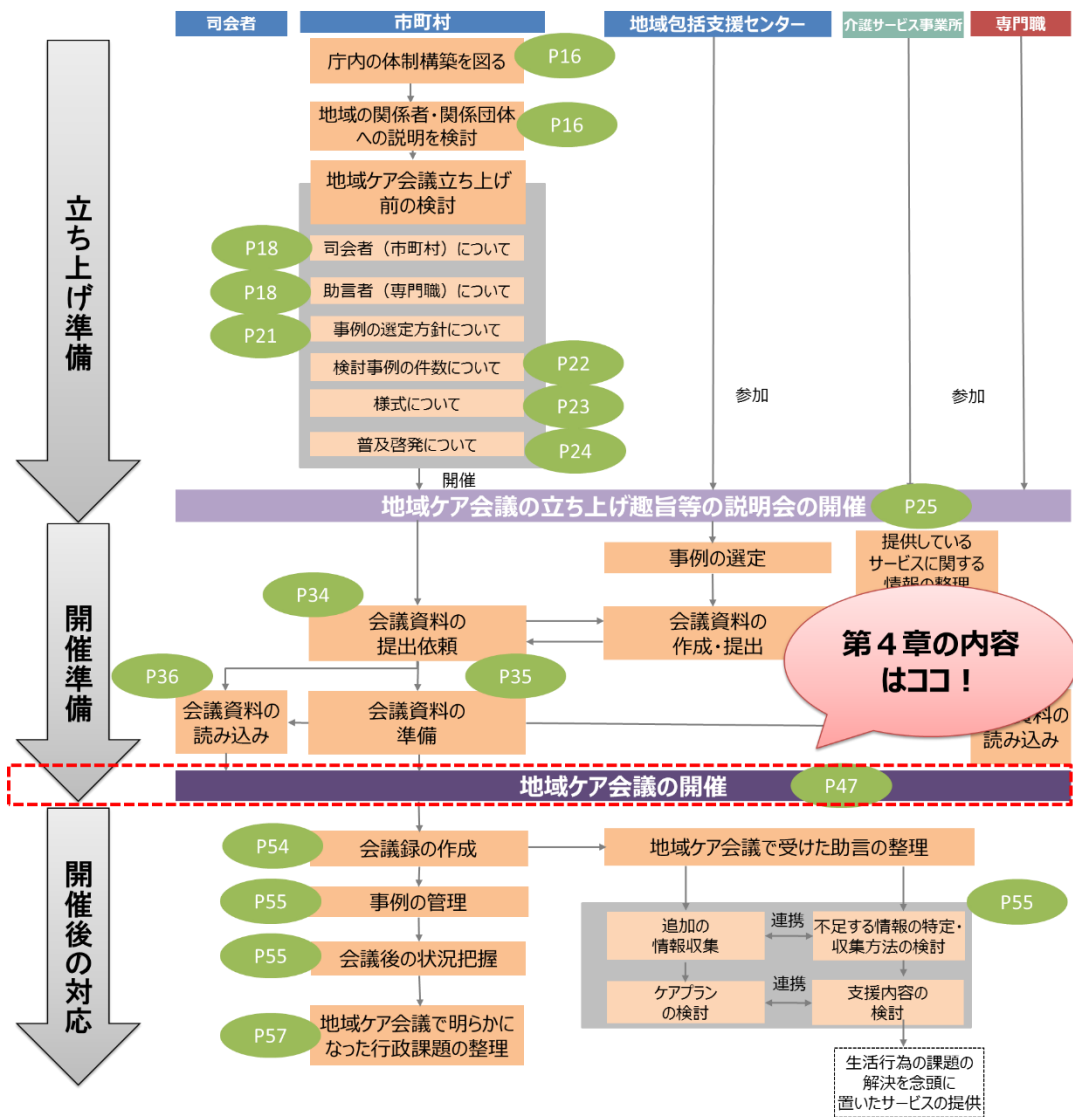
地域ケア会議・アセスメントシート						
※箇条書きすること				独	高	他
氏名		男・女	住所			
要介護度		有効期限		検討テーマ		
自立できていない 生活状況 (ADL・IADL・疾病管理・ 経済状況等)						
個人因子 (自立できていない 生活状況の理由)						
環境因子 (自立できていない 生活状況の理由)						
健康状態	(介護に影響を及ぼす健康状態について) (上記に対して介護スタッフの役割)					
経済的環境 及び 自立度						
問題点 課題						
H 年 月 日 記入者 _____						

(出典) 埼玉県和光市提供資料

第4章 地域ケア会議当日の実施事項

(第4章のねらい)

- ◇ この章では、地域ケア会議の当日の流れについて解説しています。
- ◇ 介護予防のための地域ケア個別会議当日に「開催主体」「司会者」それぞれの立場からどのような対応が必要かを確かみましょう。



1 当日の流れ（例）

実施事項		最短所要時間（目安）	発言者	実施事項	
(1)	開催	1～3分	司会者（市町村）	資料説明	
(2)	1事例目	事例提出者（プラン作成者）より事例の概要説明	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	
(3)		事例提出者（介護サービス事業所）から支援方針の説明	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	
(4)		質問、助言	10～12分	司会者（市町村）	(2) (3)の説明に関する不明点の確認
				助言者（専門職）	(2) (3)の説明についての質問・助言
(5)		まとめ	2～4分	司会者（市町村）	事例提出者（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
(6)	2事例目 3事例目				
(7)	閉会	1～3分	司会者（市町村）	次回の開催日時・場所の案内	

発言者のポイント	使用する資料
	議事次第等
<input type="checkbox"/> ①②③④の一連のケアマネジメントの流れを簡潔に説明する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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取れていたか等を説明	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
<input type="checkbox"/> 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	D 提供されているサービスの情報
<p>※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。</p> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 基本情報の既往歴と主治医意見書の既往歴が合っているか <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 改善が見込まれる生活行為の課題は何か <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	A～D（主に生活機能、ケアプランに係る記述の箇所）
<input type="checkbox"/> 自らの専門分野の内容をチェックする <input type="checkbox"/> 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	A～D（各専門職に係る記述の箇所）
<input type="checkbox"/> 得られた質問・助言を集約する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 支援方針（ケアプランの再調整等含む）について確認する	A～D
<input type="checkbox"/> 次回の予定を伝える	-

2 司会進行について

ここでは、地域ケア会議の司会者が地域ケア会議当日に必要な心構えと司会進行する際のポイントについて解説します。

(1) 司会者（市町村）としての心構え

司会者（市町村）は、地域ケア会議の進行役であり、議論のまとめ役でもあり、地域ケア会議の要であると言えます。司会者（市町村）として持つべき心構えとしては、以下の3点があげられます。

1 事例あたりの検討時間を意識する

- ・ 1事例あたりの検討時間をある程度意識して司会を進行しましょう。
- ・ 先行的な自治体を参考にすると、地域ケア会議の1事例あたりの時間は、20～30分程度が一つの目安になります。ただし、地域ケア会議立ち上げ当初は1事例あたり40～50分を目安に進行しましょう。
- ・ 司会者（市町村）は会議の進行を担うと共に、限られた時間内で、端的に事例ごとの課題を掘り下げ、参加者とそれを共有し、短期的・中長期的な目標を明確にすることが必要です。

参加者のOJTの場であることを意識する

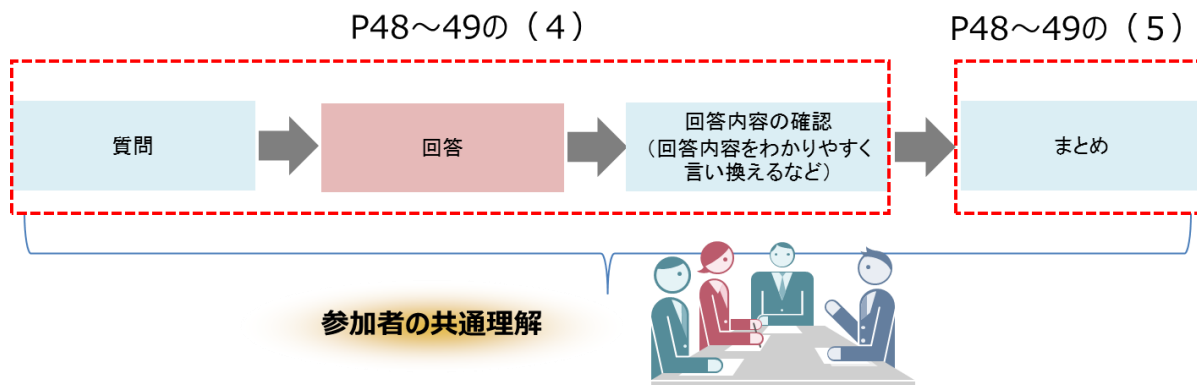
- ・ 地域ケア会議は、参加者にとって各々の「スキルアップ」や「ケアマネジメントやケアの質の向上」が図ることができるOJTの場にもなることを意識する必要があります。

個別事例の課題解決を通じて、行政課題を把握する場であることを意識する

- ・ 司会者（市町村）は、地域ケア会議を通じて「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い、自立支援・介護予防につなげること」を集積することにより、それらが様々な課題の発見につながることを意識する必要があります。

(2) 当日の進行のポイント

司会者（市町村）の当日の進行は、P.48～P.49のプロセスのうち、(4) (5) それぞれにおいて進行ポイントがあると言えます。



事例提出者の説明後に事例の生活課題について共通認識を持つ (P.48～49 (4))

- ・ 事例提出者が会議資料を基に事例の概要や現在の支援方針・内容を説明した後、司会者（市町村）は事例提出者の説明が不足している点等について確認を行います（確認の視点は P.49 参照）。
- ・ この際、司会者（市町村）は、単に自身が不明な点を質問するのではなく、参加者全員が、検討している事例の生活課題について共通認識を持つことができるように要約します。
- ・ このためには、資料を読み込み（P.36 参照）、事例の生活行為に関する課題を把握する上で重要な点をおさえることが大切です。

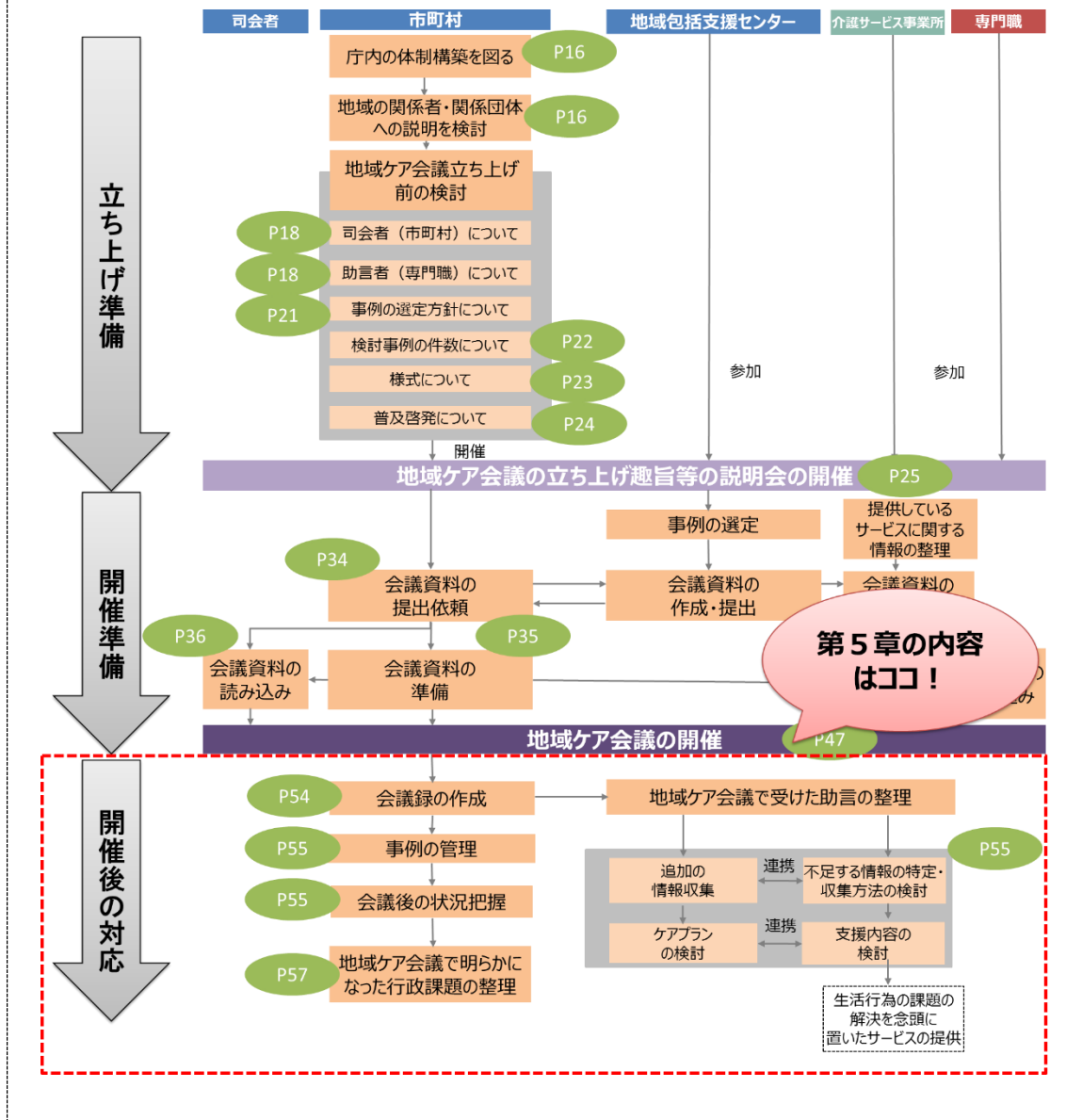
助言者（専門職）の説明後に今後の支援方針について共通認識を持つ (P.48～P.49 (5))

- ・ 助言者（専門職）が助言を行った後、司会者（市町村）は今後の方針について確認を行います。

第5章 地域ケア会議開催後の実施事項

(第5章のねらい)

- ◇ この章では、地域ケア会議で検討した事例の取り扱い方法、モニタリング、地域ケア会議で把握された行政課題と対応策の検討方法などについて解説しています。
- ◇ 介護予防のための地域ケア個別会議後に「開催主体」「保険者」それぞれの立場からどのような対応が必要かをつかみましょう。



図表 16 地域ケア会議後の実施事項（例）

	市町村	地域包括支援センター	プラン作成担当	介護サービス事業所
会議当日	全員参加			
会議後				
記録作成・助言の整理	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議の会議録の作成	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議で受けた助言の整理	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議で受けた助言の整理	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議で受けた助言の整理
事例の管理	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議後の事例の管理 <input type="checkbox"/> 地域ケア会議の会議資料の廃棄			
事例提出者の状況把握	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議後の地域包括支援センターの状況把握	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議後のプラン作成担当の状況把握	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議後の介護サービス事業所の状況把握	
追加の情報収集		<input type="checkbox"/> (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	<input type="checkbox"/> (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	<input type="checkbox"/> (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		<input type="checkbox"/> (必要に応じ) ケアプランの調整の検討	<input type="checkbox"/> (必要に応じ) ケアプランの調整の検討	<input type="checkbox"/> (必要に応じ) プログラムの調整の検討
行政課題への対応	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議で明らかになった行政課題の整理			

1 事例の検討結果の取り扱いについて

ここでは、地域ケア会議で検討した事例の取り扱い方法について解説します。

(1) 地域ケア会議の会議録の作成

地域ケア会議でどのような助言があったか共通理解をするため、市町村においては、地域ケア会議を開催する際、それぞれの事例に対する助言を記録し、会議開催後、関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）と共有することが重要です。

図表 17 地域ケア会議の会議録（例）

平成〇年度 〇〇市地域ケア会議（第〇回）実施記録					
1. 開催日時等					
開催日時	平成〇年〇月〇日（〇） 〇:〇~〇:〇				
開催場所	〇〇市民会館				
議題	1 開会 2 〇〇市からのお知らせ 3 ケース検討（3 ケース） 4 閉会				
主な参加者	<〇〇市> <〇〇市地域包括支援センター> <助言者>				
2. 地域ケア会議の概要					
事例番号	性別	年齢	要介護度	世帯構成	利用サービス
①	女性	80歳	要支援2	長女、長男と三人暮らし	通所介護福祉用具貸与
②	女性	80歳	要支援1	長女親子と三人暮らし	通所介護
③	女性	93歳	要支援2	独居	訪問介護通所介護
3. 各事例への助言					
事例番号	①				
事例提出者	〇〇高齢者相談センター 〇〇氏				
会議資料	<ul style="list-style-type: none"> - 利用者基本情報 - 生活機能評価 - 介護予防のアセスメント (1) 基本チェックリスト - 介護予防のアセスメント (2) 追加項目 - 介護予防メニュー - リスク鑑別（地域包括支援センター） - 主治医意見書 - 処方箋（要し） 				
	<ul style="list-style-type: none"> - 介護予防メニュー アセスメント（訪問用） - 介護予防メニュー アセスメント（通所用） - 介護予防サービス計画・総合評価（通所用） - 生活行為アセスメント（訪問・通所共通） - 介護予防サービス 個別サービス計画書（通所用） - 福祉用具サービス計画書（基本情報） - 福祉用具サービス計画書（利用計画） - 介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果等記録表） 				
主なコメント	<p><自立支援チームコメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 【司会者】〇〇氏 <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活機能について今は排泄の問題はないが、予後予測の確認をすとなお良い。 ・ …… ● 【理学療法士】〇〇氏 <ul style="list-style-type: none"> ・ P.14のTimed up & goの数値について、実際の歩行と立ち上がりはどうか。何に時間がかかっているか。（→立ち上がるのに時間がかかっている（10-15秒）、下肢筋力の低下、体重に問題がある。） ● 【薬剤師】〇〇氏 <ul style="list-style-type: none"> ・ 内科の内容はどこで確認をとっているか。（→子宮脱を診ている主治医（婦人科）に診ていただいている。） ・ 主治医意見書には内科の観点あまり書かれていない。ケアプランの中にも書き込んでいただきたい。 ・ …… ● 【管理栄養士】〇〇氏 <ul style="list-style-type: none"> ・ 1か月目に体重が87kgから84kgに減少しているが、体重減の要因は何か。（→デイサービスで運動を始めたことによる影響は大きい。） ● 【司会者】〇〇氏 <ul style="list-style-type: none"> ・ 通所介護事業所で運動器機能向上加算を得ているので、運動器機能向上計画書を作成していると思うが、会議資料には含まれていない。 <p>行政課題に関するコメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ デイサービス以外で、外出できるような場づくり 				

(2) 地域ケア会議の事例管理

市町村は、会議録を作成すると共に、地域ケア会議のそれぞれの回で検討した事例のケアプランの期間を把握し、会議での助言がその事例の自立支援に活かされたかどうか（プラン・個別援助計画が調整され、生活機能が改善したか等）をモニタリングするため、一覧できるリストなどを作成する工夫も考えられます。

(3) 地域ケア会議後の地域包括支援センター・介護サービス事業所の状況把握

市町村は、事例を提出した地域包括支援センター・介護サービス事業所が地域ケア会議後に、助言を踏まえた対応を行っているのか、現状把握をしましょう。

① プラン作成担当の状況把握

プラン作成担当は、市町村が作成した会議録を基に、地域ケア会議での助言を踏まえ、介護サービス事業所と共にケアプランや支援内容を調整します。

不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討

例えば地域ケア会議で、「認知症の鑑別診断や糖尿病の食事指導について、医師から必要な情報を追加で収集しましょう」といった助言を受けたとしましょう。この場合、会議後は、いつどのようにかかりつけ医に相談に行くのか、その際の体制をどのようにするか（相談しやすい体制支援について市町村に依頼するか等）について具体的に検討します。

ケアプランの調整

例えば地域ケア会議で「生活行為課題とケアプランの目標の整合がとれていないのでは。」
「ケアプランの目標は、一般的な表現ではなく、その人の自立支援につながるような（その人の意欲がわくような）目標の書き方にしてはどうか。」といった助言を受けたとしましょう。この場合、会議後は、いつどのようにケアプランを調整するかを決めましょう。

また、その際何に留意するかを整理し、事例の次回のケアプラン作成時に向けて活かすようにしましょう。

② 介護サービス事業所の状況把握

介護サービス事業所は、市町村が作成した会議録を基に、地域ケア会議での助言を踏まえ、プラン作成担当と共にケアプランや支援内容を調整します。

2 事例のモニタリングについて

一度地域ケア会議に事例をかけたら「終了」ではなく、その事例を地域ケア会議後に状況把握することが大切です。

1つの方法としては、現在の支援期間の終了時期を市町村で把握した上で（P.55 参照）、支援期間が終了となる際に再度地域ケア会議にかけ、次の支援内容案を検討する方法があります。その他、提供されているケアと本人の状態に相違がある場合等、支援が必要な事例を検討する方法も考えられます。



先行市町村における取組は P59 参照

3 地域ケア会議で把握された行政課題と対応策の検討

行政課題への対応策を検討しましょう

スタート アップ

まずは会議後に事例の管理を行い、どのような行政課題があるかを集積しておきましょう。

ステップ アップ

「保険者」として地域ケア個別会議で浮き彫りになった行政課題への対応策を検討しましょう。

地域ケア会議での個別の事例検討を通して抽出された行政課題を、介護予防や生活支援の観点から地域づくりや政策に結びつけていくことは、市町村が果たす役割の1つです。

(1) 事例の検討を通じた行政課題の整理

地域ケア会議の開催ごとに、事例の検討を通じて課題とされた事項を整理しましょう。これらの情報は政策を検討する際の情報になります。

個別事例の検討を積み重ねることにより、介護を必要とする状態から改善した方に対応するための通いの場づくりや在宅に暮らす高齢者を支援するために不足するサービス等、行政課題を抽出できる可能性があります。

図表 18 事例管理シートの活用 (例)

事例管理シート(〇〇町)

新規のケースは記入不要です。

開催回	開催日時	事例No.	新規/再対応	性別	年齢	要介護度等	事例提出者(センター名)	利用しているサービス名	評価レベル	終了判定	ケアプラン評価	次回の評価時期(予定)	地域課題(必要なサービス等)	
〈記入例〉		2事例以上扱う場合は、行を増やして連番を修正してください		計画を設定した目標に対する達成状況を記入してください				評価の会議開催後、終了判定を行ってください						
1	〇/〇	1	新規	女性	75	要支援1	〇〇地域包括支援センター		未達成	継続	A型へ移行			
1	〇/〇	1	新規	女性	70	要支援1	〇〇町地域包括支援センター	訪問看護 外出支援サービス				プラン継続		・服薬管理
		2	新規	女性	86	要支援2	〇〇町地域包括支援センター	訪問介護 通所リハビリ 緊急通報システム				プラン継続		・栄養状態を評価、支援するサービス ・通所リハビリ以外の通える場所
2	〇/〇	3	新規	女性	84	要支援1	〇〇町地域包括支援センター	歩行器貸与 通所リハビリ				プラン継続		・口腔機能のリハビリサービス ・服薬管理
		4	新規	男性	69	要支援2	〇〇町地域包括支援センター	訪問リハビリ 通所介護				プラン継続		・栄養状態を評価、支援するサービス ・社会参加の場
3	〇/〇	5	新規	女性	91	要支援2	〇〇町地域包括支援センター	通所リハビリ 歩行器貸与						の連携(認知症、うつ、気管支喘息)
		6	新規	男性	81	要支援1	〇〇町地域包括支援センター	通所リハビリ 訪問看護						の連携(服薬状況等の伝達)
		7	新規	女性	87	要介護1	〇〇町社会福祉協議会	通所リハビリ						手段の確保
4	〇/〇	8	新規	女性	77	要支援1	〇〇町地域包括支援センター	通所リハビリ						リハビリや地域での体操の連携 ・調理に対する支援
		9	新規	女性	82	要支援2	〇〇町地域包括支援センター	通所リハビリ 訪問介護				プラン継続		・買い物した商品の配達サービス
		10	新規	女性	83	要介護1	居宅介護支援事業所 △△	通所リハビリ 訪問看護 福祉用具貸与				プラン継続		
5	〇/〇	11	新規	女性	81	要支援2	〇〇町地域包括支援センター	通所リハビリ 福祉用具貸与				プラン継続		・定期的に通える活動の場 ・栄養面のサポート(家族も含めて)
		12	新規	女性	76	要支援2	〇〇町地域包括支援センター	訪問介護				プラン継続		・資料(各体操の内容紹介等)
6	〇/〇	13	新規	女性	81	要支援2	〇〇町地域包括支援センター	通所リハビリ				プラン継続		・家事についての思い込み ・食事(栄養)についての相談
		14	新規	男性	65	要支援1	〇〇町地域包括支援センター	訪問リハビリ				プラン継続		・介護保険以外での健康管理との連携(健康、特定保健指導等)
		15	新規	女性	88	要介護1	〇〇町社会福祉協議会	通所介護				プラン継続		・リハ以外の場所(自宅)でのトレーニング ・アルツハイマー型認知症が進行したときの環境整備
7	〇/〇	16	新規	女性	65	要支援2	〇〇町地域包括支援センター	福祉用具貸与 訪問リハビリ(予定)				プラン継続		・医療との連携(退院時から) ・改善が困難な方への永続的支援(できることは自分でやってもらう)
		17	新規	男性	80	要支援1	〇〇町地域包括支援センター	訪問看護				プラン継続		・低体重者への食事指導(偏食、入歯) ・総合事業(●●サロン)から介護予防事業(●●体操)へのつなぎ
		18	新規	女性	70	要介護1	居宅介護支援事業所 △△	通所リハビリ 福祉用具貸与				プラン継続		・リハビリから介護予防事業へのつなぎ(並行して)

例) 地域の高齢者の社会参加の場をつくる検討が必要

(2) 行政内部での情報共有と解決策の検討

事例の検討を通じて抽出された行政課題は、介護保険事業計画作成担当等と情報共有を図りましょう。

P.16 で述べた通り、地域ケア会議には、介護保険事業計画作成担当等の参加も望ましいと言えます。介護保険事業計画作成担当等も会議に参加し、事例の検討を通じた行政課題の把握に努めることで、地域ケア会議による個の支援が政策に結びつくことがあります。そして、政策として把握された行政課題を解決していくことは、地域の実情に基づいた地域包括ケアシステムの構築に繋がります。

先行市町村における取組

1	地域ケア会議を通じた自立支援の取組（埼玉県和光市）	60
2	多職種の専門的な助言により状態の改善につながった事例①（大分県）	71
3	多職種の専門的な助言により状態の改善につながった事例②（奈良県生駒市） ...	73
4	地域ケア会議の立ち上げの実際①（山形県天童市）	75
5	地域ケア会議の立ち上げの実際②（埼玉県川島町）	77

1 地域ケア会議を通じた自立支援の取り組み（埼玉県和光市）

① 埼玉県和光市における自立支援の全体像

埼玉県和光市においては、介護保険制度の創設当初より、高齢者を始め住民・事業者に対し、介護保険法の理念である自立支援の考え方を浸透させることに力を注いできました。

和光市では平成15年より日常生活圏域ニーズ調査を実施し、未回収者には、民生委員や市が独自に養成する介護予防サポーター等による訪問調査を行うことにより高齢者の生活状況と支援ニーズを把握し、これに基づき介護サービスの需要を見込み、適切な供給量とマッチングした上で介護保険事業計画に反映しています。

和光市の日常生活圏域ニーズ調査では、単なる高齢者の意向といった主観的な情報ではなく、高齢者の心身の状態、生活状況といった客観的な情報を収集しています。これらの情報を収集・分析することにより、課題を解決するために必要なサービスを的確に見込んだ介護保険事業計画を策定することが可能となっています。

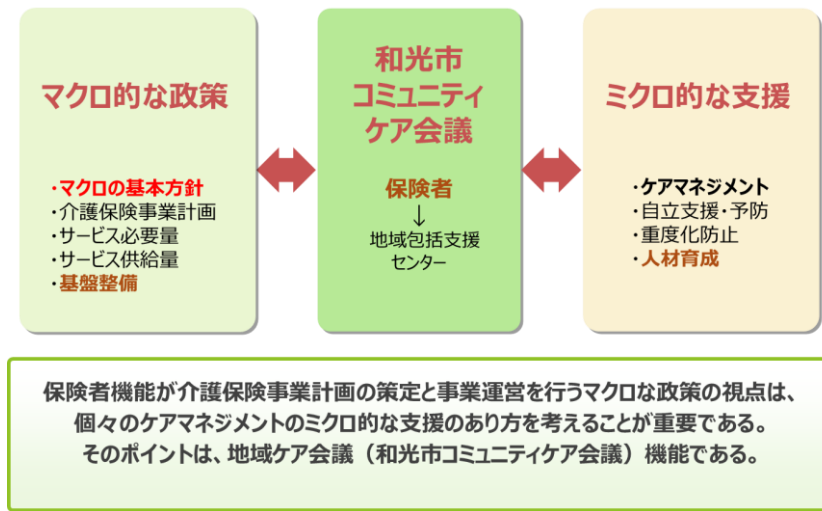
<第6期 基本方針>

- ①「**介護予防**」及び「**要介護度の重度化予防**」による自立支援の一層の推進
- ②在宅介護と在宅医療の連携及び施設や病院における入退院時の連携を、**ICTの活用とコミュニティケア会議**により**高次化**することによる**在宅介護の限界点の向上**
- ③地域包括ケアシステムの構築を念頭に置いた地域密着型サービス拠点の整備と地域における互助力の充実を図ることによる、**サービス提供事業者と地域互助力**との協働による介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- ④地域及び個人の課題を解決するための地域包括支援センターによる**包括ケアマネジメント**の推進と、**さらなる機能化**
- ⑤認知症を発症しても地域で暮らし続けられるよう、認知症高齢者の全ての状態に対応することができる地域体制の構築
- ⑥高齢者介護・障害者福祉・子ども子育て支援・生活困窮者施策を一元的にマネジメントする「**統合型地域包括支援センター**」の設置による「**地域包括ケアシステムの包括化**」の実現

（出典）埼玉県和光市提供資料

コミュニティケア会議（和光市における地域ケア会議）は、介護保険事業計画やそれに基づく基盤整備といった「マクロ的な政策」と自立支援を念頭においたケアマネジメント・人材育成といった「ミクロ的な支援」をつなぐ政策機能の核としての役割を果たしています。

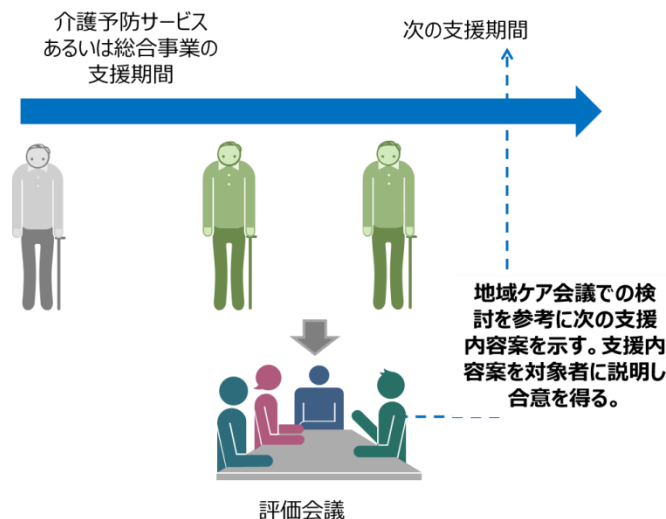
介護保険事業計画とケアマネジメントの関係
(コミュニティケア会議が政策機能の核)



(出典) 埼玉県和光市提供資料

和光市では介護保険のサービス利用にあたっての窓口相談の段階で、市町村職員あるいは地域包括支援センター職員が高齢者の ADL、IADL を含めた心身の状態や生活の状況を詳しく聞き取り、申請の理由を把握します。これにより、認定を受けた場合にどのような介護保険サービスの利用が必要かを適切に判断することができます。

和光市では新規の要支援者に対する介護予防プランは全事例、コミュニティケア会議に提出され、抽出した生活課題やそれに対する支援内容の妥当性を、多職種が参加するコミュニティケア会議の場で検討します。また、要支援者・サービス事業対象者の支援期間終了時には、評価会議も実施しています。



(出典) 埼玉県和光市公表資料より作成

このようなコミュニティケア会議の開催により、

- ・ 多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて
 - ① 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
 - ② 参加者（地域包括支援センター職員・プラン作成担当・サービス事業者・傍聴者）が、検討する事例の、自立につながるケアマネジメントの視点や自立につながるプログラムの提供に関する気付きを得ること
- ・ 地域ケア会議で検討する事例が積みあがることにより、地域に不足する資源といった行政課題の発見・解決策の検討につながることで可能になります。

この結果、和光市では、要介護認定率が全国値と比較しても低く安定しており、高齢者の自立に向けた支援の達成のみならず、限られた資源の有効活用という点でも結果を出しています。つまり、「マクロ的な政策」と「ミクロ的な支援」をつなぐ政策機能の核としての役割を果たしていることになります。

② 自立支援を念頭に置いたアセスメント

コミュニティケア会議では、自立支援を念頭に置いたアセスメントと、会議資料の様式が統一されています。

「アセスメント」として得る情報としては、氏名・性別・年齢・日常生活自立度・要介護度・居住環境・経済状況・家族構成等といった基本情報に加え、「日常生活のどこに困っているのか」を ADL、IADL のそれぞれの領域で事前・事後予測し、状態を評価した結果が含まれます。

「課題分析」では、現状の ADL、IADL と介入後に期待される ADL、IADL の改善について生活機能評価表を用いて、以下のように生活機能の事前事後（ADL、IADL の現状と期待される介入後の状態）の評価を行い、対象となった事例について日常生活のどこに困っているのか、客観的な状況把握をしています。

生活機能評価表の記入方法としては、まず「事前」欄に、現在の状態を記載します。その際の評価基準は誰にでもわかるように○×△で表現します。これは地域ケア会議の場で参加者が共通認識を持つことを意図しています。

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善の可能性が		改善の可能性が	
			高い	低い	高い	低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

その後、ADL、IADLが自立できない原因は何か、課題を整理します。生活機能評価表で現在の状況を把握した上で、ADL、IADLが自立できない原因を「個人因子4」「環境因子5」に分けて整理します。

このようにADL、IADLが自立できない原因を整理した上で、支援をすることで改善する可能性があるADL、IADLを特定し、「プラン終了後にどの程度まで改善できそうか」といった視点で支援が入った後の状態予測（事後予測）をします。具体的には生活機能評価表の「事後予測」欄に「事前」欄記入と同じように○×△で評価をします。

以下は和光市のコミュニティケア会議で実際に検討したSさんの生活機能評価表になります。左は新規で要支援認定を受けた時（当初）の会議で生活機能評価を行った際の生活機能評価表で、その時点での状態を「事前」欄に、その時点での状態予測（事後予測）を「事後予測」欄に記入しています。右は数か月後に評価会議を行った際の生活機能評価表になります。「事前」欄には当初の会議での状況が転記されていますが、「事後結果」欄には、数か月後の評価会議での状態について記しています。

生活機能評価 (当初)					生活機能評価 (詳細)						
氏名	Sさん	性別	調査日	事前	事後	氏名	Sさん	性別	調査日	事前	事後
		女		平成28年4月27日				女		平成28年4月27日	平成28年9月23日
ADL	室内歩行	△1	→	○2	ふらつきがあり、低い歩速している。	室内歩行	△1		○2	通所での機能訓練により、歩行バランス向上。室内歩行は何とか自立できている。	
	屋外歩行	△2	→	○2	杖の付き添いのもと、なんとか徒歩で行けている。	屋外歩行	△2		△1	通所での機能訓練を行っているが、一人での歩行に自信がない。ヘルパーと一緒の歩行練習中。次期期間では、サービスの継続により向上を目指す。	
	外出頻度	△2	→	○2	デイサービス以外、外出していない。	外出頻度	△2		△1	通所サービス以外、月1回程度外出している。次期期間では、サービスの継続により、向上を目指す。	
	排泄	○2				排泄	○2		○1		
	食事	○1				食事	○1		○1		
	入浴	△1	→	○2	デイサービスでの入浴になっている。	入浴	△1		○2	通所での機能訓練と、自宅でヘルパーによる見守りで、手すりを使って入浴できるようになった。	
	着脱衣	○1				着脱衣	○1		○1		
IADL	掃除	△1	→	○2	かがむ動作が困難。	掃除	△1		○2	通所での機能訓練と、自宅でヘルパーとの行為動作指導により、掃除機がけができるようになった。	
	洗濯	○2			洗濯機は自立。	洗濯	○2		○2	洗濯機は自立。	
	買物	△2	→	○2	現在は、主にヘルパーが買い物代行している。	買物	△2		△1	通所での機能訓練により歩行力アップ。道具の工夫(リュック)で、かごに買い物を運ぶ。買物の時は、家族や運転者を利用。次期期間では、サービスの継続により向上を目指す。	
	調理	△1	→	○2	レンジアップ程度はできるが、現在はヘルパーが調理代行している。	調理	△1		○2	ヘルパーとの協働調理により、包丁などの器具を使った簡単な調理ができるようになった。	
	整理	○2				整理	○2		○2		
	ごみ出し	×1				ごみ出し	×1		△1	ゴミの分別はできる。集積場までは家族が待っている。	
	通院	△1			家族が付き添う。	通院	△1		△1	家族が付き添う。	
	服薬	○1				服薬	○1		○1		
	金銭管理	△1			銀行に行くのは家族に頼む。	金銭管理	△1		△1	銀行に行くのは家族に頼む。	
	電話	○2				電話	○2		○2		
社会参加	△2			社会参加なし。通所への参加のみ。	社会参加	△2		△2			

(出典) 埼玉県和光市提供資料より

4 高齢者の身体の状況、生活の状況（ADL、IADL）、意欲・性格、経済状況、認知機能、社会交流の状況などを指します。

5 住居の状況、交通の状況、家族・友人知人との関係、受診状況・サービス事業者・民生委員等との関係などを指します。

「課題分析」の後の「プラン原案の作成」では、「課題分析」で明確になった課題に対する改善目標を立てることになります。目標を立てるにあたっては、検討する事例への支援が、以下に示す「期間的自立支援」「永続的自立支援」かを見極めることとしています。

<p>期間的自立支援</p>	<p>介護保険サービスの一時的な利用を想定 例) 廃用症候群等による生活機能低下した事例 →身体機能を向上することで、生活機能が向上し、QOLが向上</p>
<p>永続的自立支援</p>	<p>介護保険サービスの永続的な利用を想定 例) 脳卒中等による身体の部位等の機能不全による生活機能が低下した事例 →介護保険サービスを永続的に使いながら、残存機能をできるだけ活用・維持できるように支援</p>

コミュニティケア会議で検討する事例の生活課題をこのように整理・明確化することで、多職種から適切な助言を引き出し、自立支援に資するケアプラン作成をすることが可能となります。

③ コミュニティケア会議の実際

埼玉県和光市のコミュニティケア会議は、市全体で開催する「中央会議」と地域包括支援センターごとの「包括内会議」に分かれます。

「中央会議」は、各圏域で行う「包括内会議」の上部会議と位置づけられており、新規の要支援のケアプラン、多職種による検討を行う必要がある事例、モニタリングをしていく中で本人の状態とサービス内容に支援が必要な事例等の検討調整を行い、地域包括支援センター長等に対する司会進行のためのOJTも意図しています。

「包括内会議」では、取り扱う内容は「中央会議」と同等となりますが、その中でもモニタリング・検証段階の個別事例についての検討を行い、その際の司会進行は地域包括支援センター長が担っています。

和光市の当日の進行は以下のとおりで、1事例あたりの検討時間は20～30分になります。地域ケア会議の1回あたりの時間を2時間程度にすると、地域ケア会議1回あたり、3～4件の検討が可能になります。

このようなペースで地域ケア会議を進めていくことで、例えば月に2回程度地域ケア会議を開催する場合、年間で72～96件程度の事例検討できます。

対象者の概要・ケアプランの説明 約4分	発表者 地域包括支援センター職員	① 個人因子（身体的、心理的、意欲・性格等）、環境因子（住環境、家族関係、家族状況等）、経済的環境（家計状況、借金等）等の中での自立阻害要因となっているものについて説明 ② 対象者の課題、問題を抽出 ③ 処遇方針について説明
	発表者 プラン作成担当	① ADL・IADLの生活機能評価の中で改善可能性のある点について説明 ② ケアプランを説明
支援方針説明 約4分	発表者 各サービス事業者	① ケアプランに基づいて、抽出した課題、改善可能性のある生活機能の向上のために、どのようなサービス提供を行うかを説明
質問・意見 約10分	発表者 参加者全員	① 重要な点については、コーディネーターが要約してプラン作成担当やサービス事業者を確認 ② 参加者は挙手し、質問や意見を箇条的にまとめて述べる ③ 地域包括職員が意見を述べ、その後、外部専門職全員がそれぞれ助言する
まとめ 約2分	発表者 コーディネーター	① 出された質問・意見のうち重要なものを集約 ② プラン作成担当、サービス事業者が取り組むべき点について再度伝える

（出典）埼玉県和光市公表資料より作成

次に和光市の地域ケア会議の例（厚生労働省により一部改変）をご紹介します。

【Yさんの基本情報】

性別	年齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	79歳	要支援2	A1	IIb	家族と同居

生活歴	アルツハイマー型認知症による物忘れがあったが、家族の声かけ支援を受けながら、商店の店番、家事、バスでの通院など一人で行っていた。一般介護予防事業における通いの場にも慣れて、参加が楽しみになっていた。6月末～7月中旬脳梗塞のためA病院に入院、身体的な後遺症はなく、点滴行い、症状安定したため自宅に戻った。退院後、家族と訪問型サービスCで洞察するが、IADLは頻度の声かけが必要、言葉が出てこない、発語が少ない、入浴や排泄に支障がでるなど、対応困難となり、要介護認定の申請に至った。
既往歴	平成〇年6月30日 脳梗塞 平成〇年1月 乳がん、左乳房全摘 平成〇年7月 胃潰瘍、肺炎、胆石、胆嚢全摘 平成〇年1月 アルツハイマー型認知症 10年前 高血圧 不詳 逆流性食道炎
身長、体重、BMI	身長 140.5cm、体重 40kg BMI 20.3（平成〇年7月16日時点）
サービスの利用状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問型サービスA：週1回 ● 通所型サービスA：週1回

【参加者】

司会者（市町村）	埼玉県和光市保健福祉部 ※担当する職員が全て参加
地域包括支援センター	和光市地域包括支援センター全職員
助言者（専門職）	管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・薬剤師・作業療法士
事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）	事例担当のプラン作成担当（和光市A地域包括支援センターの委託） 訪問型サービスA事業所・通所型サービスA事業所



<p>プラン作成担当が Y さんの事例の基本情報を説明</p>	<p>司 会 それでは、和光市コミュニティケア会議を開始します。</p> <p>この会議は、検討する事例のアセスメントが適性であるか、アセスメントからの課題抽出がどうなっているか、さらには抽出した課題を解決していくためのアウトカム、ケアプランの短期目標の設定がどうなっているか、その短期目標を解決、達成するためのサービスは的確なのか、といった点を調整します。</p> <p>それでは Y さんの説明をお願いします。</p>
<p>プラン作成担当が ADL、IADL の説明の後、生活機能の背景を個人因子・環境因子に分けて分析した結果を報告</p>	<p>プラン作成担当 今回の事例は、79 歳・女性の方です。</p> <p>平成〇年にアルツハイマー型認知症を発症しました。平成〇年から地域交流と認知症悪化予防目的の地域支援事業に参加していました。</p> <p>平成〇年 6 月 30 日に脳梗塞のため入院し、約一ヶ月の治療後退院となりました。退院時カンファレンスでは脳梗塞の後遺症はなく、認知機能の低下は見られましたが医師からは、時間が経てば元の生活に戻るのではないかと言われ、7 月 13 日に退院しています。</p>
<p>プラン作成担当がアプランの総合的課題と目標の説明</p>	<p>退院後のアセスメントでは、調理・掃除・洗濯等の IADL に声かけが必要、<u>社会交流の面では活動が少なくなり</u>、マンツーマンでの関わりが必要と分かりました。</p> <p>9 月の A 地域包括支援センターの会議で、要介護認定の申請が妥当と判断して、委託先のケアマネジャーに引き継ぎをしています。</p> <p>個人因子については、<u>アルツハイマー型認知症、脳梗塞による記憶障害、実行機能障害</u>があります。</p> <p>環境因子については、<u>一家で商店を営み、店番や外回りでご本人の介護に当たれない時間がある</u>ということです。</p> <p>課題を 3 点挙げています。</p>
<p>司会者が入院中に落ちた生活機能について確認</p>	<p>1 点目は脳梗塞再発予防が必要ということ。 2 点目は記憶障害、実行機能障害のため、声かけがないと家事ができないこと。 3 点目は脳梗塞発症後、発語が少なくなり、家族以外との交流が減少しているため、認知症の悪化予防が必要であること。</p> <p>今回のプランの支援目標としましては、この方がお元気な頃は店番がご本人の役割となっておりましたので、もう一度元気になられて、お店に出ることを意欲目標として考えています。プラン全体としましては、認知症状の維持と改善になります。</p> <p>司 会 脳梗塞を起こして入院をして、その<u>退院直前に生活機能が大きく落ちたところはない</u>、ということなのでいいのですよね。</p>

訪問介護事業所・通所介護
事業所における支援内容
を説明

入院すると、認知症関係の悪化や下肢筋力の低下などが出るのですが。退院後には一定程度「自立」だった屋外歩行が、「一部介助」レベルになっている。さらに、「着替え」、「電話」についても、入院前と入院後では「一部介助」になっているということによろしいですね。

それでは各サービス事業所での支援について説明をお願いします。

通所型サービス A 事業所

通所 A では、週 1 回ご利用させていただいております。一日の流れとしては、9 時半に到着いただき、到着後はバイタルチェック等、また朝の会で日付の確認、今日の新聞などを見ながら話題提供をさせていただいております。**午後は活動に参加**していただいておりますが、以前と比べますと自発的な発言が多く聞かれるようになっていきます。

司 会

はい、分かりました。

訪問型サービス A 事業所

訪問 A では、**協働調理**と、**洗濯掃除といった一連の動作をご本人様と一緒に**行っているような状態です。お昼ご飯をお父様のために作られているので、その動作の確認や、促しがあれば材料を切ったり、煮たり焼いたりという動作が行えますので、**できている能力を促しによって引き出すような形で提供**させていただいております。

A 地域包括支援センターにも
発言

司 会

A 地域包括支援センターの K センター長どうぞ。

A 地域包括支援センターの
センター長からの助言と
質問

主任介護支援専門員

2 点、提案と質問があります。まず提案ですが、**病気にも関心、認知症にも関心を持っていただく**と良いと思います。血圧計の数値を目で見て、言葉に出して読み、文字を書くという行為で、認知症の進行予防を兼ねられるのではないかと思います。これらを提案させていただきます。

次に質問ですが、ケアプランの 2 番目にある短期目標についてです。

「ヘルパーと協働でご主人の昼食準備が行える」ということがありますが、通所 A にもせっかく行かれていますので、**調理の工夫などができないかな**というのを伺いたしたいと思います。

通所型サービス A 事業所

1 点目の血圧測定の件ですが、ご本人様は数字を書くことができる方ですので、**血圧測定については、今後通所 A でも同じように取り組んでいきたい**と思っております。

2 点目の昼食作りについてですが、先ほどお話しさせていただきましたように、**現在は食器洗いやご下膳などをや**らせていただいているところです。

今後については、**昼食の支度の際、お皿に取り分けていた**

	<p><u>だくなどのご本人の役割を持っていただく</u>と思っております。以上です。</p>
<p>司会者が、通所介護事業所の発言を訂正</p>	<p>司 会 Kセンター長が言っていた、<u>通所 A で血圧測定ができるようになるというのは少し曖昧</u>でした。 レジ打ちをしていた方なので、<u>数字を自分で見て書くという通所 A でやってもらう</u>。そして今度は、認知症のケアと連動する形で自宅でも自己管理を行ってもらう、ということだと思います。</p>
	<p>プラン作成担当 血圧の測定はご家族と一緒に支援しております。</p> <p>数値の記録についてはご家族とお話をして、ヘルパーが来た時はヘルパーと、それ以外にご家族と共同で記録をしていくことにしたいと思います。 短期目標の記載も、数値の記録という形でしていきたいと思っております。</p>
<p>助言者（専門職）にも発言を求める</p>	<p>司 会 はい、分かりました。 それでは専門職の皆様、ご発言をお願いします。</p>
<p>管理栄養士からは脳梗塞再発予防のため塩分摂取の現状把握・対応について助言</p>	<p>管理栄養士 脳梗塞再発予防ということで、今まで家庭で作っていた（料理の）塩分が高くなっていないかどうかを最初に確認してほしいので、<u>地域包括支援センターの管理栄養士に頼んで、一度だけ塩分を計っていただき確認してください</u>。</p> <p>それから、通所 A の方ではどのくらいの塩分の食事を出しているのか、それはそちらの管理栄養士に聞いてくださればすぐ分かると思います。 そして、味付けは自宅でも共通のものにしていただき、あそこだとしょっぱい、ここだとおいしい、とか感じないようになさってくださいとよいと思います。 <u>減塩って易しいようで難しいので、ご家族の協力もきちんと得てほしい</u>と思います。</p>
<p>歯科衛生士からは口腔の状況、口腔ケア</p>	<p>歯科衛生士 声かけをしないと何かできないということですが、<u>口腔ケアの状況や、入れ歯なのか自歯なのか、一定の口腔ケアを受けられているのか</u>確認してください。</p>
<p>理学療法士からは体力測定の定期的な実施の提案</p>	<p>理学療法士 とりあえず3か月に一回程度で構わないと思うのですが、体力測定と言いますか、そういったところで、<u>数値で表して、定期的に追っていただければ</u>よろしいのかなと思います。</p>
<p>薬剤師からは胃潰瘍に関する受診状況の確認と日常生活の見守りの必要性について助言</p>	<p>薬 剤 師 この方は、胃潰瘍の既往がある方です。現在、月に一回の受診になっていますので、日常生活での見守りも必要になってくる、ということですね。</p>

作業療法士からは発動性・自発性の低下といった観点からコメント

(=意欲を引き出すための工夫が必要との助言)

司会者が最後のまとめを実施

- ①家族、介護サービス事業所間の情報共有が必要
- ②ケアプランの目標を達成するための具体的対応についての依頼（特に社会参加・栄養の観点から）

作業療法士

状態としては、いわゆる発動性、自発性の低下と注意の全般的な低下によって、物事がまとまらないうまく考えられないと思います。

司会

専門用語もありましたが、脳梗塞関連、認知症関連を含め、全般的に通所 A で何を向上し、訪問 A につなげるという視点が基本なので、そこを的確にする必要があります。

通所 A のメンバー、訪問 A のメンバーともに情報共有をしっかりと行ってください。また、ご家族とも情報共有をしっかりと行ってください。

またケアプランについて、1つ目と2つ目の課題の短期目標ですが、K センター長が言っていた血圧の記載であるとか、何のためか、というところを短期目標の部分に加えていただければと思います。

ケアプランの「アセスメント領域と現在の状況」の「社会参加、対人関係、コミュニケーション」については、誰がどのようにやるのかを明記しましょう。

和光市独自の栄養マネジメントサービス、もしくは地域包括支援センターに所属している管理栄養士に食のアセスメントをしていただき、そこから訪問 A やご家族の方に助言をお願いいたします。

作業療法士の方からは、「まとめる」機能が少し落ちてきているのではないかというコメントがありました。そこを踏まえて、達成感や意欲を引き出す声かけ等の実行をお願いします。訪問 A、通所 A においてはその辺を共有の上、プランを実行してください。

それでは、以上になります。

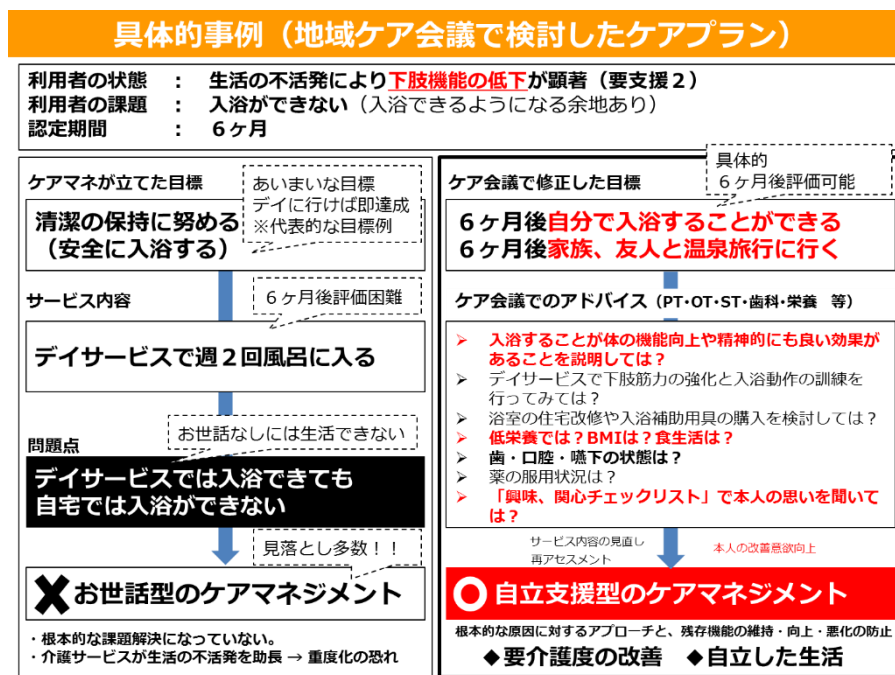
2 多職種からの専門的な助言により状態の改善につながった事例（大分県）

① 地域ケア会議で検討した A さんの事例

大分県では、平成 24 年度にモデル 3 市（豊後高田市・杵築市・豊後大野市）において、埼玉県和光市より講師を派遣してもらった等の支援を受けながら、地域ケア会議を立ち上げました。この中で実際に検討した A さんの事例を見てみましょう。

生活が不活発になることにより下肢筋力が低下し、入浴ができないといった生活課題を抱えた要支援 2 の A さんに対し、地域ケア会議前にプラン作成担当が立てた目標は「清潔の保持に努める」というものでした。

この A さんのケアプランを地域ケア会議で検討した結果、地域ケア会議に参加した専門職からは、以下のような A さんの生活課題を日常生活の様々な観点から浮き彫りにするための助言がなされました（下図の「ケア会議でのアドバイス」参照）。



このような多職種からの助言をすることが、A さんの生活課題に関する根本的な原因に対するアプローチをすることにつながります。

A さんは入浴できるようになる余地があったことから、地域ケア会議のケアプランの目標が「（認定期間が終わる）6 か月後に自分で入浴することができる。家族、友人と温泉旅行に行く。」と具体化されました。また、地域ケア会議に参加した多職種からデイサービスで行う訓練や食生活等に関する専門的な視点に基づく助言を得ることができました。

こうして、A さんの生活課題に関する根本的な原因に対するアプローチが実現し、結果として、A さんの自立した生活や要介護度の改善につながりました。

② 地域ケア会議の効果

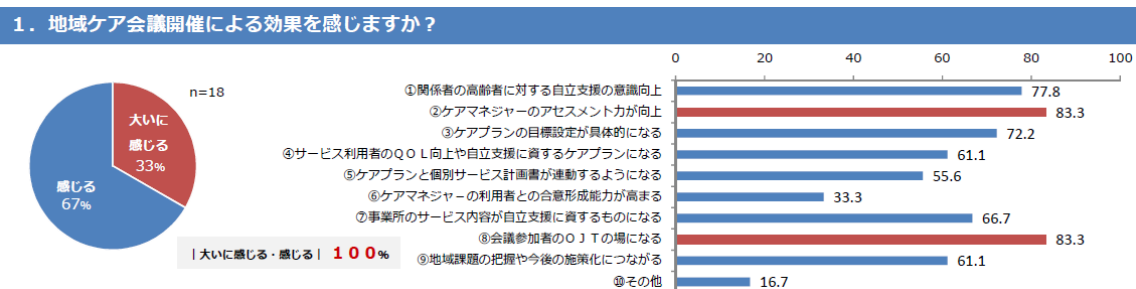
プラン作成担当が提示したケアプランを、介護予防・自立支援の観点で参加する多職種の様々な視点から見ることによって、事例(高齢者)のQOL向上を目指す会議です過程は、単にケアプランへの助言に留まりません。

下図は自立支援型ケアマネジメントを推進するための地域ケア会議を立ち上げている大分県が県内18市町村に対して実施したアンケート結果です。

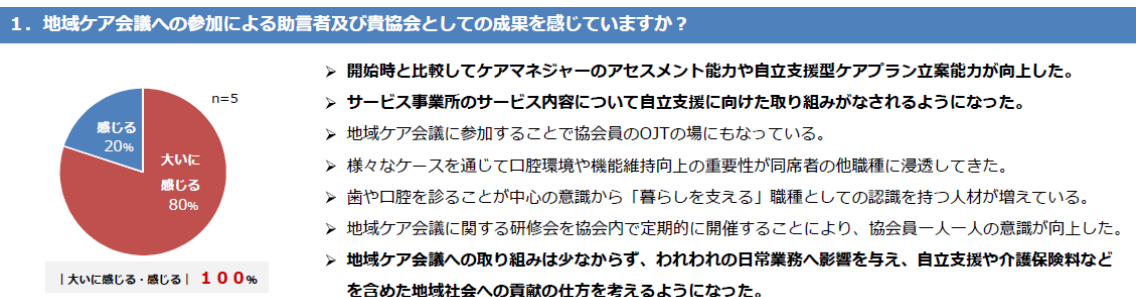
「地域ケア会議による効果を感じますか?」という問いに対し、「ケアマネジャーのアセスメント力が向上」が83.3%、「会議参加者のOJTの場になる」が83.8%と割合が高くなっています。このことは、自立支援型ケアマネジメントを推進するための地域ケア会議が、プラン作成担当のためのOJTだけではなく、会議参加者のOJTになっていることを示しています。

この他にも「関係者の高齢者に対する自立支援の意識向上」「ケアプランの目標設定が具体的になる」などの割合が高く、地域ケア会議を開催することで様々なメリットがあることがわかります。

地域ケア会議の効果 (対象：県内18市町村)



地域ケア会議の効果 (対象：職能団体)



(出典) 大分県公表資料より

3 多職種の専門的な助言により状態の改善につながった事例（奈良県生駒市）

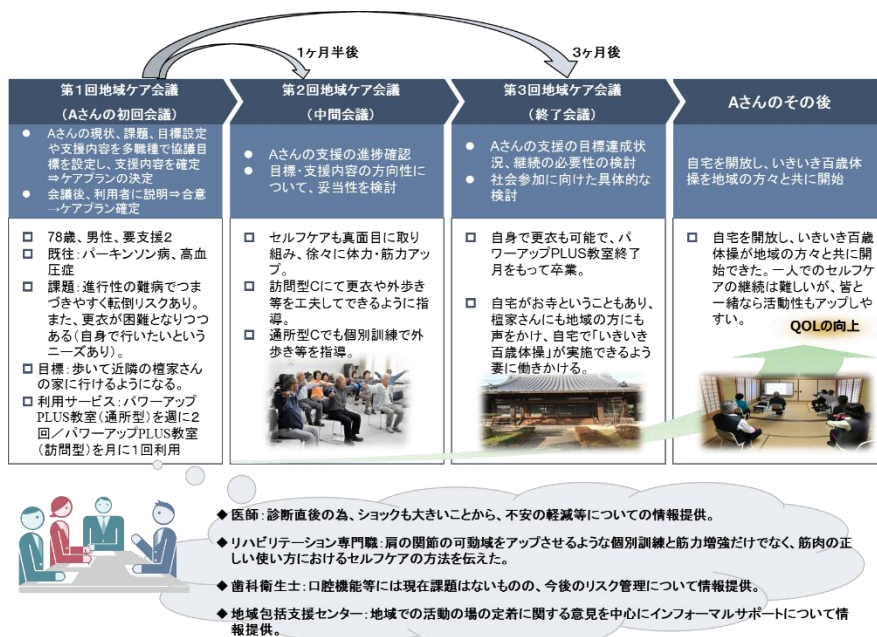
① 地域ケア会議で検討した B さんの事例

奈良県生駒市の地域ケア会議で実際に検討した B さんの事例を見てみましょう。

B さんは 78 歳の男性です。奈良県生駒市では、地域包括支援センターが要支援者等に短期集中 C のサービス利用を勧める場合、教室エントリー前に初回の地域ケア会議を行い、課題や目標設定、支援内容に疑義がないかを多職種で検討し、より良い支援の方法を見極めます。その後、利用者にフィードバックして合意形成を図った後、ケアプランの決定につながります。

そして、初回会議の 1 か月半後に地域ケア会議の中間会議を開催します。中間会議では、初回会議で設定した目標、支援内容が、実際どのような結果になっているか、目標、支援内容がずれていないかなどをモニタリングするために行います。また、残りの課題や目標、支援内容の方向性の妥当性などを検討し、修正すべき点は修正していきます。

3 ヶ月の終了会議を含め計 3 回の地域ケア会議を通じて自立に資するケアマネジメントを行ったことにより、B さんの日常生活における課題と対策が具体化されました。



(出典) 奈良県生駒市提供資料より作成

この結果、B さんの状態は徐々に改善し、サービス事業対象者ではなくなり、最終的には自宅のお寺を開放して「いきいき百歳体操」の通いの場を地域の方々と作るまでに至りました。2 ヶ月後には更に 3 B 体操も展開するなど、地域の活動拠点の 1 つとなりました。

この B さんの事例からわかるように、介護予防のための地域ケア個別会議を通じて、多職種の専門的な視点に基づく助言を得て、検討する事例の自立に資するケアマネジメント

を行うことは、高齢者個人の自立支援・介護予防につながるだけでなく、地域づくりにも発展していくものと言えます。

4 地域ケア会議の立ち上げの実際（山形県天童市）

山形県天童市では、平成 28 年 7 月から地域ケア会議を立ち上げました。開催頻度は月 2 回で、1 回 2 時間で、1 回あたり 3 事例を検討しています。

司会者は 4 名（課長補佐クラス 2 名、保健師 1 名、給付の主査 1 名）とし、1 回司会をした者はその後交代することにしました。ただし、司会をしない回にも 4 名全員同席することになっています。

参加者は以下のとおりです。

- ・ 保険者（天童市）
- ・ 地域包括支援センター（2 箇所）
- ・ 専門職（薬剤師、管理栄養士、PT・OT・ST、歯科衛生士）※山形県より派遣
- ・ 事例提出者（プラン作成担当・サービス事業所）
- ・ 市内の事業所の傍聴あり（質問も受け付ける）

事例の選定は市内 2 か所の地域包括支援センターが担当していますが、立上げ初期ということもあり、対象事例は

- ・ 要支援 1～2・総合事業対象及び住宅改修・福祉用具貸与購入に限定
- ・ 認知症の高齢者は基本的には含めない
- ・ 高齢者による衰弱、骨折・転倒、関節疾患に関する事例を対象

という一定の選定基準を設けています。

提出される事例に、まれに認知症の高齢者が入ることもありますが、一定の基準を設けて参加者に周知することで、「天童市地域ケア会議」の目的や、天童市としてどのようなプロセスで地域ケア会議を拡大・定着させていくかの姿勢を参加者と共有することが可能となっています。

使用している様式は以下の通りです。

【プラン作成担当記入様式】

- ・ 表紙（署名欄あり）
- ・ 地域ケア会議・アセスメントシート
- ・ 利用者基本情報
- ・ 介護予防アセスメント[1]基本チェックリスト
- ・ 介護予防アセスメント[2]追加項目
- ・ 課題整理総括表

- ・ 介護予防サービス支援計画書

【サービス事業所記入様式】

- ・ 介護予防メニューアセスメント（訪問用）
- ・ 介護予防メニューアセスメント（通所用）
- ・ 生活行為アセスメント（訪問・通所共通）
- ・ 介護予防サービス計画・総合評価（訪問用）
- ・ 介護予防サービス計画・総合評価（通所用）
- ・ 服薬処方箋等
- ・ 利用サービスの計画書（各サービス事業所の様式を使用）
- ・ 個別機能訓練計画書

当日の進め方は以下のとおりです。資料読み込みや事例提出者からの説明後、課題の確認を司会者が行い、専門職の質問・意見を受けます。全体が終わった段階で総括をしてから、専門職から助言を受け、司会者がまとめて終了する形をとっています。

Step1	Step2	Step3	Step4	Step5	Step6	Step7
資料の読み込み	プラン作成担当・事業所からの説明	課題整理表の内容確認	課題の確認	専門職による質問・意見	まとめ(今後の方針含む)	質問(傍聴者含む)
(5分程度)	(各3分)	(8分)	(2分)	(7分)	(2分)	(時間指定なし)
■参加者が資料の読み込みを行う	■資料に基づき、事例提出者が説明を行う	■司会者が課題整理表の内容を確認し、課題の抽出を行う	■参加者全員で課題の確認を行う	■課題について質問と意見を分けて実施する	■司会者が今後の方針を含め、まとめを行い、専門職から助言を受ける	■(試行中のため)傍聴者からの質問も受け付ける

(出典) 山形県ヒアリング結果より

5 地域ケア会議の立ち上げの実際（埼玉県川島町）

埼玉県川島町では、埼玉県における地域包括ケアシステムモデル事業のモデル市町として、平成28年6月から地域ケア会議を立ち上げました。地域包括ケアシステムモデル事業は、自立促進モデル事業・介護予防モデル事業・生活支援モデル事業の3事業で構成され、このうちの自立促進モデル事業の中で、埼玉県和光市における地域ケア会議の手法を展開しています。

開催頻度は月1回で、1回2時間となります。1回あたりの検討事例件数は、第1回（平成28年6月）、第2回（平成28年7月）はそれぞれ2事例、第3回以降は3事例としています。1年間で計10回の地域ケア会議を開催し、計27件の事例を検討しました。

自立促進モデル事業の中でモデル市町に派遣される、多職種から成る自立支援チーム（コーディネーター・理学療法士・作業療法士・薬剤師・管理栄養士）のうち、コーディネーター（埼玉県和光市の地域包括支援センター職員）が第1回～第7回まで司会を務め、川島町の職員に司会進行の手法を伝授する形で、立上げ支援が進められました。第8回以降は川島町の職員（行政職）が司会を担いました。

参加者は以下のとおりです。

- ・ 保険者（川島町）
- ・ 地域包括支援センター（1箇所）
- ・ 自立支援チーム（コーディネーター・理学療法士・作業療法士・薬剤師・管理栄養士）※埼玉県自立促進モデル事業の中で派遣
- ・ 事例提出者（プラン作成担当・サービス事業所）
- ・ 近隣市町村の事業所の傍聴あり

川島町では、立上げ支援実施中の平成28年9月に事業所向けに地域ケア会議の説明会を実施しています。その中で、地域ケア会議の意義や当日の流れ・スケジュール、出席者と役割、提出する資料、出席上のルールなどを説明しています。地域ケア会議での対象事例は、当面「自立の可能性のある事例」ということで、地域包括支援センター等に提出を依頼しています。

また、川島町では、地域ケア会議の立ち上げに際し、住民に自立支援の考え方と「自立支援型地域ケア会議」を理解してもらうことを目的に、以下のパンフレットを作成しました。作成したパンフレットは、川島町の約7,000世帯に全戸配布しました。

介護保険制度の
お助けです。

いきいきと元気に生活するために

◎おなさんはどちらを選びますか？

①Aさん（80歳、女性）は、近所を散歩中に転倒して足を骨折し、2か月ほど安静にしていました。
骨折は治りましたが、安静期間中に筋力が衰えたため、一人で歩いて外出できず、買い物に行けなくなりました。

↓

パターン1

②再び一人で買い物に行けるよう、ヘルパーさんから買い物同行の支援を受けました。
自分でできる掃除や食事の準備は自分でやり、リハビリも積極的にがんばりました。

↓

③その結果、再び長い距離を歩けるようになりました。以前のようによく買い物に行き、近くに住む親に会いに行きます。また、地域の健康教室に参加し、以前より元気です。

パターン2

④買い物同行だけではなく、掃除や食事の準備など振りことは、何でもヘルパーさんをお願いしました。
また、聞くのが億劫になり、リハビリにも消極的でした。

↓

⑤ヘルパーさんになんでもお願いしているうちに、自分でできたこともできなくなり、全身の筋力が機能も衰えて、さらに状態が悪化しました。

- 1 -

◎いつまでも元気に自宅で生活するために

パターン1のAさんは、介護サービスを利用しながら、元気になるため、できることは自分でやろうと考えて行動したことで、再び元の生活に戻ることができました。
一方、パターン2のAさんは、自分でできることもヘルパーさんをお願いしたことで、体力や全身機能が落ちてしまい、以前はできたこともできなくなりました。
パターン1のAさんのように、介護サービスは必要なのみ利用し、自分の能力の維持、向上に努めて、できることは自分でやること、いつまでも元気に住み慣れた自宅で生活することにつながります。

◎地域包括ケアシステムをご存知ですか？

「地域包括ケアシステム」は、住み慣れた地域でいつまでも生活できるようにする地域づくりのことで、医療、福祉、介護、行政等が連携し、それぞれの住まい（自宅）で一体的にサービスが受けられる仕組みをつくります。

- 2 -

◎地域ケア会議を実施しています！

自立した生活を送るため、「自分でやる」という気持ちを持続し、さらに「地域包括ケアシステム」をつくることを目指して、川島町では毎月1回、「地域ケア会議」を開催しています。

【地域ケア会議とは】

「地域ケア会議」は、介護サービスを利用する際にケアマネジャーが作成するケアプラン（どのような介護サービスを利用するかの計画）を検討する場です。会議には、専門的知識を持った職種（理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士）が参加しており、専門的見地から、ケアプランへのアドバイスをします。
会議は、パターン1のAさんを目指しており、対象者が自立した生活を送れるようになるには、どのようなサービスが必要かを検討します。

【地域ケア会議が目指すもの】

「地域ケア会議」は、「地域包括ケアシステム」の実現、つまり、がいつまでも元気に住み慣れた地域で、自立して生活できる仕組みづくりを目指しています。
また必要だけと不足しているサービスや、高齢者が抱える問題などを見つけることも目的です。
一人一人のケースを検討し積み上げていく中で、見つかった地域の課題の改善に取り組むことで、安心して暮らせる地域づくり、川島町の「地域包括ケアシステム」づくりにつなげていきます。

- 3 -

◎おなさんにお聞かせください

【状況把握のための聞き取り等に協力ください！】

介護サービスを利用するご本人の状況を詳しく把握することで、より具体的なアドバイスができます。
このため、「地域ケア会議」でケアプランを検討することになった場合、担当のケアマネジャーやサービス事業者から、次のようなお話をさせていただくことがあります。

- ・介護サービス利用者やご家族に詳しくお話を伺う
- ・服薬している薬の袋や検査の結果等を提供する
- ・主治医の先生にお話を伺う

「地域ケア会議で、あなたのケアプランを検討しましょう。」というお話がありましたら、ぜひ前向きな気持ちで協力ください。

問い合わせ先
川島町役場 健康福祉課 福祉グループ
TEL 049-299-1756（直通）
FAX 049-297-6087

- 4 -

（出典）埼玉県川島町提供資料より

自立促進モデル事業の中では、埼玉県和光市における地域ケア会議の手法を展開しています。そのため使用している様式は和光市の様式に準拠しています。

〈主な提出書類〉

区分		提出書類
プラン作成担当作成		◎利用者基本情報 ◎生活機能評価（アセスメント） ◎介護（予防）アセスメント ・〔1〕基本チェックリスト、〔2〕追加項目 ・介護予防メニューリスク確認 ◎生活支援度調査票（フェイスシート） ◎介護予防サービス・支援計画書（※予防の事例） ○居宅サービス計画書（介護の事例） ◎週間サービス計画表 ◎アセスメントシート ○主治医意見書 ※住宅改修が必要な理由書
事業所作成	通所系	◎介護（予防）メニューアセスメント（通所用） ◎生活行為アセスメント（訪問・通所共通） ◎介護（予防）サービス計画書・総合評価（通所用） ◎介護（予防）サービス個別計画書（通所用）
	訪問系	◎介護（予防）メニューアセスメント（訪問用） ◎生活行為アセスメント（訪問・通所共通） ◎介護（予防）サービス計画書・総合評価（訪問用） ◎介護（予防）サービス個別計画書（訪問用）
	福祉用具貸与・購入	○福祉用具サービス計画書 ※福祉用具パンフレット
	住宅改修	○平面図、立面図、写真、見積書 ※手すり等の設置場所が分かるものを添付。

※「◎」は共通の様式、「○」は各事業所の様式です。

（出典）埼玉県川島町提供資料より

当日の進め方は埼玉県和光市の進め方に準拠しています（P.65 参照）。対象者の概要・ケアプランの説明を事例提出者が行った後、課題の確認を司会者が行います。その後、専門職の質問・助言を受け、最後に司会者がまとめる形をとっています。ただし、現在はモデル事業期間中ということもあり、最後に司会者（川島町職員）がまとめた後に、自立支援チームのコーディネーター（埼玉県和光市の地域包括支援センター職員）が検討事例に関する総括を行い、参加者全体に対する助言を行います。

また、以下のような項目を含むアンケートを実施し、地域ケア会議の趣旨の理解度・効果・今後の進め方についての意向を確認しています。

<主なアンケート項目>

- ・ 事例検討を通じて、自立支援型地域ケア会議の趣旨やねらいは分かりましたか。
- ・ 事例検討を通じて、どのような効果を感じましたか。
- ・ 今後、地域で自立支援型地域ケア会議を行っていくことに対し、どのように思いますか。
- ・ 次回以降、特に知りたいことは何ですか。自由にご記入ください。

参考資料

様式の使用時期	様式例	本文ページ番号
地域ケア会議の 開催準備期	地域ケア会議の実施概要	P.28
	地域ケア会議 会議資料チェック表	P.31
地域ケア会議 当日	利用者基本情報	P.37～P.38
	基本チェックリスト	P.39
	興味・関心チェックシート	P.40
	課題整理総括表	P.41
	介護予防サービス・支援計画表	P.42
	主治医意見書	P.44
地域ケア会議の 開催後	地域ケア会議録	P.54

地域ケア会議の実施概要

平成○年度 ○○市地域ケア会議実施概要

◆ 目的

介護保険の理念に基づき、高齢者の自立支援及び生活の質(QOL)の向上に資するケアマネジメントと、それに基づく介護の提供をするため、多職種協働による地域ケア会議を開催する。

◆ 平成○年度年間スケジュール：合計 10 回 年間合計 31 事例(2～4事例/1回)

開催日	開催時間	場所	事例数
4月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	2
4月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	2
5月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	2
5月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	2
6月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	3
6月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	3
7月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	3
...

◆ 主な参加者(予定)

- ・ 保険者：○○市
- ・ 地域包括支援センター：○○地域包括支援センター
- ・ 専門職：医師・歯科医師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・栄養士・歯科衛生士等
- ・ プラン作成担当：対象事例のプラン作成者
- ・ 介護サービス事業所：対象事例のサービス提供事業所

◆ 対象事例

平成○年度は要支援1～2・総合事業対象及び住宅改修・福祉用具貸与購入のケースとする。

地域ケア会議の会議資料チェック表

〇〇市地域ケア会議 会議資料チェック表

～注意事項～

- ・ 1事例ごとに、資料の右下に通し番号を付与してください（手書きでも結構です）。
- ・ 各事例の個人名はイニシャルにして提出してください。
- ・ 地域ケア会議の開催1週間前に〇〇市地域包括ケア課に提出してください。遅れる場合は必ずご連絡ください。

【プラン作成担当作成資料】

- 利用者基本情報
- 基本チェックリスト
- 課題整理総括表
- 介護予防サービス・支援計画表
- 主治医意見書
- 服薬処方箋のコピー
- . . .
- . . .

【介護サービス事業所作成資料】

- 個別援助計画（訪問介護）
- 個別援助計画（通所介護）
- . . .

利用者基本情報

作成担当者:

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他(訪問)	初回 再来(前 /)	
本人の現況	在宅・入院または入所中()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S ○○年○○月生()歳		
住 所		Tel () Fax ()		
日常生活 自立度	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	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～ 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果: 事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日: 年 月 日			
障害等認定	身障() 療育() 精神() 難病()、・・・()			
本人の 住居環境	自宅・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・・・			
来 所 者 (相談者)			家族構成 ◎ = 本人、○ = 女性、□ = 男性 ● ■ = 死亡、☆ = 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		続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

利用者基本情報（続き）

《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)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 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
<p>地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 氏名 A 印</p>	

基本チェックリスト

No.	質 問 項 目	回 答	
		(いずれかに○をお付け下さい)	
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か月間で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 cm 体重 kg (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機会が減っていますか	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事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。

興味・関心チェックシート

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別(男・女) 記入日: H__年__月__日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典) 平成 25 年度老人保健健康増進等事業「医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会より

課題整理総括表

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セスメ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象の状況(且経)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。

介護予防サービス・支援計画表

介護予防サービス・支援計画表

No. _____

利用者名 _____ 種 _____ 認定年月日 _____ 認定の有効期間 _____ ~ _____

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・事業所名及び所在地(通称先) _____

計画作成(変更)日 _____ (初回作成日 _____) 担当地域包括支援センター: _____

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		☉ 有 ☉ 無 1.	1.	1.	1.	1.						
日常生活(家庭生活)について		☉ 有 ☉ 無 2.	2.	2.	2.	2.	()					
社会参加、対人関係コミュニケーションについて		☉ 有 ☉ 無 3.	3.	3.	3.	3.	()					
健康管理について		☉ 有 () 無 4.	4.	4.	4.	4.	()					

健康状態について

口主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【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: 生活不活発度の改善・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)/(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事業プログラムの枠内に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付						

地域包括支援センター	[意見]
	[確認印]

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

_____ 氏名 _____ 印

主治医意見書

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 明・大・昭 年 月 日生(歳)	男・女	〒 -
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに		<input type="checkbox"/> 同意する。	<input type="checkbox"/> 同意しない。
医師氏名	_____	電話	() _____
医療機関名	_____	FAX	() _____
医療機関所在地	_____		
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日

1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
(最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法

レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養

特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

失禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 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 IIIa IIIb IV DM

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊

無 有 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) その他の精神・神経症状

無 有 (症状名: _____) 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= _____ cm 体重= _____ kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____)

麻痺 右上肢 (程度: □軽 □中 □重) 左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

右下肢 (程度: □軽 □中 □重) 左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

失調・不随意運動・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 自立 介助があればしている していない

車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(履き逃げ可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

現在の栄養状態 良好 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理的必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療

訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導

訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり () ・移動 □特になし □あり ()

・摂食 □特になし □あり () ・運動 □特になし □あり ()

・嚥下 □特になし □あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

無 有 () 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

地域ケア会議録
平成 年度埼玉県自立促進モデル事業
第 回 地域ケア会議実施記録

1. 開催日時等

開催日時	平成 年 月 日 () : ~ :
開催場所	
議題	
主な参加者	

2. 地域ケア会議の概要

事例番号	性別	年齢	要介護度	世帯構成	利用サービス

【事例①】

事例提出者	
検討資料	
主なコメント	
行政課題に関する コメント	

介護予防活動普及展開事業
市町村向け手引き

平成 29 (2017) 年 3 月発行

発行 厚生労働省 老健局老人保健課

事務局 株式会社 三菱総合研究所

不許複製