

高齢者のための自立支援マニュアル

～自立支援型地域ケア会議による
地域づくり～

埼玉県

目 次

はじめに

序章 背景・目的～異次元の高齢化と「地域包括ケアシステム」の構築～ 1

第1章 自立支援について 5

（1） 「自立支援」とは 5

（2） 「自立支援」の考え方の周知・啓発 9

（3） 自立支援型ケアマネジメントと「自立支援型地域ケア会議」のススメ 10

～第1章に関する疑問を解消します～よくあるQ&A～ 16

第2章 自立支援型地域ケア会議の立ち上げ準備 18

（1） 地域包括支援センターとの調整 18

（2） 介護支援専門員・介護サービス事業所への説明 20

（3） 自立支援型地域ケア会議の導入スケジュール例 21

（4） 住民への周知と理解促進 22

～第2章に関する疑問を解消します～よくあるQ&A～ 24

第3章 自立支援型地域ケア会議の準備 25

（1） 会議の共通ルールを決める 25

① 対象とするケース（ケースの選定基準） 25

② メンバーと配席図 27

③ 会議資料の様式（記載例） 34

④ 会議の開催頻度、ケースあたりの所要時間等 46

⑤ 個人情報の取り扱い 49

（2） 地域包括支援センター及びケース提供者との調整を行う 53

① 会議資料の準備 53

② 当日の進め方の確認 54

（3） 助言者（専門職）との調整を行う 56

① 助言者の役割 56

② 助言者の事前準備 56

（4） 会議当日までの準備事項 58

～第3章に関する疑問を解消します～よくあるQ&A～	59
第4章 自立支援型地域ケア会議の当日	60
第5章 自立支援型地域ケア会議開催後の実施事項	61
(1) 自立支援型地域ケア会議後の対応	61
(2) 記録の作成・管理について	63
(3) 対応状況の把握について	64
(4) 関係者による会議開催後の対応について	65
① 不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討	65
② ケアプランの再調整	65
③ プログラムの再調整の必要性の検討・必要な場合の再調整	66
～第5章に関する疑問を解消します～よくあるQ&A～	67
第6章 行政課題に対する保険者の対応	68
(1) 行政課題に対する保険者の対応	68
参考資料	73



《コラム目次》

第1章

自立支援の実践例～Nさんの場合～	8
地域ケア会議の類型	11
自立支援型地域ケア会議による自立支援（例）	12
自立支援という目標の共有（規範的統合）	15

第2章

地域包括支援センターの業務である「包括的・継続的ケアマネジメント支援」とは？	19
参考 川島町における住民への周知活動	22

第3章

主治医との関係について	34
なぜ様式の統一が必要か？	45
実践につながる助言を	57

第6章

在宅医療・介護連携推進事業との連動（例）	72
認知症総合支援事業との連動（例）	72

はじめに

埼玉県では、今後、全国でも類を見ないスピードで75歳以上の方が急速に増加し、2025年（平成37）年には約118万人になることが見込まれています。

このため、高齢者が、住み慣れた地域で生きがいを持ちながら安心・安全に生活し続けることができるよう、「医療」、「介護」、「介護予防」、「生活支援」、「住まい」を包括的に提供する体制づくり、いわゆる地域包括ケアシステムの構築が急務です。

年齢を重ねると医療や介護が必要になる人の割合が増え、要介護認定率も上昇していくため、高齢者の自立を支援する地域づくりが重要となってきます。

平成27年度の介護保険制度の改正において、市町村は、新たな介護予防・日常生活支援総合事業に取り組むこととなりました。この事業のねらいは高齢者の在宅生活の安心確保と、介護予防の充実、自立の促進です。

そこで、埼玉県では、高齢者が住み慣れた地域で一日でも長く元気に暮らせるよう自立を支援していくため、市町村における自立支援型地域ケア会議の実施を支援しています。

自立支援型地域ケア会議では、市町村を始めとする関係者が一体となって地域の多様な専門職の助言を踏まえ、高齢者一人一人の支援方法を検討します。また、個別プランの検討において明らかとなった地域の課題を把握することで、市町村における福祉サービスや生活支援の体制整備に結び付けていきます。

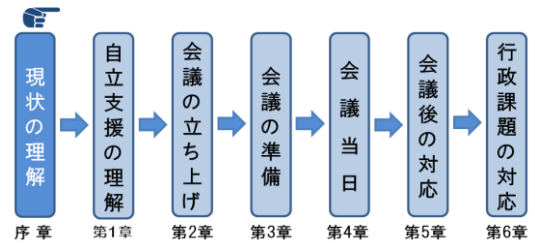
保険者である市町村の職員をはじめ、地域包括支援センターのみなさんにこの「自立支援マニュアル」をご一読いただき、自立支援型地域ケア会議の立ち上げや、介護支援専門員、介護サービス事業所、住民の方々に自立支援の考え方を説明する際の手引きとしてご活用いただければ幸いです。

平成29年3月

埼玉県福祉部 地域包括ケア課

序章 背景・目的

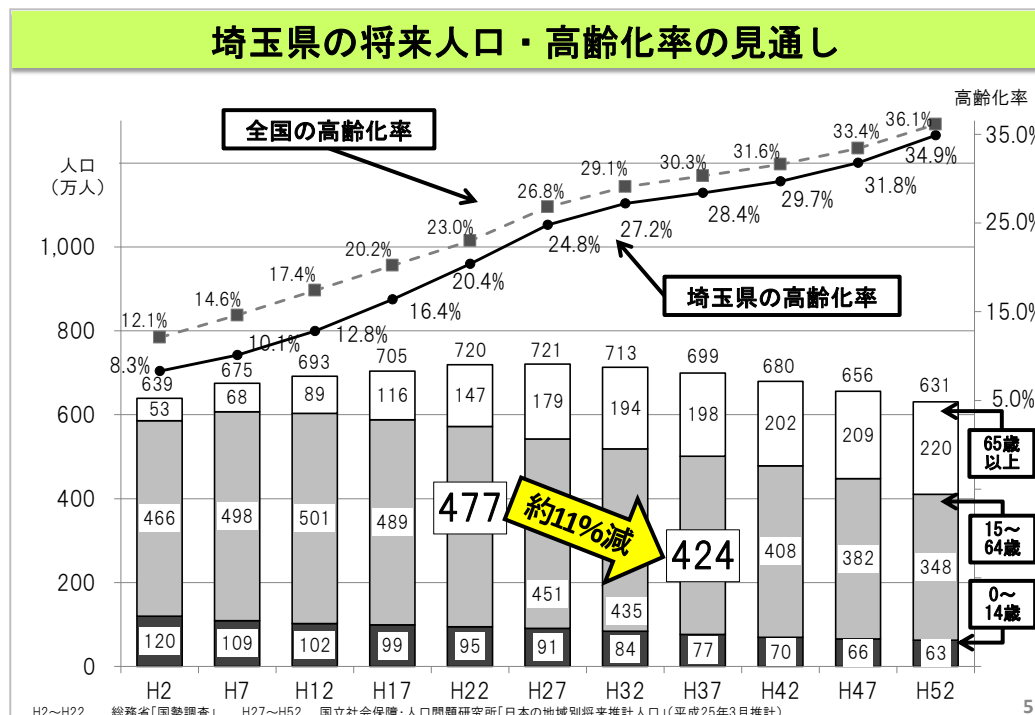
～異次元の高齢化と「地域包括ケアシステム」の構築～



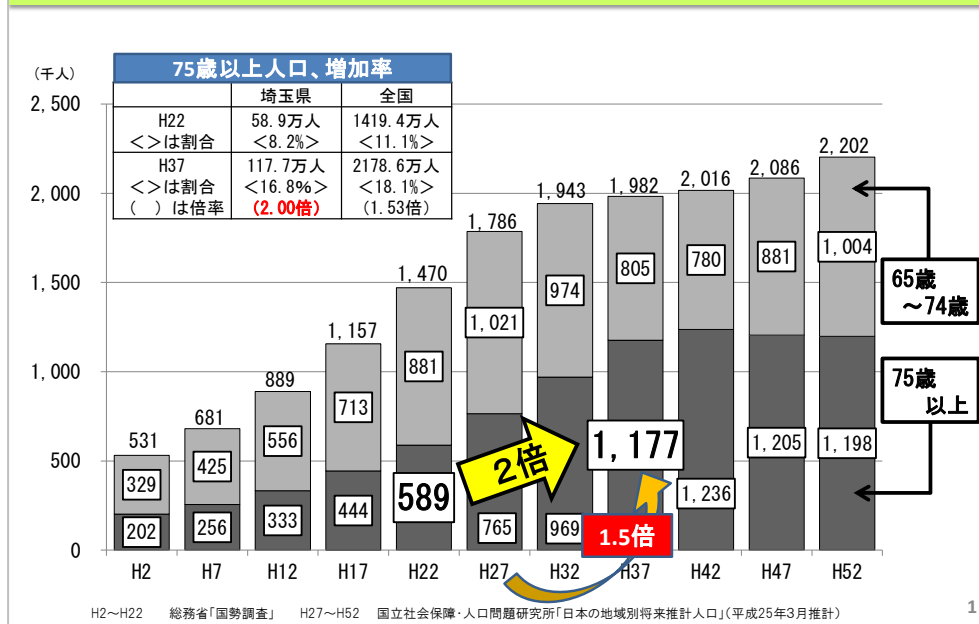
埼玉県における高齢化の現状

- 埼玉県では、2025 年に向けて働き手・支え手として期待される 15 歳～64 歳の人口（生産年齢人口）が大きく減少する一方、75 歳以上の高齢者が急激に増える見込みです。
- 75 歳を過ぎると要介護認定率は急速に上昇していきます。埼玉県の高齢者（平成 26 年度）でみると、75 歳未満と 75 歳以上では約 7 倍の差が生じています。

図表 1 埼玉県の高齢化の見通しと要介護認定率の状況



埼玉県の高齢者の年齢階層別構成

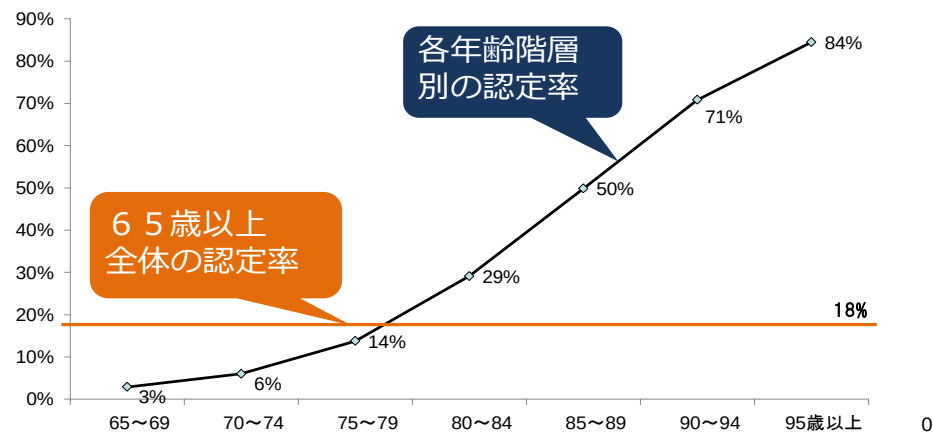


埼玉県及び全国の要介護認定率の状況

埼玉県 14.1%(平成26年度末)
 65歳～74歳：3.9%/75歳以上：28.2%)
 約7倍

全国

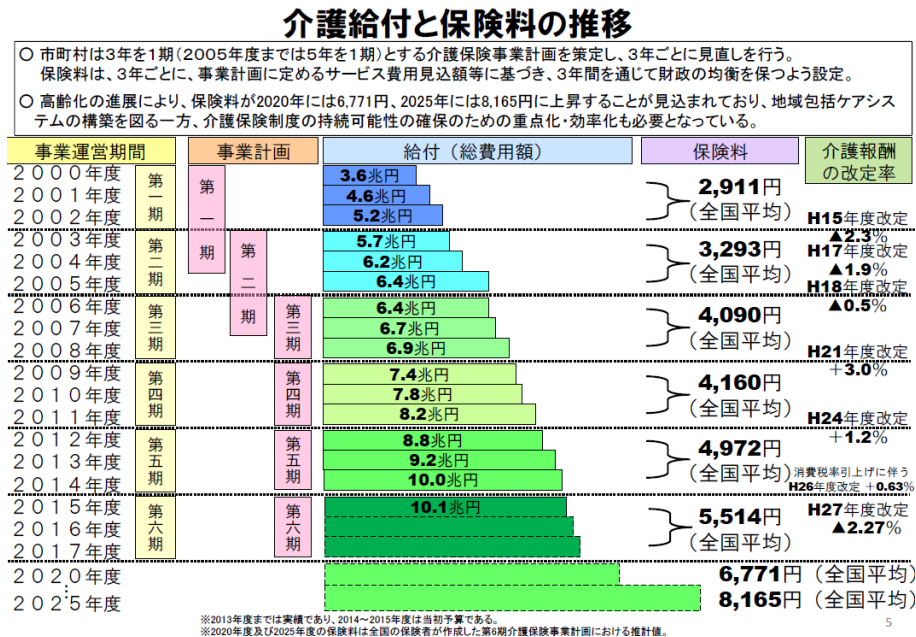
出典：社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査（平成24年11月審査分）



(出所) 埼玉県ホームページより

- 75歳以上の高齢者は医療や介護を必要とする方の割合が高いため、75歳以上の高齢者の急増は医療・介護に対するニーズの急増を意味します。
- このことは、介護保険サービスの利用者や介護給付費の増加へとつながり、さらには介護保険料の上昇を招くおそれがあります。介護保険料は2025年には8,200円程度になると試算されており、制度施行以降15年で約3倍近くにまで跳ね上がる見込みです。

図表 2 介護保険料の推移



(出所) 厚生労働省ホームページより

地域包括ケアシステムの構築の必要性

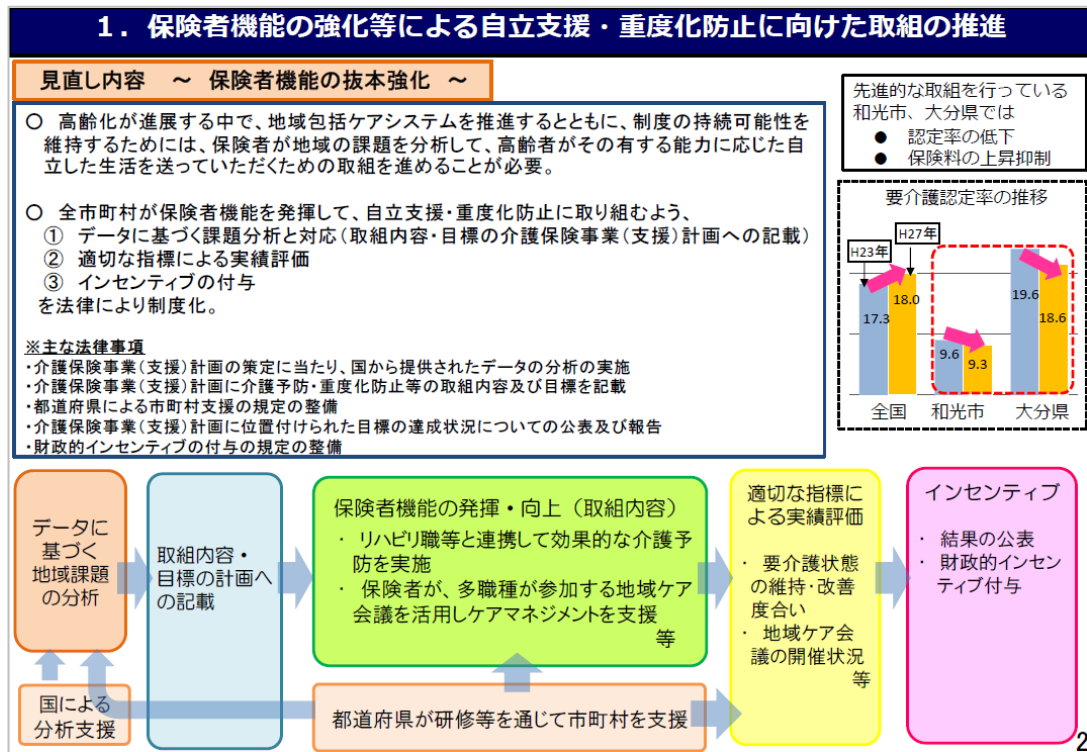
- このように人口構造の激変が見込まれる中、高齢者が住み慣れた地域でいつでも自分らしい暮らしが送れるような地域づくり～「地域包括ケアシステム」の構築～が必要です。
- 「地域包括ケアシステム」とは、市町村が住民や地域の専門職等と協力して「医療」、「介護」、「介護予防」、「生活支援」、「住まい」など生活に必要な支援を一体的・重層的に提供する仕組みのことです。

地域包括ケアシステムの強化のための法改正について

- 平成 26 年の介護保険法改正(平成 27 年 4 月施行)により、新しい介護予防・日常生活支援総合事業など市町村が実施する地域支援事業のメニューが拡充され、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた市町村の役割が拡大しました。
- さらに、平成 29 年 2 月 7 日に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)が閣議決定され、「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」との方針が示されています。
- 具体的には、図表 4 のとおり、全市町村が保険者機能を発揮して自立支援・重度化防止に取り組めるよう、新たな仕組みが制度化される見込みです(平成 29

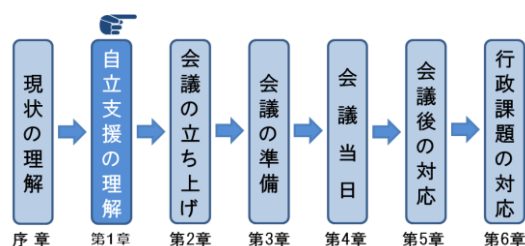
年3月現在)。

図表 3 地域包括ケアシステムの強化のための法改正



(出所) 厚生労働省ホームページより

第1章 自立支援について



第1章のねらい

1

この章は、高齢者の自立を支援することが、今なぜ必要かを理解していただくことを目的としています。

2

各地域において、関係者に自立支援の意義を説明する際に活用していただくことを想定しています。

(1) 「自立支援」とは

「自立支援」とは何か

- 「地域包括ケアシステム」の構築に当たっては、「自立支援」という考え方が鍵となります。
- 「自立支援」とは、高齢者一人一人が、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（目的）

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

第2条（介護保険）

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

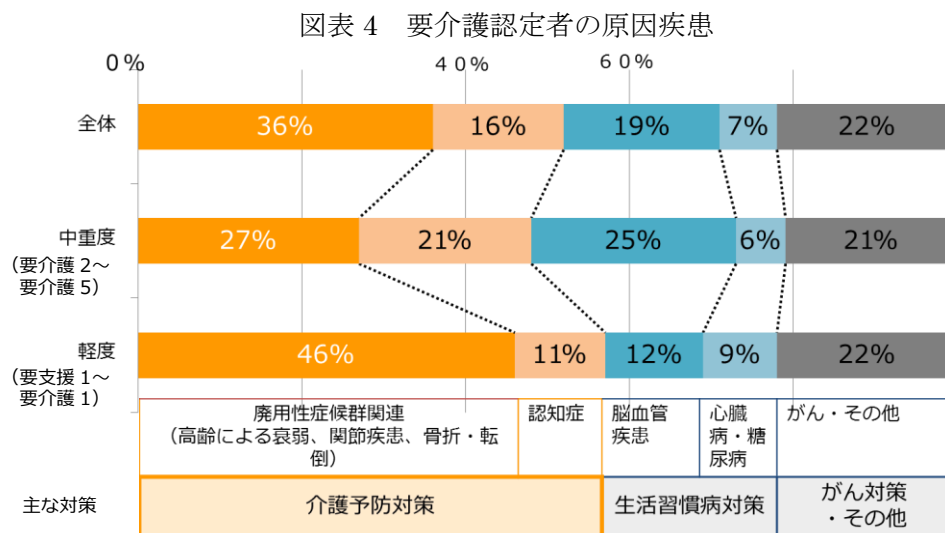
（略）

第4条（国民の努力及び義務）

- 1 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

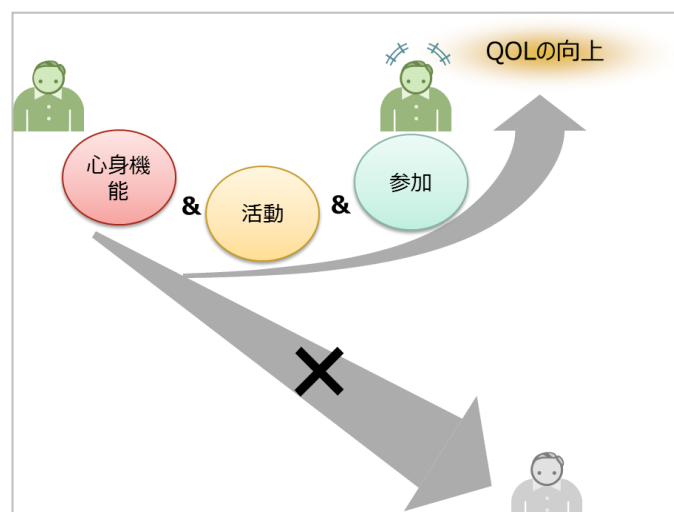
「自立支援」の必要性

- 高齢者は、「自立支援」により心身機能を改善、向上させることで活動範囲が広がるとともに、社会参加の機会が増えるなど、生活の質を向上させることができます。
- 例えば、図表 4 のとおり、軽度認定者の約半数は、廃用性症候群（活動量が低下したことにより心身機能が衰え、様々な症状が発生すること）により介護を必要とするに至ったとのデータがあります。
- これらの方々は、ご本人の有する能力を最大限に生かして、「自立」に向けた支援を行うことにより、介護を必要とする状態を改善し、ご本人の生活の質を向上できる可能性が高いと考えられます（図表 5）。
- 「自立支援」の考え方を地域で共有し、実践することにより、地域の高齢者の生活の質を向上させるとともに、地域に元気な高齢者を増やすことができます。



(出所) 平成 25 年度「国民生活基礎調査」より

図表 5 「自立支援」のメリット (イメージ図)



自立支援の実践例～Nさんの場合～

Nさん（78歳、女性）は、自宅で転倒して足をくじき、その後1か月安静にしました。1か月後、足の怪我は完治したものの、安静期間中に筋力が低下して歩行が不安定となってしまいました。その結果、1人で歩いて外出することが難しくなりました。そこで介護保険サービスを利用しました…

このNさんのケースにおいて、支援の方法として、次の2つのパターンについて考えてみましょう（右絵参照）。

パターン1では、ヘルパーから買い物同行の支援を受けて無理のない範囲で歩いて外出するなど、「できること」は自身で行い、「できないこと」は再びできるようになるよう支援を受けました。その結果、徐々に長い距離が歩けるようになり、転倒前と同じように買い物に1人で行けるようになりました。

パターン2では、ヘルパーに買い物や自宅の食事の支援など、困りごとを何でもお願いしました。その結果、外出の機会が減るなど活動の範囲が狭まり、転倒前より状態はさらに悪化しました。

同じ介護保険サービスによる支援であっても、支援方法によって支援後の利用者の状態に大きな差が生じます。

Nさん（78歳、女性）の例



Nさんは転倒して足をくじき、その後1か月間安静にしました。

1か月後、足の怪我は完治したものの、安静期間中に筋力が衰えて歩行が不安定となってしまい、歩いて外出できなくなりました。

そこで…

パターン1



ヘルパーさんから買い物同行の支援を受け、無理のない範囲で歩いて外出しました。



その結果、長い距離を歩けるようになり、また一人で買い物に行けるようになりました。

パターン2



ヘルパーさんに買い物や自宅での食事の支度など困りごとを何でもお願いすることになりました。



外出の機会が減ったり、活動の範囲が狭まり、全身機能が衰えて状態がさらに悪化しました。

あなたはどちらの暮らし方を選びますか？

今後、急速な人口構成の変化（異次元の少子高齢化）を迎える中、住民の尊厳ある生活を支えるためには、介護保険サービスが、パターン1のように利用者の状態の改善や悪化防止（「自立支援」）のために提供される必要があります。

軽度認定者（要支援1～要介護1）の場合、約半数が生活不活発による廃用性症候群が原因で要介護認定を受けています（図表4参照）。パターン1のようなアプローチは、特に、Nさんのように廃用性症候群が原因で要介護認定を受けた方に有効であり、今後、各地域で自立支援・介護予防を推進していく上で欠かせない視点であると言えます。

(2) 「自立支援」の考え方の周知・啓発

「サービス提供者」と共有する

- 高齢者の「自立支援」を進めるに当たって最も重要なのは、「自立支援」の考え方を地域包括支援センターや介護支援専門員、介護サービス事業所等の介護保険サービスの提供に携わる人々と共有することです。
- そのためには、「高齢者の自立支援を目指す」という姿勢を市町村が示すこと、また、その姿勢を介護保険サービスの提供に携わる人々との間で共有することが肝要です。

「住民（本人・家族）」と共有する

- また、住民の方に「高齢者の自立支援を目指す」という姿勢を周知し、自身のこととして理解していただくことも大切です。
- 高齢者やそのご家族に、住み慣れた地域で生活をするためには、自分でできる事は自分です＝「自助」、助け合う部分は助け合う＝「互助」がベースであることを理解いただきましょう（図表 6）。
- 具体的には、一般介護予防事業などで住民を対象とした出前講座を開催し、住民に対し自立支援の考え方について説明することなどが考えられます。
- 埼玉県では、住民の方に対する普及啓発のためのツールを作成しています。このようなツールを活用するなどして、住民の方への普及啓発にも努めましょう。

- 埼玉県が作成した住民向け普及啓発ツール（高齢者のためのイキイキ生活の扉）です。ダウンロードし、印刷して配布できます。

《高齢者のためのイキイキ生活の扉》

http://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/chiikihoukatukea/chiiki_model.html

[活用例]

- ・ 介護予防教室の参加者に配布
- ・ 高齢者向けのハンドブックや介護保険の説明資料と合わせて配布
- ・ 地域包括支援センターの窓口で配布



図表 6 住民の視点から見た地域包括ケアシステムのイメージ



(3) 自立支援型ケアマネジメントと「自立支援型地域ケア会議」のススメ

自立支援型ケアマネジメントとは何か

- 自立支援型ケアマネジメントとは、「自立支援」を実現するために必要なサービス・支援を高齢者（利用者）につなぐ手法のことです。
- 自立支援型ケアマネジメントの手法は、図表7のとおり期間的自立支援と永続的自立支援に区分できます。

図表 7 期間的自立支援と永続的自立支援

期間的自立支援	介護保険サービスの一時的な利用を想定 例) 廃用性症候群等により生活機能が低下したケース →介護保険サービスの一時的な利用により 生活機能が向上するよう支援
永続的自立支援	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重度の機能不全が原因で 生活機能が低下したケース →介護保険サービスを永続的に使いながら、 可能な限り残存機能を維持・活用できるよう支援

「自立支援型地域ケア会議」とは何か

- 「地域ケア会議」は、地域の多様な専門職が協働し、介護支援専門員への支援を通じて、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしをいつまでも続けることができるよう、地域全体で支援するための手法です。
- 「自立支援型地域ケア会議」とは、高齢者の自立（介護が必要な状態の改善または悪化防止）を支援するため、地域の多様な専門職（リハビリテーション専門職、薬剤師、歯科衛生士、栄養士等）の助言を踏まえ、高齢者一人一人の支援方法を検討する会議のことで、地域ケア個別会議の1つに位置づけられます。

column
コラム

地域ケア会議の類型

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政策の形成といった5つの機能があり、地域ケア会議の目的や開催方法等によって次の2つに分類されます。

- 地域ケア個別会議…主に個別課題の解決のために開催する会議
- 地域ケア推進会議…主に地域づくり・資源開発等のために開催する会議

「自立支援型地域ケア会議」は地域ケア個別会議の1つに位置づけられます。

既に、「自立支援型地域ケア会議」とは異なる地域ケア会議を開催している場合、以下の一覧（図表8）を参考に、「自立支援型地域ケア会議」をご自分の地域でどのように位置づけるか検討してみましょう。

図表 8 自立支援型地域ケア会議の位置づけ（イメージ）

開催主体	会議名	会議の目的	地域ケア会議の5つの機能					参加者	開催頻度
			① 個別 課題 の解 決	② ネッ トワ ーク 構 築	③ 地 域 課 題 の 発 見	④ 地 域 づ く り の 資 源 開 発	⑤ 政 策 の 形 成		
〇〇市	地域ケア会議A （地域ケア個別会議）	自立支援に向けた個別ケースの検討、自立支援の手法の共有のため開催	○		○	○		〇〇市（保険者） 地域包括支援センター ケアマネジャー 介護サービス事業所 専門職	定期開催 1ヶ月に〇回
〇〇市	地域ケア会議B （地域ケア推進会議）	行政課題の共有、地域の実情やニーズの掘り起しのため開催		○	○	○	○	〇〇市（保険者） 地域包括支援センター 自治会、民生委員等	定期開催 1年に〇回
日常生活圏域	地域ケア会議C （地域ケア個別会議）	地域ケア会議Aで検討したケースの評価のため開催	○		○	○		〇〇市（オブザーバーとして参加） 地域包括支援センター ケアマネジャー 介護サービス事業所	定期開催 1ヶ月に〇回
日常生活圏域	地域ケア会議D（地域ケア個別会議）	支援困難ケースの問題解決のため開催	○	○	○			地域包括支援センター ケアマネジャー 必要に応じ、〇〇市、他関係者が参加	不定期開催

「自立支援型地域ケア会議」の効果① ～「自立支援」による個別課題の解決～

- この「自立支援型地域ケア会議」を通じて、検討の対象となる高齢者に対し、状態の改善または悪化防止のために必要な支援を提供することで高齢者一人一人の課題解決を図るとともに、自立支援型ケアマネジメントの手法を地域で共有することにより、地域に元気な高齢者を増やすことが期待できます。

自立支援型地域ケア会議による自立支援（例）

Aさんは65歳の方です。自立支援型地域ケア会議で多様な専門職が協働し、自立に資するケアマネジメントが行なわれるよう支援したことで、状態が改善しました。

<Aさんの基本情報>

年齢・性別・要介護度	65歳・女性・要支援1
家族構成	同居：長男家族（4人家族）と同居。生活は別々で関わり合いは薄い
既往歴等	くも膜下出血、高血圧症
利用サービス	訪問リハビリテーション（週1回）
生活歴等	子ども2人を育てながら会社勤めをしていた。十数年前にくも膜下出血を発症。半年間の入院。左下肢に軽度の麻痺が残る。
現在の生活	週1回の訪問リハビリ以外は隣家への訪問や、体調が良い時には畑をしている。BMI29.3。半年前に糖尿病を指摘された。

Aさんは糖尿病の自覚が不足しており、味の濃い食べ物を好んで食べるなど、栄養面での知識が不足していました。半年前に糖尿病を指摘され、減量や運動の必要性を主治医から指導されて以降、万歩計を付けたり、食事に注意をしないといけないう気持ちが出てきています。プランナーは、この思いを生かすような形でケアプランを作成し、自立支援型地域ケア会議にAさんのケースを提供しました。

<ケアプラン>

本人の思い	食事を改善したい。
総合的課題	糖尿病の悪化を防ぐため、生活様式の改善を行う。
1日の目標	1日7,000歩歩く。一日の食事メニューを改善する。
6か月後の目標	体重を5kg減らす
支援内容	訪問リハビリにより筋トレの方法を伝える。通院により減塩方法等について栄養指導を行う。

自立支援型地域ケア会議に参加した専門職からは、プランナー、介護サービス事業所のそれぞれに以下のような助言がありました。

<自立支援型地域ケア会議における専門職からの助言>

プランナーへの助言	
理学療法士	- 本人だけだとなかなか長続きしない。 - 週1回の訪問リハビリ以外に、他の人とリハビリをやる機会を作るとよい。 ⇒行政から介護予防体操教室の紹介が提案された。
作業療法士	- 歩行だけだと意欲が長続きしない。 - 毎日掃除をする、出掛ける場所が増えたといったプラスの目標がよい。 - 手に付ける活動量計などは、自身の努力が見えるかたちとなるためお勧めする。
薬剤師	- 糖尿病の薬は2種類と軽め - 確実に服薬するように指導してほしい。
管理栄養士	- 本人は糖尿病の基本的な知識が不足しているように思われる。 - 食事の後に運動を取り入れると、血糖値を抑える効果がありお勧めする。

	・ 本人の食事内容を見ると、外食でかなりのカロリーを摂取している。外食の場合でも、メニューを選ぶ必要がある。
--	--

自立支援型地域ケア会議を通じて A さんの課題が糖尿病の管理であり、改善のため、「栄養指導」「運動による体重減少」といった介護サービスの役割分担が明確になりました。特に、通院している病院の栄養指導を受けるように助言があり、プランナーからも近々に実施したいとの発言がありました。

また、管理栄養士の食事内容に対するコメントが本人のやる気を引き出し、これまで以上に栄養面に気を使うようになりました。

この結果、3 か月後に A さんは以下のような変化が見られました。

血液検査数値の変化	・ 血糖値：150→130 まで改善 ・ HbA1c※：7.6→6.9 まで改善
運動における変化	・ 毎日 6,000～7,000 歩を実施。 ・ チェック表による歩数記録の管理
食事における変化	・ 病院の栄養指導 ・ 助言者（管理栄養士）から、糖尿病に対応した食事メニューの助言を受け、食事内容を改善

※糖化ヘモグロビン…過去 1～3 か月の糖尿病の状態の評価を行う重要な指標。7 %未満に維持することが糖尿病の合併症のリスク低減につながると考えられている。（出所）厚生労働省 HP

A さんの支援チームは自立支援型地域ケア会議での助言をケアプランに反映し、介護サービスを実施した結果、A さんの状態が改善してきています。

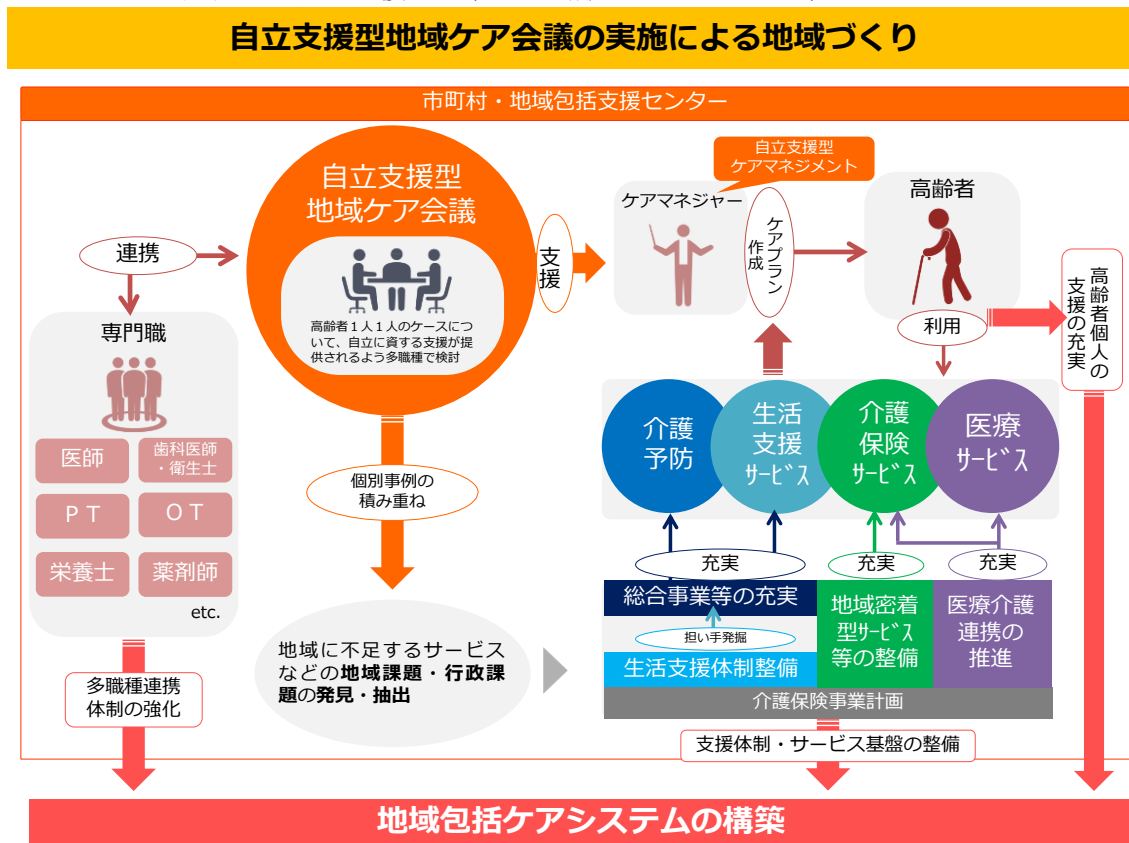
A さんのケースは自立支援型地域ケア会議による自立支援の一例です。このようなケース検討の積み重ねを通じて地域に元気な高齢者を増やすことが期待できます。

（出所）川島町自立支援型地域ケア会議資料

「自立支援型地域ケア会議」の効果② ～「地域包括ケアシステム」の構築～

- 「自立支援型地域ケア会議」で個別事例の検討を積み重ねる中で、高齢者の自立を支えるためのサービスや社会資源等の不足など、地域において共通する課題（地域課題）が明らかになってきます。
- この地域課題を解決するために、介護保険事業計画に必要な政策を位置づけて実行していくことや、介護予防事業や生活支援体制整備事業と連携して新たなサービスや社会資源を開発していくことなどが求められてくるでしょう。（第6章参照）
- 「自立支援型地域ケア会議」を定期的を開催する中で、個別課題の解決→地域課題の発見→地域課題の解決というプロセスを何度も繰り返すことで、地域包括ケアシステムを構築していくことができます。

図表 9 自立支援型地域ケア会議の実施による地域づくり



今こそ「自立支援型地域ケア会議」を実施しよう！

- 「自立支援型地域ケア会議」は、高齢者一人一人の自立を支援して元気な高齢者を地域に増やす役割、すなわち「自立支援」による個別課題の解決を担うとともに、地域課題の発見・解決というプロセスを通じて、地域づくりの役割、「地域包括ケアシステム」の構築も担うものです。
- 「自立支援型地域ケア会議」は、私たちの社会がこれから異次元の高齢化を迎える中、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしをいつまでも続けることができるような地域づくりを進めるために、必要不可欠な取組です。

column コラム

自立支援という目標の共有（規範的統合）

「地域包括ケアシステム」の構築に当たり、市町村が、介護保険事業計画で目指すべき方向性を明確にし、地域単位で具体的な基本方針を定め、その基本方針を介護サービス事業所・医療機関・民間企業・NPO・地縁組織・住民等のあらゆる関係者と共有することを規範的統合といいます。

前述したとおり（P4の図表3参照）、次期法改正に向けて「保険者機能の抜本強化」の方針が打ち出され、介護保険事業計画に「介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標」を明確に記載することが求められていることから、保険者のリーダーシップのもと、地域のあらゆる関係者が『自立支援』という目標を共有し、「自立支援」のために必要な資源をコーディネートすることが求められます。

自立支援型地域ケア会議はこれらを果たすために欠かせないツールです。自立支援型地域ケア会議を実施して、地域のあらゆる関係者と『自立支援』という目標を共有するとともに、「自立支援」のために必要な資源をコーディネートすることで、「地域包括ケアシステム」を構築しましょう。



～第1章に関する疑問を解消します～よくあるQ&A～



Q1

自立支援型ケアプランの作成を検討しましたが、利用者ご本人やご家族に納得していただける説明ができるか自信がありません。ご本人やご家族からクレームが寄せられそうで不安です。

A1

自立支援型地域ケア会議の導入に当たっては、サービスを利用する利用者ご本人やご家族に自立支援の考え方を理解していただくことがとても大切です。介護保険法の理念を分かりやすく説明し、自立支援とは、①「ご本人の状態改善若しくは悪化防止」のために欠かせない考え方であること、②ご本人の可能性を広げ、生活の質を向上させるものであることを理解していただきましょう。

地域住民の理解を得るため、高齢者向けのハンドブックや介護保険制度の説明資料などの配布時や、住民向けの出前講座実施時等に自立支援の考え方を繰り返し説明しましょう。

なお、このような自立支援の考え方の普及啓発は、介護保険サービスを既にご利用されている方はもちろん、まだサービスを利用していない方に対しても行いましょう。

Q2

自立支援型地域ケア会議は、これまでの地域ケア会議と何が違うのでしょうか。

A2

自立支援型地域ケア会議は、**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**支援を行うものです。これまでに地域ケア個別会議が開催されていても、「自立支援」「多職種」の視点が入っていない場合は新しい類型の地域ケア会議といえます。

だからといって、これまで各地域で積み重ねてきた地域ケア会議が否定されるわけではありません。市町村としてはこれまでの地域ケア会議との位置づけを整理した上で（図表8参照）、自立支援型地域ケア会議を立ち上げてみましょう。

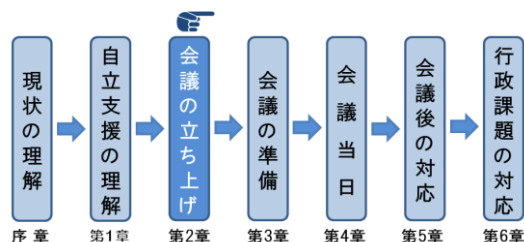
Q3	自立支援型地域ケア会議は、保険者や専門職から、ケアマネジャーが作ったケアプランを批判されたり、修正されたりする場というイメージがあるのですが・・・。
----	--

A3	自立支援型地域ケア会議は、ケアマネジャーや介護サービス事業所が1つの支援チームとして策定したケアプランに対し、多職種の専門的な視点に基づく助言を行うことにより、自立に資するケアマネジメントを支援するものです。 例えば、高齢者Aさんのケースを扱うとしましょう。この場合、ケアマネジャーはAさんの支援チームのリーダー、介護サービス事業所はAさんの支援チームのメンバーです。助言者である専門職は、より効果的な自立支援を行うためのアドバイザーであると同時に、Aさんの支援チームのメンバーでもあります。 自立支援型地域ケア会議は、提供されたケースを通じて、全ての参加者が学び合い、支援チームが一体となって自立に資する支援方法を検討していく場です。助言者はケアのヒントやアイディアを出して応援してくれるでしょう。決して、ケアマネジャーのケアプランを批判する場ではありません。
----	--

Q4	和光市と同じやり方で取り組まなければいけないのでしょうか？
----	-------------------------------

A4	和光市の取組は、介護保険法における自立支援の理念を実現する仕組みを構築し、これを有効に機能させている点が国などに評価されています。 和光市では、高齢者の生活課題を丁寧に把握し、市町村、地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービスを提供する事業所などが一体となって、自立に資する支援方法を検討しています。こうした取組手法には普遍性があり、他の市町村でも取り組むべき内容と考えられます。 一方、和光市ではこれまで10年以上地域ケア会議（「コミュニティケア会議」）を実施する中で、様々な地域資源を作り上げてきました。このため、例えば、様々な病歴に対応できるメニューを備えた配食サービスなど、他市町村には存在しない地域資源もあるでしょう。そうした場合は、当該市町村に現存する資源を活用して自立支援に向けたケアマネジメントを行うよう工夫しつつ、不足している地域資源の開発について検討する必要があります。 このマニュアルには、和光市の取組手法、自立支援において欠かせない視点など、これまでに蓄積されてきたノウハウを盛り込んでいます。まずは、このマニュアルから、自立支援型地域ケア会議の理念や運営手法を学び、実践してみましょう。
----	--

第2章 自立支援型地域ケア会議の立ち上げ準備



第2章のねらい

1

この章は、自立支援型地域ケア会議の導入・立ち上げ時に必要な準備事項について解説しています。

2

まずは関係者向けの事前説明会を開き、関係者間で「高齢者の自立支援を目指す」姿勢を共有し、協力体制を構築することが大切です。

(1) 地域包括支援センターとの調整

地域包括支援センターと目標を共有する

- 自立支援型地域ケア会議を立ち上げるに当たり、まずは、会議を主催する市町村と地域包括支援センターの間で「高齢者の自立支援を目指す」という目標を共有しましょう。
- 前述したとおり、自立支援型地域ケア会議は高齢者一人一人のケースの検討を通じて自立に資するケアマネジメント支援を実現する場です。介護予防ケアマネジメントや包括的・継続的ケアマネジメント支援を業務として担う地域包括支援センターの理解なしには自立支援型地域ケア会議を開催できません。

地域包括支援センターの業務である 「包括的・継続的ケアマネジメント支援」とは？

「包括的・継続的ケアマネジメント支援」とは、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員に対して行う次の業務のことです。

（ア）包括的・継続的なケア体制の構築

包括的・継続的なケアを実施するため、介護支援専門員に対し、医療機関等の関係機関と連携できるよう支援するとともに、介護保険サービス以外の地域の諸資源を活用できるよう地域の連携・協力体制を構築する。

（イ）地域における介護支援専門員のネットワークの活用

介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するため、介護支援専門員相互で情報交換を行う場を設けるなどして介護支援専門員のネットワークの構築・活用を図る。

（ウ）日常個別指導・相談

介護支援専門員の資質向上を図るため、相談窓口の設置やケアプランの作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援、多職種協働による事例検討会の開催等を行う。

（エ）支援困難事例等への助言

支援困難事例について、適宜、地域の関係機関等と連携して指導助言等を行う。

地域包括支援センターと協力体制を構築する

- 次に、市町村は地域包括支援センターに対して、自立支援型地域ケア会議においてセンターが果たすべき役割について説明することが肝要です。
- 地域包括支援センターは、自立支援型地域ケア会議で、ケース提供者や助言者など重要な役割を担います（P 30 の図表 16 を参照）。特に、立ち上げ期においては、地域の介護支援専門員に自立支援型ケアマネジメントの手法を示すために、積極的にケースを提供することが地域包括支援センターに求められます。
- 市町村と地域包括支援センターの役割分担を明確化することを通じて両者の協力体制を構築し、自立支援型地域ケア会議を効果的に実施するための土台をつくりましょう。

(2) 介護支援専門員・介護サービス事業所への説明

- 介護支援専門員には、自らが担当するケースを提供し、そのケースのアセスメント結果や支援目標等について説明することが求められます。
- また、介護サービス事業所には、自らが提供するサービスにおける具体的な援助内容・援助方法等について説明することが求められます。
- そこで、市町村は、地域包括支援センターと協力して介護支援専門員や介護サービス事業所を対象とした説明会を開催し、「高齢者の自立支援を目指す」という市町村の方針を示すとともに、自立支援型地域ケア会議の趣旨や自立支援型ケアマネジメントの重要性等について説明し、ケース提供や傍聴の呼びかけを行いましょう。
- また、関係者（介護支援専門員、介護サービス事業所等）の理解を得るためには、こうした説明会を継続的に実施することが大切です。（事業者連絡会や専門職で構成する勉強会での説明も効果的です。）

(3) 自立支援型地域ケア会議の導入スケジュール例

- 参考として、以下のとおり自立支援型地域ケア会議の導入スケジュール例を示します。

図表 10 導入スケジュール例①

	《初年度》 (3月or) 4月	5月	6月	7月	8月	9月	～	《2年目》 4月
市町村	◎出前講座 ◎パンフレット配布	保険者・包括 定期ミーティング ※2か月に1回 ※以下★印	地域 ケア 会議 開始	※随時開催				地域 ケア 会議 (2年目)
包括	◎説明会			★		★		
事業所*				※必要に応じ随時開催				
		◎説明会						◎ケース数増 ◎モニタリングの導入

*介護支援専門員、介護サービス事業所等

図表 11 導入スケジュール例②

日程	実施事項	実施内容
3月	地域包括支援センターとの打合せ	●市町村の方針の提示とその共有 ・「高齢者の自立支援を目指す」という目標について ・「自立支援型地域ケア会議」の実施について ●地域包括支援センターとの協力体制の構築 ・会議におけるそれぞれの役割分担について
4月	介護支援専門員及び介護サービス事業所への説明会（1回目）	●地域包括ケアシステム構築の必要性について ・高齢者を取り巻く状況の変化について ・制度改正の方向性について等 ・地域包括ケアシステムの構築について ●「自立支援型地域ケア会議」について ・「自立支援」の必要性について ・「自立支援型地域ケア会議」の概要とその必要性について ・「自立支援型地域ケア会議」の実施について
5月	介護支援専門員及び介護サービス事業所への説明会（2回目）	●「自立支援型地域ケア会議」の詳細について ・自立支援型ケアマネジメントの手法について ・ケースの選定基準について ・会議当日の進行の流れについて ●「自立支援型地域ケア会議」の準備について ・会議資料の様式について（提出スケジュール、作成方法等） ●「自立支援型地域ケア会議」後の対応について
6月	自立支援型地域ケア会議（第1回）	●行政説明 ・自立支援型地域ケア会議の実施について ●ケースの検討（2～3事例）

(4) 住民への周知と理解促進

- 自立支援型地域ケア会議を立ち上げるに当たっては、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業所のみならず、住民の方に「高齢者の自立支援を目指す」という姿勢を理解してもらうことが大事です。
- 前述したとおり、具体的には、一般介護予防事業などで住民を対象とした出前講座を開催し、住民に対し自立支援の考え方について説明することなどが考えられます。

参考 川島町における住民への周知活動

埼玉県自立促進モデル事業により自立支援型地域ケア会議を立ち上げた川島町では、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、モデル事業期間中に以下のパンフレットを全戸配布しました。川島町には約 7,000 世帯あり、町にある約 80 地区の区長に広報誌を配る際に以下のパンフレットを添付し、各区長から回覧板などにより住民に配布しました。

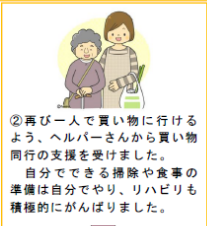
**介護保険制度の
お知らせです。**

いきいきと元気に生活するために

○みなさんはどちらを選びますか？

① A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

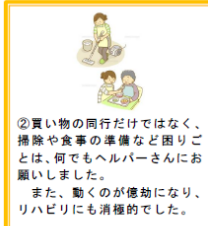


② 再び一人で買い物に行けるよう、ヘルパーさんから買い物同行の支援を受けました。
自分で行ける掃除や食事の準備は自分でやり、リハビリも積極的にがんばりました。



③ その結果、再び長い距離を歩けるようになりました。以前のように一人で買い物に行き、近くに住む孫に会いに行きます。また、地域の体操教室に参加し、以前より元気です。

パターン2



② 買い物の同行だけでなく、掃除や食事の準備など困りごとは、何でもヘルパーさんをお願いしました。
また、動くのが億劫になり、リハビリにも消極的でした。



③ 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、全身の筋力や機能も衰えて、さらに状態が悪化しました。

○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。

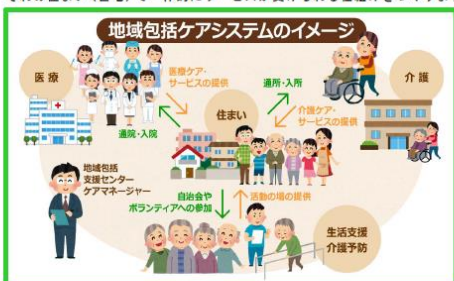
一方、パターン2のAさんは、自分でできることもヘルパーさんをお願いしたことで、体力や全身機能が落ちてしまい、以前はできたこともできなくなってしまいました。

パターン1のAさんのように、介護サービスは必要な分のみ利用し、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が、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す。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。



- 1 -
- 2 -

○みなさんをお願いしたいこと

〔状況把握のための聞き取り等にご協力ください！〕

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、次のようなお願い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ご協力ください。



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 -

○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」という気持ちを後押しし、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。

また必要だけど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 -

このような取組を参考にして、住民への周知活動を検討してみましょう。

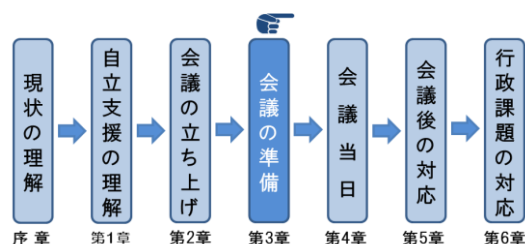


～第2章に関する疑問を解消します～よくあるQ&A～



Q5	自立支援型地域ケア会議に消極的な地域包括支援センターや居宅介護支援事業所があります。どのように協力を求めたらよいでしょうか。
A5	「自立支援型地域ケア会議」は、私たちの社会がこれから異次元の高齢化を迎える中、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしをいつまでも続けることができるような地域づくりを進めるために、必要不可欠な取組です。 市町村は、平成29年度に策定する第7期介護保険事業計画において市町村が目指すべき方向性を明確に示すとともに、地域ケア会議の立ち上げに関わる関係者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）に市町村の方針や会議の必要性、それぞれの出席者の会議における役割等について丁寧に説明し、参加を働きかけていく必要があります。 また、地域包括支援センターや介護支援専門員、介護サービス事業所は、会議に積極的に参加することで、専門職からの助言を通じてケアマネジメントの質を向上させるなど様々なメリットを得ることができます。 協力参加を呼び掛ける際には、これらのメリットについてもしっかりと伝えましょう。
Q6	市町村圏域に相当数の地域包括支援センターがあります。自立支援型地域ケア会議の立ち上げに当たっては基幹型や機能強化型の地域包括支援センターを設置するなど、体制整備が必要でしょうか。
A6	まだ自立支援型地域ケア会議を立ち上げていない市町村では、まずは自立支援型地域ケア会議を市町村内の1箇所でもいいので、立ち上げることに注力しましょう。市の規模が大きい場合は、モデル地域を選定し、そこで自立支援型地域ケア会議を立ち上げ、徐々に市内に広めていく方法もあります。 基幹型や機能強化型の地域包括支援センターを設置するなどの対応も一案ですが、今ある体制の中でまず始めてみることで課題も見えてきます。立ち上げてから一定期間経過後（例えば1年後など）において、開催回数などと併せて検討するとよいでしょう。

第3章 自立支援型地域ケア会議の準備



第3章のねらい

1

この章では、自立支援型地域ケア会議の立ち上げから開催までに必要な準備事項について具体的に解説しています。

2

まずは(1)ケース選定基準や様式など共通ルールをつくりましょう。次いで、(2)ケース提供者や、(3)助言者との調整を行いましょう。

(1) 会議の共通ルールを決める

①対象とするケース（ケースの選定基準）

自立支援型地域ケア会議の導入に当たり、まずは地域ケア会議で検討するケースの選定基準を整理しましょう。ポイントは以下の3点です。

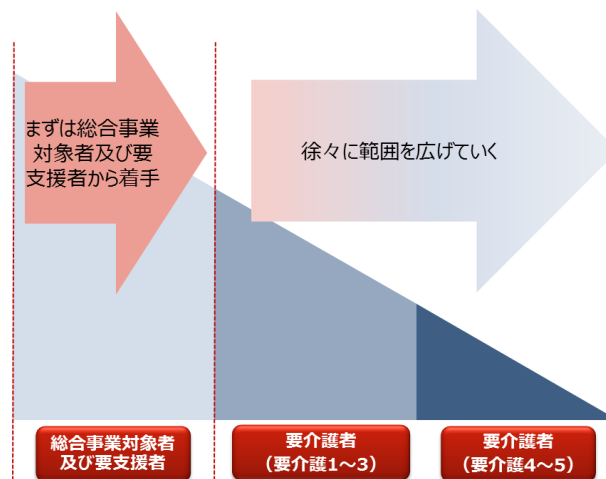
- ✧ 第一歩は「総合事業対象者」「要支援者」のケースから（まずは期間的自立支援のケースを中心に検討）
- ✧ 慣れてきたら「新規」のケースを対象とする（→効果が出やすい）
- ✧ 一定期間後にモニタリングする際は、基準をきちんと決めて実施

第一歩は「総合事業対象者」「要支援者」のケースから

- 自立支援型地域ケア会議立ち上げ期は、第一歩として、「総合事業対象者」や「要支援者」のケースを対象にするのが望ましいと言えます。
- 「要介護者」は、「総合事業対象者」や「要支援者」と比べ、より多くの課題を抱えている傾向があり、検討内容が複雑になりがちです。

- まずは「総合事業対象者」や「要支援者」のケースを検討し、参加者間で自立支援型ケアマネジメントの手法の共有を図りましょう。
- 参加者が自立支援型ケアマネジメントの手法に慣れてきたら、次のステップとして「要介護者」のケースも検討するというように順を追って進めていく方が確実です。

図表 12 ケースの選定方法（例）



慣れてきたら「新規」のケースを

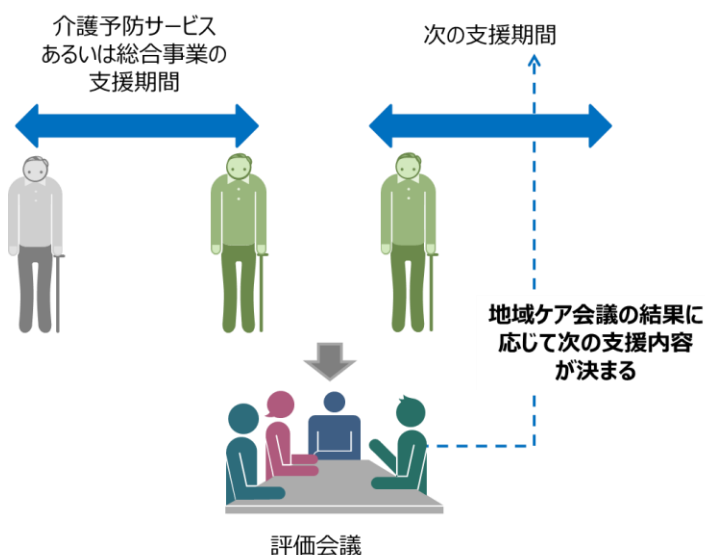
- 自立支援型地域ケア会議の効果を関係者間で共有するために、新規のケースを対象とするといいいでしょう。
- 新規のケースを自立支援型地域ケア会議で検討することにより、支援目標や支援内容、それぞれのサービスにおける具体的な援助方法等について、支援前の段階において関係者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）が一堂に会する場で情報共有・合意することができます。
- ただし、会議立ち上げ当初で自立支援型ケアマネジメントの手法の共有が十分でない場合は、自立支援型地域ケア会議をともに立ち上げる関係者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）に配慮し、新規のケースに限らずに状況に応じてケースを選定するようにしましょう。

一定期間経過後のモニタリングのケース選定

- 1 度自立支援型地域ケア会議で検討したケースについて、再度自立支援型地域ケア会議でモニタリングする際のケースの選定は、先行自治体の取組を参考に、基準をきちんと決めて実施しましょう（図表 13 参照）。

図表 13 モニタリング会議の実施（イメージ）

埼玉県和光市では、要支援者・総合事業対象者の支援期間終了時の評価を実施しています。



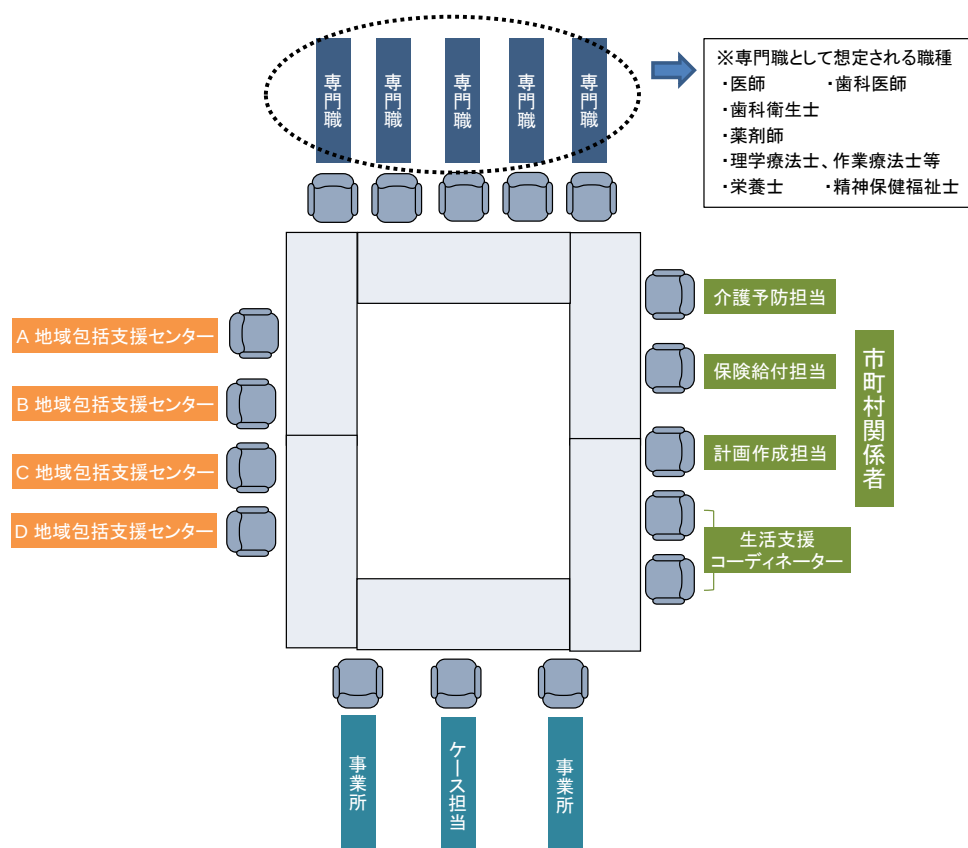
②メンバーと配席図

次に自立支援型地域ケア会議の出席者及びそれぞれに求められる役割について解説します。

図表 14 自立支援型地域ケア会議の参加者一覧

出席者①	市町村（司会者・説明者）、生活支援コーディネーター
出席者②	地域包括支援センター
出席者③	ケース提供者（介護支援専門員・介護サービス事業所）
出席者④	助言者（専門職）

図表 15 自立支援型地域ケア会議の配席図（例）



出席者①：市町村及び生活支援コーディネーター

- 自立支援型地域ケア会議の開催主体である市町村の出席は必須です。市町村には複数の役割が求められます。
- まず、市町村は自立支援型地域ケア会議の司会者を担当します。
- また、行政課題への対応策や次期介護保険事業計画の方針について保険者として説明を求められることもあるので、介護保険事業計画の担当者も参加しましょう。
- このほか、ケースによっては、認知症・障害福祉・生活保護の担当者にも参加を働きかけましょう。
- 加えて、ケースの検討を積み重ねる中で明らかになった行政課題の共有・解決を図るため、生活支援コーディネーターも毎回参加しましょう。
- なお、地域包括支援センターが 10 か所以上あるなど市の規模が大きい場合は、会議を複数に分けて実施する方法もあります。

例：東部圏域会議 … 5 か所、西部圏域会議 … 5 か所

- 自立支援型地域ケア会議は市町村の方針を共有する場であることや、会議の開

催に当たり専門職を確保する必要があることなどを考慮すると、地域包括支援センター単位での開催ではなく、市町村全域またはより広域での開催が望ましいでしょう。

出席者②：地域包括支援センター

- 地域包括支援センターも、市町村と同様に毎回出席しましょう。
- まず、地域包括支援センターには「ケース提供者」としての役割が期待されます。特に、立ち上げ期においては、地域の介護支援専門員に自立支援型ケアマネジメントの手法を示すために、積極的にケースを提供することが求められます。
- また、ケースを提供しない場合であっても、センターの管理者や主任介護支援専門員には、「助言者」としてケアマネジメントに係る助言等を行うことが求められます。
- なお、「ケース提供者」でもなく「助言者」でもない地域包括支援センター職員も傍聴者として自立支援型地域ケア会議に参加し、自立支援型自立支援型地域ケア会議の運営手法や自立支援型ケアマネジメントの手法等を学びましょう。

出席者③：ケース提供者（介護支援専門員及び介護サービス事業所）

- 自立支援型地域ケア会議は、高齢者一人一人のケースについて、その支援の目標や内容、方法等について検討を行うものです。そのため、ケース提供者（会議で検討するケースに係るケアプランを作成する介護支援専門員及び、サービスの提供を行う介護サービス事業所）の出席も必須となります。

出席者④：助言者

- 自立支援型地域ケア会議は、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支援を行うものです。そのため助言者の出席も必須です。

図表 16 自立支援型地域ケア会議出席者の役割

出席者		役割	参加の位置づけ
市町村	司会者	<u>司会者</u> 及び保険者として発言する。保険給付担当／介護予防(総合事業)担当を想定。	毎回必ず参加する。
	説明者	行政課題への対応策や次期介護保険事業計画の方針など保険者としての発言を求められた場合に回答する。計画作成担当を想定。	毎回参加が望ましい。
		検討するケースが認知症である場合、行政が実施している事業・サービスについて説明する。認知症担当を想定。	検討するケースの内容に応じて参加する。
		検討するケースが障害のケース、あるいは生活保護を利用しているケースの場合、行政が実施している事業・サービスについて説明する。障害福祉担当／生活保護担当を想定。	検討するケースの内容に応じて参加する。
		地域に不足する資源等を把握するほか、地域にあるサービスの情報を説明する。生活支援コーディネーターを想定。	毎回参加が望ましい。
地域包括支援センター	ケース提供者	自立支援型地域ケア会議にケースを提供し、当日ケースについて説明する(主にアセスメント結果やケアプランについて)。	毎回参加する。
	ケース提供者以外の全員	自立支援型地域ケア会議で検討するケースに対し、ケアマネジメントの専門家(主に管理者あるいは主任介護支援専門員を想定)としての助言を行う。また、ケースに関係する地域資源について情報提供を行う。	
ケース提供者	介護支援専門員	自立支援型地域ケア会議にケースを提供し、当日ケースについて説明する(主にアセスメント結果やケアプランについて)。	自らが担当する利用者のケースを提供する場合に参加する。
	介護サービス事業所	自立支援型地域ケア会議にケースを提供し、当日ケースについて説明する(主にサービス事業所で提供するプログラムについて)。	

出席者		役割	参加の位置づけ
助言者	医師	自立支援型地域ケア会議で検討するケースの主治医として、事前準備時や会議終了後を中心に、必要に応じて情報提供を行う。	検討するケースの内容に応じて参加する。
	歯科医師	自立支援型地域ケア会議で検討するケースのかかりつけ歯科医師として事前準備時や会議終了後を中心に、必要に応じて情報提供を行う。	
	歯科衛生士	自立支援型地域ケア会議で検討するケースに対し、主に口腔ケアの観点（歯や義歯の状態及び咀嚼機能の観点）から助言を行う。	毎回参加が望ましい。（歯科医師が参加する場合を除く）
	薬剤師	自立支援型地域ケア会議で検討するケースに対し、主に服薬の影響及び服薬管理の観点から助言を行う。	毎回参加が望ましい。
	リハビリテーション専門職	自立支援型地域ケア会議で検討するケースに対し、日常・社会生活の自立促進の観点から助言を行う。 ▼理学療法士：起居・移動動作等の身体活動の基礎となる身体機能や運動機能、生活習慣の向上を支援 ▼作業療法士：心身機能の向上、やり方の工夫や変更の練習、環境の調整等を通し、生活行為向上を支援 ▼言語聴覚士：コミュニケーション（言語・聴覚・音声）と食べること（摂食・嚥下）の機能向上を支援	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、事例に必要と考えられる複数職種の毎回参加が望ましい。
	管理栄養士（栄養士）	自立支援型地域ケア会議で検討するケースに対し、主に食生活と栄養の観点から助言を行う。	毎回参加が望ましい。
	精神保健福祉士	自立支援型地域ケア会議で検討するケースに対し、主に精神障害者に対する日常生活・社会参加支援の観点から助言を行う。	検討するケースの内容に応じて参加する。

～埼玉県における地域ケア会議のための専門職派遣システム～

1 埼玉県地域包括ケアシステム支援人材バンク（リハビリテーション専門職以外の派遣）

■概要：

各市町村等が効果的に地域ケア会議を実施できるよう、専門職等を県に登録し、地域ケア会議に派遣するもの。

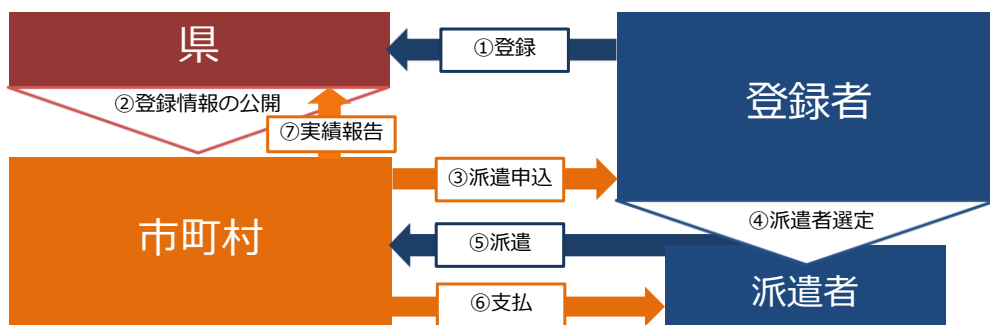
■登録者（平成 29 年 2 月現在）：

- ・ 一般社団法人 埼玉県薬剤師会（薬剤師）
- ・ 公益社団法人 埼玉県栄養士会（管理栄養士、栄養士）
- ・ 埼玉県精神保健福祉士協会（精神保健福祉士）
- ・ 埼玉弁護士会 高齢者障害者権利擁護センター運営委員会（弁護士）
- ・ 埼玉司法書士会（司法書士）
- ・ 和光市保健医療部長寿あんしん課（コーディネーター）
- ・ 埼玉県地域包括ケア課（研修講師）

※ リハビリテーション専門職の派遣については次頁を御参照ください。

■派遣申し込み方法：

以下のフロー図のとおり。



登録	①登録：
	県との調整を経て登録を受けようとする者は、様式 1 を県へ提出して登録を行う。
派遣	②登録情報の公開：
	県は、登録者の情報を公開する。
派遣後	③派遣申込：
	派遣を希望する市町村は、登録者に直接派遣を申し込む。 ※地域包括支援センターは、市町村を通じて登録者に派遣を申し込む。
派遣後	④派遣者選定・⑤派遣：
	派遣の申込を受けた登録者は、派遣者を選定し、当該派遣者を市町村等に派遣する。 ※自立支援に資するケアマネジメント支援、困難ケース等に対するアドバイス等を行う。
派遣後	⑥支払・⑦実績報告：
	派遣を受けた市町村は、派遣者へ報酬を支払う。 また、県へ様式 2 により実績報告を行う。

※ 和光市保健医療部長寿あんしん課の派遣を希望する場合は、県に御連絡ください。

2 地域リハビリテーションケアサポートセンター（リハビリテーション専門職の派遣）

■概要：

高齢者等に対しリハビリテーションサービスがより身近な地域で適切に提供されるよう、リハビリテーション専門職を地域ケア会議に派遣するなどして医療機関が中心となって市町村に対する支援体制を整備するもの。

■登録者：

- ・理学療法士
- ・作業療法士
- ・言語聴覚士

■派遣申し込み方法：

- ①以下のケアサポートセンターに派遣依頼・申し込みを行う。
- ②ケアサポートセンターが各圏域の協力医療機関へ派遣を依頼する。
- ③当該協力医療機関からリハビリテーション専門職が地域ケア会議に派遣される。

■ケアサポートセンター（平成 29 年 2 月現在）：

- ・戸田中央リハビリテーション病院（南部圏域）
- ・富家病院（南西部圏域）
- ・春日部厚生病院（東部圏域）
- ・さいたま市民医療センター（さいたま圏域）
- ・上尾中央総合病院（県央圏域）
- ・霞ヶ関南病院（川越比企圏域）
- ・圏央所沢病院（西部圏域）
- ・行田総合病院（利根圏域）
- ・関東脳神経外科病院（北部圏域）
- ・清水病院（秩父圏域）

※ （ ）内は各センターが担当する保健医療圏域

（県ホームページの御紹介）

このほか、人材バンク制度（登録者の連絡先等）や地域リハビリテーション支援体制整備事業（ケアサポートセンターの連絡先等）の詳細については県ホームページ（以下のURL）を御参照ください。

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/jinzaibank/index.html>

③会議資料の様式（記載例）

ここでは、自立支援型地域ケア会議を開催する際にどのような資料があるとよいか、また、それぞれの情報・資料を誰が収集・作成するのかについて解説します。

自立支援型地域ケア会議には、検討するケースに関する情報として、「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」に関する資料が必要です。それぞれの情報収集・資料作成者は図表 17 のとおりです。

図表 17 自立支援型地域ケア会議の資料構成

収集する情報			情報収集・資料作成者	
			ケース提供者 (ケアプラン作成者)	介護サービス 事業所
A	基本情報	- 性別、年齢、要介護度、日常生活自立度、家族構成、既往歴等 - 基本チェックリスト - 主治医意見書 など、検討するケースの全体像を把握する情報	○	
B	アセスメント情報	- 生活機能（ADL、IADL） - 自立できていない生活状況の要因（個人因子・環境因子） を中心としたアセスメント情報	○	
C	ケアプラン	ケアプラン	○	
D	提供されているサービスの情報	各事業所における個別援助計画		○

column
コラム

主治医との関係について

主治医がいるケースについては、主治医に治療方針や予後予測を十分に確認した上で自立支援型地域ケア会議に提供し、会議終了後に主治医に会議での検討結果を報告する必要があります。

また、要介護認定を受けず、主治医意見書が市町村に提出されない「総合事業対象者」で主治医がいない場合は、自立支援型地域ケア会議で検討した結果、医師の判断を要するとされた場合、医療機関の受診に関して本人と相談する必要があります。

以下、それぞれの会議資料の内容について説明します。

- 基本情報の情報収集・資料作成者は、ケース提供者（ケアプランを作成する地域包括支援センターまたは介護支援専門員）です。
- 基本情報は、検討するケースの全体像を把握できる情報です。内容としては性別、年齢、要介護度、日常生活自立度、家族構成、既往歴等が挙げられます。

図表 18 基本情報

〇〇町 生活支援度調査票（フェイスシート）									
平成 年 月 日作成				単身 ☒ 高齢者世帯 ☒ 日中独居 ☐ 施設 ☐ 他 ☐					
氏名		F・A		現在要介護度 住 〇〇町 要支援2 所					
生年月日 S13年 月 日 (78歳) 女		<家族構成図>							
家 同・別 ☆ 次男 FA 50代 同・別 次男素 FK 50代 族 同・別 同・別		住 戸建て (隣に居住) 持ち家・公団・賃貸 宅 集合住宅 EV (有・無) 家賃 円							
在 宅 利 用 地域支援事業 (△△体操(水曜)検討中) ◆市特別給付 (食の自立栄養改善・紙おむつ等購入・地域支援)		経済状況 年金種類 = 厚生・国民・障害・その他 () 1月の金額 16万円 生活保護 (有・無)							
施設利用 ・ 介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ グループホーム ・ 特定施設(ケアハウス等) ・ 医療機関(療養) ・ 医療機関(療養以外) ・ その他の施設 <施設連絡先> 施設名									
保健医療情報 【自立を阻む個人因子】 変形性頸椎症、変形性腰痛症、変形性膝関節症による両膝の痛み。両院の栄養指導を受けるが理解困難。 【自立を阻む環境因子】 〇〇(特)の会場の2階で階段昇降が負担、継続出来なかった。△△(特)会場の3階の階段有り、手すりがない。 【現況】 両膝と右肩に痛みがあり動作に制限がある。通院、重い物の買い物、ゴミ出し支援が必要。H28年8月に血液検査を行い脂質、肝臓、高血圧、高脂血症のため、栄養指導を受けた。しかし一度きりの栄養指導では内容を理解することは難しく、と本人より。 【利用者・家族の希望】 膝の痛みを軽減しスムーズに歩けるようになりたい。 【今後の方針(調査員の視点から)】									
病 院 名 K整形外科 E医院 診療科目 整形外科 内科 医師名 UK EK 通院往診 (月 1 回) (月 1 回) 手段 嫁が車で送迎 自転車		(病歴等) 投薬 ⇒ 有・無 ①30年前 高血圧・高脂血症 ②平成19年頃 卵巣摘出手術 ③平成19年 変形性頸椎症、変形性腰痛症、変形性膝関節症(両膝) ④平成26年 翼状片(眼科) ⑤平成28年 両眼白内障手術 <服薬内容> 整形外科 ①カロナール錠200 朝夕×1錠(痛み) ②(心)セルタップ 1日1回 錠、膝、内科 ①アタラートCR (20) 朝夕×1錠(高血圧) ②リビディルト×1錠(高脂血症)							
身 障 種 級 年 交付 (部 位) 精 神 級 年 交付 難 病		(緊急連絡先) 氏 名 F・A 住 所 〇〇町							
所属 〇〇町地域 〇〇町生活支援センター		TEL							

- ・ 性別、年齢は本人の状態を理解する上で重要な要素です。最初に確認しましょう。

- ・世帯構成も重要な要素です。
- ・独居の場合は近所の支援（見守り等）が得られているかどうか、高齢夫婦のみ世帯の場合は、老々介護になっているかなども確認しましょう。
- ・同居者等が介護している場合、介護者の疲労度を確認することも忘れないようにしましょう。
- ・子供が遠方に住んでいる場合、どの程度の支援が受けられるかも確認しましょう。

- ・ 既往歴も確認しましょう。
- ・ 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漏れなく書いてあるかを確認しましょう。
- ・ 服薬の状況（薬の量や種類等）にも着目しましょう。薬の飲み忘れや過剰摂取の有無についても把握しましょう。

- ・ ケースの ADL、IADL の自立を阻む要因が何か、個人因子・環境因子の観点から整理されているかを確認しましょう。
- ・ 個人因子…高齢者の身体の状態、生活の状態（ADL・IADL）、意欲・性格、経済状況、認知機能、社会交流の状態など
- ・ 環境因子…住居の状態、交通の状態、家族・友人知人との関係、かかりつけ医・サービス事業者・民生委員等との関係など

(出所) 和光市

図表 19 基本情報（続き（裏面））

		備 考						本人	家族	
A D L	歩行	自立	・見守り	・要介護	・不可	I A D L (○可・△一部・×不可)	掃除	○	／	
	動作	・自立可	・座位可	・寝返り	・常時臥床		洗濯	○	／	
	排泄	便	自立	・声かけ	・要介護		・おむつ	買物	△	○
		尿	自立	・声かけ	・要介護		・おむつ	調理	△	○
	会話	聞く	・健常	・少し難	・大分難		・不可	整理	○	○
		話す	・健常	・少し難	・大分難		・不可	ゴミ出し	×	○
	見る	・健常	・少し難	・大分難	・不可		通院	△	○	
	食事	自立	・声かけ	・半介助	・全介助		服薬	○	／	
	入浴	自立	・見守り	・要介護	・清拭等		金銭	△	○	
	着脱衣	自立	・声かけ	・半介助	・全介助		電話	○	／	
寝たきり度						認知度				
自立 J-1・2 A-1・2 B-1・2 C-1・2						Ⅱ a・b Ⅲ a・b Ⅳ M				
身 体 状 況	(該当項目に○)									
	1. 視覚障害 () 2. 聴覚障害 () 3. 言語障害 ()									
	4. 内部障害 (心臓・腎臓・呼吸器・膀胱・直腸・小腸・その他:)									
精 神 状 況	5. 麻痺 / 有・無 ⇒ 左 ()・右 ()・両方 ()・体幹									
	6. 拘縮 / 有・無 ⇒ 部位:									
	7. 褥瘡 (部位:)									
問 題 行 動	8. 失禁 便 ⇒ 日中・夜間 / 尿 ⇒ 日中・夜間									
	(備考)									
	症 状 無・有 (診断名:)									
介 護 者 の 状 況	1. 記憶障害 (重・中・軽) 2. 失見当 (重・中・軽) 3. 心気症状 4. 不安									
	5. 焦燥 6. 抑うつ 7. 興奮 8. 幻覚 9. 妄想 10. せん妄									
	11. 睡眠障害 12. その他 ()									
主 介 護 者	1. 攻撃的行為 2. 自傷行為 3. 火の扱い 4. 徘徊 5. 不穏興奮									
	6. 不潔行為 7. その他 ()									
	主介護者 有 (氏名) 年齢 歳 続柄 2. 無				特別な状況 虐待 (有・無) / ターミナルケア 経済的な問題など					
	健康状態 問題なし 2. 問題あり (病名:)									
	介護状況 問題なし 2. 問題あり (状況:)									
	介護負担 1. 続けられる 2. 援助があれば続けられる 3. 続けられない									
介護疲労 1. 無 2. やや疲労 3. 疲労強い										
介護時間 1. 星のみ 2. 夜間のみ 3. 一日中										
協力者 有 (氏名) 年齢 歳 続柄 2. 無										
協力内容										

・ 自立支援型地域ケア会議のケース検討において、ADL、IADLの状態を確認することはとても重要です。P39（図表21）の生活機能評価で各項目の事前（提出時点）の状態や事後（提出時点で予測される支援終了時点）の状態を予測しましょう。

・ 認知症高齢者の日常生活自立度も必ず確認しましょう。
・ 基本チェックリストの結果、主治医意見書、生活機能評価を踏まえ、ケースの認知症の進行度を総合的に判断し、必要に応じて認知症専門医の受診につなげる視点が求められます。

（出所）和光市

- また、基本チェックリストに基づくリスクの状況（虚弱・運動器機能の低下・低栄養・口腔機能の低下・閉じこもり傾向・認知機能の低下・うつ傾向）に關する資料も提出してもらうとよいでしょう。

図表 20 基本チェックリスト

介護予防のアセスメント〔1〕 基本チェックリスト

氏名	(ふりがな) F.A		性別	女	調査日時	事前：平成28年12月24日 事後：	
----	---------------	--	----	---	------	-----------------------	--

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
生活機能	1	バスや電車で1人で外出していますか	0: はい 1: 少し時々 2: いいえ	2		生	社
	2	日用品の買い物をしていますか	0: はい 1: 少し時々 2: いいえ	0		生	社
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0: はい 1: 少し時々 2: いいえ	0		生	他
	4	友人の家を訪ねていますか	0: はい 1: 少し時々 2: いいえ	0		生	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0: はい 1: 少し時々 2: いいえ	0		生	社
運動機能	6	階段や手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0: はい 1: 少し時々 2: いいえ	2		運	生
	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: 少し時々 2: いいえ	2		運	生
	8	15分位続けて歩いていますか	0: はい 1: 少し時々 2: いいえ	2		運	社
	9	この一年間に転んだことがありますか	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		運	健
栄養改善	10	転倒に対する不安は大きいですか	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	1		運	社
	11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		健	生
口腔機能	12	事前 身長 cm 体重 kg =BMI 事後 身長 cm 体重 kg =BMI				健	生
	13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		健	生
	14	お茶や汁等でむせることがありますか	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		健	生
閉じこもり	15	口の渇きが気になりますか	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		健	生
	16	週一回以上外出していますか	0: はい 1: 少し時々 2: いいえ	0		社	生
認知機能	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	2		社	生
	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されますか	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		健	他
	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: 少し時々 2: いいえ	0		健	他
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		健	他
うつ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		健	他
	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	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		健	他
	23	(ここ2週間) 以前は案じていたことが今ではおっくうに感じる	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		健	他
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		健	他
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	2: はい 1: 少し時々 0: いいえ	0		健	他
合計(点数)				11			

・ 基本チェックリストにより、各領域におけるリスク等について把握しましょう。ケアプランに記載している基本チェックリストの結果と整合がとれているかも確認しましょう。

・ 認知機能については、基本チェックリストの結果、主治医意見書、生活機能評価を踏まえ、ケースの認知症の進行度を総合的に判断し、必要に応じて認知症専門医の受診につなげる視点が求められます。

※ 課題領域：㊟ 動・移動、日常(生) 活、㊦ 会参加・対人交流、㊧ 健康管理・療養、(他) の課題(ものわずれ・うつ・経済・支援利用)
※ 副領域は“予防サービス・支援計画書”作成の際の参考とする

B アセスメント情報

- アセスメント情報の情報収集・資料作成者はケース提供者（ケアプランを作成する地域包括支援センターまたは介護支援専門員）です。
- 生活の質を向上するためには、身体機能だけでなく、家事や外出などの生活機能を向上することが必要です。そのため、ADL・IADL などの生活機能や自立を阻む要因を、個人・環境の視点で整理・評価（アセスメント）することが重要です。
- 具体的には、以下に示すように、ADL・IADL の領域ごとに検討するケースの状態像を、
 - ・ どの日常生活動作ができないのか
 - ・ その日常動作にどのような課題があるのか
 - ・ 支援終了後にどの程度まで改善できそうかなどの視点で分析し、支援終了後の改善のイメージをつくります。
- これらの分析や改善のイメージについて出席者が共有できるよう、これらの共有が可能となる様式を準備することが必要になります。

図表 21 生活機能評価（和光市作成）

生活機能評価

氏名	（ふりがな）	女	調査日	事前	平成28年12月24日	事後
	F.A					
	事前	事後	備考			
室内歩行	○2		トイレ、浴室、廊下に手すりを設置。段差の昇降は負担感あり。2階には上がれない。			
屋外歩行	△1	○2	関節痛有り。杖を使用するとやや長めの歩行が可能。外出時は自転車を利用。			
外出頻度	○2		買い物、畑、友人宅、デイケア等で週3～5回程度外出。			
排泄	○2		毎日尿取りパットを使用。日により尿漏れがある。			
食事	△1	○2	栄養改善が必要。（高血圧、高脂血症、脂肪肝）			
入浴	○2		右肩が上がりにくいが入浴は毎日している。洗体は数日に1回。			
着脱衣	○2		肩、腰痛の為、やや大変さがある。ベッドに座って着替える。			
掃除	○2		掃除機は片手では動かせず両手で持つて行う。浴室は嫁に母が行う。			
洗濯	○2		自分で全て行う。			
買物	△1		週に1回自転車で買い物に行く。重い物は息子夫婦に頼んだり一緒に車で買い物に行く。			
調理	△1		朝、昼は自分で用意し夕食は嫁が調理し、息子の家に集まり食事をする。嫁も高齢者用の食事を用意してくれる。自宅はきれいに片付いている。			
整理	○2					
ごみ出し	×1		ほとんど嫁の母が行い、月1回程度は自分で行う。			
通院	△1		内科は自転車で月1回通院。整形外科は嫁の送迎で月1回通院。			
服薬	○1		自己管理。痛み止めは夜間服用。外出などで動く予定がある時には、あらかじめ服用しておく。			
金銭管理	○1		銀行での手続きや管理も全て自分で行う。			
電話	○1					
社会参加	○2		こつこつは会場が2階にあり昇降が大変でやめている。いきいきサロン、友人宅や川越の集家に週1回に行っている。			

【ADL の確認】

- ・ 基本情報の日常生活自立度等との整合性を確認しましょう。
- ・ 「室内歩行」が△で「屋外歩行」に○が付されている場合などは、生活機能評価上の整合性も確認しましょう。
- ・ 「外出頻度」の「頻度」については1日、あるいは1週間に何回程度か、など具体的に確認する必要があります。基本チェックリストの結果とともに確認しましょう。
- ・ 全体として、残存機能がどの程度かを確認し、改善の可能性について考えましょう。

【IADL の確認】

- ・ 各項目の機能低下がADLの状態によるものか、認知機能の問題によるものなのかを確認しましょう。
- ・ 個人因子・環境因子／できないこと・していないことを見極めましょう。
- ・ 「社会参加」は改善した機能を維持するために重要な要素です。
- ・ ADLの改善が可能である場合は、IADLの項目が改善する可能性も高まります。その視点でチェックしましょう。

【共通】

「生活機能評価」表は日常生活のどこに困っているかを客観的に把握するための様式の1つです。「事前」「事後」欄に以下の判定結果を記入します。判定は誰でもわかるように○×△で表現します。

困難度と改善可能性	自立度		自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2		
A D L	生活機能		事前	事後予測	備考			
	外出頻度		△1	○2	以前は近隣の人たちと旅行したり活動的であったが今は1/週のコンビニや通院のみ美容室は1/月			
	入浴		△1	○2	浴室に手すりが無いシャワー浴を3/週			

- ・ 「事前」欄に現在の状態を記載します。現在の状態をアセスメントし、その要因を探ることで課題が明確になります。その後、支援後の予測（事後予測）をすることで、改善・悪化防止に向けた目標と支援内容が見えてきます。
- ・ 生活機能における「事前」・「事後予測」がケアプランの目標や支援内容と整合することが必要です。

（出所）NPO法人地域保健研究会（平成18年度厚生労働省老人保健健康増進等研究）

- このほか、ケースによっては、心疾患や肺疾患、糖尿病など医療上のリスクについての情報も必要となります。

図表 22 介護予防メニューリスク確認

介護予防メニュー リスク確認(地域包括センター)

氏名	(ふりがな) F.A	女	調査日	事前：平成28年12月24日 事後：
----	---------------	---	-----	-----------------------

運動機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
除外基準	1 心筋梗塞、脳卒中を最近6ヶ月以内に起こした	①いいえ ②はい	1		
	2 狭心症、心不全、重症不整脈がある	①いいえ ②はい	1		
	3 収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧110mmHg以上の高血圧がある	①いいえ ②はい	1		服薬中。
	4 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫など)で息切れ、呼吸困難がある	①いいえ ②はい	1		
	5 糖尿病で重篤な合併症(網膜症、腎症)がある	①いいえ ②はい	1		
	6 急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい	1		両膝痛の為、夜間痛止め服用。
	7 急性期の肺炎、肝炎などの炎症がある	①いいえ ②はい	1		
	8 その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性がある	①いいえ ②はい	1		
主治医判断	1 コントロールされた心疾患、不整脈がある	①いいえ ②はい			
	2 収縮期血圧180mmHg未満の高血圧がある	①いいえ ②はい			
	3 慢性閉塞性肺疾患で症状がある	①いいえ ②はい			
	4 慢性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい			
	5 骨粗鬆症で、脊柱圧迫骨折がある	①いいえ ②はい			
	6 認知機能低下により、参加が困難	①いいえ ②はい			
	7 その他、医師が除外や運動の制限が必要と判断した	①いいえ ②はい			

- ・主治医意見書若しくはこのような様式を使って、ケースの医療サービスの必要性について確認しましょう。
- ・主治医意見書、基本情報の既往歴との整合性も確認しましょう。

栄養・食支援

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
リスク確認	1 右記の生活習慣病で受診していますか ①いいえ ②はい	糖尿病	1		高血圧、高脂血症で月1回定期受診。服薬治療中。
		高血圧	2		
		高脂血症	2		
		その他(備考欄に記入)	1		
	2 右記の内科疾患で受診していますか ①いいえ ②はい	腎臓病	1		H28年6月の検査で脂肪肝との指摘される。
		心臓病	1		
		肝臓病	1		
		膵臓病	1		
		胃腸病	1		
		胆のう病	1		
		その他(備考欄に記入)	1		

- ・栄養、口腔に関しては、基本チェックリストに加えて、食事・水分の制限、体重の増減状況、摂食・嚥下障害について詳細を把握しましょう。
- ・これらを詳細に把握することで、ケースの生活状況に合わせた助言を専門職から得ることが可能になります。

リスク確認	3 摂食・嚥下障害はありますか	①なし ②あり	1		
	4 3ヶ月の間に体重が3～5Kg減りましたか	①なし ②あり	1		
	5 3ヶ月の間に体重が3～5Kg増えましたか	①なし ②あり	1		
	6 食事の制限を受けていますか (食物アレルギーを含む)	①なし ②あり	1		
	7 水分の制限はありますか	①なし ②あり	1		

口腔機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
リスク確認	1 この1ヶ月の体調	①安定 ②やや安定(低下) ③不安定	1		
	2 歯や口の中の痛み	①なし ②あり	1		下の歯、1本のみ残。
	3 窒息や誤嚥等の兆候やトラブル	①なし ②あり	1		
	4 口のことで気がかりなこと	①なし ②あり	1		

(出所) NPO法人地域保健研究会(平成18年度厚生労働省老人保健健康増進等研究)

- お薬手帳のコピーや下図（図表 24）のような食生活チェック表を提出してもらうことで、より具体的な助言を専門職から引き出すことができます。

図表 23 お薬手帳

病院薬剤師からの説明内容		年.月.日	処 方 内 容
病院名		...	
担当薬剤師		...	
指導日（入院・外来）	年 月 日	...	
薬の内容 ☐ 手書記載 ☐ 印刷貼付 ☐ 手書・印刷併用		...	
薬の説明 ☐ 別紙説明 ☐ 手帳利用による口頭説明		...	
薬の管理 ☐ 自己管理 ☐ 家 族		...	
☐ その他（管理者： ）		...	
調剤上の留意点 ☐ あり ☐ なし		...	
その他（服用上の注意点等）		【医師・歯科医師・薬剤師からのコメント】 年 月 日 記載者：	

図表 24 食生活チェック表

食生活チェック表

【記録方法】 ひと口でも食べたら『○』、食べなかったら『×』を記入しましょう。
一行ごとに、『○』の数を合計欄に入れましょう。一日 11 点満点です。

	主食	主菜				副菜			その他			合計
	ごはん・パン・麺	肉	魚	卵	大豆	海藻	緑黄色野菜	イモ	果物	油	牛乳	
／												
／												
／												
／												
／												
／												
7 日間の合計												

※一週間チェックしてみると、自分のくせがわかってくるかと思います。また、それはどうなっているかと思いますか？

()

※これから何年後に元気でイキイキとした自分であるために、食生活で今何か取り組みそうな目標を立ててみてください。

()

(出所) 和光市

- ケアプランの情報収集・資料作成者はケース提供者（ケアプランを作成する地域包括支援センターまたは介護支援専門員）です。

図表 25 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.20161224

利用者名FA

様

認定年月日平成28年5月9日

認定の有効期間平成28年4月6日

～平成29年4月30日

初回紹介継続認定済申請中

要支援1要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名〇〇〇〇/〇〇〇〇

計画作成(変更)日平成28年12月24日

初回作成日平成28年4月6日

担当地域

表註の場合:計画

目標とする生活

1日朝食、昼食の献立を改善したい。

1年バスで実家まで通うことができる。

生活機能評価とケアプランが整合することが必要です。

生活機能評価で設定した「改善・悪化防止に向けた目標」と「支援内容」が、ケアプランの「目標」や「支援内容」と整合しているかを確認しましょう。

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
運動・移動について	友人がデイに遊びかけるようになったのでデイケアでリハビリしたい。	変形性膝関節症、変形性股関節症により関節に痛みと痛みがある。	1. 関節の痛み、痛み、筋力低下により長い距離は歩けない。	1-1 (目標) 膝の痛みを軽減し筋力をつけてスムーズに歩けるようになる。	(本人) 膝の手当は必要ないと考えている。 ・今まで私がかいので杖を使いたくないと思ってたがデイケアで教われば使えようかなと思った。 ・下着ベルトの入口に3段の階段があり歩けず困るので階段が心配。	300mの距離を歩けるようになり(バス停から実家までの距離)	痛みの緩和を図る。 (家族) 整形外科の通送
日常生活(家庭生活)について	トイレ、浴室、廊下等に手すりを設置し移動は問題ない。	浴室の椅子が滑り、トイレの出入り、浴室掃除は同僚の母の手で行う。	(見守り) 整形外科の受診、薬、注射を継続 ・デイケアでのリハビリ(杖歩行練習、インソールの調整) ・ふくま履への参加 ・食料品での外出、畑作業、運動	(目標) 生活習慣病を改善したい	(本人) 病院で栄養指導を受けたが、どうすれば良いのかよく分からなかった。 ・体重を減らしていきたいとは思っている。	朝と昼の食事内容を見直し改善していきたい	(デイケア) 高血圧や糖尿病に留意、自宅での運動が正しく行えているか確認をお願いします。 (本人) デイ、地域での運動の他に外出や家事、畑仕事、以前の〇〇サロンで覚えたい体操等積極的にやっていく。
社会参加、対人関係コミュニケーションについて	実家にも毎月4回遊びに行くが、以前は一人でバスで行っていた。	・クラブは公民館の3階で階段が大変、椅子からの移動も大変となりやめしてしまった。	2-1 高血圧・高脂血症のため、薬を服用中。病院で栄養指導を受けたが内容が難しい。血液検査の結果からも改善が必要。	(見守り) 栄養士よりアドバイスを受け、献立や食事内容を改善していく。 (定期的) 血液検査データを確認し再評価	(本人) 朝、昼、晩を毎日ひとつ取り入れる。②乳製品を摂る ③脂質8分目までゆっくり噛んで食べる	朝と昼の食事内容を改善していきたい	介護予防通所リハビリテーション △△体操 自主的な運動
健康管理について	整形外科は電気治療、ヒールローションの注射をする。	食事・栄養面の見直しが必要である。	2. 高血圧・高脂血症のため、薬を服用中。病院で栄養指導を受けたが内容が難しい。血液検査の結果からも改善が必要。	(見守り) 栄養士よりアドバイスを受け、献立や食事内容を改善していく。 (定期的) 血液検査データを確認し再評価	(本人) 朝、昼、晩を毎日ひとつ取り入れる。②乳製品を摂る ③脂質8分目までゆっくり噛んで食べる	朝と昼の食事内容を改善していきたい	介護予防通所リハビリテーション △△体操 自主的な運動

健康状態について

口主治区見守り、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

<平成28年4月主治区見守り>
拍撃、リハビリテーション施行している。両下腿の筋力低下、関節の拘縮、関節の痛みあり。

基本チェックリストの(課題)と(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中に〇印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	認知機能	生活機能	うつ状態
4/5	0/2	0/3	1/2	0/3	0/5
〇					

【本県行うべき支援が実施できない場合】

必要な支援の実施に向けた方針

・ ケアプランに記載している基本チェックリストの結果と別資料の基本チェックリストの結果が整合しているかを確認しましょう。

総合的な方針:生活不活発者の改善・予防のポイント

日常生活はほぼ自立されていますが、膝の痛みのため、歩行に支障があり長い距離の歩行が難しい状況です。通院治療も継続しながらデイケアにてリハビリを行い歩行状態の改善を図れるよう取組みます。
また、地域ケア会議で行っている運動にも参加し積極的に生活習慣の改善に取り組まします。

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FA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情報収集・資料作成者はケースを担当する介護サービス事業所です。
- 提供されているサービスの個別援助計画の様式は事業所によって異なります。市町村がこの様式を統一することにより、自立支援型地域ケア会議の出席者が同じ視点から情報を適切に把握できるようになります。
- その他、介護サービス事業所で実施しているアセスメント表などの提示があると、具体的な助言が得られやすくなります。

図表 26 介護予防サービス計画・総合評価

介護予防サービス計画・総合評価(通所用)

氏名: F.A 様 事業者名: ○○○通所リハビリ 計画作成日: 平成29年1月10日 計画期間: 平成29年1月1日 ~ 平成29年6月30日 総合評価日:

サービス区分	サービス計画			評価		総合評価	
	目標	支援計画	支援に際しての留意点	目標達成状況(1ヶ月)	評価 ○達成 △一部達成 ×未達成	目標達成状況(3ヶ月)	評価 ○達成 △一部達成 ×未達成
運動機能向上・生活機能向上	膝の痛み、持久力を改善し、歩行距離、活動量の増加を図る。(屋外歩行300mを目標) 体重の軽減、生活習慣病の改善を図る。	1ヶ月目 関節運動、筋力トレーニング、インソールの調整により、膝の痛みを軽減する。	膝の痛みの罹患に注意する。				
		2ヶ月目 持久運動、歩行練習により、歩行距離の改善、体重の軽減、生活習慣病の軽減を図る。					
		3ヶ月目 膝の痛み、栄養指導後の動向(体重・血液検査)を確認しながら、運動を調整していく。					
栄養・食支援	食事内容の状況を確認していく。	1ヶ月目 朝、昼の食事内容の確認。摂取量、調理方法のアドバイスを行う。	- この介護予防サービス計画における「目標」や「援助内容」と、ケアプランの「目標」や「支援内容」が整合することが必要です。 - このため、ケースを提供する介護支援専門員と介護サービス事業所はケアプランの「目標」や「援助内容」を共有し、ケアチームとして共通の「目標」や「援助内容」を設定できるようにマネジメントすることが大切です。				
		2ヶ月目 体重、血圧、血液検査の数値を確認。					
		3ヶ月目 本人の理解力の確認。理解力に応じて説明の仕方を工夫する(摂取量のチェック表、イラスト付食事マツの利用)・・・資料はC Mより提供					
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					

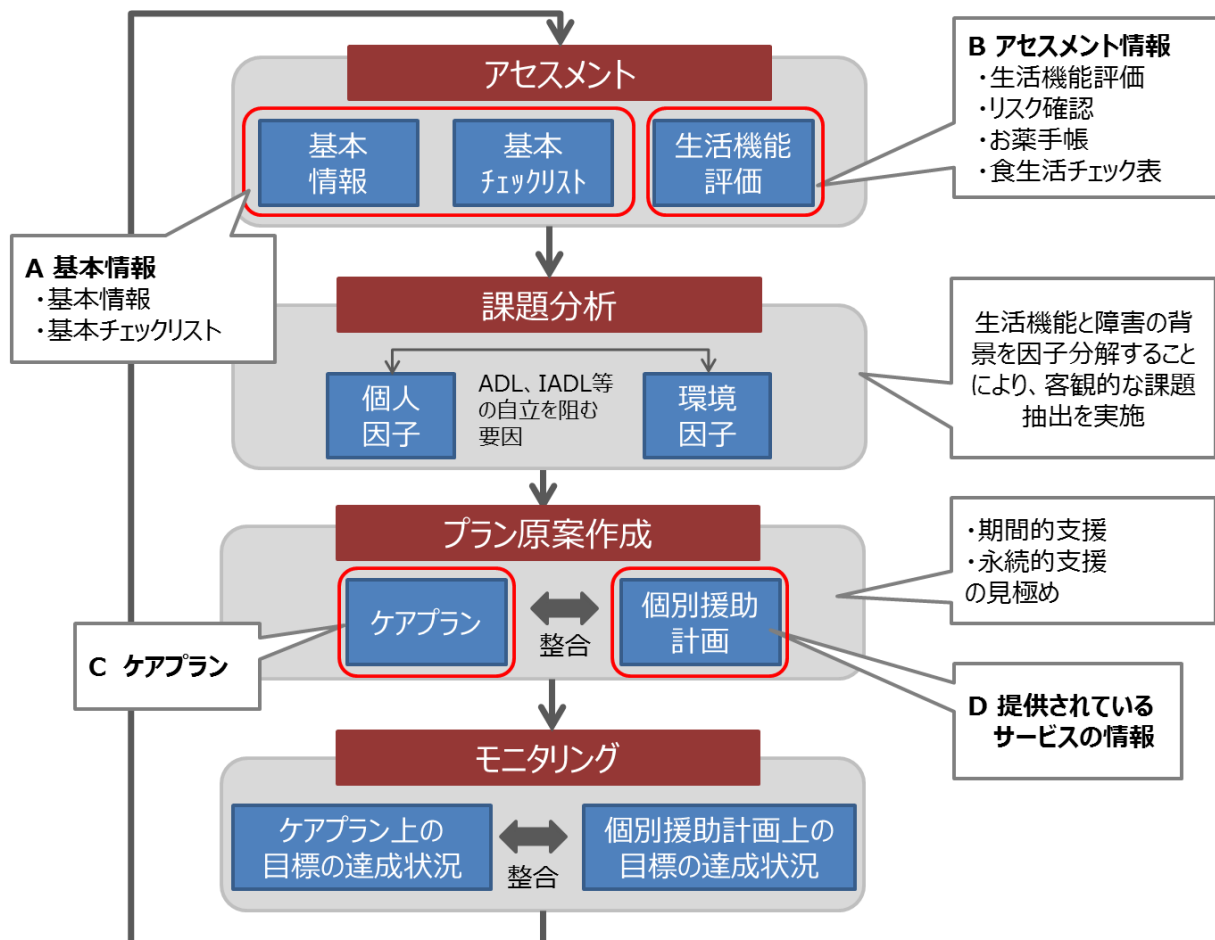
(出所) NPO法人地域保健研究会(平成18年度厚生労働省老人保健健康増進等研究)

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

自立支援型ケアマネジメントにおける各資料の位置づけ

- これらの資料は、自立支援型ケアマネジメントのプロセスにおいて図表 27 のとおり位置づけられます。

図表 27 自立支援型ケアマネジメントと資料の関係



自立支援型地域ケア会議における各資料の使用法

- これらの資料は、自立支援型地域ケア会議の流れの中で以下（図表 28）のように用いられます。

図表 28 自立支援型地域ケア会議の当日の流れと使用する資料の関係

実施事項		最短所要時間 (目安)	発言者	やること	使用する資料
(1)	開催挨拶	約1分	司会者（市町村）	①開会挨拶 ②資料説明 ③その他（前回からの振り返り）	議事次第等
(2)	ケース提出者(プラン作成者)よりケースの概要説明	約4分	介護支援専門員	①ケースの基本情報について説明 ②ケースの生活機能について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④③を踏まえたケアプランの説明	A 基本情報 B アセスメント情報 C ケアプラン
(3)	ケース提出者(介護サービス事業所)から支援方針の説明	約4分	介護サービス事業所	ケースへの支援内容・方針について説明	D 提供されているサービスの情報
(4)	1ケース目 質問、助言	約10分	司会者（市町村）	(2)(3)の説明に関する不明点の確認	A～D（主に生活機能評価、ケアプランに係る記述の箇所）
			助言者（専門職）	(2)(3)の説明についての質問・助言	A～D【各専門職に係る記述の箇所】
(5)	まとめ	約2分	司会者（市町村）	ケース提出者（介護支援専門員、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ケース目 3ケース目			上記同様に実施 上記同様に実施	
(7)	閉会挨拶	約1分	司会者（市町村）	①次回の開催日時・場所の案内 ②資料説明 ③閉会挨拶	－

column
コラム

なぜ様式の統一が必要か？

自立支援型地域ケア会議を開催する上で様式の統一は非常に重要です。会議資料が統一されることで、参加者はどこに何が書いてあるかがすぐわかります。その結果、不要な確認・質問が減ることにより当日の会議進行がスムーズになり、1件あたりの検討時間が短縮される、チームの情報共有が進む、ケアマネジメントの手法が標準化されるなどのメリットが生じます。自立支援型地域ケア会議は多職種の専門家が時間を調整して集まっている貴重な会議ですので、時間を意識しつつ効果的に運営することが大切です。このことを念頭に置いて様式の統一について検討しましょう。

④会議の開催頻度、ケースあたりの所要時間等

ここでは自立支援型地域ケア会議の開催頻度、1 ケースあたりの時間などについて解説します。

開催頻度と年間スケジュール

- 自立支援型地域ケア会議の開催頻度について、自立支援型地域ケア会議立ち上げ当初は月 1 回程度が目安になります。
- 出席者が予定を組みやすいよう、できるだけ開催日・曜日・場所を固定した年間スケジュールを作成し、出席者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所・助言者等）と年間スケジュールを共有しましょう。
- 年間スケジュールを共有することで、地域包括支援センターや介護支援専門員は、いつ誰がどのケースを会議に提供するのか準備を進めることができます。

図表 29 立ち上げ初期の開催イメージ

回	開催日	開催時間	場所	実施内容 (例)	検討ケース 数 (例)
1	6 月〇日 (金)	14:00～16:00	〇〇会議室	先行自治体による講演 自立支援型地域ケア会 議の実演	1
2	7 月〇日 (金)	14:00～16:00	〇〇会議室	自立支援型地域ケア会 議の実践 (検討ケース 数は 2 時間で 2～3 件を 目安とする)	2
3	8 月〇日 (金)	14:00～16:00	〇〇会議室		2
4	9 月〇日 (金)	14:00～16:00	〇〇会議室		3
5	10 月〇日 (金)	14:00～16:00	〇〇会議室		3
6	11 月〇日 (金)	14:00～16:00	〇〇会議室		3
7	12 月〇日 (金)	14:00～16:00	〇〇会議室	自立支援型地域ケア会 議の実践 (検討ケース 数は 2 時間で 4 件程度 を目安とする)	4
8	1 月〇日 (金)	14:00～16:00	〇〇会議室		4
9	2 月〇日 (金)	14:00～16:00	〇〇会議室		4
10	3 月〇日 (金)	14:00～16:00	〇〇会議室		4

※4～5 月は事前説明会など関係者への説明・情報共有の期間とすることを想定（詳細は P 21 の図表 10～11 を参照）。

- 自立支援型地域ケア会議が地域の関係者の中で定着した後は、開催頻度を増やすことも検討しましょう。

1 ケース当たりの時間

- 地域に元気な高齢者を増やすためには、より多くのケースを地域ケア会議で検討することを目指し、効率的に会議を運営することが求められます。
- 1 ケース当たりの時間を左右するのは、司会者の進行力です。司会者には、自立支援型ケアマネジメントの手法を理解した上で資料を読み込み、課題を整理し、専門職から適切な助言を引き出しつつ、合意形成を図るとともに、必要に応じて市町村としての方針を示すことが求められます。十分な準備を行い、時間管理を行いながら進めましょう。
- 地域ケア会議立ち上げ当初は、司会者も参加者も不慣れであるため、1 ケース当たり 40 分程度を目安に会議当たり 2～3 ケースとしましょう。その後、司会者が進行に慣れてきたら、1 ケース当たりの時間を 20～30 分とし、会議当たり 4 ケース程度を検討しましょう。多職種の専門家が時間を調整して集まっている貴重な会議ですので、時間を意識しつつ効率的・効果的に運営することが大切です。

図表 30 自立支援型地域ケア会議の時間配分例（1 ケース当たり 20 分の場合）

実施事項		最短所要時間 (目安)	発言者	やること	使用する資料
(1)	開会挨拶	約1分	司会者（市町村）	①開会挨拶 ②資料説明 ③その他（前回からの振り返り）	議事次第等
(2)	ケース提出者（プラン作成者）よりケースの概要説明	約4分	介護支援専門員	①ケースの基本情報について説明 ②ケースの生活機能について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④③を踏まえたケアプランの説明	A 基本情報 B アセスメント情報 C ケアプラン
(3)	ケース提出者（介護サービス事業所）から支援方針の説明	約4分	介護サービス事業所	ケースへの支援内容・方針について説明	D 提供されているサービスの情報
(4)	1ケース目 質問、助言	約10分	司会者（市町村）	(2)(3)の説明に関する不明点の確認	A～D（主に生活機能評価、ケアプランに係る記述の箇所）
			助言者（専門職）	(2)(3)の説明についての質問・助言	A～D【各専門職に係る記述の箇所】
(5)	まとめ	約2分	司会者（市町村）	ケース提出者（介護支援専門員、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ケース目 3ケース目			上記同様に実施 上記同様に実施	
(7)	閉会挨拶	約1分	司会者（市町村）	①次回の開催日時・場所の案内 ②資料説明 ③閉会挨拶	－

⑤個人情報の取り扱い

地域ケア会議に提出する資料には多くの個人情報（ケースの氏名・サービス提供者の氏名等）が載っており、自立支援型地域ケア会議の議論の中でも多くの個人情報を取り扱います。

一般的に、市町村・地域包括支援センター・介護サービス事業所・医療機関等それぞれにおいて個人情報の取り扱いのルールが異なります。また、市町村は個人情報保護条例により個人情報の取り扱いを規定しています。

そこで、市町村が、庁内の関係部署と調整を図りつつ、地域ケア会議における個人情報の取り扱いに関し基本的な方針を設定し、出席者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）と共有することが必要です。

ポイントは以下の３点です。

- ✧ 本人から個人情報の使用許可を得る¹
- ✧ 関係者の守秘義務を徹底する
- ✧ 会議資料の持ち帰り等は禁止する

本人から個人情報の使用許可を得る

- 市町村は、使用する様式等について、本人の包括的同意が得られていると判断できるかを確認しましょう。確認できるものがない場合は、手続きを整理する必要があります。
- 毎回の会議においては、地域包括支援センターを通じて、ケース提供者が個人情報の利用許可を利用者から得ていることを確認しましょう。

関係者の守秘義務を徹底する

- 市町村は地域ケア会議の立ち上げに当たり、関係者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）に、平成 27 年 4 月 1 日施行の介護保険法の改正内容（図表 3 1）を踏まえて、個人情報の守秘義務についてきちんと説明しましょう。

¹本人の同意がなくても共有できる場合の例は以下のとおりです（「地域ケア会議運営マニュアル（P47～48）」より）。

① 法令の定めがある場合

高齢者虐待等、生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、発見者に通報の義務

② 本人の利益を守ることが優先される場合（緊急時）

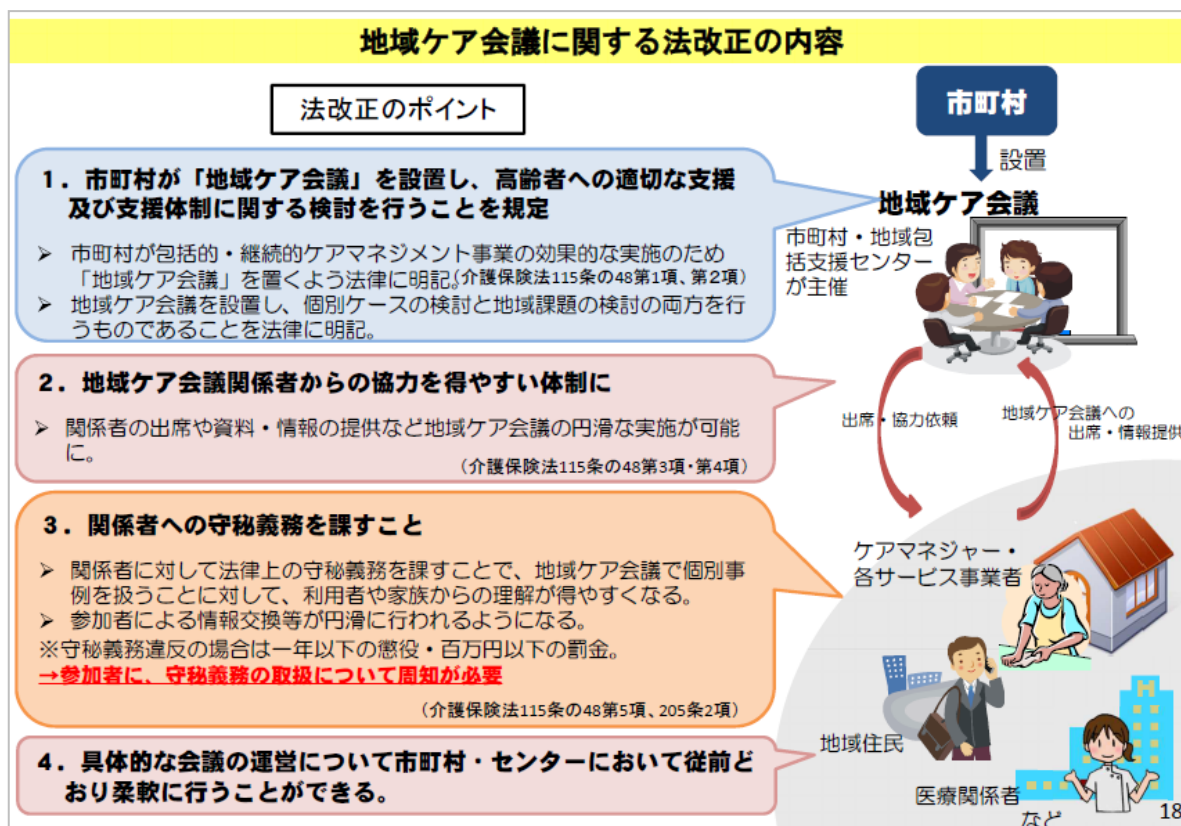
本人の生命や財産等の危機に対しては、個人情報の保護よりも、本人の利益を守る

③ 個別の条例による場合

各市町村の個人情報保護条例で示されているとき。（例：災害時要援護者支援や認知症高齢者、1人暮らし高齢者の支援のために平時から民生委員と名簿を共有するなど）

※個人情報を収集する際、本人に予測される利用方法について本人に包括的に同意を得ているとき

図表 31 地域ケア会議に関する法改正の内容（平成 27 年 4 月 1 日施行）



（出所）厚生労働省ホームページより

会議資料の持ち帰り等は禁止する

- 会議資料の準備段階の注意点として、個人名や住所等に加え、個人が特定されやすい情報（例えば、お店・建物の名前など）は特定されないようにしましょう。個人名はイニシャルとし、その他の個人情報には黒く塗りつぶすなどの方法が考えられます。各市町村の個人情報保護条例の定めに応じて対応しましょう。
- またイニシャル化などの対応をしない場合は、下図（図表 3 2）のような誓約書を配布し、全出席者に記入を依頼する方法も考えられます。
- いずれの場合も、基本的には会議資料を全て回収し、会議終了後に各市町村の個人情報保護条例に基づき適切に処理・廃棄しましょう。

図表 32 個人情報の取り扱いに関する誓約書の例

誓約書 私は、平成 年度 第 回〇〇市地域ケア会議介護予防部門、 包括支援部門 の参加にあたり、会議内容における個人情報等につ いて守秘することを誓約します。 〇〇市長 殿 所属 _____ 住所 _____ 氏名 _____
--

(出所) 和光市

- 自立支援型地域ケア会議で取り扱う個人情報には細心の注意を払う必要がありますが、一方で、必要な情報が共有されず、適切な支援が行われなくなるような過剰な反応を避けることにも留意しましょう。

【介護保険法】

第115条の48（会議）

1 市町村は、第115条の45第2項第3号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という。）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置くように努めなければならない。

2 会議は、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者（以下この項において「支援対象被保険者」という。）への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。

3 会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。

4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

5 会議の事務に従事する者又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

第205条

2 （略）第115条の48第5項の規定に違反した者は、1年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

（２）地域包括支援センター及びケース提供者との調整を行う

①会議資料の準備

提出資料の管理（チェックリスト）

- 市町村は、会議への提出資料を管理するためのチェックリストを作成し、地域包括支援センターやケース提供者（介護支援専門員及び介護サービス事業所）と共有しましょう。

図表 33 提出資料チェック表（例）

〇〇市自立支援型地域ケア会議 会議資料チェック表	
～注意事項～	
・ 1 ケースごとに、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）。 ・ 各ケース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。	
<介護支援専門員作成資料>	
☐	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
☐	生活機能評価表
☐	介護予防サービス支援計画書
☐	お薬手帳のコピー
☐	介護予防サービス・支援計画表
<介護サービス事業所作成資料>	
☐	介護予防メニューアセスメント（通所・訪問介護用）
☐	生活行為アセスメント（訪問・通所共通）
☐	介護予防通所（訪問介護）計画書
☐	個別機能訓練計画書

提出までのスケジュール管理

- また、市町村は、スムーズに資料提出が進むよう、地域包括支援センターやケース提供者（介護支援専門員及び介護サービス事業所）に会議資料の提出スケジュールを明示しましょう（詳細についてはP 58の図表37を参照）。

②当日の進め方の確認

当日の進め方の説明

- 効果的・効率的に会議を運営するため、地域包括支援センターやケース提供者（介護支援専門員及び介護サービス事業所）に当日の進め方について事前に説明しましょう。
- ケースを効率的に検討するために、ケース提供者には、適格かつ簡潔にケースについて説明することが求められます。下図（図表34）を活用するなどして、予め、ケース提供者と会議当日における発言のポイントを共有しましょう。

図表 34 会議の当日の進め方

実施事項		最短所要時間 (目安)	発言者	やること	使用する資料
(1)	開会挨拶	約1分	司会者（市町村）	①開会挨拶 ②資料説明 ③その他（前回からの振り返り）	議事次第等
(2)	ケース提出者(プラン作成者)よりケースの概要説明	約4分	介護支援専門員	①ケースの基本情報について説明 ②ケースの生活機能について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④③を踏まえたケアプランの説明	A 基本情報 B アセスメント情報 C ケアプラン
(3)	ケース提出者（介護サービス事業所）から支援方針の説明	約4分	介護サービス事業所	ケースへの支援内容・方針について説明	D 提供されているサービスの情報
(4)	1ケース目 質問、助言	約10分	司会者（市町村）	(2)(3)の説明に関する不明点の確認	A～D（主に生活機能評価、ケアプランに係る記述の箇所）
			助言者（専門職）	(2)(3)の説明についての質問・助言	A～D【各専門職に係る記述の箇所】
(5)	まとめ	約2分	司会者（市町村）	ケース提出者（介護支援専門員、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ケース目 3ケース目			上記同様に実施 上記同様に実施	
(7)	閉会挨拶	約1分	司会者（市町村）	①次回の開催日時・場所の案内 ②資料説明 ③閉会挨拶	-

○ なお、会議の次第は、当日の進行を踏まえて準備しましょう。以下（図表35）に会議次第の例を示します。

図表 35 会議次第（例）

〈おもて〉

【会議の場上配置図】

薬剤師
〇〇氏

管理
栄養士
〇〇氏

作業
療法士
〇〇氏

理学
療法士
〇〇氏

自治体
担当者

コーディネーター
〇〇氏

自治体
担当者

各センターの
専門職

地域包括支援センター
センター長 〇〇氏

地域包括支援センター
センター長 〇〇氏

地域包括支援センター
センター長 〇〇氏

各センターの
専門職

地域包括支援センター
センター長 〇〇氏

地域包括支援センター
センター長 〇〇氏

地域包括支援センター
センター長 〇〇氏

ケース発表者

※「生活行為評価表」の記号について

判定	○1	自立	楽にできる
	○2		少し難しい
	△1	一部介助	改善可能性 高い
	△2		改善可能性 低い
	×1	全介助	改善可能性 高い
	×2		改善可能性 低い

※「事前」「事後」の評価の時点について

●事前
地域ケア会議に提出する時点の利用者の状況
●事後
「事前」の時点で予測されるプラン終了時の利用者の状況の見込み

2

〈うら〉

一第〇回 〇〇市自立支援型地域ケア会議 次第一

No.	事例	認定	プラン作成者	サービス	事業者
1	〇〇様 75歳 (男性)	要支援2	〇〇地域包括支援センター 〇〇〇〇氏	通所介護 福祉用具貸与	デイサービス △△ △△用品
2	〇〇様 80歳 (女性)	要支援1	〇〇高齢者相談センター 〇〇〇〇氏	通所リハビリ	デイケアセンター△△
3	〇〇様 78歳 (男性)	要支援2	〇〇高齢者相談センター 〇〇〇〇氏	訪問介護	訪問介護事業所△△

【地域ケア会議の進行について】

項目	所要時間	焦点
1 プラン作成者より概要説明	約4分	- 現在の状態に至った個人因子・環境因子を簡単に説明（生活機能低下の背景を簡潔に説明することが重要） - 更新プランの場合・・・前回の支援計画に対する評価⇒目標に対しての達成が未達成か？⇒未達成の場合はその原因は？ - 生活機能評価の開設⇒改善可能なポイントは？ - 上記を踏まえて次期プランの説明 （注）参加者は、自らの専門分野を中心に内容をチェックする。例えば、保健師・看護師は、医療リスクの高い人の生活上の注意点や、服薬内容に対してサービス内容が妥当かどうかという視点、社会福祉士は、延滞や認知症ケース等に対する権利擁護的な観点。
2 事業所から評価、今後の支援方針	約4分	居宅介護支援事業者、介護予防通所介護、グループホーム、ケアハウス、食の自立支援事業所、ゴミの分別収集事業者、住宅改修事業者、福祉用具事業者など、利用しているサービス提供事業者が各立場から発言。
3 全参加者からの質問・意見	約10分	- 参加者は挙手したうえで発言する。 - 司会は、ケースの本質（課題の本質）やプラン作成・サービス提供上の注意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識にふれが生じないようにする。
4 まとめ	約2分	- 司会は、会議の最後に次回（通常3ヵ月後または6ヵ月後）までのケア（プラン修正含む）の方針を確認する。 - 介護支援専門員や事業者等が当面行う必要がある課題（例えば、医師の意見の確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取、など）がある場合には、その漏れがないよう、最後に念押しする。

1

（出所）和光市

55

（３）助言者（専門職）との調整を行う

①助言者の役割

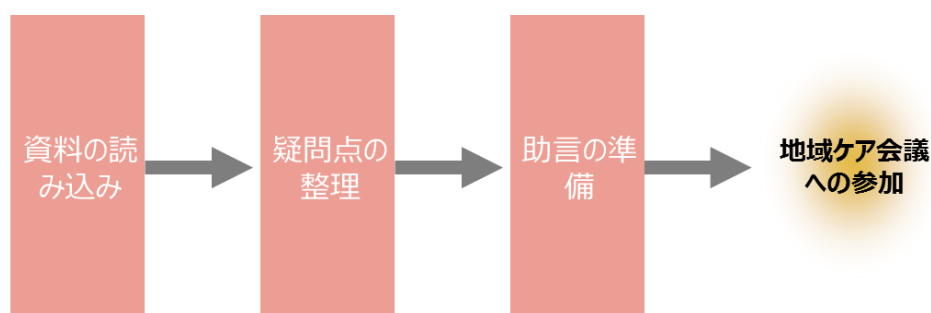
自立支援型地域ケア会議は、多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立に資するケアマネジメント支援を行う場です。そのためP 3 1の図表1 6で示した専門職が助言者として出席します。

助言者には、専門用語を用いずに参加者が理解しやすい言葉を用いるとともに、すぐに実践できるような具体的な助言を提供することが求められます。

②助言者の事前準備

助言者は、以下（図表3 6）のプロセスを経た上で、助言を行います。

図表 36 助言に至るまでの確認プロセス



- まずは事前に市町村から受け取った資料の読み込みを行います。資料の読み込みの視点としてはP 3 4～P 4 4を参考にしてください。
- その後、疑問点の整理を行います。提供された資料やケースの説明から、生活における課題と生活機能の低下に至った要因、潜在的な要因（自立を阻害している背景、原因）が明確になっているかを確認し、疑問点を整理しましょう。
- その後は助言の準備を行います。自立支援型地域ケア会議は限られた時間の中で行われるため、当日簡潔に助言を行えるよう準備する必要があります。また、前述のとおり、参加者が理解できるような用語を使うこと、会議後に実践しやすいような具体的な助言を行うことにも配慮しましょう。

実践につながる助言を

実践につながる助言の視点については以下の事例を参考にしてください。

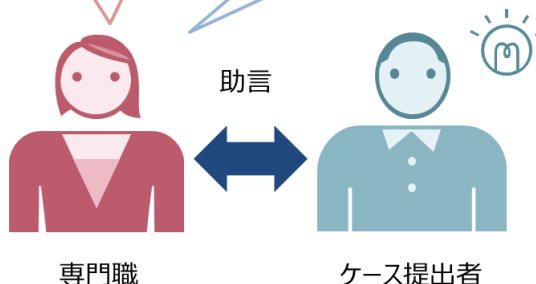
<Aさんの基本情報>

年齢・性別・要介護度		85歳・女性・要支援2
家族構成		独居
既往歴等		骨粗鬆症、左大腿部頸部骨折、脳挫傷（後遺症あり）、外傷性クモ膜下出血、右大腿骨頭上骨折、正常性水頭症
利用サービス		訪問介護、通所介護
生活歴		●●で定年まで銀行員勤務。勤めながら親の介護も実施。
現在の生活		午前中は家事、ごみ出し、洗濯。午後は散歩。フォークダンス、習字、茶道など多趣味。
ADL		排泄、入浴が一部介助
IADL		掃除、洗濯、買物、調理、整理、通院、服薬、社会参加が一部介助
身長・体重・BMI		148センチ・44キロ・20.1
調査時前の24時間の食事内容	朝食	ロールパン1個、ゆで卵1個、牛乳
	昼食	お弁当
	夕食	焼き魚、パックのごはん、ゆで野菜
	間食	麦茶、クッキー、サイダー

-
- 献立を見ると、摂取カロリーについては1日の量としては合っているが、クッキーやサイダーでエネルギーを補っている。食事量では足りていない。カルシウム強化が必要。
 - 高血圧があるので、その対応が必要。自宅での調理は、包丁、火は使えないとのことなので、キッチンばさみで野菜を切ってレンジで調理してはどうか。箸が持てないならトングを活用すればよい。
 - レンジだけでできる調理方法を考え、買い物にもつなげられるとよい。
 - カルシウムに必要な大豆製品が足りない。がんもや厚揚げを、麺つゆで煮るだけでいい具合に摂取できる。

- ×
- 献立を見ると、摂取カロリーについては1日の量としては合っているが、全体的にカルシウム、タンパク質、野菜が足りない。
 - カルシウムに必要な大豆製品が足りない。

抽象的な指摘にとどまる助言例。指摘するだけでなく、現状を踏まえてこの後どのように支援をしたらよいかの具体案の提示がない。



(4) 会議当日までの準備事項

図表37は会議当日までの準備事項（例）です。この表を参考にして、市町村の進捗管理のもと、それぞれの出席者がいつまでに何を準備するか確認するとともに、適宜必要な準備を行いましょう。

図表 37 自立支援型地域ケア会議当日までの準備事項（例）

	市町村	コーディネーター	ケース提供者 介護サービス事業所	助言者（専門職）
会議 2 週間前	☐ 会議資料作成のアナウンス		☐ 検討ケースのアセスメント ☐ 介護サービス事業所との打ち合わせ ☐ 会議資料の作成	
資料提出締め切り 参加者登録締め切り	(会議の 1 週間から 10 日前目安)			
会議 1 週間前	☐ 会議資料の受け取り ☐ 会議資料の確認 ・ 日付の整合確認 ・ 個人情報の削除 等 ☐ 会議資料のセット ・ 会議次第作成 ・ ページ数入力 等 ☐ 会議資料の関係者への送付 ☐ 参加者リストの作成			
会議数日前		☐ 会議資料の受け取り ☐ 会議資料の内容確認		☐ 会議資料の受け取り ☐ 会議資料の内容確認
会議当日	全員参加			



～第3章に関する疑問を解消します～よくあるQ&A～

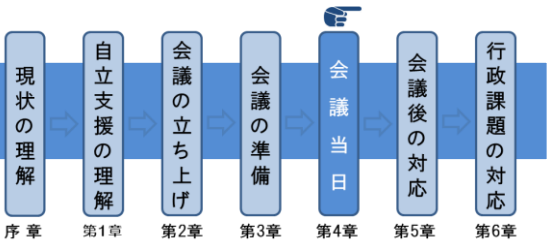


Q7	自立支援型地域ケア会議の司会は、市町村職員が行わなければならないか。また、専門性が高いイメージがあり、保健師などの専門職でないと対応できないのではないのでしょうか。
A7	平成29年4月までに新しい介護予防・日常生活支援総合事業がスタートする中、市町村の方針を関係者で共有しながら、統一した基準によるサービスを提供することが求められています。このため、当面は、市町村職員が司会を担い、会議の中心となって運営することが必要と考えられます。 なお、事例に対する理解度や専門職である助言者との情報共有という点で、自立支援型地域ケア会議の司会進行は、保健師などの専門職の方がやりやすい面もあります。ただし、専門職でないとできないという訳ではありません。 埼玉県地域包括ケアシステムモデル事業の中でも、事務職の市町村職員が司会者を担っているケースもあります。事務職の市町村職員が専門的な知識にとらわれない視点で質問や確認を行うことによって、参加者のケースに対するイメージが深まる効果もあります。
Q8	自立支援型地域ケア会議は、毎月開催しなければ駄目ですか。毎月3件程度のケースを検討しても、市町村全体への影響は少ないのではないのでしょうか。
A8	地域に元気な高齢者を増やすためには、より多くのケースを地域ケア会議で検討することが望ましいと言えます。自立支援型地域ケア会議立ち上げ当初～1年間は1か月1回程度を開催頻度の目安にしましょう。 また、自立支援型地域ケア会議を定期的を開催することにより、出席者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）が多くのケースに触れることで自立支援型ケアマネジメントの理解が進み、手法を習得することが期待できます。 このほか、ケースの蓄積により、不足する地域資源などの行政課題を発見・解決することで地域資源が充実することなど市町村全体に影響を及ぼす効果を上げることもできます。 これらの効果をより速く上げるために、会議の運営に慣れてきたら、月に2回定期的に曜日を決めて開催するなど、徐々に頻度を増やすとよいでしょう。

第4章 自立支援型地域ケア会議の当日

第4章のねらい

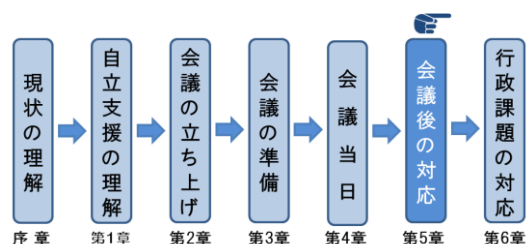
この章は、自立支援型地域ケア会議の当日フローについて解説しています。司会者はこの章で会議の流れや、会議を進行する上で確認すべき事項等について理解しましょう。



図表 38 会議当日の実施フロー（司会進行のポイント）

実施事項		最短所要時間（目安）	発言者	やること	発言者のポイント	使用する資料	
(1)	開催挨拶		約1分	司会者（市町村）	①開会挨拶 ②資料説明 ③その他（前回からの振り返り）	☐ 個人情報の取り扱い（資料の持ち帰りは不可）について説明する ☐ 資料の中のアンケートへの記入依頼を行う ☐ 前回のケース検討で市町村に向けられた行政課題について、回答する	議事次第等
(2)	1ケース目	ケース提出者(プラン作成者)よりケースの概要説明	約 4 分	介護支援専門員	①ケースの基本情報について説明 ②ケースの生活機能について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④③を踏まえたケアプランの説明	☐ ①②③④の一連のケアマネジメントの流れを簡潔に説明する ☐ 改善可能な生活機能はどこで、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 ☐ ①②③と④の作成時点が異なる場合は、現在の状況を口頭で補足する ☐ 更新プランの場合は、前回のケアプランに対しての評価を行う（目標に対して達成か未達成か／未達成の場合はその原因は何か等）	A 基本情報 B アセスメント情報 C ケアプラン
(3)		ケース提出者（介護サービス事業所）から支援方針の説明	約 4 分	介護サービス事業所	ケースへの支援内容・方針について説明	☐ 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
(4)		質問、助言	約10分	司会者（市町村）	(2)(3)の説明に関する不明点の確認	※司会は、参加者がケース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言語化する。 ☐ 各資料（項目）の評価時点はいつか ☐ 事例の基本情報（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 ☐ 事例の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 ☐ 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 ☐ 生活機能評価で改善が見込まれるADL/IADLは何か ☐ 生活機能評価で改善が見込まれるADL/IADL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	A～D（主に生活機能評価、ケアプランに係る記述の箇所）
				助言者（専門職）	(2)(3)の説明についての質問・助言	☐ 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、ケース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）
(5)		まとめ	約 2 分	司会者（市町村）	ケース提出者（介護支援専門員、介護サービス事業所）が取り組むべき点について説明	☐ 質問・助言のうち重要なものを集約する ☐ 介護支援専門員や介護サービス事業者が直近で行う必要がある課題を整理する ☐ 次回（通常 3 か月後または 6 か月後）までの支援方針（ケアプランの再調整等含む）について確認する	A～D
(6)	2ケース目		上記同様に実施				
	3ケース目		上記同様に実施				
(7)	閉会挨拶		約1分	司会者（市町村）	①次回の開催日時・場所の案内 ②資料説明 ③閉会挨拶	☐ 次回の予定を伝える ☐ 個人情報の取り扱い（資料の持ち帰りは不可）について再度説明する	－

第5章 自立支援型地域ケア会議開催後の実施事項



第5章のねらい

1

この章は、自立支援型地域ケア会議開催後の実施事項について解説しています。一度自立支援型地域ケア会議でケースを検討したら「終了」ではなく、自立支援型地域ケア会議でケースを検討してからが「スタート」です。自立支援型地域ケア会議開催後の対応について学びましょう。

2

まずは(1)において、自立支援型地域ケア会議後に関係者(地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等)がどのように関わるかを把握しましょう。その後(2)～(4)において、具体的にどのように関係者で対応状況を共有していくか確認しましょう。

(1) 自立支援型地域ケア会議後の対応

- 自立支援型地域ケア会議は、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が行われるよう支援する場です。
- ケースを提供した介護支援専門員及び介護サービス事業所は、自立支援型地域ケア会議で受けた専門的な助言を踏まえ、これまで不足していた情報について整理・共有します。そして、必要に応じてケアプランやプログラムの再調整等を、関係者（地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業所、本人・御家族等）間で行います。
- 市町村は、会議開催後における関係者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）の対応状況を把握するとともに、ケアプランやプログラムの再調整が円滑に行われるよう必要に応じて支援しましょう。

図表 39 地域ケア会議（以下、同表内では地域ケア会議と示す）後の対応（例）

	市町村	地域包括支援センター	介護支援専門員	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	☐ 地域ケア会議における助言に係る記録の作成	☐ 地域ケア会議で受けた助言の整理	☐ 地域ケア会議で受けた助言の整理	☐ 地域ケア会議で受けた助言の整理
ケースの管理	☐ 地域ケア会議で検討したケースの管理 ☐ 地域ケア会議で検討したケースの資料の廃棄			
各主体の実施状況の管理	☐ 地域ケア会議で助言を受けた地域包括支援センターの対応状況の把握 ☐ （必要に応じて）ケースの関係者が会議後の対応を円滑に行えるよう支援	☐ 地域ケア会議で助言を受けた介護支援専門員の対応状況の把握	☐ 地域ケア会議で助言を受けた介護サービス事業所の対応状況の把握	
追加の情報収集		☐ （必要に応じて）不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討	☐ （必要に応じて）不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討	☐ （必要に応じて）不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討
ケアプラン・プログラムの検討		☐ （必要に応じて）ケアプランの再調整の検討 ☐ （必要に応じて）ケアプランの再調整	☐ （必要に応じて）ケアプランの再調整の検討 ☐ （必要に応じて）ケアプランの再調整	☐ （必要に応じて）プログラムの再調整の検討 ☐ （必要に応じて）プログラムの再調整
行政課題への対応	☐ 地域ケア会議で明らかになった行政課題の整理			

(2) 記録の作成・管理について

- 自立支援型地域ケア会議後に適切な対応を行うためには、検討したケースに携わる関係者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）が会議で提供された助言についての理解を共有することが必要です。
- そのため、市町村は、自立支援型地域ケア会議を開催する際、それぞれのケースにおける助言を記録するとともに、その記録を関係者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）と共有することで、関係者それぞれが会議開催後に円滑に対応できるよう支援しましょう。
- このように記録を毎回残すことは大切ですが、記録作成は司会者・助言者からの主なコメントや行政課題に関わるコメントを中心に簡潔にまとめるよう心がけましょう（例えば、出席者の発言を全て記録する議事録などを作成する必要はありません）。

図表 40 自立支援型地域ケア会議での助言の記録（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	介護サービス	通所介護
①	女性	80 歳	要支援 2	長女、長男と三人暮らし		
②	女性	80 歳	要支援 1	長女親子と三人暮らし	新規	通所介護
③	女性	93 歳	要支援 2	独居	新規	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 〇〇様					

会議資料	主なコメント	行政課題に関するコメント
- 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 リスク確認（地域包括支援センター） - 主治医意見書 - 処方箋（等） - 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）	<自立支援チームコメント> ●【司会者】〇〇様 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ると良い。 ●【PT】〇〇様 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】〇〇様 内科の内容はどこで確認をとっているか。（→子宮院を診ている主治医（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があり書かれていない。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】〇〇様 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】〇〇様 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。	・ デイサービス以外で、外出できるような場づくり

(3) 対応状況の把握について

- 市町村は、(2) のとおり助言に係る記録を作成するとともに、自立支援型地域ケア会議で検討したそれぞれのケースの要介護認定の有効期間等を把握しましょう。そして、会議での助言がそれぞれのケースの自立支援に生かされたかどうか（助言を踏まえてケアプランやサービスのプログラムが調整されたか、ケアプランやプログラムを調整した結果生活機能が改善したか等）を次の支援期間に移行する前に確認しましょう。管理上、下図（図表 4 1）のような管理シートを活用するのも一案です。
- このように自立支援型地域ケア会議で検討したケースの状況を把握することは、モニタリング会議（1 度地域ケア会議で検討したケースについて、次の支援期間に移行する前に再度検討するための会議）の開催にもつながります。自立支援型地域ケア会議が、定着した市町村においてはモニタリング会議の開催も検討しましょう（P 2 7 の図表 1 3 を参照）。
- また、検討したケースに携わる関係者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）が、会議で受けた助言を生かせるよう支援することも市町村の役割の 1 つです。例えば、会議での助言を踏まえてサービスを調整するに当たり、市町村が関係者に同行し、直接、利用者に調整内容について説明することなどが考えられます。

図表 41 ケースの管理シート（例）

事例管理シート

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/評価	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			計画上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	6/22	1	評価	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型移行		予防通所リハから、C事業があれば移行可能
1		1											
		2											
2		3											
		4											
3		5											
		6											
4		7											
		8											

(出所) 和光市

（４）関係者による会議開催後の対応について

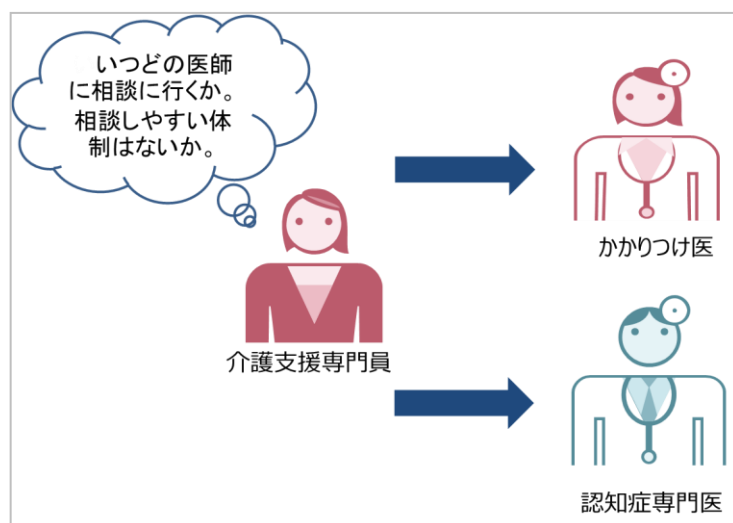
- ケースを提供した地域包括支援センターまたは介護支援専門員は、（２）のとおり市町村が作成した記録や各自がとったメモをもとに、専門職から受けた助言を踏まえて会議後にどのように対応すべきか、関係者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）間で整理しましょう。
- 会議後の具体的なアクションとしては、図表４２～４４のとおり「不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討」、「プランの再調整の必要性の検討・必要な場合の再調整」、「プログラムの再調整の必要性の検討・必要な場合の再調整」などが挙げられます。

① 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、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」という助言を受けたとしましょう。

この場合、ケースを提供した地域包括支援センターまたは介護支援専門員は、会議後に、いつどのような体制で医師に相談しに行くのか、具体的に検討しましょう。

図表 42 介護支援専門員等による会議後の対応（イメージ①）



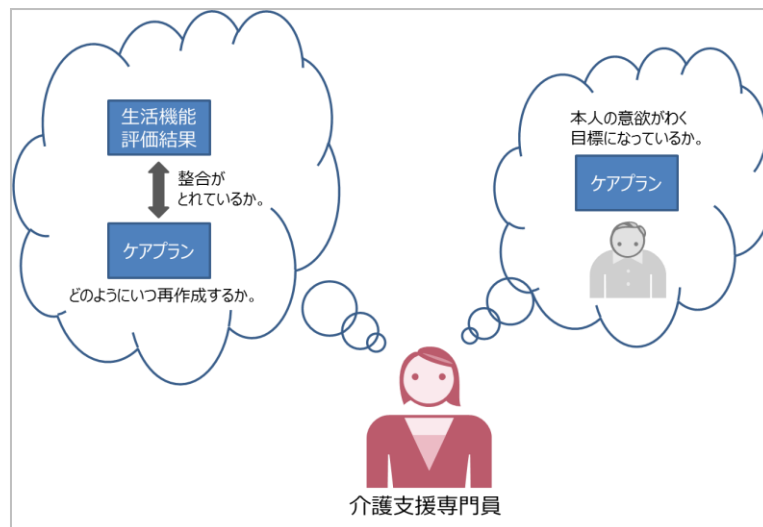
② ケアプランの再調整

例えば、会議で「生活機能の評価結果とケアプランの目標の整合がとれていないのではないか。」「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（その人の意欲が向上するような）目標の書き方にしてはどうか。」という助言を受けたとしましょう。

この場合、ケースを提供した地域包括支援センターまたは介護支援専門員は、会議後に、必要に応じ、いつどのようにケアプランを修正するか、その際何に留意するかを整理しましょう。

ケアプランの再調整が必要な場合、ケースを提供した地域包括支援センターまたは介護支援専門員はサービス担当者会議を開き、利用者の同意を得た上で、ケアプランを修正しましょう。

図表 43 介護支援専門員等による会議後の対応（イメージ②）

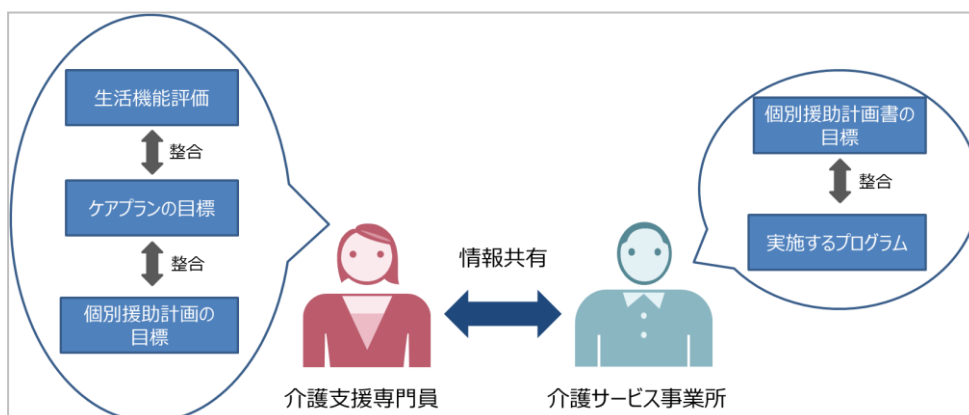


③ プログラムの再調整の必要性の検討・必要な場合の再調整

「プログラムの再調整の必要性の検討・必要な場合の再調整」については、例えば、会議で「膝に痛みを抱える方に対してはこのようなプログラムの方がいい」といったプログラムの内容についての具体的な助言を受けたとしましょう。

この場合、助言の対象となったプログラムを提供する介護サービス事業所は、会議後に、介護支援専門員の作成するケアプランの目標と整合を図りつつ、いつどのようにプログラムを再調整するか、その際何に留意するかを整理し、介護支援専門員と情報共有を図りましょう。

図表 44 介護支援専門員等による会議後の対応（イメージ③）





～第5章に関する疑問を解消します～よくあるQ&A～



Q9

自立支援型地域ケア会議で受けた助言をすべてケアプランに反映しなければなりませんか。

A9

「自立支援型地域ケア会議で受けた助言をすべてケアプランに反映しなければならない」と捉えるのではなく、会議で専門職から受けた助言を踏まえて会議後にどのように対応すべきかについて、関係者（地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業所等）間で整理することが大切です。関係者で、どのように不足するアセスメント情報を収集するか、ケアプランを再調整するか、プログラムを再検討するか等について話し合しましょう。

ただし、会議の場で明確にケアプランの修正の助言を受けた場合は、会議後すぐに修正に向けて対応することが必要です。

Q10

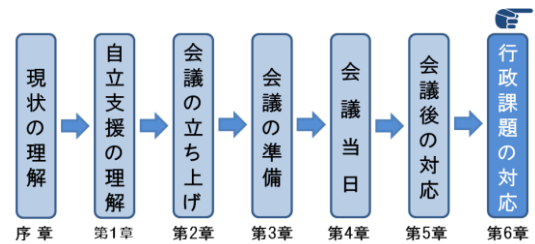
モニタリング会議はしなくては駄目でしょうか？

A10

自立支援型地域ケア会議を「やりっぱなし」だけでは十分な効果を見込めません。1度会議で検討したケースについて、一定期間後（半年若しくは1年後）に、再度地域ケア会議で検討することで、自立（状態の改善または悪化防止）に資する適切な支援がなされたかどうかをモニタリングすることができます。

将来的にはモニタリング会議を開催することも見据えて自立支援型地域ケア会議を立ち上げましょう。

第6章 行政課題に対する保険者の対応



第6章のねらい

1

この章は、自立支援型地域ケア会議で明らかになった行政課題を解決するため、市町村が保険者として果たすべき役割について解説しています。

2

市町村には、ケースの検討を積み重ねる中で明らかとなった行政課題に関する情報を関係機関と共有するとともに、保険者機能を発揮して、その解決に取り組むことが求められます。

(1) 行政課題に対する保険者の対応

- 自立支援型地域ケア会議で個別ケースの検討を積み重ねる中で明らかになった行政課題を解決するため、介護予防事業や生活支援体制整備事業等と連携して新たなサービスや社会資源を創出・開発することや、介護保険事業計画に必要な政策を位置づけて実行することは、市町村が保険者として果たす役割の1つです。
- 自立支援型地域ケア会議は、保険者として策定する介護保険事業計画（マクロな政策）と高齢者一人一人のケアマネジメント（ミクロな支援）を結びつける役割を担います（図表45を参照）。
- マクロな政策とミクロな支援を結びつけることのできる自立支援型地域ケア会議を継続的に実施することにより、保険者機能の強化を図りましょう。

図表 45 自立支援型地域ケア会議とマクロ的な政策・ミクロ的な支援の関係性



○ 行政課題の解決に向けた具体的なステップは以下のとおりです。

- ✧ 高齢者一人一人のケースの検討を通じた行政課題の整理
- ✧ 関係機関との情報共有（介護保険事業計画作成担当、地域支援事業担当、生活支援コーディネーター）
- ✧ 行政課題に対する解決策の検討と実行

ケースの検討を通じた行政課題の整理

- 前述した管理シート（P 64の図表41）を活用するなどして、ケースの検討を通じて明らかになった行政課題を整理しましょう（P 70の図表46を参照）。
- ケースごとに行政課題を整理することにより、要支援状態から改善した高齢者の受け皿となるサービスや医療と介護の連携の必要性、在宅で暮らす高齢者を支援するために不足するサービスなどの行政課題を特定することができます。
- これらの情報は、日常生活圏域ニーズ調査結果等の既存のデータと組み合わせることで、マクロな政策を形成する際の貴重な基礎情報として活用することができます。

関係機関との情報共有

- ケースの検討を通じて抽出した行政課題は、関係部署（介護保険事業計画の担当者、地域支援事業の担当者等）や、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター等の関係機関と情報共有を図りましょう。
- これらの関係機関が自立支援型地域ケア会議に直接参加することにより、行政課題に関する情報を効率的に共有できるとともに、行政課題の解決に向けた対応を検討・実行するに当たり、これらの関係機関と円滑に連携できます。
- この点から、介護保険事業計画の担当者や地域支援事業の担当者、生活支援コーディネーター等の関係機関が会議へ参加するよう調整することが必要です。

図表 46 ケースの管理シートの活用（例）

事例管理シート(〇〇町)

新規のケースは記入不要です。

順位	評価日時	事例No.	新規/評価	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)
2事例以上該当場合は、行を増やして進捗を修正してください 計画上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	6/22	1	評価	女性	75	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター		未達成	継続	A型移行		予防通所リハから、C事業があれば移行可能
1	6/22	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	7/25	3	新規	女性	84	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター	歩行器貸出 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				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(障がい者の集いの場)
3	8/23	5	新規	女性	91	要支援2	〇〇町 地域包括支援センター				プラン継続		・医師との連携(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				プラン継続		・医師との連携(服薬状況等の伝達)
		7	新規	女性	87	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター				プラン継続		・移動手段の確保
4	9/21	8	新規	女性	77	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター				プラン継続		・リハビリや地域での体験の連携 ・調理に対する支援
		9	新規	女性	82	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター				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	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター				プラン継続		・家族による本人の行動制限
5	10/19	11	新規	女性	81	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター				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1	〇〇町 地域包括支援センター				プラン継続		・介護保険を卒業後、地域活動につなげるための資料(各団体の内容紹介等)
6	11/16	13	新規	女性	81	要支援2	〇〇町 地域包括支援センター				プラン継続		・家事についての思い込み ・食生活(食事)の改善
		14	新規	男性	65	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター				プラン継続		・介護保険を卒業後の受け皿 ・介護保険以外での健康管理との連携(健診、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		・リハビリの場(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	12/21	16	新規	女性	65	要支援2	〇〇町 地域包括支援センター	福祉用具貸出 訪問リハビリ(予定)			プラン継続		・医師との連携(退院時から) ・改善が困難な方への継続的支援(できることは自分でやってみよう)
		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(朝食、入浴) ・総合事業(口口口)から介護予防事業(▲▲▲)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 福祉用具貸出			プラン継続		・リハビリから介護予防事業(▲▲▲)へのつなぎ ・進行して

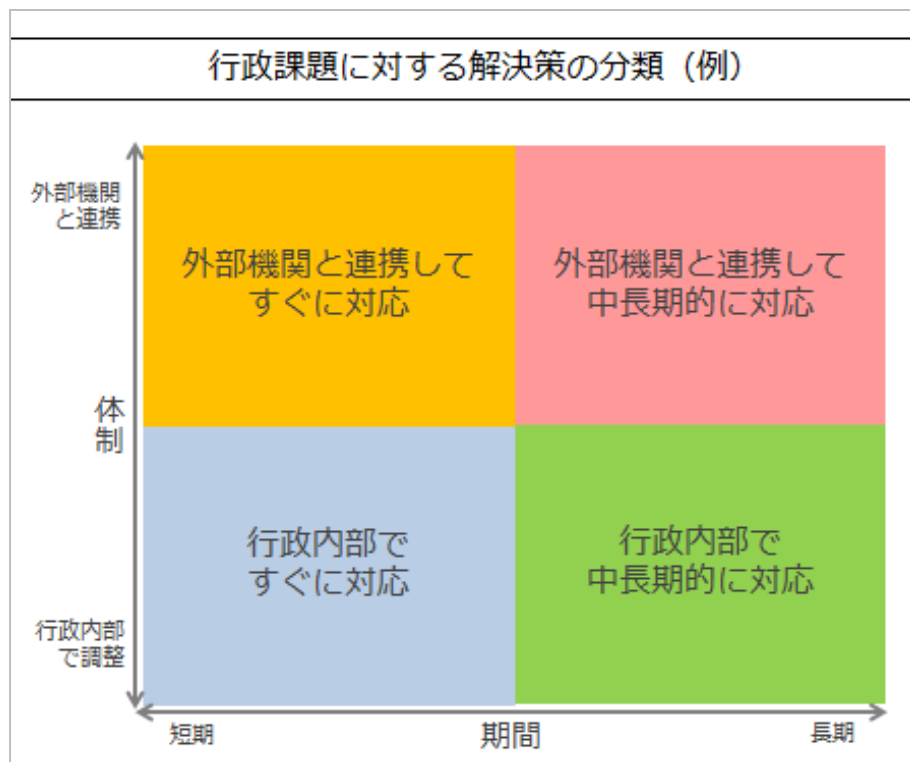
例) 低体重者の栄養指導や糖尿病の方への栄養指導など栄養面での支援の必要性が明確化
→訪問栄養指導サービスや、管理栄養士の配置などの検討につなげる

(出所) 和光市

行政課題に対する解決策の検討と実行

- 行政課題の解決に当たり、まずは、下図（図表 4 7）を参考にして、その課題解決のために必要な体制や期間等について検討し、整理しましょう。
- 例えば、「独居で認知症の高齢者の在宅生活を支える社会資源の不足」という行政課題が明らかになった場合、「外部機関と連携した短期的な対応」としては、警察や消防、民生委員、自治会等と連携して地域の見守りネットワークを構築することなどが挙げられます。また、「行政内部における中長期的な対応」では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスを介護保険事業計画に位置づけて整備することなどが考えられます。
- さらに、解決策のうちすぐに対応できることから順次実行し、行政課題の解決を図りましょう。

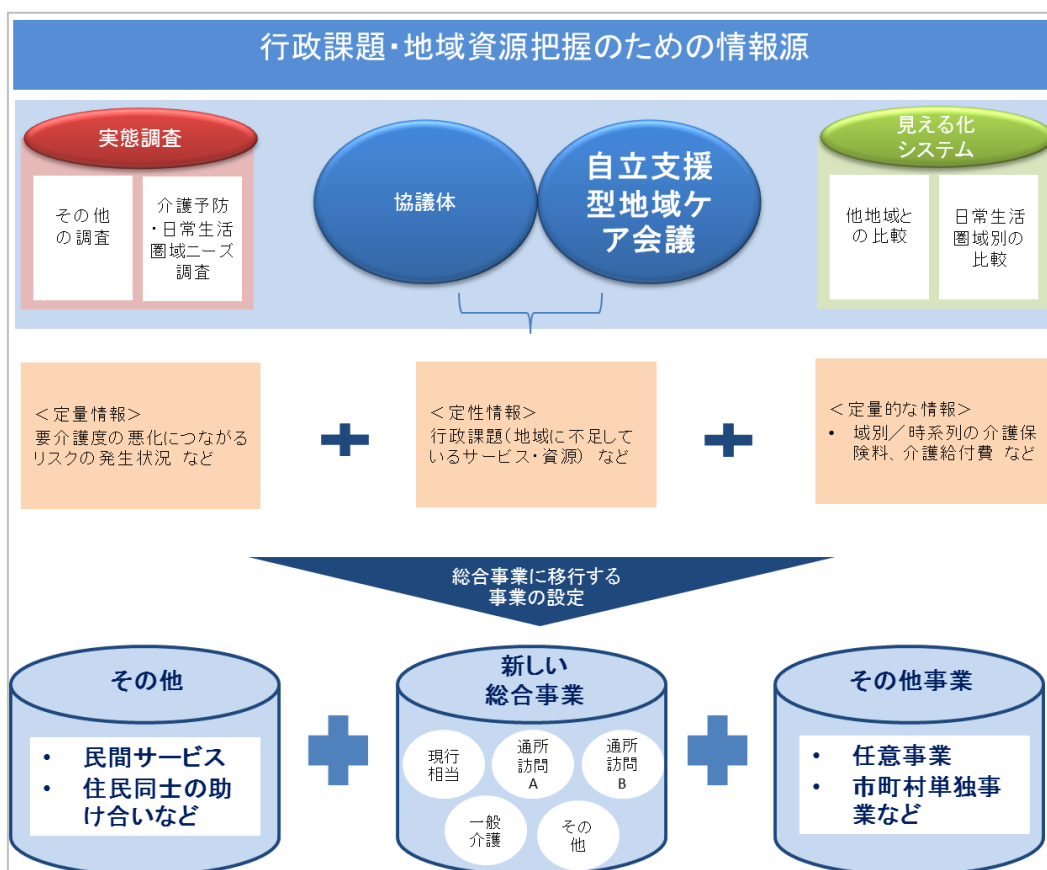
図表 47 行政課題に対する解決策の分類（例）



新しい地域支援事業等との連動

- 行政課題の解決に当たっては、新しい介護予防・日常生活支援総合事業や生活支援体制整備事業、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業などの他事業と連動・連携させて取り組みましょう。
- 具体的には、自立支援型地域ケア会議により抽出した行政課題を解決するため、生活支援体制整備事業により設置した協議体等と連携して新しい総合事業におけるサービスを新たに創設することなどが考えられます。
- 自立支援型地域ケア会議と他事業との連動を切れ目なく行うことで、自立支援型地域ケア会議を起点とした地域づくり～「地域包括ケアシステム」の構築～を効果的かつ効率的に実現することができます。

図表 48 新しい総合事業・生活支援体制整備事業との関係性（イメージ）



column
コラム

在宅医療・介護連携推進事業との連動（例）

自立支援型地域ケア会議の中で、服薬の状況や疾病による行為制限等について主治医に確認するよう助言があった場合は、地域包括支援センターやケアマネジャーが直接主治医と連携する必要があります。

市町村が、在宅医療・介護連携推進事業を着実に実施して、医療関係者と介護関係者の「顔の見える関係」が日常的に築かれるよう支援することにより、上のような場合における現場レベルでの連携もスムーズに進めることができます。

column
コラム

認知症総合支援事業との連動（例）

自立支援型地域ケア会議における検討により、認知症の初期症状の疑いが明らかとなった場合、認知症総合支援事業により設置する認知症初期集中チームへと速やかにつながることにより、早期の対応を行うことができます。

また、自立支援型地域ケア会議の実施により認知症高齢者を支える地域資源の不足が行政課題として明らかとなった場合、認知症総合支援事業により配置する認知症地域支援推進員とその課題を共有し、認知症地域支援推進員の企画・立案のもと、認知症カフェを開設するなどの対策を講ずることなども考えられます。

参考資料



企画・発行：埼玉県

〒330-9301

埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1

埼玉県福祉部地域包括ケア課

電話 048-830-3256

制作：株式会社三菱総合研究所

〒100-8141

東京都千代田区永田町 2-10-3

《平成 29 年 3 月発行》