

# 名古屋市自立支援型個別地域ケア会議

## 実施の手引き

令和元年6月

名古屋市健康福祉局高齢福祉部地域ケア推進課

## 目次

はじめに	2
第1章 自立支援型個別地域ケア会議とは	3
1 自立支援型個別地域ケア会議の目的	3
2 地域ケア会議における位置づけ	4
3 本市が目指す自立支援とは	5
第2章 立ち上げに向けた準備	6
1 実施に向けたフローチャート	6
2 区内における合意形成	7
3 参加者の調整	8
第3章 実施概要	10
1 実施主体及び実施回数	10
2 会議で検討する対象ケースの選定	10
3 想定される会議参加者及び役割	10
4 会議の流れ	14
5 使用する様式	16
6 個人情報の取り扱いについて	19
7 進行例の一例	21
第4章 実施後の展開	27
1 会議の振り返り	27
2 事例の蓄積・共有化	30

## はじめに

本市では地域包括ケアシステムの構築のために、様々な取り組みをすすめています。

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」ことが重要です。

平成 30 年に改正された介護保険法では、「地域包括ケアシステムの深化・推進」の一環として「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」が謳われ、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化が示されました。

本市でも高齢者の自立支援や QOL の向上に向けたケアマネジメント・ケアの充実の必要性を認識し、地域ケア会議の「個別ケース検討会議」において「高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援」を位置づけています。

しかしながら、実際には処遇困難ケースの検討が主となり、自立支援に向けた検討はほとんどなされていませんでした。

この度、自立支援に向けた多職種によるケース検討会議を全市的に実施することを目的に、愛知県の介護予防活動普及展開事業をモデル市町村として受託し、モデル区として南区に協力いただきながら、ケースの選定方法や区の実情に応じた実施方法について県から派遣されたアドバイザーを交え検討を重ねてまいりました。

本手引きは本市としての自立支援型個別地域ケア会議の標準的な実施方法についてまとめたものであり、会議立ち上げの参考にしていただくとともに、各区の実情に応じて柔軟に運用いただきますようお願いいたします。

なお、本手引きのデータは、NAGOYA かいごネットに掲載しておりますので、適宜各種データをご活用いただきますようお願いいたします。

# 第1章 自立支援型個別地域ケア会議とは

## 1 自立支援型個別地域ケア会議の目的

自立支援型個別地域ケア会議（以下、「本会議」）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「高齢者の自立支援・QOLの向上のための介護予防ケアマネジメント及びケアの充実」を目指しています。

上記を実現するために、以下の4点を目的とし多職種連携によるケース検討を行います。

### (1) お世話型から自立支援型への意識の転換

介護保険サービス等の導入により生活の安定を図るだけでなく、生活不活発等の根本的な原因へのアプローチや、ご本人のできることや意欲を引き出し、自立した生活に向けた支援を行うための意識の転換を図ります。

### (2) アセスメント能力等、会議参加者の専門的能力の向上

事例提供者にとっては事例を提供することで支援内容の振り返りや整理を行うことができるのと同時に、各専門領域からの助言により新たな気づきを得ることができます。

また、本会議は事例提供者に対する一方的な指摘や助言を行うものではなく、あくまで会議参加者全員が双方向の学びや気づきを得る場となります。

### (3) 関係機関のネットワークの確立（相互理解）

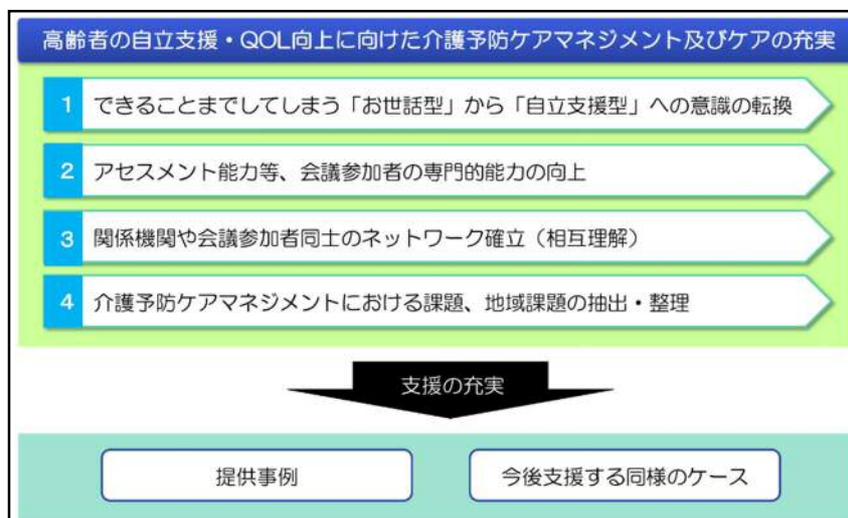
多職種の参加があるため、参加者同士のネットワークを確立し、相互理解を図るとともに日頃の業務においてもスムーズな連携を期待します。

### (4) 介護予防ケアマネジメントにおける課題や地域課題の抽出・整理

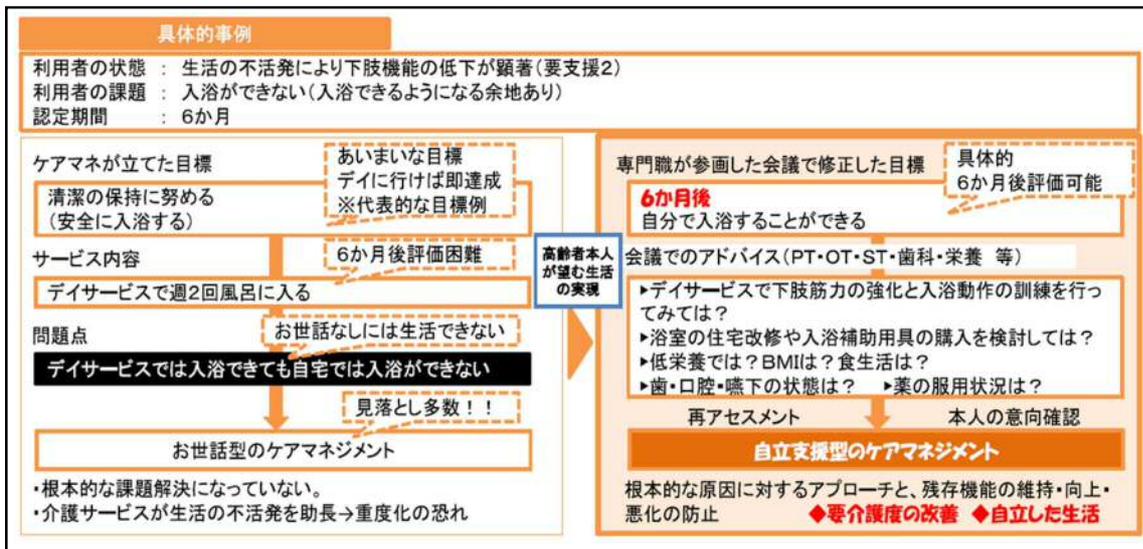
本会議を継続的に実施することで事例を蓄積し、介護予防ケアマネジメントにおける課題及び地域課題の抽出・整理を行います。

また、本会議では提供事例の検討もさることながら、今後支援を行う同様のケースに対しての介護予防ケアマネジメントやケアに活かしていただくことも意図しています。

なお、本会議は自立支援に資するケアプランに対する気づきを得る場であり、ケアプランの批評を行う場ではないことに留意する必要があります。

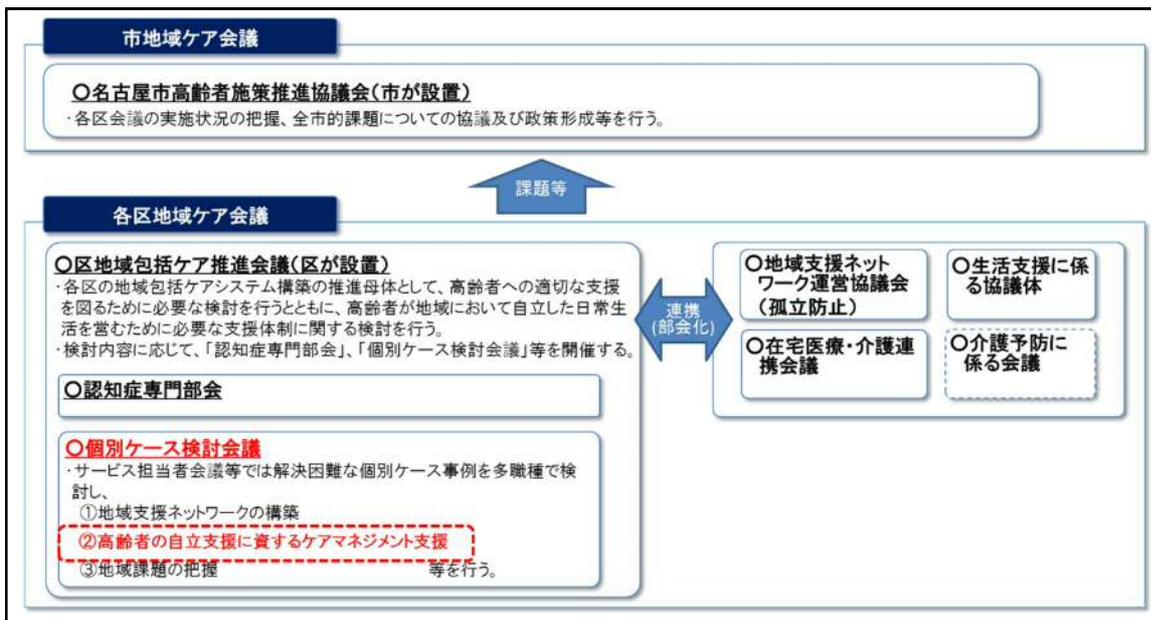


<お世話型から自立支援型への転換のイメージ>



2 地域ケア会議における位置づけ

本会議は、各区の地域包括ケア推進会議の個別ケース検討会議において実施します。そのため、各区の地域包括ケア推進会議事業計画に位置づける必要があります。



<参考>

地域ケア会議は開催の目的・方法により大きく下記の2種類に分かれ、本会議は「地域ケア個別会議」に分類されます。

地域ケア個別会議	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

### 3 本市が目指す自立支援とは

「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。

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】

- 第1条 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条第2項 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。
- 第2条第3項 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。
- 第2条第4項 保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。
- 第4条 国民は、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。

#### 【「住み慣れた地域で自立した日常生活を営むこと」をどのように支援するか】

“できないことをただ補う”だけでは自立支援とは言えません。本人の「したいこと」を尊重し、社会関係を大切にしながら、できるだけなじみの環境で生活が続けられるよう支えることが求められます。

そのためには、本人の「したいこと」「望む暮らし」を把握し、障壁となる生活課題へアプローチすることが必要です。

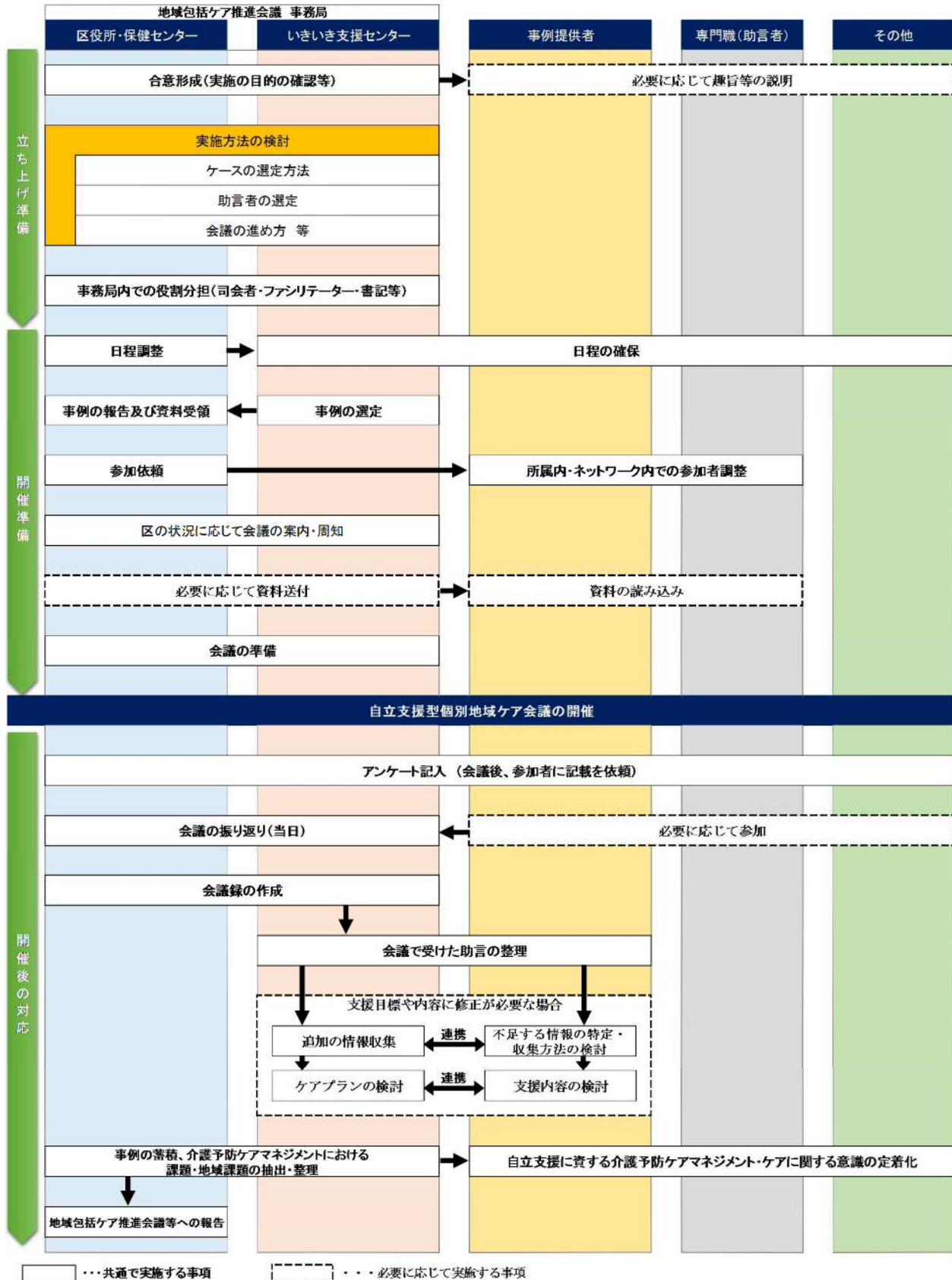
本人の状態にもよりますが、今までできていたことができなくなってきたとき、その生活を維持するのではなく、元の生活に戻すことを目標に据えることが重要です。これは総合事業の目的でもあります。介護保険サービスの導入のみならず、様々な社会資源の活用を視野に入れる必要があります。



(出典：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

## 第2章 立ち上げに向けた準備

### 1 実施に向けたフローチャート



## 2 区内における合意形成

本会議は多職種協働で実施するため、地域包括ケア推進会議事務局内外の多様な関係者と合意形成を図る必要があります。

特に、本会議を実施する目的や自立支援の考え方についてはより丁寧に共有します。

### (1) 実施方法の検討

ケースや助言者等の選定方法を事務局にて検討します。

処遇困難ケースや認知症・精神疾患のケースを除く以下のケース

- ・要支援1・2及び事業対象者でケアプラン作成後概ね6か月～1年経過ケース

※ミニデイ型・運動型通所サービス利用ケースについては、利用期間が6か月のためケース検討時の利用期間は問いません。

#### <どのようなケースを検討すべきか>

##### ○普遍的なケース

よくある課題の方が会議で出た意見や支援方針等を横展開しやすい。

##### ○事例提供者の課題意識やアセスメントが比較的できているケース（立ち上げ初期）

特に立ち上げ当初は、「本人のしたいこと」や「それに対する課題」の認識や、ある程度情報が整っている方が検討しやすい。ただし、アセスメントが不足している部分を助言者からの質問により気づくこと等も本会議の目的・効果のひとつであるため、回数を重ね慣れてくればこの限りではない。

##### ○地域課題として認識しているケース

これまでの地域ケア会議等において、すでに課題と認識している事項（介護予防や自立支援に関するもの）があれば、その課題に沿った事例を抽出し、多職種による様々な視点でアプローチ方法を検討するのほひとつの手法である。

（例：「口腔機能の低下している高齢者が多い」という分析から、チェックリストで口腔や栄養に関する項目にチェックが複数ついている方を抽出等）

### (2) 事務局内での役割分担について

地域包括ケア推進会議事務局においては開催準備から当日の役割分担を行います。

役割	担当
会議の企画・準備	区役所・保健センター
ケースの抽出・事例提供	いきいき支援センター
当日の役割（司会者・ファシリテーター・書記等）、議事録作成	地域包括ケア推進会議事務局において、区の実情等を踏まえて調整

○会議の企画・準備には参加者、日程、会場等の調整を含みます。

○2か所のいきいき支援センターがある区について、事例提供の方法は各区でご判断ください。（例えば1回の会議で2事例を検討する場合、毎回1事例ずつ両センターから提供するか、会議ごとに交互に提出するか等）

○当日の役割の詳細については11ページ「各参加者の役割」をご覧ください。

### 3 参加者の調整

#### (1) 事例提供者

当面いきいき支援センターの直営ケースを想定しているためケアマネジャーはいきいき支援センター職員となります。

介護サービス事業者については利用しているすべてのサービス種別の参加を求める必要はありませんので、状況に応じて選定してください。(日程的に事業者の参加が難しい、または参加する必要性の薄い場合等は必ずしも参加を求める必要はありません)

#### (2) 助言者

##### ①リハビリテーション専門職

名古屋市リハビリテーションネットワーク支援センターを通じて全市的に参加を呼びかけていますが、具体的な参加者の調整等は各区でお願いします。

(リハビリテーション専門職との個別のネットワークがない場合等、調整が難しい場合は地域ケア推進課へご相談ください)

##### ②保健センター職員

助言者として保健センターの保健師、歯科衛生士、管理栄養士等を想定しているため、参加調整をお願いします。(区によって地域包括ケア推進会議の事務局構成が異なるため、呼びかけ方等は適宜調整してください)

##### ③その他の専門職

地域包括ケア推進会議の構成員等、各区のネットワーク等を活かし、必要に応じて調整してください。

#### (3) その他

学びの場として位置づけているため、傍聴者として区内のケアマネジャー、介護サービス事業者、その他専門職等、幅広く参加者の呼びかけをしてください。

【参考】モデル区(南区)第1回自立支援型個別地域ケア会議の参加者

区分	参加者	
事例提供者	ケアマネ	いきいき支援センター職員
	介護サービス事業者	予防専門型通所サービス(半日型)、ミニデイ型通所サービス、福祉用具
助言者	理学療法士・作業療法士(いずれも南区リハネットワークから選出)、保健師・歯科衛生士・管理栄養士(いずれも保健センター)	
傍聴者	作業療法士、病院ワーカー、保健センター、いきいき支援センター	

<各専門職への依頼文例>

年 月 日
〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇 〇〇 様
名古屋市〇区保健福祉センター 〇〇〇〇 〇〇 〇〇
第〇回自立支援型個別地域ケア会議へのご出席について（依頼）
時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。 日頃は、〇区の地域包括ケア推進に格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。 この度、高齢者の自立支援、QOLの向上に向けたケアマネジメントやケアの充実を目的に、多職種協働による個別地域ケア会議を下記のとおり開催することとなりました。 つきましてはご多忙のところ恐縮ですが支援方法を検討するための助言者としてご出席いただきますようお願い申し上げます。
記
1 日時 〇〇年〇月〇日（〇）〇～〇時
2 場所 〇〇〇〇
3 内容 事例に基づき、高齢者の自立支援、QOLの向上のための支援方法を多職種協働で検討いたします。当日は助言者として専門的見地からご意見いただきますようお願いいたします。
4 主な出席者 事例提供者：ケアマネジャー、介護サービス事業者 助言者：リハビリテーション専門職、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等
5 その他 本会議はケアプランの批評を行う場ではなく、自立支援、QOL向上のための新たな気づきを得るために出席者全員で支援方法を検討する場ですので予めご了承ください。
〇区地域包括ケア推進会議事務局（担当：〇〇） 連絡先

## 第2章 実施概要

### 1 実施主体及び実施回数

#### (1) 実施主体

各区の地域包括ケア推進会議とし、個別ケース検討会議にて実施します。

#### (2) 実施回数

年2回以上開催するものとします。

(1回あたり2～3ケースを検討)

### 2 会議で検討する対象ケースの選定

対象ケースは、要支援1・2及び事業対象者のうち、ケアプラン作成後概ね6か月～1年のケースとします。ただし、いわゆる処遇困難ケースや認知症・精神疾患を含むケースは対象外とします。また、当面はいきいき支援センター直営ケースとします。

ただし、ミニデイ型通所サービス及び運動型通所サービス利用者を選定する場合については、利用期間が6か月のためケース検討時の利用期間は問いません。

※選定ケースの例示等は7ページをご覧ください。

#### <ミニデイ型通所サービス及び運動型通所サービスを検討する意義>

本会議を活用し、サービス終了後の支援方法等について多職種で幅広く検討することができます。利用期間が短いこと等もあり、十分にアセスメントできていないケースもあるとは思いますが、想定されるリスクや気をつけるべきポイント等、助言者からの意見によりアセスメントの視点や新たな気づきを得ることもできます。必須ではありませんが状況に応じてミニデイ型・運動型の選定を検討してください。

### 3 想定される会議参加者及び役割

#### (1) 想定される参加者

参加区分としては、事務局（地域包括ケア推進会議事務局）、事例提供者、助言者に分かれ、それぞれ以下の参加者を想定しています。

事務局	区役所・保健センター、いきいき支援センター
事例提供者	ケアマネジャー、介護サービス事業者
助言者	リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、柔道整復師、薬剤師、保健センター（保健師、管理栄養士、歯科衛生士等）、社会福祉協議会（生活支援コーディネーター）等

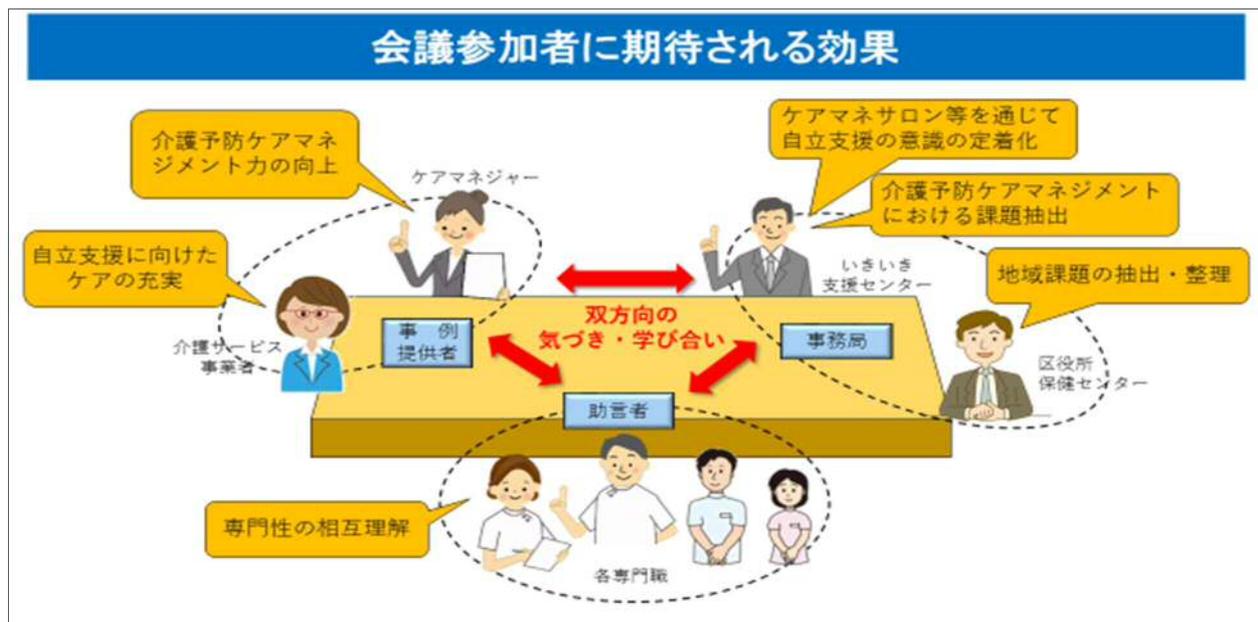
○助言者について、リハビリテーション専門職のうち1名以上の参加は必須としますが、上記すべての職種の出席を求めるものではありません。検討ケースの内容や区の状態に応じて出席者の調整を行います。

ただし、多職種協働として位置づけているため、複数名の助言者が出席できるような配慮をお願いします。

○当日の司会やファシリテーター、書記は事務局において役割分担します。

<参加者への報酬について>

助言者等の名称はありますが、本会議はすべての参加者の学びの場として位置づけていますので、会議の各参加者への報酬については原則想定していません。



## (2) 会議参加者の役割

### ① 司会者

#### ○ 会議全体の進行及び冒頭の趣旨説明

会議の冒頭に本会議の趣旨（「自立支援」の考え方の共有等）や注意点（質問責めや批判的な意見の回避、個人情報取り扱い等）を説明します。ケースごとに出席者が入れ替わる場合等はケースごとに行います。

#### ○ ファシリテーターのフォローや時間管理

ケース検討が始まれば俯瞰的に会議の流れを把握し、必要に応じてファシリテーターのフォローを行います。また、適宜会議時間（1ケースあたり30分程度）の管理も行います。

#### ○ 反省会の実施

会議終了後に、振り返りの場を設け、会議で出た意見の確認や、気づいた点等を参加者と共有します。

### ② 記録者

出席者が議論しやすいよう、会議で話し合われた内容や方針を記録します。記載漏れのおそれがある場合は複数名体制での対応も検討してください。

### ③ファシリテーター

#### ○ケース検討の取り回し

全体の進行は司会者が行いますが、ケース検討の中身についてはファシリテーターが取り回しを行います。出た意見を集約し、焦点を絞りながら結論を導きます。

#### ファシリテーターとしての心構え

##### ○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ながら進行します。30 分程度が目安ですが、立ち上げ当初は 40～50 分でも可とします。

##### ○参加者の○J T の場であることを意識する

本会議は、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・ケアの質の向上」を図ることができる○J T の場に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、地域課題等を把握する場であることを意識する

本会議を通じて「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します。

#### 当日の進行のポイント

##### ○事例提供者の説明後に事例の生活課題について共通認識を持つ

事例提供者が会議資料をもとに事例の概要や現在の支援方針・内容を説明した後、事例提供者の説明が不足している点等について確認を行います。

この際、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、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押さえることが大切です。

##### ○助言者の説明後に今後の支援方針について共通認識を持つ

助言者が助言を行った後、今後の方針について確認を行います。

##### ○論点を絞りながらまとめを行う

専門職がそれぞれの立場・領域で助言を行うため、すべての項目について議論を深めたり結論を導くことは時間的に不可能です。助言者からの意見を聞きながら論点のある程度絞ってまとめを行います。

論点となり得るのは「自立に向けた支援をどう行うか」という点です。「自立支援」の考え方については 5 ページをご確認ください。

#### ④事例提供者

##### ○事前（会議の前）にアセスメント情報等の整理・確認を行う

当日資料として「基本情報」、「基本チェックリストの結果」、「介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）」の3点を使用するため、そこに記載のない情報や直近の様子等については予め確認を行っていただきます。ただし、再アセスメントのための訪問等を改めて行っていただくわけではなく、現時点での情報の整理が中心となります。

##### ○論点を絞って端的に事例を説明する

限られた時間で事例の説明を行うため、論点を絞って端的に説明します。

また、資料の読み込み時間を設けているため、資料に記載のある事項については重要な点のみ説明し、資料に記載のない補足事項や現在の様子を中心に説明します。

介護サービス事業者の出席があれば、サービス利用時の様子等も適宜報告します。

##### ○本人の「したいこと」や「望む暮らし」と、それに対する課題を提示する

課題の焦点化を図るため、事例提供者として感じている、本人の「望む暮らし」やそこにアプローチする上での課題を提示します。ただし、事例提供者と各専門職の視点は異なるため、最終的に事例提供者の課題意識とは異なる方向の議論になる可能性があります。

#### ⑤助言者

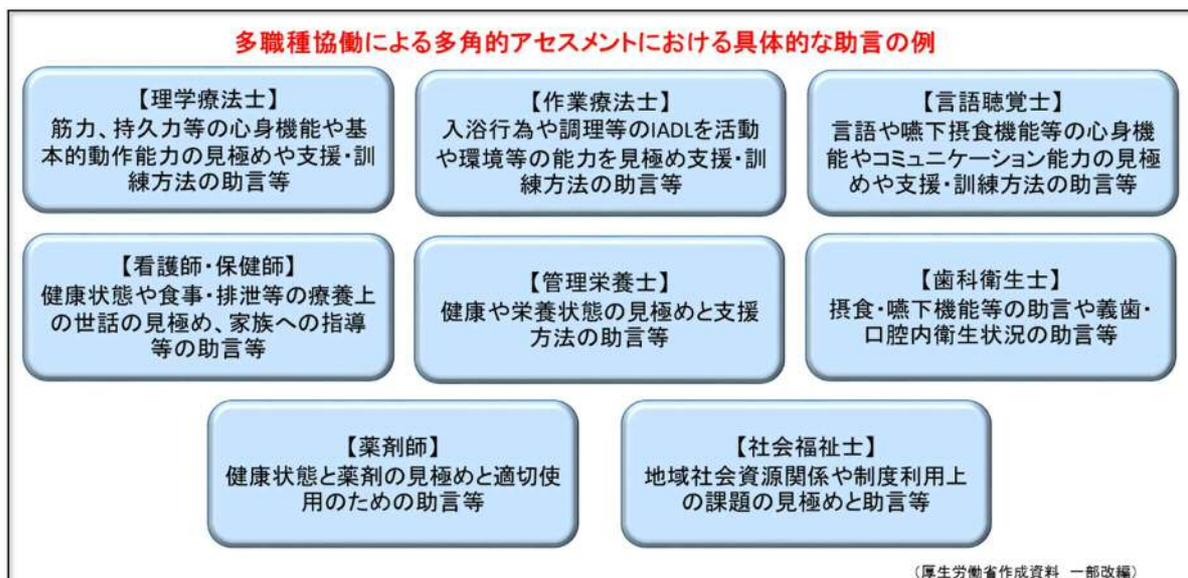
##### ○自立支援のための具体的な助言を行う

多様な生活課題を抱えている高齢者が、抱えている課題に応じたあらゆる社会資源を適切に活用できるよう、それぞれの専門職から具体的な助言を行い、自立支援に資するケアマネジメントについてのサポートを行います。

専門用語は避け、会議参加者がわかるようなわかりやすい言葉で発言します。

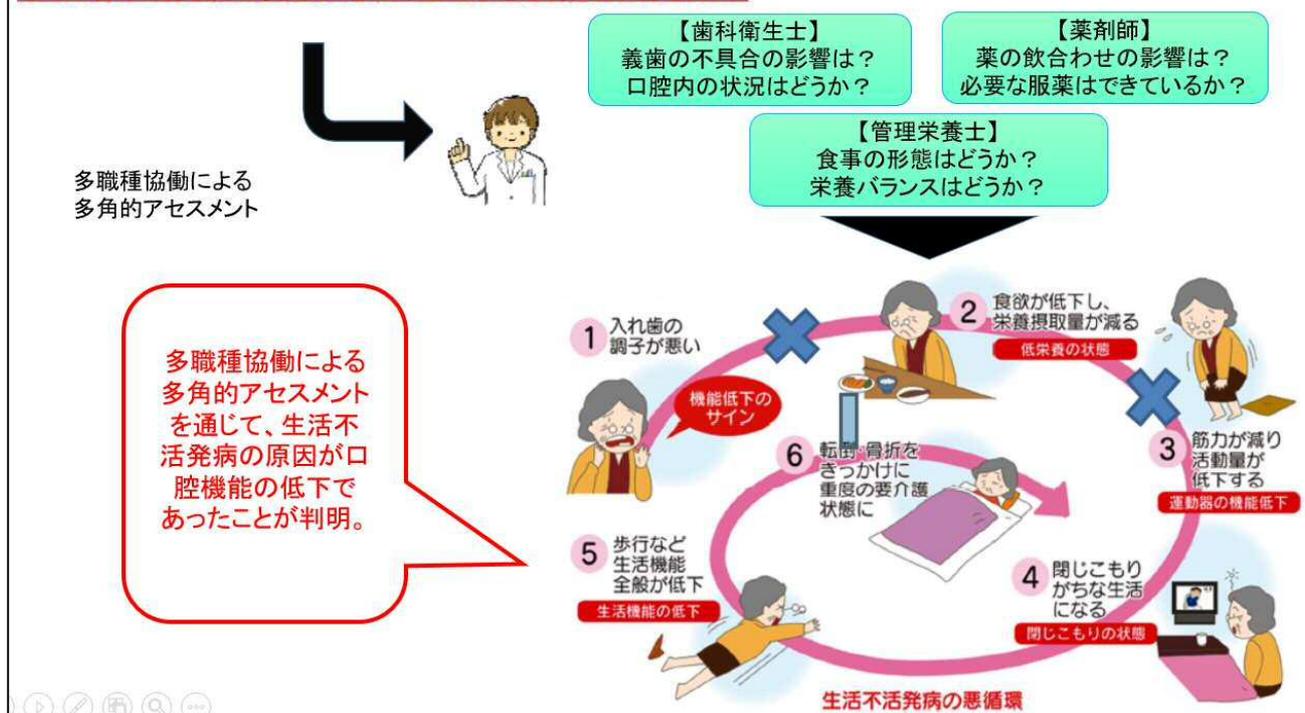
また、助言者は各々の専門性や知識の披露・深掘とならないような注意が必要です。

#### <助言者（専門職）による多角的アセスメント視点>



<多職種によるアセスメント例>

◎ 生活不活発病が見られるが、どのような原因があるか？



<他のアセスメント例>

- ・ 普段はないが、稀に後方へ転倒することがある。  
→ 普段の生活に支障がない場合、筋力低下だけが転倒の原因ではなく、疾病や薬の影響も視野に入れた対策を検討する必要がある。(理学療法士)
- ・ 入院後、自宅に戻ってから体重が減少している。食欲低下の原因が分からない。  
→ 食事の内容に着目してはどうか。消化に悪いものを避けるほか、食べる速さや食事をする際の姿勢も食欲低下に影響する。一口、二口分でも増やしていけると良い。(管理栄養士)

4 会議の流れ

実施事項		時間	発言者	備考
冒頭説明		5分	司会者	趣旨説明、自己紹介等
1 事例 目	ケース読み込み	5分	—	
	事例説明	5分	事例提供者	
	質疑、助言	15分	ファシリテーター、助言者、事例提供者	必ずしも質疑と助言を区切らなくてもよい。
	まとめ	5分	ファシリテーター 事例提供者	
2 事例目 (上記と同様の流れ) 35分				
振り返りの場				

## (1) 冒頭説明

会議の趣旨、自立支援の考え方、注意事項を説明します。あわせて会議参加者の自己紹介を行います。事例によって参加者が入れ替わる場合は、趣旨説明を事例ごとに行います。

### <説明内容例>

#### 【自立支援の理念確認】

- ・この会議は高齢者の自立支援・QOLの向上に向けたケアマネジメントやケアの充実を目的としています。
- ・「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。
- ・この考え方は、介護保険法でも法の理念として謳われており、いつまでもその人らしくいきいきと地域で暮らし続けるために必要な支援や取組をみなさんと検討します。
- ・また、この会議では提供事例の検討もさることながら、今後支援を行う同様のケースに対してのケアマネジメントやケアの参考にしていただくための意味も含まれています。

#### 【会議のルール】

- ・この会議はケアプランの批評を行う場ではありません。自立支援、QOL向上のための新たな気づきを得るために出席者全員で支援方法を検討する場ですので、ご発言の際は批判や責めるような質問はご遠慮いただきますようお願いいたします。
- ・会議の進め方ですが、この後ケース読み込み時間を5分程取ります。その後、事例提供者から補足の説明をいただき、参加者のみなさまからご質問・自立支援に向けた意見をいただきます。1ケースあたり30分程度を想定しておりますのでよろしくお願いいたします。

## (2) ケース読み込み

ケースを読み込む時間を設けます。場合によっては事前に参加者へ資料を配布し、ある程度読み込んできていただくことも差し支えありません。その場合は資料の取り扱いについて注意喚起を行う必要があります。

## (3) 事例説明

補足事項を簡潔に説明します。介護サービス事業者が同席の場合はサービス利用時の様子等も報告します。また、本人の「したいこと」や「望む暮らし」、それに対する課題を提示します。

## (4) 質疑・助言

課題を明確にするための質疑、その後各専門職からの助言を行います。各専門職からの意見を求めますが、専門性や知識の披露・深堀にならないような配慮が必要です。

## (5) まとめ

ファシリテーターによるまとめを行います。自立支援に向けた取り組み方針をまとめ、その後事例提供者から意見を求めます。

## (6) その他

検討したケースに有用な情報（各保健センター事業のチラシやサロンマップ等）を適宜提供します。

## 5 使用する様式

当日の検討は①基本情報、②基本チェックリスト、③介護サービス計画書(ケアプラン)をもとに行います。その他、福祉用具貸与計画書などサービス事業所が作成する計画書についても提供を受けられると、より詳細な議論を行うことが出来ます。

また、資料については氏名や住所の番地以降の削除等、個人が特定されないよう加工します。

### ①基本情報

基本的な情報が網羅されていれば、私のカルテでも代用可能とします。

#### 【表面】

利用者基本情報			
《基本情報》			
相談日	年 月 日 ( )	家 所・電 話 その他 ( )	初 日 再来 (部 / )
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ( )		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 ( ) 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 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIc・IIId・IV・M		
認定情報	非該当・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：年 月 日～年 月 日 (前日の介護度) 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実施日：年 月 日		
障害等認定	聴障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )、他 ( )		
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、住宅設備の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・他 ( )		
家 族 構 成 (相 談 者)	家族構成 ◎=本人、○=同居、□=専居 ●=専居に付添い、○=専居に「主」 △=専居に「輔」 (見舞費等は○で表示)		家族構成
住 前 連 絡 先	氏名	続柄	住所・連絡先
緊急連絡先			
			家族関係等の状況

今までの生活状況の記載により、“どこまでの生活に戻す必要があるか”の議論の参考となる

#### 【裏面】

利用者基本情報			
《介護予防に関する事項》			
今までの生活	1日の生活・すごし方		
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	時間	本人	介護者・家族
			趣味・楽しみ・特技
			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(名))	経過
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	
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のあるときは、基本チェックリスト記入内容、前介護認定・要支援認定に係る施設内容、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、安楽・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、自治介護支援事業所、居宅サービス事業所、総合事業におけるサービス事業所等関係者、介護保険施設、主治医その他事業の実施に必要な範囲で開示する旨に提示することに同意します。			
平成 年 月 日 氏名 印			

趣味・楽しみや社会関係の記載があると、本人の望む暮らしのイメージ化や社会資源の活用等の議論につながりやすい

治療状況のほか、服薬情報(薬の名前等)も明記されていると、より具体的な助言を求めやすい



③介護予防サービス・支援計画書

参考様式 2

**介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）**

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様（男・女） 歳 設定年月日 年 月 日 設定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の機会：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） \_\_\_\_\_

計画作成（数量）日 年 月 日（初回作成日） 年 月 日 担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

目標とする成果 \_\_\_\_\_

1日 \_\_\_\_\_ 1年 \_\_\_\_\_

アセスメント結果と現在の状況 運動・移動について	本人、家族の傾斜における課題 （背景・原因）	課題に対する 目標と具体策 の提案	高齢者についての意向 本人・家族	目標	支援計画				
					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（居宅サービス）	介護保険サービス 介護保険付帯サービス （居宅サービス）	サービス 種別	事業所 （利用先）	期間
運動・移動について	□有 □無								
日常生活（寝起生活）について	□有 □無								
社会参加、人間関係・コミュニケーションについて	□有 □無								
健康状態について	□有 □無								

健康状態について  
□主治医受診書、健診結果、観察結果等を貼った留意点 \_\_\_\_\_

【本を行うべき支援が実施できない場合】  
該当な支援の範囲に当てた方針 \_\_\_\_\_

総合的方針：生活不活状態の改善予防のポイント \_\_\_\_\_

計画に関する同意  
上記計画について、同意いたします。  
平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

【要見】  
地域包括  
支援セン  
ター \_\_\_\_\_  
【捺印】 \_\_\_\_\_

基本チェックリストの該当した項目（数）／（質問項目数）を記入して下さい  
地域支援事業者の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

運動不足	変更	内容	同じ	無	有	有	有
5	2	3	2	3	2	3	5

本人の目標（どのような暮らしをしたいか）が議論の根幹となります。この目標や、それに対する課題に沿って議論を進めていきます。ケースによってはこの目標を「お世話型」から「自立支援型」へ転換していくことが求められます。

## 6 個人情報の取り扱いについて

基本的に地域ケア会議と同様の取り扱いとし、あらかじめ個人情報の取り扱いをまとめた資料の配布等によって対応します。

配布資料（「基本情報」、「基本チェックリスト」、「介護予防・サービス計画書」）については会議終了後に回収します。参加者へは資料の代替として、後日記録のまとめを送付します。

また、会議参加者には「個人情報保護に関する同意書」への署名をお願いしてください。

### <配布資料例>

#### 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（自立支援型個別地域ケア会議含む）では多くの個人情報を取り扱うため、介護保険法に基づく個人情報の守秘義務遵守が定められています。

#### 注意事項

○開催運営に関わる人・当日参加する人は個人情報の取り扱いや守秘義務があります。

○資料の取り扱いについては、慎重にお願いします。なお、会議終了後には資料を回収いたしますのでご承知おきください。

#### 介護保険法 第115条の48（地域ケア会議関係）抜粋

第2項：会議は、要介護保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者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で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。

第3項：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。

第4項：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に努めなければならない。

第5項：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。

#### 介護保険法 第206条の2 抜粋

次の各号のいずれかに該当する場合には、その違反行為したものは、50万円以下の罰金に処する。

→守秘義務違反の場合は一年以下の懲役・百万以下の罰金。

<個人情報保護に関する同意書>

名古屋市〇〇区地域ケア会議 個人情報保護に関する同意書

私は、名古屋市〇〇区地域ケア会議に参加するに当たり、以下の事項を確認の上、遵守することを同意し署名します。

(基本事項)

第1 地域ケア会議に参加するに当たり、個人情報を取り扱う際には、個人情報の保護に関する法律第3条に規定される基本理念に則り、個人情報を適正に管理し、個人の権利利益を侵害することのないよう十分に留意いたします。

(秘密保持)

第2 地域ケア会議に関して知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用いたしません。地域ケア会議が終了した後においても同様に秘密を保持いたします。

(事故発生時の報告義務)

第3 この同意書に違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、速やかに、主催者に報告し、その指示に従います。

(個人情報の返還又は処分)

第4 地域ケア会議が終了したときは、地域ケア会議に関して知り得た個人情報を、速やかに主催者に返還します。

○個人情報の保護に関する法律

(基本理念)

第三条 個人情報は、個人の人格尊重の理念の下に慎重に取り扱われるべきものであることにかんがみ、その適正な取扱いが図られなければならない。

年 月 日

所属機関	氏名

## 7 進行例の一例

### 【基本情報】

78歳 男性 要支援1

障害高齢者の日常生活自立度：J2

認知症高齢者の日常生活自立度：自立

身長 175 cm、体重 62 kg、BMI 20.2

### 【生活歴】

製鉄所で勤めていた。定年後はシルバー人材センターに登録し、自転車置き場の整理員をしていたが、3年前に妻を亡くしたことにより退職。それ以降は一人暮らし。半年程前より腰痛がひどくなり、歩行が不安定になってきたことを感じ、要介護認定の申請に至った。

### 【既往歴】

平成5年 高脂血症、高血圧

平成19年 変形性腰椎症、変形性頸椎症

### 【サービス利用状況】

予防専門型訪問サービス 週1回

### <冒頭趣旨説明>

司会	<p>この会議は高齢者の自立支援・QOLの向上に向けたケアマネジメントやケアの充実を目的としています。</p> <p>「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。</p> <p>この考え方は、介護保険法でも、法の理念として謳われており、いつまでもその人らしくいきいきと地域で暮らし続けるために必要な支援や取組をみなさんと検討します。</p> <p>また、この会議では提供事例の検討もさることながら、今後支援を行う同様のケースに対してのケアマネジメントやケアの参考にしていただくための意味も含まれています。</p> <p>この会議はケアプランの批評を行う場ではありません。自立支援、QOL向上のための新たな気づきを得るために出席者全員で支援方法を検討する場ですので、ご発言の際は批判や責めるような質問はご遠慮いただきますようお願いいたします。</p> <p>会議の進め方ですが、この後ケース読み込み時間を5分程取ります。その後、事例提供者から補足の説明をいただき、参加者のみなさまからご質問・自立支援に向けた意見をいただきます。1ケースあたり30分程度を想定しておりますのでよろしくお願いたします。</p>
----	--

### <プラン作成担当者が事例の基本情報を説明>

ファシリ	それでは、ケアマネさんからケース概要のご説明をお願いいたします。
------	----------------------------------

テーター	<p>基本情報は資料でお配りしているのでADL・IADLの自立を阻害する要因、背景、その他助言者に聞きたいことなど中心にご説明をお願いします。</p>
ケアマネ	<p>78歳 男性 要支援1 一人暮らしの方です。3年前に妻を亡くされそれ以降一人暮らしです。それまでは、家事は一切妻に任されており、家事の知識経験はほとんどありません。生活リズムはきちりとしています。</p> <p>足の衰えは感じており、天気の良い日には近隣の公園を歩いたり、家での運動もするようにしています。</p> <p>現病歴は、変形性腰椎症・頸椎症、高脂血症、高血圧があります。変形性腰椎症により痛みの強い腰痛を持っておられます。薬をきちんと飲んでおられますので、血圧は落ち着いているようです。</p> <p>口腔の状態ですが、部分義歯です。</p> <p>日常生活は、ある程度ご自身で出来ていますが、長く歩いたり、重いものを持ったりすることは非常に難しいです。車は運転できるので買い物は出来ています。</p> <p>家事や掃除については、できないところをヘルパーさんにさせていただいています。</p> <p>社会生活では、寡黙な性格の為、人付き合いが苦手です。以前はデイサービスに行ったことがありますが、雰囲気になじめなかったようで、数か月で行かなくなりました。</p> <p>入浴は、手すりなども設置しており、2日に一度は自宅のお風呂に入っています。</p> <p>ADL・IADLの阻害因子ですが、変形性腰椎症からくる腰痛が考えられ、風呂、トイレ、床掃除、掃除機がけなど掃除の一部で介助が必要になっています。</p> <p>また、食事では、調理をした経験がないことから調理に一部介助が必要になっています。</p> <p>そのため、週1回ヘルパー派遣を実施しています。掃除機がけや風呂・トイレの掃除の他、食事の支度の時に一緒にメニューを考えたり一緒に調理をし、調理方法も学んでいただいています。</p> <p>概要は以上です。</p>
ファシリテーター	<p>ありがとうございます、では続きましてサービス事業者さんにサービス提供内容についてご説明お願いいたします。</p>
サービス事業所	<p>強い腰痛をお持ちなので、予防専門型訪問サービスでは、お風呂、トイレ、床の拭き掃除や掃除機がけを行っています、かがむ動作のない掃除に関しましては、ご本人様にお任せしています。</p> <p>食事に関しては、調理の経験がほとんどありませんので、野菜やタンパク質の取れるメニューを一緒に考えたり、野菜を切ったり簡単な調理方法を覚えていってもらっています。</p>

<ファシリテーターから助言者へ質問の有無を確認>

ファシリテーター	ありがとうございます。では、今のお話を受けて各助言者からご質問はございますか。順にお願いいたします。
理学療法士	腰痛をお持ちですが、コルセットは装着していますか。 また散歩や家での運動をされているようですが、運動はどのような運動をされているでしょうか、また運動量が多くなり負担になっていないでしょうか。
ケアマネ	コルセットはされていないです。特に医師からの指示もありません。家での運動は、上半身の柔軟体操と家の手すりを持っての足踏み運動です。運動は3日に一度くらいの頻度でしています。腰痛のある時は、運動はしていないようです、掃除機など腰に負担のかかる動作をした次の日には痛みがでるようです。
理学療法士	ご自身でも積極的に運動はされているようですが、教えられた運動を継続していくことはできそうですか。
ケアマネ	真面目な性格の方ですので、できると思います。
作業療法士	調理はご自身でしたり、ヘルパーさんと一緒にとのことですが、その際は、立ってしていますか。姿勢は前かがみになっていませんか。 また、掃除は、掃除機やお風呂の掃除はヘルパーさんがしているようですが、ご自身でされる場合は、どのような姿勢ですか？
サービス事業所	調理の際は、立って行っています。その際の姿勢ですが、身長は高い方なので少し前かがみになっています。掃除機やお風呂掃除なども前かがみの姿勢になっています。
管理栄養士	ご自身で調理する場合は、メニューはどんな内容ですか。また、把握されていたらですが、どのような食材やお惣菜を買っていることが多いですか。
サービス事業所	ご自身で調理できるものは限られていますので野菜が乏しく、朝はパンとコーヒー、昼はうどんかラーメンなど炭水化物が多いです。 惣菜は揚げ物が多いです。
歯科衛生士	基本チェックリストでは硬いものが食べにくくなっているようですが、義歯は合っていますか。また歯科受診はされていますか？
ケアマネ	義歯は入っていますが、特にこれが硬くて食べれないといったお話は聞いていませ

ファシリテーター	<p>ん。歯科受診ですがここ最近は通われていないと思います。</p> <p>では、ご質問は以上でよろしいでしょうか。</p>
----------	--

<助言者からの提案を確認>

ファシリテーター	<p>それでは、各助言者の方々から、ご提案があればお願いいたします。</p>
理学療法士	<p>腰痛の問題がやはり大きいので、予防訪問リハを短期間でも導入してはどうでしょうか。</p> <p>現在上半身のストレッチや足踏みの運動をされているようですが、腰痛に対して効果のあるものではないです。腰痛の場合、腰回りのストレッチや背筋や腹筋の筋トレなどが効果的です。自前のコルセットを作るイメージです。専門職にそういった運動の方法や、腰痛を悪化させない動作方法や環境設定など、教えてもらえばと思います。また、痛みのひどい日などコルセットの利用により痛みの軽減も期待できるので検討してみてもいいでしょうか。</p>
ファシリテーター	<p>コルセットを利用する場合の注意点はありますか。</p>
理学療法士	<p>本来なら背筋や腹筋といった筋肉がカラダを支えてくれるのですが、コルセットを使用するとコルセットが背筋や腹筋の代わりをしてくれます。その分、筋肉を使わないこととなりますので、ますます背筋や腹筋の筋力低下を引き起こし、腰痛を悪化させることがあります。</p> <p>コルセットを使用する際には、頼りすぎに注意することと、背筋や腹筋の筋トレをしっかり行う必要があります。</p>
作業療法士	<p>調理の際は立位でされているようですが、足元に台を置いたり、調理台も高くすれば腰への負担が少なくなると思います。</p>
ケアマネ	<p>足元に台を置いたり、調理台の高さを高くするとのことですが、もう少し具体的にご説明いただけますか。</p>
作業療法士	<p>はい。足元の台ですが10～15cm程度の台を足元におき、片足ずつ交互に乗せて行くと少し楽ですし、調理台については、何か台を乗せて前かがみにならない高さに調整すれば腰への負担が軽くなります。また座ってする、近くに壁があればもたれ</p>

<p>管理栄養士</p>	<p>て調理するなどの工夫もしてはどうでしょうか。掃除の動作でも、柄の長い軽いモップを使うなど腰に負担をかけない道具の活用も必要かと思います。</p> <p>ヘルパーさんと一緒に調理をされて、素晴らしいと思います。すでにされていると思いますが、お声かけをしながらの調理を今後も継続していただけたらと思います。麺類や揚げ物が多いということですので、高血圧や高脂血症のことを考えると、野菜をしっかりとることを心掛けて頂きたいと思います。</p> <p>野菜の調理方法を中心に覚えていただくのはいかがでしょうか。電子レンジやゆで野菜を使うなど、簡単に調理ができる方法から始めてみてください。</p> <p>また、先ほど理学療法士の方から筋力トレーニングの必要があるとのことでしたが、筋肉をつけるためにはタンパク質を摂っていただくことが大切です。メニューの内容は、野菜のほか、お肉、大豆、魚などのタンパク質を毎回とるようにしましょう。</p>
<p>歯科衛生士</p>	<p>歯科受診は最近していないようですが、義歯が入っているので、定期的なメンテナンスは必要かと思います。基本チェックリストでも、硬いものが食べにくくなったようですし、降圧剤を飲んでおられるので、お口の渇きにも気を付けられた方がいいと思います。</p> <p>また、おしゃべりの機会が少ないと、唾液分泌が減り、お口が渇きやすくなります。今後の口腔機能の低下の予防も含めて、歯科受診や保健センターでの歯科相談もありますので、一度勧めてはいかがでしょうか。</p>

<まとめ>

<p>ファシリテーター</p>	<p>それでは助言者の方々からご提案をいただきましたので、最後にまとめたいと思います。</p> <p>現在の一番の課題は、腰痛でありその改善が望まれますが、社会的でない性格もあり、デイサービスでの専門職による介入が難しい状況です。</p> <p>腰痛に対してはご提案であったように、短期間での専門職の介入により、腰痛体操や、下肢の筋力トレーニングなどの運動方法の他、腰に負担のかからない動作方法指導、環境設定などを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>ヘルパーさんとも動作方法や環境設定を共有し、調理や掃除を一緒にされる際に活かしていただければと思います。</p>
<p>ケアマネ</p>	<p>一度ご本人にも相談し、導入を検討してみたいと思います</p>
<p>ファシリテーター</p>	<p>二番目には、調理の課題ですが、調理に関しては、現在すでにヘルパーさんと一緒にメニューの考案や、調理方法の学習もされていますので、ぜひそのまま継続してください。メニューを増やすにあたり、炭水化物が多いようなので、野菜、肉類なども</p>

サービス事業所	<p>取り入れ栄養バランスを考慮し、また電子レンジを使うなど簡単な調理方法も取り入れるとより多くの調理が獲得できます。</p> <p>これまでもされていると思いますが、ヘルパーさんと一緒に対応されてはいかがでしょうか。</p> <p>電子レンジはご自宅にあり、対応は可能かと思しますので検討してみます。腰に負担のかからない動作方法についても専門職の方に聞いて工夫し、ご本人さんのできることを増やしていきたいと思います。</p>
ファシリテーター	<p>三番目には、現在問題ではありませんが、口腔機能に関して、義歯が入っていることもあり、予防策として歯科受診で定期的なメンテナンスを勧めます。また、硬いものが食べにくくなっていること、降圧剤の服用により口の渇きが心配されることから、保健センターなどで歯科の相談やセンターに置いているお口の体操のパンフレットを活用されてはと思います。</p> <p>また、一人暮らしで人付き合いが苦手ということで、デイサービスにも馴染めなかったとのことから、孤立した生活が考えられます。地域との繋がりを作るために、ご本人の趣味活動や地域の集まりについて、情報収集のうえご提案してみたいと思っております。</p>
司会	<p>皆様これでよろしいでしょうか。</p> <p>以上で検討会議終了させていただきます</p>

## 第4章 実施後の展開

### 1 会議の振り返り

#### (1) 会議終了後の振り返りの場の設定

会議終了後に出た意見や方針の確認等を行います。会議参加者の有用感にもつながりますので、参加者へのフォローも含めできるだけ丁寧に行う必要があります。

また、当日の振り返り以外にも地域包括ケア推進会議事務局会議等で定期的に意見交換の場等を設定することで課題意識の共有化等を図ります。

#### <振り返りの場で必要な視点>

##### ○残された課題等の共有

本会議で出た意見や残された課題等についてまとめを行います。まとめの内容は記録として残し、区内ケアマネジャー等の関係者へフィードバックすることで自立支援の視点について普及・啓発を行います。また、事例を蓄積することで各区における介護予防ケアマネジメントにおける課題や地域課題の抽出・整理へとつなげる必要があります。

##### ○事例提供者等へのフォロー

場合によっては、会議中には伝えられなかった質疑や助言内容の細かなニュアンスについて個別にやり取りする時間を設ける等、言いつ放しにならないような工夫も必要となります。

##### ○関係者間の情報共有

本会議の目的の1つでもある「関係者間のネットワークの確立（相互理解）」を図るため、積極的な意見交換を心がけます。

#### (2) 参加者アンケート調査の実施

会議を継続的に実施していくうえで参加者の満足感・有用感を高める必要があります。毎回アンケート調査を実施し効果検証を行います。

(アンケート様式は次ページ「当日参加者アンケート様式」参照)

#### (3) 検討ケースの経過確認アンケート（モニタリング）

1度検討したケースについては、本会議で再度検討する必要はありませんが、その後どのような支援を行い、どのような経過となっているか等、会議実施後概ね3か月程度を目安に事例提供者に対してアンケートを実施します。

(アンケート様式はP29「経過確認アンケート様式」参照)

<当日参加者アンケート様式>

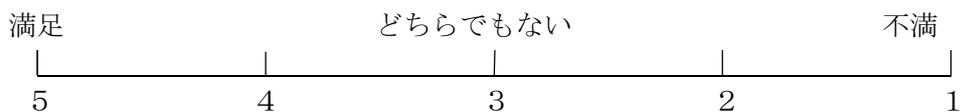
○区自立支援型個別地域ケア会議 当日参加者アンケート

( 年 月 日実施分)

1 あなたの職種（所属）を教えてください。

- ・事例提供者（介護支援専門員）
- ・事例提供者（介護サービス事業者）
- ・理学療法士
- ・作業療法士
- ・言語聴覚士
- ・保健師
- ・歯科衛生士
- ・管理栄養士
- ・社会福祉協議会
- ・区役所
- ・保健センター
- ・いきいき支援センター
- ・その他（ ）

2 本日の会議の満足度を教えてください。



(その理由を教えてください)

[ ]

3 本日の会議に参加してよかったことはありますか。(複数回答可)

- ・自立支援や介護予防ケアマネジメントの考え方の理解・再確認ができた
- ・各専門職からの具体的な助言内容が参考になった
- ・他の職種の専門性の理解、会議を通じた関係づくりができた
- ・介護予防ケアマネジメントにおける課題や地域課題を把握することができた
- ・その他（ ）
- ・特にない

(選択いただいた項目について、その理由や補足があればご記入ください)

[ ]

4 今後の会議開催に向けて、改善した方がよい点等ありましたらご記入ください。

[ ]

5 高齢者の自立支援・QOLの向上のためのケアマネジメント・ケアの充実に向けて、本日の会議を受けて今後取り組みそうなことがありましたらご記入ください。

[ ]

6 その他ご意見がありましたらご記入ください。

[ ]

<経過確認アンケート様式>

自立支援型個別地域ケア会議 経過確認アンケート			
現在の状況についてご記入ください。			
検討会議開催日		対象者名	
担当ケアマネジャー			
現在の要介護度			
障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	
現在の目標内容と達成期間			
現在の課題			
現在のフォーマルサービス			
現在のインフォーマルサービス			
<p>●以下の質問のお答えください。</p> <p>① 会議での提案をご本人に説明し、提案しましたか。 a. はい b. いいえ</p> <p>「b. いいえ」と回答された方へ、その理由をお聞かせください。</p> <p>[ ]</p> <p>② 提案をプランに取り入れることができましたか。(サービスの変更を意味するものではありません)</p> <p><u>※例)家での自主トレを取り入れた、食事内容に変化があったなどちょっとした変化でも構いません。</u></p> <p>a. はい b. いいえ c. 一部取り入れた</p> <p>③ ②で「b. いいえ」と回答された方にお尋ねします。提案をプランに取り入れなかった理由を教えてください。</p> <p>a. ご本人が提案に対して同意しなかった。</p> <p>b. 変更する必要がない。</p> <p>c. その他 [ ]</p> <p>④ 会議をきっかけに、ご本人や家族にお伝えしたことや実施したことはありますか。ある場合は内容を具体的にお書きください。</p> <p>[ ]</p> <p>⑤ 会議で検討した方について、会議前の状況と現在の状況を比較してお答えください。</p> <p><u>※担当ケアマネジャーの主観で結構です。</u></p> <p>a. 改善した b. やや改善した c. 維持している d. やや悪化した e. 悪化した</p> <p>上記回答の具体的内容 [ ]</p> <p>⑥ 会議で検討した方以外のケースで、会議で得た知識が活用できたことはありますか。</p> <p>a. ある → 具体的に [ ]</p> <p>b. ない [ ]</p> <p>⑦ 自立支援型個別地域ケア会議に対するご意見等がありましたら、ご記載ください。</p> <p>[ ]</p>			

## 2 事例の蓄積・共有化

本会議では提供事例の検討のみならず、今後支援を行う同様のケースに対しての介護予防ケアマネジメントやケアに活かしていただくことも意図していることから、会議で出た意見や支援方針等を蓄積し、自立支援の意識の定着化のために発信していく必要があります。

### (1) 記録の作成

会議当日の概要や支援方針、残された課題等を記録します。

#### <記録様式>

令和〇年度 〇〇区自立支援型個別地域ケア会議 会議記録

#### 1. 開催日時等

開催日時	
開催場所	
参加者	

#### 2. 検討ケースの概要

対象者の特徴(要となる問題点)を記載する。  
1.意欲低下、2.筋力低下、3.認知症、4.心肺機能低下(持病の悪化)、5.その他

No	年齢	性別	障害自立	認知症	要介護区分	特徴	住環境・世帯・家族情報	身長・体重	フォーマルサービス	インフォーマルサービス

#### 3. 各事例の検討・助言内容

事例No	事例担当者
初回訪問・相談日	
医療情報	
服薬情報	
生活課題	
望む暮らし(目標とする生活)	
ケアマネの見立て・生活状況(総合的な課題)	
カンファレンス内容(助言内容)	
まとめ	

事例No	事例担当者
初回訪問・相談日	
医療情報	
服薬情報	
生活課題	
望む暮らし(目標とする生活)	
ケアマネの見立て・生活状況(総合的な課題)	
カンファレンス内容(助言内容)	
まとめ	

事例No	事例担当者
初回訪問・相談日	
医療情報	
服薬情報	
生活課題	
望む暮らし(目標とする生活)	
ケアマネの見立て・生活状況(総合的な課題)	
カンファレンス内容(助言内容)	
まとめ	
地域課題	

## (2) 自立支援の意識の定着化

学びの場として会議を位置づけ、傍聴者として幅広く参加者の呼びかけを行う一方、区内のケアマネジャーや介護サービス事業者等へも広く普及・啓発を図る必要があります。

作成した記録や、会議で議論した支援方針、必要な視点等について、いきいき支援センターを中心に、ケアマネサロン等での報告を通じて意識の定着化につなげます。

区役所・保健センター、いきいき支援センター内での共有、ケアマネサロン、介護サービス事業者連絡会、専門職が参画する各種ネットワーク会議での共有等

## (3) 事例の蓄積

介護予防ケアマネジメントへの活用及び地域課題抽出の参考とするため、会議で出た意見や支援方針等を次ページの様式「検討事例一覧表」に記録します。

## (4) 地域包括ケア推進会議への報告

介護予防ケアマネジメントにおける共通課題や地域課題等をまとめ、地域包括ケア推進会議等に報告します。(介護予防部会等を立ち上げている区については、必要に応じて部会への報告を行います)

< 検討事例一覧表 >

自立支援型個別地域ケア会議 検討事例一覧

5行目以降は「会議記録.xlsx」の「転記用」シートの行をコピーしてください。  
 ※コピーは「形式を選択して貼り付け」→「値」にてコピーしてください。

No	担当	会議開催日	初回訪問・相談日	年齢	性別	障害自立	認知症	要介護区分	特徴	住環境・世帯・家族情報	身長・体重	医療情報	服薬情報	生活課題
1	〇〇	7月12日	5月10日	89	女	A2	II B	要支援1	1.3	〇〇町・独居	140cm、35kg	アルツハイマー型認知症 H29MMSE 21点 HDSR 12点 ⇒ H30MMSE 18点	イクセロンパッチ 9mg、リンデロンVG軟膏0.12%、ヒルドイドローション0.3%	仕事ができなくなってからは生活意欲がなく何もしないで過ごすことがほとんど。

望む暮らし (目標とする生活)	ケアマネの見立て・生活状況 (総合的な課題)	フォーマルサービス	インフォーマルサービス	カンファレンス内容	まとめ	地域課題
長年仕事一筋で働いてきた。できることなら仕事を続けたい。	物忘れが多くなり、生活意欲がなくなっている。定期的に外出して運動したり楽しめる場所を支援する必要あり。 運動型サービスにて運動は行っているが、自宅では何もせずに過ごしている。認知症が進んでいると思う。(妻より聞き取り)	〇〇事業所(運動型サービス) R1.5.14~ 週1回	妻:通院の付添、家事のほとんどを行う			

<参考文献>

- ・厚生労働省「介護予防活動普及展開事業市町村向け手引き」
- ・三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」
- ・大阪府堺市「堺市介護予防ケアマネジメント検討会議実施の手引き」

名古屋市自立支援型個別地域ケア会議 実施の手引き

発行 名古屋市健康福祉局高齢福祉部地域ケア推進課  
発行年月 令和元年 6 月