

# 自立支援ケア会議 全体マニュアル



平成27年3月

鳥栖地区広域市町村圏組合 介護保険課

## はじめに

少子高齢化が進む中、医療及び介護ニーズの増大や孤立等に対応することが喫緊の課題となっています。そして、そのひとつの対応策として、医療、介護、予防、住まい、生活支援といったケアを一体的に提供できる地域の体制である地域包括ケアシステムの構築が推進されています。地域包括ケアシステムの構築のためには、介護保険の理念である自立支援の考え方にに基づき、高齢者のニーズに応じた適切なケアマネジメントを実施することや、多様な社会資源を整備することが不可欠です。

このような高齢者個人に対する支援の充実とともに、それを支える社会基盤の整備を行うのに有効な手段のひとつが地域ケア会議です。地域ケア会議の実施は全国的にも推進され、今般の介護保険法改正により、法的にも位置づけられ、地域ケア会議の役割はより重要になってきていると言えます。

本組合管内では、自立支援に資するケアマネジメントに特化した地域ケア会議を「自立支援ケア会議」として推進し、平成25年度には模擬会議を2回開催し、平成26年度にはモデル会議を12回、検討会を3回開催しながら本格実施に向けて準備を進め、平成27年度より、本組合及び構成市町でそれぞれ自立支援ケア会議を実施する運びとなりました。

本マニュアルでは、自立支援ケア会議の目的や機能等を正確に理解していただいたうえで、地域の実情に合わせて、自助・互助・共助・公助を組み合わせた地域のケア体制の整備を推進すべく、自立支援ケア会議を有効に活用していただけるように、これまで模擬会議やモデル会議に参加されてきた佐賀県や、市町、地域包括支援センター、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、介護サービス事業者等の意見を踏まえてまとめています。地域住民が安心して生活を継続できる地域をつくっていくために、自立支援ケア会議を有効に活用していただければと思います。

自立支援ケア会議の開催主体である市町村や地域包括支援センターはもとより、自立支援ケア会議に参加する方々の手引きとして、本マニュアルをお役立ていただければ幸いです。

最後に、本マニュアルの作成にあたりご協力いただきました助言者の皆様、検討・協議いただきました自立支援ケア会議検討会参加者の皆様、並びに関係各位、貴重なご意見をいただきました皆様に心より感謝申し上げます。

平成27年3月

鳥栖地区広域市町村圏組合 介護保険課



介護保犬

# 自立支援ケア会議 イラスト お世話型介護 編

掃除をするのが  
おっくうに  
なった



ゴクッ

噛みづらくて  
ご飯がおいしく  
ない



飲みこみ  
にくくなった

ゴホッ  
ゴホッ

最近  
やせてきた



げん  
しん

買い物に  
出かけるのが  
つらい



生活の中で困ったことが  
出てきたなあ・・・



とす子さんは風邪をこじらせ、肺炎になり入院してしまいました。退院した後も、体力が落ちてしまい、いままでできていた事が難しくなってしまいました。

## ケアマネジャーに相談

最近、  
いろいろと  
困ったことが増え  
てきて・・・

掃除や買い物を  
誰かがやってくれ  
ると助かるだけ  
どねえ・・・

ケアマネジャー

そうなんです  
ねわかりました！

とす子さんが  
**楽に過ごせるよう**  
に介護保険サービスで  
サポートさせて  
頂きます！



## ヘルパーの利用開始



ヘルパーさんが  
なんでもやってくれるから  
助かっちゃうわ



スーパー  
ヘルパー！

買い物だって  
わたしがっ！



とす子さんは  
座ってて  
わたしが  
やりますから



そして 半年後・・・

本人の役割は  
なくなり  
活動量は減少

体力の衰えはすすみ  
歩くことがままなら  
なくなり、ついには  
ベッド上の生活に



こんなつもりじゃ  
なかったのに！！



# 自立支援ケア会議 イラスト 自立支援型介護 編



ケアマネジャーに相談

最近、  
いろいろと  
困ったことがで  
てきていて・・・

そうねえ・・・  
そういえば、  
最近は衰えてきたせ  
いで**好きだった旅行**  
も**孫と遊びに**  
**出かける**のも遠のい  
ているわねえ  
元気なときは楽しん  
でいただけ・・・  
今はとても

なるほど・・・  
困ったことが  
でてきたんですね

ケアマネジャー

その他に  
困ったことや  
**元気になって**  
**やりたいこと**  
などは  
ありますか？



※本人の「やりたいこと」がとても重要！！

実は、体が弱く  
なってきて諦めか  
けていたの！

身の周りのことも  
息子たちには迷惑  
かけたくないし  
やってみようかし  
ら！！

でしたら、その  
**「旅行に行くこと」**  
**「お孫さんと遊びに出かけること」**  
を目標にしませんか？

その目標を  
達成するために  
困っていることを  
解決していきま  
しょう



自立支援型  
プラン



# 自立支援ケア会議

住みなれた場所で  
元気に、楽しく  
その人らしい暮らしを  
送っていくために  
お手伝いさせて  
頂きます



## デイサービス・デイケア



お買い物や旅行など  
外出には階段はつきもの！  
足腰の力をつけて  
疲れにくい・転ばない  
体作りが大切です



運動を取り入れて生活で必要な体力作りをしましょう

セラピスト  
(理学療法士等)



## 訪問リハビリ



外出に向けての  
階段の上り下りの練習



掃除機かけの練習



お風呂の  
またぎの練習

ご自宅で必要な「身の周りのこと」や  
「家事」、また「やってみたいこと」に  
焦点をあてて一緒に練習していきます

セラピスト  
(作業療法士等)

薬がADLに与える影  
響についての説明



服薬カレンダー



服薬ゼリー



お薬の説明、管理  
方法、飲み方や、  
援助するグッズの  
紹介を行います



服薬援助グッズの紹介



薬剤師

いつまでも  
お食事をおいしく・  
安全に食べられる  
ように、日頃からの  
「口腔ケア」や  
「のみこみ」が  
大切ですよ

口腔内や義歯の確認



歯磨きの指導



歯科衛生士

口腔機能向上のための「お口の体操」



口を「あー」と開く



口を「いー」と伸ばす



舌を右・左に動かす



舌を上・下に動かす



一日三食きちんと  
食べましょう



塩分のとり過ぎに  
注意しましょう



外食するときは野菜も積極的に食べましょう



「主食」「主菜」「副菜」意識して食べましょう



栄養士

ご自宅での栄養面についてアドバイスいたします



健康教室



ボランティア



ふまねっと運動



シルバー人材

ぜひ  
ご相談  
ご利用  
下さい



行政

鳥栖三養基地区には  
みなさんが活躍  
できる場所やサービス  
があります

そして 半年後・・・



お友達と旅行に  
まだ行けるようになって

家事がおっくう  
ではなくなって



元気になって



体力UP↑

やりたいことを  
楽しみながら  
住みなれた場所で  
元気に生活  
できるよう  
になりました

おはあひやん  
あついであひやん



おいしくご飯が  
食べられる  
ようになって

## 自立支援ケア会議全体マニュアル目次

第1章	自立支援ケア会議の趣旨	1
1	介護保険制度における自立支援の理念	1
2	介護保険をめぐる状況	1
3	地域包括ケアシステムと地域ケア会議	2
4	自立支援ケア会議の位置付け	4
5	自立支援ケア会議の取り組み	7
第2章	本圏域の介護保険をめぐる状況	8
第1節	本圏域の介護保険をめぐる状況	8
1	第1号被保険者数の推移及び将来推計	8
2	少子高齢化	8
3	要介護（要支援）認定者数の推移、要介護（要支援）認定者の増加及び将来推計	9
4	年齢区分ごとの要介護（要支援）認定者数及び要介護度ごとの主な疾患	10
5	単独世帯の増加	10
6	担い手不足	10
7	認知症高齢者数	11
8	保険給付費の推移	12
第2節	地域ケア会議の状況	13
1	地域ケア個別会議	13
2	地域ケア推進会議	13
3	自立支援ケア会議	13
第3章	自立支援ケア会議の実施手順等について	14
第1節	基本的な考え方	14
1	自立支援ケア会議の目的	14
2	自立支援ケア会議の実施体制	14
第2節	実施手順	20
1	会議の流れ及び時間配分	20
2	会議で使用する様式等	25
3	検討会・研修会	31
4	自立支援ケア会議（助言者）スケジュール(予定)	32
5	個人情報の取り扱いについて	33

第3節	各主体の役割及び視点	34
1	主催者(行政)	34
2	司会	34
3	助言者	34
4	地域包括支援センター	35
5	事例提供者	35
6	介護サービス事業者	35
7	その他会議参加者	36

第4章 自立支援に関する各分野の具体的内容 37

第1節	生活機能向上と自立支援	37
1	なぜ、いま生活行為なのか?	37
2	生活行為とは?	38
3	生活行為に焦点をあてた支援とは?	39
4	生活行為向上の支援の視点	44

第2節	運動器の機能向上と自立支援	49
1	運動器の機能向上の目的	49
2	骨折	50
3	高齢者の転倒	53
4	転倒の原因	54
5	転倒の予防	55
6	転倒リスクスコア	57

第3節	口腔機能向上と自立支援	59
1	口腔機能向上の目的	59
2	口腔機能向上の支援の視点	59
3	口腔機能向上の主な効果	59
4	具体的支援内容	60

第4節	栄養改善と自立支援	73
1	栄養アセスメント	73
2	栄養改善のアドバイス	73

第5節	適切な服薬と自立支援	83
1	薬の基本(高齢者と薬)	83
2	服薬管理の方法	85

3	服薬援助の方法	87
4	薬が日常生活（食事、排泄、睡眠、認知）に与える影響	89
5	服薬援助グッズ	94
第6節	生活を支える排泄ケアと自立支援	96
1	排泄ケアの目的	96
2	排泄ケアのアセスメント	96
3	排泄ケアの具体的な視点	98
4	排泄ケアの主な効果	99
5	具体的排泄ケア内容	100
6	排泄ケアの視点を考える	101

## 第1章 自立支援ケア会議の趣旨

### 1 介護保険制度における自立支援の理念

介護保険法第2条第2項には、介護保険における保険給付が「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように」行われるべきことが規定されており、また、第4条には国民の努力及び義務として、「自ら要介護状態となることを予防するため・・・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、その有する能力の維持向上に努める」こととされている。

つまり、本来介護保険制度は、一貫して自立支援の理念の下に実施されるべきものであり、できるかぎり本人の意思と力で生活できるように身体機能と生活機能の向上をめざす社会保障の仕組みである。

この自立支援の理念に沿った制度の運営が十分に行われず、お世話型の支援等が当たり前のものとなれば、介護保険料や公費は増大し続け、安定的な介護保険制度の運営は困難になるのである。

介護保険制度の安定的な運営のためには、自立支援の理念を、行政、サービス提供事業者、地域住民等の関係者が共有するとともに、介護保険卒業後の受け皿の整備、生活支援サービスの充実等、高齢者を取り巻く環境の整備をまちづくりの視点で行っていくことが不可欠である。

### 2 介護保険をめぐる状況

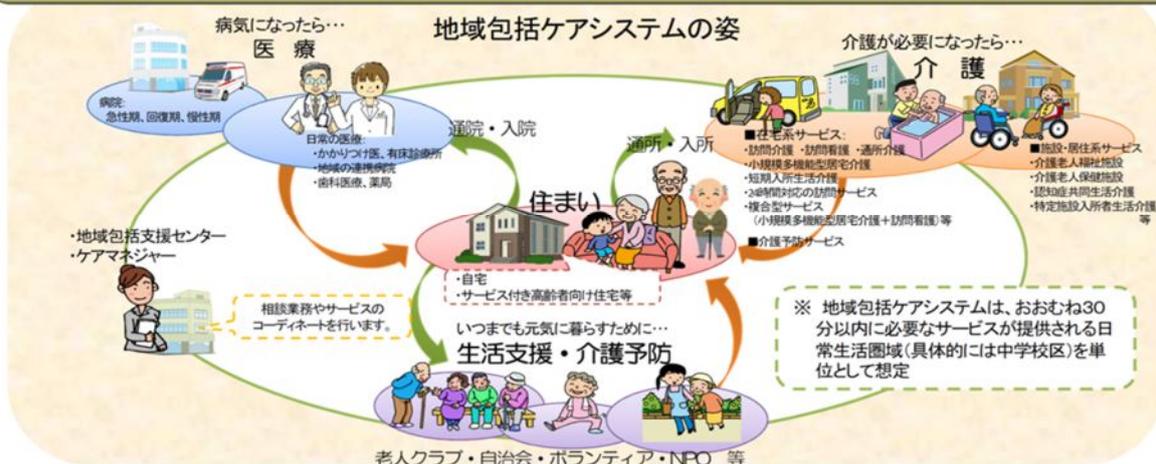
65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えており（国民の約4人に1人）、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も、75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。

このような状況の中、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年（平成37年）以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。

このため、厚生労働省においては、2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

## 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



出典：厚生労働省

### 3 地域包括ケアシステムと地域ケア会議

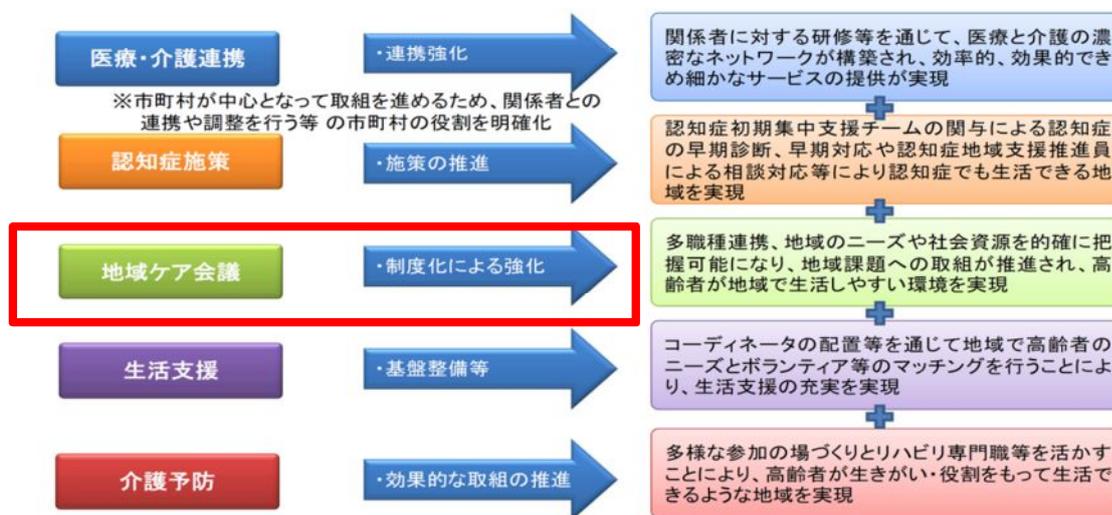
地域包括ケアシステムは「自助・互助・共助・公助」それぞれの関係者の参加によって形成されるため、全国一律のものではなく、地域ごとの地域特性や住民特性等の実情に応じたシステムとなる。地域包括支援センターとその設置主体である市町村には、高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごせるよう、自助・互助・共助・公助の適切なコーディネートおよび資源やサービス等の開発により、包括的・継続的な支援を行い、地域包括ケアを実現していくことが求められる。

地域包括ケア実現のための一つの手法として、地域ケア会議が法制化された。(介護保険法第115条の48) この規定により市町村は、地域ケア会議の設置に努めるとともに、関係者等には、当該会議から求められたときは、会議に出席し、資料又は情報を提供し、意見を開陳する等に努めるよう求められることとなった。

また、地域ケア会議を、①専門多職種の協働のもと、公的サービスのみならず他の社会資源も積極的に活用しながら、高齢者個人の課題分析と在宅生活の限界点を上げるための支援の充実に向けた検討を行い、これらの個別ケースの検討の積み重ねを通じて、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを地域全体に普及することにより、地域で高齢者を支えるネットワークを強化するとともに、②高齢者の自立を支援するための具体的な地域課題やニーズを行政に吸い上げ、社会基盤整備につなげる一つの手法として、通知に位置づけられている。

## 医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実・強化

- 地域包括ケア実現のため、地域支援事業の枠組みを活用し、以下の取組を充実・強化。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで、地域で高齢者を支える社会が実現。



出典：厚生労働省

介護保険法（平成26年6月25日改正）

（会議）

介護保険法第百十五条の四十八 市町村は、第百十五条の四十五第二項第三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。

#### 4 自立支援ケア会議の位置付け

地域ケア会議にはP6の図のとおり、地域包括ケアシステムの構築を導くための5つの機能があり、個別ケースの課題解決を出発点として、社会基盤の整備を図っていく仕組みとなっている。そのため、出発点となる個別ケースの支援内容の検討の過程において、自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識を図ることや地域課題の発見につなげることは、極めて重要であり、自立支援ケア会議は非常に有効な手段といえる。

※参考資料 地域ケア会議運営マニュアル（平成25年3月一般財団法人長寿社会開発センター）

##### 【地域ケア会議の機能】

地域ケア会議は主に5つの機能を有します。個別ケースの支援内容の検討を通じて、主に個別課題解決機能、地域包括支援ネットワーク構築機能、地域課題発見機能が発揮されます。また、地域の実情に応じて必要と認められるものとして、地域づくり・資源開発機能や政策形成機能が発揮されると考えられます。これらの機能は相互に関係し合い、循環しています。

各機能の有機的な相互連関（相互補完）を実現できるよう、市町村の実情に応じて、参加者や設置範囲の異なる地域ケア会議やその他の会議を組み合わせることが、市町村には求められます。

##### ①個別課題解決機能

- ・ 個別課題解決機能には二つの意味があります。一つは、個別ケースについて多機関・多職種が多角的視点から検討を行うことにより、被保険者（住民）の課題解決を支援するという意味です。もう一つは、そうしたプロセスを通して、地域包括支援センター職員や介護支援専門員等の実践上の課題解決力向上を図ることで、被保険者への自立支援に資するケアマネジメント等の支援の質を高めるという意味です。
- ・ 地域ケア会議で取り上げる個別ケースについては、支援に困難を感じているケースや自立に向けた支援が難しいケース、あるいは地域の課題だと考えられるケースなどが考えられます。
- ・ こうした個別事例に基づく検討を通して、個人・家族・環境等の課題とその要因を分析し、個別課題の解決のみならず、次の②地域包括支援ネットワーク構築機能や、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能につながっていきます。

##### ②地域包括支援ネットワーク構築機能

- ・ 地域包括支援ネットワーク構築機能は、地域の関係機関等の相互の連携を高める機能です。
- ・ 個別ケースの検討を通じて、個別課題や地域課題を解決するために必要な関係機関等の役割が明らかになるとともに、課題解決に向けて関係機関が具体的に連携を行うことによって、連携が強固かつ実践的なものになり①個別課題解決機能が高まります。
- ・ 同時に、ネットワークの構築が必要だと考えられる機関や人々、および不足している社会資源等が明らかになり、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能につながっていきます。

##### ③地域課題発見機能

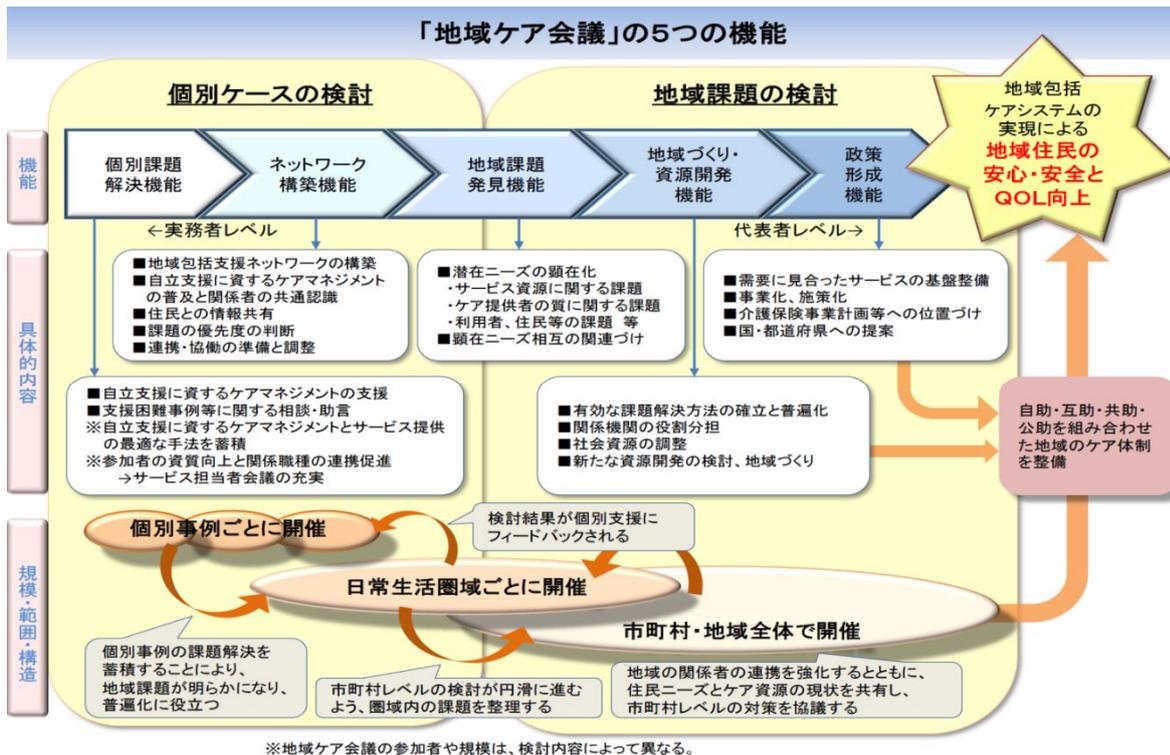
- ・ 地域課題発見機能は、個別ケースの背後に、同様のニーズを抱えた要援護者やその予備群を見出し、かつ関連する事実や課題、地域の現状等を総合的に判断して、解決すべき地域課題を明らかにする機能です。
- ・ 発見された課題（たとえば、認知症の独居や虐待等）に対して、どのような解決策・改善策が可能かを検討するプロセスのなかで、関係機関の必要な取り組み・役割等が明らかになります。また、どのような公的サービスやインフォーマルサービス等が必要かを検討することが、④地域づくり・資源開発機能や⑤政策形成機能につながっていきます。
- ・ 検討した解決策や改善策の実現を妨げる要因が見つかる場合には、そのこと自体も、地域の課題として関係者に認識が共有されることとなります。

#### ④地域づくり・資源開発機能

- ・ 地域づくり・資源開発機能は、インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、必要な地域資源を地域で開発していく機能です。
- ・ 地域の実態や特性に応じて状況が異なるため、地域ごとに個別的な地域課題があり、これらに応じた個々の解決策が必要になります。地域ケア会議ではその点を踏まえて地域づくりを行うこととなります。また、地域ケア会議を通じて関係者・グループに働きかけをすることで、それぞれの活動内容、役割、得意分野などを活かした地域づくり・資源開発につながっていきます。
- ・ 地域づくり、資源開発を行うことで、個人に対する支援のネットワークの網の目は細かくなり、それがさらに①個別課題解決機能の向上につながっていきます。
- ・ また地域づくりや資源開発に対して、必要な行政のサポートや関係機関の役割等が明らかになれば、⑤政策形成機能にもつながってきます。

#### ⑤政策形成機能

- ・ 政策形成機能は、狭義には、市町村による地域に必要な施策や事業の立案・実施につなげる機能であり、広義には、都道府県や国への政策の提言までを含む機能です。
- ・ 具体的には、③で発見された地域課題の解決に向けて、優先順位や利用可能な地域資源等を検討して、解決のための政策等を立案し、②ネットワーク構築機能や④地域づくり・資源開発機能を十分に発揮するための施策等を立案していくこととなります。これらは、①個別課題解決機能を高めることとなります。
- ・ 市町村にとっては、地域に必要なだと考えられる住民、NPO、地域包括支援センター、介護保険サービス事業者等への支援策を含めたさまざまな取り組み・政策や、中期的目標に向けた具体的プロセスが、地域ケア会議を通して明らかになってきます。
- ・ 市町村以外の関係機関等にとっても、課題の解決に向けて、自分たちに必要な取り組み（個別課題解決に留まらない取り組み）が明らかになってきます。
- ・ 一方、ある政策や事業を行えば、その地域課題がすべて解決するというわけではないので、評価を行った上で、さらなる課題の発見や、関係機関の役割の確認など、②～⑤の機能が再度要請されることになり、各機能は循環することとなります。



※参考資料（地域包括支援センターの設置運営について：平成 25 年 3 月 29 日最終改正）

・地域包括支援センターの設置運営について（平成 25 年 3 月 29 日最終改正）

①地域ケア会議の目的

ア. 個別ケースの支援内容の検討を通じた、

(i)地域の介護支援専門員の、

法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメント

5 自立支援ケア会議の取り組み

本組合としては、平成27年度からの本格的な実施に向けて、下記のとおり平成25年度より自立支援ケア会議の構築に向けて取り組んでいる。

平成25年度・平成26年度自立支援ケア会議に関する実績

H27. 3. 25現在

年度	日時	内容	参加者数					計
			助言者	包括	行政	事業所	その他	
25年度	平成25年8月21日(水)9:00～	第1回杵築市視察		11	9			20
	平成25年11月8日(金)16:00～	第1回模擬地域ケア会議	5	15	12	3		35
	平成26年1月16日(木)14:00～	第2回模擬地域ケア会議	5	21	12	7	2	47
	平成26年2月10日(月)13:30～	第1回説明会・研修会	3	20	9	153		185
26年度	平成26年4月17日(木)13:30～	第1回モデル会議	5	23	12	4		44
	平成26年4月23日(水)9:00～	第2回杵築市視察	6	7	10			23
	平成26年5月15日(木)13:30～	第2回モデル会議	5	24	11	8		48
	平成26年5月21日(水)13:30～	第2回説明会・研修会	4	17	13	107		141
	平成26年6月10日(火)13:30～	第1回検討会	3	13	15			31
	平成26年6月19日(木)13:30～	第3回モデル会議	7	23	12	6		48
	平成26年7月17日(木)13:30～	第4回モデル会議	7	19	12	4		42
	平成26年8月20日(水)9:00～	第3回杵築市視察	6	7	8			21
	平成26年8月21日(木)13:30～	第5回モデル会議	5	14	12	5		36
	平成26年9月18日(木)13:30～	第6回モデル会議	5	16	12	5		38
	平成26年9月18日(木)16:00～	第2回検討会	5	16	12			33
	平成26年10月16日(木)13:30～	第7回モデル会議	5	13	11	6	11	46
	平成26年11月20日(木)13:30～	第8回モデル会議	6	11	12	3	10	42
	平成26年12月18日(木)13:30～	第9回モデル会議	7	13	10	6	12	48
	平成27年1月15日(木)13:30～	第10回モデル会議	5	10	11	8	6	40
	平成27年1月23日(金)13:30～	第3回説明会	17	25	13	205	48	308
	平成27年2月19日(木)13:30～	第11回モデル会議	12	12	13	2	10	49
	平成27年2月19日(木)15:30～	第3回検討会	11	12	12	0	3	38
平成27年3月19日(木)13:30～	第12回モデル会議	19	13	12	3	9	56	

※H27.1.23第3回説明会のみ重複カウント有り

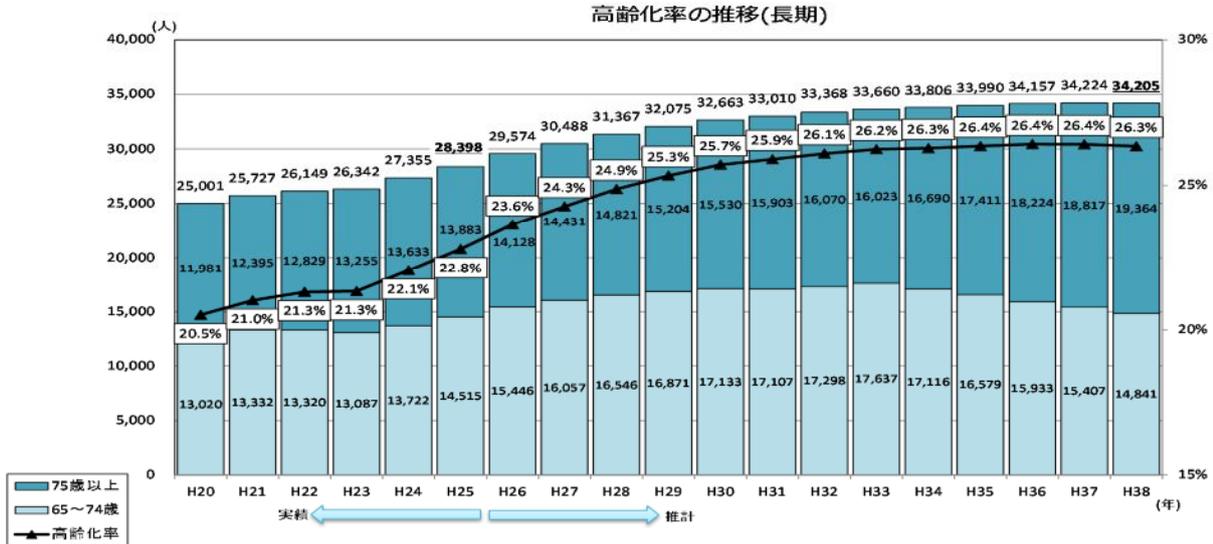
## 第2章 本圏域の介護保険をめぐる状況

### 第1節 本圏域の介護保険をめぐる状況

#### 1 第1号被保険者数の推移及び将来推計

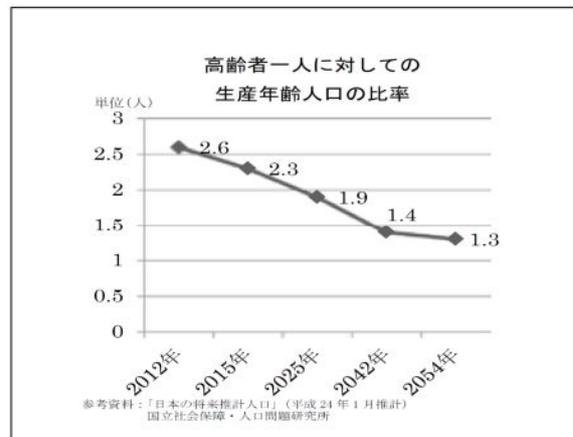
本圏域でも、全国の推移と同様今後10年間、高齢者人口と高齢化率は継続して増加していくことが予想される。

本組合の高齢者人口と高齢化率の推移及び将来推計



#### 2 少子高齢化

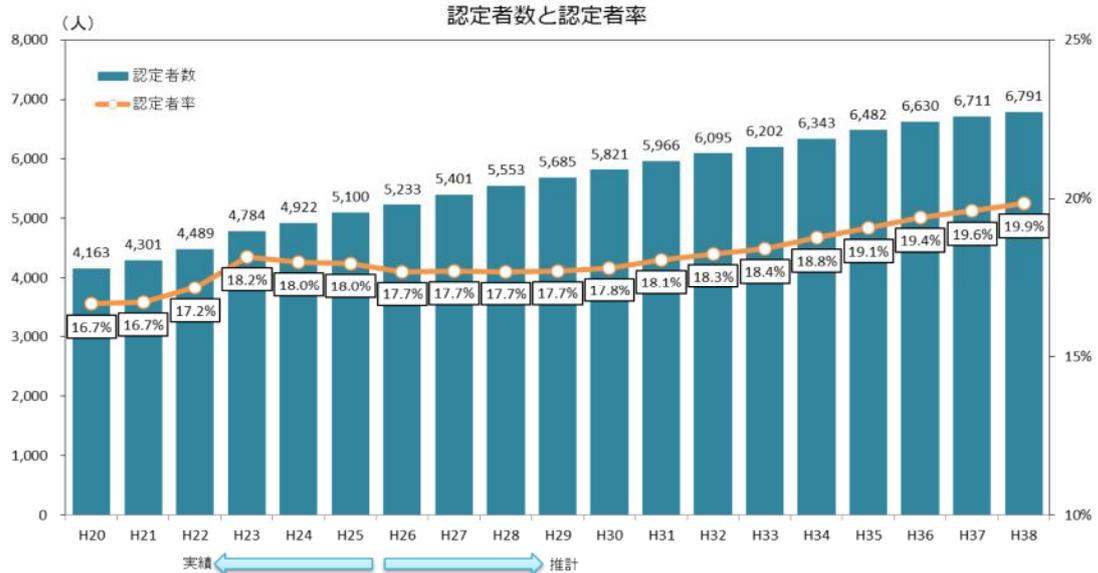
我が国の総人口は2012(平成24)年10月1日現在、約1億2,750万人で、65歳以上の高齢者人口は過去最高の3,083万人(高齢化率24.2%)となっています。高齢者人口は「団塊の世代」が65歳以上となる2015(平成27)年には3,395万人にのぼり、「団塊の世代」が75歳以上となる2025(平成37)年には3,657万人に達した後、2042(平成54)年に3,878万人でピークを迎え、その後減少に転じると推計されています。2012(平成24)年に高齢者1人に対して生産年齢人口(15歳~64歳)が2.6人であったのが、2054年には、1.3人の生産年齢人口で1人の高齢者を支えることになると予測されています。



3 要介護（要支援）認定者数の推移、要介護（要支援）認定者の増加及び将来推計

高齢者の増加に従い、要介護（要支援）認定者も増加している。高齢者数の増加に伴い、認定者数も H25 年の 5,100 人から H37 年には 6,711 人へ増加。認定者率は H30 年までは 17% 台で安定的に推移した後、後期高齢者の増加を背景に H37 年には 19.6% へ増加。

組合の要介護度別人数と認定率の推移及び将来推計



善の見込

みの高い要介護（要支援）認定者が多いと言える。

要介護認定区分ごとの割合（事業状況報告 平成25年3月現在）

区分	全国		佐賀県		本組合	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
認定者数	5,610,866	100.0%	42,782	100.0%	5,043	100.0%
軽度者	2,575,079	45.9%	22,064	51.6%	2,734	<b>54.2%</b>
中度者	1,732,730	30.9%	12,408	29.0%	1,425	28.3%
重度者	1,303,057	23.2%	8,310	19.4%	884	<b>17.5%</b>
認定率	—	18.1%	—	20.0%	—	18.1%

- ◆ 軽度者…要支援1、要支援2、要介護1
- ◆ 中度者…要介護2、要介護3
- ◆ 重度者…要介護4、要介護5

#### 4 年齢区分ごとの要介護（要支援）認定者数及び要介護度ごとの主な疾患

年齢区分ごとの認定者率を見ると、65歳から74歳までの認定率は数%であるが、75歳以上（後期高齢者）になると認定率は急速に上昇する傾向にある。このことから65歳以上の比較的若い段階での介護予防の取り組みが重要であると言える。

また、リウマチや関節症等の身体の疾患、循環器系疾患・脳血管、系疾患等の生活習慣を起因とする疾患及び認知症等の精神的な疾患等複雑な因子があり、要介護（要支援）認定者の改善のためには身体面だけや認知面だけという一面的なもののみならず、多面的なアプローチが必要である。

要介護（要支援）認定者の原因疾患（平成25年3月31日現在）

区分	第1号被保険者数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	認定者計	認定率
合計	27,738	757	748	1,177	733	641	493	363	4,912	17.7%
65歳～69歳	7,618	27	33	47	23	25	17	14	186	2.4%
70歳～74歳	6,391	65	42	70	53	43	29	20	322	5.0%
75歳～79歳	5,517	138	127	187	108	69	52	42	723	13.1%
80歳～84歳	4,149	247	210	318	166	140	92	66	1,239	29.9%
85歳～89歳	2,551	182	218	325	186	177	119	99	1,306	51.2%
90歳以上	1,512	98	118	230	194	187	184	122	1,133	74.9%
認定原因疾患										
1位		リウマチ・関節症等	リウマチ・関節症等	認知症	認知症	脳血管疾患	外傷（骨折等）	脳血管疾患	リウマチ・関節症等	
2位		循環器系疾患	外傷（骨折等）	循環器系疾患	外傷（骨折等）	外傷（骨折等）	認知症	がん	認知症	
3位		外傷（骨折等）	循環器系疾患	外傷（骨折等）	・脳血管疾患 ・がん	認知症	脳血管疾患	呼吸器系疾患	外傷（骨折等）	

#### 5 単独世帯の増加

65歳以上の高齢者のいる世帯についてみると、2011（平成23）年現在、世帯数は約1,942万世帯で、全世帯（4,668万世帯）の41.6%を占めています。世帯の内訳は、「単独世帯」が470万世帯（24.2%）、「夫婦のみの世帯」が582万世帯（30.0%）、「親と未婚の子のみの世帯」が374万世帯（19.3%）、「三世帯世帯」が300万世帯（15.4%）となっており、高齢者のいる世帯の半数以上が「単独」または「夫婦のみ」となっています。世帯主年齢が65歳以上の一般世帯の総数は、2010（平成22）年の1,620万世帯から、2035（平成47）年2,021万世帯へと増加し、なかでも世帯主が後期高齢者である「単独世帯」が2010（平成22）年の269万世帯から、2035（平成47）年には466万世帯と1.73倍増加することが推計されています。

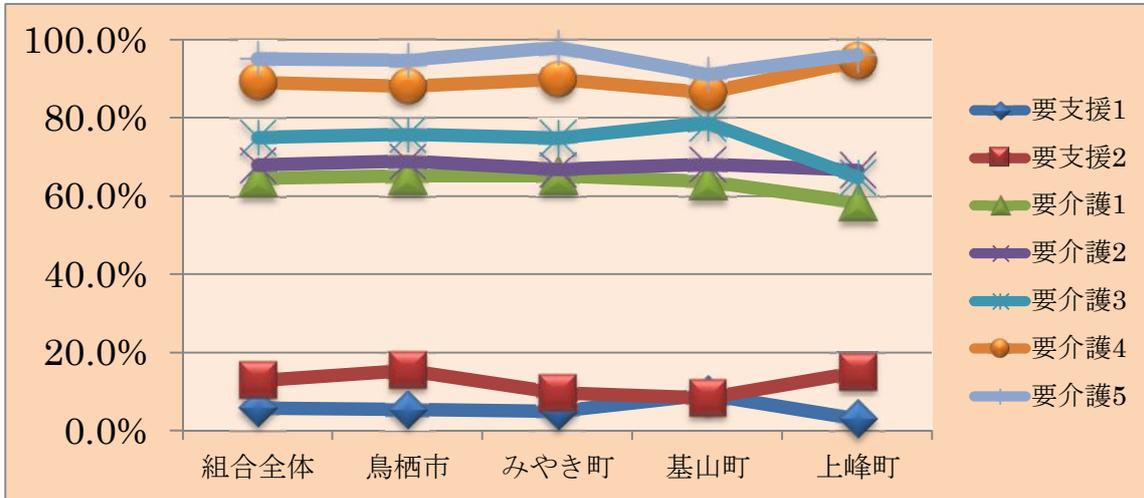
#### 6 担い手不足

高齢者の割合が増加するのに対して、生産年齢（15～64歳）人口は減少していきます。2007年と比べ、2025年には生産年齢人口の約15%が減少すると推計されています。また、2010年と比べ、2060年には45.9%も減少すると推計されているのです。それにもかかわらず、介護ニーズ試算によると「要介護4あるいは5」の要介護高齢者は2025年に187万人となり、介護職員の数は2012年の149万から、2025年には237～249万人が必要とされ、59～67%の増加が必要だと試算されています。このような試算から、介護の担い手が不足する可能性が非常に高いことが予想されます。

7 認知症高齢者数

要介護（要支援）認定者のうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者が半数以上を含めており、認知症に関する正しい理解や正しい支援方法を学ぶことは不可欠である。

認知症高齢者一覧（平成24年4月1日から平成25年3月31日までの認定結果の集計）  
【平成24年度（要支援・要介護認定者のうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合）】



区分	組合全体	鳥栖市	みやき町	基山町	上峰町
I 以下	2,359	1,156	659	362	182
Ⅱ 以上	2,810	1,414	801	384	211
認知症割合	54.4%	55.0%	54.9%	51.5%	53.7%

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

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

## 8 保険給付費の推移

介護（介護予防）サービスでは、近年通所介護の給付が極端に伸びている。この背景としては、近年の住宅型有料老人ホームとサービス付高齢者住宅の多数の設置が考えられ、施設併設の（介護予防）通所介護の利用が増えていることなどが考えられる。

介護（介護予防）サービスごとの推移（給付費）

（単位：百万円）



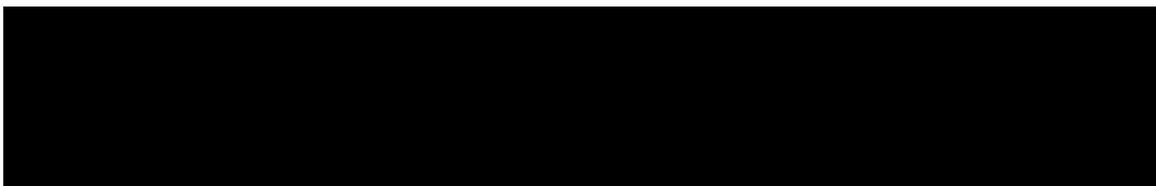
## 第2節 地域ケア会議の状況

前述した地域ケア会議の5つの機能（P4参照）を一度の会議で全て網羅することは困難である。そのため地域ケア会議を大きく下記の3種類に分け、全体としてすべての機能を果たすことができるように整備している。

### 1 地域ケア個別会議

支援に困難を感じているケースや地域の現状や課題についての検討を関係機関等で検討することにより、①個別課題解決機能、②地域包括支援ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能を主に果たす地域ケア会議となる。地域包括支援センターが主催する。

#### 【地域ケア個別会議開催状況】



### 2 地域ケア推進会議

地域ケア個別会議やその他の会議等で取り上げられた地域課題について解決策を検討し、また、地域に必要な施策や事業の立案・実施につなげることための検討をすることにより、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能の役割を主に果たす会議となる。行政（市町村）が主催する。

### 3 自立支援ケア会議

地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援を目的とし、個別ケースの課題分析等を行うことにより、①個別課題解決機能、③地域課題発見機能を主に果たす地域ケア会議となる。地域ケア個別会議と似たような性質があるが、主催は基本的に行政（市町村）が行うことや、提出書類の様式が定められていること、会議参加者の職種が固定されている所に違いがある。自立支援ケア会議については次ページより詳細を説明。

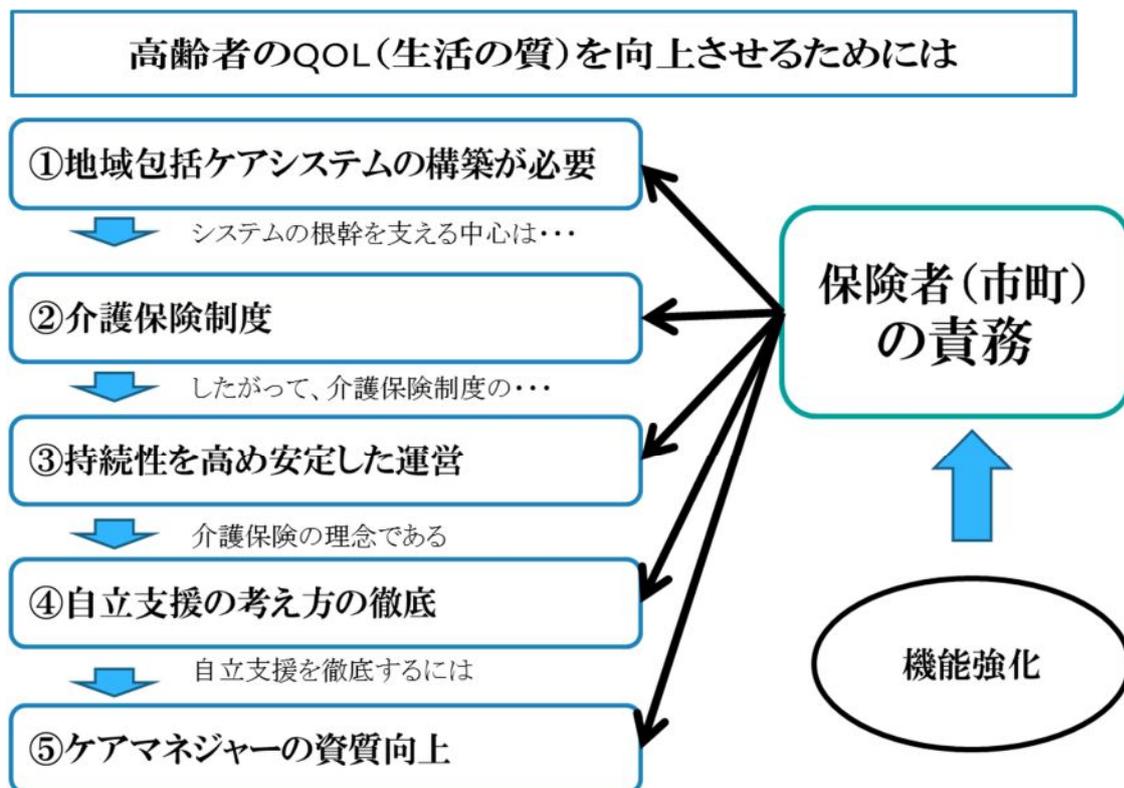
### 第3章 自立支援ケア会議の実施手順等について

#### 第1節 基本的な考え方

##### 1 自立支援ケア会議の目的

法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの質の向上を目的とする。一番の目標である「高齢者の生活の質の向上」のためには、①「地域包括ケアシステムの構築」が必要であるが、その地域包括ケアシステムを根幹で支える②③「介護保険制度の安定した運営」が不可欠であり、そのためには、介護保険制度の基本的理念である④「自立支援の考え方の徹底」が必要で、自立支援の徹底のためには、要介護（要支援）認定者と初動に関わり、総合的なプランを作成する⑤「ケアマネジャーの資質向上」が必要であり、全国的な事例としてケアマネジャーの資質向上が実証されている自立支援に資する地域ケア会議、つまり自立支援ケア会議の取り組みは有効であると言える。

また、会議の検討過程で見えてくる、不足している社会資源（地域の課題）を発見する機能や地域の課題を抽出する機能を有する。



##### 2 自立支援ケア会議の実施体制

平成 27 年度より、目的及び対象者を区分けすることで、得られる効果が違うことから各市町に1つの地域ケア会議（以下「自立支援ケア会議 A」という）を設置し、鳥栖地区広域市町村圏組合（以下「組合」）全体で1つの地域ケア会議（以下「自立支援ケア会議 B」という）を設置している。

(1) 自立支援ケア会議Aの実施体制

	自立支援ケア会議A(4ヵ所設置)
実施主体	市町(鳥栖市、みやき町、基山町、上峰町)
開催頻度及び日程	鳥栖市 : <b>年12回(毎月1回第3水曜日)</b> 基山町 : 年6回(第4火曜日) みやき町 : <b>年11回(9月を除く毎月1回第4木曜日)</b> 上峰町 : 年6回( <b>第3木曜日</b> ) 自立支援ケア会議スケジュール(予定)のとおり(P32参照)
主な目的	自立支援型ケアマネジメント、不足している社会資源(地域課題)の発見、地域課題の抽出
対象	要支援1、2及び要介護1の新規認定者の自立支援ケア会議Aのケアプラン選定基準に該当する者(※)
件数	<b>3件</b>
出席者	助言者(作業療法士、理学療法士、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等)、事例提供事業所(包括、居宅、サービス事業者)、市町、包括(主任 <b>ケアマネジャー</b> 、保健師職種、その他)、(広域)
見学者	助言者、居宅介護支援事業所、サービス事業所等

(※) 自立支援

ケア会議Aのケアプラン選定基準

【優先順位等】

- ① 原則として、直営・委託・要介護プランの区分からそれぞれ1件以上選定する。
- ② プランの選定は、次の③及び④に従って行うこととし、①の直営・委託・要介護それぞれの区分で該当するプランがない場合は、その他の区分を重複して選定することも可能なものとするが、要介護プランを優先して選定するものとする。
- ③ 選定するプランは、地域ケア会議開催日の属する月に始めて介護(介護予防)サービスを利用する利用者(新規)に対するもので、**詳細な選定要件は実施主体の裁量に委ねるものとする。**
- ④ ③に該当するプランがない場合のみ、会議開催月の前月開始のプランも可とする。
- ⑤ ①～④に該当するプランがない場合は市町に相談の上、適当な事例を選定するものとする。

【選定手順】

- ① 直営プランは、地域包括支援センターが優先順位等に従い会議対象の事例を選定し、市町へ提示するものとする。
- ② 委託プランは、地域包括支援センターが優先順位等に従い該当する候補者のリストを市町へ提示し、市町により会議対象の事例を選定するものとする。(必要に応じて包括と協議して選定)
- ③ 要介護プランは、組合が優先順位等に従い該当する候補者のリストを市町へ提示し、市町により会議対象の事例を選定するものとする。(必要に応じて包括と協議して選定)

【要介護プラン候補者リストの組合から市町に対する提示方法及びプランの選定方法】

- ① 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書を介護保険課給付係が受理した後に要介護度及び利用サービスを確認し、自立支援ケア会議Aに該当する予定である利用者のリストを作成し、各市町に送付する。
- ② 市町から居宅介護支援事業所に状況を確認し、市町により適当な事例を選定する。

【委託プラン候補者リストの地域包括支援センターから市町に対する提示方法及びプランの選定方法】

- ① 地域包括支援センターは委託プランを確認し、自立支援ケア会議 A に該当する予定である利用者のリストを作成し、各市町に送付する。
- ② 市町から地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所に状況を確認し、市町により適当な事例を選定する。

○自立支援ケア会議までの流れ及び役割分担

自立支援ケア会議 A

事前準備

	本組合	市町	包括	居宅	備考
リスト作成	①要介護認定者リスト作成。 ②リストを市町へ送付で送付。		直営プラン対象者（要支援1・2）の事例選定。 ③委託プラン対象者のリスト作成し市町へ送付。		①会議3週間前までに居宅届出されたリスト作成。 ②会議3週間前の翌日以降にリスト送付。 ③会議3週間前の翌日以降にリスト送付。
対象者選定		①委託プラン・要介護1対象者の事例選定。委託プラン対象者がいない場合は要介護1プランを優先とするが、直営プランになる可能性もあるため包括と調整。 ②居宅介護支援事業者に事例提供依頼。	①必要に応じて、委託プラン・要介護1対象者の事例選定に協力。		①2週間前までに選定。  ②2週間前までに依頼。
参加依頼		①開催案内作成（助言者・包括・居宅へ）通知。 ②会議参加協力等必要な場合は組合へ会議開催案内送付。			①2週間前までに通知。
	必要に応じて、サービス事業所に対する説明に同行訪問。	必要に応じて、サービス事業所に開催案内を送付もしくは担当ケアマネと同行訪問して説明。	事例担当サービス事業所への会議参加依頼。 サービス事業所への案内が必要な場合は市町へ連絡。	事例担当サービス事業所への会議参加依頼。 サービス事業所への案内が必要な場合は市町へ連絡。	
		出席者取りまとめ。提出されていない参加予定者に電話確認。			会議の1週間前を目安。
資料準備		提出された資料を事例提供事業者と確認し、不備があった場合は再度提出を求める。	事例資料（ケアマネ作成成分・サービス事業所作成分まとめて）を準備し市町へ提出。	事例資料（ケアマネ作成成分・サービス事業所作成分まとめて）を準備し市町へ提出。	事例提出は1週間前までに。
		①提出資料の印刷。 ②助言者・包括へ資料を送付。必要時は、組合へ資料送付。			①事例提出次第印刷。 ②資料は3日前までに必着。
打合せ	必要に応じて、事前打ち合わせに参加。	事前打ち合わせ。必要な場合は、包括及び組合へ打ち合わせ参加依頼。	必要に応じて、事前打ち合わせに参加。		打ち合わせは会議当日までに調整。

### 会議当日

	本組合	市町	包括	居宅	備考
準備		会場準備。			会議当日30分前を目安に準備。
受付		参加者受付。(個人情報使用同意書等)資料配布。			サービス事業者等、会議途中から参加される方の受付対応。
会議中	必要に応じて、会議参加。※給付適正化や司会の依頼等	司会進行。時間計測。	会議参加。	会議参加。	マニュアルP20「自立支援ケア会議の進行について」を参照。
会議後		事例資料回収。片付け。			事例資料は、シュレッダーで処分。

### 会議後

	本組合	市町	包括	居宅	備考
会議録作成		会議の記録を行い、組合へ送付。	事例報告シートを作成し、市町へ提出。	事例報告シートを作成し、市町へ提出。	会議後1週間後までに作成。マニュアルP28・29参照。
謝金支払い	会議録から、実績を確認し、助言者へ謝金支払。				翌月21日支払い(鳥栖・基山・みやき・上峰) (土日祝日の場合は前日)

2) 自立支援ケア会議Bの実施体制

	自立支援ケア会議B（1ヵ所設置）
実施主体	組合（地域支援係、給付係）
開催頻度	<b>年12回（毎月1回第4月曜日）</b> 自立支援ケア会議スケジュール（予定）のとおり（P32 参照）
主な目的	自立支援型ケアマネジメント、給付適正化
対象とする利用者	住宅改修・福祉用具 <b>貸与</b> 、住宅型有料老人ホーム等及び地域密着型サービス利用者で、自立支援ケア会議Bのケアプラン選定基準に該当する者（※）
件数	3件
出席者	助言者（作業療法士、理学療法士、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）、事例提供事業所（包括、居宅、サービス事業所）、広域、包括（主任 <b>ケアマネジャー</b> 、保健師職種、その他）、（市町）
見学者	助言者、居宅介護支援事業所、サービス事業所等

（※）自立支援ケア会議Bのケアプラン選定基準

【住宅改修・福祉用具**貸与**の優先順位】

- ①自立支援ケア会議2週間程度前までに事前申請が出されている新規ケアプランで**住宅改修が未実施のもの**。
- ②①に該当するものがなければ、**現在、福祉用具が貸与されているが、検討の余地がある**と考えられるケアプラン。

【住宅型有料老人ホーム等の優先順位】

- ①**既に住宅型有料老人ホーム等に入居している方**で要介護1～2のケアプラン。
- ②①に該当するものがなければ、要介護1～2以外の介護度のケアプラン。

【地域密着型サービスの優先順位】

- ①自立支援ケア会議開催月の**半年以内**に、新たに地域密着型サービスの利用を開始された方のケアプラン。
- ②**会議対象として選定された地域密着型サービス事業所**で、助言を受けたいと希望がある利用者のケアプラン。

○会議までの流れ及び役割分担  
自立支援ケア会議B

事前準備

	本組合	市町・包括	事例提供事業者等		備考
	業務内容		包括・居宅・小規模	グループホーム	
対象者選定	対象者選定。 包括・居宅・地域密着型サービスに事例提供依頼。				4週間前までに選定・依頼。 (但し、住宅改修及び福祉用具貸与事例については2週間前までに選定・依頼)
参加依頼	開催案内作成。案内通知。 (通送・郵送等)				2週間前までに通知。 (助言者・包括・居宅・地域密着型サービスへ) ※会議参加協力等必要な場合は市町へ会議開催案内送付。
	必要に応じて、サービス事業所に開催案内を送付もしくは担当ケアマネと同行訪問して説明。		事例担当サービス事業所への会議参加依頼。 サービス事業所への案内が必要な場合は組合へ連絡。		
	出席者取りまとめ。提出されていない参加予定者に電話確認。				会議の1週間前を目安。
資料準備	提出された資料を事例提供事業者と確認し、不備があった場合は再度提出を求める。		事例資料(ケアマネ作成成分・サービス事業所作成分まとめ)を準備し組合へ提出。	事例資料を準備し組合へ提出。	事例提出は1週間前までに。 (但し、地域密着型サービスについては2週間前までに提出)
	①提出資料の印刷。 ②助言者・包括へ資料を送付。				①事例提出次第印刷。 ②資料は3日前までに必着。 ※必要な場合は市町へ事例送付。
打合せ	必要に応じて、事前打ち合わせ。				打ち合わせは会議当日までに調整。

会議当日

	本組合	市町・包括	事例提供事業者等		備考
	業務内容		包括・居宅・小規模	グループホーム	
準備	会場準備				会議当日30分前を目安に準備。
受付	参加者受付。(個人情報使用同意書等)資料配布。				サービス事業者等、会議途中から参加される方の受付対応。
会議中	司会進行。 会議記録。 時間計測。	必要に応じて、会議参加。 ※包括(主任ケアマネ・保健師職種各2名)	会議参加。	会議参加。	マニュアルP20「自立支援ケア会議の進行について」を参照。
会議後	事例資料回収。 片付け。				事例資料は、シュレツダーで処分。

会議後

	本組合	市町・包括	事例提供事業者等		備考
	業務内容		包括・居宅・小規模	グループホーム	
会議録作成	会議記録作成。		事例報告シートを作成し、組合へ提出。	事例報告シートを作成し、組合へ提出。	会議後1週間後までに作成。 マニュアルP27・28参照。
謝金支払い	助言者へ謝金支払。				翌月21日支払い。(土日祝日の場合は前日)

第2節 実施手順

1 会議の流れ及び時間配分

1 事例につきアセスメント・ケアプランの確認を5分程度、ケアプランの作成者およびサービス事業所より概要（補足）説明を5分程度、全参加者からの質問・意見の取りまとめを20分程度で行い、1事例あたり合計30分程度を原則とする。詳細な内容は下記参照。

○自立支援ケア会議の進行について

項目	所要時間	ポイント	備考
アセスメント・ケアプラン確認	約5分	参加者全員で、配布資料を確認。自らの専門分野を中心に内容チェック。	当日配布の場合のみ
ケアプラン作成者より概要説明	約5分	現在の状況・状態について、「利用者基本情報」から簡潔に説明。「生活機能評価（アセスメント）」の事後予測もしくは「課題整理総括表」の見直しから、改善可能なポイントを説明し、「ケアプラン」から作成担当者が考えた対応方針策を示す。今後支援するにあたって、専門的な立場からの助言を受けたいところを伝える。	
サービス事業所より補足説明		事業所のアセスメントから利用者の状態について補足説明し、「介護予防サービス個別計画書」から支援方針等説明。	
全参加者からの質問・意見	20分程度	課題を明確にするための質問を行う。（質問の趣旨・理由を合わせ伝える） 考えられる課題を提示する。	
		プランの内容や課題整理について、漏れがないか、抜けている視点がなくどうか等の確認を行う。ケアの方針やプラン作成・サービス提供上の留意点などを整理。	
		各専門職種（助言者、保健師職種）が、アセスメントやケアプランの内容に対して介護予防の理念に基づき、自立に向けた具体的な提案を行う。（一人2分程度）	
		給付係より、給付適正化の観点から、必要な助言を行う。	
		社会資源等について協議する内容がある場合は、検討する。（不足している社会資源の提案）事例提供者に整理した課題やアドバイスについて、意見を聞く。	
まとめ	約2分	ケアの方針を確認し、決定事項等をまとめ、共通認識を確認。まとめの際に、助言者からのアドバイスをまとめるだけでなく、会議で出されたアドバイスや意見を踏まえ、プランに位置付けた支援計画をどう調整できるのかの視点をまとめる。	

※住宅改修及び福祉用具貸与の事例については、目的が住宅改修及び福祉用具貸与の在り方について確認することを主とする  
ることより、上記流れと異なるが、住宅改修及び福祉用具貸与の整理を先に行うこととする。

(参考)

## 司会者が資料を確認するポイント

### 利用者基本情報おもて

性別、年齢	本人の状態像をイメージするためには重要な要素
障害高齢者の日常生活自立度	ADLの状態を確認する最も重要な要素
認知症高齢者の日常生活自立度	認知機能に課題があるかどうかを確認する
認定情報	現在の要介護度と前回の介護度を比較して重度化している場合はその原因を確認する
経済状況	世帯の所得状況によっては現実的な支援計画の作成が求められる
家族構成	<ul style="list-style-type: none"><li>・世帯構成の確認は絶対落とせないポイント</li><li>・独居の場合は近所の支援（見守り等）が得られるかどうかも重要な要素</li><li>・高齢夫婦のみの場合は、どちらか一方が介護している状態が多く、その介護者が一時的に入院等により介護できなくなった場合の対応策も必要</li><li>・子供が介護している場合などは、介護者の疲労度も考慮することが必要</li></ul>

### 利用者基本情報うら

今までの生活	<ul style="list-style-type: none"><li>・現在の状態に至った経緯を確認することができる情報が記載されているはず（漏れている場合は指導）</li><li>・どのような人生を過ごされたかは、本人の人物像をイメージするために重要（特に認知症の場合は、ケアに対するアプローチのヒントになる場合が多い）</li></ul>
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	<ul style="list-style-type: none"><li>・参考程度に確認する</li><li>・特徴的な要素があれば、まとめの時の材料にする</li><li>・日常生活の活動度を推測することができる</li></ul>
病歴・既往歴と経過	<ul style="list-style-type: none"><li>・既往歴の確認は、支援計画作成上は重要なポイントとなる</li><li>・ただし、具体的な症状や支援上注意することなどは、専門家に任せてよい</li><li>・薬の内容（効能等）は専門家に任せてよい</li><li>・薬の量（種類）に着目する（多すぎる場合はどうにかできないか等）</li><li>・眠剤や認知症に多く処方される薬品名程度は把握しておくことよい</li><li>・特に眠剤は転倒の原因の一つになることが多いので、住宅改修の事例等で本人の生活動線上に障害物がないかどうかアセスメントすることも重要。特に夜間の照明の有無は転倒の原因になる</li></ul>





(参考)

## ケアマネジャーの説明方法（例文）

### 【例1】

Aさん〇〇歳、要支援〇（要介護〇）で、今回は新規の事案です。

生活機能アセスメントにおいて、〇〇について、~~一部介助が~~必要になっているのは、△△が原因によるものです。

△△=課題

したがって、プランの総合的な課題には、

◎◎=IADL

①〇〇の機能が△△によってできない

②〇〇の機能が△△によって低下している としました。

支援の方針としては、〇〇機能を向上するために通所型事業所において、〇〇機能の向上を目指した◇◇の訓練を行い、自立を目指します。

①及び②の機能が回復することによって、★★=疾患 とが期待されます。

★★=疾患

### 【例2】

Bさん〇〇歳、要介護〇で、☆☆病院に★★で入院していましたが、〇月〇日に退院され、リハビリと住宅改修を希望されている新規のプランです。

課題整理総括表のアセスメントにおいて、〇〇ができていないのは、△△が原因によるものです。

入院していた医療機関では、十分なリハビリができていなく、入院によるレベル低下で廃用が進み、下肢筋力の低下が顕著で、バランス能力も低下していると考えられます。

したがって、プランの総合的な課題には、

①〇〇の機能が△△によってできない

②〇〇の機能が△△によって低下している

支援の方針として、下肢筋力の低下及びバランス能力を向上させるために、運動機能向上を目的として週2回デイケアを利用します。

さらに、住宅改修で設置した手すり等を使用した日常生活動作の訓練のため、訪問リハビリによる日常生活動作の支援を1月間実施した後、デイケアでの訓練を習慣化（セルフトレーニング）させるために、訪問介護による生活機能向上サービスを利用して支援します。

## 2 会議で使用する様式等

### (1) 事例検討様式

自立支援ケア会議の実施にあたり、円滑な会議の実施とその効果性を高めるため、様式の一部を共通のものとし、それ以外は事業所作成の写しを使用するものとする。

様式を定めるに当たり、検討事例の対象者がどのような状態でどのようなサービスを受けているかにより検討内容が変わるため、事例検討資料の提出様式を①要支援認定者(地域密着型サービスを除く)、②要介護認定者(地域密着型サービスを除く)、③認知症対応型共同生活介護(要支援・要介護認定者)、④小規模多機能型居宅介護(要支援・要介護認定者)の4種類に区分した。

また、提出書類には掲載していないが、血管内皮障害の把握や栄養の過不足等目に見えない身体の障害程度が客観的かつ具体的に判断できるため、可能な限り「血液データ」を提出すること。特に生活習慣病(糖尿病、高血圧、脂質異常症)、脳血管疾患、心臓疾患、腎臓疾患等の診断がある場合は、極力提出すること。

要支援認定者提出書類(地域密着型サービス利用者を除く)

区分	提出書類	
ケアマネ作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者基本情報</li> <li>◎介護(予防)アセスメント[1]基本チェックリスト</li> <li>◎介護(予防)アセスメント[2]追加項目</li> <li>◎生活機能評価(アセスメント)</li> <li>◎生活行為アセスメント(訪問・通所共通)</li> <li>◎居宅薬剤アセスメント表</li> <li>○介護予防サービス・支援計画表</li> <li>○住宅改修が必要な理由書</li> <li>※軽度者の福祉用具貸与に係る例外給付理由書(必要時)</li> </ul>	
事業所作成	通所系	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎介護(予防)メニューアセスメント(通所用)</li> <li>◎生活行為アセスメント(訪問・通所共通)※1(ケアマネ作成)</li> <li>◎介護(予防)サービス計画・総合評価(通所用)</li> <li>◎介護(予防)サービス個別計画書(通所用)</li> </ul>
	訪問系	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎介護(予防)メニューアセスメント(訪問用)</li> <li>◎生活行為アセスメント(訪問・通所共通)※1(ケアマネ作成)</li> <li>◎介護(予防)サービス計画・総合評価(訪問用)</li> <li>◎介護(予防)サービス個別計画書(訪問用)</li> </ul>
	福祉用具貸与・購入	<ul style="list-style-type: none"> <li>○福祉用具サービス計画書</li> <li>※福祉用具パンフレット(コピーでも可)</li> <li><b>※手すり等の設置場所がある場合は平面図や写真等位置がわかるものを添付。</b></li> </ul>
	住宅改修	○平面図・立面図・写真・見積書
	有料老人ホーム等	<b>○有料老人ホーム等(施設)のパンフレット等(施設で実施しているサービスが分かるもの)</b>

◎は自立支援ケア会議独自の様式

※1 本来、生活行為アセスメントはサービス事業者が作成すべき様式であることを前提として作られている様式である。将来的に自立支援ケア会議に関係なく統一様式とする場合は、再検討が必要である。事業所は、ケアマネが作成した生活行為アセスメント様式を自立支援ケア会議前に受け取り、それを基に事前に確認しておくこととする。

②要介護認定者提出書類（地域密着型サービス利用者を除く）

区分	提出書類	
ケアマネ作成	<p>○フェイスシート（基本情報）</p> <p>○アセスメントシート</p> <p>※厚労省通知（平成20年7月29日）別紙4「課題分析標準項目について」の基本情報・<b>課題分析（アセスメント）</b>に関する<b>23</b>項目を網羅すること</p> <p>◎介護（<b>予防</b>）アセスメント[1]基本チェックリスト ※1</p> <p>◎介護（<b>予防</b>）アセスメント[2]追加項目 ※1</p> <p>◎課題整理総括表 ※2</p> <p>◎生活行為アセスメント（訪問・通所共通）</p> <p>◎居宅薬剤アセスメント表</p> <p>○居宅サービス計画書（第1表～第3表）</p> <p>○住宅改修が必要な理由書</p> <p>※軽度者の福祉用具貸与に係る例外給付理由書（必要時）</p>	
事業所作成	通所系	<p>◎介護（<b>予防</b>）メニューアセスメント（通所用）</p> <p>◎生活行為アセスメント（訪問・通所共通） ※3（ケアマネ作成）</p> <p>◎介護（<b>予防</b>）サービス計画・総合評価（通所用）</p> <p>◎介護（<b>予防</b>）サービス 個別計画書（通所用）</p>
	訪問系	<p>◎介護（<b>予防</b>）メニューアセスメント（訪問用）</p> <p>◎生活行為アセスメント（訪問・通所共通） ※3（ケアマネ作成）</p> <p>◎介護（<b>予防</b>）サービス計画・総合評価（訪問用）</p> <p>◎介護（<b>予防</b>）サービス 個別計画書（訪問用）</p>
	福祉用具貸与・購入	<p>○福祉用具サービス計画書</p> <p>※福祉用具パンフレット（コピーでも可）</p> <p><b>※手すり等の設置場所がある場合は平面図や写真等位置がわかるものを添付。</b></p>
	住宅改修	○平面図・立面図・写真・見積書
	<b>有料老人ホーム等</b>	<b>○有料老人ホーム等（施設）のパンフレット等（施設で実施しているサービスが分かるもの）</b>

◎は自立支援ケア会議独自の様式

- ※1 介護予防アセスメント[1]及び[2]については、事業所独自様式のアセスメントと重複する項目もあると思われるが、①会議を開始して間もないことから、共通項目を設けることで課題抽出や助言者からのアドバイスが容易になり会議の効果が高まると考えられること、②事業所として不足するアセスメント項目が明確になること、以上の2点から自立支援ケア会議独自様式とする。
- ※2 課題整理総括表は、要支援者等の会議で用いている生活機能評価（アセスメント）に代わるものである。居宅サービス計画書を補完するものであること、また、生活機能評価（アセスメント）の項目を網羅していることから、この様式を自立支援ケア会議独自様式として採用する。
- ※3 本来、生活行為アセスメントはサービス事業者が作成すべき様式であることを前提として作られている様式である。将来的に自立支援ケア会議に関係なく統一様式とする場合は、再検討が必要である。事業所は、ケアマネが作成した生活行為アセスメント様式を自立支援ケア会議前に受け取り、それを基に事前に確認しておくこととする。

③認知症対応型共同生活介護(要支援2・要介護認定者)提出書類

区分	提出書類
ケアマネ作成	○フェイスシート（基本情報） ◎介護（ <u>予防</u> ）アセスメント[1]基本チェックリスト ※1 ◎介護（ <u>予防</u> ）アセスメント[2]追加項目 ※1 ◎生活機能評価（アセスメント） ※2 ◎居宅薬剤アセスメント表 ○アセスメントシート ○サービス計画書 ○ <u>食事メニュー（1週間分）</u>

④小規模多機能型居宅介護(要支援・要介護認定者)提出書類

区分	提出書類	
ケアマネ作成	○フェイスシート（基本情報） ○アセスメントシート ※厚労省通知（平成20年7月29日）別紙4「課題分析標準項目について」の基本情報・ <u>課題分析（アセスメント）</u> に関する23項目を網羅すること ◎介護（ <u>予防</u> ）アセスメント[1]基本チェックリスト ※1 ◎介護（ <u>予防</u> ）アセスメント[2]追加項目 ※1 ◎課題整理総括表 ※3 ◎生活行為アセスメント（訪問・通所共通） ◎居宅薬剤アセスメント表 ◎ <u>介護（<u>予防</u>）メニューアセスメント（小規模多機能型居宅介護用）</u> ○居宅サービス計画書(第1～3表) <u>及び小規模多機能型居宅介護計画</u> ○住宅改修が必要な理由書 ※軽度者の福祉用具貸与に係る例外給付理由書（必要時）	
事業所作成	訪問看護 もしくは 訪問リハ	◎介護（ <u>予防</u> ）メニューアセスメント（訪問用） ◎生活行為アセスメント（訪問・通所共通） ※4（ケアマネ作成） ◎介護（ <u>予防</u> ）サービス計画・総合評価（訪問用） ◎介護（ <u>予防</u> ）サービス 個別計画書（訪問用）
	福祉用具 貸与・購入	○福祉用具サービス計画書 ※福祉用具パンフレット（コピーでも可） ※ <u>手すり等の設置場所がある場合は平面図や写真等位置がわかるものを添付。</u>
	住宅改修	○平面図・立面図・写真・見積書
	<u>有料老人ホーム等</u>	○ <u>有料老人ホーム等（施設）のパンフレット等（施設で実施しているサービスが分かるもの）</u>

◎は自立支援ケア会議独自の様式

- ※1 介護予防アセスメント[1]及び[2]については、事業所独自様式のアセスメントと重複する項目もあると思われるが、①会議を開始して間もないことから、共通項目を設けることで課題抽出や助言者からのアドバイスが容易になり会議の効果が高まると考えられること、②事業所として不足するアセスメント項目が明確になること、以上の2点から自立支援ケア会議独自様式とする。
- ※2 居住系サービスであり、介護予防アセスメント[1]及び介護予防アセスメント[2]では不足する項目もあると思われるため、事業所独自のアセスメントシートの提出をお願いしたい。
- ※3 課題整理総括表は、要支援者等の会議で用いている生活機能評価（アセスメント）に代わるものである。居宅サービス計画書を補完するものであること、また、生活機能評価（アセスメント）の項目を網羅していることから、この様式を自立支援ケア会議独自様式として採用する。
- ※4 本来、生活行為アセスメントはサービス事業者が作成すべき様式であることを前提として作られている様式である。将来的に自立支援ケア会議に関係なく統一様式とする場合は、再検討が必要である。事業所は、ケアマネが作成した生活行為アセスメント様式を自立支援ケア会議前に受け取り、それを基に事前に確認しておくこととする。

(2) 事後記録について

① 自立支援ケア会議記録

会議終了後、主催者は1週間以内に自立支援ケア会議記録を作成する。自立支援ケア会議Aは、助言者の謝金支払に必要なため、組合へ送付する。会議で整理された課題や支援に関するアドバイスを簡潔に記載するとともに、社会資源に関する意見が出された場合はその点についても記載する。

整理された課題に対応する助言を簡潔に記載する。

自立支援ケア会議記録							
H27年度〇〇回 鳥栖広域自立支援ケア会議		開催日時	13:30~15:30	開催場所			
参加者 氏名							
	担当包括・居 宅 (担当CM)	利用者状況 (疾患名)	利用サービス(事業所名)	事例提供者の 提示した課題	整理された課題	助言	備考
1	〇〇地区地 域包括  〇〇CM	氏名〇〇〇 84歳 男性 要支援1  ①アルツハ イマー型認 知症 ②変形性膝 関節症 ③糖尿病	通所介護(通所介護〇 〇〇) 1/W  住宅改修(〇〇事業所) 玄関手すり	①もの忘れが増 え、見守りや指 示が必要になり 、家族の負担 が大きくなるこ とが考えられ る。 ②膝痛のため歩 行のバランスが 悪く、転倒の危 険性がある。	①水道の蛇口の閉め忘れなど物忘れが増え、生活に見守りや指示が必要になっている。今後、認知症への家族のかかわり方の支援や、認知症進行予防が必要。 ②変形性膝関節症のため、膝の痛みにより活動が減少し、下肢筋力低下をきたしている。痛みの軽減、下肢筋力の維持・改善が必要。 ③本人・家族とも糖尿病に対する病識がなく、血糖値のコントロールができていない。食生活や健康状態の管理が必要。	①簡単な有酸素運動をするとは脳の活性化に有効。趣味を活かすことで、日中の活動量を増やす工夫を。 ②毎日短い時間で運動することで膝周囲の筋力をつけることができる。デイ担当者は、本人が自宅で継続して出来そうな体操の指導を。 ③装具を利用することで、膝の痛みが軽減することもあるので、検討を。 ④食事の時、野菜を先に食べるなど食生活の改善が必要。ヘルパーによる食事支援(一緒に作る)も視野に入れたら。 ⑤上歯がほとんどないが、義歯使用なし。よく噛んで食べることで脳血流がよくなり、認知症の予防にもなるため、歯医者受診を。	
2							
3							
その他(社会資源等)について		①地域の見守り体制やサロンの利用の検討を行うことが必要。 ②介護者の負担軽減のため、介護者交流会参加を検討。(身近な所での介護者交流会の発足)					

ケアプランで提示した課題をそのまま転記する。

会議で司会者が整理した課題を簡潔に記載する。

②自立支援ケア会議事例報告シート

(目的) 自立支援ケア会議の効果及び地域課題を検証し、当該会議の運営方法、社会資源等の開発及び高齢者施策の政策形成等に活用するため、主催者は事例発表者に対し自立支援ケア会議参加後の報告を求めるものとする。

記入要領は別紙(様式マニュアル)参照

(様式)

自立支援ケア会議 事例報告シート								
この評価シートは、今後の自立支援ケア会議の運営、資源開発、政策形成の参考資料とさせていただきます。ご協力をお願いします。								
1. 事例提供者の属性についてお答えください。 所属( ) 氏名( ) CM経歴 約( ) 年								
2. 自立支援ケア会議で次の項目が「検討された割合」と、本人の「自立を阻害する要因」について評価してください。								
No.	項目	検討の程度 各項目の検討の程度について、次の段階で評価して下さい。 十分に検討された：3点 検討されたが十分でない：2点 ほとんど検討されなかった：1点 全く検討されなかった：0点	自立を阻害する要因 要介護(要支援)度が悪化する要因となっているものを選んで3つを選択してください。					
			会議前	会議後				
1	問題の把握	本人・家族の意向について	点					
		病気について	点					
		身体機能・活動(ADL・IADL)について	点					
		精神・認知の機能について	点					
		住環境について	点					
	暮らしについて(家庭での参加と役割含む)	点						
2	課題の把握(本人・家族・地域・医療・福祉)	本人・家族	点					
		地域	点					
		医療	点					
		福祉	点					
		その他( )	点					
3. 自立支援ケア会議により、どのような気づき・学びがありましたか? 3 (強さ、技能など本人の課題解決に活かせる力や技術の獲得) 事例について・ケアマネジメントについて								
4. 動機付け(意欲に関すること) 点								
5. 成功体験(成功体験) 点								
残された課題 (解決困難な事象)								
4. 新介護予防・日常生活支援総合事業【訪問型サービス】・【生活支援サービス】(掃除・洗濯・ゴミ出し・見守り等)について ⇒本事例のニーズと望ましい担い手を教えてください。								
IADL	支援ニーズがあれば○ 印	家族	友人	シルバー人材	ボランティア	ヘルパー(専門職)	その他( )	今後必要と思う社会資源をご記入ください
掃除								
洗濯								
買い物								
調理								
ごみ出し								
通院								
服薬								
金銭管理								
社会参加								
見守り								
その他( )								
5. 新介護予防・日常生活支援総合事業【通所型サービス】・【高齢者の社会参加】(交流の場・住民主体の運動・リハビリ・運動・栄養・口腔ケア等の教室等)について ⇒本事例のニーズと望ましい担い手を教えてください。								
	支援ニーズがあれば○ 印	家族	友人	地域の活動	ボランティア	デイ(専門職)	その他( )	今後必要と思う社会資源をご記入ください
外出								
交流								
入浴								
食事								
体操・リハビリ								
レクリエーション								
レスパイト								
健康教育								
その他( )								

③自立支援ケア会議の事例集計シート

(目的)

会議記録と事例報告シートをもとに事例集計シートを作成し、地域課題や必要な社会資源等について一定期間集計し、検討会で地域課題の分析や社会資源の必要性等の検討を行うものとする。

自立支援ケア会議の事例集計シート

NO	開催日	性別	年齢	家族構成 単、夫婦	介護度	認定期間	利用サービス	地区名	疾患名	整理された課題	地域課題・社会資源・その他	認定期間	更新時の 介護度	区分
1	H27 2.18	男	84歳	夫、長男と 三人暮らし	要支1	H26.2.1 ～ H27.1.31	①通所介護 1/W ②住宅改修 ・手すり設置	みやき町 中原	①アルツハイマー型認知症 ②変形性膝関節症 ③糖尿病	①水道の蛇口の閉め忘れなど物忘れが増え、生活に見守りや指示が必要になっている。今後、認知症への家族のかかり方の支援や、認知症進行予防が必要。 ②変形性膝関節症のため、膝の痛みにより活動が減少し、下肢 筋力低下をきたしている。下肢筋力の維持・改善が必要。 ③本人・家族とも糖尿病に対する病識がなく、血糖値のコントロールができていない。食生活や健康状態の管理が必要。	①認知症の見守り体制 ②身近な場所での介護者交流会の発足	H27.2.1 ～ H28.1.31	要支1	維持
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

### 3 検討会・研修会

#### (1) 検討会の実施

自立支援ケア会議A及びBの実施者は、定期的に検討会を開催し、下記①～②の内容について検討する。

##### ①地域課題と必要な社会資源

自立支援ケア会議で出された地域課題や必要な社会資源について、「自立支援ケア会議の事例集計シート」をもとに、一定期間ごとに集計し、検討する。

##### ②会議の効果性の検討

自立支援ケア会議を円滑に実施するために、会議の効果性について検討する機会を設けることとする。事例の再検討及び振り返りの実施方法についても検討する。

#### (2) 研修の実施

今後、自立支援ケア会議の質を更に向上するために、会議参加者（司会者、助言者、地域包括支援センター、及び介護サービス事業所等）に対し下記研修の実施について検討する。

##### ①研修対象者

- ・ 構成市町
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 助言者
- ・ 計画作成者
- ・ 介護サービス事業者
- ・ 組合 等

##### ②研修内容

介護保険制度の理解、在宅における介護の理解、視察研修、自立支援ケア会議A・B見学、アセスメント研修、ケアプラン研修等

#### (3) 普及啓発

介護保険の理念（自立支援の考え方）を浸透させるための普及啓発を行う。

##### ①対象者

- ・ 地域住民
- ・ サービス事業者
- ・ 構成市町介護保険担当窓口 等

##### ②啓発方法

- ・ 小冊子の活用
- ・ 研修会及び出前講座の開催
- ・ 住民代表の集まり（区長会、民生委員会等）での普及啓発 等

#### 4 平成28年度自立支援ケア会議スケジュール（予定）

##### 自立支援ケア会議A

鳥栖市

	日 時	開催場所
1	H28年4月20日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室
2	H28年5月18日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室
3	H28年6月15日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室
4	H28年7月20日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室
5	H28年8月17日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室
6	H28年9月21日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室
7	H28年10月19日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室
8	H28年11月16日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室
9	H28年12月21日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室
10	H29年1月18日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室
11	H29年2月15日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室
12	H29年3月15日（水） 13:30～16:00	鳥栖市東別館2階会議室

みやき町

	日 時	開催場所
1	H28年4月28日（木） 13:30～16:00	保健センター機能訓練室
2	H28年5月26日（木） 13:30～16:00	保健センター機能訓練室
3	H28年6月23日（木） 13:30～16:00	保健センター会議室
4	H28年7月28日（木） 13:30～16:00	保健センター会議室
5	H28年8月25日（木） 13:30～16:00	保健センター会議室
6	H28年10月27日（木） 13:30～16:00	保健センター会議室
7	H28年11月24日（木） 13:30～16:00	保健センター会議室
8	H28年12月22日（木） 13:30～16:00	保健センター会議室
9	H29年1月26日（木） 13:30～16:00	保健センター会議室
10	H29年2月23日（木） 13:30～16:00	保健センター会議室
11	H29年3月23日（木） 13:30～16:00	保健センター機能訓練室

基山町

	日 時	開催場所
1	H28年7月26日（火） 13:30～16:00	基山町民会館2階小ホール
2	H28年8月23日（火） 13:30～16:00	基山町民会館2階小ホール
3	H28年10月25日（火） 13:30～16:00	基山町民会館2階小ホール
4	H28年11月22日（火） 13:30～16:00	基山町民会館2階小ホール
5	H29年1月24日（火） 13:30～16:00	基山町民会館2階小ホール
6	H29年2月28日（火） 13:30～16:00	基山町民会館2階小ホール

上峰町

	日 時	開催場所
1	H28年6月16日（木） 13:30～16:00	上峰町役場3階会議室
2	H28年8月18日（木） 13:30～16:00	上峰町役場3階会議室
3	H28年10月20日（木） 13:30～16:00	上峰町役場3階会議室
4	H28年11月17日（木） 13:30～16:00	上峰町役場3階会議室
5	H29年1月19日（木） 13:30～16:00	上峰町役場3階会議室
6	H29年2月16日（木） 13:30～16:00	おたっしゃ館会議室

##### 自立支援ケア会議B

鳥栖地区広域市町村圏組合

	日 時	開催場所
1	H28年4月25日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室
2	H28年5月23日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室
3	H28年6月27日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室
4	H28年7月25日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室
5	H28年8月22日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室
6	H28年9月26日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室
7	H28年10月24日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室
8	H28年11月28日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室
9	H28年12月26日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室
10	H29年1月23日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室
11	H29年2月27日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室
12	H29年3月27日（月） 13:30～16:00	組合2階大会議室

5 個人情報の取り扱いについて

自立支援ケア会議を開催するにあたり、自立支援ケア会議で個人情報を使用することに関する利用者の同意が必要である。既に指定介護予防支援等の契約締結済の利用者については、自立支援ケア会議の対象になった時点で同意をとることとし、新規契約の場合は、利用者との契約の際に自立支援ケア会議への情報提供についての内容を盛り込んだ同意書により同意をとっておくこととする。  
(下記参考資料添付)

個人情報使用同意書

《参考例》

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的  
指定介護予防支援事業者及び業務委託先居宅介護支援事業者（以下総称して「介護予防サービス計画事業者」という。）が次の各号に掲げる目的に資するもので、介護予防サービス計画事業者が必要と判断した場合に限り使用するものとする。
  - (1) 介護保険法に関する法令等に従い作成する、介護予防サービス計画に必要な場合。
  - (2) 介護予防サービス等を円滑に実施するために行う、サービス担当者会議に必要な場合。
  - (3) 介護予防サービス等を効果的に実施するために行う、介護保険法第115条の48に基づく会議（地域ケア会議等）に必要な場合。
  - (4) その他、居宅介護支援事業所、介護（介護予防）サービス事業所及び関係機関等との連絡調整等において必要な場合。
2. 使用にあたっての条件  
個人情報の使用にあたっては、次の各号の条件を守らなければならない。
  - (1) 個人情報の使用は1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、個人情報を使用する者は、関係者以外に知り得た情報を漏らさないよう細心の注意を払うこと。
  - (2) 介護予防サービス計画事業者は、個人情報を使用した会議、相手方及び内容等についての記録を行うこと。
3. 個人情報の内容  
使用する個人情報は、次の各号に定める範囲とする。
  - (1) 基本情報及びアセスメント情報  
氏名、住所、健康状態、病歴、家族関係等の状況等。
  - (2) 要支援要介護認定情報  
認定調査票（特記事項を含む）、主治医意見書及び介護認定審査会における判定結果及び意見。
  - (3) その他介護予防サービスの円滑かつ効率的な提供に必要な情報
4. 個人情報を使用する期間  
「指定介護予防支援契約書第4条」に定める契約期間と同様とする。

平成 年 月 日

【指定介護予防支援事業者もしくは業務委託先居宅介護支援事業者】

指定介護予防支援事業者 ○○○○○○（法人名） 様  
(○○地域包括支援センター)

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※代理人を選定した場合のみ記入

### 第3節 各主体の役割及び視点

#### 1 主催者（行政）

##### 【役割】

会議の案内、会場確保、資料準備、**個人情報の取り扱いの徹底**等会議開催に必要な手続き一斉を監督することにより、円滑な会議運営に努める。

#### 2 司会

##### 【役割】

会議の場において、会議参加者に発言や参加を促し、話の流れを整理し、参加者の認識の一致を確認する等の行為により介入し、会議全体の合意形成や相互理解をサポートすることにより、組織や参加者の活性化、協働を促進させるファシリテーションの役割を担う。

##### 【視点】

- ① 開催頻度が多くなるとマンネリ化、形骸化になりがちであるため、常に緊張感のある会議進行に努めること。ケースの処理に時間を掛けすぎないこと、時間がかかりすぎると焦点が（課題）がぼやけてしまう。
- ② 人を見る、観る、看る、診ること<高齢者の QOL の向上にはどうすればよいかとの視点>
- ③ 個別ケースの課題解決のための会議を通して地域課題を把握する場であることを常に意識すること。
- ④ OJT の場であることを意識すること。参加者全員が時間を割いて参加する意義があると思える会議となるように努めること。（モチベーションの維持）
- ⑤ 給付抑制やケアマネジャーの裁判のような雰囲気のない会議とならないよう心がけること。合意形成が難しそうな事例については、あるべき姿を示したうえで現実的な対応の余地を残すこと。

#### 3 助言者

##### 【役割】

包括的・継続的ケアマネジメントの観点、つまり多様な生活課題を抱えている高齢者が、地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう抱え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性に応じた実際的な助言を行うことで、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う。

##### 【視点】

- ① 理学療法士・作業療法士  
リハビリテーション的視点からの助言を行う。医師が会議に出席しないので医療面に詳しい、近い、識見が高い職種であることを認識して発言すること。
- ② 薬剤師  
調剤に関する専門的知見を有する立場からの助言を行う。理学療法士・作業療法士同様医療面に詳しい、近い、識見が高い職種であること、また、在宅医療の観点を意識して発言すること。
- ③ 管理栄養士  
栄養マネジメントの視点からの助言を行うこと。永年の生活習慣を確認し、食生活による低栄養や高血圧、糖尿病等の疾患のリスクについて検証し、助言を行う。また、食材の選び方や、調理における工夫等までの助言をすること。
- ④ 歯科衛生士  
口腔ケアの視点からの助言を行うこと。対象事例によってどの程度のケア、指導が必要

なのかを見極めること。たとえば、誤嚥性肺炎の危険性が予見できそうな事例については、その具体的な予防策を助言すること。また、継続的、或いは抜本的なケアが必要な場合はケアプランに盛り込むことを助言すること。

#### 4 地域包括支援センター

##### 【役割】

包括的支援事業における包括的・継続的ケアマネジメント支援において、地域の介護支援専門員を支援する役割を担っており、実践力を高められるような提案を行う。**また、会議中及び会議後の事例提供者をフォローする。**

##### 【視点】

- ① 自分がかかわった利用者で、似たような成功事例を紹介すること。
- ② 積極的に発言することを心がけること。発言することで利用者や家族に対する説明（合意形成）能力が高まることとなる。

##### 【主任ケアマネジャーの役割】

- ① 課題の明確化を行う。
- ② 不足したアセスメントの充足のための質問及び助言を行う。

##### 【保健師職種の役割】

- ① 医療的課題の明確な提示、医療的課題の解消に関する助言を行う。
- ② 介護予防の視点から適切な支援を行えるような助言を行う。
- ③ 保健、医療のみならず、福祉、介護等の各種サービスの総合的な観点での助言、また、不足しているサービスが何か、どのようなサービスを開発することが考えられるかの助言等を行う。

#### 5 事例提供者

##### 【役割】

事例を担当するケアマネジャーとして当該利用者の自立を支援する要因について、簡潔で分かりやすく説明し、イメージ化することで会議全体の合意形成に寄与する。

##### 【視点】

- ① できるかぎり防衛的にならずに、自分の弱点も含めて事実関係や思い、考えを話すこと。（参加者との関係性の構築）
- ② 利用者の改善可能性を見極める視点を持ってアセスメントを行い、具体的な検討課題を提示すること。
- ③ よく理解できなかった意見をそのままにせず、質問や議論が腑に落ちない場合は、率直に質問すること。
- ④ 合意形成能力の向上のため、プレゼン能力を高める努力をすること。
- ⑤ 高齢者の状態を改善することが、自分たちの役割であるという自覚を持つこと。

#### 6 介護サービス事業者

##### 【役割】

事例について、サービスの必要性（自立に向けたサービス内容となっているか）を具体的に説明する必要がある。

## 7 その他会議参加者

### 【役割】

積極的な発言等により会議に意欲的に参加し、会議の趣旨に沿った円滑な運営に寄与する。

### 【視点】

- ① 問題指摘思考ではなく、追体験的思考（他人の体験等を通してたどることによって自分の体験として捉えること）を基本とする。
- ② 常に事例提供者に焦点を当て、もっとも気にかかっている課題に着目しながら事例を深めていく。
- ③ 「利用者にとってよりよい支援」と「高齢者の QOL 向上を目指す」「自己の実践力の向上」という目的意識の共有。
- ④ 事例提供者の理解や納得の度合いを尊重する。事例提供者を置き去りにしない。
- ⑤ 「情報が十分でない段階では、適切な解決法は見出せない」時期尚早なアドバイスや非難・批判、問題解決法探しに走らない。
- ⑥ 社会的（時代）な背景の要請を理解すること（社会保障費増大抑制）
- ⑦ 自立支援ケア会議に参加することで視野を広げようという意欲を持つこと。