

# 地域支援個別会議 開催のための手引き

さいたま市 福祉局 長寿応援部  
いきいき長寿推進課



## はじめに

団塊の世代が75歳以上になる2025（令和7）年及び団塊ジュニアと呼ばれる世代が65歳以上となる2040（令和22）年を目途に、高齢者が重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、各地域で、「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に向けた取組みを推進しています。

特に「**介護予防**」は、要介護状態の改善あるいは軽減、悪化の防止だけでなく、高齢者が地域で自立した生活が営めるようにすることを目的としており、「**高齢者本人の自己実現**」、「**高齢者が生きがいを持ち、自分らしい生活を続ける**」ことが重要であるとされました。

また、「介護予防」の取組みを着実に実施するため、介護予防サービス等を開始する前に多職種の助言を得ながら介護予防・自立支援に向けた目標設定や支援を判断する地域ケア会議の取組みといった介護予防・自立支援の実践事例が生まれてきています。

本市の地域ケア会議は、平成13年から個別ケースの事例検討や区の課題の意見交換等を目的として、基幹型在宅介護支援センター（包括・在支総合支援センター）を中心にして区毎に開催してきました。

平成18年に地域包括支援センターが創設されてからも、主に複数の課題を抱える援助困難ケースの検討や情報共有を目的として開催し、一定の成果をあげてきました。

平成26年3月には、本手引きを作成し、統一した取り扱いを行ってきましたが、市独自の様式である事前書類の作成や事例の選定に困難を感じている地域包括支援センターもありました。支援ケースを積み重ねることにより、地域課題を抽出していくことが重要な機能となっている一方で、ケースを積み重ねることが難しい状況にありました。

これらの状況を踏まえ、本市では、従来の援助困難ケースの検討や情報共有に加え、「介護予防」のための地域ケア会議を実施するため、「地域ケア会議の充実に向けた検討部会」を立ち上げ、本市の地域ケア会議のあり方について検討を行いました。

検討部会では、「介護予防」のための地域ケア会議を実施している先行市を参考とし、良い点・気をつけなければならない点から本市に相応しい地域ケア会議について検討を重ねました。また、使用する様式についても見直しを行い、積極的に活用される会議となるよう議論を行い、本手引きの改訂を行いました。

## 介護保険法（抜粋）

### 第115条の48（会議）

市町村は、**包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の効果的な実施**のために、ケアマネジャー、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、**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、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**。

— 目次 —

<b>1</b>	<b>さいたま市の地域ケア会議</b>	<b>1</b>
(1)	「地域ケア会議」として取り扱う会議の種類	2
(2)	「地域ケア会議」の機能	3
(3)	さいたま市の地域ケア個別会議（地域支援個別会議）の種類	4
<b>2</b>	<b>自立支援の実現</b>	<b>5</b>
(1)	さいたま市が目指す「自立支援」	6
(2)	自立支援型ケアマネジメントの手法	7
(3)	自立支援を実践するための ICF の活用	8
<b>3</b>	<b>「介護予防」のための地域支援個別会議</b>	<b>9</b>
(1)	「介護予防」のための地域支援個別会議とは	10
(2)	目的	10
(3)	運営主体	10
(4)	取り扱う事例	11
(5)	意義	11
(6)	会議参加者と役割	12
(7)	事前準備／（参考）配席の例	13
(8)	会議当日の流れ	14
(9)	会議後の流れ	15
(10)	ケース検討の流れ（シナリオ例）	18
<b>4</b>	<b>「援助困難ケース」のための地域支援個別会議</b>	<b>24</b>
(1)	「援助困難ケース」のための地域支援個別会議とは	25
(2)	目的	25
(3)	運営主体	25

(4) 取り扱う事例	26
(5) 援助困難ケースの例	27
(6) 会議参加者と役割	28
(7) 事前準備／(参考) 配席の例	29
(8) 会議当日の流れ	30
(9) 会議後の流れ	31
<b>5 「特定事業所集中減算」の適用における地域支援個別会議の活用</b>	<b>32</b>
(1) 「特定事業所集中減算」の適用における地域支援個別会議の活用	33
(2) 目的	33
(3) 運営主体	33
(4) 具体的な対応	33
<b>6 専門職の役割・視点 (参考資料)</b>	<b>34</b>
(1) 薬剤師	35
(2) 理学療法士	36
(3) 作業療法士	37
(4) 管理栄養士 (栄養士)	38
(5) 地域支え合い推進員 (高齢者生活支援コーディネーター)	39
(6) その他 (医師・歯科医師・歯科栄養士・言語聴覚士)	40
(参考) 薬剤によるリスク	41
(参考) 生活行為の動作別確認例	42

<b>7 様式集</b>	43
各地域支援個別会議で準備する様式一覧表	44
様式1 利用者基本情報	45
様式1 利用者基本情報（裏面）《介護予防に関する事項》	46
様式2 介護予防サービス・支援計画書	47
様式3 アセスメントシート	48
様式4 課題整理シート	49
様式4 課題整理シート 記入の手引き （介護予防のための地域支援個別会議初回会議時）	50
様式5 会議・モニタリング報告用シート	51
様式5 会議・モニタリング報告用シート 記入の手引き （介護予防のための地域支援個別会議初回会議時）	53
様式6 関係機関依頼文（さいたま市地域支援個別会議の開催について）	55
様式7 基本チェックリスト	56
様式7（別紙） 基本チェックリストの考え方	58
様式8 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	60
様式9 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表	61
様式10 個人情報に関する同意書	62
様式11 事例管理表	63
（参考様式）地域支援個別会議出欠票	64
（参考様式）食事記録票	65
特定事業所集中減算に係る参考様式	
（参考様式1）特定事業所集中減算における正当な理由に係る理由書	66
（参考様式2）特定事業所集中減算に係る意見・助言についての調書	67

# 1 さいたま市の地域ケア会議

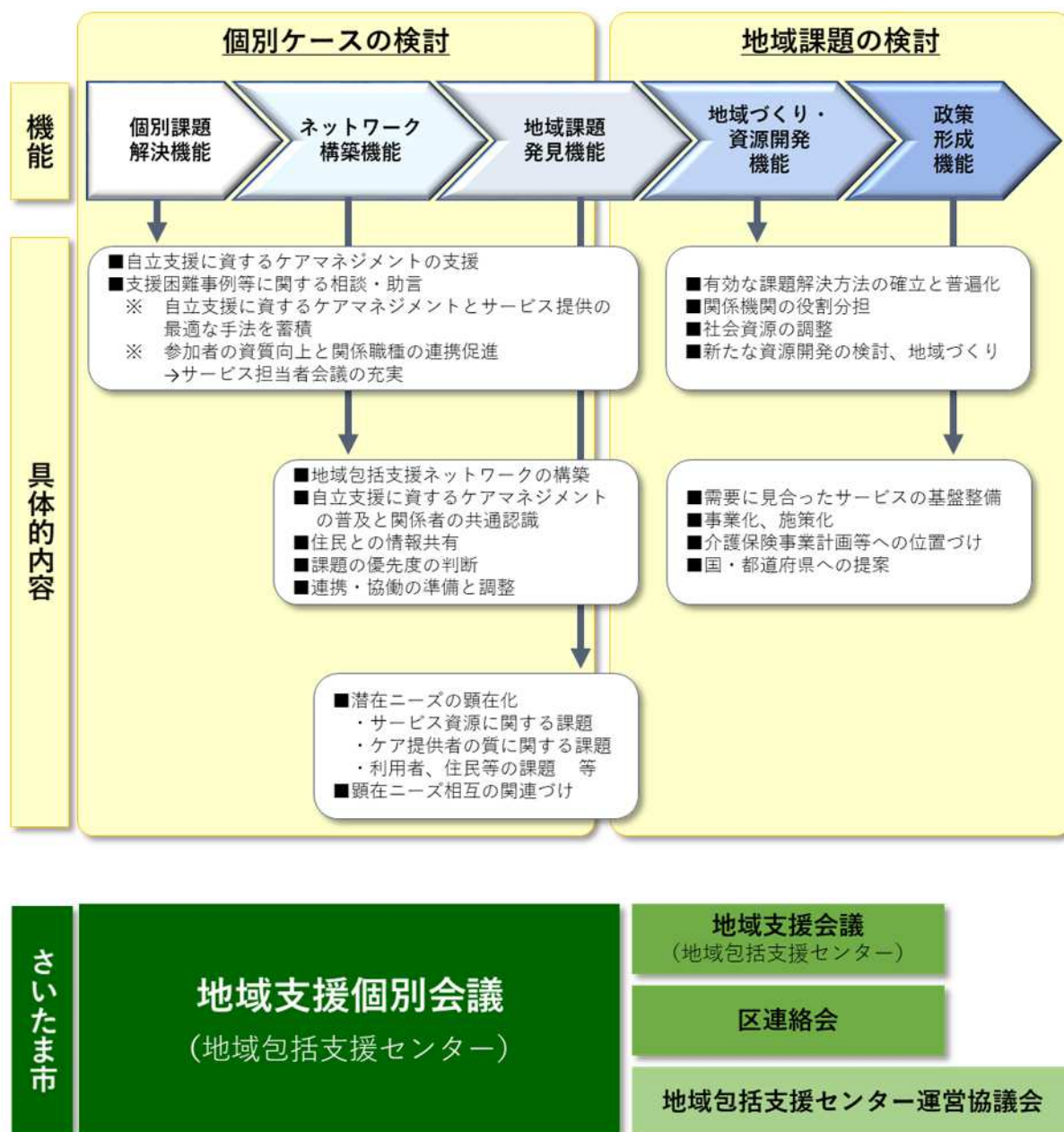


## (1) 「地域ケア会議」として取り扱う会議の種類

「地域ケア会議」は、個別ケースの検討と地域課題の検討という大きく2つのテーマで構成されています。

さいたま市では、個別ケースの検討を「地域支援個別会議」、地域課題の検討を「地域支援会議」「区連絡会」「地域包括支援センター運営協議会」でそれぞれ実施しており、4つの会議をもって、厚生労働省の示す「地域ケア会議」としています。

### <「地域ケア会議」として取り扱う会議の種類イメージ>





## (2) 「地域ケア会議」の機能

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政策の形成の5つの機能があります。

①個別課題解決機能	多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
②ネットワーク構築機能	高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
③地域課題発見機能	個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
④地域づくり資源開発機能	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、地域で必要な資源を開発する機能
⑤政策形成機能	地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

さいたま市の地域ケア会議と5つの機能の関連性については、以下のとおりです。

会議の種類	5つの機能					会議の役割
	①	②	③	④	⑤	
地域支援 個別会議	○	○	○			地域の多様な専門職が協働し、ケアマネジャーへの支援を通じて、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。
地域支援会議		○	○	○		地域支援個別会議における個別ケースの検討から明らかになった有効な支援方法や地域（日常生活圏域）に共通する課題について協議するとともに、必要とされる地域づくりや地域資源の検討を行い、その結果を区連絡会に報告する。 また、地域支援会議において、ネットワークの構築や有効な支援方法及び地域の共通課題等を明らかにするため、個別ケースの検討が必要とされた場合、地域支援個別会議において、その要請に合致する個別ケースを選定し検討を行う。
区連絡会		○	○	○		各日常生活圏域の地域支援会議の協議内容を踏まえ、行政区単位で共通する課題について協議を行うとともに、必要とされる地域づくりや地域資源の検討を行う。市全体としての課題・政策が必要な場合には、運営協議会に意見具申する。
運営協議会		○	○	○	○	区連絡会からの意見を基に、必要な課題・政策について協議する。運営協議会の議論を踏まえ、行政から、さいたま市社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会へ提案する。

### (3) さいたま市の地域ケア個別会議（地域支援個別会議）の種類

「地域ケア会議」は、地域の多様な専門職が協働し、ケアマネジャーへの支援を通じて、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。

さいたま市では、以下の3つの会議を地域支援個別会議として開催します。

	「介護予防」 のための地域支援個別会議	「援助困難ケース」 のための地域支援個別会議	「特定事業所集中減算」の 適用における地域支援個別会議
開催頻度	月1回程度/区	不定期	不定期
会議時間	3時間程度 (40分×3・4事例)	必要時間	必要時間
運営主体	区高齢介護課 及び 地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
会議目的	<u>自立支援・介護予防の観点</u> <u>を踏まえて</u> 、「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者のQOLの向上」	自立支援・介護予防の観点に加え、専門機関や地域住民が連携して問題を解決する。	居宅サービス計画の支援内容について、意見・助言を行う。
取り扱う事例	自立支援・介護予防の観点に基づき実施することから対象者は、原則として「事業対象者」「要支援者」を想定しています。 訪問回数の多いケアプランの届け出に関するものを実施することも可能とします。 一度会議を行ったモニタリング事例も対象とします。	①支援者が困難を感じているケース ②支援が自立を阻害していると考えられるケース ③支援が必要だと判断されることがサービスにつながっていないケース ④権利擁護が必要なケース ⑤地域課題に関するケース など	指定居宅介護支援事業所が作成する居宅介護サービス計画において、特定の事業所へサービスが偏っている（紹介率最高法人80%を超える）場合であって、「正当な理由」についての意見・助言を求められた場合
主な参加者	・司会者（進行補助） ・事例提供者 ・助言者（専門職） 理学療法士 作業療法士 薬剤師 栄養士 など	・司会者 ・事例提供者 ・助言者（専門職） ・助言者（専門職以外） ※必要に応じて参加者を選定します。	・保険者（区高齢介護課） ・助言者（介護従事者） ・助言者（医療従事者） ・助言者（専門職以外） など
公開の可否	非公開 ※OJTのための傍聴は可能	非公開	非公開
詳細ページ	9ページ	24ページ	32ページ

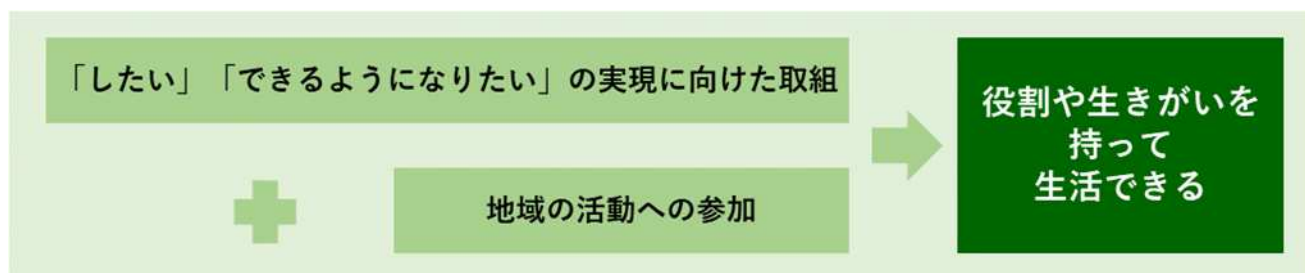
## 2 自立支援の実現



## (1) さいたま市が目指す「自立支援」

さいたま市では、「自立支援」を実現するために必要なサービス・支援を高齢者につなぐ手法を「自立支援型ケアマネジメント」として推進しています。

ここでの「自立支援」は、単に身体機能の向上による介護保険サービスからの「卒業」を目指すのではなく、利用者本人の「したい」「できるようになりたい」ことの実現に向けて必要な支援を行い、できるようになった後は、日常生活の中で、地域の活動への参加に結びつけ（あるいは地域活動に戻し）、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつけることを目指しています。



### <本人の「したい」「できるようになりたい」こととは？>

目標は、支援者が決めるものでは決してありません。なぜならば悩みを忘れ、幸せな気持ちになれる活動は当事者にしかわからないからです。

その活動を生活目標として設定し、達成していくプロセスは当事者にとって充実した生活だといえます。

支援者は当事者が意思決定するために必要な情報を提供し、望む目標がどうすればうまくできるようになるかについての知識や技術を持っています。

それぞれがオープンに考えを出し合って、試してみることをはじめようというわけです。

(出典：平成 30 年度介護予防活動普及展開事業 基礎研修会・司会者養成研修資料)

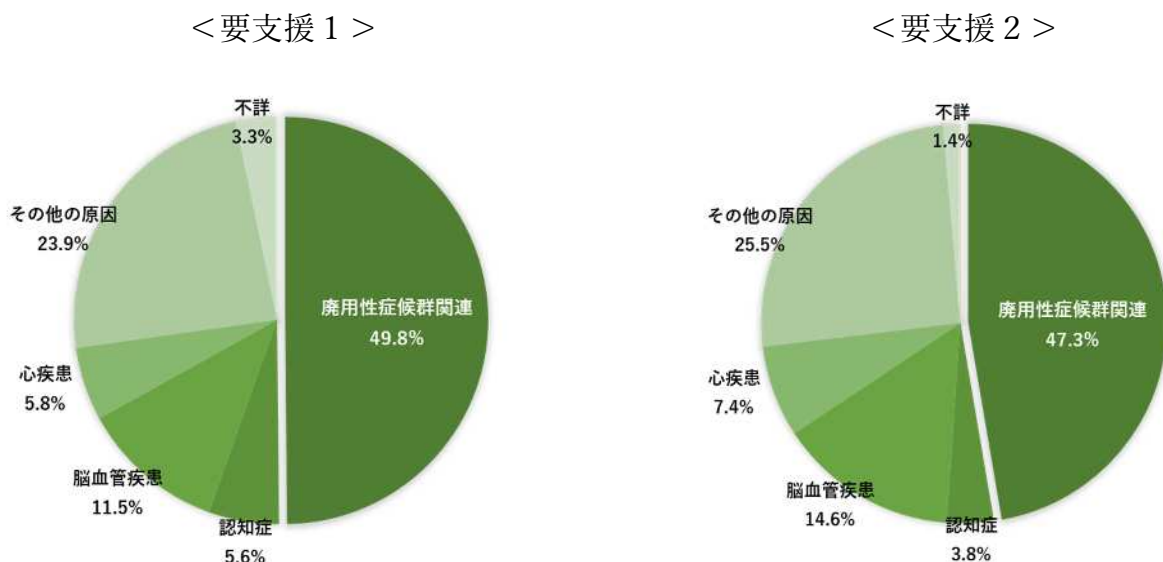
## (2) 自立支援型ケアマネジメントの手法

自立支援型ケアマネジメントの手法は、以下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。

<p>期間的自立支援</p>	<p>介護保険サービスの一時的な利用を想定                  (例) 廃用性症候群等により生活機能が低下したケース</p> <p>■ 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</p>
<p>永続的自立支援</p>	<p>介護保険サービスの永続的な利用を想定                  (例) 脳卒中等による身体の部位等の重度な機能不全が原因で生活機能が低下したケース</p> <p>■ 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</p>

さいたま市では、どちらに該当する場合であっても、その人なりの「自立支援」を目指しています。

(参考) 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合



(出典：「厚生労働省政策統括官：平成30年国民生活基礎調査(平成28年)の結果からグラフで見る世帯の状況」から作成)

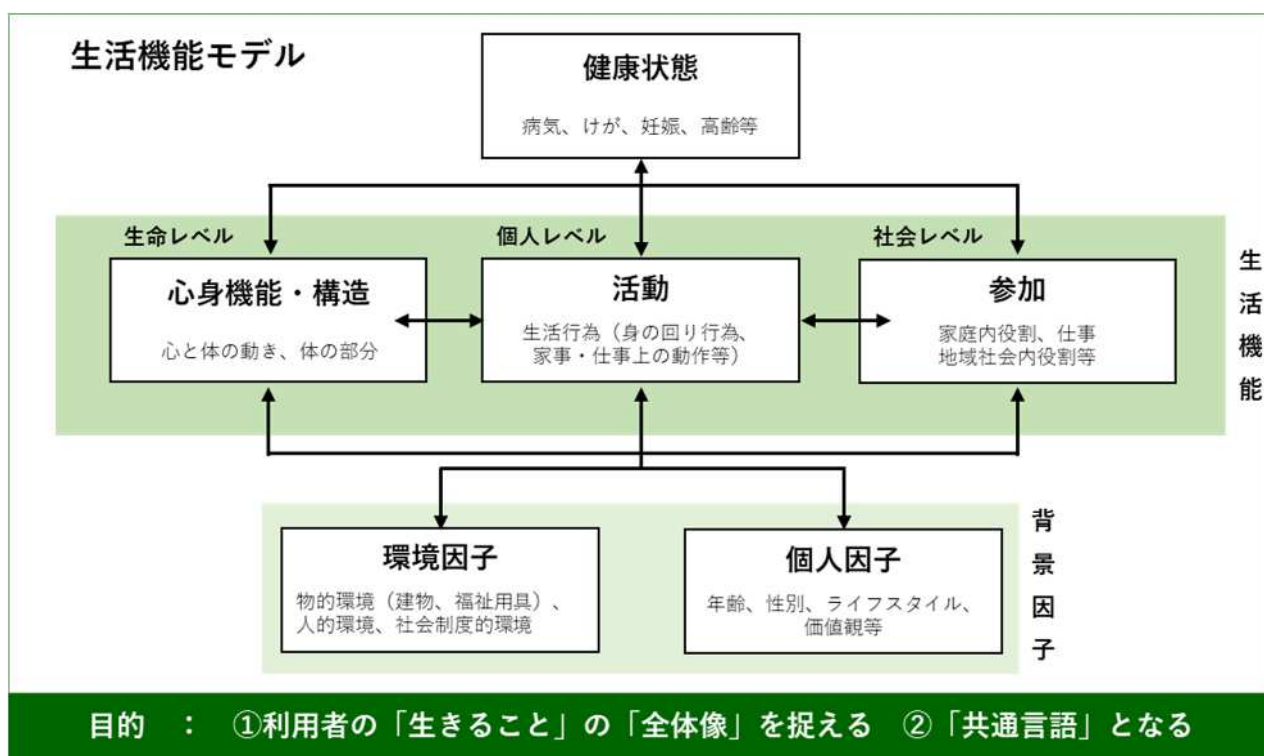
### (3) 自立支援を実践するための ICF の活用

自立支援型ケアマネジメント（参加と活動に着目したケアマネジメント）を行うにあたっては、ICF（の考え方）を理解し、活用することが重要なポイントになります。

ICF（国際生活機能分類）とは、2001年にWHOが定めた、人々の健康状態や障害などの分類方法です。ICFは、①利用者の「生きること」の「全体像」を適切に捉えることができる（意欲の源を見極めるのに活用できる）、また、②ケアマネジャーだけでなく介護サービス事業者や専門職、また、利用者との間での「共通言語」となり、目標の共有ができるという点で、自立支援型ケアマネジメントの実施には欠かせないものといえます。

特に①について、ケアマネジメントの結果、「生きること」の「一部」だけに働きかけてしまった場合、かえってマイナスの効果を発揮することもあるため、「全体像」を捉えることが重要となります。

下の図は、ICFの最も基本的な概念である「生活機能モデル」を示したものです。このモデルに沿って、人々の健康状態や障害などを分類することとなります。



図の中段に記載しているとおり、ICFでは、人の「生活機能」を、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」という3つの要素で構成しています。そして、その「生活機能」に影響を与える因子として「健康状態」、「環境因子」、「個人因子」の3つがあります。これらが「生活機能モデル」の6つの要素です。

また、このモデルにおいて注目すべきなのは、6つの要素をつなぐ矢印が、全て双方向に向いていることです。6つの要素は、相互に影響し合う関係にあることを示しています。

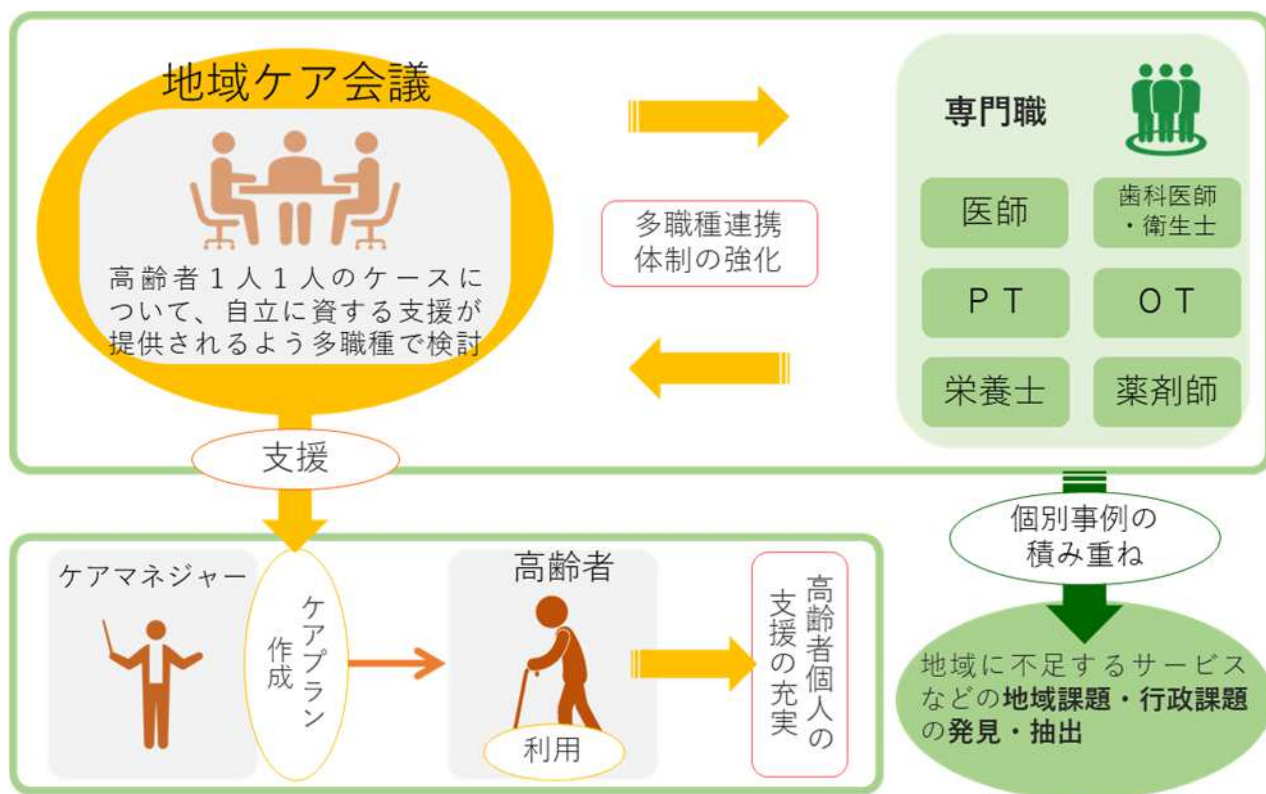
### 3 「介護予防」のための

## 地域支援個別会議

## (1) 「介護予防」のための地域支援個別会議とは

高齢者の自立（介護が必要な状態の改善あるいは軽減、悪化の防止）を支援するため、ケアプランの作成にあたり、介護分野だけでなく、**医療分野を含めた地域の多様な専門職（リハビリテーション専門職、薬剤師、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**のことです。

### < 「介護予防」のための地域支援個別会議のイメージ >



## (2) 目的

自立支援・介護予防の観点から踏まえて、「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「**高齢者の QOL の向上**」を目指しています。

## (3) 運営主体

区高齢介護課及び地域包括支援センター

- ※ 自立支援・重度化防止に向けた「保険者機能の強化」に向け、全市町村が保険者機能を発揮する必要があることから行政の役割は重要となります。



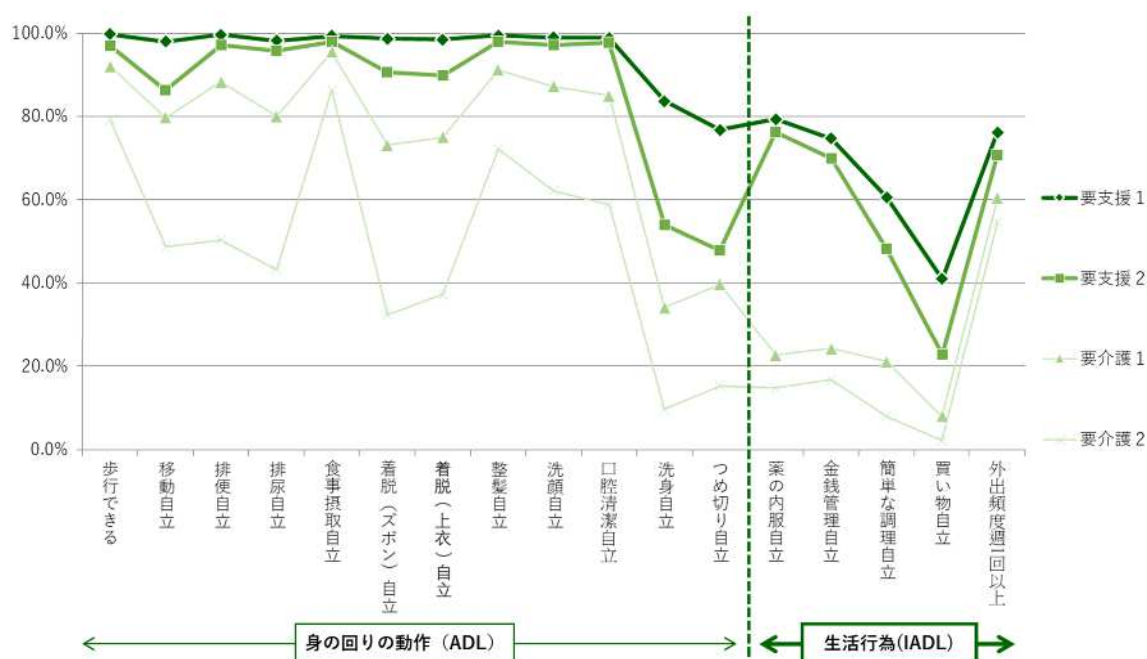
## (4) 取り扱う事例

自立支援・介護予防の観点に基づき実施することから、主な対象者は、原則として「サービス事業対象者」「要支援者」を想定しています。なお、介護予防・自立支援の観点から IADL の低下防止または向上が見込まれる場合等は「要介護1」も対象とします。

対象者の特徴としては、IADL の低下が主であり生活不活発病に陥る初期段階にあります。

### 参考＜要支援1～要介護2の認定調査結果＞

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

## (5) 意義

「介護予防」のための地域支援個別会議においても、地域ケア会議の5つの機能は発揮されるものであり、実践している市町村では、「高齢者の QOL 向上に資すること」に加え、次のような意義が生じているとされています。

介護予防のための地域支援個別会議の参加者が、事例に対する多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得すること(OJT・スキルアップ)

介護予防のための地域ケア個別会議で検討する事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源といった行政課題の発見・解決策の検討につながる

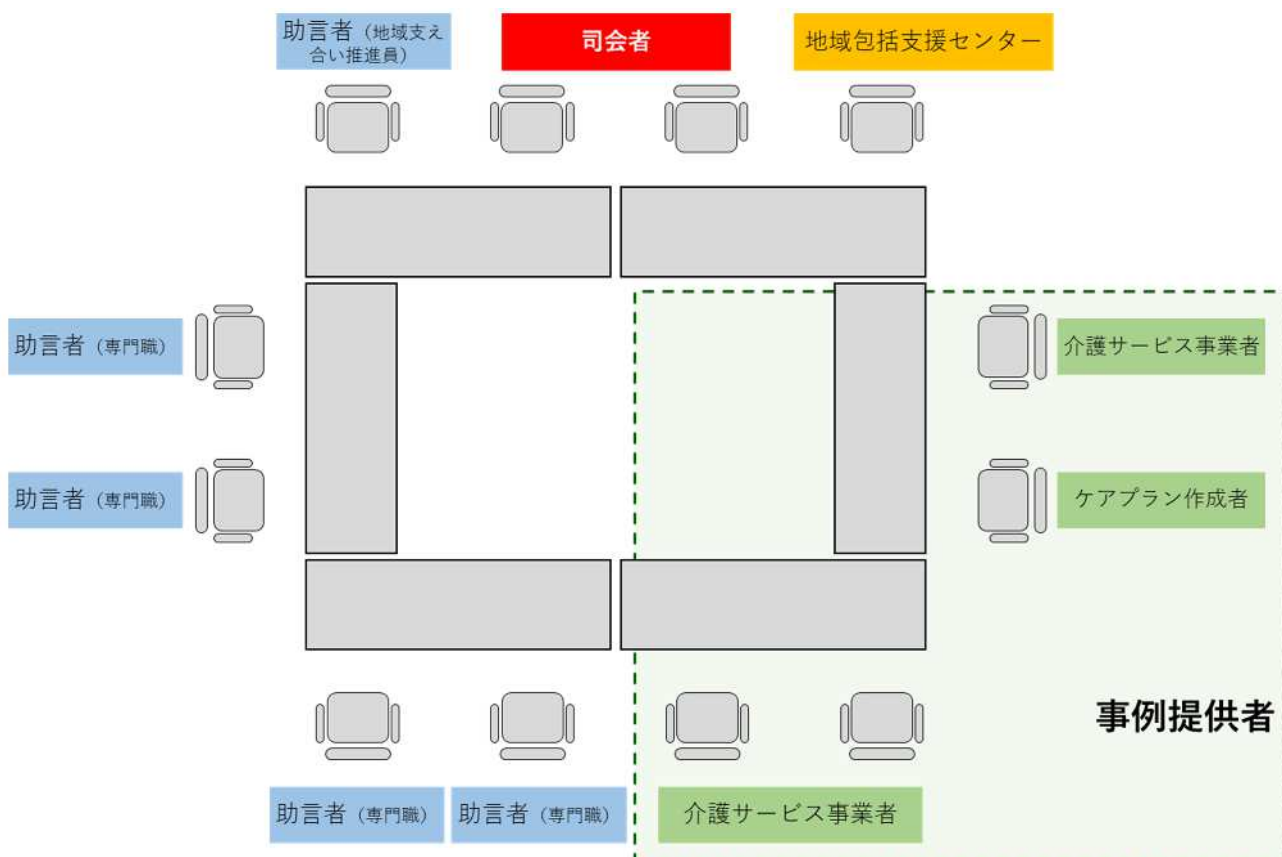
## (6) 会議参加者と役割

参加者		役割
司会者	区高齢介護課及び 地域包括支援センター ※司会者以外の地域包括 支援センター職員は、助 言者としての役割も担う ことがあります。	○地域ケア会議の運営を行います。 ※1事例あたりの検討時間をある程度意識 別にタイムキーパーを用意することも可 ※参加者のOJTの場であることを意識 ※個別事例の課題解決を通じて、行政課題を把握する場であ ることを意識 ○アセスメントに基づき、出席している助言者から必要なアドバ イスを引き出します。 ○地域包括支援センター職員は、進行または進行を補助します。
助言者	・専門職 薬剤師 理学療法士 作業療法士 管理栄養士（栄養士） など  ・専門職以外	○助言者として、対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、各 分野から自立に資する助言をする役割を担います。 ※全ての職種が毎回地域ケア会議に出席する必要はないが 幅広い観点から助言が貰えるように、常に参加する職種を 決めておくことが望ましい ※検討する事例に応じて、生活保護や生活困窮者対策の担当 者、障害福祉の担当者、保健所、保健センター、こころの 健康センター等に出席を求めることも必要
事例 提供者	・ケアプラン作成者 ・介護サービス事業者	○事例提供者として、ケースの説明を行います。 ※介護サービス事業者についても、検討する事例を支援する チームとして参加を依頼 ※かかりつけ医、かかりつけ歯科医師がいる事例について、 対象者の状態の予後予測や治療方針等について事前に確 認するとともに、地域ケア会議での検討結果について情報 共有することが重要
傍聴人	・事例提供者以外のケア プラン作成者、介護サー ビス事業者など	○事例提供の有無に関わらず「地域ケア会議」は介護保険法第1 15条の48で定義されており、地域包括支援センターまたは 市町村が主催し、設置・運営する「行政職員をはじめ地域の関 係者から構成される会議」のことを言う。という意義があるこ とから、市内の居宅支援事業所のケアプラン作成者や介護サー ビス事業者等の職員が地域ケア会議に参加できるよう配慮す る必要があります。 ※傍聴人が入る場合には、個人情報の保護に留意

## (7) 事前準備

項目	内容
事例提供者に対し、会議資料の提出を依頼	7 様式集（43ページ以降参照）に掲げる資料の提出を依頼 ※締切は、会議当日の7日～10日前を目安
会議資料の受け取り・確認	氏名や個人を特定する情報を非表示・イニシャルにします。
会議資料の準備	会議次第、参加者リストを作成
会議資料の関係者との共有 ※当日に資料の読み込み時間を設ける場合には省略可	会議資料を集約した後、会議資料を事前に関係者（助言者（専門職）、地域包括支援センター、事例提供者（ケアプラン作成者、介護サービス事業者等））と共有

## 配席の例（参考）



## (8) 会議当日の流れ

実施事項		所要時間 (目安)	発言者	実施事項詳細	
1	開会	3分程度	司会者	会議の目的を確認 全体の流れを説明 資料説明	
2	1事例目	事例提供者（ケアプラン作成者）から事例の概要説明	ケアプラン作成者	① 事例の基本情報について説明 ② 事例の生活行為課題について説明 ③ 現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④ ②③を踏まえたケアプランの説明 ※助言を希望する課題、テーマ、検討項目を明確にする ※モニタリング会議時には、前回の助言内容及び助言に対する対応状況等も含めて説明	
3		事例提供者（介護サービス事業者）から支援方針の説明	介護サービス事業者	事例への支援内容・方針について説明	
4		質問、助言	24分程度	司会者	2、3の説明に関する不明点の確認
				助言者（専門職）	2、3の説明についての質問・助言 ※質問8分、助言16分程度
5		まとめ	2分程度	司会者	事例提供者（ケアプラン作成者、介護サービス事業者）が取り組むべき点について説明
6	適宜休憩・関係者の入替え	5分程度			
7	2～4事例目（流れは2～6と同様）				
8	閉会	1～3分	司会者	次回の開催日時・場所の案内	

※ 1事例あたりの目安：40分程度

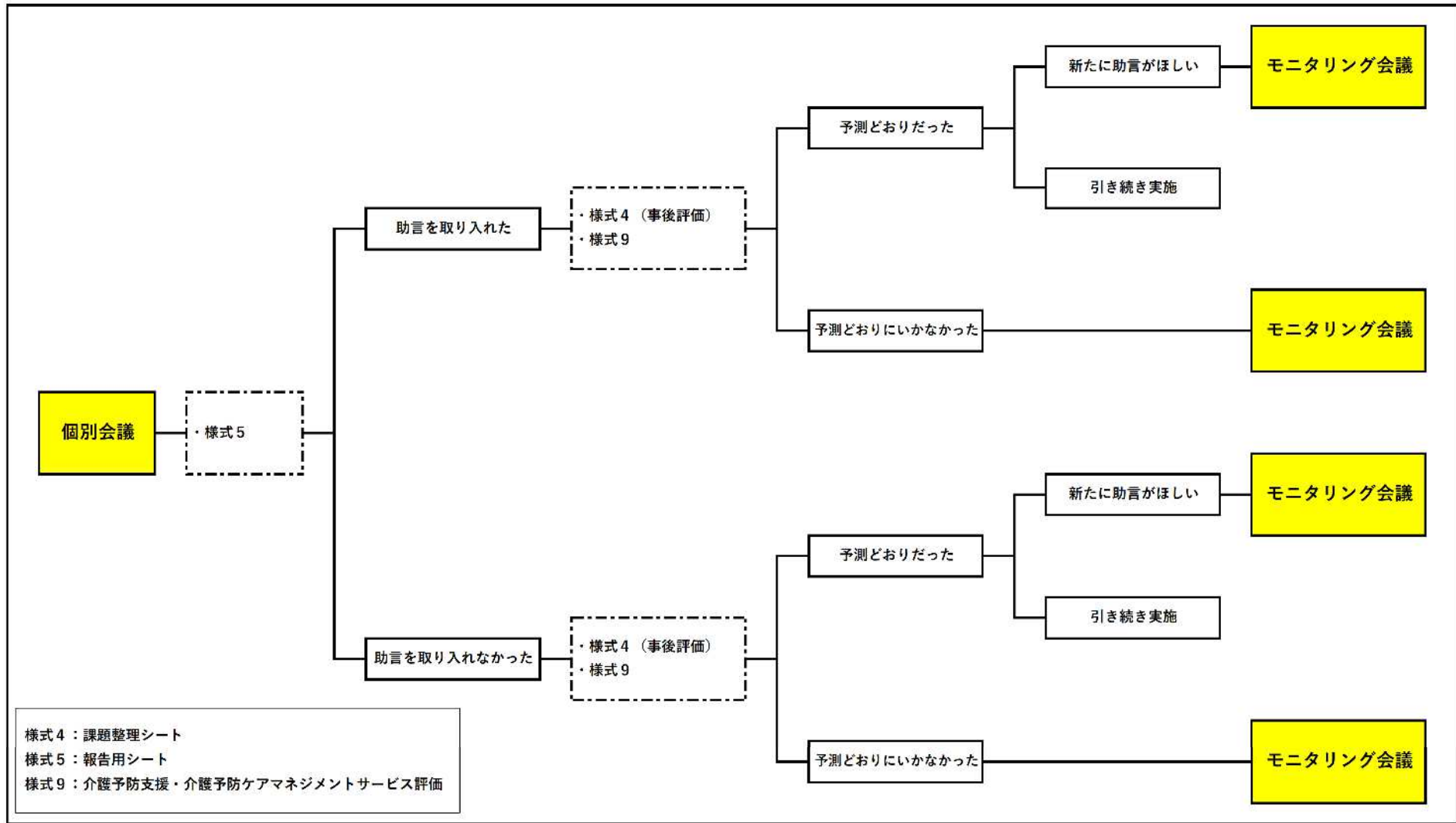
※ 進行状況によって柔軟に時間配分を変えることができる。

## (9) 会議後の流れ

実施項目	実施内容	様式
会議録の作成	区高齢介護課または地域包括支援センターは、どのような助言があったか共通理解をするため、それぞれの事例に対する助言を記録し、会議開催後、関係者（行政・地域包括支援センター・ケアプラン作成者・介護サービス事業者等）と共有する。	様式5（報告用シート） 51～54ページ参照
事例管理	区高齢介護課または地域包括支援センターは、会議での助言がその事例の自立支援に活かされたかどうか（ケアプラン・個別援助計画が調整され、生活機能が改善したか等）をモニタリングするため、一覧できるリストの作成をする。	様式11（事例管理表） 63ページ参照
会議後の状況把握	<p>地域包括支援センターは、事例提供者（ケアプラン作成者・介護サービス事業者）が会議後に助言を踏まえた対応を行っているのか、現状把握をする。</p> <p>&lt;ケアプラン作成者の状況把握&gt; ケアプラン作成者は、会議録を基に助言を踏まえ、介護サービス事業者と共にケアプランや支援内容を調整する。</p> <p>&lt;介護サービス事業者の状況把握&gt; 介護サービス事業者は、会議録を基に助言を踏まえ、ケアプラン作成者と共にケアプランや支援内容を調整する。</p>	

<p>事例のモニタリング</p>	<p>一度、地域支援個別会議に事例をかけたら「終了」ではなく、その後もそれらの事例すべてについて状況の把握（モニタリング）を行う。</p> <p>その1つの方法として、モニタリング会議を開催する方法がある。</p> <p>&lt;モニタリング会議の開催時期&gt;</p> <p>ケアプラン期間を目安とするが、「何か月後」のように一定期間を定めて行う方法もある。</p> <p>&lt;モニタリング会議にかける事例&gt;</p> <p>モニタリングを行っている事例のうち、必要な事例すべてをモニタリング会議にかける。</p> <p>その際、その後の本人の状態、事後予測や目標の達成状況等から必要性や優先度を判断する。</p> <p>必要性や優先度の判断にあたっては、「モニタリング会議の流れ」（17ページ）を判断材料の一つとしてもよい。</p>	<p>様式11（事例管理表） 63ページ参照</p>
<p>地域支援個別会議で把握された行政課題と対応策の検討</p>	<p>地域包括支援センターは、事例の検討を通じて課題とされた事項を整理する。個別事例の検討を積み重ねることにより、介護を必要とする状態から改善した方に対応するための通いの場づくりや在宅で暮らす高齢者を支援するために不足するサービス等、行政課題を抽出できる可能性があり、必要に応じて区高齢介護課と協議し、地域支援会議や区連絡会、協議体など適切な話し合いの場に報告する。</p>	

# (参考) モニタリング会議への流れ



## (10) ケース検討の流れ（シナリオ例）

<p>開会（司会）</p>	<p>ただいまから地域ケア会議を開催いたします。</p> <p>この会議では、自立支援という介護保険の理念の実現を目指して、よりよいケアプランを立てることを目指しています。</p> <p>どうすれば、対象者の生活の質が向上するのか、対象者にとって充実した人生といえるのかを想像してください。</p> <p>もちろん理想論ではいけませんので、現実的に実現可能なものを想像してください。</p> <p>実現に向けて、現行のサービス内容では十分な自立支援が行えないという場合は、必要なサービスを積極的に提案してください。</p> <p>本日の会議の流れをご説明します。</p> <p>1事例40分を目安とし、全部で（3・4事例）を議題とします。</p> <p>まず、ケアプラン作成者から6分程度で、事例の説明を行っていただきます。説明方法は、まず、利用者基本情報に基づき「事例の基本情報」について簡単に説明をしていただき、次に、課題整理シートに基づき「生活行為課題」、現在の状態に至った個人因子・環境因子について説明をしていただきます。最後に、それらを踏まえたケアプランの説明を行っていただきます。限られた時間ですので、<b>状況説明ではなく、自立を妨げている要因とその解決策を端的に説明してください。</b>検討したいテーマがある場合には併せて説明をお願いします。</p> <p>次に、介護サービス事業者から5分程度で事例への支援内容、方針について説明を行っていただきます。各事業所において追加でアセスメントを行っている場合は併せて説明をお願いします。</p> <p>その後、ケース概要や検討テーマについて整理をしたうえで、助言者からの質問や確認の時間を8分程度設けた後、16分程度で助言者から助言をしていただきます。</p> <p>最後に、課題に対する今後の方針を確認し終了となります。</p> <p>それでは事例に入ります。1事例目のプラン作成担当は、地域包括支援センター〈包括名称〉の〈担当者名〉さんです。</p> <p>よろしく願いいたします。</p>
<p>事例提供者</p>	<p>〈包括名称等〉の〈氏名〉と申します。よろしく願いいたします。</p> <p>チームメンバーは、〈事業者名〉の〈担当者名〉さん、〈事業者名〉の〈担当者名〉さんです。</p> <p>それでは、ケースの概要から説明いたします。</p>



初回会議

事例提供者

利用者基本情報をご覧ください。

(例) 基本情報について簡潔に説明

<名前>様、<年齢>歳、男性（女性）の方です。  
現在、要支援1です。  
ご自宅に妻（夫）と二人暮らしで、家族関係は良好です。  
現病歴と既往歴については、記載のとおりです。  
今までの生活は、          です。  
          をきっかけに、現在は、          という状況に変化しています。

次に、生活行為について説明をいたします。課題整理シートをご覧ください。

(例) 生活行為の課題や課題が生活に与える影響、現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明について、事後予測を含めて説明

生活行為の課題としては、例<活動>を△（さんかく）と評価しました。  
かかりつけ医からは、          という制限、注意がされています。  
事後予測は、●ヶ月後としています。  
今回の支援方針は、介護予防サービス・支援計画書にもありますとおり、  
●ヶ月後に          するということを目標に、例<参加>の向上を目指していきたいと考えております。

続きまして、プランの説明をいたします。介護予防サービス・支援計画表をご覧ください。

(例) 総合課題、対応策について説明

一つ目は、          とし、          という目標に対し、          という具体策を立てました。  
二つ目は、          とし、          という目標に対し、          という具体策を立てました。

(例1) 今回は、事後予測に無理がないか、また、目標を目指すために気を付けなければならない点についてアドバイスをいただきたいと思います。

(例2) 今回、          という具体の支援策において、          の点で課題が生じているため、取組の進め方に関してアドバイスをいただきたいと思います。

説明は以上です。(P. 22へ)

モニタリング会議

事例提供者

利用者基本情報をご覧ください。

(例) 基本情報について簡潔に説明

<名前>様、<年齢>歳、男性（女性）の方です。

**●年●月に会議にかけており、モニタリング事例となります。**

現在、要支援1です。

ご自宅に妻（夫）と二人暮らしで、家族関係は良好です。

現病歴と既往歴については、記載のとおりです。

今までの生活は、・・・です。

・・・をきっかけに、現在は、・・・という状況に変化しています。

次に、生活行為について説明をいたします。課題整理シート、前回の報告シート、サービス評価表をご覧ください。

(例) 生活行為の課題等、前回の助言内容及び助言に対する対応状況等も含めて説明

<名前>様は、●年●月に会議にかけた事例です。

初回会議で・・・という助言をいただきました。

・・・は改善されましたが、事後予測で、○（まる）と評価した例<活動>について状態が改善されませんでした。

・・・という目標を立てましたが、未達成となっております。原因は・・・であると考えております。

・・・という目標を達成するために、この例<活動>について、改善を考えています。

今回は、事後予測どおりにならなかった例<活動>について、改めて助言をいただきたいと思います。

説明は以上です。（22ページへ）

事例提供者	<p>(参考) 課題の明確化と背景要因の確認 以下のポイントについて、明確になるよう説明します。</p> <div data-bbox="387 349 1422 412" style="border: 1px solid green; background-color: #e6f2e6; padding: 2px;"> <p>1. 課題を中心とした情報の収集</p> </div> <div data-bbox="387 412 1422 761" style="border: 1px solid green; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 生活行為の課題や、課題が生活に与える影響</li> <li>② 本人が認識している課題</li> <li>③ 本人が望んでいる状態や状況</li> <li>④ 本人が望んでいる支援</li> <li>⑤ 本人と家族の関係性</li> <li>⑥ 本人と知人、友人、近隣住民等との関係性</li> <li>⑦ 家族の認識している課題や意向</li> </ul> </div> <div data-bbox="387 808 1422 904" style="border: 1px solid green; background-color: #e6f2e6; padding: 2px;"> <p>2. 生活の中での「出来ること」と「出来ないこと」の能力評価 (参考資料)「できないことの工程分析」に関する資料(42ページ参照)</p> </div> <div data-bbox="387 904 1422 1164" style="border: 1px solid green; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 「出来ること」と「出来ないこと」の整理</li> <li>② 「出来ること」のうち、「していること」と「していないこと」の確認</li> <li>③ 「出来ること」のうち、出来る状況が限定されていたり、見守りが必要な生活行為の確認</li> <li>④ 「出来ないこと」の工程分析をし、自立を妨げる要因の抽出</li> </ul> </div> <div data-bbox="387 1211 1422 1274" style="border: 1px solid green; background-color: #e6f2e6; padding: 2px;"> <p>3. 「出来ない」要因の分析</p> </div> <div data-bbox="387 1274 1422 1529" style="border: 1px solid green; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 課題と背景要因(因果関係)の包括的な理解</li> <li>② 「出来ない」要因を個人・環境の視点で整理</li> <li>③ 「出来ない」要因に対して、期間限定的な支援が必要か、継続した支援が必要かの見極め</li> <li>④ 「出来ない」要因に関する自立支援の観点から様々なアプローチの検討</li> </ul> </div>
-------	--

司会	<p>ありがとうございました。</p> <p>続きまして、チームメンバーからサービス計画等、内容についてお願いいたします。</p>
事業所	<p><b>&lt;事例への支援内容・方針について説明&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所による追加アセスメントの実施状況</li> <li>・ケアプランにおける目標の達成へのアプローチ方法</li> <li>・個別援助計画の実施状況</li> </ul>
司会・助言者	<p>ありがとうございました。</p> <p><b>&lt;質問、助言、説明に関する不明点の確認&gt;</b></p> <p>課題を改善・解決し目標の実現につながる支援内容となっているかを確認します。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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活行為の課題が的確に把握されているか</li> <li>・ケアプランの目標は適切に設定されているか</li> <li>・サービス内容は目標達成のために適切であるか</li> </ul>

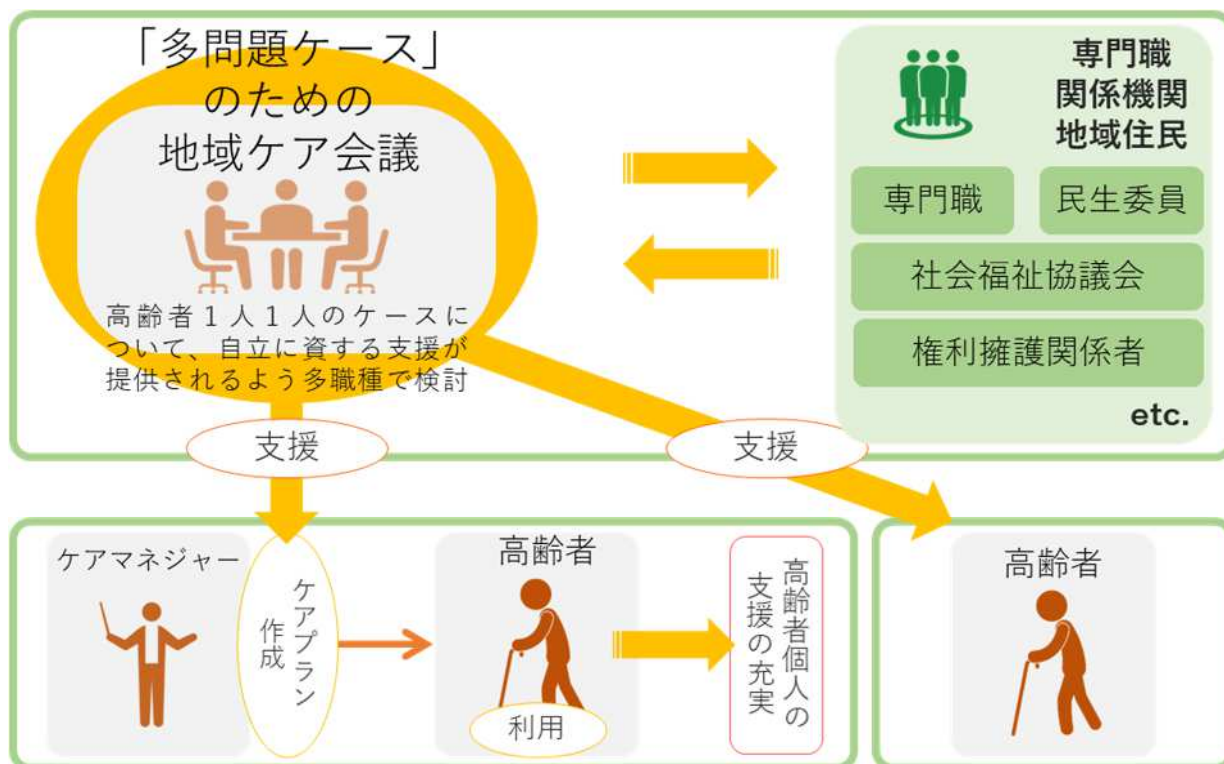
<p>司会・助言者</p>	<p><b>&lt;手法 1 &gt;</b></p> <p>出席者全員で補足確認の時間を設け、その後助言者へ順に意見を求める。</p> <p>これまでの所で何かご質問ありますか？</p> <p>それでは、助言がありましたらお願いします。</p> <p><b>&lt;手法 2 &gt;</b></p> <p>司会者または進行補助者がいくつか質問をし、助言者が助言を行う。</p> <p><b>(健康状態について)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病予防・再発予防の観点で注意すべき点がありますか？ 注目すべき既往歴は？</li> <li>・ 検査値はどれくらいですか？ 主治医の方針・意見は確認できていますか？</li> <li>・ 薬はどんな処方内容ですか？ 注意点はありますか？</li> <li>・ 認知症の程度はどうか？ 原因疾患は？</li> <li>・ 体調不良の要因として考えられることは？</li> <li>・ 専門医の受診は必要ないですか？</li> </ul> <p><b>(栄養・食事・口腔機能について)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 口腔機能や栄養状態に課題はありますか？</li> <li>・ 実態を把握していますか？</li> <li>・ (口腔機能に問題ありの場合) 食事に立ち会って確認をしましたか？</li> <li>・ その課題は解決可能ですか？</li> <li>・ BMI の値が (低い・高い) ですが、体重の管理は、だれが、いつ、どこで確認することになっていますか？</li> <li>・ 医師からの指示はありますか？</li> <li>・ 食事の管理はどうか？</li> <li>・ (BMI が低い場合) たんぱく質の量は足りていますか？</li> <li>・ (高血圧の場合) 塩分量はどうか？</li> </ul> <p><b>(動作・痛みについて)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主治医から禁忌の指示はありますか？</li> <li>・ 痛みは、どういう状況で起き、どのくらいで消失しますか？</li> <li>・ 問題のある痛みですか、問題のない痛みですか？</li> </ul>
<p>司会</p>	<p>ありがとうございました。</p> <p>最後に、何か確認しておきたいことはありますか？</p> <p>皆様からの助言を受けていかがでしたか？</p>

## 4 「援助困難ケース」のための 地域支援個別会議

### (1) 「援助困難ケース」のための地域支援個別会議とは

市民や関係機関からの相談やケアマネジャーへの支援が必要な場合、もしくは地域包括支援センターが担当している援助困難ケースについて、地域住民等も含め、支援方法を検討する会議のことです。

#### < 「援助困難ケース」のための地域支援個別会議のイメージ >



### (2) 目的

「援助困難ケース」のための地域支援個別会議では、自立支援・介護予防の観点に加え、**専門機関や地域住民が連携して問題を解決**することを目指しています。

### (3) 運営主体

地域包括支援センター

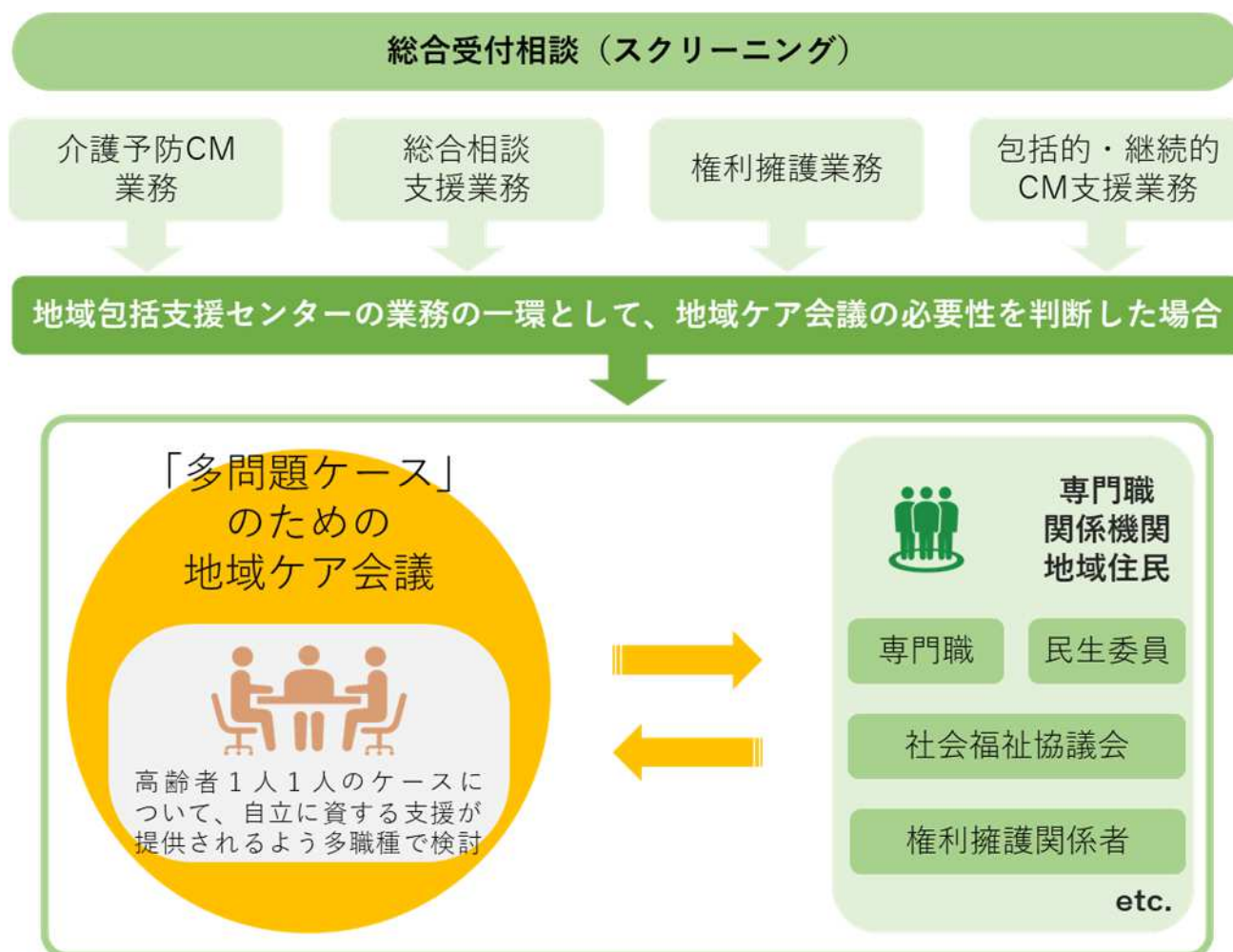
※ 区高齢介護課（行政）は、ケース選定等の準備段階での相談を含め、運営全般において協力、助言、指導等を行い、地域包括支援センターとの連携を図ることとします。

#### (4) 取り扱う事例

①支援者が困難を感じているケース、②支援が自立を阻害していると考えられるケース、③支援が必要だと判断されるがサービスにつながっていないケース、④権利擁護が必要なケース、⑤地域課題に関するケースなどが考えられます。

こうしたケースを発見する機会としては、地域包括支援センターのあらゆる業務の場面が想定されます。地域包括支援センターの全ての業務の入口ともいえる総合相談の段階で、地域支援個別会議につなげることの判断が可能です。

##### <取り扱う事例のイメージ>





## (5) 援助困難ケースの例

地域やケアマネジャー、地域包括支援センターだけでは解決できないケースであり、以下のように、専門機関や地域住民が連携する必要があるものとしします。

ケース選定の視点例	具体的な選定の考え方例
支援者が困難を感じているケース	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人は徐々に認知症の症状が進行しているが、介護者が精神疾患等を患っており適切な判断が出来るキーパーソンがいないためケアマネジャーが困っているケース</li> <li>・介護者や本人が不適切なサービスを要求してくるケース</li> </ul> <p>※ 状況によっては、「介護予防」のための地域支援個別会議において専門職の意見を求めることを検討すること。</p>
支援が必要だと判断されるがサービスにつながっていないケース	<ul style="list-style-type: none"> <li>・独居で認知症又は精神疾患が疑われるケース</li> <li>・ゴミ屋敷状態で近隣から相談が来ているようなケース</li> <li>・周囲が必要だと思っても本人の拒否があり、サービス利用が限られているようなケース</li> </ul>
権利擁護が必要なケース（緊急性の高いケースや高齢者虐待ケースを除く。）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な意思決定ができず、生活が危機的状況にある独居の認知症高齢者等のケース</li> <li>・地域で孤立し適切な生活ができていない虚弱高齢者等や高齢者のみの世帯のケース</li> <li>・他者からの権利侵害が疑われる悪質商法、消費者被害等のケース</li> </ul>
地域課題に関するケース	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人口急増地区で近隣者同士の関係が希薄であるために孤立しやすいケース</li> </ul> <p>※ 複数のケースに共通する地域課題については、地域支援会議で検討する。</p>
支援が自立を阻害していると考えられるケース	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援者が認識しているかどうかにかかわらず、利用者の尊厳の保持、その人らしく主体的に生きること等を阻害していると考えられるケース</li> </ul>

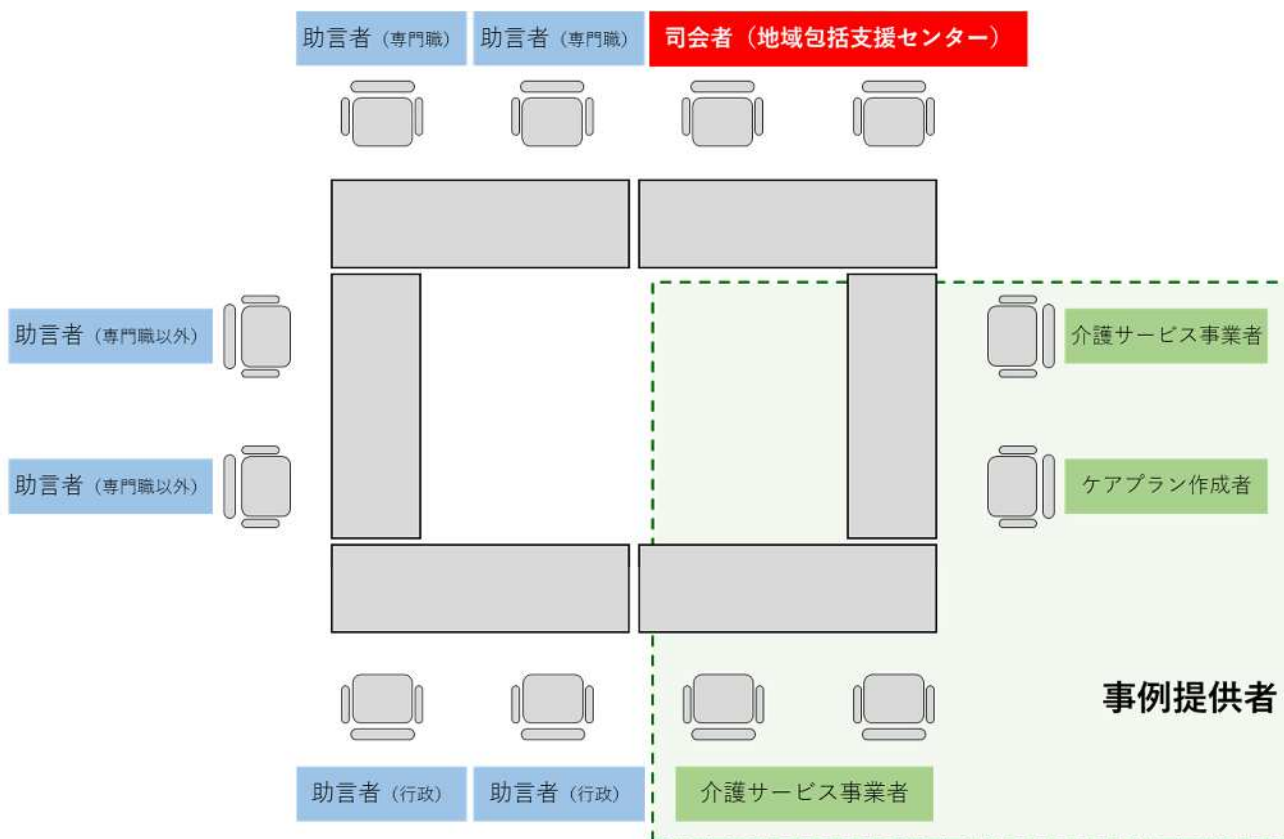
## (6) 会議参加者と役割

参加者		役割
司会者	地域包括支援センター	<p>○地域ケア会議の運営を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1 事例あたりの検討時間をある程度意識</li> <li>・ 参加者の OJT の場であることを意識</li> </ul> <p>○アセスメントに基づき、出席している助言者から必要なアドバイスを引き出します。</p> <p>※ 司会者以外の地域包括支援センター職員は、助言者としての役割も担うことがあります。</p>
助言者	<p>&lt; 専門職 &gt;</p> <p>※ 検討する事例に応じて、生活保護や生活困窮者対策の担当者、障害福祉の担当者、保健所、保健センター、こころの健康センター、権利擁護センター等に出席を求めることも必要です。</p> <p>&lt; 専門職以外 &gt;</p> <p>※ ケースに応じて必要な方を選定します。</p>	<p>&lt; 専門職 &gt;</p> <p>○助言者として、対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、各分野から自立に資する助言（34 ページから 40 ページ参照）をする役割を担います。</p> <p>&lt; 専門職以外 &gt;</p> <p>※ 守秘義務が無い方については、区役所と出席について協議してください。</p> <p>○民生委員</p> <p>地域住民の意見を集約してもらいたい場合等に選定します。</p> <p>○地区社会福祉協議会</p> <p>高齢者サロン、ふれあい会食、見守り活動等、地区社会福祉協議会の事業との関わりがある場合、または協力を要請する必要がある場合に選定します。</p> <p>○市民及び市民活動団体関係者</p> <p>本人及び家族は参加した方が有効である場合に選定します。また、NPO 法人や近隣の支援者、老人クラブ等についても、協力を要請する必要がある場合に選定します。</p>
事例提供者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアプラン作成者</li> <li>・ 介護サービス事業者</li> </ul>	<p>○事例提供者として、ケースの説明を行う。</p> <p>※ 介護サービス事業者についても、検討する事例を支援するチームとして参加を依頼してください。</p> <p>※ かかりつけ医、かかりつけ歯科医師がいる事例について、対象者の状態の予後予測や治療方針等について事前に確認するとともに、地域ケア会議での検討結果について情報共有することが重要です。</p>
傍聴人		<p>※傍聴人が入る場合には、個人情報保護に留意してください。</p>

## (7) 事前準備

項目	内容
事例提供者に対し、会議資料の提出を依頼	7 様式集（43ページ以降参照）に掲げる資料の提出を依頼 ※ 締切は、会議当日の7日～10日前を目安
会議資料の受け取り・確認	氏名や個人を特定する情報を非表示・イニシャルにします。
会議資料の準備	会議次第、参加者リストを作成
会議資料の関係者との共有 ※当日に資料の読み込み時間を設ける場合には省略可	会議資料を集約した後、会議資料を事前に関係者（助言者（専門職）、地域包括支援センター、ケアプラン作成者、介護サービス事業者等）と共有

## 配席の例（参考）



## (8) 会議当日の流れ

実施事項			
1	開催	①個人情報保護の確認	必要に応じて「(様式10)個人情報保護に関する同意書」を作成し、個人情報保護について確認します。 なお、事前に送付することも可とします。
		②会議の目的を確認	会議目的を明確にし、参加者で共有します。
		③全体の流れを説明	大まかな時間配分と終了予定時間を示します。
2	検討	①ケース概要の共有と課題の明確化	ホワイトボード等を活用し、事例提供者に報告してもらい、各参加者が有する情報や理解を全体で共有し、課題を明確にします。
		②長期・短期目標を決定	
		③支援や対応及び支援者や対応者を検討	
		④モニタリング方法を検討	支援や対応の状況や結果等に関して、モニタリング方法を確認します。 必要に応じて次回の日程調整をします。
3	閉会	決定事項の確認	会議終了にあたっては進行状況に関わらず、必ず、会議で協議された目的、課題、具体策などの内容を参加者全員で整理し、再確認します。

## (9) 会議後の流れ

実施項目	実施内容	様式
会議録の作成	<p>地域包括支援センターは、どのような助言があったか共通理解をするため、それぞれの事例に対する助言を記録し、会議開催後、関係者（市町村・地域包括支援センター・ケアプラン作成者・介護サービス事業者等）と共有する。</p> <p>※情報の共有にあたっては、個人情報の取扱いに留意する。</p> <p>（例）個人を特定できる情報をマスキング処理するなど</p>	様式5（報告用シート） 51～54ページ参照
事例管理	<p>地域包括支援センターは、会議出席者からの助言が当該事例の自立支援に活かされたかどうか（ケアプラン・個別支援計画が調整され、生活機能が改善したか等）をモニタリングするため、一覧できるリストを作成する。</p>	
会議後の状況把握	<p>地域包括支援センターは、情報提供者（ケアプラン作成者・介護サービス事業者）が会議後に助言を踏まえた対応を行っているのか、現状把握をする。</p> <p>&lt;ケアプラン作成者の状況把握&gt;</p> <p>ケアプラン作成者は、会議録を基に助言を踏まえ、介護サービス事業者等と共にケアプランや支援内容を調整する。</p> <p>&lt;介護サービス事業者の状況把握&gt;</p> <p>介護サービス事業者等は、会議録を基に助言を踏まえ、ケアプラン作成者と共にケアプランや支援内容を調整する。</p>	
事例のモニタリング	<p>地域包括支援センターは、一度、地域支援個別会議に事例をかけた後「終了」ではなく、その後も状況を把握する。</p>	
地域支援会議などへの報告	<p>地域包括支援センターは、個別ケースの検討の積み重ねや振り返りによって明らかになった有効な支援方法や、地域に不足している資源やサービス、連携が不十分な職種や機関、深刻化が予測される地域の共通の課題について検討し、必要に応じて区高齢介護課と協議し、地域支援会議や区連絡会、協議体など適切な話し合いの場に報告する。</p>	

## 5 「特定事業所集中減算」の適用に おける地域支援個別会議の活用

---

## **(1) 「特定事業所集中減算」の適用における地域支援個別会議の活用**

特定事業所集中減算は、指定居宅介護支援事業所が作成する居宅サービス計画において、「正当な理由」なく特定の事業所へサービスが偏っている場合に適用されます。

紹介率最高法人が 80%を超えた場合に特定事業者集中減算が適用されますが、減算適用除外となる「正当な理由」の 1 つに、地域包括支援センター主催の「地域ケア会議等」で、支援内容についての意見・助言を受ける場合とされています。

さいたま市では、「指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない」との居宅介護支援の基本方針に従ってサービスが提供されるよう意見を求める場として、「地域ケア会議等」に地域支援個別会議を位置づけています。

## **(2) 目的**

指定居宅介護支援事業所から地域支援会議の開催を要請された場合、区高齢介護課・介護従事者・医療従事者・地域住民等を招集して、居宅サービス計画の支援内容について意見・助言、議事録を作成することを目的としています。

※ 地域支援個別会議は、意見・助言を行う場であり、減算適用を判定する場ではありません。

## **(3) 運営主体**

地域包括支援センター

## **(4) 具体的な対応**

利用者からの理由書（「(参考様式 1) 特定事業所集中減算における正当な理由に係る理由書」）の提出を受け地域支援個別会議を開催します。

地域支援個別会議開催後には、「(参考様式 2) 特定事業所集中減算に係る意見・助言についての調書」を作成し、特定事業所集中減算に関する届出書に添付し、介護保険課に提出ください。

調書提出後、介護保険課において「正当な理由」の適否について判断します。

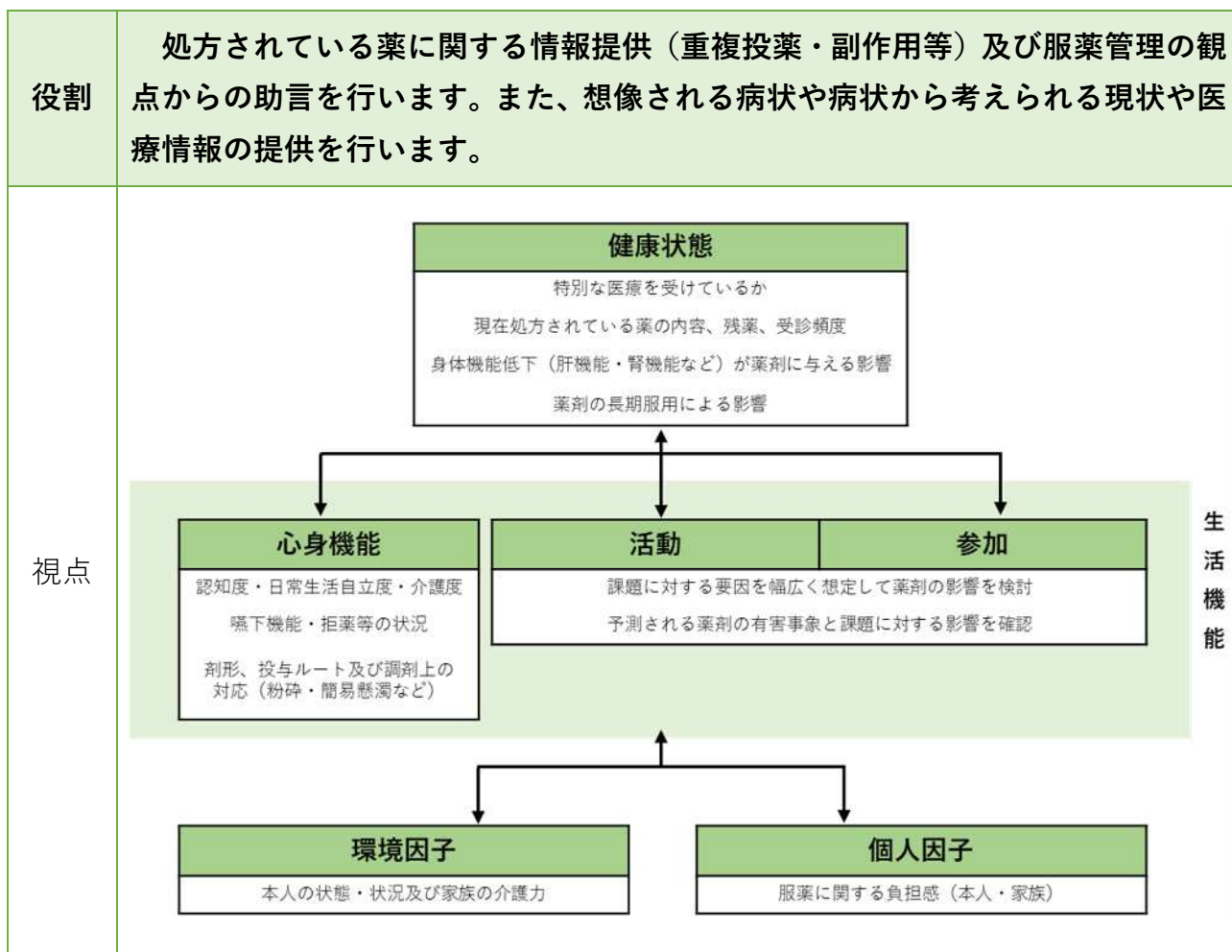
※ 本業務の所管課は、さいたま市介護保険課です。

## 6 専門職の役割・視点





## (1) 薬剤師



### 薬剤についてのポイント

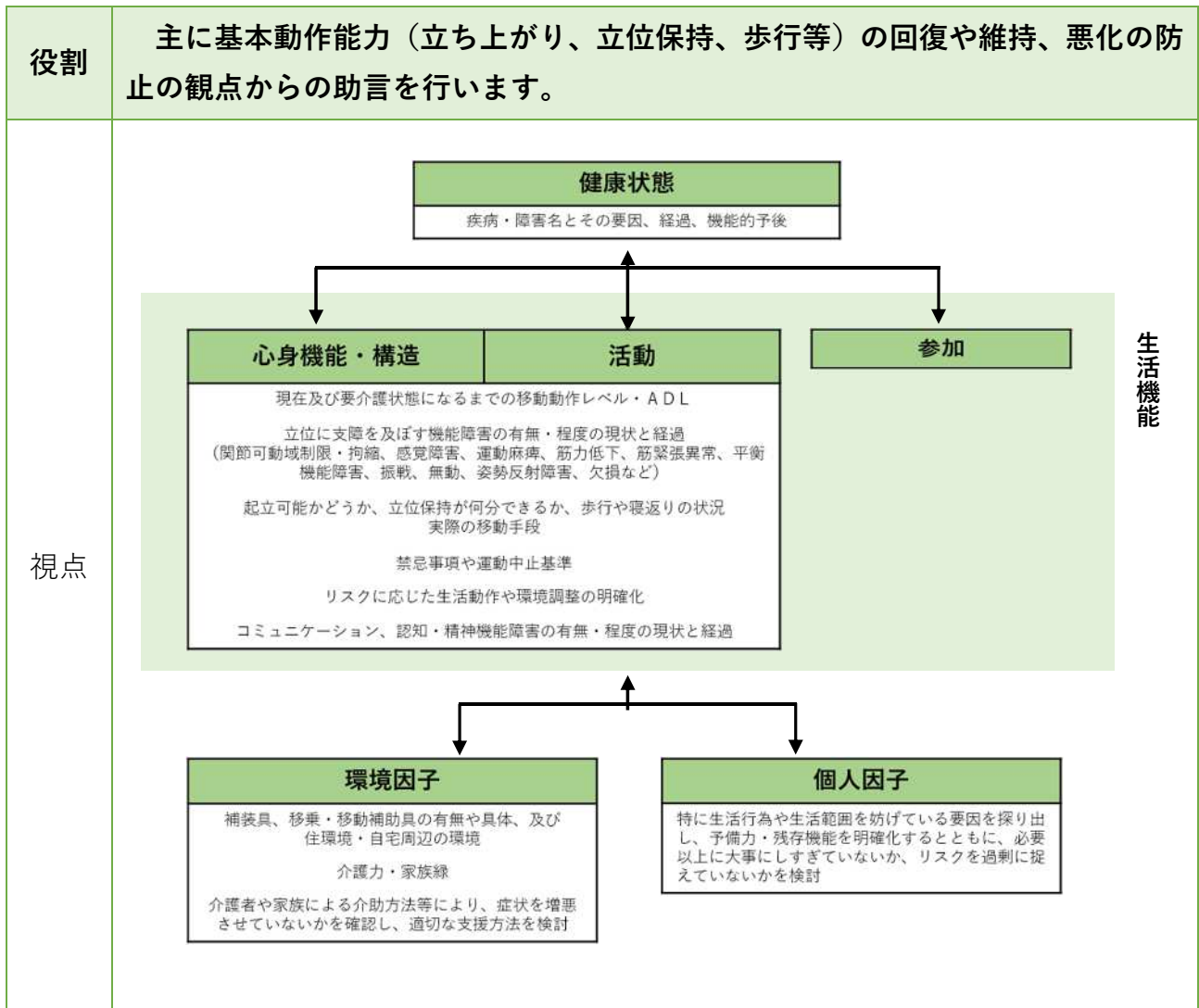
病気の症状に合わせて処方されている薬剤ですが、いくつか基本的知識とポイントをおさえておくとう良いでしょう。

以下の10箇条を参考にしてください。

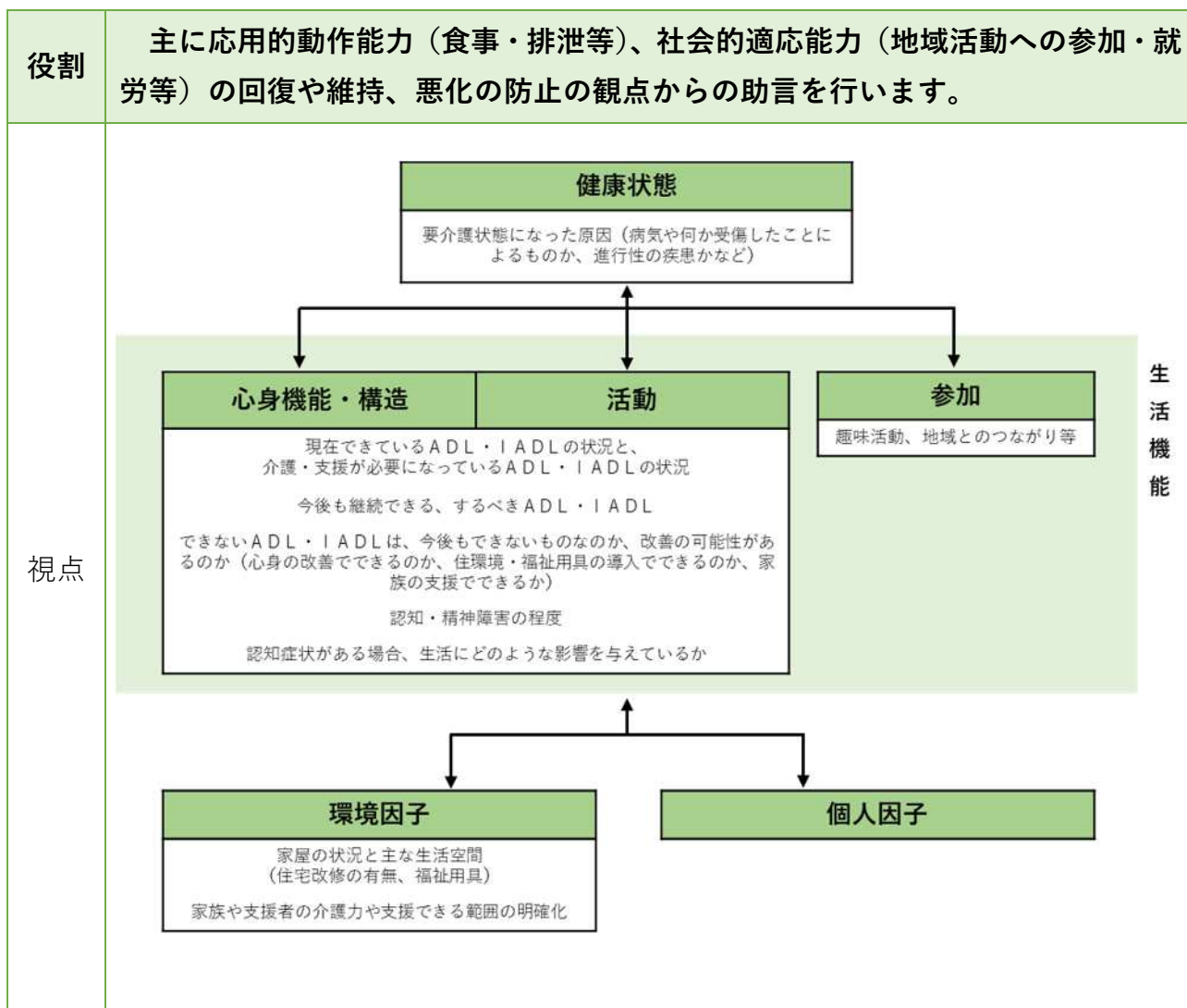
- (1)高齢者にとって服用する薬剤は少ない方が、また一日の服用回数も少ない方が良い場合が多いです。
- (2)家族が介助しやすい時間帯での服用という視点も大事です。
- (3)一回に服用する薬剤を一袋にまとめてもらうようにすると飲み忘れが少なくなります。
- (4)服用後は、口の中に薬剤が残っていないか確認しましょう。
- (5)かかりつけの調剤薬局を持ちましょう。
- (6)「お薬手帳」は必ず薬局へ持参しましょう。
- (7)他の病院や診療所の薬剤もできれば、同じ調剤薬局で調剤してもらいましょう。薬剤の重複投与を防げます。
- (8)副作用は大なり小なり、必ずあります。
- (9)「サプリメント」や「トクホ」はお薬ではありません。
- (10)「総合お薬検索」などスマホのアプリを使用すると薬剤の勉強だけでなく、飲み忘れアラームなども利用できます。

(出典：大分県福祉保健部高齢者福祉課：自立支援ヘルパー実務マニュアル、平成27年12月)

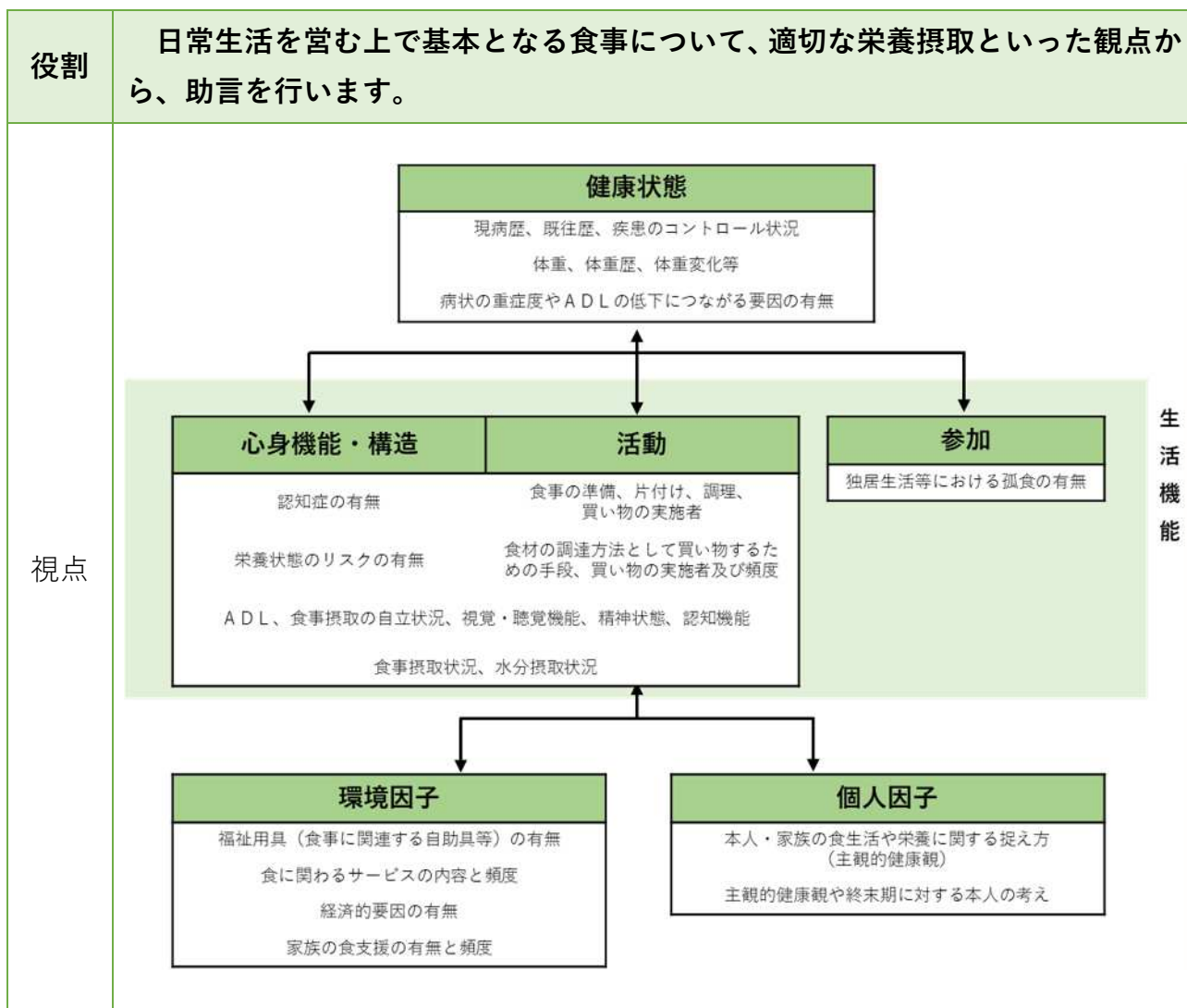
## (2) 理学療法士



### (3) 作業療法士



#### (4) 管理栄養士（栄養士）



## (5) 地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）

役割	介護保険サービス以外で活用できる地域資源の紹介の観点から、助言を行います。
視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 趣味や特技を介した通いの場や日常生活のちょっとした困りごとを支援するサービスの情報を提供します。</li> <li>● 自分が所属する地域包括支援センター以外が事例提供者の場合、原則、会議に助言者として参加します。 * 参加できない場合は、事務局の地域包括支援センター職員が情報等を持ち寄って対応します。</li> <li>● （会議後）必要な資源については、協議体等での検討につなげます。</li> </ul> <p>※ 地域包括支援センターがケアプランを作成している事例については、地域包括支援センター内で日頃から職員同士が連携し、地域資源の活用を検討する等、高齢者の QOL の向上を目指します。</p>

## (6) その他

<p style="text-align: center;">医師</p>	<p>&lt;出席する場合&gt; 病状や障害を把握した上で、医学的な観点から事例の予後予測、対象者の動作や活動についての助言を行います。</p> <p>&lt;出席しない場合&gt; 事例提供者（ケアプラン作成者・介護サービス事業者）が医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前に文書等による情報提供が必要です。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>●医師への確認事項の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・疾病予防・再発予防の観点で注意すべき点について</li> <li>・注目すべき既往歴について</li> <li>・検査値について</li> <li>・上記の点を踏まえた主治医の方針・意見について</li> <li>・体調不良の要因について</li> <li>・専門医の受診の必要性について</li> <li>・BMI や血圧を踏まえた栄養・食事等について</li> <li>・禁忌の指示について</li> <li>・問題のある痛みかどうか</li> </ul> </div> <p>&lt;留意点&gt; かかりつけ医のいる事例については、事例の予後予測や治療方針等について事前に文書等で確認するとともに、地域ケア会議で検討後は検討内容を文書等で報告することが重要です。</p>
<p style="text-align: center;">歯科医師</p>	<p>&lt;出席する場合&gt; 歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言を行い、事例の予後予測を行います。</p> <p>&lt;出席しない場合&gt; 歯科衛生士及び事例提供者（ケアプラン作成者・介護サービス事業者）が歯科医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前にコメントしておくという形で関わることもできます。</p> <p>&lt;留意点&gt; かかりつけ歯科医のいる事例については、事例の予後予測や治療方針等について事前に確認するとともに、地域ケア会議で検討後は検討内容を報告することが重要です。</p>
<p style="text-align: center;">歯科衛生士</p>	<p>口腔衛生の観点からの助言を行います。</p> <p>歯科医師が地域ケア会議に出席することが難しい場合は、事前に歯科衛生士が、歯科医師から歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言や事例の予後予測について情報を得るといった形で連携をとることが求められます。</p>
<p style="text-align: center;">言語聴覚士</p>	<p>主にコミュニケーション（話す）・聴覚（聞く）・摂食（食べる）に障害を抱える事例に対し、各能力の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。</p>

## (参考) 薬剤によるリスク

薬剤	効能	副作用	備考
抗痙攣剤 (テグレトール、デパケン、フェノバルなど)	てんかんなどのけいれんを止める薬です。	精神機能が抑制されるため、傾眠傾向や注意障害が現れることがあります。	薬の量を調整している段階では痙攣発作が現れることもあります。
降圧剤 (ノルバスク、レニペース、ディオバンなど)	血圧を下げる薬です。	血圧が下がりすぎてふらついたり、起立性低血圧などを起こしたりする可能性があります。	効き方が異なる薬剤を複数使用することもあります。
睡眠薬 (レンドルミン、マイスリー、ルネスタなど)		傾眠傾向やふらつきを生じることがあります。とくに転倒には注意が必要です。	
利尿剤 (ラシックス、アルダクトンなど)	浮腫(むくみ)を改善する作用があります。	トイレに行く回数が増えることで、転倒の危険性が増える可能性があります。また、血圧が下がりすぎてふらつきなどが見られることもあります。	
抗認知症薬 (アリセプト、リバスタッチ(貼り薬)、レミニール、メモリーなど)	アルツハイマー型およびレビー小体型の方が適応です。	下痢や元気になりすぎて落ち着かないなどがあります。	飲み込みが悪い人は貼り薬が選択されます。
血液凝固阻止剤 (ワーファリン、エリキュース、プレタールなど)	血栓をできにくくします。	出血時に血が止まりにくくなります。打撲にも注意が必要です。	ワーファリン服用時には、その効果を弱める納豆や青汁、クロレラなど“ビタミン K”を多く含む食物を食べられません。

(出典：大分県福祉保健部高齢者福祉課：自立支援ヘルパー実務マニュアル、平成27年12月)

(参考)「できないことの工程分析」に関する資料

要支援者がしづらくなっている主な生活行為の工程

清掃	ごみ出し	買い物
<ul style="list-style-type: none"> <li>①清掃用具を出す</li> <li>②清掃用具を持ったまま目的場所まで移動する</li> <li>③清掃用具を使用可能な状態にする</li> <li>④ごみやほこりを見つける</li> <li>⑤清掃する (低いところ、高いところ、移動しながら清掃)</li> <li>⑥ごみの処理をする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①ごみを分別する</li> <li>②ごみ出しの日を確認する</li> <li>③家の中のごみを集める</li> <li>④ごみ袋にまとめる</li> <li>⑤ごみ袋の口を閉じる</li> <li>⑥ごみ袋を持って移動する</li> <li>⑦ごみ捨て場まで移動する</li> <li>⑧ごみを捨てる (ゴミ捨て場の扉、ネットの開閉)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①買うものを書き出す</li> </ul> <hr/> <p style="text-align: center;">(店舗へ行く場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①店を決める</li> <li>②店まで移動する</li> <li>③買うものを持って店内を移動する</li> <li>④買うものを確認する</li> <li>⑤支払いをする</li> <li>⑥荷物を持って移動する</li> <li>⑦冷蔵品、冷凍品を冷蔵庫へしまう</li> </ul> <hr/> <p style="text-align: center;">(通信販売などを活用する場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①買うものを選択する</li> <li>②指定の方法で注文する</li> <li>③届いた品を確認する</li> </ul>
食事の支度	洗濯	入浴
<ul style="list-style-type: none"> <li>①食材を準備する</li> <li>②調理の手順を把握し、覚える</li> <li>③食材を洗う</li> <li>④調理器具を準備する</li> <li>⑤食材を切る、皮を剥く</li> <li>⑥調理器具に食材を入れる</li> <li>⑦調理する (焼く、茹でる、電子レンジを使用する等)</li> <li>⑧味見をする</li> <li>⑨盛り付ける</li> <li>⑩火の元を確認する</li> <li>⑪後片付けをする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①衣類を分別する (衣類以外の物を出す等)</li> <li>②洗濯機へ入れる</li> <li>③洗濯機を作動させる</li> <li>④洗剤を適量入れる</li> <li>⑤洗濯機から衣類を出す</li> <li>⑥洗濯物を持って移動する</li> <li>⑦洗濯物を干す (ハンガー、洗濯ばさみに吊るす)</li> <li>⑧洗濯物を取り込む (乾き具合を確認する)</li> <li>⑨洗濯物をたたむ</li> <li>⑩洗濯物を収納する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①浴槽にお湯をはる</li> <li>②タオル等を用意する</li> <li>③お風呂場へ移動する</li> <li>④服を脱ぐ</li> <li>⑤浴室へ移動する</li> <li>⑥湯温を確認する</li> <li>⑦頭・体を洗う</li> <li>⑧浴槽をまたぐ</li> <li>⑨浴槽に浸かる</li> <li>⑩体を拭く</li> <li>⑪服を着る</li> </ul>



# 7 様式集



## 各地域支援個別会議で準備する様式一覧表

(●：必ず使用する書類、△：必要に応じて使用する書類)

書類名等	介護予防		援助困難	特定集中
	初回	モニタリング	ケース	減算
様式1 利用者基本情報	●	●	●	●
様式2 介護予防サービス・支援計画書 (介護サービス計画表) ※1	●	●	△	●
様式3 アセスメントシート	△	△	● (ケアプラン可)	△
様式4 課題整理シート	●	● (事後欄を記入)	●	●
様式5 報告用シート	／	●	／	／
	(会議終了後に必ず作成) (モニタリング会議時は前回会議のものを使用)			
様式6 関係機関用依頼文	△	△	△	△
様式7 基本チェックリスト	△	△	△	△
様式8 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 ※2	△	△	△	△
様式9 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表 ※2	△	△	△	△
様式10 個人情報に関する同意書	／	／	△	／
その他	主治医意見書	●	●	△
	体力測定データ	△	△	△
	お薬手帳の写し(過去3回分程度)	△ ※提出が可能な場合、または栄養管理が必要な疾患を有する場合		
	各種検査データ			
	体重の経過記録			
	興味・関心チェックシート			
	食事記録(朝、昼、夕)等の補完資料			

※1 「要介護」の場合は「介護サービス計画書」とする

※2 「要介護」の場合は「居宅介護支援経過記録」及び「評価表」とする

(その他参考)

- ・「興味・関心チェックシート」：日本作業療法士協会または厚生労働省のホームページを参照
- ・会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業：多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～
- ・さいたま市ホームページ：特定事業所集中減算の届出について(居宅介護支援事業所)

様式 1 (利用者基本情報)

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ( )	来 所・電 話 その他 ( )	初 回 再来 (前 / )	
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・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度 ) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 ( ) 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			<b>家族構成</b> ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
	友人・地域との関係				

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 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があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名 印

様式2 (介護予防サービス・支援計画書 (介護サービス計画表))

介護予防サービス・支援計画書 (介護サービス計画表)

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

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

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

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

目標とする生活

1 日							1 年		支援計画				
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画						
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス (民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス種別	事業所 (利用先)	期間	
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )						
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )						
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )						

健康状態について

主治医意見書、検診結果、監察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病のポイント

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	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5

地域包括支援センター	【意見】
	【意見】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

\_\_\_\_\_ 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

様式3 (アセスメントシート)

アセスメントシート

要介護度		有効期限	
検討テーマ			
本人の意向			
家族の意向			
自立できていない 生活状況 (ADL・IADL・疾病管理・ 経済状況等)			
個人因子 (自立できていない 生活状況の理由)			
環境因子 (自立できていない 生活状況の理由)			
健康状態			
経済的環境 及び自立度			
問題点 課題			
支援計画  短期 1～3 か月 中期 3～6 か月 長期 6 か月～1 年	(短期・中期目標・支援内容)  (長期目標・支援内容)		

※箇条書きにすること

記入日 年 月 日 記入者

様式4 (課題整理シート)

課題整理シート

氏名			調査日		事前	
					事後	
	内 容	事前	事後予測	事後	備 考	
心身機能・構造	食事					
	排泄					
	口腔ケア					
	睡眠					
	認知					
	行動・心理症状					
	褥瘡・皮膚の問題					
活動	室内移動					
	屋外移動					
	服薬					
	入浴					
	更衣					
	掃除					
	洗濯					
	買物					
	調理					
	整理・物品の管理					
	金銭管理					
	コミュニケーション能力					
参加	外出頻度					
	社会との関わり					
環境	介護力					
	居住環境					

<判定基準>

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

ケアプランを簡潔に説明し、会議で協議したいポイントをまとめるもの。

様式4 (課題整理シート)

【記入の手引き (介護予防のための地域支援個別会議初回会議時)】

氏名	調査日	事前		事後		■年■月■日
		事後予測	事後	備考		
心身機能・構造	食事	△1	○2			モニタリング実施時に記載。
	排泄	○1				
	口腔ケア	○1				
	睡眠	○1				
	認知	○1				
	行動・心理症状	△1	○2			
	褥瘡・皮膚の問題	○1				
活動	室内移動	△1	○2			ふらつきあり、つたい歩き
	屋外移動	△2	○2			杖歩行
	服薬	○2				
	入浴	○2				
	更衣	○2				
	掃除	○2				
	洗濯	○2				
	買物	×1	△1			ヘルパーへ依頼
	調理	○2				揚げ物が好きで、量を気にしている。
	整理・物品の管理	△1	○2			
	金銭管理	△1				銀行は家族に依頼
	コミュニケーション能力	○1				
参加	外出頻度	○2				
	社会との関わり	○1				家族はデイサービスにもっと行ってほしい
環境	介護力	○2				
	居住環境	○1				

ケアプラン作成時に調査をした時点の状態を記載。  
※初回の会議提出前に改めて調査をした場合は、その時点の状態を記載。

必要な援助を利用した時点の予測を主観で記載。

補足説明等を簡潔に記載。

モニタリング実施時に記載。

全部の項目を埋める必要はありません。

<判定基準>

時間がかかっても安全に自立してできる場合。

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



会議・モニタリング報告用シート

開催日	時間		～	事例	事例目
ケース名	介護度			圏域	
会議の目的	※モニタリングの場合（ 回目）			事例提供者	
参加所属	職種	氏名	参加所属	職種	氏名
ケースの概要					
<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 疾患	<input type="checkbox"/> 支援拒否	<input type="checkbox"/> 家族問題	<input type="checkbox"/> 経済困難
<input type="checkbox"/> その他（ ）					
生活課題としてあがった事項					
<input type="checkbox"/> 室内移動	<input type="checkbox"/> 屋外移動	<input type="checkbox"/> 外出頻度	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 口腔ケア
<input type="checkbox"/> 睡眠	<input type="checkbox"/> 服薬	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 更衣	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/> 洗濯
<input type="checkbox"/> 買物	<input type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/> 整理・物品の管理		<input type="checkbox"/> 金銭管理	
<input type="checkbox"/> コミュニケーション能力		<input type="checkbox"/> 認知	<input type="checkbox"/> 社会との関わり		
<input type="checkbox"/> 褥瘡・皮膚の問題		<input type="checkbox"/> 行動・心理症状		<input type="checkbox"/> 介護力	<input type="checkbox"/> 居住環境
会議で出た助言等					
ケアプランまたは支援計画の変更概要					
ケアプランまたは支援計画 <input type="checkbox"/> 変更した（別紙ケアプラン参照） <input type="checkbox"/> 変更しない					

優先 順位	課題	具体策・対応	担当	期間
モニタリング：      か月後（      年      月頃）				

管理しやすいように記載。

会議・【記入の手引き (介護予防のための地域支援個別会議初回会議時)】

開催日	2022年4月1日		時間	13:15 ~ 14:00		事例	1 事例目	
ケース名	A・A	75歳	男性	介護度	01要支援1		圏域	01西区北部
会議の目的	初回 ※モニタリングの場合 ( 回目)			事例提供者	地域包括支援センター			
参加所属	職種	氏名		参加所属	職種	氏名		
理学療法士会	理学療法士	〇〇 〇〇		△△△△	センター長 (可会)	〇〇 〇〇		
作業療法士会	作業療法士	〇〇 〇〇		△△△△	ケアマネジャー	〇〇 〇〇		
薬剤師会	薬剤師	〇〇 〇〇		◇◇◇◇		〇〇 〇〇		
栄養士会	栄養士	〇〇 〇〇		高齢介護課	□□	〇〇 〇〇		
△△△△	地域支え合い推進員	〇〇 〇〇		高齢介護課	□□	〇〇 〇〇		

ケースの概要 地域支え合い推進員が出席していたら記載。

- 独居     認知症     疾患     支援拒否     家族問題     経済困難  
 その他 ( )

生活課題としてあがった事項

- 室内移動     屋外移動     外出頻度     食事     排泄     口腔ケア  
 睡眠     服薬     入浴     更衣     掃除     洗濯  
 買物     調理     整理・物品の管理     金銭管理  
 コミュニケーション能力     認知     社会との関わり  
 褥瘡・皮膚の問題     行動・心理症状     介護力     居住環境

会議で出た助言等

初回の個別会議に出席した助言者と、モニタリング会議に出席する助言者が一致するとは限らないため、モニタリング会議で使用することを前提に簡潔に作成する。

【記入項目例】

- <事例概要>  
 当該ケースの概要、検討課題、目標等
- <助言者からの質問>  
 (理学療法士) (作業療法士) (薬剤師) (栄養士) (地域支え合い推進員)
- <助言>  
 (理学療法士) (作業療法士) (薬剤師) (栄養士) (地域支え合い推進員)
- <まとめ>  
 助言を受けて、今後の対応や目標等

ケアプランまたは支援計画の変更概要

- ケアプランまたは支援計画     変更した (別紙ケアプラン参照)     変更しない

優先順位	課題	具体策・対応	担当	期間
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">           現ヶアプラン期間を目安に設定         </div>				
モニタリング：	9 か月後（ 2023年1月 頃）			

**(参考) 管理番号のつけ方**

- ・【会議日付】 - 【開催区】 - 【圏域】 - 【会議日の何番目の会議】とする。

例) 【会議日付】2022年4月1日 【開催区】西区 【圏域】西区北部圏域 【何番目の会議】1事例目  
→ 220401-01-01-01

【会議日付】2023年3月31日 【開催区】岩槻区 【圏域】岩槻区南部圏域 【何番目の会議】3事例目  
→ 230331-10-27-03

- ・開催区及び圏域番号は以下の番号を使用する。

**【開催区】**

西区：01 北区：02 大宮区：03 見沼区：04 中央区：05 桜区：06 浦和区：07 南区：08  
緑区：09 岩槻区：10

**【圏域】**

西区北部：01 西区南部：02 北区北部：03 北区東部：04 北区西部：05  
大宮区東部：06 大宮区西部：07 見沼区北部：08 見沼区東部：09 見沼区西部：10 見沼区南部：11  
中央区北部：12 中央区南部：13 桜区北部：14 桜区南部：15  
浦和区北部：16 浦和区東部：17 浦和区中部：18 浦和区南部：19  
南区東部：20 南区中部：21 南区西部：22 緑区北部：23 緑区南部：24  
岩槻区北部：25 岩槻区中部：26 岩槻区南部：27

様式6 (関係機関用依頼文)

年 月 日

様

地域包括支援センター ○○○○  
センター長 ○○○○○

さいたま市地域支援個別会議の開催について (依頼)

日頃より、地域包括ケアシステムの推進ならびに地域包括支援センター事業につきまして、多大なる御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

このたび、地域支援個別会議を下記のとおり開催いたします。つきましては、お忙しいところ誠に恐縮ですが、職員の出席につきましてご配慮下さいますようお願い申し上げます。

1. 日時 ○○年 ○月 ○○日 (○)  
○○○時○○分から○○時○○分
2. 場所 ○○○○○○○○
3. 内容 事例検討  
(ケースのタイトル及び検討の方向性の概要等)

問い合わせ先  
地域包括支援センター○○○○  
担当： ○○○○

TEL ○○○-○○○-○○○○  
FAX ○○○-○○○-○○○○

様式7 (基本チェックリスト)

基本チェックリスト

記入日： 年 月 日 ( )

氏名	住所	生年月日		
希望するサービス内容				
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	
12	身長           cm       体重           kg       (BMI =           ) (注)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ	
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ	

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

① 様式第一の質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12 の 2 項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

(注) この表における該当 (No.12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No.12 に限る。) とは、 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$  が 18.5 未満の場合をいう。

## 様式7（別紙）基本チェックリストの考え方

### 【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

質問項目		質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
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	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。



11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
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	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
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	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	



様式9 (介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表)

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業) サービス評価表

評価日 \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

61

総合的な方針	地域包括支援センター意見	
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

## 様式 10（個人情報に関する同意書）

### さいたま市地域支援個別会議 個人情報保護に関する同意書

私は、さいたま市 区 部圏域地域包括支援センター が、  
年 月 日に開催する「地域支援個別会議」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 「地域支援個別会議」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 「地域支援個別会議」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。「地域支援個別会議」が終了した後においても同様に秘密を保持いたします。

#### （厳重な保管及び搬送）

第3 「地域支援個別会議」に関して知り得た個人情報の漏えい、改ざん、滅失、き損その他の事故を防止するため、個人情報の厳重な保管及び搬送に努めます。

#### （目的以外の利用等の禁止）

第4 「地域支援個別会議」に関して知り得た個人情報について、「地域支援個別会議」以外の目的での使用又は第三者への提供はいたしません。

#### （複写及び複製の禁止）

第5 「地域支援個別会議」に関して知り得た個人情報を複写又は複製いたしません。

#### （事故発生時の報告義務）

第6 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7 「地域支援個別会議」が終了したときは、「地域支援個別会議」に関して知り得た個人情報を、速やかに主催者に返還し、又は漏えいを来さない方法で確実に処分します。

#### ○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

所属機関または本人との関係

氏 名



(参考様式) 地域支援個別会議出欠席票

〇〇〇年〇〇月〇〇日

<宛先> 様

地域包括支援センター〇〇〇〇〇〇  
地域支援個別会議出欠席票

出席 ・ 欠席

恐れ入りますが、〇月〇日 (〇) までに御連絡ください。

所 属	_____
開催日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇)
出席者氏名	_____ _____ _____

宛 先 地域包括支援センター<包括名称> <担当者氏名>  
電 話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  
F A X 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

## 食事記録票 (名前: \_\_\_\_\_)

	記載例	/ ( )	/ ( )	/ ( )
<b>朝食</b>	7時20分頃	時 分頃	時 分頃	時 分頃
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・みそ汁 (豆腐・ネギ)</li> <li>・ご飯 (1杯・並盛)</li> <li>・焼き魚 (鮭・一切れ)</li> <li>・おひたし (小松菜) (小皿・並盛)</li> </ul>			
<b>昼食</b>	12時40分頃	時 分頃	時 分頃	時 分頃
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カレーライス (中皿・並盛)</li> <li>・温野菜 (人参・じゃがいも・キャベツほか) (小皿・少量)</li> <li>・牛乳 (2杯)</li> </ul>			
<b>夕食</b>	19時00分頃	時 分頃	時 分頃	時 分頃
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・豚のしょうが焼き (中皿・3切れ)</li> <li>・筑前煮 (小皿・少量)</li> <li>・ご飯 (小)</li> <li>・ビール (1缶)</li> </ul>			
間食	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>昼食前</b>                      ・お茶2杯                      ・菓子 (せんべい1枚)                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>夕食前</b>                      ・果物 (リンゴ半分)                      ・紅茶 (1杯)                      ・サプリメント (鉄分)                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>就寝前</b>                      ・水 (500ml)                 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>昼食前</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>夕食前</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>就寝前</b> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>昼食前</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>夕食前</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>就寝前</b> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>昼食前</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>夕食前</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>就寝前</b> </div>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・卵アレルギーあり</li> <li>・生野菜を好まない</li> </ul>			

\* 本記録票は参考様式です。本参考様式のほか、食事を撮影した写真等を資料としてご使用いただいても構いません。

(参考様式1) 特定事業所集中減算における正当な理由に係る理由書

特定事業所集中減算における正当な理由に係る理由書

私は次のサービスの利用にあたり、次の事業所が提供するサービスの質が高いと思うため、当該事業所が提供するサービスを受けることを希望します。

被保険者番号					理由書記入日	年	月	日	
フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日
氏名					性別	男	・	女	
住所	〒								
要介護状態区分	要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5					
サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問看護介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護  ※下線は医療系サービス ※特定入居者生活介護・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護・看護小規模多機能型居宅介護は利用期間を定めて行うものに限る。								
サービス提供法人名									
サービス提供事業所									
サービスの質が高いと思う理由									



(参考様式2) 特定事業所集中減算に係る意見・助言についての調書

特定事業所集中減算に係る意見・助言についての調書

(宛先) さいたま市長

所在地  
届出者 法人名称  
代表者氏名

地域支援個別会議において、サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案し、支援内容について意見・助言を求めましたので、届出いたします。

1 指定居宅介護支援事業所

介護保険事業所番号									
事業所名称									
事業所所在地									

2 地域支援個別会議

開催日時	年 月 日 ( ) 時 分 から 時 分まで
開催場所	

3 サービス提供事業者

サービス種類	
事業者(法人)	

4 被保険者及び支援内容に関する意見・助言

番号	被保険者番号	被保険者名	意見・助言の概要
1			
2			
3			
4			
5			

<地域包括支援センター記載欄>

上記のとおり、支援内容についての意見・助言をしたことを証明します。

証明日	年 月 日
地域包括支援センター名称	
代表者氏名	
担当者氏名	

## 参考文献

- ・厚生労働省老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き（Ver.1）  
平成 29 年 3 月
- ・埼玉県：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  
平成 29 年 3 月
- ・埼玉県：事業所向け自立支援マニュアル 平成 30 年 2 月
- ・大川弥生：「よくする介護」を実践するための ICF の理解と活用―目標指向的介護に立って 中央法規出版株式会社 平成 21 年
- ・大分県福祉保健部高齢者福祉課：自立支援ヘルパー実務マニュアル 平成 27 年 12 月
- ・株式会社ライフリー：生活課題分析マニュアル 平成 29 年 11 月（第 3 版）
- ・平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業：多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～

## 改訂履歴

平成 26 年 3 月 初版

平成 31 年 4 月 改訂（地域ケア会議の充実に向けた検討部会※）

令和 3 年 4 月 改訂（地域ケア会議の充実に向けた検討部会）

令和 4 年 4 月 改訂（地域ケア会議の充実に向けた検討部会）

令和 6 年 3 月 改訂（地域ケア会議の充実に向けた検討部会）

※本手引きの改訂にあたり、本市「地域ケア会議の充実に向けた検討部会」委員として、包括・在支総合支援センター（さいたま市社会福祉協議会）や地域包括支援センターをはじめ、多くの方に御協力をいただきました。