

三田市

『地域ケア会議』実施運用 ガイドライン



令和8年5月

目次

1	地域ケア会議の定義	P 3
2	地域ケア会議の目的	P 3
3	地域ケア会議の機能	P 3
4	三田市における地域ケア会議	P 4
5	個人情報の保護について	P 6
6	各会議の実施手順について	P 7
	1. 地域ケア個別会議	
	(1) 課題解決型地域ケア会議	P 7
	(2) 自立支援型地域ケア会議	P 8
	※資料確認の視点	P12
	2. 圏域別地域ケア会議	P21
	3. 地域ケア推進会議	P22
	参考資料（助言者の役割と助言のポイント）	P 23
	様式集	P 32

1 地域ケア会議の定義

地域ケア会議は、医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボランティアなどの多様な関係者が適宜協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とするものです。

2 地域ケア会議の目的

- (1) 個別ケースの支援内容の検討を通じた、
 - ①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
 - ②高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
 - ③個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握
- (2) 地域づくり、資源開発並びに政策形成など、地域の実情に応じて必要と認められる事項
(「地域包括支援センターの設置運営について」厚労省通知)

3 地域ケア会議の機能

- (1) 個別課題の解決
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、介護支援専門員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) 地域包括支援ネットワークの構築
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) 地域課題の発見
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
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、地域に必要な資源を開発する機能
- (5) 政策の形成
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

(「地域包括支援センターの設置運営について」厚労省通知)

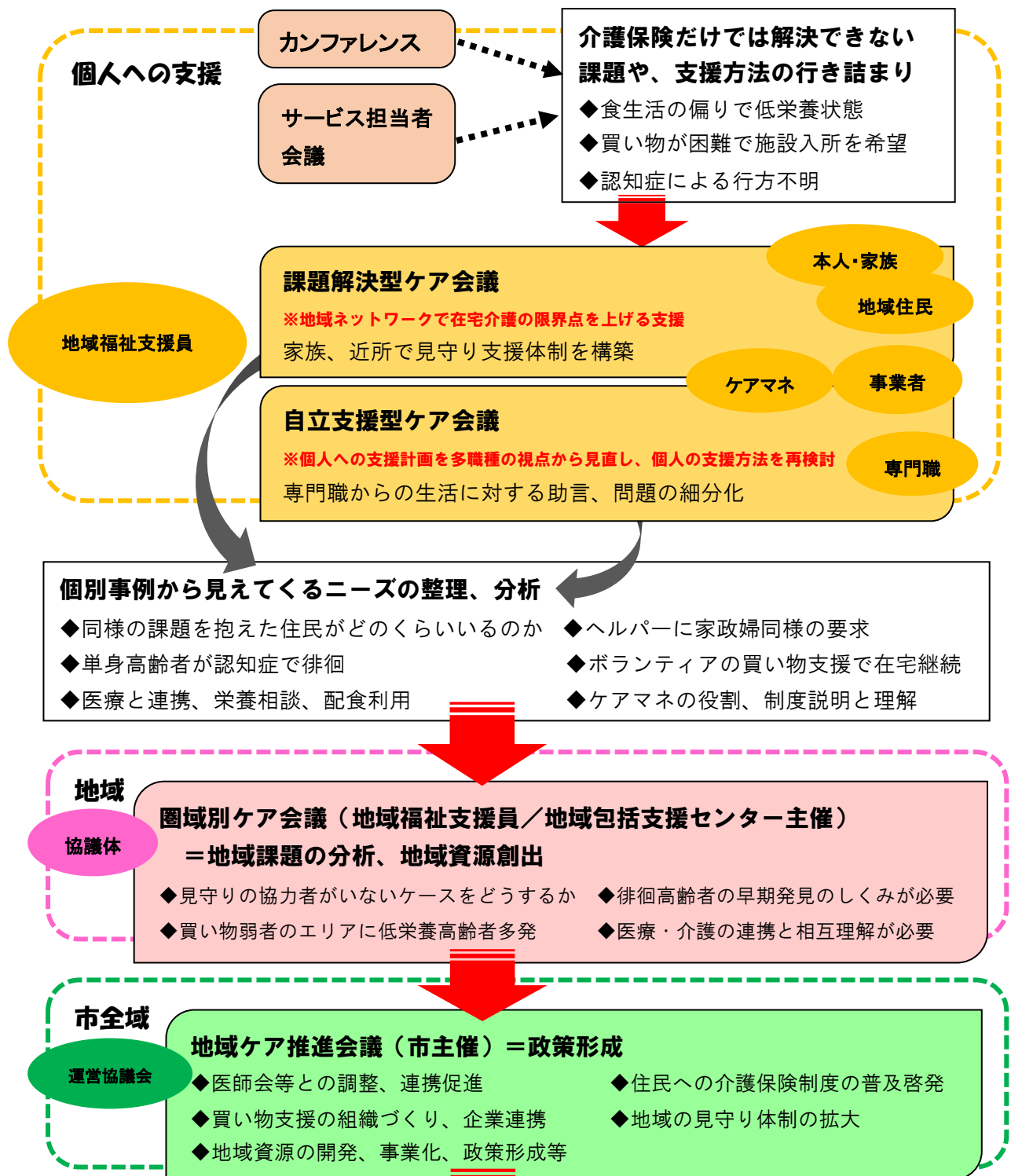
4 三田市における「地域ケア会議」

三田市における「地域ケア会議」は、下表のとおりとなります。

＜三田市の地域ケア会議＞

対象	名称	内容	主催	開催頻度
個人	課題解決型 地域ケア会議	個別ケース検討を通して、 ●利用者の個別課題の解決を目指す。 ●課題解決に必要なネットワークを構築する。 ●個別課題の背景にある、地域課題を分析する。	担当地区の 地域包括支援 センター	必要に応じて 開催 ※回数の取り 決めはなし。 必要があれば 地域において 開催する。
	自立支援型 地域ケア会議	個別ケース検討を通して、 ●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を支援する。 ●課題解決のためのネットワークを構築する。 ●課題分析を行うことにより、地域課題を発掘する。	三田市地域包 括支援センタ ー（基幹型）	年間7回開催 予定、1回に つき2事例の 地域ケア会議 を実施
圏域	圏域別 地域ケア会議 （第2層協議体）	地域内での個別事例を分析することにより、地域における課題を整理・把握し、その解決策について検討する。	（第2層） 地域福祉支援 員／地域包括 支援センター	年1回程度 ※協議体の活 動内で実施
市域	地域ケア 推進会議 （第1層協議体）	圏域ごとに確認された地域課題を整理し、市全体の施策として必要なことを検討する。最終的に、政策への反映につなげる。	三田市	年1回程度 ※高齢者・介 護審議会

< 個別課題から地域課題の発見、政策形成への流れ（例） >



5 個人情報保護について



地域ケア会議では、個人情報を含んだ個別ケースを扱う場面があります。

個人情報保護の目的は、「個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護すること」にあることから、個人の利益を最大限尊重しながら、個人情報の保護と活用のバランスをとることが求められます。

地域ケア会議における個人情報の取り扱いには、以下の点に注意してください。

地域ケア会議を開催するにあたり、個人情報を使用する際は、原則として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す。

また、個人情報を使用する地域ケア会議の参加者には、あらかじめ地域ケア会議で知り得た個人情報の秘密保持について（様式1）により誓約していただきます。

介護保険法第115条の48 第1項第5号

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 各会議の実施手順について

1. 地域ケア個別会議

(1) 課題解決型地域ケア会議

- ◆内容：公的サービスでは支援困難な個別支援対象者等に対しての、具体的な支援方法等を検討します。

例) サービス未利用で支援を要する高齢者等への対応、周辺住民が困っている事例、支援のための資源や環境整備が必要な事例、高齢者の心身の健康や権利が侵害されている事例 など

- ◆主催：地域包括支援センター

- ◆開催頻度：不定期

地域包括支援センターの判断で必要に応じて開催

- ◆参加者：司会者 … 地域包括支援センター職員

関係者 … 対象者の家族、ケアマネジャー、介護保険等サービス事業所の担当者、民生委員、自治会長、地域住民等

助言者 … 必要に応じて専門職等に依頼

※司会・進行は地域包括支援センター職員が担当

※その他のメンバーについては、開催するケースの内容によって、主催者である支援センターの判断で決定

※参加者は地域ケア会議（個別会議）に係る個人情報に関する誓約書（様式1）にサインをする。

- ◆会議後の報告等

	地域包括支援センター	参加者（助言者）	備考
会議録作成	会議録（様式5）を作成し、市（・参加者）へ送付（個人を特定できないように処理する）	会議録の受取	会議後おおよそ2週間後までに作成
謝礼金支払い	必要に応じて助言者へ謝礼金支払	謝礼金の受取	翌月末までに支払

※圏域別ケア会議開催にあたって会議録の提供が必要となる場合は、個人を特定できないように処理した上で、情報提供を行うものとする。

(2) 自立支援型地域ケア会議

- ◆内容：①要支援者の自立支援を目指すケアプランについて、専門職による助言をもとに内容を検討する。
- ②訪問介護（生活援助中心型）の回数が規定を超えているケアプラン、福祉用具の適切な利用について、専門職の助言をもとに内容を検討する。

※この会議の目的は、「当該高齢者に相応しい自立の姿」実現ために必要な支援のあり方の検討であり、サービスの利用抑制ではありません。当該高齢者に必要なサービスを利用することで「自立」につながるように、それぞれの専門職とともに検討を行うものです。

- ◆主催：市・地域包括支援センター（司会）
- ◆開催頻度：年間7回程度
スケジュール…年間7回程度開催
※1回につき、2件のケアプランを協議(1件:1H、計2H)
- ◆参加者：議題提供者 … ケアプラン作成者
(※地域包括支援センター・居宅介護支援事業所に依頼)
事業所 … 上記プランに関わる介護保険サービス事業所に必要に応じて参加を依頼
助言者 … 薬剤師、地域包括支援センター職員（担当地区外）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、主任介護支援専門員

<議題となる事例の選定方針について>

- ① 事業所を選定し、担当しているケアプランについて、自立につながるよう専門職とともに検討を行う。
- ② 訪問介護（生活援助中心型）の回数が規定を超えているケアプランについて、作成者のケアマネジャーを市から指定し、所定の日程に参加していただきます。（※必要に応じて実施を検討）

※自立支援型地域ケア会議の会議資料は、氏名・生年月日・住所等の情報を個人が特定されないように加工・修正した上で使用します。なお、利用者が暮らす地区（個人情報が入らない範囲）は地域課題・資源の把握につながるため、記載しておきます。

◆事前の提出物：

①議題提供の担当者

情報			情報収集・資料作成者	
			プラン 作成者	サービス 事業所
A	利用者に関する 情報	利用者の基本情報（性別、年齢、 要介護度、自立度、家族構成、 既往歴等）※様式2	○	
B	アセスメント情 報	課題分析概要※様式3 課題整理総括表※様式4	○	
C	ケアプラン	ケアプラン ・ 居宅サービス計画書 ・ 週間サービス計画表 ・ サービス担当者会議の要点 ・ チェックリスト など	○	
D	提供されている サービスの情報	個別サービス計画書		○
E	その他	お薬手帳（複写）など	○	

※様式2～4は参考ですので、事例提供者が使用している台帳やアセスメントシート等で代用していただいて結構です。ただし、個人情報に配慮し、固有名詞は記載しないでください。

※様式を代用する場合、様式2の事例提出理由は必ず記載してください。

②訪問介護（生活援助中心型）の回数チェックによる参加者

情報			情報収集・資料作成者	
			プラン 作成者	訪問介護 事業所
A	利用者に関 する情報	利用者の基本情報（性別、年齢、要介 護度、自立度、家族構成、既往歴等）	○	
B	ケアプラン	ケアプラン（個別支援計画表）	○	
C	理由書	様式	○	
D	その他	訪問介護の個別援助計画など		○

<事例の選定>

事例は指定した事業所と基幹型包括支援センターで相談・協議し決定する。
ただし、担当期間は1年以内の事例とし、困難事例は選定しないように注意する。

◆会議前後の流れ

＜会議までのスケジュール＞

	市、地域包括支援センター	司会者	議題提供者（サービス事業者）	助言者（専門職）
会議 3週間前	<input type="checkbox"/> ケアプランの選定 <input type="checkbox"/> 会議資料作成依頼		<input type="checkbox"/> 会議資料の作成 <input type="checkbox"/> 事例提供者はサービス事業者との調整	
資料提出〆切 参加者確定	（会議2週間～10日前まで）			
会議 約10日前	<input type="checkbox"/> 資料の受取・確認 <input type="checkbox"/> 次第の作成 <input type="checkbox"/> 会議資料の関係者への送付			
会議1週間前		<input type="checkbox"/> 会議資料の受取、読み込み		<input type="checkbox"/> 会議資料の受取、読み込み
会議当日	全員参加			

＜当日の進め方＞（1回あたり、2件のプランについて話し合いを行う）

	市・地域包括支援センター	ケアマネジャー	サービス事業所	助言者	備考
準備	会場準備				※座席表を参加者に配布
受付	受付 資料配布				※受付と同時に個人情報に係る同意書に署名をもらう。
会議	司会 進行	資料の説明	資料の説明	議題に対する 意見、助言	※ホワイトボードに板書する。
会議後	資料回収 片づけ				※事例資料は処分

タイムスケジュール（1件事例あたり60分とし、2事例を協議）

	開始前	会場準備・資料準備	
1 事 例 目	13:30～13:35（5分程度）	開会（あいさつ・資料確認）	
	13:35～13:45（10分程度）	事例紹介（提案した理由及び事例の概要を基本情報、アセスメントシート、ケアプランにより説明）	基幹型包括 事例提出者
	13:45～14:10（25分程度）	質疑応答（利用者理解を深める質問、事例提出者が考えやすいように必要な場合は質問の意図も伝える。）	
	14:10～14:25（15分程度）	助言（各専門の見地から）	各専門職
	14:25～14:30（5分程度）	助言内容実行の難易度（対象者の受け入れ）及びまとめ（事例提出者の気づき及び今後の対応等）	事例提出者
	14:30～14:40（10分程度）	トイレ休憩、事例提出者交代	
2 事 例 目	14:40～15:40（60分程度）	開会（5分）⇒事例紹介（10分）⇒質疑応答（25分）⇒助言（15分）⇒助言実行の難易度とまとめ（5分）	各役割
	終了後	地域につながりそうな課題をピックアップ	
		基幹型包括	

<会議後の報告等>

	市・地域包括支援センター	参加者・助言者	備考
会議録作成	会議録(様式6)を作成し、参加者へ送付	会議録の受取	会議後2週間を目途に作成・送付
謝礼金支払い	必要に応じて助言者へ謝礼金支払	謝礼金の受取	翌月末までに払い

◆地域ケア会議後のモニタリング等

自立支援型地域ケア会議において、高齢者本人の身体機能や生活状況の維持・向上の視点から専門職とともに検討を行った結果、ケアプランの変更案がある場合は、基本的に担当ケアマネジャーが対象高齢者に説明を行うこととなりますが、必要に応じて担当地域包括支援センターの職員も説明に協力をしてください。

説明を行った結果、高齢者本人が納得・同意された場合は、ケアプランの見直しを行ってください。

また、モニタリングとして、会議後3カ月を目処に基幹型包括から①対象高齢者の地域ケア会議後の状況、②ケア会議での検討時に不足していたアセスメント情報、③会議での検討に基づく対応結果（サービス利用状況、プラン変更の有無等）について担当ケアマネジャーに確認を行います。（会議記録「様式7」に記載する。）

※資料確認の視点

以下に示す様式は、例として掲載しております。

様式集に様式2「基本情報」、様式3「課題分析概要」、様式4「課題整理総括表」を作成しておりますが、必ずしもこの様式を使用する必要はありません。各事業所等において利用しているフェイスシート等で代用できる場合は、その提出をもって基本情報の提出とします。

各資料を読み込む際のポイントを掲載しますので、実際のケア会議参加の際に参考としてください。

（出典）「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～地域ケア会議等を活用したケアマネジメント支援のために～」P17～P26

資料確認の視点

基本情報

(様式2)

受付日	令和 年 月 日	受付者	受付方法	電話・来所・
事例提出理由	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 事例を選んだ理由を具体的に記入する。 ✓ 特に専門職に聞きたい内容があれば合わせて記入すること 			
利用者名	性別	生年月日		
住所	電話番号			
主訴	【相談内容】	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 性別、年齢、日常生活自立度の尺度などから、本人の状況をイメージする。 ✓ 住居や経済状況といった環境も重要な要素である。 ✓ 本人の介護以外にも家族のニーズがないか配慮する。 ✓ 介護者がいる場合には、心身に負担感が生じていないか、独居の場合には近隣等からの支援(見守り等)が得られているかどうかなど周囲の状況にも配慮する。 		
	【本人・家族の要望】	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 主訴や要望は利用者や家族から得られたありのままの表現で具体的に記載されているかどうか確認し、利用者や家族がサービス利用を通してどのような生活を送りたいと考えているか把握する 		
生活歴・生活状況	〈生活歴〉	〈家族関係〉		
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 職歴や地域との交流など本人がこれまでどのような生活を送ってきたか、現在どのような生活を送っているかを把握する 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 同居家族だけではなく、支援を行っている別居家族や影響がある親族も、関係の強弱も含ジェノグラムから把握する ✓ キーパーソンの決定権や影響力の強弱について確認する。 		
病歴	〈経過・病歴等〉	〈主治医/口腔衛生士、内科、リハビリの指示があれば記載すること		
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 既往歴と現病名、治療を行った医療機関を確認し疾患の経過状況を把握する。 ✓ その他の疾患の記載漏れの可能性がないかを確認する。 			
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度		
	自立・J1	Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・M		
認定情報	未申請・	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 認定調査票や主治医意見書等から転記されているか、課題分析(アセスメント)概要と異なっていないかを確認する。 ✓ 記載された評価が最新の情報であるかを確認 		
サービス利用のきっかけ				
現在利用しているサービス	家屋状況・居室の状況			

✓ 病名や既往歴だけでなく、治療の方針や状況、疾患の症状や痛みの有無について把握するため、利用者やかかりつけ医からの情報を把握する。日々の生活状況を確認し、水分摂取量・睡眠状況・食事量等を含め、健康管理上、必要な情報を把握する。

課題分析

✓ ADL, IADLの項目ごとに介護の要否を確認する。また支援は具体的に誰がどのように行っているかも把握する。
 ✓ 利用者の状態、周囲の環境の両方からアセスメントされているか確認する。
 ✓ 疾患との因果関係も考慮し把握する。
 ✓ 利用者が認知症や精神疾患等で十分に意思伝達ができない場合、観察や家族又は関係者からの聞き取り情報を得るなどして把握する。

健康状態		
ADL	※リハビリの必要性及びリハビリの内容は記載する	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人が問題行動を起こす時のくせや傾向を家族や支援者から情報を得て把握する。 ✓ 家族の認知症への理解度や利用者の認知症に関する病気の受容がどの程度できているかを把握する。
IADL	※服薬及びその管理に関する情報は必ず記載すること	
認知		<ul style="list-style-type: none"> ✓ コミュニケーションが円滑に図れない要因を帰納的・気質的・環境的側面から把握する。 ✓ 必要に応じて専門家の意見を聴くなどして、アセスメントに活かしているかを確認する。(口腔機能の問題→歯科医師、歯科衛生士等)
コミュニケーション能力		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 介護サービスを利用する以前の生活において、利用者は地域でどのような活動を行ってきたかを確認する。 ✓ 以前は行っていたが現在はあきらめてしまっていることや、状態が改善されればまたやってみたいと思えることがあるかなどの意向を把握する。 ✓ 友人、家族の入院や入所、かわいがっていたペットの死など人間関係に関する環境の変化の有無を把握する。 ✓ 友人や家族、地域の方々などどのようなかかわりを維持しているか確認する。
日常生活と社会との関わり		
排尿・排便		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 排せつに関する意向や困りごと、その原因や背景を把握する。 ✓ 尿漏れや失禁の頻度や起こりやすい場面を把握する。 ✓ 利用者及び家族が工夫していること(パットの利用など)を把握する。 ✓ 排せつに関するADLの状況を把握し、介護力等に合わせた排せつの方法を24時間の時間軸で把握する。 ✓ 排泄物の後始末に関することや衣類の着脱に関する情報を把握する。 ✓ 水分摂取量、活動、内服薬等と排せつの関係を把握する。
じよく瘡・皮膚の問題		
口腔衛生	※義歯の有無、使用可能かどうか、実際の	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 食事摂取における困りごととその原因や背景を把握する。 ✓ 食事に関する過度な要求、調理形態や味付けの工夫が必要等、家族の困りごとや介護者のストレスを把握する。 ✓ 必要に応じて専門家に相談したほうが良いことを把握する。 ✓ 食事時の食べ方や日頃の食事を共にする人を把握する。
食事摂取	※食事摂取の状況を含め記載	
問題行動		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 誰(家族、近隣、専門職)が問題行動と感じているかを把握する。 ✓ 具体的な問題行動がいつどのようにして起こるのかを把握する。 ✓ 家族や近隣の対応はどのようになっているのかを把握する。 ✓ 家族や近隣の不安はどのようなものかを把握する。
介護力と介護疲れ負担感		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 主たる介護者の心身状況、ストレスの程度を把握する。 ✓ 介護者の介護の状況、介護技術、家事力、仕事の状況、経済力を把握する。 ✓ 介護者の通院の有無(通院の状況、禁止されている行為)を把握する。
居住環境		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人の性格を自分で思っている性格、家族など他者から見た性格を把握する。 ✓ 本人の価値観や考え方などを把握する。 ✓ 本人の大事にしていること、いやなことなどを把握する。
本人の性格		
特別な状況		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 虐待や経済的な課題などについて問題を把握する。 ✓ ターミナルについての課題を把握する。

(1) 課題整理総括表

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

✓ 原因疾患の療養管理、環境面、本人の心理面・生活歴などの要因も含めて分析しているか確認する。

✓ 「現在」と必要な援助を利用した場合の生活行為課題の「改善/維持の可能性」を比較し、本人の生活のどこに課題があるかを確認し、この結果とケアプランが整合するようにする。自立には、いつでもどこでも可能な「自立」と限定的な条件や場所のみでの「自立」があり、自立であっても改善の余地を残していないかを確認する。

✓ どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上につながるかなど、予測を立てた「見通し」となっているか。
 ✓ 見通しがアセスメントから判断して適切であるかどうか、優先順位は適切かどうか確認する。

別出項目	課題整理総括表		10月までの支援の生活に対する意向		生活全般の維持すべき課題 ※6
	①	②	③	④	
自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	①	②	③	④	
状況の事実 ※1	現在 ※2	改善/維持の可能性 ※4	見通し ※5		
移動	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
室内移動	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
屋外移動	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
食事	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化			
食事内容	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
食事摂取	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
嚥下	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
排泄	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化			
排泄・排便	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
排泄動作	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
口腔	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化			
口腔衛生	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
口腔ケア	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
服装	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
入浴	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
入浴	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
更衣	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
掃除	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
洗濯	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
整理・物品の管理	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
金銭管理	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
買物	自立 良有り 一部介助 各介助	改善 維持 悪化			
コミュニケーション能力	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化			
認知	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化			
社会との関わり	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化			
情緒・皮膚の問題	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化			
行動・心理症状(BPSD)	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化			
介護力(家族支援含む)	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化			
居住環境	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化			

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

※2 現在、必要な援助を利用した場合の生活行為課題の「改善/維持の可能性」を比較し、本人の生活のどこに課題があるかを確認し、この結果とケアプランが整合するようにする。自立には、いつでもどこでも可能な「自立」と限定的な条件や場所のみでの「自立」があり、自立であっても改善の余地を残していないかを確認する。

※3 見通しは、アセスメントから判断して適切であるかどうか、優先順位は適切かどうか確認する。

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

※5 見通しは、アセスメントから判断して適切であるかどうか、優先順位は適切かどうか確認する。

※6 生活全般の維持すべき課題は、本人が生活の質の向上に向けて必要とする生活機能の向上は、身体機能の向上だけでなく、家事や外出といった生活機能の向上が必要になります。そのため、地域ケア会議を進める上では、ADL・IADL といった生活機能や自立できている生活状況の要因を、個人・環境の視点で整理・評価（アセスメント）することが重要になります。

2.3.3 居宅サービス計画書

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

第1表		居宅サービス計画書(1)		作成年月日	
<input checked="" type="checkbox"/> 各項目に記入もれがないか確認する。		<input type="checkbox"/> 初回・ <input type="checkbox"/> 紹介・ <input type="checkbox"/> 継続		<input type="checkbox"/> 認定済 ・ <input type="checkbox"/> 申請中	
利用者名	様	生年月日	年 月 日	住所	
居宅サービス計画作成者 氏名					
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地					
居宅サービス計画作成(変更)日	平成	年	月	日	初回居宅サービス計画作成日 平成 年 月 日
認定日	平成	年	月	日	認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
要介護状態区分	要介護1	・	要介護2	・	要介護3
					要介護4
					要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者及び家族が利用者の生活をどのように過ごしたいのかを具体的に書かれているか確認する。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者・家族が生活においてどのような点を改善したいと考えているか確認する。				
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
総合的な援助の方針	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者・家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されているか確認する。				
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし	2. 家族等が障害、疾病等	3. その他(

第2表は、解決すべき課題（ニーズ）長期目標と短期目標、援助内容が連動した内容になっていることがポイントです。多職種の視点からこのポイントを押さえた内容になっているか確認しましょう。

利用者名		目標		援助内容		作成年月日	年	月	日	
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	※1	サービス種別 ※2	頻度	期間			
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっているか確認する。 ✓ 認定期間も考慮しながら、長期目標を達成するために必要な期間として適切か確認する。 ✓ アセスメント結果を踏まえて適切な目標設定になっているか確認する。(支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等) 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっているか確認する。 ✓ サービス提供事業所が作成する担当者の個別サービス計画を立てる際の指標になっているか確認する。 ✓ 抽象的な目標ではなく具体的な目標設定になっているか確認する。 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 短期目標達成に必要なサービス内容となっているか確認する。 ✓ 医療ニーズの高い利用者には、医療サービスも盛り込まれているか確認する。 ✓ 主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映しているか確認する。 					
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を押さえているか確認する。 ✓ 改善すべき課題の項目として適切に整理できているか確認する。 ✓ 利用者の自立を阻害する要因等も含めて明らかにしているか確認する。 						<ul style="list-style-type: none"> ✓ 家族支援やインフォーマルサービスなどにも必要に応じて記載されているか確認する。 ✓ サービスの選択が過不足なく適正に行われているか把握する。 	

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについてはO印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表は第2表で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。

利用者の本来の日常生活リズム（主な日常生活上の活動）を把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

第3表		週間サービス計画表							作成年月日			年 月 日			
		月	火	水	木	金	土	日	年	月	日	年	月	日	
利用者名	殿	主な日常生活上の活動													
深夜	400														
早朝	600														
午	800														
午前	1000														
午	1200														
午後	1400														
夜	1600														
夜間	1800														
深夜	2000														
深夜	2200														
深夜	24:00														
深夜	200														
深夜	400														
週単位以外のサービスのサービス															

✓ 介護保険サービス以外の取り組みについても記載ができ
 ており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生
 活全体の流れを把握する。
 ✓ 円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記
 載となっているか確認する。
 ✓ 同居家族や近隣の支援者のスケジュールも記載されてい
 るか確認する。

✓ 「週単位以外のサービス」欄がサービスの
 全体像や中長期的なサービス計画の
 把握のためにあることを理解し、短期入
 所や住宅改修、通院状況などを記載する
 などとして活用している。

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日:

利用者名:

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名:

開催日時:

開催場所:

開催回数:

	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者						
<p>✓ 参加していない専門職の意見について照会された内容や方法について確認する。</p>						
検討した項目						
検討内容	<p>✓ 直近のサービス担当者会議で議論された項目について参加した専門職の意見を確認する。 ✓ 実際に支援にあたっては専門職の見解を把握する。 ✓ 利用者や家族の意向が適切に議論に反映されているか把握する。</p>					
結論	<p>✓ 利用者や家族の意向を尊重しつつ、自立支援の観点からの合意形成について確認する。 ✓ 支援内容や方法等、具体的な支援のあり方がどのようなようにして決定したかを確認する。</p>					
残された課題	<p>✓ なぜ解決できないのか理由を確認する。 ✓ 地域の課題によるものか利用者個人が原因で残された課題なのかを確認する。 ✓ 残された課題に対する参加した専門職の見解を確認する。</p>					

2.3.4 提供されているサービスの情報

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

訪問介護計画書				No. 1
ホームヘルプサービス「sステーション」は、以下のサービスを提供させていただきます。				
ふりがな	性別	年齢	住 所	
氏 名				
生年月日		介護度	派遣日時	
派遣目標				
長期目標				
短期目標				
身体介護	①食事 ②排泄 ③着脱 ④身体の保清 ⑤移乗 ⑥外出 ⑦服薬管理補助 ⑧見守り ⑨その他			
生活支援	⑩調理 ⑪環境整備 ⑫買物 ⑬手続き ⑭その他			
乗降介助				
他サービス利用状況				
心のケア				
注意事項				
<input type="checkbox"/> 基本サービス				
年 月 日 上記記載の援助計画に同意する。				
利用者氏名	印	住 所		
代理人氏名	印	担当者		
評 価	年 月 日			
	利用者氏名			
	代理人氏名			

✓ 短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
 ✓ 抽象的な目標ではなく具体的な目標設定になっている。
 ✓ ケアプランの短期目標に沿った目標設定及び支援内容になっているか把握する。

2. 圏域別ケア会議

◆内容：地域内での個別事例を集積し、そこから見えてくる地域の課題（地域包括支援センターが開催する個別地域ケア会議で把握した課題など）について整理、解決策の検討を行う会議。三田市では、各圏域に配置している地域福祉支援員が関わる地域の会合等で、地域課題について検討する場を設け、これを日常生活圏域での地域ケア会議として位置付ける。

（※生活支援体制整備事業の第2層協議体に位置付ける）

◆主催：地域福祉支援員及び地域包括支援センター

◆開催頻度：各圏域の実情に応じて開催

◆参加者：司会者 … 地域福祉支援員、
地域包括支援センター職員等
参加者 … 自治会、民生委員・児童委員、老人クラブ、社会福祉・介護サービス事業者、地域のボランティア団体、行政、社会福祉協議会 等

※参加メンバーは、地域の実情及び会議内容により決定

◆会議後の報告

	地域福祉支援員 地域包括支援センター	参加者	備考
会議録作成	会議記録（様式6）を作成し、市（参加者）へ送付 （※取りまとめて地域ケア推進会議に報告）	会議録の受取	

3. 地域ケア推進会議

- ◆内容：地域ケア個別会議で明確になった地域課題について、解決するための政策形成機能を主とする会議（高齢者介護審議会にて協議）。メンバー間で意見交換、情報の共有を行い、会議で表明された意見を政策形成につなげるため、それぞれの立場で地域の共通課題と役割分担についてコーディネート機能を発揮し、需要に見合ったサービス資源の開発や、関係機関のネットワークの形成を目指す。（※生活支援体制整備事業の第1層協議体に位置付ける）

<具体的な役割>

- 高齢者支援に有効な地域資源の情報交換を行うと共に情報共有をすること。
- 地域ケア個別会議で検討される事案をもとに、明らかになった地域課題に対応するため、整備可能な支援の取り組みを地域の中で構築していくとともに、市レベルでの対応策を協議する。
- 地域ケア個別会議での検討結果の報告を受け、地域ケア推進会議のメンバーとして事案の考察と検討を行い、地域ケア個別会議に対しアドバイスや支援を行うこと。
- 地域ケア個別会議で検討された内容について、地域ケア推進会議のメンバーが所属する組織において、フィードバックし、地域包括支援センター等が進める地域包括ケアの実現に努めること。

- ◆主催：三田市
- ◆開催頻度：原則、年1回開催。
※高齢者介護審議会と同時開催。
- ◆参加者：審議会参加者
各地域包括支援センターの施設長

◆会議後の報告

	市	参加者・助言者	備考
会議録作成	会議録を作成し、参加者へ送付	会議録の受取	
謝礼金支払い	助言者へ謝礼金支払	謝礼金の受取	翌月末払い

参考資料（助言者の役割と助言のポイント）

（出典）「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～地域ケア会議等を活用したケアマネジメント支援のために～」

地域ケア会議における助言者の役割（例）

	自立支援型ケア会議	訪問介護（生活援助中心型）を頻回利用している場合
医師	役割	
	<p><会議に出席する場合></p> <p>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><会議に出席しない場合></p> <p>事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）が医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前に文書等による情報提供が必要です。</p> <p><留意点></p> <p>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>	
	確認のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護・支援が必要になった疾病や障害の状態、安定度 ・疾病や障害と生活状況との関連性 ・高血圧や糖尿病などの基礎疾患の状態 ・特定疾病や難病への所見 ・課題の原因となりうる個人・環境因子 ・課題への対応について、医学的観点を踏まえた優先順位 	<ul style="list-style-type: none"> ・病歴、起こりうる合併症、通院頻度や投薬内容、病態の安定性など ・病態の不安定さや精神面からくる生活支援の必要性など
	助言のポイント	
<ul style="list-style-type: none"> ・今後の見通しも含めて助言する。 ・対応が必要な課題の優先順位 ・健康管理面にも配慮した具体的な支援方法（セルフケアも含む） ・かかりつけ医が出席している場合、リハビリの適応を判断し、改善・維持に向けての指示を行い、主治医へのフィードバック方法などを助言する。 ・医療面・生活面からの家族への指導の必要性についても考慮し、ケースに応じて助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病状を考慮して、頻回な生活援助サービスの必要性や、リハビリの必要性について医学的観点から助言する。 	

歯科医 師	役割	
	<p><出席する場合></p> <p>歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言を行い、事例の予後予測を行います。</p> <p><出席しない場合></p> <p>歯科衛生士及び事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）が歯科医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前にコメントしておくという形でかわることができません。</p> <p><留意点></p> <p>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>	
	確認のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔機能に関する課題の有無 ・ 口腔の衛生方法、状態、歯科受診（又は居宅療養管理指導）の必要性 ・ 口腔機能の問題により、食事量の減少や栄養の偏りがいないか ・ 問題がある場合、そうなるに至った背景要因とその根拠と考える事象 ・ 嚥下機能の低下等がある場合、維持・向上に向けた具体的な支援内容がケアプランに反映されているか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔機能に関する課題から、生活援助サービスの必要となる課題の有無 ・ 口腔機能の課題に関する背景分析ができていないか ・ 孤食、外食の有無
	助言のポイント	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事に関する改善指導の必要性判断については、主治医と相談した上で進めていく。教育入院や病院の管理栄養士による栄養指導、市町村の栄養相談など、活用できる資源を助言する。 ・ 施設系のサービス利用がある場合、口腔ケア等が特別に必要な場合に根拠も持ってサービスに位置付け、改善をはかるための取り組みの一つとして助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療面のアプローチの必要性 ・ 調理の工夫やインフォーマルサポート資源の活用、セルフケアの推進なども考慮し、必要性について助言する。 	

薬剤師	役割	
	<p><依頼があった場合に出席> 事前に処方されている薬に関する情報提供（重複投薬、副作用等）及び内服管理の観点から助言を行います。</p>	
	確認のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医の診断と内服に関する具体的な指示の内容（絶対に服用が必要な薬とそうでない薬） ・処方されている薬の内容、残薬、受診頻度など ・本人の状態及び家族の介護力（家族構成、具体的な内服の管理方法、介護サービスでの管理を含む） ・服薬に関する負担感（本人・家族） ・薬剤の有害事象や生活に与える影響 ・薬剤の長期服用による影響 	<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬の処方状況 ・家族の介護状況 ・薬剤の副作用や生活に与える影響 ・ADLへの薬剤性の影響
助言のポイント		
<ul style="list-style-type: none"> ・服用している薬剤が本人のADLや生活に与える影響について、薬学的な観点からの情報を提供し、多職種と共有する。 ・課題解決や目標設定を検討するうえで、薬剤が影響を与える可能性を想定し、対応について助言する。 ・処方内容やこれまでの経緯を踏まえ、対象者の特性に配慮し、薬学的な助言をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の適正化及び必要性について（本人の自立を目標に検討する。） ・薬剤がADLや生活機能に与える影響の大きさ 	
保健師 看護師	役割	
	<p>医療的知識をもって本人の全身状態を把握し、身体面のみではなく生活の側面にも配慮して、状態の維持・改善に向け具体的な取り組みについて提案・助言を行います。</p>	
	確認のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族の状態・意向について不足がないか、整理できているか ・病気の特性や現在治療状態、及び直近の主治医の見立て ・介護や支援が必要となった背景要因 ・ADLやIADLの低下が疾病の有症状から引き起こされていないか ・ニーズに応じた解決策となっているか 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患やセルフネグレクト等により、一時的に多くの生活援助が必要なのか ・病態の安定性 ・個人・環境因子による生活援助の必要性
助言のポイント		
<ul style="list-style-type: none"> ・医療ニーズが高い場合、それを踏まえた目標設定や支援内容となるように助言する。 ・認知症やその他疾病による特異性を支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・セルフケアや家族等の支援で改善できる可能性 ・短期・中期・長期 	

	<p>者間で共有し、具体的に支援内容に盛り込めるように、提言する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・セルフケアや家族、地域支援、フォーマル支援等を利用できる可能性 ・目標達成に必要な取り組みの内容、期間の妥当性について ・主治医の見立てを事例提出者や参加メンバーの理解の程度に合わせて分かりやすく伝える。 	<p>的な視点から環境整備や動作改善等を考慮し、具体的な支援内容を助言する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防事業を具体的な内容もあわせて紹介する。
理学療法士	役割	
	主に基本動作能力（立ち上がり、立位保持、歩行等）の回復や維持、悪化の防止の観点から助言を行います。	
	確認のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・疾病状況とその要因、経過、機能的予後 ・移動動作レベル、ADL、立位レベル ・禁忌事項や運動中止基準 ・運動機能に支障を及ぼす機能障害（関節可動域制限、拘縮、欠損、感覚障害、運動麻痺、筋力低下、筋緊張異常、平衡機能障害、姿勢反射障害など）の有無と現状の程度、経過 ・生活範囲や行為を妨げている要因 ・家族や介助者による介助方法を確認し、症状を増悪させている可能性がないか、家族の性格 ・予備力、残存機能を確認し、必要以上に大事を取っていないか ・性格や生活スタイル、活動、地域参加などの生きがい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL、IADLの詳細確認（改善傾向か悪化傾か） ・同居家族の状況（負担感や疲れ） ・困難な家事動作とその要因、経過 ・基本動作能力における課題 ・補装具、補助具の利用の有無 ・住環境、自宅周辺の環境 ・いつの時点の情報か（古い、最新）
助言のポイント		
<ul style="list-style-type: none"> ・短期目標の具体的レベル、設定期間について、「心身機能」「機能的制限」「活動」「参加」の構造ごとにその妥当性や過不足を助言する。 ・現在の支援内容を確認した上で、より効果的な支援やプログラムを提供できる可能性について検討し、提案する。 ・自立や改善の余地がある場合は、積極的な理学療法士の専門的関与を助言する。関与する場合は、評価の必要性や頻度まで具 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本動作能力やその代償動作を改善、維持できるかどうか ・様々な因子を考慮した上で、本人及び家族の家事動作が困難な要因を探り、予備力・残存能力を明確化、サービスを使用しすぎしていない 	

	<p>体的に提案する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・補装具や補助具が自立支援につながっているか、微調整の必要性などを助言する。 ・自立までできずとも、本人のできることを増やしたり、介護時間を減少させることを意識した助言を行う。 	<p>か、リスクや制限を過剰に与えていないか検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活援助に代わるサービスや支援の導入により改善が見込めるか
作業療法士	役割	
	主に応用的動作能力（食事、排泄等）、社会適応能力（地域活動への参加、就労等）の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。	
	確認のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態になった原因と、今後状態が変化する可能性 ・認知、精神障害の程度 ・ADL、IADLの状態 ・家屋の状態と生活空間（住宅改修や福祉用具の有無） ・趣味活動、地域とのつながり 	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修や福祉用具の導入状況 ・サービス利用がない時間帯の過ごし方 ・サービス導入に至った経緯 ・生活歴、家族状況
	助言のポイント	
<ul style="list-style-type: none"> ・今後も継続できるADL、IADL ・できない動作は今後もできないのか、改善できる可能性があるかについて情報を支援者と共有する。 ・住宅改修や福祉用具の導入などの環境調整で課題改善が可能かどうかについて検討する。 ・生活上で行っている作業の工程等を分析し、補助具の活用や声掛け、段取り等の工夫方法を助言する。 ・本人の残存機能を引き出すように助言する。 ・疾患や生活状況を踏まえ、改善を目的とする方向性と維持を目的とする方向性の予後予測を見極めて助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスが本人の自立支援、重度化防止につながっているか助言する。 ・生活援助を受ける際、全部援助が必要なのか、部分的な援助で維持が可能か助言する。 ・地域コミュニティも意識し、資源の活用等について助言する。 	
言語聴覚士	役割	
	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助言を行います。	
	確認のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者の意向や介護への負担感 ・高次脳機能障害や言語障害等における経過、予後予測 ・摂食嚥下機能の低下がみられるか 	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション、認知、精神機能障害の有無・程度と現状、経過

	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション能力の状態、改善の可能性 ・生活能力の維持、改善の可能性 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援サービスが必要な背景因子、家族状況
	助言のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・残存機能を活かし、介護負担を軽減するとともに、安全な食事介助方法などを助言する。 ・有効なコミュニケーション方法や意思確認の方法を助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・他に活用可能な資源等を助言する。 ・生活支援を終了した場合の検討をする。
管理栄養士・栄養士	役割	
	日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取という観点から助言を行います。	
	確認のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取の自立状況、食品の衛生状況 ・食事や水分の摂取状況 ・体重、体重歴、変化率 ・食事の準備、片づけ、買い物の実施者 ・食に関わるサービスの利用状況と、経済的な要因の有無 ・食事に関する自助具等の有無 ・本人や家族の食事に対するとらえ方 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取の状況 ・食材の調達方法や買い物手段 ・地域とのつながり ・健康管理の状況 ・医師との連携状況
	助言のポイント	
<ul style="list-style-type: none"> ・栄養状態についてのリスク ・食事摂取の自立を妨げる要因（買い物や調理の実施状況、経済的要因、サービス利用状況、家族・地域住民等からの支援の有無や頻度など）について、他の支援者と共有する。 ・目標や支援内容は、栄養状態のリスクを改善する具体的な内容になっているか ・訪問介護の個別計画書との連動性 ・栄養改善のために必要な具体的な支援内容（食材の選定、調理方法など） 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域資源の利用により自立を促す方法 ・買い物や調理にかかる地域資源についての情報提供 ・支援者間で、食や栄養に関するモニタリングを継続していくための方法を助言する。 	
歯科衛生士	役割	
	口腔衛生や咀嚼等の食べ方を支援する観点から助言を行います。 ※歯科衛生士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予後予測について情報を得るといった形で連携を取ることが望ましい。	
	確認のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・残歯の有無 ・病歴と口腔機能の関係性 ・義歯の装着、臼歯部咬合の有無 ・義歯を実際に使っているかどうか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL、IADLに口腔の問題が影響を与えていないか ・過剰な口腔に関する

	<ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族の口腔に関する意向や負担 ・口腔ケアの介助の状況 ・生活機能の課題に口腔の問題が影響していないか ・体重減少などの全身に関する問題が口腔の問題と関連していないか 	<ul style="list-style-type: none"> るサービスが提供されていないか ・食事を問題なく食べられているか
	助言のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・全身疾患や生活機能、体重減少などの問題に口腔の問題が関連していないか推察し情報を共有する。 ・歯科疾患や口腔細菌によるリスクがある場合は具体的な予防策を助言する。 ・口腔環境を整えることで栄養摂取につながり、身体機能の向上につながる可能性について検討し助言する。 ・手指の麻痺や筋力低下がみられる場合は、確認のポイントや支援のための方法、用具を助言する。 ・口腔機能が低下している場合、適切な食事形態について助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・目標に対し口腔関連の支援内容が適切か、また妥当か ・口腔の課題を解決することで自立支援につながると考えられる場合、具体的方法を提示しケアプランに入れるように助言する。
介護・福祉専門職	役割	
	地域資源や福祉に関する専門性、知識、経験に基づいた助言を行います。	
	確認のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活に対する意向や思いをどのように把握しているか、本人の価値観や信条を把握できているか ・本人の心身の状況（日常生活自立度や認知症の状態、疾病の状態など） ・ケアプランの課題分析内容が、現状の支援内容と合致しているか ・サービス導入後の本人や周囲の変化を、モニタリング等で把握できているか ・支援を継続する中で見えてきた新たな課題はないか ・本人と、家族や地域との関係性について 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の有する能力、生活課題、支援体制、介護力 ・本人、家族、地域の関わりの状況について ・本人と周囲の状況、因子を考慮した上で、特に生活援助が必要と判断した理由と思われる背景や要因を確認
	助言のポイント	
・本人の思いを反映した支援内容になって	・単にできない機能	

	<p>いるかを確認し、支援者全員がそれを共有できているか検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自身の経験から、類似したケースでの具体的な対応例、成功事例などの情報を提供する。 ・本人の生活実態の把握方法や、変化を支援者間でスムーズに共有する方法等を助言する。 ・各専門職の意見を踏まえ、全体を見て、専門職間の橋渡しを行う視点で助言する。 	<p>を補う支援内容となっていないか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人と家族の自立に資する支援となるように、具体的な工夫や方法、地域資源等について助言する。
主任介護支援専門員	役割	
	<p>ケアマネジメントの専門職として、利用者本位の自立支援に向けたケアマネジメントプロセスについて確認し、助言を行います。事例提出者の状況を踏まえ、そのサポートと代替する役割を担います。</p>	
	確認のポイント	
	<ul style="list-style-type: none"> ・適切なケアマネジメントプロセスを踏まえた支援が展開できるか ・本人及び家族の主訴を把握できているか ・本人及び家族と介護支援専門員との関係性はどのような状態か ・アセスメント結果から課題が整理できているか、リアルニーズを導き出せているか ・介護支援専門員自身の内的要因（経験年数、パーソナリティ、得意・不得意分野、力量等）と外的要因（所属法人の考え方、協力体制等）の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の能力や環境、生活習慣など ・地域の支援、社会資源利用の可能性
	助言のポイント	
<ul style="list-style-type: none"> ・目標設定について、利用者のQOLを視点に自立支援を目的としたものとなるように助言する。 ・長期目標と短期目標の連動性、実現可能性について助言する。 ・他の専門職との協議内容が反映されているかについて検討し、助言する。 ・サービス事業所の個別サービス計画書についてケアプランとの整合性を助言する。 ・サービスの選択が適切か、過不足がないか検討し、改善案があれば助言する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活において必要不可欠なサービスとなっているのか検討する。 ・サービス担当者会議における他の専門職との協議の必要性について助言する。 ・代替サービスについて検討、助言する。 	

別紙 1

三田市「自立支援型地域ケア会議」グラドルール

- 1 地域の介護支援専門員が、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が行えるよう、専門職としての助言を行う。しかし、利用者を十分に理解できなければ適切な助言が行えないことも理解する。
- 2 詰問にならないよう、話し方や言葉づかいに注意し、否定せずしっかり話を聞き、事例提出者が思っていることを話ができる雰囲気づくりを心掛ける。
- 3 一人が会話を独占することなく、全員が意見を言える、良いチームワークの中で会議が行えるように意識する。特に多くの専門職が参加している会議であることを認識し、自分の職種以外にも伝わるように話をする。(専門用語の使用に配慮する。)
- 4 事例提出者が把握できていない情報があつて当然だと認識しサポートティブな姿勢は保ちながら、専門職として必要な大事な情報や事例提出者の行った援助の根拠については確認する。
- 5 専門職としての助言を行うとともに、利用者が受け入れない場合もあることを理解し、どのようにすれば助言を受け入れてくれるか会議参加者全員で一緒に考える。
- 6 提出事例をもとにして、地域における専門職同士のネットワークの構築や、地域に共通する課題と考えられる内容の把握について念頭に置く。

様式集

様式 1 誓約書

様式 2 基本情報

様式 3 課題分析(アセスメント)概要

様式 4 課題整理総括表

様式 1

誓約書

以下に記名する者は、三田市個別地域ケア会議で知り得た個人情報について、他に洩らさないことを誓約します。

令和 年 月 日

三田市長 あて

《令和 年 月 日 () 地区・自立支援型 地域ケア会議》

住 所 (所 属)	氏 名

介護保険法

第115条の48 第1項第5号

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。

基本情報

(様式2)

【基幹記入欄】 ・三田 ・三輪南 ・フラワータウン ・ウッドイタウン ・カルチャータウン ・藍 ・三輪北 ・小野 ・高平 ・広野 ・本庄
 ケア会議日程 令和 年 月 日

事例提出理由					
利用者名		性別		身長	cm
住所		年齢		体重	kg
主訴	【相談内容】				
	【本人・家族の要望】				
生活歴・生活状況	〈生活歴〉		〈家族関係〉		
病歴	〈経過・病歴等〉		〈主治医〉※口腔衛生、内服、リハビリの指示があれば記載すること		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度		
	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	未申請 ・ 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 ・ 非該当				
サービス利用のきっかけ					
現在利用しているサービス				家屋状況・居室の状況	

課題分析(アセスメント)概要

(様式3)

令和〇年〇月〇日現在

健康状態	
ADL	※リハビリの必要性及びリハビリの内容は記載すること
IADL	※服薬及びその管理に関する情報は必ず記載すること
認知	
コミュニケーション能力	
日常生活と社会との関わり	
排尿・排便	
じよく瘡・皮膚の問題	
口腔衛生	※義歯の有無、使用可能かどうか、実際の口腔衛生の状況を記載
食事摂取	※食事摂取の状況を含め記載
問題行動	
介護力と介護疲れ負担感	
居住環境	
本人の性格	
特別な状況	

課題整理総括表

利用者名

殿

作成日

/ /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③		
		④	⑤	⑥		
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
買物		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
認知		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
居住環境		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
					改善 維持 悪化	

利用者及び家族の 生活に対する意向		
見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(長期・短期目標)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。