

天草市地域ケア会議運営方針



令和 6 年 4 月

天草市 健康福祉部 高齢者支援課

天草市では、これからの高齢社会を支える地域包括ケアシステムを実現する手段として、平成 24 年度から「地域ケア会議個別版」、平成 26 年度から地域ケア会議（圏域版）、平成 27 年度から地域ケア会議（ケアマネジメント版）を開催している。

地域ケア会議では、地域包括支援センターが主となり医療・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、ボランティアなど地域の多様な関係者が適宜協働し、検討を行う。そして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自立した生活が続けることができるよう支援している。つまり、高齢者個人に対する支援の充実（在宅生活の限界点の引き上げ）とそれを支える社会基盤の整備を同時に図っていくことを目的に開催してる。

特に市の課題としては「独居」「高齢者のみの世帯」「認知症」が多く、家族支援が望めないことから「生活支援」を必要とする高齢者を、どのように地域で支えて行くかということを検討することで地域課題をより明確にする必要がある。

明確になった地域課題について、解決に向けた役割分担を行い、必要に応じて市の関係課との情報共有や取り組みとともに、地域づくりの主たる担当であるまちづくり支援課と連携し地域でできることを検討していく体制を整えることとする。

（１）取り組みの現状と課題

天草市におけるこれまでの取り組み

	H27	H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3	R4	R5
対象者	介護専門支援員が担当する困難事例以外のケース	「独居」「高齢者のみの世帯」「認知症」「生活支援サービスである訪問介護のみ利用」など、課題を複数抱えているケース							
目的	・介護支援専門員のケアプランの質の向上 ・サービス事業所の質の向上 ・地域課題を整理する								
取り組み方法	・自立支援型地域ケア会議（個別版） ・自立支援型地域ケア会議（居宅対象） ・地域ケア会議（圏域版）		・自立支援型地域ケア会議（包括対象）開始 ・地域ケア会議推進会議開始						
	・地域課題検討報告会議（市と包括）		（市と包括・地域支援事業関係者）		（保健事業。まちづくり等の他部署を入れて実施）				
	理学療法士・主任介護支援専門員参加開始～		作業療法士参加開始～		栄養士 歯科衛生士参加開始～		サービス事業所の積極的参加を依頼		

(2) 地域ケア会議の法的位置づけ

(法第 115 条の 48 第 1 項)

市町村は、包括的・継続的ケアマネジメントの業務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、民生委員その他関係者、関係機関及び関係団体（以下「関係者等」という）により構成される会議（以下「地域ケア会議」という。）の設置に努めなければならない。

(法第 115 条の 48 第 2 項)

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、ボランティアなど地域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ある。なお、介護支援専門員が年に 1 回は地域ケア会議での支援が受けられるようにするなど、その効果的な実施に努めること。

また、個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくりや政策形成に着実に結びつけていくことで、市町村が取り組む地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の推進にもつながることから、以下の趣旨等を踏まえ、市町村と地域包括支援センターが緊密に連携し、かつ役割分担を行いながら、取り組みを推進していくことが求められる。

平成 27 年度施行の改正介護保険法において、「地域ケア会議を行うように努めなければならない」と規定された。地域包括支援センターでは、包括的支援事業を効果的に実施するための環境整備として、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築が求められている。その構築の 1 つの手法として、地域ケア会議が位置づけられている。

平成 30 年 7 月 4 日老振発 0704 第 2 号厚生労働省老健局振興課長より「地域包括支援センターが行う『包括的・継続的マネジメント支援業務』における環境整備の取組に関する実践マニュアルが示された。これまでは地域ケア会議等の機会を通じて介護支援専門員や支援チームの一員としてのサポート等を行う「直接支援」が中心となっていたが、このマニュアルでは直接支援だけでなく、地域住民、介護サービス事業所、医療機関等、地域の主体全体を対象とした適切なマネジメントのために必要な働きかけの「環境整備」についても明記され、地域における連携体制の構築等に関する支援を求められている。そのため、センターにおける「環境整備」については包括的・継続的ケアマネジメント業務の一つである地域ケア会議を生かすことが求められている。

(3) 地域ケア会議の目的

ア) 個別ケースの支援内容の検討

- (i) 介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントの支援
- (ii) 地域包括支援センターネットワークの構築
- (iii) 地域課題の把握

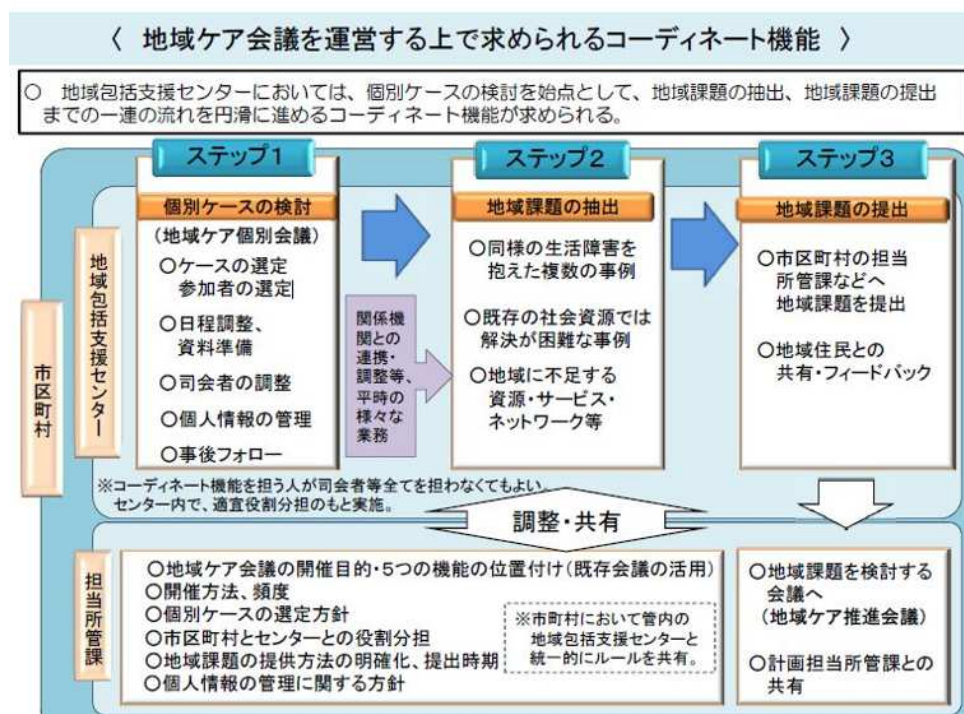
イ) 地域の実情に応じて必要と認められる事項

(「地域包括支援センターの設置運営について」厚労省通知)

(4) 天草市における地域ケア会議の目標

- ①医療・保健・福祉等の関係者の技能向上と個別ケースの支援に関する質の向上を目指すために個別の課題を解決していく。
- ②さまざまな会議形式を通して地域の課題を整理していく。
- ③地域包括ケアの構築に関与する住民・関係者・関係機関のネットワーク形成を図るために地域の課題を抽出し、課題を共有し、解決していくために、誰が、どの機関がどのような取り組みができるかを考え、互いのネットワーク化を考える。
- ④地域の課題を解決していくために、地域にない資源を開発、必要な事業を創出したりしながら、地域づくりを行っていく。
- ⑤政策形成に必要な地域の課題を系統化し、行政課題に変え政策に反映させていく。

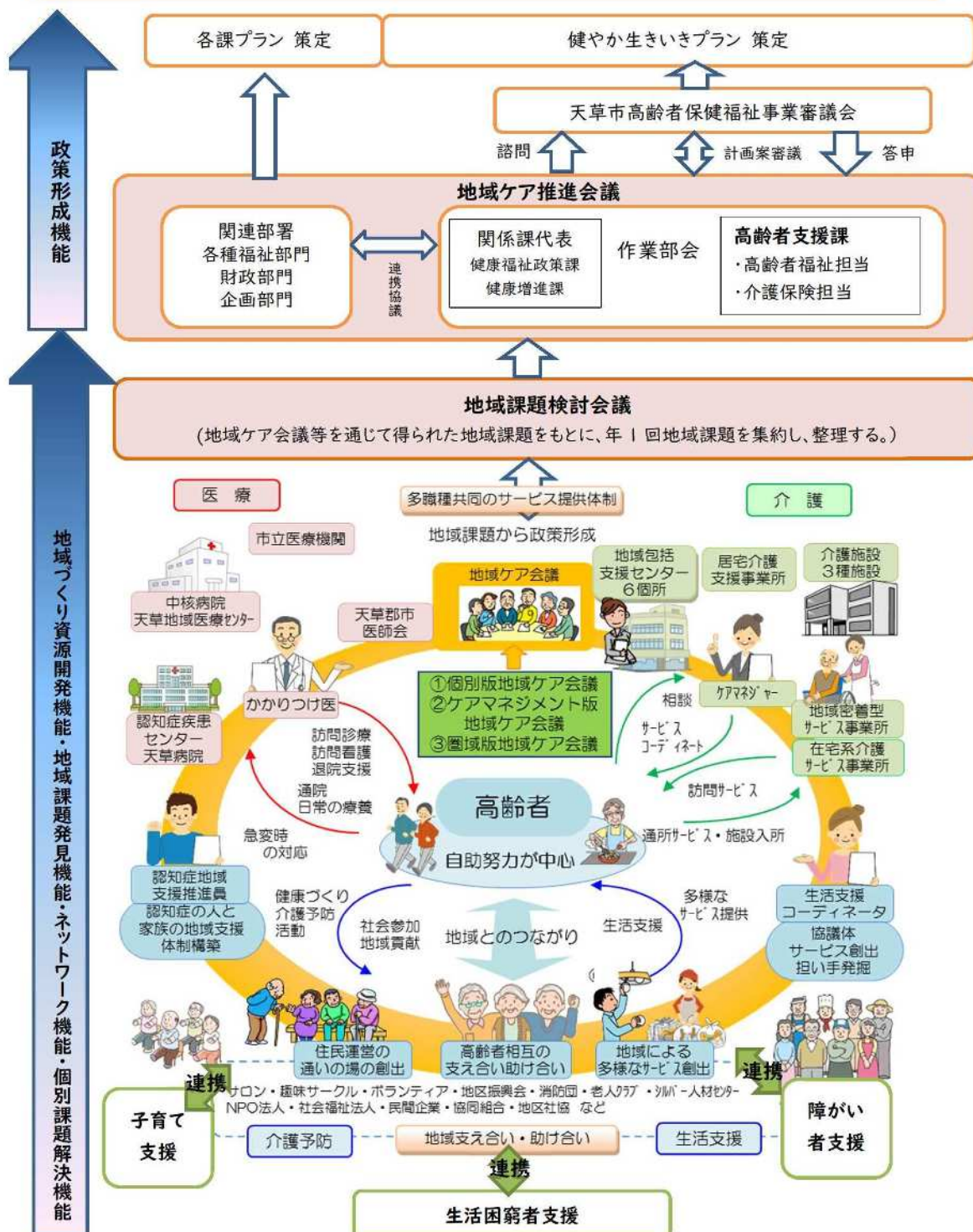
(5) 市と地域包括支援センターの役割について



(厚労省 H25 年 9 月 20 日 地域ケア会議推進に係る全国担当者会議資料より抜粋)

天草市地域ケア会議体制図

～高齢者が健康で生きいきと暮らし住み慣れた地域で
自分らしい生活を営むことができる地域の実現～



(6) 地域ケア会議の開催

【天草市地域ケア会議の全体像】

主催者	レベル	会議名	会議概要	構成員	会議の機能					開催時期
					①	②	③	④	⑤	
包括	個別	個別版地域ケア会議	支援困難ケース等を対象としたもの。	CM・サービス事業所・専門職・民生委員・区長・家族など必要に応じて招集	○	○	○	○		不定期
		自立支援型地域ケア会議（居宅対象）	居宅CMの受け持ちケースを対象としたもの。	CM・サービス事業所・PT・OT・栄養士・歯科衛生士・主任CM・包括・市など	○	○	○	○		1回/1～2ヶ月
		自立支援型地域ケア会議（包括対象）	包括の受け持ちケースを対象としたもの。	包括支援センター職員・必要に応じて専門職等の招集	○	○	○	○		毎月
	日常生活圏域	圏域版地域ケア会議	地域住民、関係機関と集まり、地域課題を共有し課題解決に向けた検討の場	地域住民・サービス事業所等・包括・市		○	○	○	○	不定期
	日常生活圏域	地域課題検討会議	地域ケア会議で集約した地域課題をまとめ、どのように解決するか、アプローチする関係機関等を検討する場	包括支援センター職員			○	○	○	年1回
市	市	地域課題検討報告会	各包括の地域課題や次期事業計画に反映することが必要な課題を把握・整理する場	包括・認知症地域推進員・第1層地域支え合い推進員・市			○	○	○	年1回
		地域ケア推進会議	地域課題の資源開発や政策への反映をおこなう場	庁内関係課				○	○	不定期

【会議の機能】①個別課題解決機能、②ネットワーク構築機能、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

① 個別版地域ケア会議

包括は地域住民及び居宅介護支援事業所、関係機関等からの相談を入り口に、関係機関、地域住民組織等の中から必要な出席者を調整し開催する。第3者の専門的な助言が必要な場合は、市や関係団体に派遣調整をおこなう。会議を通じて介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント実践力を高めること、多職種協働によるネットワークの構築、地域での見守り体制の構築などの機能を得ることとする。

② 自立支援型地域ケア会議（居宅対象・包括対象）

自立支援・介護予防の観点から踏まえて実施するため、対象者は「事業対象者」「要支援1・2」の軽度者とする。（ケースがない場合は、要介護1程度とする）地域ケア会議は事例検討会と目的の違いがあり、地域課題の把握を目的の一つとしている。そのため居宅から提供されるケースは、包括担当エリアの事例の提供を居宅に依頼すること。なお、事例については普段よくマネジメントするようなケースを積み重ね、地域課題を把握していくことが望ましいため、介護度の高いケースや困難事例については、個別版地域ケア会議で協議するよう調整する。特に市のデータから見る地域課題として「独居」「高齢者のみの世帯」「認知症」「生活支援サービスである訪問介護のみ利用」など課題を複数抱えているケースや「関わりの入り口」のケースを中心に介護支援専門員・介護予防支援員がケース選定し、地域ケア会議を実施する。なお、介護支援専門員が年に1回は地域ケア会議での支援が受けられるようにするよう、各包括と調整をとりながらセンターでの開催計画を明確にする。また、自立支援のベクトルを強化するために事例提供されたケースのサービス事業所の個別支援内容もふくめて検討すること。地域ケア会議の運営の詳細については、助言者派遣調整表の運営事項を確認すること。

③ 地域ケア推進会議

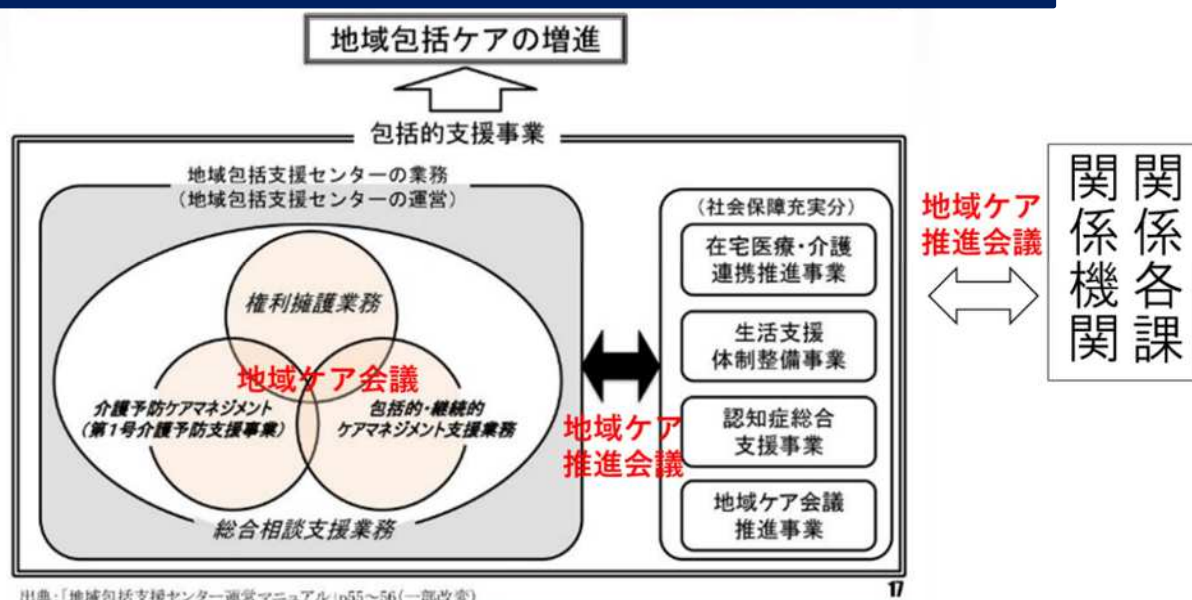
包括は、①②における会議やケアプラン・総合相談等の分析を通じて得られた地域課題をもとに、センターにおいて、年1回地域課題を集約し、地域課題の整理を以下のように行う。

- ・地域課題を整理する
- ・課題をカテゴリー別に分類・優先順位の高い課題をスクリーニング
- ・課題解決にむけた取組の整理

センターにて解決できることについては、積極的に課題解決に向けて対応を行い、地域での解決につなげる。日常生活圏域レベルで課題検討が必要な場合は、それぞれの目的や機能を再確認して、日常生活圏域の鍵となる人びとや実務者レベルの参加で開催し、各事業等へ連動するようつなげる。行政での検討が必要な課題については、市の地域ケア推進会議の機会に報告する。

市は、各包括の地域課題や次期事業計画に反映することが必要な課題を把握・整理することを目的に地域支援事業に関わる関係機関を招集し、会議を開催する。包括から整理された課題について、行政等関係機関の協力のもと協議を行い、具体的な課題解決のための方策の検討を行う。また、次年度の検討課題の確定や事業検討資料とし、次期介護保険事業計画へ反映することとする。

包括的支援事業と地域包括支援センターの業務・事業の関係性



（７）地域課題の把握とフィードバック

個別課題を地域課題へ転換するためには、まずは双方の違いと関係性をおさえておくことが必要である。まず、「個別課題」は個人や家族単位の生活課題だといえる。

それに対して、「地域課題」は地域の複数の人々に普遍的に影響を及ぼすものを考えられ、社会的に対応する必要があると合意される課題である。そのため、市や包括・介護支援専門員だけが、いくら「●●は困った」「●●は地域の課題だ」と言っても地域住民の理解や協力が得られなければ、それは本当の「地域課題」にはなりえない。

さらに、単にその課題を有する人が多いかどうかで決まるものでもなく、課題が個人や地域に与える影響が深刻なものであれば地域課題であるといえる。

①地域ケア会議では、多職種による多角的なアセスメントと支援手法によって、よりよい支援体制を模索することにより、ケアの質を向上させ、いわゆる「ひとりケアマネ」などのバックアップやフォローも可能となってくる。こうした成功体験の蓄積を他ケースへ応用させることが、マネジメント力向上につながる。

さらに介護支援専門員が気づいた地域ごとのマネジメントの課題をとりまとめ、介護支援専門員へフィードバックし、日頃の業務に反映していただく。また、課題にもとづき研修会等の開催につなげ課題解決のための取り組みを行うことが必要である。

成功体験は体験した介護支援専門員だけでなく、地域の中で蓄積、発信していき、介護支援専門員の成功体験を普遍化することが有効である。

②地域ケア会議では、マネジメントの課題だけでなく支援者の資質や連携の課題、資源不足などの地域課題が残される。

これまで移動手段の課題等、資源不足としての地域課題が多数あげられているが、課題が公的サービスを前提であったり、漠然としている現状で、具体的に誰がどのように動くことで解決するのか深めることが必要である。公的サービスへの資源の開発につなげる前に、まずは自助・互助を第一として、本人や家族や地域の支援者でできていることやこれからアプローチすることで資質の向上が期待できること、代用できる資源の活用、既存の資源の利活用の検討等、地域課題を掘り下げていくこと。高齢者をとりまく支援者の資質の課題について丁寧に検討し、どのような支援者の姿があれば、地域の中で高齢者が自立した生活を送ることができるのか検討が必要である。

支援者の資質の課題に対しては、研修会や認知症サポーター養成講座等につなげ支援者の理解を図ったり、地区の座談会や各種団体の会等を通じて地域の課題や支援者の資質の課題をフィードバックしつなげていくことが必要である。

また、支援者の資質の向上で高齢者をささえることができたような場合も、関係者の合意の上で個別ケースの対応の成功事例をフィードバックしていくことが大切である。

<地域課題の掘り下げ方>

ゴミ出しが課題のケース。地域の課題は「ゴミ出しが難しい」ことではない。

分別が難しいのか、玄関までは持っていくことができるのか、近所の人が出すときに
出してもらうことは可能なのか、毎週の決まった曜日に出すことが困難なのか、ゴミ出
しの場所の問題で資源ゴミが生ごみの場所に出すことができればいいのか、いつでもゴ
ミ出しができれば問題は解決するのかなど、どのような姿があれば地域で自立した生活
ができるか掘り下げることが必要。

まずは、自助と互助で地域課題の検討をおこなうことが大切。地域での検討の結果、
解決困難であり、量的データからも市で検討することが必要な事項については、根拠と
案をもって提言する。たとえば支所内でいつでもゴミ出しができる体制があると多くの
高齢者のゴミ出しの問題が解決できるなど。

これまで地域ケア会議によって明らかになった地域課題は、住民の主体的な取組や民間を
巻きこんだ取組、他部署と連動した取組につながるようになり、地域ケア会議の機能である
「個別課題解決機能」「ネットワークの構築の機能」「地域課題発見」「地域づくり資源開発」
「政策形成」の5つの機能が発揮できるようになった。

今後も明らかになった地域課題や対応等については、行政職員や地域包括支援センターの
みならず、地域住民や関係機関へフィードバックする機会を増やし、事業との連動を強化し、
さらに地域ケア会議の5つの機能をさらに充実させていくよう取り組んでいく。

個別課題からさまざまな地域包括ケアシステムの構築を目指した取り組みはすべて、地域
の支援力の向上をはじめとして、地域の醸成へとつながり、支援を必要とする高齢者等に返
っていくことを理解すること。

<地域ケア会議から地域包括ケア体制につなげるために>

地域ケア会議で検討された地域課題から、各地域包括支援センターが次年度の年間計
画を作成し、保険者に提示する。

その内容は、「どの地域に、何が足りないのか、何を行うか」という具体的なもので、
「●●地域では認知症理解が乏しいため、まずは住民に市の現状を伝えて住民とのネッ
トワークづくりを重点的におこなう」というようなものとなる。

計画に基づき活動を実施し、地域課題をふまえて評価をおこなっていく。単に●●をす
るという計画ではなく、地域課題からその根拠を明確にしていく。活動の根拠となる地
区診断を地域ケア会議の手段を通じて行っていくことが必要。

■地域ケア会議推進事業の成果（これまでの取組の一部）

個別課題解決機能

【令和4年度結果】

地域ケア会議で助言をもらった検討ケースの3か月後の評価は、約8割が「目標達成」「一部目標達成」。助言やケアマネジメントの気づきを実践につなぐことができている



ネットワーク構築機能

「人的資源」がその活動や目的にあわせて

うまくつながりあえるようになった！

- ・個別の地域ケア会議の積み重ねにより顔見知りの関係ができてきた
- ・お互いの得意なことや役割の理解がすすんだ
- ・地域の人材を巻きこんだ集まりが増えた。
- ・コロナ禍を経て、集合型やオンラインなど、状況に応じた方法を選択し実施できるようになった。
以前よりも気軽に集まれるようになった。

地域課題発見

各地域包括エリアで年度末に地区診断した結果を、関係機関・団体に報告

地域づくり・資源開発機能

- ・入退院の連携 -----> 天草圏域における入退院支援におけるルール、及び情報共有シートづくりの検討。在宅看取りの研修会の実施
- ・フレイル予防・サポーターの活用 -----> 脳いきいきサポーターに対するオーラルフレイル予防の研修会実施。一般住民対象に栄養士による講話。
通所系サービス事業所・居宅等に対してオーラルフレイルに関する研修会を実施。
- ・地域の支え合い・見守り -----> 小学校の福祉学習の機会を活用し、高齢者への理解を深め通いの場の高齢者との交流を実施。
- ・移動が困難な地域が多い -----> 詳細な実態把握を目的に、各包括エリアにおいて移動に関するアンケートを実施。
包括より地区振興会に高齢者の移動課題を伝え、振興会自ら病院へ送迎バス利用を交渉し、運用に至った。
- ・重度化してからの認知症の相談が多い -----> 本人ミーティングにおけたCMとの意見交換・家族介護者交流事業にて認知症ミニ講座の開催。
自動車教習所と連携し、高齢者講習参加者への認知所ケアパスの配布開始

政策形成機能

- ・男性集まりの場がない・老人会継続困難 -----> 高齢者向けスマホ体験会を委託事業化し、各地区で開催。
- ・認定者の増加・重度化してからの認知症の相談が多い -----> 認知症に特化した通所型フレイル予防サービスの創出。
認知機能評価会のリニューアル。70歳からの脳いきいきチェック会を開始。
- ・訪問介護員の人材不足 -----> 訪問介護事業所専用ごみ回収拠点整備事業において不燃ごみ回収開始（R4.4月～）
- ・移動困難 -----> 福祉タクシー券交付の基準緩和（R4.4月～）
- ・認知症の方への対応困難・家族の介護負担軽減 -----> 『認知症・物忘れ・なんでも相談室』を予算化し開始。熊本県認知症介護指導者・認知症対応型グループホームの職員が対応。

(8) ほかの会議との相違点

「サービス担当者会議」は、地域ケア会議と目的や主催者、法的根拠が違うため、地域ケア会議とは別の位置づけとなる。

サービス担当者会議は介護支援専門員が主催し、利用者がそのニーズに応じたサービスを適切に活用できるように、ケアマネジメントの一環として開催するもの。居宅介護支援事業所の運営基準ではこのことについて、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて本人・家族・サービス事業所等と共有し専門的な見地から意見を求め調整を図ることが重要であると記載されており、本人や家族の参加が望ましくない場合には必ずしも参加を求めるものではないと記載している。

サービス担当者会議において、担当介護支援専門員の有するネットワークでは補いきれない、多職種の視点や連携が必要であるような場合は、地域ケア会議を活用することが有効な手段である。そして、それを通じて介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント実践力が向上した結果、その後のサービス担当者会議がより充実することが期待されている。

高齢者虐待やその疑いのあるケースについては、高齢者虐待防止法に基づく会議として取扱い、地域ケア会議とは別の位置づけとなる。しかし、権利擁護が必要なケースについては、緊急性を判断した上で、会議の選定が必要である。

協議体については、ともに地域づくりや資源開発を目的としているが、その機能については地域ケア会議とは異なる。地域ケア会議は、個別事例の検討を通じた多職種協働によるケアマネジメント支援が基本となって、それを補完する社会資源の開発を検討するために必要なメンバーを招集する。一方、協議体は最初からインフォーマル資源を含めた多様なサービス提供者（機関）を構成員として、資源開発を推進していくことが基本となる。実際の運用にあたっては共通する部分や関わるメンバーも重なるため、情報共有し、地域支え合い推進員や協議体と連携する必要がある。

(9) 地域ケア会議における個別事例の検討留意事項

- ①「包括的支援事業」の一環として包括支援センターが主体となり、サービス提供以外の第三者（医療職を積極的に活用）を含めて実施すること。また支援が必要な高齢者本人の課題認識や意向等を参加者全員で共有しながら、課題への対応をともに検討していくことが必要であるため、本人や家族が地域ケア会議に参加することが効果的である。
- ②自立支援型地域ケア会議については、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

私たちを含め利用者の生活は「意味のある、したい作業（生活行為）」の連続から成立っており、日常生活行為（ADL）が向上すればよいというわけではない。例えば歩くために歩

く訓練をしているわけではなく、歩く先に目的がある。その目的・目標として「意味のある、したい作業」を見出すことがまず必要である。進行役は本人のしたいことである目標とそれに対する課題を明確にし、それをまず参加者で共有すること。その上でアプローチの協議を掘り下げることができる考える。アプローチは、利用者の生活上の「困りごと」に対して、単にそれを補うサービスをあてはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割をもって生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。困りごとやできない部分の「どこがどういまいかないのか」生活行為の分析を行い、3つの視点で改善方法を検討すること。

ア 体力・身体機能のトレーニングでよくなるか？（本人を変える）

イ 動作そのものの変更で改善しないか？（コツの提案）

ウ 道具や環境の調整・整備で容易にならないか？（環境・道具の工夫）

また、検討されるケースへの支援については、自助・互助を検討した上で、「期間的自立支援」「永続的自立支援」なのかを見極めながら支援していくこと。

期間的自立支援	介護保険サービスの一時的な利用を想定 廃用性症候群等による生活機能低下した事例など身体機能を向上することで、生活機能が向上し、QOLが向上
永続的自立支援	介護保険サービスの永続的な利用を想定 介護保険サービスを永続的に使いながら、残存機能をできるだけ活用・維持できるように支援

*協議内容は市の介護予防ケアマネジメント基本方針も参考とすること。

③個別事例の課題だけではなく、地域の住民のニーズ、サービス資源、ケアの質の課題の可能性も判断すること。また把握した課題を地域課題として集約すること。

④地域ケア会議の助言がその後の実践に結びつくよう努めなければならないが、「いつ」「誰が」「どこで」「何を」「どうしたらよいか」等の対応策の検討が不十分であれば、会議後に実践することも評価することも難しい。そのため助言者からの助言を受け、その内容を基に、具体的な対応策を検討すること。また、どのような助言や対応策を検討したか参加者が共通理解できるようにすること。

（「介護予防活動普及展開事業 事業所向け手引き（Ver. 1）P49を参考」）

⑤地域ケア会議で検討した事例のケアプランの期間を把握し、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をモニタリングすること。モニタリングにより事業運営や地域課題を把握した場合は対応策を検討すること。

⑥地域ケア会議での検討を行うため、必要に応じて関係者等に対し、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とし、関係者等はこれに協力するよう努めなければならないこととされている(介護保険法第115条の48第3項及び第4項)。

またこれに併せて、指定居宅介護支援事業所の運営基準((平成11年厚生省令第38号)第13条第27号)においても、地域ケア会議への必要な協力について規定されている。この趣旨は、地域ケア会議の構成員間で本人の同意なく必要な情報を共有できることを制度上可能とすることで、円滑に必要な支援につなげていくことを目的とするものである。

一方、実際の運用にあたっては、同意を得ることが困難であり、かつ、高齢者の日常生活を支援するために特に必要がある場合を除き、本人の意思を尊重し、あらかじめ本人の同意を得ておくといった取扱いが望ましい。

⑦④の情報共有を円滑にする仕組みを踏まえ、地域ケア会議に参加する者又は参加していた者は、正当な理由がなく、地域ケア会議において知り得た秘密を漏らしてはならないこと、これに違反した場合は一年以下の懲役または百万円以下の罰金とする罰則規定を設けること(介護保険法第115条の48第5項、法第205条第2項)、このため、関係者等には、このような情報共有の仕組みと守秘義務の取扱いについて事前に周知を行い、誓約書に記入を依頼する。また、個別ケース資料については、会議終了後、回収する。

⑧会議を有効なものにするために、「何をする会議か」「何を期待されて自分が呼ばれたのか」など、会議の趣旨・目的や参加者の役割を事前に伝え、参加者が成果を感じられるよう配慮すること。

⑨R2.5.29付け国の事務連絡で「新たな手法による地域ケア会議の実施(Web会議システム活用等の新しい手法により地域ケア会議を再起動)」を積極的に勧めるよう示されております。そのため緊急事態宣言の発令や新型コロナウイルス感染症の感染拡大が懸念される場合は、参加者と相談の上WEB会議等の会議開催の手段を検討していく予定。

(個人情報に関する法律について)

市町村または地域包括支援センターが収集した個人情報について、本人の同意がなくても、収集した目的の範囲を越えて外部に提供できる場合は、以下のことが考えられる。

①法令の定めがある場合

高齢者の虐待に関しては、高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合

②本人の利益を守ることが優先される場合(緊急時)

「行政の保有する個人情報の保護に関する法律」の第8条第2項第4号「本人以外の者に提供することが明らかに本人の利益になるとき」には目的外に利用できることが明確に定められている。

個人情報保護法の第23条1項2号「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」には、第3者に個人情報を提供して良いとされている。

(10) 地域ケア会議における様式

	活用様式 (必要時抜粋して使用。別様式を使用してもよい。)	包括から市への報告様式 (2週間以内に提出)
①個別版地域ケア会議	・地域ケア会議支援計画書【様式2】 ・地域ケア会議評価表【様式3】 ・支援経過記録【様式4】 ・因子(＋・－)【作業シート①】 ・ジェノグラム・エコマップ【作業シート②】 ・課題の抽出【作業シート③】 ・事前会議準備表【作業シート④】 ・事前会議席次表【作業シート⑤】	・地域ケア会議アセスメントシート【様式1】 ・地域ケア会議の会議録【様式5】 ・個人情報保護に関する誓約書のコピー【様式8】
②自立支援型地域ケア会議(居宅対象)	・地域ケア会議(ケアマネジメント版)要因分析シート ・地域ケア個別会議(ケアマネジメント版)台帳	①基本情報・アセスメントシート 簡易口腔アセスメント・誤嚥性リスク評価 ②介護支援専門員の計画 サービス事業所個別支援計画 ③課題整理総括表 *①～③については地域ケア会議前に提出 ・地域ケア会議の会議録【様式5】 ・個人情報保護に関する誓約書のコピー【様式8】 ・参加者アンケート集計【様式6】 ・評価表【様式13】*評価時期に提出
③自立支援型地域ケア会議(包括対象)		・地域ケア会議の会議録【様式5】 ・個人情報保護に関する誓約書のコピー【様式8】
④地域ケア推進会議	・ケース概要シート【様式9】 ・課題分けシート【様式10】	・地域ケア会議の会議録【様式7】 ・地域・ケアマネジメント共通課題検討シート【様式11・12】

【参考・引用文献】

- ・地域ケア会議運営ハンドブック 一般財団法人長寿社会開発センター H28.6 発行
- ・介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き (Ver.1) 厚生労働省 H29.3 発行
- ・介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き (Ver.1) 厚生労働省 H29.3 発行
- ・介護予防活動普及展開事業 事業所向け手引き (Ver.1) 厚生労働省 H29.3 発行

樣式・參考資料

地域ケア会議（ケース検討会）アセスメントシート

様式1

氏 名			男・女	住 所	
要介護度		有効期限			
概況 開催目的					
個人因子 健康状態やADL・ IADLのポイント	【普段の健康管理】				
	【疾病・服薬・通院】				
	【ADL・IADL】				
環境因子	【その他】				
	【家族環境】				
	【住環境】				
経済的環境 （本人及び家族）	【近隣環境】				
	【本人】				
	【家族】				

地域ケア会議支援計画書

様式2

課題	題目	何を・どのように	担当者	期 日

地域ケア会議評価表

様式3

目 標	実施状況	目標達成状況	今後の方針

地域ケア会議録 天草●●地域包括支援センター 開催日：平成 年 月 日 開催場所：

様式5

会議出席者	所属（職種）								
	氏名								
	所属（職種）								
	氏名								

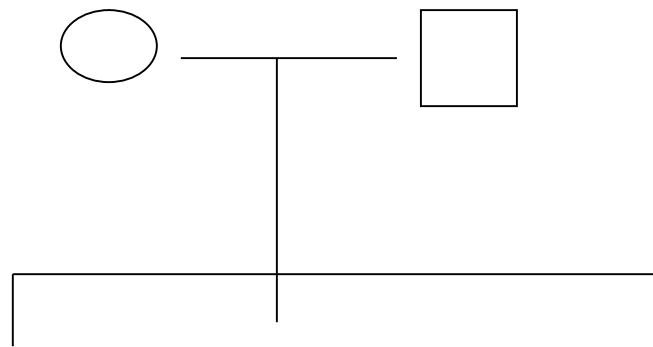
事例 NO	会議の 種類	地区	性別	年齢	世帯 構成	区分	利用しているサービス	認知症状 の有無	ケースの概要 （課題・個人因子・環境因子）	支援のポイント・助言・まとめ	地域の共通課題 （高齢者自身の課題を含めて）	ケアマネジメントの共通課題	評価 時期	評価内容
1														
2														
3														

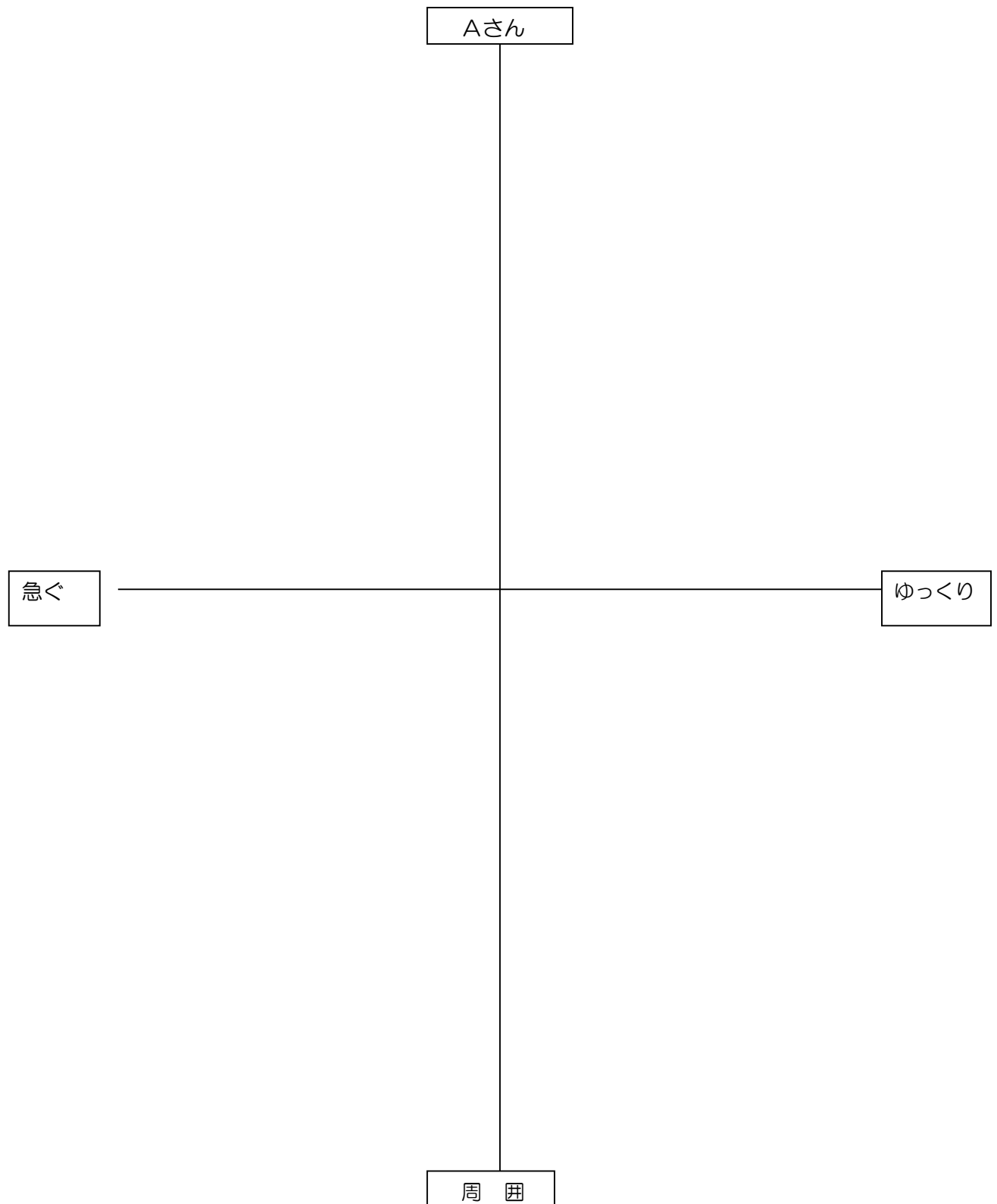
令和 年度 第〇回 地域ケア会議参加者アンケート (地域包括) (令和 年 月 日実施分) 名提出/ 名中 (様式6)

質問項目	1			2		3	4	5
	はい	いいえ	無回答	※いいえのみ理由	はい			
CM								
主任CM								
PT								
OT								
栄養士								
歯科 衛生士								
薬剤師								
サービス 事業所								

	－	＋
個人因子		
(経済的)		
環境因子		

ジェノグラム・エコマップ





地域ケア会議 事前準備

○対象者氏名

○地域ケア会議種類

個別版地域ケア会議

○日時調整

☐ 平成 年 月 日 () 時間： ～

○開催場所

☐ ☐ 予約（要・不要） ☐ 予約確認（ / 申請）

○参加メンバー調整確認

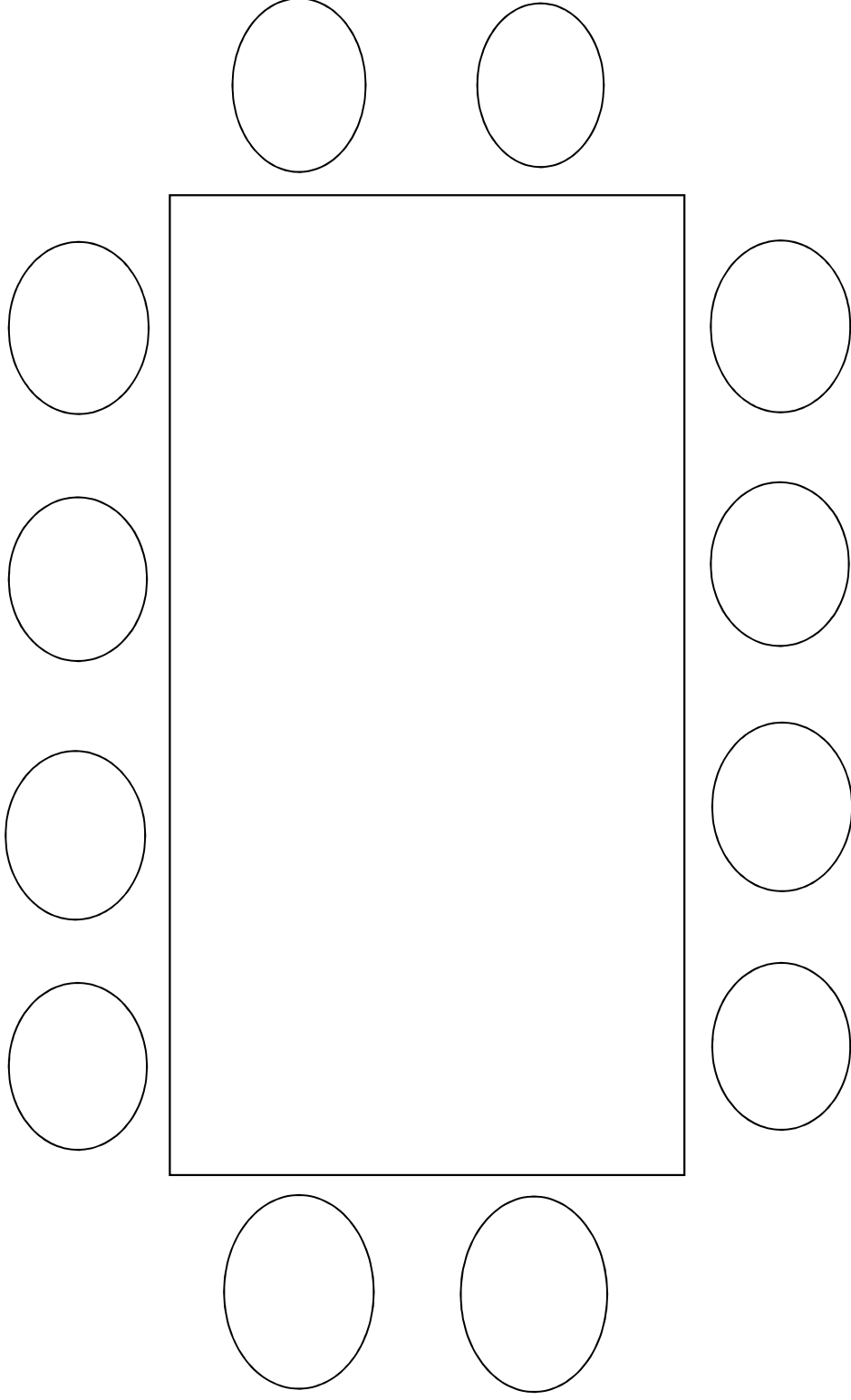
参 加 者	氏名	理 由	連絡担当	確認

○資料等の準備

内 容	担当	
☐ 次第		
☐ 地域ケア会議（ケース検討会） アセスメントシート		
☐ 会議録		印刷部数
☐ その他		☐ 部

○包括内担当

担 当	氏名
司 会	管理者（ ）
記 録	
出 席	
出 席	
注意事項	



基本情報

受付年月日	令和 年 月 日					
受付担当者						
受付方法						
氏名・性別・年齢 ・住所	氏名		性別	男	年齢	歳
	住所				生活圏域	
家族状況						
生活歴						
生活状況						
健康状態	現病歴・既往歴		処方等			
趣味・特技 ・楽しみ						
利用者の被保険者情報	要介護度； 認定有効期間； 年 月 日～ 認定審査会の意見等； 年 月 日					
その他の情報						
現在利用しているサービスの状況	介護保険サービス；					
	高齢者福祉サービス； その他のサービス；					
障害老人の日常生活自立度						
認知症である老人の日常生活自立度						
本人・家族の介護に対する希望、望む暮らし	(本人)					
	(家族)					
総合的な援助の方針						

個人因子 (健康状態 やADL・ IADLの ポイント)	【普段の健康管理】 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 【疾病・服薬・通院】 【ADL・IADL】 ●歩行： ●食事： ●排せつ： ●入浴： ●更衣： ●口腔状態： ○調理： ○掃除： ○洗濯： ○買い物： ○整理・物品管理： ○金銭管理：
環境因子	【家族環境】 ◆介護力： 【住環境】 ◆ 【近隣環境】
経済的環 境 (本人及び 家族)	【本人】 【家族】
検討して ほしいこ と及び課 題	

R4.4月改訂

簡易口腔アセスメント（全職種共通）

記入者

（職種： ）平成 年 月 日

見た目 	自分の歯がありますか？ 有 ・ 無 分かれば（上 / 14本・下 / 14本） 上下で噛み合う歯がありますか？ 有 ・ 無 分かれば（前歯 本・奥歯 本） 唇が乾いていませんか？ 良好 ・ 乾いている
聴取 	夕食後または寝る前に歯や入れ歯を磨きますか？ 磨く ・ 磨かない 最近、歯科医院に行ったのはいつ頃ですか？ （ 日前 ・ ヶ月前 ・ 年前 ・ 忘れた）
臭い 	口臭がありますか？ 有 ・ 無 原因が分かれば（歯や入れ歯の汚れ・ムシ歯 食物残渣・舌苔・歯周病 全身疾患・その他 ）
全身 	このような症状はありませんか？ ☐ 息上がり ☐ 喉に食物が残る ☐ 口が乾く ☐ 味が分かりにくい ☐ 背中が曲がっている ☐ 薬が飲みにくい
道具 	口腔ケアは何を使っていますか？ 歯ブラシ：毛先がひらいていませんか？ 有 ・ 無 歯磨き剤： 使用 ・ 不使用 補助具：歯間ブラシ・フロス・電動ブラシ・洗口剤 義歯関連（洗浄剤・安定剤・その他 ）
入れ歯 	入れ歯がありますか？ 有 ・ 無 分かれば（総入れ歯 上・下） （部分入れ歯 上・下） 入れ歯は合っていますか？ はい・まあまあ・いいえ 食事時に使っていますか？ 使用・時々・不使用 外して寝ますか？ 外す・そのまま
気になることがあればご記入ください。	

参照：（一社）大分県歯科衛生士会

誤嚥性肺炎リスク評価（井上式改訂：イラスト追加版）

* 気になる症状がありましたらイラストを○で囲ってください。

氏名 _____ 男・女 _____ 年齢（ _____ 才）

口	口臭	口腔乾燥 ヤラカッ	口の中の汚れ	義歯の不具合	合計
					／ 4
体	ADL（座位の保持）	呼吸力	BMI<19	会話明瞭度	／ 4
					
嚥下機能	食事中的ムセ	飲水でムセ	飲み込みにくさ	発音	／ 4
					
					／12

参照：（一社）大分県歯科衛生士会

3～5 つ○がついた方→リスク低（要観察）
 6～8 つ○がついた方→リスク中（注意が必要）
 9 つ以上に○がついた方→リスク高（専門職に繋げる）

* 気になる項目にチェックを入れてください。
 * 主観だけでなく、客観的判断も加味してください。

課題整理総括表

作成日 / /

利用者名 殿

① 自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		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)		利用者及び家族の 生活に対する意向	
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化				見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (二一スズ)【案】※6
	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					
			支障なし 支障あり			改善 維持 悪化					

※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要約的事実を記載する。選択時に○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ちあわしている要因を、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(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。

要因分析			
本人が望む暮らし			
強み（プラス面）		弱み（マイナス面）	
自立支援の視点	社会資源の提案	ケアマネの思い	

自立支援型地域ケア個別会議(居宅対象・包括対象) 台帳

番号	期日	場所	時間	ケアマネ			ケース			参加者への連絡	事前資料受け取り	記録	備考
				事業所名	氏名		日常生活圏域	氏名	介護度				
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

地域ケア推進会議 会議録

利用者名 様

記録者：

開催日 年 月 日 開催場所

開催時間： 回目

会議出席者	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名
開催目的 検討内容 (意見等) 要約						
結論 (まとめ)						
次回の開催時期)	令和 年 月 日					
地域の課題						

天草市長 あて

天草市地域ケア会議に係る個人情報に関する誓約書

私は、天草市地域包括支援センター地域ケア会議において知り得た秘密について、介護保険法に守秘義務が定められ、罰則規定が設けられることを理解し、この規定を遵守することを誓約します。

また、所属団体等を退いた後も同様といたします。

令和 年 月 日

所属または団体名 (または住所)	氏名	連絡先 (TEL)	2週間以内の発熱 感冒症状の有無	味覚障害の 有無	体温
			有・無	有・無	
			有・無	有・無	
			有・無	有・無	
			有・無	有・無	
			有・無	有・無	

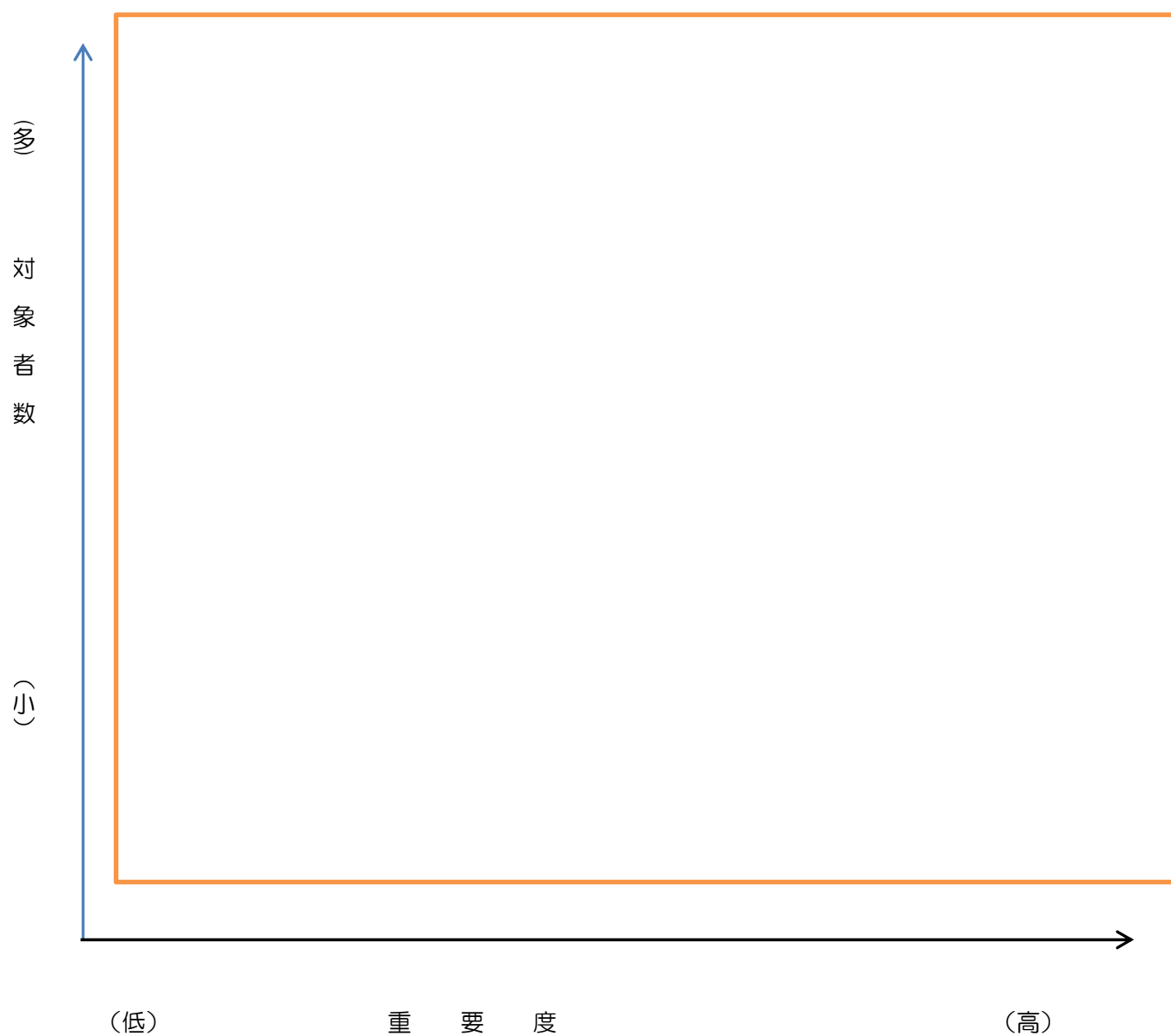
*新型コロナウイルス感染症対策の一環として、連絡先や体調のご記入も併せてお願いします。

(介護保険法第 115 条の 48 第 5 項、法第 205 条第 2 項)

地域ケア会議に参加する者又は参加していた者は、正当な理由がなく、地域ケア会議において知り得た秘密を漏らしてはならないこと、これに違反した場合は一年以下の懲役または百万円以下の罰金とする

*ケースについては自立支援型や個別版地域ケア会議のケースを記入。総合相談やケアマネジメントを通じて課題を感じるケースがあれば加えてもよい。

事例 NO	会議の 種類	地区	性別	年齢	世帯 構成	区分	利用しているサービス	認知症状 の有無	ケースの概要 (課題・個人因子・環境因子)	支援のポイント・助言・まとめ	地域の共通課題 (高齢者自身の課題を含めて)	ケアマネジメントの共通課題	評価 時期	評価内容
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														



データなどと照らし合わせる課題を選ぶ

●地域課題検討会議(天草●●地域包括支援センター)

様式11

地域の共通課題	解決策	センターができること	連携先	市町村への報告

天草●●●地域包括支援センター		様式12
担当日常生活圏域		
高齢者人口： 人	地域の特性・現状	
高齢化率： %	令和 年 月現在	

自立支援型地域ケア会議 ケアマネジメント評価表

様式13

担当包括 天草()包括支援センター 記載日 R 年 月 日
参加者:居宅名() 参加者名()

ケア会議日:R 年 月(事例介護度:)	
目標(本人の望む生活)	課題
1)助言を受けて取り組んだこと	評価日:R 年 月 日(評価期間: ヶ月)
	2)モニタリング内容(目標達成状況・目標達成しない場合はその理由も)
【今後の取り組み・方向性・感想】	【評価結果】 1、(目標)達成 2、一部(目標)達成 3、(目標)未達成

R2.7月改正

