

平成 26 年度

地域ケア会議運営に係る実務者研修

平成 26 年 10 月～平成 27 年 2 月

# 平成26年度地域ケア会議運営に係る実務者研修

## 目 次

- 次第 . . . . . 3
- 平成 26 年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 開催一覧 . . . . . 5
- 地域包括ケアシステムの構築と地域ケア会議の推進について . . . . . 7
- 地域ケア会議の運営について . . . . . 50
- 演習Ⅰ：担当圏域の地域ケア会議の現状について . . . . . 57
- 演習Ⅱ：地域ケア会議で検討する個別ケースの選定 . . . . . 58
  
- 演習Ⅲ：地域ケア会議の事前準備・当日の運営（課題分析と支援計画） . . . . . 69
- 演習Ⅳ：地域ケア会議の事前準備・当日の運営（参加者選定と開催準備） . . . . . 74
- 演習用DVD視聴 . . . . . 76
- 演習Ⅴ：地域課題の抽出と市町村への提言（提案） . . . . . 88
- 演習Ⅵ：研修の振り返りと全体総括 . . . . . 93
- （参考）企画委員名簿 . . . . . 95



○研修の目的・ねらい

多職種協働による自立支援に資する個別のケアマネジメント支援を重点としつつ、個別ケースの検討を通じて地域課題を発見し、資源開発や市町村への政策提言につなげていくことができる人材の育成を目的とする。

○研修スケジュール

【1日目】

	時 間	項 目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	13:00-13:05	開会挨拶		厚生労働省
2	13:05-13:15	おしなはせ	研修の目的とねらい 自己紹介	厚生労働省
3	13:15-14:00 (45分)	行政説明	<b>地域包括ケアシステムの構築と 地域ケア会議の推進について</b> 〈目的・ねらい〉 介護分野における最近の動向を知り、地域包括ケアシステムを構築していくために自治体と協働しながら地域ケア会議を推進するための参考とする。	厚生労働省
4	14:00-14:30 (30分)	講 義	<b>地域ケア会議の運営について</b> 〈目的・ねらい〉 地域包括ケアシステムの実現に向けた手法である地域ケア会議の構築・運営に係る基本的な内容を学ぶ。	研修企画委員会 委員
	14:30-14:40	休憩		
5	14:40-15:00 (20分)	演習Ⅰ	<b>担当圏域の地域ケア会議の現状について</b> 〈目的・ねらい〉 受講者それぞれの担当圏域の地域ケア会議の現状について情報交換することで、今後の研修プログラムを充実させ、今後、地域ケア会議を効果的に実践していくための参考とする。	研修企画委員会 委員
6	15:00-17:15 (135分) 途中の休憩含む	演習Ⅱ	<b>地域ケア会議で検討する個別ケースの選定</b> 〈目的・ねらい〉 個別ケースを検討する地域ケア会議の出発点である事例選定の方法について学ぶ。	研修企画委員会 委員

※時間は目安として記載しています。当日の研修の進行状況により変更する場合があります。

【2日目】

	時 間	項 目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	9:30-9:35	オリエンテーション	1日目の振り返り	研修企画委員会 委員
2	9:35-12:00 (145分) 途中の休憩含む	演習Ⅲ	<b>地域ケア会議の事前準備と当日の運営①</b> <b>(課題分析と支援計画)</b> 〈目的・ねらい〉 多職種協働による自立支援に資するケアマネジメント支援について、個別課題の分析と支援の方向性を導き出す方法について学ぶ。	研修企画委員会 委員
	12:00-13:00	昼休憩		
3	13:00-13:40 (40分)	演習Ⅳ	<b>地域ケア会議の事前準備と当日の運営②</b> <b>(参加者選定と開催準備)</b> 〈目的・ねらい〉 個別ケース検討の地域ケア会議を効果的に運営するために、参加者の選定と開催準備について学ぶ。	研修企画委員会 委員
4	13:40-14:10 (30分)	DVD 視聴	<b>研修用DVD視聴</b> 〈目的・ねらい〉 これまでの演習と照らし合わせ、個別ケース検討の地域ケア会議の流れを確認するとともに、個別課題から地域課題への転換と市町村への政策提言につなげていくプロセスを確認する。	研修企画委員会 委員
5	14:10-15:50 (100分) 途中の休憩含む	演習Ⅴ	<b>地域課題の抽出と市町村への提言(提案)</b> 〈目的・ねらい〉 個別ケースの検討を通じて地域課題を発見し、資源開発や市町村への政策提言につなげていくプロセスを学ぶ。	研修企画委員会 委員
6	15:50-16:25 (35分)	演習Ⅵ	<b>研修の振り返りと全体総括</b> 〈目的・ねらい〉 研修で学んだ地域ケア会議の運営におけるコーディネート機能をどのように実践に活かすか学ぶ。	研修企画委員会 委員
7	16:25-16:30	オリエンテーション		厚生労働省
8		閉 会		

※時間は目安として記載しています。当日の研修の進行状況により変更する場合があります。

## 平成26年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 開催一覧

	開催日	ブロック	所属都道府県	会場	所在地
①	10/30(木),31(金)	東北	青森県・岩手県・宮城県・秋田県・ 山形県・福島県	フォレスト仙台	仙台市青葉区柏木1-2-45
②	11/10(月),11(火)	北海道	北海道	NTT北海道セミナーセンタ	札幌市中央区南22条西7丁目
③	11/18(火),19(水)	九州・沖縄	福岡県・長崎県・佐賀県・大分県・ 熊本県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県	天神ビル	福岡市中央区天神2-12-1
④	11/25(火),26(水)	北陸・近畿	福井県・富山県・石川県・滋賀県・京都府・ 大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県	天満研修センター	大阪市北区錦町2-21
⑤	12/1(月),2(火)	関東	茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・ 東京都・神奈川県・山梨県・新潟県	国際ファッションセンター	東京都墨田区横網一丁目6番1号
⑥	12/11(木),12(金)	中国・四国	鳥取県・島根県・岡山県・広島県・山口県・ 香川県・徳島県・愛媛県・高知県	岡山コンベンションセンター	岡山市北区駅元町14-1
⑦	12/17(水),18(木)	信州・東海	長野県・岐阜県・静岡県・愛知県・三重県	名古屋国際会議場	名古屋市熱田区熱田西町1番1号
⑧	1/7(水),8(木)	関東	茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・ 東京都・神奈川県・山梨県・新潟県	国際ファッションセンター	東京都墨田区横網一丁目6番1号
⑨	1/13(火),14(水)	信州・東海	長野県・岐阜県・静岡県・愛知県・三重県	名古屋国際会議場	名古屋市熱田区熱田西町1番1号
⑩	1/26(月),27(火)	北陸・近畿	福井県・富山県・石川県・滋賀県・京都府・ 大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県	天満研修センター	大阪市北区錦町2-21
⑪	2/2(月),3(火)	九州・沖縄	福岡県・長崎県・佐賀県・大分県・ 熊本県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県	福岡建設会館	福岡市博多区博多駅東3-14-18
⑫	2/9(月),10(火)	関東	茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・ 東京都・神奈川県・山梨県・新潟県	連合会館	東京都千代田区神田駿河台3-2-11





# 地域包括ケアシステムの構築と 地域ケア会議の推進について

平成26年度地域ケア会議運営に係る実務者研修

厚生労働省老健局

## 今日の主な内容

- 高齢者・介護を取りまく状況
- 地域包括ケアシステムの構築
- 地域包括支援センターの機能強化
- 地域支援事業の充実
- 地域ケア会議の推進
- 予防給付の見直し
- その他 参考資料



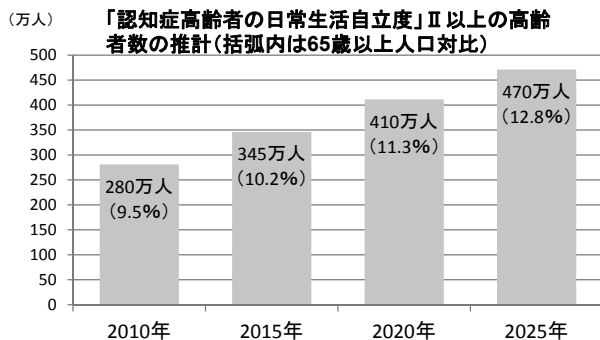
# 高齢者・介護を取り巻く状況

## 今後の介護保険をとりまく状況

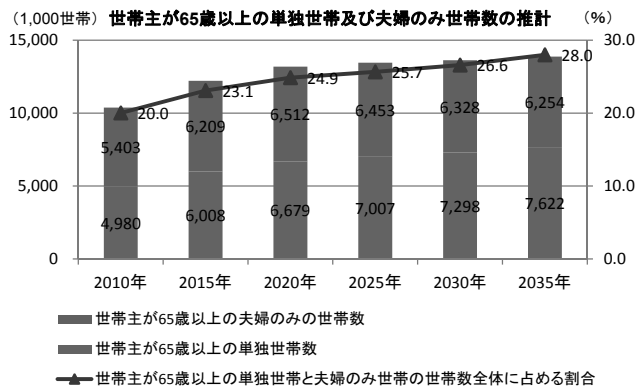
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

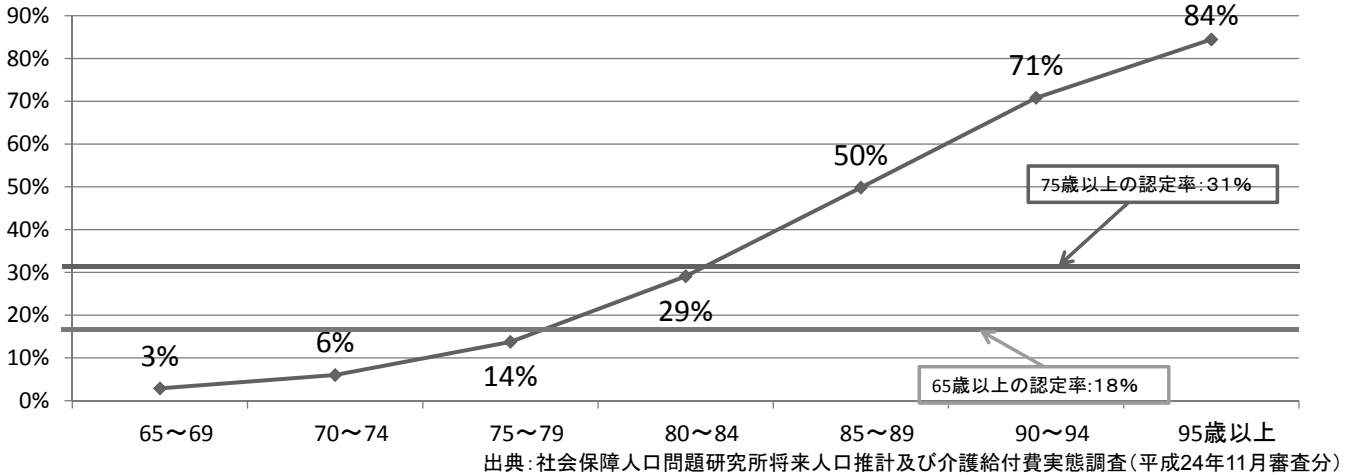


④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ( )は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

## (参考) 年齢階層別の要介護認定率 (推計)

- 要介護(支援)認定率は、年齢とともに上昇し、85歳～89歳では約半数が認定を受けているが、一号被保険者全体で認定を受けている率は、約18%程度である。
- 後期高齢者医療での受診率は96.9%であるのに対し、75歳以上の要介護(支援)認定率は31%となっている。



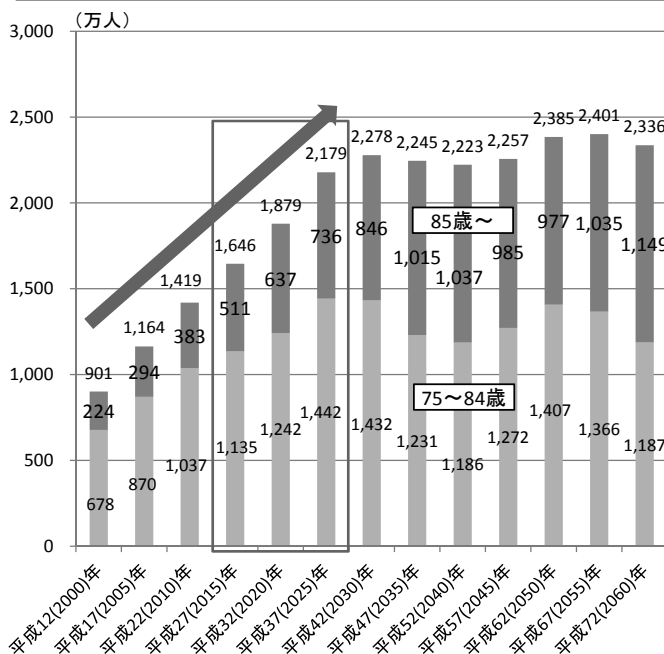
【参考】平成22年度1年度間において、入院、入院外又は歯科のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者(合計)の割合

協会(一般)	84.8%
組合健保	85.0%
国民健康保険	84.0%
後期高齢者医療	96.9%

(資料)平成22年度 医療給付実態調査 4

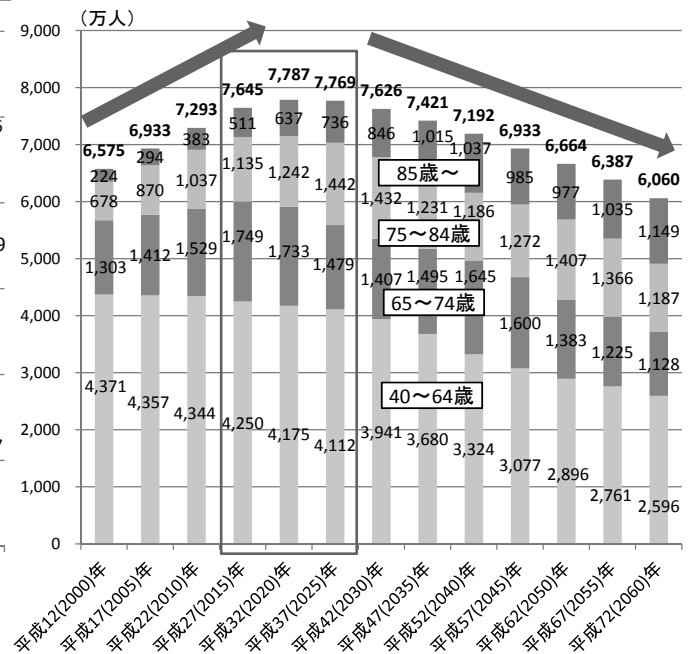
### ⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
- 2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



### ⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計) 出生中位(死亡中位)推計実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

## 介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8200円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間	事業計画	給付 (総費用額)	保険料	介護報酬の改定率
2000年度 2001年度 2002年度	第一期	3.6兆円 4.6兆円 5.2兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2003年度 2004年度 2005年度	第二期	5.7兆円 6.2兆円 6.4兆円		
2006年度 2007年度 2008年度	第三期	6.4兆円 6.7兆円 6.9兆円	4,090円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2009年度 2010年度 2011年度	第四期	7.4兆円 7.8兆円 8.2兆円		
2012年度 2013年度 2014年度	第五期	8.9兆円 9.4兆円 10.0兆円	4,972円 (全国平均)	H18年度改定 ▲0.5%
2015年度		21兆円程度 (改革シナリオ)		
			8,200円 程度	H21年度改定 +3.0%
				H24年度改定 +1.2%
				H26年度改定 +0.63%

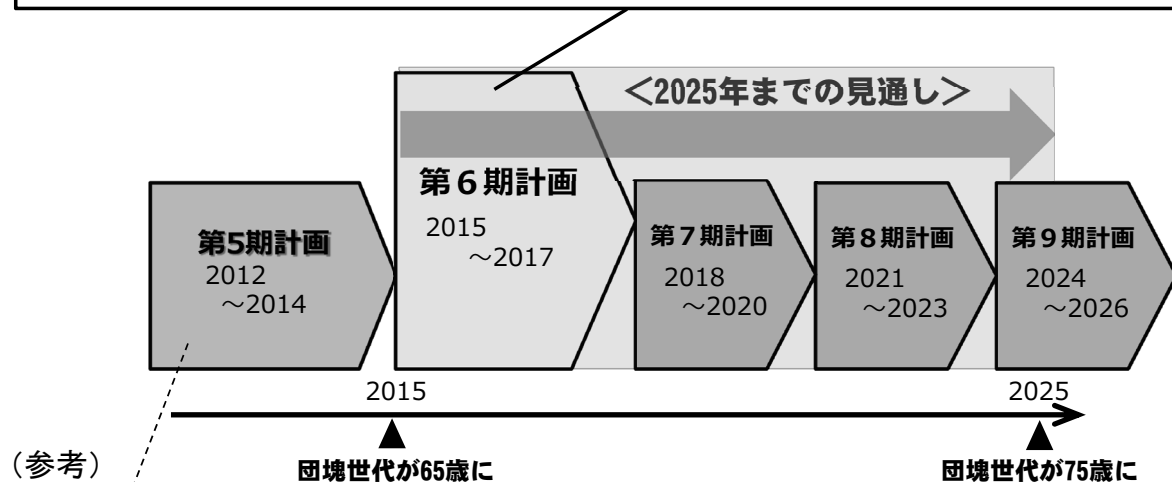
※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算、2014年度は当初予算(案)である。  
 ※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月)

※2012年度の賃金水準に換算した値

6

## 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



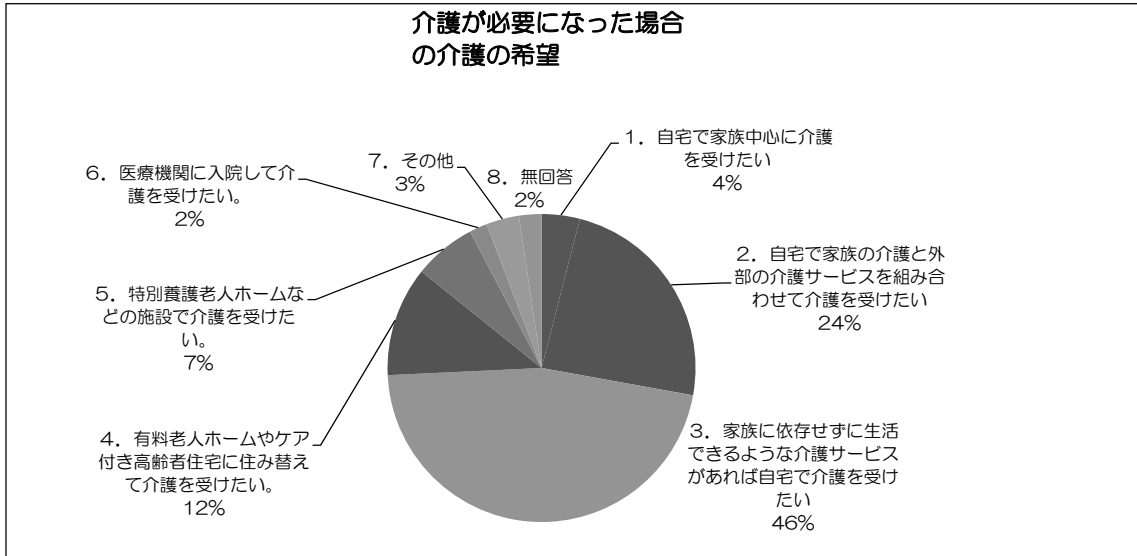
第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

7

## 介護の希望（本人の希望）

### 【自分が介護が必要になった場合】

最も多かったのは「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」で46%、2位は「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」で24%、3位は「有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」で12%。



資料出所:「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集(結果概要について)」厚生労働省老健局

8

## 地域包括ケアシステムの構築

# 「地域包括ケアシステム」に係る規定

## 介護保険法 第5条第3項

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

## 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

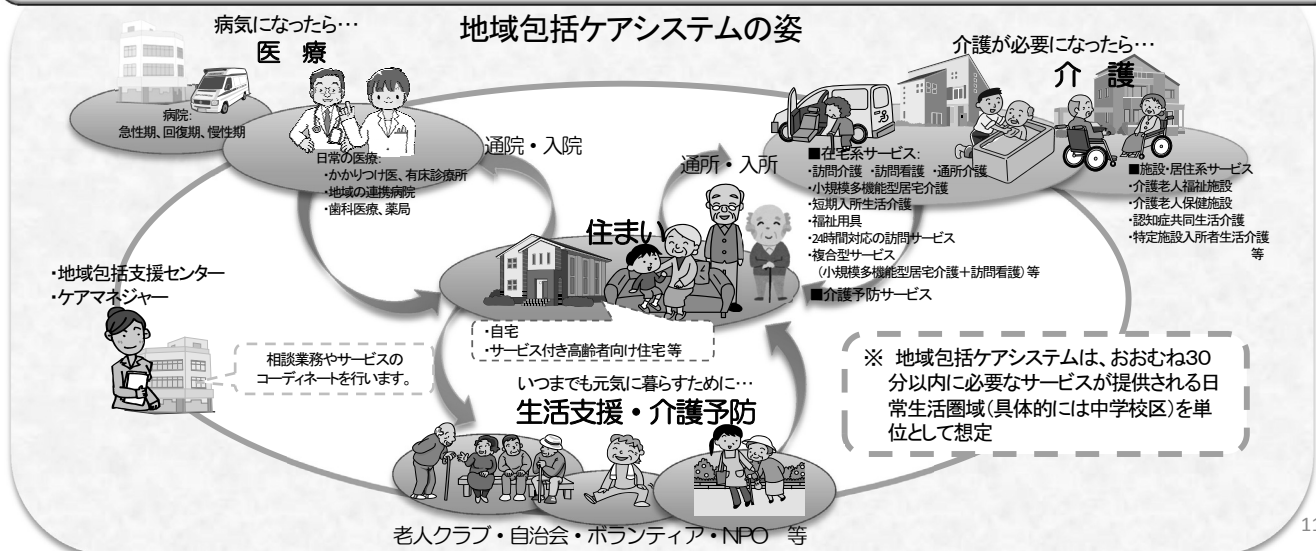
### 第2条(定義)

この法律において、「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

10

## 地域包括ケアシステムの構築について

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



11

# 支え合いによる地域包括ケアシステムの構築について

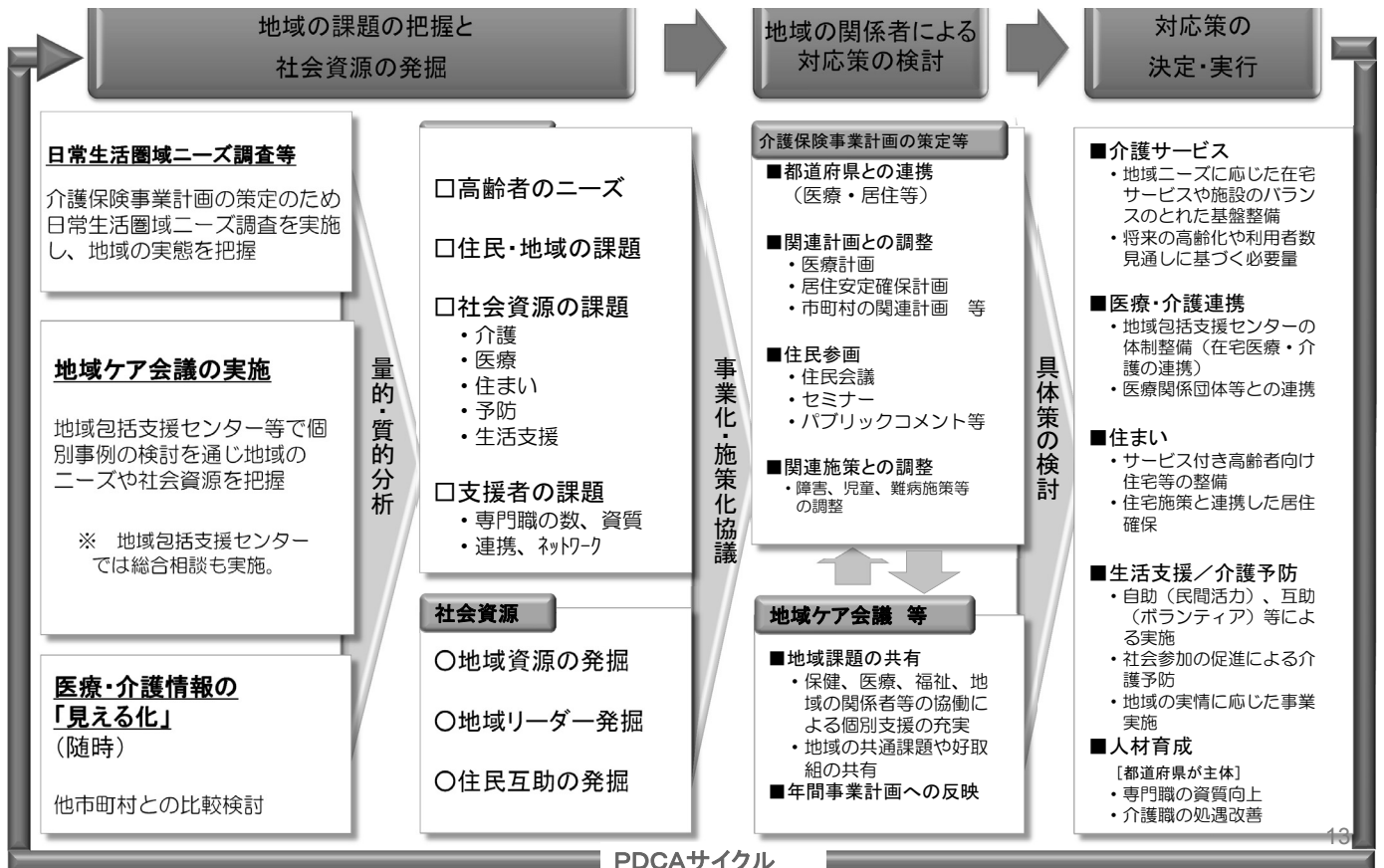
- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



- 自助**：
  - ・介護保険・医療保険の自己負担部分
  - ・市場サービスの購入
  - ・自身や家族による対応
- 互助**：
  - ・費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み
- 共助**：
  - ・介護保険・医療保険制度による給付
- 公助**：
  - ・介護保険・医療保険の公費（税金）部分
  - ・自治体等が提供するサービス

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月)より

## 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)



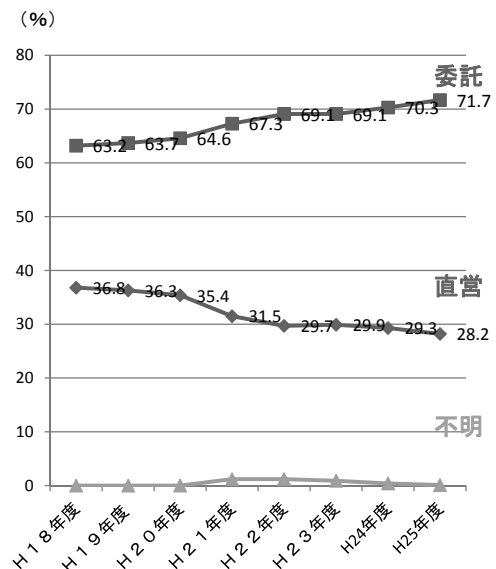
# 地域包括支援センターの機能強化

## 地域包括支援センターの設置状況

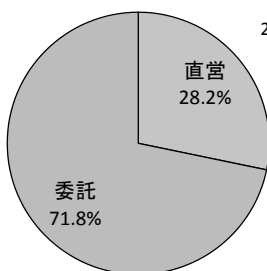
- 地域包括支援センターはすべての保険者に設置されており、全国に4,484カ所
- ブランチ・サブセンターを合わせると設置数は7,196カ所となる。
- 前年比で、センターは156カ所増え、ブランチ・サブセンターが32カ所減り、全体では124カ所増加
- 地域包括支援センターの設置主体は、直営が約3割、委託が約7割で、委託が増加している。

### ◎地域包括支援センターの設置数

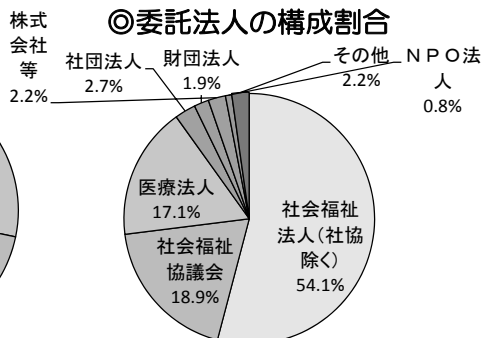
地域包括センター設置数	4,484カ所
ブランチ設置数	2,368カ所
サブセンター設置数	344カ所
センター・ブランチ・サブセンター合計	7,196カ所



### ◎直営・委託の割合



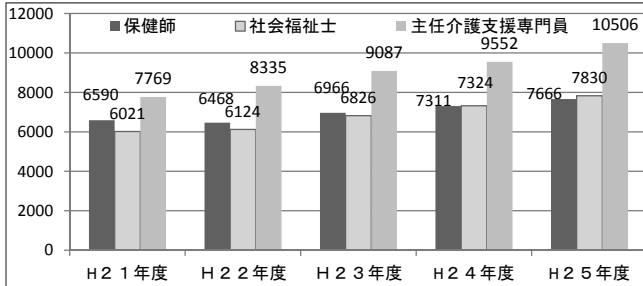
### ◎委託法人の構成割合



# 地域包括支援センターの職員の状況

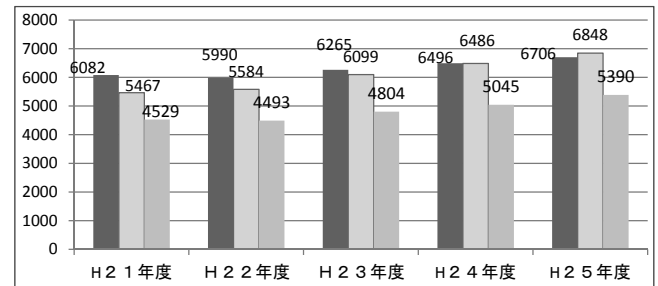
- センター従事者数は年々増加しており、特に主任介護支援専門員が増えている
- センターの平均職員数は5.8人（H24年度調査は5.6人）
- 包括的支援業務の従事者数は、主任介護支援専門員より保健師・社会福祉士が多い
- 3職種以外の配置については、介護支援専門員が約8割

## ◎センター従事者数



## ◎包括的支援業務の従事者数

※センター職員数はすべて常勤換算によるもの



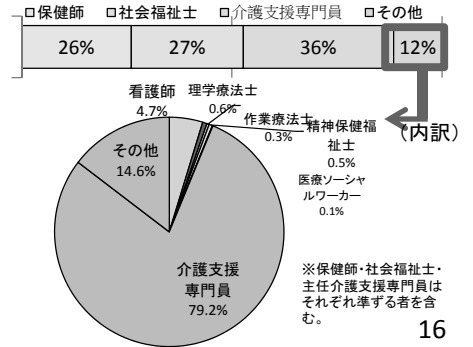
## ◎1センター当たりの平均職員数

職種	平均人数
保健師（準ずる者を含む）	1.7人
社会福祉士（準ずる者を含む）	1.7人
主任介護支援専門員	2.3人
計	5.8人

## ◎包括的支援業務の平均従事者数

職種	平均人数
保健師（準ずる者を含む）	1.5(1.2)人
社会福祉士（準ずる者を含む）	1.5(1.2)人
主任介護支援専門員	1.2(1.0)人
計	4.2(3.4)人

## (参考) 3職種以外の配置



平成25年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」(三菱総研)

## 地域包括支援センターが抱える課題(センター実態調査における自由記述より)

業務量等	○ 困難事例の対応に要するための時間が増えている。 ○ 要支援認定者が増え、そのプラン数も増加傾向にあり、他の業務に支障が出ている。
職員体制等	○ 専門職の確保が難しい。 ○ 3名で土日を含む対応をしているため、勤務の調整が難しい。
認知度	○ 一般にはセンターを知らない人も多く活動に支障を感じる。
業務内容・役割	○ 行政とセンターの役割分担が不明確。 ○ センターは多職種で解決できるため丸投げのケースが多く、他機関との役割分担が課題
精神疾患に対する対応	○ セルフネグレクトや精神疾患を持っている方の対応が難しい。
行政との連携	○ 何でもセンター任せの風潮が強く、行政の協力が弱い。 ○ 本来あるべき行政のバックアップが無いので、解決しがたい問題が増えたり、どのように動いて良いかわからないことも多くある。
社会資源	○ 認知症や権利擁護関係の課題について、つなぐ資源(機関)がほとんど無い。 ○ 認知症高齢者の増加と支え手の減少から、新たなインフォーマルなサービスを生むことが難しい。
委託型の課題	○ 委託型には、利用者や擁護者に対する措置の権限が無く、直営包括に立ち会い等を求めるため、スピードが求められる業務に支障。
相談件数の増加、複雑化	○ 独居、身寄りの無い高齢者が増加し、安否確認、生活支援、入院、万が一の場合まで全てに関わらざるを得ないが、どこまでやるべきか判断できない。 ○ 認知症、精神疾患、虐待のケースなど、専門的な知識、技術が必要な相談が増えてきている。

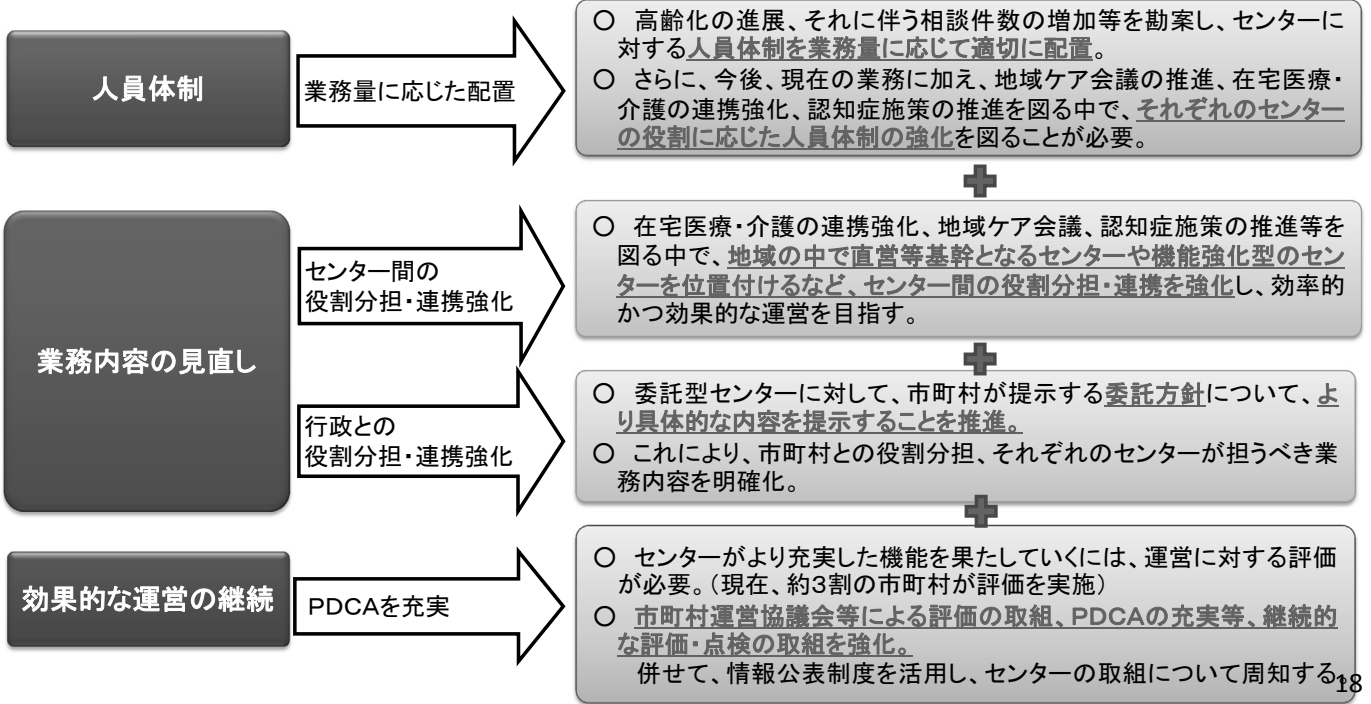
※平成24年度老人保健健康増進等事業「地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業」三菱総合研究所 地域包括支援センターが抱える課題: その他の内容(自由記述)より



# 地域包括支援センターの機能強化へ向けた方向性

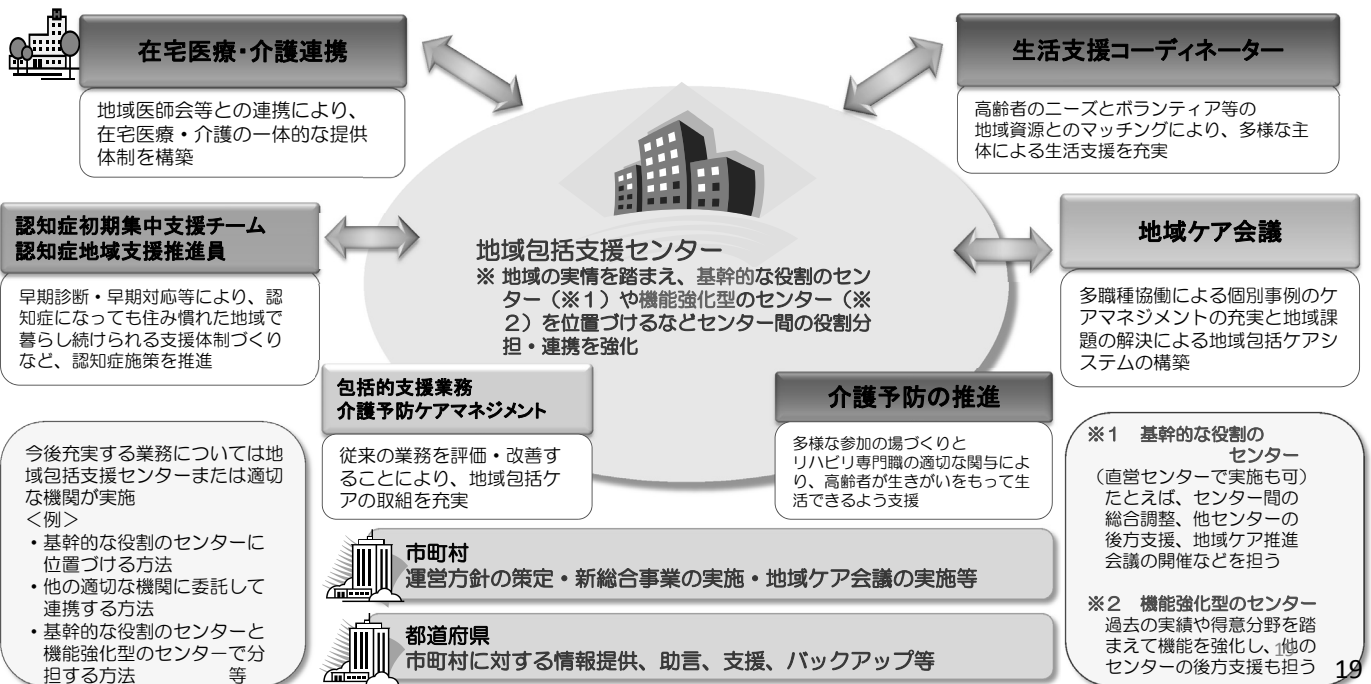
地域包括支援センターは、行政直営型、委託型にかかわらず、行政(市町村)機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要。

## ( 方向性 )



# 地域包括支援センターの機能強化

- 高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
- 市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
- 直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
- 地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
- 地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



# 地域支援事業の充実

## 介護保険制度の改正案の主な内容について

### ①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、**介護、医療、生活支援、介護予防を充実。**

#### サービスの充実

#### ○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

- \* 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- \* 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

#### 重点化・効率化

#### ①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- \* 段階的に移行（～29年度）
- \* 介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- \* 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

#### ②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定（既入所者は除く）

- \* 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

- このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

### ②費用負担の公平化

**低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。**

#### 低所得者の保険料軽減を拡充

#### ○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
  - \* 保険料見直し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
  - \* 軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
  - \* 軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

#### 重点化・効率化

#### ①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

- ・ 2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

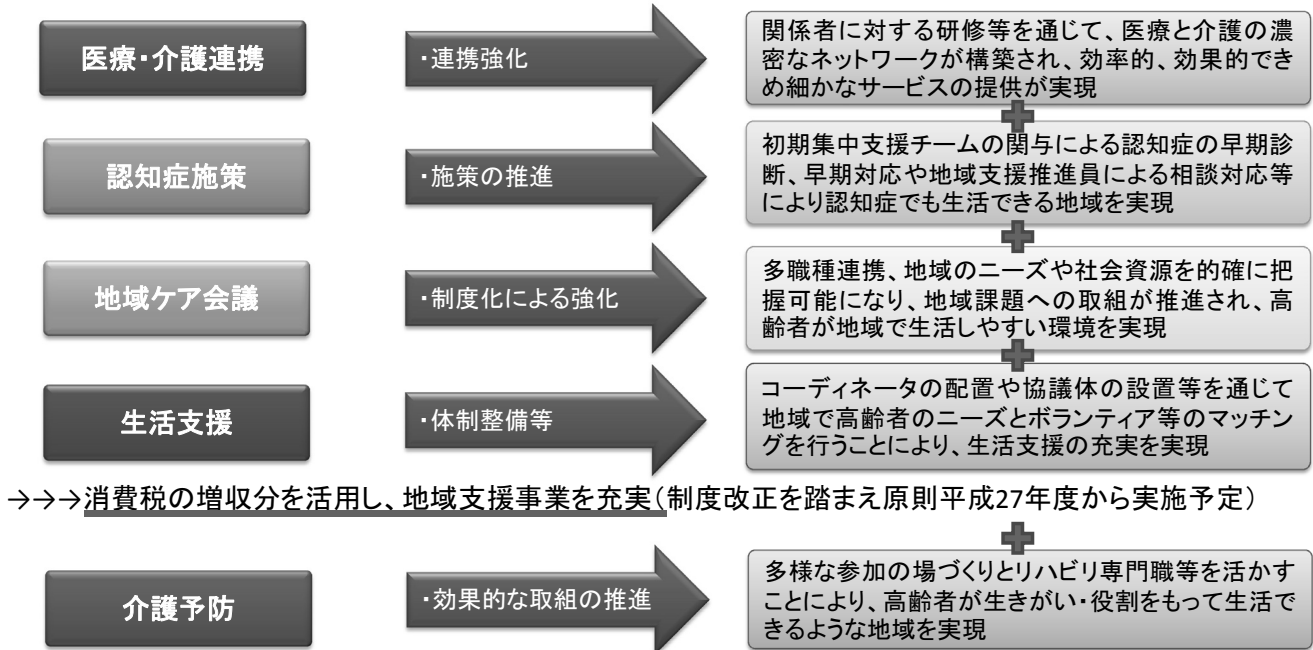
#### ②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案
  - \* 不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

## 医療・介護連携・認知症施策・地域ケア会議・生活支援の充実・強化

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

※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

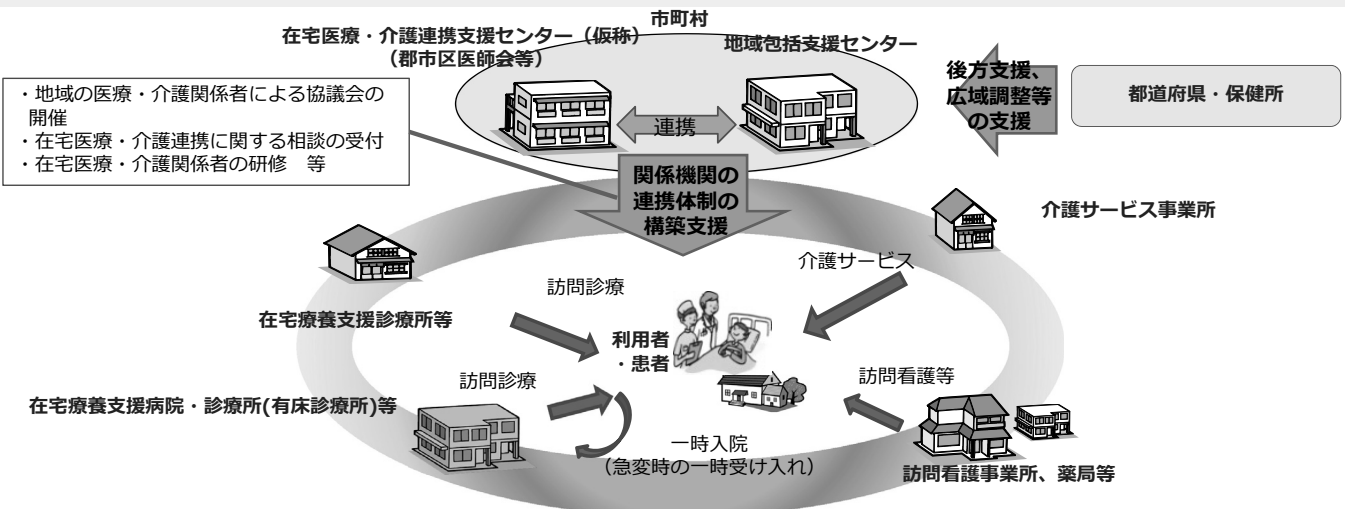


22

## 医療・介護連携

## 在宅医療・介護連携の推進

- 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、**地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要。**（※）在宅療養を支える関係機関の例
  - ・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
  - ・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時に一時的に入院の受け入れの実施）
  - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
  - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。





23

# 在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ、取り組む。
- 可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市町村が、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 一部を都市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引き書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

## ○事業項目と取組例

<p><b>(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化</li> <li>◆ さらに連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査した結果を、関係者間で共有、住民にも公表等</li> </ul>  <p>（熊本市）</p>	<p><b>(エ) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域連携バス（在宅医療を行う医療機関、介護事業所等の情報を含む）等の活用により、在宅医療・介護の情報の共有支援</li> <li>◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも対応等</li> </ul>	<p><b>(キ) 地域住民への普及啓発</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催</li> <li>◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発</li> <li>◆ 在宅での看取りについても普及啓発等</li> </ul>  <p>（鶴岡地区医師会）</p>
<p><b>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等を協議等</li> </ul>	<p><b>(オ) 在宅医療・介護関係者の研修</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じて、多職種連携の実際を学ぶ</li> <li>◆ 介護職種を対象とした医療関連のテーマの研修会を開催等</li> </ul>	<p><b>(ク) 二次医療圏内・関係市区町村の連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、在宅医療・介護等の関係者間で情報共有の方法等について協議等</li> </ul>
<p><b>(ウ) 在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 在宅医療・介護連携の支援窓口の設置・運営により、在宅医療と介護サービスの担当者（看護師、社会福祉士等）の連携を支援するコーディネーターを配置して、連携の取組の支援とともに、ケアマネジャー等から相談受付等</li> </ul>	<p><b>(カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制を整備等</li> </ul>	

## 認知症施策

## 認知症施策の推進

- 「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。
- 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づける（「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置など）。

### 「認知症施策推進5か年計画」（平成24年9月厚生労働省公表）の概要

#### 【基本的な考え方】

##### 《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生したからの「事後的な対応」が主眼。



##### 《今後目指すべきケア》

「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

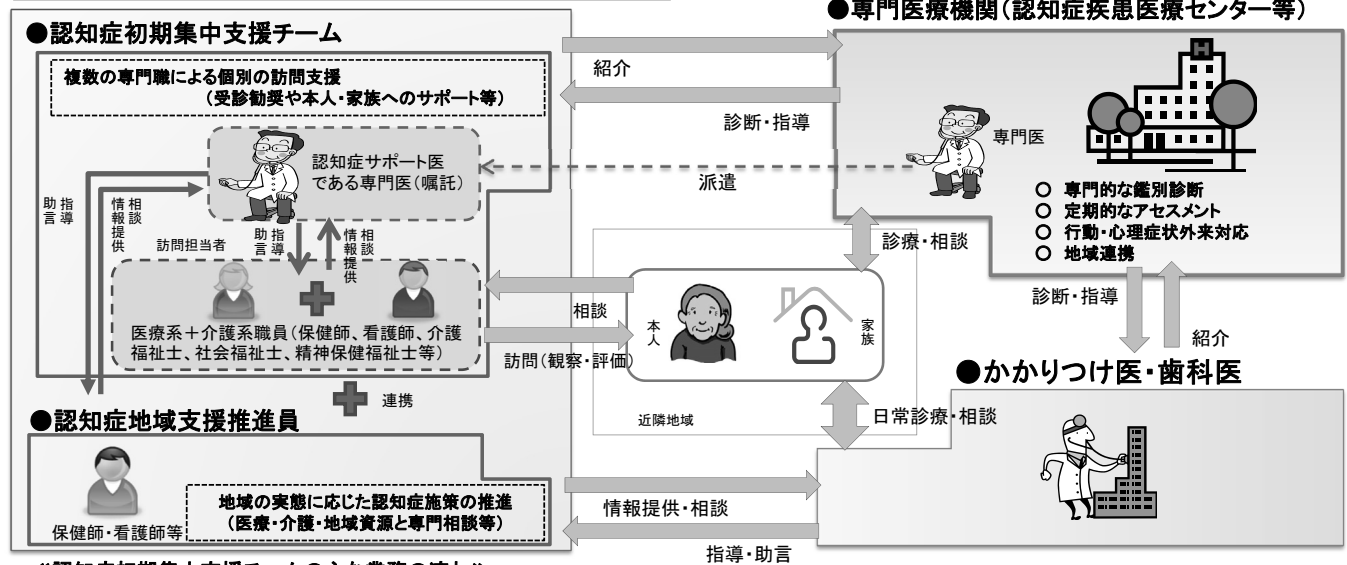
事項	5か年計画での目標	備考
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映	平成25年度ケアパス指針作成
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討	・平成25年度モデル事業14カ所 ・平成26年度予算では、地域支援事業（任意事業）で100カ所計上
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備	・平成25年度約250カ所 ・平成26年度予算では300カ所計上
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人	平成24年度末 累計35,131人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人	平成24年度末 累計2,680人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施	
○認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人	・平成25年度約200カ所 ・平成26年度予算では、地域支援事業（任意事業）で470カ所計上
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人	平成26年6月末 累計517万人

# 認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

- **認知症初期集中支援チーム** 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等を(個別の訪問支援)
- **認知症地域支援推進員** 一認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

## 地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



### ＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞

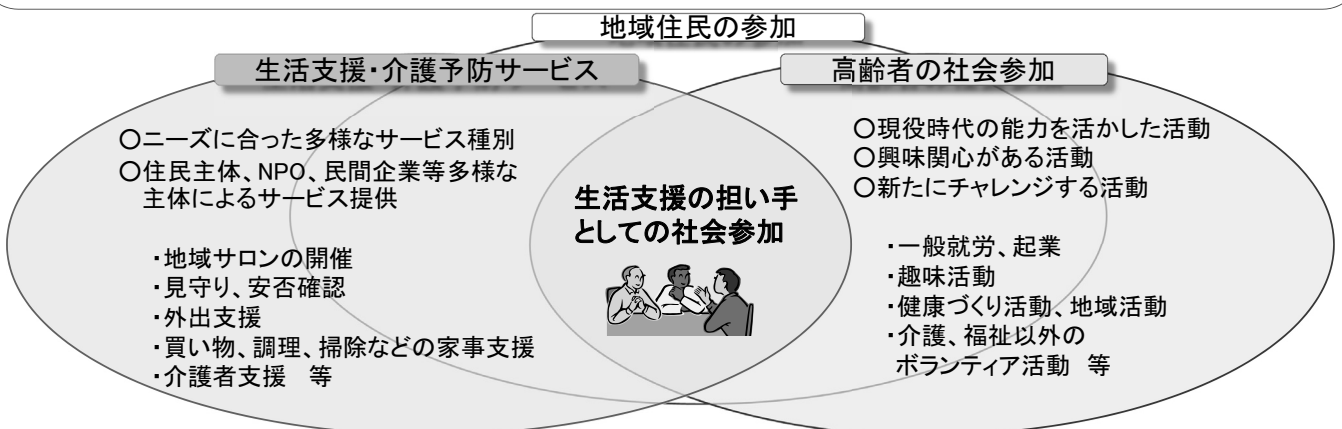
- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、④観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子チェック)、⑤専門医を含めたチーム会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

## 生活支援

## 生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

## 介護予防

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



### バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化

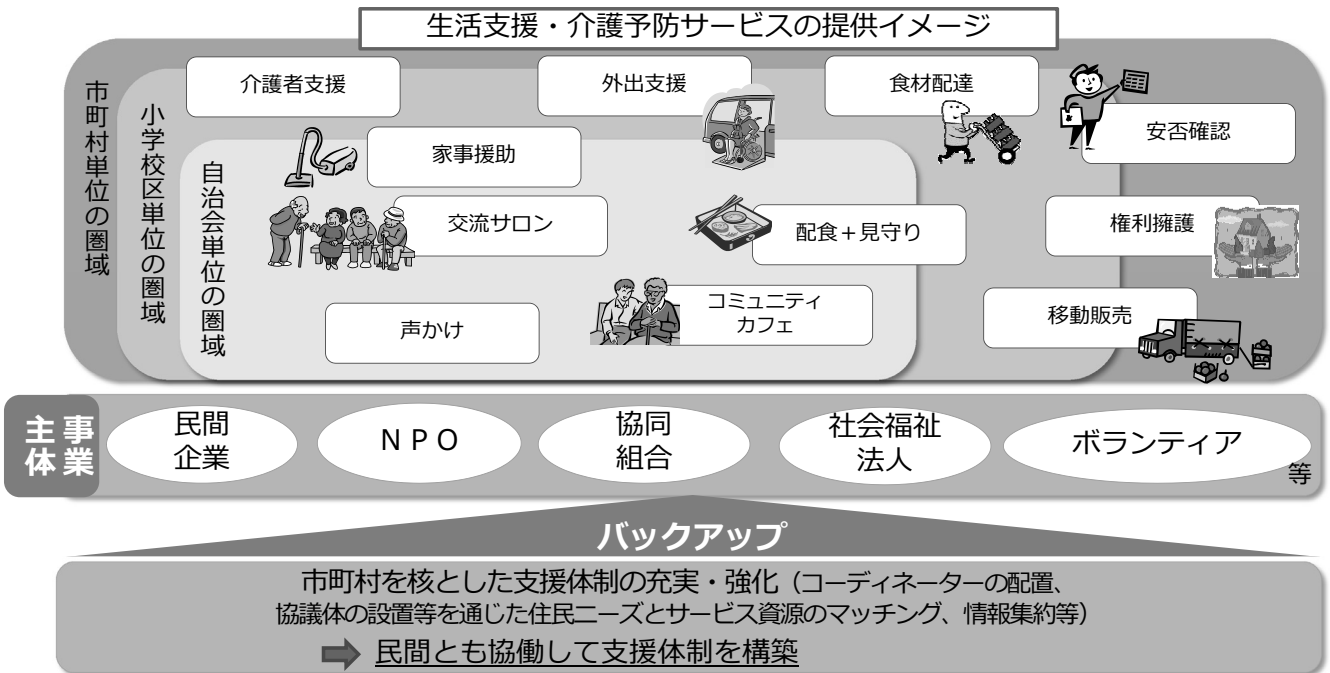
### バックアップ

都道府県等による後方支援体制の充実

# 多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



28

## 生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域に不足するサービスの創出</li> <li>○ サービスの担い手の養成</li> <li>○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 関係者間の情報共有</li> <li>○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など</li> </ul>

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の中学校区区域があり、平成26年度は第1層、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心

② 第2層 中学校区区域で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開

※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外



(2) 協議体の設置 ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例



生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

※1 これらの取組については、平成26年度予算においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。

※2 コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

29

介護予防の理念

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。
- 生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」…ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

これまでの介護予防の問題点

- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないかと考えられる。

これからの介護予防の考え方

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるといふ相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

これからの介護予防の具体的なアプローチについて

リハ職等を活かした介護予防の機能強化

- リハ職等が、ケアカンファレンス等に参加することにより、疾病の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。
- リハ職等が、通所と訪問の双方に一貫して集中的に関わることで、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切なアセスメントに基づくADL訓練やIADL訓練を提供することにより、「活動」を高めることができる。
- リハ職等が、住民運営の通いの場において、参加者の状態に応じて、安全な動き方等、適切な助言を行うことにより、生活機能の低下の程度にかかわらず、様々な状態の高齢者の参加が可能となる。

住民運営の通いの場の充実

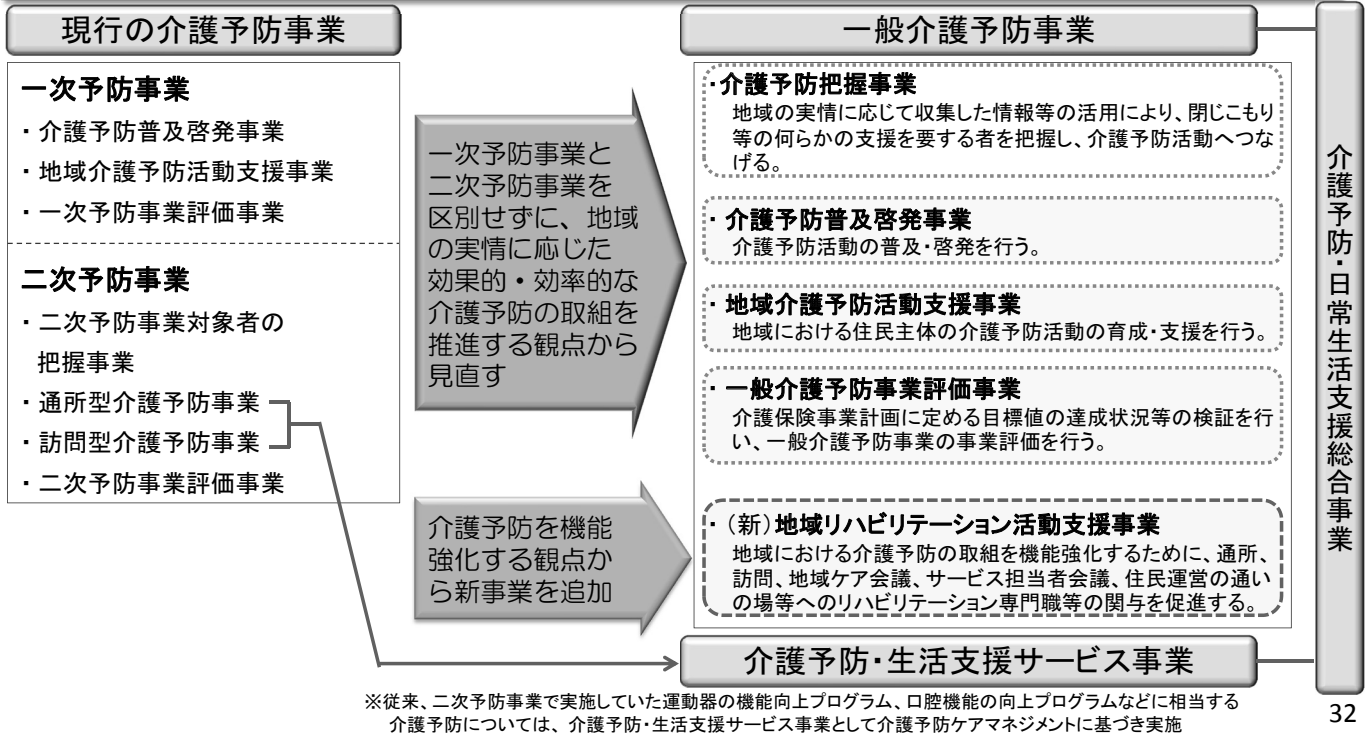
- 市町村が住民に対し強い動機付けを行い、住民主体の活動的な通いの場を創出する。
- 住民主体の体操教室などの通いの場は、高齢者自身が一定の知識を取得した上で指導役を担うことにより役割や生きがいを認識するとともに、幅広い年齢や状態の高齢者が参加することにより、高齢者同士の助け合いや学びの場として魅力的な場になる。また、参加している高齢者も指導者として通いの場の運営に参加するという動機づけにもつながっていく。
- 市町村の積極的な広報により、生活機能の改善効果が住民に理解され、更に、実際に生活機能の改善した参加者の声が口コミ等により広がることで、住民主体の通いの場が新たに展開されるようになる。
- このような好循環が生まれると、住民主体の活動的な通いの場が持続的に拡大していく。

高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進

- 定年後の社会参加を支援する等を通じて、シニア世代に担い手になってもらうことにより、社会的役割や自己実現を果たすことが、介護予防にもつながる。

# 新しい介護予防事業

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

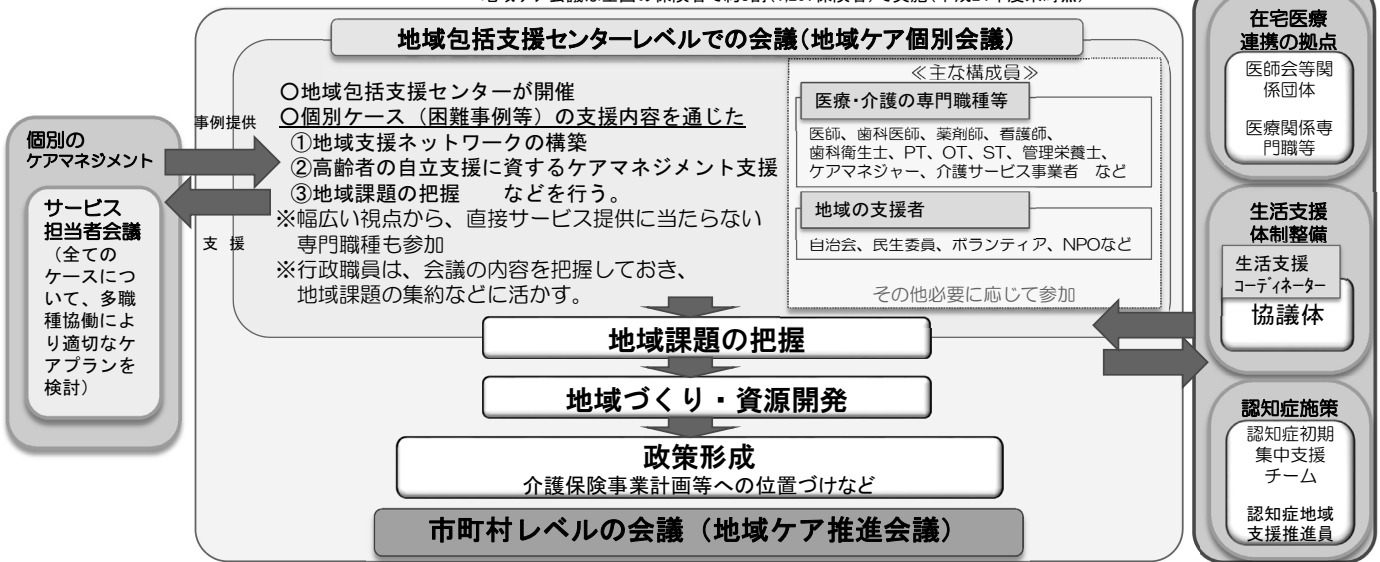


## 地域ケア会議の推進



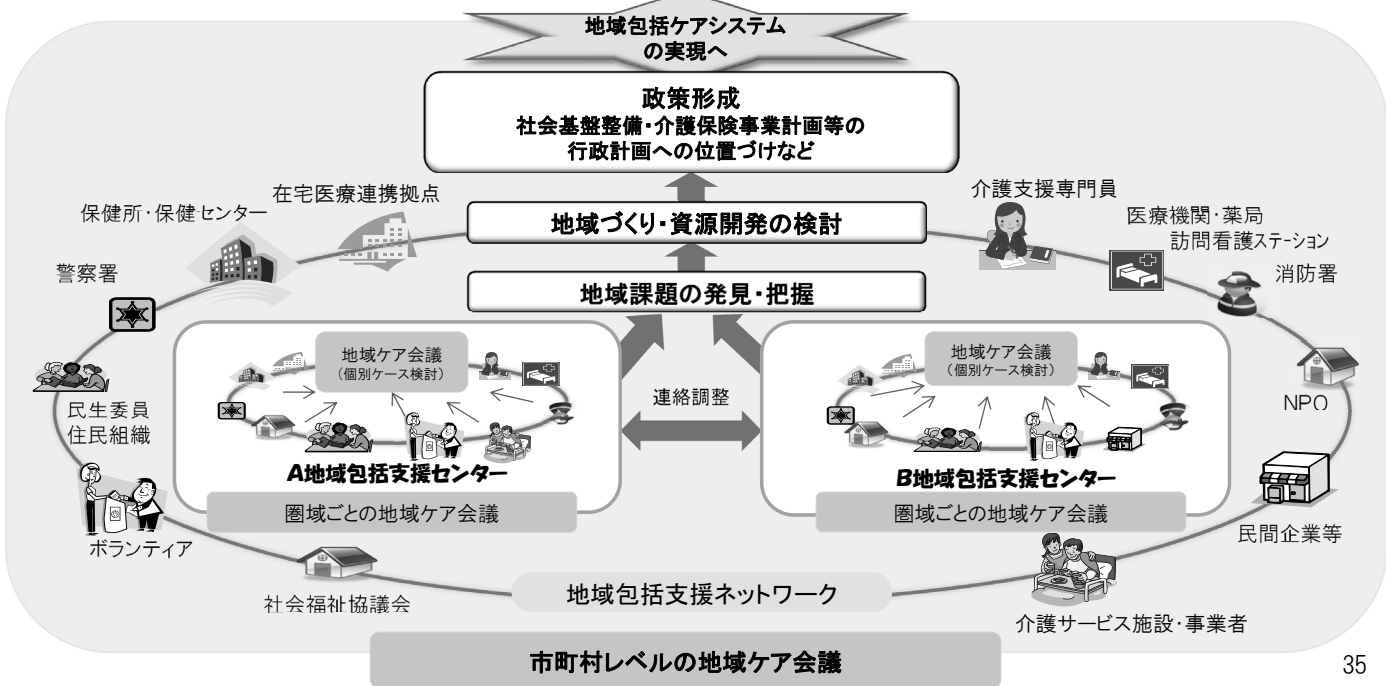
- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援等を行うとともに、地域づくり・政策形成等につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。
  - ・適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして位置づけ
  - ・市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
  - ・地域ケア会議参加者に対する守秘義務を規定、関係者の出席や資料・情報の提供など地域ケア会議の円滑な実施が可能 等

・地域包括支援センターの箇所数:4,484ヶ所(センター・プラチ・サブセンター合計7,196ヶ所)(平成25年4月末現在)  
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,207保険者)で実施(平成24年度末時点)

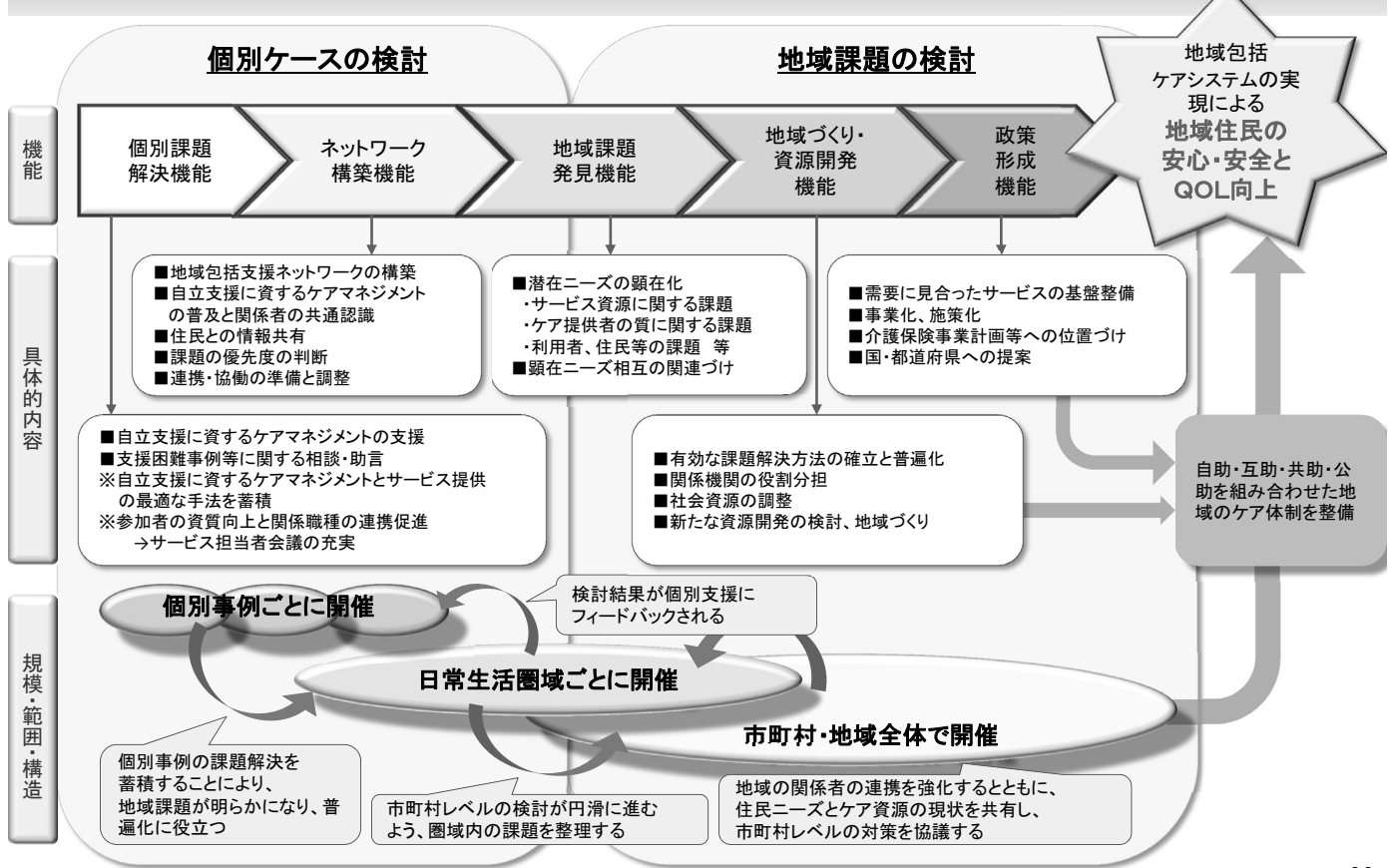


「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。

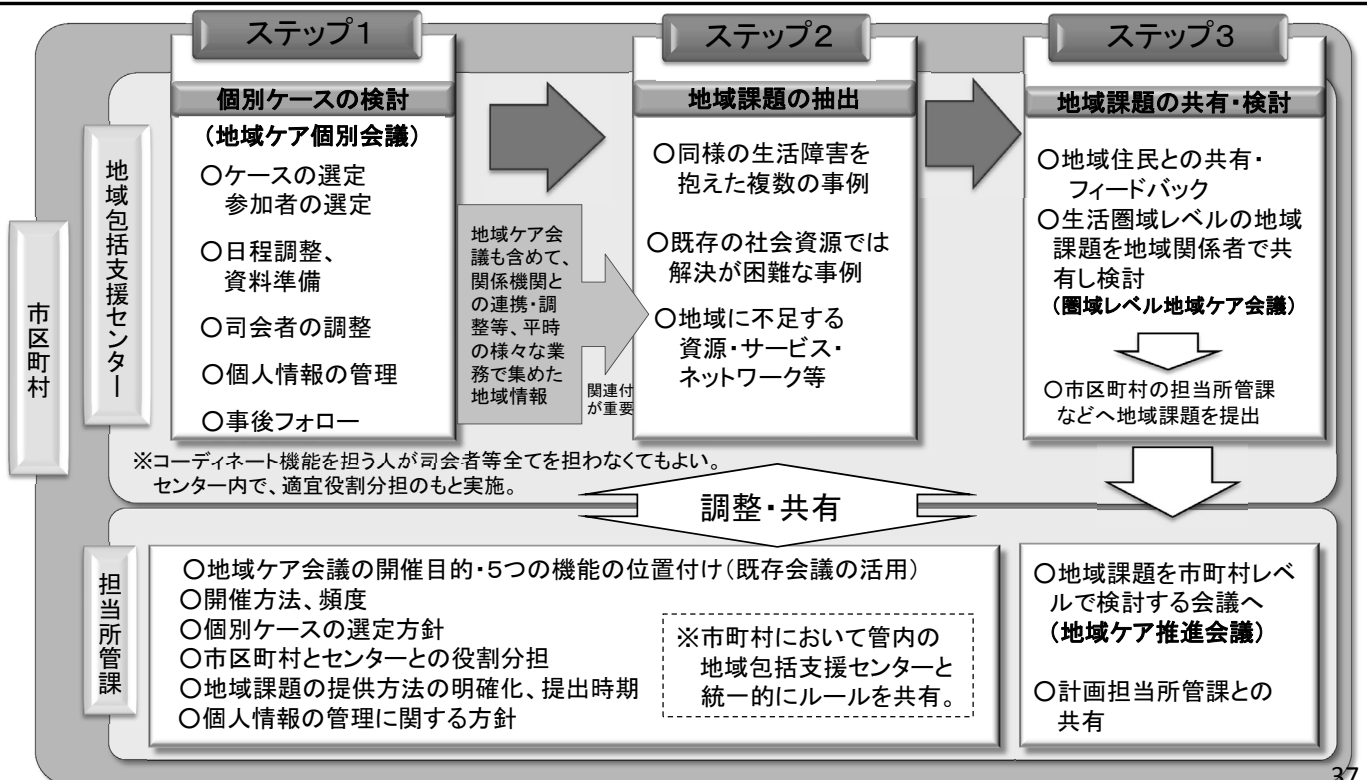


# 「地域ケア会議」の5つの機能



## 〈 地域ケア会議を効果的に運営する上で求められるコーディネート機能と環境整備 〉

○ 市町村と一体となった取組のもと、地域包括支援センターにおいては、個別ケースの検討を始点として、地域課題の抽出、地域課題の提出までの一連の流れを円滑に進めるコーディネート機能が求められる。



## 地域ケア会議に関する法改正の内容

### 法改正のポイント

#### 1. 市町村が「地域ケア会議」を設置し、高齢者への適切な支援及び支援体制に関する検討を行うことを規定

- 市町村が包括的・継続的ケアマネジメント事業の効果的な実施のため「地域ケア会議」を置くよう法律に明記(介護保険法115条の48第1項、第2項)
- 地域ケア会議を設置し、個別ケースの検討と地域課題の検討の両方を行うものであることを法律に明記。

#### 2. 地域ケア会議関係者からの協力を得やすい体制に

- 関係者の出席や資料・情報の提供など地域ケア会議の円滑な実施が可能に。

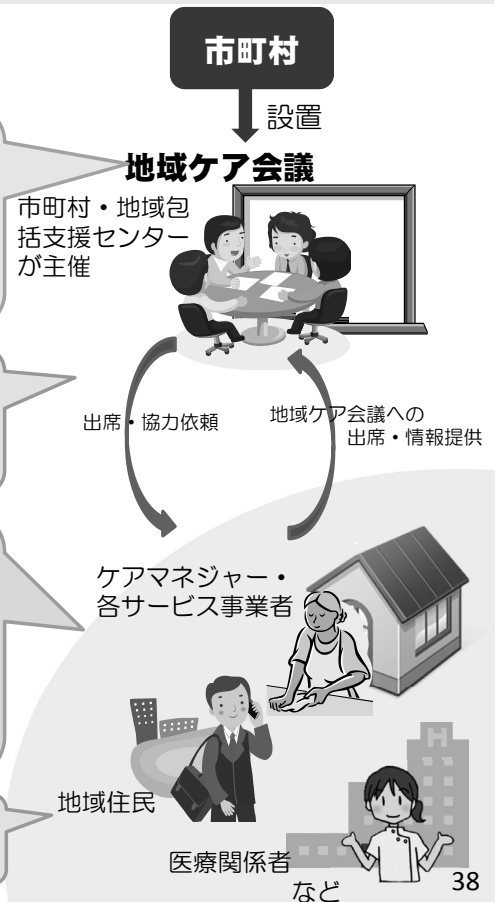
(介護保険法115条の48第3項・第4項)

#### 3. 関係者への守秘義務を課すこと

- 関係者に対して法律上の守秘義務を課すことで、地域ケア会議で個別事例を扱うことに対して、利用者や家族からの理解が得やすくなる。
  - 参加者による情報交換等が円滑に行われるようになる。
- ※守秘義務違反の場合は一年以下の懲役・百万円以下の罰金。  
→参加者に、守秘義務の取扱について周知が必要

(介護保険法115条の48第5項、205条2項)

#### 4. 具体的な会議の運営について市町村・センターにおいて従前どおり柔軟に行うことができる。



## 介護保険法 改正 (地域ケア会議関係抜粋)

### 第115条の48

市町村は、第115条の45第2項第3号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体(以下この条において「関係者等」という。)により構成される会議(以下この条において「会議」という。)を置くように努めなければならない。

- 2 会議は、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者(以下この項において「支援対象被保険者」という。)への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。
- 3 会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。
- 4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。
- 5 会議の事務に従事する者、又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。
- 6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

### 第205条

- 2 (略)第115条の48第5項の規定に違反した者は、1年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

39

## 地域ケア会議に関する厚生労働省の取組

### 平成24年度

- 地域ケア会議への広域支援員・専門職派遣事業創設(都道府県等事業)
- 「地域ケア会議運営マニュアル」の作成(平成24年度老人保健健康増進等事業)  
(<http://www.nenrin.or.jp/regional/manual.html>) ←閲覧・ダウンロードできます

### 平成25年度

- 地域ケア会議活動推進等事業の創設  
(自治体実施分)
  - ・地域ケア会議への広域支援員・専門職派遣事業(都道府県事業)
  - ・地域ケア会議立ち上げにかかる事業(市町村事業)
- (国実施分)
  - ・全国会議の開催(都道府県、指定都市、中核市、一般市町村担当者を対象)
  - ・「地域ケア会議実践事例集」の作成  
([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/))  
←閲覧・ダウンロードできます
  - ・地域ケア会議に係る実務者研修の実施(全国7ブロック、12回開催。受講者約1,400人)

### 平成26年度

- 25年度に引き続き、地域ケア会議活用推進等事業を実施。  
※全国会議及び実務者研修は秋以降実施予定。なお実務者研修は、平成27年度までを予定しており、全センターでの受講を目標としている。

40

## 地域ケア会議と協議体の関係

問 地域ケア会議と協議体との連携についての記載があるが、どのような関係なのか。構成メンバーは共通するものではないか。

答

1 地域ケア会議については、多職種による個別事例の検討を通じ、高齢者の自立に資するケアプランにつなげていくとともに、個別事例の検討を積み重ねることで、地域課題を発見し、新たな資源開発などにつなげていくもの。

このように地域ケア会議については、地域資源の把握・開発という側面で協議体の取組をサポートするものであることから、ガイドライン案P38でお示ししているとおり、「生活支援・介護予防サービスの充実を図っていく上で、コーディネーターや協議体の仕組みと連携しながら、積極的に活用を図っていくことが望ましい」と考えており、例えば、地域ケア会議にコーディネーターが参加するなど地域の実情に応じた連携した取組を進めていただきたいと考えている。(なお、ガイドライン案P39において地域ケア会議によるサービス開発の事例も紹介している。)

2 地域ケア会議は、個別事例の検討を通じて医療関係職種などを含めた多職種協働によるケアマネジメント支援を行うことが基本である一方、協議体は、多様なサービス提供主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することとしている。このように性格等は異なるが、協議体の構成メンバーは、地域ケア会議のうち、地域包括支援ネットワークを支える職種・機関の代表者レベルが集まり、地域づくり・資源開発、政策の形成の観点から議論する市町村レベルの会議と一般的には一部重複することも想定されるので、例えば、小規模な自治体では両者を連続した時間で開催する等により効率的な運営を図っていただければと考えている。

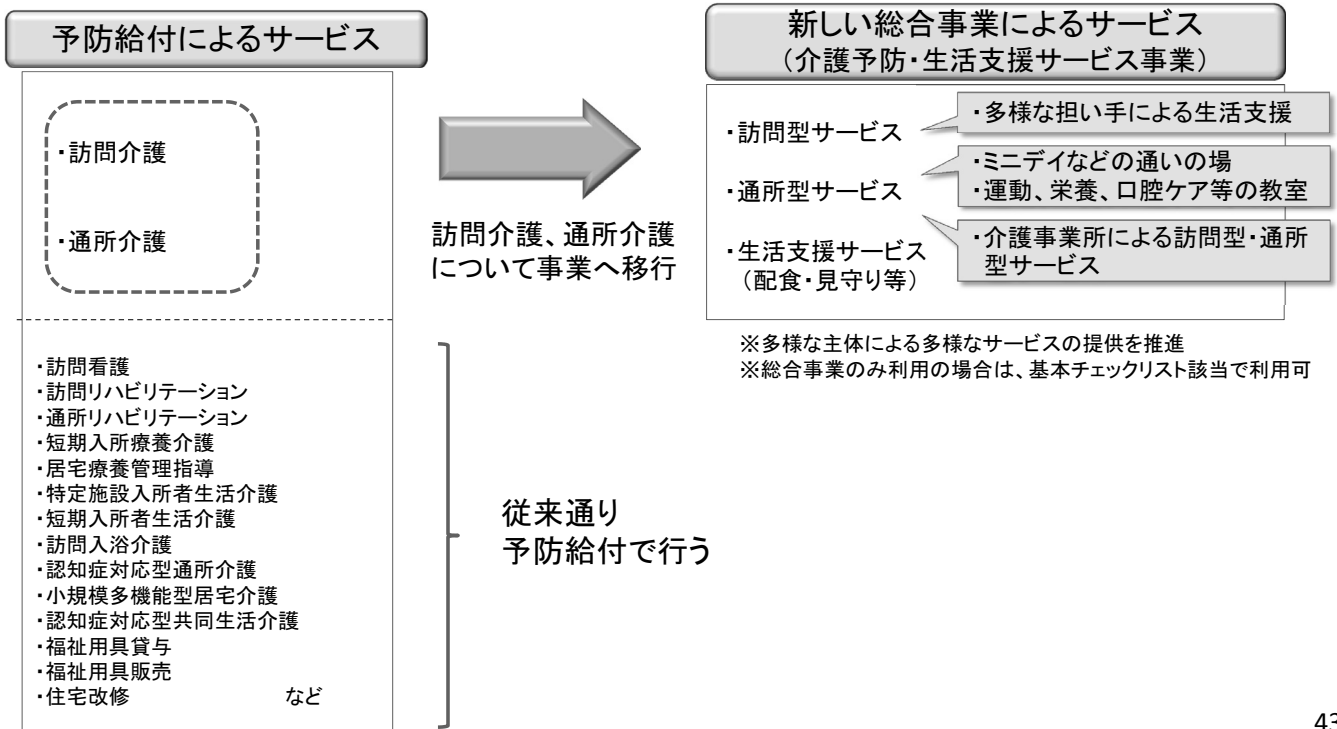
(平成26年9月30日版 「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&Aより)

41

# 予防給付の見直し

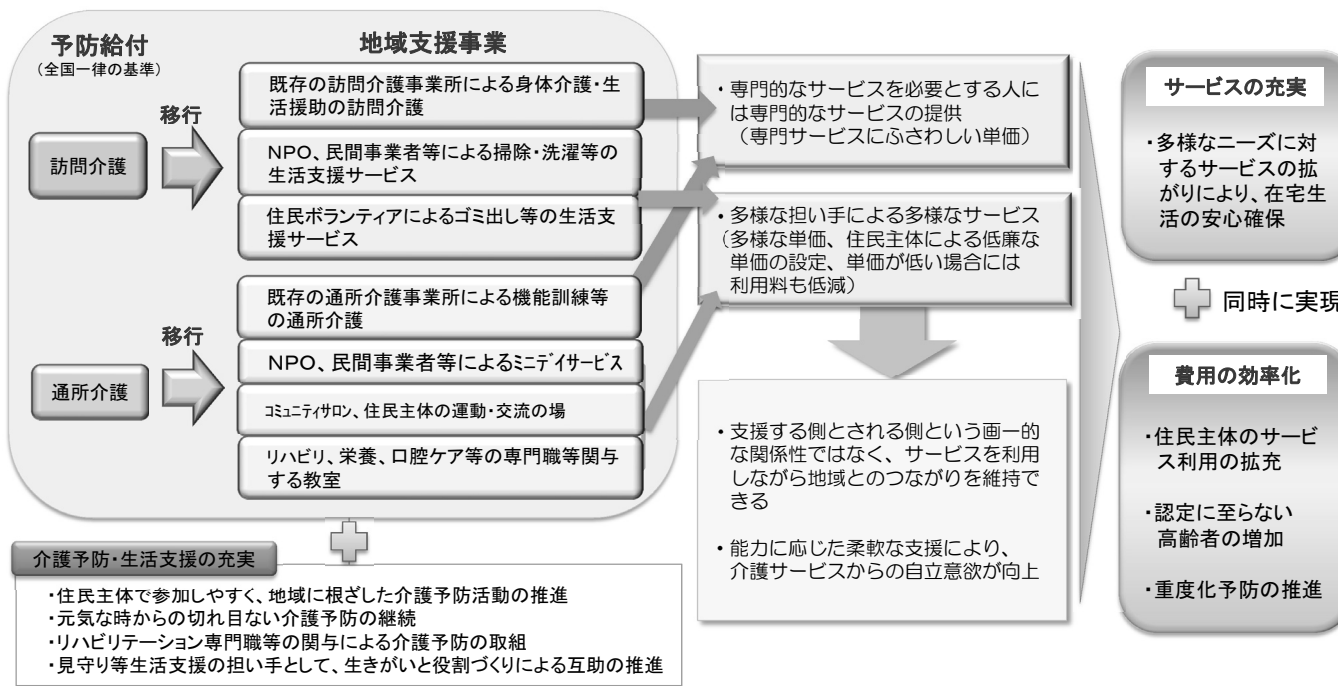
## 要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行(介護予防・生活支援サービス事業)

- 多様な主体による柔軟な取り組みにより効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行(平成29年度末まで)
- その他のサービスは、予防給付によるサービスを利用



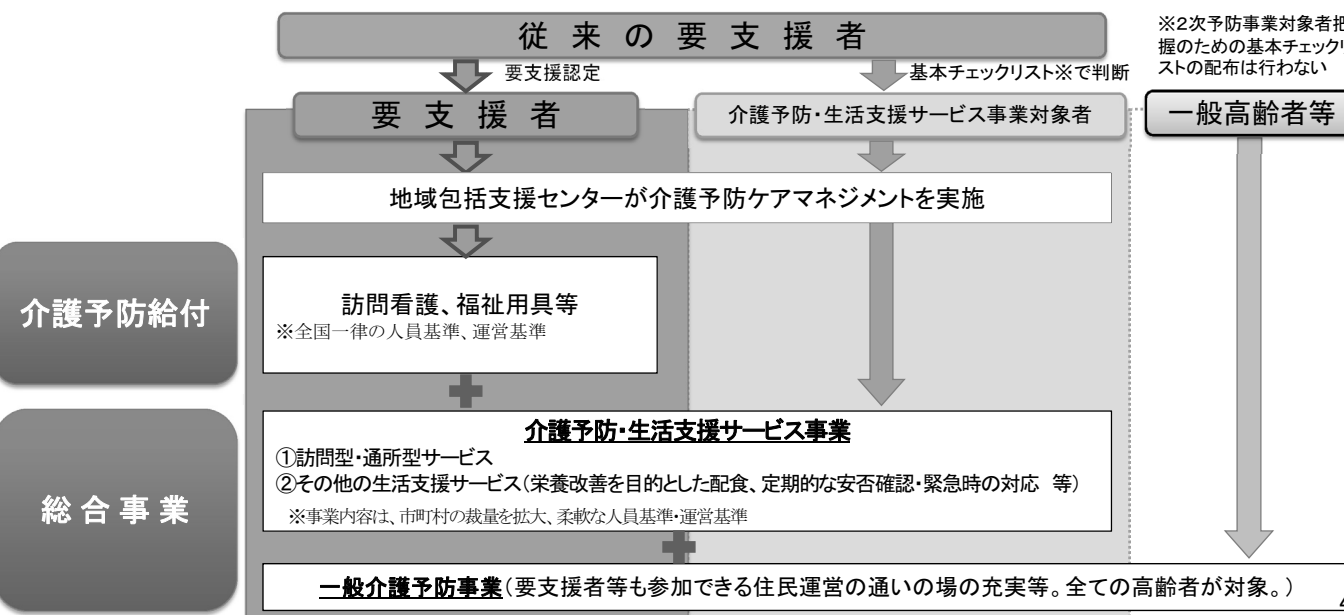
# 総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



# 総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
- 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
- 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



# サービスの利用の流れ

## 周知

- 総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知。その際、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などにわかりやすく説明。

## ① 相談

- 被保険者からの相談を受け、窓口担当者より総合事業等を説明（サービス事業は、目的や内容、手続き等を十分説明）。その際、①事業のみ利用する場合は、基本チェックリストで迅速なサービス利用が可能であること、②事業対象者となった後も要介護認定等の申請が可能であることを説明。  
※予防給付（訪問看護や福祉用具貸与等）を希望している場合等は、要介護認定等の申請につなぐ。  
※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行う。

## ② 基本チェックリストの活用・実施

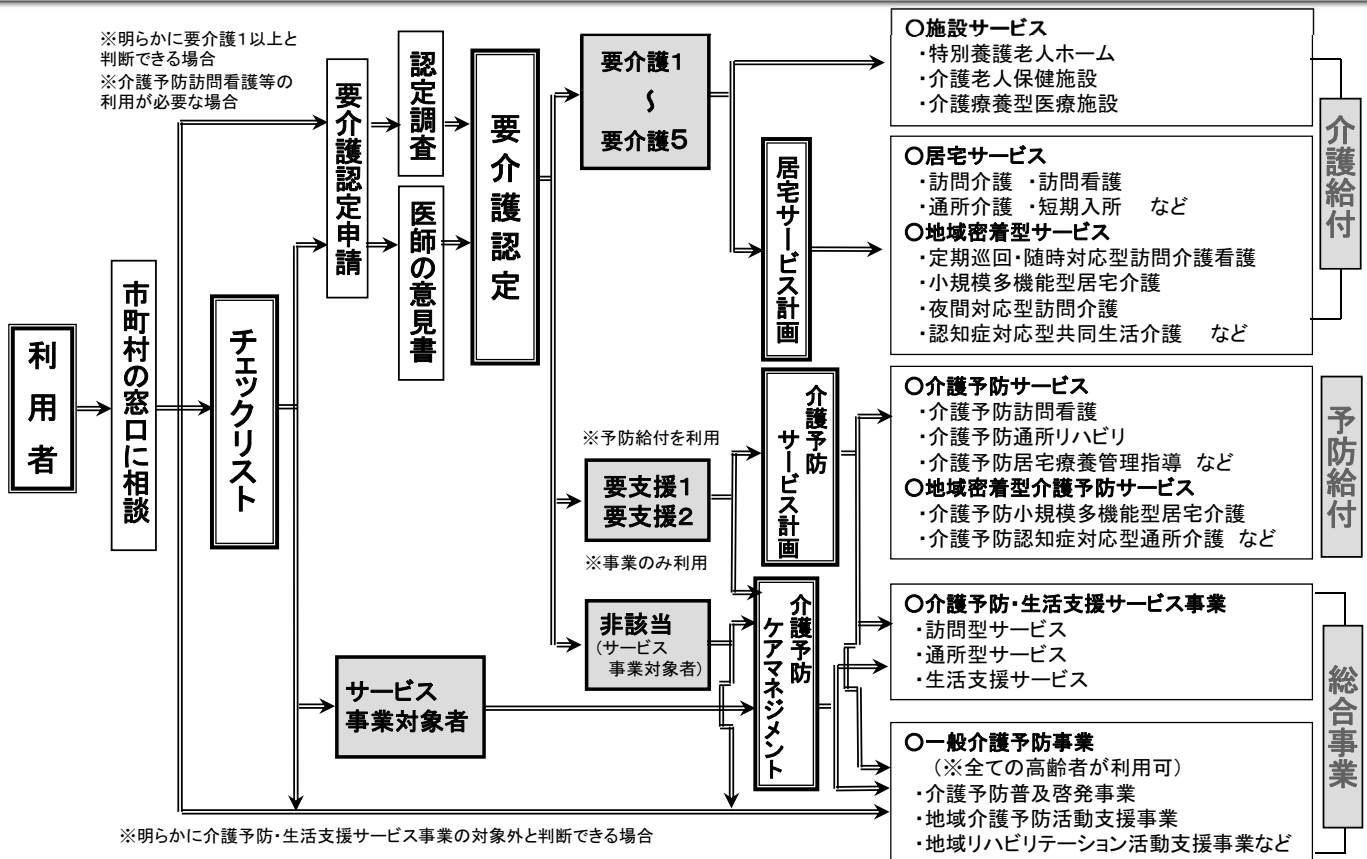
- 窓口で相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを活用・実施し、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを実施。

## ③ 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

- 利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行う。
- 利用者が居住する地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能。
- 介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態像・意向等を踏まえ、3パターンに分けて行う。
  - ① 原則的な介護予防ケアマネジメント
  - ② 簡略化した介護予防ケアマネジメント（サービス担当者会議やモニタリングを適宜省略）
  - ③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント（アセスメントを行い、サービスの利用につなげるところまで）

46

# 介護サービスの利用の手続き



47

## 具体的な介護予防ケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン等)の考え方

①原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス (ケアマネジメントA)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合</li> <li>・ 訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合</li> <li>・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</li> </ul>	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 (利用者・サービス提供者へ) →サービス利用開始 →モニタリング (給付管理)
②簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス (ケアマネジメントB)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合 (指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合)</li> </ul>	アセスメント →ケアプラン原案作成 (→サービス担当者会議) →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 (利用者・サービス提供者へ) →サービス利用開始 →モニタリング (適宜)
③初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス (ケアマネジメントC)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 (※必要に応じ、その後の状況把握を実施)</li> </ul>	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

※ ( )内は、必要に応じて実施

48

## 総合事業の事業・対象者ごとの実施方法

### 総合事業の事業・対象者ごとの実施方法

	要支援者					サービス事業対象者			
	給付	事業				事業			
	指定事業者	直接実施	委託	指定事業者	補助	直接実施	委託	指定事業者	補助
訪問型サービス	【現行】 指定介護予防サービス事業者(第41条)	市町村※1	厚生労働省令に規定する基準に適合する者(第115条の47)	指定事業者(第115条の45の5)	政令で規定	市町村※1	厚生労働省令に規定する基準に適合する者(第115条の47)	指定事業者(第115条の45の5)	政令で規定
通所型サービス									
その他の生活支援サービス									
介護予防ケアマネジメント	指定介護予防支援事業者(地域包括支援センター設置者が申請)(第115条の22)	地域包括支援センター(第115条の46第1項) 委託については、第115条の47において、その一部をできることとしている。	—※2	—	—	地域包括支援センター(第115条の46第1項)	—	—	

※1 直接実施の場合も、給付と同様のサービスを提供する場合には、指定事業者制度に基づき実施することを想定。

※2 要支援者に対する介護予防ケアマネジメントは、直接実施又は委託による実施を想定。

49



# 関係者間での意識の共有と効果的な介護予防ケアマネジメント

～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～

## 1 関係者間での意識の共有(規範的統合の推進)

### (1) 地域包括ケアシステムの構築と規範的統合

地域包括ケアシステムの構築に向け、市町村は、介護保険事業計画等で目指すべき方向性・基本方針を定め、その方向性・基本方針を介護事業者・住民等の関係者で共有(規範的統合)し、地域資源を統合していくことが重要。

### (2) 明確な目標設定と本人との意識の共有

総合事業の効果的な実施のためには、この高齢者自身を含めた幅広い関係者が、支援を必要とする高齢者の意識、ケアプラン、設定された目標等を共有していくことが重要。

### (3) ケアプランの作成

介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが作成するケアプランに、可能な限り従来の個別サービス計画に相当する内容も含め、本人や家族、事業実施者が共有することが望ましい。

### (4) モニタリング・評価

必要に応じて事業の実施状況を把握し、目標と乖離した場合にケアプランを変更し、順調に進行した場合は事業を終了。その際、高齢者がセルフケアを継続できるよう、必要な情報提供、アドバイスを行う。

### (5) セルフケア・セルフマネジメントの推進

高齢者自身が、自らの機能を維持向上するよう努力するには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言等とともに、成果を実感できる機会の増加が必要。そのため、専門機関、専門職による働きかけやツールの提供が効果的。

### (6) 「介護予防手帳(仮称)」等の活用

セルフマネジメントの推進等のため、母子保健にて活用されてきた「母子健康手帳」の概念を総合事業に活用。

## 2 効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方

～保健・医療の専門職が関与し、短期で集中的なアプローチにより自立につなげる方策～

### (1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点

### (2) サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援

50

# 総合事業の制度的な枠組み

## 1 介護予防・生活支援サービス事業

### 1 介護予防・生活支援サービス事業の実施方法

	概要	想定される実施例
①市町村の直接実施	市町村の職員が直接要支援者等に支援等を実施	保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス
②委託による実施	NPO・民間事業者等に、要支援者等への支援等を委託	NPO・民間事業者等が行う生活援助やミニデイサービス
③指定事業者によるサービス提供	市町村長が指定した事業者が、要支援者等にサービスを提供した場合に、その費用を支給(現行と同様の仕組み)※	既存の事業者が行う介護予防訪問介護等に相当するサービス
④NPOやボランティア等への補助	NPOやボランティア等に、要支援者等へのサービス提供などを条件として、立ち上げ経費や活動経費を補助(助成)	ボランティア等による生活支援や通いの場

※総合事業への円滑な移行を図るため、予防給付の指定事業所(訪問介護・通所介護)を総合事業の指定事業所とみなす経過措置がある。

### 2 サービスの基準

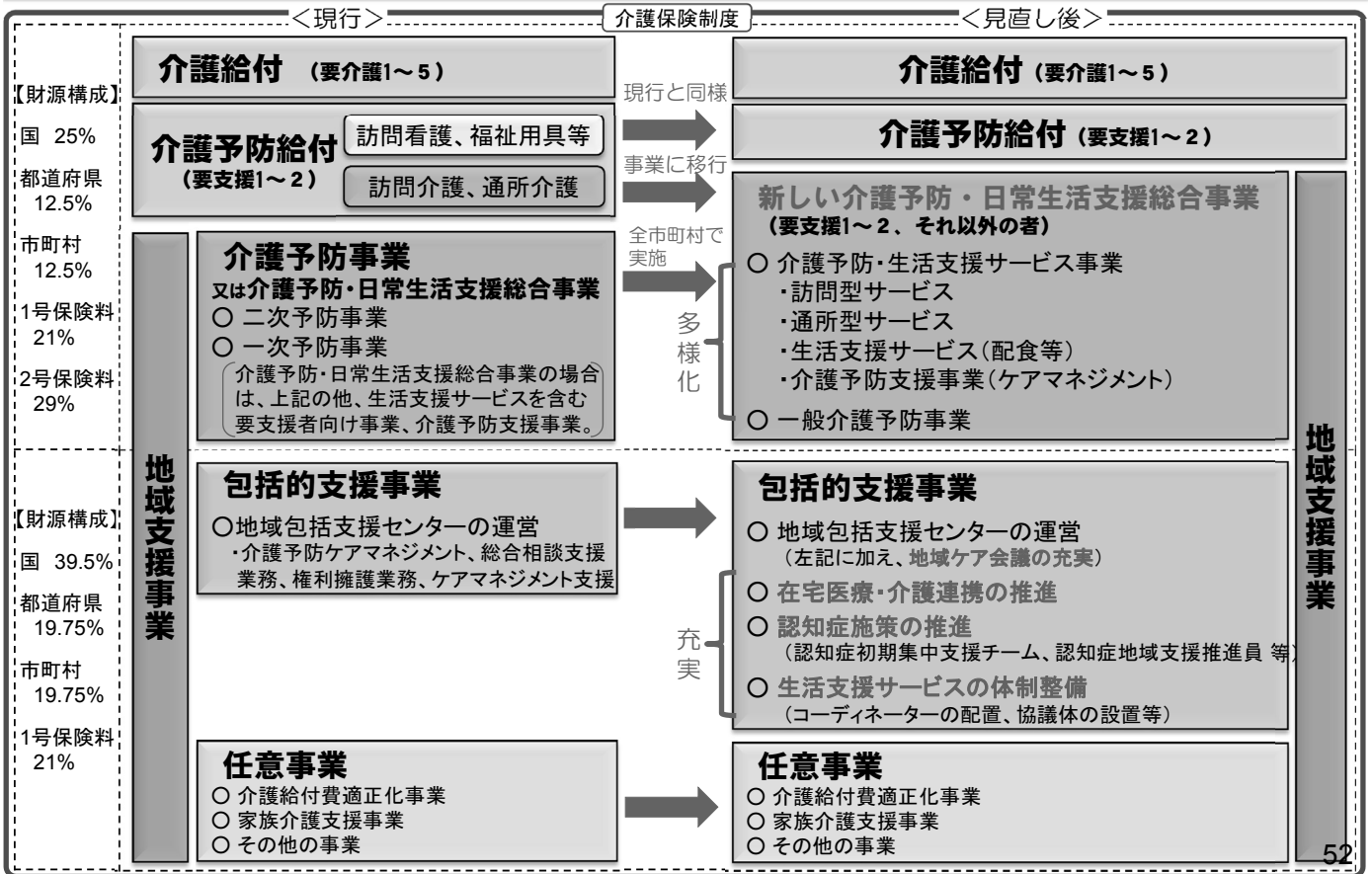
市町村における総合事業の円滑な実施のため、以下のようなサービスの基準の例を示す。

<(例)通所型サービスの基準> ※下線は、市町村や指定事業者等が事業を実施する際に、法令上必ず遵守すべき事項。それ以外は参考例。

	①現行の通所介護相当	②通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)	③通所型サービスB(住民主体による支援)
人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者※ 常勤・専従1以上</li> <li>生活相談員 専従1以上・看護職員 専従1以上</li> <li>介護職員 15人 専従1以上</li> <li>15人～ 利用者1人に専従0.2以上</li> <li>機能訓練指導員 1以上</li> </ul> <small>※支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者※ 専従1以上</li> <li>従事者 15人 専従1以上</li> <li>15人～ 利用者1人に必要数</li> </ul> <small>※ 支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>従事者 必要数</li> </ul>
設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上)</li> <li>静養室・相談室・事務室</li> <li>消火設備その他の非常災害に必要な設備</li> <li>必要なその他の設備・備品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービスを提供するために必要な場所(3㎡×利用定員以上)</li> <li>必要な設備・備品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービスを提供するために必要な場所</li> <li>必要な設備・備品</li> </ul>
運営	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別サービス計画の作成</li> <li>従事者の清潔の保持・健康管理・秘密保持等</li> <li>事故発生時の対応・廃止等の届出と便宜の提供等(現行の基準と同様)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じ、個別サービス計画の作成</li> <li>従事者の清潔の保持・健康管理</li> <li>従事者又は従事者であった者の秘密保持</li> <li>事故発生時の対応・廃止等の届出と便宜の提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>従事者の清潔の保持・健康管理</li> <li>従事者又は従事者であった者の秘密保持</li> <li>事故発生時の対応</li> <li>廃止等の届出と便宜の提供</li> </ul>

51

# 介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



## その他 参考資料

# 課題整理総括表・評価表の活用について

- ① 利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有に資することを目的とした「課題整理総括表」
- ② ケアプランに位置づけたサービスについて、短期目標に対する達成度合いを評価することで、より効果的なケアプランの見直しに資することを目的とした「評価表」

について、活用の手引きを作成したところであり、介護支援専門員を対象とした研修に積極的に活用し、介護支援専門員がサービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有や調整等に際して積極的な活用を推進(平成26年6月17日厚生労働省老健局振興課事務連絡)

「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」(上記事務連絡添付)より抜粋

- また、課題整理総括表を活用し、多職種間で情報共有しつつ、専門職としての課題分析過程を明らかにすることで、サービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有・連携等を効果的に実施できるようになることが期待される。
- 評価表は、利用者等の意向を踏まえつつ、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を解決するため、介護支援専門員がケアプランに掲げた短期目標を達成するために位置付けたサービスについて、短期目標の達成状況を確認するものである。また、目標の期間が終了した際に、サービス担当者会議や地域ケア会議等において、目標の達成に向けてサービスを提供できたかどうかを振り返り、必要に応じてケアプランの見直しにつなげることを目的としている。

54

## 課題整理総括表について①

### 目的

介護支援専門員については、「利用者像や課題に応じた適切なアセスメント(課題把握)が必ずしも十分でない」、「サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない」といった課題が指摘されている。  
これらの課題に対応するために、介護支援専門員が、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について見える化し、多職種協働の場面等で説明する際に、適切な情報共有に資することを目的として課題整理総括表を策定した。

### 様式

利用者名		氏名				作成日	
自立した日常生活の障害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③	④	利用者及び家族の生活に対する意向	
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)	見直し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】 ※6	※7
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	自立 見守り 一部介助 全介助	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				
排泄	排便・排尿	自立 見守り 一部介助 全介助	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	自立 見守り 一部介助 全介助	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	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				
着衣	着衣	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				
整理・物品の管理	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	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	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
認知	認知	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
	社会との関わり	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題	褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
	行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
介護力(家族関係含む)	介護力(家族関係含む)	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
	居住環境	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				

### 活用の場面

- ・介護支援専門員に係る研修で活用
- ・サービス担当者会議や地域ケア会議等における多職種間での情報共有に活用
- ・課題を導いた考え方などが明確にされ、具体的な指導につながることから、初任介護支援専門員が主任介護支援専門員等からOJT研修を受ける際に活用

55

## 課題整理総括表について②

### 活用における留意点

利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導くにあたり、「改善/維持の可能性」と「見直し」を踏まえつつ、利用者等がどのような生活をしたい、あるいは、できるようになりたいと望んでいるかなど、意向を引き出しつつ専門職として客観的に判断することが重要。

### 記載方法

- 状況の事実の「現在」の欄
  - ・課題分析標準項目の14項目から「特別な状況」を除いて記載されているもの。「現在」の欄については、それぞれ日常的にしているかどうかを判断し、記載する。
- 「自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）」欄
  - ・「状況の事実」の欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外が選択されている項目の要因を分析した上で、より根本的な原因を最大6項目程度に絞り込み、記載する。
- 「状況の事実」の「要因」欄
  - ・「要因」として考えられるものについて、「自立した日常生活の阻害要因」欄から、選択し、番号で記載する。
- 「状況の事実」の「改善/維持可能性」欄
  - ・「状況の事実」の欄で、「自立」あるいは「支障なし」と記載した科目について、必要な援助を利用した際に、状況が改善/維持する可能性について記載する。
- 「状況の事実」の「備考」欄
  - ・「状況の事実」の「現在」ある「改善/維持可能性」に関して補足すべき情報を記入する。
- 「見直し」欄
  - ・「どのような援助を実施することにより」、「状況がどのように変化することが見込まれるか」を記入する。
- 「利用者及び家族の生活に対する意向」欄
  - ・利用者及び家族が望む生活の意向のうち、課題を抽出する上で重要と思われる情報を整理する。
- 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】」欄
  - ・「見直し」欄の記入内容を踏まえ、サービス担当者会議前の案段階のものを作成する。

56

## 評価表について①

### 目的

モニタリングにおいて、ケアプランに位置づけられたサービスの実施状況を把握し、短期目標を達成するために位置づけたサービスの提供期間が終了した際に、その評価・検証を行う。

短期目標の終了時期に、サービスを提供する関係者の間で、目標の達成度合いとその背景を分析・共有することで、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものとなることを企図している。

### 様式

利用者名 _____ 殿		評 価 表			作成日 _____ / _____ / _____	
短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス種別	※1		

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを9段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

### 活用の場面

- ・介護支援専門員に係る研修で活用
- ・ケアプランを見直す際に開催するサービス担当者会議や地域ケア会議等での情報共有に活用
- ・モニタリングにおいて把握した情報をサービス担当者間で共有する場面等での活用

57

## 評価表について②

### 活用における留意点

介護支援専門員が一人で評価するのではなく、サービスの担当者等とともに情報共有しながら評価することにより、多職種協働によるチームケアを効果的なものとしていくためのツールとして活用することが重要

### 記載方法

- 短期目標と期間
  - ・ケアプラン第2表に記載されている短期目標と期間を転記する。
- 援助内容
  - ・ケアプラン第2表に記載されている援助内容を転記する。
- 結果
  - ・介護支援専門員自身が短期目標の達成状況を評価して、該当する番号を記入する。
- コメント
  - ・短期目標の達成状況の判断の結果の根拠となる状況や次のケアプランを策定するにあたり留意すべき事項を簡記する。

参考：「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」については、厚生労働省HP「<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000054115.pdf>」に掲載しています。

58

# ご清聴ありがとうございました



出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書より

## 咲かそう、地域包括ケアの花！

厚生労働省HP「地域包括ケアシステム」  
もぜひご覧ください

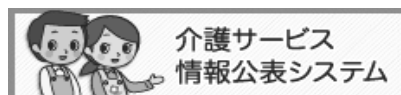
地域包括ケアシステム

検索

クリック

「地域包括ケアシステム」で検索してください。

介護事業所を検索するなら



59

# 介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン案(概要)

## 厚生労働省老健局振興課

※ 本案は、新しい介護予防・日常生活支援総合事業について、①介護保険法に基づく厚生労働大臣が定める指針(大臣告示)と②その具体的取扱方針(通知)を含め、ガイドラインとして提示するもの。

## 第1 総合事業に関する総則的な事項

### 1 事業の目的・考え方

#### (1) 総合事業の趣旨 (P1~)

- 総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするもの。

#### (2) 背景・基本的考え方 (P3~)

##### イ 多様な生活支援の充実

住民主体の多様なサービスを支援の対象とするとともに、NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進める。併せて、サービスにアクセスしやすい環境の整備も進めていく。

##### ロ 高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり

高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取組を推進する。

##### ハ 介護予防の推進

生活環境の調整や居場所と出番づくりなどの環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要。そのため、リハビリ専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進する。

##### ニ 市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念や、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、地域づくりの方向性等を共有するとともに、多職種によるケアマネジメント支援を行う。

##### ホ 認知症施策の推進

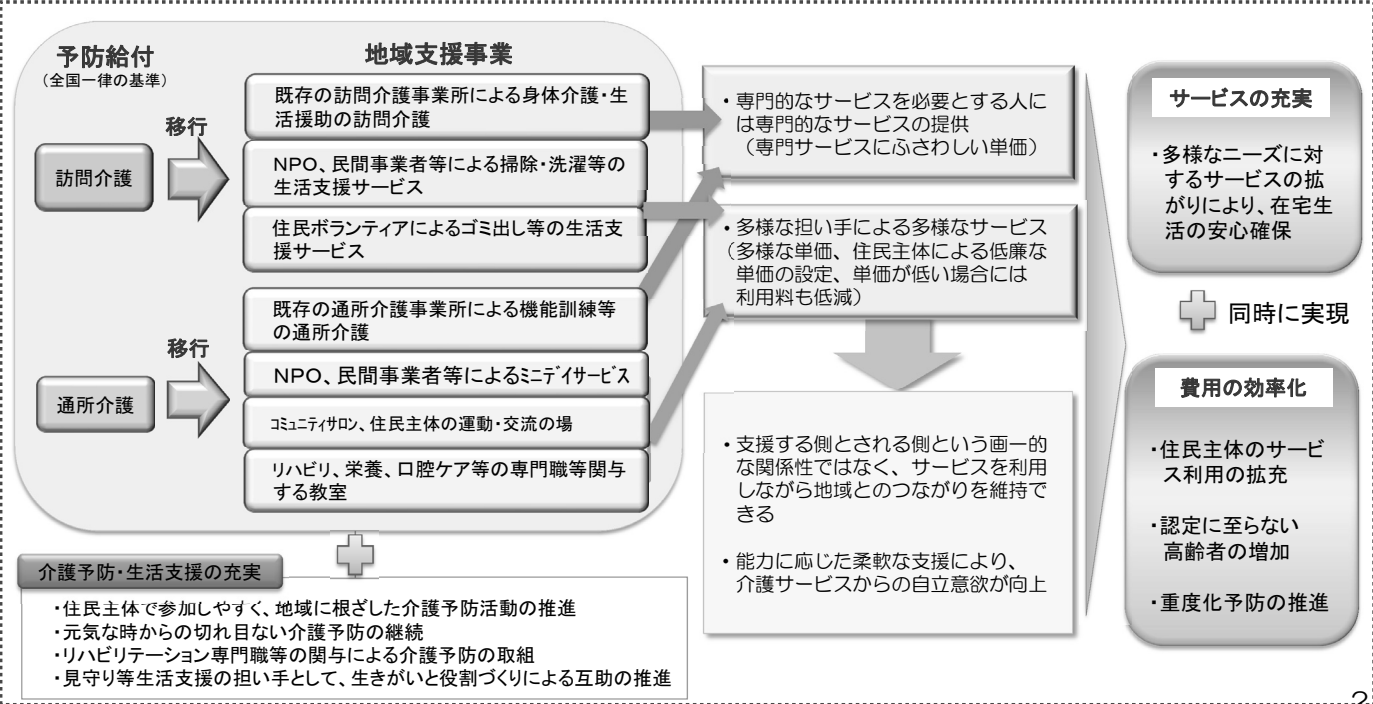
ボランティア活動に参加する高齢者等に研修を実施するなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、認知症サポーターの養成等により、認知症にやさしいまちづくりに積極的に取り組む。

##### ヘ 共生社会の推進

地域のニーズが要支援者等だけではなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効で、豊かな地域づくりにつながっていくため、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境づくりに心がけることが重要。

# 【参考】総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の实情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



## 2 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業) (P13~)

- 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。
  - ① 要支援認定を受けた者
  - ② 基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

- ※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
- ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
- ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

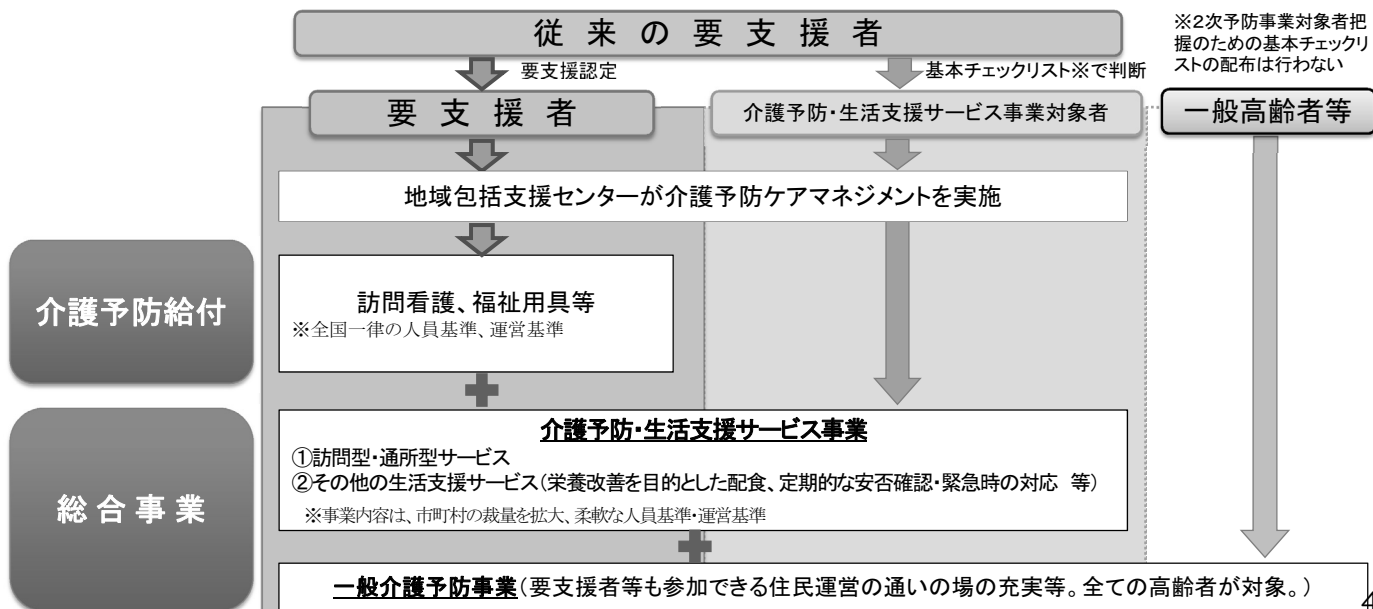
### (2) 一般介護予防事業 (P14~)

- 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

## 【参考】総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
  - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。
  - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



### 3 市町村による効果的・効率的な事業実施（P15～）

- 総合事業の実施に当たって、市町村は、
  - ・ 住民主体の多様なサービスの充実による、要支援者の状態等に応じた住民主体のサービス利用促進
  - ・ 高齢者の社会参加の促進や介護予防のための事業の充実による認定に至らない高齢者の増加
  - ・ 効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス実施による重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指す。
- 総合事業と予防給付の費用の伸び率は、中長期的に75歳以上高齢者数の伸び率程度となることを目安に努力。
- さらに、総合事業を効率的に実施していくため、個々の事業評価と、市町村による総合事業の結果等の検証と次期計画期間への取組の反映が重要。その際、介護保険運営協議会等で議論することが重要。

### 4 都道府県による市町村への支援（P17～）

- 都道府県においても、市町村が総合事業を円滑に実施することができるよう、その地域の実情に応じて、例えば以下のような市町村支援の取組を実施。
  - ・ 総合事業の検討状況の把握や必要な支援についての調査等の現状把握
  - ・ 相談への助言・支援や好事例などの収集・情報提供
  - ・ 総合事業において中核を担う市町村職員や地域包括支援センターの職員、生活支援コーディネーターなどに対する研修、保健師やリハビリ専門職等の広域派遣調整等の人材育成・人材確保
  - ・ 市町村間や各団体・組織との連絡調整、ネットワーク化等の広域調整 等

### 5 好事例の提供（P19～）

- 市町村による効率的・効果的な総合事業の実施のため、各種事例集を取りまとめ（次頁参照）。



# 【参考】地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例

地域包括ケアシステムについては、市町村が中心となって、地域の多様な支える力を集結させ、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていく必要があります。特に予防給付を見直し、円滑に地域支援事業へ移行していくためには、市町村が中心となって支え合いの体制づくりを進めることが必要です。厚生労働省では、市町村の好事例を取りまとめました。好事例も参考にしながら、各市町村で取組を進めていただきたいと思います。

## ○市町村介護予防強化推進事業(介護予防モデル事業)に関する事例

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/yobou/jitsurei.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/jitsurei.html)

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>介護予防>5 市町村介護予防強化推進事業】

## ○介護予防・日常生活支援総合事業に関する事例

### ○介護予防事業に関する事例

「地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例」(参考)

[http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi\\_02.html](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi_02.html)

【厚生労働省のHP>>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>介護予防>4 地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例】



【出典】平成26年3月 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」

### ○生活支援コーディネーターに関する事例

「地域における生活支援サービスのコーディネーターの育成に関する調査研究事業 報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000046377.pdf>

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>地域包括ケアシステム>5. 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加】

### ○地域包括ケアシステム構築に関する事例

「事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成～できること探しの素材集～」

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf)

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>地域包括ケアシステム>1. 地域包括ケアシステムの実現に向けて>地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例】

「過疎地域における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業報告書」

<http://www.hit-north.or.jp/houkokusyosyo/2013tiikihokatsu-shiryosyo.pdf> 【社団法人北海道総合研究調査会HP】

【日本地図から全国の事例を検索】をクリックすると、地図から事例の検索ができます。  
<http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/>

### ○地域ケア会議に関する事例

「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集～地域の特色を活かした実践のために～」

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf)

【厚生労働省のHP>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>地域包括ケアシステム>3. 地域ケア会議について】

## 第2 サービスの類型

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す(別紙参照)。(P21～)

### ①訪問型サービス (P22～)

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。

○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当		多様なサービス		
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス (P23～) ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③その他の生活支援サービス (P24～)

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

## 第3 生活支援・介護予防サービスの充実

### 1 基本的な考え方 (P28～)

- 地域支援事業の生活支援体制整備事業の活用などにより、市町村を中心とした支援体制の充実強化を図り、地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進していくことが重要。市町村の参考のため、具体的な取組例を取りまとめ。

### 2 生活支援・介護予防サービスの開発・発掘のための取組 (P30～)

- 「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」や「協議体」の設置等(「生活支援体制整備事業」)を通じて、市町村が中心となって、サービスが創出されるよう取組を積極的に進める。具体的には、コーディネーターと協議体が協力しながら、以下の取組を総合的に推進。

- |                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|
| ① 地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起  | ④ 目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一 |
| ② 地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ | ⑤ 生活支援の担い手の養成やサービスの開発 |
| ③ 関係者のネットワーク化             | ⑥ ニーズとサービスのマッチング      |

＜生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)＞  
地域で、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能(主に資源開発やネットワーク構築の機能)を果たす者。

＜協議体＞  
各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワーク。

### 3 住民主体の支援活動の推進 (P34～)

- 生活支援の担い手となる者の知識・スキルの向上はより良い生活支援に資するため、担い手に対し、市町村が中心となって、介護保険制度、高齢者の特徴と対応、認知症の理解などについての各種研修を実施するのが望ましい。
- 高齢者が地域のサロン、会食会、外出の補助、介護施設等でボランティア活動を行った場合にポイントを付与するボランティアポイント制度が市町村において実施されており、地域支援事業の一般介護予防事業の枠組みが活用可能。

### 4 地域ケア会議、既存資源、他施策の活用 (P38～)

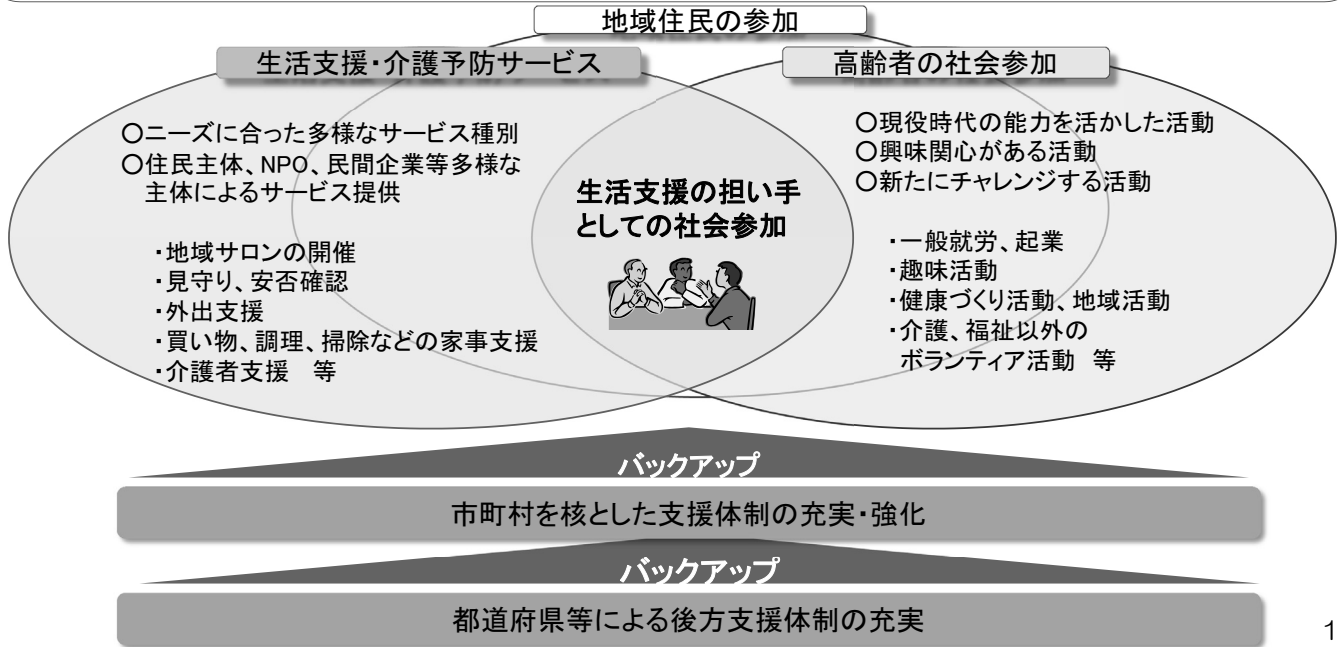
- 個別ケースについて多職種や住民で検討を行うことで、地域課題を共有し、課題解決に向け、関係者のネットワーク構築や資源開発、施策化を図っていく地域ケア会議を、積極的に活用。また、サービス開発の際、既存の地域資源(NPO、ボランティア、地縁組織、社協、介護事業者、民間企業等)や他施策による取組等についても活用。

(参考)新地域支援構想会議の提言(「新地域支援構想」)

助け合い活動を行う側から、総合事業で主体的に役割を果たしていこうとの趣旨でとりまとめ。市町村において制度設計・事業運営を行っていく上で参考にすることが有益。(「助け合い活動」を実践している非営利の全国的組織による「新地域支援構想会議」が提言)

【参考】生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



【参考】生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域に不足するサービスの創出</li> <li>○ サービスの担い手の養成</li> <li>○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 関係者間の情報共有</li> <li>○ サービス提供主体間の連携の体制づくりなど</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチングなど</li> </ul>

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の中学校区域があり、平成26年度は第1層、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

- ① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
  - ② 第2層 中学校区域で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開
- ※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外



(2) 協議体の設置 ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

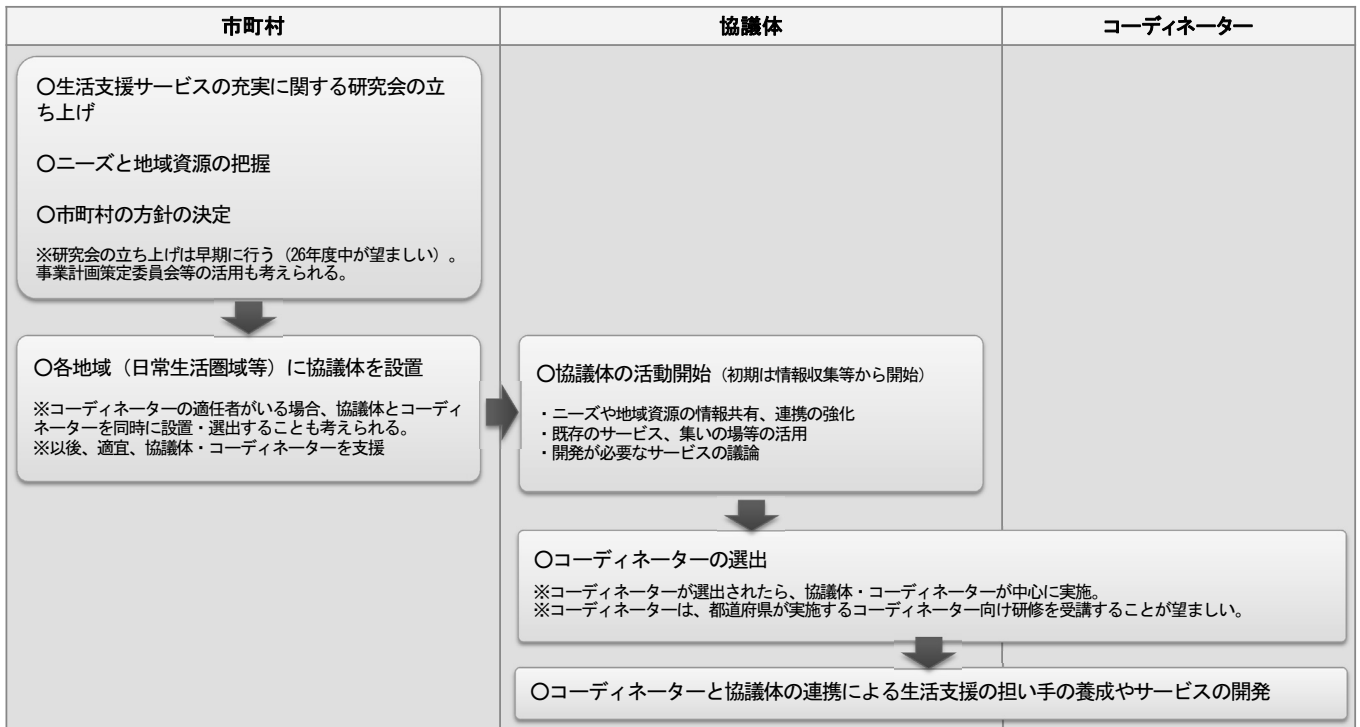


※1 これらの取組については、平成26年度予算においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。

※2 コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

## 【参考】「コーディネーター」及び「協議体」設置・運営に係るフロー（例）

「コーディネーター」と「協議体」の設置の手法については、地域の状況によって様々であると考えられるが、一例として、市町村が各地域（日常生活圏域・第2層）において協議体を立ち上げ、協議体のメンバーの中から第2層のコーディネーターを選出する事例を想定し、大まかな流れを示す。



※ 地域で適切な者がいる場合には、コーディネーターの配置を先に行うこともあり。

12

## 第4 サービスの利用の流れ

### 周知（P58～）

- 総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知。その際、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などにわかりやすく説明。

### ① 相談（P59～）

- 被保険者からの相談を受け、窓口担当者より総合事業等を説明（サービス事業は、目的や内容、手続き等を十分説明）。その際、①事業のみ利用する場合は、基本チェックリストで迅速なサービス利用が可能であること、②事業対象者となった後も要介護認定等の申請が可能であることを説明。

※予防給付（訪問看護や福祉用具貸与等）を希望している場合等は、要介護認定等の申請につなぐ。

※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行う。

### ② 基本チェックリストの活用・実施（P60～）

- 窓口で相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを活用・実施し、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを実施。

### ③ 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始（P65～）

- 利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行う。

- 利用者が居住する地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能。

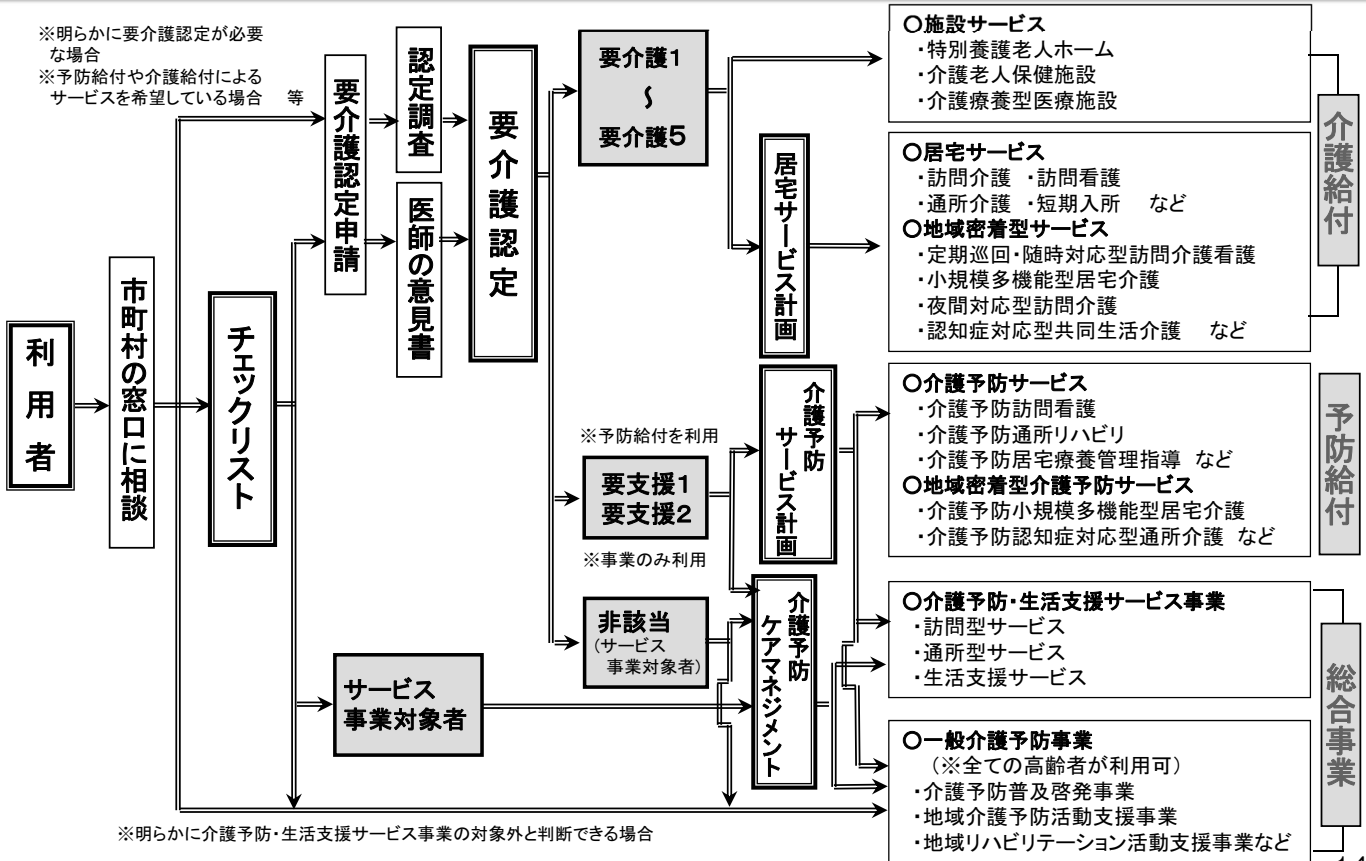
- 介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態像・意向等を踏まえ、3パターンに分けて行う。

① 原則的な介護予防ケアマネジメント

② 簡略化した介護予防ケアマネジメント（サービス担当者会議やモニタリングを適宜省略）

③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント（アセスメントを行い、サービスの利用につなげるところまで）

13



## 第5 関係者間での意識の共有と効果的な介護予防ケアマネジメント ～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～

### 1 関係者間での意識の共有(規範的統合の推進) (P75～)

#### (1) 地域包括ケアシステムの構築と規範的統合

地域包括ケアシステムの構築に向け、市町村は、介護保険事業計画等で目指すべき方向性・基本方針を定め、その方向性・基本方針を介護事業者・住民等の関係者で共有(規範的統合)し、地域資源を統合していくことが重要。

#### (2) 明確な目標設定と本人との意識の共有

総合事業の効果的な実施のためには、この高齢者自身を含めた幅広い関係者が、支援を必要とする高齢者の意識、ケアプラン、設定された目標等を共有していくことが重要。

#### (3) ケアプランの作成

介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが作成するケアプランに、可能な限り従来の個別サービス計画に相当する内容も含め、本人や家族、事業実施者が共有することが望ましい。

#### (4) モニタリング・評価

必要に応じて事業の実施状況を把握し、目標と乖離した場合にケアプランを変更し、順調に進行した場合は事業を終了。その際、高齢者がセルフケアを継続できるよう、必要な情報提供、アドバイスを行う。

#### (5) セルフケア・セルフマネジメントの推進

高齢者自身が、自らの機能を維持向上するよう努力するには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言等とともに、成果を実感できる機会の増加が必要。そのため、専門機関、専門職による働きかけやツールの提供が効果的。

#### (6) 「介護予防手帳(仮称)」等の活用

セルフマネジメントの推進等のため、母子保健にて活用されてきた「母子健康手帳」の概念を総合事業に活用。

### 2 効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方

～保健・医療の専門職が関与し、短期で集中的なアプローチにより自立につなげる方策～ (P83～)

#### (1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点

#### (2) サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援

# 第6 総合事業の制度的な枠組み

## 1 介護予防・生活支援サービス事業

### 1 介護予防・生活支援サービス事業の実施方法 (P93~)

	概要	想定される実施例
①市町村の直接実施	市町村の職員が直接要支援者等に支援等を実施	保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス
②委託による実施	NPO・民間事業者等に、要支援者等への支援等を委託	NPO・民間事業者等が行う生活援助やミニデイサービス
③指定事業者によるサービス提供	市町村長が指定した事業者が、要支援者等にサービスを提供した場合に、その費用を支給(現行と同様の仕組み)※	既存の事業者が行う介護予防訪問介護等に相当するサービス
④NPOやボランティア等への補助	NPOやボランティア等に、要支援者等へのサービス提供などを条件として、立ち上げ経費や活動経費を補助(助成)	ボランティア等による生活支援や通いの場

※総合事業への円滑な移行を図るため、予防給付の指定事業所(訪問介護・通所介護)を総合事業の指定事業所とみなす経過措置がある。

### 2 サービスの基準 (P100~)

市町村における総合事業の円滑な実施のため、以下のようなサービスの基準の例を示す。

<(例)通所型サービスの基準> ※下線は、市町村や指定事業者等が事業を実施する際に、法令上必ず遵守すべき事項。それ以外は参考例。

	①現行の通所介護相当	②通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)	③通所型サービスB(住民主体による支援)
人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者※ 常勤・専従1以上</li> <li>生活相談員 専従1以上・看護職員 専従1以上</li> <li>介護職員 ~15人 専従1以上</li> <li>15人~ 利用者1人に専従0.2以上</li> <li>機能訓練指導員 1以上</li> </ul> <small>※支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者※ 専従1以上</li> <li>従事者 ~15人 専従1以上</li> <li>15人~ 利用者1人に必要数</li> </ul> <small>※ 支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>従事者 必要数</li> </ul>
設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上)</li> <li>静養室・相談室・事務室</li> <li>消火設備その他の非常災害に必要な設備</li> <li>必要なその他の設備・備品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービスを提供するために必要な場所(3㎡×利用定員以上)</li> <li>必要な設備・備品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービスを提供するために必要な場所</li> <li>必要な設備・備品</li> </ul>
運営	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別サービス計画の作成</li> <li>従事者の清潔の保持・健康管理・秘密保持等</li> <li>事故発生時の対応・廃止等の届出と便宜の提供等</li> </ul> <small>(現行の基準と同様)</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じ、個別サービス計画の作成</li> <li>従事者の清潔の保持・健康管理</li> <li>従事者又は従事者であった者の秘密保持</li> <li>事故発生時の対応・廃止等の届出と便宜の提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>従事者の清潔の保持・健康管理</li> <li>従事者又は従事者であった者の秘密保持</li> <li>事故発生時の対応</li> <li>廃止等の届出と便宜の提供</li> </ul>

16

## 1 介護予防・生活支援サービス事業(続き)

### 3 サービスの単価・利用者負担・給付管理 (P106~)

- サービス内容等に応じて、市町村が単価・利用者負担を設定する。その設定の考え方は以下のとおり。
  - ・ 現行の訪問介護等に相当するサービスの単価は、市町村において、国が定める額(予防給付の単価)を上限として、個別の額(サービス単価)を定める※。
  - ※ 市町村は、訪問介護員等による専門的サービスであること、サービス基準等を勘案し、ふさわしい単価を定める。
  - ・ 利用者負担は、市町村が、サービス内容や時間、基準等を踏まえ設定。なお、現行の訪問介護等に相当するサービスは、介護給付の利用者負担割合(1割、一定以上所得者は2割)等を勘案し、設定。ただし、下限は当該給付の利用者負担割合。
- 給付管理は、指定事業者によるサービスについて、支給限度額を勘案しつつ、国保連を活用しながら、実施。
- 市町村は、指定事業者によるサービスを対象とした高額介護サービス費に相当する事業を実施。

## 2 一般介護予防事業 (P116~)

- 介護予防の人材育成研修や地域活動組織の育成・支援、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等の関与など、効果的・効率的な介護予防に資する事業を積極的に展開。実施に当たって、市町村は、地域における介護予防活動を把握するとともに、サービス事業との連携に努める。

## 3 地域支援事業の上限 (P122~)

- 総合事業に移行するサービスに要する費用がまかなえるよう、以下のとおり従前の費用実績を勘案した上限を設定。また、総合事業の円滑な実施に配慮し、計算式による上限を超える場合は、個別に判断する枠組みを設ける。個別判断は、事前の判断と事後の判断に分けて行う。

$$\text{総合事業の上限} = \text{【①当該市町村の事業開始の前年度の(予防給付(介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援)+介護予防事業)の総額】} \\ \times \text{【②当該市町村の75歳以上高齢者の伸び】}$$

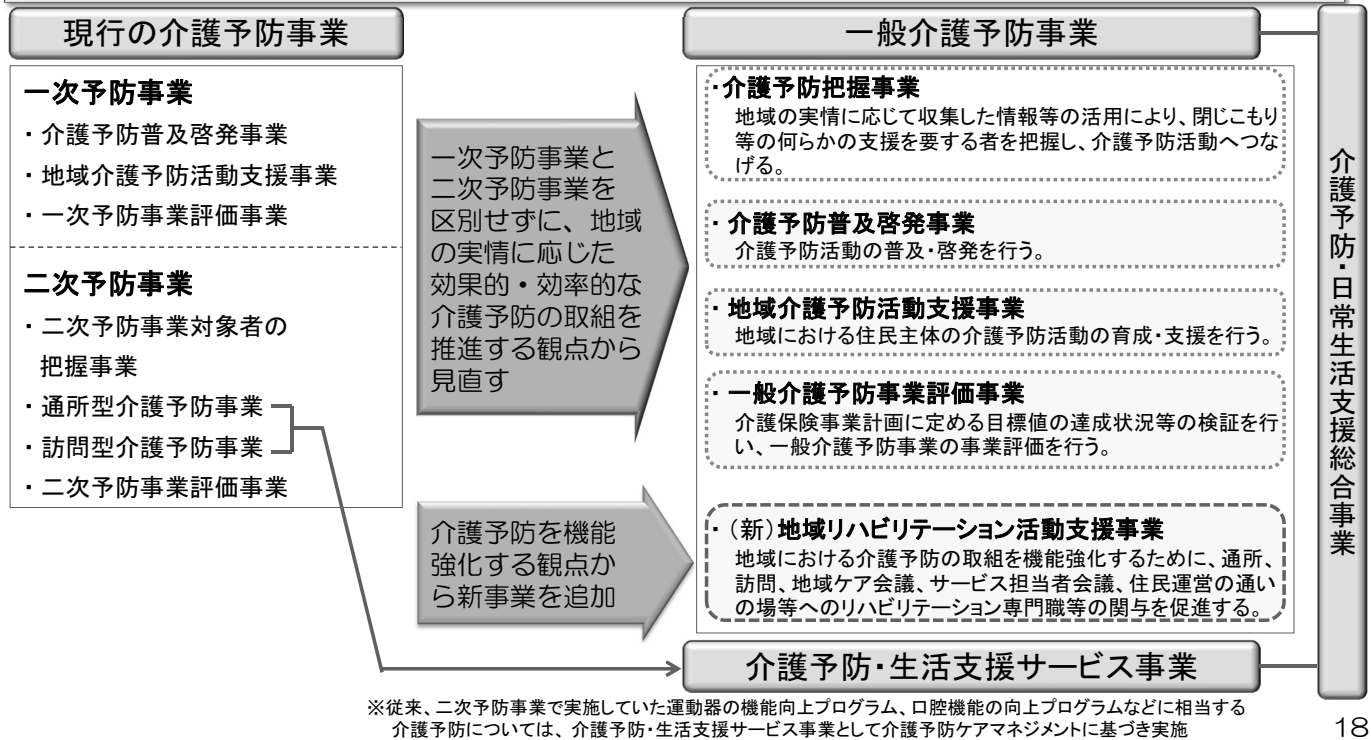
## 4 定期的な評価・検証 (P124~)

- 市町村は、個々の事業評価と併せて、定期的(3年ごと)に、総合事業の結果等について評価・検証を行う。

17

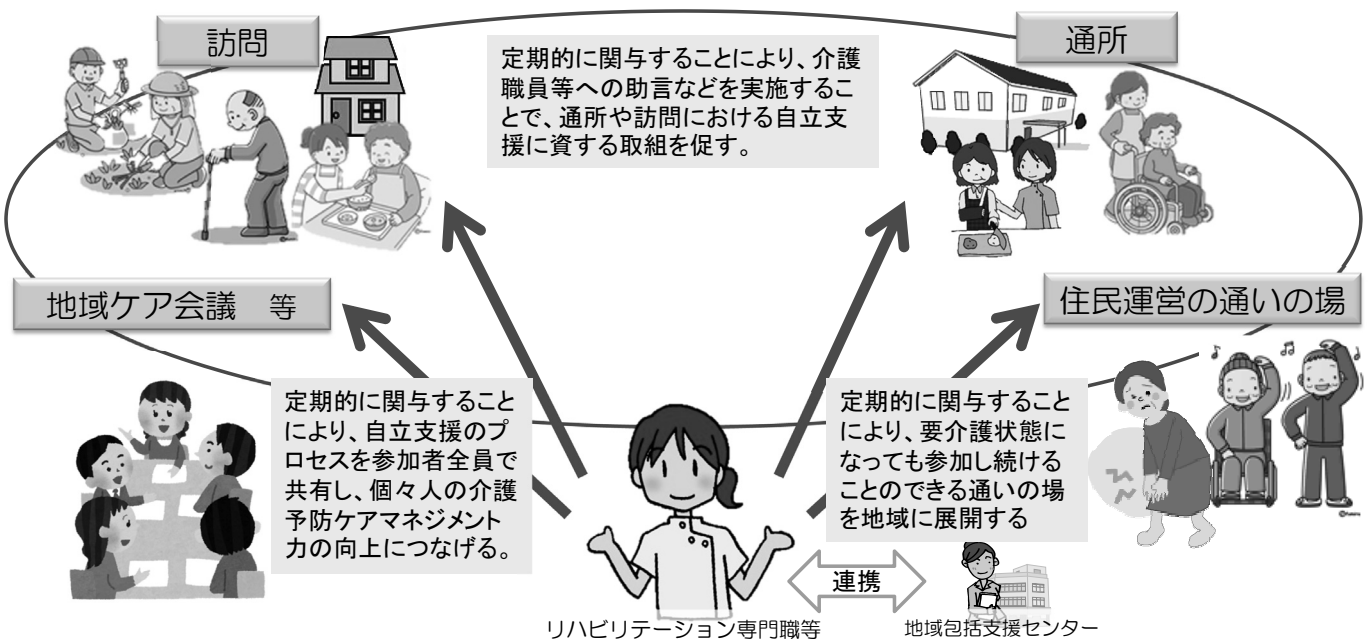
## 【参考】新しい介護予防事業

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。



## 【参考】地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

## 【参考】総合事業への指定事業者制度の導入

- 給付から事業への移行により、多様な主体による多様なサービスが可能となり、市町村の事業の実施方法も多様となる。国が介護保険法に基づきガイドライン(指針)を定め、円滑な移行を支援。
- 市町村の総合事業の実施方法として、事業者への委託等のほか、予防給付と同様の指定事業者制を導入
  - ・指定事業者制により、事業者と市町村の間で毎年度委託契約を締結することが不要となり、事務負担を軽減
  - ・施行時には、原則、都道府県が指定している予防給付の事業者(訪問介護・通所介護)を、市町村の総合事業の指定事業者とみなす経過措置を講じ、事務負担を軽減するとともに、円滑な移行を図る
  - ・審査及び支払についても、現在の予防給付と同様に、国民健康保険団体連合会の活用を推進

### ＜介護予防給付の仕組み＞

- ・指定介護予防事業者(都道府県が指定)
- ・介護報酬(全国一律)
- ・国保連に審査・支払いを委託

円滑な移行  
(訪問介護・通所介護)

### ＜新しい総合事業の仕組み＞

#### ①指定事業者による方法(給付の仕組みと同様)

- ・指定事業者(市町村が指定)
- ・単価は市町村が独自に設定
- ・国保連に審査・支払いの委託が可能

#### ②その他の方法

- ・事業者への委託、事業者への補助、市町村による直接実施
- ・委託費等は市町村が独自に設定  
(利用者1人当たり要する費用が、国が定める上限単価を上回らないように設定)

(必要な方への専門的なサービス提供等)

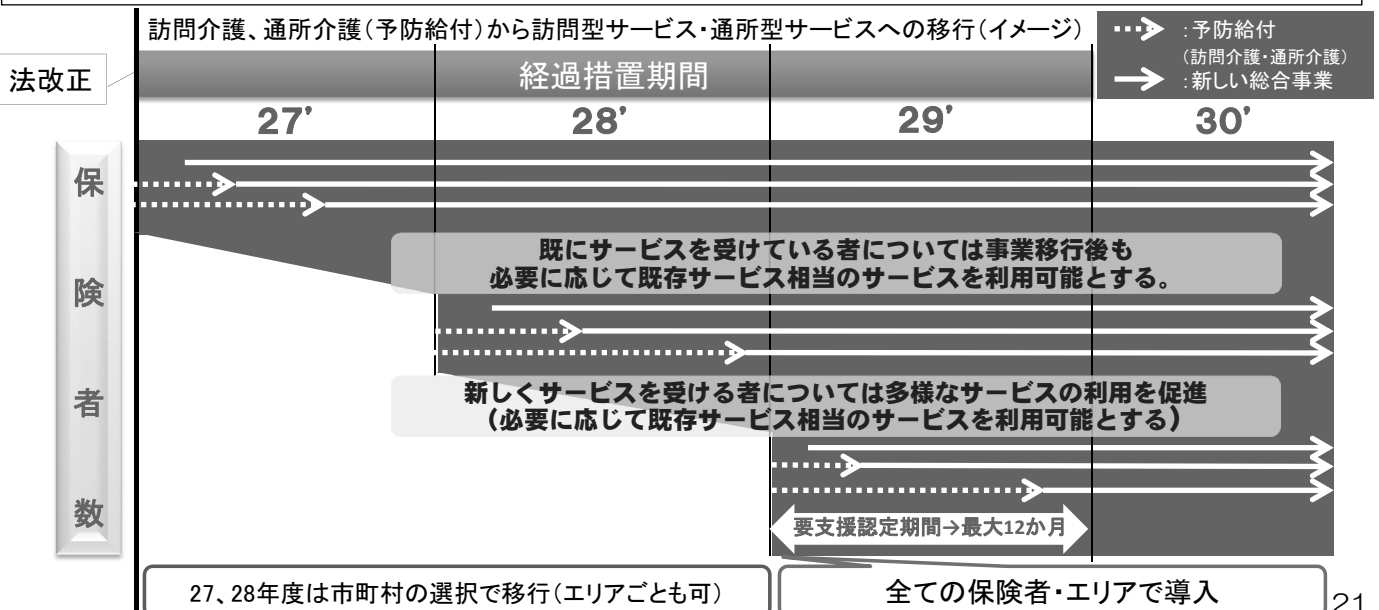
- ・ケアマネジメントを通じて、専門的なサービスを必要とする方に対しては、既存の介護事業者等も活用して、専門的なサービスを提供
- ・専門的なサービスの利用と併せて、市町村を中心とした支え合いの体制づくりを進めることで、ボランティア、NPOなどの多様なサービスの提供を推進
- ・国としては、専門的なサービスについてふさわしい単価設定を行うことなど市町村の取組を支援

## 第7 総合事業への円滑な移行 (P131～)

- 市町村が条例で定める場合は、総合事業の実施を平成29年4月まで猶予可能。
  - 市町村は、できる限り早期から新しい総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等のため、一定の時間をかけて、総合事業を開始することも選択肢。
- ※ 総合事業の実施を猶予する場合も、総合事業の実施猶予の趣旨を踏まえ、現在から着実に受け皿の整備を行うよう努めることが適当。

＜段階的な実施例＞

- ① エリアごとに予防給付を継続(【例】広域連合の市町村ごと)
- ② 初年度は総合事業によるサービスの利用を希望する者以外は予防給付を継続
- ③ 既に給付によるサービスを利用している者は、初年度は予防給付とし、翌年度当初からすべての者を総合事業に移行





1. 基本的な考え方

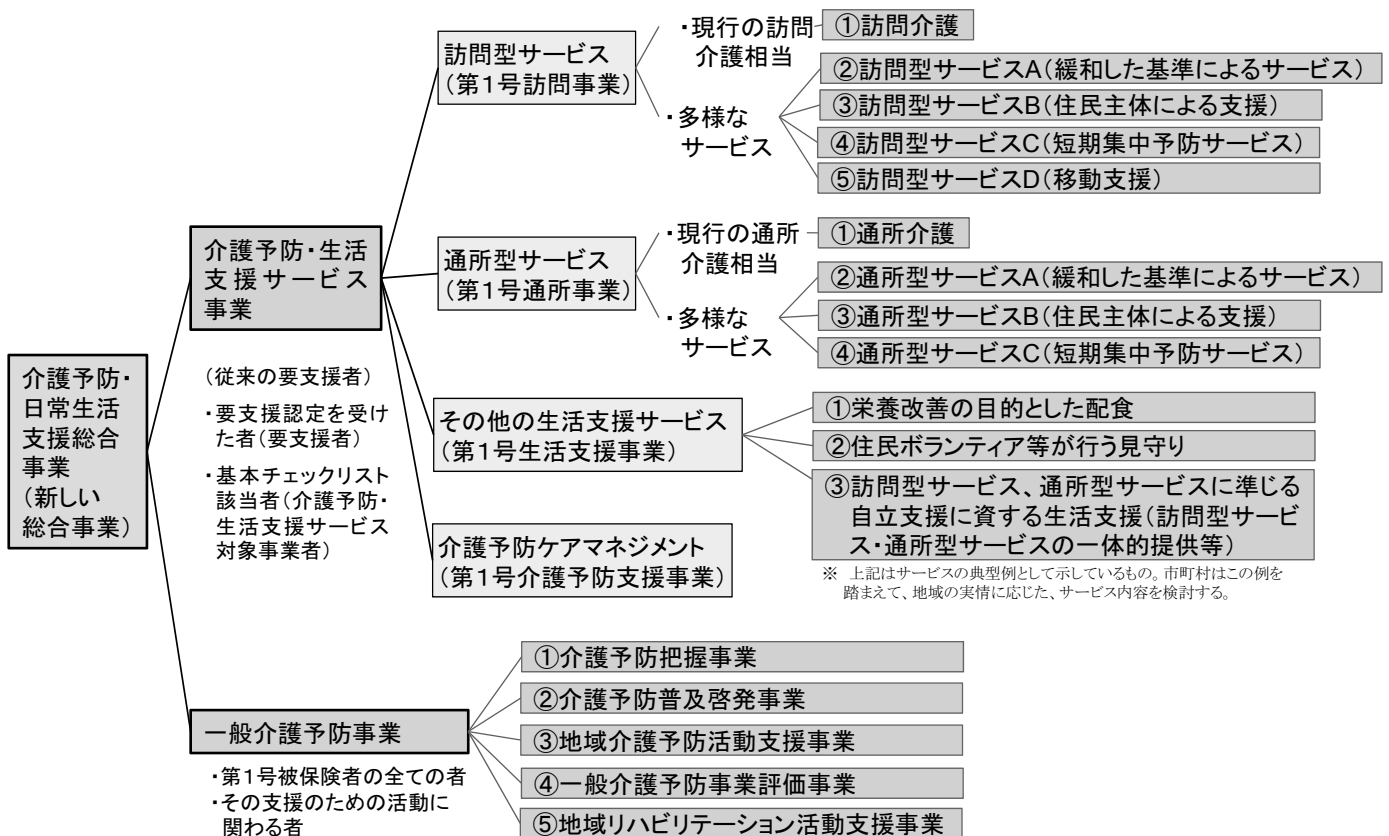
「介護保険制度の見直しに関する意見」(第54回社会保障審議会介護保険部会)を踏まえ、介護予防・日常生活支援総合事業の実施に当たり、市町村の事務負担を軽減するため、当該事業を実施している市町村について、更新申請時の要介護認定に係る有効期間を、一律に原則12か月、上限24か月に延長し、簡素化する。

2. 具体的内容

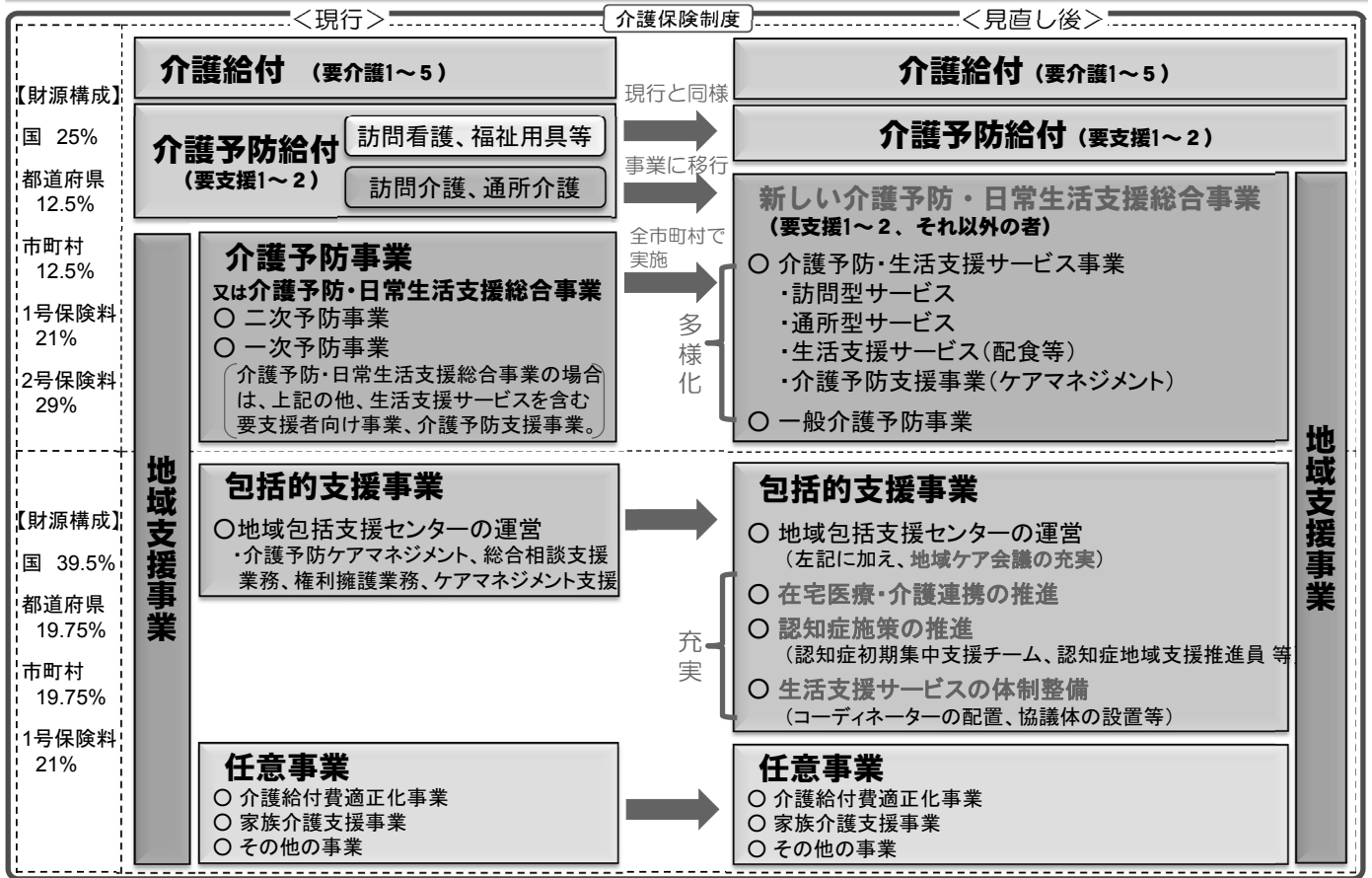
介護保険法施行規則(平成11年厚生労働省令第36号)に規定する有効期間について、以下の通り改正する。なお、介護予防・日常生活支援総合事業を市町村全域で実施している場合に限り、改正内容を適用することとする。

申請区分等	現行		改正案	
	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請	6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
区分変更申請	6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
更新申請	前回要支援→今回要支援	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要支援→今回要介護	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→今回要支援	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→今回要介護	3か月～24か月	12か月	3か月～24か月

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



# 【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



# 地域ケア会議の運営について

平成26年度地域ケア会議運営に係る実務者研修  
企画委員会 委員

1

## 1. 地域ケア会議の設置・構築について

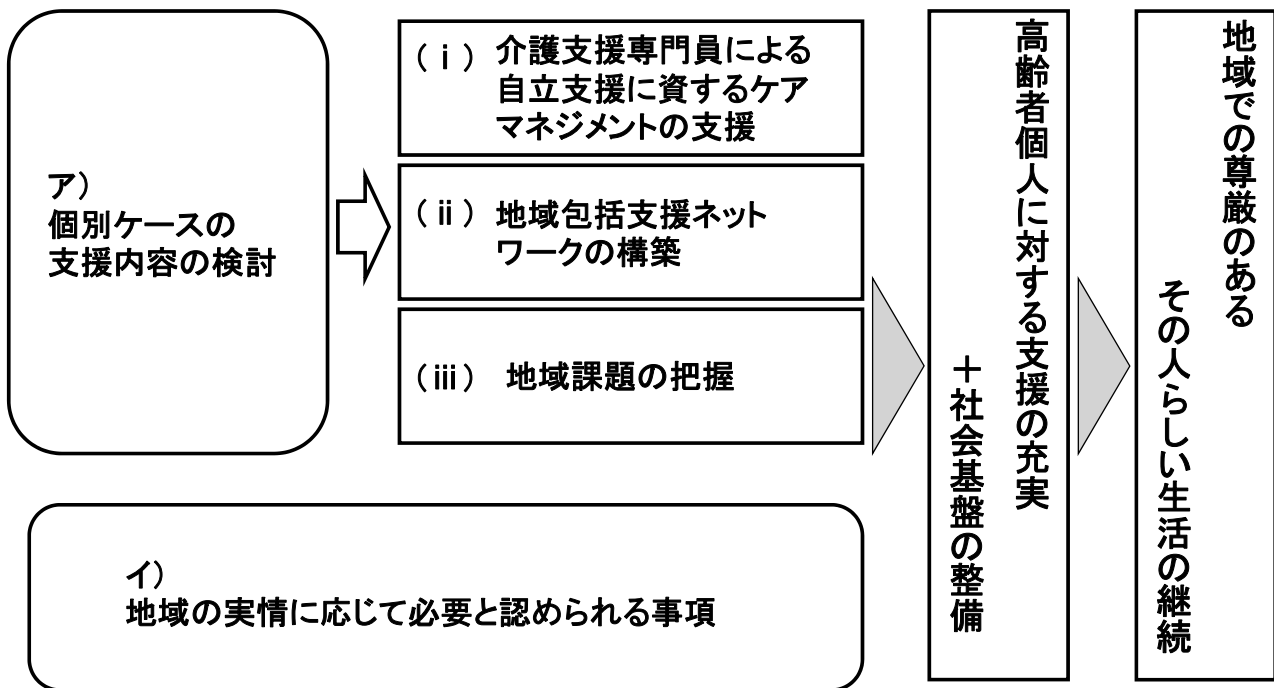


- 地域ケア会議の設置主体：  
地域包括支援センター、または市町村(保険者)
- 地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを想定した上で、その実現のために有効と考えられる地域ケア会議を設置、構築していくことが必要。

『地域ケア会議運営マニュアル』平成25年3月  
(一般財団法人 長寿社会開発センター)P33～P41

2

## 「地域ケア会議」の目的



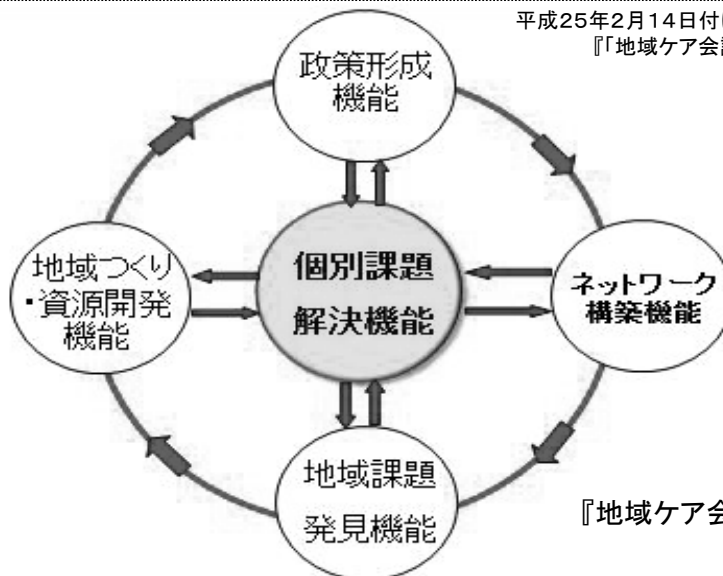
『地域ケア会議運営マニュアル』P22より

3

## 地域ケア会議の5つの機能

会議の名称については、実施主体の判断によりますが、その機能に着目し、①個別課題解決機能②ネットワーク構築機能③地域課題発見機能については主に地域包括支援センター主催による「地域ケア個別会議」、④地域づくり・資源開発機能⑤政策形成機能については検討内容によって地域包括支援センターまたは市町村主催による「地域ケア推進会議」と称するなど、会議の機能に応じて設定することが考えられます。

平成25年2月14日付け厚生労働省老健局振興課 事務連絡  
『「地域ケア会議」に関するQ&Aの送付について』より



『地域ケア会議運営マニュアル』P23より

4

# 地域ケア会議の設置方法

## 1. 地域ケア会議の全体像をつくる

- ・地域特性と目指すべき地域像を共有し、最も効果的と考えられる地域ケア会議の全体像を検討する。
- ・個別ケースの検討から、地域づくり、政策形成にどのように仕組みとしてつなげていくかという視点

市町村の役割: これまで開催してきた会議や協議体を再確認し、既に地域ケア会議の機能があるもの、少し工夫をすれば地域ケア会議の機能をもつもの、を整理

## 2. 地域ケア会議の目的の共有

- ・地域ケア会議の目的・ルールを共有し、開催に向けた環境整備

市町村の役割: 地域ケア会議の全体像や目的、開催方法、個別ケースの選定方針、センターとの役割分担、地域課題の提出方法をルール化・共有

地域包括支援センターの役割: 地域ケア会議の目的や機能を地域包括支援センター同士で共有

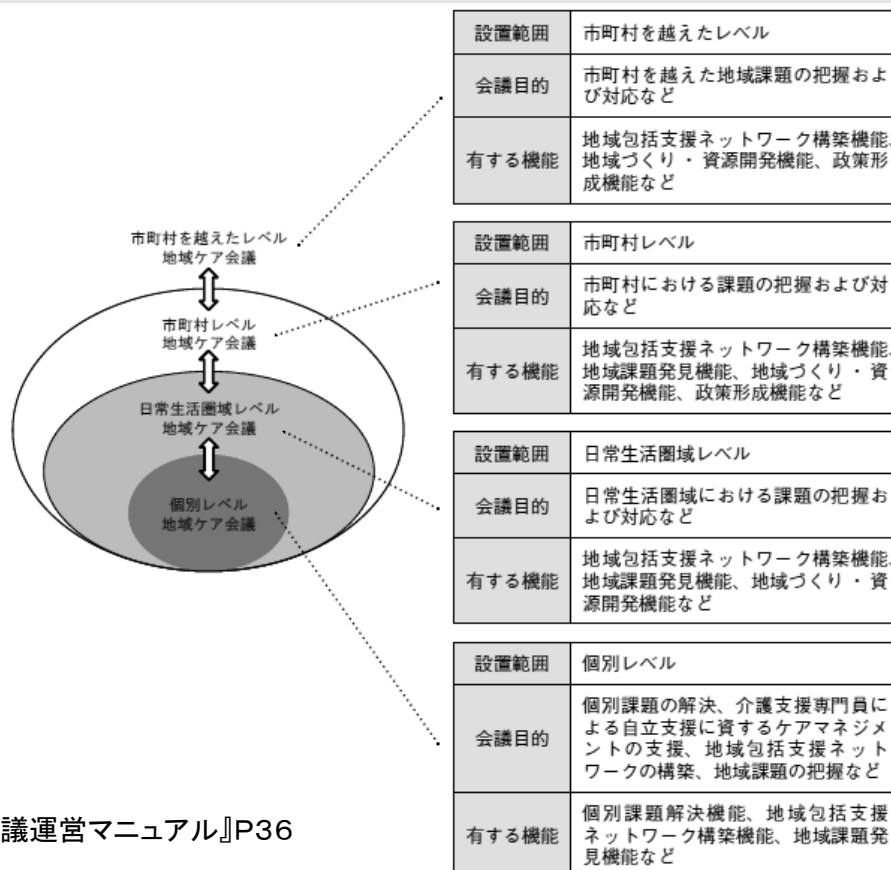
## 3. 地域の関係者や住民への周知

- ・地域ケア会議の目的や開催方法を周知し、関係者からの協力を得る

『地域ケア会議実践事例集』P23～24

5

## 地域ケア会議の構築例（日常生活圏域と市町村の範囲が異なる場合）



『地域ケア会議運営マニュアル』P36

6

## 2. 個別ケースの検討を行う地域ケア会議について

- 多職種協働による自立支援に資するケアマネジメント支援 -



### ●地域ケア会議が有効と考えられる事例

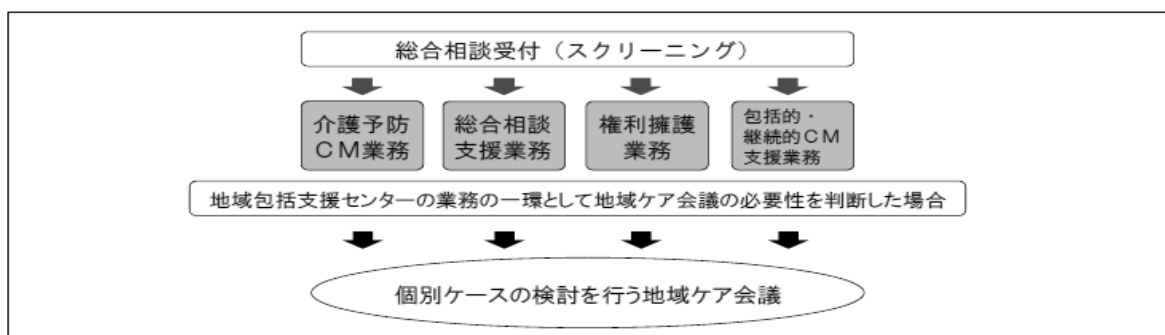
- ①支援者が困難を感じているケース
- ②支援が自立を阻害していると考えられるケース
- ③必要な支援につなげていないケース
- ④権利擁護が必要なケース
- ⑤地域課題に関するケース

『地域ケア会議運営マニュアル』P42～P60 7

### 「個別ケース検討を行う地域ケア会議」ケース選定の流れ

#### ● 地域包括支援センターの業務から選定するケース

- ・市町村への相談や苦情、介護保険事業者連絡協議会、介護支援専門員の連絡会等、あらゆる機会を活用する。
- ・地域包括支援センター(地域のあらゆるケースに接する機会の多い)が適切なケースを発見しやすい。



#### ● 市町村が選定するケース

- ・市町村が地域課題を認識して、それに関するケースの提供を求める場合もある。  
(例:在宅医療と介護の連携が地域の課題の場合等は、医療ニーズの高い高齢者の事例を検討する等)

『地域ケア会議運営マニュアル』P42～P44 8

## 地域ケア会議における個人情報の取り扱い

○市区町村によって個人情報保護条例の定めがあるため、地域ケア会議における個人情報の扱いは、市区町村が基本的な方針を設定し、関係者で共有することが必要

- ・地域ケア会議では、個別ケースを取り扱うことへの留意が必要
- ・一方で、過剰な反応により必要な情報が共有されず、適切な支援が行われなくなるような事態は避けることが必要

○地域ケア会議における個人情報の提供内容、共有範囲等については、本人、家族の同意を得ることが大前提である。

○本人の同意がなくても共有できる場合【例】

①法令に基づく場合

- ・高齢者虐待等、生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、発見者に通報の義務

②本人の利益を守ることが優先される場合(緊急時)

- ・生命や財産等に危機があるが、重度の認知症などで本人の同意を得ることが困難な場合

③個別の条例による場合

- ・各市町村の個人情報保護条例で示されているとき。(例:災害時要援護者支援や認知症高齢者、1人暮らし高齢者の支援のために平時から民生委員と名簿を共有するなど)

※個人情報を収集する際、本人に予測される利用方法について本人に包括的に同意を得ているときは共有可能

『地域ケア会議運営マニュアル』P47～48の内容を基に作成

➤ **なお今般の介護保険法改正により、地域ケア会議の関係者に守秘義務が課されました。**

9

## 地域ケア会議の運営(事前準備)

○ 会議の質を向上させ、なおかつ効率的に検討するために事前準備が必要

【開催日程と頻度】

- ・機能、目的を整理し、意味のある回数を設定する。
- ・参加者の負担等にも配慮した、開催頻度や曜日を設定する。
- ・定例開催→メリット:相談事例を持ちこみやすい、スケジュールが立てやすい等
- ・非定例開催→メリット:柔軟に対応できる
- ・定例、非定例のいずれの場合も、緊急時には柔軟な対応が必要。

【参加者の選定】

- ・会議の目的に応じ、ケースの当事者や家族、主催者(市町村や地域包括支援センター職員)、事例提供者、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織等の中から、必要に応じて出席者を調整する。
- ・あくまで、支援を検討する本人や家族が主体であることを忘れないこと。しかし、支援を拒否している等や事前調整の場合などは、本人や家族が出席しない場合もありうる。
- ・総合的な検討ができるよう、多職種を選定すること。

【事前資料】

- ・「事例提供者の負担を軽減する」と同時に、「会議参加者全員が共通認識を持てる」ことの2つの事柄が両立するような資料準備が必要。  
(例)アセスメントシート、家族図、エコマップ、時系列整理など

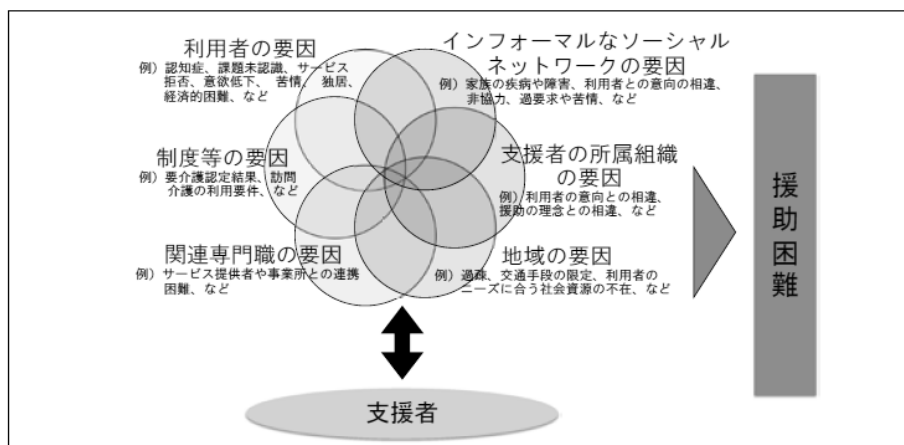
※詳細は、『地域ケア会議運営マニュアル』P53参照

10

## 地域ケア会議の運営(当日)

### 【司会進行役の視点やポイント】

- ・「会議の目的を明確にし、検討を促進する」「多職種協働であるメリットを最大限に生かす」「情報を整理し、参加者間でブレなく共有できる」ことを重視する。
- ・ケース概要や課題、目的や提案事項など、様々な情報をその場でまとめ、情報共有を図りながら進行する。
- ・ホワイトボードを活用するなど、情報を可視化する。
- ・会議時間に応じて、一事例あたりどの程度の時間が確保できるのかあらかじめ考え、時間内でいかに情報を共有し、検討できるかを工夫をする。
- ・支援者が困難を感じているケースについては、ケース当事者の課題の明確化のみならず、支援者の援助困難を引き起こしている要因も把握する必要がある。



※詳細は、『地域ケア会議運営マニュアル』P54～58参照

11

## 地域ケア会議の運営(終了後)

### 【会議終了時】

- ・会議終了時には、検討内容や役割分担について再確認を行う。
- ・必要に応じて、再度地域ケア会議にかける等の確認も行う。

### 【会議終了後のポイント】

- ・終了後の対応が重要である。会議終了後のポイント例は下記のとおり。

主催者が行うべきこと	留意点
個人情報の記載された資料を廃棄する	・シュレッダーで廃棄する
記録を作成・管理する	・地域課題や課題に対する有効な支援等を把握するための情報を含めて記録を作成する ・必要に応じて地域ケア会議での決定事項等を参加者に配布する ・記録は個人情報に留意し適切に管理する
事例提供者へのサポート	・地域ケア会議で決定した支援や対応を実施する際に、事例提供者のニーズに応じてサポートする
モニタリングを行う	・事例提供者が多職種との日常的な連携を図りながらモニタリングを行う ・必要があれば再度地域ケア会議を開催する
フィードバックを行う	・目標に応じたフィードバックを行い、地域の目標へと向かっていく視点を持ち取り組むこと

※詳細は、『地域ケア会議運営マニュアル』P58～60参照

12



# 3. 地域課題の検討を行う 地域ケア会議について



地域課題の検討を行う地域ケア会議では、次の2つの機能を果たすことを目指す。

## ●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見守りネットワーク等、地域に必要と考えられる資源を開発する。

## ●政策形成機能

地域に必要な取り組みを明らかにして、施策や政策を立案・提言する。

『地域ケア会議運営マニュアル』P60～P62

13

## 地域課題の検討を行う地域ケア会議

### 【個別ケースの検討との違い】

- ・個別ケースの検討を積み重ねる中で、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課題等を明らかにしていく。これらに関係者で共有し、地域包括ケアシステム構築していくための一つの手法として、地域課題の検討を行う地域ケア会議が必要。

### 【主催者】

- ・地域課題は、日常生活圏内の調整で解決可能な課題から、市町村全域での検討が必要な課題もあるため、それぞれのレベルの課題を地域包括支援センターと市町村職員が共有し、地域で必要な資源の開発を検討して政策に反映。
- ・市町村は、地域包括支援センターの提言を受け、地域課題の解決のため、地域課題の検討を行う地域ケア会議を主催。また、政策形成のため、日常生活圏域ニーズ調査など計画策定に関する調査結果とあわせ、地域のニーズ量に基づき資源を開発し、次期介護保険事業計画に位置付ける。

### 【参加者の選定】

- ・地域課題の原因、背景を把握・整理した上で、必要な参加者を選定し会議を開催する。

例)

高齢者の特性や認知症に対する住民の理解不足が課題の場合



・圏域の民生委員や住民組織の代表者、高齢者の特性や認知症状を説明できる医師等の参加を検討  
・その他、警察署員、消防署員、社会福祉協議会職員、銀行・郵便局等といった金融機関の職員、スーパーや商店主なども必要に応じて検討する。

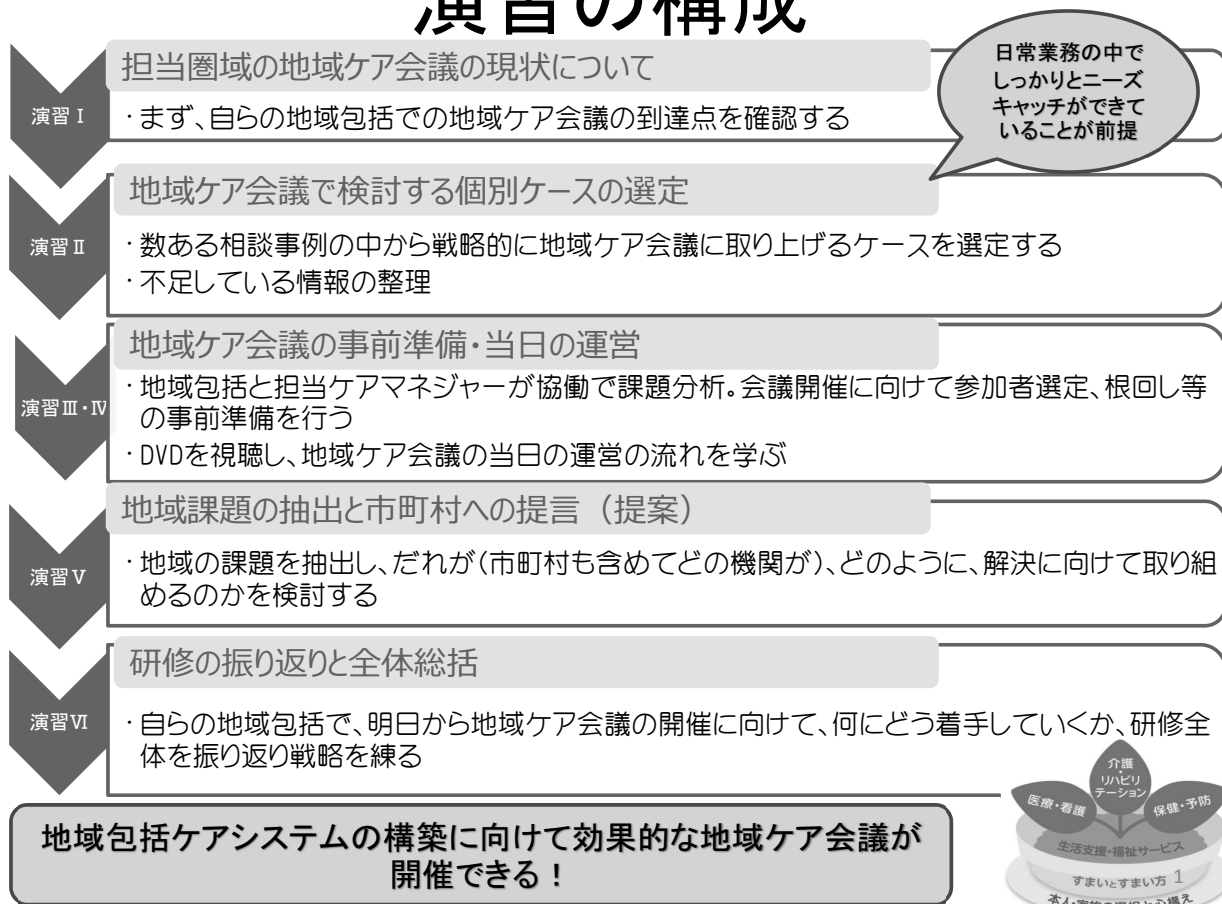
### 【フィードバック～振り返り】

- ・地域課題を検討する地域ケア会議は、短期間で成果を確認することが難しいことが多い。
- ・その場合であっても、経過等を関係者や住民に周知することで、地域ケア会議への理解を深め、参加への意欲の向上や「自分たちでよりよい地域をつくっていかう」という意識を高めることにつながっていく。

※詳細は、『地域ケア会議運営マニュアル』P60～62参照

14

# 演習の構成



## 演習 I 担当圏域の地域ケア会議の現状について (14:40~15:00 20分)

### ○自分の担当圏域の地域ケア会議の現状

会議名	個別課題解決機能	ネットワーク構築機能	地域課題発見機能	地域づくり・資源開発機能	政策形成機能
【記入例】 ○○会議	◎	◎	○	△	×

## 演習Ⅱ 地域ケア会議で検討する個別ケースの選定

(1) 事例について事前情報を把握しましょう  
(15:00～15:30 30分)

- 情報①: インテーク(ケアマネジャーからの電話相談)  
→ケアマネジャーとのやりとりは逐語録を参照
- 情報②: インテーク(来所によるケアマネジャー相談)  
→ケースAさんの情報はフェイスシートを参照
- 情報③: 更なる情報収集/個別の情報(ケアマネジャー支援)  
→同行訪問の情報は次ページを参照
- 情報④: 近隣住民からの情報/地域の情報  
→聴き取り内容は次ページを参照

※本ケースは包括内3職種でいったんスクリーニングをし、ケアマネジャーとの同行訪問も行い、息子が介護している部分が認められるため、虐待ケースとしては取り扱わないこととする

### 情報①～② インテークの概要

- Aさんは、最近足腰が弱ってきており、自宅4階からの階段昇降が困難で、通院やゴミ出しなどができなくなっていること
- Aさんに物忘れの症状が現れていること
- 介護サービスを勧めても「まだいらない」と言うこと
- 同居の長男は体調不良により失業中で、昼夜逆転ぎみであること
- Aさん、長男共に同居生活を続けたいとの意向があるが、将来の健康と生活費を心配していること

など

### 情報③ 更なる情報収集の概要

- Aさんは、長男が失業中のため、お金を節約しようと考えて介護サービスの導入を拒んでいること
- Aさんは、糖尿病を患っているにも関わらず、部屋に飲み忘れの薬が落ちているなど、適切な治療が継続されていない可能性があること
- 長男は、不眠症でありながらも買い物などの家事を手伝い、母親の健康状態を心配に思っていること
- 近隣住民から民生委員に対し、Aさん宅のベランダからごみの臭いやポリ袋が飛んでくるとの苦情が寄せられていること など

### 情報④ 自治会長からの地域情報

- この団地には、階段の昇り降りが不自由な方や独居のお年寄りが増えていること
- 隣町の団地では、移動スーパーが定期的に来てくれるとの情報があり、この団地でも実現できないかと考えていること など

## 演習Ⅱ

(2)個別事例を戦略的に地域ケア会議に取り上げましょう  
＝ 地域ケア会議の選定理由 ＝  
( 15:30～15:55 25分)

#### 【演習前に】

- ・役割分担(司会・書記・発表者)を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

#### 【検討事項】《20分》

●なぜAさんの地域ケア会議をするのか？

⇒Aさん事例を地域ケア会議に選定した理由を話し合ってください。

※いくつかのグループに検討内容を話してもらいます。《5分》<sup>6</sup>

## インタビュー時の逐語録

### 地域包括支援センターにて ケアマネジャーと主任ケアマネジャーとの会話

#### C ケアマネジャーのプロフィール

年齢 45 歳 女性 介護福祉士 特別養護老人ホーム併設のデイサービスセンターへ入職。介護支援専門員資格を取得と同時に特別養護老人ホーム併設の居宅介護支援事業所に転属。A さんとの出会いは入職間もないころであった。

勤務する居宅介護支援事業所は介護福祉士で職歴 6 年の主任介護支援専門員と介護福祉士で職歴 2 年の介護支援専門員が勤務している。

CM：こんにちは。ケアマネジャーの〇〇です。ちょっとご相談したいことがあるのですが。

主任：はい。ケアマネの C さん。いつもありがとうございます。どうされましたか？

CM：ええ。××団地の A さんの事なのですが、包括ではもう何かご存知ですか？。上司にも相談したのですが、包括に一度相談してみればどうかとアドバイスをもらって、来てみたんです。

主任：いいえ。××団地ですよ。すみません。

CM：要介護 1 の方なのですが、1 年半前にお風呂の住宅改修に関わった後、その頃はなんとか 4 階から 1 人で降りてくる事ができたので、1 階に歩行器をレンタルして、それを使ってちょっとした外出ができていたんです。しかも物忘れが明らかにあって、とても心配していました。先月訪問したら、本人の様子が 1 カ月前から見違えるほど変わっていたのです。

主任：変わっていた・・・というと？

CM：部屋の中は尿の臭いがするし、新聞やごみ・それに飲み忘れていた菓が部屋中に散らかっているし。おまけに、A さんと一緒に少し片付けてみたら、団地の家賃の支払いや光熱費の催促状もそのままになっているんです。

主任：（うなづきながら）“ふんふん”

CM：息子さんと一緒に住んでおられるのですが、その息子さんは、私が話しかけても日中お部屋で横になっていることが多く、十分な関わりをしてはしていないようです。A さんは、「足が弱ってきて外に出られなくなってきた」「最近よく忘れるようになった」なんて言うのです。なので、介護サービスを増やして支援を強化したいとご本人と息子さんに提案したのですが、「まだ、いい」とおっしゃって、サービスを増やしません。私一人じゃとても支援ができないと思って。

主任：なるほど・・・そうですか。一緒に考えさせてもらいたいので、これまでの経緯をもう少し詳しく聴かせてもらえませんか。

CM：はい。どこから話したらいいですか。

主任：それでは、C さんが関わり始めた経緯からお願いできますか。

CM：そうですね、A さんが要介護認定の申請を行ったのは 1 年半ほど前で、その頃も軽い物忘れがありました。ご自分で役所まで出向いたと話していました。理由は風呂場の住宅改修を行いたいからでした。うちとのかかわりは、A さんが役所の係の人に紹介してもらって、その場から電話をいただいて、初回の面接は役所で行いました。それから、要介護 1 の結果が出て、その後はすでにお話しした通りです。

主任 なるほど。それと息子さんとは、あまりコミュニケーションが図れていないようですが・・・

CM：ええ、今回思い切って息子さんとも話ししてみたんです。そうすると、十分なことはできていないが、母のことは心配だし、面倒を見なければと思っている様なんです。でも自分のことで精一杯と言う感じで、しかもお金のことが心配みたいですね。それと、Aさんも、息子さんのことをとても気にしていて、このまま息子と生活を続けていきたいと話してくれました。

主任：なるほど。お二人への支援が必要そうですね。

CM：そうなんです。支援をしたいと思っても、どうすればいいか行き詰ってしまっ。

主任：ケアマネジャーとして、このご家族に対してどう関わればいいのか、行き詰っているということですね。

CM：そうなんです。どうしたらいいですか。ケアマネジャーだけではとても関わりきれません。

主任：そうですね。とても関わりきれませんよね。それでは、Aさんの今後の支援をどうすればいいのか、私たちと一緒に考えていきませんか。

CM：はい・・・でも、やっぱり私がAさんの関わりを続けていくことになるんですね。

主任：そうですね。

まずは、Aさんへのよりよい支援の方向を考えるために、問題の洗い出しや整理を一緒にしましょうか。そして、Cさん（ケアマネジャー）だけでは対応しにくいような問題に対して、どのような支援の体制が組めるのかも、検討してみましょう。

そのために、地域包括支援センター内で協議を行います。地域ケア会議でAさんの事例を取り上げていくこともできます。地域ケア会議の事はご存知ですか。

CM：上司から説明を受けたことはありますが、具体的にどんなことをするのか。サービス担当者会議とは違うんですね。

主任：そうですね。サービス担当者会議とは違います。Aさん家族の様にケアマネジャーだけでは関わりが難しいケースを地域包括支援センターが主体になってケアマネジャーさんと一緒に関わりを広げていく会議です。そして、Aさんのケースを解決していくと同時にその過程で、関係者すべてがAさんを取り巻く環境に何らかの課題がないかも含めて議論し、それぞれが気付いていく機会でもあります。

CM：わかりました。地域包括支援センターがしっかりと関わってくれるのなら力強いです。

Aさんが住んでいる××団地はAさん家族ほどではないけれど、色々な問題を抱えた人がいっぱいいます。他のケアマネジャーも結構困っている人も多いみたいですよ。地区の民生委員さんも同じことを言われています。

主任：では、Aさんの事をもう少し知りたいので、健康状態などについて、詳しく聴かせていただけますか。

CM：はい。それが、まだあまり確認が取れていないんです。関わり始めたころは物忘れがあると言っても、日常生活は自立していましたし、息子さんとも同居していましたから、健康状態についてはあまり意識していませんでした。

主任：そうですね。まずは、Cケアマネジャーさんが把握されている情報や気になっていることをできる限り聞かせて下さい。

CM：そうですね。あまり詳しいことまではまだつかめてないんですけど・・・

主任：確かに難しいですね。ただ、そうはいっても、このご家族の一番近くで関わってこられたのがCさんでしょうから、これまでの関わりの方針を大事にしたいなと思うんです。

CM：はい、わかりました・・・

## 利用者基本情報（表面）

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	Aさん	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	M・T・S 9年 月 日生 ( 79 ) 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・J 1・J・ <input checked="" type="checkbox"/> A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2				
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・ <input checked="" type="checkbox"/> II b・III a・III b・IV・M				
認定情報	非該当・要支 1・要支 2・ <input checked="" type="checkbox"/> 要介 1・要介 2・要介 3・要介 4・要介 5 有効期間：平成 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度： ) 特定高齢者					
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・ <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 自室の有無 ( ) 階、住宅改修の有無 浴室に手すりを施工					
経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金・ <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金・障害年金・生活保護・・・ 国民年金として月約 5 万円程度 厚生年金として月約 7 万円程度 息子の収入はない					
来所者 (相談者)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; font-size: small; margin-right: 5px;">家族構成</div> </div> <p style="font-size: small;">(家族関係等の状況)</p> <p>長男 (B) は引きこもりがち。十分な事はできないが、母の事は心配だし自分が面倒を見なければと思っている。しかし、自分の事で精いっぱいであり、お金の事も心配している。次男 (C) とは疎遠。</p>					
住所 連絡先						
緊急連絡先				氏名	続柄	住所・連絡先

《相談内容と対応》

相談経路			
相談内容	<p>前回モニタリングの際は大きな問題はなかったが、今回の訪問で本人の状況に大きな変化が見られた。まず、歩行状態が悪化し自宅内を伝い歩きしており、ふらつきも見られる。また、トイレに間に合わない事があるのか室内は尿臭がある。飲み忘れていと思われる薬や古新聞、ごみが散乱している。そして、家賃や光熱費の催促状が見つかる。本人としても「足が弱ってきて外に出られなくなってきた」「最近よく忘れるようになった」「いろんな事ができなくなってきた」などと訴える。しかし、介護サービスの利用を促すが強く拒んでいる。</p>		
他機関での相談状況	特になし		
対 応	緊急・通常・継続 ( 回目)・情報提供のみ・終了		
	支援計画 (概要)		
	相談継続	つなぎ先： _____ 担当者： _____ 内容： _____ 日時： 年 月 日 ( ) 時 / TEL・Fax・Mail	

## 利用者基本情報（裏面）

今までの生活	（本人への聴き取り） 本人は、他県の農村部で出生。高等学校を卒業後、現在住んでいる団地の近くにある食品会社で勤務する。その後勤務先で知り合った男性と結婚する。夫との間に二男をもうけ、その事を契機に勤務先を退職し専業主婦なり、借家（団地からごく近く）で生活してきた。そして、3年前に夫の死後、地区の再開発のために借家が立ち退きとなり、現在生活している市営住宅に長男（B）とともに移り住む。長男（B）は、以前は正社員として働いていた事があるが、現在定職に就いておらず、引きこもりがちである。1年6か月前に「風呂場に手すりをつけたい」と本人自ら要介護認定の申請を行い、介護支援専門員との関わりがはじまった。その後、歩行器のレンタル以外の介護サービスを利用しなかった。			
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・すごし方		趣味・楽しみ・特技	
	団地の4階ということもあり、自分の力では外出する事は難しい。同居する長男も積極的に本人を外出させる事はしないため、毎日自宅でテレビを観るなどして過ごしている。		特技としては何もないが、カラオケや自治会の旅行などを楽しみにしていた。しかしここ数年、自治会の旅行には参加できていない。	
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係
				若いころはPTA活動や自治会班長などを積極的に地域で活動していたこともあり、地域住民との関係もよかった。しかし、団地の4階に引っ越してからは来客が減ってしまった。頻繁ではないものの、隣人が様子を観に来たり、おかずを差し入れてくれたりすることもある。
本人の生活の希望・課題・困りごと等			ご家族の生活の希望・課題・困りごと等	
病気がちな長男（B）とのことが心配で、これからも長男と二人でできる限り自宅で生活していきたい。また、足が弱ってきて外出に不安があるが、以前のように自分の力で外へ出かけた。最近、よく忘れるようになったと自覚しているのでとても心配している。お金の事も心配している。			長男（B）は母親のことはとても心配しているし、十分ではないが自分が面倒を看なければならぬと思っている。しかし、自分の事で精一杯という気持ちでもある。仕事に行けない事が辛く、お金ことも心配している。	

《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
平成23年8月	認知症		Tel	治療中 経過中 その他	
平成23年8月	糖尿病		Tel	治療中 経過中 その他	
平成23年8月	高血圧		Tel	治療中 経過中 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



## 圏域の状況

### ◆人口や高齢者の状況

A市 人口 35,000人。高齢化率 26%。

- ・地域包括支援センター 2か所（直営 1か所、委託 1か所）
- ・居宅介護支援事業所 11か所
- ・特別養護老人ホーム 2か所（80床+110床）
- ・老人保健施設 2か所（80床+100床）
- ・訪問介護事業所 11か所。訪問看護事業所 4か所
- ・通所介護事業所 10か所
- ・小規模多機能型居宅介護 2か所
- ・認知症対応型共同生活介護 3か所
- ・診療所 16か所（主に内科 7か所、外科・整形外科 2か所、皮膚科 1か所、眼科 1か所、精神科 1か所、泌尿器科 1か所、小児科 2か所、産婦人科 1か所）
- ・歯科診療所 11か所
- ・総合病院 2か所（〇〇病院 550床 △△病院 180床）

\*当該地域包括支援センターが管轄する生活圏域の人口は 18,000人。高齢者 6,000人。2中学校区を担当しており、高齢化率は 34%とA市全体の 26%よりも高い。昭和 40年代に開発された大型団地で公営住宅を多く有し、独居高齢者、高齢者世帯や低所得者層が多い。

### ◆自治会の様子

圏域全体の自治会は、高齢者の増加も問題視しているが、防災対策等の優先課題もあり、圏域全体として高齢者対策は取り組まれていない。

公営住宅を有する地区の自治会長は、独居や高齢者世帯、階段の上り下りが不自由で外出が困難な高齢者が増えてきており、高齢者の居場所づくりやゴミだしや買物等ちょっとした生活の困りごとに対して何とかできないかと思っている。

また、隣町の団地で、移動スーパーが定期的に来てくれるとの情報もあり、この団地でも実現できないかと考えている。

### ◆圏域の様子

高齢者支援のNPOやボランティアなどはない。認知症サポーター講座は包括支援センター主催で数回開催しているが、具体的な取り組みには至っていない。民生委員のうち、数名の委員が担当の独居高齢者のゴミだしや電球の交換などの支援をしている。老人クラブが時々イベントなどを企画しているが、人集めに苦労しているとの老人会長からの情報もある。

### ◆商店街・スーパーの様子

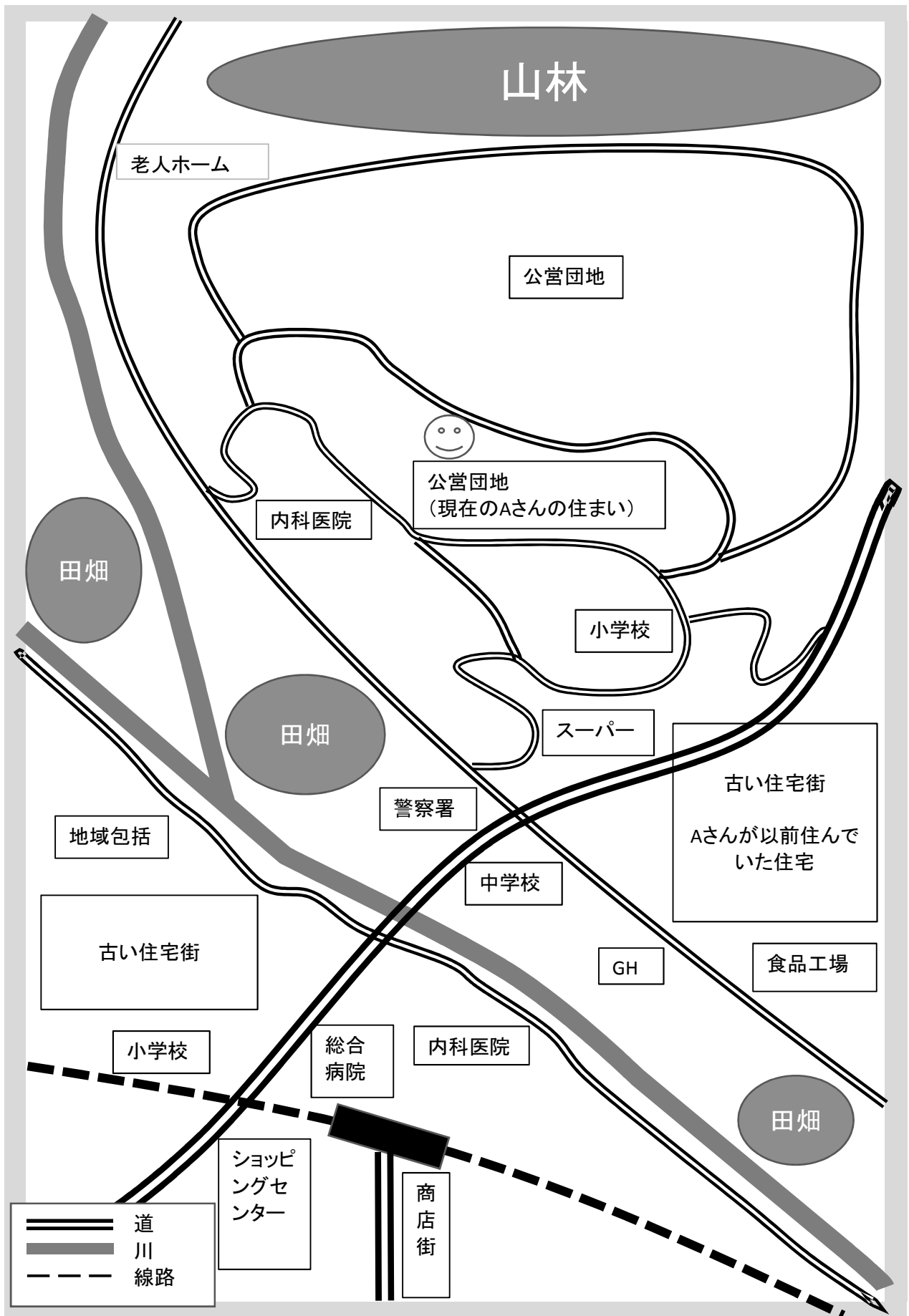
圏域内に昔からの商店街とスーパーがある。一部の商店で高齢者への配達をしている店もあるが、全体の取り組みになってはいない。商店街会長さんは、認知症サポーターで高齢者への支援に興味をもっている様子。

### ◆医療機関

圏域内に内科の開業医が 4か所、整形外科が 1か所ある。内科の先生は、昔からの患者さんには往診もしている。

### ◆警察署

圏域内に駐在所が 1か所あり、年に数回、認知症高齢者や高齢者の詐欺被害などの関係で連絡を取り合っている。



## 演習Ⅱ(2)の解説 (15:55~16:05 10分)

### 【Aさんを地域ケア会議に選定した理由】

- ・Aさんの健康状態や生活機能を維持改善するために、医療との連携が必要なこと
- ・Aさんへの支援だけでなく、家族や地域への関わりが必要であること
- ・関係するフォーマル・インフォーマルサービスメンバーの情報共有が必要であること
- ・ケアマネジャーへの支援が必要であること
- ・同様の課題をもつ住民(地域共通の課題)が潜在化している可能性があること

### 地域ケア会議にかける事例のスクリーニングの視点

課題の大きさ・多さ	ケアチームの協働・連携
ケアマネの実践力	効果的な社会資源の存在

○ケースが抱える課題が大きくても・多くても、ケアマネの実践力がある場合、ケアチームの協働・連携が強い場合、効果的な社会資源が整っている場合は地域ケア会議以外の手法でも課題解決できる

○ケアマネに実践力があっても、対象者の数が多ければ対処力に限界があるため、地域ケア会議によってケアマネ全体の実践力を高める必要がある

○効果的な社会資源が整っていても、ケアチームの協働・連携がなければ、ケアマネの実践力だけでは対処できないため、地域ケア会議が必要

○効果的な社会資源が整っていない場合は、それらの開発が必要であり、その際のヒントとなるのが地域ケア会議による成功体験である

## 演習Ⅱ

(3) 個別事例を戦略的に地域ケア会議に取り上げましょう  
＝ 不足している情報を整理しましょう ＝  
( 16:15～16:55 40分)

### 【検討事項】《30分》

不足している情報と、それを誰から入手するか

### 【発表】 10分

できるだけ多くのグループの検討内容を共有するため、  
要点をまとめて発表してください。

9

## 演習Ⅱの作業シート

■担当ケアマネジャーとの面談や同行訪問では得られなかった情報で、今後必要と思う情報は何かをあげてみましょう。

■その情報がなぜ必要なのか、誰がどのように取得するか、その優先度はどうかも整理しましょう。

【優先度の分類に記号や数字を用いる方法もあります:例)高い◎、中○、低い△】

※皆さんはAさんの担当ケアマネではなく、担当ケアマネを支援し、地域ケア会議を運営する地域包括支援センター職員として考えてください。

	必要な情報	その情報が 必要な理由	誰が情報に アクセスするか	情報の 優先度
本人に関する情報				
家族に関する情報				
地域に関する情報				
支援者・支援体制に 関する情報 (ケアマネ・事業者・行政等)				

10

## 演習Ⅱ(3)の解説 (16:55~17:15 20分)

### 【不足している情報と入手方法】

- ・主治医連絡: 受診状況、服薬状況
- ・長男と面談: 長男の健康状態  
母親の介護についての思い(気持ち)  
次男に関すること  
ゴミを出せない理由 他困っていること
- ・行政に確認: 世帯状況、息子の相談歴・福祉サービスの利用状況、他の親族・キーパーソン情報  
団地のあるエリアの高齢化率・認定率等
- ・民生委員への確認: 住民の認知症に対する理解度や他の認知症ケースへの対応の実態など
- ・自治会長への確認: 自治会独自の取組、同様の課題をもつ高齢者の有無など

11

12

# 研修 2日目 (導入 5分)

## 【1日目の振り返り】

### インテーク

→更なる情報収集

→追加情報の入手

→事例のスクリーニング

→地域ケア会議で検討する事例の選定

同時進行で  
行われること  
もある

地域ケア会議の開催に向け 事前準備に入ります

演習Ⅲ 地域ケア会議の事前準備・当日の運営①  
～課題分析と支援計画～  
(9:35～11:30 115分)

### 【演習前に】

- ・役割分担(司会・書記・発表者)を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

### 【検討事項】 85分

1. Aさんの個別課題の分析(個人因子と環境因子)
2. 支援の方向性(見立てと仮説による目標の設定)

### 【発表】 30分

できるだけ多くのグループの検討内容を共有するため、  
要点をまとめて発表してください。

14

## 課題を明確化し、支援の方向性を導き出す方法

- ・ 家族図、エコマップによる関係者と社会資源の整理
- ・ 本人・家族の生活歴、関係者の関わりを時系列で整理
- ・ 個人的要因と環境的要因による課題分析
- ・ アセスメントによる目標の設定  
※ 課題整理総括表の活用(P74)

15

### 演習Ⅲの作業シート

- Aさんの課題分析にあたっては、Aさん「個人」に起因するものと、Aさんを取り巻く「環境」に起因するものを分けて検討しましょう。
- 個人的要因、環境的要因の中にも、それぞれいくつかの要素が分かりますので、幅広く検討しましょう。
- 課題を明確にしたうえで、目標、支援内容、その担当者を整理しましょう。
- ※ 演習にあたっては、あくまでケアマネジャー支援(担当ケアマネジャーのアセスメントや目標設定を支援するもの)という視点を留意すること。

	事実・状況	課題	目標 (短期・中期・長期)	支援内容	担当者
個人的要因					
↑↓					
環境的要因					

16

個人的要因と環境的要因は相互に作用しており、明確に分けられないものもある。

# 地域ケア会議の事前準備シート(参考例)

				独	高	他
氏名				性別	住所	
要介護度		有効期限				
<b>個人因子</b> 健康状態やADL・IADL、のポイント  (生活支障をきたす要因に対する因子及び本人の持つ強み＝ストレングス)	普段の体調管理(水・栄養・運動・排便):  疾患・服薬、通院:  その他					
	ADL・IADL:  その他:					
<b>環境因子</b> (生活支障をきたす要因に対する因子及びサポート因子)	家族環境:  住環境  近隣環境等:					
<b>経済的環境</b> (本人及び家族)	本人の状況:  家族の状況:					

17

現況	
問題点 課題	個人因子からの課題  環境因子からの課題
介入チーム	
支援計画 短期 1～3ヶ月 中期 3～6ヶ月 長期 6ヶ月～1年	(短期目標・支援内容)  (中期目標・支援内容)  (長期目標・支援内容)

18

日付 H 年 月 日 記入者



## ・自立支援に資するケアマネジメント支援に必要な視点

19

### 自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点①

- 自立した日常生活を阻む真の課題の解消を目指した支援方策  
本人と本人を取り巻く人々の力を引き出し、最適な状態を目指す

個人的要因	身体機能
	精神機能
	経済状況等

性格、人生歴、身体機能・生活機能に支障をきたす高齢者の個人的な要因

身体機能・知的機能、障害、疾病の状態(ADL、IADL)は？  
性格や暮らしぶり、ストレスの状況は？  
普段の体調管理(水・食・運動・排泄)は？  
状態回復できるものか、できないものか、維持できるのか？  
経済的状況(収入、預貯金、不動産)は？  
価値観(人生で大事にしてきたこと)特技、趣味、生きがいは？  
過去の人脈、現在の人脈(本人が作ったネットワーク)は？

### 的確なアセスメント

環境的要因	家族・経済
	近親者・近隣
	住まい・居住環境
	社会資源
	その他

高齢者をとりまく人や物など周囲のあらゆる状況

- ・ 相談者と本人の関係は？
- ・ 家族構成員の状況と家族システムの現状(決定や権威等)、経済状況は？
- ・ 居住地域がどんな地域か、どんな文化を持っているか本人家族と近隣住民との関係性は？ 地域での役割は？(時系列で変化をとらえる)
- ・ 在宅や地域の日常生活導線は？ 社会資源の状況は？
- ・ かかりつけ医や民生委員との関係は？
- ・ 取り巻く人のストレスは？(障害、疾病への理解度、偏見の有無)

20

## 自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点②

- 本人の主訴(要望)、家族の要望、近隣の要望を聞き、それぞれが困っていることへの対応策として、公的制度、サービス及びインフォーマルなサポートを考えることも大切であるが、それだけでは潜在している真の課題を抽出することはできない。
- 前述した着眼点を咀嚼して、多職種の専門職による知識の相乗効果(チームケア)を駆使して、個人的要因と環境的要因を洞察し、原因・背景を探ることによって、当事者たちが気づいていない、内に潜んでいる「状態の悪化に影響を及ぼしている要因」=真の課題を、当事者や家族とともに明らかにし、解決策をともに考えていく姿勢と能力が求められる。
- その上で、課題解決の主体は、当事者(本人、家族、地域の人)であり、当事者が気づき、自ら取り込もうとする課題の抽出、と解決方法を一緒に合意していく必要がある。当事者を含めた合意形成の場を持つよう工夫するとともに、そこでの合意形成能力が必要とされる。

21

## 自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点③

- 本人や家族が地域とともに築いてきた強みにも着目し、出来ていたことや出来ることを把握し、意欲喪失をくい止め、QOLの維持向上を目指した暮らしぶりの再構築に向けた「自己決定」を上手にサポートすることにより、強制的なやらされ感ではなく、主体的な意欲を引き出す実践応用力が求められる。
- 将来の予測を立てるという視点も求められる。
- 目標が明確に設定されており、モニタリング時に適切に分析・評価が可能であること。

22

# (参考) 課題整理総括表の活用

平成26年6月17日厚生労働省  
老健局振興課事務連絡を参照のこと

- 地域ケア会議の準備を行う際に、ケアマネジャーが作成する課題整理総括表を用いながら支援の方向性を検討することも効果的です。
- また、地域ケア会議当日においても課題整理総括表をみながら多職種が検討することで、ケアマネジャーのアセスメントのプロセスを把握しながら、視覚的に自立支援のプランになっているかの助言・指導を行うことが可能。(ただし、地域ケア会議においてはケアマネジャーが参加しない場合など、必ず課題整理総括表を地域ケア会議に提出しなければならないというものではない。)

利用者の状況		課題整理総括表				作成日	
自立した日常生活の障害要因 (心身の状態、環境等)		①糖尿病		②認知症		③閉じこもりにより両下肢筋力低下	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因 ※3		改善/維持の可能性 ※4	
移動	室内移動 自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②、③、⑥	改善 維持 悪化	外出頻度が少なくなり自宅内徘徊、ふらつきがある	利用者及び家族の生活に対する意向	見直し ※5
	屋外移動 自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②、③、⑤	改善 維持 悪化	1年前歩行器レンタルで外出はできていたが今はできない	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】 ※6	
食事	食事内容 自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①、②	改善 維持 悪化	糖尿病の改善ができていないため糖尿病食が取れていない予測される	1. 糖尿病、認知機能低下により病院受診を行い悪化防止(定期通院、内服管理)	
	食事摂取 自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①、②	改善 維持 悪化	食事や調理の部分聞き取れていないため情報収集が必要	2. 両下肢筋力低下があり、通所介護や訪問介護を利用して階段昇降やトイレまでの歩行ができる	
	調理 自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①、②	改善 維持 悪化		3. 認知機能低下により日常生活ができていないので(ゴミ出し、掃除等)訪問介護でできるようにする	
排泄	排尿・排便 自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②、③、⑥	改善 維持 悪化	トイレに間に合わず尿量が多いのか、認知機能低下で尿意が分からないの情報収集が必要	4. 日常生活支援事業や成年後見制度の利用を検討しながら長男のケア(受診や就労支援?)をおこなう	
	排便動作 自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②、③、⑥	改善 維持 悪化			
口腔	口腔衛生 自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①、②	改善 維持 悪化	糖尿病と認知症があり口腔ケアは声替えが必要なしベルと思われる		
	口腔ケア 自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①、②	改善 維持 悪化			
服薬	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①、②	改善 維持 悪化	通院していたため内服できていない		
入浴	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②、③	改善 維持 悪化	1年前に風呂の住宅を改装しているが入浴できていない		
更衣	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②、③	改善 維持 悪化	尿量が多い認知症で着替えができていない		
掃除	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②、③④⑥	改善 維持 悪化	ゴミ散乱ができていない		
洗濯	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②③④⑥	改善 維持 悪化	洗濯の部分も聞き取れていないため情報収集期間		
整理・物品の管理	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②③④⑥	改善 維持 悪化	ゴミ散乱ができていない		
金銭管理	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②④	改善 維持 悪化	国民年金5万+厚生年金7万 家賃、光熱費の滞納あり		
買物	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②③④⑤	改善 維持 悪化	階段を降りれないため外出できていない		
コミュニケーション能力	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②③④⑤	改善 維持 悪化			
認知	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①、②⑥	改善 維持 悪化	介護拒否があり、専門病院受診していない 本人は忘れっぽくなったと自覚している		
社会との関わり	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②③⑤⑥	改善 維持 悪化			
褥瘡・皮膚の問題	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①②③	改善 維持 悪化	糖尿病もあり、尿量多量で皮膚の状態の観察が必要		
行動・心理症状(BPSD)	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	②	改善 維持 悪化	介護拒否		
介護力(家族関係含む)	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	④	改善 維持 悪化	病気がちな長男で無職(引きこもりがち)、次男疎遠		
居住環境	自立 (見守り) 一部介助 全介助	自立 (見守り) 一部介助 全介助	⑤⑥	改善 維持 悪化	エレベーターのない4階の団地、近隣からごみにおいや匂いが止まっている、路上駐車等の苦情がある		

※ 上記課題整理総括表はAさんの事例の情報のなかで記載したあくまでも1例であり、必ずしもこの内容にしなければならないというものではない。

## 演習Ⅳ 地域ケア会議の事前準備・当日の運営② ～参加者選定と開催準備～ (13:00～13:30 30分)

### 【演習前に】

- ・役割分担(司会・書記・発表者)を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

### 【検討事項】 30分

1. 参加者の選定とその理由
  2. 参加者への依頼方法
  3. 開催日時や場所の設定
- ※発表はありません。

### 事前準備①

- ・会議の内容を充実させ、効果的な地域ケア会議とするために、最適な参加メンバーを選ぶ。
- ※ 本人、家族の参加についても検討する。

#### 【参加メンバーの参考例】

本人、息子、民生委員、自治会長、医療関係者  
ケアマネジャー、サービス提供事業所 など

25

### 事前準備②

- ・誰から誰に依頼するか、声掛けの順序等の配慮
- ※ 地域で物事を決めるときの手順やキーパーソンなど、意思決定の仕組みをアセスメントしておくことも必要
- ・会議の「目的」と、参加を依頼した「理由」を明確に伝える。

#### 【参加依頼の効果】

- ① 参加の動機づけと一定の役割確認ができる。
- ② 参加の呼びかけで、仮に参加の約束が得られなくてもつながりができ、更なる情報収集やアセスメントが可能となる。

26

### 事前準備③

- ・参加メンバーに合わせて日時や場所を設定する。  
日中か時間外か、行政機関かケース宅かなど
- ・会議が効果的に運営されるよう、また、ネットワーク形成が促進されるよう準備をする。

会議のプログラム

司会や記録など役割

資料の用意、ホワイトボードの用意

座り方、お茶、アイスブレイク・・・等

- ・会議のゴールを決める  
一度の会議ですべての課題が解決できるわけ  
ではないため、2回目以降の会議や他の支援方法  
と組み合わせながら解決に向かう。

27

## DVD視聴 (13:40~14:10 30分程度)

- ・これまでの演習と照らし合わせ、事例の選定から実施までの流れを確認する。
- ・個別課題から地域課題への転換と、上位レベルの会議にあげていくプロセスを確認する。

※DVD中の解説スライドは、テキストに掲載しています。

28

# 地域ケア会議 運営に係る実務者研修

演習用DVD  
平成26年度

29

## はじめに


- このDVDは、地域ケア会議を運営する上で求められるコーディネート機能と、そのプロセスを学んでいただくことを目的として作成しています。
- 平成26年度地域ケア会議運営に係る実務者研修の演習事例となった「Aさん」について、地域ケア会議に取り上げるまでの事前準備、会議当日の運営、個別課題解決から地域課題の抽出に至る経過等、一連の流れを収録したものです。
- 編集の都合上、利用者・家族からの聞き取りや会議での発言内容等を一部省略しておりますのでご了承下さい。
- なお、登場人物はすべてフィクションです。

30

# 「DVDの構成」

場面1	<p>ニーズキャッチ：相談者からの状況把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・インテーク、二次アセスメントの実施</li> </ul>	<p>日常業務の中でしっかりとニーズキャッチができていることが前提</p>
場面2	<p>地域ケア会議で検討する個別ケースの選定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・数ある相談事例の中から戦略的に地域ケア会議に取り上げるケースを選定</li> </ul>	
場面3	<p>地域ケア会議の事前準備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括内で事例の課題分析、会議開催に向けて参加者選定、根回し等</li> </ul>	
場面4	<p>当日の会議運営の実際</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報を共有し、課題を整理し、個別ケースの支援策の検討</li> <li>・運営の7つのポイントをおさえ進行、終了時に支援内容、残された課題を確認</li> </ul>	
場面5	<p>地域課題の抽出</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域課題の抽出のポイント、視点をおさえ、裏付けデータの収集</li> </ul>	
場面6	<p>地域課題への対応策の検討と市町村への提言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・優先順位を吟味し、課題解決に向けた対応策を検討</li> <li>・誰が、いつまでに、何をどのようにするのか、市町村とともに役割分担も含めて検討</li> </ul>	

地域包括ケアシステムの構築に向けて効果的な地域ケア会議が開催できる！



31

## 【相談者からの状況把握（インテーク）】

- ・ Aさんは、最近足腰が弱ってきており、自宅4階からの階段昇降が困難で、通院やゴミ出しなどができなくなっていること
- ・ Aさんに物忘れの症状が現れていること
- ・ 介護サービスを勧めても「まだいらぬ」と言うこと
- ・ 同居の長男は体調不良により失業中で、昼夜逆転ぎみであること
- ・ Aさん、長男共に同居生活を続けたいとの意向があるが、将来の健康と生活費を心配していること

32

## 【二次アセスメント】

- Aさんが介護サービスの利用を断る理由
- 長男の健康状態について
- ゴミの臭い等に関する近隣住民からの苦情
- 団地の高齢者世帯の増加に関する自治会長からの情報

33

## 「Aさん」を地域ケア会議に選定した理由

- ①Aさんの健康状態や生活機能を維持改善するために、医療との連携が必要なこと
- ②Aさんへの支援だけでなく、家族や地域への関わりが必要であること
- ③関係するフォーマル・インフォーマルサービスメンバーの情報共有が必要であること
- ④ケアマネジャーへの支援が必要であること
- ⑤同様の課題をもつ住民(地域共通の課題)が潜在化している可能性があること

34



## (参考) 地域ケア会議で 検討するケースの例

- 支援者が困難を感じているケース
- 支援が自立を阻害していると考えられるケース
- 支援が必要だと判断されるがサービスに繋がっていないケース
- 権利擁護が必要なケース
- 地域課題に関するケース

地域ケア会議運営マニュアル P42～47 長寿社会開発センター より抜粋

35

## (参考) 事前準備

- 会議当日の役割分担を行う

進行役、記録係、発言者 など

- 参加者への依頼

本人及び家族の参加については検討課題に応じて判断する

地域ケア会議運営マニュアル P50～53 長寿社会開発センター より抜粋

## 【ポイント①】

会議の開始時の進行役からの説明

①出席者の紹介、②会議開催の目的、③本日の検討課題、④検討の進め方・時間配分の目安

## 【ポイント②】

事前にAさんと長男に、地域ケア会議の場で現在の状況について、どこまでお伝えしてよいかを確認し、了承を得ておきます

## 【ポイント③】

事例の概要の説明

Aさんの現状・状況について、ケアマネジャーから住宅環境、家族構成、日常の現状について等、説明がなされました

37

## 【Aさんの課題】

- ①もともと外出や買い物が好きな方であったが、下肢痛・腰痛に伴う活動量の減少により、団地の階段昇降が困難となり、外出ができなくなったこと
- ②月2回の定期通院が滞っていること、薬の飲み残しがあることから、糖尿病や高血圧症の悪化の危険があること
- ③室内やベランダに生ゴミとポリ袋が溜まっており、衛生状態が悪いことと、近隣の方のご迷惑になっていること

38

## 【ポイント④】

複数の課題・目標について、進行役が優先度を勘案して、検討順序を整理します

## 【ポイント⑤】

本人の病状についての確認がなされ、医療との連携をご家族に促していきます

39

## 【ポイント⑥】

ご本人が持っている力を引き出して、やりたいことをできるようにし、在宅介護を支える上で、有効な手段をケアチーム全体で情報共有していきます

## 【ポイント⑦】

進行役は時間配分やなるべく全員が発言できるよう配慮し、会議をコントロールしていきます

40

## 【Aさんへの支援内容】

- 糖尿病、高血圧の治療再開
- 腰痛・下肢痛の相談とリハビリに関する指示を受ける
- 食事、水分摂取、便秘、睡眠、などの生活リズムや健康管理に関する助言を受ける
- リハビリ専門職による生活機能評価を実施し、日常生活の留意点について助言を受ける
- 訪問介護を導入し、サービス内容に「日常生活動作向上のため、身体介護による買い物の同行」を入れる
- 長男と支援チームの役割分担を行う

41

## 【会議終了時の確認事項】

- モニタリングの時期と方法の確認
- 必要に応じて次回の地域ケア会議の日程を調整
- 決定事項・役割分担の再確認

今回の会議内容で決定した事柄について、課題や目標を、誰がいつまでにどのような支援や対応をするのか、再確認を行います

42

## 【残された課題の明確化】

- 団地の階段昇降に関する住環境の問題について
- 長男の不眠への対応、および就労支援について
- 治療中断事例に関する医療との連携方法について
- 地域住民の認知症に対する認識不足について

43

## 【個別事例の地域ケア会議終了後】

- 記録を作成、管理する
- 事例提供者へのサポート
- モニタリングの実施
- フィードバックを行う
- 個人情報記載された資料を処分する

44

## 【地域課題抽出の視点】

- ・地域の中で、生活のしづらさを抱えた高齢者に共通する課題
- ・既存の社会資源やネットワークでは、解決が困難な課題
- ・地域に不足する資源・サービス・ネットワーク等  
など

45

## 【地域課題を導き出す為の情報(例)】

- ・団地内で外出困難となっている高齢者の把握人数
- ・医療と介護の連携に困っているケアマネジャーの状況、相談件数
- ・住民の認知症に対する意識、理解などの実態
- ・介護サービス事業者、民生児童委員協議会、社会福祉協議会等からの情報収集

46

## 【市区町村への提言（提案）】

- 市区町村との連絡会議
- 地域包括センター長会議などを活用
- 市区町村の担当所管課などへ地域課題を提出

47

## 【課題解決に向けた優先度の判断】

- 対象者が多く重要度の高い課題
- 対象者は少なくとも重要度の高い課題
- 対象者は多いが重要度の低い課題
- 対象者が少なく重要度も低い課題

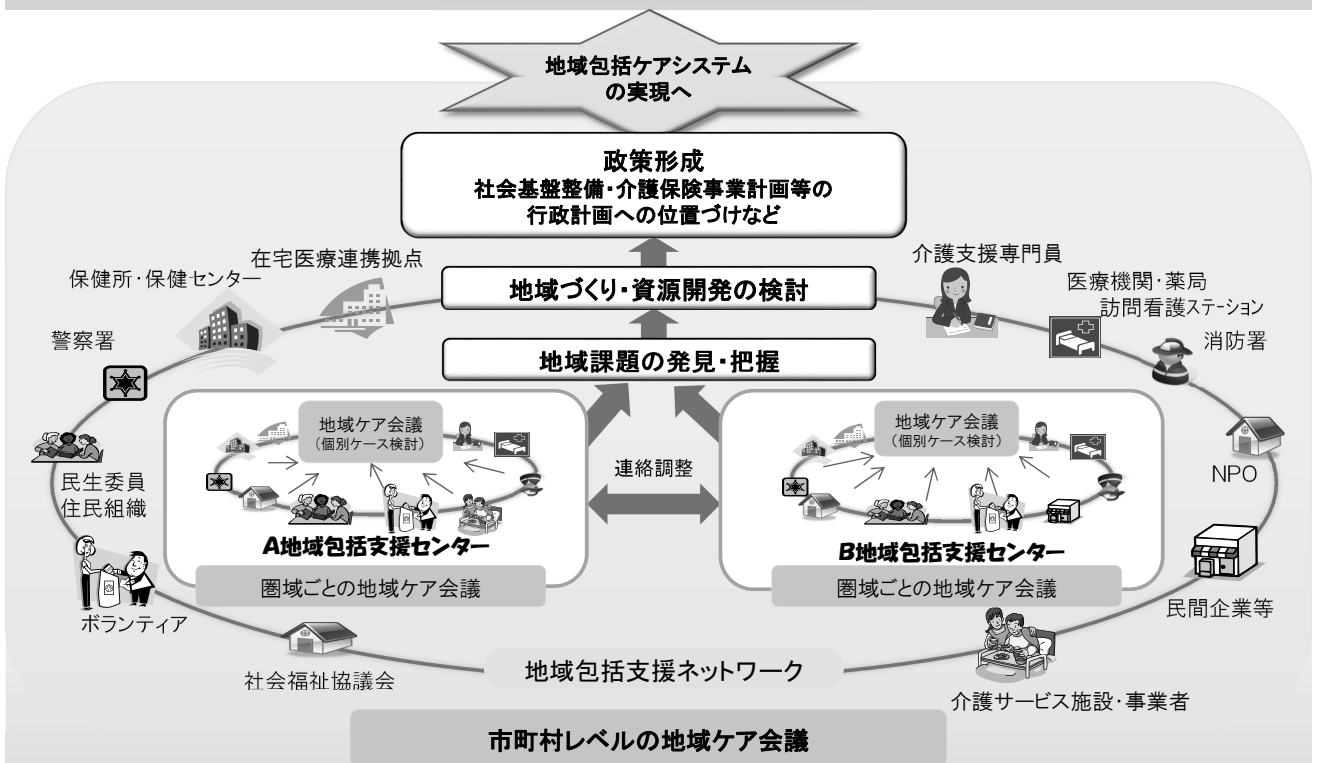
48

# 【市区町村の対応例】

- 団地などの住宅管理部局との情報交換会を開催
- 認知症に関する普及啓発事業の実施
- 医師会との協働による医療介護連携の研修開催
- ニーズ調査による実態把握 など

49

## 「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ



50





## 企画・制作

### 平成26年度地域ケア会議運営に係る実務者研修企画委員会

51

## 演習Ⅴ 地域課題の抽出と市町村への提言(提案) (14:10~15:30 80分)

### 【演習前に】

- ・テキストP25を再度ご確認ください。
- ・役割分担(司会・書記・発表者)を決めてください。
- ・ホワイトボードを活用し、以下の内容を所定の時間内で話し合ってください。

### 【検討事項①】 5分

Aさんの地域ケア会議を通じて、DVDで示したことを踏まえながら地域課題と想定されるもの(Aさん以外の人にも共通する課題・地域の共通課題)を各自で抽出する。

地域の共通課題	

52

## 演習 V 地域課題の抽出と市町村への提言(提案)

### 【検討事項②】 45分

1 検討事項①で抽出した地域課題のなかからグループで1つ選び、その地域課題の根拠となるデータを収集する。

- ・どのようなデータが必要か。
- ・そのデータをどのように入手するか。

※平素からの連携や通常業務を活かした入手方法を検討

2 その地域課題の解決方法を検討する。

- ・センターが取り組むことはなにか。
- ・どのような人や機関と連携するのか。
- ・解決のために不足する地域資源は何か。(またその開発のためにセンターに何ができるか。)

3 行政に政策提言する場合の内容と工夫を考える。

※10分休憩後にグループ発表があります。

【発表】20分(15:00~15:20)

53

## 演習 V の作業シート

<記入の留意点>

地域課題	地域課題を1つ選ぶ	根拠データ	地域課題の根拠となるデータ
あるべき姿			
現状で、実現のためにセンターがまず取り組むこと	実現のためにセンターが声かけをする地域資源(団体・機関等)	実現のために不足している地域資源	データの入手方法もあわせて検討 (平素からの連携や通常業務を活かした入手方法)
		地域資源開発のためセンターがアプローチすること	まずは、既存の地域資源を活用したネットワークで何ができるかを検討。【左・中欄】 既存の地域資源以外にも何が地域には必要なか、という視点で検討。【右欄】 (センターが地域資源開発をするためには何が必要なのか)
市町村への報告や提言(提案)の内容と工夫	残された課題は何かを明確にした上で市町村へ提言。 (提言する際の工夫も含めて) 54		

## 演習Vの解説（15:30～15:50 20分）

### 【地域課題を導き出すための情報(例)】

- ・Aさんと同様の課題をもつ事例の相談件数と経年変化
- ・住民からの問合せ、苦情、相談等の状況
- ・家族介護者からの相談の状況
- ・医療関係者からの情報収集による治療中断者の状況
- ・介護サービス事業者、民生児童委員協議会、社会福祉協議会等からの情報収集
- ・自治会、老人クラブ等からの情報収集
- ・ニーズ調査、給付費、認定率、ハイリスク高齢者数等の既存データ

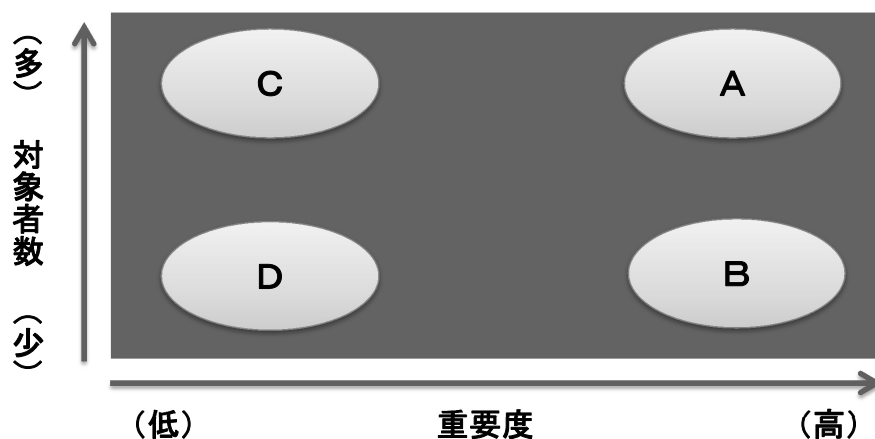
以上のような情報から、Aさんと共通する課題、資源不足による対応困難な課題等を明確化する。

55

## 演習Vの解説

■地域課題の解決に取り組む場合は、その優先度の判断が重要となる

- A(対象者が多く重要度の高い課題)**:あらゆる機関が連携して、広域にわたって早急に対応しなければならない課題
- B(対象者は少なくとも重要度の高い課題)**:個別支援を中心に課題解決し、その手法を地域で共有して、今後対象が増えた時に応用していける課題
- C(対象者は多いが重要度の低い課題)**:課題の優先度は低いため、他の優先課題を先に解決すべきだが、対象者が多いことを考慮して予防的に対応するという判断もあり得る
- D(対象者が少なく重要度も低い課題)**:優先度は低い、課題の規模が小さいうちに解決策を見つけることで、個人や地域のダメージを最小限に食い止めることができる課題



56

# 演習 V の解説

個別の地域ケア会議が行われたら、それを記録にのこし積み重ねていくことで、地域課題の抽出がしやすくなる

## 佐々町地域ケア会議報告書（様式）

地域ケア会議報告書	
ケース氏名	〇〇 〇子 氏
日付	平成 26年 8月 7日(木) 13:15 ~ 14:45
参加者	担当ケアマネ、通所事業所 包括支援センター保健師・主任ケアマネ、福祉課介護班担当者 専門職：作業療法士・管理栄養士 計9名
ケア会議で決定された支援方針	《住環境の改善》自宅が長男妻の経営する美容室店舗の3階。出入り口が外階段であり雨天時の外出困難な借家の為、町営住宅などに転居を検討する。 (介護保険料滞納などがあったため町営住宅入居申請は平成27年4月以降になれば申請可能になる。) 《他者交流の継続》 地域(中央通ひまり会)の自主活動への復帰。 《本人の病識確立》 糖尿病の予後予測をしながら家族の協力の重要性を伝え、わかりやすく、本人が自分で行うことで自覚できるような方法で進めていく。
ケア会議後の取り組み状況・結果	《住環境の改善》平成27年4月に町営住宅を申し込み予定。(次男) 《他者交流の継続》移動に自信がつけいたら参加を考える。(本人) 地域活動リーダーに近況報告を伝える。(本人了承) 《本人の病識確立》 本人の作った食事を写真撮影。本人が体重表の記入をする。

地域課題の検討	* 見えてきた地域の強み 元気なうちから参加できる地域ごとの通いの場があるので、介護状態になっても復帰を待っている地域・仲間がいる。(地域復帰の目標とできる地域の通いの場がある。地域デイや集会所活動)
	* 見えてきた地域課題および解決策 通院リハに長年かかりながらも在宅生活への専門的アドバイスがされていない。 ⇒佐々町に関連するセラピストを対象に「佐々町の地域包括ケア」について理解を促す研修会が必要では。(地域ケア会議に参加したOTより提案) * セラピストが在宅へのこだわりを持つことが重要では。

# 演習 V の解説

個別の地域ケア会議から「成功体験」と「残された課題」を整理し、1事例ずつ重ね集約することで、『成功体験の応用』と、『資源開発につなげる地域課題抽出』の手立てとなる。

## 朝来市向こう三軒両隣会議（個別地域ケア会議）記入シート（例）

NO	年月日	ニーズキャッチのルート	キーワード	事例テーマ	参集者	成功体験			残された課題	
						アセスメントの深化	ネットワークの強化	資源活用・開発		
				カテゴリー分類					地域課題抽出・資源開発・施策展開のキーポイントになる。	
		処遇困難ケースの発見役			困りごとにテーマを付けることで、検討の焦点を絞る					
		成功体験は、地域・専門職間で共有し次のケースに活かす。支援した体験そのものが、地域・専門職の福祉力を高める。								
	4月〇日	ケアマネジャー	医療	日中独居で救急車を頻りに呼ぶ高齢者の見守り体制づくり	本人・長男・区委員・消防所・町主任CM・訪問看護・MSW・行政				緊急地域組見守り体制のとれない時間が長い	
	4月〇日	ケアマネジャー	閉じこもり	うつ症状のある息子と二人暮らしで閉じこもりがちな高齢者への支援	長男・民生委員・自治会長・ケアマネ・居宅主任CM・福祉用具・病院看護師・行政・包括	●近隣者と息子さんが、一緒に困りごとについて話し合い、共有することができた。	●民生委員が長男の話を聴き、支えてくれるつながりができた。	●包括と居宅のネットワークが強化された	●近隣者の声掛けや、保健指導、医療からの提案等、様々な資源を組みあわせ、調整することができた。	市営住宅にエレベーターがないことによる外出困難地域の認知症に対する理解

## 【市町村への提言例】

- ・買い物資源の不足に関する対応について
- ・医療介護の専門職が情報を共有しやすい環境の整備
- ・障害福祉施策との連携強化
- ・ボランティアや高齢者・障害者等の居場所づくりなど  
インフォーマルサービスの資源開発に向けた取組
- ・介護関係者の資質向上に向けた研修の充実
- ・地域アセスメント(地域診断)の体制強化
- ・地域包括支援センター間の情報交換の場づくり など

以上のように、地域包括支援センターだけでは解決できない課題について市町村に提言し、共に解決していく

59

## この事例でのプラス要素(例)

- ・ケアマネジャーから比較的早い段階で包括センターに相談があった  
⇒ケアマネジャーが相談しやすい環境と体制、信頼関係があったから
- ・かかりつけ医からの協力が得られた  
⇒在宅医療・介護に理解のある医療機関があったから
- ・自治会や民生委員の協力が得られた  
⇒自治会長や民生委員が認知症サポーターだったから など

60

# 地域課題の抽出から地域課題の提出へ ～行政への提言～

## 包括センターでやるべきことと、市町村がやるべきことの整理が必要

- ⇒行政に理解してもらい、政策へ転換していくためには、事例を集積・分析し、データとしてプレゼンテーションすることも大切
- ⇒プレゼンの場は、センター長会議、連絡会議、運営推進会議等の既存会議を活用するほか、所管部局の担当者と直接面談の場を設ける方法もある(市町村と協働で会議の場を設けるなど、共に解決していく取組が重要)
- ⇒課題だけでなく、成功事例のプラスの要素を伝達し施策に活かしてもらう視点も重要

61

## 演習Ⅵ (15:50～16:20 30分)

### 研修の振り返りと全体総括

#### ①個人ワーク(5分)

明日から実践したい地域ケア会議の運営におけるコーディネート機能

※記入シートは次のページにあります。

#### ②グループワーク(10分)

各自1分ずつ決意表明

#### ③全体発表 (15分)

62

## 振り返りシート

	明日からどのように取り組んでいくか 2項目以上選択して記入してください
個別ケースの 選定について	
課題分析と 支援計画	
参加者の選 定と開催準備	
地域課題の 抽出について	
市町村への 提言について	
その他	

63

## 講評・まとめ (16:20~16:25 5分)

皆さまのご活躍を期待しております。

64

(参考)

平成26年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 企画委員会

所属及び役職	氏名
一般財団法人 長寿社会開発センター 審議役	石黒 秀喜
公益社団法人日本看護協会 健康政策部 部長	村中 峯子
社団法人 日本社会福祉士会 地域包括ケア推進委員会(高齢在宅班) 委員長	崎山 賢士
一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事	唐木 美代子
全国地域包括・在宅介護支援センター協議会	堀尾 栄
東京都多摩市健康福祉部高齢支援課 課長	伊藤 重夫
札幌市保健福祉課高齢保健福祉部介護保険課 介護予防担当係長	上田 典宏
兵庫県朝来市地域包括支援センター 主幹	足立 里江
長崎県佐々町地域包括支援センター 係長	江田 佳子
和光市中央地域包括支援センター センター長	川淵 由美
新潟県燕市分水地区地域包括支援センター 主任介護支援専門員	佐藤 正枝

<事務局>

厚生労働省老健局振興課 課長補佐	川部 勝一
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進官	高橋 都子
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係長	山田 大輔
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係	和井田 恵理子





