

介護予防活動普及展開事業

市町村向け手引き

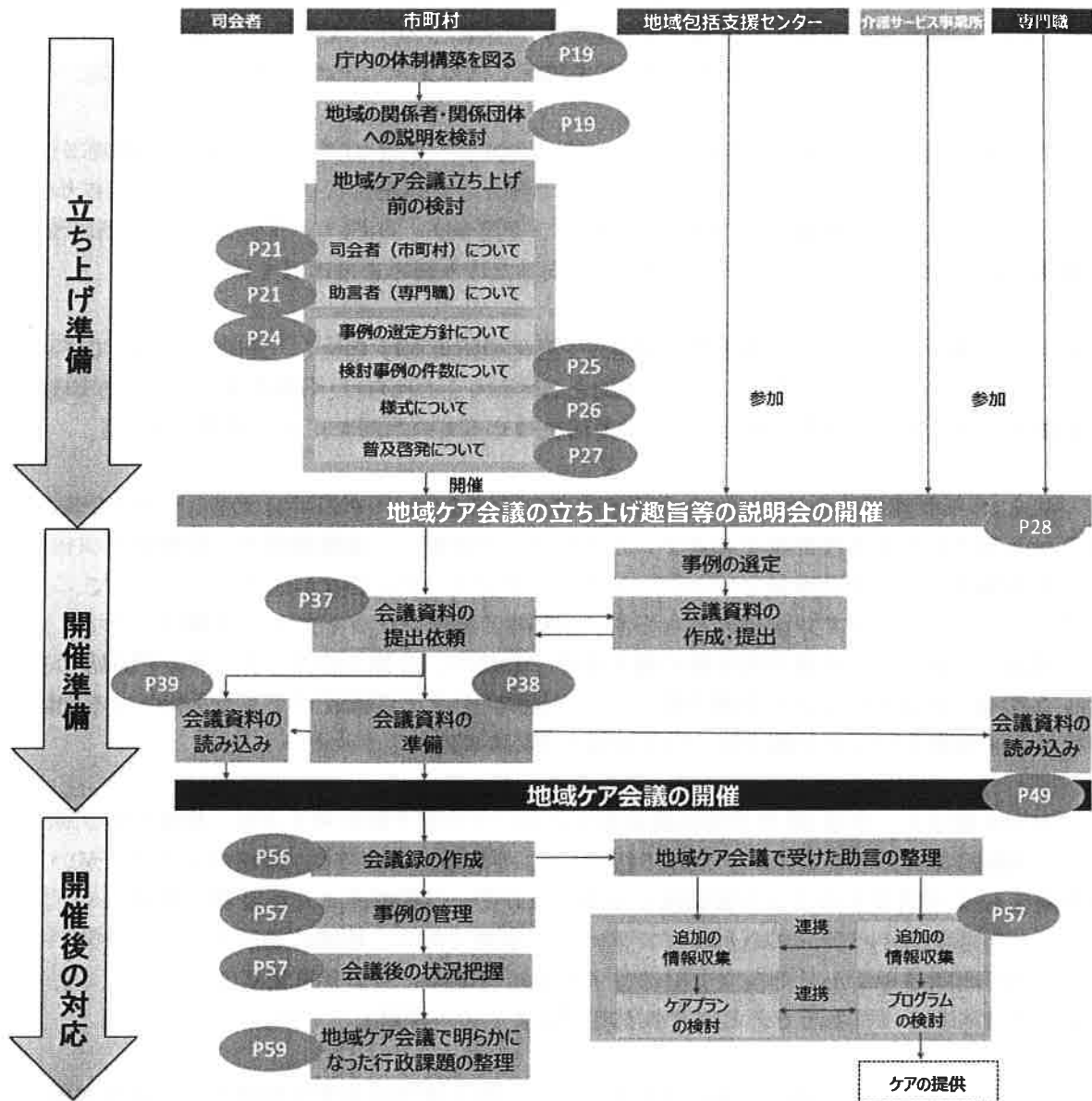
V e r . 1

厚生労働省

目 次

市町村及び地域包括支援センターにおける立ち上げから実践までのフローチャート	5
はじめに	6
第1章 本手引きの背景・目的	8
1 介護予防のための地域ケア個別会議とは.....	8
2 介護予防のための地域ケア個別会議（以下、地域ケア会議）の実際.....	12
第2章 地域ケア会議立ち上げに向けた実施事項	18
1 市町村における心構え・留意点	19
2 地域ケア会議立ち上げ前の検討事項.....	21
3 地域ケア会議の説明会の開催	28
第3章 地域ケア会議開催前の実施事項.....	35
1 地域ケア会議の開催主体としての準備をする	37
2 司会者としての資料の読み込み	39
第4章 地域ケア会議当日の実施事項	49
1 当日の流れ（例）	50
2 司会進行について	52
第5章 地域ケア会議開催後の実施事項.....	54
1 事例の検討結果の取り扱いについて	56
2 事例のモニタリングについて	58
3 地域ケア会議で把握された行政課題と対応策の検討	59
先行市町村における取組.....	62
参考資料	84

市町村及び地域包括支援センターにおける立ち上げから実践までのフローチャート



※ フローチャート内のページ番号は、本手引きのページと一致しています。それぞれの段階での詳細を知りたい場合は、該当のページにお進みください。

はじめに

平成 28 年度から実施している「介護予防活動普及展開事業（以下、本事業）」において、自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア会議について、先行して実施している自治体を参考にして、その考え方や実践手法を整理し取りまとめたのが、本手引きである。

厚生労働省は、団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年（平成 37 年）を目途に、高齢者が重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、各地域で、「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを推進している。

特に「介護予防」は、要介護状態の軽減や悪化の防止だけでなく、高齢者が地域で自立した生活がおくれるようにすることを目的としており、これらは、「高齢者本人の自己実現」、「高齢者が生きがいを持ち、自分らしい生活をつくっていただく」ことが重要である。

平成 18 年介護保険法改正により介護予防事業が構成され、その主眼は要支援・要介護状態となるおそれのある高齢者を基本チェックリストで把握し、運動機能や口腔機能の改善などを実施する二次予防事業といったハイリスクアプローチに置かれてきた。一方で、このようなハイリスクアプローチのみならず、高齢者がボランティアとして活躍するなどして、住民の自助による介護予防活動の場を増やす取組や、介護予防サービス等を開始する前に多職種の助言を得ながら介護予防・自立支援に向けた目標設定や支援を判断する地域ケア会議の取組といった介護予防・自立支援の実践事例が生まれた。

これらを踏まえ、平成 26 年介護保険法改正において介護予防の考え方は、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ものへ変遷している。

具体的には住民主体の通いの場の充実をはかる一般介護予防事業や地域ケア会議推進事業等として制度的に位置づけられ、住民主体の通いの場については「地域づくりによる介護予防推進事業」（平成 26 年度から平成 28 年度）によって充実を図ってきたところである。

本事業では、高齢者本人の自己実現に資する介護予防活動や生活支援等サービスを提供し、高齢者の QOL の向上を目指すために、多職種の助言を得ながら、自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア会議の手法を全国で普及展開するものである。地域に元気な高齢者を増やす取組を推進するためにも、本手引きを活用いただきたい。

厚生労働省 老健局老人保健課

本手引きの対象は市町村担当者、地域包括支援センター職員になります。

自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア個別会議の立ち上げ・実践の際には、適宜他の手引きを参照して、各関係者と連携していくことが推奨されます。

種別	自治体向け手引き ● 都道府県向け手引き ● <u>市町村向け手引き</u> (本手引き)	専門職向け手引き	事業所向け手引き
対象	地域ケア会議を通じた自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを今後地域で展開していく自治体職員	地域ケア会議で助言する専門職	介護サービス事業所（通所介護）の職員
目的	地域ケア会議を専門職と協働して開催し、自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを実践することを目的として作成。	助言者として事例提出者（チーム）が現場で実践しやすい助言をすることを目的として作成。	地域ケア会議を通じた自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントが地域で進められる中で、介護サービス事業所としてどのような姿勢や手法で利用者にサービスを提供するかについて理解を深めることを目的として作成。

本手引きの本文内で使用しているマークの意味は以下のとおりです。



・・・関連制度・事業等をコラム形式で情報提供しています。

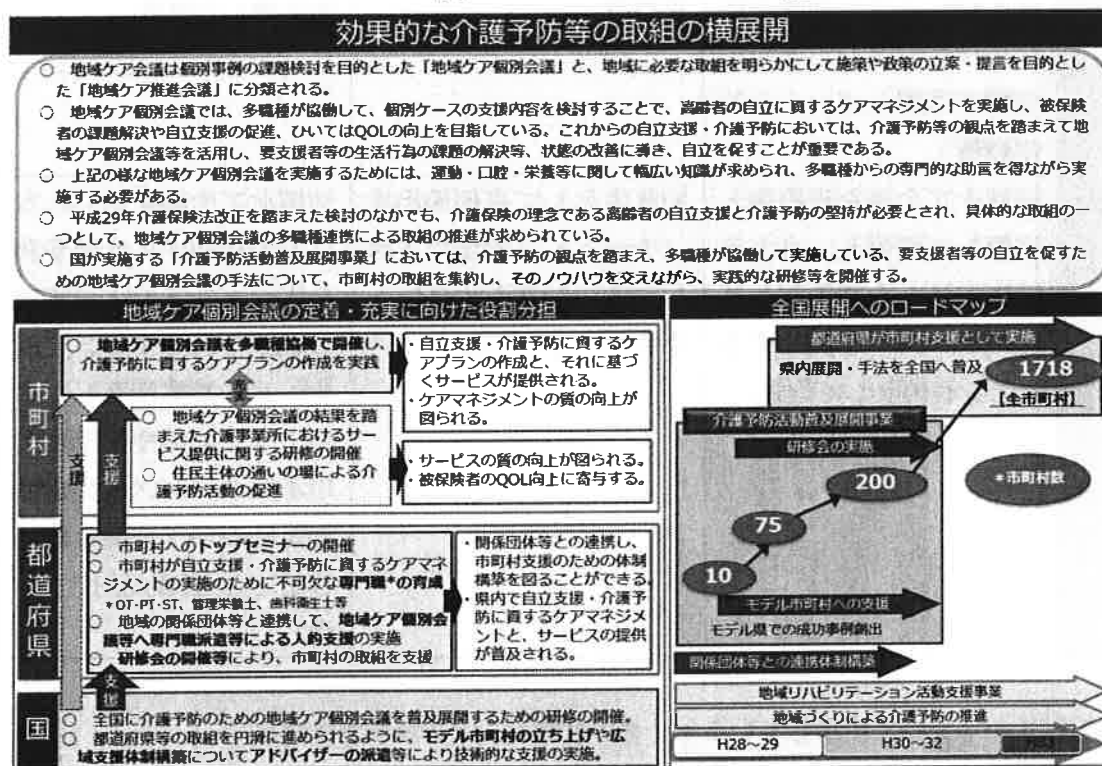
第1章 本手引きの背景・目的

(第1章のねらい)

- ◇ この章では、介護予防のための地域ケア個別会議の目的やこの会議を推進していく意義や背景、また会議の実際の様子などについて解説・紹介しています。
- ◇ 「介護予防のための地域ケア個別会議と何か？」まずは概要を把握しましょう。

1 介護予防のための地域ケア個別会議とは

図表 1 介護予防活動普及展開事業の概要



(1) 介護予防のための地域ケア個別会議の目的

- 「介護予防のための地域ケア個別会議」では、自立支援・介護予防の観点を踏まえて地域ケア個別会議を活用することで「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者のQOLの向上」を目指している。
- 目的である「高齢者のQOLの向上」の実現のために、地域ケア個別会議を活用し、多職種からの専門的な助言を得ることで、ケアマネジメントを実施し、高齢者の生活行為の課題等を明らかにし、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行う。

先行市町村における取組は P62 参照

(2) 介護予防のための地域ケア個別会議を推進する意義

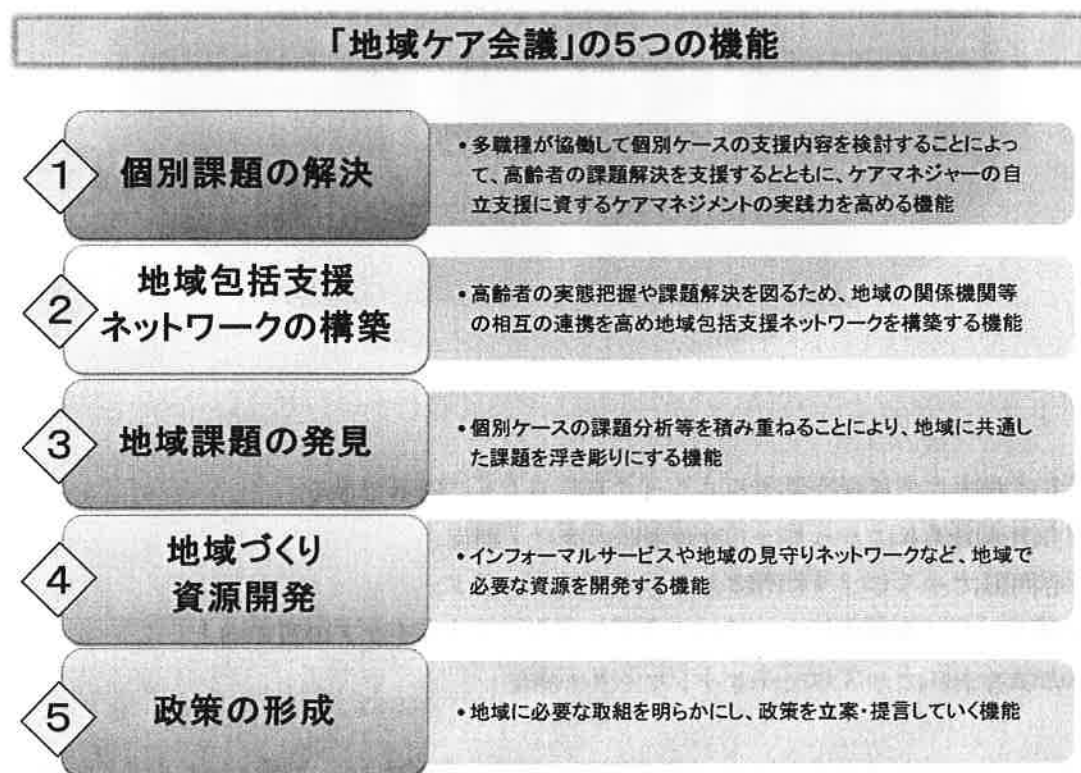
- 「地域ケア会議」は介護保険法第115条の48で定義されており、地域包括支援センターまたは市町村が主催し、設置・運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議」のことを言う。

- 地域ケア会議は開催の目的・方法によって大きく、下記の2種類に分かれる。

地域ケア個別会議 ¹	個別事例の課題検討
地域ケア推進会議	地域に必要な取組を明らかにして施策を立案・提言

- 「介護予防のための地域ケア個別会議」は地域ケア個別会議に分類される。
- 地域ケア会議には、①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり資源開発、⑤政策の形成という5つの機能がある。

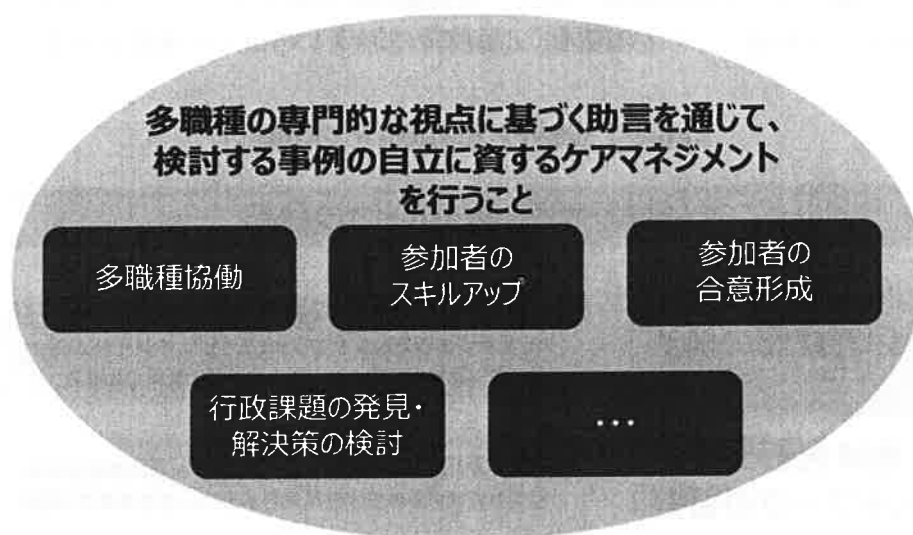
図表 2 地域ケア会議の5つの機能



¹「地域ケア個別会議」は、市町村または地域包括支援センターが主催し、検討する事例のサービス担当者に限らず、地域の多職種の視点から課題の解決に向けた検討がなされる。一方、「サービス担当者会議」は、ケアマネジャーが主催し、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である。

- 介護予防のための地域ケア個別会議においても P. 9 の 5 つの機能は発揮されるものであり、実践している市町村では、「高齢者の QOL 向上に資すること」に加え、次のような意義が生じている。
- ・ 介護予防のための地域ケア個別会議の参加者が、事例に対する多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得すること（OJT・スキルアップ）
- ・ 介護予防のための地域ケア個別会議で検討する事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源といった行政課題の発見・解決策の検討につながる

図表 3 介護予防のための地域ケア個別会議開催の意義



- 先に記載した意義は参加者によって下記のように例示できる。
 - ・ 自治体関係者にとっては「行政課題の発見・把握」
 - ・ 専門職にとっては「専門職としてのスキルアップ」
 - ・ 介護サービス事業所にとっては「ケアマネジメントやケアの質の向上」
 - ・ 参加者全員にとっては「ネットワークの構築」
- 特に自治体関係者にとっての「行政課題の発見・把握」は、介護予防のための地域ケア個別会議を推進していく上で非常に重要な意義の 1 つである。
- 市町村は今後、地域ケア会議を通じて、介護保険の保険者という立場で、関係者（地域包括支援センター・介護サービス事業所等）を主導する姿勢が求められる。

図表 4 介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント	
高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。	
I 地域包括ケアシステムの深化・推進	
1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法） 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化 ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載 ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設 ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備 （その他） ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の表づけ等） ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入） ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）も制度上明確化）	
2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法） ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設 ※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。 ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備	
3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法） ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化 ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける （その他） ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等） ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）	
II 介護保険制度の持続可能性の確保	
4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法） 5 介護納付金への総報酬制の導入（介護保険法） ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬制』（報酬額に比例した負担）とする。 ※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）	

- 平成 28 年度には、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正の法律案」（平成 30 年 4 月施行）を示し、この中で「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする」と方針を示している。
- より具体的には、自立支援・重度化防止に向けた「保険者機能の強化」に向け、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みと目標を介護保険事業計画に明記することを求めている。
- こうした 2025 年に向けた地域包括ケアシステムの構築・保険者機能の強化といった観点からも、各地域において介護予防のための地域ケア個別会議の実践が求められている。

2 介護予防のための地域ケア個別会議（以下、地域ケア会議）の実際

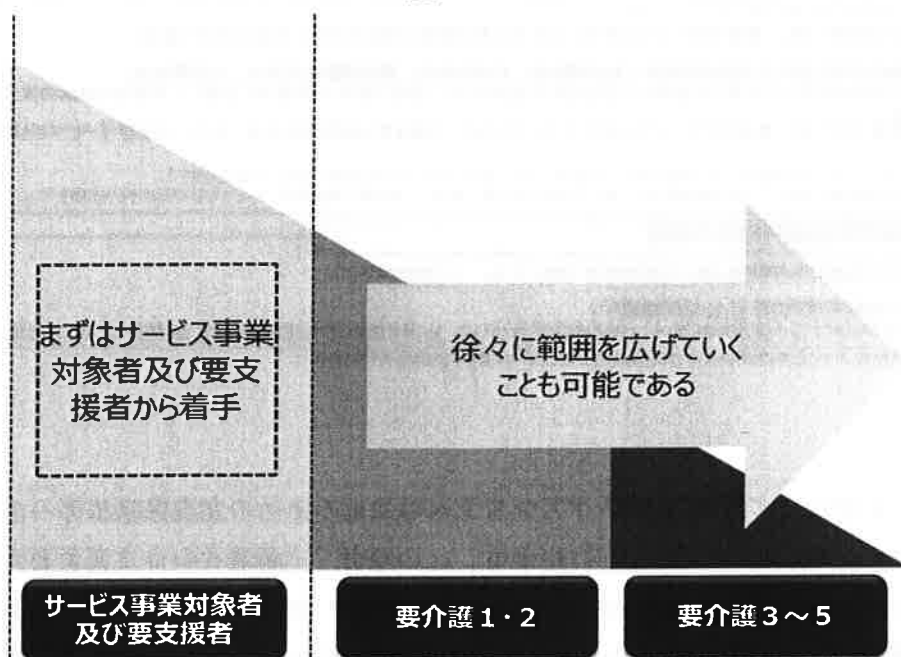
（１）地域ケア会議で取り扱う事例（対象者）

- 本手引きで想定している地域ケア会議は、自立支援・介護予防の観点を踏まえて実施することから、対象者は「サービス事業対象者」「要支援者」を想定している。

先行市町村における取組は P62 参照

- それ以外の対象者（例えば要介護者や困難事例等）については、地域の実情に合わせて徐々に範囲を広げていくことも可能である。

図表 5 地域ケア会議で取り扱う事例（対象者）



- 実際に地域ケア会議で検討する対象者は、サービス事業対象者及び要支援者であっても、人口規模等によって全員を地域ケア会議にかけられないこともあるため、地域の実情に合わせて選定する必要がある。
- なお、先行して実践している市町村においては下記の視点で優先順位をつけて選定している。

【先行事例における対象者選定（例示）】

- ・ サービス事業対象者及び要支援者全員
 - ・ サービス事業対象者及び要支援者のなかでも福祉用具の貸与や住宅改修を伴う事例
 - ・ 生活行為に課題が生じる大腿骨頸部骨折等の筋骨格系疾病により要介護認定に至った者 等
- 対象者の選定方法は（２）に述べる地域ケア会議の参加者と共有しておくことが重要である。

(2) 地域ケア会議の参加者

- 地域ケア会議の主要な参加者は、司会者（市町村）／地域包括支援センター／助言者（専門職）／事例提出者（地域包括支援センター職員等のうちプラン作成をした者（以下、プラン作成担当）²・介護サービス事業所）である。
- 参加者の役割は下記である。

司会者（市町村）

- 司会者は市町村職員または、地域包括支援センターが担う。
- 司会者は、地域ケア会議の運営のほか、アセスメントに基づき、出席している助言者から必要なアドバイスを引き出す必要がある。

（司会者以外の市町村職員）

- 検討する事例に応じて、生活保護や生活困窮者対策の担当者、障害福祉の担当者等に出席を求めることも必要である。
- 地域ケア会議の政策形成等につなげていくためにも、地域ケア会議の担当だけではなく、介護保険事業計画担当も参加することが望ましい。

地域包括支援センター

- 地域包括支援センターは事例提出者だけではなく、助言者としての役割も担うことがある。
- 地域包括支援センターからは、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の3職種で出席することが望ましい。

助言者（専門職）

- 助言者として、対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、自立に資する助言をする役割を担う。
- 地域ケア会議に参加する専門職は、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等が考えられる。
- 全ての職種が毎回地域ケア会議に出席する必要はないが、運動・口腔・栄養等の幅広い観点から助言が貰えるように、常に参加する職種を決めておくことが望ましい。（詳細はP. 21～P. 23 参照）。
- 出席の他、地域ケア会議の開催にあたり、かかりつけ医、かかりつけ歯科医師がいる事例について、対象者の状態の予後予測や治療方針等について事前に確認するとともに、地域ケア会議での検討結果について情報共有することが重要である。

² 地域包括支援センターの3職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）及びケアプラン作成を受託しているケアマネジャー

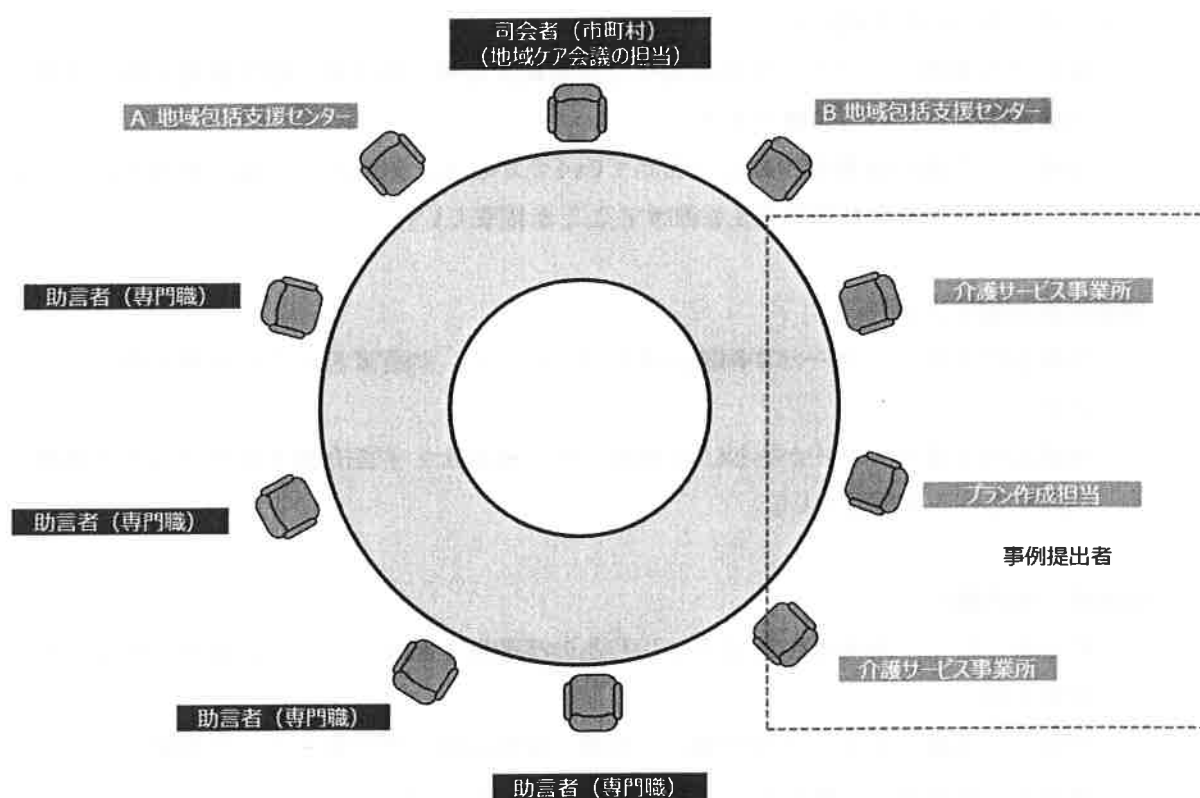
事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）

- 事例提出者は、検討事例のプラン作成担当及び介護サービス事業所の職員になる。
検討する事例を支援するチームとして参加することが望ましい。

留意事項

- 事例の提出の有無に関わらず P. 9 で述べた意義があることから、市町村内の居宅介護支援事業所のプラン作成担当や介護サービス事業所等の職員が地域ケア会議に参加できるよう配慮する必要がある。
- また、傍聴者が入る場合には、個人情報の保護に留意されたい。

図表 6 地域ケア会議の配席（例）



(3) 地域ケア会議の当日の進行 (例)

- 介護予防のための地域ケア個別会議を実践している自治体では、1事例あたり、おおむね20～30分で検討されている。
- 20～30分という比較的短時間で1事例を検討する理由としては、より多くの事例を検討しより多くの高齢者のQOL向上に資することが上げられる。
- その他、多くの事例を検討することは、より多くのプラン作成担当の事例を検討することができ、また、専門職が助言する機会となり、地域ケア会議の参加者のスキルアップにもつながる。
- 実践している自治体の事例を参考に、地域の実情に合わせた時間設定をする必要がある(当日の進行の具体的な進め方はP.50-51参照)。
- 地域ケア会議立ち上げ当初は1事例あたり、およそ40～50分を目安に検討することも考えられる。

先行市町村における取組はP62参照

図表 7 地域ケア会議の当日の進め方 (例)

実施事項	実施事項	最長所要時間 (目安)	発言者	実施事項	使用する資料
(1) 開催		1～3分	司会者 (市町村)	資料説明	議事次第等
(2)	事例提出者 (プラン作成者)より事例の概要説明	4～6分	プラン作成担当	①事例の基本情報について説明 ②事例の生活行為課題について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④②③を踏まえたケアプランの説明	A 利用者に関する情報 B アセスメント情報 C ケアプラン
(3)	事例提出者 (介護サービス事業所) から支援方針の説明	4～6分	介護サービス事業所	事例への支援内容・方針について説明	D 提供されているサービスの情報
(4)	1事例目 質問、助言	10～12分	司会者 (市町村)	(2) (3)の説明に對する不明点の確認	A～D (主に生活機能、ケアプランに係る記述の箇所)
			助言者 (専門職)	(2) (3)の説明についての質問・助言	A～D (各専門職に係る記述の箇所)
(5)	まとめ	2～4分	司会者 (市町村)	事例提出者 (プラン作成担当、介護サービス事業所) が取り組むべき点について説明	A～D
(6)	2事例目 3事例目				
(7) 閉会		1～3分	司会者 (市町村)	次回の開催日時・場所の案内	—

※ 個人因子…高齢者の身体状況、生活状況 (ADL・IADL)、意欲・性格、経済状況、認知機能、社会交流の状況などを指します。
環境因子…住居の状況、交通の状況、家族・友人知人との関係、受診状況、サービス事業者・民生委員等との関係などを指します。



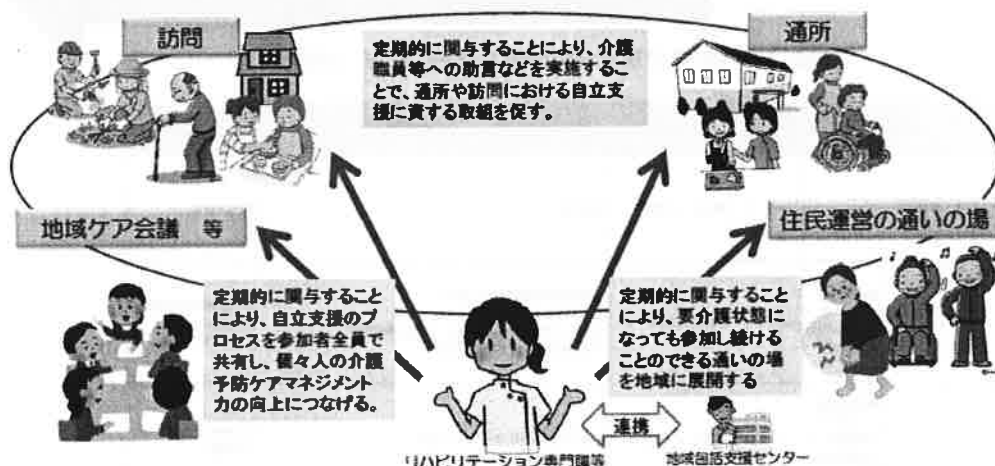
～地域ケア会議に関する各種予算について～

地域ケア会議に関する各種予算も活用しながら、地域ケア会議の立ち上げを検討しましょう。介護予防・日常生活支援総合事業への移行も踏まえ、平成30年度までに全市町村が地域ケア会議を始めとした地域支援事業に取り組めるよう必要な財源を確保しています。

市町村は地域ケア会議の実践・充実のために、リハビリテーション専門職等の関与を促進する（地域支援事業の一般介護予防事業のうち）地域リハビリテーション活動支援事業を活用できます。

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。

また、以下の④地域ケア会議推進事業において、地域ケア会議の立ち上げに係る各種費用について、地域包括支援センター1箇所あたり1,272千円（※）の費用計上が可能となっています。

※P.17に示す、①生活支援体制整備事業、②認知症施策推進事業、③在宅医療介護連携事業、④地域ケア会議推進事業の算定式の合計額（①+②+③+④）を「標準額」とし、これを基本として各市町村の実情に応じて柔軟に事業費が活用できます。

新しい包括的支援事業(新規4事業)の「標準額」について

以下の①～④の算定式の合計額を「標準額」とし、これを基本として、各市町村の実情に応じて算定した額とする。

※平成29年度まで(実施の猶予期間)においては、①から④の実施する事業に係る算定式の合計額とする。
 ※4事業の合計額(「標準額」)の範囲内で柔軟に実施ができる。
 ※市町村の日常生活圏域の設定状況、地域包括支援センターの整備状況及び事業の進捗等を踏まえて、必要に応じて「標準額」を超えることも可能であり、その場合は厚生労働省に追加額を協議して定めた額まで事業を実施することを可能とする。

①生活支援体制整備事業

- 第1層 8,000千円
 ※指定都市の場合は、行政区の数を乗じる。
 ※広域連合の場合は、構成市町村の数を乗じる。
- 第2層 4,000千円 × 日常生活圏域の数
 ※日常生活圏域が一つの市町村は、第1層分のみを算定。

③在宅医療・介護連携推進事業

- 基礎事業分 1,058千円
- 規模連動分 3,761千円 × 地域包括支援センター数

②認知症総合支援事業

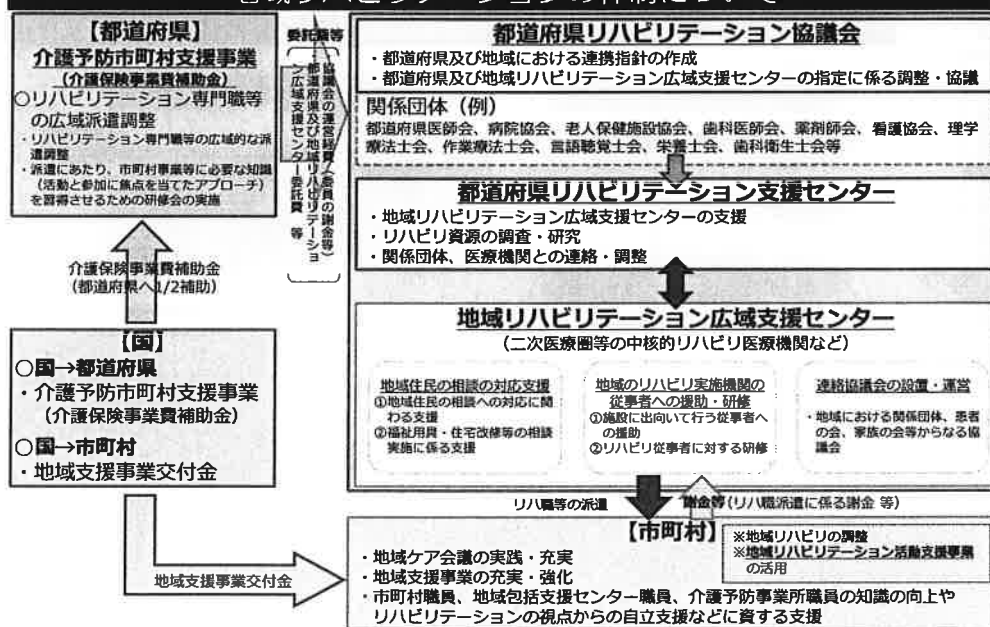
- 認知症初期集中支援事業 10,266千円
 ※指定都市の場合は、行政区の数を乗じる
- 認知症地域支援・ケア向上推進事業 6,802千円

④地域ケア会議推進事業

- 1,272千円 × 地域包括支援センター数
 ※介護支援専門員の資質向上に資するよう、市町村内の全ての介護支援専門員が年に1回は地域ケア会議での支援を受けられるようにするなど、効果的な実施に努める。

都道府県は地域ケア会議の体制整備のために、介護保険事業費補助金等が活用できます。
 地域ケア会議への派遣が想定されるリハビリテーション専門職等は医療機関等に従事していることが多いため、都道府県医師会等関係団体と連携して、下図のような派遣体制を構築するとともに、このような派遣体制の下、医療機関と自治体が契約等に基づき、リハビリテーション専門職等が業務の一環として派遣されることが重要です。

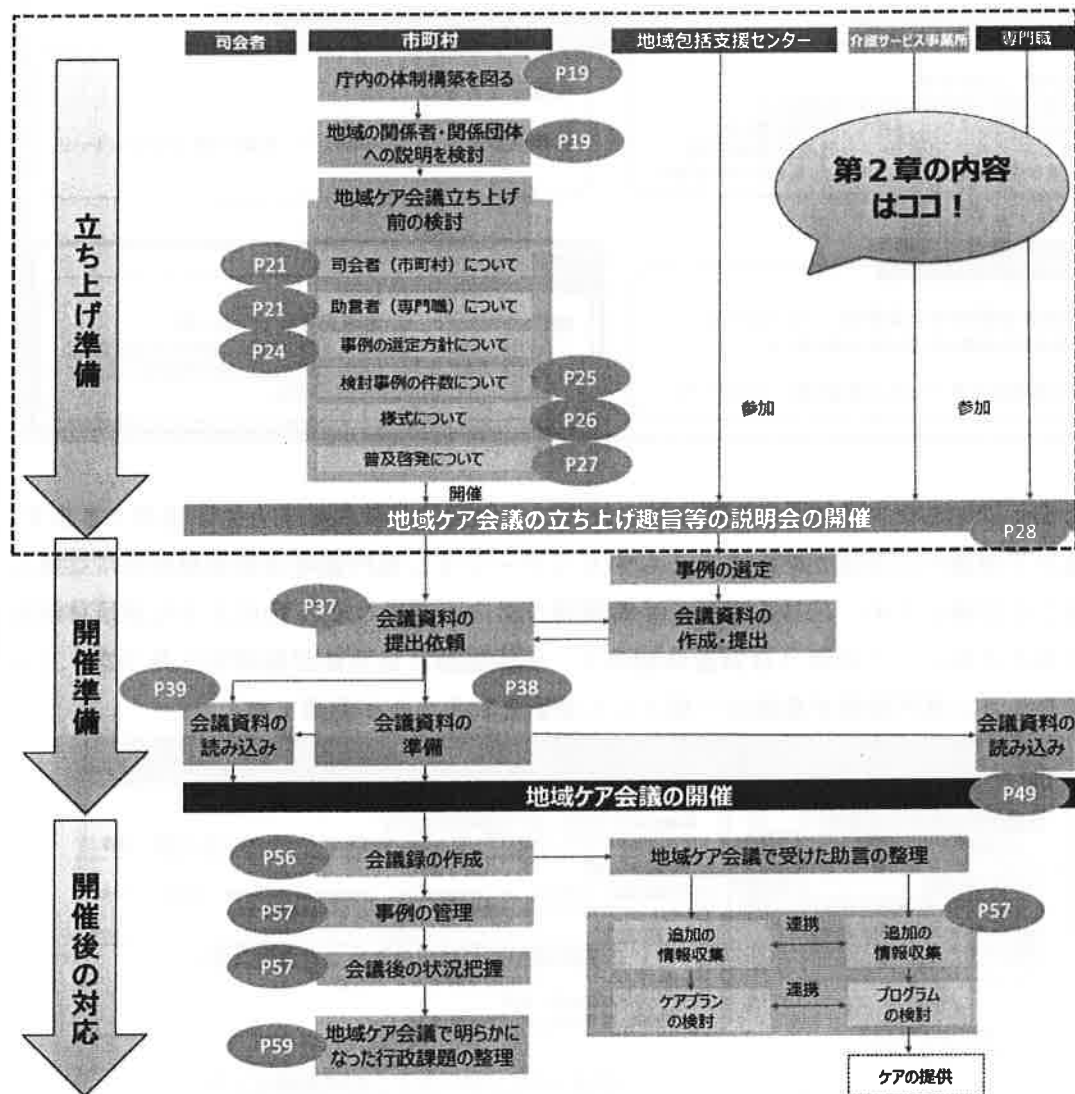
地域リハビリテーションの体制について



第2章 地域ケア会議立ち上げに向けた実施事項

(第2章のねらい)

- ✧ この章では、介護予防のための地域ケア個別会議の立ち上げにあたって市町村が持つべき心構え・留意点、検討事項、説明会の開催方法などについて解説しています。
- ✧ 介護予防のための地域ケア個別会議を立ち上げるための必要なことは何かを確かみましょう。



1 市町村における心構え・留意点

ここでは、地域ケア会議を立ち上げるための心構え・留意点について解説します。

(1) 地域ケア会議を有効に活用するための庁内の体制構築を図る

地域ケア会議の立ち上げのための内部体制を構築しましょう

スタート アップ

まずは地域ケア会議の担当が中心となって地域ケア会議の立ち上げを進めましょう。検討する事例に応じて障害福祉、生活保護の関係の担当にも参加してもらいましょう。

ステップ アップ

徐々に、介護保険事業計画関係の担当にも参加してもらいましょう。介護予防・生活支援サービス事業等の創出のためにも、生活支援コーディネーター等にも働きかけを行いましょう。

地域ケア会議を推進していく上で、市町村内部での意識統一は重要です。

検討する事例の中には、障害や生活困窮など生活行為の課題以外の問題を抱えている場合があります。検討する事例の内容によっては、障害福祉関係、生活保護関係など、関連する他の部局課からの担当者の参加が必要と言えます。

また、地域ケア会議を通じて「多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、検討する事例の自立に資するケアマネジメントを行い、自立支援・介護予防につなげること」の過程や事例の集積により、様々な行政課題の発見につながることがあります。地域ケア会議の議論の中で浮き彫りになった行政課題の共有、解決策の介護保険事業計画への反映といった点を踏まえると、介護保険事業計画関係の担当者の参加も望ましいと言えます。

そのため、地域ケア会議の担当単独で進められるものではなく、担当以外の部署と横断的に進める必要があります。関係する部署には、地域ケア会議の意義・目的を伝えた上で、主となる担当者に会議に参加してもらえよう働きかけを行いましょう。すべての関係する部署が毎回地域ケア会議に出席する必要はなく、検討する事例の内容に応じて、出席調整を行う視点も必要です。

(2) 地域の関係者・関係団体への説明の必要性

「高齢者の QOL の向上」を実現していくためにも、市町村は、郡市区医師会等関係団体や関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）と連携しながら、なぜ介護予防のための地域ケア会議に取り組むのか理由を説明し、理解を求める必要があります。

説明の際は、介護予防のための地域ケア会議に取り組むという方針を示すことに加え、「地域ケア会議に事例を提出、検討し、それに基づいたケアを提供することにより、利用者がどのようになっていくか」という一連の流れの具体例を示すことも重要です。

また、例えば、プラン作成担当にとっては、日々の業務に加え、地域ケア会議に出席することや資料作成が必要になることから、年間のスケジュールや資料の様式を統一して示すなど、効果的・効率的な運営について示す必要があります。

その他、利用者や家族にとっては、自立に資するケアプランに基づくケアの提供により、ADL、IADL³が向上し、結果として介護等を必要とする状態が改善する可能性があります。それらに対応するために介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業を活用した住民主体の通いの場などの充実を図ることも重要です。

地域ケア会議の実践以外の事項も含め、市町村として介護保険事業計画等に基づいた方針を説明し、地域の関係者・関係団体の理解を得ましょう。

³ ADL (Activities of Daily Living (日常生活動作)) とは日常生活を営む上で、普通におこなっている行為 (例えば食事、排泄、整容、移動、入浴等) のこと。

IADL (Instrumental Activity of Daily Living (手段的日常生活動作)) とは日常生活を送る上で必要な動作のうち、ADL より複雑で高次の動作 (例えば買い物、洗濯、掃除等の家事全般、金銭管理・服薬管理等) のこと。

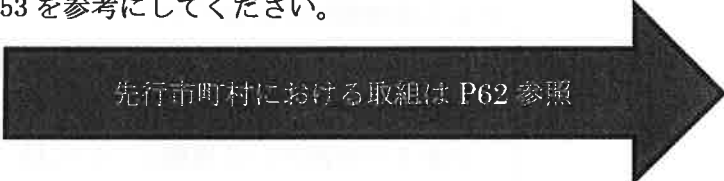
2 地域ケア会議立上げ前の検討事項

ここでは、地域ケア会議を実際に立ち上げる前に、市町村内で検討すべきことについて解説します。

(1) 司会者（市町村）について

まずは、地域ケア会議の司会者（市町村）の役割を誰が担うのかを決めましょう。

司会者（市町村）は、地域ケア会議の進行役であり、議論のまとめ役でもあり、地域ケア会議の要であると言えます。地域ケア会議における司会者（市町村）の役割・準備事項・司会進行の際のポイントは P. 52-53 を参考にしてください。



先行市町村における取組は P62 参照

(2) 助言者（専門職）について

次に、地域ケア会議に参加する助言者（専門職）について検討を進めましょう。

① 助言者として参加する職種の判断

市町村は、助言者（専門職）のうち、どの職種にどのような位置づけで参加してもらうのが望ましいかを考える必要があります。

地域ケア会議に参加する専門職は、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士等が考えられます。全ての職種が毎回地域ケア会議に出席する必要はありませんが、運動・口腔・栄養等の幅広い観点から助言が得られるように、常に参加する職種を決めておくことが望ましいと言えます。

図表 8 で各職種の役割をご紹介します。

図表 8 地域ケア会議の助言者（専門職）の役割

助言者（専門職）	役割
医師	<出席する場合> 病状や障害を把握した上で、医学的な観点から事例の予後予測、対象者の動作や活動についての助言を行います。 <出席しない場合> 事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）が医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前に文書等による情報提供が必要です。 <留意点> かかりつけ医のいる事例については、事例の予後予測や治療方針等について事前に文書等で確認するとともに、地域ケア会議で検討後は検討内容を文書等で報告することが重要です。（かかりつけ医師がいない場合の対応は P. 23 参照）。
歯科医師	<出席する場合> 歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言を行い、事例の予後予測を行います。 <出席しない場合> 歯科衛生士及び事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）が歯科医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前にコメントしておくという形で関わることもできます。 <留意点> かかりつけ歯科医のいる事例については、事例の予後予測や治療方針等について事前に確認するとともに、地域ケア会議で検討後は検討内容を報告することが重要です。（かかりつけ歯科医がいない場合の対応は P. 23 参照）。
薬剤師	事例に処方されている薬に関する情報提供（重複投薬・副作用等）及び服薬管理の観点からの助言を行います。
理学療法士	主に基本動作能力（立ち上がり、立位保持、歩行等）の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。
作業療法士	主に応用的動作能力（食事・排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）回復・維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。

言語聴覚士	主にコミュニケーション（話す）・聴覚（聞く）・摂食（食べる）に障害を抱える事例に対し、各能力の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。
管理栄養士 栄養士	日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点から、助言を行います。
歯科衛生士	口腔衛生の観点からの助言を行います。 歯科医師が地域ケア会議に出席することが難しい場合は、事前に歯科衛生士が、歯科医師から歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言や事例の予後予測について情報を得るといった形で連携をとることが求められます。



～地域ケア会議にける事例選定とかかりつけ医との関係～

かかりつけ医がいる事例については、かかりつけ医に予後予測や治療方針を十分に文書等で確認した上で地域ケア会議に臨み、地域ケア会議終了後にかかりつけ医に検討結果を文書等で報告することが重要です。

地域ケア会議の開催に際して必要となるかかりつけ医の予後予測や治療方針について、文書による情報提供を受ける場合においては地域支援事業交付金の活用が可能です。

また、地域ケア会議終了後には、かかりつけ医に検討結果を報告する必要があります。かかりつけ医のいない「サービス事業対象者」の事例で、地域ケア会議の検討の結果、医師の判断を要するとされた場合には、医療機関の受診先の希望がない時、受診先について郡市区医師会の協力を仰ぐことが考えられます。

② 実際に地域ケア会議に参加する専門職の派遣体制

次に、実際に地域ケア会議に参加する専門職の派遣体制の確認をしましょう。

派遣体制としては、各都道府県が構築している専門職の派遣体制の仕組みを活用する方法や、郡市区医師会等関係団体と連携して専門職を派遣受ける方法等が考えられます。

まずは都道府県に、どのような派遣の仕組みがあるのか問い合わせてみましょう。都道府県に専門職の派遣の仕組みがある場合は、その仕組みを活用して専門職を地域ケア会議に派遣する手続きをとりましょう。

都道府県に専門職の派遣にかかる仕組みがない場合、市町村が郡市区医師会等関係団体や医療機関と連携して、専門職を地域ケア会議に派遣する調整を行いましょう。

(3) 事例の選定方針について

次に、地域ケア会議で検討する事例の選定方針を決めましょう。

地域ケア会議の立ち上げ当初は、事例の詳しい状況がわかっているような地域包括支援センターが提出できる事例や、新規の「サービス事業対象者」「要支援者」事例を対象にすることが考えられます。

また、サービスを継続しているケースを検討する場合には、現在の対象者の状態とサービス内容の相違がある事例等を支援することを考えましょう。

実際には、地域ケア会議で検討を必要とする対象者数によっては、すべてのサービス事業対象者や要支援者を地域ケア会議にかけられないこともあるため、地域の実情に合わせて事例を選定する必要があります。

なお、先行して実践している市町村においては下記の視点で優先順位をつけて選定しています。

【先行事例における対象者選定（例示）】

- ・ サービス事業対象者及び要支援者全員
- ・ サービス事業対象者及び要支援者のなかでも福祉用具の貸与や住宅改修を伴う事例
- ・ 生活行為に課題が生じる大腿骨頸部骨折等の筋骨格系疾病等により要介護認定に至った者 等



先行市町村における取組は P62 参照

(4) 検討事例の件数について

次に、地域ケア会議でどの程度事例を検討するかの方針を決めましょう。

地域ケア会議の1事例あたりの時間を決めましょう

スタート アップ

まずは1事例あたり40～50分程度の検討時間を目安に進行しましょう。

ステップ アップ

徐々に、1事例あたり20～30分程度の検討時間となるよう、会議の進行に留意しましょう。

まずは「(3) の事例の選定方針から年間どのくらいの件数を検討する必要があるのか」「1回あたり何事例検討するか」「1事例あたり何分で検討するか」等の視点で整理してみましょう。

先行的な自治体を参考にすると、地域ケア会議の1事例あたりの検討時間は20～30分程度が1つの目安になります。

自立支援に向けたケアマネジメントという趣旨を理解した上で資料を読み込み、当日様々な職種（各分野の専門家）と検討する事例について課題を整理し、合意形成を図るには経験を必要とします。つまり、1事例あたりの検討時間を左右するのは、司会者（市町村）・参加者の慣れだと言えます。

そのため、地域ケア会議立ち上げ当初は1事例あたり40～50分を目安にしてもよいでしょう。その後、司会者（市町村）・参加者が進行手法に慣れてきたら、常に時間を意識して会議を進行することが大切です。これにより各地域で検討する事例数が決まってきます。

また、前項「(3) 事例の選定方針について」で述べた事例の選定方針によって、年間どのくらいの人数を検討する必要があるのかを推計できます。

これらを考慮した上で、年間でどのくらいの事例数を事例検討するかのグランドデザインを描くようにしましょう。

(5) 様式について

地域ケア会議でどのような資料（様式）を使うのかの方針を決めましょう。

各資料の様式を統一することで、地域ケア会議を効果的・効率的に進めることができます。

個別援助計画など統一の様式が示されていないものについては市町村や都道府県で統一の様式とすることが望まれます。

地域ケア会議で使用する当日資料は、地域ケア会議を進める上で非常に重要な要素になります。事例検討の際、必要な情報としては、大きくは「基本情報」「アセスメント情報」「ケアプラン」「提供されているサービスの情報」があります。それぞれの情報収集・資料作成者は図表9のとおりです。

図表 9 地域ケア会議の資料一覧（各資料の詳細は P. 40 参照）

情報			情報収集・資料作成者	
			プラン作成 担当	介護サービス 事業所
A	利用者に関する 情報	・ 利用者基本情報（性、年齢、要介護 度、自立度、家族構成、既往歴等） ・ 基本チェックリスト ・ 興味・関心チェックシート など、検討する事例の全体像を把握する 情報	○	
B	アセスメント情 報	・ 課題整理総括表	○	
C	ケアプラン	・ ケアプラン	○	
D	提供されている サービスの情報	・ 各事業所における個別援助計画		○
E	その他	・ 主治医意見書 ・ お薬手帳のコピー ・ 会議の要点をまとめたもの		

（６）普及啓発について

住民への普及啓発についても方針を決めましょう。

市町村は、地域ケア会議に参加する関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）だけでなく、住民の方にも「介護予防を推進する」という方針を周知することが大切です。

また、利用者や家族にとっては、自立に資するケアプランに基づくケアの提供により、ADL、IADLが向上し、結果として介護等を必要とする状態が改善する可能性があります。それらに対応するために介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業を活用した住民主体の通いの場などの充実を図る必要があります。

重要なのは、保険者である市町村が、「高齢者のQOLを向上するために自立支援を行う」ために地域ケア会議を立ち上げていく、という方針を伝えることです。

ADL、IADLが向上し、結果として介護等を必要とする状態が改善した場合に対応するため、市町村が、介護予防・日常生活支援総合事業を活用して多様な主体によるサービスを展開していること、また、ADL、IADLが向上した高齢者自身も通いの場等の担い手として参加するなど、このような社会参加や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ことを伝えましょう。

具体的な普及啓発の方法としては、一般介護予防事業などで住民の市民向け出前講座を開催することやパンフレット作成などが考えられます。

また、このような対応をする上でも、市町村は、地域ケア会議で浮き彫りになった行政課題と介護予防・日常生活支援総合事業の活用を同時並行で考えていく必要があります。



先行市町村における取組は P62 参照

3 地域ケア会議の説明会の開催

ここでは、地域ケア会議の説明会について解説します。

地域ケア会議を開催する上では、市町村は関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）と、「なぜ介護予防の観点で地域ケア会議を実施していくのか」との認識や「高齢者の QOL を向上するために自立支援を行う」といった方針を共有することが必要です。

市町村が介護予防の観点で地域ケア会議を実施する目的を十分に説明し、関係者の納得を得なければ、地域ケア会議の立ち上げは困難となります。そのため、市町村においては郡市区医師会等関係団体や介護関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）への説明を行い、地域ケア会議と一緒に立ち上げていく、という体制を構築することが求められます。

説明会における説明方法については、（１）～（３）を参考にすると良いでしょう。

(1) 各地域の介護保険を取り巻く現状を共有する

「認定率」「サービス事業対象者数及び要支援者数」の将来推計等を含めた地域の現状の分析結果を、客観的なデータを用いて説明します。



～地域包括ケア「見える化」システムについて～

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムです。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供されます。

説明会開催の資料を作成する際、地域包括ケア「見える化」システム
(<https://mieruka.mhlw.go.jp/>) を活用しましょう。

厚生労働省

地域包括ケア「見える化」システム

地域包括ケア「見える化」システムとは 地域包括ケア「見える化」システム運用方針 関連情報

お知らせ (3月29日)システムのバージョンアップのお知らせ
地域包括ケア「見える化」システムがバージョンアップいたしました。

(バージョンアップ後に追加された機能・補正)
・新1号被保険者の性・年齢構成の影響を除いた第1号被保険者1人あたり給付月額額の追加
・日常生活圏域二重重複地域等の追加
・在宅サービス提供単位分布(要介護度別)、定員、要支援・要介護者1人あたり定員 等
・日常生活圏域二重重複地域計画数等の補正

地域包括ケア「見える化」システムとは

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムです。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供されます。

本システム利用の主な目的は、以下のとおりです。

- ・地域間比較等による現状分析から、自治体の課題抽出をより容易に実施可能とする
- ・同様の課題を抱える自治体の取組事例等を参照することで、各自自治体が自らに適した施策を検討しやすくする
- ・都道府県・市町村内の関係者全員が一元化された情報を閲覧可能となることで、関係者間の課題意識や互いの受取状況を共有することができ、自治体間・関係部署間の連携が容易になる

システムご利用の前提条件はこちら
(※最新バージョンの適用)

※登録済みの方

ログイン

※初めての方

新規利用者登録

※利用マニュアル

ダウンロード

(2) 「自立支援」の考え方を共有する

市町村は「自立支援」という地域ケア会議の前提について説明します。



～自立支援とは～

「自立支援」とは、高齢者一人一人が、住み慣れた地域で、その能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することです。

すなわち、元気な方に対してはその状態を引き続き維持できるよう支援するとともに、介護を必要とする方に対してはその状態の改善・悪化防止に向けて支援することです。この考え方は、介護保険法でも、法の理念として謳われています。

【介護保険法 第1条、第2条第2・3・4項、第4条 の概要】

- ・ 加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態、これらの者が尊厳を保持し、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、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。
- ・ 保険給付は、要介護状態の軽減又は悪化防止、医療との連携に充分配慮して行わなければならない。
- ・ 保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- ・ 保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮する必要がある。
- ・ 加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリ・福祉サービスを利用し、その有する能力の維持向上に努める。

(3) 地域ケア会議の手法を共有する

地域ケア会議の手法の共有については、「2 地域ケア会議立ち上げ前の検討事項の(1)～(5)(P.21～P.27 参照)」それぞれの関係者の役割、事例の選定方針、スケジュール、様式、啓発方法等について説明します。

説明会の際に、以下のように例示を用いて説明することにより、理解を深めることに役立ちます。

実施概要(年間スケジュール)

地域ケア会議の年間スケジュールを示したものです。これにより、事例提出者は、いつ誰がどの事例を出すのかの準備を進めることができます。

図表 10 地域ケア会議の実施概要(年間スケジュール)(例)

平成○年度 ○○市地域ケア会議実施概要			
◆ 目的			
介護保険の理念に基づき、高齢者の自立支援及び生活の質(QOL)の向上に資するケアマネジメントと、それに基づく介護の提供をするため、多職種協働による地域ケア会議を開催する。			
◆ 平成○年度年間スケジュール:合計 10 回 年間合計 31 事例(2～4事例/1回)			
開催日	開催時間	場所	事例数
4月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	2
4月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	2
5月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	2
5月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	2
6月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	3
6月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	3
7月○日(○)	14:00～16:00	○○地域包括支援センター	3
...	...	...	...
◆ 主な参加者(予定)			
・ 保険者:○○市			
・ 地域包括支援センター:○○地域包括支援センター			
・ 専門職:医師・歯科医師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・栄養士・歯科衛生士等			
・ プラン作成担当:対象事例のプラン作成者			
・ 介護サービス事業所:対象事例のサービス提供事業所			
◆ 対象事例			
平成○年度は要支援1～2・総合事業対象及び住宅改修・福祉用具貸与購入のケースとする。			

会議資料の提出スケジュールの提示

地域ケア会議の開催に向けてスムーズに資料提出が進むよう、会議資料の提出スケジュールも説明会で明示しましょう。

図表 11 地域ケア会議当日までの準備事項（例）

	市町村	司会者（市町村）	事例提出者	助言者（専門職）
会議2週間前	☐ 会議資料作成の提出依頼		☐ 検討事例のアセスメント ☐ 介護サービス事業所との打ち合わせ ☐ 会議資料の作成	
資料提出締め切り 参加者登録 締め切り	(会議の1週間から10日前目安)			
会議1週間前	☐ 会議資料の受け取り・確認 ☐ 会議資料の準備 ☐ 会議資料の関係者への送付			
会議数日前		☐ 会議資料の受け取り ☐ 会議資料の読み込み		☐ 会議資料の受け取り ☐ 会議資料の読み込み
会議当日	全員参加			

地域ケア会議当日の進め方

こちらは地域ケア会議の当日の進め方を示したものです。これにより、いつどのタイミングで誰がどの資料を使ってどんな説明をするのかがイメージできます。

図表 12 地域ケア会議の当日の進め方（例）（再掲）

実施事項		最短所要時間（目安）	発言者	実施事項	使用する資料	
(1)	開催	1～3分	司会者（市町村）	資料説明	議事次第等	
(2)	1事例目	事例提出者（プラン作成者）より事例の概要説明	4～6分	プラン作成担当	①事例の基本情報について説明 ②事例の生活行為課題について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④②③を踏まえたケアプランの説明	A 利用者に関する情報 B アセスメント情報 C ケアプラン
(3)		事例提出者（介護サービス事業所）から支援方針の説明	4～6分	介護サービス事業所	事例への支援内容・方針について説明	D 提供されているサービスの情報
(4)		質問、助言	10～12分	司会者（市町村）	(2) (3)の説明に関する不明点の確認	A～D（主に生活機能、ケアプランに係る記述の箇所）
				助言者（専門職）	(2) (3)の説明についての質問・助言	A～D（各専門職に係る記述の箇所）
(5)		まとめ	2～4分	司会者（市町村）	事例提出者（プラン作成担当、介護サービス事業所）が取り組むべき点について説明	A～D
(6)	2事例目 3事例目					
(7)	閉会	1～3分	司会者（市町村）	次回の開催日時・場所の案内	－	

※ 個人因子…高齢者の身体の状態、生活の状態（ADL・IADL）、意欲・性格、経済状況、認知機能、社会交流の状態などを指します。
環境因子…住居の状態、交通の状態、家族・友人知人との関係、受診状況、サービス事業者・民生委員等との関係などを指します。

会議資料チェックリスト

地域ケア会議の統一した資料（様式）を示すとともに、このような提出用のチェックリストも作成し、示すことにより、事例提出者が会議資料を提出する際の確認及び、市町村においても資料の抜けもれの確認をすることができます。具体的な資料は P.84 参照。

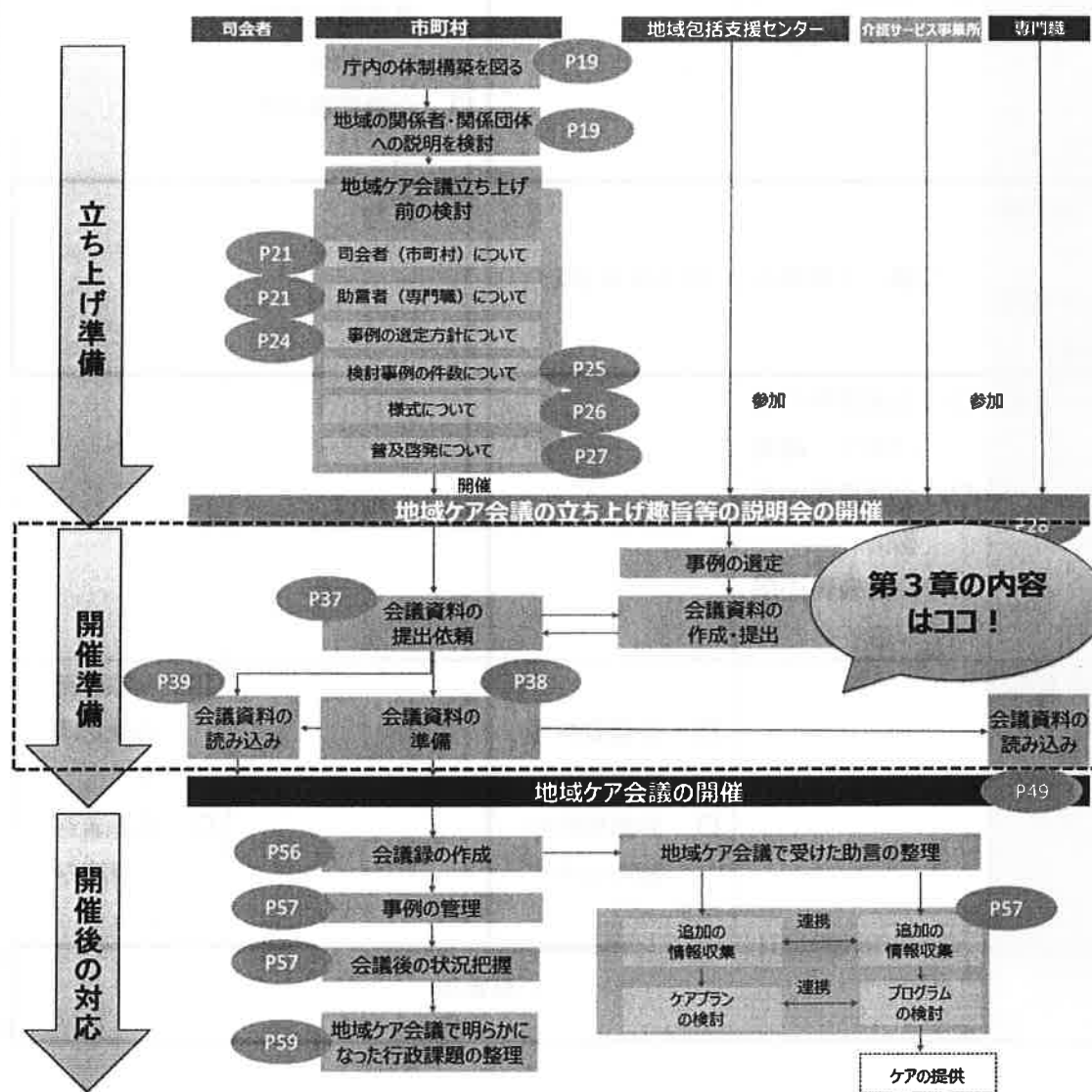
図表 13 地域ケア会議の会議資料チェック表（例）

〇〇市地域ケア会議 会議資料チェック表	
～注意事項～	
・ 1 事例ごとに、資料の右下に通し番号を付与してください（手書きでも結構です）。 ・ 各事例の個人名はイニシャルにして提出してください。 ・ 地域ケア会議の開催 1 週間前に〇〇市地域包括ケア課に提出してください。遅れる場合は必ずご連絡ください。	
【プラン作成担当作成資料】	
☐ 利用者基本情報 ☐ 基本チェックリスト ☐ 課題整理総括表 ☐ 介護予防サービス・支援計画表 ☐ 主治医意見書 ☐ 服薬処方箋のコピー ☐ . . . ☐ . . .	
【介護サービス事業所作成資料】	
☐ 個別援助計画（訪問介護） ☐ 個別援助計画（通所介護） ☐ . . .	

第3章 地域ケア会議開催前の実施事項

(第3章のねらい)

- ✧ この章では、地域ケア会議当日までの具体的な準備事項について、開催主体・司会者の観点からそれぞれ解説しています。
- ✧ 介護予防のための地域ケア個別会議の「開催主体」「司会者」それぞれの立場からどのような準備が必要かをつかみましょう。



ここでは、地域ケア会議開催前に、具体的に市町村が実施する内容について解説します。

図表 14 地域ケア会議当日までの準備事項（例）

	市町村	司会者（市町村）	事例提出者	助言者（専門職）
会議2週間前	☐ 会議資料作成の提出依頼		☐ 検討事例のアセスメント ☐ 介護サービス事業所との打ち合わせ ☐ 会議資料の作成	
資料提出締め切り 参加者登録締め切り	(会議の1週間から10日前目安)			
会議1週間前	☐ 会議資料の受け取り・確認 ☐ 会議資料の準備 ☐ 会議資料の関係者への送付			
会議数日前		☐ 会議資料の受け取り ☐ 会議資料の読み込み		☐ 会議資料の受け取り ☐ 会議資料の読み込み
会議当日	全員参加			

1 地域ケア会議の開催主体としての準備をする

ここでは、地域ケア会議開催前に、市町村が地域ケア会議の開催主体として何を準備するかについて解説します。

(1) 会議資料の提出依頼

市町村は、事例提出者に対し、会議資料の提出依頼をします。

地域ケア会議の開催に向けてスムーズに資料提出が進むよう、説明会（詳細は P.28）でも会議資料の提出スケジュールを明示しましょう。会議資料の〆切は、会議当日の1週間～10日前を目安にするとよいでしょう。

会議資料の提出前に、事例提出者は、事例を選定し、事例に関する資料に明らかに不足している情報がないか等の確認作業を行う必要があります。

これらを踏まえ、市町村は余裕を持って提出スケジュールを事例提供者に示し、会議資料の提出依頼を行いましょう。

(2) 会議資料の受け取り・確認

会議資料を受け取った後、市町村は以下は地域ケア会議の会議資料チェック表を活用し、抜けもれがないか確認を行いましょう。

個人情報の取り扱い

地域ケア会議の資料には個人情報が多く含まれます。そのため、各市町村の条例に基づき対応しましょう。（例えば、氏名や個人を特定する情報を、イニシャルにする、誓約書を記入してもらい会議資料の持ち帰りは認めないなどの対応が考えられます。）



～地域ケア会議における個人情報の取り扱いについて～

地域ケア会議では多くの個人情報を取扱います。そのため、市町村は地域ケア会議の立上げ時に、関係者（地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）に個人情報の守秘義務の周知について説明する必要があります。説明の際には、個人情報の守秘義務が介護保険法に基づく内容であることをきちんと説明しましょう。

【介護保険法（第115条の48第5項、第205条2項）の概要】

- ・ 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、利用者へ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。

（３） 会議資料の準備

P.26 に示した会議の資料一覧の他に会議次第、参加者リストなどの作成もしましょう。当日効率的に検討を進めるため、1事例の資料を束にし、連番を振っておきましょう。

（４） 会議資料の関係者への送付

会議資料を集約した後、市町村は会議資料を事前に関係者（助言者（専門職）地域包括支援センター・プラン作成担当・介護サービス事業所等）に配布しましょう。

2 司会者としての資料の読み込み

以下でそれぞれの資料を読み込む際のポイントを解説します。

図表 15 地域ケア会議の資料一覧（例）

情報			情報収集・資料作成者	
			プラン作成 担当	介護サービ ス事業所
A	利用者に関する 情報	- 利用者基本情報（性、年齢、要介護度、自立度、家族構成、既往歴等） - 基本チェックリスト - 興味・関心チェックシート など、検討する事例の全体像を把握する情報	○	
B	アセスメント情報	課題整理総括表	○	
C	ケアプラン	ケアプラン	○	
D	提供されているサービスの情報	各事業所における個別援助計画		○
E	その他	- 主治医意見書 - お薬手帳のコピー - 会議の要点をまとめたもの		

A 利用者に関する情報

- 基本情報としては、検討する事例の全体像を把握する情報として、性、年齢、要介護度、自立度、家族構成、既往歴等があげられます。基本情報を読み込む際のポイントは下図の吹き出しのとおりです。

利用者基本情報						
性別、年齢、日常生活自立度の尺度などから、本人の状況をイメージしましょう。 住居や経済状況といった環境も重要な要素です 担当者: ○○ ○○						
相談日					☒ 初回 ☐ 再来(前 /)	
本人の現況	在宅・入院または入所中()					
フリガナ 本人氏名	A	男・女	昭和○○年○○月生(85)歳			
住 所			Tel	()		
			Fax	()		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2(A)・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
限定情報	非該当・要支1・ <u>要支2</u> ・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度なし)					
障害等認定	身障() 療育() 精神() 難病()					
本人の 住居環境	<u>自宅</u> ・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無					
経済状況	国民年金、厚生年金、障害年金、生活保護...					
来 所 者 (相談者)	○○ ○○		家族構成 ● = 本人、○ = 女性、□ = 男性 ●■ = 死亡、☆ = ケーパ-ツ 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)			
住 所 連 絡 先	同上	続柄				長女
緊急連絡先	氏名	続柄				住所・連絡先
	○○ ○○	長女				同上
家族関係等の状況 本人、長女の2人暮らし。長男は○○市在住。次男は○○県に在住。家族関係は良好。						

- 家族構成なども重要な要素です。
- 介護者がいる場合には、心身に負担感が生じていないか、独居の場合には近隣等からの支援(見守り等)が得られているかどうかなど周囲の状況にも配慮しましょう。
- キーパーソンや支援者が遠方に住んでいる場合は、どの程度の支援が受けられるかも確認しましょう。
- 家族の年齢も重要な情報です。本人の介護以外にも家族のニーズがないか配慮しましょう。

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	〇〇県生まれ、24歳で結婚し、3人の子宝に恵まれる。夫の転勤で33年前に〇〇市に転入し、現在に至る。平成23年に夫が他界され、現在は、長女との2人暮らし。長女は〇〇で小学校の教員をしており、日中は一人で過ごす。今まで、自分のできる範囲で家事をこなしてきた。両側膝関節症があり、体幹バランスが悪く、ここ数年、転倒が続いている。今回も、駅前で強風にあおられ、転倒し、左手首骨折。A病院に入院し、手術を受ける。			
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	
	規則正しい生活を送っている。日中は、新聞を読んだり、日記をつけたらして過ごされる。		【以前】 ・皮の工芸 (ハンドバック、小物を作っていた) 【現在】 ・新聞を読んだり、今迄の半生をノートにまとめている。(1年を1ページ) 友人・地域との関係	
	時間	本人	介護者家族	
	5:30	起床	朝勤出勤	・以前は、パート時代の友人と〇〇で会うことがあったが、現在は行っていない。時々、電話で話す程度。 ・〇〇に半月通い始めたときに、転倒し、左手首骨折される。
	7:00	朝食 新聞を読んだり 日記をつける。		
	12:00	昼食 新聞を読んだり 日記をつける。		
	19:30 23:00	夕食 就寝		
			19時頃帰宅	

・生活課題を解決するためには、本人がこれまでどのような生活を送ってきたか(年単位)、現在どのような生活を送っているか(時間単位)をきちんと把握しましょう。

《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 (主治医を丸で囲む)	経過	治療中の場合は内容
〇〇年〇月〇日	左手首骨折	A病院 〇医師	Tel	治療中 経過観察中 その他
〇〇年〇月〇日	左肩剥離骨折	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他
〇〇年〇月〇日	腰椎圧迫骨折	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他
〇〇年〇月〇日	肛門狭窄	メディカルセンター	Tel	治療中 経過観察中 その他

・既往歴も確認しましょう。
・ただし、具体的な症状や支援上の留意点などは助言者(専門職)に任せましょう。主治医意見書に記載してある疾患や他の資料に書いてある疾患がもれなく書いてあるかを確認しましょう。

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非
通所型サービスA、訪問型サービスA	

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 氏名 A 印

- 基本チェックリストに基づくリスクの状況（日常生活関連動作・運動器機能・低栄養・口腔機能・閉じこもり・認知症・うつ）も確認しましょう。資料間の整合・評価時点も確認しましょう。

基本チェックリスト

- 基本チェックリスクのうち、どのリスクに該当するかを把握しましょう。
- 認知機能については、基本チェックリストの結果や主治医意見書等を踏まえ、必要に応じてかかりつけ医の受診につなげる視点が求められます。

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

(注)BMI=体重(kg)÷身長(cm)÷身長(cm)が18.5未満の場合に該当するとする。

- ・ 興味・関心チェックシートの活用により、その人の興味・関心のある分野が特定でき、その人の意欲がわく目標設定に活用できます。

興味・関心チェックシート

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別(男・女) 記入日: H__年__月__日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典) 平成 25 年度老人保健健康増進等事業「医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会より

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

- 「現在」と必要な援助を利用した場合の生活行爲課題の「改善」維持の可能性」を比較し、本人の生活のどこに課題があって、支援すると何が改善するかを確認しましょう。この結果とケアプランが整合することが必要です。自立には、いつでもどこでも可能な「自立」と限定的な条件や場所のみでの「自立」があり、自立であっても改善を図る場合もあります。

見通しがアセスメントから判断して適切かどうか、優先順位は適切かどうかを確認しましょう。

[illegible][illegible]

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

・アセスメント時の改善見込みとケアプランが運動することが重要です。

課題を明確にした上で目標を設定し、設定された期間内に目標達成が可能な支援内容になっているか確認しましょう。

目標設定は本人にも評価ができ、達成が実感できるものになっているか確認しましょう。

[illegible]

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

二、**理想与现实**

計畫期間: ○○○~○○○

計画作成日: 〇〇〇

[illegible]

サービス計画				評価		総合評価	
サービス区分	目標	援助内容	支援に際しての留意点	日進達成状況(1ヶ月)		日進達成状況(3ヶ月)	評価
				○達成 △一部達成 ×未達成	○達成 △一部達成 ×未達成		
運動機能向上・生活機能向上	歩行で入浴することができる	1ヶ月間 入浴動作に必要な動作訓練フロアにて行う。	着衣着脱の補助・転倒・バイタルの観察。	見守りにて着衣トレーニングを行い、困難なく行えた。但し訓練として身体保持・足踏訓練・パワーリハビリを行った・痛みなく実施できた。	○達成 △一部達成 ×未達成	全体的に身体機能が向上しており、生活上の困りも改善傾向にあります。着衣にたどり着くことが出来たとともに、入浴時の安全確保ができています。しかし、入浴時のまだ不安があることと、入浴時に必要に応じて介助が必要であることを認識して今後のケアを行います。また今後の歩行練習を安全に行なえるように新調した歩行棒を使った歩行訓練も同時に行っています。	△
		2ヶ月間 入浴動作に必要な動作訓練フロアにて行う。	着衣着脱の補助・転倒。	歩行のリズムを同時に進行前のペースに合わせているのを確認できたこと、入浴時に必要な動作の補助・準備を整えられた。	△		
		3ヶ月間 実際にリハビリ施設へ入浴動作の練習。 本人・家族・ヘルパーに入浴時の注意点を共有。	着衣着脱の補助・転倒。	着衣にて入浴を開始し、またさとしや外こまが子役をのことでリハビリメニューの調整を行う	△		
栄養・食支援		1ヶ月間					
		2ヶ月間					
		3ヶ月間					
口腔機能向上		1ヶ月間					
		2ヶ月間					
		3ヶ月間					
アクティビティ		1ヶ月間					
		2ヶ月間					
		3ヶ月間					

・この介護予防サービス計画とケアプランの目標が整合することが必要です。プラン作成担当が作成したケアプランの目標を達成するための援助内容となっているか確認しましょう。

計画に対する同意
上記計画に対して同意します
平成 年 月
氏名

E その他

- 医学的な情報については、主治医意見書を参考にしましょう。地域ケア会議の開催に際して必要となるかかりつけ医師の予後予測や治療方針について、文書による情報提供を受ける場合には地域支援事業交付金の活用が可能です。また、地域ケア会議終了後には、かかりつけ医に検討結果を文書等で報告する必要があるあります。

主治医意見書

申請者	(ふりがな) 氏名	性別	年齢	平成 年 月 日	記入日	平成 年 月 日
主治医	氏名	性別	年齢	平成 年 月 日	記入日	平成 年 月 日
医師氏名	氏名	性別	年齢	平成 年 月 日	記入日	平成 年 月 日
医師氏名	氏名	性別	年齢	平成 年 月 日	記入日	平成 年 月 日
医師氏名	氏名	性別	年齢	平成 年 月 日	記入日	平成 年 月 日
(1) 最終診療日	平成 年 月 日	初診日	平成 年 月 日	2回目以上	初診日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	1回目	2回目以上	3回目以上	4回目以上	5回目以上	6回目以上
(3) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(4) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(5) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(6) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(7) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(8) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(9) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(10) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(11) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(12) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(13) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(14) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(15) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(16) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(17) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(18) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(19) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(20) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(21) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(22) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(23) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(24) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(25) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(26) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(27) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(28) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(29) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(30) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(31) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(32) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(33) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(34) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(35) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(36) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(37) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(38) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(39) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(40) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(41) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(42) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(43) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(44) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(45) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(46) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(47) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(48) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(49) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(50) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(51) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(52) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(53) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(54) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(55) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(56) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(57) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(58) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(59) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(60) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(61) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(62) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(63) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(64) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(65) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(66) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(67) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(68) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(69) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(70) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(71) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(72) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(73) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(74) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(75) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(76) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(77) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(78) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(79) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(80) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(81) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(82) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(83) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(84) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(85) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(86) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(87) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(88) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(89) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(90) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(91) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(92) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(93) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(94) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(95) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(96) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(97) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(98) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(99) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明
(100) 処方受診の有無	有	無	不明	不明	不明	不明

作成から時間が経過している場合には、本人の状態が変化している可能性があるため、日付を確認しましょう。

現在の体重だけでなく、過去6ヶ月の変化に着目し、その理由を確認しましょう。

A 基本情報の「現病歴・既往歴と経過」と照らし合わせ、プラン作成担当の情報や認識と一致しているか確認しましょう。

生活機能の低下の要因となった病名を確認しましょう。
A 基本情報の現病歴・既往歴との整合も確認しましょう。

(3) 現在あるいは今後発生の可能性の高い状態とその対応方針 (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通しについて確認しましょう。

感染症が有の場合には、専門職から対応や配慮に関する意見を引き出す必要があります。

- ・ 以下のように、会議の要点をまとめたもの（地域ケア会議・アセスメントシート）を活用することで、当日の進行を効率的に進めることが可能となります。

地域ケア会議・アセスメントシート						
※箇条書きすること				独	高	他
氏名			男・女	住所		
要介護度		有効期限		検討テーマ		
自立できていない 生活状況 (ADL・IADL・疾病管理・ 経済状況等)						
個人因子 (自立できていない 生活状況の理由)						
環境因子 (自立できていない 生活状況の理由)						
健康状態	(介護に影響を及ぼす健康状態について) (上記に対して介護スタッフの役割)					
経済的環境 及び 自立度						
問題点 課題						
H 年 月 日 記入者 _____						

(出典) 埼玉県和光市提供資料