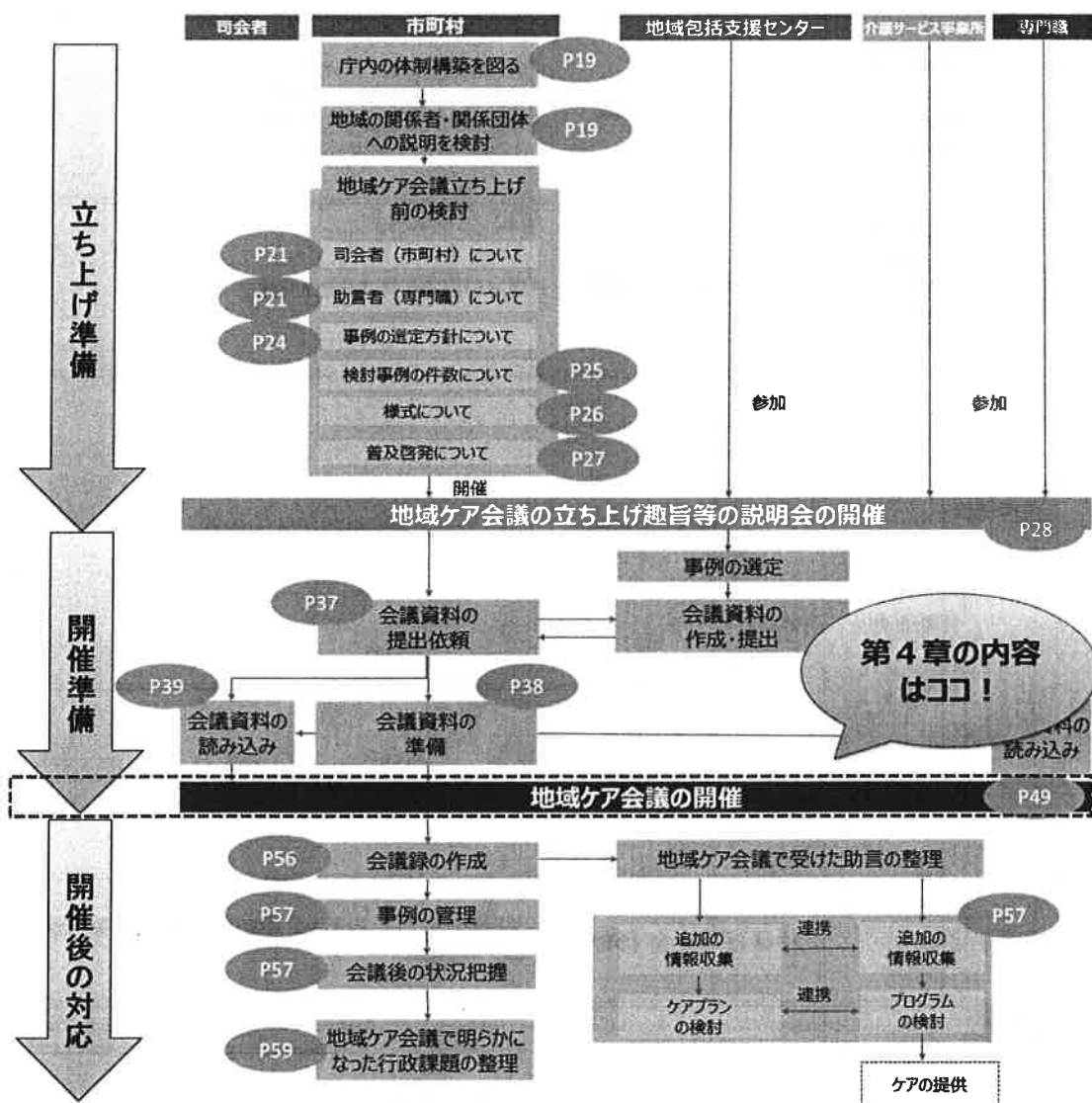


第4章 地域ケア会議当日の実施事項

(第4章のねらい)

- ◇ この章では、地域ケア会議の当日の流れ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当日に「開催主体」「司会者」それぞれの立場からどのような対応が必要かをつかみましょう。



1 当日の流れ（例）

実施事項			最短所要時間（目安）	発言者	実施事項
(1)	開催		1～3分	司会者（市町村）	資料説明
(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
(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
(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
				助言者（専門職）	(2) (3)の説明についての質問・助言
(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
(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

発言者のポイント	使用する資料
	議事次第等
☐ ①②③④の一連のケアマネジメントの流れを簡潔に説明する ☐ 改善の見込みがある生活行為はどこで、それがケアプランの目標にどう反映されているかを説明する ☐ 更新プランの場合は、前回プランによる目標の達成状況やサービス内容と整合が取れていたか等を説明	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
☐ ケアプランの目標と、各サービス事業所における支援内容・方針の関係性を説明する	D 提供されているサービスの情報
※司会は、参加者が事例について共通の理解が得られるよう、以下の視点で端的に確認する。 ☐ 基本情報（性別・年齢・身長体重BMI・家族構成（介護力）・既往歴・認知症の有無など）を把握したか ☐ 基本情報の既往歴と主治医意見書の既往歴が合っているか ☐ 基本チェックリストにおいて機能が落ちている項目は何か ☐ 改善が見込まれる生活行為の課題は何か ☐ 改善が見込まれる生活行為の課題がケアプランの目標と合致しているか ☐ ケアプランの目標と介護サービス事業所の目標が合致しているか	A～D（主に生活機能、ケアプランに係る記述の箇所）
☐ 自らの専門分野の内容をチェックする ☐ それぞれの専門性の視点から、事例の自立支援につながるような助言を行う	A～D（各専門職に係る記述の箇所）
☐ 得られた質問・助言を集約する ☐ 明らかになった生活行為の課題の解決方法等についてまとめる ☐ 支援方針（ケアプランの再調整等含む）について確認する	A～D
☐ 次回の予定を伝える	—

2 司会進行について

ここでは、地域ケア会議の司会者が地域ケア会議当日に必要な心構えと司会進行する際のポイントについて解説します。

(1) 司会者（市町村）としての心構え

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。司会者（市町村）として持つべき心構えとしては、以下の3点があげられます。

1 事例あたりの検討時間を意識する

- ・ 1 事例あたりの検討時間をある程度意識して司会を進行しましょう。
- ・ 先行的な自治体を参考にすると、地域ケア会議の1 事例あたりの時間は、20～30 分程度が一つの目安になります。ただし、地域ケア会議立ち上げ当初は1 事例あたり 40～50 分を目安に進行しましょう。
- ・ 司会者（市町村）は会議の進行を担うと共に、限られた時間内で、端的に事例ごとの課題を掘り下げ、参加者とそれを共有し、短期的・中長期的な目標を明確にすることが必要です。

参加者の OJT の場であることを意識する

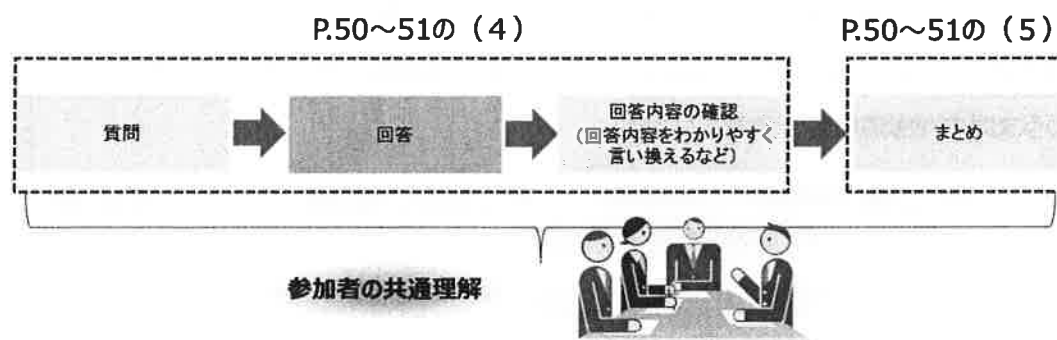
- ・ 地域ケア会議は、参加者にとって各々の「スキルアップ」や「ケアマネジメントやケアの質の向上」が図ることができる OJT の場にもなることを意識する必要があります。

個別事例の課題解決を通じて、行政課題を把握する場であることを意識する

- ・ 司会者（市町村）は、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」を集積することにより、それらが様々な課題の発見につながることを意識する必要があります。

(2) 当日の進行のポイント

司会者（市町村）の当日の進行は、P. 50～51 のプロセスのうち、(4) (5) それぞれにおいて進行ポイントがあると言えます。



事例提出者の説明後に事例の生活課題について共通認識を持つ (P.50～51 (4))

- ・ 事例提出者が会議資料を基に事例の概要や現在の支援方針・内容を説明した後、司会者（市町村）は事例提出者の説明が不足している点等について確認を行います（確認の視点は P. 51 参照）。
- ・ この際、司会者（市町村）は、単に自身が不明な点を質問するのではなく、参加者全員が、検討している事例の生活課題について共通認識を持つことができるように要約します。
- ・ このためには、資料を読み込み（P. 39 参照）、事例の生活行為に関する課題を把握する上で重要な点をおさえることが大切です。

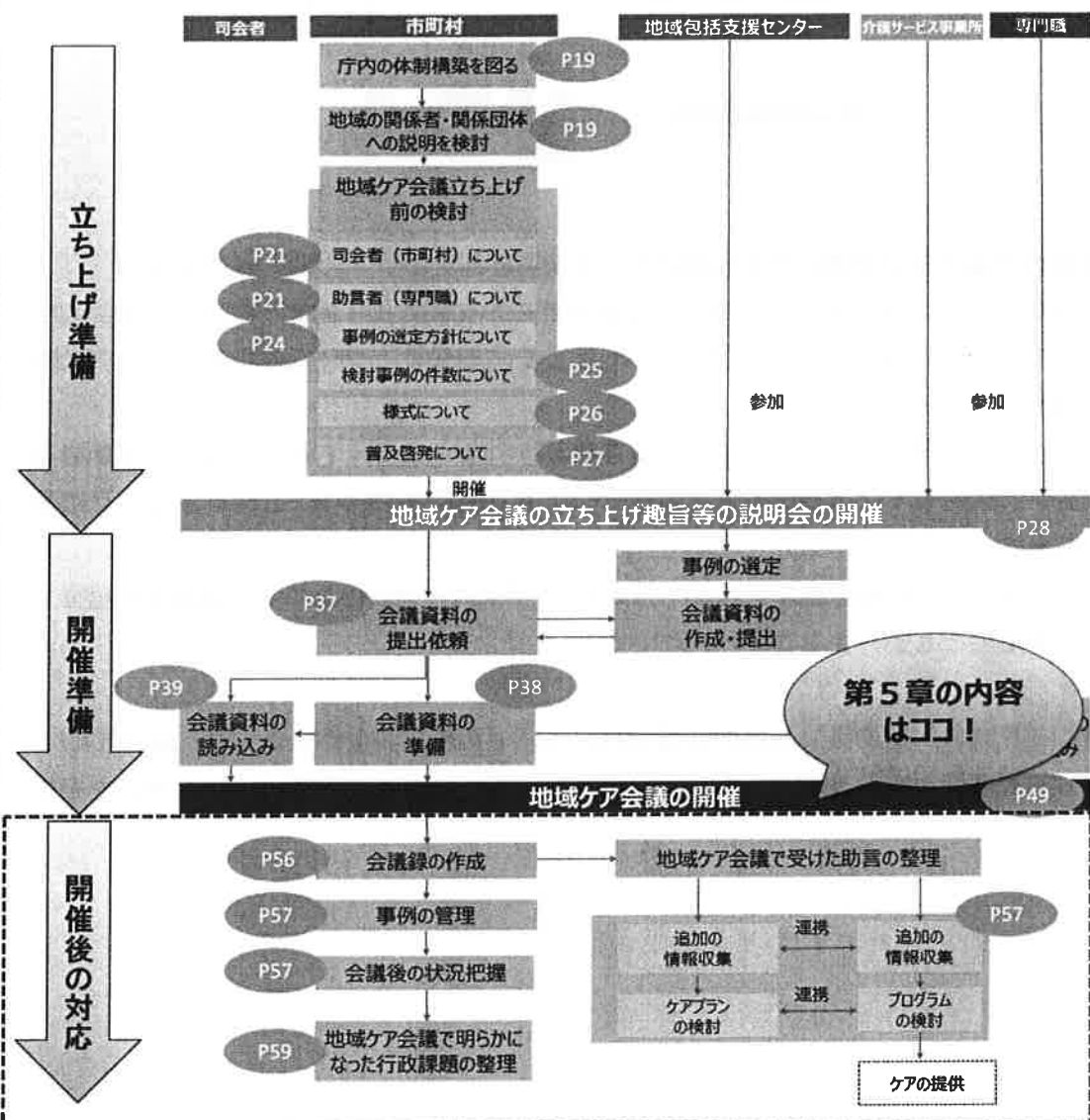
助言者（専門職）の説明後に今後の支援方針について共通認識を持つ (P.50～51 (5))

助言者（専門職）が助言を行った後、司会者（市町村）は今後の方針について確認を行います。

第5章 地域ケア会議開催後の実施事項

(第5章のねらい)

- ◇ この章では、地域ケア会議で検討した事例の取り扱い方法、モニタリング、地域ケア会議で把握された行政課題と対応策の検討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後に「開催主体」「保険者」それぞれの立場からどのような対応が必要かをつかみましょう。



図表 16 地域ケア会議後の実施事項（例）

	市町村	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
会議当日	全員参加			
会議後				
記録作成・助言の整理	☐ 地域ケア会議の会議録の作成	☐ 地域ケア会議で受けた助言の整理	☐ 地域ケア会議で受けた助言の整理	☐ 地域ケア会議で受けた助言の整理
事例の管理	☐ 地域ケア会議後の事例の管理 ☐ 地域ケア会議の会議資料の廃棄			
事例提出者の状況把握	☐ 地域ケア会議後の地域包括支援センターの状況把握	☐ 地域ケア会議後のプラン作成担当の状況把握	☐ 地域ケア会議後の介護サービス事業所の状況把握	
追加の情報収集		☐ （必要に応じて）不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討	☐ （必要に応じて）不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討	☐ （必要に応じて）不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討
ケアプラン・プログラムの検討		☐ （必要に応じて）ケアプランの調整の検討	☐ （必要に応じて）ケアプランの調整の検討	☐ （必要に応じて）プログラムの調整の検討
行政課題への対応	☐ 地域ケア会議で明らかになった行政課題の整理			

1 事例の検討結果の取り扱いについて

ここでは、地域ケア会議で検討した事例の取り扱い方法について解説します。

(1) 地域ケア会議の会議録の作成

地域ケア会議でどのような助言があったか共通理解をするため、市町村においては、地域ケア会議を開催する際、それぞれの事例に対する助言を記録し、会議開催後、関係者（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）と共有することが重要です。

図表 17 地域ケア会議の会議録（例）

平成〇年度 〇〇市地域ケア会議（第〇回）実施記録						
1. 開催日時等						
開催日時	平成〇年〇月〇日（〇） 〇:〇~〇:〇					
開催場所	〇〇市民会館					
議題	1 開会 2 〇〇市からのお知らせ 3 ケース検討（3 ケース） 4 閉会					
主な参加者	<〇〇市> <〇〇市地域包括支援センター> <助言者>					
2. 地域ケア会議の概要						
事例番号	性別	年齢	要介護度	世帯構成	新規・評価	利用サービス
①	女性	80 歳	要支援 2	長女、長男と三人暮らし	新規	通所介護、福祉用具貸与
②	女性	80 歳	要支援 1	長女嫁子と三人暮らし	新規	通所介護
③	女性	93 歳	要支援 2	独居	新規	訪問介護、通所介護
3. 各事例への助言						
事例番号	①					
事例提出者	〇〇高齢者相談センター 〇〇様					

会議資料	- 利用基本情報 - 生活機能評価 - 介護予防のアセスメント（1）基本チェックリスト - 介護予防のアセスメント（2）追加項目 - 介護予防メニュー リスク評価（地域包括支援センター） - 主たる居場所 - 見守り（要し）	- 介護予防メニュー アセスメント（訪問用） - 介護予防メニュー アセスメント（通所用） - 介護予防サービス計画・総合評価（通所用） - 生活行動アセスメント（訪問・通所用） - 介護予防サービス 個別サービス計画書（通所用） - 福祉用具サービス計画書（基本情報） - 福祉用具サービス計画書（利用計画） - 介護予防サービス・支援計画表（ケアマネメント結果等記録表）
主なコメント	<自立支援チームコメント> ●【啓会者】〇〇様 ・生活機能について今は排泄の問題はないが、予後予測の確認をされると良い。 ・・・・ ●【PT】〇〇様 ・P.14 の Timed up & go の数値について、実際の歩行と立ち上がりはどうか。何に時間がかかっているか。（一立ち上がるのに時間がかかっている（10-15 秒）。下肢筋力の低下、体重に問題がある。） ●【薬剤師】〇〇様 ・内科の内容はどこで確認をとっているか。（一子宮腔を診ている主治医（婦人科）に診ていただいている。） ・主治医意見書には内科の観点があまり書かれていない。ケアプランの中にも書き込んでいただきたい。 ・・・・ ●【管理栄養士】〇〇様 ・1 か月目に体重が 87kg から 84kg に減少しているが、体重減の要因は何か。（一デイサービスで運動を始めたことによる影響は大きい。） ●【啓会者】〇〇様 ・通所介護事業所で運動器機能向上加算を得ているので、運動器機能向上計画書を作成していると思うが、会議資料には含まれていない。 行政課題に関するコメント ・デイサービス以外で、外出できるような道づくり	

(2) 地域ケア会議の事例管理

市町村は、会議録を作成すると共に、地域ケア会議のそれぞれの回で検討した事例のケアプランの期間を把握し、会議での助言がその事例の自立支援に活かされたかどうか（プラン・個別援助計画が調整され、生活機能が改善したか等）をモニタリングするため、図表 18 のような管理シートを活用するのも一案です。

図表 18 事例管理シート（例）

事例管理シート

新規のケースは記入不要です。

開催回	開催日時	事例No.	新規/評価	性別	年齢	要介護度等	事例提出者 (センター名)	利用している サービス名	評価レベル	終了判定	ケアプラン評価	次回の 評価時期 (予定)	地域課題 (必要なサービス等)
＜記入例＞		2事例以上扱う場合は、行を增やして複数を修正してください		計画と設定した目標に対する達成状況を記入してください		評価の全経過を述べ、終了判定を行ってください							
1	6/26	1	評価	女性	75	要支援1	〇〇 地域包括支援センター		未達成	継続	A型へ移行		
1		1											
		2											
2		3											
		4											
3		5											
		6											
4		7											
		8											

(3) 地域ケア会議後の地域包括支援センター・介護サービス事業所の状況把握

市町村は、事例を提出した地域包括支援センター・介護サービス事業所が地域ケア会議後に、助言を踏まえた対応を行っているのか、現状把握をしましょう。

① プラン作成担当の状況把握

プラン作成担当は、市町村が作成した会議録を基に、地域ケア会議での助言を踏まえ、介護サービス事業所と共にケアプランや支援内容を調整します。

不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討

例えば地域ケア会議で、「認知症の鑑別診断や糖尿病の食事指導について、医師から必要な情報を追加で収集しましょう」といった助言を受けたとしましょう。この場合、会議後は、いつどのようにかかりつけ医に相談に行くのか、その際の体制をどのようにするか（相談しやすい体制支援について市町村に依頼するか等）について具体的に検討します。

ケアプランの調整

例えば地域ケア会議で「生活行為課題とケアプランの目標の整合がとれていないのでは。」
「ケアプランの目標は、一般的な表現ではなく、その人の自立支援につながるような（その人の意欲がわくような）目標の書き方にしてはどうか。」といった助言を受けたとしましょう。この場合、会議後は、いつどのようにケアプランを調整するかを決めましょう。

また、その際に留意するかを整理し、事例の次のケアプラン作成時に向けて活かすようにしましょう。

② 介護サービス事業所の状況把握

介護サービス事業所は、市町村が作成した会議録を基に、地域ケア会議での助言を踏まえ、プラン作成担当と共にケアプランや支援内容を調整します。

2 事例のモニタリングについて

一度地域ケア会議に事例をかけたなら「終了」ではなく、その事例を地域ケア会議後に状況把握することが大切です。

1つの方法としては、現在の支援期間の終了時期を市町村で把握した上で（P.57 参照）、支援期間が終了となる際に再度地域ケア会議にかけ、次の支援内容案を検討する方法があります。その他、提供されているケアと本人の状態に相違がある場合等、支援が必要な事例を検討する方法も考えられます。



先行市町村における取組は P62 参照

3 地域ケア会議で把握された行政課題と対応策の検討

行政課題への対応策を検討しましょう

スタート アップ

まずは会議後に事例の管理を行い、どのような行政課題があるかを集積しておきましょう。

ステップ アップ

「保険者」として地域ケア個別会議で浮き彫りになった行政課題への対応策を検討しましょう。

地域ケア会議での個別の事例検討を通して抽出された行政課題を、介護予防や生活支援の観点から地域づくりや政策に結びつけていくことは、市町村が果たす役割の1つです。

(1) 事例の検討を通じた行政課題の整理

地域ケア会議の開催ごとに、事例の検討を通じて課題とされた事項を整理しましょう。これらの情報は政策を検討する際の情報になります。

個別事例の検討を積み重ねることにより、介護を必要とする状態から改善した方に対応するための通いの場づくりや在宅に暮らす高齢者を支援するために不足するサービス等、行政課題を抽出できる可能性があります。

図表 19 事例管理シートの活用 (例)

事例管理シート(〇〇町)

新規のケースは記入不要です。

順位 No.	登録 日時	事例 No.	新規 /モニタ リング	性別	年齢	要介護度等	事例提出者 (センター名)	利用している サービス名	評価レベル	終了判定	ケアプラン評価	次回 の評価時期 (予定)	地域課題 (必要なサービス等)
2事例以上該当の場合は、行を濁やして逆数を修正してください 計画に設定した目標に対する達成状況を記入してください 評定の会議開催後、終了判定を行ってください													
1	O/O	1	新規	女性	75	要支援1	〇〇 地域包括支援センター		未達成	継続	A型へ移行		
1	O/O	1	新規	女性	70	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター	訪問看護 外出支援サービス			プラン継続		・服薬管理
		2	新規	女性	86	要支援2	〇〇町 地域包括支援センター	訪問介護 通所リハビリ 緊急通報システム			プラン継続		・栄養状態を評価、支援するサービス ・通所リハビリ以外の通える場所
2	O/O	3	新規	女性	84	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター	歩行器貸与 通所リハビリ			プラン継続		・口腔機能のリハビリサービス ・服薬管理
		4	新規	男性	69	要支援2	〇〇町 地域包括支援センター	訪問リハビリ 通所介護			プラン継続		・栄養状態を評価、支援するサービス ・社会参加の場
3	O/O	5	新規	女性	91	要支援2	〇〇町 地域包括支援センター	通所リハビリ 歩行器貸与					・防転機(認知症、うつ、気管支喘息)
		6	新規	男性	81	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター	通所リハビリ 訪問看護					・の連絡(服薬状況等の伝達)
		7	新規	女性	87	要介護1	〇〇町 社会福祉協議会	通所リハビリ					・手段の確保
4	O/O	8	新規	女性	77	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター	通所リハビリ					・リハビリや地域での体調の連携 ・調理に対する支援
		9	新規	女性	82	要支援2	〇〇町 地域包括支援センター	通所リハビリ 訪問介護			プラン継続		・買い物した商品の配達サービス
		10	新規	女性	83	要介護1	居宅介護支援事業所 △△	通所リハビリ 訪問看護 福祉用具貸与			プラン継続		
5	O/O	11	新規	女性	81	要支援2	〇〇町 地域包括支援センター	通所リハビリ 福祉用具貸与			プラン継続		・定期的に通える活動の場 ・栄養面のサポート(家族も含めて)
		12	新規	女性	76	要支援2	〇〇町 地域包括支援センター	訪問介護			プラン継続		・資料(各団体の内容紹介等)
6	O/O	13	新規	女性	81	要支援2	〇〇町 地域包括支援センター	通所リハビリ			プラン継続		・家事についての思い込み ・食事(栄養)についての相談
		14	新規	男性	65	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター	訪問リハビリ			プラン継続		・介護保険以外での健康管理との連携(健診、特定保健指導等)
		15	新規	女性	88	要介護1	〇〇町 社会福祉協議会	通所介護			プラン継続		・リハ以外の通所(自宅)でのトレーニング ・アルツハイマー型認知症が進行したときの 環境整備
7	O/O	16	新規	女性	65	要支援2	〇〇町 地域包括支援センター	福祉用具貸与 訪問リハビリ(予定)			プラン継続		・医療との連携(退院時から) ・改善が困難な方への継続的支援(できることは自分でやってもらう)
		17	新規	男性	80	要支援1	〇〇町 地域包括支援センター	訪問看護			プラン継続		・低体重者への食事指導(偏食、入浴) ・総合事業(●●サロ)から介護予防事業 (●●体操)へのつなぎ
		18	新規	女性	70	要介護1	居宅介護支援事業所 △△	通所リハビリ 福祉用具貸与			プラン継続		・リハビリから介護予防事業へのつなぎ(並行して)

例) 地域の高齢者の社会参加の場をつくる検討が必要

(2) 行政内部での情報共有と解決策の検討

事例の検討を通じて抽出された行政課題は、介護保険事業計画作成担当等と情報共有を図りましょう。

P.19 で述べた通り、地域ケア会議には、介護保険事業計画作成担当等の参加も望ましいと言えます。介護保険事業計画作成担当等も会議に参加し、事例の検討を通じた行政課題の把握に努めることで、地域ケア会議による個の支援が政策に結びつくことがあります。そして、政策として把握された行政課題を解決していくことは、地域の実情に基づいた地域包括ケアシステムの構築に繋がります。

先行市町村における取組

1	地域ケア会議を通じた自立支援の取組（埼玉県和光市）	63
2	多職種の専門的な助言により状態の改善につながった事例①（大分県）	74
3	多職種の専門的な助言により状態の改善につながった事例②（奈良県生駒市） ...	76
4	地域ケア会議の立ち上げの実際①（山形県天童市）	78
5	地域ケア会議の立ち上げの実際②（埼玉県川島町）	80

1 地域ケア会議を通じた自立支援の取り組み（埼玉県和光市）

① 埼玉県和光市における自立支援の全体像

埼玉県和光市においては、介護保険制度の創設当初より、高齢者を始め住民・事業者に対し、介護保険法の理念である自立支援の考え方を浸透させることに力を注いできました。

和光市では平成15年より日常生活圏域ニーズ調査を実施し、未回収者には、民生委員や市が独自に養成する介護予防サポーター等による訪問調査を行うことにより高齢者の生活状況と支援ニーズを把握し、これに基づき介護サービスの需要を見込み、適切な供給量とマッチングした上で介護保険事業計画に反映しています。

和光市の日常生活圏域ニーズ調査では、単なる高齢者の意向といった主観的な情報ではなく、高齢者の心身の状態、生活状況といった客観的な情報を収集しています。これらの情報を収集・分析することにより、課題を解決するために必要なサービスを的確に見込んだ介護保険事業計画を策定することが可能となっています。

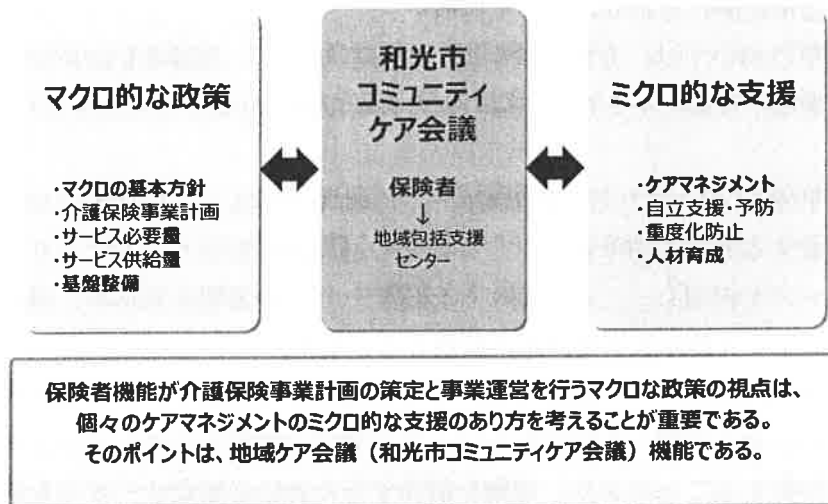
<第6期 基本方針>

- ①「介護予防」及び「要介護度の重度化予防」による自立支援の一層の推進
- ②在宅介護と在宅医療の連携及び施設や病院における入退院時の連携を、ICTの活用とコミュニティケア会議により高次化することによる在宅介護の限界点の向上
- ③地域包括ケアシステムの構築を念頭に置いた地域密着型サービス拠点の整備と地域における互助力の充実を図ることによる、サービス提供事業者と地域互助力との協働による介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- ④地域及び個人の課題を解決するための地域包括支援センターによる包括ケアマネジメントの推進と、さらなる機能化
- ⑤認知症を発症しても地域で暮らし続けられるよう、認知症高齢者の全ての状態に対応することができる地域体制の構築
- ⑥高齢者介護・障害者福祉・子ども子育て支援・生活困窮者施策を一元的にマネジメントする「統合型地域包括支援センター」の設置による「地域包括ケアシステムの包括化」の実現

（出典）埼玉県和光市提供資料

コミュニティケア会議（和光市における地域ケア会議）は、介護保険事業計画やそれに基づく基盤整備といった「マクロ的な政策」と自立支援を念頭においたケアマネジメント・人材育成といった「ミクロ的な支援」をつなぐ政策機能の核としての役割を果たしています。

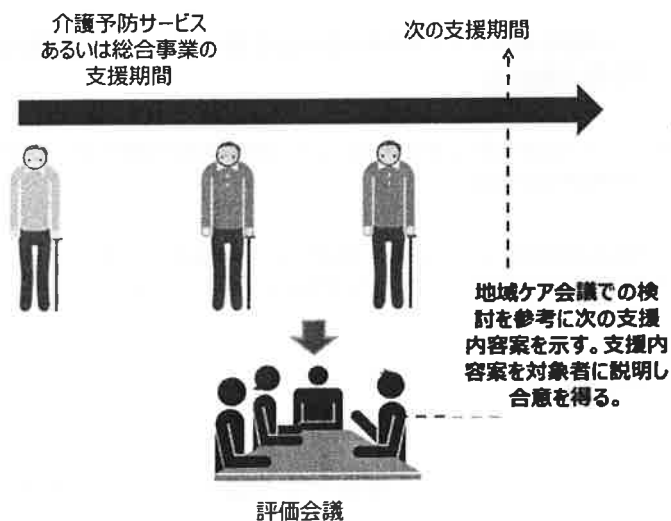
介護保険事業計画とケアマネジメントの関係
(コミュニティケア会議が政策機能の核)



(出典) 埼玉県和光市提供資料

和光市では介護保険のサービス利用にあたっての窓口相談の段階で、市町村職員あるいは地域包括支援センター職員が高齢者の ADL・IADL を含めた心身の状態や生活の状況を詳しく聞き取り、申請の理由を把握します。これにより、認定を受けた場合にどのような介護保険サービスの利用が必要かを適切に判断することができます。

和光市では新規の要支援者に対する介護予防プランは全事例、コミュニティケア会議に提出され、抽出した生活課題やそれに対する支援内容の妥当性を、多職種が参加するコミュニティケア会議の場で検討します。また、要支援者・サービス事業対象者の支援期間終了時には、評価会議も実施しています。



(出典) 埼玉県和光市公表資料より作成

このようなコミュニティケア会議の開催により、

- ・ 多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて
 - ① 検討する事例の自立に資するケアマネジメントを行うこと
 - ② 参加者（地域包括支援センター職員・プラン作成担当・サービス事業者・傍聴者）が、検討する事例の、自立につながるケアマネジメントの視点や自立につながるプログラムの提供に関する気付きを得ること
- ・ 地域ケア会議で検討する事例が積みあがることにより、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事が可能になります。

この結果、和光市では、要介護認定率が全国値と比較しても低く安定しており、高齢者の自立に向けた支援の達成のみならず、限られた資源の有効活用という点でも結果を出しています。つまり、「マクロ的な政策」と「ミクロ的な支援」をつなぐ政策機能の核としての役割を果たしていることになります。

② 自立支援を念頭に置いたアセスメント

コミュニティケア会議では、自立支援を念頭に置いたアセスメントと、会議資料の様式が統一されています。

「アセスメント」として得る情報としては、氏名・性別・年齢・日常生活自立度・要介護度・居住環境・経済状況・家族構成等といった基本情報に加え、「日常生活のどこに困っているのか」を ADL、IADL のそれぞれの領域で事前・事後予測し、状態を評価した結果が含まれます。

「課題分析」では、現状の ADL、IADL と介入後に期待される ADL、IADL の改善について生活機能評価表を用いて、以下のように生活機能の事前事後（ADL、IADL の現状と期待される介入後の状態）の評価を行い、対象となった事例について日常生活のどこに困っているのか、客観的な状況把握をしています。

生活機能評価表の記入方法としては、まず「事前」欄に、現在の状態を記載します。その際の評価基準は誰にでもわかるように○×△で表現します。これは地域ケア会議の場で参加者が共通認識を持つことを意図しています。

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

その後、ADL、IADL が自立できない原因は何か、課題を整理します。生活機能評価表で現在の状況を把握した上で、ADL、IADL が自立できない原因を「個人因子⁴」「環境因子⁵」に分けて整理します。

このように ADL、IADL が自立できない原因を整理した上で、支援をすることで改善する可能性がある ADL、IADL を特定し、「プラン終了後にどの程度まで改善できそうか」といった視点で支援が入った後の状態予測（事後予測）をします。具体的には生活機能評価表の「事後予測」欄に「事前」欄記入と同じように○×△で評価をします。

以下は和光市のコミュニティケア会議で実際に検討した S さんの生活機能評価表になります。左は新規で要支援認定を受けた時（当初）の会議で生活機能評価を行った際の生活機能評価表で、その時点での状態を「事前」欄に、その時点での状態予測（事後予測）を「事後予測」欄に記入しています。右は数か月後に評価会議を行った際の生活機能評価表になります。「事前」欄には当初の会議での状況が転記されていますが、「事後結果」欄には、数か月後の評価会議での状態について記しています。

生活機能評価 (当初)						生活機能評価 (評価)					
氏名	Sさん	性別	調査日	事前	事後	氏名	Sさん	性別	調査日	事前	事後
		女		平成28年4月27日				女		平成28年4月27日	
				事後						事後	
ADL	歩行	△1	→	○2	ふらつきがあり、速い歩みをしている。	ADL	歩行	△1	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。
	歩行	△2	→	○2	歩行のペースが速いもの、なんとか歩行できている。		歩行	△2	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。
	歩行	△2	→	○2	歩行のペースが速いもの、なんとか歩行できている。		歩行	△2	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。
	歩行	○2					歩行	○2			
	歩行	○1					歩行	○1			
	歩行	△1	→	○2	歩行のペースが速いもの、なんとか歩行できている。		歩行	△1	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。
	歩行	○1					歩行	○1			
	歩行	△1	→	○2	歩行のペースが速いもの、なんとか歩行できている。		歩行	△1	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。
	歩行	○1					歩行	○1			
	歩行	△1	→	○2	歩行のペースが速いもの、なんとか歩行できている。		歩行	△1	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。
IADL	歩行	△1	→	○2	歩行のペースが速いもの、なんとか歩行できている。	IADL	歩行	△1	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。
	歩行	○2					歩行	○2			
	歩行	△2	→	○2	歩行のペースが速いもの、なんとか歩行できている。		歩行	△2	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。
	歩行	△1	→	○2	歩行のペースが速いもの、なんとか歩行できている。		歩行	△1	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。
	歩行	○2					歩行	○2			
	歩行	△1	→	○2	歩行のペースが速いもの、なんとか歩行できている。		歩行	△1	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。
	歩行	○2					歩行	○2			
	歩行	△1	→	○2	歩行のペースが速いもの、なんとか歩行できている。		歩行	△1	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。
	歩行	○2					歩行	○2			
	歩行	△1	→	○2	歩行のペースが速いもの、なんとか歩行できている。		歩行	△1	→	○2	歩行での難易度により、歩行ペースを上げ、歩行ペースは高くなり速くなっている。

(出典) 埼玉県和光市提供資料より

⁴ 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。

⁵ 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。

「課題分析」の後の「プラン原案の作成」では、「課題分析」で明確になった課題に対する改善目標を立てることになります。目標を立てるにあたっては、検討する事例への支援が、以下に示す「期間的自立支援」「永続的自立支援」かを見極めることとしています。

期間的自立支援	介護保険サービスの一時的な利用を想定 例) 廃用症候群等による生活機能低下した事例 →身体機能を向上することで、生活機能が向上し、QOL が向上
永続的自立支援	介護保険サービスの永続的な利用を想定 例) 脳卒中等による身体の部位等の機能不全による生活機能が低下した事例 →介護保険サービスを永続的に使いながら、残存機能をできるだけ活用・維持できるように支援

コミュニティーケア会議で検討する事例の生活課題をこのように整理・明確化することで、多職種から適切な助言を引き出し、自立支援に資するケアプラン作成をすることが可能となります。

③ コミュニティーケア会議の実際

埼玉県和光市のコミュニティーケア会議は、市全体で開催する「中央会議」と地域包括支援センターごとの「包括内会議」に分かれます。

「中央会議」は、各圏域で行う「包括内会議」の上部会議と位置づけられており、新規の要支援のケアプラン、多職種による検討を行う必要がある事例、モニタリングをしていく中で本人の状態とサービス内容に支援が必要な事例等の検討調整を行い、地域包括支援センター長等に対する司会進行のためのOJTも意図しています。

「包括内会議」では、取り扱う内容は「中央会議」と同等となりますが、その中でもモニタリング・検証段階の個別事例についての検討を行い、その際の司会進行は地域包括支援センター長が担っています。

和光市の当日の進行は以下のとおりで、1事例あたりの検討時間は20～30分になります。地域ケア会議の1回あたりの時間を2時間程度にすると、地域ケア会議1回あたり、3～4件の検討が可能になります。

このようなペースで地域ケア会議を進めていくことで、例えば月に2回程度地域ケア会議を開催する場合、年間で72～96件程度の事例検討できます。

対象者の概要・ケアプランの説明 約4分	発表者 地域包括支援センター職員	① 個人因子（身体的、心理的、意欲・性格等）、環境因子（住環境、家族関係、家族状況等）、経済的環境（家計状況、借金等）等の中での自立阻害要因となっているものについて説明 ② 対象者の課題、問題を抽出 ③ 処遇方針について説明
	発表者 プラン作成担当	① ADL・IADLの生活機能評価の中で改善可能性のある点について説明 ② ケアプランを説明
支援方針説明 約4分	発表者 各サービス事業者	① ケアプランに基づいて、抽出した課題、改善可能性のある生活機能の向上のために、どのようなサービス提供を行うかを説明
質問・意見 約10分	発表者 参加者全員	① 重要な点については、コーディネーターが要約してプラン作成担当やサービス事業者を確認 ② 参加者は挙手し、質問や意見を箇条的にまとめて述べる ③ 地域包括職員が意見を述べ、その後、外部専門職全員がそれぞれ助言する
まとめ 約2分	発表者 コーディネーター	① 出された質問・意見のうち重要なものを集約 ② プラン作成担当、サービス事業者が取り組むべき点について再度伝える

（出典）埼玉県和光市公表資料より作成

次に和光市の地域ケア会議の例（厚生労働省により一部改変）をご紹介します。

【Yさんの基本情報】

性別	年齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成
女性	79歳	要支援2	A1	Ⅱb	家族と同居

生活歴	アルツハイマー型認知症による物忘れがあったが、家族の声かけ支援を受けながら、商店の店番、家事、バスでの通院など一人で行っていた。一般介護予防事業における通いの場にも慣れて、参加が楽しみになっていた。6月末～7月中旬脳梗塞のためA病院に入院、身体的な後遺症はなく、点滴行い、症状安定したため自宅に戻った。 退院後、家族と訪問型サービスCで洞察するが、IADLは頻度の声かけが必要、言葉が出てこない、発語が少ない、入浴や排泄に支障がでるなど、対応困難となり、要介護認定の申請に至った。
既往歴	平成〇年6月30日 脳梗塞 平成〇年1月 乳がん、左乳房全摘 平成〇年7月 胃潰瘍、肺炎、胆石、胆嚢全摘 平成〇年1月 アルツハイマー型認知症 10年前 高血圧 不詳 逆流性食道炎
身長、体重、BMI	身長 140.5cm、体重 40kg BMI 20.3（平成〇年7月16日時点）
サービスの利用状況	● 訪問型サービスA：週1回 ● 通所型サービスA：週1回

【参加者】

司会者（市町村）	埼玉県和光市保健福祉部 ※担当する職員が全て参加
地域包括支援センター	和光市地域包括支援センター全職員
助言者（専門職）	管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・薬剤師・作業療法士
事例提出者（プラン作成担当・介護サービス事業所）	事例担当のプラン作成担当（和光市A地域包括支援センターの委託） 訪問型サービスA事業所・通所型サービスA事業所



プラン作成担当が
Yさんの事例の基本情報
を説明

司 会

それでは、和光市コミュニティケア会議を開始します。

この会議は、検討する事例のアセスメントが適性であるか、アセスメントからの課題抽出がどうなっているか、さらには抽出した課題を解決していくためのアウトカム、ケアプランの短期目標の設定がどうなっているか、その短期目標を解決、達成するためのサービスは的確なのか、といった点を調整します。

それではYさんの説明をお願いします。

プラン作成担当

今回の事例は、79歳・女性の方です。

プラン作成担当がADL・
IADLの説明の後、生活機
能の背景を個人因子・環境
因子に分けて分析した結
果を報告

平成〇年にアルツハイマー型認知症を発症しました。平成〇年から地域交流と認知症悪化予防目的の地域支援事業に参加していました。平成〇年6月30日に脳梗塞のため入院し、約一ヶ月の治療後退院となりました。退院時カンファレンスでは脳梗塞の後遺症はなく、認知機能の低下は見られましたが医師からは、時間が経てば元の生活に戻るのではないかとわれ、7月13日に退院しています。

退院後のアセスメントでは、調理・掃除・洗濯等のIADLに声かけが必要、社会交流の面では活動が少なくなり、マンツーマンでの関わりが必要と分かりました。

9月のA地域包括支援センターの会議で、要介護認定の申請が妥当と判断して、委託先のケアマネジャーに引き継ぎをしています。

個人因子については、アルツハイマー型認知症、脳梗塞による記憶障害、実行機能障害があります。

環境因子については、一家で商店を経営し、店番や外回りでご本人の介護に当たれない時間があるということです。

プラン作成担当がアブラ
ンの総合的課題と目標の
説明

課題を3点挙げています。

1点目は脳梗塞再発予防が必要ということ。

2点目は記憶障害、実行機能障害のため、声かけがないと家事ができないこと。

3点目は脳梗塞発症後、発語が少なくなり、家族以外との交流が減少しているため、認知症の悪化予防が必要であること。

今回のプランの支援目標としましては、この方がお元気な頃は店番がご本人の役割となっておりましたので、もう一度元気になるれて、お店に出ることを意欲目標として考えています。プラン全体としましては、認知症状の維持と改善になります。

司会者が入院中に落ちた
生活機能について確認

司 会

脳梗塞を起こして入院をして、その退院直前に生活機能が大きく落ちたところはない、ということでのいいのですよね。

訪問介護事業所・通所介護
事業所における支援内容
を説明

入院すると、認知症関係の悪化や下肢筋力の低下などが出るのですが。退院後には一定程度「自立」だった屋外歩行が、「一部介助」レベルになっている。さらに、「着替え」、「電話」についても、入院前と入院後では「一部介助」になっているということによろしいですね。

それでは各サービス事業所での支援について説明をお願いします。

通所型サービス A 事業所

通所 A では、週 1 回ご利用していただいております。一日の流れとしては、9 時半に到着いただき、到着後はバイタルチェック等、また朝の会で日付の確認、今日の新聞などを見ながら話題提供をさせていただいております。午後は活動に参加していただいておりますが、以前と比べますと自発的な発言が多く聞かれるようになっていきます。

司 会

はい、分かりました。

訪問型サービス A 事業所

訪問 A では、協働調理と、洗濯掃除といった一連の動作をご本人様と一緒に行っているような状態です。お昼ご飯をお父様のために作られているので、その動作の確認や、促しがあれば材料を切ったり、煮たり焼いたりという動作が行えますので、できている能力を促しによって引き出すような形で提供させていただいております。

A 地域包括支援センターに
も発言

司 会

A 地域包括支援センターの K センター長どうぞ。

A 地域包括支援センターの
センター長からの助言と
質問

主任介護支援専門員

2 点、提案と質問があります。まず提案ですが、病気にも関心、認知症にも関心を持っていただくと良いと思います。血圧計の数値を目で見て、言葉に出して読み、文字を書くという行為で、認知症の進行予防を兼ねられるのではないかと思います。これらを提案させていただきたいです。

次に質問ですが、ケアプランの 2 番目にある短期目標についてです。

「ヘルパーと協働でご主人の昼食準備が行える」ということがありますが、通所 A にもせっかく行かれていますので、調理の工夫などができないかなというのを伺いたしたいと思います。

通所型サービス A 事業所

1 点目の血圧測定の件ですが、ご本人様は数字を書くことができる方ですので、血圧測定については、今後通所 A でも同じように取り組んでいきたいと思っております。

2 点目の昼食作りについてですが、先ほどお話しさせていただきましたように、現在は食器洗いやご下膳などをやっているところです。

今後については、昼食の支度の際、お皿に取り分けていた

	だくなどのご本人の役割を持っていただこうと思っております。以上です。
司会者が、通所介護事業所の発言を訂正	司 会 K センター長が言っていた、<u>通所 A で血圧測定ができるようになる</u>というのは少し曖昧でした。 <u>レジ打ちをしていた方なので、数字を自分で見て書くということを通所 A でやってもらう。</u>そして今度は、認知症のケアと連動する形で自宅でも自己管理を行ってもらう、ということだと思います。 プラン作成担当 血圧の測定はご家族と一緒に支援しております。
助言者（専門職）にも発言を求める	数値の記録についてはご家族とお話をして、ヘルパーが来た時はヘルパーと、それ以外のご家族と共同で記録をしていくことにしたいと思います。 短期目標の記載も、数値の記録という形でしていきたいと思っています。
管理栄養士からは脳梗塞再発予防のため塩分摂取の現状把握・対応について助言	司 会 はい、分かりました。 それでは専門職の皆様、ご発言をお願いします。 管理栄養士 脳梗塞再発予防ということで、今まで家庭で作っていた（料理の）塩分が高くなっていないかどうかを最初に確認してほしいので、<u>地域包括支援センターの管理栄養士に頼んで、一度だけ塩分を計っていただき確認してください。</u>
歯科衛生士からは口腔の状況、口腔ケア	それから、通所 A の方ではどのくらいの塩分の食事を出しているのか、それはそちらの管理栄養士に聞いてくださればすぐ分かると思います。 そして、味付けは自宅でも共通のものにいただき、あそこだとしょっぱい、ここだとおいしい、とか感じないようになさってくださいとよいと思います。 <u>減塩って易しいようで難しいので、ご家族の協力もきちんと得てほしい</u>と思います。
理学療法士からは体力測定の定期的な実施の提案	歯科衛生士 声かけをしないと何かできないということですが、<u>口腔ケアの状況や、入れ歯なのか自歯なのか、一定の口腔ケアを受けられているのか</u>確認してください。 理学療法士 とりあえず三か月に一回程度で構わないと思うのですが、体力測定と言いますか、そういったところで、<u>数値で表して、定期的に追っていただければ</u>よろしいのかなと思います。
薬剤師からは胃潰瘍に関する受診状況の確認と日常生活の見守りの必要性について助言	薬 剤 師 この方は、胃潰瘍の既往がある方です。現在、月に一回の受診になっていますので、日常生活での見守りも必要になってくる、ということですね。

作業療法士からは発動性・自発性の低下といった観点からコメント
(=意欲を引き出すための工夫が必要との助言)

作業療法士

状態としては、いわゆる発動性、自発性の低下と注意の全般的な低下によって、物事がまとまとうまく考えられないと思います。

司会者が最後のまとめを実施

- ①家族、介護サービス事業所間の情報共有が必要
- ②ケアプランの目標を達成するための具体的対応についての依頼（特に社会参加・栄養の観点から）

司 会

専門用語もありましたが、脳梗塞関連、認知症関連を含め、全般的に通所 A で何を向上し、訪問 A につなげるという視点が基本なので、そこを的確にする必要があります。

通所 A のメンバー、訪問 A のメンバーともに情報共有をしっかりと行ってください。また、ご家族とも情報共有をしっかりと行ってください。

またケアプランについて、1つ目と2つ目の課題の短期目標ですが、K センター長が言っていた血圧の記載であるとか、何のためか、というところを短期目標の部分に加えていただければと思います。

ケアプランの「アセスメント領域と現在の状況」の「社会参加、対人関係、コミュニケーション」については、誰がどのようにやるのかを明記しましょう。

和光市独自の栄養マネジメントサービス、もしくは地域包括支援センターに所属している管理栄養士に食のアセスメントをしていただき、そこから訪問 A やご家族の方に助言をお願いいたします。

作業療法士の方からは、「まとめる」機能が少し落ちてきているのではないかというコメントがありました。そこを踏まえて、達成感や意欲を引き出す声かけ等の実行をお願いします。訪問 A、通所 A においてはその辺を共有の上、プランを実行してください。

それでは、以上になります。

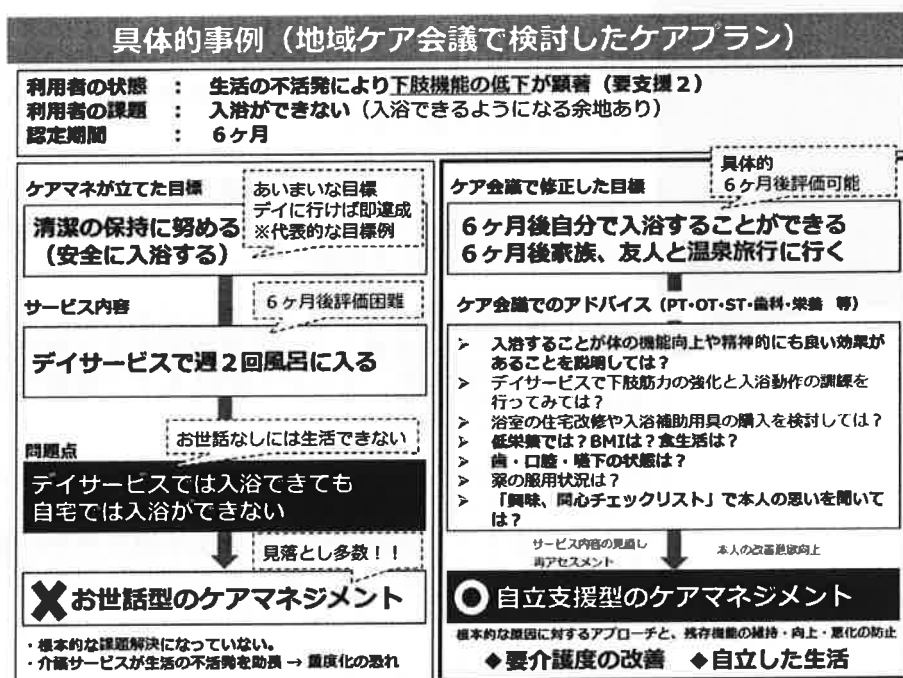
2 多職種の専門的な助言により状態の改善につながった事例（大分県）

① 地域ケア会議で検討した A さんの事例

大分県では、平成 24 年度にモデル 3 市（豊後高田市・杵築市・豊後大野市）において、埼玉県和光市より講師を派遣してもらう等の支援を受けながら、地域ケア会議を立ち上げました。この中で実際に検討した A さんの事例を見てみましょう。

生活が不活発になることにより下肢筋力が低下し、入浴ができないといった生活課題を抱えた要支援 2 の A さんに対し、地域ケア会議前にプラン作成担当が立てた目標は「清潔の保持に努める」というものでした。

この A さんのケアプランを地域ケア会議で検討した結果、地域ケア会議に参加した専門職からは、以下のような A さんの生活課題を日常生活の様々な観点から浮き彫りにするための助言がなされました（下図の「ケア会議でのアドバイス」参照）。



このような多職種からの助言をすることが、A さんの生活課題に関する根本的な原因に対するアプローチをすることにつながります。

A さんは入浴できるようになる余地があったことから、地域ケア会議のケアプランの目標が「（認定期間が終わる）6 か月後に自分で入浴することができる。家族、友人と温泉旅行に行く。」と具体化されました。また、地域ケア会議に参加した多職種からデイサービスで行う訓練や食生活等に関する専門的な視点に基づく助言を得ることができました。

こうして、A さんの生活課題に関する根本的な原因に対するアプローチが実現し、結果として、A さんの自立した生活や要介護度の改善につながりました。

② 地域ケア会議の効果

プラン作成担当が提示したケアプランを、介護予防・自立支援の観点で参加する多職種の様々な視点から見ることによって、事例（高齢者）のQOL向上を目指す会議です過程は、単にケアプランへの助言に留まりません。

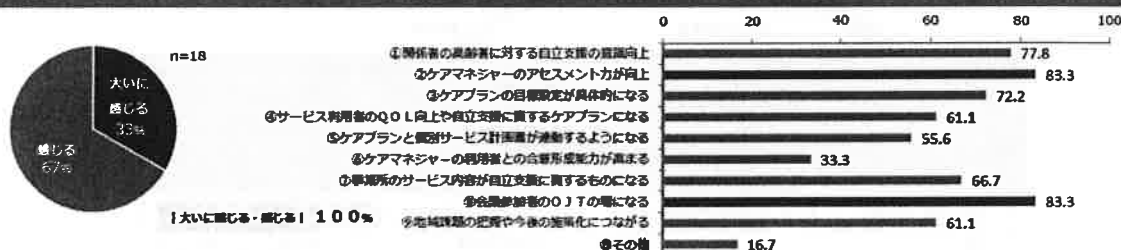
下図は自立支援型ケアマネジメントを推進するための地域ケア会議を立ち上げている大分県が県内18市町村に対して実施したアンケート結果です。

「地域ケア会議による効果を感じますか？」という問いに対し、「ケアマネジャーのアセスメント力が向上」が83.3%、「会議参加者のOJTの場になる」が83.8%と割合が高くなっています。このことは、自立支援型ケアマネジメントを推進するための地域ケア会議が、プラン作成担当のためのOJTだけではなく、会議参加者のOJTになっていることを示しています。

この他にも「関係者の高齢者に対する自立支援の意識向上」「ケアプランの目標設定が具体的になる」などの割合が高く、地域ケア会議を開催することで様々なメリットがあることがわかります。

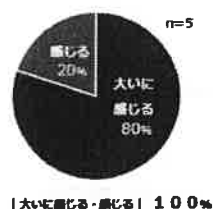
地域ケア会議の効果（対象：県内18市町村）

1. 地域ケア会議開催による効果を感じますか？



地域ケア会議の効果（対象：職能団体）

1. 地域ケア会議への参加による助言者及び責協会としての成果を感じていますか？



- ▶ 開始時と比較してケアマネジャーのアセスメント能力や自立支援型ケアプラン立案能力が向上した。
- ▶ サービス事業所のサービス内容について自立支援に向けた取り組みがなされるようになった。
- ▶ 地域ケア会議に参加することで協会のOJTの場にもなっている。
- ▶ 様々なケースを通じて口腔環境や機能維持向上の重要性が同席者の他職種に浸透してきた。
- ▶ 歯や口腔を診ることが中心の意識から「暮らしを支える」職種としての認識を持つ人材が増えている。
- ▶ 地域ケア会議に関する研修会を協会で定期的に開催することにより、協会員一人一人の意識が向上した。
- ▶ 地域ケア会議への取り組みは少なからず、われわれの日常業務へ影響を与え、自立支援や介護保険料などを含めた地域社会への貢献の仕方考えるようになった。

（出典）大分県公表資料より

3 多職種の専門的な助言により状態の改善につながった事例（奈良県生駒市）

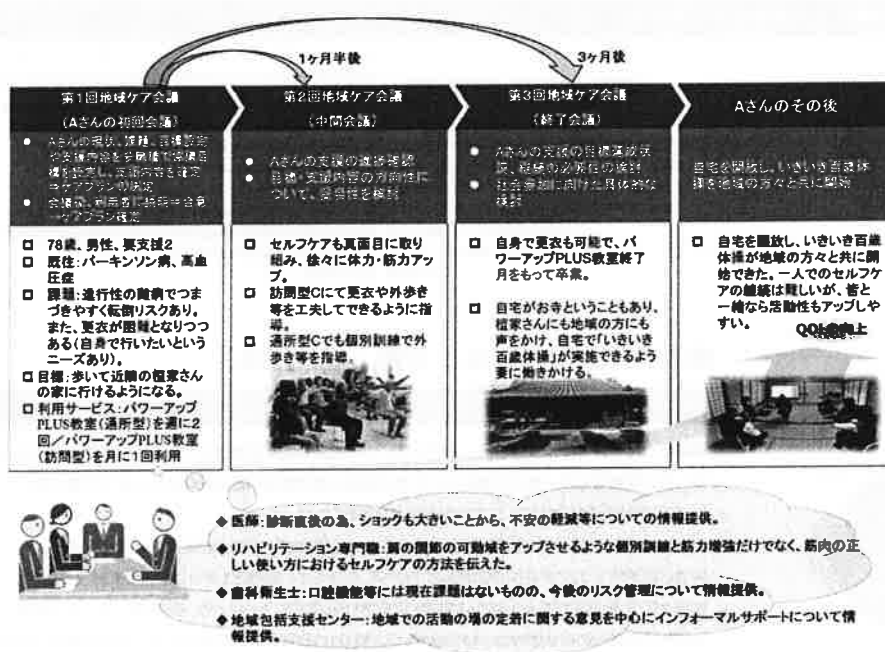
① 地域ケア会議で検討した B さんの事例

奈良県生駒市の地域ケア会議で実際に検討した B さんの事例を見てみましょう。

B さんは 78 歳の男性です。奈良県生駒市では、地域包括支援センターが要支援者等に短期集中 C のサービス利用を勧める場合、教室エントリー前に初回の地域ケア会議を行い、課題や目標設定、支援内容に疑義がないかを多職種で検討し、より良い支援の方法を見極めます。その後、利用者にフィードバックして合意形成を図った後、ケアプランの決定につながります。

そして、初回会議の 1 か半月後に地域ケア会議の中間会議を開催します。中間会議では、初回会議で設定した目標、支援内容が、実際どのような結果になっているか、目標、支援内容がずれていないかなどをモニタリングするために行います。また、残りの課題や目標、支援内容の方向性の妥当性などを検討し、修正すべき点は修正していきます。

3 ヶ月の終了会議を含め計 3 回の地域ケア会議を通じて自立に資するケアマネジメントを行ったことにより、B さんの日常生活における課題と対策が具体化されました。



(出典) 奈良県生駒市提供資料より作成

この結果、B さんの状態は徐々に改善し、サービス事業対象者ではなくなり、最終的には自宅のお寺を開放して「いきいき百歳体操」の通いの場を地域の方々と作るまでに至りました。2 ヶ月後には更に 3B 体操も展開するなど、地域の活動拠点の 1 つとなりました。

この B さんの事例からわかるように、介護予防のための地域ケア個別会議を通じて、多職種の専門的な視点に基づく助言を得て、検討する事例の自立に資するケアマネジメント

を行うことは、高齢者個人の自立支援・介護予防につながるだけでなく、地域づくりにも発展していくものと言えます。

4 地域ケア会議の立ち上げの実際（山形県天童市）

山形県天童市では、平成 28 年 7 月から地域ケア会議を立ち上げました。開催頻度は月 2 回で、1 回 2 時間で、1 回あたり 3 事例を検討しています。

司会者は 4 名（課長補佐クラス 2 名、保健師 1 名、給付の主査 1 名）とし、1 回司会をした者はその後交代することになりました。ただし、司会をしない回にも 4 名全員同席することになっています。

参加者は以下のとおりです。

- ・ 保険者（天童市）
- ・ 地域包括支援センター（2 箇所）
- ・ 専門職（薬剤師、管理栄養士、PT・OT・ST、歯科衛生士）※山形県より派遣
- ・ 事例提出者（プラン作成担当・サービス事業所）
- ・ 市内の事業所の傍聴あり（質問も受け付ける）

事例の選定は市内 2 か所の地域包括支援センターが担当していますが、立上げ初期ということもあり、対象事例は

- ・ 要支援 1～2・総合事業対象及び住宅改修・福祉用具貸与購入に限定
- ・ 認知症の高齢者は基本的には含めない
- ・ 高齢者による衰弱、骨折・転倒、関節疾患に関する事例を対象

という一定の選定基準を設けています。

提出される事例に、まれに認知症の高齢者が入ることもありますが、一定の基準を設けて参加者に周知することで、「天童市地域ケア会議」の目的や、天童市としてどのようなプロセスで地域ケア会議を拡大・定着させていくかの姿勢を参加者と共有することが可能となっています。

使用している様式は以下の通りです。

【プラン作成担当記入様式】

- ・ 表紙（署名欄あり）
- ・ 地域ケア会議・アセスメントシート
- ・ 利用者基本情報
- ・ 介護予防アセスメント[1]基本チェックリスト
- ・ 介護予防アセスメント[2]追加項目

- ・ 課題整理総括表
- ・ 介護予防サービス支援計画書

【サービス事業所記入様式】

- ・ 介護予防メニューアセスメント（訪問用）
- ・ 介護予防メニューアセスメント（通所用）
- ・ 生活行為アセスメント（訪問・通所共通）
- ・ 介護予防サービス計画・総合評価（訪問用）
- ・ 介護予防サービス計画・総合評価（通所用）
- ・ 服薬処方箋等
- ・ 利用サービスの計画書（各サービス事業所の様式を使用）
- ・ 個別機能訓練計画書

当日の進め方は以下のとおりです。資料読み込みや事例提出者からの説明後、課題の確認を司会者が行い、専門職の質問・意見を受けます。全体が終わった段階で総括をしてから、専門職から助言を受け、司会者がまとめて終了する形をとっています。

Step1	Step2	Step3	Step4	Step5	Step6	Step7
資料の読み込み	プラン作成担当・事業所からの説明	課題整理表の内容確認	課題の確認	専門職による質問・意見	まとめ（今後の方針含む）	質問（傍聴者含む）
（5分程度）	（各3分）	（8分）	（2分）	（7分）	（2分）	（時間指定なし）
■参加者が資料の読み込みを行う	■資料に基づき、事例提出者が説明を行う	■司会者が課題整理表の内容を確認し、課題の抽出を行う	■参加者全員で課題の確認を行う	■課題について質問と意見を分けて実施する	■司会者が今後の方針を含め、まとめを行い、専門職から助言を受ける	■（試行中のため）傍聴者からの質問も受け付ける

（出典）山形県ヒアリング結果より

5 地域ケア会議の立ち上げの実際（埼玉県川島町）

埼玉県川島町では、埼玉県における地域包括ケアシステムモデル事業のモデル市町として、平成 28 年 6 月から地域ケア会議を立ち上げました。地域包括ケアシステムモデル事業は、自立促進モデル事業・介護予防モデル事業・生活支援モデル事業の 3 事業で構成され、このうちの自立促進モデル事業の中で、埼玉県和光市における地域ケア会議の手法を展開しています。

開催頻度は月 1 回で、1 回 2 時間となります。1 回あたりの検討事例件数は、第 1 回（平成 28 年 6 月）、第 2 回（平成 28 年 7 月）はそれぞれ 2 事例、第 3 回以降は 3 事例としています。1 年間で計 10 回の地域ケア会議を開催し、計 27 件の事例を検討しました。

自立促進モデル事業の中でモデル市町に派遣される、多職種から成る自立支援チーム（コーディネーター・理学療法士・作業療法士・薬剤師・管理栄養士）のうち、コーディネーター（埼玉県和光市の地域包括支援センター職員）が第 1 回～第 7 回まで司会を務め、川島町の職員に司会進行の手法を伝授する形で、立上げ支援が進められました。第 8 回以降は川島町の職員（行政職）が司会を担いました。

参加者は以下のとおりです。

- ・ 保険者（川島町）
- ・ 地域包括支援センター（1 箇所）
- ・ 自立支援チーム（コーディネーター・理学療法士・作業療法士・薬剤師・管理栄養士）※埼玉県自立促進モデル事業の中で派遣
- ・ 事例提出者（プラン作成担当・サービス事業所）
- ・ 近隣市町村の事業所の傍聴あり

川島町では、立上げ支援実施中の平成 28 年 9 月に事業所向けに地域ケア会議の説明会を実施しています。その中で、地域ケア会議の意義や当日の流れ・スケジュール、出席者と役割、提出する資料、出席上のルールなどを説明しています。地域ケア会議での対象事例は、当面「自立の可能性がある事例」ということで、地域包括支援センター等に提出を依頼しています。

また、川島町では、地域ケア会議の立ち上げに際し、住民に自立支援の考え方と「自立支援型地域ケア会議」を理解してもらうことを目的に、以下のパンフレットを作成しました。作成したパンフレットは、川島町の約 7,000 世帯に全戸配布しました。

[illegible][illegible]

○地域ケア会議を開催して！

直近した委員さん達とは、「自分たち」という気持ちを抱擁し、さらに「地域ケアシステム」をつくることを目指して、内海君は活動！

『地域ケア会議』を開催して！

【地域ケア会議とは】

「地域ケア会議」は、介護サービスを利用する側（ケアマネジメント）が提供するケアプラン（どのような介護サービスを提供するかの計画）を承認する場です。会議には、担当の医師と福祉（ケア）推進士、社会福祉士、保健師、介護福祉士が参加して行われます。担当の医師から、ケアプランのアドバースをします。

さらに、バシオンの人々もを登壇しており、何故自分が生活した生活を送るようになるには、どのようなサービスが最良かを承認します。

【地域ケア会議が推進するもの】

「地域ケア会議」は、「地域ケアシステム」の基盤、つまり、びびりでも失礼にない環境の中で、最良で迅速なサービスが提供されることを目指しています。

また必要にわたらないサービス、高齢者が抱える問題などを防ぐことも目的です。

一人一人のケースを細かく調べ上げていく中で、互つた地域の課題の把握に繋がります。安心して暮らせる地域づくり、市民の「地域ケアシステム」づくりにつながります。

- 3 -

○お母さんにお聞いください

〔伏魔起死のための難を乗り越えに感謝下さい！〕

全米サービス利用者にごよみの献食を御礼に感謝することです。より良いものからサービスが得られます。

このため、「地域ケア会」でケアプランを御受けることになった場合、原価のケアマネジャーサービス費も、皮肉な面を御受けをさせていただきます。

・全米サービス利用者やご家族に御礼に御座います
・感謝している面や御受の御礼等を提供する
・主役の先生に御座います

「地域ケア会」で、あなたをケアプランを御受け下さい。という御座います。ぜひ御受を御受け下さい。



お問い合わせ先
川崎市役所 健康福祉部 福祉グループ
TEL 049-299-1755（直通）
FAX 049-297-6087

- 2 -

(出典) 埼玉県川島町提供資料より

自立促進モデル事業の中では、埼玉県和光市における地域ケア会議の手法を展開しています。そのため使用している様式は和光市の様式に準拠しています。

〈主な提出書類〉

区分		提出書類
プラン作成担当作成		◎利用者基本情報 ◎生活機能評価（アセスメント） ◎介護（予防）アセスメント ・〔1〕基本チェックリスト、〔2〕追加項目 ・介護予防メニューリスク確認 ◎生活支援度調査票（フェイスシート） ◎介護予防サービス・支援計画書（※予防の事例） ○居宅サービス計画書（介護の事例） ◎週間サービス計画表 ◎アセスメントシート ○主治医意見書 ※住宅改修が必要な理由書
事業所作成	通所系	◎介護（予防）メニューアセスメント（通所用） ◎生活行為アセスメント（訪問・通所共通） ◎介護（予防）サービス計画書・総合評価（通所用） ◎介護（予防）サービス個別計画書（通所用）
	訪問系	◎介護（予防）メニューアセスメント（訪問用） ◎生活行為アセスメント（訪問・通所共通） ◎介護（予防）サービス計画書・総合評価（訪問用） ◎介護（予防）サービス個別計画書（訪問用）
	福祉用具 貸与・購入	○福祉用具サービス計画書 ※福祉用具パンフレット
	住宅改修	○平面図、立面図、写真、見積書 ※手すり等の設置場所が分かるものを添付。

※「◎」は共通の様式、「○」は各事業所の様式です。

（出典）埼玉県川島町提供資料より

当日の進め方は埼玉県和光市の進め方に準拠しています（P.68 参照）。対象者の概要・ケアプランの説明を事例提出者が行った後、課題の確認を司会者が行います。その後、専門職の質問・助言を受け、最後に司会者がまとめる形をとっています。ただし、現在はモデル事業期間中ということもあり、最後に司会者（川島町職員）がまとめた後に、自立支援チームのコーディネーター（埼玉県和光市の地域包括支援センター職員）が検討事例に関する総括を行い、参加者全体に対する助言を行います。

また、以下のような項目を含むアンケートを実施し、地域ケア会議の趣旨の理解度・効果・今後の進め方についての意向を確認しています。

＜主なアンケート項目＞

- ・ 事例検討を通じて、自立支援型地域ケア会議の趣旨やねらいは分かりましたか。
- ・ 事例検討を通じて、どのような効果を感じましたか。
- ・ 今後、地域で自立支援型地域ケア会議を行っていくことに対し、どのように思いますか。
- ・ 次回以降、特に知りたいことは何ですか。自由にご記入ください。

参考資料

様式を使用時期	様式例	本文ページ番号
地域ケア会議の 開催準備期	地域ケア会議の実施概要	P.31
	地域ケア会議 会議資料チェック表	P.34
地域ケア会議当 日	利用者基本情報	P.40～41
	基本チェックリスト	P.42
	興味・関心チェックシート	P.43
	課題整理総括表	P.44
	介護予防サービス・支援計画表	P.45
	主治医意見書	P.47
地域ケア会議の 開催後	地域ケア会議録	P.56
	事例管理シート	P.57

地域ケア会議の実施概要

平成〇年度 〇〇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。

◆ 平成〇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月〇日(〇)	14:00~16:00	〇〇地域包括支援センター	2
4月〇日(〇)	14:00~16:00	〇〇地域包括支援センター	2
5月〇日(〇)	14:00~16:00	〇〇地域包括支援センター	2
5月〇日(〇)	14:00~16:00	〇〇地域包括支援センター	2
6月〇日(〇)	14:00~16:00	〇〇地域包括支援センター	3
6月〇日(〇)	14:00~16:00	〇〇地域包括支援センター	3
7月〇日(〇)	14:00~16:00	〇〇地域包括支援センター	3
***	***	***	***

◆ 主な参加者(予定)

- ・ 保険者: 〇〇市
- ・ 地域包括支援センター: 〇〇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

平成〇年度は要支援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。

地域ケア会議の会議資料チェック表

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）
- ☐ . . .

利用者基本情報

作成担当者:

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()		来所・電話 その他(訪問)	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		男・女	M・T・S ○○年○○月生()歳		
住 所			Tel Fax	() ()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果: 事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日: 年 月 日				
障害等認定	身障() 療育() 精神() 難病()、・・・()				
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無				
経済状況	国民年金、厚生年金、障害年金、生活保護・・・				
来 所 者 (相談者)			家族構成 ○=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キパーツ 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		続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄			住所・連絡先
			家族関係等の状況		

利用者基本情報（続き）

《介護予防に関する事項》

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

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

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、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 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 氏名 A 印	

基本チェックリスト

No.	質 問 項 目	回 答 (いずれかに○をお付け下さい)	
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分位続けて歩いていますか	0 はい	1 いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1 はい	0 いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1 はい	0 いいえ
11	6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 (m) ÷身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

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			

課題整理総括表

利用者名

股

作成日

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

※1 本表は、利用者本人の自己申告によるものであり、必ずしも正確な情報であるとは限りません。必要に応じて、介護支援専門員等の調査・評価を行い、必要に応じて追加して記入してください。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。現状に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」以外である場合に、その状況を「悪化」「悪化」「悪化」の中から選択し、該当する番号(数字)を記入する(「悪化」の番号を記入)。

※4 今回の調査有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持」の可能性を判断し、悪化を判断する場合は「悪化」を選択し、それが維持されることにより悪化される場合は「悪化」を選択する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、優先度が異なる場合は本計画期間に記入し、優先度が異なる場合は「優先」印を記入。

介護予防サービス・支援計画表

介護予防サービス・支援計画表

印刷者名 印刷作成者氏名 印刷作成(複製)日 印刷とする本文	製本年月日 製本作成者氏名 製本作成(複製)日	製本の構成: 計画作成原稿・複製所名及び所在地(複製名) 製本地: 印刷所名	印刷 製本	印刷 製本	印刷 製本
---	-------------------------------	---	----------	----------	----------

アセスメント対象と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	現時点における課題 （調査項目）	総合的問題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				
							目標についての 実施ポイント	本人等のセルフケア や家族の支援イン フラストラクチャー	介護保険サービス または地域支援事業	サービス種別	事業所
（注）：各欄について		● 有 ○ 無	1.	1.	1.						
日常生活（移動生活） について		● 有 ○ 無	2.	2.	2.						
社会参加、対人関係 （エンターテインメント）について		● 有 ○ 無	3.	3.	3.						
健康・管理について		● 有 ○ 無	4.	4.	4.						

健康被害の程度について

□主治医意見書、留診結果、留置結果等を記した留置点

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な位置の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの該当した質問項目数(質問項目数)をお書きください。

	調査年度	調査対象者数	口内ケア あり	口内ケア なし	合計	うち本組
平均値						

地域包括支援センター

【附錄】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

氏名

地域ケア会議録
平成 年度埼玉県自立促進モデル事業
第 回 地域ケア会議実施記録

1. 開催日時等

開催日時	平成 年 月 日 () : ~ :
開催場所	
議題	
主な参加者	

2. 地域ケア会議の概要

事例番号	性別	年齢	要介護度	世帯構成	新規・モニタリング	利用サービス

【事例①】

事例提出者	
検討資料	
主なコメント	
地域資源に関する課題	

事例管理シート

事例管理シート

新規のケースは記入不要です。

開催 回	開催 日時	事例 No.	新規 /評価	性別	年齢	要介護度等	事例提出者 (センター名)	利用している サービス名	評価レベル	終了判定	ケアプラン評価	次回の 評価時期 (予定)	地域課題 (必要なサービス等)
＜記入例＞		2事例以上扱う場合は、行を渡り して添字を添付してください			計画と設定した目標に対する進 捗状況を記入してください			評価の会議開催後、終了判定を 行ってください					
1	6/28	1	評価	女性	75	要支援1	〇〇 地域包括支援センター		未達成	継続	A型へ移行		
1		1											
		2											
2		3											
		4											
3		5											
		6											
4		7											
		8											
5		9											
		10											
6		11											
		12											
7		13											
		14											
8		15											
		16											
9		17											
		18											
10		19											
		20											

介護予防活動普及展開事業
市町村向け手引き

平成 29（2017）年 3 月発行

発行 厚生労働省 老健局老人保健課

事務局 株式会社 三菱総合研究所

不許複製