

志摩市

介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）
ガイドブック

志摩市

平成30年4月作成

《介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）の 基本的な考え方》

介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）（以下「介護予防支援等」という。）は、介護保険法にある『高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）』『要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ』を推進し、介護保険制度の基本理念である『できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援する』ため、実施するものです。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち自ら必要な情報を収集し、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うことが重要となります。

このことから「介護予防サービスや介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス（以下「生活支援サービス」という。）」（以下「介護予防サービス等」という。）は『サービス利用を目的』とするのではなく『介護予防の手段』ということを常に意識して介護予防支援等に取り組んでいただくことが重要です。

《介護予防支援等の目的》

「要支援認定者」や「介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下「事業対象者」という。）」（以下「要支援者等」という。）の介護予防サービス等の利用の支援については、利用者自身が地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続ける等、『心身機能』『活動』『参加』にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

このようなことから、介護予防支援等では、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、「目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していく必要があります。

（平成27年6月5日付、厚生労働省老健局振興課長通知「介護保険最新情報」Vol.484）を参考）

介護予防支援等の流れ

1. 相談 【窓口】地域包括支援センター（介護・総合相談支援課） ※要介護等認定申請は各支所窓口でも可

新たに介護予防サービス等を利用するための手続は、原則、本人が直接窓口に出向いて行っていただきます。

ただし、本人等が来所できない（入院中である、外出に支障がある等）場合は、地域包括支援センター職員による訪問や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取ります。

①『受付チェックシート』を活用し、相談の目的や希望するサービスを聴き取り、生活支援サービスで対応できるかをチェックした結果、生活支援サービスの利用申請の候補となった場合は次の点を説明します。

○基本チェックリストによる事業対象者の判定の利点・注意点

1. サービス提供の迅速化

- ・基本チェックリストを活用して迅速な支援が開始できること

2. 利用サービスの制限

- ・事業対象者は生活支援サービス（訪問型サービス：ホームヘルプサービス、通所型サービス：デイサービス）しか利用できないこと

- ・事業対象者は原則要支援1相当となること

（但し、要支援2の人が認定の有効期間の満了時に要介護等認定更新申請を行わず基本チェックリストにより事業対象者の判定を行い、対象者となる場合は要支援2相当とすることもできる）

- ・サービス利用開始後も必要に応じ、随時要介護認定等申請は可能であること

※第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、生活支援サービスを受けることができます。

（第2号被保険者については基本チェックリストの実施はしない。）

②上記事項の説明を実施し、同意を得られた場合は『2-2. 基本チェックリストによる対象者判定』に、同意を得られない場合や、要介護等認定申請が必要な場合は『2-2. 要介護等認定申請』につなげます。

2-1. 基本チェックリストによる事業対象者判定

基本チェックリストによる事業対象者判定は『基本チェックリストについての考え方』に基づき、質問項目の趣旨を説明し、『志摩市介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防・生活支援サービス事業利用申請書』を使用して地域包括支援センター職員と対面形式で、本人等（本人又は家族）の回答により実施し、事業対象者の基準の該当の有無を確認します。

また、要支援認定の更新時に基本チェックリストによる事業対象者の判定を行う場合は、担当の介護支援専門員との対面方式で実施することを可能としますが、その際も『基本チェックリストについての考え方』に基づき、本人等の回答によるものでなければいけません。その際も事業対象者の判定は地域包括支援センターが行いますので、聴き取り実施後は速やかに地域包括支援センターへ提出してください。

なお、『志摩市介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防・生活支援サービス事業利用申請書』提出時は介護保険被保険者証も併せて提出してください。

※基本チェックリストを実施した結果、事業の対象者とならなかった場合
基本チェックリストは、

- ①基本的に質問項目の趣旨を聴きながら本人等が記入し、状況を確認するものであること
- ②相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできること

等の理由により、行政処分には当たらないものと整理されていますので不服申し立て等の対象になりませんので、相談者が結果に納得できない場合は、要介護等の申請につなげていきます。

2-2. 要介護等認定申請

『受付チェックシート』による聞き取りの結果、要介護等認定申請が必要と思われる時や基本チェックリストによる事業対象者の判定に同意を得られない、相談者が第2号被保険者等の場合は要介護等認定申請につなげます。

この際、緊急的にサービス利用の必要がある等の場合、これまで同様、暫定プランによるサービス利用をすることも可能ですが、介護給付サービスと生活支援サービスは併用することができません。

暫定プランを『要支援見込み』で作成し支援する場合は、その暫定期間は『現行相当サービス』とし、認定結果が出たあと速やかに利用者に合った本プランを作成し、支援につなげてください。
(この際、シルバー人材センターによる買物支援等は基準緩和型サービスのため特に気を付けてください。)

また、生活支援サービスは自己作成による利用はできません。暫定プランを『要介護見込み』で作成し支援する場合も万が一要支援の認定が出た場合、通所・訪問介護サービスを利用していると生活支援サービスを利用していたとみなされ、『全額自己負担』となってしまいます。

しかしながら、それでは利用者に及ぼす影響（不利益）が著しいため、新規更新・区分変更の申請に伴う暫定プラン作成の際に、事前に地域包括支援センターと連携を取っている場合についてのみ、居宅の届け出をさかのぼって受け付けることを可能としますので、暫定プランを作成する際には地域包括支援センターとの連携に努めてください。

また特に更新申請につきましては、既存の認定の有効期間内に認定結果が出るよう、利用者に対し適切な支援を実施してください。

3. 要介護等認定・事業対象者判定結果と 介護保険被保険者証の送付

要介護等認定申請の場合は、認定結果が出次第（申請からおよそ1カ月後）、基本チェックリストによる事業対象者判定申請の場合は、原則、申請日の翌週の月曜日に介護保険被保険者証とともに結果を申請者に送付します。

○事業対象者判定の結果について

事業対象者と判定された場合、その状態を『要支援〇相当』として表します。また、その状態の判定は以下のとおりとしています。

①志摩市では事業対象者は原則『要支援1相当』としています。

②特例として要支援2の人が認定の有効期間の満了時に要介護等認定更新申請を行わず基本チェックリストにより事業対象者の判定を行い、対象者となる場合は『要支援2相当』とすることもできます。

なお、事業対象者（要支援2相当）が有効期間満了に伴い、基本チェックを実施し、再度事業対象者となる場合は、原則に戻り要支援1相当としますので、ご注意ください。

○事業対象者の有効期間について

事業対象者の有効期間は以下のとおりです

①新規申請の場合

『志摩市介護予防・日常生活支援 総合事業 介護予防・生活支援サービス事業利用申請書』の受理日から、その日が属する月の末日から最大2年間。

例) 2018年4月15日に申請を受理した場合

→有効期間：2018年4月15日 から 2020年4月30日

②事業対象者の更新や要支援認定からの切り替え

申請時点で有効な事業対象者又は要介護等認定の有効期間満了日の翌日から最大2年間。

例) 2018年5月31日に要支援の認定有効期間が終了する人の申請を2018年4月15日を受理した場合

→有効期間：2018年6月1日 から 2020年5月31日

※なお、事業対象者の更新や要支援認定からの切り替えによる申請は、事業対象者又は要介護等認定の有効期間満了日の60日前から受け付けます。

4. 利用の手続き（契約）・アセスメント

要支援者等が、サービスの利用を希望される場合、地域包括支援センターは、本人宅を訪問し、本人及び家族と面談を行い、運営規程等の重要事項を説明し同意を得た上で、契約手続きとアセスメントを行います。

※委託の場合、委託先の居宅介護支援事業所が本人宅を訪問し、アセスメントを行います。原則、地域包括支援センターの介護支援専門員が同行訪問します。

なお、窓口へ本人及び家族が来て、サービス利用についての相談を受けた際に、実施したアセスメントについては、運営規程等の重要事項を説明し同意を得た場合は、本人宅で実施したものと同等に扱うことができます。

○アセスメントについては『アセスメントシート』『興味・関心チェックシート』『利用者実態把握（基本情報）』等を活用しながら実施し、事業対象者の場合は要介護等認定の必要性（事業対象者で適切か）を再度、判断します。また、事業対象者の場合は、認定調査資料や主治医意見書等が無い場合、『危険度チェックシート』を作成してください。

利用者が自身の状況を把握していない場合は、健診の結果等や主治医への聞き取りで把握するよう努めてください。

なお、その書類等や定期受診等が無い場合は空欄でもやむなしとしますが、運動機能向上等のサービスを利用する場合等は、必ず聞き取りしておく必要がある項目もありますので、適宜判断してください。

アセスメントの結果、介護予防支援等が妥当と判断された場合、本人と地域包括支援センターが契約を行います。（委託の場合は委託事業所を含めた3者契約）

○契約書作成にあわせ、下記の物等の必要な書類の説明及び作成してください。

- ・重要事項説明書
- ・個人情報同意書
- ・サービス計画作成依頼届出書
- ・認定調査資料開示依頼（要支援認定者のみ）

○本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から本人及び家族とのコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めてください。

5. 書類の提出

介護保険被保険者証とサービス計画作成依頼届出書を介護・総合相談支援課地域包括ケア推進係に提出してください。

- ・サービス計画作成依頼届出書

サービス計画作成依頼届出書は利用者の認定等状況により作成・提出する様式が異なりますので気を付けてください。

①要支援認定者の場合：介護予防サービス計画作成依頼届出書

②事業対象者 の場合：志摩市介護予防・日常生活支援総合事業サービス計画作成依頼届出書

なお、事業対象者から要支援認定者となり介護予防サービスを利用する場合や要支援認定者から事業対象者となり生活支援サービスを利用する場合にも上記の届出の作成・提出が必要となりますのでご注意ください。

6. ケアプラン原案作成

①介護予防ケアマネジメント等の類型を決定していきます。

（平成30年度中に委託するものは現行の介護予防支援事業又は介護予防ケアマネジメントAに限られます。）

②単に心身機能の改善だけを目指すものではなく、心身機能の改善や生活環境を通じて、生活の質の向上を目指すものとして、本人が自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定します。

③利用するサービスを検討する際は、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業等、本人の自立支援を支える原案を本人とともに作成します。

7. 訪問型・通所型サービス計画書等原案作成

サービス提供者は、地域包括支援センター（委託の場合は居宅介護支援事業所）よりケアプラン原案を受領し、本人及び家族との面談等を行った上でケアプラン原案に沿った訪問型・通所型サービス計画書等原案を作成します。

※訪問型・通所型サービス計画書等原案は、サービスの提供に関わる従業者が協働して個々の利用者ごとに作成してください。

8. サービス担当者会議 ケアプラン、訪問型・通所型サービス計画書等の 交付（本人への説明・同意を含む）

○サービス担当者会議

地域包括支援センターは、ケアプラン原案について、サービス提供者から専門的見地における意見を聴取し、ケアプラン原案に反映させます。

○ケアプラン交付

①本人及び家族にサービス内容を説明し、同意を得た上で、本人及びサービス提供者に交付し、同意欄に自署又は記入押印をもらってください。

②委託の場合、地域包括支援センターがケアプランを必ず確認し、押印します。

○訪問型・通所型サービス計画書等の交付

サービス提供者は、ケアプランを受領し、ケアプランに沿った訪問型・通所型サービス計画書等を作成した上で、本人及び家族にサービス内容を説明し、同意を得た上で、同意欄に自署又は記入押印をしてもらい本人及び地域包括支援センターに交付します。（継続ケースを含む）

9. サービス利用開始

○サービス利用開始後にサービス提供者から受けた利用者に関する情報がアセスメントの結果と著しく違う場合や利用者からのサービス内容変更の希望がある場合は、その内容が本人の自立支援に資するな内容かを適切に判断した上でサービス内容の変更が必要と判断された場合は、速やかなに適切と思われるケアプラン（案）を作成し、地域包括支援センターと協議を行ってください。

10. モニタリング

○介護予防支援・ケアマネジメントAについては原則3ヶ月。

○状況・問題・意欲の変化等を本人、家族及びサービス提供者から直接聴取し、継続的に把握します。

○モニタリング実施月以外においても、可能な限り本人と面談するよう努め、面談が困難な場合は電話等で状況を把握します。

11. 評価

○目標の達成の確認・再検討を行います

12. ケアマネジメントの継続・変更・終了

○本人の状況に応じ、今後の方針を決定します。

○委託の場合、地域包括支援センターにサービス評価票を提出します。

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。
それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
	1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<p>家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。</p> <p>なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。</p>
2	日用品の買い物をしていきますか	<p>自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。</p> <p>頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。</p>
3	預貯金の出し入れをしていますか	<p>自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。</p>
4	友人の家を訪ねていますか	<p>友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。</p>
5	家族や友人の相談にのっていますか	<p>家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。</p>

基本チェックリストの考え方

	質問項目	質問項目の趣旨
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。 時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
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	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていきますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。

基本チェックリストの考え方

	質問項目	質問項目の趣旨
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」等の物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。

基本チェックリストの考え方

	質問項目	質問項目の趣旨
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
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	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

※事業対象者に該当する基準（①～⑦いずれかに該当すれば事業対象者となります。）

①1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	⇒	複数の項目に支障
②6～10までの5項目のうち3項目以上該当	⇒	運動機能の低下
③11・12の2項目すべてに該当	⇒	低栄養状態
④13～15までの2項目のうち2項目以上に該当	⇒	口腔機能の低下
⑤16に該当	⇒	閉じこもり
⑥18～20までの3項目のうちいずれか1項目に該当	⇒	認知機能の低下
⑦21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	⇒	「うつ状態」の可能性

自立支援型地域ケア会議

地域包括ケアシステムの構築に向け、個別ケースを通じて、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員及びサービス提供事業所と専門多職種が協働の上、個別ケースの自立支援を重視した介護予防ケアマネジメントに基づくケアプラン等の作成及び参加者の専門的能力の向上、地域の社会資源の把握・開発及び政策形成につなげるため自立支援型地域ケア会議を開催します。

○会議の目的

志摩市に暮らす高齢者ひとりひとりについて、それぞれの希望や課題を整理し、課題の解決を目指しながら、その人なりのQOLを保った生活を、1日でも長くできるように支援する地域包括ケアシステムの構築の推進です。

利用者の自立支援に向け、必要なサービスを必要な分、提供していくために次に掲げる4つの機会となることを目指します。

- ①会議を通して、担当介護支援専門員やサービス担当者（以下「支援担当者」という。）が、支援のあり方について気付く機会
- ②介護と医療・リハビリ・行政・地域等が定期的に情報交換を行うことによる、人材の連携の機会
- ③専門多職種による協働のもと支援担当者のサポート、後方支援として利用者の思いやニーズをふまえ、QOLが高い状態とはどのような状態を指すのか、どうすればそこに近づけるのか（本人や家族の工夫や各種資源の活用）について、各専門職からの助言や提案が受けられる機会
- ④市や地域包括支援センターとして、個々の事例から地域の課題を把握し、志摩市に不足している資源やサービスは何かを把握する機会

そして、それぞれの機会の効果をもとにして

- (1) 介護支援専門員の高齢者の自立に向けたケアマネジメント能力の向上
- (2) サービス提供事業者の自立支援に向けたサービス提供力の向上
- (3) 把握した課題等の解決に向けた事業展開・施策形成
- (4) 平時における介護と医療・リハビリ・行政・地域の関係強化
等を、地域包括ケアシステムの構築につなげていきます。

自立支援型地域ケア会議

○自立支援型地域ケア会議の概要

1. 実施者

志摩市（地域包括支援センター）

2. 対象ケース

要支援者等で下記のケースに当てはまるものを対象とします。

①介護予防給付と総合事業を利用するケース又は総合事業のみを利用するケースのなかからケースの選定日の概ね2か月以内にサービスの利用を新たに開始したケース。

②担当介護支援専門員又は地域包括支援センターが特に多職種による検討を必要とするケース。

※担当介護支援専門員がケースの検討を希望する場合は、ケース選定日の前週の最終開庁日の午後4時まで申し出てください。

3. 開催頻度と会場

平成30年度は次のとおり開催します。

①頻度：月1回（各月第4水曜日の午後1時30分から）

②会場：原則 市役所本庁4階会議室で開催します。

③件数：1回につき3～4件の事例（1件あたり30分程度）

※それぞれ変更がある場合は、その都度関係者に通知します。

自立支援型地域ケア会議

○自立支援型地域ケア会議の概要

4. 会議の構成員

会議の構成員は『事例提供者』『アドバイザー』『実施主体』とし、以下の役割を担います。

①事例提供者

- ・ 職種：ケースを担当する介護支援専門員
訪問型サービス事業者（シルバー人材センターを除く）
通所型サービス事業者
- ・ 役割：★ケアプラン及び利用者の概要説明
 - ・ サービス提供に至った経緯
 - ・ サービス選定時に考慮したこと
 - ・ サービス提供時の利用者の様子
 - ・ ケアプラン作成の際に苦慮した点等

②アドバイザー

- ・ 職種：医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士
理学療法士・作業療法士等のリハビリ専門職 等
- ・ 役割：★アセスメントやケアプランの内容に対して課題の発見
★介護予防の理念に基づき、自立に向けた具体的な提案
★事例提供者が苦慮した点や疑問点等に対する具体的な
アドバイスの提示 等

③実施主体

- ・ 職種：市・地域包括支援センター職員
（主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士、
生活支援コーディネーター、市担当職員 等）
- ・ 役割：★会の運営（司会進行・意見のとりまとめ等）
★課題の発見と各職種の視点によるアイデアの提言
★把握した地域課題等を政策形成の場へ報告し、課題解決
に向けた施策の実施 等

自立支援型地域ケア会議

○自立支援型地域ケア会議の概要

5. 開催までの流れ

自立支援型地域ケア会議の開催までの流れは次のとおりとします。

①ケースの選定

市及び地域包括支援センター職員等により、対象ケースの中から、実際に検討するケースを選定する。

(実施日：開催月の前月の自立支援型地域ケア会議開催週の
最終開庁日)



②事例報告依頼

選定ケースの担当者に事例報告と書類の作成を依頼（電話等）し、事業所管理者宛てに文書による派遣依頼を行う。

(実施日の目安：ケース選定日の翌週の最初の開庁日)



③事例報告者から資料提出

別に定める資料を揃え、提出する。

(提出締切：原則、事例報告依頼日の翌週の最終開庁日)

※提出資料は次頁をご確認ください。



④アドバイザーへの資料の送付

提出を受けた書類を確認の上、要支援者のケースの場合は

『主治医意見書』『要介護認定調査票』を添付しアドバイザーへ資料を送付する。

(実施の目安：開催日の1週間前)

自立支援型地域ケア会議

○自立支援型地域ケア会議の概要

6. 自立支援型地域ケア会議 提出書類一覧

介護支援専門員 準備分

提出様式	利用者の種別	
	要支援認定者	事業対象者
①自立支援型地域ケア会議 エントリーシート	○	○
②介護予防サービス・支援計画書	○	○
③利用者基本情報	○	○
④基本チェックリスト	○	○
⑤アセスメントシート	○	○
⑥興味・関心チェックシート	○	○
⑦危険度チェックシート	—	○
⑧その他資料	△	△

サービス事業所 準備分

提出様式	利用者の種別	
	要支援認定者	事業対象者
①訪問型・通所型サービス計画書	○	○

※「○」は必須、「△」は必要に応じて提出してください。「—」は提出の必要ありません。

自立支援型地域ケア会議

○自立支援型地域ケア会議の概要

7. 会議の流れ

項目	時間配分	内容
資料等の確認		事例提供者（ケアプラン作成者、サービス事業所）の紹介と資料の確認（補足資料等があればこの時点で配布）
ケアプラン作成者 概要説明	7分	概要説明は、簡潔・明確に特に以下の内容について説明 ①利用者基本情報 ②現在の状態に至った原因や問題点 ③本人の持っている目標、アセスメント等から担当介護支援専門員が改善可能と思われる点 ④上記を踏まえたケアプラン等における支援方針・目標等 ⑤ケアプラン作成にあたり、苦慮した点や助言を受けたい点、また力を入れた点の発表
サービス事業所 補足説明		サービス事業所からはアセスメントに基づく、具体的な支援内容を説明と利用時の様子の報告やケアプラン作成者の概要説明で補足が必要と思われる事項の説明を行う。 （説明がすべて終了するまでは原則、質問は行わない。）
グループワーク	20分	○アドバイザーからの具体的な助言や提案の提示 ①解決すべき問題点の整理、発生要因の特定と改善の見込み（事例提案者の挙げたもののほか、専門的見地から見える問題点の提示や問題点の発生要因と改善見込みについて必要な助言を行う） ②事例提供者に対し整理した課題やアドバイスについて、意見を聞く。 ○参加者で改善に必要な支援と不足している社会資源の検討
まとめ	3分	○協議結果のまとめ ①支援方針の確認等決定事項等をまとめ、共通認識を確認 ②アドバイザーからのアドバイスをまとめるだけでなく、会議で出たアドバイス等を踏まえ「今後どのように支援計画に活かしていくことができるのか」の視点でまとめる

自立支援型地域ケア会議

○自立支援型地域ケア会議での注意点

★守秘義務

地域ケア会議は、介護保険法に位置づけられており、関係者に対して法律上、守秘義務を課していますので、この会議の場で知りえた情報について会議の構成員は、正当な理由なく外部に漏らさないようお願いします。

なお、この会議は原則非公開としますが例外として※1事例提供者となりうるものや※2アドバイザーとなりうるもの、所属長が特別に認めるものについては傍聴を認めることとしますが、事前に申し込み等必要な手続きを行ってください。

また当然のことながら傍聴者にも構成員と同様に守秘義務が課されますので、正当な理由なく外部に漏らさないようお願いします。

※1 介護予防支援等を実施している介護支援専門員や、サービス提供事業所の職員等

※2 今後アドバイザーとしてこの会議に参加する見込みがあるもの

◎事例に関する資料は回収します。

※ 守秘義務違反の場合、罰則規定あり

- 介護保険法百十五条の四十八第五項

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えた秘密を漏らしてはならない。

- 介護保険法二〇五条二項

(前略) 百十五条の四十八第五項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

自立支援型地域ケア会議

○自立支援型地域ケア会議での注意点

★参加者の心構え

この会議では『アドバイザー』『事例提供者』『実施主体』とそれぞれ役割は分かれています、互いが会議の開催目的の達成に向けて協働して行っていくものです。

事例提供者も、アドバイザーも、実施主体側の参加者も互いに学びあい、支えあう場になるよう次の点に心がけていただきたいと思います。

○参加者全般

- ・わかりやすい表現で伝える。
- ・相手の発言を遮らない。
- ・みなさん忙しい中、限られた時間で実施します。各自が十分に事前準備をしていただきますようお願いします。

○アドバイザー・実施主体側の参加者

- ・感情的な非難や批判はしてはダメ！
- ・意見や解決法について事例提供者に押し付けない！

○事例提供者

- ・アドバイザー等の言葉に耳を傾けてください。
- ・会議で出た意見をすべてを受け入れる必要はないですが、会議が終わってから、必ず内容を思い返し、今後の支援に活かしてください。
- ・できるだけたくさんの助言をもらうことを意識してください。