

# CHIBAちば

## 介護予防のための 地域ケア個別会議ハンドブック

### “助言者のツボ”

～介護予防のための地域ケア個別会議から地域を変えよう～



令和2年3月

千葉県

千葉県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連携推進会議

## はじめに

このハンドブックには、私たち千葉県介護予防市町村支援事業に係るアドバイザー※が県内市町村の「介護予防のための地域ケア個別会議」に関わらせていただいた経験を基に、職種を問わずこの会議に助言者として関わる全ての方に知っておいて欲しいと考えたことをまとめてあります。助言者として関わる方々のお役に立てば幸いです。



会議参加者同士で、共に学び、共に会議の運営を支援しようとする姿勢が必要です。そのためには最低限、次の「思い」を持ち会議に臨んでください。

- 有意義な会議にしたいという思い。
- 検討事例に「より良いケア」を提供したいという思い。
- 「より良いケア」が提供される地域にしたいという思い。
- 住民の誰もが「いつまでもこの地域で暮らしたい」と思える地域を一緒に創ろうという思い。

※ 市町村の介護予防関連事業の効果的な実施を支援するため、千葉県が選任し、厚生労働省の研修を受講した技術的助言者。

## Contents

はじめに	p.1
目次	
チェックリスト ～ココがツボ！～	p.3
その1 “自分ごと”として介護予防を考えてみましょう	p.4
<ul style="list-style-type: none"><li>・ Aさんはあなたです</li><li>・ 何か良い方法はないでしょうか？</li></ul>	
その2 「介護予防のための地域ケア個別会議」の“さわり”	p.9
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 「介護予防のための地域ケア会議」とは？</li><li>・ 「介護予防のための地域ケア個別会議」に期待されていること ①～②</li><li>・ キーワードは「自立支援」</li><li>・ サービス担当者会議とはここが違う</li></ul>	
その3 助言者のツボ 「介護予防のための地域ケア個別会議」を活用して、「より良い ケア」「より良い地域」を創るために	p.16
<ul style="list-style-type: none"><li>・ いつまでもこの地域で暮らし続けるために</li><li>・ 「あったらいいな」探しも会議の目的</li><li>・ 期待される助言 ①～②</li><li>・ 会議資料を読み込む時のツボ ①～③</li><li>・ 実際に助言をする時のツボ ①～⑦</li></ul>	
その4 助言者として参加するメリット	p.31
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 助言者として参加するメリット①～②</li></ul>	
まとめ	p.34
資料	p.35
制度編	p.36
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域ケア会議とは？</li><li>・ 介護予防のための地域ケア個別会議の実際</li><li>・ 市町村における他の会議や事業との関係性</li><li>・ 介護保険法（関係条文）</li></ul>	
おわりに	p.46

# Checklist ～ココがツボ！



## ○ 確認しましょう

- 会議に参加する際に主催者に確認するべきこと p.11
- 介護予防のための地域ケア個別会議の意義 p.12-13  
p.32-34  
p.37
- 「自立支援」の考え方 p.14
- 地域ケア個別会議とサービス担当者会議の違い p.15
- 会議資料を読み込む際の目の付け所 p.21-23
- 助言をする時の心得 p.17-20  
p.24-30
- 標準的な会議の流れ p.38-41
- 他の会議との関係性 p.44

## その1

“自分ごと”として介護予防を  
考えてみましょう



## Aさんはあなたです

Aさんは78歳。数年前に配偶者を亡くし、今は独り暮らしです。一人娘の夫婦が車で30分程度の所に住んでいます。

自治会のグランドゴルフのサークルが大好きで、グランドゴルフは勿論、その後にみんなで食事をしたり、2、3週間に一度はカラオケに行ったりしていました。

犬の散歩も毎日しており、また庭のプランターで花を育てていました。

半年前に胃癌が見つかり、その後入院し胃の半分を切除しました。病気の内容は本人・家族とも知っています。

医師からは「転移もないですし、早期だったのでこれで大丈夫でしょう」と言われ3週間前に退院してきました。

日常生活上の禁忌は無く、「何をしても大丈夫です」と言われています。

食事指導は、退院時に栄養士から受けてきましたが、なかなか食が進まないのが現状です。

現在、要支援1です。

退院して3週間。毎日の犬の散歩と花の世話はやっていますが、身体も心もしんどく閉じ籠り気味になっていました。

そんな状態を心配した娘が地域包括支援センターに相談し、今日はその地域包括支援センターから紹介された介護支援専門員が自宅に来る日です。

Aさんのお宅ではこんな会話が展開されました



介護支援専門員



Aさん



Aさんの娘さん



「今、お一人でお住まいですが、何か生活しづらいことはありませんか？」

介護支援専門員

「重い物の買い物がね…風呂も力が入らず滑りそうで、浴槽に入るのが怖いかな…。」



Aさん

「入院前はいつも外に出ていたけど、最近は家からあまり出なくて、ますます弱くなりそうで、それが心配なんです。」



Aさんの娘さん



「そうですか、それは心配ですね。ところでAさんはこれから先『こんな生活してみたいな…』ということは何かありますか？」

介護支援専門員

本当は…グラウンドゴルフ楽しかったな、  
終わった後のお茶会やカラオケも…、  
でも直ぐ疲れちゃうし、皆の足手  
まといになるし、無理だろうな…

「今のままで良いです。こうやって花を  
育てたり、犬の散歩ができてるので、  
このままで良いです。」



Aさん

「そうですか…。入院が長かったから体力が落ちて  
いるのかもしれませんがね。では、買い物はヘルパー  
さんに行ってもらいましょうか？  
お風呂や外出が大変ならデイサービスに行ってみま  
せんか？定期的に外出できますし、ごはんも出ます  
し、お風呂も入れます。運動もできますし、楽しい  
ですよ。」



介護支援  
専門員

「いいじゃない。買い物頼めると私も安心  
だし、デイサービス楽しそうだから行って  
みたら！」



Aさんの  
娘さん

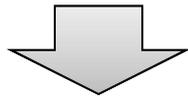
「…」



Aさん

## 何か良い方法はないでしょうか？

- 体力が落ちた・お風呂が大変 → 通所介護
- 買い物が大変 → 訪問介護



- “自分ごと”として考えた時に、この「できないことを補完してくれて、お世話をしてくれる」というサービスだけでよいでしょうか？
- もっとあなたのくらしを豊かに、あなたの「したい暮らし」を実現するために、より良い方法はないのでしょうか？

Aさんの馴染みの人間関係の中で、  
Aさんらしい暮らしを続けられる  
ためにはどうしたら良いのかな？

この地域にそんなことを  
実現できる支援体制がある  
のかしら？



介護支援専門員

このようなお悩みを解決する手段の一つが  
「介護予防のための地域ケア個別会議」です。



## その2

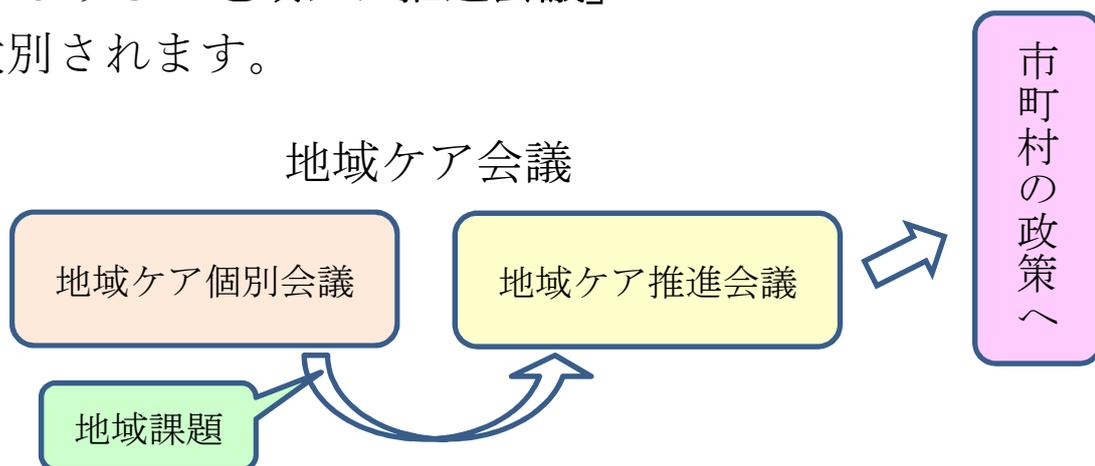
# 「介護予防のための地域ケア個別会議」の “さわり”

「制度編」も  
ご覧ください



## 「介護予防のための地域ケア会議」とは？

- 「地域ケア会議」は介護保険法第 115 条の 48★ で定義されている会議です。
- 「地域ケア会議」は
  - ・ 個別事例の課題検討を行う「地域ケア個別会議」
  - ・ 「地域ケア個別会議」で把握された地域課題を解決するために、地域に必要な施策を立案・提言し政策形成へつなげる「地域ケア推進会議」に大別されます。



- 「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」の一つです。
- 「介護予防のための地域ケア個別会議」の主催者は市町村（保険者）です。
  - ・ 地域包括支援センターが実施する場合も、保険者の下で実施するものと考えられます。

## ココがツボ！

- 市町村（保険者）が主催するため、市町村によって会議の在り方が異なります。助言者として会議に参加する前に最低限以下のことを主催者に確認する必要があります。

- 会議の目的
- 会議の進行方法
- 会議の参加者
- 自分に課せられた役割

- 会議の目的によって、取り上げる検討事例が異なります。その事例が取り上げられた理由を知り会議に臨むことは助言を行う上で重要です。

市町村により会議の運営方法等が異なります。  
参加前に確認が必要です。



## 「介護予防のための地域ケア個別会議」に期待されていること①

「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」★の報告書では、浮き彫りになった多様な課題の解決のために、以下のような役割を担っている「地域ケア会議」の活用を推奨しています。

- 実践を通じた、多職種によるアセスメント能力などの介護支援専門員の資質向上の支援
- 高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの実現
- 多職種協働によるサービス担当者会議の実効性を高める支援
- 医療との連携、インフォーマルサービスの組み込み、支援困難事例に対する支援
- 地域における課題の発見、地域のネットワーク化、社会資源の開発
- 介護支援専門員の独立性・中立性・自律性の確保
- 小規模事業所の支援
- 日常的な多職種の学びの場

## 「介護予防のための地域ケア個別会議」に期待されていること②

- さらに、同報告書には「（地域ケア会議には）個別ケースの課題分析等の積み重ねにより地域課題を把握することにつながり、地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには次期介護保険事業計画への反映などの政策形成や地域包括ケアの実現につなげていくことが期待される。」とも書かれています。
- 「介護予防のための地域ケア個別会議」は高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの実現のために、多職種による個別課題の解決を目指す会議です。そしてその積み重ねから、地域課題を把握し、地域づくり・政策形成につなげるための会議なのです。
- この「多職種」が「助言者」です。

助言者への期待は  
大きいのです！



## キーワードは「自立支援」

ココがツボ！

### ○キーワードは「自立支援」

- 自立支援には多様な考え方があります。
- 独自の定義を作っている市町村もあります。
- 介護保険法の第1条★に、自立した生活は「尊厳を保持」されていることと定められています。「尊厳」が保持されているということから、自立した生活の根底には「自己選択・自己決定」そして「最期までその人らしい生活ができること」があると考えられます。

あなたの人生の中では  
あなたが主人公



## サービス担当者会議とはここが違う ～助言者として多職種が必要な理由～

### ○サービス担当者会議

- ケアプラン作成担当が主催します。
- 参加者は基本的にケアプランに組み込まれた関係者や利用者・家族です。
- 「ねらい」はサービス提供に関することです。
- 地域課題の洗い出しが目的ではありません。

### ○地域ケア個別会議

- 市町村または地域包括支援センターが主催します。
- 参加者は、地域の多職種です。
- 「ねらい」は多職種からの助言によるケアマネジメント能力の向上や個別課題の解決、さらに地域の「あったらいいな」を見つけだし、**地域課題を解決するため「地域ケア推進会議」や「協議体」等の取り組みにつなげる**ことです。



- 本人の「したい暮らし」の実現には、身体や心、ご家族や友人・ご近所付き合い、住まいやお金のこと等々、多角的な検討が必要です。
- そのマネジメントを補完するためには、今サービスを提供している人以外の多職種の視点も必要なのです。

## その3

ココがツボ！

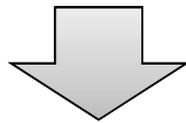
### 助言者のツボ

「介護予防のための地域ケア個別会議」を活用して、  
「より良いケア」「より良い地域」を創るために



## いつまでもこの地域で暮らし続けるために

- 地域包括ケアシステム★とは「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期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制」のこと。



これは要するに…

「なじみの環境」で自分が「したい暮らし」が継続できる地域づくりのこと

ココがツボ！

- 助言する際に、是非考えて欲しいこと

そのケアプランで、その人は「なじみの環境」で「したい暮らし」を継続できるのだろうか？



# 「より良いケア」「より良い地域」を創るため 「あったらいいな」探しも会議の目的

いつまでもこの地域で暮らし続けるために

① 地域包括ケアシステムとは「家から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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制」のこと。

↓

これは要するに…  
「なごみの地域」で自分が「したい暮らし」が実現できる地域づくりのこと

ココがツボ！

② 助言する際には、是非考えて欲しいこと  
そのケアプランで、その人は「なごみの地域」で「したい暮らし」を実現できるのだろうか？

介護支援専門員

言ってることはわかるけど、今のこの地域資源では実現は難しいかも…。  
住民さん同士のつながりも希薄だし…。

ココがツボ！

- 地域資源や地域のつながりの「あったらいいな」こそが地域課題かもしれません。
- これを掘り当てて「地域ケア推進会議」につなげることも「地域ケア個別会議」の役割です。
- 助言する時にも「あったらいいな」探しを気にかけていてください。
- そして「あったらいいな」の実現や、皆と一緒に地域課題を解決するために、自分たちは「こんな支援ができるよ」を提案できるようになると良いでしょう。但し、自分の売込みや営業活動になってはいけません。



## 期待される助言①

### 「できる」可能性を探り、意欲を引き出す

○このような視点での助言が期待されています。

「できていること」に対して

- 可能な限り「続けられる」ための助言

「できそうなこと」に対して

- 「できるようになる」ための支援につながる助言

「できないこと」に対して

- その行為の全てができないのかを考えて、その行為の中でもできそうな動作等の練習方法や、動作の仕方や環境を変えたりすることで、その行為が「できそう」や「できる」につなげるための助言。



介護支援専門員

Aさんは「浴槽の跨ぎが怖くて入浴が大変」と言っていたけど、ひょっとして座って入れるように環境を整えて動作の方法の練習をしたら、一人で入れるのかもしれないな…

「できないこと」を補完するための「お世話型サービス」ありきの助言が期待されているわけではありません。



## 期待される助言②

# 本当に「したいこと」「したい暮らし」は？

○ ある会議の一場面です



介護支援専門員

「この方は、以前勤めていた会社の友人と月に1回はゴルフに行っていたほどゴルフ好きでしたが、現在は転倒が怖く、『一緒に行く人に迷惑がかかるから』という理由でお誘いが来ても断っているそうです。」

「確かにゴルフはちょっと難しいかもしれませんが、この方の身体状況でもパークゴルフなら安全にできると思います。地元にはパークゴルフのサークルがあればご紹介したらいかがでしょうか。」



助言者



このケースが「したい」ことは

- 以前勤めていた会社の友人とゴルフをすること。
- ゴルフをすること。
- 以前勤めていた会社の友人と会って話をする事。

本当はどれなのでしょう。

本当に「したいこと」「したい暮らし」は掘り下げて考えないと、的外れな助言になってしまうかもしれません。注意しましょう。

## 会議資料を読み込む時のツボ①

# 会議を想定しながら、紙面を読み込んでおこう

- 「介護予防のための地域ケア個別会議」はいわゆる紙面カンファレンスです。
- 多くの市町村では、検討事例の資料が事前に郵送されてきますので資料の読み込みは必須です。
- 資料の書式は市町村により異なりますが、「介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き (Ver.2) 」★のp.37～p.45に、一般的な会議資料の書式と、その書式のどこに何が書いてあるのかの解説が載っています。助言者の多くは医療職であることから、介護保険関係の書式を見る機会が少ないと思いますので、この手引きを是非ご一読ください
- また、ケアプランを構築するために、紙面には表現されない多大な苦労や思いを介護支援専門員や事例提供者が抱えていることを忘れないでください。
  - 例えば… 家族関係の複雑さ
  - 本人の性格や物の言い方
  - 経済的な苦労 等々

## 会議資料を読み込む時のツボ②

# 目標・課題・プラン・あったらいいな

○資料を読み込む時には、以下のような視点で読み込むと助言の時にも生きてくると思います。

介護予防サービス・支援計画書等書かれている「目標とする生活」に着目。

- 「1日」と「1年」の欄。すなわち「日々このような暮らしを送り、1年後にはこうなっていたい」の妥当性はどうか。



- 手段と目標を取り違えていないか。  
(例) 転倒しないで歩行できる…手段  
近所のスーパーに行って買い物ができる…目標

目標にして  
しまいがち



- 抽出した「解決すべき課題」は、目標達成のために妥当なのか。



- 書式に落とし込まれているプランで、課題解決が可能なのか。



- 目標達成や課題解決に向けて「あったらいいな」も考える。

## 会議資料を読み込む時のツボ③

### こんな視点も忘れずに！

- その人にとって意味のある目標になっているか  
→「なじみの環境」で自分が「したい暮らし」が  
継続できることにつながっているか。
- 「できそう」なことを「できる」につなげるプランになっているか  
→改善しそうな部分を見落とししていないか。
- 住民同士の活動などのインフォーマルサービスを含めて  
その人に必要な支援の検討がなされているか。  
→パターン化されたサービスの当てはめになっていないか。
- 悪化のリスクが見落とされてないか
- 本人の強みが見落とされてないか。
- 本人や家族の言葉に引っ張られて本質を見落とししていないか。

## 実際に助言をする時のツボ①

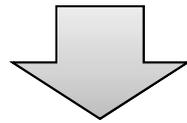
### より良い会議にするために

○求められているのは「助言」です。「指導」や「教育」ではありません。

例えば、語尾の違いも大切です。



- ○○○をしないとダメでしょう。
- □□□をプランに入れないなんておかしいでしょう。



- ○○○をすることは検討の余地がありますか？
- □□□をプランに入れることで△△△の効果が期待できそうですがご検討いただけますか？

○助言を受けた事例提供者が、主体的にケアプランやサービス内容を変えようという気付きにつながる助言が期待されています。

○「粗探し」ではなく「良い点」についてもフィードバックをしてください。

## 実際に助言をする時のツボ②

### 「今のまま」を実現するには...

- 利用者のこんな一言が支援者を悩ましています。あなたならどのような助言ができるでしょうか。



「Aさんはこんな生活がしたいとか  
思っていることはありますか？」

介護支援専門員

「今のままで良いです。特に何も  
なくて今のままで良いです。」



Aさん



- 人は加齢により身体や精神の様々な機能が低下します。極端に言えば「今のまま」を維持するということは、相対的に様々な機能が向上しているとも言えます。
- しかし、何もしなくても「今のまま」最期を迎えられると誤解されている利用者・家族は意外と多いのが実際です。
- 今の暮らしの何が「今のままで良い」とご本人は考えているのかの確認が必要です。
- そして、その維持のためには人的・物的環境整備も視野に入れ、どのような支援が必要なのかの助言が求められます。

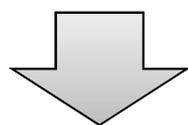
## 実際に助言をする時のツボ③

# 売り込みはいけません

○その人が「なじみの環境」で「したい暮らし」を継続できるための助言が求められます。しかし、特定のサービスを売り込む営業活動になってはいけません。



「この方がお風呂に入れるようになるためには、お尻の筋力訓練が必要です。住民さんのご当地体操サークルも良いかもしれませんが、週1回私のデイケアを利用していただければ利用者さんとの交流をしながら筋力訓練出来ますよ。」



「この方がお風呂に入れるようになるためには、お尻の筋力アップがポイントですね。この方はご近所の方との交流が楽しみですし、住民さんがやっているご当地体操のサークルでも筋力アップは十分対応可能だと思いますが、この方の居住地にはサークルはありますか？」

もしなければ通所リハなどの利用を検討する余地はありそうでしょうか。」

## 実際に助言をする時のツボ④

### 実現するためのプロセスも考えて

○助言を受けた介護支援専門員やサービス提供事業者が実践できるような具体的な助言が必要です。

- 理想論を掲げた助言をしても、実践につながらなければ事例提供者に負担をかけるだけです。
- しかし、理想論と実現可能なケアに大きなギャップがあるならば、そこに地域課題が隠れている可能性があります。
- 助言の際には理想的な視点と現実的な視点の両者を持ち得ることが必要です。

○実践可能なために、できる限り具体的に「いつ」「どこで」「誰が」「何を」「どのように」するかを明確に助言をしましょう。



助言者

「このケース、3件診療所に行って同じような薬もらってるけど、これ良くないよ。受診の時に調整してもらった方が良いね。」

それは判ってるけれど…家族は遠方だし、誰が調整するの？私たちケアマネが全部やることになるのかしら？  
現実的で具体的な方法を教えて欲しい…。



介護支援専門員

## 実際に助言をする時のツボ⑤

### 参加者全員が理解できる言葉で伝えよう

- 多くの福祉職は医療職に抵抗があるようです。その原因の一つが専門用語です。参加者全員が理解できる表現を心掛けましょう。

例えば…

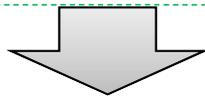
「アナムネ」は「病歴」

「筋緊張」は「こわばりやすさ」等々…

平易な言葉に言い換えましょう。



「痛みについては、筋トレが大事です。先程のお話ではMMTは3くらいだと思いますので、積極的に取りこんでください。特にクワドとハムストをしっかりと鍛えてください。」



「痛みの軽減には、太腿の前と裏の筋力を鍛えることが大切です。先程のお話しですと少し筋力が落ちているように思えますので、積極的に取り組まれるのが良いでしょう。」

## 実際に助言をする時のツボ⑥

# 同じ言葉でも職種により解釈が異なる可能性

- 職種の背景によって言葉の捉え方も異なることを意識しましょう。

例えば…ADLの見方にも違いがあります。

### 医療職の場合

多くの場合、傷病の状態の結果としてADLの状態を評価して、その結果出てくるのがADL障害です。



### 福祉職の場合

生活の行動障害としてADL障害を考えることが多く、「生活の困難さ」としてADL障害をとらえます。

例えば、「環境」と言っても家屋環境、経済環境、家庭環境、等々その職種が何を最優先に考えているか異なります。



## 実際に助言をする時のツボ⑦

# マナーを守って、より良い会議を！

○その他、このようなことも重要です。

- 何を伝えたいのか、論点を明確に助言しましょう。
- あなたの独演会の場ではありません。ポイントを絞って、短時間で説明しましょう。
- 質問だけで終わってはいけません。質問する場合も助言に活用できる質問をするように心がけます。
- 難しいことを簡単に、簡単なことは簡単に伝えることを心掛けてください。
- 市町村の資源をできるだけ理解しておきましょう。
- 社会人としての常識（挨拶、服装、時間を守る等）は心掛けてください。

何よりも！

助言をする際には、事例提供者の皆さんの苦労を慮ることが必要です。



## その4

助言者として参加するメリット



## 助言者として参加するメリット①

# 「介護予防ケアマネジメント」の理解のために

- 助言者は自らも日常的にケアを提供する側でもあります。それぞれの日常業務においても「予防」を意識した取り組みが求められています。



地域リハビリテーション活動支援事業のイメージ図（厚生労働省）

- ここには「地域ケア会議等」として「定期的に関与することにより、自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメントの向上につながる」と書かれています。
- すなわち、助言者も「介護予防ケアマネジメント」を理解し、自らの仕事で役立てて欲しいという狙いがあります。
- 地域ケア会議は助言者にとっても「学びの場」であることを意識しましょう。

## 助言者として参加するメリット②

### 「学び」と「繋がり」のために

他にもいろいろあります。

- 会議の参加者に、自らの職種の職能を理解してもらう場として活用できます。
- 他職種の視点を理解する学びの場になります。
- 他職種との連携を強める場にもなります。
- 地域資源を知る機会にもなります。
- これらの情報を職場等へフィードバックすることにより、職場等での人材育成にも活用できます。

• 会議を成功させるには、参加者全員が「有意義な会議にしよう」という前向きな気持ちで会議に臨むことが不可欠です。

• 会議に参加される際はこのことを心に留めて御参加ください。



## まとめ ～こんな思いを～



- 皆さんは自らが要介護状態になった時に、どのように暮らしたいですか。
- 人生の最期の時に「こんなはずではなかった」という後悔はしたくないですね。
- そのためには元気な時に、少なくとも要支援程度の時からの取り組みが大切なことをご理解いただけたらと思います。
- ですから「予防」とは単なる疾病の予防ではなく、身体と心、友人・知人や社会との関係を悪化させないという視点で取り組む必要があるのです。すなわち「健康づくり」です。
- そして、これは「なじみの環境」で「したい暮らし」の継続の支援と言えます。
- 人はエビデンスだけでは行動を変えられません。人とのつながりを含めた生活環境が重要です。
- このようなことも考慮し、助言者として関わっていただければ幸いです。

## 資料（本文中に上付き★の参考ホームページ）



厚生労働省  
介護予防



介護保険法



介護支援専門員（ケアマネジャー）の  
資質向上と今後のあり方に関する検討会



厚生労働省  
地域包括ケアシステム



介護予防活動普及展開事業  
市町村向け手引き（Ver.2）

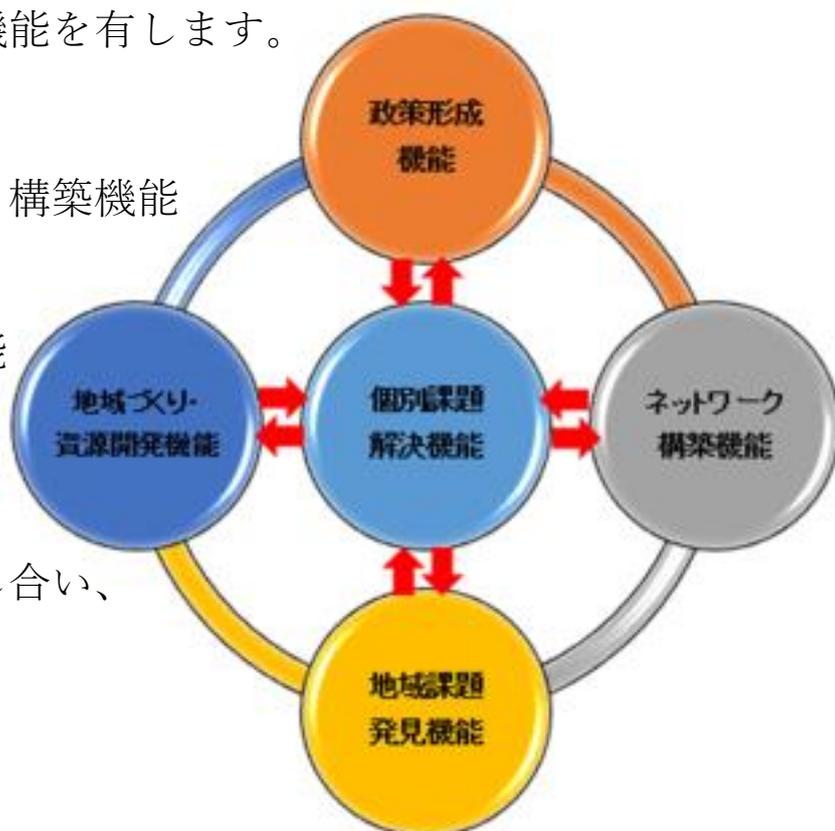
# 制度編



# 地域ケア会議とは？

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「行政をはじめ、地域の関係者から構成される会議」です。地域ケア会議は主に 5 つの機能を有します。

- ①個別課題解決機能
- ②地域包括支援ネットワーク構築機能
- ③地域課題発見機能
- ④地域づくり・資源開発機能
- ⑤政策形成機能



これらの機能は相互に関係し合い、循環しています。

また地域ケア会議は大きく下記の2種類に分かれます。

地域ケア個別会議	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ます。

# 介護予防のための地域ケア個別会議の実際

## 1 地域ケア個別会議の流れ



### (1)準備

#### ①会議実施者（市町村）

##### 【年間を通じた会議の企画】

- 日時、場所、会議レイアウトなどの決定事項（ルール）を決めます。
- それぞれの役割と司会者の決定、傍聴者も併せて広報し、人員を集めます。
- 会議の目的や内容、事例数を決めます。

#### ②司会者

- 事例提供者から提出のあった事例について読み込み、情報を整理※し、事例のテーマや会議の方向性を確認します。
- 事例提供者と司会者で事例のテーマや会議の方向性をすり合わせておきます。

#### ③事例提供者

- 事例を選定します。（選定基準については、会議の目的に沿って市町村が定めます）
- ケアプランや課題整理総括表等の資料を作成します。
- 事例提供者と司会者で事例のテーマや会議の方向性をすり合わせておきます。

#### ④助言者

- 事前に事例の情報がある場合は、情報を読み込み、助言内容を検討します。

※千葉県では事例の情報の整理法として「ICFを活用した整理シート」を作成し、千葉県のホームページで公開しています。

## (2)会議開始

### ①司会者

- 会議開催の趣旨※や守秘義務、会議の流れの確認、参加者の紹介等を行い、事例の検討を開始します。

※その市町村がなぜ介護予防のための地域ケア個別会議を実施するのか、目的を明確にして参加者と共有します。

### ②事例提供者

- 事例提供（テーマに絞った箇所を紹介）を行います。

### ③サービス提供事業者

- ケアプランとの整合性や支援内容・方針の判断根拠となるアセスメントをもとに目標・課題、リスク管理、助言者に聞きたいこと等ポイントを絞って簡潔に説明します。

## (3)会議進行

### ①司会者

- 事例提供者から提供された情報から目標や生活課題を明確にし、会議の参加者と適宜確認しながら、目標達成のための助言を引き出します。
- 良好な雰囲気では会議が行われるように配慮します。
- タイムスケジュールを意識しましょう。

### ②事例提供者・サービス提供事業者

- 助言者等からの質問に明確に答えます。不明なことは「わからない」と伝え、予想で回答しないようにしましょう。
- 助言者等からの助言について不明点があれば質問しましょう。

### ③助言者

- 分かりやすく要点を絞った質問、助言をします。

### ④参加者全員

- 会議の目標に対して、事例のテーマ・目標が妥当かを確認しましょう。
- 事例のテーマ・目標を明確にし、生活課題の抽出を行います。
- 生活課題に対する具体的な支援・対策を明確にします。

## (4)まとめ

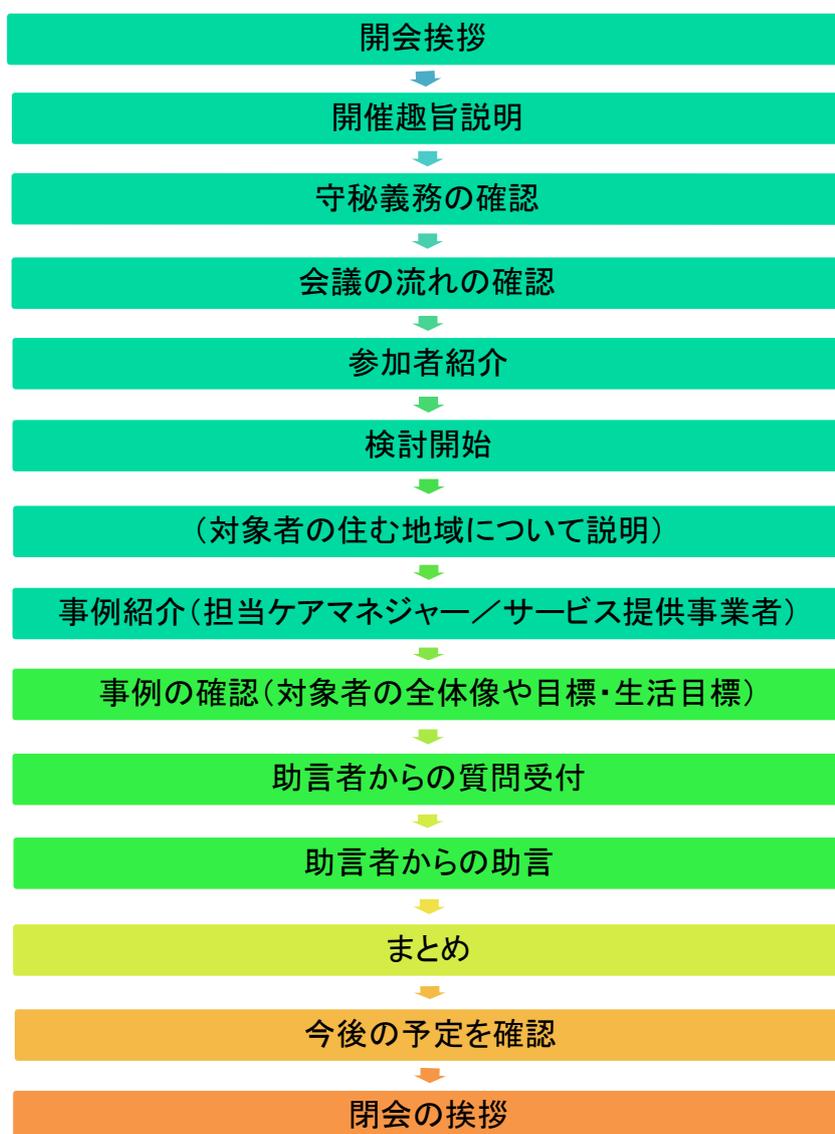
### ①司会者及び参加者全員

- 目的や生活課題、対応策について合意形成を行います。
- 司会者は助言者の助言をまとめ、参加者全員に伝えます。
- まとめは5W1Hを意識して伝えることでより効果的に伝わります。

### ②司会者

- 今回の会議の決定事項についてのモニタリング（再評価）の時期と具体的内容を決めます。
- 今回の会議で抽出された地域課題などを再度確認します。

図. 介護予防のための地域ケア個別会議 当日の流れの例



## (5)会議終了後

### ①市町村または地域包括支援センター

- 会議録作成、会議後の状況把握、地域課題の整理を行います。
- 各市町村で決まった方法に従ってモニタリングを行います。

### ②事例提供者

- 会議で得られた具体的な助言などをもとに、ケアプランの修正やサービスの改善につなげます。
- サービス事業者とともに、個別援助計画や支援内容を調整します。
- 各市町村で決まった方法に従ってモニタリングを行います。

## 2 参加者の役割

### 介護予防のための地域ケア個別会議の参加者(例)

司会者(市町村職員または地域包括支援センター)  
／事例提供者(地域包括支援センターや居宅介護支援専門員事業者等)／  
介護サービス事業者／助言者(専門職)

- 【共通ルール】
- ✓ 専門用語は使わない
  - ✓ 相手の発言を遮らない
  - ✓ 発言者に対し批難や批判はしない
  - ✓ 想像や推測で話を進めない
  - ✓ 事例における目標を意識する
  - ✓ 時間を意識し、ポイントを絞り簡潔に説明する

### (1)司会者の役割

司会者としてアセスメントに基づき、必要な助言を引き出します。

- ▶事例提供者の説明後、不足している点を確認する
- ▶会議中、参加者が検討している事例の生活課題について共通認識をもつことができるよう、適宜要約して伝える。
- ▶助言者の助言後、参加者が今後の支援方針について共通認識を持てるよう確認を行う。

### (2)事例提供者の役割

- 事例の概要、ケアプラン、アセスメントの状況等について説明を行います。

### (3)サービス提供事業者の役割

- 実施したアセスメント結果及び支援内容・方針について説明を行います。
- 会議で受けた助言を踏まえ、支援内容を調整し、日々のサービス提供に活かしていきます。

### (4)助言者の役割

- 助言者として対象者のニーズや生活行為の課題などを踏まえ、自立に資する具体的で実践可能な助言を行います。
- それぞれの職種の専門的見地から、専門職としての知識や技術を生かし、共通の目標に向けた支援の方法を考えることを念頭に置いて助言を行うことが求められます。



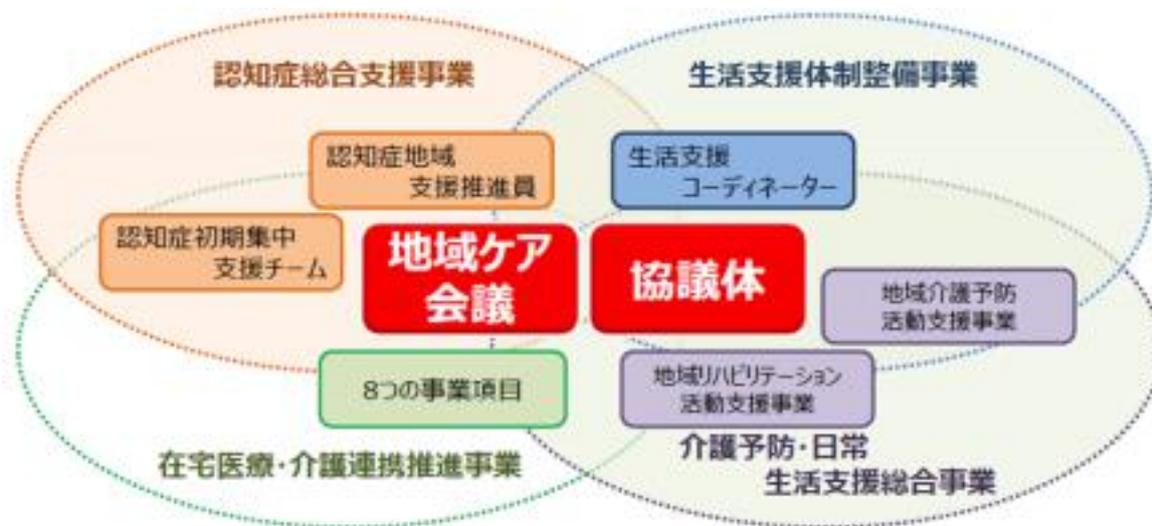
- **医師 (Dr.)** : 病状や障害を把握し、医学的な観点から助言
- **歯科医師** : 歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点から助言
- **歯科衛生士** : 口腔衛生や咀嚼等の食べ方を支援する観点から助言
- **薬剤師** : 使っている薬に関する情報提供や服薬管理の観点から助言
- **理学療法士(PT)** : 主に立ち上がり等基本動作の回復・改善や維持、悪化の予防の観点から助言を行う
- **作業療法士(OT)** : 食事や排泄等の動作能力、社会的適応能力の回復・維持、悪化の予防の観点から助言を行う。
- **言語聴覚士(ST)** : 主にコミュニケーション・聴覚・嚥下に障害に係る事例に対して、各能力の回復や維持、悪化の予防の観点から助言を行う。
- **管理栄養士** : 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う。
- **看護師・保健師** : 病状や障害を理解し、血圧や血糖などのモニタリング、内服管理、持病なども踏まえた観点から助言を行う。
- **生活支援コーディネーター** : 地域特性、資源を理解し、高齢者の生活支援、介護予防の基盤整備を推進していく観点から助言を行う。
- **その他** : 事例により、地域の民生委員や自治会担当者等、必要に応じた参加者を募る。

#### (4)市町村の役割

- 事例の生活課題から地域課題を抽出し政策形成につなげる場として活用します。
  - ▶事例を検討する過程で、市町村に必要なヒト、モノ、コトの社会資源を明確にし、政策につなげるよう心がけましょう。

# 市町村における他の会議や事業との関係性

市町村には、介護保険に関する様々な会議や事業があります。  
それは相互に影響しています。



特に生活支援体制整備事業における協議体(※1)との関係が深いと言われています。

地域ケア会議で把握した地域の課題や資源の情報を協議体や生活支援コーディネーター(※2)が受け取ることで、住民や団体・企業を中心とした地域づくり・資源開発に活かすことが可能です。

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

## 【生活支援体制整備の主な取組】

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

# 介護保険法（関係条文）

## （目的）

第一条 この法律は、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となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、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。

## （地域包括ケアの理念規定）

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。

## （会議）

第百十五条の四十八 市町村は、第百十五条の四十五第二項第三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、厚生労働省令で定めるところにより、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。

## おわりに

団塊の世代が75歳以上になる2025年（令和7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期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ます。

千葉県では、都市部を中心に高齢者が増加し、2015年（平成27年）時点の高齢化率は全国平均より低いもののその差は年々縮まっており、今後も高齢化の急速な進展が見込まれています。

超高齢社会を活力あるものとするためには、高齢者が個性豊かに生き生きと安心して暮らし続けられる地域社会を実現することが必要です。

そのような中、本県では高齢者が自ら健康管理を行い、また、就労や社会貢献活動、趣味やスポーツ等、様々な社会参加を通じて生きがいのある自分らしい生活を実現させていくことを目的に、リハビリテーション専門職や各職能団体の協力の下、市町村の一般介護予防事業を総合的に支援できる専門職の育成や介護予防のための地域ケア個別会議を全市町村に普及・展開できるよう研修やアドバイザー派遣などの取組を進めています。

本ハンドブックは、研修やアドバイザー派遣により介護予防のための地域ケア個別会議を支援していく中で、各アドバイザーが得た知見をもとに、助言者の方々に知っておいてほしいことやノウハウなどを整理したものです。

助言者の役割、心構え、あるべき姿、望ましくない行動・発言などを掲載しています。

会議に出席する前に是非ご覧いただき、高齢者のQOL向上などを目指した地域ケア個別会議の充実に役立てていただきたいと思います。

千葉県健康福祉部高齢者福祉課



# 介護予防のための地域ケア個別会議ハンドブック

## “助言者のツボ”

～介護予防のための地域ケア個別会議から地域を変えよう～

---

### ■ 作成

千葉県、千葉県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連携推進会議

### ■ 協力（順不同）

千葉県介護予防市町村支援検討会議

千葉県医師会

千葉県歯科医師会

千葉県薬剤師会

千葉県看護協会

千葉県栄養士会

千葉県理学療法士会

千葉県作業療法士会

千葉県老人福祉施設協会

千葉県介護支援専門員協議会

千葉県社会福祉協議会

千葉県立保健医療大学

市町村（千葉市、茂原市、鴨川市）

千葉県介護予防市町村支援事業に係るアドバイザー

○田中 康之 千葉県千葉リハビリテーションセンター

太田 直樹 千葉県千葉リハビリテーションセンター

今野 和成 地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院

森田 悠介 医療法人社団慈優会九十九里病院

芝井 孝祐 医療法人社団慈優会九十九里病院

佐伯 考一 医療法人社団鉄蕉会亀田総合病院

児玉 美香 国保直営総合病院君津中央病院

○編集責任者

---

### 【発行】

千葉県健康福祉部高齢者福祉課

電話：043-223-2342 FAX：043-227-0050

ホームページ：<https://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/chiikikeakaigi.html>

