

大野城市ケアマネジメント調整会議マニュアル



平成 31 年 3 月

目次

I 大野城市の現状

1 総人口と高齢者数、高齢化率	…	1
2 人口推計	…	1
3 要支援・要介護認定者数の推計	…	1
4 高齢者のいる世帯数	…	2

II ケアマネジメント調整会議の概要

1 目的・効果	…	3
2 会議の出席者	…	4
3 個人情報保護	…	4

III 実践

1 検討ケアプランの選定基準、出席者等	…	5
2 ケアプラン選定から会議開催までの流れ	…	6
3 会議で使用する資料	…	7
4 会議の進め方	…	14
5 ケアプランの見直し	…	22
6 会議参加後アンケート	…	23

IV 様式

様式1 検討ケース概要	…	24
様式2 介護予防サービス・支援計画様式集	…	25
様式3 利用者基本情報・基本チェックリスト	…	28
様式4 利用者基本情報追加確認	…	31
様式5 運動プログラムリスク確認	…	32
様式6 課題整理表（生活機能・健康状態）	…	33
様式7 生活行為向上アセスメント（ADL）	…	35
様式8 生活行為向上アセスメント（IADL）	…	37
様式9 介護予防・サービス支援評価表・支援経過	…	41
様式10 介護予防プログラムアセスメント票（運動）	…	43
様式11 介護予防プログラムアセスメント票（栄養）	…	44
様式12 介護予防プログラムアセスメント票（口腔）	…	45
様式13 検討候補者一覧表	…	46
様式第1号 出席者名簿兼個人情報等保護確認書	…	47

I 大野城市の現状

1 総人口と高齢者数、高齢化率 ※平成31年2月末現在

総人口		0～14歳	15～64歳	65歳以上	率 (%)	70歳以上		75歳以上	
男	48,593	8,085	31,201	9,307	19.2	男	6,408	3,972	
女	52,194	7,755	32,290	12,149	23.3	女	8,865	6,027	
計	100,787	15,840	63,491	21,456	21.3	計	15,273	9,999	

2 人口推計

資料：平成24年～30年は住民基本台帳人口（9月末）、平成32、37年は推計人口

	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H32 2020年	H37 2025年
総人口	97,758	98,577	98,915	99,470	99,965	100,372	100,702	101,884	100,992
65歳以上	16,901	17,769	18,699	19,551	20,192	20,722	21,229	22,221	24,983
高齢化率 (%)	17.3	18.0	18.9	19.7	20.2	20.6	21.1	21.8	24.7
65～74歳	9,423	9,991	10,577	11,051	11,245	11,301	11,420	11,528	11,162
75歳以上	7,478	7,778	8,122	8,500	8,947	9,421	9,809	10,693	13,821
後期高齢者率 (%)	7.6	7.9	8.2	8.5	9.0	9.4	9.7	10.5	13.7

3 要支援・要介護認定者数の推計

平成24年～30年は実績（9月末）、平成32、37年は推計

	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H32 2020年	H37 2025年
要支援1	373	429	413	423	497	490	539	532	668
要支援2	483	511	555	552	550	520	569	571	660
要支援認定者数	856	940	968	975	1,047	1,010	1,108	1,103	1,328
要介護1	448	516	537	545	578	594	554	718	853
要介護2	453	468	519	543	506	523	531	576	787

要介護3	361	372	343	381	374	350	373	379	492
要介護4	373	393	420	394	418	418	425	413	548
要介護5	280	276	302	297	298	262	275	288	352
要介護認定者数	1,915	2,025	2,121	2,160	2,174	2,147	2,158	2,374	3,032
認定者数合計	2,771	2,965	3,089	3,135	3,221	3,157	3,266	3,477	4,360
第1号被保険者	2,688	2,870	3,001	3,058	3,160	3,092	3,200		
認定率	15.9	16.1	16.0	15.6	15.6	14.9	15.1	(15.6)	(17.5)

4 高齢者のいる世帯数

平成31年1月1日時点

全世帯数	高齢者単独世帯数 A			高齢者夫婦のみ の世帯 B	A・B以外の高齢者同居 世帯数 C	高齢者のいる世帯数 A+B+C
	男	女	計			
43,844	1,622	4,188	5,810	5,202	4,032	15,044

Ⅱ ケアマネジメント調整会議の概要

1 目的・効果

大野城市の高齢者人口は年々増加しており、団塊の世代が75歳となる2025年には、75歳以上高齢者が13,821人（13.7%）に達する見込みです（第7期介護保険事業計画推計値）。高齢者人口の増加に比例して、介護保険認定者数、認定率も今後は増加が見込まれます。

本人の有する能力の維持・向上を重視したケアプランとすることは、介護保険制度の基本となる考え方であり、多くの高齢者の望みを叶え、その家族や社会を支え、ひいては超高齢社会における介護保険制度を支えていくことにも繋がります。

このため、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の48第1項の規定に基づき、大野城市ケアマネジメント調整会議（以下「会議」という。）を設置し、以下の（1）～（4）の事項を協議する体制を整え、住み慣れた地域において自立した日常生活を営むことができるよう、継続的な支援を行うことを目的とします。

- （1） 高齢者の実態把握及び課題解決のための地域支援ネットワークの構築に関する事項
- （2） 高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援に関する事項
- （3） 高齢者に関する地域課題の把握に関する事項
- （4） その他（市長が必要と認める事項）

（期待する効果）

- 医療・介護等の多機関・多職種が協働して、多角的視点から検討・助言を行うことにより、高齢者の個別課題を解決する。
- 支援のプロセスを通して、地域包括支援センター職員やケアマネジャー等の実践上の課題解決力の向上を図ると共に、ケアマネジャー・事業者・助言者のチームケアの質を高める。
- 高齢者の個別課題の分析と対策により、在宅生活の限界点を引き上げる。
- 個別ケースの検討を積み重ねて、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを地域全体に普及する。
- 地域で高齢者を支えるネットワークを強化する。
- 高齢者の自立を支援するための具体的な地域課題やニーズを明確化し、行政施策に反映するなど政策形成や社会基盤整備につなげる。

※大野城市では、平成19年から「大野城市地域ケア会議」として、高齢者の地域での見守り活動や支援活動を推進する会議（高齢者や地域支援者に視点をおく）を行なっています。今回、ケアマネジャーのケアマネジメントの実践力を高める会議（ケアマネジメントに視点をおく）を新たに開始するため、名称を「ケアマネジメント調整会議」とします。

2 会議の出席者

平成27年度の介護保険法改正により、市町村が地域包括ケアシステムの構築を推進するために「地域ケア会議」を設置し、個別課題の解決と地域課題発見の両方の検討を行なうことが明記され、関係者の出席や資料・情報の提供など地域ケア会議の円滑な実施が可能になりました。また、関係者に対しては、法律上の守秘義務が課されました。

大野城市では、市が会議を開催し、個別ケースに関わる担当ケアマネジャー、地域包括支援センター、サービス提供事業者が出席します。

チームケアやスキルアップの観点及び検討内容の質を高めるため、担当ケアマネジャーのほか、サービス提供事業者の参加が望まれます。当日参加できない事業者は、事前に、担当ケアマネジャーとの打ち合わせを行い、当日は事業者に代わって担当ケアマネジャーが必要事項を報告することとします。

3 個人情報の保護

会議における個人情報の保護については、下記のとおりとします。

- ◇会議で検討するケアプランは、利用者（又は代理者）から個人情報の使用について、同意を得てください。また、要介護認定申請時に利用者（又は代理人）要介護認定申請書の個人情報の提供同意欄に署名または押印があるかを必ず確認してください。
- ◇会議の参加者には、あらかじめ会議で知り得た個人情報の秘密保持について誓約していただきます。
- ◇会議で使用する個別ケース資料は、会議終了後、回収します。
- ◇直接の担当者以外に配布するケース資料は、個人が特定されないように氏名・生年月日・住所などの一部の情報を加工・修正して使用します。事例を提出するときは、できるだけ個人情報をマスキングして提出してください。

※虐待や本人の利益を守ることが優先される緊急時等の場合は、「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」第8条第2項第4号および「個人情報の保護に関する法律」第23条第1項において、本人の同意がなくても関係機関への情報提供が可能とされています。

Ⅲ 実践

運営は保険者と基幹型地域包括支援センターが協働して開催し、市全域のケアプランを対象に検討を行います。

1 検討するケアプランの選定基準、出席者等

(1) 検討するケアプラン

- ①事業対象者のケアプラン
- ②要支援1・2のケアプラン
(①、②は居宅介護支援事業所に委託しているケアプランも含まれます。)
- ③要介護のケアプラン

(2) 選定基準

会議で検討することについて、事前に本人・家族の同意を得ているケアプランのうち以下のいずれかに該当するもの

- ① 新規のケアプランのうち会議で、アドバイスを受けたいもの
- ② 継続のケアプランで、評価時に改善がみられないもの
- ③ 適切なサービス利用を行うことで状態改善が見込まれるもの
- ④ 会議において検討したケアプランの評価後のもの

(3) 出席者

範囲	出席者
全ケースに出席	・市担当課職員（長寿支援課、すこやか長寿課） ・基幹型地域包括支援センター職員（主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師・看護師） ・助言者（理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、主任ケアマネジャー）
担当するケースに出席	・担当ケアマネジャー（ケアプラン作成者）、サービス提供事業者、地区地域包括支援センターの担当職員
必要に応じで適宜出席	・上記以外の助言者・福祉課、生活支援課職員等 ・民生委員、その他地域ケアの総合課題に必要と認められる人

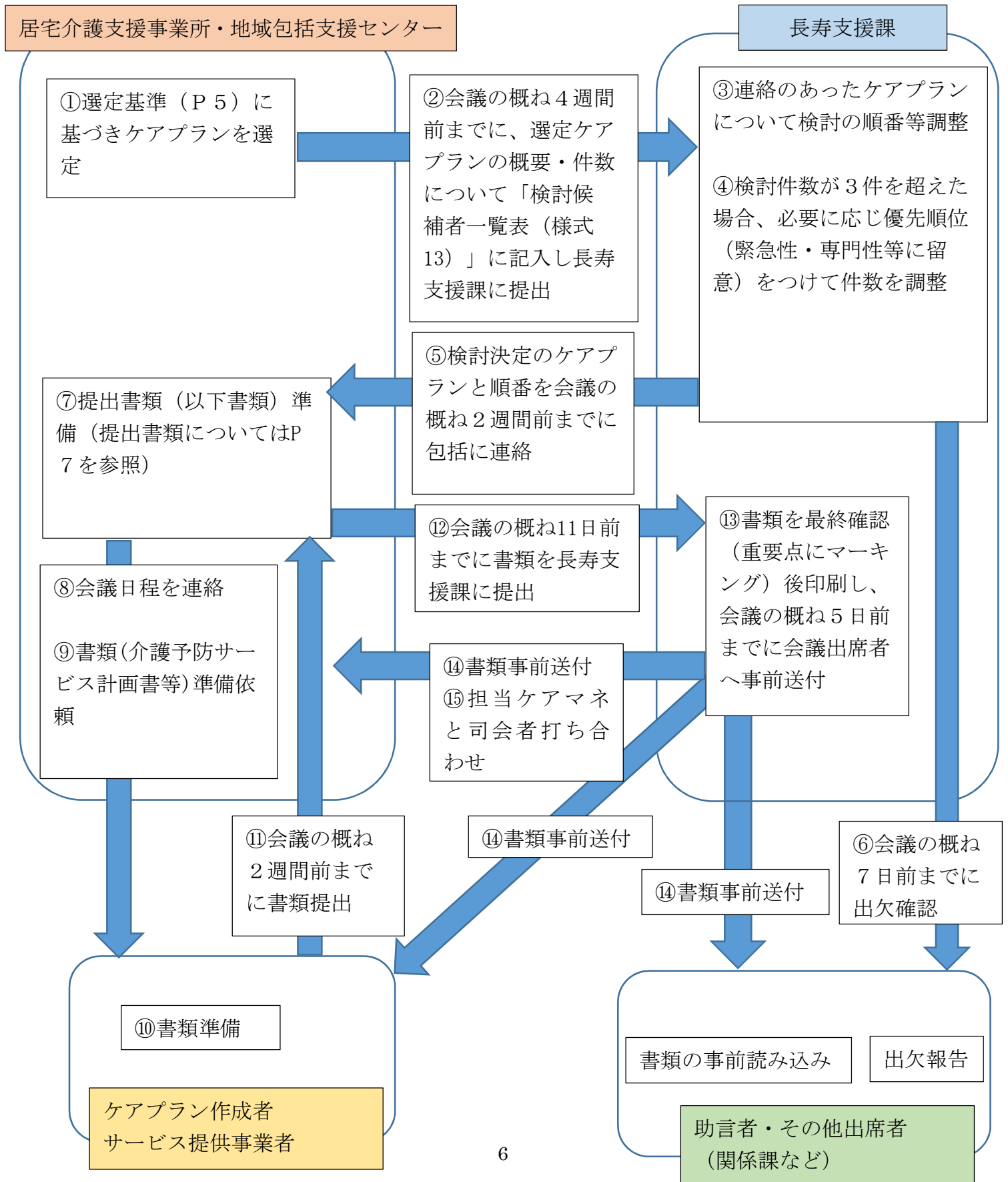
(4) 開催頻度

年 20 回程度

(5) 傍聴について

次回の事例提供者や助言者、その他業務に必要と判断される人は、個人情報保護に関する誓約の上、傍聴ができる。（居宅介護支援事業所からは毎回 7 名程度傍聴予定）

2 ケアプラン選定から会議開催までの流れ



3 会議で使用する資料

(1) 提出資料について

会議でケースを検討する際は、下表のとおり「初回」（当初プラン・継続プラン）及び「評価時」に応じた書類を提出してください。

提出された資料は、利用者の氏名・生年月日・住所等の一部の情報を加工・修正して使用します。提出時にできる限り個人情報にはマスキングしてください。

様式2、3についてP25～30は介護予防のプランを掲載しています。要介護の場合は事業所で使用している様式を提出してください。

	提出書類	様式	P	様式説明
ケアプラン作成者	ア ケース概要	1	24	会議の際、このシートに自立を阻害している課題やケースの要点、プラン作成者の考える今後の方針をまとめ、検討課題等の概略を共有します。
	イ 介護予防サービス・支援計画書、居宅介護サービス計画（ケアプラン）	2 任意 様式	25 ～ 27	初回プランの場合は、生活機能・健康状態について様式6,7,8でアセスメントを行い、維持・改善目標の設定と実現に向けた計画です。継続プランの場合は、現在使用しているプランです。
	ウ 利用者基本情報・基本チェックリスト	3 任意 様式	28 ～ 30	利用者の基本情報を把握するものです。 ※移動や動作に関するアドバイスを希望する場合は、間取りや福祉用具使用の状況（写真）などがあるとよい。
	エ 利用者基本情報追加確認	4	31	
	オ 運動機能向上プログラムリスク確認	5	32	運動プログラムを実施するために事前把握する事項です。該当項目により運動実施の可否を判断します。
	カ 課題整理表（生活機能・健康状態）	6	33 ～ 34	対象者が「したい」「出来るようになりたい」といった項目の改善の可能性を優先的に考えていきます。 改善の可能性を見極めるためのアセスメントシートです。
	キ 生活行為向上アセスメント①（ADL）	7	35 ～ 36	様式6 課題整理表の「D身体的自立（ADL）」の課題となっている項目を詳細に分析するアセスメントシートです。
	ク 生活行為向上アセスメント②（IADL）	8	37 ～ 40	様式6 課題整理表の「C手段的自立（IADL）」の課題となっている項目を詳細に分析するアセスメントシートです。
	ケ お薬手帳の写し		任意様式	今回分と前回分がわかるお薬手帳 多剤併用や副作用について、薬剤師が確認できるようにお薬の説明書ではなくお薬手帳の写しをお願いします。（お薬手帳が無い場合は提出不要です。）
	コ 介護予防・サービス支援	9	41	利用者の改善度などの評価をします。（初回の会議の場合は

		評価表、モニタリング記録	任意様式		不要)
	サ	血液データ	任意様式		疾患コントロールが必要な場合はできるだけ提出してください。直近と前回（約半年前）のデータがあるとよりよい。
サービス提供事業者	シ	介護予防プログラムアセスメント票①（運動）	10	42	各プログラムのアセスメントの評価をします。（実施できない人は不要です。）
	ス	介護予防プログラムアセスメント票②（栄養）	11	43	各プログラムのアセスメントの評価をします。（加算の有無にかかわらず、できるだけ提出してください。）
	セ	介護予防プログラムアセスメント票③（口腔）	12	44	事業者が記載できない場合（通所サービスで食事をしていないなど）はケアマネジャーがわかる範囲で記載してください。
	ソ	介護予防サービス計画書	任意様式		介護サービス事業所が介護予防サービス・支援計画書(No.2)に沿って、維持・改善目標の設定と実現に向けたサービス計画書です。
	タ	介護予防サービス評価表	任意様式		
支援センター 地域包括支	チ	検討候補者一覧表	13	45	地域包括支援センターからの提出事例一覧

評価時の会議のケアプランには、初回の会議後、変更した箇所に下線を引いて、変更箇所がわかるようにしてください。

【評価時の会議】

評価時の会議では、初回で使った様式に介護予防・サービス支援評価表、介護サービス評価表を加えて会議を行います。

なお、様式4、6～12に評価結果を記載します。

※評価時の会議については「5 ケアプランの見直し (2) 再検討 (P22)」を見てください。

(2) 様式の関係について

様式6、7、8について、記載内容の関連性は以下のとおりとなっていますので、作成の参考にしてください。

① アセスメント関係

様式6と様式7、8は関連していますので、様式6記載後に、様式7、8を記載します。

様式6を記入し、介護サービスによる支援が必要とされている主たる原因となっている生活機能が何なのかを確認します（自立を阻害している重要な要因）。

例) 移動が自立することで、排泄や通院など、他のADL、IADLにも強く影響するなど。



様式6の中で、主に自立を阻害していると思った項目1～2項目について更に詳細にアセスメントをする様式7、8を記入します。（すべての項目について記入する必要はありません。）

様式6 ケアマネジャー記載

課題整理表(生活機能・健康状態)

作成日 平成 年 月 日

◎自立(支障なし) ○見守り(支障は少ない) △一部介助(一部支障あり) ×全介助(支障あり)	★の領域は ()に読み替え	現在	本人の意欲 ○意欲あり ×意欲なし	見通し	結果				備考 (状況・支援内容・判断した根拠など)
					改善		維持	悪化	
					完全自立	向上(増加)			
	1 移乗								
	2 自宅外での移動								
	3 自宅内での移動								
	4 排泄動作								
	5 入浴動作								
	6 更衣動作								
	7 保潔行為(口腔ケア、髪型、整容、皮膚、爪の手入れ)								
	8 食事摂取・飲水行為								
	9 姿勢保持								

様式7 ケアマネジャー記載

生活行為向上アセスメント① (D 身体的自立 ADL)

作成日 平成 年 月 日

生活行為	作業工程	事前		事後		備考
		できる(O)少し(Δ)困難(×)	できる(O)少し(Δ)困難(×)	できる(O)少し(Δ)困難(×)	できる(O)少し(Δ)困難(×)	
1 移乗	1 椅子・床(畳)等から立ち上がる					更に詳細にアセスメントします
	2 乗り移る先に向きをかえる					
	3 椅子・床(畳)等に座る					

(3)資料を見るポイント

○障がい高齢者の日常生活自立度

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所なら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。 1 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもうてない

ADL、IADL の状態を確認する重要な要素。A1 の場合、生活機能評価の各項目に「○、△」が付されることが多い。

○認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭外で多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務金銭管理などそれまでできていたことにミスが目立つ等。
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応ができないなど。 一人で留守番ができないなど。

Ⅲ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたら物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等。
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ。
Ⅳ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害などの精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。

認知機能に課題があるかどうか確認する。ケアプランや生活機能に影響するため重要。

○基本チェックリスト

No.	質問項目	(いずれかに○を お付け下さい)
1	バスや定車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	友人の宴を誘われていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	階段をすずりや壁をつたわらずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	15分位寝て起きていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大変ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	6ヵ月間で7%以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg (BMI= <input type="text"/>) (併)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	口の湿気が気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	週に1回以上外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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されますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
23	(ここ2週間)以前は至りにできていたことが今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人だと思えない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
25	(ここ2週間)何かをなくされたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

項目	該当項目数	網かけが多かったときの注意点
全般 (1～20)	10以上	生活機能全般を調べました。生活が不活発になっている可能性があります。その結果、心身がより早く衰える可能性があるかもしれません。生活習慣の見直しをしましょう。
運動器 (6～10)	3以上	運動器の機能の状態を調べました。筋力が衰えてくることから、活動が不活発になったり、転倒などにより寝たきりを招く恐れがあります。毎日の生活の中に運動を取り入れましょう。
栄養 (11～12)	2以上	栄養が取れているかどうか調べました。低栄養の可能性があります。低栄養になると、筋力が衰えたり、病気にかかりやすくなります。美味しく楽しくバランス良い食生活を心がけましょう。
口腔 (13～15)	2以上	口腔機能の状態を調べました。口腔機能が低下すると食べたり飲み込んだりしにくくなり、低栄養や肺炎などの全身の健康状態が悪化します。口の健康を保ちましょう。
閉じこもり (16～17)	1以上	閉じこもり気味かどうか調べました。家に閉じこもりがちだと、心身の活動が少なく、全身の衰弱や認知症、うつなどを招きやすいです。外に出る楽しみを見つけましょう。
物忘れ (18～20)	1以上	認知症の可能性がないか調べました。物忘れの傾向があります。認知症は予防と早期発見・早期対応が大切です。 <u>小さな変化を見逃さないように心がけましょう。</u>
こころ (21～25)	2以上	うつ病の可能性がないか調べました。うつになると活動量が減って心身が衰えてくるだけでなく、自殺の原因になることもあります。もしかしたらと思ったら早めに相談しましょう。

○認定情報

- ・現在の要介護度と前回の要介護度を比較して重度化している場合は、「その原因」を確認する。

○経済状況

- ・世帯の所得状況によって現実的なケアプランの作成（助言）が求められる。

○既往歴

- ・ケアプラン作成上、重要なポイントとなるため必ず確認する。
- ・各助言者は（専門職）具体的な症状や、支援上の注意点（リスク管理等）などのアドバイスに繋げる。

○薬

- ・薬の量に着目する。（多すぎる場合、かかりつけ医に相談等）
- ・眠剤や認知症に多く処方される薬品名は、ある程度把握しておくといよい。（特に眠剤は転倒の原因の一つになることが多い。）

○今までの生活

- ・現状の状態に至った経緯を確認する。（確認できない場合は、質問する）
- ・どのような人生を過ごしてきたかは、本人像をイメージするために重要となる。（例えば認知症の場合、ケアに対するアプローチのヒントになることが多い）

○1日の生活・すごし方

- ・日頃の生活スケジュールの確認。（例：日常の生活の活動量を推測する等）
- ・特徴的な要素があれば、総括のときの材料にする。（例：特定の時間にしていること等）

○趣味・楽しみ・特技

- ・利用者のIADLの自立に向けて重要な情報である。
- ・今後の活動・参加に繋げるためのヒントがある。（例えば、ケアプランに本人が取り組みやすい内容を組むことで、活動性を向上させることができる。）

○家族構成

- ・世帯構成は必ず確認する。
- ・独居の場合は近所の支援（見守り等）が得られるかどうかも重要。
- ・高齢者夫婦のみの場合、どちらか一方が介護している状態が多く、その介護者が一時的に入院により介護できなくなった場合の対応も検討する。
- ・介護者の疲労度も確認して考慮する。

4 会議の進め方

(1) 当日の所要時間について

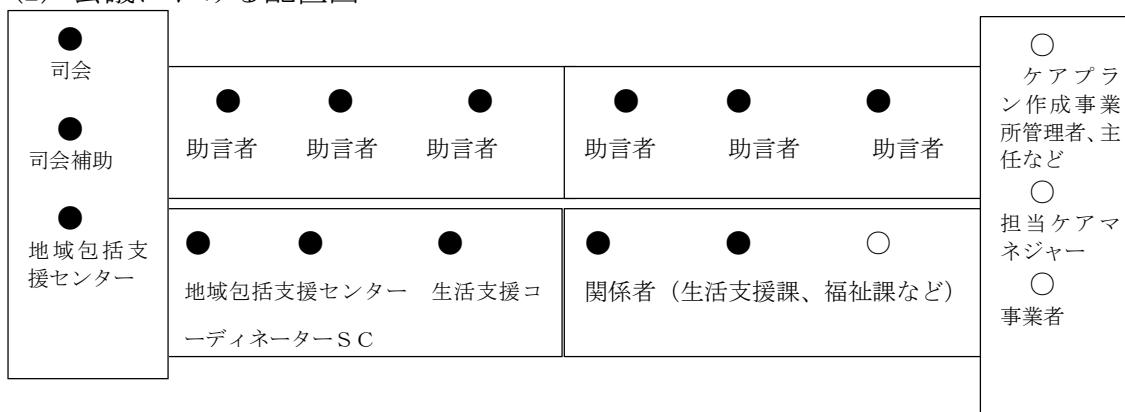
- ・会議全体の時間は1時間半から2時間です。
- ・ケアプラン1件あたり30～45分程度で検討を行い、1回の会議で検討するケアプランは3件程度です。

◎1件あたりの進め方及び所要時間について

項目		所要時間	ポイント
①	担当ケアマネジャーから概要説明	約5分	①様式1「ケアマネジメント調整会議検討ケース概要」を用いて現在の状態に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明 ②様式6「課題整理表」様式7、8「生活行為向上アセスメント①、②」を用いて、改善可能な点を中心に説明 ③上記を踏まえ、ケアプランにおける支援方針、目標等を説明
②	サービス提供事業者から評価、今後の支援方針説明	約4～8分	サービス提供事業者から、提出した介護予防サービス計画書等に基づき、具体的な支援内容を説明
③	助言者、参加者から意見	約18～27分	それぞれの専門職、担当の立場から、具体的な課題解決に向けたケアプランになっているか等を発言
④	まとめ	約3～5分	支援方針等の確認（優先順位に配慮）
合計		30～45分	

※事前に資料を配布しますので、説明は担当ケアマネジャーと事業者で合わせて9～13分程度です。

(2) 会議における配置図



- ※ 助言者は、検討ケアプランの内容によっては、他の職種が加わります。
 - ※ このほか、生活支援課や福祉課、民生委員等が必要に応じて出席します。
- (3) 会議進行のためのシナリオ（雛型）

発言者	シナリオ
司会者	<ul style="list-style-type: none"> ・会議前に、前回までのケース検討結果（目標などの変更）を紹介します。○月○日に検討した○才男（女）性、●●の課題について検討した事例は、目標が■●まで達成でき、現在「◆◆できるようになる」という目標について取り組んでいます。 ・会議の目的について確認します。この会議は、マニュアルP3のとおり「高齢者の個別課題を解決」する他に、「参加者全体の課題解決力の向上を図ると共に、チームケアの質を高め、自立支援に資するケアマネジメントを地域全体に普及する」ことを目的とした効果を期待しています。会議自体が現場における研修的な役割があるため、事例の課題解決が最優先ですが、他のケースに役立つ情報などの提供もお願いします。 ・それでは、○○○様のケース検討を始めます。 ・まず、担当ケアマネジャーからケースのご紹介をお願いします。提出いただいた様式1「ケアマネジメント調整会議検討ケース概要」と様式6、7、8をもとに問題点・課題のところを中心にご説明ください。
●担当ケアマネジャーから概要説明（5分程度）	
<p>(ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の状態に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明（生活機能低下の背景を洞察することが重要）※配布資料からの追加や補足、強調する部分のみ発表する。 ・様式6「課題整理表」の解説 → 改善可能なポイントについて、次の流れで発表。 <p>※ 参加者は、自分の専門分野を中心に内容をチェックする。</p> <p>(例)薬剤師 ⇒多剤併用や副作用の問題 等 地域包括支援センター ⇒地域とのつながりや権利擁護の問題 等</p>	
ケアマネジャー (時間によって司会者が端的に説明)	<p><予後予測></p> <p>→まず、ADL（IADL）の予測を発表</p> <p>今後改善すると予後予測した項目は、●●で、そのために利用しているサービスは、○○になります。</p> <p>様式6「課題整理表」で、ADL（IADL）の●●について一部介助（全介助）が必要になっているのは★★が原因と考えています。●●の動作が★★（の詳細）によってで</p>

	<p>きていないため、●●を重点課題と考えました。</p> <p>この重点項目の動作を詳細に調査すると、様式7(様式8)の△△や□□に介助を要していました。△△や□□に介助を必要とするのは★★しているためと考えます。</p> <p><支援方針></p> <p>→当面の目標(短期)と考えた支援方法</p> <p>★★の機能向上や●●生活動作獲得のため、(誰、どこ)において(どうやって)●●の動作がどこまでできるようになることを目標とした支援を行います。○か月を目途に●●のどこまでができるようになると予測します。</p> <p>→IADL、状況対応、社会的役割につなげる</p> <p>これにより、◎◎などの生活範囲の拡大や、自立した生活に繋がると考えます。</p> <p><記号について></p> <p>●●…移乗、入浴(ADL)、買い物、ごみ出し(IADL)の項目</p> <p>★★…原因・要因(どの部分のどの機能低下)</p> <p>△△・□□…詳細調査で確認できる課題</p> <p>◎◎…IADL動作(家事動作や外出等)、状況対応、社会的役割</p>
<p>司会者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・では、サービス提供事業者さんから、計画内容をご説明ください。 ・提出いただいた「介護(予防)サービス計画書」をもとにお願いします。
<p>●事業者から評価、今後の意見(各2~3分程度)</p>	
<p>(ポイント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所型サービス、訪問型サービス等、利用しているサービス提供事業者がそれぞれの立場から発言。 	
<p>司会者</p> <p>→助言等、全参加者へ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今の説明を踏まえて、意見・質問をお願いします。 ・担当ケアマネジャーからのアドバイス希望分野は「○」と「○○」です。 ・○○について質問がありましたが、○○について他に質問はありませんか(カテゴリー分類して質問を整理)。 ～以後、全体の意見、質問をとりまとめ、必要に応じ、助言者等への意見を求める。 ～質疑のなかで、保険者としての意見があれば適宜述べる。
<p>(ポイント)</p>	

<p>●参加者からより良いケアプランへの意見、それに伴う質問（18～27分程度）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 司会は、ケースの本質（課題の本質）やケアプラン作成、サービス提供上の注意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識にブレが生じないようにする。 ・ 助言につながらない質問に時間をとられすぎないようにする。 	
司会者	<ul style="list-style-type: none"> ・ そろそろ時間になりますが、最後に補足はありますか？ ・ 担当ケアマネジャーから、アドバイス等について確認をしたい事項はありませんか？ ・ 傍聴者からも意見、質問があれば1、2点のみ受けませんがありますか？
司会補佐	<ul style="list-style-type: none"> ・ 助言内容を再確認します。 ・ 次に、優先的に取り組む内容を2、3点に絞りたいと思います。助言の内容から①～、②～、③～でよろしいですか？ ・ それでは、まとめさせていただきます。 (まとめ) <p>※ 司会者はまとめに不足するものがあれば追加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ それでは、担当ケアマネジャーは本会議の意見を踏まえ、ケアプランを再度検討してください。次回のケアプラン変更後、2週間以内に検討後のケアプランとアンケートを長寿支援課へ提出してください。担当者変更や支援終了する場合はアンケートのみ提出してください。 <p>また、会議に参加したみなさんは会議について気づいたことや要望などがありましたら受付のアンケートに記入して長寿支援課に提出してください。</p>
<p>● まとめ（3～5分）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 司会補佐は、会議の最後に今後の支援（ケアプラン修正含む）の方向性を確認する。 ・ 担当ケアマネジャーやサービス提供事業者が当面行う必要がある課題（医師の意見確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取等）がある場合、最後に役割と内容の確認を行う。 	

(4) 助言者に期待すること

職種	会議における専門職としての視点等
理学療法士 作業療法士	<p>医療面に詳しい職種であることを意識して発言すること</p> <p>①生活不活発病（転倒）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転倒による骨折の既往歴がある場合は、必ず転倒の場所、原因を確認する。 ・転倒の原因が内因性によるものなのか外因性（環境）によるものなのか見極める。 ・服薬の組み合わせについても注意する。 ・廃用症候群の高齢者に対するサービス事業所での機能訓練の具体的な助言 <p>②脳梗塞片麻痺</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体機能の改善のみでなく生活機能（生活行為）の向上を目指す助言 ・環境面（補装具、補助具）に対する助言も忘れないこと <p>③疾患の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾患の主な症状、注意すること ・運動機能向上訓練をする場合の注意事項、リスク管理等 <p>④成功例の紹介</p> <ul style="list-style-type: none"> ・似たケースの成功例を具体的に紹介して話す。 <p>⑤利用者が<u>具体的に</u>取り組む運動や活動への助言</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特に取り組む運動（優先度の高いもの、取り組みやすいもの）の提案 ・利用者が今後の目標を達成できるようにサービス事業者等への助言も行なう。
言語聴覚士 歯科衛生士	<p>①口腔ケアの必要性についての一般的な助言のみでなく、対象者によってどの程度のケア、指導が必要なのか見極めること</p> <p>②継続的、または抜本的なケアが必要な場合にはケアプランに盛り込むことを助言</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その際、歯科受診や訪問歯科診療等について確認する。 <p>③予後予測として、例えば構音障害の場合どこまで改善が見込まれるか、維持なのか、悪化の遅延化なのか、多少は改善の見込みがあるかどうか</p> <p>④誤嚥性肺炎の危険性が予見できそうな事例については、その具体的な予防策を助言すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・例えば、年齢から推測して「老嚥」ではないかや、脳血管等の疾患の特徴として助言する。 <p>⑤口腔機能の重要性を伝える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・咀嚼・嚥下機能低下 → 栄養障害 → ADL低下 → QOL低下
管理栄養士	<p>①永年の生活習慣をみる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・習慣を改善させた成功例等の助言に心がけること。 例えば、カロリー制限の必要な事例に対しては、少量でも満腹感が得られ

	<p>る食べ方の紹介、お茶碗や箸の選択など</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事のアセスメントの必要度の見極め（特に栄養面に問題がなければスルーする。） <p>②低栄養</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タンパク質摂取は解るが、どのような調理、どのような素材を選択したらいいか伝える <p>例) 肉×の人 「卵」、「納豆」、「豆腐」等 肉○の人 1日のタンパク質摂取量の目安○○g など</p> <ul style="list-style-type: none"> ・効果的なカルシウム摂取の方法（高齢者に適した食材の紹介） ・嚥下機能が低下している人に適した食材（言語聴覚士や歯科衛生士と要相談） ・必要カロリーを摂取する工夫（食べ方：おにぎり、ゆで卵等手で掴んで食べられるなど）（少食な人：少量で高カロリーな食材など） <p>③疾患別アドバイス（糖尿病、高血圧症、骨粗しょう症、貧血、腎疾患）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・具体的な成功例の助言を心がけること ・必要な栄養素の取り方（具体的な方法の提示） ・食べ合わせ等の紹介 <p>④標準的なメニューの紹介</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コンビニ、スーパーでのメニュー（食材選び）づくり ・電子レンジレシピ、電磁調理器レシピ、炊飯器レシピ等の紹介
<ul style="list-style-type: none"> ・主任ケアマネジャー 	<p>①自分が関わった利用者で、似たような成功事例の紹介</p> <p>②アセスメント能力を高めることを意識した助言</p> <p>③助言内容から優先的に取り組むべき課題</p> <p>④短期目標、長期目標への活かし方「○か月で体重○キロになる」</p> <p>⑤地域活動への参加を意識した助言（これまで行なっていたことが継続できる、再びできる）</p> <p>⑥会議で出た意見をケアマネジャーが利用者・家族へ説明する際どのように説明（合意形成）をしたらいいか、具体的に助言する</p> <p><助言以外></p> <p>⑦似たような困難事例から、地域課題の発掘、政策提言に繋がる意見</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター ・生活支援コーディネーター 	<p>①自分が関わった利用者で、似たような成功事例の紹介</p> <p>②社会資源の活用についての助言（地域のサロン、インフォーマルサービス、福祉サービスの活用）</p> <p>③アセスメント能力を高めることを意識した助言</p> <p>④地域活動への参加を意識した助言（これまで行なっていたことが継続できる、再びできる）</p> <p>⑤積極的に発言することを心がける</p> <p>⑥会議で出た意見をケアマネジャーが利用者・家族へ説明する際どのように説</p>

	明（合意形成）をしたらいいか、具体的に助言する
全員	<p>①目標が課題に対して適切で具体的であるか、優先順位がつけられているかを確認し、具体的な目標を立案するヒントをアドバイスする（P20参照）</p> <p>②改善可能な項目に対して適切なサービス内容であるかを確認し、適切なサービスを提案する（地域活動への参加を意識）</p> <p>具体的助言に関しては、大分県福祉保健部高齢者福祉課作成「自立支援型通所サービス生活機能向上支援マニュアル」「自立支援ヘルパー実務マニュアル」なども参考にしてください。</p>

自立支援型プラン表例

生活全般の 解決すべき課題	目標	
	長期目標	短期目標
出来ない家事を手伝ってほしい	安心した生活を送れる環境をつくる	家事がすこしでも出来るようになる
<p>※悪化予防の視点が全くない</p> <p style="text-align: center;">見直し</p>		
生活全般の 解決すべき課題	目標	
	長期目標	短期目標
低栄養状態による体力低下と下肢筋力低下により、トイレや浴槽の掃除が出来ない	一人で浴室とトイレ掃除が出来るようになる	道具を利用してヘルパーと一緒に掃除ができる
下肢筋力低下により屋外歩行が困難にて買い物などが出来ない	スーパーまで一人で買い物に行く事ができる	近くのコンビニまで買い物に行く事ができる
むせ込みによる食欲低下などから、低栄養状態である。 (Alb3.1、BMI15)	むせ込みが改善し、普通食が食べられる (Alb3,5以上)	1日1600calが摂取できる
悪化予防の課題は重要		

(和光市北地域包括支援センター作成資料)

(5) 留意点

- *会議に参加している全員が「参加してよかった」「また参加したい」と思えるような会議になるように、参加者全員で会議を作っていきます。
- *活発な意見交換ができるように、参加者は積極的に発言しましょう。
- *議論された内容が形式的なもので終わらないように、利用者のサービスまで届くように議論しましょう。

- ①開催頻度が多くなるとマンネリ化、形骸化しがちであるため、常に程よい緊張感のある会議に努めること
- ・ 1 ケースの処理に時間をかけすぎないこと。時間がかかりすぎると焦点（課題）がぼやけてしまう。会議前に焦点を明確にする。
 - ・ まずは、担当ケアマネジャーの説明を受け、事例の課題（焦点を絞る）を全員で共有してから会議を進行する。
 - ・ 担当ケアマネジャーのアセスメントに疑問があれば、課題を抽出するために全員で深掘りする。
- ②人を見る、観る、看る（診る）こと
- 【高齢者のQOLの向上にはどのようにすればよいかという視点】
- ・ 例えば、住宅改修で手すりを設置することで自宅では転倒の危険性が軽減され、室内歩行が自立したとしても、親戚の家での法事などの環境が異なることへの不安によりできなければ、本当の自立とは言えない。（普遍的自立なのか限定的自立なのかを確認する）
 - ・ また、デイサービスでは自立していても、自宅では何らかの介助が必要となれば自立とはいえない。
- ※できる能力があるがやっていない、参加していない等、「出来ること = していること」と繋がるように考える。
- ・ さらに、高齢者（100歳近く）などの場合は終末期に対する備え（心構え）について担当ケアマネジャーに意識してもらおう。
- ③個別ケースの課題解決のための会議を通して地域課題を把握する場であることを常に意識する。
- ・ 個別ケースから浮かんでくる地域課題を見逃さずに、会議の最後に参加者全員で共有する工夫が必要。
- ④OJTの場であることを意識する。
- ・ 助言者の発言に頼りすぎない。まずは地域包括支援センターの職員が意識的に発言する。
 - ・ 担当ケアマネジャーとサービス提供事業者のアセスメント能力を高めることを意識する。
 - ・ 参加者全員が「時間を割いて参加する意義がある」と思える会議となるように努める。（モチベーションの維持）
- ⑤給付抑制や担当ケアマネジャーの裁判のような雰囲気のない会議とならないこと。
- ・ プラン修正を求める場合は、地域包括支援センターや保険者がフォローする。
 - ・ 合意形成が難しそうな事例については、あるべき姿を示したうえで、現実的な対応の余地を残すこと。
- ⑥その他
- ・ 期間的自立支援のケースなのか？永続的自立支援のケースなのか？をしっかりと見極

めることが重要。

- ・卒業を目指すのか？悪化の遅延を目指すのか？維持から向上を目指すのか？によって必要な支援が異なる。

(例えば、独居で重度の麻痺がある場合などは、ヘルパー支援が不要になることはない、など)

- ・個人因子、環境因子等から判断して、3年～5年後の状態像を予測すること。
- ・会議の締め言葉（総括）が重要。

5 ケアプランの見直し

(1) 見直したケアプランの提出

担当ケアマネジャーは、会議の検討内容を踏まえ、作成者が考える適切な時期に原案の作成及び、担当者会議でケアプランの変更を行います。今後の会議運営の参考にするため、ケアプランを変更した場合も変更しなかった場合も、会議後に初めて作成したケアプランを作成後2週間以内に長寿支援課へ提出してください。また、アンケートも提出してください。

検討内容をケアプランに反映する際、利用者に同意を得ることが難しい場合は

大野城市基幹型地域包括支援センター TEL 092-501-2306

大野城市長寿支援課 TEL 092-580-1860 へ相談してください。

(2) 再検討

検討したケアプランで①ケアプラン作成者が再検討をしたい場合や、②見直したプランの提出から基幹型地域包括支援センター又は保険者が再検討をすることが望ましいと考えられた場合は、概ね半年後に再検討を行いません。

ケアマネジメント調整会議参加後アンケート

事業評価および事業への活用のため、下記のアンケートに記入してください。
次回のケアプラン変更後、2週間以内に必ず提出してください。
担当者変更や支援終了する場合はアンケートのみ提出してください。

1 ケアマネジメント調整会議事例について

①実施日	平成 年 月 日
②担当ケアマネジャー氏名	
③事例の介護度など	・ 事業対象者 ・ 要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5

2 ケアマネジメント調整会議に参加して、ケアプラン作成に役立つ助言や意見を聞くことができましたか？（あてはまる項目に○）

できた ・ できなかった

3 ケアマネジメント調整会議での助言をプランの変更に活かすことができましたか？（あてはまる項目に○）

できた ・ できなかった

↓

4 3の回答で「できなかった」場合は理由を記入してください。

5 ケアマネジメント調整会議に対しての意見があれば記入してください。

協力ありがとうございました。