

高齢者のための 自立支援ケア会議の手引き



自立支援ケア会議

住み慣れたまちで
その人らしい暮らしを
続けていただくための
ケアマネジメント
支援



徳島花子さん



担当ケアマネジャー

みんなで花子さんの
生活をサポートします！

令和7年4月
徳島市
健康長寿課・高齢介護課

はじめに

少子高齢化が進む中、高齢者の増加に伴う介護ニーズや社会保障費の増及び少子化等による介護人材不足の問題など、介護保険制度を取り巻く環境は多くの課題を抱えています。

こうした状況下にあって高齢者が、住み慣れた地域で生きがいを持ちながら安心・安全に暮らし続けることができるよう、「医療」、「介護」、「介護予防」、「生活支援」、「住まい」を包括的に提供する体制づくりである「地域包括ケアシステム」の構築が急務となっています。

地域包括ケアシステムの構築には、介護保険の理念である“自立支援”の考え方に基づき、高齢者のニーズに応じた適切なケアマネジメントを実施することや、多様な社会資源の整備が必要です。

中でも自立支援に資するケアマネジメントの推進は、非常に重要なテーマであると言えます。

徳島市では、自立支援に資するケアマネジメントを推進するため、これまで支援困難ケースの検討を行ってきた地域ケア個別ケース会議に、平成30年度から新たに自立支援に向けたケアマネジメントの検討・助言を行う「自立支援ケア会議」の機能を追加しました。

自立支援ケア会議では、市町村や地域の介護支援専門員、サービス事業所等の関係者が一体となって地域の多様な専門職の助言を踏まえ、高齢者一人一人の支援方法を検討します。

また、個別プランの検討において明らかとなった地域の課題を把握することで、市町村における福祉サービスや生活支援の体制整備に結びつけていきます。

本マニュアルは、関係者の皆様に自立支援ケア会議の目的や機能等を正確に理解していただき、本市の自立支援ケア会議を実効のあるものとする 것을 目的として作成しました。

会議参加の際や、日頃のケアマネジメント業務の参考としてぜひご活用ください。

令和7年4月

徳島市健康長寿課・高齢介護課



徳島市イメージアップキャラクター
「トクシ」

自立支援ケア会議イラスト 自立支援型介護

掃除をするのが
おっくうに
なった



噛みづらくて
ご飯が
おいしくない



飲み込み
にくくなった



最近
やせてきた



買い物に
出かけるのが
つらい



生活
の中で困ったことが
出てきたなあ…



花子さんは風邪をこじらせ、肺炎になり入院してしまいました。退院した後も、体力が落ちてしまい、今までできていたことが難しくなってきました。

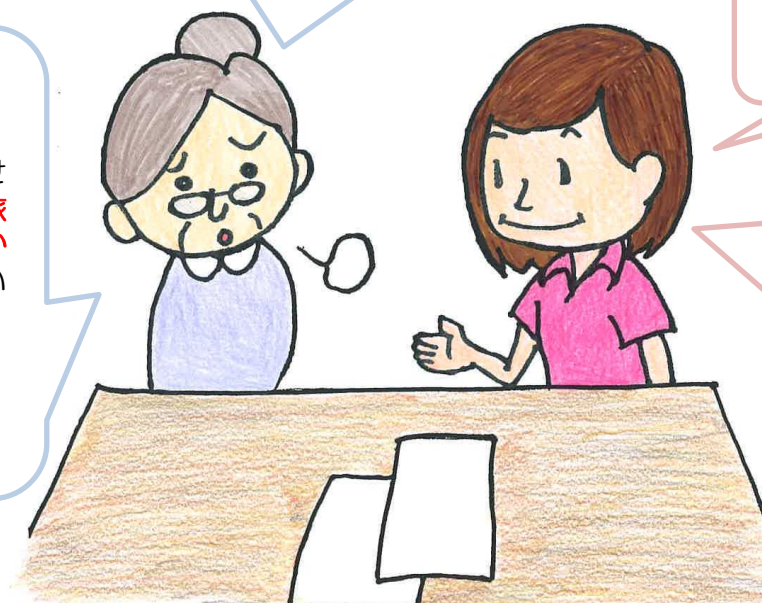
ケアマネジャーに相談

最近、いろいろ
困ったことが増えてきて…

ケアマネジャー

なるほど・・・
困ったことが
でてきたんですね

そうねえ・・・
そういえば、
最近は衰えてきたせ
いで、好きだった旅
行も孫と遊びに出か
けるのも遠のいてい
るわねえ。
元気なときは
楽しんでいたけど、
今はとても・・・



そのほかに
困ったことや
元氣になって
やりたいこと
などは
ありますか？

※本人の「やりたいこと」がとても重要！！

実は、体が弱く
なってきて、
諦めかけていたの！

身の回りのことも
息子たちには迷惑を
かけたくないし、やっ
てみようかしら！

でしたら、その
「旅行に行くこと」
「お孫さんと遊びに出かけること」
を目標にしませんか？

その目標を
達成するために
困っていること
を解決して
いきましょう！

自立支援型ケアプラン

介護サービス等の利用開始

デイサービス・デイケア



口腔ケア



栄養指導



訪問リハビリ



インフォーマル サービス



そして 半年後・・・



再びお友達と旅行に行けるようになって

家事がおっくうではなくなって



元気になって



おいしくご飯が食べられるようになって

やりたいことを楽しみながら
住み慣れた場所で
元気に生活できる
ようになりました



自立支援ケア会議

専門職等のアドバイザーが自立支援の観点から、利用者にとって
より良いケアプランとなるよう支援します



目 次

1	手引きのねらい	1
2	自立支援ケア会議の趣旨	
(1)	介護保険制度における自立支援の理念	1
(2)	自立支援ケア会議開催の経緯	1
(3)	自立支援ケア会議の目的	3
(4)	自立に向けたケアプランとは	3
3	自立支援ケア会議の実施手順	
(1)	自立支援ケア会議構成員	4
(2)	会議開催日	5
(3)	検討ケース選定基準	5
4	会議の事前準備	7
5	会議の流れ	8
6	ケース説明の手法	
(1)	わかりやすい説明のために	9
(2)	プラン作成担当による概要説明	9
(3)	サービス提供事業所によるケース補足説明	10
7	質問・助言のポイント	
(1)	質問	9
(2)	助言	10
(3)	職種別の助言ポイントと工夫	
①	医師	11
②	歯科医師	12
③	薬剤師	13
④	理学療法士	14
⑤	管理栄養士	16
⑥	主任介護支援専門員	18
8	会議終了後	
(1)	会議運営・地域課題についての検討	20
(2)	会議録の作成	20
(3)	プラン作成担当・サービス提供事業所による会議開催後の対応	20
(4)	モニタリング及び事業評価	20
(5)	政策形成	21
9	個人情報の取扱い	21

10 住民への周知と理解促進	22
11 訪問回数の多いケアプランの検証について	
(1) 趣旨	23
(2) 市町村への届出及びケアプラン検証が必要となる居宅サービス計画	24
(3) 市町村への届出に必要な提出書類	24
(4) 市町村への届出期限	24
(5) 自立支援ケア会議におけるケアプランの検証	24
11-2 区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占める ケアプランの検証について	
(1) 趣旨	26
(2) 市町村への届出及びケアプラン検証が必要となる居宅サービス計画	26
(3) 市町村への届出に必要な提出書類	28
(4) 市町村への届出期限	28
(5) 自立支援ケア会議におけるケアプランの検証	28
12 様式集	
【様式1-1】利用者基本情報（表）	30
【様式1-2】利用者基本情報（裏）	31
【様式2】基本チェックリスト	32
【様式3】課題整理総括表	33
【様式4】徳島市自立支援ケア会議・アセスメントシート	34
【様式5】徳島市自立支援ケア会議・モニタリングシート	36
【様式6】介護予防サービス計画書	38
【様式7】居宅サービス計画書（第1表）	39
【様式8】居宅サービス計画書（第2表）	40
【様式9】居宅サービス計画書（第3表）	41
【様式10-1】介護サービス個別計画書（通所用）（1/3 頁）	42
【様式10-2】介護サービス個別計画書（通所用）（2/3 頁）	43
【様式10-3】介護サービス個別計画書（通所用）（3/3 頁）	44
【様式11-1】介護サービス個別計画書（訪問用）（1/3 頁）	45
【様式11-2】介護サービス個別計画書（訪問用）（2/3 頁）	46
【様式11-3】介護サービス個別計画書（訪問用）（3/3 頁）	47
【様式12】自立支援会議記録用紙	48
【様式13】興味・関心チェックシート	49

1 手引きのねらい

この「高齢者のための自立支援ケア会議の手引き」は、徳島市が実施する自立支援ケア会議（以下「会議」といいます。）の全ての関係者が、その制度の趣旨を理解し、会議の開催を通じて、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、利用者にとって有効なケアマネジメントとなるよう、多職種の視点で行うケアプランについての議論を行う際の手引きとして活用されることを期待しています。

この手引きに基づき開催する会議には、いわゆる自立支援ケア会議のほか、平成 30 年 10 月から新たに設けられた、訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの検証を行う地域ケア個別会議を含んでいます。

地域包括ケアシステム構築の要は、適切なケアマネジメントの実施にあると言っても過言ではありません。

この手引きに基づき開催される会議を通じ、徳島市が実施するケアマネジメント支援が自立に資する効果的なものとなるよう、関係者の皆様のご協力をお願いします。

2 自立支援ケア会議の趣旨

(1) 介護保険制度における自立支援の理念

介護保険法

第 2 条第 2 項 保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

第 4 条第 1 項 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

つまり

介護保険制度とは

一貫して自立支援の理念の下に実施されるべきものであり、できる限り本人の意思と力で生活できるように身体機能と生活機能の向上を目指す社会保障の仕組み。

(2) 自立支援ケア会議開催の経緯

介護保険制度の理念が自立支援であるのに対し、現状はいわゆるお世話型のケアプランとなっており、自立支援に資する内容となっていないケースが見受けられます。

その結果保険給付費は増加し続け、少子高齢化が更に進む中であって、制度の安定的運営が困難な状況を迎えています。

介護保険制度の安定的な運営のためには、自立支援の理念を、行政、介護支援専門員、サービス提供事業者、地域住民等のすべての関係者が共有するとともに、介護保険卒業後の受け皿の整備、生活支援サービスの充実等、高齢者を取り巻く環境の整備をまちづくりの視点で行っていくことが不可欠と言えます。

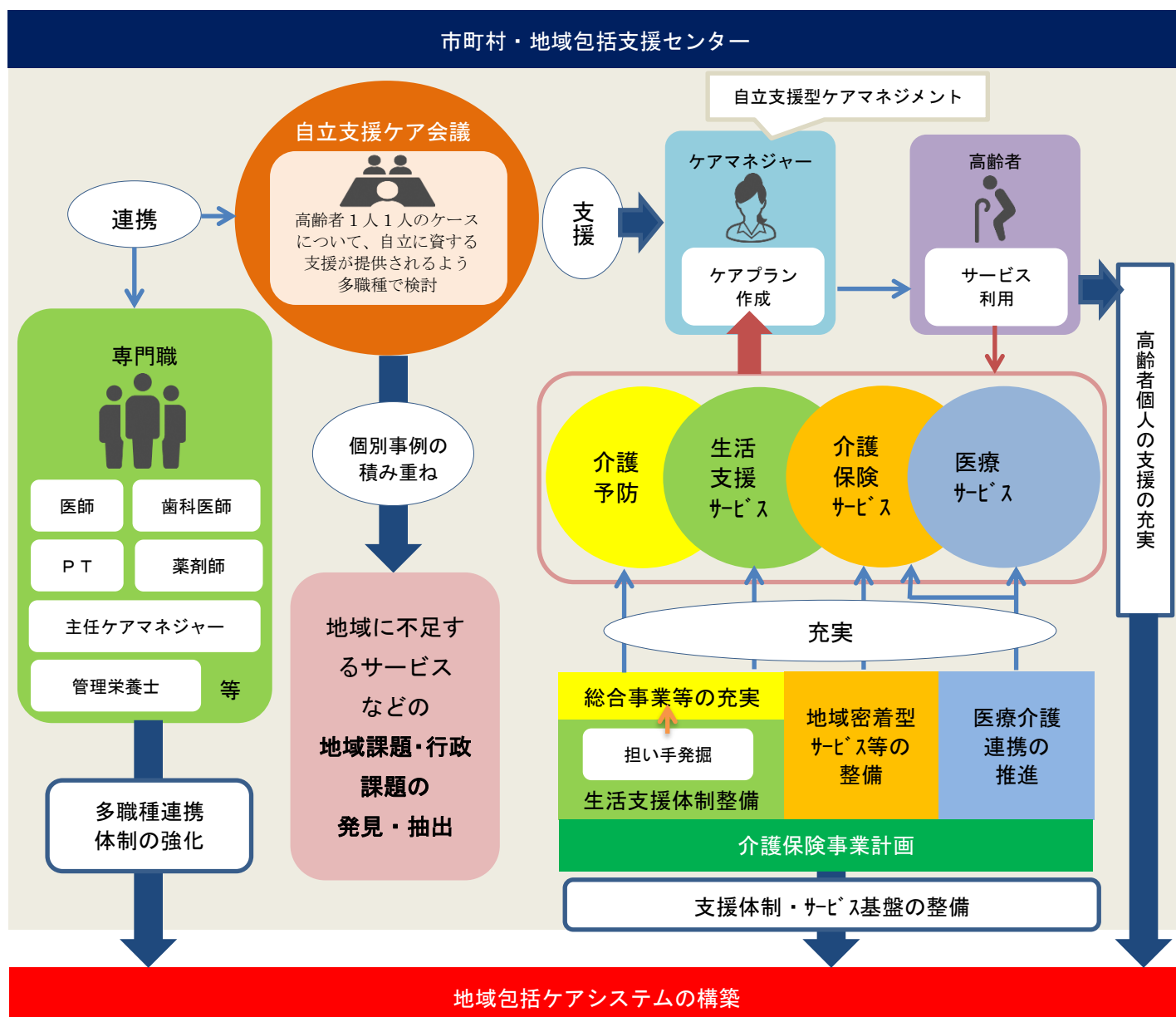
こうした状況を受け、平成27年制度改正において、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進することとされました。

また、同改正により、地域包括ケア実現のための一つの手段として、地域ケア会議が法制化されました。

地域ケア会議は、専門多職種の協働のもと、公的サービスだけでなく他の社会資源も積極的に活用しながら、高齢者個人の課題分析と在宅生活の限界点を上げるための支援の充実に向けた検討を行い、これらの個別ケースの検討の積み重ねを通じて、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ことにより、地域で高齢者を支えるネットワークを強化するとともに、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行政に吸い上げ、社会基盤整備につなげる一つの手法として、位置付けられています。

徳島市では、地域包括ケアシステムの構築に向け、自立支援の理念を計画作成者、サービス提供事業者、行政、利用者及びその家族、地域住民等全員で共有するとともに、自立支援に向けた目標設定、生活支援サービスの整備・充実等、高齢者を取り巻く環境の整備を図ることを目的に、地域ケア会議の一つとして自立支援ケア会議を開催することとしました。

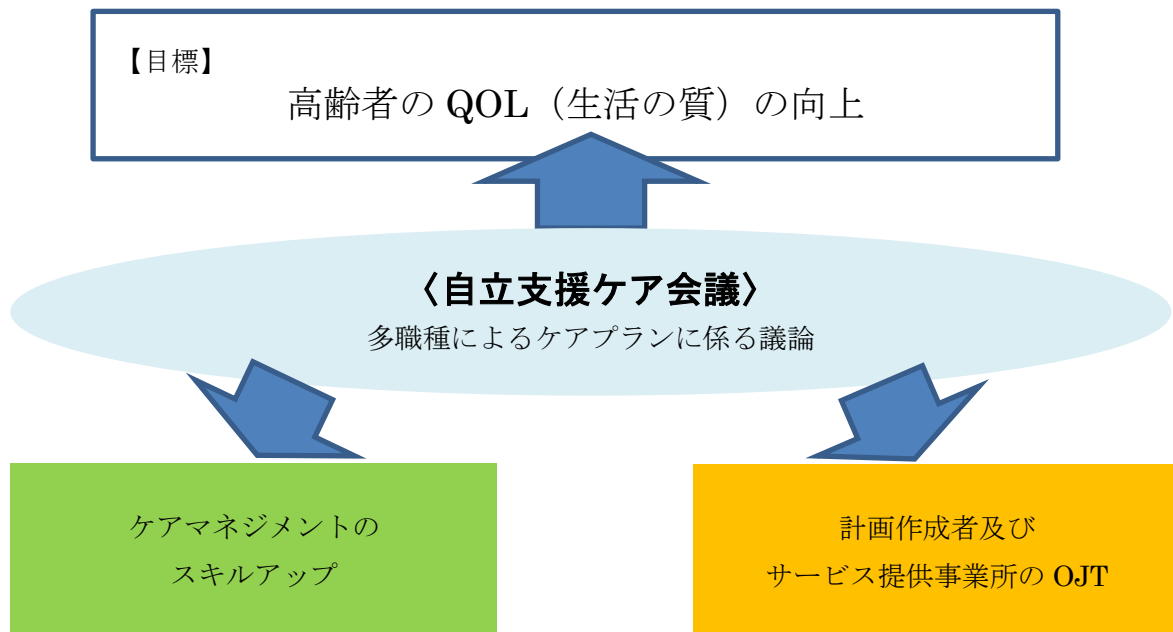
図表1 自立支援ケア会議の実施による地域づくりのイメージ



(3) 自立支援ケア会議の目的

法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの質の向上を目的としています。

図表 2 自立支援ケア会議の目的のイメージ



(4) 自立に向けたケアプランとは

加齢に伴い、地域での生活を維持していくことが難しくなるのは当然のことです。加齢により、何らかの支援が必要となった高齢者が必要な援助を受けながらも、尊厳を保持して、その人らしい生活を主体的に継続していくことを介護保険制度における「自立」といいます。

こうした自立に主眼を置いたケアプランにおいては、高齢者本人の自己決定を尊重することが最も重要です。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」といった意向を踏まえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といった包括的アセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成します。

その際、「本人の自己決定だから」とすべてを受け入れることが、自立に向けたケアプランではないことに注意が必要です。自立に向けて現実的で明確な意向を持っている高齢者の場合には、その実現に向けた具体的な方法を本人とともに検討してケアプランを作成するでしょう。しかしながら、実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけ等を行いながら、意思決定支援を行う必要があります。

中でも、自立において本人の意欲が重要な要因であることを考えると、消極的・拒否的な意向の場合は特に留意する必要があります。「できる能力があるのに、していないことは何か」「かつてはしていたのに、しなくなったことは何か」「それはどうしてなのか」等の視点から、自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法等を検討することが必要になります。

また、自立は一度で為し得ることではなく、環境との継続的な交互作用を通して可能となります。そのため、将来を見越してケアプランを作成するとともに、高齢者の自立を可能にする家族や地域にしていこうための働きかけについても検討する必要があります。

このように、ケアプランは単なる計画ではなく、ケアマネジメントすべてのプロセスを見える化したものであり、ケアプランに係る議論をする際にはそのことを認識する必要があります。つまり、高齢者一人ひとりの生活を支える検討をすることになるといった覚悟が必要だと言えます。

なお、自立支援型ケアマネジメントの手法は、高齢者の状態により「期間的自立支援」と「永続的自

立支援」のいずれかに区分できるため、事例によっていずれの手法によるケアマネジメントが適切か判断しながら、検討する必要があります。

図表 2 期間的自立支援と永続的自立支援

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) 廃用性症候群等により生活機能が低下したケース →介護保険サービスの一時的な利用により 生活機能が向上するよう支援
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重度の機能不全が原因で 生活機能が低下したケース →介護保険サービスを永続的に使いながら、 可能な限り残存機能を維持・活用できるよう支援

3 自立支援ケア会議の実施手順

徳島市の自立支援ケア会議は、主に要支援～要介護1の比較的軽度の利用者を対象として行います。計画作成者より課題分析・目標設定等概況、サービス提供事業所よりサービスの利用状況等を説明し、主としてアドバイザーからの意見・提案・助言を受けることにより、在宅生活の充実に向けた支援となっているか、自立支援・生活機能向上に向けたケアマネジメントになっているか等の効果を検証していく場としていきます。

自立支援の視点に立ち、本人・家族とケアチームのモチベーションが向上するよう、できるだけポジティブな雰囲気での会議運営を目指します。

(1) 自立支援ケア会議構成員＜固定◆ 変動◇＞

◆アドバイザー

- ①徳島市医師会
- ②徳島市歯科医師会
- ③徳島県理学療法士会
- ④徳島県薬剤師会
- ⑤徳島県栄養士会
- ⑥徳島県介護支援専門員協会

◆地域課題把握

徳島市生活支援コーディネーター

◇計画作成者：介護予防支援事業所（徳島市地域包括支援センター）

居宅介護支援事業所

◇サービス提供事業者：通所介護事業所、訪問介護事業所等

◆保険者：徳島市高齢介護課・健康長寿課

◆事務局：徳島市地域包括支援センター

(2) 会議開催日

【2019年度】

奇数月の第4木曜日 午後1時30分から午後3時30分まで
3事例（1事例30分）及び振り返り（30分）

【2020年度以降】

奇数月の第4木曜日 午後1時30分から午後3時30分まで
3事例（1事例40分）

(3) 検討ケース選定基準

【2019年度】

- ① 原則として、要支援者の直営プランから、毎回3件程度選定する。
- ② ケースの選定は、次の③及び④に従って行うこととする。
- ③ 選定するケースは、会議開催月の前々月のサービス利用者（新規）の中から、次の要件のいずれかに該当するものとする。
 - ・ 総合事業のうち通所介護予防相当サービスを位置付けている事例
 - ・ 総合事業のうち訪問介護予防相当サービスを位置付けている事例
- ④ ③に該当するプランがない場合のみ、会議開催月の3カ月前開始のプランも可とする。
- ⑤ ①～④に該当するプランがない場合は市に相談の上、適当な事例を選定するものとする。

【2020～2022年度】

- ① 原則として、要支援者の直営プラン、委託プラン及び要介護1プランの区分からそれぞれ1件選定する。（毎回3件程度選定。訪問回数が多いプランやモニタリングがある場合は調整）
- ② ケースの選定は、次の③及び④に従って行うこととする。
- ③ 選定するケースは、会議開催月の前々月のサービス利用者（新規）の中から、次の要件のいずれかに該当するものとする。
 - ・ 通所介護（総合事業の通所介護予防相当サービス含む）を位置付けている事例
 - ・ 訪問介護（総合事業の訪問介護予防相当サービス含む）を位置付けている事例
 - ・ 上記以外の介護予防・日常生活支援総合事業を位置付けている事例
- ④ ③に該当するプランがない場合のみ、会議開催月の3カ月前開始のプランも可とする。
- ⑤ ①～④に該当するプランがない場合は市に相談の上、適当な事例を選定するものとする。

【2023年度以降】

- ① 原則として、要支援者の直営プラン、委託プラン及び要介護1プランの区分からそれぞれ1件選定する。（毎回3件程度選定。訪問回数が多いプランやモニタリングがある場合は調整）
- ② ケースの選定は、次の③及び④に従って行うこととする。
- ③ 選定するケースは、会議開催月の4カ月前のサービス利用者（新規）の中から、次の要件のいずれかに該当するものとする。
 - ・ 通所介護（総合事業の通所介護予防相当サービス含む）を位置付けている事例
 - ・ 訪問介護（総合事業の訪問介護予防相当サービス含む）を位置付けている事例
 - ・ 上記以外の介護予防・日常生活支援総合事業を位置付けている事例
- ④ ③に該当するプランがない場合のみ、会議開催月の5カ月前開始のプランも可とする。
- ⑤ ①～④に該当するプランがない場合は市に相談の上、適当な事例を選定するものとする。

【選定手順】

- ① 直営プランは、地域包括支援センターが対象ケースを選定し、市へ提示するものとする。
- ② 委託プランは、地域包括支援センターが該当する候補者のリストを市へ提示し、市が対象ケースを選定するものとする。（必要に応じて包括と協議の上選定）
- ③ 要介護プランは、市が該当する候補者のリストを作成し、その中から対象ケースを選定するものとする。（必要に応じて居宅介護支援事業所への状況確認を実施するほか、包括と協議の上選定）

4 会議の事前準備

事前準備 作業進行管理表

	徳島市	包括	居宅	備考
リスト作成	①要介護認定者リスト作成	②直営プラン対象者の事例選定 ③委託プラン対象者のリスト作成し市へ提出		①会議 1 カ月前までにリスト作成。 ②会議 3 週間前までに選定。 ③会議 1 カ月前の翌日以降にリスト送付。
対象ケース選定	①委託プラン・要介護対象者の事例選定。	①必要に応じ、委託プラン・要介護対象者の事例選定に協力		①会議 3 週間前までに選定。
会議参加依頼	①計画作成者へ会議参加及び資料提出依頼 ②助言者へ開催案内通知	③直営プランはサービス事業所への会議参加依頼（サービス事業所への案内が必要な場合は健康長寿課へ連絡）	③サービス事業所への会議参加依頼（サービス事業所への案内が必要な場合は健康長寿課へ連絡）	①～③ 会議 3 週間前までに実施。
	出席者取りまとめ			会議の 2 週間前を目安
資料準備		事例資料（ケアマネ作成成分・サービス事業所作成分）を準備	事例資料（ケアマネ作成成分・サービス事業所作成分をまとめて）を包括へ持参	会議開催 2 週間前の木曜日までに提出
		①事例資料の印刷 ②助言者・市へ資料を送付		①資料提出次第印刷 ②資料は会議開催 1 週間前の金曜日までに送付
打合せ	事前打合せ。 必要に応じ包括にも参加呼びかけ。	必要に応じ事前打合せに参加。		打合せは会議当日までに調整。
会議当日	会議出席（保険者）	①会議運営（事務局・司会） ②会議出席	会議出席	

事前準備資料一覧

資料		プラン作成 担当（要支援）	プラン作成 担当（要介護）
利用者基本情報	・利用者基本情報【様式 1】	○	○
	・基本チェックリスト【様式 2】	○	○
アセスメント情報	・課題整理総括表【様式 3】	○	○
	・徳島市自立支援ケア会議・アセスメントシート【様式 4】	○	○
ケアプラン	・介護予防サービス計画書【様式 6】	○	—
	・居宅サービス計画書（第 1 表、第 2 表、第 3 表）【様式 7～9】	—	○
個別サービス計画など	・各事業所の個別サービス計画等【様式 10～11】	○	○
その他	・興味関心チェックリスト【様式 13】	○	○

○：必ず準備するもの

5 会議の流れ

内容		ポイント	担当	時間
会場準備			事務局	
受付		①個人情報使用同意書等対応 ②資料配付 ③謝金支払	事務局	
開会	①出席者紹介 ②資料の確認 ③会議の流れ説明		司会者	2分程度
ケース 概要説明 (※注1)	①日常生活の困りごと と願い(本人・家族) ②日常生活の変化の 可能性 ③プランでの対応方針 ④助言を受けたい点	①「アセスメント情報」「課題整理総括表」 に基づき、強調・補足したい事柄にポイント を絞って説明する。 ②準備書類作成後に本人等の状況に変化 があった場合は補足説明する。 ③今後支援するにあたって、専門的な立場 からの助言を受けたいところを伝える。	プラン 作成担当	3分程度
ケース 補足説明 (※注1)	①補足説明 ②支援方針等説明	①事業所のアセスメントから利用者の状 態について補足説明する。 ②「個別サービス計画」等から支援方針・ サービス利用状況等について説明する。	サービス 提供事業所	3分程度
質疑応答及び 協議・助言	①自立に向けた具体的 な支援について協議・ 助言	①必要に応じ、課題を明確にするための質 疑応答を行う。 質問する際は、質問の趣旨・理由を合わせ て伝えるよう配慮する。 ②どのようにしたら「改善・維持、悪化防 止⇒自立へ」と向かうかを具体的に協議す るなかで、適宜、アドバイザーから専門的 な意見・助言・提案をもらう。	全体	15～20 分程度
まとめ	①新しく取り組むこと ②継続すること、検討 すること ③未決定となったこ と、今後時間をかけて 決めること	司会者は合意されたことを具体的にまと め、参加者の意識共有を図る。	司会者	2分程度
閉会		①事例資料回収 ②会場片づけ ③会議録作成(会議終了後1週間以内)	事務局	

※注1：アドバイザー等には事前に資料を送付しているため、強調・補足したい事柄にポイントを絞って説明する。

※注2：所要時間は1事例につき合計40分程度(振り返りを含む)とする。

6 ケース説明の手法

(1) わかりやすい説明のために

効率的に話し合いを進めるためには、全ての会議参加者がケースについて共通の情報と認識をもつことが大切です。限られた時間での会議のため、説明は簡潔に、要点を絞って行っていただく必要があります。冗長な言い回しや曖昧な表現を避け、次のポイントに注意して説明できるよう、事前に準備しましょう。

- ◆大きな声で、語尾ははっきりと言い切る
- ◆結論を述べてから根拠、理由、背景を説明する
- ◆箇条書き（第1に～、第2に～）で整理して説明する
- ◆主語（誰が～）をはじめに言う
- ◆医療情報は疾患名だけでなく「症状」からくる「生活への影響」を話す
- ◆「朝方、夕方」などの曖昧な表現を避け、「朝7時に、午後4時に」などと明確に述べる
- ◆本人（家族）の意向はマイナス面だけでなくプラス面も話す

(2) プラン作成担当による概要説明

アドバイザー等には事前に資料を送付しているため、以下の項目の中でも事前準備資料を読めばわかる内容はできるだけ説明を省き、強調・補足したい事柄にポイントを絞って説明してください。

① 現状と経緯を説明

②～③の説明の中で重要となるポイントや強調・補足したいことを整理して説明します。限られた時間となるため、②～③の説明中で一括して説明する方法も考えられます。

② 困りごとと要因の整理、本人（家族）の受けとめ、願いについて説明

アセスメント情報や課題整理総括表等を使って、困りごとの要因となる現状（ADL、IADL、家族の介護力と就労状況など）の評価（自立、見守り、一部介助、全介助など）を説明し、次にその阻害要因（本人の意欲と心身の状態、疾患、地域環境など）を説明します。

その後、重要な点として、本人・家族がどのように受けとめているのか、どのようにしたい（意向）のかを説明します。

③ これからの改善・維持・向上・悪化の可能性と見通し、解決すべき課題を説明

アセスメント情報等により、現状のままで進んだ場合の改善・維持・向上・悪化の可能性を話し、必要に応じて、なぜそう考えるのかを説明します。そして今後の見通しを話し、これから取り組むべき課題を説明します。

④ ケアプランによる対応方針策について説明

②、③の内容を踏まえ、どのような対応方針を考えたのか、ケアプランにより説明します。

⑤ 今後の支援に対し専門職から助言を受けたい点について説明

今後対象者を支援していく上で、自立支援の観点から専門職に助言を受けたい点について説明します。課題と感じている点を具体的に説明し、効率的に助言が得られるよう工夫してください。

(3) サービス提供事業所によるケース補足説明

① 利用者の状態について補足説明

必要に応じ、事業所のアセスメントにより、プラン作成担当による説明への補足説明を行います。

② 支援方針・サービス利用状況について説明

個別サービス計画により、ケアプランに基づくサービスの提供・利用状況について説明します。

本人の日々の暮らしぶりや改善・向上、維持、低下・悪化している様子、本人や家族から寄せられた要望や感想等について簡潔に説明します。

7 質問・助言のポイント

徳島市の自立支援ケア会議を効果的なものとするために、会議に参加する全員が次の点に留意し、協力的な雰囲気の中で会議が進むよう、お互いに配慮しましょう。

(1) 質問

質問するときは「なぜ」ばかりを多用すると、尋問・詰問口調となり、相手が答えにくくなります。「どのように」など、様々な角度から質問することにより、話しやすい雰囲気づくりを心がけましょう。

また、なぜその質問をしようと思ったのか、質問の趣旨や理由も合わせて説明することで、的確な回答が得られやすくなり、スムーズな進行につながります。

(2) 助言

助言する際には、介護支援専門員や介護サービス事業所にとって、実践につながるよう具体的で分かりやすい形で伝えることが重要です。具体的には、次の点に留意しましょう。

① 全ての参加者が理解できる表現で助言する

一般的でない専門用語はほかの言葉に言い換えるなど、専門職以外も含む、全ての参加者が理解できる表現で話すよう配慮します。

② よい点、参考になる点なども指摘する

改善が必要な点だけでなく、よい点、参考になる点などの指摘も合わせて行い、前向きな雰囲気づくりに配慮します。

③ 具体的かつ実践可能な助言を提供する

専門的見地から、心身機能の低下や今後の見通しを見極めるだけでなく、次のような視点で、具体的かつ介護サービス事業所の担当者ができる支援方法を示すことが重要です。

- ・どのような支援があれば、本人が望む生活行為・社会参加が可能になるか
- ・どうすれば悪化を遅らせることができるか
- ・健康管理上もしくは疾病管理上、注意しなければならない点をどのようにして把握すれば良いか

④ 未来志向の提案を行う

「なぜ〇〇をやっていないのですか？」など、根拠や責任を問う指摘は、参加者のモチベーションを下げ、次の発言が弁解などにつながりやすくなるため建設的ではありません。

「〇〇をするのが大変ということですが、たとえば△△をしてみる、というように取り組んでみるのはどうですか？」など、指示ではなく1つの選択肢として取り組み方を提案するなど、ケアチームの気づきにつながるような助言となるよう配慮します。

⑤ 複数の選択肢を提案する

提案が1種類ではほぼ指示（命令）と受け取られる恐れがあります。「〇〇なら個別機能訓練で△△か××に取り組んでみるのが良いと思いますが、いかがですか？」など、提案するときにはできるだけ複数の選択肢を挙げ、どれを選ぶのかはケアチームと本人に委ねます。

それぞれの選択肢ごとのメリット・デメリットなども話し合うことで、より具体的なイメージを共有することができます。

⑥ 優先度を踏まえた助言をする

限られた時間で生活行為の課題に焦点を当てた議論を進めるためにも、自らの専門性として最も影響が大きいと考えられる課題を優先して助言します。

⑦ 地域資源に関する確認・課題を提起する

専門職の観点から、地域資源に関して確認し、課題提起することが重要です。地域資源の現状について把握していない場合には、他の参加者に確認した上で、今後求められる地域資源について助言します。

(3) 職種別の助言ポイントと工夫

① 医師

医師が会議に出席する場合、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。

特に主治医との連携状況は重要であるため、支援をさらに充実させていく上で必要となる確認事項や知識について、情報提供を行うことが大切です。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<確認事項> ・介護・支援が必要になった事由(疾病・障害) ・病状が安定しているかどうか ・基礎疾患である高血圧や糖尿病などのコントロールが良いかどうか ・特定疾病(難病)等の症候・所見・診断基準など ・点滴の管理・透析・酸素療法などの医療行為	<確認事項> ・介護・支援が必要になった疾病・障害についての病歴、その他の合併症、通院頻度、投薬内容、病態の安定性・不安定さなど
	・急性期・回復期・生活期と段階のある疾病・障害とその時期を把握し、可能な限りの予後予測がたてられているかどうかを確認する。	
課題の明確化と背景要因の確認	<確認事項> ・疾病や障害、生活状況との関連性 ・病状が不安定な場合や緊急時の対応課題の原因となり得る個人因子・環境因子 ・課題への対応について、医学的観点を踏まえた優先順位 ・医学的な重症度と介護の必要度は必ずしも一致しないことを踏まえ、課題の明確化が行われているか ・健康管理や疾病管理における課題の捉え方	<確認事項> ・病態の不安定さや精神面からくる生活支援の必要性等
		・利用者の状態の変化について医学的観点から助言する。
目標と支援内容の確認	・定期的な診療計画の見直しや再評価の時期を共有する。 ・かかりつけ医がリハビリテーションの適応を判断し、改善・維持に向けた専門職との意見交換や的確な指示が行えているかどうかを確認する。	・健康管理や体調管理を整えていく支援内容等について確認する。

実践につながる助言のポイント	・現状だけでなく今後の見通しも含めて助言する。 ・課題への対応は、優先順位を明確にするためにも医学的観点から助言する。 ・医学的な重症度と介護の必要度は必ずしも一致しないことを理解した上で助言する。 ・健康管理面にも配慮した具体的な支援方法(セルフケア含む)について助言する。 ・どのような時期であっても、早期離床や適切な介護の提供、十分な栄養状態の維持が重要である視点で助言する。	・病状を考慮して、頻回の生活援助サービスの必要性や、リハビリテーションの必要性について医学的観点から助言する。
----------------	---	---

② 歯科医師

歯科医師が会議に出席する場合、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。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<確認事項> ・口腔内の出血と口臭がないか ・口腔機能の問題(義歯の不具合、義歯の使用状況、歯の欠損、味覚の変化等)で食事量の減少や嗜好品の偏り等がないか ・胃ろうのケースにおいても誤嚥性肺炎等のリスクがないか ・口腔(義歯含む)の衛生方法(誰が、いつ、どのように) ・内服薬(副作用による味覚変化等の有無) ・かかりつけ歯科医がいるか ・歯科健診を定期的に受けているか	<確認事項> ・口の中の困りごとがなく、きちんと食事がとれているか ・急激な体重減少や体重増加がないか
課題の明確化と背景要因の確認	<確認事項> ・口腔機能に関する課題の有無(適切な義歯の活用や管理方法、口腔内の状況及び衛生管理の方法、かみ合わせの状況、嚥下機能の低下等) ・口腔機能の低下(固いものが食べられているか、お茶や汁物でむせることがないか等)から起因する栄養状態や全身状態への影響 ・口腔機能の低下がある場合、課題を明確化するに至った背景要因とそう考えた根拠 ・体重変化(増減とも)や嗜好品の変化がないか(薬の副作用の影響)	<確認事項> ・口腔機能に関する課題から、生活援助サービスが必要となる課題の有無 ・口腔機能の課題に関する背景要因の分析ができているか ・独居生活等における孤食の有無 ・外食の有無 ・地域・近隣住民とのつながり
目標と支援内容の確認	・嚥下機能の低下等があった場合、機能維持や向上に向けた具体的な支援内容が居宅サービス計画書に反映されているか ・セルフケアや家族支援において、対応できる内容等が勘案されているか ・口腔機能に関する支援内容において、歯科受診の必要性、居宅療養管理指導や訪問歯科の必要性がないか ・口腔状態を確認するための空間やプライバシーが確保されているか	・口腔ケア等の促しや声かけに関して、どのような取り組みを行っているか ・栄養の過不足に関する支援について、具体的にどのように訪問介護計画に反映しているか
実践につながる助言のポイント	・食事に関する改善指導の必要性判断については、主治医と相談した上で進めていく(場合によっては、教育入院や病院の管理栄養士が実施する栄養指導、市が行っている栄養相談等、活用できるものがある)。 ・現在の介入方法を確認し、課題解決に向けた対策に関する助言を行う ・施設系サービスの利用がある場合には、口腔ケア等が特別に必要な場合、根拠をもってサービスに位置付け、改善を図るための取り組みの一つとして助言する。	・医療面からのアプローチの必要性を勘案して助言する。 ・調理の工夫やインフォーマルサポート資源の活用やセルフケアの推進なども考慮し、助言する。

③ 薬剤師

薬剤師は、事例に示された処方・併用薬に関する情報及び個々の状況に応じた服薬管理の観点から助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<確認事項> ・特別な医療（介護認定関連用語）を受けているか ・本人の状態・状況及び家族の介護力 ・認知度、日常生活自立度、介護度 ・服薬に関する負担感（本人・家族） ・嚥下機能・拒薬等の状況 ・剤形、投与ルート及び調剤上の対応（粉碎・簡易懸濁など） ・現在、処方されている薬の内容、残薬、受診頻度等	<確認事項> ・独居、高齢者世帯など家族構成 ・アドヒアランス（注） ・内服薬処方状況 →うまく調整を図ることで、本人負担の軽減の可能性
課題の明確化と背景要因の確認	・課題の程度を把握する。 ・課題に対する要因を幅広く想定して薬剤の影響を検討する。 ・予測される薬剤の有害事象と課題に対する影響を確認する。 ・身体機能低下（肝機能・腎機能など）が薬剤に与える影響を考える。 ・薬剤の長期服用による影響などを考慮する。	・薬剤の有害事象・生活に与える影響を推測し、情報提供する。 ・生活支援部分に薬剤が与える影響があるか検討する。 ・投与されている薬剤と現状のADLを見比べて薬剤性の影響を分析する。
目標と支援内容の確認	・目標の意図を把握し、本人の残存能力を踏まえた発言をする。 ・課題解決から目標設定までの経緯で薬剤が影響を与える可能性を想定し、対応について提言する。 ・処方内容や経緯を踏まえ、対象者の特性を踏まえた薬学的な提言を行う。	・薬剤の調整や検討で生活支援部分の改善につながりそうな場合は、積極的に提言する。
実践につながる助言のポイント	・薬剤師の薬学的な提言等を他職種が理解できる情報として積極的に提言する。 ・本人の残存能力を理解した上で、前向きな発言をする。	・薬剤の適正化及び必要性を十分に考慮し、対応する。 ・自立に向けた必要性を十分に考慮し、対応する。 ・薬剤がADLや生活機能に与える影響の大きさを他職種と共有する。

（注）アドヒアランスとは、患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けることを言います。

④ 理学療法士

理学療法士は、主に基本動作能力（立ち上がり、立位保持、歩行等）の回復・改善や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<確認事項> ・疾病・障害名とその要因、経過、機能的予後 ・現在及び要介護状態になるまでの移動動作レベル・ADL ・禁忌事項や運動中止基準 ・立位に支障を及ぼす機能障害（関節可動域制限・拘縮、感覚障害、運動麻痺、筋力低下、筋緊張異常、平衡機能障害、振戦、無動、姿勢反射障害、欠損など）の有無・程度の現状と経過 ・起立可能かどうか、立位保持が何分間できるか、歩行や寝返りの状況、実際の移動手段 ・日常生活自立度 ・コミュニケーション、認知・精神機能障害の有無・程度の現状と経過 ・補装具、移乗・移動補助具の有無や具体、および住環境・自宅周辺の環境 ・介護力・家族力	<確認・推察すべき事項> ・本人の ADL・IADL の詳細確認と同居家族の1日・週間・月間スケジュールと家事遂行能力 ・困難な家事動作についての原因として、基本動作能力における課題があるかどうか（家族の家事動作に原因がある際も同様） ・本人ならび家族の家事動作が困難な場合、困難になるまでの経過 ・コミュニケーション、認知・精神機能障害の有無・程度の現状と経過 ・体力、運動耐容能 ・補装具、移乗・移動補助具の有無や具体、および住環境・自宅周辺の環境 ・主治医、介護支援専門員や家族のキーパーソン、住居地ならび近隣のフォーマル、インフォーマル資源
課題の明確化と背景要因の確認	・「心身機能」、「機能的制限」、「活動」、「参加」の構造に沿って本人の障害構造を明確化する。 ・特に生活行為や生活範囲を妨げている要因を探り出し、予備力・残存機能を明確化するとともに、必要以上に大事にしすぎているか、リスクを過剰に捉えていないかを検討する。 ・リスクに応じた生活動作や環境調整を明確化する。 ・介助者や家族による介助方法等により、症状を憎悪させていないかを確認し、適切な支援方法を検討する。	・基本動作能力やその代償動作を改善、維持が可能かどうかを明確化する。 ・本人及び家族の家事動作が困難な要因を探り出し、予備力・残存機能を明確化するとともに、必要以上に使用しすぎているか、リスクや制限を過剰に捉えていないかを検討する。 ・障害やリスクに応じた生活動作や環境調整を明確化する。 ・生活援助に変わるサービスや支援の導入により、開示動作などの改善が見込めないかどうかを明確化する。

目標と支援 内容の確認	・短期目標の具体的レベル、設定期間について「心身機能」、「機能的制限」、「活動」、「参加」の構造ごとに妥当性や過不足を検討する。 ・現在のサービスやその支援及びプログラム内容を具体的に確認し、より効果的な支援内容・プログラムを検討・提案できる準備をする。 ・理学療法士の関与の有無やその程度・方法が適切か確認する。 ・介護負担を増やさないような支援内容になっているか確認する。	・現在のサービスやその支援及びプログラム内容を具体的に確認し、より効果的な支援内容・プログラムを検討・提案できる準備をする。
----------------	---	--

実践につながる 助言のポイント	・本人が「〇〇したい」と先の目標を立て、活動や参加を始めたいと思えるような言葉がけや動機づけを行うことを助言する。 ・自立や改善の余地のある場合は、積極的な理学療法士の専門的関与を助言する。 ・重症化予防の視点から、理学療法士の評価が必要なのか、治療までも必要なのか、その関わる頻度も助言する。 ・立位時間・活動を確保することを意識して助言する。 ・補装具、移乗・移動補助具が自立支援につながっているか、微調整をすべきかを助言する。 ・介護や環境が廃用症候群を誘発していないか、自立しなくてもできることを増やしたり、介護時間を減少することを意識して助言する。	・本人のみならず家族の自立や改善の余地のある場合は、積極的な理学療法士の専門的関与を助言する。 ・自分でできることを増やしたり、介護時間を減少することを意識して助言する。
--------------------	--	--

⑤ 管理栄養士

管理栄養士は、日常生活を営む上で不可欠な食事について、栄養摂取や食事環境といった観点から、助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<確認事項> ・ADL、食事摂取の自立状況、視覚・聴覚機能、精神状態、認知機能、現病歴、既往歴、疾患のコントロール状況 ・体重、体重歴、体重変化率 ・食事の準備、片づけ、調理、買い物の実施者 ・在宅・通所等のサービスの状況、住居環境、家族関係、主たる介護者(家族構成)と介護者の関わり、経済状況、食事の準備状況 ・食材の調達方法として買い物するための手段、買い物の実施者及び頻度 ・食事摂取状況、水分摂取状況 ・福祉用具(食事に関連する自助具等)の有無 ・本人・家族の食生活や栄養に関する捉え方(主観的健康感)	<確認事項> ・食事摂取時間と一日の生活パターン ・食品や料理の衛生状況(冷蔵庫や食品庫の保管状況) ・食材の調達方法、買い物手段(公共交通機関、徒歩)、買い物の実施者、買い物の頻度、食事後(ゴミ等)の片づけ状況 ・地域・近隣住民とのつながり ・病状 ・健康管理面の状況 ・医師との連携状況
課題の明確化と背景要因の確認	<確認事項> ・病状の重症度やADLの低下につながる要因の有無、認知症の有無、栄養状態のリスクの有無 ・食事摂取の自立を妨げる要因、食に関わるサービスの内容と頻度、経済的要因の有無 ・家族の食支援の有無と頻度 ・独居生活等における孤食の有無 ・主観的健康感や終末期に対する本人の考え ・地域の資源等も踏まえた課題抽出になっているか	<確認事項> ・食事摂取の自立を妨げる要因 ▷買い物、調理の実施状況、経済的要因の有無 ▷家族や地域住民等の食支援の有無と頻度 ▷生活の自立を妨げている要因の有無 ▷地域の資源把握
目標と支援内容の確認	<確認事項> ・栄養状態のリスクを改善する具体的な目標や支援内容になっているか ・訪問介護の個別計画書との連動性 ・疾患の重症化予防につながるプランであるか	<確認事項> ・栄養改善のために取り組んでいる具体的な支援内容(食材の選定、調理方法、調理形態等) ・具体的な支援を通して、栄養改善に関する利用者の意向の変化等
	・食事摂取の自立を促す支援を検討する。	・補助具や環境整備の視点

実践につながる助言のポイント	・かかりつけ医及びサービス担当者とも連携し、食生活や栄養面だけでなく、生活全般を踏まえた視点で助言する。 ・病院や施設等から受けた栄養情報提供書を確認し、多職種で共有できるよう助言する。 ・疾患の重症化予防や低栄養を防ぐため、居宅療養管理指導や在宅訪問栄養食事指導、通所系サービス等の栄養改善などの必要性や加算につなげられる助言などを行う。 ・食事摂取が自立するために適切な食形態・調理方法について助言する。 ・食事の量や質について理解しやすい言葉で助言する。 ・他職種の介入時に行ってほしい助言を提案する。 ・地域資源が近隣にない場合、地域課題として検討する。 ・短期的に目標が達成できる助言を行う。	・地域資源についての情報を共有し、参加を促すことで自立につなげていく。 ・買い物、調理にかかる地域資源についての情報を供する。 ・多職種で食や栄養に関するモニタリングを継続していくための方法を助言する。
-----------------------	--	---

⑥ 主任介護支援専門員

主任介護支援専門員はケアマネジメントの専門職として、利用者本意の自立支援に向けたケアマネジメントプロセスについて確認し、助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容	生活援助サービスを頻回利用している場合
事例の理解と確認	<確認事項> - 適切なケアマネジメントプロセスを踏まえた支援が展開できるか - 利用者及び家族の意思決定、またはその支援はどのように行われているのか - 利用者及び家族の主訴がどのようなものか確認ができているか - 利用者及び家族と介護支援専門員との関係性	<確認事項> - 利用者の能力や環境 - 地域の支援の可能性
課題の明確化と背景要因の確認	<確認事項> - アセスメントの結果による課題を整理し、利用者が必要と感じているニーズと援助者により判断されるニーズの双方をおさえて、利用者が真に必要としているニーズを導き出せているか - 生活全般の解決すべき課題がアセスメント結果に基づいて十分に考慮されたものか - 課題は要因が複合的に重なって発生する場合もあるため、課題分析において阻害要因の相互関係を検討しているか - 利用者のみならず家族の状況や意向も確認しているか - 収入等、プライバシーに関わるデリケートな情報も収集できているか - 介護支援専門員自身の内的要因として、パーソナリティ、経験年数、自己覚知、得手・不得手の分野、力量等の確認 - 介護支援専門員自身の外的因子として、所属法人の考え方、仕事への理解、協力体制等	<確認事項> - 生活習慣や環境の問題に関する情報 - 社会資源に関する情報量について - 介護支援専門員自身の知識や経験、所属する法人の課題等について
目標と支援内容の確認	<確認事項> - 利用者のQOLを視点に、自立支援を目的とした目標設定ができているか - 長期目標と短期目標が連動し実現可能な支援となっているか - 目標設定や期間、サービス方法は根拠を示しながら他の専門職と協議して決定したのか - サービス事業所の個別サービス計画書がケアプランに沿って作成されていることを確認しているか - サービスの選択において適切に過不足のない支援として他の専門職の意見も踏まえて提供されているのか	<確認事項> - 代替のサービスについての検討が行われたか - 利用者の生活において必要不可欠なサービスとなっているのか - サービス担当者会議において他の専門職との協議が行われたのか

実践につながる助言のポイント	・高齢者は少しの環境変化でも生活形態に影響が出るので、関係するサービス担当者との情報共有が重要である。 ・ケアマネジメントは利用者の自己決定を支援するものである。また一方で自立支援に向けた適切な助言が必要である。利用者の意思を尊重して、利用者が適切に自己決定できるように丁寧な情報提供を利用者及び家族に行うように心がける。 ・チームアプローチはチーム内の方向性の共有が重要である。ケアプランはそのためのツールであるため、ケアプランの作成過程では、チーム全員が理解できるようにより具体的な課題や目標設定に心がけることが重要である。	・モニタリングの重要性を説明し、実際に行われている支援が適正か、訪問介護員等と情報交換を積極的に行う。
-----------------------	--	---

8 会議終了後

会議終了後は、徳島市の自立支援ケア会議をより効果的なものとしていくために、次の事後処理を行います。

(1) 会議運営・地域課題についての検討

個別ケース毎に地域課題について5～10分程度の検討を行い、年1回のアドバイザー連絡会にて、市、地域包括支援センター、助言者で、より効果的な会議運営に向けての検討や個別ケース検討の中で浮かび上がった地域課題等について、意見交換を行います。

(2) 会議録の作成

事務局は、会議終了後1週間以内に自立支援ケア会議記録を作成します。

会議録には、会議で整理された課題や支援に対するアドバイスを簡潔に記載するとともに、地域課題・社会資源に関する意見が出された場合はその点についても記載しておきます。

また、作成された会議録は、市健康長寿課及び関係者（プラン作成担当者・介護サービス事業所等）へ速やかに送付することにより、関係者それぞれが会議で提供された助言についての理解を共有できるよう支援します。

図表3 自立支援会議記録様式

年度 回 徳島市自立支援ケア会議		開催日時		～		開催場所	
アドバイザー等 氏名							
事例種別						計画作成事業所 担当者	
認定情報		年齢	才	住所			性別
①本人の希望する生活像							
②問題点・課題							
③助言を受けたいこと							
④助言							
⑤その他							
会議後のモニタリングの必要				有 ・ 無		次回開催予定日時	

(3) プラン作成担当・サービス提供事業所による会議開催後の対応

プラン作成担当者は、会議で受けた助言を踏まえて会議後にどのように対応すべきか、関係者（プラン作成担当者・サービス提供事業所等）間で整理しましょう。

会議終了後の具体的なアクションとしては、①不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討、②プランの再調整の必要性の検討・必要な場合の再調整などが挙げられます。

(4) モニタリング及び事業評価

個別ケースの検討終了後、会議後においてケースの状況をモニタリングする必要があると判断した場合は、必要に応じ3カ月後等、一定の期間経過後に再び自立支援会議において当該ケース担当者を招聘し、会議開催後の対応について説明を求めます。

また、会議開催後の状況把握と今後のより良い会議運営のために、会議開催後6カ月程度経過後にプラン作成担当者及びサービス提供事業所に対しアンケート調査を実施します。

(5) 政策形成

政策形成とは、会議で明らかになった課題が、市の介護保険事業計画や高齢者福祉計画をはじめとする市の方針や予算、要綱及び条例の策定などに反映されることをいいます。

会議で浮かび上がった地域課題を吸い上げ、検討の場を上位の地域ケア会議に移すことで、必要に応じ政策形成による地域課題の解決を目指します。

また、課題によっては専門職能団体や地域住民団体等への取り組みの提案による、課題解決の方策についても検討します。

9 個人情報の取扱い

会議開催にあたり、対象ケースについて個人情報を使用することに関する利用者の同意が必要です。

既に契約締結済の利用者については、会議の対象になった時点で同意をとることとし、新規契約の場合は、利用者との契約の際に会議への情報提供についての内容を盛り込んだ同意書により同意をとっておきます。

図表 4 個人情報使用同意書の例

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的

指定介護予防支援事業者及び業務委託先居宅介護支援事業者（以下総称して「介護予防サービス計画事業者」という。）が次の各号に掲げる目的に資するもので、介護予防サービス計画事業者が必要と判断した場合に限り使用するものとする。

- (1) 介護保険法に関する法令等に従い作成する、介護予防サービス計画に必要な場合
- (2) 介護予防サービス等を円滑に実施するために行う、サービス担当者会議に必要な場合。
- (3) 介護予防サービス等を効果的に実施するために行う、介護保険法第115条の48に基づく会議（地域ケア会議等）に必要な場合。
- (4) その他、居宅介護支援事業所、介護（介護予防）サービス事業所及び関係機関等との連絡調整等において必要な場合。

2. 使用にあたっての条件

個人情報の使用にあたっては、次の各号の条件を守らなければならない。

- (1) 個人情報の使用は1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、個人情報を使用する者は、関係者以外に知り得た情報を漏らさないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 介護予防サービス計画事業者は、個人情報を使用した会議、相手方及び内容等についての記録を行うこと。

3. 個人情報の内容

使用する個人情報は、次の各号に定める範囲とする。

- (1) 基本情報及びアセスメント情報
氏名、住所、健康状態、病歴、家族関係等の状況等。
- (2) 要支援要介護認定情報
認定調査票（特記事項を含む）、主治医意見書及び介護認定審査会における判定結果及び意見。

4. 個人情報を使用する期間

「指定介護予防支援契約書第4条」に定める契約期間と同様とする。

年 月 日

指定居宅介護支援事業者 ○○○（法人名） 様

利用者	住所	
	氏名	印
上記代理人	住所	
	氏名	印

10 住民への周知と理解促進

自立支援ケア会議の実施にあたっては、関係機関のみならず、住民の方に「高齢者の自立支援を目指す」という姿勢を理解してもらうことが大切です。

徳島市では、住民の自立支援の理解促進を図るため、要介護認定通知送付時、新たに自立支援普及啓発リーフレットを作成、同封するほか、高齢者のための便利帳「あんしん」やホームページ上での啓発活動を行います。

参考：①リーフレット ②高齢者のための便利帳「あんしん」

①

～要支援・要介護認定を受けられた方へ～

介護サービスを上手に利用しましょう！

いくつになってもいきいきと元気に暮らし続けるために

介護保険は介護が必要になった人が、尊厳を保持し、その人の持っている能力を活かして自分らしく暮らし続けることができるよう、必要なサービスを提供する制度です。いくつになってもいきいきと自分らしい生活を送るためには、介護サービスをどのように利用すると良いのでしょうか？



Aさんのケース

Aさん(75歳)は転倒して骨折してしまい、2カ月安静にしていた。骨折は治りましたが、安静中に筋力が低下してしまい、一人で歩いて外出することができなくなってしまいました。日課だった近所のスーパーへの買い物にも行けず、困っているとして、要介護の認定を受けることになりました。



これからも気ままに生活したいから、介護サービスを利用して元気になるいわい！

再び一人で買い物にいけないよう、買い物などの支援を受けながら、自分でできる掃除や食事の準備は自分でやり、リハビリも積極的に取り組みました。



その結果、再び長い距離を歩けるように回復しました。以前のように一人で買い物に行くこともできずし、いきいき百歳体操にも参加するなど、以前よりも元気にになりました。



裏面へ

いつまでも元気に自宅で暮らし続けるために

脳やからだは使わなければ加齢とともにどんどん衰えていきます。住み慣れた自宅や地域で自分らしい生活を送るためには、体力などの能力の維持や向上に努めて、『できることは自分でやる』という姿勢でいることが大切です。

ケアマネジャーはあなたの願いを叶える暮らしのサポーター

要支援・要介護認定を受けた人が介護サービスを利用するには、ケアマネジャーによるサービスの調整が必要です。

ケアマネジャーは『本人の自立を支援する』という基本理念のもと、本人の希望を聞きながら、状態に合ったサービスが利用できるように調整します。

あなたにとって良いケアマネジャーとは、様々なデータや質問からあなたの状態や価値観を的確に把握し、あなたの望む暮らし方をできるだけ実現できるよう、あなたにとって本当に必要なサービスをコーディネートできる人です。

ケアマネジャーには、あなたがどのような暮らしを望んでいるのかを詳しく説明し、将来を見据えた『本当にあなたのために』ケアプランを立ててもらいましょう。



徳島市では自立支援ケア会議を開催しています

徳島市では、高齢となっても住み慣れた自宅や地域で暮らし続けることができるよう、高齢者の自立した生活を守ることを目的として「徳島市自立支援ケア会議」を開催しています。

会議では、ケアマネジャーが作成したケアプランが、本人の希望を尊重し、自立支援のために有効な内容となっているか、医師やリハビリなどの専門職から助言をもらいながら検討します。

また、一人一人のケース検討を通じ、ケアプランの内容充実や高齢者を取り巻く地域課題の把握に努め、課題解決に取り組むことで、高齢者が安心して暮らし続けることができるまちづくりにつながっていきます。

この会議は介護保険の保険者である徳島市が主体として取り組む事業であり、徳島市が事業を委託している徳島地域包括支援センターで開催します。



発行：徳島市健康長寿課 地域ケア推進担当
TEL (088) 621-6574 FAX (088) 655-6560

②

＜コラム＞ いつまでも元気に暮らし続けるために

脳やからだは使わなければ加齢とともにどんどん衰えていきます。住み慣れた自宅や地域で自分らしい生活を送るためには、体力などの能力の維持や向上に努めて、『できることは自分でやる』という姿勢でいることが大切です。

ケアマネジャーはあなたの願いを叶える暮らしのサポーター

要支援・要介護認定を受けた人が介護サービスを利用するには、ケアマネジャーによるサービスの調整が必要です。

ケアマネジャーは『本人の自立を支援する』という基本理念のもと、本人の希望を聞きながら状態に合ったサービスが利用できるように調整します。

あなたにとって良いケアマネジャーとは、様々なデータや質問からあなたの状態や価値観を的確に把握し、あなたの望む暮らし方をできるだけ実現できるよう、あなたにとって本当に必要なサービスをコーディネートできる人です。

自立支援ケアプラン

ケアマネジャーに、あなたがどのような暮らしを望んでいるのかを詳しく説明し、将来を見据えた『本当にあなたのために』ケアプランを立ててもらいましょう。



いきいきと暮らし続けるために
介護サービスを上手に活用しましょう！

徳島市では自立支援ケア会議の開催に取り組んでいます。

徳島市では、高齢となっても住み慣れた自宅や地域で暮らし続けることができるように、自立支援ケアプランの質の向上を目的として「徳島市自立支援ケア会議」を開催しています。

会議では、ケアマネジャーが作成したケアプランが、本人の希望を尊重し、自立支援のために有効な内容となっているか、医師やリハビリなどの専門職から助言をもらいながら検討します。

11 訪問回数の多いケアプランの検証について

(1) 趣旨

平成30年度介護報酬改定に伴い、訪問介護における生活援助中心型サービスについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、市町村への届出を義務付け、そのケアプランについて、市町村が地域ケア会議の開催等により検証を行うこととされました。

この改定は、当該サービスの「一定の間隔を空ければ1日に複数回算定可能な報酬体系」が、必要以上のサービス提供を招きやすく、結果、生活援助が重度化につながる可能性があるなどの構造的課題が問題視されたことをきっかけに行われたものです。

生活援助中心型サービスは、利用者の様々な事情を踏まえた上で、利用者の自立支援にとって、より良いサービスとするため、介護支援専門員の視点だけでなく、多職種協働による検討を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の再検討を促すこととなりました。

なお、この改定は、一定回数以上となったことをもって利用制限を行うものではありません。

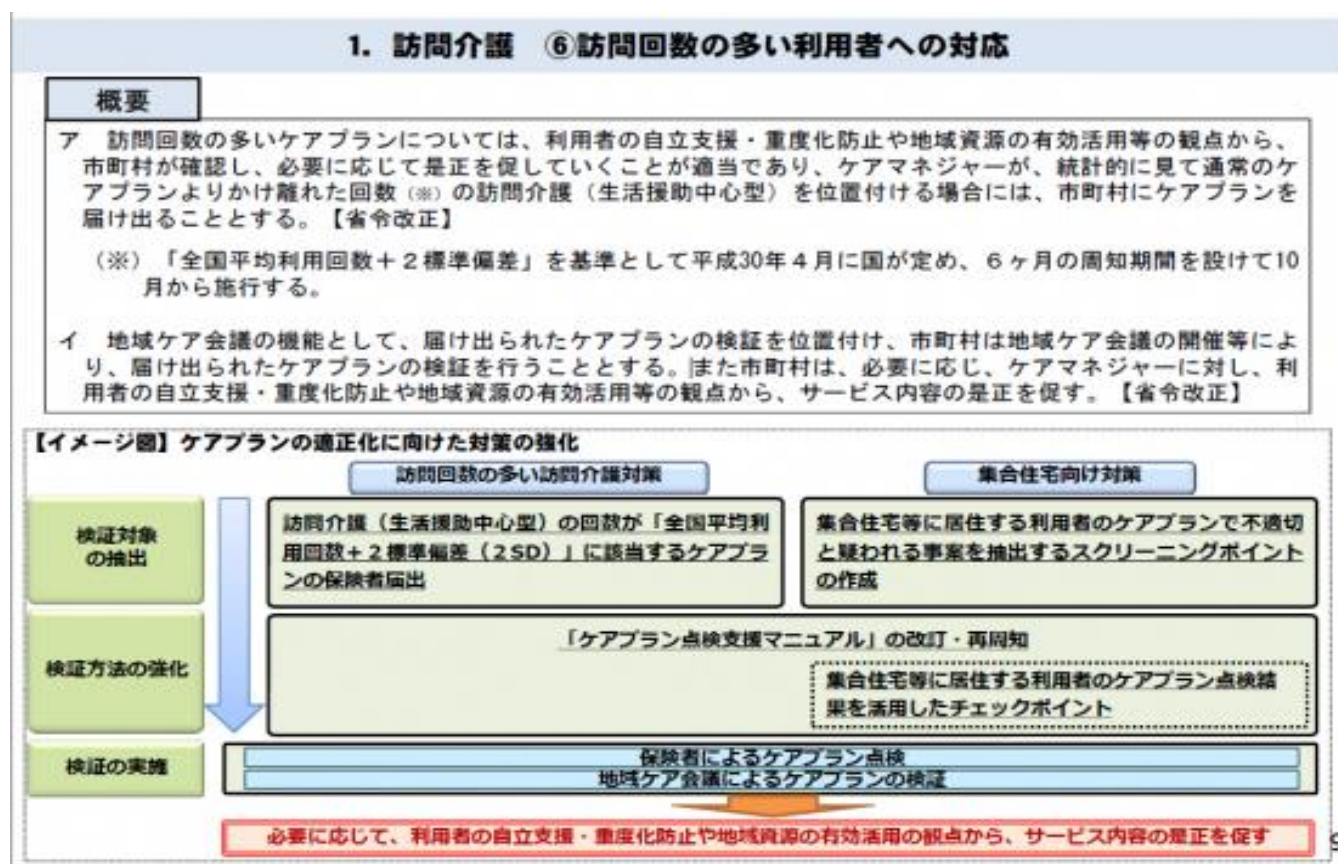
ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得る必要があり、ケアプランの変更を強制することはできないため、介護支援専門員や市町村は本人に十分説明をする必要があります。

また、ケアプランに係る議論を行った後も、引き続き、当該利用者の定期的な状況把握を行うなど、介護支援専門員への継続的な支援が求められます。

訪問介護における自立支援・重度化防止については、利用者のA D L向上に限られるものでなく、I A D L等の向上によりQ O Lの向上を目指すものであることに留意が必要です。

徳島市では、軽度の利用者を対象とした自立支援ケア会議と合わせて、訪問回数の多い利用者を対象としたケアプランの検証を随時実施することとしています。

図表 訪問回数の多い利用者への対応（厚生労働省資料）[平成30年度]



(2) 市町村への届出及びケアプラン検証が必要となる居宅サービス計画

平成30年10月以降に作成した居宅サービス計画のうち、「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」（平成30年厚生労働大臣告示第218号）に規定する要介護度別の利用回数以上の訪問介護（生活援助中心サービス）を位置付ける居宅サービス計画

＜基準となる回数＞

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
27回	34回	43回	38回	31回

(3) 市町村への届出に必要な提出書類

- ・生活援助中心型サービスが厚生労働大臣が定める回数以上となる場合の届出書
- ・基本情報
- ・アセスメント表
- ・居宅サービス計画書（第1表～第7表）

(4) 市町村への届出期限

居宅サービス計画を作成または変更した月の翌月の末日

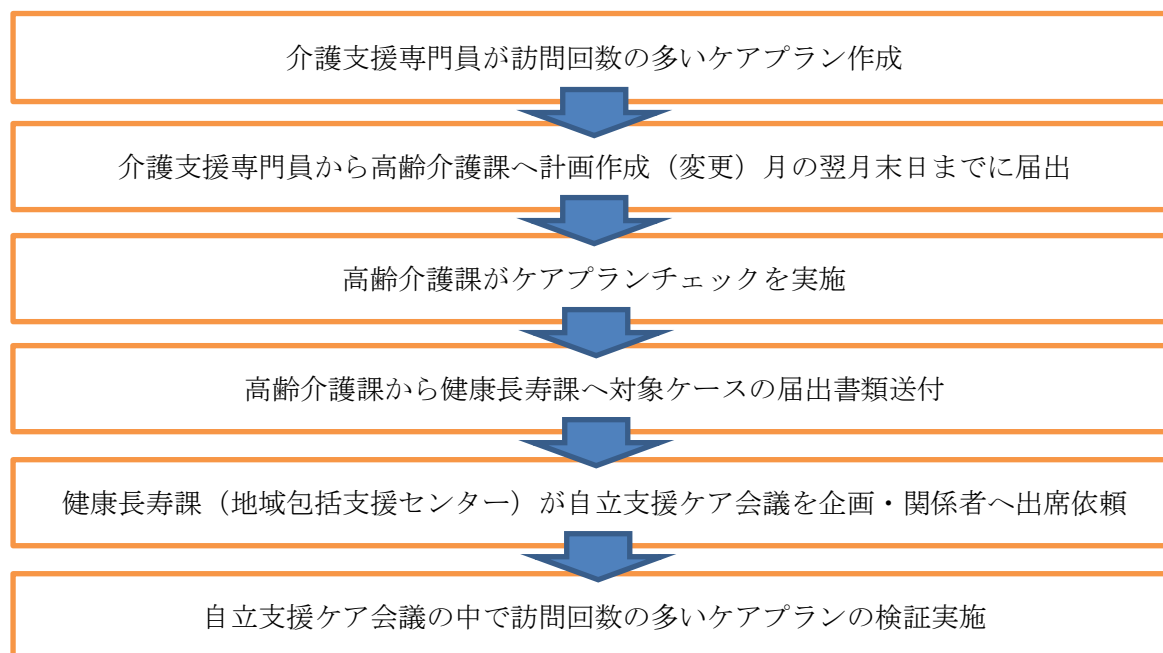
(5) 自立支援ケア会議におけるケアプランの検証

徳島市では、検証の対象となるケアプランの届出があった場合は、届出のあった翌々月から、順次、ケアプラン検証を実施していきます。

ケアプラン検証のための地域ケア会議は、軽度利用者を対象として行う自立支援ケア会議の場を活用することとし、対象となるケアプランの届出があった場合に、定期的に行われる自立支援ケア会議の検討ケースの1つに加え、随時検証することとします。

なお、会議の進行については、自立支援ケア会議と同様です。

図表 徳島市版・訪問回数の多いケアプラン検証の流れ



訪問回数が多いケアプランの検証を行う場合は、訪問の回数が多いこと自体を問題視するのではなく、利用者が望む生活の維持やＱＯＬ向上に向けた訪問サービスの意義を十分に理解し、多職種の視点からより良い支援のあり方を検討することが重要であり、利用制限ありきで検討を行うものではないことに注意が必要です。

この改正を行うにあたり、厚労省は「訪問回数の多い利用者については、認知症退院時、独居・高齢者世帯などさまざまな事情を抱える場合もあり、必ずしも不適切なケースであるとは限らない」としており、根拠をしっかりと説明できるように整理された適切なケアプランであれば、たとえ訪問回数が多くても是正の必要はありません。

一方、検証の結果、適切なサービス利用でないとされたプランについては、介護支援専門員に対し、ケアプランの再検討を促すこととなります。

なお、厚労省が制度構築時「不適切なケース」とした例として、「サービスありき」で十分な検討がなされていないプランや「（認知症があり週３回透析に通い、かつ独居のケースで）在宅生活が限界を迎えているため、サ高住への入所も含め、話し合いの場が必要」とされたプラン、「本人のできること、していることに焦点があたり、単なる家事代行になってしまっている」とされたプランなどがあります。

表 訪問回数の多い利用者への対応（抜粋）

要介護度や 居住形態など	必要とする理由	サービス内容	保険者の観点
要介護4 認知症あり(Ⅲb) 賃貸アパート独居	施設入所をすすめるが、本人・家族が拒否。通所サービスも本人拒否。 介護度が高く、独居かつ認知症・精神症状もあり、毎日の見守りや全面的な生活支援が必要なため	訪問介護：食事の確保・配膳・下膳・食事づくり・服薬介助・見守り・管理・買い物・掃除・自宅内の物を適切な場所へ戻す・入浴のための準備・洗身動作の補助	本人、独居かつ徘徊・振戦があり、食べこぼしが多く、毎食後それらを拾い掃除する。また、食事形状も調整しないと食べないため毎食調理している。これらの一連の流れから、朝昼夕と毎回 45 分以上の生活援助が必要である
要介護3 アルツハイマー型 認知症重度 持ち家に家族 (要介護3)と 二人暮らし	本人は病状の理解がなく、通所介護や施設入所の受け入れがない。家族も要介護状態で家事が困難なため、家事全般の支援を必要とし、一日複数回の生活援助を受けながらなんとか生活できていたため必要	買い物、調理(セッティング、片づけ、内服声かけ含む)、掃除、ゴミ捨て、洗濯、ベッドメイキング、入浴の準備片づけ、シーツ交換、その他生活援助中の見守りとして、排泄・入浴の声かけも行っている	家族が家事の一切を行っていたが困難となり、ご本人もアルツハイマー型認知症であり、新たに家事を覚えることは困難。一日のうち複数回サービスを提供しないと、三食の確保、環境整備、身体の清潔の維持、精神的な不安の解消等ができず、家族への暴言の増加、栄養失調、健康被害、さらなる病状の悪化(夫婦とも)が想定された。二人が在宅にて日常生活を継続していくために必須のサービスだったと考える
要介護3 認知症あり 持ち家、独居	本人は在宅希望しているが、身の周りのことが自分できないため、支援が必要。家族はいるものの、支援は期待できないため	3食分の調理・食器洗い・洗濯・掃除・服薬の促し・全身清拭・ポータブルトイレの処理	適切なサービス利用とは考えていない(ケアプラン点検実施予定)

出典：厚労省社保審介護給付費分科会(2017 年 11 月 22 日)

<参考> 訪問回数が増える主な理由

- ・ 認知症、被害妄想、幻覚などの症状がある。
- ・ 近隣に親族がいらない、家族の仕事、配偶者が要介護状態などにより支援を受けられない。
- ・ 施設等の入所やデイサービスの利用拒否や在宅生活の希望が強い。
- ・ 服薬、食事、入浴等の身の回りのことが自発的に行えない。
- ・ 病気や身体的障害等で、生活援助が必要である。

11-2 区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占めるケアプランの検証について

(1) 趣旨

居宅介護支援の運営基準改正に伴い、令和3年10月1日以降に作成または変更したケアプランについて、下記の基準に該当する場合、訪問介護の必要性をケアプランに記載（別紙でも可）するとともに、市町村から提出依頼があった場合に、提出する必要があります。

○厚生労働大臣が定める基準（令和3年厚生労働省告示第336号）

徳島市が国保連の介護給付適正化システムを活用し抽出する。

居宅介護支援事業所単位で集計（※プラン単位ではなく、事業所全体の割合で抽出）

- ① 事業所の全利用者の区分支給限度基準額総額に対して、全利用者のサービス費用総額が7割以上かつ
 - ② そのサービス費用総額に対して、訪問介護費総額が6割以上
- これらの条件に該当した事業所を抽出する。

○提出について

ケアプラン提出の依頼を受けた居宅介護支援事業所は、ケアプランの妥当性を検討し、訪問介護が必要な理由（別紙でも可）を記載したケアプランを提出します。

○提出後の流れ

提出されたケアプラン（理由書含む）について、まず保険者（徳島市）により利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から点検を行います。

追加で、保険者が利用者の自立支援等の向上を目的とした自立支援ケア会議等での検証が必要と判断した場合は、開催に際しプラン作成ケアマネジャーの出席を求めます。

最終的には、保険者によるケアプラン点検及び自立支援ケア会議等での検証を踏まえ、保険者が必要に応じてケアプランの是正を促す場合があります。

○厚労省における仕組みの趣旨

この検証の仕組みは、サービスの利用制限を行うことが目的とするものではなく、より利用者の意向や状態に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資することを目的としたものです。

(参考図)

5. (1) 評価の適正化・重点化 (その5)

生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

R3.1.13 諮問・答申済

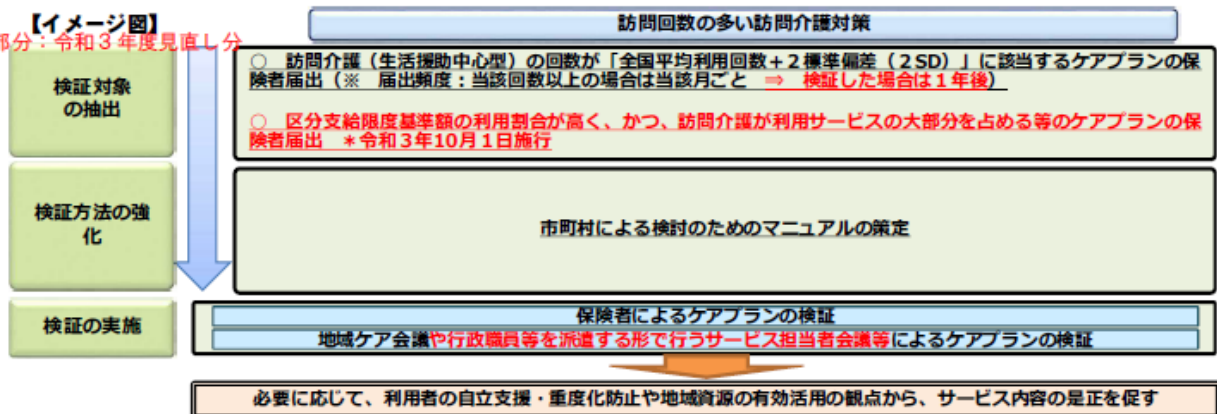
- 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランについて、事務負担にも配慮して、検証の仕方や届出頻度の見直しを行う。区分支給限度基準額の利用割合が高く訪問介護が大部分を占めるケアプランを作成する居宅介護支援事業者を対象とした点検・検証の仕組みを導入する。【省令改正、通知改正】

居宅介護支援

- 平成30年度介護報酬改定において導入された生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの検証の仕組みについて、実施の状況や効果を踏まえて、ケアマネジャーや市町村の事務負担にも配慮して、届出のあったケアプランの検証や届出頻度について、以下の見直しを行う。【通知改正】
 - ・ 検証の仕方について、地域ケア会議のみならず、行政職員やリハビリテーション専門職を派遣する形で行うサービス担当者会議等での対応を可能とする
 - ・ 届出頻度について、検証したケアプランの次回の届出は1年後とする
- より利用者の意向や状態像に合った訪問介護の提供につなげることでできるケアプランの作成に資するよう、検証方法として効率的で訪問介護サービスの利用制限につながらない仕組みが求められていることを踏まえ、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占めるケアプランを作成する居宅介護支援事業所を事業所単位で抽出するなどの点検・検証の仕組みを導入する。【省令改正】（※効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行）

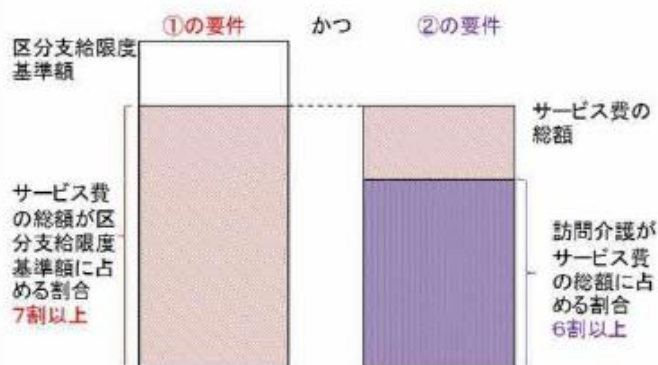
【イメージ図】

※赤字部分：令和3年度見直し分



48

(参考) 居宅介護支援事業所を抽出する要件のイメージ



1. まずはケアマネ事業所単位で要件①・②に該当しているかを確認



2. 次に、要件①・②に該当しているケアプランを介護度別に1件ずつ以上を保険者が指定し、届出を求める

(3) 市町村への届出に必要な提出書類

- ・理由書（このケアプランに訪問介護が必要な理由等を記載）
- ・ケアプラン第1表（居宅サービス計画書(1)：基本的な事項）
- ・ケアプラン第2表（居宅サービス計画書(2)：長期目標・短期目標、サービス内容等）
- ・ケアプラン第3表（週間サービス計画表）
- ・アセスメントシート（必要に応じて）

(4) 市町村への届出期限

本市から提出依頼した日から2週間程度

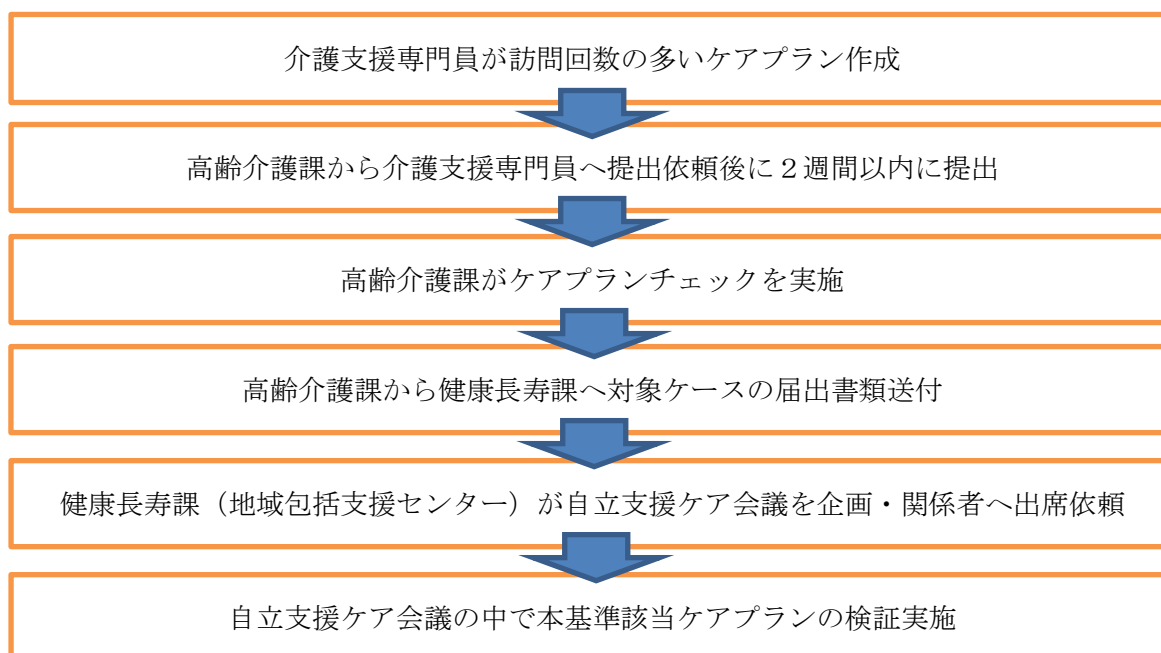
(5) 自立支援ケア会議におけるケアプランの検証（※訪問回数の多いケアプランの検証と同様です。）

徳島市では、検証の対象となるケアプランの届出があった場合は、届出のあった翌々月から、順次ケアプラン検証を実施していきます。

ケアプラン検証のための自立支援ケア会議は、軽度利用者を対象として行う自立支援ケア会議の場を活用することとし、対象となるケアプランの届出があった場合に、定期的に行われる自立支援ケア会議の検討ケースの1つに加え、随時検証することとします。

なお、会議の進行については、今までの自立支援ケア会議と同様です。

図表 徳島市版・区分支給限度基準額の利用割合が高くかつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占める等のケアプラン検証の流れ



様式例集

【様式 1—1】利用者基本情報（表）

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 ()	初回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 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～ 年 月 日 (前回の介護度)		
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、☆=キーパーソン 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

【様式 1－2】利用者基本情報（裏）

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現状の生活状況（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	
	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・意見書作成者に☆）		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 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、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、アセスメントシートを、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。

年 月 日 氏名 印

基本チェックリスト

記入日： 年 月 日()

氏名		住 所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目	回答:いずれかに○ をお付けください			
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	日用品の買い物をしていますか	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ヶ月間で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回数が減っていますか	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されますか	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ことが今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

【様式3】課題整理総括表

課題整理総括表

利用者名 殿

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 (状況・支援内容等)		
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	支障なし 支障あり						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			
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
洗濯		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		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
買物		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		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
認知		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
社会との関わり		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
居住環境		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
								改善	維持	悪化			

利用者及び家族の 生活に対する意向		
見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】	※6

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。

※4 今回の認定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肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、**要因を解決するための援助内容**と、それが提供されることによって見込まれる**事後の状況(目標)**を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「ー」印を記入。

【様式 4】徳島市自立支援ケア会議・アセスメントシート

徳島市自立支援ケア会議・アセスメントシート

氏名		年齢	才	住所	性別	
認定状況		有効期限	令和 年 月 日	キーパーソン		
病歴	(認知症、糖尿病、高血圧の病歴がある方は数値を記入してください) ☐ 認知症 HDS - R 点 MMSE 点 年 月 施行 ☐ 糖尿病 血糖値(随時・空腹時) mg/dl HbA1c % ☐ 高血圧 血圧 / mmHg ☐ その他の検査値					
①本人の希望 する生活像	(住みたい場所、家族や社会との関わり、身体的な状況、やりたい事・意欲など)					
②問題点・課題						
③助言を受け たいこと						
④健康状態	(介護に影響を及ぼす健康状態について) (基本動作) ○できる、△介助必要、×できない ①寝返り ②起き上がり ③座位保持 ④立ち上がり ⑤立位保持 (服薬情報) (BMI) (体重 kg) ÷ (身長 m)² = (1日の食事例) ① 朝食・・・ ② 昼食・・・ ③ 夕食・・・ ④ 間食等・・・					

	(口腔内の状況) ○をつけてください： 自歯あり ・ 総義歯 ・ 部分義歯 ・ 欠損あり ・ 歯周病 ・ その他 () (かかりつけ医療機関の有無) <table> <tr> <td>有</td><td>無</td><td>有</td><td>無</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr> <td>医科</td><td>☐</td><td>☐</td><td>歯科</td><td>☐</td><td>☐</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>薬科</td><td>☐</td> </tr> </table>	有	無	有	無	有	無	医科	☐	☐	歯科	☐	☐					薬科	☐
有	無	有	無	有	無														
医科	☐	☐	歯科	☐	☐														
				薬科	☐														
⑤個人因子	3 5																		
⑥環境因子																			
⑦経済環境																			
⑧支援計画 短期(1～3カ月) 中期(3～6カ月) 長期(6カ月～1年)	(短期目標) (中期目標) (長期目標)																		
⑨サービスを利用する目的	(利用しているサービスごとに記入してください) インフォーマルサービスの利用の有無 有 ☐ (具体的なサービス) 無 ☐																		
⑩本事例でケアマネが困難に感じること																			

年 月 日 記入者

【様式 5】徳島市自立支援ケア会議・モニタリングシート

徳島市自立支援ケア会議・モニタリングシート

氏名		年齢	才	住所	性別	
認定状況		有効期限	令和 年 月 日	キーパーソン		
病歴						
①本人の希望する生活像	(住みたい場所、家族や社会との関わり、身体的な状況、やりたい事・意欲など)					
②現時点での問題点・課題						
③助言を受けたいこと						
④前回の処遇方針 (前回ケア会議日) 年 月 日						
⑤健康状態	(介護に影響を及ぼす健康状態について) (基本動作) ○できる、△介助必要、×できない ①寝返り ②起き上がり ③座位保持 ④立ち上がり ⑤立位保持 (服薬情報) (BMI) (体重 kg) ÷ (身長 m)² = (1日の食事例) ① 朝食・・・ ② 昼食・・・ ③ 夕食・・・ ④ 間食等・・・ (口腔内の状況) (かかりつけ医療機関の有無) 有 無 有 無 有 無 医科 □ □ 歯科 □ □ 薬科 □ □					

⑥個人因子	
⑦環境因子	
⑧経済環境	
⑨前回方針に 対する モニタリング 内容	
⑩支援計画 短期(1～3カ月) 中期(3～6カ月) 長期(6カ月～1年)	(短期目標) (中期目標) (長期目標)
⑪サービスを利用する目的	(利用しているサービスごとに記入してください) インフォーマルサービスの利用の有無 有 ☐ (具体的なサービス) 無 ☐
⑫本事例でケアマネが困難に感じる事	

年 月 日 記入者

【様式6】介護予防サービス計画書

介護予防サービス・支援計画表

NO. _____

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名 _____

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ 年 月 日 （初回作成日 _____ 年 月 日）

担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活											
1日						1年					

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 （背景・原因）	総合的課題	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 支援のポイント	本人等のセルフケアや 家族の支援、 インフォーマルサービス （民間サービス）	介護保険サービス または 地域支援事業 （総合事業のサービス）	サービス 種別	事業所 （利用先）	期間
（運動・移動について）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（日常生活（家庭生活）について）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（社会参加、対人関係・ コミュニケーションについて）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（健康管理について）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					

健康状態について
□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入してください。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけてください。

	運動 不足	栄養改善	口腔内 ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付 または 地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5

【本来行うべき支援ができない場合】
適切な支援の実施に向けた方針

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

【様式7】居宅サービス計画書（第1表）

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成（変更）日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向					
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
総合的な援助の方針					
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）				
居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。		説明・同意日	年 月 日	利用者同意欄	印

【様式 8】 居宅サービス計画書（第 2 表）

第2表

居宅サービス計画書（２）

利用者名

殿

作成年月日 年 月 日

[illegible]

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。	説明・同意日	年 月 日	利用者同意欄	印
-----------------------------------	--------	-------	--------	---

【様式9】居宅サービス計画書（第3表）

第3表

週間サービス計画表

利用者名

殿

作成年月日 年 月 日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早期	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	

通 所 介 護 計 画 書

計画作成者氏名		作成年月日		今回	年	月	日
				前回	年	月	日
利用者 氏 名		性 別	男・女	住所	(電話番号 - -)		
生年月日	年 月 日 (才)	要介護 認定日	年 月 日	要介護度 等	要介護1・2・3・4・5 要支援1・2		
主たる介護者	(続柄:)	連絡先	住 所: 電話番号:				
居宅介護支援事業所 (事業者番号)	()	担当の介護 支援専門員					

【援助目標】

長 期 目 標		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
短 期 目 標		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日

【本人及び家族の意向・希望】

日常生活上に関すること（入浴及び食事に関することなど）
病状に関すること（治療中・既往症の疾病に関しての留意事項、禁忌など）
その他

【様式 10-2】介護サービス個別計画書（通所用）（2／3 頁）

【本人及びご家族様へのお願い】

--

【援助内容】

プログラム	
	迎え（ 有 ・ 無 ）
9:30	サービス提供開始
10:00	バイタルチェック
11:00	入 浴
12:00	
13:00	昼 食
14:00	レクリエーション
15:00	
16:00	機能訓練
16:30	サービス提供終了
	送り（ 有 ・ 無 ）

【個別援助内容】

項目	内 容	留意事項

【選択的サービス】

サービス種別	サービス内容等	サービス従事者
個別機能訓練	サービス概要：（サービス内容の詳細は、別紙個別機能訓練計画書のとおり） 見直しの時期：〇〇年〇〇月〇〇日	資格 氏名
栄養マネジメントサービス	サービス概要：（サービス内容の詳細は、別紙栄養ケア計画書のとおり） 見直しの時期：〇〇年〇〇月〇〇日	資格 氏名
口腔機能向上サービス	サービス概要：（サービス内容の詳細は、別紙口腔機能向上計画書のとおり） 見直しの時期：〇〇年〇〇月〇〇日	資格 氏名
若年性認知症ケア	サービス概要：（サービス内容の詳細は、別紙若年性認知症ケア計画書のとおり） 見直しの時期：〇〇年〇〇月〇〇日	資格 氏名

【様式 10-3】介護サービス個別計画書（通所用）（3 / 3 頁）

【送迎方法等】

送迎方法：送迎車（〇〇コース）・車いす・その他（）送迎担当者：（氏名）

送迎の予定時間：（往路）〇〇時頃（復路）〇〇時頃

送迎に関する留意事項：（）

【報酬算定及び週間予定表】

提供時間帯		報酬算定区分	個別機能 訓練加算	入浴介助 加 算	選択的サービス等		
					栄養マネジメン トサービス	口腔機能向 上サービス	若年性認 知症ケア
： ～ ： （ 時間）		〇時間以上 〇時間未満	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
曜日別 提供予定	月	火	水	木	金	土	日
	☐ 利用	☐ 利用	☐ 利用	☐ 利用	☐ 利用	☐ 利用	☐ 利用
	☐ 食事	☐ 食事	☐ 食事	☐ 食事	☐ 食事	☐ 食事	☐ 食事
	☐ 入浴	☐ 入浴	☐ 入浴	☐ 入浴	☐ 入浴	☐ 入浴	☐ 入浴
	☐ 送迎	☐ 送迎	☐ 送迎	☐ 送迎	☐ 送迎	☐ 送迎	☐ 送迎
	☐ 個別訓練	☐ 個別訓練	☐ 個別訓練	☐ 個別訓練	☐ 個別訓練	☐ 個別訓練	☐ 個別訓練
	☐ 栄養マネジメント	☐ 栄養マネジメント	☐ 栄養マネジメント	☐ 栄養マネジメント	☐ 栄養マネジメント	☐ 栄養マネジメント	☐ 栄養マネジメント
	☐ 口腔機能向上	☐ 口腔機能向上	☐ 口腔機能向上	☐ 口腔機能向上	☐ 口腔機能向上	☐ 口腔機能向上	☐ 口腔機能向上
	☐ 若年性認知症ケア	☐ 若年性認知症ケア	☐ 若年性認知症ケア	☐ 若年性認知症ケア	☐ 若年性認知症ケア	☐ 若年性認知症ケア	☐ 若年性認知症ケア

【サービス提供に関する評価】

（目標達成度）	評価を行った日 年 月 日
（利用者満足度）	評価を行った日 年 月 日
（計画見直の必要性）	評価を行った日 年 月 日

上記の通所介護計画に基づきサービス提供を行います。

説明日	年 月 日	説明者	職・氏名
-----	-------	-----	------

事業所名称：

事業者番号：

連絡先：（）

—

利用者同意署名欄

訪問介護計画書

計画作成者（サービス担当責任者）氏名				作成年月日		今回	年	月	日
						前回	年	月	日
利用者 氏 名			性 別	男・女	住所	(電話番号 — —)			
生年月日	年 月 日 (才)		要介護 認定日	年 月 日		要介護度等	要介護１・２・３・４・５ 要支援１・２		
主たる 介護者	(続柄：)			連絡先	住 所： 電話番号：				
居宅介護支援事業所 (事業者番号)	()				担当の介護支 援専門員				

【日常生活全般の状況】

【援助目標】

長期目標		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
短期目標		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日
		(期間) 自: 年 月 日 至: 年 月 日 (月間)	(見直しの時期及び視点) 年 月 日

【様式 11-2】介護サービス個別計画書（訪問用）（2／3 頁）

【本人及び家族の意向・希望】

（身体介護に関すること）
（生活援助に関すること）
（通院等乗降介助に関すること）

【本人及びご家族様へのお願い】

--

【具体的援助内容】

サービス区分		サービス内容		所要時間	留意事項
サービス1					
	サービス提供曜日		サービス提供時間	時 分～ 時 分(合計 分) (身体○・生活○・身体○生活○・通院等乗降介助)	
サービス区分		サービス内容		所要時間	留意事項
サービス2					
	サービス提供曜日		サービス提供時間	時 分～ 時 分(合計 分) (身体○・生活○・身体○生活○・通院等乗降介助)	

【様式 11-3】介護サービス個別計画書（訪問用）（3／3 頁）

【週間予定表】

曜日 時間	時間	月	火	水	木	金	土	日
〇〇：〇〇 ～ 〇〇：〇〇	分							
〇〇：〇〇 ～ 〇〇：〇〇	分							
〇〇：〇〇 ～ 〇〇：〇〇	分							
〇〇：〇〇 ～ 〇〇：〇〇	分							
〇〇：〇〇 ～ 〇〇：〇〇	分							
〇〇：〇〇 ～ 〇〇：〇〇	分							

【サービス提供に関する評価】

（目標達成度）	評価を行った日 年 月 日
（利用者満足度）	評価を行った日 年 月 日
（計画見直の必要性）	評価を行った日 年 月 日

上記の訪問介護計画に基づきサービス提供を行います。

説明日	年 月 日	説明者	職・氏名
-----	-------	-----	------

事業所名称：

事業者番号：

連絡先：（ ） —

利用者同意署名欄

令和 年度 第 回徳島市自立支援ケア会議

事例NO.

開催日時	令和 年 月 日 () : ~ :			開催場所	徳島市医師会館 4階会議室		
アドバイザー 氏名	医師		歯科医師		薬剤師		
	理学療法士		主任介護支援専門員		管理栄養士		
	徳島市 高齢福祉課		徳島市 地域包括支援 センター		徳島市生活支援コー ディネーター		
事例種別							
計画作成事業所 担当者				サービス提供 事業所名			
認定情報		年 齢	才	住 所		性別	
①本人の希望 する生活像	(住みたい場所、家族や社会との関わり、身体的な状況、やりたい事・意欲など)						
②問題点・課題							
③助言を受けたいこと							
④助言							
⑤その他	(地域課題・社会資源について)						

【様式13】

興味・関心チェックシート

記入日 令和 年 月 日

氏名 年齢 歳

▷ つぎの表の該当する項目欄に「○」を付けてください。

No.	生活行為	していた	している	してみたい	No.	生活行為	していた	している	してみたい
例	料理を作る			○	例	将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等	○		○
1	自分でトイレへ行く				24	生涯学習・歴史			
2	一人でお風呂に入る				25	読書			
3	自分で服を着る				26	俳句			
4	自分で食べる				27	書道・習字			
5	歯磨きをする				28	絵を描く・絵手紙			
6	身だしなみを整える				29	パソコン・ワープロ			
7	好きなときに眠る				30	写真			
8	掃除・整理整頓				31	映画・観劇・演奏会			
9	料理を作る				32	お茶・お花			
10	買い物				33	歌を歌う・カラオケ			
11	家や庭の手入れ・世話				34	音楽を聴く・楽器演奏			
12	洗濯・洗濯物たたみ				35	将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
13	自転車・車の運転				36	体操・運動			
14	汽車・バスでの外出				37	散歩			
15	孫・子供の世話				38	ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
16	動物の世話				39	ダンス・踊り			
17	友達とおしゃべり・遊ぶ				40	野球・相撲等観戦			
18	家族・親戚との団らん				41	競馬・競輪・競艇・パチンコ			
19	デート・異性との交流				42	編み物			
20	居酒屋に行く				43	針仕事			
21	ボランティア				44	畑仕事			
22	地域活動(町内会・老人クラブ)				45	賃金を伴う仕事			
23	お参り・宗教活動				46	旅行・温泉			
その他									