

大阪市自立支援型ケアマネジメント 検討会議マニュアル

（地域包括支援センター職員用）



大阪市福祉局

令和7年4月改訂版

自立支援型ケアマネジメント検討会議マニュアル

目 次

I 自立支援型ケアマネジメント検討会議の趣旨	3
1. 介護保険制度における理念	3
2. 地域包括ケアシステムについて	4
3. 地域包括ケアシステムにおける地域ケア会議の役割	5
4. 地域ケア会議の持つ機能	6
5. 自立支援型ケアマネジメント検討会議の位置づけ	6
6. 介護予防における自立支援・重度化防止の考え方の市民等への周知	7
7. 検討会議における個人情報の取扱い	9
II 検討会議の目的や会議開催の基本的事項	10
1. 検討会議の目的	10
2. 検討会議の実施主体等	10
3. 検討会議における選定ケースの選定基準	11
4. 検討会議出席者等の役割について	13
5. 自立支援型ケアマネジメント検討会議に関する対応等の大まかな流れ等	15
6. 検討会議の開催予定日の決定など	16
III 検討会議開催前準備業務等	17
1. ケースの選定及び検討会議出席者への事前資料の送付	17
2. 会場等の準備	24
IV 検討会議の開催	27
1. 検討会議の進行	27
2. 司会進行の役割	28
3. 当日の流れ〔参考〕	30
V 検討会議終了後の対応など	32
1. 会議録の作成及び提供について	32
2. 各区保健福祉センターの地域保健活動保健師や管理栄養士への相談	33
3. 検討会議後の高齢者本人への説明等	34
4. 検討会議意見の説明の1年後のモニタリングの実施	35
5. ケアマネ事業所（ケアマネジャー）の検討会議後の対応等	36
VI 会議出席する外部助言者への報酬等	37
1. 検討会議に出席する外部助言者への報酬について	37
2. かかりつけ医が作成する診療情報提供書作成料（文書料）の支払について	39
VII 自立支援型ケアマネジメント小会議	40

1. 自立支援型ケアマネジメント小会議の目的.....	40
2. 開催時期・回数・内容について	40
3. 所要時間	41
4. 出席者	41
5. リハビリテーション専門職（外部助言者）への報酬について.....	42
感染症等の予防対策について	42
参考資料 1 地域包括支援センター職員等研修会模擬会議資料.....	44
参考資料 2 自立支援型ケアマネジメント検討会議助言集	54

I 自立支援型ケアマネジメント検討会議の趣旨

1. 介護保険制度における理念

介護保険法第2条第2項において、介護保険における保険給付が要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するようにとあり、同法第4条には国民の努力及び義務として、「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。」こととされています。

このように介護保険制度では、自立支援の理念のもとに実施されるものとなっており、できる限り本人の意思やその能力により安定した生活が行えるように身体機能及び生活機能の向上を目指す社会保障の仕組みとなっています。

平成30年4月に改正された介護保険法において、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進が明確に示され、行政において取り組むことについて示されています。

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備
- （その他）
- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

- ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設
※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
- ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくなるため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける
- （その他）
- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

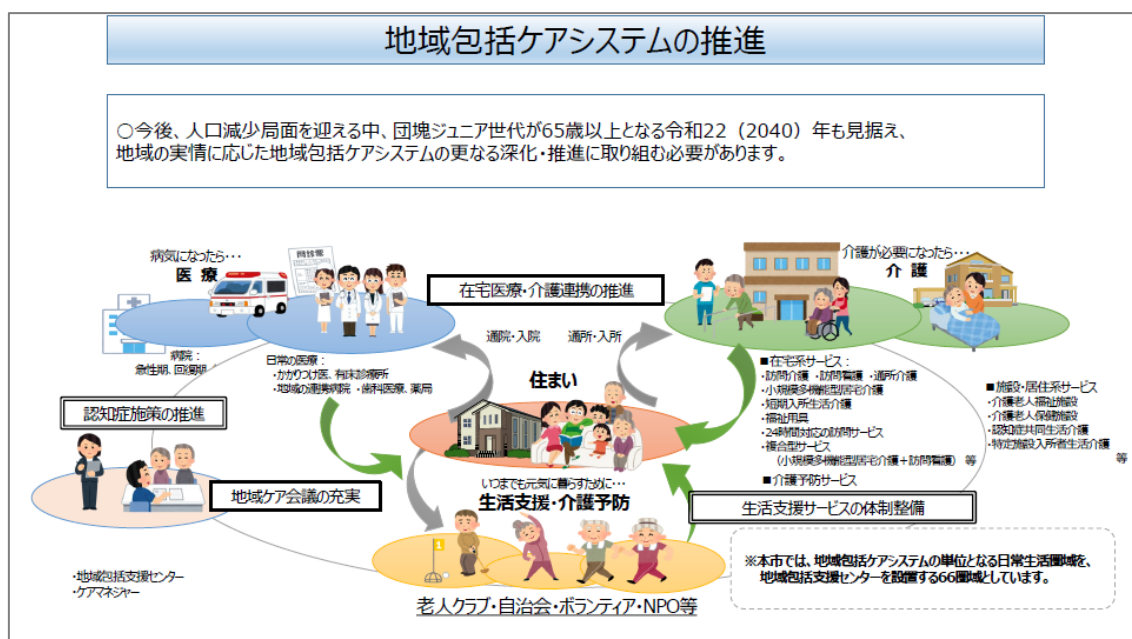
※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

出典：厚生労働省

2. 地域包括ケアシステムについて

団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年などを見据えると、今後も高齢化・長寿化は進展し、医療、介護のニーズは確実に増大していきます。

厚生労働省においては、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）の構築を推進しています。

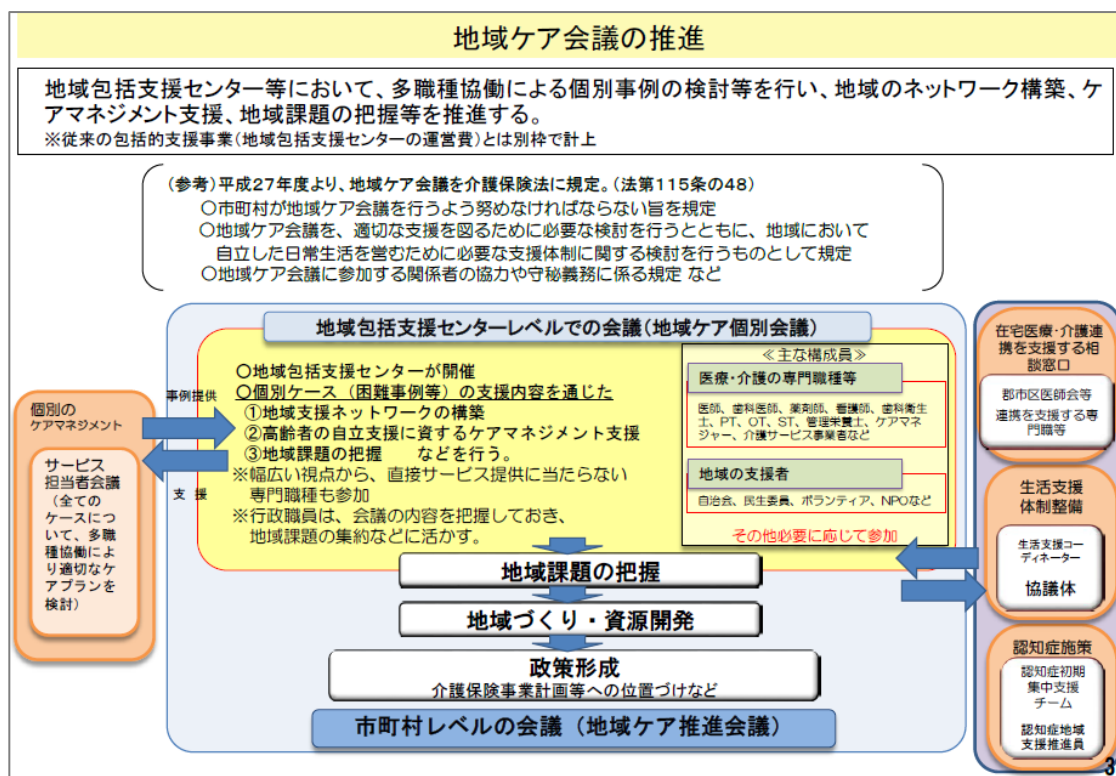


3. 地域包括ケアシステムにおける地域ケア会議の役割

高齢者が地域で安心して暮らしていくためには、医療・介護の連携、自助・互助・共助・公助の適切なコーディネート、サービス資源の開発など、包括的なケアシステム（地域包括ケアシステム）の構築を実現していく必要があります。

地域包括ケアシステムを行うための重要な手段として、「地域ケア会議」について法定化（介護保険法第115条の48）されています。

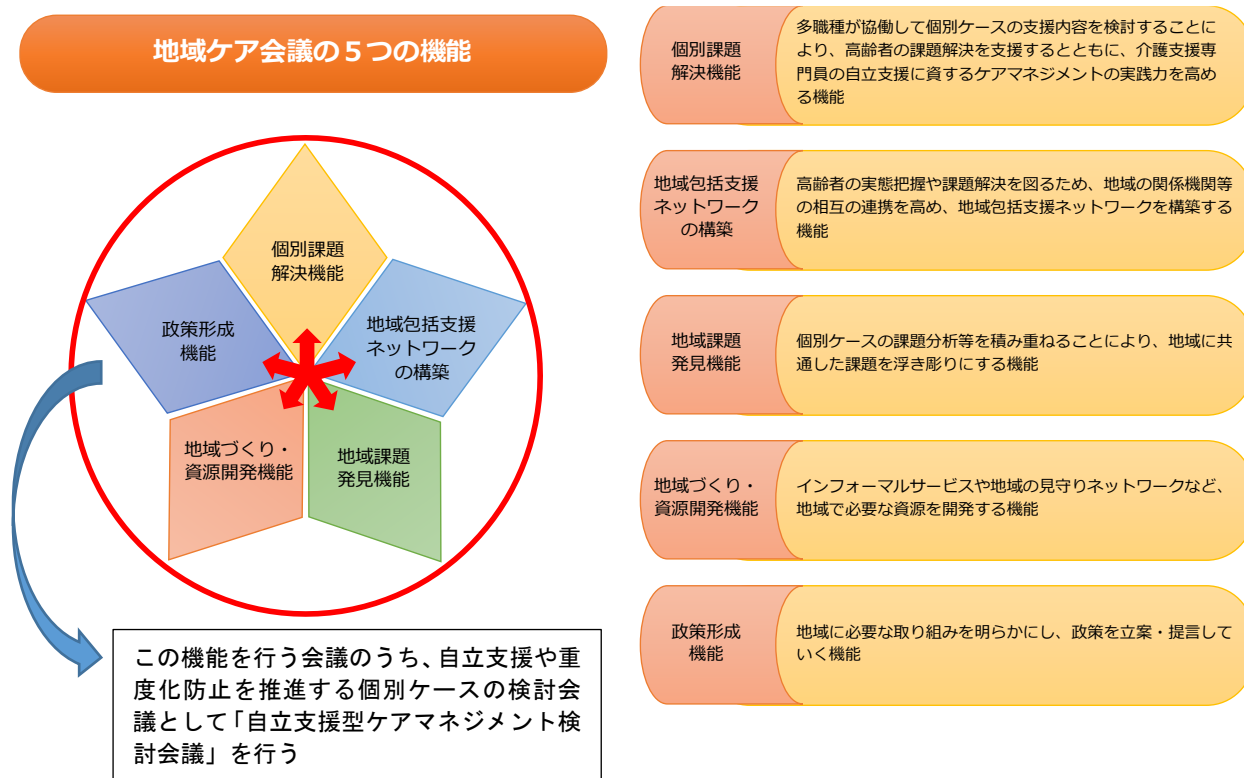
この規定により市町村は地域ケア会議の設置に努めるとともに、地域ケア会議に出席が必要な関係者等に対して資料・情報の提供など協力を得やすい体制が可能となります。



出典：厚生労働省

4. 地域ケア会議の持つ機能

地域ケア会議には、地域包括ケアシステムの構築を推進していくための5つの機能（①個別課題解決機能、②地域包括支援ネットワークの構築、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）があり、個別ケースの課題解決を出発点として、地域における社会基盤の整備を図っていく仕組みとなっています。



5. 自立支援型ケアマネジメント検討会議の位置づけ

自立支援型ケアマネジメント検討会議（以下、「検討会議」という。）は、地域ケア会議の中の1つの会議であり、介護保険法第115条の48に規定する会議です。

高齢者の自立支援・重度化防止の観点から踏まえた支援等の検討を行うことはもとより、支援内容の検討過程において自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者等の共通認識を図ることや地域課題の発見等につなげることが極めて重要となります。

その手段として、専門多職種（医師、リハビリテーション専門職、ケアマネジャー、サービス事業所等）の助言を踏まえ、高齢者一人一人の支援方法を検討する検討会議は非常に有効な手段です。

6. 介護予防における自立支援・重度化防止の考え方の市民等への周知

(1) 市民への周知について

高齢者が地域で安心していつまでも元気で自立した生活を行っていくためには、高齢者本人の要介護状態の軽減や悪化の防止が必要です。

介護予防における自立支援・重度化防止の考え方については、高齢者本人やその家族及び高齢者支援を行う関係者（ケアマネジャーやサービス提供事業所など）が理解をしたうえで積極的に取り組まなければなりません。

本市においては、市民や高齢者支援を行う関係者等に対し、この考え方を浸透させていくことについて、第9期大阪市高齢者福祉計画・介護保険計画においても重点的な取組として位置づけられているところであり、引き続きこの取組についてあらゆる機会を通じて周知を行っていきます。



(2) 選定対象ケースの高齢者等への周知について

検討会議の対象ケースとなる高齢者及びその家族の方などに対して、要介護認定・要支援認定における要支援1又は要支援2の認定結果通知を送付する際に、次のページに掲載している資料No.022対象者周知用チラシも併せて認定事務センターより送付します。

この周知用のチラシにつきましては、各地域包括支援センターの窓口にも用意しておき、必要に応じて窓口での相談対応等に活用してください。

また、要支援者の初回訪問時にもチラシを活用してください。

ようしえんにんてい う かた
～要支援認定を受けられた方へ～

じゅうじつ せいかつ おく いつまでも充実した生活を送るために

りふん せいかつ じつげん
自分らしい生活を実現するためには、かいご 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)は近所を散歩中に骨折してしまい、2か月安静にしていました。骨折は治りましたが、安静中に筋力が低下し、一人で歩いて外出できず、買い物に行けなくなりました。

パターン①

再び一人で買い物に行けるよう、ヘルパーさんから支援を受けながら、自分でできる掃除や食事の準備は自分で言い、リハビリも積極的に取り組みました。



パターン②

買い物などの支援だけでなく、掃除や食事の準備など困りごとは、何でもヘルパーさんをお願いしました。また、動くのが億劫になり、リハビリにも消極的でした。



その結果、再び長い距離を歩けるようになりました。以前のように一人で買い物に行き、いきいき百歳体操にも参加し、以前よりも元気です。



自分でできていたこともできなくなり、全身の筋力や機能が衰えて、さらに状態が悪化しました。



パターン①のように、介護サービスを利用しつつ、元気になるため、できることは自分でやろうと考えて行動することは、自宅で元気に生活することにつながります。



おおさかし と く 大阪市の取り組みについて

大阪市では「自立支援型ケアマネジメント検討会議」を開催しています。会議では、医師やリハビリの専門職から助言をもらいながら、どのようなサービスを組み合わせて利用すればAさんのような生活につながるかを検討します。

後日、担当する介護支援専門員からご利用者本人へ、会議で出た助言や意見を説明し、これからも充実した生活を送るため、サービスの組み合わせについて一緒に考えます。



はつこう おおさかしふくしきょくこうがいしゃし かく ぶやい かいほうかつ せいしんか
発行：大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課 TEL:06-6208-8060

7. 検討会議における個人情報の取扱い

検討会議は、「I 自立支援型ケアマネジメント検討会議の趣旨」で記載していますとおり、介護保険法第 115 条の 48 に規定する『地域ケア会議』に該当するものであり、本会議で個人情報を含む関係資料を使用する際には、十分に取扱いに注意しなければなりません。

検討会議出席者については、検討する対象ケース（選定ケース）の情報など検討会議で知り得た情報については、介護保険法第 115 条の 48 第 5 項において守秘義務が規定されており、同法 205 条第 2 項に罰則（1 年以下の懲役又は 100 万円以下の罰金）が規定されています。



Ⅱ 検討会議の目的や会議開催の基本的事項

1. 検討会議の目的

- ・高齢者が地域でいつまでも自立した暮らしが営めるように、多職種が連携してケアマネジャーのケアマネジメントを支援することで、「高齢者のQOLの向上」を目指す。
- ・ケアマネジャー等のスキルアップ並びにスキルの平準化を実施し、ケアマネジメントの質の向上を目指す。
- ・地域における高齢者の自立を妨げる地域課題等把握し、今後の政策形成につなげる。



2. 検討会議の実施主体等

検討会議は、大阪市として取り組む事業であり、委託先である地域包括支援センターにおいて開催します。



3. 検討会議における選定ケースの選定基準

(1) 検討会議の対象ケース選定基準

地域包括支援センターは、ケアプランから、次の通り、該当するケースを選定します。

ケースの選定基準

- ・在宅で生活する第1号被保険者であり、要支援者及び軽度な要介護認定者（要介護2まで）の者であって、改善が見込まれるケース
（例えば、骨折等により一時的に介護度に変化があったケースなどで、サービス等の利用により、改善の見込みがあるケース、また、要介護から要支援へ改善されたケースも対象）
- ・その他、自立支援・重度化防止の観点からケアマネジャーが専門職からの意見等を希望するケース



◆ 次のような状況等が生じた場合には、取扱いに注意すること

(1) 選定後の生活状況に大きな変化があった場合

- ・介護者の変更や市内転居の場合は、実際に行う検討会議の場において、その状況について説明する必要が生じることに注意してください。

(2) 対象ケースが死亡又は市外転出した場合

- ・選定ケースが検討会議開催までの間に死亡や市外転出した場合には、原則として検討ケースからは除外してください。
- ・ただし、結果的に検討するケースが市外転出等のケースのみの場合は、当該ケースの検討を行ってください。

(2) 検討会議選定ケースの優先順位について

検討会議で諮る必要のある選定ケースが複数（1 回あたりの検討件数を超える場など）生じている場合は、個々のケースの状況を把握し、地域包括支援センターの判断において優先順位を付け、検討の必要性が高いものから順番に検討会議にて検討するようにしてください。

また、地域包括支援センターにて検討会議に諮る順番を決定するにあたり、対象ケースを担当する居宅介護支援事業所（以下、「ケアマネ事業所」という。）に偏りが生じないような配慮も行う必要があります。

(3) 検討会議前の高齢者本人への説明等

介護予防における自立支援・重度化防止の考え方については、高齢者本人やその家族が理解をしたうえで取り組まなければなりません。

そのため、検討会議前には本人の身体状況や治療歴、生活状況等、かかりつけ医からの情報提供や担当ケアマネジャーからサービス計画等を含めた支援状況に関する資料の提供を受けることについての説明が必要です。


サービス計画等作成にあたって、「個人情報の利用に関する同意書」により、関係機関に情報を提示することの同意を得ていますが、診療情報提供書等を依頼するにあたっては、資料 No. 021「個人情報の利用に関する同意書(自立支援型専用)」により、本人に説明のうえ、かかりつけ医等から情報の提供を受けることの同意を得てください。

担当ケアマネジャー等が出席する検討会議では、医師やリハビリテーション専門職から、どのようなサービスを組み合わせれば、住み慣れた自宅でより元気な生活を続けられるかの助言をもらいます。会議後おおむね 3 か月以内に、地域包括支援センターの担当職員と担当ケアマネジャーから高齢者ご本人に、助言内容の説明をします。（その他必要に応じて、会議に出席した助言者（リハビリテーション専門職）の同行も可能）さらに、おおむね 1 年後には、地域包括支援センターと担当ケアマネジャーから高齢者ご本人に、心身や生活の状況等を確認し、その際、必要に応じて、再度、地域包括支援センターがかかりつけ医等からの情報提供を受けること等を説明します。

資料No.021	個人情報の利用に関する同意書	診療情報提供書等の提供を受けることの同意を得る。
----------	----------------	--------------------------

4. 検討会議出席者等の役割について

(1) 検討会議出席者の役割

出席者		役 割				
地域包括支援センター職員	開催 地域包括支援センター職員	<div>①検討会議の司会進行 ②各職種（主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師又は看護師）より、それぞれの立場から意見等を行う。</div> <div><div>・司会進行役は、ケアマネ資格を有する者が望ましい。 ・原則として3人（3職種）での対応とするが、当日やむを得ず欠席した場合や出席包括職員において3職種のうち複数の資格を有する者がいる場合については、司会役＋1名（合計2名）での対応として構わないものとする。ただし、2名対応に至った理由等については記録を残しておくこと。</div></div>				
	上記以外の 地域包括支援センター職員	<div>①オブザーバーとしての参加。 ②類似ケース等のこれまでの対応など、必要に応じて意見する。 ③検討会議内容を把握し、検討会議報告内容をもとにそれぞれのセンターにて<u>小会議</u>の開催を行う。※P40参照</div>				
区保健福祉センター職員		<div>・介護保険制度の内容を確認された場合の説明対応やケース検討している中で確認できる地域課題の把握などを行う。 （介護保険担当者又は高齢者施策事業担当者のいずれか1名）</div>				
検討ケースを担当する ケアマネジャー		<div>・選定ケースの状況説明（選定ケースの身体状況や生活環境だけでなくサービス利用計画等の本人への支援状況も含めて状況説明を行う） ・主催の地域包括支援センターや検討会議参加の医師・リハビリテーション専門職より生活状況や身体状況等について確認される場合に説明することや、外部助言者等に対して病状等の内容などについて確認を行う。</div>				
検討ケースにサービス提供している 介護保険サービス提供事業所職員		<div>・主催の地域包括支援センターや検討会議参加の医師・リハビリテーション専門職並びにケアマネジャーより検討ケースに対するサービス利用状況について確認された場合に説明することや、医師・リハビリテーション専門職、担当ケアマネジャーに対して病状等の内容などについて確認を行う。</div>				
医師 （外部助言者）		<div>・病状や障がい状況を把握し、医学的観点から事例の予後予測、対象者の動作や活動について助言する。</div>				
リハビリテーション専門職 （外部助言者）		<div>・<u>基本動作能力</u>、<u>応用的動作能力</u>、<u>社会適応能力</u>の回復や維持、悪化防止の観点からの助言を行う。</div>				
		<table><tr><td>基本動作能力</td><td>立ち上がり、立位保持、歩行など</td></tr><tr><td>応用的動作能力</td><td>食事や排せつなど</td></tr><tr><td>社会適応能力</td><td>就労や地域活動への参加など</td></tr></table>	基本動作能力	立ち上がり、立位保持、歩行など	応用的動作能力	食事や排せつなど
基本動作能力	立ち上がり、立位保持、歩行など					
応用的動作能力	食事や排せつなど					
社会適応能力	就労や地域活動への参加など					

上記以外に、高齢障がい者である場合には障がい福祉サービス事業所職員の出席が必要な場合もあり、その場合においては、検討会議の趣旨を説明し、できる限り検討会議へ出席するよう促し参加の調整を行ってください。

(2) その他の関係機関等の役割



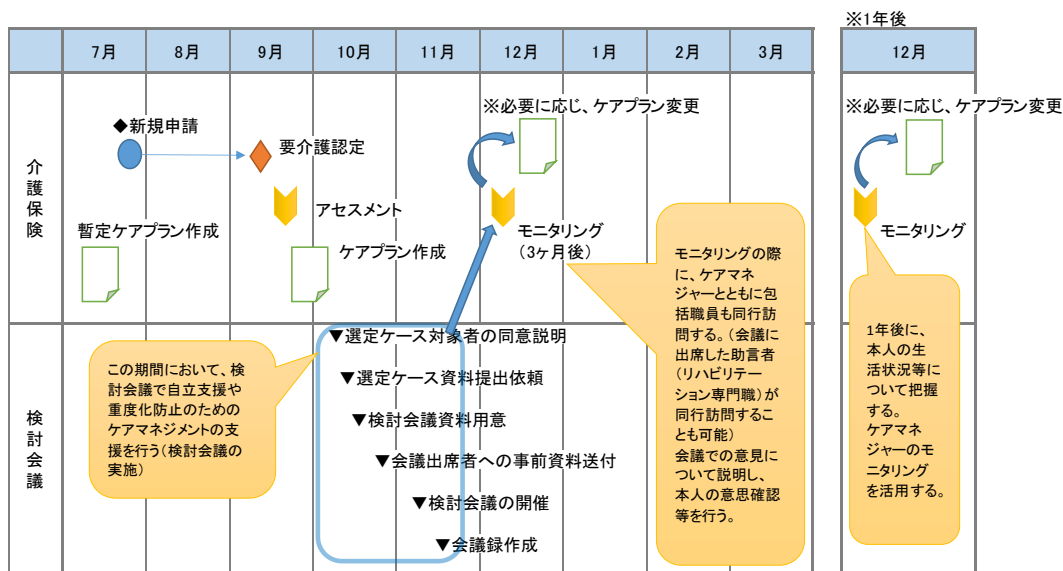
関係機関等		役 割
かかりつけ医		・ 検討会議において選定ケースの検討を行う際には、高齢者本人のかかりつけ医が把握している本人の直近の病状等を把握することが必要であるとともに、自立支援や重度化防止の観点からのかかりつけ医としての意見が必要となるため、認定申請時の「主治医意見書」に加え、対象者の状態の変化に応じ「診療情報提供書」の必要性の有無について判断を仰ぎ、必要と判断された場合は「自立支援型ケアマネジメント検討会議用 診療情報提供書」に記載して提出していただく。
各区保健福祉センター	地域保健活動保健師	・ 訪問指導事業、訪問口腔衛生指導事業等の保健サービスの利用調整 ・ 地域の介護予防活動に関する情報提供
	管理栄養士	・ 検討ケースの栄養方法に関する助言 ・ 訪問栄養指導事業の利用調整
生活支援コーディネーター		・ 検討会議において把握した地域課題を地域に不足する高齢者支援の社会資源等の創出につなげる
大阪市福祉局	地域包括ケア推進課	・ 検討会議の開催の実施主管、検討会議の検討事例の集約 ・ 関係者への事業説明や研修等 ・ 市民に対する自立支援・重度化防止の観点の啓発や周知など ・ 各地域における地域課題の把握
	介護保険課	・ 市民や高齢者支援を行う指定事業所への周知

ケースの状況に応じて、区の実情に合わせ助言者としてその他の専門職に参加していただくことも可能です。
他の専門職に依頼する場合は、地域包括支援センター委託料から報酬の支出が可能です。



5. 自立支援型ケアマネジメント検討会議に関する対応等の大まかな流れ等

◆自立支援型ケアマネジメント検討会議の開催スケジュール（イメージ）



介護認定を申請してから決定するまでの期間としては、訪問調査や要介護認定審査会の開催などがあるため、要介護認定までに約1か月～1か月半程度かかります。

検討会議対象ケースの選定を行うタイミングとしましては、まず要介護認定後にサービス計画等の作成を行うためにケアマネジャーによるアセスメントが行われ、ケアプランを実際に作成した後となります。



6. 検討会議の開催予定日の決定など

(1) 検討会議開催予定日の日程調整等

検討会議の年間開催予定日については、区内地域包括支援センター及び区保健福祉センターにおいて調整して決定します。開催日程を調整・決定する際には、検討会議に出席する医師やリハビリテーション専門職の方の都合等を確認し、関係者全員が参加できる日で開催するように日程調整を行ってください。



医師やリハビリテーション専門職等の外部助言者につきましては、事前に一定期間(1年や半年間等)のスケジュールを確認して、両者の出席可能な日程をベースに年間開催計画等について事前に作成してください。

各年度における年間開催日の決定にあたっては、地域包括支援センターが主となり、年間又は一定期間の検討会議開催日程を調整することとなります。

複数の地域包括支援センターがある区においては、いずれかの地域包括支援センターが主となって、年間又は一定期間の検討会議開催日程を調整してください。

(2) 開催回数・開催時期について

① **1区1地域包括支援センター**の場合（福島区・西区・天王寺区・浪速区）

隔月1回、地域包括支援センターにおいて開催します。

開催時期については、外部助言者などの出席者との調整により決定します。

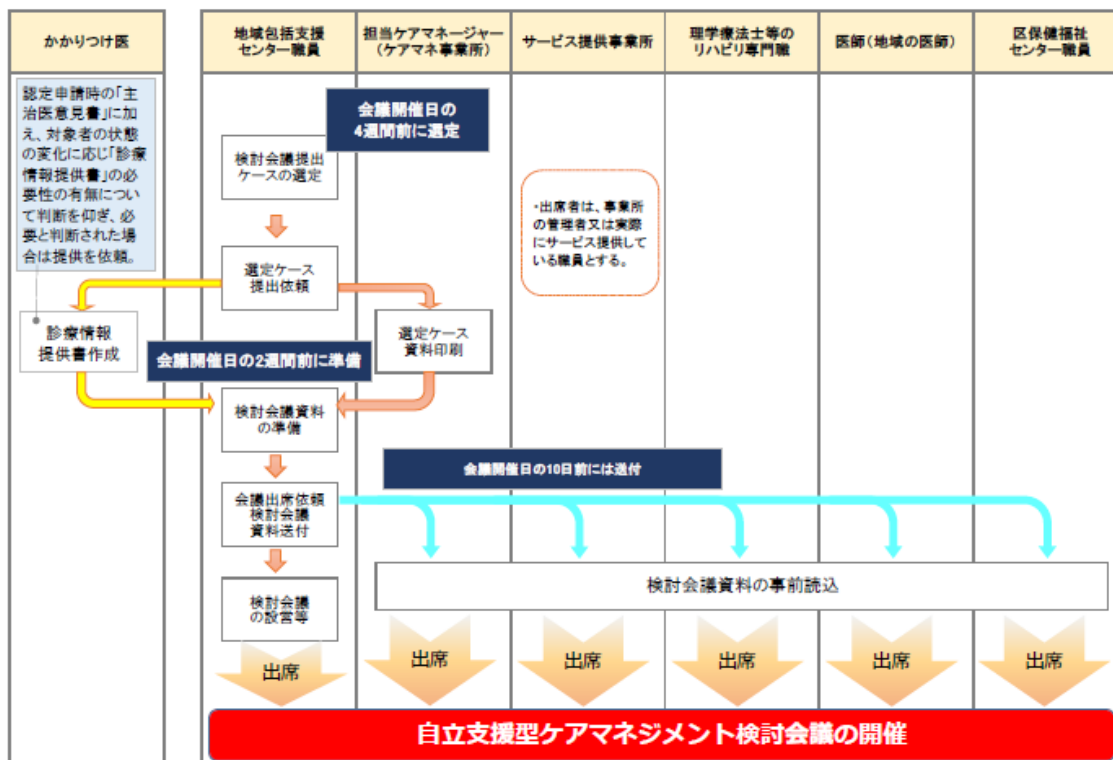
② **1区に複数の地域包括支援センター**がある場合（上記①以外の区）

原則として、毎月（輪番制）開催します。

月の中旬など、ケアマネジャーが参加しやすい時期に開催するなど工夫してください。

Ⅲ 検討会議開催前準備業務等

◆各担当における検討会議の開催までの対応等の流れ



1. ケースの選定及び検討会議出席者への事前資料の送付

(1) ケースの選定

おおよその目安としては、
検討会議開催日の約4週間前

① 対象ケースの選定

対象ケースの選定にあたっては、11 ページに記載する選定基準に該当する対象者を選定してください。

② 検討会議1回あたりの選定ケース数

検討会議1回あたりの選定ケース数は原則2件とします。

ただし、ケース選定時点において、検討に時間を要すると判断されるケース（複合的課題が多いなどのケース）と見込まれる（判断する）場合において、当該ケースの検討に要すると考える内容について検討会議の会議録等に事前にその理由を記載し、他の検討ケースの検討時間も併せて2時間程度で検討会議が行えるようにしてください。

(2) 選定ケースの資料提供依頼

おおよその目安としては、
検討会議開催日の約3～4週間前

自立支援型ケアマネジメント検討会議を行う際の会議資料

作製者		資料No.	必須資料	資料名称	備考
ケアマネジャー	利用者に 関する情報等	No.001	○	利用者基本情報	選定ケースにおけるこれらの様式は、ケアマネジャーにて用意します。
		No.002		基本チェックリスト〔ケースの状況により活用〕	
		No.003	○	興味・関心チェックシート ※1	
		No.004		介護保険認定調査票(特記事項含む)〔ケースの状況により活用〕	
		No.005	○	介護保険主治医意見書	
		No.006		生活機能評価表 ※2 〔ケースの状況により活用〕	
	ケアプラン等	No.007	○	介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表) ※3 (要介護者の場合、介護サービス計画)	
		No.008	○	週間サービス計画表	
	アセスメント 情報	No.009		課題整理総括表〔ケースの状況により活用〕	
主治医	かかりつけ医の 意見等	No.010		診療情報提供書(本事業設定様式) ※4	かかりつけ医 ↓ 地域包括支援センター

- ・ 会議資料として、「利用者基本情報」、「興味・関心チェックシート」、「介護保険主治医意見書」、「介護予防サービス・支援計画書」、「週間サービス計画表」は必須とします。

ただし、ケースの状況により、「診療情報提供書」を依頼した場合や、「課題整理総括表」が必要と考えられる場合は、資料とします。

- ・ 「基本チェックリスト」、「介護保険認定調査票」、「生活機能評価表」は、必要に応じてケースの状況により活用します。
- ・ その他、包括独自で作成している資料は必要に応じて活用します。
- ・ 当会議は地域ケア会議に該当するものであり、守秘義務が課せられていることから、マスキング処理は不要とします。

※ただし、個人情報を含む資料の取扱い（郵送、手渡し等）については、各法人（包括）の個人情報保護マニュアルに沿って取扱いを徹底すること。

※1 **資料No.003**「興味・関心チェックシート」は、介護保険制度の給付等の手続において必須の帳票となっていないため、ケアマネジャーに本検討会議用に作成するよう依頼してください。

※2 生活機能評価表は、『改善等の期待』等の記載については、参加者が協力して作成する方法もあります。

※3 資料集の資料No.007は厚労省標準様式（A3タイプ）を添付しておりますが、本市「介護予防ケアマネジメント事業実施マニュアル」に掲載のA・B・C表でも構いません。

なお、ケアプラン等、地域包括支援センターで用意できない関係資料については、ケアマネ事業所あてに事前に資料No.017資料提供依頼を用いて依頼します。

※4 主治医には、患者が検討会議の対象である旨を必ず説明のうえ、認定申請時の「主治医意見書」に加え、対象者の状態の変化に応じ、「診療情報提供書」の必要性の有無について判断を仰ぎ、必要があると判断された場合は作成を依頼します。

● ケアマネ事業所に対しての関係資料提供依頼

資料No.017	資料提供依頼書（ケアマネ事業用）	選定ケースの関係資料の提供依頼を行う
----------	------------------	--------------------

※当該依頼書については、ケアマネ事業所管理者あてに郵送又は手渡しにて依頼を行います。

【作成依頼書送付の目的（依頼からの回答までの期間の目的）】

・ケアマネ事業所あて提供依頼・・・依頼日より10日以内を目途とする

《ケアマネジャーへのお願い》

検討会議において、当該高齢者のサービス利用等の状況など確認することが多くあることから、次の帳票について用意し、質問に対応できるようにしてください。

- ① 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表
- ② 支援経過記録

● かかりつけ医あて「診療情報提供書」の作成依頼

選定ケースの生活状況やこれまでの治療状況、今後の治療等の方針などの医療的観点を含んだ意見等は、今後の高齢者本人の自立支援・重度化防止の観点において必要となります。

主治医には、患者が検討会議の対象である旨を必ず説明のうえ、認定申請時の「主治医意見書」に加え、対象者の状態の変化に応じ、「診療情報提供書」の必要性の有無について判断を仰ぎ、必要があると判断された場合は作成を依頼します。

資料No.018	診療情報提供書作成依頼書	かかりつけ医に作成依頼する
----------	--------------	---------------

※当該依頼書については、かかりつけ医あてに郵送又は手渡しにて依頼を行います。

※医療機関から要請があった場合は、「個人情報の利用に関する同意書」の提示などの対応を行ってください。

【作成依頼書送付の目途（依頼からの回答までの期間の目途）】

・診療情報提供書 依頼日より 14 日以内を目途とする



診療情報提供書の作成料については請求書払いとなるため、依頼書を送付する際には併せて「請求書」を同封して送付すること。

(3) 事前資料配布前の事前準備

① 関係資料の作成

当会議は地域ケア会議に該当するものであり、守秘義務が課せられていることから、マスキング処理は不要とします。

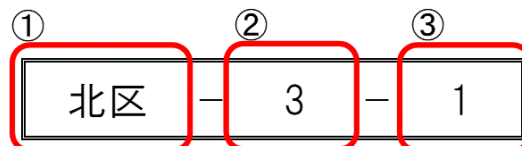
ただし、個人情報の取扱いには十分注意するとともに、会議終了後の資料回収に努めるよう徹底をお願いします。

② 選定ケース番号の採番

検討会議においては、開催する検討会議ごとに選定ケースについて採番を行い、その番号を関係資料の 1 枚目（表紙）の右肩に表記してください。

選定ケースの採番方法については、次のとおりとします。

〔選定ケース採番方法〕



①	地域包括支援センター名称
②	検討会議開催年度
③	年間通し番号

資料No.011	自立支援型ケアマネジメント 検討会議 選定ケース管理表	当日までの準備状況や検討会議の内容、その後の対応状況等について把握し管理する。
----------	--------------------------------	---

(4) 検討会議出席者への開催案内及び事前資料の送付

① 検討会議開催案内の通知

資料No.015	検討会議開催通知	10 日前までに開催案内を行う
資料No.023	医療機関等あて助言者派遣依頼書	病院等に勤務されている外部助言者に対し必要に応じて、医療機関等代表者あてに派遣依頼を行う

検討会議開催案内送付先

会議出席者	送付箇所数	備考
医師	1か所	地区医師会より推薦されている医師(1名) (区内で複数いる場合は、月単位での対応予定を事前に確認しておくことが必要)
リハビリテーション専門職	1か所	理学療法士会より推薦されている者等(1名) (区内で複数いる場合は、月単位での対応予定を事前に確認しておくことが必要)
ケアマネ事業所(ケアマネジャー)	1か所	ケアプランを作成しているケアマネジャーあて送付する。
区保健福祉センター	1か所	区保健福祉センターあてに1名の出席依頼を行う。
区内地域包括支援センター(オブザーバー)	区内箇所数	区内に他の地域包括支援センターがある区については、そのすべてに送付する。
サービス提供事業所	サービス提供している事業所数	サービス提供している事業所(訪問介護や通所介護など)の管理者あてに依頼文を送付する。

※ケースの状況に応じて、区の実情に合わせ、その他の専門職に参加していただくことも可能です。



◆検討会議関係資料を約 **10 日前までに送付**する理由

検討会議に参加する関係者あてに関係資料を事前に確認いただき、当日の検討会議がスムーズに進行するためです。

② 検討会議出席者人数の把握

検討会議開催案内において、出席の可否を確認し、出席者人数について把握してください。

参加いただく医師及びリハビリテーション専門職についてはそれぞれ各1名となっていますが、選定ケースのケアマネジャー等の出席においては、必要に応じて管理者が同席する場合もありますので、出席予定者について把握を必ず行ってください。

また、高齢者本人に対してサービス提供を行っている事業所の参加もありますので、サービス提供事業所の箇所数を把握してそれぞれからの出席予定者数について把握し必要座席数を確保します。

なお、高齢者本人が利用する事業所数が多く、各事業所より複数名の参加を認めることが困難であると判断する場合には、サービス提供事業所からの出席者数は事業者あたり1名のみと限定することも可能とします。

注意

対象ケース本人やその家族から検討会議の同席希望の申し出があった場合の取扱い

本検討会議については、本人やその家族等からの意見を聞きながらケアプランを作成するものではなく、利用者本人が自立した生活を維持するためや重度化防止の観点から有識者等（助言者）も含めて本人のサービス提供プランなどを検討するものであるため、本人や家族等の同席は行わないものとします。

③ 事前提供資料の送付

検討会議開催案内の送付と併せて検討会議関係資料（事前提供資料）も送付します。

資料No.016	事前送付資料送付書	事前提供資料と合わせて送付
----------	-----------	---------------

※特定の個人状況等を記載した資料であることから、必ず簡易書留郵便にて送付してください。

※オブザーバーとして参加する区内の地域包括支援センター職員及び各サービス提供事業所職員に対して、事前に資料を送付することを可とします。

検討会議事前資料送付先

	事前資料送付	参考 (開催案内送付)
医師	送付する	○
リハビリテーション専門職		○
ケアマネ事業所(ケアマネジャー)		○
区保健福祉センター		○
区内地域包括支援センター (オブザーバー)	必要時 送付も可	○ (区内箇所数)
サービス提供事業所		○ (サービス提供事業所数)

注意

【注意事項①】

事前提供資料送付先には検討会議当日に事前資料を持参いただく必要があります。

外部助言者等に対して、当日の検討会議を円滑に進めるために事前資料として提供しますが、この事前資料については当日に持参していただく必要があるため個人情報を含む資料の取扱いに十分注意していただくよう説明してください。

これらの資料については、検討会議終了後に開催者（地域包括支援センター）において回収し、破棄（シュレッダー）を行うこととなります。

もし、外部助言者等が会議当日に事前送付資料を持参されなかった場合には、外部助言者等より早急に事前送付資料を回収し、破棄しなければなりませんので注意してください。

【注意事項②】

WEBを活用し、検討会議を行った場合は、確実に資料の回収を行い、開催者（地域包括支援センター）において、破棄（シュレッダー）を行ってください。

【注意事項】

必要な事前提供資料が検討会議 10 日前までに揃わなかった場合の対応について

事前提供資料については、検討会議開催 10 日前までに送ることとなっていますが、診療情報提供書については医療機関によって回答までに要する期間が異なったりする関係上、事前送付の期日までに揃わないことも想定されます。

2. 会場等の準備

(1) 開催場所の確保等

検討会議の開催にあたっては、事前に把握した参加人数に応じた会議室の確保を行ってください。検討会議において複数のサービス提供事業所を利用されている場合には、出席者数が多くなるため、事前にサービス提供事業所数等を把握しておき、必要に応じた広さの会議室等の確保をしてください。

また、基本的には検討会議開催当番の地域包括支援センターにおいて会議場所を確保することとしますが、催し物等の日程と重複する場合や参加人数により広い会場の確保が必要な場合は、他の地域包括支援センター等の協力を得て、別に会議場所の確保を行って開催することとしてもかまいません。

ただし、その対応を行う場合については、個人情報の管理には十分に注意するようにしてください。

検討会議で取り扱う検討ケースが複数存在し、それぞれを担当するケアマネ事業所が異なる場合などで、検討会議において順番に参加する必要がある場合には、ケアマネ事業所のケアマネジャー等の待機場所が必要となりますので、その必要座席数についても確保してください。その場合には、別途待機場所の確保も行っただき、検討する1ケースあたり検討時間を事前に予測し、検討会議への出席時間について時間別に分けて出席するよう依頼しておくようにしてください。

ケアマネ事業所やサービス提供事業所等の複数人が待機する場合は、場所の確保をしてください。

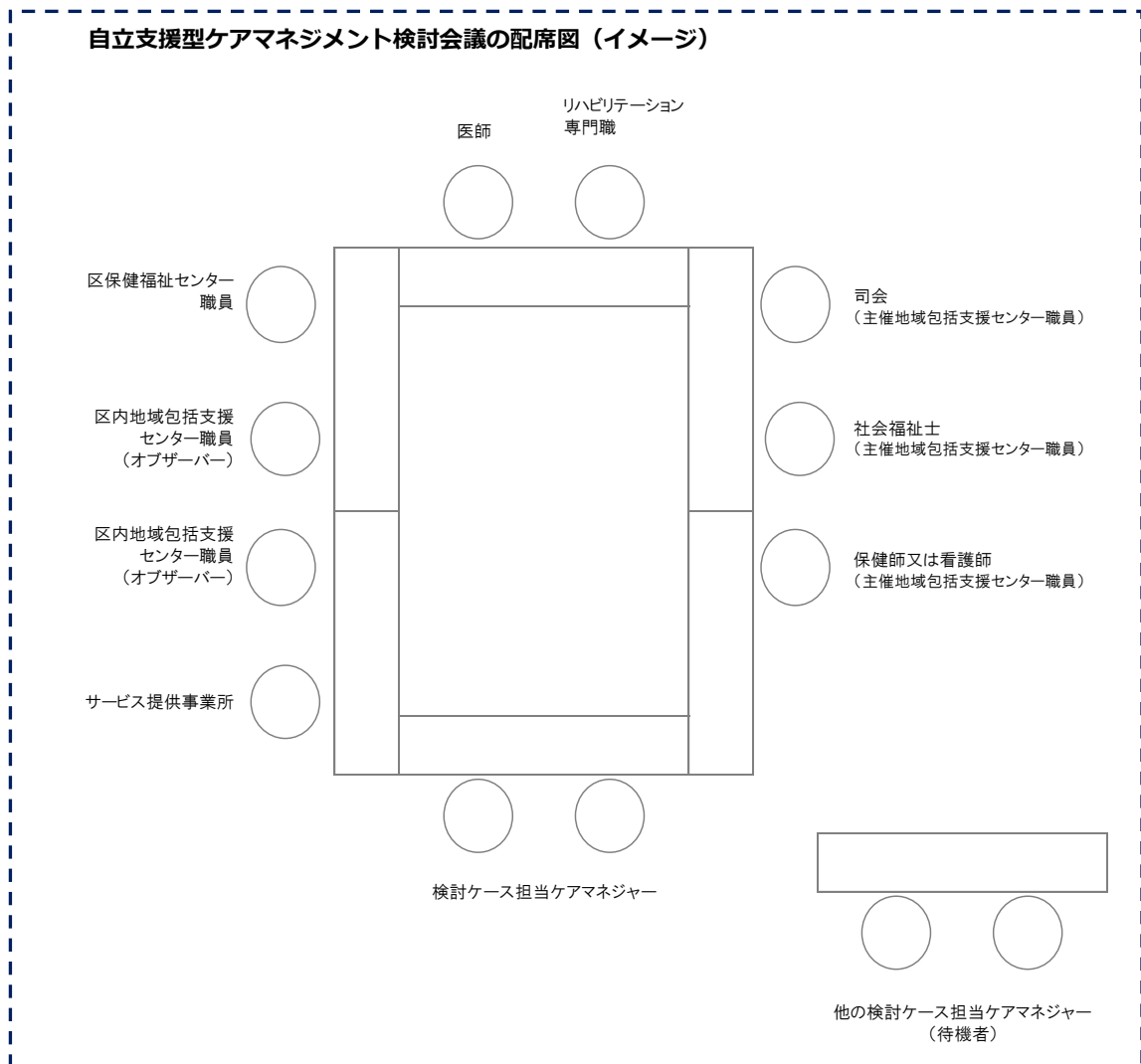
なお、複数のケアマネ事業所のケースを検討する場合であって、検討会議の見学者として一度に参加しても差支えないと判断する場合においては、広い会議室などを確保し、すべての参加人数が配席できるようにしてください。



(2) 検討会議開催時の配席等

検討会議の出席者が、それぞれ意見等がしやすく、また、検討会議としての意見等を集約できる環境を用意してください。

検討会議の開催にあたって出席者の配席については、下図を参考にしてください。



・会場の広さによって、配席やレイアウトは適宜変更してください。

(3) 必要座席数の確保について

検討会議で複数の検討ケースの検討を行う場合で、それぞれ検討ケースごとに担当するケアマネ事業所（ケアマネジャー）が異なる場合は、原則として他の検討ケースにおける検討が傍聴できる環境を確保してください。

他の検討ケースを担当するケアマネ事業所も同席（傍聴）できる状況とすることで、本検討会議の目的の1つである、ケアマネジャー等のスキルアップ並びにスキルの平準化を図ることができるため、傍聴を希望されるケアマネ事業所の職員がいた場合には対応してください。

また、ケースを出さないケアマネジャー等、傍聴の希望があれば、受け入れは可能です。ただし、個人情報と資料の取扱いについては、ご注意ください。

(4) WEB会議について

WEB会議として開催するか、来場参加とWEB参加の併用方式で開催するかなど状況に応じて人数の調整をして下さい。

WEB参加者の会議資料の回収等、個人情報の取り扱いには細心の注意をはらってください。



(5) 事前の対象ケースの状況等の把握

開催する地域包括支援センター職員においては、検討会議の出席者より質問等の対応を行うこともあり、司会進行だけでなく地域包括支援センターとしての意見を求められることもあるので、選定ケースの状況等について十分に把握しておく必要があります。

また、地域包括支援センターの立場より、ケアマネジャーに対して確認することや意見、質問等を行う必要があるかどうかについても確認しておき、検討会議の場で意見等を行えるようにします。

IV 検討会議の開催

1. 検討会議の進行

(1) 1回あたりの検討会議の時間は、2時間程度とします。

(2) 検討会議出席者等の受付

資料No.020	自立支援型ケアマネジメント検討会議参加者等受付簿
----------	--------------------------

検討会議で複数の事例の検討を行う場合には、異なった時間に来られる場合もあるため、受付簿については検討会議開始後も設置しておいてください。

(3) 進行の流れ・検討時間の目安

発言者		内容等	所要時間 (目安)
主催地域包括支援センター職員(司会)及び区保健福祉センター職員		開催のあいさつ ・自立支援型ケアマネジメントの趣旨等の説明 ・検討会議での意見について高齢者本人に対して説明することの理解 ・検討会議が地域ケア会議に属するものとの説明及び守秘義務と罰則規定の説明	
ケアマネジャー (又は地域包括支援センター)		検討ケースのケアマネジャーからの状況等説明 ①事例の基本情報の説明 ・要支援認定を受けるまでの直近の経緯等 ・地域住民の方などとの関係性等 ②事例の生活行為課題の説明 ・生活するうえでの課題 ・地域的な課題等 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ・ケアマネジャーが考える重度化防止等の観点から見た必要となる支援等 上記①～③を踏まえた現行ケアプランの説明	10分程度
主催地域包括支援センター職員(司会)		事例に対する支援内容・方針等の説明 ・主治医意見書及びかかりつけ医の診療情報提供書(必要時)による改善等の期待の説明	10分程度
助言者	司会者	外部助言者からの意見 【現行プランに対して】 ・質問や助言等を行う。 【重度化防止等の観点からの意見】 ・再検討等が必要なプランなどの意見や助言。 ・その他必要な支援などの意見や助言等。	30分程度
	医師		
	リハビリテーション専門職		
	オブザーバー (他のセンター職員)		
	区保健福祉センター職員		
サービス提供事業所			
主催地域包括支援センター職員(司会)		検討事例のまとめ ・各意見等の集約及び高齢者本人に説明する意見等の確認 ・ケアマネ事業所等が取り組むべき点の整理 ・モニタリングにおける同行訪問日程調整 終了のあいさつ (使用した関係資料の回収及び破棄)	10分程度
合計(目安)時間			60分程度

2. 司会進行の役割

(1) 司会者における議事進行

検討会議の流れのイメージとして「地域包括支援センター職員等研修会模擬会議資料」参照。(P44 参考資料1)



《議事進行の際の留意点》

- ・事例の議題に対して共通認識を持ち参加者が活発的な意見ができるように配慮する。
- ・ケアマネジャーからの事例説明後に事例の生活課題を明確にし、共通認識がもてるよう配慮する。
- ・参加者全員より、自立支援に向けた支援の方法等についてそれぞれ意見をもらい、会議の最後にはそれぞれの意見の内容について確認するとともに、最終的に本人やケアマネジャーへの検討会議からの意見についてまとめ、その内容について参加者全員に確認する。(合意形成)
- ・会議で抽出された地域課題などを再確認する。

(2) 議事進行役（司会者）が意識することなど

検討会議の議事進行は、地域包括支援センター職員が行います。

司会者は、地域包括支援センターの立場としての意見も行う場合もありますが、主として自立支援型ケアマネジメント検討会議の進行役であるとともに、意見や議論等のまとめ役でもあり、本会議の要であることを認識して対応をお願いします。

事例ごとに状態等が異なることから、参加者からの意見も多岐にわたり、議事の進行対応もケースバイケースとなります。

それを議事進行役の司会者が、うまく検討会議を進めていくためには、次のような点について意識しておく必要があります。

① 検討事例の状態像の十分な把握	事前に内容を把握するとともに、検討する内容等についてイメージしておく。
② 検討会議における時間配分を意識する	検討事例あたりの所要時間を意識して進行する。
③ 検討会議参加者のOJTの場であることを意識する	参加者のスキルアップなどの場であることを意識した進行を行う。
④ 個別事例の検討を通じて、行政課題を把握する場であることを意識する	参加者の発言等も含め、地域課題等の発見・把握することを意識すること。

(3) 議事に先だって必要となる説明（守秘義務・罰則の説明）

本会議は介護保険法第 115 条の 48 に規定する地域ケア会議に属するものであり、守秘義務があることについて参加者に必ず説明してください。

また、必要に応じて、守秘義務に違反した場合には介護保険法第 205 条第 2 項に罰則が設けられていることについても説明してください。

WEB会議参加者の室内環境等にも留意してください。



3. 当日の流れ〔参考〕

① 検討会議の趣旨説明

検討会議の趣旨説明について検討会議開催の初めに確認を行います。

なお、この趣旨説明は、検討会議の趣旨について記載した書類の内容確認により行うことも可能です。

《内容》

- ・大阪市として、高齢者の自立支援・重度化防止を目的とした「自立支援型ケアマネジメント検討会議」を実施する。
- ・ケアマネジャーの意識の向上も含め、いわゆる「お世話型ケアマネジメント」にならないように、多職種での様々な観点から検討を行い、課題解決に向けて高齢者が自己決定できるよう支援し、重度化防止につなげていく。
- ・高齢者の自立支援を妨げている課題を明確にし、地域（区）に不足する資源等の行政課題の発見・解決策の検討につなげる。
- ・区の地域包括ケアシステムの深化・推進のために必要である取組とする。

② 会議出席者の自己紹介

- ・検討会議の開催時には、必ず出席者全員（傍聴者等は除く）の自己紹介を行います。

③ ケアマネジャーから事例概要の説明

- ・検討ケースにおける基本情報についての説明をケアマネジャーより行ってもらいます。
- ・説明においては、家族構成やこれまでの生活状況、支援が必要となった要因、作成したケアプランの内容及びその理由など、必要な情報について説明を行ってもらいます。
- ・ケアマネジャーからの説明において不足する点等あった場合には、ケアマネジャーからの説明後に確認を行ってください。
- ・ケアマネジャーの説明から、事例の生活等の課題に対する共通認識が持てるよう配慮します。

④ 外部助言者等の参加者からの質問など

- ・ 検討ケースの内容の説明後、外部助言者である医師やリハビリテーション専門職などからケアマネジャーに質問を行い、状況等の確認を行います。
- ・ 地域包括支援センター職員（司会や保健師等）からも、確認したい内容等あれば質問を行います。
- ・ 興味・関心チェックシートなど、書類上より確認できる本人の意向内容などと、作成しているケアプラン内容に矛盾点や疑問点などがあれば、確認を行います。

⑤ 課題整理のまとめ

- ・ 各出席者よりでた意見などをもとに課題整理を行います。
- ・ 課題整理においては、まとめる課題等について口頭で出席者全員に確認してください。

⑥ ケアプランへの助言

- ・ 課題整理の内容から考えられる検討ケースへの支援について、現行のケアプランにないものであれば追加の検討などを行います。
- ・ また、ケアプランの作成において問題点等があった場合には、自立支援等の考え方も含め、ケアマネジャーに対して検討会議として意見を行います。

V 検討会議終了後の対応など

1. 会議録の作成及び提供について

(1) 会議録の作成

資料No.012	自立支援型ケアマネジメント検討会議会議録
----------	----------------------

(2) 会議録の提供

資料No.019	検討会議会議録送付書
----------	------------

検討会議の内容をまとめた会議録につきましては、検討会議に出席した方（オブザーバーとして参加した他の地域包括支援センターも含む）及びかかりつけ医へ送付してください。

資料No.012	自立支援型ケアマネジメント検討会議会議録
----------	----------------------

検討会議において外部助言者や参加者からの意見等をまとめるとともに、検討会議としての現行のケアプランに対する意見や地域課題などをまとめ、会議録を作成します。

会議出席者のうち医師・リハビリテーション専門職・区保健福祉センター職員などの検討会議出席者及び診療情報提供書の作成を行っていただいたかかりつけ医に対して送付してください。

検討会議終了後の数日内に会議録を作成し、送付必要先へ送付するようにお願いいたします。



かかりつけ医への検討会議会議録の送付について

かかりつけ医に対して診療情報提供書の作成依頼を行い、診療情報提供書を作成して提出いただいたかかりつけ医に対して検討会議会議録を送付します。

診療情報提供書の作成について協力いただけなかった医師及び、認定申請時から対象者の状態に変化がないため不要と判断した医師に対しては、原則として会議録の提供は行わないこととして構いません。

(3) 福祉局への報告

資料No.012	自立支援型ケアマネジメント検討会議会議録
----------	----------------------

【報告期限】 検討会議終了後の数日以内

【福祉局への送付先】

○送付先メールアドレス

福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課

自立支援型ケアマネジメント検討会議担当者

Mail : chiikihoukatsu@city.osaka.lg.jp

2. 各区保健福祉センターの地域保健活動保健師や管理栄養士への相談

各区保健福祉センターの地域保健活動保健師及び管理栄養士は、区内在住の方の健康等にかかる相談支援を実施しています。

今回開催する検討会議におけるケースにおきまして、検討会議前・検討会議後に関わらず相談等を行う必要がある場合には、通常業務の範囲において対応を行います。

地域包括支援センターが、検討ケースに関する保健師や管理栄養士へ相談の必要が生じた場合においては、相談を行う日時等の連絡を区保健福祉センターに行ったうえ相談を行うようにしてください。

また、検討会議における意見におきまして保健サービス等の利用が推奨（意見）された場合には、適切に引き継ぎ（相談や情報提供等）を行うようにしてください。

【地域活動保健師への相談内容】

・各区保健福祉センターの保健師等が実施する訪問指導事業、訪問口腔衛生指導事業等の保健サービスの利用

【管理栄養士への相談内容】

- ・栄養方法に関する助言
- ・訪問栄養指導事業の利用



3. 検討会議後の高齢者本人への説明等

検討会議において、高齢者本人の身体機能や生活状況の維持・向上のための視点による意見があった場合については、ケアマネジャーによる次回モニタリングの際に、地域包括支援センターの担当職員も同行訪問できるよう、日程調整を行ってください。（モニタリングの期限は会議後、3か月以内とします。）

基本的には検討会議での意見及びそれを踏まえたケアプラン内容の変更案等の説明についてはケアマネジャーが行うこととなります。

必要に応じて地域包括支援センターの職員も協力してください。

意見の説明を行った結果、高齢者本人が納得・同意され、支援方法を変更する場合においては、ケアマネジャーにより高齢者本人に対する支援計画（ケアプラン）の変更を図ることとなります。

ケースや区の実情に合わせて、モニタリング時、会議に出席した助言者（リハビリテーション専門職）が同行していただくことも可能です。

その際は、事前に助言者へ同行訪問の協力依頼を行ったうえ、高齢者本人から必ず承諾を得てください。
※なお、報酬に関しては地域包括支援センター委託料からの支出が可能です。



検討会議での意見に対する本人同意について

検討会議で出た意見の内容を本人に伝えて、ケアプランが変更となる場合、本人への同意確認は、**口頭による確認**で構いません。

ただし、本人が何に同意したのか、記録等の記載を必ず行ってください。

【高齢者本人が同意されなかった場合】

検討会議ででた、意見の説明を高齢者本人に行うも納得されず、現行ケアプランを用いたサービス提供での生活を継続することを望まれた場合においては、現行ケアプランを継続することとなります。



検討会議の意見は、強制的にケアプランに反映できるものではないことに注意してください。

4. 検討会議意見の説明の1年後のモニタリングの実施

本人の同意によるケアプランの変更の有無にかかわらず、検討会議で出た意見を説明するために行った訪問（モニタリング）を実施した月の概ね1年後（約12か月後）を目途に再度当該高齢者の生活状況等を確認します。

概ね1年後の確認を行う際には、原則として本人宅へ再度ケアマネジャーと同行訪問し、本人の事後（検討会議より概ね1年後）の身体状況や生活状況等について確認を行います。確認した内容について資料No.014 自立支援型ケアマネジメント検討会議報告書（以下、「検討会議報告書」という。）を作成します。

なお、訪問しての確認が困難である場合は、検討会議意見内容・それに対する高齢者本人の同意・ケアプラン変更の可否及び内容・概ね1年後の本人の状況確認を行う行為として、すべてにおいて網羅している場合に限り、アンケート方式により確認等を行っても差支えありません。

資料No.014	自立支援型ケアマネジメント 検討会議報告書	確認日より1か月以内に福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課あて送付
----------	--------------------------	-----------------------------------

注意

本人が転居、死亡等の理由により1年後のモニタリングが難しい場合は、事実が分かった時点の情報をケアマネジャーより聞き取り、検討会議報告書様式No.014に記載して下さい。



◆検討会議での意見の内容における対象者本人のケアプラン変更について

- ・この検討会議における意見については、あくまでも意見であることに注意してください。
- ・ケアプランの変更（作成）は、ケアマネジャーと高齢者本人との契約によるものであり、この検討会議の意見をもってケアプラン変更を行えるという整理にはなりません。あくまでも高齢者本人が望むプランを作成することとなります。
- ・ケアプランにおいて、自立支援や重度化防止の支援のため意見を高齢者本人（又は家族等）に十分に説明し、高齢者本人よりケアプランに検討会議の意見の内容を反映させたいとの申し出があった場合にのみケアプラン変更が可能となるので注意してください。

5. ケアマネ事業所（ケアマネジャー）の検討会議後の対応等



(1) ケアマネジャー等事業所職員への周知

検討会議に出席したケアマネ事業所の方に、検討内容や検討会議での意見等について十分に理解してもらってください。（理解できない内容等については、検討会議の中で確認等を行ってください）

後日、会議録が地域包括支援センターより送付されますので、当該会議録を用いて事業所内の他のケアマネジャーへ自立支援や重度化防止の観点から見た検討会での意見などを伝達（周知）します。

(2) モニタリングの際の検討会議意見等の説明

検討会議での意見等については、高齢者本人に対してモニタリングを行う際にケアマネジャーより説明します。

必要に応じて地域包括支援センターの職員も協力してください。

VI 会議出席する外部助言者への報酬等

1. 検討会議に出席する外部助言者への報酬について

(1) 外部助言者への報酬単価

検討会議に外部助言者として出席いただく医師及びリハビリテーション専門職の方に対しましては、会議出席 1 回あたり次の報酬を支払います。

また、モニタリング時に、会議に出席した助言者（リハビリテーション専門職）が同行訪問した場合の報酬も同額とします。

医師に対する報酬額

	報酬額
医師 (日額)	16,500円(税込)

リハビリテーション専門職に対する報酬額

	報酬額
リハビリテーション専門職 (日額)	10,400円(税込)

なお、検討会議参加にあたって外部助言者において交通費を要する場合もありますが、上記報酬額内には交通費相当額が含まれていますので、聞かれた場合にはその旨回答してください。



(2) 外部助言者への支払い

外部助言者への報酬支払いは、会議出席後に行ってください。

支払方法は、会議出席の確認が行えていれば請求書の提出は必要なく、支払うことを可能とし、次のいずれかにより支払ってください。

① 現金払い（会議当日）

検討会議の外部助言者に対する報酬を検討会議当日に支払う場合については、必ず検討会議開催案内（事前資料送付時）において検討会議当日に支払いすることを事前に伝えてください。

検討会議開催当日には、会議開催前に報酬額を現金で用意し、検討会議終了後に外部助言者に対して支払います。報酬の支払いを行う際に、当該外部助言者が受領したことがわかるよう受領書を用意しておき、確認サインをもらうなど、記録を残してください。

② 口座振込払い

検討会議終了後に口座振込を行う場合には、支払先振込口座を事前に把握する必要があるので、外部助言者に「口座振替申出書」を提出していただってください。

その口座振替申出書にて指定する口座へ検討会議報酬を振り込みします。

報酬の支払いの処理については、できるだけ早急に行うとともに、支払予定日について外部助言者に伝えてください。

検討会議開催時には、振込先口座に変更がないか必ず確認していただき、振込先の口座変更がある場合には、改めて「口座振替申出書」の提出を求め、新たに申し出のあった口座へ報酬を振り込んでください。

2. かかりつけ医が作成する診療情報提供書作成料（文書料）の支払について

（1）自立支援型ケアマネジメント用 診療情報提供書の作成料

検討会議にて使用する、かかりつけ医に作成いただく「自立支援型ケアマネジメント用 診療情報提供書」の作成料（文書料）については次のとおりの費用となります。

診療情報提供書作成料

	1ケースあたり報酬額
診療情報提供書	2,500円

（2）かかりつけ医への文書料の支払い

診療情報提供書については文書料であるため、請求書を受領したうえで支払いを行うこととなります。

そのため、自立支援型ケアマネジメント検討会議用診療情報提供書作成依頼書を送付する際に、併せて「請求書」を同封して送付してください。

請求書については、診療情報提供書の送付と併せて受領することとし、当該請求書により支払処理を行ってください。

※検討会議の日に間に合わなくても、記載していれば、作成料を支払うこととします。



VII 自立支援型ケアマネジメント小会議



1. 自立支援型ケアマネジメント小会議の目的

圏域内のケアマネ事業所を参集して、検討会議において検討した内容等の意識共有等を行う「自立支援型ケアマネジメント小会議」（以下、「小会議」という。）を開催します。

この小会議は検討会議と同様に高齢者本人の自立支援や重度化防止の観点からみた検討や意見交換を行うとともに、ケアマネジャーやサービス提供事業所における自立支援に資するケアマネジメントの理解やスキルアップ等を行うもので、検討会議の一部として位置づける会議です。

ただし、個人情報の取扱いには十分注意するとともに、会議終了後に開催者（地域包括支援センター）において回収し、廃棄（シュレッダー）をおこなってください。

2. 開催時期・回数・内容について

(1) 開催時期

- ・検討会議の開催状況により、包括圏域の実情に合わせて実施します。
（例えば、ケアマネジャーの参加しやすい中旬に開催するなど）
- ・事前に年間開催計画（スケジュール）を作成し、年度当初に圏域内のケアマネジャーへ示します。（例：〇月の〇週目に開催する等）
（年度当初に示したスケジュールに変更がある場合は、適宜調整を行う）

(2) 開催回数

- ・年2回以上開催します。（1区1包括は、年1回以上）
- ・1区に複数包括がある場合は、合同開催も可能とします。
- ・居宅介護支援事業者連絡会とあわせて開催するなど、ケアマネジャーが参加しやすいよう開催方法を工夫してください。

(3) 開催内容

- ・検討会議のケースを踏まえたうえで、全件を網羅することにとらわれず、包括及びケアマネジャーが自立支援・重度化防止の観点から有意義であると考ええるテーマに応じて開催・地域ケア会議「振り返り：事例検証」として開催することも可能とします。

- ・ケアマネジャーの支援や参加者確保の観点から、可能な範囲で「法定外研修」と位置づけ開催するなど、ケアマネジャーが参加しやすいよう工夫をしてください。

3. 所要時間

小会議の時間については、2時間を基本とします。

小会議の事例検討等を行う件数が少ないなどにより短時間（1時間以内）で終了すると想定される場合には、1時間での開催でも可能とし、参加いただく外部助言者（リハビリテーション専門職）に対して1時間以内での開催とすることを必ず開催案内時に伝えてください。

4. 出席者

① 地域包括支援センター職員（司会及び会議録内容等の説明）

→ 会議録の説明を検討会議出席者より行います。

② 地域包括の圏域内のケアマネ事業所（管理者やケアマネジャー）

→ 検討会議での意見等についての説明を行うなどすることにより、自立支援や重度化防止の観点を理解していただきます。

③ リハビリテーション専門職

→ リハビリテーション専門職としての意見や助言を行います。

④ その他専門職

→ 必要に応じてテーマに沿った、その他専門職の出席を可能とします。
その際の報酬は地域包括支援センター委託料から支出が可能です。

- ・小会議出席者に対して事前（約1週間前）には開催案内を行う必要があります。（事前に年間開催計画（スケジュール）を作成し、年度当初に出席者へ示しておくことが望ましい）
- ・小会議の方法はWEB会議として開催するか、来場参加とWEB参加の併用方式の会議とすることも可能です。
- ・小会議終了後、会議録を作成してください。

資料No.013

自立支援型ケアマネジメント小会議会議録

※福祉局への送付は不要です。包括にて保管してください。

5. リハビリテーション専門職（外部助言者）への報酬について

小会議に参加するリハビリテーション専門職への報酬については、検討会議と同時間での会議を想定していることから、原則として検討会議の報酬額と同額とします。

報酬の支払い方法等につきましては、検討会議の外部助言者への報酬の支払いと同様の対応を行います。

リハビリテーション専門職に対する報酬額

	報酬額
リハビリテーション専門職（日額）	10,400円(税込)

※その他専門職の報酬は地域包括支援センター委託料から支出が可能です。

<感染症等の予防対策について>

検討会議時等、人が集まる場所においては、感染症の予防対策をお願いします。



● ヌモ ●

地域包括支援センター職員等研修会
模擬会議資料（抜粋）
【平成 30 年 9 月 7 日実施】

地域包括支援センター職員等研修会 模擬会議シナリオ(平成 30 年 9 月 7 日)

担当	シナリオ
【導入】 司会	<p>□ それでは、平成 30 年 9 月の自立支援型ケアマネジメント検討会議を開催いたします。まず、最初にこの取組みの主旨について保健福祉センターの H さんから説明をお願いします。</p>
保健福祉 センター	<p>□ 保健福祉センターの H です。</p> <p>それでは、自立支援型ケアマネジメント検討会議の主旨についてお話させていただきます。</p> <p>国は、平成 30 年 4 月に施行された改正介護保険法で、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取り組みを制度化しました。</p> <p>大阪市においても積極的に自立支援型ケアマネジメントの推進に取り組むため、高齢者の自立支援・重度化防止を目的とする「自立支援型ケアマネジメント検討会議」を実施しています。</p> <p>この会議は、ケアプランチェックとして実施するものではなく、介護保険を利用している、高齢者の QOL の向上に向け、「お世話型のケアマネジメント」にならないように、多職種で様々な観点から検討を行なうことで、課題の解決に向けて高齢者が自己決定できるよう支援し、重度化防止につなげていくものです。</p> <p>加えまして、高齢者の自立を妨げている課題を明確にし、地域に不足する資源等の行政課題の発見・解決策の検討につなげることができるなど、高齢者の自立支援・介護予防の推進、各区の地域包括ケアシステムの深化・推進のためにも必要な取り組みです。</p> <p>本日お集まりの多職種のみなさまで、高齢者の自立支援に向けて一緒に検討していきましょう。どうぞよろしくお願いします。</p>
司会	<p>□ 本会議で検討された内容は、当センターにて取りまとめ、参加者及び大阪市福祉局に対し報告いたします。</p> <p>また、本会議は介護保険法第 115 条の 48 に規定する地域ケア会議であり、本会議で知れた内容について<u>口外することの無いよう</u>十分配慮ください。</p>
司会	<p>□ 会議のスケジュールを確認させていただきます。</p> <p>ケアマネジャーさんからケースの概要の説明 5 分</p> <p>ケースの理解を深めるための質問 5 分</p> <p>課題の整理 10 分</p> <p>助言者からの提案、まとめで 10 分</p> <p>併せて 30 分の予定です。スムーズな進行にご協力をお願いします。</p>
司会 (各自自己紹介)	<p>□ まずは、参加者の紹介をさせていただきます。自己紹介をお願いします。</p> <p>私は、本日の進行をさせていただきます地域包括支援センター主任ケアマネジャーの J です。どうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>・ A さんを担当していますケアマネジャーの K です。</p> <p>・ 保健福祉センターの H です。</p> <p>・ 地域包括支援センター 保健師の L です。</p> <p>本日の助言者の先生方です。</p> <p>・ 医師会の M です。</p> <p>・ 理学療法士の N です。</p>

司会	□では、事例概要の説明をケアマネのKさんからお願いします。
ケアマネ	<p>□はい、まず、利用者基本情報をご覧ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Aさんは70歳男性で要介護度は「要支援1」です。 ・両親のことを心配したご長男さまが、これ以上状態が悪化しないように、介護保険サービスを利用したいという意向から、要介護認定の申請を行うに至りました。 ・家族構成は、奥様と二人暮らしですが、奥様は週3日、近所でパートをしているため、その間はお一人になられます。 お子さまはご長男、ご長女のお二人で、お二人とも市内に在住です。 ・生活概況です。 元の職業は幼稚園のバスの運転手で、60歳の定年後もパートで運転の仕事を続けていましたが、脊柱管狭窄症による腰痛と足のしびれが強くなり65歳の時に仕事を辞めています。 ・日中の生活についてですが、徒歩10分のところに長男家族が住んでおられて、共働きのため、4歳のお孫さんの保育園の送迎をされています。丁度、奥様のパート先への通勤路にあるので、一緒に歩いて行かれています。最近、腰痛がひどく送迎に行けない日があるのですが、ご本人はできるだけ送迎は自分が行いたいという思いがあるようです。 ・日用品の買い物は奥様がパートの帰りに行くことが多く、本人は時々奥様の運転する車で行く程度です。日中は腰痛があることや疲れやすいため、家で寝転んで過ごしていることが多いようです。 ・最近、動かない日が多いことが関係しているのか、体重が増えられたようです。 ・趣味はハイキングで、定期的一緒に行く仲間がいるそうですが、最近、腰痛と足のしびれのため参加できずにいます。 また、書道の趣味もあり、月2回、奥様と老人福祉センターの書道教室に通っています。 ・現病歴・既往歴についてですが、 3年前から高血圧の内服治療をされています。 50歳代の頃に脊柱管狭窄症と変形性膝関節症を診断され、現在も腰痛、足のしびれ、膝関節痛などにより、整形外科で治療中です。 ・次に、介護予防サービス・支援計画書をご覧ください。 ・サービス支援計画については、 本人の「家庭での役割を継続して担いたい」、「以前のように仲間とハイキングをしたい」という希望から、 ・一日の目標を「腰痛予防の体操を欠かさず行う」 ・1年後の目標を「仲間とハイキングに行く」と設定しました。 ・目標に向けての支援計画として、 腰痛軽減を目的として週1回の通所リハと、入浴介助を目的として週1回の訪問介護のプランを組みました。 以上、検討をよろしくお願いします。
司会	<p>□続きまして、検討を行う前に、かかりつけの先生から重度化防止の観点を踏まえた意見等をいただいておりますので、ご報告させていただきます。診療情報提供書をご覧ください。</p> <p>かかりつけ医の先生からのご意見としては、腰痛や膝関節痛に関しては痛み止めの頓服や外用薬によりコントロール可能であるが、最近体重が増えたことや運動不足が影響している。リハビリなどを行なうことや正しい動作の指導などにより入浴や外出などについては改善が見込まれるとのこと。</p>

担当	シナリオ
【質問】 司会	□では、事例の理解と確認のために質問があればお願いします。 M先生 いかがでしょうか。
医師	□基本チェックリストを見てみますと、BMI 27.5 というのですが、 ここ2、3年に体重増加はありましたか。それと3年前から高血圧治療 ということですが、定期的な受診と内服治療はできていますか。
ケアマネ	□体重増加は2－3年以内でどれくらいかはわかりませんが、腰痛が強くなり、動くこ とが少なくなってから、少しずつ増加しているそうです。 高血圧治療は内科に定期的に受診されています、主治医の先生から減塩をするよう言 われています。
医師	□もう1点、よろしいでしょうか。 今までに、減塩などの食事指導は受けられたことはありますか？ また、どんなものを好んで食べるか把握しておられたら教えてください。
ケアマネ	□主治医の先生からは減塩の指示がありますが、専門家の方から栄養指導を受けたこと があるかどうかは、把握できていません。 元々好き嫌いが多く、濃い味が好きで、気に入らないと食べないので、奥様も特に食 事を変えることはしていないようです。麺類、特にラーメンが好きで、食事の準備を していない時はすぐにインスタントラーメンを自分で作って食べるので、奥様はでき るだけ朝に昼食の用意していくようにしているそうです。
司会	□他はいかがですか。 理学療法士のN先生、いかがでしょうか。
理学療法士	□よろしいでしょうか。 変形性膝関節症による両膝の痛みがあるようですが、生活上の支障はどの程度あるの でしょうか？
ケアマネ	□現在は、膝の痛みに関しては、落ち着かれているようです。時々、痛むことがあるよ うで、月に2、3回は痛み止めの頓服を飲まれることもあると聞いていますが、膝の痛 みからくる、生活上の支障はないようです。
理学療法士	□それから、腰の痛みについてもお聞きします。痛みやしびれが生じることで生活に支 障をきたしているとのことですが、どこがどのような時に痛みますか、また、歩行は どのくらいの時間や距離が歩けますか。その時にしびれがあるかどうかも含めて教え てください。
ケアマネ	□普段から腰痛はあるようですが、特に屋外の歩行時に痛みが強いようで、鈍く重いよ うな痛みだそうです。だいたい10分くらい歩くと腰が重くなり、休憩が必要です。 休憩するともう一度歩けるようです。下肢のしびれはありますが、ひどくはない ようです。
理学療法士	□もう一つよろしいですか。入浴に介助が必要とありますが、どのような介助が必要か 教えてください。

ケアマネ	<p>□入浴に関しましては、浴槽に入るときに介助が必要です。</p> <p>少し前に、浴槽に入るときに、転倒されて、軽い打撲があったようです。それ以降は、奥様が介助をされておられます。</p> <p>バランスを崩しやすいので奥様が腰を支えられるようですが、奥様は小柄な方なので、負担に感じられることもあるようです。</p>
司会	<p>□他に質問があればお願いします。</p>
保健師	<p>□保健師のLですがよろしいでしょうか。</p> <p>課題整理総括表の口腔の欄に入れ歯が合わないとありますが、歯科の定期受診はされていますか。</p>
ケアマネ	<p>□歯科の定期受診はされていません。行くのが面倒だとおっしゃってました。歯は上下とも部分入れ歯を使用していますが、合っていないのか、食べ物が挟まって痛いので、使っていないことが多いそうです。</p>
司会	<p>□それでは、Aさんの課題について整理したいと思います。課題整理総括表をご覧ください。ケアマネのKさんからはそこにもあるように阻害要因として6点を挙げていただいています。</p>
医師	<p>□痛みについてですが、脊柱管狭窄症の痛みも考えられますが、かかりつけの先生からの診療情報提供書にもあるように以前より疲れて寝転んで過ごすことが多いことや、歩ける距離が短くなっていることから生活不活発状態による筋力低下などの影響もあると考えられます。</p>
司会	<p>□痛みは生活不活発状態の影響もあるのではないかと思いますですね。</p> <p>M先生、高血圧に関してはいかがでしょうか。</p>
医師	<p>□高血圧の治療に関して、かかりつけの先生から減塩の指導もされていますが、現在、食事内容は変わっていないようですね。加えて「ラーメンや濃い味付けのものを好まれることから体重増加につながりやすいと考えられます。</p> <p>また、体重が増加することで、腰痛や膝痛の悪化を招く恐れがありますので、これ以上体重が増えないようにするほうが良いと考えられますね。実際に食事を作られている奥さんに対してなにか助言ができるといいですね。</p>
司会	<p>□ありがとうございます。他はいかがですか。</p>
理学療法士	<p>□よろしいでしょうか。入浴に関してですが、浴槽を跨ぐ際にバランスを崩しやすく奥様が腰を支えてらっしゃるとのことでしたね。浴室に手すりがないとのことですので、浴室等の環境が整っていないことも要因と考えられるのではないのでしょうか。</p> <p>一度転倒されたことや、無理をすると腰痛や痺れが強くなるのではという不安が、生活不活発状態につながっている可能性があるかもしれません。</p>
保健師	<p>□今、N先生が仰られたことに関してですが、友人とのハイキングやご自身の役割とおられるお孫さんの送り迎えに行けないこともあるということも活動範囲が狭くなることに繋がっていると思われます。</p> <p>ですが、Aさんはお孫さんの送り迎えは行きたいという意欲もお持ちですし、興味・関心チェックリストからも一人でお風呂に入る事、運動や散歩に関してやってみたいという思いをお持ちです。</p> <p>ここはご本人の強みとしてのプラスの要因になるのではないのでしょうか。</p>

司会	<p>□ありがとうございました。</p> <p>ただいまのご意見から、Aさんの課題としては</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脊柱管狭窄症からくる腰痛としびれにより、長時間の歩行が困難となり、楽しみにしていたハイキングや孫の世話ができなくなっているということ。 ・ 腰痛や下肢の痺れへの不安や友人との関わりの減少や孫の送り迎えに行けないことがある事からくる生活不活発があり、それにより、体重増加と筋力低下があるということ。 ・ 食生活の偏りがあり高血圧や体重増加につながる可能性がある。 ・ 浴室の環境整備の不備や転倒への不安から、一人で入浴ができないこと。 <p>などが挙げられました。</p> <p>それでは、ただ今の課題も踏まえ支援についてご助言やご意見を伺いたいと思います。</p> <p>生活機能評価表も一緒にご覧いただきながらご意見をお願いします。</p>
保健師	<p>□M先生が仰られたように、これ以上体重が増えないことと、減塩していくことが大切だと思います。</p> <p>奥様が栄養について助言が得られる機会ですが、保健福祉センターで食生活改善の教室なども行われています。管理栄養士から摂取カロリーや減塩してもおいしく味わえる料理の工夫など学んでいただくことが出来るかと思います。</p>
ケアマネ	<p>□教室以外には食生活について教えていただける機会はないのでしょうか。</p>
保健師	<p>□それでしたら、保健福祉センターでは、月1回程度、食生活相談日が設けられています。電話で予約が必要ですが、一度問い合わせをされてはいかがでしょうか。</p>
ケアマネ	<p>□奥様もご本人さまも、食生活に関しては、あまり積極的に改善しようという思いがないようです。食事指導を受けていただくようにするには、どのようにお声がけをしたらいいのでしょうか？</p>
保健師	<p>□ひとつは、主治医の先生から、必要性を説明していただく方法があるのではないのでしょうか。</p> <p>また、ご本人がこれからの人生をどのように過ごしたいと考えてらっしゃるのか。今よりも、少しでも元気になって過ごしたいと考えておられるのであれば、食生活を見直す必要があることを、じっくりと説明されてみてはいかがでしょうか？</p>
ケアマネ	<p>□次回、奥様とご本人さまにお話をしてみます。</p>
司会	<p>□運動の面ではいかがでしょうか。</p>
理学療法士	<p>□さきほどM先生が言われていたように、ご本人の状態は、生活不活発による影響もあると考えられますので、計画のように運動により下肢や体幹の筋力を鍛えることで改善の可能性があります。</p> <p>週1回の通所リハでの運動だけではなく、ご自宅で行える運動について、通所リハビリのリハ職に指導を行ってもらってはどうか。</p> <p>また、興味・関心チェックシートで運動に関心があるとのことですので、地域での体操教室等も検討されると良いと思います。</p> <p>外出の機会を増やされることは活動性の向上につながる効果もあると思います。</p> <p>近所の体操教室などで、どこか参加できるようなところはありますか。</p>

保健師	<p>□はい、それでしたら、Aさんは老人福祉センターの書道教室に通われていますよね。</p> <p>老人福祉センターの隣にある地域の会館では、いきいき百歳体操が行なわれています。毎週月曜日、木曜日の10時から開催されていますので一度見学してみられてはいかがでしょうか。</p>
ケアマネ	<p>□はい、老人福祉センターの隣なら何とか歩いて行けるとおもいますので、一度お話ししてみます。</p> <p>いきいき百歳体操以外には、ご本人が通えそうなところ、軽い運動ができるような場はないでしょうか？</p>
保健師	<p>□そうですね…。歩いて30分ぐらいのところでは、週3回体操をしているグループがあるのですが。少し遠いですね。</p>
医師	<p>□よろしいですか。</p> <p>自宅で行なえる運動を取り入れたり、インフォーマルサービスの運動を取り入れることで、ご本人の活動性があがると考えられます。</p> <p>活動性の向上によって、友人との外出や中断していたハイキングに参加できる可能性も広がりますね。そう考えると生活機能評価表の社会参加の項目の改善等の期待が△1ですが、○2としても良いかもしれません。</p>
理学療法士	<p>□それと、入浴動作について、よろしいですか。</p> <p>入浴のどの動作が難しいのかをアセスメントすることが大切です。そのことによって、どのような支援が必要なのか検討することが出来ます。</p> <p>今回は浴槽の跨ぎ動作が行ない難く、下肢筋力、特に支える力の低下によりバランスを保てないことが要因であると考えられますので、浴室に手すりの設置をすれば入浴が行ないやすくなるのではないかと考えます。生活機能評価表の入浴の項目で、改善等の期待は△1となっていますが、○2を目指せるのではないのでしょうか。</p> <p>ほかにも安全な入浴のための福祉用具はいろいろありますので、福祉用具の導入や環境の整備により、自分で入れるようにする工夫や方法についてヘルパーさんも含め通所リハビリのリハ職に助言してもらえるといいと思います。</p>
司会	<p>□ほかはいかがでしょうか。</p>
保健師	<p>□入れ歯が合っていないことで柔らかいものを好んで食べる方が多く、麺類などを好まれることがあります。早急に歯科受診についてもご検討されてはいかがでしょうか。</p>
ケアマネ	<p>□はい、義歯の調整のため、歯科受診についてもお勧めしてみます。</p>
司会	<p>□それでは、みなさま、目標についてはいかがでしょうか。</p>
医師	<p>□この方の、目標を考えるうえで、しびれ・痛みについては、脊柱管狭窄症による影響があるということを念頭に置くことが大切です。そのため、積極的なリハビリや、地域での体操などを勧めていくにしても、まずは、整形外科の主治医の指示をきくようになさってください。</p>
理学療法士	<p>□よろしいですか。腰痛予防の体操に取り組むという目標ですが、体操に取り組む目的があった方が意欲につながるように思います。</p> <p>□それから、ご本人のいきがいについての視点が重要です。</p> <p>いままでの話の中で、Aさんは、お孫さんの送迎をご自身のいきがいや役割と考えておられます。いきがいや楽しみを目指すことはQOLの向上につながるため大事なことでと考えます。</p> <p>高齢者にとっても役割を担うこと、家族の役に立てているという実感は、自立支援</p>

司会	<p>等という観点では大変重要な要素です。 最近休みがちになっている「孫の保育園への送迎ができる」を目標にしてはどうでしょう。</p> <p>□他にご意見はありませんでしょうか。 ご意見がないようでしたら、まとめさせていただきます。 今回の事例は体重増加や腰痛があり、無理をすると腰痛が悪化するのではないかと いう不安から活動性が低下することで、以前は行えていたハイキングや孫の送迎など が行えなくなってしまった方です。</p> <p>本日、多職種のみなさまでご検討していただきまして、頂戴しました助言としまして は、 まず、生活不活発状態に伴う運動機能の低下があり、腰痛の悪化を招いているよう ですので、整形外科のかかりつけの先生に相談しながら、通所リハビリにおいて運動 に取り組むとともに自宅でも運動に取り組んだり、地域の百歳体操の活用を含め外出 の機会を増やすなどして活動性の向上を図ることが出来るよう検討をなさってみて くださいということ。</p> <p>次に、内科の主治医の先生の指示のもと、減塩に関する食事指導も受けていくこと を検討なされてはいかがかということ。</p> <p>また、減塩だけではなく、体重が増えることで、膝や腰の痛みにも影響をすること も考えられることから、体重のコントロールについても、栄養の専門家の相談を活用 されてはいかがかということ。</p> <p>そして、入浴に関しては、浴室に手すりの設置をするなどの環境整備を検討されて はいかがかということ。</p> <p>それから、目標については、本人のやりたいことに着目するという一方で、「孫の保育 園の送迎ができる」にしてはどうかというようなご助言をいただきました。</p> <p>ケアマネジャーのKさん、いかがでしたか。</p>
ケアマネ	<p>□はい、本日は、先生方からご助言をいただき、ありがとうございました。 リハビリの必要性は感じていましたが、動機付けや何のために取り組むかも大事だと わかりました。 とくに、ご本人のいきいきや家庭内での役割を意識することが大切だと実感しまし た。</p> <p>また、通所リハで運動に取り組むだけではなく、いきいき百歳体操などの地域の取 組みに参加するという視点もここで初めて知りました。持ち帰り、Aさんと相談させ ていただきます。また、主治医の先生とも連絡を取らせていただき、ご指示を聞かせ ていただきたいと思います。</p> <p>生活機能評価表についても、本日助言をいただいたとおり、社会参加と入浴の項目に ついては、見直しすることが出来ました。</p> <p>いきいき百歳体操は曜日が決まっていますので、参加が難しいかも知れません。そ れ以外に、例えば、身近なところで、もう少し通うことができる体操の場があればと 思います。</p>

司会	<p>□ありがとうございます。この地域にはご本人が通える範囲での体操がいきいき百歳体操しかないのです、それ以外に、身近に通える体操の場や、体操のグループなどがあればという地域の課題もいただきました。</p> <p>ご本人はまだ、70 歳でいらっしゃるのです、体操のグループなどに参加していただくと、社会性や活動性をあげることに繋がりますし、歩くことが好きなようですので、ウォーキングやハイキングの仲間づくりにつながると思います。</p> <p>□また、本日取りまとめた意見につきましては、整理でき次第、情報提供をしていただいたかかりつけ医の先生と本日参加された方へ送付させていただきます。なお、送付させていただく内容には守秘義務がありますのでご注意ください。</p> <p>□以上で、A さんの自立支援型ケアマネジメント検討会議を終了致します。 ありがとうございました。</p>
----	---

□ 事例の概要

氏 名：[REDACTED]（男性）
年 齢：70 歳
要介護度：要支援 1
家族構成：妻と二人暮らし。同市内に長男、長女が住んでいる。

概要（説明）においても、十分個人情報の取扱いに注意すること

【生活歴】

妻はスーパーで週 3 回パート（9 時～16 時）をしている。

周囲は昔から付き合いのある友人が多く、お互いの家を行き来するくらいの仲である。D 市の幼稚園のバスの運転手として、40 年間勤め、60 歳で定年退職。その後は、パート勤務として同仕事を続けていたが、脊柱管狭窄症の悪化により腰痛がたびたび発生し仕事に支障をきたすようになり、5 年前にパートを辞めている。

趣味はハイキングだったが、最近は腰痛が強い時が多くなり、定期的に歩いていた短めのハイキングコースを回ることが出来なくなっている。もう一つの趣味である書道教室には、月 2 回なんとか通っている。

近年、徒歩 10 分程度の場所に住む共働きの長男家族を助けるために、妻のパートの時間に合わせて孫の保育園の送迎（徒歩 15 分程度）をすることを日課にしていた。しかし、それも休み休みでないと辛そうであり、孫の送迎が出来ない日もある。また、日中は、疲れて寝転んでしまうことが多くなっている。食欲はそんなに落ちていないこともあり、体重が増加してきている。

今回両親のことを心配した長男が、これ以上状態が悪化しないように、介護保険サービスを利用したいという意向から、要介護認定の申請を行うに至った。

その結果、要支援 1 の認定を受けたということで、長男と共に地域包括支援センターに相談に訪れ、介護予防支援の契約を行い、介護予防サービス・支援計画書を共に作成した。

【主な病名と経過】

50 代のころ 腰部脊柱管狭窄症、変形性膝関節症と診断。

3 年前 高血圧症で降圧剤の服用を開始する。

□介護支援専門員から見た事例の特徴

自宅は二階の戸建て。一階に居間（和室）、寝室（和室）があり、普段は一階で過ごしている。自宅は駅から徒歩 20 分程度の距離にあり、自転車や車の運転はほとんどせず、主な交通手段は徒歩。趣味の書道教室にも徒歩で向かう。自宅から 10 分の場所に長男夫婦が住み、長男の娘を保育園へ送迎することを日課としている。長男宅に妻と徒歩で行き、孫の見送りをした後、妻はパートに向かい、本人はそのまま帰宅する。

日用品等の買い物は妻がパートの帰りに購入して帰ることが多いが、妻の運転で買い物に出ることがある。



目次

- 1 進行性疾患による歩行の不安定さがある事例
- 2 高齢により腰痛等があり、日常生活に支障をきたしている事例
- 3 疾患による腰痛があり、活動力が低下している事例
- 4 転倒を繰り返し、不安から身体活動が低下している事例
- 5 悪性腫瘍手術後の体調不安から身体活動が低下している事例
- 6 脳梗塞発症後、下肢筋力低下、下肢痛により活動力が低下している事例
- 7 関節症等により日常生活が負担となっている事例
- 8 家族との別れにより、閉じこもりがちとなっている事例
- 9 失語症・麻痺があり、他者との交流を控えている事例
- 10 家族以外の他者とのつながりが少ない事例

1

進行性疾患による歩行の不安定さがある事例

80歳女性



【介護度】要支援1

【障がい高齢者日常生活自立度】自立

【認知症高齢者日常生活自立度】自立

【世帯構成】単身

【介護保険申請に至った理由】

- ・3年前から後方へ転倒する傾向あり、病院にてパーキンソン病と診断される。
- ・歩行不安定で室内でも転倒あり、動作時の支えとなる手すりの設置を希望し申請。

【利用サービス(介護保険／その他)】

介護予防型通所サービス、福祉用具貸与

本人の思い

- ・好きなパン屋を探しに散歩に週何回か出かけた。
- ・時間がかかっても自分で家事をしたい。
- ・頼りたくない。

介護支援
専門員

・室内歩行は福祉用具貸与(手すり設置)で安定。振戦・意欲低下あり、外出が億劫になっている。

地域包括支
援センター

・和裁・洋裁など多数の特技や趣味があるため、それを通じて社会参加を促してみよう。



医師

・パーキンソン病による小刻み歩行は、内服治療により消失しているが、進行性の病気のため継続治療が必要。
・“頼りたくない”という本人の意思があるのであれば、受け止めつつ、“頼る”という考え方ではなく、“うまく利用する”などに思考転換できればよいのではないか。

リハビリ
テーション
専門職

・歩行に頼った社会参加であると、歩行ができなくなった後に途絶えてしまう。
・和裁・洋裁など上半身を使う趣味を持っているのを活かし、社会参加を促すのもよいだろう。

その他
参加者

・興味・関心がある項目が多い。特技の裁縫などを活かした社会参加につなげられると、意欲的に本人らしい生活が継続できるのではないか。
(生活支援コーディネーター)

意見の
まとめ

- ・進行性の疾患があるため、今のうちから地域の催しなど、新しい社会参加の場への参加を促すことが必要。
- ・特技の裁縫を活かして活動期間を長く保つために、上肢を中心とした活動を取入れる方がよい。
- ・“頼りたくない”という本人の意思を尊重しつつ、頼るという意識を“うまく利用する”という意識の転換を検討してもよい。

2

高齢により腰痛等があり、日常生活に支障をきたしている事例

85歳女性



【介護度】要支援1

【障がい高齢者日常生活自立度】J2

【認知症高齢者日常生活自立度】I

【世帯構成】息子夫婦と孫との4人暮らし

【介護保険申請に至った理由】

・高齢となり腰痛・膝痛があるが、自宅で元気に生活してもらいたいという同居する息子の妻からの希望があり、本人もデイサービスの利用を希望し申請。

【利用サービス(介護保険／その他)】

介護予防型通所サービス

いきいき百歳体操(週1回)

食事サービス(月1回)

本人の思い

・腰痛、膝痛があり、2階の自室にあがるのがしんどい。

・不安なく一人で階段が昇れるようにしたい。

介護支援
専門員

・1階は自営業の事務所となっており、2階が共通スペースであるため、在宅生活の継続には2階への移動が不可欠となる。そのため、不安なく階段を昇れるようにリハビリを継続してもらいたい。

地域包括支
援センター

・BMIが31となっており、肥満が膝・腰痛との関係があると考えられることから、区保健福祉センター管理栄養士の栄養指導について情報提供してはどうか。



医師

・診療情報提供書には高血圧・糖尿病の記載はあるが、年齢的にみても整形外科的な疾患があるのではないかと他科受診の検討も必要。
・歩行時や階段昇降時、息切れがあるため、全身の評価が必要ではないか。
・階段昇降時の様子は理学療法士に評価してもらってはどうか。
・趣味の絵手紙は認知症予防にもなるため、いきいき百歳体操とともに継続してほしい。

リハビリ
テーション
専門職

・階段の手すりの位置により、本人の昇降の仕方がかわるため、昇降時の体の動きや傾きの様子など評価した方がよい。
・膝痛・腰痛については、歩行時の足の向きを変えるだけでも軽減することがあるため、リハビリ専門職からの助言をしてもらうとよい。

その他
参加者

・同居の息子の妻が家事をしているが、本人の無理のない範囲で、役割をもってできることへの声かけをしてはどうか。
・10分程度の歩行や階段昇降で息切れがあるため、認定の見直しが必要ではないか。

意見の
まとめ

・かかりつけ病院に整形外科もあるため、他科受診について主治医へ相談。
・自宅での歩行や階段昇降について、訪問リハビリの利用を検討。
・本人と息子の妻に区保健福祉センター管理栄養士の栄養指導の情報提供をする。

3

疾患による腰痛があり、活動力が低下している事例

75歳女性

【介護度】要支援1

【障がい高齢者日常生活自立度】J1

【認知症高齢者日常生活自立度】I

【世帯構成】娘と2人暮らし

【介護保険申請に至った理由】

- ・腰部脊柱管狭窄症、変形性頸椎症により整形外科通院中。
- ・通所リハビリを希望し申請。

【利用サービス(介護保険／その他)】

通所リハビリ(週2回)／いきいき百歳体操

本人の思い

腰痛があり、少しでも痛みを和らげたい。
家事は自分でやり続け、元気に過ごしたい。

介護支援
専門員

- ・在宅での生活を続けてほしい。
- ・脊柱管狭窄症による疼痛緩和や身体機能の維持のために、本人ができる運動などがあれば教えてほしい。

地域包括支
援センター

- ・高血圧、糖尿病の治療中については、ほぼ毎日外食のため、外食で不足する食品を補うなどの工夫が必要である。
- ・痛みのため外出への意欲が低下していると思われるが、各種養成講座等をおこなっている老人福祉センターでは、百歳体操や、他の運動教室もあるため、情報提供をしてはどうか。



医師

- ・脊柱管狭窄症の特徴として間欠性跛行があり、休むと痛みが治まるため、痛みやしびれが当たり前と思って生活している人も多い。腰痛体操や体幹リハビリをするとよい。
- ・うつ傾向については、社交性があるという情報と結びつかないため、再度本人像を把握し、気になるようであれば、主治医に相談してはどうか。

リハビリ
テーション
専門職

- ・脊柱管狭窄症は持続的に運動しようとする痛みで持続できない。
- ・痛みがあると運動量が減り、筋力が落ちてくるため、体の中心から下肢にかけて筋力アップが必要である。
- ・いきいき百歳体操のように座ってできることから始めるのがよく、身体への負担が少ないプールもよい。

その他
参加者

- ・現状では高血圧、糖尿病のコントロールが良好とのことだが、これまでの生活習慣が分かれば、今後の対策に活かせるため、生活習慣を含めた詳細な生活歴の把握が必要である。
(区保健福祉センター保健師)

意見の
まとめ

- ・在宅で生活を続けるために、通所リハビリで筋力の維持・向上を図る。
- ・座ってできるいきいき百歳体操は効果的であるため継続的に参加してもらう。

4 転倒を繰り返し、不安から身体活動が低下している事例

82歳女性

【介護度】要支援2

【障がい高齢者日常生活自立度】J2

【認知症高齢者日常生活自立度】自立

【世帯構成】単身

【介護保険申請に至った理由】

・転倒することが多くなり、心配で介護認定申請。胸椎圧迫骨折後、身体が思うように動かず、介護サービスを利用開始。

【利用サービス(介護保険/その他)】

生活援助型訪問サービス
配食サービス(週5回・夕食)

本人の思い

転倒の不安があり、身体に負担がかかる家事を手伝ってほしい。
自宅での生活を続けたいが、息子(別居)には迷惑をかけたくない。



介護支援 専門員

・圧迫骨折を繰り返しており、数年続けていたスイミングもコロナ禍以降やめてしまった。
・自転車に乗れなくなったことで、外出の機会も減っている。
・下肢筋力低下を防ぐ方法を知りたい。



地域包括支 援センター

・基本チェックリストでは体重減少にチェックがあり、食事量の確認や食欲不振の原因が何かを確認することが必要。



医師

・圧迫骨折後、半年以上経過しても痛みが持続し、生活に支障があるのであれば、整形外科を受診し、原因を特定してもらう方がよい。
・外出の機会が減っており、筋力低下が心配されるなら、リハビリの利用検討が必要。
・めまいがいつ起こるか分からない状況では不安感が増し、生活への支障が余計増えるため、耳鼻科受診を勧奨。



リハビリ テーション 専門職

・自宅で家事動作を行いながら、しっかりと歩くことを勧めたい。
・背中を支えようと過剰に無理な姿勢になっている印象を受ける。マックスベルトの装着は腹筋補強、背骨を支える力を緩和させ、姿勢が楽になる可能性があるため、使用を勧めたい。
・現状、本人ができない家事であっても、たとえば浴槽掃除なら、柄つきブラシを使うなど工夫すればできることもあり、本人の自信につながるため、理学療法士や整形外科医と連携してサービス利用を調整してはどうか。

その他 参加者

・基本チェックリストでは、「充実感がない」「楽しめない」「億劫に感じている」と応えており、抑うつ傾向にも注意が必要。
・体重減少があるため、配食のカロリーやタンパク質の確認をしておく方がよい。(歯科医師)

意見の まとめ

・継続する痛みがあり、受診とともに訪問リハビリやデイケア等の利用を検討をする。
・生活の中での楽しみを見つけられるような働きかけをする。

73歳女性

【介護度】要支援1

【障がい高齢者日常生活自立度】J1

【認知症高齢者日常生活自立度】自立

【世帯構成】単身

【介護保険申請に至った理由】

・消化器悪性腫瘍の術後よりふらつきが増強し歩行不安定となった。術後の癒着から腸閉塞を発症して入院するなど体調にも不安がある。

【利用サービス(介護保険/その他)】

福祉用具貸与(歩行器)

地域密着型通所介護(週1回)

本人の思い

・元氣になりたいが、頑張りすぎずに暮らしていきたい。展覧会や映画、美術館にも行きたいという思いはあるが、体力に自信がない。

介護支援
専門員

・身体機能は自立しているが、精神的に落ち込んでおり、自身の「できないところ」に目が行っている。腸閉塞の再発リスクもあり、不安になっている様子。
・歩行器歩行で買い物、杖歩行で散歩は出来ているため、以前と比較しても身体機能的には悪化していない。

地域包括支
援センター

・デイサービスにてリハビリを頑張られ、要介護1から要支援1に回復された。
・スマートフォンでLINEを使って交流されるなど、周囲との交友関係も良い。外出意欲もあり、リハビリを続けることで体力に自信を持てるようになり、以前の生活に戻ることができる可能性が高い方と考えている。



医師

・腸閉塞の再発が懸念点である。一時期体重減少があったようであるが、精神的なものであった可能性が高い。
・脳神経内科に受診しても原因不明のめまいがあるとのことなので、精神的な不安からめまいが起こっている可能性もある。

リハビリ
テーション
専門職

・精神的に不安定となっているのであれば、専門職に見てもらう機会も必要。
・腸閉塞等もあるため、栄養士や看護師の助言を受け食べる楽しみを再度持ってほしい。運動するためにも栄養がいるため、体重減少は心配。
・一人での運動は続けるのがしんどくなることが多いためデイなど集団で運動する機会を持ち続けてほしい。

その他
参加者

・がん手術後の腸閉塞で、食事制限が必要になり、ストレスになっている可能性がある。区の栄養相談を利用するのはどうか。
・気分の落ち込みがあるのであれば、地域保健活動の精神科医師の無料相談も利用できる。デイ以外にも百歳体操にも参加してみしてほしい。

意見の
まとめ

・本人の精神的な不安定さを軽減できるようにインフォーマルな支援や地域資源を探して支援していく。
・リハビリを継続することで回復が期待できるため、みんなで運動できる機会を持続させることができるようにデイサービス利用を継続していく。

脳梗塞発症後、下肢筋力低下、下肢痛により活動力が低下している事例

80歳男性

【介護度】要支援1

【障がい高齢者日常生活自立度】J2

【認知症高齢者日常生活自立度】I

【世帯構成】妻と2人暮らし

【介護保険申請に至った理由】

・脳梗塞後、歩行不安定、階段昇降の不安があり、住宅改修および通所サービスの利用を希望し申請。

【利用サービス(介護保険/その他)】
介護予防型通所サービス

本人の思い

- ・退院後、足がさがりにくくなった。
- ・歩行時の痛みもあり、室内移動や階段昇降を不安なくできるようになりたい。
- ・体力をつけてボランティア活動で、特技のマジックを披露したい。



介護支援
専門員

- ・居室内に手すりを設置して、転倒の不安なく下肢筋力維持のために、室内移動をできるようにしたい。
- ・本人のボランティア活動に参加したいという目標を支援者間で共有し、達成に向けた支援をしたい。



地域包括支
援センター

- ・急激な体重減少が心配である。体重減少の原因や理由が何かを特定する必要があるのではないか。
- ・ボランティア活動に参加することは本人の意欲向上や生きがいづくりにつながり、ボランティアセンター等と連携し、具体的にボランティアとして活動できる場の情報提供をしていくことが必要。



医師

- ・整形外科的な原因を抱えた状態でリハビリを行っても、リハビリの効果が得られないため、痛みの原因特定が必要。
- ・脊柱管狭窄症の可能性も考えられるため、整形外科医と相談し、無理のない範囲でリハビリをしてはどうか。



リハビリ
テーション
専門職

- ・本人はさまざまな疾患があり、服薬の種類や量が多い。支援者は薬の作用や身体に与える影響の把握が必要。糖尿病や高血圧があるが、他疾患によりステロイドを内服しており、血糖値の上昇は特に注意が必要である。
- ・下肢筋力低下があり、階段昇降など日常生活動作の中で運動を取り入れるとよいが、その際、スモールステップ法(目標を徐々に増やしていく)を用いると本人の意欲向上につながりやすい。
- ・デイサービスで特技のマジックを披露するのも、本人のモチベーションアップの一助になるのではないか。

その他
参加者

- ・歩行に対する不安が日常生活における活動量低下の一因になっているように思われる。リハビリの目標を「〇〇公園まで行く」といった具体的な行き先を盛り込んでいくといい。
- ・ボランティアに参加する前に家族にマジックを披露するというプランも一案である。

意見の
まとめ

- ・本人ができる範囲の家事など、家庭内での役割をもつことで日常生活における活動量が増加し、筋力の維持向上につながる。

7

関節症等により日常生活が負担となっている事例

82歳女性

【介護度】要支援2

【障がい高齢者日常生活自立度】J1

【認知症高齢者日常生活自立度】自立

【世帯構成】単身

【介護保険申請に至った理由】

- ・認知症のある夫を介護をしていたが入所し単身となった。
- ・体力低下により買い物は週1回、買い物カートを持参しタクシーを利用している。

【利用サービス(介護保険/その他)】
通所リハビリテーション(週2回)

本人の思い

子どもから同居しないと言われるが、週2、3人の馴染みの顧客を大切にしながら、美容師の仕事を続けていきたい。

介護支援
専門員

- ・明るく社交的な人で本人の望む仕事が続けられるようにデイケア以外のアプローチをしていきたい。
- ・両変形性膝関節症、変形性腰椎症があり、美容師の立ち仕事が大変と言っている。左肩関節周囲炎により挙上制限があり、更衣に時間がかかる。

地域包括支
援センター

- ・デイケアにはバスで通えている。
- ・左肩関節の可動域が狭く痛みが伴い、洗濯物を干すなど日常生活動作に支障をきたす部分は、ご自身で工夫したり、家族さんの支援を受けながら暮らしている。



医師

- ・医師意見書の特記事項にある心疾患の程度が分からないが、BMIが33もあり、膝や腰の負担を減らすためにも減量が重要。

リハビリ
テーション
専門職

- ・更衣に時間がかかるというのであれば、自助具を用いてみるのも良い。
- ・肩関節の可動域を改善するよりも、環境を整えることの方が良い。
- ・現段階から仕事以外の社会・地域のつながりを作っておくことで将来の認知症予防ができる。

その他
参加者

自分で食事を作っているとのことなので、区の栄養相談を利用するのはどうか。また、仕事以外のつながりとして地域で行われている百歳体操も進められる。

意見の
まとめ

- ・今後も仕事を続けていきたいとの思いを強く持たれているが、リタイア後に想定される社会交流の減少、孤立、閉じこもりなどを視野に入れる必要がある。百歳体操なども活発な地域であることから、現段階から将来像の共有や社会資源の情報提供を行っていくことが重要。
- ・内科的には食生活の見直し等からまずは減量が大きなポイントとして上げられ、心疾患に対してはかかりつけ医との情報共有が重要である。

8

家族との別れにより、閉じこもりがちとなっている事例

76歳女性

【介護度】要支援2

【障がい高齢者日常生活自立度】A1

【認知症高齢者日常生活自立度】自立

【世帯構成】単身

【介護保険申請に至った理由】

・夫が亡くなった喪失感より閉じこもりがちとなり、主治医からデイサービスの利用を勧められ、申請。

【利用サービス(介護保険/その他)】
訪問介護(週3回)

本人の思い



医療機関へ受診しないといけないと思っているが、一人では行けない。
自宅の片づけは誰かが手伝ってくれればできそうな気がする。
お金がないからサービスは増やしたくない。

介護支援
専門員

・元々活発な人のため、以前のように元気になってほしい。
・今は認知症はないが、このままの生活では心配である。

地域包括支
援センター

・現在、尿パットで排泄しているのであれば、ポータブルトイレを活用してはどうか。



医師

・片づけられない理由としては、夫との思い出の品が捨てられず片づけできない可能性があるため、訪問看護を週1回程度利用し、メンタル面のケアを支援しながら片づけができるようにしてはどうか。
・糖尿病があり、インスリン・服薬管理ができていいのか心配である。
・遺族会を毎月実施しているため、情報提供してはどうか。

リハビリ
テーション
専門職

・転倒のリスクを下げるために、本人が歩く動線を確保してはどうか。
・片づけをするために、夫との思い出の品については、何を残すかを本人、息子とも相談して決めてはどうか。
・片づけができなくなったのは、夫が亡くなったこと(傷心)がきっかけだと考えられるため、心療内科の受診を勧めてはどうか。

その他
参加者

・現在、認知症はないが、閉じこもった生活をしていると認知機能の低下につながる可能性がある。
・お金がかかるという言葉は、片づけを断る口実かもしれない。経済的に困窮しているのであれば、介護サービス費の利用者負担軽減もある。
(区保健福祉センター保健師)

意見の
まとめ

・本人の心の整理に配慮しながら、転倒防止に留意し、ヘルパーの支援を受けながら片づけをする。
・糖尿病もあるため、訪問看護を利用し、精神面の支援について提案する。
・主治医からも運動の必要性について、再度説明してもらう。

88歳男性



【介護度】要支援1
 【障がい高齢者日常生活自立度】A2
 【認知症高齢者日常生活自立度】I
 【世帯構成】妻と2人暮らし

【介護保険申請に至った理由】

- ・脳梗塞発症(右麻痺あり)後、住宅改修のみ利用。
- ・更新申請で非該当になり、区保健福祉センター保健師の介入あり。
- ・認知機能の低下が認められることから再申請。

【利用サービス(介護保険/その他)】

訪問看護2回/週(看護師、理学療法士)

本人の思い

リハビリは継続したいが、デイサービスなどの集団に入りたいくない。
 植物が好きなので、以前のように野菜を育てたい。

介護支援
専門員

- ・脳梗塞後の麻痺があり、下肢筋力低下があるが、リハビリはいつまで必要か。
- ・本人が他者との交流を求めているため、慣れた支援者だけでよい。

地域包括支
援センター

- ・「家庭菜園で作った野菜をおいしく食べられるようになる」等を目標にし、口腔ケアや訪問歯科のセルフチェックを導入してはどうか。



医師

- ・脳梗塞による運動性失語症で会話がしにくいのであれば、周囲が理解した上での対応が必要となる。
- ・リハビリの目標が「歩けるようになりたい」ということであれば、本人の趣味である「家庭菜園のための買い物」を妻と一緒にできる」等を目標にして、楽しさを増やすようにしてはどうか。

リハビリ
テーション
専門職

- ・脳梗塞発症前は友人を自宅に招くことも多かったのであれば、現在コミュニケーションを取りたくない理由が失語症によるものなのか、決まった人間関係でよいと感じているのか。
- ・会話のレスポンスは早いですが、単語でしか返ってこないのであれば、失語症の評価も必要ではないか。
- ・歯がないことで噛み合わせがききにくいこともあり、歯科受診を促してはどうか。

その他
参加者

- ・本人、介護支援専門員、理学療法士で具体的なリハビリの目標を立てて実施する必要があるのではない。

意見の
まとめ

- ・妻と植物の買い物に出かけることができるようになれば、今度は持続性があるかどうかの評価が必要となる。その際には理学療法士に評価をしてもらう。

78歳女性

【介護度】要支援2

【障がい高齢者日常生活自立度】A1

【認知症高齢者日常生活自立度】自立

【世帯構成】夫と息子と3人暮らし

【介護保険申請に至った理由】

- ・パーキンソン症候群による下肢筋力低下があり、主治医から訪問リハビリの提案があった。本人も希望し申請。

【利用サービス(介護保険/その他)】

訪問リハビリ、福祉用具貸与、住宅改修

本人の思い

手すりや歩行器の利用で、移動をスムーズにしたい。
歩行リハビリを受けたい。

介護支援
専門員

- ・安全に移動できるように理学療法士と相談しながら、リハビリや住環境を整えていきたい。

地域包括支
援センター

- ・地域では小物等を作るイベントが定期的にあるため、情報提供してはどうか。
- ・夫のように主治医がいない人は特定健診受診を勧め、定期的な受診につなげる働きかけを行ってはどうか。



医師

- ・幻視については、現在出現していない状況からすると、パーキンソン症状として一時的に出現したものと考えられる。
- ・両下肢血栓の手術歴があり、下肢動脈の血流改善のために、清潔保持と現在のリハビリや自主トレーニング(足の運動)を継続していく。

リハビリ
テーション
専門職

- ・家族以外との社会的なつながりが薄いように感じる。
- ・カラオケや洋裁をしたいという気持ちがあるため、地域の行事に参加することで外とのつながりを作ってはどうか。
- ・すくみ足もあるため、家族の介助方法を評価していくことも必要ではないか。

その他
参加者

- ・パーキンソン病の確定診断を受けていないため、主治医からは専門病院の受診を勧められているが、受診につながっていない。
- ・区内に神経内科の専門病院もあるため、主治医に相談してはどうか。
- ・指定難病の取得に至れば、今後の診療代にも関わってくるため、その情報を切り口に受診を勧められるのではないかと。(区役所職員)

意見の
まとめ

- ・家族以外とのつながりや趣味の活動が少ないため、本人の好きな洋裁やカラオケなど地域の活動と結びつけ、地域とのつながりを作っていく。