

介護予防のための
「個別ケア会議」ハンドブック
～自分らしい暮らしを支えるために～



令和4年8月

早 島 町

はじめに

団塊の世代が75歳以上になる2025年を目途に、高齢者が介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みを推進しています。

特に「介護予防」は、要介護状態の改善あるいは軽減、悪化の防止だけでなく、高齢者が地域で自立した生活が営めるようにすることを目的としており、「高齢者本人の自己実現」、「高齢者が生きがいを持ち、自分らしい生活をつくる」ことが重要であるとされています。

早島町では、平成29年度から、多職種からの助言によるケアマネジメント支援や個別課題の解決、さらに地域課題や必要な資源の開発を目指して「個別ケア会議」を開催し、高齢者自身が「こうありたい」と思い描く本人像を実現しようと取り組んでいます。

事例提供者、助言者、それぞれが活用できるよう、本手引きを作成しました。ご活用いただければ幸いです。



令和4年8月

早島町地域包括支援センター

目次

はじめに	- 1 -
1. 「高齢者の自立支援」とは？	- 3 -
2. 「個別ケア会議」とは	- 3 -
(1) 「地域ケア会議」について	- 3 -
(2) 「地域ケア会議」の機能	- 4 -
3. 自立支援の実現に向けて	- 4 -
4. 「介護予防」のための個別ケア会議	- 5 -
(1) 「介護予防」のための個別ケア会議とは	- 5 -
(2) 目的	- 5 -
(3) 取り扱う事例	- 5 -
(4) 意義	- 5 -
(5) 会議参加者と役割	- 6 -
(6) 事前準備（地域包括支援センター）	- 6 -
(7) 資料作成のポイント	- 7 -
(8) 会議当日の流れ	- 7 -
(9) 助言者の発言のポイント	- 7 -
(10) 会議後の流れ	- 8 -
5. 早島町の総合事業	- 8 -
(1) 介護予防訪問サービス・介護予防通所サービス	- 9 -
(2) 訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）	- 9 -
(3) 訪問型サービスD（移動支援）	- 9 -
(4) 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）	- 9 -
(5) 通所型サービスC（短期集中予防サービス：元気アップ塾）	- 9 -
(6) 配食サービス（栄養改善・安否確認を目的とした配食）	- 10 -
6. 参考様式	- 10 -

1. 「高齢者の自立支援」とは？

自立支援・介護予防を『自分ごと』として考えてみる



(例)

数年前に夫を亡くし、気ままなひとり暮らしをしていた 78 歳の A さん。
夏に肺炎を起こして入院。介護保険を申請し、「要支援 2」の認定を受けた。

- ⇒ 1 か月後に退院したが、体力が低下し、家事にも自信がなくヘルパーを希望。
- ⇒ ケアマネジャーは、ヘルパーの家事援助と配食サービスを計画
- ⇒ ヘルパーによる買物代行と調理が開始
- ⇒ A さんは 1 年後の更新認定で「要介護 2」に
- ⇒ 足腰・気力が衰え、サービスを増やさなければ生活できない状態になった。



『自分ごと』として考えたときに、「できないことを補完してくれて、お世話をしてくれる」というサービスだけで十分でしょうか？
もっと、あなたの暮らしを豊かに、あなたの「したい暮らし」を実現するために良い方法はないでしょうか？

このような悩みを解決する手段の 1 つが、介護予防のための「個別ケア会議」です。



2. 「個別ケア会議」とは

(1) 「地域ケア会議」について



「地域ケア会議」は介護保険法第 115 条の 48 に定義されている会議です。

介護保険法（抜粋） 第 115 条の 48（会議）

市町村は、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の効果的な実施のために、ケアマネジャー、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という。）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置くように努めなければならない。

「地域ケア会議」は、①個別事例の課題検討を行う「**地域ケア個別会議**」、②地域に必要な取り組みを明らかにして施策を立案・提言する「**地域ケア推進会議**」の2種類に大きく分けられます。「**個別ケア会議**」は、①の「**地域ケア個別会議**」の1つです。

(2) 「地域ケア会議」の機能

地域ケア会議には、以下の5つの機能があります。

①個別課題解決機能	多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
②ネットワーク構築機能	高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係者等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
③地域課題発見機能	個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
④地域づくり資源開発機能	インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能
⑤政策形成機能	地域に必要な取り組みを明らかにし、政策を立案・提言していく機能

このうち、個別ケア会議の役割は、①、②、③の3つになります。

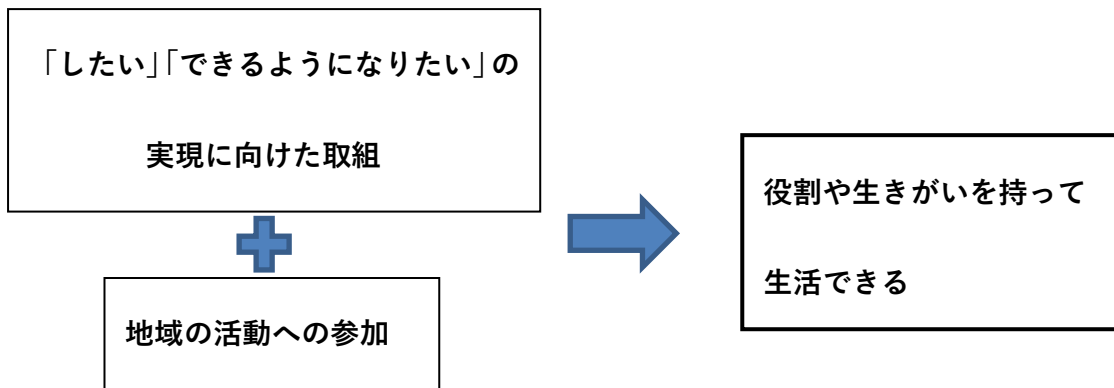
早島町には、「地域ケア推進会議」として「**早島町包括ケア懇話会**」があり、こちらの役割は、②、③、④、⑤になります。「個別ケア会議」、「早島町包括ケア懇話会」の他に、地域ごとに「**地区連絡会**」、困難事例発生時に「**小地域ケア会議**」を実施しており、これらの会議をもって、厚生労働省の示す「地域ケア会議」としています。

3. 自立支援の実現に向けて

早島町では、「いきいきとした健康長寿のまちづくり」を基本理念に掲げ、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、安心して生活を送ることができるよう、「自立支援」のための取り組みを進めています。

ここでの「自立支援」は、単に身体機能の向上による介護保険サービスからの「卒業」を目指すのではなく、**利用者本人の「したい」「できるようになりたい」ことの実現に向けて必要な支援**を行い、できるようになった後は、日常生活の中で、**地域の活動への参加に結び付け（あるいは地域に戻し）、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう**、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつけることを目指し

ています。



4. 「介護予防」のための個別ケア会議

(1) 「介護予防」のための個別ケア会議とは

高齢者の自立（介護が必要な状態の改善あるいは軽減、悪化の防止）を支援するため、ケアプランの作成にあたり、介護分野だけでなく、**医療分野を含めた地域の多様な専門職**（リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士、介護サービス事業者、生活支援コーディネーター等）の助言を踏まえ、**高齢者1人1人の支援方法を検討する会議**のことです。

(2) 目的

「個別ケア会議」は、自立支援・介護予防の観点から踏まえて、「**要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと**」ひいては「**高齢者のQOLの向上**」を目指しています。

(3) 取り扱う事例

自立支援・介護予防の観点に基づき実施することから、主な対象者は、「**総合事業対象者**」「**要支援者**」を想定しています。対象者の特徴としては、IADLの低下が主であり生活不活発病に陥る初期段階にあります。

(4) 意義

「高齢者のQOL向上に資すること」に加え、次のような意義があります。

- ・参加者が、事例に対する多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、**自立に資するケアマネ**

ジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得すること（OJT・スキルアップ）

・検討する事例を積み重ねることにより、**地域に不足する資源などの行政課題の発見・解決策の検討につながる**こと

・本人の「したい暮らし」を実現するために、多職種による多角的な検討を行う

⇒「より良いケア」「より良い地域」を創るために「あったらいいな（地域資源）」を探す

（５）会議参加者と役割

参加者		役割
司会者	地域包括支援センター	事例提供者からの情報や本人の思いをふまえ、助言者から自立支援につながるようなアドバイスを引き出す。
助言者	・専門職（理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士など） ・介護サービス事業者（デイサービスセンター、ヘルパーステーションなど） ・生活支援コーディネーター ・専門職以外※	対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、多角的な視点から自立に資する助言を行う。 ※検討する事例によっては、生活保護や生活困窮者対策の担当者、障害福祉の担当者、保健所等に出席を求めることも必要。
事例提供者	・介護支援専門員	担当している事例について、本人の望む暮らしを実現するために、自立支援に資する助言を専門職から受け、気づき等を参加者全員と共有する。

（６）事前準備（地域包括支援センター）

項目	内容
事例提供者に対し、会議資料の提出を依頼	※事例提供者は、会議当日の 7日前まで に資料を地域包括支援センターに提出
会議資料の受け取り・確認	氏名や個人を特定する情報を非表示・イニシャルにする。検討に必要な情報を確認する。
会議資料の準備・関係者への送付	地域包括支援センターは、資料を集約、確認し、事前（ 3日前まで ）に関係者に配布する。

(7) 資料作成のポイント

次のような点を意識してみましょう。

○「手段」と「目標」を取り違えていないか。

(例) 転倒しないで歩行できる・・・手段 ≠ 近所のスーパーで買い物ができる・・・目標

○その人にとって意味のある目標になっているか。

「なじみのある環境」で自分が「したい暮らし」が継続できることにつながっているか。

○改善しそうな部分や本人の強みが見落とされていないか。

○悪化のリスクが見落とされていないか。

(8) 会議当日の流れ

実施事項		所要時間 (目安)	発言者	実施事項詳細
1	開会	1～3分	司会者	会議の目的を確認 全体の流れを説明 資料説明
2	1 事例提供 事例目	4～7分	事例提供者	① 事例の基本情報について説明 ② 事例の生活行為課題について説明 ③ 現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④ ②③をふまえた総合記録表の説明
3	質問、助言	10～13分	司会者 助言者	2の説明に関する不明点の確認 2、3の説明についての質問・助言
4	まとめ	2～4分	司会者 事例提供者	今後の支援方針についてまとめる
5	2 事例目以降も同様			
6	閉会	1～3分	司会者	次回の開催日時・場所の案内

※1 事例あたりの目安：20分前後

※進行状況によって時間配分を調整する

(9) 助言者の発言のポイント

次のような視点での助言が期待されています。

○「できる」可能性を探り、意欲を引き出す

- ・「できていること」に対して、可能な限り「続けられる」ための助言
- ・「できそうなこと」に対して、「できるようになる」ための助言
- ・「できないこと」に対して、その行為が「できそう」や「できる」につなげるための助言

○本当に「したいこと」「したい暮らし」は？

- ・「できないこと」を補完するための「お世話型サービス」ではなく、「望む暮らし」を掘り下げる

○「あったらいいな」をみんなで探す、考える

- ・地域資源や地域のつながりの「あったらいいな」（地域課題）を探し、実現するためには何が必要か、何ができるかを考える

(10) 会議後の流れ

実施項目	実施内容
会議録の作成	地域包括支援センターは、検討内容についての共通理解のため、それぞれの事例に対する助言等を記録し、会議開催後、関係者と共有する。
事例管理	地域包括支援センターは、会議での検討が事例の自立支援に活かされたかどうか（ケアプラン・個別援助計画が調整され、生活機能が改善したか等）をモニタリングするため、一覧できるリストを作成する。
会議後の状況把握	地域包括支援センターは、事例提供者が会議後に助言を踏まえた対応を行っているのか、現状把握をする。
事例のモニタリング	地域包括支援センターは、会議後も事例の状況の把握を行う。 （現在の支援期間が終了となる際に再度個別ケア会議で検討し、次の支援内容案を検討する等）
把握された行政課題と対応策の検討	地域包括支援センターは、個別事例の検討を積み重ねることにより、地域に不足するサービス等の課題を抽出し、地域ケア推進会議等適切な話し合いの場に報告する。

5. 早島町の総合事業

早島町における総合事業のサービスの内容は、以下のとおりです。

※詳しくは、「介護予防ケアマネジメントマニュアル」をご覧ください。



(1) 介護予防訪問サービス・介護予防通所サービス

介護保険法改正前の旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に相当するサービスです。

このサービスは専門職が関わるサービスであることから、**身体介護が必要な人、認知症などにより専門的対応が必要な人など**を対象としています。

(2) 訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）

介護予防訪問サービスに比べ、人員、設備等の基準を緩和したサービスです。

このサービスは、町からの委託事業として実施しています。**身体介護を必要としない人**などの生活支援を行います。

(3) 訪問型サービスD（移動支援）

町の研修を受けたボランティア（住民主体団体）が買い物や通院など一人での外出に不安がある高齢者（要支援者・事業対象者）に対し、自宅から店舗・病院等までの移動に徒歩または公共交通機関を利用し、付き添いを行うサービスです。サービス内容は、歩行時・車両乗降時の見守り、買い物の手助け、重たい荷物の運搬、通院先での付き添いなどです。

(4) 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）

介護予防通所サービスに比べ、人員、設備等の基準を緩和したサービスです。

このサービスは、町からの委託事業として実施しています。生活機能の低下が認められる高齢者等の生きがいづくり及び心身機能の維持向上を図ることで、閉じこもりの防止や地域における自立した生活の支援を目指しています。

(5) 通所型サービスC（短期集中予防サービス：元気アップ塾）

理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職が、短期集中的に生活機能改善のための運動器、栄養、口腔の機能向上プログラムなどを実施するサービスです（1クール3か月）。

利用者の心身機能の維持向上と自主的な運動習慣の構築を支援することで、生活機能及びQOLの向上を図り、可能な限り、その居宅において自立した日常生活を営めるようにすることを目的としています。

(6) 配食サービス（栄養改善・安否確認を目的とした配食）

調理等が困難な在宅の高齢者（①65歳以上の独居または高齢者世帯、②家族の就労等で日中独居となる高齢者、③その他、町長が必要と認めた高齢者）に対し、健康で自立した食生活を送ることができるよう、栄養バランスに配慮したお弁当を定期的に配達し、安否確認を行います。万が一、利用者に異常があれば、ご家族や関係機関に連絡を行います。

6. 参考様式

- ①総合記録表
- ②総合記録表（アセスメントシート）
- ③口腔機能・栄養・食支援シート

