

明石市自立支援型ケアマネジメント会議 運営の流れ

2023年4月 明石市地域共生社会室地域総合支援担当

目次

1	自立支援型ケアマネジメント会議	1
2	自立支援型ケアマネジメント会議の実際	2
3	ふり返りの会	6
4	様式等	6
5	事例提供者の方へ	8
6	主任ケアマネジャーの方へ	11
7	司会者の方へ	13
8	検討者(専門職)の方へ	13
	引用・参考文献	14

1 自立支援型ケアマネジメント会議

自立支援型ケアマネジメント会議は、高齢者のQOLの向上を目指すため、多職種の助言を得ながら、自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア会議の一つです。市としては、要支援者等の軽度者に対するケアマネジメントのさらなる強化を図るため、多職種協働による自立支援型ケアマネジメント支援を行うことを重視し、取組を進めています。

この取組を進めることにより、会議の参加者が、事例に対する多職種の専門的な視点に基づく助言等を通じて、自立支援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や技術を得ることができるとともに、事例の検討を積み重ねることにより、地域に不足する資源等の地域課題の発見や解決策の検討につながることを期待できます。さらに、参加者同士のネットワーク構築はもとより、介護サービス事業所にとっては「ケアマネジメント力やケアの質の向上」につながり、専門職にとっては「専門職としてのスキルアップ」につながり、行政にとっては「地域課題の発見や把握」につながります。

2 自立支援型ケアマネジメント会議の実際

(1) 会議で取り扱う事例（本人）

要支援者又は事業対象者であって、生活不活発な状況がみられ、自立支援に資するケアマネジメントにより生活機能の改善が見込まれる事例とします。（複合多問題の事例や認知症等の進行性疾患、終末期のケア等が必要な事例は含まない。）

<例>

- 高齢による衰弱、骨折、転倒、骨粗しょう症や股関節症、膝関節症などで生活に制限がある。
- 廃用性症候群により生活機能が低下しているが、ADL・IADLの改善が見込まれる。
- 慢性疾患の症状コントロールや身体部位の機能不全により生活機能が低下している。

(2) 会議の参加者（表1参照）

司会は、地域総合支援センターの社会福祉士等が担当します。後方支援は、主任ケアマネジャーが担当し、事例提供者が行う検討事例の選定や検討事項の焦点化、会議後の取組に対する助言を行います。

【表1】

区分	職種	役割	
司会者	社会福祉士等 (地域総合支援センター)	会議を進行しながら、議論をまとめる。意見・提案のうち、自立支援に向けて優先して課題解決すべき事項についてまとめ、参加者と共有する。	
検討者	リハビリテーション専門職 (主に作業療法士・理学療法士)	心身の状況・状態、日常生活における基本動作に合わせた環境整備の評価を行い、活動や参加に向けた支援方法の具体的な助言を行う。	
	管理栄養士・栄養士	栄養状態を見極め、食生活と栄養の観点から具体的な助言を行う。	
	歯科衛生士	口腔衛生（歯や義歯の状態）や咀嚼等の食べ方を支援する視点からの助言を行う。また、既往歴や現病歴、服薬による口腔機能への影響についての助言を行う。	
	保健師・看護師 (地域総合支援センター・訪問看護ステーション連絡会)	健康状態を見極め、疾患に着目した生活の留意事項についての助言を行う。	
	生活支援コーディネーター (※状況に応じて出務：地域総合支援センター)	地域資源（インフォーマルサービス）の利用について助言を行う。	
	薬剤師	主に服薬の影響・服薬管理の観点から助言を行う。	
事例提供者	ケアマネジャー (地域総合支援センター・居宅介護支援事業所)	全体	事例の再アセスメントを行い、自立支援に資するケアマネジメントにつなげる。
		当日	事例のイメージを参加者で共有できるよう、わかりやすく説明する。
後方支援者	主任ケアマネジャー (地域総合支援センター)	全体	会議の準備からその後の展開に関する事例提供者からの相談に応じ助言を行う。
		当日	事例のイメージを参加者に伝え、事例提供者の理解が深まるよう、情報の補足や、検討者への質問を行う。

区分	職種	役割	
事務局 (市担当者)		全体	会議の調整、運営に関する課題整理、地域課題の整理等を行う。
		当日	会議の内容を板書し、参加者との情報共有を図る。

(3) 会議前後のスケジュール (表2参照)

【表2】

区分	時期*1	事例提供者	主任ケアマネジャー	司会	事務局(市担当者)
事例提供の依頼	1か月半前		会議の趣旨や流れ、様式の説明を行う。		居宅支援事業所に会議の趣旨や流れの説明を行い、様式を送付する。
事例選定	1か月前	事例を選定し、検討テーマの案を作成する。 会議資料を準備し、主任ケアマネジャーへ提出する。	事例選定の妥当性を事例提供者と確認する。 会議資料を確認し、事務局へ提出する。		会議資料を確認し、司会者へ送付する。
事前打ち合わせ	2週間前	事例提供者、主任ケアマネジャー、司会、事務局で検討テーマの決定、不足している情報の洗い出し、会議当日のスケジュール等を確認する。(司会：主任ケアマネジャー、資料準備：事務局)			
事例提出	10日前 9日前	会議資料を主任ケアマネジャーへ提出する。(10日前)	会議資料を確認、事務局へ提出する。(9日前)		会議資料を確認、校正する。
会議資料の送付	1週間前			会議資料を読み込み、会議の準備を行う。	会議資料を検討者・司会者へ送付する。
会議	当日	表3「会議当日のスケジュール」参照			
会議の振り返り	会議終了直後	事例提供者、主任ケアマネジャー、司会、事務局で以下の内容を確認・共有する。 「会議の運営が適切であったか」「助言内容をケアプランに反映する際の優先度と困難度」「事例から見える地域課題」「目標とする生活を実現するために3~6か月後の再検討を要するか」「【振り返りシート】作成時の留意点」等)			
会議要旨作成	1か月以内				会議要旨【課題整理シート】を作成し参加者に送付する。
ケアプランの実行	1か月以内	【課題整理シート】【振り返りシート】を元に主任ケアマネジャーと面談する。	事例提供者と面談し、取組の方向性を共有、必要な助言を行う。		
	~	助言を元に利用者へ説明・同意を得、	進捗状況を確認し、適宜、事例提		

		支援を展開し、利用者の変化をモニタリングする。 必要に応じて「専門職の同行訪問」を活用する。※2 サービス担当者会議で助言を共有し、今後の支援に反映する。	供者の相談に応じ、助言する。		
ふり返りシートの提出	3か月後	【ふり返りシート】を完成させ、主任ケアマネジャーへ提出する。	【ふり返りシート】のコメント欄に記入し、事務局へ提出する。		【ふり返りシート】を受け取り、事例管理シートを作成する。

※1 時期は会議当日より起算

※2 専門職の同行訪問

会議で支援方法の1つとして提案され、当日の会議のふり返りで優先的に取組むべき事項として挙げられた課題解決に資すると判断した場合に利用することができます。具体的には、その課題の解決に最も適した専門職（リハビリテーション専門職、管理栄養士（栄養士）、歯科衛生士）と事例提供者とが同行訪問し、専門職が事例に対してアセスメントや予後予測、生活目標達成に向けた具体的な取組内容の提案・助言を行います。事例の対象者の同意を得たのち、【同行訪問依頼票】を事務局（市 地域総合支援担当）に提出することで利用することができます。

※3 事前打合せについて

ビデオ会話ツール Zoom を使用したオンライン形式（事例提供者は、各地域総合支援センター内の通信端末を使用して各地域総合支援センター内で出席します）、または、対面形式で開催します。

※4 会議当日について

今般の新型コロナウイルス感染症の状況に鑑み、会議形式を対面またはビデオ会話ツール Zoom を使用したオンライン形式で開催します。

○対面形式で開催する場合

以下のとおり、感染症対策を講じて対面形式で会議を開催します。

- ①健康状態確認の徹底
- ②手指消毒液の配置
- ③換気の徹底
- ④レイアウトの工夫

《留意事項》

- ・会議当日の体温が平熱以上ある場合や風邪の症状があるなど体調不良の場合はご欠席ください（ご欠席の場合は、事務局までご連絡ください）。

○オンライン形式で開催する場合

- ・事例提供者：各地域総合支援センター内の通信端末を使用して出席していただきます。
- ・各地域総合支援センター職員：各地域総合支援センターにて出席していただきます。
- ・検討者：各所属先またはご自宅で各自の通信端末を使用して会議に出席していただきます（通信端末や通信環境がない場合は、明石市役所本庁舎内までお越しいただき、会議に出席していただきます）。

(4) 会議当日のスケジュール (表3参照)

【表3】

区分	所要時間	発言者	発言のポイント・役割	
はじめに	5分	事務局	○当日の会議の目的を確認、参加者全員での共有	
資料・会議の流れの確認	5分	司会	◎出席者の自己紹介 ○当日配付資料、注意事項の確認 ○タイムスケジュール ※2 事例目以降は◎のみ	
1 事例目 検討	本人の概要・ケアプランの説明	10分	事例提供者	○検討テーマの確認 ○個人因子（身体的課題・心理的課題・性格等）、環境因子（住環境、家族関係、家族の状況等）のうち、自立阻害要因となっている点 ○ADL、IADLの生活機能評価の中で改善可能性のある点 ○課題抽出と課題への対応方針 ○今後の支援にあたり専門的な助言を受けたい点
	質疑応答	15分	検討者	○質問の趣旨・理由を合わせて伝える。 (例)「〇〇について確認したいので質問します」
	助言・視点の提供、支援の提案	20分	検討者	実践につながる具体的な内容の助言
			リハビリテーション専門職	○心身の状態に合わせた環境整備やADL、IADL、日常生活における基本動作の評価、活動や参加に向けた支援方法の具体的な助言
			管理栄養士・栄養士	○健康や栄養状態の見極めと支援方法の具体的な助言
			歯科衛生士	○歯や口腔の衛生状況に関する助言 ○既往歴や現病歴、内服状況による口腔機能への影響についての助言
			保健師・看護師	○疾患に着目した生活の留意事項の助言
生活支援コーディネーター	○インフォーマルサービスについての情報提供			
薬剤師	○処方されている薬に関する情報提供(重複投薬・副作用等) ○服薬管理についての助言			

区分		所要時間	発言者	発言のポイント・役割
			主任ケアマネジャー	○助言内容が具体的な支援につながるよう、必要時助言者に対し質問や確認
	まとめ	5分	司会者	○意見のうち、優先して課題解決すべき事項の整理 ○事例提供者からケアプランへ反映する点の確認
2事例目 検討		50分	1事例目 検討の流れと同様	
おわりに		10分	市担当者	○当日のまとめを参加者全員で共有、その他情報提供
会議のふり返り		25分	事務局・司会・主任ケアマネジャー・事例提供者	○会議の運営が適切であったかの確認 ○事例提供者が取組む事項と【ふり返しシート】作成時の留意点の確認 ○目標とする生活を実現するために3～6か月後の再検討を要するかの確認 ○事例検討から出てきた地域課題の抽出

※ 2事例検討することを想定

(5) 会議開催後について

検討内容については、事務局が会議要旨【課題整理シート】を作成し、参加者に送付します。事例提供者と主任ケアマネジャー等が助言を踏まえ、どう支援につなげるかを整理します。助言内容をサービス担当者会議で共有し、今後の支援に反映します。

3 ふり返りの会

通常の事例検討を行う会議以外に、年2回（4月、11月）、会議参加者を対象に改善が見られた事例の共有と再検討、地域課題の抽出等を行うふり返りの会（企画・運営／事務局）を開催します。

4 様式等

(1) 会議資料（※⑤・⑥・⑧については適宜使用）

- ①ワークシート
- ②利用者基本情報
- ③治療薬一覧
- ④生活機能評価票
- ⑤基本チェックリスト
- ⑥興味・関心チェックシート
- ⑦介護予防サービス・支援計画表（ケアプラン）
- ⑧その他補足資料（主治医意見書、個別サービス計画、看護サマリー等）

(2) 会議資料の活用

会議資料の内容を理解したうえで、事例の情報整理に活用してください。

会議資料	内容
①ワークシート	<ul style="list-style-type: none"> ○会議当日の各参加者が記録に使用します。(持ち帰り可) ○「検討テーマ」、「テーマ選定の理由」(ケアマネジャーの思い)や、本人の「目標とする生活」(1日単位・1年単位)とする生活がわかります。
②利用者基本情報	<ul style="list-style-type: none"> ○「性別」、「年齢」、「日常生活自立度」(障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度)、「認定情報」は、状態像のイメージに役立ちます。 ○「経済状況」は、サービスの選択や活動の内容の検討等、現実的な支援の考察に役立ちます。 ○「家族構成」は、家族の支援体制、介護者の疲労度、近隣の見守り等の支援状況等、本人を取り巻くマンパワーの把握に役立ちます。 ○「今までの生活」は、現在の状況に至った経緯、どのような人生を過ごしてきたのか、人生観等の把握に役立ちます。 ○「現在の生活状況」(一日の生活・過ごし方)は、どんな暮らしを送っているか、本人が生活をする上で大切にしていること、活動・休息の状況、家庭内での役割等の把握に役立ちます。(趣味・楽しみ・特技)、(友人・地域との関係)は活動や参加の状況、本人を取り巻く交友関係等の把握や、目標設定や本人の望む暮らしに向けた支援の考察に役立ちます。 ○「現病歴・既往歴と経過」は、病名やかかりつけ医、手術歴、通院等の治療状況、内服等の治療薬情報の把握に役立ちます。
③治療薬一覧	<ul style="list-style-type: none"> ○【利用者基本情報】の「現病歴・既往歴と経過」に治療薬情報が記入できないときに使用します。 ○薬の量・種類、薬剤の効果、副作用(影響)、服薬管理状況等の把握に役立ちます。
④生活機能評価票	<ul style="list-style-type: none"> ○「ADL(日常生活動作)」と「IADL(手段的日常生活動作)」の一つ一つの動作をどのように行っているかを評価し、改善の可能性について評価者がアセスメントした情報が記載されています。 ○「IADL」は、日常生活を送る上で必要な動作の中でも「ADL」より高度で複雑な家事全般(掃除、買物)などの生活行為動作です。「IADL」は、他者の代行が可能なことから、要支援者等の自立支援・重度化防止を図る上で重要な情報です。
⑤基本チェックリスト	<ul style="list-style-type: none"> ○事業対象者の決定のためのツールですが、介護予防ケアマネジメントのためのアセスメントツールとしても使用することができる生活機能の低下の可能性を判断する指標です。(「運動機能の低下」、「低栄養状態」、「口腔機能の低下」、「閉じこもり」、「認知機能の低下」、「うつ病の可能性」) ○課題整理や支援の優先度の考察に役立ちます。
⑥興味・関心チェックシート	<ul style="list-style-type: none"> ○いろいろな状態の人に対して使用できるよう、確認する行為がADLやIADLに関することから余暇活動まで幅広い内容となっています。本人の「している」・「してみたい」・「興味がある」と思う行為を確認し、普段は表出しきれない潜在的なニーズの把握に使用します。 ○本人の興味・役割・したいと思っていること等の把握、目標設定や本人の望む暮らしに向けた支援の考察に役立ちます。
⑦介護予防サービス・支援計画表(ケアプラン)	<ul style="list-style-type: none"> ○現状の目標や支援計画から、今後の生活をイメージし、具体的なよりよい支援策の検討に役立ちます。 ○「目標とする生活」の「1年」は本人の望む暮らし、「1日」はそれにたどり着くための段階的な目標や生活行為がわかります。支援の方向性を示す重要な情報であり、会議の方向性を示すものでもあります。 ○「アセスメント領域と現在の情報」は、領域別に生活状況の詳細の把握に役立ち

会議資料	内容
	<p>ます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「本人・家族の意向」は、支援の方向性や具体的な支援策の検討に役立ちます。 ○「領域における課題」は、現在課題となっていることや、今後予測される課題の把握に役立ちます。 ○「目標」は本人の望む暮らしに向けた3～6か月単位の目標で、状態の改善や悪化防止に関する内容です。生活目標として「支援計画」の基本となるもので、現在の支援体制の確認や、今後の支援策の検討に役立ちます。 ○「支援計画」は、「目標」実現のための具体的な支援策です。「誰が、いつ、どこで、どのように支援をするのか」、本人や家族を含む支援者の役割等の把握（フォーマルサービスだけでなくインフォーマルサービスも含む）に役立ちます。 ○「健康状態について」は、【利用者基本情報】にある「健康状態について」と併せて確認することで、具体的な症状、主治医の支援方針や留意点等の把握に役立ちます。
⑧その他補足資料	○事例の状況を整理する際に必要な場合は、主治医意見書や個別サービス計画、看護サマリー等、補足する資料を活用します。

（3）会議前後で使用する資料

会議資料	内容
①事前打ち合わせシート	<ul style="list-style-type: none"> ○事前打ち合わせの際に使用します。 ○打ち合わせがスムーズに行えるよう項目を整理したものです。 ○打ち合わせ時の情報共有や会議までに行うことを確認できます。
②課題整理シート	<ul style="list-style-type: none"> ○会議終了後の会議のふり返しを含む会議要旨です。 ○会議終了後、事例提供者のケアマネジメント実施の際の参考資料として活用できます。（支援の方向性や助言内容の確認、本人・家族やサービス担当者等の支援者への説明）
③ふり返しシート	<ul style="list-style-type: none"> ○事例提供者が、会議終了後の取組の記録、会議への意見・要望等を記載するシートです。 ○事例提供者と主任ケアマネジャーが、会議終了後の具体的な取組や事例提供者の思いなどを確認・共有する際に活用できます。

5 事例提供者の方へ

（1）会議参加時の留意点

主任ケアマネジャーの相談・支援をご活用ください。主任ケアマネジャーの役割は、後述の「6 主任ケアマネジャーの方へ」のとおりです。

（2）会議資料作成時のポイント（□：確認事項・◇：資料作成時の留意点）

区分	内容
全体	<ul style="list-style-type: none"> □利用者基本情報、ケアプランの情報は、最新の内容ですか。プラン作成後の変更点は手書きで修正します。 □活動・参加の視点で、「利用者本人がどんな生活を送りたいか」をヒアリングできていますか。 □ケアマネジャーが自立支援する中で悩んでいる点が明確ですか。
利用者基本情報	□主治医と連携し、治療方針や予後予測（見立て）を確認できていますか。

区分	内容
	<p>□現在治療中の疾患と、その服薬内容（薬品名・量）の記載がありますか。</p> <p>◇「一日の生活・すごし方」は、起床から就寝までの主な活動についてのタイムスケジュールを記載するものです。（食事・入浴・買い物、仕事、日課の散歩など）テレビを見て過ごす、横になりゴロゴロするなど決まった時間に行われている場合は「休養」として記載します。</p> <p>◇食事は本人・家族の嗜好の影響を受けやすい項目です。栄養状態をより詳細にアセスメントする場合は、食事・間食の時間、内容、誰が調理をするかなどの情報を記載します。</p> <p>◇枠内に治療薬の記載が難しい場合は、治療薬一覧の作成か、お薬手帳のコピーを準備してください。</p>
生活機能評価票	<p>□事前アセスメントの記入日の記載がありますか。</p> <p>□事前「△1」の項目のうち、介入することで事後予測が「○1」もしくは「○2」へ改善する項目の記載がありますか。</p> <p>□「口腔衛生」の備考欄に、義歯の有無や使用状況、口腔内の様子（口臭、舌、かみ合わせ、むせ、嚥下機能等）についての記載はありますか。</p> <p>□「食事・栄養面」の備考欄に、身長、体重、BMIの記載はありますか。</p> <p>◇事前は現状評価（今の状態はどうか）を記載し、事後予測（半年後どうなっているか）は変化が予測される項目のみを記載します。</p> <p>◇IADLの項目では、その機能低下の原因が何によるものなのか（①身体機能（脚力、バランス等）、②個人因子（独居、経験がない等）、③環境因子（住宅環境、家族の過介入等）など）を確認しておきます。</p> <p>◇義歯の有無や清掃状況は、食事摂取や全身状態の管理に影響を及ぼす重要な情報であるため、口腔衛生の項目は、口腔ケアの方法・状況を確認します。歯科について、特に問題がないと思われる利用者でも状況確認を行ってください。</p>
興味・関心チェックシート	<p>◇本人の「目標とする生活」（1日単位・1年単位）の内容が具体的でない、「したいこと」が明確でない場合は、「したいこと」を意識化するツールとして活用します。</p>
介護予防サービス・支援計画書	<p>□本人、家族、サービス提供者とケアプランの目標を共有していますか。</p> <p>□ケアプランの短期目標、長期目標は、活動・参加を意識した具体的な目標になっていますか。</p> <p>□個別サービス計画の内容（目標、実施内容、デイサービス等で体力測定が行われている場合はその評価等）を把握していますか。</p>

（3）会議当日資料の作成

- 事前打ち合わせの確認事項「検討テーマ」「テーマ選定の理由」「1日目標」「1年目標」を【ワークシート】に記載してください。
- 【ワークシート】の表題番号は、会議開催日（西暦年月日）、事例番号の順に並べてください。
例）2023年4月1日開催、「1事例目→20230401①」「2事例目→20230401②」
- 追加する情報は、本人・家族や介護サービス事業所等に確認し、資料に追加してください。
- 資料はA4片面、A3サイズの場合は分割印刷し提出してください。
- 個人を特定できる情報は加工・削除し提出してください。ただし、要介護認定やケアプランの期間、診断、アセスメントツールに関する日付は、削除しないでください。

削除項目) 生年月日、被保険者番号、電話番号、緊急連絡先の氏名・電話番号等

加工項目) ・本人氏名は事例番号ごとに①は「A」、②は「B」に変更

- ・本人住所は町名(小学校区)までを残し、緊急連絡先は市内・他市に変更
- ・医療機関名は「A病院」「Bクリニック」「C歯科医院」のように変更
- ・事業所名等も同様

(4) 会議当日の概要説明

はじめに事例の概要を説明していただきます。説明時のポイントは以下のとおりです。(会議参加者は、傍聴者以外は事前に資料を確認しています。会議資料にない情報で伝えておきたいことがあれば、優先して説明してください。)

【説明時のポイント】

- 事例の基本情報、生活行為課題、現在の状態に至った個人因子・環境因子、それらを踏まえたケアプランについて、一連のケアマネジメントの流れを説明してください。
- 改善の見込みがある生活行為は何で、それがケアプランの目標にどう反映されているかを説明してください。
- 継続プランの場合は、前回プランによる目標の達成状況やサービスの内容と整合が取れていたか等を説明してください。

<概要説明の例>

今回の事例は、●歳・(男性・女性)、介護度は要支援●の方です。現在●●のサービスを利用しています。検討事項は、「○○○」です。それに焦点化した理由は、「○○○」です。詳細の説明をします。

●年に疾患名を発症しました。

●年●月に疾患名を発症、●か月の入院後、退院となりました。現在は、症状があります。医師からは、症状に対する予後、療養・リハビリ等における留意点、指示内容との説明がありました。

生活機能評価票をご覧ください。現在は、IADLの項目①、IADLの項目②については、介助の頻度・程度の支援が必要、社会交流の面では、具体的な状況です。

個人因子については、●●、●●、●●があります。環境因子については、●●です。

課題を●点挙げています。

1点目は・・・

2点目は・・・

3点目は・・・

今回のプランの支援目標としましては、お元気な頃は、●●がご本人の役割となっておりましたので、もう一度元気になられて、●●ができるようになることを意欲目標としています。

<概要説明の一例>

今回の事例は、73歳・女性、要支援1の介護度で、現在、デイサービスを週1回利用しています。

平成28年に右変形性股関節症を発症し、人工骨頭置換術を行いました。

平成29年5月に左変形性股関節症を発症し、人工骨頭置換術を行い、2か月の入院後、退院となりま

した。また、変形性腰椎症の既往もあります。現在、かがむ動作がしづらい、腰の痛みがあります。医師からは、正座や過度の屈曲は控えるようにとされています。

生活機能評価票をご覧ください。現在は、掃除、調理については、一部介助で支援が必要です。社会参加は、活動量の減少に伴い、以前、月2～3回訪ねていた友人宅にも行けていません。

個人因子については、人工骨頭置換術後による股関節の痛み、活動量減少に伴う持久力及び筋力の低下、があります。環境因子については、運転免許を返納し、バスや電車等の公共交通機関での移動に慣れていないということです。

課題を2点挙げています。

1点目は、転倒の防止が必要ということ、

2点目は、手術したことに伴い、歩き方が変わったことへの不安から、外出の頻度が減り、活動量が低下しているということ。

今回のプランの支援目標としましては、お元気な頃は、近隣に住む長男家族に手作りのおかずを差し入れることがご本人の役割となっておりましたので、もう一度元氣になられて、家族に喜んでもらえるおかずを作ることができるようになることを意欲目標としています。

(5) 会議当日から会議終了後の取組

事務局より会議録である【課題整理シート】を提供しますので、事例検討中は議論に集中してください。自身の事例検討以外の時間は傍聴者として参加してください。すべての事例検討終了後、会議のふり返しを行います。会議終了後は、【課題整理シート】と【ふり返しシート】を参考に、今後の具体的な支援策を検討してください。本人・家族との話し合いや、関係機関との調整等が必要な場合があります。支援に難しさを感じるようであれば、主任ケアマネジャーに相談し、「専門職の同行訪問」を活用して専門職によるアセスメントと阻害因子の整理・共有、生活目標達成に向けた具体的な取組みの提案・助言を受けることができます。また、助言内容はサービス担当者会議で共有し、今後の支援に反映してください。会議終了後3か月の時点で会議終了後の取組をふり返し、【ふり返しシート】を主任ケアマネジャーに提出してください。

6 主任ケアマネジャーの方へ

(1) 主任ケアマネジャーの役割

事例提供の依頼から会議前の打ち合わせ、資料準備、会議後の実施の支援、ふり返しまでの一連の流れにおいて、ケアマネジャーの相談に応じ、助言等の支援を行います。

(2) 後方支援時の留意点等

事例提供者がケアマネジメントを実践します。事例提供者の主体性を損なうことのないよう支援します。会議の参加前からその後の展開まで、事例提供者が困難と思う場面で助言等が行えるよう、留意点と対応例を場面別に整理しています。

場面	内容
①事例提供の依頼	○事例提供者が戸惑いや不安を感じている場合は、会議の趣旨や流れを説明するなど、いつでも相談できる体制にあることを伝えてください。

場面	内容
②事例の選定	<ul style="list-style-type: none"> ○効果的な検討が期待できる事例か、「2－（1）会議で取り扱う事例（本人）」を参考に確認してください。 ○事例選定には本人の理解や協力が不可欠です。会議の目的や自立支援の考え方について、ケアマネジャーが本人に説明できるよう、資料等の説明をしてください。 ○事前打ち合わせまでに資料提出が必要なことを伝え、提出日を設定してください。事例提供者の負担軽減を図るため、既存様式の活用を勧めてください。 ○様式の記載方法がわからない場合は、様式集を活用するなどして説明してください。
③事前打ち合わせ	<ul style="list-style-type: none"> ○事前打ち合わせまでに資料提出を受け、確認し事務局に提出するとともに、本人像を把握してください。 ○当日資料に補足した方がよい項目について整理してください。 ○【事前打ち合わせシート】に沿って進行してください。 ○事例提供者に対し、事務局や司会者の質問や視点の説明が十分伝わっていない場合は、補足説明や発言者への質問を行い、事例提供者の理解を促してください。
④会議資料の提出準備	<ul style="list-style-type: none"> ○事例提供者が事前打ち合わせで、補足が必要になった情報を整理することが難しい場合は、具体的な方法を示してください。 ○事前打ち合わせから会議当日までの間に、検討テーマの変更や事例の状況が大幅に変化したなどの場合は、事務局・司会者にその内容を伝えてください。会議資料の情報と現況が異なる部分がないかを確認し、異なる部分がある場合は、当日事例紹介の際に不足している情報を補足説明できるよう、事例提供者に説明してください。 ○【事前打ち合わせシート】を確認しながら、必要な情報の補足があるか、個人を特定する情報を消しているかなど、会議資料を確認してください。 ○当日の事例紹介について不安を感じている場合は、「5－（4）会議当日の概要説明」を参考に説明してください。
⑤会議当日	<ul style="list-style-type: none"> ○検討テーマの選定理由等、会議において重要な情報が説明されていない場合は、補足説明してください。 ○検討者の質問や助言内容が事例提供者に伝わっていない場合は、補足説明したり、発言者に質問したり、具体的な説明を求めるなど、事例提供者の理解を促してください。 ○検討者の助言内容を事例提供者が実行困難と考える場合は、検討者に質問をするなど、より具体的な助言を求めてください。
⑥会議のふり返し	<ul style="list-style-type: none"> ○会議当日をふり返し、助言してください。今後の取組の意欲が高まるよう、具体的によかった点を伝えてください。 ○情報提供や今後の支援が必要な場合は、その旨を伝えてください。 ○主任ケアマネジャーとしての気付きがあれば、その旨発言してください。
⑦ケアプランの実行	<ul style="list-style-type: none"> ○会議終了後（1か月以内）に、事例提供者と【課題整理シート】と【ふり返しシート】をもとに面談してください。 ○他職種からも情報収集のうえ面談してください。 ○本人・家族との話し合い、関係機関との調整等が必要な場合で、事例提供者が困難さを感じているようであれば、専門職の同行訪問、生活支援コーディネーターとの連携など具体的な方法を助言し、必要に応じて、その場に立ち会うなどの支援の提案をしてください。 ○会議での助言内容をサービス担当者会議で共有し、今後の支援に反映できるように促してください。

場面	内容
	○会議後2か月の時点で進捗状況を確認し、適宜事例提供者の相談に応じ、助言（阻害因子の整理や代替案の提示など）してください。
⑧ふり返りシートの提出	○会議終了後3か月の時点で事例提供者から【ふり返りシート】の提出を受けてください。 ○【ふり返りシート】事例提供者の取組や、自身の支援のふり返り、今後の方向性を検討してください。 ○【ふり返りシート】の主任ケアマネジャー記載欄に記入の上、1部を事例提供者に1部を事務局に提出してください。

7 司会者の方へ

司会者は、参加者が事例の全体像を共有できるよう話の流れを整理し、相互理解を支援する役割を担います。司会進行のポイントは以下のとおりです。

①時間を意識した会議進行に努めてください。

○会議時間は1事例あたり45分～50分を目指し、効率的・効果的な進行を行ってください。会議をコントロールしていくことが重要です。

○限られた時間内で事例の課題を掘り下げ、参加者と共有し、短期的・中長期的な目標を明確にするよう努めてください。

②事例となる本人の活動・社会参加につながるような議論を意識してください。

○事例提供者及び検討者への質問や助言内容の要点の確認などにより、事例となる本人の状態を共有し、検討テーマに添ったより具体的な事例検討となるよう配慮してください。

○活動・社会参加を意識した検討となるよう、必要な視点について参加者の気づきを促すことにも配慮してください。（地域の通いの場を積極的に活用できるよう促してください。）

③個別事例の課題解決を通じて、地域課題を把握する場であることを意識してください。

④事例検討が終了する際に、事例提供者に今後の取組の方向性等を確認し、参加者で共有してください。

8 検討者（専門職）の方へ

検討者は、それぞれの専門性に基づき実践につながる具体的な内容を助言します。事前に送付した会議資料を確認し、事例の検討や助言にあたり確認したい内容があれば、質問の趣旨と理由を整理してください。事例提供者への助言、本人への説明に活用できる提供資料があれば用意してください。会議資料の読み解き時には、「4-（2）会議資料の活用」を、具体的な留意点については、『介護予防普及啓発事業 専門職向け手引き』（vol.1）をご参照ください。

また、リハビリテーション専門職、管理栄養士（栄養士）、歯科衛生士については、「専門職の同行訪問（P.4参照）」の実施を念頭においた助言（事例提供者から依頼があった場合に出務）をお願いいたします。

<引用・参考文献>

- 地域ケア会議運営ハンドブック作成委員会編集、地域ケア会議運営ハンドブック、一般財団法人 長寿社会開発センター、2016
- 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会編集、地域包括支援センター運営マニュアル、一般財団法人 長寿社会開発センター、2015
- 後藤早苗編著、自立支援型ケアプラン作成ガイド、ぎょうせい、2016
- 宮下久美子著／東内京一監修、埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由、メディカ出版、2015
- 厚生労働省、平成 28 年度介護予防活動普及展開事業試行的研修会資料、2017
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング、新しい総合事業の移行戦略 地域づくりに向けたロードマップ、2015
- 厚生労働省、介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き (Ver. 2)、2019
- 厚生労働省、介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き (Ver. 1)、2017