

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局 振興課

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

「多職種による自立に向けたケアプランに係る  
議論の手引き」について  
計76枚（本紙を除く）

Vol.685

平成30年10月9日

厚生労働省老健局振興課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線 3936、3983)  
FAX：03-3503-7894

事務連絡  
平成30年10月9日

各都道府県介護保険担当主管課(室) 御中

厚生労働省老健局振興課

「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」について

介護保険行政の推進につきましては、日頃よりご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

訪問介護における生活援助中心型サービス（生活援助加算は除く。以下同じ。）については、社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ、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、統計的に見て通常よりかけ離れた回数をケアプランに位置付ける場合には、介護支援専門員から市町村へ届け出ることとし、市町村が地域ケア会議の開催等により検討を行うこととされました。

具体的には、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が平成30年10月1日以降に作成又は変更したケアプランのうち、「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」（平成30年厚生労働省告示第218号）で定める回数以上の生活援助中心型サービスを位置づけたものについて、作成又は変更した月の翌月末までに届け出る必要があり、届出を受けた市町村では、順次、地域ケア会議等を活用して、多職種の視点から届出のあったケアプランについて議論を行うこととなります。

今回の見直しは、利用者は様々な事情を抱えていることを踏まえ、利用者の自立支援・重度化防止にとってより良いサービスを提供することを目的とするものであり、介護支援専門員の視点だけではなく、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ものです。生活援助中心型サービスが一定回数以上となったことをもってサービスの利用制限を行うものではありません。

また、ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得ることが必要であることから、市町村は介護支援専門員や本人に丁寧かつ十分に説明をする必要があります。

今般、この地域ケア会議等における議論をより効果的なものとするため、平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業（実施団体：エム・アール・アイリサーチアソシエイツ株式会社））において、有識者で構成される検討委員会での議論を踏まえ、標記の手引きが作成されました。

各都道府県におかれましては、手引きの内容をご確認いただくとともに、管内市町村及び地域包括支援センター等に対する周知や、本手引きの活用支援を通じ、制度趣旨の理解の徹底や、多職種による効果的な議論の実現が図られるよう、ご協力をお願いいたします。

【担当】

厚生労働省老健局振興課人材研修係・基準第一係  
TEL：03-5253-1111（内線3936・3983）

平成 30 年度厚生労働省  
老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康増進等事業分)

## 多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き

---

～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～



## 目次

<b>1. この手引きについて</b> .....	<b>1</b>
1.1 手引きのねらい.....	1
1.2 ケアマネジメント支援とは.....	1
1.3 訪問回数の多いケアプランについて.....	2
1.3.1 趣旨について.....	2
1.3.2 届出対象について.....	4
1.4 手引きの構成.....	5
<b>2. 地域ケア個別会議等における多職種の視点</b> .....	<b>6</b>
2.1 ケアマネジメント支援における保険者の役割.....	6
2.2 自立支援、重度化予防のための多職種によるケアプランに係る議論.....	7
2.2.1 自立に向けたケアプラン.....	7
2.2.2 多職種によるケアプランに係る議論の仕組み.....	8
2.2.3 地域ケア会議等によるケアプランに係る議論.....	10
2.2.4 多職種によるケアプランに係る議論の手順について.....	15
2.3 資料の確認の視点.....	16
2.3.1 利用者に関する情報.....	16
2.3.2 アセスメント情報.....	19
2.3.3 居宅サービス計画書.....	20
2.3.4 提供されているサービスの情報.....	24
2.3.5 その他.....	25
2.4 地域ケア個別会議における司会者の役割.....	27
2.5 地域ケア個別会議における事例提供者の役割.....	29
2.6 地域ケア個別会議における専門職の役割.....	31
2.6.1 専門職の役割.....	31
2.6.2 専門職による助言の目的と意義.....	31
2.6.3 有効な助言のための注意点.....	32
2.6.4 有効な助言を行うための基本的な考え方と手順.....	33
2.7 職種別の助言ポイントと工夫.....	37
2.7.1 医師.....	38
2.7.2 歯科医師.....	39
2.7.3 薬剤師.....	41
2.7.4 保健師・看護師.....	42
2.7.5 理学療法士.....	44
2.7.6 作業療法士.....	46
2.7.7 言語聴覚士.....	48
2.7.8 管理栄養士・栄養士.....	49
2.7.9 歯科衛生士.....	51

2.7.10 介護・福祉専門職.....	53
<b>3. 事例紹介.....</b>	<b>57</b>
3.1 事例の概要.....	57
3.2 事例紹介.....	58
<b>4. 参考情報.....</b>	<b>68</b>
4.1 参考資料.....	68
4.2 関連する基準等.....	69

# 1. この手引きについて

## 1.1 手引きのねらい

この「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」は、市町村の職員が、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、ケアマネジメント支援を目的として、地域ケア個別会議等を活用して、多職種の視点から居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）について議論を行う際の参考として作成されました。

ケアマネジメント支援を目的としたケアプランに係る議論における市町村の役割や基本的な考え方や視点を解説するとともに、多職種の視点からケアプランについて検討を行うために、地域ケア個別会議やその他の仕組みの活用の考え方、多職種の専門性に基づくケアプランに係る議論、助言の視点を整理したものです。

市町村においては、必然的に多職種が参集する地域ケア個別会議を通じてケアプランについて議論を行うことが基本となりますが、地域ケア個別会議以外の方法（具体的な方法は市町村で検討します）で行う場合についても、この手引きが参考となります。

また、平成30年10月より、訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランについて、市町村が地域ケア個別会議等で検討することとされています。これは、自立支援・重度化防止の観点から行うものであり、対象とするケアプランを否定することを前提に行うものではありません。この手引きでは、訪問回数の多いケアプランに係る議論の際の視点を紹介しています。ただし、このようなケースに限らず、要介護者のケアプランを自立支援・重度化防止の観点から検討する場合に広く活用することが可能です。

### <この手引きのねらいと特徴>

- ・ **市町村の介護保険担当職員**を読者として想定し、**ケアマネジメント支援における保険者の役割や、ケアプランに係る議論の基本的な考え方**を紹介しています。
- ・ 市町村におけるケアマネジメント支援の場において、**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で、多職種の視点からケアプランについて議論**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。
- ・ 回数の多い訪問介護（生活援助中心型）が位置づけられたケアプランについて検討を行う際の参考となるよう、事例を用いて議論のポイントを解説しています。

## 1.2 ケアマネジメント支援とは

ケアプランに係る議論を通して、自立に資するケアマネジメントとなるよう支援することが必要です。

ケアマネジメント支援とは、介護保険法や地域包括ケアの理念である「尊厳の保持」や「自立」を目指した包括的で継続的なケアマネジメントとなるよう支援することです。そのためには利用者本人の意思が十分に反映されていることが重要となります。また、地域を基盤とした支援となっているか、利用者から見て一体的支援になっているかなどの視点も重要となります。ケアプランについて議論する際にも、介護支援専門員を中心として行われるケアマネジメントにこれらの視点が反映されるよう支援することが必要です。

### 1.3 訪問回数の多いケアプランについて

#### 1.3.1 趣旨について

- 訪問介護における生活援助中心型サービスについては、社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ、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討を行うこととされています。
- 平成 30 年度介護報酬改定において、生活援助中心型サービスの利用回数（所要時間 20 分以上 45 分未満、45 分以上のサービスの合計回数）が合計 90 回以上の被保険者のいる保険者に対し、具体的な利用状況とサービスの必要性の検証の有無について調査を実施したところ、その対象となる事例について、保険者の意見としては、大多数が適切なサービス利用であると回答されました。  
生活援助中心型サービスについては、利用者において様々な事情を抱える場合もあることを踏まえて、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はなく、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。
- 今回の見直しは、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。
- さらに、地域包括ケアシステムの構築の観点からも、保険者が在宅の要介護者のサービス利用状況を正確に把握することは重要であり、そのことが保険者機能の強化につながるものと考えられます。なお、平成 30 年度保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標においては、指標の一つとして、「生活援助の訪問回数の多いケアプラン（生活援助ケアプラン）の地域ケア会議等での検証について、実施体制を確保しているか。」が設けられており、保険者においては、多職種の確保等に努めることが期待されています。
- なお、平成 30 年度介護報酬改定では、訪問介護について、上記の取り組みのほか、身体介護に重点を置いて報酬を引き上げるとともに、外部のリハビリテーション専門職等と連携した取り組みの評価、身体介護として行う自立支援に資するような見守り援助の明確化により、自立支援・重度化防止に資するサービスを推進・評価することとされています。
- 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 ADL 向上に限られるものではなく、IADL 等の向上により QOL の向上を目指すものでもあることに留意が必要です。



図 1-1 訪問介護における自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価 (平成 30 年度改定)

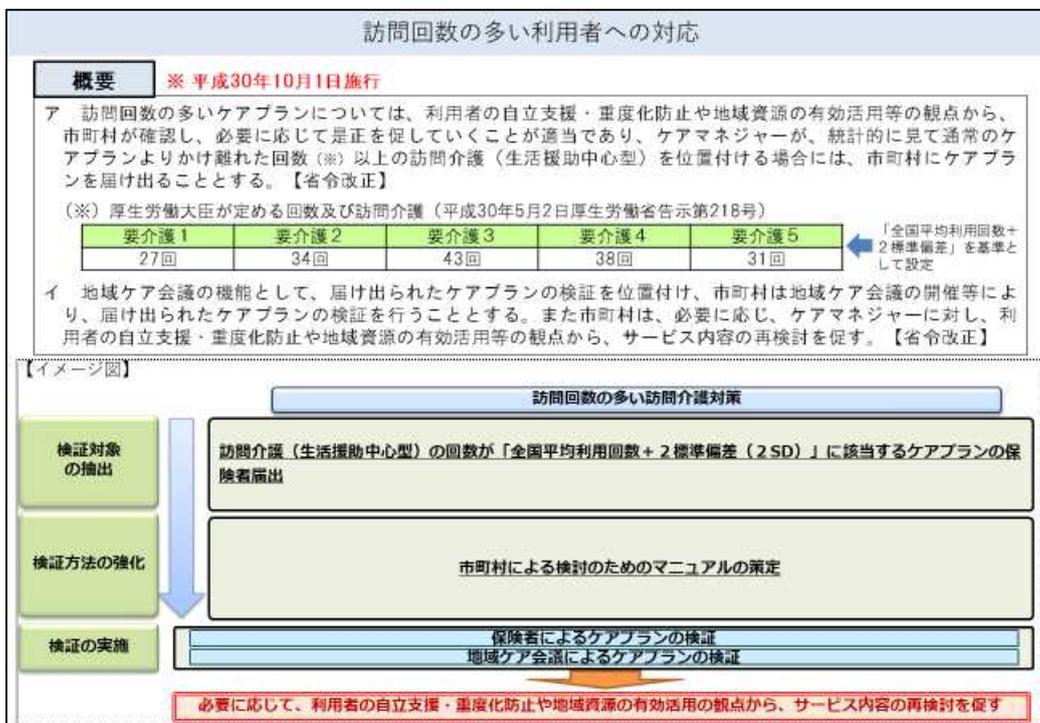


図 1-2 訪問回数の多い利用者への対応 (平成 30 年度改定)

(参考) 介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)(抄)

(会議)

第百四十条の七十二の二 法第一百五條の四十八第一項に規定する会議は、次に掲げる事項について検討を行うものとする。

- 一 次条に定める被保険者(第四号において「支援対象被保険者」という。)の健康上及び生活上の課題の解決に資する支援の内容に関する事項(次号に掲げるものを除く。)

**二 指定居宅介護支援等基準第十三条第十八号の二の規定により届け出られた居宅サービス計画に関する事項**

- 三 地域における介護の提供に携わる者その他の関係者の連携の強化に関する事項
- 四 支援対象被保険者に共通する課題の把握に関する事項
- 五 地域における介護の提供に必要な社会資源の改善及び開発に関する事項
- 六 地域における自立した日常生活の支援のために必要な施策及び事業に関する事項

(注) 平成30年4月1日より下線部を追加

### 1.3.2 届出対象について

- 上記のケアプランの届出については、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)第13条第18号の2において、介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(厚生労働大臣が定めるものに限る。)を位置付ける場合に、当該居宅サービス計画を市町村に届け出ることとされています。
- 届出の対象となる訪問介護の種類は生活援助中心型サービス(生活援助加算は対象外である。)とし、届出の要否の基準となる回数は、要介護度別の「全国平均利用回数+2標準偏差(2SD)<sup>\*1</sup>」が基準とされています。  
(※1) 全国での利用回数の標準偏差に2を乗じた回数
- 具体的には、直近の1年間(平成28年10月~平成29年9月分)の給付実績(全国)を基に、各月における要介護度別の「全国平均利用回数+2標準偏差(2SD)」の回数を算出した上で、要介護度別に最大値となる月の回数を用いることとし、要介護状態区分に応じてそれぞれ1月あたり下表の回数以上<sup>\*2</sup>とされています。

表 1-1 届出の要否の基準となる生活援助中心型サービスの回数

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

(※2) 要介護度ごとに上記の回数以上の生活援助中心型サービスを位置づける場合は届出が必要となる。

(※3) 月変更で要介護度に変更となる場合には、より多い回数を基準する。

## 1.4 手引きの構成

この手引きの構成は以下のとおりです。

### <手引きの構成と内容>

1. この手引きについて	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 手引きのねらいの説明</li><li>➤ ケアマネジメント支援の説明</li><li>➤ 訪問回数の多いケアプランの取り扱いの説明</li><li>➤ 手引きの構成と活用方法</li></ul>
2. 地域ケア個別会議等における多職種の視点	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 多職種によるケアプランに係る議論についての解説 保険者の役割とかわり方 自立に向けたケアプランの理解 多職種によるケアプランに係る議論の仕組み 地域ケア個別会議によるケアプランに係る議論の方法</li><li>➤ 資料確認の視点の解説</li><li>➤ 地域ケア個別会議における司会者の役割の説明</li><li>➤ 地域ケア個別会議における事例提供者の役割の説明</li><li>➤ 地域ケア個別会議における専門職の役割と職種別の助言のポイントの説明</li></ul>
3. 事例紹介	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 訪問回数の多い訪問介護サービスの事例による、ケアプランに係る議論の視点と考え方の解説</li></ul>
4. 資料編	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 参考資料の紹介</li></ul>

なお、このマニュアルは、以下の資料をもとに作成したものです。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き (Ver.1) 厚生労働省</li><li>・ 介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き (Ver.1) 厚生労働省</li><li>・ 地域ケア会議運営マニュアル (平成 24 年度老健事業 地域ケア会議運営マニュアル作成事業)</li></ul> |
|--|

(4.1 に参考資料を掲載しています)

## 2. 地域ケア個別会議等における多職種の視点

### 2.1 ケアマネジメント支援における保険者の役割

保険者には、ケアマネジメント支援のための仕組みづくりとして、以下のような役割が想定されます。

➤ **多職種によるケアマネジメント支援の場の設定**

多職種の視点からケアプランに係る議論を行い、利用者の自立支援や重度化予防の観点からケアマネジメントの質を向上させるための場（機会、会議体）として、地域ケア個別会議やケアマネジメント研修会などの場を設定し、その運営の仕組みづくりや、必要な人員体制、予算の確保を行います。

➤ **多職種の職能団体等との連携、調整**

地域ケア個別会議等の取り組みに参加する各職種の職能団体等の理解を求め、連携、協力体制をつくります。市町村に職能団体が設置されていない場合は、都道府県の団体などに支援を求めることも想定されます。

➤ **介護支援専門員育成の機会の設定**

その他、地域包括支援センターの活用、専門職組織や主任介護支援専門員との連携等により、介護支援専門員の研修や勉強会の開催を支援するなど、市町村内の介護支援専門員の育成に関わっている市町村もあります。

また、地域ケア個別会議等において司会を務めたり、市町村の立場から参加し、市町村の視点から事例の確認を行ったり、支援のあり方についての議論に参加することも想定されます。

## 2.2 自立支援、重度化予防のための多職種によるケアプランに係る議論

### 2.2.1 自立に向けたケアプラン

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。このような高齢者が何らかの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が自立だと言えます。自立とは身体的自立のみではなく、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念であることを今一度確認する必要があります。

このような自立に向けて支援するための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になります。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」といった意向をふまえて、「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。

そして、自立は一度で為し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通して可能になります。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く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。

## 2.2.2 多職種によるケアプランに係る議論の仕組み

自立支援・重度化予防の観点から、多職種の視点に立ってケアプランに係る議論を行うための仕組みとして、地域ケア個別会議を活用することが有効です。

その他に、各市町村の人員体制やこれまでの取り組み状況に基づいて、サービス担当者会議に保険者や地域包括支援センター職員が参加する方法や、地域リハビリテーション活動支援事業等を活用し、リハビリテーション専門職等を派遣する方法なども考えられます。

市町村に応じた、創意工夫を行いながら多職種がケアプランに係る議論ができる仕組みを設けることが重要です。

また、こうした個別のケアマネジメント支援以外の方法として、多職種が参加する研修会や事例検討会といった場など、多職種が参加する既存の仕組みを活用しながら、実施する方法も考えられます。

この手引きでは、地域ケア個別会議における多職種のかかわり方を中心に紹介していますが、その他の仕組みで実施する場合でも、この手引きに示された視点を参考として、活用することが可能です。

### 例 1 : 地域ケア個別会議を活用したケアプランに係る議論 (A 市)

#### <参加する職種>

医師（書面）、理学療法士、作業療法士、薬剤師、栄養士、主任介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、保健師、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーター、歯科衛生士等、様々な専門職から事例に応じ、必要な職種を選定。

#### <概要>

介護支援専門員が提出するケアプランに対して、既存の定例開催で実施している地域ケア個別会議の参加職種から、事例に必要な職種を選定し、随時開催。

会議の場に事例提供者を招き、現状及び今後の展開について報告いただいた上、多職種と意見交換し、確認や助言を受ける中、更なる自立支援・重度化防止、ひいては利用者のQOL向上を目指すヒントを持ち帰り、利用者支援に反映できるかを、本人の意向、サービス提供者の意見等、勘案しながらケアプランの内容に係る議論を行う。

#### <市町村のかかわり方>

介護保険課が事務局を担当し、多職種や事例提供者との連絡調整、資料の収集、確認。

- ・ 事前準備：会議資料の作成、専門職への事前資料送付
- ・ 会議開催：議事録作成
- ・ 会議後：会議の内容を要約して、事例提供者へフィードバック、モニタリング等
- ・ 事例の積み上げに応じて、課題整理を行い、必要に応じて介護支援専門員向け研修会や市民フォーラム（自立支援や重度化防止の考え方、地域づくり）、生活支援体制整備等の担当課とも連携し、地域ケア個別課題から地域課題の抽出展開へとつなげていく役割。

## 例 2 : ケアプラン指導研修を活用したケアプランに係る議論 (B 市)

### <参加する職種>

作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、看護師（コンチネンスアドバイザー）、医師（書面）、主任介護支援専門員（委託型地域包括支援センター）、基幹相談支援センター（障害者福祉課）、保険者等

### <概要>

介護支援専門員が提出するケアプランに対して、多職種のケアプラン指導研修委員がケアマネジメントの質向上を目的とした評価会議を開催し、助言内容を集約する。その内容を介護支援専門員に対して、面談形式でフィードバックするとともに、管理者に報告する。

本人、家族の参加が効果的と判断された事例は、委託型地域包括支援センターが主導し、介護支援専門員と連携のもとで、本人、家族が参加する地域ケア個別会議を開催。

介護支援専門員へのフォローとして、提出された事例を集約、分析し、多く見られた課題をテーマとした研修、勉強会等を開催。

### <市町村のかかり方>

基幹地域包括支援センターが事務局を担当し、介護支援専門員との連絡調整、資料の収集、チェック、委員への送付、指導内容の集約、会議の開催、会議内容の伝達、管理者への報告などを担当する。

- ・事前準備：会議資料の作成、ケアプラン研修委員への資料事前送付
- ・会議開催：当日の資料、議事録
- ・会議後：

主任介護支援専門員が、事例提供者、管理者に会議の内容をフィードバックする。その報告書を事務局に提出。その後のモニタリング、介護支援専門員への支援を主任介護支援専門員が行う。

- ・ 本人や家族の参加が効果的と判断された事例については、再度、本人や家族が参加する地域ケア個別会議を開催する。
- ・ 複数の地域ケア個別会議から同じ課題がみられた場合、地域課題として取り上げ、基幹包括支援センターと委託型地域包括支援センターが連携し、地域ケアエリア会議を開催。
- ・ 介護支援専門員へのフォローとして、提出された事例に多く見られた課題をテーマとした研修会や勉強会等、基幹型地域包括支援センターと保険者が連携して開催。

## 2.2.3 地域ケア会議等によるケアプランに係る議論

### (1) 地域ケア会議とは

「地域ケア会議」は、介護保険法第115条の48で定義されており、市町村が設置し、市町村または地域包括支援センターが運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議」のことを言います。地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を、地域ケア個別会議と地域ケア推進会議等を連動させて進めるための手段です。

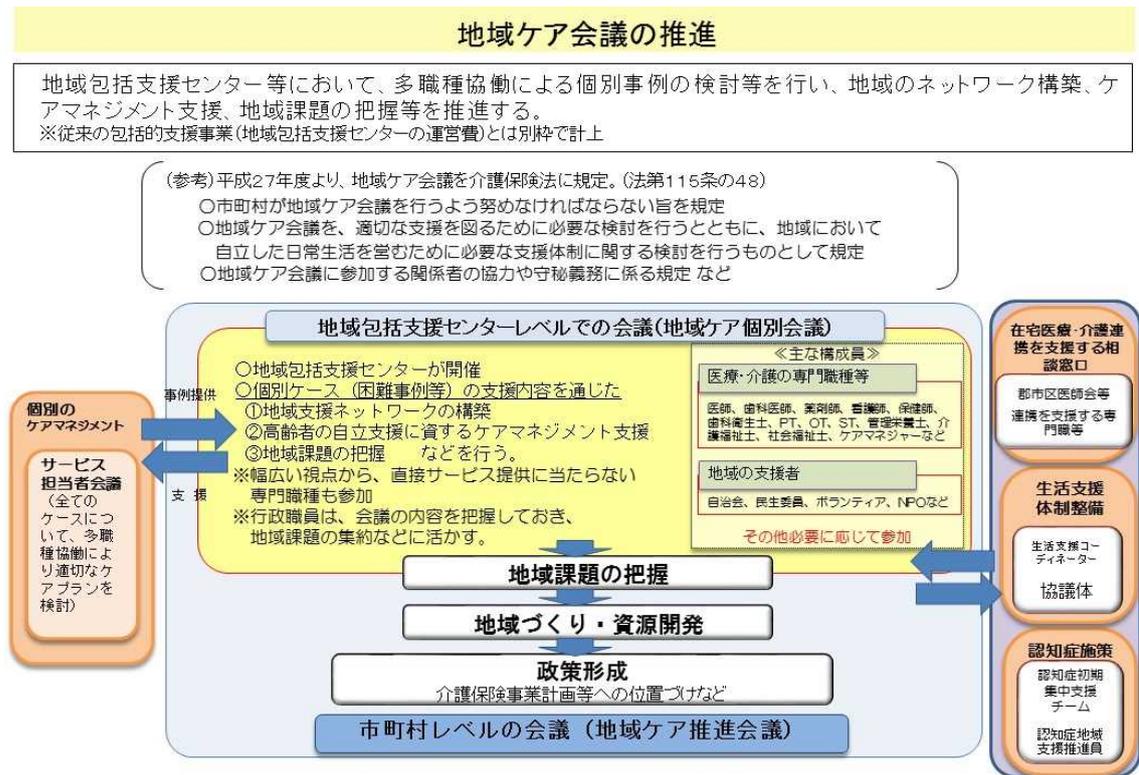


図 2-1 地域ケア会議の概要

地域ケア会議には、①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり資源開発、⑤政策の形成という5つの機能があります。これらすべての機能を、地域ケア個別会議と生活圏域レベルや市町村レベルの地域ケア推進会議とで果たすことが必要になります。

**地域ケア会議の持つ機能**

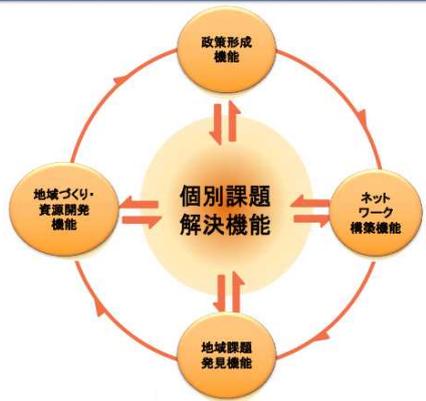


図 2-2 地域ケア会議の持つ機能

「地域ケア会議運営マニュアル」長寿社会開発センター  
「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集」厚生労働省老健局

**「地域ケア会議」の5つの機能**

- 1

**個別課題の解決**

- 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

**地域包括支援  
ネットワークの構築**

- 高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関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

**地域課題の発見**

- 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**

- 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

**政策の形成**

- 地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

図 2-3 地域ケア会議の5つの機能

(介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き (Ver. 1) 厚生労働省より転載)

地域ケア会議は、開催の目的・方法によって大きく下記の2種類に分かれます。

地域ケア個別会議	個別事例の課題の検討により、高齢者等の自立を支援する会議
地域ケア推進会議	地域課題の共有・検討等により、地域づくり・資源開発や政策形成による地域課題の解決につなげる会議

地域ケア個別会議は、市町村（保険者）や地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等の多職種や民生委員等の地域住民等が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支専門員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ことを目的に実施されます。また、このようなプロセスにおいて地域包括支援ネットワークを構築することや地域課題を把握することも目的になります。

地域ケア会議は、以下に示すように、さまざまな目的、形態で開催されています。開催の目的や地域の実情に応じて、参加者の構成、実施方法もいろいろな形があります。

表 2-1 多様な地域ケア会議

開催主体	会議名	会議の目的	地域ケア会議の5つの機能					参加者	開催頻度
			① 個別課題の解決	② ネットワーク構築	③ 地域課題の発見	④ 地域づくりの資源開発	⑤ 政策の形成		
市町村	地域ケア会議A (地域ケア個別会議)	自立支援に向けた個別ケースの検討、自立支援の手法の共有	○		○	○		市（保険者） 地域包括支援センター ケアマネジャー 介護サービス事業所 専門職	定期開催 1ヶ月に○回
市町村	地域ケア会議B (地域ケア推進会議)	行政課題の共有、地域の実情やケースの掘り起し		○	○	○	○	市（保険者） 地域包括支援センター 自治会、民生委員等	定期開催 1年に○回
地域包括支援センター	地域ケア会議C (地域ケア個別会議)	地域ケア会議Aで検討したケースの評価	○		○	○		市（オブザーバーとして） 地域包括支援センター ケアマネジャー 介護サービス事業所	定期開催 1ヶ月に○回
地域包括支援センター	地域ケア会議D (地域ケア個別会議)	支援困難ケースの問題解決	○	○	○			地域包括支援センター ケアマネジャー 必要に応じ、市、他関係者が参加	不定期開催

## (2) 地域ケア個別会議の意義とその留意点

### 1) 地域ケア個別会議の意義

地域ケア個別会議の開催には、ケアマネジメントの質の向上によって「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)
- 参加者が対等な立場で検討することによって、地域包括ケアシステムに関する理解を深めるとともに、ネットワークを構築すること
- 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といった地域課題の発見・解決策の検討につながる

## 2) 地域ケア個別会議を活用して多職種の視点からケアプランに係る議論を行う際の留意点

多職種によるケアプランに係る議論は、利用者の自立支援・重度化予防の観点から、多職種の視点から意見を出し合い、ケアプランの質を向上させることを目的として実施するものです。有意義な検討を行い、目的を達成するために、以下の点に留意する必要があります。

### ➤ 専門職の参加

地域ケア個別会議に参加する専門職として、医師、歯科医師、薬剤師、保健師・看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士や介護福祉の専門職等が考えられます。全ての職種が毎回出席する必要はありませんが、取り扱う事例の内容に即した検討が行われるよう、参加する職種、意見を求める職種について考慮します。

### ➤ 多職種協働による前向きな検討

地域ケア個別会議においては、それぞれの専門性の観点から建設的な意見が出され、利用者のQOL向上を目指して、参加者全員で前向きな検討を行うことが重要です。ケアマネジメントのプロセスやケアプランにおける不十分・不適切な箇所についての指摘や、専門領域の範囲内で一方的な指導を行う場ではないことに留意します。

### ➤ 訪問回数が多いケアプランについて

訪問回数が多いケアプランについて検討を行う場合には、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よい支援のあり方を検討することが重要です。

### ➤ 協議内容の位置づけ

地域ケア個別会議での協議内容は決定事項ではありません。協議された内容を踏まえて利用者への説明、合意形成など、「利用者本位」のケアマネジメントが重要であることを念頭において運用します。

### ➤ 継続的なモニタリング

会議での検討事項を記録に残し、事例の経過を継続的にモニタリングすることも必要となります。例えば、再アセスメントやケアプランの調整を行った場合など、その後の経過を確認し、あらためて多職種の視点で検討することも考えられます。

### ➤ 個別ケースの本人や家族の参加

地域ケア会議が検討を行うケースは、あくまでもその本人や家族が主体であり、本人の課題認識や意向等を会議の参加者全員で共有しながら課題への対応をともに検討することが本人の自己決定に基づく支援につながることから、基本的に本人や家族に参加を求めることが有効です。特にケアプラン等に盛り込まれているサービス内容に関

する検討を行う際には、効果的な自立支援・重度化防止につなげるためには、本人や家族の理解が重要であること、ケアプランの変更は本人の同意が必要であること等を踏まえ、本人や家族に参加を求めることが望まれます。なお、必要な支援を拒否している本人や家族等への働きかけを検討する場合等、本人や家族の参加を求めない方が効果的な検討につながるケースもあることに留意し、参加を求めるかどうかはそれぞれのケースを踏まえて判断する必要があります。

## 2.2.4 多職種によるケアプランに係る議論の手順について

以下に多職種によるケアプランに係る議論の標準的な流れを示します。

多職種によるケアプランに係る議論を行うにあたっては、地域ケア個別会議を活用する場合であっても、その他の取り組みを活用する場合であっても、基本的な手順としては、以下のような流れとなります。

- ①対象とする事例の選定
- ②議論に必要な事例資料の収集
- ③多職種の視点による検討
- ④議論の結果の助言・フィードバック
- ⑤経過のモニタリング

議論の目的や地域の実態に応じて、①における事例の選定の基準や条件、②において収集する資料の種類と範囲、③に参加する職種や協議の形態、④の伝達方法（地域ケア会議では③と一体で実施）、⑤の方法や期間などを設定します。

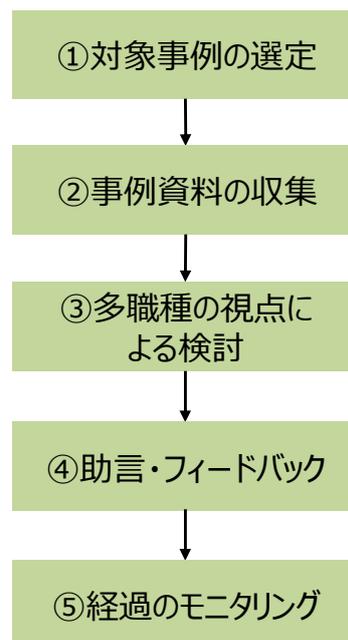


図 2-4 多職種によるケアプラン検討の標準的な流れ