

始めよう、自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議

手引き



令和5年4月改定

日野市高齢福祉課在宅支援係

目次

1. はじめに	3
2. 地域ケア個別会議をなぜすすめるのか（意義理解その1）	3
3. 地域ケア個別会議をなぜすすめるのか（意義理解その2）	6
4. 「自立」の考えや考え方を共有することの重要性	9
5. 地域ケア会議の機能や全体像の理解	10
6. 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の理解	12
7. 主催する側の役割を理解	29
8. 助言者としての専門職の役割を理解	43
9. 今後の取り組みについて	46
10. 様式集	47

手引き作成にあたり、以下の文献・資料を引用または参考に
しています。

令和2年度自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議

実践者養成研修事業【PPT版研修テキスト】

東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課

発行：公益財団法人東京都福祉保健財団

1.はじめに

日野市では、令和3年度から自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議をすべての地域包括支援センターでの取り組みが始まりました。2年間の実施を経て、令和5年度版手引きを改定しました。地域ケア個別会議に参加するすべての関係者に、この手引きを参考にしてください、実践に役立てていただければ幸いです。この手引きは今後も実践の中で修正し、改定していきます。

2. 地域ケア個別会議をなぜすすめるのか（意義理解その1）

① 高齢者人口の推移

後期高齢者の割合が年々上昇しており、団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）には、日野市では高齢化率が25.7%、75歳以上が16.1%と予測されています。

② 要介護（要支援）認定者数の推移

介護保険制度が始まった平成12年（2000年）4月1,905人と令和2年（2020年）3月末9,332人を比較すると、日野市の認定者数は4倍以上となり要介護認定率も上昇しています。

③ 介護給付と保険料の推移

高齢化の進展により、令和 7 年（2025 年）には保険料が現在の 6,000 円程度からさらに上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステム構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっています。

④ 今後急増する高齢者の一人暮らし世帯

東京都における高齢世帯の一人暮らしの数及び高齢世帯全体に占める比率は今後急速に高まり、平成 27 年（2015 年）の 79.3 万人（40%）から、令和 22 年（2040 年）に 116.7 万人、45%になる見込みです。

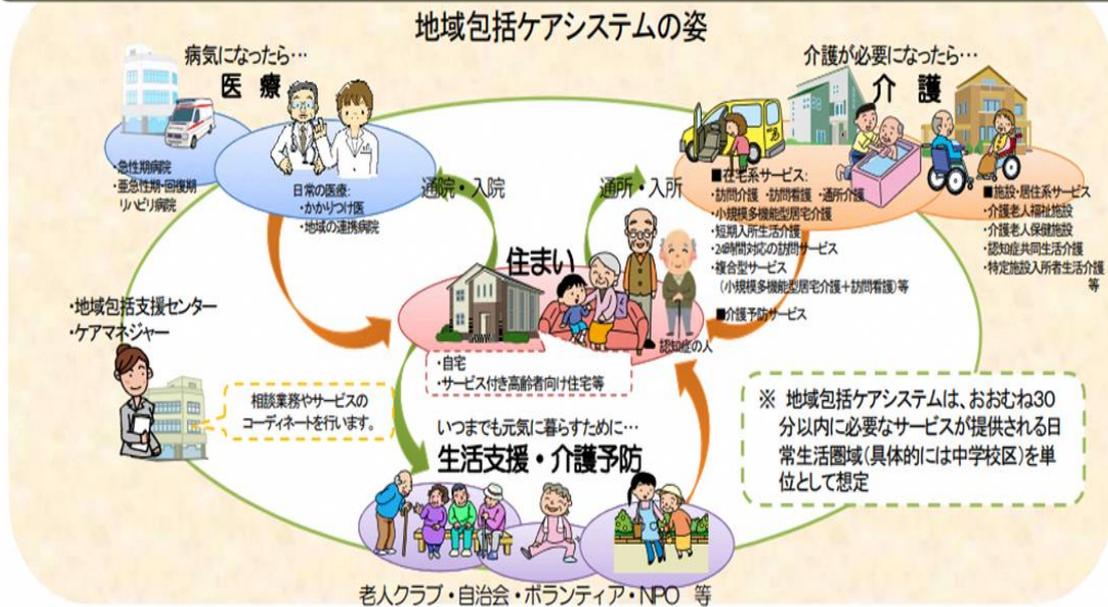
⑤ 認知症高齢者の推計

後期高齢者人口の大幅な増加に伴い、認知症の人も今後急速に増加します。令和 7 年（2025 年）には、65 歳以上人口の 17.2%が認知症と予測されています。また、認知症高齢者の半数以上は、居宅で生活しています。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目的に、重度な要介護状態と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、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。



3. 地域ケア個別会議をなぜすすめるのか（意義理解その2）

第8期東京都高齢者保健福祉計画における介護予防の方向性

【重点分野】

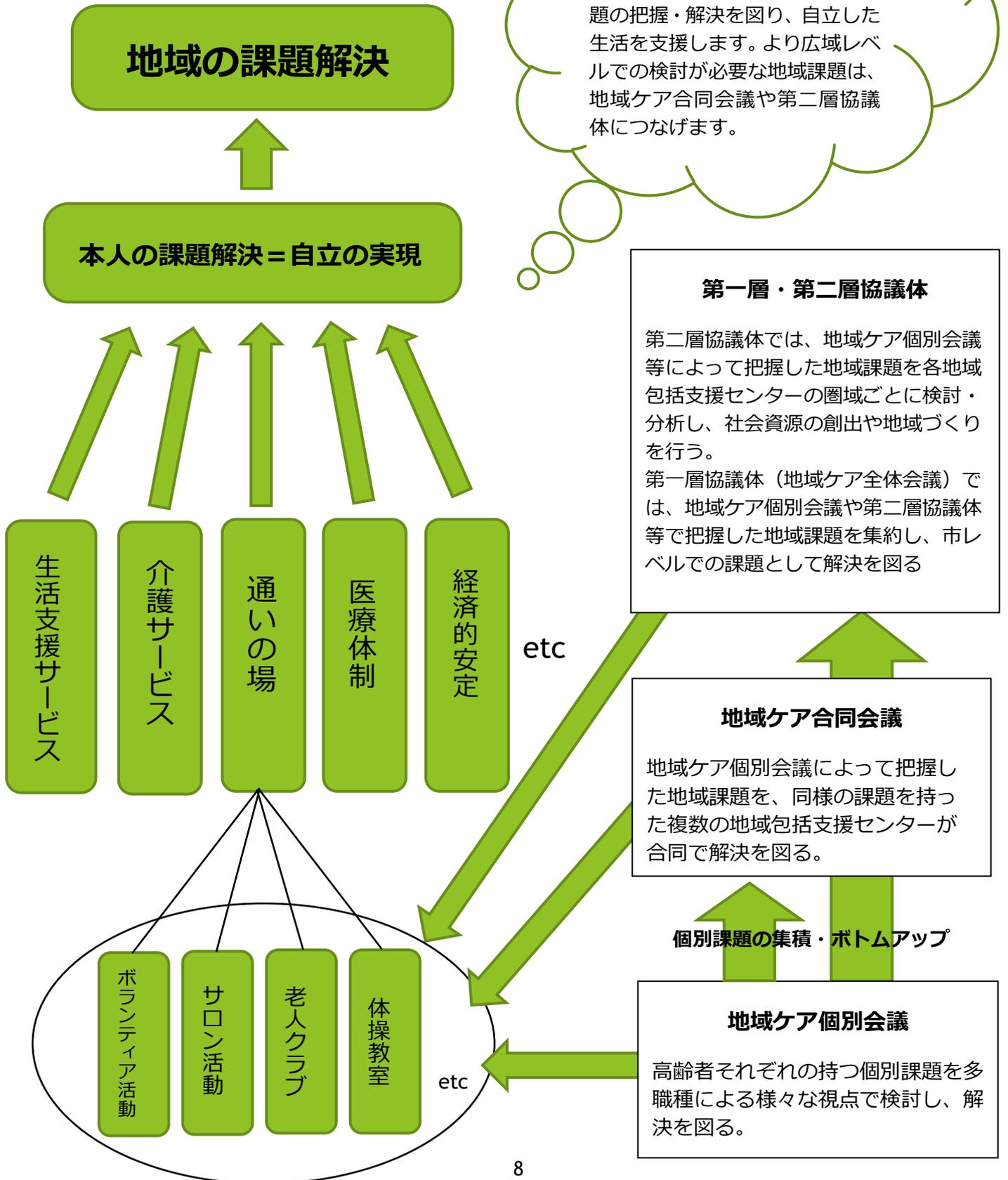
1. 介護予防・フレイル予防と社会参加の推進
2. 介護サービス基盤の整備と円滑・訂正な制度運営
3. 介護人材対策の推進
4. 高齢者の住まいの確保と福祉のまちづくりの推進
5. 地域生活を支える取組の推進
6. 在宅療養の推進
7. 認知症施策の総合的な推進
8. 保険者機能強化と地域包括ケアシステムのマネジメント

- ◎介護予防を「地域づくり」として捉え、住民主体の介護予防活動を支援するほか、地域の様々な社会資源を活用して介護予防事業を展開することが必要
- ◎地域住民が運営する通いの場など、住民主体の地域づくりにつながる介護予防を支援
- ◎市における自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の開催を推進し、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサ

ービス提供による高齢者の QOL の向上等を図る

◎地域ケア個別会議における「個別課題」の分析を積み重ねて「地域課題」を明確化し、その解決に向けた地域づくりや社会資源の開発、政策形成などへつなげていく市町村の取組を支援

地域課題発見・解決のプロセスのイメージ



自立支援、介護予防に向けた地域ケア会議では、多方向からのアプローチによって高齢者の個別課題の把握・解決を図り、自立した生活を支援します。より広域レベルでの検討が必要な地域課題は、地域ケア合同会議や第二層協議体につなげます。

4. 「自立」の考えや考え方を共有することの重要性

「自立とは？」

- ・ご本人にとっての「自立」とは何かを考えること。
- ・「自立」の考え方を、ご本人を通して理解すること。

モデル事業の実践から、日野市における「自立」について考えました。

日野市における“自立”の定義 を関係者で共有することが大切

* 日野市における“自立”の定義

必要なサービスや資源について、ご本人の意思で選択でき、

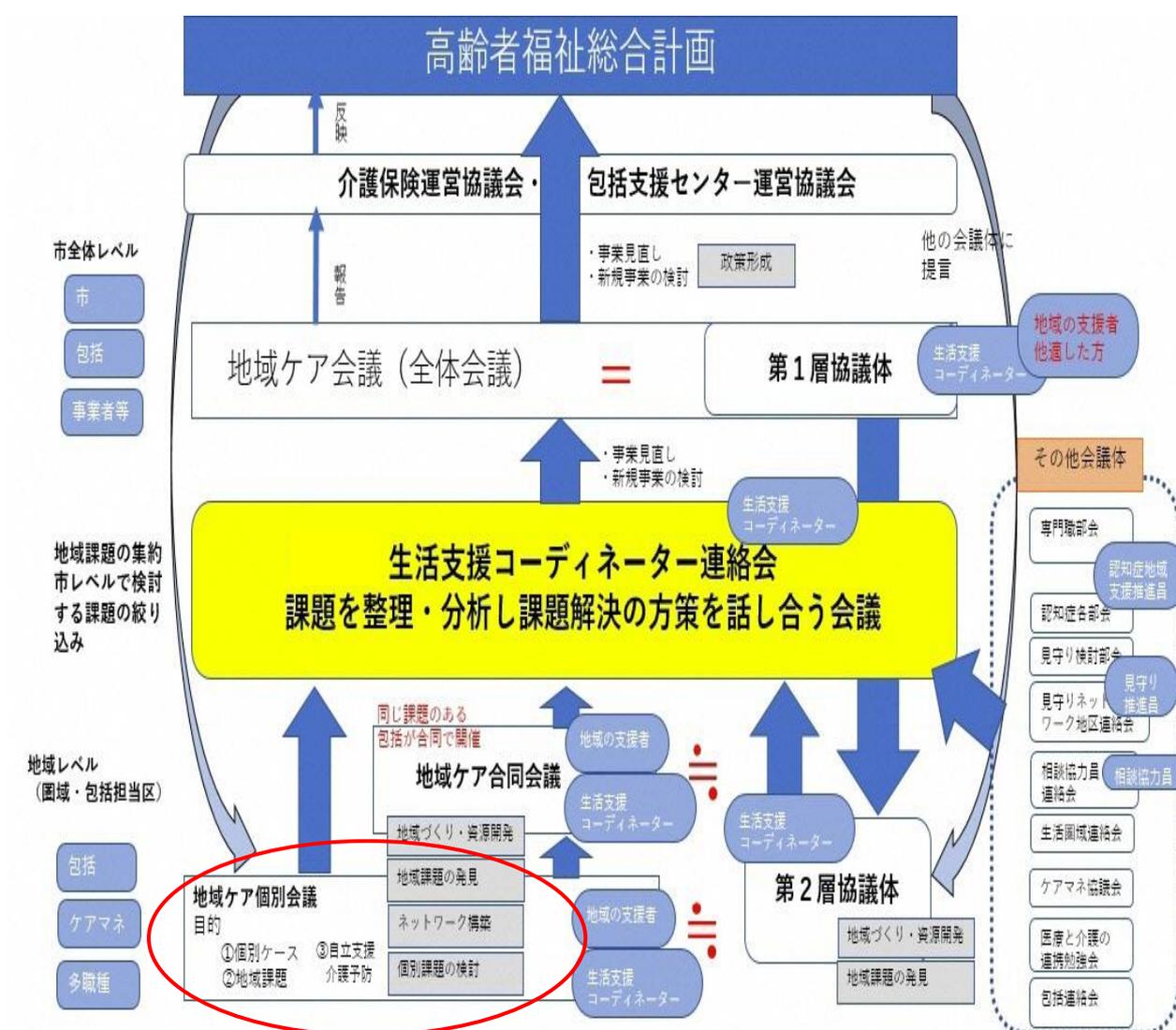
地域とつながり、人と支え合いながら、自らが“こうありたい”と

望む暮らしをおくること。

5. 地域ケア会議の機能や全体像の理解

個別ケースについて検討する「地域ケア個別会議」と地域課題等について検討する「地域ケア会議(全体会議)」を連動させながら活用することで、高齢者個人に対する支援の充実と地域包括ケアシステムという体制の構築を同時に行うことができます。

日野市地域包括ケアシステムに関する会議体



地域ケア会議の開催目的と5つの機能の位置付け		会議のテーマが、地域づくり、社会資源開発である、 また、生活圏域における課題である場合は同カウントとしてよい。			
項目	地域ケア個別会議	第2層協議体 (圏域開催可)	地域ケア合同会議	生活支援コーディネーター連絡会 (課題を整理分析し方策を検討する会議)	地域ケア会議(全体会議) 第1層協議体
頻度	随時 (自立支援・介護予防のケース会議を年1回必ず開催)	随時 年2回以上	随時	定例 年2回	定例 年2回
開催主体	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	市・日社協	市・日社協
目的 (地域ケア会議の5つの機能)	①個別課題の解決 ②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	③地域課題の発見 ④地域づくり資源開発	①個別課題の解決 ②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	③地域課題の発見 ④地域づくり資源開発 ⑤政策形成 *課題を抽出、整理・分析し課題解決の方策を話し合う	③地域課題の発見 ④地域づくり資源開発 ⑤政策形成 *提言まで。決定までではない。 *課題解決の方法検討から今後の施策へ反映させる
法的根拠	介護保険法115条45第1項第3号 介護保険法115条48	介護保険法115条45第2項第5号 日野市生活支援体制整備事業実施要綱	介護保険法115条45第1項第3号 介護保険法115条48	介護保険法115条45第2項第5号 日野市生活支援体制整備事業実施要綱	介護保険法115条45第2項第5号 日野市生活支援体制整備事業実施要綱
参加者	住民 ケアマネ 介護サービス事業者 医療専門職 民生委員 自治会 包括 日社協 市地区担当者 市他部署職員 他	住民の代表者 見守り推進員 NPO法人 地縁組織 民間企業 ボランティア団体、介護サービス事業者 包括 生活支援コーディネーター 日社協 市地区担当と地域ケア会議担当 他	住民 ケアマネ 介護サービス事業者 専門職 民生委員 見守り推進員 自治会 包括 日社協 市地区担当者 市他部署職員 他	包括生活支援コーディネーター(9人) 生活支援コーディネーター 日社協 市ケア会議担当者	生活支援コーディネーター 介護事業所代表 民生委員代表 ケアマネ協議会代表 シルバ人材センター代表 市民活動団体代表 日社協 市地域ケア会議担当者 生活支援体制整備事業担当者他
内容	①個別困難ケースの支援を検討する。地域課題があれば第2層協議体または地域ケア合同会議にあげる。 ②自立支援・介護予防に向けた個別ケースの検討	生活圏域課題の解決方法を検討する。課題の中から、市全体の課題と捉えられるものを、整理課題を分析する会議、コーディネーター連絡会にあげる。	個別ケア会議の事例から、圏域を越えての課題と捉えられるものについて、地域ケア合同会議で検討する。課題の中から、市全体の課題と捉えられるものを、整理課題を分析する会議、コーディネーター連絡会にあげる。	①各圏域の第2層や地域ケア圏域会議からの課題を抽出し、整理・分析し、課題解決のための方策を検討する。 ②第1層協議体へ(案)を報告。 ③情報交換	①市全体レベルで解決すべき課題の解決策を話し合う。 ②生活支援コーディネーター連絡会から課題解決の方策を受け取り検討し、決定する。

6. 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の理解

1. 会議の概要

- ① 本人参加型とします。
- ② 事前準備が必要です。
- ③ 会議までに会議参加者全員へ個人情報を送付します。
- ④ 会議の実施
- ⑤ 会議の振り返り（できれば当日、会議後すぐに）
- ⑥ モニタリング
 1. 本人のその後の状況把握や課題は、ケアマネジャーがケアプランに反映します。
 2. 会議で抽出された地域課題は、在宅サービス系の地域課題モニタリング会議にて次の会議（例：生活支援コーディネーター連絡会）への引き継ぎ等を検討し、課題のモニタリングを実施します。

2. 会議の目的の共有（すべての参加者が理解すること）

自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議を行う意義の再確認を行います。

「0 地域ケア会議を通してご本人の自立の後押しをする」

「ご本人を支える関係者、専門職の支援体制力の向上」

「地域ケア会議の中で地域課題を浮かび上がらせていく」

「支援体制力の向上」とは？

「各専門職が地域で暮らす高齢者の現状を知り、適切な助言等の支援を行うためのスキルを上げていくこと」 です。

- * 「支援体制力の向上」としたのは、専門職だけではなく、ご本人の
周りにいる地域の住民の支援力 の向上も含めたい という意
図です。身近にいらっしゃる友人や近隣の方もご本人の自立を
支える支援者です。

3. 対象者の選定方針の共有

- ① 会議に参加できる方
- ② この会議の趣旨を理解していただける意欲のある方
- ③ ADL 改善の見込みのある方
(例：半日の通所サービス利用している方など)
- ④ おおむね 65 歳以上

ケアマネジャーに市の一般施策や地域資源を知っていただきたい、また、「地域に戻す」、「介護サービスからの卒業」という視点に気づいていただきたいため、ADL改善の見込みのある方としました。そして会議に参加して自身の話をしていただける、参加者からのアドバイスに耳を傾けてくださる方、会議の趣旨を理解し、協力していただける意欲のある方。

4. 会議事前打ち合わせ（在宅サービス係地区担当が入ります）

- ① 本人の選定
- ② 会議日時、会場、当日の流れやタイムスケジュールの確認
- ③ 専門職（リハ職・薬剤師・栄養士）以外で参加いただきたい
専門職の有無
- ④ 参加者と参加者の役割分担
- ⑤ 会議に必要な物品の確認

5. 事前の準備

- ① 会場の確保
- ② 専門職への参加依頼（会議趣旨、謝礼金等の説明）
- ③ 会議資料の準備

6. 専門職への依頼について

①地域包括支援センターから謝礼金を支払います。

令和4年度より、日野市地域包括支援センター運営業務委託料に以下の金額が加算されています。

謝礼金は1回 一人 7,200円（1時間 3,600円×2時間）

専門職4人分/年1回分 28,800円です。

- ・ 公的職員には支払いません。
- ・ 謝礼金は個人または法人のどちらかになりますので、本人に確認します。
- ・ 源泉徴収は個人支払いの場合あります。事前に本人に源泉徴収して支払うことを伝えます。
- ・ 源泉徴収額（所得税 3.063% 220円）を引いた金額 6,980円を支払います。

②依頼文は高齢福祉課で本人（必要時所属長）に郵送します。

7. 事前に参加者に配布する資料（会議 1 週間前までに配布する）

- ① 「利用者基本情報シート」
- ② 「介護予防アセスメントシート」
- ③ 「興味・関心チェックシート」
- ④ 「ICF 課題分析シート」
- ⑤ 「自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議全体像シート」

（このシートは、各自が事前に記入して参加します）

8. 会議当日の流れ

日野市 自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議 当日の流れ

第1部【資料の読み込み】30分

時間	発言者	内容
3分	司会者	会議の趣旨を確認、本人の望む暮らしの共有
27分	全員	<ul style="list-style-type: none"> ・「利用者基本情報シート」「介護予防支援アセスメントシート」「ICF課題分析シート」「興味関心チェックシート」を読んできたことを確認する。 ・疑問点があれば質問し把握する。 ・各自「自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議全体像シート」を記入し、全体像を理解する。

第2部【事例に関するアドバイス】55分 ※ここから本人参加

7分	司会	(本人を交えて改めて) 会議の趣旨を確認 個人情報の取扱いについて確認
3分	全員	自己紹介
5分	本人(包括/ケアマネ)	本人から自身の現状を報告 (可能であれば望む暮らしのイメージも)
30分	専門職(必ず参加) ・リハ職 作業療法士 理学療法士 ・薬剤師 ・管理栄養士 ※事例に応じて歯科衛生士等の専門職が参加	専門職を交えたトーク&アドバイス
10分	全員	本人の感想、支援関係者からの応援メッセージを発表 メッセージを付箋に記入し、記録シートに貼付し、本人に渡す

第3部【地域課題について意見交換】20分 ※本人は帰宅しても可

20分	全員	今回の事例から見えてくる地域課題について意見交換 アンケートに記入
-----	----	--------------------------------------

▶第1部は、司会者と事例提供者、地区担当ケースワーカー、専門職の方のみの会議

会議の趣旨やご本人が希望する暮らしを参加者と共有します。

自己紹介、趣旨説明、自立の定義の説明の後、担当ケアマネジャーからご本人の紹介をします。

参加者が記入した「自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議全体像シート」を、参加者で意見交換し、ご本人の全体像を理解します。2部でスムーズに意見がでるようにします。

▶第2部からご本人が加わります。

改めて会議の趣旨を司会からお話しし、ご本人の情報を適切に管理（個人情報の保護、資料を溶解処理等）することを伝えます。

ご本人が話しやすいように、参加者全員が自己紹介を行います。その後、ご本人からご自身の現状報告をしていただきます。

ご本人からの現状報告から、困っていることや、こうなったらいいな という部分を自然と聞き出すようにします。

また、ご本人が自身について話している会話の継ぎ目や話し終えた後、司会が参加者に話を振り、専門職が自然にアドバイスできる会話の流れをつくることもテクニックのひとつです。

内容を「トーク&アドバイス」としたことは、専門職が上から助言をするのではなく、自然にアドバイスをいただける時間にすることが大切です。

第2部の最後は、参加者がご本人に向けたメッセージをフセンに書き記し、記録シートや色紙に貼り付け、ご本人におみやげとして渡します。また、地域の情報など、ご本人に渡せるものがあれば準備しておくといいです。このメッセージは思いのほか、ご本人も参加者の皆さんも喜ばれています。

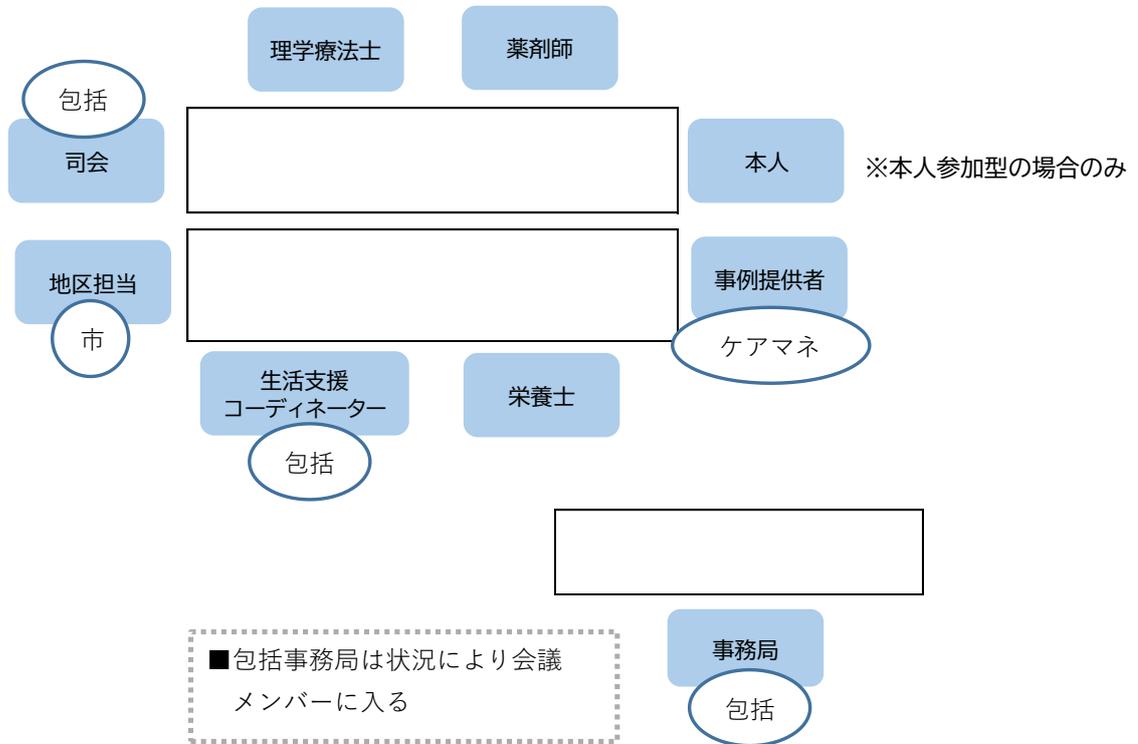
また、ご本人へアンケートを渡します。

会議後、ご本人のアンケートから、「自分のために集まってくれてアドバイスがもらえて嬉しかった」と感想をいただいております。

▶第3部は、ご本人退出後、最後に、参加者全員で、今日の会議から見えてきた地域課題について、意見交換を行います。

ご本人の自立した暮らしについて、ご本人を交え、真剣に語り合う時間を過ごしたことは、参加者にとって新たな気づきを得る機会となり、地域課題について再認識するなど、とても有意義な時間となっています。また、最後5分で、会議全体の振り返りをします。

9. 会議のレイアウト図（例）



10. 会議で使用する様式

① 当日第1部で参加者へ配布するもの。

自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議の趣旨

- ご本人が“自分の望む暮らし”とは何か考えるきっかけとなり、会議に参加する専門職からのアドバイスを基に、自分らしく、自立した生活を実現するための有効な情報を得る場となるようにします。
- ご本人が望む暮らしの実現のために、ひとりひとりに合わせて、今後どのような支援が必要か、ご本人を含め関係者で話し合うことにより、支援関係者の支援体制力の向上を目指すものです。
- おひとりひとりの会議の事例を通して、地域に不足する資源や地域の課題を発見し、解決策の検討につなげます。

日野市

自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議のルール

- ① 個人情報の保護を遵守する。会議で知り得た個人情報は会議の場のみとする。
- ② 事例提供者の支援内容や他の発言者の意見を否定しない。サポートティブな発言や話を受け止める姿勢（相槌、うなづき）を心がける。
- ③ 自分の意見をおしつけない。威圧的にならない。
- ④ 一度の質問は1項目にする。
- ⑤ 決められた時間や時間配分に配慮する。（ご本人・司会・事例提供者の発言に配慮する）
- ⑥ 一般的な支援内容のみならず、多角的な視野で本人の自立に資する支援方法を考えるように心がける。
- ⑦ 本人の希望を尊重し、本人の強みや地域とのつながりを生かした支援方法を考えるように心がける。
- ⑧ すべての参加者にわかりやすい表現を心がけ、専門用語はできる限り避ける。
- ⑨ 事例提供者への感謝とねぎらいを忘れずに。

日野市

会議の趣旨は、ご本人に事前説明時に渡しますが、第2部でもご本人に渡します。

② ご本人の情報 （様式集参照）

- ・利用者基本情報シート
- ・介護予防支援アセスメント用情報収集シート
- ・ICF 課題分析シート（事前にケマネジャーが記入します）
- ・興味・関心チェックシート（ご本人に事前に記入していただきます）
- ・自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議全体シート

この「自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議全体シート」は、当日の会議の第 1 部、ご本人がいない、参加者がご本人を理解する場面で使用します。第 2 部の会議につなげるためのシートになります。

「本人らしい生活を阻害する問題はどのように生じているのか？」

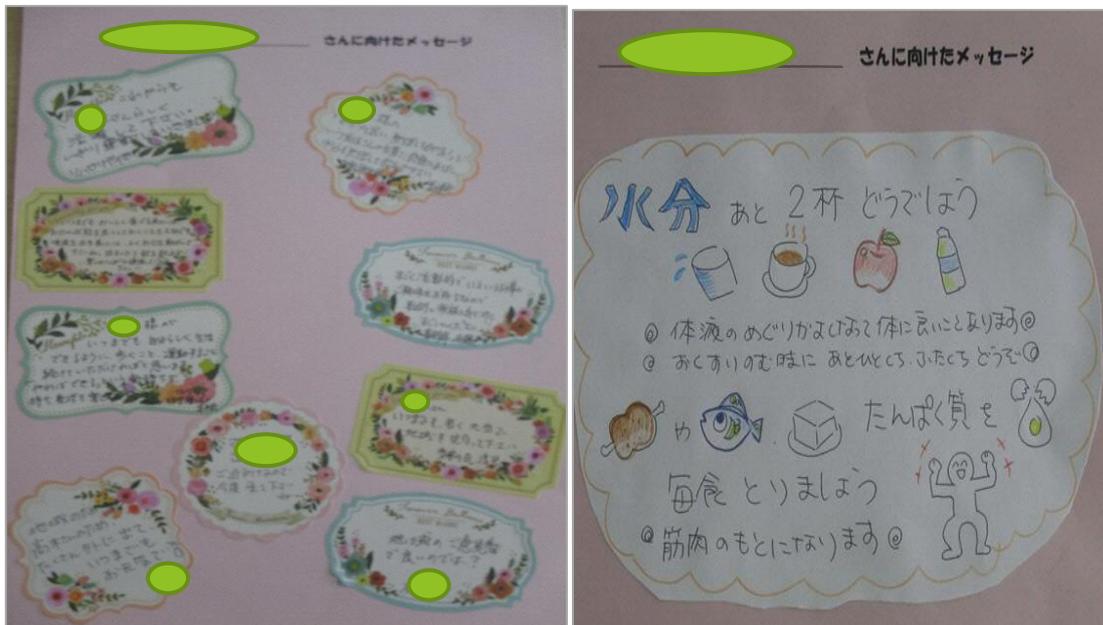
その問題に対する手立てはなにかを参加者で考えます。

③ ご本人に渡すメッセージカード ※本人参加型のみ

④ アンケート （本人以外の参加者全員）

⑤ ご本人へのアンケート ※本人参加型のみ

<多摩川苑のケア会議の様子・本人へ渡すメッセージカード>



<せせらぎのケア会議の様子・本人へ渡すメッセージカード>



1 1. 会議後にすること

- ①ご本人アンケートの収集
- ②参加者へのアンケート集計結果等送付等送付（様式⑭参照）
- ③地域ケア会議実施報告書の作成
- ④市へ提出（地域ケア会議実施報告書、アンケート集計結果）

※地域ケア会議実施報告書はデータでご提出ください。

※アンケート集計結果については、“本人用”と“本人以外の参加者用”のもの2つについてデータでご提出ください。“本人用”アンケートについては、PDF データでも構いません。

12. 令和4年度の会議で抽出した地域課題

包括名	会議で抽出した地域課題
もぐさ	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ世代で集まる場があるというのは強みである。この場を活用して、専門職との連携もすすめたい。 ・どの地域でも、男性を取り込むことが難しいという課題がある。 ・地域との繋がりが希薄しているうえ、高齢者と若い世代との交流する場がない。子ども世代を巻き込んでいく必要がある。
あさかわ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で減塩食の料理教室開催し、減塩食の味を感覚的に知る機会があればいい。減塩食は感覚で覚えて生活していく事が大事である。配食の減塩食を食べる事も良い。コロナが治まれば料理教室や配食試食会の開催が可能かもしれない。 ・南平体育館のトレーニングマシンの使い方を専門職で教えてあげる人がいれば良いのではないかと。→職員1名しかいない。デイ利用時に本人に体育館のトレーニング方法を提案してみる ・女性は閉経後骨密度が下がりやすいのでサプリメントを利用する事も大事である。市の方で骨密度を測定できる機会があったらいい。→骨密度や血圧の測定できる所をマップで分かるようにするといいかもしれない。サプリメントと薬の飲み合わせの相談はお薬手帳の情報があれば薬局でできる。 ・少し不安を抱えている元気な方の社会資源を増やす必要性がある。 ・スマホ講座は基本がメインであるので上級者向けの講座を開催できたら良い。 ・アプリを活用したフレイル予防。
すてっぷ	<ul style="list-style-type: none"> ・市内外を問わず、すてっぷ地区には転入者が多い傾向あり。（新しいマンション建設、呼び寄せ介護等）転入してきた高齢者が孤立せず、地域コミュニティに溶け込むことができるための社会資源が不足している。敷居の低い、誰もが気軽に参加できるような居場所の創設が必要ではないか。 ・今回のケースは全戸加入の自治会であったが、任意加入の自治会の場合は高齢者が未加入もしくは脱退するケースが増えている。地域の小さな単位である自治会活動の中で高齢者に役立つものがあれば加入率向上になるのではないかと。その中で地域の繋がりができるのではないかと。 ・専門職へ相談する方法が周知されていない。調剤薬局も薬をただ単に受け取るだけの場になってしまっている。地域に対してももう少しPRする機会があってもよいのではないかと。
あいりん	<ul style="list-style-type: none"> ・インフォーマルな資源の把握と新たな資源の必要性の検討 ・関係者間のネットワークの構築（ケア会議後のネットワークの強化）
せせらぎ	<ul style="list-style-type: none"> ・孤独死をふせぐ地域の見守りが必要・要支援認定や介護保険を申請する前段階の人は不安があっても支える人がいない人が多く、相談者に辿り着かない人が多い。 ・もともと日野市に住んでいる人でないと近所に親しい人が居ないことも多く、大人になってから日野市に転入して来た人は近所で親しい人を作るのが大変。 ・高齢者の寂しさや孤独から漠然とした不安が生まれやすいが、サロンやオレンジ広場等の利用を促しても人付き合いを「煩わしい」と感じる人もいて向き不向きがある。 ・サロンやオレンジ広場等通う場所を作っても情報を知らしめていく人や手法がない。 ・社会資源があっても知って欲しい人に届く仕組みが出来ていない。 ・美容院や整骨院で口コミを聞いたお店の人から話を聞いて通所サービスの利用に至ったケースが何件かある。関係事業所や医療機関だけでなく幅広いお店に介護保険事業所や地域の社会資源について知っておいてもらうのも良いのではないかと。 ・サロン等の地域の社会資源を広く知らせていくことも大切だが、どの様に社会資源につなげていくか等の生活マネジメントをする人や場があると良い。

包括名	会議で抽出した地域課題
多摩川苑	<ul style="list-style-type: none"> ・転居等で生活環境が変わった方が地域コミュニティに入っていくことは難しい。 ・独居高齢者は、賃貸住宅の契約や契約更新が難しい等の課題がある。 ・本人の個性や趣味嗜好にあった地域資源があると良い。音楽が好きだとしても音楽ならなんでもよいわけではない。 ・家族、親族との関係が希薄な方の場合、公的な支援者とつながることで安心を得たいと考える方もいる。インフォーマルな支援の充実だけでは解決できない課題もある。 ・補聴器の適切な使い方等を相談できる人や場所があると良い。またケアマネジャーが補聴器についての知識を深められると良い。
いきいきタウン	<ul style="list-style-type: none"> ・徒歩圏内で行ける自由な交流の場があるとよい。 ・サロンのなかで、睡眠、栄養の勉強会開催ができると良い。 ・理学療法士が指導する運動講習を通じて高齢者の健康維持を図れないか。 ・外出方法に困難を抱えている高齢者に対する支援があればよりメリハリのある生活を送れるのではないか。 ・市内で様々なサービスを提供している拠点があるが、そこまで行く手立てがない高齢者がいる。 ・食事を一緒に作って、一緒に食べる場所があったら交流ができて孤独感が薄められる。 ・老人施設にある設備を活用して管理栄養士の指導のもと、健康に資する料理を作る場を設けてはどうか。 ・調理が得意な高齢者が料理を作り、提供する場所があれば、生きがいにもつながるのではないか。 ・空き家活用の敷居が高すぎるため、空き家が放置されている。 ・子供、高齢者など、行政の担当課別の取り組みだけでなく、横断的な取組が必要。 ・様々な団体とのコラボを模索し、経費のかからない事業を構築する必要がある。
すずらん	<ul style="list-style-type: none"> ・親族がおらず、要介護の認定をもたない高齢者への支援の仕組みづくりおよび支援者の確保。 ・在宅以外での生活の場の確保。 ・困った時に相談先がわからない、また、介護保険はヨボヨボにならないと使えないものだと思っている。地域包括支援センター、介護保険の更なる周知が必要。 ・休日のデイサービスなどの場を借りて、理学療法士、作業療法士などのリハビリ職、医療などの専門職を呼び、話しや相談ができる、“地域の保健室”のような場が必要。
かわきた	<ul style="list-style-type: none"> ・資源マップがあるとよい。 ・PTがどこにいるのかわからない。何処へ相談すればPTに会えるのかわからない。 ・簡単な電気の修理を依頼したいが、まちの電気屋さんを知らない。どこで紹介してくれるか情報がほしい。

7. 主催する側の役割を理解

1. 司会者の役割

1) 司会者が行うこと

- ① 会議の進行をコントロール
- ② 意見に対する双方向な関係・交流への介入
- ③ 会議内容・結論へのコントロール

2) 司会者の必要な視点

① ケースの見立て

- ・ 本人はどのような生活を望んでいるのか
- ・ 本人は何をしたいのか？
- ・ 家族はどのような生活を望んでいるのか？

さらに、「本人の望む生活を阻害している要因は何か？」

本人の望む生活を阻害する要因（消極的、拒否的、現状を乖離

した意向である要因を含みます）

「本人は何に困っているのか？」

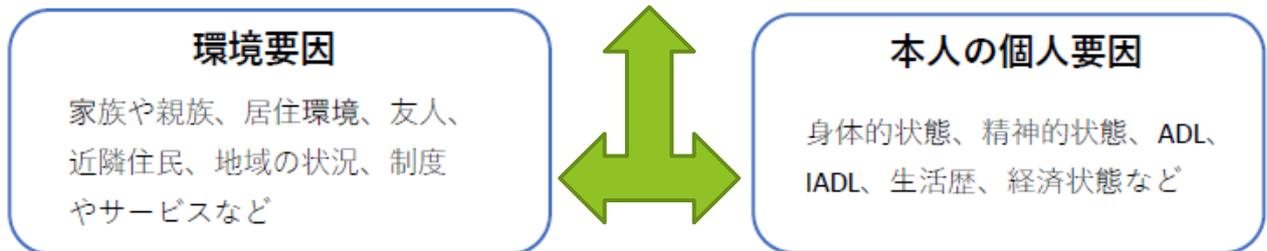
「できる能力があるのにしていないことは何か？」

「かつてはしていたのにしなくなったのは何か？」

「家族はどのような何を問題と思っているのか？」

「事例提供者が何を問題と思っているのか？」など

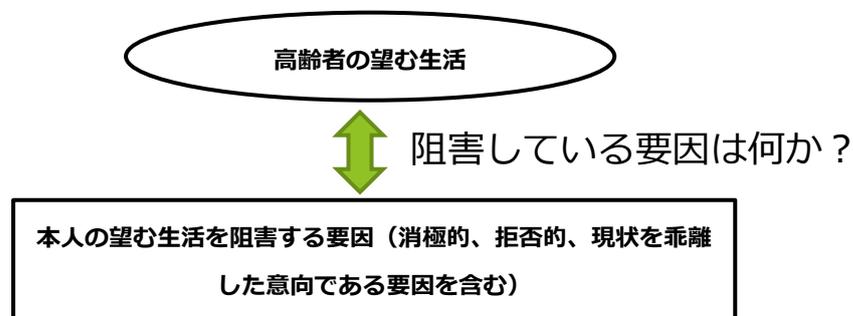
「本人の望む生活を阻害している要因はどのように生じているか？」



- ▶個人：問題を解決して、本人の望む生活を実現するために、活用できる本人の強みは何か？
- ▶環境：本人の望む生活を実現するために、活用できる本人の社会資源は何か？

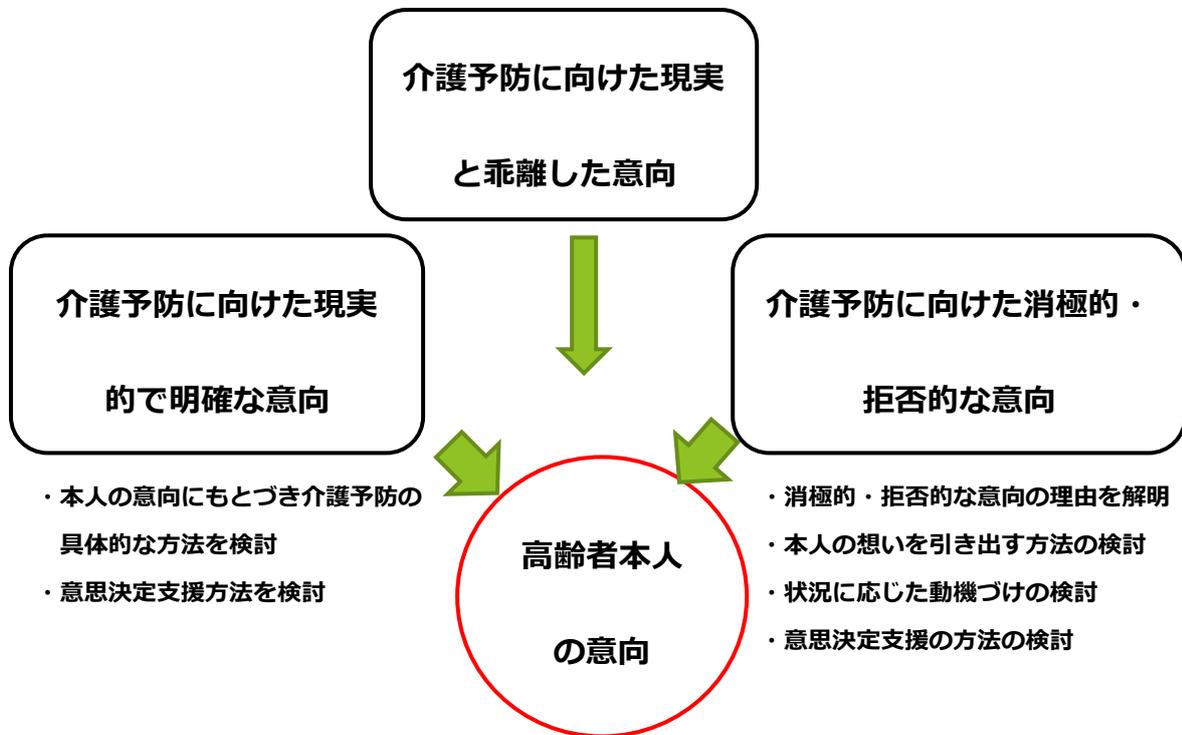
② 検討内容

- ・高齢者本人の望む生活を踏まえて、どのようにすれば自立を阻害している要因に対処できるか？
- ・高齢者本人にどのように働きかけていけばよいのか？

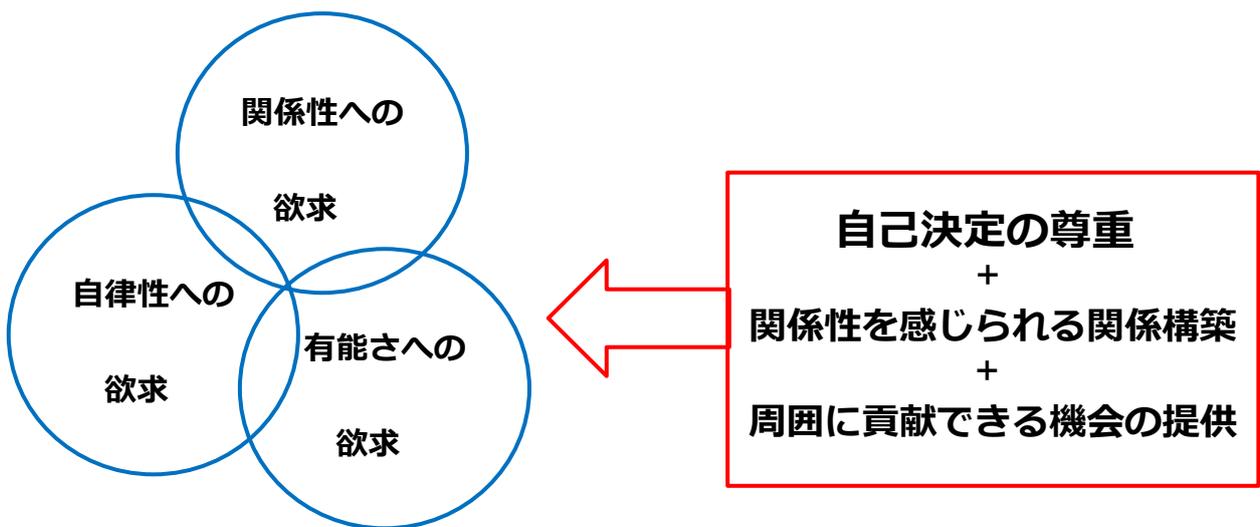


③ 高齢者本人の意向による検討事項

- ・ 状況と乖離した意向の理由の解明
- ・ 現状確認を深める働きかけの検討
- ・ 意思決定支援方法を検討



④ 高齢者・事例提供者への動機づけ



⑤ 地域ケア個別会議のルール

⑥ 専門職の助言をまとめる

3) 司会者が行うべきこと（開催前）

① 目的と目標を明確にする

② ケースを見立てる

③ 事例提供者のサポート

④ 個人情報取り扱いについて確認する

⑤ 会議の流れをイメージする

4) 司会者が行うべきこと（開催中）

① 開始のあいさつをする

② 参加者が自己紹介をする

③ 会議の目的を確認する

④ 全体の流れと個人情報取り扱い、会議でのルールを共有する

⑤ 高齢者本人の自立を阻害している要因と背景を明確にする

⑥ 目標を確認する

⑦ 目標を達成するための方法（自立を阻害している要因への対処等）について検討する

⑧ 提案内容および提案方法とモニタリング方法を定める

- ⑨ 地域課題や自立促進要因を確認する
- ⑩ 全体のまとめ・アンケートを実施し終了する

5) 司会者における会議促進のポイント

- ① 発言を引き出す
- ② 発言を共有する
- ③ 発言を整理しまとめる
- ④ 話し合いをコントロールする

6) 発言を引き出す

- ① 発言ポイントの明確化
- ② 助言者の専門性を考慮
- ③ ポジティブな方向に思考を向ける
- ④ 一般的な提案に対してより個を意識した質問
- ⑤ 新たな気づきを引き出す質問

【一般化⇒個】「下肢筋力の低下には〇〇が有効だということですが、Aさんの場合どのような方法があるのでしょうか？」

【ポジティブ】×「なぜうまくいかなかったのですか？」

○「どうやったらうまくいくと思いますか？」

7) 意見を共有する

- ① 根拠を引き出す（知識・理由・結論）
- ② 根拠のつながりを確認する
- ③ 発言を言い換え、要約する

【根拠】「やってみたのですがうまくいきません」
「何がそれを妨げているのですか？」

8) 発言を整理しまとめる

- ① 見える化する
- ① ポイントの位置づけを明らかにする

9) 話し合いをコントロールする

- ① 会議の目的から話し合いがそれないようにする
 - ・ 目的、目標の再確認
 - ・ 意向や想いを確認

開いた質問「皆さんよい方法を聞かせてください」

閉じた質問「この方法をやってみますか？」

認める「〇〇さんの意見は A さんの想いを大切にしていますね」

② 話し合いを深める

- ・相手の話に共感する
- ・言葉にしていない気持ちや事柄を明確化する

共感：自分を相手の立場においてみる。立場や目線で理解する

気持ち：感じていること・考えていること・望んでいること

明確化

10) 発言を止める

- ・発言を要約して受け止める
- ・別の機会に発言するように促す

「お話しの途中で申し訳ございません。確かに課題解決の鍵は
ご長女の協力にあると思います。」

「とても大切な意見ですが、まずはAさんが課題だと認識して
いる外出時の転倒の不安について話合いたいと思います。後ほ
ど検討できればと思います。」

1 1) 質問する場合の留意点

- ① 一度の質問は 1 項目
- ② 非言語メッセージに注意を払う
- ③ 受け止めているというメッセージを伝える (頷き・相槌)
- ④ 開いた質問と閉じた質問の使い方を工夫する
- ⑤ 関心の中心を相手に向ける
- ⑥ 相手の沈黙に寄り添う
- ⑦ 結論を急がない

1 2) 高齢者参加型の視点

- ① 省略：他の側面が除外されてしまう・情報のわずかな一部が
選ばれる

「がんばってますから」

「何を、どのくらい、どんなふうに、いつごろから」

- ② 歪曲：独自の捉え方で表現する・意味内容がゆがめられて伝え
られる

「どうせやってもいい結果はでないよ」

「いい結果とはどういうことですか？」

③ 一般化：あたかもそれがすべてのように表現する

「みんなもやっている」「すべての人がそう思っている」

「みんな?」「すべて?」

④ 「自分はよくわかっている」「これまでの経験からやってもかわらない」

「もしAさんの望む○○になればとしたら他の方法を考えてみるのはいかがでしょうか?」

「何がAさんを止めているのですか?」

「AがBを意味するのですか?」

1 3) 事例提供者への配慮

・ 事例提供者の力量を把握

「アセスメント不足で・・・」

「そのことは聞いていないんです」

負い目に思ってしまう、

いいわけになってしまう

・ 非言語メッセージに注意を払う

態度、表情、視線、声のトーンなど

1 4) 助言者への対応方法

・助言内容が長い・情報量が多く認知負荷がかかる

主張が強い・こだわる

「ちょっと待ってください。お話しをよく理解したいので確認
させていただきます。」

「それをするによってどんなことが得られますか？」

2. 事例提供者の役割

1) 事例提供者の考え方（東京都）

▶要支援1・2の介護予防プラン及び事業対象者のプラン作成者で
ある介護支援専門員及び地域包括支援センター職員が中心

⇒現状、介護予防プラン及び事業対象者のプランの作成について

居宅介護支援所への委託の状況などかなり開きがある

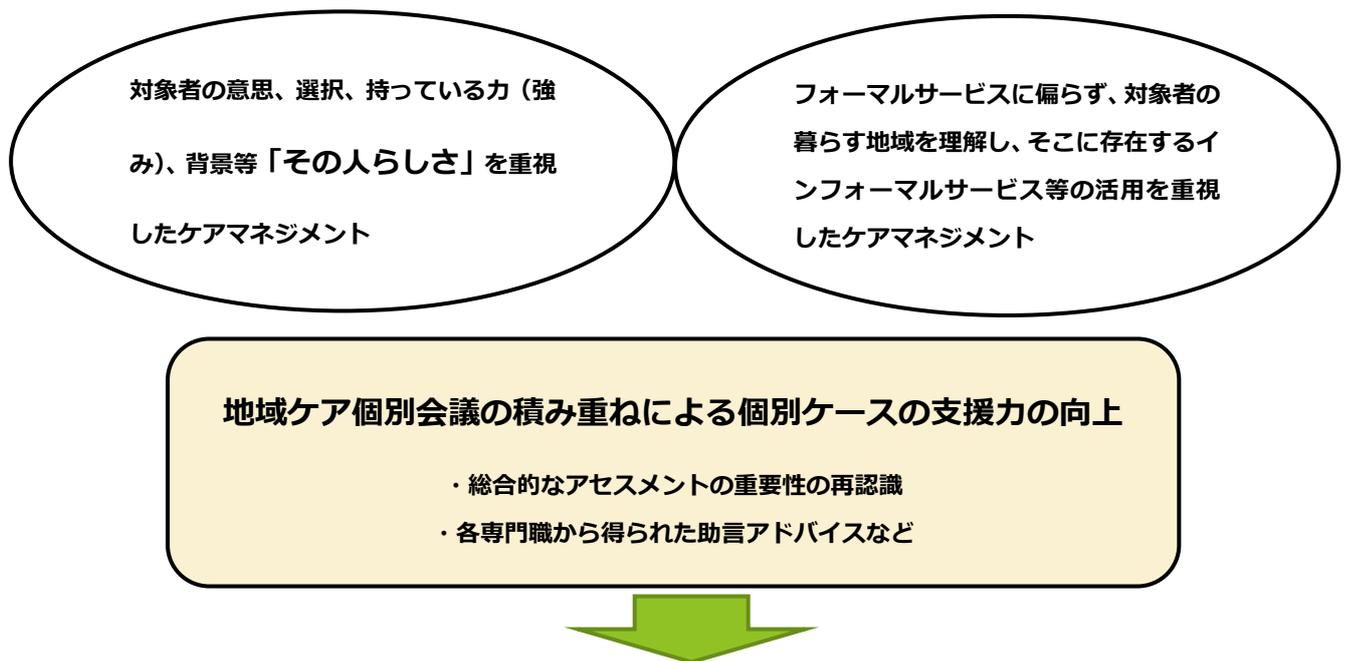
⇒今後、事例提供者として居宅介護支援事業所の介護支援専門員を
対象としていく必要性がある。

▶事例提供者の対象として介護サービス事業所（訪問介護/通所介護
等）を含める場合もある

⇒地域に不足しているフォーマル・インフォーマルな社会資源とは？

③ 自立支援型（自立に資する）ケアマネジメント力の向上

-自立支援型（自立に資する）ケアマネジメントの再確認-



地域ケア個別会議の積み重ねによる個別ケースの支援力の向上

- ・総合的なアセスメントの重要性の再認識
- ・各専門職から得られた助言アドバイスなど

○要介護ケースへの視点、知識、技術等の応用

○地域包括支援センター職員の総合相談等の場面での応用 など

3) 事例提供者の役割：事前準備①

- ・介護予防のための地域ケア会議の目的の確認
- ・事例の選定方針の確認
- ・会議当日の流れ、タイムスケジュールの理解
- ・会議出席者の構成や役割の理解

4) 事例提供者の役割：事前準備②

- ・ 検討事例のアセスメント
- ・ 各種フォーマットの確認・記載

「利用者基本情報シート」「介護予防支援アセスメントシート」

「ICF 課題分析シート」「興味・関心チェックシート」

- ・ 個人情報の取り扱い

事例提出の承認、個人情報の取り扱いに留意

⇒本人へ「会議の趣旨」を渡し、会議の目的など具体的に説明

⇒個人情報の誓約書に記入していただく

5) 事例提供者の役割：会議当日

① プレゼンテーション

- ・ 対象者の基本情報について説明

⇒性別、年齢、自立度、住居、経済状況などから本人の状況を

イメージできるように説明する。本人の強みは強調する。

- ・ 対象者の生活行為課題、現在の状態に至った個人因子・環境因

子について説明。

⇒これまでの生活状況を踏まえ課題を確認する。

⇒自立を阻害している課題とその背景となる対象者本人の個人的

要因および環境要因を整理する。

- ・ケアプランの説明または支援内容、方針について説明する。
- ・本人の強みを活かした改善可能性を伝える。

② 質問・提案

- ・対象者の意向を踏まえた目標の再確認をする。
- ・自立を阻害している課題に対して、専門性の視点からの提案を受けとめる。

③ まとめ

- ・質疑・提案を踏まえ、不足情報や自立支援に向けて取り組むべき点について整理し、的確に専門職につなげる。

6) 役割のまとめ

- ① 対象者の強みや自己決定を尊重した自立支援型（自立に資する）ケアマネジメントやアセスメントの視点の再確認をする。
- ② 軽度者の事例を検討することが、中～重度者の支援に繋がる事を理解する。
- ③ 事例提供者だからこそ知りえる対象者の状態（像）や地域の実情を伝える代弁者として会議に臨み、専門職からの有効な意見を吸収し、プランに生かす。また、支援チームとの共有を行う。

- ④ 個別ケースの検討が地域課題の抽出、新たな資源の開発にまで繋がる事を意識する。

8. 助言者としての専門職の役割を理解

これからの介護予防は

単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることで、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促す。

➡ 一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、QOLの向上を目指す

ここが大事！

	【目的】	【重点的な取組】
これまで	心身機能の改善	➡ 機能回復訓練
今後	活動的な状態の維持	➡ 多様な通いの場の創出

「自立支援」の考え方の共有

<日野市における「自立支援」の考え方について>”の定義<

- 「自立」とは、「必要なサービスや資源について、ご本人の意思で選択でき、地域とつながり、人と支え合いながら、自らが“こうありたい”と望む暮らしをおくること。」と定義づけている。
- つまり、何らかの援助を受けながらも、自分らしく生きていくことが「自立」において何より重要な要素であり、そのための支援が「自立支援」である。
- よって、本人の意思を無視して「サービスありき」の支援や「状態の改善」を強要する支援を行うことは適切ではない。**

ここが大事！

1) 助言のポイント

- ① 相手が受け入れやすい有効な助言のポイント

相手が「納得」できること

- ② すべての参加者にわかりやすい表現を心がける。専門用語はで

きる限り避ける。実行可能な助言をする。威圧的にならない。

2) 参加者で共通認識しておきたい4つの視点

① ウェルビーイングを高める視点

- ・対象者の状態やQOLを高めるなど、より良くなるように働きかける。

② 人と環境の相互作用の視点

- ・「人」と「環境」は互いに影響しあっている。個人の問題ではなく、生活している地域から社会まで、全てはつながり作用しあっている。人を支えている人も、人から制約されている人も同じ人である。

③ アセスメントの視点

- ・対象者のやる気こそが最大の社会資源でもある。やる気の種をどう育むかの視点に立ってアセスメントする。魅力ややりがい、生きがいを感じることが出来るかという要素を押える。

④ エンパワメントアプローチ

- ・本来対象者本人の持っている力に着目し、その力を引き出し、あるいは回復を図って、積極的に活用する支援をエンパワメントアプローチといいます。その人の内面（心理面）で特にその人の自尊感情（セルフエスティーム）については、注意深く把握することが必要です。

<提案のポイント>

- ・提案にあたっては、身体機能のみならず、自らの抱える生活課題や生活習慣、立場、周囲との関係等をその人自身がどう捉え、「どう感じているか？」にも焦点を当てます。
- ・心の状態にも配慮した提案を行います。

9. 今後の取り組みについて

(1) 令和5年度

- ・年度計画に合わせた自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議を地域包括支援センターごとに1回以上実施します。

(2) 地域課題のモニタリングの継続

(3) 令和6年度以降の地域ケア個別会議のあり方の検討

- ・本人参加とするのか、年何回とするか などを令和5年度下半期に検討会議にて決定します。

10. 様式集

- ① 事前会議次第
- ② 専門職への依頼文
- ③ 自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議の趣旨
- ④ 自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議のルール
- ⑤ 利用者基本情報シート
- ⑥ 介護予防支援アセスメント用情報収集シート（一部抜粋）
- ⑦ ICF 課題分析シート
- ⑧ 興味・関心チェックシート
- ⑨ 自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議全体像シート
- ⑩ 誓約書
- ⑪ アンケート（本人以外の参加者全員）
- ⑫ ご本人アンケート
- ⑬ 参加者への会議資料送付文書
- ⑭ 参加者へのアンケート集計結果等送付文書

①事前会議次第

包括（ ） 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議 事前会議次第
日 時：令和 年 月 日（ ） 時～ 場所：
参加者：

1. 本人の選定

2. 専門職 リハ職： 薬剤師：
栄養士： 他の専門職：

3. 日時： 月 日（ ） 時間： 会場：

4. 役割分担

司会： ケアマネジャー： 生活支援コーディネーター：
地区担当： 記録：

5. 会議に必要な書類等の確認

- ①利用者基本情報シート
- ②介護予防支援アセスメント用情報収集シート
- ③ICF 課題分析シート
- ④興味関心チェックシート（本人に記入していただき、回収、事前に参加者に送付）
- ⑤自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議の趣旨（事前に本人に説明時使用）
- ⑥全体像シート
- ⑦地域ケア会議の趣旨、会議のルール
- ⑧付箋・本人メッセージを張る記録シート・クリアファイル
- ⑨参加者アンケート
- ⑩本人アンケート・返信用封筒
- ⑪個人情報保護誓約書
- ⑫体温計・消毒セット等
- ⑬名札用 A4 用紙・サインペン・マジック・ホワイトボード用マーカー等

* ①から⑥は事前に会議参加者へ郵送する。（個人情報 は削除する）

②専門職への依頼文

日 健 高 第 号
令 和 年 月 日

事業所名
職名 氏名 様

日野市高齢福祉課長
○ ○ ○ ○
(公印省略)

日野市 自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議への
ご出席について (依頼)

日頃より、日野市の高齢者福祉施策の推進に御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
市では、高齢者の自立した生活の実現や、支援者のスキルアップ、地域課題の発見・
解決に資するために、「地域包括支援センター○○ 自立支援・介護予防に向けた地域ケ
ア会議」を開催いたします。

つきましては、下記の日程で会議を開催する運びとなりましたので、御多忙の折大変
恐縮に存じますが、ご出席くださいますようよろしくお願いいたします。

記

日 時 : 令和 年 月 日 () 時間 :
場 所 :
住 所 :

【問合せ先】

〒191-8686 東京都日野市神明 1-12-1
日野市健康福祉部高齢福祉課在宅支援係
担当 :
電話 : 042-514-8496

③自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議の趣旨

自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議の趣旨

- ご本人が“自分の望む暮らし”とは何か考えるきっかけとなり、会議に参加する専門職からのアドバイスを基に、自分らしく、自立した生活を実現するための有効な情報を得る場となるようにします。
- ご本人が望む暮らしの実現のために、ひとりひとりに合わせて、今後どのような支援が必要か、ご本人を含め関係者で話し合うことにより、支援関係者の支援体制力の向上を目指すものです。
- おひとりひとりの会議の事例を通して、地域に不足する資源や地域の課題を発見し、解決策の検討につなげます。

日野市

④自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議のルール

自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議のルール

- ① 個人情報の保護を遵守する。会議で知り得た個人情報は会議の場のみとする。
- ② 事例提供者の支援内容や他の発言者の意見を否定しない。サポートティブな発言や話を受け止める姿勢（相槌、うなづき）を心がける。
- ③ 自分の意見をおしつけない。威圧的にならない。
- ④ 一度の質問は1項目にする。
- ⑤ 決められた時間や時間配分に配慮する。（ご本人・司会・事例提供者の発言に配慮する）
- ⑥ 一般的な支援内容のみならず、多角的な視野で本人の自立に資する支援方法を考えるように心がける。
- ⑦ 本人の希望を尊重し、本人の強みや地域とのつながりを生かした支援方法を考えるように心がける。
- ⑧ すべての参加者にわかりやすい表現を心がけ、専門用語はできる限り避ける。
- ⑨ 事例提供者への感謝とねぎらいを忘れずに。

⑤利用者基本情報シート

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・2		
	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・ 総合事業 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) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
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	

⑥介護予防支援アセスメント用情報収集シート (一部抜粋)

介護予防支援アセスメント用情報収集シート			
氏名:	様	年齢:	歳
		性別:	男・女
			年 月 日
1.運動・移動について			
自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手すりや杖に頼らないと不安である <input type="checkbox"/> 介助を受けている	転倒不安の内容	考えられる原因
屋外を安全に歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自宅の周辺なら歩ける <input type="checkbox"/> 杖や補助具が必要である <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子が必要である	介助の状況や歩ける距離等	留意点
交通機関を利用して外出することができますか	<input type="checkbox"/> ひとりでできる <small>《利用している交通機関》</small> 電車・バス・タクシー・車運転・自転車・その他() <input type="checkbox"/> 介助がないとできない	介助の状況	本人・家族の意向
階段・段差の昇降は壁や手すりを伝わずできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
1週間にどのくらい外出していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日程度 <input type="checkbox"/> 4～5日程度 <input type="checkbox"/> 1日程度	外出理由	その他
2.日常生活(家庭生活)について			
日用品の買い物を自分で選んでいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	考えられる原因
預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	
公的書類の届けや契約などを自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	留意点
場面や季節・天気に合わせて着るものや履くものなどを着用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	主な決定者	
献立を考え自分で調理をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	本人・家族の意向
掃除を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
洗濯・ゴミ捨てなどを自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
花木・ペットなどの世話を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	その他

⑦ ICF 課題分析シート

「ICF課題分析シート」		日野市				
<p>1. Aさんらしさ</p> <hr/> <p>2. Aさんの今後の生活への思い</p>	健康状態	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; padding: 5px;">3 困りごと</td> <td style="padding: 5px;">①本人</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">②家族</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">③介護支援専門員</td> </tr> </table>	3 困りごと	①本人	②家族	③介護支援専門員
3 困りごと	①本人					
	②家族					
	③介護支援専門員					
<pre> graph TD HS[健康状態] <--> PS[心身機能・身体構造] HS <--> ACT[活動] HS <--> PAR[参加] PS <--> ACT ACT <--> PAR ENV[環境因子] --> PS ENV --> ACT ENV --> PAR PER[個人因子] --> ACT PER --> PAR </pre>						

⑧興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： R ____ 年 ____ 月 ____ 日

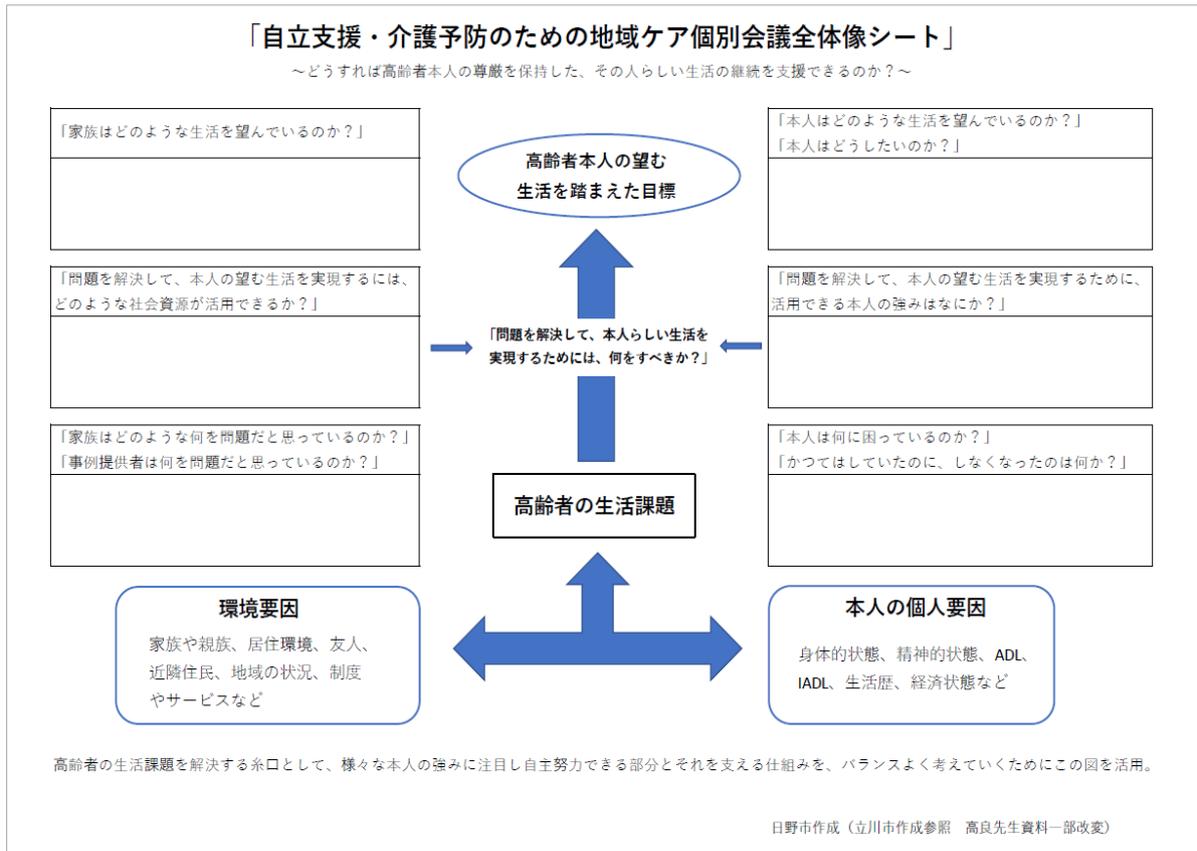
表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

生活行為向上マネジメント ©一般社団法人日本作業療法士協会

本シートは、この著作権表示を含め、このまま複製してご利用ください。シートの改変は固く禁じます。

⑨自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議全体像シート



⑩誓約書

公務員または、地域ケア会議に携わるものは、地域ケア会議の協議に際し以下の守秘義務における宣誓書の提出に協力していただきます。

誓約書

私は、日野市地域包括支援センターが開催する地域ケア会議において、知りえた個人の情報及び個人を特定できる情報について、他に漏らさないことを誓約します。

年 月 日		
所属又は団体	住所	氏名

⑫ご本人アンケート

地域ケア会議にご出席ありがとうございました。				
今後の会議運営においてご意見をいただき改善していきたいと思えます。				
ご協力をお願いいたします。				
なお、返信用封筒にて包括〇〇宛てをお願いいたします。				

問1. 本日の会議に参加した感想をお伺いします。当てはまるものに○をつけてください。

質問	そう 思う	ま あ ま あ 思	あ ま り 思 わ	思 わ な い
1 参加してよかったと思えますか	1	2	3	4
2 ご自身が望む暮らしについて話せましたか	1	2	3	4
3 有効だと思う助言はありましたか	1	2	3	4
4 助言の内容はわかりやすかったですか	1	2	3	4
5 助言は今後の生活に活かせますか	1	2	3	4

問2. 今回の会議の中で助言者についてうかがいます。

① 栄養士の話し方や内容はわかりやすかったですか。率直な感想をお願いします。

回答	
1	

② 理学療法士の話し方や内容はわかりやすかったですか。率直な感想をお願いします。

回答	
1	

③ 薬剤師の話し方や内容はわかりやすかったですか。率直な感想をお願いします。

回答	
1	

問3 全体をとおして「こうしてほしかった」など改善点や感想をお願いします。

回答	
1	

ご協力いただきましてありがとうございました。

⑬専門職への会議資料送付文書

事 務 連 絡
令和 ● 年 ● 月 ● 日

事業所名

職名 氏名 様

日頃より大変お世話になっております。(包括名)日野市自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議へのご出席につきまして御礼申し上げます。

当日、●月●日(●)の会議資料を送付いたします。ご本人の個人情報は除いております。

別紙「自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議全体像シート」を第1部の会議で使用します。第1部でこのシートを出席者で共有していきたいと考えております。恐れ入りますが、本人の情報記録から、事前にご記入いただき当日お持ちください。

また、会議の概要は、別冊「地域ケア会議の手引き」にあります、自立の定義(P9)、会議の位置づけ(P10,11)、会議の趣旨(P20)、会議の流れ(P16)、専門職の役割(P41)等を参考にいただければと思います。

当日は、●時●分から第1部を始めますので、10分前にお越しく下さい。御多忙の折大変恐縮に存じますが、どうぞよろしく願いいたします。

送付内容

1. 利用者基本情報等(右上番号1から7) *当日会議後に回収します。
2. 「自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議全体像シート」
3. 始めよう、自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議手引き

【問合せ先】

⑭参加者へのアンケート集計結果等送付文書

事業所名

職名 氏名 様

日頃より大変お世話になっております。

先日は、自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議にご出席いただきまして誠にありがとうございました。

ご本人の望む暮らしについて、皆様より貴重なご意見を頂戴し、また、地域課題について参加者全員で考えることができました。

遅くなりましたが、アンケート集計、ご本人アンケート（写）送付します。

送付した内容について修正等がございましたらご連絡ください。

今後も引き続きご指導ご協力をよろしくお願いいたします。

【担当】