

## 1. 趣旨

### (1) 「机上の空論」から「現場の実践」へ

- 個々の事例について、  
高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを実践。
- 専門職に求められる専門性として、  
「エビデンス」(＝データを始めとする根拠)に基づき、  
対人援助の「実践を言葉で説明する力」を発揮。

### (2) 「個人プレー」から「チームプレー」へ

- 公正かつ誠実に業務を遂行しようとする介護支援専門員を始めとする  
医療・介護専門職に対し、高齢者及びその家族を始めとする地域の  
関係者の理解が得られるよう、多職種協働で後方支援を実施。
- 保健センターが地域包括支援センターと一体になって参画するなど、  
「縦割り行政」を排除。

## 2. 対象者

### (1) 当面の対応

- 平成27年度より、訪問介護及び通所介護に係る  
予防給付から地域支援事業への移行に伴い、  
新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」を実施。
- この場合においては、要支援者  
及び「基本チェックリスト」該当者について、  
地域包括支援センターで「介護予防ケアマネジメント」を実施。



## 「地域生活応援会議」(3)

- 当面、新規に要支援と認定され、又は「基本チェックリスト」該当と判定された高齢者のうち、在宅サービスを利用しようとするものを対象として、介護予防に資するケアマネジメントのための「地域生活応援会議」を開催。

時期	内容
平成26年10月以降	地域包括支援センターが自ら介護予防サービス計画を作成する対象者に限り、試行的に実施。
平成27年1月以降	次に掲げる対象者も含め、試行的に実施。 ① 地域包括支援センターが指定居宅介護支援事業者に委託して介護予防サービス計画を作成する対象者 ② 介護予防小規模多機能型居宅介護 又は介護予防認知症対応型共同生活介護を利用しようとする対象者
平成27年4月以降	要支援者のほか、「基本チェックリスト」該当者も含め、本格的に実施。

- なお、6か月が経過した時点で、実績を評価し、その結果に基づき、「地域生活応援会議」において、更なる生活機能の向上の可能性の有無を検討。

## (2) 将来的な対応

- 要支援2・1の者について、  
要支援状態を改善するほか、  
要介護2・1の者について、  
要介護状態を改善することも、可能。
- 介護予防に資するケアマネジメントのほか、  
在宅生活の限界点を高めるケアマネジメントも、  
重要。



- 将来的には、「地域生活応援会議」の対象者を段階的に拡大。

目的	対象者
介護予防に資するケアマネジメント	新規に要介護2・1と認定された高齢者のうち、在宅サービス又は施設サービスを利用しようとするもの等
在宅生活の限界点を高めるケアマネジメント	次に掲げる等の高齢者 ① 在宅復帰を支援する退院調整の対象となる高齢者 ② 訪問系、通所系、宿泊系等の在宅サービスの利用から居住系の在宅サービス又は施設サービスの利用へ移行しようとする高齢者

## 3. 参加者

### (1) すべての対象者に関して参加するメンバー

- ① 中央地域包括支援センター又は各地域包括支援センターに配置された保健師又は看護師、社会福祉士及び主任介護支援専門員
- ② 地域医療課又は地域保健課に配置された保健師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士及び言語聴覚士
- ③ 桑名地区薬剤師会の推薦を受けた地域の薬剤師
- ④ 地域の作業療法士
- ⑤ 生活支援コーディネーター(一層及び二層)

### (2) 担当の対象者に関して参加するメンバー

- ① 各地域包括支援センターに配置された介護支援専門員
- ② 指定居宅介護支援事業者の指定を受けた事業所  
又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定を受けた事業所の介護支援専門員
- ③ 指定地域密着型介護予防サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者の指定を受けた事業所の管理者又はその代理人

### (3) オブザーバー

- ① 桑名市の職員
- ② 三重県介護支援専門員協会桑員支部の支部長又はその代理人

## 4. 資料

- 「地域生活応援会議」を効果的かつ効率的に開催するためには、「地域生活応援会議」に提出される資料について、ケアマネジメントの充実に向けた多職種協働のための「共通言語」となるよう、様式を統一することが重要。



- 次に掲げる資料については、厚生労働省によって提示された様式のほか、他の市町村で使用される様式も参考として、「地域生活応援会議」に提出される資料のうち、次に掲げるものについて、標準的な様式を提供。
  - ① アセスメントシート
  - ② 介護予防サービス計画
  - ③ 個別サービス計画
  - ④ モニタリングシート

(注) 要介護・要支援認定に関するデータや「桑名市日常生活圏域ニーズ調査『いきいきくわな』」に基づくデータも活用。

## 5. 手続の流れ

- ① 桑名市は、高齢者に対し、要支援認定を実施。
- ② 介護支援専門員及びサービス担当者は、高齢者及びその家族に対し、アセスメントを実施。
- ③ 介護支援専門員は、各地域包括支援センターと協議しながら、介護予防サービス計画案を作成。
- ④ 桑名市及び桑名市地域包括支援センターは、介護支援専門員及びサービス担当者の参加を得て、「地域生活応援会議」を開催。その中で、介護予防サービス計画案について、必要な見直しを検討。
- ⑤ 介護支援専門員は、各地域包括支援センターと協議しながら、必要に応じ、介護予防サービス計画案を修正。
- ⑥ サービス担当者は、介護支援専門員を通じて各地域包括支援センターと協議しながら、個別サービス計画案を作成。
- ⑦ 介護支援専門員及びサービス担当者は、高齢者及びその家族の参加を得て、「サービス担当者会議」を開催。その中で、介護予防サービス計画案及び個別サービス計画案について、趣旨及び内容を説明。
- ⑧ 介護支援専門員及びサービス担当者は、各地域包括支援センターを通じて中央地域包括支援センターに対し、介護予防サービス計画及び個別サービス計画を提出。
- ⑨ サービス担当者は、介護支援専門員と連携しながら、高齢者に対し、サービスを提供。
- ⑩ 介護支援専門員及びサービス担当者は、高齢者及びその家族に対し、モニタリングを実施。

【参考】「地域生活応援会議」の基本的なスケジュール(平成27年度)

毎週火曜日  
13:30～

「B型地域生活応援会議」

＜桑名市西部地域包括支援センター＞

＜桑名市南部地域包括支援センター＞

毎週水曜日  
13:30～

「A型地域生活応援会議」

＜桑名市

及びすべての桑名市地域包括支援センター＞

毎週金曜日  
13:30～

「B型地域生活応援会議」

＜桑名市東部地域包括支援センター＞

＜桑名市北部東地域包括支援センター＞

＜桑名市北部西地域包括支援センター＞