

町田市



いいケア

いいことふくらむ地域ケア個別会議

町田市について



人口	429,058人	2019年 9月末現在
高齢者人口	114,994人	
高齢化率	26.80%	
要介護認定率	18.79%	
介護費用額	21,861.7円	平成30年度 (「見える化システム」より)
第1号保険料月額	5,450円	

2 なぜ自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議を立ち上げることにしたのか

◆ 「自立支援型のケアマネジメント」

介護予防と自立支援の取組の推進に向けた「自立支援型ケアマネジメント」の実施スキームが全国的に進められている中で、町田市においてもこの取組みを活用することで介護予防ケアマネジメントの質を高めることができると感じた。

自立支援型のケアマネジメントを関係者（行政、高齢者支援センター、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、本人・家族、介護事業所）で推進していくための第一歩として、自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議を立ち上げることにした。

狙い

自立支援型の地域ケア個別会議を立ち上げ、実際のケースから

- ◆ 「自立支援」について皆で考える
- ◆ 地域づくりにつなげる

総合事業の深化・地域包括ケアシステム構築に向けた取組みとして実施

参考

自立支援型ケアマネジメント

厚生労働省「介護予防普及展開事業」 第1回都道府県介護予防事業担当者・アドバイザー合同会議資料「介護予防と自立支援の取組強化について」参考資料)大分県の取組について

3 モデル実施前までの取組内容

◆ 地域ケア個別会議について

各高齢者支援センターにおいて、主に困難事例等の事例を対象に実施。

厚生労働省、東京都が進める「自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア個別会議」は未実施であったため、市主導でモデル会議の立ち上げを行った。

参考

厚生労働省「介護予防普及展開事業」

「介護予防活動普及啓発事業 市町村向け手引き（Ver.1）」

P.12 （1）地域ケア会議で取り扱う事例（対象者）

◆ 介護予防ケアマネジメントについて

説明会や研修会を実施し、自立支援の考え方の説明や模擬事例を使用したケアマネジメントのグループワークなども実施。また、各高齢者支援センターを訪問し、ケアマネジメントの課題などについてヒアリングを実施。

行政が行ってほしい自立支援型のケアマネジメントと実際のケアマネジメントに乖離があるのかどうかも含め、介護予防ケアマネジメントの実態を市が把握できていないという課題を認識した。

◆ 事業展開のロードマップ (第7期町田市介護保険事業計画より)

2018年度	2019年度	2020年度
市でモデル会議実施	市と高齢者支援センターで実施	委託事業所も参加

初年度：モデル会議の立ち上げ

2年目：会議の定着化

3年目：継続・発展

という3か年計画を立て、モデル会議の立ち上げをスタート。

3年目の2020年度は高齢者支援センター主催で会議を運営する方向で計画。

(高齢者支援センターから委託を受けて要支援者等へケアマネジメントを実施している居宅介護支援事業所のケアマネジャーにも「いいケア」を通じて「自立支援型のケアマネジメント」について理解を深めていただけるよう、支援センターと具体的な実施方法を検討中。)

自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の立ち上げに向けたロードマップ
(立ち上げ初年度) 2018年度

年度		2017					2018												
月		11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
国	基礎研修会																		
東京都	実践者養成研修													← 研修 →					
	介護予防推進会議							●	●								●		
	実践会議																		
町田市	内部	計画 →	← 検討 打ち合わせ →																
	予算							センターアリゲ	→		要求								
	他市区視察																		
	地域包括支援センター 運営協議会																		
	いいケア										前期モデル会議				後期モデル会議			研修会	
	支援センター 連絡会等																		
	検討チーム	募集	キックオフ																
	アドバイザー																		
	OT,PT, 管理栄養士													← 検討チームへ参加 →					
	歯科衛生士																		
対外調整																			

モデル会議実施に向けてのポイント

● 対高齢者支援センター

- ・ 検討チームの立ち上げ（p.77上段スライド 中下段参照）

「いいケア」モデル会議の実施にあたっては、「検討チーム」を立ち上げ当事者協働で会議を組み立てることを意識した。（市・高齢者支援センター・アドバイザー）

～経緯～

2017年度

次年度、「介護予防のための地域ケア個別会議」モデル会議を立ち上げることを市にて決定。モデル会議に協力いただける高齢者支援センターを募集。12ある中、8つの高齢者支援センターが手挙げし、いいケア検討チームを立ち上げ。

2018年度

「いいケア」会議のフレーム構成が本格化してきたタイミングでアドバイザー（助言者）の先生方も検討チームに参加。三者双方向で話し合い、「いいケア」のブラッシュアップを図った。

- ・ 地域包括支援センター運営協議会への報告

「いいケア」モデル会議実施にあたり、協議会に諮り、承認を得た。また、随時報告事項として実施経過を報告した。

モデル会議実施に向けてのポイント

- 先行自治体への視察
会議フレームや進行の流れ、使用様式についての学びを目的に3自治体の先進自治体へ会議視察を実施。（埼玉県：羽生市、蕨市 東京都：国立市）
- アドバイザー（助言者）について
他事業で協力いただいております、繋がりのあった専門職（OT、PT）へ事業説明・協力依頼を実施。その中で管理栄養士の先生をご紹介いただき、協力依頼へ繋がった。
歯科衛生士については、歯科医師会を通じて事業説明・協力依頼を実施。
- 三師会について
医師会、歯科医師会、薬剤師会に事業説明・協力依頼を実施。

5 立ち上げ直後の自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の概要

1. 主催者

2018年度：市主催で実施

2. 開催頻度

月1回（2高齡者支援センターが1事例ずつ持ち寄り）

前期・後期に分け、間に2か月間、会議フレーム再検討の時間を設けた。

3. 検討するケース

要支援1・2、事業対象者のうち、

- 通所介護または訪問介護を利用している方（福祉用具購入・貸与、住宅改修を含む）

(利用サービスの観点) (まずは比較的軽度な方を検討する狙い)

- 高齡による衰弱、骨折・転倒、関節疾患に関する事例

(状態像の観点)

- ケアプラン評価前（高齡者支援センター判断でそれ以外も可）

(事務作業の手間軽減の観点)

上記にプラスして、下記の基準での選定もOKとした

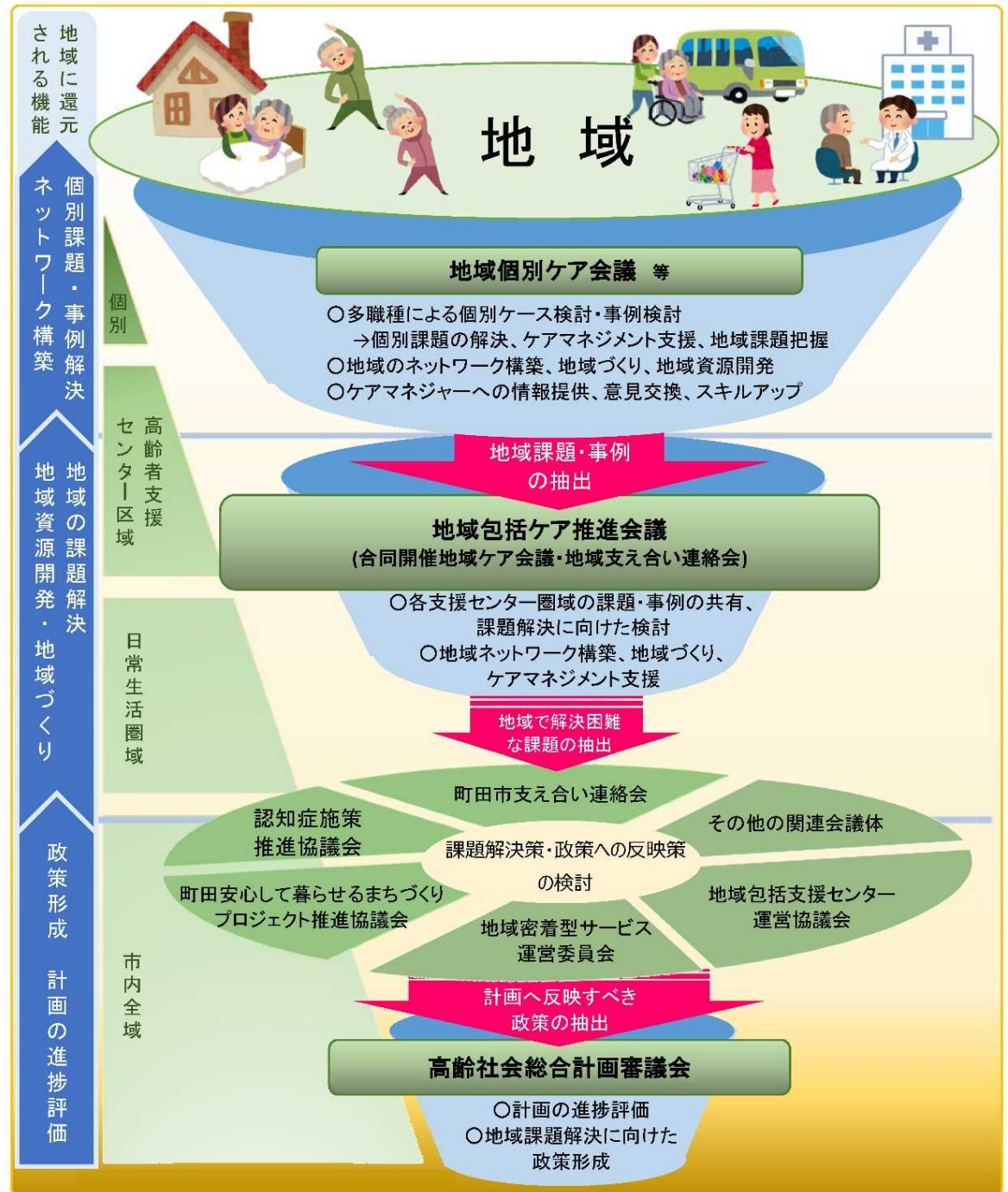
- 介護予防の取組みが必要な方（必要な取組みや支援につながないケース）

- 地域課題への転換を見越し、検討したいケース

4. 選定方法

事例提出者（高齡者支援センター）で選定

6 地域ケア会議体系のデザイン



7 地域包括ケアに関する既存の会議や活動の整理表

	会議 / 活動 (主管課 担当)	目的	種別	参加者	頻度	地域ケア会議の機能					
						個別課題 解決	ケアマネジメント 実践力向上	ネットワー 構築	地域課題 発見機能	地域づくり 資源開発	政策形成
1	地域ケア個別会議 (各地域包括支援センター)	個別事例の課題解決 ケアマネジャー支援 地域課題の把握	個別	本人、家族 地域住民 関係者 等	必要時					×	×
2	介護予防のために地域ケア個別会議 (いいケア) (高齢者福祉課介護予防係)	高齢者の生活の質の向上に向けた ケアマネジメント実践力向上 事業所のケアの質の向上 地域課題の把握	個別	市役所 地域包括支援センター アドバイザー (助言者)	月 1回					×	×
3	地域ケア推進会議 (各地域包括支援センター)	地域課題の検討、課題の解決 地域レベルでは解決できない課題の 抽出	包括	医療、介護、福祉、民生委 員、町内会自治会、等々の 関係団体 機関の地区担当 や代表 等	年1回以上	×	×				×
4	地域支えあい連絡会 (高齢者福祉課介護予防係)	多様な日常生活上の支援体制の充 実 強化に向けた介護予防 生活支 援サービスの体制整備	包括	医療、介護、福祉、民生委 員、町内会自治会、等々の 関係団体 機関の地区担当 や代表 等	必要時	×	×				×
5	町田 安心して暮らせるまちづくり プロジェクト推進協議会 (高齢者福祉課地域支援係、介護保険課)	地域包括ケアシステム構築のための、 在宅療養の普及 医療と介護の多職種の連携の促進 等の実施	そ の 他	医師会など医療事業者団体 とケアマネ連絡会など介護事 業者団体の代表者と行政	年3回	×	×			×	
6	町田市支え合い連絡会 (高齢者福祉課介護予防係)	多様な日常生活上の支援体制の充 実 強化に向けた介護予防 生活支 援サービスの体制整備	市	市役所 町田市社会福祉協議会 生活支援団体代表 NPO法人代表 介護人材センター代表 シルバー人材センター代表 社会福祉法人代表	年 3回	×	×				
7	町田市認知症施策推進協議会 (高齢者福祉課地域支援係)	認知症高齢者及びその家族が住み慣 れた地域で共に生活を送ることが できるよう支援することを目的として、認知 症高齢者を支援するための施策の推 進に関し関係者で協議する。	市	学識経験者、認知症疾患医 療センター代表、認知症専門 医療機関代表、三師会 (町 田市歯科医師会、歯科医師 会、薬剤師会) の代表、地域 包括支援センター、介護支援 専門員、認知症高齢者グ ループホームの代表、認知症 対応型通所介護事業所の代 表、訪問看護ステーションの 代表、認知症高齢者の支援 に係るNPO法人の代表、認 知症高齢者の家族会の代表	年2回	×	×		×		

8 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の目的

高齢者の生活の質の向上に向けた、

ケアマネジメント実践力向上、 事業所のケアの質の向上、 地域課題の把握

最終目的

高齢者の生活の
質の向上

地域に必要な資源や
支援の充実

地域課題の検討

会議目的

ネットワーク
構築機能

個別課題解決機能

ケアマネジメント
実践力向上

地域課題発見機能

事業所の
ケアの質の向上

地域課題の把握

本人参加・不参加について

町田市では、「本人不参加型」を採用。

一番の狙い：「ケアマネジメント実践力向上」という点において、ケアプラン作成者としての力を向上させるという視点から

参考1) 本人不在型としたその他の視点

会議進行の視点：日程調整、会議時間のマネジメント

事例選定の視点：どのような事例も扱える

上記2点の視点も加味し、検討を実施。

参考2) 参加・不参加決定までの経過について

参加・不参加それぞれのメリット・デメリットを表にし、検討チームメンバーで検討・決定。

9 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の開催形態

1. 主催者

2019年度：市・高齢者支援センター共催

2. 開催頻度

月1回（2高齢者支援センターが1事例ずつ持ち寄り）

3. 検討するケース

「自立（望む生活の実現）を阻害する要因や課題があり、多職種で支援方法を検討したいケース」で、以下の3つの要件を全て満たしている事例

要支援1・2、事業対象者

サービス担当者会議の前

総合事業サービス、または、福祉用具貸与利用予定（利用中）の事例（ケアプラン作成があるもの）

医療系サービス（通所リハ、訪問看護）を利用しているケースは除く

p.79上段スライドから変更が必要になった理由

上記基準の幅が広いことから、事例を選ぶ基準が支援センター職員にとって分かりづらかった（ぼやけていた）。

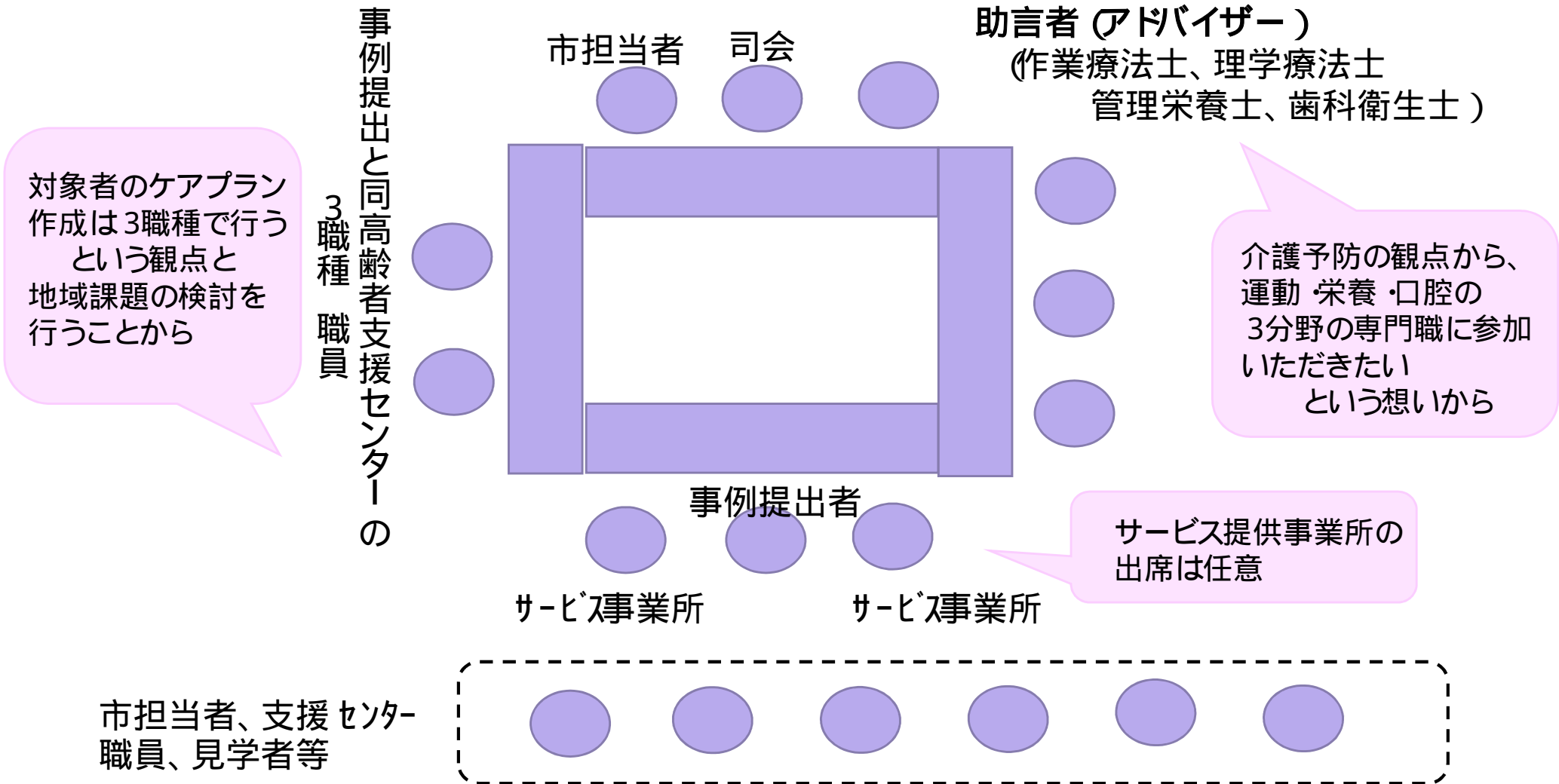
新規のケースが「いいケア」を効果的に活用できると感じた。

そこで、開催回数も限られる「いいケア」でどういう事例を検討するかをもう一度整理した。

4. 選定方法

事例提出者（高齢者支援センター）で選定

（事例提出者の希望により、アドバイザー（助言者）（PT・OT）の事前アセスメント訪問を実施）



生活支援コーディネーターの参加について

コーディネーターにとって、いいケアはコーディネーターの役割の披露の場であると考えますが、出席者に入れるかどうかはセンターの任意。

(センターからの出席者の3職種の一人として参加しているケースが多数。)

12 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の周知

- ご本人 : 事例提出者が会議にかけたい方へ案内・同意を得る
- サービス提供事業者 : 市担当が各種連絡会にて事前周知（デイ、ヘルパー、福祉用具）
- 三師会 : 市担当がモデル会議開始前に相談・協力依頼
（医師会、歯科医師会、薬剤師会）
- その他（保健所） : アドバイザー（助言者）（管理栄養士）について相談

本人への説明用いいケアイメージ資料







町田市主催

「いいケア」のお知らせ

「いいケア」は、さんが自立した生活を送るために、困っていることの解決、やりたいことや続けたいことを支援するための会議です。

この会議は市役所と 高齢者支援センター、下記の専門の先生方で行います。

会議の後には から、皆からのアドバイス内容をもとに、ケアプランの提案をします。やりたいことを続けるために、自分でできることは何か、一緒に考えましょう。「いいケア」は さんが主役です。

<p>作業療法士</p>  <p>毎日の家事や趣味活動などの作業について、生活しやすくするためのアドバイスをします。</p>	<p>理学療法士</p>  <p>座る、立ち上がる、歩くなどの体の動作について、生活をしやすくするためのアドバイスをします。</p>	<p>かかりつけの医師や歯科医師に <input type="text"/> さんの体のことについて聞くことがあります。（生活する上で気をつけなければいけないことなど）</p> 
<p>歯科衛生士</p>  <p>お口の健康を維持するために入れ歯のこと、飲み込みのことなどのアドバイスをします。</p>	<p>管理栄養士</p>  <p>食べる楽しみを持ち続け、すこやかに生活していくために栄養や食事を通してアドバイスをします。</p>	
		<p>薬剤師</p>  <p>処方されている薬の副作用などについて聞くことがあります。</p>

説明を受け、いいケアの会議を開催することに同意します。 年 月 日 名前 _____

本人用説明資料

町田市では、いいケア（介護予防のための地域ケア個別会議）にかけるにあたり、本人の同意を必須としている。

事例提出者（高齢者支援センター職員）がご本人にいいケアの説明がしやすいよう、イメージ資料を作成。ご本人に対し、多職種で検討することや、場合によってかかりつけの医師や薬剤師に問い合わせをすることについて、説明をし、同意を得ている。（署名欄あり。）

いいケアイメージ資料作成にあたっては、市で原案を作成し、検討チームで内容の精査・ブラッシュアップを実施。

いいケアとふくらむ地域ケア個別会議



いいケアとは…

地域ケア個別会議の一つです。町田市ではこの趣旨の会議を「介護予防のための」地域ケア個別会議と位置付けています。要支援1・2、事業対象者の方を対象とし、リハビリテーション専門職等の多職種で、多角的な視点からのアセスメント・自立支援に資する支援方法を検討します。



メンバーは…

2018年度からモデル事業として実施します。
主催：町田市
参加者：高齢者支援センター、サービス事業者、アドバイザー：
(リハ職や管理栄養士など)で構成したメンバーで開催します。市内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーも参加できる会議を目指します。



日頃、ケアマネジメントを行っている高齢者支援センター・ケアマネジャーの皆さんにとって、対象者の高齢者の方が抱えている「困りごと」の解決や「こういうことがしたい」という想いをサポートする、よりよいケアマネジメントが行えるような会議を開催します。出席者の皆が、「その方の課題とは」「その方への良い支援方法とは」「町田の高齢者の方が元気に楽しく自分らしく生活できるサポートとは」について考えるという想いを持って、一緒に「いいケア」をつくっていきましょう！

「いいケア」では、事例検討の積み重ねから、地域にあったらしいな、という支援やサービス（地域課題）について把握することも目的としています。

いいケアのイメージ

年を重ねるにつれて、今までできていたことがしにくくなっていたり、○○○したいけどもう年だから…という気持ちをお持ちの方が多くかと思えます。また、町田市の高齢者の方々は、年をとっても今まで住み慣れた地域で自分らしく生活を続けたい、という想いを持っています。そのような町田市の高齢者の方々の気持ちや願いを実現するため、支援を必要としている人をサポートする方法や課題について、行政と介護・福祉・医療の多職種と一緒に検討します。多職種の視点が入ることによって、多角的な視点からのアセスメントが可能になります。総合事業の各種サービスやインフォーマルサービス、ご自身で取り組むセルフケアなど様々な方法を上手に利用してその人らしい生活をするための支援（自立支援に資するケアマネジメント）の質を高めるための会議が「いいケア」です。

住み慣れた地域でその人らしく生活できる環境
(高齢者の生活の質の向上)

○対象者の方に対する支援の充実
○地域課題に対する検討

○ケアマネジメント支援
(ケアマネジメント実践力向上と事業所のケアの向上)

○総合事業の理解
○地域課題の把握

個別事例の支援内容の検討

いいケアの進め方

- ①会議参加者は、事例提出者が作成したケアプランや関係資料を読み、ケース概要を掴みます。
- ②司会進行のもと、事例提出者とサービス提供事業者からケース概要を説明します。
- ③アドバイザーがそれぞれの専門分野を中心にアドバイスをを行います。
- ④最後に、アドバイス内容を再確認し、今後の支援方法について皆で共有します。
- ⑤事例提出者は、いいケアでのアドバイスをもとにご本人・ご家族と話し合い、ケアプランの見直し等、今後の支援に活かします。

いいケアで期待できる効果

- いいケアで期待できる効果には3つ、あります。
- 1つ目は、個別事例の検討を通じた、その方へのマネジメントの質の向上が期待できます。
 - 2つ目は、地域包括ケアシステム実現に向けた取り組みである「介護予防・日常生活支援総合事業」に対する共通認識の構築が期待できます。
 - 3つ目は、事例を積み上げることによる、地域課題の把握が期待できます。

関係者説明用いいケアイメージ資料 (A4両面)

13 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の事前準備（1 / 2）

2020年度～は高齢者支援センター主催となるため、役割や作業分担も変更する予定

	市	センター	アドバイザー	事業所 (デイ、ヘルパー、用具)	かかりつけ医 (三師会)
～1か月前	<ul style="list-style-type: none"> (対センター)開催通知 (対アドバイザー)出席依頼 (対事業所)開催通知・出欠票提出依頼 (事前アセスメント訪問の希望を受け付けた場合)決定したりハ職へ訪問依頼 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の選定、本人へ説明、同意 事業所に声掛け、市へ「いいケア事例事業所情報」提出 会議資料作成(10日前) (場合によって)かかりつけ医等に相談 (事前アセスメント訪問を希望する場合)リハ職(P.T.O.T)と市へメール相談 	<ul style="list-style-type: none"> 出席依頼受領 (事前アセスメント訪問の希望を受け付けた場合)訪問するリハ職の調整 	<ul style="list-style-type: none"> 開催通知・出欠票受領 	<ul style="list-style-type: none"> (場合によって)センターからの問い合わせに助言
14日前 (2週間前)	出欠票受領			出欠票提出	
10日前	センターから資料受取 アドバイザーに一部資料送付	<ul style="list-style-type: none"> 会議資料を市に提出 出席票の提出 	一部資料の受取、 確認		
前日まで	資料印刷(ナンバリング含む)	(実施する場合) 事前アセスメント訪問の実施	(実施する場合) 事前アセスメント訪問の実施		
会議当日	<ul style="list-style-type: none"> 会場設営 会議運営、注意事項説明 	<ul style="list-style-type: none"> 会議出席 誓約書記入 	<ul style="list-style-type: none"> 誓約書記入 資料読み込み 助言、質問 	(出席する場合) 会議出席 誓約書記入	
会議終了時	<ul style="list-style-type: none"> 資料回収、シュレッダー フィードバックシート回収 	フィードバックシートの記入			
会議終了後		<ul style="list-style-type: none"> (場合によって)かかりつけ医等に事例に関する質問 (助言をお願いした場合)作成したケアプランを交付する 			<ul style="list-style-type: none"> (場合によって)センターからの問い合わせに助言

13 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の事前準備（2 / 2）

関係者に対する環境整備について

関係者がいいケアに出席しやすいよう、依頼文などを送付。

- ◆ 事例提出者（高齢者支援センター）に対する周知と環境整備
 - ・・・開催通知の発送の実施（2018年度モデル会議時）

- ◆ アドバイザー（助言者）に対する環境整備
 - ・・・協力依頼の説明及び会議出席の依頼文の送付（2018年度モデル会議～現在）

- ◆ サービス事業所に対する周知と環境整備（通所介護・訪問介護・福祉用具）
 - ・・・開催通知・出欠票の発送の実施（2018年度モデル会議時～現在）

14 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の当日のタイムスケジュール

1 事例、約60分で構成

項目	想定時間	発言者	実施事項
はじめに	5	司会者	会議趣旨の説明、配布資料の確認など
資料読み込み	5		事例資料の読み込み
事例提出者（プラン作成者）から事例の概要説明	5	プラン作成者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事例選定理由について ○ 基本情報：年齢、性別、介護度、疾患名、世帯構成（独居・夫婦世帯・子供等と同居か） ○ 課題整理総括表を用いて、 <ul style="list-style-type: none"> ・自立できていない生活状況とその要因 ・自立できていない生活状況の改善/維持の可能性（悪化が予測される状況も含む） ・本人及び家族の生活に対する意向（記載していれば生活課題） ○ いいケアアセスメント検討シートを用いて、 <ul style="list-style-type: none"> ・現在利用しているサービス ・本人が希望する生活（目標） ・その解決策（支援内容）について説明 ICFの視点も踏まえて
事例提出者（介護サービス事業所）から支援方針の説明	5	サービス事業所	<ul style="list-style-type: none"> ○ 個別計画書の説明 <ul style="list-style-type: none"> ・事例への支援内容・支援方法について説明
質問、助言	25～30	司会者 アドバイザー センター3職種 プラン作成者 サービス事業所	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自立できていない生活の状況（生活行為の課題）とその背景である個人・環境要因を整理、明らかにし共有 <ul style="list-style-type: none"> ・出来ること・出来ないこと的能力評価・出来ることのうち、出来る状況が限定されていたり、見守りが必要な生活行為の確認 ・出来ないことの工程分析をし、自立を妨げる要因の抽出、要因を分析 ・出来ない要因に対して、期間限定的な支援が必要か、継続した支援が必要かの見極め ○ 自立を妨げている要因を改善・解決し、目標の実現につながる支援内容の検討 <ul style="list-style-type: none"> ・本人の望む生活・意向の確認 ・目標設定が適切で期間内に実現可能な目標となるよう確認、共有 ・自立を妨げている要因とその解決策についての助言
まとめ	5	司会者	取り組むべき点を整理
地域課題についての検討	5～10		事例を一般化した際に考えられる地域課題についての検討

15 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の配布資料

会議で使用する様式

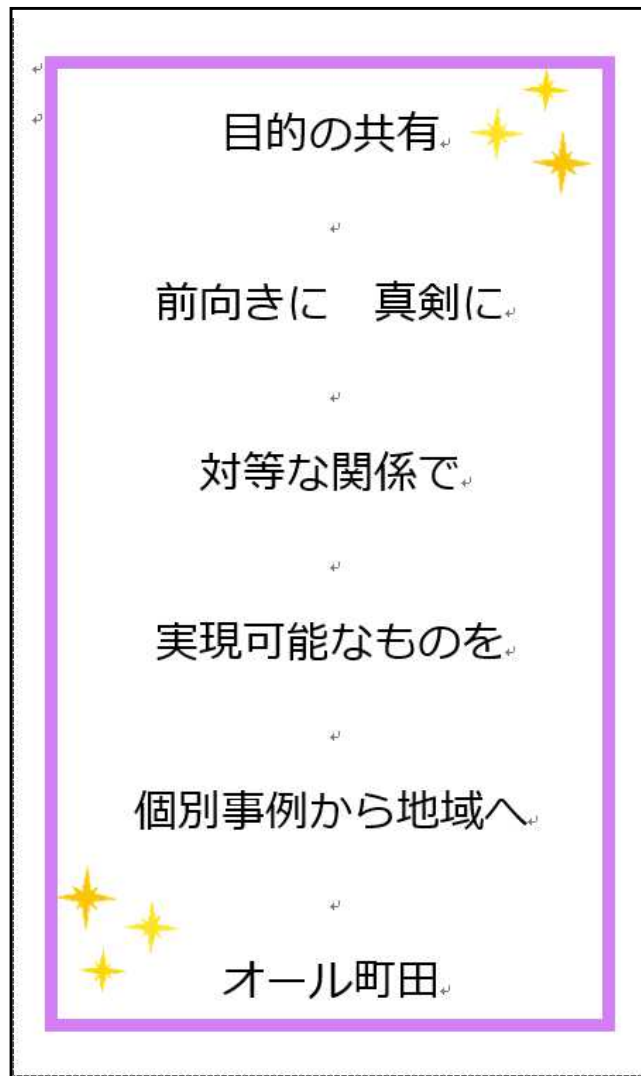
下線が引いてある資料（太字の）は、個人が識別できないよう処理し、事前にアドバイザー（助言者）に送付。

会議冒頭オリエンテーションにて「いいケアカード」を配布。

A	利用者に関する情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本情報 ・ <u>基本チェックリスト</u> ・ <u>興味関心チェックシート</u>
B	アセスメント情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>課題整理総括表</u> ・ <u>いいケアアセスメント検討シート</u>
C	ケアプラン	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防サービス・支援計画表 ・ 週間サービス計画表
D	提供されているサービスの情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各事業所における個別サービス計画書
E	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>食事記録シート</u> ・ <u>いいケア歯科アセスメント検討シート</u> ・ お薬情報（お薬手帳のコピー等）

いいケアカード

いいケアの冒頭の「はじめに」の部分で使用。



ポイント

会議中、机の上に置いて意識できる
(名刺サイズのカード)

- 会議の目的
(文章、イメージ図)
- 会議中に留意いただきたい点

について可視化し、参加者全員で共有。

コアメンバー（事例提出者、高齢者支援センター3職種、アドバイザー（助言者）、サービス事業者）には附番入りのいいケアカードを配布。参加者がどれ位広がっているのか把握が可能。

いいケアアセスメント検討シート



いいケア アセスメント検討シート

名前 さん 性別 男・女
年齢 歳 地域
区分
支1・支2・事業対象者

現在利用しているサービス
(一般介護予防事業、
インフォーマルサービス含む)

健康状態

心身機能・構造

活動

参加

本人が希望する生活

環境因子

個人因子

プラン作成者が考える生活課題

食事記録シート



食事記録シート

_____さん



	月 日()	量	月 日()	量
朝				
昼				
夜				
間食 など				

書く際のポイント

- 冠婚葬祭など、特別な日ではなく、「普段の食事」を記録しましょう
- 食べたもの、飲んだものすべてを記録しましょう
- ご家族、ヘルパーさん、ケアマネジャーさんなどに協力してもらいましょう
- 菓子、調理済み食品、外食などは、商品名やお店の名前を書いてください
- 量は、1杯、1切れ、1玉など目安量でかまいません（「卵大」「片手の手の平に乗るくらい」など）

例) サラダ

千切りキャベツ片手1杯
きゅうり 1/2本
和風ドレッシング 小スプーン2杯

スーパーのお惣菜

コロッケ 1個

ポイント

2日間の記録のため、
場合によっては、事例提出
者が一度に聞き取りをし
ながら完成できる！

たとえば、
ある日の14:00過ぎに訪問

昨日食べたもの
今日の朝と昼に食べたもの
を聞き取る

プラス、
今日の夜に食べる予定のもの
を聞く

連続する2日間でなくとも
よい。
たとえば、体調によって食欲の
差の波がある方は、両方書く、
など。

いいケア歯科アセスメントシート

いいケア会議 歯科アセスメントシート

公社)東京都町田市歯科医師会

質 問 事 項		はい	いいえ
1	半年前と比べて、堅い物が食べにくくなった	2	0
2	お茶や汁物でむせることがある	2	0
3	義歯を使用している ()	2	0
4	口の渇きが気になる	1	0
5	半年前と比べて、外出が少なくなった	1	0
6	さきイカ・たくあんくらいの堅さの食べ物を噛むことができる	0	1
7	1 日は 回以上、歯を磨く	0	1
8	1 年は 回以上、歯医者に行く	0	1
9	町田市歯科医師会の『高齢者歯科口腔機能健診』を知っている	0	0

質問 1 ~ 8 出典：東京大学高齢社会総合研究機構 田中友規、飯島勝矢

() 歯を失ってしまった場合は義歯等を適切に使って堅いものをしっかり食べることができるよう治療することが大切です。

合計の点数が 0 ~ 2点 オーラルフレイルの危険性は低い

3点 オーラルフレイルの危険性あり

4点以上 オーラルフレイルの危険性が高い

点

アンケート回答者() / 記載者()

個人情報の取扱い

◆ 本人に対する同意

イメージ資料（p.82上段スライド）を活用し、事例提出者から説明。書面にて同意いただく。
（アドバイザー（助言者）からの助言をご本人にフィードバックするため）

◆ 情報提供いただく医師などについての守秘義務の整理

事例提出者から、事例の方についての問い合わせを行うことが会議前後で想定されるが、事例について主治医へ確認を取ることは通常のケアマネジメントと同様であるため、これまで通りの取扱いとしている。（各々の病院・事業所にて情報提供の可否を判断いただく。）

◆ 会議出席者に対する守秘義務(リスクマネジメント)

会議出席者には当日、守秘義務についての誓約書を記載いただく。

情報漏洩管理

◆ 事例資料について

個人情報が記載されているものは、ナンバリングを行う。名簿で出席者と資料 を割り振り、当日配布、当日回収後、返却の確認、溶解を実施。

◆ モニタリング

いいケア後、次期プラン評価時に実施（おおよそ6ヶ月後）
 （「ケアマネジメント実践力向上」の観点で、事例提出者に対して実施）

	内容
事例提出者に関して	いいケア検討後フィードバックシート (p.88上段スライド参照)
ご本人に関して	ケアプラン(いいケア後) 評価表 基本チェックリスト (取っていれば)課題整理総括表

◆ フィードバック

● 研修会の実施

（模擬会議実施後、事例提出者、支援センター職員より、いいケアに参加して得られた点等を報告、アドバイザーより自立に向けたアドバイス内容を報告。）

「いいケア検討後フィードバックシート」

いいケア 検討後フィードバックシート



「いいケア」後のケアマネジメントについての振り返り、いいケアの効果測定を目的として、事例提出者の方にフィードバックシートのご協力をお願いしております。以下の項目の記載をお願いします。

所属： _____ 氏名： _____

1. いいケアで検討した事例について

(1) あてはまるものに○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	助言・検討内容をご本人に伝え、実行できた
<input type="checkbox"/>	助言・検討内容をご本人に伝えましたが、実行できなかった (理由をお知らせしてください)
<input type="checkbox"/>	助言・検討内容を伝えられなかった、または伝えなかった (理由をお知らせしてください)

(2) ご本人の変化について(助言・検討事項を伝えた結果、生じた本人の変化について自由に記載してください。)

2. あなたが担当している他の事例や職場での取り組みについて、あてはまるものに○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	自分の他の事例のケアマネジメント実施時に、いいケアでの学びや気づきを意識して取り組んだことがあった
<input type="checkbox"/>	他の職員等に対して、いいケアでの学びや気づきを共有したり、アドバイスをしたりすることがあった
<small>(その他、取り組んだことなどがあれば教えてください)</small>	

3. いいケアについて、ご意見などがあれば記入してください。

ご協力いただき、ありがとうございました。

【提出先】町田市役所いきいき生活部
高齢者福祉課 介護予防係

18 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の評価

◆ 評価

「いいケアフィードバックシート」、「いいケア振り返りフィードバックシート」を使用。
 (評価に関する整理はp.89上段スライド参照)

	内容	対象者
ケアマネジメント実践力向上	(当日) いいケア当日フィードバックシート	参加者、見学者
	(評価時) いいケア検討後フィードバックシート	事例提出者
事業所のケアの質の向上	(当日) いいケア検討後バックシート	サービス提供事業者

評価表

インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム		インパクト
			一次アウトカム (短期アウトカム?) 対象者や対象地域に生じた変化	二次アウトカム (長期アウトカム?) 対象者や対象地域以外に生じた変化	
投入	事業・活動	結果・産出 (自分たちの生産したもの)	成果・効果 (太字: 把握方法)		波及効果・間接的效果
アドバイザー謝礼 (センター職員人件費) (出席事業所人件費)	介護予防のための地域ケア個別会議 ・リハビリ専門職等多職種からの専門的助言 ・事例の抱える生活課題解決の具体的な検討 ・事例の一般化による地域課題の検討	実施回数 検討事例数 参加者数 事例提出者数 センター参加者数 アドバイザー数 (事業所数?) 見学者数 発見した地域課題	多職種連携 (事例提出者) 【ケアマネジメント実践力の向上】 (認知) 自立支援マネジメント 課題解決に向けた実践的・適切なサービスの提案の必要性を認識する STEP いいケア当日フィードバックシート (満足度) (行動) 課題の解決・したいことに着目したケアプランの提案を行う (状態) ケアマネジメント実践力が向上する STEP いいケア検討後フィードバックシート	(見学者) 【ケアマネジメント実践力の向上】 (認知) 自立支援マネジメント 課題解決に向けた実践的・適切なサービスの提案の必要性を認識する いいケア当日フィードバックシート (満足度) (行動) 課題の解決・したいことに着目したケアプランの提案を行う (状態) ケアマネジメント実践力が向上する 利用者 【介護予防の取組】効果的なケアマネジメントの推進) (認知) 自分の生活課題とその解決に向けた取り組みについて認識する STEP ケアプラン等の確認 (行動) 介護予防に向けた取り組みを実践する (状態) 生活課題の解決、目標の実現 STEP ケアプラン等の確認	高齢者の生活の質の向上 住み慣れた地域、居宅での自立した生活 健康寿命の延伸 生きがいや尊厳の尊重 地域課題の検討 必要な地域資源やサービスの創出 地域に必要な支援・サービスがある環境の実現 高齢者の状態に合わせた支援の実施 (多様な事業者、多様な支援・サービスの実現) 総合事業・地域包括ケアシステムの理解 多職種協働によるネットワーク構築
			地域課題の把握		

当該会議の目的から、支援センター・ケアマネジャーを主軸に評価指標を立てると一次アウトカム、二次アウトカムによって事例以外の利用者や会議参加者に波及効果が得られる (会議の主軸は本人の課題解決のため、に置く)

「いいケア 当日フィードバックシート」

いいケア 当日フィードバックシート

本日の「いいケア」参加について、フィードバックシートの記載をお願いします。



所属： _____ 氏名： _____

1 本日検討した事例についてお伺いします。あてはまるものに○をつけてください。

			い ま し た	い ま し な い	こ う し や う な こ と が あ り ま し た	こ う し や う な こ と が あ り ま し な い
全 員 記 入	1	本人の「本人らしさ」や日常生活を営むための「意欲」を大切に した自立生活をイメージできた	4	3	2	1
	2	本人の自立を妨げている個人因子・環境因子を把握できた	4	3	2	1
	3	本人の自立を妨げている要因に対する解決方法が分かった	4	3	2	1
	4	本人の興味や関心等を活かした目標設定について検討できた (意欲に働きかける目標設定をイメージできた)	4	3	2	1
事 例 提 出 者		本日検討したことは本人に提案できそうな内容でしたが	4	3	2	1
助 言 者	1	自分の専門性を活かして助言することができた	4	3	2	1
	2	本人の状態・状況に合った実用的な方法を提案することができた	4	3	2	1

2 本日の「いいケア」についてお伺いします。あてはまるものに○をつけてください。

			い ま し た	い ま し な い	こ う し や う な こ と が あ り ま し た	こ う し や う な こ と が あ り ま し な い
全 員 記 入	1	参加者誰もが発言しやすいムードだった	4	3	2	1
	2	助言が具体的にわかりやすかった	4	3	2	1
事 例 提 出 者 及 び 支 援 セ ン タ ー	1	自立に備えるケアプランについて、新たな学びや気づきがあり ましたが	4	3	2	1
	2	今日のいいケアでの気づきが実際のケアマネジメントに活か せそうか	4	3	2	1
	3	地域課題について検討・イメージすることができた	4	3	2	1
	4	また「いいケア」に参加したいと思う	4	3	2	1
	5	「いいケア」に事例提出者として参加したいと思う	4	3	2	1

3 1) 今回の「いいケア」で、新たに気づいたことや発見したことなどを記入してください。

2) 今回の「いいケア」で学んだことを、どのような量面でどのように活用しようと考えていますか。

3) もう少し探めたいと感じたこと、その他ご感想やご意見がありましたら記入してください。

4. 投票回、「いいケア」に参加したことのある方にお伺いします。これまでに参加した「いいケア」での自立支援に関 する学びについて、該当する項目に○を付けてください。

- (複数回答可)
- 1) 学びがなかった
 - 2) 自立支援に関する方法などを理解した
 - 3) 理解したことを他者に伝えた
 - 4) 理解したことを実践した
 - 5) 理解したことを他者が実践できるように教えた

<実践できたことを具体的にお願いします>

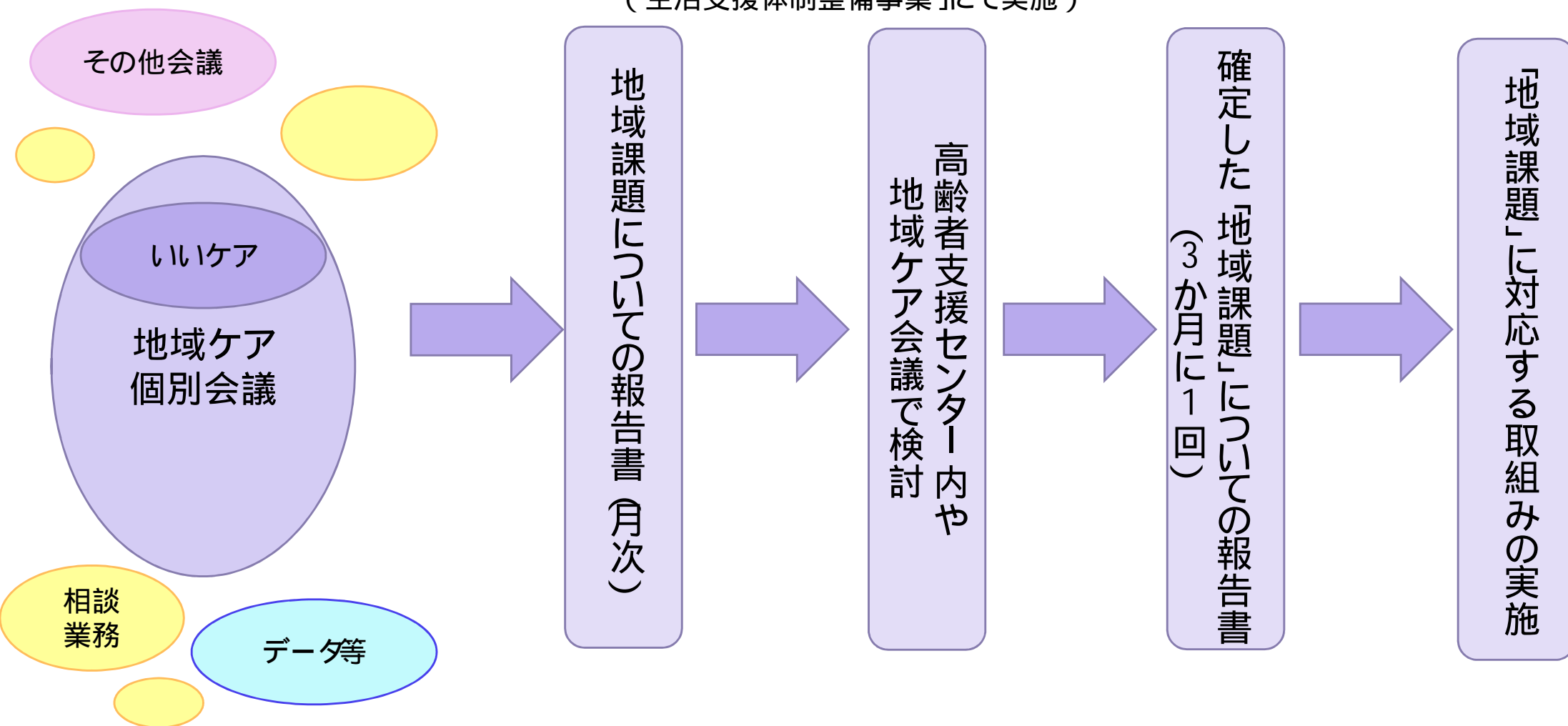
アンケートの記入のご協力ありがとうございます。



19 「個別課題」を「地域課題」に転換し対応するプロセス

以下の流れで、「地域ケア個別会議」やその他の会議や取組み等から出た「地域課題の種」を精査し「地域課題」に転換するプロセスを経て、対応していきます。
(p.79下段スライド参照)

(例)介護予防・生活支援分野について
(「生活支援体制整備事業」にて実施)



20 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議を実施しての成果

市が感じていること

- 自立支援型のケアマネジメントに向けての意識向上が図れた
- 高齢者支援センターがお互いのケアマネジメントを見る・知る機会が持てた など

高齢者支援センターが感じていること

- 「軽度者の自立支援」について考える機会が持てた
- 多職種からの専門的な助言から、多様な視点でのアセスメントの重要性を学べた
- 個別事例を一般化し、「地域課題」について検討する視点が持てた など

市と高齢者支援センター両方が感じていること

- リハ職等の専門職との連携が築けた など

リハ職等の専門職が感じていること

- 地域特性による課題やケアプラン作成者の悩みを知ることができ、改めて利用者の個別性の重要性を考える機会になった
- 医療から地域につなぐ際にも気を付けなければいけないことがまだ多くあると感じた
- 多職種が参加することで様々な視点で多角的に課題を捉えることができると感じた など

21 実施を通じて見えてきた課題と対応

◆ 「いいケア」事例対象者（市民）に向けてアプローチの必要性

「軽度者」（要支援1～2、事業対象者）についての状態像が少しずつわかってきた。
「いいケア」で事例提出者側に対してのアプローチを実施しているが、同時並行で市民向けアプローチをしていくことが必要、ということ由市・支援センターで共通認識が持てた。



対応：リーフレットの作成

対象となる方（新規要支援認定者）に「介護予防」について説明ができるリーフレットを作成し、介護予防に向けた取組みについての啓発をする。

（高齢者支援センターから手挙げで検討メンバーを募集し、市と協働で打ち合わせを実施。
リーフレット原案作成後には、全高齢者支援センター及びケアマネジャーに対して意見募集をしていく予定。）

