



# 令和8年度 直方市地域ケア会議

～ケアマネ・助言者向け研修～

令和8年4月28日（火）13:30～

主催：直方市地域包括支援センター

公益社団法人 福岡県作業療法協会

副会長 粂井 剛士

# 本日の説明内容

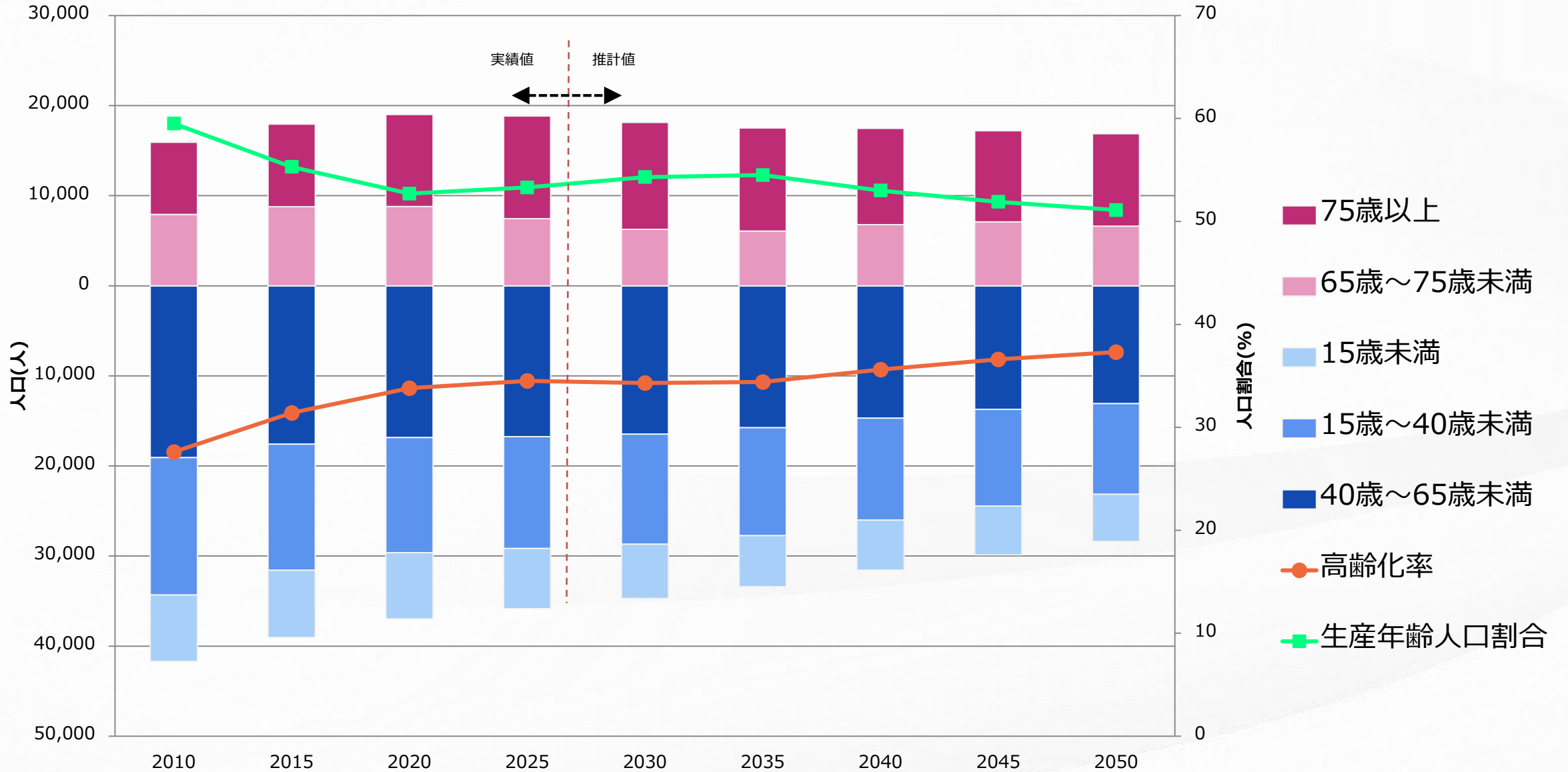
1. 直方市の現状
2. 地域ケア会議について
  - (1) 直方市の地域ケア会議の取り組み・流れ
  - (2) 自宅訪問～事例の振り返り
  - (3) 助言者の方へ
3. 令和8年度地域ケア会議の新たな取り組み
4. 地域包括ケアシステム推進会議への報告



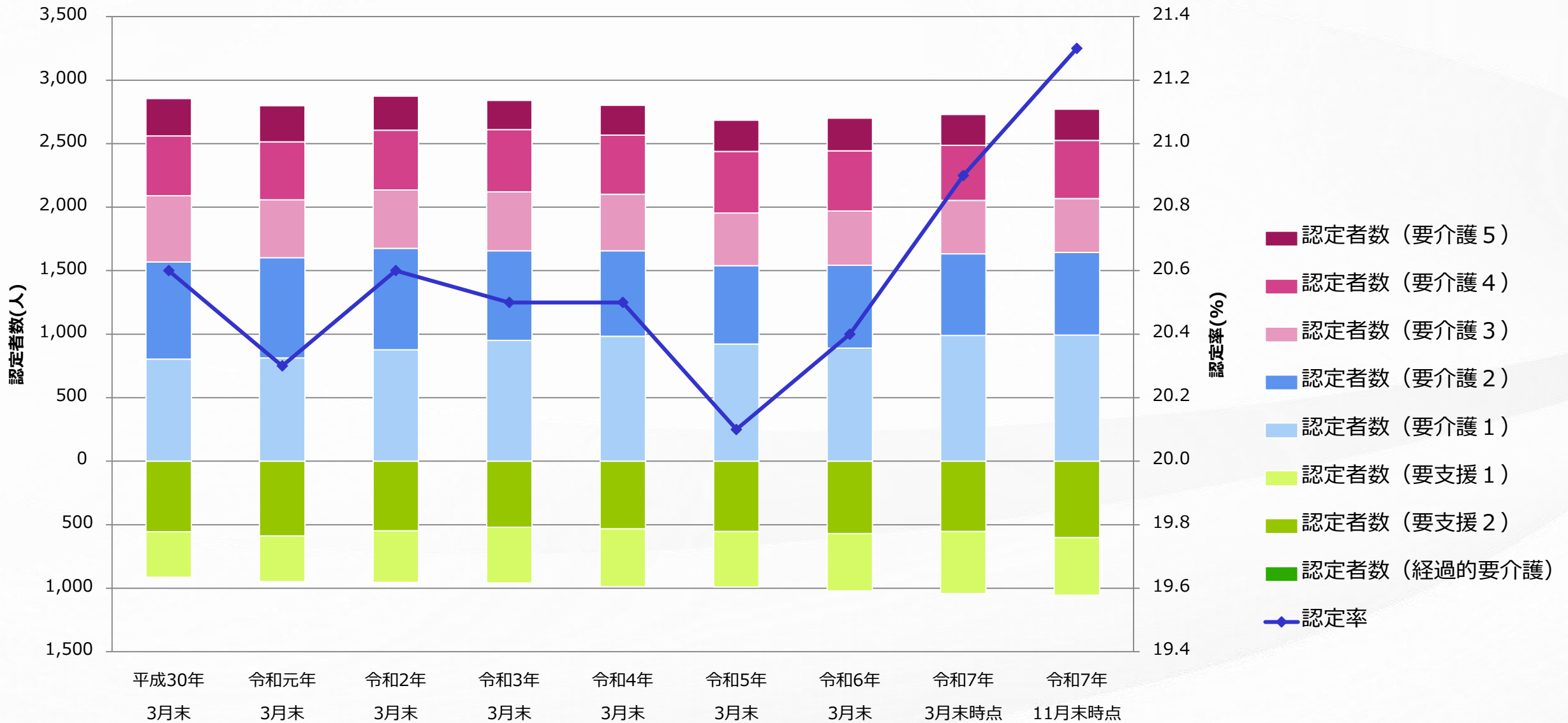
# 直方市の現状



# 直方市の人口の推移



# 直方市 要介護（要支援）認定者数、認定率の推移





# 地域ケア会議について



# 地域包括ケアとは

- 高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活をおくれるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供することが必要
- 自助努力を基本にしながら介護保険を中心としつつも、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な資源を統合、ネットワーク化し、**高齢者を継続的かつ包括的にケアする**必要がある

地域包括ケア



# 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る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



# 地域ケア会議の機能

## ①直方市地域ケア個別会議

「個別事例の課題検討」

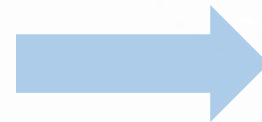
ケア会議終了後、専門職を交えての自宅訪問・  
3ヶ月後の評価



1 個別課題の解決

## ②直方市地域ケア会議 助言者連絡会

「地域課題の整理、解決策の検討」



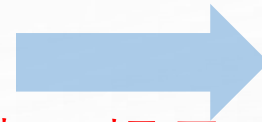
2 ネットワークの構築

3 地域課題の発見

4 地域づくり・資源開発

## ③直方市地域包括ケアシステム推進会議

「地域に必要な取組を明らかにして施策を立案・提言」



5 政策の形成

# 地域ケア会議の位置づけ

地域包括支援センターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するため、

- ①介護予防ケアマネジメント業務（法第115条の45第1項第2号）
- ②総合相談支援業務（法第115条の45第1項第3号）
- ③権利擁護業務（法第115条の45第1項第4号）
- ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（法第115条の45第1項第5号）

の4つの業務で構成される包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担うことによって、地域包括ケアを支える中核拠点として設置されています

また、包括的支援事業を効果的に実施するための環境整備として、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築が求められています

そして、その構築の1つの手法として、地域ケア会議が位置づけられています

直方市での地域ケア会議の  
取り組み



# 事例提供の対象者

総合事業、要支援1～要介護1の方を対象とします



高齢者の生活の質の維持・向上を図るため、多職種による協議により、生活上の課題を確認するとともに、医療・介護のサービスだけでなく、生活環境・生活習慣の改善や生活上の工夫、社会参加などを含めた具体的な支援策を検討する個別会議です

ポイント

令和8年度12月は 1事例のみ

- ・ 検討が必要な困難事例
- ・ 訪問介護における生活援助中心型サービスの届出の必要な方の事例 等

こちらから事例の提出をお願いする場合がありますが  
事例提供を希望される方は、包括主任CMへご相談ください～



# 検討する事例（具体的な例）

## ア 生活機能の向上が期待できる事例、向上させたい事例

- ・ 意欲のある対象者なのでもっと提案できる情報がほしい
- ・ 身体機能は回復してきたので社会参加をもっと活性化させたい
- ・ 福祉用具を活用したほうがADL・IADLが向上すると思うが利用につながらない

## イ 生活機能の低下が予測される事例、低下を予防したい事例

- ・ 痛みやふらつきなどの心身機能の低下により、引きこもり、生活不活性の傾向があるので、今後このままでは生活機能の低下が予想される
- ・ 新たなサービスや活動を提案しているが受け入れられない、他の提案はないか
- ・ このような資源があったらいいと思うが、どこに資源があるかわからない

## ウ 違った視点やスーパーバイズが欲しい事例

- ・ 長年担当している、あるいは同じサービスを長年続けているのでアセスメントの新たな視点はないか
- ・ 自分はこのプランで良いと思うがどうだろう
- ・ 助言者の専門職に教えてほしいことがある  
(薬、食事、口腔、リハビリ、地域資源等で教えてほしいことがある)
- ・ ケアマネジャーの経験がまだ浅いので自信がない・・・など



# 地域ケア会議（令和8年度：個別会議の日程）

開催日	書類提出日締切	事前打合せ	自宅訪問
令和8年 5月27日（水）	5月12日（火）	5月20日（水）	おおむね1か月以内
6月24日（水）	6月9日（火）	6月17日（水）	〃
7月22日（水）	7月7日（火）	7月15日（水）	〃
9月30日（水）	9月8日（火）	9月16日（水）	〃
10月28日（水）	10月13日（火）	10月21日（水）	〃
11月25日（水）	11月10日（火）	11月18日（水）	〃
令和9年 1月27日（水）	1月12日（火）	1月20日（水）	〃
2月24日（水）	2月10日（火）	2月17日（水）	〃



場所：直方市役所 5階 503・504会議室



# 地域ケア会議（令和8年度：支援困難事例会議の日程）

- 開催日：令和8年12月23日（水）9：00～
- 事前打ち合わせ：※2回の事前打合せの予定です。
  - 1回目：令和8年11月中旬予定
  - 2回目：令和8年12月16日（水）9：00～
- 書類提出日：10月下旬頃
- この個別会議では、ケアマネージャー等の専門職の方が対応に困っている事例について話し合います。  
※事例の提出を希望される方は包括主任CMまで、ご相談ください。
- 場所：直方市役所 5階 503・504会議室



# ★ 助言者連絡会 ★ (助言者の方のみ参加)



とき：令和8年8月26日（水）18：30～

場所：直方市役所 5階503・504会議室



- 個別地域ケア会議の経過報告
- 地域課題の整理
- 地域ケア会議の改善策 等





# 事前打合せ～自宅訪問～事例の振り返り



# 地域ケア会議（個別地域ケア会議の流れ）

事例提供者が必要書類の提出（2週間前）

※表紙はPDFで送らないでください。

※表紙に提出書類記載あり

※事例発表の順番を早期に決定します

表紙（氏名はイニシャルで）のみ メール

事前打合わせ（1週間前）

※直方市役所内の会議室  
30分程度

個別地域ケア会議（当日）

※直方市役503・504会議室

自宅訪問（おおむね1か月以内と  
3か月後）

振り返り（原則3か月後、書類提出）

※翌年度に振り返りの報告発表

# 地域ケア会議（事前打合せ）

地域ケア会議の1週間前（午前中）

所要時間

30分程度

打合せ時間については  
包括（主任ケアマネ）  
と調整します

地域ケア会議の当日をイメージしながら打合せ

- ・ 事例発表に際しての課題の整理
- ・ 当日までの補足書類等の確認

\* 事前打合せは、  
困りごとや課題を解決する打合せではありません

参加者

事例発表のケアマネジャー

アドバイザー

包括職員



# 地域ケア会議（当日のスケジュール）

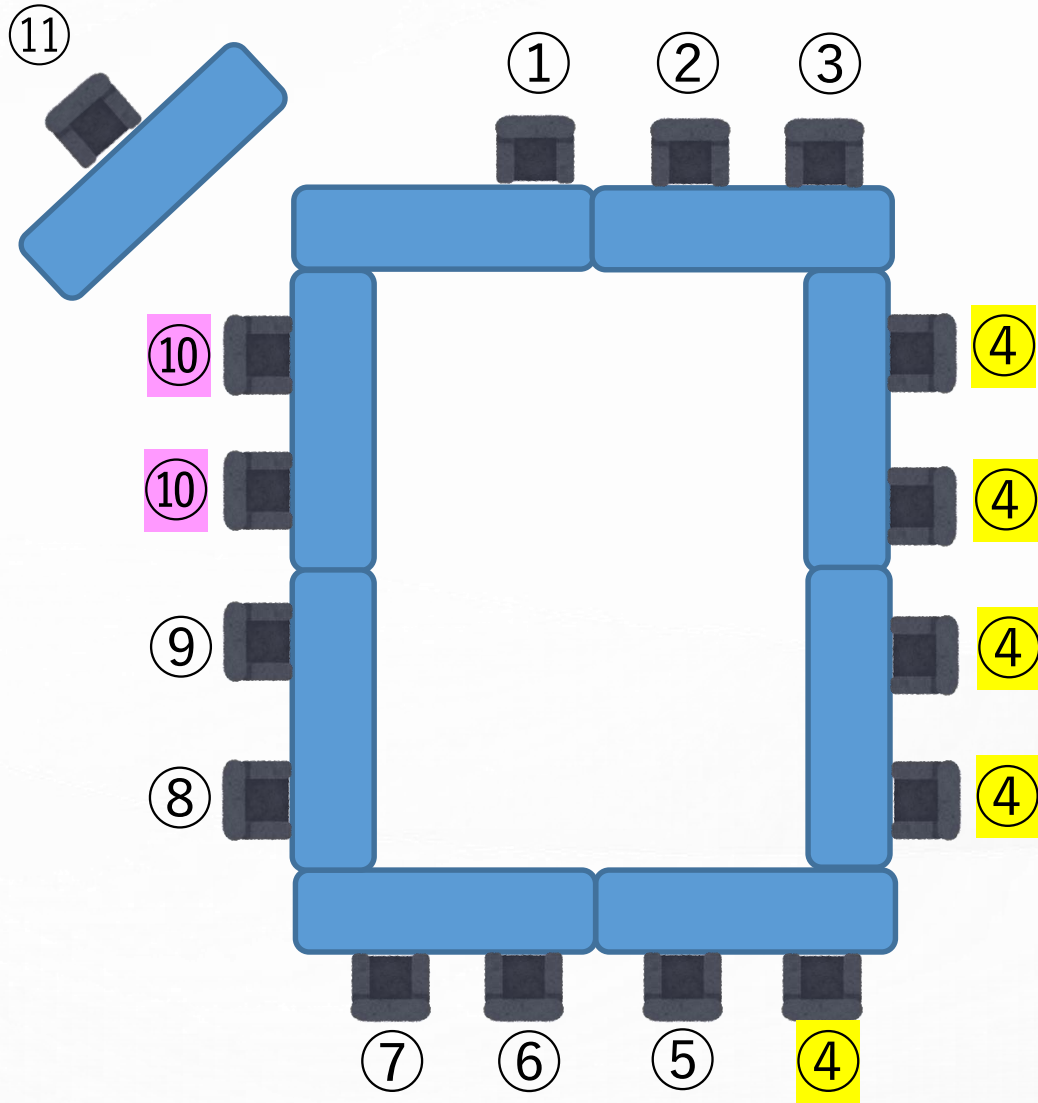


時間	ポイント	所要時間
9 : 0 0 ~ 9 : 1 5	助言者事例読み込み（助言者の方）	1 5 分
9 : 1 5 ~ 9 : 4 5	事例検討【事例1】	3 0 分
9 : 4 5 ~ 1 0 : 0 0	記録・休憩 & 訪問調整	1 5 分
1 0 : 0 0 ~ 1 0 : 3 0	事例検討【事例2】	3 0 分
1 0 : 3 0 ~ 1 0 : 4 5	記録・休憩 & 訪問調整	1 5 分
1 0 : 4 5 ~ 1 1 : 1 5	事例検討【事例3】	3 0 分
1 1 : 1 5 ~ 1 1 : 3 0	記録・休憩 & 訪問調整	1 5 分
1 1 : 3 0 ~ 1 1 : 4 0	令和7年度事例振り返り報告	1 0 分
1 1 : 4 0 ~ 1 1 : 5 5	記録	1 5 分

# 地域ケア会議（進行の流れ）

		所要時間	ポイント
①	事例提供者の概要説明	3分	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 現在の状況（生活機能の低下）に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明（自立を阻害している背景を洞察することが重要）</li><li>・ 課題整理総括表及び支援計画を解説 → 改善可能な機能や重要なポイントを中心に説明</li><li>・ 助言者に対して尋ねたいことや、苦労していることを説明</li></ul>
②	サービス事業所の説明	3分	<ul style="list-style-type: none"><li>・ サービス事業所からサービス内容について説明（運動器等の評価をしている場合はその内容）</li><li>・ 自宅周囲の環境 地域資源の紹介</li></ul>
③	生活支援コーディネーター	3分	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 自宅周囲の環境 地域資源の紹介</li></ul>
④	助言者からの質問・意見	16分	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 司会者が課題を整理して状態像を絞り込んだ上で進行</li><li>・ ケースの本質（自立を阻害している要因）やケアプランの注意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識（抽出した課題）に漏れが生じないように</li><li>・ OJTの場であることを意識して、参加者の発言を促す</li></ul>
⑤	まとめ・重点課題の確認	2分	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 今後参考となる意見やケアマネジャーや事業者が当面必要がある自課題にはその漏れがないよう最後に確認して、本人、家族への説明と合意形成を図るよう促す</li></ul>
⑥	事例提供者の感想	1分	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 会議を通しての感想を発表</li></ul>
⑦	訪問の有無・参加者の決定	2分	

# 地域ケア会議（参加者）



①	事例提供者（事例発表ケアマネ）	
②	司会者	
③	アドバイザー	
④	生活支援コーディネーター	
⑤	薬剤師	
⑥	理学療法士	作業療法士
⑦	歯科衛生士	言語聴覚士
⑧	管理栄養士	
⑨	主任介護支援専門員	
⑩	サービス提供事業所	
⑪	主任ケアマネ（包括支援センター）	

# 地域ケア会議（事例提供者の提出資料）

## 【提出書類】

- 「地域ケア会議 事例提出書類 表紙」を参照ください
- 提出することで具体的な助言を得られる書類等
  - ・ 食事聞き取りシート
  - ・ 血液データ、健康診断結果
  - ・ 写真、データ画像（画像データの提出が可能です）  
※パソコンの動作確認が必要な為事前に相談ください



ポイント

(注意)提出された書類  
は返却しておりません

※書類の書式は、**HPに掲載**しています  
※表紙のみ**エクセル**でメール！PDFで送らないでください。  
その他の提出書類は窓口へ！**個人情報記載のまま**で！  
**(墨消ししない)**

資料の提出先について

直方市健康長寿課 高齢者支援係  
(直方市 地域包括支援センター)  
主任CMへ

# サービス提供事業所との調整（ケアマネジャー）

良い支援を行う上で、サービス提供事業所に地域ケア会議に参加いただくことはより効果的なものと考えています  
無理のない範囲で参加いただけるようお声がけください



★会議の集合時間や開催場所についての連絡は事例提供者（ケアマネジャー）からサービス提供事業所にお伝えください





# 自宅訪問



# 自宅訪問の流れ

1. 訪問先、訪問者の決定 (ケア会議当日)

2. 自宅訪問 (ケア会議後、おおむね1か月以内に訪問)

3. 評価 (自宅訪問後、おおむね3か月以内に評価)



令和8年度の自宅訪問は・・・

- ①訪問は原則1回のみ。評価は電話での聞き取りでも構いません。  
※1回目の訪問時に助言者と再度訪問をして評価するかどうかを決め、シートの「2回目の評価」同行訪問の有無について記入してください
- ②自宅訪問は令和9年1月・2月の事例提出者も行いますが、同行訪問での評価はありません。

ポイント



# 自宅訪問提出書類の流れ

- ・ 訪問後の書類「地域ケア会議の訪問及び評価」は**直方市のホームページからダウンロードしてください。**※包括から紙シートを渡すことはありません。

<http://www.city.nogata.fukuoka.jp/kenko>

★助言者用、介護支援専門員用のシートがあります。

★1回目の訪問シート 2回目の評価シートがあります。

助言者さんの書類提出の流れ

- ① 1回目の訪問シートを作成後、おおむね1か月以内にCMへ提出してください。
- ② 2回目の評価に同行しない場合はシートの作成はしなくて構いません。  
2回目の評価に同行する場合はシートを作成後、おおむね1か月以内にCMへ提出してください **※利用者名、メールで送信する際はイニシャルで。**

CMさんの書類提出の流れ

- ① 1回目の訪問シートを作成。助言者が作成したシートを受け取った後、1か月以内に包括に提出してください。
- ② 2回目の評価を行い、2回目の評価シートを作成後、包括に1か月以内に提出してください **※提出はエクセルでメール送信もOK**  
**※利用者名、メールで送信する際はイニシャルで。**



# 自宅訪問提出書類の記入（初回訪問）

※訪問報告シート（様式）は、直方市ホームページからダウンロードしてください

書類提出の流れ	
<b>1回目</b>	事例提出日：令和 年 月 日【 事例目】
助言者 → 介護支援専門 → 包括	
<b>地域ケア会議後の訪問シート（助言者用）</b> ※メール送信の場合、利用者はイニシャルで	
タイトル：	利用者名： 様
訪問目的：	
記載者：	（薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科衛生士・管理栄養士・生活支援コーディネーター）
実施日（令和 年 月 日）	今後の留意点
助言 指導内容	2回目の評価： 同行訪問有 ・ 同行訪問無し
	訪問後の感想：

※訪問後、介護支援専門員に渡してください。

・ **助言者**（助言者シートに記載）  
訪問後に **枠内（助言指導内容）** を記載し、  
おおむね1週間以内に介護支援専門員へ  
提出

・ **介護支援専門員**（介護支援専門員シート  
に記載）  
枠内（助言指導内容）に記載

助言者からもらったシートと併せて  
包括：主任CMに提出

※訪問後、1か月以内に提出してください

2回目の評価：同行訪問の有無

# 自宅訪問提出書類の記入（3か月後※2回目の訪問をする場合）

書類提出の流れ	
<b>2回目</b>	事例提出日：令和 年 月 日【事例目]
助言者 → 介護支援専門員 → 包括	
評価シート（助言者用） ※メール送信の場合、利用者はイニシャルで	
タイトル：	利用者名： 様
訪問目的：	
記載者：	（薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科衛生士・管理栄養士・生活支援コーディネーター）
実施日（令和 年 月 日）	
達成 ・ 一部達成 ・ 未達成	訪問後の感想：
評価内容	
※訪問後、介護支援専門員に渡してください。	

## ○助言者

訪問後、初回訪問時に記載された用紙の  
**枠内（評価・今後の方針）**に追記して、  
介護支援専門員に提出



## ○介護支援専門員

初回訪問時に記載された用紙の**枠内**  
**（評価・今後の方針）**に追記



包括：主任CMに提出  
※訪問後、1か月以内に提出



# 自宅訪問先での確認

対象者の生活課題に対して、自宅に訪問し利用者に自立支援するための具体的な助言を提供

～住宅改修や福祉用具を貸与された利用者の自宅に訪問された場合～

貸与された福祉用具等の使用状況の確認や、必要な場合は、使用方法の指導なども行ってください

利用者が可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は改善を図り、状態の悪化の防止に資するとともに、介護者の負担の軽減を図る役割





# 事例の振り返り



# 地域ケア会議の終了後の振り返り (ケアマネジャー)

事例対象者、家族、サービス提供事業者等に、必要に応じて会議での提案等をお伝えください

- (1) 事例対象者に対して：状況を見ながら、提案の中で実際に取り組みそうな内容から行ってください  
すべての提案を行っていただく必要はありません  
事例対象者との関係性を第一に考えて頂きますが、なるべく訪問できるような取り組みをお願いします
- (2) 家族や友人等、関係者に対しての提案：状況を見て働きかけをお願いします  
また主治医への確認・報告事項があれば、極力お伝えいただくとともに、必要があれば医療的な判断や指示を仰いでください
- (3) サービス提供事業所に対して：会議で話し合われた具体的な内容を伝えて、情報を共有するとともに、適切な支援が行われるようにしてください



訪問しない場合は、3カ月後にモニタリングの状況を踏まえた「振り返りシート」を提出していただきます

# 振り返りシートの提出 ① (ケアマネジャー)

ポイント

訪問しない場合、地域ケア会議開催月の3か月後、**事例振り返りシート**を包括（主任）へ提出

- ★助言をもとに取り組んだ事・その結果について
- ★達成度
- ★実際に取り組んで生じた新たな課題



地域ケア会議 事例振り返りシート 報告日 令和 年 月 日

実施日 [ ] 居宅介護支援事業所 [ ]  
 事例 [ ] 事例提出者氏名 [ ]

事例タイトル  
 独居で車いす生活をされているが、色々訴え多く精神的に不安定な女性

実施日	助言内容	助言をもとに取り組んだ事・その結果について	達成度
実務員	トリアソラムが過量になることがあるので高齢者においては0.25mgを超えないようにする。ふらつきや薬酔時間など主治医に相談する。		達成 未達成 未達成の理由
管理栄養士	①種食に、固形にしても食べられるヨーグルト・チーズ 牛乳・果物などをすすめる(ケアマネ・リハヘルパーより)。②まずは、睡眠のリズムを崩しているものを探る。		達成 未達成 未達成の理由
言語聴覚士	①声の抑揚や表情を伝えているのか、②声調にこの状態はあっているか、本人以外から客観的状態を伝え治療を。		達成 未達成 未達成の理由
主任介護支援専門員	①訪問内容及び訪問回数について、入浴回数や再検討など、本人のその時の状態に応じた対応が必要。第三者(後見制度)などの検討はとうてい。薬剤管理のサービスマネージャーもいるから。		達成 未達成 未達成の理由

未達成の理由の選択項目  
 ①身体的問題 ②精神的問題 ③受け入れ拒否 ④家族の問題 ⑤環境の問題 ⑥金銭の問題 ⑦その他( )

実際に取り組んで生じた新たな課題

画像はイメージです

# 振り返りシートの提出② (ケアマネジャー)

自宅訪問を行った場合は、振り返りシートの提出は不要とします。

訪問した場合は  
評価の書類が必要

事例提出日: 令和 5年 月 日 [ 事例目 ]

介護支援専門員 → 包括主任

### 地域ケア会議後の訪問及び評価 (介護支援専門員用)

タイトル: \_\_\_\_\_ 利用者名: \_\_\_\_\_ 様

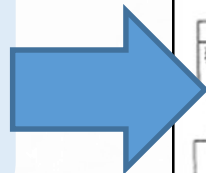
訪問目的: \_\_\_\_\_

記載者: 西村 真直

	実施日 (令和 年 月 日)	評価日 (令和 年 月 日)
訪問 指導内容		達成・一部達成・未達成

今後の方針: \_\_\_\_\_

※訪問・評価シートは、一週間に1回以内で「直方市地域包括支援センター主任へ提出」(FAXも可: 0949-24-7320)



報告日 令和 年 月 日

地域ケア会議 事例振り返りシート

実施日: 令和5年2月21日 居宅介護支援事業所: \_\_\_\_\_

事例: \_\_\_\_\_ 事例提出者氏名: \_\_\_\_\_

### 事例タイトル

独居で車いす生活をされているが、色々訴え

助言内容	実際に取り組んだ事 について	達成度
トリアソラムが高齢になることがあるので高齢者にする。ふらつきや睡眠時間など主治医に相談す		達成 未達成 ×未達成の理由
①朝食に、製菓なしでも食べられるヨーグルト・チアマネ・リハヘルパーより。②まずは、種類のチ		達成 未達成 ×未達成の理由
①坂道時下駄を上げる下駄運動(低背屈、膝伸)②体幹ストレッチ(上下肢分股運動)		達成 未達成 ×未達成の理由
①宅訪問リハによる日常生活で行う訓練確認②トイレ、キッチン等日頃使用する場所、動作に		達成 未達成 ×未達成の理由
比較的認知は保っているようには思いますが精神状態何らかの精神疾患を合併しているのか?主治医以外から客観的状態を伝え治療を。		達成 未達成 ×未達成の理由
訓練内容及び訓練回数について・入浴回数再検討など。本人のその時の状態に応じた柔軟力が必要、第三者(後見制度)などの検討はどうでしょう。薬剤管理のサービス支援もいるかしら。		達成 未達成 ×未達成の理由

未達成の理由の選択項目

①身体的問題 ②精神的問題 ③受け入れ拒否 ④家族の問題 ⑤環境の問題 ⑥金銭の問題 ⑦その他( )

実際に取り組んで生じた新たな課題

提出不要



# 助言者の方へ



# 助言者の方へお願い



## ☆地域ケア会議での注意点☆

- ①机上に誓約書のある方は誓約書の記入をお願いします。  
(毎年一回は誓約書の記載をお願いしています)
- ②机上の用紙については、助言者の方においてはお持ち帰り可能です。  
(見学者の方で事例の用紙がある方は事例の様式に関してはお持ち帰りできません)
- ③PC・モニターについて  
★モニター（事例資料について）：タッチパネルで事例を移動することが出来ます。  
★PC（助言の入力について）：入力方法の注意点については別紙参照。  
・30分の読み込みの時間で極力全事例の助言入力をお願いします（別途、入力時間を設けておりません）  
※入力方法の注意点については別紙参照。
- ④助言・質問については 筆手にて積極的をお願いします。

### ☆記載注意事項☆

※特に注意が必要な箇所には注意書きを加えています。

- ①「保存」ボタンはこまめに押してください。
- ②事例を前後する際のボタン
- ③訪問の必要性について：  
訪問が必要と考えられる場合は：必要  
訪問が不要と考えられる場合は：不要
- ④訪問時間について：自前・他前は問いません。  
最大2名の依頼者まで訪問可能。
- ⑤⑥「助言内容」  
「期待される改善内容について」は、そのままの文章にて  
事例提供者に渡されますので詳しく記載。
- ⑦重要課題選択について：重要課題に該当する場合は（複数回答可）
- ⑧重要課題を選択された場合は、この欄に選択理由を記入。

★入力の改行：「Ctrl+Enter」でお願いします。



令和6年度よりペーパーレス化になっています。  
ケア会議での注意点やPCの記載方法については  
各助言者のテーブルに「**地域ケア会議の注意点**」  
PC「**記載注意事項**」を準備してありますので、会議  
に参加された際は、ご一読ください

# 助言者の方へお願い（追加）

「重点課題を解決するための対策」  
の記載欄

この事例で、課題を解決するために  
直方市であったら良いと考えられる  
地域資源を記入してください



Microsoft Access

助言者入力フォーム ID: 376 PC名: PC245073

事例4 助言者氏名: 磯崎 義久 職種: 生活支援コーディネーター ( )

実施日: 令和7年2月19日 保存 前の事例へ 次の事例

訪問の必要性 (必要な場合は訪問に適した職種を2名まで選択)

訪問の必要性  訪問職種①  訪問職種②

重点課題選択 (選択した課題については理由を記入)

- 身体面 (運動器)
- 健康管理 (血圧/体重)/薬管理
- 口腔面
- 栄養面
- 疾病・医療
- 認知面
- 精神面 (鬱等)
- 金銭の課題
- 家族の課題
- 自宅環境
- 地域の課題 (買物/交通/災害/地理等)
- 社会参加・生きがい
- その他

助言内容

助言が必要となる現状

助言内容

期待される改善内容

重点課題を解決するための対策

備考

フォームビュー

検索するには、ここに入力します

Microsoft Access の機能を利用しています フルター適用

14:14 2025/04/17

# 助言者シート（ケア会議後の活用）

- 地域ケア会議終了後、事例提供者（ケアマネ）へ **助言者シート** を提供します

今後のケアマネジメントの参考にしてください

画像はイメージです

事例1 直方市地域ケア会議助言者シート

	助言が必要となる現状	助言内容	期待される改善内容
薬剤師	処方発作、昼夜逆転。	トリプトファンが過量になることがあるので高齢者においては0.2mgを超えないようにする。からつきや睡眠時相など主治医に相談する。	転倒予防
管理栄養士	①近頃食事1日3回の食事のリズムができていない	①朝食に、調理しても食べられるヨーグルト・チーズ・牛乳・果物などをすすめる（ケアマネ・リハ・ヘルパーより）。②まずは、睡眠のリズムを崩しているものを保る。	①栄養改善の改善意欲増加
言語聴覚士	認知症の診断について	比較的認知は保っているように思いますが精神状態は極めて不安定な様子が伺える。何らかの精神疾患を合併しているのか？主治医にこの状態は伝わっている？本人以外から客観的状態を伝え治療を。	精神症状の改善
主任介護支援専門員	認知力の低下 介護力・養育の両面での多行 親類・家族関係の悪化。外出の機会がないのでは。緊急時の対応。性格の問題。	訓練内容及び訓練回数について・入浴回数の高換気など。本人のその他の状態に応じた養護力が必要。第三者（後見制度などの検討はどうでしょう。承認管理のサービス変更もいるかしら。。	活動量・福祉との接点の増加。本人との関係性を築く。不安を口にできる場所の確保。サービスの変更の検討もどうでしょう。結果から適度への変更も検討してもいいかも。

# 助言を行ってもらう上での注意点

- ◆ 全ての参加者にわかりやすい表現を心がけて、専門用語はできる限り避けて説明する
- ◆ CMさんの聞きたい事、聞かなければならい事を助言できているか？
- ◆ 助言や説明はポイントを絞って、短時間で説明する
- ◆ 問いかけだけで終わらないようにし、問いの目的も明確にする
- ◆ 具体的、実行可能な助言をする（持ち帰れる助言）
- ◆ 特に誰に対しての助言、質問なのか明確にする



相手の立場になって伝える事を意識した上で、簡単なことは簡単に！  
難しいことも、簡単に伝える意識を持つ！

# 助言者（専門職に期待すること）



## 理学療法士・作業療法士

### 地域ケア会議に おける 助言者としての視点

- ① 生活不活発病（転倒）
  - ・転倒による骨折の既往歴がある場合は、必ず転倒の場所、原因を確認する
  - ・転倒の原因が内因性によるものなのか外因性（環境）によるものなのか見極める
  - ・廃用症候群の高齢者に対するサービス事業所での機能訓練の具体的な助言
- ② 脳梗塞片麻痺
  - ・**身体機能の改善のみでなく**生活機能（生活行為）の向上を目指す助言
  - ・環境面（補装具、補助具）に対する助言も忘れない事
- ③ 疾患の症状
  - ・疾患の主な症状、注意すること
  - ・運動機能向上訓練をする場合の**注意事項、リスク管理等**
- ④ **体験事例の紹介**
  - ・成功・失敗の事例を具体的に紹介しながら話す
- ⑤ 利用者が具体的に取り組む運動や活動への助言
  - ・利用者が今後の目標を達成できるように**サービス事業者等への助言**も行なう

### 訪問の視点

#### 対象者

- \*筋骨格系の疾患が有り筋力や体力を低下させている
- \*精神的問題・環境的問題により一時的に機能が低下している
- \*リハビリの必要性は感じていないが早期に運動習慣をつけることで能力の維持・改善の必要性がある。
- \*通所系サービスや訪問リハビリなどの介護サービスを利用されていない利用者

#### 方法

- \*利用者宅訪問し現状の把握及び生活動線の確認・適切な運動・サービスの提案
- \*生活リハビリ・ADL向上

# 助言者（専門職に期待すること）



## 言語聴覚士・歯科衛生士

### 地域ケア会議における 助言者としての視点

- ① 口腔ケアの必要性についての一般的な助言のみでなく、**対象者によってどの程度のケア指導が必要なのか見極めること**
- ② 継続的、或いは抜本的なケアが必要な場合にはケアプランに盛り込むことを助言  
・その際、歯科受診や訪問歯科診療等について確認
- ③ 予後予測として、例えば構音障害の場合どこまで改善が見込まれるか、維持なのか、悪化の遅延化なのか、多少は改善の見込みがあるかどうか
- ④ **誤嚥性肺炎の危険性が予見できそうな事例については、その具体的な予防策を助言する事**  
・例えば年齢から推測し「老嚥」ではないか、脳血管等の疾患の特徴として助言する
- ⑤ 口腔機能の重要性を伝える  
・咀嚼・嚥下機能低下 → 栄養障害 → ADL低下 → QOL低下

### 訪問の視点

#### 対象者

- \*咀嚼に問題があるも定期的な口腔の手入れ・食事（食事介助）が行われていない利用者
- \*言語聴覚士による訓練にて改善の見込みがある利用者
- \*内科疾患が有り、口腔内の環境を整える必要がある方で、歯科受診をされず放置している

#### 方法

- \*嚥下状態の確認・食形態の指導や調理方法の指導・口腔マッサージ・適切な食事状況の確認・食事介助等
  
- \*利用者宅訪問し口腔内の状況把握と手入れ及びの提案

# 助言者（専門職に期待すること）



## 管理栄養士

### 地域ケア会議に おける 助言者としての視点

- ① 永年の生活習慣をみる
  - ・ **習慣を改善させた成功例等の助言に心がけること**  
例えば、カロリー制限の必要な事例に対しては、お茶碗や箸の選択など
  - ・ 食事のアセスメントの必要度の見極め（特に栄養面に問題がなければスルーする）
- ② 低栄養
  - ・ タンパク質摂取は解るが、どのような調理、どのような素材を選択したらいいか伝える  
例）肉×の人「卵」、「納豆」、「豆腐」等 肉○の人  
1日のタンパク質摂取量の目安○g等
  - ・ 効果的なカルシウム摂取の方法（高齢者に適した食材の紹介）
  - ・ **嚥下機能が低下してる人に適した食材（言語聴覚士や歯科衛生士と要相談）**
  - ・ 必要カロリーを摂取する工夫（食べ方：おにぎり、ゆで卵等手で掴んで食べれるなど）
- ③ 糖尿病
  - ・ **具体的な成功例の助言を心がけること**
  - ・ 少量でも満腹感が得られる食べ方の紹介等
- ④ 高血圧
  - ・ 減塩する方法（具体的な方法の提示） 食べ合わせ等の紹介
- ⑤ 標準的なメニューの紹介
  - ・ コンビニ、スーパーでのメニュー（食材選び）づくり
  - ・ 電子レンジレシピ、電磁調理器レシピ、炊飯器レシピ等の紹介

### 訪問の視点

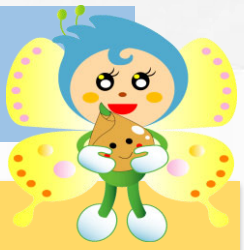
#### 対象者

\* 食事管理が上手く行われておらず、今後悪化する可能性がある利用者

#### 方法

\* 献立の提案・食事上の注意点の提案

# 助言者（専門職に期待すること）



## 薬剤師

### 地域ケア会議に おける 助言者としての視点

- ① お薬が食事・睡眠・排泄等に与える影響を加味して、飲み方や、副作用等で日常生活で気をつけた方がいい事を確認する
- ② 医療機関を複数かかっている場合、重複するお薬がないか、飲み合わせで気をつける薬がないか等の確認
- ③ 服薬状況等悪い場合、内服方法の助言や、内服回数の検討が可能かどうか助言。  
（かかりつけ医やかかりつけ薬局へどのように伝えたらいいか助言）
- ④ 経験事例を通しての具体的な助言
  - ・在宅へ訪問して良かったケース
  - ・内服管理をするための環境助言など（服薬カレンダーの活用など）

### 訪問の視点

#### 対象者

- \* 自宅での内服管理方法が不明瞭
- \* 複数の病院を受診 病院間の内服の情報交換ができていず、同作用の内服や、相互作用にての副作用がある方

#### 方法

- \* 複数の病院から処方されている内服の整理
- \* 薬効や副作用・禁忌の説明
- \* 管理方法の提案

# 助言者（専門職に期待すること）



## 主任介護支援専門員

### 地域ケア会議に おける 情報提供の視点

・ 人を育てる立場であることを理解し、できていないことに目を向けるのではなく、介護支援専門員が気が付いていない視点等にむけての助言を行う。  
求められているのは、指導や教育ではないので気づきにつながる助言可能性（否定をしない。できていないことばかり指摘しない。）  
粗探しでなく「良い点」についてのフィードバックを心掛ける

- ① ニーズを的確にチェックし、自立支援を意識した助言  
可能なかぎり「続けられる」ための助言  
できそうなことに関しては「できるようになる」ための支援につながる助言
- ② 経験事例を通しての具体的な助言
  - ・ 成功・失敗の事例を具体的に紹介しながら、解決に結びつける築きを持たせる。
  - ・ 過去に利用した社会資源の情報提供経験事例を通しての具体的な助言
- ③ 個別課題から政策形成までの展開をサポート  
経験も踏まえてあったらいいな・・・。できたらいいな。を踏まえて地域資源を見つけ出す。

保険者や地域包括支援センターにオブザーバーとしてサポートをする立場としての役割

- (ア) 地域におけるフォーマル、インフォーマルサービスなどの社会資源の質、量の確保と改善に向けた取り組み
- (イ) 新たな課題への対応、改善提案のための介護支援専門員自らの資質向上
- (ウ) 介護支援専門員におけるケアマネジメントの質の向上への取り組み

# 助言者（専門職に期待すること）



## 生活支援コーディネーター

### 地域ケア会議に おける 情報提供の視点

利用者が地域で生活するための社会資源の提案

- ① ご本人宅の住宅周囲環境の確認  
外出を阻害している因子を網領
- ② 公共機関の把握
- ③ 病院（歯科も含む）の把握
- ④ 買い物場所
- ⑤ 地域の通いの場所

各個人の社会資源を集約して、各地区毎または、各趣味活動毎にまとめる

### 訪問の視点

利用者にお会いし実際の状況を勘案した外出方法の提案  
必要な地域資源の把握と資源の構築

# 「事例を提供して良かった」と思ってもらえるように！

- ① 参加している全員が「参加してよかった」「また参加したい」と思えるような会議になるように、参加者全員で直方市地域ケア会議を作っていきましょう！
- ② 直方市地域ケア会議を通して、直方市住民のQOLの向上や地域課題の発見のため活発な意見交換ができるように、参加者は積極的に発言をしましょう！
- ③ 直方市地域ケア会議で議論された内容が、形式的なものとして終わらないように利用者のサービスまで届くように議論して、実行しましょう！



事例検討の最後には、参加者全員の拍手を持って、その事例を終了しましょう♡





# 令和 8 年度 地域ケア会議の新たな取り組み



令和 8 年度からの変更点



# 令和8年度からの新たな取り組み・変更

## ●事例提出書類表紙の変更

性別・要介護度の記載欄を追加

## ●ADL・IADLシートの使用

課題整理総括表から変更（簡素化）

## ●ケア会議当日のスケジュールの変更

読み込み時間の短縮（30分→15分）

記録と休憩時間の延長（10分→15分）

※記録（追加）は休憩時間をご利用ください

## ●訪問の変更

訪問回数を、原則1回に変更

期間を問わず、すべてのケア会議で訪問可能に

👉 令和7年度は、11月までが訪問対象

訪問の時期をケア会議終了後、おおむね1月以内へ

## ●事例振り返り報告

## ●支援困難事例会議の開催（12月に1事例）

昨年度いただいた  
皆様からの意見を  
参考にしました



# 事例提出書類表紙の変更・記載例の提示



## 1. 地域ケア会議 事例提出書類 表紙

事例	
開催会場	( 歳 ) 性別: 介護度: 介護1
事例のタイトル	
概要(経過・現状)	
サービス事業者名	事業所名(出席者) ( ) 出席・欠席
出欠の有無	事業所名(出席者) ( ) 出席・欠席
利用者や事例提供者が	この事例に対する 重点課題 詳細ごと及び項目にチェック (複数選択可)
地域ケア会議後の課題	<input type="checkbox"/> ① 地域ケア会議 事例提出書類 表紙 <a href="mailto:n-korei@city.nogata.lg.jp">n-korei@city.nogata.lg.jp</a> (54825イニシャルC2E2) <input type="checkbox"/> ② 基本情報 (フェイスシート) <input type="checkbox"/> ③ 基本チェックリスト (総合事業・予防給付のみ) <input type="checkbox"/> ④ アセスメントシート (要介護: 事業所使用の物) <input type="checkbox"/> ⑤ 口腔ケア記録 <input type="checkbox"/> ⑥ 服の管理 (股袖も含む) <input type="checkbox"/> ⑦ ADL・IADLシート <input type="checkbox"/> ⑧ ケアプラン <input type="checkbox"/> ⑨ サービス提供計画の計画書及び報告書等 <input type="checkbox"/> サービスC (利用されている方) <input type="checkbox"/> サービスC及び非該当の理由の記された書類 <input type="checkbox"/> 同席・関心チェックシート <input type="checkbox"/> 生活行為アセスメント <input type="checkbox"/> 介護手帳メニューアセスメント (運動機能向上・機能保持状態・低下時) <input type="checkbox"/> 食事記録 (現プランの中で住所変更をされている方) <input type="checkbox"/> 理由書 <input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> 写真送付書類 (2022年10月～現在)
提出書類	<input type="checkbox"/> ⑩ 身体機能 (運動機能) <input type="checkbox"/> ⑪ 認知 (血圧管理) <input type="checkbox"/> 管理・指導 <input type="checkbox"/> ⑫ 認知 <input type="checkbox"/> ⑬ 認知 <input type="checkbox"/> ⑭ 認知 <input type="checkbox"/> ⑮ 認知 <input type="checkbox"/> ⑯ 認知 <input type="checkbox"/> ⑰ 認知 <input type="checkbox"/> ⑱ 認知 <input type="checkbox"/> ⑲ 認知 <input type="checkbox"/> ⑳ 認知 <input type="checkbox"/> ㉑ 認知 <input type="checkbox"/> ㉒ 認知 <input type="checkbox"/> ㉓ 認知 <input type="checkbox"/> ㉔ 認知 <input type="checkbox"/> ㉕ 認知 <input type="checkbox"/> ㉖ 認知 <input type="checkbox"/> ㉗ 認知 <input type="checkbox"/> ㉘ 認知 <input type="checkbox"/> ㉙ 認知 <input type="checkbox"/> ㉚ 認知 <input type="checkbox"/> ㉛ 認知 <input type="checkbox"/> ㉜ 認知 <input type="checkbox"/> ㉝ 認知 <input type="checkbox"/> ㉞ 認知 <input type="checkbox"/> ㉟ 認知 <input type="checkbox"/> ㊱ 認知 <input type="checkbox"/> ㊲ 認知 <input type="checkbox"/> ㊳ 認知 <input type="checkbox"/> ㊴ 認知 <input type="checkbox"/> ㊵ 認知 <input type="checkbox"/> ㊶ 認知 <input type="checkbox"/> ㊷ 認知 <input type="checkbox"/> ㊸ 認知 <input type="checkbox"/> ㊹ 認知 <input type="checkbox"/> ㊺ 認知 <input type="checkbox"/> ㊻ 認知 <input type="checkbox"/> ㊼ 認知 <input type="checkbox"/> ㊽ 認知 <input type="checkbox"/> ㊾ 認知 <input type="checkbox"/> ㊿ 認知 <input type="checkbox"/> その他:

○表紙の一部を変更 (令和8年4月) しています  
新しい様式での提出をお願いします

※性別・要介護度の記入欄を追加しました  
利用者名はイニシャルで

※出席者名はフルネームをお願いします。

○ホームページに記載例も提示しています  
○記載漏れや必要書類が揃っているか、ご確認の上  
ご提出ください

「①地域ケア会議 事例提出書類 表紙」のみ  
メールで提出をお願いします。

E-mail : [n-korei@city.nogata.lg.jp](mailto:n-korei@city.nogata.lg.jp)

資料は

直方市 地域ケア会議



直方市ホームページで検索、ダウンロードできます。

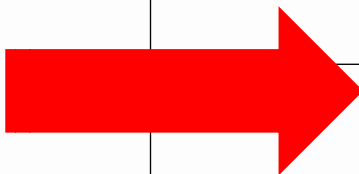
# 課題整理総括表からADL・IADLシートへ

課題整理総括表

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 作成日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	①	②	③	利用者及び家族 の生活に対する 意向	
	④	⑤	⑥		
状況の事実 ※1	現在 ※2		要因 ※3	改善/維持の 可能性 ※4	
	自立	見守り	一部介助	全介助	備考(状況・支援内容等)
(移動) 室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	
(移動) 屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	
(食事) 食事内容	自立	見守り	一部介助	全介助	
(食事) 食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	
(食事) 調理	自立	見守り	一部介助	全介助	
(排泄) 排便・排便	自立	見守り	一部介助	全介助	
(排泄) 排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助	
(口腔) 口腔衛生	自立	見守り	一部介助	全介助	
(口腔) 口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	
服薬	自立	見守り	一部介助	全介助	
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	
更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	
掃除	自立	見守り	一部介助	全介助	
洗濯	自立	見守り	一部介助	全介助	
整理・物品の管理	自立	見守り	一部介助	全介助	
金銭管理	自立	見守り	一部介助	全介助	
買物	自立	見守り	一部介助	全介助	
コミュニケーション能力	自立	見守り	一部介助	全介助	
認知	自立	見守り	一部介助	全介助	
社会との関わり	自立	見守り	一部介助	全介助	
褥瘡・皮膚の問題	自立	見守り	一部介助	全介助	
行動・心理症状 (BPSD)	自立	見守り	一部介助	全介助	
介護力 (家族関係含む)	自立	見守り	一部介助	全介助	
居住環境	自立	見守り	一部介助	全介助	

課題整理総括表は  
廃止します



※1 本書では簡易でありアセスメントツールではないため、必ず別「詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。  
 ※2 介護支援専門員が収集した主要な事実を記載する。選択時に○印を記入。  
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「見守り」以外である場合に、そのような状況をたらしめている要因を、様式上欄の「要因」欄から選択し、該当する番号(数字)を記入する(複数の番号を記入可)。  
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択時に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を指す。要因を解決するための援助内容と、それが提供されることにより見込まれる事象の状況(目標)を記載する。  
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

ADL全体評価シート 氏名 \_\_\_\_\_

項目	現状	予後	重点項目	備考
A D L	① 移動	屋内歩行動作		
		屋外歩行動作		
	② 排泄			
	③-1 食事	食事動作		
		環境設定		
	④ 入浴			
	⑤-1 更衣	上衣		
		下衣		
	⑥-1 整容	手洗い		
		歯磨き		
		洗顔		
		髪剃り		
化粧				
⑦ 飲水				
⑧ アルコール摂取				
⑨ 外出頻度				

判定基準

①~⑥【ADL】	自立	どこでも出来る	○1
		限られた環境で出来る	○2
	一部自立	改善可能性高い	△1
		改善可能性低い	△2
	改善可能性高い	×1	
	改善可能性低い	×2	

⑦【飲水】	(1回:コップ1杯目安)	
	していない	0
	1回以上5回未満	1
	5回以上10回未満	2
	それ以上	3

⑧【アルコール摂取】		
	していない	0
	月に2~3回程度	1
	週に2~3回程度	2
	毎日	3

IADL全体評価シート 氏名 \_\_\_\_\_

項目	現状	予後	重点項目	備考
① 電車・バスで外出				
② 日用品の買い物				
③ 食事の準備				
④ 掃除				
⑤ 洗濯				
⑥ 物品の整理・管理				
⑦ ゴミ出し				
⑧ 服薬管理				
⑨ 金銭管理				
⑩ 電話の使用				
⑪ 書類の記載				
⑫ 通院する				
※				
※				
※				

※の箇所は対象者に応じて今出来る事、今後出来るようになりたい事を評価してください。

判定基準

①~⑫【IADL】	自立	どこでも出来る	○1
		限られた環境で出来る	○2
	一部自立	改善可能性高い	△1
		改善可能性低い	△2
	改善可能性高い	×1	
	改善可能性低い	×2	

# ADL・IADLシート全体評価シートについて（生活機能評価）

## ADL全体評価シート

氏名( )

項目			現状	予後	重点項目	備考
A D L	①	屋内歩行動作				
		屋外歩行動作				
	②	排泄				
	③	食事動作				
		環境設定				
	④	入浴				
	⑤	上衣				
		下衣				
	⑥	手洗い				
		歯磨き				
		洗顔				
		髭剃り				
		化粧				
⑦	飲水					
⑧	アルコール					
⑨	外出頻度					

利用者の現状を具体的に記載する。  
例) 介助の状況、家屋情報、疾病の影響等

利用者の現在の状態を「現状」に記載し、今後、介護保険サービスを利用することでの利用者の予後予測を「予測」に記載する。  
利用者にとって介護保険サービスが必要となっている大きな原因には、「重点項目」に「●」を記載する。

**【ADL判定基準】**

自立	どこでも出来る	○1	限られた環境で出来る	○2
一部自立	改善可能性高い	△1	改善可能性低い	△2
全介助	改善可能性高い	×1	改善可能性低い	×2

**【アルコール判定基準】**

していない	0	月に2~3回程度	1	週に2~3回程度	2	毎日	3
-------	---	----------	---	----------	---	----	---

**【飲水判定基準】(1回をコップ1杯目安)**

していない	0	1回以上5回未満	1	5回以上10回未満	2	それ以上	3
-------	---	----------	---	-----------	---	------	---

※「飲水」、「アルコール」、「外出頻度」には、現状、予後の記載はしない。  
判定基準に従って、各項目の横に記載する。また、重要項目ならば「●」を記載備考にて詳しい状況を記載する。

※「どこでも出来る」とは、「どのような環境でもできる」こと → 例) 自宅や外出先など、どんな場所でも可能  
「限られた環境で出来る」とは、「特定の場所のみで自立している」こと → 例) 自宅の一部やデイサービス内でのみ自立など

# ADL・IADLシート判定基準について

○下記の判定基準を参考に、ADLシートとIADLシートの「現状」、「予後」を記載します。

「現状」：現在の状態を記載

「予後」：支援していく中での予後予測

変化がありそうな項目は、**どのくらいの期間(例えば6ヶ月後、12ヶ月後など)**で変わるかも予測する。

※「予後」の変化がみられると考えた理由と期間は備考に記載する。

## ◎ ADL判定基準

【自立】 ⇒ どこでも出来る ○1      限られた環境で出来る ○2

【全介助】 ⇒ 改善可能性高い ×1      改善可能性低い ×2

注) 「どこでも出来る」 = どのような環境でもできること

例) 自宅や外出先など、どんな場所でも可能

「限られた環境で出来る」 = 限られた場所のみで自立していること

例) 家の一部やデイサービス内でのみ自立など

# ADL・IADLの重点項目評価シート作成について

OADL と IADLについて **全体評価シート** を記入することで、介護保険サービスによる支援が必要とされている主たる原因となっている生活機能が何なのかを重点化する。**(自立を阻害している重要な要因)**

例えば

- ・入浴動作にて介助を必要としているが、自立することで外出しやすくなり、生活範囲が拡大する
- ・移動が自立することで、排泄や通院など、他のADL、IADLにも強く影響するなど

○重点化した項目が選定できたら、「重点項目」に「●」を記載する。

「●」を記載された項目のみ、より詳細なADL・IADLシート **重点項目評価シート** を記載する。

ADL全体評価シート

ADL全体評価シート				氏名( 嘉麻かま子 )	
項目	現状	予後	重点項目	備考	
① 移動	屋内歩行動作	○2	○2		屋内は杖と壁依りて移動
	屋外歩行動作	△1	○2	●	杖で短い距離(20m程度)なら移動可能だが、段差や長い距離になると介助が必要
② 排泄					
③ 食事	食事動作	○1	○1		
	環境設定	○1	○1		
④ 入浴	浴室への移動	△1	○2	●	左膝の影響で介助が必要
	浴室内への移動	△1	○2	●	歩行が不安定な為 わきに手を添えて移動介助が必要
⑤ 更衣	上衣	○2	○2		座ってゆっくりおこなえば可能
	下衣	○2	○2		座って手すり等あれば可能
⑥ 整容	手洗い	○1	○1		
	歯磨き	○1	○1		
	洗顔	○1	○1		
	髭剃り				
	化粧	○1	○1		
⑦ 飲水					
⑧ アルコール					
⑨ 外出頻度					週2回デイサービス 週1回通院のみ外出している

【ADL判定基準】				
自立	どこでも出来る	○1	限られた環境で出来る	○2
一部自立	改善可能性高い	△1	改善可能性低い	△2
全介助	改善可能性高い	×1	改善可能性低い	×2

【アルコール判定基準】							
していない	0	月に2~3回程度	1	週に2~3回程度	2	毎日	3

【飲水判定基準】(1回をコップ1杯目安)							
していない	0	1回以上5回未満	1	5回以上10回未満	2	それ以上	3

ADL重点項目評価シート(入浴)

ADL重点項目評価シート ④						
項目	手順	現状	予後	重点項目	備考	
入浴前動作	着替えの準備	立つ・歩く	○2	○2		
		かかむ・準備する物の確認	○2	○2		
	更衣動作	上衣	○2	○2		
		下衣	○2	○2		
		肌着・下着・靴下	○2	○2		
		その他(メガネ・コンタクト等)	○2	○2		
	着替え前衣服の片づけ		○2	○2		
	浴室への移動		△1	○2	●	歩行が不安定な為 わきに手を添えて移動介助が必要
	浴室内への移動		△1	○2	●	歩行が不安定な為 わきに手を添えて移動介助が必要
	坐る	シャワーチェア・マット	○2	○2		
お湯をかふる	シャワー・風呂桶	○2	○2			
髪を洗う		○2	○2			
入浴動作	髪を洗う	髪を洗う	○2	○2		
		髪を乾かす	○2	○2		
	顔を洗う	顔	○2	○2		
		前	○2	○2		
		胸 (右・左)	○2	○2		
		足 (右・左)	○2	○2		
	体を洗う	体幹 (前面)	○2	○2		
		体幹 (後面)	△1	○2	●	おしりを洗う時に介助が必要
	浴槽に入る	浴槽を踏ぐ	△1	○2	●	左足を踏ぐときに介助が必要
		座る	○2	○2		
浴槽を出る	立ち上がる	○2	○2			
	浴槽を踏ぐ	△1	○2	●	左足を踏ぐときに介助が必要	
脱衣所に戻る	立ち上がる	△1	○2	●	歩行が不安定な為 わきに手を添えて移動介助が必要	
	浴槽を踏ぐ	△1	○2	●	歩行が不安定な為 わきに手を添えて移動介助が必要	
入浴後動作	更衣動作	上衣	○2	○2		
		下衣	○2	○2		
		肌着・下着・靴下	○2	○2		
身体を拭く	身体を拭く	○2	○2			
	髪を乾かす	○1	○1			

【ADL判定基準】				
自立	どこでも出来る	○1	限られた環境で出来る	○2
一部自立	改善可能性高い	△1	改善可能性低い	△2
全介助	改善可能性高い	×1	改善可能性低い	×2



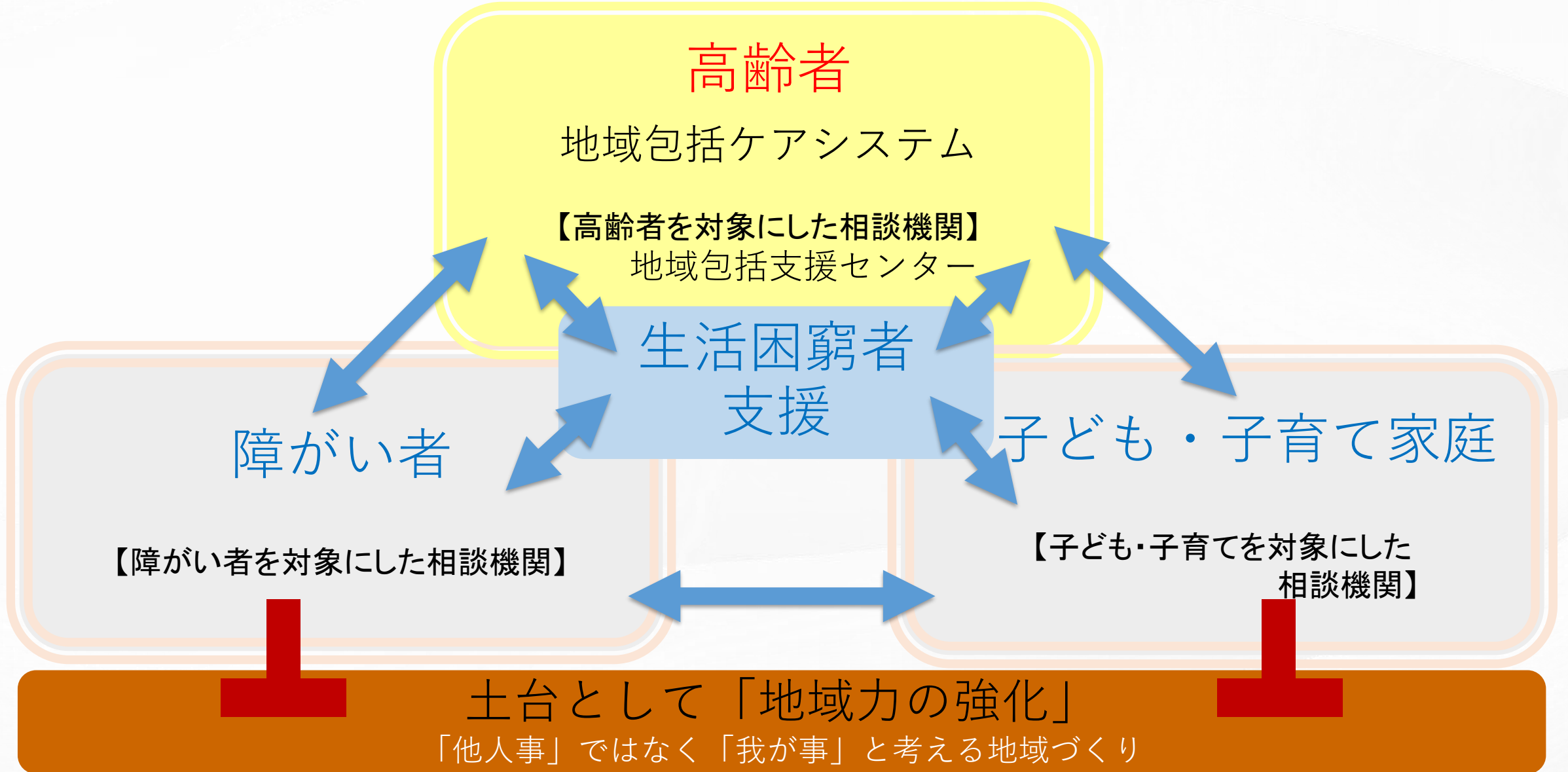
直方市地域包括ケアシステム推進会議  
(令和7年10月7日に開催)

地域ケア会議から抽出された課題等を報告

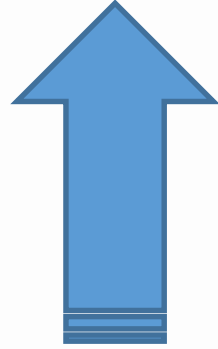


# 地域共生社会の実現に向けた包括的支援

～「必要な支援を包括的に確保する」という理念を普遍化～



# 直方市地域包括ケアシステム推進会議 (地域づくり・資源開発機能)



- 庁内での情報共有と解決策の検討
- 個別の課題を抽出して、地域の課題として整理する

## 直方市地域ケア会議（個別課題解決機能）

### 生活支援体制整備事業

生活支援コーディネーターを通じて、高齢者の多様な日常生活上の支援体制の充実及び強化並びに高齢者の社会参加の推進を一体的に図る

# 地域ケア会議（重点課題）の集計結果

	身体面（運動器）	健康（血压体重） 管理・薬管理	口腔面	栄養面	疾病・医療	認知面	精神面（鬱等）	金銭の課題	家族の課題	自宅環境	地域の課題 （買物・交通・ 災害・地理等）	社会参加・ 生きがい
令和4	25	11	4	14	10	4	3	1	5	3	2	7
令和5	11	7	2	7	4	3	4	1	4	1	1	4
令和6	10	5	4	5	2	5	1	0	1	1	0	1

- 令和4年度：「36事例中」
- 令和5年度：「21事例中」
- 令和6年度：「26事例中」

助言者の2/3以上が重点課題と判断した項目（重複回答）

# 直方市地域ケア会議での主な重点課題

1

## 身体面（運動器）

運動習慣やリハビリの内容  
社会参加の減少による身体機能の低下や意欲の低下  
住環境の課題

2

## 健康管理・薬管理

受診拒否や受診ができない環境（家族支援が得られない）  
体重管理の課題（低栄養・肥満）生活習慣病悪化  
病識の欠如  
服薬忘れ・重複服薬

3

## 栄養面

低栄養（偏った食事内容）、栄養と疾患管理  
サルコペニア・フレイル（栄養+運動）  
買い物困難、調理困難、孤食による食欲減退  
嚥下・口腔機能の低下  
経済的困難（年金生活で食費を削る）

4

## 認知症

認知症への理解（早期発見・早期支援の遅れ）  
BPSDの対応・家族の介護負担  
独居・家族が遠方・身寄りのいない認知症高齢者

# 直方市地域ケア会議の重点課題から見えてくるもの

1

## 買い物や通院の移動手段

- ・ 買い物・受診の手段がない(タクシーを利用する金銭の余裕がない)
- ・ バスのタラップの昇降が困難
- ・ 買い物をした後、荷物を持って移動ができない

2

## 高齢の親と障がいを抱える子どもの支援・老々介護・認知症独居高齢者

- ・ 高齢の親と障がいを抱える子ども、一緒にいる家族への関わり方
- ・ 親亡き後の子どもの心配、不安
- ・ 老々介護による介護疲れ
- ・ 認知症独居高齢者の生活支援(受診・日常生活)

3

## 公営住宅の低層階への住み替えや費用の課題

- ・ エレベーターのない公営住宅の低層階への住み替え、引っ越し費用
- ・ 生活保護にならない狭間の人への対応(部分的な支援)

ご清聴、ありがとうございました



☆多地域ケア会議の見学は、P Cの台数に限りがありますので、  
各事業所から1名の出席・ご相談は1週間前までにお願いします

