

令和5年度 第2回

地域包括支援に関する会議

資料 2

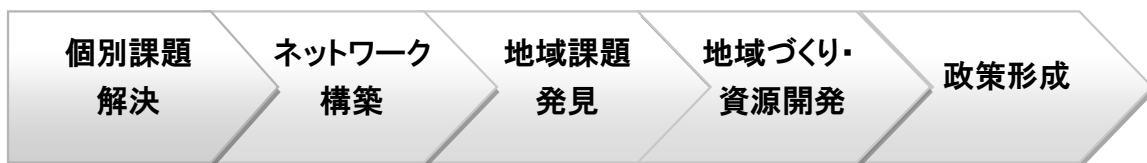
3 議事

(1) 地域ケア会議の実施状況について

地域ケア会議について

○地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールである。
 ○具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげる。

国が示す地域ケア会議の役割



北九州市での実施

地域包括支援センター

保健福祉課

市レベル

【地域ケア個別会議】

自立支援により一層の主眼を置き、専門職からのアドバイスを加えて実施

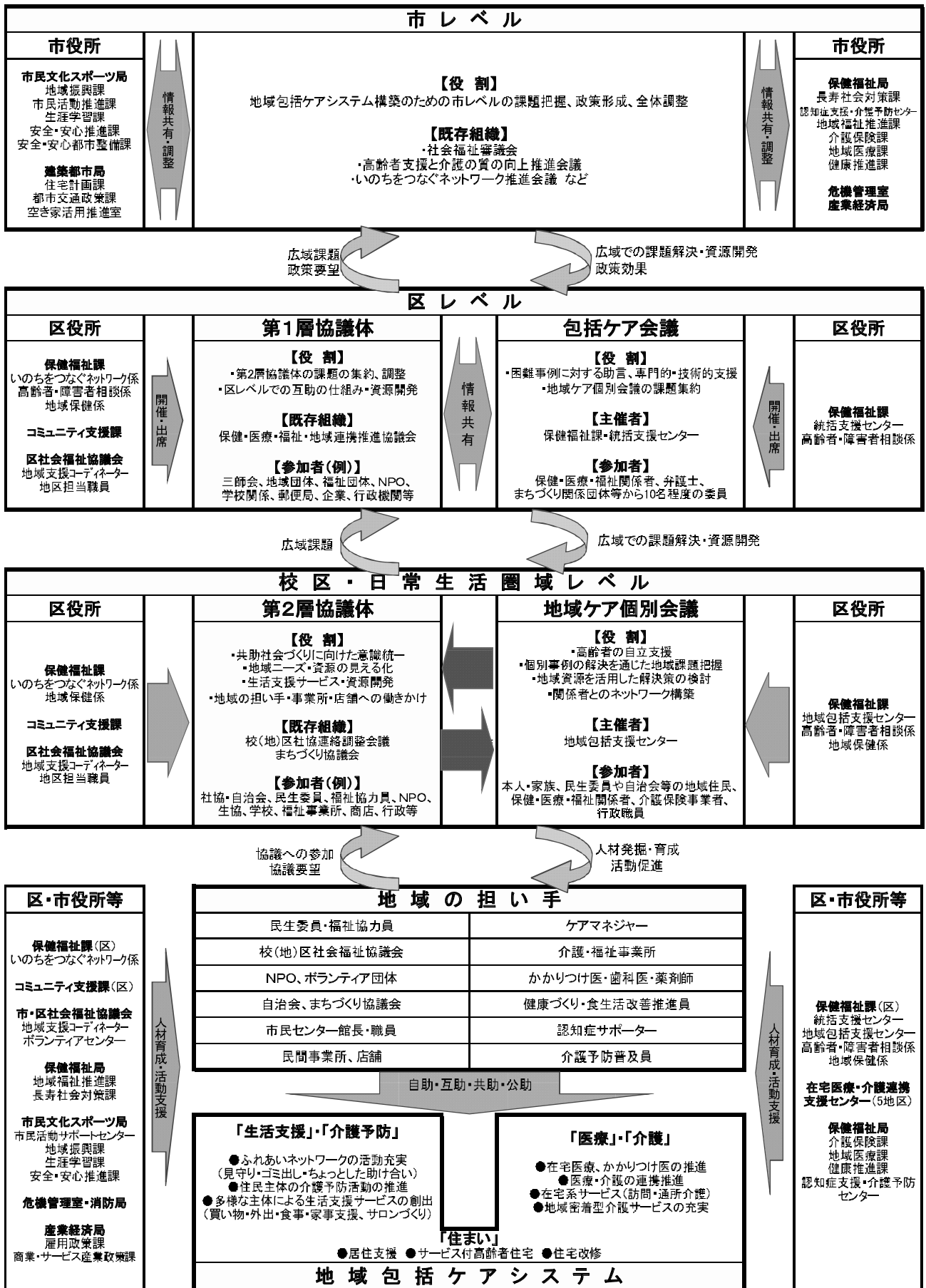
【包括ケア会議】

◆地域ケア個別会議の報告・地域課題の検討
 （訪問介護の回数が多いケアプラン検証・居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証含む）

【高齢者支援と介護の質の向上推進会議】

実施主体	会議の種類	地域ケアの5つの種類				
		個別課題解決機能	ネットワーク構築機能	地域課題発見機能	地域づくり資源開発機能	政策形成機能
地域包括支援センター 【地域レベル】	地域ケア個別会議	○	○	○	○	×
保健福祉課 【区レベル】	包括ケア会議	○	○	○	○	×
市 【市レベル】	高齢者支援と介護の質の向上推進会議	×	○	○	○	○

地域包括ケアシステム構築に向けた地域の体制づくり(イメージ)



令和4年度 地域ケア個別会議(地域ケア会議)について

地域包括支援センターが開催する地域ケア個別会議の令和4年度の実績について報告する。

1 会議について

(1) 開催回数

611回 定例開催: 557回(令和元年9月より毎月開催)
随時開催: 54回(必要時)

(2) 出席者(構成員)種別及び延べ人数

ほとんどの会議に事例に関わる介護保険事業者(通所系サービスの担当者、訪問系サービスの担当者)が参加し、状況に応じて本人・家族、地域支援者(民生委員等)が参加している。

アドバイザーは、区役所あるいは委託の理学療法士または作業療法士がほぼ毎回参加し、必要に応じて管理栄養士や地域担当保健師、地域支援コーディネーター、在宅医療・介護連携支援センター職員等が参加している。

その他、精神保健福祉相談員、生活困窮者支援担当(行政)、難病支援担当(行政)、歯科衛生士(行政)、警察、施設関係者(相談員等)など事例に応じた関係者が参加している。

出席者(職種)		延べ人数
出席者・アドバイザー	本人	36
	家族	8
	地域住民(民生委員含む)	14
	介護支援専門員	312
	通所系サービスの担当者	181
	訪問系サービスの担当者	131
	福祉用具事業者	121
	医療関係者	52
	理学療法士または作業療法士	475
	管理栄養士	312
	地域担当保健師	3
	地域支援コーディネーター	333
	統括支援センター(アドバイザー)	306
	保護課ケースワーカー	13
	その他	600
	小計	2,897
主催者	地域包括支援センター	2,010
オブザーバー	統括支援センター	986
合計		5,893

2 検討事例について

(1)担当者別事例件数

地域包括支援センターがケアマネジメントを担当している事例 299件

居宅介護支援事業者がケアマネジメントを担当している事例 312件

(2)選定理由

地域包括支援センター職員の場合は、自立支援に資するケアマネジメント実践力の向上のために、担当している事例を選定しており、自立支援の事例が中心となっている。居宅介護支援事業者の場合は、ケアマネジャーの処遇困難事例や地域包括支援センターに相談のあった事例を中心に選定している。

選定理由(重複あり)	該当数
要支援認定者	391
困難を感じている事例	241
地域課題	38

会議の機能(重複あり)	該当数
個別課題解決	600
ネットワークの構築	61
地域課題発見	52
地域づくり資源開発	11

3 実施結果

- 主な地域課題は、外出、免許返納後の外出手段、買い物、通いの場、ゴミ出し、高齢者の活躍の場、地域のネットワークだった。
- 地域支援コーディネーターがアドバイザーとして参加し、地域のサロン等、地域の社会資源情報等について情報提供を受けることで、インフォーマルサービスの提案につながった。
- 居宅介護支援事業者からの事例が増え、困難事例の解決に向けた支援や地域課題の検討を行った。地域包括支援センターがケアマネジャーと共に課題整理を行い、会議を通じて自立支援・重度化防止の推進に向けた振り返りを行うことで、ケアプランの見直しにつながった。
- 新型コロナウイルス感染症拡大時期には、書面による意見聴取や参加者数の制限、個人情報に配慮した上でのリモート会議の活用など、工夫して開催した。
- 地域包括及び居宅介護支援事業者双方のスキルの向上により、事前準備に要する時間が短縮され効率的に会議を運営できるようになった。

4 包括ケア会議への報告

区で2ヶ月に1回開催している包括ケア会議では、地域ケア個別会議で発見された地域課題を含めた検討結果を報告し、助言を受けるとともに、介護保険制度だけでは解決できない地域課題について情報共有している。

5 今後の課題

- (1) 地域ケア個別会議の効果的、効率的な運営方法についての検討
- (2) 地域課題の解決に向けたネットワークの構築や施策化に向けての検討

6 地域ケア会議におけるケアプラン検証

○「訪問介護(生活援助中心型)の回数が多いケアプランの検証【別紙1】

令和4年度は全区で6件(うち、包括ケア会議での検証実施は0件)

○居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証(令和4年度検証開始)【別紙2】

令和4年度の届出は4件(うち包括ケア会議での検証実施は4件)

令和4年度 地域ケア個別会議における地域課題について

<地域課題の検討事例と対応（抜粋）>

地域課題	事例	具体策の提案・課題	事後	包括ケア会議の意見
通いの場 災害	80代の女性。要支援2、両変形性膝関節症で、通所介護、福祉用具を利用。1年前に現住所に転居。転居後から体重が10kg以上増加し本人も気にしているが、糖尿病等の発覚を恐れて受診しない。また、転居後に避難所の確認などが出来ていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリをする上で、内科受診は大切。結果を踏まえて運動を検討しなければ効果が期待できない場合がある。糖尿病の方は特に筋肉がつきにくい。 ・高齢者向けの血糖スパイクを防ぐ食べ方の提案、食事記録に関するアドバイスをする。 ・後期高齢者の健康診査の受診を勧める。 ・居住している地域がハザードマップではレッドゾーンにあたるため、避難所の情報提供や民生委員に情報提供しておく。 ・通える範囲に運動が出来るサロンがあるため、参加を検討する。 ・保健指導のために保健師の家庭訪問を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が内科受診をする気になった。 ・食生活はアドバイスを参考にバランスを考えるようになった。 ・地域のサロンの情報を初めて知った。提案されたサロンや趣味活動の情報をケアマネージャーが提供し参加を調整中。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人に通所介護の目的や内容を伝え、介護保険サービスのみに頼るのではなく、地域のサロン等につなげてみることも大切。
外出 買い物	80代女性。要支援1、通所介護を利用している。自宅周辺に坂道が多く、車がなければ買い物や病院受診が困難である。	<ul style="list-style-type: none"> ・夫が運転できなくなった際の生活のイメージを夫婦で共有する。 ・娘が可能な支援について確認し協力を得る。 ・利用中の通所介護を継続する。 ・足腰の筋力を維持するために、自宅周辺でもできる運動を提案する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・娘に夫が運転できなくなった際の買い物支援や病院受診についての話をした。 ・通所介護は継続している。 ・坂道が多い自宅周辺でも安心して運動できるように歩行器の貸与を提案した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・市がコミュニティバスの運行が出来ないか。（事後にお出かけ交通が運行開始。）
外出	90代前半の男性。要支援1で短期集中予防型サービスが終了後、要介護1の妻と協力して自宅での生活を続けたいと考えている。アルツハイマー型認知症の診断あり（長谷川式25点）	<ul style="list-style-type: none"> ・妻が声掛けし自宅でする運動を実施する。 ・介護保険サービスの活用 ・通いの場の提案 ・福祉有償運送や移動販売の情報提供 ・免許返納については主治医や妻と話し合っておく。 <p>【課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体力や筋力の維持、向上 ・運転免許返納後の在宅生活の継続 	<ul style="list-style-type: none"> ・免許を返納し、外出時は徒歩やタクシー利用。 ・福祉有償運送の手続き実施。 ・介護保険サービス（通所介護）を利用しながら、ふれあい昼食交流会にも参加している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下あり、介護度の見直しの検討。 ・家族でも警察に免許返納の相談が可能。 ・認知症の方は、免許返納したことを忘れて無免許の状態ですることがあるので対策が必要。

地域課題	事例	具体策の提案・課題	事後	包括ケア会議の意見
独居 認知症 住まい	90代の女性。要介護2の認定があるが、受診拒否があり、訪問診療、訪問看護で対応中。親族が定期的に訪問し、生活支援を行っているが、食事量の減少や筋力低下がある。オートロックのマンションであるため、民生委員等の訪問が困難。	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護の際に、自宅でできるトレーニングを取り入れる。 ・見守り以外にも食事摂取が出来る環境の整備をする。 ・栄養補助食品の利用検討。 ・訪問理美容の利用検討 ・親族の協力で民生委員等の訪問受け入れを検討する 	<ul style="list-style-type: none"> ・内服の調整やリハビリの介入により活動性や意欲ともに改善した。日常生活の自主性が向上した。 ・親族に食事環境の改善や栄養補助食品の提案を行った。 ・訪問理美容導入済。 ・民生委員の訪問については、セキュリティ面を親族が心配し、訪問は実現していない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉協議会（ふれあいネットワーク活動など）でもオートロックの住居の対応に苦慮している事例がある。
独居 認知症 住まい 終活	80代の男性、要介護3。認知機能の低下に伴い施設入所したが、転倒骨折により入院。成年後見人が金銭管理を行う。退院後は施設に戻ったが、体調が悪化し急逝した。身寄りがない。	<p>身寄りのない認知症高齢者の支援（死後事務）について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・空き室は管理組合が対応するが、逝去後も管理費や修繕積立金は発生する。債権回収には管理組合が清算人を選任する必要があるが、申立費用が必要。マンションの売却額から清算し、余剰金は国庫に入る。 ・ACP以外にも、財産管理等について専門職の支援の視点として重要。日頃から家族と話し合うことも必要。 ・空き家問題だけでなく、空き室問題についても地域に周知する必要がある。 	本人死亡のためモニタリングできず。	<ul style="list-style-type: none"> ・終活相談、エンディングノートの活用の提案。 ・事前の備えが大事なので、空き家に関する相談先などをケアマネジャーに周知する。 ・成年後見制度のハードルが高い。
施設入所者の地域交流	90代の女性、要支援1。住宅型有料老人ホームに入所し、訪問介護と通所介護を利用している。夫と長男が続いて逝去し、ホームトレーニングも気が進まず、面倒に感じると発言されるようになった。	<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護ではリハビリプログラムを頑張っており、他者とも交流し、気分の落ち込みを感じさせない。 ・食事は施設が提供している。 ・長男の逝去後に睡眠導入剤の服用が増加したが、現在は落ち着いてきた。 ・運動日誌などを利用し運動量を可視化する。本人の取組みについて関係者が努力を称え、意欲を向上してもらう。 ・施設に地域のサロンについての情報が無い。 ・買い物希望があるが、外出が難しいことについて、日用品関係の訪問販売について情報提供を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が提案を前向きにとらえ、活動量が増えた。 ・運動日誌を付けはじめ、関係者が努力を称え本人のモチベーションが上がった。 ・民生委員がサロン情報を施設に届けるようになった。 ・日用品の訪問販売が実現した。 	特になし

地域ケア会議（包括ケア会議）について ～訪問回数の多いケアプラン検証実施について～

1 厚生労働省告示第218号公布内容・主旨

- (1) 訪問介護における生活援助中心型サービスについては、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、市町村に届出を義務付ける。
- (2) 生活援助中心型サービスについては、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、ケアマネジャーの視点だけではなく、地域ケア会議（多職種協働）の開催等により検証を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の是正を促すものである。

【厚生労働大臣が定める回数および訪問介護】

○ 訪問介護（生活援助中心型サービス）の回数（1月あたり）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基準回数	27回	34回	43回	38回	31回

※厚生労働大臣が定める訪問介護とは、生活援助中心型サービスが対象

※平成30年10月以降に作成、変更したケアプランを翌月末までに提出する。

よって、平成30年11月以降に区統括・地域包括支援センターにおいて協議開始、平成30年12月以降に包括ケア会議において検証開始となる。

2 本市における検証方法

本市では、「訪問介護の訪問回数の多いケアプランの検証」を保健・医療・福祉関係者、法律関係者、地域のまちづくり団体等を構成員とする包括ケア会議（多職種協働）において検証を行う。

3 手続きの流れ

- (1) ケアマネジャーが提出するケアプラン等の必要書類の受付 【介護保険課】
 - (2) 該当事例に関する事前協議（一定基準あり） 【区統括・地域包括支援センター】
 - (3) 包括ケア会議でケアプランの検証（事前協議の結果、検証が必要な場合）
【区統括・地域包括支援センター】
- ※担当ケアマネジャーは、包括ケア会議への出席を原則とし、出席できない場合は後日、来所してもらい検証内容を伝える。
- (4) 包括ケア会議の検証の結果、ケアプランの見直しが必要と判断した場合は、翌月末までに「見直し状況報告書」の提出を求める。【区統括・地域包括支援センター】
 - (5) 事後処理
結果報告書の提出先 【介護保険課】

※「多職種による自立支援に向けたケアプランに係る議論の手引き」（介護保険最新情報 Vol.685 厚生労働省）を参考に行う。

事務連絡
令和3年9月22日

都道府県
各 指定都市 介護保険担当主管部（局）御中
中核市

厚生労働省老健局高齢者支援課
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等について（周知）

介護保険制度の推進につきましては、日頃より格別のご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

社会保障審議会介護保険給付費分科会における議論を踏まえ、「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」（令和2年12月23日。以下「審議報告」という。）において、「より利用者の意向や状態像に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資するよう、検証方法として効率的で訪問介護サービスの利用制限にはつながらない仕組みが求められていることを踏まえ、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証の仕組みを導入する。効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行する。」とされています。

また、審議報告において、サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供の確保として、「同一のサービス付き高齢者向け住宅等に居住する者のケアプランについて、区分支給限度基準額の利用割合が高い者が多い場合に、併設事業所の特定を行いつつ、当該ケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証を行うとともに、サービス付き高齢者向け住宅等における家賃の確認や利用者のケアプランの確認を行うことなどを通じて、介護保険サービスが入居者の自立支援等につながっているかの観点も考慮しながら、指導監督権限を持つ自治体による更なる指導の徹底を図る。居宅介護支援事業所を事業所単位で抽出するなどの点検・検証については、効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行する。」とされています。

この二つのケアプラン検証・点検については、趣旨・目的は異なりますが、居宅介護支援事業所等の抽出は両者ともに国民健康保険団体連合会介護給付適正化システムを活用することになります。

今般、これらのケアプラン検証・点検の趣旨・目的や留意事項等について、以下のとおり周知いたしますので、各都道府県、市町村におかれましては、内容について御了知いただくとともに、本事務連絡の内容を踏まえて、適切に御対応いただくようお願いいたします。また、管内サービス事業所等に対して周知をお願いいたします。

各居宅介護支援事業所 管理者 様

北九州市保健福祉局地域福祉部
介護保険課長 東郷 幸代
地域支援担当課長 丹田 智美

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証の取扱いについて（通知）

平素より、本市の保健福祉行政の推進にご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、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3において、「介護支援専門員は、その勤務する当該居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費の総額が区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費の総額に占める割合が厚生労働大臣が定める基準に該当する場合であって、かつ、市町村からの求めがあった場合には、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。」とされたところです。

ついては、該当する居宅サービス計画等の届出について、下記のとおり定めましたので、通知します。

記

1 届出の対象となる居宅サービス計画

- (1) 「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第十三条第十八号の三に規定する厚生労働大臣が定める基準」の告示及び適用について（令和3年9月14日付老発0914第1号 厚生労働省老健局長通知）のとおり

◆ 厚生労働大臣が定める基準

居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係るサービス費の総額が居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合を100分の70以上とし、訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合を100分の60以上とするもの。

- (2) 提出が必要な場合

令和3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基準に該当する場合であって、かつ、本市からの求めがあった場合
※本市が提出が必要と判断した場合、別途連絡の上、書類の提出を依頼します。

2 提出書類

- (1) 「居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプランの届出書（兼理由書）」
(2) 基本情報（フェイスシート）（写し）
(3) 課題分析表（アセスメントシート）（写し）
(4) 居宅サービス計画書「第1表」～「第7表」（写し）
※第1表は、利用者へ交付し署名があるものを提出してください。
(5) 訪問介護計画書（写し）

3 提出先及び提出方法

提出先：北九州市保健福祉局介護保険課事業者支援係

提出方法：持参又は郵送

郵送先：〒803-8501 北九州市小倉北区城内1番1号

4 地域ケア会議等への出席について

届出のあった居宅サービス計画は、地域ケア会議等で検証を行います。

地域ケア会議等を開催する場合は、各区統括支援センターから事前に連絡しますので、担当介護支援専門員の出席をお願いします。

5 【参考】ホームページ掲載場所

トップページ > くらしの情報 > 福祉・人権 > 介護 > 介護保険関連様式・届出

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプランの届出

http://www.city.kitakyushu.lg.jp/kurashi/menu01_0314.html

<問い合わせ先>

【届出書類に関すること】

保健福祉局介護保険課事業者支援係 吉田・奥畑 Tel.582-2771

【地域ケア会議に関すること】

保健福祉局地域福祉推進課地域支援係 瀧上・福田 Tel.582-2060

令和5年度 第2回 地域包括支援に関する会議

地域包括支援における社会福祉協議会の機能

～地域包括支援センターと地域支援コーディネーターとの連携～

社会福祉法人 北九州市社会福祉協議会

地域支援コーディネーターの役割

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の見守り・支え合いを強化し、住民主体の介護予防・生活支援サービスの創出を促進するため各区に配置。
- 校(地)区社会福祉協議会を中心とした、多様な主体が協働する第2層協議体の活動を支援。

★地域支援コーディネーターの配置状況

門司区	小倉北区	小倉南区	若松区	八幡東区	八幡西区	戸畑区	計
2人	3人	3人	2人	2人	3人	1人	16人

地域支援コーディネーターの主な活動

■担当校(地)区における活動状況・課題の把握、情報共有

校(地)区社協のほか、まちづくり協議会や自治会などの地域資源に関する情報や課題を整理し、地域包括支援センター職員をはじめとした関係者と情報共有を行う。

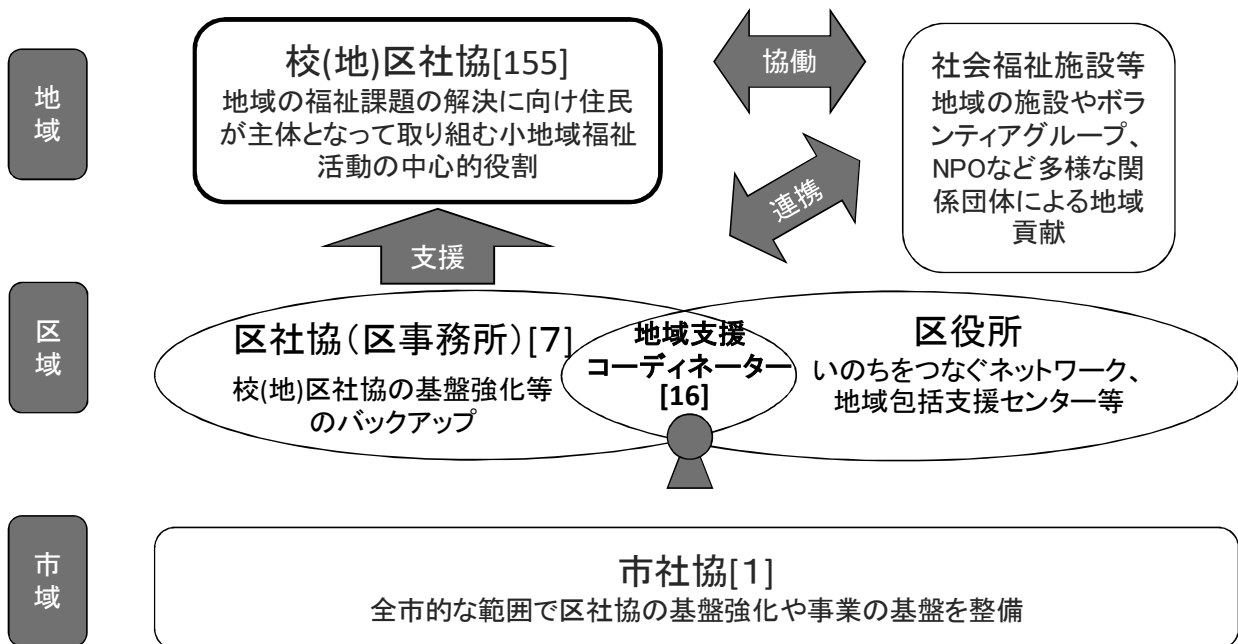
■第2層協議体の運営支援

第2層協議体の目的・必要性を啓発し、多様な主体に対して参加を促すとともに、地域の課題や住民ニーズ、地域資源を把握する。

■地域の互助の仕組み、生活支援サービス創出の支援

校(地)区社協のふれあいネットワーク活動の支援や「ふくしのまちづくり講座」等を活用した新任福祉協力員等の人材確保の支援、サロン活動の立ち上げ支援などを行う。

校(地)区社協とは～北九州市の社会福祉協議会の構成～



ふれあいネットワーク活動の概要

ふれあいネットワーク活動は、市内すべての155校(地)区社会福祉協議会が中心となって、「見守り」、「話し合い」、「助け合い」の3つのしくみを進める住民主体の小地域福祉活動です。

見守りのしくみ

福祉協力員（概ね50～100世帯に1人）が民生委員・児童委員等と連携し、支援が必要と思われる世帯を見守っています。

話し合いのしくみ

見守りや助け合いで把握した困りごとを共有・解決するために、校(地)区社協が中心となって関係機関・団体と一緒に話し合いを行います。（連絡調整会議）

助け合いのしくみ

見守りで発見した生活の困りごとに対し、ニーズ対応員等地域住民が手助けをしています。ニーズ対応チーム（おたすけ隊等）を立ち上げている校(地)区社協もあります。

地域支援コーディネーター活動の特徴

会議参加を通じた「顔見知り」の関係づくり

各種会議に参加し、様々な人との「顔見知り」の関係づくりによって、

- サロン活動などの地域の活動や地域の困りごとなどの情報収集
- 困りごとに対するサービス窓口の紹介など情報発信を行っています。

★地域支援コーディネーターの会議参加（令和4年度実績）

	校(地)区社協	民児協	自治連合会	サロン	その他	計
回数	962回	540回	31回	348回	653回	2,534回
人数	18,775人	9,299人	838人	7,681人	14,737人	51,330人

地域包括支援センターとの連携

■個別課題の解決

- 「顔見知り」の関係で得た情報（個別課題）のつなぎ
- サロンなどのインフォーマルサービスの情報提供

■関係者とのネットワーク構築

- 「顔見知り」の関係者（民生委員・福祉協力員等）とのつなぎ

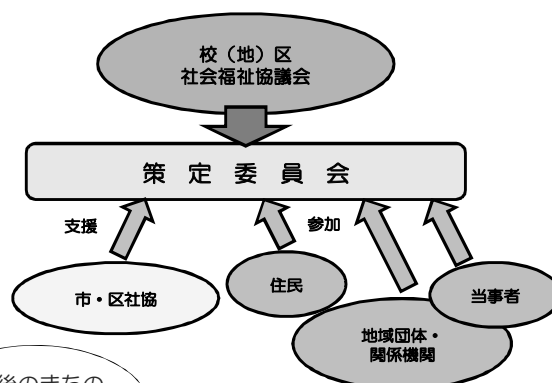
■地域課題発見 ■地域づくり・資源開発

- 校(地)区における小地域福祉活動計画の策定・推進

※ 地域ケア個別会議への地域支援コーディネーターの参加（延べ333人）

小地域福祉活動計画について

小地域福祉活動計画とは、校(地)区社会福祉協議会が中心となって、住民や各種の地域団体・関係機関などに呼びかけて策定する、校(地)区の5カ年の活動計画です。



既計画策定校(地)区は95校(地)区
※ 令和4年度未現在

今年度計画策定予定校(地)区は
39校(地)区
※ 2次計画、3次計画を含む