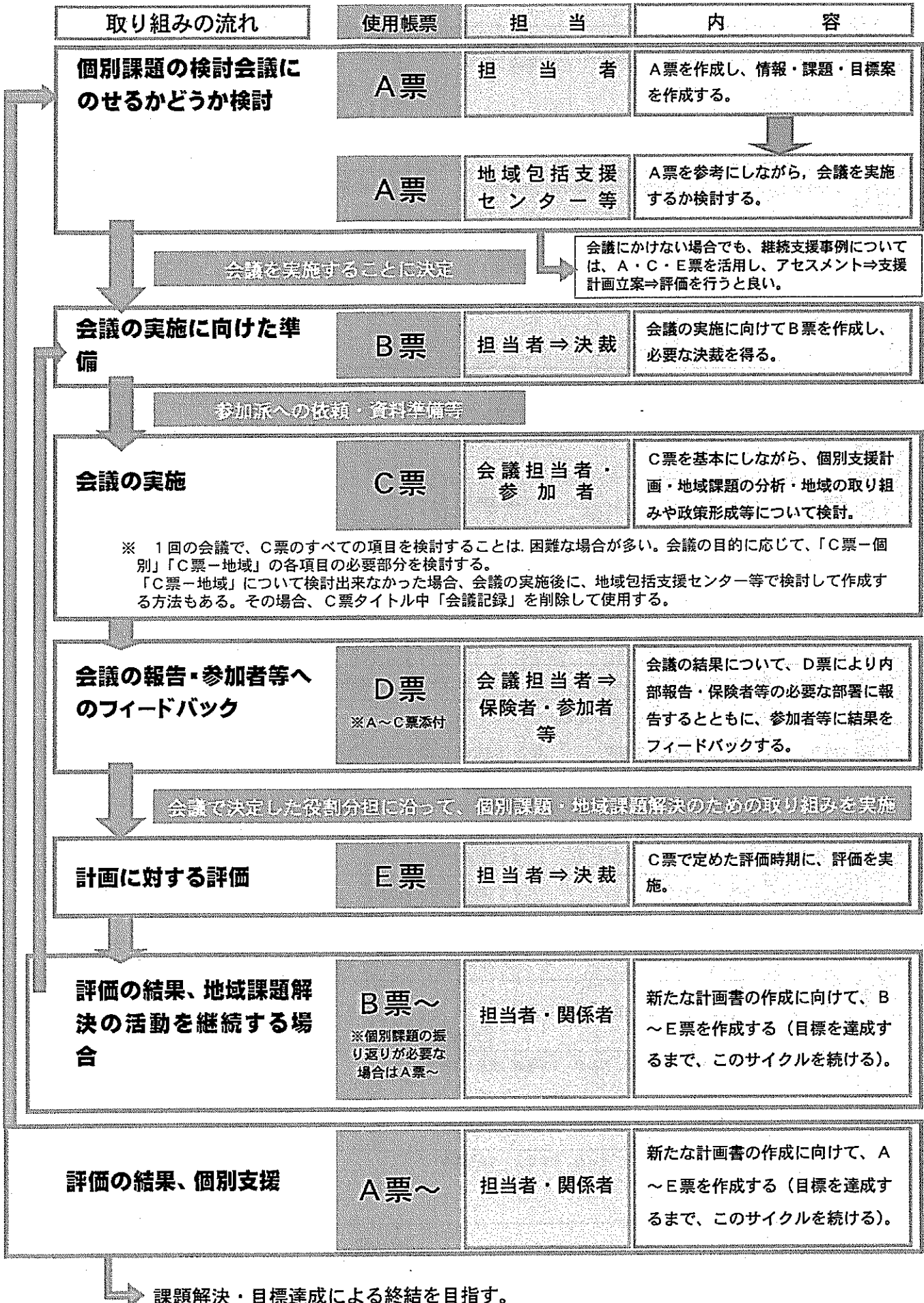


# 9 アセスメント表(参考様式)

## ● 帳票の使用フローチャート





【要援護者の意向など】※生活歴、要援護者にとってのキーパーソン、関係機関などわかる範囲で書き込む

	病名告知	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	余命告知	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	心臓マッサージ	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	延命治療	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 希望する
経管栄養		<input type="checkbox"/> 希望する	

【世帯構成】家族状況（ジェノグラム，エコマップ）

男性 女性 死亡 要援護者にとってのキーパーソン  
 ※同居者は点線で囲む ※できるだけ年齢，住所，職業を記載

【家族の支援体制】

--

【要援護者にとってのキーパーソンの状況】

氏名		続柄		年齢	歳
連絡先	<input type="checkbox"/> 同上				
	電話番号		職業		
その他特記事項					

【対応方針の決定及び担当者】

<input type="checkbox"/> 相談終了：	<input type="checkbox"/> 聞き取りのみ	<input type="checkbox"/> 情報提供・助言	<input type="checkbox"/> 他機関への取次・斡旋（機関名：_____）	<input type="checkbox"/> その他（_____）
<input type="checkbox"/> 相談継続：	担当事業所名		担当者名	
	担当事業所名		担当者名	
	担当事業所名		担当者名	

社団法人日本社会福祉士会 作成様式を改変  
 千葉県健康福祉部高齢者福祉課地域包括ケア推進室 作成様式を改変

各因子に関する情報		課題・問題点
健康状態	普段の体調管理(水・栄養・運動・排便、身長、体重など)： 疾患・服薬・通院：	
心身機能・身体構造	麻痺・欠損・機能低下など	
活動	ADL・IADL：	
環境因子	家族環境(家族が抱える障害や課題など)： 住環境： 近隣環境等： 経済状況： その他：	
個人因子	要介護者の状況(趣味、生きがいなど)：	
参加状況	要介護者の役割や立場など：	

**要介護者に関わっている機関**

既に会議を実施したメンバー = (二重線でつなく)  
 会議参加していないが面談・面識あり - (線でつなく)

(キーパーソン)	

※その他情報

支援計画 短期 1~3カ月	(短期目標・支援内容)
中期 3~6カ月	(中期目標・支援内容)
長期 6カ月~1年	(長期目標・支援内容)

会議実施の 必要性判断	種類	<input type="checkbox"/> 支援者が困難を感じている	<input type="checkbox"/> 支援が自立を阻害	ス ク リ ニ	<input type="checkbox"/> ①課題 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小	<input type="checkbox"/> ②同様の課題 <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少	会議 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
		<input type="checkbox"/> 地域課題に関するケース	<input type="checkbox"/> 権利擁護が必要		<input type="checkbox"/> ③チーム協働・連携 <input type="checkbox"/> 弱 <input type="checkbox"/> 強	<input type="checkbox"/> ④ケアマネの実践力 <input type="checkbox"/> 弱 <input type="checkbox"/> 強	
		<input type="checkbox"/> 必要なサービスにつながっていない			<input type="checkbox"/> ⑤効果的 社会資源 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
		<input type="checkbox"/> その他 ( )					

※ 上記該当状況をチェックしながら、地域包括支援センター等で、会議実施の必要性を総合的に判断する。

B票 (表)

個別課題の検討会議 開催計画書

決 裁 欄 (例)	
課 長	担 当 者
係 長	

要援護者氏名 \_\_\_\_\_ 様

計画作成者所属 \_\_\_\_\_

計画作成者 \_\_\_\_\_

会議日時 \_\_\_\_\_

職 氏名

月

年

平成

時 ~

限

計画作成日 \_\_\_\_\_

平成

年

月

日

(初回計画作成日 \_\_\_\_\_


平成

年

月

日)

参 加 依 頼 者	要援護者との関係	会議で助言・説明いただきたい内容
<p>①個別課題の解決、②地域課題の発見、③連絡調整、④地域づくり・資源開発、⑤政策形成、⑥その他</p>	<p>□要援護者 □ご家族 □民生委員 ( ) □NPO・ボランティア団体 □行政関係職員 □自治会・町内会関係者 □警察官・消防署員 □近隣住民・知人 □医師・薬剤師・看護師・MSW等 □民間事業者 ( ) □その他 □社協関係職員 ( )</p>	
<p>参 加 (該当する者に■)</p>		
<p>会 議 目 的</p>		
<p>本会議での目標 (いつまでに、何を するか、着し所)</p>		
<p>要 援 護 者 の 意 見 ・ 希 望</p>		
<p>家 族 等 (要援護者にとって のキーパーソン) の 意 見 ・ 希 望</p>		
<p>総 合 的 な 支 援 (取り組み)の方針</p>		

会議日時	平成	年	月	日	時	分～	時	分頃終了目標
会場								
進め方・タイムスケジュール								
会議用資料	(会議後回収・配布)							
	(会議後回収・配布)							
	(会議後回収・配布)							
	(会議後回収・配布)							
	(会議後回収・配布)							
本会議の司会者として、冒頭に伝えること  (例：会議の目的・全体の流れや時間・個人情報への対応方法・配布資料確認など)								
本会議で最低限確認すべきポイント								
会議の最後に話すこと・確認すること  (例：モニタリング時期と方法・次回会議日程の調整・決定事項や役割分担再確認・個人情報掲載資料の取り扱いなど)								
役割分担	司会者		書記		他			
	ホワイトボード		事例報告者		他			
その他留意事項								

対象	優先順位	個別の課題	目 標	具 体 的 な 役 割 分 担	
				何を・どのように	支援機関・担当者等
要援護者 (要援護者のキーパーソン等)					
関係者					
対応が困難な課題/今後検討しなければならぬ事項等(最終に向けた課題等を記載)				個別支援 評価予定日	平成 年 月 日
課題の解決のために、今後連携を取った方が良い機関					
家族等の意見・希望				<input type="checkbox"/> 会議で検討 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター等で検討 <input type="checkbox"/> 個別支援担当者による検討 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入

千葉県健康福祉部高齢者福祉課地域包括ケア推進室 作成様式を改変  
 社団法人日本社会福祉士会 作成様式を改変

地域課題分析 活動計画書 (個別課題の検討会議記録)

作成日 平成 年 月 日

対象	優先順位 (「C票-個別」の「個別の課題 記」)	地域※に同様の課題があるか		現状ある資源 やネットワークで 解決でき そうか	【目標】 要援護者の自立支援・地域課題の 解決のために ①地域にどんな資源や環境があれ ば ②既存の制度や仕組みがこのよう に変われば ③地域にどんな支援者がいれば、 ネットワークができれば	目標実現のための具体的な取り組み(解決策)と役割分担		市町村に よる対 応・認識
		※「地域」の 単位→	日常生活 領域 □小学校区 □中学校区 □他( )			誰が・どのように	実施期間	
要援護者  (要援護者 のキーパーソン等 として)	0	□ある	□ない □未確認	□可能 □困難				□必要 □不要
	0	□ある	□ない □未確認	□可能 □困難				□必要 □不要
	0	□ある	□ない □未確認	□可能 □困難				□必要 □不要
	0	□ある	□ない □未確認	□可能 □困難				□必要 □不要
	0	□ある	□ない □未確認	□可能 □困難				□必要 □不要
	0	□ある	□ない □未確認	□可能 □困難				□必要 □不要
	0	□ある	□ない □未確認	□可能 □困難				□必要 □不要
	0	□ある	□ない □未確認	□可能 □困難				□必要 □不要
	0	□ある	□ない □未確認	□可能 □困難				□必要 □不要
	0	□ある	□ない □未確認	□可能 □困難				□必要 □不要

地域課題であるか対応が困難(理由)/別の日常生活圏域で同様の課題が見られる 等を記載		地域課題 評価予定日	平成 年 月 日
検討手法	<input type="checkbox"/> 会議で検討 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター等で検討 <input type="checkbox"/> 個別支援担当者による検討 <input type="checkbox"/> その他( )		

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入







E票-地域

要援護者氏名

様

計画作成者所屬

計画作成者 職

氏名

評価期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

地域活動計画評価票

決裁欄(例)

課長	係長	担当

計画評価 回目 記入年月日 平成 年 月 日

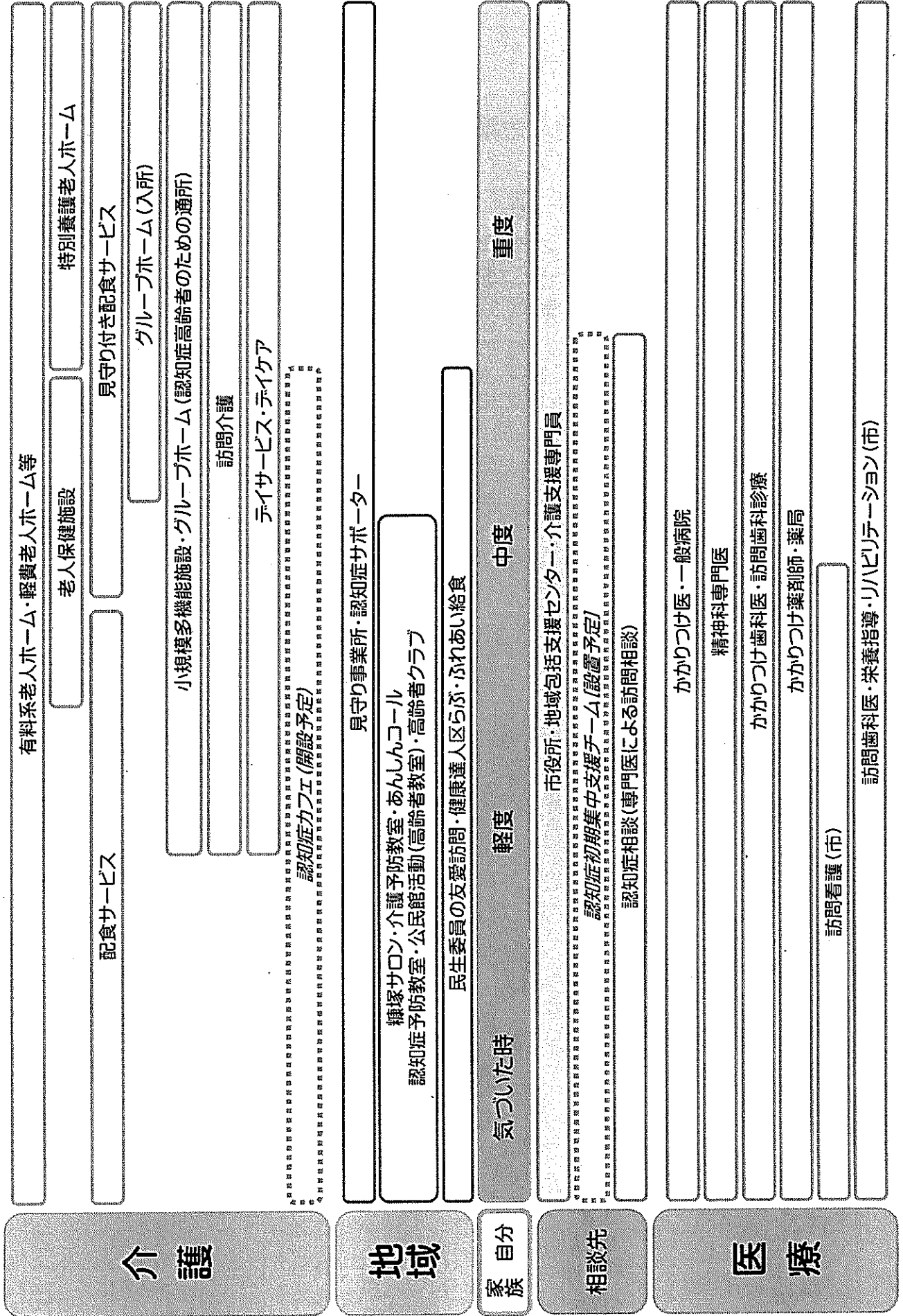
会議日時 平成 年 月 日 時 ~ 時

会議目的		出席者 (所属・氏名)	実施結果	目標及び対応方法の評価
<p>目標 (「E票-地域」の目標を転記)</p>	<p>実施状況(誰がどのように取り組んだか) 計画通りの役割分担・対応方法を実施した場合には、□にチェック</p>			<p>□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 □住民からの評価( )</p>
				<p>□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 □住民からの評価( )</p>
				<p>□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 □住民からの評価( )</p>
				<p>□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 □住民からの評価( )</p>
				<p>□目標達成 □目標の継続 □対応方法の継続 □目標の変更 □目標の変更 □対応方法の変更 □住民からの評価( )</p>
<p>活動内容・ 量の評価 (評価期間 中)</p>	<p>□ 会議の実施 ( ) 回 □ 取り組み実現のための出前講座の実施 ( ) 回 ⇒ 内容 □ 多職種等に対する研修会の実施 ( ) 回 □ 保険者・その他取り組みに必要な部署への報告をした □ その他の活動</p>	<p>新たに構築されたネットワーク・支援者 新たに連携が取れた人・機関 今後の支援にどう生かすか</p>	<p>新たな課題と対応方法</p>	<p>評価結果のまとめ</p>
<p>活動による 総合的成果</p>	<p>※ 地域連携、ネットワーク構築、資源開発や政策形成の点でどんな成果があったか。</p>			<p>1. 地域活動・取り組みの終了 2. 現在の計画内容に基づき、継続 3. 地域活動計画の見直し 4. その他 ( )</p>

# 疾病ごとの支援の流れ（現状の位置と今後の見通しの整理）

疾病の状態 支援の内容	疾病の疑い	疾病を有するが日常生活は自立	誰かの見守りがあれば日常生活は自立	日常生活に手助け・介護が必要	常に介護が必要
	疾病等はあるが日常生活は自立している	疾病等はあるが日常生活はほぼ自立している	服薬管理、電話の対応などが1人では難しい	トイレ、食事などの対応がうまくできない	ほぼ寝たきりで意志の疎通が困難である
医 療					
介 護					
予 防					
生活支援					
住 ま い					

# 認知症ケアパス図



## 個別課題の検討会議に係る個人情報に関する同意書

私は、地域包括支援センター及び〇〇市が開催する会議において、私の希望に添ったより良い福祉サービス検討のため、私及びその家族の個人情報を会議で使用することに同意します。

平成 年 月 日

本人

住所

氏名

印

本人の身体の状態等により署名が出来ないため、本人の意思を確認したうえでその署名を代筆しました。

代筆署名者

住所

氏名

印

続柄

## 誓約書

私は、〇〇市開催の個別課題の検討会議（平成 年 月 日）の参加にあたり、会議内容の個人情報等を他に漏らさない事を誓約します。

平成 年 月 日

所 属	住 所	氏 名

## 10 各種助成・手当・貸付制度等一覧

以下では、要援護者への支援策を検討するうえで活用が考えられる助成・手当・貸付などの各種制度を列記した。なお、各種制度の詳細については、それぞれの問い合わせ窓口を確認されたい。

### (1) 医療費助成制度

#### ア 医療福祉（マル福）制度

- ・対象：**子ども** **妊産婦** **ひとり親** **障害者**
- ・問い合わせ窓口：お住まいの市町村（障害福祉担当課）  
医療保険各法の規定による患者負担分を公費で助成することによって、受療を容易にし、併せて健康の保持と生活の安定を図る制度。対象区分は、小児、妊産婦、ひとり親（母子・父子）、重度心身障害者

#### イ 自立支援医療

- ・対象：**障害者**
- ・問い合わせ窓口：お住まいの市町村（障害福祉担当課）  
都道府県の指定を受けた指定医療機関で、心身の障害の除去・軽減を図るために必要な医療を受ける際の医療費を助成する制度。対象区分は更正医療、育成医療、精神通院医療

#### ウ 指定難病特定医療費

- ・対象：**難病患者**
- ・問い合わせ窓口：お近くの保健所  
対象疾患に罹患し病状が一定の基準を満たす方に対する医療費助成制度

#### エ 小児慢性特定疾病医療費助成制度

- ・対象：**子どもの難病患者**
- ・問い合わせ窓口：お近くの保健所  
対象疾患に罹患し、病状が一定の基準を満たす児童などに対し、その医療費の自己負担分の一部を助成する制度



## (2) 福祉分野(手当)

### ア 特別障害者手当

- ・対象：**障害者**
- ・問い合わせ窓口：お住まいの市町村（障害福祉担当課）  
精神又は身体に著しく重度の障害があるため、日常生活において常時特別の介護を必要とする程度の状態にある在宅の20歳以上の方に支給する手当

### イ 障害児福祉手当

- ・対象：**障害児**
- ・問い合わせ窓口：お住まいの市町村（障害福祉担当課）  
日常生活において常時特別の介護を必要とする程度の状態にある在宅の重度の障害児(20歳未満)に支給する手当

### ウ 特別児童扶養手当

- ・対象：**障害児の養育者**
- ・問い合わせ窓口：お住まいの市町村（障害福祉担当課）  
障害のある20歳未満の児童を家庭で養育している父母等の養育者に対して障害児の生活向上等のために支給する手当

### エ 在宅障害児福祉手当

- ・対象：**障害児の養育者**
- ・問い合わせ窓口：お住まいの市町村（障害福祉担当課）  
心身に障害の在宅の20歳未満の障害児の養育者に支給する手当

### オ 児童手当

- ・対象：**児童の養育者**  
※0歳から中学校修了(15歳になった後の最初の3月31日)前までの子どもを養育している方
- ・問い合わせ窓口：お住まいの市町村（児童福祉担当課）  
児童を養育している者に対し、家庭等における生活の安定に寄与するとともに、次代の社会を担う児童の健やかな成長に資することを目的に支給される手当

## カ 児童扶養手当

- ・対象：**児童の養育者**

※（18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある児童、身体又は精神に障害のある場合は20歳未満の児童）を監護している父親または母親が、若しくはこれらの児童を養育している方で、公的年金（老齢福祉年金を除きます。）を受けていない方

- ・問い合わせ窓口：お住まいの市町村（児童福祉担当課）

父母の離婚などで父又は母と生計を同じくしていない児童が育成される家庭の生活の安定と自立の促進に寄与し、児童の福祉の増進を図ることを目的として時給される手当

## (3) 福祉分野(貸付)

### ア 母子・父子・寡婦福祉資金

- ・対象：**母子家庭**など

- ・問い合わせ窓口：お住まいの市町村（福祉担当課）・各県民センター又は福祉相談センター

母子家庭などを対象とした無利子（一部有利子）の融資制度

〔修学，就学支度，技能修得，修業，就職支度，医療介護，生活，住宅，転宅，結婚，事業開始，事業継続〕

### イ 母子寡婦福祉小口貸付資金

- ・対象：**母子家庭**など

- ・問い合わせ窓口：お住まいの市町村（福祉担当課）・各県民センター又は福祉相談センター

母子家庭の母や寡婦が日常生活のうえでお金が必要になった時、10万円まで（教育用資金については20万円まで）無利子で借りることが出来る制度

### ウ 生活福祉資金

- ・対象：**低所得者** **障害者** **高齢者**

- ・問い合わせ窓口：お住まいの市町村社会福祉協議会

低所得者、障害者又は高齢者の属する世帯に対し、資金の貸付けと必要な援

助指導を行うことにより、その経済的自立及び生活意欲の助長促進並びに在宅福祉及び社会参加の促進を図る制度

#### **(4) 生活保護制度**

家族全員の収入が厚生労働大臣の定める最低生活費に満たないとき、その不足分が支給される制度

- ・問い合わせ窓口：県民センター（県民福祉課）、市福祉事務所、村役場民生担当

# 11 茨城型地域包括ケアシステムの構築に関する チェックリスト

茨城型地域包括ケアシステムの構築・運営は、あくまでも地域の自主性や主体性に基づき取り組まれるものであるが、各地域の強み、弱みを把握し、今後の施策に活かしていただくことを目的として、以下に一定の評価項目を示した。

## (1) 茨城型地域包括ケアシステムの構築に関する評価

### 1 茨城型地域包括ケアシステムの考え方

- 2025年を見据えた地域包括ケアシステムのビジョンはあるか。

### 2 茨城型地域包括ケアシステムの取組の概要

- 包括的な相談窓口としての相談支援体制が構築されているか。
- 複合的な課題に対するアセスメントができているか。
- 個別課題の検討を行う体制が構築されているか。
- 多職種協働による支援体制が構築されているか。
- 地域に必要な社会資源の検討を行う体制が構築されているか。

### 3 包括的な相談窓口の設定

- ワンストップ型の相談窓口があるか。
- 主たる要援護者を所管する部署が包括的な相談窓口として機能しているか。
- 既存の相談窓口の連携強化を図り、包括的な相談支援体制が構築されているか。

### 4 複合的な課題に対するアセスメント

- アセスメントで得た情報をもとに、要援護者及びその家族等が現在おかれている問題状況全体を把握しているか。
- 要援護者のみならず、世帯全体の複合的・複雑化したニーズを捉え、解きほぐし、生育歴などの背景も勘案した本質的な課題の見立て（アセスメント）を行っているか。

### 5 コーディネート機能（個別課題の検討）

#### (1) 医療と介護の円滑な連携

- 地域の多職種間のネットワーク（多職種が互いの専門性を理解し、視点、考え方の違いを踏まえたうえで、役割分担と相互協力しながら協働できる体制）が構築されているか。
- 在宅医療を推進する担当窓口が設置されているか。

## (2) 個別課題の検討会議

- 各種制度において、充実・強化されてきたコーディネート機能を担う「相談支援員」などの職種と協働して合議体を構成しているか。
- 効率的な会議運営の観点から、5つの機能（個別課題解決機能、地域包括支援ネットワーク構築機能、地域課題発見機能、地域づくり・社会資源開発機能、政策形成機能）の中で共通した機能を見出し、既存の合議体を有効に活用しているか。
- 会議の在り方は、次のとおりなされているか。
  - 会議の目的と内容が参加者全員で共有できているか。
  - 事例検討のための枠組み・ルールが共有できているか。
  - ファシリテーターとして会議の進行ができているか。
  - 個別課題解決に向けた会議を、共通様式で集約できているか。
  - ケース支援方針の検討・決定ができているか。
  - 会議において、支援状況の報告をするなどの進捗管理ができているか。

## 6 多職種協働による支援

- 多職種連携チームの編成に当たって、地域の方々が多く関わっているか。
- 多職種連携チームに医師や、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ専門職、管理栄養士などの医療職の協力を得られる体制になっているか。
- 多職種連携チーム員間における要援護者及びその家族等に対する支援内容などの情報共有がされているか。
- 多職種連携チームのまとめ役としてのキーパーソンを決めているか。
- 要援護者及びその家族等のニーズの変化に対応したサービス提供と進捗管理を行っているか。

## 7 必要な社会資源の開発（地域課題の検討）

- 地域課題を検討する仕組みがあるか。
- 1つの会議の中で、個別課題と地域課題を同じテーブルで検討していないか。
- 個別課題の検討会議の共通様式から、地域の課題が抽出できているか。
- 「地域をどうしたいのか。」の視点で検討・整理し、共通認識ができているか。
- 抽出した地域課題を、資源開発に結びつけるための必要なデータがあるか。
- 地域課題の解決策として、あらゆる方法が模索できているか。
- 地域課題を、行政への政策提言につなげているか。
- 行政への政策提言について、さまざまな創意工夫ができているか。
- 地域におけるインフォーマルサービスを創設しているか。
- 地域課題を政策形成に反映できる仕組みがあるか。

8 要援護者及びその家族等のニーズや満足度の把握、取組評価

- 要援護者及びその家族等が望んでいる生活は何か、また、サービスを受けながらどのような生活を送っていきたいか等をアセスメント時に確認しているか。
- 面接の時間を十分に取り、インフォーマルサービスも含め、利用可能なサービスを紹介しているか。
- 適時モニタリングを実施し、要援護者の疾病の状態や家族等の介護力など状況が変わった際、サービス内容等を見直しているか。
- 個別課題の検討会議の結果を、要援護者及び家族等にわかりやすく説明しているか。
- 要援護者及びその家族等に対し、サービス利用上の注意事項を説明しているか。
- 要援護者及びその家族等に対し、サービス内容などの説明を行い、その都度、理解をいただき、同意を得ているか。
- 緊急時の対応方法について、要援護者及び家族等に説明しているか。
- 公民館単位ごとに住民との意見交換会の場を開き、住民の声を聞くなど地域のニーズや課題の把握に努めているか。

## (2) 茨城型地域包括ケアシステムの運営に関する評価

### 1 役割分担

- 地域の実情に応じた、市町村・地域包括支援センター・医師会などの役割分担ができているか。
- 個別課題や地域課題の検討会議の場において、漫然と話し合うのではなく、1回ごとに目標を定め、お互いの役割の違いを理解しながら話し合いがされているか。

### 2 地域を知る

#### (1) 地域の実情把握

- 要援護者及びその家族等からの相談があるか。
- 民生委員・自治会長からの相談があるか。
- 関係機関等からの相談があるか。
- 地域が抱える課題を把握しているか。
- 住民のニーズを把握しているか。

#### (2) 地域の資源把握

- 地域におけるフォーマル、インフォーマルサービスを把握しているか。

### 3 地域資源の検討・整理・創設・連携・活用

- サービス提供者などによる共助の取組が構築されているか。  
(※事例を通して生まれた地域のネットワーク（協力体制）が、他の困難事例の発見につながることもある。)
- 地域におけるインフォーマル資源を創設しているか。
- 地域住民による互助の取組が整っているか。
- サービス提供者などによる共助の取組が構築されているか。
- 地域におけるフォーマル、インフォーマルサービスを活用しているか。

### 4 人づくり，意識啓発

- 住民に対し、意識啓発のためのシンポジウムや講演会等を開催しているか。
- 支援困難事例を抱えるスタッフへの、フォロー体制はできているか。
- 担当職員に、質の向上を図るための外部研修を受講しているか。
- 関係機関に対する情報提供を行っているか。

### 5 コーディネート機能の充実・多職種協働による支援の充実

- 高齢者以外の精神・難病・児童等に対しても、コーディネートしているか。
- 各種制度におけるコーディネーター的役割を担う者を、一同に集めて協議の場を設けているか。
- 医療・介護・福祉等の多職種協働による支援を行っているか。

### 6 情報発信

- 住民の満足度を向上させるため、行政の取組などについて情報発信を積極的に行っているか（情報周知）。
- 茨城型地域包括ケアシステムの取組について、目標を定め、その目標を達成したかどうかの評価を行い、その取組を報告会等で外部に公表する場を設けているか。

# 県の地域ケアシステム

## 地域ケアシステムとは？

○高齢者や障害者など支援を必要とする方々が、住み慣れた家庭や地域の中でいきいきと安心して暮らせるよう、保健・医療・福祉の関係者や地域住民・ボランティア等がチームを組んで、必要なサービスを総合的に、適時・適切に提供するシステムです。  
 ○要援護者及びその家族の生活・自立を支える在宅ケア（ファミリーケア）の基盤となるシステムを指しています。

### 実施主体

○市町村（社会福祉協議会に委託可）

### 主な対象者（要援護者）の例

- ・ひとり暮らし高齢者
- ・虚弱な高齢者等
- ・身体、知的、精神障害者
- ・難病患者
- ・子育て期 等

## 支援実施までの流れ等

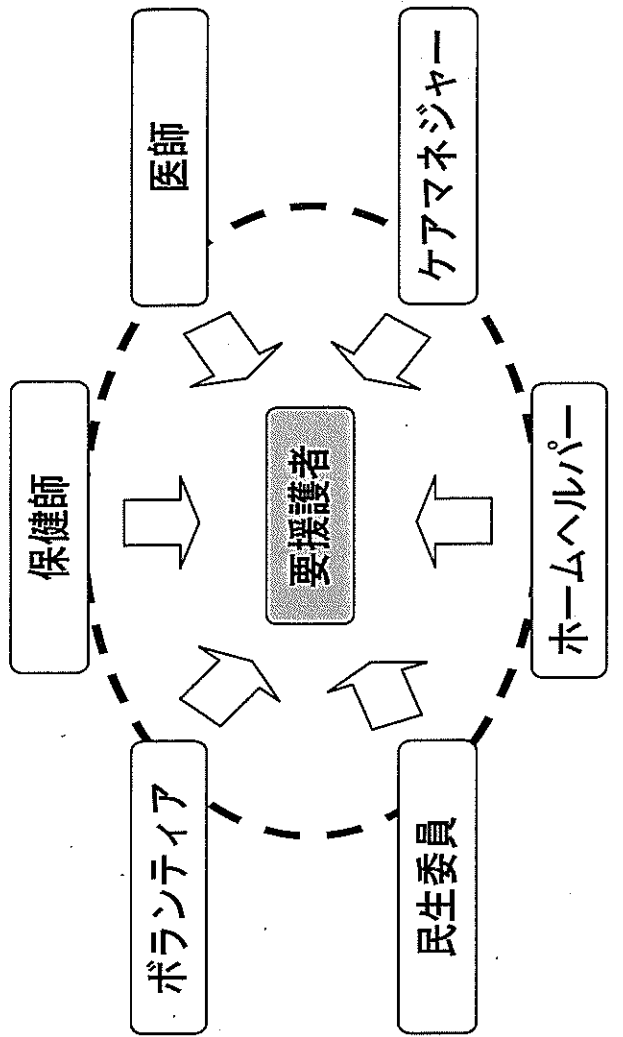
1 地域住民等からの情報提供・家族からの相談等  
 （地域ケアセンター（市町村社協内等））

2 サービス調整会議（クイック調整会議）の開催

3 在宅ケアチームの編成（キーパーソンの決定）

4 進捗管理

## 在宅ケアチーム（イメージ図）



【在宅ケアチーム内訳（H27.3）】

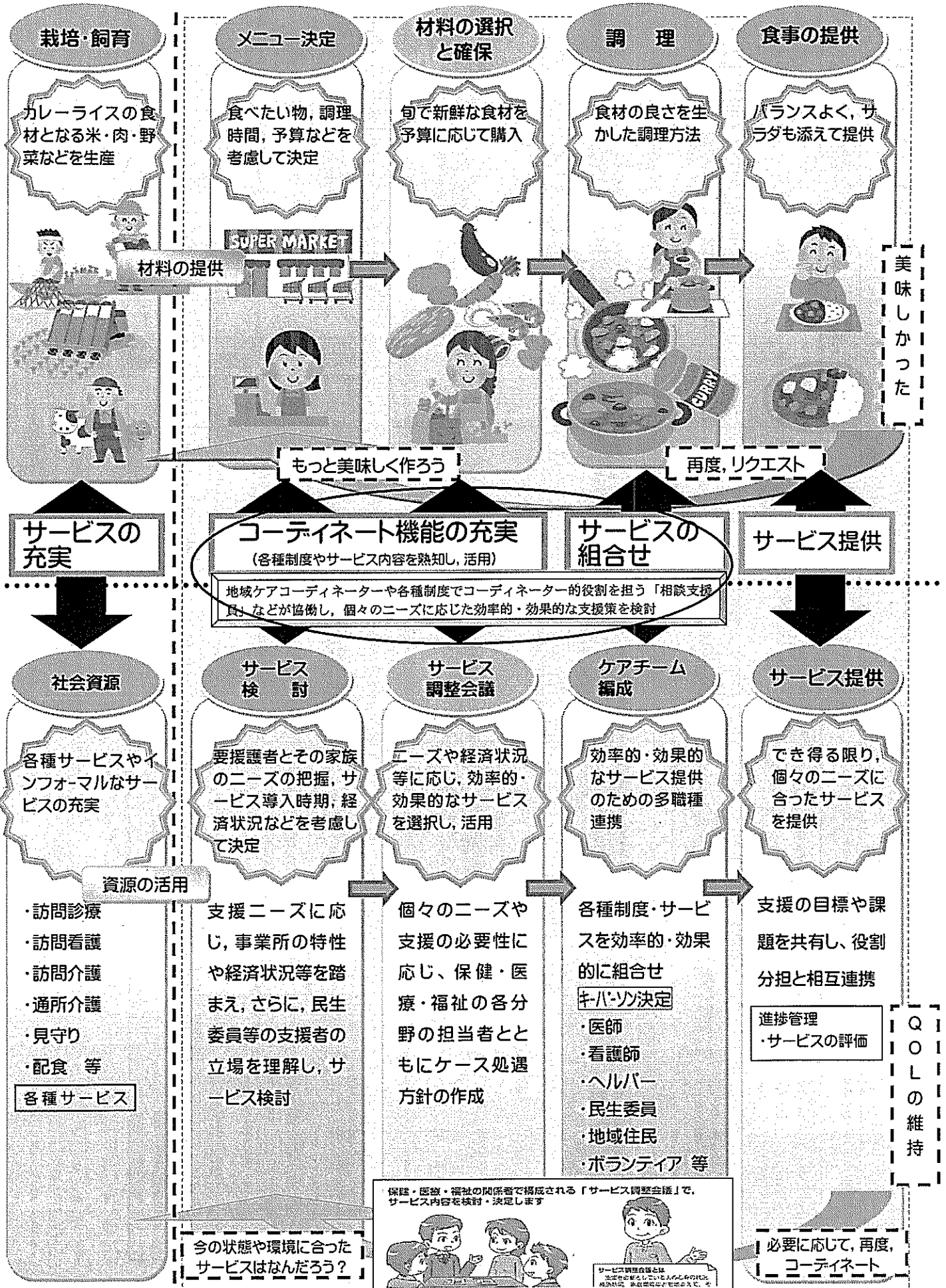
介護保険給付対象者	ひとり暮らし高齢者	高齢者	要援護者	身体障害者	知的障害者	精神的障害者	神	雑病患者等	子育て親等	その他	計
1,221	4,796	529	523	255	603	43	120	201	8,291		
14.7%	57.8%	6.4%	6.3%	3.1%	7.3%	0.5%	1.4%	2.5%	100.0%		

\*その他の内訳は、終末期患者4，DV被害者12，ひきこもり23，その他162（生活困窮者，高次脳機能障害等）



# 地域ケアシステムの流れを料理に例えると

【地域ケアシステムについて、カレーライスを作ると仮定した場合の例え】

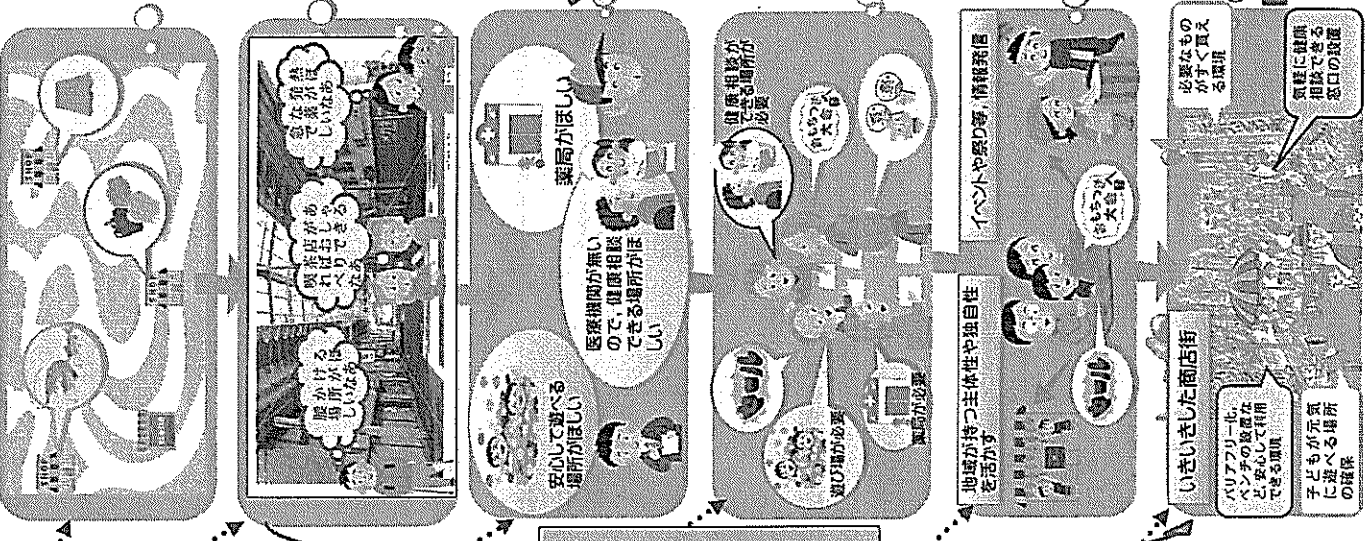


地域ケアシステムとの類似制度・事業の例

○ 個別課題の検討会議を行うにあたり、他制度・事業の仕組みを参考に、効率的に行うものである。

	地域ケアシステム推進事業 (平成6年度)	介護保険制度 (平成12年度)	障害者支援制度 (平成18年度)	認知症総合支援事業 (平成27年度)	自立相談支援事業 (平成27年度)	家庭児童相談員相談事業 (昭和44年度)	要保護児童対策地域協議会 (平成23年度)	虐待DV対策地域協議会 (平成19年度)
1	相談窓口の設置(地域ケアセンター) ※血縁ケアコーディネーターがニーズの把握	相談窓口の設置(居宅介護支援事業所) ※ケアマネジャーがニーズの把握(7ねり)	相談窓口の設置(相談支援事業所) ※相談支援専門員が生活支援ニーズの把握	【認知症初期集中支援チーム】設置(運営地域包括支援センター内) ※保護職、介護福祉士等の専門員を配置 ※相談受付	相談窓口の設置 ※自立相談支援員が生活困窮者の抱えている課題を整理・分析し、そのニーズを把握(7ねり)	相談窓口の設置 ※相談支援専門員が生活支援ニーズの把握	児童福祉主管課	平成26年度までは福祉総務課 平成27年度4月から子ども子育て庁にて広域課が相談窓口
2	アセスメント表作成 ※地域ケアコーディネーターがニーズの整理	ケア目標の設定 ※ケアマネジャーがケアプランの整理	ケア目標の設定 ※相談支援専門員が生活支援ニーズの整理(アセスメント表)	訪問活動(対象者の実態、ニーズ等の把握)	支援プランの作成 ※ニーズに応じた支援が計画的かつ継続的に行われるよう、自立支援計画(支援プラン)案を策定	保育園・学校・教育委員会SSW・障害者支援係・生活困窮者相談員等と連携して、ケアの対応等、注意度、主要な関係機関等)	要保護・要支援児童ケース進行管理会議における情報共有(概要、現況、今後の対応等、注意度、主要な関係機関等)	職員・自立生活支援相談員(非常勤職員)がケース検討表を作成
3	提供サービスの種類及び期間 ※地域ケアコーディネーターがプログラム作成	ケアプランの作成 ※ケアマネジャーがケアプラン作成	サービス等利用計画書(障害福祉サービス利用計画)を作成 ※相談支援専門員が計画相談(プラン作成：自立支援事業、インフォホーム)実施	チーム員検討会の開催(支援方針の検討) ※認知症専門員によるアトバイス	プラン(自立支援計画)案の策定 ※相談者本人と相談支援員が協働でプラン案作成	虐待・DV・ひきこもり、不登校・生活困窮者等、関係機関と連携しながら、ニーズ(ニーズ)を即時コーディネートする。	子どもや家族のニーズにあった子育て支援サービスを即時コーディネートする。	支援プログラムの作成は無し
4	「サービス調整会議」でサービス内容を検討・決定 ※保護・医療・福祉関係者による協議方針、サービスプログラムの検討	「サービス担当者会議」の開催 ※ケアマネジャーがケアプランに位置付けたサービス担当者による協議方針、情報共有及び専門的意見の聴取	「サービス担当者会議」の開催 ※相談支援専門員が計画相談に位置付けた障害福祉サービスの担当者を集め、情報共有及び専門的意見の聴取(医療については、認定時の医師の意見を参考にすると共に必要時、相談支援専門員も連携する)	「支援調整会議」の開催 ※支援員と関係機関担当者等がプラン案について協議し、支援プランを策定	相談者のフォローアップ	代表者会議は年1回 実務者会議は年2~4回(ケースの進捗管理) 個別対応会議は随時(要理会議は週1回)	代表者会議は年1回 実務者会議は年2~4回(ケースの進捗管理) 個別支援会議は随時開催	代表者会議は年1回 実務者会議は年3回~4回(ケースの進捗管理) 個別対応会議は随時(要理会議は週1回)
5	在宅ケアチームの編成(キーパーソンの決定) ※チーム員の役割分担、相互連絡の確認	—	サービス等利用計画の作成、利用者及び担当者への交付 ※支援者の役割の確認	医療・介護サービス等の調整 ※確定診断、介護保険申請等	支援プランに基づき支援の実施各相支援員が包括的に行われるよう、関係機関との連携調整を実施	—	—	ケースに応じた役割分担等は行うが、キーパーソンの決定等は特にしていない。
6	在宅ケアチームによるサービス提供 ※コールセンターの活用	ケアプランの実施	サービスの利用 ※インフォホーム、インフォメールサービスの活用	医療・介護サービス等の提供 ※日常支援	サービス提供	—	—	在宅ケアチームに関する組織化は行っていない
7	進捗管理 ※要保護児童の状態及び在宅ケアチームの支援活動確認	進捗管理 ※利用者及びケア提供状況についてのモニタリング及びフォローアップ	進捗管理 ※サービス利用者及びケア提供状況についてのモニタリング及びフォローアップ	支援終了、モニタリング	進捗管理 ※支援内容について、定期的に把握し、必要に応じて調整を行う。(モニタリング及びフォローアップ)	—	—	上記4の実務者会議(年3回~4回)及び、要理会議(週1回)はでケースの進捗管理を実施

# 茨城型地域包括ケアシステムを「魅力ある商店街」に例えると



- ア 支援対象者に応じて、それぞれの制度で対応することを基本
- イ 包括的な相談窓口の設定
- システムの入口として、高齢者や障害者など様々な分野において、単独の制度では解決できず、制度の狭間で支援が届きにくい人や、その家族の生活も考慮した「ファミリアケア」的視点で、ワンストップ型の相談窓口の設置や主たる要援護者を所管する部署が包括的な相談窓口となる。
  - なお、市町村によっては、既存の相談窓口の連携強化を図り、どこでも相談対応可能な包括的な相談支援体制を構築することなども考えられる。
- ウ 複合的な課題に対するアセスメント
- 相談窓口の部署が、要援護者（本人）や、介護、障害、貧困、育児など世帯全体の複合的・複雑化したニーズを捉え、解きほぐし、生育歴などの背景も勘案した本質的な課題の見立てを行う（アセスメント）。
- エ コーディネート機能（個別課題の検討）
- 地域ケアシステムや在宅医療・介護連携拠点の取組（土台づくり事業「地域レベルでの協議の場」）において構築した地域の多職種間のネットワーク（多職種が互いの専門性を理解し、視点、考え方の違いを踏まえたうえで、役割分担と相互協力が行える体制）を活かし、個別課題の検討を行う。
- オ 多職種協働による支援
- 地域ケアシステムや在宅医療・介護連携拠点の取組において構築した地域のネットワークを活かしながら、見守りなど福祉的要素の強い支援内容に加え、訪問診療や訪問看護、リハビリなど在宅医療を担う職種との連携の充実を図り、支援を行う。
- カ 必要な社会資源の開発（地域課題の検討）
- 様々なニーズに対し、既存資源のネットワーク強化だけで不足する場合には、積極的に必要な社会資源を創造・開発していくことが求められる。
  - これを実行するため、関係者と地域課題について協議する仕組みを設ける。

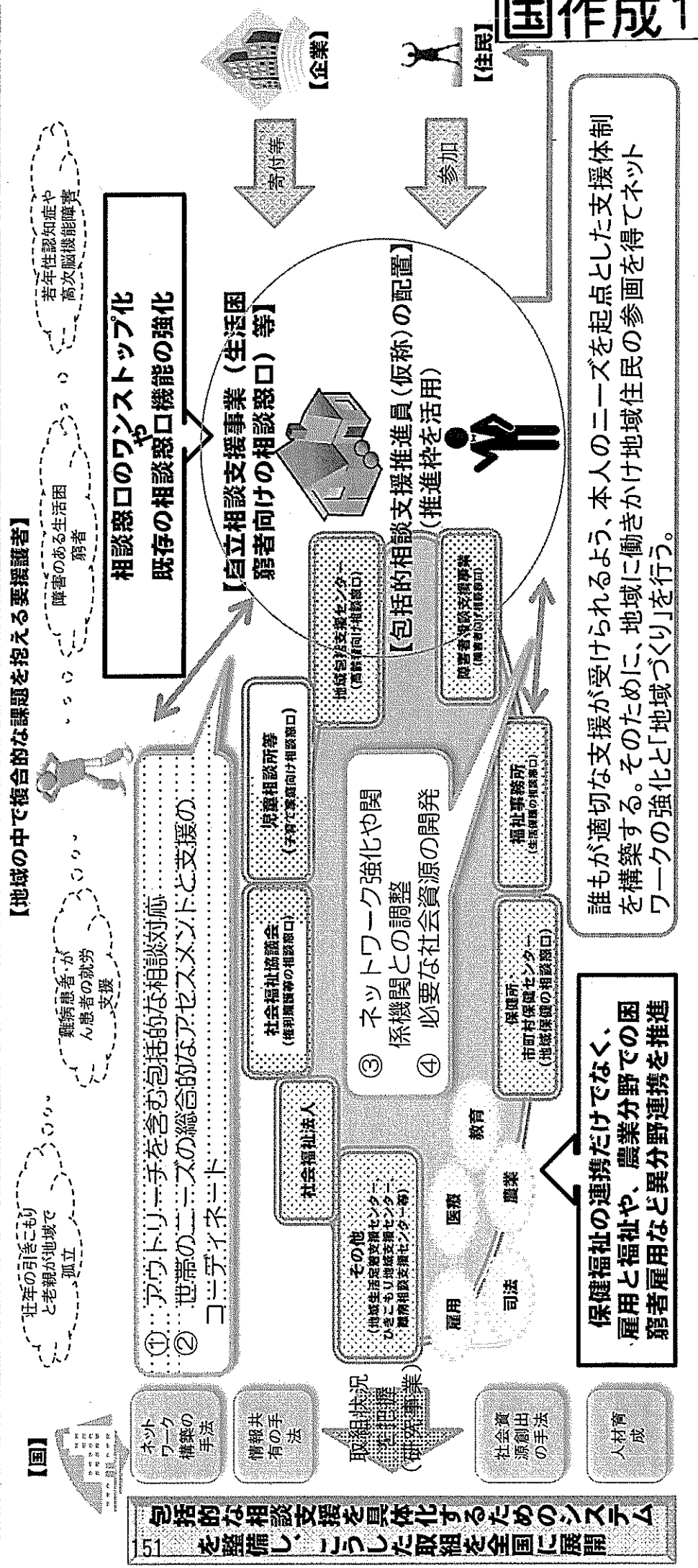
- ア 個々の商店が地域に点在し、1軒の店が離れている。必要な物が手に入らない。
- イ 商店街の形成（まちづくり）  
 商業者や、住民、行政関係者などが一体となって商店街を形成し、商店街が人々の集うところとして機能し、快適な生活環境が送れるよう整備
- ウ 地域ニーズの把握  
 地域ニーズが多様化している中、商店街も創意工夫した取組みが不可欠となっており、このための地域ニーズの把握が必要
- エ 商店街の運営について検討  
 どこでもあり得る商店街ではなく、地域の特徴を活かしながら、地域住民が求めているニーズを反映させるため、住民も交えた企画検討を定期的に開催  
 なお、集団の合意形成を図るコーディネートが重要
- オ 地域ニーズに合った商店街としての対応  
 地域の特性を踏まえ、地域が持つ主体性や独自性を活かしながら、例えば、イベントや祭りなどを通し、我がまちの魅力を情報発信し、アピールするなどして、多様化する地域ニーズなどに対応
- カ 魅力ある、さらなる商店街づくり  
 地域ニーズに合った専門店の誘致など、魅力ある、さらなる商店街づくりに取組 ※地域の創意工夫が不可欠

# 1 さまざまなニーズに対応する新しい地域包括支援体制の構築

## ① 包括的な相談支援システムの構築

- 我が国の福祉サービスは、高齢、障害、児童その他対象者ごとに専門的サービスが充実してきたところ。他方、福祉ニーズの多様化・複雑化や人口減少など地域社会が変容する中で、単独の機関によるアプローチでは、十分対応できないケースも浮き彫りになっている。
- 既存の支援体制の存在や地域によって実情が異なることも踏まえながら、こうした新たな課題に対応するため、地域の中で「狭間のニーズ」を掘り取り総合的な見立てとコーディネートを行う機能を強化する
- ・ 多機関・関係者の連携を強化し社会資源の開発を図る
- ・ 支援人材を育成しつつ、包括支援のノウハウを全国展開する
- などの取組を通じ、多機関・多分野協働による新しい包括的な相談支援システムを構築する。

推進枠を活用しモデル的な事業実施  
調査研究事業の実施



包括的な相談支援を具体化するためのシステムを整備し、こうした取組を全国に展開

保健福祉の連携だけでなく、雇用と福祉や、農業分野での困窮者雇用など異分野連携を推進

誰もが適切な支援が受けられるよう、本人のニーズを起点とした支援体制を構築する。そのために、地域に働きかけ地域住民の参画を得てネットワークの強化と「地域づくり」を行う。

国作成

【企業】

【住民】

【地域の中で複合的な課題を抱える要援護者】

【国】

【地域】

ネットワーク構築の手法

情報共有の手法

取組状況把握(研究事業)

社会資源創出の手法

人材育成

雇用

医療

教育

農業

司法

その他  
(地域生活定着支援センター、ひきこもり地域支援センター、障害相談支援センター等)

③ ネットワーク強化や関係機関との調整

④ 必要な社会資源の開発

社会福祉協議会  
(権利保護等の相談窓口)

児童相談所等  
(子育て支援向け相談窓口)

保健所  
市町村保健センター  
(地域保健の相談窓口)

福祉事務所  
(生活保護の相談窓口)

障害者相談支援事業  
(障害者向け相談窓口)

地域包括支援センター  
(高齢者向け相談窓口)

難病患者・がん患者の就業支援

障害のある生活困窮者

若年性認知症や高次脳機能障害

相談窓口のワンストップ化  
既存の相談窓口機能の強化

【自立相談支援事業(生活困窮者向けの相談窓口)等】

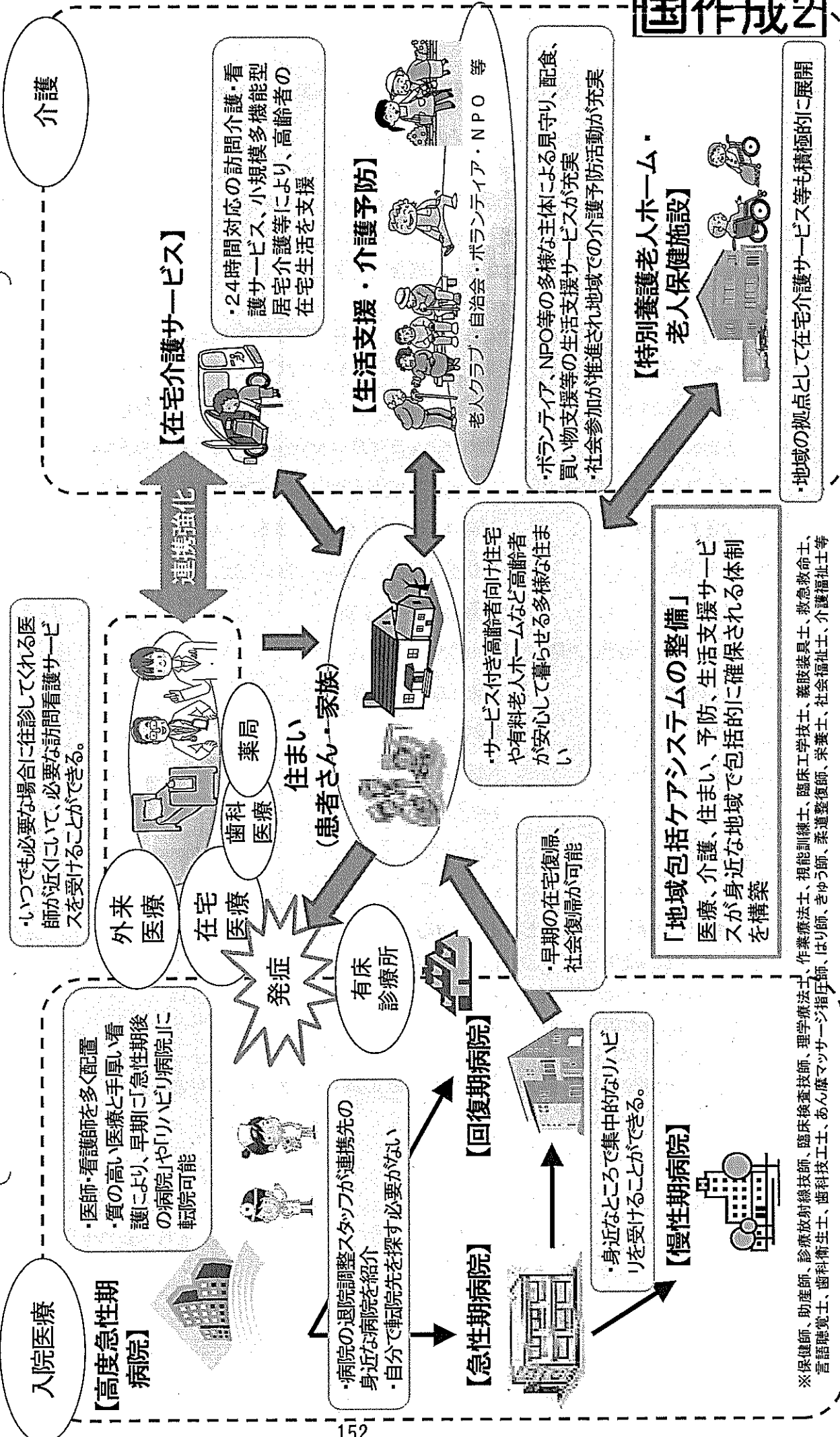
【包括的相談支援推進員(仮称)の配置】  
(推進枠を活用)

参加

寄付等

# 医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職(※)の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。



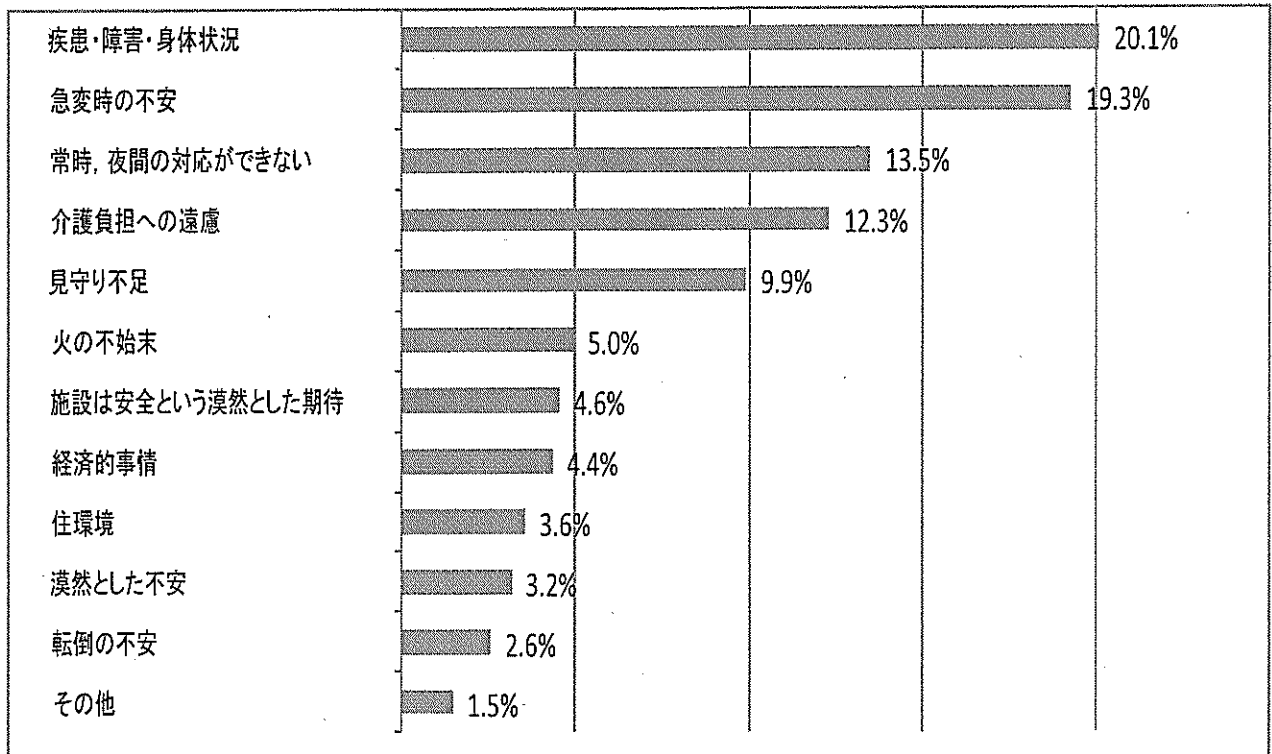
図作成2

※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等

## 【在宅での生活限界点】に関するアンケート結果について

- 調査時期：平成27年5月22日～5月31日
- 調査方法：インターネット（アンケート専用フォームへの入力）による回答
- 調査対象者：いばらきネットモニター（県内在住者のみ）
- 回答者の属性（百分率表示は、小数点以下第二位を四捨五入しているため、個々の比率の合計は100%にならない場合がある）

【問1】 仮に、ご家族の方が何らかの病気、障害、高齢になった場合、介護施設（特別養護老人ホーム、グループホーム等）や病院に入所等をさせる理由 (n=503)



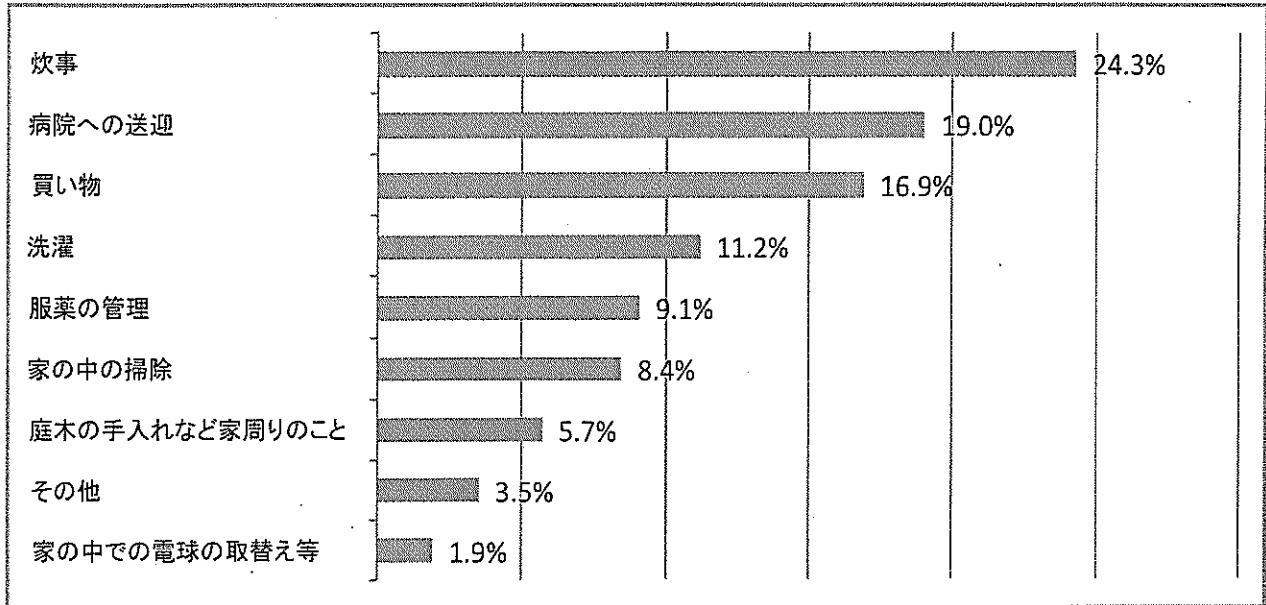
◆「その他」(1.5%)として、次のような意見が挙げられた。

- ・母が義理の父（私の祖父）を介護している。叔父・叔母は母に気兼ねなく訪れられるから
- ・24時間介護できない
- ・老老介護負担軽減
- ・人手がない
- ・仕事をしないと生活していけないので専従で介護はできないと思う
- ・一人暮らし

※問2以降については、在宅生活を継続するために支障となっている事項、言い換えれば「これができる、これを克服すれば、もっと在宅での生活ができる」と考えられる事項について、「個別要因」ごとに設問を設けた。

【問2】 「日常生活に係る要因」について

(n=474)

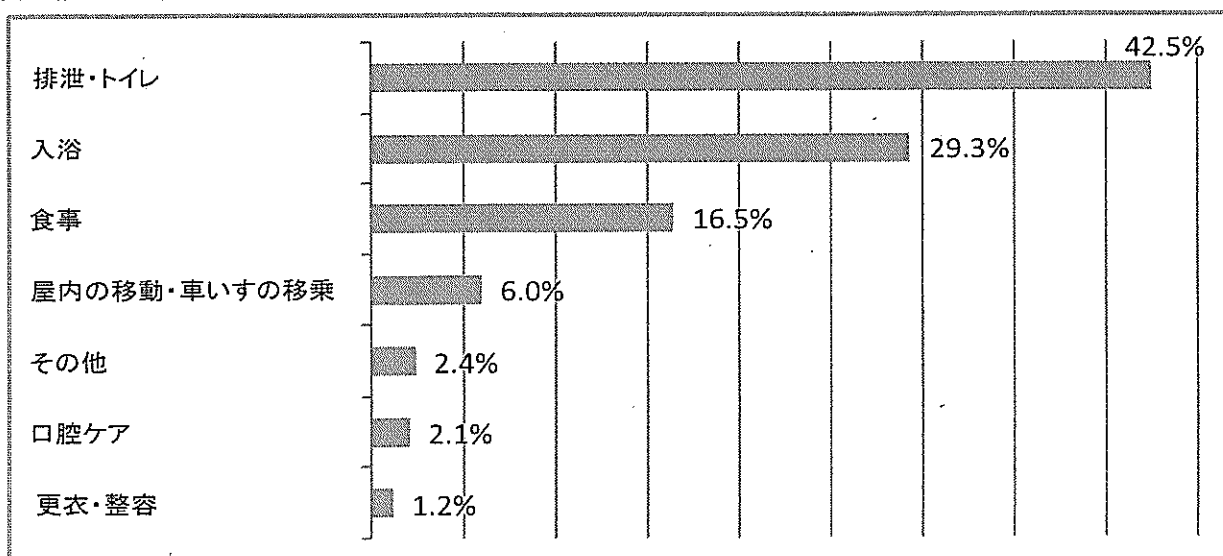


◆ 「その他」(3.5%)として、次のような意見が挙げられた

- ・ 家族が不在の時、変わって介護してくれる人材がいること
- ・ 入浴介助
- ・ 買い物等、一定の距離を自分の力で移動できること
- ・ 生活介助
- ・ 労働の免除（生活費の保障）
- ・ 最低限の身の回りのこと、一人でトイレに行ける、一人でお風呂に入れるなど
- ・ 食べたい食事がわからないこと、お薬を飲んでくれないこと
- ・ 在宅支援—物理的支援だけでなく、相談や行政・病院・施設などとの交渉なども含めて
- ・ 実際の介護、排泄から入浴、介護食作りなどの知識もない、共働きと育児で人手がない
- ・ 医療機関との連携
- ・ 自分一人で生活できる
- ・ 介護そのもの
- ・ 市営住宅の三階に住んでいて、エレベーターがないので、ここでの生活はむずかしい
- ・ 介護の軽減で、通常の生活をしたい
- ・ 対応の仕方と急患の受け入れ先の迅速な対応

【問3】 「身体に係る要因」について

(n=334)

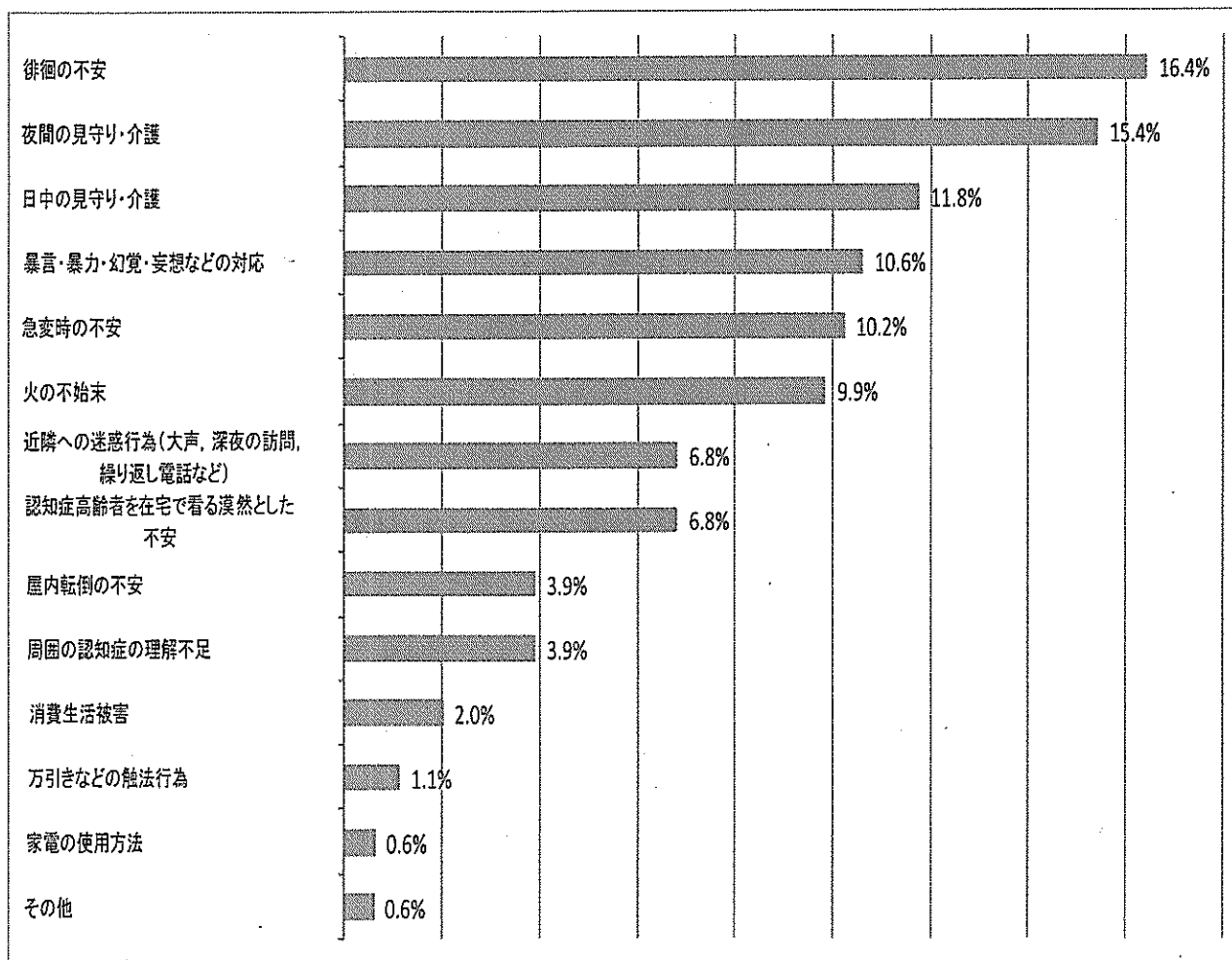


◆「その他」(2.4%)として、次のような意見が挙げられた。

- ・常時目が離せないというストレス
- ・食事・トイレ・入浴・最小限の歩行機能が満たされれば、おおむね自活できる
- ・シャンプーや散髪サービス
- ・相談できる状況
- ・リハビリ
- ・無回答

【問4】 「認知症に係る要因」について

(n=791)



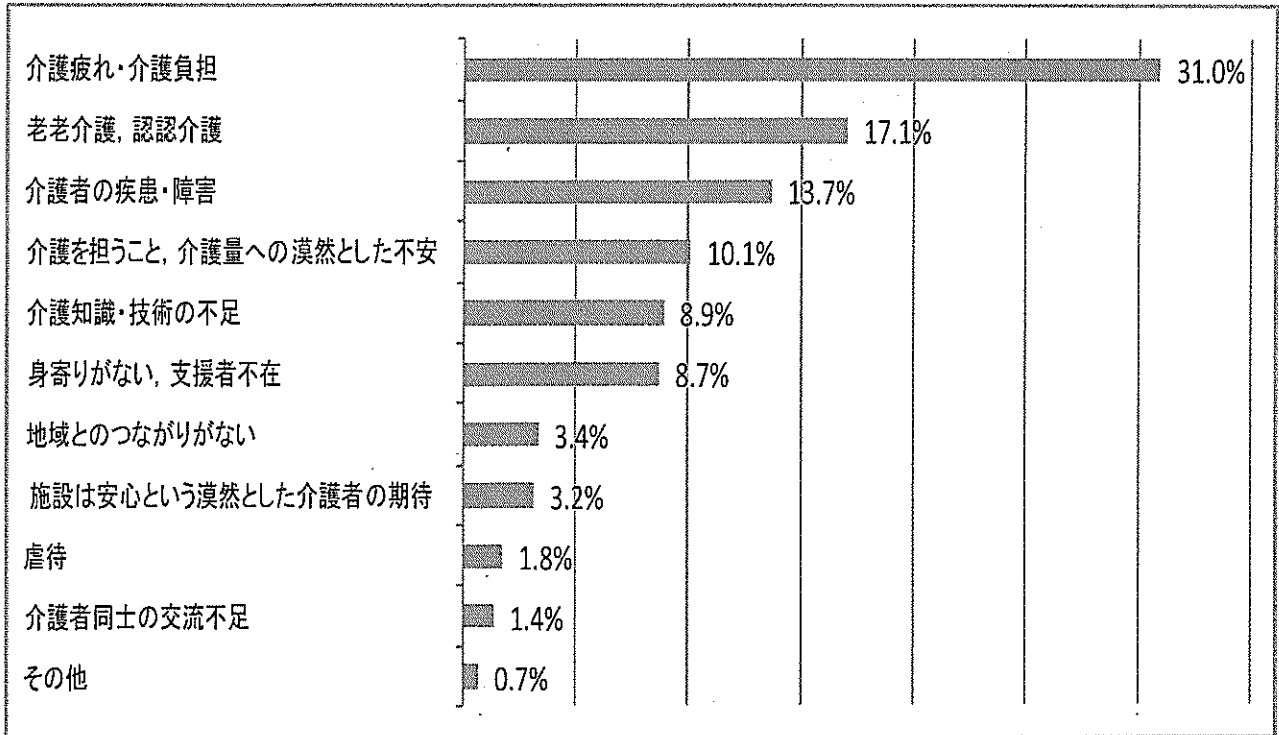
◆「その他」(0.6%)として、次のような意見が挙げられた。

- ・デイサービスを受けてほしい



【問5】 「介護者に関する者に関する要因」について

(n=504)

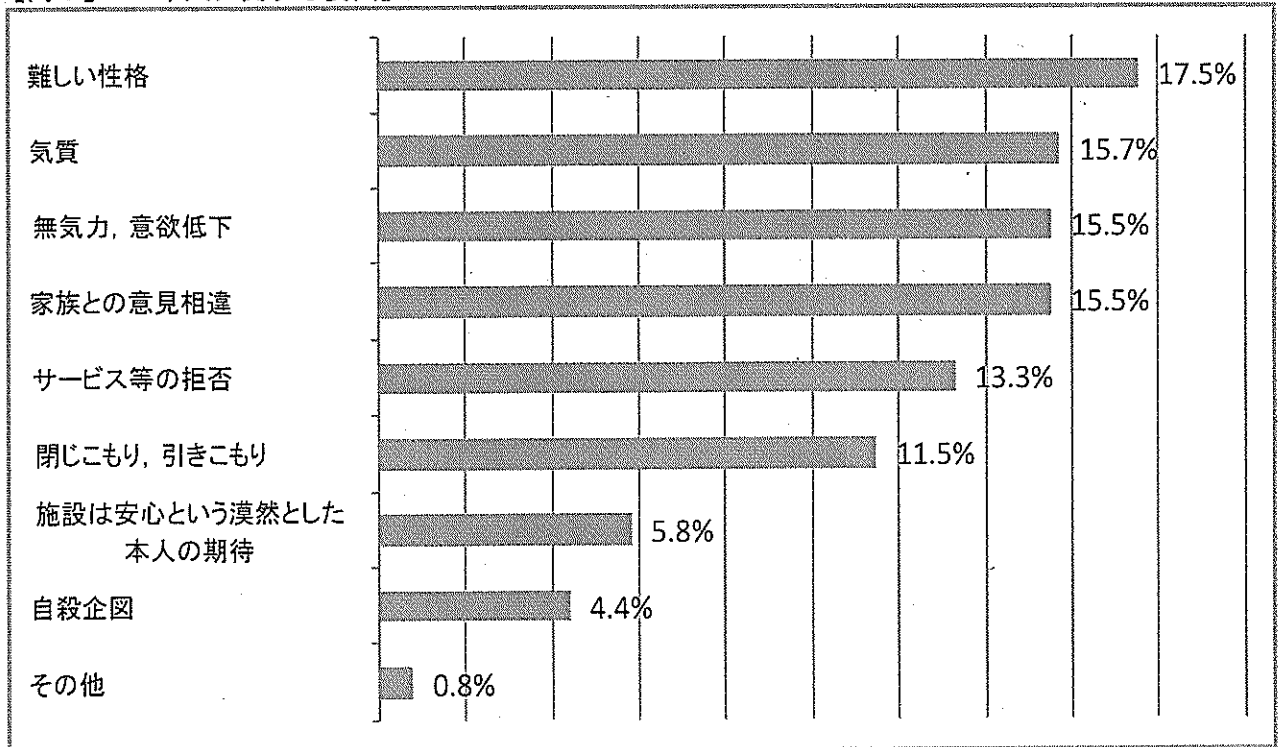


◆ 「その他」(0.7%)として, 次のような意見が挙げられた。

- ・ 家父長の存在 (父が他界しており、私の祖父を介護するのが母一人という状況)
- ・ 経済的不安

【問6】 「本人に関する要因」について

(n=496)

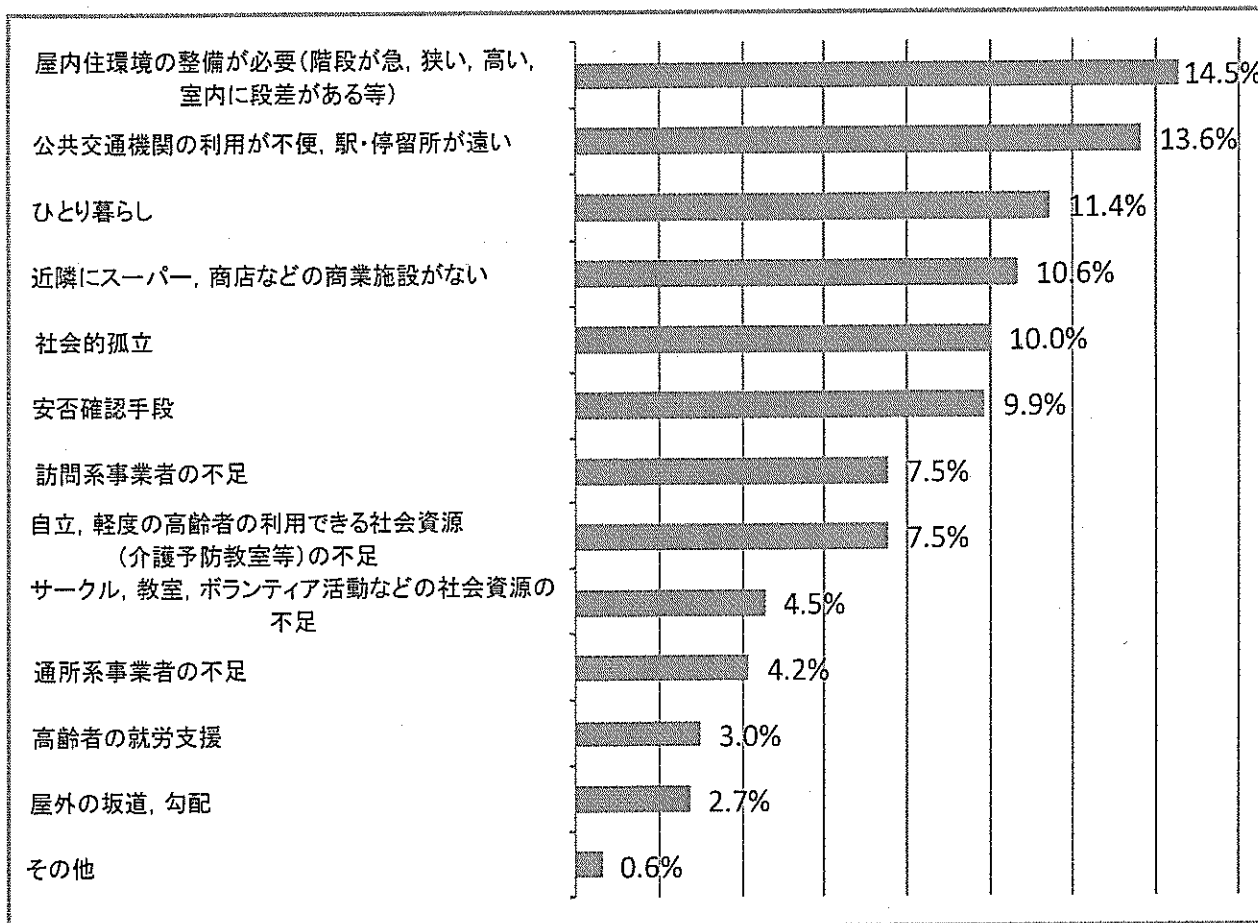


◆ 「その他」(0.8%)として, 次のような意見が挙げられた。

- ・ せん妄状態, 免疫力低下

【問7】「環境的な要因」について

(n=771)

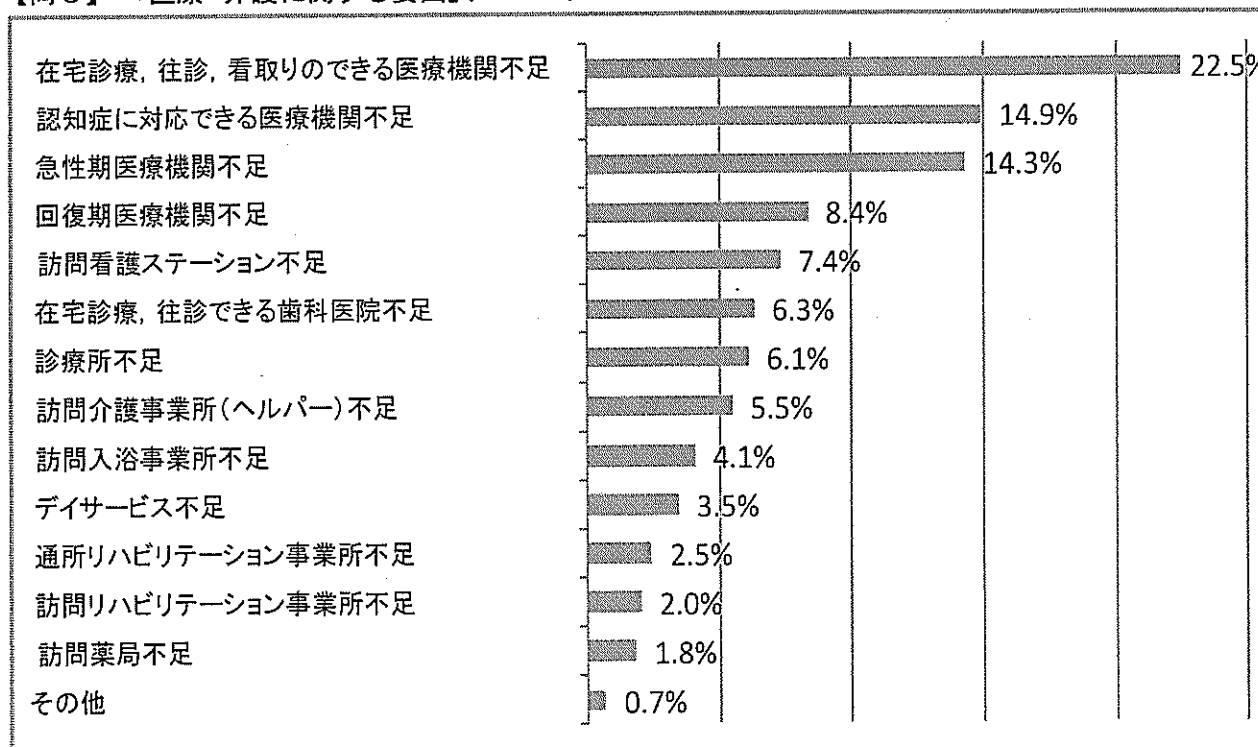


◆「その他」(0.6%)として次のような意見が挙げられた。

- ・近隣に、病院が無い又は、病院があっても医師がいない等、公共機関等は無い
- ・私道の整備不足(舗装されてない)
- ・その時に相談・支援してくれる状況

【問8】「医療・介護に関する要因」について

(n=489)

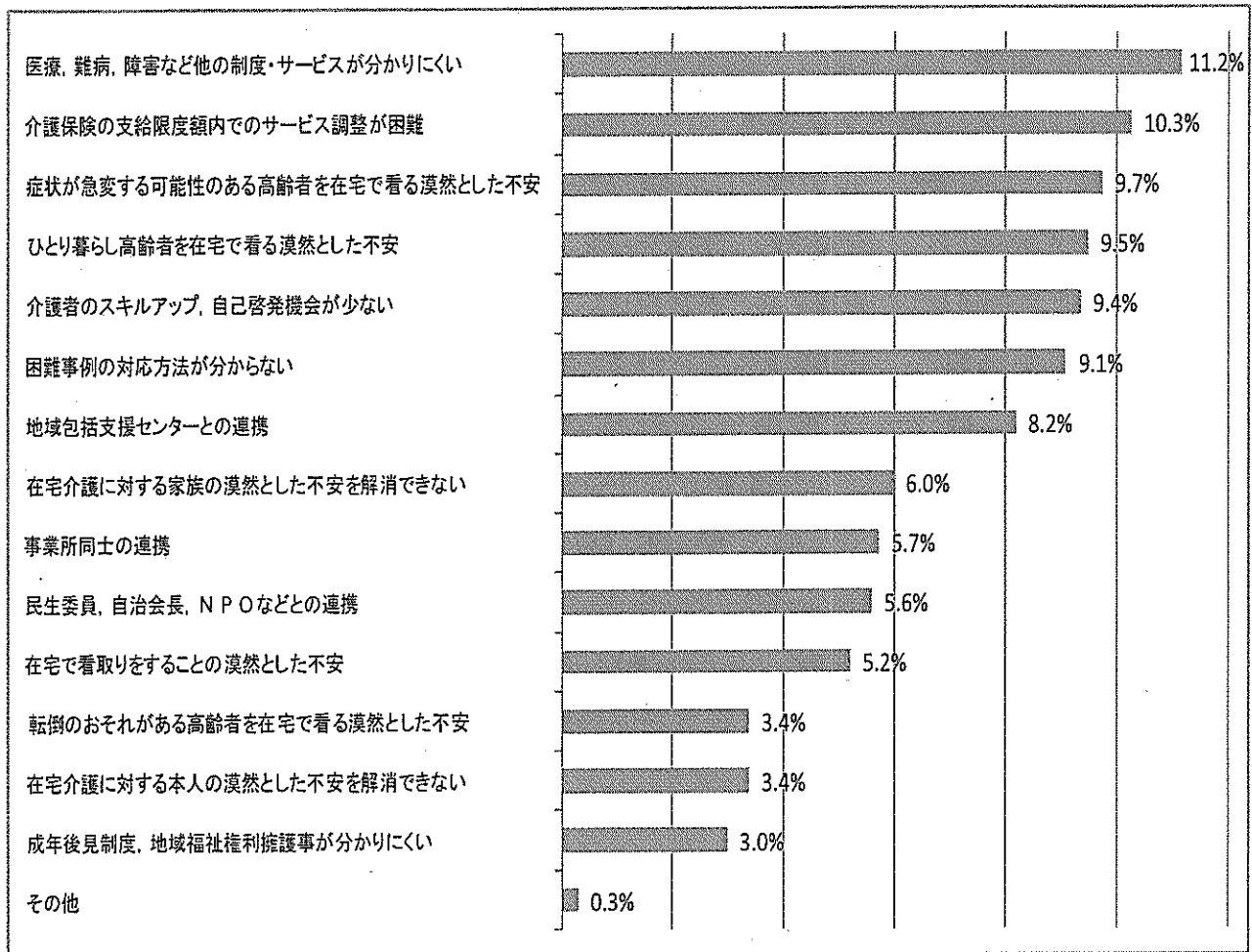


◆「その他」(0.7%)として、次のような意見が挙げられた。

- ・良質な事業者不足、費用
- ・医療・介護関係についての情報不足

【問9】「支援者等に関する要因」について

(n=770)



◆「その他」(0.3%)として、次のような意見が挙げられた。

- ・縦割り行政の弊害
- ・費用
- ・経済的不安

職能団体（県レベル）の連絡先一覧

団体名	所在地	連絡先
一般社団法人 茨城県医師会	〒310-0852 水戸市笠原町 489	(電話) 029-241-8446 (FAX) 029-243-5071 (e-mail) office@ibaraki.med.or.jp
公益社団法人 茨城県歯科医師会	〒310-0911 水戸市見和2丁目 292番地 -1	(電話) 029-252-2561 (FAX) 029-253-1075 (e-mail) office@ibasikai.or.jp
公益社団法人 茨城県薬剤師会	〒310-0034 水戸市笠原町 978-47	(電話) 029-306-8934 (FAX) 029-306-8040 (e-mail) yaku@ipa.or.jp
公益社団法人 茨城県看護協会	〒310-0034 水戸市緑町 3-5-35 (茨城県保健衛生会館内)	(電話) 029-221-6900 (FAX) 029-226-0493 (e-mail) ibakango@olive.ocn.ne.jp
公益社団法人 茨城県栄養士会	〒310-0034 水戸市緑町 3-5-35 (茨城県保健衛生会館内)	(電話) 029-228-1089 (FAX) 029-228-4271 (e-mail) info@ibarakiken-eiyoushikai.or.jp
公益社団法人 茨城県理学療法士会	〒310-0034 水戸市緑町 3-5-35	(電話) 029-353-8474 (FAX) 029-353-8475 (e-mail) ibaraki.pt@jeans.ocn.ne.jp
公益社団法人 茨城県作業療法士会	〒310-0034 水戸市緑町 3-5-35 茨城県保健衛生会館内	(電話) 029-302-7092 (FAX) 029-353-8475 (e-mail) office@ibaraki-ot.org

一般社団法人 茨城県言語聴覚士会	〒310-0035 水戸市東原 3-2-5 水戸メディカルカレッジ 言語聴覚療法学科	(電話) 029-303-7033 (FAX) 029-303-7034 (e-mail) ibarakikenshikai@ya hoo. co. jp
一般社団法人 茨城県社会福祉士会	〒310-0851 水戸市千波町 1918 茨城県総合福祉会館 5 階	(電話) 029-244-9030 (FAX) 029-244-9052 (e-mail) csw-iba@iba raki. email. ne. jp
一般社団法人 茨城県介護福祉士会	〒310-0851 水戸市千波 1918 茨城県総合福祉会館 5 階	(電話) 029-353-7244 (FAX) 029-353-7246 (e-mail) ibaraki080c cw@topaz. ocn. ne. jp
茨城県精神保健福祉士会	【事務局】 〒300-0213 かすみがうら市牛渡 5513-1 社会福祉法人明清会 ほびき園 担当：有澤	(電話) 029-898-3661 (FAX) 029-898-3760 (e-mail) hobikien@ya hoo. co. jp
特定非営利活動法人 茨城県ケアマネジャー協会	〒310-0851 水戸市千波町 1918 茨城県総合福祉会館 3 階	(電話) 029-243-6261 (FAX) 029-243-6264 (e-mail) ibaraticare @able. ocn. ne. jp

## 用語集

本マニュアルにおける以下の語句の意味については、次のとおりです。

### 茨城型地域包括ケアシステム

- 高齢者のみならず、障害者や子どもなど、地域のすべての住民を対象に、これまで取組んできた地域ケアシステムの「コーディネート機能」や、「多職種協働による支援機能」といったノウハウを活用しながら、様々なサービスを提供する社会の仕組み

### 地域ケアシステム

- 高齢者のみならず、障害者や子どもなど、要援護者及びその家族等に対し、「サービス調整会議の開催」や、「在宅ケアチームを編成」し、様々なサービスを提供する取組

### 地域包括ケアシステム

- 高齢者を対象に、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される社会の仕組み

### ファミリーケア

- 要援護者個人のみを捉えるものではなく、介護者や同居している家族等の生活も考慮し、ファミリーを単位とした支援

### コーディネート機能

- 個別課題の検討に当り、支援ニーズの把握、課題の抽出・検討など一連の流れを円滑に進める調整機能

### 多職種協働による支援機能

- 個別課題の検討会議の結果に基づき、地域の関係者が協働し支援する機能

### アセスメント

- 利用者の生活背景やこれまでの経緯も含めて、現在の状態を良く知り、利用者やその家族が何を求めているのかを掴むための情報収集

### インフォーマルサービス

- 近隣住民や、ボランティア、NPO などによって提供される、制度に基づかない支援

## 平成27年度茨城型地域包括ケアシステム推進委員（敬称略）

### <団体>

・ (一社) 茨城県医師会	副会長	諸岡 信裕	※委員長
・ (公社) 茨城県歯科医師会	専務理事	征矢 亘	
・ (公社) 茨城県薬剤師会	専務理事	氣田 利正	
・ (公社) 茨城県看護協会	常任理事	白川 洋子	
・ (公社) 茨城県栄養士会	会長	政安 静子	
・ (公社) 茨城県理学療法士会	会長	斉藤 秀之	
・ (公社) 茨城県作業療法士会	会長	大場 耕一	
・ (一社) 茨城県言語聴覚士会	会長	草野 義尊	
・ (一社) 茨城県社会福祉士会	会長	竹之内 章代	※副委員長
・ (一社) 茨城県介護福祉士会	会長	沼田 正人	
・ 茨城県老人福祉施設協議会	会長	古谷 博	
・ (一社) 茨城県介護老人保健施設協会	会長	小柳 賢時	
・ 茨城県精神保健福祉士会	理事	田山 香代子	
・ NPO 法人 茨城県ケアマネジャー協会	副会長	佐藤 二郎	
・ 茨城県ホームヘルパー協議会	会長	中野 幸子	
・ (一財) 茨城県民生委員児童委員協議会	副会長	竹内 昌信	
・ (福) 茨城県社会福祉協議会	副会長	岡田 克幸	
・ (福) 土浦市社会福祉協議会			
ふくしの相談グループ	次長	木村 富秋	
・ (福) 北茨城市社会福祉協議会	管理計画課長	瀧 利博	
・ (福) 笠間市社会福祉協議会	地域ケアコーディネーター	富田 英夫	
・ (福) 守谷市社会福祉協議会	事務局長	下村 文男	
・ (福) 小美玉市社会福祉協議会			
地域包括支援センター美野里	センター長	佐川 純子	

<相談役>

・茨城県立健康プラザ 管理者 大田 仁史

<学識経験者>

・医療法人アスムス  
生きいき診療所・ゆうき 院長 荒井 康之

<行政>

・土浦市 保健福祉部 部長 瀬尾 洋一  
・北茨城市 市民福祉部 社会福祉課 課長 日下部 誠司  
・笠間市 福祉部 高齢福祉課 課長 鷹松 丈人  
・守谷市 保健福祉部 介護福祉課  
地域包括支援センター センター長 樋口 友宏  
・小美玉市 福祉部 介護福祉課 課長 磯 敏弘



## 平成27年度茨城型地域包括ケアシステム推進

### ワーキングチーム会議構成員（敬称略）

#### <市町村（社会福祉協議会）部会>

- |                 |       |              |    |        |
|-----------------|-------|--------------|----|--------|
| ・土浦市            | 保健福祉部 | 社会福祉課        | 主査 | 木村 一郎  |
| ・北茨城市           | 市民福祉部 | 社会福祉課        | 主幹 | 大平 奈保子 |
| ・笠間市            | 福祉部   | 高齢福祉課        | 係長 | 高瀬 修一  |
| ・守谷市            | 保健福祉部 | 社会福祉課        | 係長 | 成田 ひろみ |
| ・小美玉市           | 福祉部   | 介護福祉課        | 係長 | 齋藤 智美  |
| ・(福)土浦市社会福祉協議会  |       |              | 主査 | 羽成 木綿子 |
| ・(福)北茨城市社会福祉協議会 |       |              | 主任 | 神白 智美  |
| ・(福)笠間市社会福祉協議会  |       | 地域ケアコーディネーター |    | 富田 英夫  |
| ・(福)守谷市社会福祉協議会  |       | 地域ケアコーディネーター |    | 高橋 啓子  |
| ・(福)小美玉市社会福祉協議会 |       | 地域ケアコーディネーター |    | 横須賀 優  |

#### <学識経験者>

- |                 |            |        |
|-----------------|------------|--------|
| ・茨城県立こころの医療センター | 福祉連携サービス部長 | 石川 美恵子 |
|-----------------|------------|--------|

引用・転載・参考文献

	引用・転載・参考文献		茨城県地域包括ケアシステム 推進マニュアル
	該当頁	該当頁	該当項目
『地域ケア会議運営マニュアル』 (平成25年3月) 一般財団法人 長寿社会開発センター	23	36	「会議が持つ5つの機能」の図
	47-48	43-44	(カ) 個人情報の保護
	48-49	39	(イ) 会議日程と頻度
	49	40	(ウ) 会議時間
	50	42	(オ) 会議の構成員及び参加者の選定
	52	40	ワンポイントアドバイス
	60-62	66-67	(1) 会議の在り方 ア-エ
『在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック』 (平成25年12月) 独立行政法人(※現在は国立研究開発法人) 国立長寿医療研究センター	1-3, 6	15-16	ア 在宅医療・介護連携推進に向けた多職種連携の重要性 イ 行政における在宅医療・介護連携推進体制の構築
『兵庫・朝来市発 地域ケア会議サクセスガイド』 (平成26年3月) 足立里江 著 (朝来市地域包括支援センター 主任介護支援専門員) メディカ出版	49 (シート2-7)	38	(参考資料3)
	50 (シート2-8)	38	(参考資料4)
	51 (シート2-9)	39	(参考資料5)
	39-40	68	(2) 個別課題から地域課題 への転換のポイント
	40	69	(3) 「個別課題」と「地域課題」 のテーブルを分ける
	41	69	(4) 個別課題の積み重ね(プロセス)
	102	71	(参考資料2)
『自分たちで創る現場を変える地域包括ケアシステム』 (平成27年3月) 竹端寛・伊藤健次・望月宗一郎・上田美穂 編著 ミネルヴァ書房	68-71	70	(5) 個別課題から地域課題を見出していく
	72	72	(参考資料4)
	73	73	(参考資料5)
『地域包括支援センター運営マニュアル』 (平成27年6月) 一般社団法人 長寿社会開発センター	132	79	ケース概要・支援する際の留意点 ※パワレスの説明