

自立支援型地域ケア会議

河合町地域包括支援センター

弓戸 利文

◆自立支援型地域ケア会議への取組

立上げ準備（S）

◆最初の一步（個人レベル）

- ・ する必要があるのか
- ・ なぜ必要か
- ・ 何を目標、目的に
- ・ 効果判定の基準は

◆組織レベル（課・包括内）

- ・ 実施の必要性の共通理解

◆準備委員会（外部含む）

- ・ 目標、目的の共有化
- ・ 自立、自立支援の考え方
- ・ 効果判定
- ・ 開催頻度
- ・ 構成メンバー
- ・ 人材の育成、養成
- ・ 予算化

開催準備（P）

◆委員会の設置

◆人材養成・育成

- ・ 司会者のスキル
- ・ 助言者のスキル

◆ケアマネ、事業所への説明

- ・ 開催目的の説明
- ・ 対象者範囲の説明
- ・ 開催頻度の説明

◆会議の進め方

- ・ 時間配分及び内容の確認

◆提出資料様式の検討

- ・ 計画書及びチェックリスト
生活機能評価 等
- ・ 事前配布又は当日配布

◆対象者の選定方法

◆モニタリング対象者選定

会議当日（D）

◆会議環境づくり

◆地域ケア会議の共通認識

◆助言者の専門性

◆課題の焦点化及び 段階的アプローチ

◆チームアプローチ

- ・ ケアマネだけに負担をかける
ない

◆質問と提案を分ける

- ・ 提案は、5W1H

開催後の課題（C）

◆毎回の振り返り （各自の気づき）

◆専門職のスキル向上

- ・ ケアマネ及び事業所
- ・ 助言者のスキル向上

◆提出資料の見直し

- ・ 必要情報の見直し

◆地域課題の整理

◆他事業との連動性

◆住民啓発

- ・ 権利意識の改善

◆福祉間の連携

- ・ 情報交換
- ・ 役割の整理
- ・ 目標の共有化

委員会での課題検討（A）

◆立ち上げ準備 最初の一歩から組織レベルへ

個人レベル

経験 住民の方から

- ・「他人の世話を受けながら生活したくない」
- ・「人に迷惑をかけたくない」

業務 介護支援専門員支援から

- ・プランニングが対処療法になっている
- ・問題の根幹に気づいていない

調査 生活ニーズ調査より

- ・「出来る限り自宅で過ごしたい」 7割
- ・「自宅で最期を迎えたい」 6割

効果

個人：住民の方が、いつまでも自宅で・・・

組織：認定率の低下
健康寿命の延長
介護給付費の維持又は低下

地域包括支援センター職員内での共有

介護保険担当課との共有

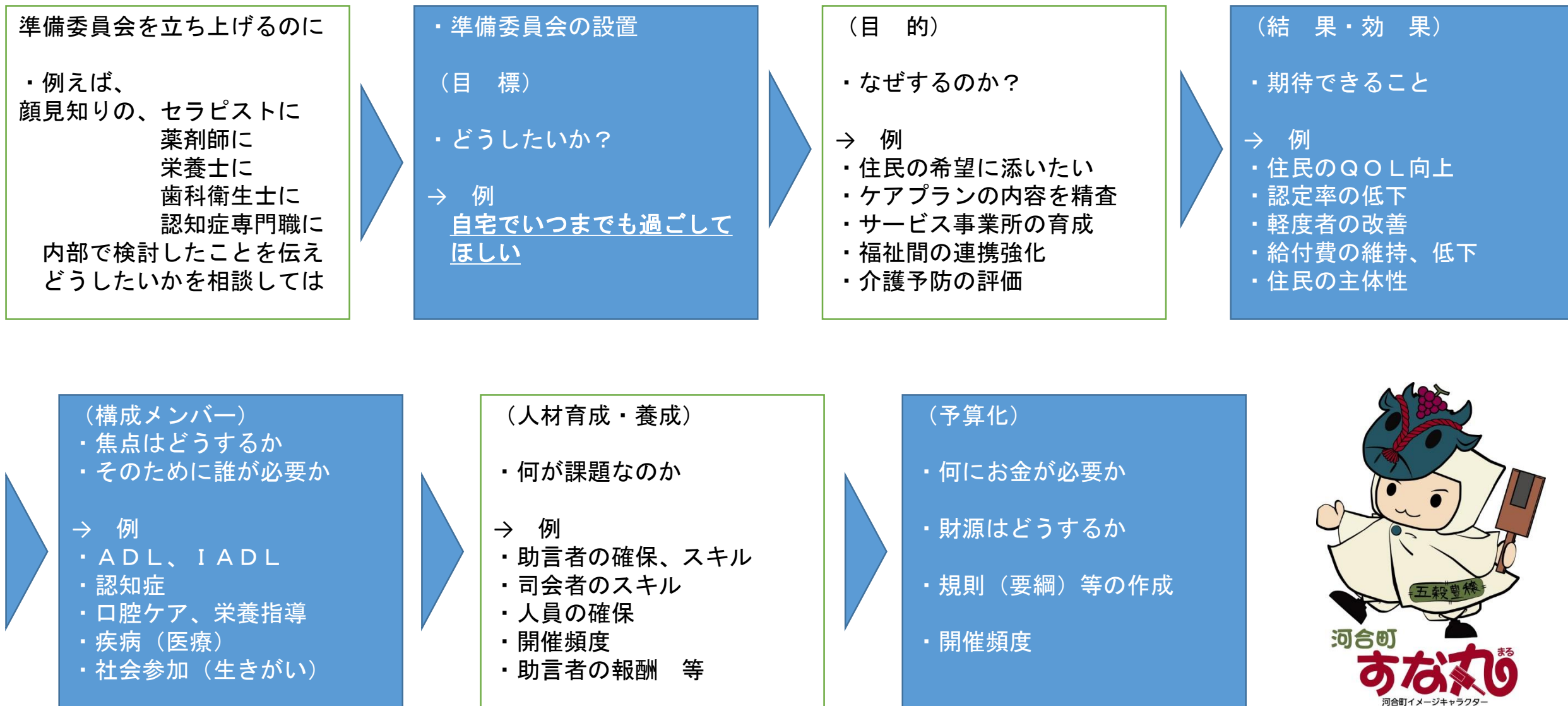
健康づくり担当課との共有

社会福祉協議会との共有

住民の希望・期待に添うには

- ・手法の一つとして
 - 「自立支援型地域ケア会議」**
 - でもこれだけでは完結しない・・・
 - ・介護予防事業
→ 地域の居場所、参加場所
 - ・認知症事業
→ 認知症初期集中支援
 - ・医療介護連携
→ 生活課題の要因は疾病
 - ・生活体制整備事業
→ 多様な生活ニーズ
- 単発ではなく、連動性がありこの先に
- 地域包括ケアシステム**
 が構築されるのでは

◆立ち上げ準備 内部から準備委員会の設置（外部の賛同、支援を受ける）



◆開催準備 委員会の設置協議項目

自立支援型地域ケア会議委員会

- ・セラピスト ・薬剤師 ・栄養士 ・認知症専門職
- ・歯科衛生士 等 ・介護保険担当課 ・健康づくり担当課
- ・社会福祉協議会 ・地域包括支援センター 等

委員会を設置、継続することにより、この場が地域ケア会議の評価の場に展開できる。

委員会での協議項目例

人材育成・養成

- ①司会者のスキル
 - ・誰が担うか
 - ・論点を焦点化
 - ・段階的アプローチ
 - ・ケアマネ支援
- ②助言者のスキル
 - ・論点を焦点化
 - ・くどく話さない
 - ・質問と助言を分ける
 - ・提案は5W1H
 - ・チームアプローチの視点

ケアマネ・事業所説明

- ①自立支援の考え方
 - ・ケアマネ、事業所に目指してほしい姿
- ②開催の目標、目的
- ③開催頻度及提出資料
- ④対象者像
- ⑤モニタリング方法
- ⑥研修会の検討
 - ケアマネ：アセスメント
 - 事業所：生活機能評価

対象者の選定基準

- ①対象者の選定
 - ・要支援～要介護2
 - ・新規対象者
 - ・通所介護利用者
 - ・訪問介護利用者
 - ・福祉用具利用者
 - ・未利用者
- ②申請要因からの選定
 - ・関節系疾病
 - ・認知症
 - ・脳梗塞
 - ・心臓病
 - ・悪性腫瘍 等

会議の進め方

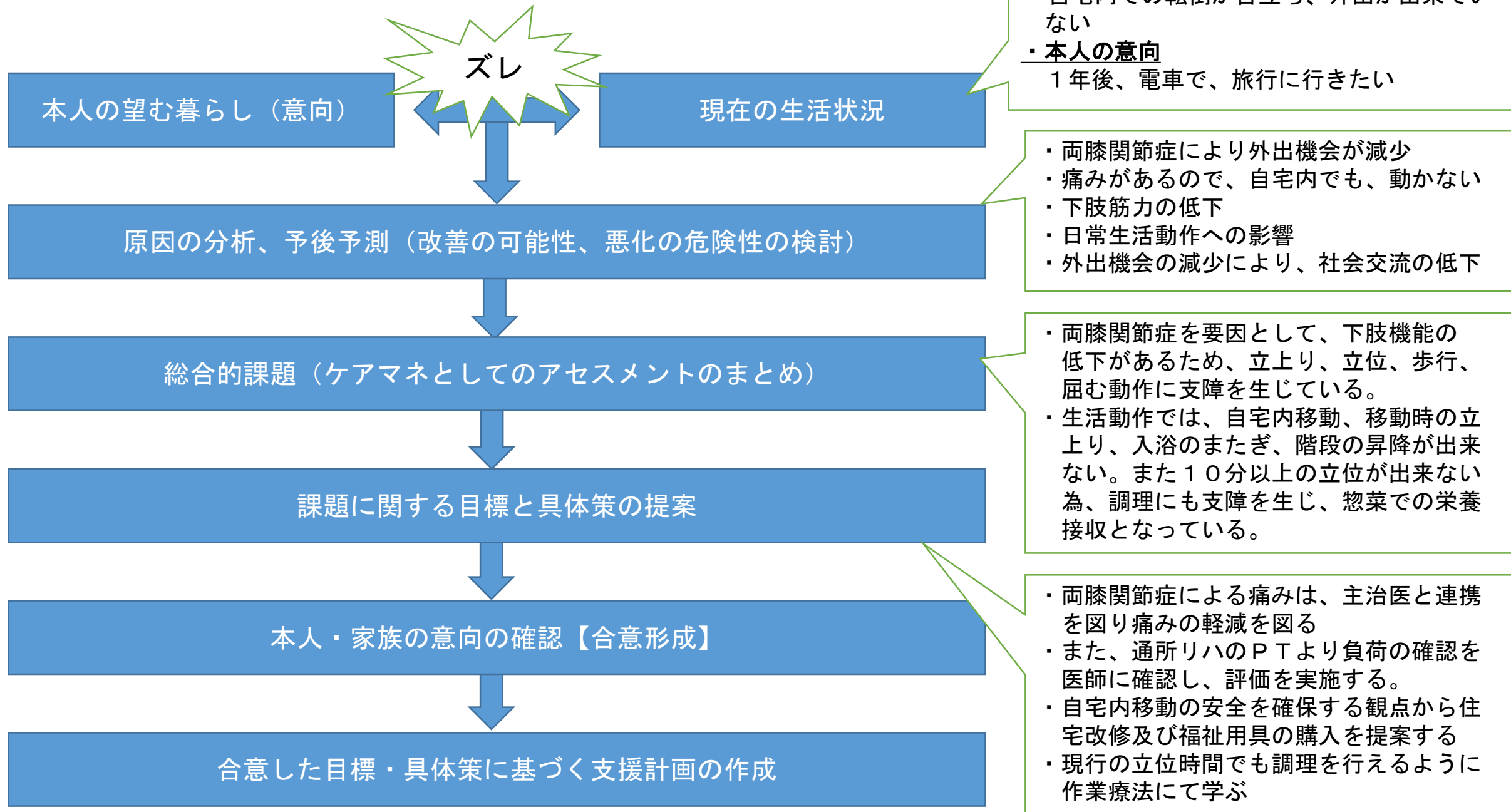
- ①提出資料の内容
 - ・チェックリスト
 - ・計画書
 - ・生活機能評価 等
- ②時間配分
 - ・開催目的
 - ・課題とその要因
 - ・アプローチ（支援愛用）
 - ・計画書に基づいて要因へのアプローチ
 - ・ケアマネから助言者への質問
 - ・提案におけるゴール
 - ・段階的な目標、期間

モニタリング対象基準

- ①モニタリング選定
 - ・全数を対象
 - ・要介護度で判定
- ②包括での選定
 - ・取組が出来ていない
 - ・ケアマネのスキル
 - ・疾病が複合
 - ・認知症又は精神疾患
- ③ケアマネからの依頼に基づいて
- ④モニタリングはしない

時間	会議当日 会議進行例	担当	内容
0分 ～2分 (2分)	<ul style="list-style-type: none"> ・開催目的 ・参加者の紹介 	司会者	<p>目的：「尊厳のある、その人らしい地域生活の継続、QOLの向上を目指す」</p> <ol style="list-style-type: none"> ①ケアマネジメント支援（自立支援） ②ネットワークの構築、連携（医療、保健、福祉、介護、生活支援） ③個別課題の把握から地域課題の把握、地域づくりへとつなげる
2分 ～7分 (5分)	<ul style="list-style-type: none"> ・課題とその要因について ・アプローチ（支援内容） ・目標（本人、家族、ケアマネとの合意） ・プロセスの説明 	担当ケアマネ	<ol style="list-style-type: none"> ①どのような疾病により機能（ADL、認知、精神、気持ち）低下が生じているか ②機能低下により、どのような生活動作に支障を生じているか ③本人、家族はどうしたいと思っているか。主体性はどこにあるか ④改善、軽減、維持の優先順位（3者の合意） ⑤合意の結果、目標を、どのように設定したか ⑥目標を達成するために、どのようなサービスを選択したか
7分 ～11分 (4分)	<ul style="list-style-type: none"> ・計画書に基づいて要因へのアプローチ ・支援内容 	サービス事業所	<ol style="list-style-type: none"> ①現状の評価をどのように行ったか ②評価の結果、何を強化、維持、軽減する必要があるか ③プログラムに関する本人の意向（主体性はあるか） ④評価方法、ゴールの目安（目標）
11分 ～28分 (17分)	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネからアドバイザーに質問 ・アドバイザーからの質問 ・5W1Hを元に自立支援、課題に対する自助、互助、共助を含めた具体的アドバイス、助言 	担当ケアマネ 専門職 司会者	<ol style="list-style-type: none"> ①ケアマネが専門職に聞きたいことを優先的に質問 ②目標における各専門職の視点からの質問（深める作業） ③ゴール（目標）における妥当性（段階が必要か） ④ゴールにおける提言 5W1Hとチームアプローチ いつ（When）・どこで（Where）・だれが（Who） なにを（What）・なぜ（Why）・どのように（How）
28分 ～30分 (2分)	<ul style="list-style-type: none"> ・提案におけるゴール ・段階的な目標、期間設定 ・まとめ 	司会者	<ol style="list-style-type: none"> ①必要に応じてゴール（目標）の見直し提言 ②段階的アプローチの提言（評価期間の提案） ③アセスメント作業の分担（チームアプローチ） ④優先順位を報告、期間の設定

◆アセスメント（課題分析）の展開過程



◆地域ケア会議の司会者にもとめるもの

利用者・家族・ケアマネによる合意形成された目標

障害している要因

- ・ 疾 病
関節系
内科系
悪性腫瘍
認知症
難病 等
- ・ 環境面
住環境
介護力
- ・ 精神面
うつ
不安感
- ・ その他
経済面 等

- 基本動作の制限
- ・ A D L
 - ・ 照明
 - ・ 段差
 - ・ 介護者
 - ・ 認知力
 - ・ 精神疾患
 - ・ 経済的事由
 - ・ その他

- 生活動作への支障
- ・ 掃除
 - ・ 調理
 - ・ 買物
 - ・ 外出
 - ・ 散歩
 - ・ 社会参加
 - ・ 入浴
 - ・ その他

生活動作の工程分析

具体的数値の設定

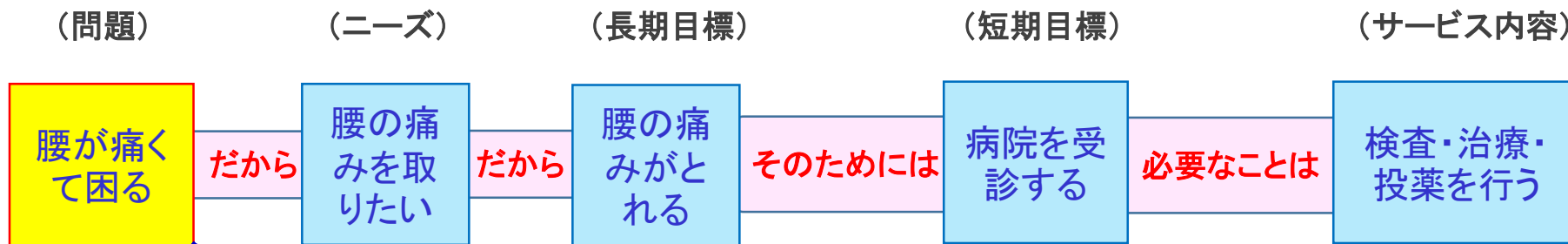
サービスプログラム

アプローチ方法

福祉用具の提案
家電製品の提案
住宅改修の提案
その他

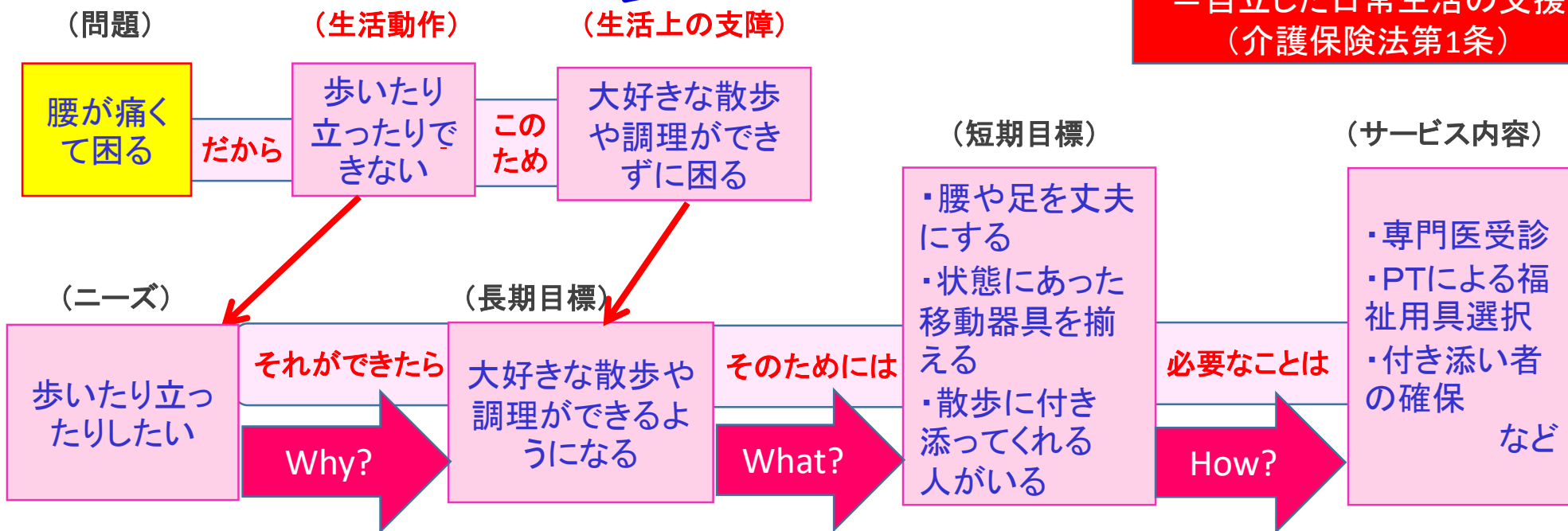
論点を、どちらのパターンでいきますか？ (佐藤信人先生資料)

【パターンA】



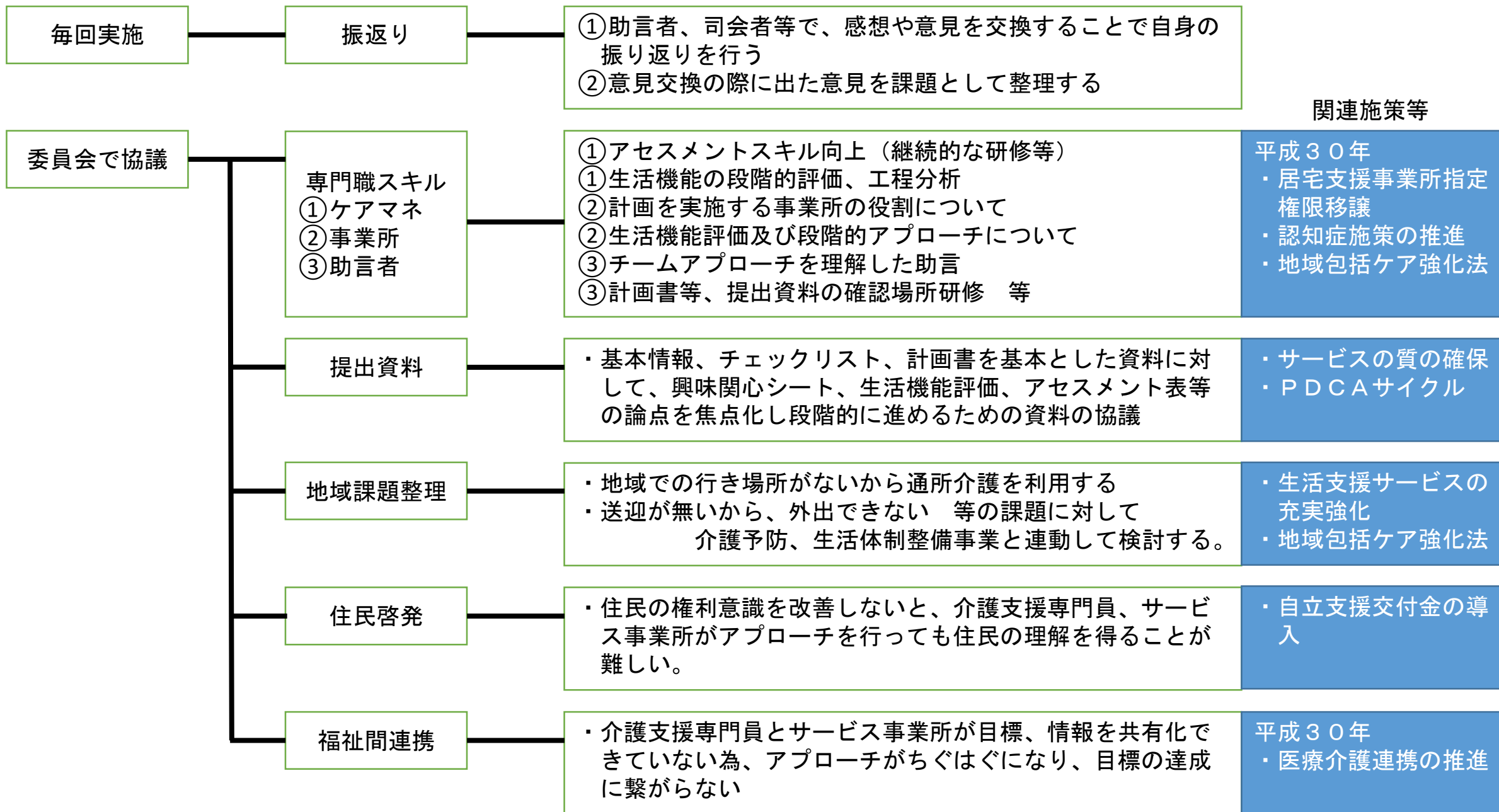
※生活上の支障への転換「私は〇〇の状態だけれども、〇〇な生活がしたいのだ」

【パターンB】



◆開催後の課題

開催後の課題整理



市町村担当課名

河合町地域包括支援センター

地域ケア会議を実施して

- ・取組方針

「できないことをできるように」「できることはもっとできるように」

多職種の助言を参考に支援チームが一体となり、QOLの向上を目指す

- ・経過

平成29年5月より66事例を実施

- ・特徴

助言だけで終わらず、多職種による協働、支援を行う

プラン上におけるケアマネの課題、改善、負担軽減するため

1 なぜ介護予防のための地域ケア個別会議を立ち上げるのか

住民の意向

「サービスを受けたくて、受けているのではない」。「自分のことは自分でできるようにになりたい」という思いを達成するために。

個別ケア会議の目的

- ① ケアマネジメントの支援（できる限り在宅で自立した日常生活を継続する）
- ② 地域包括支援ネットワークの構築（医療・保健・福祉・生活支援の連携）
- ③ 地域課題の把握（個別の課題から地域課題を把握し、地域づくりへとつなげる）
⇒ 尊厳のあるその人らしい地域生活の継続

専門職の役割

- ① 介護保険制度・理念の理解
- ② ケアマネ、訪問介護、通所介護などサービス事業所の役割
- ③ 課題の明確化、医療、介護を含め専門職の意見を踏まえた支援内容を共有
⇒ 本人の自立、有する能力の維持、向上を支援する専門職、対人援助職として役割を認識し、行動に移す

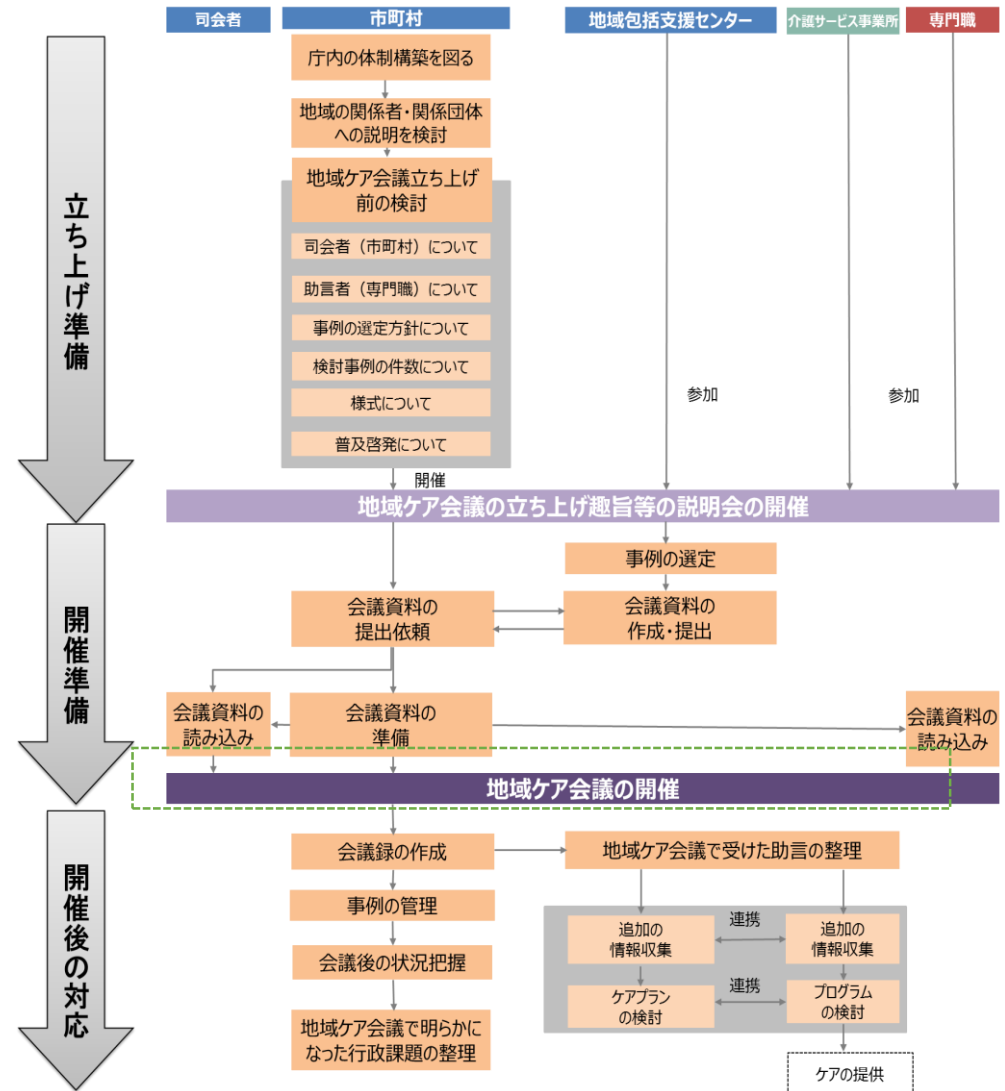
2 河合町の基本情報

取組経緯について

- 高齢化率 36%
- 自立支援に資する支援になっていない
- 自助、互助を組み込んだケアプランになっていない
- 課題に対しての改善策が対処方法が多くみられた
- アセスメント不足、工程分析が出来ていない。
- 医療、服薬に関する情報が不足している。

人口	18,041 人
高齢化率	36.1 %
認定率	16.9 %
介護費用額	19,814 円
第1号保険料月額	4,900 円

(地域包括ケア「見える化」システムより掲載)



3 河合町の取組内容

平成28年度以前の取組

- 平成25年～ ・河合町独自の「自信の持てるケアマネ」を目的に河合町介護支援専門員研修(本人の自立支援、QOL向上に向けた取り組み)
・個別事例地域ケア会議を実施。(10ケース/年)
- 平成28年 ・介護予防短期集中リハビリ事業実施
(事業実施前に地域ケア会議開催。12ケース)

事業を担当する部署の状況、内部調整

事業の担当課	福祉部 高齢福祉課
本事業を担当する職員数 (内訳:職種毎の人数)	4人(内訳:保健師0、理学療法士0、事務4) 生活支援コーディネーター0人
連携先(他課、関係機関)	社会福祉協議会 地域包括支援センター
地域包括支援センター数	1ヶ所(内訳:委託1ヶ所)
行政内部での打合せ	地域ケア会議に関する要綱及び会議の位置付けを協議

3 河合町の取組内容

平成29年度の取組

- 4月 ・ 町内調剤薬局、訪問リハ・看護、グループホームに助言者としての参加依頼
- 5月 ・ 河合町自立支援型ケア会議説明会実施。参加者33名。河合町自立支援型地域ケア会議を月2回実施。
- 9月 ・ 河合町自立支援型地域ケア会議検討会議実施。
- 10月 ・ 検討会議結果を踏まえ、席順の変更、ケアマネが質問しやすい環境を作る
- 1月 ・ 実施件数 66ケース ・ 助言者延べ参加者数 45名

地域ケア会議で検討する対象者	総合事業対象者、要支援者の一部
対象者について地域ケア会議で検討する時期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護・要支援認定、総合事業利用新規申請時 ・ 要介護・要支援認定更新時 ・ 総合事業及び要支援者で、新規（計画書作成）と更新時（評価）
地域ケア会議の開催頻度	2回/月
1事例あたりの検討する時間	30分
1日に検討する事例数	5件
地域ケア会議の司会者	地域包括支援センター 包括職員3人（主任介護支援専門員及び社会福祉士）が司会となり、専門職チームを3チーム編成予定

3 河合町の取組内容

住民・事業所への働きかけ	介護サービス卒業後の受け皿の見通し
【事業所】・説明会にて報告 ・5月11日に研修開催 【住民】・包括出前講座等で説明	・各大字(現在14か所)の集会所で実施している予防教室及び他カルチャーセンタへ

地域ケア会議の参加者

- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネジャー
- ・サービス提供事業所
- ・理学療法士、作業療法士
- ・薬剤師
- ・生活支援コーディネーター

地域ケア会議で検討している資料

- ・利用者基本情報
- ・基本チェックリスト
- ・興味・関心チェックリスト
- ・介護予防サービス・支援計画表
- ・お薬手帳のコピー等薬剤情報
- ・生活機能評価表(任意)
- ・moca-j(任意)
- ・興味関心チェックシート(任意)

今年度取り組む中で生じた課題

①会議資料

②対象者の選定

(要支援、総合事業対象者が増加し、事例の件数の増加による助言者も含め、事務局の負担が増える。1年後の評価をケア会議において実施する際、対象者の選定)

③住環境情報

(基本情報に住環境の情報追加(セラピストが助言しやすいように))

④生活機能評価表の活用

(30分の時間内で効率的に会議を進行するために)

⑤ケア会議の進行

(課題、要点の整理をし、事例の焦点化を行う)

⑥座席の配置

(当初、司会者の横に事例提供者ケアマネジャーが座っていたが、支援はチームであり、サービス事業所の横に座るよう変更した。H29.10より)

⑦ケアマネの負担感

(ケアマネジャーに責められ感のないような進め方)

⑧質問しやすい環境作り

(助言者が質問をしやすい環境づくり)

⑨認知症チェックリストの活用

(ケアマネジャーも聞き取りがしやすく、利用者にも負担感のないチェックリストの作成)

⑩事業の課題

(社会資源を提供しても移動手段がない場合、参加して頂けない。事業課題、地域課題が浮き彫りとなった。介護予防教室、サロンなど)

3 河合町の取組内容

工夫して取り組んだこと、研修会や他自治体の取組から参考にしたこと

- ①地域ケア会議後、主催者側と助言者だけで振り返り会議を実施する。
- ②口腔ケアの視点、歯科医、歯科衛生士の参加の必要性。
- ③ケアマネジャーのアセスメント力
(アセスメントが浅いとケア会議で支援内容を深められない)

他部門、他事業との連携、一体的な取り組みについて

- ①社会資源、ボランティア
 - ・生活支援コーディネーターが参加することにより、地域の社会資源情報の提供及び社会参加につなげる、ボランティア活動の紹介が行える。
 - ・傾聴ボランティアとの連携
- ②医療
 - ・西和医療センター在宅療養支援室を活用し、医療と介護の連携を図っている。
- ③セラピストとの協働
 - ・自宅内における生活、住環境を確認する際、町内事業所（訪問看護、訪問リハ）のセラピストに訪問を実施。

これから自立支援型地域ケア会議に取り組む市町村にお伝えしたいこと

① 司会者のスキルアップ

(課題の焦点化、5W1Hに基づき助言して頂けるような投げかけ、
(ケアマネジャーだけでなく、サービス事業所とも連携をした取り組み支援を助言する)

② 資料

(介護予防ケアマネジメントに係る資料に加え、服薬情報が疾病に対する助言に繋げることができる。)

③ 社会資源

(地域の社会資源情報の把握、社会福祉協議会や生活支援コーディネーターの会議への参加)

④ ケアマネ支援

(1) (ケアマネジャーがアセスメントを出来ていないことを否定するのではなく、出来ていない場合は、どのようにすればいいか専門職の活用も含めて、アセスメント方法やサービス事業所とも連携をした取り組みを提案するへと会議を進行する。)

(2) (アセスメント力向上のため、ケアマネジャーへの研修会やケアプランチェックの実施を行う。
地域ケア会議において、ケアマネジャーのアセスメント力が重要となるため)

⑤ 地域ケア会議の説明会

(助言者、事業所向けへ自立支援型地域ケア会議の目的を説明する。また、半年後地域ケア会議の検討会議を実施することで、課題が把握ができ、改善を図ることができる。)

⑥ 多職種連携

(医療へのアプローチが必要な際、ケアマネジャーだけに連携を求めるだけでなく、地域包括支援センターとして、連携においてバックアップをする。日頃から医療関係者、セラピスト等との連携、共同を見据え、多職種共同による研修会等の実施)

⑦ 振り返り会議

(1) (地域ケア会議実施後、アドバイザー、事務局での振り返りを10分程度で実施する。司会進行、助言内容、地域課題等を共有し、今後に生かす)

(2) (地域ケア会議開始6カ月後に、アドバイザーが集まり地域ケア会議の在り方、進め方について協議をする。) (1) (2) を実施することにより、課題整理、今後の方向性が見い出せる)

4 河合町の今後の地域ケア会議の立ち上げ・充実に向けたロードマップ

課題

- ・ 地域ケア会議での助言をケアプラン、各サービス事業所計画書との連動。
- ・ ケア会議での助言をサービス実施の支援内容として取り組んでいるか不明
⇒ 自立支援の捉え方等、研修会の実施が必要

- ・ 疾病、ADLに着目しているケースが多かった。生活状況（生活歴、住環境など）から課題の抽出、支援内容の検討が少ない。
⇒ 会議の進行、ファシリテーション力の向上及びアセスメント力の向上が必要

充実に向けた取り組み

平成29年 11月	ケアマネ支援会議（サービス事業所対象）に地域ケア会議の改善点を説明
平成30年 3月	サービス事業所研修会 「自立支援型サービスの捉え方」
平成30年 4月	認知症チェックリストの活用方法
平成30年 5.6月	生活機能評価表 活用方法の研修
平成30年 7月	ケアマネジメント、アセスメント力向上の研修 (全10回)