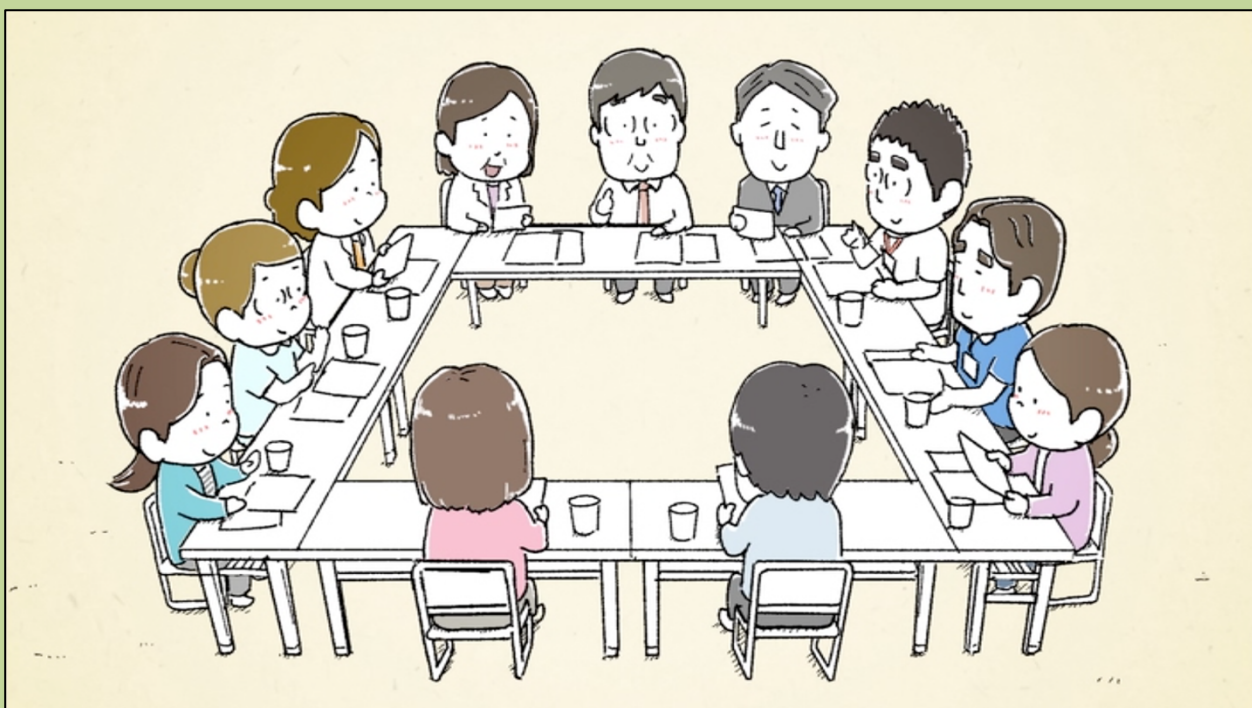




彩の国
埼玉県

自立支援のための 地域ケア会議コーディネート・マニュアル



埼玉県



はじめに

埼玉県では、現在全国一のスピードで 75 歳以上の方が増加しています。2025 年には 121 万人となり、その後も、2040 年に向かって高齢化が進行していくことが見込まれています。

このため、高齢になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を目指しています。

県では、「地域包括ケアシステム」構築のためのひとつのツールとして、「自立支援型地域ケア会議」の実施を平成 26 年度から支援しています。

平成 28 年度からは、「地域包括ケアシステムモデル事業」として、モデル市町における自立支援型地域ケア会議の立ち上げを支援するほか、「高齢者のための自立支援マニュアル～自立支援型地域ケア会議による地域づくり～」を作成し、市町村における自立支援型地域ケア会議の普及を進めてきました。

前述のマニュアルを作成してから 3 年が経過しましたが、この間、各市町村における地域ケア会議の取組は着実に進んでおり、同時に、県に対して求められる支援の内容も変化してきました。

本マニュアルは、「地域包括ケアシステムモデル事業（平成 28 年度～30 年度）」、「地域包括ケア総合支援チーム派遣事業（平成 30 年度～）」などを通じて県内市町村とともに学んできたこと、そして県内外問わず先進市町村から学んだ地域ケア会議のノウハウをまとめたものです。

市町村職員の方、地域包括支援センターの方に、新たに地域ケア会議を担当することになったとき、今ある地域ケア会議を見直したいときなどにご活用いただければ幸いです。

令和 2 年 3 月
埼玉県福祉部 地域包括ケア課

目次

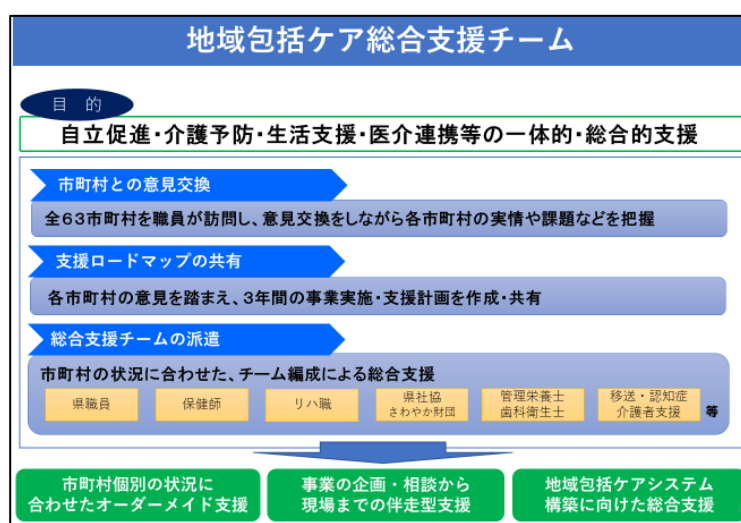
序章 コーディネート・マニュアルについて	1
(1) コーディネートマニュアルの目的	1
(2) コーディネートの意味	2
(3) マニュアルの構成	3
(4) マニュアルの利用方法	4
第1章 地域ケア会議のそもそもを知る	5
(1) 地域ケア会議の歴史	5
(2) 介護予防事業としての位置づけ	7
(3) 埼玉県での自立支援型地域ケア会議	8
(4) 地域ケア会議で何をを目指すのか	10
第2章 地域ケア会議のデザインを考える	12
(1) 地域ケア会議の5つの機能	12
(2) 地域ケア個別会議のデザイン	13
(3) 地域ケア会議全体のデザイン	14
第3章 地域ケア会議を実施する前に準備したいこと	17
(1) 会議で目指すことの確認	17
(2) 実施の合意形成	18
(3) 会議の参加者と役割	19
(4) 資料・言葉の共有	22
(5) 参加者へのお願い	23
(6) 経験者の声	24
第4章 地域ケア会議の実施中に大切にしたいこと	27
(1) 会議の流れと進行ポイント	27
(2) 実際に出てくる事例	29

(3) コーディネーターの役割	32
🔍 会議をコントロールしながら進行する	32
🔍 コーディネーターの思考の展開	33
🔍 会議をコーディネートすることで得たい結果	35
🔍 会議を通じた学びの意味	36
🔍 先輩コーディネーターからのメッセージ	37
(4) 専門職助言者の役割	39
(5) 生活支援コーディネーターの役割	49
第5章 地域ケア会議のあとに取り組みたいこと	50
(1) 会議後の振り返りと結果の共有	50
🔍 事例提供者の思うこと	50
🔍 声を聴く工夫	51
🔍 結果の共有	52
🔍 共通認識「私たちの自立支援」を考える	53
(2) 事業の連動「こうだったらいいな」を形に	54
🔍 地域支援事業における各事業の連動	54
🔍 介護予防・生活支援との連動	55
🔍 医療・介護との連携	56
🔍 誰がどんな資源を活用できるのか	57
(3) 会議の成長を感じる（ステップアップ）	58
(4) 会議の工夫・実践例（県内市町村に学ぶ）	59
🔍 加須市 ～会議をやるからにはひとつも無駄にしない強い覚悟～	59
🔍 春日部市 ～年間 1,300 個の助言を分析～	61
🔍 川島町 ～地域課題解決の協力者を増やす～	63
(5) 会議の工夫・実践例（県外市町村に学ぶ）	65
🔍 岡山県津山市 ～愛のある地域ケア個別会議～	65
🔍 愛知県豊明市 ～ふつうに暮らせるまちづくり～	67
付録1 コーディネーターお悩みキーワード別索引	70
付録2 参考資料	71

(1) コーディネート・マニュアルの目的

- 本マニュアルは、地域ケア会議を実施する、または、既に行っている会議を見つめ直し、より深めるためのヒントにさせていただくことを目的に作成しました。
- 地域包括ケア総合支援チーム^(※)には、地域ケア会議に取り組む各市町村から、様々な依頼があります。「地域ケア会議の関係者向けに研修を実施したい」、「地域ケア会議をどのように発展させていけばよいか一緒に考えて欲しい」、「現在の地域ケア個別会議の進め方について意見をもらいたい」、「地域ケア推進会議を実施したいが、他市町村の状況を知りたい」などです。
- 本マニュアルはその経験や、市町村の創意工夫から、地域ケア会議のエッセンスをまとめたものです。
- 会議を創っていくプロセスにおいて、会議の現状を把握し、次の一手を考えるにあたって、他市町村の取組の背景や考え方などを理解することは、助けになるでしょう。
- 会議の司会者（コーディネーター）として、会議の主催者（市町村、地域包括支援センター）として、会議の関係者として、次の一手を考える際、本マニュアルを参考にしてください。

(※) 地域包括ケア総合支援チーム：自立促進、介護予防、生活支援、医療・介護の連携など具体的な事業の進め方についてアドバイスを行う。地域ケア会議に関する支援内容等については P.4 参照



(2) コーディネートの意味

- 本マニュアルでは、「コーディネート」という言葉に2つの意味を持たせています。
- 1つは狭義の捉え方で、会議の司会者として「会議をどう進行したらよいか」という意味の「コーディネート」です。もう1つは、広義の捉え方で、会議の事前・事後の取組も含む、会議全体の調整・運営という意味での「コーディネート」です。
- 狭義・広義の各コーディネートに含まれる要素は下表のとおりです。狭義のコーディネートについては第3・4章で、広義のコーディネートについては、第2・5章で説明します。

狭義のコーディネート 下記の要素が良い方向に機能するよう、会議のあり方を考え、進めること	広義のコーディネート 下記の要素が良い方向に機能するよう、会議全体のあり方を考え、進めること
➤ 会議の環境調整 ➤ 資料の見方や工夫 ➤ 事例の事前把握の方法 ➤ なぜこの事例を取り上げたか ➤ 会議の進め方 ➤ 司会進行のポイント ➤ 想いを引き出す・行間を読む ➤ 参加者の役割とそれぞれの伝え方 ➤ 本人・家族の叶えたいこと ➤ 事例を取り巻く強みと弱み ➤ 長期的（半年後）に目指す姿 ➤ 中期的に取り組むこと ➤ まず最初にやるべきことの整理 ➤ 活用できる情報や資源の紹介 ➤ 事例提供者・事業所の感想	➤ 会議の目的や戦略づくり ➤ 庁内関係部署との調整・体制構築 ➤ 関係者・団体への説明・協力依頼 ➤ 会議運営の検討（司会者、助言者、事例の選定方針、取り上げる件数、様式、普及啓発など） ➤ 会議の参加者の調整 ➤ 関係者への説明・合意形成 ➤ 会議開催の準備（事例・資料の提出依頼、会議資料の準備、事例の読み込み、討議の方向性検討など） ➤ 振り返り会議（事例提供者・事業所のフォロー、会議の運営そのものについて意見交換、次回以降への提案など） ➤ 事例から学んだ地域課題の整理、対応策の検討と実施 ➤ 会議後の状況把握とフォローアップ

(3) マニュアルの構成

- マニュアルの内容は、地域ケア会議を取り巻く5つの段階を示す形で構成しています。
- 5つの段階とは以下のとおりです。
 - ①地域ケア会議のそもそもを知る
 - ②地域ケア会議のデザインを考える
 - ③地域ケア会議の実施前
 - ④地域ケア会議の実施中
 - ⑤地域ケア会議の実施後
- 実際の市町村の取組事例もお示しています。
- 5つの章はそれぞれ色分けしていますので、ページの色を見ながら活用してください。

章 立 て	
序 章	コーディネート・マニュアルについて
第1章	地域ケア会議のそもそもを知る
第2章	地域ケア会議のデザインを考える
第3章	地域ケア会議を実施する前に準備したいこと
第4章	地域ケア会議の実施中に大切にしたいこと
第5章	地域ケア会議のあとに組みたいこと
付録1	コーディネーターお悩みキーワード別索引
付録2	参考資料

(4) マニュアルの利用方法

- 第1章から順番に読む必要はありません。気になる部分のみ読んでもよいでしょう。
- 「付録1 コーディネーターお悩みキーワード別索引」を掲載していますので、ご活用ください。
- 地域ケア会議に関わる皆さんと一緒に共有してもよいでしょう。「このマニュアルにはこう書いてあるけど、うちの町ではこうしてみよう」、「この部分を参考に次の会議でやってみよう」など、関係者で話し合いをしてください。関係者との話し合いから、その先に取り組みたいヒントが湧いてくるかもしれません。
- 「マニュアルのこの部分をもっと知りたいから関係者で勉強会をしてみよう」という場合は、地域包括ケア総合支援チームにご相談ください。
- 第5章は広義のコーディネートについて、工夫や実践例も紹介しています。
- 「私たちの地域ケア会議」を考えるための材料としてご利用ください。

地域包括ケア総合支援チーム派遣依頼先

埼玉県福祉部地域包括ケア課 地域包括ケア担当（電話：048-830-3256）

埼玉県地域包括ケア総合支援チーム（地域ケア会議）

※令和2年3月末現在



一般社団法人埼玉県リハビリテーション
専門職協会 代表理事 霞ヶ関南病院
理学療法士 岡持 利恒 氏



一般社団法人 TMG 本部
新規事業開発室
理学療法士 渡邊 賢治 氏



埼玉医科大学総合医療センター
作業療法士 平田 樹伸 氏

ご相談ください

- ・地域ケア会議へのオブザーバー参加・助言
- ・地域ケア会議コーディネーター向け 進行ポイントの個別レクチャー
- ・地域ケア会議関係者（市町村・包括・専門職助言者・ケアマネジャー・介護サービス事業所等）向け自立支援意識の醸成やチームビルディングの応援
- ・ケアマネジャー・介護サービス事業所向け アセスメント・目標設定・評価に関する研修会講師
- ・評価（モニタリング）会議の立上げ支援、地域ケア推進会議の立上げ支援
- ・地域課題への対応や、会議の発展に合わせた追加の応援（一緒に考えます）

第1章

地域ケア会議のそもそを知る

(1) 地域ケア会議の歴史

● 平成 24 年

- 地域ケア会議は、平成24年 3 月に厚生労働省の通知^(※1)により、初めて明文化されました。
- 地域ケア会議は、地域包括支援センターまたは市町村が開催主体とされ、その目的は、個別ケースの支援内容の検討を通じた①地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、②高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築、③個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握などと明示されました。
- また、取り上げる個別ケースとして想定されていたのは、①支援者が困難を感じているケース、②支援が自立を阻害していると考えられるケース、③支援が必要だと判断されるが、サービスにつながっていないケース、④権利擁護が必要なケース、⑤地域課題に関するケースなどでした。
- 実際に検討されたケースは「支援者が困難を感じているケース」が最も多く、次いで「支援が必要だと判断されるが、サービスにつながっていないケース」が多い状況でした^(※2)。

(※1) 「地域包括支援センターの設置運営について（平成 18 年 10 月 18 日老計発第 1018001 号・老振発第 1018001 号・老老発第 1018001 号）の一部改正について」（平成 24 年 3 月 30 日厚生労働省老健局振興課長ほか連名通知）

(※2) 平成 27 年度老人保健事業推進費補助金「地域支援事業の包括的支援事業及び任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業」

● 平成 26 年

- 平成 26 年 6 月に成立した改正介護保険法で、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議が法制化されました。（平成 27 年 4 月 1 日施行）
- 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り、更に取組を進めていく必要があること、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など、実効性あるものとして定着・普及させていくことを目指すとされました。

介護保険法 H 2 7 年度改正 （地域ケア会議関係抜粋）

第 1 1 5 条の 4 8

市町村は、第 1 1 5 条の 4 5 第 2 項第 3 号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という。）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置くように努めなければならない。

2 会議は、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者（以下この項において「支援対象被保険者」という。）への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。

3 会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。

4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

5 会議の事務に従事する者、又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

第 2 0 5 条

2 （略）第 1 1 5 条の 4 8 第 5 項の規定に違反した者は、1 年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

● 平成 30 年

- 平成 30 年 10 月から、訪問介護における生活援助中心型サービスについて、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、統計的に見て通常よりかけ離れた回数をケアプランに位置付ける場合には、ケアマネジャーから市町村へ届け出ることとされました。
- 届出を受けた市町村は、地域ケア会議等を活用して、多職種の視点から届出のあったケアプランについて議論を行うこととなりました。

(2) 介護予防事業としての位置づけ

● 地域づくりによる介護予防推進支援事業（平成 26～29[※]年度）

- 平成 26～28 年度の 3 年間、国のモデル事業として「地域づくりによる介護予防推進支援事業」が実施されました。国、都道府県、市町村が連携し、住民主体の介護予防の取組（週に 1 回以上、体操等の活動を行う通いの場を住民が運営する取組）が全国に広がりました。
- 埼玉県もこの事業に参加し、平成 29 年度は「ご近所型介護予防」として独自に実施しました。平成 26 年度からの 4 年間で、計 33 市町村が参加しました。
- この事業で住民主体の通いの場が増えてくると、次の段階として、「通いの場を要支援者等が参加できる場として活用すること」や「要支援者等が地域のつながりの中で生活を継続すること」などを関係者がより意識するようになってきました。
- そこで、要支援者等の介護予防や自立支援を支える仕組みの一つとして、介護予防等に重点をおいた地域ケア会議の活用が各地で検討されるようになりました。

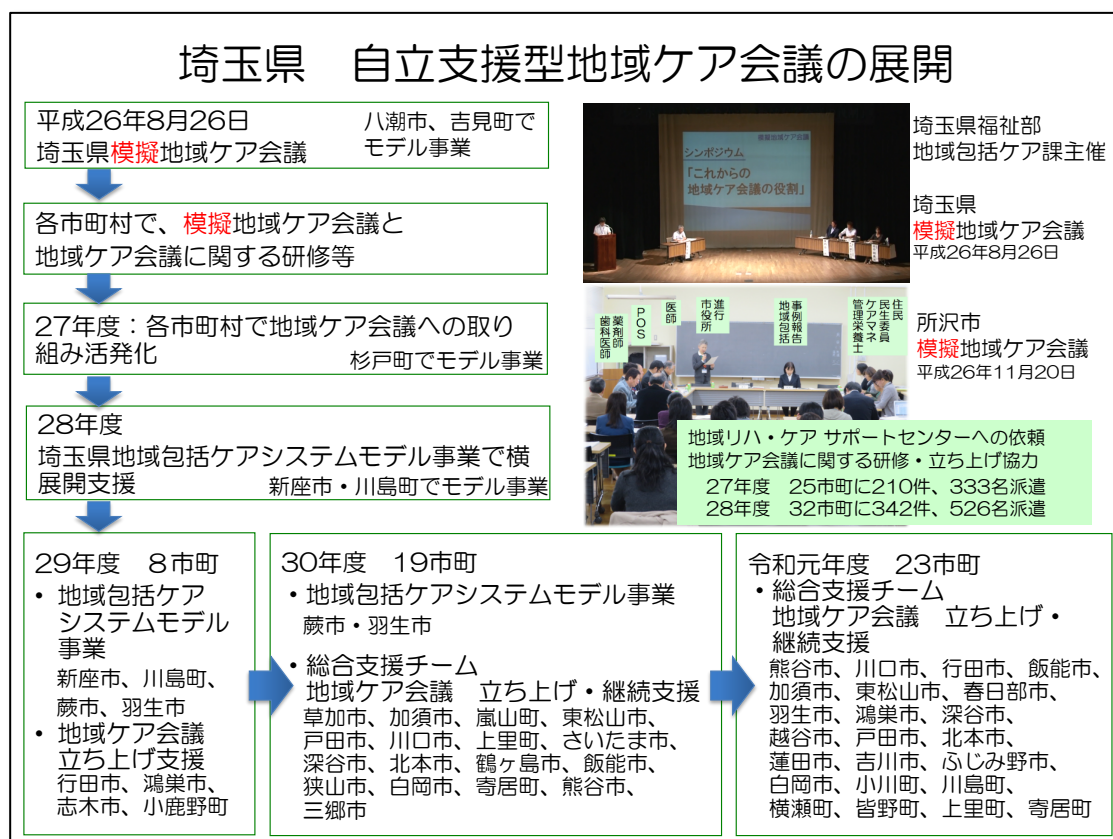
※埼玉県では国モデル事業終了後も、平成 29 年度まで同名称の事業を実施

● 介護予防活動普及展開事業（平成 28～30 年度）

- 平成 28 年度から国のモデル事業として、先進的な市町村で取り組んでいる効果的な介護予防の仕組みを全国展開する「介護予防活動普及展開事業」が実施されました。
- この事業では、多職種が協働して実施する要支援者等の介護予防や自立支援に重点を置いた地域ケア会議の手法を、多くの市町村に展開することが目指されました。
- このときから、地域ケア会議の一つとして「介護予防のための地域ケア個別会議」が位置付けられました。「介護予防のための地域ケア個別会議」は自立支援・介護予防の観点を踏まえ「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」、ひいては「高齢者の QOL の向上を目指すもの」と定義されました。
- 埼玉県も、平成 29 年度から平成 30 年度にかけて、県内の 10 市町とともにこの事業に参加しました。

(3) 埼玉県での自立支援型地域ケア会議

● これまでの経緯



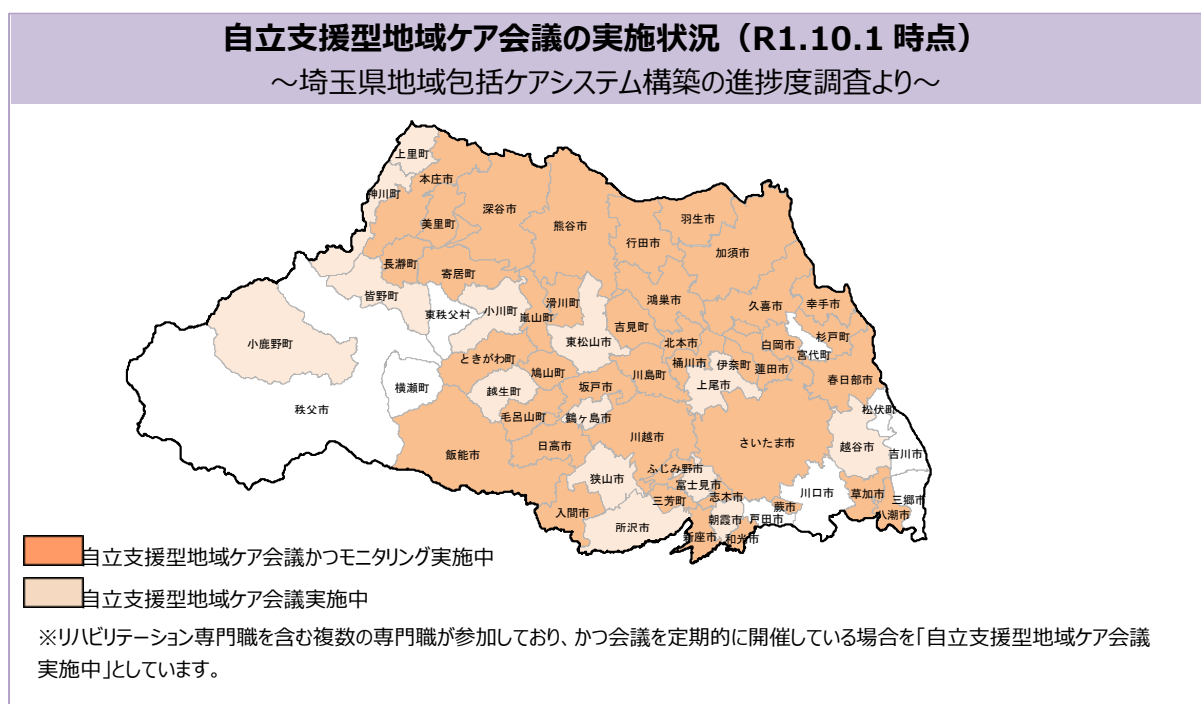
- 埼玉県では、地域ケア会議に先進的に取り組んでいた和光市等の協力を得ながら、平成 26 年度に「埼玉県模擬地域ケア会議」を開催しました。以降、自立支援型地域ケア会議に取り組む市町村が増えました。
- 平成 28 年度から 30 年度までは、「地域包括ケアシステムモデル事業」により、地域包括ケアシステムの構築に必要な自立促進（自立支援型地域ケア会議）、介護予防、生活支援がトータルな仕組みとして機能するよう、モデル市町での取組が始まりました。
- 上記モデル事業では、「自立支援型地域ケア会議」の実践を繰り返すことで、モデル市町とともに会議の運営そのものを直接学ぶ機会となりました。
- 平成 30 年度からは、これまでの経験を踏まえ「地域包括ケア総合支援チーム（P.1,P.4）」により、市町村への伴走型支援を開始しました。

● 支援内容の変化

- 時間の経過と共に、自立支援型地域ケア会議に関する市町村への支援内容は徐々に変化していきました。
- 当初は、会議を始めるにあたっての関係者への説明会の開催支援や会議の立ち上げに関するものが中心でしたが、会議の運営に慣れた市町村からは、会議の質や会議の結果に関する相談が増えるようになりました。
- 具体的には、介護予防・日常生活支援総合事業等と連動した会議にしたい、会議を通じて地域資源に気づき、活用につなげる（必要ならば生み出す）動きを作りたいなど、より会議を深めるような支援が求められるようになりました。
- 現在は、地域ケア推進会議に関する相談なども増えつつある状況です。

● 自立支援型地域ケア会議の実施状況

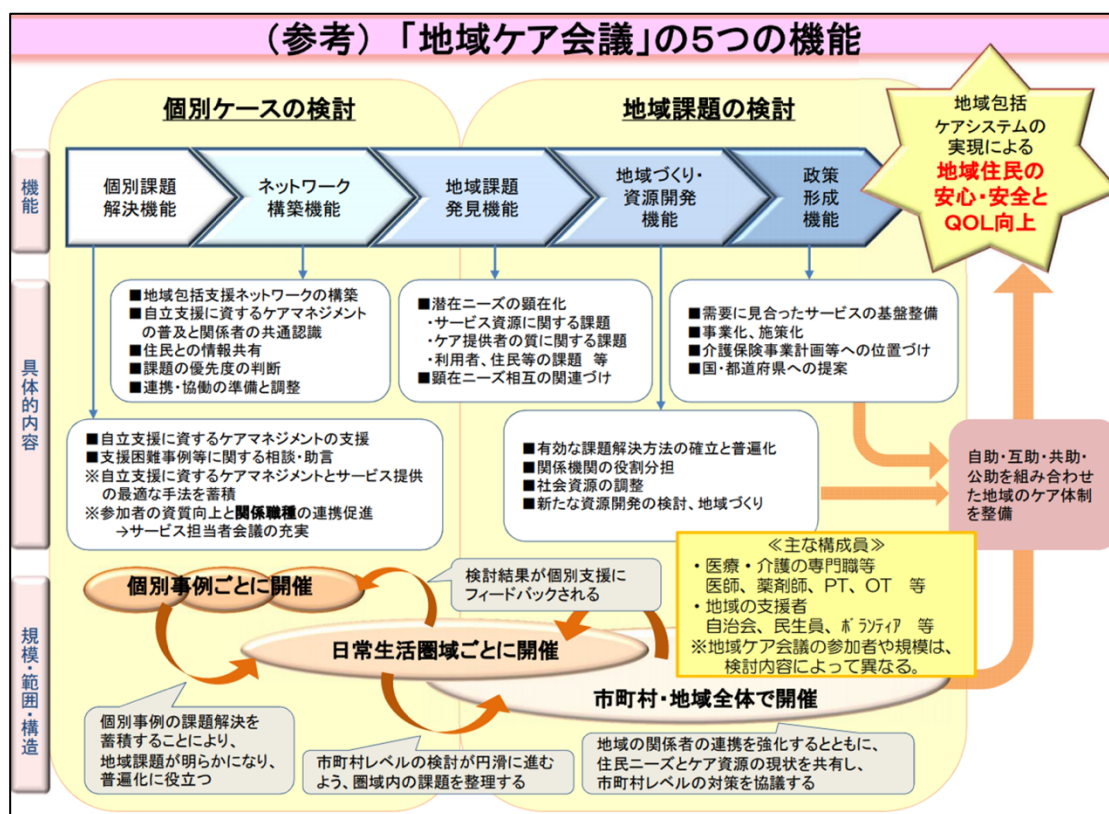
- 埼玉県内では、令和元年 10 月 1 日現在、54 市町村で自立支援型地域ケア会議が開催されています。
- このうち、40 の自治体で、一度検討した事例のモニタリングを実施しており、支援期間が終了となる際や要介護認定の更新審査のタイミングで、再度「自立支援型地域ケア会議」で事例の状況を把握し、次の支援内容等を検討しています。



(4) 地域ケア会議で何を目指すのか

● 地域包括ケアシステムの実現

- 地域ケア会議で目指す最終的なゴールは、地域包括ケアシステムの実現による地域住民の安心・安全と QOL 向上です。
- そのためには、自助・互助・共助・公助を組み合わせた地域のケア体制を整備する必要があります。
- そのプロセスとして、地域ケア会議には、個別ケースの課題解決を出発点とし、地域の関係機関の相互連携を高める機能や、個別ケースの背後にある地域課題を発見し、それを地域づくり・資源開発や施策等の充実によって解決していく機能が求められています。

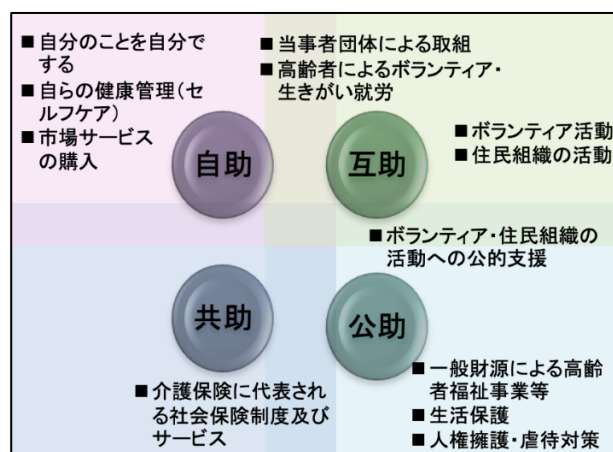


出典：厚生労働省資料

● 地域包括ケアシステムを支える4つのパーツ

- 地域包括ケアシステムの実現には、専門職だけでなく、住民も関与します。

- 以下の図は、地域包括ケアシステムを支える4つのパーツです。
- 自助と互助については住民が中心になる活動です。自助と互助の役割はとても重要であり、住民の意識醸成や活動のサポートを図る必要があります。共助では、介護保険サービスの質の向上、公助では、各公的機関の協働が必要です。
- この4つが地域ケア会議とともに成長していくことで、地域住民の安心・安全とQOL向上につながっていくでしょう。



出典：厚生労働省資料

● 地域ケア会議の成果

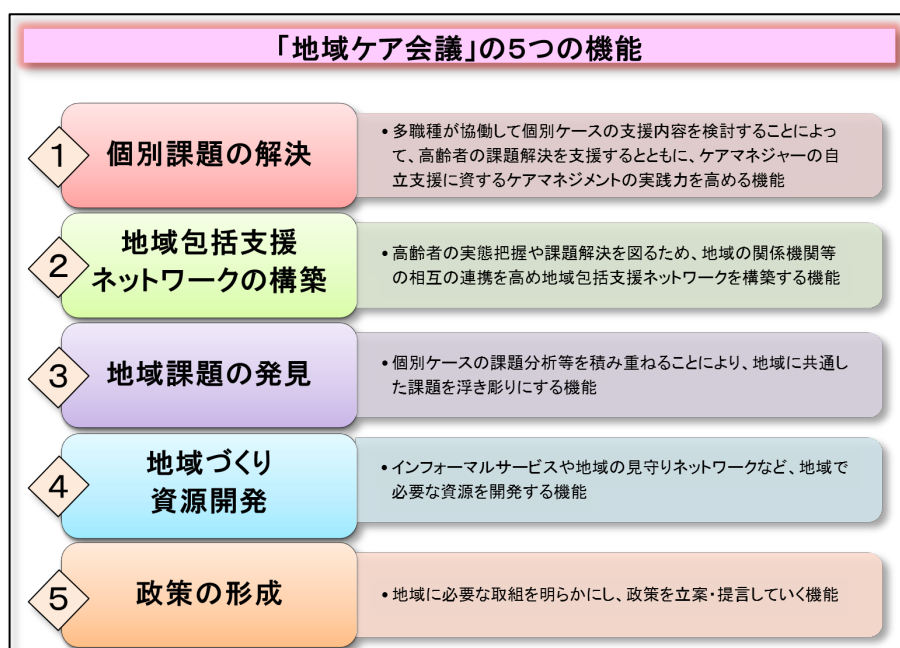
- 地域ケア会議の機能の中には、地域づくり・資源開発や政策形成など、効果が出るまでに時間がかかるものもあります。
- しかし、どんなに小さなことでも変化は起きているはずです。以下は、地域ケア会議の参加者に、どのような場面で地域ケア会議の成果を実感したかを聞いたものです。
 - ◇ 関係者と共通の理解を持つことができたとき
 - ◇ 一緒に考えてくれる協力者が増えたとき
 - ◇ 情報や知識の共有・更新の場になったとき
 - ◇ 会議が制度をまたぐ横串になれると思ったとき
 - ◇ 過去の事例が別の事例に活かしているという手応えを感じたとき
- 地域ケア会議だけで全てが解決するわけではありませんが、地域ケア会議は地域包括ケアを推進するための1つのツールになります。前述したような手応えを感じられるような地域ケア会議を目指しましょう。

第2章

地域ケア会議のデザインを考える

(1) 地域ケア会議の5つの機能

- 地域ケア会議とは、個別のケースの検討を始点として、地域づくりを行っていくための会議の総称です。P.10 でも示したとおり、地域ケア会議には下記の5つの機能があります。



出典：厚生労働省資料

- この5つの機能を一度の会議ですべて網羅するのは困難な場合もあるため、市町村は複数の会議を組み合わせ、または地域包括支援センター運営協議会など既存の会議等も活用するなどして全ての機能を果たすことができるよう、地域ケア会議を設置、運営していくことが求められています。
- なお、地域ケア会議は、目的・方法によって大きく2種類に分けられます。

地域ケア個別会議	個別事例の課題検討
地域ケア推進会議	地域に必要な取組を明らかにして施策を立案・提言

- 自立支援型地域ケア会議は地域ケア個別会議の一つに位置付けられます。
- 地域包括ケアシステムの構築に向け、地域ケア会議全体が上記の5つの機能を最も有効に発揮できるようにデザインされているかどうか、必要に応じて適宜見直していくことが必要です。
(地域ケア会議全体のデザイン例については P.14～16)

(2) 地域ケア個別会議のデザイン

● どのような人の検討をするのか

- 自立支援型地域ケア会議の立ち上げ期は、第一歩として「事業対象者」や「要支援者」のケースから始め、参加者が会議に慣れてきたら、次のステップとして「要介護者」のケースも検討するというように、順を追って進めていく方が確実です。
- また、対象者の選定は「事業対象者」「要支援者」など、主催者が対象者の認定区分のみ設定し、具体的なケースの選定は事例提供者に任せているところと、対象者の基準をより具体的に明示しているところがあります。
- 前者の場合、ケアマネジャーが相談したいケースが提出されやすく、他のケアマネジャーも同じ課題を抱えている場合があることから、他のケアマネジャーにとって参考になることも多いでしょう。
- 後者の場合は、以下のような基準を設けている例があります。
 - ✧ 要介護と要支援を行き来し、制度の谷間で応援すべき人
 - ✧ インフォーマルなサービスや地域資源により改善が見込まれると思われる人
 - ✧ C型事業を利用している人や利用を検討している人
 - ✧ 介護サービスを受けながら状態が悪化した人
- 個別事例の検討により、優先的に何を解決したいのかを踏まえて、対象者を設定するとよいでしょう。

● 何人の検討をするのか

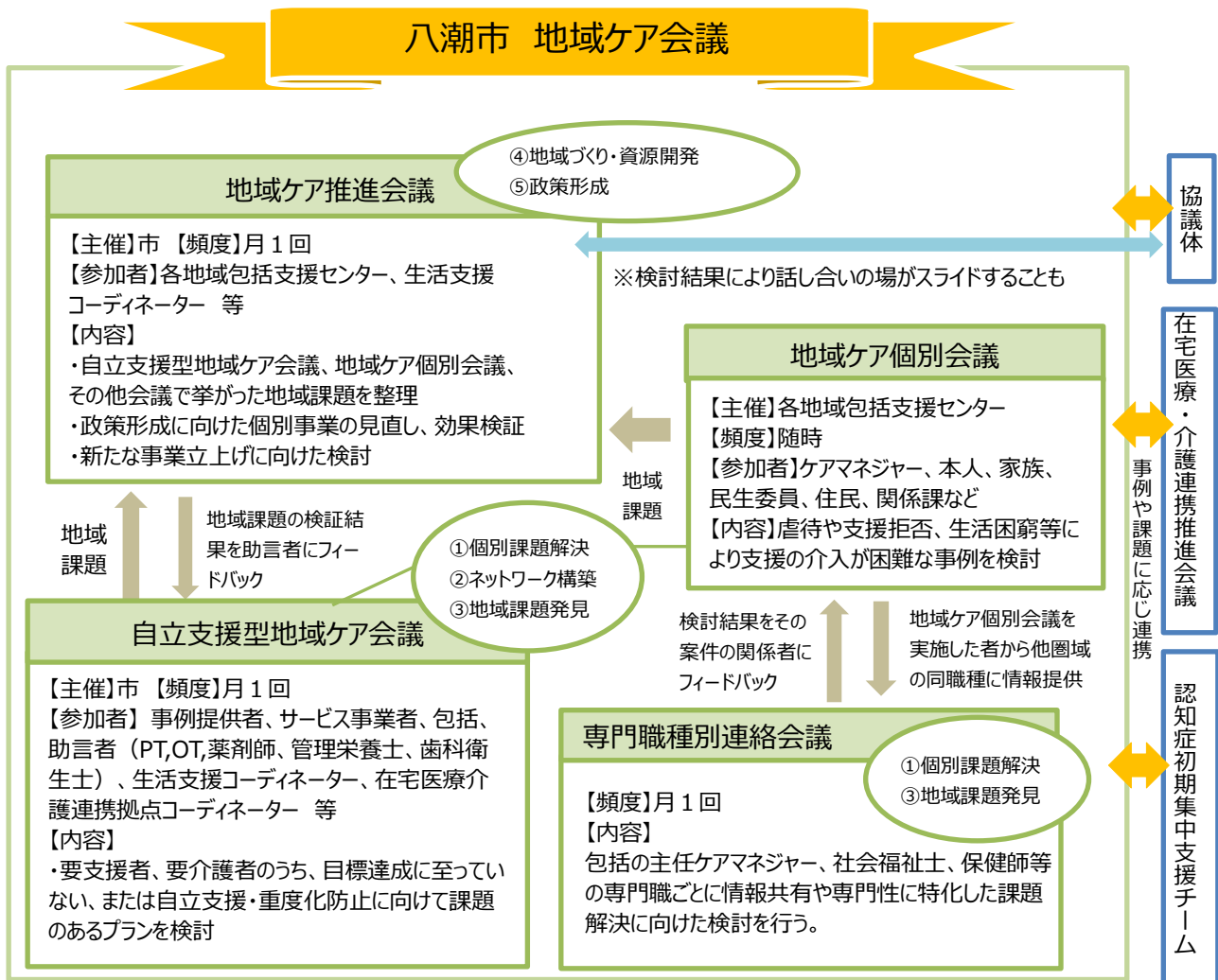
- 市町村の要支援者・要介護者数等を考慮し、取りあげる事例数を検討することも会議のデザインの一つです。
- なるべく多くの人を検討することが望ましく、例えば、新規の要支援者を全員検討している町もあります。
- 検討事例数を増やすことが難しい場合、多くの人に会議を傍聴してもらう工夫をするなど、事例提供者以外にも、検討結果が届くような体制を作ることが有効です。

(3) 地域ケア会議全体のデザイン

県内3つの市の地域ケア会議全体のデザイン例を紹介します。

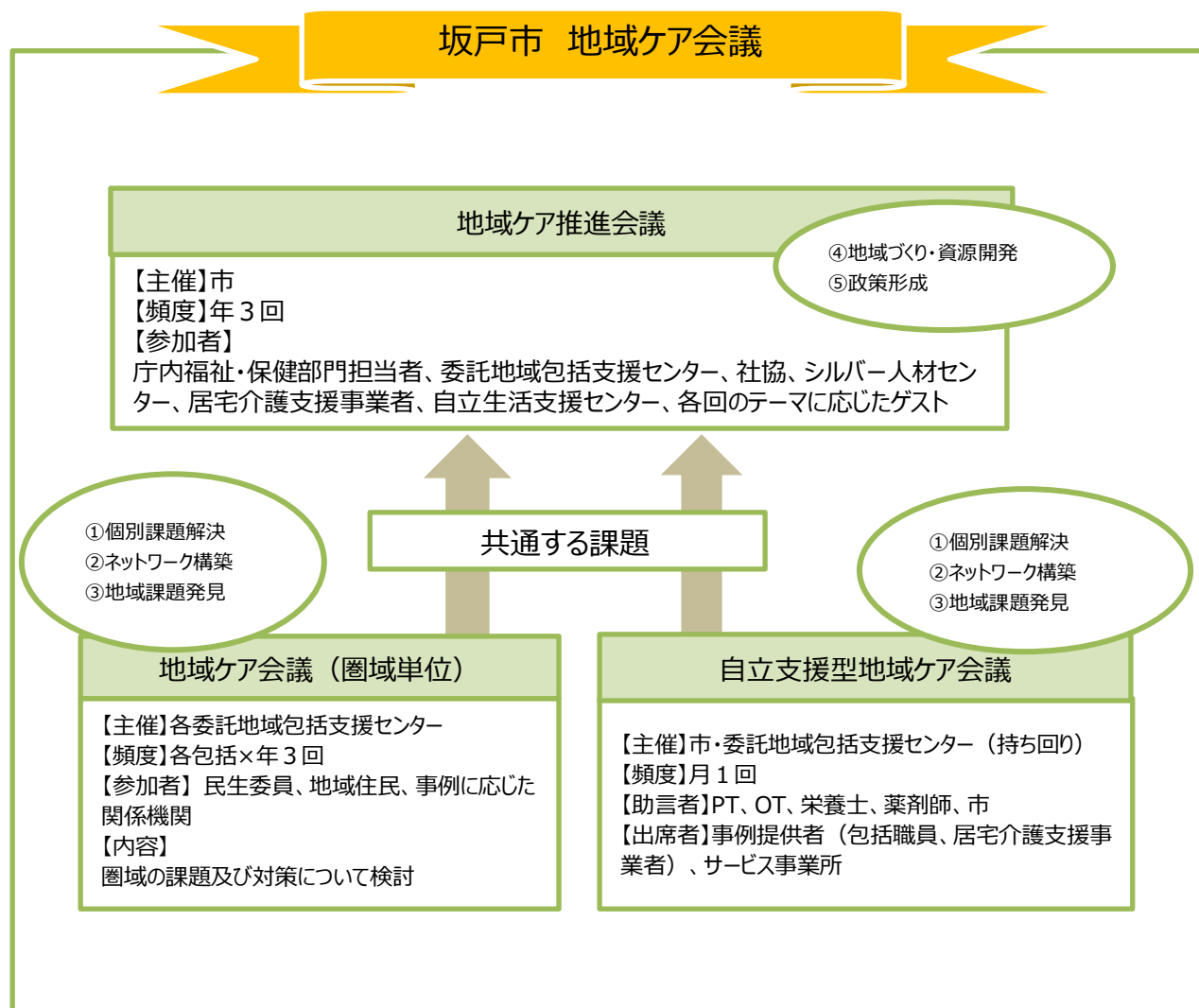
● 八潮市

- 八潮市では、自立支援型地域ケア会議、地域ケア個別会議、専門職種別連絡会議、地域ケア推進会議の4つの地域ケア会議を設置しています。
- 地域ケア推進会議は、毎月自立支援型地域ケア会議の1～2週間後に開催されており、当月の自立支援型地域ケア会議での検討事例から考えられる地域課題を確認、地域課題として把握されたものがあれば、解決に向けた検討を行っています。
- 八潮市では、4つの地域ケア会議の機能が、双方向に作用するようにデザインされており、また、協議体や在宅医療・介護連携推進会議等と必要に応じて連携が取れる体制を取っています。



● 坂戸市

- 坂戸市では、地域ケア個別会議（自立支援型地域ケア会議）、圏域単位の地域ケア会議、地域ケア推進会議の3つの地域ケア会議を設置しています。
- 地域ケア個別会議（自立支援型地域ケア会議）、圏域単位の地域ケア会議の結果、地域課題と思われるものや地域で困っていることをテーマとして取り上げ、年3回、地域ケア推進会議を行っています。
- 地域ケア推進会議は、各回のテーマに応じたゲストを呼び、情報共有や議論を行っています。介護者支援をテーマとした回では、その後、介護者サロンを企画したい方向けの研修会実施に至るなど、事業化にも結びついています。

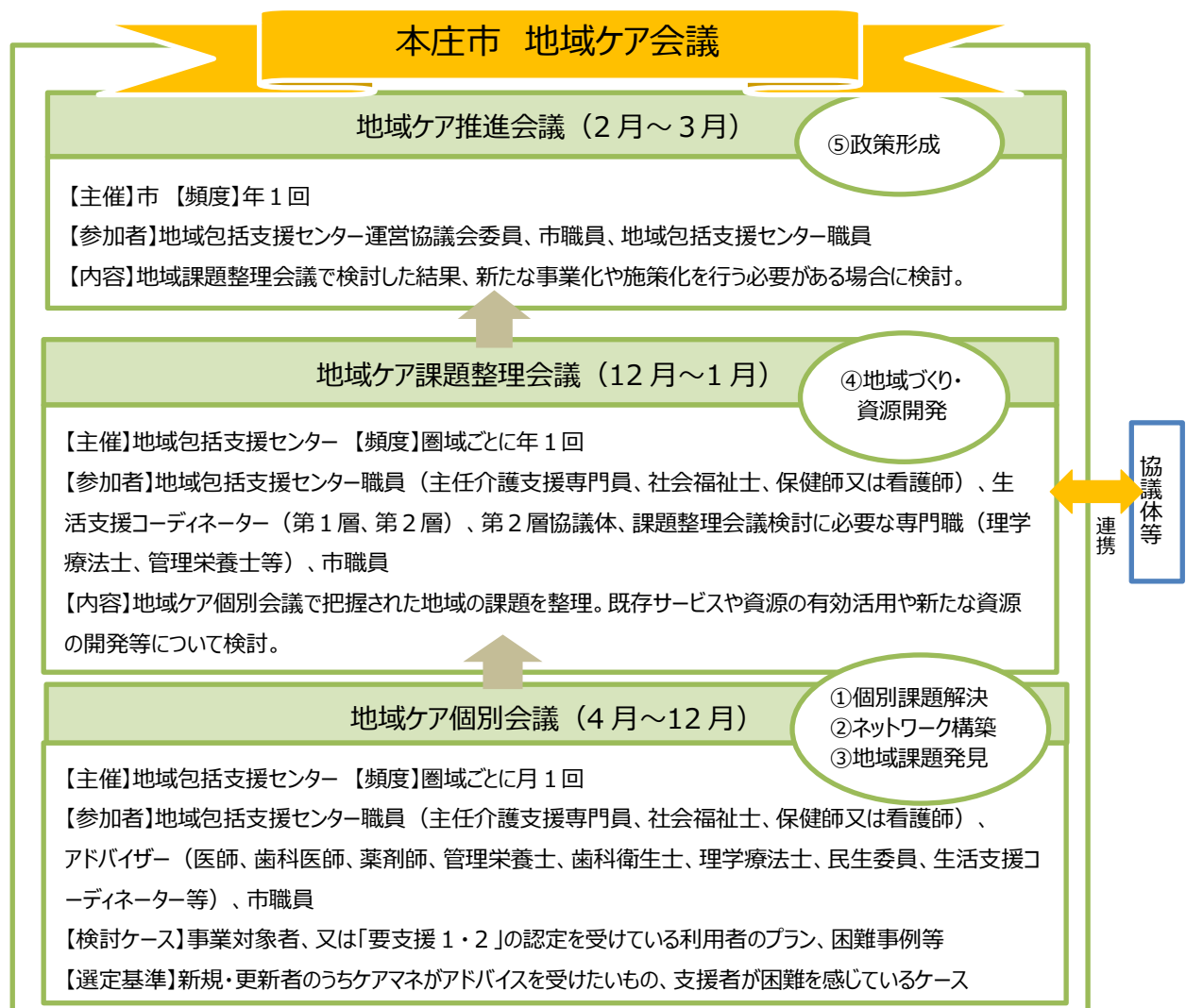


● 本庄市

- 本庄市では、地域ケア個別会議、地域ケア課題整理会議、地域ケア推進会議の3つの地域ケア会議を設置しています。
- 地域ケア個別会議で抽出された地域課題を、各地域包括支援センター主催の地域ケア課題整理会議で検討。検討結果について市が集約、以下の4つに整理しています。

- ①すでに介護保険事業計画に位置付けられており、今後対応していくもの
- ②次期介護保険事業計画に盛り込むことを検討するもの
- ③現段階で検討するのではなく、他の取組が進んだ後それでも課題がある場合に検討するもの
- ④今後の検討として他課に情報提供する必要があるもの

- その後、その結果や対応状況を地域課題整理会議にフィードバックし、②に分類されたものについては地域ケア推進会議に意見を諮り、政策形成につなげています。



第3章

地域ケア会議を実施する前に準備したいこと

この章では、自立支援型地域ケア会議（地域ケア個別会議）を始める前に準備することについて説明します。この章に出てくる「コーディネーター」とは、会議の司会者のことを指します。

(1) 会議で目指すことの確認

● 目的の共有

- 会議の目的の共有は、会議の準備段階で一番重要なことです。
- 「何のために」という考え方の共有が出来ていないと、後に会議が進めにくくなります。

● 会議で目指すこと（個別課題解決の視点）

- 個別事例の検討において目指すことは、「サービスを利用することで生活が成り立っている人の支援を取り上げること」や、「単なる個人の要介護度の改善」ではありません。本人のしたいことや楽しみを実現し、自分らしい暮らしを続けられるようにすることです。
- 高齢者がしたいことの多くは、介護保険サービスを利用することではありません。したいことは、これまで続けてきた「社会の中の普通の暮らし」にあります。会議では、したいことを叶えるための具体策を、多職種の幅広い視点で検討します。
- 例えば、生活機能の低下が見られる人に対しては、一時的に介護保険サービスを使って生活機能を高めるような支援は必要です。しかし、支援の結果、介護保険サービスのみをその人の社会にしまっては意味がありません。会議では、サービス利用の目的を果たしたら、次の場所に橋渡しをするような資源のコーディネートも必要です。

● 会議で目指すこと（長期的目標・地域づくりの視点）

- 自立を阻害している要因が、環境にあるようならば地域課題として検討し、解決を目指します。
- また、関係者のスキルや、市町村全体のケアマネジメント力、多様なサービスの提供力の向上を通して、高齢になっても住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けられる地域社会の実現を目指します。
- 目指す地域像は市町村によって異なります。
- 住民含む関係者全体で、目指す姿を共有することが大切です。

(2) 実施の合意形成

- 地域ケア会議は様々な関係者の協力なしにはできません。会議を始めるにあたって、まずは関係者に会議へ協力してもらうための土壌づくりが必要です。
- 実施の合意形成には、会議の目的や会議で目指す姿について、じっくりと丁寧に時間をかけて説明することが必要です。今までと違うことや、新たなことを求められる場合には、抵抗感を持つ人もいます。
- 仮に、「〇月〇日から、自立支援型地域ケア会議を始めます。地域包括支援センターは要支援者の事例を順番に出してください。様式はこれを使ってください。〇月〇日までに提出してください」と、事務的に伝えたとしたらどうでしょうか。
- 「私たちの町の地域ケア会議を一緒に作っていこう」と関係者に思ってもらうためには、「準備会議で情報提供」、「助言者の選定」、「庁内関係課へ説明」、「地域包括支援センターへ説明」、「事例を出してもらうケアマネジャーや介護サービス事業者へ説明」などのプロセスを通じ、様々な関係者の合意を得て始めたものでなければ、「私たちの…」とはならないでしょう。

- 参考に、県総合支援チームで支援した A 市の例をご紹介します。約 1 年間にわたる支援を通じ、関係者間での合意形成を目指しました。

地域ケア個別会議等 立ち上げ支援の例			
	テーマ	対象	お伝えするポイント
①	自立支援型地域ケア会議についての説明会・意見交換	市・包括職員	・地域ケア会議について「そもそも」と「目指すこと」を共有。 ・自分たちが中心になり、地域ケア個別会議や地域ケア推進会議を運営することを理解。アイデア交換。 ・会議の積み重ねにより、圏域内の自立支援型ケアマネジメントの普及啓発をすすめることを理解。 ・参加者、個々の役割、自立支援の考え方、帳票について理解。
②	自立支援型地域ケア会議についての説明会・意見交換	ケアマネジャー 介護保険事業者	・地域ケア会議について「そもそも」と「目指すこと」を共有。 ・自分たちが一緒に、自立支援型地域ケア会議を作り上げていく事を理解。アイデア交換。 ・参加者、個々の役割、自立支援の考え方、帳票について理解。
③	打合せ	市・包括職員 助言者	・市、包括、県、アドバイザー（県・市）による打合せ ・①、②の到達具合や反応に基づき、以下の予定・進行等を調整
④	研修・模擬会議	市・包括職員 ケアマネジャー 介護保険事業者 助言者 （傍聴？）	・ミニレクチャー：自立支援に資するケアマネジメントを再考 ・演習 1：ケア会議帳票類を読んで、気になることチェック（個人） ・演習 2：気になることをグループワークで整理（二人） ・演習 3：事例の分析→支援の方向性（優先順位）→個人因子・環境因 ・演習 4：サンプルプランの気になるところ：グループでプランの精査 ・演習 5：助言するとしたら（個人課題） ・上記を通して、自立支援の視点や考え方、目指すことを共有。
⑤ ～ ⑩	ケア会議 1～6	市・包括職員 ケアマネジャー 介護保険事業者 助言者（傍聴）	・要支援 実事例に基づく、地域ケア個別会議 2～3例＋振り返り ・6回（半年）程度のフォロー（総合支援チーム） ・以降は、市・包括・助言者チームおよび地区担当の地域ケアサポートセンターの協力体制で進めながら、成熟・深化を目指す。
	介護保険事業者向け研修	市町村内事業所 居宅・サービス	・自立支援型ケアマネジメント、アセスメント、プログラム提供のあり方についてともに学び、日々の業務に反映。
	地域ケア推進会議	市・包括職員 助言者 等	・地域ケア推進会議開催時、要望により支援 ・生活支援はじめ各事業との連動

(3) 会議の参加者と役割

- 会議の参加者は、検討したい事例の背景や、事例提供者が相談したい内容などにより組み合わせます。
- 主な参加者は、事例提供者（地域包括支援センター職員や居宅介護支援事業所のケアマネジャー、介護サービス事業者）、保健医療関係者（専門職助言者）、そして、コーディネーターです。

- それぞれの役割は下の図のとおりです。

ケア会議中の参加者の役割

- 司会者：時間内でのディスカッションを進行・統括等コーディネート
- ケアマネジャー：事例・プランの内容、検討したい事について要点を説明
- 介護サービス事業者：評価、今後の支援方針に基づくサービス内容を説明
- 地域包括支援センター職員：ケアプランの内容や、地域資源について助言
- 専門職：自立支援の視点で、予後予測（評価）に基づき、プランの内容、介護サービス事業者でのサービス内容に、具体的提案や情報を提供
 - － 健康管理面（医学的管理・再発予防）、栄養面（食事内容や摂取できているか）、社会活動面、運動や活動面（生活習慣）等からみた、生活全般に関する改善・維持のヒント
 - － 本人のしたいこと、健康に暮らすをかなえるヒント
 - － コミュニケーションや関係性へのヒント
 - － 口腔・摂食嚥下機能から全身状態へのヒント
 - － できない理由の精査と改善の方法と内容と量の提示 など

全員に共通：ケアマネジャー・介護サービス事業者が、本人や家族へ提案がしやすくなる。事例で気づいた地域の課題を共有し、必要な検討へつなげる。

- その他、生活支援コーディネーターや社会福祉協議会、在宅医療連携拠点、在宅歯科医療推進窓口地域拠点、行政の各担当（介護認定・給付の担当者や事例に応じて、年金、障害福祉、生活保護の担当者など）、民生委員や住民組織の代表などが参加している例もあります。

- 会議の主催者である市町村や地域包括支援センター内でも、コーディネーターを担当する職員が会議中、司会・進行に集中できるように下記のように役割を決めておくといでしょう。

- 書記：会議の記録を整理します。
 - ◇ 会議後に議事録を作成するために、会話の内容を書きとめ、整理する
 - ◇ ホワイトボードなどを活用し、論点を共有するために、助言の内容やコーディネーターの整理したポイントを、言葉や図で示します。
- タイムキーパー：会議の時間管理をします。
 - ◇ 各発言者の持ち時間を事前に確認します。コーディネーターの隣に座り、時間を伝えと、コーディネーターの助けになります。
 - ◇ 「どんな事例に、どの位時間が必要だったか」を残しておく、後に会議の進行を考える際のヒントになったり、会議の習熟を測ったりする際の参考になります。
- 受付・案内：遅れてくる・途中退出する人への対応、資料の配布や返却対応、会場案内などをします。
- その他の補助：空調やマイク、照明など、会議の環境を調整します。
- その他の事務手続き：日程・会場等調整、開催通知、事例や資料の取りまとめ、参加者調整、打合せなどの準備をします。

コーディネーターの 視点・配慮

- ☞ 市町村職員と地域包括支援センター職員とで役割を分担し、両者が経験すると、標準化しやすいでしょう。
- ☞ 議事録は、事例提供者との振り返りの材料になります。
- ☞ 会議の結果を誰に伝えるかは重要です。会議に参加していないケアマネジャーや介護サービス事業者にも、会議で生まれた共通認識などの成果物を届けられます。
- ☞ 時間で、チャイムや音楽をならすなどの工夫により、柔らかい雰囲気になります。
- ☞ 時間設定が適切かを関係者で確認することも必要です。

(4) 資料・言葉の共有

● 資料

- 個人の目標や現状にもよりますが、以下のような情報があれば、議論が深まりやすくなります。

地域ケア会議に持ち寄りたい情報

- 事例提供者：事例を取り上げた理由・聞きたいこと
- ご本人のしたいこと、家族の望むこと
- 基本情報：家族・疾病・経過・利用サービス・社会とのつながり
- 基本チェックリスト＋追加項目：生活状況、虚弱状況のサイン、運動、生活、社会活動、健康、栄養、口腔機能
- 介護予防メニューリスク確認：主治医からの情報、栄養・食の支援、口腔機能の向上の際の確認事項
- 介護予防メニューアセスメント：運動機能向上、口腔機能向上、栄養・食の支援、利用開始からの変化、生活機能向上の可能性を探る
- お薬手帳・検査データ
- ケアマネジャーによるアセスメント・プラン
- サービス提供事業所によるアセスメント・プラン
- 興味関心チェックシート
- 生活機能の評価：現状と未来を比較し可能性を検討
- その他

会議の成長に
合わせ、帳票類や
会議の進行も深化

※事業対象者や要支援者を検討する場合

- 資料や情報がある程度統一することで、会話や検討が成立しやすくなります。

● 言葉

- 助言者には「できるだけ専門用語は使わない」ことが求められます。「わかりやすい言葉」で会議に参加するチームメンバーが共通した認識を持てるよう意識しましょう。
- また、会議の時間は限られています。「大事なことを、手短かに言う」ことも意識しましょう。

(5) 参加者へのお願い

- 地域ケア会議には、住民の安心・安全と QOL の向上を支える役割があります。
- 参加者全員が会議の位置づけや自らの役割を認識し、ともに学び、会議を育てていけるよう、主催者から参加者へ伝えるべきポイントは以下のとおりです。
 - 会議を正しく理解すること
 - 会議参加のルール（役割を果たす・運営に協力する）
 - 具体的提案をすること
 - 参加者全ての学びの場であること
 - 事例提供しない会議にも、可能なら傍聴して学びを得ること
 - 会議での学びを、当てはめられる他の事例で活かすこと
 - 会議に参加しない人にも、会議の目的や機能を伝えること
 - 会議の経験を積みながら、一緒に会議を育てていくこと

コーディネーターの 視点・配慮

- ☞ 参加者に対し気を使いすぎ、改善してほしい点などを伝えないことはよくないでしょう。
- ☞ 参加者へのお願いは、会議の成長に合わせ修正しつつ、毎回会議の冒頭で確認してもよいでしょう。

(6) 経験者の声

コーディネーターが会議にあたりどのような準備をしているか、市町村や地域包括支援センターにより方法は様々です。初めてコーディネーターを経験する方は、以下に紹介する対応例を参考にしてみてください。

● 役割分担や協力体制について

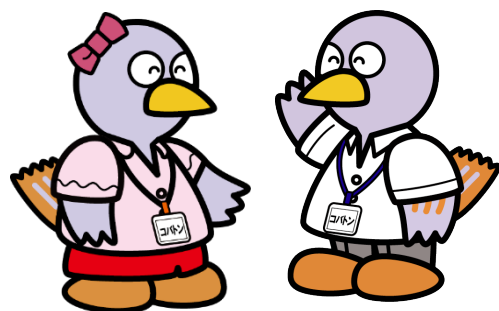
- 司会、書記を担当制にし、包括職員全員で分担している。司会が事例提供者や人材バンク、事前打ち合わせの日程調整を担当する。書記は会議開催後の報告書を作成し、事例提供者や参加した専門職への配布をしている。
- 書記担当の職員が、事例提出者のアセスメント等の確認を行っている。
- 事前にケース概要を読み込み、地域包括支援センター内で意見交換をし、意見が出づらかった場合、発言する役割を置いている。
- コーディネーターは4人の職員が交代で行う。コーディネーターを担当する職員がその回の事例提供者との連絡や資料印刷を行う。
- 事例提供事業所の選定は主任介護支援専門員が行うが、地域課題に即した事例を検討する際は、地域包括支援センター所長及び専門職が選定する。提供された事例の精査（①ケースの全体像をつかむための質問事項、②提供者が望む検討事項の明確化に向けた質問事項、③管内介護支援専門員によるグループワーク※の課題設定）を地域包括支援センター所長及び専門職が行っている。 ※地域ケア会議内でグループワークを実施
- 司会者のフォロー役(コーディネーターの気づかない質問等をフォロー)、書記(全体的なまとめ、ホワイトボードにポイントを記入)を置いている。
- 課内の会議参加予定者で、情報の確認、支援方針や地域資源、意見等の打合せを行っている。

● 会議資料の事前読み込み（事例のポイント抽出や優先順位）について

- 改善可能な生活活動、それを阻害する要因はなにかを意識して読み込む。事例提供者が課題としてあげてきた部分に関連することを優先して読み込む。
- 対象者がどんな人で、どんな生活を望んでいるのか、短期的に解決できるものか、長期的に整えていくものかということをポイントに、優先順位をつけている。
- コーディネーターが抽出する利用者の課題とケアマネジャーが課題として出した内容に相違がないか、ケアマネジャーの情報収集不足はないか、インフォーマルも含めてサービスの不足はないかを確認している。
- 興味・関心チェックシート、情報等からケースのいきいきポイントが活かされたプラン・支援内容等であるか、目標（１日・１年等）が適切であり、それがクリアできる計画となっているか、家族、地域の視点が入っているか。
- ①事例提供事由と課題の相違点、②対象者、家族、介護支援専門員の「想い」、③想いと事例提供者の課題の一致、④対象者の全体像の仮説、⑤介護支援専門員が抜けがちな視点である口腔と栄養。
- （ポイント）アセスメントに必要な情報が得られているか。（優先順位）自立に向けて解決できそうな課題を優先して検討する。また、事例提供者が助言をもらいたい内容にも配慮する。
- 一部介助で改善の高い可能性があるところに着目し、本人が少し先の未来にどうなりたいかを目標に出来るよう整理する。専門職に何を聞きたいかを明確にする。
- 自立を阻害している要因、各要因の関連性。優先順位は、ケアマネジャー自身が行き詰まっていることを最重要課題としている。
- 本人のできること・強みの活用方法、親族や支援者の関わりについて、適切な支援になっているのか。本人や支援者の力を引き出すことができているのか。医療・治療等の必要度、本人の意欲(したいことやできること)を引き出し、どのように生活意欲等の向上につなげていくか。

● 事例提供者等との事前打ち合わせについて

- 提出資料を確認しながら、利用者の状況や課題、その背景や原因を確認し、ケアマネジャーが支援する上で課題に感じることを聴取している。そして、ケアマネジャーとして専門職に聞きたいことを聴取する。
- 事例提供者とは、どのような方を検討するか等も含め直接事業所に出向きお話を伺うようにしている。またそれらをまとめた内容を、会議当日に担当包括職員と事例提供者で事前に集まり打ち合わせをしている。
- 事例提供者については、発表依頼の意図を伝え日ごろの支援で気になっていることやポイントと思われることを把握しておく。助言者については、当日に事例発表のポイントを伝えている。
- 事例提供者とは事前打ち合わせを必ず行っている。基本的には、開催日の約2週前に、包括職員と事例提供者で集まり、事例の読み込み、検討課題の整理、不足する情報の確認等をしている。専門職には必要に応じて、個別にアドバイスが欲しい点を事前に相談することもある。
- 地域ケア会議開催2週間前に事例提供者と包括職員全員（6名）で行う。利用者基本情報、アセスメントシートを事例提供者に用意してもらい、検討する。
- 事例提供者には、事前に対象者について話を聞いている。様式ではわからない、話しぶりやイメージを聞くようにしている。



第4章

地域ケア会議の実施中に大切にしたいこと

この章では、自立支援型地域ケア会議（地域ケア個別会議）のコーディネーターとして、会議の実施中に大切にしたいことを説明します。この章に出てくる「コーディネーター」とは、会議の司会者のことを指します。

（1）会議の流れと進行ポイント

会議の流れと進行ポイントについて、事例検討前、事例検討、事例検討後の3つに分けて説明します。

● 事例検討前（会議の準備や説明） ※開始前および会議冒頭 10 分以内

流れ	ポイント
参加者を迎える	➤ 参加への感謝を示す ➤ 事例提供者が会議に臨みやすいようにサポート ➤ 世間話などで話しやすいムードをつくる
開始の挨拶	➤ 参加への感謝を示す ➤ 主催者の自己紹介 ➤ 参加者の欠席・遅参などがあれば報告
参加者自己紹介	➤ 簡潔に
会議の目的を確認	➤ 参加者が同じ方向性で会議に臨めるよう、会議の目的を明確に説明
全体の流れを説明	➤ 会議の大まかな流れ（P.28）と各パートの目安時間、終了予定時刻を示す
個人情報保護の確認	➤ 個人情報の守秘義務について説明 ➤ 個人情報保護の観点から回収する資料について確認

- 個別事例の検討前の短時間ですが、この時間の雰囲気、事例検討の時間に影響します。
- 初めて事例提供者になる方もいます。事例提供者のスキルに合わせた進行も意識できるとよいでしょう。

● **事例の検討**（会義の習熟度にもよるが、概ね 1 例 30 分～40 分程度）

流れ	ポイント
事例提供者紹介 （1 分程度）	➤ ケアマネジャー、介護サービス事業者を紹介 ➤ 事例を取りあげた理由の確認
プラン作成者から 概要説明 （4 分程度）	➤ 基本情報や、暮らしぶり、解決したい課題などを踏まえ、現在の生活機能・状況に至った原因（個人的・環境的）を簡潔に説明 ➤ モニタリング事例の場合：前回の支援計画の結果、目標の達成度、未達成の場合はその原因などの考察結果
事業者から概要説明 （4 分程度）	➤ 介護サービス事業者から、提供内容、事業所での様子、利用後の本人の変化、今後の支援方針などを簡潔に説明
全参加者から 質問や助言 （スタイル 1：40 分） （スタイル 2：30 分）	➤ 本人・支援者の思いなどが、資料や説明から十分に読み取れない場合は確認 ➤ コーディネーターは、質問・助言の順に進めつつ、ケースの本質（課題の本質）やプラン作成・サービス提供上の注意点などについて、キーワードを端的に言語化してまとめながら進める。 ➤ 助言と今後の目標や支援内容を最後にまとめる。参加者の理解に齟齬がないよう確認。 ➤ スタイル 1（会議の進行に慣れていない段階） ・ コーディネーターが、概要説明のポイントを踏まえ、包括職員や助言者に順に質問・助言を求める。 ➤ スタイル 2（会議の進行に慣れた段階） ・ 参加者は挙手した上で発言 ・ 事例のポイントが網羅されているか、コーディネーターが確認。不足している場合は、適宜助言を求める。
まとめ （1 分程度）	➤ モニタリング会議等（概ね 3 か月～6 か月後）までの支援方針、支援内容等を確認。 ➤ ケアマネジャーや事業者等が、当面行う必要があること（例えば、主治医への確認、専門医の受診、追加のアセスメント、本人・家族からの情報収集など）について確認する。

- 助言する参加者が多くなると助言の多様性は増しますが、一方で、コーディネーターが議論をコントロール出来ないと、時間が長くなってしまいます。会議スキルの成長に合わせ、スタイルを見直しましょう。

● **事例検討後**（次回会議の確認、地域課題の共有、事務連絡など）

流れ	ポイント
コーディネーターから	➤ 事例全体から得た地域課題や気づきの共有 ➤ 参加者の学びに役立つ資料などを共有する場合はその案内
会議主催者から	➤ 会議参加への謝辞・会議の成果とねぎらいの言葉 ➤ 資料の回収などについて再度アナウンス ➤ その他事務連絡

- 参加者が交流できるよう、会議終了後に少し時間を取っておくと、顔の見える関係づくりとしても効果的です。笑顔で終わるようにしたいものです。

(2) 実際に出てくる事例

- 要支援者を中心として検討する会議の場合、以下の様なケースがよく見られました。

要支援者・よく見られる例	
① 運動器の機能低下による虚弱 ・ 疲れや軽い痛みがあって… ・ 不活動な生活パターンで… ・ 転倒の不安があって…	応援ポイントの例 運動や栄養の知識 生活習慣 活動量のコントロール 社会活動への参加
② 医学的管理・健康管理が必要 ・ 疾病による痛みが強い… ・ 病气闘病による虚弱… ・ 脳血管疾患の再発予防が必要なのに… ・ 糖尿病、高血圧、高脂血症、肥満、腎臓病… ・ 進行や悪化が予測される疾病がある…	主治医との情報共有 治療と経過観察の方法 運動や栄養の知識 疾病の予後 生活習慣 活動量のコントロール 医学的管理への合意
③ 認知症・多問題・世帯支援など ・ 家族含む合意形成が難しくて… ・ ご本人以外への応援も必要（生活基盤等）… ・ 多制度・多課にわたる支援が必要で…	世帯支援 制度横断的支援 経済・家庭内課題の解決へ支援 制度専門家の助言 困難な合意形成支援等

①は、介護予防・生活支援・生きがい活動での支援も検討
 ②は、在宅医療・歯科・かかりつけ薬局等との連携実施
 ③は、世帯継続可能性や権利擁護も含み、多課・多機関との連携で総合的に支援

①運動器の機能低下を理由に、虚弱になった例

- 体力の低下により疲れやすい、痛い場所が気になるなどして、不活発な生活パターンになってしまう人がいます。
- また、過去に転倒の経験があると恐怖心や、周囲の人からの行動抑制により、役割を失い不活発になってしまう人もいます。
- このような人には、運動や栄養に関する知識を補い、生活習慣や活動量の改善を提示しましょう。
- 活動場所を本人が選べたり、自宅内や外に役割を持てるような方法で支援すると改善することが考えられます。

②医学的管理・健康管理が必要で、徐々に虚弱になった例

- 疾病による痛みや体調不良、安静にすることによって行動に制限が生じ、徐々に虚弱になる人がいます。
- 糖尿病や高血圧、心臓病、高脂血症、過度の肥満、腎臓病など基礎疾患のある人は、要介護リスクが高く、医学的管理が必要にもかかわらず、来ていない人も多く見受けられます。
- このような人は、主治医からの情報（治療と経過観察の方法など）が、大変役立ちます。医学的管理の必要性をわかっていながらできない方もいますので、合意形成の方法についても、経験豊かな助言者からアドバイスがあるとよいでしょう。
- 医療系の知識も必要となりますので、かかりつけ医、在宅医療連携拠点や在宅歯科医療推進窓口、かかりつけ薬局や健康サポート薬局などに、相談できる流れがわかると事例提供者にとって役立ちます。

コーディネーターの 視点・配慮

☞ 一週間のスケジュールを行動的にできると、元気になれる場合が多いです。

☞ 興味関心チェックシートなどで、ご本人のしたいことの確認と、目標設定への反映がポイントです。

☞ 痛みや体調不良は何かしら原因があります。体や心に病気がある場合も予測されます。

☞ 専門職に相談できる方法を、ケアマネジャー・サービス提供事業者と共有しましょう。

☞ 県内には、完全非公開型医療介護専用 SNS「メディカルケアステーション（MCS）」がありますから、関係者で情報共有の手段として活用できるようにしてもよいでしょう。

③認知症支援や世帯支援が必要で、徐々に虚弱になった例

- 認知症など、理解や合意形成が難しくなる症状が本人にあたり、同様の症状のある家族を介護している中で、徐々に虚弱になる人がいます。
- 様々な理由（経済困窮、ネグレクト、8050 問題、近隣世帯とのトラブル、家族介護など）により、生活基盤が整わず、健康管理や食事・運動などがままならなくなっている状況の方もいます。
- さらに世帯支援が必要な方の中には、家庭崩壊の可能性がある場合や権利擁護が必要など、緊急度の高い方も見受けられます。
- このような方は、多制度・多機関による横断的支援が必要です。また、問題が表面化しにくいいため、早期の対応が遅れる場合もあります。様々な制度の専門家の支援が必要です。

コーディネーターの 視点・配慮

➡ 認知症初期集中支援チームや相談の窓口（認知症疾患センターなど）の情報を共有しましょう。

➡ 世帯支援を必要とする事例の検討には、行政担当者と同席してもらうと、その場で情報提供が可能となります。

(3) コーディネーターの役割

🔍 会議をコントロールしながら進行する

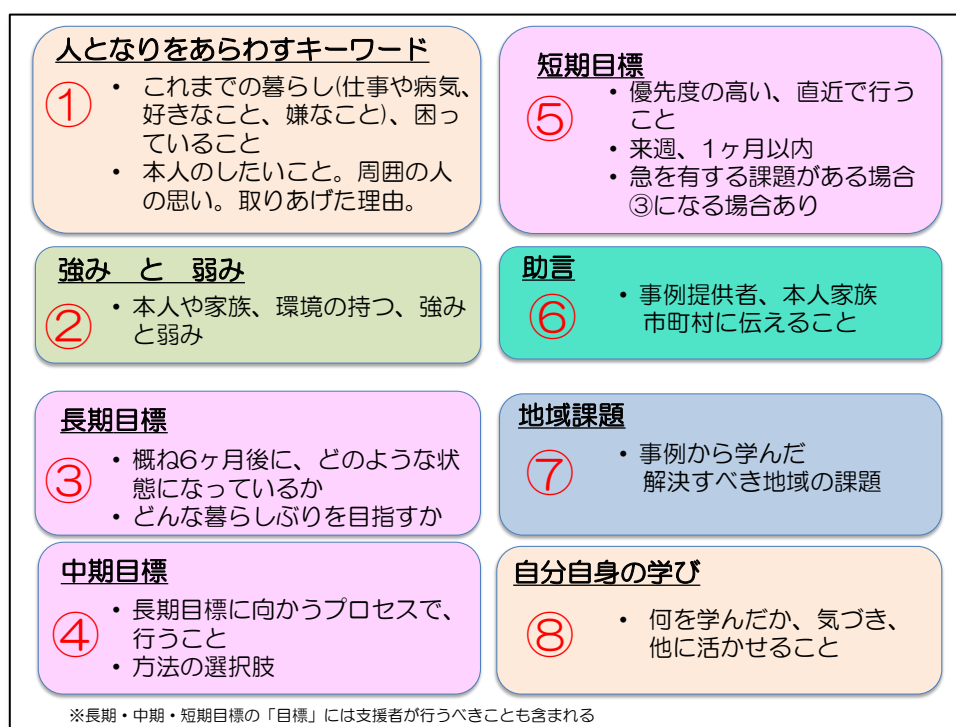
- 会議中のコーディネーターの役割は、議論をコントロールしながら進行することです。
 - 進行のポイントは「①会議の目的を明確にし、検討を促進させる」「②多職種協働であるメリットを活かす」「③情報を整理し、参加者と共有する」の3つです。
 - コーディネーターが、時間や情報の管理も同時に行うのは難しい側面もあります。タイムキーパーや書記の協力を得ながら進めましょう。
- **ポイント① 会議の目的を明確にし、検討を促進させる**
 - 会議目的に沿った検討を行うためには、会議の冒頭で目的を明確に説明するほか、議論が目的から逸れてしまった場合には、改めて目的を参加者に伝え、軌道修正しながら検討を進める必要があります。
 - 議論が進みにくい場合は、事例提供者の思いを汲み取り、必要な議論を活性化させるよう、ふさわしい発言者に話題を振ったり、一定方向に集中した意見が多い場合は、他視点や少数の意見も確認しましょう。
- **ポイント② 多職種協働であるメリットを活かす**
 - 参加のメリットを活かすために、参加者の役割を把握し、その特性に合わせ助言を求めます。そのことで、各専門職の評価の視点や、対応のためのアイデアなどを参加者全体で学ぶことができると、より効果的です。
 - 特に支援方法への助言については、保険サービス以外の多様な地域資源を活用できると、支援の幅が広がります。
 - 専門用語などわかりにくいと思う部分は、発言者に対し、もう一度わかりやすく説明するように求めたり、助言が漠然としているときは、具体的にどうすればいいのかを確認しましょう。
 - 一方通行の会議にならないよう、助言が実現可能なことかどうか事例提供者に確認しながら進められるとよいでしょう。

● ポイント③ 情報を整理し、参加者と共有する

- 検討の最後には、決定事項の確認（何の目標を達成するために、誰が、いつまでに、何を、どのように行うか）と、支援や対応の状況や結果に関して、モニタリングの方法を確認します。必要に応じて、次回のモニタリング会議の時期などを決めてもよいでしょう。
- また、事例から明らかになった地域課題については、課題をどこで検討していくかなどを確認します。

🔍 コーディネーターの思考の展開

- ケースの検討をすすめる際の、コーディネーターの思考について例示します。



※期間設定は、事業対象者・要支援者を想定しています。

● ケースのことを深く知る（図中①、②）

- 事例提供者（ケアマネジャー・介護サービス事業者）の説明や、質問への返答を聞きながら、資料に書かれていることの背景や行間を読み取ります。
- 本人や家族の現状から予測される人となりを整理します。

- 特に重要なのは、本人のしたいこと、周囲の人、事例提供者の思いを把握し、事例提供者が会議に何を求めているかを見定めることです。
- また、得られた情報を整理して、本人や家族、環境（利用中のサービス含む）における、強みと弱みを見定めます。

● 将来と暮らしぶりの予測（図中③）長期目標

- 長期目標は、本人が望むことの実現や、目指す暮らしの状態を決めることです。実現可能な内容で、具体的な姿を設定します。
- 個人と環境について得られた情報から、このままの生活を続けるとどのような変化（改善・悪化）が予測されるかを考えます。
- 本人の合意や協力を得られやすい、また、課題も明確で解決しやすいといった、短期集中的に解決できる人ならば、概ね 3 か月後の暮らしの様子を考えられます。
- 現状の把握から始め、合意形成による本人・家族の参加を作っていく必要があるような、少し時間をかけた支援の場合は、概ね 6 か月後にどのような暮らしぶりを目標とできるかを考えます。

● 長期目標に向かうプロセスを考える（図中④）中期目標

- 目標に向かって、それまでの間にどのような支援ができるかを、逆算的に考えます。その選択肢にどのような方法や地域資源があるかは、地域によって異なります。
- 助言者からは、どんな内容を、どれくらいの頻度や期間行えばよいかなど、解決のための方法・選択肢について、情報を得られるとよいでしょう。

● 将来に向け、まず今行うことを考える（図中⑤）短期目標

- ③④に向け、直近で行うことを考えます。会議の後、来週または 1 か月以内に、誰にどのような内容を伝えるのか、どのように言えば伝わるのかなど、助言者からも応援を引き出しましょう。
- ケースによっては、虐待や生活基盤の課題など、急を要する課題がある場合は、③④よりも、こちらを先に考える場合もあります。

- **助言の整理をする（図中⑥）**

- 助言は様々な方向に向かいます。ケアマネジメント上のこと、サービス提供上のこと、活用できる地域資源のこと、本人や家族への説明すべき内容や伝え方、場合によっては、市町村や包括職員に対する助言も出てくる場合があります。
- コーディネーターは、①から⑥までの思考の結果、なぜその様な助言が出るのかを確認しつつ、また必要な助言が出たかなども考えながら進行する役割があります。

- **ケースから得られたことを考える（図中⑦⑧）**

- 最後に、地域課題、自分自身の学びや今後に活かせることを考えます。
- このような流れや俯瞰的思考に基づき、会議の進行ができると、参加者にどのような発言や役割を求めればよいかが明確になります。

会議をコーディネートすることで得たい結果

- コーディネーターが様々な配慮をしながら会議を進行した結果、得られた結果として以下の例があります。
- **会議の変化**
 - ◇ 事例を出した目的が明確に共有され、支援の方向性が明確になった。
 - ◇ 参加者がそれぞれの役割を果たし、サービス担当者会議以上の支援情報を共有できた。
 - ◇ 事例提供者にとって、本人・家族に説明しやすいような例示が参考になった。
 - ◇ 事例提供者にとって、新たな気付きがあり「事例を出して良かった」と笑顔で言ってくれた。
 - ◇ 介護サービス事業所のプログラムに反映しやすい情報提供があった。
 - ◇ 参加者全員にとって、学びの場である、または楽しいと思える満足感があった。
 - ◇ 自立を支援するという共通認識ができた。

➤ 事例提供者の変化

- ◇ 当事者のしたいことがしっかりと聞き取られ明確になった。
- ◇ 事前のサービス担当者会議で、方針と取組が具体化されるようになった。
- ◇ 将来予測に基づき、生活や健康の悪化因子を提示し、対処方法を考えるようになった。

🔍 会議を通じた学びの意味

- コーディネーターは、会議が傍聴者にとっても得られるものが多い場になるように意識しよう。
- 傍聴者は、事例を通じた議論から、ケアマネジメントや支援のあり方、同様の生活課題を持つ人に応用できること、専門職の評価の視点、保険サービス以外の活用できる地域の資源など、考え方や視点、具体的方法などを知ることができます。
- 傍聴者がメモを取り、自身の利用者に伝えたいような発言を参加者から引き出すこともコーディネーターの仕事です。
- 短い時間で要点を確実に伝える方法などのプレゼンテーションスキルも、傍聴者にとって参考になります。
- 会議で経験したことを参加者及び傍聴者が持ち帰り、自身の日々の仕事に反映させてこそ、多くの人の行動変容につながると考えられます。会議を重ね、各市町村で「私たちの町の自立支援」を広めてきましょう。

🔍 先輩コーディネーターからのメッセージ

まずは恐れずにやってみてください。あとは周りが支えてくれます。（ひとりでやる事業でなく、全体で協力する体制があってこそできる事業です）

緊張したり、不安に思ったりすること多いと思います。今行っていることのその先、対象者の明るい未来や、地域が一層住みやすくなることを想像しながら、楽しくコーディネートをするように心がけてください。

怖い人はいないので大丈夫。

ケアマネジャーの協力が不可欠です。ケアマネジャーへのねぎらい・感謝を忘れないようにしましょう。これからの地域づくりの道しるべとなる「地域課題の抽出」ができるかどうか、地域ケア会議の質により左右されます。ケアマネジャー・利用者・地域が変わるような地域ケア会議を目指して頑張ってください。

コーディネーターの役割が重要です。発表を事例提供者や助言者に任せるのではなく、何を発表してもらうのかを決めることをお勧めします。

また、最後に事例提供者から感想を聞いています。助言者から言われっぱなしでなく、何が参考になったかのフィードバックもしています。

そうすることで助言者がより具体的なアドバイスができるよう勉強することができますし、助言のモチベーションにもなります。

出席者全員が良い会議だと思うよう、まず自分が前向きになり、事例提供のケアマネジャーさんにお土産になるような具体的な提案ができるよう努めてください。

事例提出者の負担にならないような配慮をしつつ、気付きになるような会議の進め方をしてください。

進行の方法は人それぞれだと思います。自分らしくやってみてください。

失敗から学ぶことが大きいです。
まずはチャレンジ！



事例提供者の抱えている課題に焦点を当て進めると、スムーズだと思います。「目からウロコ」の体験を一緒にしましょう。

事前打ち合わせで会議をイメージしながら行くと、気持ちが楽になります。見学などでシュミレーションし、自分ならどう進めするか考えることも大切です。

何度やってみてもよくできたと感じることはありませんが、事例提供者や参加者が一つでも多くの気づきや学びが得られるよう努力していくことが大切だと思います。

まずはやってみましょう。
事例提供者の立場に立ちコーディネートしていれば大きな失敗はないと思います。あとは、やりながら皆さんの意見を聴いて改良していけば大丈夫です。困った時には県にSOSを出しましょう。支援チームが相談に乗ってくれます。

一般事務職でもやろうと思えばできました。多くの情報の中から、根本になる悩みや原因を見つける視点と会議の方向性が任せられる緊張感を得ることができました。

回数をこなすことが大切だと思います。

皆で話し合える雰囲気を作りましょう。大事なのは振り返りをすることです。



事例提供者がどんな思いで利用者にかかわっているのかを深く知ることが大切です。軽度認定者だと見過ごされがちなこと多いことに担当ケアマネジャーが気づくことが重要で、要支援の事例に深くかかわることができることでアセスメント力もレベルアップすると思います。私自身も事例をたくさん提供してきたことで利用者に様々なアドバイスができました。地域ケア会議に事例を出すことが良かったと思えるように、両方で細かい配慮ができる会議にしていけるとよいと思います。

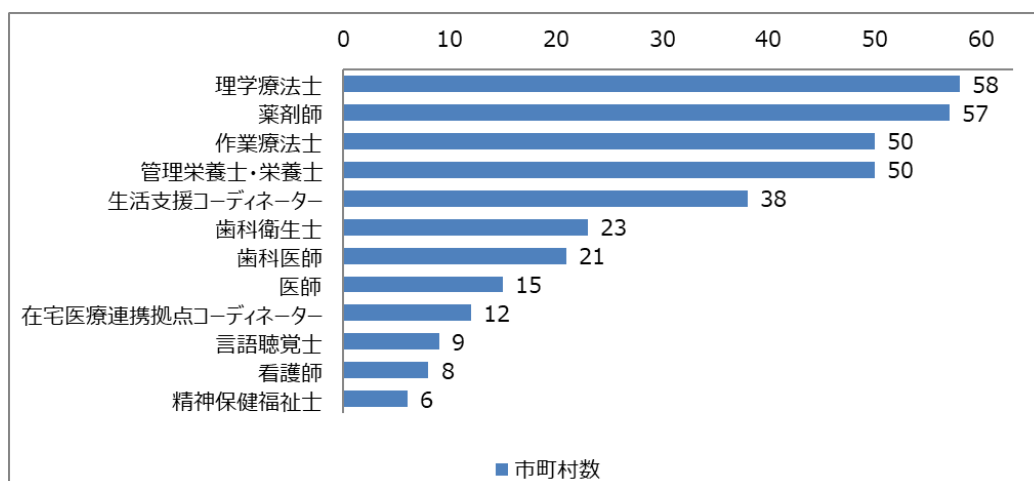
(4) 専門職助言者の役割

専門職助言者の役割について説明します。コーディネーターが専門職助言者に質問する際や発言を求める際にも参考にしてください。

また、P.47～48 には専門職助言者からコーディネーターに期待することなどについて、専門職助言者として経験豊富な方にお聞きした内容も掲載しています。

● 助言者として参加している主な職種

- 地域ケア会議は、多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立に資するケアマネジメント支援を行う場です。
- 県内市町村の地域ケア会議には主に以下の職種が助言者として参加しています。



埼玉県地域包括ケアシステム構築の進捗度等調査（R1.10.1 時点）

● 各専門職による確認や助言の流れ

- 専門職助言者は、資料の読み込みや事例提供者の説明を聞く中から、「生活における課題」、「生活機能の低下に至った要因」、「潜在的な要因（自立を阻害している背景、原因）」が明確になるよう、それぞれのアセスメントの視点に基づき、疑問点を整理しましょう。
- 各専門職による助言のポイントは、P.40～47 を参照してください。なお、当該頁は、平成 29 年 3 月厚生労働省老健局老人保健課作成「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き」から引用、一部加筆したものです。

● 医師

- 病状や障害を把握した上で、医学的な観点から事例の予後予測、対象者の動作や活動についての助言を行います。医師が出席しない場合は、事例提供者から医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前に文書等による情報提供を受ける必要があります。

①事例の理解と確認	◇ 介護・支援が必要になった事由（疾病・障害）を確認する ◇ 病状が安定しているかどうか、基礎疾患である高血圧や糖尿病などのコントロールが良いかどうかを確認する ◇ 特定疾病（難病）等の症候・所見・診断基準を確認する ◇ 点滴の管理・透析・酸素療法などの医療行為を確認する ◇ 急性期・回復期・生活期と段階のある疾病・障害は、その時期を把握し、可能な限り予後の予測をたてる
②課題の明確化と背景要因の確認	◇ 生活に支障があり、介護が必要になる動作を把握し、疾病や障害との関連性を明らかにする ◇ 病状が不安定な場合や緊急時の対応について確認する ◇ 課題の原因となり得る環境因子を確認する ◇ 課題への対応は、優先順位を明確にするためにも医学的観点からの指示や助言を行う ◇ 医学的な重症度と介護の必要度は必ずしも一致しないことを理解したうえで助言を行う
③目標と支援内容の確認	◇ 定期的な診療計画の見直しや再評価の時期を共有する ◇ かかりつけ医がリハビリテーションの適応を判断し、改善・維持に向けた専門職との意見交換や的確な指示を行う
④実践につながる助言のポイント	◇ 現状だけでなく今後の見通しも含めた助言を行う ◇ 課題への対応は、優先順位を明確にするためにも医学的観点からの指示や助言を行う ◇ 医学的な重症度と介護の必要度は必ずしも一致しないことを理解したうえで助言を行う ◇ かかりつけ医がリハビリテーションの適応を判断し、改善・維持に向けて他の専門職と意見交換を行い、的確な指示を行う ◇ どのような時期であっても、早期離床や適切な介護の提供、十分な栄養状態の維持が重要である視点で助言を行う

● 歯科医師・歯科衛生士

- 歯科医師は、歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言を行い、事例の予後予測を行います。
- 歯科衛生士は、口腔衛生や咀嚼等の食べ方を支援する観点からの助言を行います。歯科医師が出席しない場合は、事前に歯科医師から、歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言や事例の予後予測について情報を得ることが重要です。

①事例 の理解と 確認	◇ 本人の身体機能と生活行為の課題を確認し、合せて本人の困りごとを聴き、改善の意思を確認した上で、プラン作成担当からケアプランの方針を確認 ◇ 少なくとも 1 年前からの体重の変化を確認し、摂取カロリーの過不足を評価 ◇ 食事内容と排泄の状況を聞き、脱水や便秘になっていないか確認 ◇ 現在の口腔及び口腔衛生の状態を確認 ◇ 栄養摂取をする上で、食べ方や咀嚼など口腔内に問題がないか確認 ◇ 本人や家族の食事や口腔に関する意向を確認
②課題 の明確 化と背 景要因 の確認	◇ 食事形態を確認するとともに、食事の時の姿勢を確認 ◇ 生活習慣を確認して、う蝕や歯周病等、口腔内のリスク及び口腔内の問題が全身へ影響しないかを検討 ◇ 口腔アセスメント、歯科診査、嚥下機能検査の結果から課題を整理 ◇ 口腔環境を確認し、歯科治療による改善の可能性を確認 ◇ 歯科衛生士によるブラッシング指導等の口腔衛生管理や歯科保健指導の必要性を確認 ◇ 口腔の課題に対し、何が問題であるかを分析 ◇ 生活機能の課題に口腔の問題が影響していないか推察（例：歯がなく、噛めない為に繊維質がとれず便秘になる等） ◇ 体重減少や栄養摂取等、全身に関する問題が、咬合や咀嚼等の口腔の問題と関連している可能性について推察（例：飲み込みにくいことから水分を制限する、噛み合う歯がなく早食いで過体重である等） ◇ 口腔衛生管理の観点から、歯科疾患や口腔内の細菌によるリスク等が高まっていないか推察
③目標 と支援 内容の 確認	◇ 身体機能及び口腔機能の衰えに対する予測及び対策を検討 ◇ 口腔内の問題についての対策を検討 ◇ 口腔健康管理（口腔衛生管理と口腔機能管理）の計画と目標の有無を確認 ◇ 口腔ならびに頸部筋のトレーニングの実施を検討 ◇ 摂食嚥下リハビリテーションの実施を検討 ◇ 目標に対し口腔関連の支援内容が不足していないか、また妥当か確認 ◇ 設定されている目標を達成することができる支援内容になっているか、具体的に継続可能か確認

	◇ 歯科疾患や、口腔内の細菌によるリスク等の全身への問題が想定される事例には、その具体的な予防策を検討
④実践につながる助言	◇ 食事形態の改善指導は、管理栄養士との情報共有を図り、連携して助言 ◇ 歯科衛生士による継続的な口腔衛生管理としての介入を検討 ◇ 現在の介入方法を確認し、課題解決に向けた対策に関する助言 ◇ 口腔衛生に対し、実践可能な改善策について助言 ◇ 生活機能の向上のために必要な改善すべき口腔に関する助言 ◇ 必要に応じ歯科受診を勧める

● 薬剤師

- 事例に処方されている薬に関する情報（重複投薬・副作用等）及び服薬管理の観点からの助言を行います。

①事例の理解と確認	◇ 現在の状況・状態（生活機能、病気や症状の重症度、自立度など）を確認 ◇ 過去から現在の状態に至る経過を確認（原因や今後の見通しの推察のため、時間軸で、生活歴・病歴・障害歴をみる） ◇ 服薬状況や服用までの流れ（誰が・いつ・どのように薬を管理し、薬を飲ませている、または服用しているか等）を確認 ◇ 疾患別の主治医や、複数の薬局からの処方、飲んでいる薬の量などを確認
②課題の明確化と背景要因の確認	◇ 現状の環境下における薬効を評価し、起こりうる薬剤の影響を洗い出す ◇ 上記の評価に基づき生活行為や認知機能等に与える影響をイメージし、共有（薬剤の副作用や、年齢や状態による薬剤の効き過ぎの可能性） ◇ 服用しない・服用できないことによる問題を把握 ◇ 服薬状況等が改善された際の効果とリスクも考察
③目標と支援内容の確認	◇ 医師からの指導内容を確認 ◇ 服薬管理、薬剤の効果、副作用の観点から処方されている薬の必要性を確認 ◇ 本人や周囲の環境が受け入れられる目標設定かどうかを確認する（服薬回数が多くなったり、用法の複雑化により、服薬ができなくなる可能性も配慮する等）
④実践につながる助言のポイント	◇ 多剤併用（5剤を超えると、フレイル・機能障害・認知機能低下・転倒・死亡や薬剤関連有害事象が増えるという報告あり）になっていないか、どこに相談したらいいか（かかりつけ薬局や健康サポート薬局）の例を示す ◇ 服用している薬剤の副作用について介護サービス事業所での情報共有を促す ◇ 適正に薬剤が管理・使用されるように、実現可能な具体策を示す ◇ 必要に応じて、医師への確認事項を示す

● 理学療法士

- 主に基本動作能力（立ち上がり、立位保持、歩行等）の回復・改善や維持、悪化の観点からの助言を行います。

①事例の理解と確認	◇ 身長・体重・BMI 等の身体組成を確認する ◇ 疾病・障害の要因、分類を確認する ◇ 移動動作レベル・ADL・運動中止基準を確認する ◇ 立位に支障を及ぼす関節可動域制限・拘縮の有無・程度を確認する ◇ 起立できるかどうか、立位保持が何分間できるかどうか、歩行や寝返りの状況、実際の移動手段を確認する ◇ 振戦・固縮・無動・姿勢反射障害を確認する ◇ 認知・精神機能障害の程度を確認する ◇ 障害や生理的退行変化が進行しているかどうか、予備力・残存機能を確認する ◇ 住環境・自宅周辺の環境を確認する
②課題の明確化と背景要因の確認	◇ 背景要因の確認 ◇ 「心身機能」、「機能的制限」、「活動」、「参加」の構造に沿って本人の障害構造を明確化する ◇ 特に生活行為や生活範囲を妨げている要因を探り出し、必要以上に大事にしすぎていないか、リスクを過剰に捉えていないかを検討する ◇ リスクに応じた生活動作や環境調整を明確化する ◇ 介助者や家族による介助方法等により、症状を増悪させていないかを確認し、適切な支援方法を検討する
③目標と支援内容の確認	◇ 短期目標の具体的レベル、設定期間、について「心身機能」、「機能的制限」、「活動」、「参加」の構造ごとに妥当性や過不足を検討する ◇ 現在のサービスやその支援内容を具体的に確認し、より効果的な支援内容・プログラムを検討・提案できる準備をする ◇ 介護負担を増さないような支援内容になっているか確認する
④実践につながる助言のポイント	◇ 規則正しい生活や散歩などの運動、通いの場などへの社会参加が虚弱や廃用の予防となることを助言する ◇ サービスの関与や杖などの移動補助具が自立支援につながっているかを確認した上で助言する ◇ 疾患特異的か、生理的退行変化なのか、廃用症候群なのかの視点を意識した助言を行う ◇ 効果的な活動量や生活習慣、負担の少ない動作の行い方の助言を行う

● 作業療法士

- 主に応用的動作能力（食事・排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）の心身両面から回復・維持、悪化の防止の観点から生活行為向上の助言を行います。

①事例の理解と確認	◇ 具体的に介護・支援が必要になっている ADL や IADL の状況を確認する ◇ 認知・精神機能障害の程度を確認する ◇ 家屋や自宅周辺の環境状況を確認するどのような生活を送っているか（閉じこもり傾向があるか）を確認する ◇ 交流の機会の有無や多寡を確認する ◇ 趣味活動や地域活動は行っていたのかなど、一日の余暇時間の過ごし方について確認する
②課題の明確化と背景要因の確認	◇ ADL は「できる」動作なのか「している」動作なのか、また IADL の状況はどうなのか確認する ◇ 出来ない動作は「何で」できないのかが明確にされているかを確認する ◇ 認知症の症状はあるのか、ある場合は生活に影響を与えているのかを確認する ◇ 家族や地域の協力が得られるかを把握する ◇ 福祉用具や住宅改修等の環境調整で、生活行為の課題の改善が可能かを検討する
③目標と支援内容の確認	◇ 目標が心身機能に関する項目に偏っていないかを確認する ◇ 「活動」・「参加」への目標設定が設定されているかを確認する
④実践につながる助言のポイント	◇ サービスの関与が心身機能に関する項目に偏っておらず、「活動」・「参加」も含まれているか確認した上で助言する ◇ 本人の残存機能を引き出すよう助言する ◇ 日中の役割の再獲得や確保、本人の趣味などから社会参加に向け必要な社会資源などについて助言する ◇ 本人のしたいことで、趣味や生産活動を行うための環境や代償手段への提案を行う

ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）とは日常生活を営む上で、普通におこなっている行為（例えば食事、排泄、整容、移動、入浴等）のこと。

IADL（Instrumental Activity of Daily Living：手段的日常生活動作）とは日常生活を送る上で必要な動作のうち、ADLより複雑で高次な動作（例えば買い物、洗濯、掃除等の家事全般、金銭管理・服薬管理等）のこと。

● 言語聴覚士

- 主にコミュニケーション（話す）・聴覚（聞く）・嚥下（飲み込み）に障害を抱える事例に対し、各能力の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。

①事例の理解と確認	◇ 本人の意向表明・意思決定において、認知機能低下やコミュニケーション障害の影響を受けていないかどうか確認する ◇ 本人、家族の状況・状態の理解において、判断力等の認知機能低下の影響を確認する ◇ 疾患に起因する課題だけでなく、加齢や生活習慣、環境因子の影響等を受けていないか確認する
②課題の明確化と背景要因の確認	◇ 背景要因の確認 ◇ 「心身機能」だけでなく、「活動」・「参加」の視点も加え、生活機能全体の見通しをイメージしているか確認する ◇ 生活機能の今後の見通しにおいては、病歴に関連した疾患を考慮するとともに、加齢や環境因子の影響も含めて総合的に判断しているかを確認する ◇ ICF の各要素において、否定的側面だけでなく、肯定的側面も把握する ◇ 改善の可能性だけでなく、悪化のリスク因子を把握する ◇ 認知機能低下の場合、病歴と照合し、その原因をある程度推察できているかを確認する（脳血管障害の既往や認知症発症の可能性など） ◇ コミュニケーション能力の低下の場合、病歴等を考慮し、難聴や失語症等のコミュニケーション障害のタイプや重症度を把握しているか確認する ◇ 栄養摂取の方法や摂取量など食事に関わる生活課題の背景に摂食嚥下機能低下の可能性を検討する ◇ 時間的・経済的にも継続可能な栄養摂取方法を検討する
③目標と支援内容の確認	◇ ケアプランは生活行為の課題の解決方法として妥当かを確認する（自立支援に資する内容であるか） ◇ 「活動」・「参加」を向上する目標になっているか、達成可能な目標となっているかを確認する ◇ 時間的・経済的にも継続可能な栄養摂取方法を検討する ◇ 症状の進行等、悪化が予測される中では、少しでも悪化を予防することができる支援方法を検討する ◇ モニタリング時に適切に分析評価できる、明確な目標になっているかを確認する
④実践につながる助言のポイント	◇ 現時点で捉えられていない課題については、評価や情報収集を行うための有効な手段や方法を助言する ◇ リスクを軽減する方法を助言する

	◇ 経過を的確に把握するための評価や観察のポイントを助言する ◇ 日中の役割の再獲得や確保、本人の趣味などから社会参加に向け必要な社会資源などについて助言する ◇ 話しづらさ・聞こえづらさに対する周囲の関わり方や道具類の提案を行う
--	---

● 管理栄養士・栄養士

- 日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点からの助言を行います。

①事例の理解と確認	◇ 食事摂取状況、排泄状況、服薬状況、病識の有無、自立意欲、家事能力と意欲、身体状況と機能向上、介護者の状況、生活歴と生活状況、金銭面等について確認 ◇ かかりつけ医による栄養上の意見や、病院での栄養指導の内容を確認 ◇ 栄養に関わるキーマンを確認 ◇ 食事環境で支障はないかを確認（孤食による食欲低下、衛生環境、台所の機能性、買物の状況、家族関係、支援者等） ◇ 閉じこもり傾向や活動低下がみられる場合に食生活の状況（偏食など）を確認
②課題の明確化と背景要因の確認	◇ 本人の状態・状況に合わせた食事摂取がおこなわれているかを確認（病状、服薬状況、食習慣、認識、身体状況、摂食状況等） ◇ 低体重だけではなく、疾病の重症化予防、過体重や栄養の偏り、不足による活動性低下の予防も検討 ◇ 栄養面だけでなく、生活全般からみて、活動性の向上につながる項目を見つける
③目標と支援内容の確認	◇ 栄養状態が改善することにより、意欲向上につながる可能性を検討 ◇ プラン作成担当のプラン目標に合った個別プランが立てられているか、栄養状態の改善につながる目標になっているかを確認 ◇ 栄養及び食生活の視点から、介護予防や疾病の重症化予防につながるかを確認 ◇ 本人が実行可能な短期目標を設定しているか確認 ◇ 他職種が関わるサービスに、食に関する支援の項目がある場合、本人の状態に合わせた内容になっているか確認する ◇ 本人の意思を踏まえ、負担にならないよう食生活の設定を検討
④実践につながる助言のポイント	◇ かかりつけ医だけでなく歯科医師や薬剤師等とも連携し、栄養面だけでなく、生活全般を踏まえた視点で助言 ◇ 食事や体調のコントロールを本人や家族で行うことができるよう助言 ◇ 食事を食べる時間帯の工夫（運動と関連付けた適切なタイミング）を助言

	◇ 食べやすさに寄与する調理の仕方や工夫を助言 ◇ 目標達成に向けた行動変容を導くためにも、短期間で出来る目標を設定し、達成感を得られる工夫 ◇ 本人や家族に、栄養改善の必要性が受け入れられなかった場合、本人や家族が理解できそうなポイントを助言 ◇ 栄養士の介入がない場合、他職種の介入時に行ってほしい助言を提案する ◇ 栄養支援に関する地域資源が近隣にない場合、地域課題として検討
--	---

● 私は会議のここを見る（助言者の視線・声）

➤ Q1. どのようなときにコーディネーターの力量を感じましたか？

- ◇ フォーマルなサービスのみでなくインフォーマルなサービスについて参加者に意見を聞いているとき
- ◇ 一つの事象について複数の職種に質問をするなど、各職種の視点の違いについても注意しながら進行しているとき
- ◇ 各専門職からの助言が様々な方向に及んでしまい、議論がまとまらなくなってきた際、行政や地域の課題として検討していくとまとめていたとき

➤ Q2. 逆に困ってしまったことや、こうしてほしかったと感じたことがあればそれはどのような時ですか？

- ◇ 本人の意向や希望する暮らし、目標や課題が分からずに参加しているとき
- ◇ 最後に助言を要約する際に私見が入り、助言の本質が異なってまとめられてしまったとき
- ◇ 内容や焦点がずれているときは、進行を戻すことも一つの方法だと思います。

➤ **Q3. コーディネーターに期待することを教えてください。**

- ◇ ケアマネジャーが対象者の問題点を理解し、できていること、できていないことを明確にしていると会議がスムーズかと思います。対象者が残りの人生をどのように生きたいかを共有することが大切だと思います。
- ◇ なるべく決められた時間内で進行してほしいと思います。要領良く事例の説明を求め、助言者に対しても要点を絞って回していき、コーディネートしてほしいです。
- ◇ ケアマネジャーが本人の意向と家族の意見を整理できていないとき、専門職の意見を反映・整理する手法に期待しています。
- ◇ 利用できる限りの支援を使うことより、対象者にとって何が一番必要か、見極める力を司会進行の中に生かしてほしいです。

➤ **Q4. 地域ケア会議をより良いものにするために、市町村や地域包括支援センターと助言者で話し合う場はありますか？ある場合、どのようなことを話し合っていますか。**

- ◇ 1年に1回ケア会議の在り方についてアドバイザーを含めた会議があります。
ケア会議の後にどのようにケースが変わるか、変わらなかったときは何が足りなかったのかを考えます。また、地域のインフォーマルなサービスや自治体の支援についてできることを一緒に考えます。市内にある、多職種の間との連携も今後は必要との話をしています。
- ◇ 会議資料の記入方式や、どういった助言が必要かなどを話し合っています。

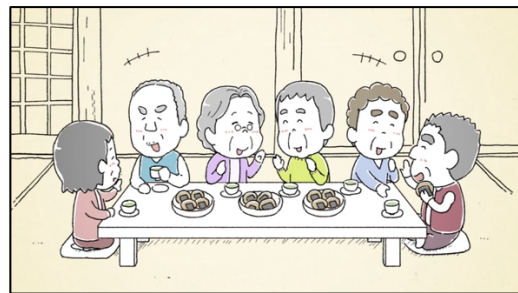
➤ **Q5. 専門職助言者として、コーディネートに協力できることを教えてください。**

- ◇ 会議運営に協力できることとして、アドバイスになるべく時間をかけないことを心がけています。発言する前に自身の中で項目分けをし、例えば「3つのことを説明したい」と話し始め、話したいことの要点が伝わるように気を付けています。
- ◇ 他の職の意見を必ず尊重して話すようにしています。他の職が話したことと視点が異なる点を話すこともありますが、その職種の意見を尊重しながら自身の意見を加えるようにしています。また、多職種と連携してサポートできることも考えながら発言しています。

(5) 生活支援コーディネーターの役割

生活支援コーディネーターが会議に参加すると、活用できる地域資源の情報も合わせて検討することができます。

- 生活支援コーディネーターは、地域の支え合い活動を推進するため、地域住民や地元企業等による福祉的な活動（地域資源）の発掘・創出を行っています。
- 地域ケア会議における生活支援コーディネーターの役割は、
 - ① 介護保険サービス以外の活用できる地域資源（サービスや取組、ヒト）の紹介・共有
 - ② 地域資源へのアクセス方法の提示や必要に応じ連絡・調整
 - ③ 地区の実情に応じた資源活用の検討
 - ④ 必要な資源について、協議体等での検討につなげることなどです。
- 介護保険サービス以外の選択肢の紹介は、地域の実情に詳しい生活支援コーディネーターからの助言が大変有効です。
- 生活支援コーディネーターの助言例
 - ○○地区ならば、○○集会所で、サロンやサークルをやっていますね。
 - 市の運動施設で、○○教室を始めて、男性に好評みたいです。
 - Aさんが大変面倒見のよい方で、一度相談してみてもいいかもしれませんね。
 - ゴミ捨てに困っているのならば、○○地区には、「助け合いの会」がありますね。自治会長さんに相談してみませんか？
 - あのスーパーは、配達を始めました。配達料が○○円かかりますが、○時まで頼めば、その日のうちに届けてくれるそうですね。



個別のケース検討以降、その結果にこだわる取組やプロセスが、コーディネートには重要です。

(1) 会議後の振り返りと結果の共有

🔍 事例提供者の思うこと

- コーディネーターから見て、事例提供者の反応は、一番気になるものです。会議に向け、追加情報を集めたり、資料を用意したり、サービス担当者会議を開いたり、日頃の業務に加え、大変な労力をかけて会議に臨んでいます。
- 事例提供者が、会議中メモを取る様子がなかったり、暗い表情だったりすると、コーディネーターは会議での議論が役に立たなかったかのではないかと気になるものでしょう。
- 一方で、活発に会話に加わり、「今日の会議でもらった情報をご本人と話してみます」、「勉強になった、またケースを出してみたい」、「来週から〇〇をやってみます」などの声を聞くこともあります。
- この違いはどこからくるのでしょうか？ 第一は、「アドバイスを利用者に伝えてみよう・実行してみよう」と思えたかどうかです。第二は、「言葉の伝え方、会議の雰囲気」など会議の設定や運営に関する満足度があったかどうかです。
- 事例提供者や会議参加者の心理的安全性（一人ひとりが恐怖や不安を感じることなく、安心して発言・行動できる状態）が確保されているかについて考え、チームのパフォーマンスを上げる事も、コーディネートの一部です。

🔍 声を聴く工夫

以下は、会議を成長させていく段階で各市町村が行っている取組です。必要に応じて試してみてもはいかがでしょうか。

● 振り返りの時間

- 毎回の会議の終了後、コーディネーター、事例を提供したケアマネジャー・介護サービス事業者、地域包括支援センター、行政関係者、助言者で、会議の運営そのものを振り返る時間を設けています。
- 参加者の率直な感想、マイクを通して言いにくかったこと、会議を終えて思うことなどを短時間で確認することは、コーディネーターが今後の会議運営を考える際にも役立ちます。最後に、今日の会議での学びや地域課題を共有しておくのもよいでしょう。

● アンケート

- 会議の参加者・傍聴者に、会議での気づき等についてアンケートを取っています。
- 回答内容の変化は、会議の地域への浸透状況を把握するヒントになります。頻度や方法は目的に合わせて設定しましょう。

● 地域ケア会議運営検討会

- 半年や年に1回、個別ケースの検討に替えて、会議の運営や、これまでに出了地域課題の総括をしています。
- 会議の参加者全員でグループワークを行う方法もありますし、コアメンバーで開催する方法もあります。
- チームメンバーの意識醸成や成熟、協力者の発見、アイディアの共有など、コーディネーターを応援してくれるヒントが見つかります。



川島町

(振り返りの時間)

🔍 結果の共有

● 議事録

- 会議の議事録を作成し、関係者に共有することは、助言者からのアドバイス、今後の支援方針、抽出された地域課題等について認識を統一するためにも必要です。
- また、評価（モニタリング）会議の際に、前回の議事録を活用すると、議論がスムーズに行えます。
- 会議録を市内の全居宅介護支援事業所、介護サービス事業所に配布している市町村もあります。（👉 P.59）

● 地域ケア会議に関する広報

- 「住民の自分らしい暮らしをサポートするために、地域ケア会議を行っている」ということは、専門職だけでなく、住民にも知ってもらう意味があります。
- 地域ケア会議についてチラシを作成し、全戸に配付した市町村もあります。

● 地域ケア個別会議でのフィードバック

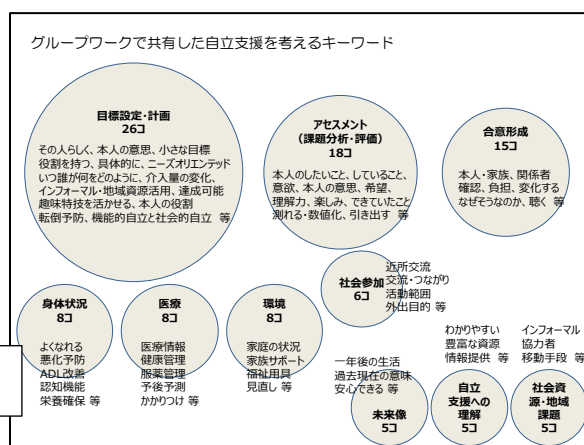
- 年に1回、これまでの検討事例や助言内容、抽出された地域課題や地域課題のうち施策に反映させたものなどを、地域ケア個別会議の場でフィードバックしている例もあります。
- このような場があると、個別事例検討の意義が関係者により伝わるでしょう。



（フィードバックの様子）

🔍 共通認識「私たちの自立支援」を考える

- 会議に参加するチームメンバーの「自立支援」についての共通認識は、事例検討の積み重ねなどを通して、徐々に育まれます。
- これには経験や時間を要しますし、共通認識を幅広く浸透させていくためにも、会議の参加者のみならず、地域の医療・介護に関わる多くの専門職を対象とし、「自立支援」の定義について共通認識を持つ取組を行っていてもよいでしょう。（👉P.65）
- これが市町村内の価値観の共有や規範の統合に向けた取組の一つとなります。
- 「私たちの自立支援」を考える際のキーワードは、住民の状況や地域資源、考えるメンバーによっても異なります。ご当地チームで一緒に考えるという「プロセス」が大切であり、その道筋を作ることがコーディネーターの腕の見せどころでしょう。



- 「私たちの自立支援」の定義の例として、埼玉県地域包括ケア総合支援チームの平田氏による定義をご紹介します。

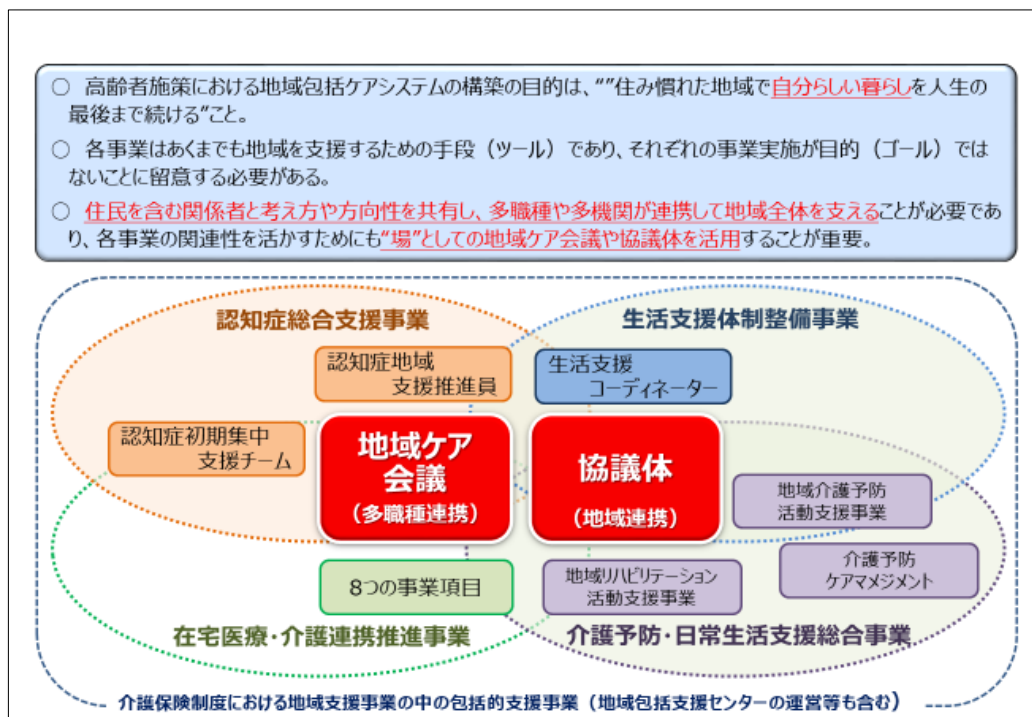
平田氏による自立支援の定義

- お世話をすることはその人の能力を発揮する機会を奪い、生活をサービスなしでは成り立たせなくしてしまう。
- 「普通でない生活」が「普通の生活」になるから離れがなくなる。その人が以前行っていた普通の生活に戻る手伝いをする。
- 徐々に専門家の手を離れ、普通の生活の中で元気でい続けられるよう支援する。
- 自立支援とは、対象者の過去を把握し、現在を評価して、未来を共にみること。地域の中で感謝したりされたりする場所と出番が生まれ、「したい」ことに集中できる豊かな人生への応援をすること。

(2) 事業の連動 「こうだったらいいな」を形に

🔍 地域支援事業における各事業の連動

- 地域支援事業には地域ケア会議、介護予防、生活支援、医療・介護連携、認知症施策など様々な取組が含まれています。
- その中でも地域ケア会議は、それぞれの機能や関係性を活かした個別支援について議論され、フォーマルなもの、インフォーマルなもの、双方に触れる機会が多くあります。
- 各事業の位置関係、相互に及ぼす影響について、それぞれのチームの関係者と一緒に考えることは、事業評価や次の戦略を考えるヒントになります。
 - それぞれの事業は、位置づけが別のものであっても、キーパーソンや関係者は同じであったり、相互に関連しています。
 - 各事業はつながっているか、相互に機能しているかを、俯瞰して連動を評価することは、「こうだったらいいな」と目指す姿を考えることにつながります。



出典：厚生労働省資料

🔍 介護予防・生活支援との連動

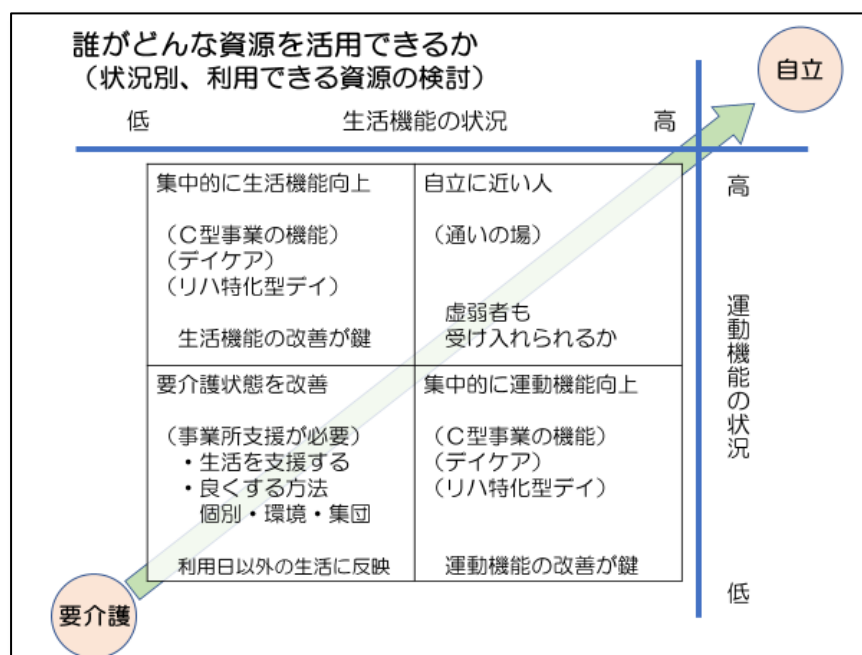
- 事業対象者、要支援者を中心に検討する地域ケア会議は、介護予防、生活支援の分野が深く関わっています。
- 地域ケア会議を通じてどのような相乗効果が起きているか、市町村からは以下の意見が聞かれています。
 - 地域ケア会議が、ケアマネジャーに生活支援コーディネーターの存在を知ってもらう機会になっている。居宅介護支援事業所から生活支援コーディネーターに対し、地域の通いの場を教えて欲しいという問い合わせがなされるようになった。
 - 以前は通いの場（体操教室）が軌道に乗ってから、その場所でサロンを開けないか検討していたが、生活支援コーディネーターが地域ケア会議に参加するようになり、今では生活支援コーディネーターが通いの場（体操教室）の立上げ時点からサロンの開設を視野に入れ関わってくれている。
 - 地域ケア会議で近所の通いの場を紹介しても利用に繋がらない場合、ミスマッチの原因は何かを考える。それが既存の介護予防事業を見直す上でのヒントになっている。
 - 地域ケア会議の結果を踏まえ、総合事業の短期集中型サービス（C 類型）の利用期間の見直しを行った。

🔍 医療・介護との連携

- 地域ケア会議では、専門職が提供する医療や介護のサービス提供のあり方についても議論が及びます。
- 病院や施設との入退院・入退所時の調整のあり方、または、同時に併用するサービスのそれぞれの内容や協力体制などが、地域課題として取り上げられることもあります。
- 医療・介護連携を進めていくためにも、地域ケア会議を活用しましょう。例えば、市町村での医療・介護連携の会議や多職種連携を目的とした研修で、地域ケア会議の結果を共有し、各職種でできることを考えたり、在宅医療連携拠点や歯科連携窓口のコーディネーターを地域ケア会議に招くなどの取組例があります。
- 実際に、地域ケア会議に参加している在宅医療連携拠点コーディネーターからは、「今まで感覚的でしかなかった介護職側の捉え方が地域ケア会議を通じ、如実に理解できるようになった。それにより、医療職から介護職へより良いアプローチの仕方がわかるようになった」との声も聞かれています。

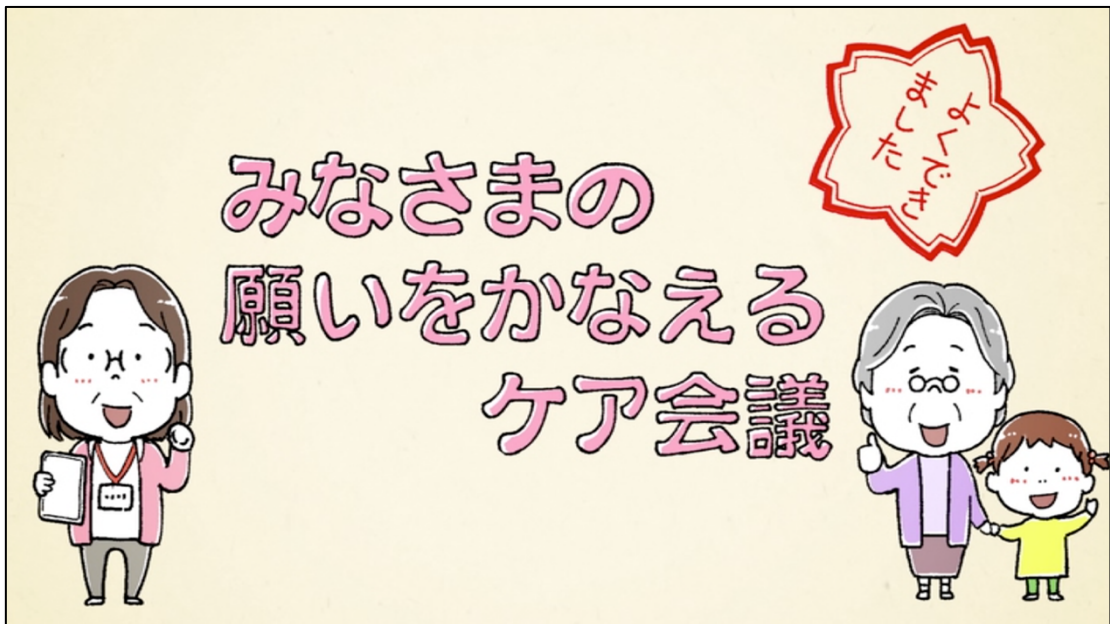
誰がどんな資源を活用できるのか

- 地域ケア会議では、下記の様に、市町村での資源の有無や利用調整が地域課題になることがあります。
 - 転倒を繰り返している人が身体機能を短期集中的に改善できるサービスはあるか
 - サービス終了後も活動を維持するためにはどこにつないだら良いのか
 - 地域の通いの場に行くことができない人はどうすれば良いのか
- どのような資源が活用できるかは、運動機能や生活機能の状態によって異なります。
 - 運動機能と生活機能の両方が低下し、要介護状態の場合は、介護保険の事業所などで改善を目指す方法などがあります。
 - 運動機能や生活機能のどちらかが低下している場合は、通所サービスや総合事業の短期集中型サービス（C 類型のサービス）を活用し、短期集中的に機能改善を図る方法もあります。
 - 地域の通いの場などのインフォーマルな資源は、運動機能・生活機能ともに比較的保たれている人はもとより、虚弱な人も活用できると、より有効な資源になります。
- このような交通整理の方法を地域ケア会議で共有できるようにすることも、コーディネートの一部と考えられます。



(3) 会議の成長を感じる（ステップアップ）

- コーディネーターにとって、会議の成長を感じるのは嬉しいことです。
- 最初は恐るおそる始めた会議でも、回数を重ねるにつれ、「もっとこうしよう」という気づきや工夫が生まれるでしょうし、庁内外の関係者とチームビルディングが進んだと思える瞬間もあるでしょう。
- 会議を始めた時と現在では、何が変わりましたか？市町村の様々な事業と、地域ケア会議との関係はどうでしょうか？
- これまで述べてきたように、地域ケア会議は、様々な事業とつながっています。関連のある事業も含め、市町村の取組状況を俯瞰してみることで、思わぬ強みや成長に気が付くことがあります。
- 大切なのは、その気づきを関係者と共有し、次に何をすればよいかを関係者とともに考えることです。このプロセスを丁寧に重ねていくことで、その地域に合った地域ケア会議が育っていきます。
- 次ページから、地域ケア会議の工夫や実践例を紹介します。「私たちの地域ケア会議」を考える際の参考にしてください。



(4) 会議の工夫・実践例（県内市町村に学ぶ）

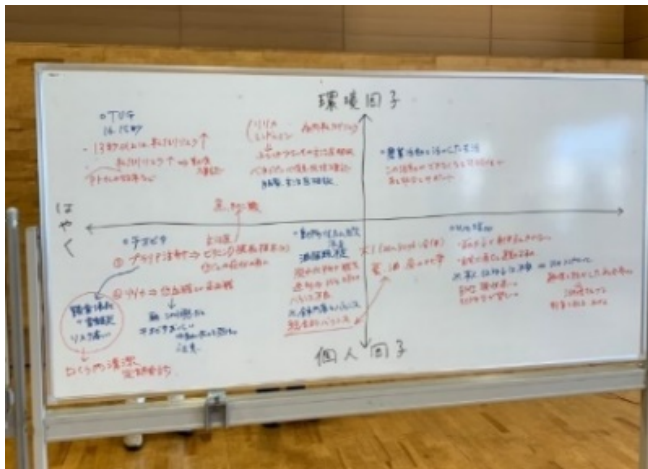
県内市町村では、様々な工夫をしながら自立支援型地域ケア会議を実践しています。

🔍 加須市 ～会議をやるからにはひとつも無駄にしない強い覚悟～

加須市では、会議の結果がしっかり本人に届くよう、また、波及効果が最大限に広がるよう工夫を凝らして会議を行なっています。

● ホワイトボードの活用

- 加須市では、事例提供者が会議後助言に取り組みやすいように、また、助言者に5W1Hを意識した発言を促すため、ホワイトボードを4分割^(※)にして使用しています。
- 板書担当者が、助言を当てはまる場所には書き込んでいくことで、コーディネーターも事例提供者もメモを取る必要がなく、会話に集中することができます。
- ホワイトボードは、サービス担当者会議等に活用できるよう、会議録に添付しています。



(※) 縦軸：上に行くほど周囲を巻き込んだ対応が必要、横軸：左に行くほど早急な対応が必要

● 会議録を市内全ての居宅介護支援事業所及び介護サービス事業所へ送付

- 加須市では、ケアマネジメントの手法を浸透させるため、会議録を市内全ての居宅介護支援事業所及び介護サービス事業所へ送付しています。

- 手に取ってもらえるよう、イラストを入れたり、会議に親しみを持ってもらえるよう、事例提供者の感想や会議前・会議後の気持ちを盛り込むなど、会議録には独自の工夫が溢れています。

● 事例提供者が元気になるケア会議

- 加須市では、事例提供者が明日からまた頑張ろうと思えるような、事例提供者が元気になるケア会議をモットーにしています。
- 事例提供者の気持ちに寄り添い、助言者の質問の意図がわからないとき、助言内容をもう一步踏み込んで聞きたいとき、事例提供者が返答に窮したときなど、コーディネーターが、助言者と事例提供者の間にワンクッション入る形でそれぞれに言葉を投げかけながら進行しています。
- 加須市では市内のケアマネジャーに会議についてのアンケートを取ったところ、多くの方が事例提供してみたいと回答しており、毎回たくさんの方が傍聴に来ています。



地域ケア会議の様子

【加須市自立支援型地域ケア会議 基本情報】

- 開始：平成 30 年度～
- 主催：市
- 頻度：月 1 回
- 1 回あたりの検討ケース数：3 事例
- 対象者：要支援者、事業対象者
- 専門職助言者：医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士

🔍 春日部市 ～年間 1,300 個の助言を分析～

春日部市では、会議での検討数を活かし、ケアマネジメントに必要な視点や情報を分析することで、ケアマネジャーのケアマネジメント力向上を図っています。

● 年間 1,300 個の助言を分析

- 春日部市では、毎月、8つの地域包括支援センターで会議を行っており、年間約130件のケースを検討しています。
- 毎年1回、市の担当者が、前年度の会議での助言を整理・分類した「課題別分類表」を作成しており、作成した表を基に、地域包括支援センター職員を対象に研修を行っています。
- 「課題別分類表」は、大項目として「A.生活習慣の改善」「B.身体機能の低下」「C.痛み・しびれ」など8つの項目から成っており、大項目により4つ～7つの中項目、中項目により1つ～7つの小項目があります。
- 当該表は、ケアマネジャーが、利用者にとって課題があると考えた大項目について、その項目の中項目・小項目に沿って深掘りをしていけば、その利用者に必要なアセスメントや支援ができるよう作られています。
- また、分類した課題のうち、集計により助言数の多かった内容については、市や包括におけるケアマネジャーへの支援の課題として捉え、この課題に対しどのように取り組んでいくか、具体的な方策を今後検討していく予定です。

地域ケア会議における助言内容 課題別分類表(平成30年度)				
A 生活習慣の改善				
I. アセスメント ①本人の意向(やる気・趣味・関心事等)に沿った具体的な目標設定 ②関係者がチームでアプローチする ③将来に起こる問題の細分化 ④自宅と事業所での状況把握 ⑤利用者とケアマネの信頼関係の構築 ⑥キーパーソンやキーとなる支援者の検討	II. 家族・地域の協力 ①家庭の中での役割を見つける(本人・家族の役割分担) ②本人の状態に合わせた役割作り ③家族との話し合い(ケアマネも参加) ④家族の負担感、介護力(協力できること)の把握と調整 ⑤家族との情報共有による理解・意識の醸成 ⑥友人や地域との関係づくり	III. サービスの見直し ①リハ職による運動機能の評価 ②専門職の訪問による生活環境の見直し・見守り ③配食サービス・民生委員等インフォーマルによる見守りの導入 ④家事支援等の自費サービス導入 ⑤専門職の訪問による動機付け	IV. 口腔ケア ①プランの見直し ②口腔内の清潔保持 ③口腔ケア方法の習得 ④口腔ケアの評価	
B 身体機能の低下				
I. 運動方法の見直し ①自宅での運動の指導 ②専門家による生活動作のアドバイス ③トレーニング方法等へのアドバイス	II. 家族・地域の協力 ①家族と今後の生活について話し合う ②家族や近隣と交流しながら外出の機会を確保する ③家族と共に実施できる取り組みの設定	III. 環境整備 ①自分のできるための環境整備・用具等の工夫 ②転倒防止のため生活路線の整備 ③相談・連絡体制の明確化	IV. 段階的な目標 ①数値目標の設定 ②家事・日常生活動作の評価に基づく目標設定 ③サービス利用目的の明確化	
C 痛み・しびれ				

「課題別分類表」

● 助言者からの質問もデータベース化

- 春日部市では、助言のみならず、各助言者からの疑問点・不明点の質問についても、会議を行う上で情報が不足していた点と捉え、記録・蓄積を行っています。
- 質問をデータベース化することで、「この状態に当てはまる利用者を支援するために、事前に収集すべき情報」として、会議の事前準備やケアマネジャーの再アセスメントに役立ててもらっています。
- 春日部市では会議資料を簡素化していますが、上記「課題整理分類表」やデータベース化された質問をケアマネジャーにフィードバックすることで、会議の効率化を図ると同時に、利用者の自立支援につながるより具体的な助言を専門職から引き出せるようにコーディネートしています。



地域ケア会議の様子

【春日部市自立支援型地域ケア会議 基本情報】

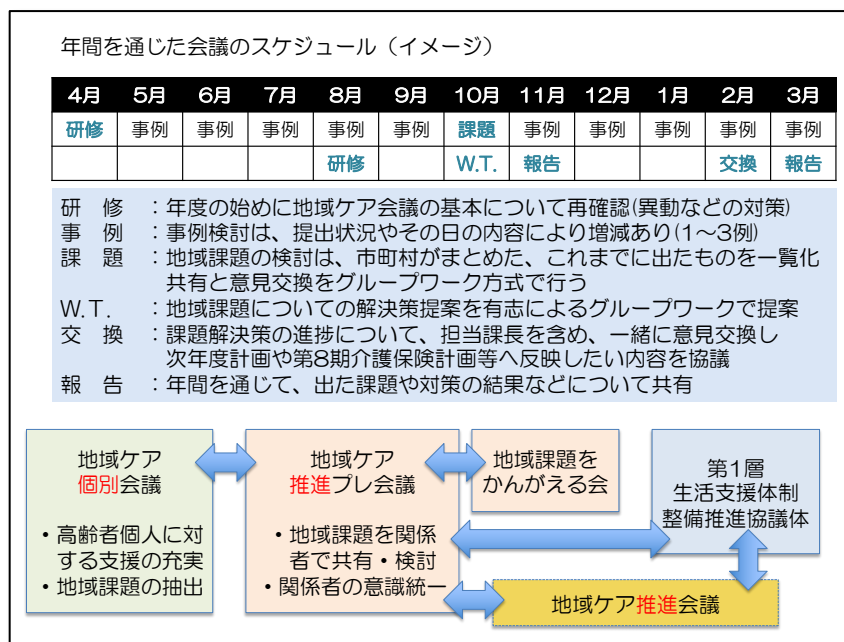
- 開始：平成27年度～
- 主催：各地域包括支援センター
- 頻度：各地域包括支援センターで月1回
- 1回あたりの検討ケース数：1～2事例
- 対象者：要支援者、事業対象者
- 専門職助言者：医師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、看護師、精神保健福祉士、ソーシャルワーカーなど

🔍 川島町 ～地域課題解決の協力者を増やす～

川島町では、地域ケア会議の関係者が一つのチームとなり地域課題に取り組んでいます。

● 地域ケア個別会議の場を有効活用

- 川島町では、年 12 回行われる地域ケア個別会議のうち、数回を地域課題の解決を図る機会としても活用しています。
- 年度始めに、スケジュールや各月の取組のポイント等を共有。年間通じて、個別ケースの検討を進めるのと同時に、これまでの地域課題の解決に向けた意見交換などを実施しています。
- 年 1 回の地域ケア推進会議の前に「地域ケア推進プレ会議」を位置づけ、地域ケア個別会議の関係者（地域包括支援センター、町内居宅介護支援事業所、専門職助言者、生活支援コーディネーター）で課題を共有・検討しています。



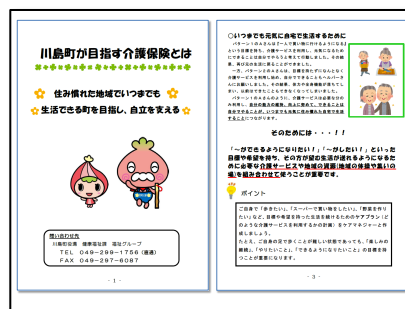
● 有志で「地域課題をかんがえる会」を立ち上げ

- 「地域ケア推進プレ会議」でのグループワークから、たくさんの地域課題と解決のアイデアが出されました。
- 川島町では、それらの整理・対策を一緒に考えるコアメンバーを募り、有志で「地域課題をかんがえる会」を立ち上げています。

- 「地域課題をかんがえる会」では、「町内に地域資源はたくさんあるのに、なぜ活用されないのか？」という議論から、既にある医療・介護サービスの情報誌と、インフォーマル資源の情報誌（令和元年度作成）を活かし、介護保険サービスとインフォーマルサービスの双方の活用や、移行を支援する取組を考えよう、との意見が出ました。
- 町職員、地域包括支援センター職員以外のメンバーが課題の整理段階から関わることで、課題への当事者意識が高まり、「地域ケア会議に事例を提供しても地域課題が解決されない…」でなく、地域課題を一緒に考える雰囲気生まれています。

● 地域課題の解決に向けた意見交換

- 「地域ケア推進プレ会議」、「地域課題をかんがえる会」での議論を踏まえ、年度後半には、地域資源の活用に向けて、健康福祉課長を交えた意見交換を実施しました。
- 意見交換の結果、住民啓発のためのチラシ「川島町が目指す介護保険とは」の配付、配食サービスの見直し、出前講座などのアイデアが整理されました。
- そして、アイデアに対し、すぐに取り組めることは次年度の事業計画へ、時間を要することは第 8 期介護保険事業計画へ盛り込むこと検討するなど、今後の方向性が町から示されました。



【川島町自立支援型地域ケア会議 基本情報】

- 開始：平成 28 年度～ ● 主催：町 ● 頻度：月 1 回
- 1 回あたりの検討ケース数：1～3 事例
- 対象者：要介護者（1～5）、要支援者、事業対象者
- コーディネーター：町職員・地域包括支援センター（事例により交代）
- 専門職助言者：理学療法士、作業療法士、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士

(5) 会議の工夫・実践例（県外市町村に学ぶ）

🔍 岡山県津山市 ～愛のある地域ケア個別会議～ 最大のアウトカムは当時者の笑顔が増え、健康になれたか

住民の力を信じ、住民同士で元気になれる地域づくりに取り組んでいる岡山県津山市。
津山市の地域ケア会議では次の点を大切にしています。

● 対象者の望む生き方の実現をみんなで話し合える

- 津山市では、「どうすれば利用者の生活の質が向上するのか、その人らしい生活や人生と言えるのか」を自立支援の信念とし、地域ケア会議を、本人の「したい」を守り、実現する手段を話し合う場としています。
- ケアプランの1日（1年）の目標とする生活は、支援者でなく本人が決めるもの。本人を知り、ともに考えることがケアマネジメントの手法であり、ケアマネジャーは、本人がしたいことを7つのポイント^(※)に基づき聞いています。

(※) 「したいこと」とは

- | | |
|---------------------|---------------|
| ①よくしていることの中で一番大事なもの | ②充実感や幸福感に包まれる |
| ③人や場所、時間と繋がっている | ④生活習慣になっている |
| ⑤自分らしいと感じられる | ⑥健康になる |
| ⑦社会や家族などに貢献・役割を果たす | |

● 具体的・現実的・実現可能な助言で検討できる

- 津山市では、地域ケア会議の助言者に対し、本人の望む生き方を実現する方法として、理想論ではなく、具体的で実現可能な提案を行うよう伝えています。
- また、助言は、当事者の行動変容につながってはじめて良い助言と考えており、市が主催する助言者向けの研修では、これまでの助言をケアマネジャーが○△×で評価した結果を助言者に伝え、助言者同士で評価の理由を議論し、助言のレベルアップを図っています。

○：アドバイスを利用者に伝え、実行できた

△：アドバイスを利用者に伝えたが、実行できなかった

×：アドバイスを伝えられなかった、または伝えなかった

● 課題の中核を読み解くために、多角的視点を持っている

- 会議の参加者には、課題の中核を読み解く、多角的な視点を持つことが求められています。事例提供者には、自立を妨げている要因（体、心、関係性）とその解決策についての報告が求められ、コーディネーターはケースにより、①～⑧のどこにフォーカスを当てるべきかを考えながら進行します。

多様な支援方法とは？

- | | |
|---------------------|-------------------|
| ①からだところとお付き合い | ②人と環境としたいこと |
| ③リスク管理（水分・排泄・食事・運動） | ④マズローの階層欲求 |
| ⑤できそうをできる・しているに | ⑥フォーマル・インフォーマル |
| ⑦家族と地域の力の見積もり | ⑧事例提供者の課題、悩みに添えたか |

コラム

～「10 年使える津山の自立支援の定義」～

- ・ 津山市では、市内の主任ケアマネジャーが中心となり、介護サービス事業所や各職能団体等の意見も聞きながら、半年かけて「10 年使える津山の自立支援の定義」を作りました。
- ・ 「利用者が自ら選択できる」「意味のある目標の達成」、「健康」、「笑顔」など、他にも多くのキーワードが入った定義ですが、津山市では、支援者が自分たちで作るプロセスこそに意味があったと考えています。
- ・ また、地域ケア会議の参加者が自立支援の定義について共通認識を持つことで、会議で議論がブレることが少なくなったそうです。
- ・ 津山市の自立支援の定義は、住民の意識が「要介護状態にならないこと」ではなく、「健康になること」に向くように作られており、住民の意識が健康に向くと、住民は地域ケア会議や介護予防事業を「自己実現を支える手段」として捉えてくれると考えています。

【岡山県津山市自立支援型地域ケア会議 基本情報】

- 開始：平成 27 年度～
- 主催：市
- 頻度：週 1 回（1 事例 40 分程度）
- 対象者：要支援新規認定者
※サービス担当者会議の前に位置付け
- コーディネーター：高齢介護課・健康増進課の作業療法士・保健師、包括センター長
- 専門職助言者：医師、薬剤師、リハ職、管理栄養士、歯科衛生士、主任ケアマネジャー

岡山県津山市役所：安本 勝博氏 講演より

🔍 愛知県豊明市 ～ふつうに暮らせるまちづくり～ 地域ケア会議は専門職が知恵を持ち寄るお互いの学びの場

様々な地域資源を網羅・活用し、サービスではなく、ふつうの暮らしを通じて元気になれるまちづくりをすすめている豊明市。地域ケア会議では次の点を大切にしています。

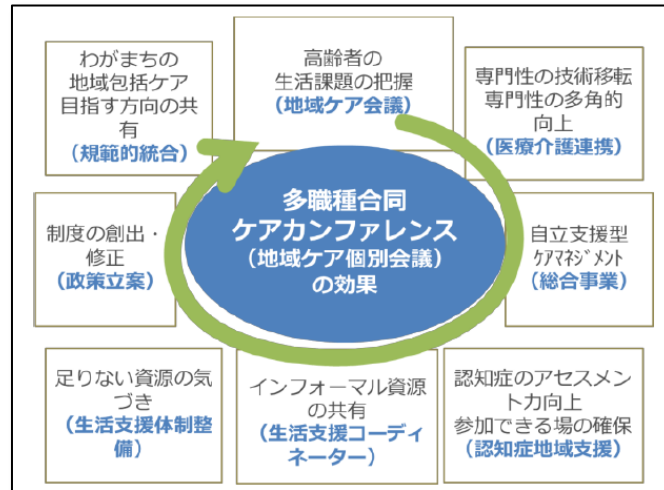
● ポイント 1：明確かつ簡潔な論点の設定

- 豊明市では、会議における議論のポイントを以下のように整理しています。
 - ◇ 本当の課題は何ですか？
 - ・ 本人にとっての自立は？自立を阻害する要因は？
 - ・ 現状とありたい姿とのギャップから課題を特定
 - ◇ 本当に解決できますか？
 - ・ サービスは現状とありたい姿のギャップを本当に解決できるのかを意見交換
 - ふつうの暮らしを取り戻す（自立）支援のために、以下を行います。
 - ◇ 現状分析：なぜ今の状態になったのか？
 - ◇ 目標設定：どんな暮らしを目指すのか？
 - ◇ 「本当の課題」の抽出：取り組むべき課題は何か？
- 本人・家族が課題と向き合い、行動変容を起こすような議論を実施



● ポイント 2 : 他の事業との連動

- 多職種によるカンファレンスを行うことで、医療介護連携、総合事業、認知症地域支援、生活支援体制整備事業等の市町村が実施する事業がつながっています。



- 市が多くの民間事業者と協定を結び、協議・連携を行っています。高齢者の暮らしにくさを解決する生活支援や、健康長寿に寄与するサービスを数多く生み出し、まちの暮らしの中で、元気でいられる公的保険外サービスの創出を積極的に行っています。
- 多職種合同ケアカンファレンスで見えてきた課題から、以下の政策が生まれています。

見えてきた課題	解決に向けた政策へ
利用者や家族が自立支援を理解してくれない	連携強化 リハ職によるケアマネ同行訪問 (地域リハビリテーション活動支援事業)
ケアマネのアセスメントの技量の差が大きい	
訪問による栄養改善指導をしてほしい	公的制度化 市町村特別給付の創設
送迎つきで負荷が少ない運動の場が必要	
送迎つきで一人でも楽しめる外出先がないか自分で買い物したいが、行き帰りが辛い	資源発掘 民間企業との連携 保険外サービスの創出・活用促進
男性や知的な活動を好む方が参加しなくなる通いの場がない	
	健康麻雀、プレミアムサロン等

● ポイント3：調査・検討により、徹底した事業デザインの分析を行っている

- 地域ケア会議と合わせ、サービス利用者の実態を追跡調査し、悪化・改善を数的に把握し、効果的な総合事業の実施に反映しています。
- サービスから日常生活へと移行できるよう、短期集中的に利用するサービス C とその他の資源の役割を明確にして、役割をわかりやすくしています。



【愛知県豊明市地域ケア会議（多職種合同ケアカンファレンス） 基本情報】

- 目的：自立型ケアマネジメントの強化、多職種の視点によるケアの質の向上
- 主催：市（平成 28 年度～）
- 頻度：要支援者・事業対象者（月 1 回・1.5 時間、4 ケース） 包括版 30 名ほど
要介護者（月 1 回・1.5 時間、ミニ講義 + 3 ケース） 居宅版 60 名ほど
- コーディネーター：要支援—健康長寿課、要介護—主任ケアマネジャー・地域包括職員
- 参加者：地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護サービス事業所等、医師、
薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、保健師、
看護師、歯科医、歯科衛生士、生活支援コーディネーター、司法書士、
社会福祉協議会、民間企業等

藤田医科大学：都築 晃氏 講演より

初めて地域ケア会議を担当します。何から始めたらよいでしょう？

会議の準備や会議中に大切なことは、第3章（P.17～）と第4章（P.27～）に記載しています。司会をするにあたっての準備は第3章、進行のポイント等については第4章をご覧ください。

会議は行っていますが、より効果的に実施するにはこの先どうしたらよいでしょう？

第5章（P.50～）に、会議のあとに取り組みたいことを記載しています。会議の時間以外に何を行えばよいか、実際の工夫や実践例を紹介しています。

地域課題の検討はどうしたらよいでしょう？

地域課題の検討は、地域ケア推進会議などで行われます。地域ケア推進会議も含めた地域ケア会議全体のデザインについて、第2章（P.12～）で紹介しています。また、地域課題解決に向けての取組例を P.63～64 で紹介しています。

他市町村のコーディネーターはどんな準備をしているのでしょうか？

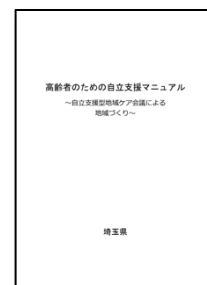
コーディネーターがどのような事前準備を行っているか、第3章（P.24～）で紹介しています。また、先輩コーディネーターからのメッセージも第4章（P.37）に掲載しています。

助言者に何を求めたらよいでしょう？

コーディネーターには、専門職助言者から適切な助言を引き出す役割もあります。各専門職の助言のポイント（P.39～）を理解しているとよいでしょう。また、助言者からの地域ケア会議に対する意見も P.47～48 で紹介しています。

(1) 高齢者のための自立支援マニュアル

- 自立支援型地域ケア会議を立ち上げる・運営するプロセスを学べます。
- 会議に使用する帳票類や、アセスメントや課題分析のプロセスなどについて記載しています。ケアマネジメントおよび自立支援にかかわる関係者が利用できる参考資料として作成しました。
- 資料は、以下のホームページからダウンロードできます。



<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/chiikihoukatukea/documents/jiritsushien-manual.pdf>

(2) 自立支援型ケアマネジメントのためのアセスメントマニュアル

- 居宅介護支援事業所、市町村、地域包括支援センター、職能団体（専門職等）が「自立支援」という介護保険の理念を共有した上で、自立支援に資するケアマネジメントの推進、ケアマネジメントプロセスにおける多職種との共同の推進、ひいてはケアマネジメントの質の向上を図ることを目的に作成しました。
- 資料は以下のホームページからダウンロードできます。



<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/chiikihoukatukea/documents/assessment.pdf>

(3) ご近所型介護予防実践マニュアル

- 身近なところに体操できる場があると、始めやすく、続けやすく、また、ご近所の方とのつながりもできて、一石三鳥です。自助・互助を育む取組として、おもりの使った体操の場を自分たちで立ち上げる方法や、運営のコツなどについてボランティア・参加者むけに2種類のマニュアルを作成しました。
- 資料（ボランティア用）は、以下のホームページからダウンロードできます。



<http://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/chiikihoukatukea/documents/volunteer.pdf>

(4) ご近所型介護予防 プログラム集

- 通いの場で楽しめる、介護予防に効果的なプログラムをまとめた冊子です。介護予防を長く楽しく続ける継続支援として、簡単に取り入れられる新しいプログラムを紹介しています。
- 「転倒予防・生活動作改善に関するプログラム」、「認知症予防に関するプログラム」、「口腔ケア・誤嚥性肺炎予防に関するプログラム」、「食事・栄養に関するプログラム」、「茶話会（話し合い）」など、出前講座などに活用できるよう作成しました。
- 資料は以下のホームページからダウンロードできます。



<http://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/chiikihoukatukea/documents/yobouprogram.pdf>

(5) イキイキ生活のつづけかた

- 20 項目の健康チェックにより、住民同士で自分や周りの人の健康について考えるきっかけづくりに活用できるよう、リーフレットと、解説本の 2 種類を作成しました。
- イキイキとした生活を、「食生活、健康と運動、こころ、脳の働き、お付き合い」の 5 つの柱で考え、その意味と自分と周りの人を元気にできるヒントを解説しています。
- 要介護状態になる要因に早期に気づき、対処できることを目指しています。
- 資料は以下のホームページからダウンロードできます。



【リーフレット】



【解説本】

https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/chiikihoukatukea/chiiki_care.html



(6) アニメ・マンガ

- 住み慣れた場所で自分らしく暮らし続けられる地域をつくるためには、住民の理解も重要です。わかりやすいアニメやマンガの形で理解を深めたり、住民同士や家族で話し合う題材になるよう作成しました。
- アニメ：地域包括ケアシステム、介護予防、生活支援、地域ケア会議の 4 本（各 20 分程度）
- マンガ：社会参加、介護者への支援、認知症の理解など、全 11 編。
- （5）と同じホームページからダウンロードできます。



【アニメ】



【マンガ】

企画・発行 埼玉県

〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂 3-15-1
埼玉県福祉部 地域包括ケア課 地域包括ケア担当
電話 048-830-3256

制作 一般社団法人埼玉県リハビリテーション専門職協会
〒362-0074 埼玉県上尾市春日 1-26-7

《令和2年3月発行》



埼玉県のマスコット「コバトン＆さいたまっち」