

西東京市

地域ケア会議（自立支援型）

私のい～な会議

～のぞむ暮らしをかなえるために～

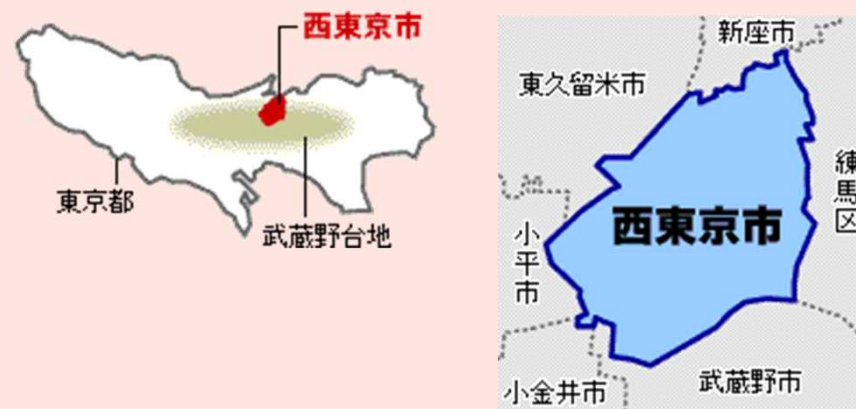
取り組みについて

1 基本情報

| | |
|----------|-----------------------|
| 人口 | 203,222 人 |
| うち高齢者数 | 48,379 人 |
| 高齢化率 | 23.8 % |
| 認定率 | 20.93 % |
| 介護費用額 | 1人あたり年額 1,457,464円 |
| 第1号保険料月額 | 6,367 (第7期) 円 |

(平成31年3月31日時点)

要介護認定者1人あたりの支出済み額



平成13年 田無市、保谷市が合併

地域包括支援センター（委託型）8ヶ所

2 なぜ自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議を立ち上げることにしたのか

- ・ 困難事例を中心とした内容が多く、本人の自立支援・介護予防・重度化防止の視点が不足していた
- ・ 本人が「こういった暮らしをしたい」と思えるような生活の視点からの地域ケア会議にしたいと考えた
- ・ 市内の様々な社会資源を本人が自己選択できるような情報提供が不足していた
- ・ ケアマネジャー、サービスを提供する者が介護保険サービスにとどまらず、多職種の助言を取り入れてケアマネジメントを実施する仕組みが不足していた

3 モデル実施前までの取組内容

平成24年～27年まで

4 圏域（2ヶ所の地域包括支援センター合同）で地域ケア会議を実施
* 4～6回/年

平成28年～

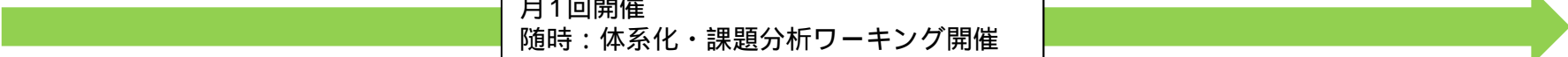
【個別課題解決】

- ・市内8ヶ所の地域包括支援センターごとに開催

【地域課題解決】

- ・市内8ヶ所の地域包括支援センターごとに開催
- ・隣接する地域の課題により包括が合同で実施する場合あり

4 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の立ち上げに向けたロードマップ

| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|--------------------------|---|--------|----|-------|--------|----|------------------|-------------|---------------------------|--------|---|----|
| モデル事業 | | 運営計画発表 | | 講演会参加 | 運営計画発表 | | 運営計画発表 評価方法検討 | | | 運営計画発表 | 会議及び体系 デザインの再考 | |
| 地域ケア会議 作業部会 (市・包括) | <div style="text-align: center;">  <p>月1回開催 随時：体系化・課題分析ワーキング開催</p> </div> | | | | | | | | | | | |
| 市内研修等 | 他自治体へ 視察 | | | | | | | 他自治体へ 視察 | 市内リハビリ 専門職との研 修にて発表 | | 庁内・関係 者向け研修開 催 介護保険連 絡協議会にて 説明 | |

5 立ち上げ直後の自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の概要

1．主催者

地域包括支援センター

2．開催頻度

【本人参加型】

平成30年度 各センター 目標4ケース（各1ケース以上）

3．検討するケース

要支援1、2

事業対象者

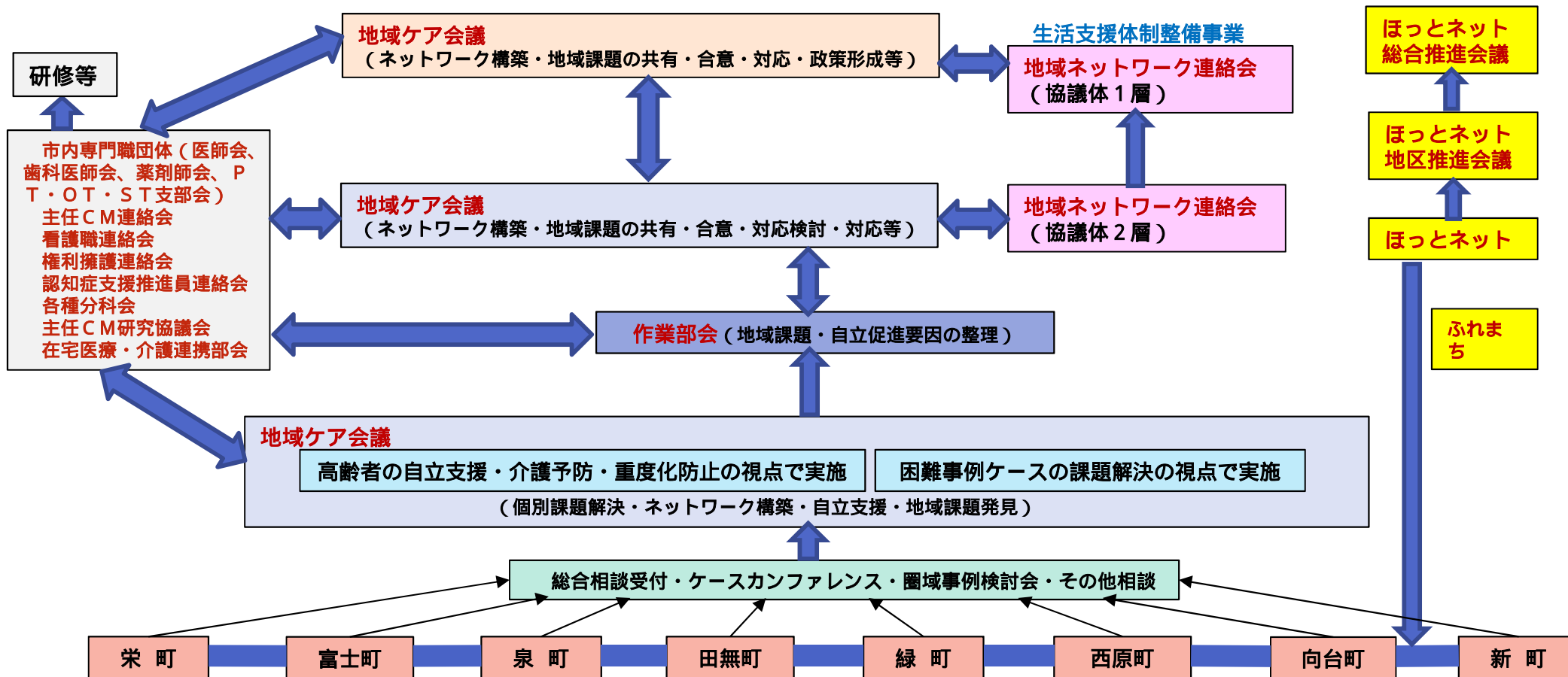
改善見込み、改善意欲のある方

概ね年齢75～85歳

4．選定方法

地域包括支援センターが選出

6 地域ケア会議体系のデザイン



【具体的な目標】 のぞむ暮らしを叶えるための本人の自己選択・ケアマネジャー支援・社会資源の活用

【西東京市基本理念】 高齢者一人ひとりが生きがいをもって、安心して暮らすことのできるまちづくりの実現

包括ごとで実施する地域ケア会議にリハ専門職が参加し、自立支援・介護予防・重度化防止に沿った視点で地域ケア会議を実施する。他の会議体、部会とも連携・連動を持ちながら課題の共有を行い、研修等の企画も含め作業部会で進捗状況を確認していく。

地域包括ケアに関する既存の会議や活動の整理表

| 会議名 | 目的・内容 | 主催 | 参加者 | 頻度 | 個別課題解決機能 | ネットワーク構築機能 | CMへの自立支援機能 | 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 |
|-----------------|---|------------|--|-----------|----------|------------|------------|----------|--------------|--------|
| 地域ケア会議() | ・個別課題解決中心 | 包括 | 本人・家族・地域住民・民生委員・CM・行政職員等 | 必要時 | | | | | | × |
| 地域ケア会議() | ・地域課題の検討 | 包括 | 本人・家族・地域住民・民生委員・CM・専門職・行政職員等 | 必要時 | | | | | | × |
| 地域ケア会議() | ・庁内、関係者による地域課題解決のための施策検討 | 高齢 | 民生委員、警察署、消防署、医療機関相談員、社協等 | 1～2回/年 | × | | | | | |
| 包括主任ケアマネジャー連絡会 | ・関係機関との連携体制構築の支援 ・介護支援専門員同士のネットワーク構築の支援 ・介護支援専門員の実践力向上支援 | 高齢 | 包括主任CM | 毎月 | × | | | | | × |
| 包括看護職連絡会 | ・介護予防事業の企画運営 ・市民、CMへの研修企画運営 | 高齢 | 包括看護職、社協、在宅療養連携支援センター看護職 | 毎月 | × | | | | | × |
| 包括社会福祉士連絡会 | ・権利擁護に関すること | 高齢 | 包括社会福祉士 | 毎月 | × | | | | | × |
| 社会資源マップ | ・地域の社会資源について掲載している「社会資源マップ」の更新等 | 高齢 | 包括社会福祉士、社会福祉協議会、りんく | 1回/2ヶ月 | × | | | | | × |
| 包括認知症支援推進員連絡会 | ・認知症施策に関すること | 高齢 | 包括認知症支援推進員 | 毎月 | × | | | | | × |
| 圏域事例検討会 | ・CM同士の「気づきの事例検討会」 | 高齢 | CMで参加を希望する方 | 隔月 | × | | | | | × |
| 制度・サービス資源研究部会 | ・介護保険法を正確に理解し、ケアマネジメントの業務の標準化を図る | 高齢 主任CM | 主任CM | 毎月 | × | | | × | × | × |
| 質の向上研究部会 | ・「気づきの事例検討会」を通し、事例の中核を探りスーパービジョンに役立てる。 | 高齢 主任CM | 主任CM | 毎月 | × | | | | | × |
| 医療・福祉の研究部会 | ・CMの医療連携に関する課題対策等 | 高齢 主任CM | 主任CM | 毎月 | × | | | | | × |
| 地域リレーションシップ部会 | ・CMが地域情報を把握し、市民と協働しながら地域の人的資源を活かしつなげる。 | 高齢 主任CM | 主任CM | 毎月 | × | | | | | × |
| 研修企画会議 | ・ケアマネジャーへの研修を体系化 | 高齢 | 主任CM、社会福祉協議会等 | 3回/年 | × | | | | | × |
| 地域包括支援センター運営協議会 | ・包括の運営に関すること、包括評価 | 高齢 | 介護保険関係者 | 3回/年 | × | | | | | × |
| 市民との協働啓発部会 | 【市民への意識啓発】 在宅療養・終末期・看取りの理解と促進、介護予防・寝たきり予防の重要性と意識改革、市民が参画する普及啓発 | 高齢 | 市民、医療専門職、包括看護職、CM、社協、行政 | 13回/H29年度 | × | | | | | |
| 連携のしくみづくり部会 | 【お互いを尊重し合い専門性を発揮しあえる関係づくりの検討】 実習・研修のしくみづくり、研修会・事例検討会・交流会の開催 【情報の共有・連絡方法のツールの検討】 | 高齢 | 在宅医師、病院医師、歯科医師、薬剤師、CM、サービス事業所、病院MSW、行政 | 7回/H29年度 | × | | | | | |
| 在宅療養支援窓口部会 | 【在宅療養連携支援センターに関する検討】 在宅療養連携支援センターへの支援体制の検討、相談内容の精査、周知方法の検討 | 高齢 | 在宅医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護、CM、MSW、PSW、包括看護職、保健所、行政 | 4回/H29年度 | × | | | | | |

| 会議名 | 目的・内容 | 主催 | 参加者 | 頻度 | 個別課題解決機能 | ネットワーク構築機能 | CMへの自立支援機能 | 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 |
|----------------------|---|----------------|--|---------------|----------|------------|------------|----------|--------------|--------|
| 受け皿づくり部会 | 【在宅療養を支える医療・介護体制整備の検討】 在宅医療・介護サービスの充実について、医療ニーズに対応できる介護事業者への教育支援体制 | 高齢 | 在宅医師、老健医師、歯科医師、薬剤師、CM、訪問看護、施設の施設長、包括看護職、行政 | 5回 / H29年度 | × | | | | | |
| 後方支援病院推進部会 | 【在宅療養後方支援病床確保事業に関する検討】 制度の検討について、後方支援病院間・病院・在宅医間の連携の推進 | 高齢 | 医師、MSW、病院連携室、行政 | 3回 / H29年度 | × | | | | | |
| 認知症支援部会 | 【認知症初期集中支援チーム設置と運営に関する検討】 チーム設置目的の明確化について、チーム運営上のルール作り、事業評価 | 高齢 | 医師、薬剤師、訪問看護、CM、PSW、認知症地域支援推進員、行政 | 3～4回 | × | | | | | |
| 地域リハビリ連携作業部会 | 【地域リハビリネットワーク化に関する検討】 【多職種連携に関する検討】 地域リハビリ連携に関する課題の検討、多職種連携の研修・意見交換会 | 地域リハビリテーション支部会 | 市内リハビリ関係者、介護保険関係者、行政職員 | 2回 / 年 | | | | | | |
| 協議体1層 | 【地域課題の検討】市内のしくみの検討 | 高齢生活支援CO | 生活支援CO、民生委員、行政職員等 | 1～2回 / 年 | × | | | | | |
| 協議体2層 (地域サポート連絡会) | 【地域課題の検討】課題整理 生活支援コーディネーター、市民により4圏域で実施 | 高齢生活支援CO | 生活支援CO、市民委員 | 各圏域1回 / 2～3ヶ月 | × | | × | | | × |
| 居宅介護支援分科会 | 介護サービス等の提供基盤の整備に関すること 介護サービス等の円滑な提供に関すること 介護保険制度を担う人材の育成・確保に関すること 介護サービス等提供事業者に係る情報の提供及び交換に関すること その他介護保険制度に係る連絡調整に関し必要な事項 | 高齢分科会会員 | 介護保険連絡協議会に加入している方 | 毎月 | × | | | | | × |
| 訪問介護分科会 | | | | 隔月 | | | | | | |
| 訪問看護・訪問入浴分科会 | | | | 1回 / 年 | | | | | | |
| 通所介護・通所リハ分科会 | | | | 3回 / 年 | | | | | | |
| 短期入所生活・療養介護分科会 | | | | 1回 / 年 | | | | | | |
| 介護老人福祉施設分科会 | | | | 2回 / 年 | | | | | | |
| 介護老人保健・介護療養型施設分科会 | | | | 1回 / 年 | | | | | | |
| 特定施設入所者生活介護 | | | | 2回 / 年 | | | | | | |
| 福祉用具・住宅改修分科会 | | | | 3回 / 年 | | | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | 4回 / 年 | | | | | | |

8 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の目的

- 1．自分らしい生活をかなえるため、高齢者自身が現状認識と活動意欲を高め、生活課題・介護予防に対する取り組み方法を自己選択できる
- 2．ケアマネジャー・サービス提供者・その他の職種が、高齢者の自立支援・介護予防・重度化防止に沿った支援方法を多職種からの専門的アドバイスを取り入れて、ケアマネジメント力を高めたり、今後のケアに活かす
- 3．個別課題から地域課題を抽出する
- 4．介護予防普及啓発及び市民の意識向上を図る

本人がのぞむ暮らしを多職種の意見を交えて自己決定できるため、本人参加型とした。

9 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の開催形態

1．主催者

地域包括支援センター

2．開催頻度

【本人参加型】

平成30年度 各センター 目標4ケース（各1ケース以上）

3．検討するケース

要支援1、2

事業対象者

改善見込み、改善意欲のある方

概ね年齢75～85歳

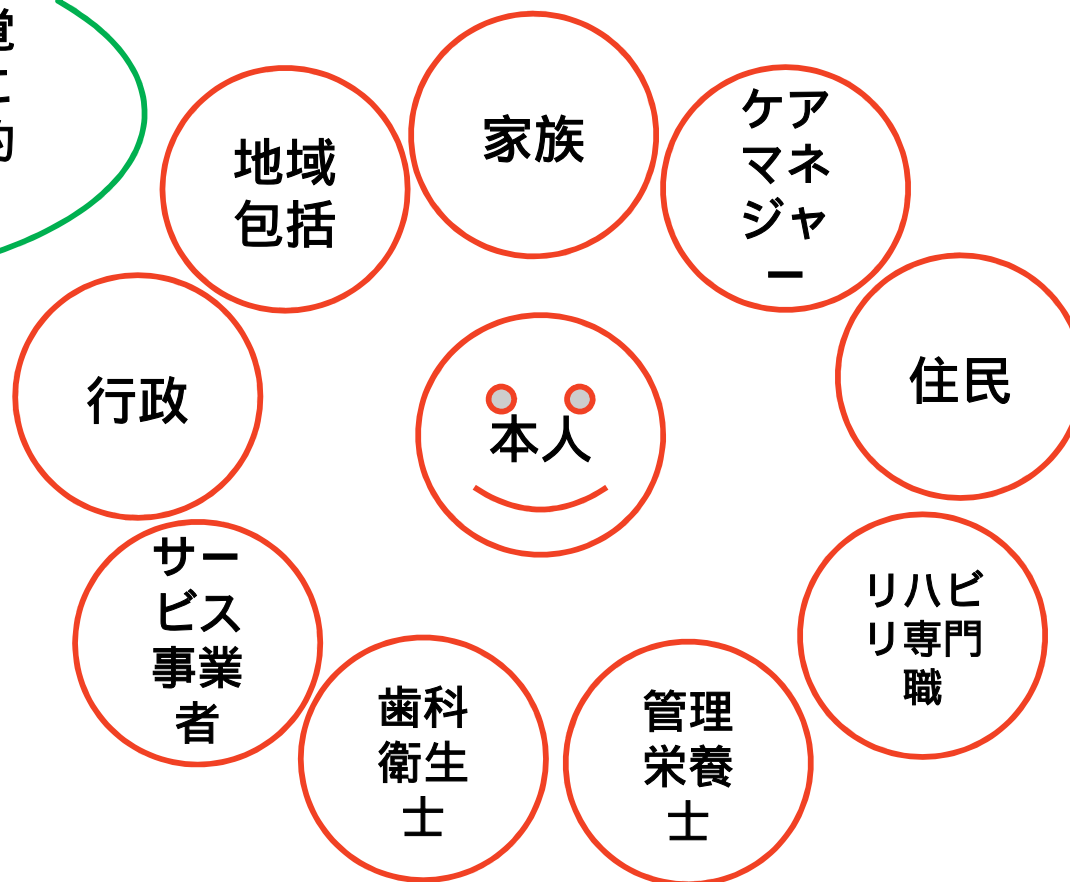
4．選定方法

地域包括支援センターが選出

10 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議レイアウトと参加者

開催場所：基本は自宅、サロン等

生活を見ることで視覚的に課題をとらえることができ、より具体的な検討ができる



必要な方を選出

11 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議レイアウトと参加者の役割

| メンバー | 役割 |
|----------------|--------------------------------------|
| 理学療法士、作業療法士等 | アウトリーチを行い、身体機能・生活状況を確認し、目標設定への助言を行う。 |
| 管理栄養士 | 栄養面からのアセスメント、改善方法を助言 |
| 計画作成者（介護支援専門員） | 本人希望、助言者のコメントから計画に盛り込む |
| 歯科衛生士 | 歯科衛生面からのアセスメント、改善方法を助言 |
| 包括看護職 | 健康面からのアセスメント、改善方法を助言 |
| 包括社会福祉士 | 社会福祉側面からのアセスメント、改善方法を助言 |
| 包括主任ケアマネジャー | 自立支援側面からのアセスメント、改善方法を助言 |
| サービス事業者 | 現在の取り組み、サービス内容に助言を取り入れる |
| 地域包括支援センター職員 | 参加職種が各自助言しやすいように司会を行う |
| その他、関係者 | 本人ののぞむ暮らしを支援できる方法を考える |
| 生活支援コーディネーター | 居場所等のご案内、社会資源の創出等に役立てる |

12 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の周知

- 1．居宅介護支援事業者分科会での周知
- 2．各職種の研修会等で周知
- 3．地域包括支援センター運営協議会での周知
- 4．介護保険連絡協議会全体会での周知

13 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の事前準備

| | 地域包括支援センター | 専門職 (アドバイザー) | ケアマネジャー・事業者 | 市 |
|--------|--|--|--|----------------|
| 1～2ヶ月前 | <ul style="list-style-type: none"> 対象者の選定 専門職の選定 本人へ説明と同意 専門職との日程調整 アセスメント訪問 開催候補日の決定 開催場所の決定 市へ連絡 会議資料作成 | <ul style="list-style-type: none"> 包括との日程調整 包括からの依頼で参加する専門職の選択 | <ul style="list-style-type: none"> 包括との日程調整 対象候補者の提案 会議資料の準備 (基本情報、アセスメントシート) | 包括から対象者、開催日の連絡 |
| 1週間前まで | 開催通知、会議資料を専門職に提出 | 開催通知、会議資料受領 | 開催通知受領 | |

14 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の当日のタイムスケジュール

【事例に関するアドバイス 60分】

| 時間 | 発言者 | 内容 |
|-----|-----------------------------------|---|
| 7分 | 司会者 | この会議の目的確認 本人ののぞむ暮らしの共有 |
| 3分 | 全員 | 自己紹介 |
| 30分 | アドバイザー リハビリ専門職 栄養士 歯科衛生士 | リハビリ面のアセスメント・助言 (身体・家屋・生活スペースを適宜確認) 栄養面のアセスメント・助言 口腔のアセスメント・助言 |
| 10分 | 全員 | 本人の目標に沿った具体的な行動計画、支援方法検討 |
| 10分 | 全員 | まとめ(本人の決意表明、関係者の支援体制) メッセージ記入 次回のモニタリング時期検討 |

【地域課題の検討】

| | | |
|-------|-------------------|---------------------|
| 30分以内 | 会議参加者 (本人不在も可) | 地域課題の検討 アンケートの記入 |
|-------|-------------------|---------------------|

15 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の配布資料

| | |
|--------|------------------|
| 必 須 | 基本情報 |
| | 基本チェックリスト（概ね3ヶ月） |
| | ケアプラン |
| | リハビリアセスメントシート |
| | 興味・関心チェックシート |
| | 高齢者向け生きがい感スケール |
| 任 | 検査結果表（血液データ等） |
| | お薬手帳 |
| 意 | 食事メニュー(写真等) |

参考：私のい～な会議（目標・支援者メッセージ）

私のい～な会議
～のぞむ暮らしをかなえるために～

目標

令和 年 月 日

さんに向けて支援者からのメッセージ

本人が記入

家族・支援者が
記入

- ・案内文に個人情報取り扱い同意書を入れる
- ・会議開催前、会議開始時に再度取り扱いについて確認する
- ・帳票類の保管について
各地域包括支援センター、関係者にて個人情報の保管に基づく方法で保管する。
当日会議終了後に関係書類を回収
後日「地域ケア会議の記録」を渡す

1 . 地域ケア個別会議のモニタリング

- ・ 目的 本人の意欲、行動変化など進捗状況を踏まえ目標設定が妥当かどうかを確認。意欲、行動を阻害している要因は何か状況を把握し再検討する。
- ・ 時期 3～6ヶ月後
- ・ 頻度 1～2回
- ・ 記録 アセスメントシート、生きがい感スケール等

2 . 地域ケア個別会議のフィードバック

- ・ 目的 事例提供者、参加者へのフォローとスキルアップを兼ねる
- ・ 時期 会議終了後、1年後
- ・ 頻度 1～2回
- ・ 記録 振り返りシート

【高齢者本人】

- ・ 本人の目標への進捗状況（意欲、行動変化、身体・食行動の変化・口腔衛生等）について聞き取り

【参加者】

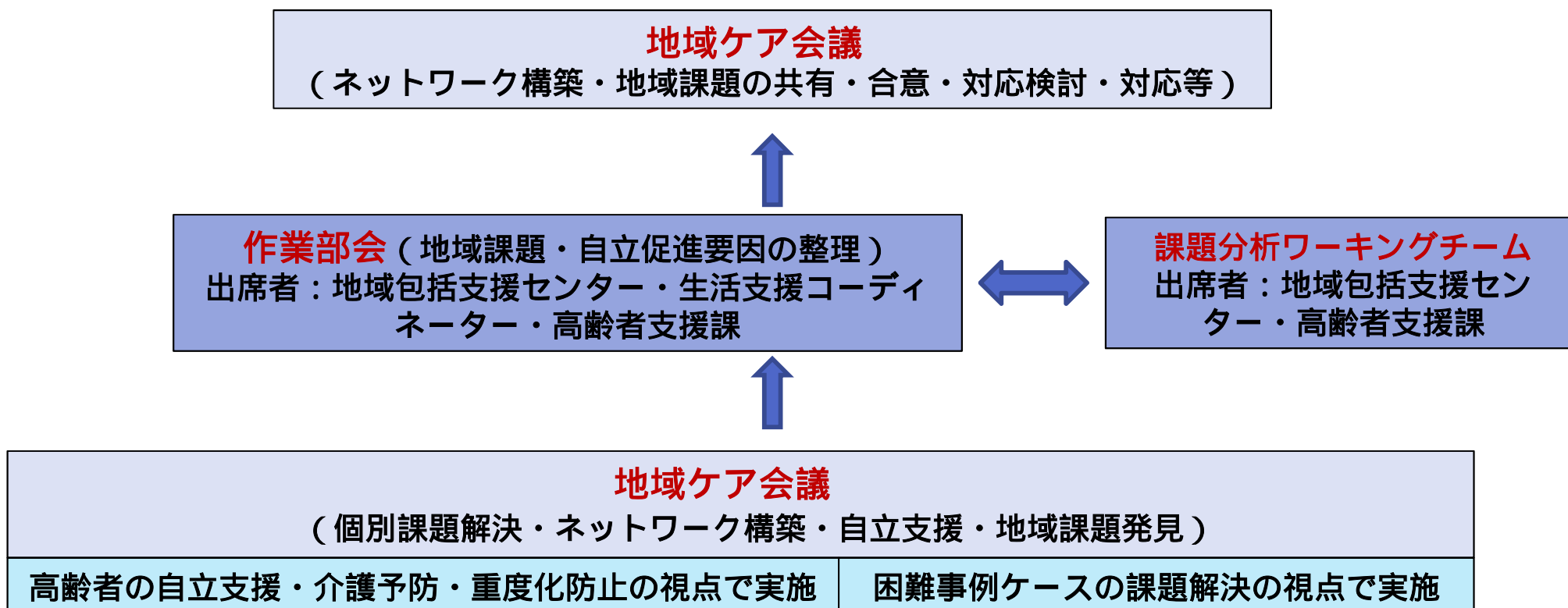
- ・ 振り返りアンケート実施

19 「個別課題」を「地域課題」に転換し対応するプロセス

毎月1回 地域ケア会議作業部会を開催。

その中で、行われた会議の課題について課題整理表を確認しながら検討し、内容により地域ケア会議（中地域レベル）を開催。

また、課題分析ワーキングチームを設定し、より詳しく課題分析を行う。分析内容については、作業部会に持ち帰り、内容について検討し地域課題の転換へつなげている。



参考：課題整理表

| No | 種別 | 日付 | 包括名 | 課題 | 背景（要因） | ケースの目標 | 支援・対応 | 結果（日付） | 残された課題（地域課題、個人の課題） | 日付・モニタリング内容 | 評価 |
|----|----|-------------------------|-----|----------------------------------|---|---------------------------|---|--|-----------------------------------|---|----|
| 1 | 自立 | 2018/4(82歳・女性・独居・要支援1) | | 身体機能に即した買い物の方法について運動機能の維持、向上に関して | 長距離の歩行が困難。要介護認定の時には買い物同行で訪問介護利用していたが更新で要支援認定が出てから一人で買い物に大変さが出てきている。 | 安全な買い物の方法を考える。 | インフォーマルサポートは利用せず、自力での買い物を希望される。身体機能の維持・向上のための取り組みを提案されるも本人は乗り気ではない。 | 関係者から体操教室などお誘いするも不参加が続く。近所で行われた百歳体操に参加。 | 地域のサロンや体操教室などに参加したくない人への介護予防の取り組み | | |
| 2 | 自立 | 2018/11(75歳・男性、同居、要支援1) | | 妻を亡くして閉じこもり傾向をさらに改善するために | ・家族の希望で介護認定申請し要支援1 ・はつらつサロン紹介し毎週参加している | ・妻の死を乗り越え、積極的に自分の人生を楽しみたい | ・食生活の見直しとして、朝食に野菜・卵を追加する。昼食の総菜は野菜のおかずも追加。 ・運動は、ウォーキング以外のプログラムに参加する。 ・ガーデニングには腰の負担のない道具を使用するとよい。 | 3か月後 ・食事の見直し ・料理教室参加 ・マシントレーニング参加 ・ガーデニングの準備 | ・男性に特化した居場所がない ・男の料理教室が少ない | 本人と面談 ・マシントレに参加 ・包括主催の男の料理教室に参加 ・ウォーキングは息切れにて1時間を30分にした。 ・ガーデニングの土を購入した。 ・包括主催の男の料理教室を年2回から来年度は年4回開催とする。 | |

【本人】

- ・のぞむ暮らしに近づく方法が分かる
- ・取り組み内容が具体的に分かり、不安が軽減する
- ・専門職からのポイントを絞った提案で実行可能なものがみつかる
- ・継続支援の中で行動変容につながる場合もある

【事例提出者】

- ・自立支援に沿ったケアマネジメントができる
- ・インフォーマルサポートの活用が広がる
- ・アセスメントに関する自分の枠が広がる

【多職種】

- ・自宅へ訪問することでより生活に近い助言ができる
- ・個人に合わせた提案が可能
- ・日々の業務での支援に生かせる
- ・多職種の連携の輪が広がる
- ・専門職同士、本人へのアドバイスのやり取りから、アセスメントの視点が増えて支援の幅が広がる

21 実施を通じて見えてきた課題と対応

【課題】

- ・ 評価及び効果測定の難しさ
特にケアマネジメントの評価をどのように行うか
- ・ 参加者より「色々アイディアは出るが、その後が分からない」
- ・ 市民への周知が不足している
(地域ケア会議の必要性が伝わらず断られることがある)

【対応】

- ・ ケアマネジャーに対しアンケート実施を検討
- ・ 参加者へのフィードバックを行う
- ・ どのように普及啓発を行うか、研修等を検討

