

第 3 章

地域ケア会議の実践例

1 神奈川県大磯町

人 口 :	約33,489人
高齢化率 :	27.8%

地域包括支援センター設置数	1 か所
委 託	1 か所

2 山梨県北杜市

人 口 :	約49,327人
高齢化率 :	30.7%

地域包括支援センター設置数	1 か所
直 営	1 か所
そ の 他	8 か所 (総合支所×8)

3 千葉県銚子市

人 口 :	約69,522人
高齢化率 :	29.9%

地域包括支援センター設置数	1 か所
直 営	1 か所

4 埼玉県和光市

人 口 :	約78,000人
高齢化率 :	14.5%

地域包括支援センター設置数	4 か所
委 託	4 か所

5 静岡県富士宮市

人 口 :	約135,679人
高齢化率 :	22.6%

地域包括支援センター設置数	1 か所
直 営	1 か所
ブ ラ ン チ	8 か所

6 東京都立川市

人 口 :	約178,280人
高齢化率 :	20.8%

地域包括支援センター設置数	6 か所
委 託	6 か所
ブ ラ ン チ	3 か所

7 石川県金沢市

人 口 :	約451,000人
高齢化率 :	22.3%

地域包括支援センター設置数	19 か所
委 託	19 か所
ブ ラ ン チ	2 か所

8 新潟県新潟市

人 口 :	約803,719人
高齢化率 :	23.9%

地域包括支援センター設置数	27 か所
委 託	27 か所

大磯町の地域ケア会議は「参加したくなる地域ケア会議」をテーマとして運営されている。その地域ケア会議は、日常生活圏域と市域が同じ範囲で設定されている大磯町の特色から、1つのみ設置されており、それを中心として地域の様々な関係者や会議と連携し、地域包括ケアの実現、また地域包括ケアシステムの構築が目指されている。また、大磯町の範囲を飛び越え、近隣の市町村との合同会議を開くなど、市町村を越えたネットワークづくりにも力を入れている。

北杜市では、地区担当者ごとに8つに分かれたそれぞれの圏域の中において、個別ケースの検討を行う「個別ケース地域ケア会議」が行われ、それを基に、その圏域ごとの課題を集約する「各地区小地域ケア会議」が開催されている。そして、各圏域の課題を集約し、北杜市として、市域の課題を検討・解決するため、北杜市地域包括ケア推進会議が設置されている。これらの3つの会議が軸となり、階層的に連携し機能させることで「地域力の向上」に取り組んでいる。

銚子市には地域福祉の柱として抽出された5つの目標テーマがあり、地域ケア会議は、目標を達成するための手段として活用されている。会議の目的やその内容は、目的達成に向かうPDCAプロセスに沿って変化する。また、「高齢者が暮らしやすい地域づくり」を行う観点から意図的に開催する会議についても、全て地域ケア会議であると位置づけられ、地域包括支援センターが担うあらゆる業務のなかで必要に応じて設置・開催されている。

和光市では保険者が地域包括ケアの実現に向けた具体的な方針を明示するとともに、その実現に責任を持ち、保険者主導のもと様々な取り組みが行われている。基本目標を「地域包括ケアシステムの構築による介護保障と自立支援の確立を目指して」としており、そのための基本方針として4つのテーマを明示している。和光市で開催されているコミュニティケア会議は、マクロ的な政策である基本方針の4テーマと、ミクロ的な支援である個々のケアマネジメントをつなぐための手法として位置づけられている。

富士宮市では、「個別課題発見機能」「個別課題解決機能」「課題共有・提言機能」の3階層に分け、地域包括ケアシステムを構築している。その中において活用される地域ケア会議は、「個別課題解決機能」における個別ケースの課題解決を目指した会議と、「課題共有・提言機能」において行われる地域課題解決・共有を目指した会議、政策形成・提言を目指した「包括ネットワーク会議」、さらには「地域支援を行う中で開催した会議」で地域ケア会議としての機能を含むもの全て、地域包括ケアシステム構築上の一端を担う形で開催されている。

立川市の地域ケア会議は「個別支援会議」「(圏域単位の)小地域ケア会議」「(市域全体の)地域ケア会議」による3レベルでの構成となっている。また、地域ケア会議を軸として、連絡会や研修会をはじめとした、地域にある様々な会議と連携を図り、様々なレベルでのネットワーク構築に力を入れている。特徴的な点として、個別課題の解決から地域課題の発見・解決まで一体的に取り扱う体制整備のため、運営協議会と地域ケア会議が連携している点があげられる。

とびうめで行われる地域ケア会議は、「個を支える地域をつくる」ことを目標とし、個別事例から始まるスモールステップでの地域包括ケアシステムの構築のための一端を担い機能している。その地域ケア会議は「場」としての地域ケア会議と、「機能」としての地域ケア会議に分けて整理されている。「場」としての地域ケア会議では個別ケースの課題解決に向けた検討が行われ、その積み重ねから発見される地域課題は、「機能」としての地域ケア会議の起点であるセンター内協議を経て、解決に必要な機能や規模に応じて、地域に既存する様々な会議の中から適切な会議へと割り振られ、解決が目指されている。

新潟市北区の地域ケア会議は、7つの部門ごとに、それぞれの同業者が集まり、その部門での困難事例・課題等を検討する「部門別会議」が出発点となっている。それらでまとめられた課題は「圏域ケア会議」において集約され、解決に向け必要な機能を有する参加者を「巻き込み」、役割の「ふるい分け」を行う。そして、課題解決に行政の力が必要となる場合は「北区ケア会議」での検討が行われる。このような形で運営される地域ケア会議を通し、地域特性を考慮した、その土地ならではの「ご当地スタイルの地域包括ケア」の構築に取り組んでいる。

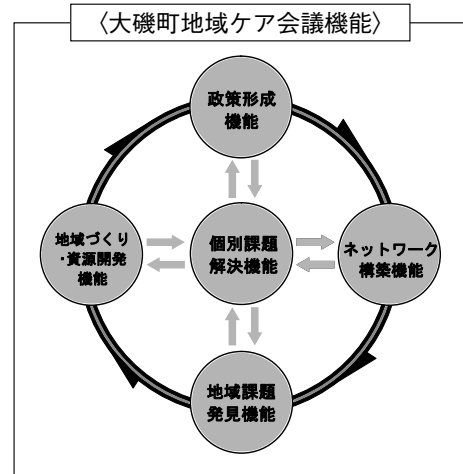
1 神奈川県大磯町 大磯町地域包括支援センター

1. 大磯町における地域ケア会議の概要

人	口	:	約33,489人		
高	齡	化	率	:	27.8%

地域包括支援センター設置数	1 か所
直 営	0 か所
委 託	1 か所
サ ブ セ ン タ ー	0 か所
ブ ラ ン チ	0 か所

(平成24年3月現在)



(大磯町の特徴)

大磯町は昭和29年(1954年)に旧大磯町と旧国府町が合併し誕生しました。神奈川県の中
央南部に位置し、南は相模湾、北は高麗山や鷹取山をはじめとした大磯地塊の丘陵地帯が
ある、東西に細長い町です。北と東は平塚市、西には二宮町と境を接しています。面積は
17.23Km²で、国道1号と西湘バイパスが町の南部と北部を横断しています。町の65%を丘陵
部が占め、気候は海岸沿いに流れる暖流の影響で温暖となっています。

旧大磯町および旧国府町において、それぞれの地元地域のつながりは強いものとなってい
ます。また、山の手の住民を中心として、ボランティア活動等の友愛活動が盛んであったこ
と、および町に対するボランティアや住民の力が占める割合が大きい特徴があります。

また、大磯町で活動している介護支援専門員のおよそ4分の1が主任介護支援専門員であ
ることから、ベテランの介護支援専門員が多く存在していることも地域特徴としてあげられ
ます。

(人口と高齢化率)

大磯町の人口は横ばいで推移しており、現在は約33,489人、高齢化率は大きく上昇を続け
ており、現在27.8%となっています。

今後、人口は減少を続ける一方、高齢化率は上昇を続けると推計されており、平成25
年には人口は約30,400人、高齢化率は35.3%。平成35年には人口が約27,868人、高齢化率
38.1%となると推計されています。

(特徴的な地域課題)

大磯町の特徴的な地域課題として、交通網の課題があげられます。

その理由として、東西に細長い地形であり、かつ交通の動脈となる道路が少ないという、
地理的な問題が1点目の要因となります。また、公共交通機関等の整備が難しいということ

が2点目の要因も存在しています。

そのため、交通手段が十分に確保されていない地域が発生し、そうした地域においては、買い物弱者の発生や、高齢者の閉じこもり、といった課題の発生が懸念されています。

さらに、これまで主に山の手の住民によるボランティア活動が盛んな大磯でしたが、その当時のボランティアの方々が高齢化したこと、また、次世代を担うボランティアの後継不足といったことに起因し、担い手が減少・不足している点も課題となっています。

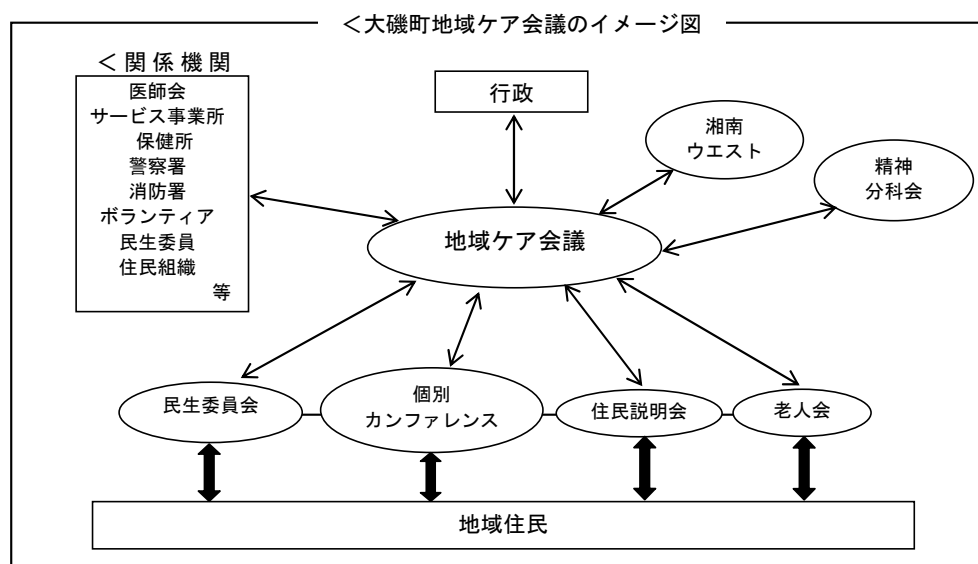
（大磯町の地域包括支援センターと地域ケア会議の概要）

大磯町の地域包括支援センターは委託型で1か所設置されています。また、日常生活圏域は、地域特性や人口規模を踏まえたうえで、町全体を1つの日常生活圏域として設定しています。

大磯町の地域ケア会議は、1つの会議で、個別ケースの支援内容の検討から地域課題の抽出・発見、解決へ向けた検討まで幅広く一体的に取り扱います。また、行政施策等の事前検討や連絡を行う会議としても活用されています。

そして、地域ケア会議により出された提言や課題の解決法は、地域にある様々な機関や組織で行われる会議と連携し、保険者へとつなげていくことや、地域住民に浸透させていくことになります。

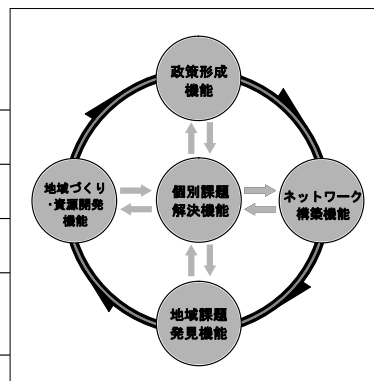
すなわち、大磯町における地域ケア会議は、行政・事業者という垣根を越えた共通の場として、様々な課題の解決に向けた検討を行う役割だけでなく、様々な取り組みの中における潤滑剤やギアのような役割をも果たしています。



(1) 大磯町地域ケア会議

(会議概要)

開催頻度	定例(毎月第3金曜日)
主催	地域包括支援センター
会議運営	地域包括支援センターの裁量に任されている
会議の目的	個別ケースの課題整理・解決、地域課題の発見・解決、参加者による意見交換 等
会議の持つ機能	個別課題解決機能、地域課題発見機能、ネットワーク構築機能、地域づくり・資源開発機能、政策形成機能
見込まれる成果	個別課題解決、地域課題発見、ネットワーク構築、地域づくり・資源開発、政策形成
対象範囲	町全域
会議参加者	地域包括支援センター職員、医師会、町福祉課、県保健福祉事務所、居宅介護支援事業者、その他必要に応じて招集
進行役	地域包括支援センター職員
事例選定方法	各事業所を中心として、参加者より随時受付



(大磯町地域ケア会議とは)

主に事例検討を中心に行い、当該事例から派生する諸問題の解決の糸口を探る会議としての位置づけとなっています。また、事例検討の場としてのみならず、保険者・被保険者双方が利用者支援という共通の目標を確認する場としての意味合いも有することから、参加者の現在の状況を確認し、制度や地域の情報を共有することにより、「地域住民が常に暮らしやすい街づくり」を実践する際に有効活用するための礎を築くことも目指されています。

(参加者・司会等)

○地域ケア会議の参加者は、コアとなるメンバーはいるものの、会議委員委嘱という形式は取らず、事例に関係する者の出席を促す形式で行われます。

主な参加者には、医師会、町福祉課、県保健福祉事務所(保健福祉課、保健予防課)、居宅介護支援事業者、地域包括支援センターの3職種がコアとなりますが、必要に応じて、警察署や消防署、消費生活担当所管課(神奈川県含)、民生委員、社会福祉協議会、町外の事業所等を招集することも考えられます。

参加者の総人数は概ね12～13名程度で構成されます。

なお、会議の進行は地域包括支援センター職員が担います。

(事例選定)

○地域ケア会議で取り扱う事例は、基本的に各事業所からの随時受付としています。

そのため、事例提出を強制することはありません。

事例コラム

〈ゴミ収集の事例から、地域の「ゴミ出し」施策への展開〉

自力ではゴミ出しが行えないAさんのケース

ゴミの収集法として、ヘルパーが前日のうちに収集場所へと置いてくる、という形式を取っていたAさんであったが、その地区で不審火による火災が発生したことで、夜間（前日）にゴミを外へと置いておくことが地区として認められなくなってしまった。

そのため、困難を感じたAさんの担当介護支援専門員より地域包括支援センターへと相談がされ、地域ケア会議での議題とする運びとなった。

地域ケア会議での検討の内容を受け、地域包括支援センター職員により再整理を行い、その後、地区民生委員や近隣住民などを含めた担当学会議の場において、支援の応援が依頼された。

その結果、民生委員を媒介として、地域住民が協力体制を敷くインフォーマルチームが形成され、Aさんをはじめ、同様のケースについてのゴミ出し支援が行われることとなった。

同地域ケア会議において、Aさんのケースのみならず、地域に同様の事例が多いことが確認され、地域課題として顕在化が図られた。

そのため、地域ケア会議の席上にて課題提起し、行政施策での対応の是非についての検討、および地域課題解決におけるメリット等についての整理が行われた。

地域包括支援センターにより、地域ケア会議で整理されたことで明確化された地域課題を行政へと伝え、かつ課題に対する施策の具体的なイメージや、施策を展開するにあたってのそれぞれの機関の役割等についても明確化が図られた。

その後、ゴミ出し困難世帯のゴミを個別に収集するモデル事業が始まることとなる。

地域包括支援センターが地域ケア会議を活用し、町民の実態把握のための事例収集を行い行政へと提出、それらをもとに行政・地域包括支援センターの協働により、モデル事業対象者の選任や事業実施におけるフロー等を作成、本格的なモデル事業のスタートへとつながっていった。

モデル事業内において、地域包括支援センターは利用者の利用状況等についてのモニタリングを行い、地域ケア会議を活用し整理された内容を行政へと伝えるアドボケイト機能を担った。

2年間のモデル事業を経たのち、制度化され、現在では在宅生活を営むうえでの安心の担保となっている。

2. 大磯町における地域ケア会議運営

(1) 大磯町の「参加したくなる地域ケア会議」づくり

大磯町では地域包括ケアを実現する上での重要な一手段として地域ケア会議の運営を行っています。人口約33,489人、かつ面積が17.23Km²という比較的小規模な町村であること、および地域特性などを考慮し、行政や事業所の垣根を越え、さらに参加者内での上下関係等を作らない、メリットを感じることでできる「参加したくなる地域ケア会議」の構築が目指されています。

参加者が主体的に会議へ参加することで、主催者である地域包括支援センターや参加者間での双方向のやり取りが実現され、その結果としての多職種の主体的な連携構築・関係性の向上（チームとしての共通言語や共通認識、一体感の獲得）が図られることで、地域包括ケアの実現、更には「安心して暮らせる地域」をつくることを目指します。

(2) 地域ケア会議運営上の考え方・具体的手法

(地域ケア会議の場の基盤づくり)

- 参加者が「招集されたので参加する」地域ケア会議にすることなく、「主体的に参加する」地域ケア会議の実現が、地域ケア会議の目的を達成するためにも重要になります。そのため、地域ケア会議の設置主体である地域包括支援センターが率先して、参加者間での人間関係の形成、および会議進行の手法などを例示するといった、地域ケア会議の雰囲気と基盤づくりに取り組んでいます。
- 取り組みの例として、大磯町では、会議開始前の雰囲気づくりの一環として缶ドリンクを活用しています。様々な種類のドリンクを用意し、会議開始前に集まった参加者に対し「どの飲み物がお好きですか?」「好きなものをどうぞ」というきっかけでコミュニケーションを図っています。その際、会議内容に関係のない世間話などを行うことで、会議だけに捉われない人間関係の形成を促進させています。
- 介護支援専門員が自主的に事例を提出し、主体的に会議に参加できるための基盤づくりが重要となります。そのために、地域包括支援センターの抱える支援困難事例を地域ケア会議で検討し、地域包括支援センター職員自らが見本となり示すことから取り組みました。その結果、介護支援専門員が地域ケア会議に対し、自主的に事例を提出するようになり、「主体的に参加する」という認識が根付いてきました。

(会議に出席するメリットの創造)

- 大磯町地域ケア会議では、支援困難事例を提出した介護支援専門員が、必ず「おみやげ」(メリット)を持ち帰れるようにすることを心がけています。
その内容としては、課題解決へ向けての様々なバックアップを行うことと、それを通してスーパーバイズやOJTを行うことで介護支援専門員の資質向上にも働きかけています。
- 大磯町地域ケア会議では、行政施策や要綱、利用者通知文の事前チェック機能として保険者が地域ケア会議を活用しています。
同時に、行政や事業者という垣根を越えてのアドボケイト(権利を代弁する)機能も、会議機能として含めているため、立場が関係なく自由な発言ができる場としてのメリットが創造されていることが特徴的です。
また、行政だけに限らず、医師会や各事業所の、諸々のインフォメーションを行う情報共有・拡散の場としても活用しています。

(開催日程・開催時間について)

- 大磯町の地域ケア会議は毎月一回で定例化されています。会議を定例化することで、参加者の毎月の予定を立てやすくすると同時に、参加すべき「仕事」としての認識を高めることを狙いとしています。

（目的に合わせた参加者選定）

○地域ケア会議の目的を常に参加者間で共有し、円滑かつ効率的に会議を行うことは重要です。そのためには、同じ目線で、同じ目標に対して、様々な職種からのアプローチができる会議とするための適切な参加者を招集しつづけることが必要になることから、大磯町地域包括支援センターでは、参加している各団体との関係性構築に力を入れており、対象事案に合わせた柔軟な参加者選定を行っています。

○例えば、医師会からの参加者の場合、地域ケア会議に寄せられる様々なケースを見通したうえで、医学的な発言が行え、かつ在宅医療への理解がある医師の参加が望まれます。しかしながら、地域ケア会議出席を担当している医師の異動等の理由により、出席できなくなってしまった場合、地域ケア会議の機能や効果が変わってしまう場合が考えられます。

そのため、大磯町地域包括支援センターでは、常に適切な医師に参加してもらい、地域ケア会議の質を安定させるため、医師会および担当者とコミュニケーションを図り、地域ケア会議についての十分な理解をしてもらうために働きかけています。

（顔の見える関係性の構築）

○地域ケア会議の参加者である医師会や事業所に対する伝達事項がある際は、たとえ封筒一通分のものであったとしても、出向いて手渡しすることを心がけています。その際、同時に地域ケア会議での次の議題の共有や相談を行ったり、運営に関する話をするすることで、情報伝達だけでなく、顔の見える関係づくりや、連携を深めていくきっかけとしています。

（課題の解決へ向けた取り組み）

○地域ケア会議を通して発見・整理された地域課題やその対処法は、地域包括支援センターにより様々な機関や組織で行われている会議へと伝達されます。その例として、民生委員会や、老人会・住民説明会といった地区で行われる会議へと地域包括支援センター職員が出向き、地域ケア会議で整理された情報を伝えることで、その内容を地域活動へと反映をさせています。

○個別ケースについての他機関や他の会議との関連性として、個別カンファレンスとの連携があげられます。実際に支援を行う関係者が集まり開催されるカンファレンスで取り上げられた課題などを地域ケア会議で協議、その結果をカンファレンスへとフィードバックする、という一連の連携システムを構築しています。

○地域課題を解決するうえで、行政との連携が欠かせなくなります。そのため、大磯町の地域ケア会議には毎回行政の担当者が参加し、地域の現状や課題を常に共有する体制を敷いています。

課題解決へ向け、具体的な事業等が始まる際には、その内容により、行政と地域包括支

援センターの協働体制を取ることや、事業の推進のために地域ケア会議を活用する、といった連携が取られます。

(町単位を飛び越えたネットワークによる取り組み)

- 大磯町の隣町である二宮町との合同連絡会として、「湘南ウエスト大磯二宮介護保険事業者連絡会」(以下：湘南ウエスト)があります。この連絡会には大磯・二宮でサービスを提供している全ての事業所が参加するもので、参加事業所数は100以上となっています。事務局は大磯・二宮の両地域包括支援センター(共に委託型)が合同で行っており、保険者を飛び越えての運営体系となっていることが特徴的です。

大磯町と二宮町それぞれで行われる地域ケア会議を通して、類似した地域課題が発見された際などは、広域的な解決を図るため、湘南ウエストが活用されています。

例えば、地域ケア会議において、地域に必要なと思われる研修等が発案され、その内容が両地域共通の利益をもたらす場合、湘南ウエストにおいて研修の実施についての是非を尋ねる、または周知・告知といったインフォメーションに活用する、さらには湘南ウエストそのものを研修の場とする、といった活用が行われます。

- 精神障害・認知症の分野での取り組みとして、平塚市・大磯町・二宮町の範囲で行われている会議として、「平塚市障がい者自立支援協議会地域生活支援部会精神分科会」があります。この分科会では精神障害、認知症のケースを持ち寄り、その検討を通じて、それぞれの地域の共通課題の整理を行ったり、困難ケースの解決を地域を越えて図っていくものです。

その背景として、大磯町・二宮町には精神科の病院が無く、入院の必要があるケースの場合、平塚市の病院を利用することが多いためです。

地域ケア会議において解決が困難であったり、地域の課題として整理された事例等を、この分科会へと提出し、その解決を図るといった町の単位を越えた課題解決の工夫がされています。

(3) 地域ケア会議の今後

(地域の方々と地域ケア会議のつながりの強化)

- 大磯町の地域ケア会議は、「地域ケア会議を軸として、様々な会議や機関と連携し、課題を解決していく」スタイルで構築されています。そのため、地域と地域ケア会議の間における情報発信・収集も、様々な会議や機関と連携することで行なわれています。

今後、より効果的かつ迅速な情報共有を可能にするため、必要に応じてダイレクトに地域ケア会議と地域の方々をつながられる体制を構築することを検討しています。現在は、その形態について、現在の地域ケア会議への参加を促す形で行うのか、新たな会議を新設するのか、個別ケースのカンファレンス等との連携をより強化することでシステムとして成り立たせていくのか試行錯誤を重ねています。

事 例 コ ラ ム

〈虐待事例等における施設入所要請ケース〉

ケースを担当する介護支援専門員より、虐待により一刻も早い施設入所が必要であると判断されたケースが地域ケア会議の議題として提出された。

当該ケースについての地域ケア会議が開催され、参加者による検討を経た結果、介護老人福祉施設への入所が必要であると結論づけられた。

そのため、地域ケア会議での検討内容を地域包括支援センターが再整理・文書化し、施設への「入所要請に係るお願い」として送付を行った。その内容は、「入所申請についてのお願い」「対象者の基本属性、および身辺状況」「地域ケア会議における検討内容」等が盛り込まれたものであり、地域包括支援センターの名前で施設へと送付される。

それを受けた施設で、その内容についての妥当性が確認され、当該ケースの利用者の施設入所の順番が早められることとなった。

この施設入所要請に係る一連の働きかけは、大磯町独自の地域ケア会議機能として継続的に行われている。

本取り組みについては、法的根拠や条例等の後ろ立てといったものがないため、強制力を有していない。本取り組みが成り立つ背景には、地域包括支援センターの日頃からの活動による、地域包括支援センターと施設の間における関係性・信頼性があり、その構築が重要である。そのため、大磯町地域包括支援センターでは、諸施設との間における「地域のビジョン」の共有、地域ケア会議における多職種による検討内容の公平性の担保を徹底している。

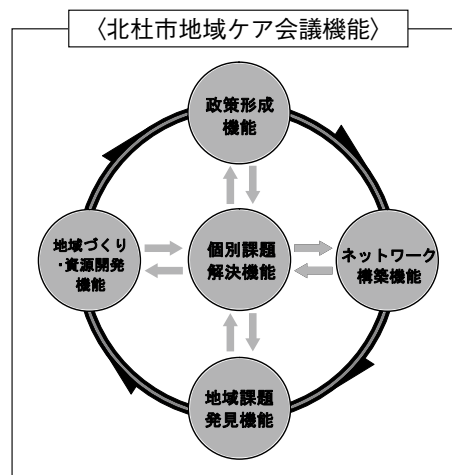
2 山梨県北杜市 北杜市地域包括支援センター

1. 北杜市における地域ケア会議の概要

人	口	:	約49,327人		
高	齡	化	率	:	30.7%

地域包括支援センター設置数	1 か所
直 営	1 か所
委 託	0 か所
サ ブ セ ン タ ー	0 か所
ブ ラ ン チ	0 か所
そ の 他	8 か所 (総合支所×8)

(平成24年4月現在)



(北杜市と地域包括支援センターについて)

山梨県の北部に、八ヶ岳南麓地域、釜無川流域地域として位置している北杜市は、平成16年の7町村合併(明野、須玉、高根、長坂、大泉、白州、武川)、さらに平成18年の小淵沢町との合併により誕生した、県内で最も面積の広い市です。

介護事業所や従事する介護支援専門員などの入れ替わりが少ないことや、市町村合併により、地域包括支援センターに各業務におけるリーダークラスの力量を持った人材が多く集まったことなどが北杜市の特徴としてあげられます。

(特徴的な地域課題)

平成24年現在北杜市には認知症高齢者が多いという特徴があります。また、市民性としてボランティア活動が活発でなく、高齢者世帯、老老介護が多いなど、介護力が弱いという実態も存在します。

町村合併の背景から、圏域ごとの地区特性が色濃く存在しているため、それぞれの地区の、ヒトやモノ、土地柄などについての特徴から、圏域ごとに異なる課題が発生しますし、また、そういった地区ごとの課題に対応することが北杜市として求められる働きとなります。

(北杜市の人口と高齢化率)

人口は減少傾向にあり、現在約49,327人。高齢化率は上昇傾向であり、現在30.7%となっています。(平成24年4月現在)

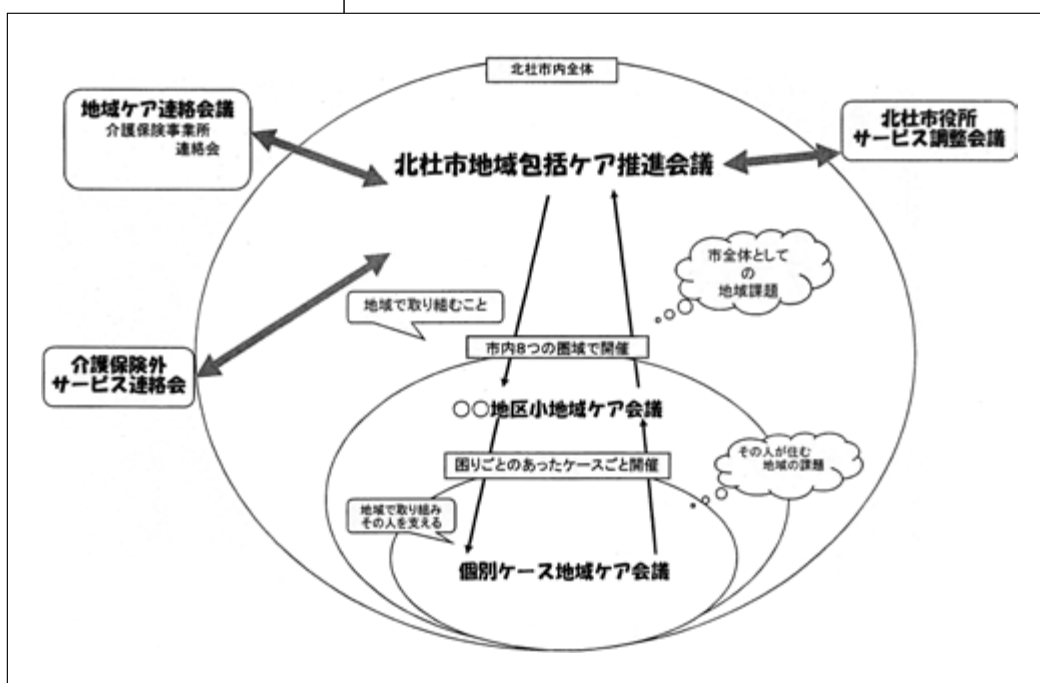
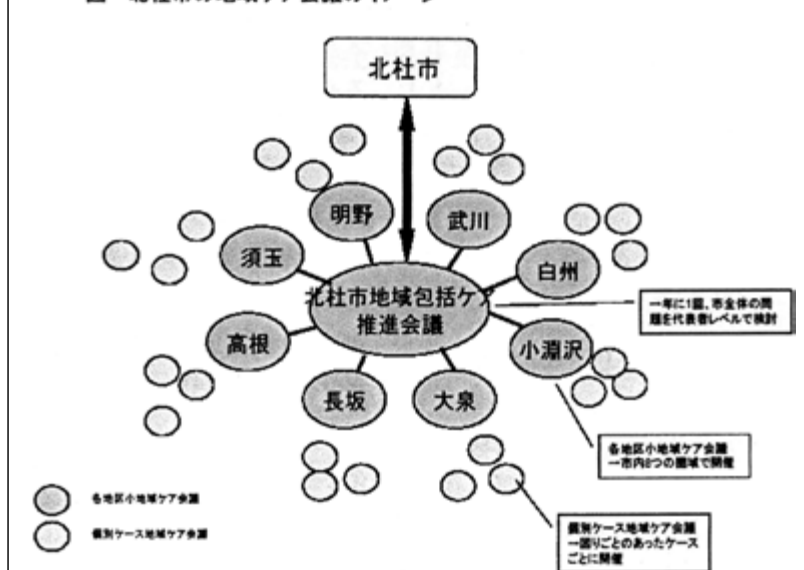
また、高齢化率は上昇を続け、平成37年には高齢化率40%を超えることが推計されています。また、後期高齢者の数が前期高齢者の数を上回り、その後、後期高齢者数は増加を、前期高齢者は減少していくと推計されています。

(北杜市の地域ケア会議と地域包括支援センターの概要)

北杜市で実施されている「地域ケア会議」は、8地区ごとで開催される「個別ケース地域ケア会議」「各地区小地域ケア会議」、北杜市全体規模として開催される「北杜市地域包括ケア推進会議」の3つの会議が軸となり構築されています。これらの会議は、個別の課題を解決し、そこから見つかる地域の課題を小地域ケア会議で取り上げ、さらに地域包括ケア推進会議へと上げていくという形で、階層的に連携し、機能しています。それらの会議を統括・運営する地域包括支援セ

ンターは、直営型で1か所配置されているほか、8地区に1か所ずつ総合支所（市区町村役場と同等の権能を有する出張機関）が配置されています。

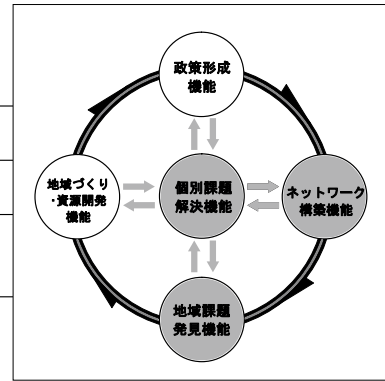
図 北杜市の地域ケア会議のイメージ



(1) 個別ケース地域ケア会議

(会議概要)

開催頻度	非定例
主催	地域包括支援センター
会議運営	地域包括支援センターの地区担当者ごとの裁量に任されている
会議の目的	ケース関係者により個別課題解決のための手段を検討する。またその中で、役割分担や関係性の構築を行い、さらに地域課題を探る。
会議の持つ機能	個別課題解決機能、地域課題発見機能、ネットワーク構築機能
見込まれる成果	個別課題の解決、地域課題の発見、ネットワーク構築
対象範囲	それぞれの地区担当者の担当圏域内における個別ケース
会議参加者	固定参加者：個別ケース家族、地域包括支援センター職員 会議参加者：郵便局、農協、介護支援専門員、民生委員など、ケースを取り巻く人々。 ケースにより参加者は異なる。
進行役	地域包括支援センター職員（固定）
事例選定方法	地域からの通報、介護支援専門員からの相談



(個別ケース地域ケア会議とは)

地域包括支援センターの地区担当者が、それぞれ受け持つ地域の中に生活課題を抱える個別ケースがあった場合に、ケースに関わる（または今後関わり得る）関係者と会議を持つことで、ケースの課題を共有し、顔を合わせる機会を作っています。個別ケースの支援にあたって役割分担をするとともに、個別ケースの中から把握できる地域課題を探ります。

単なる担当者会議ではなく、地域包括ケアを推進するためのファーストステップとしての会議として位置づけられています。

(事前準備・司会等)

○参加者の選定・招集、開催日程調整、関係資料の準備、当日の司会進行等は、基本的に地域包括支援センター職員が行います。

(開催日程)

○北杜市における個別ケース地域ケア会議は定例化されておらず、必要に応じて随時開催されます。至急の対応が必要な事例であれば、相談を受けてから数日以内に会議を開催しますし、会議の内容に広がりを持たせるため、時間をかけた事前準備・調査を基に会議を開催する場合があります。

(参加者)

○ケースごとに参加者を選定し、主に、本人・家族・親族・近所・地域の世話役・保健福祉推進委員・消防署団員・駐在所・主治医・介護支援専門員・介護保険事業所担当者・関係行政担当者・地域包括の地区担当など、で構成されます。

事例コラム

ある男性が地域包括支援センターの支援相談窓口を訪れ、認知症の症状がみられる叔母の80代女性（以下「女性」）と、その息子で脳性麻痺を患っている50代男性（以下「息子」）が二人で暮らしており、家の中でいざ何か問題が起こった際、自力では助けを呼べない可能性があり、心配であるという相談であった。その相談を受けた後、地域包括支援センター職員による自宅訪問等を経て、この家族の事例を個別ケース地域ケア会議で検討した。

個別ケース地域ケア会議には、地域包括支援センターにより女性・息子・相談者を含む親戚、近所の理解と見守り等を促進するために重要であると考えられる近隣住民、サービスの利用を考えるに当たり必要である事業所の関係者、民生委員等が招集された。

会議ではまず相談者により女性と息子の生活の状況、また何が問題か説明がされ、生活の状況や問題点を共有、次に、近隣住民から普段の買い物の様子など、多方面からの情報が共有された。

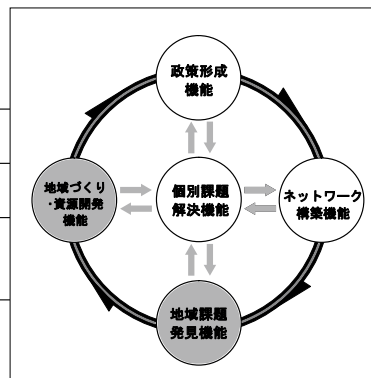
その後、具体的な解決策が話し合われ、これから何を行っていくべきか、また、もし今後さらに状態が悪化した場合はどのようなサービスを受けるべきか、家族や地域住民はどのような対応をするべきか、困った時の連絡先の共有、などが決められていく。

初めてケア会議に参加した家族は「会議に当たってどんな心構えで参加すれば良いのか不安であったが、行政の人と一つの家庭のことでこんなにも話ができるとは考えなかった。つながりを持つきっかけになった」とコメントした。

(2) 各地区小地域ケア会議

(会議概要)

開催頻度	非定例
主催	地域包括支援センター
会議運営	地域包括支援センターの地区担当者ごとの裁量に任されている
会議の目的	個別ケース地域ケア会議の事例を地区単位で集約し、情報の共有・課題の検討を行う。
会議の持つ機能	地域課題発見機能、地域づくり・資源開発機能
見込まれる成果	地域課題の発見、ネットワーク構築、地域づくり・資源開発
対象範囲	8つあるそれぞれの圏域
会議参加者	地域包括支援センター職員、自治体の介護保険担当部署職員・高齢者福祉担当部署職員、自治会・町内会の関係者、民生委員、等
進行役	地域包括支援センター職員（固定）



(各地区小地域ケア会議とは)

個別ケース地域ケア会議を積み重ねることにより浮かび上がる地域課題について、情報の共有、地域を代表する組織として解決に向け必要な具体策の検討、解決に向け実践していくうえでの役割の確認、新たなサービスの構築等に関する検討等を行う会議です。

(開催日程)

○各地区小地域ケア会議については、開催場所やベースは各地区の実情に合わせた開催を行うものとされ、開催は定例化されていません。例えば8町それぞれで開催されている民生委員会、区長会、地域委員会、社協支所長会、地区医師会などに合わせ、その会議の参加者や、議題として取り上げる地域課題等が適切な場合、地域ケア会議の一角として開催されています。

事 例 コ ラ ム

個別ケース地域ケア会議の中で、「地域の中に、自力でのSOS発信が困難であると思われる世帯が多く存在しているかもしれない」という意見が出たことがきっかけとなり、SOS発信困難世帯の存在が地域課題として見出された。そして地域包括支援センターがその課題について民生委員へ相談を持ちかけ、地区小地域ケア会議で検討されることとなった。

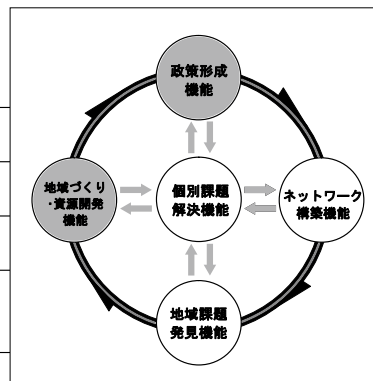
地区小地域ケア会議で、具体的に民生委員としてどのような働きかけが可能であるか検討され、地域での影響力を持つ人物や民生委員、区長、婦人会などの団体で協力し、SOS発信困難世帯のリストアップを行うことが決定し、実行された。

リストアップされたデータは、これまでの活動により培われたネットワークを活かし地域の中で共有され、見守りや声かけといった、実動の中で活かされている。

(3) 北杜市地域包括ケア推進会議

(会議概要)

開催頻度	定例(2回/年)
主催	保険者・地域包括支援センター
会議運営	市単位で運営が統一されている
会議の目的	市単位の課題に対し、代表者レベルで解決手段の検討を行う。
会議の持つ機能	地域づくり・資源開発機能、政策形成機能
見込まれる成果	地域課題の発見、ネットワーク構築、地域づくり・資源開発、政策形成
対象範囲	北杜市全域(市区町村レベル)
会議参加者	地域包括支援センター職員、行政職員、社会福祉協議会、警察署、消防署、民生委員、NPO、介護支援専門員、介護保険事業者、被保険者、医療機関、区長会等代表、等
進行役	介護保険担当部署職員(固定)



（北杜市地域包括ケア推進会議とは）

個別ケース地域ケア会議・各地区小地域ケア会議で見出された地域課題を中心に、地域ケア連絡会議（介護保険事業所連絡会議）、介護保険外サービス事業者連絡会、総合事業担当者会議などを通じて出された、解決困難な問題や、広域的な問題を代表者レベルで検討する会議です。

地域包括ケアを推進し、高齢者が住み慣れた地域で安心して安全に暮らし続けられる仕組みや、新たなサービスの構築を図ります。

（参加者）

○北杜市地域包括ケア推進会議の参加者は、老人福祉計画・介護保険事業計画の策定委員候補を含め、各機関の代表者レベルで構成されます。

2. 北杜市における地域ケア会議運営

（1）北杜市が地域ケア会議で目指す「地域の力」

○北杜市では地域から出た個別課題を関係者とともに検討し（個別ケース小地域ケア会議）、それを積み重ねていくことで、地域を見据えることができる人材やネットワークの増強を図り、地域の課題解決能力を向上させていくこと、すなわち「地域の力」を養っていくことを、地域ケア会議の獲得目標としています。

顔の見えるネットワークを構築し、地域力の向上へとつなげるには、長期的な目線で個別事例検討を積み重ねる必要があるため、その効果はすぐに目に見える形としては現れてこない傾向にあります。

そのため、地域包括支援センターは地域ケア会議に取り組んでいく中で、対外的にもわかりやすい評価指標として、目に見える具体的成果をあげ、モニタリングをしていくことに留意しています。

目指すべき軸となる「地域の力」づくりと、それを推進していく上での根拠となる具体的成果をもって、北杜市の地域ケア会議は運営されています。

（地域力の向上）

○地域の力として、サービス提供者や介護支援専門員などの介護職に限らず、たとえばケース当事者の近所の住民、地域の世話役、民生委員や消防署団といった、その地域に根差している全ての方が、高齢者がその地域で安心して自立した生活を送っていくための意識や視点を持ち、相互に協力し合いながら具体的に見守りや声かけといった行動をとれる力やネットワークの形成を目指しています。

○地域力が向上することで、地域の持つ課題解決能力や見守り等の予防力、気づきの力などが備わり、その地域における具体的な地域包括ケアの形が構築されていきます。

(2) 地域ケア会議運営上の考え方

- 地域づくりは効果が長期の目線で取り組む施策であるため、途中経過としての成果が目に見えて出てこない場合があります。そのため、目に見える指標として、例えば介護予防事業に取り組む中での成果として「介護保険料」や「要介護認定率」といったものに対する意識も大切となります。北杜市では目標となる地域づくりと成果のバランスを図りながら地域ケア会議が運営されています。
- 具体的成果を示唆するものとして、北杜市における第5期介護保険料基準額は3,833円であり、全国平均の4,972円と比較して抑えられています。また、北杜市の高齢化率は上昇傾向にあるものの、要介護認定率は平成18年度より横ばい（あるいは低下傾向）となっており、介護予防の具体的な効果として表れています。

(地域ケア会議運営におけるマネジメントの必要性)

- 北杜市では、8つの地区特性を理解し、それらを統括した上で地域ケア会議の効果と目標のバランスを考える役割を担う人物をおいています。地区担当者が担当地区の把握を深められるよう支援し、また、担当者からの地区に関する報告や、より広域な地域の現状を受け、地域ケア会議を運営する上での方向性をマネジメントしていくことが重要な役割となっています。

また、地域包括支援センター職員の業務は多岐にわたりますが、北杜市の目標である地域力の向上に関する取り組みに、少しでも多くの人員を配置できるようなマネジメントを行っています。

(地区の状況に応じた考え方)

- その地区それぞれに対応した施策や方針を打ち出すことが重要となります。北杜市においても各地区により異なる特性があるため、それに対応した考え方が持たれています。例えば、別荘地を多く有する地区は、転入が多いなどの理由から、近隣住民や医師、行政などとの関係性が希薄になりやすいことという地区特性があります。そのような地区では、近隣との関係性が強い住宅地などの場合とは異なり、まず小さな関係性から作り上げていくことが最初のステップとなります。

- 地区により、地域ケア会議に対する理解にも違いが見られる場合があります。

例えば、介護支援専門員の地域ケア会議に対する受容に違いが見られる場合があげられます。一度（または数度）地域ケア会議を体験することで、その後、積極的に地域ケア会議を活用する介護支援専門員が生まれやすい地域がありますし、その一方で、何度か開催しても地域ケア会議に対する理解を得にくい、積極的に活用していくスタンスになりづらいという地区も存在します。

後者の地区の場合には、継続的に地域ケア会議への介護支援専門員の参加を呼びかけ、地域ケア会議の有用性や理解を浸透させていくこととしています。

(3) 地域ケア会議運営上の具体的手法

①保険者と地域包括支援センターの連携

○北杜市では保険者と地域包括支援センターの立場を明確に分けた役割分担を行うことで、効率的な地域ケア会議の運営を図っています。

例として介護支援専門員との関係において、保険者は介護支援専門員に対し助言や指導を行う立場として、地域包括支援センターは困りごとがある介護支援専門員をサポートする立場として、それぞれの視点で役割分担し、関わっています。

②個別ケース地域ケア会議運営上の手法

(事例の選定・発見方法)

○個別ケース地域ケア会議の議題として選定されるものとして、地域住民や家族などから通報があったケース、または介護支援専門員が困難を感じ、地域包括支援センターに相談をしたケースがあります。

またそれに限らず、地域包括支援センターが総合相談支援業務としてスクリーニングを行っていく中で、地域ケア会議の開催が必要と思われる事例を取り上げます。

○地域の人の声から困りごとを見つけ出し、地域包括支援センターから声をかける働きも重要です。その際、雑談の中からも困りごとを拾い上げられるよう、ささいな言葉にもアンテナを張ることに留意しています。

(アセスメントの重要性)

○選定された事例の問題点を解決に導き、個別ケース地域ケア会議による成果を得るため、地域包括支援センター職員（担当者）はそのケースにおける問題点を把握し、解決に導くための筋道を立てて、会議に臨みます。

そうした筋道を構築していくには、当該ケースに関わる様々な情報を持ち、それらの関わりを理解した上で、徹底したアセスメントを行うことが重要です。

○ケースの当事者に関係のある人物が少ない等の理由で、情報を集めることに対し困難が生じることも考えられます。そうした場合、担当者は、関わっている介護支援専門員がいるか、家族が近くに住んでいないか、といった情報を収集することから始め、たとえば介護支援専門員がいた場合は、事前に打ち合わせを行い、さらに少しでも多くの情報を収集する努力をします。

○問題点を整理し、アセスメントを進めていく上で、担当者には地域の理解が求められます。地域を理解することとは、地域資源として何があるか、その地域にはどのような人がいるのか、といった地域特性を知識として持っているということです。

また、アセスメントだけに限らずその先に問題点の解決を見据える上で、地域における顔見知りの関係をいかに構築しているか、事業所との関係性が築けているか、といった、地域との関わりの強さも重要です。

(参加者の選定・招集、会議日程の決定プロセス)

○担当者は会議参加者を選定するにあたり、「本人がその地域で暮らし続けていく上で重要である人物」という視点で行います。その際、家族などはもとより、医師や介護支援専門員、事業者、あるいは警察署や消防署といった専門職、さらに近隣住民や地域住民など、広く「問題を解決するにあたり必要な人物」から選定します。

○会議日程は、選定した参加者の中で、問題解決における重要度を順番づけし、より重要度の高い人物から順番に調整を図ります。

例として、認知症による徘徊などの症状で近隣住民が迷惑を感じているが、近隣住民は本人が認知症だということを知らない、というケースにおいて、近所の方やサービス事業所の協力を求めることよりも、まずは認知症であることを周囲に理解してもらった方が良い場合があります。その場合、最優先される参加者は病状を証明・説明できる医師であり、次にそれを理解してもらうべき家族や近隣住民、その後に普段から見守りをしてくれるかもしれない地域住民や警察署や消防署、という形で重要度を設定し、優先的に日程調整を行っていきます。

○各地区小地域ケア会議は、各地区で行われている民生委員会や区長会を活用し、日程や参加者はそれに合わせる形で開催されています。

このように、地域に既に存在する他の会議を有効活用し、地域づくりを推し進めていくことは重要です。

③北杜市の目指すネットワークの構築に向けて

(具体的なネットワーク)

○北杜市地域包括支援センターの基本的な考え方として、「1人の事例を皆で共有し、そこから様々なことを学び、そして北杜市全体へとつなげていく」というものがあります。同じ事例を共有することで、問題点や解決へのプロセスだけでなく、事例と向き合う心構えも共有できるため、関係者同士の結びつきが強い「具体的なネットワーク」が構築されることを目指しています。

(顔の見えるネットワークを拡大していくための働き)

○「1人の事例」の共有を広げていくため、民生委員会や区長会、地域委員会、社協支所長会、地区医師会などの会議に、個別ケース地域ケア会議の事例を紹介し、そのケースに対する関わり方の検討を行っています。

○地域包括支援センターは、地域ケア会議を通して警察署や消防署といった他の機関との関係性の構築・目標の共有を図ります。地域ケア会議への参加により異なる機関同士の顔が見え、具体的な事例を重ねることで目標が共有されていくことで、互いの認識が深まり、相互連絡・相互協力を取り易くなります。

また、その積み重ねにより、参加する専門職同士のやり取りが熟成されていき、互いの

専門性を認め合い、活用し合えるようになります。

- 初めて地域ケア会議への参加を求める場合や、関係を構築しはじめようとする際は、地域包括支援センター職員は足を使い、出向くことが意識されています。地域包括支援センターの熱意を伝え、会議への参加や協力を得ることに対する意識と行動を重視しています。

例えば警察署などに対し、地域ケア会議への参加を呼びかけるときに、地域ケア会議に対する認識がないことや、自分の業務外であるという認識を持たれてしまうと、それが弊害となり、なかなか協力が得られないということがあり得ます。そこで、電話で参加の呼び掛けをするだけでなく、地域包括支援センター職員が直接訪問し、地域ケア会議とは何か、何が理由で協力を求めているのかなどについて説明を行い、課題の共有・理解と協力を得られるよう働きかけます。

(4) 北杜市における地域ケア会議の今後

- 現在の前期高齢者が後期高齢者となり高齢化率が上昇する時期には、現状の体制では高齢者を支えていくことが困難になるため、さらなる地域力の向上につながる体制強化・システムの構築が必要となります。

そのため、地域ケア会議を活用した人材育成とネットワークの強化が重要になります。

(人材の数と質に対する働きかけ)

- 関係職員のモチベーションの維持・向上を図るため、地域づくりに取り組む上での指標となるような、中間目標を具体的に設定すること、また、それを達成していくことが目指されています。職員の資質向上のためにも、モチベーションの低下を招くことのない運営が求められていきます。
- 北杜市地域包括支援センターの各地区の担当者には専門職を配置しています。部署異動等のない職員を配置し、地域理解を深めていくことで、より効果的に今後の北杜市の介護を担う人材を育成しています。

(ネットワークの拡大・強化に向けた働き)

- 今後さらに各地域における「顔の見える具体的なネットワーク」を拡大し、より深めていく観点から、個別ケース地域ケア会議事例の提供・共有を行う対象を現在の民生委員会、区長会、地域委員会、社協支所長会、地区医師会などに加え、各地区においてその地区の問題を検討している「地域委員会」にも拡げていきます。
 - 各地区小地域ケア会議においては、より地区ごとの課題を整理・検討するための機能を明確にするため、これまでの地区ごとの民生委員会や区長会に合わせた開催方法から地域包括支援センター主導による開催へと移行することが目指されています。
- また、地区ごとの課題を集約し、それにより発見される地域課題を解決するための政策

形成や地域資源づくりを検討する場として、北杜市地域包括ケア推進会議の位置づけを明確にすることとしています。（平成25年度より年間3回の開催を決定）
それにより、個別課題から発見される地域課題を北杜市の政策へと上げていくネットワークを強化することが目指されています。

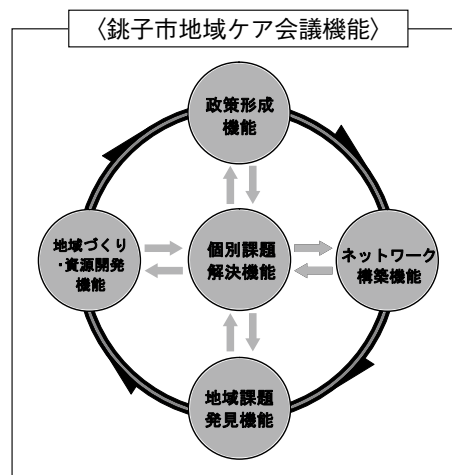
3 千葉県銚子市 銚子市地域包括支援センター

1. 銚子市における地域ケア会議の概要

人	口	:	約69,522人		
高	齡	化	率	:	29.9%

地域包括支援センター設置数	1 か所
直 営	1 か所
委 託	0 か所
サ ブ セ ン タ ー	0 か所
ブ ラ ン チ	0 か所

(平成24年11月現在)



(銚子市の特徴)

銚子市は千葉県の東端に位置し、利根川と海に囲まれています。そのため、保健所や警察署、消防署などのサービスが市内で完結しているという特徴があります。地域産業として、漁業・水産加工業・醤油醸造業・農業があり、その半面、製造業・サービス業は少なくなっています。

生活圏域は東部・中央・西部の3圏域があり、主な職業や世帯構成など、それぞれに異なる地域特性を有しています。漁師の仕事の厳しさから「銚子の川口でんでんしのぎ」(利根川河口では昔から遭難が多く、嵐が来たら他の船を助けている余裕はなく、てんでに逃げろという言い伝え)がありますが、地縁や血縁による助け合いが今も残されています。

(人口と高齢化率)

銚子市の人口は緩やかな減少で推移しており、ピークであった昭和40年代の91,000人強から、現在は約69,522人となっています。

高齢化率は緩やかに上昇を続けており、現在は29.9%となっています。

将来人口推計としては、平成37年には人口は約53,684人、高齢化率は42.7%、平成47年には人口は約42,264人、高齢化率は49.0%と推計されています。

(特徴的な地域課題)

銚子市の地域課題として、認知症高齢者が増加している点があげられます。また、単独世帯が増えてきていることも懸念材料となっています。

健康指標として、脳血管性疾患、心疾患、悪性新生物等の死亡率が高く健康寿命が短い点も特徴的です。

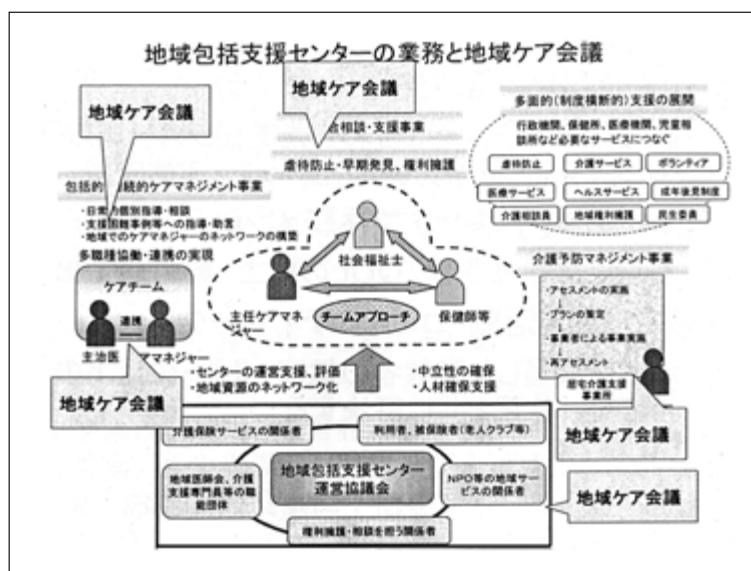
定年なく働き続けられる農家・自営業が多いことなどが起因し、ボランティアやNPO団体の人員が足りず、また、新たに参加する人員も少ないため、今後の高齢化率の上昇に伴い、

地区によっては支え手が足りなくなる場所が発生する可能性が懸念されています。

(銚子市の地域ケア会議と地域包括支援センターの概要)

銚子市で行われている地域ケア会議は、目的を達成するための手段として活用されており、これまでの地域福祉活動の蓄積を根拠に、銚子市における地域福祉の柱として抽出された「援助困難事例検討会」「医療と介護の連携のための基盤づくり」「認知症地域支援体制」「介護予防ケアマネジメント」「地区活動・コミュニティワーク」の5つを目標テーマとして掲げ、それぞれの中に課題の解決範囲に応じた地域ケア会議を適宜設置・運営しています。

また、地域づくりを行う視点から意図的に開催する会議は、全て地域ケア会議であると位置づけられ、地域包括支援センターが担うあらゆる業務の中で、必要に応じて設置・開催されています。

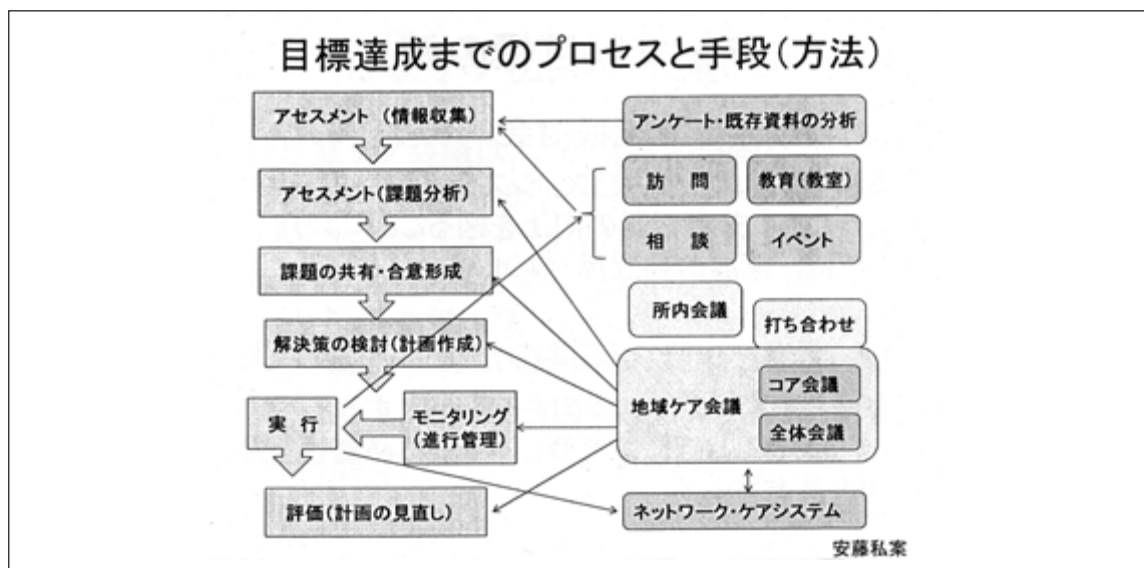


(銚子市の地域ケア会議例)

銚子市で地域ケア会議として位置づけられ、これまでに行われてきた、または現在行われている会議例として以下のようなものがあります。前述の柱となる5つのテーマに沿った会議が多く設置されていますが、実際行われている会議はそのテーマに沿ったものには限りません。

- ①孤立死防止モデル事業における民生委員・町内会役員との会議
- ②認知症ケア推進部会
- ③孤独死防止推進部会
- ④高齢者虐待防止ネットワーク会議(高齢者・障害者虐待防止ネットワーク)
- ⑤介護予防事業等検討委員会
- ⑥地域ケアサービス部会
- ⑦地域ケア実務者会議
- ⑧認知症メモリーウォーク実行委員会
- ⑨認知症高齢者見守りSOSネットワーク
- ⑩援助困難事例検討会
- ⑪地区民生委員・児童委員連絡協議会定例会への参加

○地域ケア会議は目標（例えば柱としている5つのテーマなど）を達成するための手段であり、会議の目的や内容も課題分析、課題の共有・合意形成、解決策の検討、モニタリング、評価などPDCAプロセスに沿って変化します。開催頻度や選定する参加者について、また、話し合い中心なのか研修会中心なのかといった方法もそれぞれの会議の目的ごとに異なります。



事例コラム

〈行政課題と地域の実態の両面が一致し、認知症地域支援体制の整備へ動き出した事例〉

認知症地域支援体制づくり推進に関する市町村セルフチェックシートを活用し、銚子市の認知症支援体制をチェックしたところ、支援体制に対する課題が様々発見された。そのため、これを銚子市における行政課題として取り上げる運びとなった。

実態としても、同時期、市内での認知症による徘徊・保護が増加を辿っており、認知症高齢者の地域支援体制づくりが地域の課題であることが浮き彫りとなった。

そのことから、平成22・23年に行われた地域包括ケア推進事業へ銚子市として手挙げをし、モデル市町村として地域包括ケア推進事業へ取り組む運びとなった。その際、介護保険事業運営協議会を「地域包括ケア推進会議」と位置づけると同時に、銚子市としての地域包括ケア推進事業の柱を認知症ケアと孤独死防止に設定し、認知症ケアの専門部会として「認知症ケア推進部会」を設置した。

認知症ケア推進部会の事務局は地域包括支援センターが担い、その参加者は医師会、薬剤師会、弁護士会、司法書士会、介護事業所、介護支援専門員協議会役員、保健推進員、高齢者代表、学識経験者が選定・召集された。

第1回の会議では、認知症高齢者の現状と課題を把握する、という趣旨のもと、様々なデータの収集・整理が行われた。そのデータをもとに様々な対策案が検討され、第2回の会議において、認知症の疑いがある高齢者に受診を勧め、その後のフォローまでをシステム化するための「物忘れ相談」を地域包括支援センター内に設置すること、及び「認知症見守りSOSネットワーク」の構築を行うことが認知症ケアの2本柱として決定され、その内容について検討が行われた。

その後、「物忘れ相談」に関しては医師会に説明会を実施、さらに協力を仰ぎ、現在では実稼動している。「認知症見守りSOSネットワーク」については地域ケア会議を活用し構築を行い、こちらについても現在は稼動している。

2. 銚子市における地域ケア会議運営

(1) 2つの出発点から取り組む地域づくり

銚子市では「高齢者が暮らしやすい地域づくり」を目標とし、地域ケア会議を活用して様々な課題に取り組んでいます。

地域ケア会議の開催は、個別事例を積み重ねていく中で、その地域に共通した課題を発見し、その解決を目指していくケースと、市として抱えている課題や、国や都道府県から施行された法律や条例、施策といったものを、その地域の環境や考え方、習慣といった地域特性を考慮したうえで、その地域に適用させていくという行政課題の解決を目指すケースがあります。

どちらを出発点にするにしても、それぞれがお互いに連動することが重要と考えています。

(2) 地域ケア会議運営上の考え方・具体的手法

(直営型地域包括支援センターの特徴)

○支援が必要な個人や関係者の情報を把握しやすいだけでなく、課題に対する判断が行政として素早く行えるうえ、市の職員がそのまま地域包括支援センターの職員であることで、地域住民や関係機関に安心感を持たれる点が特徴となります。

また、行政としての姿勢をストレートに表現した上で、解決策が政策形成に直結しやすい点があげられます。

(課題に対する地域ケア会議のエリア)

○行政課題について取り組む場合と、個別の問題に取り組む場合、また、そのケースにより、対象とする地域のエリアが変わります。そのため、地域ケア会議を開催する際は、小学校区域の課題なのか、もしくは町内単位であったり圏域単位の課題であるのかといった課題の解決に向け、必要とされるエリアを的確に捉えることとしています。

また、地理範囲的なエリアに限らず、関係機関の守備範囲的なエリアまで考慮しています。

○例えば、認知症高齢者の徘徊事例の場合、当事者一人のサポートネットワークを構築する場合であれば、町内単位であったり、民生委員の守備範囲となるエリアでの検討を行う地域ケア会議を開催します。銚子市として認知症高齢者の徘徊に対する支援策を構築する場合は、市全体の課題として、より広いエリアでの地域ケア会議を開催します。

(地域ケア会議開催に向けた事前準備)

○地域ケア会議を行う上で、最も重要視していることは、課題解決に向けたテーマ設定を明確に行うことです。設定されたテーマに対し、様々なエリアの中で、関係者を招集し、会議を行っていきます。

テーマを設定する際は、地域包括支援センター内での合意形成をはじめに行うことをポ

イントとしています。

- 地域ケア会議を開催する際、テーマ設定に基づき、重要と思われる組織や関係機関と事前に打ち合わせを行い、関係者から現状や課題、思いを把握して、会議が効果的に進められるようにします。
- 例えば、日常的な見守りや、緊急時の迅速な連携のためのネットワークを構築していく「認知症高齢者見守りSOSネットワーク」づくりのための地域ケア会議を開催する際は、要となる組織は警察署と消防署であるため、地域包括支援センター職員は事前の打ち合わせの場を設け、最初の段階での意見の擦り合わせ・合意を図るなど、会議や目的のイメージを共有します。その後、関係する全ての機関や住民の代表に対し、現状の課題と解決に向けた方向性を伝えて回ります。このようなプロセスを踏むことが、明確な指針を持った会議開催の助けとなっています。

（会議において検討を深めるための工夫）

- 継続的に開催される会議の場合は、参加者に自分の意見を十分に出していただけるよう、その課題についてどのようなことを考えているのかを文書化して提出してもらいます。そして、次回の会議開催前に可視化された意見を共有することで、参加者が主体的に参加でき、会議開催時により効率的に意見を深めていくための助けとしています。
- 解決策を考える段階での地域ケア会議の場合は、少人数グループにしてブレインストーミング法（集団発想法）による会議を行い、参加者が自由に意見を述べられる工夫を行っています。
- いずれの会議・会議法においても、参加者全員の意見を大切にする視点と、情報の共有に漏れが生じないように、地域包括支援センター職員がホワイトボード等に板書をしながら進行します。

（関係機関との連携）

- 地域包括支援センターの役割を地域にアピール（説明）し、関係機関との連携が取りやすくなるような、また、新たな関係機関が輪に入りやすくなるような体制を構築していくことが重要であるとしています。
- その上で様々な事例の成功体験を共有していくことで、より強固な関係性や連携力が築かれていきます。そのための成功体験共有の手法として、銚子市地域包括支援センターでは、地域ケア会議での検討を通じて行った活動を参加者にフィードバックしています。

（3）地域ケア会議の今後

（地域住民や関係機関との協働の更なる推進）

- 現在の銚子市は、テーマを持って事業を推進していくための基礎・基盤は整っているといえますが、地域資源としてボランティアやNPOといったものが少ない現状があります。

そのため、銚子の中から銚子を支えていく人を新たに生むような仕掛けづくりを行っていくこととしています。例えば孤独死防止モデル事業から育成した傾聴ボランティアや認知症サポーターなどを活用することや、広報として、人員が不足している事実、参加することの意義や利点といった情報を周知していく活動があげられます。

このようにボランティアやNPOのインフォーマルな支え手の不足を解消し、さらに、現在行っている事業や地域づくりにインフォーマルな地域資源を結びつけていくための情報を共有しています。

- 上記のようなことも受け、今後さらに地域ケア会議を、高齢者保健・医療・福祉・介護の課題への取り組みについて、関係機関と共に検討し対策を考える会議として、機能強化していくことが目指されています。

そうしていくことにより、行政のみでは把握しきれない地域の実態の把握が進むことや、関係者が増えることにより課題解決策が広がっていくこと、地域住民や関係機関自身での課題認識につながっていくと期待されています。

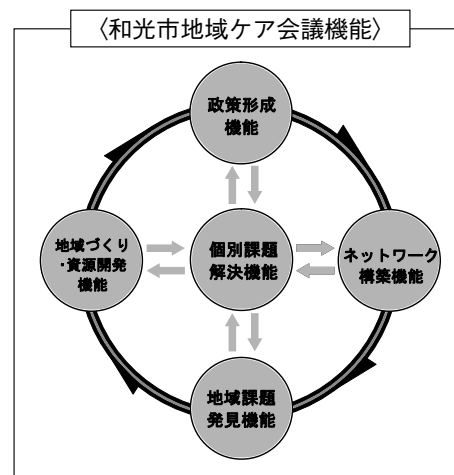
4 埼玉県和光市 和光市地域包括支援センター

1. 和光市における地域ケア会議の概要

人	口	:	約78,000人		
高	齡	化	率	:	14.5%

地域包括支援センター設置数	4か所
直営	0か所
委託	4か所
サブセンター	0か所
ブランチ	0か所

(平成23年4月現在)



(和光市の特徴)

1970年、埼玉県で29番目の市として誕生した和光市は、埼玉県の南端に位置し、西側に朝霞市、東側に荒川を挟んで戸田市、南側で東京都と隣接しています。市域は都心から15～20km圏内であり、交通の利便性もあることから、東京の近郊都市として発展してきました。

市の面積は11.04km²とコンパクトですが、介護事業所や医療機関も比較的多く、豊かな自然環境と、生活の利便性に優れた都市環境を有する市です。

(和光市の人口と高齢化率)

和光市は、交通の利便性などから「働き盛りの世代」の人口流入が続いているため、高齢化率は全国平均からすると低く、現在14.5%となっています。人口は上昇傾向が続いており、現在約78,000人です。(人口・高齢化率ともに平成23年4月現在)

将来推計としては、人口流入のペースが鈍っているため、人口はゆるやかに上昇を続けますが、高齢化は進み、平成27年には人口79,870人、高齢化率16.9%に、平成37年には人口83,618人、高齢化率18.3%になることが予想されています。

(特徴的な地域課題)

和光市の特徴的な地域課題として、地形的に坂道が多いということや、中高層住宅に住む地域住民の高齢化が著しいことなどがあげられます。

毎年行われているスクリーニングニーズ調査の結果を基に、地域課題の種類と量を把握・整理し、その時の和光市の特徴的な地域課題を抽出しています。

(和光市の介護保険事業計画)

第5期和光市介護保険事業計画(和光市長寿あんしんプラン)の中で、和光市の基本目標は「地域包括ケアシステムの構築による介護保障と自立支援の確立を目指して」とされており、

その基本方針は、

- ①介護予防及び要介護度の重症化予防の一層の推進
- ②在宅介護と在宅医療の連携強化及び施設や病院における入退院時の効果的連携
- ③地域密着型サービスの効果的な整備
- ④自立支援を基本とした地域包括支援センターによる包括ケアマネジメントの推進

と明記されています。

(地域包括ケアの実現に向けて)

和光市では、保険者が示す地域包括ケア体制の構築に向けた明確な方針（介護保険事業計画）を実現するため、市内で開催されている様々な会議や取り組みを通じて、その目標を共有しています。目標の共有ができたうえで地域ケア会議を活用し、個別課題の共有・解決を重ねていくことで、方針で示された地域包括ケア体制の実現を目指します。

(和光市の地域ケア会議の概要)

和光市では、介護保険事業計画や基盤整備といった「マクロ的な政策」と、ケアマネジメントや人材育成といった「ミクロな支援」をつなぐための手法として、地域ケア会議が位置づけられており、保険者により「コミュニティケア会議」の名称で運営されています。

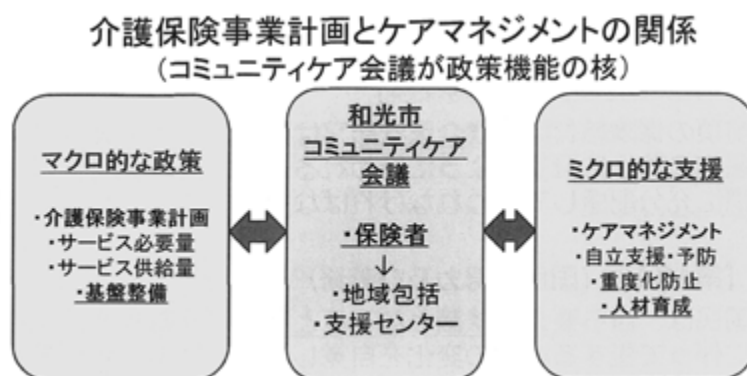
コミュニティケア会議では、

- ①地域包括ケアを念頭に置いた自立支援に資する高齢者（市民）に対するケアプラン等の調整・支援
- ②ケアマネジメントの質の向上
- ③地域包括支援センター職員、介護支援専門員及びサービス事業者等へのOJTによる専門性の向上
- ④他制度・多職種によるチームケアの編成支援

が目指されており、課題の内容ごとに

- a) 介護予防部会
- b) 給付適正部会
- c) 権利擁護・虐待関係部会
- d) 地域密着型サービス部会

として整理されています。



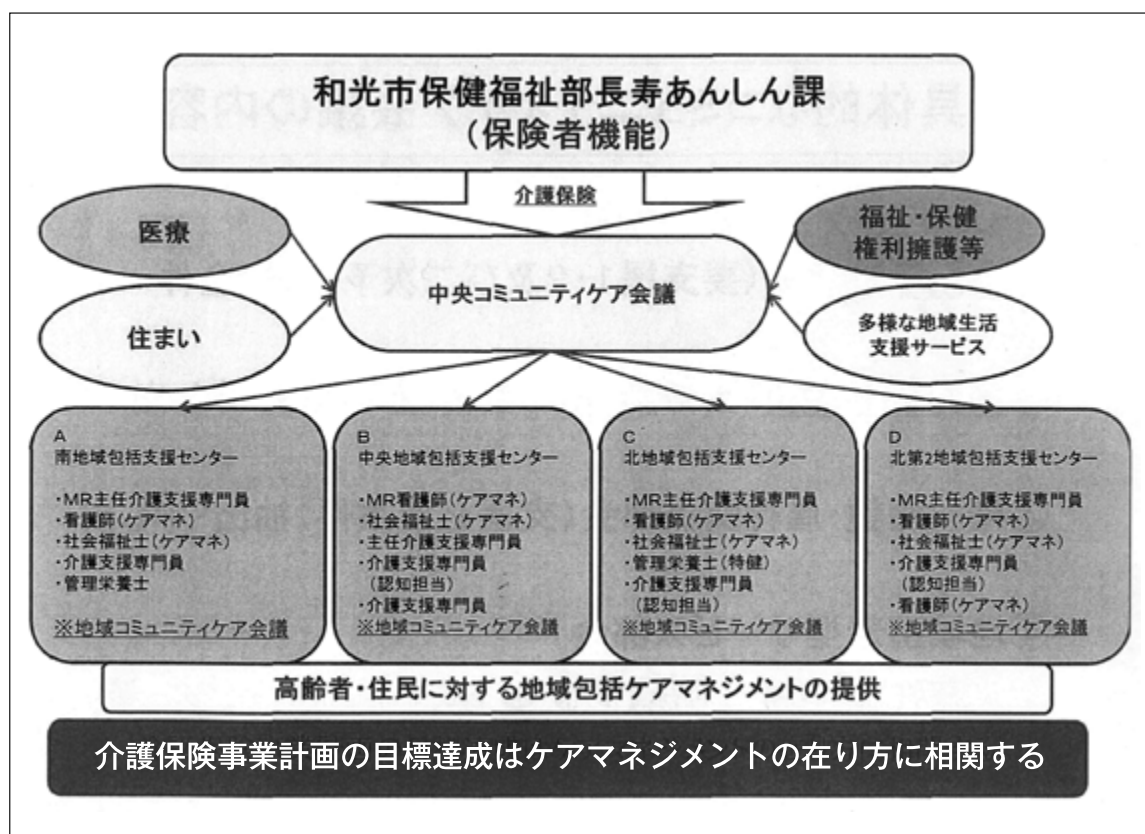
(中央コミュニティケア会議)

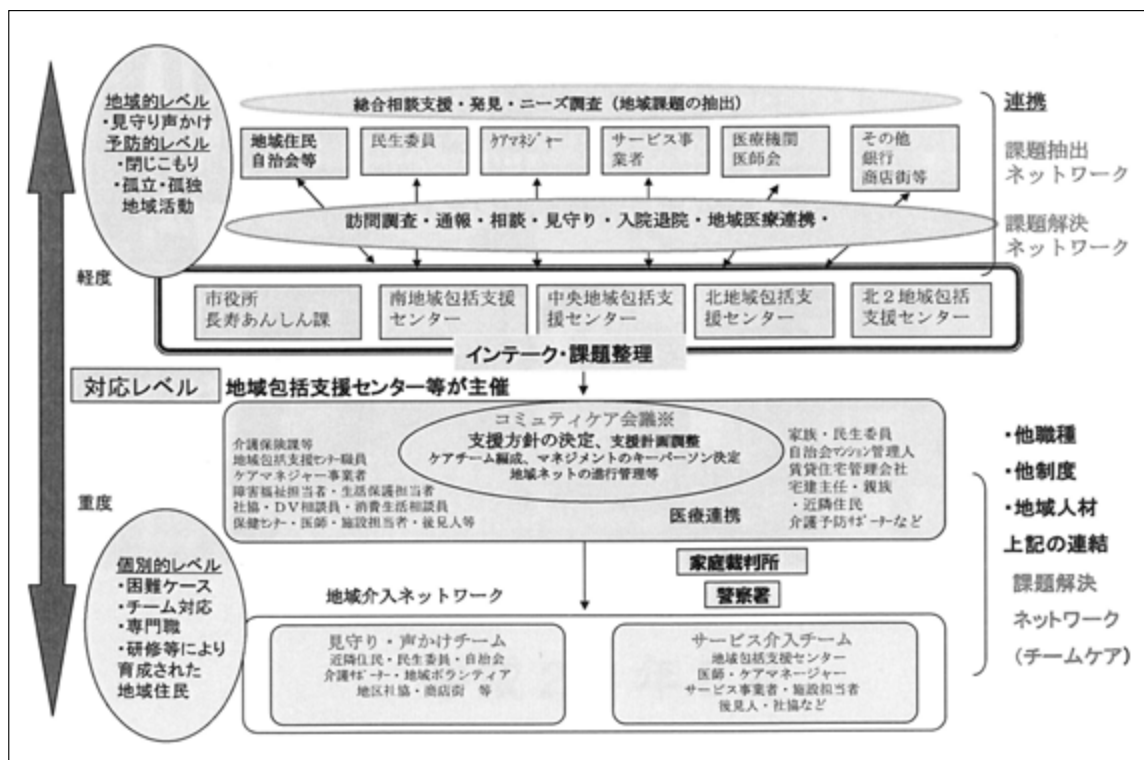
一次予防事業対象者・二次予防事業対象者・要支援高齢者・要介護高齢者に対する自立支援ケアマネジメントを中心に、介護予防、困難ケース対応及び権利擁護等を包括的にマネジメントする、各圏域で行う地域コミュニティケア会議の上部会議と位置づけられています。

主に、ケアプラン等が新規に作成された場合や、その前段として多職種による検討を行う必要があるケース、モニタリングをしていく中で状態悪化が認められたケースの検討調整及び地域包括支援センター長等に対するコーディネーター育成となるOJTを行うことも含み、中央コミュニティケア会議での検討が行われます。

(地域コミュニティケア会議)

地域コミュニティケア会議では、取り扱う課題の内容や、会議の有する機能としては中央コミュニティケア会議と同等となりますが、その中でもモニタリング・検証段階の個別ケースについての検討を行います。

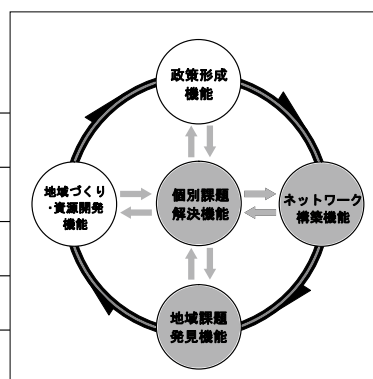




(1) コミュニティケア会議

(会議概要)

開催頻度	定例(毎週木曜日、一部第3水曜日)
主催	保険者
会議運営	保険者
対象範囲	市内全域
会議参加者	保険者、地域包括支援センター職員、外部助言者(管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、薬剤師)
進行役	長寿あんしん課



(コミュニティケア会議とは)

コミュニティケア会議とは、介護予防部会や給付適正部会、権利擁護・虐待関係部会、地域密着型サービス部会の4つの部会にて、個別ケースの課題解決に向けた検討を行う会議です。

(部会について)

コミュニティケア会議で検討を行う個別ケースは、その内容により4つの部会のいずれかに整理されます。

部会の種類は、①介護予防部会、②給付適正部会、③権利擁護・虐待関係部会、④地域

密着型サービス部会、に分けられますが、それぞれの部会ごとに会議が行われているわけではなく、あくまで1つのコミュニティケア会議に集められたそれぞれの課題を部会として分けて整理しています。

①介護予防部会の事例選定

要支援1・2及び二次予防対象の予防プランについて、全件議題とします。

②給付適正部会の事例選定

介護支援専門員による持ち込みに限らず、要介護認定の更新認定時に、その時点の訪問調査及び医師の意見書情報からの状態像と給付量を担当者がチェックし、支援が必要なケースを選定します。

③権利擁護・虐待関係部会の事例選定

介護支援専門員による持ち込みや、地域住民による通報といったものに限らず、要介護認定更新時のチェックで選定された支援が必要なケースのうち、権利侵害や虐待が疑われるケースが選定されます。

④地域密着型サービス部会

和光市介護保険事業計画の政策方針（システムデザイン）に則り、小規模多機能居宅介護・認知症専門デイサービス・グループホーム・24時間巡回型訪問介護のサービスを利用する、新規プランを全件選定します。

（中央コミュニティケア会議と地域コミュニティケア会議の開催日程）

コミュニティケア会議の開催日程は定例化されており、毎週木曜日（一部水曜日）に、中央コミュニティケア会議と地域コミュニティケア会議が順番に開催されます。

具体的な開催のローテーションは以下の表の通りです。

	水曜日	木曜日
毎月第1週		北包括・北第2包括会議
毎月第2週		中央会議
毎月第3週	南包括会議	中央包括会議
毎月第4週		中央会議
毎月第5週		予備（中央会議）

～地域包括支援センターの運営委託～

(地域包括支援センター業務運営委託)

○和光市の地域包括支援センターは、「和光市地域包括支援センター設置要綱」(参考資料 1 p116～118参照)に基づき、「南」「中央」「北」「北第二」の4か所が設置され、全ての地域包括支援センターが、要綱の規定により市から運営(業務)を委託されています。

(和光市介護保険運営協議会)

○和光市では、「和光市介護保険条例」の規定に基づき、介護保険事業に係る重要事項についての諮問機関として、和光市介護保険運営協議会を設置しています。

同じく条例の規定に基づき、運営協議会の中に、地域包括支援センターの運営に関する事項を所掌する「地域包括支援センター運営部会」と地域密着型サービスの運営に関する事項を所掌する「地域密着型サービス運営部会」が置かれています。

参考：和光市介護保険条例(平成12年条例第25号)第21条

(地域包括支援センター運営部会及び地域密着型サービス運営部会の設置)

第21条 協議会に、地域包括支援センター運営部会及び地域密着型サービス運営部会を設置する。

○上記のことから、市が要綱の規定に基づき地域包括支援センターの運営を委託する法人を選定し、その適否を介護保険運営協議会に諮問し、運営協議会の審査・承認を経て、地域包括支援センターの運営委託が決定していく流れとなります。

(保険者と地域包括支援センターの関係性)

○和光市では、地域包括支援センターを「保険者の地域出張所」、「保険者の代理人」と位置付け、介護保険サービスはもとより、被保険者である健常高齢者から要介護者等の住まい、生活支援サービス、医療、福祉・権利擁護などをコミュニティケア会議(地域ケア会議)を通じて多職種連携を進め、中心となってコーディネートを実践しています。

○和光市では、コミュニティケア会議を中心とした地域包括ケアのネットワーク連携を前提に、各地域包括支援センターに対して、包括的支援事業に関する事業運営方針を明示しています。

このように、保険者と地域包括支援センターが同じ情報量等を共有する連携をベースとし、サービス事業者や医療機関など、全ての関係者が同じ視点・目標を持ち、地域包括ケアの実現を目指します。

2. 和光市における地域ケア会議運営

(1) 「マクロ的な政策」と「ミクロ的な支援」をつなぐための地域ケア会議

和光市では、和光市の方針である介護保険事業計画（マクロ的な政策）と、個々のケアマネジメント（ミクロ的な支援）の間を、具体的な支援の検討や、市の方針の周知等の方法によりつなぐ、重要な一手法としてコミュニティケア会議を位置づけています。

コミュニティケア会議を中心とした取り組みを続けることで、保険者機能の強化と介護支援専門員のマネジメント力の向上を実現し、和光市の方針の達成・次期介護保険事業計画の策定へとつなげていくことを目指しています。

(コミュニティケア会議の具体的な内容)

和光市では、高齢者の尊厳とQOLの向上を目的としたケアマネジメントの機能強化を目指す上で、a) 市民への、自立支援の理念をはじめとした介護保険制度の周知、b) 介護支援専門員の専門性の向上、c) サービス事業者の専門性の向上、がポイントであるとしています。そのうえで、コミュニティケア会議では和光市の方針に沿いながら①地域包括ケアを念頭においた自立支援に資する高齢者（市民）に対するケアプラン等の調整・支援、②ケアマネジメントの質の向上に向けた地域包括支援センター職員、介護支援専門員およびサービス事業者等へのOJTによる専門性の向上、③他制度・多職種によるチームケアの編成支援を行い、ケアマネジメントの機能強化を目指しています。

(2) 地域ケア会議運営上の考え方・具体的手法

①事前資料

(資料様式統一への取り組み)

○和光市では個別サービス計画書の様式を市内で統一しています。そうすることで、コミュニティケア会議において検討を行う際に、ケースごとに様式が変わることなく、効率的に内容を共有できるほか、課題の分析や支援、モニタリングといった視点が明確になることで、作成スキルとしての標準化が進むことが効果として期待されます。さらに、OJTを行う側面からも、統一された様式であるからこそ、統一した評価が可能となります。

(資料概要)

○コミュニティケア会議において検討される各ケースでは、各介護支援専門員が対象者の状況を、①個人因子（その人の身体機能、認知機能、廃用・疾病の状況、回復可能性、性格など）と、②環境因子（家族・近隣住民・知人などの背景、在宅や地域の日常生活動線、かかりつけ医・民生委員等との関係、生涯生活歴など）、に分けて記載します。

また、介護支援専門員のケースの見立てと対応方針を明らかにし、短期・中期・長期の目標を生活機能領域ごとに立てるようにすることが大切です。

○和光市では、ADL・IADLの見極め整理票となる、生活行為評価票によりアセスメント

を行い、改善目標を立てています。

具体的には、和光市のアセスメント票に基づき、「×2→×1→△2→△1→○2→○1（×は全介助、△は一部介助、○は自立を示す。右にいくほど状態が良い）」の区分で領域ごとに状態像を評価した上で、「△1→○2」という形で領域ごとの改善目標を予め記載し、事後には評価を行います。

- コミュニティケア会議に事例を提出する際は、A4用紙1枚程度のフェイスシートにケースの要点や支援計画（プラン提出者の考える今後の方針）をまとめることで、検討時間を短縮（効率化）します。

②OJTの視点

（ケアプランの質の向上）

- 和光市では介護支援専門員に対しケアマネジメントの支援を行っていく中で、アセスメント能力・プランニング能力・モニタリング能力などについて、力量形成を図っています。また、その中で「曖昧さ」を排除し、「明確さ」を追及することが重要となります。
- 例えば、本人が「できない」行為がある場合、「□□ができない」ということが課題ではなく、「なぜ」□□ができないのかが課題であるという視点を持ち、「できない原因」を明確にし、ケアプランへと反映させることを徹底します。

（OJTの効果）

- 事前資料等の様式を統一することと、OJTを繰り返していくことの相乗効果として、課題へと取り組む上での方法や思考が標準化することがあげられます。
- 例えば、生活行為評価票にADLの自立度を○△×で記入する際に、記入者が初めから同じ尺度の評価を行うことは困難です。しかし、年間を通して繰り返していくことで、評価尺度が標準化されます。

③コミュニティケア会議開催上の視点・留意点

（開催日程の設定）

- 和光市では、参加者の毎月の業務スケジュールの画一化の側面や、一度の会議における課題解決の効率性といった側面から、コミュニティケア会議を定例化しています。コミュニティ会議の開催は、毎週木曜日の午前9:20から、1事例につき20分、その日の実施件数にもより変動するが、1日およそ3～4時間、という形で設定されています。（一部、第3水曜日午前中にも実施）

（事例の選定）

- 会議にかけるのは、一次予防、二次予防も含めた予防の全プラン。地域密着型サービス利用者の全プラン。定期巡回・随時対応型訪問介護看護のプランのほか、権利擁護や虐

待などの処遇困難事例で、市が関係機関の調整を行って、介護支援専門員を支援しなければならないケースも会議にかけられています。

さらに、毎週行われる介護認定審査会の情報も活用します。被保険者の直近の状態像と給付量を担当者がチェックし、その内容をもとに支援が必要なケースを拾い上げ、コミュニティケア会議でケアマネジメント支援すべき事例とします。

介護認定審査会を活用することで、要介護認定時、または更新時に、漏れることなくチェックが行えるだけでなく、今いる人材で、無理なくスクリーニングを行うことができ、効率的です。

(参加者の選定・招集)

○コミュニティケア会議の参加者は、固定参加者と外部助言者、事例提出者およびそのチーム、に分けることができます。

固定参加者は保険者と地域包括支援センター職員で変動はありません。外部助言者として、固定参加する管理栄養士、理学療法士、薬剤師、看護師等がいる他、必要に応じて他の職種を参加させることもあります。例として、高齢者住宅入居に対し、宅地建物取引主任に会議での助言を依頼しています。

○適切な参加者を招集することが、課題の解決へ向けた多職種による「連携」の第一歩であるという認識を持ち、参加者を選定・招集しています。

(会議の進行)

○和光市におけるコミュニティケア会議は、次表の流れにより行われます。

項 目	所要時間	ポイント
(1) プラン作成者より概要説明	約4分	・現在のこの状態に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明（生活機能低下の背景を洞察することが重要） ・【更新プランの場合】前回の支援計画に対しての評価：⇒目標に対して達成か未達成か？ ⇒未達成の場合はその原因は？ ・生活機能評価の解説⇒改善可能なポイントは？ ・上記を踏まえて次期プランの説明 (注) 参加者は、自らの専門分野を中心に内容をチェックする。たとえば、保健師・看護師は、医療リスクの高い人の生活上の注意点や、服薬内容に対してサービス内容が妥当かどうかという視点。社会福祉士は、独居や認知症ケース等に対する権利擁護的な視点。
(2) 事業者から評価、今後の支援方針	約4分	・居宅介護支援事業者、介護予防通所介護、グループホーム、ケアハウス、食の自立支援事業者、ゴミの戸別収集事業者、住宅改修事業者、福祉用具事業者など、利用しているサービス提供事業者が各立場から発言
(3) 全参加者から質問、意見	約10分	・参加者は、挙手したうえで発言する。 ・司会は、ケースの本質（課題の本質）やプラン作成・サービス提供上の留意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識にぶれが生じないようにする。
(4) まとめ	約2分	・司会は、会議の最後に次回（通常3か月後または6か月後）までのケア（プラン修正含む）の方針を確認する。

		・介護支援専門員や事業者等が当面行う必要がある課題（例えば、医師の意見の確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取、など）がある場合には、その漏れがないよう、最後に念押しする。
--	--	---

○コミュニティケア会議では課題解決の効率化と参加者の負担軽減の視点から、1事例あたり20分を目安として、短時間での検討が行われます。そのため、ポイントを絞った議論を行うことが重要です。

（会議終了後）

○コミュニティケア会議を経て、プランの内容に修正が入ったような場合、保険者は責任を持ち介護支援専門員のフォロー・バックアップを行います。

例えば介護支援専門員が、変更になったプラン内容を利用者ならびにその家族へと説明に行く際、トラブルの発生が予測される場合や、理解が得られず再度説明する必要がある場合には保険者（職員）が同行し説明を行うなどのサポートを行います。

（司会の役割）

○和光市で行われているコミュニティケア会議では、意図的に緊張感の高い会議が行われています。そうした「会議の場の雰囲気」と「会議の展開をどのように変えていくか」という視点を持ち、司会が会議をコントロールしていくことが重要です。

○司会は進行を担い、短時間で端的にケースごとの論点を掘り下げ、今後3～6か月の支援方針や関係者ごとの課題、中期的な目標（将来像）を明確にします。

また、議事進行だけの役割に留まることなく、自立支援の観点で事例検討を行う際に必要な視点を提示することや、「なぜこのプランなのか」「課題をどう捉えたか」など、的確な質問により対象者の気づきを促すことなど、多岐にわたります。

○会議を進行させる上で、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、専門職として求められる視点などについて、端的に言語化してまとめ、参加者の共通認識にぶれが生じないよう心がけることが大変重要です。

○検討が終了する際、司会は次回（通常3か月後または6か月後）までのケアの方針を確認します（プラン修正含む）。介護支援専門員やサービス提供事業者等が当面行う必要がある課題がある場合には、その漏れがないよう、最後に確認をします。

④地域ケア会議を効果的に推進させていくための取り組み

（事業者連絡会の活用）

○事業者連絡会では各種情報の共有や連絡、また研修や、制度改正の周知といった、様々な連絡事項を行いますが、大きな目的として、「介護保険事業計画による基本的な和光市の方針について、意志統一」を図ることを重要視しています。その際、コミュニティ

ケア会議についての理解を深めてもらえるよう、その意義や効果についても周知を行っています。

また、保険者や地域包括支援センターからの発信のみならず、事業者からの意見や提案などを受ける場としても活用しています。

（個人情報データベースの活用）

○和光市では「健康長寿100」や「二次予防事業対象者への調査」を通じ、市内の高齢者の個人データベースを構築してきました。それらの結果から地域課題を吸い上げ、介護保険事業計画へ反映させることを行ってきました。

（コミュニティケア会議の周知）

○地域ケア会議への理解を深めてもらうため、長寿あんしん課の職員が市役所内各部署や、市内の医師などに、地域ケア会議の意義や効果・必要性といったものを説明しています。

（招集権限の拡大）

○コミュニティケア会議の開催を担当している長寿あんしん課の職員が、他課の職員を招集するものとしています。これは、庁内の課長会議や部内の課長会議等で協力依頼しているもので、これにより会議をより円滑に運営を行うことが可能になっています。

⑤医療機関との連携

○病院に入院していた高齢者が退院して自宅等に戻る際には、病院の医療連携室（療養や在宅介護に関して調整を行う部署）との連携により、在宅介護へのスムーズな移行を図っています。そのため、和光市では、病院（医療連携室）に対しても、介護保険事業計画に基づく方針を説明・共有していますので、必要に応じてコミュニティケア会議での連携も図っています。

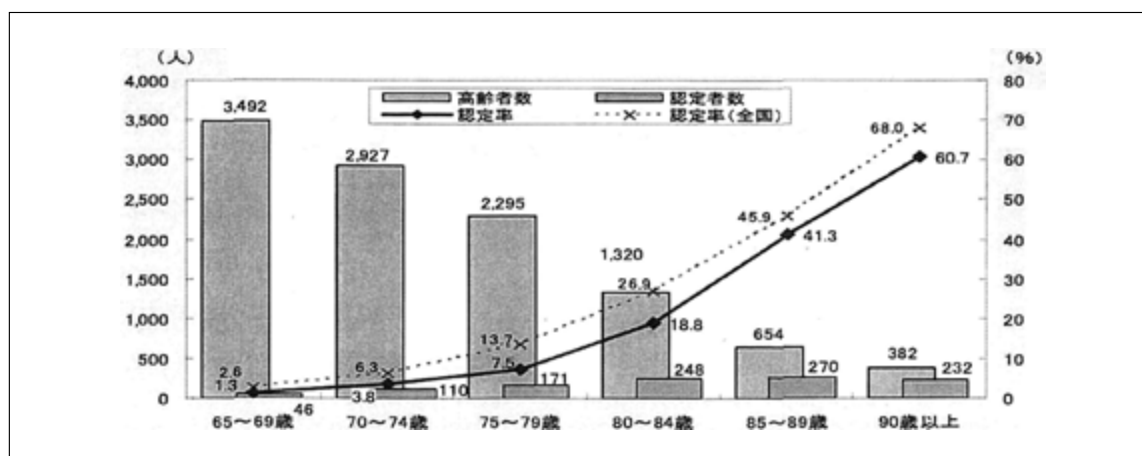
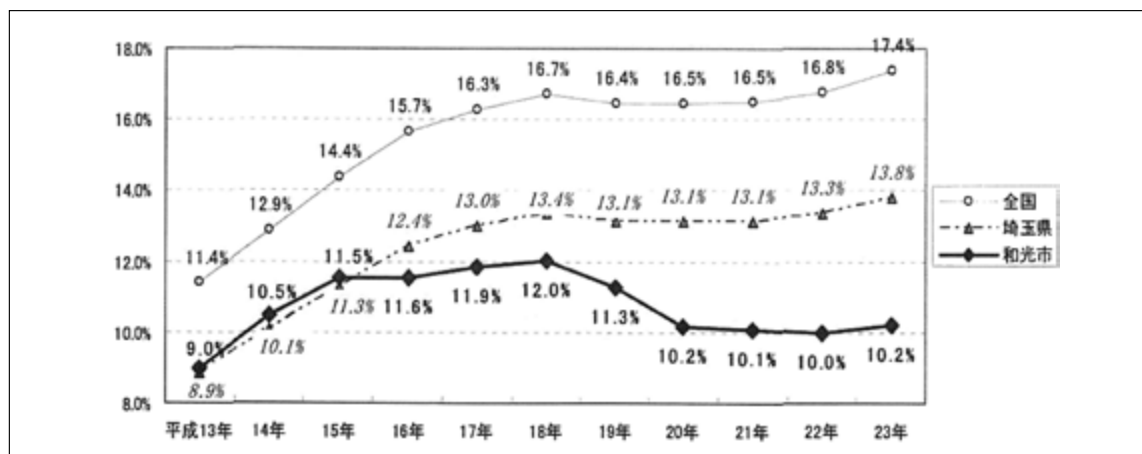
（3）和光市における地域ケア会議の効果

（介護予防と自立支援型マネジメントの効果）

○和光市では平成13年から地域ケア会議を開催し、15年ごろから介護予防教室等の充実を図ってきました。そうした介護予防や自立支援型ケアマネジメントを追求してきた効果として、要介護認定率は低く安定しています。

○5歳刻みの各年齢別階層においても、認定率は全国平均を下回っています。特に、75歳以上においては5～8ポイント以上の低い認定率となっています。

○これらは、和光市独自の特別給付等の投入による効果や、地域支援事業、自立支援型ケアマネジメントの推進がもたらした効果であるといえます。



(介護予防と自立支援等の効果と認定者推計)

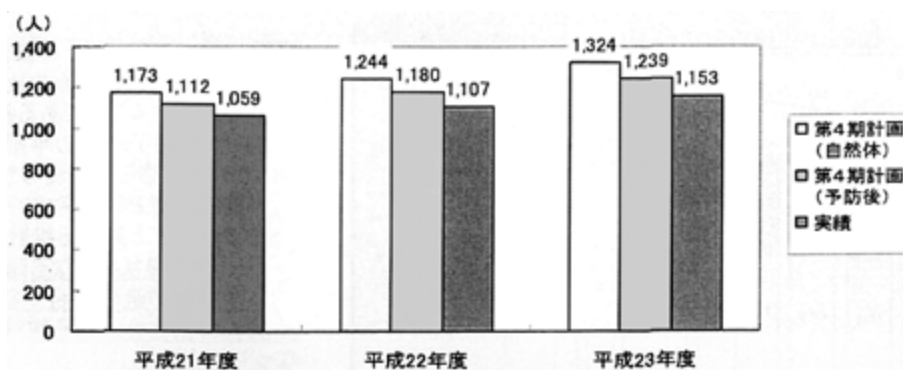
○和光市では、介護保険事業計画の策定時に介護予防の効果を見込み、認定者数の推計値は、自然体（介護予防を行わない状態）の推計値から介護予防の効果分を減じたものとしていますが、第4期の実績認定者数は、介護予防効果を見込んだ認定者数をさらに下回る結果となっています。その効果が低く安定した保険料の設定に表れています。

和光市の第5期介護保険料（標準月額）は4,150円となっており、全国平均の4,972円を下回っているだけでなく、前期（第4期）の全国平均4,160円と同水準を維持するものとなっています。

※和光市では市町村特別給付費が保険料に含まれているため、これを保険料月額から控除すると、実質3,800円程度となり、全国平均を更に下回ることとなります。

(OJTの結果による職務満足度の向上)

○コミュニティケア会議を通じて、介護支援専門員のみならず、地域包括支援センター職員、関係事業者等の資質向上も同時に図られています。その副産物として、和光市内での介護保険関連事業者における離職率は、他の地域と比べ低いものとなっており、OJTを通じ、職務満足度の向上が図られているといえます。



＜第5期 要介護（要支援）認定者数の推計（自然体→予防後）＞

区 分	自然体			予防後		
	24 年度	25 年度	26 年度	24 年度	25 年度	26 年度
要介護（要支援）認定者数	1,297	1,421	1,548	1,223	1,297	1,371
要支援1	45	51	58	41	46	51
要支援2	52	56	62	48	50	53
要介護1	308	346	387	289	317	347
要介護2	287	313	340	271	287	303
要介護3	216	229	242	203	207	211
要介護4	239	261	282	228	241	252
要介護5	150	164	177	143	149	154

（4）和光市における地域ケア会議の今後

（コーディネーターの養成）

○現在、市内で統一されたアセスメント等の様式が用意されていることと、市の明確な方針があることで、円滑かつ求める効果にブレが生じることなく運営が行われているコミュニティケア会議ですが、その効果を最大限引き出すためには、コーディネーターの資質が大きく関係してきます。今後、さらに効果的なコミュニティケア会議を運営・拡大していくためにも、コーディネーターの育成をより広めていくことを重要としています。

（中央第二地域包括支援センターの設置）

○和光市では現在4か所設置されている地域包括支援センターにて、様々な取り組みを行っていますが、中央エリアにおいて、中高層住宅における高齢化の進展と課題を抱える高齢者が増加していることから、中央地域包括支援センターの業務量が多くなり対応がしきれなくなることが懸念されたため、新たに地域包括支援センターを1か所設置することとしています。

○和光市地域包括支援センター設置要綱

平成18年5月26日

告示第79号

改正 平成20年3月27日告示第44号

平成21年3月31日告示第45号

平成23年5月25日告示第136号

(趣旨)

第1条 この告示は、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するため、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45の規定に基づく和光市地域包括支援センター（以下「包括支援センター」という。）について必要な事項を定めるものとする。

(名称及び位置)

第2条 法第117条第1項の市町村介護保険事業計画に基づく日常生活圏域の区分に応じ、包括支援センターを次のとおり設置する。

日常生活圏域	名称	位置
北エリア	和光市北地域包括支援センター	和光市新倉2-5-12
	和光市北第二地域包括支援センター	和光市白子3-16-2-101
中央エリア	和光市中央地域包括支援センター	和光市本町15-51 2階
南エリア	和光市南地域包括支援センター	和光市南1-23-1（和光市総合福祉会館内）

(事業)

第3条 包括支援センターが行う事業は、次のとおりとする。

- (1) 法第8条の2第18項に規定する介護予防支援事業
- (2) 法第115条の44第1項第2号から第5号までに掲げる包括的支援事業
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市が独自に行う介護予防事業

2 包括支援センターの事業の対象となる担当地区は、次のとおりとする。

名称	担当地区
和光市北地域包括支援センター	大字新倉、新倉1・2・3・4・5・6・7・8丁目

和光市北第二地域包括支援センター	大字下新倉・下新倉1・2・3・4・5・6丁目、白子2丁目15番～22番・白子3・4丁目
和光市中央地域包括支援センター	中央1・2丁目、西大和団地、広沢1・3・4番、本町、丸山台1・2・3丁目
和光市南地域包括支援センター	白子1丁目、白子2丁目1番～14番・23番～28番、諏訪、諏訪原団地、広沢2番、南1・2丁目

(利用対象者)

第4条 包括支援センターを利用できる者（以下「利用対象者」という。）は、市内に住所を有する法第9条に規定する被保険者並びにその家族及び親族等とする。

(委託)

第5条 市長は、第3条第1項各号の事業を適切に運営することができると認められる法人に対して、当該事業の実施を委託するものとする。

(連絡体制の整備)

第6条 市長は、法第115条の4第2項の規定により市が設置する包括支援センターにおいて、第3条第1項各号の事業が円滑に実施されるよう、包括支援センター間の連絡体制を整備するものとする。

(包括支援センターの職員)

第7条 包括支援センターには次に掲げる職員を配置するものとする。

- (1) 法第69条の2第1項に規定する介護支援専門員資格を有する社会福祉士等
- (2) 法第69条の2第1項に規定する介護支援専門員資格を有する地域ケアに精通した保健師又は介護支援専門員資格を有する看護師等
- (3) 主任介護支援専門員
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める者

(包括支援センター職員の責務)

第8条 前条の職員は、利用対象者のプライバシーの尊重に万全を期するものとし、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

2 前条の職員は、包括支援センターの果たすべき役割の重要性に鑑み、各種研修会及び異職種との交流等あらゆる機会をとらえ、介護予防、権利擁護等、高齢者が地域で自立した生活を営むための支援に必要な知識及び技術等、自己研鑽に努めるものとする。

(会議の開催)

第9条 市長は、包括支援センターの運営に関し、定期的に会議を開催するものとする。

(報告)

第10条 包括支援センターは、事業の実施状況について、年に1回以上、市長に報告しなければならない。

(重要事項等の決定)

第11条 市長は、包括支援センターの運営に関する重要事項については、和光市介護保険条例第21条に規定する介護保険運営協議会地域包括支援センター運営部会に諮り、決定するものとする。

(その他)

第12条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、平成18年4月1日から適用する。

附 則 (平成20年告示第44号)

この告示は、平成20年4月1日から施行する。

附 則 (平成21年告示第45号)

この告示は、平成21年4月1日から施行する。

附 則 (平成23年告示第136号)

この告示は、公布の日から施行し、改正後の和光市地域包括支援センター設置要綱の規定は、平成23年4月1日から適用する。

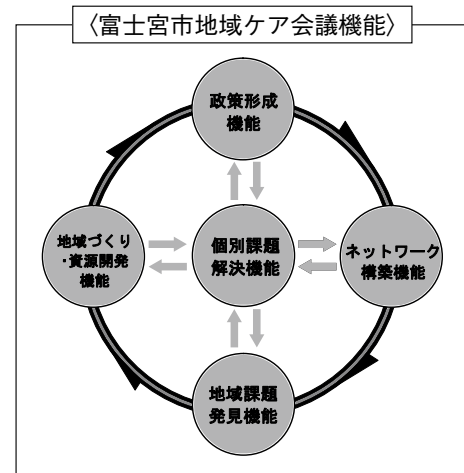
5 静岡県富士宮市 富士宮市地域包括支援センター

1. 富士宮市における地域ケア会議の概要

人	口	:	約135,679人		
高	齡	化	率	:	22.6%

地域包括支援センター設置数	1か所
直営	1か所
委託	0か所
サブセンター	0か所
ブランチ	8か所

(平成24年1月現在)



(富士宮市の特徴)

静岡県東部の市となる富士宮市は、2010年3月に芝川町と富士宮市が合併し、現在の形となりました。富士山の西南麓に広がっており、地区により大きく気候が異なる点が特徴的です。

また、要支援1・2の平均年齢が83歳と高く、地域に長く元気で暮らせる土壌があります。

(人口と高齢化率)

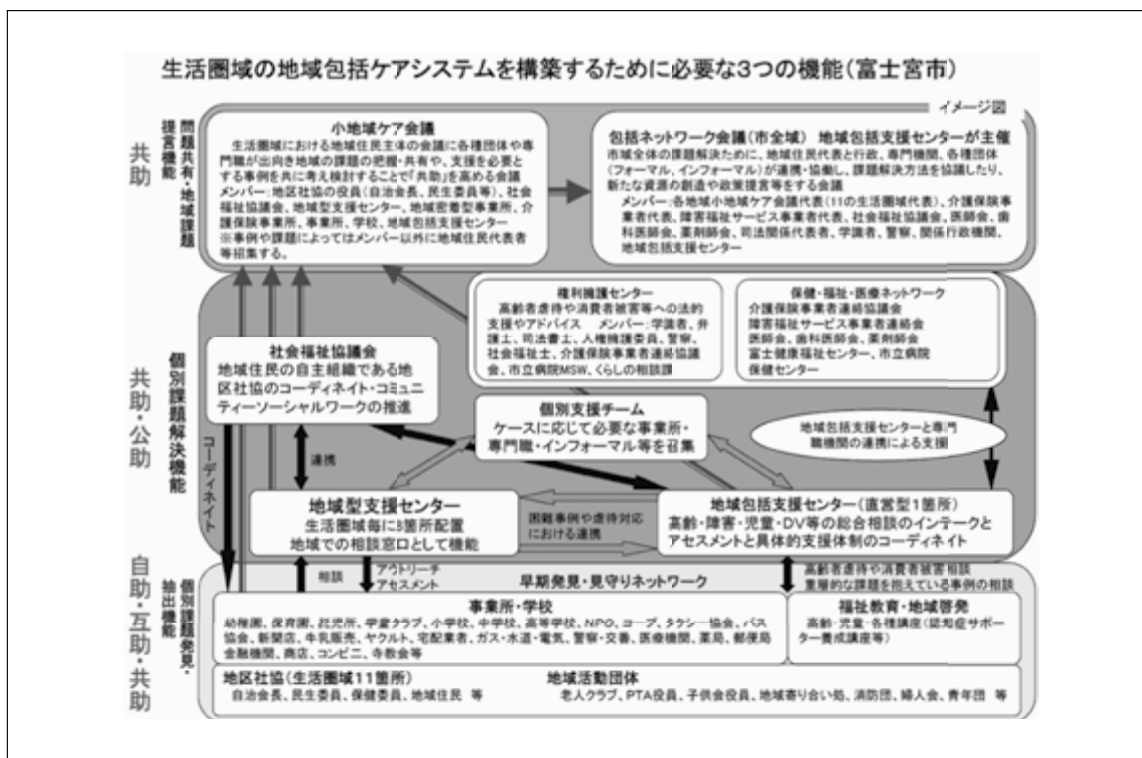
富士宮市の人口は横ばいで推移しており、現在約134,679人、高齢化率は22.6%となっています。今後、人口は下降を辿り、高齢化率は上昇することが予想されており、平成32年には人口は約119,694人、高齢化率は28.3%、平成47年には人口約104,793人、高齢化率は32.5%になると推計されています。

ブランチ（地域型支援センター）の担当圏域ごとにも人口や高齢化率には差があり、人口は少ない圏域で約7,640人、多い圏域では28,551人となっています。高齢化率は、低い圏域で20.2%程ですが、多い圏域では28.2%にのびります。

(特徴的な地域課題)

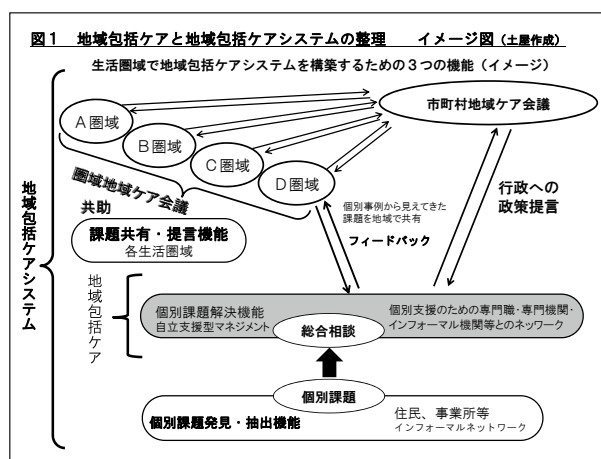
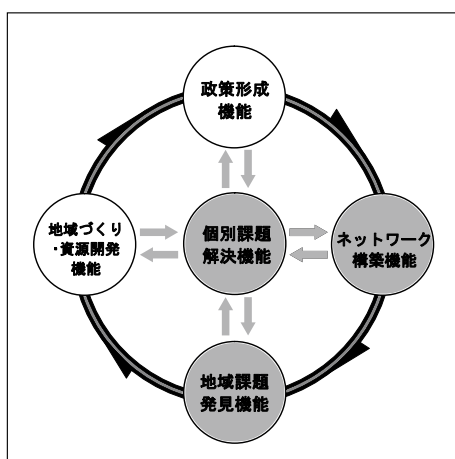
圏域ごとに発見される地区特性や課題や、それぞれの圏域のインフォーマルネットワークの構築状況や地域資源の整備度といった、地区ごとの成長具合にバラツキが見られることが富士宮市における地域課題といえます。例えば、独居高齢者が増加している圏域、地域内の交流が少なく行事等への参加も消極的である圏域、高齢化の進行が早く、地域の高齢者の実態が把握できていない圏域、地域資源がそもそも少ない圏域、など、その形態や内容は様々です。

またこれに限らず、「地域支援を行う中で開催した会議」で地域ケア会議としての機能（個別課題解決・地域課題発見・連絡調整・地域づくり・政策形成）を含むものは全て、地域ケア会議として整理しています。



すなわち、地域ケア会議は、ありとあらゆる地域の関係者が集まり、解決機能を担うものとして、地域包括ケアを実現する手段として、また、地域包括ケアシステム構築上の一端を担うものとして成り立っています。

(1) 個別課題解決段階



(個別課題解決段階)

個別課題発見・抽出機能を経て、地域から地域包括支援センターまたは地域型支援センター(ブランチ)へと上がってきた個別ケースについて、社会資源を組み合わせながら解決を目指します。地域包括ケアシステムの中においては個別課題解決機能に位置します。

上がってきた事例はまず地域型支援センターで受け止め、アウトリーチとアセスメント

を行い、それらによるスクリーニングを経て支援チームを形成する流れとなります。その際、重層的な課題を抱えるようなケースなどは、地域型支援センターではなく地域包括支援センターが主管する運びとなります。

(事例の選定)

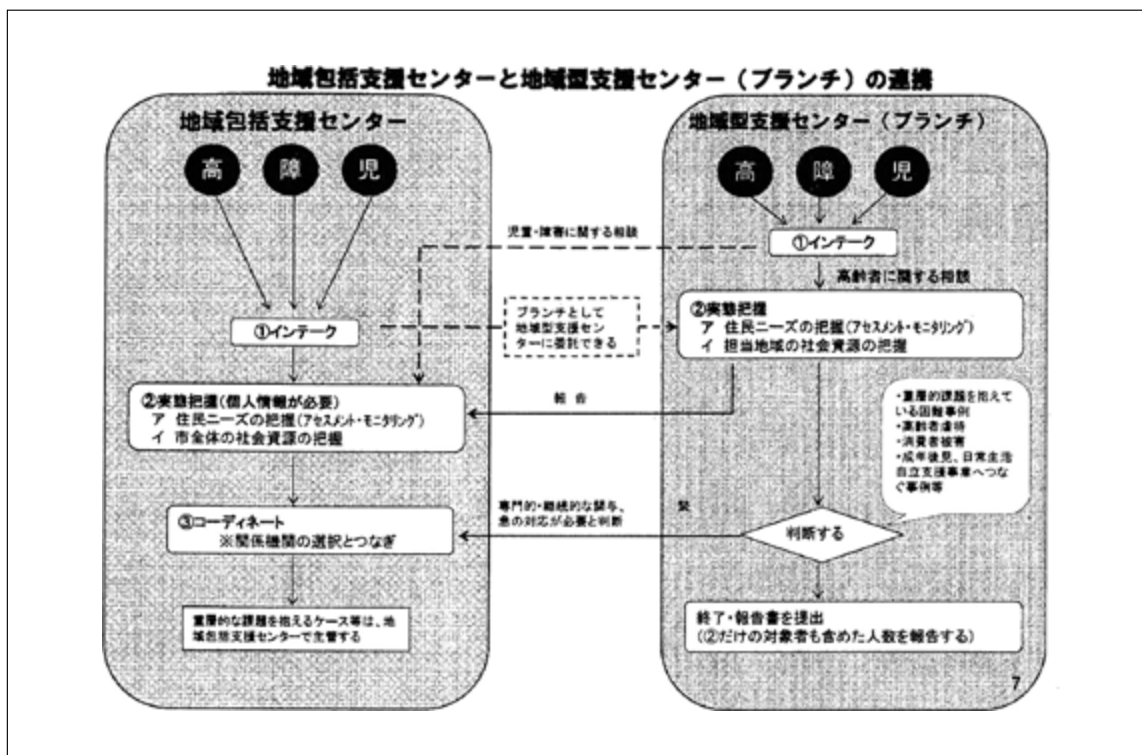
個別課題発見・抽出機能を経て、地域包括支援センターへと上がってくる事例だけに限らず、介護支援専門員からの直接の相談や、地域住民からの相談・通報といった総合相談の中からも事例を選定します。

その中において、専門的・継続的な関与、または急な対応が必要と判断された事例に関しては地域包括支援センターが主管する運びとし、そうでない事例に関しては地域型支援センター担当のもと解決へ向け動き出します。

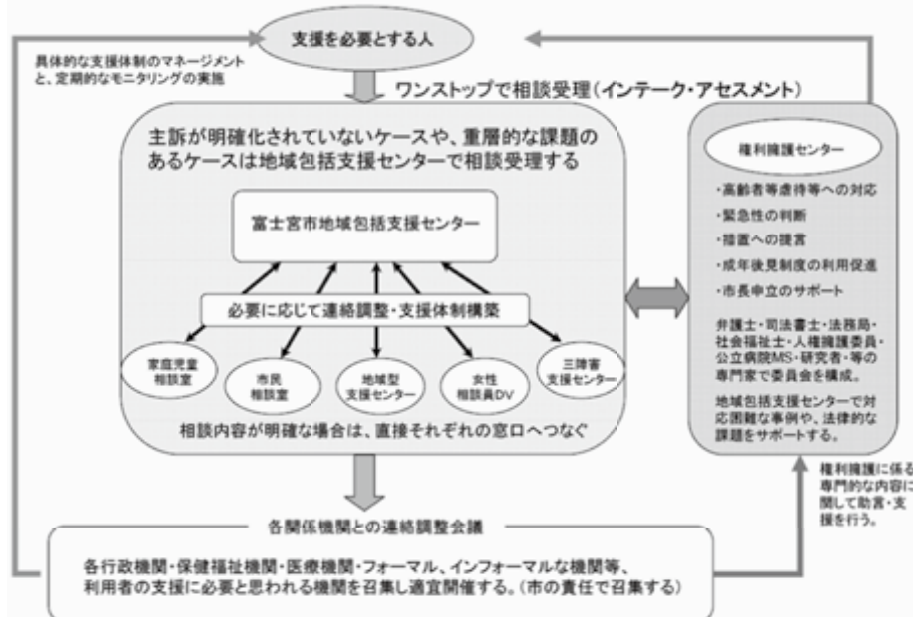
(各関係機関との連絡調整会議)

各行政機関・保健福祉機関・医療機関・フォーマル、インフォーマルな機関等、利用者の支援に必要と思われる機関を市の責任として招集し、適宜開催される会議となります。

この会議での検討を通して、具体的な支援内容を構築し、その後、支援体制のマネジメントと、定期的なモニタリングの実施を行っていきます。



富士宮市における総合相談支援システムフロー



事例コラム

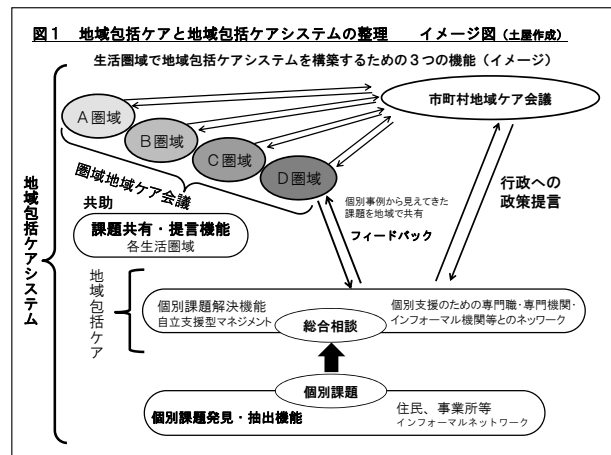
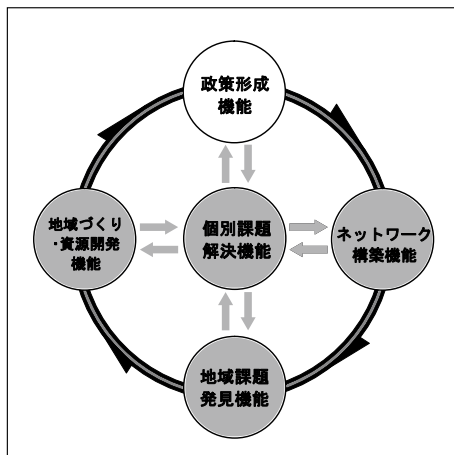
〈認知症事例を通して地域支援を行ったケース①〉

長男と2人暮らしをしているが、日中は独居状態となっている認知症の83歳女性が、介護保険を申請しサービス利用を開始したが、突然のサービス拒否や徘徊などで徐々に支援困難な状態となっていた。そのため、介護支援専門員が地域包括支援センターへと相談し、地域ケア会議の課題解決機能へと引き継がれることになった。

家族へのインテークを通し、アセスメントをした上で、個別支援の地域ケア会議が開催された。参加者は、長男・民生委員・担当介護支援専門員・介護保険事業所・社会福祉協議会・地域型支援センター職員・地域包括支援センター職員が選定・招集された。検討を通じ、本ケースの見守り支援を求めるチラシの作成・配布、地域の見守りマップの作成が決定され、実行された。

また、本ケースに対する見守り支援活動の様々な支援策は、この後、地域ケア会議を通して地域へとフィードバックされ、広がっていくことになる。

(2) 地域課題解決・共有段階



(地域課題解決・共有段階)

生活圏域における地域住民主体の会議に各種団体や専門職が出向き地域の課題の把握・共有や、支援を必要とする事例をともに考え検討することを、「共助」を高める地域ケア会議と位置づけています。

この段階で共有・整理された地域課題は、その内容に応じて地域課題解決型の地域ケア会議にて解決が目指されることになります。

地域包括ケアシステムの中では課題共有・提言機能に位置しています。

(参加者)

参加者は地区社会福祉協議会の役員（自治会長、民生委員等）、社会福祉協議会、地域型支援センター、地域密着型事業所、介護保険事業所、事業所、学校、地域包括支援センター、地域住民代表、医師会等関係機関などから、事例や課題の内容に応じて選定・招集します。

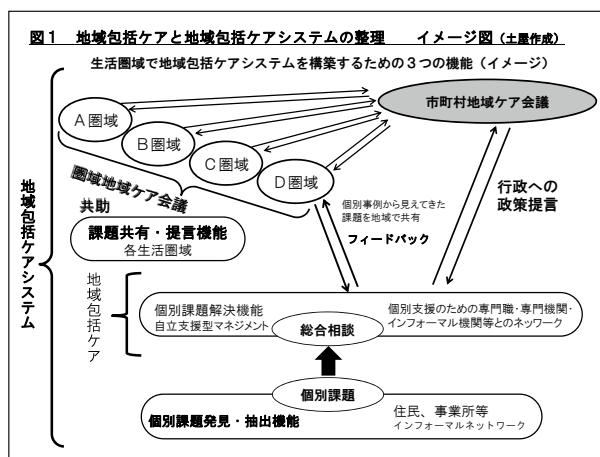
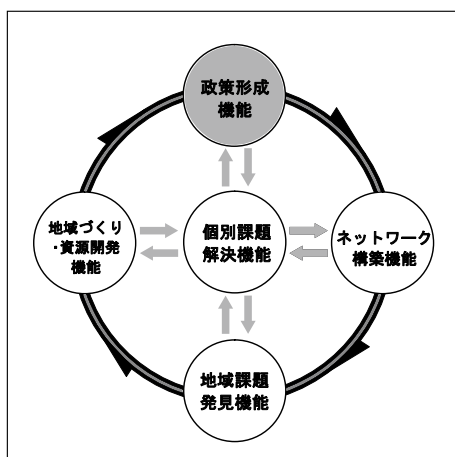
事例コラム

〈認知症事例を通して地域支援を行ったケース②〉

認知症の83歳女性の見守り支援活動が、制度上のサービスだけでなく、地域住民を含めた関係者すべての協力から行われた事例を受け、なぜ本ケースの支援活動がうまくいったのか、地域で振り返りを行った。

その中でまとめられた、地域見守りマップの作製法や配布するチラシの様式、重荷にならない程度の役割分担の内容など、様々な認知症に対する支援策や支援結果は、その後、地域に広められることになる。さらに、行方不明時の連絡先や対応策を内容とした行方不明マニュアルの作成にも展開していくこととなった。

(3) 政策形成・提言段階



(政策形成・提言段階)

地域包括支援センターが主催となり、市域全体の課題解決のために、地域住民代表と行政、専門機関、各種団体（フォーマル、インフォーマル）が連携・協働し、課題解決方法を協議したり、新たな資源の創造や政策提言等を行う段階として位置づけられています。

会議の名称は包括ネットワーク会議となっており、課題共有・提言機能の中に位置しています。現在では、包括ネットワーク会議開催には至っていませんが、開催に向けて模擬包括ネットワークを開催しその具体化に向けた取り組みを行っています。

(参加者)

各地域ケア会議代表（11の生活圏域代表）、介護保険事業者代表、障害福祉サービス事業者代表、社会福祉協議会、医師会、歯科医師会、薬剤師会、司法関係者代表、学識者、警察署、関係行政機関、地域包括支援センターなどから選定・招集をします。

2. 富士宮市における地域ケア会議運営

(1) 関係機関・団体等が役割分担をして構築する「地域包括ケアシステム」

富士宮市の目指す地域包括ケアシステムは、地域包括支援センター、保険者、社会福祉協議会を中心として、地域に存在する多種多様な関係機関・団体等が互いの専門性を理解し合い、その上で役割分担をし作り上げていくものとなります。

(地域包括ケアシステム)

富士宮市では地域包括ケアシステムを、自助・互助・共助・公助の役割分担により、地域包括ケアを支える仕組みであると定義しています。具体的には、支援を必要としている人の地域生活を支えるために、医療や介護のみならず、

⑤（家族、地域住民やインフォーマル組織）、⑥（各種事業所）、⑦（保育園・幼稚園・小中学校・高等学校）、⑧（行政機関）

の各主体が、それぞれの役割・責任を果たすために多種・多様に亘る機能をバランス良くそろえ、個別支援ネットワークを機能させる仕組みとなります。

(地域包括ケア)

地域包括ケアとは、支援を必要としている人に対して、必要な支援を包括的・継続的に提供するための地域生活を支えるネットワーク(個別支援ネットワーク)を構築・活用し、個別課題解決をしていくことになります。その個別支援ネットワークを主管し、推進させていく役割は地域包括支援センターが担います。

(地域ケア会議)

富士宮市では地域ケア会議を設置・運営をすること自体や、その分類をすること自体を目的にはしておらず、あくまで地域支援を行うものとしての認識が共有されています。すなわち、地域ケア会議は個別支援ネットワークを機能させ、個別・地域課題を問わず、解決機能を推進させるものであり、地域包括ケアシステムを構築する上での重要な手法という位置づけになります。

(2) 地域ケア会議運営上の考え方・具体的手法

(地域ケア会議の位置づけ) →P129 参考資料1

- 富士宮市では地域支援を行うための会議で一定の機能を備えているものは地域ケア会議であるとして、何の機能を担う会議であるかという点を明確にするために、「個別支援や地域支援を行う中で開催した会議」を実施した際は、地域ケア会議の会議録が作成されています。
- 会議録を作成することで、地域ケア会議の開催主体である地域包括支援センターまたは保険者(市)職員の間に地域ケア会議の機能や役割がしっかりと共有され、その結果として個別ケースの支援内容の検討を行う会議を開催した場合にも、ただの個別ケース解決を目的とした会議でなく、地域課題を探る視点・意識がつくことにつながっています。

(事例の選定・発見方法)

- 富士宮市地域包括支援センターでは、日ごろから意識的に、地域ケア会議の関係機関・団体に対し、地域包括ケアやシステムについての理解や、地域包括支援センターの意義、といったことを伝えると同時に、意識やつながりの強化を図る活動を行っています。そのような活動を経ることで、地域ケア会議や地域包括支援センターの認知度が上がり、具体的な相談件数の増加につながっています。
- 相談につながりやすくするため、地域包括支援センターならびに地域型支援センターの認知度を上げるための取り組みを行った例として、地区社協の総会や地域の様々な活動に、地域型支援センターの地区担当者が出席し、地域包括支援センターや地域型支援セ

ンターの総合相談事業をアピールして回るという活動があります。そのほか、地域で介護予防教室を開催するといった活動も併せて行っています。

認知度が向上したことも寄与して、平成18年度には地域包括支援センターが2,034件、地域型支援センターが1,724件、合計で3,758件であった相談件数が、平成23年度には地域包括支援センターが3,256件、地域型支援センターが13,600件、合計16,856件にまで上昇しています。

- 個別ケースから地域課題を発見する取り組みの1つとして、介護保険事業者連絡協議会や各専門部会（施設部会や居宅介護支援部会など）へ、地域包括支援センター担当者が出席しています。それらの部会等で話し合われた事例も、必要に応じて地域ケア会議の事例として選定することとしています。

（介護支援専門員との関係性・関わり）

- 富士宮市地域包括支援センターは介護支援専門員との日常的な連携が取れるような関係性を構築するため、基本的には指導の視点から接することはなく、あくまで社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員の3職種による支援を実施するものとしています。

そのため、地域包括支援センターは介護支援専門員を支援する立場を、保険者（介護保険係）は指導を行う立場として、明確な役割分担を行っています。

- 例えば、認知症で財産管理ができないといったような困難事例であれば、成年後見の申し立てを地域包括支援センターが行うこともありますし、個別事例の担当者会議に地域包括支援センター職員が出席し助言をするといった支援も行います。そのほか、地域包括支援センターの主任介護支援専門員をファシリテーターとした事例検討会を実施するなど、介護支援専門員支援の形は様々です。

（個別ケースの支援内容検討にあたっての留意点） →P131 参考資料2

- 個別ケースに対し専門職や民生委員等を招集し、会議を開催する際、その担当者は事前にアセスメントを行い、支援計画の仮案を作成するなど、具体的な方向性を準備した上で会議に臨みます。

そうすることで、多職種が一堂に会し検討を行う場において、話がまとまらず、そもそもの目的とは違う結論が導き出されてしまう事態を防止できるだけでなく、参加者がそれぞれの立場を理解した上での発言を促せるなどの効果が得られます。

- 支援計画作成のスキル向上を目指し、地域包括支援センター・地域型支援センター職員は定期的に連絡会等を開催し、アセスメントや支援計画作成のスキルアップを目指した研修を行っています。

また、地域型支援センターの担当者が、その担当地域で個別に小さなケース会議を開くなど、力量形成の場を広く設置しています。

(3) 地域ケア会議の今後

(地域ケア会議・包括ネットワーク会議の設置)

○現在、富士宮市内の指定したモデル地区において、地域包括ケアシステムを構築することを目的として、地域ケア会議を活用・推進しています。

その形としては、その地域の人々が見守り活動などの様々な活動の中から発見された個別事例を、個別課題解決機能（その入口は地域包括支援センターまたは地域型支援センター）へとつなげ、その中で個別検討を通して解決を目指します。そしてその結果を、再び地域に戻し、地域の課題解決能力を向上させていく仕組みとなっています。モデル地区においてそのような地域ケア会議の形が熟成したのち、富士宮市内のすべての地区での整備を進めることとしています。

○現在、上記の通り地区単位での地域ケア会議構築まで行われている富士宮市ですが、今後、基本的な地域ケア会議の整備が全地区で行われたのち、それぞれの地区の代表が集まり、市単位での政策提言へとつながる機能を有する包括ネットワーク会議を設置することとしています。

(地域型支援センターの増設)

○地域の相談窓口として、その存在のアピールや地域住民からの相談業務を担っている地域型支援センターですが、その認知度と共に相談件数も増加し、業務内容・量に限界が生じてきています。

そのため、富士宮市では平成25年度より規模の大きな地区を半分に割るなどし、地域型支援センターを現在の8か所から10か所へと増やすこととしています。

(社会福祉協議会との連携)

○富士宮市の目指す地域包括ケアシステムを作り上げるため、保険者・地域包括支援センター・社会福祉協議会での役割分担の明確化と相互理解が必要となります。

保険者と地域包括支援センター、ならびに委託を受けている地域型支援センターは共助・公助としての解決機能を担うものであり、地域の組織化された仕組み作りや、インフォーマルな互助の担い手として、社会福祉協議会の役割は重要です。

それを踏まえ、個別事例を共助・公助の力で解決し、そこから見えた課題を地域にフィードバックし、地域でもう一度課題整理を行う、という役割分担を行うことが重要になります。

○上記のことから、市内に14ある地区社協との連携が重要となりますが、地区により取り組みに対する温度差や足並みにばらつきが見られる、といった問題があるため、徹底した連携を図るまでは至っていません。そのため、今後とも情報や意識の共有を図ることを継続的行っていきます。

○社会福祉協議会との具体的な連携構築の1例として、保険者から社会福祉協議会への業務委託をする際、従来の縦割りでの補助事業ではなく、地域福祉推進事業として事業委託する形へとの再編を行っており、準備ができ次第開始することとしています。

富士宮市地域包括支援センター 地域ケア会議 実施報告書	
実施年月日	平成 年 月 日 時 分 ～ 日 時
場所	
会議主催者	
会議開催の目的	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
会議の参加メンバー (該当に○)	1. 地域包括支援センター職員 2. 地域型支援センター職員 3. 地域包括支援センター運営協議会のメンバー 4. 居宅介護支援事業所の介護支援専門員 5. 上記4以外の会議サービス事業所の介護支援専門員 6. 福祉施設の職員 7. 介護障害支援課の職員 8. 生活保護担当職員 9. 上記以外の市職員 10. 医師会から選任された医師 11. 歯科医師会から選任された医師 12. 病院・診療所の関係者(MSW・看護師等) 13. 薬剤師会から選任された薬剤師 14. 上記13以外の医師、歯科医師、薬剤師 15. 保健所・保健センターの保健師等 16. 社協の権利擁護部門の職員 17. 社協の地域福祉関係の職員 18. 上記16、17以外の社協職員() 19. 自治会、町内会の関係者 20. 民生委員 21. 地区社協関係者 21. ボランティア団体のボランティア 22. 上記19～21以外の地域の関係者() 23. 警察署・交番の警察官 24. 消防署の職員 25. 消費生活センターの職員 26. 弁護士 27. 司法書士 28. ご本人 29. ご家族 30. その他
会議進行者	
会議録	
記録者氏名	
出席者 氏名の前に上記No を記入すること。	

会議録	
今後の方向性 * 次回予定等	

基本台帳()地域型支援センター

フリガナ		No						
本人氏名	男 女	生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	初回相談			
				才	担当者			
住所	〒 418- 富士宮市			障害者手帳 (障害・傷病名)	身体 知的 A 級 精神 B 級			
電話	- -		FAX	-				
家族状況				緊急連絡先	氏名	続柄		
					① 住所			
					連絡先			
					② 氏名	続柄		
					住所			
					連絡先			
独居	高齢者世帯	同居						
現病歴				既往歴				
医療の状況	病院・医院			主治医				
相談者	本人	家族	住民	包括支援センター	関係機関()	その他()		
相談支援の経緯 (当該機関への相談以前に他機関に相談されている場合の経緯)								
要介護度	申請中(年 月 日)・自立・要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5							
A D L	移動	排泄	聴力	視力	食事	入浴	着脱衣	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 普通 ☐ やや難 ☐ 難	☐ 普通 ☐ やや難 ☐ 難	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
							認知	
生活環境	自家	借家	アパート	階	公営住宅	階	社会活動 状況	
	専用室	有	階	なし	浴室	有		なし
	寝具	布団	ベッド	トイレ	洋式	和式		
経済状況	年金	1 なし 2 あり (円)						
	家族の扶養・援助	1 なし 2 あり ()						
	その他	()						

アセスメントシート1

標準項目名	内容
健康について	
ADL	
IADL	
認知	
コミュニケーション能力	
社会との関わり	
排尿・排便	
じょく瘡・皮膚の問題	
口腔衛生	
食事摂取	
問題行動	
介護力	
居住環境	
特別な状況	

アセスメントシート2

本人について	主訴	
	・本人を主体とした相談者の側の意向・困りごと等を記載。相談支援者の推測や判断は、それを明記する。 ・虐待等の場合の事実関係	
	本人の生活歴	
	今の生活についての本人の気持(感情)	
	今後の生活への本人の希望	
家族等について	本人のパーソナリティー（記入者の見解）	
	家族等の対象者への気持(感情)	
	対象者の今後の生活について家族の希望	
	生活で「困っている」と家族等が感じていること	
相談支援者の援助の方向性	家族等のパーソナリティー(記入者の見解)	
	本人及び家族の生活課題	
	必要な支援内容	

課題分析(アセスメント)に関する項目	
標準項目名	項目の主な内容(例)
健康について	利用者の健康感、健康管理等について記載する項目
ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
IADL	IADL(調理、掃除、買い物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会との関わり、(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
じよく瘡・皮膚の問題	じよく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状況や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分等)に関する項目
問題行動	問題行動(暴言行動、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行為等)に関する項目
介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の住環境について記載する項目
特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

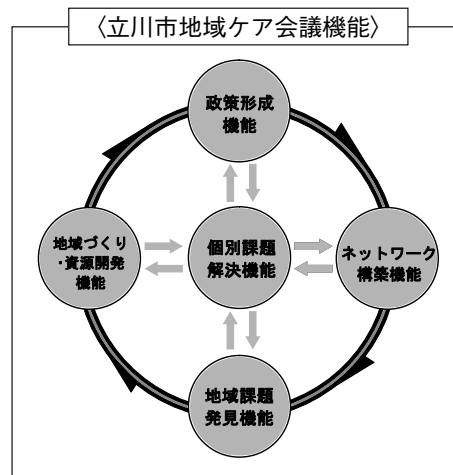
6 東京都立川市 立川市南部西ふじみ地域包括支援センター

1. 立川市における地域ケア会議の概要

人	口	:	約178,280人		
高	齡	化	率	:	20.8%

地域包括支援センター設置数	6か所
直営	0か所
委託	6か所
サブセンター	0か所
ブランチ	3か所

(平成24年4月現在)



(立川市の特徴)

立川市は東京都のほぼ中央、西よりで、多摩地域の中心部分に位置しています。市域の南部には多摩川が東西に流れており、北部には都市農業や武蔵野の雑木林などの緑豊かな地域と、玉川上水の清流が流れており、市域の地形は平坦です。

立川駅周辺には商業等の機能が集中しており、市域の中央部分には国営昭和記念公園や広域防災基地、自治大学校等があるほか、国の省庁移転による拠点整備も進められています。

立川駅には東京都の東西を結ぶJR中央線が走っているだけでなく、複数の路線が乗り入れており、多摩地域の交通の要衝となっています。

(人口と高齢化率)

立川市の人口は緩やかに上昇傾向を続けており、現在は約178,280人、高齢化率は大きく上昇を続けており、現在20.8%となっています。

今後、人口は横ばいで推移していくものとみられ、高齢化率は上昇を続けると推計されており、平成27年には人口は約183,000人、高齢化率は22.3%。平成47年には人口が約177,000人、高齢化率23.9%となると推計されています。

(立川市の地域包括支援センターと地域ケア会議の概要)

立川市は市内を6つの生活圏域に分けており、それぞれに1か所ずつ地域包括支援センターが設置されています。また、ブランチとして、福祉相談センターが3か所配置されています。地域包括支援センター・福祉相談センターともに全て委託型となっており、社会福祉協議会が母体となる立川市南部西ふじみ地域包括支援センターが基幹型地域包括支援センターとして、ケアネットワーク構築の調整役としての役割を担っています。

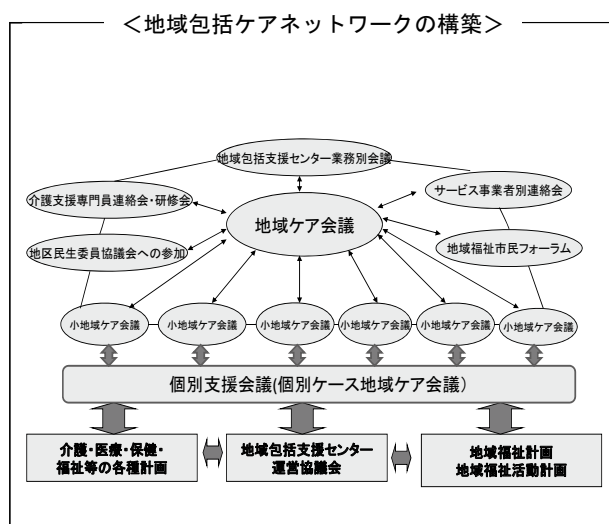
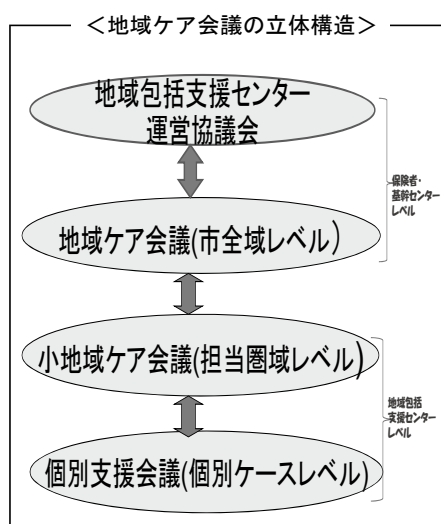
立川市の地域ケア会議は、①随時開催される個別ケースレベルの個別支援会議、②各地域包括支援センター主催で2か月に1回行われている、担当圏域レベルの小地域ケア会議、③

基幹型地域包括支援センター主催で毎月1回行われる、市全域レベルの立川市地域ケア会議、で構成されています。また、2か月に1回開催されている地域包括支援センター運営協議会へ地域包括支援センター職員が参加し、活動報告を通して政策形成へと向かう連携体制を構築しています。

この構築により、個別対応レベル⇔生活圏域レベル（小地域ケア会議）⇔市全域レベル（地域ケア会議）⇔制度・政策レベル（運営協議会）といった、個別支援課題と地域支援課題を一体的に、かつ双方向での連携の中で課題解決を目指すことが可能となっています。

（地域包括ケアネットワークの構築）

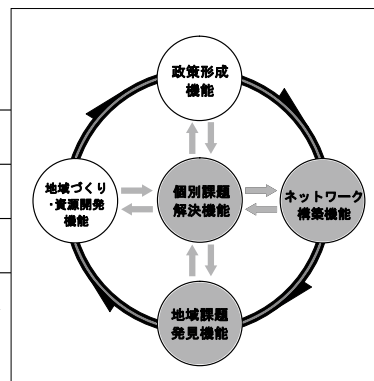
立川市では、個別レベルから地域レベルに至るそれぞれの課題解決・ネットワーク形成を行うための一つの手法として、地域ケア会議を活用しています。「地域住民の福利の向上」という全体の目的を達成するため、立川市では地域ケア会議に限らず、各種研修会や連絡会といった、地域レベルで実施している様々な会議を組み合わせ、機関間の連携体制の推進、地域包括ケアネットワークを構築し、地域包括ケア体制を作り上げることを目指しています。



(1) 個別支援会議

(会議概要)

開催頻度	非定例(随時開催)
主催	地域包括支援センター
会議運営	地域包括支援センターの裁量に任されている
会議の目的	介護支援専門員からの支援困難等の相談事例や、要介護認定は受けていないが何らかの支援を必要とする高齢者・介護者への相談支援、介入と環境調整といった、個別課題の解決。それらの取り組みを通して見えてくる地域課題の発見・把握
会議の持つ機能	個別課題解決機能、地域課題発見機能、ネットワーク構築機能、
見込まれる成果	個別課題解決、地域課題発見、ネットワーク構築、
対象範囲	個別レベル
会議参加者	地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス機関・団体、高齢福祉課職員、生活福祉課職員、関係行政機関職員、社会福祉協議会職員、民生委員、地域住民、ボランティア・NPO等
進行役	地域包括支援センター職員
事例選定方法	総合相談(相談・通報)、介護支援専門員による相談や持ち込み、生活圏域の民生委員等の関係者との連携による発見等



(個別支援会議〈個別ケース地域ケア会議〉とは)

個別支援会議は、介護支援専門員等から寄せられる支援困難事例に関する相談支援や、要介護認定をまだ受けていないが総合相談支援や環境調整が必要な個別ケースに対応し、支援を必要としている市民が地域生活を継続していけるように支援していくことを目的としています。包括的・継続的ケアマネジメント支援、個別ケースの環境調整の実施のほか、個別支援を通して見えてくる地域全体のニーズ・地域課題を、小地域ケア会議や市域全体の地域ケア会議に提言していき、担当圏域レベルや市域全体レベルの福祉コミュニティづくり、地域包括ケアの推進に向けての施策検討と情報・意見交換、社会資源の改善や開発、地域における各種予防・健康推進への取り組みにつなげる、という機能がなされています。

事例コラム

〈個人と地域を結び付けていく個別支援〉

視力障害のある、要介護2の認知症高齢者・Aさんの事例

昔から公営住宅に住んでおり、近隣住民とも顔見知りの関係性はあったが、認知症が進行し徘徊が始まったことで、火の元の心配が大きくなったため、近隣住民・自治会より担当介護支援専門員に苦情が入り、介護支援専門員より地域包括支援センターへ相談が持ち込まれた。

ご本人は訪問医・訪問介護をはじめ、複数のサービスを利用していたことから、担当の介護支援専門員のケアマネジメントを支援する目的で本人宅に同行訪問を行い、火の元についての課題を解決するた

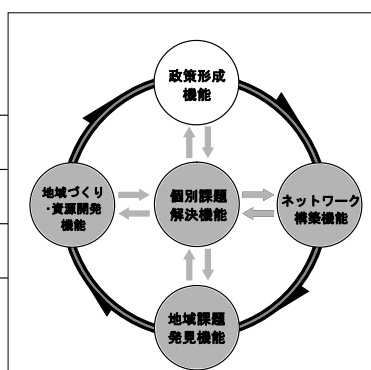
め、ガスコンロから電気調理器へ交換を行ったり、自動消火器を取り付け、さらに利用しているサービスの再調整を行うことで、課題の対応を行った。その後、地域包括支援センター主催により、担当医をはじめとした各サービスの担当者、および自治会役員を招集しての会議を開催してケアチームと地域住民との顔合わせを行い、Aさんが地域での暮らしを継続していけることを目的とした調整を行った。近隣住民に安全性の確保ができた旨を説明し、日常生活に関わる必要な情報の共有を行った。

近隣住民がサービス調整により安全性が確保されたことを納得した後、改めてAさん宅で会議を開催し、Aさんと近隣住民、及びサービス担当者が顔合わせて、今後のAさんの地域での暮らしを確認する場を持った。その結果、近隣住民に理解を得られただけでなく、ご本人を取り巻く関係者の輪が広がり、その地域で暮らし続けることが可能となった。

(2) 立川市小地域ケア会議 →P147、148、参考資料3、4

(会議概要)

開催頻度	定例(隔月開催)
主催	地域包括支援センター
会議運営	地域包括支援センターの裁量に任されている
会議の目的	生活圏域内の介護支援専門員を中心とした地域関係者による、地域課題の検討とネットワーク構築
会議の持つ機能	個別課題解決機能、地域課題発見機能、ネットワーク構築機能、地域づくり・資源開発機能
見込まれる成果	個別課題解決、地域課題発見、ネットワーク構築、地域づくり・資源開発
対象範囲	圏域レベル(日常生活圏域)
会議参加者	地域包括支援センター、福祉相談センター、市内6エリア内の介護支援専門員、介護サービス機関・団体、高齢福祉課職員、健康推進課職員、関係行政機関職員、社会福祉協議会職員、民生委員、見守りネットワーク相談協力員・機関、ボランティア・NPO団体等
進行役	地域包括支援センター職員



(立川市小地域ケア会議とは)

立川市小地域ケア会議は、市内に6か所設置されている地域包括支援センターの担当圏域(日常生活圏域)ごとに開催される会議です。

各日常生活圏域ごとに、介護支援専門員を中心とした関係者を招集し、その圏域ごとの特性を考慮した地域課題の検討や、その圏域独自の社会資源などを考慮しながらのネットワーク構築を進めるための会議となります。

(会議内容)

○会議内容は議題により変わりますが、

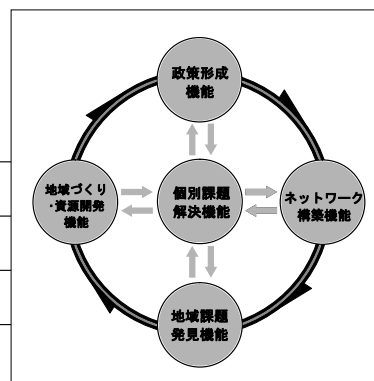
- ・福祉コミュニティづくりにむけた担当圏域の地域課題の検討と課題解決にむけた取り組みの推進

- ・地域の関係者間の情報・意見交換と地域包括ケアネットワークの形成
- ・地域における各種予防の取り組みの推進
- ・個別事例の検討を通じた地域課題の把握と解決
- ・市内の福祉・介護情報の関係者への周知
- ・立川市地域ケア会議で発出された事務連絡等の地域関係者への周知等が行われます。

(3) 立川市地域ケア会議 →P145、146、参考資料1、2

(会議概要)

開催頻度	定例(毎月第3木曜日)
主催	基幹型地域包括支援センター
会議運営	地域包括支援センターの裁量に任されている
会議の目的	市域レベルでの関係者が顔を合わせ、互いの状況を報告・医療連携も含めた地域課題の検討を行う
会議の持つ機能	個別課題解決機能、地域課題発見機能、ネットワーク構築機能、地域づくり・資源開発機能、政策形成機能
見込まれる成果	個別課題解決、地域課題発見、ネットワーク構築、地域づくり・資源開発、政策形成
対象範囲	立川市全域
会議参加者	地域包括支援センター・福祉相談センター、高齢福祉課・介護保険課・健康推進課、保健所、社会福祉協議会、シルバー人材センター、消費者センター、総合病院相談室・在宅医療連携センター
進行役	基幹型地域包括支援センター職員



(立川市地域ケア会議とは)

立川市地域ケア会議は、市福祉保健部職員、地域包括支援センター職員をはじめとした市内の地域包括ケアに関する総合相談窓口の関係機関・団体の所属職員が集まり、状況報告・意見交換をし合い、相談窓口としての共通対応を推進するとともに、地域課題の把握と市内全域の地域包括ケア推進に関する方策の検討を行う会議です。

(会議内容)

- 立川市による事務連絡のほか、各支援センター・関係機関の前月の取り組みの状況報告、センターが取り組む個別支援事例の課題検討と解決に向けた調整、一般福祉事業・介護保険施策に関する事業の周知と調整、地域包括ケアに関する情報・意見交換と推進策の検討などを行います。
- また、会議冒頭に、地域の新規社会資源紹介の時間を設け、市内外に新規開設した介護・医療事業所、NPO、ボランティアグループなどを随時紹介しています。

2. 立川市における地域ケア会議運営

(1) 個と地域を結ぶ、生の声が共有できるネットワーク

立川市では地域包括ケアの目的である「地域住民の福利の向上」を目指し、地域ケア会議の開催のみではなく、地域のサービス事業所間の連絡会議、各種研修会の開催、社会福祉協議会の活動と連携した地域の住民活動とのネットワーク構築も含めて、様々なネットワーク構築の取り組みを網羅して総合的に取り組んでいます。

それらの取り組みを通して、個別課題の解決・集約から地域課題の発見・解決へとつながる形で整理・活用し、現場の生の声や地域の課題を、センターの実務担当者から行政担当課の管理職まで、全てのレベルの関係者で共有することができ、関係者が協力して課題を解決していくことができるネットワーク構築を目指しています。

(2) 地域ケア会議運営上の考え方・具体的手法

①立川市における地域ケア会議の仕組みづくり

(立川市における地域ケア会議の構築)

- 立川市の地域ケア会議は、介護保険制度開始に合わせて開催されてきた関係機関・団体による連絡会議が母体となり、立川市全域レベルの地域ケア会議の開催から構築されてきました。
- その後、各地域包括支援センターの担当圏域レベルの関係者のネットワークを構築し、より身近な地域課題を検討し解決していくことを目的として、小地域ケア会議が設置されました。市内全域の高齢者相談窓口機関の関係者が集まる立川市地域ケア会議には、参加者数の関係から介護支援専門員やサービス事業者といった参加者は出席できないため、この小地域ケア会議の場を活用し、立川市地域ケア会議で検討された情報を地域に浸透させる仕組みを構築しています。
- 個別ケースレベルへの取り組みでは、介護支援専門員や民生委員等の地域関係者からの個別相談やニーズ発見に対応する形で、個別支援のケア会議を、地域包括支援センターの各種専門職を中心としたチームアプローチにより随時開催して対応しています。
- 立川市ではこれまで、介護支援専門員連絡会、介護サービス事業者連絡会、各種研修会、センターの3職種ごとの業務別連絡会等の仕組みも、地域ケア会議と同時に構築して地域包括ケアネットワークの構築を目指してきました。地域ケア会議は規模ごとに3つのレベルに分けた会議を設定し、そこから様々な地域レベルの連絡会議と連携を取ることで、全体のケアネットワークの仕組みの構築を目指しています。
- 地域包括支援センターの専門職種別の業務連絡会議では、社会福祉士は総合相談支援・権利擁護業務連絡会、保健師・看護師は介護予防業務連絡会、主任介護支援専門員はケアマネジメント支援業務連絡会、といった各職種の専門性を活かした、地域包括支援センター業務の共通推進に向けた、行政や社協等の関係機関との連携会議を隔月で設けています。

- 立川市地域包括支援センターでは、個別の事例を集約して、様々なレベルの関係者との共有を通じたうえで、行政担当者もその個別事例情報を確認していくという、一連のつながりを重要であるとしています。

そのため、2か月に1度開催される地域包括支援センター運営協議会に、全地域包括支援センターの相談件数等の報告とともに、毎月の立川市地域ケア会議でセンター間の状況報告に活用している具体的な個別事例も含めた活動報告（状況報告書）を提出し、運営協議会委員である地域の代表者、行政担当者、センター職員らの参加者が、同じ場で相談事例を通じた地域の実情を確認することができる仕組みを構築しています。

- 立川市の地域ケア会議構築の要となる立川市地域ケア会議は、月1回の開催頻度と設定されています。この頻度に設定していることで、行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域の医療機関、消費生活センター、シルバー人材センター等の地域の相談窓口レベルでの情報や課題の共有が定期的に行われる効果が得られています。

常に地域の最新情報を得ることで、2か月に1回の頻度で開催される小地域ケア会議においても、担当圏域の関係者に新しい情報を伝えることができるとともに、担当圏域の新しい情報を把握しながら地域課題を検討し、市域全体の立川市地域ケア会議にフィードバックすることや、地域の個別支援の土台となる介護関係者や民生委員等の地域関係者間のネットワーク構築につなげています。

②地域ケア会議運営上における留意点

（理念・意識の共有）

- 立川市高齢者福祉介護計画の基本理念である「個人を尊重し、人と人がつながり、その人らしい生活ができるまちづくり」といった立川市として目指す地域像や、各種会議における目的・目標を関係者と共有することが重要であるとして、センター職員は、地域における様々な会議や研修会といった場において、地道に共有したい内容の発信を続けています。

（状況報告書） →P145、147、149、参考資料1、3、5

- 立川市の地域ケア会議では、地域包括支援センターの様々な活動内容を効率的かつ簡便に共有していくため、「センター状況報告書」を全地域包括支援センターの共通フォーマットとして使用しています。

センター共通の「状況報告書」を活用することで、センターが受けた相談件数といった量的数値の把握のみならず、量的な把握が難しいけれども、全体で共有しておきたい個別事例の相談内容や課題といった地域の質的課題の把握を、地域ケア会議参加者が文字として可視化することが可能となります。

このような、個別事例の内容や課題を可視化して理解・共有ができる簡便なツールを使用することで、会議時間が不足して参加者が十分に発言できなかった情報や、関係機関

や各相談窓口に対して直接には言葉に出しづらい地域課題や、相談機関間の共通課題を共有することが可能となっています。

(委託地域包括支援センターと保険者)

- 委託型の地域包括支援センターにとって、様々な地域課題に取り組む上で、行政の協力を得ることは大変重要となります。

立川市の地域包括支援センターでは、行政と協力して地域課題に対応していくために地域ケア会議での課題や情報共有を重要視しています。地域における個別事例や地域のネットワーク構築に関する取り組み課題は、地域包括支援センターの取り組み課題でもあり、同時に行政や社協といった関係機関の取り組み課題でもあるからです。①個別事例への相談支援を通して見えてくる地域の現状や課題を常に共有すること、②地域課題に対応するネットワーク構築の目標、どのようにネットワークをコーディネートするかという方向性等を共有すること、これらを地域ケア会議等の場を通して保険者や関係機関との情報共有を行うことによって、互いの協力関係を築いています。

(双方向の地域ケア会議)

- 立川市の地域ケア会議や小地域ケア会議においては、行政等からの一方的な情報伝達の会議にすることがないように、全員が発言できる双方向の会議運営が目指されています。そのため、会議の段取りと、参加者の発言を引き出す司会のファシリテーション能力が重要となっています。

(個別支援会議における留意点)

- 立川市では、個別支援を目的とした地域ケア会議は、介護支援専門員からの相談や、民生委員をはじめとした地域住民等からの通報があった相談事例に随時対応して、必要に応じて開催しています。全ての相談事例に対して開催するのではなく、地域の関係者のネットワーク構築に基づいた取り組みや、介護支援専門員へのバックアップが必要だと判断された場合に個別支援会議が開催されます。本人の個別ニーズや生活歴を理解したうえでの総合的な相談支援、介護支援専門員のケアマネジメントのバックアップ、本人が地域で暮らし続けられることを目指した個別課題の解決が重要であるとして、環境調整や具体的な課題解決に向けた段取りを組むものであるとしています。
- 個別支援会議において様々な事例を取り扱っていくなかで、解決に向けた諸調整の段階によっては、本人や介護者が不在で課題検討が行われる必要がある場合もあります。しかし、あくまで本人や介護者の個別課題の解決に向けた段階や必要性に応じた会議開催であることに留意しています。基本は本人主体の課題解決であるとしています。

(事例ごとの緊急性のレベル判断)

- 個別支援が必要な事例は、その内容により様々な対応が考えられます。立川市でははじめに、①情報提供、②地域の社会資源の紹介・つなぎ支援、ケアプランの内容確認、③本人宅への同行訪問や面接も含めた専門的・継続的支援、④生命・身体等の危機に対応する緊急対応・権利擁護、といった総合相談支援の基本である利用者と支援者の双方の状況と緊急性の適切なレベル判断を行うことを意識しています。事例の状況や緊急性に応じた介入レベルを使い分けています。
- ①や②のレベルの支援を行っていく際に、本人や家族に面接をしていない場合や、単に書面上で助言を行う場合があります。そのため、地域包括支援センター職員には、地域の社会資源の幅広い知識や、その知識を相手に適切に伝えることなど、専門職としての技術が必要となります。
- ③や④といった、緊急度の高いケースや、本人や地域住民も含めての包括的な支援が必要となるケースの際は、様々に解決に向けた段取りを組んでいく中で、本人や家族、地域住民、専門職等の関係者をつないでいき、共に課題解決へと向けた取り組みを行います。

(事例の積み上げと分析)

- 総合相談や個別支援会議の積み重ねの内容は、地域包括支援センター内で地域ケア会議に報告する「センター状況報告書」をまとめていく段階で集約・分析が行われます。分析を行う際は、例えば総合相談支援のケースであれば「相談や通報が何件あって、過去からの推移でいくと増えている(減っている)」というような量的な分析と、「どこの団地や住宅地で、どのような内容の課題があった」というような質的な分析に分けて行われます。

これらを積み上げ、整理を行うことで発見される地域課題を、小地域ケア会議・地域ケア会議へと積み上げていき、地域課題の検討が行われることになります。

③ネットワークの構築

(ネットワーク構築と個別支援の関係性)

- 地域包括ケアネットワークは個別支援を行う上での土台となるものです。そのため、ネットワークづくりは地域にとって重要な取り組みとなります。

ネットワークが構築・強化されることで、その効果は全て個別支援へと生きていくことになります。

立川市では、立川市地域ケア会議にて市域全体の高齢者相談窓口関係機関レベルのネットワーク構築、小地域ケア会議において担当圏域レベルの関係者のネットワーク構築に力を入れており、個別支援へ活かす目的を持った互いの関係構築の取り組みにも力を入れています。

(関係者が双方向のやり取りを実現するための取り組み)

- 立川市の地域包括支援センターの取り組みにおいては、地域の関係者が主体的に参加しネットワークを広げていける場を作ることが重要であるとしています。

例えば、介護支援専門員連絡会の幹事会は、6か所の地域包括支援センターの主任介護支援専門員6名と、市内6つの日常生活圏域より選出された居宅介護支援所の介護支援専門員6名により組織されており、意図的に介護支援専門員が主体性を持って取り組める場としています。それらをつなげる役割を基幹地域包括支援センターが事務局として担っています。

(専門機関のネットワークと住民主体のネットワーク)

- 地域包括支援センターが構築していく専門機関のネットワークは、地域包括ケアを推進していくために大変重要な土台となりますが、住民主体のネットワークが構築されていなければ、その機能を十分に活かすことができません。

住民主体のネットワーク構築のためには、地域福祉の推進役である社会福祉協議会をはじめとした様々な地域の関係機関・団体と連携し、取り組んでいくことが大変重要となります。

そして、住民主体のネットワーク構築と専門機関のネットワークの構築のみならず、その二つのネットワークをさらに結びつけていくコーディネートが必要となります。

(3) 地域ケア会議の今後

(介護支援専門員の資質向上)

- 地域包括ケアを実現する上で、介護支援専門員の力量形成を行うことは大変重要になります。立川市の地域包括支援センターでは、今後の取り組みとして、小地域ケア会議の場等において介護支援専門員の個別事例検討の場を増やすことも1つの案として、更なる介護支援専門員の資質向上に取り組もうとしています。

(ノウハウの積み上げ)

- 立川市の地域包括支援センターでは、職員の入れ替わりや、新しく入ってくる人材が多い介護業界においては、個別事例への対応の積み上げと、関係者間のネットワーク構築が重要であると考えています。そのため、個別支援会議、小地域ケア会議、地域ケア会議における地域関係者とのネットワーク構築や、各種連絡会議や研修会の開催を通して、更に支援のノウハウを積み上げ、地域関係者が全体として支援する力を底上げしていくことを目指しています。

立川市地域ケア会議(各センター状況報告書)

地域包括支援センター

平成25年

月分

201302版

①	総合相談支援業務	(合計数)				件			
	相談内容の概略と支援経過 ※権利擁護の相談も含む。								
	苦情について	(合計数)				件			
	苦情内容と支援経過								
	申請受付・代行	介護保険関係		件	介護保険外の申請		件		
②	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	介護支援専門員	件	サービス事業所	件	民生委員	件	その他	件
	相談支援内容の概略と支援経過								
	ケアプランの審査検証について	予防プラン	件	予防プラン評価・コメント	件	介護プラン	件		
	審査検証内容と支援経過								
	サービス担当者会議等の開催、参加	居宅介護支援事業所 立川市等主催							件
③	介護予防ケアマネジメント	予防プラン作成	件	二次予防事業対象者プラン	件	自立支援サービス利用者プラン	件		
④	介護予防教室等	(開催日・内容・参加人数)							
⑤	地域との連携・ネットワーク作り								
⑥	支援困難事例の概要と支援経過								

平成24年度第10回 立川市地域ケア会議 (2013. 1. 17)

- 1、 高齢福祉課在宅支援係
- 2、 高齢福祉課高齢者事業係
- 3、 介護保険課
- 4、 健康推進課
- 5、 多摩立川保健所
- 6、 消費生活センター
- 7、 地域あんしんセンター
- 8、 市民活動センター
- 9、 シルバー人材センター
- 10、 市内各医療機関

11、 各センター状況報告

12、 その他 第11回地域ケア会議日程 H25年2月21日 14時半～

※ 小地域ケア会議日程 裏面の予定表参照

- | | |
|-------------------|------------------|
| ※ 立川市虐待対応担当者会議 | 1月18日14時～市役所101 |
| ※ 通所サービス連絡会幹事会 | 1月21日18時半～ランチルーム |
| ※ 地域包括支援センター運営協議会 | 1月22日14時～市役所208 |
| ※ ケアマネジメント支援業務連絡会 | 1月25日15時～ランチルーム |
| ※ 権利擁護業務連絡会 | 1月28日 9時半～視聴覚室 |
| ※ 介護予防業務連絡会 | 2月13日13時半～第2活動室 |
| ※ 訪問介護連絡会 | 2月15日18時～視聴覚室 |
| ※ 介護支援専門員連絡会 | 2月27日14時～視聴覚室 |
| ※ 第三者後見人等連絡会 | 3月4日 19時～視聴覚室 |
| ※ 通所サービス連絡会 | 3月15日18時半～視聴覚室 |

立川市小地域ケア会議 各事業所状況報告書

平成	年	月	事業所名
①	市民からの相談内容の特色		
②	介護保険外のサービス・地域の他機関・社会資源との連携等の状況		
③	ケアプラン作成状況		介護給付受け入れ _____ 件可能 予防給付受け入れ _____ 件可能
④	併設サービス等の動向		・通所系 ・訪問系 ・その他（施設入所状況、自主事業等）
⑤	①援助困難事例 その他課題事項等 ②皆に知らせたい新たな社会資源 情報等		

※居宅介護支援事業所提出用

平成25年3月度 市内各エリア小地域ケア会議 予定表

南部西ふじみ地域包括支援センター TEL 042-540-0311

日時：平成25年3月27日（水） 15時00分～17時00分

場所：立川市総合福祉センター 視聴覚室

内容：『小地域ケア会議の意見交換が活かされている事例について』

事前に提出いただいた事例から数事例紹介後、グループでの意見交換

南部東はごろも地域包括支援センター TEL 042-523-5612

日時：平成25年3月27日（水） 13時30分～15時

場所：子ども未来センター 201会議室（錦町3-2-26）

内容：『ターミナルケアについて考えよう』

中部たかまつ地域包括支援センター TEL 042-540-2031

日時：平成25年3月22日（金） 15時30分～17時

場所：高松地域学習館 第2教室

内容：『お互いの事業所をしよう』～たかまつ圏域の課題について・最終章～

北部東わかば地域包括支援センター TEL 042-538-1221

日時：平成25年3月22日（金） 13時30分～15時

場所：新緑クリニック 地域活動室

内容：グループごとに分かれての事例検討会

北部中さいわい地域包括支援センター TEL 042-538-2339

日時：平成25年3月13日（水） 14時～16時

場所：サービス付き高齢者向け住宅 1階食堂

内容：民生委員さんとの顔合わせ

－1人暮らしの方の情報共有について・災害時の見守りについて－

※小地域ケア会議終了後、希望者のみサービス付き高齢者向け住宅の見学会を企画しております

北部西かみすな地域包括支援センター TEL 042-536-9910

日時：平成25年3月26日（火） 14時～15時30分

場所：西砂学習館 第1教室（立川市西砂町6-12-10）

内容：『在宅介護サービスの事例検討』

平成24年度第1回連絡会

ふじみ地域包括支援センター**総合相談支援業務**

総合相談（来所相談・訪問相談・その他の方法で対応した相談の相談内容と対応の特色）

地域におけるネットワーク構築

地域における実態把握について（個別把握の状況・新しい地域の社会資源把握の状況）

権利擁護業務

（○成年後見制度、地域福祉権利擁護事業との連携・利用支援、○措置制度の活用、○高齢者虐待対応、困難事例への対応、○消費者被害への対応等の取り組みから、他のセンターに報告しておきたい事柄をピックアップして記述）

※地域包括支援センター 社会福祉士提出用

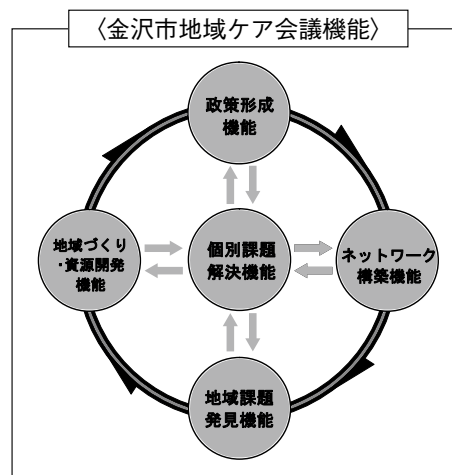
7 石川県金沢市 金沢市地域包括支援センターとびうめ

1. 金沢市における地域ケア会議の概要

人	口	:	約451,000人		
高	齡	化	率	:	22.3%

地域包括支援センター設置数	19か所
直営	0か所
委託	19か所
サ ブ セ ン タ ー	0か所
ブ ラ ン チ	2か所

(平成24年10月現在)



(金沢市の特徴)

金沢市は、城下町としての歴史と文化をもつ中核市です。古くは方面委員等が尽力して善隣思想を背景とした「善隣館」というセトルメントを企画・運営するなど、住民主体の小地域活動の土壌がある地域です。善隣思想とは、「助け合いの心で、近隣の人々と心を通わせ、支えあい、お互いに善き隣人を創っていく」という思想であり、互助の力となるものです。地域包括支援センターはこのような「地元地域に混ぜていただく」というかたちで実践を重ねてきています。

(金沢市の人口と高齢化率)

金沢市は約50年来合併もなく、総人口は総じてゆるやかな増加傾向が続いており、約451,000人。高齢化率は上昇傾向であり、現在22.3%となっています。(平成24年10月現在) 高齢化率は、上昇を続け、平成32年には27%に達することが推計されています。

なお、金沢市地域包括支援センターとびうめ(以下:「とびうめ」)の担当圏域(小学校2地区を一つの生活圏域として担当している)に限定した場合、現在の人口は、約16,582人、高齢化率は、約30.0%と市全域の中でも高く、将来推計基準を既に超えています。

(特徴的な地域課題)

高齢化率の比較からも見えるように、金沢市内でも生活圏域ごとの背景に違いがあり、固有の地域課題が存在しています。全市的な取り組みをすすめる一方で、圏域ごとの地域特性を考慮した重層的な捉え方も必要となっています。

とびうめの担当地区は、兼六園や市役所が範囲内にある旧市街地に位置し、市内でも高学歴・高キャリアの方が多く住んでいます。地域に長く暮らしている住民が多く、つながりは強いものの、高齢者世帯率、独居世帯率が年々上昇しており、老老介護、遠距離介護、セルフネグレクトの課題等も多くなっています。

（金沢市の地域包括支援センターの概要）

金沢市の地域包括支援センターは全て委託型として設置されています。地域福祉の基本単位である地区社会福祉協議会（概ね小学校区）をグループ化し、生活圏域を組んでいます。委託先の3分の2が医療法人であるという特色があります。とびうめも精神科病院を母体とした委託型地域包括支援センターです。

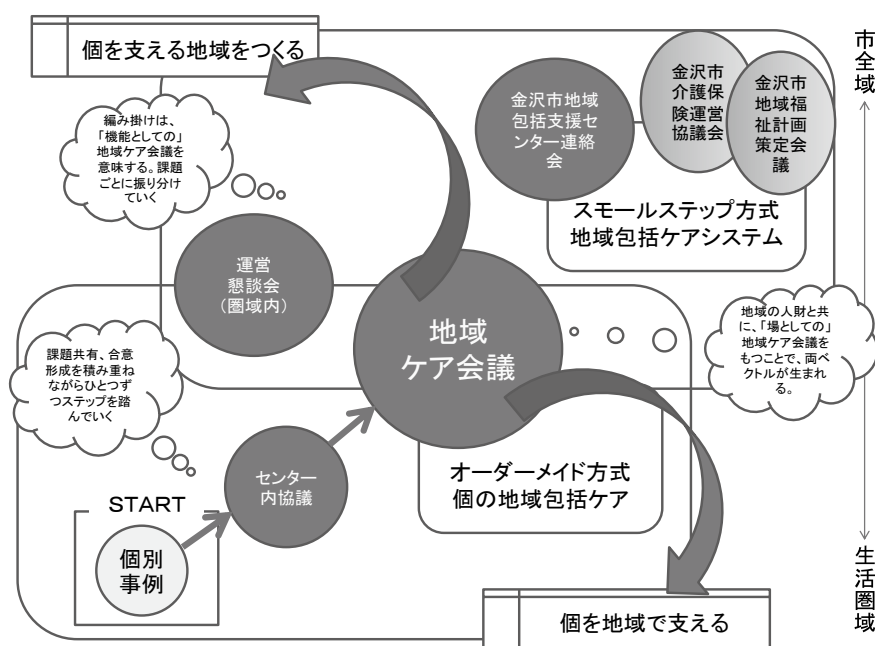
3課委託（長寿福祉課・介護保険課・健康総務課）の元で業務を行い、基幹型機能として3つの福祉健康センターが業務の橋渡しを担っています。複数部局が絡むことで、月報作成等の実務作業が増えるという面もありますが、一方で、縦割りとなりがちな行政の機能を地域包括支援センターで束ねて地域で展開できるというメリットもみられます。

（金沢市「とびうめ」の地域ケア会議概要）

金沢市・とびうめでは、地域ケア会議を「場としての」地域ケア会議と、「機能としての」地域ケア会議とで整理をして試行しています。

「場としての」地域ケア会議は、総合相談・支援業務の延長線上にある個別支援を深め、「今、ここでの」リアルな地域課題を共有する場として位置づけられています。フォーマルな支援者だけではなく、本人や家族、近隣住民をはじめとしたインフォーマルな人たちが、立場を超えて協働する場としてデザインしており、オーダーメイド方式で、個の地域包括ケアを創りだすことを目指しています。これは「個を地域で支える」という地域包括支援センターとしての究極的な目的とも合致します。

「機能としての」地域ケア会議は、上記を含む様々な既存の会議に付加された地域ケア会議機能の総称を意味しています。個別事例から浮かび上がる地域の課題を、地域包括支援センター内協議から一つひとつ丁寧に関与と合意形成を経て、機能別会議に振り分けを行い検



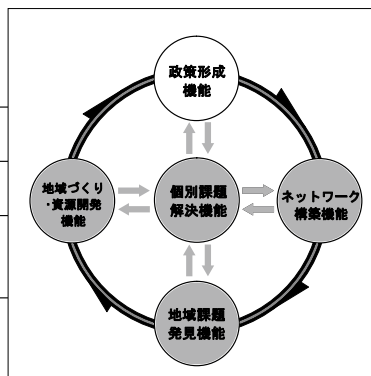
参考:「地域福祉援助をつかむ」有斐閣、2012 岩間伸之・原田正樹 著

討していきます。「個を支える地域をつくる」ため、個別事例から始まるスモールステップでの地域包括ケアシステムの構築を目指すものとなっています。

(1) 地域ケア会議

(会議概要)

開催頻度	非定例
主催	地域包括支援センター
会議運営	地域包括支援センターごとの裁量に任されている
会議の目的	事例検討をとおし、個別支援を深め、「今、ここでの」リアルな地域課題を共有する
会議の持つ機能	個別課題解決機能、地域課題発見機能、ネットワーク構築調整機能、地域づくり・資源開発機能
見込まれる成果	個別事例の再アセスメント、課題解決プロセスの共有を通し、フォーマル・インフォーマルの連携と協働によるオーダーメイドの支援ネットワークが構築される。事例から見える地域課題の発見と今後の取り組みへの契機となる。
対象範囲	担当圏域内
会議参加者	固定参加者：地域包括支援センター職員 会議参加者：ケースにより参加者は異なる。本人、家族、近隣住民、民生委員、町ぐるみ福祉活動推進員、大家、介護支援専門員、事業者、行政、警察署、司法関係者、医療関係者、商店など。
進行役	地域包括支援センター職員（固定）
事例選定方法	地域のさまざまなところから寄せられる総合相談支援の中より、センター内協議という方法で選定される。



(地域ケア会議とは)

地域ケア会議は、総合相談支援業務の延長線上にある個別支援を深め、「今、ここでの」リアルな地域課題を共有する“場”として位置づけられています。本人の暮らしを支えるということを軸に、フォーマル・インフォーマルの枠を超え、オーダーメイドの支援ネットワークを構築していくことを目的とし、直面している実際の課題（事例）にかかわりをもつ人や機関が一堂に会し、協働で事例検討を行います。

一つの事例を見ることで地域の課題が見えてくるというプロセスを重視するため、事例検討会では、参加者である地域の人や機関と共に、本人の側から事例を捉えなおすという再アセスメント機能を重視しています。立場も背景も異なる多彩な参加者が集まるため、あえて決められた書式での事前準備を求めず、個人情報保護などの一定のルールの下で自由に交わされる意見は、センター職員が進行や板書で可視化していくなど共通理解を形成するための工夫をこらしています。

(事前準備・司会等)

○書面による事前準備を必要としません。当日は、ホワイトボードを2枚準備し、板書、司会進行をセンター職員で担当します。

(参加者)

○ケースごとに必要性や状況に応じて選定されます。

○地域ケア会議は「地域の人や機関が立場を超えて、地域で生じたニーズを地域の力やネットワークで解決していくこと」を目指し、参加の必要がある人は、個人情報などの一定のルールのもとで誰でも召集することとしています。

(開催日程)

○地域ケア会議の開催が必要であると判断された場合は、可能な限り即時開催をします。そのため、とびうめにおいて地域ケア会議は定例化されておりません。

事 例 コ ラ ム

〈地域ケア会議を通し、認知症の一人暮らしのAさんを地域でどのように支えるか〉

(地域ケア会議開催まで)

一人暮らしのAさんのもの忘れが心配されているとの地区担当民生委員より相談が入った。地域包括支援センターと担当介護支援専門員にて同行訪問をするが、本人は、「ヘルパーにそうじは支援を受けているが、なんでも自分でできるし心配なことはない」と言う。

そこで、まずは課題を認識しはじめた周りの人たちで、地域ケア会議を開催し、現状を見てみることにした。

(地域ケア会議当日)

家族、地区担当民生委員、担当介護支援専門員、ヘルパーなどに参加いただき、地域ケア会議を開催し、現状や経過を整理した。どのような客観的事実があり、主観的には、だれが何を心配し、本人の側からどう見えているのかなどを話し合った上で、課題を抽出した。アセスメントでは、Aさんは、孫やかかりつけ医を信頼しており、その関係が行動のきっかけとなることも確認できた。

特に急ぐべき課題として、①消費者被害のリスク、②なじみの電気屋からの年金額以上の買い物、③認知症の診断の3点があった。

役割分担をし、地域の見守り体制づくりや商店への理解のうながしを行った。認知症の専門医受診については、アセスメントをもとに、本人が信頼しているかかりつけ医に協力していただき、「先生の顔をたてて」「孫のために」「大事な家に住み続けるために」という本人のモチベーションにつながるキーワードで働きかけをおこなうこととした。

(その後)

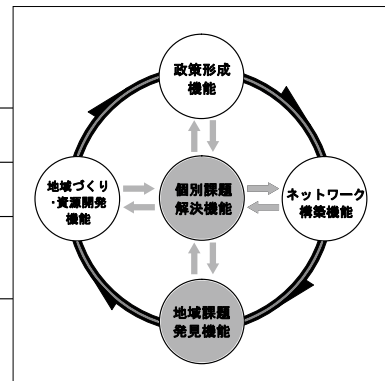
認知症と診断をうけたAさんだが、地域での一人暮らしをつづけている。フォーマル・インフォーマルの支援者も顔が見える関係となり、地域ぐるみで消費者被害のリスクなど見守っている。

また、Aさんの事例をはじめとして、認知症の一人暮らしの人を地域でどう支えるかという共通の地域課題の認識にもつながってきている。

(2) 地域包括支援センター内協議

(会議概要)

開催頻度	定例（毎朝30分程度、他週1回1時間程度）
主催	地域包括支援センター
会議運営	地域包括支援センターごとの裁量に任されている
会議の目的	センター内多職種での個別課題及び地域課題の共有と合意形成。それぞれの課題を各会議につなぐためのスクリーニング。
会議の持つ機能	個別課題解決機能、地域課題発見機能
見込まれる成果	多職種協働による個別課題及び地域課題のブラッシュアップ。総合相談支援業務から適切な地域ケア会議機能へつなぐ
対象範囲	担当圏域内
会議参加者	地域包括支援センター職員
進行役	地域包括支援センター職員（固定）
事例選定方法	総合相談支援業務の中のすべての事例



(地域包括支援センター内協議)

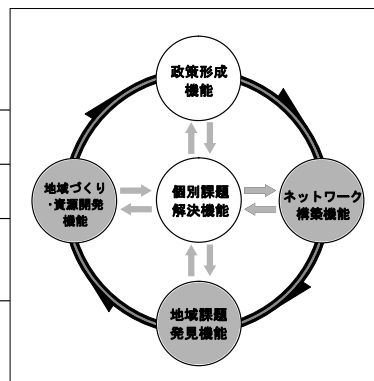
センター内協議をすべての「機能としての」地域ケア会議の起点として位置づけています。センターに寄せられるすべての総合相談支援事例は、地域包括ケアのための原石といえますが、多忙な日常業務の中においては、その意味も看過されてしまいがちです。そこで、センター内の多職種協働で、取り組むべき個別課題及び地域課題を抽出し、ブラッシュアップしていく仕組みとして、会議を位置づけ意識化しています。

センター内協議では、個別事例の中の地域課題の種を「場としての」地域ケア会議につなげ、また個別事例の積み重ねにより発見される地域課題を、地域に既存するどの「機能としての」地域ケア会議にて検討を行うことが適切かを決定します。課題の内容ごとに、会議に求められる規模（エリア）、その会議の持つ機能、開催時期などを考慮し、適切な会議へと振り分けが行われます。

(3) 運営懇談会

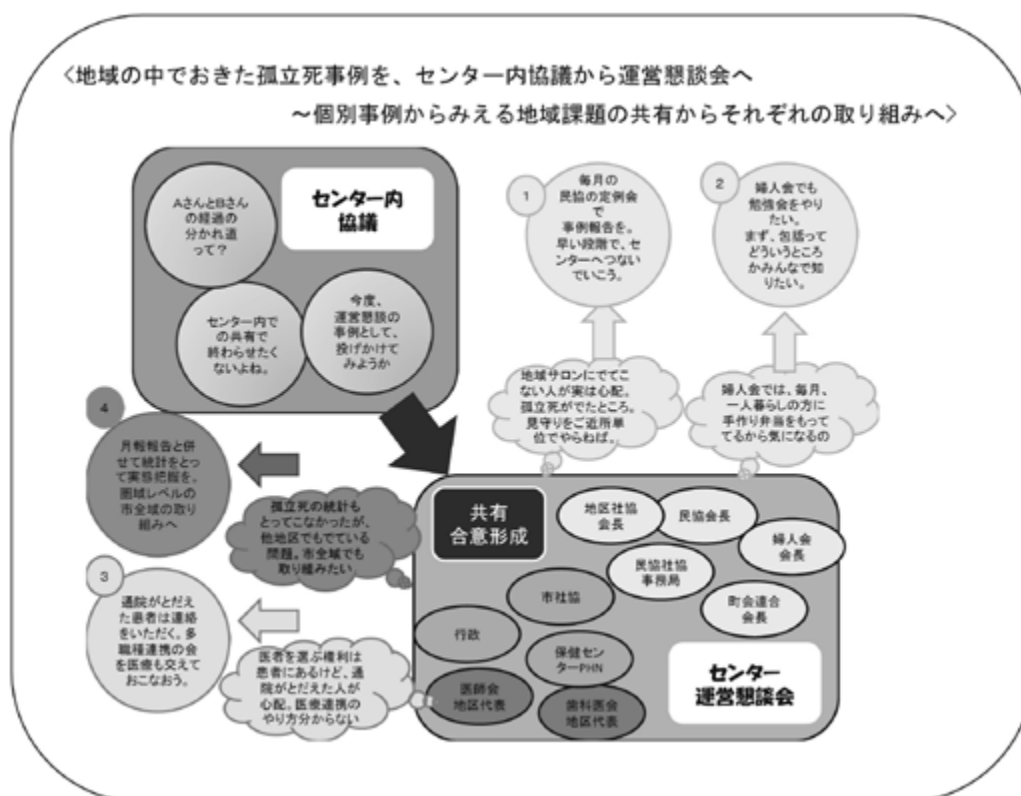
(会議概要)

開催頻度	定例(2回/年)
主催	地域包括支援センター
会議運営	市レベルで運営規定、委嘱委員属性などを統一している
会議の目的	生活圏域に生起している地域課題の共有と今後の取り組みに向けての合意形成を、地域での代表者レベルでおこなう
会議の持つ機能	地域課題発見機能、ネットワーク構築機能、地域づくり・資源開発機能
見込まれる成果	実事例を根拠とした生活圏域ニーズの共有。生活圏域内の各機関での取り組みについての意見交換のほか、この場で解決できない圏域を超えた課題については他会議へと送致
対象範囲	各地域包括支援センター圏域(生活圏域ごと)
会議参加者	地区民生委員協議会、地区社会福祉協議会、地区町会連合会、地区婦人会、医師会、歯科医師会等、各機関の地区単位の代表者。行政主幹課担当者、健康福祉センター保健師
進行役	運営協議会会長(地区社会福祉協議会会長)



(運営懇談会とは)

地域包括支援センターの業務分析と意見交換をととして、生活圏域に生起している地域



課題の共有と今後の取り組みの合意形成を、地域での代表者レベルで行う会議として位置づけられています。

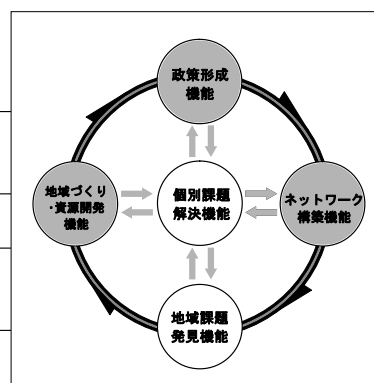
市全域を対象とした運営協議会に対し、運営懇談会は、生活圏域に密接した形で、各委託型地域包括支援センターごとに設置されており、参加者も地域福祉の担い手として日常的に協働している各機関の地区単位の代表者と行政実務担当者で構成されます。

運営懇談会では、日常的に積み重ねられた総合相談支援事例の統計データを分析し、併せて地域ケア会議事例について報告します。地域の中で、どのような実事例があり、どのような傾向や取り組みがみられるのかを意見交換することで、リアリティをもって生活圏域ニーズを共有していきます。生活圏域内の各機関で取り組めることについての意見交換のほか、この場で解決できない圏域を超えた課題については他会議へと送致していきます。

(4) 地域包括支援センター連絡会

(会議概要)

開催頻度	定例・非定例 (年1回の総会その他、各部会活動は随時)
主催	保険者と委託型地域包括支援センターの共催
会議運営	行政担当各課と委託型地域包括支援センター代表者にて共同
会議の目的	生活圏域ごとに把握されてきた様々な課題を共有し、より広域な取り組みや政策形成の可能性へと広げていく
会議の持つ機能	ネットワーク構築機能、地域づくり・資源開発機能、政策形成機能
見込まれる成果	生活圏域ごとの地域課題を市全体として集約していく。地域包括支援センターと保険者が連携と協働をおこなうことで、現場と乖離しない具体的な業務改善や政策提言へとつながる。
対象範囲	市レベル
会議参加者	全委託型地域包括支援センター及び委託元行政各課
進行役	地域包括支援センター代表者



(地域包括支援センター連絡会とは)

金沢市内に19か所設置されている地域包括支援センター同士の意見交換をとおして、生活圏域ごとに把握されてきた様々な課題を共有し、より広域な取り組みや政策形成の可能性へと広げていくことを目的としています。事務局は保険者の中の委託元主幹課である長寿福祉課に配置されており、行政・地域包括支援センターによる共同組織となっています。また、各地域包括支援センター長会議として活用されることが可能です。市全域のものとして集約された課題は、地域包括支援センター連絡会としての方針・対策としてまとめ、市長・行政各課へと提言されます。

地域包括支援センター連絡会は、目的ごとに小会議を設けるなどし、現場と乖離しない

具体的な業務改善や政策提言を「仕組みとして」行っていくものとして現在もあり方を模索しています。

事例コラム

〈全地域包括支援センターで「要望と提案」を集計し、市長へ提言〉

それぞれの地域包括支援センターが把握している地域課題やセンター運営課題を、連絡会としてアンケート調査し、KJ法にてボトムアップ分析を行いました。その結果、まとめられた15の提言を市長へ提出し、現在も検討を重ねています。

【政策反映された例】

- ・センターの名称変更や共通リーフレットの作成
- ・センター業務の施策・政策反映の一環としての福祉関係計画への参画
- ・認知症徘徊・見守りネットワークの強化と緊急連絡先票の活用

2. 金沢市・とびうめにおける地域ケア会議運営

(1) 個別事例からはじめるスモールステップ地域包括ケアシステムの構築

金沢市・とびうめでは、「個別事例にはじめ、個別事例にかえる」ことを基本姿勢としています。地域で生じたニーズを、地域の力やネットワークで解決していく仕組みを私たちの目指す地域包括ケアシステムと捉え、そのための手段として地域ケア会議を活用しています。軸においている個別事例検討においては、地域の人や機関と共にアセスメントを深めることで、気づきや学びを深め、そこから見えてくる地域課題に対しては、解決に向け必要な機能別会議等につなげ、丁寧な合意形成を行いながら取り組んでいます。

(オーダーメイドの支援ネットワーク)

○とびうめでは地域ケア会議において、「本人の暮らしを支える事を軸として、フォーマル・インフォーマルの枠を超えたオーダーメイドの支援ネットワーク」を構築することを目標に据えています。

(「今、ここでの」地域課題の共有)

○個別事例を深めることは、「今、ここでの」リアルな地域課題を共有する場ともなり、ある人のニーズ(課題)は、私たちの地域のニーズ(課題)という視角がうまれます。また、一つの成功事例を経験した参加者は、次にはこの地域の支援者として、あるいは代弁者としての役割や機能を見いだせることにつながります。

(スモールステップで行う合意形成)

○個別事例の積み重ねから見えてきた地域課題については、地域包括支援センター内協議を起点に、その課題ごとに最適な機能別会議へと振り分けを行い解決を志向した検討を

重ねていきます。その中でスモールステップの合意形成（一段一段の共有）を丁寧に行うことを心がけています。

（2）地域ケア会議運営上の考え方

（地域ケア会議の2本柱での体系）

○金沢市・とびうめでは、運営上の考え方として、地域ケア会議を「場としての」地域ケア会議と、「機能としての」地域ケア会議の2本柱で整理しています。地域ケア会議は、地域包括ケアの実現にむけての手段であると捉えると、一つの会議ですべての取り組みをおこなうことには限界があることに気がついたためです。新しく総合的な会議を立ち上げることも考えてはみましたが、参加者にも負担を強いることとなり、現実的ではありませんでした。そこで、既にある会議に地域ケア会議の機能を付加し、それを体系化することで、総合性を担保していくこととしました。

（個別事例検討「場としての」地域ケア会議がすべての鍵）

○個別事例のアセスメントを強化していくことにより、その事例に対する認識が深まるだけでなく、地域に対するアセスメント能力が強化されます。そして積み重ねを行っていくことで地域の課題が発見されていくものであると考えています。

このような視点を持ちながら、「立場を超えて、同じ場で話せるもの」として、時に本人や家族、近隣住民までを含む多職種による地域ケア会議を運営しています。

○個別事例の検討を行う地域ケア会議は、落とし所や計画案などの事前資料をあえて準備せず、「固定観念を取り除いた状態で、関係者が一緒になり再アセスメントを行う」という視点にて行われます。

共に個人と地域のあり方を見つめ直す過程において、会議参加者が自分の役割や立ち位置に自発的に気づき、支援者としての主体性が高まることが見込まれます。

（3）地域ケア会議運営上の具体的手法

（個別事例を検討する際の具体的手法）

○とびうめの地域ケア会議では、多職種（専門職に限らず、地域住民等も含む）の中において、共通言語をもたないことを前提に共通認識を育てる工夫が図られています。会議開催時には事前資料は準備せず、そのかわりホワイトボードを2枚用意し、参加者からの情報や意見をジェノグラムやエコマップ、時系列といった形に可視化しながら会議を進行させます。その際、進行や板書は地域包括支援センター職員が担当します。

○参加者より発言された意見や情報は、「誰が」「いつ」「何を」という点が明確にされ、ホワイトボードに板書されます。また司会を担当する地域包括支援センター職員は明確な情報を引き出すためのかじ取りやサポート、質問等を行います。

○司会担当者は、参加者より情報を引き出す働きをすることと同時に、こまめにそれらの

情報についてまとめ、参加者の理解を助ける働きを行います。例えば、それぞれの思いの推移であったり、ある一定の人物との関わりであったり、カテゴリを細かく分けてまとめ、頭の中で整理をつけやすくすることに努めます。

- 共有された情報をもとに、何がその事例において問題点であるのか、というポイントをまとめます。司会者の進行により、それらのポイントについて、どのような対策が有効であるか、現状行えることは何か、といったことが話し合われ、具体的な行動計画があげられていきます。
- 決められた行動リストについて、「いつ・誰が」を明確にした上で参加者への役割分担が行われます。アセスメントを協働したことにより、多くの参加者が自分の役割や立ち位置に気づいているため、司会によって振りわけられるわけではなく、自発的な役割の引き受けが見られていきます。
- 一つの事例検討を終えると、余韻を噛みしめるかのように、地域の関係者と一緒にホワイトボードを囲みながら、そこで話し合われたことの振り返りをおこなうことが自然の流れとして行われます。そこから、個別事例からみえる地域課題についての気づきにつながることも多くあります。
- 地域ケア会議の進行についての一例として、次表のような流れで行われます。

時間	行った内容	詳細	ホワイトボード
約5分	参加者の自己紹介 会議目的の共有 個人情報取り扱いルール確認		参加者を表記
約30分	事例アセスメント 司会進行の質問を引き金に、 全員発言による情報の共有	基本情報(医療・介護など) 家族構成や生活歴 これまでの経過 人や地域との関係性 本人の側からの思い、何が みえているのか 誰からみて、何がおきている かを角度を変えてみる 課題解決パターン、力や強 みは何か	ジェノグラムで家族関係を 表記 そこから、エコマップを作 成し、人や地域との関係性 をコメントとして加えてい く 当事者年表を作成する形で、 情報を可視化
	課題の抽出と優先順位の確 認	課題を整理	アセスメントに色付けしな がら、課題を表記
約20分	課題についての解決方法を 検討	課題解決にむけての取り組 みの検討	課題ごとに実行リストを作 成
	役割分担	誰がどのタイミングで、何 を行うことが適切か検討	誰が何をいつまでに担当す るのかを表記
約5分	まとめ	事例検討のまとめと要約を とおして共有されたものを 確認	ホワイトボードを指差しな がら、会議を要約
会議終了後	(事例の振り返りと地域課題 の抽出)	事例の振り返りと見えてき た地域課題の確認	ホワイトボードで事例の全 体像の確認

(地域課題の解決へ向けての具体的手法)

- 地域課題を解決していくにあたり、適切な設置範囲・参加者での会議が必要です。金沢市・とびうめでは、まだ発展段階ではありますが、「機能としての」地域ケア会議として、既存の会議を活用し、地域課題解決へとスモールステップでの取り組みを試行しています。
- その際、気をつけていることは、参加者がお互いの立場や要望を主張しあうことで終始しないよう、併せてお互いのできることや強みなども提案できる建設的な雰囲気を作り出すことです。合意形成は、協働する関係性を土台として成立すると考えています。
- 一例を紹介します。地域包括支援センター連絡会では、それぞれの生活圏域ごとの課題を整理し、地域課題として市長や行政各課にむけて届けるツールとして「提言書」を作成しましたが、そのときにも、次ページの例のとおり各委託型地域包括支援センターの要望と提案をセットにしてまとめています。その結果、センターの名称変更や市地域福祉計画策定会議への参画など、具体的な政策形成につながる取り組みが生まれてきました。

要望アンケート

センター名 とびうめ

現状と課題 (困っていることなど)	要望と提案		分野 (複数回答可)	レベル
	包括で できそうなこと	行政にサポート してほしいこと		
(例) センターがあまり周知されておらず、地域への啓発活動がもっと必要と感じる。	民児協の定例会に毎月出席していく。パンフレットをもって実態把握に積極的にやる。	センターの活動が一目で分かるような共通パンフレットなどを作成してほしい。 市民が親しみやすいように、センターの名称を短縮・変更してほしい。	☒ 総合相談・支援 ☐ 介護予防 ☐ 権利擁護 ☐ 包括的・継続的ケアマネジメント ☒ ネットワーク ☐ 業務体制	☒ 市 ☐ 県 ☐ 国

(4) 地域ケア会議の今後

(地域包括支援センターの体系化の確立)

金沢市・とびうめで行っている地域包括ケア会議の体系化は、まだ試行段階です。保険者には、地域包括ケアシステムを構築する責務があるのと同時に、委託型地域包括支援センターには、実感として捉えている地域課題を届けていく使命があると考えます。そのための有効な手段としての地域ケア会議の活用については、お互いにとってメリットがあるものであり、協働で仕組みとして構築していきたいところです。

(保険者と地域包括支援センターの関係)

地域包括支援センターと保険者の連携を強化していくことが重要です。しかし、行政担

当者の異動等により、これまでに構築・共有してきた情報や連携がリセットされてしまうことが懸念されています。

そのため、そのような人事的な入れ替わりなどが起こった際にも、保険者と地域包括支援センターの連携が揺らぐことのないシステムの構築が目指されています。

（地域包括支援センター連絡会の機能強化）

現在19か所配置されている地域包括支援センターですが、地域特性の違いから、温度差や足並みのばらつきが見られることが課題となっています。その課題に取り組む仕組みとして、地域包括支援センター連絡会の機能強化が求められています。

連絡会は、発展途上段階ではありますが、地域ケア会議としての政策形成機能や資源開発機能をもちあわせており、保険者と地域包括支援センター同士の連携システムとしての可能性は大きいものととらえられています。市長への提言などの成功実績を一つずつ積み重ねながら、現場発信の地域包括ケアシステムづくりに取り組む姿勢を大切にしていきたいです。

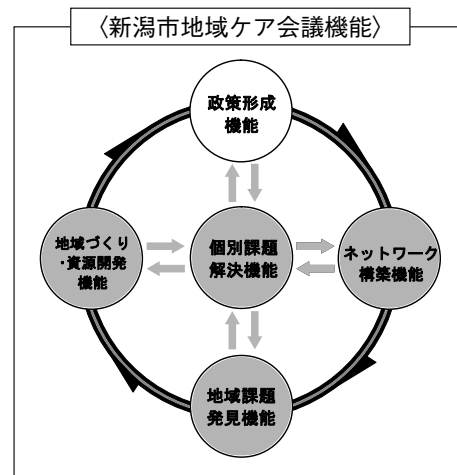
8 新潟県新潟市 新潟市地域包括支援センター阿賀北

1. 新潟市北区における地域ケア会議の概要

人	口	:	約803,719人		
高	齡	化	率	:	23.9%

地域包括支援センター設置数	27 か所
直 営	0 か所
委 託	27 か所
サ ブ セ ン タ ー	0 か所
ブ ラ ン チ	0 か所

(平成24年5月現在)



(新潟市北区の特徴)

新潟市は2007年に区制を導入し、8つの区で構成される市となりました。地域包括支援センター阿賀北がある北区は旧新潟市と旧豊栄市の合併により構成されています。旧新潟市エリアは比較的高齢化率が高く、独居・二人暮らし世帯が多くなっており、旧豊栄市エリアは新潟市のベッドタウン的な位置であることから、若い世代が多いという特徴があります。

(人口と高齢化率)

新潟市の人口の増減は横ばいで推移しており、現在約803,719人、高齢化率は23.9%となっています。今後人口は下降を辿り、高齢化率は上昇することが予想されており、平成37年には人口約760,000人、高齢化率30.4%になると推計されています。

また、北区だけに限定した場合、人口は現在約77,331人、高齢化率は23.4%となっています。北区に限定した場合も、市の将来推計と同様、平成37年には人口は約70,890人と減少し、高齢化率は31.9%と上昇することが推計されています。

なお、新潟市地域包括支援センター阿賀北の担当圏域に限定した場合、現在の人口は約27,602人、高齢化率は24.6%となっています。

(特徴的な地域課題)

北区は旧新潟市圏域と旧豊栄市圏域の合併による成り立ちから、それぞれの圏域における高齢化率が違いますし、主産業も異なり、新潟中央部への交通網等の充足度も異なります。そのため、同一区内ではあるものの、発見される圏域レベルでの課題については大きな違いが発生することが懸念されます。

(新潟市の地域包括支援センターの概要)

新潟市の地域包括支援センターは全て委託型で、8つの区にそれぞれに3～4か所ずつ設置

されており、合計27か所設置されています。

北区には旧新潟市北地区を担当する地域包括支援センター阿賀北と、旧豊栄市を担当する地域包括支援センターくずつか・地域包括支援センター上土地亀の3か所が設置されています。

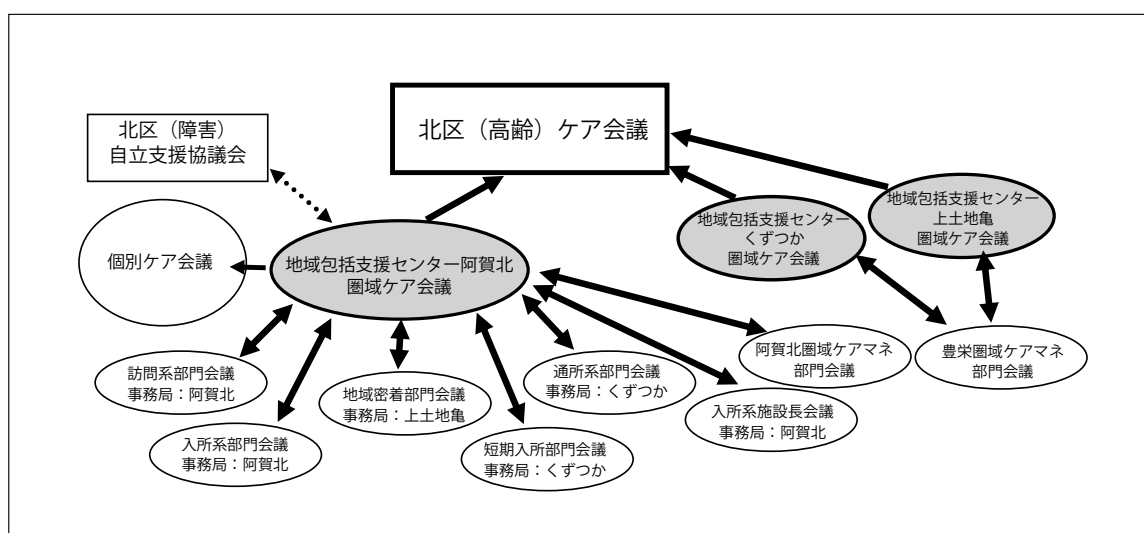
保険者から地域包括支援センターへ対する運営上の指導等は年2～3回の業務説明会、毎年度業務評価、市民に新潟市のホームページで結果公表があるほかは、比較的自由な地域性を考慮した運営が可能となっています。新しい取り組みや会議等を行う際は、保険者に起案を提出し了解を得る形をとっています。

(新潟市北区での地域ケア会議概要)

北区の地域包括支援センターでは、個別事例の裏に潜む地域課題を抽出し、どのように区や市へと共有して解決へと導いていくかという点に主眼を置いた地域ケア会議が構築されています。

地域課題を抽出し解決へと向かう地域ケア会議は、区範囲の事例を7つの部門別に検討する「部門別会議」・部門別会議から上がってきた地域の課題について検討を行う「圏域ケア会議」・圏域ケア会議により集約され、解決に行政の力が必要となる課題の検討を行う「北区ケア会議」により3層構造で構築されています。

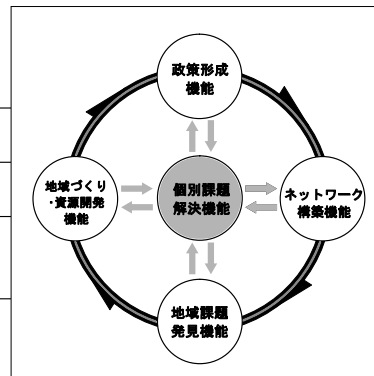
また、必要に応じて民生委員や介護支援専門員等から寄せられた検討が必要な事例については、上記地域ケア会議とは別に、随時、関係者を招集し、個別ケア会議を開催しています。



(1) 個別ケア会議

(会議概要)

開催頻度	非定例
主催	地域包括支援センター
会議運営	地域包括支援センターごとの裁量に任されている
会議の目的	個別の困難事例について、具体的なケース検討を行う。
会議の持つ機能	個別課題解決機能
見込まれる成果	個別課題解決
対象範囲	個別ケース
会議参加者	ケースに関わる関係者。専門職に限らず、地域住民等も招集。
進行役	地域包括支援センター職員
事例選定方法	地域からの通報、介護支援専門員からの相談、圏域ケア会議での議題からの抽出、その他ありとあらゆる所より選定



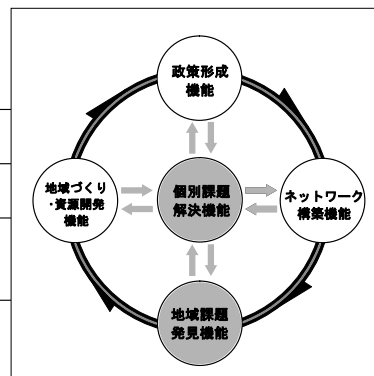
(個別ケア会議とは)

ケースに関わる関係者による会議で解決に向く課題について取り上げる会議として位置づけられています。役割分担をしながら、多職種による協働の形を模索することを通し、個別課題の解決という成功体験を積み上げることが目指されています。

(2) 部門別会議

(会議概要)

開催頻度	定例(2回/年)
主催	地域包括支援センター
会議運営	地域包括支援センターごとの裁量に任されている
会議の目的	部門ごとに同業者が集まり、その部門での困難事例・地域課題等について検討を行う
会議の持つ機能	個別課題解決機能、地域課題発見機能
見込まれる成果	個別課題解決、地域課題発見
対象範囲	区レベル
会議参加者	地域包括支援センター職員、部門ごとの同業者
進行役	会議の参加者の中から選定
事例選定方法	事例提供シートを配布する募集方式



(部門別会議とは)

その部門ごとの同業者が集まり、個別ケースおよび地域課題について検討を行う会議として位置づけられています。

同じ地域で働く同業者が集まり、ひとつの事例についての意見を十分に練ることで、各部門としての意見として圏域ケア会議へと課題をあげていくことが目的です。

(部門と担当事務局)

○訪問系・入所系・短期入所・通所系・地域密着・ケアマネ・入所系施設長、の7つの部門に分かれ会議が開かれています。

○各部門別会議の事務局は、北区の3か所の地域包括支援センターで分担して設置されています。また、一つ一つの部門会議の設置範囲は北区レベルで設定されています。

例えば、平成24年度に地域包括支援センター阿賀北が事務局を担っている部門別会議として、入所系施設長会議・訪問系部門会議・入所系部門会議・阿賀北圏域ケアマネ部門会議があります。それらの会議の参加者や事例の召集範囲は、地域包括支援センターくずつか・上土地亀の圏域も含まれます。すなわち、地域包括支援センター阿賀北の担当圏域にある短期入所部門や地域密着部門の関係者は、地域包括支援センターくずつか・上土地亀に事務局が設置されている部門別会議へと召集されます。

(事例の選定・開催日程・参加者の招集方法)

○地域包括支援センターが事務局として部門別会議の開催日程を決定します。また、開催の1か月半前程度の時期に、関係者へ出席確認とともに事例提出シートを送付します。

(→P172、173、参考資料1、2)

○司会進行を担うのは、その部門別会議に集まった参加者の中より選出します。部門により選出方法は異なりますが、例として、参加者の中での持ち回りで選出されるケースがあります。

地域包括支援センター職員が司会進行を行うことはありませんが、会議に同席し、検討の流れの中において、方向性づけを行います。

事 例 コ ラ ム

〈感染症の方が病院から在宅へと戻った際、受け入れを行うサービス事業所がその地域にないケース①〉

介護支援専門員部門会議において、MRSAや多剤耐性緑膿菌といった感染症の患者が、病院から在宅へと戻る際に受け入れ態勢が整っているデイサービスやショートステイサービスがその地域にないことが、個別ケースを通して問題であると問題発起がされた。

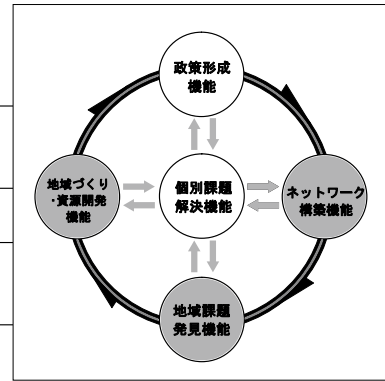
この問題について、地域包括支援センターにより短期入所部門・通所部門・訪問系部門会議へとケースの橋渡しが行われ、介護支援専門員部門会議も併せ4部門の部門会議で同一ケースについての検討が行われた。

それぞれの部門別会議でまとめられた意見は、圏域ケア会議へとあげられることとなる。

(3) 圏域ケア会議

(会議概要)

開催頻度	定例(2回/年) 部門別会議開催の翌月に連動して開催
主催	地域包括支援センター
会議運営	地域包括支援センターごとの裁量に任されている
会議の目的	部門別会議でまとめられた地域課題について、各部門の代表者レベルでの検討を行う。
会議の持つ機能	地域課題発見機能、ネットワーク構築機能、地域づくり・資源開発機能
見込まれる成果	地域課題発見、ネットワーク構築、地域づくり・資源開発
対象範囲	担当圏域レベル
会議参加者	各部門の代表者、民生委員、コミュニティ協議会福祉部、社会福祉協議会、医師、など。また、各部門の関係者からのオープン参加も可能。
進行役	地域包括支援センター職員



(圏域ケア会議とは)

その地域(圏域)において、どのようなケースやニーズが存在していて、解決できていないのかという課題を整理し、報告を通してそれを「知る」「学ぶ」会議です。そして、それらの課題の解決方法について「考え」、解決に至るためにはどのような機能が必要かといったことを踏まえ解決の主体を決め、そこへ「ふるい分け」します。多職種による会議であるため、様々な関係者を「巻き込み」解決を目指しますが、そのケースが行政の力も必要とする場合は、北区ケア会議へ「持ち上げる」機能を発揮します。

部門会議で専門職が持ち上げてきた地域課題に対して、各部門の代表者で向き合う会議として位置づけられています。

(開催日程・参加者の招集方法)

○事務局である地域包括支援センターが開催日程を決定し、各関係者へと案内を送付します。参加は申込制をとっており、地域包括支援センターから指定して招集をかけることは行われません。また、当日の司会進行は地域包括支援センターの社会福祉士が行います。

(議題となる地域課題の集約)

○北区3か所の地域包括支援センターで開催されている部門別会議で検討がされた個別ケースは、各地域包括支援センターごとに行われるそれぞれの圏域ケア会議へ、ケースごとの住所地により振り分けられます。例えば、地域包括支援センターくずつかの担当する短期入所部門会議で検討がされた阿賀北圏域の個別ケースは、地域包括支援センター阿賀北主催の圏域ケア会議へと振り分けが行われます。

事例コラム

〈感染症の方が病院から在宅へと戻った際、受け入れを行うサービス事業所がその地域にないケース②〉

介護支援専門員部門・短期入所部門・通所部門それぞれの会議で検討がされ、圏域ケア会議へとそれぞれの視点でまとめられた課題があがり、具体的な解決策の検討が行われた。

検討の中で、感染症に関する正しい知識があれば受け入れは可能であることが共有され、そのような知識が地域の事業所に広まっていないということが課題としてまとめられた。その解決策として、参加者の一人である医療機関代表の医師を中心として「受け入れマニュアル」を作成することが提案・承認され、また圏域ケア会議での意見として北区ケア会議へと報告することとした。

〈ケアマネ部門会議から課題提起があった65歳になり障害者施策から介護保険に移行するケース〉

本来であれば3か月前から移行でき、移行の準備を行なうことができるはずだが、65歳になる1週間前に介護保険の介護支援専門員につながり、その1ヵ月後、徘徊、死亡する事故があった。

本事例をきっかけとして、ご遺族にも快く了解を戴いた上で、障害者施策からの移行、引継ぎ、連携のあり方について、自立支援協議会事務局担当との連携の下、障害者施策に携わる従事者と介護保険サービス関係者が一堂に会し、公開事例検討会をグループワークも交えて行なうことを通し、顔の見える関係を作り、新潟市北区における障害・高齢関係者の連携の形を模索する試みを平成24年度開始した。

今後も、難病、その他、異なる障害種別を取り上げ、継続的に両者の連携をスムーズにする事例検討会の開催を検討している。

〈訪問系部門会議から課題提起され、床ずれがかなり悪化してから訪問看護につながった事例〉

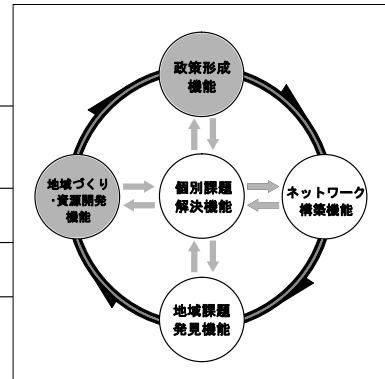
介護支援専門員の医療系サービスの導入時期のタイミングについて、医療的知識の不足が懸念された。介護支援専門員のみならず、同事例には訪問介護による入浴介助、通所介護による入浴介助のサービスも利用されていた。介護支援専門員を経由しながらも、福祉系サービスに従事する看護職同士の連携についても課題が残った。

本事例を圏域ケア会議にて検討し、床ずれに関する医療的な最新の知識を関係者で共有する必要があるとの結論となり、北区における基幹病院である豊栄病院の皮膚排泄ケア認定看護師を講師に依頼し、訪問看護ステーションより実践報告を交え、医療系サービスにつなぐタイミングについて検討する研修会を開催する運びとなった。

(4) 北区(高齢)ケア会議

(会議概要)

開催頻度	年2回(圏域ケア会議が開かれた翌月に連動して開催)
主催	北区役所
会議運営	各区役所に任されている
会議の目的	圏域ケア会議でとらえた地域の課題の報告、ならびにその中でも行政の力が必要となる課題を中心に解決策の検討を行う。
会議の持つ機能	地域づくり・資源開発機能、政策形成機能
見込まれる成果	地域づくり・資源開発、政策形成
対象範囲	区レベル
会議参加者	北区3地域包括支援センター代表、医師会代表、大学、介護支援専門員代表、施設代表、などによる委嘱型
進行役	北区健康福祉課高齢介護係長(地域包括支援センター統括担当)



(北区ケア会議とは)

圏域ケア会議で整理され、溜められた地域の課題を報告し、その中でも特に「行政の力を必要とする」地域の課題について、具体的に解決策を検討していく会議であると位置づけられています。北区に3か所ある地域包括支援センターの情報や認識の共有を、保険者や各代表者レベルを交えて行う場としても機能します。

(開催日程・参加者の招集方法)

- 開催や日程調整など、運営を行う事務局は区役所地域包括支援センター統括職員が担当します。また、会議当日の司会進行の役割も担います。
- 参加者については、区役所により毎年度の始めに委員を決める委嘱型であり、固定されています。

事例コラム

〈感染症の方が病院から在宅へと戻った際、受け入れを行うサービス事業所がその地域にないケース③〉

部門会議・圏域ケア会議を通してまとめられた、感染症の受け入れについての地域課題は北区ケア会議へと提出される。当該事例が地域包括支援センター職員により北区ケア会議の場で報告され、検討の承認が得られた。

その後、具体的な対策へと向かうため、地域包括支援センター主催により「受け入れマニュアル」の作成会議が開催され、全6回の会議を経て平成25年3月に完成した。来年度はこの「受け入れマニュアル」を使ってサービス事業所を対象に新潟市北地域在宅医療介護支援ネットワーク主催で研修会を開く予定となっている。

2. 新潟市北区における地域ケア会議運営

(1) 地域ケア会議を通して構築を目指す「ご当地スタイルの地域包括ケア」

新潟市北区の地域包括支援センターでは、地域特性を考慮した、その土地ならではの「地域包括ケア」を構築するうえでの重要な手段として地域ケア会議を活用しています。

地域ケア会議の運営を続けていく中で、地域独自の協働の形を作り上げるための下地となる仲間同志のつながりを強化すること、また、個別ケア会議で役割分担を行いながら協働の形を模索していくことで仲間としての成功体験を積み重ねることが、地域包括ケアを実現していく上で重要であるとしています。

(地域ケア会議を行う上でのキーワード)

○新潟市北区の地域包括支援センターは、地域ケア会議を運営・開催する上で3つのキーワードを掲げています。

①個別課題を地域の課題へ

⇒ 課題解決型思考の地域を作り上げる

②ネットワーク強化とお互いの命題の共有

⇒ 協働の在り方を研究し、強化していく

③事例を通して地域包括ケアに向かう関係者の準備

⇒ 官・民・専門職、それぞれの立場で何ができるか、圏域ケア会議をきっかけとして、お互いに考え、行動をする

(2) 地域ケア会議運営上の考え方・具体的手法

(北区3地域包括支援センターによる運営の統一)

○新潟市では地域ケア会議の運営は、それぞれの地域包括支援センターの裁量に任せられています。それによる、地域包括支援センターごとのやり方の違いから足並みの乱れが生じることを防ぐために、また、より効率的な運営を可能にする観点から、北区の3地域包括支援センターにおいては、運営方法を統一しています。

例えば、あらかじめ相談を重ねたうえで、部門別会議・圏域ケア会議の持つ機能や役割は同じものとして設置運営されています。運営方法が統一されていることから、部門別会議の事務局の分担も可能となっています。

(事例が出やすくなるための工夫) →P172、173、参考資料1、2

○地域包括支援センターは部門別会議の参加者招集段階において、事例の提出を行いやすくするため、専用のシートを2種類配布します。

1つ目は個別ケースを通して考えられる、地域に足りない資源やサービスなどを「あったら良いな」という形で表記するもので、1枚のシートに1件のケースを記入します。シート項目としては、ケース当事者の基本属性、現在のサービス利用状況、本人や家族

の満たせていないニーズ、それらを受けて現状提示している代替案、記入者が感じている地域に足りない資源やサービス、備考という項目になっています。

2つ目は、それらの「地域に足りない資源やサービス」が多数考えられる、感じている記入者向けとなっており、項目は解決が困難なニーズ、それに対する対応、地域に足りない資源やサービスの3つで構成されています。

- 事例提出シートに関する工夫として、記入の手間を軽減し、記入者の事例提出に対するモチベーションを落とさないために、A4サイズ1枚程度に収まる簡素な構成で作られています。

(個人情報保護の意識)

- 北区の3地域包括支援センターでは、個人情報保護の観点から、地域ケア会議で個別ケースを取り扱う際は、個人が特定されないようケース当事者の氏名を仮名、またはイニシャルで表記することとしています。

また圏域ケア会議において、プライバシーに関わる個別ケースの相談が唐突に持ち込まれることがありますが、その際は別途その個別ケースの関係者を招集した個別ケア会議を開催することを確約した上で相談を打ち切り、圏域ケア会議の中で個別情報が漏れることのないよう配慮しています。

(関係者のモチベーション維持) →P174 参考資料3

- 地域包括支援センター阿賀北での取り組みとして、地域ケア会議参加者のモチベーションを維持・向上させることを狙いとした「阿賀北ねっと」(広報紙)の作成・配布があります。圏域ケア会議で話し合われた内容が、その後どのように実行に移され、どのような展開になっているか、進捗状況を報告し、次の圏域ケア会議開催まで間延びしてしまわないように発行しています。このことにより、会議参加者が発言した意見が地域づくりへと反映され、参画意識が高まるよう地域づくりへのプロセスの共有を目指しています。

- 内容としては、

- ・地域ケア会議での議題に対する地域包括支援センターとしての活動の現状報告
- ・検討の中で出た発言や提案が、その後どのような効果を出したか
- ・地区別に行っているグループワーク等の内容

といったものを、会議の非参加者が見ても、会議内容が理解できるようまとめています。

(3) 地域ケア会議の今後

(会議の質および会議参加者の担保)

- 個別ケア会議や圏域ケア会議において、警察署や消防署、医師や民生委員といった多機関・多職種の参加が見込めるかどうかは、強制的な召集は行っていないため、相手の意

志次第となっています。そのため、例えば同じ圏域ケア会議でも、地域包括支援センターごとに参加者の職種は異なっています。

また、現状の参加者の出席（参加）が必ずしも担保されているわけではないため、今後、医師会の役員の交代等による参加者の入れ替わりが起こった際、会議の持つ機能が人的要因により変わってしまう可能性が懸念されます。

今後、地域ケア会議の機能を果たすため、また、より効果を発揮していくためには安定して必要な会議参加者を確保し、会議の質を担保していくことが重要です。

（個人情報保護を徹底していくために）

- 個人情報の保護について、きめ細かい配慮を行っている北区での地域ケア会議ですが、例えば、当該ケースに関係するが守秘義務が課せられていない地域住民の参加を必要とする個別ケア会議において見守り支援策等を検討する際、個人情報保護について困難が生じています。専門職に限らず、関係する地域住民等にも守秘義務を課す等の手法の構築、更なる個人情報の保護に対する体制を築き上げることが課題となっています。

（地域課題を解決していくために）

- 圏域ケア会議の場で検討された地域の課題の共有ならびに「行政の力が必要となる地域課題」の解決のために設置運営されている北区ケア会議ですが、新潟市の定める設置要綱としての視点から見ると、8つの区においてそれぞれ開催されることになっていますが、実際に開催しているのは北区を含め、2区だけとなっています。
- また、全市的な課題を解決する場合も、平成24年度現在、開催されていない現状にあります。
- 今後、市においてケア会議で集約された市単位の課題を施策に結びつけるための体制整備が検討される予定であることから、行政との連携を深めるとともに、圏域ケア会議の充実に引き続き取り組んでいきたいと考えています。

包括阿賀北「サービス開発事例検討会」提出資料(ケース紹介様式)

提出日：平成 年 月 日

提出者：

氏名：イニシャルで	生年月日：M・T・S 年 月 日
住所：集落名まで可	家族構成
状態像： 要支援1・2・要介護1・2・3・4・5 日常生活自立度 身体 () 認知症 ()	
現在利用しているサービスとそこでの状況	利用上満たせないニーズ (本人・家族の思い)
どんなふうに代替案を提示しているか	あったらいいなサービス
備考—書き足りないこと—	

担当圏域包括ケ了会議資料(相談員用)

提出日：平成 年 月 日

提出者：

[illegible]

3 抜本的な解決策等あったらいいなと思う提案

***個別ケースの具体的な対応策を検討する場合は、ケアマネ用書式を使用してください。**

北地域の関係者をつなぐ

広報 阿賀北ねっと

—北地域包括ケア会議通信—

発行 平成 24 年 3 月吉日 NO. 9

新潟市地域包括支援センター阿賀北
新潟市北区松潟1490-2
☎ 025-258-1212

平成23年度 北地域担当圏域包括ケア会議

開催実績 → 平成24年2月29日(水)開催
次回開催予定 → 後日改めて通知

《包括ケア会議の流れ》

- ①地域の課題と思われるものを地域の関係団体の方々(*1)から報告していただきます。
- ②出された地域の課題の共有を図ります。
- ③地域の課題の解決に向けたアイデアを出していただいたり、意見交換を行います。
- ④包括ケア会議で解決できなかった課題を北区高齢者ケア会議に挙げるだけでなく、各施設や事業所で持ち帰って考えて頂き、解決を図ります。



(*1) これまでにご参加いただいている、または参加依頼を出させていたいただいている関係団体
(下記以外にも、オープン参加として多数の関係者の方にご参加いただいています。)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・松浜・濁川・南浜民生委員児童委員協議会 ・松浜・濁川・南浜コミュニティ協議会福祉部会 ・医療機関 ・北区社会福祉協議会 ・新潟医療福祉大学 ・北区役所 ・北地域保健福祉センター | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者入所施設(介護保険) ・短期入所サービス(介護保険) ・通所サービス(介護保険) ・訪問系サービス(介護保険) ・地域密着型サービス(介護保険) ・ケアマネ事業所(介護保険) ・障害関係施設 |
|---|---|
- (順不同)

今回の担当圏域包括ケア会議では・・・

各部門別会議の報告から、**10個**の課題を抽出しました！

ご報告ありがとうございました！報告内容と課題については
次ページ以降に掲載致します。



今回は時間の都合上、会議後半に予定していたグループワークを行うことができませんでした。

予定では、前回の積み残し課題にもなっていた『災害対策』をテーマに、皆さんから意見やアイデアを頂くつもりでした。

このテーマは次回会議に持ち越す予定でおりますので、その際は是非活発なご意見を頂きたいと思っております。

わたしたち事務局側も、今後さらに会議の進行や時間配分を工夫して、皆様に「来てよかった！」と思って頂けるような会議にしたいと思っております。
今後とも宜しくお願い致します。

寄せられた課題

- ① 成年後見申し立ての際の医師の意見書作成について
- ② 老人憩いの家などに通う為の区バスなどの交通機関について
- ③ 要介護認定の審査基準、認定基準等に関する情報交換について
- ④ 褥瘡を進行させない為のアセスメントについて
- ⑤ 除雪の体制について
- ⑥ 介護保険申請時の医師の意見書作成について
- ⑦ 障がい者の把握について
- ⑧ 高齢者世帯で、一方が介護保険サービス(入所・ショート)を利用する場合
- ⑨ (耐性菌)感染症のある方への対応に関する地域共通マニュアルについて
- ⑩ ゴミ出しについて



部門別会議の報告

【ケアマネ部門】



① 成年後見制度申し立ての際の医師の診断書について

主治医の診断書を依頼するも、専門医でないとの理由で断られた事例があった。手続きをスムーズに行う為に、地域の開業医の先生方にも理解と協力を頂きたい。

【医療機関】

- ・医師によって介護に対する意識に個人差があるが、北区だけでの問題ではない。是非、新潟市の医師会事務局に働きかけて欲しい。
- ・この課題について県レベルに広げる必要があれば、市の医師会から働きかけてもらうこともできるのでは。

【包括】

- ・まずは北区のケア会議に報告し、行政から医師会へ報告して頂けるようにする。

② 老人憩いの家などに通うための区バスなどの交通機関について

介護予防の教室を卒業された方について、足がなく困っている。区バスや住民バスも憩いの家や集いの場から離れていて不便。

【包括】

- ・区のケア会議で報告。また住民バスの「おらってのバス事務局」にも、停留所についての相談を包括からしてみることとする。

③ 要介護認定の審査基準、認定基準等に関する情報交換について

審査基準が変更したり改正される際、情報をタイムリーに入手できると良い。また、認定基準についてもケアマネさんと行政の意見交換ができる場があると良い。

【包括】

- ・北区ケアマネ協議会を通じての行政との情報交換会などを、北区担当者と検討していきたい。

【訪問系サービス部門】



④ 褥瘡を進行させないためのアセスメントについて

褥瘡の状態がかなり進行してからようやく訪問看護などの医療につながった事例があった。褥瘡が進行する前に早めに状態を確認し、サービス調整を行うことが必要。

【包括】

- ・ケアマネさん向けの褥瘡の知識・対応についての勉強会を、次年度包括の事業として検討中。区とも相談して企画したい。

【会場当日に出された課題】



デイサービス
から出た課題



医療機関から
出た課題

⑤ 除雪の体制について

大雪の際の除雪に関する社会資源として、社協の除雪ボランティアがあるが、ボランティア登録が少ないこともあって、実際には地域の自治会や民生委員さんにご協力願うことが多い。

また、介護サービスを利用している世帯について、外出の為に玄関先の除雪は基本的にサービス事業所での対応をお願いするのが社協の基本的なスタイル。

ただ、事業所側も何軒もの除雪に時間を割くのは現実的に難しい。利用者さんが必要な介護サービスを利用できるように、地域における除雪の体制をもう一度検討していくことが求められる。特に、高齢者のみの世帯や独居の方に対しては雪が降る前に除雪の体制を構築していく必要がある。

【包括】

- ・通所事業所によっては、事業所側から降雪のために利用を休んで頂きたいと利用者に申し出ていたケースもあった。
- ・除雪の問題については、社協や事業所、地域の団体、みんなが歩み寄って協力することが必要ではないか。今後も継続して、地域の自治会、コミュニティ協議会、民生委員さん等ともご相談していきたい。

⑥ 介護保険申請時の医師の意見書作成について

介護保険申請時に必要な主治医の意見書について、医療機関としてはその際、唐突に意見書の書式が送られてくる印象が強い。特に調査センターからのものはそう感じる。ケアマネさんからのものは、経緯等が添付されていたりするのでわかりやすい。

意見書を書くにも、受診歴のない方や本人が受診しても申請理由が聞き取れない場合などは、作成に困ることが多い。一番事情の分かるご家族などに受診時は同行してもらい、申請の目的や生活状況について聞き取りをしたいので、申請を受け付けた窓口担当者から本人や家族にそのように伝えてもらうことはできないか？また、受診はなるべく速やかに行って頂きたい。

【包括】

- ・包括で受け付けたケースについては極力、今回課題提起して頂いた点について配慮するようにしたい。
- ・包括は申請代行できる機関の一つでしかない。他の機関も足並みをそろえて対応する必要がある。

【北センター】

- ・申請にこられた方について、上記の点について説明することは可能と思う。ただ、申請時に主治医名が明確でなかったり電話して家族に確認しても分からないといったケースもあるので、徹底できるかは分からない。

【北区高齢介護係】

- ・この件については介護保険申請の仕組みづくりの問題もあると思うので、行政の方でも検討させて頂きたい。

地域の中で協力
体制がつけると
良いですね！



民生委員さん
から出た課題

⑦ 障がい者の把握について

民生委員として、担当地域の高齢者の世帯状況については情報がそれなりに提供されており把握しやすいが、一方で障がいをもちの方の状況(どこにどんな障がいを持った方が住んでいるか、世帯の状況は？等)についてはほとんど把握できていない。例えば、家族に何かあった場合にどうなるのかなど、心配。行政から情報が得られないものか。



医療機関から
出た課題

⑨ (耐性菌)感染症のある方への対応に関する地域共通マニュアルについて

前回 8 月のケア会議で課題として出された感染症のある方のサービス事業所の受け入れについて。研修会の開催や入所施設長会議の立ち上げなど、包括から取り組みを行っているが、感染症のある方への対応についての知識は、是非地域全体で共通のものにしていく必要がある。

まずは他市町村等のお手本を参考にするかたちでも良いので、地域のサービス事業所全体に共通のマニュアル作成を進めていければと思う。医療機関の立場からも一緒に考えていければ。

⑧ 高齢者世帯で、一方が介護保険サービス(入所、ショートステイ)を利用する場合

民生委員としてゆうあい訪問をしている世帯には、高齢者二人暮らしも多い。一方がショートステイを利用したり施設に入所することになった時に、情報が入ってくるわけではないので安否確認の際に戸惑うことがある。

長くショートステイを利用する際や施設入所が決まった時は、その情報が民生委員にも入ると良い。

⑩ ゴミ出しについて

民生委員さん、ヘルパーさんとの連携のもとで、良いかたちでゴミ出しの支援ができてきているケースの報告あり。

【包括】

- ・ゴミ出しの課題のある方について、必要に応じてケアマネさんと民生委員さん等とのネットワーク作りの仲介を行っていきたい。是非ご相談を。
- ・ゴミ出し支援に対する助成金について。現状は、包括から自治会との関係をつくる足がかりをつくるのが難しい。今会議で行政からも報告があったが、次年度は、包括と自治会との関係づくりの場も考えて頂けるようなので、その機会を活用して話を前に進めていきたい。
- ・コミ協とも関連のある話だと思うが、現在包括が加入させて頂いているのは濁川コミ協のみ。今後、できたら他の地区のコミ協にも加入させて頂き、この課題についても一緒に検討させて頂きたい。

【濁川民生委員さん】

- ・各自治会に自主防災組織がある。困ったことがあれば、除雪やゴミ出しについても自治会長を通して相談してはどうか。民生委員も対応しているが、地域に一人しかいないので限界がある。こうした課題を自治会長に持ちかけることも大切。
- ・要援護者名簿も自治会長の手元にある。除雪についても「雪害」として解釈すれば、自治会からの対応を要請できるのでは。



次回の包括ケア会議の
日程等につきましては、
追ってお知らせ致します！

お問い合わせ

新潟市地域包括支援センター阿賀北

〒950-3132
新潟市北区1490番地2
TEL: 025-258-1212
FAX: 025-257-3300