主催：国立社会保障・人口問題研究所
National Institute of Population and Social Security Research

第23回厚生政策セミナー / *The 23rd IPSS Annual Seminar*

医療・介護の未来を担う地域ケア会議

～制度と現場を繋ぐファシリテーション能力の強化～

"Regional Care Meeting" for the Future of Medical Care and Long-term Care

～ Strengthen facilitation ability to connect system and field ～

資料目次

川越雅弘「地域ケア会議に期待される役割と課題
ー個人と地域の課題解決に向けてー」 1-21

古口奈津子「函館市における地域ケア会議の運営
～共に支え合うまち函館を目指して～」 22-45

松本小牧「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」
地域ケア会議から新しい価値観の創造へ
地域包括ケア「豊明モデル」けやきいきいきプロジェクト 46-83

山本克也「地域ケア会議とファシリテーション」 84-108

ご参考
足立里江「地域ケア会議で人をつなぐ・未来をつなぐ
～ひとつの課題が人をつなぎ地域を育む～」 109-144

（第23回厚生政策セミナー_講演資料（於_日比谷コンベンションホール）

地域ケア会議に期待される役割と課題
ー個人と地域の課題解決に向けてー

ー内容ー

1. 地域ケア会議とは
2. 地域ケア会議が求められる背景と期待される役割
3. 地域課題の解決力強化に向けて

2019年2月5日
埼玉県立大学大学院／研究開発センター
川越雅弘

１．地域ケア会議とは

地域ケア会議とは

（個人と地域の課題を、関係者が各々の立ち位置で気づき、解決につなげていく為の有力な手段の１つ）

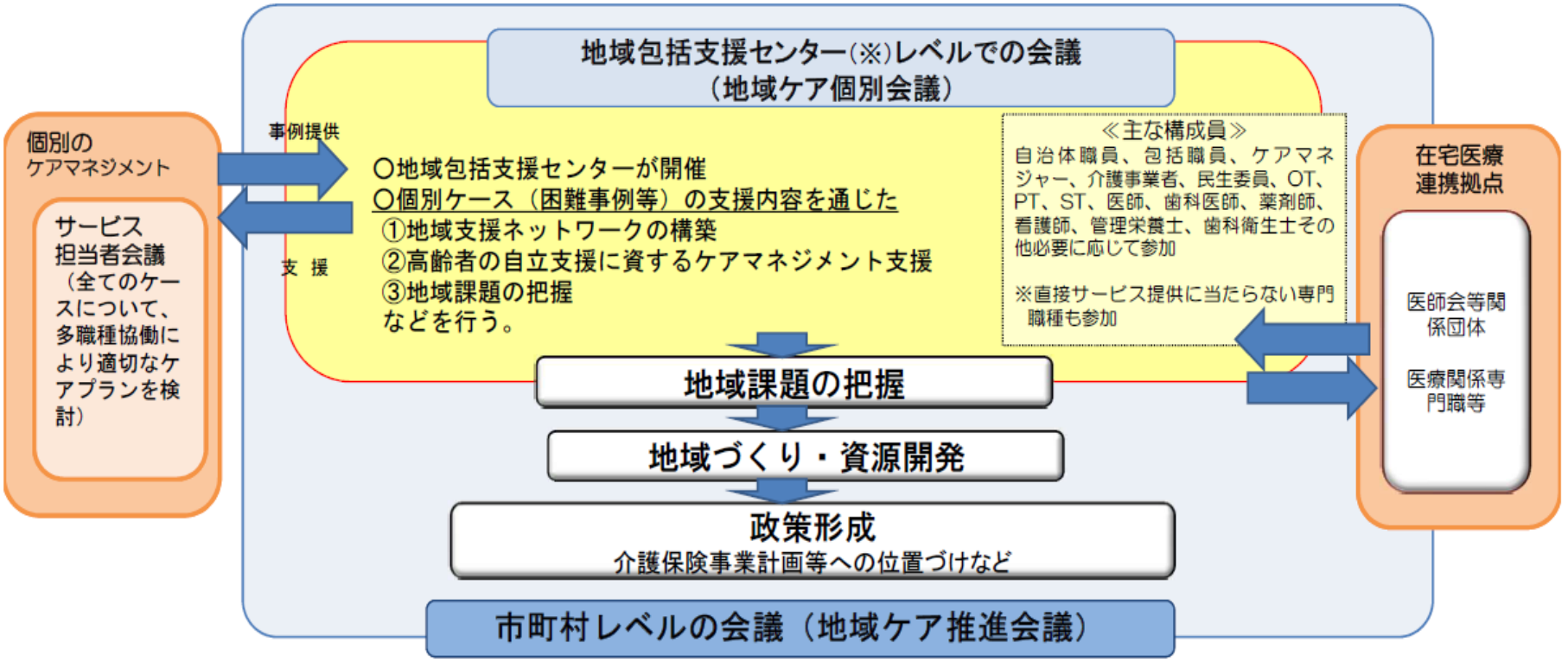
○ 地域ケア会議は、
・多職種の第三者による専門的視点を交えて、ケアマネジメントの質の向上を図り、
・また、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域課題を発見し、
・地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる、
地域包括ケアシステムの実現に向けたツール。

○ 個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は、市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催。
一方、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催

○ 平成24年度から本格的に推進を開始。

○ 平成24年６月現在、1,202保険者で実施されているが、その主催者、介護の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。

※平成24年4月末現在の地域包括支援センターの箇所数：4,328ヶ所（センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所）



出所）「地域包括ケアシステムの構築に向けて」、第46回介護保険部会 資料3（2013/8/28）

２．地域ケア会議が求められる背景と期待される役割

ー多領域化・複合化する「個人」「地域」の課題に対する従来の課題解決手法の限界とその強化策としての「地域ケア会議」の創設ー

１）「個人が有する課題」に対する課題解決力向上に向けて

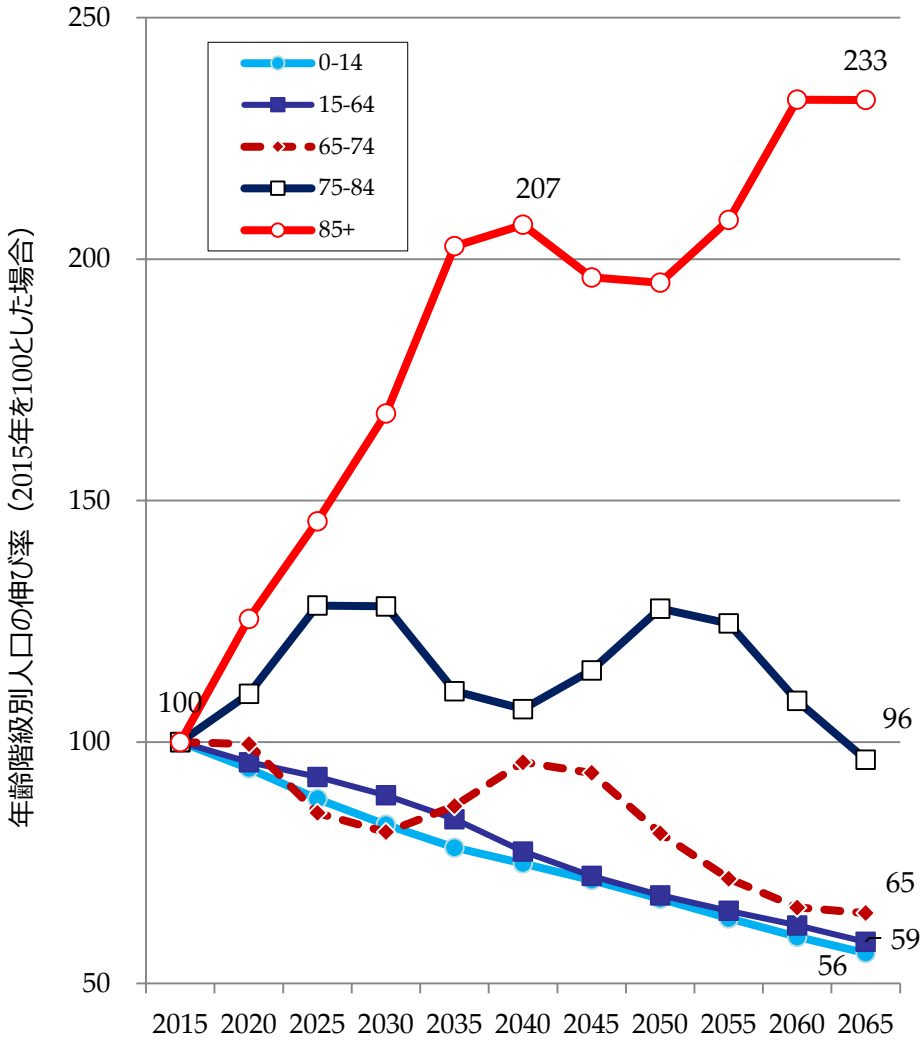
ー多職種協働ケアマネジメントの推進とそれを促すための地域ケア個別会議ー

多職種協働ケアマネジメントが求められる背景
（①85歳以上人口の増加）

年齢階級別人口の推移

	2015		2040		2065	
	(万人)	(%)	(万人)	(%)	(万人)	(%)
総数	12,709	100.0	11,092	100.0	8,808	100.0
0-14	1,595	12.5	1,194	10.8	898	10.2
15-64	7,728	60.8	5,978	53.9	4,529	51.4
65-74	1,755	13.8	1,681	15.2	1,133	12.9
75-84	1,138	9.0	1,216	11.0	1,097	12.4
85+	494	3.9	1,024	9.2	1,151	13.1

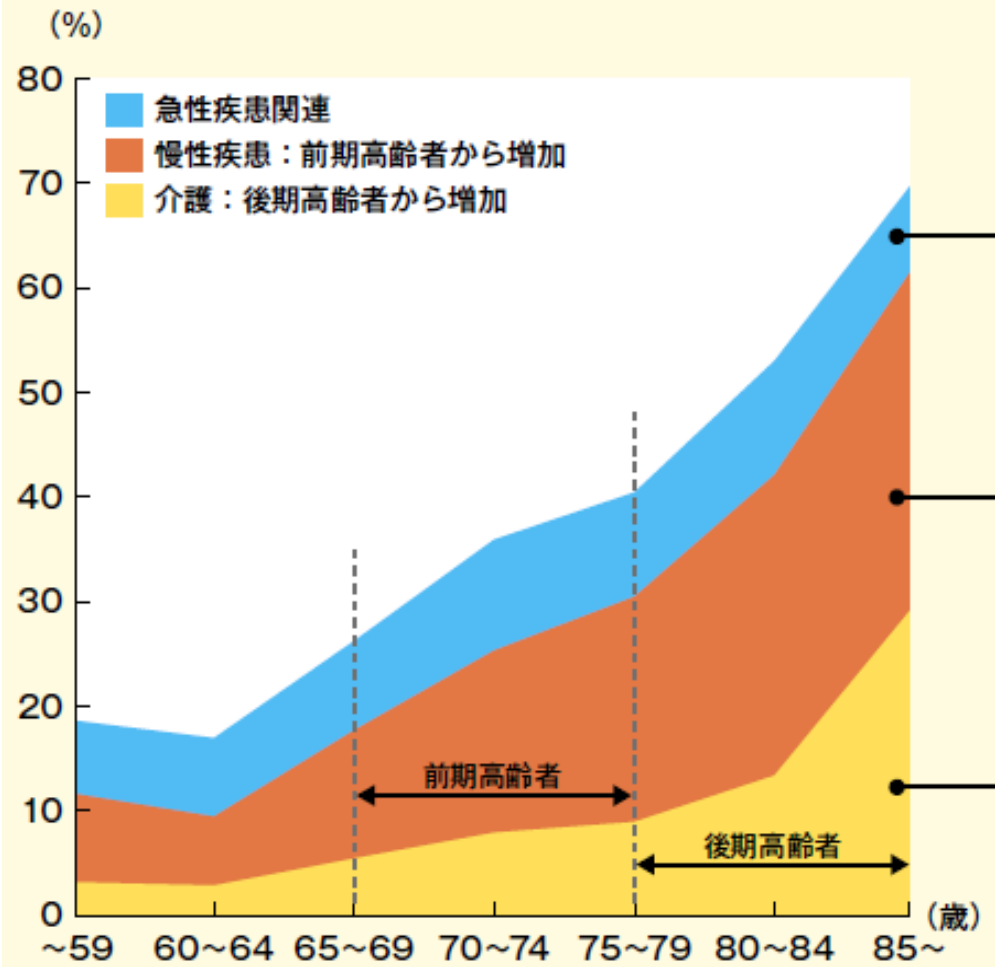
年齢階級別人口の伸び率の推移



出所）国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成29年推計）より作成

多職種協働ケアマネジメントが求められる背景

（②医療と介護の両方のニーズを有する85歳以上高齢者の増加）



急性疾患関連

めまい，呼吸困難，頭痛，腹痛，意識障害，不眠，転倒，骨折，下痢，肥満，睡眠時呼吸障害

慢性疾患

認知障害，視力低下，言語障害，関節変形・痛，腰痛，喀痰・咳嗽，喘鳴，食欲不振，悪心・嘔吐，便秘，体重減少，浮腫，脱水，発熱，麻痺，しびれ，息切れ

介護

ADL 低下，骨粗鬆症，椎体骨折，筋萎縮，尿失禁，頻尿，せん妄，うつ，意欲低下，褥瘡，難聴，貧血，低栄養，嚥下困難，胸痛，不整脈

（出所）鳥羽研二：老年症候群と総合的機能評価，日本内科学会雑誌、98（3），p.101-106，2009を引用

利用者の全身状態（生活機能、健康状態）と「個人・環境因子」を総合的に捉えた上で、「本人の生活課題」の解決に向け、多職種チームでアプローチしていくことが専門職には求められる。

多職種協働ケアマネジメントが求められる背景
（③課題解決のための方法論の多様化：本人及び環境へのアプローチ）

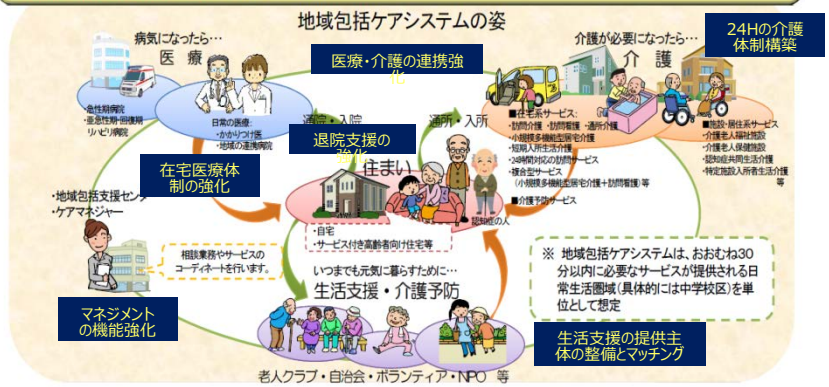
地域包括ケアシステムの概念図

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

○ 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。



「買い物が困難」という生活課題の解決を図るためには、本人の機能面、活動面への直接介入だけでなく、**買物に行きやすい環境や状況を作るといった、環境因子への介入方法もある**。

→地域住民と一緒に、地域課題の解決策を考えていく（住民が有する能力、アイデアを活用する）。

北九州市の買い物支援への取り組み

～買い物支援モデル事業の概要～

北九州市
【企画・推進】
- 保健福祉局(総合調整)
- 市民文化スポーツ局（地域振興）
- 産業経済局(商業振興)
- 建築都市局(都市交通)
- 各区役所

委託派遣 → **まちづくりコーディネーター**
- ワークショップ、校区別計画作成
- 取組実践に向けたコーディネート

モデル地区（７か所）
- ワークショップの実施、校区別計画の推進体制
- 自治会、社会福祉協議会、老人クラブ、民生委員等 → 地域活動団体が参画

民間事業者等
- 検討への参加、支援
- 移動販売事業者、商店街関係者等

買い物応援ネットワーク会議
買い物支援に携わる民間事業者、地域住民代表、福祉事業者、行政などが参加

北九州市の特徴ある取組（２）

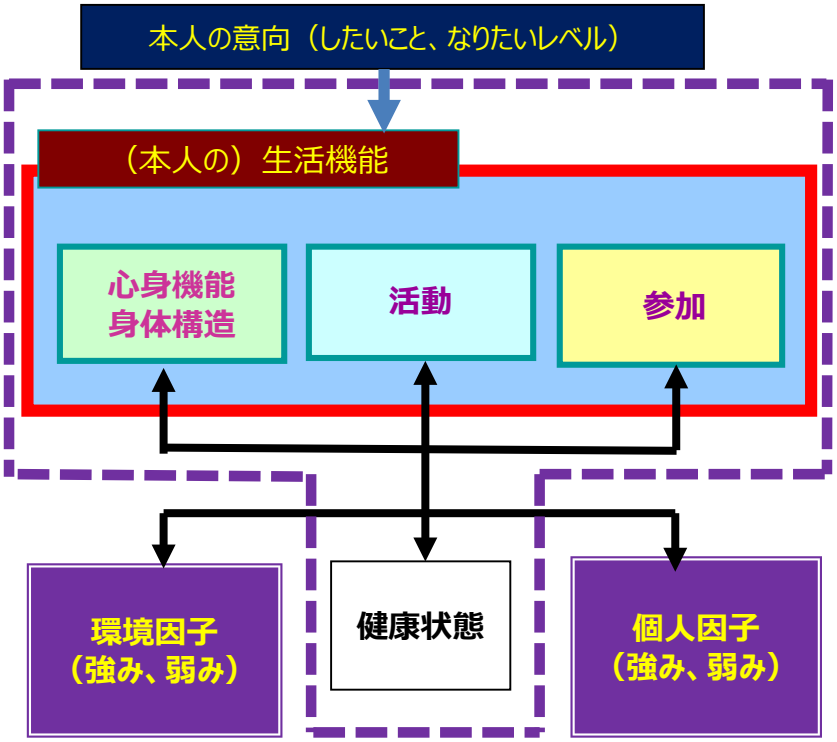
ワークショップ方式による計画づくり

- 概ね小学校区を単位として、各区にモデル地区（各区１か所、全７か所）を選定、まちづくりコーディネーターと市の担当者をペアで派遣
- 住民参加によるワークショップや高齢者へのアンケート調査を実施
- 地域の意向やコミュニティの現状を踏まえながら、買い物支援に係る地域活動計画を作成

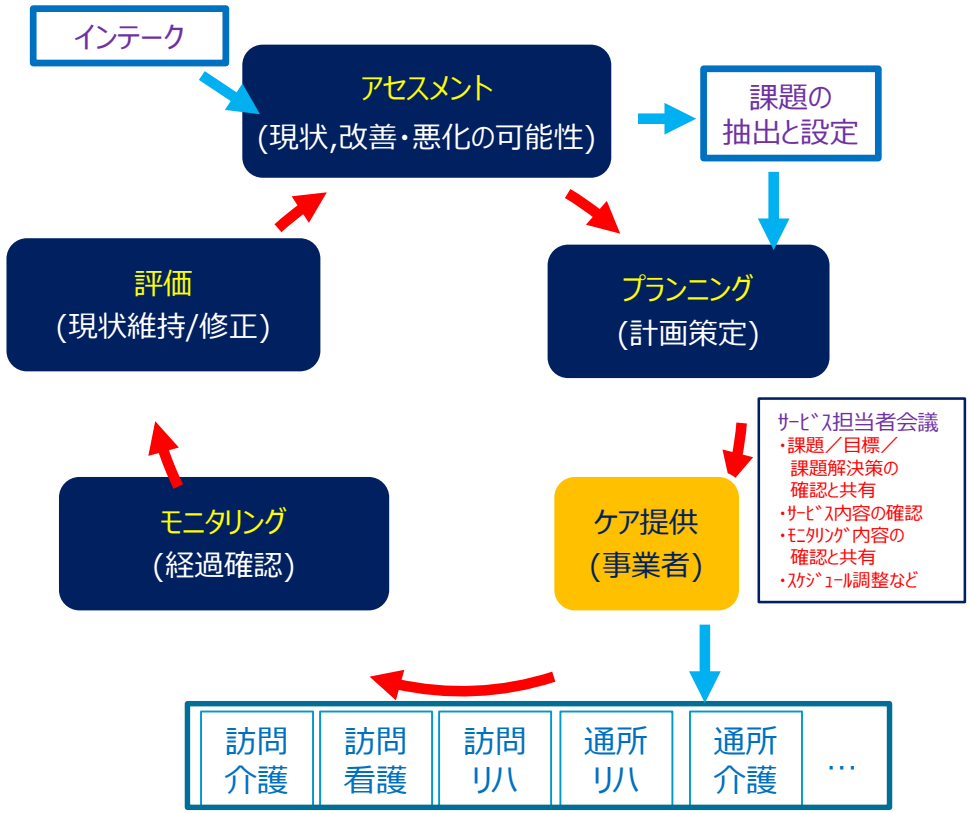
多職種協働ケアマネジメントの推進と地域ケア個別会議の役割

ーマネジメント担当者⇔各専門職間の相互理解の促進、思考プロセス・手法の伝承ー

ICF（国際生活機能分類）の構成図



ケアマネジメントプロセスとは



- ◆ 超高齢者は複数領域に課題を有する。こうした対象者の課題を適切に把握し、適切な対応策を考えるためには、多角的かつ適切なアセスメントが必須となるが、これをマネジメント担当者だけで対応することは実質困難。
- ◆ 専門職も、自身が介入する部分を中心にアセスメントを行う手法（部分最適化）から、個人因子や環境因子を含めた課題の全体像を捉えた上で、自身の役割を理解し、サービス介入を行うといった手法への転換が必要。

→マネジメント担当者と専門職間の相互理解の促進、思考プロセス・手法の伝承などを実現する場が必要。

２）「地域が有する課題」に対する課題解決力向上に向けて

ー行政関係者が現場レベルの現状・課題を地域ケア個別会議で気づき、
地域ケア推進会議等も活用しながら、地域課題の解決や
施策（計画策定、事業推進）につなげるといった流れを構築するー

「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

「地域共生社会」とは

平成29年2月7日　厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

◆制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が 『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換

○個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
○人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換

○住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
○地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- **住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改正】**
- **複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改正】**
- **地域福祉計画の充実【29年制度改正】**

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設　**【29年制度改正・30年報酬改定】**
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

「地域共生社会」の実現

地域丸ごとのつながりの強化

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

専門人材の機能強化・最大活用

- **対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討**
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

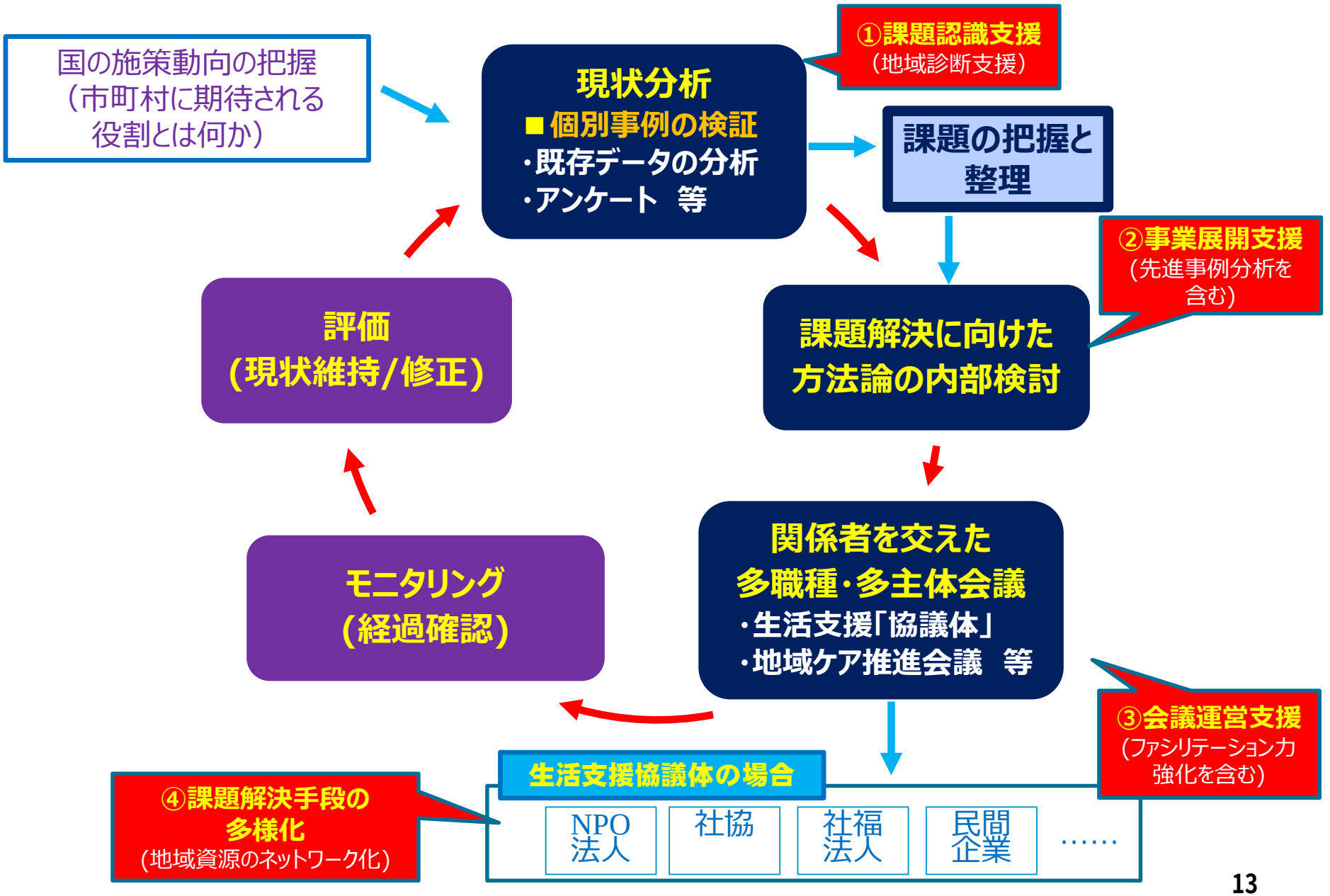
実現に向けた工程

2017年：介護保険法・社会福祉法等の改正	2018年：	2019年以降：	2020年代初頭
◆ 市町村による包括的支援体制の制度化 ◆ 共生型サービスの創設　など	◆ 介護・障害報酬改定：共生型サービスの評価 など ◆ 生活困窮者自立支援制度の強化	更なる制度見直し	**全面展開**

【検討課題】
①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策（制度のあり方を含む）
②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方　　③共通基礎課程の創設　　等

３.地域課題の解決力強化に向けて

地域課題の解決プロセスとは



【課題１】

マネジメントの基本的事項を理解する

（行政・専門職の知識レベルの向上と意識改革）

マネジメント／ケアマネジャーとは

【マネジメントとは】

- ピーター・ドラッカーはマネジメントのことを**「人と組織を活かして成果を上げること」**と定義している。

【介護保険におけるケアマネジメントの目的】

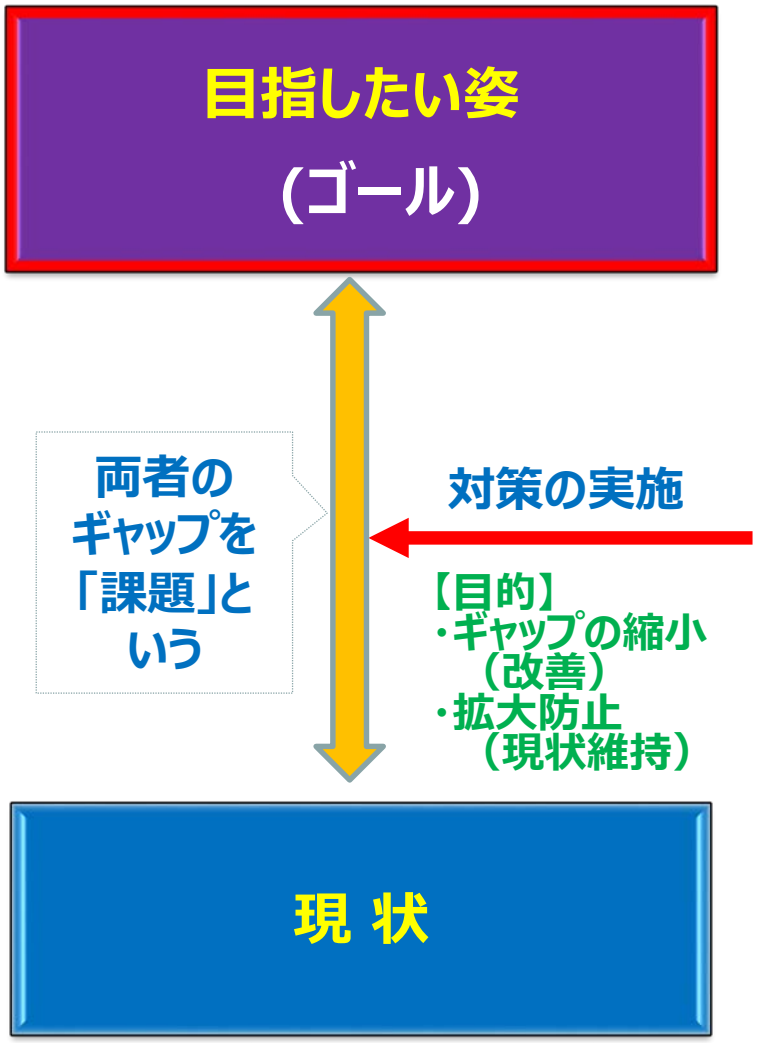
- 本人が望む自分らしい生活が送れるよう（＝成果）、本人の生活機能の維持・向上を出来るだけ支援することが、ケアマネジメントの目的。
  →このことが、結果として、要介護度の維持・向上にも貢献する。

【ケアマネジャーとは】

- 本人が望む自分らしい生活とは何か」を情報収集した上で、①現状とのギャップの評価（課題の抽出）、②解決すべき課題の絞り込み、③それら課題を生じさせている原因の追求（課題分析）、④課題改善／解決策の検討と実践を通じて、
  「課題」を実際に改善・解決できる人のこと。
  →何のサービスや支援を導入するかではない(これはコーディネート)

「課題」と「対策」の関係性を理解する

図．課題／対策の関係性



マネジメントの基本的考え方

- マネジメントとは「課題」を対象とするもの。
- 課題とは、目指したい姿と現状のギャップのこと。したがって、**「目指したい姿の設定」**がマネジメントでは必須となる。要援護者の場合、要援護状態になる以前の生活が、目指したい姿を考える際に参考となる場合が多い（以前と今の生活の違い）。
- 対策には、①改善（課題の縮小）を目指すもの、②リスク回避により現状維持を目指すものがある。
- 前者は、現状を目指したい姿に近づけることで、課題の改善ないし解決を図るもの。
- 後者は、課題が拡大するリスク（例：再発による生活機能低下）がある場合に、こうした事象が起きないようにするもの（リスクマネジメント）。
- 課題は、マネジメントの対象（例：歩行距離を現状の50mから300mに延ばす、入浴の自立度を見守りレベルに改善する、最期にしたい夢をかなえるなど）によって、人生レベルから生活レベル、機能レベルまで、様々な設定が可能となるが、いずれも、目指したいレベルと現状のギャップを、対策の対象とする点は同じである。

「目的」「目標」「手段」の関係性を理解する

【目的】 **成し遂げようと目指す事柄のこと。**

「何のために行うのか」に重点が置かれる。

例）ケアマネジメント／ケアの目的

→利用者の「生活機能」の維持・向上を図ることを通じて、可能な限り、その人らしい生活の営みを支援すること。

【目標】 **目的を達成するために設けた目印・道筋のこと。**

目指す地点、数値などに重点が置かれた、より具体的なもの。

（抽象的な目標では、目標が達成できたかどうか判断ができない）

【手段】 **目標を達成するための方法のこと。**

（例：通いの場を作る、連携を図る、情報を共有する、…）

⇒誰の何のために（何を目指して）通いの場を作るのか？

これが目的。目的を意識しないと、「通いの場を作ること」自体が目的となりやすい。

目的は何かを意識する。手段から物事を考えない！

目 的 があって **手 段**

目 標 ‥目的を達成するための目印

目標によって手段が変わってくる

『情報を共有する』
『通所介護を導入する』 → **手 段**

だから・・・

・何のための情報共有？
・何を目的とした通所介護導入？

- 目的を共有しないと手段の機能を議論しがち
- 通所介護を何のために導入しようとしたのか、導入によって生活がどう変わると考えたかが大事

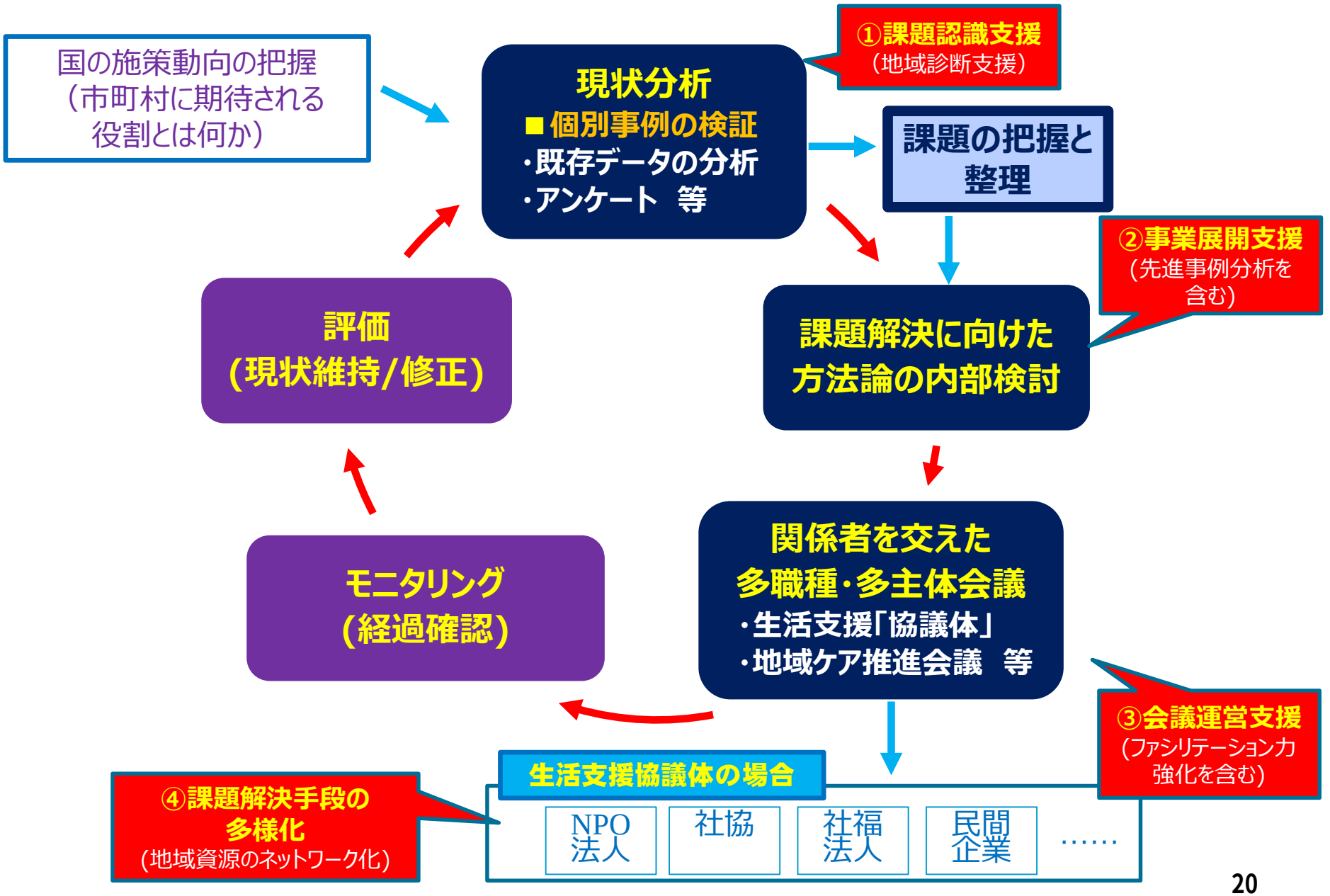
「情報共有やサービス導入の目的は何か」を整理した上で「手段」を考える

【課題２】

事例ベースでの現場課題の把握⇒施策への具体的展開

といった一連のプロセスを体感する

地域課題の解決プロセスとは



地域マネジメント強化に向けた当大学での取組

研究開発センター シンポジウム（H28～）

【目的】国の施策の動向や方向性，基本的考え方などを学ぶ

【H30実績】10/6開催

テーマ「地域包括ケアの深化に向けた諸課題と対応策」

講演者

- 田中　滋　：県立大学理事長
- 迫井正深：厚労省審議官
- 斉藤正身：医療法人真正会理事長
- 野﨑伸一：厚労省生活困窮者自立支援室長
- 川越雅弘：県立大学教授

参加者:約350人

地域包括ケア推進セミナー（H30～）

【目的】地域包括ケアに関わる関係者の実践力を高める

【H30実績】

第1回（7/27開催）
「在宅医療・介護連携の展開プロセスを学ぼう！」 参加者:107名

第2回（11/24開催）
「ファシリテーション力を高める」
参加者:65名

第3回（2/21開催予定）
「自立支援のための方法論を学ぶ」

地域包括ケアを推進するためのネットワーク会議（H30～）

【目的】地域資源の開発を通じて実践者への支援体制を強化する

【H30実績】

第1回（9/4開催）
今後の進め方に関する打合せ会議

第2回（11/30開催）
「住民の困りごと/支援ニーズを知ろう」
参加予定者:92人

第3回（H31.2.15開催）
「企業・組織の活動内容を知ろう」

今後の展開

- 県の協力（後援など）を受けて、県内市町村や関係団体に本学の取組みを広く周知していく。
- ３つの柱の実践を通じて、今後、県内市町村への個別支援に展開していく。

函館市における地域ケア会議の運営
～共に支え合うまち函館を目指して～

函館市保健福祉部地域包括ケア推進課
保健師　　古口　奈津子

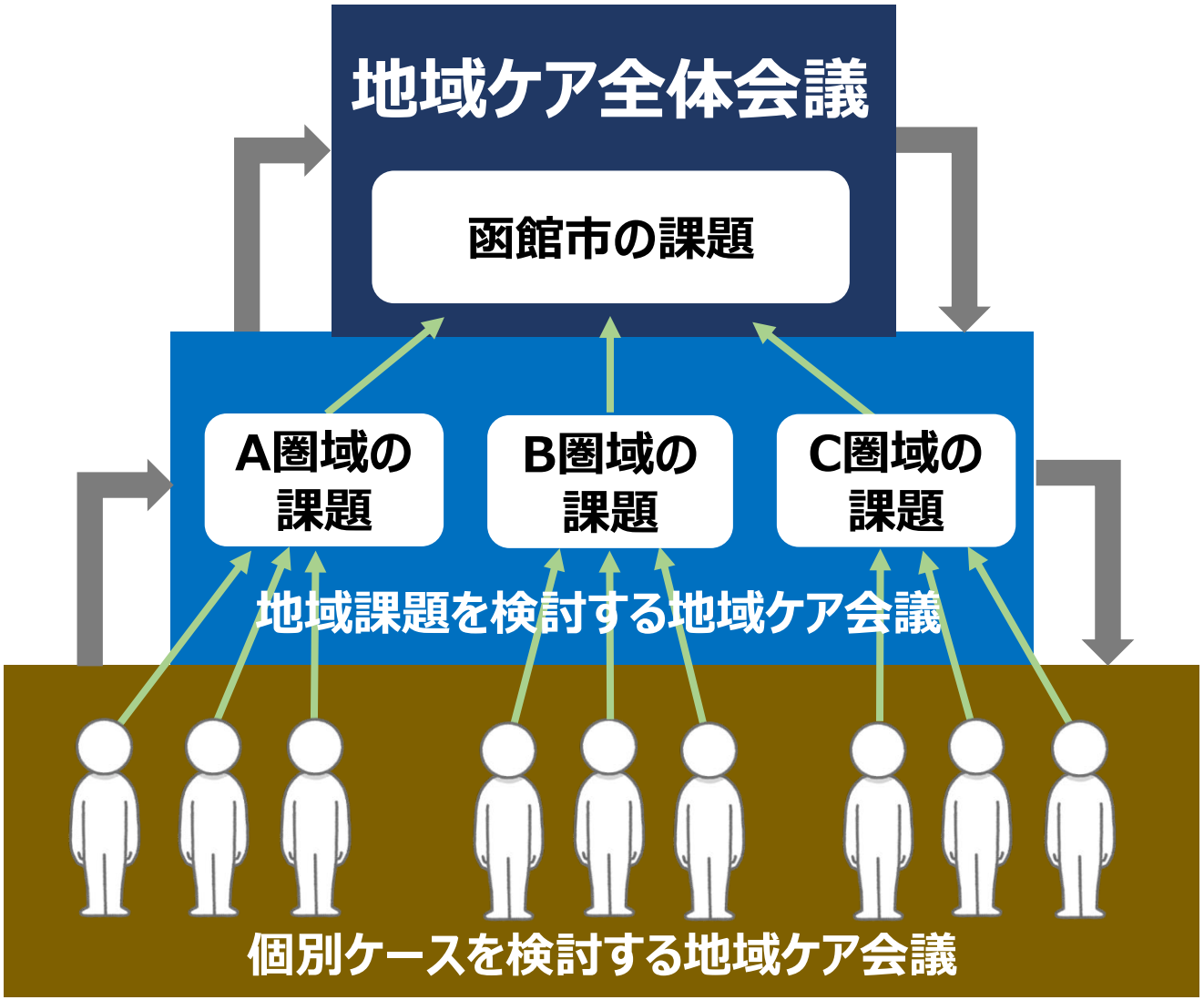
函館市の概要（H30.9現在）

人口		259,500人
	年少人口	25,548人　（ 9.8%）
	生産年齢人口	144,425人　（55.7%）
	高齢者人口	89,527人　（34.5%）
世帯数		142,743世帯
	高齢者単身世帯	34,525世帯（24.1%）
	高齢者のみ世帯	18,259世帯（12.8%）
要介護認定者数		18,975人　（21.2%）
	要支援	6,084人　（ 6.8%）
	要介護	12,891人　（14.4%）
事業対象者数		1,417人　（ 1.6%）

函館市の概要（H30.9現在）

種　　別		機関数等
介護	地域包括支援センター（委託型）	10か所
	居宅介護支援事業所	105事業所
	居宅サービス事業所	302事業所
	地域密着型サービス事業所	152事業所
	介護保険施設	31事業所
医療	病院（20床以上）	29か所
	診療所（20床未満）	171か所
	歯科診療所	131か所
地域	民生児童委員	30方面・700人
	町会	181町会

函館市の地域ケア会議の全体像

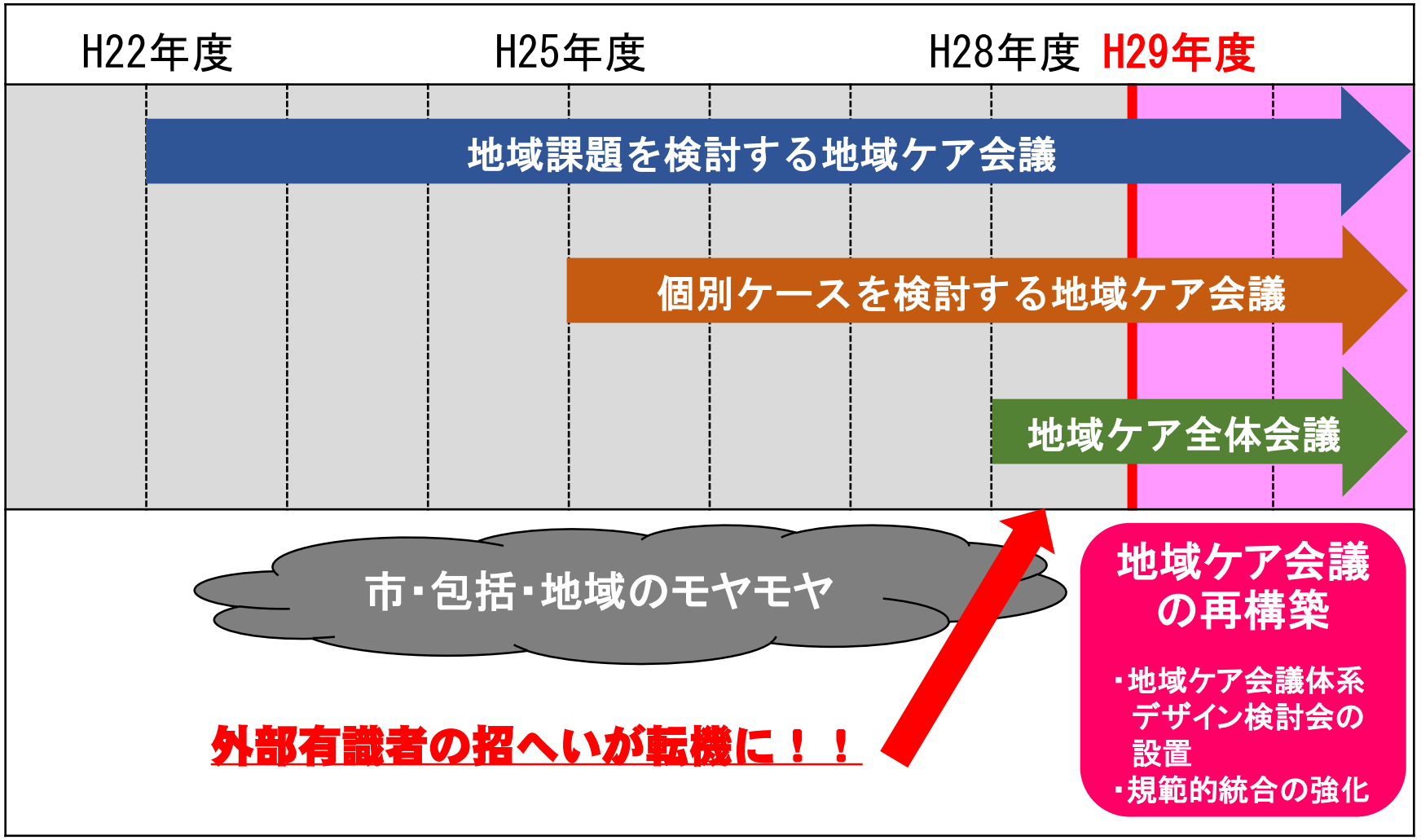


市主催
年3～５回

包括主催
年３０回程度

包括主催
年６０回程度
（主に困難事例）

地域ケア会議の取り組み経過



市・包括・地域のモヤモヤ

＜市と地域包括支援センターのモヤモヤ＞

- 個別課題の解決には効果的だけど，地域課題にどうつながる？
- 地域課題は把握したけど，地域づくりや資源開発に行きつけない・・・
- 地域ケア全体会議は圏域の地域ケア会議と何が違うの？
- そもそも函館市の目指す姿は何？

＜地域のモヤモヤ＞

- また会議・・・
- 地域はもう精一杯やっている。これ以上何を求める？
- 行政は地域に必要なことが分かっていない

モヤモヤの解消のために

地域ケア会議を開催することが目的になっている。
地域包括ケア推進の手段として活用するためには・・・

市，包括，地域，関係機関の
規範的統合（合意形成）が何より重要

規範的統合を繰り返しながら地域ケア全体会議を行った結果，

市，包括，ケアマネジャーの意識が変わった！
何より，地域の反応が変わった！！

地域包括支援センターとの規範的統合

＜モヤモヤの背景＞

・函館市の目指す姿が共有できていない
・個々の会議の目的や機能が共有できていない
・個々の会議が連動していない　など

市と包括が地域ケア会議についてじっくり協議できる場が必要

地域ケア会議体系デザイン検討会の立ちあげ

地域ケア会議体系デザイン検討会の取り組み

＜開催頻度＞

おおむね月１回

＜参加者＞

・地域包括支援センター職員　１０人
・市担当者　２人

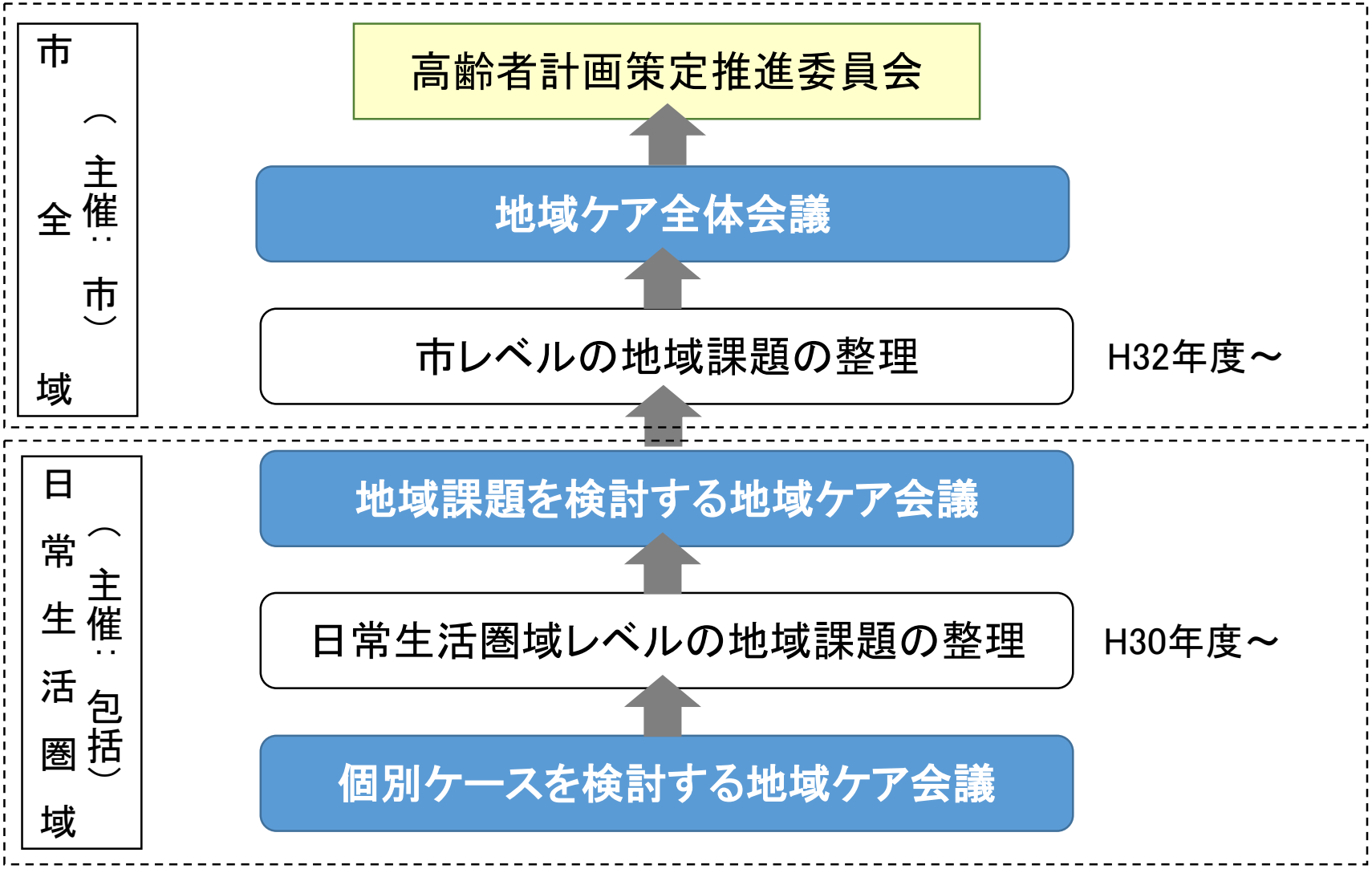
＜検討内容＞

・地域ケア会議についての学習
・地域ケア会議の運営方法についての検討
・地域ケア全体会議の実施方法についての検討
・地域ケア会議体系の検討

意見が言いやすい，分からないことは分からないと言える人数。

運営マニュアルやハンドブックを確認しながら検討を進める。

函館市地域ケア会議体系図（Ver.1）



地域ケア会議体系デザイン検討会の取り組み

＜成果＞

- 函館市の目指す姿を共有
- それぞれの会議が有する機能と解決方法の明確化
- 市と包括で実施する「日常生活圏域レベルの地域課題の整理」と「市レベルの地域課題の整理」の場の設定

それぞれの会議が繋がる仕組みづくり

＜残されている課題（Ver.２へ）＞

- 自立支援を目的としたケアマネジメント支援会議の体系ができていない
- 他の関係会議が位置づけられてない

庁舎内の規範的統合が必要

地域・関係機関との規範的統合

＜モヤモヤの背景＞

・函館市の目指す姿が共有できていない
・地域包括ケアの概念や必要性を共有できていない
・何のための会議なのか，何が求められているのか分からない　など

規範的統合を繰り返しながら，みんなで取り組みを進めることが必要

地域ケア全体会議での規範的統合

函館市地域ケア全体会議の取り組み

＜目的＞

認知症になっても住み慣れた地域でその人らしい生活を営むために，住民，関係機関，行政の総合力による地域づくりを行う。

＜背景＞

平成２６～２７年度に実施した地域ケア会議を，市と地域包括支援センターで分析・検討

- 認知症・独居のケースは，地域での生活を継続するうえで，様々な課題を抱えている（個別）
- 高齢者個人や支援者自身の課題だけではなく，地域との関係に関する課題を抱えているケースが多い（個別）
- 全市的に，地域住民の理解に関する課題や地域の互助力の低下が地域課題としてあげられた（地域）

函館市地域ケア全体会議の取り組み

＜参加者（延数）＞

	H28（3回）	H29（3回）
民生委員・町会役員等	**120**	**35**
居宅介護支援事業所等	80	133
介護保険事業所	16	2
その他関係機関	47	15
地域包括支援センター	82	59
行政	23	5

H29の3回のうち2回は介護支援専門員部会として開催

函館市地域ケア全体会議の取り組み

＜取り組み内容＞

規範的統合

目指す地域像の共有	取り組み方針の共有	取り組みの推進・拡充
・地域包括ケアシステムについての講演 ・全体会での社会資源整理表の作成	・全体会での共有 ・報告書での共有	・全体会でのシンポジウム開催による効果的な取り組みの共有 ・部会での新たな仕組みづくり

函館市地域ケア全体会議の取り組み

＜全体会の取り組み＞

市，包括，地域，関係機関の規範的統合を行う場

①平成２８年度（３回）

- 地域包括ケアの考え方について共有
- 社会資源整理表の作成（グループワーク）
- 函館市としての取り組み方針の作成・合意
- シンポジウム

②平成２９年度（１回）

- 専門職と地域の連携の考え方について共有
- 介護支援専門員部会の取り組みの報告と取り組み方針の合意
- シンポジウム

函館市地域ケア全体会議の取り組み

一緒に学ぶ

効果的な取り組みは広める

みんなで考える

社会資源整理表

	自助（本人・家族）	互助（地域の支え合い等）	共助（社会保障制度等）	公助（行政サービス・権利擁護等）
すでにある	・生活する力がある （食事の用意ができる，サービスを利用できる） ・地域とのつながりがある （昔からの地域とのつながり，地域の人の支援を受け入れられる） ・物忘れを自覚している ・病院受診ができる ・家族の支援がある （定期的な電話連絡や訪問，理解）	・近隣住人による支援 （気配り，声掛け，安否確認，異変に気づいたら相談する，挨拶，信頼関係） ・町会役員による支援 （声掛け，安否確認，見守り，生活面の支援，町会行事の充実，ヤクルト配付，地域住民との良好な関係） ・民生委員による支援 （見守り，声掛け，理解） ・在宅福祉委員による支援 （定期的な訪問による見守り） ・認知症であっても地域で問題にならないこと ・近所にコンビニがある （外出できる場所がある，コンビニ店員の見守り，買い物に行ける場所がある） ・新聞販売店からの情報提供 ・専門機関とのつながり （情報共有，民生委員と関係機関との連携）	・介護認定を受けていること ・デイサービスの利用 （食事の支援） ・ヘルパーの利用 （食事の支援） ・ケアマネジャーの定期訪問 ・地域包括支援センターによる支援 ・関係者による安否確認 ・かかりつけ医がある ・家族と支援者の連携 ・支援者同士の連携	・在宅高齢者等サービス （配食，緊急通報システム，ヘルパー，デイサービス） ・市と民間事業者との見守り協定の締結 ・出前講座の実施（認知症の普及啓発） ・あたまの健康チェックの実施 ・はこだて讃歌de若返り体操の普及 ・住宅公社による見守りサービス ・防災対策
すぐできる	・生活の工夫 （IHヒーターの利用） ・集い場へ通う気持ちがある ・ストーブの管理ができる ・適正飲酒ができる ・家族の支援 （集い場へ誘う，協力できる家族を増やす）	・近隣住人による支援 （協力者を増やす，食事・買い物・異変に気づいたら相談する，一緒にボランティア活動をする，近所付き合いの促進） ・町会による支援 （集い場づくり，町会行事等への参加の促し，認知症カフェの開催） ・民間事業者による支援 （コンビニ・スーパー・配達を行う業者，検針業者，郵便局員による見守り，民間事業者による配食・除雪サービスの拡大） ・消防団による支援 ・認知症に関する勉強会の開催	・介護保険サービスの活用 （調理の支援） ・ケアマネジャーの資質向上の取り組み ・医療による支援 （認知症専門医による往診，往診，認知症検診の実施） ・連携の強化 （家族と関係機関との連携強化，グループホームとの連携）	・認知症についての啓発 ・介護保険サービスについての啓発 ・町会未加入者への働きかけ ・担い手の育成支援 ・地域包括支援センターとの情報交換
時間がかかる	・生活する力の維持 ・家族の支援 （認知症であることの受け入れ，必要に応じ同居） ・再婚サークル ・環境の整備 （オール電化にする，見守りカメラの設置）	・地域づくり （本人が認知症だと言える地域づくり，町会の加入率の向上，徘徊予防のための声掛け，消費者被害にあわないための声掛け，町会や学校による高齢者宅への定期的な訪問） ・多様な集い場づくり （安く食事が食べられる食堂，男性が参加しやすい集い場，飲酒もできる集い場，友の会） ・子供への認知症教育 ・子供との交流の場づくり ・学生ボランティアの活用 ・民間事業者との連携強化 ・ポイント制，担当制による互助システムや地域活動隊の創設	・地域包括支援センターやケアマネジャーに情報が集まる仕組みづくり ・医師等による受診説得のための訪問 ・認知症の定期健診 ・どこにいても安心して受診できる環境	・情報共有 （地域への個人情報の提供） ・サービスや制度の拡充 （対象者やサービス内容の拡充，ボランティア制度の拡充） ・助成 （集い場の会場費の助成，安全グッズの購入補助） ・地域づくり （認知症教育の義務化，若い人が住み続けられる地域づくり，地域力の統合） ・物忘れ検査の制度化 ・安否確認のシステム化 ・主たる介護者の選任システム ・緊急時の連絡先の登録制度

函館市地域ケア全体会議　取り組み方針

認知症の人の理解者・協力者を増やす

認知症の人の火災リスクを減らす

- （１）必要な知識の普及
  - 地域の支え合いのパンフレット配布
  - 認知症サポーター養成講座
- （２）相談しやすい仕組みづくり
  - 在宅福祉委員会との連携強化
  - 介護支援専門員と地域がつながる仕組みづくり
  - 地域見守り活動協定事業者との意見交換
- （３）火災リスクに気づく人を増やす
  - 火災予防のリーフレット配布
  - 火の管理に関わる事業所へ認知症サポーター養成講座を案内

函館市地域ケア全体会議の取り組み

＜介護支援専門員部会の取り組み＞

ケアマネジャーとの規範的統合を重ねながら，
具体的な仕組みづくりを行う場

①平成２９年度（２回）

・専門職と地域住民の連携の必要性について共有
・ケアマネジャーと民生委員の連携を阻害する要因の検討
・ケアマネジャーと民生委員がつながるための仕組みについての検討
⇒「民生委員とケアマネジャーの連携ガイド」の作成を決定

②平成３０年度（３回）

・連携ガイド作成のための検討
・民生委員，ケアマネジャーへの意識調査の実施

函館市地域ケア全体会議の取り組み

みんなで
考える

ワーキング
グループでの作業

代表者で具体的
な検討

函館市地域ケア全体会議の取り組み

＜成果＞

・函館市の目指す姿を共有
・地域やケアマネジャーと同じ方向を見て歩き始めた
・キーパーソンの発掘，つながりの創出

全体で共有しながら，個々の取り組みが推進される

＜残されている課題＞

・キーパーソンの取り組みをその他の人，最終的には地域全体に広げること

地道な取り組みの継続が必要

３年間の取り組みの成果

応援の声，そして協働へ・・・

＜地域の声＞

・地域ケア会議で何がしたいのかようやく分かってきた。
・色々な機関の連携がすすんできたように感じる。
・民生委員とケアマネジャーが関わる仕組みを構築してほしい。
・来年も楽しみにしてるよ。

＜関係機関との協働＞

・時間や労力をおしまず自分達の業務として協働してくれるケアマネジャー。
・さらなる向上のため，包括と一緒に先進地調査へ。

最後に・・・

函館市の地域ケア会議は，まだまだ発展途中です。
課題もたくさんあります。
悩みながらではありますが，函館らしさを大事にしながら，地域と一緒にこれからも一歩ずつ進んでいきたいと思います。

20190205　国立社会保障・人口問題研究所　第２３回厚生政策セミナー

「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」
地域ケア会議から新しい価値観の創造へ

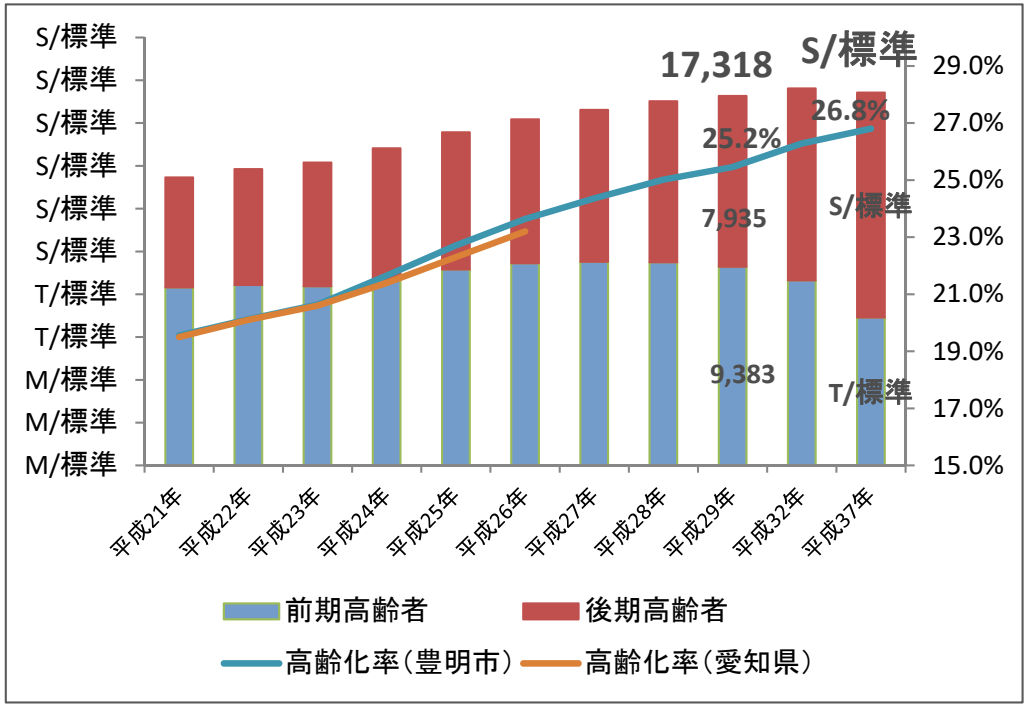
地域包括ケア「豊明モデル」けやきいきいきプロジェクト

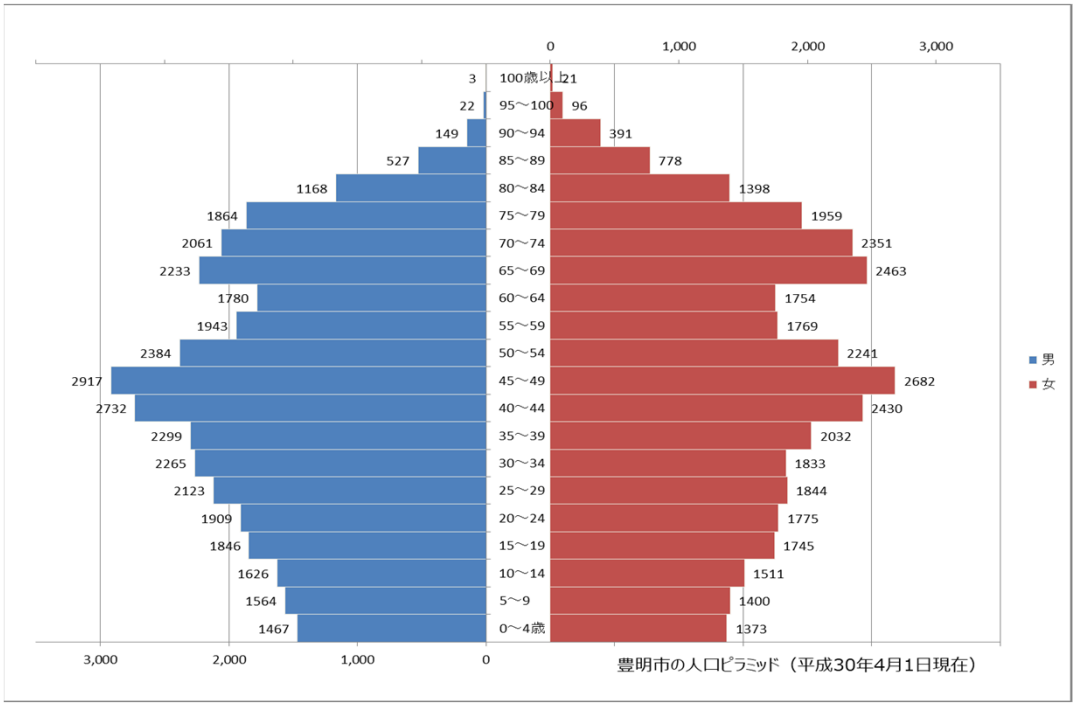
豊明市 健康福祉部 健康長寿課

豊明市の概況

- 愛知県のほぼ中央に位置する名古屋市のベッドタウン
- 人口　68,728人（29,491世帯）
  高齢者人口　17,484人（平成30年４月１日現在）
- 高齢化率　**25.4%**（県高齢化率より高い）
- 人口構成は、前期高齢者に人口に山があり、

今後10年の後期高齢者の伸びが著しい地域特性





豊明市の医療･介護資源

医療資源

病院 3 （一般病床1,435、回復期床60、療養28）
　藤田医科大学病院、 豊明栄病院
　桶狭間病院藤田こころケアセンター
診療所 39、歯科 39、薬局 25, 訪看 5 、訪リハ 4
関連師会
◆医師会　　：　東名古屋豊明市医師会
◆歯科医師会：　愛豊歯科医師会豊明支部
◆薬剤師会　：　日進東郷豊明薬剤師会

介護資源

特別養護老人ホーム 4（259床）
老人保健施設 2（448床）
訪問介護 5,　通所介護 11
小規模多機能居宅介護 1
認知症対応型共同生活介護 4（5ユニット）
定期巡回随時対応型訪問看護介護 1
居宅介護支援事業所 13
地域包括支援センター 3（委託）

藤田医科大学病院

許可ベッド数　　：1,435 床
平均在院日数　：15,2 日
平均外来患者　：約 2,100 人/日
医療従事者　　：約 2.600 人
年間手術件数　：約 11,000 件
退院調整依頼　：　1,500 件/年
年間退院患者数：約25,000人

1つの医療施設としては我が国最多を誇る病床を持つ厚生労働省が定める特定機能病院

豊明市を取り巻く社会変化

◇背景

・大都市近郊の高齢化の典型、**後期高齢者人口の著しい増加**

・**豊明団地**を中心に**独居高齢者・高齢者のみ世帯**の増加

・急激に増え続ける**医療・介護ニーズ**

・大都市近郊、自動車関連産業の好調により**高水準の有効求人倍率**

◇課題

・医療介護を担う**人材の確保困難**

・**在院日数の短縮**、繰り返す入退院

・全国平均、県平均を上回る一人あたりの**医療費**

・団塊の世代を**要介護状態にさせない、重度化させない**仕組み

豊明市の近年の取り組み

	医療介護連携	地域包括ケア全般	総合事業	認知症総合支援事業	生活支援体制整備	地域リハビリテーション	地域ケア会議
H23	電子@連絡帳導入 ＩＣＴによる情報共有基盤整備						
H26	人材育成研修モデル事業 在宅医療連携拠点推進事業	愛知県地域包括ケアモデル事業					
H27	人材育成事業継続 地域の職能団体組織化支援	豊明団地けやきいきいきプロジェクト開始	**前倒し移行**	地域支援推進員配置 **認知症初期集中支援チーム試行実施**	第１層生活支援コーディネータ配置 協議体準備	**市オリジナル体操制作**	
H28	リハビリ・看護師・介護支援専門員の連絡協議会設立			**本稼働**	**公的保険外サービス取組開始**		**多職種合同ケアカンファレンス**
H29						**リハ同行訪問開始**	

豊明市地域包括ケア連絡協議会

地域包括ケア体制構築に向けた地域の保健医療福祉関係機関の取組状況の報告と課題の検討
平成２６年４月設置　地域ケア会議の施策検討レベル会議、第１層協議体として位置づけ

第1層
協議体

医師会 / 薬剤師会 / 歯科医師会 / 藤田保健衛生大学病院 / 藤田こころケアセンター / 看護連絡協議会 / リハビリテーション連絡協議会 / 藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター

介護支援専門員連絡協議会 / ソーシャルワーカー連絡協議会 / 民生児童委員協議会 / 区長連合会 / 社会福祉協議会 / シルバー人材センター / 地域包括支援センター / UR都市機構

専門部会

いきいき笑顔ネットワーク運営委員会

調査研究委員会

専門プロジェクト

人材育成事業
多職種人材育成研修

多職種連携や人材育成研修
〔藤田医科大学との共同事業〕

同職種連絡協議会

ケアマネ / 訪問看護 / リハビリ / ソーシャルワーカー

多職種合同
ケアカンファレンス

職種の視点によるアセスメントの推進、統合ケアを実現

地域リハビリテーション
活動支援事業

リーダー育成・技術指導

包括同行
アセスメント支援

医療介護連携
推進事業

豊明東郷医療介護
サポートセンター

地域包括ケア
モデル事業

けやきいきいき
プロジェクト
第2層
協議体

認知症総合支援事業

認知症初期集中支援
チーム「おりうめ」

認知症キャラバンメイト
認知症サポーター

生活支援体制整備事業

地域組織
（福祉委員会）
第2層
協議体

地区ごとの団体で構成
地域の福祉問題を解決

健康寿命延伸・公的保険外サービス創出・活用促進
協定事業者

おたがいさまセンター
ちゃっと

大学・専門職との共同事業

OUTLINE

目次

1　地域ケア会議のきっかけ

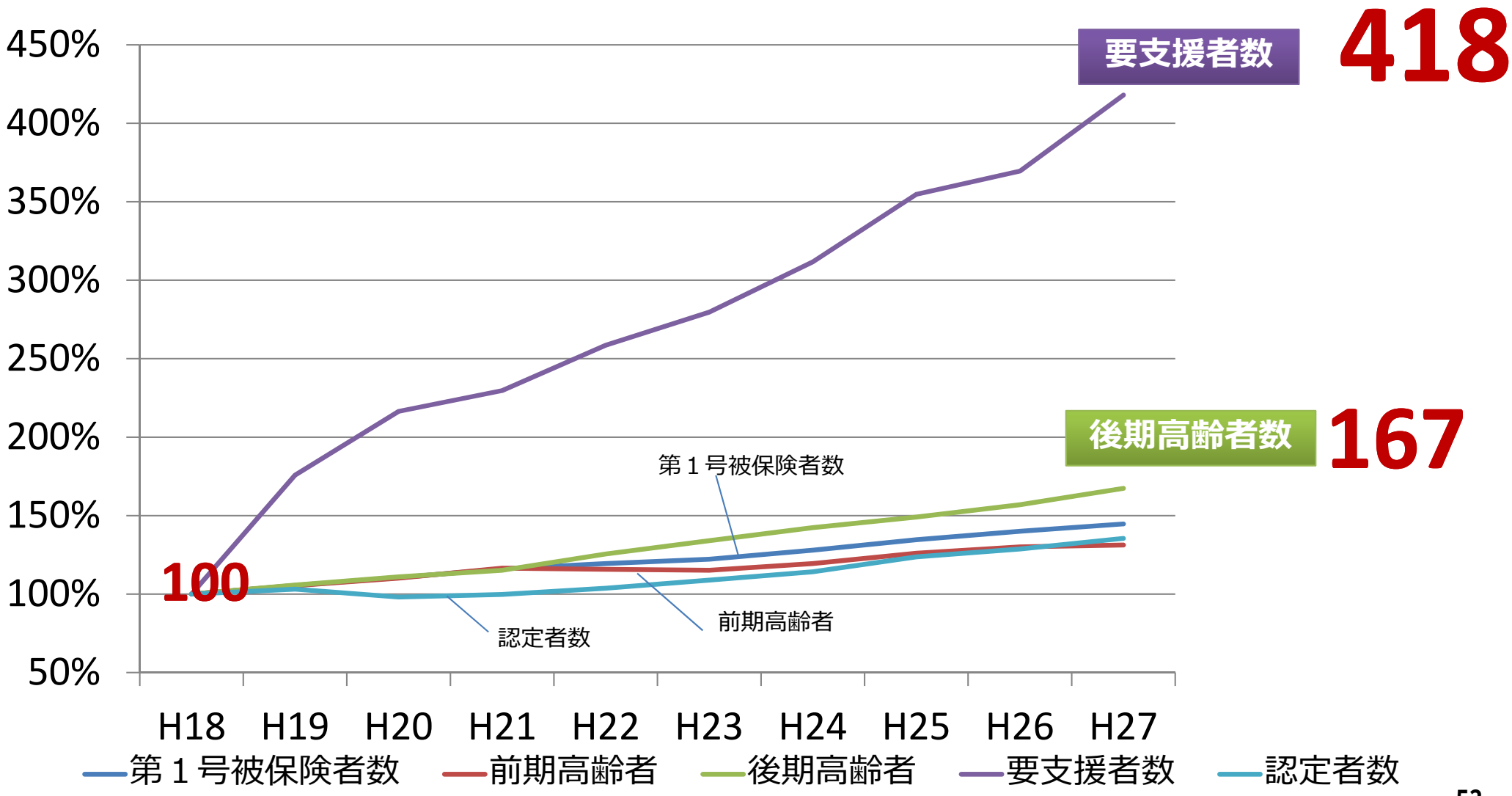
2　本市の地域ケア会議の特徴

3　地域ケア会議から生まれたもの

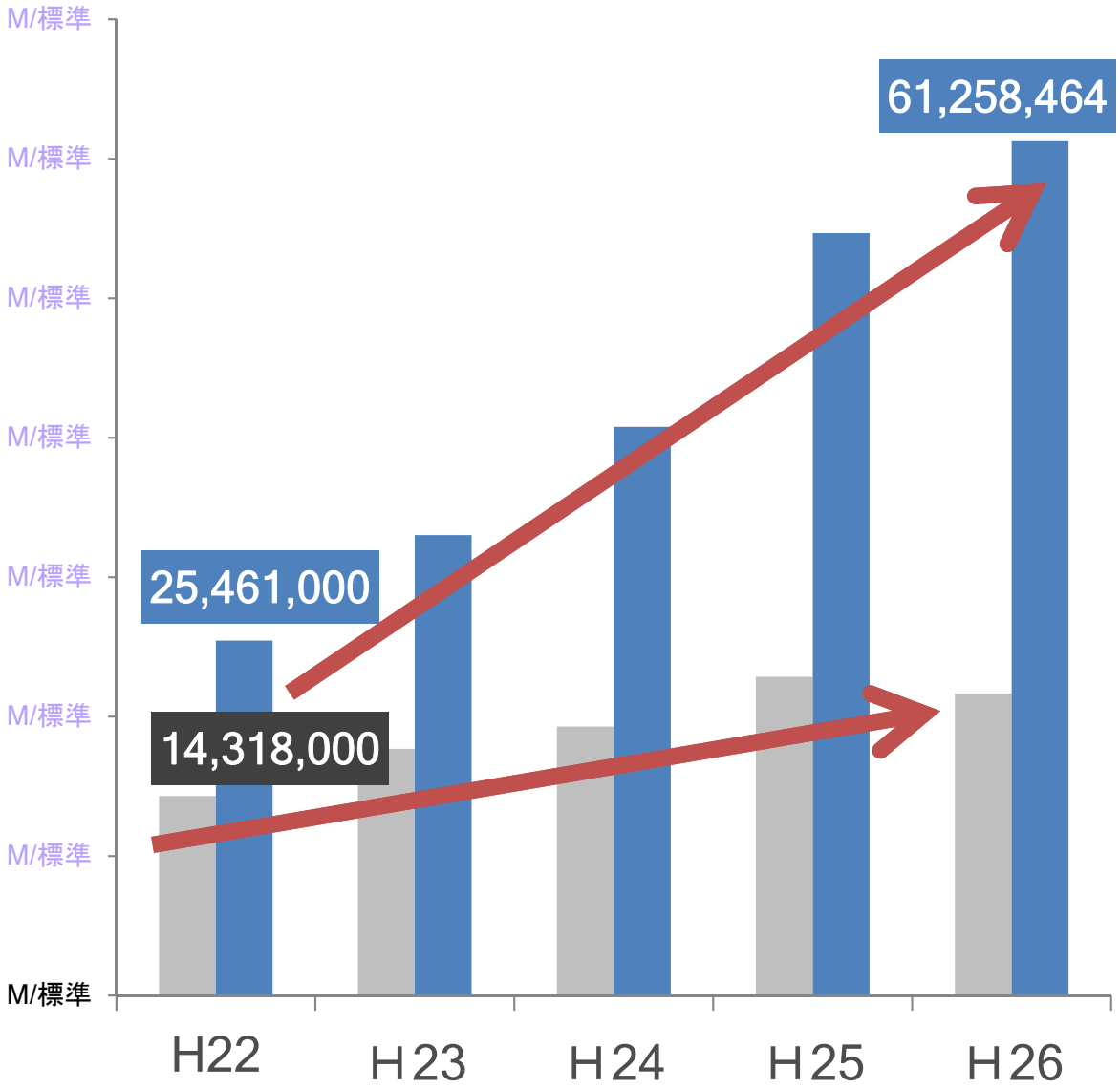
豊明市
TOYOAKE CITY

豊明市の高齢者と認定者数の推移

要支援者数は後期高齢者数の伸びを**はるかに上回る勢い**で増えている。



要支援者の通所・訪問サービス給付費の推移



５年間で

介護予防通所介護

2.5倍

(年平均伸び率35%)

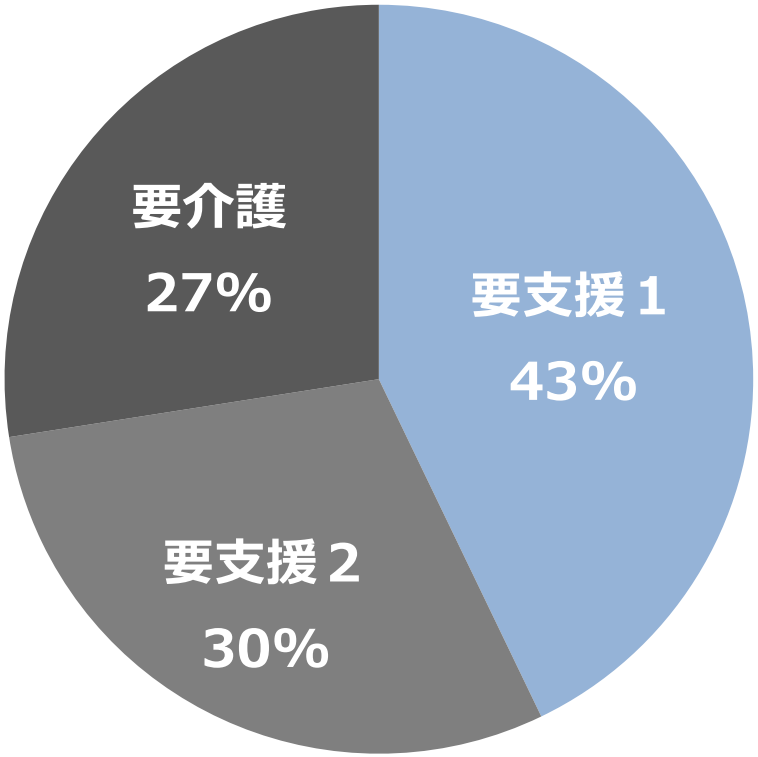
介護予防訪問介護

1.5倍

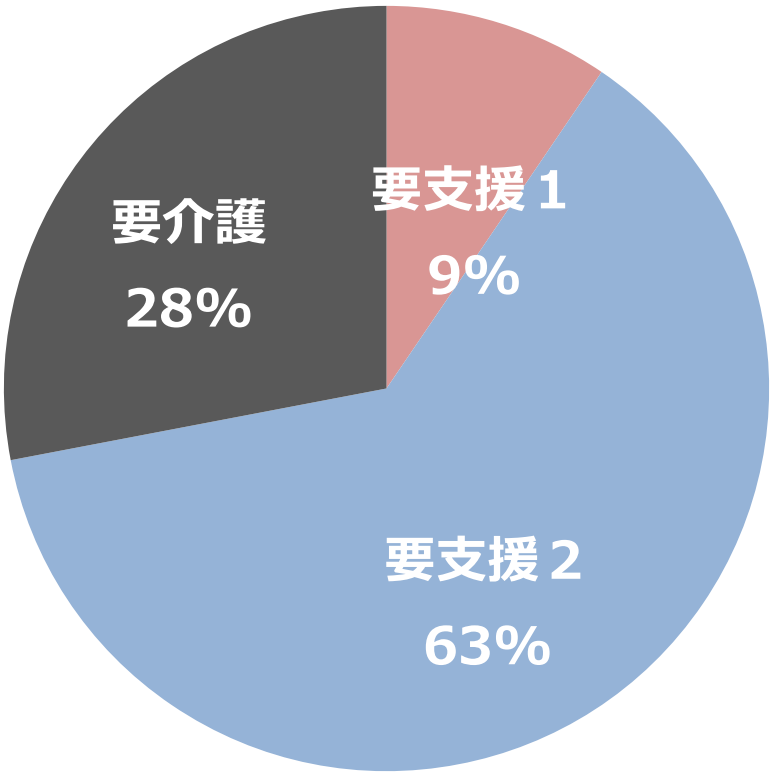
(年平均伸び率12.8%)

要支援者のサービス利用１年後重度化率

要支援１



要支援２



要支援の２人に１人、要支援２の４人に１人以上が
わずか１年後に重度化している

要支援者のサービス利用１年後重度化率の比較

			平成２８年３月			
			要支援１	要支援２	要介護１･２	要介護３～５
豊明市	平成２７年３月	要支援１	42.9%	29.7%	26.4%	1.1%
		要支援２	9.5%	62.5%	26.2%	1.8%
全国	平成２７年３月	要支援１	67.9%	19.9%	11.2%	1.0%
		要支援２	11.3%	67.5%	19.2%	2.2%

要支援者は１年後に

要支援１の57%が重度化

27%は要介護

要支援２の28%が要介護

全国値よりきわめて高い重度化率

※平成27年度　介護給付費実態調査の概況
表４ 要介護(要支援)状態区分別にみた年間継続受給者数の変化別割合

豊明市の総合事業のコンセプト

平成28年３月総合事業移行。
通所事業は、高い専門性を持つ理学療法士等による短期集中的なリハビリ（短期集中C型を中心に据え、
３か月から６か月（全３０回）で日常生活に戻すプログラムを標準支援とした。

市内デイケア事業所による質の高いリハビリ提供（短期集中C型）

豊明市リハビリ
連絡協議会による
プログラム検討

市内20会場で地域運営のまちかど運動教室（一般介護予防事業）

総合事業移行直後の専門職の本音や戸惑い

デイサービスに通い続けることで維持している。終了があるなんて考えられない

移動の足がないので、デイサービスをやめたら行く場所がない

友達が通っているからと、●●デイサービス（機能訓練デイ）に行きたいと希望される

本人はまだデイサービスほどではないと行きたがらないが、家族は、本人に一日中どこかに通っていてほしいと希望される

ヘルパーの生活援助は、自宅での生活が続く限りずっと必要なサービスである

デイサービスしかない、ヘルパーは止められないは本当なのか？

本人にとって「何が課題」でサービスによって「何を目指す」のか？

専門職に価値観の変化を起こせるか

価値観（幸せと思うこと）	支援の目的・方向性
サービスの「卒業」は気の毒だ デイサービスに通うことで介護を予防する 個人まかせでは重症化するに決まってるから、**専門職がずっと関わり続けることが必要**	なんとかして、介護保険サービスを 利用してもらおう できるだけ長く使ってもらおう **モラルハザードが起きる**
医療・介護は本人にとっては非日常 できる限り、なじみの人や環境で気兼ねなく 暮らせるほうが幸せ **元の自由なふつうの暮らし（日常）に戻そう**	ふつうの暮らしを長く続けられるよう、 **活動的に生活**（廃用予防）し、 **疾病の重症化を防ぐ**ための、 **習慣を身につけてもらえるよう支援**

ふつうの暮らしに戻す支援を皆で考える場＝地域ケア会議

OUTLINE

目次

1　地域ケア会議のきっかけ

2　本市の地域ケア会議の特徴

3　地域ケア会議から生まれたもの

豊明市
TOYOAKE CITY

多職種合同ケアカンファレンスの概要

市が主催する症例検討会議（**ケーススタディ型**）平成２８年４月から実施、月2回開催。

【目的】
規範的統合（医学モデルから**生活モデル**へ）
自立支援型ケアマネジメントの徹底
多職種の視点による**重度化防止**
専門性の向上と他の職種への**技術移転**

○対象症例として選定する基準
①よくある症例（困難事例でない）
②事業対象者～要介護２まで
③多職種の学びとなるもの

会議名	種類	対象症例	目的	参集者	提出者	会議概要	司会進行	使用書式
多職種合同ケアカンファレンス	**包括版**	事業対象～要支援の新規契約ケース	自立支援型ケアマネジメントの標準化	地域包括支援センター リハビリ職 管理栄養士 生活支援C ほか	**包括**	月１回(第２金) 1時間半 15～20分/ケース ４ケース/回	**市**	・概要シート ・ADL,IADL表
	居宅版	要支援～要介護２まで	重度化防止 在宅生活の限界点を高める	全職種	**居宅ケアマネ**	月１回(第４木) 1時間半 20～25分/ケース ３ケース/回	**包括主任ケアマネ・居宅主任ケアマネ**	・概要シート ・ADL,IADL表

(包括版) 多職種合同ケアカンファレンスの様子

【参加者】

地域包括支援センター、サービス事業所（看護師、リハ職、相談員等）
薬剤師、PT、OT、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、
生活支援コーディネーター、その他、大学病院実習生、民間企業　ほか、　合計30名ほど

(居宅版）多職種合同ケアカンファレンスの様子

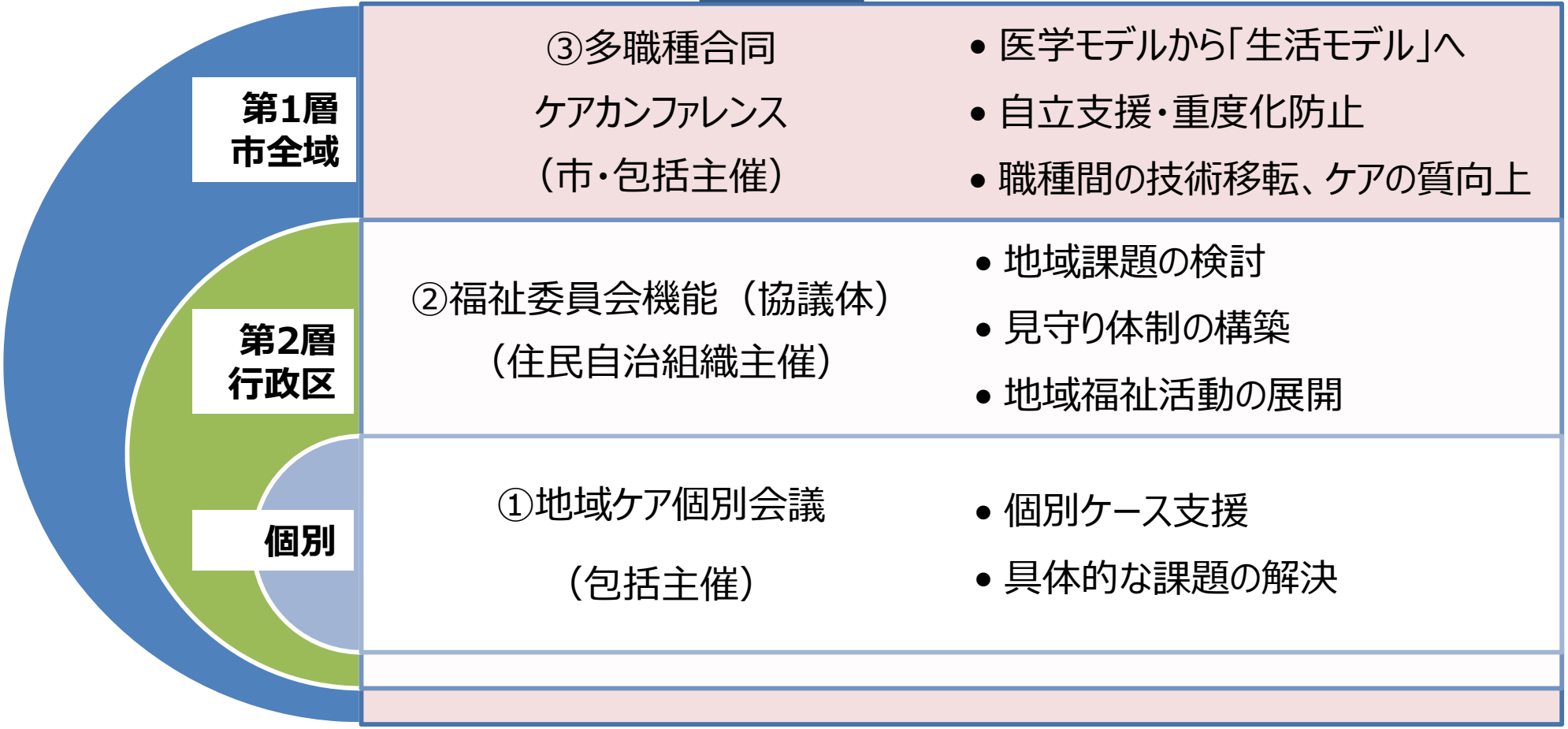
【参加者】

地域包括支援センター、ケアマネジャーサービス事業所（看護師、リハ職、相談員等）、ＭＳＷ
医師、歯科医、薬剤師、PT、OT、ST、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、司法書士、
生活支援コーディネーター、障がい者基幹相談支援センター、生活困窮自立生活相談センター
その他、大学病院実習生、民間企業　ほか、合計60名ほど

豊明市の地域ケア会議の構成

④豊明市地域包括ケア連絡協議会（政策形成）

見えてくる地域課題の吸い上げ



各地域ケア会議の機能の整理

個別ケースの積み重ねによる施策展開

	会議名	内容	主催	参集者	個別課題解決機能	ネットワーク構築機能	地域課題発見機能	地域づくり・資源開発機能	政策形成機能
4	地域包括ケア連絡協議会	市の地域包括ケア取り組み協議	市	関係機関代表者	×	○ 各機関連携	◎ 地域課題の検討	△ 状況把握	◎ 合意形成
3	**多職種合同ケアカンファレンス**	**生活モデルに基づく専門性の向上**	**市**	**医療介護福祉関係等**	△ **主たる目的としない**	◎ **多職種連携**	◎ **ケースの蓄積**	◎ **足りない資源の把握**	◎ **政策立案の気づき**
2	福祉委員会協議体	地域で問題となっている事象を検討	区	地域の代表者、社協、市等	○ 地域が抱える課題	◎ フォーマル・インフォーマル連携	◎ 地域関係者の気づき	◎ 地域独自の資源開発	×
1	地域ケア個別会議	個別ケースへの具体的な介入を協議	包括	当事者、地域住民、支援者、包括等	◎ 対象者が抱える課題	◎ フォーマル・インフォーマル連携	○ ケースの蓄積	△	×

多職種合同ケアカンファレンスが貫く　ただひとつの理念

「おだやかな暮らし」「ささいな幸せ」「真の豊かさ」
ふつうに暮らせるしあわせ を いかに守り支えるか

総合事業開始後の支援イメージの変化
「卒業しなくてもいい」元のふつうの暮らしに戻す支援

一時的な
活動追加

PLUS 集中介入期(非日常)

元気アップ集中リハビリ
（公的保険サービス・総合事業）

日常生活へ移行

BASIC 基本メニュー(日常)

- まちかど運動教室・サロン
- 趣味のサークル、友人づきあい
- 普段の家事等の役割
- 市場サービスの利用
  （フィットネスクラブ、ショッピング、娯楽、喫茶店、温泉、旅行）

以前の暮らし

普段していたこと
しなくなったこと

専門的支援Start　　3～6Month　　1Year

公的保険サービスと保険外サービスを当初から**併用利用**で支援開始
暮らしの場における外出を促すことで**活動量を増やし、普通の暮らしへ戻していく**

豊明市版地域ケア会議(多職種合同ケアカンファレンス)の特徴

オープンイノベーション・カンファレンス

①オープンカンファレンス式

参加自由（無報酬）アドバイザー不在（フラットな関係）

②ケーススタディ型

よくある症例を検討　この方「で」考える　次に活かす

③「生活モデル」に基づくディスカッション

暮らしを支える視点で議論　質問ではなく討論重視

参考）多職種合同ケアカンファレンス資料（包括版）

対象者の特徴（要となる問題点）を記載する
1.意欲低下、2.筋力低下、3.認知症、4.心肺機能低下（持病の悪化）、5.その他

NO	担当	初回訪問日相談日	年齢	性別	障害自立	認知症	前回の要介護区分	要介護区分	特徴	住環境（○町戸建）	世帯構成・家族情報	身長 体重	医療情報	服薬情報	生活課題	望む暮らし（目標とする生活）	ケアマネの見立て（総合的な課題）	フォーマルサービス	インフォーマルサービス	モニタリング・評価 ○月	モニタリング・評価 カンファレンス時の状況
46	大西	4月23日	81	男	A2	ⅡB	新規	支援1	1，3	新田町 1戸建て	妻と次女家族の6人暮らし。	163cm 60kg (22,5)	アルツハイマー型認知症　（不詳）	イクセロンパッチ9mg リンデロンＶＧ軟膏0.12% ヒルドイドローション0.3%	仕事ができなくなってからは、生活意欲がなく何もしないで過ごすことがほとんど。 H29.5まで仕事（電気の技術）をしていた。	長年仕事一筋で働いてきた。できることなら仕事を続けたい。	物忘れが多くなり、生活意欲がなくなっている。定期的に外出して運動したり楽しめる場所を支援する必要あり。	元気アップ 豊明第二 H30.5.14～ 週1回	妻：通院付き添い・家事のほとんどを行う	7月31日	元気アップのメニューは取り組んでいるが、自宅では意欲がなく何もしないで過ごしている。認知症状が進んでいると奥様より伺う。
48	有田 一大 西	4月10日	86	女		自立	新規	支援2	1，2	新田町 戸建て 玄関から道路に出るまでに3段の階段有り。勝手口から道路へ出るまでに段のある土を移動する必要有り。	老夫婦世帯 隣宅に長男夫婦在住。	137cm 44kg (23.4)	脊柱管狭窄症 (H22頃) 高血圧症 骨粗鬆症	クラリス錠200 アレグラ錠60mg ムコダイン錠500mg アムロジピン2.5mg 酸化マグネシウ330mg セレコックス錠100mg レバミピド錠100mg アレンドロン酸錠35mg	脊柱管狭窄症の影響によるためか、H30/1あたりから屋内を這うように移動。 H30.4月手術後、改善したが、一人で屋外に出る事が難しいなど移動範囲に制限がある。	○買物や銀行、自宅庭で行う畑作業もまた行えるようになりたい。 H29まで、自分の足で買物や銀行に行っていた。老人会の体操や三味線教室にも通っていた。 出来る事は自分でやりたい性格	屋内の環境整備及び屋外での移動手段を整えつつ、無理のない範囲での筋力トレーニング、又、日常的な運動量の確保をして一人で移動できる範囲を拡充していってもらう。	○元気アップ 第二老健 7月～週2回 ○屋外用歩行器貸与 ○住宅改修 （浴室、トイレ、廊下等への手すり設置） ○シャワーチェア購入	週に1回、長男妻と共にスーパーへ買い物へ行っている。	8月6日	元気アップリハビリの後は足が痛く翌日まで残っている。ご本人は気づいていないが、立ち姿勢や歩行は良くなっている。

■ADL状況

	項目	事前判定	事後予測	課題 個人因子	課題 環境因子
ADL	室内歩行	○1	○1		
	屋外歩行	○1	○1	（散歩を日課としている 近医は徒歩にて通院）	
	外出頻度	○2↑	○1↑	バス乗車中に転倒したことがあり、 乗り物での移動は不安 バスに乗れず行動範囲に制限あり	（近所なら外出可能）
	排泄	○1	○1		
	食事	○1	○1		
	入浴	○1	○1		
	着脱衣	○1	○1		

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

■IADL状況

	項目	事前判定	事後予測	課題 個人因子	課題 環境因子
IADL	掃除	○1	○1		家事は長男の嫁の支援あり
	洗濯	○1	○1		
	買い物	○2↑	○1↑	腰に負担のかかる重い荷物は持てない	
	調理	○1	○1		
	整理	○1	○1		
	ごみ出し	○2	○2	腰に負担のかかる重い荷物は持てない	
	通院	○1	○1		
	服薬	○1	○1		
	金銭管理	○1	○1		
	電話	○1	○1		
	社会参加	○2↑	○1↑	自分から話すのが苦手な性格	6年前に転入。 新しい土地になれない

議論のポイント

①解決すべきこと（真の課題）は何ですか？

本人にとってのふつうの暮らしとは？阻害する要因は？
(現状と望む暮らしのギャップから課題を特定)

②それで本当に解決できますか？

支援・サービスは現状と望む暮らしの
ギャップ（解決すべき課題）を本当に解決できるのか

OUTLINE

目次

1　地域ケア会議のきっかけ

2　本市の地域ケア会議の特徴

3　地域ケア会議から生まれたもの

豊明市
TOYOAKE CITY

多職種合同ケアカンファレンスから政策へ

見えてきた課題	解決に向けた政策へ	
利用者や家族が自立支援を理解してくれない ケアマネのアセスメントの技量の差が大きい	連携強化	リハ職によるケアマネ同行訪問 （地域リハビリテーション活動支援事業） 他の職種が把握したい項目を網羅した共通アセスメントシート作成
訪問による栄養指改善指導をしてほしい 送迎つきで負荷が少ない運動の場が必要	公的制度化	市町村特別給付の創設 送迎付き一般介護予防事業の創設
送迎つきで、一人でも楽しめる外出先がないか自分で買い物したいが、行き帰りが辛い 男性や知的な活動を好む方が参加したくなる通いの場がない	資源発掘	民間企業との連携 保険外サービスの創出・活用促進 健康麻雀、プレミアムサロン等

保険契約必要ない「同行訪問リハ」で目標設定支援

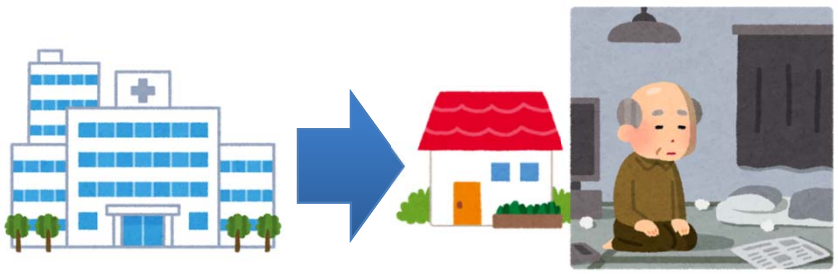
サービス開始前に、**サービス導入により達成する生活目標の設定**や、**サービスのゴール設定**を**本人や家族と合意形成すること**が欠かせないが、**ケアマネ**だけでは荷が重い。

契約なし（地域リハ活動支援事業）でリハ職がケアマネに**同行訪問し、側方支援する。**

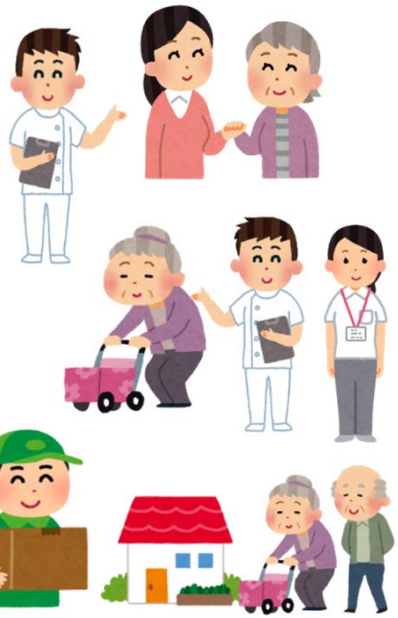
自立支援「マネジメント」の導入時期には　プランナーにも利用者にも「アテンド」が必要

自立支援の合意形成に苦慮するケース

退院直後でリハ介入してないケース



リハ同行訪問



サービス利用にあたって適切なゴール設定と本人への動機付け

自宅・周辺環境や外出評価、目標の設定

民間サービスや福祉用具利用導入を支援

期間や終了が合意形成された保険利用となる

多職種間の専門性の技術移転

気にする「目」がないと・・・

相談窓口を設けても
ケアマネからの相談がない

在宅ケアをやりたいが
依頼がこない

カンファレンスの効果

「見えてくる」

- これは薬の副作用？
- 歯はどこが残っている？
- スーパーまでの距離は？
- 体重減少？
- しなくなった活動は？
- よく転倒してる場所は？
- 水分不足？
- 薬が多すぎ？

気にしてもらえるようになって初めて依頼や相談がある

高齢者が抱える生活課題の把握

免許を返納して、移動の足がないので、
デイサービスをやめたらほかに行く場所がない。

買い物は自分の目で見て買いたい。
でも、荷物を持って歩いて帰れない。

デイサービスなんか行きたくない。
もとの元気な時の暮らしに戻りたい。

軽度者の「支援」こそ、介護保険だけでは難しい

●廃用症候群からの脱却には、**「活動的な生活」を送る必要**があり、**本人の「意欲」にかかってくる**ことが大きい。

●**本人の望む「家の外の生活」を提供**ができなければ、エンドレスのデイサービス利用になる

●軽度者の自立支援型ケアマネジメントは、**その人の生活スタイル、意欲までアプローチして、生活を成り立たせる「手引き」**をしなければいけない難しさがある。

生活ニーズが分かってはじめて
これまで見えていなかった「資源」が見えてくる

事例で磨かれた「勘」

これ使えるかも

生活支援コーディネーター

民間事業者との協議・保険外サービス創出促進協定

平成29年2月以降、計１４社と締結済み。

行政の役割：連絡会議の開催、住民への周知
事業者の役割：高齢者のニーズ把握、サービスの創出

事業者名	サービス
アイエムメディカル株式会社 FITNESS　PARK5	フィットネス・健康講座
生活協同組合コープあいち	購入品無料配送
株式会社コパン コパンスイミングスクール豊明	介護予防教室
株式会社KOMOKA ダスキンホームインステッド三河安城ステーション	生活支援・家事援助
株式会社だるま Curves前後駅前店	フィットネス・健康講座
株式会社東海第一興商 カラオケクラブDAM	介護予防教室
株式会社ナカシロ 楽の湯みどり店	無料送迎バスによる外出支援・入浴・健康づくり
株式会社中西	お片づけ・生活支援
森永乳業株式会社中部支社東海支店	健康教室
株式会社スギ薬局	簡単お掃除、高齢者雇用
株式会社コナミスポーツクラブ	シニア向けプログラム「oyz」
株式会社宮地楽器	YAMAHA青春ポップス
アイシン精機株式会社	オンデマンド型送迎サービス
中外製薬株式会社	フレイル対策

民間企業による高齢者向けサービスの開発

自治体によるサービス創出・活用支援

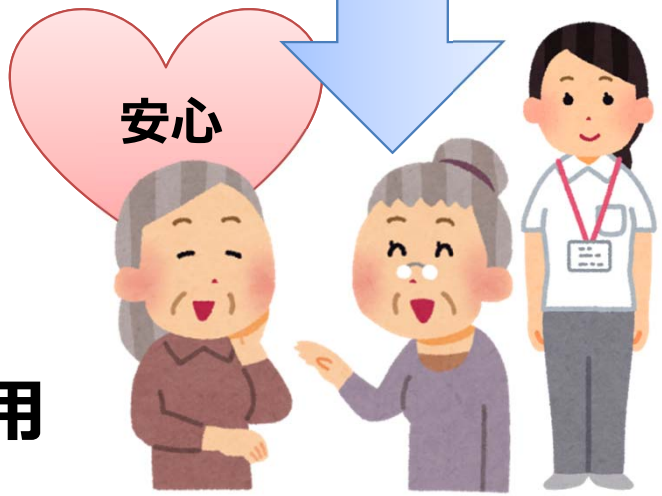
協定締結

ニーズの把握・サービス開発
企業間の協力関係構築支援

サービス情報伝達

サービス提供

購入・利用



高齢者・ケアマネジャー

保険外(市場)サービスの発展・定着

民間事業者と連携により実施した事業の一例

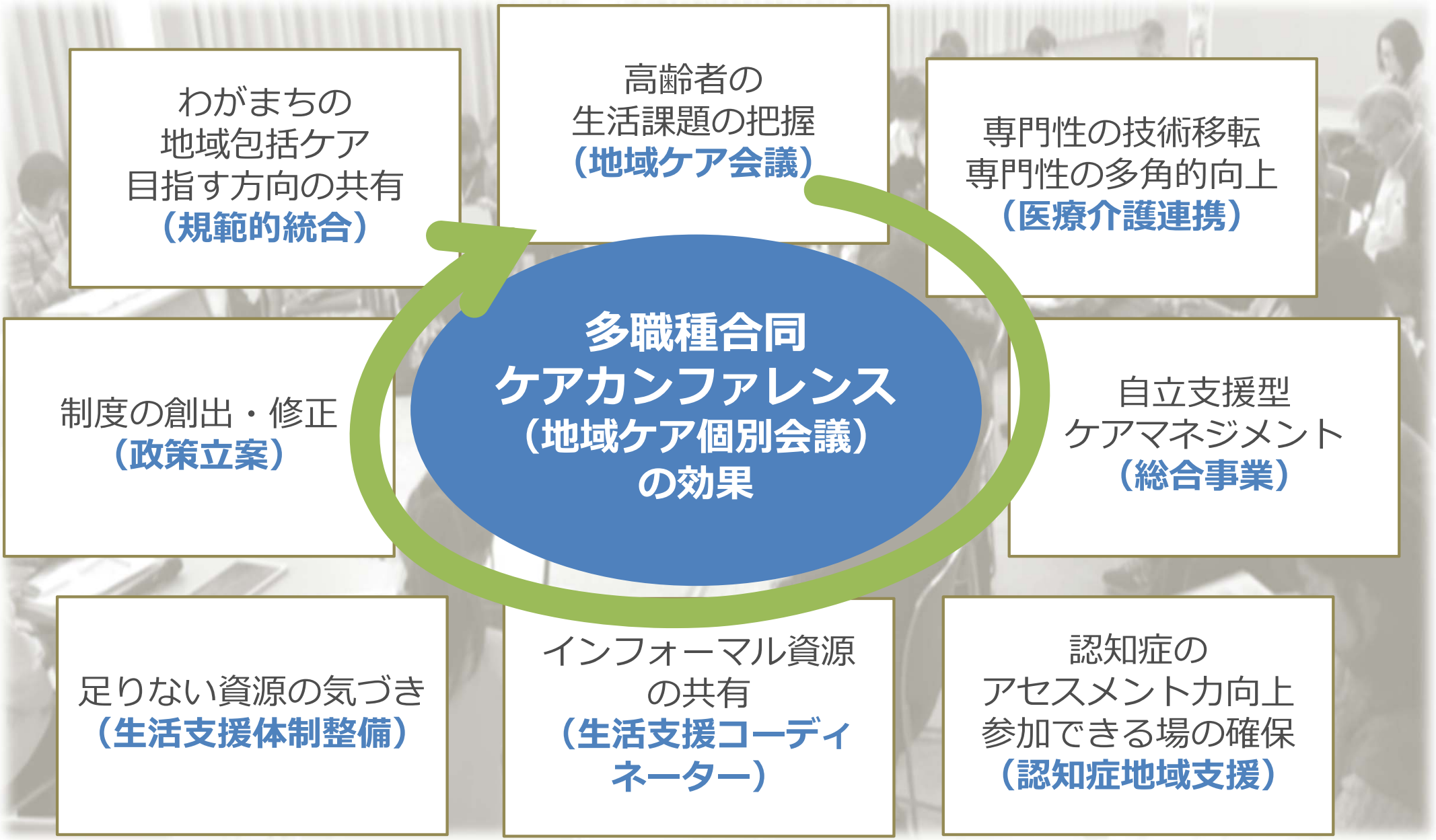
温泉施設で理学療法士による健康講座
楽の湯(㈱ナカシロ)

カラオケボックスを利用した体操教室
㈱東海第一興商

インストラクターによる健康講座
Curves前後駅前店(㈱だるま)

市主催の運動教室での健康チェックと商品説明
森永乳業㈱中部支社

多職種合同ケアカンファレンスですべてがつながる



豊明市が目指す地域包括ケアの方向性

できるだけ本人の**「ふつうに暮らせるしあわせ」**を**支える**

そのために役立つものを**見つける、探す、**無ければ**創り出す**

主な発表・視察・取材（平成28年度以降豊明市対応分）

発表・事例報告

・内閣府「経済財政一体改革推進委員会」（東京）
・内閣官房「未来投資会議　構造改革徹底推進会合」（東京）
・厚生労働省老健局振興課「総合事業担当者セミナー」（東京・金沢市・旭川市）
・厚生労働省「第136回市町村職員を対象とするセミナー」（東京）
・経済産業省ヘルスケア産業課「次世代ヘルスケア産業協議会アライアンス会合」
・国土交通省「住宅団地再生連絡会議」（東京）
・消費者庁「地方消費者フォーラム」（名古屋）
・国保中央会「全国市町村国保主管課長研究協議会」（東京）
　他、民間及び地方自治体主催セミナー等多数

行政視察・議会視察・調査ヒアリング

・内閣府「経済財政一体改革推進委員会」・内閣官房 日本経済再生総合事務局
・厚生労働省老健局総務課、振興課、厚生労働省社会援護局
・総務省行政課、 経済産業省ヘルスケア産業課
・地方厚生局、中部経済産業局、中部地方整備局
・県外・県外、市町村職員、議会議員視察　多数

取材・報道

・NHK（全国）、東海テレビ、テレビ愛知、CBC、メーテレ、毎日放送
・共同通信社、日経新聞、読売新聞、毎日新聞、中日新聞、朝日新聞、
・日経グローカル、日経BP、月刊ガバナンス、月刊介護保険
・日本医療企画「介護経営白書」、シルバー新報　その他多数

テーマ・内容

・豊明団地けやきいきいきプロジェクト（大学・ＵＲ都市機構との連携）
・ICT医療介護連携、総合事業、生活支援体制整備事業、保険外サービス
・多職種合同ケアカンファレンス、自立支援ケアマネジメント　ほか

豊明市
TOYOAKE CITY

健康福祉部 健康長寿課 地域ケア推進係
E-mail：chiikikea@city.toyoake.lg.jp
TEL ：0562-92-1261
豊明市新田町子持松1番地1
https://www.city.toyoake.lg.jp/

平成31年2月5日
第23回厚生政策セミナー

地域ケア会議とファシリテーション

国立社会保障・人口問題研究所
社会保障基礎理論研究部
山本克也

はじめに

- 地域ケア会議とファシリテーション
  - なぜ、とのか

どうしたら実のある会議に

一般論としてですが、

- 非効率で無駄な会議をなくしたいけれど、どうすればよいのか
- 発言力がある人ばかりが目立ち、一言も話さない人もいる
- アイデア出しの会議や課題解決の会議では、いろんな人から多様な意見を聞き出したいと思っているのに…

地域ケア会議とファシリテーション

- 以上の問題は、会議“あるある”

- 何の会議であろうとも共通する効率的な方法があるはず

- それが、ファシリテーション

ファシリテーションとは

- ファシリテーション（facilitation）とは、人々の活動が容易にできるよう支援し、うまくことが運ぶよう舵取りすること。集団による問題解決、アイデア創造、教育、学習等、あらゆる知識創造活動を支援し促進していく働きを意味します。その役割を担う人がファシリテーター（facilitator）であり、会議で言えば進行役にあたります。

特定非営利法人日本ファシリテーション協会
https://www.faj.or.jp/facilitation/

ファシリテーションの４つのポイント

Point1 会議の場を作る

- 議題に適したメンバーの選定、場所の選定、時間の管理、話しやすい雰囲気づくりなど、会義を実施する前からファシリテーションは始まっています。

Point 2 意見を受け止め引き出す

- 議題に対してメンバーから自由な意見を聞き出し、受け止め、時には質問や合意をしながら、その意見に込められた意味を掘り下げていきます。

Point3 意見を整理し絞りこむ

- 議題に沿って集まったアイデアをロジカルに整理しながら、採用するアイデアを絞りこんでいきます（この整理方法にはKJ法等、様々あります）。

Point4 まとめる

- 会議の結果として、どのアイデアを採用するか、課題解決の方向性を合意することはとても重要なステップです。みんなで課題を共有し、その解決の方向性を合意することで、我が事として課題に取り組めます。

参考文献：
堀公俊 『ファシリテーション入門』（日経文庫）
堀公俊 『組織変革ファシリテーター』（東洋経済新報社）

会議の構成

http://www.mmm.co.jp/office/post_it/meetingsolution/methods/methods03.html 会議進行の流れとファシリテーションの4つのポイントを一部改変

会議の良し悪しは事前準備で決まります

事前準備をどれだけ行うかが会議成功のカギ

- 会議の質を高めるためには、参加者にあらかじめアジェンダ(会議の目的、趣旨、内容、スケジュール)を伝えることと、参加者に意見やアイデアを事前に準備して持ち寄ってもらうことが重要です。
- 参加者が会議の目的や趣旨を理解せずに参加していると、それぞれがバラバラなことについて発言したり、具体的なアクションが決まらないなど、非効率な会議になってしまいます。
  - 会議におけるアジェンダは、「議題」や「テーマ」という意味で使われることもありますが、会議の目的、趣旨、議事の具体的な内容、日程、スケジュール、時間配分などを含めた一連の事項を指す場合もあります。

①発言しやすい雰囲気作り

アイスブレイクについて（意味と目的）

- アイスブレイクとは、参加メンバーの緊張を解くことにより、参加意欲を高めたり、思考を活性化したり、発言しやすい雰囲気を作ることを目的としています。
- 具体的な方法としては、会議や研修の本題に入る前に時間を取り、参加者どうしで自己紹介をしたり、会議設営等の作業をみんなで行ったりすることが一般的です。
- 相手を知らない状態では意見交換などをしづらいでしょう。また、リラックスした状態で会議内容に集中してもらうという目的にも活用されます。

<参考文献>ブライアン・コール・ミラー「15分でチームワークを高めるゲーム39　2人から100人でもできる！」(ディスカヴァー・トゥエンティワン、2015年)

②知恵がなかなか出ない

ブレインストーミング（ブレスト）について(意味、進め方と守るべき4原則、メリットや効果)

- ブレインストーミング(BS、ブレスト)とは、1930年代に米国の広告代理店の役員であったアレックス・F・オズボーンにより考案された発想法の一つです。従来は個人の偶然のひらめきに頼ることが多かったアイデア出しという作業を、集団で多くのアイデアを出し合う会議方式で行うことを目的としたもので、集団発想法とも呼ばれます。
- 具体的には、数名のメンバーで自由にアイデアを出し合い、お互いにアイデアに対して批判や評価はせずに、それらのアイデアの組み合わせや展開により、さらなるアイデアの創出や改善につなげるという手法です。

前ページのことは、介護の現場でも共通します

気づきの事例検討会のルール

- **時期尚早の助言・アドバイスはしない。**
- **非難・批判をしない。**
- **自分の考える解決法や推測がより現実に即していたとしても、それを事例提供者に押し付けない。**
- **情報が足りない部分は、検討者からの“質問”によって事例提供者へ問いかけていく。**
- **“質問”によって、利用者と利用者が抱える問題、事例提供者のひっかかりなどが、事例提供者自身の言葉で語られるプロセスを大切にする。**
- **事例提供者に対して、クライアントとの面接と『同様の配慮』をする。**

足立里江(2016)『地域ケア会議サクセスガイド』,p129

③意見を整理し絞りこむのが難しい

もし、商品開発ならば、

①評価基準を定める

- たとえば新規事業であれば「実現しやすい」「インパクトが大きい」「目新しい」といったように3つくらいをあらかじめ準備します。

② 投票ルールを確認する

- 1位に3点、2位に2点、3位に1点、4位以下は0点といったふうに、ランキングに応じて点数を決めておき、参加者はアイデアに順位付けをして点数評価します。

③投票する

- 全員で一斉にラベルを貼って投票するのがポイントです。
  結果を集計することにより、チーム全体での評価が形になり、次のプロセスに進む際に合意形成も容易になります。

地域ケア会議ではどうすれば？　ちょっと考えてみて下さい。

④いつも同じ意見しか出てこない気がする

「ポジショニングマップ」で、アイデアの傾向を見える化する！

- ひたすらアイデア出しをしていても、行き詰まる時があるはずです。そんな時は、今までのアイデアの傾向をまとめて、盲点や手薄になっているところを探してみましょう。

- このやり方は別名を「構造シフト発想法」、「ブルーオーシャン」、「認知バイアスを壊す」などと説明される場合もあり、画期的なアイデアを探す為の技法として使われるフレームワークです。アイデア全体を２分する切り口を２つ探して、模造紙に２軸を書きます。その軸に沿って、付箋紙に書いたアイデアを貼っていきます。

- これにより、新しいアイデアの発見や、いつも出しているアイデアで手薄な分野を発見することができるのです。

要するに俯瞰して見ることです。地域の課題整理、資源開発にも使えますね

ファシリテーションって

- 以上の手法は、普段、みなさんが、考えをまとめたりするときに使っていませんか？
- ファシリテーションは、何も特別な手法ではないのです。
- これが、“なぜ、となのか“といった理由です。

地域ケア会議のファシリテーション

でも、

- 地域ケア会議のフレーム
- 参加者
- アジェンダ（議題）
- ファシリテータ

だけで地域ケア会議は上手くいくのでしょうか。

地域ケア会議のフレーム

- フレーム
  - 三層構造

  - ５つの機能
    ①　個別課題解決機能
    ②　ネットワーク構築機能
    ③　地域課題発見機能
    ④　地域づくり・資源開発 機能
    ⑤　政策形成機能

  - 多様な参加者
    - 多職種、市民組織等

地域ケア会議について

地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。

具体的には、地域包括支援センター等が主催し、
○医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。
○　個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する。
○共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

地域包括支援センターでの開催
（高齢者の個別課題の解決）

○多職種の協働による個別ケース（困難事例等）の支援を通じた
①地域支援ネットワークの構築
②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
③地域課題の把握
などを行う。

≪主な構成員≫
自治体職員、包括職員、ケアマネ　ジャー、介護事業者、民生委員、
OT、PT、ST、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科 衛生士その他必要に応じて参加

※直接サービス提供に当たらない専門職種も参加

地域課題の把握

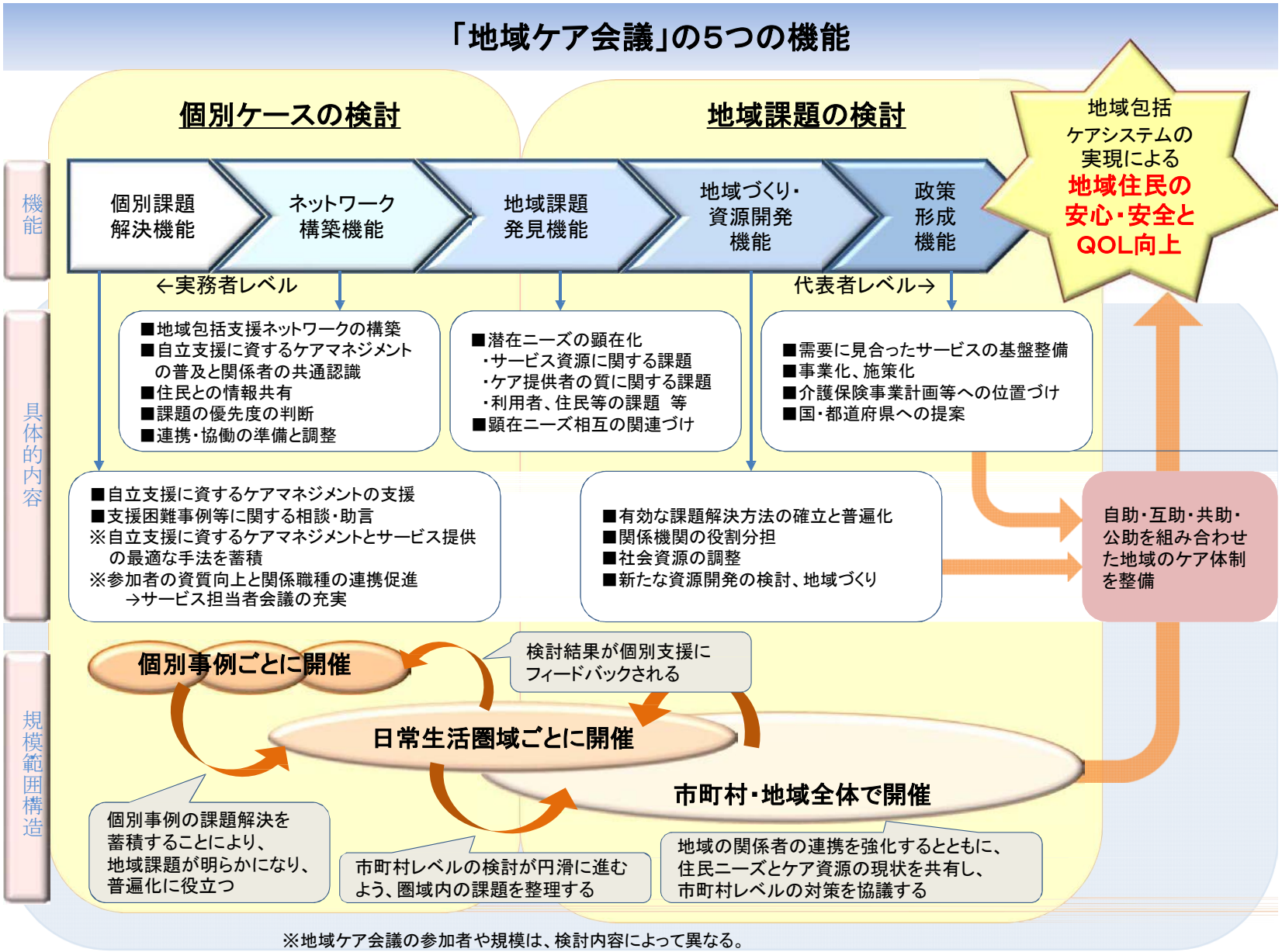
地域づくり・資源開発

政策形成
介護保険事業計画等への位置づけなど

市町村での開催
（地域課題を解決するための社会基盤の整備）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/　地域ケア会議の概要

「地域ケア会議」の5つの機能

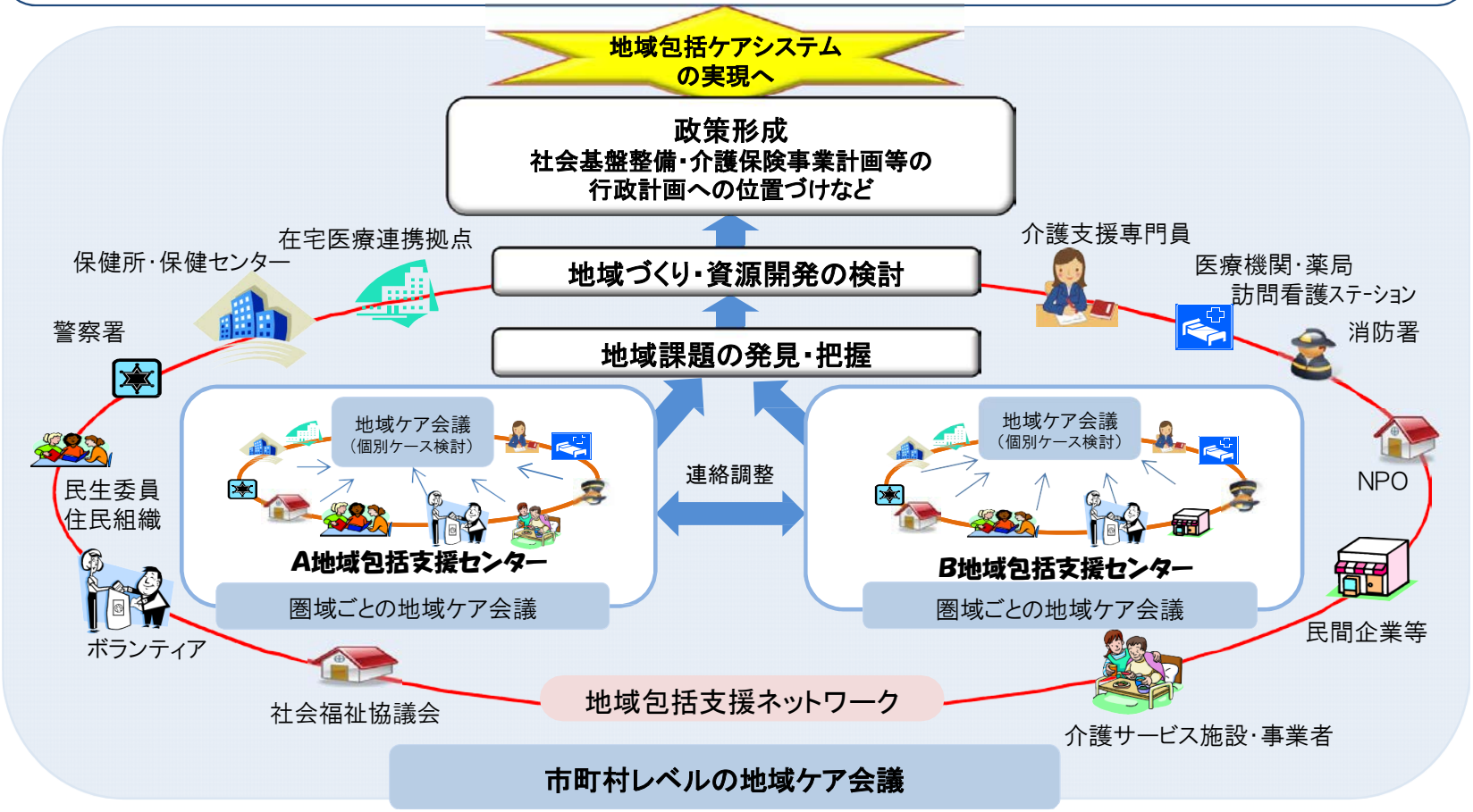


※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ 地域ケア会議の概要

「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

○地域包括支援センター（又は市町村）は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
○市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
○市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。



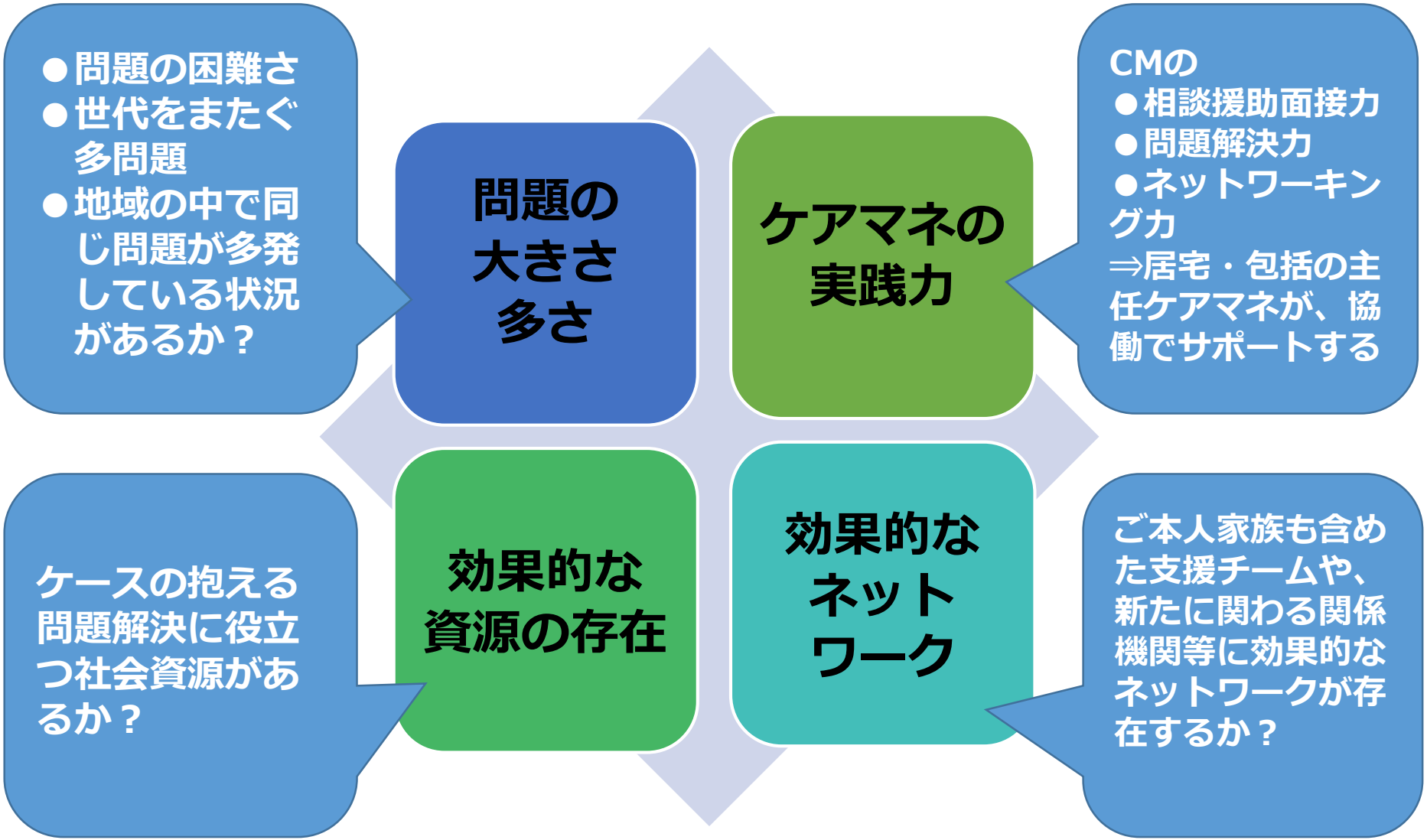
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/　地域ケア会議の概要

地域ケア会議のファシリテーション

③意見を整理し絞りこむのが難しいと書きました。商品開発なら多数決なのですが。

- 地域ケア会議では、ケア会議のフレーム（多様な参加者）、アジェンダ（議題）、ファシリテータに加えて、**助言者が必要です**。
  - それは、地域ケア会議をケアマネさんの吊し上げの場にもしないためでもあります。
    - 朝来市ではケースクリーニングという個別課題を分析するというステップを入れています（これは、ケースマネジメント支援でもあります）。
      - ケースを分析し、かつ、ケースマネジメントの支援もしてもらえるからこそ、ケアマネさんは安心して個別地域ケア会議にケースを出せるのです。
        - さらに、ケースクリーニングで課題を整理していくと、同じような困り事が見つかって、日常生活圏域の弱点が分かってきます。
          - 個別地域ケア会議は土台です。大切に育てましょう。

地域ケア会議の入口：ケーススクリーニングの視点



足立里江(2016)『地域ケア会議サクセスガイド』,p45

おわりに

- ファシリテーションは会議運営の単なる道具
  - 効率的な会議運営

- 地域ケア会議はケアマネさんの吊し上げの場ではない
  - 適切な助言者の必要
  - ケアマネさんをフォローする適切な仕組み作り

ご参考

介護予防の文脈ですが、

- **介護予防活動普及展開事業では（平成28年度～）**

（１）介護予防における市町村のリーダーシップ構築、

（２）市町村が主体的に介護予防に取り組むための組織づくりと運営、

（３）効率的・効果的な短期集中予防サービスの実施と地域の通いの場の充実を全国の市町村で実践できるよう、

技術的な支援を行っていて、その中で様々なマニュアルを提供しています。

- 平成29年２月７日に開催された第124回市町村職員を対象とするセミナーの厚労省資料「高齢者の自立支援を目指した地域ケア会議について」では、
  - **地域ケア個別会議司会者養成研修会**
  - **地域ケア個別会議アドバイザー養成研修会**

について触れられていて、介護予防（要支援者）という限定した枠組みですが、介護予防のための地域ケア個別会議について、会議の支援シート等が整備されています。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html

目　次

市町村及び地域包括支援センターにおける立ち上げから実践までのフローチャート 1
はじめに 3
第１章　本手引きの背景・目的 5
1　介護予防のための地域ケア個別会議とは 5
2　介護予防のための地域ケア個別会議（以下、地域ケア会議）の実際 9
第２章　地域ケア会議立ち上げに向けた実施事項 15
1　市町村における心構え・留意点 16
2　地域ケア会議立上げ前の検討事項 18
3　地域ケア会議の説明会の開催 25
第３章　地域ケア会議開催前の実施事項 32
1　地域ケア会議の開催主体としての準備をする 34
2　司会者としての資料の読み込み 36
第４章　地域ケア会議当日の実施事項 47
1　当日の流れ（例） 48
2　司会進行について 50
第５章　地域ケア会議開催後の実施事項 52
1　事例の検討結果の取り扱いについて 54
2　事例のモニタリングについて 56
3　地域ケア会議で把握された行政課題と対応策の検討 57
先行市町村における取組 59
参考資料 81

介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き（Ver.1）厚生労働省

都道府県による支援

都民のみなさまの福祉、保健、医療をサポートする財団です
公益財団法人
東京都福祉保健財団
Public Interest Incorporated Foundation
Tokyo Metropolitan Foundation for Social Welfare and Public Health

サイトマップ | お問い合わせ | アクセス
〒163-0718 東京都新宿区西新宿２丁目７番１号
小田急第一生命ビル18・19階
カスタム検索
文字の大きさ: 標準 大

ホーム | 研修を受講される方へ | 福祉情報を知りたい方へ | 事業者の方へ | 当財団について

ホーム > 研修を受講される方へ > 自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議実践者養成研修事業

研修を受講される方へ

- 東京都介護支援専門員
- 介護保険分野
- 東京都地域包括支援センター職員研修事業
- 現任介護職員資格取得支援事業
- 訪問介護管理者育成事業
- 東京都介護職員キャリアパス導入促進事業
- 東京都介護職員離学金返済・育成支援事業
- 自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議実践者養成研修事業
- その他の福祉分野
- 保健医療分野

自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議実践者養成研修事業

平成30年度の研修の募集は終了しました。

受講決定者の皆様へ

事前課題等の様式はこちらからダウンロードできます。

1. 研修2日目事前課題説明資料（別紙1） (word:54KB)
2. 事前課題1「ICF課題分析シート」（別紙2） (ppt:48KB)
3. 事前課題2「エコマップ」（別紙3） (ppt:55KB)
4. 事前課題3「地域資源調査表」（別紙4） (word:19KB)

1 研修の目的

多職種が連携し、高齢者の自立した日常生活の支援、介護予防、要介護状態等の軽減を目的とした自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議の開催を推進するため、高齢者の生活課題とその背景にある要因を理解し、尊厳を保ちつつ、個々の高齢者に合った適切な支援方法について提案・助言できる人材を養成することを目的とします。

2 研修実施主体

東京都福祉保健局　高齢社会対策部　在宅支援課（以下「都」といいます。）
※　研修実施機関　：公益財団法人東京都福祉保健財団　（以下「財団」といいます。）が都より委託を受けて実施します。

3 研修の受験対象者

下記１から４のいずれかの項目を満たす、区市町村から推薦を受けた方。
※各区市町村主管課からの申込によります。

1. 地域ケア会議で司会経験（予定）のある区市町村地域ケア会議担当者、地域包括支援センター職員
2. 地域ケア会議に助言者として出席経験（予定）があるリハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士など
3. 地域ケア会議に事例提供者として出席経験（予定）がある主任介護支援専門員など
4. その他、各区市町村による受講勧奨者

写真出典：あさぶら観光サイト, https:／／www.asabura.jp／,竹田城跡

地域ケア会議で人をつなぐ・未来をつなぐ

~ひとつの課題が人をつなぎ地域を育む~

兵庫県 朝来市地域包括支援センター主任介護支援専門員　足立里江

朝来市の概況

- 朝来市の人口　約３０,６００人
- 高齢化率　33.6%
- 要介護認定者　約2,200人
- 居宅介護支援事業所　11か所
- 市内ケアマネジャー40人
- 主任ケアマネジャー15人

- 地域包括支援センター2箇所
  (直営・委託 各1か所)
- 高齢者相談センター　4箇所
- 在宅介護支援センター５箇所
- 市内入院医療機関　２箇所
- 市内診療所　23箇所

※2019年1月1日現在

報　告　要　旨

地域ケア会議で
人をつなぐ

朝来市の
地域ケア会議体制

地域ケア会議で
未来をつなぐ

地域で暮らしに困難を抱えた人が増えている

ある包括職員のつぶやき・・・

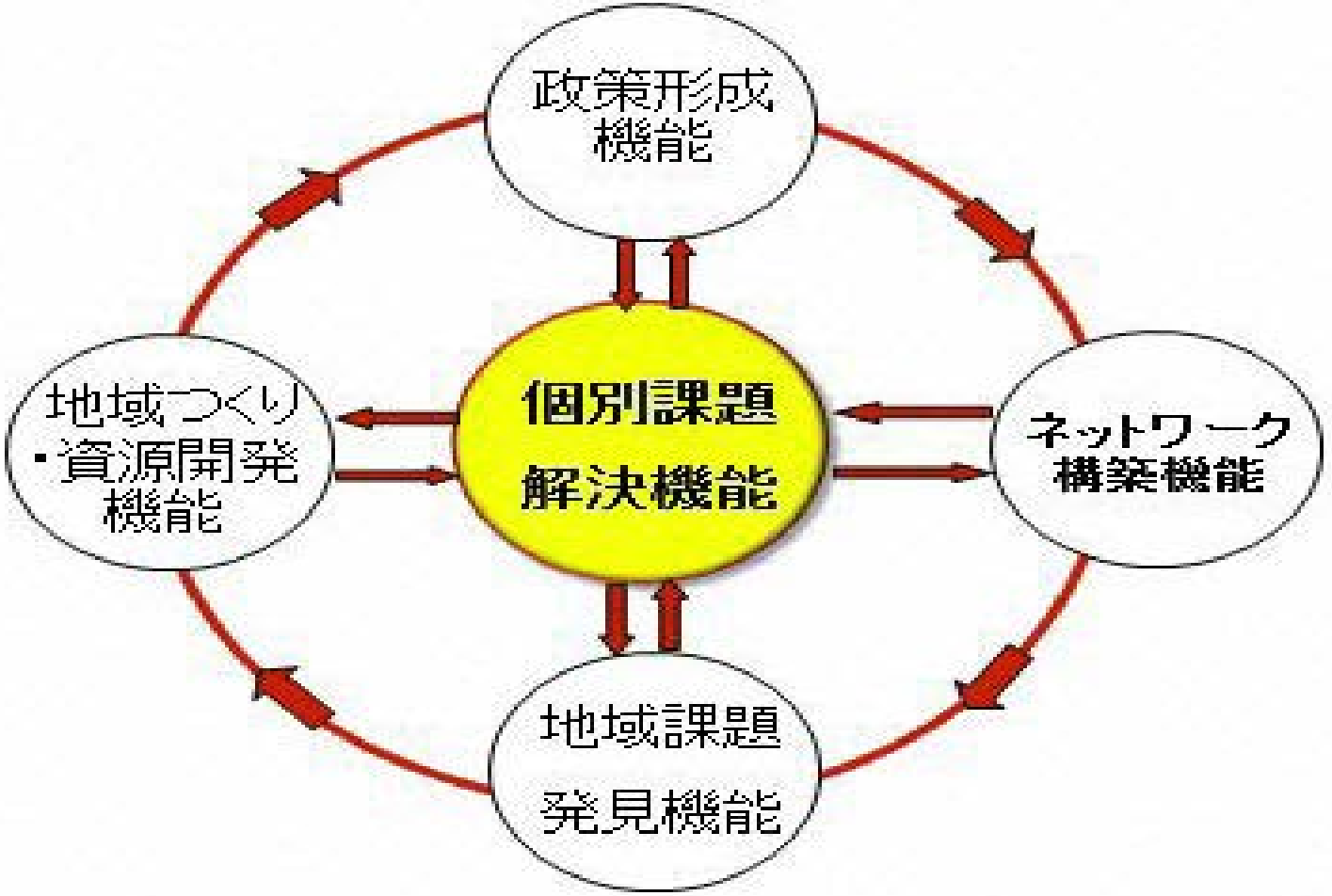
「前にもこんなケースがあった」と思いながら
またバタバタと同じプロセスで支援している。
人手も時間も、全く同じようにかかっている。

個別性があるから、一概には言えないけれど
１ケース、１ケースの積み重ねが、もっと次のケースに
活かされないといけない。

いつまでも同じようにバタバタするのではなく、
例えば、成功体験を活かすとか。
ネットワークが蓄積されて、調整がスムーズにいくとか。

あるいは、利用者さんの困り事から
新たな社会資源が開発されて、次のケースからは
しっかり支援ができるとか・・・

地域ケア会議の５つの機能　(地域包括ケアシステム構築手順)



この機能を活かして、一人ひとりを支える
地域の基盤を作る！

出典：地域ケア会議運営マニュアル 平成25年3月(一般財団法人長寿社会開発センター)23頁より抜粋

地域ケア会議をデザインする

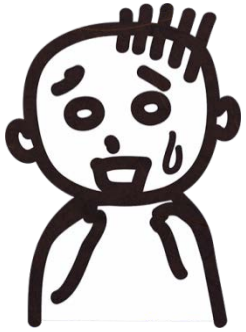
朝来市・ちゃすりん

あなたはまちの未来
ASAGOiNG

地域ケア会議と位置づける前（平成25年度）

せっかくの話し合いが・・・

在宅医療・介護連携会議



脳 耕 会

バラバラに行われていた

向こう三軒両隣会議

ケアマネジメント支援会議

個別支援も、その場その場の対応だった・・・

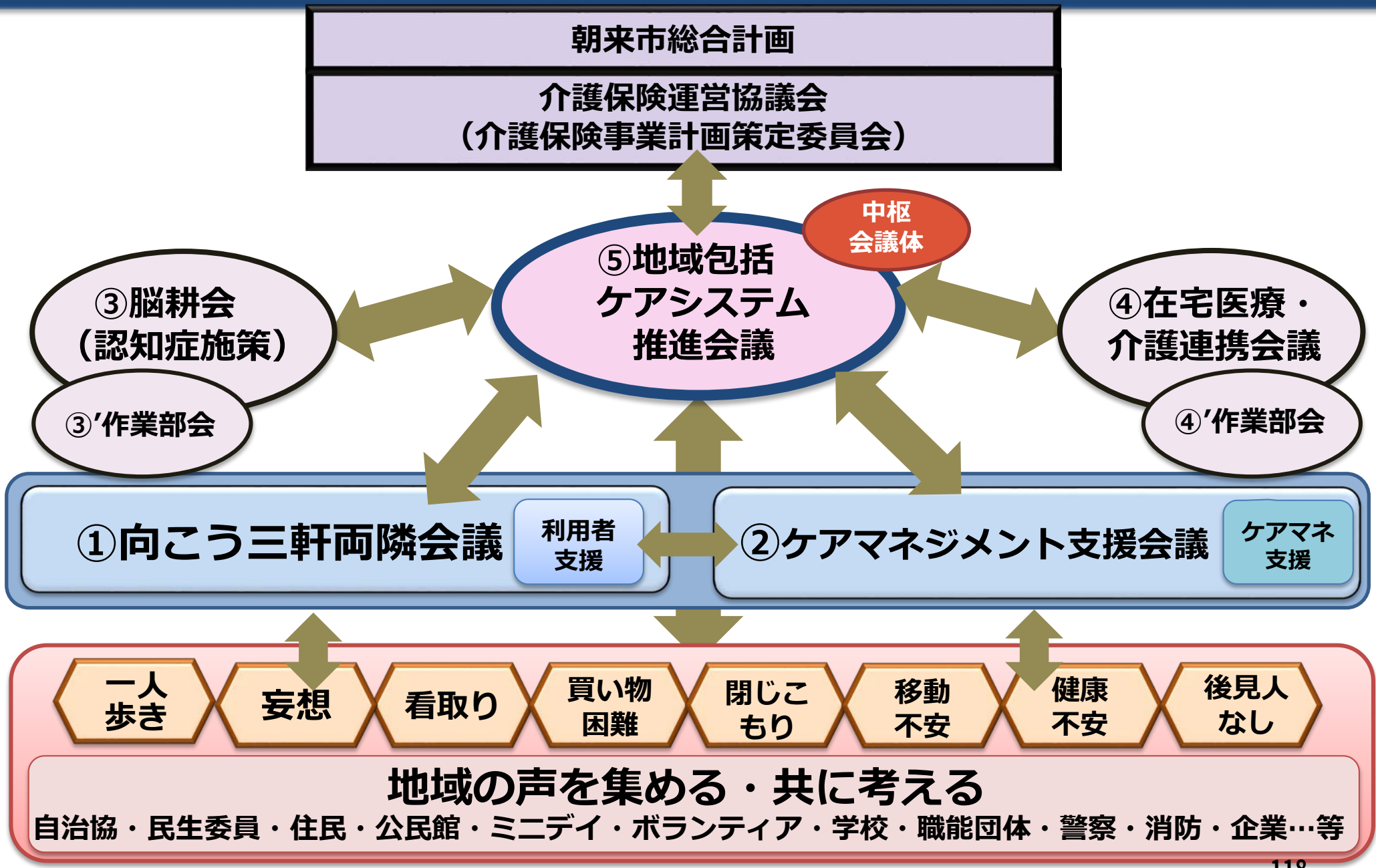
引用：足立里江作成,鳥取県箕蚊屋広域連合視察説明資料,2017年10月

下準備：既存の会議を見直す

会議名	内　　容	参集者	個別課題解決機能	ネットワーク構築機能	地域課題発見機能	地域づくり・資源開発機能	政策形成機能
①向こう三軒両隣会議	利用者支援	当事者・地域住民・関係機関等	◎ 対象者が抱える課題	◎ フォーマルとインフォーマルの連携	△ 支援困難ケースの集約	◎ 自助・互助を育む	×
②ケアマネジメント支援会議	ケアマネジメント支援	主任CM13名・理学療法士１名	◎ ケアマネジャーが抱える課題	◎ 主任ケアマネジャーとケアマネジャーの関係性	△ 支援困難ケースの集約	◎ 指導マニュアル開発・研修会の開催等	×
③脳耕会	認知症支援策の検討	関係機関代表者 １５名	×	△ 住民・専門職のネットワーク	○ ⑤からのオーダーによる検討	◎ 普及啓発等のツール開発 ケアパス作成	×
④在宅医療連携会議	介護・医療の連携に関する仕組みづくり	医療・介護専門職（事業所代表者）２５名	×	△ 介護・医療のネットワーク	○ ⑤からのオーダーによる検討	◎ 連携マニュアル作成等	×
⑤地域包括ケアシステム推進会議	地域課題の抽出・優先順位の決定・③④へオーダー	関係機関代表者 １３名	×	△	◎ ①②から地域課題の抽出・決定	◎ ③④と連動しながら開発に向けた検討を	◎ 介護保険運営委員会への政策提言

引用：立里江　著『朝来市発・地域ケア会議サクセスガイド』メディカ出版　2015年2月

朝来市地域ケア会議体制デザイン図　VOL.6



引用：朝来市地域包括作成,朝来市地域包括ケアシステム推進会議資料,2016年5月

報　告　要　旨

地域ケア会議で
人をつなぐ

朝来市の
地域ケア会議体制

地域ケア会議で
未来をつなぐ

銀子さん（仮名）の事例

ニーズキャッチ（出会いの場面）

◆病院医療ソーシャルワーカーから地域包括支援センターへ電話

・本日外来受診された銀子さん（80歳）が栄養状態が悪いため、そのまま入院となりました。
・糖尿病のコントロールもできておらず、つきそいは民生委員さんのみです。

・**複合的な課題をもつ世帯であるため、一緒に支援して欲しい。**

※個人情報保護のため事例は改変しています。

母親（80）と引きこもりの次男（50）

急性心筋梗塞にて、3年前突然に逝去

金太さん
逝去82歳

銀子さん
80歳

物忘れ症状があり、食事・薬の管理が困難。
年金が引き出せない。

結婚し市内在住だが、実家へのかかわりはあまりない

長 男
53歳

次 男
50歳

35歳頃から引きこもり。
母に対して大声を出す。
壁に“馬鹿・アホ”と落書きをする。

※個人情報保護のため名前は仮名です。

銀子さん世帯のつながり（入院前）

病　院

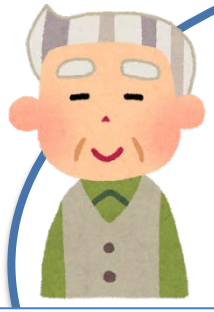
地域包括

民生
委員

専門職

地　域

次男さん



３年前に夫が他界

家　族

銀子さん

銀子さん・長男さん・地域へのアプローチ

銀子さん

●病院にて（銀子さんと）

- 「よく忘れるようになって・・・・」
- 「薬も飲んだかしら・・・」

MSW

地域包括

長男さん

●病院にて（長男と）

- 長男・次男が小さい頃はよく家族で旅行にも行っていた。
- 次男は35歳の頃から人間関係のトラブルが元で会社に行けなくなった。
- 3年前に、金太さん（82歳）が急に他界してから銀子さんはふさぎ込むようになった。

地域包括

担当ケアマネ

MSW

民生委員

●民生委員宅にて

- 銀子さんは内弁慶な人だけど、ご主人の金田さんはとても社交的。老人クラブのお世話もよくしてくださってた。
- 銀子さんは、次男さんのこともあるしご心配でしょう。
- みんなどう声をかけていいのか分からないのだけど、とても心配しているのよ。

担当ケアマネ

地域包括

向こう三軒両隣会議（個別地域ケア会議）の開催

みんなで集まって、頭を寄せ合い考える

様々な価値観やアイデアを出し合う中で、**人がつながる・地域が変わる**

公民館に集まって・・

地域包括に集まって・・

年間60回～70回開催

銀子さんを支えるための向こう三軒両隣会議

【翌週の公民館にて】

- 民生委員の声賭けで、自治会長、近隣者数名が参集
- 医療ソーシャルワーカー、保健師
- 金銭管理を担当する社協権利擁護担当者
- 年金通帳のある金融機関
- 長男さん
- 地域包括が会議を主催

銀子さんを支えるメンバーが集まり、個人情報を守りながら、頭を寄せ合い考える会

向こう三軒両隣会議の成果

●地域住民と専門職が一緒に考えたこと

・80歳になる銀子さんは、夫亡き後も、ひきこもりの次男を抱え、精一杯、頑張ってこられた。
・引きこもりの次男さんには、何かしら精神的な病気があるのではないか。

●銀子さんへの支援

・介護保険申請
・福祉サービス利用援助事業
・近隣者の見守り、差し入れ
・牛乳の配達員等のかかわり

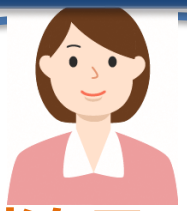
●次男さんへの支援

・保健師の訪問
・長男からの声かけ
・関係づくり
・精神科受診

銀子さん世帯のつながり（退院時）

社協権利擁護

ヘルパー



担当ケアマネ

デイサービス

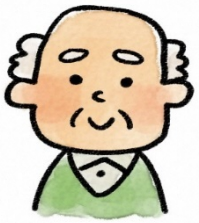
保健師

地域包括

近隣者

民生委員

区長



専門職

病　院

次男さん

地　域

長男さん

銀子さん

家　族

銀行員

牛乳・新聞配達

その後の銀子さん（80）と次男さん（50）

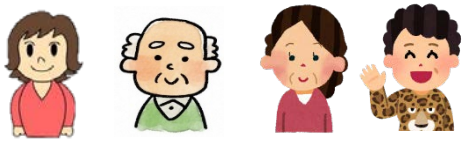
●銀子さんの変化

・介護保険サービスの利用と地域の緩やかな見守り、
声かけの中で、相変わらず閉じこもりがちの生活では
あるが、穏やかな笑顔が増えてきた。

●次男さんの変化

・保健師と長男が、何回か訪問を重ねているが
次男さんとは、まだ話しができていない。

●地域住民の変化



・気になる人がいれば相談し、みんなで声をかける、
見守るというスタイルが浸透してきた。
他の事例の相談にもつながった。

報　告　要　旨

地域ケア会議で
人をつなぐ

朝来市の
地域ケア会議体制

地域ケア会議で
未来をつなぐ

地域課題へ対応した事例

地域ケア個別会議とりまとめシート

NO	年月日	開催要請者	困りごと	件名（事例テーマ）	出席者	対応内容	この事例から見えてきた課題
	4月〇日	高齢者相談センター	盗られ妄想	「あの人は泥棒です！」と、特定の近隣者を犯人扱いするケース	高齢者相談センター・今後担当予定のCM・近隣者・民生委員・協力員・駐在所・精神科心理士・包括	●近隣者との協働アセスメントにより、家族の歴史と問題を乗り越える力が見えてきた。 ●盗られ妄想のターゲットになっている方への精神的フォローを地域と共に。 ●離れて住む家族とのカンファレンスを予定。	地域の認知症に対する理解は得られにくい
	4月〇日	ケアマネジャー	医　療	日中独居で救急車を頻会に呼ぶ高齢者の見守り体制づくり	本人・長男・区長・民生委員・消防所・CM・居宅主任CM・訪問看護・MSW・行政・包括	●本人・家族・地域・関係機関が、一緒にご本人の病状を理解することができた。 ●家族と近隣者の「頼み」「頼まれる」関係づくりができた ●訪問看護の緊急時訪問加算と、地域の見守り体制を組み合わせた。	見守り体制のとれない時間が長い

処遇困難ケースの発見役

困りごとにテーマを付けることで、検討の焦点を絞る。

成功体験は、地域・専門職間で共有し次のケースに活かす。支援した体験そのものが、地域住民と専門職の福祉力を高める。

地域課題抽出・資源開発・施策展開のキーポイントになる。

『共通する事象』から『地域課題』へ

市内ケアマネジャー アンケート

担当利用者
1,180人中

薬管理が困難な
利用者　197人

薬剤師とケアマネの意見交換会

薬剤師はケアマネが誰か分からない

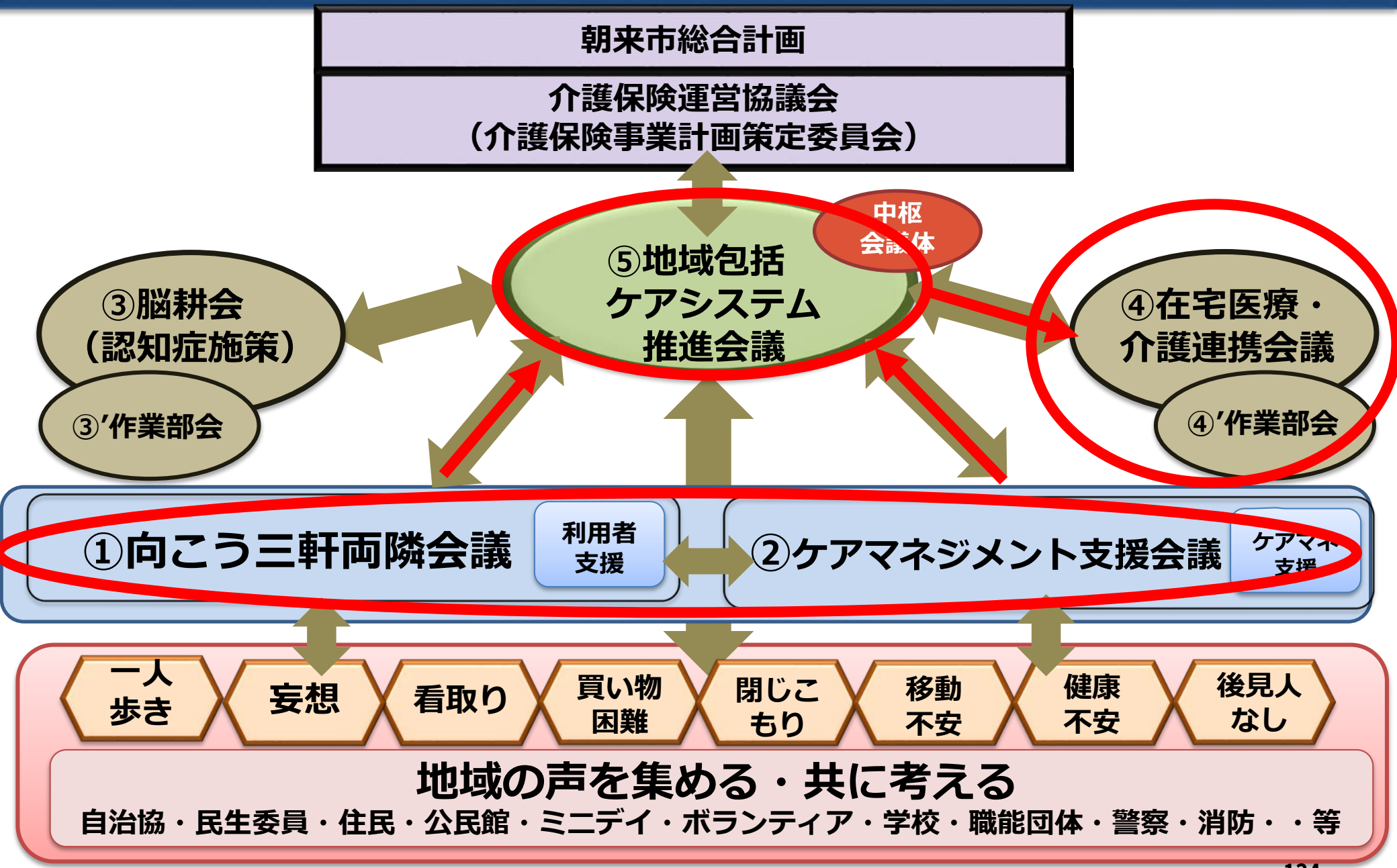
高齢者は、意外と飲み残しが多い

割り箸を使った点眼方法などの
アイデアが共有されていない

一人の高齢者が、何冊もくすり
手帳を所持している

引用：足立里江著,『朝来式ケアマネジメント支援サクセスガイド』,メディカ出版,2017年3月

朝来市地域ケア会議デザイン　VOL. 6



引用：朝来市地域包括作成,朝来市地域包括ケアシステム推進会議資料,2016年5月

平成27年度『薬管理が困難』地域課題への対応策検討

●在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討（イ）

広報

お薬管理のリーフレット作成

地域住民への普及啓発（キ）

薬局一覧表の作成

医療・介護の資源把握（ア）

研修

地域ケアスタッフへの研修

医療・介護関係者の研修（カ）

連携

医師との連携

ケアマネと薬剤師の連携

切れ目のない在宅医療（ウ）

工夫

ケアプランの内容検討

在宅医療･介護連携に関する相談支援（オ）

薬手帳カバーの配布

医療・介護関係者の情報共有の支援（エ）

※但馬の医療と福祉を考える会　在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携（ク）

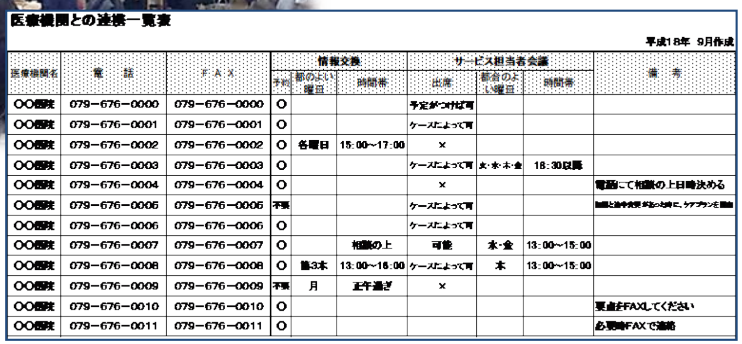
目標設定

・薬管理困難な高齢者へのリーフレット配布率 80%
・CMから薬剤師への相談件数　担当事例の10%

平成28年度『薬管理が困難』地域課題への対応策実行

薬剤師を中心に作業部会を結成

A：薬管理研修会



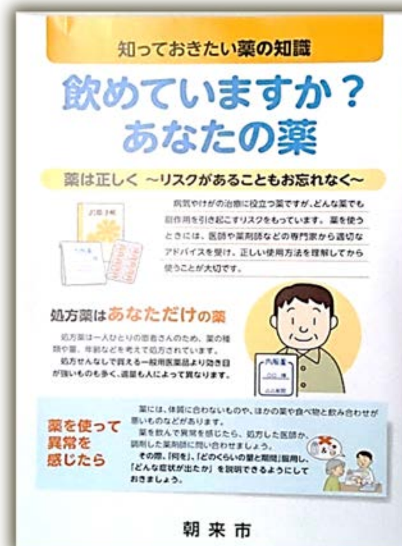
医療機関との連携一覧表

平成18年 9月作成

医療機関名	電　話	ＦＡＸ	情報交換			サービス担当者会議			備　考
			予約	都合のよい曜日	時間帯	出席	都合のよい曜日	時間帯	
○○医院	079−676−0000	079−676−0000	○			予定がつけば可			
○○医院	079−676−0001	079−676−0001	○			ケースによって可			
○○医院	079−676−0002	079−676−0002	○	各曜日	15:00~17:00	×			
○○医院	079−676−0003	079−676−0003	○			ケースによって可	火・水・木・金	18:30以降	
○○医院	079−676−0004	079−676−0004	○			×			電話にて相談の上日時決める
○○医院	079−676−0005	079−676−0005	不要			ケースによって可			[illegible]
○○医院	079−676−0006	079−676−0006	○			ケースによって可			
○○医院	079−676−0007	079−676−0007	○		相談の上	可能	水・金	13:00~15:00	
○○医院	079−676−0008	079−676−0008	○	第3木	13:00~16:00	ケースによって可	木	13:00~15:00	
○○医院	079−676−0009	079−676−0009	不要	月	正午過ぎ	×			
○○医院	079−676−0010	079−676−0010	○						要点をFAXしてください
○○医院	079−676−0011	079−676−0011	○						必要時FAXで連絡

B：薬局・かかりつけ医一覧表作成

C：ケアプランに盛り込むアイデアを出し合い薬管理リーフレットを作成



知っておきたい薬の知識

飲めていますか？
あなたの薬

薬は正しく ～リスクがあることもお忘れなく～

病気やけがの治療に役立つ薬ですが、どんな薬でも副作用を引き起こすリスクをもっています。薬を使うときには、医師や薬剤師などの専門家から適切なアドバイスを受け、正しい使用方法を理解してから使うことが大切です。

処方薬はあなただけの薬

処方薬は一人ひとりの患者さんのため、薬の種類や量、年齢などを考えて処方されています。
処方せんなしで買える一般用医薬品より効き目が強いものも多く、適量も人によって異なります。

薬を使って異常を感じたら

薬には、体質に合わないものや、ほかの薬や食べ物と飲み合わせが悪いものなどがあります。
薬を飲んで異常を感じたら、処方した医師か、調剤した薬剤師に問い合わせましょう。
その際、「何を」、「どのくらいの量と期間」服用し、「どんな症状が出たか」を説明できるようにしておきましょう。

朝 来 市

『利用者のための課題解決へ！』

専門職のネットワークに明確な目標が生まれ、命が吹き込まれる

平成29年度　薬管理への対応評価

評価方法：アンケート自形式調査　実施日：平成29年9月
対　　象：市内居宅介護支援事業所・小規模多機能居宅
　　ケアマネジャー46名（回収率 78%）
倫理的配慮：調査目的以外で使用しないことやプライバシー
　　厳守を明記した

設定された目標	1年後の評価
薬管理困難な高齢者へのリーフレット配布率80%	リーフレット配布率76%
CMから薬剤師への相談担当事例の10 %	CMから薬剤師への相談1～2％

平成30年度　薬剤師会から更なる仕組みの提案

お薬相談しやすい仕組みを

ケアマネジャー等
からの相談

窓口となる
薬剤師

**『お薬相談支援システム』（仮称）の
実現に向けた検討スタート**

おわりに

- 一度仕組みを作っても、地域で実践してみると意外とうまくいかない。
- だけど、地域ケア会議で育んだ人と人とのつながりが、朝来市の未来を作る糧になる。
- 一人ひとりの暮らしにくさに向き合うこと、そして、一つひとつの地域の課題に対峙すること。
- 一歩一歩、大切に
  これからもこの『歩み』を
  着実に育んでいきたい。

写真：朝来市旧生野鉱山職員宿舎(甲社宅)

参考資料

地域ケア個別会議の類型（朝来市）

国	介護予防の推進	困難事例の解決力強化	地域力の強化
朝来市	**自立支援型地域ケア会議**	**ケアマネジメント支援会議**	**向こう三軒両隣会議**
特 徴	多職種の専門的な視点を持ち寄り、介護予防に資する支援について検討する	ケアマネジャーが抱える課題についてグループスーパービジョンを行う	生活課題や支援方法について、本人・家族・地域住民・専門職等が一緒に検討する
効 果（個別）	・多職種ネットワークの構築 ・身体的、医療的な自立支援の視点の獲得	・ケアマネジャーが個別性を踏まえたアセスメントの力を獲得する ・スーパービジョンの関係性を育む	・利用者を支えるソーシャルサポートネットワーク（地域と専門職の力を融合した支援体制）を確立する
効果（全体）	・個別事例の集約、分析から、自立支援に資する専門的な視点の集約 ・ネットワーク構築に必要なスキルの抽出	・個別事例の集約、分析から、ケアマネジメント全体の課題を抽出。 ・研究、研修活動等を通じて人材育成に活用する。	・個別事例の集約、分析から、利用者の地域生活全体の課題を抽出。 ・さらなる資源開発・ネットワーク構築につなぐ。

参考改変：厚生労働省　平成29年度介護予防活動普及展開事業アドバイザー養成研修会資料８事例の評価とモニタリングについて

地域ケア会議体制デザイン構築の留意点

1. 個別課題と地域課題を検討するテーブルを分ける。
2. 「本人・家族」の課題と「ケアマネジメント」の課題を検討するテーブルを分ける。
3. 「本人・家族」の課題検討は、地域住民と一緒にタイムリーに行う。
4. 「ケアマネジメント」の課題検討は、ケアマネジャーの人材育成を目的とする。
5. 目的・内容・参集者の不一致を防ぐ。
6. 個別課題の集約から地域課題の検討につながる『道筋』を明確にする。

引用：足立里江作成,盛岡市「ケアマネジメントの実践・展開」研修資料,2017年12月

朝来市在宅医療・介護連携会議(地域ケア推進会議)

各団体の代表委員
医　師　会
ケアマネジャー協会
医療ソーシャルワーカー
薬剤師会
訪問看護連携協議会
ヘルパー協会
栄養士会
精神保健福祉士会
デイサービス連絡会
行政職員

医療と介護の仕組みづくりを担う

- 医師への意見照会様式の統一
- 入退院時連携マニュアルの開発

等

参考文献

- 一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会主任介護支援専門員委員会マニュアル改定ワーキング委員作成『主任介護支援専門員実務マニュアル』 2016年3月
- 長寿社会開発センター『地域包括支援センター運営マニュアル２訂』2018年6月
- 一般財団法人長寿社会開発センター『地域ケア会議運営マニュアル』 2013年3月
- 足立里江　著　　『朝来市発・地域ケア会議サクセスガイド』メディカ出版　2015年2月
- 足立里江　著　　『朝来式ケアマネジメント支援サクセスガイド』メディカ出版　2017年3月
- 足立里江　著　　医療と介護Next連載 『地域ケア会議で未来を育む』メディカ出版　2015年
- 足立里江　著　　医療と介護Next連載 『地域ぐるみのケアマネジメント支援』メディカ出版　2016年
- 足立里江　著　　月刊ケアリング4月号『暮らしを支える地域ケア会議』 北隆館　2017年
- 足立里江　共著　『地域ケア会議運営ハンドブック』 長寿社会開発センター　2016年5月