



2016年7月11日
平成28年度第1回総合事業市町担当者等研修
(兵庫県農業共済会館)

桑名市における
「地域ケア会議」の取り組み



桑名市保健福祉部地域介護課
中央地域包括支援センター
保健師 荒川 育子

木曾三川と長島輪中

桑名市の概要

- ・三重県北部に位置し、愛知県・岐阜県と県境を接する都市
- ・平成16年12月、旧桑名市・多度町・長島町が合併し、桑名市が誕生
- ・面積 136.68km² 南北17.75km 東西16.50km
- ・人口 143,088人 高齢者 35,232人 高齢化率 24.62%
- ・要介護・要支援認定率 14.15%（平成28年3月31日現在）
- ・日常生活圏域 6（東・西・南・北・多度・長島）
- ・地域包括支援センター 6（中央・東部・西部・南部・北部東・北部西）
運営方式＝直営型1、委託型5（社協2、医療法人2、社会福祉法人1）
直営型の中央包括は基幹型包括として機能している



地域包括支援センター一覽

センター名	担当地区	所在地	電話番号
東部地域 包括支援センター	精義・立教・修徳・大成・ 城東(地蔵・東野を除く)	内堀17番地	24-8080
西部地域 包括支援センター	桑部・在良・七和・久米	西金井170番地	25-8660
南部地域 包括支援センター	日進・益世・城南・ 城東(地蔵・東野のみ)	江場776番地5	25-1011
北部西地域 包括支援センター	筒尾・松ノ木・大山田・星見ヶ丘・ 野田・藤が丘・陽だまりの丘・多度	多度町多度1丁目1番地1	49-2031
北部東地域 包括支援センター	大和・新西方・深谷・長島	長島町松ヶ島66番地	42-2119
中央地域 包括支援センター	全域	中央町2丁目37番地	24-5104

地域包括支援センターの職員配置

(単位:人)

名称	担当地区	委託先	社会福祉士	保健師 看護師	主任介護 支援専門員	その他 (事務員・ 相談員等)	兼務 専門職	合計
中央	全域	直営	1	3	1	7	8	20
東部	精義・立教・ 城東・修徳・大成	医療 法人	2	1	1	2	—	6
西部	桑部・在良・七和・ 久米・星見ヶ丘	社会福 祉法人	2	1	1	1	—	5
南部	日進・益世・城南	医療 法人	2	2	1	2	—	7
北部東	大和・深谷・ 長島	社協	2	2	2	2	—	8
北部西	大山田・藤が丘・ 多度	社協	2	2	2	2	—	8
合 計			11	11	8	16	8	54

(平成28年7月1日現在) 4

地域包括ケアシステムの定義

- 地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律第4条第4項、2013.12）（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条第1項、2014.6）。
- つまり、「高齢者が、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることのできる体制」といえる。

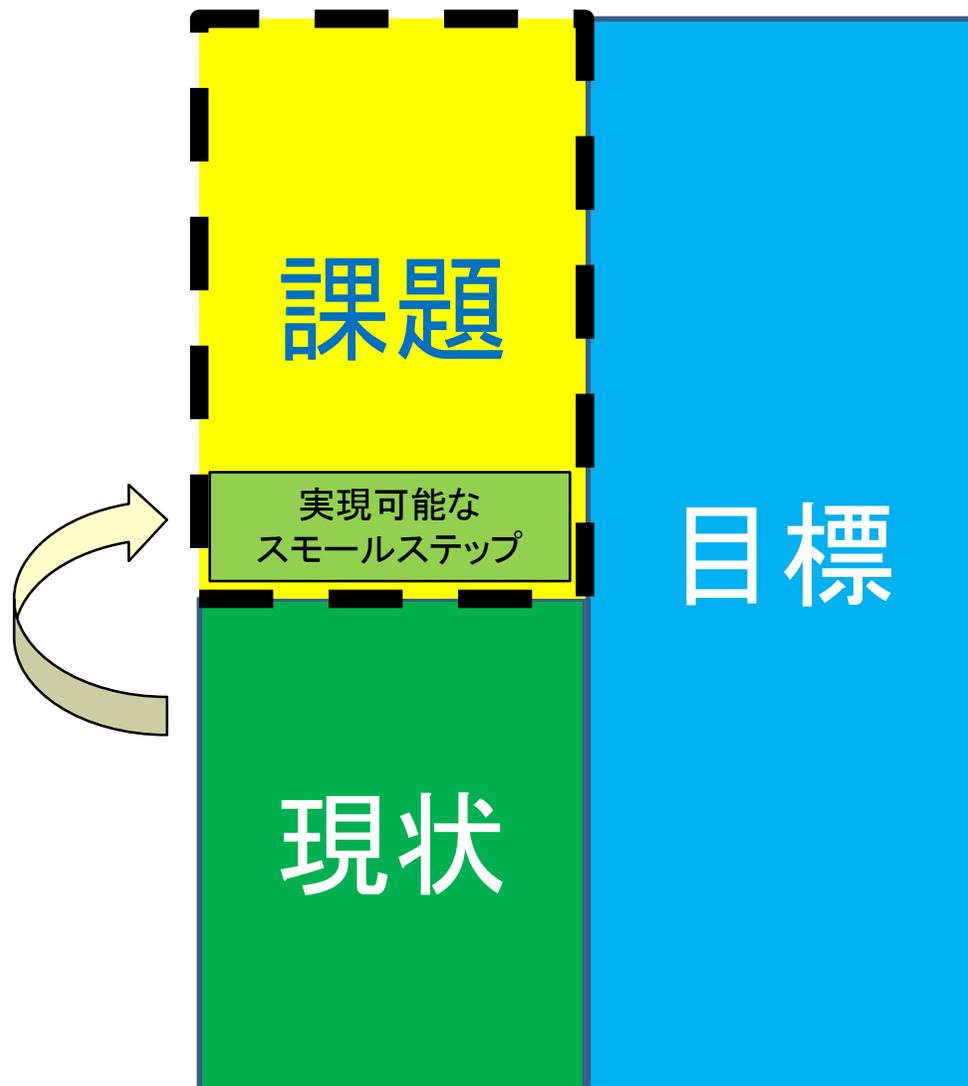


地域包括ケアシステム実現に向けて

- 「地域包括ケアシステム」＝「高齢者が、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることのできる体制」を実現するには何をすべきか
- 「**地域生活継続の限界点を高めること**」ではないでしょうか
- 高齢者が地域で暮らすことを阻害する要因「**地域課題**」を明らかにし、その解消を図る
- 地域課題はひとつではなく、いくつもある
また、時間の経過とともに変化したり、増減したりする
- 地域課題を徐々に解消することで、
地域包括ケアシステム構築をめざす



現状、目標、課題の位置関係



- ・①地域アセスメントにより「現状」を知る
- ・②本来のあるべき姿、望ましい水準を「目標」とする
- ・③「現状」と「目標」の差、そこに横たわるものが「課題」
- ・④「課題」を解消することで現状が高まり、目標に近づく
- ・⑤大きな課題には、実現可能な小目標(スモールステップ)を設置する

$$\text{目標} - \text{現状} = \text{課題}$$

地域包括ケアシステム構築の流れ

① 地域アセスメント

困難事例要因調査
(平成25年11月～)

日常生活圏域ニーズ調査
(平成26年1月～)

地域課題把握アンケート調査
(平成26年3月～)

地域生活応援会議
(平成26年10月～)

各種地域ケア会議

その他の方法

② 地域課題把握

③ 地域課題解消施策の協議・検討

④ 地域課題解消施策の実施

⑤ 地域課題の解消確認(モニタリング)

⑥ ①～⑤の繰り返し

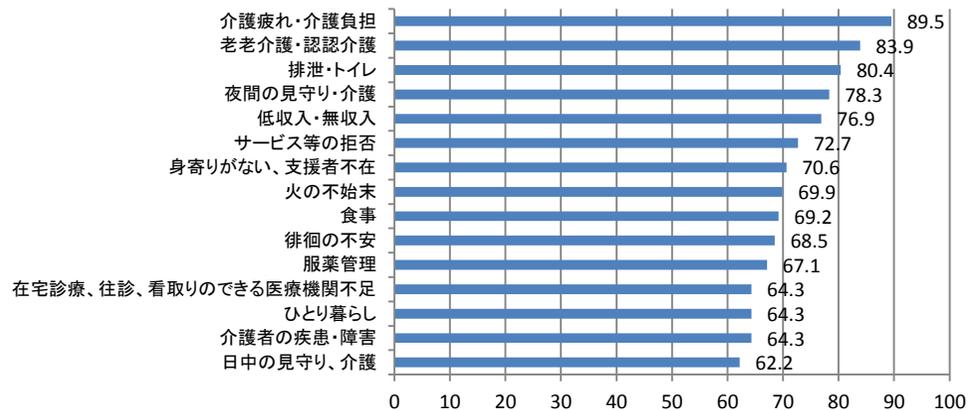
⑦ 地域包括ケアシステムの構築

【参考】「桑名市における『地域包括ケアシステム』の構築に向けた地域課題の把握のための調査 ～『地域ケア会議』での個別事例の検討を通じて～」報告書(平成26年7月桑名市地域包括支援センター)の概要

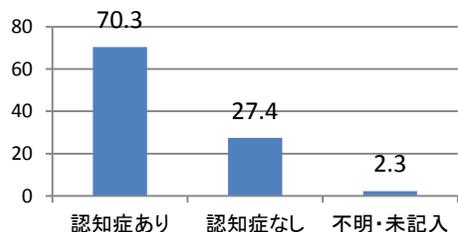
第1部 地域課題把握のためのアンケート調査

- 平成26年3月、介護支援専門員等を対象として、「地域課題把握のためのアンケート調査」を実施。
- 平成26年6月、介護支援専門員等の参加を得て、地域課題把握のための「地域ケア会議」を開催。

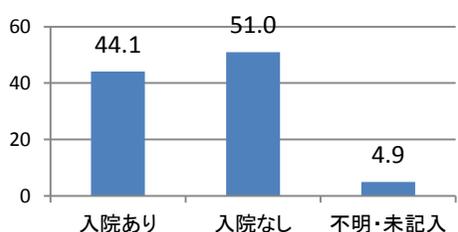
高齢者が自宅を離れた要因 (単位:%)



施設に入所した高齢者に係る
認知症の有無 (単位:%)



施設に入所した高齢者に係る
入所前の入院の有無 (単位:%)



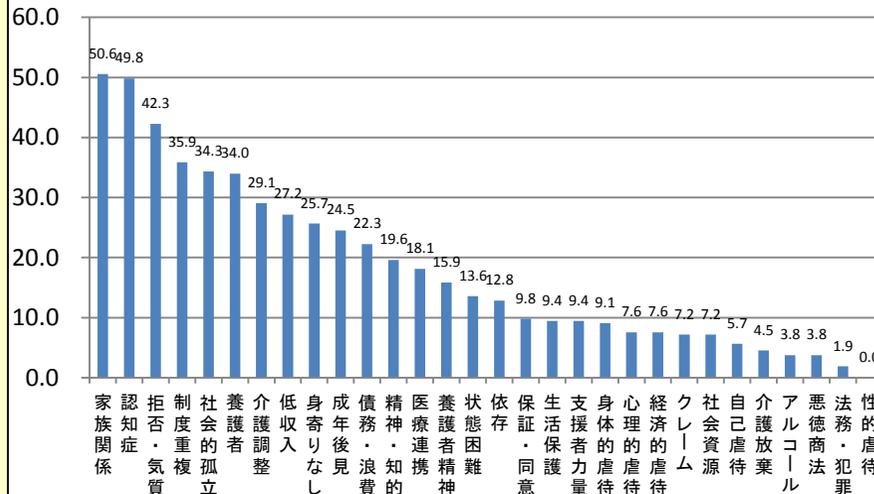
第2部 個別事例振り返りのための「地域ケア会議」

- 平成26年3～6月、個別事例振り返りのための「地域ケア会議」を開催。
- 具体的には、高齢者が自宅を離れて施設に入所した事例について、「在宅生活継続の阻害要因」を分析し、「在宅生活継続の限界点を高める方法」を検討。

第3部 困難事例要因調査

- 平成23年4月～平成25年9月に地域包括支援センターで対応されたすべての困難事例について、要因を分析。

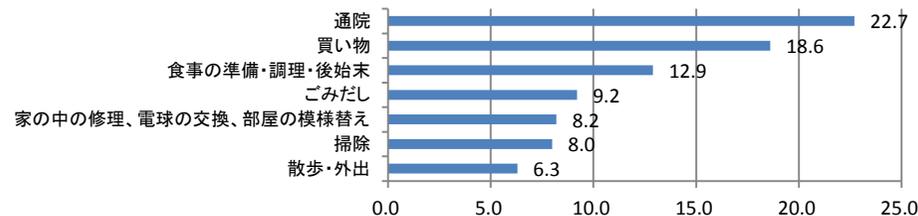
困難事例の要因 (単位:%)



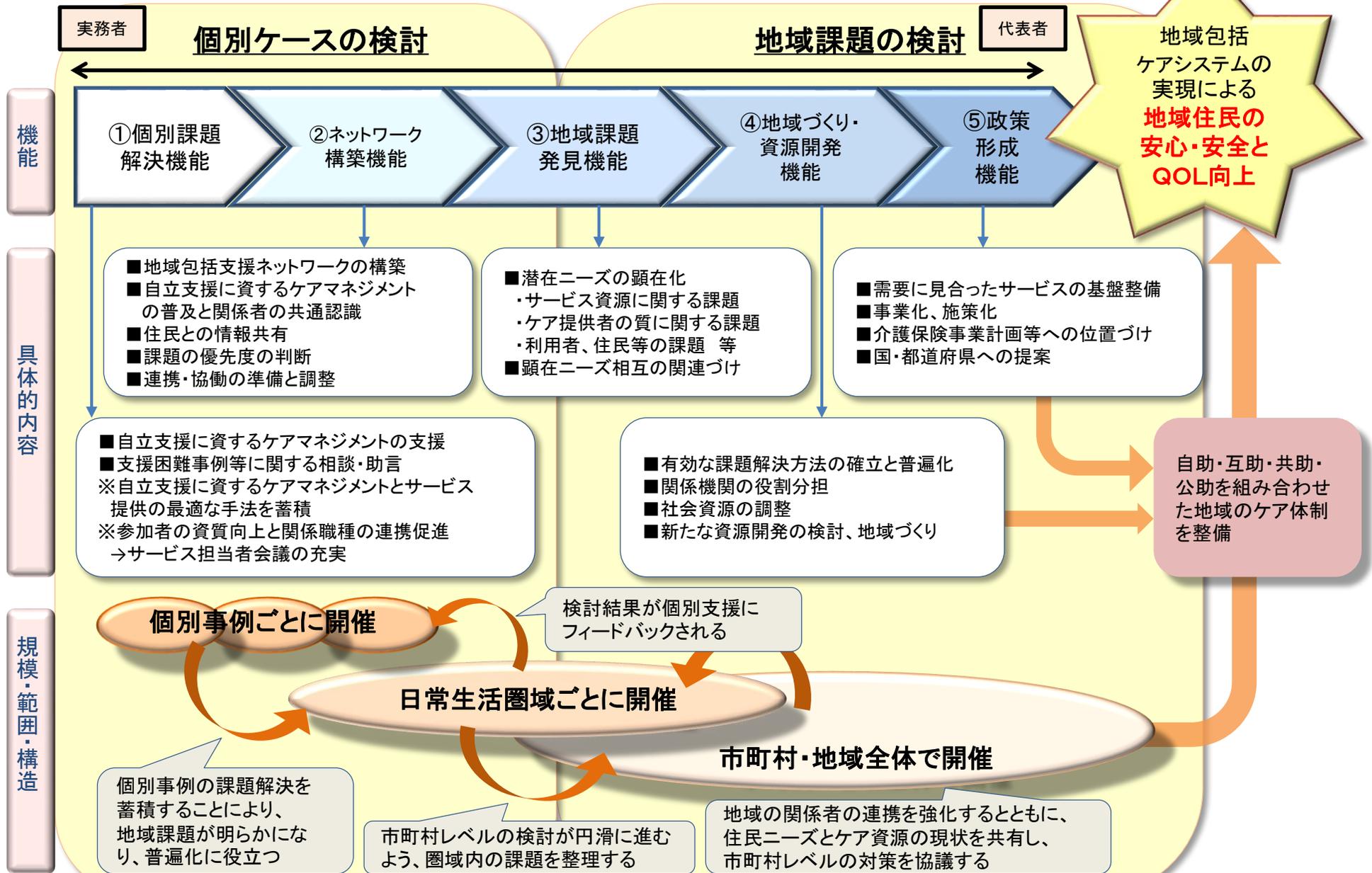
第4部 高齢者「単身」「のみ」世帯の生活上の困りごと調査

- 平成25年12月、地域包括支援センター等の職員を対象として、「高齢者『単身』『のみ』世帯の生活上の困りごと調査」を実施。

高齢者「単身」「のみ」世帯の生活上の困りごと (単位:%)



「地域ケア会議」の5つの機能



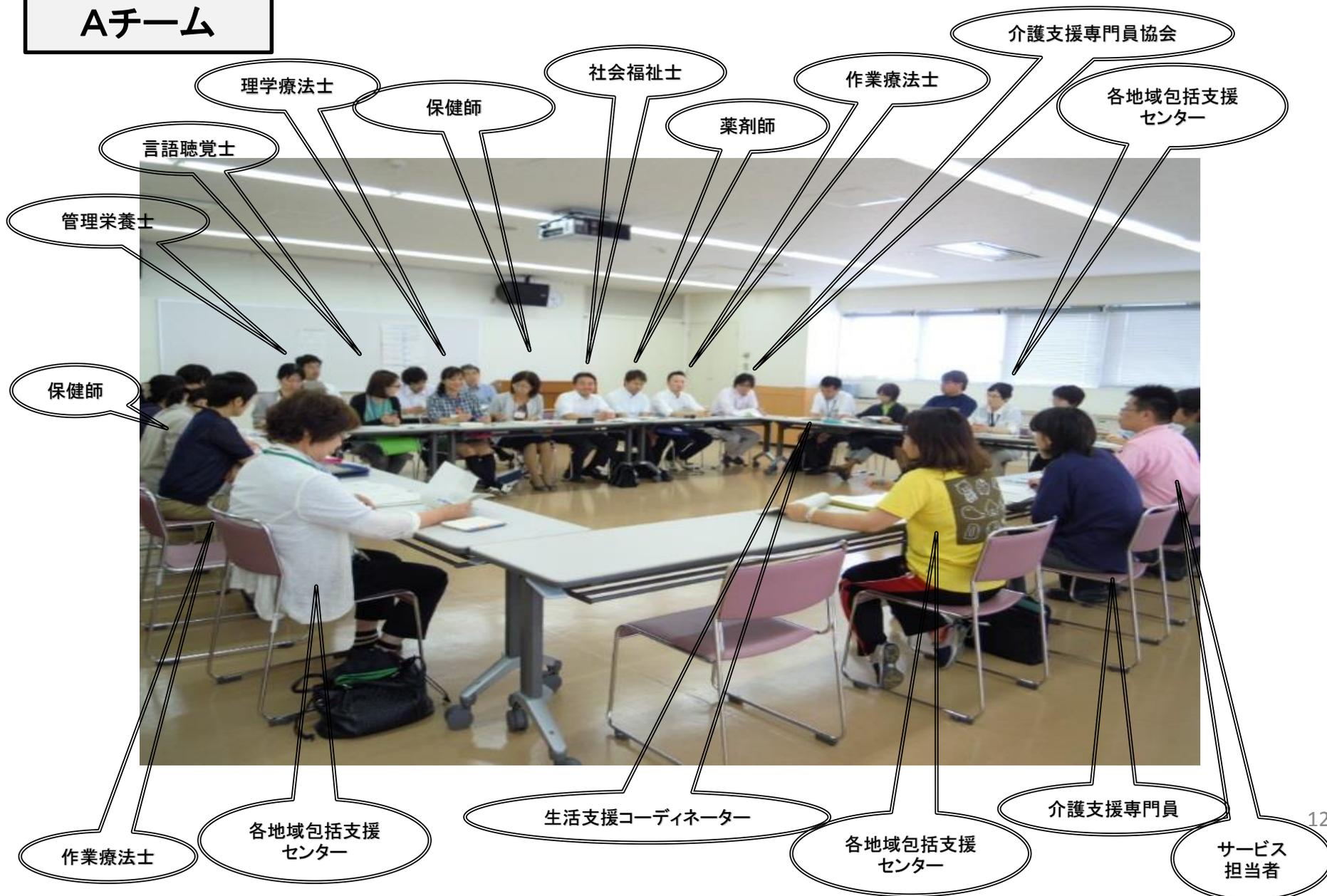
※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

桑名市の「地域ケア会議」

- ① 各分野で指導的な立場にある地域の関係者の参加を得た「**桑名市地域包括ケアシステム推進協議会**」(機能③～⑤)
- ② 地域の高齢者世帯の困難事例の解決のための「**地域支援調整会議**」(機能①～③)
- ③ 多職種協働でケアマネジメントを支援するための「**地域生活応援会議**」(機能①～③)
市主催の実務者レベルによる地域ケア会議
- ④ 要介護・要支援認定又は「地域生活応援会議」に先立つ暫定的なサービスの利用のための「**ケアミーティング**」(機能①～③)
- ⑤ その他(「高齢者見守りネットワーク」、
「高齢者虐待防止ネットワーク」等)

【参考】「A型地域生活応援会議」(平成27年6月18日)の様様(1)

Aチーム



【参考】「A型地域生活応援会議」(平成27年6月18日)の様様(2)

Bチーム



地域生活応援会議（A型）のスケジュール

- ・平成26年10月より開催。毎週水曜日13:30より開催。
- ・1件20分。
- ・5件以上の場合は2グループ制で実施、1日最大16件まで対応可能。

【1つのケースに対する流れ】

ケアプラン担当者による説明(3分)

サービス提供事業所の職員による説明(2分×事業所数)

担当地域包括支援センターの職員による説明

アドバイザー及び司会者からの助言

司会者によるまとめ



地域生活応援会議の対象者

対象者

新規に要支援と認定され、又は「基本チェックリスト」該当と判定された高齢者のうち、在宅サービスを利用しようとするものを対象として、**介護予防に資するケアマネジメント**のための「地域生活応援会議」を開催。

時期	内容
平成26年 10月以降	地域包括支援センターが自ら介護予防サービス計画を作成する対象者に限り、試行的に実施。
平成27年 1月以降	次に掲げる対象者も含め、試行的に実施。 ① 地域包括支援センターが指定居宅介護支援事業者に委託して介護予防サービス計画を作成する対象者 ② 介護予防小規模多機能型居宅介護 又は介護予防認知症対応型共同生活介護を利用しようとする対象者
平成27年 4月以降	要支援者のほか、「基本チェックリスト」該当者も含め、本格的に実施。

地域生活応援会議(A型)の参加者

(1) すべての対象者に関して参加するメンバー

- ① 中央地域包括支援センター又は各地域包括支援センターに配置された保健師又は看護師、社会福祉士及び主任介護支援専門員
- ② 保健センターに配置された保健師及び管理栄養士
- ③ 地域リハビリテーション係に配置された理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び歯科衛生士
- ④ 桑名地区薬剤師会の推薦を受けた地域の薬剤師
- ⑤ 三重県作業療法士会の推薦を受けた地域の作業療法士



(2) 担当の対象者に関して参加するメンバー

- ① 各地域包括支援センターに配置された介護支援専門員
- ② 指定居宅介護支援事業者の指定を受けた事業所
又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護に係る
指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定を受けた事業所の介護支援専門員
- ③ 指定地域密着型介護予防サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者の指定を受けた
事業所の管理者又はその代理人
- ④ 介護予防・生活支援サービスの担当者

(3) オブザーバー

- ① 桑名市の職員
- ② 桑名市社会福祉協議会の「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」
- ③ 三重県介護支援専門員協会桑名支部の支部長又はその代理人

地域生活応援会議のながれ

① 介護申請

② ケアミーティング（認定前サービス利用時）

③ 要支援認定

④ アセスメント・プラン原案作成

⑤ 地域生活応援会議

前週水曜までに予約

前週金曜正午まで
資料提出
(アセスメント・プラン案等)

金曜午後に印刷

金～月曜
出席者へ資料配布

月～火曜
司会者・アドバイザー
による打合せ

水曜午後
地域生活応援会議
(1件20分)

会議後
助言等をプランに反映

⑥ サービス担当者会議

⑦ 介護予防サービス等の利用開始

ケアミーティングの概要

<対象者>

- ・申請中(新規・更新とも)で認定が出る前にサービスを利用する場合
- ・認定は出ているが、地域生活応援会議の開催予定日までにサービスを利用する場合

<出席者>

- ・保険者(地域介護課及びサービス企画室の職員)
- ・中央地域包括支援センターの職員
- ・担当地域包括支援センターの職員
- ・計画作成担当者

<開催までの流れ>

- ・事前にサービス企画室に予約(電話又は来庁)
- ・開催時に資料を持参、その場で印刷して配布
- ・1件30分以内で開催
- ・後日、地域生活応援会議で検討
- ・ただし、要介護に認定された場合は除く



地域生活応援会議の提出資料

会議資料

- 「地域生活応援会議」を効果的かつ効率的に開催するためには、「地域生活応援会議」に提出される資料について、ケアマネジメントの充実に向けた多職種協働のための「共通言語」となるよう、様式を統一することが重要です。

- ① アセスメントシート
- ② 介護予防サービス計画
- ③ 個別サービス計画
- ④ モニタリングシート



厚生労働省によって提示された様式のほか、他の市町村で使用される様式も参考として、「地域生活応援会議」に提出される資料のうち、**上記に掲げるものについて、標準的な様式を提供。**

(注) 要介護・要支援認定に関するデータや「桑名市日常生活圏域ニーズ調査『いきいきくわな』」に基づくデータのほか、介護給付及び予防給付に関するデータや後期高齢者及び国民健康保険に関するデータも活用。

【参考】「地域生活応援会議」の基本的なスケジュール(平成27年度)

毎週火曜日
13:30～

「B型地域生活応援会議」
＜西部地域包括支援センター＞
＜南部地域包括支援センター＞

毎週水曜日
13:30～

「A型地域生活応援会議」
＜桑名市及び全ての桑名市地域包括支援センター＞

毎週金曜日
13:30～

「B型地域生活応援会議」
＜東部地域包括支援センター＞
＜北部東地域包括支援センター＞
＜北部西地域包括支援センター＞

「介護予防」に対する考え

セルフマネジメント

- ・できる限り住み慣れた地域で、自分らしい生活を維持するために

介護予防に資するサービス

- ・サービスを適切に利用して、自分らしい生活を取り戻すために

サービスからの卒業

桑名市の取り扱い = ①現行相当サービス(訪問介護・通所介護)
②短期集中予防サービス(くらしいきいき教室など)
③介護予防給付のサービス(通所リハなど)
を利用しないで生活できる状態となること。

セルフマネジメント

- ・生活支援サービスの利用のほか、利用者の興味・関心のある活動や参加
- ・生活の一部として、介護予防に取り組めるように

でも、地域生活応援会議では……こんな声も

○利用者とその家族に

「卒業」や「介護予防」の意識を共有してもらうことは難しい。

○認定期間中は、サービスを終了し「卒業です」と言えない。

①介護の専門職としての専門性に期待

【地域生活応援会議で目指す自立支援】

個人の尊厳の保持を旨とし、利用者の基本的人権を擁護し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、**利用者本位**の立場から**支援**することを参加者全員で考える

利用者本位の立場からの支援とは？

利用者・家族が希望するサービスを提供することが利用者本位と言えない

目標設定・大切なのは、その人にふさわしい生活像を描けるか。
ふさわしい生活を実現することこそが最終目標では。

アセスメント・利用者の要支援・要介護状態の把握だけでなく、興味・関心、生活歴、家族状況、地域支援の有無など広い視野をもって、残された能力を活かすためのアセスメントも必要では。

モニタリング・提供されるサービスは「自立支援」にどう機能しているか、目標達成に効果的なのかを検証して、適切にプラン変更。
生活の潤い(QOL向上)にはインフォーマルなサービスも有効では。

【参考】介護予防に資するケアマネジメントの事例のイメージ

陥りがちなケアマネジメント

「独りで入浴できない」



「清潔を保持したい」



「通所介護で
入浴する」



いつまでも
独りで入浴できない

できないことを代わりにするケア

目指すべきケアマネジメント

「なぜ独りで入浴できないのか」



「左片麻痺によるバランス不安定で
浴槽をまたげない」



「通所介護で足を
持ち上げる動作を指導して
浴槽をまたげるようにする」



独りで
入浴できるようになる

できないことをできるようにするケア

介護の専門職の皆さんから 利用者とその家族への働きかけのポイント

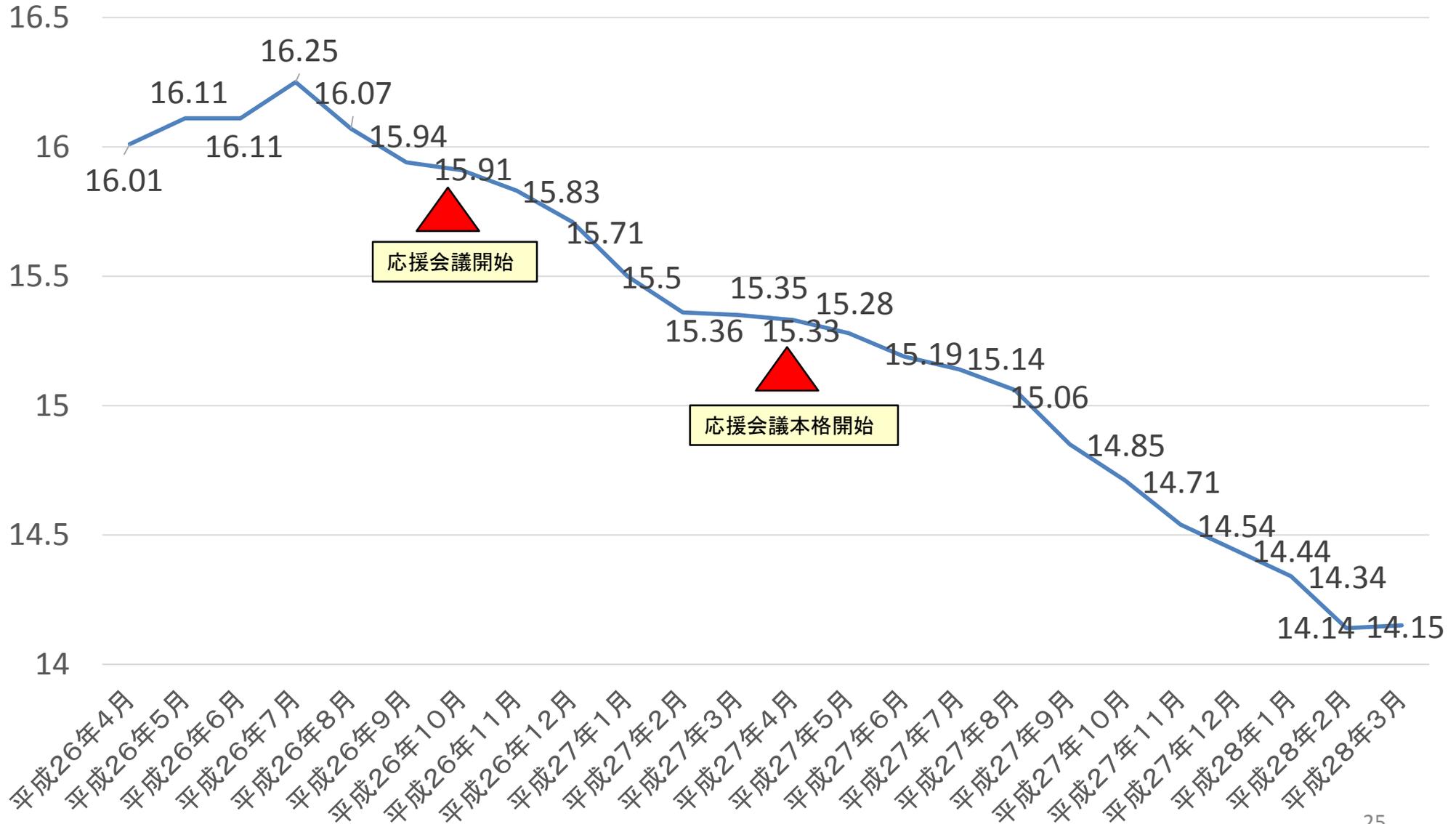
- ①目標を**利用者本位**で設定すれば、利用者の課題解決意識は強くなる。
- ②サービス利用は、課題解決のための「手段」であること。
- ③スモールステップでやる気アップ。目標に向かって改善した点を「見える化」。
- ④目標を達成できたら、その人らしく維持・継続できる方法を提示することを忘れずに。



「本人らしい生活をあきらめる＝『手段』が目的化してしまう」
ことがないよう、**サービス利用前から**利用者とその家族に
目標と提供サービスのねらいを共有することをお願いしている。

認定率の推移

認定率



まとめ

○地域生活応援会議の目的

- ①個別プランを自立支援型プランにするための個別具体的な助言の場
- ②保険者、包括、社協、介護保険サービス事業所全体の規範的統合の場
- ③地域課題発見の場

○地域生活応援会議のメリット

- ・ケアマネが一人で作成 ⇒ 多くの専門職の意見を参考に作成できる
- ・地域包括ケアシステムの理念を具体的にプランに落とし込むことができる
「机上の理論」であるマクロの考えをミクロのケアプランへつなぎ、
自立支援型プランの作成を支援する

○地域生活応援会議の課題

- ・大人数の参加、資料の印刷・配布コストを考えると費用面に課題
- ・水曜午後に包括の相談機能が一時的に低下（市民サービス低下？）
- ・時間通りに進行できない場合がある
- ・地域課題の把握方法がまだまだ不十分
⇒現在、課題をワーキングチームで検討している



ご清聴ありがとうございました



本物力こそ桑名力

会議の資料などは、「地域生活応援会議」で検索するか、こちらまで ↓

<http://www.city.kuwana.lg.jp/index.cfm/24,46099,229,374,html>

