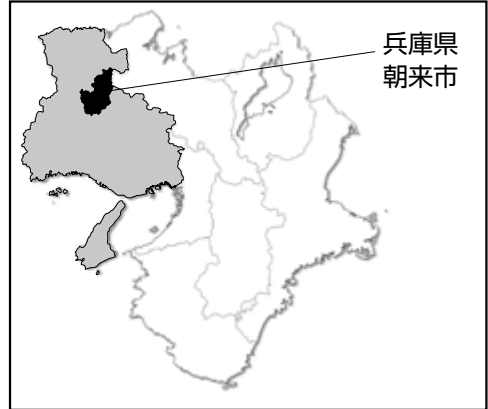


第4節

兵庫県 朝来市

<朝来市の状況>

○ 人口:	約32,727人
○ 面積:	約402.98 km ²
○ 高齢化率:	30.8%



地域包括支援センター設置数	直営	1カ所
	委託	1カ所
ブランチ		4カ所

(平成26年1月31日現在)

<地域の課題>

<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化率・後期高齢者数の増加 ・独居・高齢者夫婦世帯の増加(全世帯の27%) ・認定率の上昇

<地域ケア会議の全体像>

(①個別課題解決、②ネットワーク構築、③地域課題発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策形成)

レベル	会議名	会議の概要	会議の機能				
			①	②	③	④	⑤
市・日常生活圏域	介護保険事業計画策定委員会	地域課題に対する資源開発・政策形成			○	○	○
	地域包括ケアシステム推進会議				○	○	○
	在宅医療連携会議	介護・医療の連携に関する検討		○	○	○	
	脳耕会	認知症支援策に関する検討		○	○	○	○
	ケアマネジメント支援会議	ケアマネジメント支援を通じた利用者の個別課題解決	○	○	○	○	
個別	向こう三軒両隣会議	利用者の個別課題解決	○	○	○	○	

<地域ケア会議の特徴>

<p>今までの活動実績より構築されている関係機関との連携体制を活用するとともに、地域ケア会議とケアマネジメント支援体制構築の両輪により、さらなる地域包括ケア体制構築を目指す</p>
--

<特徴的な成果の一例>

<p>個別ケースの積み重ねや、関係機関の報告などをまとめたところ、病院への入退院時の医療・介護連携に課題があることが発見されました。地域ケア会議(在宅医療連携会議)にて1年半にわたりグループワークをくり返し、医療・介護についての連携マニュアルを作成しました。(連携マニュアル作成の詳細は、P.95のコラム参照)</p>

朝来市の状況と課題

朝来市について

朝来市は、兵庫県のほぼ中央部に位置し、但馬・山陰地方と京阪神大都市圏を結ぶ交通の要衝の地にあります。朝来市の北部は養父市と豊岡市、南部は神崎郡、東部は京都府、丹波市、多可郡、西部は宍粟市に接しています。南北約32km、東西約24kmの範囲に広がり、総面積は402.98平方キロメートルで県全体の4.8%を占めています。

豊かな自然と数多くある古代遺産、中世から近世にかけての遺産、歴史文化遺産、これらの多くの遺産を有効に利用し、広域交流拠点としてのまちづくりを行っています。

朝来市の特徴・現状

朝来市は高齢化率が高く、後期高齢者数も増加してきているとともに、独居・高齢者夫婦世帯が全世帯の27%を占める現状があります。高齢者をはじめとして、高齢に伴い発生するリスクに対しての危機意識が強く、「転倒してしまう前に自宅に手すりをつけたい」、「閉じこもらないように歩行器を用意しておこう」などの意識より、早いタイミングでの介護保険を申請する方が多くなっています。その結果、要介護認定率は21.9%に上っています。

もともと地域に活力があり、警察や医師会なども地域包括ケアの推進に大変協力的であることも特徴といえます。例えば警察の場合、地域包括支援センターが課題を抱える方への個別訪問を行う際に同行してくれることや、夜間見守り体制の一環としてパトロール体制を整備してくれるなどの積極的な連携が図られています。

医師会と介護支援専門員協会による合同研修においても、親睦会に至るまで活発な意見交換、和気あいあいとした交流が図られているなど、関係機関の垣根を越えた地域づくりを行っていく土壌があります。

朝来市の目指す地域包括ケア

朝来市では、「高齢者が生きがいを持って、安心・安全に自分らしく生活できるまちづくり」を第5期介護保険事業計画の目標として、①心身の健康づくり(ずっと元気!)、②地域での見守り活動の充実(今の暮らしをこれからも)、③介護保険制度の安定的運営(いつまでも安心)、3項目を重点施策に掲げています。

実施者コメント

様々な関係者の協力体制が強いことは地域包括ケアを推進していくうえで大変心強いです。

委員会コメント

今までの活動実績として関係者との連絡・協力体制が構築されています。関係者間で共通認識を持つためには個々の対応の積み重ねが大切です。

委員会コメント

重点施策を提示することは、地域ケア会議の開催が目指すものを関係者、住民に周知するために必要なことです。

地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議の構築

1. 朝来市の地域ケア会議の全体像

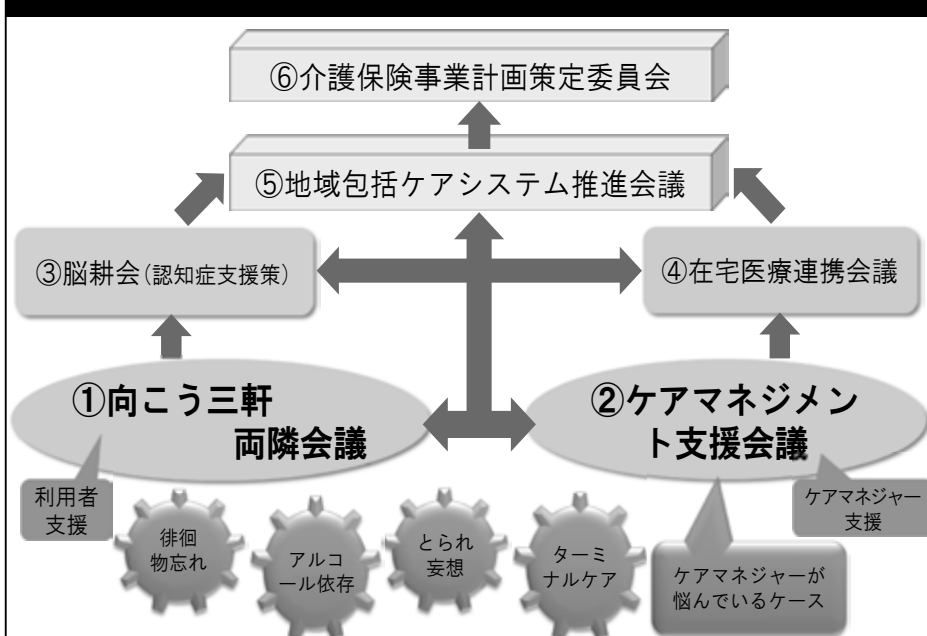
地域ケア会議の構成

朝来市の地域ケア会議は、個別レベルで開催されている『向こう三軒両隣会議』と、日常生活圏と市町村レベルを統一して開催されている『ケアマネジメント支援会議』『在宅医療連携会議』『脳耕会』『地域包括ケアシステム推進会議』『介護保険事業計画策定委員会(の一部)』で構築されています。

委員会コメント

全体像が示されることにより、それぞれの会議の目的、位置づけが明確になります。形式的な体系を作るのではなく、これまでの取り組んできた既存の会議を整理し、全体像を整理した好事例です。

それぞれの地域ケア会議を組み合わせたデザイン構想



個別課題解決から地域課題への結びつき

個別課題解決を目的とした『向こう三軒両隣会議』と、介護支援専門員の抱える課題を解決することを目的とした『ケアマネジメント支援会議』を積み重ね、その内容を直営の地域包括支援センターでまとめることで地域課題を抽出しています。

そこから『在宅医療連携会議』や『脳耕会』、『地域包括ケアシステム推進会議・介護保険事業計画策定委員会』といった他の地域ケア会議への連携・引き継ぎを図る際は、地域包括支援センター職員による事前の準備・根回しが行われ、地域課題の検討とともに、解決に向けた具体的な施策が決められています。

地域づくりを行っていく上での土壌づくりとして、地域包括

実施者コメント

地域ケア会議を活用して地域づくりを行っていく上で、段取り・根回しが重要になると考えています。そのため、各会議のキーパーソンとの意識共有には特に力を入れています。

支援センター内を中心とし、地域の関係者と地域包括ケアについての意識共有が図られている点がポイントです。

委員会コメント

地域ケア会議は地域の課題を抽出、その解決に向けて動くことにより地域力の向上、地域づくりへと発展することを目指しています。

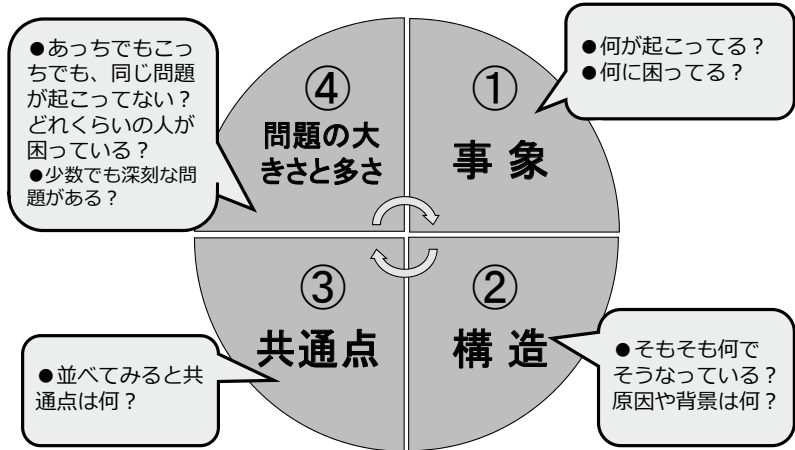
No	地域ケア会議	虐待会議	日時	テーマ	参加者	成功体験	積み残された課題
1	1		4月0日	日中地域で救急車を頻発に呼ぶ高齢者の見守り体制づくり	本人・長女・区長・民生委員・訪問看護・包括	A.フナーマル・インフナーマルが協働しながら、見守り体制を確立。訪問看護の緊急時訪問加算を組み合わせた。	見守り体制のとれない時間が長い
2	1		4月0日	差別妄想があり近隣者に嫌がらせをする妻	在宅介護センター・CM・近隣者・包括	B.家族の力を近隣者と一線に再構築した。	家族の協力を
3	1		4月0日	アルコール依存症の2人の息子への対応	司法書士・民生委員・事業所・社協・いとこ		
4	1		4月0日	多重債務、精神不安定な本人を地域で支えるための支援	民生委員・夫・包括		
5	1		4月0日	自殺願望の強い息子への対応について	小規模多機能・保健課・包括		
6	1		5月0日	精神疾患のある利用者から暴言を受け続けるサービス事業者への対応について	ヘルパー・CM・健康課・包括・高年福祉課		
7	1		5月0日	器物破損し精神科病院入院していた統合失調症ケースの退院支援	いとこの子・保健所・病院看護課・PSW・包括		
8	1		5月0日	暴言のある利用者に対するサービス提供方法について(継続ケース)	精神科医師・健康課		
9	1		5月0日	本人の介護、娘の精神疾患・孫娘の出産育児等、多問題ケースへのチームアプローチ	健康課・保健所・病院・社会福祉課母子担当		
10	1		5月0日	暴れる犬吠を出す、不眠、食欲低下など精神的に不安定でありながら産後ケアへの対応ができていないケースへの支援	夫・民生委員・妹・CM		
11	1		5月0日	記憶障害があり、生活支援が必要なアルコール性脳症のケースへの支援	妻・妹・保健所・包括		
12	1		5月24日	サービススタッフに対して暴言が繰り返される利用者への対応(継続ケース)	妻・妹・夫・介護保険課・包括		
13	1		5月28日	被害妄想があり、近隣者を恐怖扱いしているご本人の精神科受診について	息子・保健所・健康課		
14	1		4月0日	夫(介護者)の介護放棄により、生命の危険性が高い妻(本人)への支援について	娘・息子・民生委員・福祉課・包括		
15	1		4月0日	三男に暴力を振るわれるご本人(母)の生活について	本人・次男・CM・警察		
16	1		5月0日	暴力を振るわれながらも、在宅生活継続を希望される高齢者への支援について	警察・高年福祉課・包括		
17	1		5月0日	分離を視野に入れた虐待対応の方向性について	高年福祉課(次長・係)・社会福祉士・主任		
18	1		5月0日	養護者の精神疾患と虐待リスクにかかるコンサルテーション	精神科医・PSW・担当・包括		
19	1		4月0日	身元不明の老女が行方不明になったとの通報あり(図書館より)	警察へ通報・警察で捜査されず		
20	1		4月0日	高齢・男性が行方不明・警察に捜索願あり	警察で無事発見・保護		
21	1		5月0日	身元不明で警察に保護された80歳男性	警察から包括へ連絡		

ケアマネジメント支援会議とりまとめシート

No	事例No	CM	事例概要				事例テーマ	CMのひっかかり	課題の特性							ケアマネジャーの気づき	本人・家族の関与の状況		
			要介護	年齢	性別	病名			家族構成	認知	身体	心	暮らし	コピング力	シヤテムの把握			地域資源の活用	課題の解決
1	1		要介護1	80歳	男	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	2	2	3	2	3	2	0	2	●本人の力、状況判断して、徘徊防止対策を講じた。●徘徊防止対策は、本人の力によるものではない。	1	
2	2		要介護1	95歳	女	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	3	3	3	3	3	3	0	2	●本人の力、道に迷った場合は、徘徊防止対策を講じた。●徘徊防止対策は、本人の力によるものではない。	1	
3	3		要介護1	82歳	男	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	2	3	2	3	2	3	1	●ヘルパーさんだけでなく、本人の力によるものではない。	1		
4	4		要介護2	84歳	男	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	1	2	2	3	2	2	3	1	●本人の力、道に迷った場合は、徘徊防止対策を講じた。	1	
5	5		要介護1	85歳	男	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	1	1	3	3	3	3	3	1	●本人の力、道に迷った場合は、徘徊防止対策を講じた。	1	
6	6		要介護1	82歳	男	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	2	3	3	3	3	3	2	1	●本人の力、道に迷った場合は、徘徊防止対策を講じた。	1	
7	7		要介護4	93歳	男	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	2	3	3	3	3	3	2	1	●本人の力、道に迷った場合は、徘徊防止対策を講じた。	1	
8	8		要介護3	76歳	男	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	1	2	3	3	3	3	1	1	●本人の力、道に迷った場合は、徘徊防止対策を講じた。	1	
9	9		要介護3	73歳	男	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	1	2	3	3	3	3	1	1	●本人の力、道に迷った場合は、徘徊防止対策を講じた。	1	
10	10		要介護1	75歳	男	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	2	3	1	3	3	3	2	1	●本人の力、道に迷った場合は、徘徊防止対策を講じた。	1	
20	20		要介護2	92歳	男	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	3	1	3	3	3	3	2	1	●本人の力、道に迷った場合は、徘徊防止対策を講じた。	1	
21	21		要介護3	88歳	男	認知症	妻一人暮らし	認知症による徘徊	1	3	3	3	3	3	2	2	1	●本人の力、道に迷った場合は、徘徊防止対策を講じた。	1
									35	46	55	61	61	50	45	37	0	17	
									55.6%	73.0%	87.3%	90.8%	90.8%	92.1%	71.4%	58.7%		81.8%	
									31.7%										
									31.2%										

◎内容の分析は、選部によるアセスメントの統合化の過程を参考にした。
 ◎分析によると、問題の特性を丁寧に明らかにすると同時に、本人のコピング力や、動機づけ、本人を取りまく関係のなどに着目することで、自立支援につながるケアマネジメントの振り返りにつながったことが分かった。
 ◎重視された項目は、エンパワーメントモデルの視点と共通する内容であることが見いだされた。
 ◎しかも、あれこれ問題が復発するのではなく、事例提供者が、自ら振り返ることを重視して会議を進行している。
 ◎つまり、自立支援に結びつくケアマネジメント支援のあり方として、「手立て」ではなく、「見立て」を重視し、しかも、質問でかわかる検討方法が非常に有効であったと考えられる。

個別課題を地域課題に転換する視点



2. 地域ケア会議の構築過程と今後の展望

(1) 地域ケア会議を構成する5つの会議

朝来市では地域ケア会議を構築するにあたり、会議を新設するのではなく、既存の会議を整理した上で、地域ケア会議に位置づけなおしています。

その際、①「目的」達成に寄与する「内容」「参加者」「開催方法(随時or定期)」にする、②ひとつの会議に多くの機能を盛り込まない、③それぞれの会議を組み合わせ、連動しながら効果的に機能するようデザインする、④個別課題と地域課題を同じテーブルで扱わない、⑤個別課題の検討は、「本人・家族」の個別課題なのか、「介護支援専門員」の個別実践課題なのかを明確にする、の5点を地域ケア会議構築のポイントとして整理しました。

<地域ケア会議構築の流れ>

	個別レベル	日常生活圏域・市町村レベル				その他の取り組み
過去	個別支援とネットワーク形成を目的とした会議	カンファレンス方式ケアプランチェック	脳耕会	在宅医療連携会議	介護保険事業計画策定委員会	
現在	向こう三軒両隣会議 目的： ・利用者の個別課題解決 (→P89)	ケアマネジメント支援会議 目的： ・ケアマネジメント支援を通じた利用者の個別課題解決 (→P91)	脳耕会 目的： ・認知症支援策の検討 (→P96)	在宅医療連携会議 目的： ・介護・医療の連携に関する仕組みづくり (→P94) ＜新設＞ 地域包括ケアシステム推進会議 目的： ・政策形成 (→P98)	介護保険事業計画策定委員会 目的： ・政策形成 (→P98)	・ケアマネジメント支援体制の整備 ・広域会議の設置についての検討

個別課題解決を目指す『向こう三軒両隣会議』

『向こう三軒両隣会議』は課題をかかえる高齢者1人1人の個別課題の解決を目指して開催されている地域ケア会議です。

朝来市の地域包括支援センターでは、平成18年にセンターが開設された当初より個別支援とネットワーク形成を目的とした会議を設置していました。しかし、地域課題を抽出する視点で開催されていたものではないことから、平成25年度より地域ケア会議へと位置づけることを契機として、個別課題の積み重ねから地域課題へと結び付けていく視点を持った会議として開催しています。

委員会コメント

個別の地域ケア会議は、個別への対応を通じ具体的に動けるネットワークの形成に結びつきます。また、会議の積み重ねにより、地域課題が見えてきます。そのため、地域課題に結び付けていくという視点を持って会議を開催することが大切です。

実施者コメント

『向こう三軒両隣会議』と『ケアマネジメント支援会議』はどちらも個別事例の検討を行いますが、個別課題解決とケアマネジメント支援という目標の違いから、利用者の課題と介護支援専門員の課題を意図的に分けて開催しています。

介護支援専門員の課題解決を目指す『ケアマネジメント支援会議』

『ケアマネジメント支援会議』は平成23年5月より設置されています。設置当初は、介護支援専門員が集まりケアプランチェックを学ぶ場として介護給付費適正化事業の1つに位置付けられており、その名称も「カンファレンス方式ケアプランチェック」というものでした。

平成25年度からは、単なる「ケアプランチェック」ではなく、ケアマネジメントしやすい環境づくりを視野に入れた事例の集約・分析を目的に、『ケアマネジメント支援会議』として位置づけました。このケアマネジメント支援会議を通じて、地域包括支援センターと居宅の主任介護支援専門員が、連携・協働しながら、部下や後輩のケアマネジメントを支援していくこととしました。

委員会コメント

同じ個別課題解決のための会議についても、参加者や目標の違いにより意図的に分けて開催しています。参加者にとっては、分かりやすく、活発な検討ができる仕組みになっています。このような仕組みでは、各会議の検討事項を共有し、活かすための工夫が必要だと思えます。

介護と医療の仕組みづくりに取り組む『在宅医療連携会議』

『在宅医療連携会議』は平成22年10月より設置・運営されています。設置の背景には、市内の介護現場における医療と介護の連携に係るトラブルが繰り返し起こっていたことが挙げられます。当時は地域包括支援センターが1ケースずつ対応していましたが、その積み重ねから職種間の情報共有を図ること、そして多職種でルールや仕組みを共有することが根本的な解決に有効であることが見えてきたため、その目的を達成する場として設置されました。

他の地域ケア会議と同じく平成25年度より地域ケア会議に位置付けられており、地域課題に対する医療と介護の連携に係るテーマを決めた上で、開催されています。

委員会コメント

現場でのトラブル、問題を地域包括支援センターが丁寧に取り上げた結果として設置できた会議だと思えます。

認知症施策について検討を行う『脳耕会』

平成18年に地域包括支援センターが設置される以前より、朝来市では医師との協働により認知症への取り組みを検討してきました。平成18年以降は地域包括支援センターがその取り組みを引き継ぐ形で、現在の『脳耕会』を開催しており、平成25年度からは地域ケア会議に位置付けています。

開催形態は当初より変わっておらず、認知症に関わることの多い関係機関の代表者が招集され、地域の認知症施策についての検討が行われています。

地域ケア会議にて抽出された地域課題を政策形成へとつなげていく『地域包括ケアシステム推進会議・介護保険事業計画策定委員会』

朝来市では、平成25年度に地域に既存する様々な会議を地域ケア会議へと位置づけなおしましたが、抽出された地域課題を

制度政策へと結び付けていく場がなかったことから、『地域包括ケアシステム推進会議』を創設することと、『介護保険事業計画策定委員会』の一部を活用することで、その機能を担うこととしました。

各種地域ケア会議の実践をとおして、抽出された地域課題の共有を図ることで、介護保険事業計画への反映や、地域づくりに必要な事業の創設へと結び付けていくことを目的としています。

それぞれの地域ケア会議が担う機能

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	○ 困難ケースの蓄積	◎ 自助・互助を育む	×
②ケアマネジメント支援会議	ケアマネジャー支援	主任ケアマネジャー13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	○ 困難ケースの蓄積	◎ 指導マニュアル開発等	×
③脳耕会	認知症支援策の検討	関係機関代表者15名	×	△	◎ ①②③の会議内容提出	◎ ドリル・ゲームの開発	◎ 見守り協定・オレンジプラン
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	◎ ①②④の会議内容提出	◎ 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	地域課題の検討 政策提言	関係機関代表者15名	×	△	◎ ①～④の地域ケア会議のとりまとめ	◎ 資源開発提言	◎ 政策提言
⑥介護保険事業計画策定委員会	地域課題の検討 政策形成	関係機関代表者20名程度	×	×	○	◎	◎ 介護保険事業計画策定

それぞれの地域ケア会議の開催回数と特徴

会議名	開催回数	特 徴	相互の関連性
①向こう三軒両隣会議	随時開催 平成25年度 上半期28回	利用者の個別課題を解決するために、支援を担う近隣者や関係機関が集う。ニーズに合わせて随時開催している。ケースの蓄積・集約により地域課題を抽出する。	抽出された地域課題のうち、認知症関連は③へ、介護・医療の連携関連は④へ提出する。
②ケアマネジメント支援会議	年10回 年90回 (包括) (居宅)	包括と居宅で連動展開。年間100ケースのケアマネジメントをカンファレンス方式で支援。指導マニュアルの開発やケアマネジメントしやすい環境整備につなげる。	
③脳耕会	年5回	認知症に係る地域課題を検討。認知症予防・早期発見に関するツール開発や、見守り協定等の施策を立案。	①②の地域ケア会議や、アンケート調査や総合相談等の活動から抽出された課題を検討する。 個別課題の解決ではなく、個別課題を解決するための、地域の仕組みづくりや資源開発を担う。
④在宅医療連携会議	年5回	医療・介護の連携に係る地域課題を検討。入退院時連携マニュアルの開発や、情報シート様式の統一等、社会資源の開発機能とその普及啓発を担う。	
⑤地域包括ケアシステム推進会議	年3～5回	①～④の上位会議として位置付けている。解決できた課題や成功事例を踏まえた上で、残された課題を明確にし、資源開発・政策形成に結びつける。	①～④の地域ケア会議で検討された、さまざまな事象を集約・分析。資源開発・政策形成につなげていく。
⑥介護保険事業計画策定委員会			

▲委員会コメント

整理したことにより地域包括支援センターメンバーだけでなく、関係者にも各会議の内容、機能が理解され、連携の促進、それぞれの役割を果たすことができます。

(2) 地域ケア会議の今後の展望

効果的な地域ケア会議の活用へ向けて

朝来市では、現在の構成で地域ケア会議を運営・継続させていくとともに、個別課題を地域の課題に転換し、社会資源の開発や、制度政策に結びつけていくプロセスの充実を検討しています。また、それらの社会資源には、地域包括支援センターが企画・運営している介護予防事業等も含まれますが、今後は、高齢者のニーズを踏まえて事業を厳選し、効率的に実施することがポイントになると考えています。

広域会議の整備

市町村単位では解決できない、広域に渡る医療と介護の連携にかかる課題等の出現により、朝来市でも市町村を越えたレベルで開催される広域会議の必要性を感じています。

現在、職能団体が主催するインフォーマルな広域会議はあるものの、地域包括支援センターの人手不足、多市町・多機関協同での運営の難しさなどから、フォーマルな広域会議は設置できていません。

そのため今後、地域包括ケア体制の推進のため、広域会議の導入を検討していくこととしています。

実施者コメント

地域づくりのために実施したい事業はたくさん考えていますが、地域包括支援センターの人員・業務負担の側面より、事業の厳選、効率的な実施を行うことがポイントになっています。

委員会コメント

地域包括支援センターの全体業務、人員、体制等総合的に評価し、事業の優先度を決め、効果的・効率的な運営を行っていくことが大切です。

その際、目指すべき地域の姿を関係者で共有すること、短・中・長期視点での目標設定がされていることが重要です。

委員会コメント

地域課題が市町村を横断している場合には、近隣の市町村と連携して地域ケア会議を開催することが必要です。現場の課題であるからこそ広域として実現できる会議であると思います。

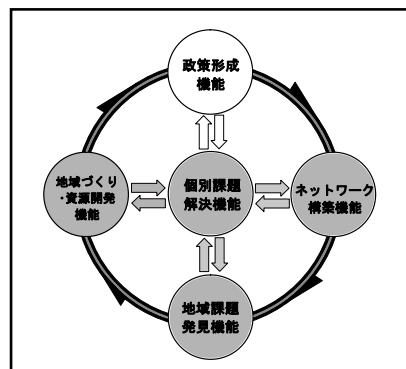
まず、担当者が共通認識を持つことが必要です。今後の導入に期待します。

朝来市の地域ケア会議の具体的内容

1. 個別レベル地域ケア会議

(1) 向こう三軒両隣会議

主催	開催頻度
地域包括支援センター	非定例(月5~8件程度)
対象範囲	会議参加者・司会役
個別レベル	随時選定・随時選定



①『向こう三軒両隣会議』の目的・目標

『向こう三軒両隣会議』は、高齢者のかかえる個別課題について、地域の関係者による解決を目指した会議です。地域課題の発見を行う機能もありますが、優先すべきは個別課題の解決を行うことでの「利用者支援」として開催されています。

②『向こう三軒両隣会議』の運営

会議日程・参加者など

『向こう三軒両隣会議』は非定例の随時開催としています。1回の開催で1事例を検討することとしており、1事例あたりの検討時間は1時間~1時間半、毎月おおむね5~8事例ほど開催されています。

参加者は、検討される個別事例を支援する立場にある、近隣者や民生委員・自治会長、そして専門職を招集します。ご本人・家族・親戚に入っていただく場合もあります。会議にかかる介護支援専門員との事前打ち合わせや、司会進行は、当該エリア担当の地域包括支援センター職員が担当し、副担当者が記録を担います。

事例選定

サービス担当者会議と混合しやすいことから、朝来市ではa) 問題の大きさ・多さ、b) 介護支援専門員の実践力の高さ、c) 問題解決に資する社会資源の存在、d) 支援チームの効果的なネットワークの存在、の4つの基準で向こう三軒両隣会議(地域ケア会議)開催の有無を判断しています。

例えば、b)の介護支援専門員の実践力に比して、a)の問題が大きく、多問題である場合、c)の効果的な社会資源がない場合、d)の支援チームのまとまりや稼働力が弱い場合は、『向こう三軒両隣会議』を活用することとしています。また、介護支援専門員の実践力が高い場合でも、ケースの抱えるニーズに、効

実施者コメント

ニーズがあれば、いつでも、どこでも迅速に開催できるよう心掛けています。

実施者コメント

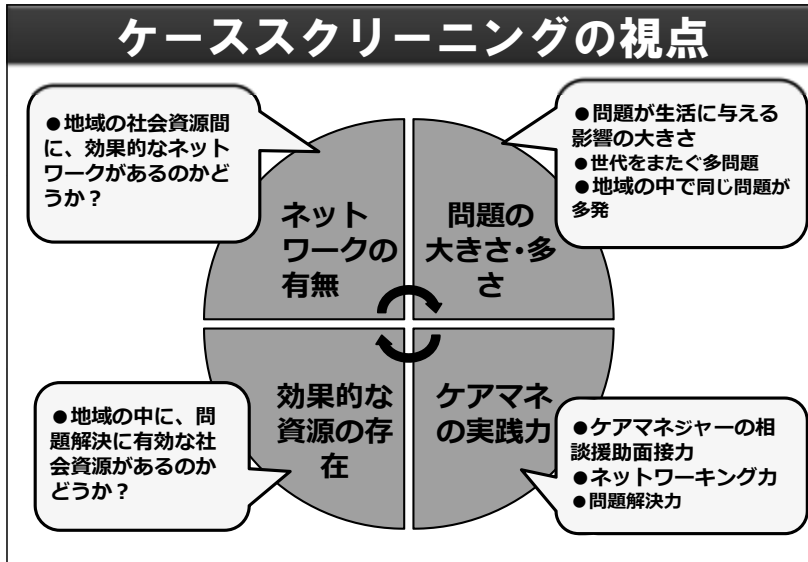
この会議では、その個別事例を支援する立場にある人のみが集まり、頭を寄せ合い考え、困りごとを解決していく、そのプロセスを大切にします。

委員会コメント

個別会議における事例の選定は、地域包括支援センターが中心となって行います。個別のニーズの解決を行うためには、開催時期、参加者の選定等、臨機応変かつ柔軟な対応が求められます。

果的な社会資源がない場合などは、資源開発につなげる目的で、向こう三軒両隣会議を開催します。

また、こういったケーススクリーニングの視点を、居宅主任介護支援専門員と共有し、介護支援専門員の抱える処遇困難ケースが、地域ケア会議につながるよう工夫しています。



③『向こう三軒両隣会議』の成果

多職種による様々な発想とアイデアにより、ニーズに沿った柔軟な課題解決が実行できています。また、本人・家族・住民・専門職などのネットワークが構築されており、フォーマル・インフォーマルの垣根を越えた連携が構築されることも成果となっています。

さらに、支援の成功体験やその共有を通じて、次に現れる同様のケースへの対応につながっている点も成果といえます。

④他の地域ケア会議との関係

『向こう三軒両隣会議』での検討結果は、地域包括支援センターにて管理されます。それらの積み重ねを取りまとめ、その中から抽出された地域課題は『在宅医療連携会議』や『脳耕会』、あるいは『地域包括ケアシステム推進会議』へと引き継いでいく運びとなります。(P.83「個別課題解決から地域課題への結びつき」参照)

そのために、それぞれの事例のテーマや積み残された課題をとりまとめた一覧を作成し、その中から地域に共通した(頻出する)課題を見つけ、他の地域ケア会議へとつなげる仕組みとしています。

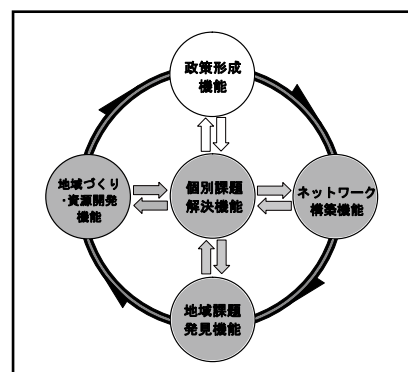
◀ 委員会コメント

会議の結果を管理し、取りまとめていくことにより地域課題が明確になります。地域課題の検討を行う会議への流れがしっかりできています。

2. 日常生活圏域・市町村レベル地域ケア会議

(1) ケアマネジメント支援会議

主催	開催頻度
地域包括支援センター(直営)	包括主催：月1回、居宅主催：月1～2回
対象範囲	会議参加者・司会役
日常生活圏域・市町村レベル	参加者固定・随時選定



①『ケアマネジメント支援会議』の目的・目標

『ケアマネジメント支援会議』は、ケアマネジメント支援の一環として、介護支援専門員の抱える課題を解決することを通じて、利用者の生活を支援することを目的として開催されています。

②『ケアマネジメント支援会議』の運営

『ケアマネジメント支援会議』は地域包括支援センターにより毎月1回開催されています。

会議参加者は固定されており、市内の事業所より主任介護支援専門員が参加しています。

カンファレンス方式が採用されており、a) 批判や時期尚早の意見・アドバイスは慎む、b) 担当ケアマネジャーの思考の流れに沿った質問を投げかける、などスーパービジョンの要素を含んだルールが設定されています。

③『ケアマネジメント支援会議』の成果

主任介護支援専門員は、このケアマネジメント支援会議の中で、a) アセスメントの力、b) 部下や後輩にうまくかかわる力、c) カンファレンス運営の力を獲得し、各居宅介護支援事業所において、部下や後輩を対象とした「居宅：ケアマネジメント支援会議」を月1～2回定例開催しています。また、居宅における本会議の評価として、指導を受けた介護支援専門員の自己評価シートを地域包括支援センターへ提出する仕組みが作られています。

また、検討事例の蓄積から、残された課題については、上位レベルの地域ケア会議へ提出し、社会資源開発や政策形成へとつなぎます。

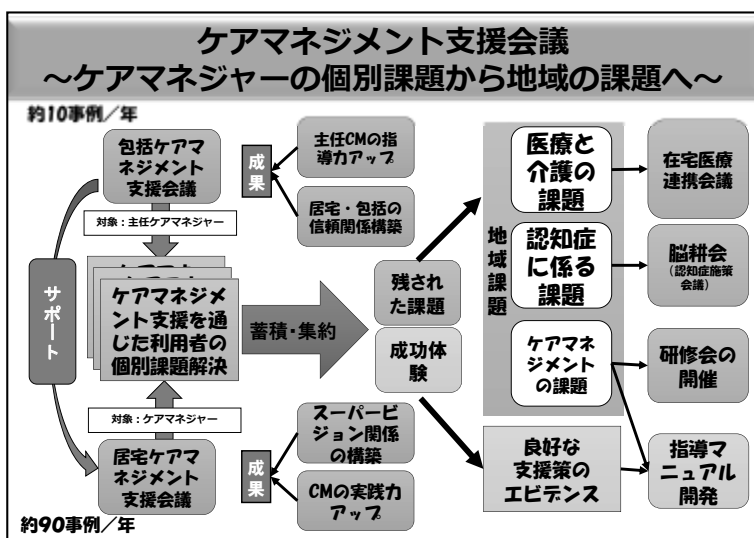
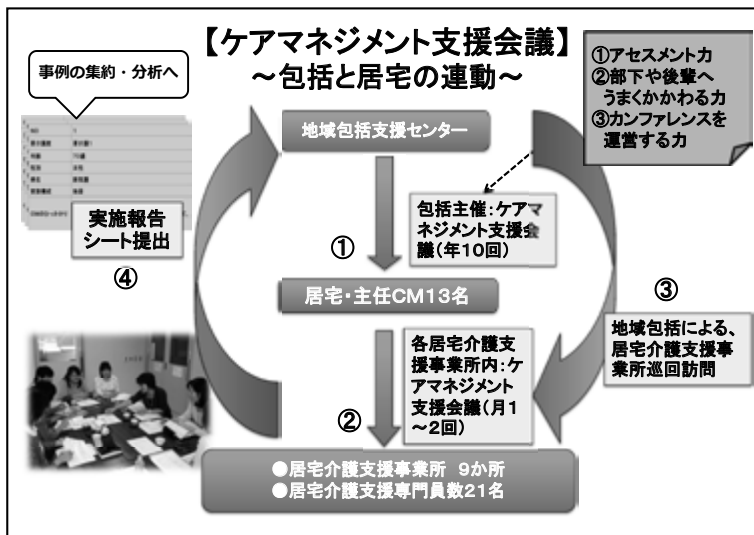
さらに、ケアマネジメント全体の課題については、介護支援専門員協会との連携・協同において次回の研修企画に活かされ、また、成功体験については、良好なエビデンスとして主任介護支援専門員の指導マニュアル開発にもつながっていくなど、資源開発へとむすびついていることも大きな成果といえます。

委員会コメント

ここでは、介護支援専門員の抱える個別事例の問題解決と主任介護支援専門員の資質向上を図りつつ、その積み重ねにより地域課題へと結び付けています。問題が生じている場合、個別対応だけでは解決できないことが多く、支援困難事例となります。

委員会コメント

会議におけるルールがあり、関係者は安心して参加することができます。



④地域ケア会議やその他の会議・活動との関係

他の地域ケア会議との関係

『ケアマネジメント支援会議』での検討結果は、『向こう三軒両隣会議』と同様、地域包括支援センターでその積み重ねが記録として管理され、抽出された地域課題は、他の地域ケア会議へと結び付けられています。

他の会議・活動の関係

『ケアマネジメント支援会議』は地域包括支援センターが、主任介護支援専門員の支援を行う会議です。ここでしっかりと支えられ、スーパービジョンの基本姿勢を身につけた主任介護支援専門員は、各居宅介護支援事業所で、部下や後輩をよりよくサポートできるようになります。これら、「良い支援を受けた援助者は、良い支援が提供できる」という、スーパービジョンの「パラレルプロセス」を意識した事業展開を企てることで、ケアマネジメント支援会議が、地域包括支援センターだけでなく居宅介護支援事業所においても実施されています。このように、朝来

市では、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーの協働・連携により、体系的なケアマネジメント支援が確立されています。

<事例コラム>

ターミナルケアの課題を概念図化したケース

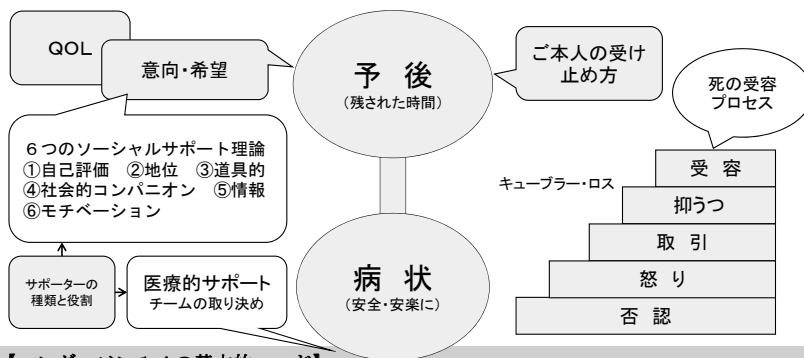
『ケアマネジメント支援会議』の中で、ターミナルケアに関する事例が提出されました。主任介護支援専門員から事例提供者へ、サポートティブな環境のもと「再アセスメント」の質問を重ね、介護支援専門員が感じている課題を抽出。それらを整理し、概念図を作成しました。

この概念図は、今後、ターミナルケースを支援する際の、ケアマネジメントのポイントを押さえるものであり、共有することで、よりよい支援が実現できるものです。

また、ここでまとめられた概念図は『在宅医療連携会議』へ提出され、ターミナルケアにおける医療と介護の連携についての検討・構築に活かされると同時に、医療と介護の研修テーマ選定時にも、参考資料となります。

なお、今後ターミナルケアについて、新たな課題を抱えた事例が発見された場合は、随時、概念図に内容を追加し、主任ケアマネジャーの指導マニュアルに掲載する予定です。

朝来市カンファレンス方式・ケアプランチェック
『この家で死にたい・・・』独居ケースのターミナルを支える

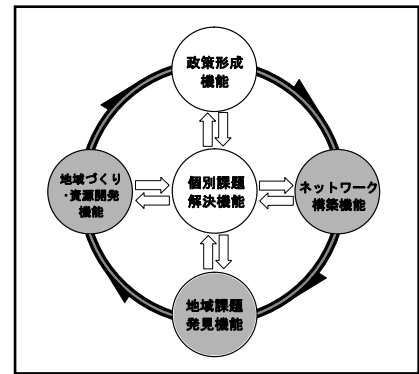


【ヘンダーソン14の基本的コード】

- ① 呼吸 ② 飲食 ③ 排泄 ④ 好ましい肢位 ⑤ 眠る ⑥ 衣類の着脱 ⑦ 体温の保持
- ⑧ 身体の清潔・皮膚の保護 ⑨ 環境の危険因子を避ける ⑩ コミュニケーション
- ⑪ 信仰 ⑫ 達成感 ⑬ レクリエーション ⑭ 学習と発見

(2) 在宅医療連携会議

主催	開催頻度
地域包括支援センター	定例(年5回)
対象範囲	会議参加者・司会役
市町村レベル	参加者固定・司会役固定



①『在宅医療連携会議』の目的・目標

『在宅医療連携会議』は、朝来市における医療と介護の連携強化を目的とし、地域の現状や課題から導き出されたテーマに沿って、検討がなされています。

②『在宅医療連携会議』の運営

会議日程・参加者など

『在宅医療連携会議』は、テーマを設定した上での定例開催とし、年5回実施しています。

参加者は県の健康福祉事務所や医師会、病院看護師、介護関係者など、市内の医療・介護に携わる様々な関係者から構成されています。また、兵庫県高齢社会課が出席する場合があります。

司会進行は地域包括支援センター職員が担っています。

委員会コメント

地域包括ケアシステムの構築に不可欠な医療との連携体制が整備されています。いままでの活動の成果として医療連携が図られていると思います。

今後、地域の状況に応じたシステムの構築に期待するところです。

<コラム>

医師会による協力体制

医師会としても、医療と介護の連携を促進していくことの必要性を感じており、平成18年の地域包括支援センター設置に際し、保険者・地域包括支援センター・介護支援専門員などと連携を取っていくための担当者として、「在宅医療連携担当医」を配置することにしました。

この在宅医療連携会議には、その在宅医療連携担当医をはじめ、医師会長、副会長が出席しています。

代表者会議と拡大研修会

『在宅医療連携会議』は上記の参加者らによりグループワーク形式で進められていく「代表者会議」のほかに、年2回、地域のケアスタッフ全般を招集し、「代表者会議」での議論内容を周知していく目的で、シンポジウムなどを実施する「拡大研修会」が開催されています。

③『在宅医療連携会議』の成果

主な成果として、医師への意見照会様式の統一（平成23年度：稼働率78%）、開業医との連携一覧表作成（平成23年度：訪問・電話での連携14%）、入退院時連携マニュアルの作成（平成23年度：退院時連携87%）、合同研修会と懇談会の開催、などがあげられます。

これらの活動を通じ、連携を図った結果、医師との連携が困難と感じている介護支援専門員の割合が、平成19年の67%から、平成21年には40%、平成23年には18%まで低下しています。

委員会コメント

活動の成果を、数字で表すことは、関係者のさらなる気運の高まりにつながります。また、このような成長がそれぞれの事例にどのように反映されているのかといった視点で検討がなされると、成果が実感できると思います。

④地域ケア会議との関係

『向こう三軒両隣会議』や『ケアマネジメント支援会議』で積み重ねられた個別ケースや、医療・介護スタッフへのアンケートを元に、『在宅医療連携会議』で検討すべきテーマが決められていきます。

また、認知症支援における医療・介護連携については『脳耕会』との連携が図られ、政策形成へと発展していく際は『地域包括ケアシステム推進会議・介護保険事業計画策定委員会』との連携が図られます。

<事例コラム>

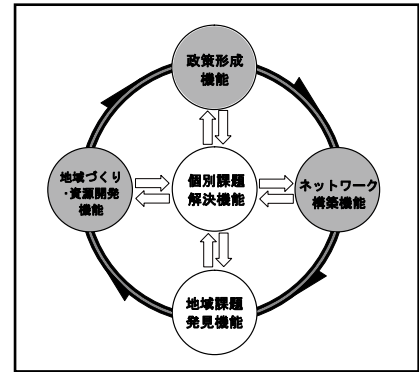
入退院時の連携マニュアルを作成したケース

『向こう三軒両隣会議』や『ケアマネジメント支援会議』における積み重ねや、日常的な医療と介護の連携についてのトラブルなどを地域包括支援センター職員がまとめていました。その内容をもとに、『在宅医療連携会議』における主要参加者に対し、地域包括支援センター職員が個別に相談を行い、入退院時の連携課題を共有しました。

この事前の活動により、入退院時の連携マニュアルを作成する必要性が確認されたため、その解決に向けた提案として『在宅医療連携会議』へと議題を提出。1年半をかけてグループワークを繰り返し、入退院時における医療・介護連携の課題を抽出。その課題に対する解決策をまとめた連携マニュアルを作成しました。

(3) 脳耕会

主催	開催頻度
地域包括支援センター	定例(年3～4回)
対象範囲	会議参加者・司会役
市町村レベル	参加者固定・司会役固定



①『脳耕会』の目的・目標

『脳耕会』は認知症に関わることの多い関係機関との協働により、地域の認知症施策についての検討、資源開発などを目的として開催されています。

②『脳耕会』の運営

『脳耕会』は行政関係機関、社会福祉協議会、保健医療・介護事業所・住民などの代表者などが一堂に会し、定例で開催されています。

開催テーマはその時期や施策の動向などにより変動します。テーマに沿った議題は、『向こう三軒両隣会議』や『ケアマネジメント支援会議』などの積み重ねから、認知症や精神疾患、徘徊などに関する課題を拾い上げて決定されます。

③『脳耕会』の成果

平成25年度に地域ケア会議に位置付けられる以前は、どのような役割と機能を『脳耕会』に求めるのか明確になっておらず、それぞれが感じる問題を出し合う会議となっていました。平成25年度からはテーマを明確化して議論することとし、認知症における課題が『向こう三軒両隣会議』や『ケアマネジメント支援会議』においても共有されていたことから、最初のテーマを「見守り協定に係る検討」としました。その結果、様々な機関や民間事業者との見守り協定が締結されることとなりました。

④他の地域ケア会議との関係

年度によりテーマは変わることが考えられますが、上記のとおり、『向こう三軒両隣会議』や『ケアマネジメント支援会議』による個別事例の積み重ねをベースとして、今後の議論のためのテーマを設定することとしています。

◀ 委員会コメント

地域ケア会議として位置づけたことにより、役割と機能が明確になり、地域を巻き込んだ活動へと発展しています。

今後、認知症の高齢者が見込まれることから、こうした認知症高齢者を地域で支える仕組みの構築は急務とされています。

<事例コラム>

見守り協定を推進したケース

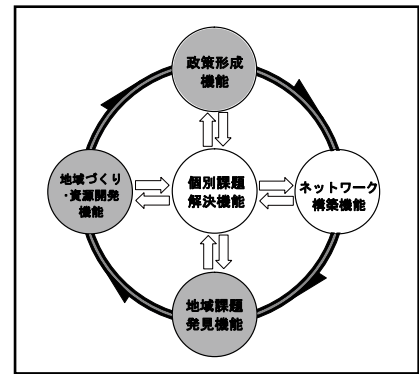
朝来市において、認知症高齢者の増加、日中独居や一人暮らし世帯の増加による見守りの難しさなどが原因となり、徘徊リスクが高まっていることから、平成25年度のテーマとして、見守り協定を推進していくための検討が進められました。

会議では、地域のどの機関に、どのような役割を求めて協定締結を求めるとかを検討し、後日、地域包括支援センター職員が個別に関係機関を訪問・説明を行いました。

その結果、平成25年度の銀行や郵便局との協定提携が実現しました。

(4) 地域包括ケアシステム推進会議・介護保険事業計画策定委員会

主催	開催頻度
保険者	非定例(年3~4回)
対象範囲	会議参加者・司会役
市町村レベル	参加者固定・司会役固定



『地域包括ケアシステム推進会議』は、地域ケア会議により抽出された地域課題を資源開発・制度政策へと結び付けていくことを目的として創設されました。『地域包括ケアシステム推進会議』で検討された事項は、『介護保険事業計画策定委員会』に報告され、制度政策として事業計画に位置付けられる仕組みです。

現在、政策形成の土壌づくりとして、参加者に地域ケア会議の意義や目的、政策提案の役割等を理解してもらえよう努めています。

委員会コメント

全体として、それぞれの会議について開催方法や目的、目標が明確になっており、それらをつなげるために地域包括支援センターが拠点となっています。

その他の会議・取り組み等

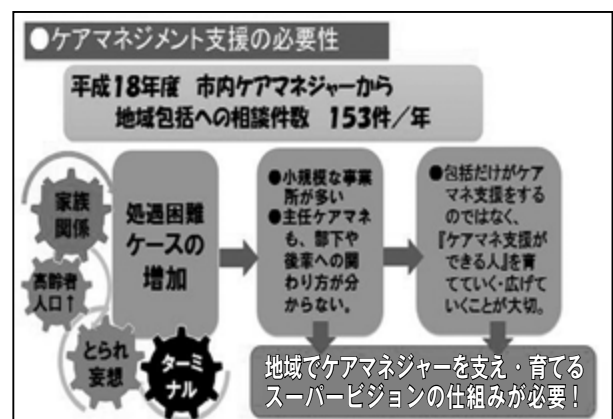
(1) スーパービジョンシステムの構築

① 取組みに至る経緯

地域包括支援センターが開設された平成18年度、初年度にも関わらず、市内介護支援専門員から153件もの処遇困難ケースの相談がありました。

多くの相談が寄せられたその背景をみると、「地域の処遇困難ケースが増えてきたこと」、そして、介護支援専門員の体制として、「小規模な事業所が多くお互いに教え合える人がいないこと」、また、「主任介護支援専門員がいたとしても、部下や後輩へのかかわり方が分からない」という実態が浮かび上がってきました。

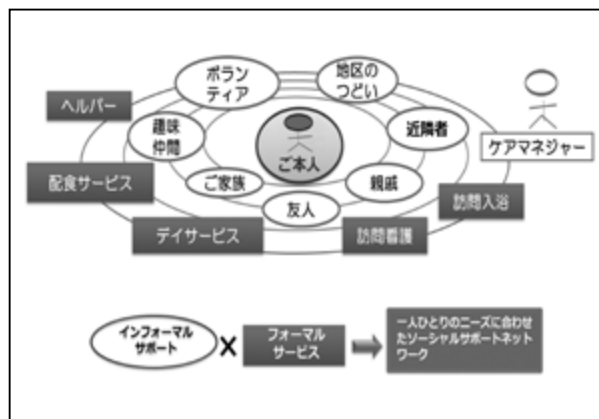
そこで、これら介護支援専門員の「実践力」を育てるためには、地域包括支援センターだけではなく、地域全体で、「ケアマネ支援ができる人を育てていく、広げていく」ことが大切だと考えました。



②システムづくりの目的(ビジョン)

地域ぐるみで居宅介護支援事業所の枠を越えたスーパービジョン(ケアマネジメント支援)の仕組みを作ることにより、小規模事業所や主任介護支援専門員不在の事業所においても、日常的な相談やサポートが得られるようにしたいと考えました。

そして、最終的には、一人ひとりの介護支援専門員が、いきいきとやりがいを持ち、専門職としての腕に磨きをかけることで「自立支援に資するケアマネジメント」を実現し、高齢者一人ひとりのニーズに合わせたソーシャルサポートネットワークをコーディネートすることを目的としました。



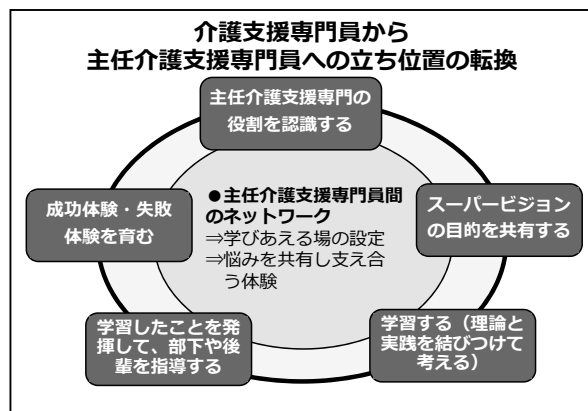
③仕組みづくりのポイント

これらスーパービジョンの仕組みづくりにおいて、最も重要なことは、各居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員が、自身の役割を認識し、介護支援専門員から主任介護支援専門員への立ち位置の転換を図るということです。

この立ち位置の転換が可能になってこそ、部下や後輩から尊敬・信頼される、よりよい『スーパービジョン関係』が実現します。

地域包括は、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員や朝来市ケアマネジャー協会とも連携しながら、主任介護支援専門員が、自身の役割を認識し、部下や後輩から尊敬されるだけの「対人援助者としての基本姿勢」と「技術指導力」を、身につけられるよう支援しました。

そのプロセスでは、a) 主任介護支援専門員の役割を認識すること、b) スーパービジョンの目的を共有すること、c) 学習すること、d) 学習したことを発揮して部下や後輩を指導すること、e) 成功体験・失敗体験を育むことを大切にしました。



④スーパービジョンシステムを目指した具体的な取り組み

朝来市では、平成19年度から4つの事業を核として、スーパービジョンシステムの構築に取り組んできました。

a) まずは、平成18年度からの「気づきの事例検討会」です。この事例検討会では、事例の振り返りを重視しながら、アセスメントの力を身に付けるとともに、部下や後輩に関わるためのスーパービジョンの基本姿勢を学ぶことができました。

b) 次に、それらの学びを発揮する場として、市内の研修会で、

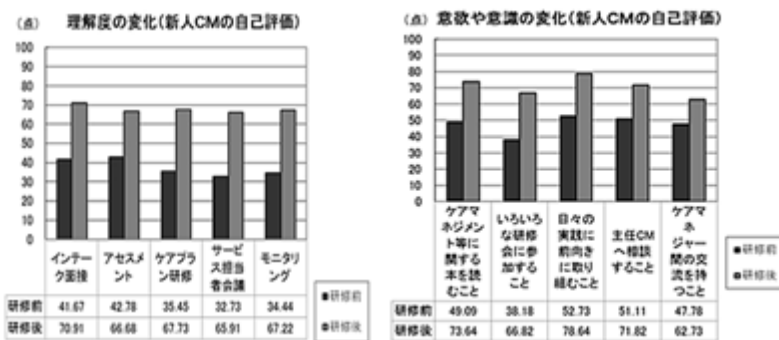


主任介護支援専門員にファシリテーターをお願いしました。地域の部下や後輩から、「主任介護支援専門員」として見られること、質問されること。

この体験が、主任介護支援専門員自身の「もはや、自分は、介護支援専門員ではなく、人を育てる立場の主任介護支援専門員なのだ」という立ち位置の転換につながっていきました。そして、主任介護支援専門員として、「もっともっと勉強しなければ」という意識が高まりました。

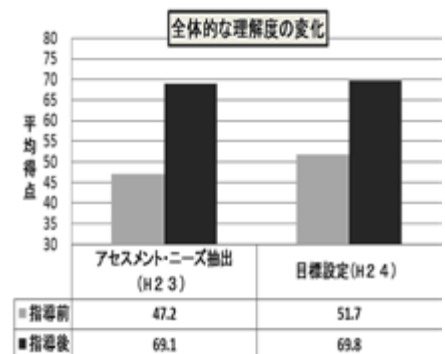
c) このタイミングで、平成20年から3年間、「スーパーバイザー養成事業」を実施しました。この事業は、主任介護支援専門員が集まり、「部下や後輩たちを育成するために勉強しよう」というもので、知識技術の習得のみならず、「人を育てる自分」の立ち位置を確立できた事業でした。

d) また、平成24年度には、学習してきたことを活かして「新人ケアマネジャー研修」を実施しました。(朝来市ケアマネジャー協会との協働事業) 12名の新人介護支援専門員(経験年数3年未満)が受講し、知識の習得のみならず、意欲・意識の変化がアンケート結果から明らかになりました。また、部下や後輩を育てることで、主任介護支援専門員が一番成長していること、そして、次の世代を育てていくことの大切さが実感できた事業でした。



◆これらの流れの中で、平成23年度から、「カンファレンス方式ケアプランチェック」を、介護給付費適正化事業の一環として開始し、25年度からは地域ケア会議のひとつ「ケアマネジメント支援会議」として位置づけました。

23年度・24年度の介護支援専門員の理解度の変化を年度開始・終了時で比較すると全項目の理解度が大きく上がっていました。



⑤スーパービジョンの仕組みづくりで得られた効果・成果

a) 介護支援専門員に現れた効果

自立支援を考えながらケアプランを立てられるようになって

おり、自分のプランの根拠が言語化できるように変化しています。また、その内容も利用者やチームに分かりやすいものとなってきました。

b) 主任介護支援専門員に現れた効果

主任介護支援専門員としての自覚や意識が育まれ、自発的な研鑽が行われるようになりました。また、カンファレンスでの進行能力や情報共有をしていくうえでの力量が形成されるなど、部下や後輩に対してサポートを行っていくうえでの資質が向上しています。

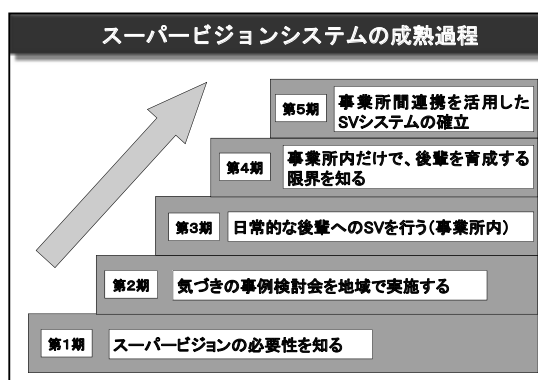
c) 地域に現れた効果

地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の連絡・連携が強化されており、各居宅介護事業所においても、主任介護支援専門員と介護支援専門員の間にはスーパービジョンの関係が構築されています。また、主任介護支援専門員同士のネットワークも構築されるとともに、主任介護支援専門員不在の事業所においては、事業所の枠を越えたケアマネジメント支援が日常的に行われるようになってきました。

⑥ スーパービジョンシステムの成熟過程

このように、朝来市では、包括と居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員が協働し、重層的なシステムづくりに取り組んできました。

朝来市では、これらスーパービジョンシステムの成熟過程を五段階で考えています。現在の朝来市は、第4～5期の発展途上といえます。



⑦ 今後の課題

朝来市では、主任介護支援専門員を核としたスーパービジョンシステムを通じて、『自立支援に資するケアマネジメントの実現』を目指してきました。

また、その一方では、サービス事業所間のネットワークを確立し、介護支援専門員の作成する「自立支援に資するケアプラン」が、利用者一人ひとりの心と身体に届けられるよう、マネジメントやネットワークの環境整備を行っています。

現在、サービス事業所毎の連絡会として、小規模多機能施設連絡会・グループホーム連絡会・福祉用具連絡会等が稼働しています。

今後は、デイサービス連絡会・訪問看護介護連絡会の設立に向けた取り組みを進めるとともに、個別援助計画の質を高めてい

くことで、介護支援専門員の作成するケアプランが効果的に利用者の自立を支援できるよう取り組んでいきたいと考えています。

a) 自立支援に資するケアプランの作成(介護支援専門員)

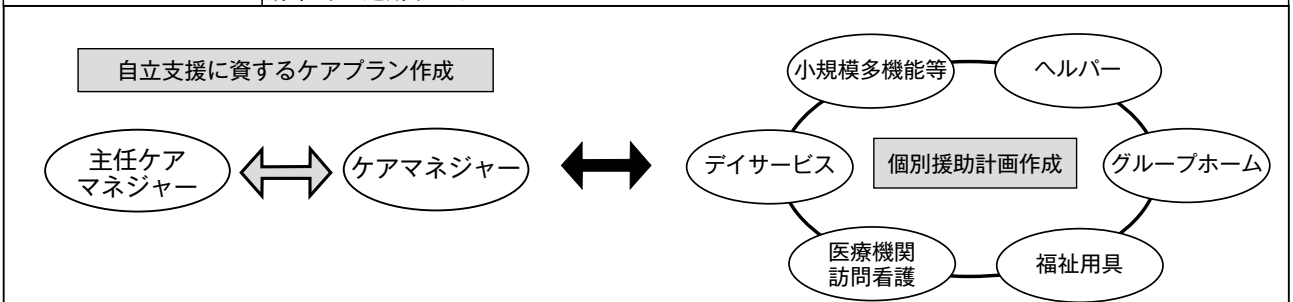
●平成24年度の目標	主任ケアマネジャーが部下や後輩へ、「自立支援型ケアプラン」の指導教育ができる。(事業所の枠を超えて)
●平成25年度の目標	ケアマネジャーが自立支援型ケアプランを作成し、根拠を持ってサービス事業者に説明できる。

b) 自立支援に資するケアプランの実施(サービス提供事業所)

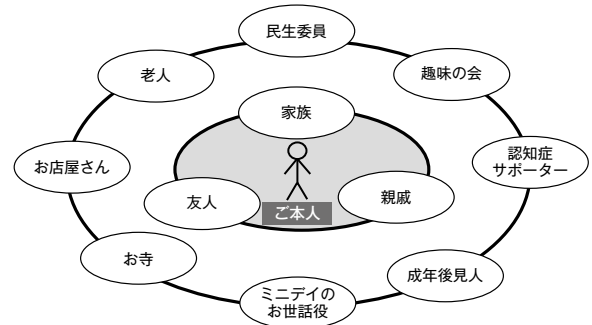
●平成26年度の目標	各サービスごとに、事業所間ネットワークが確立され、課題の共有と解決策の模索ができる。
●平成28年度の目標	個別援助計画に基いた「自立支援型ケア」が利用者へ提供される。

c) ケアマネジャーのケアプランと、個別援助計画が連動する。

●平成29年度の目標	ケアマネジャーの自立支援型ケアプラン a) と、サービス提供事業所の個別援助計画 b) が、効果的に連動する。
------------	---



※平成30年：事業所間ネットワーク(フォーマル)と住民間ネットワーク(インフォーマル)が効果的に連動し、利用者一人ひとりのニーズに応じた「ソーシャルサポートネットワーク」をケアマネジャーがコーディネートする。



<コラム>

地域ケア会議を活用していくために主任介護支援専門員に求めること

地域包括支援センターは地域の主任介護支援専門員に対し、地域ケア会議を効果的に活用していくために、①地域ケア会議をデザインする、②ニーズを的確にキャッチする、③個別課題から政策形成までの展開をサポートする、の3点を求めています。

つまり、①の過程を踏むことにより地域ケア会議の意図や意義を理解し、②利用者や地域のもつニーズを正確に把握し、例えば個別課題の解決を地域ケア会議で行うのか、それともサービス担当者会議で行うのか、といった割り振りを行ってもらい、③個別課題の積み重ねから政策形成へと展開していくなかで、保険者や地域包括支援センターにオブザーバーとしてサポートをしてもらいたい、ということを伝えています。

◀ 委員会コメント

主任介護支援専門員の役割を、市として明確に提示しています。各事業所により実情は様々であっても、その役割を果たすことが可能になり、結果として事業所、個々の介護支援専門員の資質向上に結びつきます。