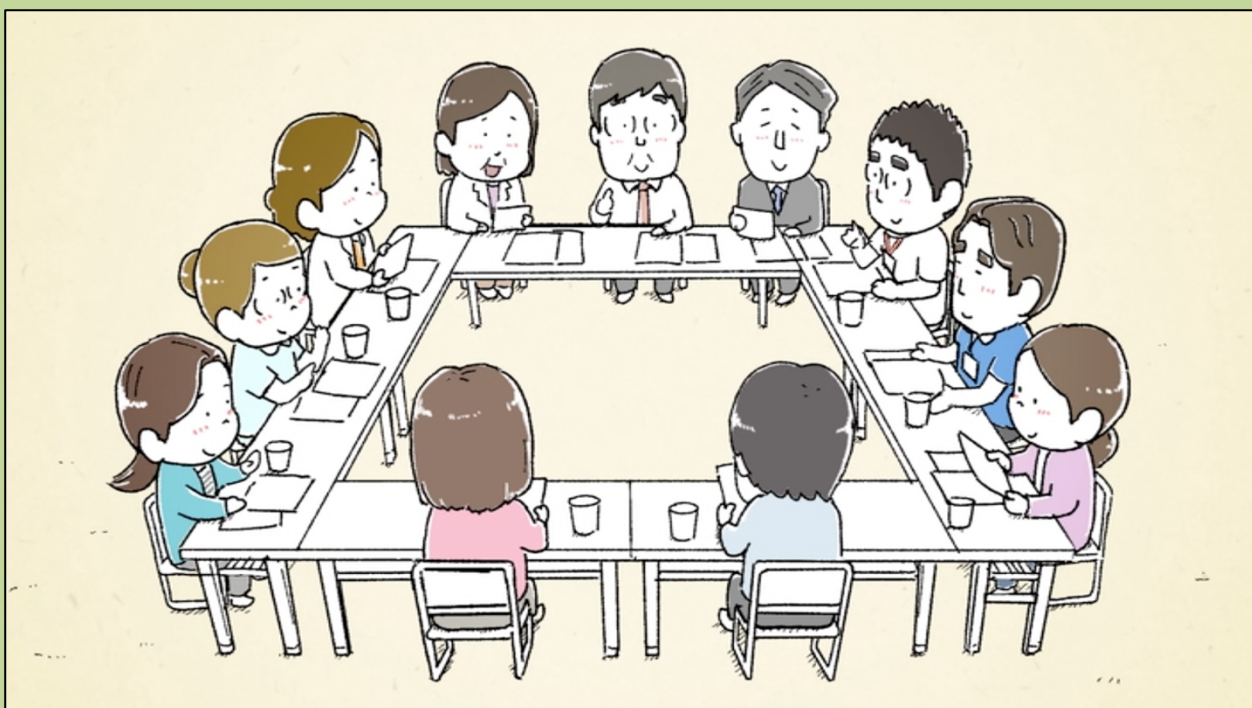




彩の国
埼玉県

自立支援のための 地域ケア会議コーディネーター・マニュアル



埼玉県



はじめに

埼玉県では、現在全国一のスピードで 75 歳以上の方が増加しています。2025 年には 121 万人となり、その後も、2040 年に向かって高齢化が進行していくことが見込まれています。

このため、高齢になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、医療・介護・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」の構築を目指しています。

県では、「地域包括ケアシステム」構築のためのひとつのツールとして、「自立支援型地域ケア会議」の実施を平成 26 年度から支援しています。

平成 28 年度からは、「地域包括ケアシステムモデル事業」として、モデル市町における自立支援型地域ケア会議の立ち上げを支援するほか、「高齢者のための自立支援マニュアル～自立支援型地域ケア会議による地域づくり～」を作成し、市町村における自立支援型地域ケア会議の普及を進めてきました。

前述のマニュアルを作成してから 3 年が経過しましたが、この間、各市町村における地域ケア会議の取組は着実に進んでおり、同時に、県に対して求められる支援の内容も変化してきました。

本マニュアルは、「地域包括ケアシステムモデル事業（平成 28 年度～30 年度）」、「地域包括ケア総合支援チーム派遣事業（平成 30 年度～）」などを通じて県内市町村とともに学んできたこと、そして県内外問わず先進市町村から学んだ地域ケア会議のノウハウをまとめたものです。

市町村職員の方、地域包括支援センターの方に、新たに地域ケア会議を担当することになったとき、今ある地域ケア会議を見直したいときなどにご活用いただければ幸いです。

令和 2 年 3 月
埼玉県福祉部 地域包括ケア課

目次

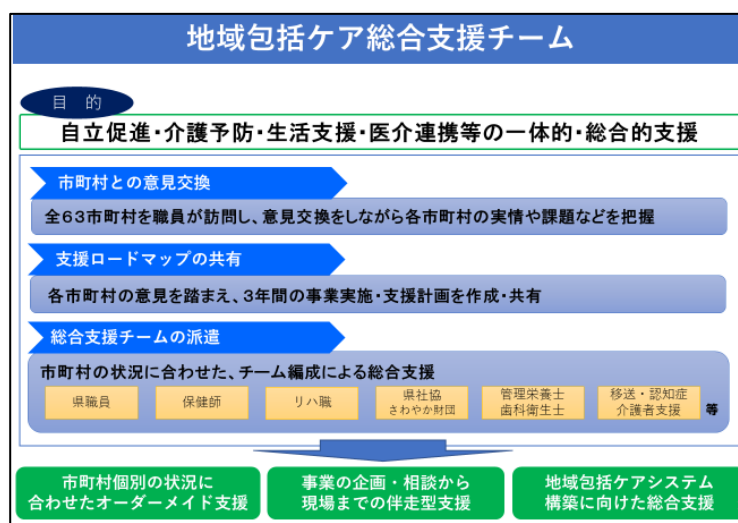
序章 コーディネート・マニュアルについて	1
(1) コーディネートマニュアルの目的	1
(2) コーディネートの意味	2
(3) マニュアルの構成	3
(4) マニュアルの利用方法	4
第1章 地域ケア会議のそもそもを知る	5
(1) 地域ケア会議の歴史	5
(2) 介護予防事業としての位置づけ	7
(3) 埼玉県での自立支援型地域ケア会議	8
(4) 地域ケア会議で何を目指すのか	10
第2章 地域ケア会議のデザインを考える	12
(1) 地域ケア会議の5つの機能	12
(2) 地域ケア個別会議のデザイン	13
(3) 地域ケア会議全体のデザイン	14
第3章 地域ケア会議を実施する前に準備したいこと	17
(1) 会議で目指すことの確認	17
(2) 実施の合意形成	18
(3) 会議の参加者と役割	19
(4) 資料・言葉の共有	22
(5) 参加者へのお願い	23
(6) 経験者の声	24
第4章 地域ケア会議の実施中に大切にしたいこと	27
(1) 会議の流れと進行ポイント	27
(2) 実際に出てくる事例	29

(3) コーディネーターの役割	32
🔍 会議をコントロールしながら進行する	32
🔍 コーディネーターの思考の展開	33
🔍 会議をコーディネートすることで得たい結果	35
🔍 会議を通じた学びの意味	36
🔍 先輩コーディネーターからのメッセージ	37
(4) 専門職助言者の役割	39
(5) 生活支援コーディネーターの役割	49
第5章 地域ケア会議のあとに取り組みたいこと	50
(1) 会議後の振り返りと結果の共有	50
🔍 事例提供者の思うこと	50
🔍 声を聴く工夫	51
🔍 結果の共有	52
🔍 共通認識「私たちの自立支援」を考える	53
(2) 事業の連動「こうだったらいいな」を形に	54
🔍 地域支援事業における各事業の連動	54
🔍 介護予防・生活支援との連動	55
🔍 医療・介護との連携	56
🔍 誰がどんな資源を活用できるのか	57
(3) 会議の成長を感じる（ステップアップ）	58
(4) 会議の工夫・実践例（県内市町村に学ぶ）	59
🔍 加須市 ～会議をやるからにはひとつも無駄にしない強い覚悟～	59
🔍 春日部市 ～年間1,300個の助言を分析～	61
🔍 川島町 ～地域課題解決の協力者を増やす～	63
(5) 会議の工夫・実践例（県外市町村に学ぶ）	65
🔍 岡山県津山市 ～愛のある地域ケア個別会議～	65
🔍 愛知県豊明市 ～ふつうに暮らせるまちづくり～	67
付録1 コーディネーターお悩みキーワード別索引	70
付録2 参考資料	71

(1) コーディネート・マニュアルの目的

- 本マニュアルは、地域ケア会議を実施する、または、既に行っている会議を見つめ直し、より深めるためのヒントにさせていただくことを目的に作成しました。
- 地域包括ケア総合支援チーム^(※)には、地域ケア会議に取り組む各市町村から、様々な依頼があります。「地域ケア会議の関係者向けに研修を実施したい」、「地域ケア会議をどのように発展させていけばよいか一緒に考えて欲しい」、「現在の地域ケア個別会議の進め方について意見をもらいたい」、「地域ケア推進会議を実施したいが、他市町村の状況を知りたい」などです。
- 本マニュアルはその経験や、市町村の創意工夫から、地域ケア会議のエッセンスをまとめたものです。
- 会議を創っていくプロセスにおいて、会議の現状を把握し、次の一手を考えるにあたって、他市町村の取組の背景や考え方などを理解することは、助けになるでしょう。
- 会議の司会者（コーディネーター）として、会議の主催者（市町村、地域包括支援センター）として、会議の関係者として、次の一手を考える際、本マニュアルを参考にしてください。

(※) 地域包括ケア総合支援チーム：自立促進、介護予防、生活支援、医療・介護の連携など具体的な事業の進め方についてアドバイスを行う。地域ケア会議に関する支援内容等については P.4 参照



(2) コーディネートの意味

- 本マニュアルでは、「コーディネート」という言葉に2つの意味を持たせています。
- 1つは狭義の捉え方で、会議の司会者として「会議をどう進行したらよいか」という意味の「コーディネート」です。もう1つは、広義の捉え方で、会議の事前・事後の取組も含む、会議全体の調整・運営という意味での「コーディネート」です。
- 狭義・広義の各コーディネートに含まれる要素は下表のとおりです。狭義のコーディネートについては第3・4章で、広義のコーディネートについては、第2・5章で説明します。

<p style="text-align: center;">狭義のコーディネート</p> <p>下記の要素が良い方向に機能するよう、会議のあり方を考え、進めること</p>	<p style="text-align: center;">広義のコーディネート</p> <p>下記の要素が良い方向に機能するよう、会議全体のあり方を考え、進めること</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 会議の環境調整 ➤ 資料の見方や工夫 ➤ 事例の事前把握の方法 ➤ なぜこの事例を取り上げたか ➤ 会議の進め方 ➤ 司会進行のポイント ➤ 想いを引き出す・行間を読む ➤ 参加者の役割とそれぞれの伝え方 ➤ 本人・家族の叶えたいこと ➤ 事例を取り巻く強みと弱み ➤ 長期的（半年後）に目指す姿 ➤ 中期的に取り組むこと ➤ まず最初にやるべきことの整理 ➤ 活用できる情報や資源の紹介 ➤ 事例提供者・事業所の感想 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 会議の目的や戦略づくり ➤ 庁内関係部署との調整・体制構築 ➤ 関係者・団体への説明・協力依頼 ➤ 会議運営の検討（司会者、助言者、事例の選定方針、取り上げる件数、様式、普及啓発など） ➤ 会議の参加者の調整 ➤ 関係者への説明・合意形成 ➤ 会議開催の準備（事例・資料の提出依頼、会議資料の準備、事例の読み込み、討議の方向性検討など） ➤ 振り返り会議（事例提供者・事業所のフォロー、会議の運営そのものについて意見交換、次回以降への提案など） ➤ 事例から学んだ地域課題の整理、対応策の検討と実施 ➤ 会議後の状況把握とフォローアップ

(3) マニュアルの構成

- マニュアルの内容は、地域ケア会議を取り巻く5つの段階を示す形で構成しています。
- 5つの段階とは以下のとおりです。
 - ①地域ケア会議のそもそもを知る
 - ②地域ケア会議のデザインを考える
 - ③地域ケア会議の実施前
 - ④地域ケア会議の実施中
 - ⑤地域ケア会議の実施後
- 実際の市町村の取組事例もお示しています。
- 5つの章はそれぞれ色分けしていますので、ページの色を見ながら活用してください。

章 立 て	
序 章	コーディネート・マニュアルについて
第1章	地域ケア会議のそもそもを知る
第2章	地域ケア会議のデザインを考える
第3章	地域ケア会議を実施する前に準備したいこと
第4章	地域ケア会議の実施中に大切にしたいこと
第5章	地域ケア会議のあとに取り組みたいこと
付録1	コーディネーターお悩みキーワード別索引
付録2	参考資料

(4) マニュアルの利用方法

- 第1章から順番に読む必要はありません。気になる部分のみ読んでもよいでしょう。
- 「付録1 コーディネーターお悩みキーワード別索引」を掲載していますので、ご活用ください。
- 地域ケア会議に関わる皆さんと一緒に共有してもよいでしょう。「このマニュアルにはこう書いてあるけど、うちの町ではこうしてみよう」、「この部分を参考に次の会議でやってみよう」など、関係者で話し合いをしてください。関係者との話し合いから、その先に取り組みたいヒントが湧いてくるかもしれません。
- 「マニュアルのこの部分をもっと知りたいから関係者で勉強会をしてみよう」という場合は、地域包括ケア総合支援チームにご相談ください。
- 第5章は広義のコーディネートについて、工夫や実践例も紹介しています。
- 「私たちの地域ケア会議」を考えるための材料としてご利用ください。

地域包括ケア総合支援チーム派遣依頼先

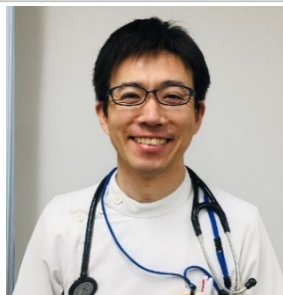
埼玉県福祉部地域包括ケア課 地域包括ケア担当（電話：048-830-3256）

埼玉県地域包括ケア総合支援チーム（地域ケア会議）

※令和2年3月末現在



一般社団法人埼玉県リハビリテーション
専門職協会 代表理事 霞ヶ関南病院
理学療法士 **岡持 利直 氏**



一般社団法人 TMG 本部
新規事業開発室
理学療法士 **渡邊 賢治 氏**



埼玉医科大学総合医療センター
作業療法士 **平田 樹伸 氏**

ご相談ください

- ・地域ケア会議へのオブザーバー参加・助言
- ・地域ケア会議コーディネーター向け 進行ポイントの個別レクチャー
- ・地域ケア会議関係者（市町村・包括・専門職助言者・ケアマネジャー・介護サービス事業所等）向け自立支援意識の醸成やチームビルディングの応援
- ・ケアマネジャー・介護サービス事業所向け アセスメント・目標設定・評価に関する研修会講師
- ・評価（モニタリング）会議の立上げ支援、地域ケア推進会議の立上げ支援
- ・地域課題への対応や、会議の発展に合わせた追加の応援（一緒に考えます）

(1) 地域ケア会議の歴史

● 平成 24 年

- 地域ケア会議は、平成24年3月に厚生労働省の通知^(※1)により、初めて明文化されました。
- 地域ケア会議は、地域包括支援センターまたは市町村が開催主体とされ、その目的は、個別ケースの支援内容の検討を通じた①地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、②高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築、③個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握などと明示されました。
- また、取り上げる個別ケースとして想定されていたのは、①支援者が困難を感じているケース、②支援が自立を阻害していると考えられるケース、③支援が必要だと判断されるが、サービスにつながっていないケース、④権利擁護が必要なケース、⑤地域課題に関するケースなどでした。
- 実際に検討されたケースは「支援者が困難を感じているケース」が最も多く、次いで「支援が必要だと判断されるが、サービスにつながっていないケース」が多い状況でした^(※2)。

(※1) 「地域包括支援センターの設置運営について（平成18年10月18日老計発第1018001号・老振発第1018001号・老老発第1018001号）の一部改正について」（平成24年3月30日厚生労働省老健局振興課長ほか連名通知）

(※2) 平成27年度老人保健事業推進費補助金「地域支援事業の包括的支援事業及び任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業」

● 平成 26 年

- 平成 26 年 6 月に成立した改正介護保険法で、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議が法制化されました。（平成 27 年 4 月 1 日施行）
- 地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取り組を進めていく必要があること、具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させていくことを目指すとされました。

介護保険法 H 2 7 年度改正（地域ケア会議関係抜粋）

第 1 1 5 条の 4 8

市町村は、第 1 1 5 条の 4 5 第 2 項第 3 号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という。）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置くように努めなければならない。

2 会議は、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者（以下この項において「支援対象被保険者」という。）への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。

3 会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。

4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

5 会議の事務に従事する者、又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

第 2 0 5 条

2（略）第 1 1 5 条の 4 8 第 5 項の規定に違反した者は、1 年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

● 平成 30 年

- 平成 30 年 10 月から、訪問介護における生活援助中心型サービスについて、自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、統計的に見て通常よりかけ離れた回数をケアプランに位置付ける場合には、ケアマネジャーから市町村へ届け出ることとされました。
- 届出を受けた市町村は、地域ケア会議等を活用して、多職種の視点から届出のあったケアプランについて議論を行うこととなりました。

(2) 介護予防事業としての位置づけ

● 地域づくりによる介護予防推進支援事業（平成 26～29[※]年度）

- 平成 26～28 年度の 3 年間、国のモデル事業として「地域づくりによる介護予防推進支援事業」が実施されました。国、都道府県、市町村が連携し、住民主体の介護予防の取組（週に 1 回以上、体操等の活動を行う通いの場を住民が運営する取組）が全国に広がりました。
- 埼玉県もこの事業に参加し、平成 29 年度は「ご近所型介護予防」として独自に実施しました。平成 26 年度からの 4 年間で、計 33 市町村が参加しました。
- この事業で住民主体の通いの場が増えてくると、次の段階として、「通いの場を要支援者等が参加できる場として活用すること」や「要支援者等が地域のつながりの中で生活を継続すること」などを関係者がより意識するようになってきました。
- そこで、要支援者等の介護予防や自立支援を支える仕組みの一つとして、介護予防等に重点をおいた地域ケア会議の活用が各地で検討されるようになりました。

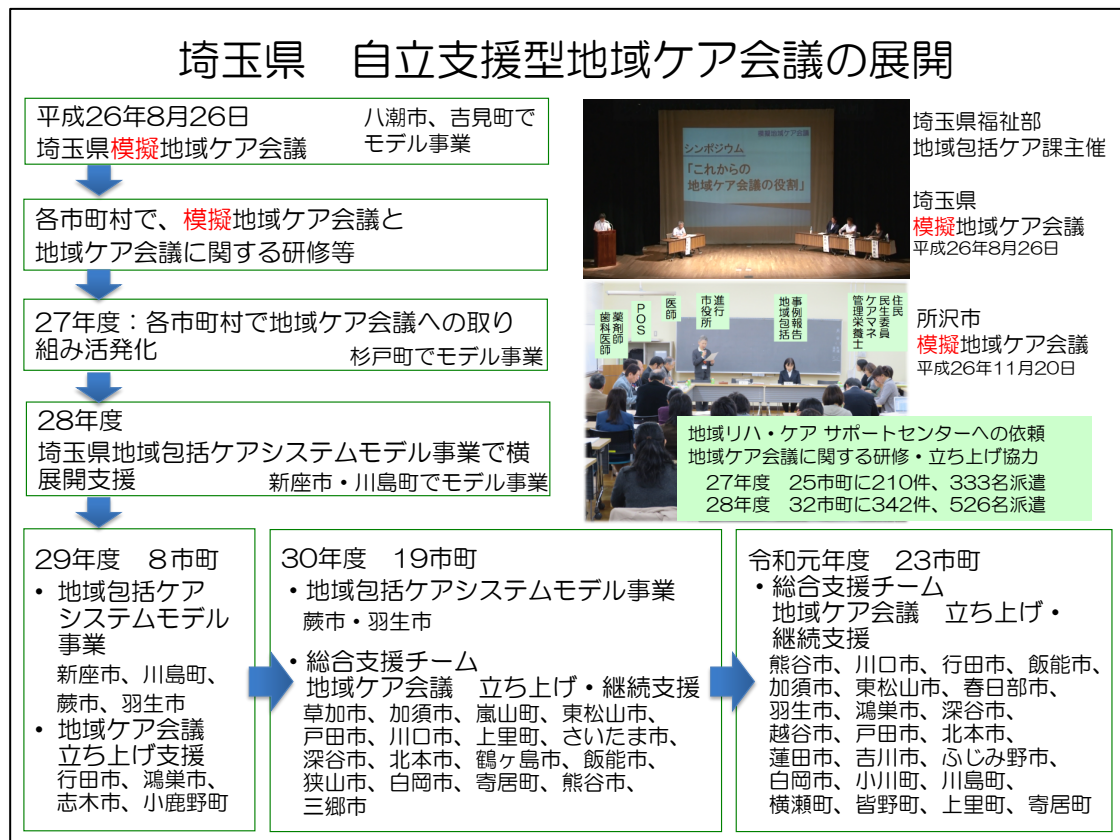
※埼玉県では国モデル事業終了後も、平成 29 年度まで同名称の事業を実施

● 介護予防活動普及展開事業（平成 28～30 年度）

- 平成 28 年度から国のモデル事業として、先進的な市町村で取り組んでいる効果的な介護予防の仕組みを全国展開する「介護予防活動普及展開事業」が実施されました。
- この事業では、多職種が協働して実施する要支援者等の介護予防や自立支援に重点を置いた地域ケア会議の手法を、多くの市町村に展開することが目指されました。
- このときから、地域ケア会議の一つとして「介護予防のための地域ケア個別会議」が位置付けられました。「介護予防のための地域ケア個別会議」は自立支援・介護予防の観点を踏まえ「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」、ひいては「高齢者の QOL の向上を目指すもの」と定義されました。
- 埼玉県も、平成 29 年度から平成 30 年度にかけて、県内の 10 市町とともにこの事業に参加しました。

(3) 埼玉県での自立支援型地域ケア会議

● これまでの経緯



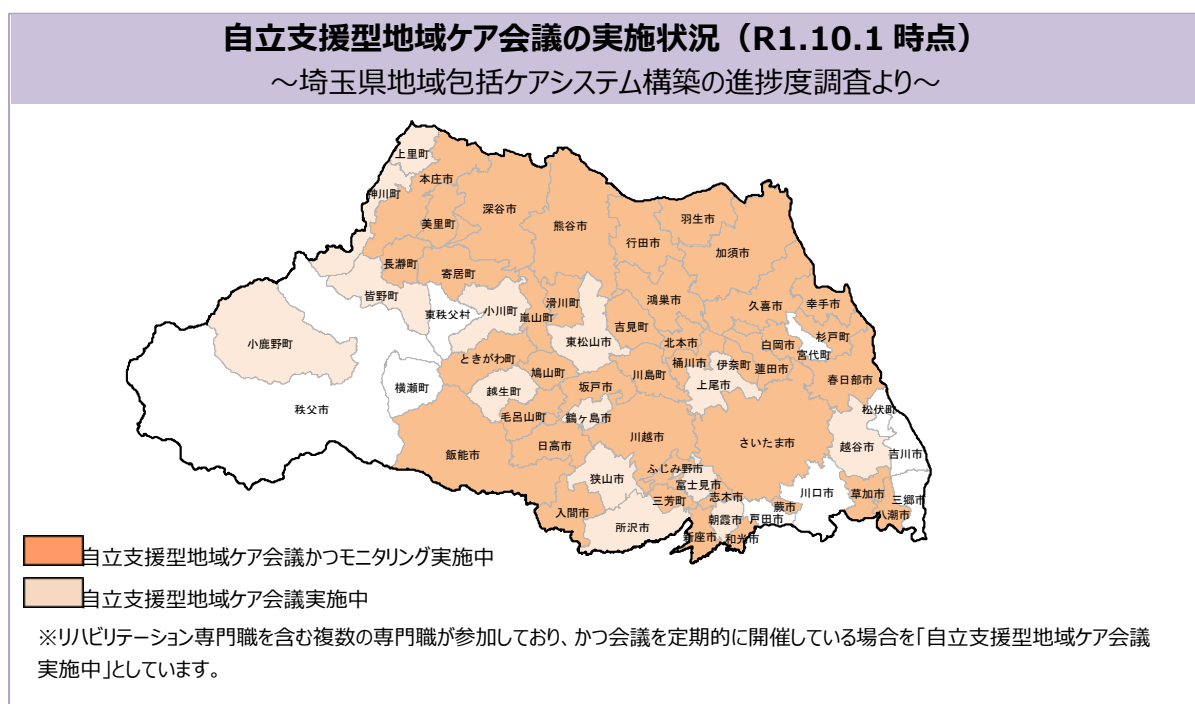
- 埼玉県では、地域ケア会議に先進的に取り組んでいた和光市等の協力を得ながら、平成26年度に「埼玉県模擬地域ケア会議」を開催しました。以降、自立支援型地域ケア会議に取り組む市町村が増えました。
- 平成28年度から30年度までは、「地域包括ケアシステムモデル事業」により、地域包括ケアシステムの構築に必要な自立促進（自立支援型地域ケア会議）、介護予防、生活支援がトータルな仕組みとして機能するよう、モデル市町での取組が始まりました。
- 上記モデル事業では、「自立支援型地域ケア会議」の実践を繰り返すことで、モデル市町とともに会議の運営そのものを直接学ぶ機会となりました。
- 平成30年度からは、これまでの経験を踏まえ「地域包括ケア総合支援チーム（P.1,P.4）」により、市町村への伴走型支援を開始しました。

● 支援内容の変化

- 時間の経過と共に、自立支援型地域ケア会議に関する市町村への支援内容は徐々に変化していきました。
- 当初は、会議を始めるにあたっての関係者への説明会の開催支援や会議の立ち上げに関するものが中心でしたが、会議の運営に慣れた市町村からは、会議の質や会議の結果に関する相談が増えるようになりました。
- 具体的には、介護予防・日常生活支援総合事業等と連動した会議にしたい、会議を通じて地域資源に気づき、活用につなげる（必要ならば生み出す）動きを作りたいなど、より会議を深めるような支援が求められるようになりました。
- 現在は、地域ケア推進会議に関する相談なども増えつつある状況です。

● 自立支援型地域ケア会議の実施状況

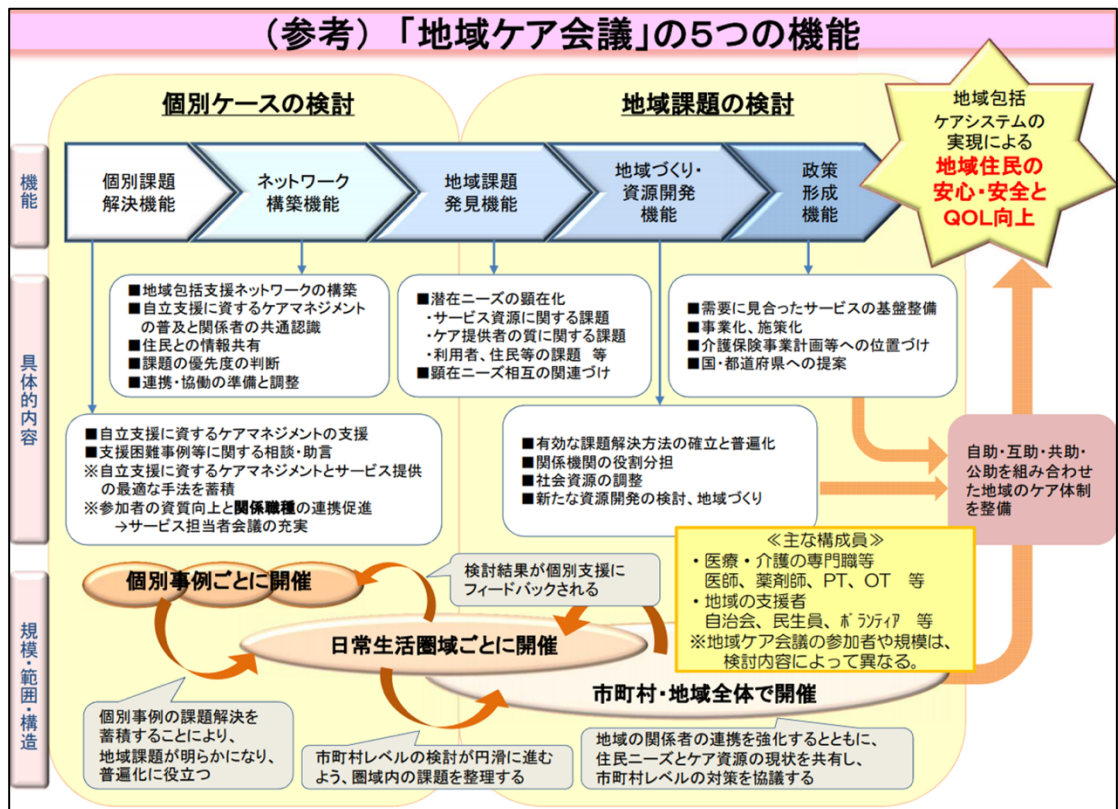
- 埼玉県内では、令和元年10月1日現在、54市町村で自立支援型地域ケア会議が開催されています。
- このうち、40の自治体で、一度検討した事例のモニタリングを実施しており、支援期間が終了となる際や要介護認定の更新審査のタイミングで、再度「自立支援型地域ケア会議」で事例の状況を把握し、次の支援内容等を検討しています。



(4) 地域ケア会議で何をを目指すのか

● 地域包括ケアシステムの実現

- 地域ケア会議で目指す最終的なゴールは、地域包括ケアシステムの実現による地域住民の安心・安全と QOL 向上です。
- そのためには、自助・互助・共助・公助を組み合わせた地域のケア体制を整備する必要があります。
- そのプロセスとして、地域ケア会議には、個別ケースの課題解決を出発点とし、地域の関係機関の相互連携を高める機能や、個別ケースの背後にある地域課題を発見し、それを地域づくり・資源開発や施策等の充実によって解決していく機能が求められています。

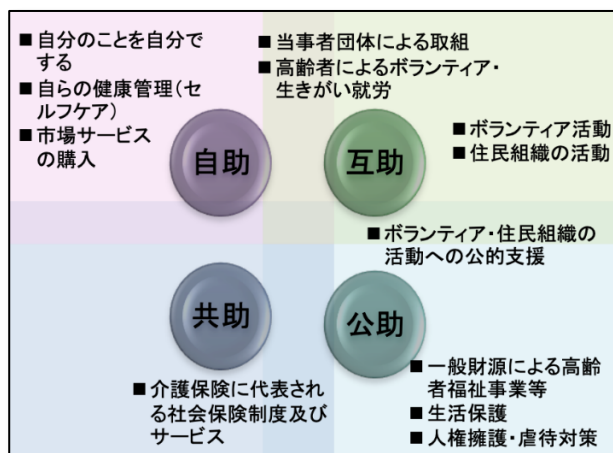


出典：厚生労働省資料

● 地域包括ケアシステムを支える4つのパーツ

- 地域包括ケアシステムの実現には、専門職だけでなく、住民も関与します。

- 以下の図は、地域包括ケアシステムを支える4つのパーツです。
- 自助と互助については住民が中心になる活動です。自助と互助の役割はとても重要であり、住民の意識醸成や活動のサポートを図る必要があります。共助では、介護保険サービスの質の向上、公助では、各公的機関の協働が必要です。
- この4つが地域ケア会議とともに成長していくことで、地域住民の安心・安全とQOL向上につながっていくでしょう。



出典：厚生労働省資料

● 地域ケア会議の成果

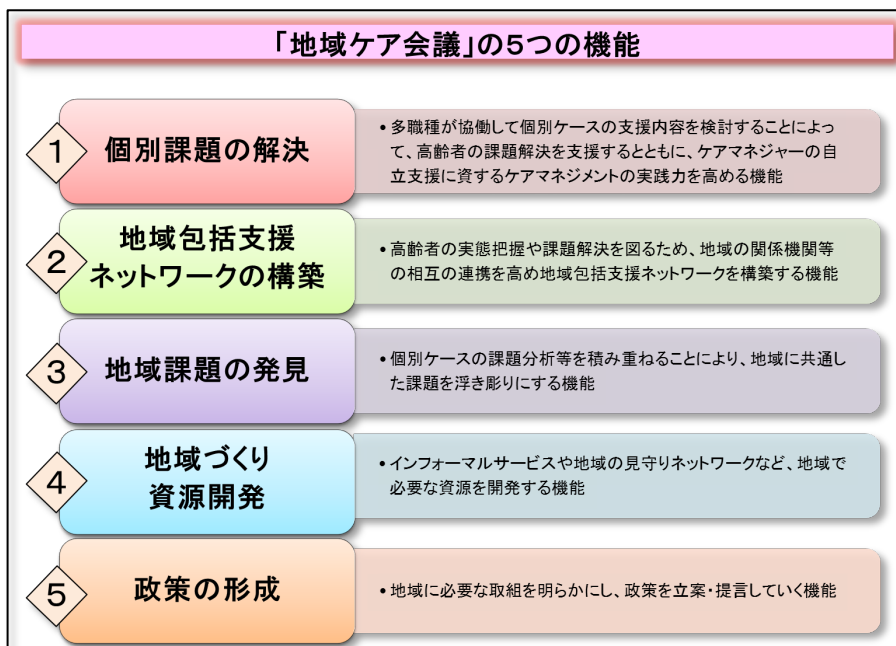
- 地域ケア会議の機能の中には、地域づくり・資源開発や政策形成など、効果が出るまでに時間がかかるものもあります。
- しかし、どんなに小さなことでも変化は起きているはずで、以下は、地域ケア会議の参加者に、どのような場面で地域ケア会議の成果を実感したかを聞いたものです。
 - ◇ 関係者と共通の理解を持つことができたとき
 - ◇ 一緒に考えてくれる協力者が増えたとき
 - ◇ 情報や知識の共有・更新の場になったとき
 - ◇ 会議が制度をまたぐ横串になれると思ったとき
 - ◇ 過去の事例が別の事例に活かしているという手応えを感じたとき
- 地域ケア会議だけで全てが解決するわけではありませんが、地域ケア会議は地域包括ケアを推進するための1つのツールになります。前述したような手応えを感じられるような地域ケア会議を目指しましょう。

第2章

地域ケア会議のデザインを考える

(1) 地域ケア会議の5つの機能

- 地域ケア会議とは、個別のケースの検討を始点として、地域づくりを行っていくための会議の総称です。P.10でも示したとおり、地域ケア会議には下記の5つの機能があります。



出典：厚生労働省資料

- この5つの機能を一度の会議ですべて網羅するのは困難な場合もあるため、市町村は複数の会議を組み合わせ、または地域包括支援センター運営協議会など既存の会議等も活用するなどして全ての機能を果たすことができるよう、地域ケア会議を設置、運営していくことが求められています。
- なお、地域ケア会議は、目的・方法によって大きく2種類に分けられます。

地域ケア個別会議	個別事例の課題検討
地域ケア推進会議	地域に必要な取組を明らかにして施策を立案・提言

- 自立支援型地域ケア会議は地域ケア個別会議の一つに位置付けられます。
- 地域包括ケアシステムの構築に向け、地域ケア会議全体が上記の5つの機能を最も有効に発揮できるようにデザインされているかどうか、必要に応じて適宜見直していくことが必要です。
(地域ケア会議全体のデザイン例については P.14～16)

(2) 地域ケア個別会議のデザイン

● どのような人の検討をするのか

- 自立支援型地域ケア会議の立ち上げ期は、第一歩として「事業対象者」や「要支援者」のケースから始め、参加者が会議に慣れてきたら、次のステップとして「要介護者」のケースも検討するというように、順を追って進めていく方が確実です。
- また、対象者の選定は「事業対象者」「要支援者」など、主催者が対象者の認定区分のみ設定し、具体的なケースの選定は事例提供者に任せているところと、対象者の基準をより具体的に明示しているところがあります。
- 前者の場合、ケアマネジャーが相談したいケースが提出されやすく、他のケアマネジャーも同じ課題を抱えている場合があることから、他のケアマネジャーにとって参考になることも多いでしょう。
- 後者の場合は、以下のような基準を設けている例があります。
 - ◇ 要介護と要支援を行き来し、制度の谷間で応援すべき人
 - ◇ インフォーマルなサービスや地域資源により改善が見込まれると思われる人
 - ◇ C型事業を利用している人や利用を検討している人
 - ◇ 介護サービスを受けながら状態が悪化した人
- 個別事例の検討により、優先的に何を解決したいのかを踏まえて、対象者を設定するとよいでしょう。

● 何人の検討をするのか

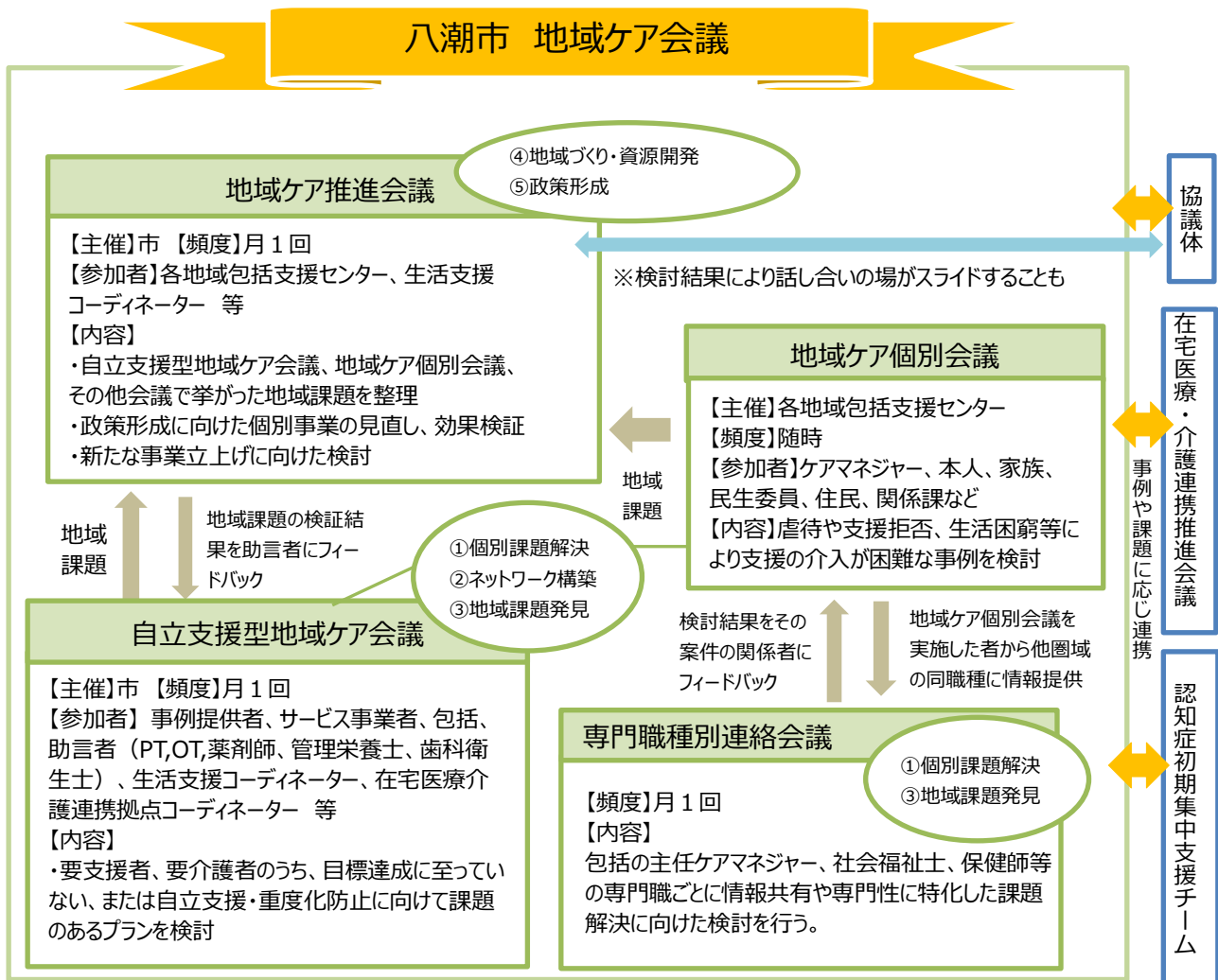
- 市町村の要支援者・要介護者数等を考慮し、取りあげる事例数を検討することも会議のデザインの一つです。
- なるべく多くの人を検討することが望ましく、例えば、新規の要支援者を全員検討している町もあります。
- 検討事例数を増やすことが難しい場合、多くの人に会議を傍聴してもらう工夫をするなど、事例提供者以外にも、検討結果が届くような体制を作ることが有効です。

(3) 地域ケア会議全体のデザイン

県内3つの市の地域ケア会議全体のデザイン例を紹介します。

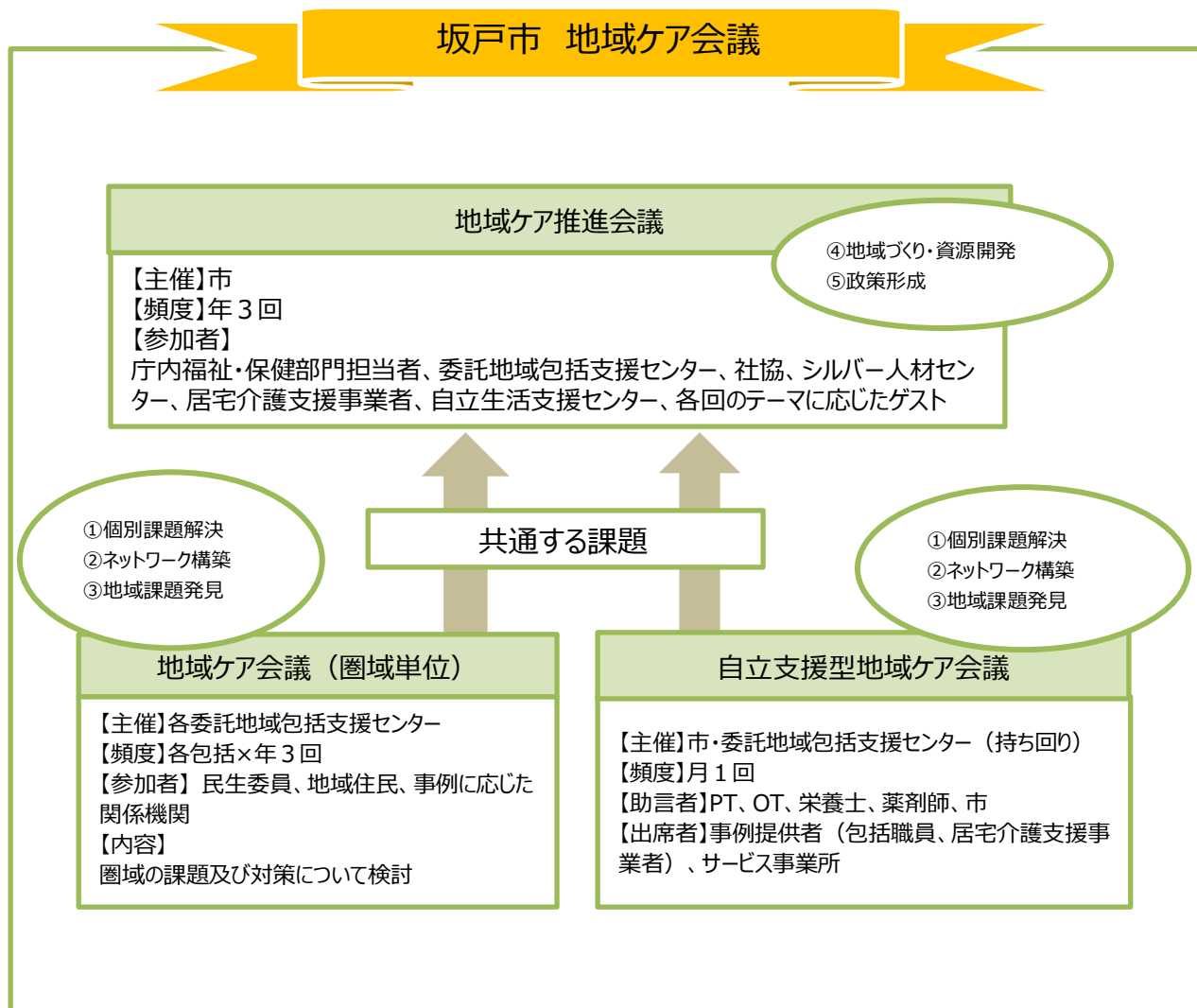
● 八潮市

- 八潮市では、自立支援型地域ケア会議、地域ケア個別会議、専門職種別連絡会議、地域ケア推進会議の4つの地域ケア会議を設置しています。
- 地域ケア推進会議は、毎月自立支援型地域ケア会議の1～2週間後に開催されており、当月の自立支援型地域ケア会議での検討事例から考えられる地域課題を確認、地域課題として把握されたものがあれば、解決に向けた検討を行っています。
- 八潮市では、4つの地域ケア会議の機能が、双方向に作用するようにデザインされており、また、協議体や在宅医療・介護連携推進会議等と必要に応じて連携が取れる体制を取っています。



● 坂戸市

- 坂戸市では、地域ケア個別会議（自立支援型地域ケア会議）、圏域単位の地域ケア会議、地域ケア推進会議の3つの地域ケア会議を設置しています。
- 地域ケア個別会議（自立支援型地域ケア会議）、圏域単位の地域ケア会議の結果、地域課題と思われるものや地域で困っていることをテーマとして取り上げ、年3回、地域ケア推進会議を行っています。
- 地域ケア推進会議は、各回のテーマに応じたゲストを呼び、情報共有や議論を行います。介護者支援をテーマとした回では、その後、介護者サロンを企画したい方向けの研修会実施に至るなど、事業化にも結びついています。

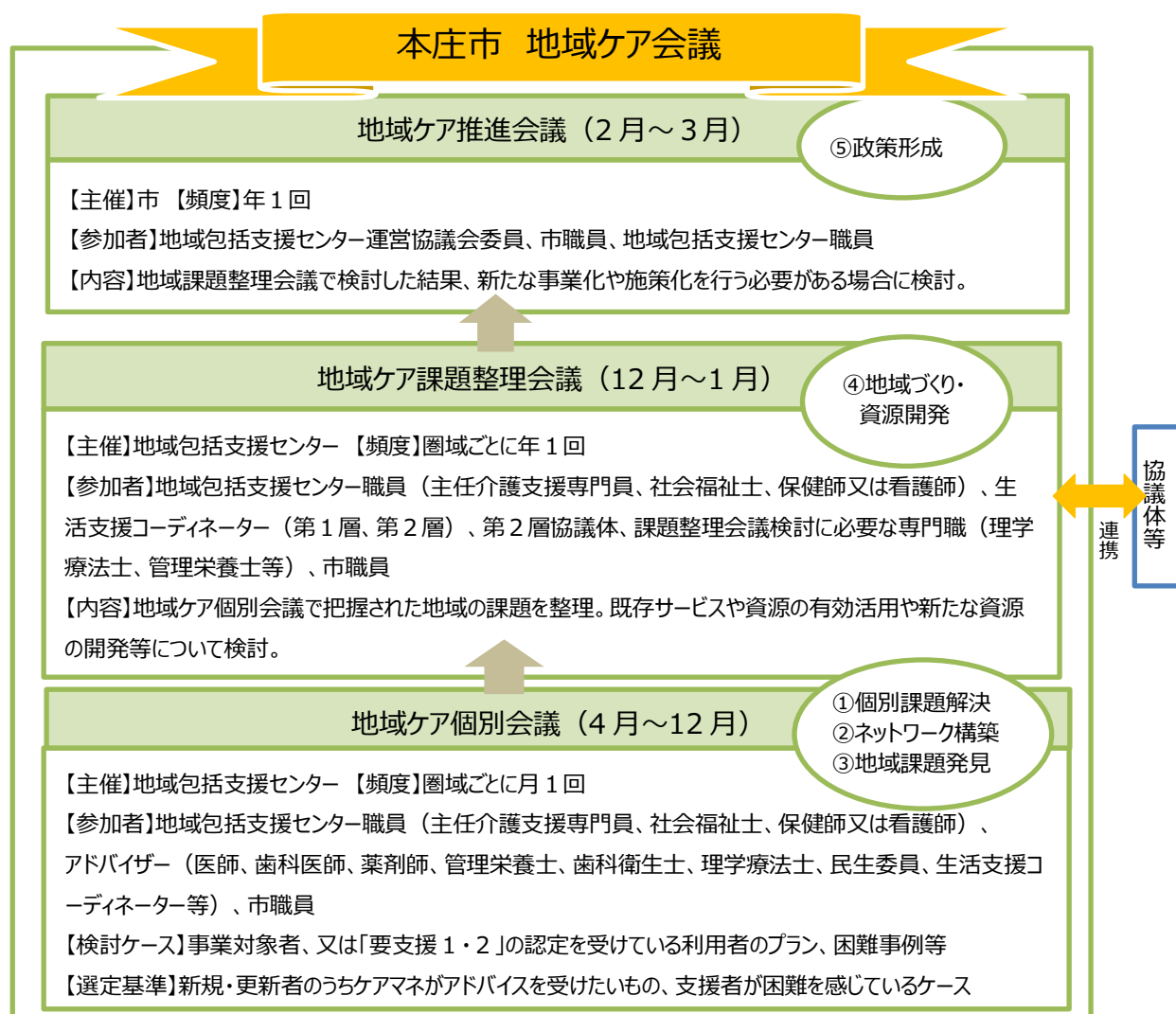


● 本庄市

- 本庄市では、地域ケア個別会議、地域ケア課題整理会議、地域ケア推進会議の3つの地域ケア会議を設置しています。
- 地域ケア個別会議で抽出された地域課題を、各地域包括支援センター主催の地域ケア課題整理会議で検討。検討結果について市が集約、以下の4つに整理しています。

- ①すでに介護保険事業計画に位置付けられており、今後対応していくもの
- ②次期介護保険事業計画に盛り込むことを検討するもの
- ③現段階で検討するのではなく、他の取組が進んだ後それでも課題がある場合に検討するもの
- ④今後の検討として他課に情報提供する必要があるもの

- その後、その結果や対応状況を地域課題整理会議にフィードバックし、②に分類されたものについては地域ケア推進会議に意見を諮り、政策形成につなげています。



第3章

地域ケア会議を実施する前に準備したいこと

この章では、自立支援型地域ケア会議（地域ケア個別会議）を始める前に準備することについて説明します。この章に出てくる「コーディネーター」とは、会議の司会者のことを指します。

(1) 会議で目指すことの確認

● 目的の共有

- 会議の目的の共有は、会議の準備段階で一番重要なことです。
- 「何のために」という考え方の共有が出来ていないと、後に会議が進めにくくなります。

● 会議で目指すこと（個別課題解決の視点）

- 個別事例の検討において目指すことは、「サービスを利用することで生活が成り立っている人の支援を取り上げること」や、「単なる個人の要介護度の改善」ではありません。本人のしたいことや楽しみを実現し、自分らしい暮らしを続けられるようにすることです。
- 高齢者がしたいことの多くは、介護保険サービスを利用することではありません。したいことは、これまで続けてきた「社会の中の普通の暮らし」にあります。会議では、したいことを叶えるための具体策を、多職種の幅広い視点で検討します。
- 例えば、生活機能の低下が見られる人に対しては、一時的に介護保険サービスを使って生活機能を高めるような支援は必要です。しかし、支援の結果、介護保険サービスのみをその人の社会にしてしまえば意味がありません。会議では、サービス利用の目的を果たしたら、次の場所に橋渡しをするような資源のコーディネートも必要です。

● 会議で目指すこと（長期的目標・地域づくりの視点）

- 自立を阻害している要因が、環境にあるようならば地域課題として検討し、解決を目指します。
- また、関係者のスキルや、市町村全体のケアマネジメント力、多様なサービスの提供力の向上を通して、高齢になっても住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けられる地域社会の実現を目指します。
- 目指す地域像は市町村によって異なります。
- 住民含む関係者全体で、目指す姿を共有することが大切です。

(2) 実施の合意形成

- 地域ケア会議は様々な関係者の協力なしにはできません。会議を始めるにあたって、まずは関係者に会議へ協力してもらうための土壌づくりが必要です。
- 実施の合意形成には、会議の目的や会議で目指す姿について、じっくりと丁寧に時間をかけて説明することが必要です。今までと違うことや、新たなことを求められる場合には、抵抗感を持つ人もいます。
- 仮に、「〇月〇日から、自立支援型地域ケア会議を始めます。地域包括支援センターは要支援者の事例を順番に出してください。様式はこれを使ってください。〇月〇日までに提出してください」と、事務的に伝えたとしたらどうでしょうか。
- 「私たちの町の地域ケア会議を一緒に作っていきましょう」と関係者に思ってもらうためには、「準備会議で情報提供」、「助言者の選定」、「庁内関係課へ説明」、「地域包括支援センターへ説明」、「事例を出してもらうケアマネジャーや介護サービス事業者へ説明」などのプロセスを通じ、様々な関係者の合意を得て始めたものでなければ、「私たちの…」とはならないでしょう。

- 参考に、県総合支援チームで支援した A 市の例をご紹介します。約 1 年間にわたる支援を通じ、関係者間での合意形成を目指しました。

地域ケア個別会議等 立ち上げ支援の例			
	テーマ	対象	お伝えするポイント
①	自立支援型地域ケア会議についての説明会・意見交換	市・包括職員	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議について「そもそも」と「目指すこと」を共有。 ・自分たちが中心になり、地域ケア個別会議や地域ケア推進会議を運営することを理解。アイデア交換。 ・会議の積み重ねにより、圏域内の自立支援型ケアマネジメントの普及啓発をすすめることを理解。 ・参加者、個々の役割、自立支援の考え方、帳票について理解。
②	自立支援型地域ケア会議についての説明会・意見交換	ケアマネジャー 介護保険事業者	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議について「そもそも」と「目指すこと」を共有。 ・自分たちが一緒になり、自立支援型地域ケア会議を作り上げていく事を理解。アイデア交換。 ・参加者、個々の役割、自立支援の考え方、帳票について理解。
③	打合せ	市・包括職員 助言者	<ul style="list-style-type: none"> ・市、包括、県、アドバイザー（県・市）による打合せ ・①、②の到達具合や反応に基づき、以下の予定・進行等を調整
④	研修・模擬会議	市・包括職員 ケアマネジャー 介護保険事業者 助言者（傍聴？）	<ul style="list-style-type: none"> ・ミニレクチャー：自立支援に資するケアマネジメントを再考 ・演習 1：ケア会議帳票類を読んで、気になることチェック（個人） ・演習 2：気になることをグループワークで整理（二人） ・演習 3：事例の分析→支援の方向性（優先順位）→個人因子・環境因 ・演習 4：サンプルプランの気になるところ：グループでプランの精査 ・演習 5：助言するとしたら（個人課題） ・上記を通して、自立支援の視点や考え方、目指すことを共有。
⑤ ～ ⑩	ケア会議 1～6	市・包括職員 ケアマネジャー 介護保険事業者 助言者（傍聴）	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援 実事例に基づく、地域ケア個別会議 2～3例＋振り返り ・6回（半年）程度のフォロー（総合支援チーム） ・以降は、市・包括・助言者チームおよび地区担当の地域ケアサポートセンターの協力体制で進めながら、成熟・深化を目指す。
	介護保険事業者向け研修	市町村内事業所 居宅・サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援型ケアマネジメント、アセスメント、プログラム提供のあり方についてともに学び、日々の業務に反映。
	地域ケア推進会議	市・包括職員 助言者 等	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア推進会議開催時、要望により支援 ・生活支援はしめ各事業との連動

(3) 会議の参加者と役割

- 会議の参加者は、検討したい事例の背景や、事例提供者が相談したい内容などにより組み合わせます。
- 主な参加者は、事例提供者（地域包括支援センター職員や居宅介護支援事業所のケアマネジャー、介護サービス事業者）、保健医療関係者（専門職助言者）、そして、コーディネーターです。

- それぞれの役割は下の図のとおりです。

ケア会議中の参加者の役割

- 司会者：時間内でのディスカッションを進行・統括等コーディネート
- ケアマネジャー：事例・プランの内容、検討したい事について要点を説明
- 介護サービス事業者：評価、今後の支援方針に基づくサービス内容を説明
- 地域包括支援センター職員：ケアプランの内容や、地域資源について助言
- 専門職：自立支援の視点で、予後予測（評価）に基づき、プランの内容、介護サービス事業者でのサービス内容に、具体的提案や情報を提供
 - － 健康管理面（医学的管理・再発予防）、栄養面（食事内容や摂取できているか）、社会活動面、運動や活動面（生活習慣）等からみた、生活全般に関する改善・維持のヒント
 - － 本人のしたいこと、健康に暮らすをかなえるヒント
 - － コミュニケーションや関係性へのヒント
 - － 口腔・摂食嚥下機能から全身状態へのヒント
 - － できない理由の精査と改善の方法と内容と量の提示 など

全員に共通：ケアマネジャー・介護サービス事業者が、本人や家族へ提案がしやすくなる。事例で気づいた地域の課題を共有し、必要な検討へつなげる。

- その他、生活支援コーディネーターや社会福祉協議会、在宅医療連携拠点、在宅歯科医療推進窓口地域拠点、行政の各担当（介護認定・給付の担当者や事例に応じて、年金、障害福祉、生活保護の担当者など）、民生委員や住民組織の代表などが参加している例もあります。

- 会議の主催者である市町村や地域包括支援センター内でも、コーディネーターを担当する職員が会議中、司会・進行に集中できるように下記のように役割を決めておくとよいでしょう。

- 書記：会議の記録を整理します。
 - ◇ 会議後に議事録を作成するために、会話の内容を書きとめ、整理する
 - ◇ ホワイトボードなどを活用し、論点を共有するために、助言の内容やコーディネーターの整理したポイントを、言葉や図で示します。
- タイムキーパー：会議の時間管理をします。
 - ◇ 各発言者の持ち時間を事前に確認します。コーディネーターの隣に座り、時間を伝えると、コーディネーターの助けになります。
 - ◇ 「どんな事例に、どの位時間が必要だったか」を残しておくと、後に会議の進行を考える際のヒントになったり、会議の習熟を測ったりする際の参考になります。
- 受付・案内：遅れてくる・途中退出する人への対応、資料の配布や返却対応、会場案内などをします。
- その他の補助：空調やマイク、照明など、会議の環境を調整します。
- その他の事務手続き：日程・会場等調整、開催通知、事例や資料の取りまとめ、参加者調整、打合せなどの準備をします。

コーディネーターの 視点・配慮

- ☞ 市町村職員と地域包括支援センター職員とで役割を分担し、両者が経験すると、標準化しやすいでしょう。
- ☞ 議事録は、事例提供者との振り返りの材料になります。
- ☞ 会議の結果を誰に伝えるかは重要です。会議に参加していないケアマネジャーや介護サービス事業者に、会議で生まれた共通認識などの成果物を届けられます。
- ☞ 時間で、チャイムや音楽をならすなどの工夫により、柔らかい雰囲気になります。
- ☞ 時間設定が適切かを関係者で確認することも必要です。

(4) 資料・言葉の共有

● 資料

- 個人の目標や現状にもよりますが、以下のような情報があれば、議論が深まりやすくなります。

地域ケア会議に持ち寄りたい情報

- 事例提供者：事例を取り上げた理由・聞きたいこと
- ご本人のしたいこと、家族の望むこと
- 基本情報：家族・疾病・経過・利用サービス・社会とのつながり
- 基本チェックリスト+追加項目：生活状況、虚弱状況のサイン、運動、生活、社会活動、健康、栄養、口腔機能
- 介護予防メニューリスク確認：主治医からの情報、栄養・食の支援、口腔機能の向上の際の確認事項
- 介護予防メニューアセスメント：運動機能向上、口腔機能向上、栄養・食の支援、利用開始からの変化、生活機能向上の可能性を探る
- お薬手帳・検査データ
- ケアマネジャーによるアセスメント・プラン
- サービス提供事業所によるアセスメント・プラン
- 興味関心チェックシート
- 生活機能の評価：現状と未来を比較し可能性を検討
- その他

会議の成長に
合わせ、帳票類や
会議の進行も深化

※事業対象者や要支援者を検討する場合

- 資料や情報がある程度統一することで、会話や検討が成立しやすくなります。

● 言葉

- 助言者には「できるだけ専門用語は使わない」ことが求められます。「わかりやすい言葉」で会議に参加するチームメンバーが共通した認識を持てるよう意識しましょう。
- また、会議の時間は限られています。「大事なことを、手短かに言う」ことも意識しましょう。

(5) 参加者へのお願い

- 地域ケア会議には、住民の安心・安全と QOL の向上を支える役割があります。
- 参加者全員が会議の位置づけや自らの役割を認識し、ともに学び、会議を育てていけるよう、主催者から参加者へ伝えるべきポイントは以下のとおりです。
 - 会議を正しく理解すること
 - 会議参加のルール（役割を果たす・運営に協力する）
 - 具体的提案をすること
 - 参加者全ての学びの場であること
 - 事例提供しない会議にも、可能なら傍聴して学びを得ること
 - 会議での学びを、当てはめられる他の事例で活かすこと
 - 会議に参加しない人にも、会議の目的や機能を伝えること
 - 会議の経験を積みながら、一緒に会議を育てていくこと

コーディネーターの 視点・配慮

- 参加者に対し気を使いすぎ、改善してほしい点などを伝えないことはよくないでしょう。
- 参加者へのお願いは、会議の成長に合わせ修正しつつ、毎回会議の冒頭で確認してもよいでしょう。

(6) 経験者の声

コーディネーターが会議にあたりどのような準備をしているか、市町村や地域包括支援センターにより方法は様々です。初めてコーディネーターを経験する方は、以下に紹介する対応例を参考にしてみてください。

● 役割分担や協力体制について

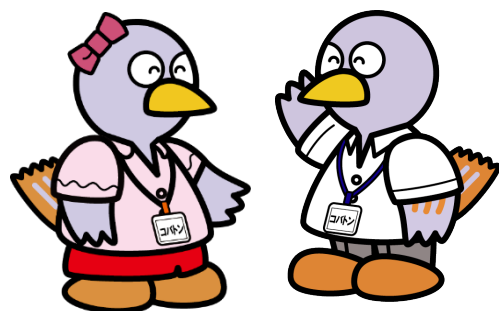
- 司会、書記を担当制にし、包括職員全員で分担している。司会が事例提供者や人材バンク、事前打ち合わせの日程調整を担当する。書記は会議開催後の報告書を作成し、事例提供者や参加した専門職への配布をしている。
- 書記担当の職員が、事例提出者のアセスメント等の確認を行っている。
- 事前にケース概要を読み込み、地域包括支援センター内で意見交換をし、意見が出づらかった場合、発言する役割を置いている。
- コーディネーターは4人の職員が交代で行う。コーディネーターを担当する職員がその回の事例提供者との連絡や資料印刷を行う。
- 事例提供事業所の選定は主任介護支援専門員が行うが、地域課題に即した事例を検討する際は、地域包括支援センター所長及び専門職が選定する。提供された事例の精査（①ケースの全体像をつかむための質問事項、②提供者が望む検討事項の明確化に向けた質問事項、③管内介護支援専門員によるグループワーク[※]の課題設定）を地域包括支援センター所長及び専門職が行っている。 ※地域ケア会議内でグループワークを実施
- 司会者のフォロー役(コーディネーターの気づかない質問等をフォロー)、書記(全体的なまとめ、ホワイトボードにポイントを記入)を置いている。
- 課内の会議参加予定者で、情報の確認、支援方針や地域資源、意見等の打合せを行っている。

● 会議資料の事前読み込み（事例のポイント抽出や優先順位）について

- 改善可能な生活活動、それを阻害する要因はなにかを意識して読み込む。事例提供者が課題としてあげてきた部分に関連することを優先して読み込む。
- 対象者がどんな人で、どんな生活を望んでいるのか、短期的に解決できるものか、長期的に整えていくものかということをポイントに、優先順位をつけている。
- コーディネーターが抽出する利用者の課題とケアマネジャーが課題として出した内容に相違がないか、ケアマネジャーの情報収集不足はないか、インフォーマルも含めてサービスの不足はないかを確認している。
- 興味・関心チェックシート、情報等からケースのいきいきポイントが活かされたプラン・支援内容等であるか、目標（1日・1年等）が適切であり、それがクリアできる計画となっているか、家族、地域の視点が入っているか。
- ①事例提供事由と課題の相違点、②対象者、家族、介護支援専門員の「想い」、③想いと事例提供者の課題の一致、④対象者の全体像の仮説、⑤介護支援専門員が抜けがちな視点である口腔と栄養。
- （ポイント）アセスメントに必要な情報が得られているか。（優先順位）自立に向けて解決できそうな課題を優先して検討する。また、事例提供者が助言をもらいたい内容にも配慮する。
- 一部介助で改善の高い可能性があるところに着目し、本人が少し先の未来にどうなりたいかを目標に出来るよう整理する。専門職に何を聞きたいかを明確にする。
- 自立を阻害している要因、各要因の関連性。優先順位は、ケアマネジャー自身が行き詰まっていることを最重要課題としている。
- 本人のできること・強みの活用方法、親族や支援者の関わりについて、適切な支援になっているのか。本人や支援者の力を引き出すことができているのか。医療・治療等の必要度、本人の意欲(したいことやできること)を引き出し、どのように生活意欲等の向上につなげていくか。

● 事例提供者等との事前打ち合わせについて

- 提出資料を確認しながら、利用者の状況や課題、その背景や原因を確認し、ケアマネジャーが支援する上で課題に感じることを聴取している。そして、ケアマネジャーとして専門職に聞きたいことを聴取する。
- 事例提供者とは、どのような方を検討するか等も含め直接事業所に出向きお話を伺うようにしている。またそれらをまとめた内容を、会議当日に担当包括職員と事例提供者で事前に集まり打ち合わせをしている。
- 事例提供者については、発表依頼の意図を伝え日ごろの支援で気になっていることやポイントと思われることを把握しておく。助言者については、当日に事例発表のポイントを伝えている。
- 事例提供者とは事前打ち合わせを必ず行っている。基本的には、開催日の約2週前に、包括職員と事例提供者で集まり、事例の読み込み、検討課題の整理、不足する情報の確認等をしている。専門職には必要に応じて、個別にアドバイスが欲しい点を事前に相談することもある。
- 地域ケア会議開催2週間前に事例提供者と包括職員全員（6名）で行う。利用者基本情報、アセスメントシートを事例提供者に用意してもらい、検討する。
- 事例提供者には、事前に対象者について話を聞いている。様式ではわからない、話しぶりやイメージを聞くようにしている。



第4章

地域ケア会議の実施中に大切にしたいこと

この章では、自立支援型地域ケア会議（地域ケア個別会議）のコーディネーターとして、会議の実施中に大切にしたいことを説明します。この章に出てくる「コーディネーター」とは、会議の司会者のことを指します。

(1) 会議の流れと進行ポイント

会議の流れと進行ポイントについて、事例検討前、事例検討、事例検討後の3つに分けて説明します。

● 事例検討前（会議の準備や説明） ※開始前および会議冒頭 10分以内

流れ	ポイント
参加者を迎える	<ul style="list-style-type: none">➤ 参加への感謝を示す➤ 事例提供者が会議に臨みやすいようにサポート➤ 世間話などで話しやすいムードをつくる
開始の挨拶	<ul style="list-style-type: none">➤ 参加への感謝を示す➤ 主催者の自己紹介➤ 参加者の欠席・遅参などがあれば報告
参加者自己紹介	<ul style="list-style-type: none">➤ 簡潔に
会議の目的を確認	<ul style="list-style-type: none">➤ 参加者が同じ方向性で会議に臨めるよう、会議の目的を明確に説明
全体の流れを説明	<ul style="list-style-type: none">➤ 会議の大まかな流れ（P.28）と各パートの目安時間、終了予定時刻を示す
個人情報保護の確認	<ul style="list-style-type: none">➤ 個人情報の守秘義務について説明➤ 個人情報保護の観点から回収する資料について確認

- 個別事例の検討前の短時間ですが、この時間の雰囲気、事例検討の時間に影響します。
- 初めて事例提供者になる方もいます。事例提供者のスキルに合わせた進行も意識できるとよいでしょう。

● **事例の検討**（会義の習熟度にもよるが、概ね 1 例 30 分～40 分程度）

流れ	ポイント
事例提供者紹介 （1 分程度）	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ケアマネジャー、介護サービス事業者を紹介 ➤ 事例を取りあげた理由の確認
プラン作成者から 概要説明 （4 分程度）	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 基本情報や、暮らしぶり、解決したい課題などを踏まえ、現在の生活機能・状況に至った原因（個人的・環境的）を簡潔に説明 ➤ モニタリング事例の場合：前回の支援計画の結果、目標の達成度、未達成の場合はその原因などの考察結果
事業者から概要説明 （4 分程度）	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護サービス事業者から、提供内容、事業所での様子、利用後の本人の変化、今後の支援方針などを簡潔に説明
全参加者から 質問や助言 （スタイル 1：40 分） （スタイル 2：30 分）	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 本人・支援者の思いなどが、資料や説明から十分に読み取れない場合は確認 ➤ コーディネーターは、質問・助言の順に進めつつ、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などについて、キーワードを端的に言語化してまとめながら進める。 ➤ 助言と今後の目標や支援内容を最後にまとめる。参加者の理解に齟齬がないよう確認。 ➤ スタイル 1（会議の進行に慣れていない段階） <ul style="list-style-type: none"> ・ コーディネーターが、概要説明のポイントを踏まえ、包括職員や助言者に順に質問・助言を求める。 ➤ スタイル 2（会議の進行に慣れた段階） <ul style="list-style-type: none"> ・ 参加者は挙手した上で発言 ・ 事例のポイントが網羅されているか、コーディネーターが確認。不足している場合は、適宜助言を求める。
まとめ （1 分程度）	<ul style="list-style-type: none"> ➤ モニタリング会議等（概ね 3 か月～6 か月後）までの支援方針、支援内容等を確認。 ➤ ケアマネジャーや事業者等が、当面行う必要があること（例えば、主治医への確認、専門医の受診、追加のアセスメント、本人・家族からの情報収集など）について確認する。

- 助言する参加者が多くなると助言の多様性は増しますが、一方で、コーディネーターが議論をコントロール出来ないと、時間が長くなってしまいます。会議スキルの成長に合わせて、スタイルを見直しましょう。

● **事例検討後**（次回会議の確認、地域課題の共有、事務連絡など）

流れ	ポイント
コーディネーターから	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 事例全体から得た地域課題や気づきの共有 ➤ 参加者の学びに役立つ資料などを共有する場合はその案内
会議主催者から	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 会議参加への謝辞・会議の成果とねぎらいの言葉 ➤ 資料の回収などについて再度アナウンス ➤ その他事務連絡

- 参加者が交流できるよう、会議終了後に少し時間を取っておくと、顔の見える関係づくりとしても効果的です。笑顔で終わるようにしたいものです。

(2) 実際に出てくる事例

- 要支援者を中心として検討する会議の場合、以下の様なケースがよく見られました。

要支援者・よく見られる例	
<p>① 運動器の機能低下による虚弱</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 疲れや軽い痛みがあって… ・ 不活動な生活パターンで… ・ 転倒の不安があって… 	<p>応援ポイントの例</p> <ul style="list-style-type: none"> 運動や栄養の知識 生活習慣 活動量のコントロール 社会活動への参加
<p>② 医学的管理・健康管理が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病による痛みが強い… ・ 病気闘病による虚弱… ・ 脳血管疾患の再発予防が必要なのに… ・ 糖尿病、高血圧、高脂血症、肥満、腎臓病… ・ 進行や悪化が予測される疾病がある… 	<p>主治医との情報共有</p> <ul style="list-style-type: none"> 治療と経過観察の方法 運動や栄養の知識 疾病の予後 生活習慣 活動量のコントロール 医学的管理への合意
<p>③ 認知症・多問題・世帯支援など</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族含む合意形成が難しくて… ・ ご本人以外への応援も必要（生活基盤等）… ・ 多制度・多課にわたる支援が必要で… 	<p>世帯支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 制度横断的支援 経済・家庭内課題の解決へ支援 制度専門家の助言 困難な合意形成支援等
<p>①は、介護予防・生活支援・生きがい活動での支援も検討 ②は、在宅医療・歯科・かかりつけ薬局等との連携実施 ③は、世帯継続可能性や権利擁護も含み、多課・多機関との連携で総合的に支援</p>	

①運動器の機能低下を理由に、虚弱になった例

- 体力の低下により疲れやすい、痛い場所が気になるなどして、不活発な生活パターンになってしまう人がいます。
- また、過去に転倒の経験があると恐怖心や、周囲の人からの行動抑制により、役割を失い不活発になってしまう人もいます。
- このような人には、運動や栄養に関する知識を補い、生活習慣や活動量の改善を提示しましょう。
- 活動場所を本人が選べたり、自宅内や外に役割を持てるような方法で支援すると改善することが考えられます。

②医学的管理・健康管理が必要で、徐々に虚弱になった例

- 疾病による痛みや体調不良、安静にすることによって行動に制限が生じ、徐々に虚弱になる人がいます。
- 糖尿病や高血圧、心臓病、高脂血症、過度の肥満、腎臓病など基礎疾患のある人は、要介護リスクが高く、医学的管理が必要にもかかわらず、出来ていない人も多く見受けられます。
- このような人は、主治医からの情報（治療と経過観察の方法など）が、大変役立ちます。医学的管理の必要性をわかっていながらできない方もいますので、合意形成の方法についても、経験豊かな助言者からアドバイスがあるとよいでしょう。
- 医療系の知識も必要となりますので、かかりつけ医、在宅医療連携拠点や在宅歯科医療推進窓口、かかりつけ薬局や健康サポート薬局などに、相談できる流れがわかると事例提供者にとって役立ちます。

コーディネーターの 視点・配慮

- ☞ 一週間のスケジュールを行動的にできると、元気になれる場合が多いです。
- ☞ 興味関心チェックシートなどで、ご本人のしたいことの確認と、目標設定への反映がポイントです。
- ☞ 痛みや体調不良は何かしら原因があります。体や心に病気がある場合も予測されます。
- ☞ 専門職に相談できる方法を、ケアマネジャー・サービス提供事業者と共有しましょう。
- ☞ 県内には、完全非公開型医療介護専用 SNS「メディカルケーステーション（MCS）」がありますから、関係者で情報共有の手段として活用できるようにしてもよいでしょう。

③ 認知症支援や世帯支援が必要で、徐々に虚弱になった例

- 認知症など、理解や合意形成が難しくなる症状が本人にあたり、同様の症状のある家族を介護している中で、徐々に虚弱になる人がいます。
- 様々な理由（経済困窮、ネグレクト、8050問題、近隣世帯とのトラブル、家族介護など）により、生活基盤が整わず、健康管理や食事・運動などがままならなくなっている状況の方もいます。
- さらに世帯支援が必要な方の中には、家庭崩壊の可能性がある場合や権利擁護が必要など、緊急度の高い方も見受けられます。
- このような方は、多制度・多機関による横断的支援が必要です。また、問題が表面化しにくいいため、早期の対応が遅れる場合もあります。様々な制度の専門家の支援が必要です。

コーディネーターの 視点・配慮

☞ 認知症初期集中支援チームや相談の窓口（認知症疾患センターなど）の情報を共有しましょう。

☞ 世帯支援を必要とする事例の検討には、行政担当者と同席してもらうと、その場で情報提供が可能となります。

(3) コーディネーターの役割

🔍 会議をコントロールしながら進行する

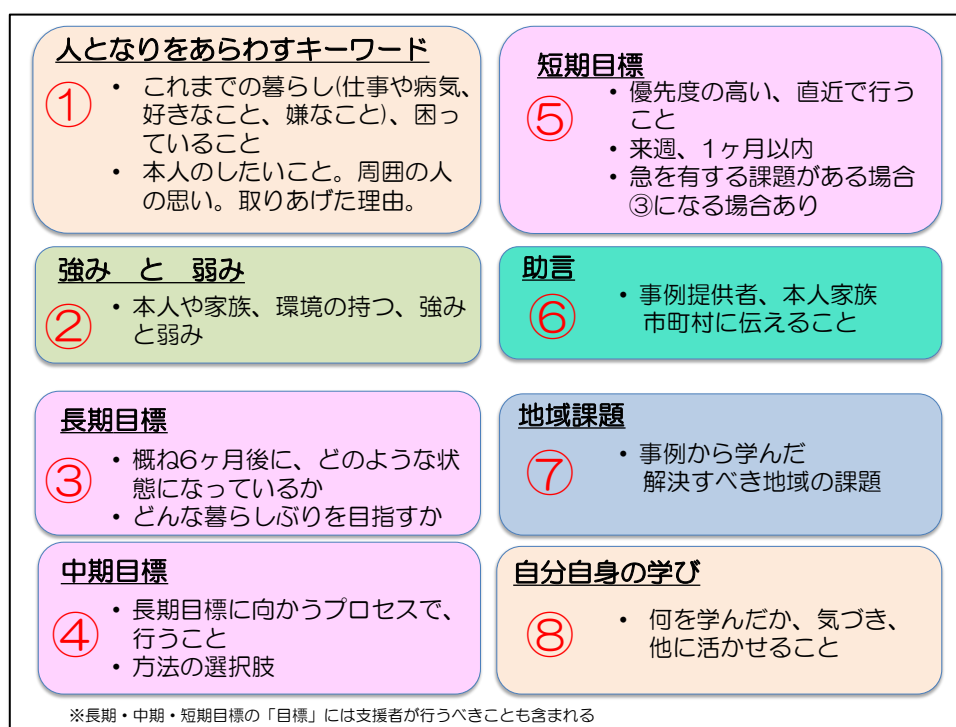
- 会議中のコーディネーターの役割は、議論をコントロールしながら進行することです。
 - 進行のポイントは「①会議の目的を明確にし、検討を促進させる」「②多職種協働であるメリットを活かす」「③情報を整理し、参加者と共有する」の3つです。
 - コーディネーターが、時間や情報の管理も同時に行うのは難しい側面もあります。タイムキーパーや書記の協力を得ながら進めましょう。
- **ポイント① 会議の目的を明確にし、検討を促進させる**
 - 会議目的に沿った検討を行うためには、会議の冒頭で目的を明確に説明するほか、議論が目的から逸れてしまった場合には、改めて目的を参加者に伝え、軌道修正しながら検討を進める必要があります。
 - 議論が進みにくい場合は、事例提供者の思いを汲み取り、必要な議論を活性化させるよう、ふさわしい発言者に話題を振ったり、一定方向に集中した意見が多い場合は、他視点や少数の意見も確認しましょう。
- **ポイント② 多職種協働であるメリットを活かす**
 - 参加のメリットを活かすために、参加者の役割を把握し、その特性に合わせ助言を求めます。そのことで、各専門職の評価の視点や、対応のためのアイデアなどを参加者全体で学ぶことができると、より効果的です。
 - 特に支援方法への助言については、保険サービス以外の多様な地域資源を活用できると、支援の幅が広がります。
 - 専門用語などわかりにくいと思う部分は、発言者に対し、もう一度わかりやすく説明するように求めたり、助言が漠然としているときは、具体的にどうすればいいのかを確認しましょう。
 - 一方通行の会議にならないよう、助言が実現可能なことかどうか事も事例提供者に確認しながら進められるとよいでしょう。

● **ポイント③ 情報を整理し、参加者と共有する**

- 検討の最後には、決定事項の確認（何の目標を達成するために、誰が、いつまでに、何を、どのように行うか）と、支援や対応の状況や結果に関して、モニタリングの方法を確認します。必要に応じて、次回のモニタリング会議の時期などを決めてもよいでしょう。
- また、事例から明らかになった地域課題については、課題をどこで検討していくかなどを確認します。

🔍 コーディネーターの思考の展開

- ケースの検討をすすめる際の、コーディネーターの思考について例示します。



※期間設定は、事業対象者・要支援者を想定しています。

● **ケースのことを深く知る（図中①、②）**

- 事例提供者（ケアマネジャー・介護サービス事業者）の説明や、質問への返答を聞きながら、資料に書かれていることの背景や行間を読み取ります。
- 本人や家族の現状から予測される人となりを整理します。

- 特に重要なのは、本人のしたいこと、周囲の人、事例提供者の思いを把握し、事例提供者が会議に何を求めているかを見定めることです。
- また、得られた情報を整理して、本人や家族、環境（利用中のサービス含む）における、強みと弱みを見定めます。

● 将来と暮らしぶりの予測（図中③）長期目標

- 長期目標は、本人が望むことの実現や、目指す暮らしの状態を決めることです。実現可能な内容で、具体的な姿を設定します。
- 個人と環境について得られた情報から、このままの生活を続けるとどのような変化（改善・悪化）が予測されるかを考えます。
- 本人の合意や協力を得られやすい、また、課題も明確で解決しやすいといった、短期集中的に解決できる人ならば、概ね 3 か月後の暮らしの様子を考えられます。
- 現状の把握から始め、合意形成による本人・家族の参加を作っていく必要があるような、少し時間をかけた支援の場合は、概ね 6 か月後にどのような暮らしぶりを目標とできるかを考えます。

● 長期目標に向かうプロセスを考える（図中④）中期目標

- 目標に向かって、それまでの間にどのような支援ができるかを、逆算的に考えます。その選択肢にどのような方法や地域資源があるかは、地域によって異なります。
- 助言者からは、どんな内容を、どれくらいの頻度や期間行えばよいかなど、解決のための方法・選択肢について、情報を得られるとよいでしょう。

● 将来に向け、まず今行うことを考える（図中⑤）短期目標

- ③④に向け、直近で行うことを考えます。会議の後、来週または 1 か月以内に、誰にどのような内容を伝えるのか、どのように言えば伝わるのかなど、助言者からも応援を引き出しましょう。
- ケースによっては、虐待や生活基盤の課題など、急を要する課題がある場合は、③④よりも、こちらを先に考える場合もあります。

- **助言の整理をする（図中⑥）**

- 助言は様々な方向に向かいます。ケアマネジメント上のこと、サービス提供上のこと、活用できる地域資源のこと、本人や家族への説明すべき内容や伝え方、場合によっては、市町村や包括職員に対する助言も出てくる場合があります。
- コーディネーターは、①から⑥までの思考の結果、なぜその様な助言が出るのかを確認しつつ、また必要な助言が出たかなども考えながら進行する役割があります。

- **ケースから得られたことを考える（図中⑦⑧）**

- 最後に、地域課題、自分自身の学びや今後に活かせることを考えます。
- このような流れや俯瞰的思考に基づき、会議の進行ができると、参加者にどのような発言や役割を求めればよいか明確になります。

🔍 **会議をコーディネートすることで得たい結果**

- コーディネーターが様々な配慮をしながら会議を進行した結果、得られた結果として以下の例があります。
 - **会議の変化**
 - ◇ 事例を出した目的が明確に共有され、支援の方向性が明確になった。
 - ◇ 参加者がそれぞれの役割を果たし、サービス担当者会議以上の支援情報を共有できた。
 - ◇ 事例提供者にとって、本人・家族に説明しやすいような例示が参考になった。
 - ◇ 事例提供者にとって、新たな気付きがあり「事例を出して良かった」と笑顔で言ってくれた。
 - ◇ 介護サービス事業所のプログラムに反映しやすい情報提供があった。
 - ◇ 参加者全員にとって、学びの場である、または楽しいと思える満足感があった。
 - ◇ 自立を支援するという共通認識ができた。

➤ 事例提供者の変化

- ◇ 当事者のしたいことがしっかりと聞き取られ明確になった。
- ◇ 事前のサービス担当者会議で、方針と取組が具体化されるようになった。
- ◇ 将来予測に基づき、生活や健康の悪化因子を提示し、対処方法を考えるようになった。

🔍 会議を通じた学びの意味

- コーディネーターは、会議が傍聴者にとっても得られるものが多い場になるように意識しましょう。
- 傍聴者は、事例を通じた議論から、ケアマネジメントや支援のあり方、同様の生活課題を持つ人に応用できること、専門職の評価の視点、保険サービス以外の活用できる地域の資源など、考え方や視点、具体的方法などを知ることができます。
- 傍聴者がメモを取り、自身の利用者に伝えたいような発言を参加者から引き出すこともコーディネーターの仕事です。
- 短い時間で要点を確実に伝える方法などのプレゼンテーションスキルも、傍聴者にとって参考になります。
- 会議で経験したことを参加者及び傍聴者が持ち帰り、自身の日々の仕事に反映させてこそ、多くの人々の行動変容につながると考えられます。会議を重ね、各市町村で「私たちの町の自立支援」を広めてきましょう。