

『自立支援型地域ケア会議』 ～設置までの検討過程と今後の課題～

函館市地域包括支援センター連絡協議会

主任介護支援専門員部会

【報告者】 函館市地域包括支援センターたかおか

有田 妙子

1. 検討チームを立ち上げ

平成30年度に、市職員と包括職員が、地域ケア会議に関する先進地を視察し、全包括支援センター職員に向けて報告会を実施。

函館市において「自立支援型地域ケア会議」を設置するべく、主任介護支援専門員部会が取り組んでいくことを協議。

令和元年6月、主任介護支援専門員部会内に

函館市地域包括ケア推進課も含めた「ワーキンググループ」を

立ち上げて検討を開始。



2.地域ケア会議とは

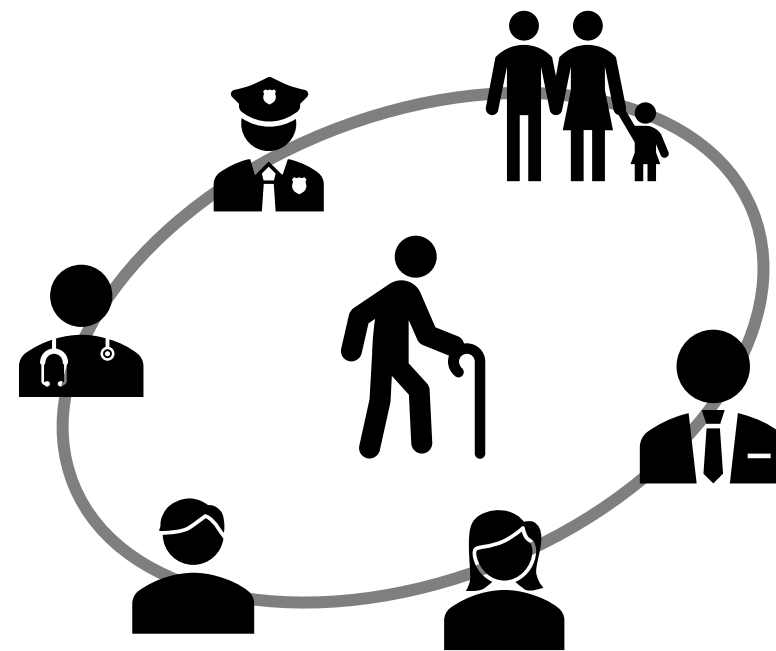
地域住民および民生委員・児童委員などの地域の支援者，介護支援専門員（ケアマネジャー）等の多職種が集まり，個別ケースの支援内容の検討や地域の課題について話し合う会議で，高齢者個人に対する支援の充実とともに，それを支える社会基盤の整備を同時に進める，地域包括ケアシステムを構築していくための手法のひとつ。

○地域包括支援センターが主催する地域ケア会議

- ・ 個別ケースを検討する地域ケア会議
- ・ 地域課題を検討する地域ケア会議

○市が主催する地域ケア会議

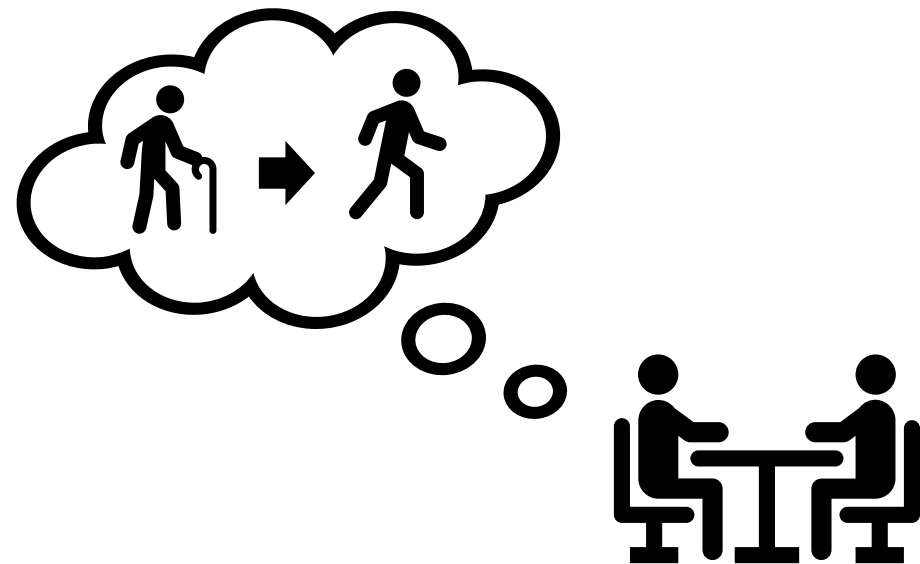
- ・ 地域ケア全体会議
- ・ ケアプラン検討事業



3. 『自立支援型地域ケア会議』の推進

国では、「要支援者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」を目指すため、自立支援型地域ケア会議を推進している。

函館市では、**自立支援・介護予防**の観点から実施する地域ケア会議を地域ケア会議体系に位置付けておらず、「個別ケースを検討する地域ケア会議」の中で一部のセンターが主体的に実施していた。



4. 『自立支援型地域ケア会議』 設置のための検討

① 『自立支援』 『自立』 とは

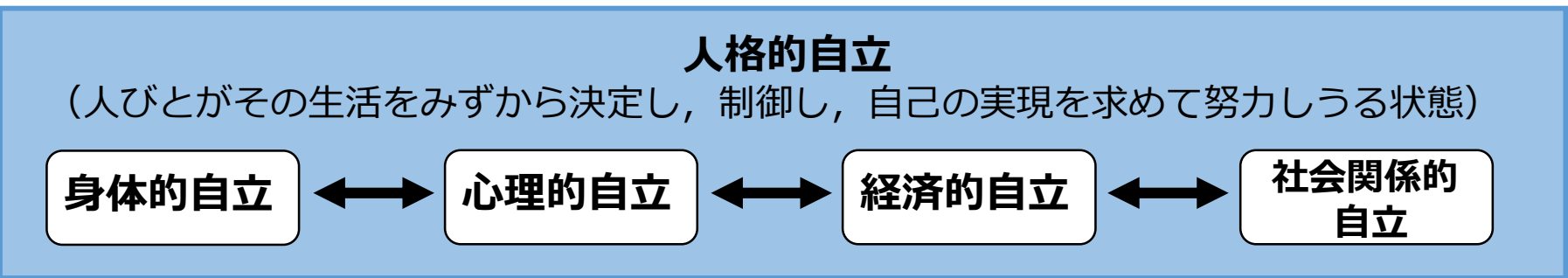
○介護保険法の基本理念

介護保険法 第一章 第一条

「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が 尊厳を保持し、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～ (以下省略)」

= 介護保険制度全体を貫く基本理念。様々な支援の全てにおいて 「自立支援」 が根底にある。

○様々な『自立』の要素・種類



(古川孝順「社会福祉原論」 より)

4. 『自立支援型地域ケア会議』設置のための検討

② 函館市の「個別ケースを検討する地域ケア会議」の現状

○個別ケースの傾向としては「支援困難事例」が多い。

= 自立支援に資するケアマネジメントの支援について検討されることが少ない。

○対象となる個別ケースは、**認知症や精神疾患等**の原因により、「適切な**意思決定**が困難」「**金銭管理**ができない」「**家族や地域の理解**が得にくい」等の問題が浮かび上がることが多い。

= 「身体的自立」に着目して検討されることが少ない。

○困難事例を検討することが多く、連携先（参加者）としては、行政担当課や警察、病院関係者、地域支援者（民生委員や町会役員）が多い。

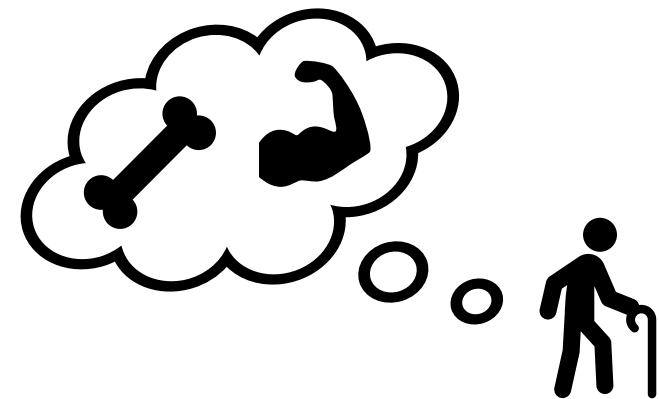
= 「身体的自立」に着目することが少ないため、リハビリ専門職の指導・助言を交えた検討の機会は少ない。

4. 『自立支援型地域ケア会議』設置のための検討

③ケアプランやケアマネジメントの検討機会の現状

- 既存の各種会議や事業があるも、軽度者のケアプラン・ケアマネジメントについて検討する機会が少ない。
- 軽度認定者（要介護2以下）においては、筋・骨格系疾患が多くみられ、足や腰の痛みのため外出を控えている高齢者も多いことから、運動機能の向上に向けた対策を強化する必要がある。

（「第8次函館市福祉計画・第7次函館市介護保険事業計画」より）



5. 『自立支援型地域ケア会議』の設置

【目的】 **介護支援専門員等が、リハビリテーション専門職および栄養士等の専門職と連携し、特に「身体的自立」に着目したケース検討を行うことで、本人や地域の強みを活かした、自立支援に資するケアマネジメントを行うことができることを目的とする。**

【対象事例（ケース）選定基準】

次のすべてに該当する高齢者とする。

- ① 第1号被保険者（65歳以上）
- ② 要介護状態区分等が、要支援1・要支援2または事業対象者の方
- ③ 在宅の高齢者（高齢者向け住宅なども含む）であり、介護保険サービスまたは総合事業サービスの利用者
- ④ 概ね1年以内（最長3年以内）に介護保険サービスまたは総合事業サービスの利用を開始した方
- ⑤ 生活不活発病（廃用性症候群）または将来的になり得ると思われる方、または、骨折等の筋骨格系疾患の方

※ただし、①～⑤の全てに該当しないケースにおいて、担当ケアマネジャーが自立支援や重度化防止の観点を踏まえ、有識者によるケアプランに対する意見やより良い支援体制を形成するための検討等が必要と判断するケースについては対象とすることを検討する。

5. 『自立支援型地域ケア会議』の設置

【会議参加者（多職種）の視点と役割】

●理学療法士

主に基本動作能力（立ち上がり、立位保持など）の回復・改善や維持、悪化の予防の観点から助言を行う。

●作業療法士

主に応対的動作能力（食事、排泄など）、社会的適応力（地域活動への参加など）の回復・維持・悪化の予防の観点から助言を行う。

●管理栄養士

日常生活を営むうえで基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点から助言を行う。



●保健師・看護師

医学的知識を持ったうえで全身状態を把握し、心身面のみならず生活の側面にも配慮し、状態の維持、改善に向け助言を行う。

●主任介護支援専門員

ケアマネジメントの専門職として、利用者本位の自立支援に向けたケアマネジメントプロセスについて確認し助言を行う。

●ケアプラン作成者

他職種からの提案を受け、身体的自立支援や、対象者の課題を再検討できる。

※保健師・看護師、主任介護支援専門員は、包括支援センターの職員が担う。

※リハビリ等専門職は、「函館市地域リハビリテーション活動支援事業」を活用し協力を依頼。

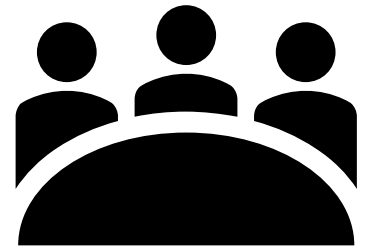
6. 『自立支援型地域ケア会議』の開催

【実施回数】 年6回実施 奇数月の第4木曜日

- 【会議の流れ】
- ①会議の趣旨・注意点等説明・参加者紹介
 - ②対象事例 概要説明
 - ③質疑応答
 - ④課題の整理
 - ⑤助言者からの提案・アドバイス
 - ⑥まとめ
 - ⑦事例提供者からひと言
 - ⑧終了の挨拶

※1回の会議で2事例を検討し、1事例あたり50分程度の時間を要すると想定。

【モニタリング】 会議後、各助言者からの助言内容は、利用者へ提案し、ケアプランにも反映されることで利用者の身体的自立を促すという意図がある。
会議実施の約6か月後、ケアプラン作成者へモニタリングを実施する。



6. 『自立支援型地域ケア会議』の開催

会議検討内容の紹介

<5月開催 事例A様>

女性 81歳 要支援2

転倒し右肩を骨折。リハビリで改善してきているが、掃除・洗濯・調理などの家事や、入浴時の動作に支障がある。デイサービス利用中。

課題

- ①右腕の機能回復のために、自宅でできるリハビリ及びリハビリに繋がる家事動作の習得が必要
- ②調理の一部動作に支障があることで、栄養バランスが崩れやすい傾向にある。



課題に対する主な助言内容（抜粋）

理学療法士：

入浴中は**体が温まることで痛みの緩和**が期待できる。入浴時にできる負担の無い運動についてデイサービスのリハビリ職にアドバイスを頂いてはどうか。また、動作時、**支障のある右手に左手を添えるだけでも安楽・負担軽減**の効果が期待できると考える。

作業療法士：

骨折箇所の可動域の**完全回復は困難**と考える。家事動作全てをリハビリと思うと負担になるので、**一定の家事動作にリハビリ要素**を取り入れてはどうか。例えば、小さい物の洗濯干しやテーブル拭きの動作は比較的容易に負担無く取り組めて効果があると考えます。

保健師：

「興味・関心」を把握している情報より、**文化系の趣味活動に興味**があることがわかる。運動系も大切だが、文化系の活動機会が**地域**にあるのであれば情報提供をし、参加機会を得ることで現在の**前向きさ・意欲の維持**に効果があるのではないかと考える。



6. 『自立支援型地域ケア会議』の開催

会議検討内容の紹介

<7月開催 事例B様>

女性 88歳 要支援2

悪性リンパ腫にて内服治療中。
貧血あり必要時輸血も実施。
1年程前と比べ体重が10kg減。
体力・下肢筋力が低下し外出
機会が減少。両肩腱板損傷
から痛み・手指の痺れあり、
腕は肩より上に上がらない。
デイサービス利用中。

課題

- ①病状，今後の生活への不安
に対する支援が必要。
- ②今行えている家事、生活
動作を維持するための工夫。



課題に対する主な助言内容（抜粋）

理学療法士：

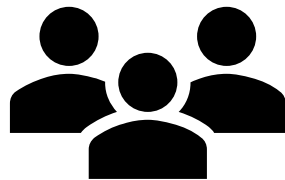
肩腱板損傷の方は**肩の運動が逆効果**になることもある。
背中を丸める・胸を張るといった負担にならない運動を取り
入れてはどうか。

管理栄養士：

十分に食事は摂れていてBMI値も問題は無く、**無理に太ろうと
しなくてもよいのではないか**。貧血予防には**アサリ**が良く、
赤ぶどうのゼリーは鉄分が比較的多いので、おやつを食べられ
る方であれば勧めてみてはどうか。

主任介護支援専門員：

十分に努力され**家庭での役割を果たされている**と感じた。負担
になっている家事があるのであれば、ホームヘルパーを利用
するなどして、**体を休ませる時間**を作ってもいいのではないかと。



7.実施評価と今後の課題

【実施評価】

- 助言者からケアプラン作成者へ、**専門的視点による質疑**が行われることで、ケアプラン作成者の情報収集や分析の不足、新たな視点の**気づきに繋がる**ことがある。
- 専門的視点を有する多職種から、**具体的かつ実行可能な助言**が得られている。
- **リハビリテーション専門職の理解と関心**が高く、「会議を見学したい」との希望があり、複数名の方が見学をした。

7.実施評価と今後の課題

【今後の課題】

計画当初から、運用開始となる令和4年度は、包括職員が直接担当する事例を対象にすることとし会議を開催している。

令和5年度から、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当する事例を対象とする予定。これに向け、令和4年度開催事例のモニタリングの集約と分析を行い、会議の運営や進行内容について評価を行うと共に、**居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーの理解と協力が得られるよう働きかけを行う**ことが重要。

より多くのケアマネジャーが、自立支援に資するケアマネジメントの実践力が向上し、地域住民へ質の高いケアマネジメントが提供されることで、介護予防・重度化防止へと繋がるよう、『自立支援型地域ケア会議』の推進に努めていきます。