

「自立支援会議」  
(介護予防のための地域ケア個別会議)  
長浜市のあゆみ



令和2年7月6日  
「居宅介護支援専門員研修」

長浜市高齢福祉介護課

令和2.4現在

長浜市の高齢者	おおまかな人数	ケアマネジメント担当
介護認定を受けていない高齢者 (一般高齢者)	約26,700人	
事業対象者	約100人	地域包括支援センター → 委託可 ケアマネジャー
要支援1.2認定者	約1,600人	
要介護1～5認定者	約4,700人	ケアマネジャー

# 平成28年度「自立支援会議」

視察 目指すところ	杵築市(平成27年)桑名市(平成28年)に視察 ⇒介護保険サービス(総合事業サービス)から卒業する高齢者を増やすことを目指す				
対象者	新たに総合事業を利用しようとするものすべて(平成28年4月総合事業開始)				
開催頻度	原則:週1回(金曜日) 年間:46回開催				
助言者 (委員数)	理学療法士:1	作業療法士:1	訪問看護師:4	管理栄養士:3	歯科衛生士:4
	主任ケアマネ :4	生活支援コー ディネーター:9	地域包括支援 センター	高齢福祉介護課	
時間及び ケース数	<ul style="list-style-type: none"> <li>1ケース20分を目指すも40分以上かかることもあった</li> <li>1回:5~6ケース(多い時は7ケース)</li> <li>年間:241ケース検討</li> </ul>				
会議資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者基本情報</li> <li>基本チェックリスト</li> <li>課題整理総括表</li> <li>介護予防計画書 (その他:興味関心シート等必要な書類)</li> </ul> ※ 委員への資料事前配布なし				

## 平成28年度の取組み

- 「自立支援会議」での専門職委員による助言指導  
(担当者間で協議を重ねながら)
- ケアマネ事業所への聞き取り訪問調査  
(市内、米原・高島市の事業所48事業所)
- ケアマネ研修会において自立支援会議の機能と状況について説明
- 自立支援会議助言者(委員)対象にアンケート実施
- 地域包括支援センターとの協議

## ケアマネ事業所への聞き取り訪問(平成28年8月～11月実施)

会議の傍聴の有無	
あり:28	なし:20
事例提出の有無	
あり:12	なし:3
会議に参加するにあたり負担となったこと	
資料準備:20	事業者内での協議:2
会議当日の発表:10	会議当日の委員からの質問:14
会場まで時間がかかる:2	専門職が並ぶと威圧感がある:1
会議の必要性	
重要だと思う:1	負担はあるが必要だと思う:7
必要性はわかるが、負担が大きい: 26	必要性を感じない:11
わからない:1	未回答:2

## ケアマネ事業所への聞き取り訪問 <自由記載例>

- リハビリしたいだけなのに、口腔のことを聞かれても・・・
- 1～2回会っただけの利用者には思えない内容を質問される。
- 報酬も少ないのにプランを指導される。
- あまり参考にならない。在宅での苦悩が伝わらない。
- 責められているように感じる。
- 検討時間が20分では少ない。
- 当日の前のケースが遅れ、事業所に迷惑がかかった。
- もっとわかりやすくしてほしい。まとめがほしかった。
- リハや医療的なことが参考になった。
- 栄養や口腔の意見は参考になった。
- ケアマネが責められていると感じる人は、アセスメント出来ていない人なのではないか。

## 専門職委員(助言者)アンケート(平成29年2月実施)(回答者44人)

- 個別ケースの課題解決に対する助言

できた:5

まあまあできた:19

あまりできなかった:19

できなかった:1

- ケアマネへのケアマネジメント支援

できた:5

まあまあできた:19

あまりできなかった:18

できなかった:2

## 専門職委員（助言者）アンケート（平成29年2月実施）（回答者44人）

### <自由記載例>

- 事例提出ケアマネのアセスメントが不十分。
- サービスが必要と思われない利用者については、却下があってもよい。
- 各職種の方と専門的な視点での話ができてよかった。
- 理想と現実のギャップに理解を示さない姿勢での助言は、事例提出者に反感を持たれる。
- 開催途中で形式を検討し変えていったことはよかった。（順番に助言、自立度のイメージ図利用など）
- 資料をしっかりと読み込むことができない。全体に時間が短すぎる。



# 平成29年度「自立支援会議」

対象者	新たに総合事業を利用しようとするもの				
開催頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>原則:週1回(金曜日) 年間:43回開催</li> <li>委員打ち合わせ:年2回</li> </ul>				
助言者 (委員数)	理学療法士:1	作業療法士:1	訪問看護師:4	管理栄養士:3	歯科衛生士:4
	主任ケアマネ :4	生活支援コー ディネーター:9	地域包括支援 センター	高齢福祉介護課	
時間及び ケース数	<ul style="list-style-type: none"> <li>1ケース25分程度</li> <li>1回:5~6ケース</li> <li>年間:213ケース検討</li> </ul>				
会議資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者基本情報</li> <li>基本チェックリスト</li> <li>課題整理総括表</li> <li>介護予防計画書 (その他:興味関心シート等必要な書類)</li> </ul> ※ 委員への資料事前配布なし				

# 平成29年度の取組み

- **専門職委員全員による打ち合わせ、年2回開催開始**

- ・H28年度会議のふりかえり
- ・助言者の役割研修
- ・助言者のアドバイスポイント作成
- ・委員アンケート結果の報告 など

- **地域包括支援センター職員研修会：全職員を対象**

- ・会議の目的、目標の共有
- ・H28年度取り組みの報告

- **委員の助言の順番を、身体的な面から地域に広がるよう順に行うようにする**

- PT⇒OT⇒訪問看護師⇒管理栄養士⇒歯科衛生士⇒主任ケアマネ
- ⇒生活支援コーディネーター⇒地域包括支援センター⇒高齢福祉介護課

- **ケアマネ研修会：自立支援に向けたアセスメントの視点の研修**  
(運動・栄養・口腔)

- **「地域とのつながり」と「生きがい」のレベルを数値化した利用者のステージのイメージ図を会議で使用開始**

集計可能な評価指標の設定をすることで、取り組みの一定の成果と効果を実感でき、担当者間の共通認識、関係者間で共有、協力を得られやすい



## 平成30年度 県・国のアドバイザーから指導を受ける

- 長浜市の「自立支援会議」は国の示している介護予防のための個別ケア会議におおむね沿っている。
- 生活支援コーディネーターとうまく連携できている。
- 会議では、利用者の介護保険サービス卒業を目指すことにとらわれず、「その人のやりたいことを地域で支える」という視点で行うとよい。
- 長浜市は、会議からの地域課題は出せているので次の段階だが、急いで結果を出そうとせず、生活支援コーディネーター等としっかり連携していくことが大切。
- 地域課題について、整理し他機関等へ繋いでいくことが必要。

# 平成30年度 変更点

- 事例提出者に、「本人のしたいこと」を明確に聞くようにし、本人のしたいことを実現させるための助言ができるようにする。
- 会議記録のホワイトボードの項目に「本人のしたいこと」「利用のきっかけ」を追加し、委員の助言を「身体」「栄養」「口腔」「家族」「地域」のカテゴリーに分ける。
- 事例提出者が、目標を達成するため・本人のしたいことをするために、「まず何に取り組むとよいか」がわかる助言やまとめを行うようにする。

# ホワイトボード記録の例

4/20 **F** 77才 女性 **包括** 神照郷里 **ケアマネ** **ステージ** 2C→2B

**事業所** ○○生活支援型ヘルパー  
△△デイケア **評価** H30.10月

**本人のしたいこと**  
・店番を続けたい  
・プランターでの花作り

**身体**  
・円背とパーキンソン病の進行により洗髪が困難になる  
→ 先を見越してリハビリが必要  
・転倒の心配 → 自宅内の環境整備を  
・服薬忘れがあるため1週間を自分でセットしてヘルパーに確認してもらいたい工夫を  
・車の運転 → 除々に車のない生活に慣らしていき運転を止める準備を進める

**口腔**  
・えん下障害が今後心配  
→ 首が固くなるのを緩やかにするリハビリを  
・自歯あるが今後歯みがきがしにくくなる  
→ 電動ブラシの検討  
・呂律が回らなくなればすぐにDHIに相談する

**利用のきっかけ**  
H30.2月に体調悪化  
家族が心配して介護申請

**栄養**  
・BMI17.7  
・食事がおいしく食べられているか確認  
・77才の活用を

**地域**  
・命のいん  
見守り支え合い制度の活用  
・店に来る人との交流を続ける

**家族**  
・病気の進行に伴う対応について家族と相談する

**地域課題**

# 平成30年度「自立支援会議」

対象者	新たに総合事業を利用しようとするもの				
開催頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>原則:週1回(金曜日) 年間:46回開催</li> <li>委員打ち合わせ:年2回</li> </ul>				
助言者 (委員数)	理学療法士:1	作業療法士:1	訪問看護師:4	管理栄養士:3	歯科衛生士:3
	主任ケアマネ :4	生活支援コー ディネーター:9	地域包括支援 センター	高齢福祉介護課	
時間及び ケース数	<ul style="list-style-type: none"> <li>1ケース25分程度</li> <li>1回:5~6ケース</li> <li>年間:228ケース検討</li> </ul>				
会議資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者基本情報</li> <li>基本チェックリスト</li> <li>課題整理総括表</li> <li>介護予防計画書 (その他:興味関心シート等必要な書類)</li> </ul> ※ 委員への資料事前配布なし				

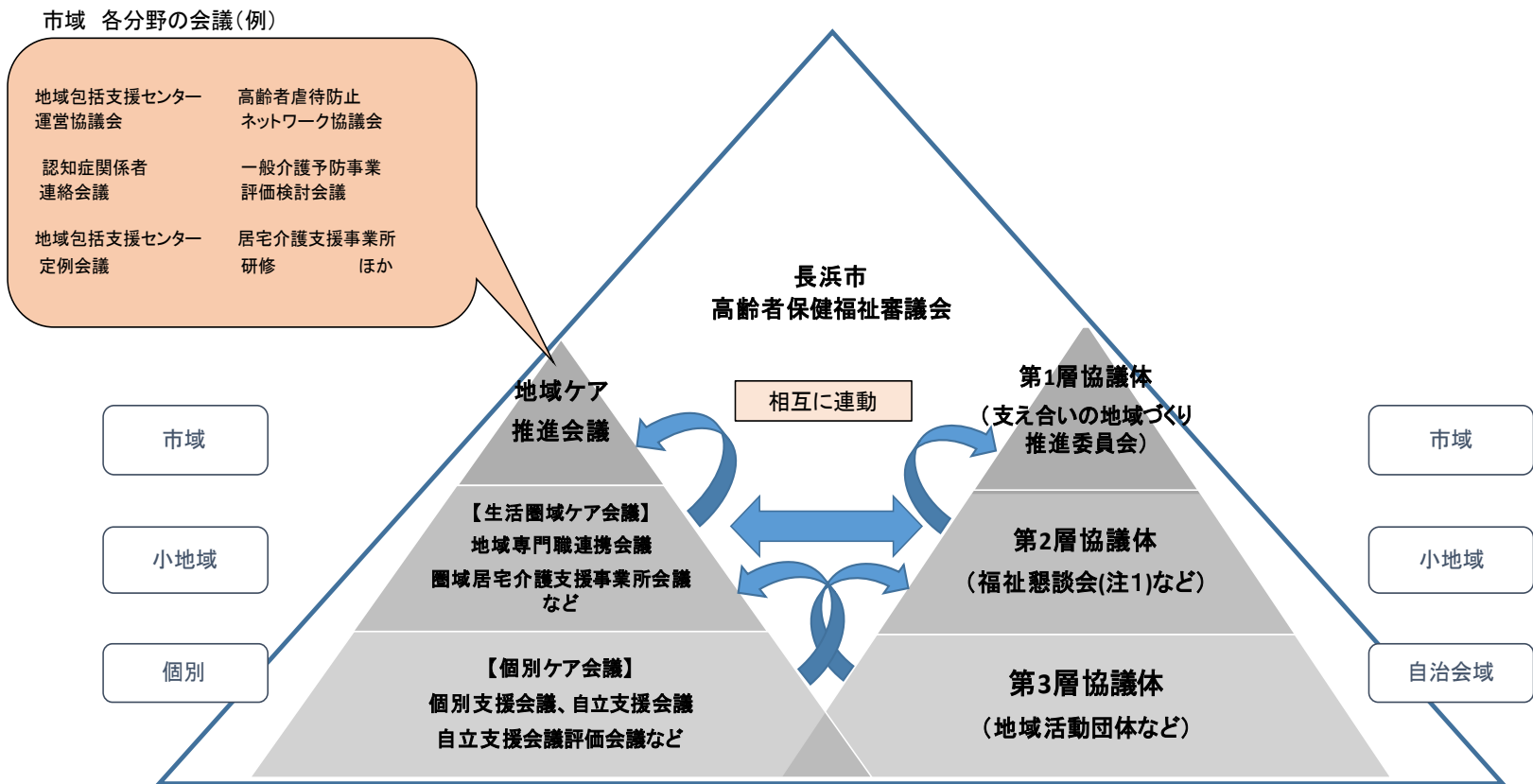
# 令和元年度 変更点

- 委員の助言の順番を固定せず、助言指導型から助言対話型に変えていく。
- 会議後、委員と司会記録でふりかえりの時間を持つ
- 「口腔・栄養アセスメントシート」を作成し活用を促す
- 自立支援会議や他の地域ケア会議であがってきた地域課題を、15圏域の地域専門職連携会議で整理し、他の事業や施策等に繋いでいく。



# ゴールドプランながはま21および地域ケア会議マニュアルから 協議体制との関係図

## 地域における協議体制



**地域ケア会議**  
目的: 地域の特性に応じた地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの実現に向けた手法の一つとして、在宅医療・介護の関係者等の連携により、高齢者個人に対する支援の充実と社会基盤整備をめざす。

**地域における協議体制(注2)**  
目的:(主に)地域の関係者等の連携により、地域特性に応じた生活支援体制の整備をめざす。

注1) 地区社会福祉協議会単位  
注2) 「地域における協議体制」は、地域の多様な組織における取組の総称

# 令和元年度「自立支援会議」

対象者	新たに総合事業を利用しようとするもの				
開催頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>原則:週1回(金曜日) 年間:46回開催予定</li> <li>委員打ち合わせ:年2回開催予定</li> </ul>				
助言者 (委員数)	理学療法士:1	作業療法士:2	訪問看護師:4	管理栄養士:3	歯科衛生士:4
	主任ケアマネ :4	生活支援コー ディネーター:9	地域包括支援 センター	高齢福祉介護課	
時間及び ケース数	<ul style="list-style-type: none"> <li>1ケース25分程度</li> <li>1回:5ケース</li> <li><u>会議後、毎回ふり返りや事例報告の時間を持つ(15分程度)</u></li> </ul>				
会議資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者基本情報</li> <li>基本チェックリスト</li> <li>課題整理総括表</li> <li>介護予防計画書</li> <li>その他:<u>興味関心シート、口腔・栄養・服薬アセスメントシート</u>等必要な書類</li> </ul> <p>※ 委員への資料事前配布なし</p>				

# 令和元年度

## ケアマネジャーへのアンケート調査実施(平成28年⇒令和元年) (単位%)

### 会議の傍聴の有無

あり: 58.3%⇒86.5%

なし: 41.7%⇒12.2%

### 事例提出の有無

あり: 60.4%⇒77.1%

なし: 39.6%⇒23.0%

### 会議に参加するにあたり負担となったこと

資料準備: 41.7%⇒56.1%

事業者内での協議: 4.2%⇒3.5%

会議当日の発表: 20.8%⇒43.9%

会議当日の委員からの質問: 29.2%⇒40.4%

負担はなかった: 0%⇒10.5%

### 会議の必要性

重要だと思う: 2.1%⇒14.9%

必要性は分るが負担が大きい: 68.8%⇒59.5%

必要性を感じない: 22.9%⇒6.8%

わからない: 2.1%⇒14.9%

未回答: 4.2%⇒4.1%

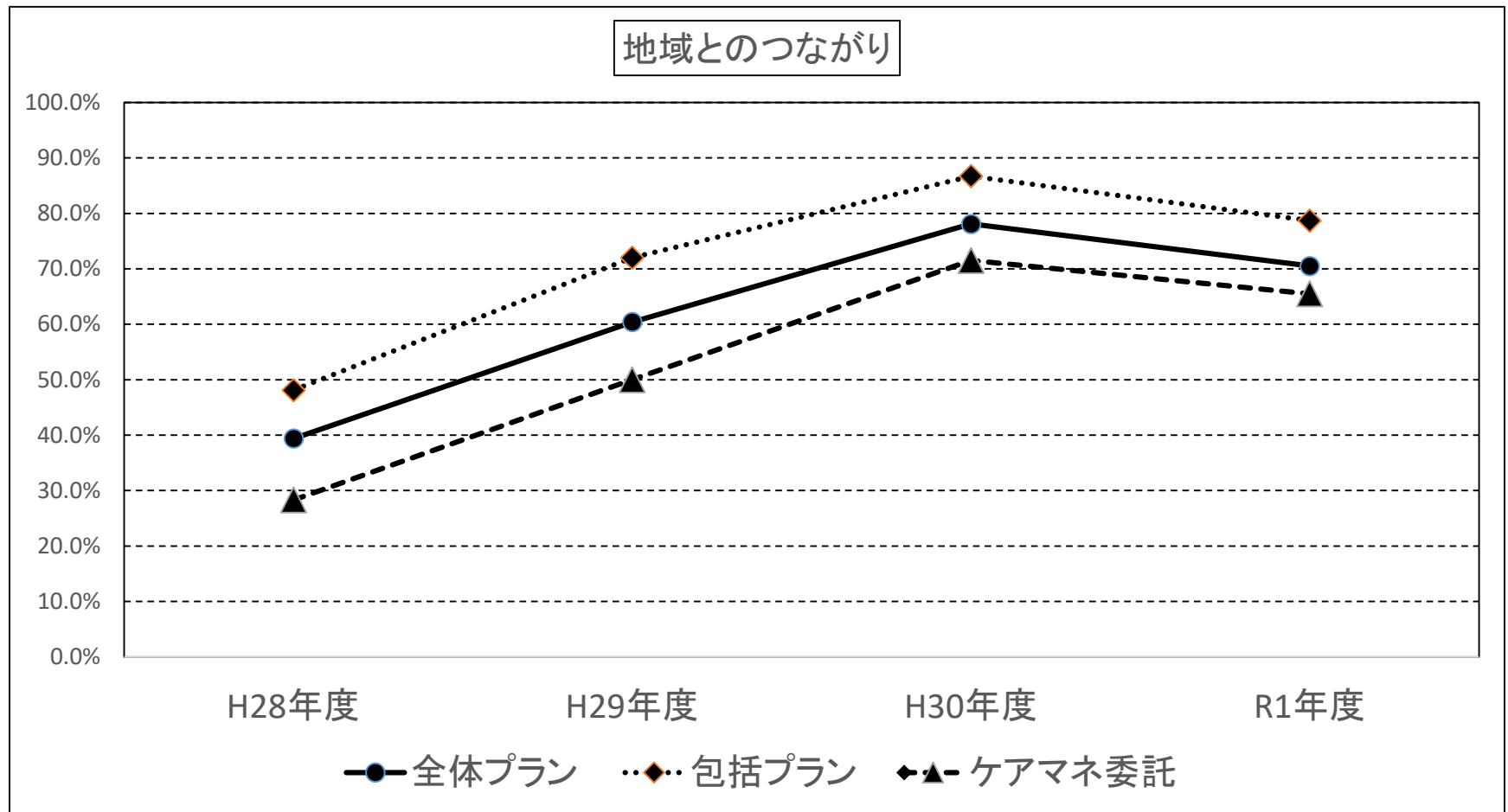
## 令和元年ケアマネアンケート <自由記載例>

- 視点の違う意見をもらって、プランの見直しや次のアセスメントに役立った。
- 趣味や習慣についてもプランに入れることができた。
- サービス事業所と一緒に参加できるのは良いと思う。
- 始まった当初より雰囲気良くなり、話しやすくなった。
- ケースにより・・・(中略)・・・助言どおりは難しいと感じることもある。
- 精神的負担が大きい。資料が多く準備が大変である。
- 義務でするのは意味がない。本当にしたいと思う人だけでよい。
- 対象者を絞ってもう少しじっくり検討できるとよい。
- 初回時よりも導入後3～6か月後にアドバイスをもらった方が効果的ではないか。
- 利用者全体で介護予防や自立に向けた取り組みは必要だと思うので、要介護の方への取り組みも、もっと考えたほうがよい。
- 地域課題を拾うために個別課題を検討することは大切・・・(中略)・・・地域の取り組みに反映されるとよい。

# 取り組みの結果① ～地域とのつながり編～

## 予防プランを担当する包括・ケアマネの変化

### 地域とのつながりがプランに盛り込まれたケースの割合

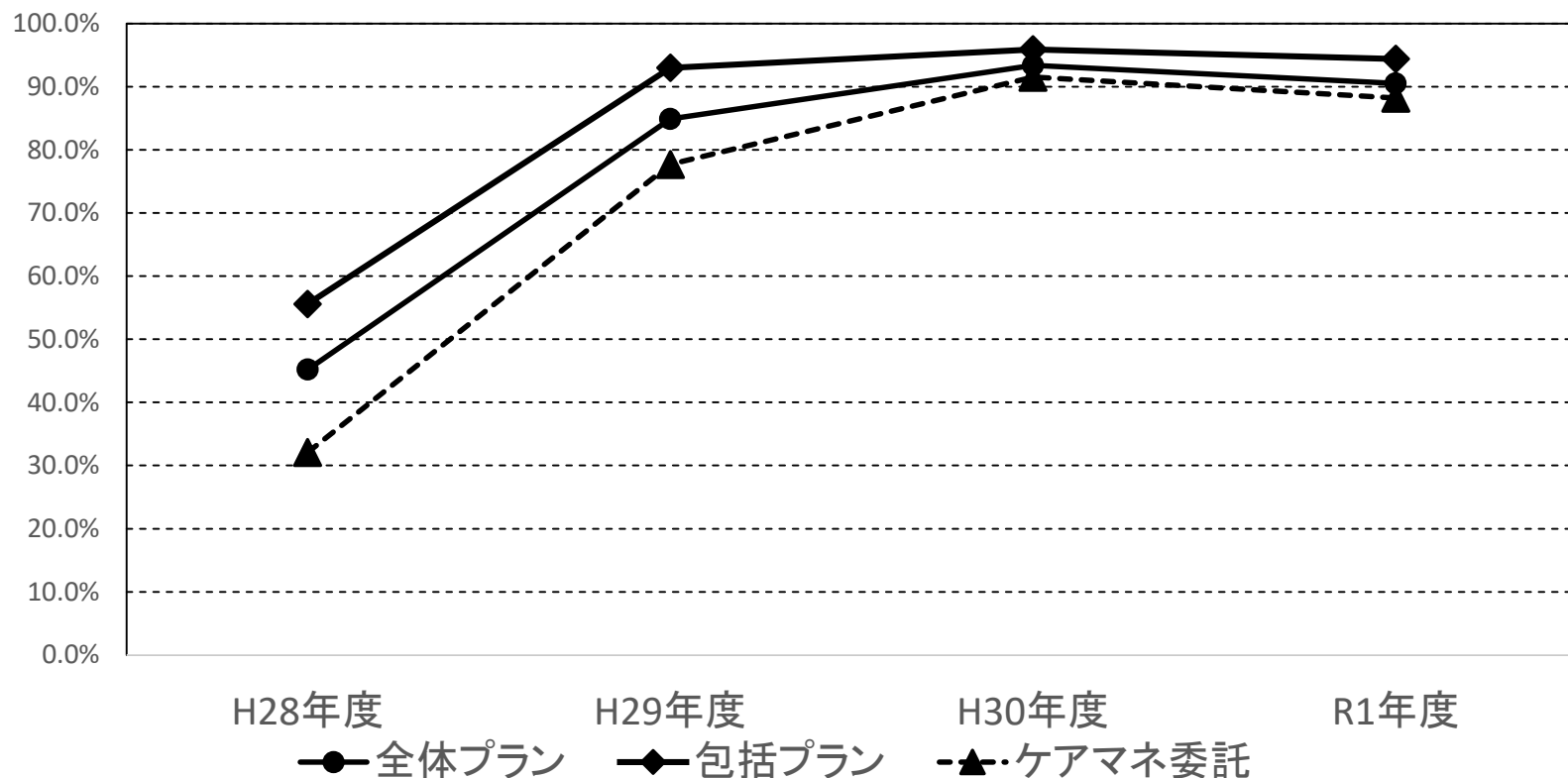


# 取り組みの結果② ～生きがい編～

## 予防プランを担当する包括・ケアマネの変化

### 役割・楽しみがプランに盛り込まれたケースの割合

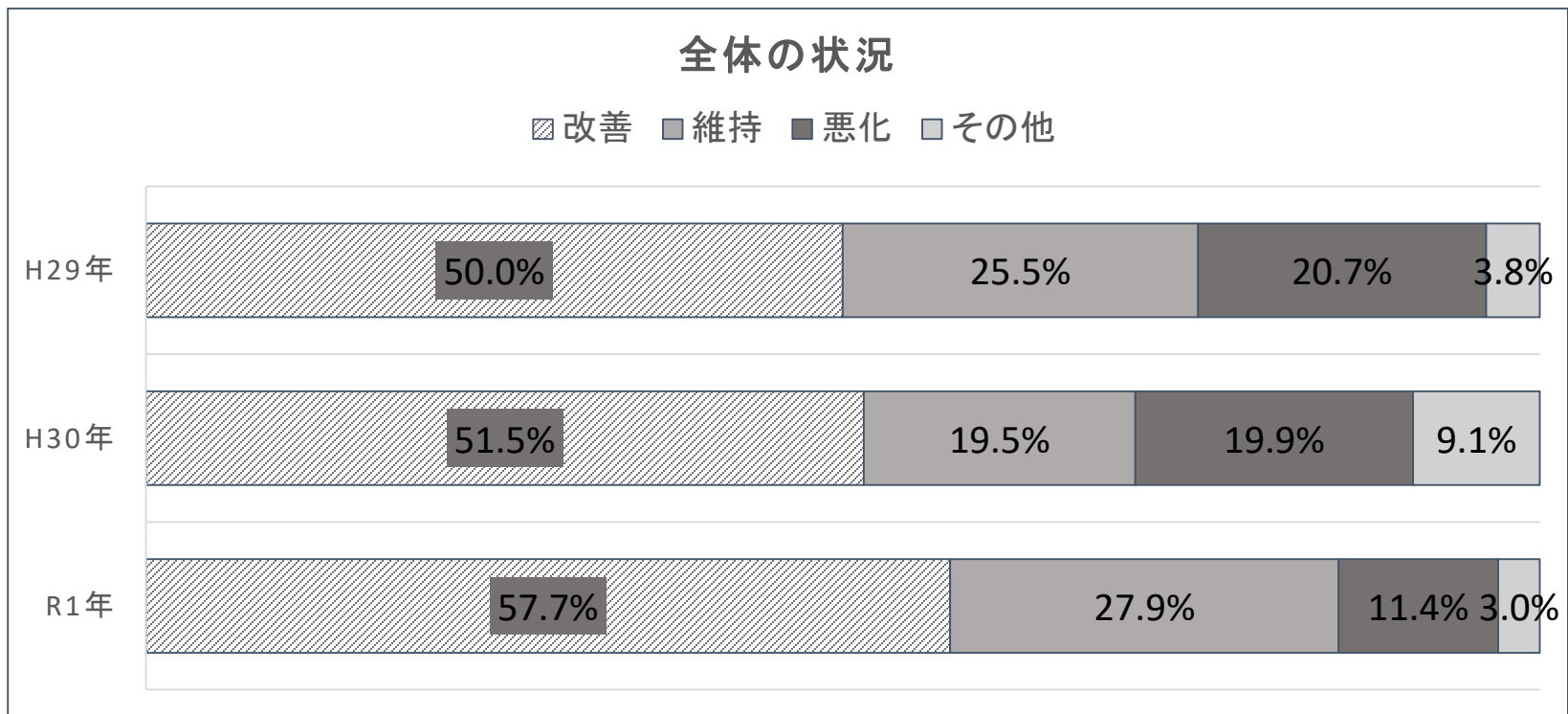
生きがい・役割



# 取り組みの結果③ 高齢者の状態の変化

自立支援会議と評価時(概ね半年後)の高齢者の状態変化

ステージの変化に着目・・・行動レベル、生きがいレベルのいずれかの向上を改善と判断(2B→2A、2B→3Bなど)



# 取組の結果④

## 高齢者の生きがいを持つ割合の変化

自立支援会議と評価時(概ね半年後)の生きがいの変化(人数)



Aの人の割合が少しでも  
増えることをめざす



# 令和2年度「自立支援会議」(10月変更開始予定)

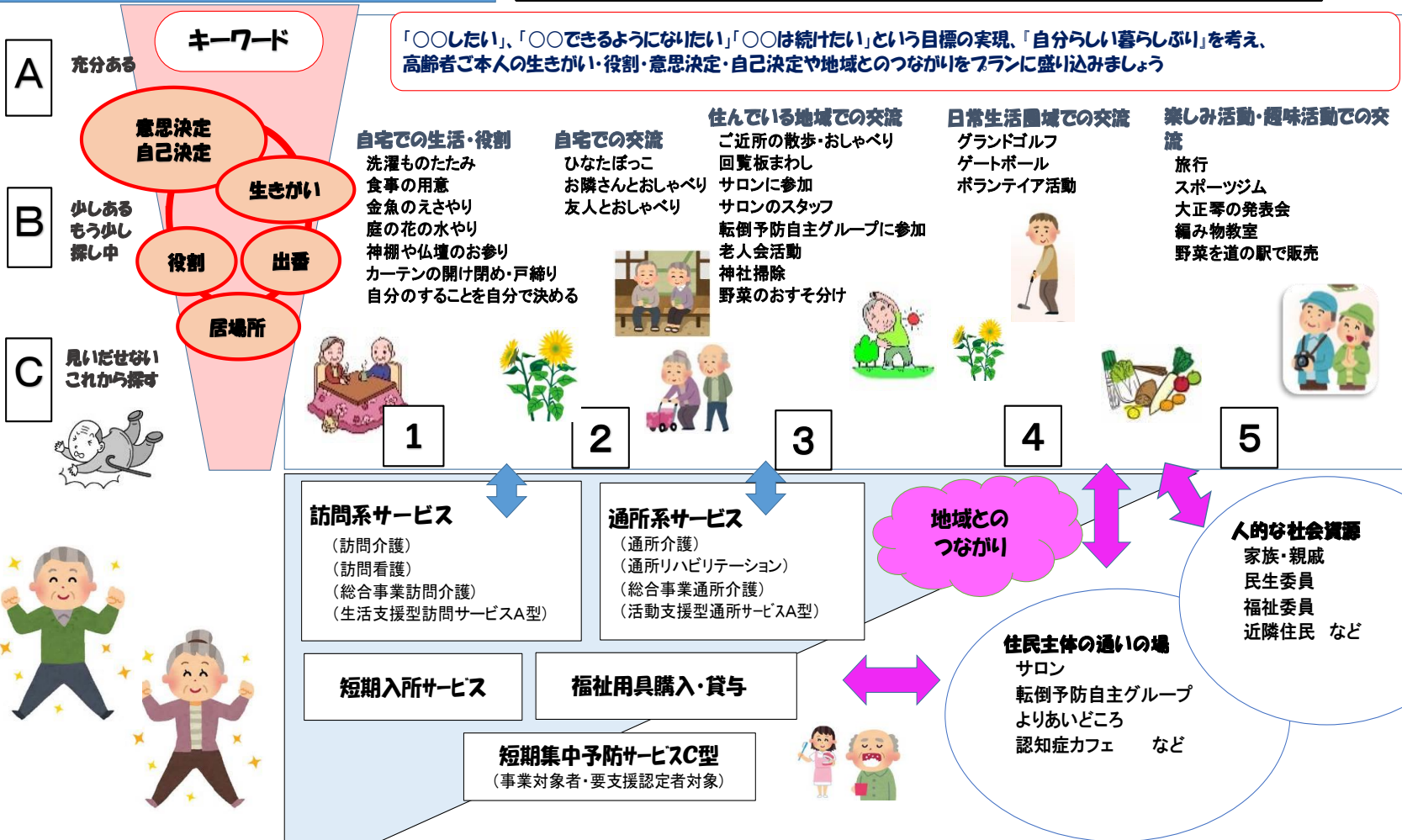
<b>対象者</b>	<u>原則要介護1認定で、サービス利用開始後3～6か月後のケース(ケアマネジャー)</u> <u>総合事業サービス利用開始後3～6か月後のケース(地域包括支援センタープランナー)</u>				
<b>開催頻度</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>原則:週1回(金曜日) 年間:45回開催予定</li> <li>委員打ち合わせ:年2回開催予定</li> </ul>				
<b>助言者 (委員数)</b>	理学療法士:1	作業療法士:2	訪問看護師:4	管理栄養士:3	歯科衛生士:4
	主任ケアマネ :4	生活支援コー ディネーター:9	地域包括支援 センター:1	高齢福祉介護課	
<b>時間及び ケース数</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>1ケース40分程度</u></li> <li><u>1回:3ケース</u></li> <li><u>事例提出者は、他の事例を傍聴(参加)する。</u></li> </ul>				
<b>会議資料</b>	<u>要介護認定ケース</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>フェイスシート</li> <li>課題整理総括表</li> <li>介護計画</li> <li>栄養口腔服薬アセスメントシート</li> <li>目指す姿イメージシート</li> <li>興味関心シート(必要時)</li> </ul>		<u>事業対象者、要支援認定者</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者基本情報</li> <li>基本チェックリスト</li> <li>課題整理総括表</li> <li>介護予防計画</li> <li>栄養口腔服薬アセスメントシート</li> <li>目指す姿イメージシート</li> <li>興味関心シート(必要時)</li> </ul>		

# 長浜市高齢者目指す姿イメージ図

サービスを利用しながら、意欲を高め地域とのつながりを持ちましょう

R2.4

「〇〇したい」、「〇〇できるようにしたい」、「〇〇は続けたい」という目標の実現、「自分らしい暮らしぶり」を考え、高齢者ご本人の生きがい・役割・意思決定・自己決定や地域とのつながりをプランに盛り込みましょう



介護保険サービスと共に、地域にあるインフォーマルな社会資源を上手に活用しましょう

## 今後の自立支援会議について

- 今後も、地域ケア会議として地域課題をまとめ、他の事業と連携していく！
- みんなでどんどんよりよく変えていく！  
(対象者、開催場所、開催頻度、委員構成など)

**ケアマネジャーの皆様、  
サービス事業所の皆様  
と一緒に、よりよい会議  
にしていきましょう！**



# 長浜市が目指すのは

みんなで支え合い いきいきと暮らせる あたたかな長寿福祉のまち

**地域に元気高齢者を増やす！**

年齢や心身の状況等にかかわらず、できる限り、生きがいや役割等をもち、地域とつながりながら過ごすことができる高齢者

● 一般高齢者  
約26,700人

● 事業対象者・  
要支援認定者  
約1600人

● 要介護認定者  
約4,700人

