

平田村

自立支援型ケア会議～自立支援について、みんなで考え取り組もう～

本村の地域ケア会議は、包括支援センターが主催する「個別ケア会議」が主で、参加者は居宅支援事業所、各サービス事業所、民生児童委員、地元警察・消防署、生活支援コーディネーター、ちよこっと助け隊代表、保健師、管理栄養士、介護・福祉職員などである。サービス事業所には、PT・OT・STや地元薬剤師なども、その事例に合わせたメンバーで開催してきた。協議事項は、その事例が自分らしい生活、望む生活をより良くするために何ができるのか等話し合ってきました。

項目	2019 (R元.12.31現在)	2025 (R7年)推計
人口	6,028人	5,800人
65歳以上 高齢者人口	1,925人	2,121人
高齢化率	31.9%	36.6%
要介護認定者数	369人	474人
要介護認定率	19.2%	22.3%
第1号保険料 月額	5,300円	—



ジュピアランドの芝桜
と世界一のアじさい園



村の現状と課題

●現状と課題

- 平成28年4月より、介護予防・日常生活支援総合事業を開始。
- 平成28年、29年の2年間でサロン未設置地区7行政区にサロンを立ち上げ、18行政区20サロンになった。
- 平成29年12月に、ボランティア団体「ちょこっと助け隊」を設立し、傾聴活動など高齢者の見守り支援や家事支援及び付き添い支援などを開始。さらに、ちょこっと助け隊運動ボランティアによる各サロンでの運動支援を活発に実施し、高齢者もボランティアもいきいきと参加活動している。
- しかし、介護保険の認定者は増加傾向にあり、認定後は中々要介護度の改善が図れない。



介護予防だけでなく、認定者の自立支援の強化も必要である。県中保健福祉事務所で支援している「自立支援型地域ケア会議のモデル」に挑戦しよう！！

自立支援型地域ケア会議モデル事業の取組

●事業内容

①実施主体：県中保健福祉事務所

②役割分担

- ・ 県中保健福祉事務所：助言者派遣等事務一般（日程調整含む）
報償費などの財源、当日の講評など
- ・ 平田村：事例の選定（地域包括支援センター、居宅支援事業所への説明）
講演会を開催し、ケアマネ、各事業所と「自立支援」について
学び、意識統一を図った。

●取組のポイント

モデル事業として、次年度から本格実施するにあたり、**成功体験をする！！**

- ①事例提供者：ケアマネ、事業所と事前打ち合わせを密に行い、目的、生活課題、提供資料内容などを打ち合わせる。事前資料に加え、事例の生活課題を共有するために、**写真を活用した。**
- ②司会：誰が進行してもできる、当日安心して迎えることができるために、当日の進行をシミュレーションし、シナリオを作成した。
- ③助言者：当日は、ケアマネの目標と生活課題に絞り質問・助言をする。

事例の紹介①

1 事例の概要

67歳男性、52歳から脳出血にて軽度の右半身麻痺、言葉が聞き取りにくい
玄関までの軒先が勾配のある傾斜で、滑り止め目的で本人自作のスロープを設置
しているが、ケアマネやヘルパーは危険と感じている。（スロープの写真を添付）
週2回通所介護、週1回訪問介護を利用している。

2 検討テーマ及び生活課題

テーマ「本人の持っている能力（大工仕事や野菜作り）を生かしながら、一人暮
らしが継続できる支援に向けて」

生活課題 ①生きがいである大工仕事で作ったスロープをより安全に活用する方法
②言葉が聞き取りにくい、改善する方法又は悪化予防
③ヘルパー訪問時にできる、専門性を生かした支援が何かないか

3 専門職からの助言内容（26項目中4つを選択）

- ①スロープを安全に利用できるように改善案を提案する
- ②自宅での運動をヘルパー中心に実施する
- ③嚥下体操をデイサービスで実施する
- ④服薬の飲み忘れを防止するため、主治医と内服・回数を相談する

4 地域ケア会議による効果

- ①理学療法士と同行訪問し、スロープの改善方法を一緒に考え、自ら補強し安全に
活用できるようになった
- ②運動及び嚥下体操を訪問介護で取り入れ、通所介護でも実施するようになった。
- ③服薬の飲み忘れ防止について、ヘルパーと話し合い自作のカレンダーポケットを
作成し、飲み忘れがなくなった。

事例の紹介②

1 事例の概要

65歳女性、左小脳脳幹梗塞で軽度の右半身麻痺、呂律が回らないと本人気にしているが、他者からの聞き取りにくさはそれほど無い。発症前は地域活動が活発であったが、現在は村外にある通所リハビリを週1回利用。活動量が減少したため、体重増加が心配である。（3食3日分の食事等の写真を添付）

2 検討テーマ及び生活課題

テーマ「再発予防のため体重減少と散歩やお茶のみを楽しむためにできる支援は」

- 生活課題
- ①体重増加に伴う血圧上昇・再発の恐れあり。体重を減らしたい。
 - ②本人が呂律が回らないと気にしていることへのアドバイスを。
 - ③めまいによる活動の制限あり、コミュニティに出たがらない要因となる。

3 専門職からの助言内容（14項目中3つを選択）

- ①食事の取り方の工夫（カロリーの低いパン、温野菜で多く摂取、ゆっくり食べる）
- ②運動の自主トレーニング方法（チェックリストの作成）
- ③安心感を与えられるような言葉のやりとり（会話がきちんと伝わっていることを表現するために、あえて「オウム返し」をする）

4 地域ケア会議による効果

- ①好きなパンをブドウパンから食パンに変更、ゆっくり食べることで体重がやや減少。
- ②チェックリストを毎日つけることで「見える化」され継続の意欲に結びついている。
- ③会話に支障なかったが、本人の不安が軽減され、更にスムーズな会話・面談が可能。

成果と課題

取組の成果

- 本人・ケアマネ・各事業所が「自立」という視点で目的と生活課題を共有し、助言に対し取り組むことで成果が得られた。
- 本人・ケアマネ・各事業所の相互のコミュニケーションを密に図ることができ、本人のモチベーションを上げ、改善への道筋ができた。
- 3～4か月で取り組めそうな助言を優先的に選び実施したことで、本人を含め成功体験を得ることができ、さらに、他の助言にまで取り組む事ができた。
- 事前打ち合わせを「介護給付費適正化事業のケアプラン点検」として位置づけ、事業の拡大が図れた。



今後の展望

- 要介護2まで対象者を拡大し、村内ケアマネ全員が「自立支援型地域ケア会議」に事例を提供する。かつ、サービス事業所の多くの方が参画することで、「自立支援」の意義を広く共有する。
- 今年度3回のケア会議を通し、「若い年代で障害があっても気兼ねなく集まれる居場所があったらいいね」という共通した地域課題が見えてきた。今後、取り組んでいきたい。

棚倉町の概要

本町は福島県の南部に位置し、東西19km、南北17.4kmの広がり、面積は159.82km²であり、清涼さわやかな気象状況で、四季を通してすみやすい自然環境を有している。

高齢化率が増加するなか、高齢者が地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域ネットワークの連携強化や関係機関のスキルアップをめざし、地域包括ケア会議を定期的に行っている。

【基本情報】（令和元年 10 月 1日現在）

●人口

13,981人

●65歳以上高齢者人口

4,284人

●高齢化率

30.6%

●要介護認定率

17.4%

●第1号保険料月額

5,600円



取り組みの内容①

●背景

「地域包括ケアシステム」の構築を推進するために、医療・介護の関係機関、警察、消防、民生委員、老人クラブ代表などで構成されたメンバーで地域包括ケア会議（年2回）を開催している。

今般の地域共生社会を含めた地域包括ケアシステムについて、多職種関係機関と共通認識を図り、本町の実情に即した地域包括ケアシステムの充実を目指したい。

●事業内容

（実施主体）地域包括支援センター、町

（実施日時）令和2年2月18日（火）

（実施場所）棚倉町保健福祉センター

（参集者）警察、消防などの高齢者安全に関わる部署、民生委員、老人クラブ代表、医療・介護の関係機関、地域包括支援センター、町、県南保健福祉事務所、26名

（内 容） 講師 一般社団法人 福島県社会福祉士会 会長 松本 喜一先生
（東日本国際大学 健康福祉学部 教授 ）

講話 「高齢者を支えるネットワークの作り方『事例を通して学ぶ』」
地域共生社会とは？ 高齢者の状況や、
事例を通じた連携の仕方、各部署の情報共有を行った。

●取組のポイント

町と地域包括支援センターだけでなく、関係機関が集まることで、課題について多様な視点から考え、共有する。

会議で検討した内容

※ケースについて、関係機関で当時の状況などを振り返って意見交換を行い、講師から助言をもらった。

検討ケース① ～独居で認知症疑いがあり徘徊のあるケース～

○事例の概要：

70歳代男性。独居。軽度認知症傾向。買い物帰り、家に戻れなくなることがあった。

「まだ自分は動けるので大丈夫」という発言があり、介護サービスを拒否していた経過があった。

○専門職からの助言内容：

「大丈夫」という言葉の背景にある本人の状態をキャッチし、本人の気持ちに寄り添って支援する。

検討ケース② ～認知症治療中断し、近隣トラブルがあり警察介入したケース～

○事例の概要：

80歳代男性。妻と二人暮らし。認知症。本人は介護サービスの介入を拒否している。

夫婦間の口論が絶えず、妻は親戚宅に避難するなどしている。近隣トラブルがあり、警察介入した。

○専門職からの助言内容：

夫婦間で暴力が行われている場合、本人たちは「夫婦間の揉め事だから大丈夫」と話すことがあるが、詳細に話を聞き、緊急時には本人たちがSOSを出せる環境を整えるとともに、関係者で共有しておく必要がある。

◎地域ケア会議による効果

- ・事例を通してケース支援のありかた、地域連携のあり方について共通認識をもつことができた。
- ・ケース支援の初期介入の方法や、高齢者を理解するという視点にたったケース支援について学びを深めることができた。

成果と課題

取組の成果

- 高齢者に関連した多職種による構成で開催することで様々な視点からの情報共有を行い、地域包括ケアシステムの必要性を再認識することができた。
- 意見交換を通し、顔の見える関係づくりが推進できた
- 出席者にとって気づきの場、スキルアップの場となり医療・介護関係者のアセスメント能力向上の一助となった。



今後の展望

- 町の実情に即した地域包括ケアシステム構築を推進していくため、地域ケア会議の充実に努めていく。
- 今回の研修をきっかけに、関係機関との連携や調整能力の向上、会議の質の向上に努めていく。
- 安心して暮らせる棚倉町を作り上げていくために、地域で高齢者を支えていく体制づくりの強化に努めていく。



西会津町の概要

福島県の西北部に位置し、新潟県と県境を接する西の玄関口にあたり、人と物が盛んに行き交う宿場町として発展してきましたが、昭和25年をピークに人口減少と高齢化が急速に進み、65歳以上高齢化率は県内で4番目に高い割合となっている。

このため本町では、平成5年に健康の町を宣言し、介護保険制度の創設に先駆けて科学的根拠に基づく生活習慣の改善、疾病の早期発見、介護施設の整備と人材育成に取組み、保健・医療・福祉が連携した地域包括ケアシステムの深化・推進を目指している。

【基本情報】（令和2年2月1日現在）

- 人口 6,142人
- 65歳以上高齢者人口 2,835人
- 高齢化率 46.16%
- 要介護認定率 19.44%
- 第1号保険料月額 5,800円



西会津町の要介護(要支援)認定者数の推移

この5年間で要介護(要支援)認定者数は85名減少しており、介護度別で見ると要介護1～3が9名増(構成割合50.8%→60.3%)、要介護4～5が94名減(構成割合37%→25.6%)となっており、軽度化の傾向が見られる。

		平成28年 3月末	平成29年 3月末	平成30年 3月末	平成31年 3月末時点	令和元年 8月末時点
認定者数	(人)	635	626	602	562	550
認定者数(要支援1)	(人)	39	29	38	41	33
認定者数(要支援2)	(人)	38	31	37	36	44
認定者数(要介護1)	(人)	112	136	122	128	146
認定者数(要介護2)	(人)	118	111	116	95	92
認定者数(要介護3)	(人)	93	99	111	102	94
認定者数(要介護4)	(人)	118	108	112	95	90
認定者数(要介護5)	(人)	117	112	66	65	51
認定率	(%)	21.5	21.3	20.6	19.5	19.1
認定率(福島県)	(%)	18.9	18.9	19.0	19.1	19.2
認定率(全国)	(%)	17.9	18.0	18.0	18.3	18.5

(出典)平成23年度から平成29年度:厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」、平成30年度:「介護保険事業状況報告(3月月報)」、令和元年度:直近の「介護保険事業状況報告(月報)」

取組の内容

●背景

本町の65歳以上高齢者人口は減少に転じ、要介護認定率、要介護認定者数とも減少傾向にあり、介護度の割合においても軽度化の傾向が見られる。

その一方、高齢者のみの世帯や独居高齢者世帯の増加によって、在宅での生活を望みながらも施設サービスは増加傾向にあり、住み慣れた地域で生活できるよう自立支援の取組みを強化し、保健基盤を安定化させる必要がある。

●事業内容

① 体制整備

【担当課】 福祉介護課

【地域包括支援センター】 1か所

【関連する他の部局課】 健康増進課

4月 担当課と地域包括支援センターで実施体制を検討

5月 関係する他の部局課への説明

② 研修会及び先進地視察への参加

自立支援型地域ケア会議に取り組むにあたり、県が主催する研修会及び先進地視察に参加して、アセスメントに基づく生活課題の抽出方法と課題解決に向けた会議の進行について理解を深める。

6月 5日 介護予防ケアマネジメント実務研修

6月 6日 自立支援型地域ケア会議モデル市町村打合せ・トップセミナー

8月27日 自立支援型地域ケア会議司会者・アドバイザー養成研修

10月15日～16日 自立支援型地域ケア会議先進自治体視察研修（大分県杵築市ほか）

③ 自立支援型地域ケア会議の開催

6名の専門職（薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）を県から派遣していただき、自立支援型地域ケア会議を3回実施した。

（第1回） 6月14日 模擬会議 2事例 ⇒1月24日 モニタリング会議

（第2回）10月11日 模擬会議 2事例 ⇒1月24日 モニタリング会議

（第3回）12月13日 公開会議 2事例

●取組のポイント

- 前年度に町独自の地域ケア会議を開催して、会議の流れを確認した。
- 司会者養成関連の研修に積極的に参加し、司会者の役割と進行のポイントを習得することとした。
- 事例は地域包括支援センターに一任し、進行に関する事前の打合せは敢えて行わず、実践を通して得た反省点を次回に活かすことで司会者の技術向上に努めた。
- 限られた時間内で生活課題を明確にし、助言者から対象者の生活背景を踏まえた的確かつ有効な助言が引き出すことができるよう、事例は事前配布とし、助言に入る前の質疑の場で、事例提供者と助言者の間で共通理解が図られるかどうかを確認しながら進行することを心がけた。
- モニタリングの設定にあたっては、司会が一方的に設定するのではなく、事例提供者及びサービス事業提供者と調整しながら方向性を決めていくことを大切にした。
- 従来から行っているケアマネジメント研修の一環として、町内介護保険事業所のケアマネージャーが毎回傍聴し、ケアマネジメントのスキルアップにつなげた。

西会津町の地域ケア会議

	会議の名称	開催頻度	参集者	目的及び内容等
地域ケア個別会議 【地域包括支援センター主催】	①西会津町高齢者サービス調整会議	月1回 第1火曜	<ul style="list-style-type: none"> ○介護サービス事業者(社協含む) ○医療関係者 ○民生委員 ○町(福祉介護課・健康増進課) ○地域包括支援センター ○その他必要と認める者 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、地域の関係機関が集まり、地域のサービス利用状況や各事業所が抱える課題等の情報を共有し、解決に向けた連絡調整や役割分担を図り、必要な地域づくり、資源開発と、政策形成につなげられるようにする。
	②チームアプローチ研修会(事例検討)	月1回 夜 第2火中心	<ul style="list-style-type: none"> ○町内介護保険サービス事業所 ○町(福祉介護課・健康増進課) ○医療機関 ○地域包括支援センター ○その他関係機関 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が住み慣れた地域で最後まで尊厳を保ちながらその人らしい生活を継続できることを目指し、介護保険制度の手法であるケアマネジメントにおいて、その人に関わる様々な領域の専門職がチームとして対応できるようチームアプローチに焦点をあてた研修。
	③ケアマネジメント研修会(事例検討)	月1～2回	<ul style="list-style-type: none"> ○町内介護保険事業所のケアマネジャー ○町(福祉介護課・健康増進課) ○地域包括支援センター ○ケースに関わる関係者 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていくための課題解決、適正な介護支援提供を目的とする。 ・共通課題については、「地域ケア推進会議」で事例検討していく。 ・令和元年度は、県のモデル市町村として自立支援型地域ケア会議を3回開催する。
	④困難事例ケース会議(事例検討)	随時	<ul style="list-style-type: none"> ○ケースに関わる専門職及び関係機関 ○地域包括支援センター職員 ○その他必要と認める者 	<ul style="list-style-type: none"> ・解決すべき課題や多問題を抱えた困難事例のケースについて、各専門職、団体や関係機関と野連係を図り、個別支援及び、地域課題を意識しながら迅速な課題解決に向けての支援につなげる。 ・把握された課題内容を整理し、地域課題として「地域ケア推進会議」に提案していく。
	地域ケア推進会議【町主催】	年1回	<ul style="list-style-type: none"> ○医療関係者 ○サービス事業所 ○社会福祉協議会 ○民生委員協議会 ○地域包括支援センター ○関係行政機関 ○町長が必要と認める者 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア高齢者支援会議として行っている4つの会議や地域包括支援センター業務を通じて、共有・把握された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには、介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

	事例1	事例2
検討テーマ	脳梗塞の再発及び転倒を防ぎ、自宅で生活を続けるためには	低下した下肢の動きを改善してリハビリを卒業したい
事例概要	<ul style="list-style-type: none"> ・87歳、女性、要支援2、独居 ・脳梗塞の後遺症で右上下肢に麻痺があり、右足の運びが悪くなっている。 ・入浴、家事等が困難になり介護申請。 ・出来るだけ子の世話にならず、自宅での生活を続けたい。 ・デイケア(週1回)、訪問介護(週2回) 	<ul style="list-style-type: none"> ・74歳、男性、要支援2、同居の支援者は知的・理解力低下がみられる ・脳性麻痺で杖を使って歩行していたが、熱中症で右足が思うように動かなくなり、リハビリで回復を図るため介護申請。 ・デイケア(週1回) ・リハビリを卒業し、畑作業ができるまで回復したい。 ・糖尿病があり、国保診療所の医師と町の管理栄養士が関わっている。
助言内容	<ul style="list-style-type: none"> ・骨密度検診を受けてみては。 ・足首の異常緊張が出ているようなので本人の理解を得て補装具の装着を検討してみては。 ・家の周りの転倒につながりそうな場所を一緒に確認してみては。冬はスパイクの付いた靴を履いて、歩幅を小さくする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・無理な減量は筋力低下につながるのので、必要な栄養が摂れるよう、定期的に栄養指導を計画してほしい。 ・杖使用の場合、下肢に目が行きがちになるが、体幹が大切。 ・噛む力は食事だけでなく体の踏ん張りにも影響するので、歯科受診してほしい。
効果	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の意欲が向上した。 ・補装具製作につながった。 ・家の周りの転倒につながりそうな場所を確認し、これまで以上に転ばないように注意している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の意欲が向上した。 ・町の管理栄養士とデイケアの管理栄養士が栄養指導で連携。 ・Hba1cの値も改善傾向が見られ、体力も向上してきた。

成果と課題

取組の成果

- 保険者として介護予防ケアマネジメントの視点を学ぶことによって、現場が抱える課題や悩みを理解することができた。
- 専門職の助言によってケアマネジメントの視野が広がるとともに、利用者とのコミュニケーションも円滑になった。(ちょっとした工夫によって誰でも取組めるような分かりやすい助言はとても参考になった。)
- 自立支援・介護予防を進めるためには、介護サービスのみを向けるのではなく、保健・医療との密接に連携を取り合うことが重要ということを再認識するきっかけとなった。

今後の展望

- 継続して取組み、個別のケース検討を積み重ねることによって地域課題を明確にするとともに、類似するケースへ応用できるようにして、自立支援に向けた取組みを推進する。
- 自立支援はもとより、介護予防につなげるため、介護と保健・医療の連携を更に強め、保健事業と介護予防の一体的な取組みを推進する。(全世代を対象とした健康づくり)
- 生活支援コーディネーターの参画を得て、既存の地域資源の有効活用、新たな資源開発の一助とする。
- データを活用した地域分析とアウトカム指標による客観的な評価を基にした「見える化」の取組みを推進する。

【葛尾村】の概要

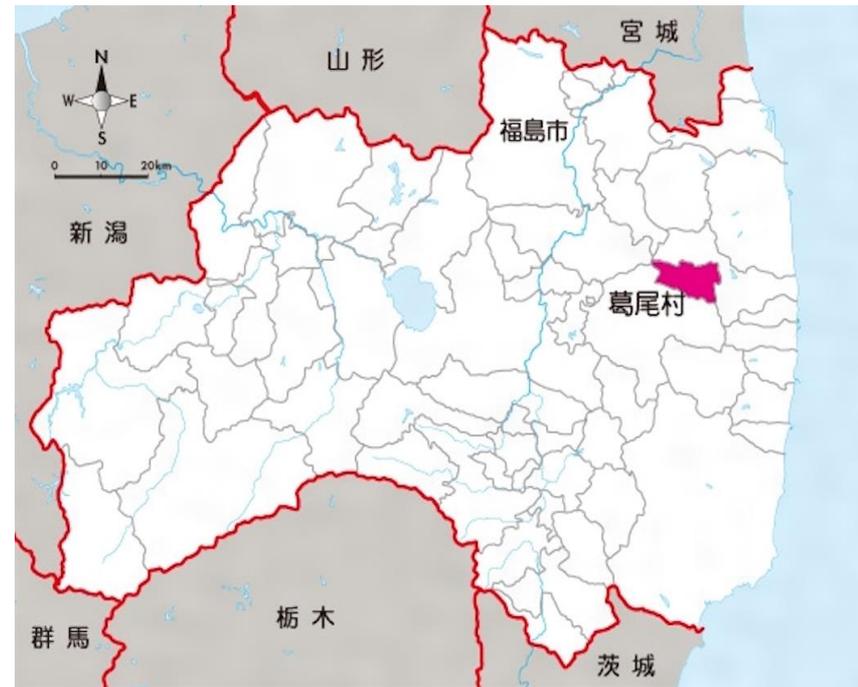
双葉郡に位置する葛尾村は大正12年に発足し、日山(天王山)・五十人山などの阿武隈山系の山々に囲まれた、標高約450mの自然豊かな村です。村をあげて「健康増進・介護予防」の取組を積極的に推進するとともに、介護事業職員や介護支援専門員等の能力向上のため自立支援型地域ケア会議の推進に取り組んでいます。

【基本情報】平成31年4月1日現在

- 人口
1,408人
- 65歳以上高齢者人口
531人
- 高齢化率
37.71%
- 要介護認定率
29.80%
- 第1号保険料月額
9,800円



【葛尾村イメージキャラクター】
しみちゃん



取組の内容①

●背景

◇第7期介護保険料の見直しにおいて、本村が全国で最も月額基準額が大きい自治体となった。そこで、有識者を含めた対策検討チームを設置し、集中的に検討を進めた。

◇今年度モデル市町村となり、先進地を視察し会議の実際について学び、自立支援型地域ケア会議開催に向けて取り組んだ。

●事業内容

多職種の専門的な助言のもと、要支援者等の生活課題の解決や状況の改善に向けて検討する自立支援型地域ケア会議を実施するため、先進地視察や事業所説明会などを行いながら地域ケア会議に向けて取り組んだ。

1) 先進地視察：大分県杵築市 10月15日、16日

- 「リフト車両などの特殊車両は使わない」「できる能力を奪わない」「できる能力を高める」等の支援をしているデイサービスセンターの視察。
- 杵築市の自立支援型地域ケア会議の取組について。
- 対象者の選定方法や課題をどう解決していくか等の説明。
- 先進地のケア会議を傍聴し、課題を明確にしながら簡潔に検討していくやり方について研修。

取組の内容②

●事業内容

2) 葛尾村自立支援型地域ケア会議事業所向け研修会の開催

日時 令和元年9月18日(水)

対象 事例(3事例)対象者が使用している介護保険サービス事業所など関係者

内容 行政説明「福島県における自立支援型地域ケア会議の取組について」
「葛尾村で実施する自立支援型地域ケア会議の取組について」

質疑応答

3) 今年度のモデル市町村として自立支援型地域ケア会議を実施

①自立支援型模擬地域ケア会議の実施

開催日時 (第1回) 令和元年10月3日(木) 1事例

(第2回) 令和元年11月6日(水) 2事例

②自立支援型公開地域ケア会議

開催日時 令和元年12月5日(木) 1事例

傍聴者 相双館内関係者、介護関係事業所等合わせて27名

成果と課題

取組の成果

- 先進地の視察や研修会に参加をしたことにより、自立支援型地域ケア会議の運営や司会進行をスムーズに行うことができた。
- ケアプラン作成者のケアマネジメント力の向上（自立支援意識の向上、アセスメントの視点の広がり）。
- 専門職との連携の構築・強化が図られた。

今後の展望

- 自立支援型地域ケア会議や個別ケア会議で明らかになった地域課題への取組（地域ケア推進会議へとつなげていく）。
- 村では自立に向けたこんな取組を行っていますということを村民にPRをして、村全体が「介護予防」の必要性を実感できるようにしていきたい。



公開型会議の様子



公開型会議の様子