

地域ケア会議に参加される方向け

豊島区地域ケア会議運営マニュアル(第2版)



平成31年(2019年)4月

保健福祉部 高齢者福祉課

基幹型センターグループ

【目次】

第1章 地域ケア会議の概要と豊島区的地域ケア会議

1. 地域ケア会議の制度的位置づけ	1
2. 地域ケア会議の目的	2
3. 地域ケア会議の主な機能	4
4. 豊島区的地域ケア会議間の連携に関する方針	6
5. 豊島区的地域ケア会議の構成	7

第2章 豊島区的地域ケア個別会議について

1. 地域ケア個別会議について	9
2. 豊島区における各地域ケア個別会議の概要	11
3. 地域ケア個別会議における個人情報の取り扱いについて	13
4. 地域ケア個別会議に参加するうえで共通認識を持つべきポイント	16
5. 地域ケア個別会議の各立場による役割	18
6. 地域ケア個別会議で活用する書式	23

第3章 豊島区的地域ケア推進会議について

1. 地域ケア推進会議について	25
2. 豊島区における各地域ケア推進会議の概要	27
3. 平成30年度に実施した地域ケア会議〈全体会議〉までの流れ	29

《参考資料》

○豊島区地域ケア会議実施要綱（平成30年12月17日制定）

○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日厚生労働省老健局振興課長ほか連名通知、最終改正：平成28年1月19日）

○地域ケア会議運営ハンドブック

（編集：地域ケア会議運営ハンドブック作成委員会／発行：一般社団法人 長寿社会開発センター）

第1章 地域ケア会議の概要と豊島区地域ケア会議

1. 地域ケア会議の制度的位置づけ

地域包括ケアは少子超高齢化をはじめとしたさまざまな課題を抱える日本において、その実現および増進が喫緊の課題となっています。この地域包括ケアを増進するために、在宅介護支援センターの頃から一部の地域で続けられてきた地域ケア会議が有効であるということで、平成27年度施行の改正介護保険法において、「市町村で包括的・継続的ケアマネジメント支援の効果的な実施のために地域ケア会議の設置に努めなければならない」と規定されました。

《介護保険法》

第115条の48

市町村は、第115条の45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。

※第115条の45第2項第3号に掲げる事業…包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

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、正当な理由なく、会議の事務に関し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。

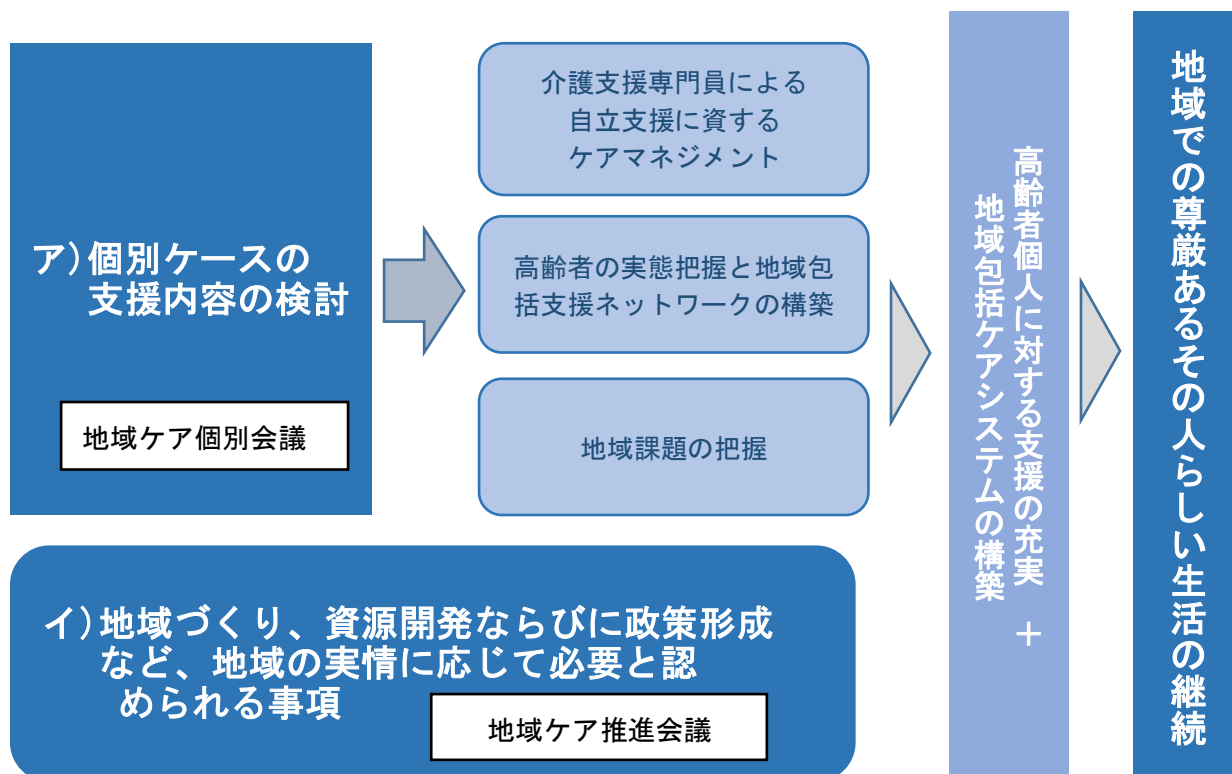
2. 地域ケア会議の目的

地域ケア個別会議においては、高齢者等個人の課題への対応を、本人や家族、介護支援専門員、保健・医療の専門職、福祉の専門職、民生委員、自治会長、NPO法人、ボランティア、行政職員等の参加によって、多様な視点から検討することで、高齢者等の地域におけるその人らしい生活の継続を支援していきます。このような検討を通して、介護支援専門員等による自立支援に資するケアマネジメントの質を高めることや高齢者等の実態把握および地域包括支援ネットワークを構築することを目的としています（図表1）。これらは、高齢者等の課題解決を促進するといえます。また、個別の事例検討では解決できない地域の高齢者等に普遍的に該当すると考える課題等を把握することを目的としています。

このような地域課題を行政職員や包括センター等のみならず、地域の人びとと共有しながら、地域づくり、地域の資源開発、政策形成などにつなげていくのが、地域ケア推進会議の目的です。このような目的を達成することで、地域包括ケアを増進していきます。

つまり、地域ケア会議は、高齢者等の地域の人びとや介護支援専門員等の専門職の声を地域包括ケアの推進に活かし、地域の実態に合致した地域包括ケアシステムを構築するためのひとつの手法であると考えられます。

図表1：地域ケア会議の目的



出典：「地域ケア会議運営マニュアル」P23
（平成28年6月長寿社会開発センター発行）

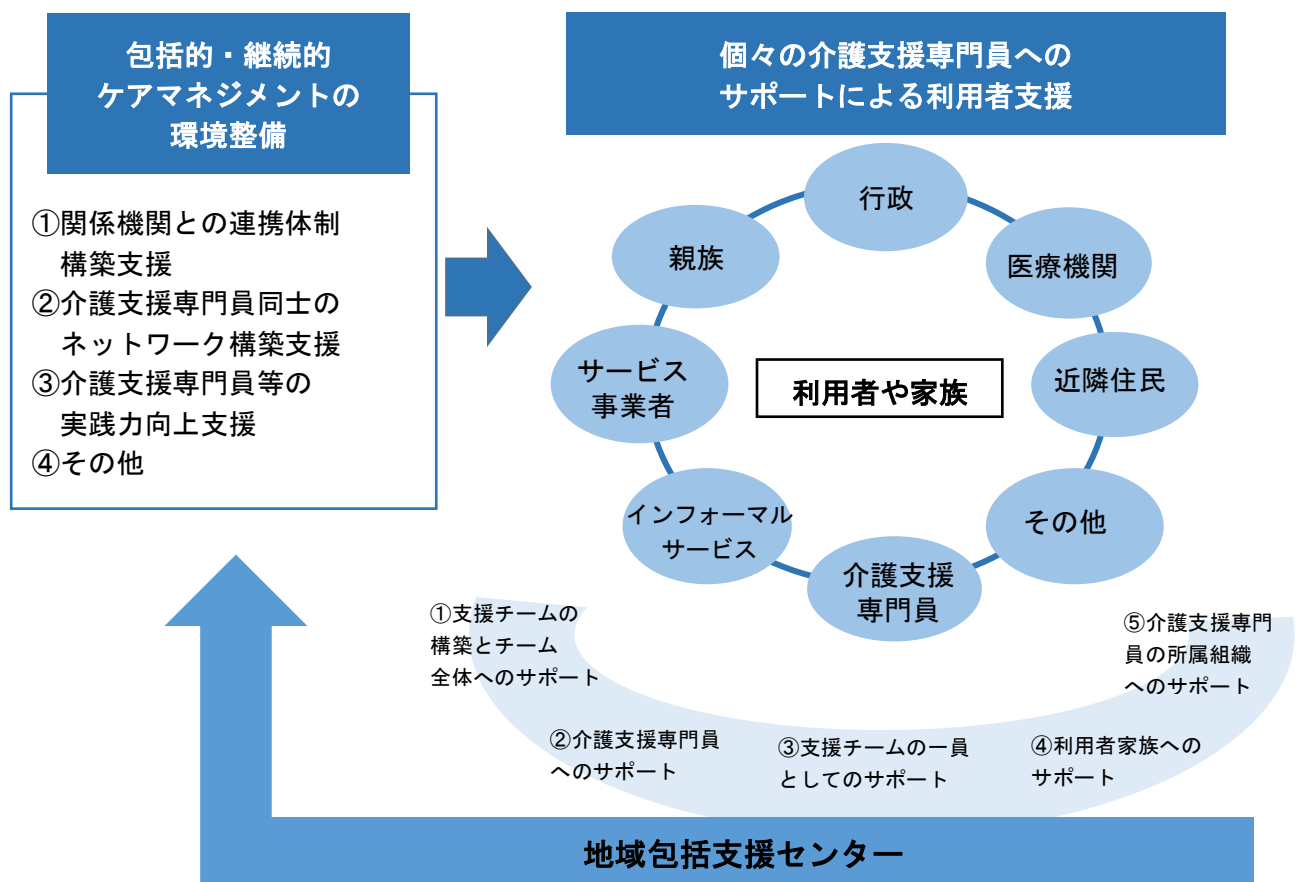
【参考】地域ケア会議と包括的・継続的ケアマネジメント支援

○地域ケア会議は、高齢者等に対する支援の充実や地域包括ケアシステムの構築を通じて、地域における、尊厳のあるその人らしい生活の継続を実現するため、行政および地域の専門職や関係者等の協力のもとで行われる会議であり、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の効果的な実施に資するものとして位置づけられています。

○個々の介護支援専門員のサポートによる利用者支援（「点」の支援）と包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備（「面」の支援）の両方の目的を達成するために、地域ケア会議を活用することができるといえます（図表2）。個々の介護支援専門員や支援チーム等への支援と、環境整備を通じた地域全体への支援を連動させていくことで、個人の困りごとへの対応が、地域全体での取り組みにつながり、それが同じ問題を抱えていた別の人への対応にもつながるとい、個と地域全体の循環を意識しておくことが重要です。

出典：地域包括支援センターが行う「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」における環境整備の取り組みに関する実践マニュアルP10-11より（平成29年度老人保健事業健康増進等事業 地域包括支援センターによる効果的なケアマネジメント支援のあり方等に関する調査研究事業）

図表2：包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のイメージ

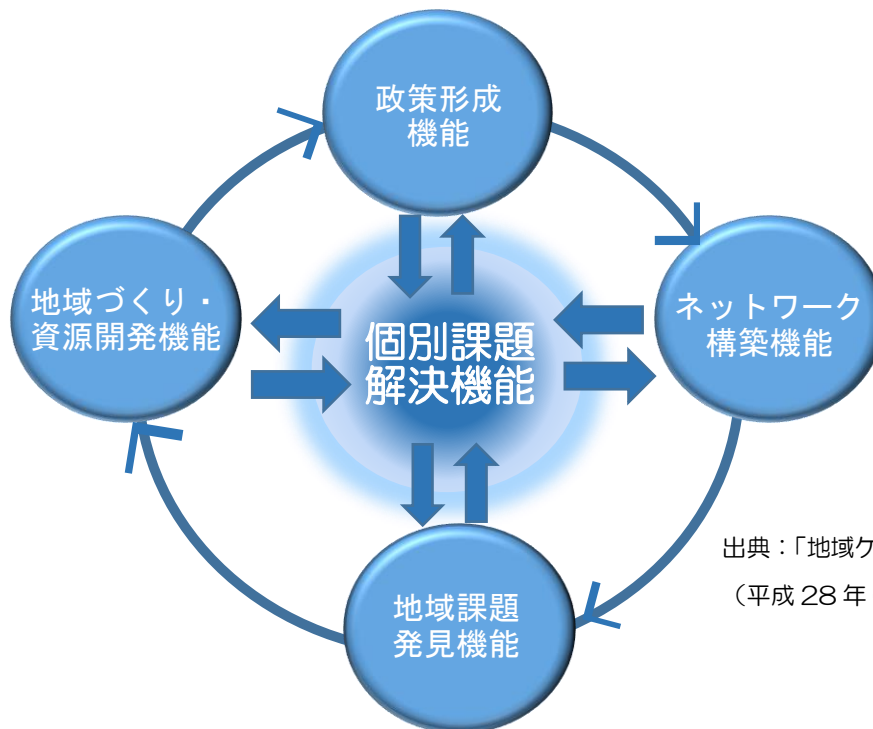


出典：「地域ケア会議運営マニュアル」P22
（平成28年6月長寿社会開発センター発行）

3. 地域ケア会議の主な機能

地域ケア会議には、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、政策形成機能といった複数の機能をもたせることができます（図表3）。これらの機能はそれぞれ関係し合い、循環しながら地域包括ケアを増進していくことができます。サービス等によっては制度化されない方がニーズを充足するのに適していることもあるため、政策形成機能が最終目標とは限りません。

図表3：地域ケア会議の機能



出典：「地域ケア会議運営マニュアル」P24
（平成28年6月長寿社会開発センター発行）

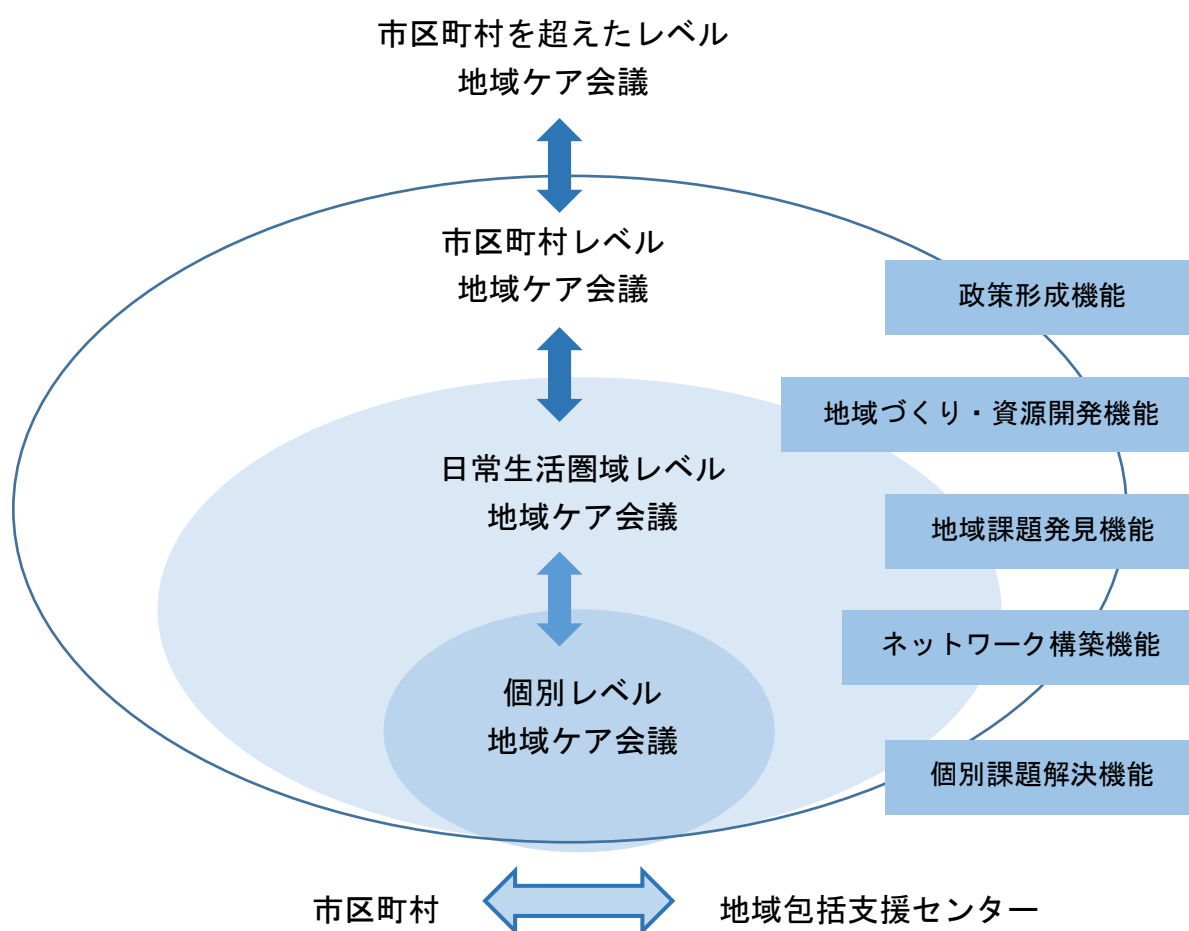
地域ケア会議の5つの機能

	地域ケア会議の機能	内容
1	個別課題の解決機能	支援対象被保険者の課題解決を支援、及び介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能。
2	地域包括支援ネットワークの構築機能	支援対象被保険者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能。
3	地域課題の発見機能	個別ケースの課題分析等を積み重ね、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能。
4	地域づくり・資源開発機能	インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域に必要な資源を開発する機能
5	政策の形成機能	地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能。

出典：豊島区地域ケア会議実施要綱

複数の機能をひとつの地域ケア会議で果たすことはできないため、それぞれのレベルの地域ケア会議を必要に応じて開催し、そしてそれぞれの機能を果たすことによって、すべての地域ケア会議が連動して、地域包括ケアを推進していくように、地域ケア会議の全体像を描くことが不可欠になります(図表4)。また、地域ケア会議だけで地域包括ケアが実現できるわけではないため、日頃から取り組んでいる多様な業務や会議等と連動させ、地域包括ケアの実現に向けた循環を創っていく必要があります。

図表4：多様なレベルで開催される地域ケア会議



出典：「地域ケア会議運営マニュアル」P25 一部変更
(平成28年6月長寿社会開発センター発行)

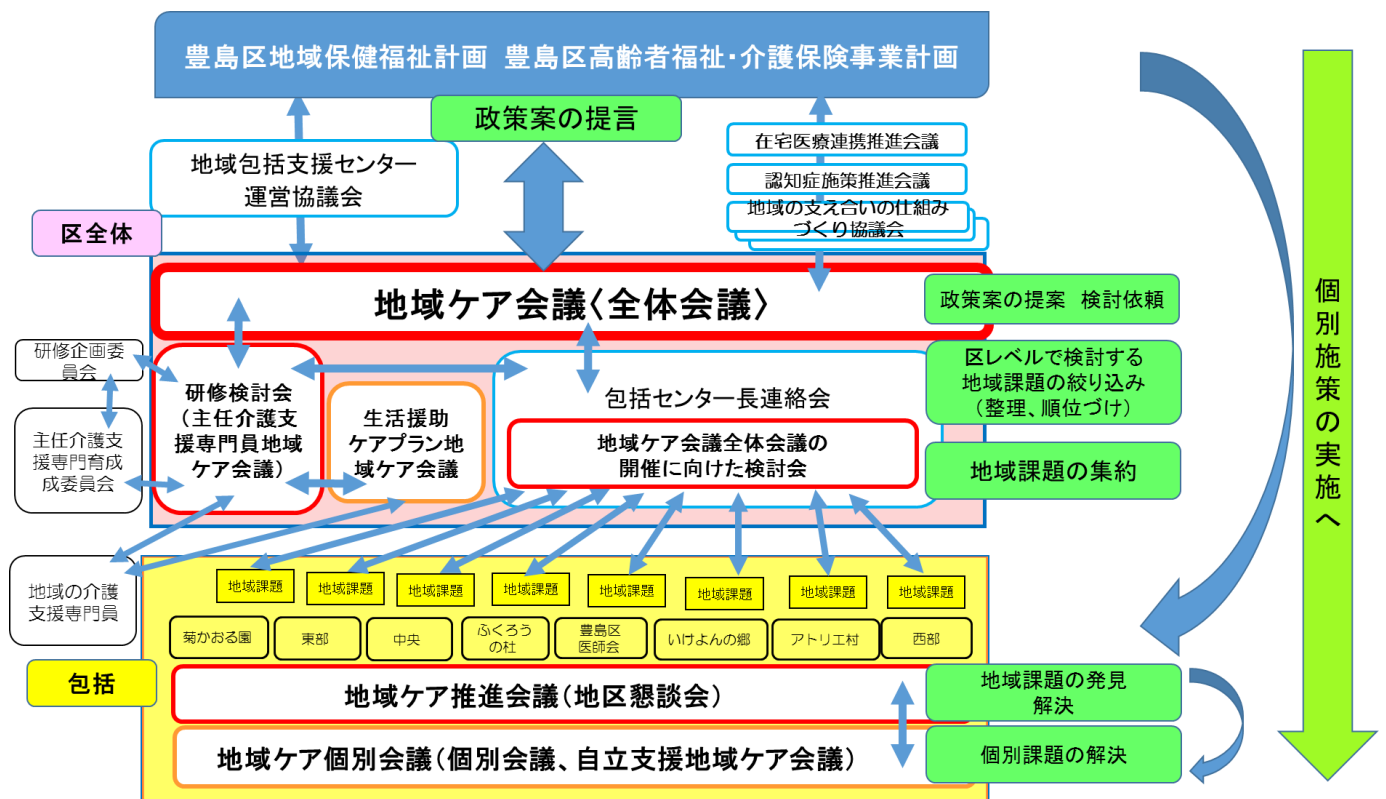
4. 豊島区地域ケア会議間の連携に関する方針

豊島区地域ケア会議は、下から順に各包括で開催する、個別のケースを扱う「地域ケア個別会議」があります。その個別の課題から集約し抽出した、各包括での地域の課題に取り組む「地区懇談会」があります。そして、各包括から上がってきた地域課題について、区レベルで検討する地域課題の絞り込み・整理・順位付けを「全体会議に向けた検討会」にて行います。

地域ケア会議全体会議では、整理した地域課題の共有と課題解決に向けた検討を行います。検討する会議体がある場合は該当の会議体への提言内容を検討し、他課での検討を依頼する場合は依頼内容を正式な文書で依頼します。また、検討する会議体や依頼できる部署がない場合はプロジェクトチームを立ち上げる等の対応方針を立てます。検討した内容を「豊島区地域保健福祉計画」や「豊島区高齢者福祉・介護保険事業計画」の策定につなげていきます。その取り組みが、個別施策の実施、個別課題の解決へとつながる循環図となっています（図表5）。

各地域ケア会議が互いに連携し、5つの機能を発揮させることで、地域包括ケアシステム構築を推進し、高齢者個人に対する支援の充実を図ることにつながります。

図表5 豊島区地域ケア会議体系図



5. 豊島区の地域ケア会議の構成

豊島区地域ケア会議の構成は、まず個別の事例について検討する「地域ケア個別会議」と、このような個別事例の検討等から明らかになった地域の課題などへの対応を検討する「地域ケア推進会議」の2つに大別されます。

「地域ケア個別会議」は区主催の「自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）」、「生活援助ケアプラン地域ケア会議」、包括主催の「自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）」、支援困難ケースに対応する「個別会議」の4つで構成されます。

また、「地域ケア推進会議」は各包括で主催される「地区懇談会」、介護支援専門員の地域課題を検討する「研修検討会」、区レベルで検討が必要な地域課題の整理・優先付けを行う「包括センター長連絡会」、優先度の高い地域課題を検討し政策提言につなげる「全体会議」の4つで構成されています（図表6）。

図表6：地域ケア会議の構成

分類		会議名（通称名）	主催
地域ケア個別会議	(ア)	個別会議	地域包括支援センター
	(イ)	自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）	
	(ウ)	自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）	高齢者福祉課
	(エ)	生活援助ケアプラン地域ケア会議	
地域ケア推進会議	(カ)	地区懇談会	地域包括支援センター
	(キ)	研修検討会（主任介護支援専門員地域ケア会議）	高齢者福祉課
	(ク)	包括センター長連絡会（全体会議に向けた検討会）	
	(ケ)	地域ケア会議全体会議	

出典：豊島区地域ケア会議実施要綱

【参考：地域ケア会議〈全体会議〉と連動する会議体】

	会議名	主な内容	参加者	主催
1	包括支援センター運営協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・包括の設置、運営、職員の確保、地域包括ケアに関すること ・地域ケア会議全体会議の報告 	運営協議会委員、区職員、包括委託法人担当者、包括職員	高齢者福祉課
2	地域の支え合いの仕組みづくり協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有、連携 ・協働による資源開発 	生活支援コーディネーター、区職員、地域の関係者	
3	豊島区認知症施策推進会議	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症施策に関すること 	医療関係者、介護事業者、包括職員	
4	高齢者福祉課プロジェクトチーム (認知症PT・災害PT等)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者福祉、包括に関すること 	包括職員、区職員	
5	豊島区在宅医療連携推進会議	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療介護連携に関すること 	医療関係者、介護事業者、区民、包括職員	地域保健課

第2章 豊島区の地域ケア会議について

1. 地域ケア個別会議について

(1) 地域ケア個別会議とは

地域ケア個別会議は個別ケースの課題検討を行う地域ケア会議を指し、高齢者等が地域においてその人らしい生活を継続することを可能とするため、その人が有する課題の解決に向けた検討を行うことにより、ケアの質を高め、その人のニーズの充足を目指すとともに、会議参加者のスキルアップ等へとつなげていくものです。

そして、個別ケースの課題検討に限定せず、その検討をおこなっていくなかで「地域」に対する視点を共通認識としてもち、個別課題の解決だけにとどまることなく、地域課題の発見等へとつなげていき、地域ケア推進会議をはじめとした他の会議と連動させます。

つまり、地域ケア個別会議は、Aさんの課題をAさん個人の課題として捉えるだけでなく、この課題は地域の他の高齢者等も有しているのではないかと、あるいは影響を受けるのではないかと、この課題は他の介護支援専門員等もこまっているのではないかとといった視点で検討することで、個の課題を地域の課題として普遍化していくプロセスだともいえます。

(2) 地域ケア個別会議の活用を可能にする環境整備

地域ケア個別会議における主役は、課題を抱えている高齢者等ですが、実際の運営においては事例提出者がいなければ始まらないといえます。このような事例提出者の、「とまどいがある」「不安がある」という声をよく耳にします。その理由として考えられること以下のとおりです。

理由1：事例提供をする目的や趣旨が今ひとつ明らかではない

理由2：事例提供をした後の展開について、見通しがたたないことへの不安

理由3：自分の支援をオープンにして、批判や非難の対象となるのではという不安



3つの理由によって地域ケア個別会議の開催を阻むことのないために、大事なポイント

- ① 地域ケア会議の当日だけでなく、事前準備やアフターフォローのすべての段階において、事例提供者をサポートすること
- ② 目的や趣旨、その後の展開も含めて見通しを明らかにすること
- ③ 事例提供者が納得して、事例を出したいというモチベーションにつながる同意を得ること

以上のことを行うためには、粘り強い共有のプロセスが求められます。

(3) モニタリングとフィードバック

地域ケア個別会議のモニタリング

地域ケア個別会議の検討を経て決定された事項についてモニタリングを行うことは、重要な意味をもちます。単に、支援の経過を確認することで本人の生活を改善に導くだけでなく、会議に参加した関係者の地域ケア会議に対する認識の強化、モチベーションの向上、地域力の向上にも働きかけることが期待されます。

この場合のモニタリングは本人に対する支援方針の確認のみを指すのではなく、会議参加者のネットワーク（連携）の構築の状況等についても、継続的にバックアップを行っていく視点が必要です。

地域ケア個別会議のフィードバック

いわゆる「やりっぱなし会議」にしないために、フィードバックは大変有効な手段となります。地域ケア会議で検討された内容や、その支援を実施したことによる成果等を参加者に戻すことで、検討内容の振り返りを行えたり、成果を知ることで地域ケア個別会議に対するモチベーション向上などに繋がります。また、成功体験の共有がされることで、疑似のケースが起こった際に、過去の地域ケア個別会議での検討内容、対応方針が活かされていきます。

地域ケア会議は会議に参加した者のみが成果を得るものではなく、広く地域で成果を共有し、地域包括ケアを推進させていくツールとなる取組です。そのため、事例提供者をはじめとした会議参加者のみならず、関係者や機関、地域住民等に対し、地域ケア会議の機能や効果、地域ケア会議とはどのようなもので、そこで検討された個別ケースがどのように取り扱われるのかなどの情報を、個人情報に留意しながらフィードバック・共有することが重要です。

(4) 地域ケア個別会議の運営評価と改善

地域ケア個別会議を運営していく中で、場合によりうまくいかないことがみえてくることがあります。例えば、日常業務の忙しさから会議実施に向けた準備にうまく手が回らない、会議開催時に司会進行が苦手ですと予定時間を過ぎてしまう、個別ケースの積み重ねから地域課題は見えてきたがその解決に向けた場がないなど、みえてくる課題はさまざまなものが考えられます。効果的に地域ケア個別会議を運営していくために、会議の評価と課題の改善に向けた取組が必要です。

会議の評価と改善を行っていくためには、まずはどのような会議が、どのような内容で、どのように行われたのかという情報が必要です。その情報をもとに、会議の運営を評価し、課題が見つければ改善に向けた働きかけを行います。地域ケア個別会議のデザインとして、これらの「情報収集」「会議評価」「改善」を、どのように行っていくのか、検討するとともに、着実に実行していくことが重要です。

出典：「地域ケア会議運営マニュアル」P45～56

(平成28年6月長寿社会開発センター発行)

2. 豊島区における各地域ケア個別会議の概要

(1) 地域ケア会議〈個別会議〉

会議の目的	高齢者等が地域においてその人らしい生活を継続することを可能とするため、その人が有する課題の解決に向けた検討を行うことにより、ケアの質を高め、その人のニーズの充足を目指すとともに、会議参加者のスキルアップ等へとつなげる			
会議の持つ機能	①個別課題解決	◎	④地域づくり・資源開発	○
	②ネットワーク構築	○	⑤政策形成	—
	③地域課題発見	○		
主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・支援困難ケースの課題検討 ・ケアマネジャー等、関係者の支援 			
主催	地域包括支援センター			
対象ケース	<ul style="list-style-type: none"> ・総合相談支援業務の中のすべての事例 ・担当者が支援困難と感じているケース 			
参加者	(本人・家族)、関係機関等、包括職員、地域の関係者等、(高齢者福祉課職員)			
開催頻度	随時(年200回)			

(2) 自立支援地域ケア会議(元気はつらつ報告会)

会議の目的	<p>(区主催・包括主催共通)</p> <p>高齢者の「本人らしい生活」の実現に向けて、事例提出者が多様な専門職等と高齢者の生活課題の対応について検討し、検討内容を本人を含む支援チームに伝えることでケアマネジメントの実践力を高める</p> <p>(区主催)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スタンダードな手法の会議を定期的・継続的に実施することで、区内での標準化を図る 			
会議の持つ機能	①個別課題解決	◎	④地域づくり・資源開発	○
	②ネットワーク構築	○	⑤政策形成	—
	③地域課題発見	○		
主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種の専門的な視点に基づく検討による「本人らしい生活」の実現 ・ケアマネジメント実践力の向上 			
対象ケース	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援1・2、事業対象者で事例提供の同意が得られた方 ・介護予防支援や介護予防ケアマネジメントをこれから実施、または実施中の事例 			
主催	高齢者福祉課		地域包括支援センター	
参加者	包括職員、専門職(リハ職・栄養師等)、高齢者福祉課職員		包括職員、専門職(リハ職・栄養師等)、地域のケアマネジャー	
開催頻度	定例(年8ケース)		随時(年16ケース)	

(3) 生活援助ケアプラン地域ケア会議

会議の目的	訪問回数の多いケアプランについて、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から多職種協働による検討を行い、必要に応じてケアプラン内容の再検討を促し、利用者にとってより良いサービスを提供する (※一定回数以上となったことをもって利用制限を行うものではない)			
会議の持つ機能	①個別課題解決	◎	④地域づくり・資源開発	○
	②ネットワーク構築	○	⑤政策形成	—
	③地域課題発見	○		
主な内容	・ケアマネジメント支援 (訪問回数が多いこと自体を問題視するのではなく、利用者が望む生活の維持やQOL向上に向けた訪問サービスの意義を十分理解し、多職種の視点からよりよい支援のあり方を検討)			
主催	高齢者福祉課			
対象ケース	「厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護※」で規定する回数以上をケアプランに位置付け、ケアマネより区に届出された中から、高齢者福祉課にて選定されたケース(生活援助中心型サービス)			
参加者	担当ケアマネジャー、事業所の管理者、サービス提供事業所等、専門職(リハ職、栄養士等)、介護保険課			
開催頻度	随時			

◎平成30年10月より、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、訪問介護(生活援助中心型)について、「厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護」(平成30年厚生労働省告示第218号)で規定する回数以上を居宅サービス計画(ケアプラン)に位置付ける場合には、介護支援専門員は当該ケアプランを保険者である市町村に届け出ることが義務化されました。

〈届出対象〉

平成30年10月1日以降に、利用者の同意を得て作成又は変更したケアプランで、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(生活援助中心型サービス)を位置付けたもの。

※〈厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護〉

要介護状態区分ごとの1月あたりの回数

(身体介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合の回数は含まない)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
27回	34回	43回	38回	31回

3. 地域ケア会議における個人情報の取扱いについて

介護保険法では、「地域ケア会議での検討を行うため、必要に応じて関係者等に対し、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」とし、関係者等は、これに協力するよう努めなければならない」とこととされ（法第115条の48第3項及び4項）、地域ケア会議の関係者に守秘義務が課せられています（法第115条の48第5項）。

高齢者福祉課及び高齢者総合相談センター（以下「センター」という。）にて、地域ケア個別会議（以下「個別会議」という。）を開催するにあたり、個人情報を保護する観点から、以下の点に留意し実施する必要があります。

個人情報の取り扱いについて留意する事項

- ①高齢者福祉課及びセンターは個別会議において、支援内容を明確化し、円滑に支援していくために、関係者間で必要な情報を共有することが肝要である。
（本来は必要性があるにも係らず、むやみに個人情報の提供を控えたりしないようにする）
- ②高齢者福祉課及びセンターは個別会議を実施するにあたり、本人・家族に開催趣旨を説明の上で、必要に応じて会議への出席を求める。参加者に提供する個人情報の内容及び共有範囲などについては、原則本人・家族の同意を得ておくこと。

例外

※ただし、本人・家族の同意が無くとも、次の場合は提供を可とする

「個人情報の保護に関する法律 第16条より」

- 一 法令に基づく場合
- 二 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 四 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

【個人情報の取り扱い手順について】

	主催者の役割	事例提供者・参加者の役割
事前準備	<ul style="list-style-type: none"> ・個人が特定されないように氏名等をマスクングする ・会議資料はナンバリングをしておく 	<ul style="list-style-type: none"> ・事例提供者は検討に不必要な個人情報を載せることは控える
会議直前	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者に対し、個人情報の取り扱いについて十分説明を行う ・会議資料を配布する際は、参加者全員に「豊島区地域ケア会議にかかる個人情報等に係る誓約書」に署名を求める。 ・誓約書に署名した方に対して、ナンバリングした資料を配布する 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者全員が「豊島区地域ケア会議にかかる個人情報等に係る誓約書」の内容を確認し、署名をする
会議終了後	<ul style="list-style-type: none"> ・終了後、ナンバーによる確認等で会議資料を参加者より漏れなく回収する ・会議資料はシュレッダー等により確実に廃棄する ・徴収した誓約書は個人の相談記録と共に保管する 	<ul style="list-style-type: none"> ・会議終了後、速やかに会議資料を返却し、退室する。

4. 地域ケア個別会議に参加するうえで共通認識を持つべきポイント

(1) 地域ケア個別会議でのルール

- ①利用者・家族が同席しているつもりで話し合う
- ②どんな意見でも一旦は受け止める
- ③事例提出者をサポートするように発言する
- ④この事例で実現可能な提案をする
- ⑤お互いに学びあうことを大事にする
- ⑥広い視野、多様な視点から検討する
- ⑦どんなに小さいことでも、工夫できることを実行につなげる
- ⑧検討したことで終わりではなく、どんなことでも今後活かす姿勢で取り組む

(出典：H30年7月 区主催自立支援地域ケア会議 資料)

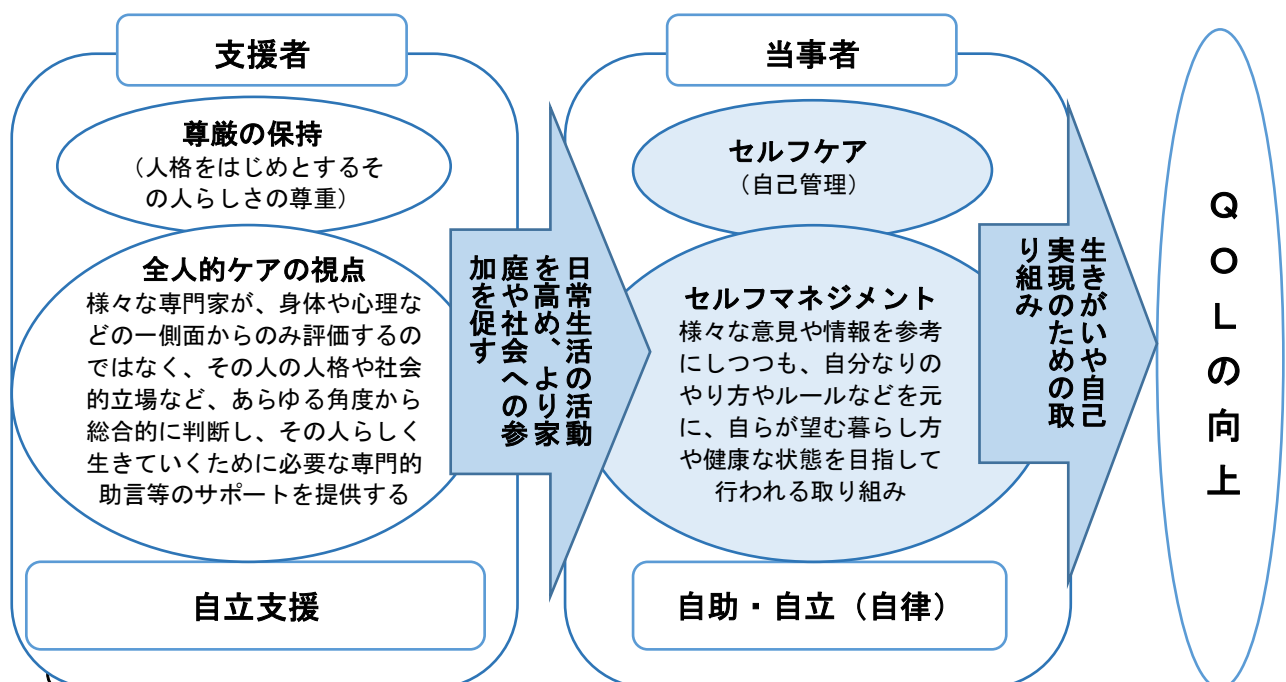
(2) 「自立支援」の考え方

東京都の提示する「自立支援」の考え方について

- ・自立とは、「人が要支援・要介護状態になっても、可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営むこと、自分の人生に主体的・積極的に参画し、自分の人生を自分自身で創っていくこと」と定義づけることができる。
- ・つまり、何らかの援助を受けながらも、自分らしく生きていくことが「自立」において何より重要な要素であり、そのための支援が「自立支援」である。
- ・よって、本人の意思を無視して「サービスありき」の支援や「状態の改善」を強要する支援を行うことは適切でない。

(H26年3月 東京都福祉保健局「東京都地域ケア会議推進部会のまとめ」より)

支援の関わり方 全人的ケアの視点とセルフマネジメントの支援



(出典：平成30年度自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議実践者養成研修事業研修テキストP134)

(自立支援に資する包括的・継続的ケアマネジメントの視点から)

助言のポイント	ポイントの説明
<p>①目的は、よりよく生き より良く暮らすこと ～ウェルビーイングを高め るための助言～</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ウェルビーイングとは、個人の権利や自己実現が保障され、身体的、精神的、社会的に良好な状態（健康）にあることを意味する。 ・決して押し付けない「提案」の視点をベースに、その人が「より良く生き、より良く暮らしていけること」（幸福感やQOLの向上）を目指す。 ・提案に当たっては単一の生活行為や身体機能の改善や評価に留まらず、提案した取り組みによってどのように目的達成に結び付いていくのかを判り易く伝えていくこと。
<p>②生活課題と対処能力の 見立てるアセスメント ～アセスメント力を高める ための提案～</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・支援に必要な情報収集では、個人因子のみならず、地域に共通する課題や社会資源などの環境因子に関する情報もしっかり把握しているかを確認する。 ・会議では、計画作成者のアセスメント不足を指摘することに終始しない。むしろ、専門職の適正な評価に基づき、その人の介護予防活動の原動力となるモチベーションがより向上し、取り組みに前向きになれる提案を心がける。 ・介護予防活動に取り組むうえでのリスクについても見落としがないかを吟味し、専門的知見から確認を行うことで計画作成者の知見を深めていけるようサポートしていく。
<p>③人と環境の相互作用を 理解し意識した提案 ～システム理論に基づく課 題の捉え方～</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・システム理論とは、個人と環境の相互作用と時間軸に着目した捉え方。 ・人は取り巻く環境に影響され、環境は人の影響を受ける。このメカニズムを認識し、提案に当たっては個人要因に基づく生活課題の維持・改善のみならず、環境要因に基づく生活環境改善の可能性や、本人と周囲の環境とこれまでの経過や関係性、環境にたいする認識も確認していく。
<p>④本来ある力やモチベー ションを引き出す支援 ～エンパワメントアプロ ーチの視点～</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・エンパワメントアプローチとは、本来利用者の持っている力に着目し、その力を引き出し、あるいは回復を図って、積極的に活用する支援をいう。 ・提案にあたっては、身体機能のみならず、自らの抱える生活課題や生活習慣、立場、周囲との関係等をその人自身がどう捉え「どう感じているか？」にも焦点を当てる。心の状態にも配慮した提案を行なう。

(出典：平成 30 年度自立支援・介護予防に向けた
地域ケア会議実践者養成研修事業研修テキスト P134-138)

5. 地域ケア個別会議の各立場による役割

(1) 司会者の役割

高齢者の個別性を尊重した自立への具体的な方法等を、多様な専門職がその知識や経験等を活かして、対等な立場で、建設的に検討ができるように、必要な時に適切なやり方で介入し、提案内容が合意にいたるよう話し合いを促進するのが司会者です。このような役割を果たすために、特に重要と考えられるのは以下の6点です。

司会の役割	
①事前準備	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議で有効な検討ができるかどうかの鍵を握るのは、司会者による事前準備。中でも、事例を見立てておくことが不可欠です。高齢者本人の意向や自立を阻害している個人・環境要因等を確認したうえで、自立に向けてケアプランを検討するためには、どのような情報が必要かを把握しておきましょう。 ・特に、高齢者本人が参加していない場合には、事例提供者や場合によっては高齢者本人との面接等を行い、高齢者本人の意向を無視した検討にならないように、また、情報が足りないために仮定による一般的な話し合いに終わらないように準備することが必要です。
②会議の目的やルールの確認	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の尊厳を保持しその人らしく主体的に生きることを支援するために行うことが目的であることを会議の最初に確認しましょう。 ・そのうえで、事例提供者と多職種等が対等な関係で、高齢者の個別性を尊重した具体的な提案を検討できるように、ルール等を確認しましょう。
③具体的な発言を引き出す	<ul style="list-style-type: none"> ・何について検討するのかといった論点を明確にすることが最も重要です。そのうえで、一般的な提案に対しては、事例の高齢者に関する質問をする、具体的な状況を示して発言を促す等を行う必要があります。また、参加する専門職の専門性を理解したうえで、それを踏まえた発言をお願いすることも必要です。
④発言を共有する	<ul style="list-style-type: none"> ・発言の主張と根拠は何かを意識しながら理解したうえで、根拠あるいは主張のない発言の場合には、それを引き出すための投げかけを行う。また、誤解が生じると考えられる発言等については、言い換えや要約等を行い、参加者全員が正確な理解のもと、検討ができるように配慮しましょう。
⑤発言を整理してまとめる	<ul style="list-style-type: none"> ・それぞれの専門職からの助言等はホワイトボード等に整理していくとともに、それらの関係性を考えながら、提案内容としてまとめて提示しましょう。専門職が専門性に基いて助言すればするほど、部分的な助言になる可能性があります。司会者は常に高齢者が尊厳を保持して、その人らしい生活を主体的に継続していくことができるようにするためにはどうすればよいのかといった、包括的かつ継続的な視点を失わず、発言をまとめていくことが必要です。
⑥話し合いをコントロールする	<ul style="list-style-type: none"> ・会議の目的から逸れないように話し合いをコントロールするために、必要に応じて高齢者本人の意向や想いに参加者の視点がいくように投げかける、検討において考慮すべきと考えられる要因について質問や提案をする、あるいは発言を受けとめてから必要時止めるなど、事例提供者と多職種、および多職種間のやりとりや検討状況を見ながら、適時介入していく必要があります。

(参考：平成30年度自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議実践者養成研修事業研修テキストP98-107)

《検討シートを活用した司会進行の例》

1. ご本人の望む生活		
① 事例提供者の提示でポイントを確認		
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)		
<阻害要因>		<促進要因(強み)>
② ①が阻害・促進されている要因を共有 (ICFを見ながら確認できると参加メンバーの理解が深まりやすい)		
3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る		
③ ①を叶えるための課題は何か? 複数挙がった場合は1つに絞る		⇒検討ポイント: 絞られた課題から、検討のポイントを確認
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)
優先順位を記入 目標が複数ある場合は	④ ③の課題解決に向けた、 具体的な活動目標	⇒ ⑤ ④の目標達成に向けた支援や 対応内容、モニタリング時期の確認 月頃
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)		
⑥ 検討しきれなかった課題や、リスク管理として必要な助言等、 上記の内容以外で今後検討が必要となることを記載		
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)		
<small>【運動・移動】<input type="checkbox"/>転倒歴・転倒不安 <input type="checkbox"/>歩行困難 <input type="checkbox"/>一人で交通機関の利用困難 <input type="checkbox"/>外出回数減少(閉じこもり) 【日常生活】<input type="checkbox"/>買い物困難 <input type="checkbox"/>補助金出 入れ困難 <input type="checkbox"/>公的書類・契約困難 <input type="checkbox"/>TPOに合わせた服の着用困難 <input type="checkbox"/>料理困難 <input type="checkbox"/>掃除困難 <input type="checkbox"/>ゴミ出し困難 <input type="checkbox"/>花木・【社会参】の減少 <input type="checkbox"/>地域活【健康管】 <input type="checkbox"/>口腔機 <input type="checkbox"/>薬の飲【その他】</small>		
⑦ この事例で当てはまる生活課題(地域課題の種)について、作業を参加メンバーと確認しながらチェックする。チェックした上で、この事例から一旦引いてみて、他のケースでも不足している社会資源や地域課題と思われることを挙げてもらう。		
[不]		

《司会の進行と検討シートの関連性》

1 事例の概要説明

2 質問タイム

- ①～③ ご本人の望む生活を、叶えるための課題はどんなことかを全員が共有できるようにします。助言者からの質問は、可能であればそのためにしてもらえると検討がスムーズになります。

3 検討

- ③ 課題の明確化をする場合、いくつかの課題が出てくることも考えられますが、優先順位が高い課題の一つに絞ります。(ここがポイント！)
- ④ 絞った課題一つに対して、目標と取り組みを確認していきます。課題が明確であればスムーズです

4 まとめ

- ⑤～⑥ 具体的な対応や支援について、「事例提供者はどのようにすればよいのか」について助言者と司会者、事例提供者の全員が協力して確認します。実行可能な方法を考えます。

5 不足する社会資源、地域課題

- ⑦ 生活課題から地域課題の種の抽出と、不足する社会資源と地域課題と思われるものを確認します

(2) 事例提供者の役割

事例提供者の役割	
①事例の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・現在提供している支援の必要性や妥当性、目指す効果等を説明する。ケアプランの内容だけでなく、そこに至る経緯についても説明が必要です。 ・より効果的な助言を得るためには、利用者及び家族の考えや背景、置かれた環境などを説明することが重要です。 ・介護支援専門員は当該事例の支援しているチームの代表という意識をもち、実際に支援し関係している専門職の意見についても説明しましょう。地域ケア会議の協議には、支援チームの統一した考えの説明も重要です。
②地域の課題の提起	<ul style="list-style-type: none"> ・提供した事例を通じて把握された社会資源不足などは、地域の課題として地域の支援体制や自治体の施策にも影響します。事例を通じて把握した地域の課題があれば地域ケア会議で提起し、社会資源の開発や改善につなげましょう。
③事例提供者の姿勢	<ul style="list-style-type: none"> ・その事例における利用者支援がより効果的にできるように助言を得られる機会であり、また事例提供者自身の資質向上の機会として、積極的に助言を求めましょう。 ・専門職からの助言は、今後の支援に向けた提案として率直に受け止め、自身のスキルアップにつなげるきっかけと考えましょう。 ・利用者の支援を通じて把握された市町村や地域に不足している社会資源等の地域課題について、積極的に提案する姿勢も必要です。

(3) 専門職の役割

専門職は、地域ケア個別会議においては、助言者として利用者のニーズや生活行為の課題を踏まえ、自立に資する助言を行い、多職種の視点で事例の課題を解決することが求められています。

<有効な助言を行うための基本的な考え方と手順>

①事例の理解と確認

情報		確認のポイント
A	利用者に関する情報	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢、性別、家族構成、既往歴、リスクの情報、日常生活自立度、生活歴などから、本人の状況をイメージします。
B	アセスメント情報	<ul style="list-style-type: none"> ・「現在」と必要な援助を利用した場合の生活行為の課題の「改善や維持の可能性」を比較し、本人の生活のどこに課題があって、支援をすると何が改善するかを確認しましょう。
C	居宅サービス計画書	<ul style="list-style-type: none"> ・課題を明確にした目標を設定し、設定された期間内に目標達成が可能な支援内容になっているか確認しましょう。
D	提供されているサービスの情報	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が利用者とともに作成した居宅サービス計画書の目標を達成するための具体的な援助内容となっているか確認しましょう。
E	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・最終診察日をはじめ、記入内容全体に目を通し、特に留意すべき疾患や心身の状況を踏まえて、生活機能とサービスに関する意見を確認しましょう。 ・医療的な判断については、主治医意見書の内容を確認しましょう。

②課題の明確化と背景要因の確認

提供された資料や事例提供者の説明から、生活行為の課題とその要因が明確になっているかを確認します。具体的には、以下の点がポイントになります。

1. 課題を中心とした情報の収集	
<ul style="list-style-type: none"> ①生活行為の課題や、課題が生活に与える影響 ②本人が認識している課題 ③本人が望んでいる状態や状況 ④本人が望んでいる支援 ⑤本人と家族の関係性 ⑥本人と知人、友人、近隣住民等との関係性 ⑦家族が認識している課題や意向 	
2. 生活の中での「出来ること」と「出来ないこと」能力評価	
<ul style="list-style-type: none"> ①「出来ること」と「出来ないこと」の整理 ②「出来ること」のうち、「していること」と「していないこと」の確認 ③「出来ること」のうち、できる状況が限定されていたり、見守りが必要な生活行為の確認 ④「出来ないこと」の工程分析をし、自立を妨げる要因の抽出 ⑤「していないこと」の要因分析をし、「していない」要因の解決方向の推測 	
3. 「出来ない」要因の分析	
<ul style="list-style-type: none"> ①課題と背景要因（因果関係）の包括的な理解 ②「出来ない」要因を個人・環境の視点で整理 ③「出来ない」要因に対して、期間限定的な支援が必要か、継続した支援が必要かの見極め※ ④「出来ない」要因に関する自立支援の観点から様々なアプローチの検討 <p>※予後予測や治療方針については医師または歯科医師に確認すること</p>	

③目標と支援内容の確認

次に、生活行為の課題を改善・解決し、目標の実現につながる支援内容になっているかを確認します。

●生活行為の課題が的確に把握できていない場合	生活行為の課題を適切に抽出できるよう、アセスメントの視点や具体的なアセスメント方法等について助言する必要があります。
●ケアプランの目標が適切に設定されていると言えない場合	今後の見通しに基づいて、目標とする期間内に実現可能な目標を設定できるよう助言する必要があります。また、誰にでも当てはまる一般的な表現ではなく、本人の意向を踏まえた具体的な目標を設定し、本人が真に望んでいることや意欲を引き出すための方策についても助言をすることが望まれます。
●サービス内容が目標達成のために適切であると言えない場合	目標達成につながる具体的な支援内容をわかりやすく提示します。

④実際につながる助言の提供

助言する際には、事例提供者にとって、実践につながるよう具体的でわかりやすい形で伝えることが重要です。具体的には、以下の点に留意しましょう。

全ての参加者がわかる表現で助言する

- ・分野が限定されるような専門用語は避けて、理解しやすく具体的な助言を提供することが求められます。

具体的かつ実現可能な助言を提供する

- ・専門の見地から、心身機能の低下や今後の見通しを見極めるだけでなく、以下のような視点で支援方法を示すことが重要です。

「どのような支援があれば、本人が望む生活行為・社会参加が可能になるか」

「どうすれば悪化を遅らせることができるか」

「健康管理上もしくは疾病管理上、注意しなければならない点をどのようにして把握することができるか」

- ・抽象的な一般論に終始することなく自立支援の視点で、この事例において具体的に「いつ」「誰が」「どこで」「何を」「どうしたらよいか」を助言しましょう。

優先度を踏まえた議論をする

- ・専門性のある見地から、特定の関心事を深く掘り下げすぎてしまう場合があります。限られた時間の中で生活行為の課題に焦点を当てた議論を進めるためにも、自らの専門性として最も影響が大きいと考えられる課題を優先して助言することを心がけましょう。

本人・家族・関係者との共通理解を得るための支援をする

- ・助言内容を踏まえた支援をするためには、本人が真に望んでいることや意欲を引き出し、家族や関係者の理解を得ることが重要です。そのためには、背景要因の理解や、今後の生活像についての共通理解が重要となるため、それらの点についても助言しましょう。

地域資源に関する確認・問題提起する

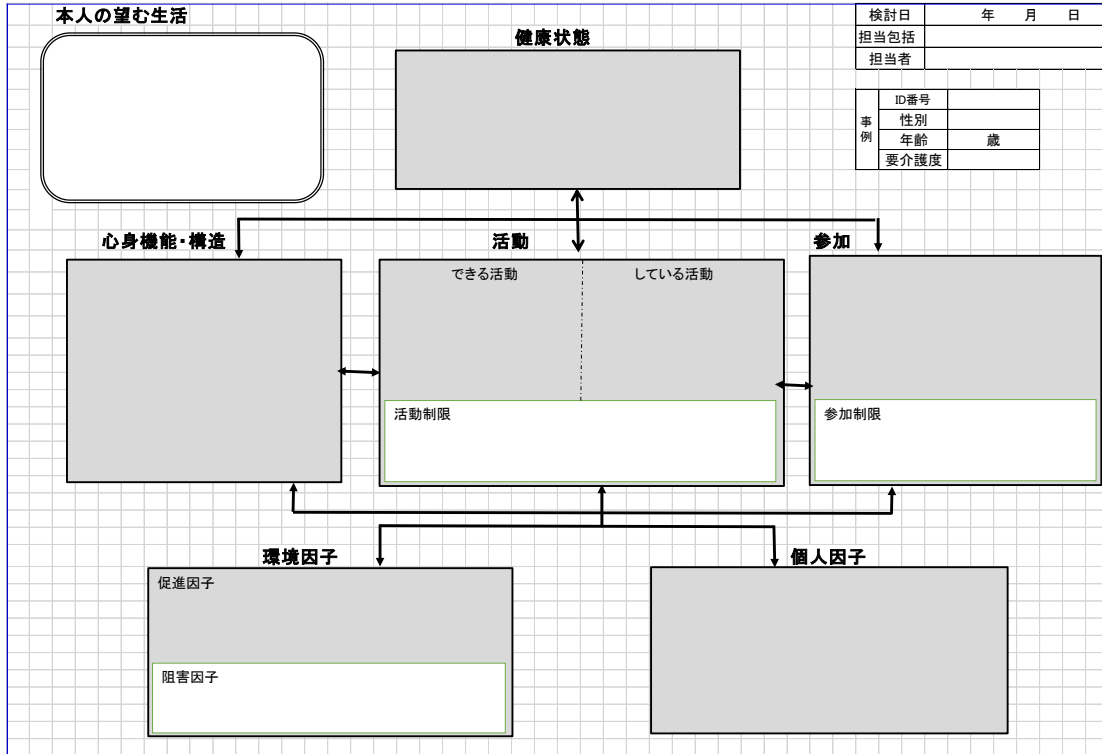
- ・専門職の観点から、地域資源に関して確認し、問題提起することが重要です。地域資源の現状について把握していない場合には、他の参加者に確認した上で、今後求められる地域資源について助言をすることが望ましいといえます。

(出典：「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」
介護保険最新情報 平成30年10月9日 Vol. 685 P27-36)

6. 地域ケア個別会議で活用する書式

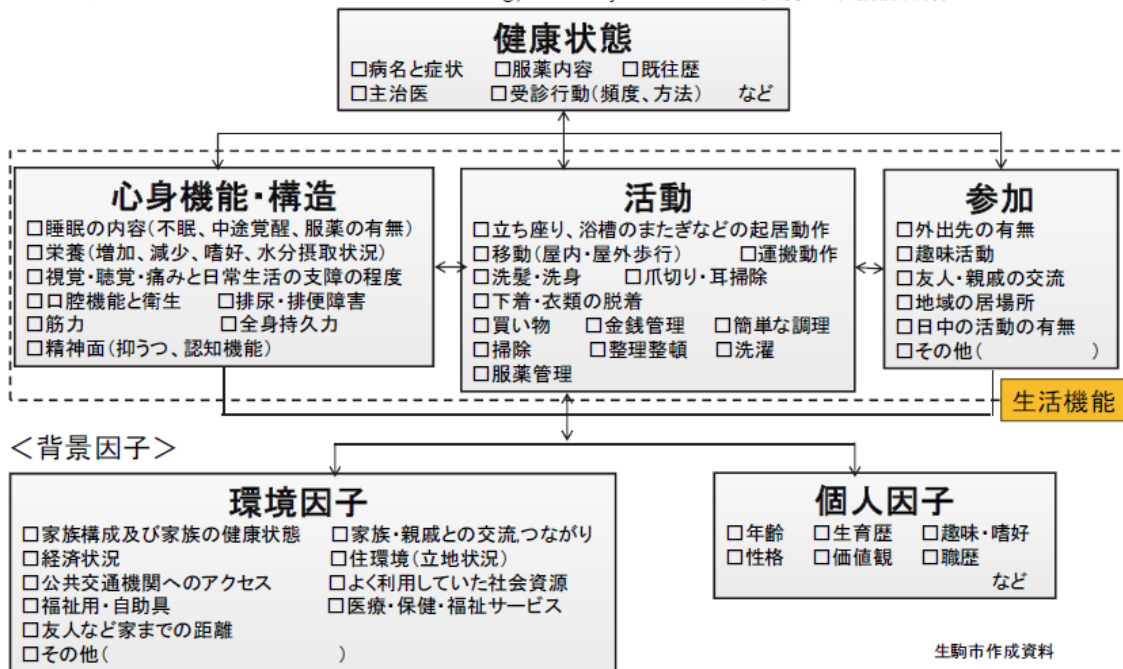
①事例概要シート（ICF）＊任意の書式＊

事例提供者が会議前に作成し、会議当日、事例の概要を説明する際に活用するシートです。一枚で事例の全体像を可視化でき、参加者と事例を共有しやすくなります。



国際生活機能分類（ICF）からみた介護予防のアセスメントの視点例

※ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) : 国際生活機能分類



生駒市作成資料

②地域ケア会議検討シート *** 必須の書式 ***

地域ケア会議の参加者全員に配布し、司会がこの流れで進行し、各自がメモとして使用します。限られた時間の中で、効果的な検討が行われるために必要なツールです。また、検討後に主催者が内容をまとめ、会議録として参加者全員と共有します。

豊島区地域ケア個別会議 検討シート

会議名	□個別会議 □自立支援地域ケア会議(元気はつらつ報告会) □生活援助プラン地域ケア会議		
検討日/会場	2019年 月 日()	会場:	事例ID:
事例	【年齢】歳【要介護度】	【利用中のサービス】	
事例提供者	【事業所名】	【事例提供者名】	
検討メンバー (所属/担当者)	司会(〇)、理学療法士(〇)、作業療法士(〇)、管理栄養士(〇)、社会福祉士(〇)、主任ケアマネ(〇)、保健師・看護師(〇)		
1. ご本人の望む生活			
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)			
<阻害要因>		<促進要因(強み)>	
3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る			
⇒ <u>検討ポイント:</u>			
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認	
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標が複数ある場合は優先順位を記入	⇒		月頃
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)			
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)			
<input type="checkbox"/> 運動・移動 <input type="checkbox"/> 転倒歴・転倒不安 <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 一人で交通機関の利用困難 <input type="checkbox"/> 外出回数減少(閉じこもり) <input type="checkbox"/> 日常生活 <input type="checkbox"/> 買い物困難 <input type="checkbox"/> 預貯金出し入れ困難 <input type="checkbox"/> 公的書類・契約困難 <input type="checkbox"/> TPOに合わせた服の着用困難 <input type="checkbox"/> 料理困難 <input type="checkbox"/> 掃除困難 <input type="checkbox"/> 洗濯困難 <input type="checkbox"/> ゴミ出し困難 <input type="checkbox"/> 花木・ペットの世話困難 <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> 対人関係・コミュニケーション <input type="checkbox"/> 社会への関心低下 <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがない/できない <input type="checkbox"/> 家族とのコミュニケーション不足 <input type="checkbox"/> 友人・近隣との交流頻度の減少 <input type="checkbox"/> 地域活動に参加なし <input type="checkbox"/> 家庭や地域での役割を持っていない <input type="checkbox"/> 健康管理 <input type="checkbox"/> 慢性疾患コントロール不良 <input type="checkbox"/> 痛みのコントロール不良 <input type="checkbox"/> 主観的健康観が低い <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 体重コントロール不良 <input type="checkbox"/> 食事バランス不良 <input type="checkbox"/> 口腔機能の問題(むせ・湯き等) <input type="checkbox"/> 定期通院できていない <input type="checkbox"/> 身だしなみ、清潔を保てない <input type="checkbox"/> 喫煙・飲酒問題 <input type="checkbox"/> 排尿コントロール不良 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ・服薬管理不足 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 生活リズムの乱れ <input type="checkbox"/> 病氣・障害等の受け止め困難 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 意思決定の問題 <input type="checkbox"/> 住まいの問題 <input type="checkbox"/> 経済問題 <input type="checkbox"/> 家族・友人・近隣の支援が受けられない <input type="checkbox"/> 生活の充足感低下			
↓ 不足している社会資源や地域課題と思われるもの		【上記に該当しない生活課題】(自由記載)	
()			

<事務局>

記録担当者名:

第3章 豊島区の地域ケア推進会議について

1. 地域ケア推進会議について

(1) 地域ケア推進会議とは

地域ケア推進会議は、個別ケースの検討を積み重ねるなかで明らかとなった地域の課題や、地域の代表者や関係者等の日頃の経験等に基づき把握されている課題について、参加者で共有し、地域包括ケアシステムの構築に向けた基盤整備の方策を検討し、地域包括ケアを推進します。

地域ケア推進会議にて構築されたネットワークや資源・政策などは、すべて個別支援の土台（基盤）となり、高齢者等が安心した生活を送ることができる地域の実現へと活かされていきます。

(2) 地域ケア個別会議から地域ケア推進会議へと移行するポイント

地域課題の整理

① さまざまなケースを課題のカテゴリーごとに分類

地域課題が複数ある場合、まずはそれがどのようなカテゴリーの課題なのかを分類します。さらに、それぞれの課題について、ニーズを充足するための医療や介護、リハビリテーション、住まい、生活支援などのケアが存在していないのか、そのケアの提供者の実践力や連携が不足しているのか、地域の人々の理解が足りていないのかなどの分類で細分化していくことで、課題の整理が進んでいきます。

② 優先順位の高い課題をスクリーニング

数ある課題のなかでも、どの課題を優先的に解決していくべきなのか、優先順位を考えることが重要です。

a) 課題の優先順位を判断する視点

課題について優先順位を判断する際には、広範性（影響を与える人数）、深刻性（生活に対する影響）、社会性（社会的に対応すべき課題）、実現性（課題解決の可能性）などの視点で、かつ、市町村の人口動態をはじめとしたさまざまな特性を加味して、予防的な視点も含めて判断することが重要です。

また、その課題に対する解決に向けたモチベーション（関係者等の課題解決に対する意欲）も考慮する必要があります。さらには、その課題が今後どのような影響をもたらすのかという予後予測の視点や、その時々状況による変化（時事的要素）といった視点も重要になります。

b) 地域課題の優先順位を判断する手法

地域の中では、様々な要望や意見が同時に寄せられることも多くあります。まずは、それぞれの立場や役割、専門性によって、最優先とする地域課題には違いがあることを認識しましょう。そして、現実在即して、地域課題を「地域づくり・資源開発」や「政策形成」に結びつけるために、複数の地域課題に公の優先順位をつけることを考えます。地域課題の分類は可視化しながら行うことで合意が得られやすくなることも多くあります。

課題解決に向けた取組の整理

地域課題を整理していく中で、その解決に向けて必要な取組も整理されていきます。

例えば、認知症高齢者に対する地域住民の理解が足りないことが課題として整理された場合、認知症に関する普及啓発が必要であることが見えてきて、具体的には市民セミナーの開催やパンフレット等の発行などの取組が、課題解決に向けた手段として浮かび上がってきます。

地域ケア推進会議では、ここで整理された手段を、地域課題解決に向けて実行可能なものとなるよう協議することも可能です。テーマに合わせて、会議の内容や参加者等を工夫することも推進会議をよりよいものにするためのポイントです。

出典：「地域ケア会議運営マニュアル」P73-72

（平成28年6月長寿社会開発センター発行）

2. 豊島区における各地域ケア推進会議の概要

(1) 地区懇談会

会議の目的	個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくりや政策形成に結び付けるため、包括圏域ごとに地域住民や関係機関と共に地域課題への取り組みを行う			
会議の持つ機能	①個別課題解決	—	④地域づくり・資源開発	◎
	②ネットワーク構築	◎	⑤政策形成	—
	③地域課題発見	◎		
主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別のケース等からあがってきた地域課題をもとに現状を共有・整理し、地域課題への対応策を検討 ・ 社会資源の発掘 			
主催	地域包括支援センター			
参加者	包括職員、関係機関、町会長・民生委員等地域の関係者			
開催頻度	随時（年 70 回）			

(2) 研修検討会（主任介護支援専門員地域ケア会議）

会議の目的	介護支援専門員が抱える地域課題を共有することで、包括的な支援や地域連携、ネットワーク作りにつなげる			
会議の持つ機能	①個別課題解決	—	④地域づくり・資源開発	○
	②ネットワーク構築	○	⑤政策形成	—
	③地域課題発見	○		
主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各包括の地域ケア会議等から抽出された介護支援専門員が抱える地域課題や、研修企画委員会等を通じて把握された地域課題について共有・整理し、地域課題への対応策を検討 			
主催	高齢者福祉課			
参加者	区内の居宅介護支援事業所に所属する主任介護支援専門員、包括職員			
開催頻度	年 2 回			

(3) 包括センター長連絡会（全体会議に向けた検討会）

会議の目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センター業務が円滑に行われるよう、協議・調整を行う ・ 地域ケア会議（全体会議）の開催に向けて、各圏域の地区懇談会等からあがってきた地域課題の中から、区レベルの地域課題を整理する 			
会議の持つ機能	①個別課題解決	—	④地域づくり・資源開発	○
	②ネットワーク構築	◎	⑤政策形成	—
	③地域課題発見	◎		
主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各包括、高齢者福祉課、関係機関等との情報交換、共有、意見交換 ・ 地域ケア会議の実績報告をもとに、地域の現状について情報交換 ・ 全体会議に向けて、地域課題の抽出・整理・対応策について検討 ・ 包括のPDCAサイクルの確認 			
主催	高齢者福祉課			
参加者	包括センター長、高齢者福祉課、他課・他部署等の関係機関			
開催頻度	毎月定例（年12回）			

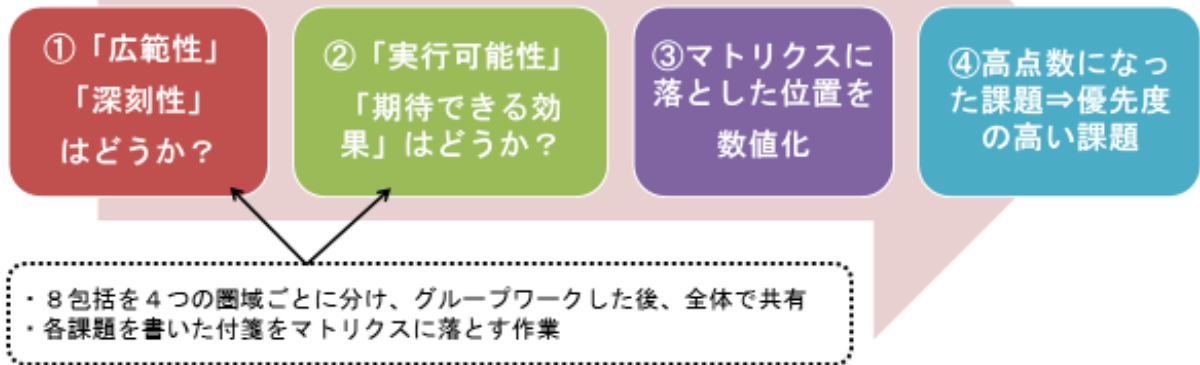
(4) 地域ケア会議〈全体会議〉

会議の目的	高齢者個人に対する支援の充実及び、地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の推進のため、区レベルの地域課題として整理されたものについて検討し、政策形成に結び付ける			
会議の持つ機能	①個別課題解決	—	④地域づくり・資源開発	◎
	②ネットワーク構築	○	⑤政策形成	◎
	③地域課題発見	○		
主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全体会議に向けた検討会における検討プロセス及び区レベルの地域課題の共有、対応策の検討 ・ 対応策の検討をもとに政策提言 			
主催	高齢者福祉課			
参加者	地域包括支援センター運営協議会会長・副会長、法人包括担当者、包括センター長、高齢者福祉課、他課・他部署等の関係機関			
開催頻度	年1回			

3. 平成 30 年度に実施した地域ケア会議〈全体会議〉までの流れ

昨年度は、包括センター長連絡会にて 5 回の検討を重ね、地域ケア会議〈全体会議〉を行いました。初めての試みとして、3 年分（平成 27 年度～平成 29 年度）の 8 包括から挙がってきた地域課題をカテゴリー分けし、区レベルで検討が必要な地域課題について優先付けを行った上で全体会議の検討へつなげました。

地域課題の優先付けの手順



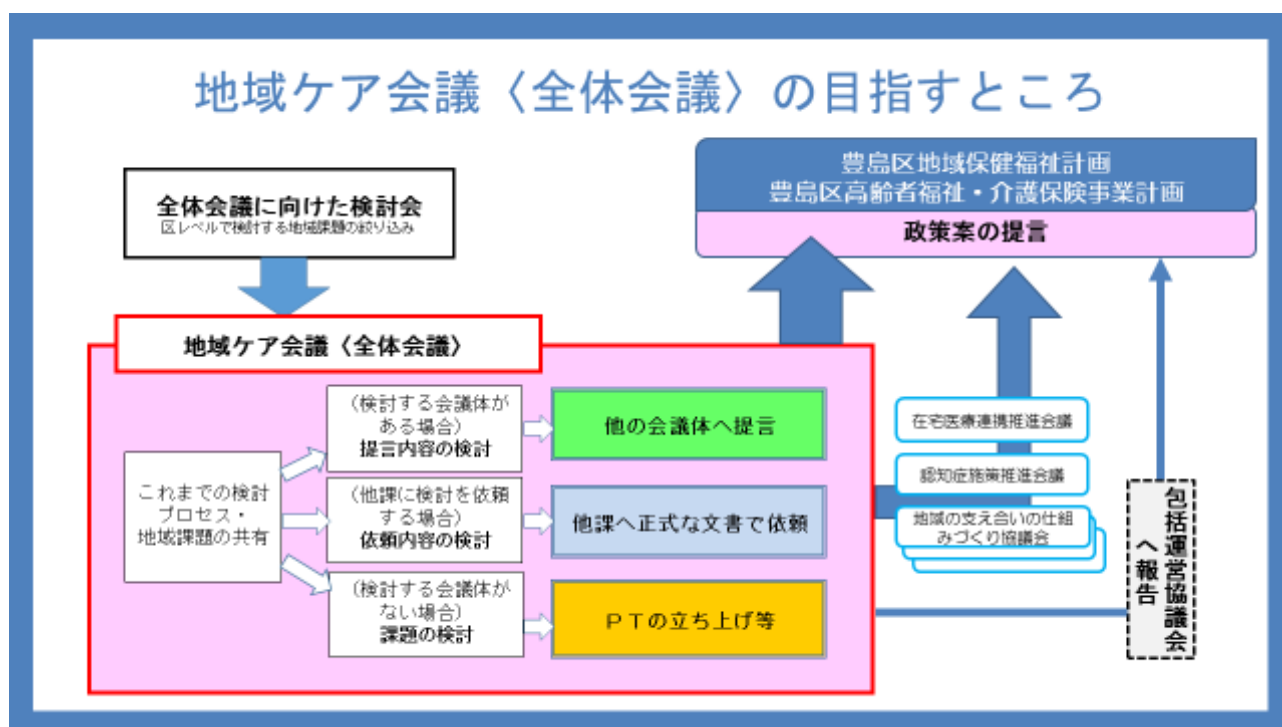
「地域課題解決に向けた整理シート」の作成

優先度の高い課題について具体的に検討したことを整理し、見える化を図る

1. 地域の現状	2. 地域課題	3. 現在ある施策・社会資源	4. 課題解決に向けて必要なこと (今後の対応方針)
----------	---------	----------------	-------------------------------

全体会議に向けた検討会では、以下 4 つの課題について検討し、それぞれの課題ごとにシートを作成。
「認知症を地域で支える」 「医療と介護連携」
「社会資源・仕組み作り」 「地域の支え手」

地域ケア会議〈全体会議〉の目指すところ



地域ケア会議〈全体会議〉では、まず、区レベルで検討する地域課題の共有と絞り込みを行ってきた検討のプロセスを共有します。その上で、政策提言につなげるために、①地域課題について検討する会議体がある場合には、提言内容の検討を行い、他の会議体への提言を行います。他の会議体として、在宅医療連携推進会議、認知症施策推進会議、地域の支え合いの仕組みづくり協議会などがあります。②他課に検討を依頼する場合は、依頼内容の検討を行い、正式な文書にて依頼します。③検討する会議体がない場合には、実際に課題に対するプロジェクトチームを立ち上げる等により対応します。こうした提言や依頼などについて、次の豊島区地域保健福祉計画、豊島区高齢者福祉・介護保険計画に反映されるよう地域包括支援センター運営協議会に報告します。