

平成 29 年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
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

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
環境整備の取組みに関する実践マニュアル

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 環境整備の取組みに関する実践マニュアル

目次

はじめに	1
I 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の概要	2
1. 意義	2
2. 現状	4
(1) 地域の介護支援専門員と関係機関の間の連携に関する支援	4
(2) 地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用に関する支援	8
3. 考え方	9
II 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のプロセス	12
1. 地域の現状把握	13
(1) 日常の業務から得られた気づき・仮説と、それに応じた現状の把握について	13
(2) 現状把握のための情報	16
2. 環境的要因の抽出	19
(1) 把握された現状から環境的要因を明確にする	19
(2) 環境的要因の抽出と整理	22
3. 目的・取組み目標の設定	26
4. 取組み手法の選択	29
5. センターの役割の選択	34
6. 取組み効果の確認	38
III 参考資料	41
1. 取組み事例（プロセス整理票）	41
2. 環境整備に関する困りごとヒント集（Q&A）	78
検討委員会 委員名簿	87

はじめに

平成 29 年の介護保険制度の改正は、「地域包括ケアシステムの深化・推進」がテーマとして位置づけられ、前回の改定で整備された地域支援事業について着実に成果をあげていくことが各市町村での課題となっている。そのなかで、今般の改正においても地域包括支援センターの機能強化が重要な課題として掲げられており、地域包括支援センターの事業評価が介護保険法において義務化されたところである。

いうまでもなく、創設以来、地域包括支援センターは地域包括ケアの推進において要の役割を担っており、当初から地域包括支援センターで実施されてきた「包括的・継続的ケアマネジメント支援」は地域包括ケアシステムの構築において大変に重要な役割を果たしている。社会保障審議会介護保険部会がまとめた社会保障審議会介護保険部会意見（平成 28 年 12 月 9 日）では、ケアマネジメント支援について「実際の支援の中心は介護支援専門員（ケアマネジャー）への直接的支援となっているが、地域における適切なケアマネジメント環境を整備するためには、住民やサービス事業所を対象とした取組も必要である」と指摘しており、今後ケアマネジメント支援への取り組みの枠組みを広げていくことを求めている。これまでの介護支援専門員が抱える困難事例等に対する個別の支援を『「点」の支援』とするならば、地域でさまざまな包括的な支援の環境が整備されていくなかで、ケアマネジメント支援の機能も地域全体で質を向上させていく『「面」の支援』が必要になってきたのだといえよう。

本調査研究事業は、ケアマネジメント支援における「面」の支援について、各地域で取り組みを推進するために、参考となる具体的かつ実用的な手引きを作成することを目指したものである。そのために、改めて包括的・継続的ケアマネジメント支援の全体像やプロセスについて整理した。その上で、「面」によるケアマネジメント支援に取り組んでいる市町村での取り組み事例について、そのプロセスの中で行われている取り組みや工夫を体系的に分析・整理して、考え方、手法や留意点等、市町村や地域との協働・連携等について明らかにすることを目指した。またアンケート調査によって寄せられた各地域における「実施上の課題点」に対しては、その解決策のヒントを Q&A として示すこととした。

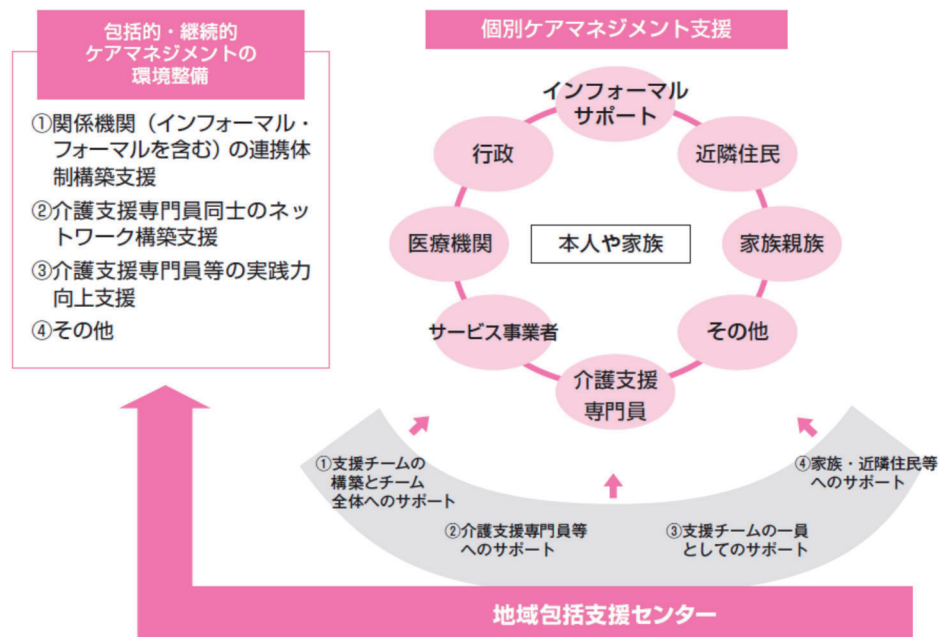
本調査研究事業の成果が各地域のケアマネジメント支援の機能強化に貢献し、地域で暮らす高齢者へのケアマネジメントの質の向上につながれば幸いである。

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
あり方に関する調査研究事業
検討委員会委員長 日本大学 内藤 佳津雄

I 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の概要

1. 意義

- 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」は、高齢者等が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、個々の高齢者等の状況や変化に応じた包括的・継続的ケアマネジメントを実現するため、地域における連携・協働の体制づくりや、個々の介護支援専門員に対する支援等を行うものです。
- 支援を必要とする高齢者は、心身の機能や社会参加等に関して多様な生活課題を抱え、それはひとつだけでなく福祉・介護・医療に限らないことが多くあります。また、支援すべき課題を抱えているのは、高齢者自身だけでなく、同時に高齢者の家族等である場合も少なくありません。そのため、支援チームは、特定の公的サービスのみならず、地域のさまざまな社会資源を活用し、多様な成員による支援チームを構築する必要があります。ケアマネジメントにおいては、それらの多様な主体による支援が一貫性をもって“包括的に”提供されるための連携や調整が重要であり、地域包括支援センターは、そうした包括的ケアマネジメントの実践を支援していく役割を担っています。
- また、高齢者の状態は時間や場所とともに変化するため、その時その場所での心身の状況や生活環境等に応じた適切なサービスやサポートを組み合わせる提供することが重要です。高齢者がその状態に応じて、自宅や介護施設、医療機関等を行き来する中で、支援のつながりが切れずに“継続的”に提供されるためのケアマネジメントが行われる必要があります。地域包括支援センターは、関係機関における連携・協働の体制づくり等を通じて、そうした継続的ケアマネジメントの実践を支援していく役割を担っています。
- 右の図は、地域包括支援センターが実施する包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を図式化したものです。ここで示すように、地域包括支援センターは、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務において、介護支援専門員へのサポートや、支援チームの一員としてのサポート等を行う直接的支援とともに、包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備として、地域における連携体制の構築等に関する支援も行うことが求められています。こうした支援をとおして、地域全体が介護予防・自立支援の認識を深め、多様な主体が互いに協力し支え合う体制をととのえることは、地域づくりや地域共生社会の実現にもつながります。



出典：「地域包括支援センター運営マニュアル」 長寿社会開発センター

- しかし、実際の支援の現状は、上の図の右側にあたる個々の介護支援専門員や個別ケースへの直接的支援が中心となっており、上の図の左側にあたる環境整備の取組みは、まだ十分に広がっていないと言われています。
- そこで、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の中でも、特にこの環境整備の取組みについて、実際の取組み状況を明らかにするため、全国の地域包括支援センターを対象とする調査を実施しました。以下では、その調査の内容・結果に関する概要を、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の現状としてお示しします。

2. 現状

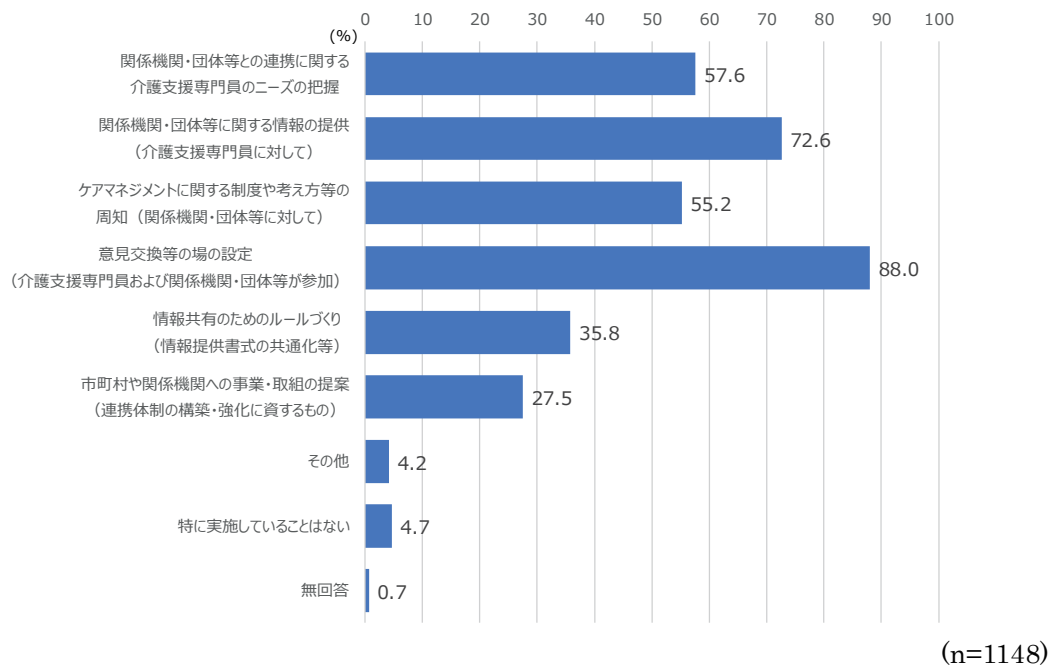
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務における、ケアマネジメント環境の整備のための取組みの実施状況を把握するため、アンケート調査を実施しました。

アンケートでは、実施している取組みをいくつでも選択する形式をとり、個々の選択肢ごとに具体的な取組み内容の記載欄を設けました。以下では、選択肢ごとの実施率と、具体的な取組み内容をカテゴリー化して集計した結果に基づき、包括的・継続的ケアマネジメントの現状について解説します。

【調査概要】

調査対象	介護サービス情報公表システムに登録の地域包括支援センター 4,452 施設(平成 29 年 11 月 16 日時点) ※サブセンター、ブランチ含む
調査方法	WEB アンケート ※WEB 回答ができない施設は、調査票ファイルに回答いただき、メールまたは FAX にて回収
調査期間	平成 30 年 1 月 19 日～平成 30 年 2 月 19 日
回収数	回収数：1,148 施設（回収率：25.8 %）

（１）地域の介護支援専門員と関係機関の間の連携に関する支援



- 地域の介護支援専門員と関係機関の間の連携に関する支援としては、「意見交換等の場の設定」が最も多く実施されており、具体的には、特に「地域ケア会議」が意見交換の場として活用されています。
- つぎに多く実施されているのは「関係機関・団体等に関する情報の提供」であり、情報提供の内容としては「インフォーマルサポートのリストやマップの配布」、情報提供の場としては「地域ケア会議、介護支援専門員連絡会、勉強会、研修会等」が多く活用されています。
- その一方で、「関係機関・団体等との連携に関する介護支援専門員のニーズの把握」を実施している割合は、「意見交換等の場の設定」や「情報の提供」よりも低くなっています。

《 介護支援専門員のニーズの把握の必要性 》

個別のケアマネジメントを行う際には、まずは利用者の現状やニーズ把握を行い、そこから解決すべき問題やその人の強みを引き出す内容を導きだし、プラン作成を行います。同様に、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務においても、まずは「関係機関・団体等との連携に関する介護支援専門員のニーズの把握」を行い、そこから解決すべき問題等を導きだし、その上で「意見交換等の場の設定」「関係機関・団体等に関する情報の提供」を行うことが効果的であると考えられます。

しかし今回のアンケートでは、「ニーズの把握」は実施していないが、「意見交換等の場の設定」「情報の提供」を行っていると回答したセンターが一定数あり、それらの場の設定や情報提供の内容が、本当に地域の介護支援専門員等のニーズに沿ったものになっているか、今一度検討することが必要です。（ただし、意見交換等の場自体を、ニーズ把握の機会として活用することは可能です。）

《 ニーズの把握のために 》

アンケートの回答では、介護支援専門員のニーズの把握のための具体的な取り組み内容として、「アンケートや実態調査」「支援困難事例の検討・分析」等が挙げられています。次章の第1節「地域の現状把握」も参照してください。

- 「ケアマネジメントに関する制度や考え方の周知」については、全体の５割程度しか実施されていません。関係機関・団体との連携の第一歩は、「介護支援専門員が何をする者か」を知ってもらうことです。知ってもらうことで、市区町村、地域包括支援センター、介護支援専門員、関係機関等の協力体制を整えることにもつながると考えられます。
- 「ケアマネジメントに関する制度や考え方の周知」の方法としては、意見交換や情報提供等の場でもある「地域ケア会議、介護支援専門員連絡会等」のほか、「説明会や勉強会等」「パンフレット等」が活用されています。他にも主任介護支援専門員や地域包括支援センターと市町村が協同して「ケアマネハンドブック」等を作成し、ケアマネジメントに必要な情報や市町村独自の取組などを紹介し、活用されているところもあります。
- 「情報共有のためのルール作り」や「市町村や関係機関への事業・取組みの提案」は、他の項目に比べて実施割合が低くなっています。

《 ルール作りや市町村等への提案の必要性 》

地域包括支援センターが把握できる地域の現状と課題について、市町村と共通認識を持たなければ、地域全体での取組みにつながりません。市町村によっては地域包括支援センターが行う業務をイメージしづらいこともあるかもしれません。地域包括支援センターが把握した地域の実態をデータで表すとともに実践事例を加えることで、市町村がセンター業務や地域の現状をイメージしやすくなるものと考えられます。例えば、市町村の高齢者福祉計画・介護保険事業計画の策定に合わせて、地域包括支援センターからの地域課題を保険者に提案することで、課題解決につながっていくものと考えられます。

《 ルール作りや市町村等への提案に向けての課題 》

「情報共有のためのルール作り」や「市町村や関係機関への事業・取組みの提案」は、地域包括支援センター単独で実施できるものではなく、複数のセンター同士の連携や、市町村・関係機関等とのネットワークが構築された上で、地域の問題共有や解決のための役割分担を行いながら進めることが必要となります。

そこでは、在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議等、既存の事業や会議を活用することも有効ですが、今回のアンケート結果からは、ルール作りや政策提言に関するそれらの機能について、まだ十分に発揮されていない現状が読み取れます。次章の第４節「取組み方法の選択」も参照してください。

【各設問に関する具体的な取組みの例】

意見交換等の場の設定（介護支援専門員および関係機関・団体等が参加）

- M市地域包括支援センターサポーター会議を毎月開催し、地域の課題について多職種（地域住民・民生委員・介護保険事業所・介護支援専門員・薬局・社会保険労務士・会計士等）で話し合いをする場を設け、多角的視点による検討を進めている。

関係機関・団体等に関する情報の提供（介護支援専門員に対して）

- 周辺の地域包括支援センターと「障害サービスについて」「認知症の基礎知識について」の研修会を企画・実施し、同じ情報や知識を共有することでネットワーク構築に活かしている。

関係機関・団体等との連携に関する介護支援専門員のニーズ把握

- 地域包括支援センターの専門職が圏域内居宅介護支援事業所をそれぞれ担当し、日常的にニーズを汲み上げ、地域ケア個別会議を活用しながら、課題整理を行っている。
- 介護支援専門員から地域包括支援センターへの問い合わせを集計するツールを活用し、ニーズ把握を行いニーズに沿った研修会等を開催している。

ケアマネジメントに関する制度や考え方等の周知（関係機関・団体等に対して）

- 介護支援専門員交流会にて介護保険課、障害福祉課、生活福祉課各課の職員に参加してもらい分科会を開催することで、相互の理解を深めネットワーク体制構築につなげている。
- 市内の地域包括支援センター職員にて総合事業のチームを構成し、センター職員同士の共通認識をはかり、パンフレットを作成し関係機関・住民へ周知している。

情報共有のためのルールづくり（情報提供書式の共通化等）

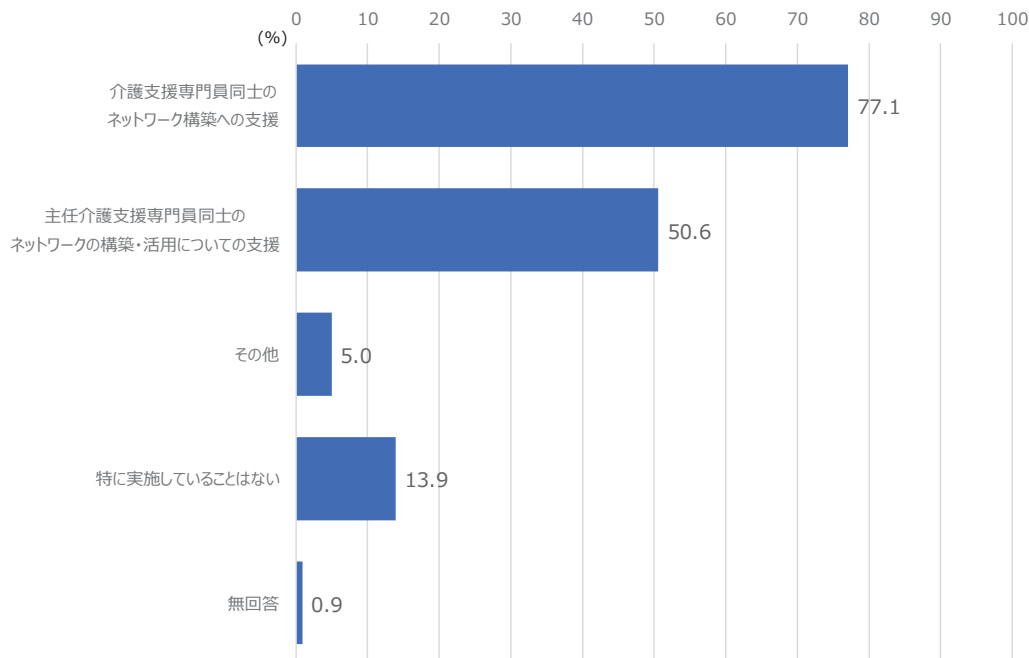
- 三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）と協働し、医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターが情報共有のためのルールづくりを行う検討会を開催し、医療と介護の連携を推進するための医療介護連携シート、物忘れ連絡箋（新規で認知症の方を発見した場合の連絡票）を作成し、介護支援専門員に活用してもらっている。
- 地域の介護支援専門員と協働し、地域のインフォーマルの情報を把握し、「インフォーマル情報の手引き」を研修において作成し共有化を図った。
- 主任介護支援専門員部会や地域生活連携シートワーキンググループと協議し、入退院時の情報共有のためのツールとして地域生活連携シートを作成した。介護支援専門員に対して利用状況についてのアンケートを実施し、ツールのバージョンアップも実施した。

市町村や関係機関への事業・取組の提案（連携体制の構築・強化に資するもの）

- 昨年度、行政から保健師 1 名が委託先である当地域包括支援センターへ出向していた。今年度は行政に戻ったが、新規事業や在宅医療・介護連携推進事業等を企画するにあたり、話し合いや提案を行うことができています。
- 障害者の高齢化にともなう障害者福祉制度と高齢者福祉制度の円滑な移行および相互活用を図るため、区の障害者福祉課および高齢者福祉課の参加による「高齢・障害ネットワーク会議」を立ち上げ、関係機関団体等の参加により情報共有、研修の機会をもっている。
- T町内に介護相談を専門とする窓口がないため、平成30年4月からT町介護支援専門員連絡協議会会員主導により、T町役場内で介護相談会を毎月2回開催していくことになった。

（２）地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用に関する支援

(n=1148)



- 地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用に関する支援については、「介護支援専門員同士のネットワーク構築への支援」として、情報交換会等の取組みが多く実施されています。それと比較して、「主任介護支援専門員同士のネットワークの構築・活用についての支援」の実施割合は低くなっています。

《 主任介護支援専門員に特化した支援の必要性について 》

主任介護支援専門員は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の把握から社会資源の開発等の地域づくりや地域の介護支援専門員の人材育成等の役割を果たすことができる専門職です。しかしながら、アンケートの自由記載から、その役割を主任介護支援専門員が理解し、遂行するに至っていない現状もあります。また、小規模市町村では主任介護支援専門員が少ない状況や、居宅介護支援事業所に1人の主任介護支援専門員しかいないなど、連携に困難を感じているという現状が分かります。

《 主任介護支援専門員に特化した支援に向けて 》

まずは、主任介護支援専門員同士がネットワークを作ること、そして、主任介護支援専門員が担う役割を共有することが重要になります。主任介護支援専門員部会等を設置し、連絡会や研修会等を定期的実施している例もあります。また、主任介護支援専門員の数が少ない小規模市町村については、市町村を超えた広域的な連携が効果的な場合もあります。第3章の困りごとヒント集もご参照ください。

なお、主任介護支援専門員の役割については、主任介護支援専門員研修実施要綱（平成29年5月18日老発0518第6号厚生労働省老健局長通知「「介護支援専門員資質向上事業の実施について」の一部改正等について」別添5）等をご参照ください。

【各設問に関する具体的な取組みの例】

介護支援専門員同士のネットワーク構築への支援

- 地域の介護支援専門員から、総合事業の内容について、介護予防・生活支援サービス事業の内容やケアマネジメントの類型等、不明な点等が多いとの声をキャッチし、そのタイミングで勉強会と情報交換会を実施した。その後定期的に集まる機会として継続し、新しい介護支援専門員が入ったら紹介も兼ねた会を開きネットワーク構築を図っている。

主任介護支援専門員同士のネットワークの構築・活用についての支援

- 市内全体で実施する主任介護支援専門員間の情報交換会等の企画運営を他の地域包括支援センターと一緒に実施している。
- 町内には主任介護支援専門員は2名だけであり、町内だけでは取り組むことが難しく、広域（近隣の市町村）で事務局を持ち回りとして主任介護支援専門員がテーマを決めて地域課題に取り組むことで質の向上とともに、ネットワーク構築の幅を広げている。

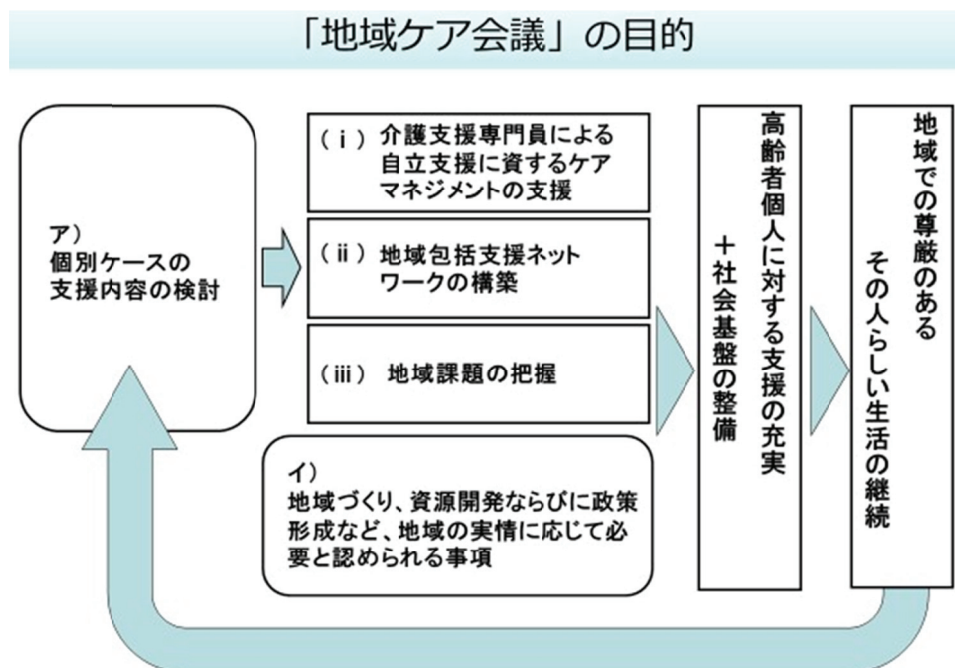
3. 考え方

- 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備を効果的に行うためには、まず地域の現状を把握し、その中で特にアプローチすべき環境的要因を明確にした上で、目的・目標を設定し、支援の方法を決めて実施する、といった一連のプロセスについて、順を追って適切に進めていくことが重要です。このマニュアルでは、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のプロセスについて、実際の取組み事例を参照しながら第Ⅱ章で詳しく解説していきます。
- なお、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いては、地域包括支援センターが単独で支援を行う場合のほか、市区町村（保険者）や介護支援専門員連絡会等との連携のもと協働し、適切に役割分担を図りながら取組を進めていくことが効果的な場合もあります。支援業務のプロセスの中では、こうした役割分担の検討についても、大事な要素のひとつとして位置づけています。
- また、役割分担とともに、支援の対象となる範囲を決めておくことも重要です。包括的・継続的ケアマネジメント支援の環境整備は、必ずしも地域包括支援センターの担当圏域内で完結するものとは限らず、地域包括支援センターの力量や市区町村との連携体制等も踏まえた上で、取組みごとにどの範囲を対象とするのか（センターの担当圏域内、市区町村全域等）を検討しておくことが求められます。
- 包括的・継続的ケアマネジメント支援の環境整備を進めるに当たっては、どの段階においても、地域住民から行政までを含めた地域の関係者・関係機関との「合意形成」が重要です。そのためにも、日頃から顔の見える関係をつくり、ネットワーク体制を構築しておくことが必要となります。

【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社会基盤の整備を通じて、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働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。
- 個別ケースの支援内容の検討を行う地域ケア個別会議では、多職種や地域関係者の協働により個々のケースの支援内容を検討することを通じて、支援が困難になっている事例の課題解決や、尊厳の保持と自立支援に資するケアマネジメントの質の向上を図るとともに、支援のためのネットワークの構築、および地域課題の把握を行います。その上で、地域づくり、資源開発ならびに政策形成等、地域の実情に応じて必要と認められる事項を検討する地域ケア推進会議を開催することで、個別のケアマネジメント支援を地域マネジメントにつなげ、その成果をまた個別のケースに還元する、という支援のサイクルを回していくことができます。

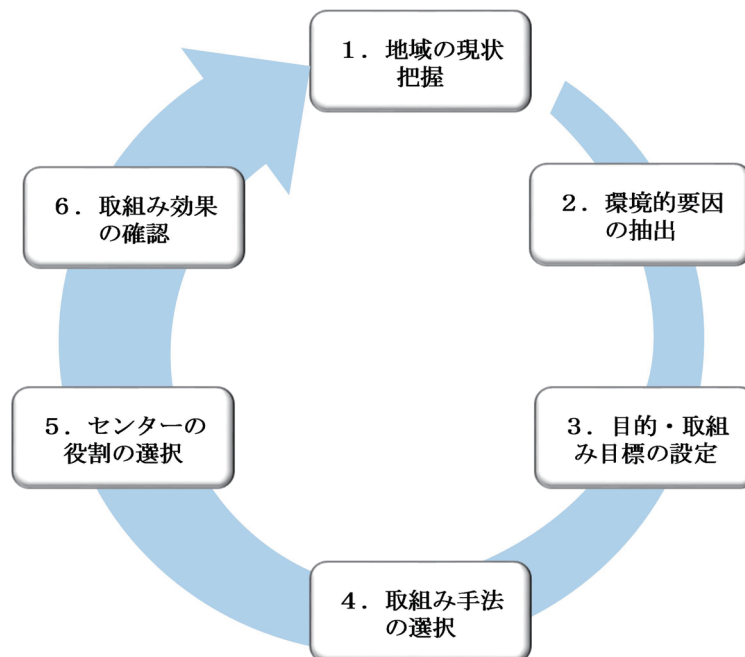
- これと同様に、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務全般においても、個々の介護支援専門員や支援チーム等への支援と、環境整備を通じた地域全体への支援を連動させていくことで、個人の困りごとへの対応が、地域全体での取組みにつながり、それが同じ問題を抱えていた別の人への対応にもつながるという、個と地域全体の循環を意識しておくことが重要です。



- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施主体である地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的に設置されています。地域包括支援センターでは、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を通じて、介護支援専門員のケアマネジメントの質を向上させ、住民や介護サービス事業者等、地域の関係者および関係機関のネットワークを構築・活用することにより、住民ひとり一人の尊厳の保持と自立支援に資する取組みにつなげることが重要です。

Ⅱ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のプロセス

○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実践のプロセスを、①地域の現状把握、②環境的要因の抽出、③目的・取組み目標の設定、④取組み手法の選択、⑤センターの役割の選択、⑥取組み効果の確認、の6段階に分けて説明します。



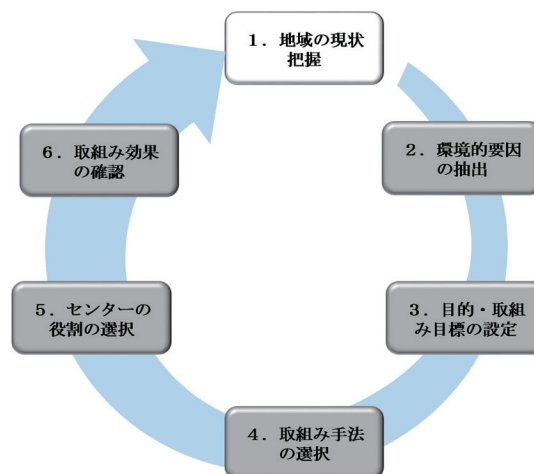
○①～⑥の実践プロセスは、PDCA サイクル（目的・目標達成のための計画作成（PLAN）、計画を意識した実行（DO）、実行に対する評価（CHECK）、サイクルを通しての改善（ACT/ACTION））のように循環させることが重要です。①～⑥の各実践プロセスは、それぞれ独立した項目ではなく、お互いの項目が重なりながら循環します。プロセスを進める上では、各項目の相互の関係性や全体のつながりを意識することが重要です。

○①～⑥の各実践プロセスの段階で、取組みを共有する地域住民や各サービス事業者、他圏域の地域包括支援センター、行政等の関係者と「合意形成」を行い、「なぜやらなければならないのか」といった認識を共有することで、取組みの幅が広がり、効果的な環境整備を行うことにもつながります。

1. 地域の現状把握

(1) 日常の業務から得られた気づき・仮説と、それに応じた現状の把握について

- まずは、地域の現状を把握することから始まります。ただし、現状把握は、何もない白紙の状態から始まるものではありません。日頃の相談業務や地域ケア会議の検討内容等から得られた、「地域にこんな問題があるのではないか」という気づきや仮説等が、センター職員の中にはすでに芽生えているはずです。こうした何らかの問題意識に基づき、仮説をもって地域を見ることにより、焦点を絞り、効率的・効果的に現状の把握を行うことができますようになります。



- 日常の業務から得られた気づきや仮説等と、取組みのプロセスにおける第1段階としての“現状把握”との関係性について、具体的な例を以下に示します。なお、これらの例は、実際の地域における取組みから抽出されたものです。事例の詳細はこのマニュアルの第3章を参照ください。

【日常の業務から得られた気づき・仮説と、それに応じた現状の把握の例】

テーマ	気づき・仮説	現状把握の方法や内容の例
認知症への対応 (参考事例1、p.43)	➤ 一人暮らし高齢者夫婦世帯が多い地域において、認知症高齢者の早期発見や専門医療への受診が遅れがちになっている。また、記憶障害や見当識障害による近隣トラブルが出現する事例も増えているが、その一方で地域の認知症に対する理解は進んでいない。	・ 高齢化率・独居高齢者数等の統計データを整理 ・ 介護支援専門員からの相談内容、高齢者虐待に関する相談内容等を整理 ・ 認知症に関する住民の困りごとや問題意識を確認 ・ 関連する既存の事業の洗い出し

テーマ	気づき・仮説	現状把握の方法や内容の例
入退院支援 (参考事例2、 p.47)	➤ 地域の介護支援専門員にとって、入退院支援が課題になっているようだ。医療政策の動向の理解や、医療機関とのコミュニケーションに不安があるのではないかな。	・ 介護支援専門員から地域包括支援センターに寄せられた声の整理 ・ 市内の医療機関との入退院支援の連携状況の把握 ・ 退院支援に関する広域行政の動向の整理 ・ 地域ケア会議における入退院支援の協働事例の整理
処方薬の管理 (参考事例3、 p.51)	➤ 地域ケア個別会議に提出された支援困難事例から、多くの高齢者に「薬の管理が困難となっている」という共通課題があるのではないかな。	・ 主任介護支援専門員が集まり、支援困難事例を集約・分析 ・ 介護支援専門員を対象とした、（困難事例に関する／薬の管理に関する）アンケート調査を実施
支援困難事例への対応 (参考事例4、 p.55)	➤ 支援困難事例を抱えて「力不足」と悩む介護支援専門員が多い一方で、主任介護支援専門員自身も、「部下や後輩へのかかわり方が分からない」等の悩みを抱えているのではないかな。	・ 介護支援専門員から地域包括支援センターに寄せられた相談内容を整理し、共通課題を抽出 ・ 介護支援専門員連絡会からの情報収集
複合的な課題を持つ世帯支援 (参考事例5、 p.59)	➤ 複合的な課題をもつ世帯支援の事例が増えてきており、それを支える支援者を支援していくことが必要なのではないかな。	・ 地域包括支援センターが受けた総合相談や対応した内容について、経年推移を整理・分析 ・ 地域ケア個別会議の集積分析 ・ 開業医や民生委員等、フォーマル・インフォーマルを問わず地域の支援者からの声や思いの整理

テーマ	気づき・仮説	現状把握の方法や内容の例
制度を超えた包括的継続的支援 (参考事例6、p.63)	➤ 「障害者の親が認知症」「認知症高齢者の家庭は生活困窮状態で外国人の女性と要保護児童が同居」「認知症高齢者の中学生の孫が介護で不登校」などという相談や支援の困難さに関するつぶやきから、制度を超えた取り組みが必要ではないか。	・ 地域の高齢化率・外国人数・生活保護世帯数等の統計データの整理 ・ 制度ごとの相談支援機関の整備状況や、機関相互の連携の状況、各機関の専門職の認識等について確認
介護支援専門員の質の向上 (参考事例7、p.67)	➤ 地域には、多数の介護支援専門員が在籍しているが、一人居宅介護支援事業所や小規模多機能施設の介護支援専門員が多く、日常的にケアマネジメントの相談ができない状況がある。また、主任介護支援専門員のネットワークがなく、地域の介護支援専門員への支援体制が十分とはいえない。	・ 地域の居宅介護支援事業所や介護支援専門員・主任介護支援専門員に関する統計データの整理 ・ 既存の事業者間のネットワークや自主組織活動状況の整理
質の高いケアマネジメントを支える人材育成と確保 (参考事例8、p.71)	➤ ケアマネジメントの質の向上をはかるには、介護支援専門員の問題だけではなくサービス提供事業者の問題もあるのではないかな。 ➤ 介護サービスの提供が不安定になる背景には、ケアマネジメントと介護サービス双方の要因があるのではないかな。	・ 地域包括支援センターが要介護認定調査に立ち合う、もしくは認定調査を行うことにより、積極的に実態把握し情報収集 ・ 市内の介護サービス事業所における運営・経営の状況を整理 ・ ケアプラン指導研修で提出されたケアプランの質や課題に関する検証 ・ ケアプランに基づくサービス提供の実情の把握
介護予防活動のツール化と展開 (参考事例9、p.75)	➤ 介護者に対する支援の中で、介護不安や負担感の傾聴、健康づくりや介護予防の更なる展開など、地域でも出来ることがあるのではないかな。	・ 介護者の困りごとや相談内容から、介護予防・通いの場に関するニーズと、活動にあたっての阻害要因を整理 ・ 既存事業や社会資源を整理し、地域の強みに着目した把握

（２）現状把握のための情報

- 現状の把握においては、量的データと質的データの両方を、互いに補完しあうように活用することが大切です。たとえば、質的データとしての“つぶやき”や相談内容等から得られた実感を、行政統計などの量的データによって裏付けることや、逆に、統計として得られたデータが個々のケースとどのように関係しているのかを、日常業務における相談対応の記録等から明確にしていくこと等が考えられます。
- こうした現状の把握は、包括的・継続的ケアマネジメント支援のプロセスとして行うものですが、介護支援専門員による“ケアマネジメント”に関する問題点だけに着目するのではなく、地域住民の介護・予防・医療・生活支援・住まい等に関する“人の暮らし”の現状や“地域が持つ強み”にも着目して把握することが重要です。

【地域が持つ強みとは】

“地域が持つ強み”の把握は、地域に既に「あるもの」の発見、地域のこれまでの多様な取り組みの積み重ねや既存の社会資源を知ること、その内容を整理していくことから始まります。

地域には必ず何らかの社会資源があり、多様な取り組みが既に行われているものです。それは行政や専門機関のフォーマルな取り組みや、住民主体のインフォーマルな取り組み、熱意ある専門職の存在や地域で地道な活動を継続している人の存在だったりします。

地域の社会資源を知り、内容を整理し、お互いの特性を活かしていくには、「どの社会資源と社会資源をつないでいけばより相乗効果を発揮できるのか」を構想していくことも大切です。その次に必要であれば地域関係者との協働のなかで社会資源を改善していくこと、まったく社会資源が無ければ必要な社会資源を創り上げていくという順番になります。

まずは、地域に既に「あるもの」をしっかりと見ていきましょう。

○包括的・継続的ケアマネジメント支援においては、介護支援専門員の困りごとを把握し解決するだけでなく、その問題を解決するプロセスにおいて、介護支援専門員の気づきを促し、主体性を育みます。また、同時に、その問題を解決することにより地域のネットワークや社会資源を整え、地域住民や利用者の問題を解決するという意識をもって地域の現状を把握することが重要となります。

現状把握のための主な情報

下記のような視点から情報を整理していくと、よりわかりやすくなる。

- ① 量的データの整理（行政統計、センター活動報告、アンケート調査結果等）
- ② 質的データの整理（センターへの住民や介護支援専門員等からの相談内容の分析情報、民生委員や生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等との情報交換、地域ケア会議での検討内容等）
- ③ 地域で何が起きているのか（住民の困りごと、支援現場の声等）
- ④ 地域の中で、どこに・何が・どれだけあるのか（地域資源として活用できる既存の拠点や事業等）
- ⑤ だれがどのような活動を行っているか（民生委員等による地域の見守り、介護支援専門員の自主組織による研修実施等）
- ⑥ 課題と強みの整理（制度ごとの相談機関の設置、医療関係者の地域支援への意識の高まり等）

現状を把握する上での主な視点

- ① 行政では統計情報から得られる量的データ、センターでは相談や情報交換から得られる質的データ等、それぞれの得意とする分野を活かし把握された情報を統合し、整理する。
- ② 把握された情報から共通事項等を抽出し、地域の抱えている問題等を整理する。
- ③ 問題や困りごとだけでなく、すでに地域にある取組や、活用できる資源（既存の会議、他制度の事業等）を整理する。
- ④ 地域の多様な主体（専門機関や専門職に限らず、地縁組織やキーパーソン等を含む）が、何にどのような問題意識をもって取り組んでいるのかを把握し、整理する。
- ⑤ 地域包括支援センター、主任介護支援専門員等の活動の特徴や強みを把握し整理する。
- ⑥ 地域の取組みや資源の相互関係を把握し整理する。（つながりのなかった人や機関をつなぐことは、目標のひとつになりうる。）

【実践例】

- ① 行政では量的データ、センターでは質的データ等、それぞれの得意とする分野を活かし把握された情報を統合し、整理
- ② 把握された情報から共通事項等を抽出し、地域の抱えている問題等を整理

武蔵野市では、保険者が統計的に明らかにした介護職員等の需要量や就労継続意欲等の現状を把握し、基幹型地域包括支援センターが市内6ヶ所ある在宅介護・地域包括支援センターの行ってきた数字で表現しにくい実態把握した状況を集約。それぞれに把握された状況を、地域包括支援センターと保険者で共に分析、課題を抽出。地域（市）全体の課題として、質の高いケアマネジメントを行うための人材育成と確保があげられ、高齢者福祉計画・介護保険事業計画の中に位置付け、ケアリンピック武蔵野の開催に結びつけた。

【実践例】

- ③ 問題や困りごとだけでなく、すでに地域にある取組や活用できる資源（既存の会議、他制度の事業等）を整理
- ④ 地域の多様な主体（専門機関や専門職に限らず、地縁組織やキーパーソン等を含む）が、何にどのような問題意識をもって取り組んでいるのかを把握し整理
- ⑤ 地域包括支援センター、主任介護支援専門員等の活動の特徴や強みを把握し整理
- ⑥ 地域の取組みや資源の相互関係を把握し整理

金沢市の委託型地域包括支援センターでは、日常業務の分析（総合相談や地域ケア個別会議等）に加え、地域の多様なキーパーソン（専門職、民生委員、インフォーマルサポートの担い手等）との日常的な関わりの中でその意向を把握し、フォーマル・インフォーマルの連携体制の構築につなげていった。

足立区の基幹型地域包括支援センターでは、介護支援専門員に関連する既存の自主団体（2団体）の事務局である強みを生かし新たな連絡会の立ち上げに関わり、あわせて3団体が役割・機能を明確にする調整役を担い、それぞれの団体が有機的・補完的に協働できる体制を構築した。

生駒市の地域包括支援センターでは、認知症を有する方の早期発見・早期対応がスムーズに進むよう「徘徊高齢者の模擬訓練（声掛け訓練）」と「認知症サポーター養成講座」をセットとし、地域の介護支援専門員・介護事業所、民生委員、自治会、医師会の関係機関・者がともにそれぞれの立場で何ができるかを話し合える場を設け、それぞれの課題と関係性について整理した。

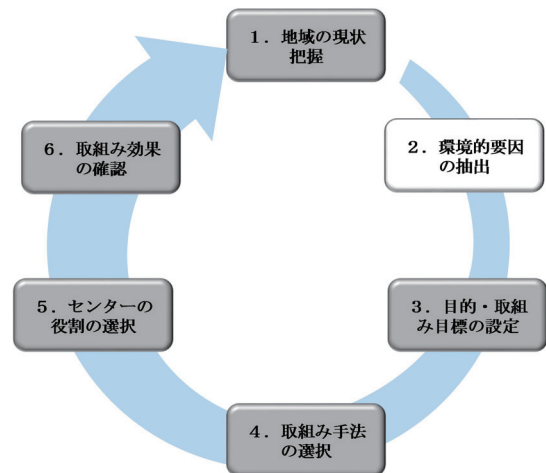
つぎのステップに向けて

地域の現状把握を通じて、気づきや仮説を補強し、あるいは修正を加えることによって、地域の姿をより明確にすることができたら、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務としてどのようにアプローチするかを決めていきます。そこで重要なのが、次のステップである「環境的要因の抽出」です。

2. 環境的要因の抽出

(1) 把握された現状から環境的要因を明確にする

○地域の現状として把握された困難や問題の背景には、多くの場合、ひとつではなく複数の要因が存在しています。これらの要因の中には、個人または事業所単位での努力や工夫だけでは対処しきれず、より広範囲にわたる仕組みや連携体制によって変化させることができるものがあります。それがここでの「環境的要因」であり、そうした要因に働きかける支援が包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備です。



【「環境的要因の抽出」を理解するために】

包括的・継続的ケアマネジメント支援のプロセスにおける「環境的要因の抽出」について、個々の利用者に対するケアマネジメントのプロセスと比較しながら整理してみましょう。

個々の利用者に対するケアマネジメントのプロセスにおいては、「運動・移動」や「日常生活（家庭生活）」といった各アセスメント領域における生活上の問題およびその背景について、健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境等の観点から整理し、分析を行います。たとえば、高齢者 A さんの閉じこもりの問題にアプローチするとき、外出をしない要因としては、疾患による身体の痛みや、内向的な性格等、A さん個人の内在的な要因のほかに、交通機関がない、近くに通いながれた場所がない等、周囲の環境要因を挙げることができるでしょう。

同様に、包括的・継続的ケアマネジメント支援のプロセスにおいても、各種の質的・量的データを通じて得られたケアマネジメント上の課題やその背景について、個々の介護支援専門員等の知識や技術、あるいは地域における連携体制等、複数の観点から多角的に現状を整理します。その上で、個々の介護支援専門員や支援チームに着目すれば、介護支援専門員への相談支援、支援チームの一員として直接的に参加するといった直接的支援が生まれ、介護支援専門員や支援チームを取り巻く地域の環境に着目すれば、移送サービスや通いの場に関するニーズ・情報の共有、サービスの担い手と介護支援専門員との関係性の構築、必要なサービスの創出についての行政への提案といった支援が必要となります。

このように、直接的要因だけでなく環境的要因にも着目することを通じて、包括的・継続的ケアマネジメント支援の幅が広がり、地域全体を対象とする環境整備の取組みが可能になります。

【参考：「個別的要因」と「環境的要因」のとらえかた】

A：閉じこもりがちなAさんに対する個別支援の場合

	個別的要因	環境的要因
課題	➤ 疾患による身体の痛みや、内向的な性格等	➤ 交通機関がない、近くに通いなれた場所がない、誘ってくれる人がいない等
アプローチ	➤ 痛みへの対処 ➤ Aさんの価値観や好みの理解	➤ 送迎の確保 ➤ Aさんと集いの場所との関係を育む

B：包括的・継続的ケアマネジメント支援の場合

	個別的要因	環境的要因
課題	➤ 介護支援専門員の知識や経験が不十分 ➤ 本人や家族と支援チームとの意思疎通が不十分	➤ 介護支援専門員への相談支援体制が確立されていない ➤ 地域資源のマップや名簿等が整備されていない ➤ 送迎等、必要なサービスが地域に不足している
アプローチ	➤ 介護支援専門員への個別の相談指導 ➤ 支援チームの一員として、本人・家族や支援チームメンバーをサポート	➤ 主任介護支援専門員による介護支援専門員への相談支援体制拡充 ➤ 介護支援専門員に対する研修の実施 ➤ 地域資源のマップや名簿等の作成、配布。 ➤ 関係者間での連携会議等の開催 ➤ 必要なサービスの立ち上げについての市町村への提案

〇”現状把握”から”環境的要因の抽出”へのつながりについて、具体的な例を以下に示します。詳細は、巻末の事例集を参照してください。

【把握された現状からの環境的要因の抽出（視点や方法）】

事例テーマ	現状把握した内容	環境的要因の抽出
認知症への対応 (参考事例1、 p.43)	➤ 認知症高齢者の増加に伴い、ゴミ出しや回覧板の停滞、徘徊高齢者、高齢者虐待の疑いのケース増加など、認知症関連の課題が増えている。 ➤ 生活圏域ごとに「地域ケア会議」（コミュニティ推進会議）という場はあるが、認知症支援の仕組みづくりは不十分。	【認知症関連の課題に対処しきれていないのは何故か？】 ・ 個々の支援者の力量不足？ ⇒対策としては、個別の相談支援や、認知症に関する研修の実施等が考えられる。 ・ そもそも専門職での支援には限界があるため、住民による主体的な支え合いの体制が不十分なことが要因？ ⇒対策としては、住民が主体的に参加できるような、地域ぐるみの認知症支援の仕組みを整えるような取組が考えられる。 ⇒「認知症支援のための地域の見守り・支え合いの仕組みが確立されていない」ことを環境的要因として明確化し、地域ぐるみの認知症支援の仕組みづくりという環境整備につなげる。
処方薬の管理 (参考事例3、 p.51)	➤ 介護支援専門員の担当事例の44%で、薬の管理が困難となっていた。 ➤ 薬の管理の困難事例において、ケアプランに薬の管理の具体策がほとんど記載されていなかった。 ➤ 薬の管理に関して、介護支援専門員が知っておくべきことで、知らないことが多くあることがわかった。 ➤ 介護支援専門員と薬剤師とが、お互いに顔や名前を知らないことが多かった。	【薬の管理の困難への対策ができていないのは何故か？】 ・ 個々の介護支援専門員の薬の管理に関する意識と知識が不足している。 ⇒アプローチとしては、専門職としての自己研鑽のほか、薬の管理に関する研修会の実施や、主任介護支援専門員による個別相談、個々のケースへの支援等が考えられる。 ・ 介護支援専門員が、薬の管理に関して、日常的に相談できる相手がいない。 ⇒アプローチとしては、介護支援専門員と薬剤師とをつなぐネットワークを構築するという、環境面の整備が考えられる。 ⇒「介護支援専門員と薬剤師のネットワークが確立されていない」という点を環境的要因として明確化し、ネットワークの構築という環境整備につなげる。

（２）環境的要因の抽出と整理

環境的要因抽出の主な視点

環境的要因を抽出するときは、次のような視点を念頭に置く。

- ① 支援システムの問題（センターのネットワーク支援体制、制度を超えた機関の連携体制、行政関係部署・センター・介護支援専門員の連携体制不足）
- ② 圏域設定の問題（民生委員・センターの活動圏域の違いによる連携）
- ③ 地域住民の意識の問題（処方薬の管理体制、認知症への関心等）
- ④ 支援者の知識や技術の問題（専門職同士の連携、介護支援専門員がインフォーマルサポートや地域情報を得る機会）

環境的要因を整理する過程での主な視点

- ① 環境的要因や課題を明確化する機会として、地域ケア会議等の既存の枠組みを活用する。
- ② １つの問題について多面的に考える。（直接的支援が有効な側面と、環境整備が有効な側面とを考慮する。）
- ③ 専門職だけではなく、地域住民を巻き込んだ「地域づくり」や「人材育成」との関連を意識する。（人材育成に取り組む際は、個別の相談指導や研修だけでは限界があり、地域ぐるみの育成の仕組みづくりが有効。）

【実践例】

① 環境的要因や課題を明確化する機会として、地域ケア会議等の既存の枠組みを活用

生駒市では、生活圏域で実施している地域ケア会議（コミュニティ推進会議）を活用して、地域包括支援センターと保険者、地域住民のあいだで地域課題を整理する中で、認知症に関する正しい理解の促進や認知症支援のための仕組みづくりといった環境整備の必要性を明確化していった。

③ 専門職だけではなく、地域住民を巻き込んだ「地域づくり」や「人材育成」との関連を意識

生駒市では、介護予防に関する経年的な取り組みがあり、一定の理解が住民に得られている一方で、サロンの担い手の高齢化の問題等もあり、介護者等の健康維持や虚弱な高齢者が気軽に参加できる通いの場が、まだまだ不足している。

そこで、【気軽・身軽・手軽】に週1回程度、負担なく継続開催できる「通いの場」の必要性を共有するため、関係機関・者で県外研修を企画した。参加メンバーは、民生委員、自治会長、老人クラブ連合会、全地域包括支援センター、市職員、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、介護支援専門員等で、3回に分かれて県外先進地視察に出向いた。その道中での会話が移動型会議となり、それぞれの立場で何ができるかを考えながら、現地の活動から学びを持ち帰り、住民との協働の中で生活支援コーディネーターや協議体との連携を促進し、市民PR用DVDの作成や市政研修（自治会長対象）等を活用し、通いの場の必要性について、全自治会に周知ができ、活動の動機づけへの研修開催へと発展した。

住民主体の介護予防活動の推進における（プラスの）環境的要因として、第1層の生活支援コーディネーターおよび協議体と多様な主体が連携をとることに着目し、介護予防の担い手育成と生活支援体制整備事業をさらに連動させることとした。これにより、介護予防の推進と、地域づくり・人材育成を一体的に行うことが可能になった。

ここでも、まず個人へのケアマネジメントについて考えてみましょう。

食事摂取量が減り、栄養状態が悪化している B さんについて、なぜそのような状況になっているのかを確認する中で、のみ込みが難しい、食欲がない、といった要因が挙がってきました。これらは、B さんの身体的・精神的な状態であり、B さん個人の要因であるようにも見えます。しかし、のみ込みが難しいのは、B さんの嚥下機能の低下だけでなく、調理方法や食材の選択も原因かもしれません。また、食欲がないのは、昼夜逆転による日中の活動性低下といった生活リズムの問題のほか、味付けが B さんの嗜好にあわない、周囲が慌ただしく自分のペースで食べられないといった、食事内容や食事環境の影響も考えられます。

嚥下機能の低下に対して口腔マッサージや嚥下訓練等の実施や、昼夜逆転に対して生活リズムをととのえることは、B さん本人へのアプローチとして有効ですが、食事環境に着目することで、より効果的な介入が可能になることもあります。

包括的・継続的ケアマネジメント支援においても、個々の介護支援専門員や支援チームが抱える問題について、個別的な要因のほかに、支援システムや連携体制等の環境的な要因が関与していないか、複数の方向から捉えてみるのが重要です。

例えば、「入退院時の支援がスムーズにいかない事例が増えている」という、現状の気づきに対して、①それは、いつ頃からなのか？ ②スムーズにいかない支援の種類にはどのようなものがあるか？ ③入退院時の支援を阻害するものは何か？ ④頻度はどうか？ ⑤担当者による個別の工夫はどのようになされているのか？ ⑥医師会や居宅介護支援事業所管理者等の団体や組織はこの状況をどのように受け止めているのか？ 等、1つの問題について多面的に考えることが重要です。そして、多面的に考えたことを、一つひとつ明らかにしていくプロセスの中で、地域や関係機関、本人家族のネットワークが育まれ、解決に必要な地域の素地が作られることも多いものです。

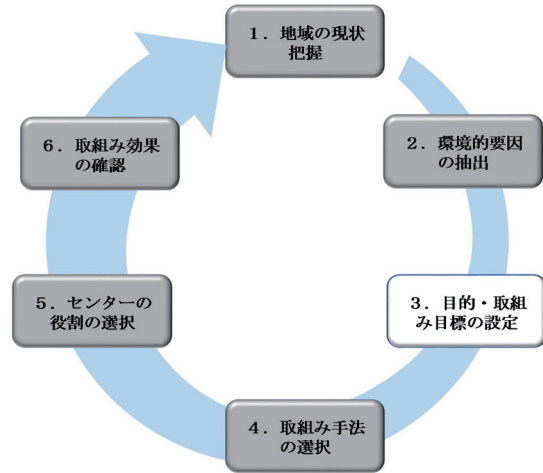
つぎのステップに向けて

ここまでのステップで、地域の課題や強みを整理し、これから働きかけるべき環境的要因を明らかにすることができました。つぎのステップとしては、地域の強みを伸ばし、課題を解決することを通じて、ケアマネジメント環境をどのように改善し、どのような地域をつくりたいのか、というビジョンを明確にすることが重要です。取組みの実施は、それ自体が目的ではなく、あくまで目的達成のための手段ですので、手段が目的化してしまわないためにも、目的・取組み目標の設定をしっかりと行う必要があります。

3. 目的・取組み目標の設定

(1) テーマと目標の設定

- 抽出された環境的要因に関して、センターとして環境整備に取り組むテーマを改めて明らかにします。この際、取組みにより何を実現しようとしているのかを明確にしておくことが大切です。
- 目的は、取組み全体の方向性を決めるものであり、その地域における地域包括ケアシステムやケアマネジメントのあり方を示すものです。また、目的の実現に向けて、個々の取組みにおける現実的な到達目標を決めることにより、PDCA サイクルに沿って着実に取組みを進めていくことが可能になります。取り組むテーマが大きい場合は、取組み目標を設定する際に、長期的な目標を設定した上で、その実現に向け、スモールステップとして短期目標を設定することも大切です。



- ・目的：理想とするあり方や最終的に実現しようとするもの
- ・取組み目標：目的の実現に向けて、達成すべき成果や到達したい基準

- 包括的・継続的ケアマネジメント支援は、介護支援専門員等を介した、高齢者等への間接的な支援です。そのため、設定される目的には、介護支援専門員による適切なケアマネジメント等を通じた、本人・家族や地域住民の安心・安全と QOL 向上等の視点が含まれていることが大切です。
- 目的・取組み目標の設定にあたっては、それらが①地域の現状把握②環境的要因の抽出のステップから導き出されたものであることを確認します。また、取組みを実施した後には評価を適切に行う必要があるため、目的・取組み目標を設定する時点で、評価指標をあらかじめ決めておきます。特に目標については、数値等で示される具体的な指標や、評価を行う時期を定めておくことが重要です。
- 目標としては、その達成を明確にするために数値目標を定めておくことが望ましいですが、取り組みの内容や段階によっては、数値による目標設定が困難な場合もあります。この場合には、専門職および地域住民の意識の変化や取り組みの成果等について、あらかじめ言語化することで、定性的に定めておくことも可能です。
- 数値目標を定めた場合でも、それに加えて定性的な目標も定めておくこと、次のステップにつながるような多面的な評価が可能となります。

目的・目標を設定する上での主な視点

- ① 個々の住民の生活や地域がどうなればいいと考えるのか、その目指す姿やビジョンを共有する。
- ② 優先順位を意識して目標を設定する。（優先順位に関わる要素としては、緊急性、関係者や地域住民の関心の強さ、確認のしやすさや成果の出やすさ等がある。）
- ③ 取組み目標は、地域の現状やセンターの力量等に応じ、段階的に達成可能なものを挙げていく。
- ④ 目的や取組み目標を表現するとき、「だれ（何）にどうなってほしいのか」（主語や対象）を明確にし、できるだけ具体的な数値目標を盛り込む。

【実践例】

- ① 個々の住民の生活や地域がどうなればいいと考えるのか、その目指す姿やビジョンを共有

生駒市内の高齢化率が高い地域包括支援センターエリア内で、複数の徘徊高齢者の保護を巡り、生命への危機的状況への遭遇、地域内でのトラブルが増加していた。そのために地域ケア会議（コミュニティ推進会議）を開催し、地域の中でできることをともに模索・検討した。結果として「認知症の理解のさらなる促進」と「地域のネットワークづくり」の重要性を共有した。その後、この地域では【認知症になっても安心して暮らせる支援体制の構築】を目的とし、目標設定、住民、事業所、センター、行政で取り組むことを整理し、具体的に取り組む内容を共有している。

- ② 優先順位を意識して目標を設定する

川崎区では、複数の相談支援機関のあいだの連携体制の構築にあたり、まず初めのステップとして、区内で起きている事実としての事例を共有する中で、関係者が連携の必要性を感じられることを目標とした。それと同時に、複合課題を抱えている困難事例への対応のために、取組の中で事例への具体的支援を検討し、実際に連携体制を組み、機能させていくことも目標として設定した。

③ 取組み目標は、地域の現状やセンターの力量等に応じ、段階的に達成可能なものを挙げる

朝来市では、「地域ぐるみのケアマネジメント支援システム」の構築において、人材育成（平成 25 年度）→事業所間連携（平成 27 年度）→地域づくり（平成 29 年度）という形で、2 年単位でステップアップしていくように目標を設定し、取組みを進めていった。

生駒市では、認知症支援の取組みにおいて、短期・中期・長期の 3 段階に分け、「認知症の理解と規範的統合」→「認知症医療の円滑化」→「認知症に対する地域支援体制の構築」という形で発展的に目標を設定した。

立川市では、円滑な入退院支援の実現を目的とし、そのための市内病院スタッフと介護支援専門員の関係者間の情報共有や相互理解の深化を当面の目標として設定した。毎月の市全域レベルの地域ケア会議において、地域包括支援センターと市内病院地域連携室・相談室スタッフとが顔を合わせて情報交換を行い、関係構築ができていたことが取組みの土台となった。

④ 目的や取組み目標を表現するとき、「だれ（何）にどうなってほしいのか」（主語や対象）を明確にし、できるだけ具体的な数値目標を盛り込む

朝来市では、目的を設定した上で、「住民が、薬の管理について考える機会を持つ。（薬の管理が困難な高齢者の 80% にリーフレットを配付する）」「薬剤師と介護支援専門員の連携強化を図る。（介護支援専門員の担当事例 10% を薬剤師に相談する）」とし、取組み効果の確認につなげている。

つぎのステップに向けて

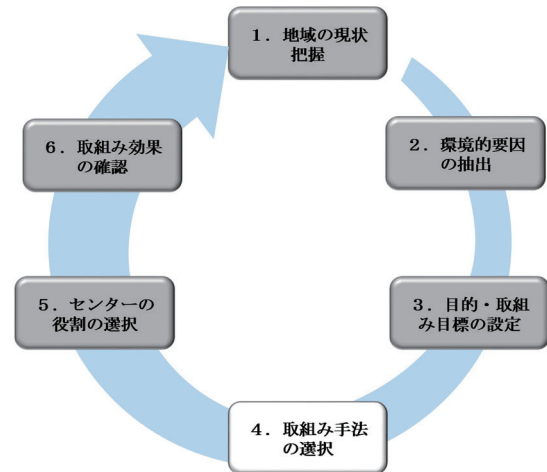
目的や取組み目標は、当然、実現可能なものである必要があります。その設定の際には、必ず「どうやってそれを達成するか」を同時に考えることになります。その手法について、漠然としたイメージから具体的な計画にうつし、取組みを動かす準備をととのえるのがつぎのステップになります。

4. 取組み手法の選択

(1) 5W2Hを踏まえた計画づくり

○研修会、意見交換会、会議等の実施、連携のための仕組みやルールの構築など、設定した目的・目標を実現するために適した手法を選択します。ここでいう手法とは、①なぜ(Why)、②何を(What)、③誰が(Who)、④いつ(期間)(When)、⑤どこで(Where)、⑥どのような方法で(How)、⑦経費はいくらで(How much)、の5W2Hをさします。

○地域の強み、特性を活かした手法を選択するためにも、地域の関係機関や会議体、自治組織等の活動の現状を把握することが重要になります。その現状を踏まえた上で、実現可能な手法を選択し、関係者および関係機関と合意を形成しながら計画を進めていくことが重要です。



手法を選択する上での主な視点

- ① 既存の事業や取組みを活用する。
- ② 既存の会議や事業内容の見直しを行い、会議の再編や新しい機能の位置づけを検討する。
- ③ 取組みの対象範囲（圏域レベル、複数の圏域、市町村全域、広域行政等）を明確化する。
- ④ 取組みを進める上で、コアメンバーから開始する等、メンバー構成を工夫する。
- ⑤ 地域の状況や課題の性質によっては、地域包括支援センターが課題を整理した後で、市町村等に取組みを委ねる場合もありうる。（センターが整理した課題について、常にセンター自身に取り組むことが適切とは限らない。）
- ⑥ 個別の課題に取り組むときも、地域づくりの全体像を意識する。
- ⑦ センターの取組みだけで解決しようとせず、在宅医療・介護連携推進事業など他事業との連携や市町村事業との協働も考える。
- ⑧ 単一の行政部局や行政全体だけでは解決できない問題もあり、包括的・継続的に業務をつなげていくことが重要である。
- ⑨ 地域住民との協働を意識し、住民の関心度や達成感等に配慮する。

【実践例】

① 既存の事業や取組みを活用

立川市では、医療機関と介護支援専門員との連携を進める上で、すでに市内の多くの介護支援専門員が参加している場としての介護支援専門員連絡会を活用した。介護支援専門員連絡会は基幹型センターが事務局となり、市内センターの主任介護支援専門員らが幹事会メンバーとなって協働して内容の企画や進捗管理を行っており、連携が取りやすい土壌があった。

朝来市では、薬の管理が困難な高齢者への支援を地域ぐるみで行うにあたり、在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議の枠組みを活用した。

生駒市では、認知症高齢者の見守り体制を地域ぐるみで行うにあたり、地域ケア会議（コミュニティ推進会議）、SOS ネットワーク等を活用して、認知症高齢者の見守り体制を推進した。

② 既存の会議や事業内容の見直しを行い、会議の再編や新しい機能の位置づけを検討

朝来市では、介護給付費適正化事業として実施していた「カンファレンス方式ケアプランチェック」を再編し、地域ケア会議における「ケアマネジメント支援会議」として位置づけ、人材育成を目的とした事例検討会を実施している。

③ 取組みの対象範囲（圏域レベル、複数の圏域、市町村全域、広域行政等）の明確化

金沢市の地域包括支援センターでは、「個別事例から近いところで地域を基盤としたつながりを作る」というコンセプトのもと、エリアは市全域ではなく日常生活圏域、対象を実務者レベル（インフォーマル・フォーマルまでひろげる）に限定した上で、多職種連携の会を開催することとした。

武蔵野市では、質の高いケアマネジメントを行う介護・看護の人材育成と確保において全市的な取組が必要であると考え、全市域の専門職から一般市民までの幅広い対象を設定し、ケアリンピック武蔵野を開催した。

④ 取組みを進める上で、コアメンバーから開始する等、メンバー構成を工夫

川崎市川崎区では、当初から共通認識を持つ少人数での集まりから連携体制づくりを開始し、そこから徐々に参加者を広げていく方法をとった。ただし、自主的運営を煩雑にしないため、複雑困難な事例検討に必要な専門的視点を持っている人や主体的に区内のネットワークづくりに取り組んでいる人に限定し、利用できる会場の範囲内でメンバー拡大を行っている。

足立区では、主任介護支援専門員連絡会の設立において、区内のブロックごとの地域包括支援センターと居宅介護支援事業所それぞれから代表役員を選出することにより、圏域内での包括・居宅の連携をとりやすくした。

⑤ 地域の状況や課題の性質により、地域包括支援センターが課題を整理した後で、市町村等に取り組みを委ねる場合

生駒市の地域包括支援センターでは、地域での支え合いや見守り体制の構築のためには、顔がみえる関係レベルでの啓発が重要だと考え、担当圏域を対象とした啓発活動を実施し、行政に対しては全市的な多職種連携研修の計画実施を依頼した。

⑦ センターの取り組みだけで解決しようとせず、在宅医療・介護連携推進事業など他事業との連携や市町村事業との協働も考える

朝来市では、センターで把握した利用者の「薬の管理が困難」の課題解決方法として、薬剤師と介護支援専門員の顔の見える関係づくりが必要と考え、在宅医療・介護連携推進事業の取り組みとして展開した。

生駒市では、北地区にある地域包括支援センター2ヶ所が協力し合い、北エリアの介護支援専門員とともに地域資源に関するMAP作りを始めていた。ところが、介護支援専門員にとっては、事務所が北地区であっても利用者は、市内全域に及ぶことから、市内全域のMAPに統合できないものかと、センター間で共有し、行政に相談を行った。

そこで、行政において医療・介護資源集の更新と合わせて、地域の社会資源を統合し、ホームページ上にMAP掲載を行い、介護支援専門員や遠方の家族、医療関係者等もPCや携帯から情報をタイムリーに入手できるシステムを導入する運びにつながった。

⑨ 地域住民との協働を意識し、住民の関心度や達成感等に配慮

武蔵野市では、「広げよう！まちぐるみの支え合い」をスローガンとして、ケアリンピック武蔵野を開催。その中では、介護と看護に従事する職員が誇りとやりがいを持って働き続けられるよう、先進的な取り組み事例の発表と表彰やポスターセッション（パネル展示）、市内の事業所で長く働いた職員に対する勤続永年表彰、就労していない有資格者やこれから働きたい人のために介護サービス紹介等を行った。またテンミリオンハウス事業などの地域の支え合いの活動をしている住民の参加や地元大学生に働きかけ、参加につなぐ等、介護・看護の専門職だけでなく住民参加による文字通りの「まちぐるみの支え合い」となった。

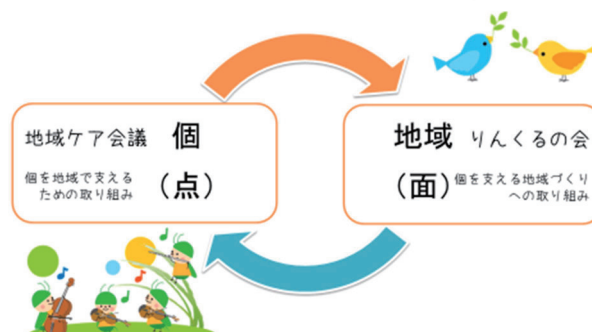
⑥ 個別の課題に取り組むときも、地域づくりの全体像を意識する

生駒市では、在宅医療・介護連携推進事業を進める中、介護支援専門員や地域包括支援センターと病院との間で入退院支援についてのルールづくりに取り組んでいます。このルールづくりにおいては、1つのセンターが関わる生活圏域を超え、地域全体で病院とつながり関係者が共有して活用できるものにすることが重要です。こうした場合には、行政がランドデザインを担う役割を果たすことが必要です。

金沢市では、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のツールとして、地域ケア会議を活用しています。

地域ケア個別会議では、一つひとつの事例と向き合い、一人ひとりのオーダーメイドな支援チームを組んでいきます。これは、地域と専門職の事例ごとの支援チームの連携と協働による「個を地域で支えるための取り組み」となります。

とびうめ地区の「多職種連携」の循環
～一人ひとりのオーダーメイドな地域包括ケア～



その一方で、事例の積み重ねからみえてきた課題を、集約分析し、地域ケア推進会議で、地域課題として検討し解決に向けての取り組みや仕組みづくりへと発展させていきます。これは、地域や専門職の連携と協働による「個を支える地域づくり」となります。

ここで大事ななのは、地域ケア個別会議と地域ケア推進会議の循環の関係性です。個別事例の支援の積み重ねが地域課題の取り組みに生かされ、それはまた個別事例の支援に生かされていくという、地域づくりをとる「事例にはじまり、事例にかえる」という循環が、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の体制にもつながっていきます。

Column

- ⑧ 単一の行政部局や行政全体だけでは解決できない問題もあり、
包括的・継続的に業務をつなげていくことが重要

“包括的”とは、地域のさまざまな社会資源を活用し、多様な成員による支援チームを構築することであり、“継続的”とは、支援のつながりが切れないように、関係機関における連携・協働体制による支援を行うことである。

事例：「ほとんど外出をしない高齢者」のための支援

- ① 外出しないことによる高齢者への影響・・・運動不足による心身機能の低下、参加・活動の減少による ADL・健康状態の悪化
- ② 外出しない要因（考えられること）
 - 【個人要因】出かける意欲が無い、身体の痛み、目的が無い など
 - 【環境要因】歩道がない、階段が多い、外出目的となる場所（お店や集まる場所など）が無い など
- ③ 環境整備案：駐輪禁止など安全な歩道確保、移動サービス創設など

この事例を支援するために、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の視点から見ると、下記ようになる。

【個人要因】介護支援専門員等のアセスメント力の不足

【環境要因】多職種の視点を取り入れたアセスメントができない
福祉部局と道路整備や交通関係部局との連携が図れていない

【環境整備案】多職種が参加する地域ケア会議の開催
協議体を活用した地域資源の検討
交通関係部局との連携による移動サービスの創設

問題を解決するにあたり、ハード面については行政機能（福祉部局内やそれ以外の部局を含む）だけで整えることもできるが、そのハードを暮らしの中で有効に活用するためには、地域包括支援センターなどによる市民の暮らしに則した取組みが必要となる。外出する機会となる場として例えば体操の会の開催、買い物ができる場所づくりなど、環境整備の取組みはこの地域に住む多くの市民の困りごとの解決にもつながってくる。

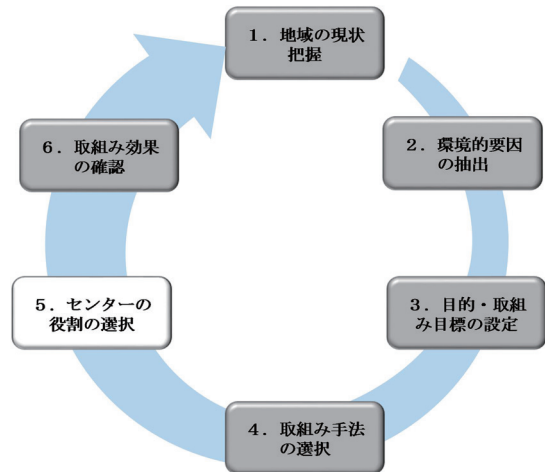
つぎのステップに向けて

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務における取組みは、個別事例の支援においても環境整備においても、多くの場合、地域包括支援センター単独ではなく多機関多職種のネットワークでの取組みとなります。こうした取組みにおいては、中心的な主体はだれ（どこ）なのかを常に念頭に置き、取組みの進捗状況等に応じて、柔軟に立ち位置を決めていくこと（ポジショニング）が重要です。そのため、このマニュアルでは、取組み手法がおおむね定まった後に、センターの役割の選択やポジショニングについて、改めて整理するためのステップを設けました。

5. センターの役割の選択

(1) センターに求められる対応

- ケアマネジメント環境の整備は、地域包括支援センターだけが取り組むことで達成できるものではありません。介護支援専門員等が主体的に取り組むものや、市町村等の行政組織が責任を持って取り組む必要があるものもあります。もちろん地域住民の主体性は最も大切にしなければいけません。地域包括支援センターには、どこまで取組みを主導するかを考え、協働体制のマネジメントを行い、環境整備を行うことが求められます。



- 取組を進める中で、主体的な関与や寄り添い程度の関わりなど、地域包括支援センターの役割を固定せず、協働相手や取組みの段階に応じた柔軟な対応を取ることも重要です。

役割を選択する上での主な視点

- ① 地域包括支援センターと市町村・関係機関等との協働のあり方を意識する。(両者の強みや現状と、そのときに取り組む課題の性質とを照らしあわせて、その取組みにおける協働のあり方を決定する。)
- ② 事業や取組みの進み方に応じ、地域包括支援センターの役割や関わり方を柔軟に変化させ、自主活動や住民の主体的な活動につなげる。
- ③ 地域住民の主体性をひきだす、つなげる、寄り添う。(地域住民の主体性の状況により、積極的に働きかける、見守る等センターの役割が違う。)
- ④ 市町村等との協働にあたっては、どのようなアプローチで、どのような段階を踏んで協働を進めていくのかも重要。(急いで一方的に話を進めてもうまくいかない。センターが独善的にならないよう注意する。)

【実践例】

① 地域包括支援センターと市町村・関係機関等との協働のあり方を意識

立川市の基幹型地域包括支援センターは、毎月の地域ケア会議で市内の病院職員と情報交換を行ってきた実績があり、介護支援専門員連絡会の事務局も担っており、病院と介護支援専門員との新たな連携の試みにおいても、これらのつながりを活かして中心的な役割を果たすことができた。また、行政の高齢者福祉担当者や介護保険担当者も、介護支援専門員連絡会の幹事会に参加していたため、在宅医療介護連携の課題を共有して協働することができた。

川崎市川崎区では、連携体制構築のための事務局機能を、当初は最初の提案者である障害分野の基幹相談支援センターが担い、後に地域包括支援センターおよび家庭支援センターも事務局に加わった。地域包括支援センターは、未参加機関や区民とのパイプ作りならびに成果を共有するための場作りについて、地域との連携の豊富さを活かして、主導して企画にあたった。

生駒市では、認知症高齢者への対応について、地域包括支援センターが介護支援専門員とともに実施している圏域単位での認知症サポーター養成講座やスキルアップ講座を踏まえ、行政が市の行政職員向けにも認知症サポーター養成講座を展開した。また、徘徊高齢者への対応の模擬訓練においては、地域住民や介護事業所、介護支援専門員とともに地域包括支援センターが取組を主導する一方で、医師等への参加を呼び掛けるため、行政は医師会との窓口を担った。また、圏域レベルでの話し合いの場にも、行政職員が参加し、現状や問題意識を共有しながら役割分担を行った。

② 事業や取組みの進み方に応じ、地域包括支援センターの役割や関わり方を柔軟に変化させ、自主活動や住民の主体的な活動につなげる

朝来市では、センターと居宅の主任介護支援専門員が連携・協働し、ケアマネジメント体制を構築している。その中で、人材育成を目的に事例検討会を地域包括支援センターが事務局となり開始したが、3年後に協会に委託し自主運営とした。また、発足当初は、協会の会長を行政直営のセンター職員が担っていたが、職能団体としての行政への働きかけ等がしやすいよう、会長職を交代し、協会監事をセンター職員が担うことで連携協働している。

④ 市町村等との協働にあたっては、どのようなアプローチで、どのような段階を踏んで協働を進めていくのかも重要

武蔵野市の基幹型地域包括支援センターでは、高齢者福祉・介護保険事業計画の策定と合わせて、各地域包括支援センターからの地域課題を保険者に提案した。計画策定と合わせることで、共通の課題の解決にむけた取り組みとしてケアリンピック武蔵野の企画・開催につながった。

金沢市の地域包括支援センターでは、地域の関係機関・関係者のあいだの連携を進める上で、介護支援専門員や介護サービス事業所のほか、地区社会福祉協議会、婦人会、町会連合会等、医師会、歯科医師会に所属する実務者レベルの人々を通して参加を呼びかけ、参加者のあいだで合意形成しながら取組みを進めていった。並行して、運営懇談会というそれぞれの組織の代表者レベルの会にも報告し、方向性を共有していった。

【金沢市】

A地区では、朝になると保育園のバスを見送るように、家族介護者たちが道端でお互いの高齢者のデイサービスのバスを見送るという姿が目につくようになりました。そのご近所さん同士が連れ立って家族介護教室に来られたときに、「うちの地域でもこんな教室があるといいのに」とつぶやいたことをきっかけに、出張家族介護教室を地域のなかで開催するに至りました。とある住民宅を開放していただき、立ち上げ当初の教室の主催は、地域包括が担い、住民たちは場所の提供とそのサポーターというお立場でした。

それから数年が経過し、当時の被介護者が他界されたりと、それぞれに介護者たちが介護を卒業されていきました。教室は、参加者のニーズの変化に応じて、当初の「家族介護教室」から「地域の健康づくり」「一人暮らし高齢者の居場所」と内容も変化していきました。地域包括と住民のなかでのキーパーソンとなる方たちとの話し合いを通じて、頻度を高く住民の身近なニーズに応えていくための運営の在り方についての検討を重ねました。その結果、月1回の地域包括が主催していた教室は、週1回開催の住民が運営するコミュニティサロンとなり、地域包括はサポーターとして月に一度顔をだすというかたちに変化しています。地域住民でテーマソングや独自の認知症予防に取り組まれており、地域包括はその活動を少し離れてサポートしています。

地域の中でのケアマネジメント支援体制を考えると、主体である地域住民との協働はかせません。そのためには、地域住民の主体性をひきだす、つなげる、寄り添うといった役割が大事になります。知らず知らずのうちに、地域住民を「社会資源」と呼ぶことで、ケアマネジメントに都合良く活用されるだけの、ただの「対象」として見ていないかを確認しておくことが大事です。主体がだれであるかを常に意識しながら、取り組みを行っていききたいところです。

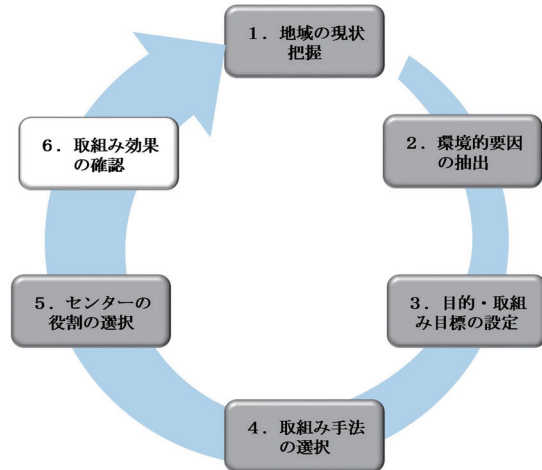
つぎのステップに向けて

ここまでのステップがすべて終わったら、実際に取り組みを進めていきます。前にも述べたように、取り組みを実施するのは目的を達成するためであり、取り組みを行うこと自体が目的ではありません。そのため、取り組みが一段落したときは、必ず目的の評価、あるいは目的達成に向けたスモールステップとしての取り組み目標の評価を行うことが必要です。「目的・取り組み目標」で設定した内容を踏まえ、その達成状況や今後の課題等について確認していくのが次の「取り組み効果の確認」のステップです。このステップは、PDCAサイクルを循環させるためにも重要なステップとなります。

6. 取組み効果の確認

(1) 効果の確認と今後の取組み課題の明確化

- 実際に取り組みを実施した後、事前に定めた時期に、設定した目標について、取組みの効果を確認します。
- 出発点となった現状や問題意識に立ち戻り、現在の達成状況と今後の取組み課題を明確にし、PDCAサイクルを続けていきます。
- 確認された効果や未達成な部分は、関係者のあいだで共有し、今後の取組みに向けた合意形成を行います。
- 具体的な数値等で示される指標を定めている場合には、その数値目標と結果を対比して評価を行います。
- 専門職および地域住民の意識の変化や取組みの成果等について、定性的な目標設定を行なった場合には、関係者が実感できるような公平な視点で評価をすることが大切です。日常的な業務を通じて確認するだけでなく、結果を関係者のあいだで共有して、そうした実感が妥当なものか確認するなど、関係者間で評価を共有することが必要です。
- 数値目標についての評価とともに、定性的目標についての検討を行い、多面的な評価を行うことによって、次のPDCAサイクルにつなげていくための有用な情報を得ることができます。



取組み効果の確認における主な視点

- ① 取組み目標とともに設定された数値目標や定性的目標については、必ず評価を実施し、改善する内容等を検討する。
- ② 数値目標に対する評価（量的データ）と定性的目標に対する評価（質的データ）の両方の視点を持ち評価を行う。
- ③ 専門職や支援者にとっての環境の改善だけでなく、利用者や住民にとってどのような変化・改善がみられているかを評価する視点を持つ。
- ④ 取組み目標の達成状況の確認・評価を行う場合には、地域住民の意識等についてプラスの変化について評価する視点を持つ。

【実践例】

- ① 取組み目標とともに設定された数値目標や定性的目標については、必ず評価を実施し、改善する内容等を検討する

生駒市では、目的達成のための目標を段階的に設定し、目標達成のための手法を検討。取組効果を段階的な目標ごとに評価を行い、達成、継続して検討など、次のサイクルにつながる効果の確認を行っている。

- ② 数値目標に対する評価（量的データ）と定性的目標に対する評価（質的データ）の両方の視点を持ち評価を行う

朝来市では、ケアマネジメント支援の取組の評価として、介護支援専門員へのアンケートを行い、数値的な評価を行うとともに、ケアマネジメント支援会議（地域ケア個別会議）での事例集約や介護支援専門員の意見交換会における参加者間の定性的（質的）評価を活用している。

- ③ 専門職や支援者にとっての環境の改善だけでなく、利用者や住民にとってどのような変化・改善がみられているかを評価する視点を持つ

川崎市川崎区における相談支援機関の連携会議の取組みでは、会議で検討した事例について、検討後の経過も報告することとなっているため、専門職側の変化だけではなく、利用者側の状況の変化についての評価も確認することになっている。

金沢市では、介護支援専門員とインフォーマルサポートとの連携の取組みの評価において、ケアプランにおけるインフォーマルサポートの記載が増えていることを確認した。また、介護支援専門員が把握した利用者の変化は連絡先を共有した民生委員ともオンラインで共有されていくようになった。

- ④ 取組み目標の達成状況の確認・評価を行う場合には、地域住民の意識等についてプラスの変化について評価する視点を持つ

武蔵野市では「広げよう！まちぐるみの支え合い」という誰にもわかりやすい言葉をスローガンとし、ケアリンピック武蔵野を開催。参加者は介護・看護の専門職が多かったが、回を重ねるうちに、地域で活動している住民や当事者である本人の参加が得られた。参加することで、まちぐるみの支え合いの仕組みづくりの目的を地域住民とも共有することができた。

- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を行うにあたっては、地域包括支援センターが行う「総合相談業務」「権利擁護業務」「地域ケア会議」等の他の業務や生活支援体制整備事業、一般介護予防事業等の他の地域支援事業の取組みとのすり合わせや、他制度で整備されている相談機関や地域の方等との連動を行い、「人材づくり」「地域づくり」を意識しながら一体的に取り組むことが重要です。その際、地域住民を中心に置いて取組みを進めることが最も重要です。
- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務として、介護支援専門員等への個別の支援や直接的支援と、地域における連携体制の構築等の環境整備のプロセスを繰り返し行うことで、結果として人材づくりや地域づくりにつなげることができます。

Ⅲ 参考資料

1. 取組み事例（プロセス整理票）

- ・ 認知症に関する個別課題からの蓄積から地域支援につないだ実践事例
- ・ 介護支援専門員連絡会との協働による市内病院相談室・地域医療連携室と介護支援専門員の連携強化の実践事例
- ・ 地域ケア会議から抽出された地域課題『薬管理が困難な高齢者への支援』を地域ぐるみで検討・実施・評価した事例
- ・ 地域包括支援センターと居宅の主任介護支援専門員が連携・協働し、ケアマネジメントの課題に対応しながら『地域ぐるみのケアマネジメント支援システム』を構築した事例
- ・ 日常生活圏域を基盤としたインフォーマルとフォーマルの多職種連携の会
- ・ 隙間を作らない支援体制づくりを目的とした「川崎区機関連携会議」の立ち上げと運営
- ・ 地域包括ケアシステムの基盤となるケアマネジャー三団体の連携と役割分担
- ・ ケアリンピック武蔵野
- ・ 介護予防活動のツール化と展開

事例紹介（生駒市）

～認知症に関する個別課題の蓄積から地域支援につないだ実践事例～



1. 生駒市の概況（基本情報、事例の背景にある課題等）

基本情報（H29.4. 1）		奈良県北西部に位置し、南北に細長い形状で、面積は 53.15Km²。大都市隣接の利便性を活かし、ベッドタウンとして発展。豊かな自然や歴史、伝統産業（茶筌）と最先端技術を備えている。 平成 29 年 4 月現在、高齢化率 26.5%、前期高齢者の割合が高い状況にあるが、3 年後には逆転現象が起き、2025 年には高齢化率が約 30%と見込まれている。既に高齢化率 50%を超える地域もあり、認知症高齢者の増加、症状が悪化した認知症夫婦の地域での発見、サービス利用拒否や徘徊の問題など、地域の中で認知症高齢者の問題解決が急がれており、市としても重点課題として取り組んでいる。
人口	120,797 人	
第 1 号被保険者数	32,040 人	
前期高齢者数	17,973 人	
後期高齢者数	14,067 人	
高齢化率	26.5%	
一人暮らし高齢者数	3,668 人	
＊地域包括支援センター 6ヶ所委託設置		

2. 取組概要

生駒市フォレスト地域包括支援センターの圏域は、市全域より高齢化率が突出して高く、かつ一人暮らし高齢者や高齢夫婦世帯が多い地域であるとともに、新興住宅地でもあり、地域での認知症に関する取組強化の必要性が地域ケア会議（コミュニティ推進会議）や民生委員・児童委員の会議で取り上げられることが増えた。地域の見守りや支え合いの仕組みづくりは、地域の主体的な関わりが最も重要なため、認知症を共通のツールとして地域づくりを加速化することにし、センターにおいてモデル的な取組を展開した。特に圏域包括が取り組むべき点と圏域全てに汎用させるべき点、行政との協働が必要な点等を中心に記載した。個別・集団での相談件数も認知症に関するものが多く、当事者及び家族支援、事業所支援、ケアマネ支援と対象の幅も広く、単独のセンターで解決できないものを整理し、行政担当部局との連携を強化しながら、医療介護連携の場を活用することや困難事例の見える化事例集の作成、認知症支え隊の養成等への施策展開へと繋いだ。

3. 事例を理解するためのポイント

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務にあたり、効果的かつ実践的な対応を図るには、まずは活動拠点の生活圏域がどのような状況にあり、全市的な課題と類似する課題を抱えているのか、そうではなく個別の課題を抱えているのか、など地域を視る（診断）視点が重要である。そのためには現状把握が重要であり、量的・質的データの整理や介護支援専門員や地域住民、関係機関・者からの相談、インフォーマルサポート資源の状況を含め、さまざまな実態把握の方法がある。

○コミュニティ推進会議とは、生活圏域を中心に地域課題を抽出し、重点的に推進する活動を地域住民が主体となって考えていく会議体

○SOS ネットワーク登録とは、徘徊リスクがある高齢者について、市に個人情報事前登録し、警察・センター・市で共有。実際、徘徊があった場合に事前に協力者として登録いただいている事業所等に速やかに情報配信し、市内で速やかに保護ができる仕組み

○「ふくまち鹿の台の会」とは、鹿ノ台地区の自治連合会、民生児童委員協議会、老人会等が自ら、超高齢化社会に向け、高齢者が暮らしやすい地域の実現に向け連携するために立ち上げた会（センター関与）。

「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」のプロセス整理票

市区町村名（圏域・センター名） 生駒市 生駒市フォレスト地域包括支援センター

取組概要 認知症を核とした地域の見守り、支え合いの仕組みづくり

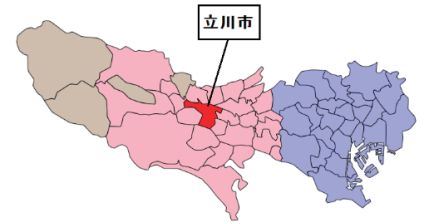
①地域の現状把握	②環境的要因の抽出	③目的・目標の設定
【行政統計から】 ・日常生活圏域（Ⅱ）の高齢者数を把握 H29.4.1（3,118）人、高齢化率（33.3）％ 一人暮らし高齢者数（H28：250）人 ・要支援・要介護認定者数の割合（別紙） 【相談内容の整理】 ・介護支援専門員からの相談の多くが、認知症高齢者・家族・事業所への支援方法である。 ・高齢者虐待の疑いケースの相談において、対象の大半が認知症高齢者である。 【住民の困りごと】 ・複数の徘徊高齢者の存在、地域内でのトラブルが増えている。見守りの体制の構築への意識を地域住民が強く持ち始めている。 【地域の既存事業】 ・認知症サポーター養成講座や一般介護予防事業 【課題と強みの整理】 認知症に関する正しい理解の促進と地域の中でできる見守り体制の構築が課題。 地域が認知症に関する問題を「わがごと」として受け止める土壌が生まれつつある。	【認知症対応の課題】 ・高齢化、特に後期高齢者の伸びにより、認知症高齢者の問題の発生リスクが高まっている（個々の対応や事業所単位の取組だけでは対応しきれない面が浮上している）。 ・認知症に関する正しい理解の促進や認知症の方を支える地域の仕組みづくりが急務であるが、その仕組みがまだ不十分（個々の地域住民が認知症のことを正しく知り、他人ごとではないという意識を持ち、地域の中で何か取り組めないかと積極的に考え、動ける人材を確保するために新たな仕掛けや仕組みづくりが必要）。 【環境上の強み（活用できる既存会議）】 ・情報共有や意見交換等のために活用可能な場として、生活圏域ごとに「コミュニティ推進会議」が実施されている（既存の各種団体やボランティア等を対象に、現状を丁寧に伝えていく機会を意図的に設けていくことが必要）。 ・専門職に関しても、「在宅医療介護連携ネットワーク推進事業」等の連動可能な既存の枠組みがある（多職種連携研修や市民啓発に認知症のキーワードを盛り込み、認知症の課題解決に向けた取組への工夫が必要）。	【目的】 認知症になっても住み慣れた地域で安心して誰もが暮らし続けることができる地域支援体制を構築する。（そのためには、長期・中期・短期と時間軸を分け、自身で取り組めること、地域で取り組むこと、事業所、センター、行政で取り組めることを整理し、目的が達成されるような具体的な取組を掲げていくことが重要である。） 【目標】 【長期目標】 認知症になっても住み慣れた地域で安心して誰もが暮らし続けることができる地域支援体制が構築できる。 【中期目標】 認知症の早期発見・受診・治療・対応の流れがスムーズになり、認知症に関する不安や混乱が軽減する。 【短期目標】 認知症に関する正しい理解が促進され、住民・関係団体・事業所・介護支援専門員・センター・行政の中での規範的統合が図られる。
【合意形成のプロセス】 定期的に行っているコミュニティ推進会議にセンター・担当行政も参加し、課題を共有。	【合意形成のプロセス】 地域とも課題を整理し、年間計画として目標設定し、担当行政と課題を共有。	【合意形成のプロセス】 地域包括ケアシステムの構築に向け、住民や事業者が考えていることを把握し、行政が考えている施策の方向性と合致しているか、話し合い、方向性を共有するプロセスを経た。
（把握された現状や課題） ・10ある生活圏域の中で最も高齢化率の高い圏域で、新興住宅地として栄えた地域である。高齢化の進展と共に認知症高齢者が増加しており、ゴミ出しや回覧板の停滞、徘徊高齢者、高齢者虐待の疑いケースの増加など認知症関連の課題が山積している。 ・上記のような課題に対して、住民の意識の高まりも見られている。	（抽出された環境的要因） 課題対処のために活用できる既存の場はあるが、十分に活かすことができていない（圏域内に居住する皆が同じように課題を認識しているわけではないため、地域の課題として共有していけるような機会づくりが重要である）。	（設定された目的・目標） 【長期目標】 認知症になっても住み慣れた地域で安心して誰もが暮らし続けることができる地域支援体制が構築できる。 【短期目標】 認知症に関する正しい理解が促進され、住民・関係団体・事業所・介護支援専門員・センター・行政の中での規範的統合が図られる。
（プロセス全体に対する振り返り、留意点等） 重なる個別事例の検討から、地域の課題となり、②の生活圏域では認知症に関する課題が地域ぐるみで大切だということにつながっていると考えやすかった。ただ、時折、先走ってしまい、委託先包括としての立ち位置を忘れてしまい、関係機関・者のつなぎについて、行政：た。		

④手法の選択	⑤センターの役割の選択	⑥取組の効果の確認
1. 認知症の普及啓発について 地域での支え合いや見守り体制を構築するには、顔が見える関係レベルでの啓発が重要だと市に提案。生活圏域を対象に以下の方法で啓発し、3の支援体制の構築へ発展させた。 (1) 市民キャラバンメイトを活用し、認知症サポーター養成講座及びスキルアップ講座を開催。(圏域の店舗や小中学校を対象とし、徐々に全市に拡大) (2) 徘徊高齢者の保護に向けた模擬訓練を開催(声掛け運動:介護事業所・介護支援専門員、センター・民生委員・自治会・住民・医師会等) (3) 認知症の当事者講演会を開催(当事者の想いを生で聴く体験を通して、地域で何ができるかを考える) 2. 認知症ケアに関する事業所・介護支援専門員・センター・行政の質の向上に向けて (1) センターが主となり、介護支援専門員や事業所向け研修会を開催(認知症の時期別対応方法等の検討) (2) 行政に対し、全市的に認知症に関する本人・家族支援の向上に向け、多職種連携研修の計画実施を依頼(年3回)。 3. 地域の支援体制の構築に向けて (1) 月1開催のコミュニティ推進会議(地域ケア会議)の活用(見守り体制について定期的に議論) (2) 事例検討会等の実施(年3回) (徘徊、サービス拒否事例、安否確認の簡単な方法等について) (3) SOSネットワーク登録者を増やす	1. (1)について、スキルアップ講座を圏域のみで実施しているが、1回限りでは地域の支援体制の構築までの発展は難しい。そのことを行政担当に伝え、モデル的に地域のコミュニティ推進会議を活用することで、(結果が生まれやすい)成功事例を創り、全市に広めるよう伝えた(→これを受け、行政は、全市職員向け認知症サポーター養成講座を3年計画で展開。認知症にやさしい図書館づくりにも発展している)。 (2)については、全センターで取り組み、行政から医師会へと働きかけてもらい、診療所医師にも参加を促している。(センターで動ける範囲の整理が重要) (3) 行政が認知症サポーター養成講座で講師として依頼した認知症の当事者を地域にも招き、センターと行政が目的を共有、支え手を増やす意図を明確に地域に伝えた。 2. 圏域レベルにおいては、圏域内の連携強化という意識でセンターが主軸となって実施(認知症ケアの向上は、大きな課題であり、行政の力を借り、市内全ての多職種に声をかけ、質の向上を図ることが重要)。 3. 具体的な地域での支援体制を構築するには、事例検討会や具体的な方法論について関係者で定期的に議論していくことが必要。行政担当者にも顔をだしてもらい、現状を把握してもらっておくことが必要。 SOSネットワークの事前登録は全市的対応。	1. 普及啓発について (1) 目標の達成状況について ・認知症サポーター養成講座やスキルアップ講座に新たな参加者が増えているか確認した。 ・徘徊高齢者の模擬訓練に参加する人数、対象者、アンケート結果から、学びの要素の抽出、正しい理解を得た人数や地域での見守り体制の構築への関心者の、経年的変化を追い、さらなる課題について検討した。 ・当事者の声を意図的に聴く機会の有無、住民自身が認知症に関する対策への関与についての考えをまとめ、評価した。(結果)新たな参加者増につながり、医師等の地域活動への参画等変化が現れ、短期目標は達成。 2. 多職種連携研修結果 ・高齢者虐待防止や権利擁護の視点、認知症予防や自立支援、重度化予防に向けた取組への理解促進につながったか、(アンケート結果やグループワークの結果)評価。(結果)一定の理解促進につながっているが、支援困難ケースの減少にはつながっていないため、継続的な支援が必要。 ・事業所等研修会のアンケート結果等から、理解の促進につながったかを評価。 3. 地域の支援体制の構築に向けて 定期的な話し合いが行われた。(結果)、「ふくまち鹿の台の会」が発足。体制強化の素地の構築につながった。
【合意形成のプロセス】 圏域ごとの単位と全市対応として分担する考え方について、住民や事業者が考えていることを把握し、行政担当と話し合い、方向性を共有するプロセスを経た。	【合意形成のプロセス】 センター単独でできる範囲と行政に担ってもらえる範囲を整理し、協働していくことが必要となため、特に具体的な取組案については、行政担当にも報告・連絡・相談を行い合意形成につなげた。	【合意形成のプロセス】 圏域での実施回数については、住民と話し合い必要回数を設定。市全体で取り組むべきものとそうでないものを区別することと、複数年継続していくことで地域を変えていくことにつながることを、行政担当と共有。
(選択された手法) 1. 普及啓発 2. 認知症ケアに関する事業所・介護支援専門員・センター・行政の質の向上 3. 地域の支援体制の構築に向けた対応	(選択された役割分担) センター: 圏域内での住民啓発と試行的事業の展開について、他のセンターへの発信源となる役割 行政: センター単位では困難な全市向けの啓発や多職種連携促進や質の向上に関する役割 地域: 誰もが安心してらせる地域づくりへの意識を継続して高めていく役割	(取組の効果や今後の課題) 定期的な地域ケア会議(コミュニティ推進会議)により、地域の課題が明確となり、認知症に関する課題意識を持つ市民も増えており、実際に徘徊高齢者の出現時も地域が一体となり捜索に出るなど、地域力が高まっている。今後は、認知症であること、認知症の家族がいることを事前に地域に発信できるようにさらに地域の中での取り組みを根付かせ、発信することと、介護関係者等の質の向上を更に目指すことにより、目的により早期に到達できると考える。

った。介護関係者も事業主も病院も地域も認知症については、どこかで接点があり、共通の話題にもなりやすく、議論する上でも前向き担当者から助言を受けることもあった。行政がなすべき範疇と1センターで補える範囲をしっかりと整理することの大切さが振り返れ

取組事例紹介（東京都立川市）

～介護支援専門員連絡会との協働による市内病院相談室・地域医療連携室と介護支援専門員の連携強化の実践事例～



1. 立川市の概況（基本情報、事例の背景にある課題等）

基本情報（H29.10. 1）		立川市は、民生委員・児童委員協議会の地区割りと同じくした生活圏域に6ヶ所のセンターを設置し、住民に身近な相談窓口を強化するため、相談窓口機能を担うランチセンターを3ヶ所設置している。同時に社会福祉協議会の地域福祉コーディネーターを各圏域に配置し住民福祉活動支援を行い、地域づくり機能とフォーマルサービス機能との有機的な連携を目指している。 一人暮らし高齢者等の増加のなか、介護支援専門員が連携する市内の病院の中には、市民が救急等で多く利用する医療圏の基幹的役割の総合病院も複数含まれており、これらの病院の相談室・地域医療連携室のソーシャルワーカーや退院支援看護師との連携は、介護支援専門員による利用者支援において必須となっている。
人口	182,715 人	
第1号被保険者数	43,779 人	
前期高齢者数	22,404 人	
後期高齢者数	21,375 人	
高齢化率	23.96%	
一人暮らし高齢者数	9,475 人	
＊地域包括支援センター ・委託型センターを6ヶ所設置 （うち、基幹型センター1ヶ所）		

2. 取組事例概要

地域の介護支援専門員からセンターに対して、「入院期間が短縮するなか病院との入退院時連携が重要」、「医療政策の変化の流れ、各病院の機能、方向性を知りたい」といった声が寄せられていた。介護支援専門員が、病院の機能分化の流れ、退院支援の流れなどの医療政策の動向を理解し、病院と円滑にコミュニケーションを取ることにより、市民へのケアマネジメントを円滑に進めていけるよう、介護支援専門員と市内病院担当者との情報・意見交換を「立川市介護支援専門員連絡会」を活用して実施した。連絡会には市内で活動する介護支援専門員が数多く参加しており、関係者間の合意形成や情報の周知が行いやすいという利点があった。また、アンケート調査を実施し、結果を共有することで、その後の連絡会活動や研修会の参考とし、ケアマネジメント支援に取り組むことができている。

3. 取組事例を理解するためのポイント

【地域包括ケアネットワーク】

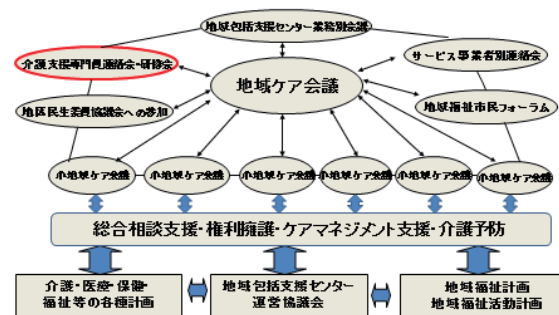
○市全域の相談機関参加による地域ケア会議を中心に、生活圏域の地域課題を検討する小地域ケア会議個別相談に対応する個別ケア会議を実施することで、個別支援課題と地域支援課題を双方向で検討することが可能となり、地域包括ケア推進に必要な地域ネットワークの基盤構築を行っている。

○包括的・継続的ケアマネジメント支援を行うには、基盤となる市内の関係者・関係機関が互いに顔を合わせ話し合える場づくり、複数の会議体や研修の仕組みの構造的なシステム構築、デザイン構築が重要となる。

《介護支援専門員連絡会》の活用》

介護支援専門員連絡会は基幹型センターが事務局となり、連絡会幹事会が企画運営を行っている。

地域包括ケアネットワークの構築



「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」のプロセス整理票（案）

市区町村名 立川市・立川市南部西ふじみ地域包括支援センター（社協運営の委託型の基幹型セン

取組概要 介護支援専門員連絡会との協働による市内病院相談室・地域医療連携室と介護支援専

①地域の現状把握	②環境的要因の抽出	③目的・目標の設定
【介護支援専門員からの声】 ・介護支援専門員から、「利用者の入院期間が短縮しているなかにおいて病院との入退院時の連携が重要であるが、大きな病院との連携はなかなか取りづらい」、「医療政策の変化の流れにおける市内病院の方向性を知りたい」といった声がセンター（以下「センター」）に寄せられていた。 【声の背景】 《病院と介護支援専門員との連携の必要性》 ・市内には6つの病院があり、その中には、市民が救急等で数多く利用する医療圏の基幹的役割の総合病院も複数含まれている。これらの病院の相談室・地域医療連携室のソーシャルワーカーや退院支援看護師との連携は、介護支援専門員による利用者支援において必須。 《広域的な連携推進の動きとの連動》 ・都道府県レベルでも、有識者による『東京都退院支援マニュアル』が発行されており、市としても同マニュアルを周知するとともに、市における病院医師への情報照会様式等の再確認の機会も必要であった。 【地域の強み】（既存の協働事例の存在） ・市全体の地域ケア会議（月1回開催）における病院とセンターの職員との意見交換において、入退院支援における介護支援専門員、センター、病院との協働事例が多数取り上げられていた。	連携のための交流機会の必要性》 ・ケアマネジメントを担う居宅介護支援事業所へのケアマネジメント支援の環境整備の点から、MSWや退院支援看護師と介護支援専門員が交流する機会を作っていく必要がある。 （個別の事業所単位では難しいため、センターと介護支援専門員連絡会との協働が有効。） 《マニュアル等を共有する場の必要性》 ・『東京都退院支援マニュアル』の内容や入退院支援における病院側の現状と課題について、病院職員と介護支援専門員連絡会とが顔を合わせて共有できる場の設定が必要。（→病院職員と介護支援専門員のコミュニケーションが良好となり、今後の介護支援専門員の入退院支援が円滑化することが期待できる。）	目的 ・立川市で活動する介護支援専門員が、病院の機能分化の流れ、退院支援の流れなどの医療政策の動向を理解し、病院と円滑にコミュニケーションが取れることにより、市民へのケアマネジメントを円滑に進めることができる。 目的設定の視点 （交流機会の確保から連携の推進へ） ・市内病院の入退院の窓口となる相談室・地域医療連携室のMSW・退院支援看護師と介護支援専門員がお互いの顔を知ることや、センターの協力のもとで介護支援専門員連絡会が互いに相談しやすい環境・雰囲気醸成に取り組むことは、利用者の入退院支援の土台となっていく。
【合意形成のプロセス】 ・基幹型センターが事務局となり定期的に開催している市内6センターの主任介護支援専門員も参加する介護支援専門員連絡会幹事会における課題共有。	【合意形成のプロセス】 ・基幹型センターより市内病院に連絡し、連絡会での発表や意見交換を依頼し了承を得る。	【合意形成のプロセス】 ・介護支援専門員と市内病院ソーシャルワーカー、退院支援看護師との交流は双方にメリットがあることを連絡会幹事会において確認した。
（把握された現状や課題） ・介護支援専門員と市内病院の相談室・地域医療連携室職員は、個別の利用者支援で関わることが多いが、全体で顔を合わせる機会や全体動向を把握する機会がお互いに少ない。	（抽出された環境的要因） ・介護支援専門員が各病院の機能や退院支援の流れを把握していく必要がある。 ・病院側も入退院支援において地域との連携が必須になっており、情報交換・意見交換の必要を感じていた。	（設定された目標） ・介護支援専門員が市内病院における入退院支援の現状や動向、流れを理解する。 ・病院側も介護支援専門員側が感じている利用者の入退院支援の課題を意見交換することにより、病院内にフィードバックする。
（プロセス全体に対する振り返り、留意点等） ・月1回の地域ケア会議において、市内病院の地域連携担当者とセンター、行政担当者等は顔を合わせて連携をとっており、その基盤形		

ター)

門員の懇談の実施

④手法の選択	⑤センターの役割の選択	⑥取組の効果の確認
・病院と介護支援専門員の連携を深める選択肢として、基幹型センターが主催して、市全域を対象に実施する介護支援専門研修（新任・現任）における病院職員による講義・研修の実施や、市内センターが生活圏域で取り組む小地域ケア会議における意見交換など、多様な方法が想定できる。 《「立川市介護支援専門員連絡会」の活用》 ・介護支援専門員連絡会は、立川市で活動する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が数多く参加しているので効果的であると判断した。 （基幹型センターが事務局であり、市内6センターの主任介護支援専門員、6生活圏域から選出された民間居宅介護支援事業所、市行政の高齢福祉課、介護保険課で構成される連絡会幹事会で協働することにより、市内6生活圏域での今後の取り組みにもつながる。）	・月1回実施されている市全体の地域ケア会議において、市内病院職員とセンター職員は定期的に顔を合わせて状況報告、意見交換を行っており、介護支援専門員連絡会における情報交換の実施も依頼がしやすい環境がある。 →複数の会議体・協議体におけるネットワーク構築は、他のネットワーク構築の土台となっていく。そのためネットワークごとの特性や取り組みの把握と、どのネットワークとネットワークを結び付ければ、市民・利用者への相乗効果が出てくるのか分析が必要。 ・介護支援専門員連絡会の事務局を基幹型センターが担っており、連絡会幹事会と連携が取りやすい。 →市内センターの主任介護支援専門員や連絡会幹事の視点や日頃の実践で感じている課題を取り上げやすい。	・月1回の市全体の地域ケア会議における市内6病院のソーシャルワーカー・退院支援看護師による口頭での地域連携に関する現状報告、及びセンターによるケアマネジメント支援、利用者支援事例における入退院支援の取り組みの状況報告における医療連携の現状把握。 ・介護支援専門員連絡会幹事会における各センター主任介護支援専門員、居宅介護支援事業所の幹事からの医療連携に関する口頭報告による現状把握、課題把握。
【合意形成のプロセス】 ・介護支援専門員連絡会幹事会における医療連携における課題の抽出と病院側職員に話してもらう内容の確認。	【合意形成のプロセス】 ・行政の高齢者福祉担当者、介護保険担当者も連絡会幹事会に参加しており、医療連携の課題を共有している。	【合意形成のプロセス】 ・介護支援専門員連絡会においてアンケート調査を実施しており、アンケート結果を後日、必ず幹事会にて共有し、振り返りを行い、今後のケアマネジメント支援の参考としている。
（選択された手法） ・介護支援専門員連絡会において市内6病院の相談室・地域医療連携室に出席してもらい、病院の退院支援の現状と課題の発表を実施。退院支援の流れ、担当者名等のアンケート調査の実施とまとめの公表。都マニュアルの周知	（選択された役割分担） ・連絡会幹事会において全体の企画・内容検討を行い、基幹型センターが病院との連絡調整を担う。連絡会当日の役割分担は幹事全体で役割分担。	（取組の効果や今後の課題） ・連絡会における市内病院の退院支援の流れの説明、その後の意見交換の実施における参加介護支援専門員の満足度は高く、アンケートでは「病院の取り組みがよく分かった」との声が多く寄せられた。

成が、介護支援専門員と病院との連携構築にも役立てることができた。ネットワーク同士のつながりを持たせることが重要。

取組事例紹介（朝来市）

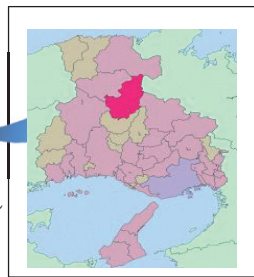
～地域ケア会議から抽出された地域課題～

『薬管理が困難な高齢者への支援』を地域ぐるみで検討・実施・評価した事例～

1. 朝来市の概況（基本情報、事例の背景にある課題等）

基本情報（H30年1月1日）		【地域特性】 朝来市は兵庫県のほぼ中央に位置する山間の町である。平成17年に旧朝来郡4町の合併により誕生し、南北約32km、東西約24kmにわたる。地理的には兵庫県の分水嶺に当たり、国史跡の竹田城跡や史跡・生野銀山が有名である。 【高齢者の状況】 要介護認定者の48%が、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb以上の認知症である。また、介護支援専門員が担当する事例の37%が独居か老々介護の状況であり、薬管理が困難な高齢者が増加している。 【地域ケア会議の体制づくり】 平成25年度に、既存の4つの会議体を地域ケア会議として位置付け、さらに、課題を集約して政策提言につなげる「地域包括ケアシステム推進会議」を新設し、『地域ケア会議体制デザイン』を構築した。個別課題を吸い上げて地域課題を抽出・検討する仕組みが整い、一人ひとりの困りごとを資源開発や行政施策に反映することが可能となった。会議ごとの役割分担を徹底するとともに、介護支援専門員の支援・育成に注力している点も特徴である。
人口	31,053人	
高齢化率	33.3%	
一人暮らし世帯数	2,151軒	
高齢者2人暮らし世帯数	1,546軒	
市内居宅介護支援事業所	11箇所	
居宅介護支援専門員	37名	
市内入院医療機関	2か所	
市内診療所	23箇所	
*地域包括支援センター 行政直営1か所・法人委託1か所		

朝来市

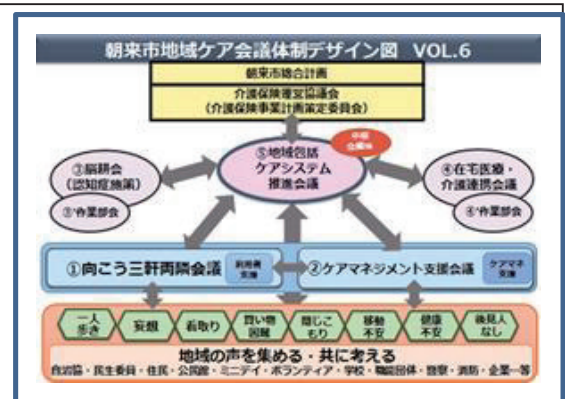


2. 取組事例概要

- 1 地域ケア個別会議に提出された支援困難事例の集約分析から、「薬管理が困難となっている」という多くの高齢者に共通する『地域課題』を発見した。
- 2 その地域課題について、より具体的な情報を得るため、アンケートによる『量的データの収集』や、薬剤師と介護支援専門員の『意見交換会』を実施した。
- 3 既存の地域ケア会議体制デザインの仕組みを活用し、「地域包括ケアシステム推進会議」で、本地域課題について協議。この地域課題への対応を、在宅医療・介護連携会議が担うこととなった。
- 4 在宅医療・介護連携会議では、目標を設定しながら「薬管理リーフレットの作成」「多職種研修会」「ケアプラン点検」等、様々な対応策を検討・実行した。
- 5 翌年、アンケート等でその対応策の効果を検証し、さらなる資源開発の検討、プランニングを行っている。

3. 取組事例を理解するためのポイント

- 1 「地域ケア会議の体制デザイン」を構築しており、個別課題の集約と分析、地域課題の抽出、対応等が、各会議体や専門職の役割分担のもと、スムーズに展開されている。
- 2 専門職の連携・協働により、地域課題が「みんなの課題」として多くの関係者に認識される過程があり、特に薬剤師の専門性がクローズアップされた。後に、朝来市薬剤師会が発足する契機となった。
- 3 在宅医療・介護連携会議（地域ケア会議）で、目標および評価指標が設定され、PDCAサイクルを地域全体で回すことが可能となった。



「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」のプロセス整理票

市区町村名（圏域・センター名）朝来市地域包括支援センター

取組概要 地域ケア会議から抽出された地域課題『薬管理が困難な高齢者への支援』を地域ぐるみで検

①地域の現状把握	②環境的要因の抽出	③目的・目標の設定
【質的データの分析】 ・地域ケア個別会議に提出された支援困難事例約60事例を、主任CMが集まり、集約、分析した。 ・その中には、「糖尿病が悪化した事例」「脳梗塞が再発した事例」そして、「認知症が悪化した事例」が多く存在した。 【共通課題の発見】 ・それぞれの暮らしにくさは極めて個別性の高いものであるが、病気が悪化する背景には、共通して『薬管理の困難さ』があったことに気づいた。 【量的データの抽出】 ・量的なニーズを把握する目的で、CMへアンケートを実施した結果、全担当事例の44%が、薬管理が困難となっていることが明らかとなった。	【医師意見書・CMアンケート】 ・全認定者の48%に、Ⅱb以上の認知症がある。 ・CMが担当する事例の37%が、独居か老々介護世帯。 【ケアプラン点検】 ・薬管理が困難な事例が全体の44%に上るにも関わらず、薬管理の具体策を掲載しているプランはほとんどなかった。 【薬剤師会とケアマネジャー協会の意見交換会】 ・薬剤師とCMは、お互いに、顔や名前を知らないことが多かった。 ・残薬への対処方法等、CMが知らない薬に関する知識が沢山あった。 【地域課題解決の仕組み】 ・平成25年度から地域包括ケアシステム構築に向けた地域ケア会議の体制デザインが整備されている。	【目的】 1 高齢者の薬管理の困難さが軽減されることにより、疾病増悪が予防できる。 2 地域課題解決に向けたプロセスにおいて、多職種がそれぞれの専門性を活かして協働することにより、朝来市の多職種ネットワークを推進する。 【目的設定の視点】 ・目の前の課題（薬管理の困難さ）への対応のみならず、本活動を通じた『多職種ネットワーク推進』の双方を目的にあげることが重要。 ・この一連のプロセスを通じて、携わった人同士が『ネットワーク』を育み、『課題解決力』を獲得することが重要と考えた。
【合意形成のプロセス】 ・主任CMが集まりディスカッションする時間を大切にした。	【合意形成のプロセス】 ・CMと薬剤師の意見交換会を実施することによりお互いの課題を共有	【合意形成のプロセス】 ・在宅医療・介護連携会議で協議の後、研修会等で多職種で共有
（把握された現状や課題） ・病状悪化により、暮らしが困難となる高齢者が多い ・薬管理が困難な事例が多い	（抽出された環境的要因） ・ケアプランに薬管理についての記載が少ない ・薬剤師とCMのネットワークが確立されていない	（設定された目標） ・住民が、薬管理について考える機会を持つ（薬管理が困難な高齢者の80%にリーフレットを配布） ・薬剤師とCMの連携強化（CMから薬剤師への相談が担当事例の10%）

（プロセス全体に対する振り返り、留意点等）

1つ1つの個別の困りごとに丁寧に対応することが何よりも大切。個別事例から抽出された地域の課題は、その解決に携わる専門職の、活動が契機となり、朝来市初の「薬剤師会」が発足した。1年後の評価では思ったような効果は出なかったが、そのことで、薬剤師会が

討・実施・評価した事例

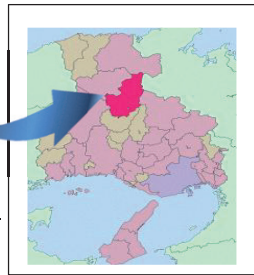
④手法の選択	⑤センターの役割の選択	⑥取組の効果の確認
【地域ケア会議の活用】 ・在宅医療・介護連携推進事業の取組として展開することで多くのメリットがある。 a. 委員長を中心に合意形成を図りながら提案・実施・評価が可能。 b. 地域ケア会議を活用することで、多くの人に地域課題を周知し、対応策を協議してもらうことができる。 c. 印刷費、委員報償費等の予算をつけることができる。 【作業部会の立ち上げ】 ・センターが事務局を担い、薬剤師、CM、医療ソーシャルワーカーで作業部会を立ち上げるにより、機動力がアップした。 ・リーフレット作成や、連絡一覧表の作成等、具体的な作業が順調に進んだ。	【行政直営包括の役割】 ・地域ケア会議の体制デザインに沿って、地域ケア個別会議から抽出された地域課題を地域ケア推進会議へ提案できるよう委員と打ち合わせ、資料作成等の事務を担った。 ・地域ケア個別会議から抽出された地域課題を朝来市の課題として認識できるよう、副市長・議員・地域ケアスタッフへ、地域ケア推進会議への出席を促した。 ・地域課題の解決に向けて、スムーズな動きがとれるよう、作業部会を立ち上げる等、事務局としての役割。 【在宅医療・介護連携会議／作業部会委員】 ・薬管理リーフレットの作成等、具体的な作業を担う 【既存の勉強会】 ・既存のインフォーマルな勉強会の場合、薬管理研修会の場合として提供。	【評価方法】 ・1年後、市内CMへアンケート調査を実施し評価した。 【結果】 ①薬管理が困難な利用者はほぼ同数の197人。リーフレット配布率76% ②CMから薬剤師への相談は、1～2%。 【この結果を受けて】 ・在宅医療・介護連携会議で協議 ・現在、介護支援専門員や本人・家族から、薬管理について、より相談しやすい体制を整えるため、「お薬相談支援システム」（仮称）について検討している。 ・このシステムは、新システムとして、朝来市薬剤師会から提案されたものである。
【合意形成のプロセス】 ・地域ケアスタッフ（保健・福祉・医療等）研修会により周知を図った。	【合意形成のプロセス】 ・在宅医療・介護連携会議と作業部会を連動開催し、その時その時で合意形成。	【合意形成のプロセス】 ・在宅医療・介護連携会議と作業部会を連動開催し、その時その時で合意形成。
（選択された手法） ・薬管理リーフレット作成 ・主治医・薬局連絡一覧表の作成 ・多職種によるケアプラン内容検討 ・地域ケアスタッフへの研修	（選択された役割分担） ・地域ケア会議の事務局としての役割 ・既存の勉強会では、お世話役会の一員として企画・運営に携わる。	（取組の効果や今後の課題） ・「お薬相談支援システム」（仮称）の設置 ・専門職や住民の薬管理に対する意識醸成

専門職魂に火をつけた。「薬管理」の地域課題を通じて、話をしたことなかった薬剤師と多くの専門職がつながった。また、これらの新しい提案へとつながった。

取組事例紹介（朝来市）

地域包括支援センターと居宅の主任介護支援専門員が連携・協働し、ケアマネジメントの課題に対応しながら『地域ぐるみのケアマネジメント支援システム』を構築した事例

朝来市



1. 朝来市の概況（基本情報、事例の背景にある課題等）

基本情報（H30 年 1 月 1 日）		【地域特性】朝来市は兵庫県のほぼ中央に位置する山間の町である。地理的には兵庫県の分水嶺に当たり、国史跡の竹田城跡や史跡・生野銀山が有名である。 【高齢者の状況】要介護認定者の 48%が、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb 以上の認知症である。また、貧困、老々介護、ダブルケア等の暮らしにくさを抱える高齢者の増加に伴い、介護支援専門員がその支援に困難を感じている事例も多い。 【地域ケア会議の体制づくり】平成 25 年度に、『地域ケア会議体制デザイン』を構築した。この中で、地域ケア個別会議を『利用者支援』と『ケアマネジメント支援』に分け、ケアマネジメント支援の会議体にはスーパービジョンの要素を盛り込んでいることが特徴である。
人口	31,053 人	
高齢化率	33.3%	
要介護認定者数	2,276 人	
居宅介護支援専門員	38 名	
居宅主任介護支援専門員	16 名	※地域包括支援センター 行政直営 1 か所・法人委託 1 か所

2. 取組事例概要

- 1 支援困難事例を抱えて「力不足」と悩む介護支援専門員が多いその一方で、主任介護支援専門員自身も、「部下や後輩へのかかわり方が分からない」「主任介護支援専門員の役割が担えない」等の悩みを抱えていた。
- 2 センターと居宅の主任介護支援専門員でこの課題を協議し、「ケアマネジメント支援ができる人材育成」が重要であることを踏まえ、「地域ぐるみでケアマネジメント支援」ができる仕組みづくりに着手することとなった。
- 3 「人材育成」と「地域づくり」を目指した『ケアマネジメント支援』の成熟段階を、第 1 期～第 5 期に分類し、それぞれの段階に最適な手法を導入するよう工夫した。
- 4 そのプロセスにおいて、主任介護支援専門員のモチベーションが上がり、「自分自身のために勉強する」のではなく「部下や後輩のために勉強する」という気概や風土が生まれた。
- 5 現在は、地域ケア会議の仕組みにより、『ケアマネジメント支援会議』（地域ケア個別会議）の事例分析から、ケアマネジメント全体の課題を抽出し、新規施策やケアマネジャー協会の研究活動に発展させる等、更なる『ケアマネジメント支援システム』の充実を図っている。

3. 取組事例を理解するためのポイント

- 1 ケアマネジメント支援を目的とした『ケアマネジメント支援会議』（地域ケア個別会議）は、センター主催で年 10 回、居宅介護事業所主催で月 1 回開催している。
- 2 居宅主任介護支援専門員は、センター主催のケアマネジメント支援会議で、①アセスメントの力 ② 部下や後輩へかかわる力 ③会議運営の力を身につけ、居宅介護支援事業所主催のケアマネジメント支援会議を運営している。
- 3 各居宅のケアマネジメント支援会議には、定期的にスーパーバイザー（更新研修を終えた主任介護支援専門員）を派遣し、その運営をサポートしている。
- 4 毎年、市内全域で年間 70～80 事例を集約・分析し、地域課題を抽出している。

「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」のプロセス整理票

市区町村名（圏域・センター名）朝来市地域包括支援センター

取組概要 センターと居宅の主任ケアマネジャーが連携・協働し、ケアマネジメントの課題に対応しな

①地域の現状把握	②環境的要因の抽出	③目的・目標の設定
【介護支援専門員からの相談】 ・センターを開設した平成18年度当初、市内の介護支援専門員（以下「CM」）から153件に上る相談が寄せられた。一人ひとりのCMが支援困難な事例を抱え、制度改正に翻弄されながら悩んでいる現状があった。 【共通課題の発見】 ・CMからの相談は、次のような事象が多かった ①利用者から制度改正に関する苦情があり、対応が困難。 ②介護予防ケアマネジメントの視点やケアプランの記載方法が分かりにくい。 ③家族関係や援助関係が難しくなり、ケアマネジメントが立ち行かなくなっている。 ④事業所内で、ケアマネジメントに関する相談ができない。	【CMの現状】 ・平成18年度当初、市内には約30名のCMが在籍していた。 ・支援困難事例を抱えて、悩むCMが多く、その中には「力不足」と悩み、退職するCMが1～2名いた。 【主任CMの現状】 ・部下や後輩へのかかわり方が分からない。 ・主任CMの役割が理解できない、または、担う自信がない。 ・センターの主任CM（2名）だけで、全てのCMに対する支援は困難。 【兵庫県介護支援専門員協会指導者養成研修への参加】 ・平成19年度からスタートした上記研修会へ、朝来市から5名の主任CMが参加し3年間継続的に学んだ。	【目的】 I【人材育成】CMが、「自立支援に資するケアマネジメント」を実施し、本人・家族・地域・サービス提供者等へ、その根拠が説明できるようになる。 II【地域づくり】個別事例を蓄積・集約することにより、CM全体の課題や、地域の課題を抽出し、その解決に向けた資源開発につなぐことができる。 【目標】 ●平成25年度の目標：主任CMが、部下や後輩へ、再アセスメント・ケアプラン作成の指導ができる。 ●平成27年度の目標：事業所間ネットワークが確立され、事業所の枠を超えた人材育成ができる。 ●平成29年度の目標：ケアマネジメント支援会議から、ケアマネジメント全体の課題抽出と対応ができる。
【合意形成のプロセス】 ・ケアマネジメント業務連絡会にて、現状を報告、共有した。 ・ケアマネジャー協会の役員と、役員会にて検討、共有した。	【合意形成のプロセス】 ・「人材育成」と「地域づくり」の価値や基本姿勢を、5名の主任CMが、指導者養成研修を通じて共有できた。	【合意形成のプロセス】 ・ケアマネジメント業務連絡会、ケアマネジメント支援会議、朝来市ケアマネジャー協会役員会にて協議し、共有した。
（把握された現状や課題） 市内で、ケアマネジメント支援ができる人材を育成できる体制を作ることが重要である。	（抽出された環境的要因） ・主任CM研修の受講だけでは不十分 ・居宅介護支援事業所間およびセンターと事業所間の情報交換、連携・協働が不十分	（設定された目標） 『人材育成』⇒『事業所間連携』⇒『地域づくり』へと、段階的に設定した。

（プロセス全体に対する振り返り、留意点等）

ケアマネジメント支援システムの構築において、もっとも重要だったのは、第1期の学習会であり、この場面でシステム作りの基礎となと『利用者の現状をテキストに結び付けて概念化すること』『根拠をもった承認・評価を受けること』が重要である。これらの『よい営のセンターは、この『よい支援』を主任CMに提供し、市内の人材育成の良循環を育む役割を担っていたと考えられる。

から『地域ぐるみのケアマネジメント支援システム』を構築した事例

④手法の選択	⑤センターの役割の選択	⑥取組の効果の確認
・以下のステップを踏んで段階的にケアマネジメント支援を進めていった。 【第1期】主任介護支援専門員がともに学びあう⇒主任CM同士の支え合い育み合うネットワークの構築 【第2期】ケアマネジメント支援の必要性を地域で共有する⇒ケアマネジメント支援の必要性を共有する研修会を開催し、部下や後輩が主任CMに相談しやすい環境を整える。 【第3期】後輩へ指導する場面を設定する⇒主任CMが研修会等で役割を担い経験する場を設定し、主任CMとしての自覚を促す。 【第4期】事業所の垣根を越えた支援体制の確立⇒主任CM同士が、お互いに協力しながら、事業所の垣根を越えたケアマネジメント支援を行う。 【第5期】事例の蓄積から資源開発・地域づくり⇒『ケアマネジメント支援会議』の事例報告シート70事例の集約分析から、『ケアマネジメント全体の課題』を抽出し対応する。	【朝来市ケアマネジャー協会との連携】 ・センターの主任CMが担ってきた『朝来市ケアマネジャー協会』の運営を、民間の居宅CMにお願いし、自主運営に切り替えた。このことにより、朝来市ケアマネジャー協会とセンターの主任CMが、対等な立場で連携・協働する素地が生まれた。 ・その後、ケアマネジメント支援や地域ケア会議のシステム構築については、ケアマネジャー協会から行政への『意見』『提言』を尊重し、企画・運営した。 【研修事業の役割分担】 ・人材育成を目的とした「朝来市気づきの事例検討会」を、直営のセンターからケアマネジャー協会に委託（3年間）し、その後、ケアマネジャー協会の自主運営とした。	【評価方法】 ・量的評価・・・CMアンケート ・質的評価・・・ケアマネジメント支援会議の事例集約、CM意見交換会 【結果】 ●平成25年度の目標：主任CMが、ケアマネジメント支援会議を通じて、再アセスメント・ケアプラン修正の指導を行えた。（年間50～70事例） ●平成27年度の目標：主任CMが講師を担った『新人CM研修』において、97%の受講生が「他事業所の主任CMの意見が聴け、職場内にとどまらない学びがあった」と回答した。 ●平成29年度の目標：ケアマネジメント支援会議で検討した事例の44%が「地域とのかかわりが困難」であった。そこで、センター主催で『スーパーバイザー派遣事業』（更新研修を終えた主任CMが、市内居宅を、スーパーバイザーとして巡回訪問する）を創設するとともに、ケアマネジャー協会が、地域連携を目指した『研究活動』に着手した。
【合意形成のプロセス】 ・朝来市ケアマネジメント業務連絡会、ケアマネジメント支援会議等で、提案・協議し、合意を得ている。	【合意形成のプロセス】 ・ケアマネジャー協会の役員会に、センターの主任CMも出席し、検討・合意形成している。	【合意形成のプロセス】 ・主任CM全員で、ケアマネジメント支援会議の集約分析（年度末）と、目標設定（年度始め）を行う。
（選択された手法） 第1～5期の成長プロセスに合わせて、「スーパーバイザー養成研修」「新人CM研修」「ケアマネジメント支援会議」「研究活動」等を実施。	（選択された役割分担） 直営のセンターとして、朝来市ケアマネジャー協会の活動をバックアップし、職能団体としてのソーシャルアクションを担えるよう働きかけた。	（取組の効果や今後の課題） ・市内CM全体のモチベーションアップ ・研究成果を現場の実践に落としこむための戦略

る『主任CMのネットワークや・問題意識・主体性』が醸成された。まずは、主任CM自身が、仲間とともに『自分の実践を振り返る支援』を受けた主任CMこそが、『よい支援』を、部下や後輩に提供できることを学んだ。10年間の取り組みを振り返ってみると、直

取組事例紹介（金沢市・とびうめ地区）

～日常生活圏域を基盤としたインフォーマルと フォーマルの多職種連携の会～



1. 金沢市・とびうめ担当圏域の概況（基本情報、事例の背景にある課題等）

【金沢市】基本情報（H29.4.1）		【金沢市の状況】
人 口	453,570 人	中核市である金沢市では、19 か所の日常生活圏域があり、概ね小学校区ごとにある 54 か所の地区社会福祉協議会が 2～4 か所ずつで構成されている。小地域福祉の単位である小学校区圏域の地区社協と日常生活圏域ごとに設置された各々のセンターが協働しながら、個と地域の一体的な支援を目指している。
高齢化率	25.6%	
世帯数	203,707 世帯	
【とびうめ担当圏域】（H29.4.1）		【とびうめ地区の状況】
人口	8,158 人（小立野地区） 4,194 人（新竪地区）	旧市街地に位置するとびうめ担当圏域においては、高齢化率が高く、総合相談件数や地域ケア会議の開催件数も市平均と比較しいずれも多い。世帯支援の必要性のある複合的な事例が増え、一人の人やひとつの機関では支援が困難となる状況がみられていた。善隣思想に代表する昔ながらの地域が培ってきた力と、専門職との協働が地域課題としてみえてきていた。
高齢化率	31.1%（小立野地区） 36.2%（新竪地区）	
世帯数	4,184 世帯（小立野地区） 2,295 世帯（新竪地区）	
* 地域包括支援センター 委託型 19 か所、ランチ 2 か所		

2. 取組事例概要

【ここから】

総合相談や地域ケア個別会議の分析をとおして、複合的な課題をもつ世帯支援の事例が増えてきたこと、また、そこを支える支援者を支援していくことの大切さが浮き彫りになってきた。個別事例ごとにオーダーメイドな支援ネットワークを組んでいくものの、民生委員の交代や介護支援専門員の人事異動等により個人に帰属したネットワークが途切れてしまうことがあり、連携の仕組み化の必要性が地域課題のひとつとしてみえてきた。

【こんなこと】

地域の懇談会などでセンターとしての問題意識を投げかけるなかで、既存のネットワークとして不定期におこなっていた地域住民同士、単独職種や事業所や機関同士のそれぞれのつながりをつなげていこうという流れをつくった。そこから、地域のなかで事例にかかわるインフォーマルとフォーマルの支援者たちが支え合うための仕組みとして、「多職種連携りんくるの会」を発足した。民生委員・児童委員や地区社協をはじめとした地域のインフォーマルな支援者、介護支援専門員や医師といったフォーマルな支援者が知り合いながら、つながりを育む場でおこなう事例検討会や意見交換会では、より豊かな発想がうまれる。成果物であるニュースレターや連携ツール等は、連携の結果を日常の個別事例の支援に還元していくことを目指して作成されている。

3. 取組事例を理解するためのポイント

【目的と手段の明確化】

連携をテーマとした取組においては、連携そのものが「目的」とならないよう留意してきた。連携は個別事例を支援する上での「手段」であることを点検しながら取組を進めた。

【事例からはじめ事例に還る循環】

個別事例の支援における連携の必要性からはじめた取組は、その成果は個別事例に還元できる仕組みとしていく必要がある。取組の際には、地域のなかでの個と環境の循環を描いていくことを大事にした。

「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」のプロセス整理票

市区町村名（圏域・センター名） 金沢市・（委託型・日常生活圏域）金沢市地域包括支援センター

取組概要 日常生活圏域を基盤としたフォーマルとインフォーマルの多職種連携の会

①地域の現状把握	②環境的要因の抽出	③目的・目標の設定
・総合相談の傾向をみると、複合的な課題をもつ事例が多い。対応内容の10年推移では「連携」「ケース検討」の割合が増加。地域住民を含めた多職種・多機関の支援ネットワークでの取組の実態がみえる。 ・地域ケア個別会議においても、複合的な課題をもつ世帯支援事例の増加。上位キーワードに「支援者支援」があがる。 ・民生委員の定例会では、地域の見守り対象の高齢者が介護保険につながり安心できた反面、地域からは生活実態は見えなくなるといふ悩みが語られている。 ・開業医の代替わりなど、昔ながらの世代を超えた人間関係が根付いている地域性なのか、「この地域に恩返ししたい」という気持ちでいる支援者が多い。	→個別事例ごとに、オーダーメイドな支援ネットワークを組んでいるが、民生委員の交代や人事異動等により個人に帰属したものは途切れることがあり、連携の仕組み化の必要性を感じてきた。 →地域ケア個別会議から抽出した地域課題を、地域の代表者レベルの会のみならず、実務者レベルで共有・検討する機会がないために、具体的なアクションプランにまでつながらない。 →センターは、フォーマルとインフォーマルの支援者のどちらもそれぞれのネットワークを組んでいるが、両方をつなぐネットワークは存在していなかった。 →事例への支援をとおして、地域への愛着をもった熱心な支援者が個別にみえており、地域の宝ともいえる資源として地域全体で共有する機会がほしかった。	・連携の仕組みについてのテーマを設定する際に、個別事例とのつながりを意識しながら話し合いをおこなった。 ・地域ケア個別会議において、事例から抽出した地域課題を共有し、具体的なアクションプランにつなげていくためには、代表者レベルと実務者レベルの両方の検討の場が必要であると認識。 ・新たなネットワークの場をつくるという前に、地域のなかの既存のネットワーク機能をどのように活かせるかの整理からはじめた。 ・地域の現状に目をむける際、課題ばかりに注目するのではなく、資源やストレングスについても再考した。 ・連携構築するエリアを日常生活圏域に限定した。
【合意形成のプロセス】 ・総合相談及び地域ケア会議の振り返り、分析をおこないセンター内で共有を行う。 ・センター内のミーティングにて、日常業務でキャッチした支援者の声を共有。	【合意形成のプロセス】 ・既存の定例での地域の代表者レベルの会にて、地域課題の共有・検討をおこなうなかで、フォーマルとインフォーマルの連携の仕組みの必要性が確認できた。	【合意形成のプロセス】 ・センター内協議を重ね、事例から離れずに地域を基盤としたつながりをというコンセプト、エリアは日常生活圏域、ターゲットは実務者レベルなどしぼり目標設定をした。
（把握された現状や課題） ・複合的な世帯支援の事例が増え、一人の支援者やひとつの機関での対応が困難な状況がある。 ・事例や、地域へのそれぞれの思いから、支援者間でネットワークの必要性が声としてあがってきている。	（抽出された環境的要因） ・フォーマルとインフォーマルのそれぞれのネットワークをつなぐ体制がない。 ・地域課題について、地域の代表者レベルの会のみならず、実務者レベルで共有・検討する機会がない。	（設定された目的・目標） ・センター括の担当圏域に限定して、支援者同士がつながり、一人ひとりのオーダーメイドな地域包括ケアをつくっていくために、支援体制を構築する。
（プロセス全体に対する振り返り、留意点等） 【スモールステップで合意形成を重ね、小エリアから取り組みをはじめる】 ①センター内協議で、年度ごとの総合相談や地域ケア会議の振り返りをおこない、そこで得られた分析を地区データも加えながら）見え ②その後、地域の代表者レベルの会議での共有をし、さらに実務者レベルのネットワークへと合意をひろげる。 ③委託型のセンターのフィールドである日常生活圏域のなかで、実感をともなう（事例で語れる）ネットワークの仕組みをつくっていく ④その後、地域包括連絡会など横のつながりを活用し、全市的に共有の機会をもっていく。		

とびうめ

④手法の選択	⑤センターの役割の選択	⑥取組の効果の確認
・常に事例に活かせる連携を念頭に置いて、手法としての事例検討会は、優先順位は高い。連携そのものが目的ではなく、個別事例を支援するうえでの手段として位置づけている。 ・研修会の実施では、フォーマルとインフォーマルの支援者たちが知り合いながらつなぐを育む学びとネットワーク構築ができるプログラム内容の工夫が必要。 ・多職種の意見交換会として実施するなか、地域課題のアクションプランの検討も加えていく。 ・マニュアル・様式等のルール作りへ発展を目指す。事例検討会や研修、意見交換のなかででてきた具体的な参加者の声を、次の事例に活かせるよう見える化していく。また、ニュースレターなどで活動を地域にフィードバックしていく。	・当取り組みは、市委託のネットワーク事業の一環として、委託型のセンターが主導でおこなうこととした。 ・理由としては、取組範囲を日常生活圏とし、圏域内のフォーマルとインフォーマルの支援者を構成員として想定した。 ・協働する仲間としては、介護支援専門員やサービス事業所のほか、既存の代表者レベルの団体（地区民児協・地区社協・婦人会、町会連合会・医師会・歯科医師会）に所属する実務者レベルの人から呼びかけをおこない、必要に応じて参加者と合意を得ながら増やしていった。 ・センターは、事務局として企画運営やニュースレターの編集などを担当した。	・総合相談では、地域住民を含めた多職種・多機関の支援ネットワークでの取組み事例が増えてきている。 ・具体的には、関係機関がお互いの役割や機能を知ること、ケアプランにインフォーマルのつながりが掲載されることが増えた。 ・民生委員の調査票に、担当の介護支援専門員の名前や連絡先が追加された。 ・地域ケア会議においては、実務者レベルの意見交換会をおこなうことで、地域ケア個別会議でみえてきた地域課題について、具体的なアクションプランに落とし込んで話し合えるようになった。 ・結果、ニュースレターや緊急対応時のフロー図など成果物が生まれた。 ・地域ケア会議への事例の持ち込みのハードルがさがったという言葉がいただいた。 ・地域のネットワークが強くなっているという支援者間の実感につながっている。
【合意形成のプロセス】 ・参加が想定される多職種、多団体に呼びかけをする際に、手法についても相談をおこなった。	【合意形成のプロセス】 ・市全域の取り組みとするには、時間も労力も大きい。委託のセンターの事業にネットワーク会議という事業があり、その枠組の活用を市とセンターで相談した。	【合意形成のプロセス】 ・年度ごとに、代表者レベルのネットワーク会議にて効果や成果の振り返りをおこない、さらに実務者レベルのネットワークの会へ反映させている。
（選択された手法） ・日常生活圏における多職種連携の会として発足した。懇親会からはじめ、徐々に事例検討会、研修会、意見交換会といった形で、活動と参加者を広げ、開催数を増やしていった。	（選択された役割分担） ・委託型のセンターの事業のひとつ、ネットワーク会議として実施することとした。運営企画はセンターが主導し、企画段階から地域の主要団体との連携のもとで展開することとした。	（取組の効果や今後の課題） ・年度ごとにニュースレターを発行し活動状況を共有していくこととした。 ・多職種連携で生まれた具体的な連携ツールを成果物として個別事例の支援に還元していった。 ・参加団体間で参加率の差がでてきている。

る化した資料とする。

ことを目指す。

取組事例紹介（川崎市・川崎区）

～隙間を作らない支援体制づくりを目的とした

「川崎区機関連携会議」の立ち上げと運営～

1. 川崎市川崎区の概況（基本情報、事例の背景にある課題等）



【川崎区】基本情報（H29.4.1）		川崎市は神奈川県北東部に位置し、東京都との境にある多摩川に沿った地形に人口150万人超が暮らす政令市である。中でも京浜工業地帯を有する川崎区は、日本中から集まった多くの労働者たちによって、日本の近代化を支えてきたという歴史的背景を持ち、市内7区の中でも突出して高齢者数、生活保護受給世帯数、外国人数が多く、全ての年齢層に複雑多様な生活課題が存在している。区内には、3つの福祉事務所と9つのセンターの他に、障害者相談支援センター4か所、児童家庭支援センター1か所など相談機関が制度ごとに多数設置されているが、家庭内に複数支援を要する人がいるなど制度を超えた支援が必要な事例へ、包括的で継続的な支援ができているとは言えない状況があった。
人 口	230,173 人	
65 歳以上高齢者数	50,806 人	
要介護・要支援認定者数	9,813 人	
高齢化率	22.07%	
生活保護受給世帯数 （全市 24,228 世帯）	8,857 世帯	
外国人数(全市 36,418 人)	13,733 人	
＊地域包括支援センター9か所(区内) （参考：市内には計49か所）		

2. 取組事例概要

「障害者の親が認知症」「認知症高齢者の家庭は生活困窮状態で外国人の女性と要保護児童が同居」「認知症高齢者の中学生の孫が介護で不登校」などという相談や支援の困難さに関するつぶやきが、地域の専門機関からA障害者基幹相談支援センターとB地域包括支援センターに寄せられていた。両センターが、普段から情報交換を行っていたC病院の医療相談室、D特養の施設長、区役所職員に情報共有したところ、いずれも同様に感じていたことが分かった。制度を超えた包括的で継続的な支援体制づくりが急務であることを共有し、メンバーの所属組織の事情を考慮した上で、メンバーの個人参加、夜間開催という形により、毎月1回の事例検討を開始した。目標は区内全域での制度を超えたスムーズな連携体制づくりであるが、当面は会の運営が難しくならない程度の規模で事例を積み上げ、制度を超えたあるべき連携の姿をシミュレーションしていくこととした。扱う事例はイニシャル表記とし資料回収するなど個人情報の取扱基準も定め徹底した。コアメンバーでスタートした事例検討会であったが、事例の複雑多様性から更にこども支援機関、訪問看護ステーション、外国人支援機関、介護支援専門員等介護保険事業所、市・区役所、更生相談所、精神保健福祉センターなど制度を超えた丸ごと支援に必要な多様な機関が参加するようになり、明日からの支援にも活かせるような実践的な検討の場になっている。現在はセンター、障害者基幹相談支援センター、家庭支援センター（障害者支援拠点施設に併設された全世代対象の相談支援機関）の3支援センター共同事務局体制による安定した運営が図られ、更に参加していない専門機関や住民と会の成果を共有できるような機会づくりにも取り組んでいる。

3. 取組事例を理解するためのポイント

▼制度を超えた機関連携や専門職支援に取り組む目的は、あくまでも市民・利用者への間接的支援であり、支援の環境整備の一環であることを絶えず共有してきた。そのために理念先行ではなく、地域にある事実（＝事例）を絶えず真ん中に置いて検討することにこだわっている。▼問題意識を共有するコアメンバーでスタートし、スモールステップで事例を積み上げながら合意を重ね、段階的に問題意識の共有・浸透・拡大に努めてきた。検討・共有にとどまらず、実際の支援につながる会になることで、会の成果をメンバーが実感できるようになってきており、参加者のモチベーションにつながっている。

「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」のプロセス整理票（案）

市区町村名（圏域・センター名） 川崎市川崎区・●●地域包括支援センター

取組概要 隙間を作らない支援体制づくりを目的とした「川崎区機関連携会議」の立ち上げと運営

①地域の現状把握	②環境的要因の抽出	③目的・目標の設定
・量的データの整理（行政統計等） ・質的データの整理（相談内容、情報交換等） ・何が起きているのか（住民の困りごと等） ・何がどれだけあるか（地域、既事業等） ・だれがどのような活動を行っているか ・課題と強みの整理	・環境的要因の抽出： 地域の現状把握から抽出された要因のうち、個人または事業所単位での努力や工夫だけでは対処しきれず、仕組みや連携体制によって変化させることができるもの	・目的の設定： 理想とするあり方や最終的に実現しようとするもの ・目標の設定： 目的の実現に向けて、達成すべき成果や到達したい基準
【複合課題に関する支援困難ケースの発生】 ・認知症高齢者の息子は生活困窮状態で、その息子の内縁の妻は外国人、その妻のこどもは要保護児童。知的障害者の親が認知症に。認知症高齢者を中学生の孫が介護し不登校…などなど。区内の高齢者、障害者支援事業所の両方向から、このような事例に関する相談や「つぶやき」が多数寄せられる。 【複合課題への支援における連携上の課題】 ・上記のような事例は、高齢者を支援するだけでは高齢者の生活さえ守れず、センターは様々な専門機関と連携を試みるが、普段連携関係にないこども支援者などとの連携はかなり難しく、結果として家庭内の支援が調整されず別々に行われ支援困難ケース化している状況があった。 ・川崎市川崎区は市内でも統計的に高齢化率、外国人数、生活保護世帯数が多いが、他区に比べ多様性を受け入れる地域であり、制度ごとの対象者別には、相談支援機関が多数整備されている。それでも、家庭内にある複合的な生活課題には、未だ十分に対応できていない現状がある。	【連携が進まない背景についての考察】 様々な専門機関が ・制度を超えた専門機関同士が顔の見える関係になっていない ・相談支援機関が自身の縦割り性とそれによる地域への影響についての認識が弱い（タテ割りを専門性と勘違いしている節もある） ・高齢者、こども、障害者へ同時に支援を行わなければいけない家庭事例に出会っていないため必要性を感じていない支援者（こども、障害者、高齢者支援に関わらず全ての対人援助者）が多くいると思われる。 ・制度を超えた機関との連携経験がないため連携方法がわからないし、難しいと感じている支援者が多くいる。 【問題意識を共有できるメンバーの存在】 ・以前から制度を超えた連携と家庭丸ごと支援の必要性を確認しあってきた区内の特養施設長、センター、障害者基幹相談支援センター、病院のMSW、行政のメンバーが改めて現状を共有する中で、連携が進まない要因を上記のように確認した。	【目的の設定】 最終的には、川崎区内のこども支援者、障害者支援者、高齢者支援者、外国人支援者、生活困窮者支援者、福祉・介護・医療従事者、行政職員などが、その家庭が持つ複数の生活課題に対して制度を超えた支援が必要な事例が存在することを共有し、実際の支援がスムーズに包括的に行えるような体制を作することを目的とした。 【段階的な取組の必要性】 しかし、区内の関係機関には制度を超えた連携の必要性に関する認識に差があるので、まずは共通認識を持つコアメンバーで事例検討や情報交換の場を作り、区全域展開の作戦を検討することとした。 また、同時に、日々発生している、家庭内に複数の支援対象者と生活課題があり、家庭をまるごと支援しなければいけない事例（＝家庭丸ごと支援事例）への具体的支援を検討することも同時に行う必要があった。
【合意形成のプロセス】 日頃から情報共有してきた区内の相談支援機関（障害者基幹相談支援センター等）へ最近の状況や認識を聞き取ると、皆同様にこの状況へ危機感を持っていることが分かった	【合意形成のプロセス】 危機感を共有した前述のコアメンバーで、連携が進まない原因を分析し共有	【合意形成のプロセス】 問題意識を持つコアメンバーでまずは定期的に自主的に集まり、情報交換、事例検討からスタートしようという合意がなされた。
（把握された現状や課題） ○区内には、複合課題に関する支援困難事例が多数ある。 ○個別の課題に関する相談機関数は多いが、機能の縦割り性から支援からこぼれている事例が多くある。	（抽出された環境的要因） ○支援者が事実（事例）を実感できていないため、制度を超えた連携支援の必要な事例の存在や必要性を感じない行政や専門職がいる。 ○今も制度を超えた専門機関の連携ができず支援者が孤軍奮闘している事例が存在している。 ○問題を検討できるコアメンバーの存在	（設定された目的・目標） ○区内の専門機関が制度を超えた連携の必要性を感じられるよう事例を共有し、実際にスムーズな連携できるような体制づくりを行うことを当面の目標とする。

（プロセス全体に対する振り返り、留意点等）

まずは言い出しっぺが事務局を担い、現状把握→共有→原因分析→効果実感を無理のない運営の中で進め、強化していった。メンバー間、ない運営と定期的な目標の確認を繰り返し、たとえ小さくても効果を実感し合うことで、主体的な連携体制が作られていく。また、特に

④手法の選択	⑤センターの役割の選択	⑥取組の効果の確認
・研修会や会議等の実施、連携のための仕組みやルールの構築等	・行政や他機関との役割分担（協働のあり方、センターがどこまで取組を主導するか）	・目標の達成状況の確認 ・目的の達成状況の確認（①と②がどう変化したか）
①自主参加の集まりからスタートする →事例や危機感の共有や連携体制づくりの必要性については、区内専門機関の中でも認識にかなり差があるため ②事例の取扱基準をつくり基本はエピソードベースの情報量から連携をシミュレーションすることとした。 →事例を扱うことから個人情報に心配するメンバーが表れてきたため ③参加しやすいように、第4木曜日18:30～とし定例化した。 →コアメンバー検討会や、何かしらのアクションを起こすにしても、メンバー全員が業務内で関わることは難しい状況であったため。 ・1回その都度会場費100円、事務局の負担や受け身の参加者が入らないよう、メンバーは事例によって必要な人を少しずつ拡大することとした。	・当面の事務局は、発起人である障害者かわさき基幹相談支援センターが事務局を担った。センターは基幹相談支援センター同様所長長の理解を得て、業務として参加することとなった。 ・その後、区内の障害者支援拠点施設に、こども・障害者・高齢者の相談を一元的に担う「たじま家庭支援センター」が立ち上がったため、センター・基幹相談支援センター、家庭支援センターの3センター事務局体制へとシフトすることとなった。これでこども・障害者・高齢者支援を担う3支援センターがこの会のマネジメントを担うことになった。 ・機関連携会議という名称だが、参加していない機関や区民とのパイプ作り、成果の共有の場づくりについて、地域との連携経験が豊富なセンターが主導して企画している。	・開始から1年で区民向けセミナー「助けてと言える川崎区に」を開催でき、多くの区民や関係機関と意識の共有する、相談機関の周知の場となった。 ・参加メンバーも行政からは市・区役所だけでなく更生相談所などの専門職も参加し、他に精神科医、外国人支援機関、介護支援専門員、と多岐に渡ってきており、事例検討がより実践的で、支援から漏れている事例も浮き彫りになってきた。 ・メンバーの所属が多岐に渡ってきたため、翌日からの実践に即つながるようになっていく（個人情報の扱いについては、取扱基準を守るよう関係者に周知している）。また毎回必ずその後の支援経過を報告することになっているため、継続的な連携や支援につながっている。 ・取組の趣旨を共有しながら参加メンバーを拡大していくことが今後の課題となっている。（実践を積み上げ、区内の力に昇華させることが目的であり、主体的に参加してもらうことが重要。また、会場の収容人数の都合もあり、区内の全てのセンターがこの会のメリットを享受できているわけではない。）
【合意形成のプロセス】 立場により参加のしやすさや、事例の扱い等参加することへの不安、事務局の負担等を出し合い無理のない運営を優先させた。	【合意形成のプロセス】 事務局体制を公的支援センターで複数化したことで、運営負担が均等化され、各支援センターのソーシャルワーク機能も強化することができた。	【合意形成のプロセス】 区民向けの発信を企画すること、会費、会の規模、自主グループ運営を継続することを毎年年度末にメンバー全員に確認し合意した。
（選択された手法） <川崎区機関連携会議の立上げ> ①会議は月1定例とし事例を中心に置く。 ②事務局、参加者とも無理のない運営形態とする。	（選択された役割分担） ○個々の支援機関が別々に動いていた状況から、センター、基幹相談支援センター、家庭支援センターの協働事務局体制へ進化した。 ○機関連携を超えた地域との共有・連携については、センターが主体的に提案していくこととした。	（取組の効果や今後の課題） <取組の効果> ○隙間に落ちていた事例の顕在化 ○難しいこども支援機関との連携が進む ○実際の支援に効果を発揮 <今後の課題> ○未参加機関のメリットの享受が課題

の合意から実行までは自然発生的に進むものではなく、事実に基づく“仕掛け”が必要となる。スモールステップで目標を定め、無理の制度を超えた機関同士の連携体制づくりには理念先行ではなく、実感を伴う事例＝事実を真ん中において共有していくことが大切。

取組事例紹介（足立区）

～地域包括ケアシステムの基盤となるケアマネジャー三団体の
連携と役割分担～



1. 足立区の概況（基本情報、事例の背景にある課題等）

基本情報（H28.4.1）		東京 23 区の最北端に位置し、面積は 53.25 km ² （23 区の約 9%）。川に挟まれ平地が続く地形。都営住宅等の団地が集中していることもあり、介護・福祉ニーズが高く、介護保険の要介護認定者（約 3 万 1 千名）は 23 区中 2 位。加えて、生活保護世帯約 1 万 8 千世帯（保護率 37.97%）、身体障害者手帳・知的障害者手帳所持者約 2 万 8 千名を有している。これらのニーズ充足・サービス供給を行う事業所および福祉関係者数も膨大な数に上り、サービスの質の向上および質の担保をどのように図っていくかが大きな課題になっている。
人 口	678,623 人	
第 1 号被保険者数	167,226 人	
高齢化率	24.54%	
要介護（要支援）認定率	18.59%	
地域包括支援センター	委託型 25 か所（1 か所は基幹型）	
居宅介護支援事業所	約 230 社	
介護支援専門員	約 800 名	

2. 取組事例概要

多数の介護支援専門員を抱える足立区では、介護保険制度発足当時より介護支援専門員の質の担保が課題とされ、基幹型センターが、介護支援専門員の困難ケースの相談窓口となり、質の向上を図る中核的な機能を果たす一方、介護支援専門員の自主組織（団体）である『けあまね研究会（有志の個人参加）』と、『足立区居宅介護支援部会（事業所単位で会員制）』の 2 団体が自己研鑽の場として機能してきた。加えて平成 28 年には『主任介護支援専門員連絡会（個人参加で会員制）』が組織化されたことから 3 団体が連立する形となった。この 3 団体の、各団体の機能・役割を整理し、相互連携を図り介護支援専門員の多様なニーズに対応できる環境整備が急務となった。また同時に足立区も介護支援専門員全員を網羅する研修体系が整備できず 3 団体との連携を模索していた。そこで、3 団体の事務局である基幹型センターが行政と 3 団体のパイプ役となり課題等を整理し、3 団体の役割機能が明文化、協働・連携体制の構築を行った。研修についても、行政・3 団体の協働体制のもと研修対象者を経験レベル毎に振り分けることで研修体系の重層化を図り、介護支援専門員の研修環境が整う形となった。研修体系を図ることとなった。

3. 取組事例を理解するためのポイント

介護支援専門員 3 団体は、介護支援専門員個人の資質向上を目指す自己研鑽の側面のみでなく、地域包括ケアシステムを構築するための中核機関であるセンターと、協働する基盤組織としての側面も持っている。そのため、3 団体の役員や運営には必ずセンター職員が参加する仕組みとし、相互連携の中で地域のネットワーク構築強化をはかっている。

○足立区における地域包括ケアシステム構想は、介護保険制度発足当時より小地域単位での福祉のまちづくりを想定した官民協働体制が形作られてきた。その積み重ねの中で、地域における官民協働体制の媒介機能・中核を担ってきたのが基幹型センター（社会福祉協議会受託）であり、現在も事務局として 3 団体の活動支援を継続しながら、介護支援専門員活動の環境整備をおこなっている。

○研修体系の重層化とは、i) 初任者・エントリーレベル、ii) 現任・中級・管理者等のレベル、iii) 上級・主任者レベルの 3 層体系に分けた研修。層別の研修を各団体が担当し、その後方支援を行政が行っている。

「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」のプロセス整理票

市区町村名（圏域・センター名） 足立区（基幹地域包括支援センター）

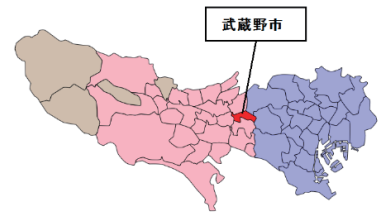
取組概要 ケアマネジャー三団体（あだちケアマネ研究会、足立区居宅介護支援部会、主任介護支援

①地域の現状把握	②環境的要因の抽出	③目的・目標の設定
○統計・社会資源（H28年度現在） ・要介護認定者数 31,871 名（発生率 18.59%）。 ・センター：25か所（うち1か所が社会福祉協議会受託の基幹型）。 ・居宅介護支援事業所：約230社。 ・介護支援専門員：約800名。 ・主任介護支援専門員：100名以上。 ○課題 ・増加する要介護認定者数に対応する居宅介護支援事業所（介護支援専門員）数の確保と、その数の増加に伴う区内全域のサービスの質の担保をどのように図るか。 ・研修を実施するにしても、膨大な介護支援専門員が存在する中で、会場確保や研修回数等の課題など全ての介護支援専門員を網羅する研修実施は困難。そのため、行政としても介護支援専門員研修の体系化は手かず状態。 ○強み ・区内センター（特に基幹型）を中心とした福祉関連事業者のネットワーク網が構築できている。 ・介護支援専門員に関連する自主団体（組織）の存在。i）あだちケアマネ研究会（介護支援専門員同士の交流や情報交換をする場）ii）足立区居宅介護支援部会（事業者間および関係機関との協働連携等を目指す連絡会）の存在。その部会の中に主任介護支援専門員委員会あり。	○足立区居宅介護支援部会における主任介護支援専門員委員会での主任介護支援専門員の役割の不明確さや活動の制限 ⇒制度変更に伴う主任介護支援専門員の更新制導入もあいまって、主任介護支援専門員の組織化による役割の明確化・スキルアップの必要性から連絡会としての体制が必要。 ○主任介護支援専門員連絡会の設立にあたり、既存の二つの自主団体との役割分担、機能の明確化を図る必要がある。 ○行政の介護支援専門員の研修ニーズの把握の不十分さと研修体制の未整備。 ⇒介護支援専門員の研修ニーズの把握と、区内全域の居宅介護支援事業所（介護支援専門員）を網羅するための研修体制の重層化の必要性。 また、研修実施にあたっては、各自主組織（団体）の研修対象・内容重複の回避の必要性。	目的：行政と自主組織との連携を深めることで介護支援専門員が十分に機能発揮できる環境整備を推し進める。また、研修体系の重層化によって区内全域の介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上をめざし、地域ケアシステムの中核を担う人材育成を図っていく。 目標： ① 行政と自主団体（組織）の連携による研修体系の整理・自己研鑽の場をつくり、ケアマネジメントの質の担保を図る。 ② 主任介護支援専門員としての活動の充実を図るために、主任介護支援専門員連絡会を立ち上げる。連絡会の立ち上げに伴い、介護支援専門員に関わる自主組織が3団体に増加することから（以下「ケアマネジャー三団体」）、それぞれの役割・機能を明確化し、有機的な連携が図れるようにする。
【合意形成のプロセス】 ・行政と基幹型センター間での問題共有。 ・事務局である基幹型センターによるあだちケアマネ研究会や足立区居宅介護支援部会の人材育成における課題把握。	【合意形成のプロセス】 ・既存二団体の事務局である基幹型センターにおける課題把握。 ・自主団体（組織）の事務局を担う基幹型センターが行政との仲介・調整役となり、行政と自主団体（組織）との協議の場を設定。	【合意形成のプロセス】 ・主任介護支援専門員連絡会の立ち上げに向け、基幹型センターが事務局となり活動の中心となる世話人を招集し準備を開始。 ・自主団体（組織）の事務局を担う基幹型センターが行政との仲介・調整役となり、行政と自主団体（組織）との協議の場を設定。
（把握された現状や課題） ・行政の介護支援専門員の研修ニーズ把握の不十分さ（居宅介護支援事業所や介護支援専門員との連携・ネットワーク不足）。 ・増大する介護支援専門員の質の担保のための研修体制の確立。 ・あだちケアマネ研究会と足立区居宅介護支援部会の研修内容・対象者の重複。 ・介護支援専門員の研修ニーズの多様化（初任者と中堅以上の層の拡大、主任介護支援専門員の更新制の導入）。	（抽出された環境的要因） ・主任介護支援専門員の役割の明確化・スキルアップのための主任介護支援専門員の組織化の必要性。 ・行政の研修体系整備・ニーズ把握のための介護支援専門員関連団体との連携・ネットワークの必要性。 ・区内全域を網羅し質の向上を目指すための介護支援専門員研修体系の重層化の必要性。	（設定された目的・目標） ・主任介護支援専門員連絡会の設立による主任介護支援専門員の役割の明確化。 ・介護支援専門員研修における行政の役割の明確化、および三団体の研修対象レベル（初任者～上級者）の重層化による研修体系の整備による介護支援専門員の質の担保。 ・ケアマネジャー三団体の役割・機能を明確化し自主団体相互の有機的な連携を図ること、ケアマネジメントの底上げを目指す。
（プロセス全体に対する振り返り、留意点等） ・介護保険制度発足当時より、介護支援専門員の組織化によるケアマネジメントの質の向上と、地域包括ケアシステムの中核となるセン		

専門員連絡会）の連携と役割分担

④手法の選択	⑤センターの役割の選択	⑥取組の効果の確認
目標①について ○ケアマネジャー三団体による重層的な研修体制の整備、研修の実施 ※研修を重層化することで、より現場レベルに沿った研修を実施する。 i) 初任者・エントリーレベル ⇒あだちケアマネ研究会が担う。 ii) 現任・中級・管理者レベル ⇒足立区居宅介護支援部会が担う。 iii) 上級・主任介護支援専門員レベル ⇒主任介護支援専門員連絡会が担う。 ○ブロック毎の事例検討会の実施・開催支援 ・区内をセンター管轄の5ブロックに分けて小規模化。 ・主任介護支援専門員にファシリテーターやスーパーバイズ機能を果たしてもらう。 目標②について ○主任介護支援専門員連絡会の設立 ・区内をセンター管轄5ブロックに分け、ブロック毎に代表役員を選出。その際、役員はセンター1名、居宅介護支援事業所1名の2名体制とし相互連携が図れる仕組み。 ○三団体の役割の明確化と介護支援専門員の横のネットワークの強化 ・各団体の定例会の開催日・回数の分散化。	目標①について ・行政は研修環境の整備（会場確保、資料の印刷、講師料の負担等）を担う。 ・三団体の事務局を担う基幹型センターは、行政との仲介・調整役を担う。 目標②について ・主任介護支援専門員連絡会の立ち上げ時、民間事業所とセンター間のネットワークの強化を図るため、事務局である基幹型センターを中心に世話人を両者より選出し、協働による地域のネットワーク構築を目指した。同時に主任介護支援専門員連絡会における役員も両者より選出し、二者協働で運営等にあたる仕組みにしている（既存二団体も同様）。 ・三団体の機能分担、三団体間の連携については、三団体の事務局である基幹型センターが調整役の機能を果たす。	目標①について ・三団体による重層的な研修体制は新年度より実施予定。また、行政との共催も可能となり、その際の講師料は行政負担となる。 ・センターが、自主的に三団体の役員等を担ってもらうことで、センターと介護支援専門員との連携が強化されつつある（センター主催の介護支援専門員向け学習会・交流会の参加者の増加）。 ・主任介護支援専門員連絡会の設立に伴う、主任介護支援専門員を中心とした5ブロック毎（小規模）での事例検討会の定例開催の実現。このことにより、ブロック単位での交流の場、主任介護支援専門員としての役割機能を果たす場ともなった。 目標②について ・主任介護支援専門員連絡会が発足し、主任介護支援専門員の役割等を明確にしたことから、主任介護支援専門員に対して行政や地域での会議や出前講座等の参加要請が増えている。 ・行政から三団体に対する医療介護連携や多職種連携会議等の参加要請に対し、三団体の事務局の基幹型センターが仲介・調整することで、行政との連携がスムーズになった。
【合意形成のプロセス】 ・自主団体（組織）の事務局を担う基幹型センターが行政との仲介・調整役となり、行政と自主団体（組織）との協議の場を設定。	【合意形成のプロセス】 ・目標①は、三団体の事務局を担う基幹型センターが行政との仲介・調整役となり、行政と三団体の協議の場を設定。 ・目標②は、事務局である基幹型センターを中心に世話人を選出し、準備委員会を立ち上げ設立。また、三団体の事務局である基幹型センターにて、三団体の協議の場を設定。	【合意形成のプロセス】 ・ケアマネジャー三団体の事務局である基幹型センターが行政・センターと三団体間の仲介・連携・調整を行った（プラットフォーム的役割）。
（選択された手法） ・ケアマネジャー三団体による制度・政策への提案、および重層的な研修体系の整備、研修の実施。 ・主任介護支援専門員連絡会の設立と、ブロック毎の事例検討会の実施。 ・ケアマネジャー三団体の役割の明確化と三団体相互連携の強化。	（選択された役割分担） ・行政は環境整備を担い、基幹在宅介護支援センターは三団体の事務局を担うことで、行政とのパイプ役、三団体同士の連携のバックアップをおこなう。 ・センターは、地域ケアシステムの中核を担う人材育成、および地域のネットワークづくりの一環として、ケアマネジャー三団体の運営や役員の一部を協働で担う。	（取組の効果や今後の課題） ・介護支援専門員に対する重層的な研修体系整備による現場に沿った研修の実施。 ・センターと三団体の協働体制による地域連携ネットワークの強化。 ・三団体の事務局である基幹型センターが窓口となることでの行政と三団体、三団体間のスムーズな相互連携。

ターとの連携強化による個別支援の連携ネットワーク基盤構築を想定し、ケアマネジャー三団体が組織化され発展してきた経過がある。



取組事例紹介（武蔵野市）

ケアリンピック武蔵野

1. 武蔵野市の概況（基本情報、事例の背景にある課題等）

基本情報（H29.4.1）		新宿から約 12 km に位置。東西 6.4 km、南北 3.1 km の平坦な地形。JR の吉祥寺駅・三鷹駅・武蔵境駅の 3 駅と井の頭線という交通アクセスに加え、緑豊かな住宅都市と教育・福祉・健康・文化・スポーツ・情報などの生活型産業が高度に集積する「生活核都市」。吉祥寺は「住んでみたい街」としてそのイメージが定着している。 武蔵野市は全国と比較し、後期高齢者人口が多いこと、また 65 歳以上の独居高齢者の割合も 26% と高いことが特徴。
人口	144,606 人	
第 1 号被保険者数	31,993 人	
前期高齢者数	15,373 人	
後期高齢者数	16,620 人	
高齢化率	22.1%	
一人暮らし高齢者数	8,061 人（H27 国勢調査）	
＊地域包括支援センター：基幹型 1 ヶ所・委託 6 ヶ所設置		

2. 取組事例概要

センターは、日常的な相談や住民からの声、サービス提供者や関係機関等の意見など質的な実態把握を行い、地域ニーズを把握。基幹型センターは、各センターで把握された地域ニーズから市内全域の共通の課題を抽出。保険者（市）は人口推計、保健統計等の分析、介護保険の給付分析のほか、高齢者自身や介護をしている家族、介護支援専門員、介護・看護職員、特別養護老人ホーム等へのアンケート調査など量的な実態把握を行い、質的な実態把握で抽出された課題を裏付ける根拠を明確にした。その結果、センターと保険者（市）で共通認識された課題として「質の高いケアマネジメントの実施」と「専門性の高い人材の確保・育成」が挙げられた。この課題の解決には全市的に取り組むことが有効かつ効率的であると考え、まずは保険者（市）としての基本方針を定め具体的な取り組みの方向性と目標を示し、基幹型センター、センターだけでなく、サービス提供事業者や保健医療福祉の関係機関、様々な関係団体と規範的統合を行った。その具体的な取り組みの 1 つとして保険者（市）がケアリンピック武蔵野を企画し、地域全体で協働した地域包括ケアシステムの推進をすることを共有した関係団体により、ケアリンピック武蔵野実行委員会が発足された。実行委員会の中では「質の高いケアマネジメントの実施」「専門性の高い人材の確保・育成」に向けて具体的な内容が検討され、平成 27 年に第 1 回ケアリンピック武蔵野 2015 として開催された。第 2 回ではさらに介護保険サービス事業者だけでなく、テンミリオンハウスなどの地域の支え合いの活動をしている住民や地域の大学生もボランティアとして参加、第 3 回では利用者自身による事例発表、人材の確保の観点からハローワークの参加。専門職だけでなく、利用者自身や地域活動をしている住民も参加し、地域全体の連携が強化され、地域包括ケアシステムの推進としての効果がみられた。

3. 取組事例を理解するためのポイント

▼基幹型センターは直営 1 ヶ所、高齢者支援課内に設置し、市内 6 ヶ所のセンターの総合調整、後方支援を行う。3 職種のほか、介護予防プランを行う介護支援専門員、認知症コーディネーターリーダーや第 1 層の生活支援コーディネーターを配置し、個別のケアマネジメント支援から地域全体の連携強化の取り組みを行っている。また、センターに第 2 層の生活支援コーディネーターを配置し、エリア担当のセンターとして機能を強化した。▼地域包括ケアシステムを武蔵野市では「まちぐるみの支え合いの仕組みづくり」と言い換え、誰でもなじみやすい言葉とすることで規範的統合を図った。

▼テンミリオンハウス事業とは、介護保険制度のスタートに伴い、地域で見守りや社会とのつながりが必要な高齢者等の生活を総合的に支援するもので、現在、武蔵野市内に 8 か所開設されている。それぞれの地域の実情に応じた市民等の「共助」の取り組みに対し、市が年間 1000 万円（ten-million）を上限とした運営費補助等を行っていることから「テンミリオンハウス事業」という。

「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」のプロセス整理票

市区町村名（圏域・センター名）武蔵野市地域包括支援センター

取組概要 ケアリンピック武蔵野

①地域の現状把握	②環境的要因の抽出	③目的・目標の設定
【現場からの報告】 ・地域密着型施設の運営推進会議で、職員の入れ替わりが多く、サービスの提供に不安定さがみられるという報告があった。 【介護サービス事業所の状況】 ・市内の介護サービス事業所の閉鎖や統廃合が多くなってきた。 ・市内に開所された介護老人福祉施設で、職員不足により入所受入れの遅れが生じた。 【介護支援専門員の状況】 ・ケアプラン指導研修において、サービス事業所との連携、役割分担、社会資源の活用等が不十分なために適切なケアプランになっていない事例がみられた。（例：介護保険サービスだけで全てをカバーしようとしていたり、利用者自身の自立を阻害するような、いわゆる御用聞きプラン） ・アセスメントに基づいたケアプラン作成しても、サービス担当者会議において、事業所の都合で予定を組まざるを得ない状態がみられた。（例：火曜に支援が入るよう調整したが事業所の都合で木曜になった。） 【利用者への直接的な影響】 ・事業所の閉鎖や統廃合によって、事業所を変更せざるを得ない状況がみられた。 ・利用者主体でケアプランを作成しても、それを提供できる事業所がないことがあった。	【介護人材確保の必要性】 ・市内の要介護者数は、2025年には現時点から1.31倍に増加することが推計され、訪問介護員の更なる確保が必要である。 ・介護職員・看護職員等の実態調査報告書では、半数が非正規職員であり、その多くが60歳以上であった。また、40歳未満では働き方として「先のことは考えていない」という回答が多く、40歳未満の職員が「武蔵野市で働き続けたい」と考えるようにするにはどのようなしたらよいか課題である。 ・介護支援専門員のアンケート調査からは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護をサービスに位置付けていない理由として「空きがない」との回答があった。事業所に理由を確認すると「対応できる職員がいない」との回答。（サービスが必要なのに関わらず、それを担う人材がいない） 【ケアマネジメントに関する規範的統合の必要性】 - 介護人材不足と言われているが、サービスが必要とする人が必要なサービスをきちんと受けられるようにするためにも、利用者の自立支援にむけたケアマネジメントを目指すことを再確認する必要もあると考えられた。	【目的・目標設定の考え方】 【目的】地域（市）における共通の課題を解決するために、市内に多数存在する事業所間の連携を強化し、地域（市）内のサービス提供者や行政、住民のあいだでの意識の共有（規範的統合）を行う。その上で各事業者が十分な人材を確保し、地域（市）の目標に沿って他事業者と連携・協力しながらケアを提供することができる。 （参考：2025年に向けて武蔵野市が目指す“高齢者の姿とまちづくり” 基本理念：地域リハビリテーション 基本目標：誰もが住み慣れた地域で生活を継続できる 基本方針：まちぐるみの支え合いの仕組みづくり） 【目標】 ①ケアマネジメントの質の向上を図る ②新たな人材の確保及び人材の流出を防ぐ取組 ③地域（市）における「支え合い」について意識の共有を図る
【合意形成のプロセス】 ・運営推進会議等により施設や事業所の職員の現状を把握し、課題について、基幹地域包括支援センター、在宅介護・地域包括支援センター、保険者と共有。 ・利用者主体ではなく事業所の都合により利用できないサービスや事業所がある実態と課題を、保険者と共有。	【合意形成のプロセス】 ・在宅介護・地域包括支援センターによる実態把握や介護支援専門員からの相談、ケアマネジャー支援でを行うサービス担当者会議への同席などで得られる現場での感覚と、そのことを裏付けるデータとのすりあわせを行った。（課題の根拠が明確となり、その解決にむけて具体的な方法の検討ができる） →あげられた問題について、保険者、基幹型センター等で課題を整理、分析。	【合意形成のプロセス】 ・各種介護サービス事業者の連絡会議等を利用して、課題の共有や行政との一体的な取組を呼びかけた。また、高齢者福祉計画・介護保険事業計画に位置付けることで、市として計画的に推進していけることを確認した。
（把握された現状や課題） ・利用者本位のサービス調整が不十分なケアプランの背景には、介護支援専門員の力量だけでなく、事業所における人材不足がある。 （→サービスやケアマネジメントの質の向上のためには、人材の確保・育成が必要。）	（抽出された環境的要因） ・人材の確保、育成、質の向上の必要性。（既存の取組に加えて、より効果的な取り組みはないか。） →介護・看護人材の不足については、どの立場においても共通の課題であり、地域（市）全体で取り組むことが有効かつ効率的。そのためにもまず、地域（市）の基本目標や基本方針を設定し、意識の共有（規範的統合）を行う必要がある。	（設定された目的・目標） 【目標】事業者や住民が、地域（市）のめざす地域包括ケアについて理解し、その推進のために必要なことや課題を共通認識できる。 （→規範的統合を通じて、介護人材の確保や利用者本位のサービス調整、ケアマネジメントの質の向上を達成していく。）
（プロセス全体に対する振り返り、留意点等） ・在宅介護・地域包括支援センターによる実態把握、個々の事例の蓄積からの地域でみられる問題を、基幹型センターと保険者（市）にその結果をケアリンピック武蔵野の開催として高齢者福祉・介護保険事業計画に反映させた。 ・計画に反映された基本方針や地域（市）全体の課題について、共通認識を持てる取組として、ケアリンピック武蔵野の開催は効果的で ・さらに地域（市）全体のイベントとすることで、住民に対する普及・啓発にもなった。（平成29年度の開催では利用者自らが事例発表		

④手法の選択	⑤センターの役割の選択	⑥取組の効果の確認
・地域（市）全体が協働して行うイベントとして、ケアリンピック武蔵野を企画し、開催する。 （→「広げよう！まちぐるみの支え合い」をスローガンとした。） ①先進的な取組み事例の発表と表彰、ポスターセッションによる取組の発表を行う。 ②・永年勤続表彰（介護保険制度開始時から武蔵野市で働いていた職員の表彰） ・将来を見据え、今現在働いている人だけではなく、今後働く人にも関わってもらうために、ボランティアや福祉や看護の教育を行っている大学にも働きかけたり、潜在している人材の掘り起しも必要と考え、ハローワーク三鷹の協力を依頼した。 ・お仕事フェア（地域で働きたいという希望に対する仕事の紹介。） ③・テンミリオンハウスなどの地域の支え合いの活動をしている住民団体の参加 ・介護職員や看護職員等による手作りの演劇「久子さんの物語～このまちで最期まで暮らしたい～」の上演（→最期まで武蔵野市で暮らすという地域包括ケアを具体的に表現した。）	・ケアリンピック武蔵野は、保険者やセンターの主催ではなく、実行委員会が主催して実施する形式とした。 【参考：ケアリンピックを企画するまでの、課題抽出等におけるセンターや保険者の役割分担】 ・在宅介護・地域包括支援センターではそれぞれの担当地域内での実態把握、地区別ケース検討会、地域ケア会議等を通じて得られた問題から、地域の課題を抽出。 ・基幹型センターでは、市内6ヶ所ある在宅介護・地域包括支援センターの地域課題を把握し、さらに市全体に共通の課題は何かを分析。（質的データ） ・保険者は、各種調査等行政統計データの分析。（量的データ） ・基幹型センターから市全体に共通する課題と課題解決にむけた具体的な方策の提案。 ・保険者は、各種統計データの分析と合わせて、地域全体（市）の基本目標や基本方針を設定し周知。 ・保険者ととともに基幹型センターから市内6ヶ所の在宅介護・地域包括支援センターに地域全体（市）の基本目標や基本方針を周知。実現に向けた具体策の提案と実行を促す。	・サービスの質の向上といった目に見えにくいものを、各サービス提供事業者や関係機関、関係団体がより良い支援とは何かを考え具体的に取り組んだ事例について先進的な取り組み事例という形でまとめ、発表することができた。 （→発表者は自らの振り返りと、さらに良い支援にむけてのやりがいにもつながる。また身近なところの好事例を知ることで「他の事例にも有効かもしれない」「もっと工夫できないか」というような意欲にもつなぐことができると考えられる。） ・事例発表に利用者自身の参加があった。 （→サービス事業者だけが行うのではなく、利用者を中心とした取組であることが示された。） ・杏林大学看護学科や武蔵野大学社会福祉部の学生が当日スタッフとして参加。 （→将来の担い手が、武蔵野市で行われている良い実践についてふれることが出来た。） ・地域（市）全体で「広げよう！まちぐるみの支え合い」をスローガンとすることで、個々の課題解決するためにも、地域（市）全体で共通の目的・目標を持つことが必要だと共通認識を図れた。
【合意形成のプロセス】 ・市が主導するのではなく、市と各サービス事業者、住民が一体的に取り組んでいくことをめざし実行委員会による主催とした。	（参考：ケアリンピック武蔵野に限らず、役割分担における合意形成のプロセス） ・共通する課題について、各センターがバラバラに対応するのではなく、地域（市）全体の課題として、基幹型センターが保険者に提言する。また地域（市）がめざすビジョンを各センターとともに理解し、それに沿った取組であるかを基幹型センターと各センター相互で確認しあう。	【合意形成のプロセス】 ・ケアリンピック武蔵野実行委員会によるスローガン（武蔵野市における地域包括ケアの推進）「まちぐるみの支え合い」を共有しながら取組を進めた。
（選択された手法） ・実行委員会を主催とし、「広げよう！まちぐるみの支え合い」をスローガンとし、ケアリンピック武蔵野を実施。	（参考：ケアリンピック武蔵野に限らず、地域における役割分担のあり方） ・在宅介護・地域包括支援センターや基幹型センターで把握した個別の課題、それらに共通のする地域の課題について、保険者にフィードバックする。 ・フィードバックされた情報や課題を保険者は、高齢者福祉計画、介護保険事業計画の策定や効果的な高齢者福祉制度の実施に活用する。	（取組の効果や今後の課題） 【取組の効果】 ・地域（市）全体で「広げよう！まちぐるみの支え合い」をスローガンとすることで、武蔵野市がめざす地域包括ケアについて規範的統合が得られた。 【今後の課題】 ・長期的スパンでの取り組みとなるため、高齢者福祉計画・介護保険事業計画にも位置づけながら、地域（市）全体の評価をしていく。 ・地域（市）全体でのモチベーションの維持。

フィードバックし、そこで集められた問題からみえる地域（市）全体の課題とは何かを検討。

あった。
の場に立つこととなった。）

事例紹介（生駒市）

～介護予防活動のツール化と展開～



1. 生駒市の概況（基本情報、事例の背景にある課題等）

基本情報（H29.4. 1）		奈良県北西部に位置し、南北に細長い形状で、面積は 53.15 ㎢。平成 29 年 4 月現在、市の高齢化率は 26.5%。⑧⑩圏域の高齢化率は、23.9% ③圏域の高齢化率は、27.9%。坂の多い街並みなので、虚弱になった時に出かける場所が少ない。圏域内の高齢化が加速化し、サロン等の担い手不足や介護者等の健康維持につながる短時間の通いの場が少ないことなどが、総合相談事業等で把握されている。市民意識調査等のアンケートにおいても同様の意見が聞かれた。それらをもとに包括センター発信にて介護予防の推進と地域力向上に努めていくために、担当圏域を超え、市全体の取組に発展するよう働きかけた。
人口	120,797 人	
第 1 号被保険者数	32,040 人	
前期高齢者数	17,973 人	
後期高齢者数	14,067 人	
高齢化率	26.5%	
虚弱高齢者数	A リスト： 479 人 B リスト： 2,088 人	
*A リスト：基本チェックリスト中、運動器＋生活全般の機能＋他の 5 項目のうちいずれかに低下がみられる群 *B リスト：運動器・生活全般の機能・栄養・口腔のいずれかに低下がみられる群 *地域包括支援センター 6ヶ所委託設置 *生活圏域 10 圏域中、⑧⑩圏域をメディカル包括が担当し、③圏域に支所を構えている。		

2. 取組概要

高齢化が加速する地域のため、介護予防の取組を推進し、虚弱高齢者の活動の場を広げるため、新たな担い手をつくり、小地域の中での通いの場を増加することにより、家族介護者等の孤立や健康維持等への課題も同時に解決しようと考えた。そのためには、担当包括だけが地域を走り回るのではなく、市全体でも介護予防の推進や地域力向上に向けた取組を実践してもらい、双方向で住民・関係団体・関係機関に働きかけることが重要なため、行政との役割分担を行った。市には、市政研修（自治会長の研修会）で地域力向上について自治会長等に話してもらい、通いの場に関する DVD を全自治会に配布。第 1 層の協議体での検討や地域包括ケア推進会議（庁内連携会議）にも取り上げてもらい、部内横断的な応援をいただけるよう依頼した。包括としては、住民に簡素化した通いの場の運営方法を周知し、即実践できるものを明示するとともに、プレゼンテーション資料については、動画を含めた構成にするなど、高齢者に理解されやすい内容をコンパクトにまとめた。

3. 事例を理解するためのポイント

要介護者の家族や虚弱高齢者を含めて、地域の中での見守りや支え合いを進めて行く上で、目的を達成するためのツールの 1 つとして、週 1 回、住民同士が確実に会える場として、通いの場を多く設けるのには大きな意味がある。そのためには、【身軽・気軽・手軽】に実践できる内容で、かつ対象によって「①地域共生型」「②小地域型」「③広域型」と多様なニーズに応じた開催方法にも配慮することで、介護者家族や障がい者等にも利用してもらい健康の維持・増進に努めてもらう等につながっている。

また、当センターを含む北エリアのフォレスト地域包括支援センターと共に介護支援専門員や事業所等も参加し、通いの場等の社会資源マップを作成することにより、幅広い対象に向けて案内できるように発展している。包括センターとして、高齢化率の高いエリア（③圏域）を担当する中、介護予防活動を推進するとともに支え合いの仕組みづくりも意識し、要介護者を支える家族への支援も合わせて考えていくなど、包括的・継続的ケアマネジメントの実践を通して、地域づくりを進めて行くことも大切である。

「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」のプロセス整理票

市区町村名（圏域・センター名） 生駒市メディカル地域包括支援センター

取組概要 介護予防活動のツール化と展開

①地域の現状把握	②環境的要因の抽出	③目的・目標の設定
【行政統計から】 - 日常生活圏域（北：③、南：⑧⑩）の高齢者数を把握 - H29.4.1（北：5,744人、南：5,076人）、高齢化率（北：27.9%、南：23.8%） - 一人暮らし高齢者数（H28：北：455人、南：387人） - 要支援・要介護認定者数の割合（別紙） - 虚弱高齢者の割合（北：7.1%、南：7.2%） （Aリスト者：北：70人、南：70人、Bリスト者：北：337人、南：293人） 2025年 高齢化率は北：33.5%、南：25.9%に上昇 - 短期集中Cの卒業生が年間北：39人、南：12人 【相談内容の整理】 - 坂の多い地域なので、虚弱になった時点で出かける場所が途端に少なくなる。 - 地域力の向上に努めたいと考える人はいるが、一部の関係者に負担が集中している。 - 介護者等の健康維持につながる短時間の通いの場が少ない。 - 包括圏域と住民の生活圏域にずれがある。 【住民の困りごと】 - ちょっとした困りごとにすぐ対応してくれる家族が身近にいない高齢者が増加。 - 徒歩圏内に通いの場が少なく、公共交通機関が利用できなくなると閉じこもる生活。 - サロン等の開催では、レクリエーション等のネタ作りやお世話する準備が大変。 - 既存団体（担い手）の高齢化の問題。 - 民生委員や老人クラブ連合会は、複数の包括にまたがり活動していることがある。 【地域の既存事業】 - 行政主体の一般介護予防事業（北：2ヶ所、南：4ヶ所） - 高齢者サロン（北：9ヶ所、南：11ヶ所）、老人クラブの活動（北：7ヶ所、南：11ヶ所） 【課題と強みの整理】 - 地域には介護予防の必要性を理解してくれる住民（民生・老連・自治会長等）が存在している。 - 負担なく「気軽・身軽・手軽」にできる住民主体の活動が提案できれば、徒歩圏内の拠点づくりができる可能性が高い。 【合意形成のプロセス】 総合相談、行政資料、地域ケア会議、センター会議からの振り返りなどから、地域力向上が急務であり、それを達成するためのツールが必要という認識を共有。	【介護予防の担い手に関する課題】 - 介護予防事業や教室の推進が、とても複雑なものだという理解をしている地域住民が多い（開催準備に係る時間や気苦労等）。 - 介護予防を推進している既存団体（担い手）が高齢化問題に直面している。 - 住民に簡素化した内容で、即実践できると胸張って進められるものがない。 6ヶ所の委託包括の中・行政担当・社協でも介護予防の展開や捉え方に差異がある。 【環境上の強み（活用できる既存組織）】 - 自治会加入率80.2%（H28.4）と高い地域である。 - 老人クラブは加入率アップを目指し、新しい取組を模索中である。 - 民生委員・児童委員と定期的に話し合える場がある。 - 毎年、ブロック別市政研修（自治会長招集）が実施されており、啓発の機会がある。 - 介護予防の推進を図るため、定期的な会議（予防部会）があり、各包括支援センターの代表と行政の予防担当者で議論できる場がある。 - 第1層の協議体（包括管理者はメンバーに含まれている）や第1層の生活支援コーディネーターと連携して生活支援体制整備と介護予防を一体的に捉えて進めていける環境がある。 - 市民活動推進課（自治会組織担当・市民ボランティア登録）や生涯学習振興課（寿大学）、スポーツ振興課、空き家対策室等、担い手や拠点づくりとして連携できそうな既存組織がある。 - 地域包括ケア推進会議（庁内連携会議）の中で、連携促進をさらに促進していける環境がある。 【合意形成のプロセス】 関係者間の認識の差を埋めていく方法と具体的な戦略を検討していくことの大切さを共有。	【目的】 介護予防の取組をツールに、自立支援や重度化予防を促進するとともに、互いに「気づかい、見守り・支えあう」ことができるよう環境を整備する。 （→そのためには、センター・介護支援専門員・事業所・既存組織・団体・行政が共に目的をいつにして、目的が達成される具体的な取組を掲げていくことが重要である。） 【目標】 【長期目標】 高齢者人口に見合った住民主体の「通いの場」を178ヶ所創出し、体力の維持を図るとともに互いに気づかい・見守り・支え合うことができる地区組織が育っている。 【短期目標】 1センターだけの取組から発展し、生駒市全体の取組として、住民主体の「いきいき100歳体操」を積極的に展開する手法を確立し、展開できる。 【合意形成のプロセス】 高齢者人口に対する必要開催場所の検討をセンターと行政で共有し、長期・短期目標を設定。
（把握された現状や課題） - 急速なピッチでの高齢化 - 虚弱高齢者の伸び - ボランティアの高齢化とサロンメニューづくりの負担感の増加 - 日常生活圏域と既存組織・団体との活動範囲との乖離	（抽出された環境的要因） - 定期的に介護予防を語れる場があるが、関係者間で認識に差がある - 総合事業と体制整備を一体的に進められる環境があるが、機能が十分に発揮されていない。	（設定された目的・目標） 【長期目標】 2025年には「いきいき百歳体操」が生活圏域10箇所、市内178箇所で開催でき、地区組織が育っている。 【短期目標】 - センターから市全体の取り組みに発展し、「いきいき百歳体操」を積極的に展開する手法を確立する。
（プロセス全体に対する振り返り、留意点等） 通いの場を増やす提案を行政に行ったことから、委託先包括内の共有⇒関係機関・団体等との共有⇒行政内部の共有から、全市的な取組の重要性を感じた。包括支援センターは、平準化も大切なので、良いことは広げていけるよう働きかけることが重要である。		

④手法の選択	⑤センターの役割の選択	⑥取組の効果の確認
1. 通いの場の必要性の理解と共有 (1) 予防部会で先進地の視察を提案 (2) 委託先全包括職員・予防推進係全職員・民生委員・老人クラブ連合会・自治会長・第1層生活支援コーディネーター・認知症地域支援推進員等が3カ所の視察先に分かれて参加(往復の時間で顔の見える関係から腹の見える関係へ発展・生の声を聴き、必要性の理解が促進・共有化) 2. 生駒市独自の取組に発展 (1) 一般市民への啓発 - いきいき100歳体操のオリジナルDVDを作成・ホームページに掲載 - 広報いこまちでの特集号掲載 (2) 既存組織への啓発や人材育成 - 市政研修で全ての自治会長に地域力向上の研修を実施、「いきいき100歳体操」のDVDを全自治会に配布 - 第1層生活支援コーディネーターと社協も巻き込み、老人クラブの会員対象に「地域ボランティア養成講座(基礎編)」と「いきいき100歳体操ボランティア養成講座(スキルアップ編)」を開催 (3) いきいき100歳体操の考え方を整理 - 対象により3パターンの通いの場を整理、「①地域共生型の通いの場」「②小地域の通いの場」「③広域の通いの場」 3. 介護支援専門員や事業所等への浸透 (1) 社会資源マップの作成 「いきいき100歳体操」以外の通いの場やインフォーマルサポート資源のマップをとともに更新 (2) 介護家族にも普及啓発 - 短時間で活動・社会参加できる機会を意識して持ってもらい、地域社会からの断絶を避けるよう働きかけ (3) ホームページ上にもアップ	1. (1) について、センターの予防部会担当として、日帰りで視察できる候補地を複数選定し、行政に提案。 (2) については、多くの関係者が参加することにより目的や目標の共有化が図れるものと認識し、関係団体等を掲げて一緒に視察するメンバーを行政に提案。 2. (1) について、先進地が独自で作成しているDVDがあることを行政担当に伝え、生駒市オリジナルのDVDの作成の意義を伝え、広報いこまちでの特集など、市民の目に触れる方法を皆で検討するよう提案。 (2) については、担い手の高齢化等の現状や、ボランティア意識や趣味活動への参加意識の向上などの要素を踏まえると、従前の方法での啓発や人材育成には限界があると考え、新たな方法として、強みである自治会加入率の高さと地域包括ケアの構築に向けたロードマップ作成を基に、関係各課への連携・調整を提案。 地域ケア会議での課題でもある通所型サービスCの卒後の受け皿作りも急務であったことから生活支援体制整備と併せて展開することで人材育成を図る内容を提案。 (3) (2) を実施し、地域の人材を育てた上で、地域へのリーダー派遣のあり方を協議。左記の3パターンのうち、養成したリーダーは主に①や③で活躍し、②はあくまでも自治会主体等で運営強化することとした。 3. (1) 介護支援専門員とともに地域資源マップの再作成を提案し、生活圏ⅠとⅡのセンター協働で、資源マップを作成中。 (2) 家族介護者の健康や社会からの孤立化の問題を介護支援専門員が指摘。家族介護者こそが健康を損ないがちなので、短時間で活動し、地域とのつながりが強化でき、見守りや支え合いに発展する通いの場への参加を介護支援専門員が意識。	1. 通いの場の必要性の理解と共有 (1) 予防部会で取り上げてもらい、部会メンバーで候補地を選定することができた。 (2) 全センター職員以外にも民生委員、老人クラブ、自治会長、通いの場ボランティア、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等、地域づくりに関係するメンバーが視察に向かうことができ、「いきいき百歳体操」を広める意義が共有できた。 2. 生駒市独自の取り組みに発展 (1) 他センターや行政の理解を得て、広報の特集記事の掲載およびDVD作成など、普及啓発に大きく発展した。 (2) 行政が行っていることをリサーチし、センターだけでは活動が広がらない面について、全庁あげての協力体制の構築を提案したことで、地域包括ケア推進会議(庁内連携会議)や市政研修(自治会長対象)に「いきいき百歳体操」を取り上げてもらえたことで、周知の範囲が広がった。 (3) 介護予防ボランティアについて①地域共生型③広域型には派遣制度、②小地域型では上下関係が起きないようにリーダーを作らない仕組みを整理することができた。 3. 介護支援専門員や事業所等への浸透 (1) (2) 北エリアのセンターと連携し、2圏域の資源マップに「通いの場」を盛り込みマップを再作成中。高齢者自身の介護予防や見守りだけでなく、家族介護者の健康や地域からの孤立の問題を解決するためのツールとして「いきいき百歳体操」を地域とのつながり強化にも活用しようという気運が高まっている。
【合意形成のプロセス】 先進自治体を視察する道中から、思いを共有することの大切さを共有し、実際の効果を認めることで、自信をもって地域に広めていけることを関係者で共有。	【合意形成のプロセス】 センター・行政・介護支援専門員と、それぞれの立場からできることを模索する必要性を共有し、戦略をねることに合意。	【合意形成のプロセス】 虚弱高齢者の自立支援や互助の仕組みづくりの強化が狙いだったが、介護者家族への健康問題や地域からの孤立化問題へと発展し、広義の「地域力向上」への取り組みに意識が高まった。
(選択された手法) - 委託先全包括職員と民生委員、老人クラブ、自治会長、通いの場ボランティア、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等が3回に分かれて先進地を視察。 - 独自の手法(①地域共生型・②小地域型・③広域型)と啓発方法の開拓(3K:身軽・手軽・気軽、DVD作成、市政研修、広報特集掲載等)	(選択された役割分担) - センターは、視察先候補の選定および委託先包括間での情報共有 - 行政は、庁内連携推進会議の場を活用し、多角的な戦略を立案 - 介護支援専門員とセンターはマップ作りをツールに介護予防の戦略を練る	(取組の効果や今後の課題) - メディカル圏域でH28年、箇所だったの4ヶ所がH29.3で18箇所に増加 - 介護支援専門員がマップづくりや「いきいき百歳体操」を通して、地域に関心を高め、介護者家族の健康問題や地域からの孤立化に関する課題に関心を高めている。 - 開催場所の拡大に向け、中長期的な視点かを踏まえたさらなる戦略の立案が課題

へと広がっており、ホームページ上にも掲載できる状況まで深化した。発信していくこと、提案していくことからつながっていくこと

2. 環境整備に関する困りごとヒント集 (Q&A)

- 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の「環境整備」の取組み状況についてアンケート調査を実施しました。その中で、取組みを実施する上で難しいと感じていることについて多くのご意見をいただきました。ここでは、難しさを解消でき取組みを進めるための手がかりになる視点等を記載しておりますので、参考としてください。

【現場において難しいと感じていること】

介護支援専門員の業務負担、時間的問題(繁忙)

- Q. 介護予防から権利擁護・虐待対応だけではなく、地域への働きかけなど、地域包括支援センターが行う業務が多岐に渡っています。どの業務についても手を抜くことは出来ませんし、より質の高い仕事にしたいと考えています。しかし予定外の急な対応が入ることもあり、どうしても日々の業務に追われてしまいます。委託元の市町村にも相談してみるのですが、解決できません。
- A) 個別支援を含めた地域の実態を把握できるのが地域包括支援センターです。だからこそ見えてくる地域課題と今後の予後予測や対応策を市町村と共有していくことが必要です。そのタイミングとして市町村の高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定時期とあわせる方法があります。市町村と共に、わが町の地域包括支援センターではどのように地域づくりを行うかのグランドデザインを検討し、さらに実現可能なものにしていきます。地域包括支援センターの業務を数値化することももちろん必要ですが、数値化できない業務をどのように「見える化」していくかも大切です。「いつ」「どこで」「誰に」「何を」「どのように」伝えていくのか、そのためにどうすれば良いか検討し、出来ることから一歩ずつ実行することで、解決の糸口が見つかるはずです。
- Q. 多職種連携の会議を始めとするいろいろな会議や制度改正関連の研修等、地域にある居宅介護支援事業所の介護支援専門員からは「負担になっている」という声が聞かれます。出来るだけ介護支援専門員の負担にならないようにしていきたいと考えていますが、地域包括支援センターで行うべき業務だと言われてしまうと、あれもこれもとなってしまいます。
- A) なぜ出席する必要があるのか分からないことも介護支援専門員の負担感になっていると考えられます。そもそも会議や研修が多いのであれば、地域全体の会議や研修体系の全体像が見えるようにすると、整理できるものもあるかもしれません。それぞれの会議や研修の目的、目標、今回の到達点と次回への課題といったものを明らかにし、介護支援専門員に求められている役割やすべきことを示していくだけでも負担感の減少につながります。

会議のスケジュール調整やテーマ設定の困難さ

Q. 地域包括支援センター職員、地域の介護支援専門員も多忙で余裕もなく、日程調整が難しい。

A) 地域包括ケアシステムの深化・推進のために、地域包括支援センターに課せられている業務量は大きくなっています。また、居宅介護支援事業所の介護支援専門員においても、日頃の業務をはじめ、法定研修や資質向上のための研修等への参加など、多忙な状況にあることが予測できます。ただ、業務多忙の場合に、現在誰がどのような業務を担当しているのかを今一度整理してみることも必要なのではないのでしょうか。

また、日程調整を行うに当たり目的や目標を共有した上で第2水曜日のこの時間に開催するなど前もって日時を指定して実施する方法もあるのではないのでしょうか。

Q. 地域の居宅の介護支援専門員(主任介護支援専門員も含む)の名簿が保険者から提供されていないため、介護支援専門員の総数が不明である。

A) 地域包括支援センターとして、地域の介護支援専門員の状況を把握することは、包括的・継続的ケアマネジメント支援を行う上で必要不可欠なのではないかと思います。今一度、行政と相談し、何のためにその名簿を扱うのかを明確にして、提示を求めてみては如何でしょうか。

Q. 居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、学びたい気持ちが強く、顔の見えるネットワークの重要性を一番理解している反面、日々の業務に追われており、日程調整が非常に難しい。

A) ジレンマがある部分だと思います。居宅介護支援事業所の介護支援専門員として、顔の見える関係やネットワークは、介護支援専門員自身の財産といっても過言でないくらい大事なものだと思います。地域包括支援センターとしてそのアクションを起こしていくことも重要であると思います。また、それぞれの居宅介護支援事業所についても、本来介護支援専門員がすべき業務なのか、そうでない業務なのかを整理していくことも必要なのではないのでしょうか？そのようなことを考える機会を持つことも、包括的・継続的ケアマネジメント支援の一つだと思います。

会議や研修への参加率（偏り）、マンネリ化等の問題

Q. 「会議」や「研修会」を開催していますが、内容がマンネリ化してしまい、参加者も形式的に参加している人が多くなっています。どうしたらよいでしょうか。

A) 会議は、主催者と参加者が「目的を共有」したうえで開催することが大切です。何のために集まっているのかという目的意識が合っているかを点検してみてください。また、会議に集まる（＝一堂に会す）ことで構成員が安心感を持ってもらえる場になっているかも点検してみてください。例えば個人情報の取扱いへの不安、会議に参加することで難しいケースを共有できるなどという安心感を、会議を通して持ってもらえることも必要な要素です。3つ目に会議の「効果を感じているか」という点です。どんなに小さな効果でも、例えばこの会議での検討によってスムーズに連携できた事例があった、などという効果を実感できるかです。「目的の共有」、「安心感」、「効果の実感」をメンバーが持てなくなると会議は形骸化し、参加者の減少にもつながります。これら3点は構成員が継続的・主体的に会議に参加してもらうためにも大切な要素となります。

地域の事業所（一人ケアマネ等）や社会資源が少ない

Q. 一人介護支援専門員の事業所も多いことから研修参加者が広がらない。

A) 一人介護支援専門員の事業所だから研修参加者が広がらないのか、研修に参加するメリットが理解されていないのかを、把握してみましょう。例えば、センター圏域内にある居宅介護支援事業所を訪ね、困りごとをヒアリングしながら簡単なアンケートを用いて意向を確認するのも大切です。

Q. 村という小さな単位であるがゆえに、隣市との協働が必要である。ただし地域包括支援センターの取り組みは隣市とは異なっており、スムーズに協働していくことが課題。

A) 広域での取組を促進するためには、互いの状況を理解しながら、ともに協働することのメリットを共有することが大切です。なぜ、隣市との協働が必要だと感じたのか、その背景を理解してもらうために伝え方を工夫することが重要になります。

Q. 介護支援専門員の連絡会議は地域包括支援センターが担っているが、主任介護支援専門員の役割として地域のネットワークづくりに主体的に関わりを持ってもらいたいと考えている。しかし、主任介護支援専門員が町内の居宅介護支援事業所には1名という少ない現状があり、業務負担をかける心配がある。また、町単独では主任介護支援専門員同士のネットワークは難しい。

A) 地域のネットワークづくりは、多様な主体とともに作り上げていくものであり、主任介護支援専門員や行政担当者だけが負担を負ってできるものではありません。主任介護支援専門員がつながるだけでは地域づくりはなかなか進まないものです。まずは地域ケア会議（コミュニティ推進会議）等を定期的を開催するなどして、目指すべき方向性を地域住民も交えて共有する場を作りながら、どのような地域を目指すのか、その中で誰が何を担っていくのか、ともに考える場を作るのも一つだと思います。

地域との関わり（ネットワーク構築）、地域の意識や理解

Q. 介護の関係機関との連携は取りやすいが、地域との関わりが持ちにくいと感じる。

A) 「地域との関わり」という場合の「地域」とは、地域住民一人一人、民生委員、自治会、老人会、セルフヘルプグループ、ボランティア団体、NPO、住民互助組織、商店街、民間企業・・・といった多様な内容を包含しています。まずは地域包括支援センターの生活圏域内にどのような住民組織やインフォーマルな社会資源があり、どのような活動をしているのかの把握から始めることが大切です。社会福祉協議会等の地域福祉推進団体の活動との協働や、生活支援コーディネーター、地域福祉コーディネーターの活動との連携も重要となります。

Q. 民生委員や区長との連携を難しいと感じている介護支援専門員が多く、自主的な意見交換の場を開けない現状があり、地域包括支援センター主体の開催となってしまう。

A) 介護支援専門員と民生委員や区長・自治会長が最初から連携をとれることは逆に珍しいことかもしれません。民生委員や区長・自治会長との連携を図りやすくするために、生活圏域等の身近なレベルにおいて介護支援専門員と民生委員や区長・自治会長との顔を合わせた懇談会や交流会を行い、地域の強みや課題を共有する機会を作っていくこともケアマネジメント支援では重要な視点となります。この場合も地域包括支援センターが単独で行うのではなく、社会福祉協議会等の地域福祉推進団体や生活支援コーディネーター、地域福祉コーディネーターとの連携、協働による取り組みも地域ネットワーク構築の上では効果的な取り組みとなります。

居宅と包括等、他機関との関係・連携の問題

Q. 地域包括支援センターが主体的に動きすぎると、地域の介護支援専門員が依存的となり主体性が低下する。

A) 地域の介護支援専門員の役割が不明確であると、受動的・依存的に陥りがちです。主体性を向上させるためにも、話し合いの中で役割分担し、協働体制を作っていくことが大切かと思われます。特に主任介護支援専門員は地域包括ケアシステム構築の一翼を担う立場（当マニュアルP9 参照）にあることから、主任介護支援専門員へ働きかけてみるのも一つの方法です。

Q. 当町は、居宅介護支援事業所が3か所、介護支援専門員は4名という少人数である。ケアプラン点検の実施や介護支援専門員連絡会での勉強会等を実施しているが、慣れ親しんだ顔ぶれであるためか、活発な意見がなく、ケアプラン等の向上意識も感じられない。

A) 特に小規模の町村では事業者数自体が少なく、論議になりにくいという課題を抱えがちです。その課題を解決する手法（当マニュアルP19～）として、直営であることの強みを生かし、取組みの対象範囲を広げられるよう町へ働きかけ、隣接する町村との広域連携を図る等を考えられても良いのではないのでしょうか。

居宅と包括等、他機関との関係・連携の問題（続き）

Q. 当センター担当地域に居宅介護支援事業所をはじめとする介護保険サービス事業所が集中しているが、利用者は担当地域外の方が多い。

A) これはまさに事業者の地域偏在に伴う地域課題と言えます。逆の見方をすれば、担当地域外のニーズを把握している立場にある訳ですから、その課題を解決する手法（当マニュアルP19～）のためには、取組み範囲を複数の圏域に広げ、担当地域外のセンターと連携し、地域課題として行政へ提言していくことも大切かと思われます。

Q. 基幹型センターおよび各地域包括支援センターが足並みを揃えないと平等に地域の介護支援専門員への情報提供や勉強会が開催できずなかなかすすまない。

A) 地域の介護支援専門員のニーズを把握できているからこそその悩みと思われる。その課題を解決する手法（当マニュアルP19～）を参照の上、どの手法を選択すれば解決に導くことができるかを検討してみてください。既存の事業や取り組みを工夫すればできることもあれば、地域単位ではなく、広域での研修を定期的で開催してもらうことも一つの方法です。逆に自主的な勉強会を立ち上げるなど、地域の実情に応じて工夫してみてはいかがでしょうか。

Q. 委託型の地域包括支援センターが複数設置されており、センター同士の足並みがそろわない。センターの業務が多岐に亘り、緊急な対応が必要な住民や病院からの相談を優先するため、地域の介護支援専門員の支援が後回しになっている現状。

A) センター業務が多忙なのはよく理解できますが、介護支援専門員の支援も重要なセンター業務の一つであり、介護支援専門員のケアマネジメント力を向上させることが、地域住民生活の質の向上につながることを理解を持つことが重要です（当マニュアルP26～）。その上で介護支援専門員の支援をどのように業務に組み込めるかをセンター内で整理してみてください。

介護支援専門員の育成（スキルや意識の向上）

Q. 介護支援専門員へケース支援等について言ったことが指摘と捉えられてしまい、関係が悪くなることがある。

A) こちらがよかれと思って支援しても、相手に受け入れられず、かえって逆効果になることも多いものです。個別性が高いので一概には言えませんが、介護支援専門員への個別支援の場面では、「それぞれの相談の目的や意義」を、意識することが重要です。介護支援専門員が、難しい事例への支援で枯渇状態になっている時には、まずは傾聴や感情面のサポートが優先されますし、解決の手立てが見つからないという場合には、丁寧な再アセスメントが重要となるでしょう。『介護支援専門員自身が求めている支援は何か？』『今、必要な支援は何か？』ということ意識し、かかわり方を吟味することが大切です。

介護支援専門員の育成（スキルや意識の向上）（続き）

- Q. 介護支援専門員向けに研修等を企画運営しているが、全く参加しない介護支援専門員も存在する。地域包括支援センターへ相談もせず、地域ケア会議の出席も拒否するため、自立支援に資するプランが作成されていない。
- A) まずは、その介護支援専門員が、なぜ、研修会や地域ケア会議への出席を拒否するのかの背景を理解することが重要です。体調不良が続いている場合や、自分に自信がないために出席を断る場合、または、他の介護支援専門員との関係がうまくいっていない場合等、様々な理由が考えられます。まずは、その介護支援専門員の状況を理解することが重要でしょう。その上で、「集団は苦手でも個別なら」「研修やグループワークは苦手でもテキストでの自主学習なら」等、個人に合わせた実践力の醸成方法を見つけることが大切です。そして、地域包括支援センター職員との信頼関係が生まれれば、新しい学びの方法も受け入れられる場合もあります。また、ケアプラン内容については、行政が実施する介護給付適正化事業との連携により、助言・アドバイスを提示する必要もあるでしょう。
- Q. 介護支援専門員の力量にばらつきがあり、その介護支援専門員にあった支援の難しさがある。
- A) 利用者が一人ひとり違うように、介護支援専門員も一人ひとり違います。ですので、利用者支援もケアマネジメント支援も、極めて個性性の高い専門業務です。力量だけではなく、職歴や価値観、支援の経験や得手不得手も、それぞれ違うでしょう。一人ひとりに適した支援を提供することは難しいことですが、大切なことは、介護支援専門員自身が「どうなりたいのか」を大切にすることかもしれません。また、地域包括支援センターだけで支援しようとするのではなく、居宅介護支援事業所の管理者や主任介護支援専門員とも連携・協働しながら人材育成することも重要です。
- Q. 介護支援専門員個々のスキルの差が大きいこと、価値観や所属先の考え方にも相違があり、研修開催にあたりテーマや内容の焦点化が難しい。サービス事業者も同様であるが、まずは市として介護支援専門員等に何を望むのか、明確にすることが課題であると認識している。
- A) 様々な介護支援専門員の課題を把握するには、Ⅱ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のプロセスの 1. 地域の現状把握 2. 環境的要因の抽出 の項目が参考になるでしょう。介護支援専門員のスキルアップに関する全体課題が把握できれば、3. 目的・取組み目標の設定 の項目を参考に、目的・目標を設定します。これが市区町村として介護支援専門員に望むことになります。研修開催は、あくまでも具体策です。4. 取組み手法の選択を参考に、研修以外のことも含めて様々な取り組みや対応策を検討します。さらに、これらの効果を評価することで、次に何が必要となるかの予想が付きやすくなるでしょう。

事業所同士・介護支援専門員同士の連携、コミュニケーション

- Q. 居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携は図れているものの、施設系の様々な介護支援専門員との連携をはかる難しさを感じる。
- A) 小規模多機能施設や特別養護老人ホーム等、施設系の様々な介護支援専門員には、居宅介護支援事業所とはまた違った、ケアマネジメントの困りごとや課題があります。まずは、それらを把握するところから連携や支援が始まります。
1. 地域の現状把握 2. 環境的要因の抽出 の項目を参考に、介護支援専門員の声を集めてみてはいかがでしょうか。

行政との関わり（ネットワーク構築等）や理解・協力

- Q. 自治体の方針が明確でなく、地域包括支援センターの取り組みに対して理解してもらえないことがある。主の理由としては、介護保険課とセンターの主管課である高齢者福祉課との協働体制がとれていないためと思われる。
- A) これは行政間の連携の問題でもあります。見方を変えれば行政に対して地域包括支援センターの立場から提言をする余地があるともいえます。そのため、直営型や基幹型センターがある場合には、そこが各地センターの意見を集約し行政へ提言、あるいは双方との話し合いの場を設ける等、行政間の隙間を埋める働きかけが重要になってきます。
- Q. 圏域ごとに地区センターがあり、市全体として基幹型センターがあるため、関わりが広域的になり介護支援専門員のニーズの把握が難しい。また、関係機関との連携については年1回程度多職種での研修会を実施しているが、個々に連携がうまくいっているか確認までしておらず、今後の支援の方向性が定まっていない。
- A) 地区センター（＝委託型センター）と基幹型センターとの関係性や役割分担の問題かと思われます。委託型センターであっても介護支援専門員の支援は業務の一つですから、基幹型が行う介護支援専門員の支援業務とは異なるのが通常です。また、多職種連携に関しても広域的なものは連携の限界があります。既存の地域ケア会議等の社会資源を大いに活用し、日常的なものとして多職種連携を推し進めていってください。
- Q. 行政側が制度で縦割になっているため、介護保険の制度的理解がとぼしい部署との連携が難しい。例）障害福祉サービス利用者が65歳になったとたん介護保険利用に切り替えとなるが、利用中のサービスと介護保険と整合性がなく、利用者からの苦情が全て介護支援専門員や地域包括支援センターに向けられる。（本来は障害者福祉課で将来をかんがみ、介護保険を意識した自立支援型プランを作るべきと考える）
- A) 障害サービスと介護保険サービスは整合性に乏しいのが現状のため、いかに障害福祉機関との連携を図ることができるかに尽きるのではないのでしょうか。連携を図る中でその問題を解消できるよう働きかけをおこなっていくことが地域包括支援センターの役割かと思われます。

介護支援専門員からの相談やニーズ把握

Q. 介護認定申請をおこなった利用者のニーズは、介護支援専門員が民生委員からキャッチすることができるが、その他の高齢者の状況を把握することが難しいです。どうしたらよいでしょうか。

A) とても大事な問題意識だと思います。ケアマネジメント支援の対象は、介護保険の「利用者」と捉えがちですが、言われるとおりサービスの利用の有無にかかわらず「地域住民」にひろく目を向けていく必要があります。当然ながらその中には、支援の必要性がありながら必要な支援が届いていない人も含まれます。なんらかの原因で発信できていない人、あるいは拒否されている人、背景も事情も異なる人たちとどうすればつながっていくのか。それには、ニーズ把握の範囲を広げていく必要があります。民生委員が把握している情報、介護支援専門員が把握している情報、地域包括が把握できている情報には、それぞれの限界がありますが、それらをあわせることで、補いあって発見できることもあります。さらに、情報をもつ先とのつながりがひろがれば、自ずとニーズを把握できる範囲もひろがります。自治会、新聞販売店や商店、主治医、行政がもっているものとつながることで、早期発見早期マネジメントが可能となります。包括的継続的ケアマネジメントの体制整備が必要な理由はここにもあります。支援のプロセスのみではなく、支援のネットワーク構築によるケアマネジメント支援はすでにはじまっています。

他職種との連携、理解や認識

Q. 各地域包括支援センター、区医師会、区役所がそれぞれ独自に連携に関する動きをしていて、横の連携が図れず全体が見えていない。結果として個々の介護支援専門員に同じような内容の参加の呼びかけが重複して届けられ、効果的な結果が得られていない。

A) まさに包括的ケアマネジメント支援における環境要因の調整が必要な場面ですね。例えば介護支援専門員にアンケート調査を行い、研修会がバラバラに行われていることへの課題を指摘してみてはいかがでしょうか？医師会や行政と協働をしながら、ともに地域包括ケア推進、包括的ケアマネジメント支援を行う意識が重要と考えます。

個人情報保護の関係等で情報共有が難しい

Q. 個別の支援がより円滑になるよう、介護支援専門員と民生委員児童委員との意見交換の場があれば良いのではないかと考えました。しかし地域包括支援センターの圏域と居宅介護支援事業所が担当する地域と民生委員児童委員の担当する地域がうまく重ならないことや、個人情報の取り扱いから民生委員児童委員の氏名を地域包括支援センターから介護支援専門員に伝えることが出来ないので、どのようにすればよいのか困っています。

A) 地域包括支援センターでも市町村と同様、個人情報保護法及び市町村ごとの個人情報保護条例にしたがって適切な情報管理を行う必要があります。また守秘義務も守らねばなりません。しかし実際には社会的な必要性があるにも関わらず、一部では法の定め以上に「過剰反応」することがあります。市町村には、委託した包括的支援事業を実施するうえで不可欠な情報を地域包括支援センターと共有できるよう、個人情報保護条例の適切な解釈・運用を行うことが求められています。このことから、市町村と共に、個人情報の共有の方針やその範囲について協議・確認していくことが必要です。参考までに、地域包括支援センター等が地域の見守り活動等を構築していく際の支援を必要とする者に関する個人情報の取り扱いについては、平成 22 年 9 月 3 日厚生労働省老健局振興課長事務連絡「地域包括支援センター等において地域の見守り活動等を構築していく際の支援を必要とする者に関する個人情報の取扱いについて」が発出されていることを申し添えておきます。

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に関する調査研究事業
検討委員会 委員名簿

●委員

◎委員長、委員以下五十音順

氏 名	所属先
◎内藤 佳津雄	日本大学 文理学部 心理学科 教授
足立 里江	朝来市地域包括支援センター 副課長
金丸 絵里	武蔵野市健康福祉部高齢者支援課 相談支援係 主任介護支援専門員
佐々木 啓太	日本介護支援専門員協会 常任理事
鈴木 央	鈴木内科医院 院長
田中 明美	生駒市 地域包括ケア推進課 課長
中澤 伸	社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長
中 恵美	金沢市地域包括支援センターとびうめ センター長
橋本 孝子	足立区基幹型地域包括支援センター 主任介護支援専門員
山本 繁樹	立川市南部西ふじみ地域包括支援センター センター長

●厚生労働省

氏 名	所属先
谷内 一夫	厚生労働省 老健局振興課 課長補佐
櫻井 琢磨	厚生労働省 老健局振興課 係長
枝光 みゆき	厚生労働省 老健局振興課 地域包括ケア推進官
宇野 徹矢	厚生労働省 老健局振興課 地域包括ケア推進係 主査

●事務局

氏 名	所属先
篠崎 毅	株式会社日本能率協会総合研究所 主幹研究員
宇都宮 光男	株式会社日本能率協会総合研究所 主任研究員
河野 順子	株式会社日本能率協会総合研究所 主任研究員

平成 29 年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
「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」
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
環境整備の取組みに関する実践マニュアル

平成30年3月 発行

株式会社 日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園三丁目1番地 22 号 TEL:03(3578)7947 FAX:03(3578)7614
