

茨城型地域包括ケアシステム推進マニュアル

平成28年3月

茨城県

(茨城型地域包括ケアシステム推進委員会)

はじめに

国の福祉政策においては、これまで高齢者、障害者、子どもなど対象者ごとの制度充実が図られてきました。国の縦割りとも言える福祉制度に加えて、本県では、全ての要援護者を対象として、独自に市町村共通の統一的な取組である「地域ケアシステム」を実施してまいりました。

近年、急速な少子高齢化の進行や、地域社会及び家族のあり方の変化に伴い、支援対象者を取り巻く様々な分野の課題が複雑に絡み合い、さらには、世帯単位で複数分野の課題を抱えるといった状況もみられるなど、対象者ごとに相談・支援を提供しても、必ずしも十分な相談・支援を実現できるとは限らない状況が生じてきております。また、支援ニーズの状況や既存の相談・支援体制は、市町村によって異なるため、これまでの全市町村共通の統一的な取組から、今後は、市町村の実情に応じた取組が可能な仕組みの構築が重要となってくるものと考えております。

そこで県では、これまで取組んできた「地域ケアシステム」のノウハウである「コーディネート機能」や「多職種協働による支援機能」を有効に活用し、それらの機能を一層強化するとともに、市町村の実情に応じた主体的な取組を可能とした「茨城型地域包括ケアシステム」を構築することを目指しています。

「茨城型地域包括ケアシステム」は、単一のサービスや既存のサービスを充当するだけにとどまらず、要援護者及びその家族のニーズを起点に、その生活機能を高めることで社会における役割を確立する視点のもと、地域の様々な資源を組み合わせながら、地域全体で支えることにより、隙間のない総合的な支援体制の構築を目指すものであります。

このため、個別課題の検討会議やアセスメントなど、分野を超えて共通する部分については、その取組方法や参考様式等を示すとともに、地域の実情を踏まえた取組が展開できるよう、先駆的な取組例などを掲載した「茨城型地域包括ケアシステム推進マニュアル」を策定したところです。

本マニュアルを通じ、それぞれの市町村において、相談・支援体制のあり方などについて関係者間で活発な議論がなされ、地域に応じた相談・支援体制の構築に向けた一助となれば幸いです。

なお、構築に当たりましては、PDCAサイクルに従って進めていくことが必要であり、今後より良い取組となるよう、皆様方のご意見等をいただきながら、茨城ならではの仕組みを一緒に作っていきたいと考えております。

結びに、本マニュアルの策定にあたりまして、専門的な立場から熱心にご審議いただきました、医師会等の職能団体をはじめ、市町村・市町村社会福祉協議会などを構成員とする茨城型地域包括ケアシステム推進委員会の委員の皆様をはじめ、ワーキングチーム委員並びに関係者の皆様に深く感謝し、厚く御礼申し上げます。

平成28年3月

茨城県保健福祉部長 松岡 輝昌

1 マニュアルの活用にあたって

「茨城型地域包括ケアシステム」は、県内すべての市町村において、統一的な取組を行うものではなく、それぞれの市町村の実情に応じた主体的な取組によって構築することを目指しています。

それは、市町村によって支援ニーズの状況や、既存の相談・支援体制が異なっており、市町村の実情に応じた取組を展開することで、地域が持っている強みを活かすことができ、かつ、持続可能性が高められると考えるからです。

「茨城型地域包括ケアシステム推進マニュアル」は、このような考えのもと、市町村、市町村社会福祉協議会、地域包括支援センター（介護保険法第115条の46に規定されている施設）等の関係者の皆さんの業務の参考になるよう、策定したものです。

このため、本マニュアルは、要援護者の支援にあたって、統一的な手順を示すのではなく、「コーディネート機能」と「多職種協働による支援機能」が有効であるとの認識を共有することをポイントに、具体的な手順としては、先駆的な市町村の様々な取組例などを示すことで、それぞれの市町村に合った取組を選択できるようにしております。

また、「茨城型地域包括ケアシステム」は、すべての要援護者を対象としておりますが、相談支援から、個別課題の検討（コーディネート）、多職種協働による支援までの一連の流れは、いずれの支援対象者においても概ね共通していることから、本マニュアルでは、高齢者の例を基本に掲載しました。

なお、地域で処遇が難しい事例（困難事例）として、高齢者に限らず、障害者、難病患者、生活困窮者などを対象とした、単独制度では対応できないケースや、世帯単位で複数分野の課題が絡み合っているケース（ファミリーケア）などの取組例も掲載しておりますので、参考にしてください。

このような単独制度では対応できないケースや、世帯単位で複数分野の課題が絡み合うケースへの対応にあたっては、まず、各制度のコーディネーター等の緊密な連携が何より重要です。このため、本マニュアルでは、各制度のコーディネーター間の連絡調整を担う役割として、連携や調整に携わる人材を配置することが有効であると考え、例として「統括コーディネーター（仮称）」を提示しております。

この「統括コーディネーター（仮称）」を配置する場合、人力的な制約などから、他のコーディネーター等と兼務することが考えられます。その際の留意点として、兼務するコーディネーター等が、制度上、専任することが義務付けられていないかを十分に確認する必要があります。

例えば、地域包括支援センターの社会福祉士が、「統括コーディネーター（仮称）」を兼務する場合、地域包括支援センターの職員の兼務は、「専門職員を複数配置することで、センター職員の員数を満たし、かつ、適切な事務遂行を確保できると判断した場合」に限られるなど、各制度において遵守すべき基準等がありますので、それぞれの基準を満たすように取り組む必要があります。

なお、基準を満たす場合であっても、補助金等の適正な執行の観点から、例えば、各業務に従事する時間数等で、補助金等を案分するなど適正に経理を行う必要がありますので、各制度や補助金等を担当する県の所管課と事前に相談してください。

2 今後の県としての取組

広域的な観点から、保健所と協働し、マニュアルを活用した取組の状況や、今後の方向性についての意見交換など、関係者間の情報共有の場を継続的に設けていきます。

その中で、情報共有を図り、進捗状況を確認しつつ、取組にあたっての考え方や、先駆的な市町村の取組例などについて、今後も定期的にマニュアルを更新し、2025年を見据えた茨城型の地域包括ケアシステムが早期に構築できるよう市町村支援に取り組みます。

1 茨城県地域包括ケアシステムの考え方	
茨城県地域包括ケアシステムの考え方	1
2 茨城県地域包括ケアシステムの取組概要	
茨城県地域包括ケアシステムの取組概要	3
3 包括的な相談窓口の設定	
(1) 包括的な相談窓口の考え方	4
(2) 市町村の取組例	5
4 複合的な課題に対するアセスメント	
(1) 複合的な課題に対するアセスメント	10
(2) アセスメントの視点	"
(3) 複合的な課題に対するアセスメントの思考過程の全体像	"
ア 主訴に関する合意	11
イ 顕在化している問題に関する合意	"
ウ 潜在化している問題に関する合意	"
エ 生活ニーズに関する合意	"
オ 目標に関する合意	"
5 コーディネート機能（個別課題の検討）	
(1) 医療と介護の円滑な連携	15
ア 在宅医療・介護連携に向けた多職種連携の重要性	"
イ 行政における在宅医療・介護連携推進体制の構築	"
ウ 在宅医療・介護連携拠点事業の成果の活用	16
エ 在宅医療・介護連携拠点事業から見てきた地域課題	17
オ 在宅医療・介護連携拠点事業における市町村等の取組例	"
（ア）在宅医療・介護連携推進事業に係る取組例	"
（イ）退院時支援に係る取組例	32
（ウ）在宅での看取りに係る取組例	34
(2) 個別課題の検討会議の充実	36
ア 会議の在り方	"
（ア）会議が持つ5つの機能	"
（イ）会議が持つ5つの機能（兵庫県朝来市の取組例）	37
イ 会議の進め方	39
（ア）会議の名称	"
（イ）会議日程と頻度	"
（ウ）会議時間	40
（エ）会議で検討することが考えられるケース	41
（オ）会議の構成員及び参加者の選定	42
（カ）個人情報の保護	43
（キ）会議の運営	44
（ク）会議の運営（市町村の取組例）	49
ウ 会議の充実を図る新たな取組等	58
（ア）統括コーディネーター（仮称）	"
（イ）多職種連携を支援するための職能団体における担当窓口の設定	"
（ウ）県・保健所の役割	59
6 多職種協働による支援の充実	
(1) 多職種連携チームを編成するに当たって	61
(2) キーパーソン（チームのまとめ役）を決めるに当たって	"
(3) サービスの提供と進捗管理	62
ア 多職種連携チームの情報共有及びチームの役割分担と相互連携	"
イ 情報共有の場の設定（招集時点）	"
ウ 要介護者及びその家族等のニーズの変化に対応したサービス提供	63
エ 処遇の妥当性の検討及び支援の調整	"
(4) チーム員の情報共有の手段・方法（市町村の取組例）	"
7 必要な社会資源の開発（地域課題の検討）	
(1) 会議の在り方	66
ア 会議の位置付け	"
イ 課題の存在する範囲に応じた会議の開催	"
ウ 機能に応じた合議体の開催	67
エ 会議の構成員及び参加者の選定	"
オ 会議で検討することが考えられるケース	68
(2) 個別課題から地域課題への転換のポイント	"
(3) 「個別課題」と「地域課題」のテーブルを分ける	69
(4) 個別課題の積み重ね（プロセス）	"
(5) 個別課題から地域課題を見出していく	70
(6) 地域課題の検討・資源の開発の取組	74

8 地域で処遇が難しい事例（困難事例）	
(1) 単独の制度では対応できないケース	75
ア 40代で脳梗塞発症, もう一度自立したい	"
イ 20年以上の引きこもりを経て…	77
(2) 制度の狭間で支援が届きにくいケース	79
ア ゴミ屋敷の中でアル中の息子に虐待される老母	"
(3) 世帯単位で複数の分野の課題が絡み合っているケース（ファミリーケア）	82
ア どうする!? 借金苦で医療も介護も受けられない…	"
※補足資料「生活困窮者自立支援制度との連携」	84
イ 全員が精神疾患や障害を持っている家族へのファミリーケア	87
ウ 気づいて, お母さん! ~母親が虐待と認識していない家族へのファミリーケア~	89
エ 認知症の親と知的障がいの子への支援	90
オ 高齢者の親と障害者の兄弟へのファミリーケア, やがてターミナルケアへ	93
カ 認知症の母親と自閉症の娘（40代）に対する支援	95
キ 先立った妻, 残された認知症の夫と知的障害を持つ息子	97
ク 海外帰りの次女に予想外の事態発生	99
ケ 希死念慮を乗り越え, 就労へ	101
コ 精神疾患でネグレクト状態の母親と子供達へのファミリーケア	103
(4) インフォーマルサービスの活用が必要なケース	105
ア トラブルメーカーの夫と精神疾患の妻	"
イ 知られたくない, でも, 見守りたい	107
(5) 医療との連携が必要なケース	108
ア 自宅で迎えたい…末期がん患者, 最後の願い（1）	"
イ 自宅で迎えたい…末期がん患者, 最後の願い（2）	110
ウ 難病ALS（筋委縮性側索硬化症）患者とその家族を支援したケース	112
エ 主介護者がいなくなってしまう! 重度障害の兄弟への支援	114
オ 救急隊が気づいた入院患者宅の異変。支援は病院から始まった	116
(6) 要介護者がサービスを拒否している, あるいはサービスの必要性を認識せず利用していないケース	118
ア 認知症姉妹（90代）の在宅生活支援	"
イ 2年越しの訪問, 遂に鳴った本人からの電話	120
ウ 「こだわり」をそっと見守る地域の目	121
9 アセスメント表（参考様式）	
・帳票の使用 フローチャート	124
・A票 相談受付票（個別課題の検討会議の開催が検討される事案）	125
・B票（表） 個別課題の検討会議 開催計画書	128
・B票（裏） 個別課題の検討会議 当日運営案	129
・C票-個別 個別支援計画書（個別課題の検討会議記録）	130
・C票-地域 地域課題分析 活動計画書（個別課題の検討会議記録）	131
・D票 個別課題の検討会議実施報告書	132
・E票-個別 個別支援計画評価票	133
・E票-地域 地域活動計画評価票	134
・疾病ごとの支援の流れ（現状の位置と今後の見通しの整理）	135
・認知症ケアパス図	136
・個別課題の検討会議に係る個人情報に関する同意書・誓約書	137
10 各種助成・手当・貸付制度等一覧	
(1) 医療費助成制度	139
ア 医療福祉（マル福）制度	"
イ 自立支援医療	"
ウ 指定難病特定医療費	"
エ 小児慢性特定疾病医療費助成制度	"
(2) 福祉分野（手当）	140
ア 特別障害者手当	"
イ 障害児福祉手当	"
ウ 特別児童扶養手当	"
エ 在宅障害児福祉手当	"
オ 児童手当	"
カ 児童扶養手当	141
(3) 福祉分野（貸付）	"
ア 母子・父子・寡婦福祉資金	"
イ 母子寡婦福祉小口貸付資金	"
ウ 生活福祉資金	"
(4) 生活保護制度	142

1.1 茨城型地域包括ケアシステムの構築に関するチェックリスト	
(1) 茨城型地域包括ケアシステムの構築に関する評価	143
(2) 茨城型地域包括ケアシステムの運営に関する評価	146
1.2 参考資料	
・ 県の地域ケアシステム	147
・ 地域ケアシステムを料理に例えると	148
・ 地域ケアシステムとの類似制度・事業の例	149
・ 茨城型地域包括ケアシステムを「魅力ある商店街づくり」に例えると	150
・ 包括的な相談支援システムの構築（国作成1）	151
・ 医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（国作成2）	152
・ 【在宅での生活限界点】に関するアンケート結果について	153
・ 職能団体（県レベル）の連絡先一覧	159
その他	
・ 用語集	161
・ 平成27年度茨城型地域包括ケアシステム推進委員	162
・ 平成27年度茨城型地域包括ケアシステム推進ワーキングチーム会議構成員	164
・ 引用・転載・参考文献	165

1 茨城型地域包括ケアシステムの考え方

- これまでの日本の福祉制度は、基本的に高齢者、障害者、児童その他対象者ごとに専門的サービスの充実が図られてきた。
- しかし、近年、人口減少や急速な少子高齢化の進展など、地域社会や家族のあり方の変化、高齢者介護、障害者福祉などの様々な分野の課題が絡み合うことで、医療・福祉ニーズが多様化し、単独の機関・制度によるアプローチでは、十分対応できないケースが浮き彫りになってきている。
例えば、①介護が必要な高齢者の親と壮年の引きこもりのように世帯単位で複数分野の課題が絡み合う「ファミリーケア」が必要なケースや、②障害認定は受けていないが生活支援が必要なケース、③医療依存度が高く単独の制度だけでは対応できないケースなどがあり、今後、このようなケースが増えてくることが予想される。
- このようなケースに対応するためには、すべての要援護者及びその家族等の生活・自立を支えるファミリーケアの基盤として、これまで取組んできた地域ケアシステムのノウハウである「コーディネート機能」及び「多職種による支援機能」を活用して、効果的かつ効率的に支援することが、有効だと考えている。
- 「茨城型地域包括ケアシステム」は、支援対象者に応じて、それぞれの制度での支援を基本としつつ、単独制度では対応できないケースや複合的な課題を抱えるケースなどについて支援を行うため、包括的な相談窓口を設定し、複合的な課題に対するアセスメントを行い、これまで取組んできた「地域ケアシステム」や「在宅医療・介護連携拠点事業」などのネットワークなどを活かし、コーディネート機能の充実や多職種協働による支援の充実を図り、包括的な支援体制の構築に取り組んでいく。
取組に当たっては、一律的・画一的なものではなく、要援護者及びその家族等のニーズと地域の実情に応じた柔軟な取組が重要であると考えている。
- 「茨城型地域包括ケアシステム」が目指すべきものとしては、単一のサービスや既存のサービスを充当するだけで支えるのではなく、要援護者及びその家族等のニーズを起点に、その生活機能と社会における役割を高める視点のもと、様々な地域資源を組み合わせながら、各種支援を一体的に提供し、地域全体で要援護者及びその家族等を支えることで、要援護者に対する支援の充実を図るとともに支援する側の負担軽減（レスパイト）、さらには、インフォーマルサービスの充実を図っていく。
- このように、「茨城型地域包括ケアシステム」は、高齢者のみならず障害者などを含むすべての要援護者及びその家族等に対し、隙間のない支援体制を構築し、自立生活支援の目的のもと、地域で長く安心して暮らし続けられるよう、社会的なつながりを含めて総合的に対応していくものであることから、地域住民に対し、「地域全体で支え合う」ための意識啓発を行うことも重要である。
- 県としては、これまでの地域ケアシステムのノウハウ等を活用した、茨城型地域包括ケアシステムの構築を推進していくとともに、国の新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討に係る動向に注視していく考えである。

誰もが安心して暮らせる地域社会を実現する

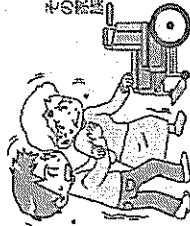
茨城型地域包括ケアシステム(イメージ図)

対象者

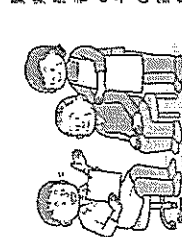
例えばこんな人……



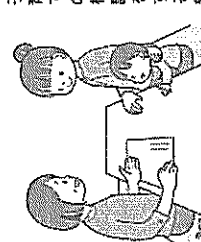
おたきりや認知症の
お悩みとその相談



おたきりや認知症の
お悩みとその相談



難病患者とその家族



子育ての相談をする親



ひきこもりの息子

現行

- 地域包括支援センターの運営
ケアプラン作成
- 総合相談事業
- 高齢者権利擁護
任意事業
(見守り、配食サービス、外出支援等)

- 障害者の相談支援
障害者ケアプラン作成
- 障害者虐待に対する相談支援
家族に対する相談支援
- 障害者の地域移行に向けた支援

- 難病患者等に係る相談支援
(保健所、難病相談・支援センター)
- 難病団体への支援

- 児童虐待に係る相談支援
- 要支援妊産婦への相談支援
- 子供の負担軽減の総合的推進

- 「地域ケアシステム」において活用
(例)
- 見守り
 - 配食サービス
 - 外出支援
 - 世帯の金銭管理 等

充実・強化

地域包括ケアシステム

- 地域包括支援センターの運営強化
- 地域ケア会議の充実
- 在宅医療・介護連携の推進
- 認知症施策の推進
- 生活支援サービスの体制整備
(見守り、配食サービス、外出支援等)

- 相談支援体制の充実
- 自立支援協議会の充実
- 基幹型相談支援センターの運営強化
- 障害者の生活支援体制の整備
- 在宅医療・介護の推進
- 就労支援体制の強化

- 相談支援体制の充実
- 相談技術のスキルアップの支援
- 新たな難病団体設立への支援

- 相談支援体制の充実
- 相談技術のスキルアップ、連携強化等
- 子供の貧困対策計画の策定
- 教育、生活、保護者の就労及び
経済的支援等

- 「地域ケアシステム」において活用
(介護保険対象者以外)
- (例)
- 見守り
 - 配食サービス
 - 外出支援
 - 世帯の金銭管理 等

地域ケアシステム(単独制度では対応できないケースを支援)

地域ケアシステムのノウハウ
を活用
・コンピュータ機能
・医療・介護・福祉等からなる
在宅ケアチームによる効率的
・効果的なサービス提供

2 茨城型地域包括ケアシステムの取組概要

ア 支援対象者に応じて、それぞれの制度で対応することが基本

イ 包括的な相談窓口の設定

- システムの入口として、高齢者や障害者など様々な分野において、単独の制度では解決できず、制度の狭間で支援が届きにくい人や、その家族の生活も考慮した「ファミリーケア」的視点で、ワンストップ型の相談窓口の設置や主たる要援護者を所管する部署が包括的な相談窓口となる。
- なお、市町村によっては、既存の相談窓口の連携強化を図り、どこでも相談対応可能な包括的な相談支援体制を構築することなども考えられる。

ウ 複合的な課題に対するアセスメント

- 相談窓口の部署が、要援護者や、介護、障害、貧困、育児など世帯全体の複合的・複雑化したニーズを捉え、解きほぐし、生育歴などの背景も勘案した本質的な課題の見立てを行う（アセスメント）。

エ コーディネート機能（個別課題の検討）

- 地域ケアシステムや在宅医療・介護連携拠点等の取組（土台づくり事業「地域レベルでの協議の場」）において構築した地域の多職種間のネットワーク（多職種が互いの専門性を理解し、視点、考え方の違いを踏まえたうえで、役割分担と相互協力が行える体制）を活かし、個別課題の検討を行う。

オ 多職種協働による支援

- 地域ケアシステムや在宅医療・介護連携拠点の取組において構築した地域のネットワークを活かしながら、見守りなど福祉的要素の強い支援内容に加え、訪問診療や訪問看護、リハビリなど在宅医療を担う職種との連携の充実を図り、支援を行う。

カ 必要な社会資源の開発（地域課題の検討）

- 様々なニーズに対し、既存資源のネットワーク強化だけで不足する場合には、積極的に必要な社会資源を創造・開発していくことが求められる。
これを実行するため、関係者と地域課題について協議する仕組みを設ける。

日常生活圏域

市町村圏域

3 包括的な相談窓口の設定

(1) 包括的な相談窓口の考え方

- システムの入口として、高齢者や障害者など様々な分野において、単独の制度では解決できず、制度の狭間で支援が届きにくい人や、その家族の生活も考慮した「ファミリーケア」的視点で、ワンストップ型の相談窓口の設置や主たる要援護者を所管する部署が包括的な相談窓口となる。
- なお、市町村によっては、既存の相談窓口の連携強化を図り、どこでも相談対応可能な包括的な相談支援体制を構築することなども考えられる。その際、地域に密着した社会福祉協議会の活用なども考えられる。
- 様々な形態が想定されるが、いずれにせよ大事なことは、支援が必要な全ての方を対象に支援することを念頭に、地域包括支援センター、社会福祉協議会、関係部署が連携するなど、市町村の実情に応じて判断し、いわゆる「たらい回し」といった事態が生じないようにすることである。
- 今後、相談窓口の包括化を図っていくべき分野として、例えば介護が必要な高齢者の親の相談窓口があり、ここで壮年の引きこもりの生活相談から就業に関する支援まで、ワンストップで応じられる体制を整備することが求められている。このため、これら分野別の包括化と地域全体の包括化が適切な役割分担を果たしながら、連動していくことが重要である。
- また、複合的な課題を抱えた対象者の多くが地域から孤立し、あるいは複合的な課題ゆえにどこにどう相談して良いか分からないという状況にあることも踏まえ、対象者を早期に、かつ積極的に把握すること、すなわち「アウトリーチ」という考え方に立って運営することが重要である。
- 市町村においては、住民が安心して暮らしていけるよう、講演会やシンポジウム、出前講座などを通じ、地域全体で支え合うための意識啓発活動（広報・周知）が重要である。

包括的な相談窓口の必要性

地域の中で複合的な課題を抱える要援護者及びその家族等

障害認定は受けていないが生活支援が必要なケース

医療依存度が高く、単独の制度だけでは対応できないケース

介護が必要な高齢者の親と壮年の引きこもりのように世帯単位で複数分野の課題が絡み合う「ファミリーケア」が必要なケース

分野を問わず、すべての要援護者及びその家族等を対象とした包括的な支援が必要

- ワンストップ型の相談窓口
- 既存の相談窓口機能の強化

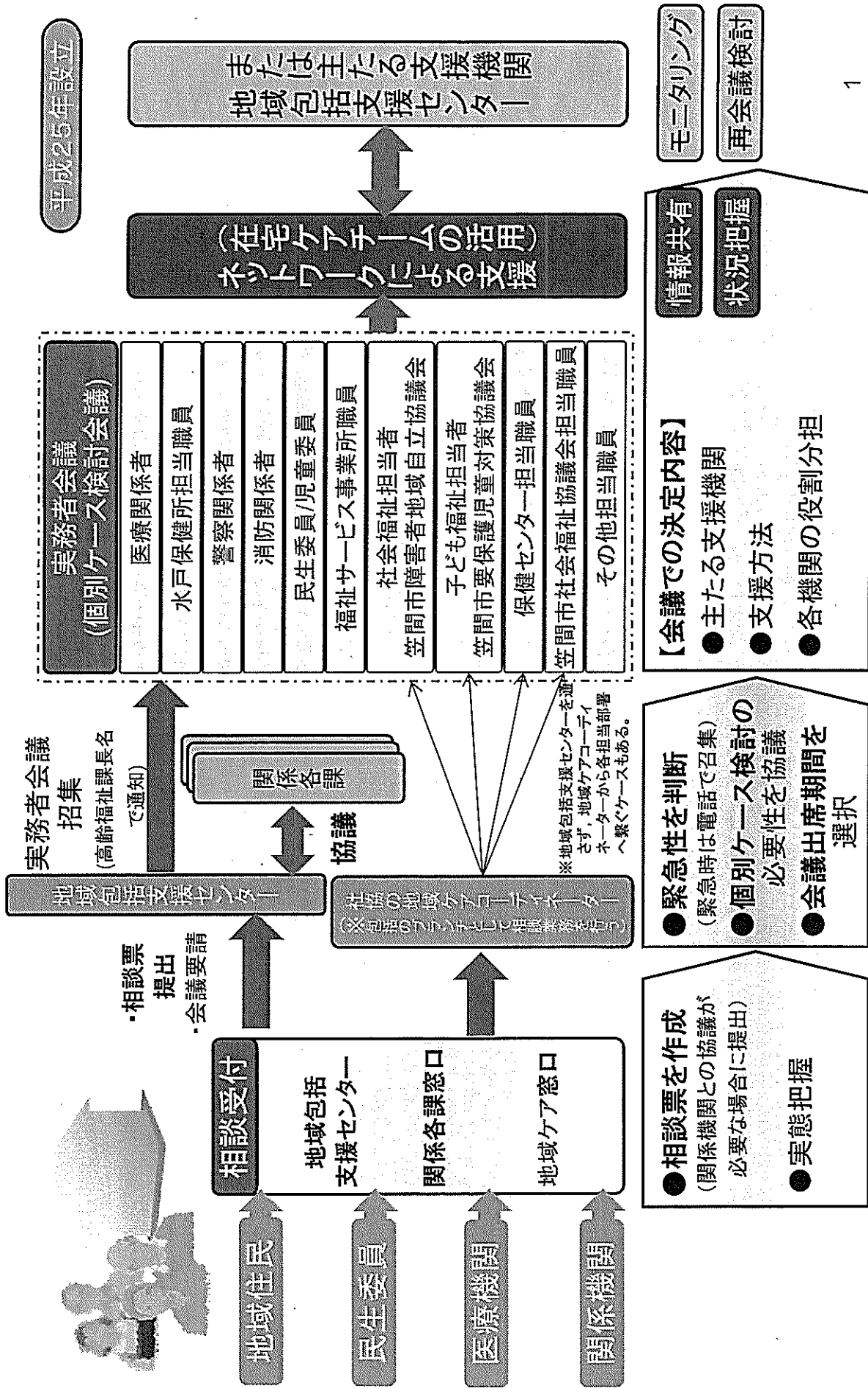
(2) 市町村の取組例

ここでは、包括的相談窓口体制を構築している市町村の取組例を掲載している。

- 従来型の地域ケアシステムを活用している例：笠間市（6 頁）
 - ・地域ケアシステムの委託先である社会福祉協議会の地域ケアコーディネーターが、市直営の地域包括支援センターのランチとして相談業務を担当し、身近な地域の相談窓口となって地域包括支援センターにつなぐ役割を果たしている。
 - ・ケースによっては、地域包括支援センターを通さず、地域ケアコーディネーターから関係機関へ直接つなぐ場合もある。
 - ・地域包括支援センターと地域ケアコーディネーターの緊密な連携のもと、高齢者限定でなく全ての要援護者に対し支援の漏れがないようにしている。
- 福祉総合相談窓口（ふくふく窓口）を新設した例：東京都国立市（7 頁）
 - ・福祉や生活困窮に関する相談についてワンストップ型で対応し、それ以外の相談もひとまず全て受け付けている。地域包括支援センターの隣に設置することで、素早い情報共有を可能としている。
 - ・ふくふく窓口を含む福祉関係の3部署以上が連携して支援しているケースの支援の進行状況の確認のための会議「進行管理会議」の取組も参考になる。
- 従来型の地域ケアシステムを活用しながら、地域包括支援センターが実質的な包括的相談窓口となっている例：行方市（8 頁）
 - ・市直営の地域包括支援センターで地域ケアシステムを行っており、相談の多くは地域包括支援センターに寄せられる。
 - ・地域包括支援センターの3職種が支援を振り分け、社会福祉士は地域ケアコーディネーターを兼務しながら、実質的な包括的相談窓口体制が構築されている。
- 地域包括支援センターが高齢者等に関する初期相談に対応している例：静岡県富士宮市（9 頁）※以下の留意事項を遵守した場合に限る。
 - ・福祉総合相談課と地域包括支援センターが一体となった相談窓口を市役所内に設置し、高齢者だけでなく障がいに関する初期相談にも対応している。（留意事項）
 - ※地域包括支援センターの兼務については、専門職を複数配置することで、地域包括支援センター職員の員数を満たし、かつ、適切な事務遂行を確保できると判断した場合に限られる。

包括ケアのための相談支援の流れ〔笠間市〕

高齢者、障害者、子どもなどが家族や地域社会から孤立することを防止、日常生活の問題点を早期発見

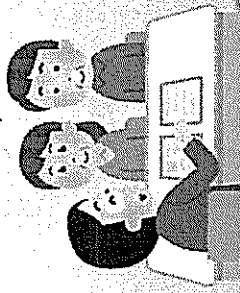


福祉総合相談「ふくふく窓口」とは〔東京都国立市〕

- 「ふくふく窓口」は①福祉や生活に関する複合的な課題を持つ方の相談、②市役所などの部署に相談したら良いかわからない相談について支援を行うワンストップ型の総合相談窓口
- 平成26年4月から生活困窮者自立相談支援モデル事業を兼務し、経済的に困窮されている方の相談も行っている。
- 複数の課題がある場合、要援護者及びその家族等と話を行いながら整理を行い、課題解決に向けて制度やサービスの活用、適切な部署や関係機関との連携を行いながら支援を行う。
- 「人つた相談は断らない」を心掛け、一見、福祉や生活困窮に関連しない相談と思われても、まずは話を伺う。
- 「進行管理会議」の開催。福祉関係の係長職で構成。ふくふく窓口を含む福祉関係の3部署以上が連携して支援しているケースの進行状況の確認を行う。毎月第3木曜日を開催し、支援の漏れや情報共有を防ぐ。支援調整会議も同日開催。

●どんな相談ができるの？

- ・どこに相談して良いかわからない生活・福祉に関する困りごとについて
- ・複数の部署にまたがるような相談内容について
- ・借金返済、家賃滞納、失業もしくは収入が減ったために生活に困窮しているなど

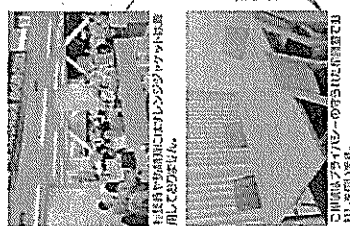


●開設時間・相談方法

- 【開設時間】
 - ・月曜日から金曜日(祝祭日および年末年始を除く)
 - ・午前8時30分から午後5時15分
- 【相談方法】
 - ・来所相談(事前にお電話で予約をとっていただくことスムーズです)
 - ・電話相談(匿名でもかまいません)
 - ・訪問相談(必要に応じて自宅や病院、施設などに伺います)

●どんな支援があるの？

- ・どのような困りごとかお話を伺います。(お話はプライバシーの守られた相談室で伺います。)
- ・困りごとを解決するために適切な相談部署や外部機関におつなぎしたり、制度や手続きなどを紹介します。
- ・内容が複数の関係部署にまたがる場合は、解決の道筋が見えるまで関係機関の支援調整を行います。
- ・経済的に困窮している場合(生活保護世帯を除く)は生活困窮者自立支援法にもとづいて支援プランを策定し、支援調整会議で支援内容の検討を行います。必要に応じて就労支援や有期での離職者への家賃助成金の支給(住居確保給付金事業)や家計相談(家計相談支援事業)などを活用し、経済的自立を目指し支援します。
- ・就職活動をするにあたり不安がある方、働いたことがない方、仕事が続かない方などの、就職に向けたステップアップ支援(就労準備支援事業)を行います。



窓口の配置職員(正職員3名、嘱託員4名)

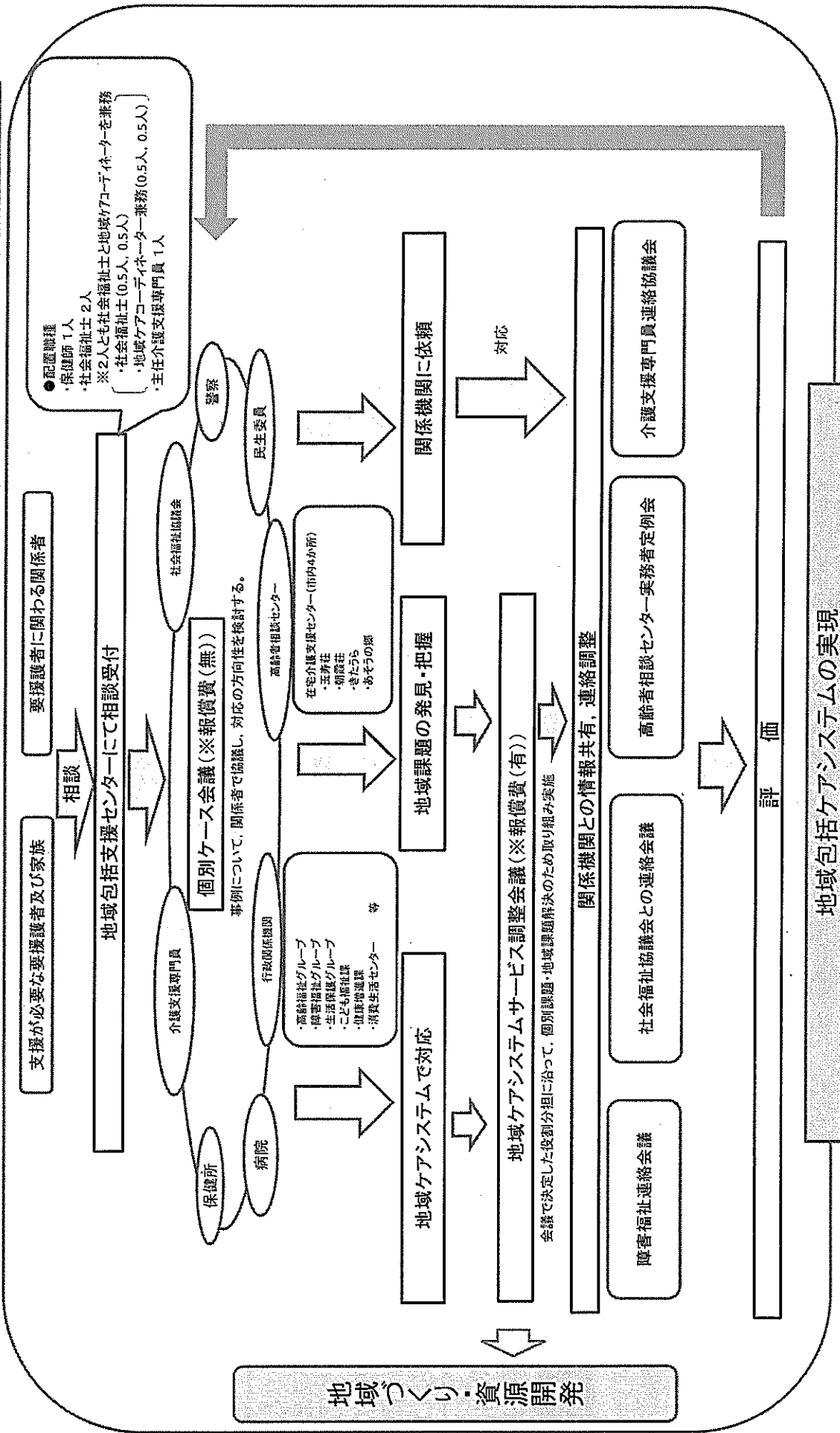
福祉総合相談担当4名、住居確保給付金担当1名

就労支援員1名、総合案内1名

※職員3名は生活保護、高齢、しよがい部署の経験者

相談支援フローチャート（行方市）

- 地域包括支援センターで相談を受けたら、まず関係者で対応の方向性の検討を行う。
- 相談内容の主訴が明確で、担当部署が明らかでないケースは、担当機関につなぎ対応を依頼する。
- 主に、一家に複数の問題が絡み合っているファミリーケアが必要な事例や、制度の狭間で担当部署が不明確な事例は地域ケアシステムで対応する。



●配置職種
 ・保健師 1人
 ・社会福祉士 2人
 ※2人と7社会福祉士と地域ケアコーディネーターを兼務
 ・社会福祉士 (0.5人, 0.5人)
 ・社会福祉士 (0.5人, 0.5人)
 ・地域ケアコーディネーター兼務 (0.5人, 0.5人)
 ・主任介護支援専門員 1人

行政関係機関

- ・高齢福祉グループ
- ・障害福祉グループ
- ・生活保護グループ
- ・こども福祉課
- ・健康増進課
- ・消費生活センター 等

高齢者相談センター

在宅介護支援センター（市内4か所）

- ・玉巻荘
- ・朝霞荘
- ・きたつら
- ・あそらの郷

- 障害福祉連絡会議
- 社会福祉協議会との連絡会議
- 高齢者相談センター実務者定例会
- 介護支援専門員連絡協議会

相談支援のポイント

- 地域包括ケアセンター職員を兼務する地域ケアコーディネーターが、複数的な課題を抱える事例など、複数の関係機関が関わっている事例の調整を行い、ファミリーケアの視点で支援をする。
- 各部署で関わっている事例について関係機関と情報を共有し、把握に努める。

相談支援のワンストップ化（静岡県富士宮市）

- ワンストップ型の相談窓口において、包括的な相談支援を行っている取組例。
- 静岡県富士宮市では、福祉総合相談課と地域包括支援センターが一体となった相談窓口において、高齢者・障害者・子ども等々の対象者にかかわらず、初期相談等を実施。
 - ・ 主訴が明確で問題解決能力のある人は、各種相談窓口へつなぐ。
 - ・ 主訴が明確でない、漠然とした不安、重層的な課題のある人は、地域包括支援センター（自立相談支援事業の機能を含む）がインターネットを実施し、必要な支援機関をコーディネートする。

既存の枠組みの問題意識

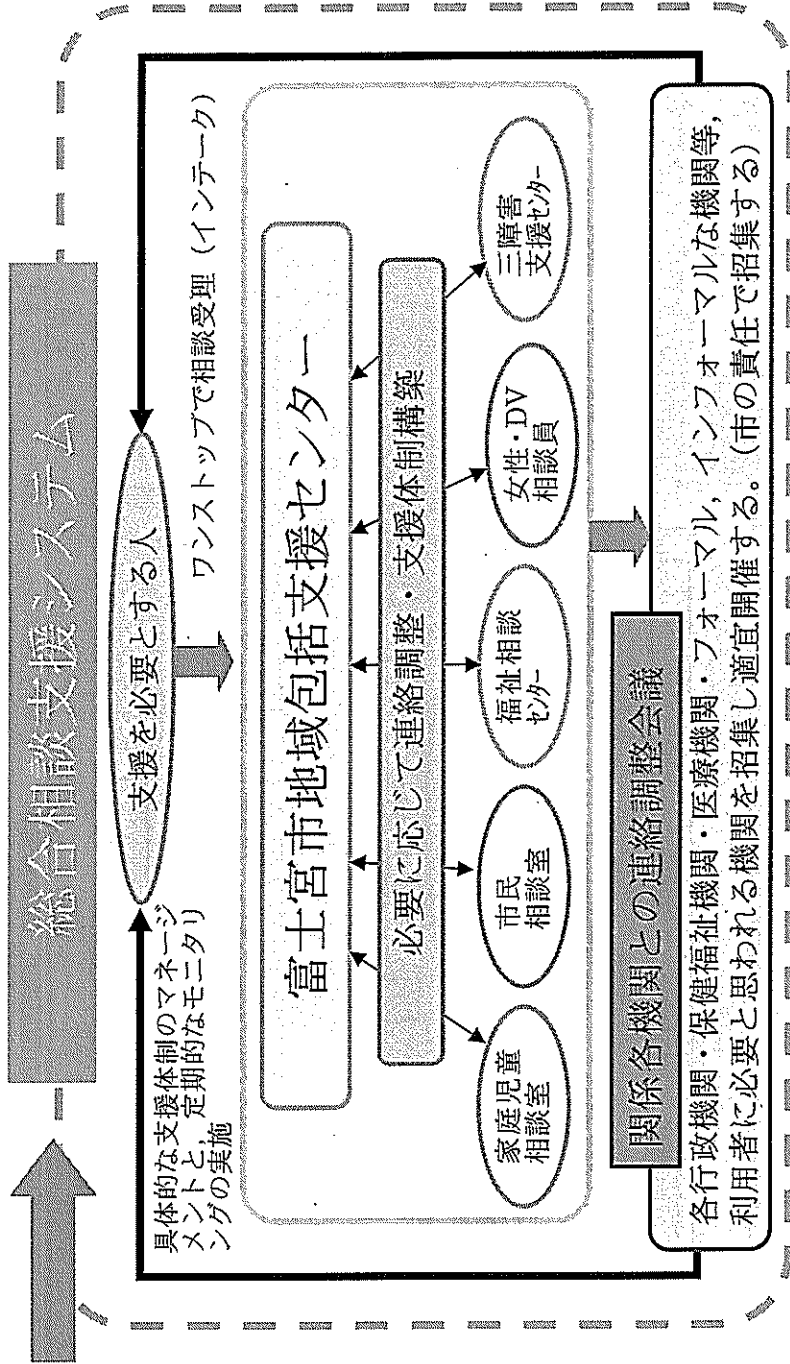
- ① 窓口の多様化により、どこに相談に行けば良いかわからずらう
- ② 窓口を訪ねなければ相談できな
- ③ 1カ所で相談が終わらない（たらい回し）
- ④ 相談だけでその後の支援につながらない

相談支援のポイント

- ① たらい回しにしない
- ② 要援護者と家族全体を捉える
- ③ 相談だけで終わらせない（サービス利用の連続性）
- ④ アウトリーチ

（留意事項）

地域包括支援センターにおける各業務を適切に実施するために、センター以外の業務との兼務は基本的には認められず、センターの業務に専従していることが必要である。ただし、次の場合には、兼務することとしても差し支えない。
 小規模市町村や専門職員を複数配置する場合には、適切な事務遂行を確保できると判断できると判断できるのであれば、センター業務以外の業務を行うことは差支えない。



4 複合的な課題に対するアセスメント

(1) 複合的な課題に対するアセスメント

- アセスメントとは、①情報を収集し、②分析することにより、③要援護者及びその家族等（以下「要援護者等」）にどのような援助を提供すればよいかを導き出すことである。
- アセスメントで収集すべき情報には、客観的事実と主観的事実がある。
- アセスメントで得た情報をもとに、要援護者等が現在おかれている問題状況全体を把握する。言い換えれば、何がどうなっているのかで困っているのかを理解することであり、決して、ニーズを書き出すだけがアセスメントでない。
- 本人や、場合によっては育児、介護、障害、貧困など世帯全体の複合的・複雑化したニーズを捉え、解きほぐし、生育歴などの背景も勘案した本質的な課題の見立てを行う。

(2) アセスメントの視点

- アセスメントを行う際、支援が必要な人の自立と尊厳が確保されることを目標に、生活の主体である要援護者の選択、生き方を何より尊重することが大切である。
- アセスメントは、アセスメントする側と要援護者等との共同作業であり、一方的に利用者を分析するプロセスではない。
- 要援護者等が現状をどのように「困っている」と認識しているか、その「困った状況」をどのように変えていきたいと思っているか、不本意ながら要援護状態になってしまったけれど、本当はどんな暮らしを送りたいと思っているのかを理解するためには、要援護者等の言葉（主観的事実が表現されたもの）が不可欠である。
- 「9 アセスメント表（参考様式）A表」（125頁）や、「疾病ごとの支援の流れ（現状の位置と今後の見通しの整理）」（135頁）も参考に、各市町村において要援護者等に対するより深化したアセスメントを目指していただきたい。

(3) 複合的な課題に対するアセスメントの思考過程の全体像

以下のフローは、参考資料2（14頁）と対応している。これを参考にしながら、実際のケースにおいて、参考資料1（13頁）の様式を活用いただきたい。

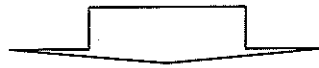
ア 主訴に関する合意

- ①要援護者等の主訴（困りごと、要望）に関する情報収集を行う。
- ②得た情報を、「〇〇ということでお困りなんですね。」と言語化する。
- ③困りごとや要望を共有する。（合意）



イ 顕在化している問題に関する合意

- ④今、実際に困っている事柄について、具体的に何がどのように困っているのかを情報収集する。
- ⑤得た情報を、「〇〇ということでお困りなんですね。」と言語化する。
- ⑥顕在化している問題について合意を得る。



ウ 潜在化している問題に関する合意

- ⑦要援護者等が認識していないけれども生活上の問題になることはないか、情報収集する。
- ⑧認識していない問題があると推測された時は、「〇〇もお困りではないですか。」と言語化し、確かめる。
- ⑨潜在化している問題について合意を得る。



エ 生活ニーズに関する合意

- ⑩「〇〇ということでお困りなんですね」「〇〇というような暮らしを送りたいので、〇〇が必要なんですね。」と生活ニーズを言語化していく。
- ⑪生活ニーズについて合意を得る。



オ 目標に関する合意

- ⑫「〇〇というような暮らしが送れたらよいのにとお考えなのですね。」（本人・家族が望むくらしは、援助目標になる）と確認する。
- ⑬援助目標について、合意を得る。

◎ワンポイントアドバイス

- 市町村の保健・福祉担当部署や保健所，県民センターには，地域の様々な情報が集積している。これら関係機関と円滑な情報交換が行えるよう，日頃から担当者などと連絡を密にして，気軽に相談し合える信頼関係を築くことが重要である。
- 要援護者等の情報には，プライバシーに関わる情報が含まれることから，信頼関係を損なうことのないよう，特に秘密の保持，個人情報の適切な管理には十分な配慮が必要である。
- 要援護者等が支援を必要としているのか確認し，支援を望まない場合もあるので，その場合はどうするのか検討することも必要である。

検討に当たっては，1日，1ヶ月，1年など，それぞれの期間の中で自分ではできない困り事は何か，また，各種サービスで対応できていない困り事は何か，人とのつながりや社会との関わりがあるか，役割があるか，生きがい，楽しみは何か，など，要援護者等が今後どのような生活を送りたいと考えているかなどをアセスメントすることが必要である。
- また，このようなケースに対応するためには，個別課題の検討会議につなぎ，要援護者等の自主性や自立性に考慮し，場合によっては，要援護者等への説明や，見守りを行うことなどが考えられる。
- なお，要援護者等が支援を望んでいない場合，現在の状態をどのように認識しているか，本当はどんな暮らしを送りたいと思っているのかなどを理解するためには，要援護者等の言葉が不可欠である。
- 自由な会話を通じて，相手の状況を把握できるよう，相手の話を引き出せる聞き上手になることが重要である。ファミリーケアを進めるために，必ず本人はもとより家族の方からも話を聞く。
- 面談を通じてニーズをとらえるにあたっては，生活全般を把握し，その中から，①要援護者等のニーズ・問題を大きくとらえること，②次に大きくとらえたニーズ・問題について，問題点をしぼりこみ，要援護者等の個別的なニーズ・問題を明確にすることが必要である。
- 面談中の留意点
 - ・ 一方的にならないように，あくまでも自然な会話の中で，じっくり話を聞き，要援護者等との間に信頼関係を築き上げてニーズを把握することが大事である。(信頼関係はすぐにできるものではなく，要援護者等に対する配慮の積み重ねによって徐々に築き上げられていくもの)
 - ・ 要援護者等の表面的な言葉だけでなく，言語以外の表現にも注意を払い，共感して反応をすることが大事である。
 - ・ 不用意に要援護者等のプライバシーに踏み込むことがないよう気をつける。
 - ・ 要援護者等の意思を引き出すために，その家族とのコミュニケーションを十分に図ることが大事である。
 - ・ 失敗の多くは，要援護者等の真のニーズが分かっていない，自分勝手な思い込みで進んでしまうなど，個々の力量不足によるものが多いため，多職種協働で対応することが大事である。
 - ・ 把握した情報は記録することが必要である。

複合的な課題に対するアセスメント

参考資料 1
(様式)

【コーディネーターの視点】

生活の全体像の把握，自立支援，尊厳の保持，生活の質の向上，生活機能の推進・拡大
役割の再構築や新たな役割の発見，リスクの軽減，サービス利用のアイデア

	主訴	顕在化して いる問題	潜在化して いる問題	生活ニーズ	目標
要援護者					
要援護者 以外の 家族等 A					
要援護者 以外の 家族等 B					
要援護者 及び その家族等 全体					

要援護者及びその家族等からの相談

ファミリーケアに関する課題の検討

複合的な課題に対するアセスメント

参考資料 2
(記入上の留意点)

【コーディネーターの視点】

生活の全体像の把握，自立支援，尊厳の保持，生活の質の向上，生活機能の推進・拡大役割の再構築や新たな役割の発見，リスクの軽減，サービス利用のアイディア

	主訴	顕在化している問題	潜在化している問題	生活ニーズ	目標
要援護者	①情報収集 ↓ ②言語化 ↓ ③合意	④情報収集 ↓ ⑤言語化 ↓ ⑥合意	⑦情報収集 ↓ ⑧言語化 ↓ ⑨合意	⑩言語化 ↓ ⑪合意	⑫言語化 ↓ ⑬合意
要援護者以外の家族等A					
要援護者以外の家族等B	⑭利用者を情緒的に支持し，信頼関係（援助関係）を構築する				
要援護者及びその家族等全体	⑮要援護者及びその家族等はどうな人か。どんな暮らしを望んでいるかを探る				

要援護者及びその家族等からの相談

ファミリーケアに関する課題の検討

<アセスメントの進め方>

- ①要援護者及びその家族等の主訴（困りごと，要望）に関する情報収集を行う。
- ②得た情報を，「〇〇ということでお困りなんですね。」と言語化する。
- ③困りごとや要望を共有する。（合意）
- ④今，実際に困っている事柄について，具体的に何がどのように困っているのかを情報収集する。
- ⑤得た情報を，「〇〇ということでお困りなんですね。」と言語化する。
- ⑥顕在化している問題について合意を得る。
- ⑦要援護者及びその家族等が認識していないけれども生活上の問題になることはないか，情報収集する。
- ⑧認識していない問題があると推測された時は，「〇〇もお困りではないですか。」と言語化し，確かめる。
- ⑨潜在化している問題について合意を得る。
- ⑩「〇〇ということでお困りなんですね」「〇〇というような暮らしを送りたいので，〇〇が必要なんですね。」と生活ニーズを言語化していく。
- ⑪生活ニーズについて合意を得る。
- ⑫「〇〇というような暮らしが送れたらよいのにとお考えなのですね。」（要援護者及びその家族等が望む暮らしは，援助目標になる）と確認する。
- ⑬援助目標について，合意を得る。

5 コーディネート機能(個別課題の検討)

(1) 医療と介護の円滑な連携

ア 在宅医療・介護連携に向けた多職種連携の重要性

- 今後、2025年までに団塊の世代が75歳以上となり、増え続ける医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者等を地域で支えていくために、居宅等において提供される訪問診療等の医療(在宅医療)の提供が、茨城型地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素となっている。

このような中で、在宅医療の提供を含む茨城型地域包括ケアシステムを日常生活圏域の中でこれまでの生活との継続性をもって実現するためには、各々のかかりつけ医がその力を在宅医療分野で十分に発揮することが重要となる。多くのかかりつけ医の参画を得られるよう、市町村が地域医師会等と協働することにより、面的な提供体制を整えていくことが求められている。

また、在宅医療は、医師に加え歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ専門職等多くの職種によって提供される。これに介護関係職種を加えた多職種による真に包括的なケアのための協働・連携の体制を整えることが必要となる。

市町村は、このようなシステムの扇の要として、積極的にその役割を果たしていくことが期待されている。

- さらに、家族の負担軽減(レスパイト)を図る観点からも、医療・介護関係職による多職種連携が重要となる。

イ 行政における在宅医療・介護連携推進体制の構築

- 市町村における状況は一様ではないため、それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開をしていくことが大切である。人口の状況や地勢、医療・介護資源、これまでの取組み等に応じて、取りうる施策は変わってくる。
- 市町村においては、各種の研修、先行市町村の視察などを通じて様々な実施ケースを学びながら、茨城型地域包括ケアシステムの構築について検討し、将来的な在宅医療・介護連携のあり方を見据えた上で、実施していくことが基本である。
- 在宅医療の推進に関しては、これまで市町村になじみが小さく、担当課が決まっていないケースが多い。

茨城型地域包括ケアシステムや在宅医療推進を所管する部門を新設する際には、介護・保健・障害・虐待などの関係部門が連携協議のうえ担当課を決定することが望ましい。

現行の組織体制を活用する場合には、介護保険担当部局や、健康関係所管部局、国保担当部局、障害担当部局などが想定されるが、いずれにしても、関係部局が庁内横断的な連携体制をつくることが重要である。

なお、地域の医療に精通している保健所が、市町村と医師会等の職能団体とのパイプ役となり、広域的な視点で市町村に対し、取組み等についての必要な助言などの支援を行うことが重要である。

ウ 在宅医療・介護連携拠点事業の成果の活用

茨城型地域包括ケアシステムの特徴である、多職種参画による要援護者に対する支援の調整、すなわちコーディネート機能を充実させ、個別課題の検討会議を活発に行っていくためには、これまで県において取組んできた地域ケアシステムや、平成25年度から3カ年にわたって取り組んできた「在宅医療・介護連携拠点事業（以下、拠点事業）」等の取組（土台づくり事業「地域レベルでの協議の場」）において構築した、地域の多職種間のネットワーク（多職種が互いの専門性の理解や、視点、考え方の違いを踏まえたうえで、役割分担と相互協力しながら協働できる体制）の活用が有効である。

【参考：H25～27年度 在宅医療・介護連携拠点事業実施者一覧】

実施者(事業開始年度)	担当部署
笠間市(H26)	福祉部高齢福祉課
公益社団法人 茨城県看護協会(H25)	—
大洗町(H27)	福祉課
東海村(H25)	福祉部介護福祉課
常陸太田市(H25)	保健福祉部健康づくり推進課
高萩市(H25)	健康福祉部高齢福祉課
日立市(※H26のみ実施)	保健福祉部高齢福祉課 地域包括支援センター
公益社団法人 茨城県理学療法士会(H25)	—
一般社団法人 鹿島医師会(H26)	—
龍ヶ崎市(H27)	健康福祉部高齢福祉課

公益社団法人 取手市医師会 (H 2 5)	—
土浦市 (H 2 6)	保健福祉部高齢福祉課
阿見町 (H 2 6)	保健福祉部社会福祉課
一般社団法人 つくば市医師会 (H 2 5)	—
筑西市 (H 2 5)	保健福祉部保健予防課
結城市 (H 2 6)	保健福祉部健康増進センター
桜川市 (H 2 7)	保健福祉部高齢福祉課・健康増進課
常総市 (H 2 7)	保健福祉部高齢福祉課
坂東市 (H 2 7)	保健福祉部介護福祉課
古河市 (H 2 7)	健康福祉部高齢福祉課
茨城県立こども病院 (H 2 5) ※小児在宅	—

エ 在宅医療・介護連携拠点事業から見えてきた地域課題

・市町村や医師会などの職能団体が主体となって、地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力して、地域の医療・介護に関する実態調査、協議会、研修会等の開催（地域課題の抽出、地域課題の検証）、住民に対する講演会やシンポジウムの開催などに取組んできた中で、次のような地域課題が挙げられている（H25、26年度）。

（主な地域課題）

- ・家族の負担軽減（レスパイト）
- ・退院時支援
- ・多職種間での情報共有の手段
- ・バックベッドの不足（急変時に受け入れてくれる病院不足）
- ・在宅医療・介護の担い手不足
- ・在宅療養に対する患者・家族の不安

オ 在宅医療・介護連携拠点事業における市町村等の取組例

（ア）在宅医療・介護連携推進事業に係る取組例

- 国においても、平成27年度介護保険制度改正において、「在宅医療・介護連携推進の取組」が位置付けられ、平成30年4月から全ての市町村において次の8つの内容について取組むこととされた。

■在宅医療・介護連携推進事業を構成する8つの取組

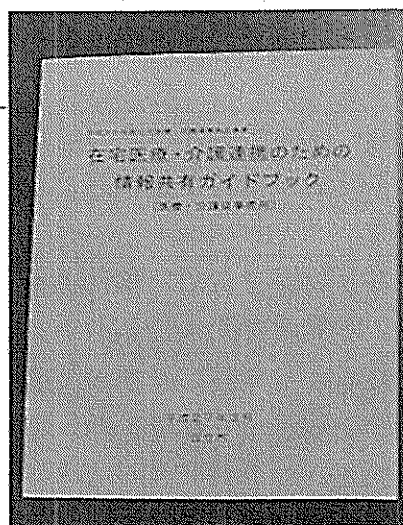
取組項目	取組の具体例
①地域の医療・介護資源の把握	地域の医療機関、介護事業者等の所在地、連絡先、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成、活用する。
②在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討	地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、対応策等の検討を行う。
③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。
④医療・介護関係者の情報共有の支援	情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援を行う。
⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援	地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護に関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。
⑥医療・介護関係者の研修	地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。
⑦地域住民への普及啓発	在宅医療・介護に関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。
⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	複数の関係市区町村が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

※H27. 2. 9. 厚生労働省老健局老人福祉課『在宅医療・介護連携推進事業の手引き(案) Ver. 1』より抜粋

ここでは、①～⑧の取組について、県の在宅医療・介護連携拠点事業の中での市町村の取組例と蓄積したノウハウ(工夫した点、成果、課題)を掲載する。

①地域の医療・介護資源の把握

【日立市】在宅医療・介護連携のための情報共有ガイドブック作成



日立市が作成している「在宅医療・介護連携のための情報共有ガイドブック」

●取組内容

- ・在宅医療をするうえでの必要な情報や相談窓口などが分かり、高齢者・家族への対応や関係機関同士の円滑な連携に役立つための冊子、「在宅医療・介護連携のための情報共有ガイドブック（医療・介護従事者用）」を作成し、医療・介護従事者に配布した。

●工夫した点

- ・ガイドブックの中身については、分かりやすくするため、①「在宅医療・介護に関する各職種のサービス内容」の情報と、②実際に対応している「医療機関・介護事業等」の紹介の2部構成とした。
- ・医療機関に関する情報については、これまで介護支援専門員支援のために活用していた「介護支援専門員タイム」等の情報と整理統合した。
- ・作成に当たっては、医療・介護の多職種からなる検討会を実施し、必要な情報等について整理し、意見を吸い上げた。

●成果(良かった点)

- ・高齢者の「退院支援・調整」や「日常の療養支援」等の場面で、現場の医

療・介護従事者が必要としている情報について、1冊にまとめることができた。

- ・できる範囲で、医療・介護従事者各人に行き渡るよう配布した。

●課題

- ・効果的な活用方法や検証
- ・タイムリーな情報更新やバージョンアップ
- ・専門職ではない市民向け用の情報提供の仕組み（パンフレットや可能な限りでのホームページ公開等）

②在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討

【高萩市】多職種会議とワーキンググループ会議の開催

高萩市

多職種会議とワーキンググループ



メンバー：30人

医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、訪問看護師、病棟看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、ケースワーカー、在宅介護支援センター職員、社会福祉協議会職員、健康づくり課・社会福祉課職員

*県厚生総務課職員、日立保健所職員

【事務局：市包括 3名】

●実施内容

- ・多職種会議（偶数月に開催）
- ・ワーキンググループ会議（多職種会議のメンバーが4つのグループに分かれ、自主的に開催）
- ・地域ケア会議（市民、多職種メンバーが参加している。）

●工夫した点

- ・多職種会議のメンバー全30名。医療・介護の専門職種の中で経験があり、かつ意欲のある方が無償で行っている。
- ・4つのグループは、①連携ガイド作成G、②多職種連携研修会企画G、③共有ツール作成G、④地域版テキスト作成G。メンバーの希望によりグループごとに活動
- ・地域ケア会議と連携して進めたことで、市民の声を反映させた社会資源の

検討をすることができた。

●成果(良かった点)

- ・多職種のつながりが深まり、主体的に取り組めるようになった。

●課題

- ・メンバー選定に課題あり。(自社の宣伝目的など、本来の目的とは別な場合などの選別が必要)
- ・検討した社会資源を市民へ還元できている状態ではない。事業化、施策化できるようにすすめていく必要がある。
- ・在宅医療を推進するためには、医師会との連携が不可欠である。そのためには医師会と協議できる機会が必要となる。

③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

【筑西市】急変時の対応支援

●実施内容

- ・市民が365日24時間安心して在宅で過ごすためには、急変時の対応支援が重要となってくる。対応策として、訪問看護ステーションの利用の促進、バックベッドの体制として市内の5病院へ協力を依頼した。そして、事前に受け入れ先が決まらず、急変が見込まれる場合は筑西市民病院が第1次的に対応することを取り決めることができた。

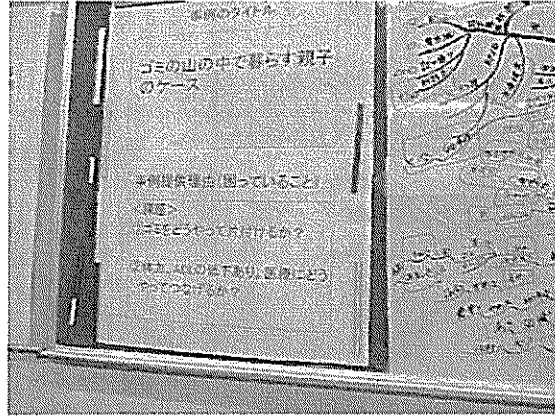
●成果(良かった点)

- ・平成26年度に「急変時のルール」「バックベッド体制」のルールを構築し、医療介護関係機関へ配布することができた。

●課題

- ・平成26年度にバックベッドの構築体制として、各病院を廻り、バックベッドの協力体制をお願いしたが、実際にどの程度協力依頼があったか、その手順などに不都合はなかったかなど、把握できていないため、確認していく。
- ・在宅医療に携わるスタッフと患者、家族が安心できるための施策(主治医、副主治医制ルールの確立や病診連携など)が、不十分であると考ええる。

【笠間市】地域包括ケア会議の実施



笠間市の地域包括ケア会議で検討されている事例(左)
と見え検マップ(右)

●実施内容

- ・毎月1回定期的に、地域包括ケア会議を実施し、多職種間の連携を図った
- ・関係機関の情報提供による情報共有を図った。
- ・医療関係者の講話などによる介護職の質の向上を図った。

●工夫した点

- ・医療関係者からの情報を提供していただき、介護・福祉関係専門職の知識の研さん・質の向上を目指した。

●成果（良かった点）

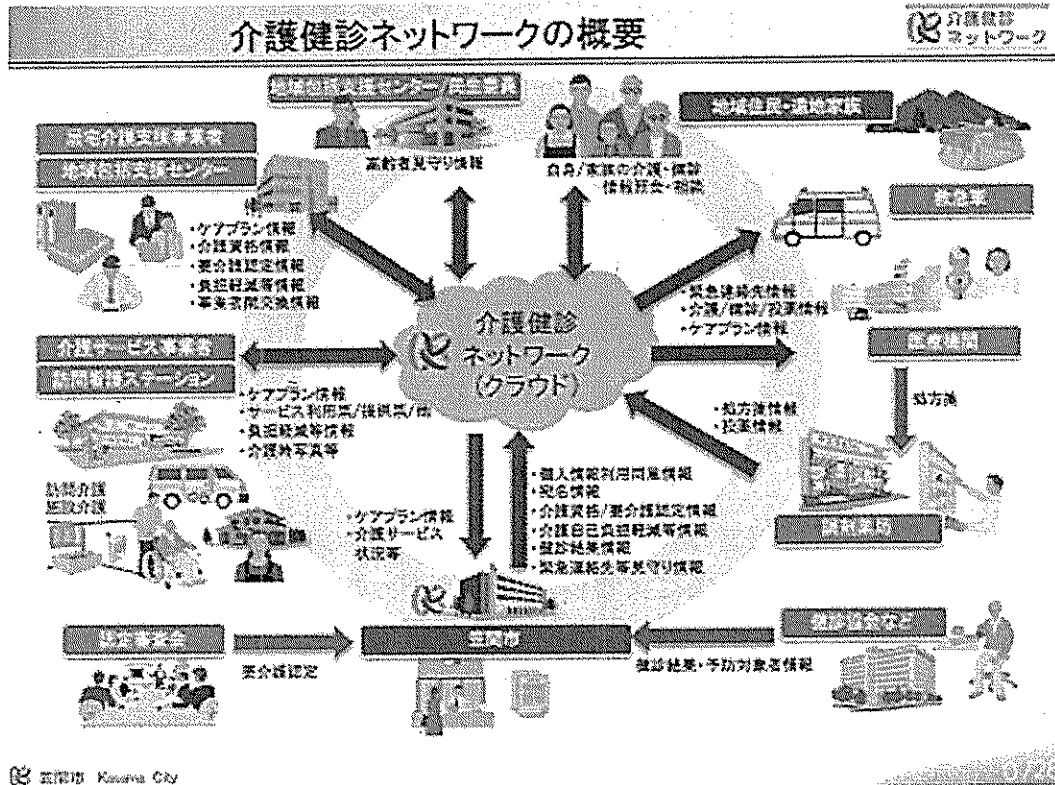
- ・年間延べ696人の参加があり、多職種の連携を図るとともに、顔が見える関係づくりができた。
- ・介護関係職員が病院などに連絡しやすくなった。
- ・検討の中で、医療機関へのアプローチの方法などを確認できた。

●課題

- ・医療関係者の参加が少ないため、医師会などの協力が必要である。
- ・在宅医療に携わる医師が少ないことで、うまく連携が取れないこともある。

④医療・介護関係者の情報共有の支援

【笠間市】介護健診ネットワークの構築



●実施内容

- ・介護医療関係者間の情報共有を図るためのクラウドシステムの構築を行った。
- ・介護認定状況の提供（主事意見書・認定調査票等）
- ・介護支援専門員と関係者との介護サービス情報の提供（ケアプラン・提供票等）
- ・見守り支援票・救急医療キット情報の共有
- ・事業所掲示板の活用

●工夫した点

- ・個人情報の取り扱いについての同意の取り方を検討し、介護支援専門員が利用者に説明しながら同意書をとる形となった。

●成果（良かった点）

- ・市役所まで出向かなくても認定情報等を確認できるため、事務処理などの効率化を図れるようになった。

●課題

- ・参加事業所を増やし、有効な運用を検討する。
- ・掲示板などの活用方法について、関係者間で協議を進める。
- ・広域利用についての検討を進める。

【筑西市】「医療と介護の情報連携シート」の作成 (25, 26 頁参照)

●実施内容

- ・平成 25 年度に抽出された課題に在宅医や訪問看護に対する退院調整入院患者の医療情報の不足が挙げられ、平成 26 年度に、この課題の対応策を検討し、「医療と介護の情報連携シート」を作成した。

●工夫した点

- ・「医療と介護の情報連携シート」を作成するにあたり、医療介護事業所の代表者に参集してもらい、意見交換会を実施し、意見を踏まえてシートを完成した。

●成果（良かった点）

- ・実行委員のメンバーである歯科医師からの意見で、歯科口腔の重要性を考えることができ、「歯科口腔の状態」の項目を取り入れることができた。

●課題

- ・「医療と介護の情報連携シート」を記入するにあたり、歯科口腔の状態を理解し記入するのが困難という声が聞かれているので、今後、勉強会を開催し知識の習得を図る。

⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援

【笠間市】「医療連携シート」の作成

●実施内容

- ・認知症等の相談の際に活用できる、「医療連携シート」を作成した。

●工夫した点

- ・日常的な状況や問題点などをわかりやすく記載することによって、受診の際に要援護者及びその家族等の意図が病院側に伝わりやすくなった。
- ・初診の場合と受診中の相談の場合と 2 種類作成し、より相談しやすくなった。

●成果（良かった点）

- ・医師に伝えたいことが分かりやすくなった。
- ・介護支援専門員などが同行し、相談しやすくなった。

●課題

- ・かかりつけ医と救急病院との連携に活用できるようにできるかが課題である。

情報提供日 H 年 月 日

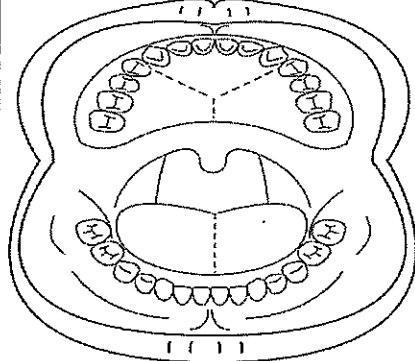
情報提供先	提供元記入者
-------	--------

利用者名	ふりがな	性別	生年月日	年齢
		男・女	M・T S・H 年 月 日	
住所	〒			
(ア)	連絡先	☎	続柄	特記事項
	1			
	2			
	3			
家族構成・家族図		家族の介護状況・特記事項		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 老々世帯 <input type="checkbox"/> 経済事情 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 本人の理解力 <input type="checkbox"/> 家族の理解力
①キーパーソン(氏名 続柄) ②主介護者 (氏名 続柄) ③代理意思決定者(氏名 続柄)				問題点

医療保険	自己負担割合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	限度額認定証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多数該当		
経済状況 助成など	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> その他 ()			
公費負担など	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳			
介護保険	申請状況	認定日 H 年 月 日		
	未申請・申請中・申請済み	有効期限 H 年 月 日 ~ H 年 月 日		
	要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 その他()		
(ア)	かかりつけ 医科・歯科	医療機関 主治医 連絡先	① ☎ ② ☎ ③ ☎	
	連携事業所 担当者 連絡先	訪問看護	薬剤師	ケアマネジャー
		訪問介護	通所・訪問リハ	MSW
		デイサービス	ショートステイ	福祉用具

(イ)	主病名	病状・経過など	投薬内容 <input type="checkbox"/> 別紙 <input type="checkbox"/> 不変	終末期の希望 (療養先・治療など)
	副病名			
	既往			
アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		特記事項 <input type="checkbox"/> 褥瘡		
入院(予定)日	H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未定	カンファレンス開催 <input type="checkbox"/> 必要(日程) <input type="checkbox"/> 不要	
退院(予定)日	H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未定		
急変時の受入確認 (バックベッド)	<input type="checkbox"/> あり (施設名・担当者) <input type="checkbox"/> なし		☎	

医療と介護の情報連携シート

特別な医療 <input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル(サイズ 交換) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻 胃瘻 サイズ 交換) <input type="checkbox"/> ドレーン(部位:) <input type="checkbox"/> 酸素療法(L/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ(サイズ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()		
薬の管理 訪問薬剤 <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり 服薬状況 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他() 〈特記事項〉 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他() 管理方法 <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> 配薬BOX <input type="checkbox"/> 薬袋 <input type="checkbox"/> その他()		
(イ)	歯科口腔の状態 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良(食物残渣有り) 歯の状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 虫歯あり <input type="checkbox"/> 残痕あり <input type="checkbox"/> 歯垢(歯面1/3・1/2・全面) 歯肉の状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 炎症あり(発赤腫脹) <input type="checkbox"/> 歯垢(歯面1/3・1/2・全面) 義歯の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分床:上・下)(全部:上・下) <input type="checkbox"/> 不使用 義歯の適合 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 概ね良好 <input type="checkbox"/> 悪い 粘膜の乾燥 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや乾燥 <input type="checkbox"/> 乾燥強い <input type="checkbox"/> 保湿必要 <input type="checkbox"/> 保湿不要) 頬・上あご・粘膜・舌の異常や変化 (図に直接記入) 口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ケア時の状況 ()回/日(朝・昼・晩・寝る前) <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 咳き込む 口腔管理の注意点	病変の部位・状態等を記入 

日常生活の状況		【評価日 H 年 月 日】	特記事項・制限など
(ウ)	基本動作	寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	〈運動障害など〉 麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(程度 部位) 〈独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性など〉
		起上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		立上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		立位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		移動	
認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり 周辺症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
視力低下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり(右・左)	〈程度・コミュニケーション方法など〉	
聴力低下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり(右・左)		
言葉の問題	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知症)		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 摂取多い <input type="checkbox"/> 摂取普通 <input type="checkbox"/> 摂取少ない その他()	制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(kcal) 塩分(g) 水分()mlまで その他() 〈注意点や経管栄養の内容など〉	
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリ (日中・夜間) (日中・夜間) (日中・夜間) (日中・夜間)	〈留置カテーテル・ストマなど〉	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整容・更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
睡眠	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 眠剤の内服 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常用		
日常生活自立度	障害 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		

備考・その他特記すべき事項

⑥医療・介護関係者の研修

【土浦市】多職種連携研修会&意見交換会の開催

●実施内容

①平成26年9月26日 260人

・在宅医療・介護連携拠点事業について

「ご存知ですか？地域医療支援病院」：講師 鈴木 祥司氏（霞ヶ浦医療センター院長）

・GW：連携がとれていると感じる事感じない事、こんな連携が必要

②平成26年11月19日 224人

・「多職種連携に必要な能力とは」：講師 吉本 尚氏（筑波大学附属病院総合診療科医師）

・GW：第1回で抽出した課題7つから、一つを選び具体策を検討する。

③平成27年1月22日 186人

・「認知症ケアの最前線～認知症の正しい理解と対応～」：講師 塚原 靖二氏（土浦厚生病院院長）

・GW：認知症困難ケースのGWとパネルディスカッション

●工夫した点

・土浦市民に関わる関係機関という呼びかけで、市内外問わず参加可能としている。

・多くの実務者が参加しやすいよう18：30～の開催

・席をあらかじめ決め、職種や知り合いが固まらないようセッティング

・参加者アンケートにより、GWの時間を多めにしている。

●成果（良かった点）

・顔の見える関係づくりができた。積極的に名刺交換をしている姿が見られた。

・連携における課題や具体策を、グループで継続して話し合う事が出来た。

・在宅療養支援診療所の参加が増えた。

・GWの後半にパネルディスカッションをし、各職種代表にパネラーを務めてもらう事で、代表者の意見をとおした各職種の意見やケースの見方を知ることができた。

●課題

・参加が少ない職種もみられ、偏りがある。

・参加人数が多くまとめるのが大変。グループワーク等の成果をフィードバックするのが困難。

【結城市】意見交換会などの開催

第1回意見交換会・研修会（H26年12月16日実施）



結城市で行われている意見交換会・研修会の様子

●実施内容

- ・医療・介護関係者を対象とした講演会・意見交換会を定期的実施している。また、医療・介護関係者の意見交換会を通して、顔の見える関係づくりを目指した。意見交換会では、顔と所属・職種・名前が一致できるようにグループワークとして展開している。
- ・先進地視察研修を実施し、先進地の現状(学び)を伝達研修会で報告している。

●工夫した点

- ・講演会・意見交換会に参加しやすいように、平日就業後(18時30分開始)に開催することで工夫している。
- ・意見交換会・研修会と2部構成とし、タイムリーな研修を同時に行い、有益な情報提供に努め、次回の意見交換会・研修会参加へと導いている。
- ・グループ構成メンバーを多職種とし1G8人程度とし、さらに在宅医療連携推進ワーキンググループ委員をファシリテーターとして配置し、活発な意見交換会となるよう工夫している。また、意見を言いやすい環境とするため、珈琲やお茶を準備し(セルフサービス)、環境を整えている。

●成果(良かった点)

- ・意見交換会への参加者は、20歳代から60歳代と幅広く、100人~130人が参加している。

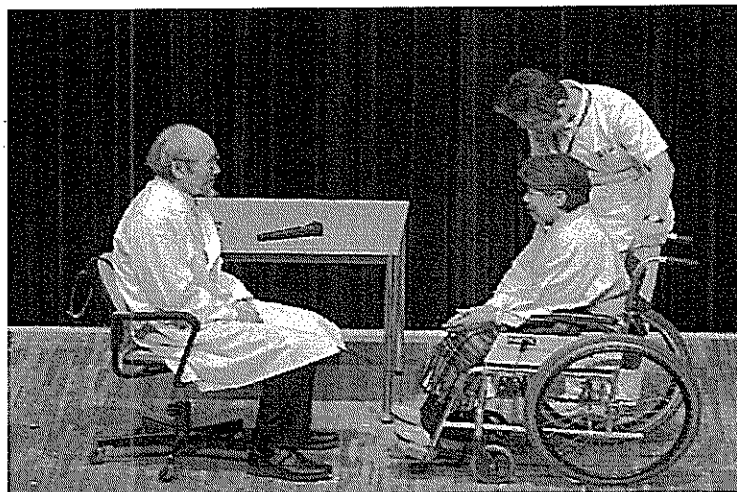
- ・お茶を飲みながらの意見交換会だったため、和やかな雰囲気となり畏まらず意見が言いやすかったようだ。(参加者の感想より)

●課題

- ・医療・介護従事者の研修会の成果(参加率や多職種との連携・連絡が図れている)が出ている。しかし、病院勤務医の研修会等の参加率は低く、病院勤務医への意識改革が大きな課題となる。

⑦地域住民への普及啓発

【高萩市】講演会などでの寸劇の実施



地域包括ケアをわかりやすく伝える寸劇の一場面

●実施内容

- ・地域に出向いて、出前講座を実施。
- ・市民向け講演会(1回・H27.3.15)

●工夫した点

- ・平成25年度に実施した講演会にて出された意見をもとに、内容を考えた。
- ・地域包括ケアシステムをわかりやすく伝えるため、多職種考案、出演による寸劇を実施

●成果(良かった点)

- ・企画、寸劇をみなでやることにより、多職種のつながりが深まった。
- ・事後アンケートより、寸劇がわかりやすいと好評で、地域包括ケアシステムの一定の理解につながった。
- ・出前講座を行うことで市民と地域の課題を共有することができた。

●課題

- ・講演会に住民が来てもらうだけでなく、地域に出向いて普及啓発を行うにはどうしたら良いかをもう少し検討する必要がある。

【結城市】在宅医療リーフレットの配布など



在宅医療配布リーフレット「通院出来なくなったらお医者さんが来る」

●実施内容

- ・200人を定員とする大規模な講演会を実施する一方で、出前講座として小規模な会合等にも出向き、在宅医療について普及啓発に努めた。
- ・在宅医療普及リーフレット「通院できなくなったらお医者さんが来る」を全戸配布し普及啓発に努めた。

●工夫した点

- ・市民が参加しやすいように、映画上映と一緒に講演会を実施した。
- ・市民のニーズに合わせた内容（認知症患者の在宅療養等）の講演会等を実施した。

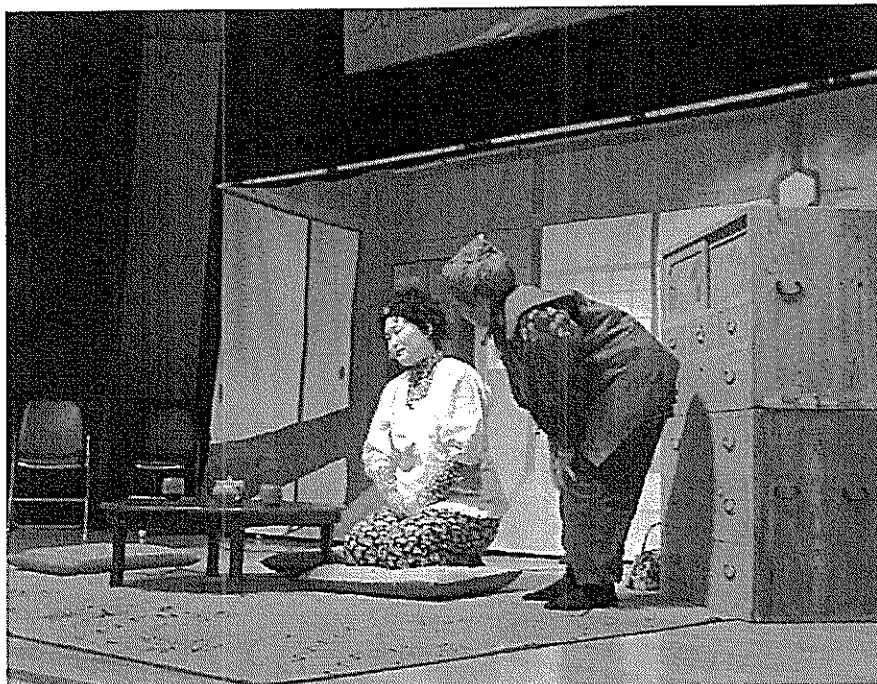
●成果（良かった点）

- ・映画上映会・講演会の参加者は、325人と大勢の市民が参加した。
- ・リーフレットを見て、在宅医療の相談があり在宅医療を開始したケースがあった。（リーフレット配布後の相談件数が5件あった。）

●課題

- ・在宅医療・在宅療養についての、市民の理解は深まっているが、現実の問題として受け止める段階には至っていない。その在宅療養が必要な状況になった時、自分のこと・家族のこととして考えられ、「自宅等」が療養の場の選択肢の一つになるよう、今後も普及啓発に努めていく。

【茨城県理学療法士会】：「介護予防フェスティバル in 北茨城」の実施



介護予防フェスティバル内で行われた寸劇の一場面

●実施内容

- ・「いつまでも生き生き、自分らしくあるために！」のテーマのもと「認知症」を主眼とし、地域に出向いての講演会、クイズ・寸劇・展示・体操実演・体験などの介護予防イベントを実施。(平成 27 年 12 月 6 日)
- ・昼食の無料配膳を実施し、市民と一緒に食事する場を設置。

●工夫した点

- ・平成 25 年度「運動・歩行」、平成 26 年度「看取り」をテーマに実施したことを受け、27 年度は「認知症」をテーマに内容を検討した。
- ・チラシ配布以外に、茨城放送による CM や市内の循環バス広告を活用して広報を実施した。
- ・集客を目的とした軽食の無料配膳を実施した。
- ・地域性を重視した事業とするため、講演会講師などの人員選出に関しては、可能な限り当該地域からとした。
- ・一般市民の皆様にご介護予防、特に今回は認知症に興味、関心をもってもらえるような寸劇や体験型のイベントを企画、実施した。

●成果（良かった点）

- ・事業の企画、準備及び運営を通して、当該地域行政および関連団体や多職種との連携が深まった。

- ・200名の参加者予測数を上回る234名の集客を得られた。
- ・事後アンケートで、次回以降も参加したいという方がほとんどであった。
- ・県理学療法士会、県看護協会、北茨城市シルバーリハビリ指導士会が協働して継続して事業を実施しているので、地域住民の介護予防に関する年1回の普及啓発イベントとして定着つつある。

●課題

- ・会場までの公共交通機関が不足しているため送迎バス等の検討が必要である。
- ・参加者が、シルバーリハビリ指導士の体操教室に参加されている方が多く、それ以外の一般の方々の参加を検討する余地はある。例えば、打合せの段階から、地域住民を巻き込むことなどが考えられる。
- ・年1回の単発イベントとしてだけでなく継続的に、またその後の生活にもつながるように工夫し、地域住民の意見などを取り入れながら取り組む必要がある。

⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

【笠間市】近隣市町村との情報交換会を実施

●成果（良かった点）

- ・近隣市町村の状況を確認できるとともに、法改正に関する理解を深めることができた。

●課題

- ・医療連携や生活支援事業等広域で実施可能なものの検討が必要となる。

⑨その他

【高萩市】

- ・地域包括ケアの仕組み作り→実態調査の結果を踏まえ、高齢者の生活を支えるサービスを作るために地域ケア会議と連携し、サービスについて協議を行った。

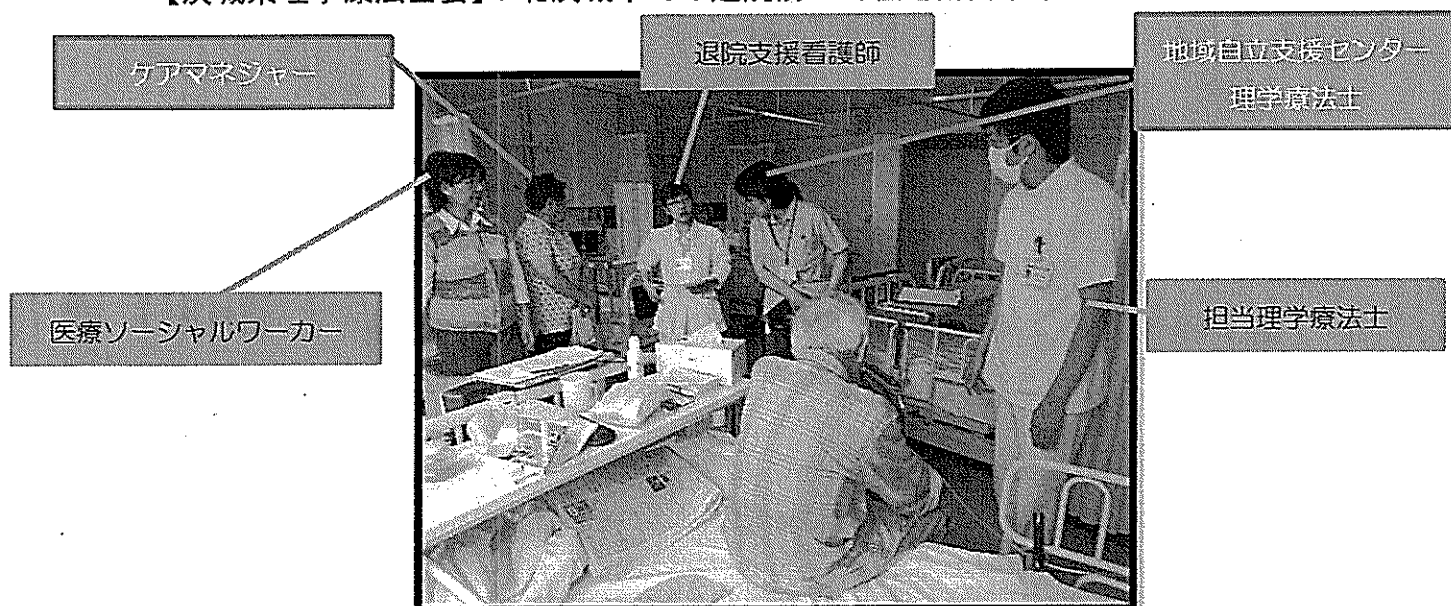
(イ) 退院時支援に係る取組例

【つくば市医師会】：「連携タイム」の実施

- ・在宅担当医師と訪問看護師、介護支援専門員等が連携しやすい「連携タイム（連携・連絡可能な時間帯）」を一覧表として医師会ホームページに掲載
- ・「連携タイム」は好評であったが、介護支援専門員は一覧表を印刷して持つことが多く、電子媒体による情報提供だけでなく、紙媒体での情報提供が必要とされていることがわかった。

- ・連携拠点サイトの情報や構成を迅速かつ定期的に更新することが課題
- ・つくば市医師会のホームページに掲載しているため、医師会のホームページから入らなければならない。そのため閲覧は医療関係者が多く、介護関係者や地域住民の閲覧を促進する工夫をして、普及する必要がある。

【茨城県理学療法士会】：北茨城市での退院前・時在宅訪問事業



家屋調査前の身体状況・入院前の生活について確認している様子

●内容

- 1) トリアージされた入院(所)患者の入院(所)中に在宅訪問をする。
- 2) 在宅訪問の結果を入院(所)施設の医師，看護師，リハビリテーション専門職，相談員および介護支援専門員等に伝え，自立支援を念頭に置いた退院に向け各専門職が計画する情報を与える。
- 3) 適切な退院支援・調整がなされたケースにおいて，退院(所)時あるいはその後に在宅訪問をする。
- 4) 入院(所)時に計画した退院支援・調整計画に問題がないか実際の場面で確認することで，予期せぬ再入院や不作為の廃用症候群の出現を予防する。

●実績 (H26年度)：延べ6件 (※事業に係る訪問・収集活動 21件)

- ・退院前訪問および退院後訪問：2件
- ・退院前訪問（ご本人は同行せず）およびカンファレンス参加：1件
- ・退院前訪問：2件
- ・退院前カンファレンスのみ参加：1件

●成果

- ・北茨城市民病院の入院患者を対象に多職種と協働して実施することができた。
- ・病院以外に介護支援専門員からの相談で退院前、退院後の生活について、多職種と協働してかかわることができた。
- ・退院患者の現状がより把握できるようになり、市内の病院や市外の急性期病院、回復期リハビリテーション病棟まで対象を広げた方が良いという協議会・検討部会での意見が得られ、市外の急性期病院の医療ソーシャルワーカー、さらに介護支援専門員に呼びかけた。
- ・プロボノ活動として理学療法士などを活用できた。

(ウ) 在宅での看取りに係る取組例

【つくば市医師会】パンフレット作成

- ・看取りに関するパンフレット「これからの日々」、「お別れのとき」等を作成し、研修会などで活用法を提示

【茨城県理学療法士会】：北茨城市での地域多職種デスカンファレンス



- ・地域リハビリテーションネットワーク会議の中で、「多職種地域デスカンファレンス～膵癌のケースを振り返る～」を開催

◆参加者：医師 5名 保健師 2名 薬剤師 4名 看護師 15名 救急救命士 1名
理学療法士 10名 作業療法士 1名 言語聴覚士 1名 医療ソーシャルワーカー 1名
介護支援専門員 13名 介護福祉士 3名
市役所事務職 2名 特別支援学校教頭 1名 地域ケアコーディネーター 1名 住民 1名
計 61名

◆会議の流れ

- ① 司会挨拶
- ② デスカンファレンスについて医師より講話
「看取り者のグリーフケアに徹する」「医師は可能な限り話さない」「原因を深堀する必要はない」
- ③ ケース紹介（ケース提供者）
- ④ 関与職種種からの情報提供（主治医，入院病棟看護師，介護支援専門員，薬剤師）
- ⑤ 参加者からのコメント（医師，救急救命士） 「在宅臨界点は家族が
らなくなった時」「つらくなったら救急車を呼べばよい，医療者を頼れば
よい」
- ⑥ 司会まとめ
- ⑦ アンケート記入

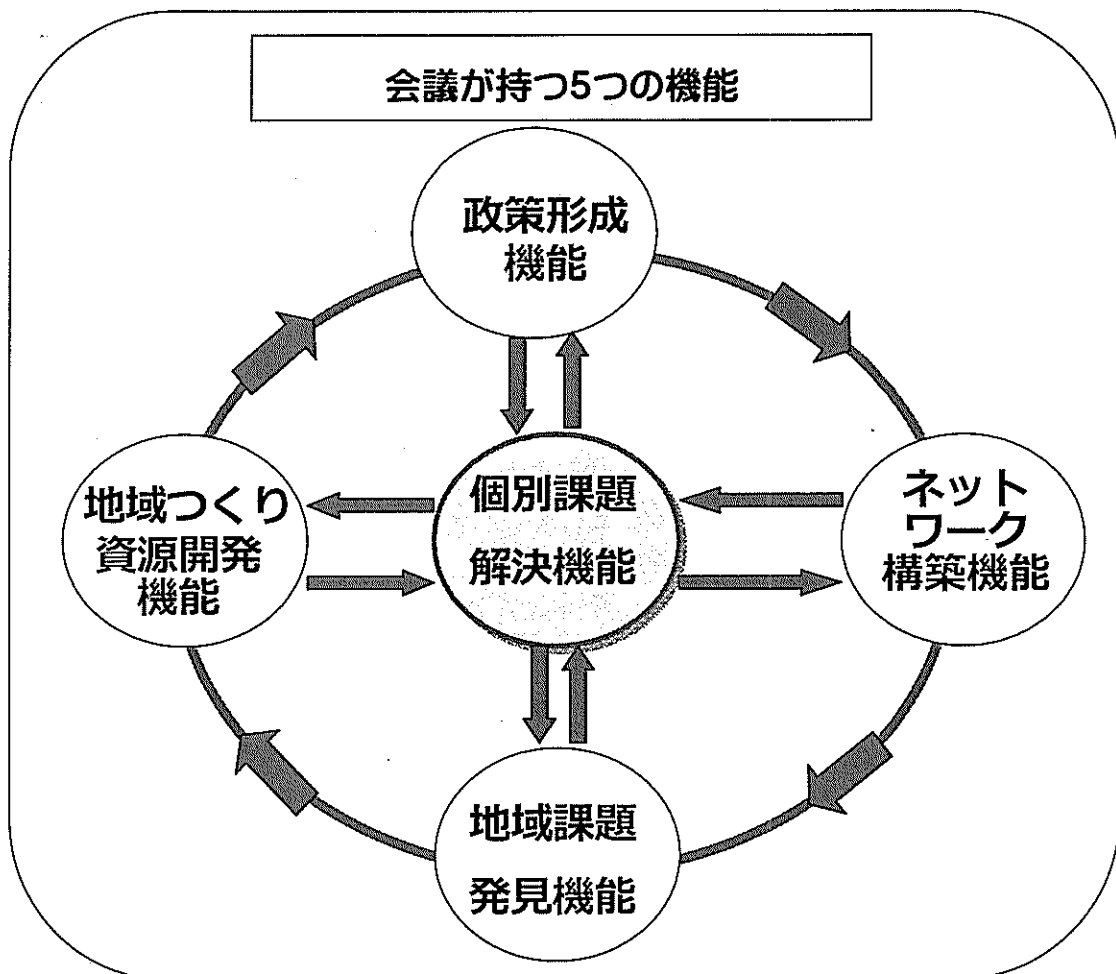
(2) 個別課題の検討会議の充実

ア 会議の在り方

(ア) 会議が持つ5つの機能

○ 茨城型地域包括ケアシステムは、介護保険制度などの法制度での対応に加え、インフォーマルな支援が必要な場合や、ひとり親、引きこもりなどで必ずしも法制度で対応できないケースについても、本県独自の地域ケアシステムのノウハウであるコーディネート機能を活用するなどして、隙間のない支援を行っていくものであることから、障害者支援や、難病患者支援、こども支援など各種制度において、充実・強化されてきたコーディネート機能を担う「相談支援員」などの職種と協働して、会議を開催することが重要であると考えている。

会議を進めるに当たっては、要援護者及びその家族等（以下「要援護者等」）が可能な限り、地域において自立した日常生活を営むための必要な支援体制に関する検討ができるよう、地域の関係機関及び関係団体を構成員として、①「個別課題解決機能」、②「地域包括支援ネットワーク構築機能」、③「地域課題発見機能」、④「地域づくり・資源開発機能」、⑤「政策形成機能」の5つの機能を軸に、地域において適切な支援を図るための必要な検討を行うことが重要である。



- ※①「個別課題解決機能」とは、多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、要援護者等の課題解決を支援するとともに、コーディネート機能を担う相談支援員等の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
- ※②「地域包括支援ネットワーク構築機能」とは、要援護者等の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
- ※③「地域課題発見機能」とは、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
- ※④「地域づくり・資源開発機能」とは、既存サービスやインフォーマルサービス、地域の見守りネットワークなど、地域に必要な資源を開発、発展させる機能
- ※⑤「政策形成機能」とは、地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

(イ) 会議が持つ5つの機能（兵庫県朝来市の取組例）

- 朝来市には、5つの地域ケア会議がある。会議の内容・参加者と担う機能を、参考資料3、4（38頁）のように一覧表にまとめると、相互の関係性が見えてくる。
 - ①から④までの会議は、既存の会議を地域ケア会議として位置付けたものである。しかし、①から④はバラバラに開催されており情報も共有されていなかった。そこで、4つの会議を集約・連動させるための中枢会議体として、⑤地域包括ケアシステム推進会議を新たに位置付けた。
 - 大事なことは、1つの会議のテーブルにあれこれいっぺんにのせてしまうのではなく、各会議体が担う機能をなるべくシンプルにしておくことである。
 - 朝来市の場合、①向こう三軒両隣会議と、②ケアマネジメント支援会議、この2つが個別ケースを扱う会議である。担う機能としては、個別課題解決、ネットワーク構築、社会資源の開発は◎だが、その場で無理やり個別の課題を地域の課題に転換しようとしないうと決めている。
 - 一方、③、④、⑤の会議は、個別課題解決機能のところは×になっている。この3つの会議のテーブルでは個別ケースの検討はしない、と決めている。
 - それでは、何を検討するのかというと、地域課題発見機能、すなわち個別の課題を地域の課題へ転換するための話し合い、そして、地域の課題を解決するための社会資源開発、政策提言の部分を担い、それぞれの会議で話し合うことを明確にした上で、相互の関連性を持たせている。
- なお、取組に当たっては、参考資料5（39頁）を活用して、各市町村で行われている個別課題の検討会議が持つ機能を整理し、効率的な会議の運営を図っていただきたい。

(参考資料3)

会議名	内 容	参集者	個別課題 解決機能	ネットワーク 構築機能	地域課題発見 機能	地域づく り・資源開発 機能	政策形成機 能
①向こう 三軒両隣 会議	利用者支 援	当事者・地 域住民・関 係機関等	◎ 対象者が 抱える課 題	◎ フォーマルとイ ンフォーマルの 連携	△ 困難ケースの 蓄積	◎ 自助・互助を 育む	×
②ケアマ ネジメン ト支援会 議	介護支援 専門員支 援	主任 CM13 名・理学療 法士1名	◎ 介護支援 専門員が 抱える課 題	◎ 主任介護支援専 門員と介護支援 専門員の関係性	△ 困難ケースの 蓄積	◎ 指導マニ ュアル開発・研 修会の開催 等	×
③脳耕会	認知症支 援策の検 討	関係機関 代表者1 5名	×	△ 住民・専門職のネ ットワーク	○ ⑤からのオー ダーによる検 討	◎ 普及啓発等 のツール開 発 オレンジプ ラン作成	×
④在宅医 療連携会 議	介護・医療 の連携に 関する仕 組みづく り	医療・介護 専門職(事 業所代表 者)25名	×	△ 介護・医療のネッ トワーク	○ ⑤からのオー ダーによる検 討	◎ 連携マニ ュアル作成等	×
⑤地域包 括ケアシ ステム推 進会議	地域課題 の抽出・優 先順位の 決定・③④ への指示	関係機関 代表者1 0名	×	△	◎ ①②から地域 課題の抽出・決 定	◎ ③④と連動 しながら開 発に向けた 検討を	◎ 介護保険運 営委員会へ の政策提言

(参考資料4)

会議名	開催回数	特 徴	相互の関連性
①向こう三軒 両隣会議	年50回程度	利用者の個別課題を解決するために、支 援を担う近隣者や関係機関が集う。ニ ーズに合わせて随時開催している。ケース を提携の様式で、蓄積・集約する。	抽出された地域課題は、⑤地 域包括ケアシステム推進会 議へ提出。⑤は、地域課題の 抽出と優先順位の決定、資源 開発に向けた検討を各地域 ケア会議に指示する。 ⑤地域包括ケアシステム推 進会議から、オーダーを受 け、資源開発に向けた情報収 集、分析、検討を行う。
②介護支援専門 員シ メント支援 会議	年10回 (包括) 年90回 (居宅)	包括と居宅で連動展開。 年間100ケースをカンファレンス方 式で支援。指導マニュアルの開発やケア マネジメントしやすい環境整備につな げる。	
③脳耕会	年5回	認知症に係る地域課題を検討。認知症予 防・早期発見に関するツール開発や、見 守り協定等の施策を立案。	
④在宅医療 連携会議	年5回	医療・介護の連携に係る地域課題を検 討。入退院時連携マニュアルの開発や、 情報シート様式の統一等、社会資源の開 発機能とその普及啓発を担う。	
⑤地域包括ケア システム推進 会議 (中枢会議体)	年5回	①～④の上位会議として位置付けてい る。解決できた課題や成功ケースを踏ま えた上で、残された課題を明確にし、資 源開発・政策形成に結びつける。	

(参考資料5)

会議名	個別課題解決	ネットワーク構築機能	地域課題発見機能	地域づくり・資源開発機能	政策形成機能
【記入例】 〇〇会議	◎	◎	○	△	×

イ 会議の進め方

(ア) 会議の名称

- 個別課題の検討会議の名称については、会議の目的や機能に応じて、地域の関係者が理解しやすいように、名称を設定することが重要である。
- なお、名称の設定に当たっては、地域の実情に応じて、会議の機能等を最も有効に発揮できるように工夫することが必要である。

(イ) 会議日程と頻度

- 会議の開催頻度を設定する際は、その会議の機能や目的を整理し、意味のある会議を実施するための回数設定を行うことが重要である。また、開催頻度や開催曜日、時間帯などによる参加者の会議参加への負担、などについての視点を持つことも設定をするうえで重要である。
- 定例化することでのメリットとしては、定期的に会議が行われているため、相談ケースを持ち込みやすい環境になること、関係者のスケジュールを設定しやすいこと、事務局の事務負担軽減につながるなどが挙げられる。
 なお、様式を共通化することで、①ケース提出者の負担軽減、②会議参加者全員が同じ土俵で議論できること、③事務局の事務負担軽減などにつながるものと考えられる。
- 一方、非定例の場合は、緊急度が高い場合は可能な限り即時の開催を、入念な事前準備や調査が必要な場合は時間をかけてから開催することが考えられる。

(ウ) 会議時間

- 会議時間についても、常に「固定した会議時間」とする設定と、「ケース（議題）に応じた会議時間」を設定する方法を目的に応じ決定する必要がある。
また、会議そのものだけでなく、1ケースあたりの検討時間においても同様である。
- 例えば、定例開催されている会議においては、毎月〇週〇曜日14～16時の2時間、といった形で固定してしまうことで、参加者に分かりやすくなり、日程調整を行いやすくなる効果が見込まれる。

○ 取組例

当日の所要時間について

- ・ 会議全体の時間は1時間半から2時間
- ・ 事例1件あたり30分程度で検討を行い、1回の会議で検討する事例は3～4件程度

◎1件あたりの進め方及び所要時間について

① 事例提供者から概要説明 (約 5分)

② サービス提供事業者から評価、今後の支援方針説明 (各1～2分)

③ アドバイザー、参加者からの意見 (約15分)

④ まとめ (約 3分)

※ 128, 129 頁に会議の開催計画書の様式を示しているのので、参考にされたい。

◎ワンポイントアドバイス

- 会議の実際の流れは、目的に応じて異なる。また、参加人数や司会者などといった会議の構成要素によっても多様である。最も注意しなければならないことは、実績づくりのためだけに会議を行わないということである。あくまで能動的に、「地域の目標」の達成を目指し、会議を運営していくことが大前提となる。
- 要援護者等の支援においては、モニタリングの視点（要援護者の疾病の状態や家族等の介護力等）を持ち、目標設定後のチェックをしていくことが重要である。つまり、その変化を見逃さず、ニーズの変化を確認するモニタリングを継続的に行うことにより、要援護者等との信頼関係を築くことが大切である。
なお、モニタリングの結果によっては、必要に応じてケアプランの修正や、次の会議の日程変更なども考えられる。

(エ) 会議で検討することが考えられるケース

- 支援対象者に応じて、それぞれの制度で対応することを基本としつつ、インフォーマルな支援を必要とする人や、単独の制度では解決できず、制度の狭間で支援が届きにくい人、要援護者のみならず、その家族の生活も考慮した「ファミリーケア」的視点でのケースの検討、支援体制づくりの構築が考えられる。
- ケース検討の例
 - ・ 単独の制度では対応できないケース
 - ※介護制度における利用限度額を超えてサービスが必要なケース
 - ※医療依存度が高いケース
 - ・ 制度の狭間で支援が届きにくいケース
 - ※64歳の高齢者、障害認定は受けていないが生活支援が必要なケース
 - ・ 世帯単位で複数の分野の課題が絡み合っているケース（ファミリーケア）
 - ※高齢者の親と壮年の引きこもりのケース
 - ・ インフォーマルサービスの活用が必要なケース
 - ・ 医療との連携が必要なケース
 - ※末期がんの患者に対する在宅でのターミナルケアのケース
 - ・ 要援護者がサービスを拒否している、あるいはサービスの必要性を認識せず利用していないケース

(注) ファミリーケアとは

- 単に要援護者個人を捉えるのではなく、介護者や同居している家族の生活も考慮し、ファミリーを単位として支援することを言う。

例えば、三世代同居の家族であれば、

おじいさんが寝たきり	介護保険サービスが必要
おばあさんは虚弱	介護予防
夫婦共働き	子育て支援
子供が障害者	障害者総合支援法による支援

というように、同じ家庭に複数の支援を必要とする対象者がいる場合、利用者の自己決定のもとにその家族に必要な支援内容を総合的に提供すること。

◎ワンポイントアドバイス

- 会議の事例について、これまで困難事例について検討を行ってきたものの、解決策が導き出しにくく、会議がうまく機能していない市町村の場合には、例えば、一般的な事例を積み重ねる検討の場にするすることで、多方面からの視点でより多くの意見が生まれ、議論が充実し、そこから地域における支援内容の限界点を引き上げることが期待できるので、試していただきたい。

(オ) 会議の構成員及び参加者の選定

- 会議の構成員としては、市町村及び地域包括支援センター職員に限らず、社会福祉協議会職員などの福祉関係者の他、医療関係者などが想定されるが、大事なことはケースに関わっている人、今は関わっていないけれど、これから何らかの支援に関わってもらえる可能性がある人を中心に招集することである。
- あくまで検討するケースの要援護者等が主体であることから、要援護者の課題認識や意向等を参加者全員で共有しながら、課題への対応を共に検討し、要援護者の自己決定に基づく支援を展開するためには、基本的には要援護者等が会議に参加することが有効であるといえる。しかしながら、例えば支援を拒否している要援護者等への働きかけを検討する場合などにおいては、要援護者等が不在で検討を行う方が、個別課題解決の観点から有効であるケースも存在する。そのほかにも、要援護者等の参加による会議の事前調整をする目的で要援護者等が参加しない場合もある。
- 参加者を選定する際は、検討の際に様々な領域が重なることから、総合的に検討できるよう、多職種を選定することが望まれる。
- 会議構成員については、次のような者が考えられる。
 - ※会議の目的を達成するのに最も適切だと考えられる参加者を選ぶ。
 - ・主催者（市町村、地域包括支援センター、市町村社会福祉協議会）、ケース提供者（会議によって多様）、ケースの当事者や家族、地域ケアコーディネーター、介護支援専門員、介護サービス事業者、医療関係従事者（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、栄養士等）、支援相談員（社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー等）、障害者の相談支援専門員、児童相談所職員、保健所職員、警察署員、消防署員、民生委員、住民組織 など

◎ワンポイントアドバイス

- かかりつけ医の参加が難しい場合は、会議の前に予めかかりつけ医からアドバイスを受けるとともに、会議後、その結果報告を行い、今後の支援方策について情報共有を図ることが重要である。
- 多職種が一堂に会することのメリット
 - ・病院の医師や看護師は、見えにくかった要援護者の退院後の生活がイメージでき、入院中の退院支援に活かせる。
 - ・医師は、要援護者を医学的な面から見るだけでなく、家族の関係性や介護力、生活歴なども意識するようになり、介護支援専門員も要援護者が抱える医療面のリスクをきちんと把握するように、要援護者を理解するための多面的な情報が共有できるようになってくる。
 - ・要援護者の生活機能（食事・排泄・歩行などの身体機能等）の向上などについては、専門職が会議へ出席することにより、今後、予測される課題など、より専門的な視点からの指導・助言を受けることができる。
例えば、リハビリテーション専門職や管理栄養士の参加は、生活機能の予後と自立支援の視点や栄養管理の視点をケース検討に活かせる。

(カ) 個人情報の保護

- 会議では、個人情報を含んだ個別ケースを扱う場面が多く存在する。個人情報に対しては、適切な対応をとる必要があるが、個人情報を気にするあまり関係者間での情報共有が満足に図れなくなると、支援内容の検討はもとより、支援が円滑に運ばれなくなることが懸念される。そのような事態を招かないために、個人情報保護法等をベースとし、市町村が地域包括支援センターと協力しながら、会議における個人情報の取扱いについての基本的な方針を定め、周知することが大変重要である。

その際、会議に限らず、関係者間での個人情報の扱いに関する意識を高めることが望まれる。

- 個人情報の取扱いに関する基本的な方針を取りきめる際は、いわゆる「過剰反応」についても考慮し、個人情報保護条例を適切に解釈・運用することが求められる。

「過剰反応」とは、社会的な必要性があるにもかかわらず、法の定め以上に個人情報の提供を控えたり、運用上作成可能な名簿の作成を取り止めたりするなどの行為を指す。

- 以上のことを踏まえ、市町村、地域包括支援センターが収集した個人情報について、本人の同意が無くとも、収集した目的の範囲を超えて外部に提供できる場合は、以下の3点が存在する。

① 法令の定めがある場合

高齢者虐待に関しては、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、発見者には通報義務が課される。また、児童虐待についても同様である。

このような場合には関係機関に対し、必要な個人情報を提供することが不可欠になる。

② 本人の利益を守ることが優先される場合（緊急時）

本人の生命や財産の危機などに対しては、個人情報の保護よりも、本人の利益を守ることが優先すると考えられる必要がある。

「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」の8条第2項第4号「本人以外の者に提供することが明らかに本人の利益になるとき」には目的外に利用できることが明確に定められている。また、個人情報保護法の第23条第1項第2号「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」には、個人情報取扱事業者は個人情報を第三者に提供してよいとされている。

③ 個別の条例による場合

市町村の個人情報保護条例の中に、第三者提供が可能な場合を明示することにより、収集の目的を超えた利用が可能になる。例えば、災害時の要援護者支援や、認知症高齢者、1人暮らし高齢者の支援のために、平時から該当者の名簿を民生委員などと共有しておくために、条例化などを行うことが考えられる。

- なお、市町村、地域包括支援センターが当該個人情報を収集する際、収集の目的と情報を共有する関係機関について、包括的同意を得ている場合は、本人同意に基づき情報提供することができる。

(キ) 会議の運営

- 会議の運営に当たっては、これまで取り組んできた地域ケアシステムや、在宅医療・介護連携拠点などの取組（土台づくり事業「地域レベルでの協議の場」）において構築した地域の多職種間のネットワーク（多職種が互いの専門性の理解や、視点、考え方の違いを踏まえたうえで、役割分担と相互協力が行える体制）を活かし、地域に存在する社会資源及び地域のネットワークを把握し、地域の特性を理解しながら、個別課題の検討を進めていくことが重要である。
- その際、広域的及び医療分野に精通している観点から、保健所の会議への参画が重要であると考えており、課題解決のための方策の提示など果たす役割は大きいと考える。
- なお、各種制度や事業ごとに様々な機能の合議体があるため、新しい会議を立ち上げる前に、既存の合議体をいかに活用するかという視点が大切である。
※ 参考資料6（45～48頁）では、各種制度においてコーディネート機能を持つ合議体を比較しているので、活用していただきたい。
- つまり、地域で開催されているさまざまな合議体に前述の5つの機能がどのように含まれているか洗い出す作業を行い、5つの機能の中で共通した機能を見出すことが重要である。
- 既存の合議体を活用して会議を開催する際は、5つの機能のうち、どの機能と一致するか、それぞれの合議体の機能と整合性を図り、機能が一致すれば、効率的・効果的な会議の運営の観点から同時に開催することも考えられる。

◆コーデイネート機能を持った各制度における合議体の比較

	サービス調整会議（地域ケアシステム）	地域ケア会議（介護保険制度）
目的	在宅の高齢者や障害者などの全ての要介護者に対して、インフォーマルサービスなども含めた最通、効率的かつ確実な保健・医療・福祉の各種在宅サービスを提供するため、対象者一人ひとりについて「在宅ケアチーム」を組織し、地域社会全体で取り組む総合的なケアシステムの構築を進め、誰もが安心して暮らせる福祉コミュニティづくりを推進する。	多職種協働による介護支援専門員のケアマネジメントを通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくとともに、個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくりや政策形成に結びつけていくことで、地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の推進にもつなげていく。
設置根拠	茨城県地域ケアシステム推進事業実施要項	介護保険法第115条の48
設置主体	市町村（市町村社協に委託可）	市町村または包括的支援事業の委託を受けた法人（社会福祉法人等）
主な内容	<p>【個別ケース】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別ケースの支援内容の検討を通じた、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の介護支援専門員の法に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援 ・ 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築 ・ 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握 <p>【地域づくり、資源開発、政策形成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス調整会議は、地域の関係機関・団体で組織化されていることから、既存のサービスがない場合には、新たな在宅サービスを開発する場 <p>市町村、サービス関係者、民生委員、警察、家族 など ※要介護者のニーズ・問題を解決する場であり、構成員の必須要件はなく、必要に応じて出席者を調整</p>	<p>【個別ケース（地域ケア個別会議※地域包括支援センターレベル）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別ケースの支援内容の検討を通じた、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援 ・ 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援 ネットワークの構築 ・ 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握 <p>（地域づくり、資源開発、政策形成（地域ケア推進会議※市町村レベル））</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域づくり、資源開発並びに政策形成など、地域の実情に応じて必要と認められる事項 <p>市町村、地域包括支援センター、介護支援専門員、民生委員、自治会長、NPO、社会福祉法人、ボランティア、介護サービス事業者、OT、PT、ST、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士 等 ※構成員の必須要件はなく、必要に応じて出席者を調整</p>
構成員		高齢者
対象者	全ての要介護者（高齢者、障害者、難病患者、子育てなど）	
配属職種	地域ケアコーディネーター（社会福祉士、保健師、介護福祉士など）※県地域ケアコーディネーター養成研修修了かつ一定の要件を満たすもの	-
配置役割	①ニーズ把握、②処遇方針の策定、③サービス利用、④サービス提供状況の把握を要介護者などの変化に対応しながら、サイクルとして繰り返す、対象者の持つ能力を最大限に生かして、自立を促進し、生活の質の向上を支援	-
遵守すべき事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケアコーディネーターは、地域ケアシステムの専任とすることが望ましい。 ※「平成27年度地域ケアシステム推進事業実施要項」参照。 ・ ただし、他職種が兼務するのは、適切な事務遂行を確保できると判断した場合に限る。 	<p>（地域包括支援センターが地域ケア会議を主催する場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ センターにおける各業務を適切に実施するために、センター以外の業務との兼務は基本的には認められず、センターの業務に専従していることが必要である。 ただし、小規模市町村や専門職員を複数配置する場合には、適切な事務遂行を確保できると判断できるのであれば、センター業務以外の業務を行うことは差し支えない。 ※「平成18年10月18日付老計第1018001号、老振発第1018001号、老老発第1018001号 地域包括支援センターの設置運営について」参照。 ・ なお、基準を満たす場合であっても、補助金等の適正な執行の観点から、例えば、各業務に従事する時間数などで、補助金等を案分するなど適正に経理を行う必要がある。

(参考資料6)

◆コーデイネイト機能を持った各制度における合議体の比較

		協賛体（介護保険制度）	地域包括支援センター運営協議会（介護保険制度）
目的		多様なサービス提供主体間の情報共有及び連携・協働による生活支援体制整備を推進	地域包括支援センターが適切、更正かつ中立に運営されるよう、市町村の適切な意思決定に因与することを目的に設置
設置根拠		介護保険法第115条の45第2項第5号	介護保険法施行規則第140条の52第4号
設置主体		市町村	市町村
主な内容		<p>【地域づくり、資源開発、政策形成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域ニーズ・既存の地域資源の把握、情報の見える化の推進（実態調査の実施や地域資源マップの作成など） ○ 企画、立案、方針策定を行う場（生活支援等サービスの担い手養成に係る企画などを含む） ○ 地域づくりにおける意識の統一を図る場 ○ 情報交換の場、働きかけの場 など <p>※地域ケア会議の機能である、「地域づくり・資源開発、政策の形成」と重複</p>	<p>【地域包括支援センターの運営】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ センターの設置に関すること（圏域設定、委託先選定等） ○ センターの運営に関すること（センターから事業計画書や収支予算書等の提出を受け、事業内容を評価する） ○ センターの職員の確保に関すること <p>【地域づくり、資源開発、政策形成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ その他の地域包括ケアに関すること（地域における介護保険以外のサービスなどとの連携体制の構築、地域包括支援ネットワークを支える地域の社会的資源の開発その他の地域包括ケアに関する事項であって運営協議会が必要と判断した事項を行う）
構成員		市町村、地域包括支援センター、コーデイネーター、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地域組織、協同組合、民間企業、ボランティア団体、介護サービス事業者、シルバー人材センター など ※構成員の必須要件はなく、地域の実情に応じて出席者を調整	①介護サービス及び介護予防サービスに関する事業者及び職能団体（医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、機能訓練指導員等）②介護サービス及び介護予防サービスの利用者、介護保険の被保険者（第1号及び第2号）③介護保険以外の地域の社会的資源や地域における権利擁護、相談事業等を担う関係者④地域ケアに関する学識経験者 など
対象者		高齢者	高齢者
配置職種		生活支援コーデイネーター ※常勤・非常勤やボランティアなどの雇用形態について問わず、また、職種、人数、配置場所、勤務形態などは限定せず、地域の実情に応じた多様な配置が可能	—
配置職種の役割		<ul style="list-style-type: none"> ○ 資源開発（地域に不足するサービスの創出、サービスの担い手の養成、高齢者などが担い手として活動する場の確保など） ○ ネットワーク構築（関係者間の情報共有、サービス提供主体間の連携の体制づくりなど） ○ ニーズと取組のマッチング（地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動のマッチングなど） <p>・基本的には地域の人材を生生活支援コーデイネーターとして新たに配置すること。 ・ただし、経験や実績のある人材の確保・活用の観点や小規模な自治体など自治体の状況に応じた取組の推進の観点から、必要に応じて生活困窮者対策の相談支援員、主任相談支援員、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーデイネーター）のような他職種と兼務することも可能。 ・それぞれの補助金・負担金を財源として充当することは差し支えないが、それぞれの補助目的にそった支出が求められることとなるため、業務量等により区分し、区分経理を行えるようにすること。 ※「平成27年3月27日付 社務地発0327第4号、老振発0327第5号「生活困窮者自立支援制度と介護保険制度との連携について（通知）」」参照。</p>	—
遵守すべき事項			—

(参考資料 6)

◆ コーディネート機能を持った合議体の比較

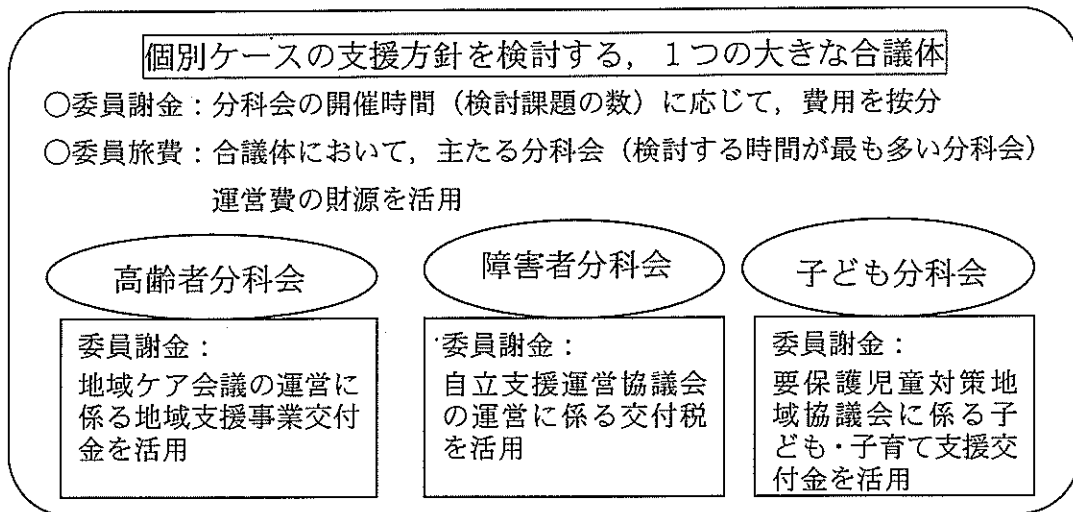
	サービス担当者会議（障害者福祉・計画相談支援）	要保児童対策地域協議会（児童福祉）
目的	効果的かつ実現可能な高いサービス等利用計画を作成するため、各サービスが共通の目標を達成するための具体的なサービスの内容について、支給決定又は地域相談支援給付決定の内容を踏まえて変更を行ったサービス等利用計画に位置つけた福祉サービス等の担当者からなるサービス担当者会議を開催し、当該計画案の内容について説明を行うとともに、専門的な見地からの意見を求める。	虐待を受けている子どもを始めとする要保児童の早期発見や適切な保護を図るためには、関係機関がその子ども等に関する情報や考え方を共有し、適切な連携の下で対応していく。
設置根拠	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準	児童福祉法第25条の2
設置主体	指定特定相談支援事業者の相談支援専門員	市町村
主な内容	<p>【個別ケース】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域生活に必要なフォーマル、インフォーマルサービス等利用計画案の内容についての説明 ・ 利用者のニーズや課題等の確認 ・ 支援者の役割や全体の方向性の確認 ○ 専門的な見地からの意見聴取 ・ 計画案の必要な修正や確定作業 	<p>地域協議会は虐待を受けた子どもをはじめとする要保児童等に関する情報その他の要保児童の適切な保護を図るために必要な情報の交換を行うとともに、要保児童などに対する支援の内容に関する協議を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 代表者会議 地域協議会の構成員の代表者による会議（年1～2回開催） ◇ 実務者会議 実際に活動する実務者から構成される会議（年数回開催） ◇ 個別ケース検討会議 その子どもに関わりを持っていてる担当者や、今後関わりを有する可能性のある関係者などの担当者に よる会議（随時開催）
構成員	<p>相談支援専門員、障害福祉サービス事業（指定一般相談支援事業所、障害福祉サービス提供事業所等）の担当者（サービス管理責任者、サービス提供責任者等）、利用者など</p> <p>※ 構成員の必須要件はなく、必要に応じて出席者を調整</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 児童福祉関係 <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村の児童福祉主管課、児童相談所、福祉事務所（家庭児童相談室）、保育所（地域子育て支援センター）、児童養護施設等の児童福祉施設、児童家庭支援センター、里親、児童館、民生・児童委員協議会、主任児童委員、民生・児童委員、社会福祉士、社会福祉協議会 ○ 教育関係 <ul style="list-style-type: none"> ・ 教育委員会、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、養護学校 ○ 保健医療関係 <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村の母子保健主管課、保健センター、保健所、医師会、歯科医師会、看護協会、医療機関、医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師 ○ 警察・司法関係 <ul style="list-style-type: none"> ・ 警察、弁護士会、弁護士、法務局、入権保護委員会 ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ NPO、ボランティア、民間団体
対象者	<p>障害福祉サービスを利用する障害者若しくは障害児又は地域相談支援を利用する障害者</p> <p>※ 障害：身体障害、知的障害、精神障害 など</p>	虐待を受けた子どもを始めとする要保児童など
配置種	-	-
遵守すべき事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 相談支援専門員は原則として専従。 ・ 相談支援の雇体体制を確保する観点から、業務に支障がない場合はサービス提供事業所の職員等の兼務が認められる。 <p>※ 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」（平成24年3月13日厚生労働省令第二十八号）参照。</p>	-

◆コーデイネート機能を持った合議体の比較

	支障調整会議 (生活困窮者自立支援制度)	認知症初期集中支援チーム検討委員会	高齢者虐待ケース会議 (高齢者虐待防止法第4条)
目的	生活困窮者に対する支援プラン案の検討を行うとともに、必要に応じてプランの進捗状況や見直しなどの検討を行うこと、支援の適切性を担保する。	関係機関・団体と一体的に認知症初期集中支援チームの設置及び活動状況を検討する。	関係機関と情報を共有し、関わりの方角性を統一することで、高齢者虐待事例への対応を明確にする。
設置根拠	生活困窮者自立支援法第2条第2項第3号 生活困窮者自立支援法施行規則第2条	地域支援事業 認知症初期集中支援推進事業実施要綱	高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律 地域支援事業実施要綱、各市町村の設置要項等
設置主体	自立相談支援機関 (県・市福祉事務所による直営、又は社会福祉協議会等に委託可)	市町村	市町村
主な内容	【個別ケース】 ○ 自立相談支援機関が作成した支援プラン案について、本人の課題解決及び目標の実現に向けて内容が適切であるかを、関係者による合議体形式で検討する。 ○ 支援の提供者などが「本人の抱える課題」 「提供される支援の目標」 「支援内容」 「支援を提供する上での留意事項」などを共有し、各機関の役割を明確化する。 ○ プランの終結時などにおいては、支援の経過と成果を評価し、自立相談支援事業としてプランに基づく支援を終結するかどうかを検討する。 【社会資源の充足状況の把握と開発に向けた検討】 ○ 個々のニーズに対応する社会資源が不足していることを把握した場合には、地域の課題として位置付け、社会資源の開発に向けた取組を検討する。	【チーム会議】 ○ 初回訪問後、訪問支援対象者係に観察、評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を、専門医を含め検討する。 【検討委員会の設置】 ○ 医療・保険・福祉に携わる関係者等から厚生し、本事業を推進していくための合意が得られる場とする。 ○ 支援チームと医療関係者との連携を図るため、連絡票などを作成する。	【ケース会議】 ○ 個別ケースの支援 【実務者会議】 ○ 個別ケースの総合的把握 ○ 高齢者虐待防止対策の課題の把握 【代表者会議】 ○ 虐待問題への認識向上 ○ 実務者会議等が円滑に行われる環境づくり ○ 高齢者虐待防止システムの検討
構成員	本人、家族、キーパーソン (※必要に応じて参加)、主任相談支援員、相談支援員、就労支援員、自治体職員、支援の提供事業者、社会福祉協議会の生活福祉資金担当職員、ハローワーク等の専門機関など	認知症専門医、医療・保健・福祉に携わる者2名、かかりつけ医、認知症疾患医療センター担当者、家族会等	市町村、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、介護支援専門員、介護保険サービス提供事業者、かかりつけ医、保健所、福祉事務所、社会福祉協議会、民生委員等
対象者	相談受付時などに振り分け、スクリーニングを行った結果、自立相談支援機関として継続的に支援すべき者として判断された生活困窮者	認知症が疑われる人、認知症の人とその家族	被虐待者 (疑い)、養護者、養介護施設従事者等
配置職種	主任相談支援員、相談支援員、就労支援員は、「社会福祉士等」の支援業務に精通する人員を配置 (各相談支援員は、国が行う養成研修の受講が要件)	認知症専門医、医療・保健・福祉に関する国家資格を有する者2名	市町村地域包括支援センターの社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員、市町村高齢福祉担当
配置職種の役割	○主任相談支援員 ・相談支援業務のマネジメント、高度な相談支援 (支援困難事例への対応など)、地域への働きかけ (社会資源の開発・連携、住民への普及・啓発) ○相談支援員 ・相談支援全般 (アセスメント、プランの作成、支援調整会議の開催など)、個別・継続的・包括的な支援の実施 ・社会資源その他の情報の活用と連携 ○就労支援員 ・就労意欲の喚起を含む福祉面での支援、担当者制によるハローワークへの同行訪問、キャリア・コンサルティング、履歴書の作成指導、面接対策、個別求人開拓、就労後のフォローアップなど	○認知症専門医 認知症に関する専門的見識から指導・助言を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応ずる。 ○医療・保健・福祉に関する国家資格を有する者2名が、認知症が疑われる人・認知症の人とその家族を訪問し、認知症の包括的観察評価に基づき初期集中支援を行うために訪問活動等を行い、早期診断・対応に向けた支援を行う。	○対応経過により、評価・方針の再検討。 ○虐待かどうかの判断、対応方法、終結の判断は、市町村が行う。
遵守すべき事項	・本制度における支援員は、基本的に、新たな人員を配置する。 ・ただし、規模が小さい自治体の場合など人員の確保・配置が難しい場合もあることから、各事業の実施に支障がない場合に限り、兼務は妨げないこととする。 ・また、この場合の負担 (補助) 対象となる経費については、勤務時間数などに応じて、適切に分担することが考えられる。なお、従来から自治体などがその負担で実施している他の事業の財源のみを本制度へ振り替えることは認められない。 ※「平成27年3月19日付 新たな生活困窮者自立支援制度に関する質疑応答集 厚生労働省社会・援護局 地域福祉課生活困窮者自立支援室」参照。	-	-

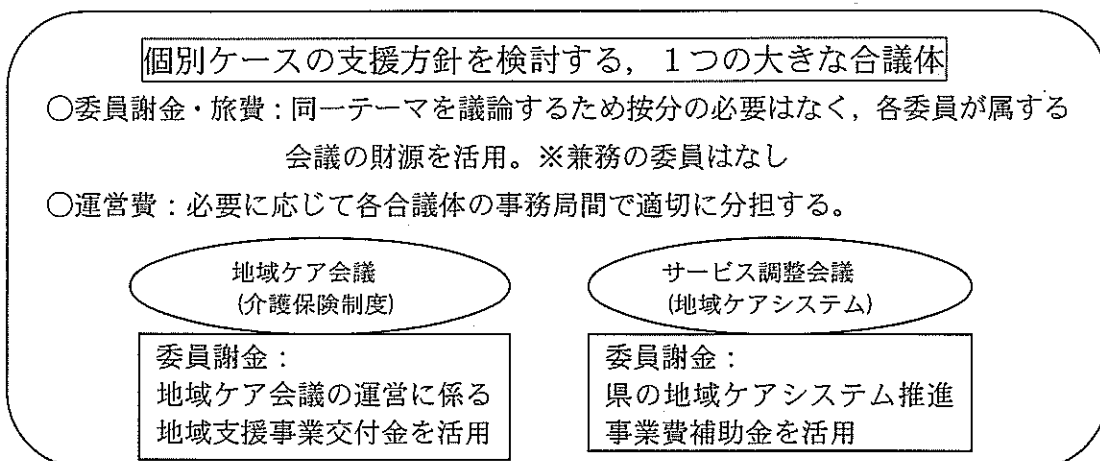
【会議の運営費用の例1】

- 例えば、高齢福祉や障害福祉、生活困窮者施策、権利擁護施策などにおいて、地域の関係者が集まり、個別ケースの支援方針などを検討する合議体が開催されている。地域によっては、合議体の参加者はどの分野でもそれほど変わらないところもある。このため、1つの大きな合議体を構想して、支援内容を検討する対象者ごとに合議体を分ける「分科会形式」などの工夫も考えられる。その際、分科会の開催時間に応じて、合議体に係る費用を按分し、きちんと経理することが必要である。したがって、各種制度において、現在開催されている合議体を再確認し、同じ機能があるものや、少し工夫することで機能が備わるものを整理し、これまでの取組や蓄積を活かす方向で合議体を形成していくことが重要である。



【会議の運営費用の例2】

- 同じ機能を持つ複数の合議体において、異なる委員に委嘱を行ったうえで、各合議体の委員が同じ時間、場所、テーマで議論を行う。その際の、謝金、旅費は各委員が属する合議体の財源を利用する。また、運営費の分担方法等は、事前に各合議体の事務局間で取り決めておく必要がある。

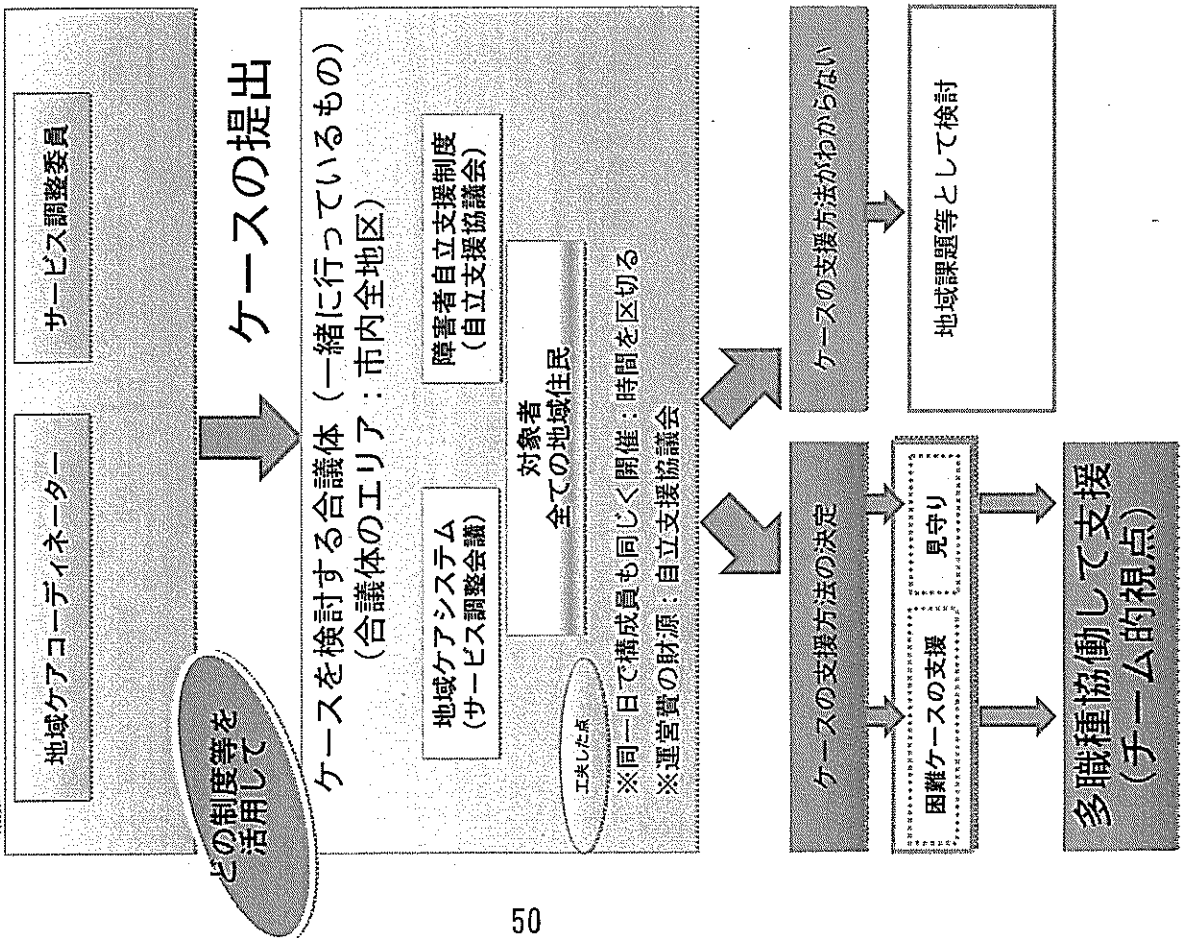


(ク) 会議の運営（市町村の取組例）

各種制度において、同じ機能を持っていたりメンバーが同一であったりする合議体をどのように整理し、活用していくか。次ページ以降では、県内市町村における個別課題検討の合議体形成の取組を例示するので参考にされたい。

(ア) 合議体による分科会形式（守谷市）
（会議名：地域ケアサービス調整会議）

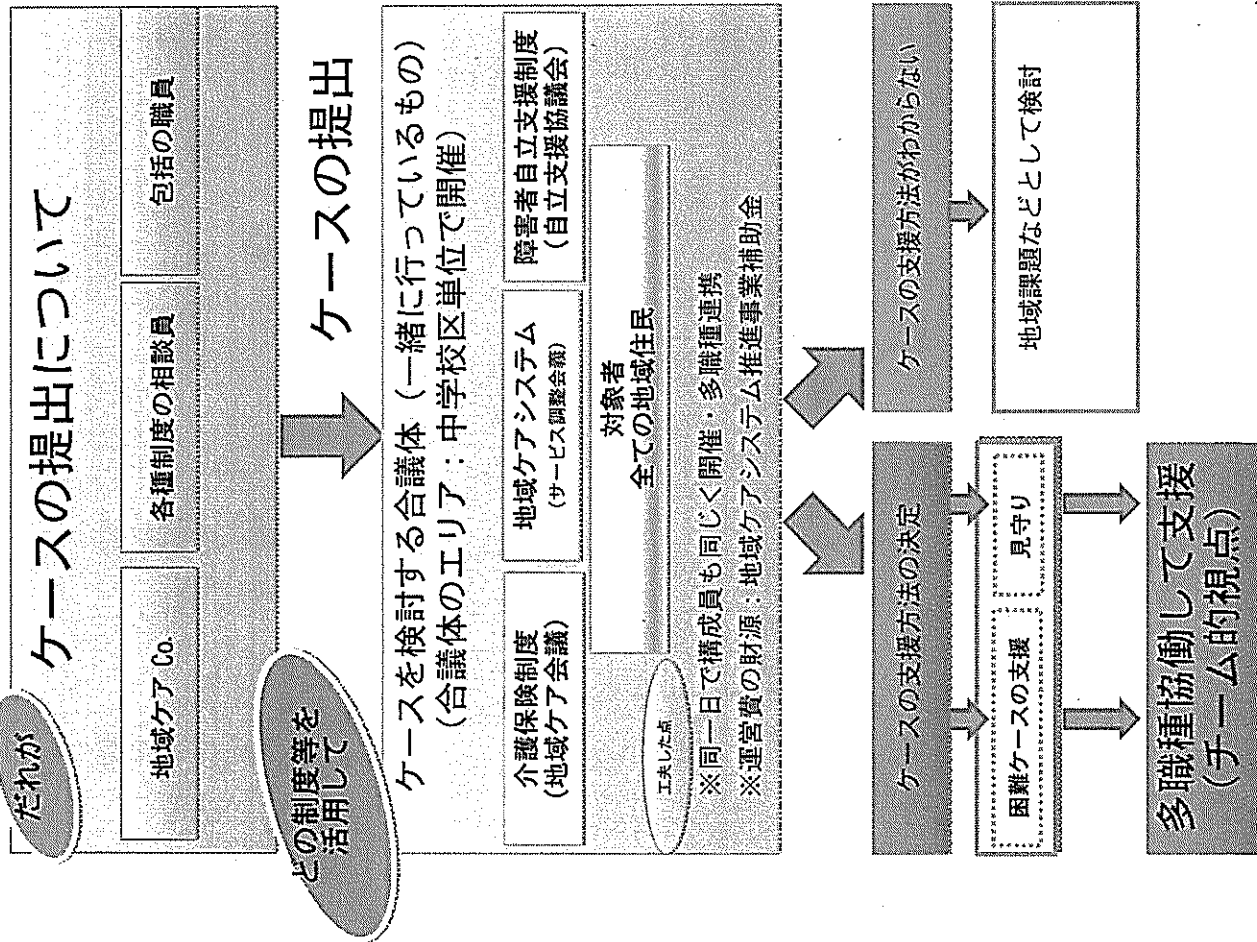
ケースの提出について



○守谷市において個別課題の検討を行っている合議体

事項	採取制度の 名称	合議体の エリア	検討する 対象	合議体の構成 委員	実施の経路	実施を工夫した点	成果の一例
地域ケア分科会 （分科会調整制 度）	個別	高齢者	本人・家族・介 護支援専門 員・民生委員・ 行政など	なし	個別課題の検討から 地域課題を抽出する 視点を盛り入れている	・個別課題の検討を通じて、地域のニーズや資源を把握できている ・地域課題が連携して検討出来る事で、解決に向かうことになってきている	
地域課題支援 センター運営 協議会 （分科会調整制 度）	市内 全域	要支援と要 介護の要 保護者	医療機関・民生 委員児童委員・社 会福祉施設・訪 問看護士チ ーム・当事者 シヨク・各種相談 員・ボランティア 団体・行政機 関・社会福祉協 議会・その他必 要な機関	〇自立支援協議会	個別課題の検討は行っていない		
協議体（生活 支援体制整備 事業） （分科会調整制 度）	市内 全域	〇（会議 名：地域 ケアサー ビス調 整会 議）	を 支 援 必 要 と す る 要 保 護 者	〇自立支援協議会	実施していない		
サービス調整 会議 （地域ケア システム）	市内 全域	〇（会議 名：地域 ケアサー ビス調 整会 議）	を 支 援 必 要 と す る 要 保 護 者	〇自立支援協議会	実施していない		
自立支援 協議会	市内 全域	〇（会議 名：地域 ケアサー ビス調 整会 議）	を 支 援 必 要 と す る 要 保 護 者	〇自立支援協議会	実施していない		

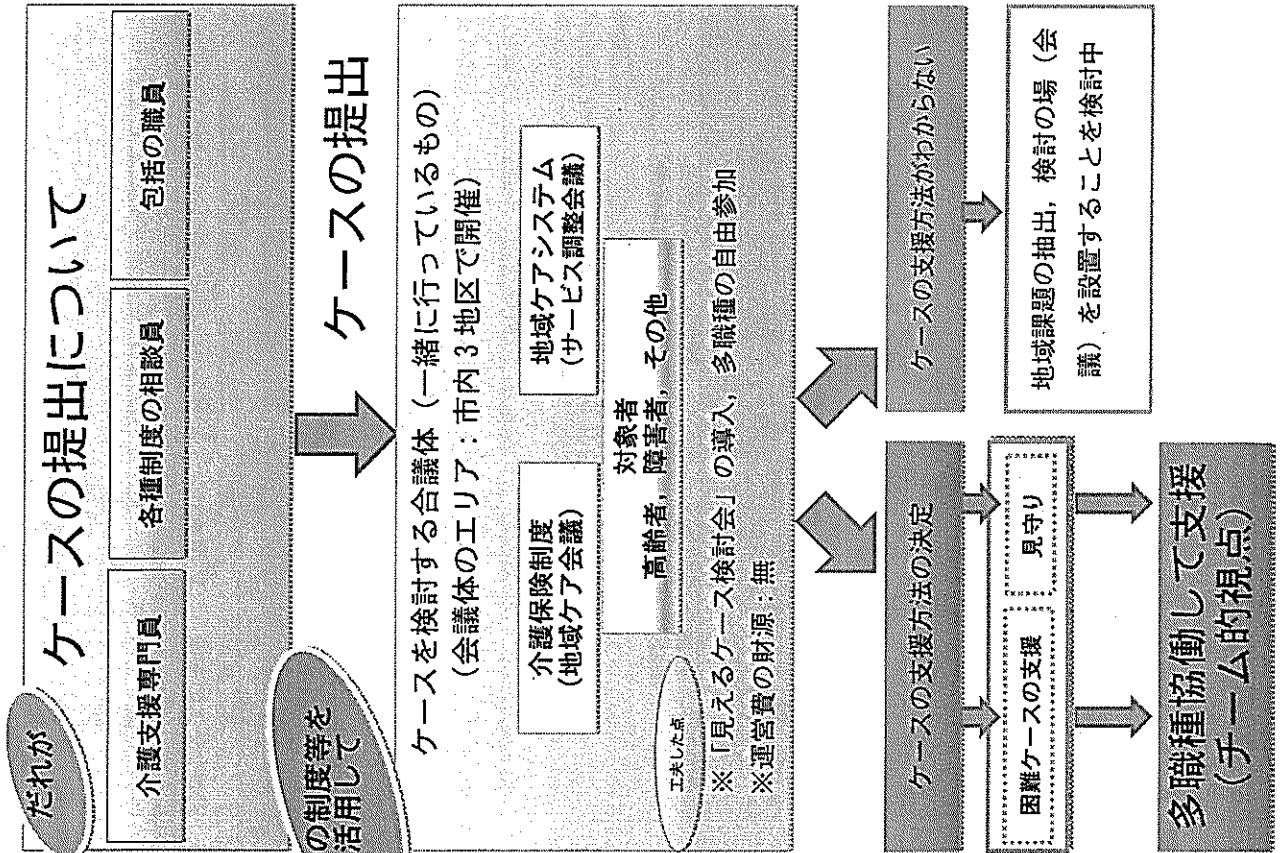
(イ) メンバーが同じ合議体が、単一テーマを議論する形式（土浦市）
 （会議名：サービス調整会議）



○土浦市において個別課題の検討を行っている合議体

下 項	複数制度の 名称の活用	各制度の工 作	検討する 対象者	各議の構成委員	各議の運営費	会議を 実施した点	成果の一例
地域ケア 会議 （介護保 険制度）	○ （会議 名：地域 ケア会 議）	中学校 区単位 で開催	高齢 者	○委員数 81名 ○委員の職種及び 役職 医師、民生委 員・児童委員、訪 問系講師、在宅介 護支援センター、 障害相談員、ボラ ンティア、市民委 員会福祉部、薬剤 師会、介護支援専 門員、障害相談支 援事業所、地域包 括支援センター、 保健所	地域ケアシ ステム推進 事業補助金 2カ月に1 回開催し、 出席回数分 議金を支払 っている。	ふれあいネッ ト ワークとい う土 浦市独自の仕 組みを活用し、地 域ケア会議とサ ービス調整会議 を同時に開催し ている。2つの 会議を区別する ことはない。	会議において出 された地域課 題について高齢 福祉課と協議の 場を持つことが できた。
サービ ス調整 会議 （地域ケ アシステ ム）			すべ ての 要 援 者				福祉分野だけ ではない委員の出 席により、多職 種連携が構築で きた。

(工) 会議の運営費をゼロにした形式 (笠間市)
(会議名: 地域包括ケア会議)



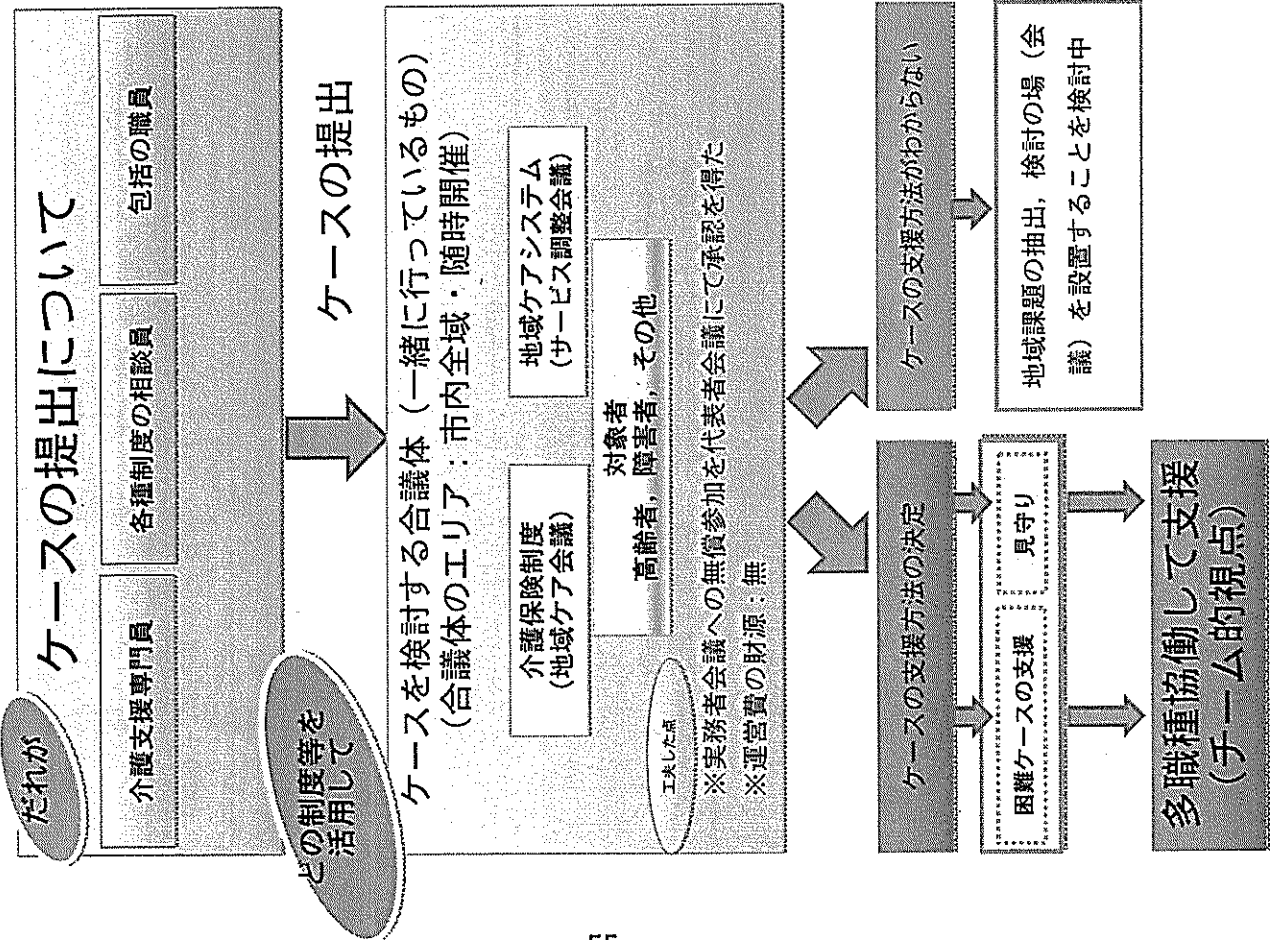
○笠間市において個別課題の検討を行っている合議体

事項	合議体の活用	合議体のエリア	検討する対象者	合議体の構成	合議体の運営	合議体で決めた点	成果の一瞥
地域ケア会議 (介護保険制度)	○ (会議名: 地域包括ケア会議)	3つの生活圏に支店 (笠間地区, 女性地区, 岩間地区)	高齢者, 障害者, その他	○ 会議は自由参加 年度当初に会議の予定を関係者に通知 医師, 歯科医師, 薬剤師, 理学療法士, 作業療法士, 栄養士, MSW, 介護支援専門員, 訪問看護師, 地域ケアコーディネーター, その他, 民生委員 ○ ファシリテーターは、多職種の希望者から前修会に参加していただきた。医師2名, 看護師3名, 介護支援専門員5名, 理学療法士2名, 作業療法士1名, 地域ケアコーディネーター1名, 保健師3名, 介護支援専門員	無	○ 笠間市医師会, 社会福祉協議会, 地域ケアコーディネーターが中心となり、地域包括ケア会議として開催している。地域ケアコーディネーターと地域包括支援センターの調整により、26年度から開催している。月1回隔2本隔日開催 (12回/年) ○ 見えるケース検討会を導入し、ファシリテーターは多職種で構成されている。地域ケア会議ごとに担当を分見、ファシリテーターは2名で進行が、組み合わせても多職種連携、ファシリテーターは自主勉強会を開催している。	○ 見えるケース検討会を取り入れたところ、口コミで地域包括ケア会議への参加者が増えた。 ○ 多職種によるケース検討会を行うことで、多発的な相談が行われている。 ○ 参加者の顔の見える関係ができており、地域において多職種での連携がしやすくなった。 H26年度地域包括ケア会議参加人数 医師29人, 歯科医師6人, 薬剤師28人, 看護師42人, 保健師22人, 理学療法士16人, 作業療法士12人, 言語聴覚士1人, 栄養士1人, 介護士11人, 介護支援専門員263人, MSW17人, 生活相談員8人, 訪問看護師12人, 病院事務1人, 施設管理員2人, 地域ケアコーディネーター84人, 地域包括ケアセンター職員, 地域ケアセンター84人, その他36人 合計696人
地域包括ケアセンター運営協議会 (介護保険制度)							
協議体 (生活支援センター) (介護保険制度)							
サービス課 協議会 (地域ケアシステム)	○ (会議名: 地域包括ケア会議)				無		

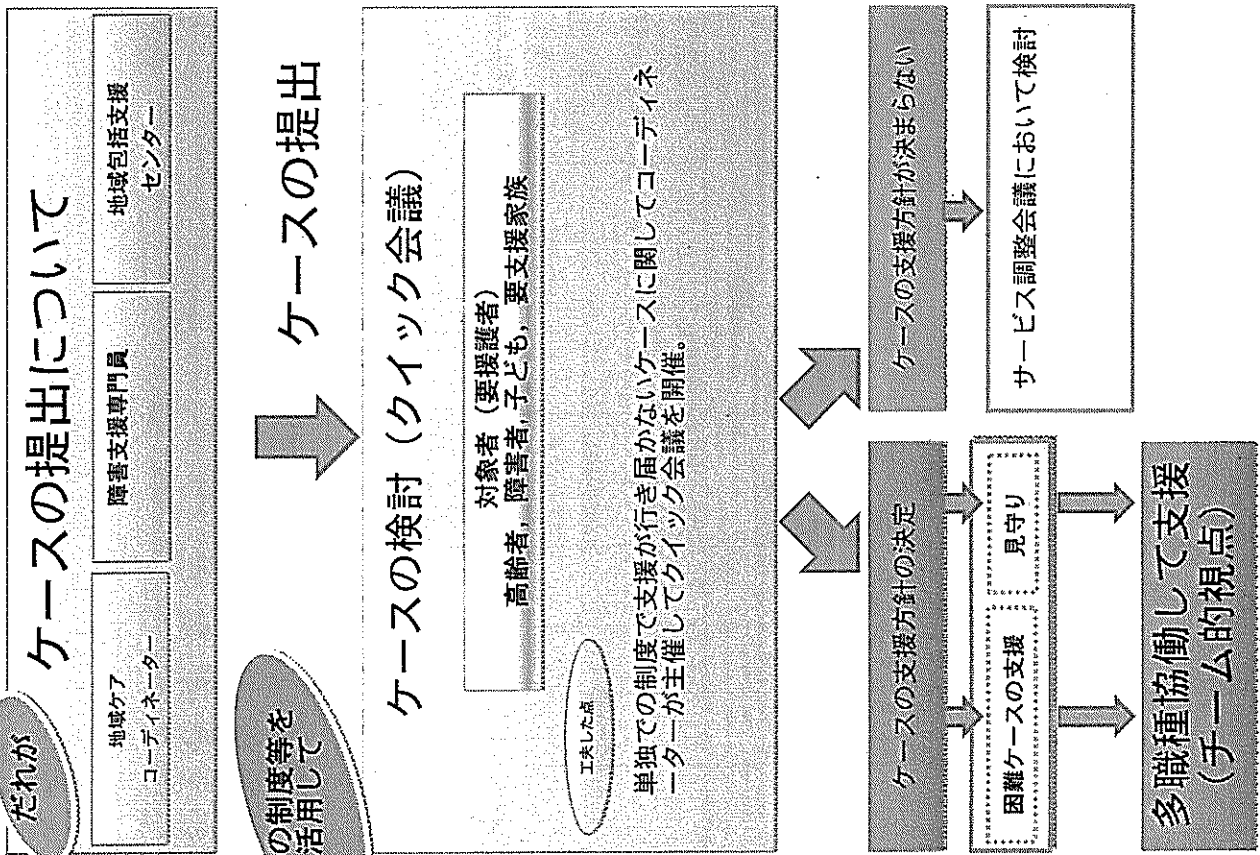
〇笠間市において個別課題の検討を行っている合議体

事項	実施制度の名称 の活用	実施 主体の エリア	検討する対 象者	委員の構成	委員の 座席費	会議の 実施の 概要
地域ケア会議 (介護保険制 度)	〇 (会議名： 地域ケア システム ネットワーク 実践者会 議)	市内全 域	高齢者、 障害者、 その他	〇会議は随時 開催 早急な対応を 検討する必要 がある場合に 開催 〇地域ケア支 援センター、 地域ケアサ ポートセンター が関係員 を招集し開催	無	〇地域ケアサ ポートワー ーク代表者会 議において、 現場関係員 の出席の承認 を得た。 〇実務者会議 は、地域ケア 支援センター や地域ケア サポーターが 専門職や民 生委員など から相談を 受け、随時開 催できるこ ととした。 〇地域ケアサ ポーターは地域 ケア支援セ ンターのプ ランニング も担当して いる。 月1回現守 り対象者の モニタリ ング報告会 を開催し、対 応困難ケー スについて の情報を共 有している。 介護保険対 応の高齢者 以外にも障 害、母子な どの課題を 抱える事案 について地 域ケア支 援センター、 市役所福祉 部と共有し ている。
高齢者福祉 センター (介護保険制 度)				保健師 3 名 介護支援 専門員		
高齢者福祉 センター (介護保険制 度)						
介護支援 センター (介護保険制 度)	〇 (会議名： 地域ケア システム ネットワーク 実践者会 議)				無	

(工) 会議の運営費をゼロにした形式 (笠間市)
(会議名：地域ケアシステムネットワーク実践者会議)



(オ) 協議体ごとに個別課題の検討を行う形式（小美玉市）
 (会議名：地域ケアシステム クイック会議)



○小美玉市において個別課題の検討を行っている協議体

事項	当該制度の名称	対象となる地域	協議体の構成	協議体の名称	実施主体となる機関	実施の概要
サービス提供 対象 (0歳から75歳)	市全域	高齢者 以外の 要援護 者	行政関係 介護福祉課長 社会福祉課長 健康福祉課長 子ども福祉課長 福祉事務所担当 者 地域包括支援セ ンター 民生委員 市里, 小川, 美 野里 協議会長 区長会長 老人クラブ連合会 長 社会福祉施設代表 者 ※ 3施設 各種相談員 身体障害がいっ き組 知的障害がいっ き組 ボランティアド 員 市内開業の医師 協議会長 社会福祉協議会 水戸保健所地域保 険推進室 福祉福祉相談セン ター担当 者	○地域ケ アシステム 推進事業 費助成金	地域内の対象者な どの状況の把握と フォローアップの 一元把握がしやす いように、会議実 施の際には行政関 係者に属さないよ うに会議員の召集 をしている。	介護保険や障 害者自立支援法 等の公的サービス が提供している 中で、ケアコー ドにアピアース を推進するすめ ては、その時 点ではサービス につなげられな くも、環境の変 化や状況の変化 を見据えて、再 度ケアプログラム をすすめて、再 見直しを必要と している。
						平成6年から 地域ケアコー ディネーターの 取組により、 地域の福祉関係 者から定例的 に協議会が成 立している。直 接ケアへの ニーズもあ る。 ケアコー ディネーター が相談や安 否確認のため に訪問活動 を繰り返して いる。この 中で、要援 護者やその 家族を支 えること が課題とな っている。

事 項	推進制度 の会員の 種類	参加の エリア	参加する 対象 者	会員の 構成要員	会員の 経費費	会費を 支払った 数	会費の 一割
自立支援協議 会		全域	障害者	市障害福祉課 職員 水戸保健所 ハローワーク 企業連絡会	市一般財源	年1回実施 個別課題と地域 の就労課題に関 して検討をし た。	個別課題の検討 について、 効果的なアプロ ーチを検討する中 で、当事者への働き かけよりも、当事者 を支えている娘や 夫への支援をする ことで当事者の状 況を改善させる方 外とした。
旭東精神障害 者支援事業		全域	精神障 害者	県精神保健福 祉センター職 員 市障害福祉課 職員 市内障害者相 談支援専門員	県事業費	年2回程度実施 市としては会場 提供と連絡調整 を行った。	個別課題の検討 について、 県精神保健福祉 センターの職員が 進行役になり、各参 加者から自由な意 見を頂いていく中 で支援方針を定め ていった。

ウ 会議の充実を図る新たな取組等

(ア) 統括コーディネーター(仮称)

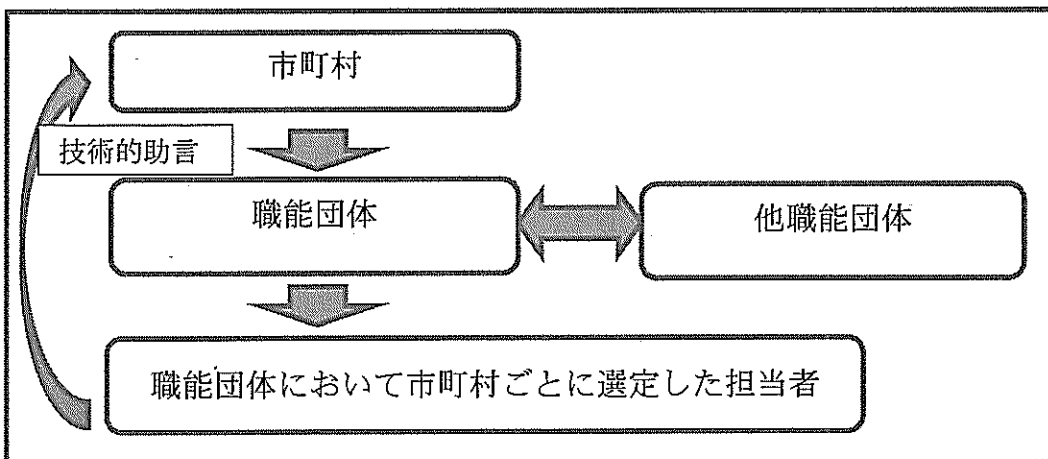
- 個別課題の検討会議の充実を図るためには、充実してきた各種制度の相談支援員などの活用が考えられる。その際、これらコーディネーターと緊密な連携を図り、一体的に対応できる体制の要として、「統括コーディネーター(仮称)」を位置付けることにより、円滑な会議の運営が期待される。
- 「統括コーディネーター(仮称)」については、これまで地域において相談支援業務を担ってきた地域ケアシステムの「地域ケアコーディネーター」や、地域包括支援センターの職員、社会福祉協議会の相談支援員などが考えられる。
- なお、統括コーディネーター(仮称)については、必ずしも、すべての分野に精通した特別な存在である必要はない。なによりフットワーク軽く行動する力、他職種を理解しようとする力が求められる。

(イ) 多職種連携を支援するための職能団体における担当窓口の設定

コーディネート機能である「個別課題の検討会議」や、「訪問型サービス、通所型サービス」における介護職員等への助言などの場面における多職種連携を支援するため、職能団体に市町村ごとの担当窓口を設定すべく、調整を進めることとする。

なお、市町村ごとの担当窓口設定の進捗状況や各団体における支援内容などについては、県主催の各種研修会等の場を通じて情報提供していく。

【担当窓口の活用の流れの例】



※職能団体の連絡先については、別紙(159, 160頁)を参照。

(ウ) 県・保健所の役割

- 広域的及び医療分野に精通している観点から、保健所の会議への参画が重要であり、課題解決のための方策の提示をはじめ、市町村の茨城型地域包括ケアシステム構築への支援など果たす役割は大きいと考えている。

このため、保健所内の関係課・室が連携を図りながら、一体となって地域の実情に応じ、取組んでいくことが望ましい。今後、地域保健推進室と保健師の保健活動を組織横断的に総合調整する「統括保健師」が連携し、市町村の統括保健師とも協働しながら、個別課題の検討会議のケース調整などに取組むことが必要である。

(県・保健所の役割)

地域保健法第4条第1項の規定に基づく
「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(抜粋)

第1 地域保健対策の推進の基本的な方向

4 医療、介護、福祉等の関連施策との連携強化

- 県及び保健所は、広域的な観点から管内の現状を踏まえた急性期、回復期及び維持期における医療機関間の連携、医療サービスと介護サービス及び福祉サービス間の連携による地域包括ケアシステムの強化に努めることが必要である。
- また、医療機関間の連携体制の構築においては、多くの医療機関等が関係するため、保健所が積極的に関与し、地域の医師会等との連携や協力の下、公平・公正な立場からの調整機能を発揮することが望まれる。
- なお、保健所は、所管区域内の健康課題等の把握、評価、分析及び公表を行い、市町村と情報の共有化を図るとともに、当該市町村と重層的な連携の下、地域保健対策を推進するほか、介護及び福祉等の施策との調整についても積極的な役割を果たす必要がある。

第5 社会福祉等の関連施策との連携に関する基本的事項

4 高齢者対策及び介護保険制度の円滑な実施のための取組

- 県においては、保健部局と関連部局、関係機関及び関係団体とが十分に連携するとともに、市町村に対して、県内の保健、医療、福祉サービスに関する情報を提供すること。
- 保健所において、市町村が高齢者対策に係る取組及び介護保険制度を円滑に実施することができるように、市町村が行う介護保険事業計画の推進、サービス資源等についての市町村間の広域的調整及び開発等に対して支援を行うこと。

◎ワンポイントアドバイス

- 会議では、支援を必要とする方を支えるために、地域の関係者が一堂に会し、支援を必要とする方のニーズは何か、どのような支援が必要なのか、そのためには、地域において何をすべきかを地域の関係者が悩み、一緒に考えていくことが重要であり、単に会議を開催することではない。
地域ケアシステムのノウハウとは、このような地域の取組を20年かけて創り上げてきたことであり、この取組を充実させていくことこそ「地域包括ケアシステム」を構築する源である。
- 要援護者だけを支援しようとしても、効果は得られにくいいため、世帯、そして地域全体を見ていくマネジメントの視点が求められている。
- 個別ケース支援方針決定においては、短期目標と長期目標を併せて考えておくことが重要である。こうしておけば支援がうまくいかなかった場合に、どの段階で問題が起きているのか、目標のどこまでが達成されているかなどを明らかにすることができる。
- 要援護者の家族等が、サービスの実施者としてかなりの役割を担うため、家族が何をするのかをはっきりさせるとともに、要援護者サイドの意見をしっかりと聞き、支援方針に反映させることが重要である。
- 課題対応へのプロセスの中で地域包括ケアに携わる一人ひとりが、行政や専門職の立場を超えて、自分事として課題に向き合い、何をすべきかを見つめ直すことが必要である。
- 会議を1回で終わらせようとしているところが多いが、1回、2回と会を重ね、場合によっては、参集者を変えることで様々な意見が出され、その積み重ねにより課題解決へとつながっていくことなども考えられる。
- 具体的な検討ケースとして、介護が必要な高齢者の親と壮年の引きこもりのように世帯単位で複数分野の課題が絡み合う「ファミリーケア」が必要なケースや、収入が少ないなどの経済的困難ケース、独居の認知症高齢者などが考えられる。このようなケースを一つひとつ積み上げ、課題などの分析・整理（検証）していくことが解決への糸口に繋がると考えている。
- 個別の課題解決に向けた一つひとつの取組が、地域課題の発見につながっていく。