

第4章 事業推進に向けたポイント＞個別支援の検討からはじめる地域づくり

<参考>地域ケア会議を活かした地域づくり実践事例

愛知県豊明市「多職種合同ケアカンファレンス」の概要

市が主催する症例検討会議（ケーススタディ型）
平成28年4月から毎月実施。

【目的】

規範的統合（医学モデルから**生活モデル**へ）
自立支援型ケアマネジメントの徹底
多職種の視点による**重度化予防**
専門性の向上と他の職種への**技術移転**

【開催頻度】

包括版（要支援） 月1回1時間半（4ケース）
居宅版（要介護） 月1回1時間半（2～3ケース）

【参加者】

参加者を固定しない“オープンカンファレンス”
地域包括支援センター、ケアマネジャー、
サービス事業所（看護師、リハ職、相談員等）、
医師、歯科医師、薬剤師、PT、OT、ST、
管理栄養士、歯科衛生士、
生活支援コーディネーター、司法書士、
保健師、看護師、MSW、
障がい者基幹相談支援センター、
生活困窮自立生活相談センター、
その他、大学病院実習生、民間企業 等



＜参考＞地域ケア会議を活かした地域づくり実践事例

多職種合同ケアカンファレンスをはじめたきっかけと深化の軌跡

□ 豊明市が抱えていた要支援者等に対する課題

- ・ 後期高齢者数の伸びを大きく超え、訪問・通所型サービスの給付費は5年間でそれぞれ2.5倍、1.5倍に増加。
- ・ サービス利用開始から1年後の重度化は、要支援1で約60%、要支援2で25%と、全国平均と比べて高い。

➡要支援者の増加に伴い訪問・通所型サービスの利用が増加しているが、介護予防の効果が十分でない。
総合事業の標準支援として3～6カ月（計30回）の短期集中のリハビリで、日常生活に戻すプログラムを創設。

多職種合同ケアカンファレンスの深化の過程

□ 議論の質の変化

カンファレンス開始当初の論点は、総合事業で新設した短期集中予防サービスの利用終了者の生活を、どのような地域資源で支えるかであった。その後、開催回数や検討事例数を重ねる中で、要支援者等にとって大切なことは、サービス終了後の行き先ではなく、“元の暮らしに戻るために、何を解決すべきか”という視点であることに気づき、カンファレンスの論点が深化した。

□ 多職種合同ケアカンファレンスの効果

- ・ 政策課題の発見と制度への反映
- ・ 多職種間での専門性の技術移転
- ・ 高齢者が抱える生活課題の把握と生活ニーズに沿った資源の把握、創出

生活ニーズが分かってはじめて
これまで見ていなかった「資源」が見えてくる



多職種合同ケアカンファレンスの進め方と参考になるポイント①

事前準備

豊明市の例	ポイントとなる考え方
1. 年間の開催計画の策定 開催計画をもとに、事例候補の案出しを地域包括支援センターに依頼。	□ 豊明市の特徴 ① オープンカンファレンス式 参加自由、アドバイザー不在（フラットな関係） ② ケーススタディ型 ケアプラン修正を目的としない ③ “生活モデル”に基づくディスカッション 質問ではなく討論重視
2. 検討事例の選定 - 事例選定基準 ① 事業対象者～要支援2までの新規ケース ② よくある事例 ③ 多様な学びが得られる事例:事例の多様性を意識 (例 認知症、進行性疾患、家族機能に問題がある事例)	□ 目的意識を持った事例選定 ① 自立支援を意識するには、新規ケースを検討するほうが有効。 ② 参加者が職域の学びを深めるには、他のケースに汎用性のある地域によくある事例が有効。 ③ 1回に検討する事例の特徴を多様にしたほうが多様な学びが得られる。
3. 論点整理 カンファレンス開催前にあらかじめ、事例が抱える課題を大まかに予測し、論点整理を行う。	
4. 検討事例の事前共有 - 会議開催2、3日前に、ICT多職種情報連携ツール（いきいき笑顔ネットワーク）を利用して検討事例の資料を共有する。事例の予習は任意。 - 会議はオープンで、参加は任意のため、カンファレンス開始当初は、検討事例で利用するサービス事業所の理学療法士には出席をお願いした。	□ 参加者を固定しない運営 参加者を固定せず、全ての医療・介護事業者に参加を促すことで、元の暮らしに戻す支援ができるよう規範的統合につながる。

多職種合同ケアカンファレンスの進め方と参考になるポイント②

事例 検討 のコツ

豊明市の例	ポイントとなる考え方
1. 個別支援検討の視点の共有 事例検討に入る前にファシリテーターが、下記の議論のコツ（論点）を示す。 ① 解決すべき課題は何か？ ② 今の支援方法で課題は解決できるか？	□ 議論をシンプルにする ・ 議論するポイントを示し、参加者がどのような視点で考え、コメントすればよいかを伝える。
2. 事例の“課題”と“目標”を確認 ・ 解決すべき課題は何なのかを探る。 例 「どのような困り事で申請に至ったのですか？」 ・ 課題解決のためのサービス利用であることを、参加者に意識させるため、“目標”を確認する。 例 「半年後に短期集中予防サービスで効果が出て買い物が自立できそうですか？」	□ 論点を明言し参加者の意識を誘導する ・ 冒頭で、“①解決すべき課題は何か”という論点を参加者に意識づける。 ・ 事例の紹介を聞きながら、参加者が“②今の支援方法で課題は解決できるのか”を考えられるよう引き込む。
3. 事例の医学的リスクへの対応 ・ 医学的リスクがある場合は優先的に解決策を検討する。 例 服薬や医療機関受診のコンプライアンスや、症状のコントロール等	
4. 事例の生活支援を論点としたディスカッション ・ 心身の症状、住環境、性格・生活背景、懸念事項等の個別性を鑑み、個人に合った最適なサービスを議論する。 例 軽度認知障害で引きこもりがちになり、筋力低下が懸念される。以前の体操教室に通えなくなった理由は？症状がありながら、筋力維持をするためには？家族の意向は？どのような教室なら通えるか？	□ 個別性を踏まえて最適なサービスを議論する ・ 事例の当事者が、実行できるサービスや地域資源を追求。 ・ ファシリテートでは、“これはできそうか”、“なぜできないか”、“家族の考えはどうか”等、参加者に質問を投げかけながら阻害要因や個人・家族のこだわりを、とことん掘り下げ議論を深める。

対象者の特徴（要となる問題点）を記載する
 1.意欲低下、2.筋力低下、3.認知症、4.心肺機能低下（持病の悪化）、5.その他

参考）多職種合同ケアカンファレンス資料（要支援版）

豊明市提供資料

No	カンファ 施日	担当	初回訪 日相談日	年齢	性別	障 自立	認 症	前回の 介護区分	要介 区分	特徴	住環境 (〇町戸建)	世帯構成 家族情報	身長 体重	医療情報	服薬情報	生活課題	望む暮らし (目標とする生活)	ケアマネの見立て (総合的な課題)	フォーマル サービス	インフォーマルサ ビス	モニタリング・評価	
																					〇月	カンファレンス時の状況
48	8月10日		4月10日	86	女			自立	新規	支援 2	1, 2	〇〇町 戸建て 玄関から道路ま で3段階段あり。 勝手口から道路 へ出るまで段が ある。	高齢世帯 隣宅:長男 夫婦在住	137cm 44kg (23.4)	H22頃～ 脊柱管狭窄症 (H30、4月手術) 高血圧症 骨粗鬆症	クラリス錠200 アレグラ錠60mg ムコダイン錠500mg アムロジピン2.5mg 酸化マグネシウム330mg セレコックス錠100mg レバミピド錠100mg アレンドロン酸錠35mg	脊柱管狭窄症の影響によ るためか、H30、1月から 屋内を這うように移動。 4月手術後、改善したが、 一人で屋外に出る事が難 しいなど移動範囲に制限 あり H29まで、老人会の体操や三 味線教室にも通っていた。出 来る事は自分でやりたい性格	〇買物や銀行、自 宅庭で行う畑作業も また行えるようになり たい。 屋内の環境整備及び屋外での 移動手段を整えつつ、無理のない 範囲での筋力トレーニング、 日常的な運動量の確保をして 一人で移動できる範囲を拡充 して貰おう。	〇元氣アップリハ 7月～週2回 〇屋外用歩行器 貸与 〇住宅改修 (浴室、トイレ、廊下等 への手すり設置) 〇シャワーチェア購 入	長男妻とスーパ ーへ買い物 週1回	8月6日	元氣アップリハの後は足が痛 く翌日まで残っている。ご本人 は気づいていないが、立ち姿勢 や歩行は良くなっている。
54	8月10日		5月8日	80	女	A2	II B	新規	要支 援2	2	△△町 戸建て	独居 隣家に長男 家族が住ん でいる 嫁:看護師	162cm 43.6kg (16)	心房細動、 高血圧症 (H17/7/13) 慢性心不全 (H23/7/1) 脳梗塞症 (H25/2/22)	アーチスト錠2.5mg ラシックス錠20mg ワーファリン錠 1mg フェロミア錠50mg	〇歩行時ふらつきあり外を 一人で歩くのに不安があ る。 〇持病がたくさんあり体調 が悪いときがある。 〇過去数回脱水による救 急搬送があった	〇早目に健康相談 ができ体調良く過ご したい。 〇興味のある習い事 に行きたい。	夫が亡く(H29.5)ってから意 欲低下や体調不良の訴えがみ られる。 下肢筋力の低下もあるため、 筋力アップと体調管理の支援が 必要。	訪問看護週2回 ・看護週1回 ・リハ週1回	地域の運動教室 長男や嫁: 通院や薬の管理 お手伝いさん 週1回	8月4日	体操教室に行ったあと血尿が 出たことがあったが今は落ち 着いている。リハビリは雨だつたり血 尿があったりで中止したことも あった。気温が高い日が続いて いたので、短い時間で屋外歩 行は切り上げた。

ADL状況					No. 54		
A D L	項目	事前判定	事後予測	課題			
				個人因子	環境因子		
	室内歩行	○2	○1↑	伝いながらであれば 移動できる	2階が生活の場		
	屋外歩行	△1	○2↑	杖歩行も一人 では不安が強い	今までは夫と 一緒だった		
	外出頻度	△1	○1↑	歩行が不安定のため一人 で外出できない	通院や買物は長男妻の 車で出かける		
	排泄	○1	○1	自立	自立		
	食事	○1	○1	〃	〃		
	入浴	○1	○1	シャワー浴	〃		
	着脱衣	○1	○1	自立	〃		
自立度		自立		一部介助		全介助	
困難度と改善の可能性		楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定		○1	○2	△1	△2	×1	×2

IADL状況					
	項目	事前判定	事後予測	課題	
				個人因子	環境因子
I A D L	掃除	—	—	もともと行わず	お手伝いさんが手伝う
	洗濯	—	—	〃	〃
	買い物	○1	○1	少しの買い物なら 電動自転車で行く	〃
	調理	○1	○1	自立	お手伝いさんが手伝う
	整理	○1	○1	〃	〃
	ごみ出し	○1	○1	〃	〃
	通院	○2	○2	帰りはタクシーで 帰ってくる	長男嫁:付き添い送迎
	服薬	○2	○1↑	薬を飲むことはできるが、 管理はできない	嫁が管理している
	金銭管理	○1	○1	こずかい程度はできる	忘れることがあり家族が管 理している
	電話	○1	○1	自立	自立
	社会参加	△1	○2↑	一人で出歩くこと が難しい	友人に誘われれば行く

多職種合同ケアカンファレンスの進め方と参考になるポイント③

総合事業の検証

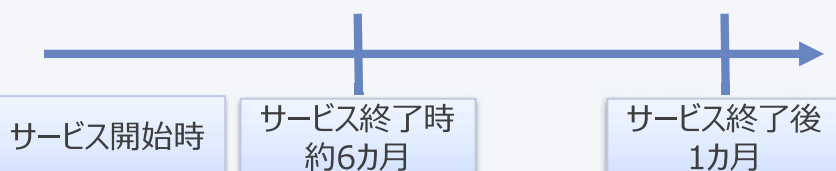
豊明市の例

□ 取り組みの評価

- 新設の短期集中予防サービス、整備事業で構築した地域資源、多職種ケアカンファレンス等の施策で自立支援ができているか評価。

□ 評価指標（KPI）

- 総合事業サービス費の伸び率
- 介護予防給付費の伸び率
- 新規要支援・事業対象者認定者のサービス受給率
- 新規要支援・事業対象者認定者の1年後の重度化率
- 短期集中予防サービスを利用した者の1年後の状況（介護度/死亡等の転帰、サービス利用）



ポイントとなる考え方

□ マクロな視点で評価する

- カンファレンスの目的は、個々の事例の課題解決や、ケアマネジメントの評価ではない。そのため、評価はデータ分析でマクロに評価する。

□ 事業開始時から事業評価を見越して必要データを収集・蓄積する

- 豊明市では新規要支援認定者のデータベースを独自で作成し、新規認定時の介護度、半年後、1年後の状態を経時的に把握している。
- 事業開始時から、地域の政策や目標に応じた評価指標を想定し、評価指標に用いるデータを整備する必要がある。
（比較対照となる事業開始以前のデータも含む）

□ 地域ケア会議を機能させるポイント

- 何のために地域ケア会議を行うのか、理念をきちんと持つ。形式だけを真似ても先進事例のようにうまくは機能しない。
- **会議の目的を達成するためには、検討ケースの選定と事前の論点整理を念入りに行う必要がある。**
- 目的意識のはっきりした地域ケア会議での**試行錯誤が、要支援者の支援方針を深化・成熟させる。**