

## 🔍 先輩コーディネーターからのメッセージ

まずは恐れずにやってみてください。あとは周りが支えてくれます。(ひとりで行う事業でなく、全体で協力する体制があってこそできる事業です)

緊張したり、不安に思ったりすることも多いと思います。今行っていることのその先、対象者の明るい未来や、地域が一層住みやすくなることを想像しながら、楽しくコーディネートをするように心がけてください。

怖い人はいないので大丈夫。

ケアマネジャーの協力が不可欠です。ケアマネジャーへのねぎらい・感謝を忘れないようにしましょう。これからの地域づくりの道しるべとなる「地域課題の抽出」ができるかどうか、地域ケア会議の質により左右されます。ケアマネジャー・利用者・地域が変わるような地域ケア会議を目指して頑張ってください。

コーディネーターの役割が重要です。発表を事例提供者や助言者に任せるのではなく、何を発表してもらうのかを決めることをお勧めします。

また、最後に事例提供者から感想を聞いています。助言者から言われっぱなしでなく、何が参考になったかのフィードバックもしています。

そうすることで助言者がより具体的なアドバイスができるよう勉強することができますし、助言のモチベーションにもなります。

出席者全員が良い会議だと思えるよう、まず自分が前向きになり、事例提供のケアマネジャーさんにお土産になるような具体的な提案ができるよう努めてください。

事例提出者の負担にならないような配慮をしつつ、気付きになるような会議の進め方をしてください。

進行の方法は人それぞれだと思います。自分らしくやってみてください。

失敗から学ぶことが大きいです。まずはチャレンジ！



事例提供者の抱えている課題に焦点を当てると、スムーズだと考えます。「目からウロコ」の体験を一緒にしましょう。

事前打ち合わせで会議をイメージしながら行くと、気持ちが楽になります。見学などでシミュレーションし、自分ならどう進行するかも考えることも大切です。

何度やってみてもよくできたと感じることはありませんが、事例提供者や参加者が一つでも多くの気づきや学びが得られるよう努力していくことが大切だと思います。

まずはやってみましょう。事例提供者の立場に立ちコーディネートしていれば大きな失敗はないと思います。あとは、やりながら皆さんの意見を聴いて改良していけば大丈夫です。困った時には県にSOSを出しましょう。支援チームが相談に乗ってくれます。

一般事務職でもやろうと思えばできました。多くの情報の中から、根本になる悩みや原因を見つける視点と会議の方向性が任せられる緊張感を得ることができました。

回数をこなすことが大切だと思います。

皆で話し合える雰囲気を作りましょう。大事なのは振り返りをすることです。



事例提供者がどんな思いで利用者にかかわっているのかを深く知ることが大切です。軽度認定者だと見過ごされがちなこと多いことに担当ケアマネジャーが気づくことが重要で、要支援の事例に深くかかわることができることでアセスメントもレベルアップすると思います。私自身も事例をたくさん提供してきたことで利用者に様々なアドバイスができました。地域ケア会議に事例を出すことが良かったと思えるように、両方で細かい配慮ができる会議にしていけるとよいと思います。

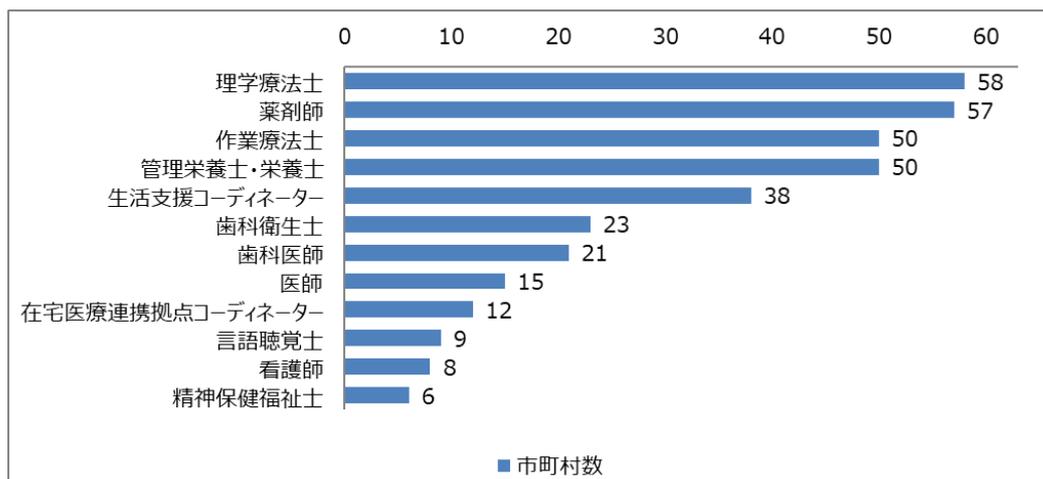
## (4) 専門職助言者の役割

専門職助言者の役割について説明します。コーディネーターが専門職助言者に質問する際や発言を求める際にも参考にしてください。

また、P.47～48には専門職助言者からコーディネーターに期待することなどについて、専門職助言者として経験豊富な方にお聞きした内容も掲載しています。

### ● 助言者として参加している主な職種

- 地域ケア会議は、多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立に資するケアマネジメント支援を行う場です。
- 県内市町村の地域ケア会議には主に以下の職種が助言者として参加しています。



埼玉県地域包括ケアシステム構築の進捗度等調査 (R1.10.1 時点)

### ● 各専門職による確認や助言の流れ

- 専門職助言者は、資料の読み込みや事例提供者の説明を聞く中から、「生活における課題」、「生活機能の低下に至った要因」、「潜在的な要因（自立を阻害している背景、原因）」が明確になるよう、それぞれのアセスメントの視点に基づき、疑問点を整理しましょう。
- 各専門職による助言のポイントは、P.40～47を参照してください。なお、当該頁は、平成29年3月厚生労働省老健局老人保健課作成「介護予防活動普及展開事業専門職向け手引き」から引用、一部加筆したものです。

## ● 医師

- 病状や障害を把握した上で、医学的な観点から事例の予後予測、対象者の動作や活動についての助言を行います。医師が出席しない場合は、事例提供者から医師への確認事項がある場合や助言を必要としている点について、事前に文書等による情報提供を受ける必要があります。

①事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 介護・支援が必要になった事由（疾病・障害）を確認する</li> <li>◇ 病状が安定しているかどうか、基礎疾患である高血圧や糖尿病などのコントロールが良いかどうかを確認する</li> <li>◇ 特定疾病（難病）等の症候・所見・診断基準を確認する</li> <li>◇ 点滴の管理・透析・酸素療法などの医療行為を確認する</li> <li>◇ 急性期・回復期・生活期と段階のある疾病・障害は、その時期を把握し、可能な限り予後の予測をたてる</li> </ul>
②課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 生活に支障があり、介護が必要になる動作を把握し、疾病や障害との関連性を明らかにする</li> <li>◇ 病状が不安定な場合や緊急時の対応について確認する</li> <li>◇ 課題の原因となり得る環境因子を確認する</li> <li>◇ 課題への対応は、優先順位を明確にするためにも医学的観点からの指示や助言を行う</li> <li>◇ 医学的な重症度と介護の必要度は必ずしも一致しないことを理解したうえで助言を行う</li> </ul>
③目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 定期的な診療計画の見直しや再評価の時期を共有する</li> <li>◇ かかりつけ医がリハビリテーションの適応を判断し、改善・維持に向けた専門職との意見交換や的確な指示を行う</li> </ul>
④実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 現状だけでなく今後の見通しも含めた助言を行う</li> <li>◇ 課題への対応は、優先順位を明確にするためにも医学的観点からの指示や助言を行う</li> <li>◇ 医学的な重症度と介護の必要度は必ずしも一致しないことを理解したうえで助言を行う</li> <li>◇ かかりつけ医がリハビリテーションの適応を判断し、改善・維持に向けて他の専門職と意見交換を行い、的確な指示を行う</li> <li>◇ どのような時期であっても、早期離床や適切な介護の提供、十分な栄養状態の維持が重要である視点で助言を行う</li> </ul>

## ● 歯科医師・歯科衛生士

- 歯科医師は、歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言を行い、事例の予後予測を行います。
- 歯科衛生士は、口腔衛生や咀嚼等の食べ方を支援する観点からの助言を行います。歯科医師が出席しない場合は、事前に歯科医師から、歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言や事例の予後予測について情報を得ることが重要です。

①事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 本人の身体機能と生活行為の課題を確認し、合せて本人の困りごとを聴き、改善の意思を確認した上で、プラン作成担当からケアプランの方針を確認</li> <li>◇ 少なくとも1年前からの体重の変化を確認し、摂取カロリーの過不足を評価</li> <li>◇ 食事内容と排泄の状況を聞き、脱水や便秘になっていないか確認</li> <li>◇ 現在の口腔及び口腔衛生の状態を確認</li> <li>◇ 栄養摂取をする上で、食べ方や咀嚼など口腔内に問題がないか確認</li> <li>◇ 本人や家族の食事や口腔に関する意向を確認</li> </ul>
②課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 食事形態を確認するとともに、食事の時の姿勢を確認</li> <li>◇ 生活習慣を確認して、う蝕や歯周病等、口腔内のリスク及び口腔内の問題が全身へ影響しないかを検討</li> <li>◇ 口腔アセスメント、歯科診査、嚥下機能検査の結果から課題を整理</li> <li>◇ 口腔環境を確認し、歯科治療による改善の可能性を確認</li> <li>◇ 歯科衛生士によるブラッシング指導等の口腔衛生管理や歯科保健指導の必要性を確認</li> <li>◇ 口腔の課題に対し、何が問題であるかを分析</li> <li>◇ 生活機能の課題に口腔の問題が影響していないか推察（例：歯がなく、噛めない為に繊維質がとれず便秘になる等）</li> <li>◇ 体重減少や栄養摂取等、全身に関する問題が、咬合や咀嚼等の口腔の問題と関連している可能性について推察（例：飲み込みにくいことから水分を制限する、噛み合う歯がなく早食いで過体重である等）</li> <li>◇ 口腔衛生管理の観点から、歯科疾患や口腔内の細菌によるリスク等が高まっていないか推察</li> </ul>
③目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 身体機能及び口腔機能の衰えに対する予測及び対策を検討</li> <li>◇ 口腔内の問題についての対策を検討</li> <li>◇ 口腔健康管理（口腔衛生管理と口腔機能管理）の計画と目標の有無を確認</li> <li>◇ 口腔ならびに頸部筋のトレーニングの実施を検討</li> <li>◇ 摂食嚥下リハビリテーションの実施を検討</li> <li>◇ 目標に対し口腔関連の支援内容が不足していないか、また妥当か確認</li> <li>◇ 設定されている目標を達成することができる支援内容になっているか、具体的で継続可能か確認</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 歯科疾患や、口腔内の細菌によるリスク等の全身への問題が想定される事例には、その具体的な予防策を検討</li> </ul>
④実践につながる助言	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 食事形態の改善指導は、管理栄養士との情報共有を図り、連携して助言</li> <li>◇ 歯科衛生士による継続的な口腔衛生管理としての介入を検討</li> <li>◇ 現在の介入方法を確認し、課題解決に向けた対策に関する助言</li> <li>◇ 口腔衛生に対し、実践可能な改善策について助言</li> <li>◇ 生活機能の向上のために必要な改善すべき口腔に関する助言</li> <li>◇ 必要に応じ歯科受診を勧める</li> </ul>

## ● 薬剤師

- 事例に処方されている薬に関する情報（重複投薬・副作用等）及び服薬管理の観点からの助言を行います。

①事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 現在の状況・状態（生活機能、病気や症状の重症度、自立度など）を確認</li> <li>◇ 過去から現在の状態に至る経過を確認（原因や今後の見通しの推察のため、時間軸で、生活歴・病歴・障害歴をみる）</li> <li>◇ 服薬状況や服用までの流れ（誰が・いつ・どのように薬を管理し、薬を飲ませている、または服用しているか等）を確認</li> <li>◇ 疾患別の主治医や、複数の薬局からの処方、飲んでいる薬の量などを確認</li> </ul>
②課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 現状の環境下における薬効を評価し、起こりうる薬剤の影響を洗い出す</li> <li>◇ 上記の評価に基づき生活行為や認知機能等に与える影響をイメージし、共有（薬剤の副作用や、年齢や状態による薬剤の効き過ぎの可能性）</li> <li>◇ 服用しない・服用できないことによる問題を把握</li> <li>◇ 服薬状況等が改善された際の効果とリスクも考察</li> </ul>
③目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 医師からの指導内容を確認</li> <li>◇ 服薬管理、薬剤の効果、副作用の観点から処方されている薬の必要性を確認</li> <li>◇ 本人や周囲の環境が受け入れられる目標設定かどうかを確認する（服薬回数が多くなったり、用法の複雑化により、服薬ができなくなる可能性も配慮する等）</li> </ul>
④実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 多剤併用（5剤を超えると、フレイル・機能障害・認知機能低下・転倒・死亡や薬剤関連有害事象が増えるという報告あり）になっていないか、どこに相談したらいいか（かかりつけ薬局や健康サポート薬局）の例を示す</li> <li>◇ 服用している薬剤の副作用について介護サービス事業所での情報共有を促す</li> <li>◇ 適正に薬剤が管理・使用されるように、実現可能な具体策を示す</li> <li>◇ 必要に応じて、医師への確認事項を示す</li> </ul>

## ● 理学療法士

- 主に基本動作能力（立ち上がり、立位保持、歩行等）の回復・改善や維持、悪化の観点からの助言を行います。

<p>①事例の理解と確認</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 身長・体重・BMI 等の身体組成を確認する</li> <li>◇ 疾病・障害の要因、分類を確認する</li> <li>◇ 移動動作レベル・ADL・運動中止基準を確認する</li> <li>◇ 立位に支障を及ぼす関節可動域制限・拘縮の有無・程度を確認する</li> <li>◇ 起立できるかどうか、立位保持が何分間できるかどうか、歩行や寝返りの状況、実際の移動手段を確認する</li> <li>◇ 振戦・固縮・無動・姿勢反射障害を確認する</li> <li>◇ 認知・精神機能障害の程度を確認する</li> <li>◇ 障害や生理的退行変化が進行しているかどうか、予備力・残存機能を確認する</li> <li>◇ 住環境・自宅周辺環境を確認する</li> </ul>
<p>②課題の明確化と背景要因の確認</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 背景要因の確認</li> <li>◇ 「心身機能」、「機能的制限」、「活動」、「参加」の構造に沿って本人の障害構造を明確化する</li> <li>◇ 特に生活行為や生活範囲を妨げている要因を探り出し、必要以上に大事にしすぎていないか、リスクを過剰に捉えていないかを検討する</li> <li>◇ リスクに応じた生活動作や環境調整を明確化する</li> <li>◇ 介助者や家族による介助方法等により、症状を増悪させていないかを確認し、適切な支援方法を検討する</li> </ul>
<p>③目標と支援内容の確認</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 短期目標の具体的レベル、設定期間、について「心身機能」、「機能的制限」、「活動」、「参加」の構造ごとに妥当性や過不足を検討する</li> <li>◇ 現在のサービスやその支援内容を具体的に確認し、より効果的な支援内容・プログラムを検討・提案できる準備をする</li> <li>◇ 介護負担を増さないような支援内容になっているか確認する</li> </ul>
<p>④実践につながる助言のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 規則正しい生活や散歩などの運動、通いの場などへの社会参加が虚弱や廃用の予防となることを助言する</li> <li>◇ サービスの関与や杖などの移動補助具が自立支援につながっているかを確認した上で助言する</li> <li>◇ 疾患特異的か、生理的退行変化なのか、廃用症候群なのかの視点を意識した助言を行う</li> <li>◇ 効果的な活動量や生活習慣、負担の少ない動作の行い方の助言を行う</li> </ul>

## ● 作業療法士

- 主に応用的動作能力（食事・排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）の心身両面から回復・維持、悪化の防止の観点から生活行為向上の助言を行います。

①事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 具体的に介護・支援が必要になっている ADL や IADL の状況を確認する</li> <li>◇ 認知・精神機能障害の程度を確認する</li> <li>◇ 家屋や自宅周辺の環境状況を確認するどのような生活を送っているか（閉じこもり傾向があるか）を確認する</li> <li>◇ 交流の機会の有無や多寡を確認する</li> <li>◇ 趣味活動や地域活動は行っていたのかなど、一日の余暇時間の過ごし方について確認する</li> </ul>
②課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ ADL は「できる」動作なのか「している」動作なのか、また IADL の状況はどうなのか確認する</li> <li>◇ 出来ない動作は「何で」できないのかが明確にされているかを確認する</li> <li>◇ 認知症の症状はあるのか、ある場合は生活に影響を与えているのかを確認する</li> <li>◇ 家族や地域の協力が得られるかを把握する</li> <li>◇ 福祉用具や住宅改修等の環境調整で、生活行為の課題の改善が可能かを検討する</li> </ul>
③目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 目標が心身機能に関する項目に偏っていないかを確認する</li> <li>◇ 「活動」・「参加」への目標設定が設定されているかを確認する</li> </ul>
④実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ サービスの関与が心身機能に関する項目に偏っておらず、「活動」・「参加」も含まれているか確認した上で助言する</li> <li>◇ 本人の残存機能を引き出すよう助言する</li> <li>◇ 日中の役割の再獲得や確保、本人の趣味などから社会参加に向け必要な社会資源などについて助言する</li> <li>◇ 本人のしたいことで、趣味や生産活動を行うための環境や代償手段への提案を行う</li> </ul>

ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）とは日常生活を営む上で、普通におこなっている行為（例えば食事、排泄、整容、移動、入浴等）のこと。

IADL（Instrumental Activity of Daily Living：手段的日常生活動作）とは日常生活を送る上で必要な動作のうち、ADLより複雑で高次の動作（例えば買い物、洗濯、掃除等の家事全般、金銭管理・服薬管理等）のこと。

## ● 言語聴覚士

- 主にコミュニケーション（話す）・聴覚（聞く）・嚥下（飲み込み）に障害を抱える事例に対し、各能力の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。

①事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 本人の意向表明・意思決定において、認知機能低下やコミュニケーション障害の影響を受けていないかどうか確認する</li> <li>◇ 本人、家族の状況・状態の理解において、判断力等の認知機能低下の影響を確認する</li> <li>◇ 疾患に起因する課題だけでなく、加齢や生活習慣、環境因子の影響等を受けていないか確認する</li> </ul>
②課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 背景要因の確認</li> <li>◇ 「心身機能」だけでなく、「活動」・「参加」の視点も加え、生活機能全体の見通しをイメージしているか確認する</li> <li>◇ 生活機能の今後の見通しにおいては、病歴に関連した疾患を考慮するとともに、加齢や環境因子の影響も含めて総合的に判断しているかを確認する</li> <li>◇ ICFの各要素において、否定的側面だけでなく、肯定的側面も把握する</li> <li>◇ 改善の可能性だけでなく、悪化のリスク因子を把握する</li> <li>◇ 認知機能低下の場合、病歴と照合し、その原因をある程度推察できているかを確認する（脳血管障害の既往や認知症発症の可能性など）</li> <li>◇ コミュニケーション能力の低下の場合、病歴等を考慮し、難聴や失語症等のコミュニケーション障害のタイプや重症度を把握しているか確認する</li> <li>◇ 栄養摂取の方法や摂取量など食事に関わる生活課題の背景に摂食嚥下機能低下の可能性を検討する</li> <li>◇ 時間的・経済的にも継続可能な栄養摂取方法を検討する</li> </ul>
③目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ ケアプランは生活行為の課題の解決方法として妥当かを確認する（自立支援に資する内容であるか）</li> <li>◇ 「活動」・「参加」を向上する目標になっているか、達成可能な目標となっているかを確認する</li> <li>◇ 時間的・経済的にも継続可能な栄養摂取方法を検討する</li> <li>◇ 症状の進行等、悪化が予測される中では、少しでも悪化を予防することができる支援方法を検討する</li> <li>◇ モニタリング時に適切に分析評価できる、明確な目標になっているかを確認する</li> </ul>
④実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 現時点で捉えられていない課題については、評価や情報収集を行うための有効な手段や方法を助言する</li> <li>◇ リスクを軽減する方法を助言する</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 経過を的確に把握するための評価や観察のポイントを助言する</li> <li>◇ 日中の役割の再獲得や確保、本人の趣味などから社会参加に向け必要な社会資源などについて助言する</li> <li>◇ 話しづらさ・聞こえずらさに対する周囲の関わり方や道具類の提案を行う</li> </ul>
--	---

## ● 管理栄養士・栄養士

- 日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点からの助言を行います。

①事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 食事摂取状況、排泄状況、服薬状況、病識の有無、自立意欲、家事能力と意欲、身体状況と機能向上、介護者の状況、生活歴と生活状況、金銭面等について確認</li> <li>◇ かかりつけ医による栄養上の意見や、病院での栄養指導の内容を確認</li> <li>◇ 栄養に関わるキーマンを確認</li> <li>◇ 食事環境で支障はないかを確認（孤食による食欲低下、衛生環境、台所の機能性、買物の状況、家族関係、支援者等）</li> <li>◇ 閉じこもり傾向や活動低下がみられる場合に食生活の状況（偏食など）を確認</li> </ul>
②課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 本人の状態・状況に合わせた食事摂取がおこなわれているかを確認（病状、服薬状況、食習慣、認識、身体状況、摂食状況等）</li> <li>◇ 低体重だけでなく、疾病の重症化予防、過体重や栄養の偏り、不足による活動性低下の予防も検討</li> <li>◇ 栄養面だけでなく、生活全般からみて、活動性の向上につながる項目を見つける</li> </ul>
③目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 栄養状態が改善することにより、意欲向上につながる可能性を検討</li> <li>◇ プラン作成担当のプラン目標に合った個別プランが立てられているか、栄養状態の改善につながる目標になっているかを確認</li> <li>◇ 栄養及び食生活の視点から、介護予防や疾病の重症化予防につながるかを確認</li> <li>◇ 本人が実行可能な短期目標を設定しているか確認</li> <li>◇ 他職種が関わるサービスに、食に関する支援の項目がある場合、本人の状態に合わせた内容になっているか確認する</li> <li>◇ 本人の意思を踏まえ、負担にならないよう食生活の設定を検討</li> </ul>
④実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ かかりつけ医だけでなく歯科医師や薬剤師等とも連携し、栄養面だけでなく、生活全般を踏まえた視点で助言</li> <li>◇ 食事や体調のコントロールを本人や家族で行うことができるよう助言</li> <li>◇ 食事を食べる時間帯の工夫（運動と関連付けた適切なタイミング）を助言</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 食べやすさに寄与する調理の仕方や工夫を助言</li> <li>◇ 目標達成に向けた行動変容を導くためにも、短期間で出来る目標を設定し、達成感を得られる工夫</li> <li>◇ 本人や家族に、栄養改善の必要性が受け入れられなかった場合、本人や家族が理解できそうなポイントを助言</li> <li>◇ 栄養士の介入がない場合、他職種の介入時に行ってほしい助言を提案する</li> <li>◇ 栄養支援に関する地域資源が近隣にない場合、地域課題として検討</li> </ul>
--	---

## ● 私は会議のココを見る（助言者の視線・声）

### ➤ Q1. どのようなときにコーディネーターの力量を感じましたか？

- ◇ フォーマルなサービスのみでなくインフォーマルなサービスについて参加者に意見を聞いているとき
- ◇ 一つの事象について複数の職種に質問をするなど、各職種の視点の違いについても注意しながら進行しているとき
- ◇ 各専門職からの助言が様々な方向に及んでしまい、議論がまとまらなくなってきた際、行政や地域の課題として検討していくとまとめていたとき

### ➤ Q2. 逆に困ってしまったことや、こうしてほしかったと感じたことがあればそれはどのような時ですか？

- ◇ 本人の意向や希望する暮らし、目標や課題が分からずに参加しているとき
- ◇ 最後に助言を要約する際に私見が入り、助言の本質が異なってまとめられてしまったとき
- ◇ 内容や焦点がずれているときは、進行を戻すことも一つの方法だと思います。

➤ **Q3. コーディネーターに期待することを教えてください。**

- ◇ ケアマネジャーが対象者の問題点を理解し、できていること、できていないことを明確にしていると会議がスムーズかと思います。対象者が残りの人生をどのように生きたいかを共有することが大切だと思います。
- ◇ なるべく決められた時間内で進行してほしいと思います。要領良く事例の説明を求め、助言者に対しても要点を絞って回していき、コーディネートしてほしいです。
- ◇ ケアマネジャーが本人の意向と家族の意見を整理できていないとき、専門職の意見を反映・整理する手法に期待しています。
- ◇ 利用できる限りの支援を使うことより、対象者にとって何が一番必要か、見極める力を司会進行の中に生かしてほしいです。

➤ **Q4. 地域ケア会議をより良いものにするために、市町村や地域包括支援センターと助言者で話し合う場はありますか？ある場合、どのようなことを話し合っていますか。**

- ◇ 1年に1回ケア会議の在り方についてアドバイザーを含めた会議があります。ケア会議の後にどのようにケースが変わるか、変わらなかったときは何が足りなかったのかを考えます。また、地域のインフォーマルなサービスや自治体の支援についてできることを一緒に考えます。市内にある、多職種のと連携も今後は必要との話をしています。
- ◇ 会議資料の記入方式や、どういった助言が必要かなどを話し合っています。

➤ **Q5. 専門職助言者として、コーディネートに協力できることを教えてください。**

- ◇ 会議運営に協力できることとして、アドバイスになるべく時間をかけないことを心がけています。発言する前に自身の中で項目分けをし、例えば「3つのことを説明したい」と話し始め、話したいことの要点が伝わるように気を付けています。
- ◇ 他の職の意見を必ず尊重して話すようにしています。他の職が話したことと視点が異なる点を話すこともありますが、その職種の意見を尊重しながら自身の意見を加えるようにしています。また、多職種と連携してサポートできることも考えながら発言しています。

## (5) 生活支援コーディネーターの役割

生活支援コーディネーターが会議に参加すると、活用できる地域資源の情報も合わせて検討することができます。

- 生活支援コーディネーターは、地域の支え合い活動を推進するため、地域住民や地元企業等による福祉的な活動（地域資源）の発掘・創出を行っています。
- 地域ケア会議における生活支援コーディネーターの役割は、
  - ① 介護保険サービス以外の活用できる地域資源（サービスや取組、ヒト）の紹介・共有
  - ② 地域資源へのアクセス方法の提示や必要に応じ連絡・調整
  - ③ 地区の実情に応じた資源活用の検討
  - ④ 必要な資源について、協議体等での検討につなげることなどです。
- 介護保険サービス以外の選択肢の紹介は、地域の実情に詳しい生活支援コーディネーターからの助言が大変有効です。
- 生活支援コーディネーターの助言例
  - ○○地区ならば、○○集会所で、サロンやサークルをやっていますね。
  - 市の運動施設で、○○教室を始めて、男性に好評みたいです。
  - Aさんが大変面倒見のよい方で、一度相談してみてもいいかもしれませんね。
  - ゴミ捨てに困っているのならば、○○地区には、「助け合いの会」がありますね。自治会長さんに相談してみませんか？
  - あのスーパーは、配達を始めました。配達料が○○円かかりますが、○時まで頼めば、その日のうちに届けてくれるそうですね。



個別のケース検討以降、その結果にこだわる取組やプロセスが、コーディネートには重要です。

## (1) 会議後の振り返りと結果の共有

### 🔍 事例提供者の思うこと

- コーディネーターから見て、事例提供者の反応は、一番気になるものです。会議に向け、追加情報を集めたり、資料を用意したり、サービス担当者会議を開いたり、日頃の業務に加え、大変な労力をかけて会議に臨んでいます。
- 事例提供者が、会議中メモを取る様子がなかったり、暗い表情だったりすると、コーディネーターは会議での議論が役に立たなかったかのではないかと気になるものでしょう。
- 一方で、活発に会話に加わり、「今日の会議でもらった情報をご本人と話してみます」、「勉強になった、またケースを出してみたい」、「来週から〇〇をやってみます」などの声を聞くこともあります。
- この違いはどこからくるのでしょうか？第一は、「アドバイスを利用者に伝えてみよう・実行してみよう」と思えたかどうかです。第二は、「言葉の伝え方、会議の雰囲気」など会議の設定や運営に関する満足度があつたかどうかです。
- 事例提供者や会議参加者の心理的安全性（一人ひとりが恐怖や不安を感じることなく、安心して発言・行動できる状態）が確保されているかについて考え、チームのパフォーマンスを上げる事も、コーディネートの一部です。

## 🔍 声を聴く工夫

以下は、会議を成長させていく段階で各市町村が行っている取組です。必要に応じて試してみたいかがでしょうか。

### ● 振り返りの時間

- 毎回の会議の終了後、コーディネーター、事例を提供したケアマネジャー・介護サービス事業者、地域包括支援センター、行政関係者、助言者で、会議の運営そのものを振り返る時間を設けています。
- 参加者の率直な感想、マイクを通して言いにくかったこと、会議を終えて思うことなどを短時間で確認することは、コーディネーターが今後の会議運営を考える際にも役立ちます。最後に、今日の会議での学びや地域課題を共有しておくのもよいでしょう。

### ● アンケート

- 会議の参加者・傍聴者に、会議での気づき等についてアンケートを取っています。
- 回答内容の変化は、会議の地域への浸透状況を把握するヒントになります。頻度や方法は目的に合わせて設定しましょう。

### ● 地域ケア会議運営検討会

- 半年や年に1回、個別ケースの検討に替えて、会議の運営や、これまでに出了た地域課題の総括をしています。
- 会議の参加者全員でグループワークを行う方法もありますし、コアメンバーで開催する方法もあります。
- チームメンバーの意識醸成や成熟、協力者の発見、アイデアの共有など、コーディネーターを応援してくれるヒントが見つかります。



(振り返りの時間)

## 🔍 結果の共有

### ● 議事録

- 会議の議事録を作成し、関係者に共有することは、助言者からのアドバイス、今後の支援方針、抽出された地域課題等について認識を統一するためにも必要です。
- また、評価（モニタリング）会議の際に、前回の議事録を活用すると、議論がスムーズに行えます。
- 会議録を市内の全居宅介護支援事業所、介護サービス事業所に配布している市町村もあります。（👉 P.59）

### ● 地域ケア会議に関する広報

- 「住民の自分らしい暮らしをサポートするために、地域ケア会議を行っている」ということは、専門職だけでなく、住民にも知ってもらう意味があります。
- 地域ケア会議についてチラシを作成し、全戸に配付した市町村もあります。

### ● 地域ケア個別会議でのフィードバック

- 年に1回、これまでの検討事例や助言内容、抽出された地域課題や地域課題のうち施策に反映させたものなどを、地域ケア個別会議の場でフィードバックしている例もあります。
- このような場があると、個別事例検討の意義が関係者により伝わるでしょう。

〇ご自身の希望をかかなるために、  
地域ケア会議を実施しています！

ご本人様の「楽しみ」や「やりたいこと」、「できるようにしたいこと」の達成を支援して、川島町では毎月1回、「地域ケア会議」を実施しています。

【地域ケア会議では・・・】

介護サービスを利用する際にケアマネジャーが作成するケアプラン（ご本人様やご家族の方と相談する中で計画）を検討する場です。会議には、専門的知識を持った職種（理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士）が参加しています。現在のケアプランによる介護サービスの内容により、ご本人様の目標が達成できるのか、他によい方法はないのかを検討しています。

【川島町が目指す介護保険とは】

川島町では、ケアマネジャーや介護保険サービス事業所の方々と一緒に、ご本人様に目標を持っていていただく、ご本人様の「楽しみや目標」や「できるようにしたいこと」の達成を支援するために生活状況を把握することを大切にしています。

ご本人様の思いを聞き、その人らしく生きられるためのケアプラン作成・目標設定を行います。さらに、地域との交流や役割を大切にし、住み慣れた地域で暮らすことができる仕組みづくりを支援しています。

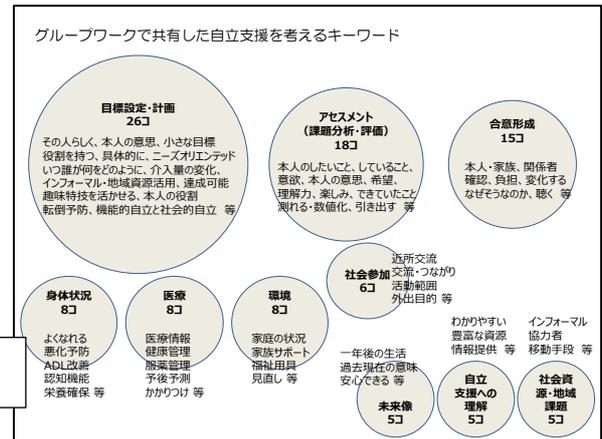


川島町

(フィードバックの様子)

## 🔍 共通認識「私たちの自立支援」を考える

- 会議に参加するチームメンバーの「自立支援」についての共通認識は、事例検討の積み重ねなどを通して、徐々に育まれます。
- これには経験や時間を要しますし、共通認識を幅広く浸透させていくためにも、会議の参加者のみならず、地域の医療・介護に関わる多くの専門職を対象とし、「自立支援」の定義について共通認識を持つ取組を行ってみてもよいでしょう。（👉P.65）
- これが市町村内の価値観の共有や規範の統合に向けた取組の一つとなります。
- 「私たちの自立支援」を考える際のキーワードは、住民の状況や地域資源、考えるメンバーによっても異なります。ご当地チームで一緒に考えるという「プロセス」が大切であり、その道筋を作ることがコーディネーターの腕の見せどころでしょう。



- 「私たちの自立支援」の定義の例として、埼玉県地域包括ケア総合支援チームの平田氏による定義をご紹介します。

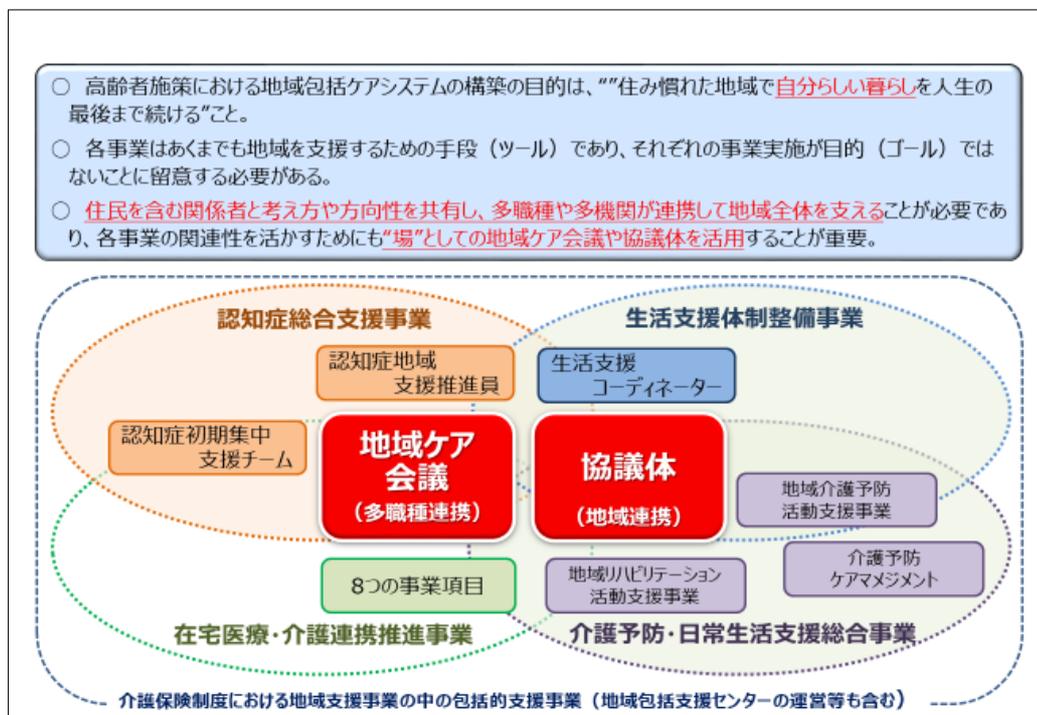
### 平田氏による自立支援の定義

- お世話をすることはその人の能力を発揮する機会を奪い、生活をサービスなしでは成り立たせなくしてしまう。
- 「普通でない生活」が「普通の生活」になるから離れがなくなる。その人が以前行っていた普通の生活に戻る手伝いをする。
- 徐々に専門家の手を離れ、普通の生活の中で元気でい続けられるよう支援する。
- 自立支援とは、対象者の過去を把握し、現在を評価して、未来を共にみること。地域の中で感謝したりされたりする場所と出番が生まれ、「したい」ことに集中できる豊かな人生への応援をすること。

## (2) 事業の連動 「こうだったらいいな」を形に

### 🔍 地域支援事業における各事業の連動

- 地域支援事業には地域ケア会議、介護予防、生活支援、医療・介護連携、認知症施策など様々な取組が含まれています。
- その中でも地域ケア会議は、それぞれの機能や関係性を活かした個別支援について議論され、フォーマルなもの、インフォーマルなもの、双方に触れる機会が多くあります。
- 各事業の位置関係、相互に及ぼす影響について、それぞれのチームの関係者と一緒に考えることは、事業評価や次の戦略を考えるヒントになります。
  - それぞれの事業は、位置づけが別のものであっても、キーパーソンや関係者は同じであったり、相互に関連しています。
  - 各事業はつながっているか、相互に機能しているかを、俯瞰して連動を評価することは、「こうだったらいいな」と目指す姿を考えることにつながります。



出典：厚生労働省資料

## 🔍 介護予防・生活支援との連動

---

- 事業対象者、要支援者を中心に検討する地域ケア会議は、介護予防、生活支援の分野が深く関わっています。
- 地域ケア会議を通じてどのような相乗効果が起きているか、市町村からは以下の意見が聞かれています。
  - 地域ケア会議が、ケアマネジャーに生活支援コーディネーターの存在を知ってもらう機会になっている。居宅介護支援事業所から生活支援コーディネーターに対し、地域の通いの場を教えて欲しいという問い合わせがなされるようになった。
  - 以前は通いの場（体操教室）が軌道に乗ってから、その場所でサロンを開けないか検討していたが、生活支援コーディネーターが地域ケア会議に参加するようになり、今では生活支援コーディネーターが通いの場（体操教室）の立上げ時点からサロンの開設を視野に入れ関わってくれている。
  - 地域ケア会議で近所の通いの場を紹介しても利用に繋がらない場合、ミスマッチの原因は何かを考える。それが既存の介護予防事業を見直す上でのヒントになっている。
  - 地域ケア会議の結果を踏まえ、総合事業の短期集中型サービス（C 類型）の利用期間の見直しを行った。

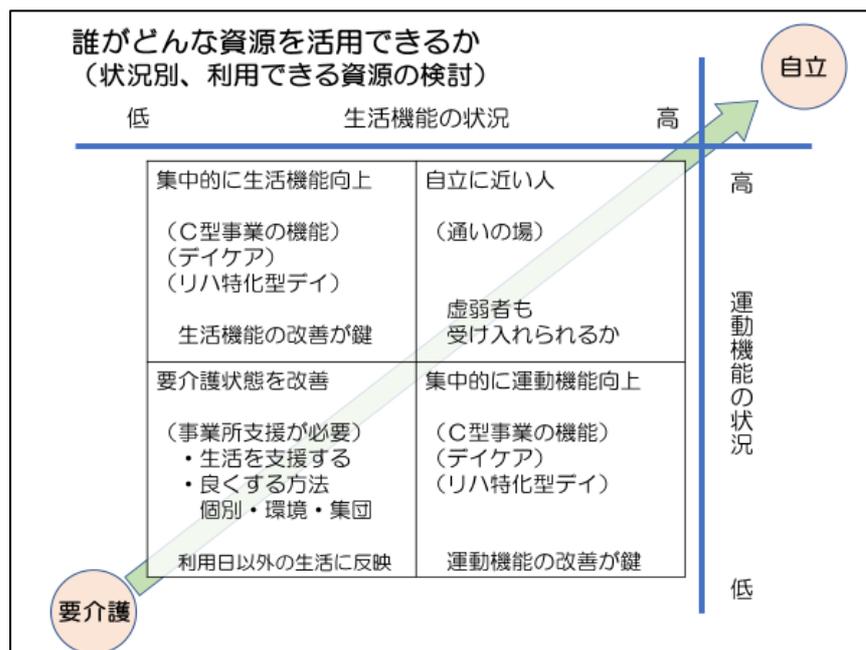
## 🔍 医療・介護との連携

---

- 地域ケア会議では、専門職が提供する医療や介護のサービス提供のあり方についても議論が及びます。
- 病院や施設との入退院・入退所時の調整のあり方、または、同時に併用するサービスのそれぞれの内容や協力体制などが、地域課題として取り上げられることもあります。
- 医療・介護連携を進めていくためにも、地域ケア会議を活用しましょう。例えば、市町村での医療・介護連携の会議や多職種連携を目的とした研修で、地域ケア会議の結果を共有し、各職種でできることを考えたり、在宅医療連携拠点や歯科連携窓口のコーディネーターを地域ケア会議に招くなどの取組例があります。
- 実際に、地域ケア会議に参加している在宅医療連携拠点コーディネーターからは、「今まで感覚的でしかなかった介護職側の捉え方が地域ケア会議を通じ、如実に理解できるようになった。それにより、医療職から介護職へより良いアプローチの仕方がわかるようになった」との声も聞かれています。

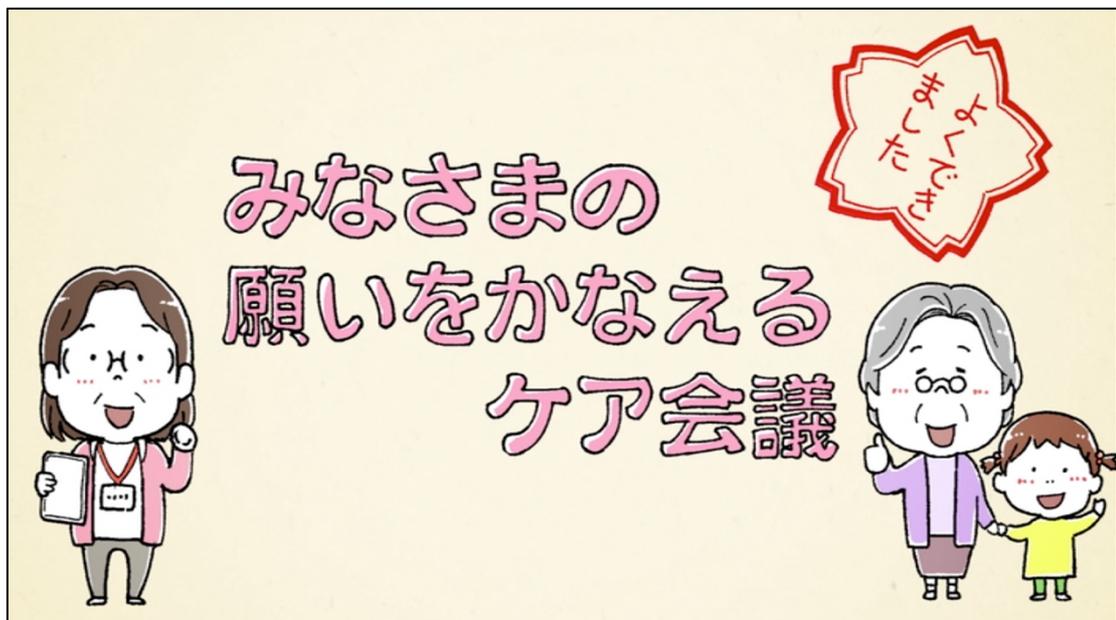
## 🔍 誰がどんな資源を活用できるのか

- 地域ケア会議では、下記の様に、市町村での資源の有無や利用調整が地域課題になることがあります。
  - 転倒を繰り返している人が身体機能を短期集中的に改善できるサービスはあるか
  - サービス終了後も活動を維持するためにはどこにつないだら良いのか
  - 地域の通いの場に行くことができない人はどうすれば良いのか
- どのような資源が活用できるかは、運動機能や生活機能の状態によって異なります。
  - 運動機能と生活機能の両方が低下し、要介護状態の場合は、介護保険の事業所などで改善を目指す方法などがあります。
  - 運動機能や生活機能のどちらかが低下している場合は、通所サービスや総合事業の短期集中型サービス（C 類型のサービス）を活用し、短期集中的に機能改善を図る方法もあります。
  - 地域の通いの場などのインフォーマルな資源は、運動機能・生活機能ともに比較的保たれている人はもとより、虚弱な人も活用できると、より有効な資源になります。
- このような交通整理の方法を地域ケア会議で共有できるようにすることも、コーディネートの一部と考えられます。



### (3) 会議の成長を感じる（ステップアップ）

- コーディネーターにとって、会議の成長を感じるのは嬉しいことです。
- 最初は恐るおそる始めた会議でも、回数を重ねるにつれ、「もっとこうしよう」という気づきや工夫が生まれるでしょうし、庁内外の関係者とチームビルディングが進んだと思える瞬間もあるでしょう。
- 会議を始めた時と現在では、何が変わりましたか？市町村の様々な事業と、地域ケア会議との関係はどうでしょうか？
- これまで述べてきたように、地域ケア会議は、様々な事業とつながっています。関連のある事業も含め、市町村の取組状況を俯瞰してみることで、思わぬ強みや成長に気が付くことがあります。
- 大切なのは、その気づきを関係者と共有し、次に何をすればよいかを関係者とともを考えることです。このプロセスを丁寧に重ねていくことで、その地域に合った地域ケア会議が育っていきます。
- 次ページから、地域ケア会議の工夫や実践例を紹介します。「私たちの地域ケア会議」を考える際の参考にしてください。



## (4) 会議の工夫・実践例（県内市町村に学ぶ）

県内市町村では、様々な工夫をしながら自立支援型地域ケア会議を実践しています。

### 🔍 加須市 ～会議をやるからにはひとつも無駄にしない強い覚悟～

加須市では、会議の結果がしっかり本人に届くよう、また、波及効果が最大限に広がるよう工夫を凝らして会議を行なっています。

#### ● ホワイトボードの活用

- 加須市では、事例提供者が会議後助言に取り組みやすいように、また、助言者に5W1Hを意識した発言を促すため、ホワイトボードを4分割<sup>(※)</sup>にして使用しています。
- 板書担当者が、助言を当てはまる場所に書き込んでいくことで、コーディネーターも事例提供者もメモを取る必要がなく、会話に集中することができます。
- ホワイトボードは、サービス担当者会議等に活用できるよう、会議録に添付しています。



(※) 縦軸：上に行くほど周囲を巻き込んだ対応が必要、横軸：左に行くほど早急な対応が必要

#### ● 会議録を市内全ての居宅介護支援事業所及び介護サービス事業所へ送付

- 加須市では、ケアマネジメントの手法を浸透させるため、会議録を市内全ての居宅介護支援事業所及び介護サービス事業所へ送付しています。

- 手に取ってもらえるよう、イラストを入れたり、会議に親しみを持ってもらえるよう、事例提供者の感想や会議前・会議後の気持ちを盛り込むなど、会議録には独自の工夫が溢れています。

## ● 事例提供者が元気になれるケア会議

- 加須市では、事例提供者が明日からまた頑張ろうと思えるような、事例提供者が元気になれるケア会議をモットーにしています。
- 事例提供者の気持ちに寄り添い、助言者の質問の意図がわからないとき、助言内容をもう一步踏み込んで聞きたいとき、事例提供者が返答に窮したときなど、コーディネーターが、助言者と事例提供者の間にワンクッション入る形でそれぞれに言葉を投げかけながら進行しています。
- 加須市では市内のケアマネジャーに会議についてのアンケートを取ったところ、多くの方が事例提供してみたいと回答しており、毎回たくさんの方が傍聴に来ています。



地域ケア会議の様子

### 【加須市自立支援型地域ケア会議 基本情報】

- 開始：平成 30 年度～
- 主催：市
- 頻度：月 1 回
- 1 回あたりの検討ケース数：3 事例
- 対象者：要支援者、事業対象者
- 専門職助言者：医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士

## 🔍 春日部市 ～年間 1,300 個の助言を分析～

春日部市では、会議での検討数を活かし、ケアマネジメントに必要な視点や情報を分析することで、ケアマネジャーのケアマネジメント力向上を図っています。

### ● 年間 1,300 個の助言を分析

- 春日部市では、毎月、8つの地域包括支援センターで会議を行っており、年間約130件のケースを検討しています。
- 毎年1回、市の担当者が、前年度の会議での助言を整理・分類した「課題別分類表」を作成しており、作成した表を基に、地域包括支援センター職員を対象に研修を行っています。
- 「課題別分類表」は、大項目として「A.生活習慣の改善」「B.身体機能の低下」「C.痛み・しびれ」など8つの項目から成っており、大項目により4つ～7つの中項目、中項目により1つ～7つの小項目があります。
- 当該表は、ケアマネジャーが、利用者にとって課題があると考えた大項目について、その項目の中項目・小項目に沿って深掘りをしていけば、その利用者に必要なアセスメントや支援ができるよう作られています。
- また、分類した課題のうち、集計により助言数の多かった内容については、市や包括におけるケアマネジャーへの支援の課題として捉え、この課題に対しどのように取り組んでいくか、具体的な方策を今後検討していく予定です。

A 生活習慣の改善			
<b>I. アセスメント</b> ①本人の意向(やる気・趣味・関心事等)に沿った具体的な目標設定 ②関係者がチームでアプローチする ③将来に起こる問題の細分化 ④自宅と事業所での状況把握 ⑤利用者とケアマネの信頼関係の構築 ⑥キーパーソンやキーとなる支援者の検討	<b>II. 家族・地域の協力</b> ①家庭の中での役割を見つける(本人・家族の役割分担) ②本人の状態に合わせた役割作り ③家族との話し合い(ケアマネも参加) ④家族の負担感、介護力(協力できること)の把握と調整 ⑤家族との情報共有による理解・意識の醸成 ⑥友人や地域との関係づくり	<b>III. サービスの見直し</b> ①リハ職による運動機能の評価 ②専門職の訪問による生活環境の見直し・見守り ③配食サービス・民生委員等インフォーマルによる見守りの導入 ④家事支援等の自費サービス導入 ⑤専門職の訪問による動機付け	<b>IV. 口腔ケア</b> ①プランの見直し ②口腔内の清潔保持 ③口腔ケア方法の習得 ④口腔ケアの評価
B 身体機能の低下			
<b>I. 運動方法の見直し</b> ①自宅でできる運動の指導 ②専門家による生活動作のアドバイス ③トレーニング方法等へのアドバイス	<b>II. 家族・地域の協力</b> ①家族と今後の生活について話し合う ②家族や近隣と交流しながら外出の機会を確保する ③家族と共に実施できる取り組みの設定	<b>III. 環境整備</b> ①自分でできるための環境整備・用具等の工夫 ②転倒防止のため生活導線の整備 ③相談・連絡体制の明確化	<b>IV. 段階的な目標</b> ①数値目標の設定 ②家事・日常生活動作の評価に基づく目標設定 ③サービス利用目的の明確化
C 痛み・しびれ			

「課題別分類表」

## ● 助言者からの質問もデータベース化

- 春日部市では、助言のみならず、各助言者からの疑問点・不明点の質問についても、会議を行う上で情報が不足していた点と捉え、記録・蓄積を行っています。
- 質問をデータベース化することで、「この状態に当てはまる利用者を支援するために、事前に収集すべき情報」として、会議の事前準備やケアマネジャーの再アセスメントに役立ててもらっています。
- 春日部市では会議資料を簡素化していますが、上記「課題整理分類表」やデータベース化された質問をケアマネジャーにフィードバックすることで、会議の効率化を図ると同時に、利用者の自立支援につながるより具体的な助言を専門職から引き出せるようにコーディネートしています。



地域ケア会議の様子

### 【春日部市自立支援型地域ケア会議 基本情報】

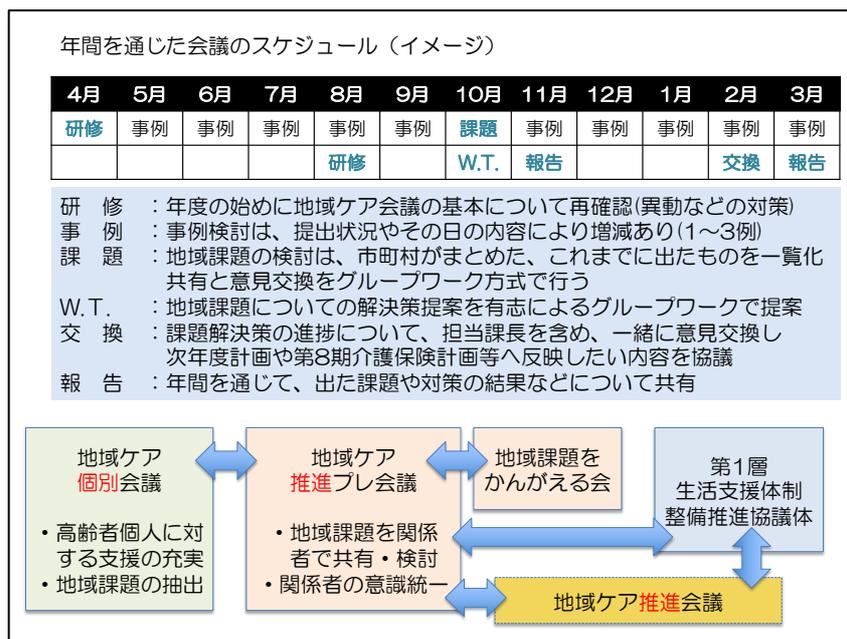
- 開始：平成27年度～
- 主催：各地域包括支援センター
- 頻度：各地域包括支援センターで月1回
- 1回あたりの検討ケース数：1～2事例
- 対象者：要支援者、事業対象者
- 専門職助言者：医師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、看護師、精神保健福祉士、ソーシャルワーカーなど

## 🔍 川島町 ～地域課題解決の協力者を増やす～

川島町では、地域ケア会議の関係者が一つのチームとなり地域課題に取り組んでいます。

### ● 地域ケア個別会議の場を有効活用

- 川島町では、年 12 回行われる地域ケア個別会議のうち、数回を地域課題の解決を図る機会としても活用しています。
- 年度始めに、スケジュールや各月の取組のポイント等を共有。年間通じて、個別ケースの検討を進めるのと同時に、これまでの地域課題の解決に向けた意見交換などを実施しています。
- 年 1 回の地域ケア推進会議の前に「地域ケア推進プレ会議」を位置づけ、地域ケア個別会議の関係者（地域包括支援センター、町内居宅介護支援事業所、専門職助言者、生活支援コーディネーター）で課題を共有・検討しています。



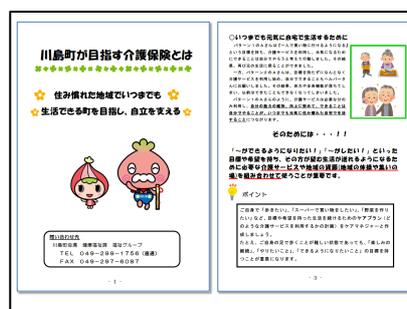
### ● 有志で「地域課題をかんがえる会」を立ち上げ

- 「地域ケア推進プレ会議」でのグループワークから、たくさんの地域課題と解決のアイデアが出されました。
- 川島町では、それらの整理・対策を一緒に考えるコアメンバーを募り、有志で「地域課題をかんがえる会」を立ち上げています。

- 「地域課題をかんがえる会」では、「町内に地域資源はたくさんあるのに、なぜ活用されないのか？」という議論から、既にある医療・介護サービスの情報誌と、インフォーマル資源の情報誌（令和元年度作成）を活かし、介護保険サービスとインフォーマルサービスの双方の活用や、移行を支援する取組を考えよう、との意見が出ました。
- 町職員、地域包括支援センター職員以外のメンバーが課題の整理段階から関わることで、課題への当事者意識が高まり、「地域ケア会議に事例を提供しても地域課題が解決されない…」でなく、地域課題を一緒に考える雰囲気生まれています。

## ● 地域課題の解決に向けた意見交換

- 「地域ケア推進プレ会議」、「地域課題をかんがえる会」での議論を踏まえ、年度後半には、地域資源の活用に向けて、健康福祉課長を交えた意見交換を実施しました。
- 意見交換の結果、住民啓発のためのチラシ「川島町が目指す介護保険とは」の配付、配食サービスの見直し、出前講座などのアイデアが整理されました。
- そして、アイデアに対し、すぐに取り組めることは次年度の事業計画へ、時間を要することは第8期介護保険事業計画へ盛り込むこと検討するなど、今後の方向性が町から示されました。



### 【川島町自立支援型地域ケア会議 基本情報】

- 開始：平成28年度～ ● 主催：町 ● 頻度：月1回
- 1回あたりの検討ケース数：1～3事例
- 対象者：要介護者（1～5）、要支援者、事業対象者
- コーディネーター：町職員・地域包括支援センター（事例により交代）
- 専門職助言者：理学療法士、作業療法士、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士