

# 玉川村

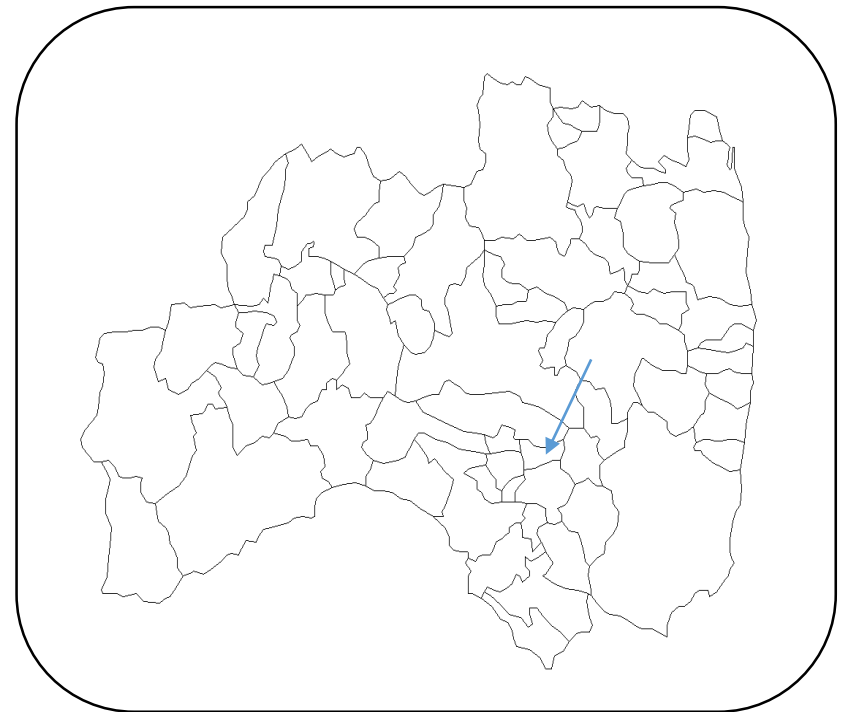
元気で過ごすための方策について多職種で考える、  
自立支援型地域ケア会議

## 玉川村の概要

玉川村は福島県中通りに位置し、東西11km、南北に9km、面積は46.67km<sup>2</sup>の小さな村で、東部は起伏の多い山間地帯、西部は阿武隈川沿いに展開する平坦な土地が広がる豊かな自然を有する地域です。又、福島空港の所在地でもあり、あぶくま高原道路が東西に走り、交通の利便性にも優れた村です。

### 【基本情報】 令和2年11月1日現在

- 人口 6,568人
- 65歳以上高齢者人口 2,072人
- 高齢化率 31.5%
- 要介護認定率 14.4%
- 第1号保険料月額 5,400円



# 取組の内容①

## ●背景

令和元年度から多職種の助言者を依頼し、自立支援型地域ケア会議に取り組んでいる。

## ●事業内容

実施主体：玉川村

会議までの流れ：年度初めに年度内の予定などを村内の包括、居宅事業所などに説明し目的を共有。助言者は地域を知っている方（栄養士、薬剤師）については村が直接日程調整し依頼。事業所の介護支援専門員から該当する事例を提出してもらう。その事例についてどうすれば自立支援に近づけるのか、ケアマネとしてどう考えているか、困っていることは何か・・・などを相談し、会議のテーマを決める。

## ●取組のポイント

個別ケースがどうすれば元気になれるのか、自分でできることが増えるのかななどを助言者等と一緒に検討する。ケースを通じて、地域の課題も一緒に検討していく。又、担当ケアマネだけでなく、事業所職員が出席することで自立支援への理解を共通に持てる。

## 取組の内容②

事例1 『体調不良（足が出にくい、疲れやすい）が改善し、外出や交流に対する意欲を高めるためのアプローチについて』

- 生活課題
- ①効果的な運動について
  - ②服薬管理
  - ③義歯の調整と食事について

### 《概要》

息子と2人暮らしの84歳の女性。13年前からパーキンソン病で治療しているが体調不良が原因で外出や交流が少なくなっている。家事などできることは続けているが、義歯が合わず、食事をミキサー食やお粥にして摂っている。疲れやすく、サロンでの運動やリハビリなども休んでいる。服薬管理は自分でできているが、残薬も多い。

ケアマネとしては、以前のように近所で開催している高齢者のサロンやリハビリなどへの通所を再開して、元気になってもらいたいと考えている。

### 《専門職からの助言内容》

- ① しっかり噛んで食べることが大事。栄養価も低くなってしまったりする。又、噛む力が低下することで口の周りの筋肉も衰え、発語にも影響してくる。認知機能の低下にもつながる。
- ② 有酸素運動が効果的。イスに座った運動を続けて5分実施することから始めてみてはどうか。そうすれば体力もつき、疲れやすさも軽減する。
- ③ 薬の効果などを理解してもらうことが大事。又、お薬手帳を効果的に利用し、残薬を薬剤師に分かってもらう。便秘改善のため、マグミットを指示どおり服薬してみてもどうか。又、受診も1人では難しいかもしれない。毎回でなくたまに家族に同行してもらえると良い。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 自立支援の重要性についてケアマネだけでなく、関わる職員が理解して取り組める。
- ケースを通して地域の課題が見え、解決に向けて取り組める。



## 今後の展望

- 多職種間の連携強化(困った時に相談できる専門家がいる)
- 地域づくり、資源開発に結びつける。

# 西郷村

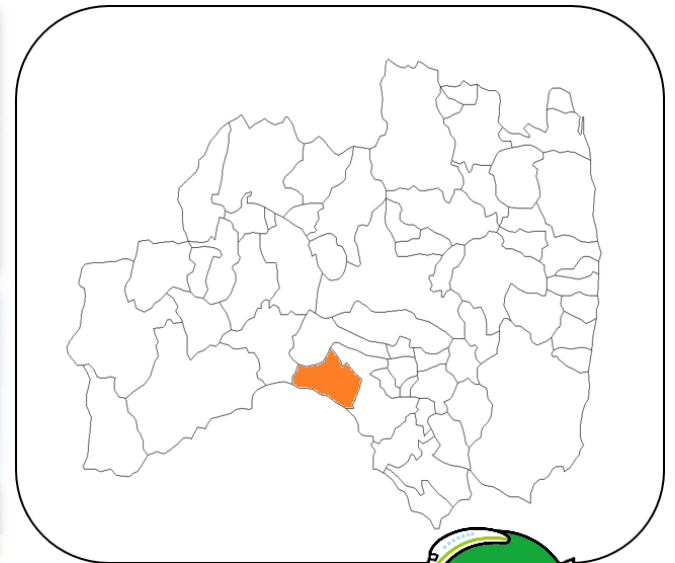
自立支援型地域ケア会議に関する取り組み  
～高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの向上を目指して～

## 西郷村の概要

西郷村は東西約22km、南北約14km、面積192.06km<sup>2</sup>の広さで、福島県と栃木県界の那須東麓に位置している。村民の生活圏はおおむね標高400mから600mで、東北本線の東京・盛岡間では最も高地に位置している。自然が豊かな村で高齢化率は、令和3年1月1日現在24.7%と、福島県内の市町村の中で一番高齢化率が低い村である。本村においては、地域包括ケア体制の充実を図る中で、地域包括ケアシステムの構築の1つとして自立支援型地域ケア会議を実施することとしている。

### 【基本情報】（令和3年1月1日現在）

- 人口 20,254人
- 65歳以上高齢者人口 5,020人
- 高齢化率 24.7%
- 要介護認定率 15.3%
- 第1号保険料月額 5,700円



西郷村イメージキャラクター  
「ニシゴユ」

# 取組の内容①

## ●背景

住み慣れた地域でいつまでも生活できるように、医療・介護・生活支援・介護予防等の整備が求められる中で、「自助・互助・共助・公助」それぞれの関係者が協力し合い、地域特性や住民特性等の実状に応じた支援を進めると共に、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの向上を目指して自立支援型地域ケア会議を実施することとしている。

## ●事業内容

- ・開催回数（予定）：6回
- ・検討事例数(予定)：13件
- ・対象者：総合事業対象者及び要支援1・2の認定者
- ・参加者：行政職員、ケアプラン作成者、介護サービス事業所職員、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士、保健師

## ●取組のポイント

村内介護支援事業所のケアマネジャーを対象にケアマネジメントの向上を目的とした研修会を兼ねて実施した。

また、より多角的な視点から支援を実施できるよう、県に対して専門職(管理栄養士)の追加派遣を依頼した。

## 取組の内容②

### ●事例の概要

- 総合事業対象者の70歳代女性(一人暮らし)
- 脳梗塞を経験するも、後遺症による麻痺等は見られず、歩行時にふらつきがある程度
- 食事のバランスが悪く、体重が増加傾向にある。
- 訪問型サービスを利用しているが、本人の生活に対するモチベーションが低く、ヘルパーへの依存心が強い。
- ヘルパーが支援を苦慮する程に住環境が古く、粗悪である。

### ●専門職からの助言

- 既往症(リウマチ)の悪化防止のためにも、体重増加による加重負担を抑えながら、運動を中心とした減量に取り組んだ方がよい。
- 菓子パン等はカロリーが高く体重増加に繋がるので、ご飯を3食バランス良く取ることが望ましい。また、調理が難しい場合は缶詰や冷凍食品を取り入れながら、バランスが偏らないようにするとよい。
- ヘルパーへの依存心が強い場合は、“支援できること”と“できないこと”を区別しながら進めるとよい。また、生活のモチベーション向上のために日々“褒める”ことを意識しながら楽しく支援を進めるとよい。
- 住環境が粗悪な場合、冬の寒さが厳しいことが想定されるため、敷くだけで暖くなるマットを取り入れる等をして環境を整えた方がよい。また、地域の民生委員等の協力を得ながら住環境の改善に取り組むことも考えられる。

### ●地域ケア会議による効果

- ケアマネジャーは本人に対して、運動が嫌いだという先入観があったが、会議を通して日々の運動習慣を取り入れることができた。
- ケアマネジャーは本人のヘルパーへの依存心に悩んでいたが、原点に立ち返り、褒めながら楽しく支援を進めることで、本人のモチベーション向上に繋げることができた。

# 成果と課題

## 取組の成果

- ケアマネジャーの研修会を兼ねて実施したことにより、ケアマネジメントの質の向上に繋げることができた。
- 専門職からの助言を通して、日々の運動習慣や食事習慣等の改善に繋げることができた。
- 専門職の派遣を追加依頼したことで、より多角的な視点から支援に繋げることができた。

## 今後の展望

- 検討事例の対象者に係る条件を緩和する(要介護1・2含む)ことで、より多くの方を対象に自立に向けた支援を目指す。
- これまで地域包括支援センターを中心に検討事例の作成を行ってきたが、今後は村内の介護支援事業所を対象に検討事例の提出を求めることで、ケアマネジャーのケアマネジメント力の向上を目指す。



## 猪苗代町の概要

当町は、福島県のほぼ中央に位置し、磐梯山などの山々と猪苗代湖に囲まれています。冬期は積雪が1~2mほどになり、除雪や閉じこもりなど冬特有の課題が生じます。人口減少に伴い高齢化率の上昇に拍車がかかっており、高齢者単身世帯や高齢者のみの世帯が増加しています。本人の望む生活の実現に向け、介護サービスだけではなく地域とのつながりの維持や支援する関係者の連携などを重視した、地域包括ケアシステムを目指しています。

## 【基本情報】

- 人口  
13,810人
- 65歳以上高齢者人口  
5,292人
- 高齢化率  
38.3%
- 要介護認定率  
19.5%
- 第1号保険料月額  
6,000円

猪苗代町



# 取組の内容①

## ●背景

平成29年度にモデル事業から開始した自立支援型地域ケア会議が4年目を迎えた。令和元年度からは軽度の要介護者も対象とし、居宅の介護支援専門員にも自立支援が浸透し始めたところだったが、新型コロナウイルス感染症の流行により会議等の中止を余儀なくされるという状況となった。自立支援型地域ケア会議は当町にとって重要な取り組みであるため、緊急事態宣言解除後はケア会議を開催してきた。

## ●事業内容

5・6月は中止。7月より毎月1回ケア会議を開催し、3事例の検討と過去の事例のモニタリング報告を行った。

## ●取組のポイント

要支援事例のみでなく、居宅の介護支援専門員の自立支援の視点の推進のため、町内の居宅の介護支援専門員（小規模多機能型も含む）全員を対象としている。

介護サービスだけではない地域とのつながりも本人にとって重要な資源であるため、生活支援コーディネーターが会議に参加するようにしている。

生活援助中心型ケアプランの届出があった場合には、自立支援型地域ケア会議での検討を実施することとした。

# 取組の内容②

## 1 事例目

H Mさん 90才女性

要支2 (2/1 ~ 支1)

脳梗塞

糖尿病

うっ血性心不全...

腎機能低下あり

転倒予防

運動

食事内容

水分 800 ~ 1000ml  
制限 あります

11月の対象者

夫(介1)と2人暮らし  
会話なし

・薬忘れ可能性あるので  
家族等 かくにんを

・体重増減確認

・3食 少しずつでも

昼 ヨーグルト等蛋白源

毎食1種類蛋白質

温野菜+ドレッシング(エネルギー)

・口渇 水分不足?

会話ない → 口腔ケア ↓  
だんご腺マッサージ

・DC DK

・自宅 イスで足のうんどう もも上下 開閉  
足首、つま先、ゆび  
ルームシューズ 保ゴ+すべり止め

・転倒後の対応を話しておく

→ DC 床上動作、いざり動作、むくみメドナー  
携帯なら離さない

・調理 活動↑

シンクによりかかる : もたれてシンク

・回復 → 自信

・近所の人には今後も

・1本そう 目で見てわかるもの

・歯みがき粉使わないで、

6か月後  
モニタリング

# 3事例目

HTさん 85才男性 妻と2人暮らし

要介護1 ひびみしり

脳出血(失語)

心筋梗塞

アルツハイマー型認知症(幻視あり)

筋力低下

認知機能低下

防止

・HP. 薬局 ばらばら

薬局まとめるか、薬を1つの薬局に  
もっていく。+250円

・体重増えるようなら食事内容  
確認を

・Vp. くりよかむ

・心筋梗塞既往あり

楽〜少しきつい程度で

・家事、以前はそうじ  
協していた、今も自発的に  
申し出る。→協力してもらっては

・**言** 忍 予防

女子きなことをする

歌うたう 失語にもよい

1桁計算 → 100まで計算

・理解はできるよう

体調等は Yes. No で答えられる  
ように

・ぬり絵の線の理解 **難**

ぬった絵の例示

・誤えん

異食、ちの息 リスクか?

配慮を

・散歩 あいさつ

・受診、友人の協力 継続

・サロン 夫婦で

・家でできることの継続

↳ 本人、家族の希望が  
具体的になるのでは。

6か月後

# 成果と課題

## 取組の成果

- 自立支援に資するケアマネジメントやケアの提供について、理解が進んできた。
- 介護事業所の職員だけでなく、行政職員のOJTの場ともなっている。
- サービス担当者会議は行っているが、支援の方向性が合っていない場合もあり、方向性を合わせる場となっているケースもある。

## 課題

- ケアマネジメントの課題  
「本人の希望する生活」に着目できない、引き出せない。  
アセスメントの不足(特に栄養や口腔、病状など)。  
サービスありきのケアプランも。
- すべてのサービス提供事業所やそれぞれの職員にまで、自立支援が理解されるまでには程遠い。
- 高齢者自身や家族に助言を実施してもらうことが難しい場合も多い。

## 今後の展望

令和3年度以降も自立支援型地域ケア会議を開催する。

- 自立支援に資するケアマネジメントの普遍化を図られることを目指す。
- 地域課題解決に向けて専門職との協働が可能となるよう、町内の専門職の育成や連携を強化する。
- 地域包括ケアシステムの深化推進と連携し、ケアマネジメントの研修会を併せて実施する。
- 高齢者や家族・介護事業所など、規範的統合をすすめる取組みも併せて実施する。

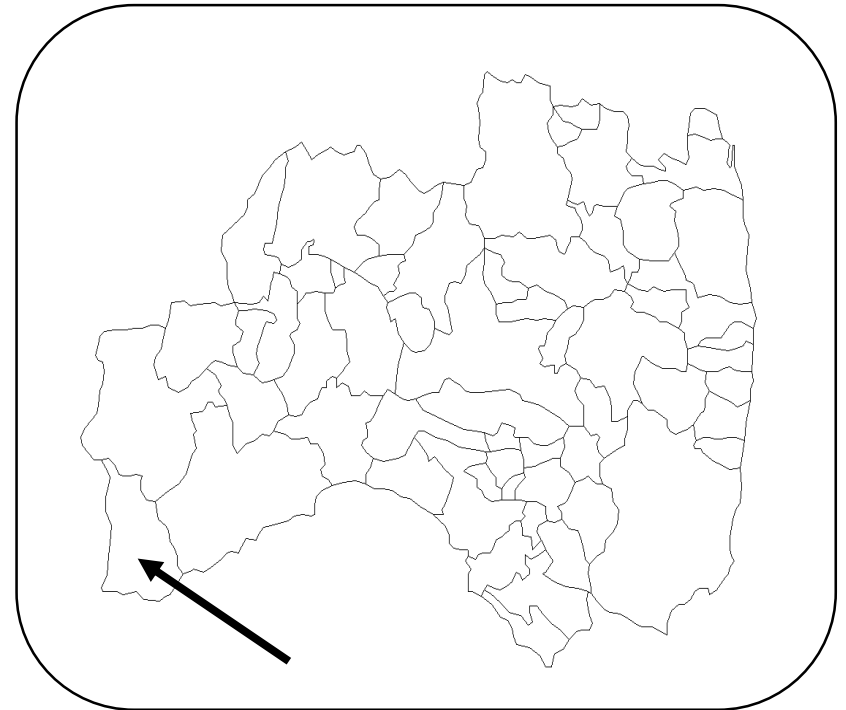


檜枝岐村の概要

本村の地域ケア会議は、地域包括支援センターが開催する「個別ケア会議」が主で、参加者は居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、社会福祉協議会、民生委員、保健師、管理栄養士、その他行政職員等である。事例に合うと思われるメンバーを参集し開催してきた。協議事項は、その事例が自分らしく、檜枝岐村で安全安心に生活できるために何ができるのか等を話し合ってきた。

【基本情報】 令和3年1月31日時点

- 人口 520人
- 65歳以上高齢者人口 189人
- 高齢化率 36.34%
- 要介護認定率 15.34%
- 第1号保険料月額 4,500円



# 取組の内容①

## ●背景

「地域包括ケアシステム」の構築を推進するために、医療・介護・福祉の関係機関、民生委員等で構成されたメンバーで、随時地域ケア会議を開催している。

村は介護のみに視点を置きがちになっているため、福祉の視点も含めた地域包括ケアシステムについて関係機関と共通認識を図り、充実を目指す。

## ●事業内容

- (実施主体) 檜枝岐村、地域包括支援センター
- (実施日時) 随時
- (実施場所) 檜枝岐村地域包括支援センター
- (参加者) 社会福祉協議会、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、檜枝岐診療所、民生委員、地域包括支援センター、村

## ●取組のポイント

村と地域包括支援センターだけでなく、関係機関が集まることで、課題について多様な視点から考え、共有する。



## 取組の内容②

(検討テーマ)

精神障がいを持つ人と高齢者世帯への支援を考える

(事例の概要)

80代の両親、40代女性の世帯。一階平屋。両親はADLがかなり低下しており、通院等はやっとのことで歩いていく。また、話の理解度も低い。娘は統合失調症及び精神遅滞。服薬管理や家事も「できます」という発言があり、介護サービス等の利用は拒否していた。

(専門職からの助言内容)

- ・ 支援者と対象の思いのズレはないか確認する。
- ・ 家族でできることを妨げないことはもちろんだが、互助や共助も視野に入れて考えられると良い。

(地域ケア会議による効果)

- ・ 事例を通してケース支援のあり方、地域連携のあり方について共通認識をもつことができた。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 医療・介護・福祉に関連した多職種による構成で開催することで、様々な視点からの情報共有を行い、地域包括ケアシステムの必要性を再認識することができた。
- 出席者にとって気づきの場、スキルアップの場となり、関係者のアセスメント能力向上の一助となった。

## 今後の展望

- 地域包括ケアシステム構築を推進するため、地域ケア会議の充実に努めていく。
- 介護のみでなく、福祉の視点でも考えることができるように努める。
- 地域で高齢者・障がい者を支えていく体制づくりの強化に努める。

## 南会津町

# 住み慣れた地域で安心して暮らしていくために (自立支援型ケア会議)

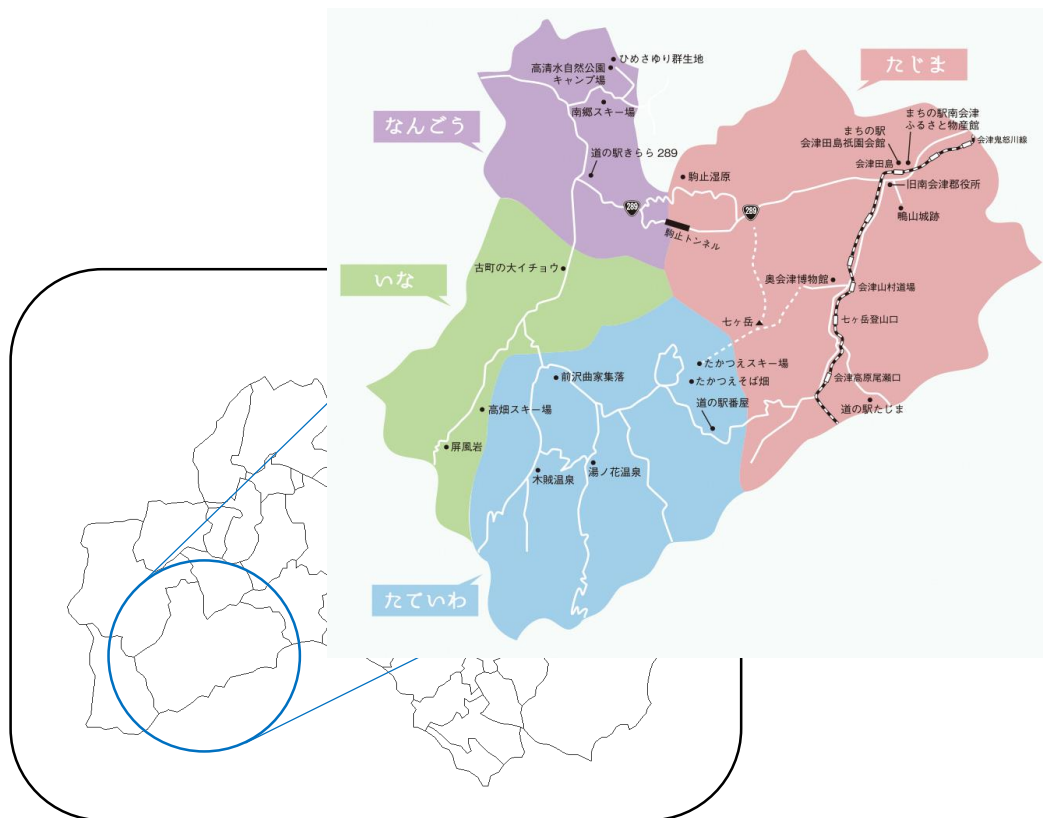
### 南会津町の概要

南会津町は、平成18年に4つの町村が合併して誕生しました。地形は急峻な山に囲まれた山岳地帯で、面積の91%を森林が占めています。また、冬は、厳しい寒さと積雪がある豪雪地帯です。

包括ケアシステム構築については、医療・介護連携や日常生活支援体制の整備、高齢者の住まいの安定的な確保等に向け、関係者との協働を図ることにより、地域の実情に応じた特色ある施策を推進していく方針です。

#### 【基本情報】

- 人口  
・14,948人
- 65歳以上高齢者人口  
・6,179人
- 高齢化率  
・41%
- 要介護認定率  
・20%
- 第1号保険料月額  
・6,000円（基準額）



# 自立支援型ケア会議

- 開催頻度 2ヶ月に1回（奇数月の第3木曜日）
- 主催・運営 南会津町
- 会議の目的 個別課題解決機能、地域課題発見機能  
地域包括支援ネットワーク構築機能  
地域づくり・資源開発機能、政策形成機能
- 参加者 町健康福祉課、地域包括支援センター  
ケアプラン作成者、サービス提供事業者  
専門職（Ph・PT・OT・ST・DH・RD）  
生活支援コーディネーター
- 対象範囲 町全域の要支援認定者及び要介護1・2認定者

# 自立支援型ケア会議 事例

- 1 検討テーマ 活動意欲の低下した認知症の方が暮らしの中に楽しみを持てるような活動や転倒予防に繋がる支援方法
- 2 事例の概要  
息子夫婦と3人暮らし。家事も家族に任せ、活動意欲が無くなり、横になって過ごす生活を送っているアルツハイマー型認知症の高齢女性。要介護1の認定者。活動する機会にデイサービスを利用しているが、自宅では特にすることもなく過ごしている。筋力の低下もあり、ふらつくこともある。
- 3 専門職からの助言内容
  - ・ やせ型で今後体重の減少を予防できるよう、蛋白質(肉・魚・大豆製品・乳製品)を1品追加できるとよい。
  - ・ 本人の意欲を引き出す関わり方として、「～してほしい」やって貰ったら感謝の声かけ、デイサービスでの活動作品を褒める、デイサービスでの活動で自宅でも取り組める宿題形式の取り組みなど。
  - ・ 椅子からの立ち上がり評価の活用で、小さな目標を設定し、運動の意欲に繋げる。
- 4 地域ケア会議による効果
  - ・ 活動性の低下した認知症の方が、デイサービス利用時だけではなく、日常生活でも継続できるような取り組みに繋がられるような工夫をサービス提供時にも取り入れることで自立支援に繋がることが理解できた。(担当ケアマネより)

# 成果と課題

## 取組の成果

- 地域資源の発掘・共有が図れた。
- 専門的なアドバイスにより、課題解決に繋がった。

## 今後の展望

- 1つ1つの個別課題の検討を積み重ね、地域課題を明確化し政策形成に繋げる。

