

6 令和2年度 地域包括ケア推進事業計画案について

1 地域での取り組み

- (1) 町内福祉委員会中心の地域見守り活動の継続と推進
- (2) 介護予防・生活支援に関する住民活動の継続
- (3) 医療と介護、地域が連携した地域ケア個別会議への参加
- (4) 地域の課題の解決策の検討を中心とした地域ケア地区会議への参加

2 地域ケア会議の開催と各部会の活動

(1) 地域ケア個別会議の開催

困難事例を中心に医療・介護・福祉の専門職と地域の関係者が連携し、個別支援に向けた検討を行う。また、地域におけるニーズ把握の材料とする。

また、自立型ケアマネジメントの強化、多職種の視点によるケアの質の向上を目的としたケース検討会議（自立支援サポート会議～みんなでもう一步～）を令和2年度より開催する。

(2) 地域ケア地区会議の開催

地域の課題を明らかにし、その解決策を検討するとともに、必要に応じ、保健福祉部会での検討や地域ケア推進会議への提案につなげる。

(3) 地域ケア推進会議の開催

ア 地域ケア地区会議から提案された課題の解決策について協議する。

イ 在宅医療・介護に関する課題の抽出と具体的な目標設定、対応策の検討を行う。

ウ 在宅医療介護連携のための研修会については運営方法や内容の検討を行い、より連携を深めるよう効果的な実施を目指す。

エ 各部会でテーマについて検討し、地域包括ケアの推進における問題点とその解決策等を探る。

3 主な取り組み

(1) 介護予防事業

ア 町内会健康体操教室をはじめとする地域の介護予防に資する活動や身近な通いの場の拡充

イ 元気な高齢者が活躍できる場や機会を充実する

ウ 介護予防に関する普及啓発の機会の充実

（10月10日地域包括ケア市民フォーラム）

エ サロンなどの担い手を対象にしたリハビリ専門職による支援

オ 生活機能の低下がある人の機能改善を目的とした短期集中型介護予防サービスの普及拡大と効果的な実施方法の検討（普及啓発、包括、リハ職、生活支援コーディネーターとの連携促進）

カ リハビリ職によるケアマネ同行訪問支援の開始

(2) 認知症施策推進事業

- ア 認知症の人とその家族の支援に向けた取り組み（若年性認知症を含む）
- イ 認知症サポーター、ステップアップ講座修了者を中心とした活動の場の検討
- ウ 認知症高齢者見守り事業の拡充
（認知症高齢者個人賠償責任保険の導入、認知症等行方不明高齢者捜索模擬訓練の実施、見つかるつながるネットワークの周知）
- エ 専門職の認知症対応力の向上に向けた取組（研修会等）
- オ 職域の特性に応じた認知症対応を身に付け、日常の業務において、さりげなく支援できるよう職域での認知症理解促進に向けた取り組み
- カ 小学生向け認知症サポーター養成講座の実施

(3) 在宅医療・介護連携推進事業

- ア 安城市医療・介護・福祉ネットワーク「サルビー見守りネット」の活用
- イ 在宅医療に関する普及啓発（まちかど講座の開催、並びに看取りと*ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に焦点をあてた専門職のスキルアップ、在宅医療ガイドブックの活用）
- ウ 在宅医療サポートセンターの運営

(4) 生活支援体制整備事業

- ア 第1層協議体にて、民間企業やNPOなどが持つ社会資源（生活支援サービスや介護予防に資する取組等）の把握とネットワーク化、活用を図る。
- イ 住民活動の担い手の養成
- ウ 自立支援サポート会議の積み重ねにより、高齢者の生活課題及び不足する資源の把握を行う

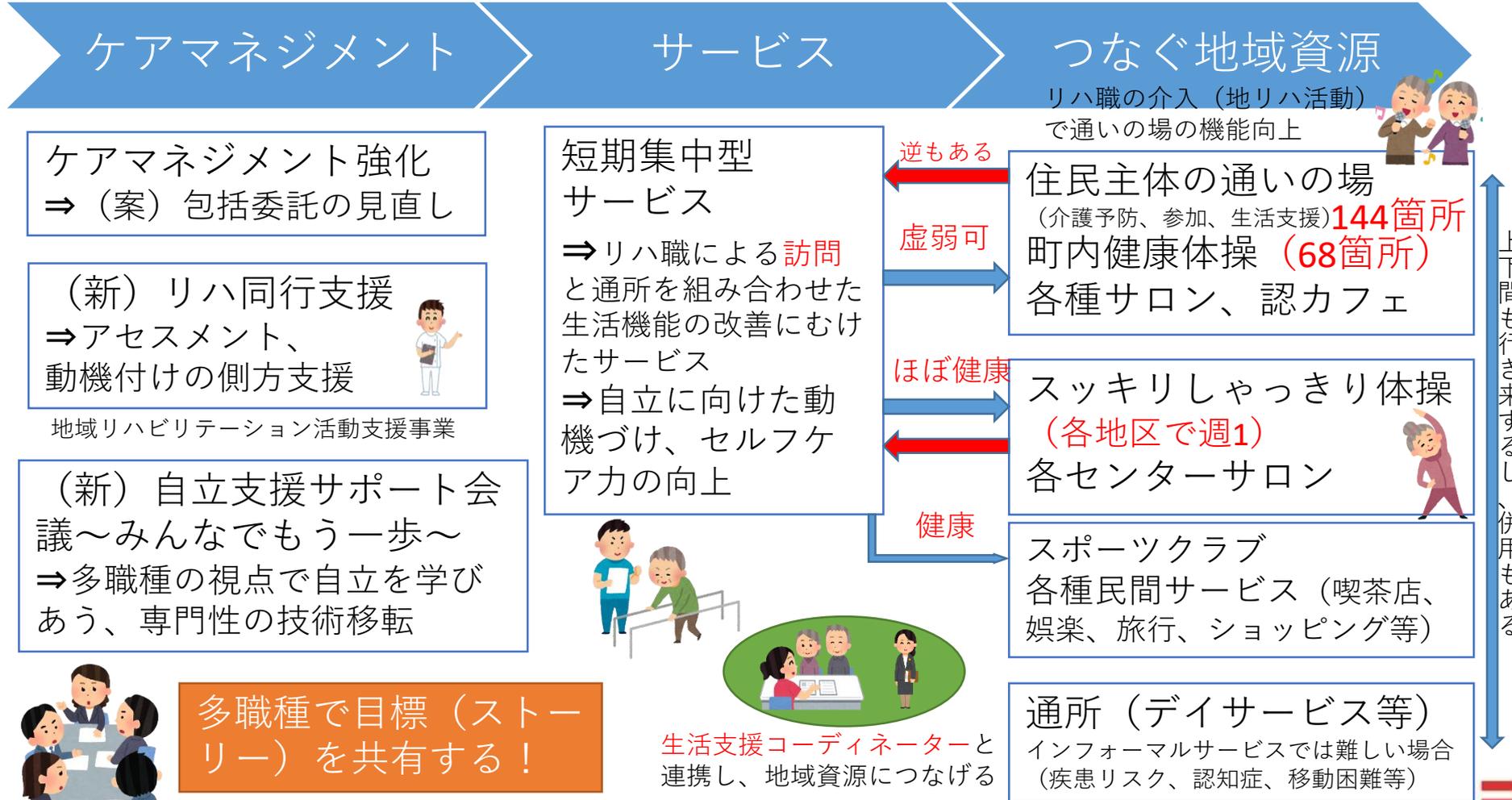
(5) 障害福祉の関係機関との連携を向上させ、地域包括ケアシステムを推進する。

【用語説明】

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

もしものときのために、その人が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組。

本人の「したい、できるようになりたい」を大切にした自立支援型の
ケアマネジメント ⇒ 入口から出口までの流れを強化



自立支援サポート会議～みんなでもう一步👣～

【目的】

自立型ケアマネジメントの強化、
多職種の見点によるケアの質の向上

【開催日】

毎月第4木曜日午後2時～午後3時30分

【対象】

要支援者でよくある事例（困難ケース以外）

【参加者】 ⇒誰が参加しても歓迎（下記は一例）

市、地域包括支援センター、ケアマネジャー、薬剤師
リハビリ専門職（PT,OT,ST）、管理栄養士、看護師
生活支援コーディネーター、介護サービス事業者等

【効果】

- ・高齢者の生活課題の把握（個別事例）
⇒地域の課題の把握⇒政策立案
- ・専門性の技術移転（在宅医療介護連携）
- ・インフォーマル資源の共有、不足する資源の把握等

★会議を繰り返す中で、目指す姿の方向性を共有

★地域支援事業が有機的に連動し、つながる。

「このケースを考える」のではなく、「このケースで考える」ことで、他の事例でも応用可能な手法を学びます。ケースの解決を目的とするわけではありません。



自立支援サポート会議～みんなでもう一步～

みんなのルール7箇条

- ①心をこめて、傾聴します（みんな対等でフラット）
- ②否定せず、批判せず、非難せず、断定せず
- ③質問は、その意図を伝え、思いやりをもって
- ④考えが変わること（自己変容）良しとする
- ⑤プロフェッショナルの専門性を発揮し、互いを尊重
- ⑥利用者の本当の幸せ、望む暮らしに思いを馳せよう
- ⑦参加を楽しむ、まじめにふざける(^^)／



保険契約必要ない「同行訪問リハ」で目標設定支援

サービス開始前に、サービス導入により達成する生活目標の設定や、サービスのゴール設定を本人や家族と合意形成することが欠かせないが、ケアマネだけでは荷が重い。
 契約なし（地域リハ活動支援事業）でリハ職がケアマネに同行訪問し、側方支援する。

自立支援「マネジメント」の導入時期には プランナーにも利用者にも「アテンド」が必要

自立支援の合意形成に苦慮するケース



退院直後でリハ介入していないケース



リハ同行訪問



サービス利用にあたって適切なゴール設定と本人への動機付け

自宅・周辺環境や外出評価、目標の設定

民間サービスや福祉用具利用導入を支援

期間や終了が合意形成された保険利用となる

効果

①プランナーの負担軽減及びスキルアップ

②自立支援サポート会議の実践

③R2年度より廃止される住宅リフォームヘルパーの補完

④短期集中からのサロンへの誘導など

予算（介護保険特会の地域支援事業費）
 【総合事業の一般介護予防事業「地域リハビリテーション活動支援事業」】

年間で120回程度の利用を想定。
 1.25回/月/各包括