

立川市

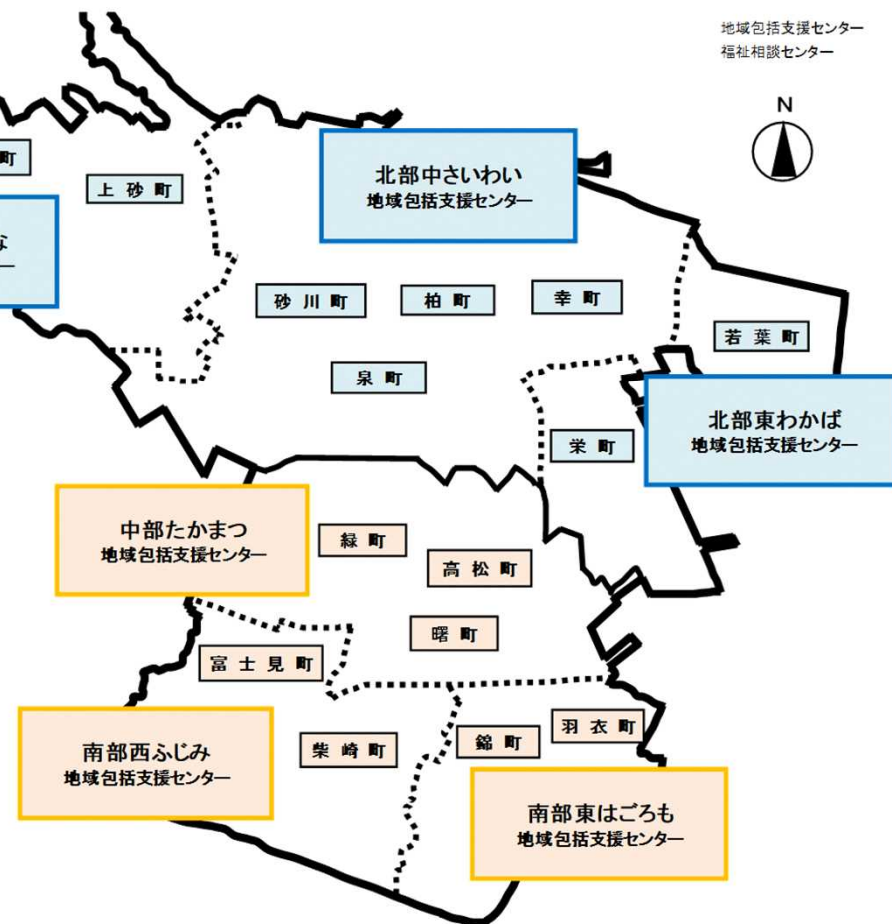
自立支援・介護予防のかたち



1 基本情報

人口	183,923 人
うち高齢者数	44,712 人
高齢化率	24.3 %
認定率	18.5 %
介護費用額	22,898.5円
第1号保険料月額	5,880 円
日常生活圏域	6 圏域
地域包括支援センター (委託型/基幹1、地域型5)	6 カ所

(平成31年4月1日時点)



立川市は、東京都のほぼ中央に位置し、昭島市、小平市、日野市、国分寺市、国立市、福生市、東大和市、武蔵村山市と接しています。

地域包括支援センターの日常生活圏域と、民生児童委員の地域協議会エリアは一致しています。

2 なぜ自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議を立ち上げることにしたのか

今頃、モデル事業？

立川市の体制は万全？

立川市は平成5年に在宅介護支援センターを設置(第1号)して以来、平成12年の介護保険法施行と同時に「立川市地域ケア会議」を開催してきた。

(月1回、地域のネットワーク会議)



独自開催してきたけれども、それで良い？
時代の推移に、即している？



立川市



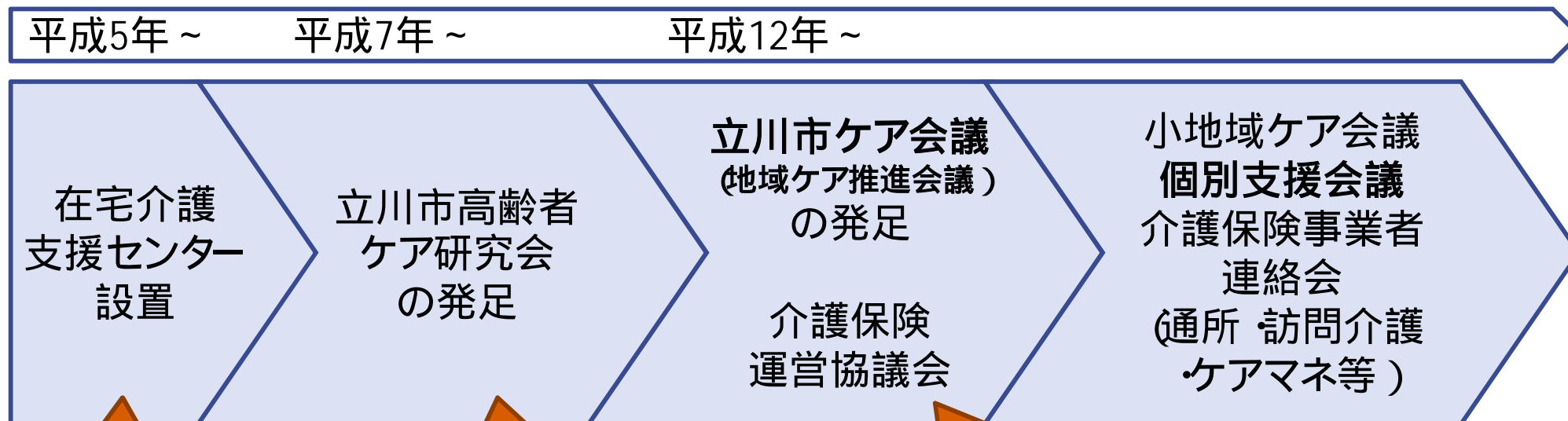
体制の見直しと効率化を図りながら、立川市の
自立支援 介護予防
をデザインしていこう!

「地域づくり」を担う
地域包括支援センターと生活支援Coと
認知症地域支援推進員と考えよう。

立川市だけでは難しいので、東京都モデル事業の力をお借りしよう。



立川市ネットワーク構築の概要 < 抜粋 > 個別ケース検討関連



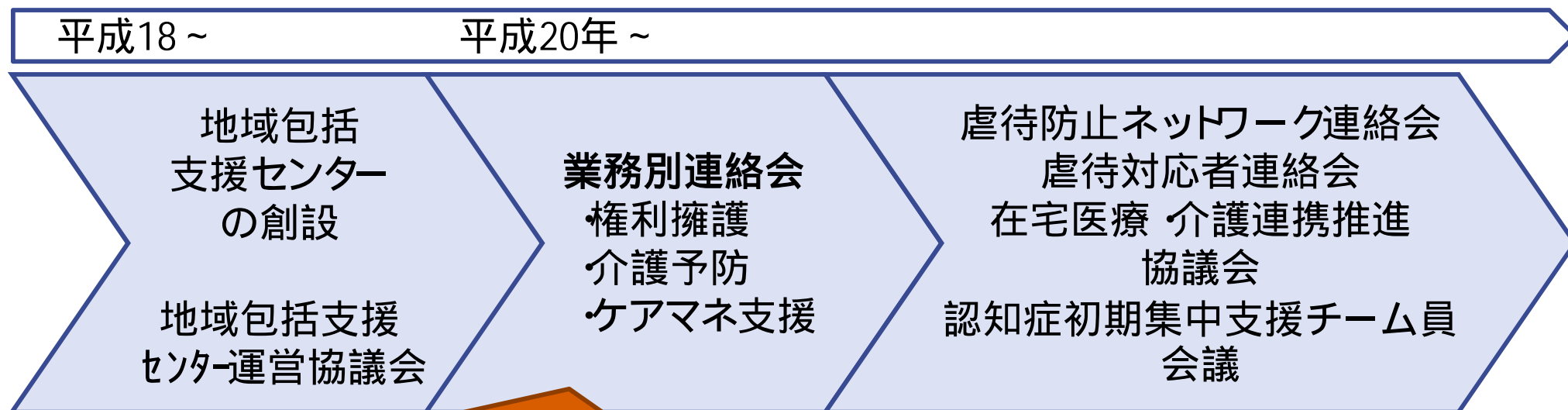
平成5年7月にまずは、1か所を設置し介護保険制度施行に合わせ、平成11年までに10か所を設置。立川市社会福祉協議会に基幹型を委託。

在宅介護支援センター職員や市内医療機関のMSW、行政(生活保護、高齢福祉)の有志職員で高齢者支援に関する研究会(事例検討など)を発足。月1回開催。

立川市ケア研究会を個別事例の検討だけでなく、地域課題への対応や市内関係機関のネットワーク構築、各在宅介護支援センターの業務の平準化を目的に進展。参加者は、在宅介護支援センター職員、市内医療機関、社協、行政(高齢福祉課)。



立川市ネットワーク構築の概要 < 抜粋 > 個別ケース検討関連



総合相談・権利擁護業務連絡会 【主に虐待コア会議】

参加者 : 社会福祉士/社会福祉協議会 (権利擁護) / 弁護士/認知症地域支援推進員/行政 (高齢福祉課)

介護予防業務連絡会

参加者 : 保健師・看護師/生活支援CO/認知症地域支援推進員/認知症疾患医療センター/東京都健康長寿医療センター研究員/行政 (高齢福祉課)

ケアマネジメント支援業務連絡会 【主に地域ケア個別会議】

参加者 : 主任CM/行政 (介護保険課 高齢福祉課) / 認知症地域支援推進員/生活支援CO

自立支援 介護予防の視点・・・

自立支援ってどういうこと？ 介護予防って？

要支援認定を受けて
いたって良いじゃない。

認知症の方の自立って
どんなイメージなの？



何をもって「自立」というのか？

自立を支援する」とはどのようなことなの？



自立支援 介護予防～たちかわ版～を考える

立川市が目指したい将来像を確認して、自立支援 介護予防の定義を考える必要がある。

4 自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議の立ち上げに向けたロードマップ(2/3)

1. 「立川市地域ケア会議」のほか、支援困難ケースに対応する「地域ケア個別会議」や虐待対応の「コア会議」は開催していたが、自立支援 介護予防に向けた地域ケア個別会議は開催していない。

2. 立川市の「自立支援 介護予防」の考え方のデザインがなく、市民や支援関係者(地域包括支援センター含む)に提示できていない。

3. 行政、地域包括支援センターが出席する会議体が14つあるが、相互関連性がない。



かといって、新しい会議を立ち上げるの？
14も会議体があって、もう手いっぱい...

東京都モデル事業の力をお借りして、
アドバイスをもらいながら実施しよう



4 自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議の立ち上げに向けたロードマップ（3 / 3）

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
立川市	ワーキンググループ	グループ発足後随時見直し					グループ内振り返り見直し ケアマネジメント支援業務連絡会の参加						
	地域ケア個別会議 @介護予防業務連絡会	1事例		会議体制の確認		2事例 4月事例 + 新規事例		1事例		2事例		2事例	
	地域包括支援センター運営協議会												
都	実践会議												

令和元年6月4日 第1回実践会議資料 一部修正

新たにモデル事業のための会議を開催するのではなく、**既存の介護予防業務連絡会の内容を調整して実施**する。

介護予防業務連絡会開催を「中央会議」と位置づけ、将来的には各地域包括支援センターにおいて日常生活圏域レベルでの実施を目指していく。



何をしていくのか？どのように考えるのか

介護予防業務連絡会(120分)の有効活用

平成30年度まで 報告事項 + 各包括間での情報共有



これから 事務連絡 + 報告事項は40分

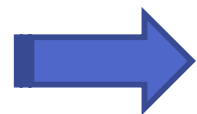
残りの80分で2事例の事例検討会を開催

* 介護予防・自立支援に向けた事例検討 *



ただの
報告会
から
卒業！

現在、ケアマネジメントしている利用者さんの自立 介護予防を考えたときに
行き詰っている事例をみんなで検証



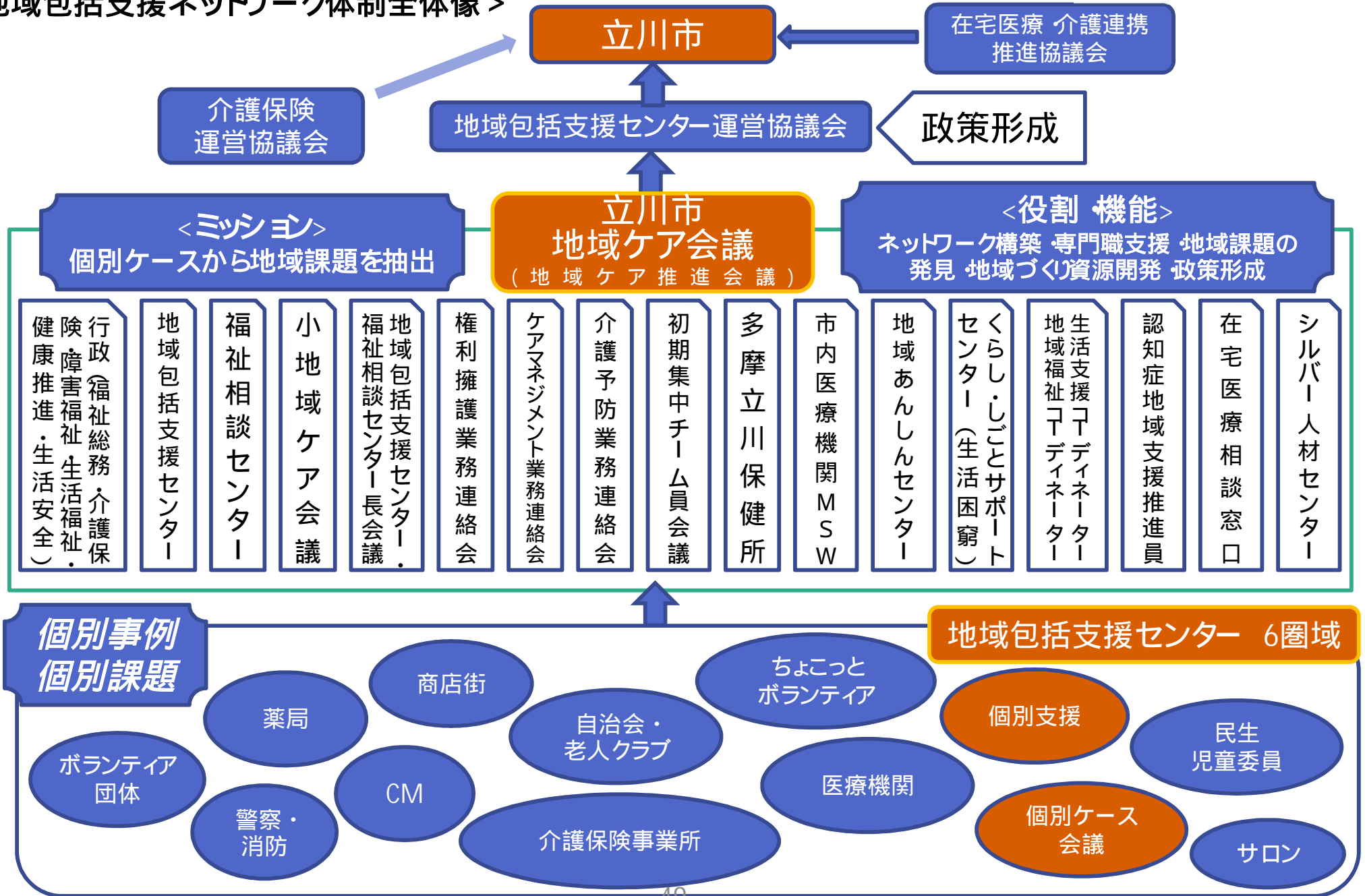
それでどうする？



事例を集めて「立川市の自立支援 介護予防」の定義、
イメージを固めていく

6 地域ケア会議体系のデザイン (2 / 2)

< 地域包括支援ネットワーク体制全体像 >



7 地域包括ケアに関する既存の会議や活動の整理表

立川市会議体一覧 (平成31年度～)

	会議名	個別課題 解決	ネットワー クの構築	専門職 支援	地域課題 発見	地域づくり 資源開発	政策形成
1	地域包括支援センター運営協議会		○	○	○	○	
2	地域ケア会議			○	○	○	○
3	小地域ケア会議		○	○			
4	センター長会議 (H31～)			○	○		○
5	権利擁護業務連絡会		○		○	○	
6	介護予防業務連絡会		○		○	○	
	6の連絡会内で地域ケア個別会議を実施				○		
7	ケアマネジメント支援業務連絡会		○		○	○	
8	介護支援専門員連絡会		○				
9	訪問介護事業者連絡会		○				
10	通所サービス事業者連絡会		○				
11	主任ケアマネ連絡会 (H31～)		—	—	—	—	—
12	個別支援会議 (支援困難事例)		○	○	○		
13	在宅医療・介護連携推進協議会		○	○			
14	認知症初期集中支援チーム員会議		○				



事例検討を重ねて何を作りあげるのが

1. 専門職のアセスメント力向上

健康→フレイル→要支援→要介護のターニングポイントを探す！

総合事業対象者・要支援認定者のケアマネジメントを検証することで、

健康→フレイル→要支援になった経緯（ターニングポイント）が確認

できる。その高齢者が「要介護」に悪化しないためのポイントがつかめる。

例)入れ歯が合わなくなったので、硬いものを食べることができなくなり、咀嚼力低下。だんだんと「食べることに」楽しみを失い、低栄養になったことで筋力が低下し、外出困難となった。

川下の対策（介護支援）だけに追われる支援からは卒業して、

川上の対策（介護予防）を考える！



事例検討を重ねて何を作り上げるのか

2. 生活支援体制整備 介護予防にひと役買う資源を探せ！

総合事業対象者・要支援認定者が要介護認定者へと進まないための仕掛けを地域の中であつておく

例) かかりつけ歯科医師との連携、地域ゆるやかな見守り体制の構築、私を知って」運動、通いの場づくりの推進 等

サロンだけ
じゃない

3. 専門職・市民の意識改革 わたし事としての認識・取組 私が主役」

事例の主人公だけでなく、支援に関わる支援者の意識改革も必要。
介護保険サービスだけに頼らない生活を考える。

例)入れ歯を直して、美味しい物を食べて元気になりたい！

これが高齢者のあつたい生活、
目のつけどころは「入れ歯」
だったと見抜ける力をつける！

支援者
支援



自立支援 介護予防～たちかわし版

立川市が目指したい将来像、自立支援 介護予防の定義を考える

東京都福祉保健局

東京都地域ケア会議推進部会のまとめ（H26年3月）

「自立」とは「人が要支援・要介護状態になっても、可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営むこと、自分の人生に主体的・積極的に参画し自分の人生を自分自身で創っていくこと」と定義付けることができる。

つまり、何らかの援助を受けながらも、自分らしく生きていくことが「自立」において何より重要な要素であり、そのための支援が「自立支援」である。

よって、本人の意思を無視して「サービスありき」の支援や「状態の改善」を強要する支援を行うことは適切ではない。

 自分らしく『ありたい自分』で高齢期を立川市で過ごす



【目的】「ありたい自分」で高齢期を立川市で過ごすために、課題を抽出して、

1) 課題解決

2) 課題の早期発見

3) 課題の予防

をすすめていく！！

【アセスメント視点】 本人 と 地域

多職種・多角的視野で、意見交換する。

【会議運営上の注意点】

本人不在で真の意向が分からない以上、個別ケースの課題に対しての対処法（処方や治療、サービス提供）は、事例提供者への提案でしかないので、会議参加者全員は

本人に対する自立支援 介護予防のアセスメント視点を持つ

地域の課題を抽出して解決策を考える

この2点を理解して、会議に参加する。



自立支援 介護予防～たちかわし版

立川市が目指したい将来像、自立支援 介護予防の定義を考える

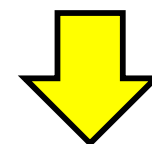
実践会議以降

「自立支援」が先か 「介護予防」が先かの議論
@ 第3回立川市介護予防業務連絡会(8/19)

第2回実践会議(6/4時点)で発表した立川市の考え
＜介護予防＞をして＜自立した生活＞を行うことを目指すのではなく、＜ありたい自分＞をイメージして＜介護予防＞を考える。それが＜自立＞につながり、それらを手助けするのが＜自立支援＞である。



* (注) 手段は個別性が大きい
* 支援不要の分野もある



自立支援は
高齢者だけ
じゃない...!!

実践会議での助言
「自立支援」は大枠概念であり、「介護予防」はそのひとつの手段でしかない。「自立支援」と「介護予防」は並列ではない。



自立支援 介護予防～たちかわし版

立川市が目指したい将来像、自立支援 介護予防の定義を考える

実践会議以降

自立支援 介護予防～たちかわし版の視点

@第3回立川市介護予防業務連絡会(8/19)

<整理した立川市の考え方>

高齢期における
<自立支援>

すべてが大事 自立支援の手段



将来的には各地域包括支援センターにおいて日常生活圏域レベルでの実施を目指す。

地域ケア会議で高齢者の自立支援を考えるのなら **介護予防** だけでなく、さまざまな分野の専門職が集結して、知恵を出し合う場が必要だ。



自立を阻害する要因の中から地域の生活課題を明らかにして、対策(支援の工夫・政策形成)を行うために、**自立支援 介護予防** に向けた **地域ケア会議体制を構築**の一步を始める。



目的	自立支援介護予防に向けたアセスメント視点を共有し、具体的な課題を抽出し、解決策を考える。
事例提出	6包括で分担、1回80分間あたり2事例（40分×2事例） 介護予防業務連絡会の司会・書記当番以外とし、連絡会において調整
事例提出基準	要支援・事業対象者等で、自立支援に向けた視点が持てずに困っている事例
参加者	立川市役所・地域包括支援センター・理学療法士・歯科衛生士・管理栄養士・社協地域づくり係など
検討書類	事例概要と全体像シート(新規A4判) 利用者基本情報と基本チェックリスト(既存書類) 介護予防支援アセスメント用情報収集シートと興味・関心チェックシートも作成可能であれば...

10 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議レイアウトと参加者 **立川市**



介護予防業務連絡会
(偶数月 第3月曜日 午前)

10:00 ~ 10:40 業務報告など
10:40 ~ 地域ケア個別会議

書記 司会者 事例提出者
(地域包括支援センター)



アドバイザー
(歯科衛生士)



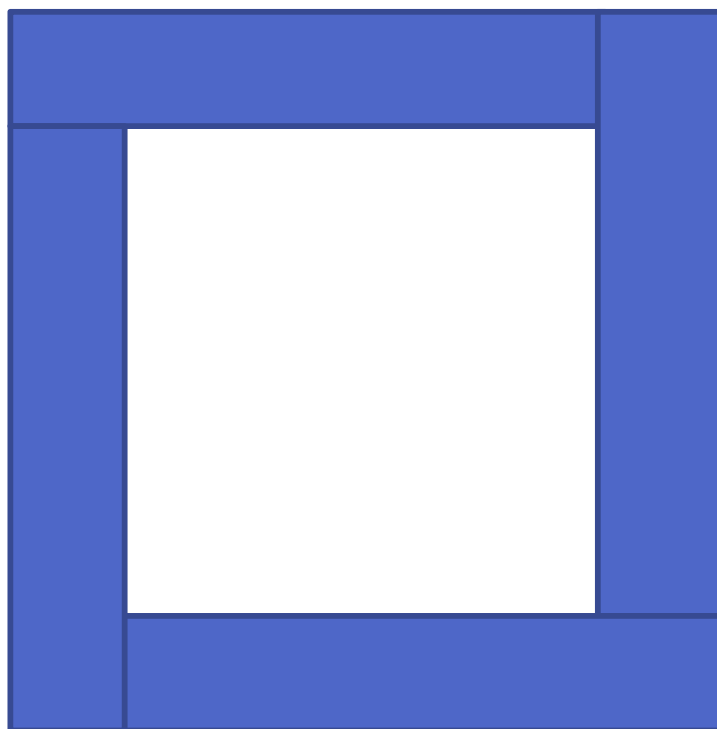
アドバイザー
(管理栄養士)



地域づくり係



生活支援
コーディネーター



地域包括支援センター
(事例提出を除く)



アドバイザー
(理学療法士)

高齢福祉課在宅支援係
高齢福祉課介護予防推進係

介護予防業務連絡会
参加者 : 包括の保健師・看護師/
生活支援CO/認知症地域支援推
進員/認知症疾患医療センター/
東京都健康長寿医療センター研
究員/行政 (高齢福祉課)

自立支援 介護予防に
向けた地域ケア個別
会議を開催したい！

そうだ！
庁内他課に
管理栄養士
がいた！！



必要なメンバーは？

専門職が足りないのに、
予算もない～

高齢福祉課長から
→生活習慣病対策の中心
健康推進課長に依頼

庁内への周知 連携

地域包括への周知 連携

地域づくりの中心 地域包括
支援センターと一緒に取組、
考えていきたい
→地域包括支援センターに依
頼

そうだ！
地域包括に
歯科衛生士
がいた！！



市民や関係団体



ひとまず、モデル事業
なので周知しない



地域ケア個別会議 開催案内	基幹型地域包括支援センターより、介護予防業務連絡会の開催案内として、参加者へメールにて連絡。
事例提出方法	地域ケア個別会議開催日までに、個人を特定できる情報を削除の上参加者へメール送信。 会議当日までに間に合わなかった場合、事例提出者が参加人数分を印刷して、会場へ持参。
参加者	メールで送られてきた事例を、事前に読み込んで会議へ参加する。
会場準備等	基幹型地域包括支援センターのある施設にて開催のため、基幹型地域包括支援センターにて設営等準備。

<事例検討の流れ>



事例概要 (3分)

事例発表者が、事例概要、利用者基本情報、基本チェックリスト、全体像シート等を用い発表する。

アセスメント視点 (7分)

の資料と発表を聴いて、参加者の「質問」を通じて、ケースのアセスメントの視点を確認する。

意見交換 (10分)

ケースの「ありたい自分・したい生活」を確認し、そのために不足しているもの(個人要因・環境要因)不足していること(介護サービスに偏らない)を探す。

活動提案 (10分)

で探した足りない部分を補うために必要な社会資源や仕掛け、本人への動機づけなどについて、それぞれの専門的立場から提案する。

残された課題の整理 (10分)

本来なら で提案した内容が立川市、各日常生活圏域内に整備されていれば良いが、そうでない場合は次のステージにつないでいく。(上位会議体への提案)

14 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の当日のタイムスケジュール（2 / 2）

立川市



役割や進行				
時刻	事例提供者	専門職	事例提供以外の5包括・市役所	社協 地域づくり係 (生活支援CO)
10:40～10:50 (11:20～11:30) <10分間>	事例紹介	アセスメントの 視点	アセスメントの 視点	アセスメント の視点
10:50～11:10 (11:30～11:50) <20分間>		意見交換 活動提案	意見交換 活動提案	意見交換 活動提案
11:10～11:20 (11:50～12:00) <10分間>	<ul style="list-style-type: none"> まとめと事例提供者から意見・提案を聞いての感想 残された課題の整理 			

会議の検討資料

< 事例概要シート >

< 基本チェックリスト >

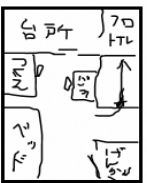
< 基本情報シート >

立川市 介護予防連絡会 検討会資料
 事例概要：〔主病名：胃がん、変形性関節症、腰痛症〕、〔年齢：83〕、〔性別：男性〕、〔同居者状況：独居〕、〔介護保険認定：要支援1〕。

< 提出理由 >
 (地域包括支援センターとの関わり経緯)
 胃がん手術後、食べることは何とか出来ているが、掃除ができない。ヘルパーを利用したいとのことでご本人来所し、かかわりが開始。
 (事例の状況)
 週1回のヘルパーを利用しながら独居生活を続けている。最近、思うような動き、衰えを感じている。リハビリを勧めるが気が進まない。最近、入居も考えている。
 (今後の見通し)
 身体の衰えとともに自由に出入りできる手段がなくなり地域の集まりも参加できなくなっている。このままでは、閉じこもり傾向強くなり、能力加減すると考える。

- 事例情報
 1：利用者基本情報<必須書類>
 2：基本チェックリスト<必須書類>
 3：興味関心チェックシート<実施可能であれば添付>
 4：介護予防支援アセスメント情報収集シート<実施可能であれば添付>

自宅の見取り図



(見取り図の特記)
 2階建て戸建て住宅。1階で事が済むよう、ベッドは2階から1階へ変更し、2階へは妻の仕度がある。手すりを住宅改修にて取り付け済み。

利用者基本情報
 記載年月日：H31年 3月 22日
 作成担当者：秋田 (かみすな包括)

相談日	平成 27 年 7 月 23 日 (初回相談日)	住所	〒118-0001 東京都立川市上町
本人の現況	在宅	氏名	かみすな 文 (男)
年齢	83 歳	性別	男
住所	〒118-0001 東京都立川市上町	電話番号	03-5681-XXXX
日常生活自立度	要支援1	介護保険認定	要支援1
認定・総合事業情報	要支援1 (要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5) 有効期限：H30年6月1日～H33年5月31日 (前期の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：31年 3月 15日	障害等認定	身体()、視覚()、聴覚()、精神()、知的()、腰痛()
本人の住居情報	自宅・借家・一戸建・集合住宅・自室の有無() 階、住宅改修の有無	本人の住居情報	自宅・借家・一戸建・集合住宅・自室の有無() 階、住宅改修の有無
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護()	家族構成	妻、長女、長男
住所者(相談者)	本人	家族構成	妻、長女、長男
住所	立川市上町	住所・連絡先	氏名、住所、電話番号
連絡先	本人	連絡先	氏名、住所、電話番号
緊急連絡先	本人	緊急連絡先	氏名、住所、電話番号

介護予防に関する事項

今までの生活
 関西方面出身。10年ほど関西で仕事をし、その後3人の仕事を手放すため、関西を離れ、東京で仕事を始める。その後、結婚の会社を手放すなど、70歳まで仕事を続け、その後は専業主婦の生活を送る。19年前に妻と別居した。妻は介護施設に入居し、現在は施設で生活している。19年前に妻と別居した。妻は介護施設に入居し、現在は施設で生活している。

現在の生活状況
 1日の生活・過ごし方
 散歩や買い物、散歩など出来るだけ外に出て歩くようにしている。

趣味・楽しみ・特技
 ゲートボール

友人・地域との関係
 近所との関係性は良い。年齢が近い方が話やすいので、話好き。老人会副会長を兼任された経験あり。

《視病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名	経過	治療中の場合は内容
	胃がん	記入不要	経過中	
	変形性関節症	記入不要	経過中	
	腰痛症	記入不要	経過中	

《現在利用しているサービス》
 訪問介護週 1回、公的サービス、非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による利用状況調査、意見、及び主治医等と連携し、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険認定、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

基本チェックリスト
 記入日：H31年 3月 15日 ()

No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください。
1.	バスや電車で1人で外出していますか。	0. はい、1. いいえ
2.	日用品の買い物をしていますか。	0. はい、1. いいえ
3.	預貯金の出し入れをしていますか。	0. はい、1. いいえ
4.	友人の家を訪ねていますか。	0. はい、1. いいえ
5.	家族や友人の相談にのっていますか。	0. はい、1. いいえ
6.	階段をすずりや壁をつたわらずに昇っていますか。	0. はい、1. いいえ
7.	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。	0. はい、1. いいえ
8.	15分位続けて歩いていますか。	0. はい、1. いいえ
9.	この1年間に転んだことがありますか。	0. はい、1. いいえ
10.	転倒に対する不安は大きいですが。	0. はい、1. いいえ
11.	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	0. はい、1. いいえ
12.	身長 165cm 体重 50kg (BMI = 18.4) (注)	
13.	半年前に比べて圓いのが食べにくくなりましたか。	0. はい、1. いいえ
14.	お茶や汁物等でむせることがありますか。	0. はい、1. いいえ
15.	口の湿きが気になりますか。	0. はい、1. いいえ
16.	週に1回以上は外出していますか。	0. はい、1. いいえ
17.	昨年と比べて外出の回数が減っていますか。	0. はい、1. いいえ
18.	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか。	0. はい、1. いいえ
19.	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。	0. はい、1. いいえ
20.	今日が何月何日かわからない時がありますか。	0. はい、1. いいえ
21.	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がありませんか。	0. はい、1. いいえ
22.	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しくなくなりましたか。	0. はい、1. いいえ
23.	(ここ2週間) 以前は薬にできていたことが今はおっくうに感じられる。	0. はい、1. いいえ
24.	(ここ2週間) 自分が後立っ人間だと思えない。	0. はい、1. いいえ
25.	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする。	0. はい、1. いいえ

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

15 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の配布資料 (2 / 2)

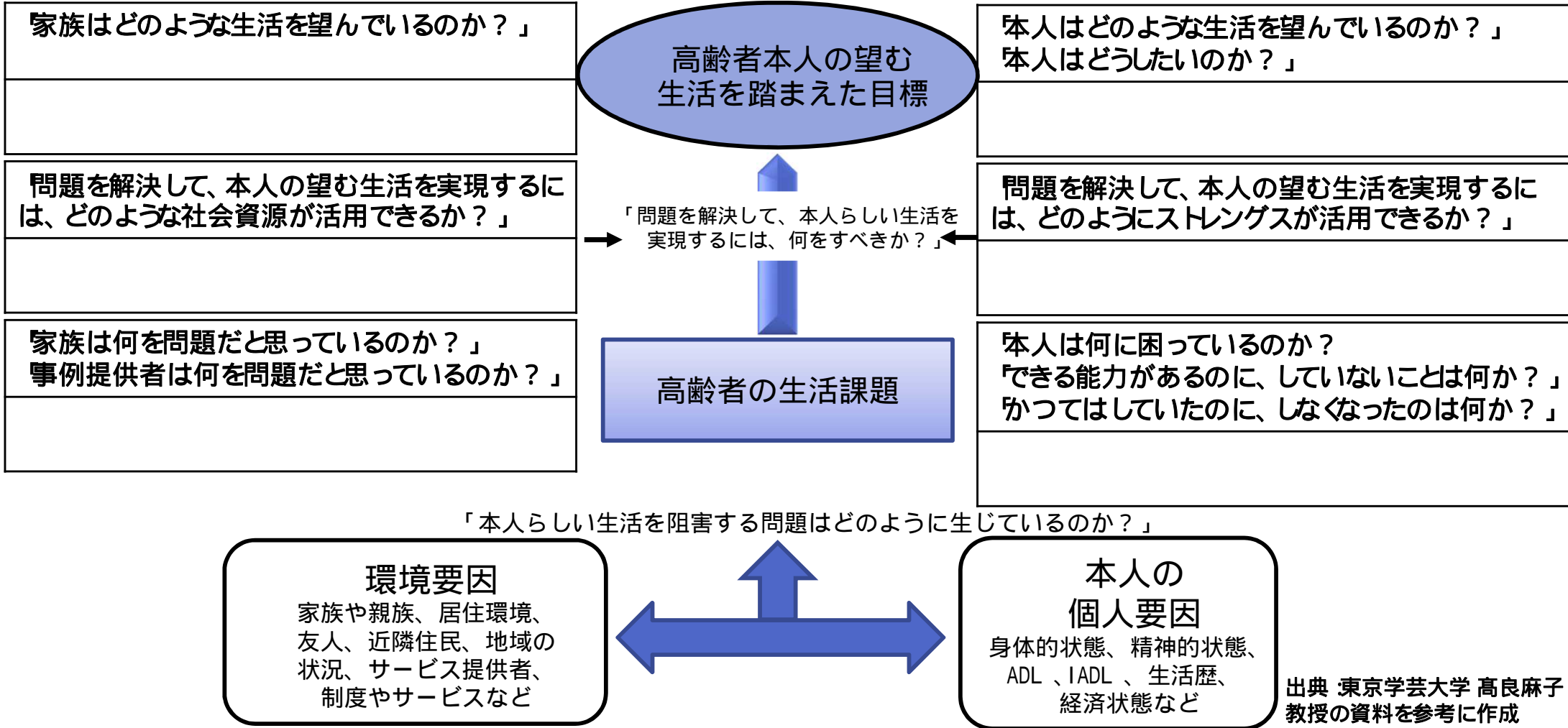
立川市



会議の検討資料

「自立支援・介護予防のための地域ケア個別会議全体像シート」

「どうすれば高齢者本人の尊厳を保持した、その人らしい生活の継続を支援できるのか？」



出典 東京学芸大学 高良麻子教授の資料を参考に作成

立川市がICFシートではなく、この全体像シートを活用する理由は、まずは生活課題に注目した上で、その要因(環境要因 個人要因)にアセスメント視点に移す書式であるとともに、本人の想いを表記しやすいため。

介護保険法 第115条の48の5

会議の事務に従事する者又は従事していた者は正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

立川市の取り扱い

地域ケア個別会議の出席者は、行政・地域包括支援センター職員、アドバイザーに専門職を予定。(職能別に守秘義務がある)

地域ケア個別会議では、「ありたい自分」で高齢期を立川市で過ごすために、地域等の課題を抽出して、課題解決 課題の早期発見 課題の予防をすすめていくことが目的であり、個別ケースは用いるが、個人が特定される情報は取り扱わない。

氏名はイニシャルもしくは仮名を用い、年齢は年代(○歳代)のみ記載し、住所などの個人を特定できる情報は全て削除する。



1. 地域ケア個別会議のモニタリング

前回の地域ケア個別会議の振返りを、次回地域ケア個別会議時に行う。

- ・事例提出者のきづき
- ・利用者本人へのフィードバック
- ・残された課題についての整理・対応

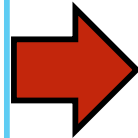
2. 地域ケア個別会議のフィードバック

包括直営プランの場合は、利用者への新たな働きかけや再アセスメントに対する評価が会議の場で行える。

委託プランの場合は、委託先ケアマネジャーへの助言の提案内容を確認し、どのように利用者に還元されたのか評価できる。

事例提出者の
事例提出前の気持ち

もっと運動に
取り組めば
活動的に
なれる人
なのに。。



事例提出者の
事例提出後の気持ち

生活圏域内で
同じ疾病を持つ
誰かと食事が
できる場
はないかな？



事例提出者の感想

栄養学的側面のポイントから
こんな見方もできるんだ！
【発見】



会議を開催した結果

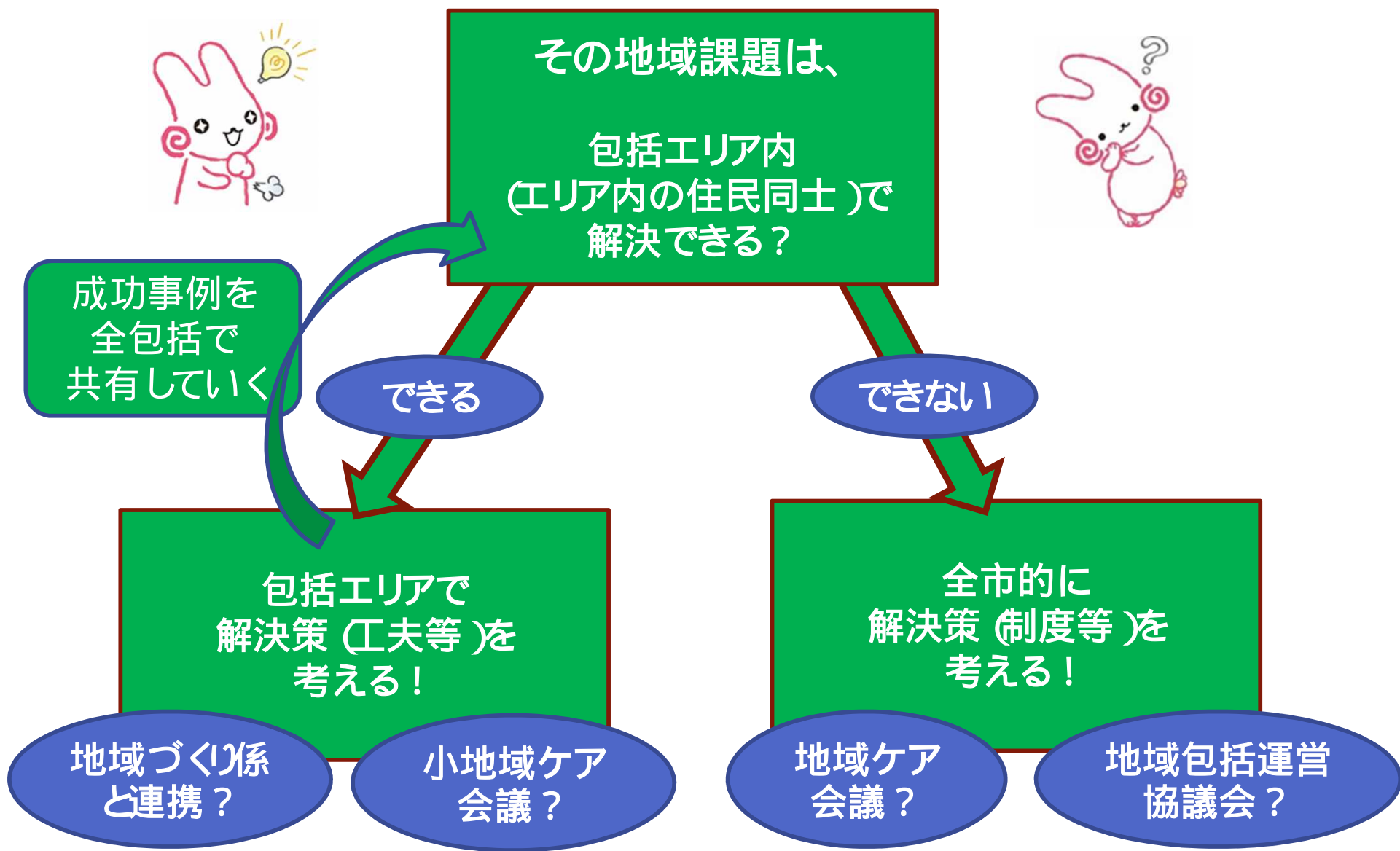
フレイルに関連する
4つのキーワードが抽出できた
【発見】

次回は運動的側面で考えても良いかな

会議参加者の感想

多くの事例を考えるだけでなく、一つの事例を多角的に
検討することもいいかな？ 【発見】

具体的に地域課題を解決していく仕組みは、まだ整理(規定)出来ていない・・・けれど





モデル事業への参加

自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議体制整備支援事業への参加したことで、多くのメリットがあった。

自立支援 介護予防
のかたち」の明確化
(検討委員の助言等により明確化できた)

自立支援 介護予防
に向けた地域ケア
個別会議」の開催
(モデル事業で取り組んだからこそ、開催できた)

地域包括支援センター
との協働から得られたもの
(地域包括支援センター同志、
行政と地域包括支援センターの
信頼関係の構築や推進に寄与)



市民に対して

自立支援 介護予防に向けた地域ケア会議体制整備が図られ、支援者の技術の向上をすすめて、立川市全体の地域包括ケアシステム構築してゆき、結果的に市民生活の向上に關与できる。

立川市の場合、支援者支援を目的とし、特に地域課題に着目したケアマネジメント力向上を目指す専門職会議の場であることが特徴。



【地域ケア個別会議の開催にあたり・・・】
高齢福祉課・地域包括支援センター職員の人事異動などにより、「自立支援・介護予防のかたち」を習得したスタッフが不在となること。
マイナスからの会議進行となる。

【会議で検討した後の課題解決は・・・】
他の連絡会議？（ケアマネジメント支援・権利擁護業務）
生活支援コーディネーター？
認知症地域支援推進員？（在宅医療・介護連携担当）
小地域ケア会議？
地域ケア会議？
地域包括支援センター 運営協議会？

様々な会議体の機能や関係性を整理して、
立川市の会議体の全体像を明確化して共有していく必要がある。

