

# 多摩市

みんなで作ろう  
多摩市の地域包括ケアシステム

# 1 基本情報

## 多摩市の概要

大都市郊外・ニュータウンのまち



団地エリアと既存地域が混在



面積の6割がニュータウン

美しく整備された緑豊かなまち



元気な高齢者が多い



人口	148,691	人
うち高齢者数	41,957	人
高齢化率	28.22	%
認定率	13.2	%
介護費用額 地域包括ケア見える化システム（平成30年度）	17,594.2	円 (1人あたり平均月額)
第1号保険料月額	4,809	円

(令和元年4月1日時点)

## 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

地域ケア会議を重ねるなかで新たな課題が挙がってきているが、解決策を見出せず模索。

### < 多摩市が抱える課題 >

地域ケア会議に関して市及び地域包括支援センター、生活支援コーディネーターと  
共通認識・規範的統合が取れていない

地域ケア個別会議で挙がった地域課題へのつなげ方が不明瞭

地域ケア会議のあり方・進め方の見直しが必要

(ケースの評価、対象者の同意等)

地域課題ネットワーク会議のあり方・進め方の見直しが必要

これらの課題を解決するため、モデル事業に応募。

有識者の方々から助言をいただき課題を整理していくことで、多摩市の実情を反映した地域ケア会議の実践を目指す。

### 3 モデル実施前までの取組内容

平成25年度～ 地域ケア会議立ち上げ準備（介護保険事業費補助金「地域ケア会議活用推進事業」活用）  
平成26年度～ 本格実施（地域ケア会議に挙げる対象者や、同意の取り方など都度検討・見直しを図る）

平成28年度～ 「地域ケア会議あり方検討委員会」を立ち上げる（以下の課題の解決を図るため）

<課題>

- ・CMへの普及啓発ができていない
- ・地域課題を解決する段階に生活支援コーディネーターの参加がない

- ・自立支援の視点が足りない
- ・困難事例の検討が中心になっている



平成29年7月～ 自立支援ケアマネジメント会議（ぐっどらいふミーティング）を新設  
= 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の開始

ケース個別会議を・・・

にこここミーティング      らくらくミーティング      ぐっどらいふミーティング      に分類

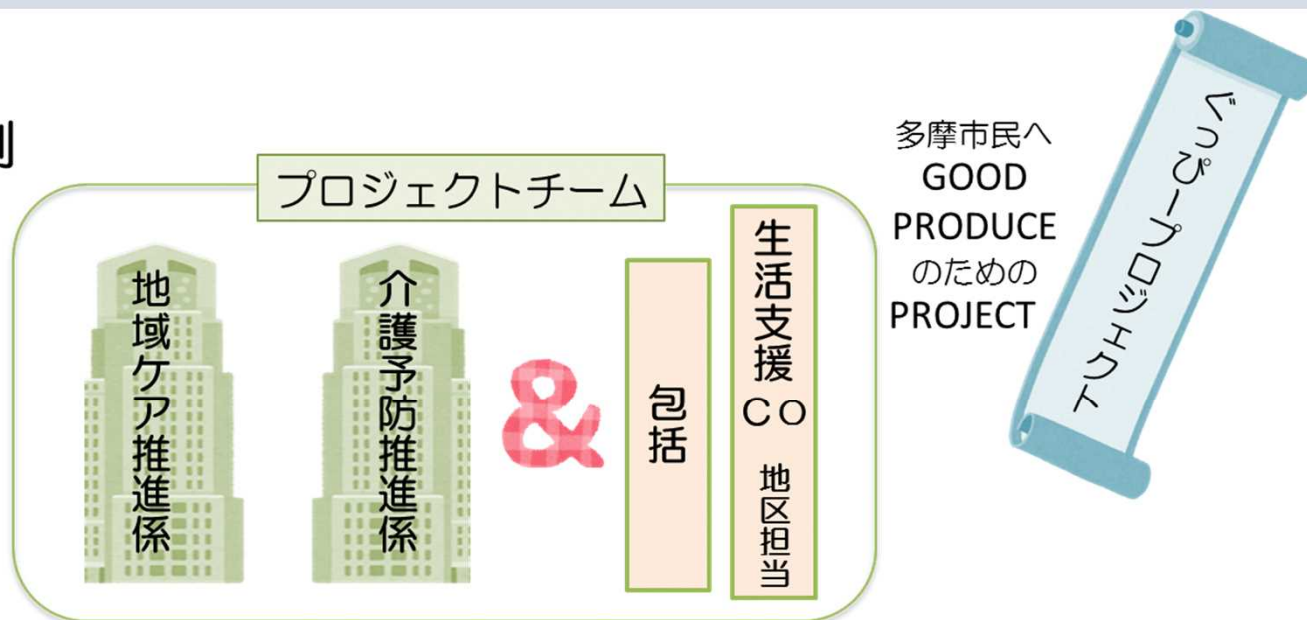
平成30年度～ ぐっどらいふミーティングにリハビリテーション職、管理栄養士の参加を導入

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
ぐっぴープロジェクト		ぐっぴープロジェクト立ち上げ	月1回開催									
自分ごとミーティング	モデル事業参加の決意表明		<研修> 個別課題・地域課題の整理		地域課題を発表		進捗状況を発表					
モデル事業実践会議	東京都と事前打合せ		実践会議	実践会議				実践会議	実践会議			
			研修で整理した地域課題について、包括・2層で一緒に取り組む									

ぐっぴープロジェクト：次スライドを参照。

自分ごとミーティング：平成28年度より「市レベルの地域課題ネットワーク会議」に位置づけ。  
今回のモデル事業で会議体を整理し「自分ごとミーティング」の名称は廃止。  
会議の運営についても見直しを図った。

## ①実施体制



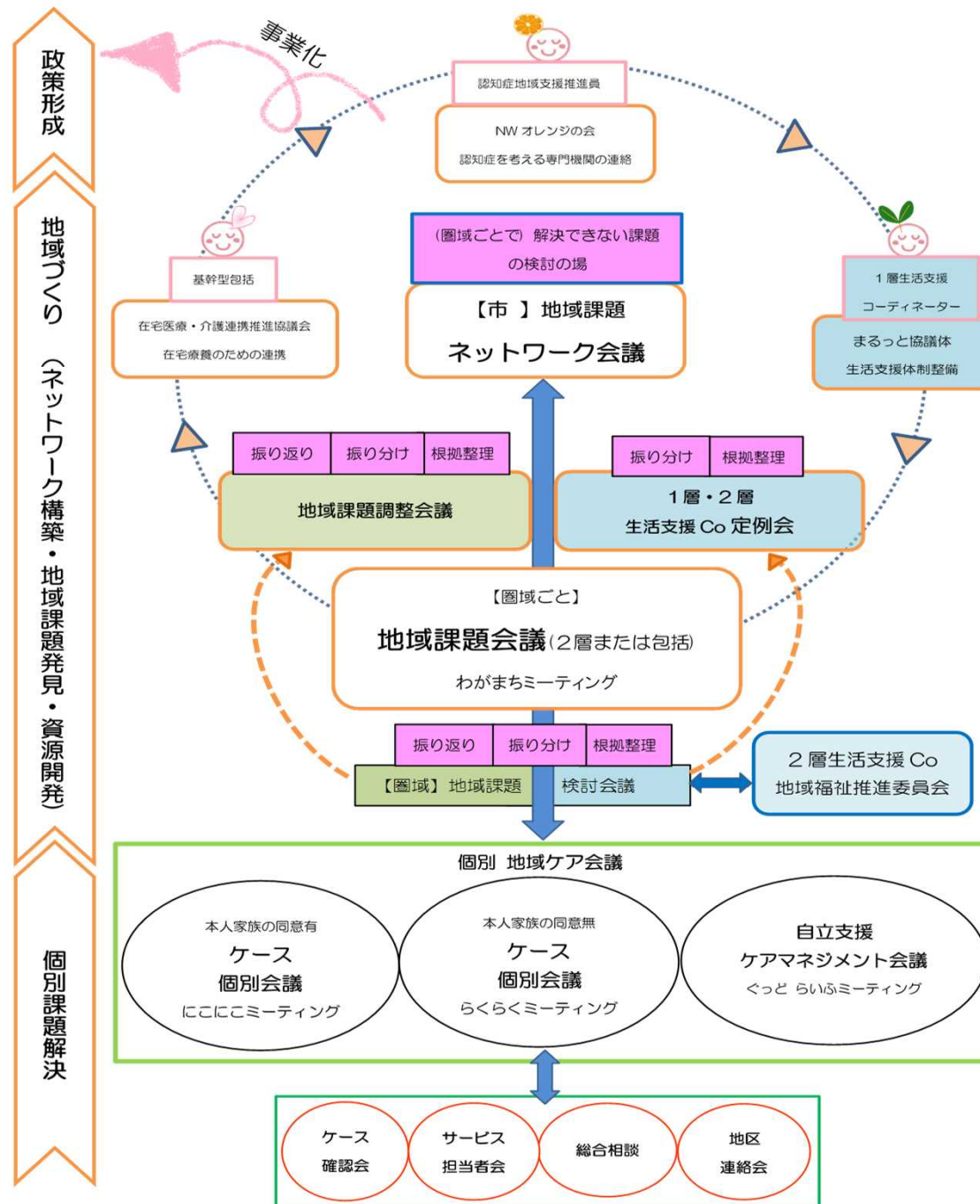
## ②役割分担

- 地域ケア推進係・・・・・・・・地域ケア会議再構築・見直し案の検討  
東京都との調整実践会議対応
- 介護予防係・・・・・・・・生活支援コーディネーターとの調整  
実践会議対応
- **ぐっぴープロジェクト**・・・・・・・・**地域ケア会議再構築・見直し案の検討**

実践会議での助言を踏まえ「多摩市の地域ケア会議をどうしていくか」  
を話し合う会！



# 6 地域ケア会議体系のデザイン



## 7 地域包括ケアに関する既存の会議や活動の整理表

会議名	内容	参加者	個別課題・解決機能	ネットワーク構築機能	地域課題発見機能	地域づくり・資源開発機能	政策形成機能
らくらくミーティング (ケース個別会議)	個別支援 CM支援 地域課題抽出	専門職、CM、民生委員等 (守秘義務のある人のみ)					×
にこにこミーティング (ケース個別会議)	個別支援 CM支援 地域課題抽出	地域住民、関係機関、CM等					×
ぐっどらいふミーティング (自立支援ケアマネジメント会議)	個別事例を通じたケア マネジメント支援	包括(CM)、市、専門職(リハ等)、第2層Co					×
わがまちミーティング (地域課題会議)	地域課題の整理・解決	地域住民、関係機関等	×				
自分ごとミーティング (地域課題ネットワーク会議)	地域課題の振り分け 道筋作り 根拠整理	市、包括、第1層Co、第2層Co	×				
包括代表者会議・連絡会	包括代表者との情報共有 (連絡会は全員参加)	市、包括、第1層Co、第2層Co	×				×
ケース確認会	虐待・処遇困難ケースの進行管理	市、包括		×	×	×	×
ケースカンファレンス	個別支援 CM支援	包括、CM、関係機関				×	×
包括運営協議会	包括の運営に関する協議	学識者、包括管理者、市民委員等	×				
在宅医療・介護連携推進協議会	医療介護に関する仕組みづくり	在宅医療に関わる機関	×				
まるっと協議体 (生活支援体制整備事業)	生活支援に関する仕組みづくり	市、包括、第1層Co、第2層Co. 生活支援に関わる機関(民間含)	×				
NWオレンジの会 (認知症を考える会)	認知症に関する仕組みづくり	市、包括(認知症地域支援推進員)、認知症に関わる機関	×				
ケアプラン点検	CM支援(自身のプランへの気づきの促し)	主任ケアマネジャー、CM、市		×		×	×
地区連絡会	民生委員との情報交換	包括、民生委員、市、第2層Co その他(交番など)				×	×
定例会	2層から1層へ上げる地域課題の整理	市、1層、2層	×				
サービス担当者会議	サービス調整	本人(家族)、CM、包括、サービス事業所	×				



## 8 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の目的

利用者の自立支援とQOLの向上  
不足している社会資源（地域課題）の発見

**もうひと花咲かせよう**  (本人の自立支援に向けて)

※『指摘される会』（アセスメント向上）からの脱却

「本人不在型」を選んだ理由...

- ・基本的には本人、家族から同意を得る（同意をとることで会議内容を本人に効果的に伝える）  
同意が取れない場合でも、地域包括支援センターが「多職種で検討する必要がある」と判断した場合にはぐっどらいふミーティングに挙げる



本人の「ありたい私」を支援する！  
同意を取らなくても間接的なサポートが可能  
（事例提供者が本人に効果的に働きかける）

## 9 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の開催形態（1 / 2）

### 1. 主催者

多摩市健康福祉部高齢支援課

### 2. 開催頻度

定例：月3回金曜日（そのうち1回を評価会議として実施）

### 3. 検討するケース

新規の総合事業訪問介護・通所介護利用予定者

住宅改修（一般福祉サービス）日常生活支援用具の利用予定者等、専門職の助言が必要なケース

更新に際して必要と思われるケース

事業対象者・要支援・要介護のケアマネジメントで検討を要する者

### 4. 選定方法

地域包括支援センターから月1回1ケース 提出（年間スケジュール提示）

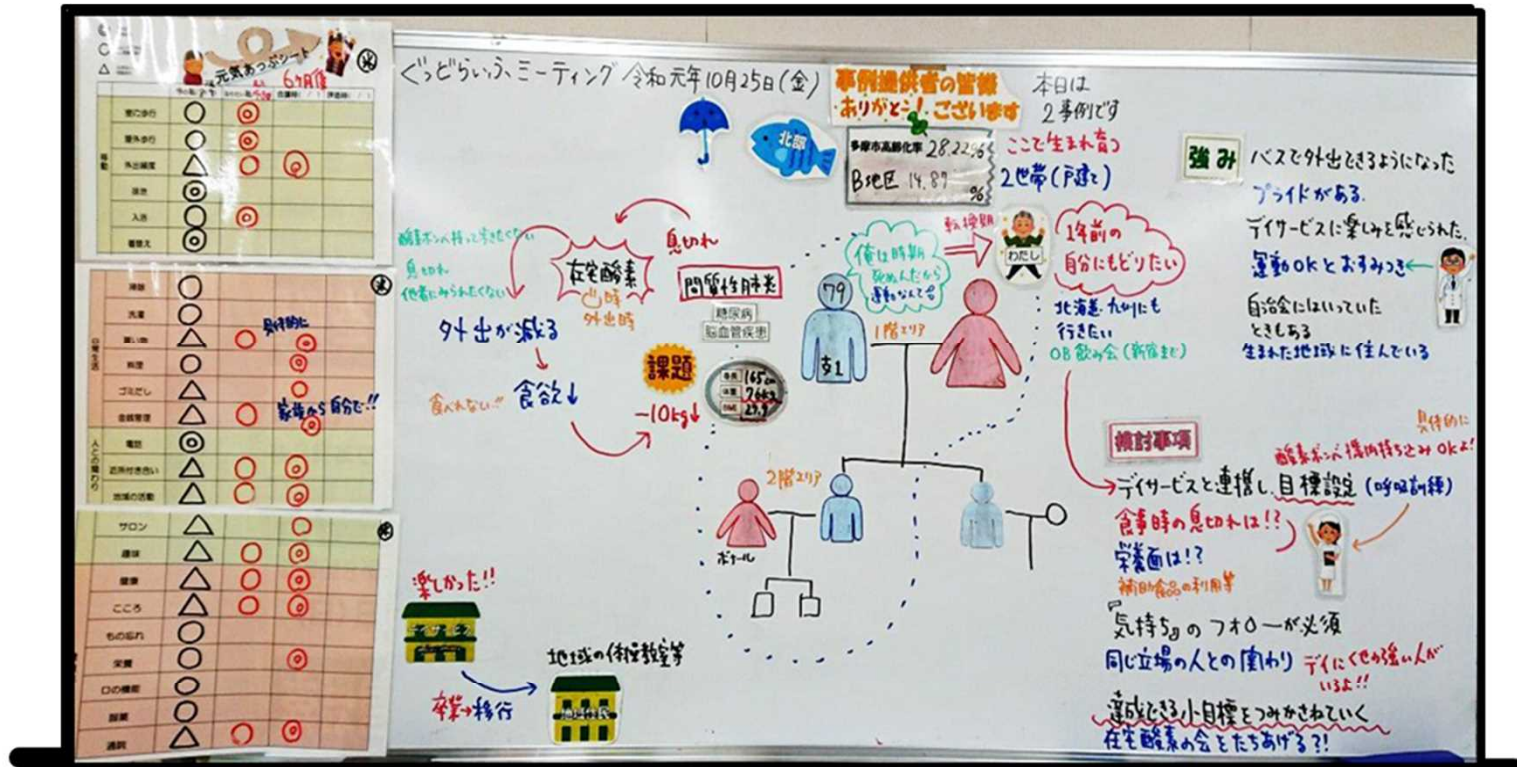
対象者 に関して対象者リストを作成(対象者全件数)し、その中から包括がケースを選定(包括内で選定会議を開催)

他、 に該当ケースあれば追加提出可能

## 9 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の開催形態（2 / 2）

＜令和元年度 ぐっどらいふミーティング 下半期開催日程＞					
開催回	日程		時間	場所	担当包括
第19回	10月	4日(金) 評価	9:00～12:00	401(30名定員)	-
第20回		18日(金)	9:00～12:00	401(30名定員)	西部・東部
第21回		25日(金)	9:00～12:00	401(30名定員)	多摩C・中部・北部
第22回	11月	1日(金) 評価	9:00～12:00	東庁舎(25名定員)	-
第23回		15日(金)	9:00～12:00	東庁舎(25名定員)	東部・多摩C
第24回		29日(金)	9:00～12:00	401(30名定員)	中部・北部・西部
第25回	12月	13日(金) 評価	9:00～12:00	西1(30名定員)	-
第26回		20日(金)	9:00～12:00	401(30名定員)	多摩C・中部
第27回		27日(金)	9:00～12:00	401(30名定員)	北部・西部・東部

# 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



高齢  
主マネ  
ファシリ

A包括  
社福士

A包括  
ケアマネ

高齢  
社福士

D包括  
社福士

D包括  
社福士  
主マネ

高齢  
保健師

C包括  
看護師

C包括  
ケアマネ

B包括  
社福士  
主マネ

Aクリ  
ニック  
管理栄  
養士

A病院  
PT

D包括  
社福士

高齢  
看護師  
版書

## レイアウト

机は置かず椅子のみ。  
ホワイトボードを囲んで自由席。  
手元の資料ではなくホワイトボードを見ながら顔を上げて議論ができるように工夫。

## 11 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の役割

### ファシリテーター・板書

高齢支援課が担う。  
板書はホワイトボードを活用。ケース概要に沿ってエコマップを作成し、参加者の意見や課題をまとめ議論過程を可視化する。

### 事例提供者

主に地域包括支援センター。CMが提出する場合は包括がフォロー。  
ケアプラン等帳票提出、事例概要説明、会議内容を本人や家族へ伝える。

### 地域包括支援センター

保健師・看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員、精神保健福祉士としての専門性を活かして発言する。  
各包括から1名以上参加。

### 第2層コーディネーター

事例に即した地域資源の提案、不足している地域資源の把握の視点から発言する。

### 理学療法士

主に基本動作能力（座位、立位、歩行等）の回復・改善や維持、悪化防止の観点からの助言を行う。

### 作業療法士

主に応用的動作能力（食事、排泄等）、社会適応能力（地域活動への参加・就労等）の心身側面から回復・維持・悪化防止の観点から生活行為向上の助言を行う。

### 管理栄養士

日常生活を営む基本となる食事について、適切な栄養摂取の観点から助言を行う。

## 12 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の周知

### 【ケアマネ連絡会での周知】

ケアマネジャーが集まる会でパワーポイントを使用し、地域ケア会議についての研修を実施。

### 【医療・介護関係者への研修】

在宅医療・介護連携推進事業における医療・介護関係者への研修において、模擬地域ケア会議「地域ケア会議を通して高齢者の支援を考える～多職種で連携して考えませんか～」を実施。

### 【専門職への説明】

専門職として出席いただく方へ個別に説明を実施。

## 13 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の事前準備

行うべきこと	市	事例提供者	留意点
対象者リストを作成し、システムに入力 (開催月の第一月曜日までに)			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 包括内で対象者リストを作成し、ぐっどらいふミーティングに挙げる事例を選定する(選定会議)</li> <li>・ システムに対象者を入力する</li> </ul>
対象者にぐっどらいふミーティングで専門職による検討が行われることを説明し同意を得る。 (必要に応じパンフレット使用)			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会議の趣旨を伝えて同意を得る。 (口頭でも可) やむを得ず同意が取れない場合でも可</li> </ul>
事例提供者は以下の資料を作成。 事例提供者がCMの場合は包括が高齢支援課へ連絡 利用者基本情報・アセスメントシート 元気あっぷシート ケアプランA・B表			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会議開催週の水曜日までに ~ の作成を行う。</li> </ul>
資料の準備等			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 提出資料 ~ の印刷(個人情報マスキング、ナンバリング)</li> </ul>

## 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

項目	ポイント	所要時間
資料の読み込み	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者は 利用者基本情報・アセスメントシート ケアプラン 元気あっぷシートの読み込みを行う。</li> </ul>	5分
開始の挨拶	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者に会議の趣旨を伝える (自立支援の考え方の共通認識をはかる)</li> <li>個人情報保護について説明(入室時に名簿へ署名)</li> </ul>	
事例提供者より概要説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>課題整理シートに沿って現在の状況に至った個人因子、環境因子を簡潔に説明 生活機能低下の背景を洞察することが重要</li> <li>元気あっぷシートの解説(改善可能なポイント、課題や目標などについて説明)</li> </ul>	5分
専門職からの質問、助言、意見交換	<ul style="list-style-type: none"> <li>各専門職の立場から発言(挙手制)</li> <li>ホワイトボードを活用し、情報の整理、課題をまとめる</li> <li>ファシリテーターはケースの課題やプラン作成、サービス提供上の注意点などについて端的に言語化してまとめ、共通認識にぶれが生じないようにする。</li> </ul>	20～30分
まとめ	<p>プラン変更点の確認 包括と第2層コーディネーターとの役割分担(必要時) ケース個別会議開催(らくらく、にこにこ)の有無 でないときは評価会議の決定(3ヵ月後or6ヵ月後)</p>	
会議終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>会議の成果にたいしてねぎらいを述べる。</li> <li>会議終了後、板書を参加者へ渡す。</li> </ul>	計30～40分



### 利用者基本情報・アセスメントシート

- ・「本人不在型」のため会議の場で本人に直接確認することができないことから、事前の詳細なアセスメントが必要。
- ・アセスメントをもとに「課題整理シート」に課題分析を行う。

### 元気あっぷシート（アセスメントシートの項目とリンク）

- ・「今の私はどんな状況か」を自身で確認し、「こうありたい私」はどのような姿かを考えてもらうために元気あっぷシートを活用。
- ・本人の意向を本人の言葉で確認しながら事例提供者と本人と一緒に記入する。

### ケアプランA表、B表

- ・現状の短期目標、長期目標、課題分析、サービス内容等の確認を行う。

#### 【会議当日には配布しないが準備が必要な資料】

- ・対象者リスト：全対象者をリストアップし包括内でぐっどらいふミーティングに提出する事例を選定。会議当日には事例提出した理由を発表する。
- ・課題整理シート：ICFに沿った項目別に課題を整理（生活機能低下の背景を洞察）する。会議当日は課題整理シートに沿って個人因子や環境因子等を説明。

## 16 個人情報の取り扱い

### 本人からの同意について

- 基本的には本人から口頭で同意を得る  
必要に応じてパンフレットを使用。  
署名をもらうかどうかは各包括へ一任。書名をもらった際には包括内での保管方法を徹底する。  
同意を取ることで、会議で決まったことを事例提供者が本人へ効果的に伝えることができる。
- 同意が取れないケースについても対象者として挙げる事が可能  
同意を取らなくても間接的なサポートが可能であるため。  
支援者のモニタリング（会議内容を本人に提案できたか、提案したことで本人が変化したか等）で評価ができる。

### 個人情報取扱について

- 会議参加者に「多摩市地域ケア会議に係る個人情報に関する誓約書」（兼参加者名簿）へ署名してもらう。
- 配布資料の個人情報にはマスキングを行う。各資料ごとにナンバリングし、配布資料Noを参加者名簿に記入する。
- 会議終了後には配布資料を返却し、参加者名簿の返却欄にチェックを記入する。

## 17 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議のモニタリング・フィードバック

### 1. 地域ケア個別会議のモニタリング

- ・ 会議内容を事例提供者から本人へ伝える
  - 同意あり：会議で決まった内容を本人へ効果的に伝えることができる。
  - 同意なし：間接的なサポートを行う。会議内容を効果的に本人へ伝える。
- ・ 会議内容を効果的に本人へ伝えるために、本人家族を入れて専門職からの助言をもとにアプローチする手法が必要な場合はケース個別会議「にこにこミーティング」（本人・家族が参加する地域ケア会議）を実施。  
本人へのアプローチ方法を再度専門職で検討する必要がある場合はケース個別会議「らくらくミーティング」（本人・家族が参加しない地域ケア会議）を実施。
- ・ 評価会議の直前に元気あっぷシートを本人とともに記入。  
会議後、どのように変化したかを確認する。
- ・ 会議で明らかになった地域課題について、地域で取り組めることがあれば第2層コーディネーターとともに「圏域ごとの地域課題会議」等を行う。

### 2. 地域ケア個別会議のフィードバック

- ・ 評価会議を行う（3ヶ月もしくは6ヵ月後）。会議で挙げた課題について再確認する。
- ・ 「地域で解決できない課題」が残った場合には、その課題のレベルに合わせて「地域課題会議」や「地域課題ネットワーク会議」へ挙げる。

## 18 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議の評価

### 本人の評価

- ・事例提供者が会議内容を本人へ伝え合意形成を図る
- ・評価会議の実施（3ヵ月後もしくは6ヶ月後）

以下について確認する。

会議内容を本人に伝えたか、伝えた結果どのように変化したか。

会議でケアプラン変更を提案された場合、変更したか。変更した結果どのような効果があったか。

会議後、本人と合意形成が図れず困っていることがあるか。

表出した地域課題について取り組んだことがあるか。

残された課題（地域課題含む）はあるか

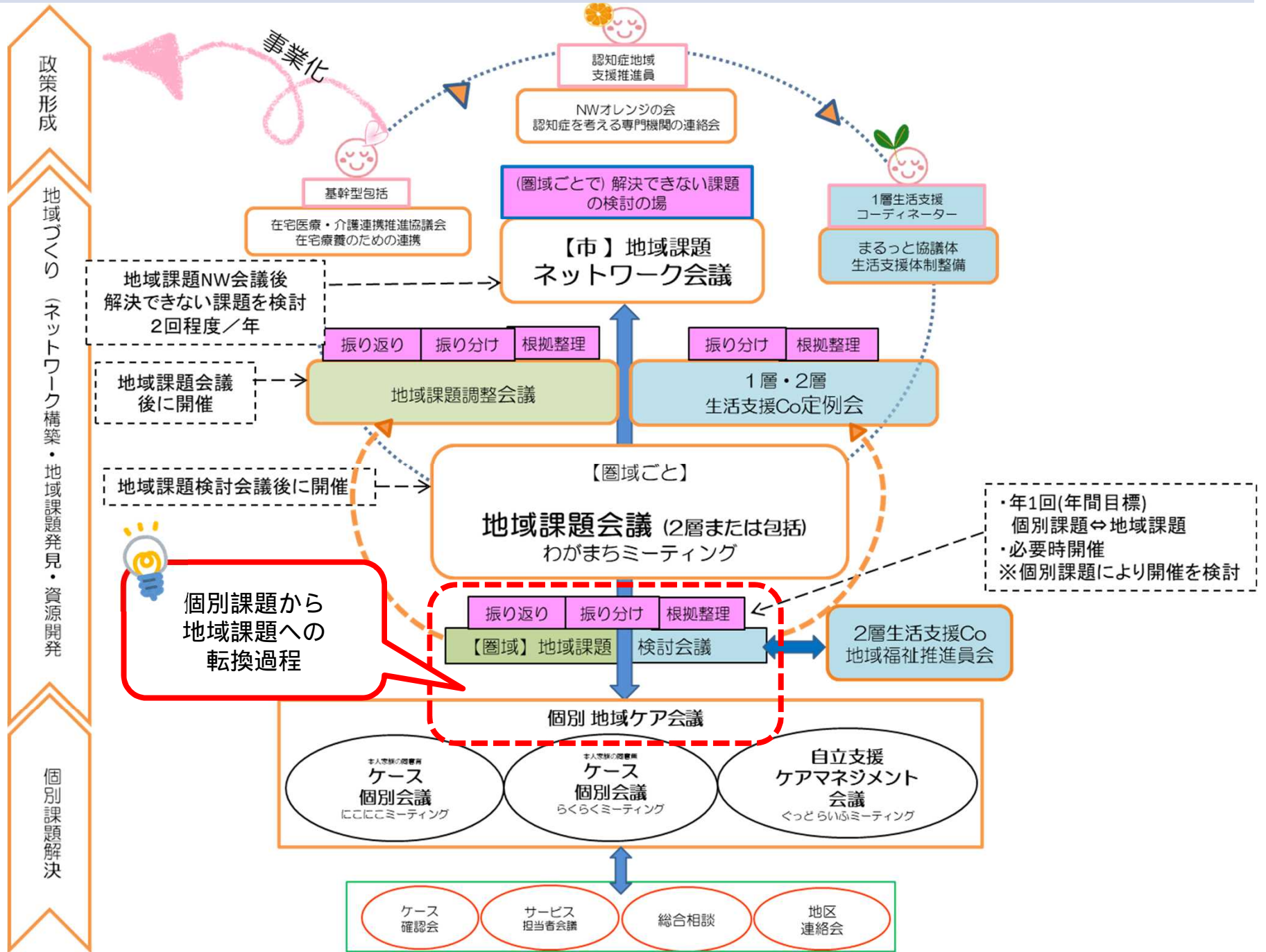
### 支援者の評価

- ・包括内プチぐっどらいふミーティング（対象者リストに挙がったケースを包括内で検討）
- ・アンケート実施（ぐっどらいふミーティングにかけたことでの変化を自己評価）

### 運営の評価

- ・事例管理シートの活用（事例提供者が会議内容を本人へ伝えたか、伝えた上でどう変化したか等）
- ・アンケート実施（不定期で参加者に実施）
- ・ぐっぴープロジェクトの召集（ 課題が生じたとき 年1回振り返りと評価を実施）

# 19 「個別課題」を「地域課題」に転換し対応するプロセス（1 / 3）



# 19 「個別課題」を「地域課題」に転換し対応するプロセス（2 / 3）

## プロセス

**「事例管理シート」を活用し地域課題を整理**  
**3つのケース個別会議の内容をそれぞれ事例管理シートにまとめる**  
**「今すぐ解決困難な課題 = 残された地域課題」を整理する**

事例N	事例提出地域	性別	年齢	地域	世帯	要介護度	疾患	利用予定サービス	問題点	他部門との連携で解決できる課題	今すぐ解決困難な課題	
1	31-02	西部	男	75~79歳	地番	同居	事業対象者	認知症	通所介護	高齢での転居	目標設定工夫(本人の意向・生きがい)	認知症の方の活躍づくり
					分譲			認知症	訪問介護	認知力の低下	社会資源の紹介	医療機関の介護保険制度の理解
2	31-03	中部	女	80~84歳	5	同居	要支援2	骨粗鬆症	通所介護	筋力低下	食事内容の確認	買い物支援同行
					都営			高血圧	訪問介護	筋力低下	目標設定(実現可能な事から)	駐車できる場所がない
								転倒・骨折			目標設定工夫(本人の意向・生きがい)	
6	31-09	西部	男	85~89歳	UR	同居	要支援2	頸椎後縦靭帯骨化症	通所介護	車の運転をしている	目標設定(実現可能な事から)	車の運転の評価
									訪問看護	リハビリに依存している	病態と生活評価の整理	
										不安・痛み	環境整備 リハ職の評価	
13	31-21	多摩C	男	95歳以上	6	独居	要支援1	頸椎性脊椎腫瘍症	通所介護	家族を亡くした喪失感	生活環境の確認	妻の死後の男性の居場所
					賃貸					気力低下	強みを活かす	
18	31-30	東部	女	80~84歳	2	独居	事業対象者	糖尿病	通所介護	病状からのADLの低下	目標設定(実現可能な事から)	栄養指導
					都営			高血圧		体重増加	アセスメント(医療情報、生活歴等)	目標の引き出し方
								頸部動脈狭窄症		不安・痛み	家族が自立を促すように支援	事業対象者の期間の設定について
								大腿骨頸部骨折		合意形成できない	医療受診で痛みの原因	
19	31-31	多摩C	男	70~74歳	3	同居	事業対象者	前立腺肥大	訪問介護	介護負担の軽減	夫婦2人のチームカンファレンスの開催	介護者の心理的サポート体制
					都営			緑内障		老々介護		吸引できるデイスーツがない
19	31-32	北部	男	75~79歳	地番	同居	要支援1	糖尿病	通所介護	病状からのADLの低下	食事内容の確認	在宅酸素の会をたちあげる
					戸建			間質性肺炎		体力の低下	目標設定(実現可能な事から)	
										体重減少		
								外出頻度少ない				

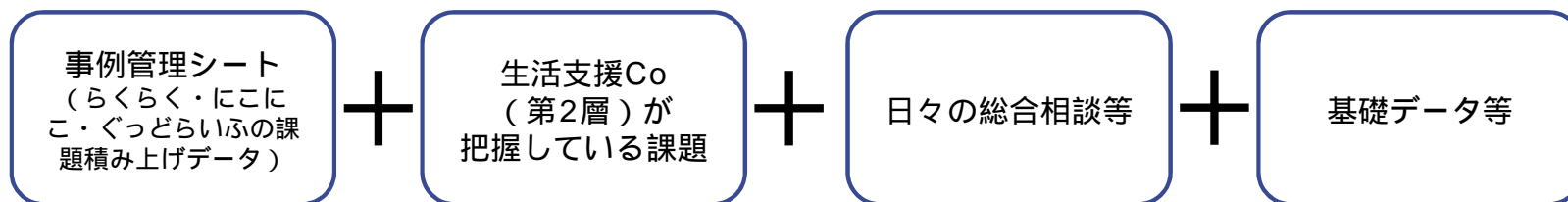
# 19 「個別課題」を「地域課題」に転換し対応するプロセス（3 / 3）

プロセス

「地域課題の把握・整理と対処へ向けた道筋を考える会議」  
（地域課題検討会議）

毎年12月ごろ実施

地域包括支援センター・生活支援Co（第2層）・高齢支援課  
5グループ（包括ごと）に分かれて課題の整理を行う



取り組むべき地域課題の優先順位付け（マトリクスと付箋を用いて課題を整理）  
対処に向けた道筋を考える（役割分担を明確に）

次年度の「地域包括支援センター活動方針・計画」へ反映  
年間を通して包括・第2層で取り組んでいく

地域課題会議で  
検討していく



地域での解決が難しい課題は「【圏域ごと】地域課題ネットワーク会議」へ！

全市的な課題は「地域課題ネットワーク会議」へ！

地域課題をどこで検討するか適宜振り分けをする

振り先がない場合は地域課題ネットワーク会議が検討の場となる

## 20 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議を実施しての成果

対象者リストを作成(対象者全件数)し、包括が選定会議(プチぐっどらいふミーティング)を開催したことで、個別課題が整理できている。

「アセスメントを指摘する会からの脱却」が実現しつつある。

包括が解決できない課題(庁内他課との調整事項等)を想定して事例を提出してきている。

ぐっどらいふミーティングに提出する目的が明確なので会議時間が短縮した。  
地域課題が明らかになるため、生活支援Co(2層)が発言しやすくなった。

本人同意をとることで、本人から「自分の体験を他の市民の皆さんに役立ててほしい」との意見があった。

本人へのフィードバック、モニタリングの必要性の共通認識ができた。



## 21 実施を通じて見えてきた課題と対応

対象者リストを作成することで、提出以外の事例についても課題が見えてきている。包括が多忙の中作成するリストであるため、対象者リストからも地域課題が拾えるような工夫を検討する必要がある。

評価会議の実施方法については模索中。実践を積み重ね、よりよい会議運営を検討していく必要がある。

参加する専門職が固定メンバーでないことから、参加者によって発言内容に差がある。地域ケア会議の理解（共通認識）と発言へのスキルアップが必要であることから、研修等企画していく。

ぐっぴープロジェクトを通じて...

包括・社協・市（地域ケア推進係+介護予防推進係）で何度も話し合いを重ね、イメージ図も四苦八苦しなから何度も修正を重ね、「共通認識と規範的統合」を目指した。

まだまだ、「完成」ではない。

今後も話し合いを重ねながら、よりよい“多摩市の地域ケア会議”を作っていく！





