

# 竹原市と地域包括支援センターによる 連動した自立支援の取組 ～2つの地域ケア会議～



令和6年9月13日(金)

広島県竹原市市民福祉部地域支えあい推進課

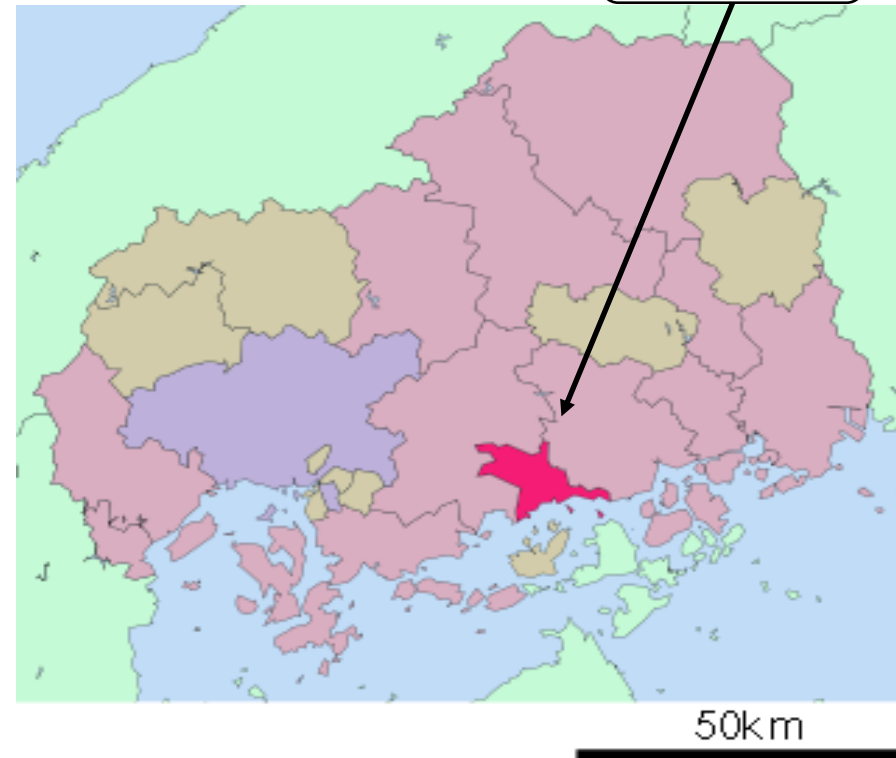
伊藤 泰加

竹原市地域包括支援センター

河野 伸太

# 竹原市の概要

| 竹原市データ                  |        | (R6.4現在)    |
|-------------------------|--------|-------------|
| 総人口                     |        | 22, 936人    |
| 第1号被保険者                 |        | 9, 851人     |
|                         | 65～74歳 | 3, 826人     |
|                         | 75歳以上  | 6, 025人     |
| 日常生活圏域 / ブランチ           |        | 1か所 / 4か所   |
| 高齢化率                    |        | 42. 94%     |
| 要支援・介護認定率               |        | 19. 6%      |
| 地域包括支援センター<br>居宅介護支援事業所 |        | 1か所<br>11か所 |



# 地域ケア会議

| 《開催状況》     | 会議の内容/対象者                                                        | 開始年度   | 開催頻度    | 事例数／回<br>時間／事例       | 事例の対象                    | 経過報告の時期 |
|------------|------------------------------------------------------------------|--------|---------|----------------------|--------------------------|---------|
| 地域支えあい推進課  | 通所C対象者に特化                                                        | 平成30年度 | 3回/1クール | 3～5事例程度/回<br>30分程度/回 | ・事業対象者<br>・要支援1<br>・要支援2 | 中間・終了前  |
| 地域包括支援センター | ・専門職のマネジメント研修、助言（提案）<br>から、施策、社会資源等情報共有の場<br>・可能な限り軽度者、困難事例以外を対象 | 令和元年度  | 年3回     | 2事例/回<br>1時間/回       | ・要支援～要介護1程度              | 3か月後    |

| 《会議構成員》    | 司会者<br>(事務局) | 事例提供者                   | 助言者(専門職等) |          |     |     |           |           |           |       |           |                      |        |     |
|------------|--------------|-------------------------|-----------|----------|-----|-----|-----------|-----------|-----------|-------|-----------|----------------------|--------|-----|
|            |              |                         | 医師        | 歯科<br>医師 | 薬剤師 | 看護師 | 理学<br>療法士 | 作業<br>療法士 | 言語<br>聴覚士 | 管理栄養士 | 歯科<br>衛生士 | 生活支援<br>コーディネー<br>ター | 主任ケアマネ | 保健師 |
| 地域支えあい推進課  | 市担当者         | 地域包括支援センター<br>居宅介護支援事業所 | △         | —        | —   | ○   | ○         | ○         | ○         | ○     | ○         | ○                    | ○      | ○   |
| 地域包括支援センター | 行政・包括        | 地域包括支援センター<br>居宅介護支援事業所 | ○         | ○        | ○   | ○   | ○         | ○         | —         | ○     | ○         | ○                    | ○      | ○   |

| 《会議の帳票》    | 事例概要 | 利用者<br>基本情報 | 基本チェック<br>リスト | アセスメント<br>シート | 課題整理<br>統括表 | 介護予防<br>サービス・<br>支援計画書 | 診療情報<br>提供票 | 主治医<br>意見書 | 薬剤情報<br>血液検査<br>データ | その他                     |
|------------|------|-------------|---------------|---------------|-------------|------------------------|-------------|------------|---------------------|-------------------------|
| 地域支えあい推進課  | —    | ○           | ○             | ○             | —           | ○                      | ○           | ○          | ○                   | 利用者本人（姿勢）<br>屋内環境の写真・動画 |
| 地域包括支援センター | ○    | ○           | —             | ○             | ○           | ○                      | —           | ○          | ○                   |                         |

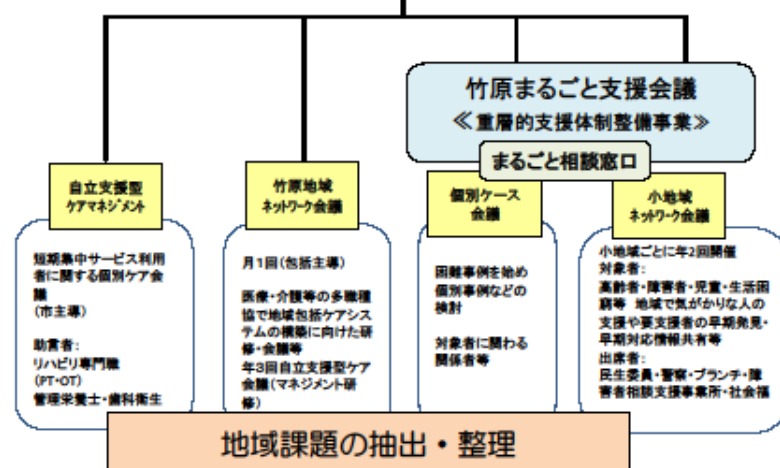
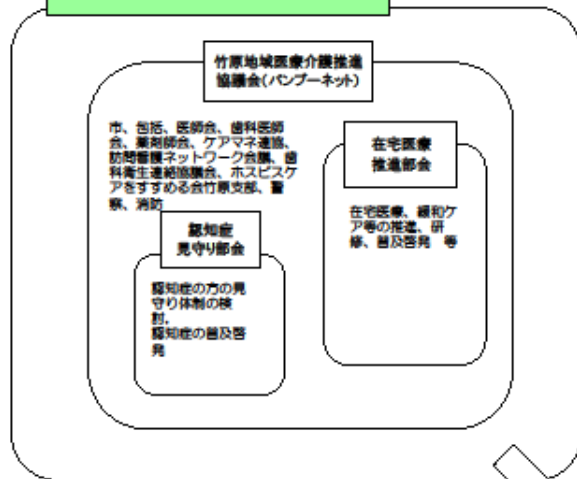


# 地域ケア会議

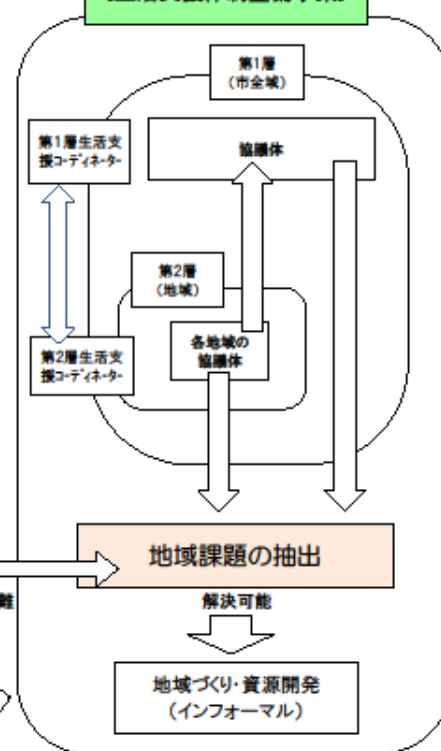
## 《地域ケア会議推進事業》

R6.5.10

### 《在宅医療・介護連携推進事業》

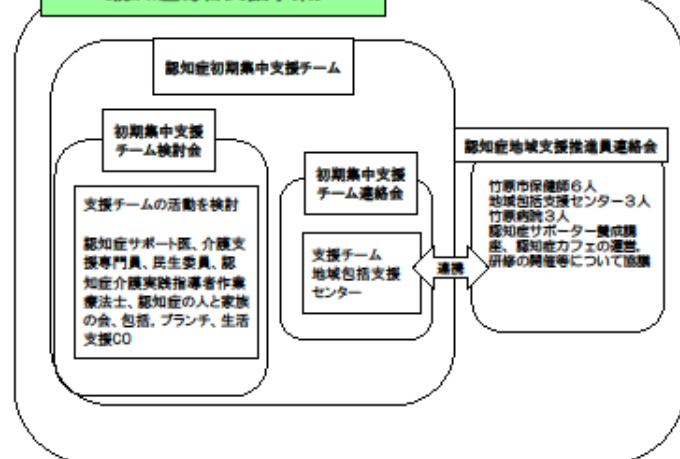


### 《生活支援体制整備事業》



## 地域課題

### 《認知症総合支援事業》



### 《地域ケア推進会議》市内部

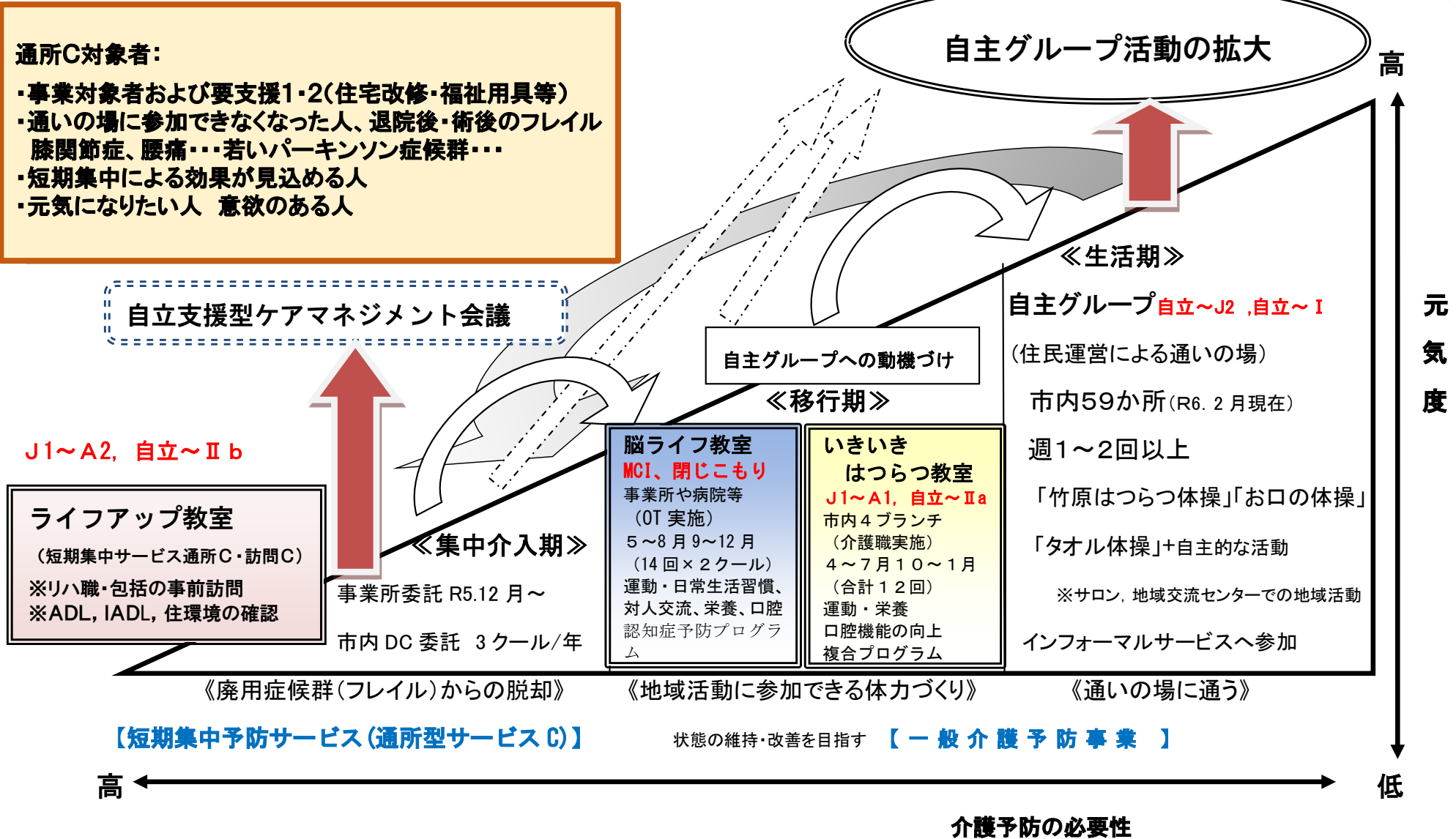
地域課題を庁内全体で共有し、市施策へ反映(計画への位置づけ等)

他分野と連携した地域づくり・資源開発





# 竹原市における自立支援のイメージ(令和6年度)



# 地域ケア会議のマネジメント

通所Cの  
ケア会議



## ～地域ケア会議前～

◎ケア会議の帳票は、事前にチェック、利用者のなりたい姿、思いを反映した目標設定の調整

## ～ケア会議では～

◎ケア会議の司会は、訪問C(リハ職・CM・保健師等)が効果的に実施できるように  
(写真のしながら・利用者をイメージ・・・)

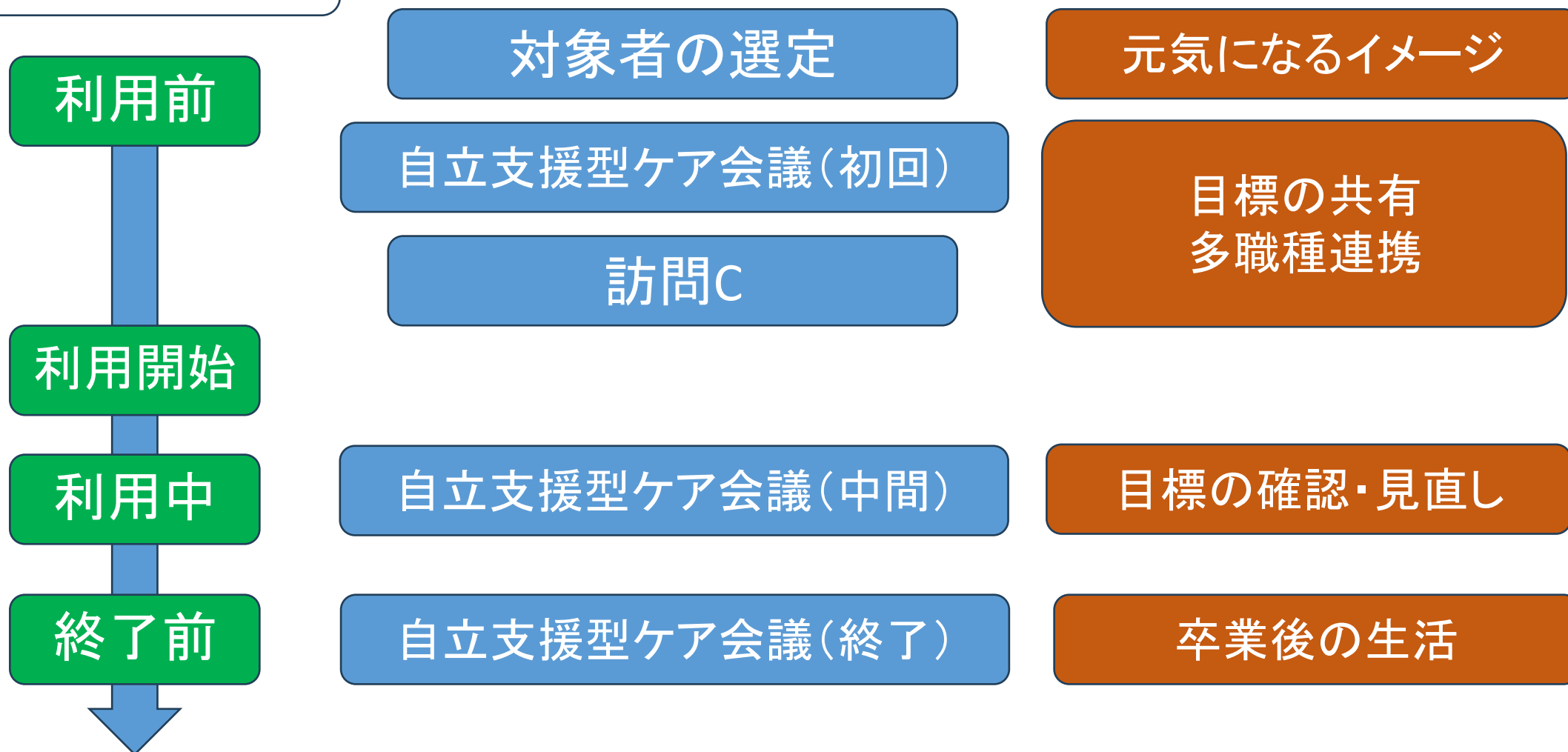
- ・確認事項を整理(環境・病状の聞き取りを家族にする・・・)
- ・通所Cの際、配慮することを共有(バイタル・声かけ・モチベーションの維持)
- ・ケア会議で、一旦、目標を設定

### 実際の訪問Cにおいて・・・

・リハ職、CMが利用者・家族とともに、ケア会議での確認事項、支援のポイント、通所Cでの目標を設定あくまでも訪問Cや、1回目の通所が終了後(運動・口腔・栄養のアセスメント)結果を踏まえ、利用者と出来るところから、到達可能な目標設定

# 本人の「したい」「できるようになりたい」を導き出すために

## 通所サービスC



## 対象者の選定

## 元気になるイメージ

### 帳票

- ・基本情報
- ・チェックリスト
- ・アセスメントシート
- ・ケアプラン
- ・写真
- ・お薬情報
- ・血液検査データ
- ・診療情報提供書

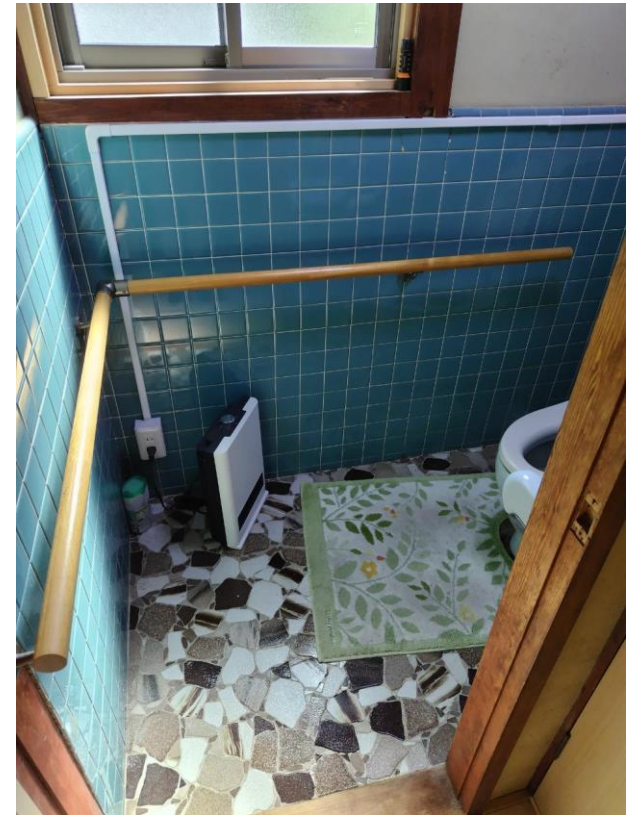
心身機能を知る  
活動や参加状況を知る  
役割を知る

心身機能を知る

心身機能を知る  
活動や参加状況を知る  
役割を知る



心身機能を知る  
活動や参加状況を知る  
役割を知る



心身機能を知る  
活動や参加状況を知る  
役割を知る



|   | FX                                                                                                        |                  |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 2 | W 22 x 厚 100mg (14日)<br>1日1回 毎食後 7日分                                                                      | 1日1回             |
| 3 | トラゼンタ錠 5mg                                                                                                | 1日1回             |
| 4 | 24 x 7 日 4 x 7 日 40mg (17日)<br>1日1回 朝食後 7日分                                                               | 1日1回             |
| 5 | 【1日】 エシメプラゾール<br>ルカフェル 200mg<br>7日 x 7 日 4 x 7 日 40mg (17日)<br>1日1回 朝食後 7日分                               | 1日1回             |
| 6 | 40 x 7 日 40 x 7 日 50mg (17日)<br>7cm x 10cm<br>【1日】 ロキソプロフェ<br>ン Na テープ 50mg<br>(7 x 10cm 非毒害<br>)<br>1日1回 | 全14枚<br>全14<br>] |
| 7 | 7 x 7 日 20mg<br>1日1回 毎食後 7日分                                                                              | 1日1回             |
| 8 | ヘモロジン軟膏<br>【1日】 大腸菌死菌、ヒ<br>ドロコルチン配合軟<br>膏<br>1日2回                                                         | 全28g<br>全28<br>] |
| 9 | 7 x 7 日 4 x 7 日 40μ<br>1日1回 朝食前 7日分                                                                       | 1日1回             |

組合せに注意が必要な薬があります。他の医師機関で診察を受けた方、薬局  
で薬を購入する際には、この文書を見せて下さい。

[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|--|--|---|--|---|--|-------|--|--------|--|-------|--|-----|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 生年月日 T・S                |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 ( ) |  | 歳      |  | 性別    |  | 男・女 |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 竹原市                     |  |  |  |   |  |   |  |       |  | 電話番号   |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療形態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 外来 ( 定期 ・ 不定期 )         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 訪問診療(第 曜日 ・ 第 曜日 ・ 不定期) |  |  |  |   |  |   |  |       |  | その他( ) |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 病名 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 発症年月日                   |  |  |  |   |  |   |  |       |  | 病名 2   |  | 発症年月日 |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 病名 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 発症年月日                   |  |  |  |   |  |   |  |       |  | 病名 4   |  | 発症年月日 |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 治療内容(投薬内容含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  | ※直近の検査データのコピーを添付してください                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 病態の安定性                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  | <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 悪化                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 発生の可能性が高い病態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  | <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  | <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 徘徊 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※医学的観点からの留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血圧について 平常コントロール値 ( / mmHg)</li> <li>・ 移動について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 転倒に注意 <input type="checkbox"/> 移動時見守りが必要 <input type="checkbox"/> 移動時介助が必要</li> <li>・ 栄養について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 低栄養傾向 <input type="checkbox"/> 肥満傾向 身長 cm 体重 kg</li> <li>・ 水分摂取 (嚥下)について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( kcal/日) <input type="checkbox"/> 水分制限 無 ・ 有 ( cc/日)</li> <li>・ 認知症に関して、理解及び記憶・問題行動についての留意事項</li> </ul> |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  | ( )                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※運動器の機能向上やリハビリテーション施行について実施する上での留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団運動への参加 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( )</li> <li>・ 個別プログラムによるリハビリテーション施行について <ul style="list-style-type: none"> <li>実施 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( )</li> <li>注意事項 <input type="checkbox"/> 可動域制限 無 ・ 有 ( )</li> <li><input type="checkbox"/> 疼痛 無 ・ 有 (箇所: )</li> <li><input type="checkbox"/> その他 ( )</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他の留意事項等(栄養機能改善や、口腔機能向上に関すること等も含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  |                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  | 医療機関名                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                         |  |  |  |   |  |   |  |       |  |        |  |       |  |     |  | 担当医氏名                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 12

## 自立支援型ケア会議

## 目標の共有 多職種連携

### 参加者

- ・行政保健師 ・生活支援コーディネーター
- ・理学療法士 ・作業療法士 ・管理栄養士 ・歯科衛生士
- ・主任介護支援専門員・包括支援センター

(初回)

①提案と目標の共有・役割分担(目標設定シート)

②訪問Cでの確認事項

(中間)

③目標の達成状況の確認

④新たな課題・残った課題に対する提案(必要時プログラムの変更)

(終了時)

⑤卒業後の生活の広がりや活動へのつなぎ。

# 目標設定シート

氏名： 性別： 歳

事業対象者 / 要支援 1・2

|     | 総合的課題                                    | 生活課題                                                                                                                                   | なりたい姿（望む暮らし）                                                                         | 検討して欲しいこと                | 支援のポイント/役割/確認事項 |
|-----|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|
| 初回  | ○現在の状況（運動機能、生活環境、交流、健康など）を総合した、本人の全体的な課題 | ○自立した生活を送る上で、課題となっているもの（生活の中で支障となっている事項）<br>○総合的課題の中で、IADLに着目して、課題として（運動、口腔、栄養、社会交流、物忘れなど）改善の可能性（元気になる）があるもの<br>○ケアマネの見立てとして、改善できそうな事柄 | ○本人が望んでいることまたは、本人が望んでいることで、最も実現可能な生活の目標<br>○生活課題を解決することで、こんなことができるようになる、したいことがかなえられる | ○ケア会議において、専門職から、助言が欲しい事柄 |                 |
| 訪問の | 《主訴》                                     | 《訪問時アセスメント》                                                                                                                            |                                                                                      |                          | 《目標》            |
|     | 目標とする生活                                  | 達成度（直近の課題）                                                                                                                             | 生活目標                                                                                 |                          | 支援のポイント/役割/確認事項 |
| 中間  |                                          |                                                                                                                                        |                                                                                      |                          |                 |
|     | 総合評価（達成状況）                               |                                                                                                                                        | 今後の課題                                                                                | 今後の目標                    | 支援方針            |
| 終了時 |                                          |                                                                                                                                        |                                                                                      |                          |                 |

