

# 地域ケア会議の実践

～ 多職種協働による「個別ケース検討」の導入へ方針転換 ～

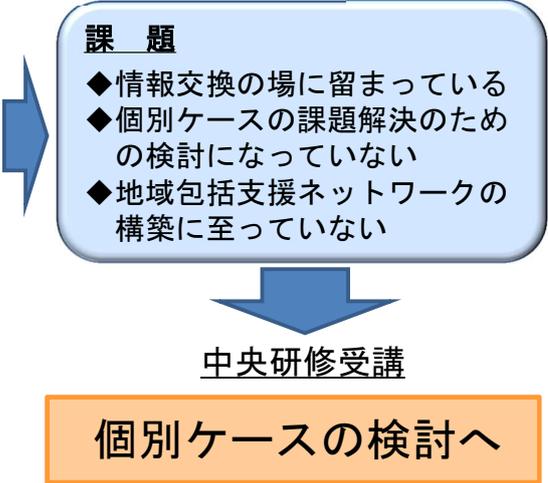
平成25年9月20日（金）  
 地域ケア会議推進に係る全国担当者会議  
 厚生労働省 講堂

福島市清明・吉井田地域包括支援センター  
 野田幸利

I これまでの地域ケア会議

## これまでの「地域ケア会議」～研修会形式～

開催頻度	年9回程度の定期開催
開催形態	講演とグループワークの2部構成
テーマ	地域の福祉問題等 <small>（生活保護、消費者問題、リハビリ、在宅緩和ケア、権利擁護、震災対応、高齢者虐待、看取り等）</small>
参加者	医療・介護の専門職、民生委員、行政職員等 <small>（必要に応じて警察、消防、商店会等）</small>
成果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 単独、高齢者のみの世帯等のマップ作りができた</li> <li>・ 課題を抱えたケースの情報共有により、早期の対応ができるようになった</li> <li>・ 顔の見える関係づくりが進んだ</li> </ul>

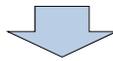


## 個別ケース検討の導入へ方針転換 ①

### 介護支援専門員Bさんから地域包括支援センターに相談

担当しているAさん（男性・80歳・要介護3）が、ゴミをため込んで閉じこもりがちになっている。親族は施設入所を考えているが、本人は在宅生活を強く希望している。包括センターの力添えを得たい。

- ・ Aさん：妻との死別後、近隣との関わりは希薄になり、閉じこもりがちになっている。独居で視力障がいを持っているが、在宅での生活を望んでいる。
- ・ 親族（兄）：同じ市内に住んでおり、時々様子を見に来ている。高齢で体調も悪いため、いつまで援助できるか不安に思っている。
- ・ 地域との関係：民生委員が定期的に訪問する程度。ゴミをため込んでいるため、火事などを心配している人もいる。
- ・ 日常生活：視力障がいがあり、家事を一人で行うには支障がある。生活意欲も減退している。自身が近隣との関わりを持とうとしない。その一方で、孤独感もある。
- ・ サービス利用：週2回の通所介護と週5回の訪問介護、配食サービスを利用している。
- ・ 医療機関の受診：親族が通院介助している。服薬確認はできていない。



### 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

包括センター職員がAさん宅へ介護支援専門員Bさんと同行訪問

3

## 個別ケース検討の導入へ方針転換 ②

### ケースの選定 → Aさんのケースを検討 → 勉強会の開催

#### ○課題の整理→情報収集→支援方針の検討

- ・ Aさんが閉じこもりがちで、ゴミをため込んでいることもあり、地域から疎外される恐れがある。
- ・ もとはと言えば、包括センターが民生委員からの相談を受けていたケースであった。
- ・ 服薬状況は不明。独居で視力障がいがあり、見守り体制も充分にはできていない。

今後の支援について説明したうえで、Aさんの兄から地域ケア会議への参加の同意を得た。



#### ○地域包括ケアの勉強会を開催

- ・ 今後、こうした人の増加も考えられるため、地域の理解と協力が必要となってくる。
- ・ 個別ケースを対象とした地域ケア会議を開催するにしても、啓発を兼ねた事前の勉強会が欠かせない。



従来の地域ケア会議を方針転換

Aさんの支援内容の  
検討



介護支援専門員による  
自立支援に資する  
ケアマネジメントの  
支援

地域包括支援ネット  
ワークの構築

地域課題の把握



4

## 個別ケース検討の「地域ケア会議」開催 ①

### 参加者の選定、資料の準備 → 地域ケア会議の開催へ

○Aさんの課題解決に向けた具体策の検討に有効な会議メンバーを選定

○ケース概要を説明するための準備支援

居宅サービス計画書、アセスメントシート、ジェノグラム、エコマップ、時系列整理、課題整理表、生活行為評価表、誓約書

Aさんとその兄にケース概要を説明し、地域ケア会議で情報を使用することの了解を得る。



←センター内の打合せ



介護支援専門員との打合せ

○地域ケア会議の開催

#### 参加者

- ・Aさんの兄
- ・介護支援専門員Bさん
- ・包括センター職員
- ・訪問介護の責任者
- ・通所介護の相談員
- ・福祉用具貸与事業者
- ・配食サービス事業者
- ・民生委員
- ・町内会長
- ・主治医
- ・保険者



## 個別ケース検討の「地域ケア会議」開催 ②

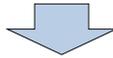
### ■支援計画の作成

No.	課題	目標	何を・どのように	担当者	期日
1	不眠傾向があり、眠剤の過剰摂取が見られる。	生活のリズムを整える。	①主治医への定期通院を支援する。 ②普段の体調管理と服薬状況の観察を行う。 ( <b>訪看の利用</b> を検討する)	家族	1か月
2	視力障がいをもち、孤独感と依存心が強く、意欲も少ない。最近では身体機能の低下も見られる。	少しでも意欲を高める。	①介護サービス等の利用状況を <b>近隣住民</b> に知らせる。 ②好きな音楽を聴きたいという希望に応える。 ③献立を説明し、食の楽しみを感じてもらおう。 ④運動プログラムの参加を促す。	家族、ケアマネ 家族 訪介、通所、配食 通所	1か月
3	ゴミや雑草が目立ち、近隣住民は火災などへの不安をもっている。	近隣の住民の不安を取り除く。	①ゴミがたまらいようにする。 ( <b>福島市ふれあい訪問収集事業の活用</b> も検討する) ②近隣の人がどんな不安を抱いているのか、具体的に話を聞き、その対応への可否を検討する。	訪介 家族、町内会長、民生委員、ケアマネ	1か月

## 個別ケース検討の「地域ケア会議」開催 ③

### モニタリング会議 → 1か月後の達成状況を把握し、さらに実行へ

- 今回の参加メンバーについては、暫定ケアプランに位置づけられた
- ・近隣住民
  - ・訪問看護ステーションの看護師
  - ・ふれあい訪問収集事業（清掃管理課）の担当職員
- を新たに追加した。



### 在宅の限界点を高める支援へ

- 家族の支援内容を明確化
  - 通院支援、医療との連携による体調の管理
  - 通所介護等の利用による身体機能の維持と生活リズムの調整
  - 民生委員、町会長と家族の情報共有
  - ゴミ捨て支援（市の事業）の利用
- 以上をケアプランに位置づけ



↑ 1か月後のモニタリング会議

## 個別ケース検討の「地域ケア会議」開催 ④

### ■ 1か月後のモニタリング結果

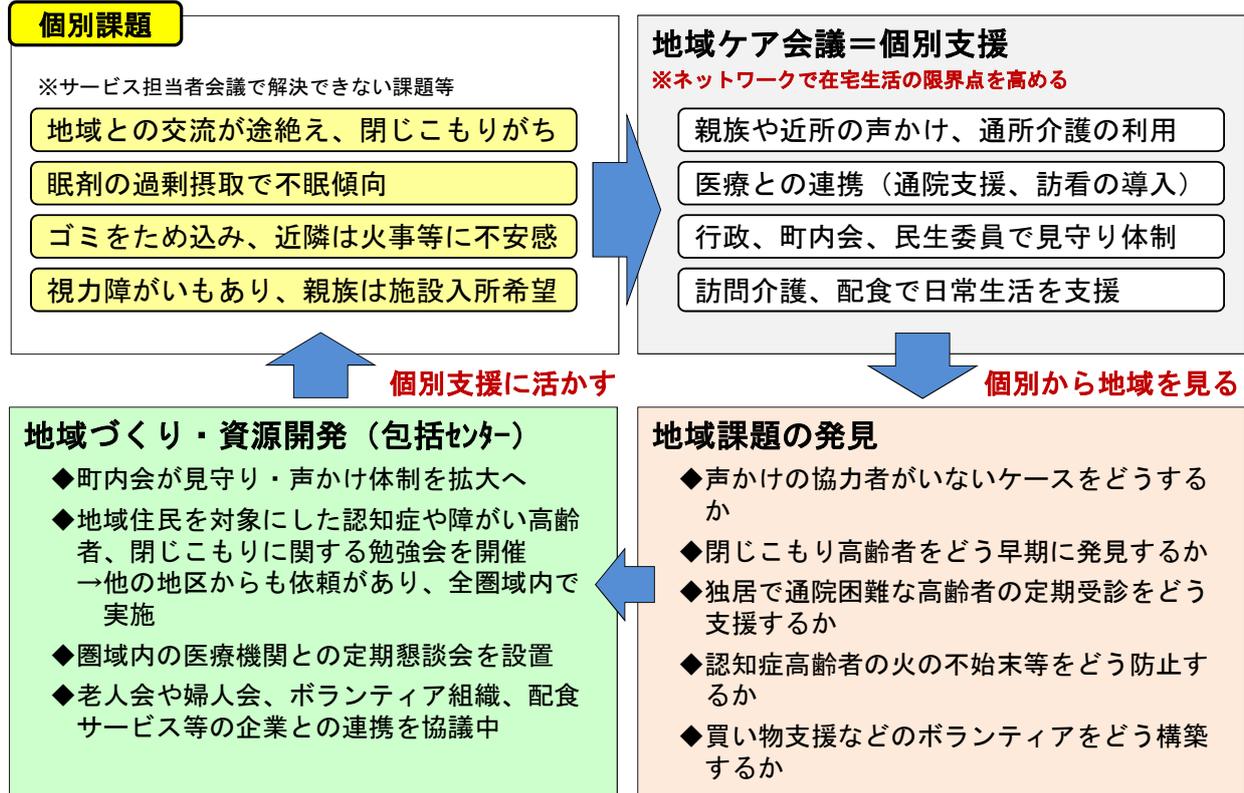
※ 一部抜粋

No.	目標	実施状況	目的達成状況	今後の対応方針
1	生活のリズムを整える。	訪看による状態観察を行った。	デイサービスを利用しない日は、昼間から寝ていることが分かった。	○不規則な生活が改善できる。 ・日中の活動性を高める方法を一緒に考える。 ・服薬確認は継続する。
2	少しでも意欲を高める。	近隣住民に介護サービスの利用状況をお知らせした。	デイサービスに行く時やヘルパーの利用時間帯に近所の人が出してくれようになった。	○近隣住民に障がいのある独居高齢者について理解してもらうことで、従来どおりの付き合いが可能になる。 ・声かけや顔出しを依頼。 ・引きこもりや独居の高齢者に関する勉強会を開く。 ・サービス利用のお知らせは続ける。
3	近隣の住民の不安を取り除く。	福島市ふれあい訪問収集事業を利用してみた。	福島市のゴミ収集車が定期的に来ること、不安が和らいできている。	○引き続き近隣の話聞き、不安を払拭するための対応策を考えていく。



メンバーに理学療法士を加え、7か月後の再モニタリングでも在宅継続中

## 「地域ケア会議」－ 取り組みの効果



9

## 「地域ケア会議」－ 今後の課題

①保険者との連携	・ 保険者にはどのような役割を担ってもらうのか。
②ネットワーク・資源の開発等	・ 関係者の結び付きが強い「具体的なネットワーク」をどう構築するのか。 ・ 見えてきた地域の課題をどのように「地域づくり・資源の開発」へつなげていくのか。
③医療との連携	・ 会議に必要な医療職（医師やPT、OT、管理栄養士、歯科衛生士等）をどのように確保するのか。 ・ 特に、主治医の参加をどう図っていくのか。
④会議の円滑な運営	・ どこまで参加者の意識を共有できるか。 ・ 介護支援専門員への適切な支援を行うために、包括センター職員の力量や人脈をどう養っていくのか。 ・ 会議を円滑に運営し、具体的な助言や議論の進行、取りまとめ等を行うファシリテーション能力をどう高めていくのか。

10