

生駒市における 地域ケア会議について

生駒市福祉健康部高齢施策課
地域包括ケア推進室
齊藤 新吾



生駒市の概況

基 本 情 報 (H28.4.1)	
人口	120,835人
第1号被保険者数	31,220人
65～74歳	18,040人
75歳以上	13,180人
高齢化率	25.8%
ひとり暮らし高齢者数	3,668人

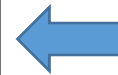
※ひとり暮らし高齢者調査は、平成28年2月結果
 ◆日常生活圏域は10圏域
 ⇒ 地域包括支援センターは6箇所設置（委託）

要介護認定者数（H28.4.1）
 （第1号被保険者）

要支援1	485人
要支援2	710人
要介護1	894人
要介護2	893人
要介護3	614人
要介護4	582人
要介護5	426人
計	4,604人
認定率	14.7%

要介護認定者数の推移
 （第1号被保険者）

年度	要介護認定率 (%)
H25年	15.6
H26年	15.9
H27年	15.6
H28年	14.7

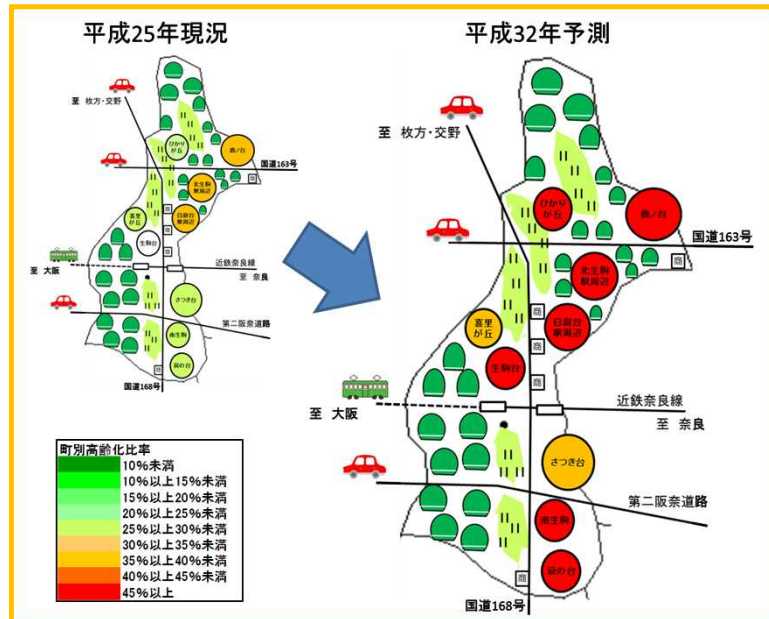


各年 4月1日現在



生駒市高山町
 日本の生産量 90%

→平成32年度における
 生駒市の高齢者マップ



坂道の様子
 高齢者にとっ
 てはきつい！



＜生駒市特徴＞

- ・奈良県北西部に位置し、京都・大阪に囲まれた近畿のほぼ中央にあり、南北に細長い形状で、面積は53.15 km²。
- ・江戸時代に創建された生駒聖天・宝山寺の門前町と発展し、現在は大阪のベッドタウンとして、栄える。
- ・大都市隣接の利便性を活かし、低層住宅を中心とした質の高い住宅都市として、発展。



I 生駒市の地域ケア会議の紹介

生駒市の地域ケア会議について

○地域ケア会議は、多職種連携によりケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域に必要な社会資源の開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画や市の総合計画への反映などの政策形成につなげるものであり、地域包括ケアの実現に向けた重要なツールの一つである。

○生駒市では、平成24年度から、既存の会議を市・生活圏域・個別レベルに再編し、再スタート。

○検討する課題に応じて、医療・介護・福祉の専門職や法律の専門家、民生委員、地域関係者などにより、課題を整理し、解決の方策について多職種で協議する場を大切にしている。

地域包括ケア推進会議

連携が必要な関連会議等

会議の機能

政策形成
機能

地域づくり
・資源開発
機能

ネットワーク構築
機能

個別課題解決機能、
地域課題発見機能、
ネットワーク構築機能

地域ケア会議の種別

生駒市地域ケア会議（Ⅰ）

■自立支援型ケアマネジメントの検討

地域ケア会議（Ⅳ）

■認知症に関する課題の検討

地域ケア会議（Ⅲ）

■地域課題の検討 コミュニティ会議

地域ケア会議（Ⅱ）

■個別事例の総合的な検討

地域ケア会議の運営支援体制

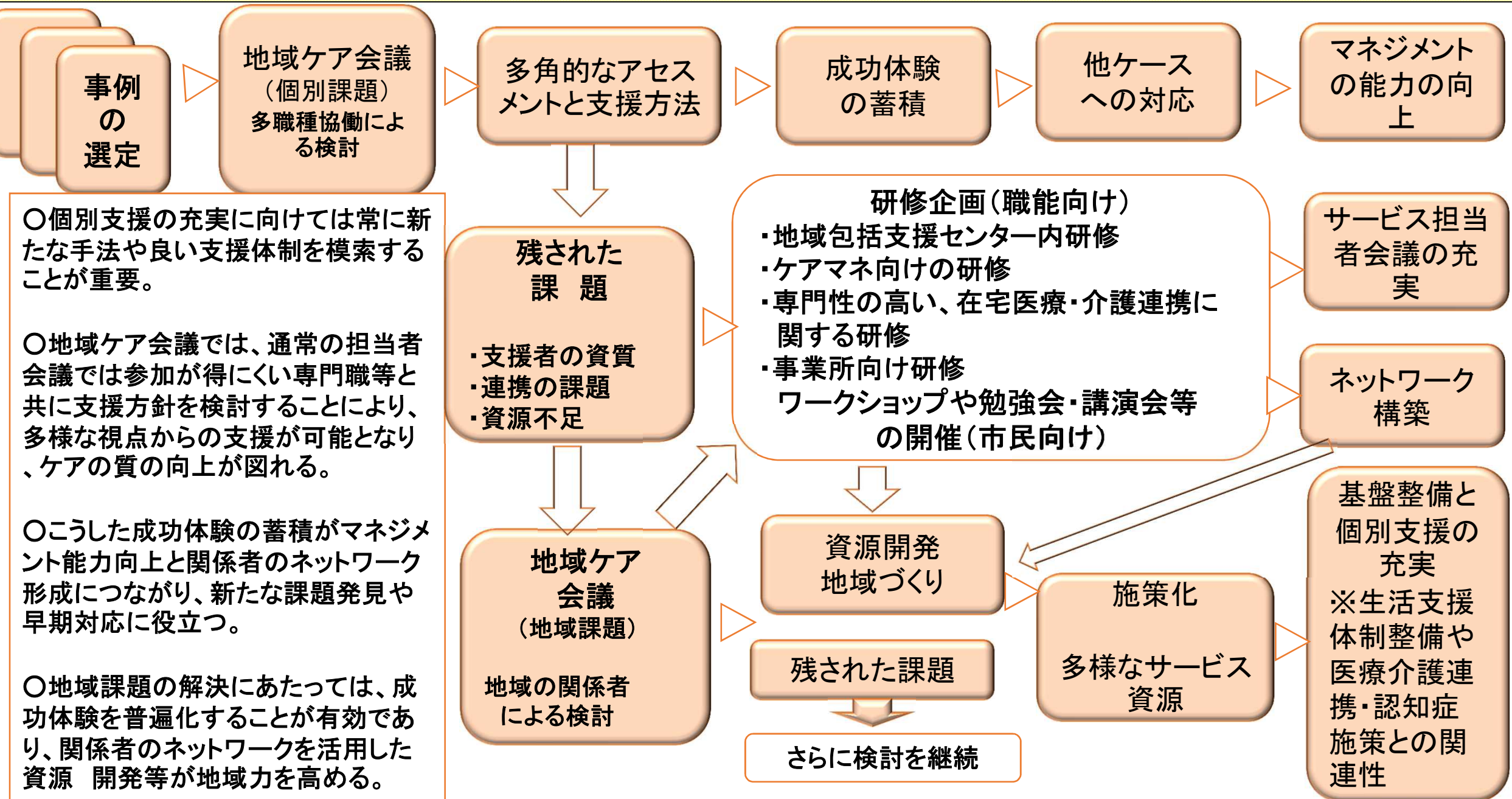
生駒市高齢施策課

■地域ケア会議全体の運営
体制の統括

生駒市地域包括支援 センター全体会議 （市・高齢施策課主催）

- 地域ケア会議で検討する事例の選定
- 地域課題の検討を行う地域ケア会議の運営基準
- 残された課題、好事例、有効な手法を整理。各階層のケア会議相互で共有

地域ケア会議とその他の取組との関連性



生駒市の地域ケア会議（Ⅰ）の概要

- 個別ケース検討から見える地域課題の発見、ニーズ量の把握、社会資源の整備、政策形成
- 平成24年10月より実施、月に1回ペースの開催からスタートし、年間56回開催
- 参加者：市（計画担当者）、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護保険事業所等
- 助言者：理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士、健康運動指導士等
- 対象事例：介護予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業の利用者等（要支援者・事業対象者）

関連施策等

- ①介護予防・日常生活支援総合事業
- ②医療介護連携事業
- ③認知症施策（初期集中支援事業等）
- ④生活支援体制整備事業
- ⑤介護保険制度
- ⑥高齢者福祉
- ⑦その他

機能強化

保険者（市）
地域包括支援センター
ケアマネジャー
介護保険事業所
多職種の専門職等

人材育成

- ①全関係者の意識改革
- ②コミュニケーション能力の向上
- ③アセスメント能力の向上
- ④専門職の専門性の向上
- ⑤政策立案の能力向上

自立支援型地域ケア会議（Ⅰ）
・多職種連携の場、関係者のOJTの場

自立支援型ケアマネジメントの確立

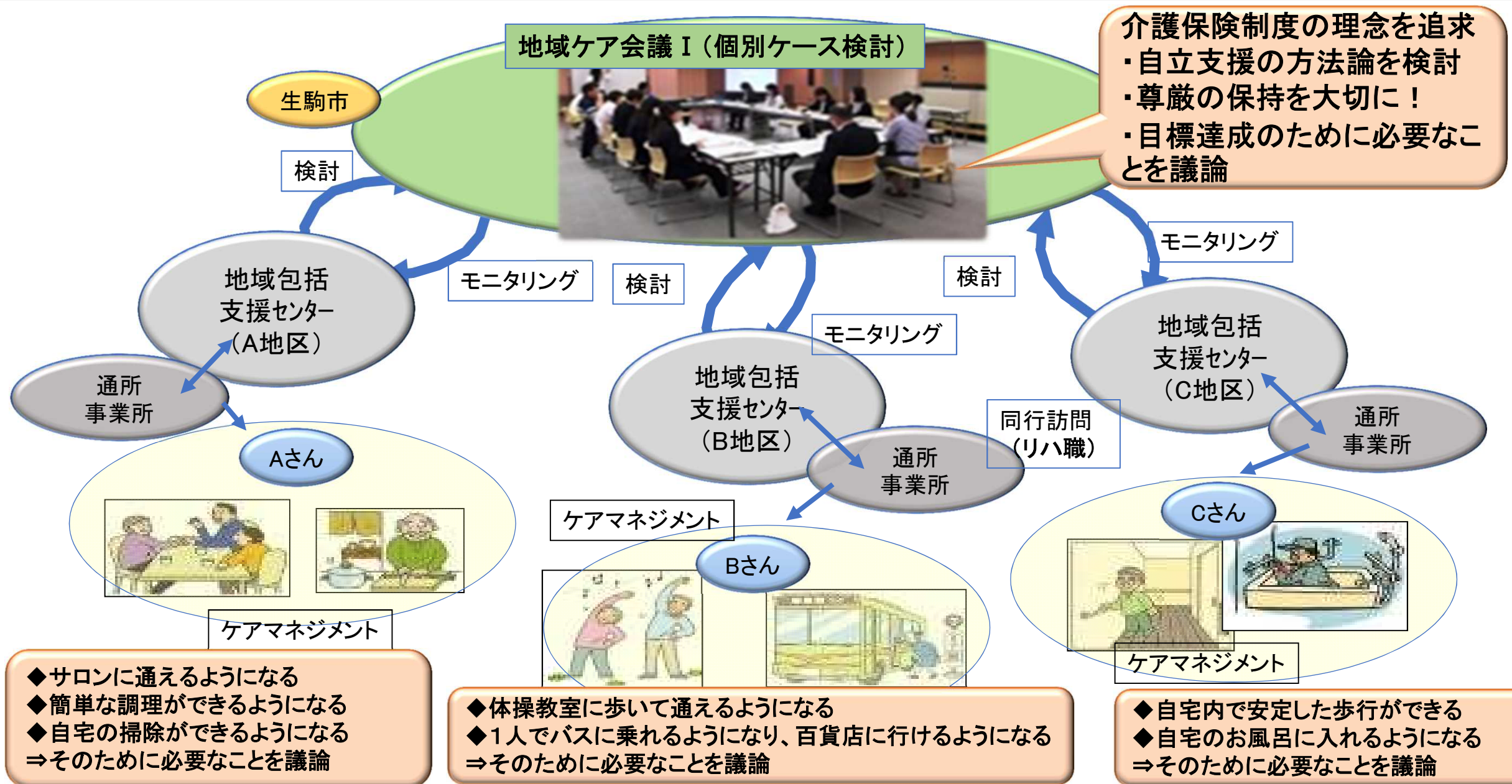
地域包括ケアシステムの実現

アセスメントツール作成
会議の誕生
・医療介護連携の場で、
自立支援に資するアセ
スメント様式を作成



地域ケア会議の様子

自立支援型地域ケア会議（Ⅰ）のイメージ



Ⅱ 生駒市における地域ケア会議（Ⅰ） ～開催のポイント～

地域ケア会議(Ⅰ)開催に向けた準備

◆生駒市版地域ケア会議(Ⅰ)用の帳票作成(市と包括予防部会メンバー協働)

【介護予防ケアマネジメントの見える化の実施】

- ・二次アセスメントシート(A3)
- ・事前課題整理表(A4)
- ・サービス利用におけるクロス表
- ・課題整理・支援内容・支援経過が見える帳票作成
(モニタリング時に有効活用)

現場の包括の意見を大切に、
見える化できるものを作成



◆研修会の開催

帳票活用方法を各関係者に向け研修会を実施

自立支援型ケアマネジメントについて研修(課題分析・プラン作成)

◆地域ケア会議における流れをまとめたマニュアル作成

◆年間スケジュールを作成し、関係者に配布、個人情報への配慮等

地域ケア会議（Ⅰ）開催日までの流れ

【会議開催前の事前準備】

（１）会議開催日の１週間前までに必要な帳票を地域包括ケア推進室に届ける

- ・遅れる場合は、必ず連絡を入れ、いつ届けることができるか、連絡・報告を徹底

（２）会議開催直前のデモンストレーション

- ・地域包括ケア推進室内で事前に協議し、議論の優先度やおおよその時間配分を精査

（３）学びのケース選定

- ・当日の学びとなるケースを選定し、ポイント整理

【必要物品の準備】

（１）当日配布資料 （２）ネームプレート （３）出勤簿（多職種） （４）ホワイトボード

（５）マーカー （６）個人情報に関する同意書 （７）学びケースのポイント資料

（８）マイク （９）その他

地域ケア会議（Ⅰ）開催当日の流れ

【会議開催当日の流れ】

（１）地域ケア会議の目的及び留意事項の説明

- ・毎回、目的と留意事項の説明を行う

（２）１回 ３時間内で25～26事例の検討を行う

- ・類似ケースをまとめ、メリハリのある会議進行への配慮

（３）学びのケース紹介

- ・当日の学びとなるケースを紹介し、課題整理の方法や支援ポイントを共有化

（例）認知症の方の外出時の安全面の確認方法、多剤服用の高齢者への支援の在り方

（４）参加者の心構え

- ・職能としての意見を積極的に述べ、自立支援に資する会議の運営に協力
- ・決して、他者を非難しない。責める質問の仕方はNO！ルールの徹底
- ・発想を自由に、多様な提案を行うように意識！

（５）会議での議論結果を早急に関係者へフィードバック→支援に活かす工夫（PC持参）

ファシリテーター(司会)の役割

【会議の運営】

(1) 会議のプロセスをデザインする(進め方のコントロール)

- ・議論より結論を出すことに注力し、事前資料の整理と読み込みを丁寧に実施

(2) 安全な「場」を想像する(より良い意見が出せる場づくり)

- ・他者を批判しない、時間を管理し、議論に積極的に参加できる雰囲気づくり

(3) 参加者の納得性を引き出す(対立を解消し、合意形成を導く)

- ・意見の否定をしない、要約や別の視点から考えられるような感想を述べるなどの工夫

【対立の効果】

①自分や相手の意見の背景を知る良い機会となる。

②多様な視点を共有化することで、意思決定の質が向上する。

【人材育成】

◆一人でも多くファシリテーターできる者の育成も意識して「場づくり」を行っていく

地域ケア会議の流れ

初回会議

中間会議

終了前会議

必要帳票

- ・利用者基本情報
- ・基本チェックリスト
- ・二次アセスメントシート
- ・診療情報提供書
- ・ケアプランA
- ・事前課題整理表

- ・ケア会議用支援経過表
⇒初回で議論した内容を事務局がまとめてフィードバックしている帳票に基づき、モニタリング結果をまとめて提出

- ・ケア会議用支援経過表
⇒中間で議論した内容を事務局がまとめてフィードバックしている帳票に基づき、モニタリング結果をまとめて提出

事前確認のポイント

- ・情報収集・課題分析・目標設定や支援内容に過不足がないかを確認
- ・事務局は、事前に担当者間で打ち合わせ（不足の的を絞る・事例の系統化、良い事例をフィードバックする準備）

- ・初回会議でまとめた内容についてどの程度の進捗がなされているかを確認
- ・モニタリングや支援が不十分なものについて整理
- ・不足な状況については、提案材料を各自準備しておく

- ・中間会議で残した課題について評価し、終了時までに残している課題の過不足について検討
- ・不足な状況については、提案材料を各自準備しておく。

議論のポイント

- ・多職種の中で、多角的に個々のケースを捉え、より最善の方法がないかを検討
- ・課題・目標・支援内容・役割分担の明確化を図る
- ・1カ月後の目標等も整理

- ・初回で計画した内容の進捗が不十分な場合、課題が大きいか、支援内容が妥当かについて検討し、終了後の生活がイメージできるまでの議論を行う

- ・類似するケースをまとめ、成功した場合の鍵となったもの、目標達成に至らなかった要因等を整理し、次のマネジメントに活かす議論を行う

廃用性のケース

認知症のケース

うつ傾向のケース

会議進行のポイント

廃用・認知・うつ傾向等のパターンの類似ケースをまとめて、議論。状態像としては類似していても背景要因が異なることにより課題や目標設定、支援内容が異なることを意識してもらえよう配慮。どこに着眼して目標設定をしていけばよいかを理解しやすくなる。
(例) 整形外科的疾患による廃用性の下肢筋力低下で閉じこもりがちなケース。先の事例と異なる点は〇〇。なら、どこを具体に見ていくことが必要ですか？と論点整理がしやすい。

見ていく視点

痛みやしびれの原因や出現する頻度と程度、緩和するために必要な取り組み。予後予測を行い具体的な提案を行うことで意欲喚起につなぐ方法論を検討

認知症の具体的な症状を整理。能力と行為の差異の明確化。水分摂取・服薬管理状況・睡眠や日常生活の支障を丁寧に分析し、隙間をつなぐ支援内容と方法論を検討

うつ傾向に傾く要因の見極めと丁寧な関わり。医療受診の必要性の見極めとうつ傾向に陥っている原因に即した対応策の検討・具体的な方法論の検討が必要

学びのケースと議論が必要なケースに、重きを置いた時間配分を調整

地域ケア会議に参加する度に知識が増え、多角的なアセスメント能力が高まるように、より検討が必要なケースについては、不足している情報収集の仕方や課題の捉え方、役割分担の整理や家族・地域力を活用していく視点などに参加者が気づけるよう、舵取りを行う。
また、改善に向かっているケースについては、どのような情報を整理し、何が機となり、急速な改善が図れているかについて成功の要因を究明し、他の事例にも活用できるよう思考を整理するなどの調整時間をとる等、会議の流れを司会が創っていくことが大切である。

Ⅲ．生駒市の地域ケア会議（Ⅰ） 事例紹介 （Ｙ氏・Ｆ氏・Ｋ氏）

事例紹介（Y氏：頸椎症性脊髄症）元の生活に戻る！

（ケース紹介）

頸椎症性脊髄症 79歳 女性 要支援2 右肩の痛みあり、活動低下。夫、長女夫婦と同居。大好きだった手芸も右手が自由に使えなくなり、億劫となりやめてしまう。自宅で過ごすことが増加。洗身や更衣など、日常生活の大半に娘や夫の手を借りることが増え、気持ちもふさがちであった。

【自立支援型地域ケア会議で（I）の目標設定】

目標：①自分で洋服の脱ぎ着ができるようになり、大好きだった手芸を再開する
②道具を工夫し、掃除や調理などを再開することができる。

（通所型事業）

筋力・体力・バランス力・持久力のアップ、上腕の拘縮部分のストレッチ、セルフケアの指導等

（訪問型事業）

自宅での運動指導（ストレッチを中心に家族にも指導）と家事動作の工夫や道具の使用を助言（3ヶ月後）

①首元が大きく開いたTシャツなどはなんとか時間をかけながら着れる時もあるが、不十分→目標未達成

②道具の工夫により時間は要すが、家事が再開できた→目標達成

【終了時会議にて、1クール継続し、卒業を目指すこととなる】



【地域ケア会議の中での議論】

◆基本は3ヶ月で終了→課題が解決しておらず、目標未達成の為、継続するか否かを議論

《上腕の可動域拡大が実現化するのか、どうか》

・リハ職の見立てでは、おそらく後2ヶ月くらい継続できると

自身でできることはもっと増えるという見立て

・本人の意欲・家族の協力もあり、ここで終了はもったいないのではないかという参加者の意見

※具体的に次のクールで何をすべきかを再度議論し継続！



訪問による指導



半年通い、すっかり肩が動くようになり、あきらめていた趣味を再開。お世話になったボランティアスタッフ等に手作りでプレゼント

事例紹介:Fさん 78歳 女性 要支援1

地域ケア会議(Ⅰ)と通所型サービスCの連動
ヘルパーも教室も卒業し、担い手(ボランティア)に！

【初回会議】

病名:両変形性膝関節症、高血圧症

利用サービス:現行相当ヘルパー 1回/週(風呂・トイレ・床掃除)。
まごころ収集(ゴミの収集)

課題:両膝人工関節術後、廃用性の両下肢筋力低下が進行。

石段が40ある玄関から外へのアプローチが困難で、全身の
体力及び意欲の低下があるため、痛みの評価と基礎体力
の向上及び筋力アップを図ることが必要。

目標:パワーアップPLUS教室でボランティア活動を行う。

【中間会議】

セルフケアも真面目に取り組む、徐々に体力・筋力アップ。訪問型Cに
て家事支援の具体的方法をヘルパーにも助言。

本人にも道具を使って行える家事動作を指導したことにより、徐々に自
身でできる範囲を拡大。終了に向け移行期の転倒予防教室を検討。

【終了会議】

自身で行える家事動作が拡大し、パワーアップPLUS教室終了月をもっ
てヘルパーサービス終了。ヘルパー利用がなくなると「まごころ収集」が
使えなくなるため、高齢施策課が環境事業課と協議し、利用可となる。

※やりたいこと、したいと思えるものを共に探し、徐々に
行動変容を図り定着できるよう意欲の喚起が必要。

◆集中Cの教室の様子

誰がサポーターで、誰が参加者か分からないくらいにぎやかです

「座ったままでもボランティア活動ができる」

元気な高齢者だけがボランティアではなく、虚弱な高齢者も十分
、担い手となれることを私たちは教室の卒業生から学びました。

◆最近、認定更新前のモニタリングの徹底

→従前相当サービス利用者が多様なサービスに移行する人も
徐々に出現

→デイサービスだけが社会参加の場であった利用者が、集中
Cに参加し、プログラムを実践後、元気を回復して地域に戻
る人も発生

→ケアマネジメントの質の向上



地域ケア会議（Ⅰ）で議論が対立した事例

高齢者夫婦世帯で夫が主介護者（79歳）、妻はアルツハイマー型認知症（86歳）。尿失禁やコミュニケーション障害、短期記憶障害、実行機能障害、理解・判断力低下があり、日常生活のほとんどを夫の見守りや声掛け、一部介助等が必要であった。尿失禁が起こるまでは、夫は誰も頼ることなく一人で妻の世話をしていたが、尿失禁を機に包括に相談に来所。主訴は下記のとおり。

（妻）夫と一緒にいると安心です。この頃、頭がおかしくなってきた。不安です。デイサービスにはいきたくない
（夫）認知症の勉強はしっかりしている。できることなら介護サービスはまだ使いたくない。おしっこの失敗が心配。良くなるためにできることを教えてほしい。

介護認定を包括はいったん進めるも本人・家族の強い拒否にあい、総合事業（短期集中C）での対応を検討
24時間夫と一緒に時間を少し分離し、他者との交流を図ることで脳の活性化を試みる

3カ月後の終了時の地域ケア会議で議論（総合事業継続派と介護保険サービス利用促進派

総合事業継続派の意見

- ・介護給付にはいつでも移行は可能。総合事業は自由度が高く、本人の役割を教室内で見出し、さらなる機能改善が期待できるのではないかな？
- ・家事ができなかったのに、洗濯・庭掃除とできることが増えている。尿失禁も消失。トイレでの排せつが可能となっている。サービスに頼らず生活できる可能性はまだあるのでは？
- ・夫は認知症ケアの勉強を続けており、一生懸命声掛けや助言も工夫して行っている。
- ・今後はオレンジカフェも紹介し、夫が発言できる場を設けることや妻の趣味が再開できるよう働きかけが必要では？
- ・認知症を有する人も症状の改善が図れることがあることを教室のボランティアにも知ってもらえるチャンスではないかな？
- ・本人も夫も教室参加に意欲的になっているし、変化も大きいのでは？

介護保険サービス利用促進派の意見

- ・ケアマネをもっと信じて、給付に移行し夫の介護負担を軽減すべきではないかな？（夫は介護負担と捉えていない）
- ・いずれは介護給付に移行するのであれば、早期に移行した方がいいのではないかな？
- ・今の教室は継続できても残り3ヶ月。結局卒業ということであれば、今から給付でもいいのではないかな？
- ・教室卒業後の居場所が想定しづらいから、今から認知症対応型デイに馴染むでもいいのでは？

現在の様子

【地域ケア会議の議論を通じた結果】

3ヶ月《集中C》継続することとし、他のケースと同様、認知症の方々の居場所づくりを本ケース含めて検討することになった。紆余曲折いろいろ議論したが、結果的には、認知症対応型の一般介護予防教室を創出することにつながった。

《現在の様子》

- ・毎日、夫婦で10,000歩の有酸素運動として、散歩を朝・夕の日課として継続！
- ・徘徊もなくなり、庭掃除や洗い物、洗濯物の取り入れなど自身の役割として定着！
- ・言葉も増え、コミュニケーション能力が高まり、他者との交流を楽しまれるまでに変化！
- ・オレンジカフェでは、得意だった卓球を思い出し、最初はあてるだけのピンポンからラリーができるように変化！
- ・夫は、オレンジカフェで介護の実践方法を語り、他の家族から頼られる存在に！
 - 孤独・孤立化していた介護が地域に開かれた介護に変化し、心が軽くなり、パワーアップ！
- ・平成28年10月2日の「ラン伴」イベントにも夫婦で参加し、ゴールを飾る！
- ・平成28年10月15日号の広報誌には、実名で夫婦で登場→表紙を飾り、紙面を埋める！
 - 認知症は病気であるのご主人が堂々と宣言（不特定多数の人に大きな勇気を与える結果）
- ・現在は、集中Cと一般介護予防事業の合体型事業に参加し、運動・会話を楽しんでいる！
- ・最初に総合事業（集中C）を案内した包括は、給付移行派であったが、認知症の無限の可能性について学び、支援の幅が広がり、ご主人にも大いに感謝されている！



廃用性・認知症 共に ご本人及び家族をどのようにアセスメントし、こういった支援方針を立てるかによってその人たちの予後や人生に大きく影響を及ぼすことを地域ケア会議（Ⅰ）に参加した皆が経験し、共有できた。

IV. 生駒市の地域ケア会議 (Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ)について

地域包括ケアシステムへの実現

地域ケア会議の構成

政策形成
社会基盤整備・介護保険事業計画等の
行政計画への位置づけなど

地域づくり・資源開発の検討

地域課題の発見・把握

地域ケア会議Ⅱ

個別レベル

知己包括支援センター

地域ケア会議Ⅲ

日常生活圏域レベル

地域包括支援センター

地域ケア会議Ⅳ

日常生活圏域レベル
(自治体レベル)

地域包括支援センター

地域包括支援ネットワーク

地域ケア会議Ⅰ

市町村レベル
保険者

地域ケア会議（Ⅱ）
個別レベル

支援困難ケースの
解決

地域ケア会議（Ⅲ）
日常生活圏域レベル

地域ニーズの
掘り起こし

地域ケア会議（Ⅳ）
日常生活圏域レベル

認知機能対策としての
地域づくり・資源開発

地域ケア会議（Ⅰ）
市レベル

関係機関の自立支援に
対する考え方の平準化

警察

消防

保健所

民生委員

住民組織

ボランティア

介護支援専門員

訪問看護ステーション

医療機関

薬局

民間企業

NPO

社会福祉協議会

地域ケア会議とサービス担当者会議の相違点

- ◆「サービス担当者会議」は、介護支援専門員が主催し、利用者がそのニーズに応じたサービスを適切に活用できるように、ケアマネジメントの一環として開催するもの
- ◆一方、個別ケースを検討する地域ケア会議は、市町村又は地域包括支援センターが主催し、包括的支援事業の一環として開催。検討するケースの担当者に限らず、地域の多職種の視点から課題の解決に向けた検討がなされる。
 - * 達成しようとする目的や機能に応じて、地域ケア会議の検討事例や参加者が判断されるという特性がある！

《地域ケア会議が有効なケース例》

- ①支援者が困難を感じているケース
- ②支援が自立を阻害していると考えられるケース
- ③支援が必要だと判断されるがサービスにつながないケース
- ④権利擁護が必要なケース
- ⑤地域課題に関するケース

地域ケア会議を開催することが目的になっていませんか？



地域ケア会議（Ⅱ）開催前の準備

【主催者が行うべきこと】

- （１）事例提供者にご本人が地域ケア会議へ参加する了解を得てもらう
- （２）会議開催を決定し、事例提供者にケース概要説明の準備を依頼
- （３）事例提供者にケース概要についてご本人の了解を得てもらう
- （４）事例提供者やご本人や家族、参加者を検討、参加者を決定して依頼する
- （５）個人情報取り扱いについて確認する
- （６）開催日時を調整し、会場を確保、開催通知を行う
- （７）事例提供者と事前の打ち合わせを行い、配布物を準備する
- （８）会場の準備を行う

地域ケア会議（Ⅱ）当日の運営の流れ

【司会進行役が行うべきこと】

- (1) ご本人や家族、参加者を迎え、開始のあいさつ、参加者の自己紹介と配布資料の確認を行う
- (2) 会議の目的と流れ（時間配分等含む）を説明し、個人情報保護の確認を行う
- (3) 事例提供者にケース概要を報告してもらい、ケース概要の共有を図る
- (4) ケース当事者の課題を明確にし、事実や憶測に分けて整理を行う
- (5) 長期・短期目標を設定し、優先順位を決定
- (6) 優先順位の高い者から、支援内容や対応方法及び本人・家族・地域・支援者等の役割分担を検討
- (7) モニタリング方法を決定する（いつ、だれが、何を、どのようにモニタリングするのか）
- (8) 決定事項を確認し、会議を終了する

【司会進行役の留意点】

- ・会議の進行役として、会議をファシリテートする役割に努めること。時間管理や参加型の会議となるような配慮。慣れていない人とベテランの人への回しや意見の相違点を整理し、活発な意見交換となるような工夫、一定方向に意見が集中した場合には、他の視点への流れを投入するなど、配慮が必要。また、少数意見の確認や会議目的から議論が外れた場合の軌道修正等。

地域ケア会議（Ⅱ）の事例

45歳男性 B氏 一人暮らし。進行性の難病（筋萎縮性側索硬化症：ALS）で、一人暮らしは困難だろうと思われていたが、本人の強い意向により、何とか在宅での生活を組み立てようとするも、経済的にも人的にも制度的にも困難なことにケアマネがぶつかり、包括・居宅・事業所・行政（介護保険課・旧・高齢福祉課・障害福祉課・生活保護課・社会福祉協議会）・民生委員・家族・医師・訪問看護・介護事業所等巻き込み「地域ケア会議Ⅱ」を開催するに至る。

（本人）施設や病院で最期を迎えるのは嫌。自分らしさを貫き通して最期を迎えたい。
（家族）両親・姉とは疎遠で助けてはくれない状況。大阪で暮らす兄だけが頼り。兄は仕事をしながら、介護をしてきたが、進行性の難病の弟を24時間支えきれなくなり、次第に追い込まれていく。

本人の意向を尊重しすぎると、兄の生活や健康課題にリスクが生じるため、
最良の方法を検討するため地域ケア会議Ⅱを開催から看取りやグリーフケアの詰めに至る

B氏を支援していくにあたり、介護保険制度だけでは支えきれない為、多くの関係者が集い議論を交わす

現状及び課題について	支援方針
・要介護5であるが、満額サービスを利用しても支えきれない状況 ・B氏の預金も底をつき、生活困窮の状態が続く、兄の経済的負担も増加 ・おむつやバルーン留置を拒否するため、トイレ介助の負担が急増 ・B氏は施設や病院での管理された生活は断固拒否し、在宅を希望 ・兄は仕事まで辞めざる経なくなり、精神的にも追い込まれている状況 ・24時間の緊急時の体制について、詰めておく必要性と看取りの備について ・民生児童委員や自治会等の力が借りれるかについて 《在宅生活を継続する上での経済的な支援、サービスの補充、兄の負担軽減、他の家族を巻き込む方法、今後発生する病態進行による対応等》	《弟の為に仕事も辞めた兄への心身の負担軽減も含め、本人の意向を叶えるためにできる方法を皆で検討》 ・生活困窮の状況は改善の見込みなし→生保需給への検討 ・障害区分認定を受け、障害からのサービスを上乗せすることを検討 ・疎遠となっている家族にも状況を伝え、担い手の一人となってもらえないかを本人・兄と相談し、兄の負担軽減を検討 ・緊急時の対応を24時間体制で行うためのサービス再調整を検討 ・インフォーマル資源の活用を検討 ・終末期に関する勉強会の開催とグリーフケアを含めた支援を検討

地域ケア会議(Ⅲ)の事例

中地区健康まちづくり協議会(仮称)

生駒市の中央エリアにある小学校区で地域住民と定期的に包括・市の高齢施策課の職員で、地域課題を抽出。アンケート調査や定期的な会合を通して、一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加、買い物難民等が増えていることを住民が理解し、今後ますます高齢化の進む地域においてできることを考えることにつながる。

いつまでも住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、みんなでできることを考えよう！
どうやってこの取り組みを地域の人に理解してもらえるか、どのような仕掛けが必要かを代表者たちと検討

先走りしすぎても地域の課題を皆で共有することはできない
定期的な研修会や話し合いの場を設定

中地区健康まちづくり協議会(仮称)において、地域の課題を共有し、第2層の協議体設立に向けた取組

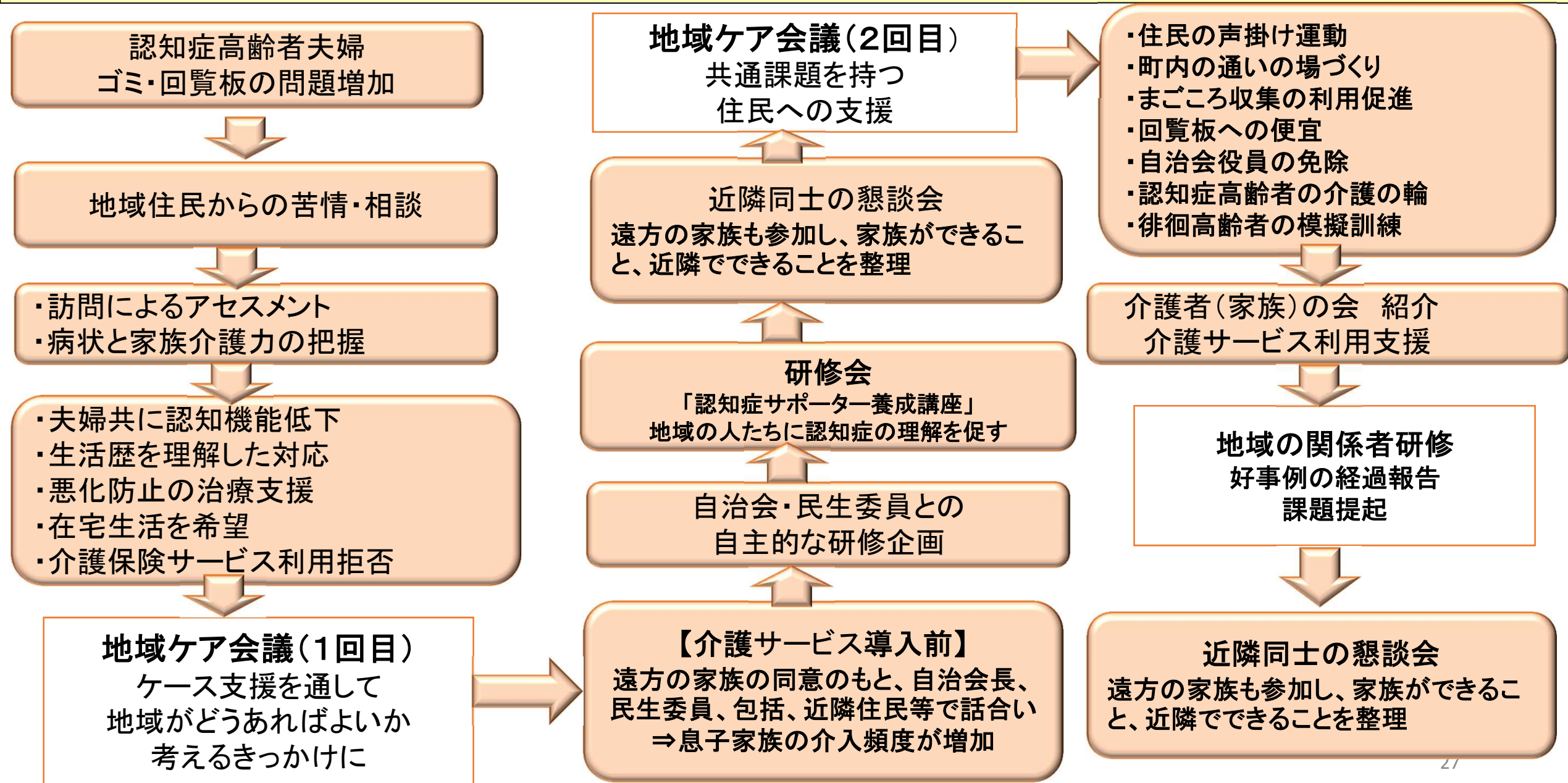
代表メンバーとの定期的な話し合い

- ◆民生児童委員、自治会長、自治会役員、老人会役員と地域包括支援センター職員、生活支援コーディネーター、市職員等で、中地区特有の課題について抽出
- ◆中地区でできそうな高齢者支援について議論
- ◆地域の方を巻き込む方法について議論
 - ・フォーラムや定期的な勉強会の開催
- ◆先進地の視察場所を検討(富山や新潟県上越市が候補にあがる)
- ◆地域課題抽出のためのアンケートの試案
- * 定期的な会議開催により、具体化に向けて内容を詰める

地域の方を巻き込むための仕掛け

- 地域力向上に向けた市政研修を実施
- 超高齢社会に向け、地域力の向上について、県の次長を招き講演会開催
- 中地区との交流を図るため市長を交えた懇談会を実施
- 医師会長に地域包括ケアの構築について医療側の視点から講話
- 病院事業推進課から地域包括ケアの構築に向けた講話
- 高齢施策課より介護側から見た地域包括ケアの構築に向けた講話
- 地域の方との座談会を実施(包括中心)
- 富山の共生型デいの視察や新潟県上越市へ1泊2日の研修旅行
 - 高齢施策課主幹及び包括ケア推進係長も同行

地域ケア会議（Ⅳ）の事例



V. 地域ケア会議の成果

【個別課題解決機能を皮切りに・・・5つの機能を発揮】

- (Ⅰ) 軽度認定者を徹底的にアセスメントし、必要な支援を模索
- (Ⅱ) 困難事例が発生する要因を分析し、困難事例の特性を共有
- (Ⅲ) 生活圏域ごとに地域における課題を分析し、地域力に活かす
- (Ⅳ) 単独世帯の認知症や認知夫婦の見守りや直接・間接支援の在り方検討

→事例の積み上げが次に地域課題発見機能やネットワーク構築機能や地域づくり、支援開発機能に発展し、政策形成機能へとつながる

政策形成につながった事例

- ◆地域ケア会議(Ⅰ)を通した積み上げから必要な事業を考案
→総合事業の早期移行と**生駒市独自の事業体系図**が誕生
- ◆自立支援に必要な情報収集とアセスメントができる「**二次アセスメントツール**」を医療介護関係者と作成、運用することができた(**ケアマネジメントの適正化**)
- ◆短期集中予防事業で卒業しきれない認知症高齢者の為に、新たな事業を創出することができた(**短期集中C＋一般介護予防事業の一体化事業**)
- ◆認知症高齢者を支える「認友・支え隊・見守り隊」養成の必要性を提案
→平成28年度 県の補助金活用し、講座を展開予定
- ◆地域での高齢者の居場所づくりの拡大の為、コグニサイズ教室やいきいき100歳体操の地域展開を加速化(包括・行政のベクトルを合わす)
- ◆徘徊高齢者の模擬訓練を自治会単位の開催を提案
- ◆市職員向け認知症サポーター養成講座の継続展開(案)

地域ケア会議（Ⅰ）の経験を踏まえ軽度認定者用独自アセスメント帳票作成

生駒市版 二次アセスメントシート

記入日

平成 年 月 日

担当:

ふりがな

利用者氏名

住所

世帯区分

生駒市

生年月日

電話

口ひとり暮らし 口高齢者のみ 口その他

障がい高齢者の日常生活自立度:

認知症高齢者の日常生活自立度:

主訴

家族の状況・意向

I. 健康状態

1

現病と既往歴・発症時期

医療機関名

受診頻度

服薬状況 (合計 種類)

2

お薬手帳を利用していますか

口はい 口いいえ

3

平常時の血圧

mmHg

服薬

口あり () ・ 口なし

4

痛み

部位・程度・場面・対処

できない・困っていること

5

部位・程度・場面・対処

できない・困っていること

6

肉類、卵、魚介類のうち、いずれかを毎日、一つ以上食べていますか

口はい 口いいえ

7

1日にとる水分について

総摂取量

口500cc未満

口500~1000cc

口1000cc以上

8

排泄について: トイレに行くのが間に合わなくて、失敗することがありますか

口はい (バット・失禁パッド使用) ・ 口いいえ

9

眠れなくなることがある、または睡眠薬を内服している

口はい (週 回使用) ・ 口いいえ

10

歯磨きや義歯の掃除を1日に1回以上していますか

口はい ・ 口いいえ

II. ADL

備考

1

起き上がりはできますか

口できる ・ 口できない

2

歩行について

屋内

口している ・ 口していない

屋外: 15分

口している ・ 口していない

3

片足立ちはできますか

口できる ・ 口できない

4

一人で洗身していますか

口している ・ 口していない

5

一人で浴槽をまたぐことをしていますか

口している ・ 口していない

6

運動について、医師から制限されていますか

口はい ・ 口いいえ

7

他に医師から注意を受けていることはありますか

口はい ・ 口いいえ

日常生活について (IADL)

※本人がしていること

していない場合は誰がしているか?

特記事項

1

炊事

口している・口していない

口炊飯 口簡単な食事の用意 口ガス (IH) 調理器使用 口温め 口配膳 口下膳 口食器洗い

口配偶者 口子 口その他 ()

2

掃除

口している・口していない

口自室のみ 口トイレ 口風呂場 口その他 () 口掃除機がけ 口モップ

口配偶者 口子 口その他 ()

3

洗濯

口している・口していない

口洗濯機の操作 口洗濯物を干す 口取り込む 口たたむ 口整理する

口配偶者 口子 口その他 ()

4

ごみ出し

口している・口していない

口分別する 口まとめる 口集積所まで運ぶ (口一部 ・ 口全部)

口配偶者 口子 口その他 ()

5

買い物

口している・口していない

口買うものを決める 口荷物を持って帰る 口荷物は配達便を利用する 口注文配達

口配偶者 口子 口その他 ()

6

金銭管理

口している・口していない

口全て管理 口つかい程度のみ管理 口銀行にいく/出入金

口配偶者 口子 口その他 ()

7

薬の管理

口している・口していない

口自己管理 (分袋・一包) 口時々飲み忘れ (有・無) 口声かけ (有・無) 口拒否

口配偶者 口子 口その他 ()

8

外出手段

口バス 最寄バス停: 口電車 最寄駅: 口家族の送迎 (頻度) 口徒歩 口車 口バイク 口タクシー

口バス停まで 口程度

社会生活・環境

1

現在、地域で参加しているものはありますか

口はい 口いいえ

また、以前参加していたものはありますか

口はい 口いいえ

2

元気になったら、再開したいこと、やってみたいこと等がありますか

口はい 口いいえ

3

何かしらの役割がありますか

口はい 口いいえ

4

困ったときに助けてくれる人はいますか

口はい 口いいえ

5

自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところはありますか

口はい 口いいえ

口玄関・口廊下・口トイレ・口風呂場・口屋内階段・口屋外口階段・口物干し場・口台所・口その他 ()

6

自宅周囲の環境で不自由なところはありますか

口はい 口いいえ

口急な坂道 口自宅敷地内の階段 口バス停や駅が遠い 口買い物できる場がない 口集会所や公民館が遠い 口その他 ()

認知

1

もの忘れが気になりますか

口はい ・ 口いいえ ()

2

物の置き忘れが増えていていると感じることはありますか

口はい ・ 口いいえ ()

3

新しいこと (人や物の名前など) が覚えにくいですか

口はい ・ 口いいえ ()

4

3語テスト

口桜 ・ 口猫 ・ 口電車 ()

5

会話がまとまらないことがありますか

口はい ・ 口いいえ ()

その他

1

今後、ご自身はどのようにになりたいですか

口今より元氣になりたい ・ 口今を維持したい ・ 口わからない

また、ご自身のためにしていることや、心がけていることはありますか

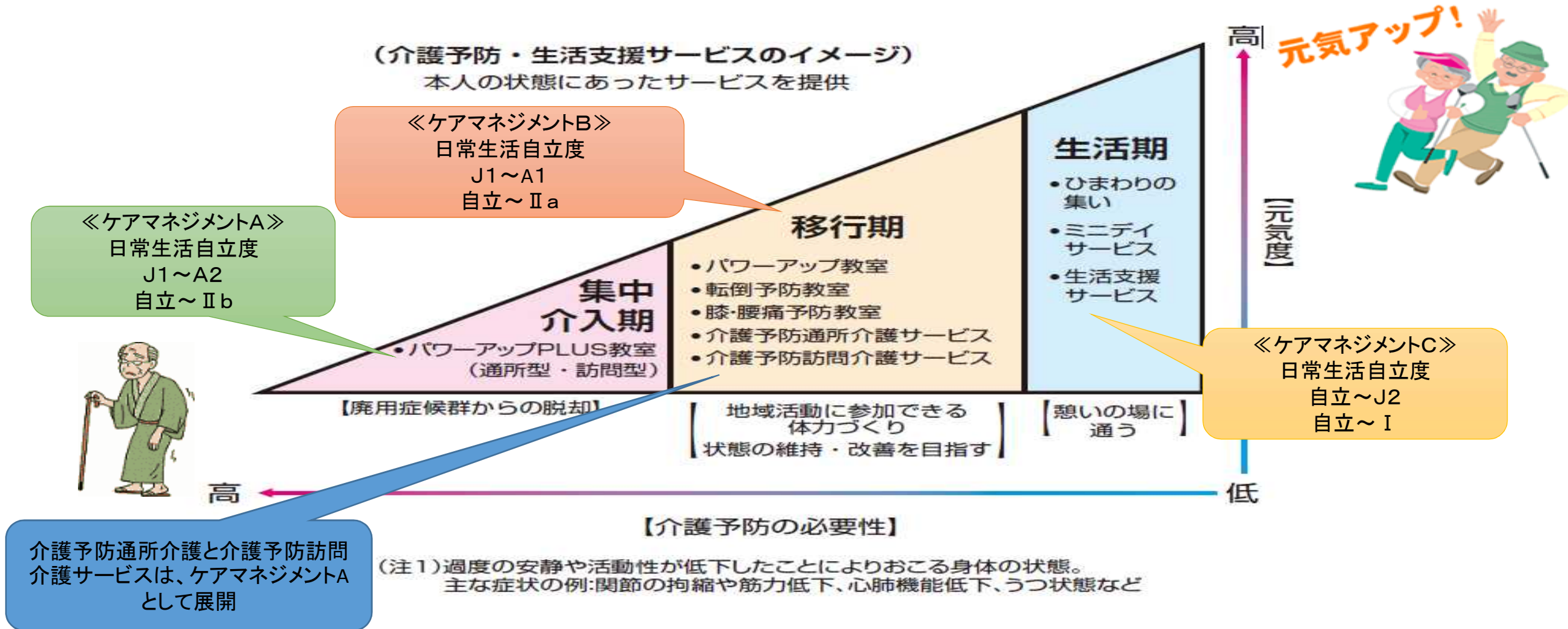
口はい ・ 口いいえ

心がけていること:

●特記事項

31

地域ケア会議（Ⅰ）を通して、政策形成した 生駒市の総合事業体系図 & 対象者のイメージ図



地域ケア会議について(まとめ)

- ◆会議をすることが目的にならないように、常に「何のために会議を開催するのか？」について、目的の共有化が重要である。
- ◆地域ケア会議は【人材育成】や【地域力向上】につながると考え、地道に開催していくことが大切である。
- ◆地域ケア会議の5つの機能を常に意識し、会議の選定や方法を関係者と協議し、わが町に必要な体系図を考案することが必要である。
- ◆地域ケア会議で見えてきた課題に関しては、政策へとつないでいく意気込みも大事である。
- ◆地域ケア会議は、個別のケース検討を軸に「まちづくり」へと発展していく重要なツールの1つである。