

船橋市地域ケア会議事例集



船橋市 包括支援課

平成 29 年 11 月

目 次

1. はじめに	p.1
2. 船橋市における地域ケア会議	p.2
3. 全体会議について【実践事例の紹介】	p.4
○新高根・芝山地区	
『地域を支える関係づくり ～民生委員とケアマネジャーの意見交換会～』	p.7
○二宮・飯山満地区	
『高齢者の閉じこもり予防と地域交流の場「はさまいち」の取り組み』	p.8
○中山地区	
『地域資源マップの作成 ～地域資源の共有と高齢者への情報提供に向けて～』	p.9
○本町地区	
『「認知症高齢者徘徊模擬訓練」の実施 ～認知症の人にやさしい船橋を目指して～』	p.10
○二和地区	
『地域講演会の開催 ～地域包括ケアの推進に向けて～』	p.11
○豊富地区	
『「小室団地高齢者見守りマップ」の作成を通じた地域との協働による見守り体制づくり』	p.12
○習志野台地区（概要）	
『地域住民向け講演会の開催 ～認知症の人が地域で安心して暮らし続けるために～』	p.13
○大穴・松が丘・坪井地区（概要）	
『北部圏域3地区による医療・介護・地域関係者交流会 ～顔の見える関係構築に向けて～』	p.13
4. 個別ケア会議について【高齢者等の支援事例の紹介】	p.14
○認知症の進行が疑われるひとり暮らしの A さんの現状を共有しサポートする話し合い	p.15
○在宅生活を希望する認知症のある B さんを限界まで地域で支えるために	p.16
○被害妄想があるひとり暮らしの C さんの緊急時に備えるために	p.17
○介護サービスの利用に拒否的なひとり暮らしの D さんを適切な支援につなげるために	p.18
○様々な問題を抱え、適切なサービスにつながっていない E さんの支援を進めるために	p.19
○認知症の進行により徘徊や地域での迷惑行為をしてしまうひとり暮らし F さんへの支援	p.20
○様々な支援者や地域とのトラブルを起こしてしまう G さんを総合的に支えていくために	p.21
5. 地域ケア会議に関するよくある疑問	p.22
6. 船橋市地域ケア会議年表（国と船橋市の動きについて）	p.23
7. 地域包括支援センター・在宅介護支援センターについて	p.24

1. はじめに

2017年4月現在、船橋市の人口は63万2,343人、うち65歳以上の高齢者が14万8,203人となっており、高齢化率は23.4%となっています。団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年には、高齢化率は24.2%となり、高齢者のうち75歳以上の人占める割合は約6割に達し、高齢者の6人に1人は認知症になると予測されています。

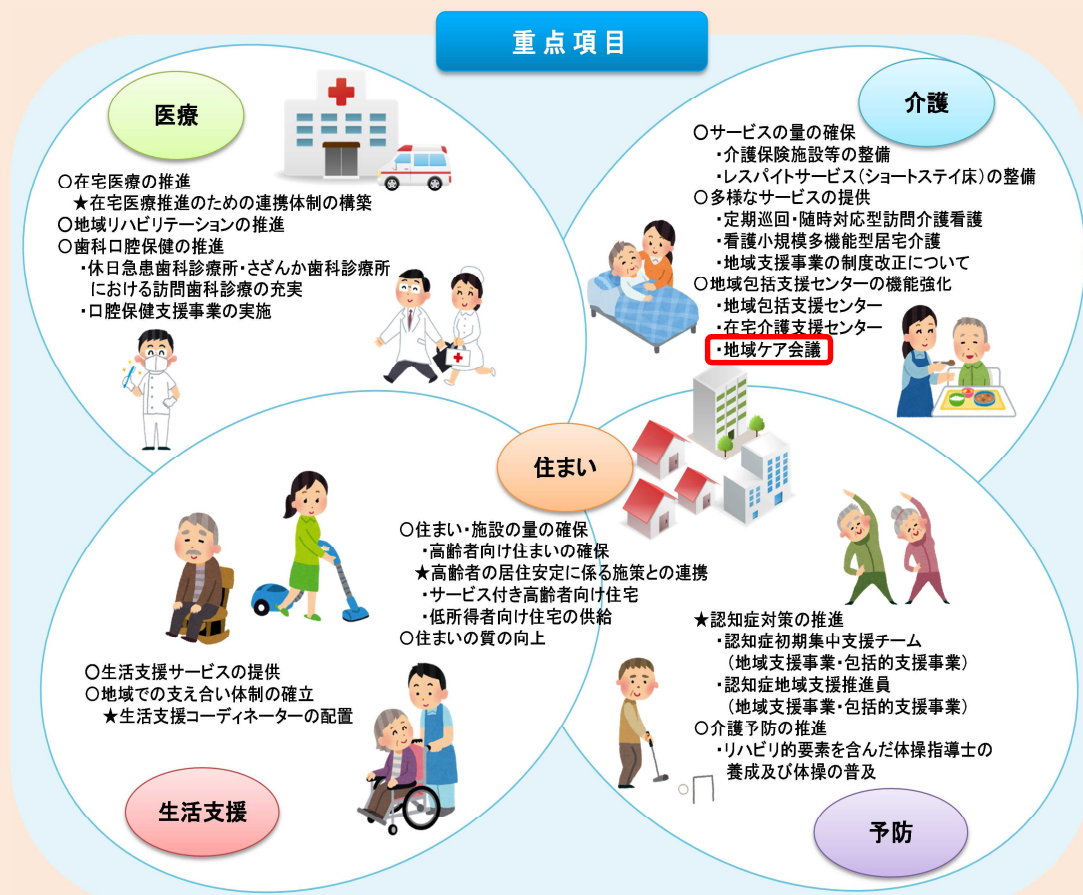
そのような状況の中、本市では、「住まい」「予防」「生活支援」「介護」「医療」の5つの分野において、必要時に必要なサービスや支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」を構築し、できる限り住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるまちづくりを目指し、様々な取り組みを進めています。（下記概念図参照）

それらの取り組みの一つに「地域ケア会議」があります。本市では市内24地区コミュニティすべてに同会議を設置し、地域包括ケアシステムの構築に向けて、各地区で様々な取り組みを行っています。

本書は、各地区の地域ケア会議の実践事例や高齢者等の支援事例の紹介を通じて、地域ケア会議の具体的内容や意義等についてより一層理解を深めていただくことで、地域ケア会議の更なる有効活用につなげ、地域の実情に合った地域包括ケアの実現に寄与することを期待し、作成しています。

民生委員やケアマネジャーの皆さまをはじめ、地域ケア会議に参画していただいている関係諸団体・機関の皆さまに加え、これまで地域ケア会議に関わったことのない方々においても、本書を通じて地域ケア会議が身近なものとなり、地域づくりの一員としての参加や協力につながっていけば幸いです。

<地域包括ケアシステム概念図>



*「第7次高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画（平成27年3月策定）」73頁より抜粋

2. 船橋市における地域ケア会議

■ 船橋市地域ケア会議の設置に至る経緯

(1) 船橋市地区高齢者地域ケアチームの設置

船橋市では、地域ケアのネットワークづくりを目的として、平成14年2月に市内24地区それぞれに「船橋市地区高齢者地域ケアチーム（以下「ケアチーム」という。）」を設置しました。これが、今ある「船橋市地域ケア会議」の前身となっています。

ケアチームは、在宅介護支援センターが事務局となり、民生委員や地区社会福祉協議会会員、地区担当保健師を中心に構成され、年4回以上会議を開催していました。主にそれぞれの団体の役割や活動についての情報交換、情報共有などを通じて、ネットワークの構築を進めてきました。

(2) 船橋市地域ケア会議として再始動

その後、平成24年4月に国からの通知により地域包括ケアシステム実現のための一つの手法として「地域ケア会議」の考え方が示され、本市ではケアチームの見直しを図り、平成26年4月より「地域ケア会議」として再始動しました。再始動にあたっては、高齢者の個別支援を行う「個別ケア会議」と主に地域づくりを行う「全体会議」に機能分化を図るとともに、会議の目的を明確化しています。さらに、医療関係者や介護関係者などの専門職に参画してもらうことで、専門的な視点を加え、個別支援体制及び地域包括支援ネットワークの強化を図りました。

平成27年4月には、改正介護保険法が施行し、地域ケア会議は法定化され、全ての市町村において地域ケア会議の設置が義務付けられました。（努力義務）

■ 船橋市地域ケア会議について

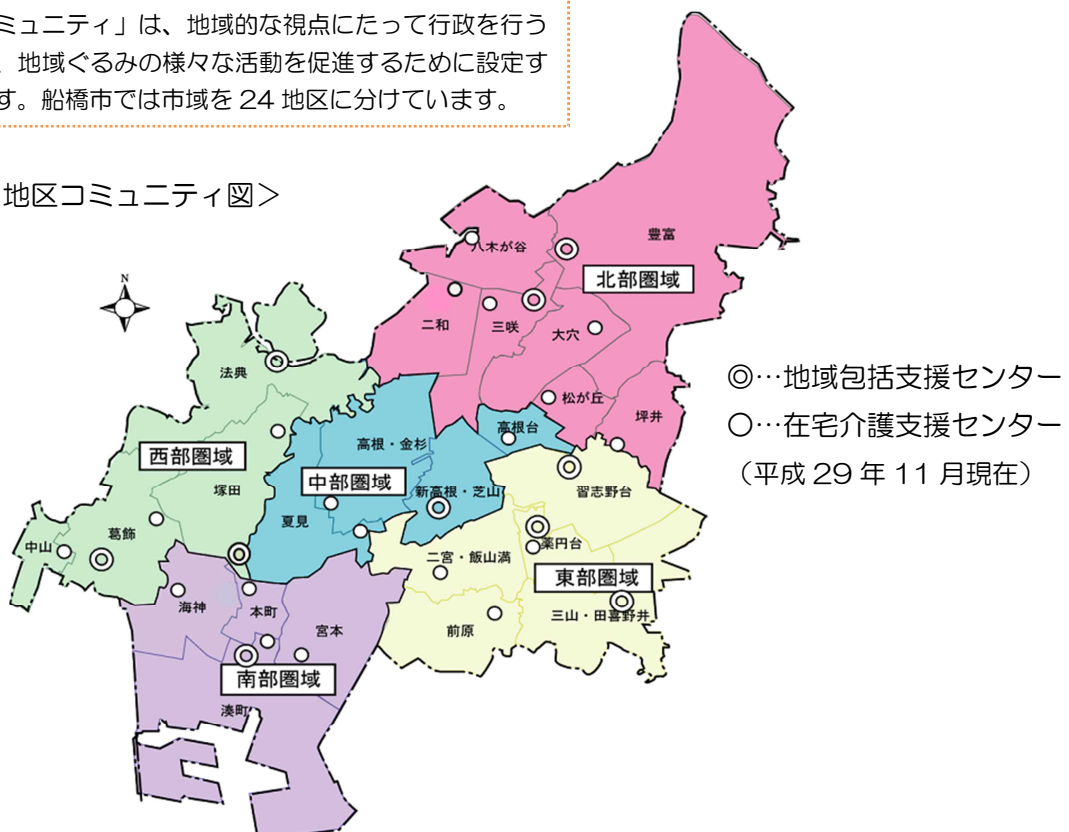
(1) 会議の構成

船橋市では、市内24地区コミュニティ※すべてに地域ケア会議を設置しています。

同会議は、「全体会議（定例会議）」と「個別ケア会議」で構成され、いずれも地域包括支援センター及び在宅介護支援センターが事務局を担っています。（P.24・25 参照）

※「地区コミュニティ」は、地域的な視点にたって行政を行うとともに、地域ぐるみの様々な活動を促進するために設定する区域です。船橋市では市域を24地区に分けています。

＜地区コミュニティ図＞



(2) 会議の目的

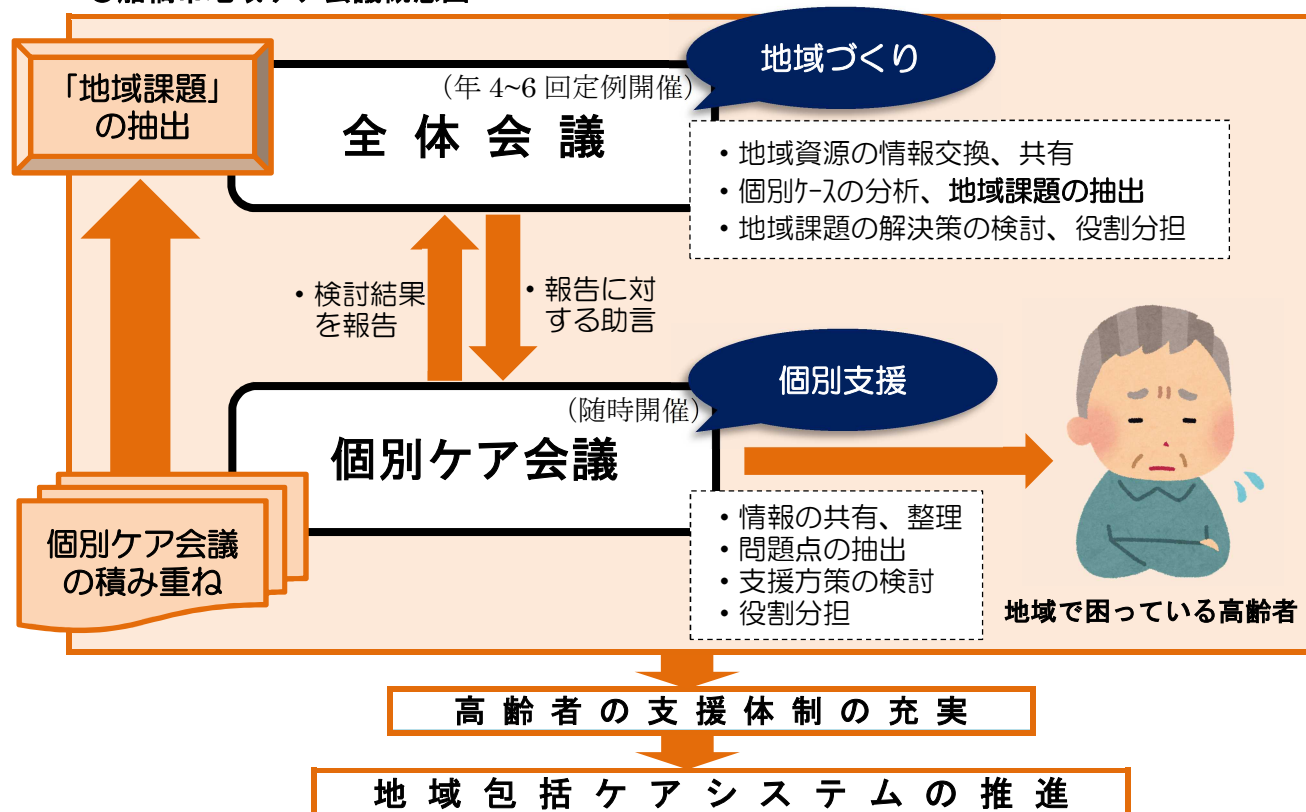
「全体会議（定例会議）」は地域課題を抽出し、社会基盤の整備（地域づくり）を進めていくこと、「個別ケア会議」は支援が必要な高齢者の有効な支援策を検討し、個別課題の解決を図っていくことを主な目的としています。

2つの会議は、お互いに連動し、高齢者の支援体制の充実を目指します。

○船橋市地域ケア会議の整理

	全体会議（定例会議）	個別ケア会議
開 催	年4～6回定例的に開催	必要に応じて随時開催
場 所	公民館など	高齢者のご自宅や事務局の会議室など
出席者	構成員が予め決まっており「地域関係者」と「専門職」により構成 【地域関係者】 町会・自治会会員、民生委員、地区社会福祉協議会会員、たすけあいの会会員など 【専門職】 医師、歯科医師、薬剤師、医療相談員、訪問看護師、介護サービス事業関係者、ケアマネジャーなど	支援を必要とする高齢者に直接関係のある者 対象者本人、家族、民生委員、町会長、近隣住民、担当ケアマネジャー、介護サービス事業関係者、主治医など
目 的	地域課題の抽出、社会基盤の整備（地域づくり）	対象者の実態に即した有効な支援方策の検討、個別課題の解決
内 容	・個別ケア会議への助言 ・地域資源の情報交換、共有 ・個別ケースの分析、地域課題の抽出 ・地域課題の解決策の検討、役割分担	・情報の共有、整理 ・問題点の抽出 ・支援方策の検討 ・役割分担

○船橋市地域ケア会議概念図



3. 全体会議について【実践事例の紹介】

■ 出席者（どのような人が出席するのか）

次の①～⑥の構成員は必ず参画しています。また、「⑦その他必要と認めた者」については、地域の実情を踏まえ、全体会議の中で話し合っていて決めています。

区分	構成員
地域関係者	①町会・自治会会員、②地区社会福祉協議会会員、③民生委員
専門職	④医療関係者、⑤地区担当保健師、⑥介護サービス事業関係者
その他	⑦その他必要と認めた者（弁護士、司法書士、商店会長 など）



■ 内容（どのようなことを話し合っているのか）

全体会議では、基本的に「この地区の高齢者の支援体制の充実を図っていくためには、どのような環境を整備していけばよいのか？」という視点で話し合いを行っています。

具体的には…

- ・「個別ケア会議」の開催報告
- ・「個別ケア会議」に関する情報交換やアドバイス
- ・「個別ケア会議」の実績や構成員の活動などから見えてくる地域課題の共有
- ・課題を解決するために必要な取り組みの役割分担
- ・地域ケア会議として開催する講演会や認知症高齢者徘徊模擬訓練などの話し合い など

なお、全体会議が有する機能を整理すると、次の4つに分類されます。これらの機能は全て「高齢者の支援体制の充実」につながっていくものです。

(1) ネットワーク構築機能

高齢者支援に有効な地域資源の情報交換及び情報共有を行います。これにより、地域を知ることにつながることはもとより、構成員(団体)相互の連携体制の構築につながります。

(2) 個別課題解決機能

事務局から個別ケア会議での検討結果の報告を受け、地域ケア会議構成員として、その事案の考察と検討を行い、個別ケア会議に対し更なるアドバイスや支援を行います。

(3) 地域課題発見機能

個別事例（個別ケア会議）の積み重ねから、それらのケースを分析することで、背景にある地域の課題を抽出し、構成員間で共通認識を図ります。

(4) 地域づくり・資源開発機能

課題を解決するために必要な取り組みについて、構成員間で役割分担します。その上で、各構成員の母体となる団体や地域ケア会議が主体的に解決に向けた取り組みを行います。全体会議では、その進捗状況や結果を共有し、更なる推進や新たな地域課題の抽出などにつなげていきます。

■ 船橋市において抽出された地域課題

各地区の全体会議では、平成 28 年度に、地域の現状や個別ケア会議の分析等を通じた地域の課題について話し合いを行いました。

その結果を市全体でとりまとめたものが、次の 10 項目になります。

＊地区ごとに整理した一覧については、次ページをご参照ください。

○各地区の地域ケア会議で抽出された課題の分類

① 閉じこもり・孤立化対策の充実	⑥ 相談体制の充実
② 認知症対策の充実	⑦ 医療面での支援体制の充実
③ 地域資源ネットワークの構築	⑧ 介護予防の推進
④ 地域活動への担い手不足対策の充実	⑨ 消費者被害対策の充実
⑤ 生活支援サービスの充実	⑩ その他

これらの 10 項目の内、①～④の項目に分類される課題が多い傾向にありました。

市では、これら 4 つの課題を特に取り組んでいく必要がある重点課題として位置づけています。

各地区では、これら重点課題をはじめ、自分達の地区の課題解決に向けて、様々な取り組みを検討しています。

なお、この地域課題の抽出については、1 度行えば良いというものではありません。個別ケア会議の積み重ねや地域課題の解決に向けた取り組みを行っていく中で、新たな課題が見えてくるものであり、変化していくものです。

○各地区の地域ケア会議で抽出された課題（一部抜粋）

① 閉じこもり・孤立化対策の充実
・坂道の多い地域や交通不便地域の高齢者及び男性高齢者の孤立防止。 ・助け合いの会の利用者やふれあいサロン、ミニデイサービスの利用者が固定化しており、新規の参加が少なく、地域には多くの閉じこもり高齢者が眠っている。
② 認知症対策の充実
・幅広い世代の地域住民や地元の各種機関・団体などに認知症の理解を広げ、支え合いで暮らせる地域をつくること。 ・認知症による徘徊高齢者に対して見守りができる体制の構築。
③ 地域資源ネットワークの構築
・介護関係者と地域活動関係者が互いの役割や仕事内容の限界等への理解不足。 ・フォーマル、インフォーマルサービスの基盤はできているが、次のステップとして、いかに連携して予防、早期発見、早期対応、見守りが効率的に行える体制をつくるか。
④ 地域活動への担い手不足対策の充実
・退職したばかりの元気な高齢者が地域活動に参加しない傾向にある。 ・地域のボランティア人材の発掘や若い力の巻き込みを図ること。

○平成 28 年度中に各地区の地域ケア会議で抽出された課題の整理

圏域	No.	地区	① 閉じこもり・孤立化対策の充実	② 認知症対策の充実	③ 地域資源ネットワークの構築	④ 地域活動への担い手不足対策の充実	⑤ 生活支援サービスの充実	⑥ 相談体制の充実	⑦ 医療面での支援体制の充実	⑧ 介護予防の推進	⑨ 消費者被害対策の充実	⑩ その他
中部	1	夏見	○	○	○							○
	2	高根・金杉	○		○	○		○	○			
	3	新高根・芝山	○		○	○						
	4	高根台	○		○							
東部	5	前原	○	○		○						
	6	二宮・飯山満	○	○			○				○	○
	7	薬円台	○	○			○		○			
	8	三山・田喜野井	○	○		○						
	9	習志野台		○	○	○						
西部	10	葛飾		○		○		○				○
	11	中山		○								○
	12	塚田		○		○						
	13	法典		○		○	○	○				
南部	14	宮本	○		○	○						○
	15	湊町					○					○
	16	本町		○	○							○
	17	海神				○						
北部	18	二和	○		○	○	○					
	19	三咲	○		○							
	20	八木が谷	○	○	○		○		○			
	21	松が丘	○	○	○	○		○				
	22	大穴		○	○		○			○		
	23	豊富	○	○		○		○	○	○		
	24	坪井	○		○		○			○		
該当地区数			15	15	13	13	8	5	4	3	1	7

■ 地域課題の解決に向けた実践事例の紹介

次のページからは、各地区の地域ケア会議が主体となって実施（全体会議によって議論され実施）した地域課題の解決に向けた取り組みの実践事例について紹介いたします。

地域を支える関係づくり ～民生委員とケアマネジャーの意見交換会～

【新高根・芝山地区地域ケア会議】

〔対応する地域課題：③〕

□実施に至る背景

新高根・芝山地区では、民生委員が担当ケアマネジャーの存在を把握できないまま、高齢者の緊急対応を行い、両者の連携がとれなかったというケースがありました。民生委員からは、以前からケアマネジャーの顔が見えない、どこまで対応してもらえるかが分からないという声が上がっており、ケアマネジャーにおいても民生委員の具体的な活動内容についての理解が不十分な状況がありました。

この両者の連携不足という課題に対応していくため、全体会議での意見交換を経て、両者の顔の見える関係構築を目的として、「民生委員とケアマネジャーの意見交換会」を実施することとなりました。

＜意見交換会(グループワーク)の様子＞



□取り組みの内容

○出席者

新高根・芝山地区民生委員、高根台地区民生委員及び近隣の居宅介護支援事業所のケアマネジャーに声掛けし、当日は地域ケア会議構成員も出席した。

○地域ケア会議の周知

民生委員とケアマネジャーの意見交換に入る前段として、新高根・芝山地区及び高根台地区の地域ケア会議の取り組みについてそれぞれの地域ケア会議事務局が報告した。

○意見交換会(グループワーク)

- ・グループワークのメンバーは、民生委員、ケアマネジャー、地域ケア会議構成員、行政を含む地域包括支援センター職員で、民生委員については、「新高根」「芝山」「高根台」の3地区が偏らないよう配慮した構成にした。
- ・民生委員、ケアマネジャーそれぞれの立場から、地域で暮らす高齢者を支援する中で困った事例などを出し合いながら、それぞれの役割としてケアマネジャーに望むこと、民生委員に望むことを自由に話し合っていた。

□取り組みの結果・今後の方向

意見交換会を通じて、互いの役割を知り、どこまでが自分達の仕事なのか等を考えることができました。また、互いに抱えている問題が共通していることが分かり、「協力関係でいたい」「顔が見えることで安心して相談できる」といった意見が多く挙がりました。その後に、地域包括支援センターを介さず相互に連携を図っているケースも徐々にみられています。

この意見交換会に参加したケアマネジャーはごく一部であり、今後も地域のネットワークの構築を図っていくため、研修や話し合いの場を定期的につくっていきたいと考えています。さらに、ケアマネジャーには、より一層地域を知ってもらうため、全体会議の場にオブザーバーとして参加していただくことも検討していきます。

高齢者の閉じこもり予防と地域交流の場「はさまいち」の取り組み

【二宮・飯山満地区地域ケア会議】 [対応する地域課題：①④]

□実施に至る背景

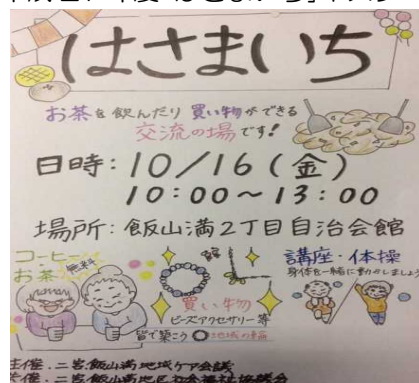
平成 27 年度の全体会議において、二宮・飯山満地区の特徴を踏まえ分析した結果、「高齢者の閉じこもり予防と地域力の活性化」が地域の課題であると共通認識されました。

この地域課題の解決に向けて、地域の町会や産業の協力を得ながら、高齢者の閉じこもりや集団を好まない方が気軽に参加できるような場の創出を目指し、ちょっとした買い物や交流ができる『はさまいち』を企画し開催することとなりました。この取り組みは、平成 27・28 年度と開催し、29 年度にも開催を予定しています。

＜平成 27 年度「はさまいち」ポスター＞

＜二宮・飯山満地区の特徴＞

- ・ 高低差が激しく、急な坂道や階段が多くある。
- ・ 交通機関は外周に電車 2 路線と路線バスが走っているが、通勤時間外は本数も少ない。
- ・ スーパーマーケットは 1 店舗のみで個人商店が点在。
- ・ ミニデイや町会のサロンへの参加者は固定化傾向にある。



□取り組みの経過・内容

①企画・検討

○作業部会の設置

全体会議に作業部会を設置し、さらに、「はさまいち推進係」と「運営係」に分化し、活動した。全体会議では、その進捗報告や構成員の意見を伺い、調整を図った。

○はさまいちの推進活動

はさまいち推進係を中心に地域の町会等への趣旨説明や協力依頼を行った。

○はさまいちの運営活動

地域商店に出店を依頼するも、個人商店では困難とのことで、販売方法を検討。個人商店から商品を買取り、地域ケア会議構成員とボランティアスタッフで販売することとした。また、他地域の商店にも声掛けし、障害者の福祉作業所にも参加していただいた。

②『はさまいち』の開催

会場は二宮・飯山満地区内にある自治会館を使用し、次の 3 つのブースを設けて開催。自由に入りができるかたちとし、誰もが気軽に参加できるよう配慮した。

①買い物ブース

☞ 野菜・やきそば・焼きたてパンや菓子・アクセサリー、衣類などの買い物ができる場

②飲食ブース

☞ お茶とコーヒーは無料。買った物を飲食できる場

③体操と消費者被害啓発の講話ブース

☞ 介護予防の体操や消費者被害について楽しく学べる場

□取り組みの結果・今後の方向

平成 27 年度は小雨の中 61 名の参加があり、普段町会活動に参加しない方の参加もありました。平成 28 年度は 1 町会の協力を得て開催しましたが、隣接町会などにも声掛けし、100 名の参加があり、他町会からの参加も多くありました。

「はさまいち」は、町会の垣根を越えて、高齢者が気軽に参加し交流することができるものであり、またボランティアとして参加する高齢者にとっても介護予防につながるものです。地域の産業の力を生かせる場所としても期待できます。今後も、地区内で継続的に開催されるよう、開催側の負担も配慮しながら、推進していきたいと考えています。

地域資源マップの作成 ～地域資源の共有と高齢者への情報提供に向けて～

【中山地区地域ケア会議】

【対応する地域課題：③】

□実施に至る背景

ひとり暮らし高齢者、高齢者のみ世帯の増加とともに、移動に支障をきたす高齢者が増えている地域の現状や、転居してきたばかりで地域の状況がわからないという問合せが寄せられている状況がありました。それらの課題に対して、地域ケア会議の構成員自身が地域を知るとともに、活用できる地域資源を収集し、地域の高齢者に情報提供するため、地域資源マップの作成に取り組むこととなりました。

＜中山地区地域資源マップ＞



□取り組みの内容

○医療・介護関係事業所の情報収集

事務局にて地区内及び地区外の近隣の医療機関、歯科医院、薬局及び介護保険事業所の情報を集約し、さらに地域ケア会議の構成員より、往診や日曜に診療している診療所などの情報を提供してもらい、中山地区の地図に落としこんでいった。

○生活情報の収集

買い物、配送、理美容などの生活支援サービスの情報を収集するため、全体会議の構成員、民生委員、地区社協、ボランティアの方などに情報提供を依頼した。

集約した情報をもとに、実際に商店などに足を運び、サービスの内容やその範囲、地域資源マップへの掲載の可否について確認を行った。

○マップの構成

A3サイズの中山地区の地図に、種類別に色を分け番号を振ったポイントシールを貼り、脇にそれぞれの名称を掲載。別冊として A4 サイズに住所と電話番号、簡単なサービスの内容や範囲を記載した。

○マップの活用

地域資源マップは、全体会議の構成員で共有するとともに、日頃地域の最前線で高齢者の相談・援助活動を行う地区民生委員児童委員協議会及び地区社会福祉協議会に配布し、必要に応じて高齢者への情報提供手段として活用することとした。

□取り組みの結果・今後の方向

地域資源マップを作成したことにより、全体会議の構成員が地域を改めて知り、情報共有することができました。

また、地区民生委員児童委員協議会、地区社会福祉協議会にも配布し、日々の相談・援助活動に活用していくことで、高齢者個々のニーズに対応した情報提供が可能となり、地域資源の有効活用につながっていくものと考えています。

今後は、地域資源マップの記載内容のニーズや情報内容も変化すること考えられるため、変更や更新を検討していきます。



「認知症高齢者徘徊模擬訓練」の実施 ～認知症の人にやさしい船橋を目指して～

【本町地区地域ケア会議】

[対応する地域課題：②]

□実施に至る背景

船橋市では、「認知症の人にやさしい船橋」を目指し、様々な認知症に関する取り組みを行っています。その一つとして、認知症を正しく知り、配慮のある声掛けや見守り方法を学び、徘徊高齢者を近所や地域で「声掛け・見守り・保護」していく仕組みをつくることを目的として、市民参加による「認知症高齢者徘徊模擬訓練」を平成28年度より市内5か所で実施しています。うち、本町地区では、市全体のメイン会場として実施しました。実施にあたっては、地域ケア会議が主体となり、実行委員会を組織し、企画及び運営を行いました。

＜徘徊役に声掛けしている様子＞



□取り組みの内容

①企画・検討

○実行委員会を発足

全体会議を母体として実行委員会を立ち上げ、訓練開催までの間に実行委員会を6回、全体会議を2回開催し、勉強会や訓練の準備等を行った。

○関係機関への説明

多くの市民の方々に参加していただくため、本町地区連合町会、商工会議所、商店会連合会、訓練コースの商店会・商店街、アイラブふなばし実行委員会へ出向き、訓練の趣旨説明や認知症についての勉強会等を実施し、当日の訓練参加を募った。

②『認知症高齢者徘徊模擬訓練』の実施

○通報訓練・伝達訓練、声掛け方法のレクチャー等

船橋警察署より、高齢者が行方不明になった場合の捜索願提出時のポイント等についての説明（通報訓練）をしていただき、高齢者福祉課より船橋市が実施するSOSネットワーク等についての説明（伝達訓練）をした。また、メインである声掛け訓練の前段として、寸劇による認知症高齢者への声掛け方法のレクチャーを行った。

○声掛け訓練

5つのグループに分け、徘徊役（主催者側）と声掛け役（一般参加者）に分かれ、それぞれのグループの徘徊役が船橋駅周辺の予め決められたコースを歩き、声掛け役がポイントごとに待機して、順番に声を掛けていった。

○保護訓練

高齢者を保護した後の対応等について、船橋警察署よりロールプレイング形式で説明していただいた。

○訓練の振り返り

参加者や実行委員会等から徘徊模擬訓練を通じた感想をいただき、意見交換を行った。

□取り組みの結果・今後の方向

訓練実施後、参加者からは「実際にどのような人に声を掛けたらよいかわからない」「認知症についてもっと知りたい」などの声が挙がり、約65%の方から「また参加する・してみたい」との感想をいただきました。また、訓練実施後の全体会議では「地域で助け合い、声掛けができる地域づくりをしていくためにも、認知症を正しく知り、早く気づき、対応することが大切である」という声も挙がりました。

平成28年度の訓練は市全体のメイン会場となったため、大規模な訓練となりましたが、29年度は町会・自治会単位で認知症についての勉強会を開催し、それを通じて地域に住む高齢者を支えあう仕組みづくりを地域の方々と一緒に考えていくことを検討し、本町地区連合町会の会合で提案し賛同を得ています。また、勉強会開催の企画段階では、各町会・自治会のニーズを把握するため、アンケートを実施しています。

現在は、各町会・自治会のニーズに沿った勉強会の開催に向けて準備を進めています。

地域講演会の開催 ～地域包括ケアの推進に向けて～

【二和地区地域ケア会議】

〔対応する地域課題：④〕

□実施に至る背景

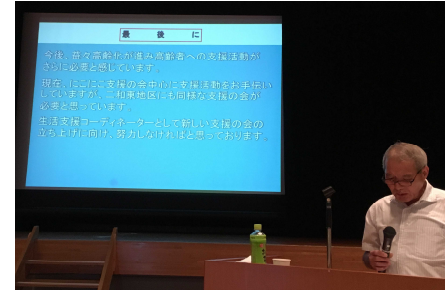
二和地区では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、高齢者の社会参加と地域における支え合いの体制づくり、地域の関係機関同士のネットワーク構築が地域課題であるとし、平成25年度より毎年、地域向けの講演会や交流会を開催しています。

平成29年度は、全体会議での議論の結果、高齢者の地域の社会的な活動への参加を促し、支援の担い手を広げていくためのきっかけづくりを目的として、社会参加と介護予防効果の関係等の研究をされている千葉大学予防医学センター近藤克則教授をお招きして地域向けの講演会を開催することとなりました。

＜第1部：講演（近藤克則教授）＞



＜第2部：活動報告（井ノ上氏）＞



□取り組みの内容

○出席者

普段地域活動に参加されない地域住民に積極的に声掛けする他、地域の医療関係者や介護関係者、地域活動団体等にも声掛けし、幅広い方々の出席をいただいた。

○地域ケア会議の周知

出席者の受付から講演会開始までの時間を使って、会場内のスクリーンに二和地区の地域ケア会議の取り組みについてスライド上映した。また、講演会の開始にあたって、司会より地域ケア会議の趣旨や講演会の開催目的等について説明を行った。

○第1部：講演「今のまま元気で過ごしたい！Dr.近藤の健康への処方箋」

近藤教授より、これまでの研究から得られたデータを根拠に、地域によって健康格差があることや社会参加と介護予防効果の関係性についてなど、「健康」をキーワードに地域活動に参加していくことの有効性について分かり易くお話していただいた。

○第2部：生活支援コーディネーターの活動報告

二和地区の生活支援コーディネーター井ノ上氏より、生活支援コーディネーターとしてこれまで取り組んできた生活支援体制の充実に向けた活動について報告していただいた。

□取り組みの結果・今後の方向

講演会当日は、230 人もの出席者がおり、その約9割近くが一般市民(町会・自治会、ボランティア等)または地域活動団体(民生委員、地区社会福祉協議会、NPO 等)の方々でした。

講演の内容は、非常に分かりやすく、地域活動への参加が自身の健康に良い効果があること、住民自らまちづくりの担い手であることなど、“地域づくり”に対する意識の醸成につながるものでした。また、生活支援コーディネーターの活動報告についても、二和地区で行われている地域活動を知り、身近に感じてもらうよいきっかけになったものと考えています。

なお、今回の講演会を単に「やってよかった」で終わらせることなく、今後の地域づくりの推進につなげられるよう、引き続き全体会議を通じて支援の担い手を広げていく方策について議論を深めていきたいと考えています。

「小室団地高齢者見守りマップ」の作成を通じた地域との協働による見守り体制づくり

【豊富地区地域ケア会議】

[対応する地域課題：①]

□実施に至る背景

豊富地区（農家・旧家が多い、大家族が多い）と小室地区（団地を含む住宅地、核家族が多い）は、国道 16 号線により地理的に分断されており、地域性も大きく異なっています。高度経済成長期に建てられた団地の住民は高齢者となり、エレベーター付きの賃貸棟は、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯が多く、地域とのつながりが薄い傾向にあり、エレベーター無しの棟では外出頻度が低く閉じこもりがちな傾向にあります。

このような状況の中で、高齢者の孤立やそれに伴う問題発見の遅れを防ぐための地域の見守り体制を構築するため、地域ケア会議が主体となって小室団地における見守りマップの作成について検討することとなりました。

〈小室団地（賃貸棟）〉



□取り組みの内容

○見守りマップの対象者

小室団地のうち、まずは賃貸棟（入退居が多く地域とつながり薄い）に居住する 65 歳以上の高齢者を対象として本事業を開始し、その後徐々に対象を広げていくこととした。

○見守り体制構築までの流れ

見守りマップの作成から、それを活用した見守り体制の構築に至るまでには次の①～③のステップを踏みながら進めていった。なお、マップは、新たな情報が入った時点で更新を行っていくこととした。

①個別情報の集約 ～ ②情報のマップ化

- ・全体会議構成員の各所属団体が有する高齢者個々の情報を集約し、リストを作成。それをベースに「情報マップ」を作成。情報を把握できていない高齢者については、関係者と協力して全戸訪問を行うことにより把握した。
- ・直接の関係者による小会議を実施（共通理解と役割分担）
 - 対象賃貸棟の町会長 ……情報共有、町会会報で住民に周知
 - 対象棟の担当民生委員(2名) ……個別情報把握の協力と共有
 - 地区社協よりオブザーバー ……個別情報把握の協力や助言
 - 地域包括支援センター職員 ……情報集約作業と全体的な進行管理

③見守り方法の検討と分担

集約した情報をもとに、関係者（地域包括支援センター、民生委員、町会長）で見守りが薄い方を把握し、折に触れて声を掛けるなどのアプローチを試み、何か変化やサインがあれば共有・関わっていくことで、当該高齢者が「困りごとを相談したくてもできなかった（分からなかった）」ということが起きないように体制を敷くこととなった。

□取り組みの結果・今後の方向

マップを作成したことにより、地域が「見える化」され、実態を把握しやすくなりました。また、マップを共有することによって地域包括支援センターと地域関係者による効率的な見守りや支援ができるようになりました。なお、現在、賃貸棟の町会と地域包括支援センターの共催による「介護予防教室」を開催しており、そのことも住民の心身状態の把握や教室への参加の促しを通じた見守り活動につながっています。

これまではモデル的に団地の賃貸棟のみで取り組みを進めてきましたが、今後は分譲棟にエリアを拡大し、取り組みを進めていく予定です。

■ 実践事例の概要紹介

これまで紹介した6事例の他にも、各地区の地域ケア会議では様々な取り組みを行っています。その内、特徴的な取り組みとして、2事例の概要を紹介いたします。

地域住民向け講演会の開催 ～認知症の人が地域で安心して暮らし続けるために～

【習志野台地区地域ケア会議】

【対応する地域課題：②】

□概要

習志野台地区は、高齢者人口が11,000人を超えており、市内で最も高齢者人口が多い地区です。それに比例して認知症の人も多く、認知症の人とその家族が住みやすい地域の基盤づくりが必要となっています。このような地域の課題への取り組みの一つとして、認知症への正しい理解の促進及び習志野台地区の地域資源の有効活用につなげていくことを目指し、地域住民向けの講演会を開催いたしました。当日は、169人も参加がありました。

□内容

<第1部>

基調講演：「認知症の早期発見の重要性と対応について」

講師 宮元 伸和 氏（順天堂大学医学部附属順天堂医院）

<第2部>

パネルディスカッション：「地域で取り組んでいること」

座長 鵜澤 龍一 氏（鵜澤医院 院長）

①習志野台・西習志野地域における認知症施策について
地域ケア会議について

②認知症カフェについて

③認知症サポーター養成講座について

④認知症の人と家族の会について

総括 宮元 伸和 氏

<第2部：パネルディスカッション>



北部圏域3地区による医療・介護・地域関係者交流会 ～顔の見える関係構築に向けて～

【大穴・松が丘・坪井地区地域ケア会議】

【対応する地域課題：③②】

□概要

北部圏域は、船橋市の5圏域（中・東・西・南・北）の中で、相対的に高齢化率が高い地域です。また、地区同士の境界が入り組んでいるところがあり、民生委員が地区を越えて担当を受け持つケースがあるなど、地区同士の連携が求められる場合があります。

このような地域性を踏まえ、隣接している大穴・松が丘・坪井の3地区において、地区同士及び医療・介護・地域関係者同士が互いに交流し、顔の見える関係の構築と地域づくりの活性化を目指し、それぞれの地区に共通する課題である「認知症」をテーマに交流会を開催いたしました。

□内容

○参加者数：地域関係 44 名、医療関係 6 名、介護関係 43 名

○参加者(機関)：地区民協、地区社協、自治連、老人クラブ、ボランティア団体、医療機関、介護事業所

<第1部>

医療講演：「認知症の基礎的理解」

講師 南 雅之 氏（船橋北病院 院長）

<第2部>

①各地区活動紹介(地域活動団体が行っている活動の紹介)

②認知症カフェについて (株)ソフトケア 形山 昌樹 氏

③交流会(グループワーク)：「認知症支援について」

認知症の人を地域で支えるための方策について(フリートーク)

<第2部：交流会（グループワーク）>



4. 個別ケア会議について【高齢者等の支援事例の紹介】

■ 出席者（どのような人が出席するのか）

対象となる高齢者を取り巻く直接の関係者に出席してもらいます。

なお、個別ケア会議には、原則として担当民生委員の方には必ず出席していただいています。民生委員は、その職務として地域の高齢者の生活実態を把握し、支援対象者の情報を含めた地域の情報を多く保有していることや、個別ケア会議後の見守りにも必要不可欠な存在であることなどがその理由です。

また、ケースによっては、本人や家族の出席が困難な場合などもありますので、本人・家族の出席はケースバイケースで判断します。

＜出席者の例＞

本人、家族、民生委員、町会長、近隣住民、
担当ケアワーカー、介護サービス事業者、主治医 など



■ 内容（どのようなことを話し合っているのか）

基本的には、まずは会議出席者それぞれが保有する情報を共有することから始まります。その後それらの情報を整理し、ケースの問題点・課題を抽出します。抽出された問題点等に対する有効な支援策を検討し、最終的には会議出席者それぞれが出来る範囲での役割分担（誰が、いつ、何をするか）を行います。会議開催後は、支援者それぞれが決められた役割を担いながら、事務局に適宜報告し、情報を集約しつつ支援していきます。

■ 視点（どのようなケースを取り扱うのか）

個別ケア会議で取り扱うものには、様々なケースが考えられますが、一つの視点としては、「地域関係者」と「専門職」の“協働”であり、それぞれが一体となって、対象者の有効な支援方法を検討し対応していくことにあります。

例としては次のようなケースが挙げられます。（この4ケースに限るものではありません。）

＜個別ケア会議で取り扱うケースの例＞

- ・ひとり暮らしで認知症が進行し、生活に支障がでている。
- ・介護サービスや他者の支援を拒否している。
- ・支援がばらばらで情報の共有が不十分である。
- ・怒鳴り声が聞こえるなど、虐待につながる可能性がある。 など



■ 効果（どのような効果があるのか）

ひとりの対象者に対して、「専門職」と「地域関係者」それぞれの視点から情報を共有し整理することによって、今まで知らなかった、気づかなかったことや問題点が明らかになり、ケースの全体像が立体的に浮かび上がってきます。その上で対応策を検討していくことによって、よりケースの実態に即した支援につなげることができます。また、これまで各支援者がばらばらに動いていた状況から、方向性を決め、役割分担をすることによって、効率的な支援につながり、各支援者の負担が軽減されることも期待されます。

■ 事例紹介

次のページからは、本市でこれまでに開催された個別ケア会議のうち、7事例を紹介いたします。

認知症の進行が疑われるひとり暮らしの A さんの現状を共有しサポートする話し合い

A さんの担当民生委員より「最近認知症が進んでいるようだ。昼夜問わず電話をしてきて用事を頼む。民生委員が訪問したことも忘れてしまっていることも多い。」という連絡が在宅介護支援センターに入りました。担当民生委員以外にも、近隣住民やたすけあいの会も心配していることが分かったため、現状を共有し支援の方向性を話し合うため、個別ケア会議を開催しました。



<A さんの状況>

- * 80 歳代後半の女性、ひとり暮らし
- * 認知症の診断を受けており、治療中
- * 介護保険のホームヘルプサービス(訪問介護)の利用あり
- * 近隣に身寄りはないが、県外在住の甥が年に 1 回ほど訪問

○個別ケア会議の出席者

地域関係者： 新・旧民生委員、たすけあいの会会員、近隣住民

専門職： 担当ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、在宅介護支援センター職員

○話し合いの内容

①情報共有

本人はホームヘルプサービスの利用により在宅での生活を続けているが、ほぼ毎日、買い物や病院の付き添いを依頼する連絡がたすけあいの会に入る。本人は連絡をしたことも忘れ、気になることがあると夜中でも連絡をする。自宅で救急車を呼び、入院しないで帰宅することが何度もあった。

②問題の整理

本人は認知症の症状により、不安が強く、時間の感覚も薄れているうえ、大切な判断が一人ではできなくなっている。

今回、介護サービスが入る時間以外の本人の様子が明らかになり、現状の支援体制の見直しと、家族を交えて今後の方針を検討する必要性が整理された。

③対応策の検討・役割分担

地域関係者は、本人についての気になる情報をケアマネジャーに伝え、情報を集約しつつ連携を図ることとなった。

ケアマネジャーは、ケアプランを見直し、介護サービスを毎日利用できるよう調整すると同時に、遠方の親族に連絡を取って現状を伝え、今後の方針について相談していくこととなった。

会議後、関係者全員が A さんの現状を共有でき、窓口が担当ケアマネジャーに一本化されたことで、地域関係者の不安を軽減することができました。また、今までやり取りが少なかった親族へ現状の報告ができ、今後の方針について話を進めることができました。

在宅生活を希望する認知症のあるBさんを限界まで地域で支えるために

Bさんのかかりつけの歯科医より、「予約を忘れる」などの物忘れがあるとの相談が在宅介護支援センターに入り、担当民生委員とともにBさんの見守りを行っていました。Bさんには物忘れの自覚は無く、支援される必要がないという思いが強かったため、当初は介護サービス等の導入につなげられずにいました。次第に認知症の症状が進行し、外出しては道に迷い警察に保護されることが続きました。ある時交通事故に遭ってしまい、保険の手続きが出来ないことをきっかけに成年後見制度の申し立てに至り、成年後見人が選任されました。

Bさんは在宅生活を強く望んでいるが、本人の安心安全な生活を送るうえでの適切な生活の場や有効な支援策を検討するため、個別ケア会議を3回に渡って開催しました。



<Bさんの状況>

- * 80歳代半ばの男性、集合住宅にひとり暮らし
- * 認知症の症状あり
- * 介護保険のホームヘルプサービスの利用あり
- * 兄弟が遠方にいるが、何十年も疎遠で協力者不在

○個別ケア会議の出席者

- 地域関係者： 民生委員
専門職： 担当ケアマネジャー、訪問介護事業所（ヘルパー）、
地域包括支援センター職員、在宅介護支援センター職員
その他： 成年後見人

○話し合いの内容

以下の3点について、本人の状態の変化に合わせて随時検討を行った。（計3回）

①本人の在宅生活継続の判断について

本人は認知症が進行しており、在宅で安全に生活できるかという判断ができない。親族もいないため、本人に代わって判断できる者がいない状況。成年後見人を中心に、関係者で情報共有し、客観的に在宅生活が可能かどうかの話し合いを行った。

②見守り体制の強化

民生委員やケアマネジャー、成年後見人と情報共有することにより見守り体制の強化を図った。また、本人の支援に対する役割分担を明確にし、体調不良時や警察保護時などの緊急時の連絡体制についても確認を行っていった。

③介護サービスの追加等について

本人に必要なサービスについて検討し、必要に応じて医療の受診や介護認定区分変更の実施の確認を行っていった。

本ケースは、本人の状態変化に合わせて、都度個別ケア会議を実施しました。関係者の情報をもとに、医療受診や介護サービスの見直しを行っていききました。最終的にはグループホームに入所することとなりましたが、関係者で情報共有し、それぞれの目線で本人と関わっていくことで、いち早く本人の変化に気づくことができ、本人の希望である在宅での生活を限界まで支えることができました。また、情報を共有し、連絡体制を整理することで、関係者の負担を減らすことができました。

被害妄想があるひとり暮らしの C さんの緊急時に備えるために

C さんは 10 年前に夫を亡くし、その後被害妄想の症状が現れるようになりました。その後、介護保険のホームヘルプサービスを利用しながら自宅での生活を送っていましたが、次第に被害妄想の症状が悪化し、ヘルパーが介入できないほど拒否が強くなったため、ホームヘルプサービスの利用が中止になりました。公的なサービスが介入できない中、緊急時に迅速な対応ができる体制を整えるため、個別ケア会議を開催しました。



<C さんの状況>

- * 80 歳代半ばの女性、ひとり暮らし
- * 被害妄想（「物を盗まれた」「悪口を言いふらされている」など）の症状あり
- * 本人拒否により介護保険のホームヘルプサービスが中止
- * 親族（姉など）とは疎遠になっている

○個別ケア会議の出席者

地域関係者： 民生委員 3 名、隣人

専門職： ケアマネジャー、地域包括支援センター職員 2 名、在宅介護支援センター職員

○話し合いの内容

①情報共有

本人は、ホームヘルプサービス中止後も身ざれいにしており、シルバーカーを押して歩行している姿を近所の方が見かけるなど、家事は自分で行い問題行動もなく過ごしている。3 人の民生委員が時折訪問している。隣人は 10 年以上本人と会話がながい、調理の匂いなどで本人の状況を確認している。

②問題の整理

現在は問題行動を起こすことなく過ごせているものの、以前は門と玄関を開けたまま行方不明になり警察に保護される、勝手に近隣宅に上がり込む、寒空の中何時間も外に立ち続けるなどの行動があったことから、今後何かをきっかけに同様の行動を起こすリスクがある。

③対応策の検討・役割分担

民生委員による訪問は受け入れてもらえる状況があるため、地域包括支援センター職員・在宅介護支援センター職員と民生委員と一緒に訪問し、医療や介護サービスにつなげられるよう促しを図っていくこととなった。

民生委員及び隣人による見守りはこれまでどおり継続し、気になることがあった場合には、速やかに地域包括支援センター又は在宅介護支援センターに連絡してもらうこととなった。

会議後、地域包括支援センター、在宅介護支援センター及び民生委員により本人宅への訪問を重ねた結果、介護サービス利用の開始につなげることができました。

また、本人の情報を共有することで、地域関係者による見守りを継続していくことの必要性を改めて共通認識することができました。さらに、専門職と地域関係者の連携体制の構築につながり、本人の変化や緊急時に気づき、速やかな対応につなげられる体制を敷くことができました。

介護サービスの利用に拒否的なひとり暮らしのDさんを適切な支援につなげるために

Dさん宅の近隣商店より、Dさんが認知症ではないかとの相談が地域包括支援センターに入り、関わりを開始しました。地域包括支援センター職員が訪問するも関わりには拒否的で、介護サービスの利用も必要ないと話されていました。Dさんは金銭管理やゴミの分別等ができない状況で、地域の方々が不安を抱えながらも支援を継続することで、なんとか生活を維持していることが明らかになりました。Dさんが安心・安全に生活していくため、地域の方々との連携体制をつくり、介護サービス導入を進めていくことを視野に個別ケア会議を開催しました。



<Dさんの状況>

- ＊70歳代後半の男性、ひとり暮らし
- ＊認知症により金銭管理・ゴミの分別・住環境の整備ができていない
- ＊介護サービスの利用に拒否を示している
- ＊2人の子どもはいずれも障害施設に入所中で身寄りなし

○個別ケア会議の出席者

地域関係者： 担当民生委員、町会副会長、住居大家、郵便局局長

専門職： ケアマネジャー、訪問介護事業所（管理者・サービス提供責任者）
地域包括支援センター職員2名

○話し合いの内容

①情報共有

- ・住居の大家さんが本人宅のゴミの仕分けを手伝っている。
- ・通帳や現金を紛失する、現金の計算等ができないなど、金銭管理ができておらず、適切な金銭管理ができるよう支援する必要あり。
- ・道路を良く確認せずに横断する、ガスコンロのボンベを使い切らずに捨てる、たばこの始末等で自宅内に焦げた跡が無数にあるなど、安全面での不安あり。

②問題の整理

- ・住居の大家さんがこのままゴミの仕分けを続けていくのは負担が大きい。
- ・本人に成年後見制度の利用について説明し、理解を得る必要がある。
- ・本人のサービス利用への抵抗感を取り除き、サービス利用に結びつけ、住環境の整備を図る必要がある。

③対応策の検討・役割分担

- ・介護サービス利用に向けた本人への働きかけについては、信頼関係が築けている地域関係者が行うこととなった。
- ・適切な金銭管理につなげるため、地域包括支援センターが市長申し立てにより成年後見制度の利用に結びつけ、成年後見人が決まるまでは、地域が連携を図りながらフォローしていくこととなった。
- ・専門職及び地域関係者で在宅での生活を見守り、支援しながら、状況に応じて施設入所も検討して行くこととなった。

これまで、地域関係者がそれぞれの立場で支援を行っていましたが、個別ケア会議で情報共有し役割分担することで、それぞれの支援すべき内容や範囲が明確になりました。その後、地域関係者から本人への働きかけによりホームヘルプサービスの利用の開始につながり、その結果、地域の方からはDさんについて「以前より穏やかになった」との声が聞かれるようになりました。

様々な問題を抱え、適切なサービスにつながないEさんの支援を進めるために

Eさんは、認知症の進行と不衛生な住環境に置かれ、適切な支援につなぐ必要がある状況でした。長男と孫の3人暮らしですが、長男は仕事により日中不在で帰宅時間も夜遅く、孫は通っている高校を休みがちで、世帯として介護力が乏しい状況でした。Eさんが孫の親代わりをしていたこともあり、Eさんと孫は互いに依存的で、ショートステイ（短期入所）のサービス利用や施設入所など、在宅から離れるのが困難な状況でした。このような複雑な状況の中、担当ケアマネジャー単独での相談支援だけでは、今後の生活について決定していくことが難しかったため、本人の安全かつ適切な生活の場の検討と家族への支援について話し合うため、個別ケア会議を開催しました。



<Eさんの状況>

- * 80歳代前半の女性、長男とその子（孫）と同居
- * 骨折による歩行能力の低下と認知症の進行あり
- * 自宅はごみや飼い犬の糞尿などにより不衛生な住環境
- * ホームヘルプサービスとデイサービス（通所介護）を利用していたが、不衛生な身体状況が原因でデイサービスの利用が中断

○個別ケア会議の出席者

地域関係者： 担当民生委員

専門職： かかりつけ医院（主治医・看護師）、担当ケアマネジャー、
地域包括支援センター職員2名、在宅介護支援センター職員

○話し合いの内容

①情報共有

- ・各支援者から現状の支援と関わりの状況について情報提供し、共有を図った。
- ・主治医、看護師からは、長年家族ぐるみで診ているため、これまで聞き取れていなかった孫の精神状態や本人との依存関係についての情報を得ることができた。

②問題の整理

- ・現状のまま在宅で過ごすことは健康リスクが高く、安全な生活は困難な状況。
- ・在宅から施設等への移行を進めるにあたって、経済的な問題や家族の理解不足がある。
- ・入院や入所となると、孫が精神的に不安定になるなどの可能性がある。

③対応策の検討・役割分担

- ・主治医、看護師から訪問診療の際に、健康面での懸念や検査入院について家族へ説明し、提携病院への検査入院の相談をしていくこととなった。
- ・在宅介護支援センター及び民生委員による見守り訪問と近隣住民によるゆるやかな見守り体制づくりと情報収集を行い、家族の変化に早期に気づけるようにする。
- ・地域包括支援センター及びケアマネジャーが長男と面接を行い、状況理解のための説明、経済的な問題の相談を行っていくこととなった。

個別ケア会議によって、医療面、家族・生活歴、経済面、地域の情報など、ケアマネジャーだけでは確認できない様々な情報を共有することができ、その上で在宅生活の継続が困難であるとの共通認識を持つことができました。また、目指す方向に向けたその後の役割分担につなげることができました。

その結果、Eさんを適切な支援（医療機関への入院）につなぐことができるとともに、残る家族、特に孫へのフォロー体制をつくることができました。

認知症の進行により徘徊や地域での迷惑行為をしてしまうひとり暮らし F さんへの支援

市民の方より「家に帰れない方がいたので送り届けた」という情報提供があり、地域包括支援センターの関わりが開始しました。F さんは、他人に迷惑をかけたくないという思いが強く、介護サービスの利用や民生委員の見守り訪問に対して拒否的で、また自身が認知症であることを受容できず、医療機関への受診に対しても抵抗を示すような状況でした。周囲が不安や心配を抱く中、なかなか F さんを適切な支援につなげることができない状況が続いたため、キーパーソンである長男や本人を取り巻く関係者を集め、3回に渡って個別ケア会議を開催し、有効な支援策を検討しました。



<F さんの状況>

- * 70 歳代後半の女性、ひとり暮らし
- * 認知症の症状あり
- * 医療機関は未受診、介護サービスの利用なし
- * 長男が県外に住んでいる

○個別ケア会議の出席者

- 親族 : 長男、妹
地域関係者 : 民生委員、近隣住民
専門職 : 地域包括支援センター職員、在宅介護支援センター職員

○話し合いの内容

本人の状態変化に合わせて随時検討を行った。(計 3 回)

第 1 回: 情報共有と医療受診に向けて

認知症の症状がみられ、医師の診断や治療を受ける必要があるが、本人は受診拒否の状況。検討の結果、本人が唯一信頼している整形外科医への受診時に長男が同行し、同医師から紹介してもらったことで専門医への受診につながることとなった。

また、本人の変化にいち早く気づけるよう、専門職と地域関係者が連携しながら、地域での見守り支援を行うこととなった。

第 2 回: 配食サービスの提案と見守り支援について

第 1 回会議終了後、本人は長男と専門職の同行により専門医の受診につながったため、その診断結果を共有。本人は栄養状態の改善が必要であることに加え、服薬管理ができないことから、専門職が本人へ配食サービスの利用と薬の一包化を提案することとなった。また、本人は介護サービスの利用に拒否を示していることから、近隣住民や民生委員、配食業者、専門職がそれぞれ定期的に訪問し、変化があれば情報を長男に集約しつつ、連携しながら支援を進めていくことで共通認識を図った。

第 3 回: 服薬管理の徹底と地域の協力による見守り支援の強化について

第 2 回会議終了後、配食サービスの利用につながり、薬の一包化による服薬管理を行っていたが、半年が経過した頃、本人の自己判断で服薬が中断され、次第に徘徊行動や反社会的行動(物盗り)が頻回に見られるようになった。検討の結果、配食業者と長男が連携し、服薬管理を再徹底するとともに、介護サービスの利用に向けて長男が本人を説得していくこととなった。また、長男から近隣住民に本人の状態を伝え、地域での見守り支援について理解を得ていくこととなった。

本人の状況変化時に都度会議を行い情報共有することで、地域での見守り支援の協力をもらいました。近隣住民の方々は、本人が介護サービスを拒否しているのに地域で見守っていくしかないと温かく受け入れてくれました。最終的には骨折による入院によって認知症状が進行し、グループホームに入所することとなりましたが、専門職と地域が連携し、限界まで在宅での生活を支援することができたケースの一つです。

様々な支援者や地域とのトラブルを起こしてしまうGさんを総合的に支えていくために

Gさんは、障害福祉サービスと介護サービス、医療の訪問診療サービスを利用していましたが、本人の行き過ぎた要求や被害妄想、否定的な言動などにより、地域住民とのトラブルや、それぞれのサービス提供事業所の対応継続が困難となってしまう、サービス利用が中止している状況でした。このままでは、更なる状態の悪化や今後の生活が立ち行かなくなってしまうことが懸念されるため、関係者間で情報共有を図り、今後の有効な支援策を検討するため、個別ケア会議を開催いたしました。



<Gさんの状況>

- * 50歳代前半の女性、ひとり暮らし
- * 障害福祉サービス（ホームヘルプ）、介護保険のデイ・通所リハビリ・訪問リハビリ・福祉用具貸与のサービス、医療の訪問診療サービスを利用していたが、本人の問題行動等によりサービスが中止
- * 社会性・協調性の欠如から、近所住民とのトラブルが絶えない

○個別ケア会議の出席者

地域関係者： 担当民生委員

専門職： 担当ケアマネジャー、障害者相談支援専門員、訪問介護事業所管理者、通所リハ事業所スタッフ、福祉用具事業所スタッフ、病院地域連携室スタッフ、ふらっと船橋職員（障害者相談支援窓口）、生活支援課ケースワーカー、地域包括支援センター職員2名

○話し合いの内容

①情報共有

各支援者からこれまでの支援と関わりの状況を情報提供し、共有を図った。それぞれのサービス提供事業所では、本人からの過剰な要求や否定的な言動、介入拒否等により、本来の役割や業務の範囲の限界を超えてしまったもの。

今後のサービス提供はほとんどの事業所が困難な状況であるが、障害福祉サービス（ホームヘルプ）を週1回継続していくことは可能であることを確認することができた。

②問題の整理

サービス提供の継続が困難な状況の中、特に医療面でのケアができないことが一番の問題であり、状態の悪化が心配される。地域住民とのトラブルもあり、地域で生活し続けることができなくなってしまう可能性がある。

③対応策の検討・役割分担

- ・ 今後の本人への対応は、ふらっと船橋を中心に行うこととなり、まずは医療面での問題を解決するため、訪問診療の再開に向けた調整のため、訪問による説得を行うこととなった。
- ・ 近隣トラブルについては、地域包括支援センターに連絡をしてもらい対応することとし、地域の個人が抱えこまないようにした。このことにより、地域住民が程よい距離感で見守ることができるようになった。

地域には、様々な障害等を持った方がおり、事業者や支援者ですら対応が困難とすることがあります。身近な地域住民においては、さらに深刻であり、地域から遠ざけようと考えてしまうことも見受けられます。Gさんの場合も、各々の機関や地域の個人では対応しきれず、支援が入らずに地域での生活が困難になってしまう恐れがありました。しかし、関係機関や地域が連携し、情報の共有しながら対応を検討し支援していくことで、Gさんを孤立させず、地域で共生していくことにつながりました。

5. 地域ケア会議に関するよくある疑問

〔疑問 1〕 個人情報は大丈夫？

地域ケア会議の出席者は、介護保険法第 115 条の 48 第 5 項の規定により守秘義務が課せられるため、会議で話し合われたことが外部に漏れることはありません。

〔疑問 2〕 個別ケア会議とサービス担当者会議とは何が違うの？

サービス担当者会議は、ケアマネジャーの主催によりケアマネジメントの一環として開催いたします。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、サービス担当者が出席し、具体的サービスの内容の検討及び調整を図るものです。

一方、個別ケア会議は、地域包括支援センター・在宅介護支援センターの主催により包括的支援事業の一環として開催いたします。検討するケースのサービス担当者に限らず、対象者に直接関係のある専門職と地域関係者が出席し、それぞれの視点から対象者の生活課題の解決に向けた検討がなされます。検討されるケースも要支援や要介護高齢者に限定されません。また、本人や家族が参加することもあれば、されない場合もあります。

＜個別ケア会議とサービス担当者会議の比較＞

個別ケア会議	項 目	サービス担当者会議
地域包括支援センター等	開催主体	ケアマネジャー（契約が前提）
対象者の実態に即した有効な支援方策の検討、個別課題の解決	目 的	利用者の状況等に関する情報共有、サービス内容の検討及び調整など
支援対象者に直接関係のある者 対象者本人、家族、民生委員、町会長、近隣住民、担当ケアマネジャー、介護サービス事業関係者、主治医など	参加者	ケアプラン原案に位置づけたサービスの担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者、本人・家族など
- 情報の共有、整理 - 問題点の抽出 - 支援方策の検討 - 役割分担	内 容	- サービス利用者の状況等に関する情報の担当者との共有 - 当該ケアプラン原案の内容に関する専門的見地からの意見聴取

〔疑問 3〕 個別ケア会議ではケアプランのチェックを行うの？

個別ケア会議は、ケアプランの妥当性をチェックすることを目的に開催するものではありません。個別ケア会議は、あくまで対象者への有効な支援につなげることを目的としています。ケアマネジャーがついているケースの場合は、ケアマネジャーが有するネットワークでは補いきれない地域との連携が必要である場合に、ケアマネジメント支援の観点から開催するものです。

〔疑問 4〕 個別ケア会議を開催して欲しい場合はどうすればよいの？（どこに相談すればよいの？）

まずは、地域包括支援センター又は在宅介護支援センターにご連絡ください。

ケースの状況に応じて開催の判断をさせていただきます。



6. 船橋市地域ケア会議年表（国と船橋市の動きについて）

地域ケア会議における国の動向と船橋市における同会議の設置に至る経過及び同会議の充実に向けたこれまでの取り組みの概要を年表にしましたので、参考として紹介いたします。

時期	内 容										
H14.2	「船橋市地区高齢者地域ケアチーム」を設置										
H24.4	国より「地域支援事業実施要綱」にて、地域ケア会議の考え方が明示される。										
H25.4	地域ケア会議の事務局である在宅介護支援センターの機能強化に着手 →段階的に専従・常勤職員を配置（ケアプランの作成を行わない専門の職員を配置）										
H26.4	「船橋市地区高齢者地域ケアチーム」を見直し、「船橋市地域ケア会議」として再始動 →「個別ケア会議」と「全体会議（定例会議）」に機能を分化 → 地域ケア会議（全体会議）構成員の拡充（医療・介護専門職の参画を促進）										
H27.3	船橋市における地域ケア会議の考え方等をまとめたマニュアル「実効ある地域ケア会議とするために【第3版】」を作成し、関係機関へ配布										
H27.4	すべての在宅介護支援センター職員の専従・常勤化が完了										
H27.4	改正介護保険法の施行により地域ケア会議が法定化され、全ての市町村において設置が義務化される。（努力義務）										
H28	・市内 24 地区すべての地域ケア会議において、地域の現状や個別ケア会議の分析等を通じて地域課題を抽出 ・各地区にて抽出された地域課題を 10 項目に分類し、その内約半数以上の地区で抽出された 4 項目（①～④）を市の重点課題に設定 ・各地区では、重点課題をはじめ、地域課題の解決に向けた取り組みを検討 ＜各地区の地域ケア会議で抽出された課題の分類＞ <table border="1"> <tr> <td>① 閉じこもり・孤立化対策の充実</td><td>⑥ 相談体制の充実</td></tr> <tr> <td>② 認知症対策の充実</td><td>⑦ 医療面での支援体制の充実</td></tr> <tr> <td>③ 地域資源ネットワークの構築</td><td>⑧ 介護予防の推進</td></tr> <tr> <td>④ 地域活動への担い手不足対策の充実</td><td>⑨ 消費者被害対策の充実</td></tr> <tr> <td>⑤ 生活支援サービスの充実</td><td>⑩ その他</td></tr> </table>	① 閉じこもり・孤立化対策の充実	⑥ 相談体制の充実	② 認知症対策の充実	⑦ 医療面での支援体制の充実	③ 地域資源ネットワークの構築	⑧ 介護予防の推進	④ 地域活動への担い手不足対策の充実	⑨ 消費者被害対策の充実	⑤ 生活支援サービスの充実	⑩ その他
① 閉じこもり・孤立化対策の充実	⑥ 相談体制の充実										
② 認知症対策の充実	⑦ 医療面での支援体制の充実										
③ 地域資源ネットワークの構築	⑧ 介護予防の推進										
④ 地域活動への担い手不足対策の充実	⑨ 消費者被害対策の充実										
⑤ 生活支援サービスの充実	⑩ その他										
H29	各地区（構成団体や地域ケア会議）では、地域課題の解決に向けて、優先順位をつけながら取り組みを実行										

7. 地域包括支援センター・在宅介護支援センターについて

船橋市では、高齢者の皆さまが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域包括支援センターを市内10か所に設置するとともに、その協働機関として在宅介護支援センターを市内19か所に設置しています。

同センターでは、本書で紹介した地域ケア会議（全体会議・個別ケア会議）の運営を行う他にも、高齢者の総合的な相談窓口として、介護や福祉、医療、健康、認知症のことなど、様々なご相談をお受けしています。

お困りのこと等がありましたら、また地域で気になる高齢者がいらっしゃいましたら、お気軽に同センターまでご連絡ください。



○地域包括支援センター・在宅介護支援センター担当住所一覧

中部 地域包括支援 センター	北本町 1-16-55 保健福祉センター 1 階 047-423-2551	
	夏見在宅介護支援センター 047-460-1203 米ヶ崎町 691-1 特別養護老人ホームさわやか苑内	米ヶ崎町、夏見、 夏見台、夏見町
	高根・金杉在宅介護支援センター 047-406-8765 金杉町 141-2 船橋健恒会ケアセンター内	金杉、金杉台、金杉町、 高根町、緑台
新高根・芝山、高根台 地域包括支援 センター	芝山 1-39-7 フォンテヌ芝山 104 047-404-7061	新高根、芝山、高根台
	高根台在宅介護支援センター 047-774-0412 高根台 2-11-1 千葉徳洲会病院内	高根台
東部 地域包括支援 センター	薬円台 5-31-1 社会福祉会館 3 階 047-490-4171	
	前原在宅介護支援センター 047-403-3201 前原東 2-20-4	中野木、前原東、 前原西
	二宮・飯山満在宅介護支援センター 047-461-9993 飯山満町 2-519-3 船橋市ケア・リハビリセンター内	滝台、滝台町、二宮、 飯山満町
三山・田喜野井 地域包括支援 センター	薬円台在宅介護支援センター 047-496-2355 薬円台 6-20-7-103	七林町、薬円台、 薬園台町
	三山 6-41-24 田屋ビル 103 047-403-5155	田喜野井、習志野、 三山
習志野台 地域包括支援 センター	習志野台 2-71-10 047-462-0002	習志野台、西習志野

西部 地域包括支援センター	本郷町 457-1 西部消防保健センター 4 階 047-302-2628	
	葛飾在宅介護支援センター 047-410-0072 西船 2-21-12 船橋市特別養護老人ホーム朋松苑内	印内、印内町、葛飾町、古作、古作町、西船、東中山、本郷町、山野町
	中山在宅介護支援センター 047-302-3212 二子町 492-26-102	二子町、本中山
	塚田在宅介護支援センター 047-430-7722 旭町 4-9-1 特別養護老人ホーム船橋あさひ苑内	旭町、北本町、行田、行田町、前貝塚町、山手
法典 地域包括支援センター	馬込西 1-2-10 寿ビル A101 047-430-4140	上山町、藤原、馬込町、馬込西、丸山
南部 地域包括支援センター	湊町 2-10-25 市役所 3 階 047-436-2883	
	宮本在宅介護支援センター 047-420-7011 宮本 4-19-12 ヨモギタビル 203	東町、市場、駿河台、東船橋、宮本
	湊町在宅介護支援センター 047-420-1128 湊町 1-11-19 船橋市南老人デイサービスセンター内	栄町、潮見町、高瀬町、西浦、浜町、日の出、湊町、若松、本町 3 丁目
	本町在宅介護支援センター 047-422-9800 本町 7-15-19-103	本町（3 丁目以外）
	海神在宅介護支援センター 047-410-1230 海神 6-7-5-102	海神、海神町、海神町東・西・南、南海神、南本町
北部 地域包括支援センター	三咲 7-24-1 北部福祉会館 1 階 047-440-7935	
	二和在宅介護支援センター 047-448-7115 二和東 6-17-39	二和東、二和西
	三咲在宅介護支援センター 047-404-7333 三咲 4-1-11	三咲、三咲町、南三咲
	八木が谷在宅介護支援センター 047-448-6300 咲が丘 3-11-4	咲が丘、高野台、みやぎ台、八木が谷、八木が谷町
	松が丘在宅介護支援センター 047-461-3465 松が丘 1-33-4 ひばりの丘デイサービスセンター内	松が丘
	大穴在宅介護支援センター 047-400-2355 大穴北 7-22-1 老人保健施設千葉徳洲苑内	大穴南、大穴北、大穴町
豊富・坪井 地域包括支援センター	神保町 117-8 047-457-3331	大神保町、金堀町、楠が山町、車方町、小野田町、小室町、古和釜町、神保町、鈴身町、豊富町
	坪井在宅介護支援センター 047-469-1100 坪井西 2-1-9	坪井町、坪井東、坪井西

船橋市地域ケア会議事例集（平成29年11月）

発行：船橋市健康福祉局健康・高齢部包括支援課

〒273-8501 船橋市湊町2-10-25

TEL：047-436-2882 FAX：047-436-2885
