

会 議 録

会議の名称	平成 30 年度第 1 回つくば市地域ケア会議及び第 1 回つくば市生活支援体制整備推進会議		
開催日時	平成 30 年 4 月 27 日（金） 開会 13 時 30 分 閉会 15 時 40 分		
開催場所	つくば市役所 2 階 防災会議室 3		
事務局（担当課）	保健福祉部地域包括支援課		
出席者	委員	山中委員長、成島委員、中川委員、大曾根委員、山田委員、一色委員、峯本委員、平松委員、伊藤委員、大久保委員、佐藤委員、椎名委員、監物委員、会田委員、	
	その他	高齢福祉課：岡田係長、介護保険課：小林係長	
	事務局	会田地域包括支援課長、板倉地域包括支援課課長補佐、飯島係長、松尾主任、金山主任、盛永主事、苅谷社会福祉士、沼尻地域ケアコーディネーター、大塚社会福祉士	
公開・非公開の別	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 一部公開	傍聴者数	1 名
非公開の場合はその理由			
議題	(1)つくば市地域ケア会議 報告事項 ① 平成 29 年度事業報告について 協議事項 ① 平成 30 年度事業計画（案）について ② その他 (2)つくば市生活支援体制整備推進会議 報告事項 ① 平成 29 年度事業報告について 協議事項 ① 平成 30 年度事業計画（案）について ② 通称について ③ その他		

様式第1号

会	1	あいさつ
議	2	報告及び協議
次	3	質疑応答
第	4	閉会

<審議内容>

(1) つくば市地域ケア会議

報告事項

① 平成29年度事業報告について

事務局：配布資料に基づき説明。

以下、主な意見等

委員長：それではご意見ご質問など受けたいと思いますけどいかがでしょうか。事例のフォーマットも成島先生に作っていただいて、さらに経過を追って資料2なんかも変わってきていると思いますが、解決に向かっているのか、継続的に課題が続くかというのを分けたり、それから事例から見えてきた地域の課題なんかもいろいろ大変だと思います。そういうものをまとめていただいていると思います。リハビリの専門職種による身体の状態とか生活状況の評価もされています。今日は医療の領域からの委員もおりますので、そちらについてご意見とかいただけたらと思いますし、その他についてもいただければと思います。

委員：お話しいただいたリハビリ専門職のアセスメントについて、リハビリのサービスが入っている方はリハビリ専門職のアセスメントがあり、自立支援等の話し合いも進められるが、資料2の星印がついている事例のような、リハビリのサービス介入がないためにアセスメントが行われなく、自立支援的な話し合いが不十分になってしまうと聞いております。そのあたり、何らかの方法でアセスメントができる形を取り入れて、ケア会議の中で検討が組み立てることが非常に重要だと考えます。何らかの形でここにケア職が入ってあとアセスメントをする形、意見として挙げさせていただければと思います。

委員長：この点について何か事務局の方で考えていることとはありますか。

事務局：ご意見ありがとうございます。いただいたご意見につきまして今後の取り組みとして検討していけたらと思います。貴重なご意見ありがとうございます。後程計画の方でご質問や、先生の方からもご意見をいただけたらと思います。貴重なご意見をいただきましたので、計画につなげていけたらと思っていますのでよろしくお願いします。ありがとうございます。

委員長：ケースが整理され、さらに評価について、少し足りなかつたりハビリの観点についてもできることを検討していただいていると思います。

委員：36事例中認知症事例が13件。今年の4月に広報に掲載されました「認知症初期集中支援チーム」というのがつくば市で始まりました。おそらく、今までよりも医療や介護サービスにつながりやすくなると期待しています。ただ、問題なのは、事例の地域課題にもあるゴミ出し問題等。どこに地域でもあると思いますが、高齢化が進み、高齢者世帯で地域の区会から抜きたいとか抜けざるを得ない人たちが出てきています。そうした場合、私たちというよりも行政がそうした状況をどのように設定していくのか。地域住民だけというのは困難であると思いますので、行政を交えて検討していくとか。集積所が地域に1ヶ所だけというところもあれば、複数あるところも見受けられます。そのあたりに対してある程度システム改良をすれば何とかなるのかなとも思います。ゴミ出しは典型だと思いますので、きちんと取組めば比較的解決できるのではと思います。医療や介護につながらないという事例については、実際のところ疾病だけでなく、経済問題等も複雑な事情があり、一朝一夕に早期解決になるとは思えませんが、多職種で検討しなければならないことではあると思います。結果について、三角（継続）となっているところを見ると、難しい状況なのかなと思って見させてもらいました。

委員長：ありがとうございました。後半で一旦休憩挟みますが、生活支援体制整備で揉まないといけない課題なのかなと思っています。資料2のイからエの地域課題のところですけど、その辺りについては私から向かって右側のみなさん（住民・市民団体・福祉）がインフォーマルなサポートを検討していただくメインのメンバーということなので、後でご意見いただきたいと思いますが。この時点でも何かコメントなどありましたら是非いただければと思いま

すがいかがでしょうか。そういう形である意味地域ケア会議こうやってやらせていただいて、そこで挙がってきたものが時間たってからですね、生活支援体制整備の話し合いで生きてくるというのはすごく良いかと思えます。その他のご説明資料について何か質問ございましたら。

委員：質問してもいいですか。一点、事業報告の中で目的が1番の(1)(2)とそれぞれありますが、3番のところで、ケアマネジメントの実行力向上につながったというような報告があります。これだけ地域の課題を抱えた方のケアマネジャーはすごく大変で悩んでらっしゃると思いますが、会議に出した後、ケアマネジャーの声を聞いたりしているのでしょうか。

事務局：基本的には事例を提示していただいた2か月後の会議に再度ご出席をいただき、経過報告を会議参加者にしていただき、そこからまた新たに見えてきた課題などについて話す、というような流れでやっております。あとはその後の会議でも会議に出席した際にケアマネさんからお声かけいただき、こういった状況に変わってきたとか今こんな感じで進めているというところで、事務局側と個別にというような形にはなっていますが、ケアマネジャーとは情報の交換・共有をさせていただいています。

委員：この資料に関してはすごく見やすくなりましたのと、医師である委員のご支援の下作成されたフォーマット、それを使ってケアマネジャーや地域包括支援センターが事例を出していますが、それにより見方も一定にはなったかなと思います。その先の課題がどうなっているのかっていうのがこの場面ではわかりますが、ケアマネジャー全体には伝わっていないので、ケアマネジャーに周知し、こんな風に解決できたというのを教えていただけると、またこういう支援の方法があるというのがそれぞれわかるかなと感じます。それからこの後の生活支援体制整備の方かもしれませんけれども、先ほどゴミ出しの問題を仰ったんですけど、ゴミ出しの他にもやはり経済的な問題で悩む自立支援の事業がありますが、それも申請をしてから何度も本人の意思確認を通して利用できるのが約三か月後になると。その間は本当にケアマネジャーが銀行から引き落とすか、それか他の方がやるか。そのあたりの経済的なところで、システムとして県社協のことだということは聞いていま

すが、このあたりをもう少し早くやれるような仕組みづくりできると良いのかなと参加して思いました。

委員長：二つあったと思います。一つ目は経過がどうなったかということが、ケアマネジャーだけじゃないかもしれませんが伝わってないのではということ、もう一つは経済的な支援ですね。そこは社協の方がいいですかね。一つ目のことですけれども、評価の所で解決とあり、それぞれ誰かキーパーソンになっているいろいろ介入していると思いますが、これでなんとか改善されたというのは会議で確認されたのでしょうか。

事務局：会議において、課題に対して目標を立て、2か月後の会議でその目標に向けての動きと、現状についてご報告いただき、解決もしくは継続ということを会議でみなさんと一緒に話し合っただけ進めるという形となっています。

委員長：出ていない方に伝わらない。関係性に関わらず伝わるように。

委員：圏域別ですので引き続きで出ている方は経過が追えますが、ケアマネジャーがその地区だけの担当ではないので、全域でこんなケースがこのように解決できたというのが分かるようになります。例えばゴミ出し一つこの地域はこういう仕組みづくりができたよ、というような全体像を全体のケアマネジャー連絡会なんかもあるので、そういうところで教えていただくといいかなと。圏域ごとに終わるのではなく全体に伝えていただけないかなと思います。

委員長：個人情報。あの地域の中だと個人が結構特定できるようなところあると思うのですが、今のそうしたお話ですとどの人がっていうより、うまくいった事例があればこうやって上手くいった事例があるということで、他の地域にも流すと地域全体の対応力のベースが上がってくるって話ですかね。いかがでしょうか。なんかそういうつくば全体の底上げというかそのために。

事務局：委員の中からも会議にご参加いただきまして、一緒に進めておりますので会議に出ながらのお気づきの点、ご指摘いただけているのかなと思います。資料2の実績一覧について、この会議でも何度か皆さまのご意見をいただきながら、わかりやすくまとめていくというところでやってきているような段階です。このようにうまくいったとか、地域にこういうものがあってこの地

域はうまくいった等の好事例など、そういうところをまとめていける様に事例集を進めていくことで考えております。今回出させていただいた一覧の中から上手くそういったものをまとめ、会議出席者にも見ていただけるようなものにしていきたいという風には考えておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

委員長：この後ひよっとしたら出てくるのかもしれないけれども、今年度以降そういう事例集とか、わかりやすいそういうようなQ&A集のようなものを作っていくことを考えていくと。それから二点目について、経済的な支援について私自身そんなに詳しくないのですが、どういう名前のサービスとか、どこが事業を担っているというのをご存じない方もいらっしゃるかもしれないですけど。

委員：意見があつた件、多分、県の社会福祉協議会が行っている生活福祉資金貸付事業というものかと思ひます。県社会福祉協議会が行っているので、市の社会福祉協議会で申請を書いてあげてから審査会を通して実際にそこで貸付に至るまで非常に時間がかかるもので本当に長ければ3か月近くかかってしまうので、直ぐにお貸しできるものではありません。市の社会福祉協議会では小口貸付といつて金額的には一万円なので本当にその日の食べるものがないとか、移動する交通費がないとか本当に緊急性のもののお貸付なので高齢者の方でお困りの方にとっては生活費の足しにはなるような金額ではなく、今のところ社会福祉協議会でお金の面で支援できるものはその二つのシステムしかないということになります。こういうような生活福祉資金の県の事業を、審査会をもっとマメにということができるものかどうかっていうのは、即答できるものじゃないので、申し訳ないですが今はそういうお答えしかできない。

委員長：どうもありがとうございます。詳しく教えていただきましたけれども、制度上はなかなか大変だということですが、何かその辺りで工夫とか知恵とかそういったようなこと等、もしご意見ありましたら。制度自体は非常にありがたい素晴らしいものだと思うのですが、こういう意見について継続的に審議していただくということによろしいでしょうか。よろしくお願ひいた

します。その他いかがでしょうか。ご意見がないようですので、次に移ります。協議事項①の平成 30 年度事業計画（案）についてということになります。それでは原案について、事務局ご説明をお願いします。

協議事項

① 平成 30 年度事業計画（案）について

② その他

事務局：配布資料に基づき説明。

以下、主な意見等

委員長：それではこちらについても質問お受けしていきたいと思います。皆さまいかがでしょうか。圏域ケア会議とは別で、地域ケア会議の中に介護予防のケースも取扱うということですかね。それとも別枠でしょうか。

事務局：まず介護予防のためのケア会議について、現在行っている圏域別ケア会議での召集の方法ではないところもありますので、今の中に組み込むというのは難しいと思いますが、ただ、年間 36 回実施している圏域別ケア会議に介護予防のケア会議も追加というのも、回数が増えるところでどうかということもあるかと思います。今年度に関しては試験的に研修を受けたうえで実施していくというところです。あくまでもこれは手法としてやる。今やっている困難事例にプラス介護予防というところでやるという形にはなりません。個別圏域ケア会議という意味合いでは同様になりますけれども手法が少し異なるというところです。

委員長：基本的に実質進行の予防というところですね。

事務局：はい。現在、取扱う事例の対象として考えていますのは、要支援認定者またはチェックリストによる事業対象者を検討しております。

委員長：当然全員の意見の批判の評価なんかも言っていくということで、その他介護予防なので実際に医療だけではなくて介護専門の方々も加わったアドバイスいただいた方がいいと思います。

委員：恥ずかしいところですが、医師の参加率が非常に悪いところで申し訳ないのですが、医療と介護は切り離せない部分かと思っておりますので、もし可能で

あれば、検討後の情報を医師にフィードバックしてもらえないかなと思います。というのも、医師が実際にかかわるのも外来だと数分だけになり、訪問診療を行っている医療機関でも時間は短く、その後ろにある生活の部分は確認できないところであり、特に認知症の人だと、普通に「大丈夫」と聞いても「大丈夫です」と返事があっても、後で聞いたら実はとんでもない状況になっていたというのも珍しくない。せめて会議で上がった事例で、医師の介入が必要なケースがあれば早めに話しをしてもらえれば、医師もその情報を捨ててしまうこともないはずですので、手間は増えてしまうのですが相談してもらえればと思います。医師と上手に連携するということかと思います。なかなか個別ケア会議には出てこられないが、連携という意味では逆に行政から働きかけるというか情報を出してもらえると違うのかなと思います。

委員：同じような意見がありましたが、Q&Aをだしていただくとありがたい情報だと思います。少しずつ広報していただきますと、ソーシャルワーカーなんかは医療機関の中の多職種にも広報できると思いますので、成功事例とかあれば応用させていただくとか活用させていただくことは可能だと思います。

委員長：ありがとうございます。

委員：介護予防のためのケア会議について、参加者を固定するようにお聞きしましたが、現在行っている圏域別ケア会議も、地域によって違うかもしれませんがだいぶ固定化、メンバーが固定化されています。リハビリ専門職の方はもちろん毎回出てくださって、ソーシャルワーカーや看護師もありますが、薬のことですとか疾患、病気のことですとか、その辺が弱いところを医師からのアドバイスでまた違う風に関わったりします。予防重視で今回、口腔衛生や栄養のところは視点が向けられていますので、参加者を決めるとき、大変でもそういう専門職の方にも出ていただけると、個別も含めて今の地域会議にも出ていただけるといいかなという意見です。

委員長：ありがとうございます。医療的なニーズが高いケースですと、どうしても看護師等の医療職種等に入っていないと難しいっていうのがありますし、本人が誰の話しだったら聞いてくれるか等、信頼のある人の関わりのようなことが大事かと思っています。誰の話しを一番聞いてくれるか、それ

はご家族という人もいますし、地域の中の特定の人ということもありますし、そういう意味では主治医等の医師はオールラウンダー的に進めていただくと、医師の話だったら聞くということもあるかと思います。あと、ご意見を伺っていて、各地域で小割にしちゃうとどうしても人材が不足するところについては、大変ですけど圏域を掛け持っていただくとか、どうしてもというケースがあったら他の人にお願いしたい等の呼べるような仕組みも大事かなと。どうしても人材って限られてしまう職種もあると思います。医師だけじゃなく、法律の専門家である弁護士も貴重だと思いますし、当会議の委員で弁護士と社会福祉士を持っている委員もいますが、そういう方はなかなかいらっしゃらないかと思います。そういう点について、今日のご意見を伺って大事だなと思いました。その他いかがですか。

委員：先ほどご意見ありましたリハビリ職のアセスメントの件について、その方法を導入していきたいということでしたので、リハビリテーション専門職協会、これ県の組織ですけれども、今お話しのご個別会議の中でも介護予防の専門ということで、介護予防に関して、我々理学療法士は県で研修事業やっており、ケア会議にも研修を受けた者が中心となって少しずつ参加していこうと形です。いろんなところの個別会議の方参加させていただくような形で協力させていただいております。私たち理学療法士も、地域に対する勉強しております。せっかくいただいたリハビリ専門職による評価や、介護予防対象の方のアセスメントをしていくというところは、協会として協力していきたいと考えておりますのでよろしくお願いします。

委員長：よろしくお願いします。その他いかがでしょうか。今日、これまででかなりたくさん提案が出ております。最初の方ケア会議のリハビリの評価を進めていくことを考えると、それから改善したケースについては事例集を作ったり Q&A を作っていこうというのが出てきたりとか、新しい計画の中で介護予防と個別の地域ケア会議立ち上げていこうとその中でもメンバーが固定されているということですから限られた人材で専門職種の人にどう参加してもらうかを考えないといけない。いろんなご意見がりましたが、継続審議になりましたけど生活支援の貸付とかも、そういったことについて

も今後迅速に進めていくにはどうしたらいいかとかいろんな意見があったと思います。その辺り委員会の中でこれから継続してやっていきますが、事務局の皆様には大変ですけども少しでも進めていただき、また報告していただいてそれについて協議するという形になっていった方がいいかなと思います。そうしましたら事業計画について、この通り進めてよろしいか、委員の皆さまにお伺いしますがいかがでしょうか。

委員：（特に異論なし）。

委員長：ありがとうございます。それでは平成 30 年度事業計画については資料に基づいて実施していくということにしたいと思います。そうするとこれで地域ケア会議の協議ということでは、その他は何かございますか。委員の皆さまからは今日意見がたくさんいただきましたが。

委員：その他ということなので目次の話とは少し絡まないんですけど、人材の掘り起こしという意見がありますが、私も気になっていて、新たな人たちを掘り起こすという人材の掘り起こしってというのは、どういう風にやったらいいのかなというところを少し考えていかなければならないのかな。同じ職種の人達であれば、このあたりに働きかけたらこういう人材を掘り起こせるのではないかというのはわかりやすいのかなというのは思っていて、今後、人材掘り起こしをする上では、その分野に関連する人に対してどんな形でどこに働きかければ掘り起こせるかみたい形でやっていくのかなと。また、医師とか発掘する場合、医師は忙しいのにどうやって発掘するのかと素朴に素人として思うところですが、同じような立場であられる医師に聞くと医師会の人とかこういう団体があるとかあるかもしれないと思います。こんなところで人材発掘をやるのも一つなのかなと思いました。以上です。

委員長：そうですね、ケア会議への医師の参加が確かに少ないですが、成功しているリハビリ専門職の参加は協会に呼びかけているので、必要な職種が来てくれたら良いかなというのがあれば、どんどんニーズを挙げていただいてそれを各地域の個別のケア会議でもいいと思うのでそこから全体の会議に挙がっていればどんどん話し合えると思います。これからまた増えてくようなケースとかまだ手が差し伸べられてないケースが結構あると思います。認知症

関係なら軽めの認知症ならまだまだですし、そうすると必要な人材というのもまた別だったり、ひょっとしたらシルバーな人材とかですねそういったようなことにつながったりすることもあるかもしれないかなとも思います。その他いかがでしょうか。

委員：ちょっとした感想ですが、ケア会議の実績一覧の中で地域の課題というところで一番多くあるのが、地域の見守りとか地域でのボランティア活動が非常に多いと思います。やはりそれに関しましても地域というか生活を支点とした考え方で、一番大事なことかと思いますが、基礎的なものは専門の方にお任せして、精神的なケアとか生活ケアは我々地域の方でもできるのでそういうところの体制を整備できると、すごく合理的な地域ケアができるかなと言う風に思っております。私のところは地域ネットワークを作っておりますので、今度、地域防災をやろうとしているところですが、見守りとか社会福祉協議会と一緒にだぶ進めております。また、今度オレンジカフェという認知症の相談窓口を9日から鍋沼集落センターで年6回開催することになっています。いろんな形で地域的には地味な活動ですが動いている所がございますので、そういうところを先生方の後押しを受けながら進めていければもう少し皆さんの力になれるかと、地域的にはそういう形です。

委員長：ありがとうございます。そういう意味では先ほど地域ケア会議でうまくいった事例とかの事例集とかっていう話がありましたが、地域の取り組みとしてうまくいっているものも入れていくと、他に広がっていくと思います。様々な会議に出させていただいていますが、関東甲信厚生局の地域包括ケアの会議に出させていただいたとき、つくば市はいろいろアイデアを出してやっているんで、今日の提案等が形になってきたらすごく素晴らしいなと思います。ぜひ一つでも二つでも力合わせて進めていけたらと思います。私のところに各構成員から連絡がありますので、私というよりは、行政の方で報告しに行くとか、そういう風にしていただけたらすごくいいと思います。それでは、ご意見がなければ以上で地域ケア会議のほうは閉会とさせていただきます。それでは一旦ここで地域ケア会議終わりましたので休憩とさせていただきます。

(2) つくば市生活支援体制整備推進会議

報告事項

①

事務局：配布資料に基づき説明。

以下、主な意見等

委員長： ありがとうございます。それでは、ただ今の事業報告について、御質問等ございましたらお願いします。委員の皆さまいかがでしょうか。

まず計画を作ってそれに沿って進んでいるということとインフォーマルサービスについては生活体制支援なんかもしているんですけども、第2層協議体では茎崎地区協議体があります。筑波地区と豊里については、説明会を行って改めて進めていくということですが、これまで何度か紹介されていますが、各地域の方に調査、さらに詳しく比較して高齢世帯、また同居独居ということにもなります。各地区の方いらっしゃいますか。それとも後は参加したとかですね。資源調査については、社協のスタッフさんと協議について話が出てますが。

委員： 桜地区ですが、私茎崎の取り組みというところで聞かせていただいて、素晴らしいことやってるなというところで見させていただいたんですね。ここに参加者メンバーさんが区長さんだったり民生委員だったり幅広く地区の方が関わっていくのはいいことなのでやはりそういう方たちの連携がうまくいって、そして地域の安全を含めて生活支援っていうのができたらこれがしっかり構築されてしっかり進めていければつくば市全体の底上げ、レベルアップにつながっていくんじゃないかなということ、これを見せていただいて感じた事なんです。でも豊里・筑波・大穂と次は谷田部・桜かなと思っているのでその時はぜひ協力できることは協力させていただきたいなと思っております。以上です。

委員長： ありがとうございます。その他いかがでしょうか。先にアンケートとかされていますけど、やっぱり実際に茎崎の方とかで話し合いの経過とか

を周囲に示した後、もっと深く困っていることとか、そういったことについて話合いが深まっているなというか、それに対してアイデアなんかも出てるなっていうのは感じているんですけども、アンケートだけではわからない部分がどんどんこう挙がってきている。

佐藤委員とかは、実際には荃崎の方で関わっていると感じはないんですか。

委員： 第2層の会議に出させていただいたことがあります。これから、今年度から具体的に動き出しているのかな、つまり2層の協議会に入っている人たちの共通の認識というか、なにをしていこうか、そのあたりが今年度でかなり絞られる。漠然とした話から具体的にこういうことをして、そうねとかこういうことならば我々できるんじゃないのっていうのがかなり絞られてくるんじゃないかなと、いままではかなり抽象的な話が事務局の方から説明していただいて、抽象的な話ではなく要は何するのっていう、何回かディスカッションというかやり取りをして、だんだん皆さんの中で理解していただく。いくつか、例えば見守りっていうのは多分これは荃崎全体の中で取り組める、また取り組みやすいと言うんですかね、一つの活動となっているだろうと思っている。個々の課題としては、先ほどケア会議で出ましたけれども、個々のものは、なかなか取り組めるものと取り組めないものがある。地域として取り組んで、その後今年度かなり絞られてきて準備段階というかいけそうだったら、ただ会議の中で全体的に高齢者がみんな集まるわけですね、ほとんど高齢者なんです。荃崎地区が一番高齢化進んでいるわけですがけれども、元気な高齢者がどういう風にそういうところのサポートというか、活動に入っていけるかなというのが、これはちょっと、なかなか若い人現役の方は時間的な制限があるので入ってこれなくて、元気な高齢者、シルバーの方なり自治会区会の方が見守り相談員の方、あとは戦力的には民生委員ですね、こういう方が中心になって進んでいくかなと、私たち会議出でそういうことしゃべっています。

委員長： ありがとうございます。

この会議が始まった当初は、つくば市というのは広いので、各圏域っていうのは広すぎちゃって、ある意味こうまとまるのかなというところなんかもあったと思うんですけど、このあたりを各圏域でこういううまくいった、ということがあったらどんどんそれをシェアしていくことがすごく大事なんじゃないかな、とは思っていますよね。いかがでしょう。

委員： 今つくば市が広くていろんな地域があるということおっしゃいましたけど、私が住んでいるのは研究学園なんですね、そうすると若い人が多くて、住民同士のつながりもあまりまだない。一番最初に住んだ人で10年ぐらいなので、どんな人がいるとか、なにができるかとかそういうことが全く今見えてないんですけれども、だから余計に、これから先のことを見据えたうえで、先に進んでいる荃崎地区でいろいろ始まっていることとか、こんなことをやっているとか、こういう風にしていただよとか、やはりまだ何もなくていいところなんですけれども、しっかり見せていただければ、だんだん理解が深まっていくのかなと。ほんとに若い街で、高齢化率は何パーセントかはっきりよくはわからないんですけれども、すごく狭い地域で、私が住んでいる研究学園の7丁目は2.3%、250人ぐらいの世帯があつて、一人暮らし世帯は3件。そういうところで私の家の周りも息子世代の方が多くて、おじいおばあを探すのが大変なくらいなんですけれども、でもやっぱりこの間社協さんの方と一緒にこれからも見守り活動やっていかないといけないねということで、区長さんの方とか、サロンを開いている方達と民生委員とで話し合いをしたんですけども、まずはどんな人が住んでいるのか知り合うところが始まりだねって具体的にまだ何もできないけれども、そうやって狭いところからではあるけれども、人のつながりを作っていきましょうというところから始めているんですね。だから、そういうところで荃崎地区というのは私がいろんな方から聞いた話だと、必要に迫られていろんな活動ができて

いるという話を聞いているんですけども、やっぱり人間って必要に迫られないと何もできないということもあるんですけども、いい例を見せていただくと、それに倣って行けるんじゃないかなと思いますので、ここにはまだ私の所属する地域は出てきてないんですけど、事例をたくさん教えていただけるといいなと思います。進んでいるところの。

委員長： ありがとうございます。そうですね、先行するところの情報をシェアしていただければと思うんですけども。ここで、自分なんか大事だと思うんですけど、進んでいるところもこう佐藤委員なんかもお話しただけなんですけど、うまくいっていることばかりじゃないと思うんですよ。うまくいかない中でも進んでいるというところでね、そういうところなんかですよ。あとは真瀬とかのつながりとか、古くからいろいろできているところもあるかもしれないんですけども、そういうところでいろいろシェアしていくっていうのは、ある意味いろいろあるんだけど進んでいる、少し進んでいるっていうところでね、それぞれ地域の課題ってあると思うんですね、そのあたりがこうシェアできたらいいなと思うんですよ。

委員： 高齢者、時間的に余裕がある場合はリタイアした方が多いので、話し合いに出てくるのはその年代の方が多いんですけど、若い方たちを引き込むにはどうしたらいいかなと考えたときに、例えばあなたのお父さんお母さんはどうしていますかとか、そういうところで年代の若い人たちを引き止めていけたらいいかなということをよく話しています。それで呼び寄せ老人というか、お子さんたちがつくばで働いていて、いろんなところから便利だということで駅の前大きなマンションに住んでいる方もいらっしゃるんですけど、そういう方たちも10年経つと移ってこられたときは元気な方だったんだけど、だんだんいろんな身体的な問題とか少しづつ出てきたりしているので、やっぱり実情を見ながら人のネットワークを作って、助け合える仕組みはどうしても作ってい

かなくちゃならないなと思います。

委員長： ありがとうございます。他に何かありますか。

委員： 荃崎のケースで、これから各地区のスタートしてくと思うんですけど、地域性っていうのはかなりあって、荃崎はいわゆる旧住民と新住民って分け方しますでしょ。団地に来た人たちの高齢化に対する問題っていうのは非常に大きな課題となっていて、旧地域地区というのは、昔から伝統的に出来上がっている。例えば隣のおじいちゃんおばあちゃんが何かあったら病院行ったこととかお互いが情報共有できている、そういう意味ではサポートというか何らかの手助けが非常にしやすくなっている。ただいくつか最近の問題も出てきてます、だんだん個々の人たちも高齢化して来ているので、そうは言っても割と地域の中で支えていくっていうことは割とできているけれども、団地とかいわゆるそういうところが、私のところの団地もそうですけれども、30年40年近くなったら老夫婦しかいないとか、あるいは一人住まい独居の方、ここはどういう風にこれから試みていくかという課題ではあるんですけども、そういう意味ではかなり地域性、先ほど筑波地区の話、おそらくここは逆に地区的な部分地域的なつながりというのは逆によくできているんじゃないかと、逆に今何が問題なのかなっていうのを共有化するような、まずはそういうことが必要になってくると思います。

委員長： ありがとうございます。詳しく教えていただいてありがとうございます。これに関連してでも結構ですし、そのほか今日情報共有していった、先ほどの地域ケアの会議の時にはいっぱい事務局の方に皆さんにやっていただくことが出てきたんですけども、こういうことやっていただくともう少しスムーズになるかもしれない、みたいなことなんかでも結構です。

委員：非常に評価できるどころこの事業で思うところは、とても上手に積み上げられていると思うんですけど、この資料の最後の方にもありましたように、不足していると思うインフォーマルサービスで各地区で話し相手というのがついに挙がってきたりしていて、シルバークラブさんとか、ボランティア組織のそういった社会活動とかになるとは思うんですけどまた一つ、この事業のおかげでその場ができたのかなという感じはしました。ただこれは高齢者に対する会ではなくて、若い方から高齢の方の組織の中に入れていただくものだと思うんですけど、先ほど委員の方からお話ありましたように高齢の方がけっこう集まっているということなので、一つそういった場所が増えたな、という印象があります。それから先ほどの会議でも何回か話出ているんですけども、課題解決のためには好事例の積み上げというのが必要だという話なんですけれども、やはり小さな地域でいつも同じメンバーで話し合っていると、良いアイデアもだんだん狭まってくるということもありまして、今回の資料の中でもとても良いアイデアが出ておりますので、こういう積み上げを公表することで他の地域の方も活用できるんじゃないかなと思いました。私も管内の他の市町村のそういった会議に出させていただいて、つくば市はやはりすごく進んでいらっしゃるんで、とてもここで発言するようなあれじゃないんですけども、ゴミ出しの件なんですけれども「こんなことを頼めるんだ」と思うような事例があつてですね、小学生の登校班の子供たちにゴミ集積所まで持ってていってもらうなんて意見もあつて、それが安全性でいいのか悪いのか私には判断できななんですけれども、地域が変わると人が変わるといろんな発言が出るんだなとか思いました。以上でございます。

委員長：でもそれは本当にね、ユニークなアイデアだと思うんですよ。本当にあのアイデア出すときは、こんなこと言っちゃってとかそういう風に思わずに何でも自由に出せるくらいのね、ブレインストーミングみたいな感じもすごくいいと思いますし、そういえば前に自分が呼ばれた東京の

都会も都会で原宿中学校とかですね、廃校になっちゃったんですけど、その跡地ですね、原宿ですよ。どこで降りるのかなと思ったら表参道で降りて、こんなおしゃれなところで何しに行くのかなって、ちょっとそれは教育関係の講演で呼ばれたんですけど、廃校になっちゃって一階は地域包括に使ってて、二階は教育相談ですね。それでああいうところでも盆踊りを跡地でやってるんですよ。みんなで集まって。ちゃんと地域のつながりとかもね、その町が好きで集まっている人たちですのだからこうやってるんですよ。若い人も多くて、年齢が高い人も一緒にやってて、なんでこんなにうまくいくのかなと思ったりしたこともあったんですけども、やっぱりそういう使い方であったりとかアイデアっていうのを誰かが出したと思うんですけども、今の意見なんかも「え？」と思わないで、いろいろこうやっていくのがすごくいいんじゃないかと思うんですけど、もうアンケートでかなり各地域の特徴って言うのも出てきていますし、話し合いで今のところの問題点やアイデアも出てきているのでこの後ですね、みんなうまくいくってことはないと思いますが、一つでも二つでも前に進めるところはやってみたと思うんですけどね。あとは市長が子育て支援の方すごく進めてますけど、どうなんですかね、若い世代がいっぱいで研究学園の地域とかゾーンとかあると。そういう遠い先ですけど、お母さんとか若い人のネットワークというのは、だんだん世代超えていくと積み上がっていく、年齢進むとまた出来上がってくるんですかね。

委員： そう思いますけど。出来上がると、二万人から二万五千人の町になると開発の時から予測されていたんですが、住宅がたくさんできた割には、集会所というか交流センターというかそういうところがなくて、人が集まりたくても集まらないんですね。それで私たちがいろんな人が集まって話をすると、とにかく場所がない。やはり交流センターとか公民館的な場所があればそこに人が集まってきて、そこで人のネットワークができていろんな何かが生まれていく。それが街ができていくっていう基本

的なところだと思うんですけど、まず集まれる場所がないんです。それで地域でサロン活動もやっていますけれども、もうスペースがいっぱいで個人の方のご厚意で事務所を借りたりしてやったりするんですけども、30人くらい入るといっぱいになってしまって、満杯状態でじゃあこの先どうしようっていうような・・・一番今研究学園の地域ではここで言うようなことではないかもしれないけれども、集まれる場所がないんです。それで若い人たちも、大きなマンションだと共有スペースがあって、お母さん同士が集まって何かサークル活動的にやったりするところもありますけれども、私が参加しているサロンですけれども、メンバーが130人を超えた大きな団体があるんですね。その活動をもうちょっと若い世代の方たちが聞いて入りたいなと思っても、メンバーになっている方たちが割と高齢者リタイアされた方が多いので、40代、50代の方は入りにくいと言われてたり、行きたくても集まりたくても集まれないっていうようなものもあるみたいです。話がそれちゃって。

委員長： いえいえ。

そうですね、今後の事業計画なんかが出てくると思うんですが、他の地区にはない空きスペースを探すのが難しいとか結構あると思いますね。他の地域だと公民館とかもちろん埋まっちゃってると思うんですけど、それ以外の施設だと例えば小学校とか使えるところは使っていたりとか、交流センターもあったりするとそこ使えたりとか、車がないと移動できないっていうような場合には、今ね本館の介護の社会福祉法人の地域交流スペースも使いどころだっという感じもあるので、研究学園とかそういうところはいろいろと探さないといけないのはありますけど、まあこの会議じゃなくて、別の地域包括関係の会議が始まったころは高齢化率は筑波地区がトップだったと思うんですけども、あつという間にそのうち荃崎が逆転しますよっていう話をしてたら本当にそうなる。荃崎さんの方ではかなり地域の話し合いっていうのを先行してやっていたりとかしているというようなこともありますし、うまい感じでま

だ人口的に若い人が多いところなんかも変わっていくと思いますし、そのための準備もしていった方がいいかなと思うんですが。

委員： 私地域密着型サービスで、グループホームなんですけど、認知症の方の専門の施設です。要支援2の方から入れる施設なんですけれども、やはり地域とのつながりというところで、私たちも施設の入所の高齢者の方々と地域に出でいこうということで、なるべく地区のお祭りだったりとか、いろんな行事に参加させていただいたりということで各事業所やらせていただいているんですね。ただ、そういう受け入れをしてくれることもあるんですが、これは行政の方にお伺いしたいんですけど、例えば認知症の方でも、できることはまだまだたくさんありますし、前にいきいきサロン、市で開催しているモノ作りとかそういうことに参加させていただこうと思ったら、「施設の方は受け入れられない」みたいな形で断られたことがあるんです。そういったものも地域との関わりということで、私たちはどんどん地域密着型事業所の方も割と個別の中で介護予防体操だったりとか、認知症のセミナーだとか、各事業所努力して地域に発信しているんです。そういうこともしているんですが、いざそのようなものを利用しようとしたときに、ここは施設なのでみたいな、ちょっとがっかりしちゃったところあるんですけど、今後はどうなるのかなど。

事務局： 何の事業ですかね。それがわからないと包括では・・・。

委員： 谷田部地区の絵手紙講座とか、なんかそういうのをやらせていただこうかなと思ってそしたら、お断りされたんですよ。もうこれは何年も前の話なんですけど。

委員： たぶんですね、今谷田部会場はなくなってるんですけど、「いきいきサロン」と言いまして高齢者の方が行きたいところにいける、申し込まな

いで行ける、「いきいきサロン」というものがある、それは趣味活動を支援するサロンでして、スタッフというのが例えば絵手紙でしたら絵手紙の先生だけなんです。なので、ある程度自立している方でないと、そこで教わるっていうのは難しいかなと。

委員： その考え方はおかしいかなと、自立というか職員ももちろん一緒に行って、ほぼいろいろできる方を、全然わからない方は連れていきませんが、そういうことなのに、そういう断り方はどうなのかな、と思って。

委員： わかりました。そこまできちんと確認してお断りしたのかわかりませんが、スタッフの方がちゃんとついてくださってやっていただけるのであれば、もしかしたら受講は可能だったかもしれない、ということですよ。わかりました。持ち帰って検討というか反省材料にさせていただきます。ありがとうございます。

委員： ちょっといいですか。先ほどのケア会議でもそうなんですけれども、自立支援というか、要支援1でも支援2でもその人が元気になることが一番の目標ですよ。きっとそれは地域ケア会議でもそうでしょうし、こちらの方の会議でも同じで、行政の方でなかなか、おっしゃることを僕らも経験しているので、そういう方が趣味をやりたいけどその場がない、民間のところは結構あるんですけどね。そういうのが後回しにしているというか、そういう場をできるだけ作っていくっていうのは大事な話なんで、活動をサポートしていくというようなことだと率先して外に出ていく、場を作っていく、自分の好きなことからいろいろ自立に入っていくというのは非常に大事なことで、僕らはそう感じているんですけど、そういう意味では制度的に、社協さんも行政の方も、いろんな高齢者要支援1か2か、そういう部分ができるだけ受け入れられる仕組み作りが大事なんだと思いました。ぜひその辺のところ、けっこう実は

ニーズがあるんです、ただ場がない。

委員長：　そうですね。すごく大事な話だと思うんですけども、確かに数年前に私も、社協さんで認知症予防のほう少しやらせていただいたときなんかに、その当時は特定高齢者っていう言葉があったと思うんですけど、介護保険受けてるとちょっとこう難しいとかね、そういうようなことで介護保険を始めたらここには出れないですよとか「うちのお父さんここに馴染んでるんだけど」とかそういうことで悩んじゃったりとか、だんだんとそういう問題を変えていくっていうことは今回の介護保険の改革だったと思うので、そういうのはつくば市の中でいろいろ考えてやっていいんじゃないかなと、確かにその今話ありましたけど、その当時はいろいろ事情もあったと思うんですよ。これからはそういうのを考えていくべきだと思いますし、そういう意味ではこういう活動とかにこういう方参加していただけないですかねっていうような、個別のレベルで各事業所がやっていくというような、ひょっとしたらもう行政と私たちが一体になって交渉担当というか渉外担当みたいな渉外部門、渉外ということでですね。「職員さんも来てくれるっていうんですよ」とか言って、「やらせていただけないですかね」みたいな。あとは「ボランティアも来るんですよ」とか、そういう感じでやっていく、そういう部門なんかもあってもいいのかなと思いました。ちょっとしばらく前ですね。打ち合わせで例を挙げさせていただいたのは、今企業さんのほうでもすごく努力をしまして、テレビでご覧になった方いるかもしれませんが、オレンジカフェっていうものですね、スターバックスさんが協力しますというところが出てきて、それがニュースに上がった時にコメントしていた東北福祉大の矢吹先生にすぐ連絡したんですよ。だからそのようなことを詳しくお伺いしたりとか、そういうところも出てきていますし、それに介護予防、健康な人の介護予防ということでは、今一生懸命やっているのはイオンさんなんですよ。イオンさんに地域貢献の担当がいるということなので、そういうことでもカスミもひょっとしたら

やっていくかもしれませんし、いろいろそういうところも出てきているので、ある意味企業のほうもそうなってきたということ、今変わり目としてはいい時期なんじゃないかなと思いますけれど、どうですかね。個人の事業所の努力だとすごく難しいところは、町全体でこういう風に場を探しているんですけどどうですかとか、いう感じで後押しするような動きっていうのもこれからいいんじゃないかと思うんですけども、特に先ほどの介護予防の個別のケアとかそういうのを始めるということだったら、やっぱりそういう仕組みも一緒にセットでやってくといんじゃないかと思いますけども。ほんとに場所を借りて、せっかくここまでリハ職種のみなさん盛り上がっているのに、体操教室をここでもここでもやらせてくれるって、そういうところ増えていったら、すごくそういうところに「ちょっと行ってきます」って一緒にやらせてもらうのもいいかな、とちょっと思いましたね。それはある意味、ちょっとすみません、話しすぎちゃってるかもしれないんですけど、研究学園とかでスペース不足ってとこなんか、ひょっとしたら意外にお店なんかでやらせてくれたりとか、イオンが頑張ればイーアスも頑張ってくれるかもしれない。なんかねお客とられたくないかもしれませんし、ちょっとすみません、情報提供長くなってしまっ。こんな例もあるということ、聞いていただければと思います。

委員： つくば市の方でなんかあります、健康増進課がやっている事業で、カスミさんのスペース借りて体操教室やったりとか、何ヶ所かでやったり、それからカスミのお店もいくつか何曜日のここでやりますみたいなのか、少しずつそういうのはできてますよね。

委員長： まあプラス教室だけじゃなく、話し合ったり集まれる場所ができてくるといいなと思いますね。

委員： 今の話だと、そういう教室が開かれているということ、やっぱりどれ

だけアピールしてあって、知っている人がいるか。私ごめんなさい恥ずかしながら知らなかったんですけど、そういう場所で体操教室をやっている、そこに参加したらいろんな人がいる、いろんな地域の人に来て顔見知りができるっていうのも一つ社会がつながっていくきっかけになるのかなと思うと、そういう広報っていうところもどうかなと思いました。

委員長： そうなんです。そうなんですけれども、そろそろ広報が必要なんですよ。あとは交渉に行くっていうんですかね、1事業所で難しいところは、全体で交渉するっていうような。今の話だと流れるにはそういう風になるかなと期待しているんですけど。今日これまとめていただいたんですけど、最初の立ち上げの時には、イーアスでフォーラムを開いたわけですけど、少し時間をおいて機が熟した時には、関係者だけじゃなくて市民の方にもっと知っていただくということで、今のお話なんかもこういうのもあるんですよっていうのを開いていくのも、大事かもしれません。

委員： いろんな方に広報するということで、どういう、荃崎の話の時に、キャッチフレーズ出てきましたよね。「あなたの力 あなたの心 支え合う街 くきざき」こういうつくば市全体として、こういう町になったらいいなというこういうキャッチフレーズを作って、ある程度絵を描いて、それをこう出しながらセミナーみたいなのをやる。こういう町を作っていくたいんだよというのを、もっと皆さんに知っていただくように絵を描くとかしたらいいのかな、と今話聞いてて思ったんですけど。そういう風になると、自分たちの町はこういうことを思っているのかな、じゃあ自分は何ができるのかなと、考えられるようになっていくのかな。やっぱりいろんなことをいろんな人に知ってもらおうっていうの、が一番何かをできる早道かなっていうような気がするんですけど。せっかくいろんな人が集まっていい意見とか出しているの、これは地域ですごく出てきて素晴らしいなと思ったんですけど、つくば市全体で、そういう目標と

いかビジョンをもってやれたらいいのかな、と思いました。

委員長： テーマとか標語とかキャッチフレーズとか募集して、それが決まったら、そういうものを今度、絵とかキャラクターとかつけてくれませんかというのをまた市の人に募集してっていう感じですね。確かに標語っていうのはいいアイデアだと思いますね。

はい、それではだいぶいろんな意見が出てきたと思うんですけども、じゃあ一応そろそろ次は今度の事業計画ですかね、30年度の事業計画の話を説明していただいて、その上で委員の皆さんの意見をいただけたらと思います。それでは、30年度の事業計画の方の説明の方、お願いいたします。

事務局： 平成30年度事業計画

委員長： ありがとうございます。それではこちらの全体のスケジュールについての話出てきましたけれども、こちらについて、委員の皆さまの方で意見いただけたらと思います。

メンバー的には大変だと思いますけど。

これはそうしますともう、やるしかないというかそういう感じでよろしいですかね。

委員： 谷田部地区の方も、事前に準備しとくようにしておきますので。

委員： そしたら桜もやるしかありませんね。

委員： うちの方は、ネットワークができておりますので、もう既に今日モデル地域のことが発表になりましたけど、これとほぼ同じような状態のものをもうすでに経験しておりますので、ですから体系ができておりますから、荃崎さんとか筑波さんにすぐ追いつくと思いますので。

委員長： 圏域全体ってことだけではなくて、もう少し小さい地区でもモデルになりそうなところがあればどんどん取り上げていくってのも大事かもしれませんね。

委員： おっしゃりましたように、健常者であれ障害者であれ、皆さんが参加できるような体系にもっていくことが一番理想じゃないかと思っておりますので、ですから荃崎さんがいわゆるその良い案が出てくれば、どんどん取り入れて、議案の方もそれはそれで取り組むことができますから、全体的にやはり最初小さく始まって、だんだんと大きくなっていくんじゃないかなと、それとまたそういうつながりを今日、今までこういう会議の中で申させていただきますので、そのルートを大事にしてやっていければ、かなり良い成果が出るんじゃないかと、期待しております。

事務局： 事務局の方から、第2層協議体ですね。荃崎地区、4月から話合いを進める、それから筑波・大穂・豊里でも、できる圏域から協議体を設置していきたい、10月、下半期くらいまでには桜と谷田部の方も説明会等着手しまして、協議体設置に向けてやっていきたいと思っています。その一番下のところですね、生活支援コーディネーター、一応7月から8月あたりで荃崎で先行していますので、この辺で設置できればと、すみません希望的観測なところが多々ありまして、荃崎地区でも協議体としての話合いが今年度まだ持たれていなくて、次回開催する時が初めての会議ということになりますので、その中での話合い等の進み具合等もありますので、この時期に設置できるかどうかというのがわからない部分もありまして。うちの方としてはできるだけ早くコーディネーターさんを配置しまして、協議体として機能させていければと考えているところです。ですので、時期につきましては多少早くなることはすみません、ちょっとないのかなというところなんですけど、ちょっと弱気なんですけど。できればこのくらいという風には考えているところです。補足さ

せていただきました。よろしく申し上げます。

委員長： その外、いかがでしょうか。

委員： 今課長のご説明で、荃崎のところですが、2層の協議体設置はいいと。そこからずっと話し合い情報交換、となっていますね。そしてその途中7月からSCコーディネーターを選任となっていますけど、協議体のメンバー入ってこられる方で、話し合い情報交換ずっとこれ一体、何を話し合い情報交換するのか、わかりやすくですね、この会議で説明を是非していただきたいです。あまりこう抽象化すると、自分がどういう立ち位置で、どんなことをここで話し合うのかわからないので、ということが一点。それからその生活支援コーディネーター、言葉はわかるんですけども、なかなか意味不明というか、なんで必要なんですか。いきなりコーディネーター、この人が何をして、なんで必要なんですか。一方で住民主体だ主体だと言いながら、いきなりこれが出てくる。そこも、できるだけわかりやすくですね。なるほどそういうことかと、いうことを是非説明をきちんとしていただければ、ありがたいと思います。すみません。

委員長： 大変重要な意見が出まして、この前の会議でもちょっと触れさせていただきましたけど、生活支援コーディネーター何するの、というのは、そんなにはっきりと厚労省も出してないんじゃないかと思うんですね。そういう意味で、逆に言えばつくば市の包括の方で、羅針盤的に出したもん勝ちっていうのはあると思うんですけど、地域の事情に応じて、こういう役割がありますってことでいいんじゃないかと思うんですけども。そういう方向性っていうか、こういうことをやってもらうとか。一応まあこの前ちょっと少しお話はここで話を出させていただいたんですけど。

様式第1号

事務局： ではすみません、地域包括支援課の会田です。佐藤委員の方からもありましたように、話合いがずっと続く、というふうになっているということですが、今年度具体的に説明等、できれば細かくステップを踏んでという感じで行きたいと思っております。

生活支援コーディネーターにつきましては2層目ということなので、荃崎全体をマネジメントするようなイメージでいるところなんですけれども、具体的に今度協議体でどう話合いがもたれるか、というところに最終的にはなってきたりするのかなということなんです。できれば2層目につけたいという風に考えております。もし2層目にコーディネーターの方がなくてもできるということであれば、その下の3層目とか4層目とか、そちらでもいいのかなと思うところではあります。ですので、そこは荃崎の協議体での話合いの進み方の中で、そこは考えていきたいと思っておりますので、どうぞよろしく申し上げます。

委員長： 補足させていただきますと前回ちょっとお話をさせていただいたのは、つくば市のいいところは、こういうニーズ調査をしっかりとやっているところと、地域によっては進んでるところがあったりとか、いろいろあるということなので。1層2層3層ということで、各地域でニーズが上がっているわけですね。これに対して、どうしようかと話し合うのが、この話合いだと思っておりますけれども。ここでうまくいかなかった場合には、上にあげて共通するものだったら、市全体としてどうしていこうとか、そういう話をしていくという役割があって、層っていうのはそういう役割があると思うので、できそうなこと、できなくて上にあげてみんなで考えていくこと、それから、もしほんとに難しかったら、予算とか広報とか、そういったことを講じていくとか、そういう役割を担っていくのがコーディネーターなのかなって話は、この前お話をさせていただいたと思います。今このメンバーでやっていますが、そういう意味ではゆくゆくは将来的には生活支援コーディネーターって人が集まって、それで話し合っ共通するもんだなとか、そういうことで挙げていって、そこに専門

家もいてって感じになるのが一番いいんじゃないかなと、今はそのコーディネーターそのものが上がってきてないっていうところがありますので、そういうようなビジョンっていうのは、前回もう一回話すというように感じなんですけど、あるんじゃないかなとは思っています。いかがですかね。そういうような、僕の方の私見ですけど、まだ市の方では考えて、もっといいもの考えてくださると思いますけど。

委員： 2層、3層とか4層、議論としては小さい単位、今その荃崎ってその2万3千人ぐらいの人数があって、そこに一人のコーディネーターが41区会、全部でそのくらいありますから。現実的にそういう調整ができるのって心配としてありますけど。それよりもむしろ小さい自治会単位、区会単位くらいになってくると、かなり人の顔も見えてきて、その中でいろんな問題提起をして解決していくと、実際には実態的にはそこが中心になるんだと思うんですけど、いやもっと小さい単位になるのかもしれませんが、そういうところにコーディネーター、その2層のコーディネーターが入ってくるのか、3層で作ってくるのか、ちょっとそこも見えないんですけど。

委員長： 統括って感じだとすごく難しいかもしれないんですけど、地域性に合わせて、峯本委員の真瀬の方でされているような、小さな地域とかでもいいと思うんですけど、先ほどお話ししたように、ちょっと共通して解決していかないと難しいなと思ったときに、挙げてもらうような役割であったりとか、そういうのは最低必要になってくるとは思うんですよね。

委員： 例えばそういうイメージを、今言ったようにできるだけ2層の会議の中で、住民に対してわかりやすく役割とか説明してやらないと、ポンといきなり降って湧いたみたいな感じの印象を受けてしまうので、気にはなってますけど。

様式第1号

委員長： 一人決めて、右へ倣えみたいな感じで、全体で同じことやらなくちゃいけないってなったら、住民はみんな嫌だと思うんですね。それぞれ地域で地区が出来上がってきて、小さい単位で動くほうが全然いいということであれば、今の感じで共通する部分を問題点をあげていく。そういう感じの方がいいかもしれませんね。それもほんとに地域性だと思いますけど、全体でやった方がいい、ということもあるかもしれないですね。

委員： いったん動いてみないとですね、結果が出ないんです。動いた時点でやらなきゃいけない。どういうふうにしたらいいかということを再度考え直す。それしかないと思うんですね。何もかも完璧じゃなくても。

委員長： そのようなことで一応こう進め方、あり方というかそのあたりを少し柔軟に示していただければと思います。それでは、このスケジュール出していただきましたけども、このまま進めていただくということでよろしいでしょうか。ありがとうございます。ちょっと時間が予定していたものより少し過ぎてしまったんですが、最後にこちらの生活支援体制整備事業の通称を作った方が、この名前分かりづらいということで、もうちょっと分かりやすい名前ないかということで、委員の皆様以案を出していただいてそれまとめていただいたんですが、これお願いします。

事務局： 生活支援体制整備の通称について

委員長： 時間が押しているところで、何分二つの会議をこの時間でまとめるっていうのはちょっと大変なんですけれども、こちらいろんな意見がたくさん出ています。これについて意見といいますか、決め方とかそういったことなんかについて、ご意見いただければと思うんですけれども。また継続審議ということでも構わないです。ほんとにたくさん意見出てきたんですけれども。そうしましたら、少し絞り込みとかそういったようなことなんかについては、事務局の方で少しこうやっていただくような形で

よろしいでしょうか。

それでは、少しこれをもとに検討していただいて絞り込んでいくということでもよろしいですかね。結構似てる、カテゴリ的には似てるものが多い気がしますので、その辺いくつかにまとめていただければと思います。

事務局： 絞り込みということで、委員長の方からありましたが「是非これは」っていうのがありましたら、一応お伺いしたい。1から19まであるんですが「これは私としてはすごくいい」とか「自分としてはこれはいい」とかいうのがあれば、あとはですね、こういうフレーズは絶対外さないほうがいいとかあれば、その辺だけ絞り込みするにあたりましてヒントというか基準というか、そういうのがちょっとあればと思いましたので、よろしくお伺いしたいと思います。

委員長： それでは思い切ってご意見賜ればと思います。「助け合い」「支えあい」あたりは入れたいというのは意見があります。そうでないと生活支援体制整備っていうのはイメージしづらいっていうのはあると思うんで、「たすけあい」「ささえあい」ひらがなで。このあたり本当に区会とかですね、それから地域で活動している方に、どういう言葉だったら事務員の皆さん、わかってくださるかなって、すごく感覚的なものあると思うんですけど。

委員： 何かしてもらう人、してあげる人ではなくて、お互いにそうなんだよということで、私は「支えあい」がいいと思うんですけど。そういう言葉はあったほうがいいと思います。いつもやってもらうばかりだと気が引ける、自分もできることがあったらやるということで。

事務局： すみません。最後に推進事業がいいのか、事業がいいのか、整備事業がいいのか、会議がいいのか。イメージで結構です。

様式第1号

委員長： その辺も、どんどんどこからでも結構ですので、ちょっと説明する時に事業は固いなとか、こういう言葉の方がいいなとか、そういう、とにかく助け合える仕組みが、支える仕組みができてくればいいので、そういうのが当たり前というような地域を作ってく、「もうないと無理なんです、これからは」っていうそういう雰囲気にしていかないといけないので。いろんな事業ありますからね、事業と言っても。

事務局： 「つくば」入れるか入れないか。

委員長： だんだん長くなってきた。「地域」入れるかとか。
「つくば」「地域」「支え合い」・・・長くなってきましたね。

委員： 地域見守りネットワーク事業というのを進めていまして、真瀬も組織づくりも見守りで作っていて、話合いのメンバーがほとんどそれと被っているので、社協の方にどっちなんだとか一緒だろとか問合せもあったりして、すごく混乱しているので、ちょっと違うネーミングの方がこちらとしては有り難いかなと、地域ネットも混乱しないんじゃないかと思うので、「ネットワーク」という言葉は外してもらったりとか、椎名さんおっしゃったように、お互いさまのものを作っていくものなので、「支えあい」っていうのはいいんじゃないかな、入っていたほうがいいかなと思ったりはするんですけども。

事務局： 委員長そうしましたら、今、ネットワークとか被らないようにというようなご意見も参考にですね、事務局の方でも絞り込みを行いたいと思います。「あ、そうだ」っていうのがまた委員の皆様ございましたら、包括の方にご連絡をいただければ幸いと存じます。最終的には皆様に決めていただけるようにしたいと思います、がいかがでしょうか。

委員長： それでは、話し足りない部分皆様あるでしょうが、何分二つの会議続け

様式第1号

てやっておりますので、ここで第1回の会議は終了にさせていただきたいと思えます。今後ともご協力よろしくお願ひします。それでは事務局の方に進行をお返しいたします。

事務局： 閉会の挨拶

協議事項

①

事務局：配布資料に基づき説明。

以下、主な意見等

閉会（午後3時40分 終了）

平成 30 年度

第 1 回つくば市地域ケア会議

第 1 回つくば市生活支援体制整備推進会議

日時：平成 30 年 4 月 27 日（金）

午後 1 時 30 分から

場所：つくば市役所 6 階

第 2 委員会室

一 次 第 一

1 挨拶

2 委員紹介
（事務局職員紹介）

3 報告及び協議

（1）つくば市地域ケア会議

報告事項

① 平成 29 年度事業報告について

協議事項

① 平成 30 年度事業計画（案）について

② その他

（2）つくば市生活支援体制整備推進会議

報告事項

① 平成 29 年度事業報告について

協議事項

① 平成 30 年度事業計画（案）について

② 通称について

③ その他

4 その他

5 閉会

平成 29 年度地域ケア会議推進事業 事業報告

1 地域ケア会議の目的

- (1) 医療・介護・保健・福祉・法律等の多職種が協働して高齢者等の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員等をはじめとするケアチームによる自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。
- (2) 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化するとともに、共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

2 圏域別ケア会議の実施

日常生活圏域（筑波、大穂・豊里、桜、谷田部東、谷田部西、荃崎）を基本とし、圏域毎に年6回、全36回の会議を開催し、36事例の新規事例検討と前回検討事例の経過報告及び評価を実施した。（前年度33回、47事例）

(1) 参加人数 568名（前年度比△55）

(2) 職種別参加状況

職 種	人数	職 種	人数	職 種	人数(前年度比)
医師	15	退院調整看護師	6	デイ相談員	9
研修医	2	医療ソーシャルワーカー	19	在宅相談員	45
歯科医師	6	精神保健福祉士	5	福祉用具専門員	4
理学療法士	44	介護従事者	24	民生委員	14
作業療法士	15	介護支援専門員	293	生活保護ケースワーカー	3
言語聴覚士	3	生活相談員	27	その他 施設長・管理者等	31
看護師	32	支援相談員	9	合 計	606(△114)

- (3) 参加機関 総数 429ヶ所（24.8%） 通知 1,731
 <医療> 78ヶ所（23.2%） 通知 336
 <介護> 351ヶ所（25.2%） 通知 1,395

介護支援専門員や介護従事者等の介護職に加え、医師や看護師、理学療法士、作業療法士等の医療職の参加により医療に関する専門的な助言が得られた。多職種の意見が取り入れられることで、介護支援専門員のケアマネジメント実践力向上につながった。

また、民生委員にはケース関係者として参加いただき、地域の関係性や役割などの確認を行い、介護支援専門員との連携にもつながった。

事例検討では、課題解決へ向けたケース関係者の役割や方針を定め、その後の会議で事例提示者から参加者に対応や位置づけた方針の経過を報告し評価することができた。また、評価を参加者と共有することにより、気づきや新たな課題の発見となった。

自立支援や重度化予防に向けた支援を行うにあたり、リハビリ専門職種によるアセスメントと評価が成されることで、必要なサービスの導入や既に利用しているサービスに対して支援方法の助言が得られるため、そのような機会があるとよい。

(4) 夜間開催について

各圏域で年1回、夜間(18:30~20:30)での開催を行った。

ア 夜間開催のため参加できた職種(10職種) *職種の後の数字は人数

医師4、理学療法士6、作業療法士4、言語聴覚士3、看護師3、

医療ソーシャルワーカー1、介護福祉士1、介護支援専門員3、生活相談員1、民生委員1

イ 介護支援専門員の参加状況

筑波・大穂豊里・桜圏域では参加が少なかった。それ以外はほぼ同数。

より多くの職種方々に参加を求めするため試験的に夜間開催を行い、出席者に対しアンケート調査を実施し、今後の開催時間の検討を行った。

昼間と夜間で参加職種に差はみられなかったが、普段参加ができない方の参加もみられ、特に医療職からは業務に支障がないため参加がしやすいという意見が聞かれた。一方、介護支援専門員からは夜間の参加は難しいという意見も聞かれ昼間よりも参加数が減少した。

(5) 提示された事例の傾向

年齢層 90代:11%、80代:36%、70代:36%、60代:17%

性別 男性19名、女性17名 男女に差は見られない

世帯状況 独居高齢者が42%で、高齢者世帯と合わせると70%を占めている。

30%は家族と同居だが、何らかの課題を抱えている状況である。

介護度 要支援1:6%、要支援2:8%、要介護1:28%、要介護2:19%、

要介護3:17%、要介護4:8%、要介護5:6%、未申請1件、申請中2件

認知症の疾患がある方 13名

(6) 事例から見えてきた地域課題

ア 家族や地域の方に対して認知症の理解を深める

イ フォーマルサービスとインフォーマルサービスの役割分担など連携の調整、ルールづくり

ウ 火の不始末等による火事の不安や対応

エ 地域とのつながりや見守りのチームづくり

オ ゴミだし

地域課題については、地域での連携など地域関係者を交えた検討も必要と思われる。

<事例から見えてきた地域課題>

ア=家族や地域の方に対して認知症の理解を深める イ=フォーマルサービスとインフォーマルサービスの役割分担など連携の調整、ルールづくり ウ=火の不始末等による火事の不安や対応 エ=地域とのつながりや見守りのチームづくり オ=ゴミだし
★=リハビリ専門職種による身体状況及び生活状況の評価が必要となったもの

No.	ケースタイトル	課題	解決策(目標)	経過	評価 (○)=解決 (△)=継続	地域課題	本人情報 世帯状況	主疾患	介護保険サービス 利用状況
1	ひきこもりの長男(50代)と二人暮らしの90代男性への支援について	性格的に頑固であり、デイサービスで他者とトラブルを頻繁に起こす。気に入らなるとデイには来ない。	自宅では長男との関わりがほとんどないため、トラブルはあっても見守りながら継続して行く。本人は、在宅酸素を拒否しているが、デイサービスの入浴前に使用し、楽になるのを体験してもらい、家でも使用するよう促していく。	在宅酸素⇒自宅での使用は拒否、デイサービスで入浴前に使用するようになった→楽になるのか、週2日の利用が週3日に増えた→利用者とのトラブルが増えている。気を付けて見守っている状態。	①デイサービスで入浴前に酸素を使用することになったことで、利用回数が増えた。〔○〕 ②デイサービスの利用追加となった日にトラブルが増えてしまっているが見守っていく。〔△〕	ひきこもりの子供と高齢者が暮らす世帯への関わり <u>地域での見守り</u> 、 <u>ゴミだし</u>	90代前半 男 要介護1 長男と同居	慢性閉塞性肺疾患 坐骨神経痛 不眠症	通所介護(2回/週)
	エ、オ	兄弟の力関係があり、定期的な受診は、次女(車有・病弱)が実施しているが、緊急的な受診時の対応が出来ない。	兄弟間の役割の再確認。同居者である長男の重要な役割として、緊急時の対応について調整する。	①話し合いの場は持っていない(長女と次女に連絡をしたが都合がつかない) ②本人への確認で、長男は食事の時は一階に下りてくること。	今後、兄弟間の役割の再確認を行うよう調整する。〔△〕				
2	周囲からやや孤立した精神疾患を抱える60代女性に対する支援について	医療不信があり、不安定な状態がピークになった際に医療的な支援を本人が受け入れられるか。身元引受の体制がない。	自立支援医療や成年後見制度の利用を検討できるか。近所の親戚で保証人になれる人がいるのか確認をとる。	①本人に会えていない⇒精神的に不安定な状態で人に会うのが難しく電話連絡のみ。身体不快は継続。 ②通院はできている(6月下旬に精神科受診) ③病院との連携(不安や死をほのめかす発言があったことを受診前に地域包括支援課から医療相談室に伝え、何かあれば連絡が入る) ④保証人になってくれる人⇒近所の親戚では見当たらない	訪問ができていない。体調の良い時に訪問し、サービスの説明などを行う。〔△〕	医療的なつながりがもてない、サービスにつながらない人は、誰が関わればいいのか。 <u>どんなものが地域にあればよいか。</u>	60代後半 女 未申請 独居	うつ病 乳癌 非結核性の呼吸器疾患 胃腸障害	なし
	エ	医療的な相談が必要な時の相談受け皿がない。	在支だけの関わりに限界があるので、地域包括支援課や障害福祉課と連携し、訪看導入に向けた調整をしていきたい。						
3	せん妄で悩む80代男性が自宅で生活を続けられるための支援について	せん妄症状は治ると言われ治療を始めたが改善されない。「病気を治してあげたい」という妻の思いと「どうしてこうなったのかわからない」という本人の思いにどのように向き合ったらよいか。	本人のつらいことを理解し、共有できるとよい。主治医を含めたサービス担当者会議の開催。訪看の定期的な関わりがあれば病状把握ができ、主治医に医療情報を伝えることができるため、訪看導入を検討する。	①5月上旬に家族が主治医(間質性肺炎・A病院)と話をした⇒B病院への紹介状を書いてもらい、6月上旬に受診をし薬を処方してもらった。受診をし家族も気持ちも楽になったが、今は様子を見ている状態のためサービス担当者会議は開催できていない。 ②訪問看護の話をしたが、「今はいい」という反応。	①サービス担当者会議は開催できていない(家族が認知症の主治医を決められず様子を見ている状態)〔△〕 ②訪看利用は、もう少し様子を見ることとで保留となった。〔△〕	民生委員さんの声かけなど近所の人に関わってもらったらよい。 <u>家族が病気を理解し納得できたら近所との関わりもよくなるのでは。</u> 家に入り込んでしまっている方への支援が何かあるといいのでは。家族が情報を集めることが大事。認知症カフェやつどいなどに参加してみるとよいのでは。 <u>見守りのチームづくり</u> をしたらよい。	80代前半 男 要介護2 高齢者世帯	間質性肺炎 脳梗塞 認知症 腰部脊柱管狭窄症	通所介護(4回/週) 福祉用具 短期生活介護(1回/月1~2泊)
	ア、エ	自宅で生活をしたい、させたいという思いをかなえるための支援について	妻の困りごとや介護の限界を確認しながら自宅での支援を継続していく。妻の負担軽減のためにショートステイの追加や限界が来た時の施設入所も考慮する。	①ケアマネが5月中旬に自宅訪問⇒夜寝ない、大声を出す。本人は背中への痛みをどうにかしてほしい。家にいたいと話す⇒妻も家でみたい。 ②ショートステイ⇒月1回を2回に増やし様子を見ることになった。	①家でみたいという妻の意向に沿えるように支援をしていく。〔△〕 ②ショートステイの利用回数を増やすことができた。〔○〕				
4	現実を受け入れられずに目を背けたまま自分本位の生活を続けている80代男性の支援について	火事などの危険性や金銭管理等の現実的な問題点から目を背けずに考えてもらう為にはどう関わったらよいか。	問題が起きた時のネットワーク構築 姉、妹に連絡をとらせてもらえるよう本人に相談してみる。親族、大家さん、民生委員さんと連携していく。	①本人の姉妹の連絡先は確認できていない。本人が8月末頃入院(手術)予定のため、妻のショートステイの契約を行った際に妻の兄弟の連絡先を把握することができた。今後どの程度の関わりをお願いできるのか確認していくこととする。 ②民生委員と連絡先を交換できたので連携していきたい。	連絡先の確認できた妻の兄弟に今後の関わりについて調整を行い、大家さん、民生委員さんと連携していく。〔△〕	<u>地域での見守り</u> 定期的に訪問している民生委員さんとの信頼関係が築けたら、本人の訴えも出てくるのではないか。現状では、ゆるやかな見守りを続けて行きながら、他の人の関わりももてるようにしていきたい。	80代前半 男 要支援2 高齢者世帯	C型慢性肝炎 高血圧症 腹部大動脈瘤 尋常性乾癬 右下葉肺癌疑い	薬剤療養管理指導 訪問リハビリ(4月まで) 訪問看護(昨年夏まで)
	エ	自分の判断で病院、主治医を変更している為ケアマネが主治医との連携を図りづらい。現在通院している総合病院は自宅から遠く体調が悪い時に本人がキャンセルして受診できない。	医師との連携については、地域医療連携室を活用する。 訪看再開を検討⇒医師と看護師の連携	①腹部大動脈瘤の主治医から8月中旬に行うCT検査の結果を伝える際ケアマネにも同席してほしいと言われている。 ②訪問看護は、本人が調子がいいとのことと導入につながっていない⇒主治医からも医療系サービスの利用について本人に促してもらうようにしたい。	来月の受診にケアマネも同席することとなり、訪看導入についての調整をしていく。〔△〕				
5	認知症で独居生活を送る70代女性に対する支援について	長女は、本人とA様との関係を弱めたいと考えているが、集落や親戚関係や生活環境などがあり難しい状況。関係者の役割分担について調整が必要。	5月からケアマネが変わり、担当者会議でも会えなかったため、まずはA様にあいさつをしたい。次女とも連絡をとり話をしていきたい。	①A様と妹には3回ぐらい会い話をした。A様の夫と同じ半日型デイサービスの利用を勧めきて、週2日一緒に利用している。本人は一日型デイサービスも週2日利用しているが、それに対してA様と妹から相変わらず否定的な意見を言われる。 ②認知症の薬はパッチ薬になり管理ができています。 ③次女と連絡をしていないが、8月の帰省時に面会し、金銭管理について相談をしたい。	①A様と妹に会い関係性は良好。〔○〕 ②薬を変更したことで服薬管理ができるようになった。〔○〕 ③8月に次女と面会をし、関係者の役割について調整していく。〔△〕	<u>地域での認知症の理解</u> を深める。 <u>地域で見守り</u> 。 長女夫婦の関われない時間帯は、近所にいる親戚や知人に協力をしてもらい見守りをしていく。	70代後半 女 要介護1 独居	アルツハイマー型認知症 糖尿病 高血圧症 高脂血症	通所介護・半日(3日/週) 通所介護(1日/週) 訪問介護(2日/週)
	ア、エ ★	認知症の人が地域で生活できるための支援について	本人の足が弱ってきているので、転ぶであろうという見方をし、安全に安心して暮らせるように考えていきたい。	①転倒リスクがあり、入浴はデイサービスでするように伝えているが、本人は庭の草取りなどをして汗をかくと自宅で入浴してしまう。エアコンはつけ方がわからないようだ。 ②長女は毎日様子を見に来ているが、それ以外に近所の人や本人の妹の見守りも欠かせない。集落の付き合いに長女の夫が出るということになってから、本人からその話は出なくなった。	本人が安全に安心して暮らせるように関係者と情報共有し、連携をとり支援していく。〔△〕				

No.	ケースタイトル	課題	解決策(目標)	経過	評価 (○)=解決 (△)=継続	地域課題	本人情報 世帯状況	主疾患	介護保険サービス 利用状況
6	医療依存度が高いが自宅での生活を望む60代男性の支援について	呼吸苦があり夜間熟睡できず、妻もそれに付き合い介護負担が多い。本人が苦しいのを何とかしてあげたい。	本人に話をし、大変な状況だと理解してもらおう。本人が入らないサービス担当者会議で支援方法の検討をし、意思統一を図る。	①6月中旬に心不全で入院。入院中は暴言など問題あり。退院時カンファレンス実施(妻、主治医、看護師、病棟リハ、訪看、訪リハ、老健、福祉用具)。レスパイト入院は、病院の指示を守るなど条件付きで、守れなければ無理。 ②ショートステイは本人拒否のため家族もあきらめている。在宅でのサービスを継続。訪問看護は排便コントロールで週1回利用、タイミングが合わず緊急対応も増えている。 ③本人に呼吸苦改善のためには水分制限を守ることが大事だと伝えても理解してもらえない。	①退院時にカンファレンスを行い、サービス関係者との支援方法について意思統一を図ることができた。 〔○〕 ②本人に話をしても大変な状況を理解してもらうことが難しいが、継続して水分や塩分制限の必要性を伝えていく。〔△〕	近所の関わりや見守り 妻は、民生委員との付き合いもあり、近所づきあいは良好である。 母は認知症のため、近所の人の認知症の理解や見守りが必要である。	60代後半男 要介護4 母、妻と同居	糖尿病・COPD 直腸癌術後 腰椎脊柱管狭窄症 慢性腎不全によりシャント造設 鼠径ヘルニア 急性呼吸不全で心停止	訪問看護(1日/週) 訪問入浴(2回/週) 訪問リハビリ(1回/週) 通院乗降(6回/週) 福祉用具貸与
		妻は農業をしており多忙。母は90代で要介護2、最近認知症状が進行しており、その対応も必要となるため、妻は二人の介護をしていく今後の不安が大きい。	近所や周りの人を巻き込んで、本人や母のサービス利用につなげていく。	①6月上旬ショートステイを利用→不安や寂しさから家族に何度も電話をかけてきた。施設では暴言等もなく水分管理もできたが、本人は「寂しかったので二度と行かない」と言っている。→退院後、ショートステイは空床が無く、本人の拒否もあり利用は出来ていない。家族も本人を納得させるのは大変なので諦めている状況。 ②母は、家族に菓子の管理を任せられないため服用が出来ていない。デイサービスも本人が望まないため導入できていないが、お試しでの利用を調整していきたい。	本人はショートステイの利用を拒否している為、訪問系サービスの利用を継続する。母にはデイサービスのお試しをしてもらえよう調整する。〔△〕				
7	地域での見守りが限界にきている80代男性への支援について	問題行動のある方が、地域で生活していくために必要な支援について	問題行動に関して身体的な評価を行う。声かけの方法や返事がない時に家に入って良いかなどを息子に確認し、地域の方に見守りを継続してもらう。	①認知症状について病院受診→認知症ではなかった。 ②デイサービス利用を開始→利用者と会話をしたり、洋服など整容にも気を使うようになり、デイサービスの日を楽しみにしている。オムツ使用なし、歩行も杖なしで行えている。 ③地域の方との関わり→民生委員が訪問し次男と話が出来る。近所の方とも連携をとり、見守りで何かあれば民生委員に連絡が来る。	①認知症専門医への受診が行えた。 〔○〕 ②デイサービスに行くことで整容にも気を使うようになり問題行動も減ってきているため、継続して支援していく。〔△〕 ③地域の見守りは民生委員さんを中心に近所の方との連携が取れている。〔○〕	見守りの方法(声かけの仕方など)について、どのように解決していくか。	80代前半男 要介護2 次男と同居	高血圧 大腸ポリープ 右足親指の挫傷	なし
		自宅もゴミ屋敷の状態なので、衛生面の支援が必要である。	生活環境は人が関わることで改善されつつある。病気や転倒リスクを減らすためにも本人のできる事を活かし、在宅の日常生活の環境を良くしてから通所系サービスを導入するのがよい。	次男の仕事が忙しくなってきたこともあり、家の片づけは出来ていないこともあるが、訪問者があると整理するなど人が関わることで環境は改善されつつある。本人もデイサービスを利用することで生活のリズムができ、衛生面の改善もみられるようになっていく。〔△〕	家の環境や衛生面については、人の関わりが出来たことで改善されつつあるあるが、片づけは出来ていないため今後も継続して支援していく。〔△〕				
8	失語の為本人の意思表示がなく家族からの情報も得にくい60代男性への支援について	本人の意思が確認できない。家族からの情報も曖昧である。	家族のいないところで本人から情報を聞くために、デイケア利用時にケアマネが本人と会って意向を確認する。H28以前の本人の情報を調べる。	①本人は話しが出来ず、50音表でのコミュニケーションも難しい。他県の工場で働いていた時に指を怪我し、障害者手帳所有で医療費免除あり。その後、数年でつばに戻る。 ②年金は兄嫁管理、デイ利用料は姪夫が支払いしている。以前は、自転車で買い物に行ったり洗濯も自分で行っていた。 ③主治医に連絡をし、本人の病状について確認をした。H16多発性脳梗塞、H28再発。	本人とのコミュニケーションは難しく、意思確認はできないが、家族や主治医から少しずつ本人の情報を聞くことが出来ている。〔△〕	—	60代後半男 要介護4 亡くなった兄の家族と同居	多発性ラクナ梗塞	通所リハ(4回/週) 福祉用具
		家族間で本人の介護についての話し合いがなく意向がはっきりしない。	サービス担当者会議を開催し、キーパーソンを明確にする。介入のチャンスとなるADL低下のタイミングを逃さないようにする。	9月の介護認定更新に合わせて担当者会議を開催したいと考えているが、義姉、姪は忙しく出席してくれるか不明。	担当者会議を9月に開催予定。家族参加の調整を行う。〔△〕				
9	十分なサービスの利用が出来ず、生活環境も悪い70代男性の支援について	再発や悪化の予防を図るための十分なサービスの利用が出来ず、生活環境(⇒経済的、精神的環境)が悪い。	長男夫婦を含めた担当者会議を開催し、脳外科医から病状の説明をしてもらい、長男夫婦に病気やリスクの理解をしてもらう。本人の自立を目指すプランを立てる。	①デイサービス→休まず利用、体調の変化なし。 ②受診→定期的に行っている。 ③家族を含めた話し合い→事前に段取りをして、長男が無理ならせめて嫁だけでも参加してもらおうよう調整したいと考えている。他県の娘(母に協力的)が帰省した際、嫁にホテルに泊まるように言われ今後足が遠のいてしまわないか心配である。	今後担当者会議などの調整を行い、継続支援をしていく。〔△〕	近所とのつながり 近所の人とのちょっとしたおしゃべりや関わりがあると、介護者の精神的な支えやストレス解消となる。	70代男 要介護4 妻、長男夫婦、孫と5人暮らし	頸椎症性脊髄症 左脳梗塞	通所介護(2回/週)
		本人の介護に同居家族の協力が得られず、妻の家庭内での負担軽減ができない。							
10	整理整頓ができず住環境が悪い70代男性の支援について	本人は長女との生活を望んでいるが、住環境の改善が難しく、移動時の安全や衛生面に不安がある。	かかりつけ医との医療情報の連携の取り方。サービスの再検討、訪問リハ、訪問看護の導入検討。転倒、移動等どこに問題があるかを評価し、問題を整理する。	①本人にケアマネと包括から家族や関係者(本人、家族、ケアマネ、デイサービス事業所、包括)との話し合いの場を持つことを提案。次女から長女に内容を伝え、来月話し合いを予定している。その際、かかりつけ医や訪問看護師など医療の話もし、調整をしたいと考えている。 ②長女が事実と向き合うことができない。猫を2匹飼いはじめ、共同スペースも不衛生な状態に戻ってしまった。	本人の健康面や住環境など課題があるため、話し合いで共有認識を持ち今後の支援に繋げていくこととする。〔△〕	自宅近くの交流の場(社交的な方なので趣味の麻雀やカラオケができるサロンなどが自宅近くであれば、近所との交流や閉じこもり予防につながる)	70代半ば男 要介護1 長女と同居	脳梗塞 前立腺 右精巣膿瘍形成 狭心症 閉塞性動脈硬化症 2型糖尿病	通所介護(3回/週)
		本人の健康を保つために、食事やリハビリが重要であるが、本人も長女も健康管理の意識が低い。	①家族関係の再構築(それぞれが本人を考慮しており、関係性は悪くない)。本人、長女、次女、弟や妹で共有認識を持ち、強み(本人)を活かせるよう、家族の支援(互助)の役割を明確にする。 ②訪問リハ、訪問看護等の医療的視点を導入することで現状の本人を把握した上で、病状リスクを本人に知ってもらう(廃用によるQOLの低下なのかどうか)						

No.	ケースタイトル	課題	解決策(目標)	経過	評価 (○)=解決 (△)=継続	地域課題	本人情報 世帯状況	主疾患	介護保険サービス 利用状況
11	認知症の本人と、コミュニケーションが取りにくい介護者(妻)の『老老介護』世帯への支援について	介護者(妻)が都内で仕事をしている間の、安心・安全な本人の居場所の確保が出来ない。	民生委員と情報共有をし協力して関わって行く。東京の会社近くのデイサービス利用を勧める。	介護者(妻)は、いろいろ聞こうとするとパニックになるため、相手のペースに合わせた支援をしていく。信頼関係を築けるよう包括が定期的に関わり、介護者(妻)の意向を確認し、必要なサービスに繋げていきたい。	本人や妻の意向に沿った支援を継続していく。〔△〕	地域で埋もれている人の早い段階での発見 介護保険制度を理解しておらず、申請や利用に至らず自分たちで抱えているケースが多い。地域では、知られたいと隠したがる場合がある。民生委員から向こう三軒両隣を良くみてほしいと地域の人に伝えているが、なかなか難しい。	90代前半 男 要介護2 高齢者世帯	アルツハイマー型認知症	なし
	エ	コミュニケーションが取りにくい介護者(妻)との関わりが困難。	信頼関係を築くためにこまめに連絡をとり、本来の悩みは何かを探る。受診日を民生委員と共有すれば会うことが出来るのではないかと。受診先と連携をとり、主治医から次男の連絡先など情報を聞いてもらうことは可能か調整する。	通院先のソーシャルワーカーから受診日の情報提供があり、民生委員が本人宅を訪問し顔合わせができた。今後も通院先と関係機関との連携を図り、包括も受診日に合わせた訪問をするなど本人や妻との信頼関係を構築していくなかで、緊急連絡先の確認も行っていきたい。	①通院先との連携により、本人の在宅日を把握することができた。〔○〕 ②信頼関係構築のためには、継続した関わりが必要となるため、今後も関係機関との連携を図り支援していく。〔△〕				
12	地域で生活していく事に何らかの支援が必要になった高齢者世帯について	在宅での生活を続けるためのサービス利用について	①趣味、興味、状況の把握 ②夫婦の緊急時の備え(本人、子ども達)の相談→包括とケアマネが共同で把握や調整を行う ③地域のケア(見守り)チーム→民生委員が中心となり見守りを行う。ふれあい相談員やふれあいサロン、社協と連携 ④アセスメント → ニーズ ⇒ サービス検討 健康・身体・生活・活動について把握と評価を行う	①包括とケアマネで訪問し、息子とも面談した。息子の連絡先を確認し、民生委員とも連携が取れている。 ②8月中旬に専門医を受診し、MRI検査を行った。脳萎縮があり症状が進むようであれば在宅は難しくなると言われた。今後は、月1回の定期受診に息子が付き添う。 ③服薬管理は夫が行っている。 ④妻が食事づくりが大変なので、負担軽減のために高齢福祉課の配食サービスを週7日利用することになり、9月下旬から開始となる。配食サービスの利用状況を見ながらリハビリの話を進めていこうと考えている。	①専門医の受診ができた。〔○〕 ②夫に緊急時の対応が出来るのか不安。緊急時の連絡方法について確認をしておく必要がある。〔△〕 ※夫婦共高齢のため、訪問看護の導入は早急に必要ではないかと参加者より指摘あり。→専門医を受診し、主治医とも夫婦のこれまでの生活に沿いながらサービスを検討していくことになっていると伝える。→本人達は、周りの後押しがないと動けないので、包括が訪問看護導入の説得をしないとサービスにつながらないのではないか。→主治医、本人、家族との調整を行う。〔△〕	地域のケア(見守り)チームづくり 誰をキーパーソンとしてチームづくりを行うかを明確にし、見守りを行う。	80代後半 女 要支援1 高齢者世帯	(夫)難聴 (妻)高脂血症 大腸がん	なし
	エ★	理解力の低下や物忘れがある妻への支援について	専門医受診の勧め→包括が本人達や息子達に伝え、必要性の再検討を行う。						
13	二人暮らしで主介護者が入院し、生活すべてに支援が必要な方が在宅生活を強く望む場合の支援体制について	体調不良、悪化傾向の方が自宅で一人で過ごすことになった場合にどのような支援をしたらよいか	サービス導入については、本人や養護者の意向を尊重すべきで、望まない、納得しないサービスを無理やり入れる必要はない。医療行為は、本人や養護者の意向をどのようにくみ取るかが大事。	終了ケース		親戚や近所の人達の役割とサービス関係者との情報共有など連携について	70代後半 男 要介護1 高齢者世帯	肺気腫 慢性気管支炎 褥瘡 抑うつ神経症 心房細動	訪問介護(6日/週) 訪問介護(2日/週)
	イ	インフォーマルによる支援のとりまとめや関わりについてどのように行ったらよいか	フォーマルサービスを中心しつつ、インフォーマルサービスとフォーマルサービスとの関わりを取り入れ、インフォーマルサービスが役割(負担のない範囲)を適宜担うようにする。						
14	キーパーソンが不在のためサービス利用につながらない独居女性への支援	キーパーソンが不在であり、医療処置も出来ない。今後介護保険サービス等希望があっても契約できない。	親族に負担軽減のメリット等理解の得られやすい説明を行う。制度をきちんと理解してもらえれば、サービス導入につながる。金銭管理は、日常生活自立支援事業の利用や管理をしてくれる施設への入所を検討。また、介護サービスを利用することで義妹や友人の負担軽減となる。	脱臼はそのまま医療処置は出来ていない。介護保険サービスの契約ができた。訪問介護：週1回→掃除、通所：週2回→利用者との交流もあり楽しく通っている。本人の希望もあり先月から週3回利用している。	①医療処置は行えていないため継続支援とする。〔△〕 ②介護保険サービス導入ができ、義妹や友人の負担軽減となった。金銭管理は義妹が行うことになったため借金の不安は解消された。〔○〕	田舎のしがらみやおせっかいを有効に使っていき。民生委員や区長さんなどにも協力してもらおう。地域のつながりを強みとする。	70代前半 女 申請中 独居	高血圧 認知症	なし
	エ	依存的であり、義妹や友人の負担が大きくなっている。		サービス導入ができたため負担が軽減された。デイサービスに行かない日は、近所の友人が日に何度か様子を見に行ってくれているため、声かけ見守りは出来ている。					
15	日常的に支援が必要な80代女性の支援方法と協力者への対応について	Aさんの発言・意向が強く、本人の意向が見えてこない。また、Aさんがいることによって本人の生活実態が把握できず適切な支援が導入できない。	Aさんがいない時にケアマネが本人の意向を聞く。包括は民生委員等に地域関係を確認する。Aさんの関わりが強いが、親族しか関われないこともあることをAさんに知ってもらう。	妹に連絡をしたところ、その方は本人が妹のように慕っている親戚だということが分かった。子供の連絡先は教えられないと言われ、本人のことで連絡が必要となった際は、その方に連絡することで了解してもらった。本人は友人の介入があるため現状に満足しており「今は大丈夫」と話す。ここ数日、体調が悪化し骨折もしてしまったため、ショートステイ利用の調整を行っている。Aさんも面倒を見切れないと話すようになったため、サービスを利用しながら今後の生活について考えていく。	体調悪化もあり、Aさんがこれまでのように関われなくなったため、サービス利用の調整を行う。子供の連絡先は把握できていないが、必要時には親戚の方と連絡を取り、今後について支援していくこととなる。〔△〕	インフォーマルの関わり方のルールづくりが必要。地域包括ケアを考えると地域の人の関わりは必要。どこまでやってもらうかを考える。出来ること、出来ないことを整理する。	80代前半 女 要支援1 独居	COPD・喘息 甲状腺機能低下 角膜混濁 ネフローゼ症候群	訪問看護(1日/週)
	イ	本人、養護者ともに適切な金銭管理ができていない。	Aさんの支援はいつまで出来るのか。何らかの対策が必要。司法書士の無料相談を利用する。Aさんの支援はいつまでも続かないことの理解を包括から本人に促す。						
16	認知症状が強いが独居生活をしていかなければならない80代女性の支援について	自宅で生活するためには、デイサービス以外にどのような支援が考えられるか。	民生委員や本人を知っていて関われる人の協力を得て見守りを行う。主治医と相談して薬の調整を行い、ショートステイを利用する。	①民生委員が2週に1回、日曜日に訪問してくれるようになったが、本人は誰なのかを理解していない様子。 ②施設は防犯上するようにしている。自宅にマッチやライター等はないので火の不始末は心配ない。 ③本人は、動きが良くなり攻撃性も増している。デイサービスは通えているが、入浴やオムツ交換を拒否し、他利用者への暴言あり。ケアマネが認知症疾患センターと主治医と連携し、12月のショートステイ利用に向けて1週間ごとに内服コントロールを行っている。	①民生委員の定期的な関わりができた。〔○〕 ②主治医と連携した薬の調整が行えているため、ショートステイ利用に向けて支援を継続する。〔△〕	地域での見守り 民生委員や本人を知っていて関われる人の協力を得て見守りを行う	80代後半 女 要介護3 独居	レビー小体型認知症 アルツハイマー型認知症	訪問介護(6日/週)
	エ	声かけをしないと食べない状況で、食事はどのような工夫をすれば食べてもらえるか。	誰かの関わりが必要。上手くヘルパーさんの顔つなぎが出来ればよいが、家に入るには慣れた人でないと無理なので、近所の妹や次女に協力を依頼してみる。本人が食べやすい盛り付けやデイサービスでのおやつを工夫してもらう。朝・夕は高カロリーの飲み物を利用する。	エンシュア250ccを10時と15時に半分ずつ1日1本で10日間飲み始めた。活動的になっていることもあり娘が週2回用意している食事も食べていて体重が3.7kg増加した(体重増加はむくみの可能性ありと参加者から指摘あり)。	高カロリー飲料の利用で栄養面は解決できた。〔○〕 むくみの可能性については観察していく。				

No.	ケースタイトル	課題	解決策(目標)	経過	評価 (○)=解決 (△)=継続	地域課題	本人情報 世帯状況	主疾患	介護保険サービス 利用状況
17	不衛生な環境で生活する70代独居男性の支援について	住環境、衣類、身体共に不衛生な状態である。車がないため外出が出来にくくなり、買い物や公衆浴場に行けない。	サービス導入にあたり環境整備が必要(家族、包括、在支などが支援)。サービスが整っている小規模多機能の検討。通っていた入浴施設のデイサービスの検討。	自宅近くに通っていたことがある病院はなかった様子。本人や家族に確認したが分からなかった。10月上旬の介護保険認定調査は長男の嫁と包括が同居。要介護1となった。10月中旬に亡くなっているのを家族が発見(2日前の家族訪問時に変わりはなかった)。アルコール性肝不全との診断。11月に長男が包括に報告に来た。	死亡のため終了	地域とのつながり。民生委員を中心に近隣の人達の見守り。たばこの火の不始末による火事の心配。	70代後半男 申請中 独居	アルコール依存症 両下肢怪我 下肢痛	なし
		しばらく通院していなかったが、ようやく受診できた。継続していくことが必要である。	自宅近くの病院に通っていたことがあるか調べ、近所のかかりつけ医を探す。						
		息子夫婦が関わりを持ってきているが、負担が大きい。	サービスが導入できれば、息子夫婦の負担軽減となる。本人と在支相談員との信頼関係があるため包括と連携し支援していく。						
18	高齢者2人世帯で主介護者が要介護になったが、施設入所が難しい方への支援について	内縁の夫も介護サービスを利用しているため、介護に限界がある。	本人も内縁の夫も高齢のため、体力的にも限界がある。親族との調整を行うことが必要。生活保護の決定によってサービス調整も変わってくる。24時間対応のサービスや訪問看護の利用を検討する。	1週間程発熱があり、毎日往診で点滴を行い少し落ち着いてきた。デイサービスに行けないので、毎日ヘルパーを利用。訪問看護は「まだいい」という反応なので導入していないが、今後も調整を継続する。地域医療連携室では、入院先として主治医と連携しているが、退院後の本人の様子やその後の経過が追えない。	主治医との連携ができていますが、訪問看護の調整を継続して行う。 〔△〕	地域での見守り シニア食堂などの食糧支援	70代後半女 要介護5 内縁の夫と同居	認知症 脳梗塞・症候性てんかん 褥瘡 敗血症	訪問介護(4日/週) 通所介護(3日/週)
		生活保護の申請はしたが、対象は一部のみ予定のため、経済的な不安が解消されない。	インフォーマルサービス利用を検討。地域での見守り、生活困窮者への食糧支援としてボランティアによるシニア食堂などが地域にできるとよい。	生活保護の受給が決定し医療と介護の負担がなくなったため、経済的不安は解消され、そのことの訴えはなくなった。	生活保護の受給が決定したことで経済的不安は解消された。〔○〕				
19	自宅での生活を望む90代男性への支援について	ふらつきがあり、転倒リスクが高い。転倒予防のためにどのような支援が考えられるか。	ふらつきの原因を把握する。自宅の環境は整っているが、動線を短くして転倒リスクを減らすために妹の部屋との交換を打診する。	血圧低下、血行不良、体力低下によるふらつきあり。寒さによる活動低下で動きが悪くなっており、ポータブルトイレへの移乗時に転倒を繰り返している。	転倒するのは、本人の力がないからなのか、血圧が低いことによるふらつきが原因なのか。日常活動ができるような支援や関わりが必要なため主治医に相談する。〔△〕	—	90代前半男 要介護3 息子夫婦、孫、妹と5人暮らし	高血圧症 脳梗塞 アルツハイマー型認知症 廃用症候群	通所介護(2日/週) 訪問看護(1日/週) 訪問リハビリ(1日/週)
		主介護者の負担軽減を図るためのサービス導入について	本人がショートステイに行かない理由をはっきりさせる。デイサービス追加を検討。長男の嫁は、3人を介護しており負担が集中しているため、負担状況の確認をする。長男を交えた担当者会議を開催。主治医と連携し、長男の役割をはっきりさせる。	①家族全体で話し合いを行った。本人：ショートステイや入所は拒否しており、自宅が一番いい、今の状態で満足していると話す。長男：本人が納得してくれれば施設も賛成。長男の役割を決めて家事や介護の協力をしてもらおう。長男の嫁：12月上旬には実母が入所する予定。状況も変わるので、様子を見て訪問介護の利用は検討していきたいと話す。 ②寒くなり本人の生活リズムが乱れてしまったこと、長男の嫁も生活リズムがバラバラなため、家族で協力し生活リズムを整えていく。	①長男の役割を決めて家事や介護の協力をしてもらおうことになった。〔○〕 ②家族で協力し生活リズムを整えてからサービスを検討する。〔△〕				
20	独居生活の継続に限界を感じる利用者への支援	認知面に不安が目立つ様になり、金銭管理やデイケアの準備が難しくなってきたが、本人は他人が自宅に入る事に強い拒否がある。	デイケアの準備は、前日夜に娘に行ってもらおう。担当者会議に娘の夫も参加してもらい、関わる人を増やす。主治医に認知症を診てもらおう。本人の困っていることや課題を確認する。食費の支出が多いので、配食サービスを利用し支出を抑え必要なサービス利用ができるようにする。	①介護認定の区分変更をして、要支援2から要介護2になった。負担限度額も認定された。本人はショートステイが気に入りデイケアには行かず、月20日程度ショートステイを利用している。 ②自宅に帰っている期間を民生委員さんに伝えるなど、会議後は連携が取れるようになった。 ③返済計画よりも早く今月滞納分の支払いが完了した。 ④圧迫骨折は歩くと痛い様子。本人と娘も施設入所を希望しているため老健入所で調整中。	①体調不良でひとり暮らしに不安を感じたタイミングでショートステイを利用することができた。〔○〕 ②民生委員と連携できるようになった。〔○〕 ③滞納分の支払いは娘が対応してくれ完了できた。〔○〕 ④施設入所に向け調整中。〔△〕	高齢者を狙った消費トラブルの情報共有	80代前半女 要支援2 独居	うつ病 肺炎・逆流性食道炎 骨粗鬆症・変形性腰椎症・変形性膝関節症 乳癌	通所リハビリ(2日/週)
		滞納があるなど支払いに課題がある方の施設入所の支援について	返済計画が立っていることで受け入れ施設があった。状況を伝え理解ある施設を選んでいく。						
		担当利用者から事件性が疑われるを事実を把握した際のケアマネとしての対応について	家族や警察、消費生活センター、地域包括支援課に連絡をする。事件性のある場合は、地域に知らせ情報を共有する。						
21	ほぼ毎日近所を歩き回る認知症の自覚のない方への支援について	毎日のように外出しており、行方不明や交通事故の心配がある。	徘徊のリスクと認知症の理解についての家族への説明は、ケアマネからと主治医にも協力してもらおう。息子が主治医に会い、本人の普段の様子を報告することで家族も病気の認識を持つことができる。家族には施設利用への後ろめたさがあるようだが、そこも含めてリスクや認知症の理解について主治医から家族に説明をしてもらう。Mさんの負担も大きいので、本人が気に入りそうなリゾート風の施設を選び、まずはショートステイを試し、入所につなげていく。	①息子は本人との関わりもほとんどなく無関心。 ②受診やインフルエンザの予防接種も本人が拒否してできない。 ③もともと気が強い性格だったが家族に対してよりひどくなっている。M宅には朝晩行っている。ショートステイは本人が年を取った人ばかりいるところは嫌と言って拒否があり、家族もお金がかかるし自宅以外に泊まるのは難しいだろうと話が進まない。	ケアマネは現状で考えられるリスクを家族に説明しておく。今後に備え、施設の見学など家族に情報を伝えておく。〔△〕	認知症に対する地域の理解と見守り	70代半ば女 要介護3 夫、息子夫婦、孫と7人暮らし	腰痛 アルツハイマー型認知症	通所介護(6日/週)
		認知症に対する家族の理解や対応について							
22	近隣に親族不在で金銭問題を抱えた80代独居男性	浪費家で金銭管理困難も、頑固でプライド高く他者の意見に耳を貸さない為、経済的トラブルが解消されない。	娘との同居は可能か。日常生活自立支援事業は本人が拒否のため、金銭管理は娘にしてもらおう。民生委員に相談しておく。	①娘宅のマンションでの同居は孫娘の同意が得られなかったため、娘のいる東海地方の施設に入所できるよう調整。 ②ヘルパー利用時に転倒や失禁があり在宅生活が難しくなり、市内の特養でロングショートを利用。 ③定期受診で肺炎のため入院。入院中は車の乗降と約6時間の移動ができる体力と立位保持が出来るようにという具体的目標を立ててリハビリを行った。 ④退院と同時に娘の車で移動し、娘宅近くの施設に入所ができた。訪問の度に娘の負担を本人に伝え説得をしたため、本人も納得をしてつくばを離れることができた。	遠方に住む娘の負担を訪問の度に本人に伝え説得したため本人も納得してつくばを離れ、娘の自宅近くの施設に入所となった。入所に備え、長距離移動の体力保持のため具体的目標を立てリハビリを行った。〔○〕※転居のため終了	近隣に親族がいない方への関わり方や緊急時の対応 社協の見守り活動でのゆるやかな見守りを行う 災害時要援護者台帳やツクツク見守り隊など一体的なシステムづくり	80代前半男 要介護1 独居	大動脈弁狭窄症 うつ血性心不全 早期大腸癌術後	訪問介護(3日/週)
		介護依存度が高い状態だが必要な介護サービスを導入できない	①1階に住み替えられると自分で出来ることも増えるのではないかと。②生活をみられるかかりつけ医、訪問看護や訪問リハビリを検討する③ケアマネの負担が大きくなりがちだが、地域力を活かしチームプレーで支援していく。						

No.	ケースタイトル	課題	解決策(目標)	経過	評価 (○)=解決 (△)=継続	地域課題	本人情報 世帯状況	主疾患	介護保険サービス 利用状況
23	養護者の関わりが不安定な独居高齢者	現在は、甥が養護者となっているが、体調不良等で養護者の関わりが今以上に必要となった際に急にまた放棄したいと言い出してくるのではないかな。 室内が便で汚れることが多くなってきた。デイサービスお迎え時の対応も必要となってきた。 今まで何とか扇風機や炬燵のみで過ごしてきたが、今後不安である。甥は、電気代がかかるからとエアコン購入を拒否。	現状を継続してもらえるようにケアマネと民生委員が随時連携し、甥の話を傾聴しながら支援を続けてもらえるように話す。無理な場合は、公助の活用を関係者が促し勧める。 デイサービスの居宅内介助で対応してもらうようケアマネが依頼する。対応が続くようであればヘルパーの送り出しを利用するよう甥に話す。 家電火災のリスクを考え、訪問者が火の元の安全確認を行い関係者で見守っていく。	①デイサービス迎え時に意識がなく入院。甥は保証人を拒否し、弟（ケアマネは今回存在を知った）が保証人になった。金銭管理は甥。前日はヘルパー利用、夕方の配食も食べており、夜から朝にかけて体調悪化したと考えられる。敗血症、脳梗塞の診断。 ②甥は病院から呼ばれることが多くなったことで手を引きたいと言い始めた。病院のソーシャルワーカーと相談し、以前ケアマネが情報提供をしていた民間の身元保証サービスを今後は利用したいという甥の意向があり現在調整中。転院し、退院後は施設入所を希望している。	甥がこれ以上の支援はしたくないと言い始めたが、事前に民間の保証サービスの情報を伝えていたことで速やかに調整を行うことができた。〔△〕	—	80代後半 女 要介護3 独居	意識障害・低体温 認知症 多発性脳梗塞・高血圧	訪問介護(4日/週) 通所介護(2日/週)
24	ひきこもりの息子との接触を避けている他者との交流のない70代女性	緊急時のキーパーソンが不在 他者交流がない。デイサービス等は勧めても拒否がある。 運動不足である。骨折やその他の不調は運動不足から来ていると医師から言われている。	息子がキーパーソンになれるとよい。ケアマネだけでなく、ケースワーカーや民生委員も一緒に時間をかけて話をしていく。息子が表に出てこない理由を把握する。 病院と連携しサービスに繋げていく。リハビリ継続のためにデイケアを勧める。 通院できているので現状で十分。服薬管理と本人の話を傾聴し気持ちを和らげるために訪問看護を検討。	①ケアマネが生活保護ケースワーカーと訪問し、息子と本人の4人で話が出来た。息子は体調が悪いと通院できていないが、今の状態で療養出来るのがいいと話していた。息子に、母親に何かあった時に協力してもらえるよう話をしたところ同意を得ることが出来た。今後も年1〜2回一緒に訪問できるよう連携していきたい。 ②民生委員に連絡をし、今後の連携の下地が出来た。 ①病院のソーシャルワーカーと連携がとれるようになった。 ②通院先の理学療法士からもリハビリ継続の必要性を話してもらい、医療でのリハビリが終了するタイミングで介護保険のデイケア利用を勧めたい。 現状維持。訪問看護導入は本人の意向を確認しながら検討していく。	生活保護ケースワーカーと訪問することで息子に会うことができ、キーパーソンの同意を得ることが出来た。ケアマネが民生委員とのつながりを持つきっかけができ、連携の下地が出来た。〔○〕 ①会議を通して病院との連携がとれるようになった。〔○〕 ②デイケア導入のため支援していく。〔△〕 新たなサービス導入とはなっていないが、現状の関係者との連携が図れるようになった。〔○〕	—	70代半ば 女 要支援2 長男と同居	気管支喘息 心身症 直腸腫瘍 橈骨遠位端骨折	訪問介護(2日/週)
25	認知症の進行により在宅生活が困難な80代女性への支援 エ★	在宅での生活は困難と理解はしていても入所へ踏み切れない長男へどのように支援していったらよいか 今後も安全な在宅生活を続けるにはどうしたらよいか	まずは本人の意向と生活課題の再整理。グループホームで1ヶ月お試しするなど中長期的利用を試してみる。 本人のできる役割を増やしていく。要介護3の限度額内でサービスの充足を図ってはどうか。	①長男の仕事が多忙なため話ができていない。 ②サービスを増やすと限度額を超えてしまう。ショートステイのお迎えまでに用意ができないことが続き、ヘルパーの時間だけでは準備ができないため、長男が出勤前に準備するか、土日に変更することを検討。本人はショートステイはデイサービスの延長だと思っている。 ③ポットにご飯が入っているのをヘルパーが見つけた。ファンヒーターはタイマーで切れるようになっているが、ヒーター前に座っていて上着が焦げ臭いことがあった。 ④社協の見守り活動の説明を長女と長男それぞれにしたが、長男は「登録はしなくていい」とのこと。長女は、近所の知人が家に入ってくるのが長男は嫌なのかもと言っていた。	①長男と長女が一緒に話し合いの場を3月中に設定できるよう調整する。 ②見守りの登録をしなくても地域で気になる人をさりげなく見守ってもらうことはできるので、社協の担当と情報共有をしていく。〔△〕	自宅前の道路は交通量が多い。地域の見守りがあるとよい。	80代半ば 女 要介護3 長男と同居	アルツハイマー型認知症 変形性膝関節症(両膝術後)・腰痛症 高血圧・高脂血症・2型糖尿病	訪問介護(5日/週) 通所介護(3日/週) ショートステイ(不定期)
26	身寄りがない独居女性の見守りと支援 ウ	独居。遠方に住む義姉は高齢。緊急時の支援体制をどうするか。 病気になる意識が薄く、内服薬の飲み忘れも多いが管理する人がいない。 タバコの火の不始末やストーブをつけて床で寝てしまう等、日常生活の見守りをご近所や民生委員が行っているが、今後は?	緊急通報システムを検討。今後関わってくれる親族を確認する(探す)。ケアマネに対して拒否がないので、サービスが切れないようにしたい。訪問看護を利用。見守りは民生委員や近所、夫の知人に協力してもらう。 訪問看護を2週に1回利用検討。夜1回の服薬に変更できるとよい。 民生委員や近所の付き合い、夫の知人の協力は継続しながら専門職の関わりも切れないようにする。	サービスは必要ないと理由で会議の翌月で終了となった。服薬について本人に話したが、全く聞き耳をもたない。今後は地域包括支援センターで支援をしていくため、ケアマネと一緒に訪問をした。民生委員にも現状を報告する。	本人拒否によりサービスが終了となってしまった。今後は地域包括支援センターで民生委員と連携し見守っていくことになる。〔未解決・△〕	火事の心配(タバコの火の不始末、石油ストーブ使用)があるため、近所の人が関わっている。本人に危機意識のない場合の対応。	70代半ば 女 要介護1 独居	脳梗塞 高血圧症 脳動脈瘤 認知症	通所介護(2日/週) 訪問介護(2日/週)
27	精神疾患を抱える高齢者世帯の支援について エ	買物好きでサプリメントや高額な家電等を購入しローンあり。難しいことの対応ができず、ケアマネが介護保険外での電話や訪問に追われることが多い。 精神疾患がありながらも妻を介護する生活でストレスを抱え、今後本人にどのような影響があるのか、どこまで介護を継続できるか不安。 兄弟や親戚との交流が乏しい。本人が倒れたら、妻の在宅生活は継続できない。施設入所時も保障人等の問題あり(兄の協力はどこまでか不明)	日常生活自立支援事業を継続し、サービススタッフから日常の状況を確認する。ケースワーカーを交えて支援していく。ケアマネに頻回にある電話は連絡先や相談先が振り分けられるとよい。 近所で関わってくれる人がいるとよい。二人で暮らしたいという意向はあるが、妻の施設入所検討も必要。病予防のために体重を減らす食事指導をし、本人に健康管理をしっかりとってもらう。 兄の協力は必要となる。関係は良好のようなので、元気なうちに段取りを決めておく。	①日常生活自立支援事業を利用して1年が経過し、月2回の支援で食費や小遣いなどやりくりが出来ている。現在は2つの宗教で迷っており、だまされやすい方のため見守っている状況。 ②ケアマネへの電話は、床屋に行くための介護タクシーの確認等がかかってくるが、疾患特有のものとは捉え関わっている。 ヘルパーに声かけをしてもらうことで薬の飲み忘れはない。訪問看護とヘルパーが連絡ノートで共有し健康管理を行っている。 兄は仕事をしており、今後についての話し合いの時間は持っていない。	金銭管理は日常生活自立支援事業の利用で解決出来た。ケアマネへの電話は、疾患特有のものとは捉え関わっていく。〔○〕 連絡ノートはサービス提供者間で共有するだけでなく、本人に伝えたことも記入し、それを本人と確認できるように利用していく。〔△〕 兄と話し合いを早めに調整する。〔△〕	ご近所トラブルがある方の地域との関わり方	60代後半 男 要支援2 高齢者世帯	統合失調症	訪問介護(3日/週)

No.	ケースタイトル	課題	解決策(目標)	経過	評価 (○)=解決 (△)=継続	地域課題	本人情報 世帯状況	主疾患	介護保険サービス 利用状況
28	本人らしい生活を継続するための支援	本人らしく生きがいをもって生活するために必要なこと	輝いていた時代など昔の話や好きなことなどを聞き、今までの生活を振り返る。本人らしく生きるために関係者も本人について知ることが大切。	本人とこれまでの話は特にしていない。笑顔もみられ、穏やかに過ごしているのを見守っている。		高齢者住宅と地域のつながり(地域は小学校区、自治会単位で考える)他県から転居してきた方のための方言ボランティアの養成	90代前半 女 要介護2 独居 (高齢者住宅)	心不全 連合弁膜症 高血圧	訪問介護(7日/週) 通所介護(5日/週)
		入居や入所することで、今まで生活していた地域とのつながりが切れてしまう	顔見知りの人とのつながりが続くとよい。長男の協力を得て、床屋に連れて行ってもらう。高齢者住宅が地域の中で人が集まれるサロンや趣味サークルの活動の場所になれるといい。徒歩2km圏内に集合住宅があれば、これまでの関係がつながる。	2週間ぐらい前に息子が会いに来て、本人が大切にしていた2万円を持って行ってしまった。息子は月に1回ぐらいは来るが、協力を得るのは難しそう。	入居や入所をすることで安心してしまい、本人らしい生活を考えたり、家族に協力を求めることが少なくなってしまう。〔未解決〕				
29	買い物や受診に困る70代女性への支援	買い物は他者に頼むのではなく、自分の目で確認して買いたいため、買い物を何とかしたい。	(1)方法を提案(生協やイオンなどへファックス注文し配達してもらう、小さな店に行き自分で見て買う、セニアカーやタクシーを利用等)選択肢をしばり本人に選んでもらう。	①要介護1から要介護2になった。セニアカーをレンタルし、お店まではそれで行くようになった。店内はカートを押して買い物をしている。本人は車のような感覚で抵抗なく利用している。気持ちが前向きになった印象を受ける。 ②医療系サービス利用は拒否があるが、本人に情報を伝え、導入のタイミングをみていく。	①セニアカー利用で外出が楽になったことで、気持ちが前向きになった。〔○〕 ※セニアカーは危険もあるので、近所の見守りが大切 ②体調の変化を観察し、医療系サービス導入につなげていく。〔△〕	近所に大型商業施設が出来て良かったと思う一方、見えるところなのに買い物に行けない人がいる。近いから良いことだけではない、大丈夫ではないという視点でみていく必要がある。	70代前半 女 要介護1 独居	糖尿病 脳梗塞 心筋梗塞	訪問介護(1日/週) 福祉用具貸与(歩行器)
		車酔いが激しく10~15分程度の乗車が限界であり、移動範囲が限られてくるため、受診も一苦労である。	(2)車酔いの原因は何なのか、はっきりとさせる。医療系サービスの導入については、生活や身体の評価をしてもらうことを理由に訪問看護、訪問リハビリを提案。						
		介護サービスは本人のプライドもあり週1回の掃除支援のみ。自宅内で安全に過ごせているかが不透明な状況で、疾患から孤独死になる可能性も考えられる。							
30	自宅で生活したい入院中の80代男性の支援	自宅で安全安心な生活を支えるためのサービス導入について	家族にリハビリの様子を見てもらい、説明を受け今の状態を把握してもらう。息子がいる時に外泊を試し、自宅で生活ができるのか判断してもらう。住宅改修や介護度に応じた必要なサービス(介護、看護、レスパイト)を家族とよく話し合い、トータルケアの環境を整える。	家族(妻と長女)にグループホームを見学してもらった。退院カンファレンスを行い、家族(妻と長男)は主治医から歩行はできないとの説明を受け、退院と同時にグループホームに入所となった。家族が納得して入所したはずだが、わだかまりがある時期があった。現在は家族も納得し落ち着いている。次男の帰省に合わせて一時帰宅を予定している。	入院中にグループホームの情報提供をしたことで、家族も納得して入所でき、本人の安全安心な生活につながった。〔○〕	-	80代前半 男 要介護1 妻、長男と3人暮らし	脳梗塞 アルツハイマー型認知症 高血圧	通所介護(3日/週)
		本人が生きがいを持って生活し続けるための支援	趣味の盆栽ができたり、庭を眺められるような環境づくりをする。	グループホームは自然豊かな所。本人ができると思いでいてしまうので見守りが必要だが、にこにこ落ち着いて生活し、帰宅願望はない。	自然豊かな場所での生活で落ち着いて暮らしている。本人の楽しみなどを見つけ支援していく。〔△〕				
31	息子の介護協力が希薄な70代女性の支援について	ゴミ出しをどのようにするか	(1)本人の意欲を尊重⇒セニアカー利用、訪問リハビリ利用で機能維持 (2)役割の整理⇒担当者会議でサービスを調整。民生委員や隣人に相談 (3)ニーズに対応してもらう⇒集積所の改善など地域住民から行政に働きかけてもらう			ごみ出しの問題(集積所まで遠い、ゴミが重くて持てない、道路が狭く戸別収集も難しい)	70代後半 女 要介護1 高齢者世帯 (夫入院中)	腰部脊柱管狭窄症 骨粗鬆症	通所リハビリ(2日/週) 訪問介護(2日/週) 訪問看護(1日/週)
		買い物はどのようにするか	(1)自分で行き楽しむ⇒つくタクを利用して外出し本人が選べるようにする (2)商品によって購入先を選ぶ⇒コープでは重いものなどに限定し、他の日用品はヘルパーに買ってきてもらう						
		他市へ入院となった夫の面会をどのようにするか	自宅近くの病院への転院や老健等への入所の検討⇒病院のソーシャルワーカーの協力を得て、家族との関わりを試みる。→先々の身元保証も見据え対応する						
32	夫の入院に伴い生活が激変した高齢者夫婦世帯に対する在宅生活継続へ向けた支援について	物やゴミが多く、ねずみもおり生活環境が悪い。環境整備をどのように行い維持を図ったらよいか。	安心安全な環境で生活を送ることができる (1)＜長男等家族＞今のうちに大掃除をし、動線確保 (2)＜ケアマネ＞身体と住環境を評価し必要な福祉用具を設置、座位高に合ったポータブルトイレ、ベッド等 (3)すけっとくんの活用			地域の見守り 民生委員やふれあい相談員の関わり、近所との交流を含めた見守り	70代半ば 女 要介護2 高齢者世帯	右足アキレス腱断裂 骨粗鬆症疑い	訪問介護(2日/週) 通所介護(1日/週)
		夫が退院を予定。今後の高齢者夫婦世帯への支援についてどのように個別化と、同号化を区別して考えたらよいか。	相談ができ、安心して生活を送ることができる (1)＜ケアマネ＞①訪問看護(24H体制)、地域のかかりつけ医を検討。②自立支援のための身体介護による生活動作の自立度向上 ③ヘルパー増回 (2)＜息子、インフォーマル＞配食、生協等						

No.	ケースタイトル	課題	解決策(目標)	経過	評価 (○)=解決 (△)=継続	地域課題	本人情報 世帯状況	主疾患	介護保険サービス 利用状況
		夫が退院できず施設入所となる可能性がある。残された妻の自宅独居をどのように支えたらよいか。	住み慣れたところで安心して生活⇒地域、関係機関、介護サービス等⇒何気ない見守りの広がり。医療、介護で関わるところが地域の高齢者の生活状況を理解した上での連携が課題						

No.	ケースタイトル	課題	解決策(目標)	経過	評価 (○)=解決 (△)=継続	地域課題	本人情報 世帯状況	主疾患	介護保険サービス 利用状況
33	本人と家族の意向を尊重しながらより適切な環境に導く支援の方法について	意欲の源である障害者センターをやめることは、これまで自分を支えてきた生きがいを失う。精神機能の低下を防ぐため、今後どのような支援をしていったらよいか。	役割を生きがいに感じながら、これからも充実した生活を送ることができる。 (1)障害者センターでのやりがいに感じていたことを把握する(ケアマネ) (2)役割を続けていけるように状況を整える(ケアマネ) (3)介護保険サービスでの介護、楽しみ、安心への移行となるように時間をかけて話をしていく(ケアマネ・家族) (4)リハの評価によるシーティングの視点を検討(ケアマネ・訪リハ担当)			—	60代後半 男 要介護 5 独居 (住宅型有料老人ホーム)	脳性小児まひ 脳内出血 S状結腸軸捻転	訪問介護(7日/週) 訪問リハビリ(2日/週) 通所リハビリ(2日/週) 福祉用具貸与(車いす・手すり)
34	認知症の進行がある80代男性の支援について	運転免許を返納したことで生活が変化し、自宅で過ごすことが多くなった。 コンビニに行くことが本人の楽しみだが、膝や腰の痛みがあり歩行が不安定である。	1 息子やその家族との関わりを増やす。 ①本人の楽しみを見つける。畑仕事やサロン等交流の場(認知症の悩み相談、関西弁で話せる場所等) ②家族と相談し、安心して過ごせる場所への住み替え(スーパー等のお店近くに転居) 2 タバコの指導、火の元の確認(訪問看護師、ケアマネ)			認知症の悩み相談ができる場所(小学校区など自宅近くの地域にあるとよい)	80代半ば 男 要介護 1 独居	認知症 高血圧症 便秘症 不眠症	通所介護(4日/週) 訪問介護(1日/週) 訪問看護(1日/週) 訪問リハビリ(1日/週) 福祉用具貸与(介護ベッド一式・トイレ用手すり) 訪問薬剤指導
35	サ高住に入居する60代男性の生活の質を高めるための支援 ★	自分で何かをすることなく毎日を過ごされている。本人の生活の質を高めるために何ができるのか。	①生活歴、生活背景を確認する(ケアマネやデイサービススタッフ→関西に居た頃や茨城に転居した時の思い。仕事をしていた頃の過ごし方や楽しみ。妻の死から脳梗塞になる間のご近所づきあいなど過ごし方。などを聞き取る) ②本人がやりたい、できるようになりたい事など具体的な目標を決め一緒に行う(訪問リハビリ、生活行為向上リハビリ)			—	60代半ば 男 要介護 2 独居 (サ高住)	2型糖尿病 右後頭葉出血性脳梗塞 抗利尿ホルモン不適合分泌症候群 アルコール性肝硬変 (消化器内科)	訪問介護(7日/週) 通所介護(2日/週)
36	認知症だが内服せず病状が進行して自宅生活が困難な80代男性の支援 エ	アルツハイマー型認知症の診断を受けているが内服しておらず病状が進行している。 妻に対しての当たりが強くなってきており介護負担の軽減を考慮していく必要がある。	病状の安定を図り妻との生活を送る。 ①神経内科等、専門医院への受診(妻) ②妻、次男に病状を理解してもらう(ケアマネ) 夫婦共に負担を軽減し、状態に適した生活を送ることができる。 ①治療等を確実に行えるようにしていく(妻、次男) ②施設入所を考慮し、本人に適した治療をし生活を整える(ケアマネ、妻、次男)			地域の見守り、徘徊高齢者SOSネットワークへの登録	80代前半 男 要介護 3 高齢者世帯	高血圧症 胃腫瘍(胃がん)	通所介護(6日/週)

平成30年度 つくば市圏域別ケア会議予定表及び事例提示事業所

(第1版)

No.	圏域名	回	日時	事例提示事業所	場所
1	筑波	1	4月23日(月) 13:30~15:30	まどか	つくば市市民研修センター 研修室2・3 住所:つくば市北条1477-1 <担当> 筑波地域包括支援センター 電話:029-828-5806
		2	★ 6月14日(木) 18:30~20:30	筑波地域包括支援センター	
		3	8月20日(月) 13:30~15:30	なかよし	
		4	10月19日(金) 13:30~15:30	星野ケアサポーター	
		5	12月14日(金) 13:30~15:30	ひまわり	
		6	2月14日(木) 13:30~15:30	シニアガーデンアネックス	
2	大穂・豊里	1	4月26日(木) 13:30~15:30	社会福祉協議会	老人福祉センターとよさと ホール 住所:つくば市遠東639
		2	6月22日(金) 13:30~15:30	あいりレー	
		3	★ 8月29日(水) 18:30~20:30	地域包括支援課	
		4	10月23日(火) 13:30~15:30	美健荘	
		5	12月18日(火) 13:30~15:30	アドニスケアプラン	
		6	2月22日(金) 13:30~15:30	つくばらいふ	
3	谷田部西	1	4月17日(火) 13:30~15:30	もみじ	つくば市役所2階 防災会議室3
		2	★ 6月27日(水) 18:30~20:30	地域包括支援課	つくば市役所2階 防災会議室3
		3	8月21日(火) 13:30~15:30	タームズ	つくば市役所2階 防災会議室2
		4	10月25日(木) 13:30~15:30	木の花さくや	つくば市役所2階 防災会議室3
		5	12月20日(木) 13:30~15:30	ケアサポートやたべ	つくば市役所2階 防災会議室2
		6	2月26日(火) 13:30~15:30	アキラ	つくば市役所2階 203会議室
4	桜	1	5月22日(火) 13:30~15:30	筑波メディカルセンター	つくば市役所2階 防災会議室3
		2	★ 7月19日(木) 18:30~20:30	地域包括支援課	つくば市役所2階 防災会議室2
		3	9月20日(木) 13:30~15:30	ことり	つくば市役所2階 防災会議室3
		4	11月20日(火) 13:30~15:30	ふれあいねっとつくば	つくば市役所2階 防災会議室2
		5	1月22日(火) 13:30~15:30	ビーンズ	つくば市役所2階 防災会議室3
		6	3月22日(金) 13:30~15:30	市民の森	つくば市役所2階 防災会議室2
5	谷田部東	1	5月25日(金) 13:30~15:30	松代ケアセンターそよ風	つくば市役所2階 防災会議室3
		2	★ 7月26日(木) 18:30~20:30	地域包括支援課	つくば市役所2階 防災会議室2
		3	9月27日(木) 13:30~15:30	さとのこハウス	つくば市役所2階 防災会議室3
		4	11月27日(火) 13:30~15:30	善心会	つくば市役所2階 防災会議室2
		5	1月24日(木) 13:30~15:30	糸車	つくば市役所2階 防災会議室2
		6	3月18日(月) 13:30~15:30	ケアパートナー	つくば市役所2階 防災会議室2
6	荃崎	1	5月30日(水) 13:30~15:30	くきの里	荃崎農村高齢者交流センター 作業室 (荃崎老人福祉センター隣) 住所:つくば市下岩崎2068 <担当> 荃崎地域包括支援センター 電話:029-886-9500
		2	★ 7月25日(水) 18:30~20:30	荃崎地域包括支援センター	
		3	9月25日(火) 13:30~15:30	つくば双愛	
		4	11月30日(金) 13:30~15:30	あずみ苑	
		5	1月29日(火) 13:30~15:30	大地と大空	
		6	3月15日(金) 13:30~15:30	コミュニティガーデン	

※ ★夜間 18:30~20:30開催になります。

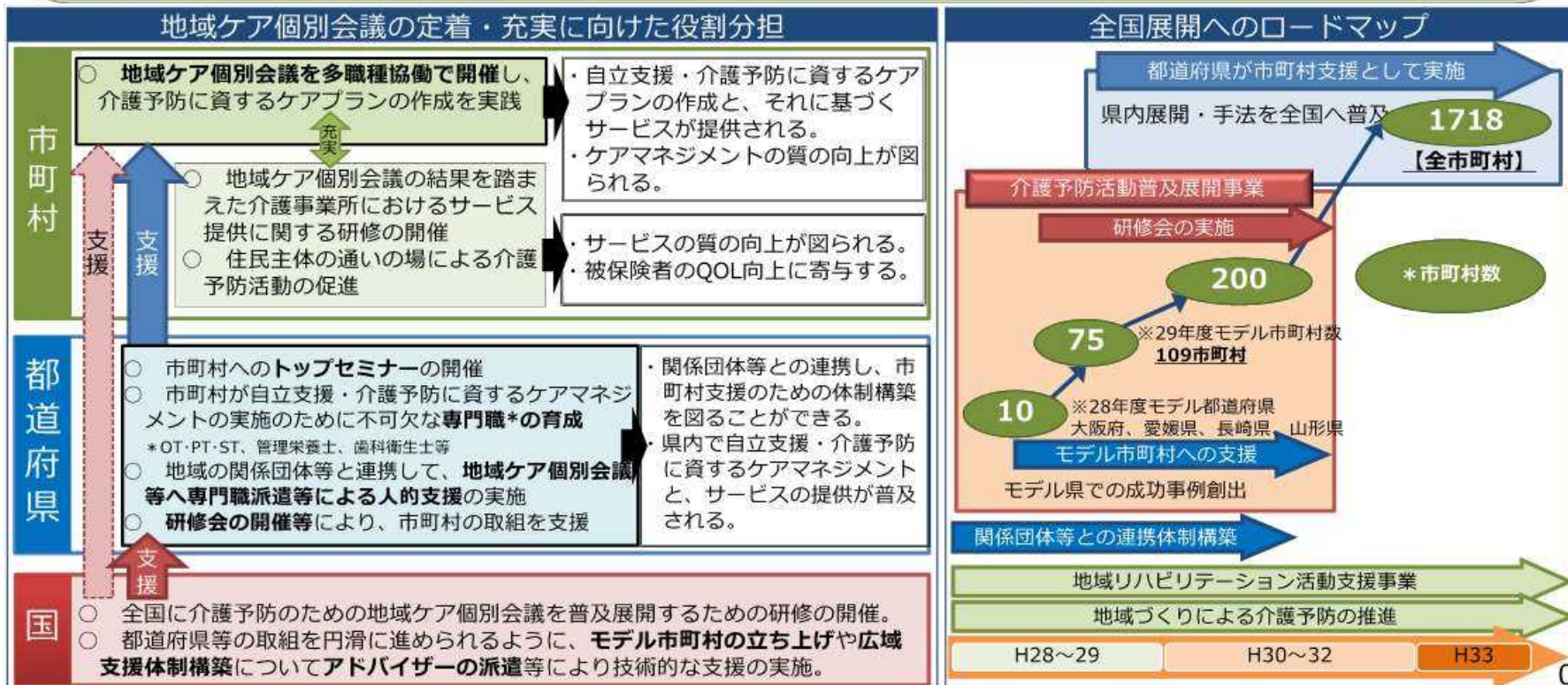
介護予防のための地域ケア個別会議

つくば市地域ケア会議推進事業

～介護予防のための地域ケア個別会議とは～
「介護予防のための地域ケア個別会議」では、自立支援・介護予防の観点を踏まえて地域ケア個別会議を活用することで「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者のQOLの向上」を目指している。目的である「高齢者のQOLの向上」の実現のために、地域ケア個別会議を活用し、多職種からの専門的な助言を得ることで、ケアマネジメントを実施し、高齢者の生活行為の課題等を明らかにし、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行う。

効果的な介護予防等の取組の横展開

- 地域ケア会議は個別事例の課題検討を目的とした「地域ケア個別会議」と、地域に必要な取組を明らかにして施策や政策の立案・提言を目的とした「地域ケア推進会議」に分類される。
- 地域ケア個別会議では、多職種が協働して、個別ケースの支援内容を検討することで、高齢者の自立に資するケアマネジメントを実施し、被保険者の課題解決や自立支援の促進、ひいてはQOLの向上を目指している。これからの自立支援・介護予防においては、介護予防等の観点を踏まえて地域ケア個別会議等を活用し、要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すことが重要である。
- 上記の様な地域ケア個別会議を実施するためには、運動・口腔・栄養等に関して幅広い知識が求められ、多職種からの専門的な助言を得ながら実施する必要がある。
- 平成29年介護保険法改正を踏まえた検討のなかでも、介護保険の理念である高齢者の自立支援と介護予防の堅持が必要とされ、具体的な取組の一つとして、地域ケア個別会議の多職種連携による取組の推進が求められている。
- 国が実施する「介護予防活動普及展開事業」においては、介護予防の観点を踏まえ、多職種が協働して実施している、要支援者等の自立を促すための地域ケア個別会議の手法について、市町村の取組を集約し、そのノウハウを交えながら、実践的な研修等を開催する。



介護予防活動普及展開事業（平成30年度）

●目的

生涯現役社会を実現するため、先進的な市町村等で取り組んでいる効果的な介護予防の仕組みを全国展開し、元気な高齢者を増やすことを目的とする。
具体的には、①介護予防における市町村のリーダーシップ構築、②市町村が主体的に介護予防に取り組むための組織づくりと運営、③効率的・効果的な介護予防に資するプログラム（短期集中介護予防等）の実施と地域の受皿づくりを全国の市町村で実践できるよう、以下のような技術的な支援を行う。

「介護予防のための地域ケア個別会議」の立ち上げを全国で展開していく。

・介護予防のための地域ケア個別会議

利用者のQOLの向上を目指すために、多職種からの専門的な助言を得ることで、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行う。

手引き等の改訂



手引き等の普及

研修会の実施



全国で実施



アドバイザー養成



映像教材等



（1）介護予防活動普及調査事業（国が実施、都道府県・市町村へ情報提供）

28年度介護予防活動普及展開事業において作成した手引きについて、30年度介護予防活動普及研修事業をとおして、手引きの内容の更なる充実を図るために、手引きの改訂を図る。

（2）介護予防活動普及研修事業（国がモデル都道府県、市町村等に実施）

国が平成28年度介護予防活動普及展開事業で作成した研修カリキュラムを用いた研修会を開催し、モデル自治体における事業定着を図る。事業の趣旨・概要、手引きのコンセプトを理解した都道府県が、市町村と協力しながら、同事業において策定した手引きとそれに伴う組織の立ち上げ、運営等をし、モデル自治体における横展開を図る。

- 「介護予防のための地域ケア個別会議」基礎研修会：国が都道府県、市町村等を対象に実施
都道府県、市町村担当者の介護予防のための地域ケア個別会議の趣旨・概要、手引きのコンセプトの理解を促す。
- 地域ケア個別会議司会者養成研修会：国がモデル都道府県・市町村等を対象に実施
介護予防のための地域ケア個別会議の司会者に求められるスキルの獲得を目指す。

（3）介護予防活動普及アドバイザー養成事業（国が実施）

- 地域ケア個別会議アドバイザー養成研修会：国がアドバイザーになり得る者*を対象に実施
手引き等の普及や介護予防のための地域ケア個別会議の実践を推進するためのアドバイザーを養成。
* 都道府県担当者を想定しているが、都道府県が推薦する者でも可（例えば関係団体から推薦される専門職等）。
都道府県を単位に活動することが想定されるため、実際に市町村にアドバイスや実地支援できる者が望ましい。

資料No.5

平成29年度 生活支援体制整備事業 事業報告

日時／平成30年4月27日(金) 13:30～

場所／つくば市役所6階 第2委員会室

目次

《報告事項》

- 1 平成29年度 生活支援体制整備事業計画実施状況
- 2 平成29年度 つくば市生活支援体制整備推進会議(第1層協議体)の取り組み
- 3 平成29年度 第2層協議体の設置に向けた取り組みについて
 - (1) 荃崎圏域での協議体設置までの取り組み
 - (2) 筑波圏域での取り組み
 - (3) 大穂・豊里での取り組み
- 4 平成29年度サービス利用者(要支援者)アンケートの実施について
- 5 資源調査について(ふれあいサロン)

平成29年度 生活支援体制整備事業計画実施状況 1

	第一層(市レベル)	第二層(圏域レベル)
4月		
5月	第1回会議(5/17実施) ・平成28年度事業報告(地域ケア&生活支援) ・平成29年度事業計画 ・圏域別ケア会議の進め方等 ・第二層大づかみ勉強会の実施案について	
6月		○荃崎地区区長・民生委員事前説明 区長役員会(6/9実施)・民協定例会(7/11実施)
7月		◎荃崎地区関係者全体説明会(7/18実施)
8月		・荃崎小学校区で勉強会(10/13・10/17実施)
9月		・第1回荃崎圏域第2層協議体設置準備会(9/14実施)
10月		

	第一層(市レベル)	第二層(圏域レベル)
11月	第2回会議(12/15実施) ・圏域別ケア会議の上半期状況報告 ・今後の取り組みについて ・2層協議体の設置に向けた取り組みについて ・今後の取り組みについて	・第2回荃崎圏域第2層協議体設置準備会(11/16実施)
12月		・第3回荃崎圏域第2層協議体設置準備会(12/20実施)
1月		○筑波地区区長・民生委員事前説明 区長役員会(12/13実施)・民協定例会(1/15実施) 筑波地区シルバークラブ役員会(1/18実施) ◎筑波地区関係者全体説明会(1/26実施) ・第4回荃崎圏域第2層協議体設置準備会(2/9実施)
2月		★荃崎圏域第2層協議体設置(2/9設置) ○大穂地区区長・民生委員事前説明 区長会会長説明 民協定例会(2/13実施) 大穂地区シルバークラブ役員会(2/23実施) ○豊里地区区長・民生委員事前説明 代表区長説明 民協会長より研修時説明
3月	第3回会議(実施なし) ・地域ケア会議報告(地域課題の整理) ・第二層協議体の活動について ・次年度活動案の承認	★荃崎圏域第2層協議体定例会(実施なし) ・第1回筑波圏域第2層協議体設置準備会(3/26実施) ◎大穂地区関係者全体説明会(3/2実施) ◎豊里地区関係者全体説明会(2/28実施)

平成29年度 生活支援体制整備事業計画実施状況 2

調査・研修

○ニーズ調査(要支援者)

荃崎・筑波地区で9月～10月実施)

○社会資源調査

ミニ知識に掲載 **新たな調査実施なし**

○第2層生活支援コーディネーター養成研修

県主催研修があったため市での実施なし



平成29年度 第1層協議体の取り組み

第1回つくば市生活支援体制整備推進事業

1 報告事項

- ①「地域の支え合いフォーラムinつくば」
実施報告
- ②社会資源調査の実施について
- ③ニーズ調査(平成27年度実施)
結果について

2 協議事項

- ①平成29年度事業計画(案)について

第2回つくば市生活支援体制整備推進事業

1 報告事項

- ①サービス利用者(要支援者)アンケート
の実施について
- ②第2層協議体の設置に向けた取り組み
について

2 協議事項

- ①今後の取り組みについて

平成29年度 第2層協議体の取り組み 1

☆「荃崎圏域」での協議体設置までの取り組み

- 全体説明会 1回
- 第2層協議体設置準備会 4回
- お互いに支え合える地域づくり会議 3回
(荃崎圏域小学校区別懇談会)

○平成30年2月9日(金) 協議体設置

荃崎地区全体説明会 80名参加

日 時／平成29年7月18日(火)10:00～11:30

場 所／荃崎保健センター大会議室

参加者／民生委員18名, 区長18名, シルバークラブ18名,

ふれあい相談員10名, ふれあいサロン8名,

フォーラム参加者3名, 住民2名

在宅介護支援センター1名,

市民ネット1名, 社協1名(計80名)

地域包括支援課6名

内 容／生活支援体制整備事業について

資料にて説明

意 見／事業の継続について・住民の自主性・シルバークラブの活動等



第1回 第2層協議体設置準備会議 19名参加

日時／平成29年9月14日(木)
10:00～12:00

場所／荃崎交流センター大会議室

内容／

- ① 生活支援体制整備事業について資料にて説明
- ② 第二層協議体設置に向けての活動について
- ③ 小学校区での懇談会について(ワークショップ)
 - ・KJ法にて「荃崎地区の良い所」というテーマで意見を出してもらった。
 - ・2グループ共通の意見として、環境が良い互助活動や自治会活動が活発、元気な高齢者が多いという意見があった。



参加者／区長5名, 民生委員4名,
ふれあい相談員3名,
シルバークラブ3名,
地域福祉活動推進員1名,
ふれあいサロン1名,
ボランティア1名, 社協1名
地域包括6名

お互いに支え合える地域づくり会議 (荃崎圏域小学校区別懇談会)

日 時／第一小学校区／平成29年10月13日(金)10:00～12:00
第二小学校区／平成29年10月13日(金)14:00～16:00
第三小学校区／平成29年10月17日(火)10:00～12:00

場 所／荃崎保健センター大会議室

参加者／ 合計37名 (地域包括支援課 5名)

内 容／ ①生活支援体制整備事業について資料にて説明
②脳トレ(たくさん正方形を探そう！)
③ワークショップ「地域の良さと課題を考えてみよう」

お互いに支え合える地域づくり会議 荃崎圏域小学校区別懇談会 まとめ

★地域の良いところ★

- ・自然が多い。
- ・自治会活動，ボランティア活動等が活発。
- ・防犯パトロールや見守り活動がある。
- ・元気な高齢者が多い。

★困っているところ★

- ・交通の便が悪く，買い物が不便。
- ・空き家，空き地が増えている。
- ・引きこもりの高齢者が増えている。
- ・自治会等の世代交代ができない状況になってきている。

★アイデア★

- ・若い世代との交流，子ども達に協力してもらおう。
- ・移動支援等のボランティアを募る。または，自治会等で支援体制をつくる。
- ・高齢者が気軽に集まれるサロン等の居場所をつくる。

お互いに支え合える地域づくり会議

★第二小学校区★



★第一小学校区★



★第三小学校区★

第2回 第2層協議体設置準備会議 27名参加

日時／平成29年11月16日(木)

10:00～12:00

場所／荃崎保健センター大会議室

内容／

- ①前回の振り返り(9月14日)
- ②生活支援体制整備事業の概要説明
- ③お互いに支え合える地域づくり会議
(荃崎圏域小学校区別懇談会)報告
- ④ワークショップ
 - ・KJ法を用いて「困っていること」、
「住みやすくするアイデア」の意見
を出してもらった。



参加者／区長5名, 民生委員6名,
シルバークラブ3名,
ふれあい相談員3名,
住民3名, 議員2名,
ふれあいサロン1名,
社協1名, ボランティア1名,
NPO1名, 他地区1名

全体の傾向

困っていること

アイデア

《交通の便》

- ・アクセスが悪く、買い物や通院に不便
- ・牛久に行くバスがない
- ・市の中心で行事が行われているため参加しにくい

- ・つくバス、つくタクの利用券とルートの改善
- ・隣接市(牛久市, 土浦市)と協力体制をつくる
- ・買い物支援を整備する

《空き家問題》

- ・空き家, 空き地の増加
- ・空き家の雑草が通行障害になっている

- ・空き家を賃貸する
- ・ふれあいサロン等に活用する

《高齢化》

- ・高齢者の独居が増えている
- ・ゴミ出しができない人等への支援が少ない
- ・独居の人, 引きこもりの人への支援がない
- ・区会に入らない人, 抜ける人も増え, 後継ぎがない
- ・介護の話を気軽に相談できる人がいない



- ・ゴミ出し支援の整備
- ・地区別の福祉活動便利帳を作成し全世帯に配布
- ・助け合いの保険を整備する
- ・区会(自治会)等には若い人にも参加してもらおう
- ・個人で考えたり動いたりすることはできないので区会(自治会)で動く
- ・困った時に誰に連絡すればいいのかを区会(自治会)で決める
- ・緊急連絡先一覧を作り, 電話の近くに貼ってもらう

第3回 第2層協議体設置準備会議 38名参加

日時／平成29年12月20日(木)

13:30～15:30

場所／荃崎保健センター大会議室

内容／

- ①前回の振り返り(11月16日)
- ②アンケート集計結果について
- ③荃崎地区第2層協議体設置準備会の
今後の進め方について
- ④意見交換会



参加者／区長5名, 民生委員8名
シルバークラブ3名,
ふれあい相談員3名,
住民5名, 議員2名,
ふれあいサロン1名,
ボランティア2名, NPO1名,
委託包括1名 他地区1名

第3回 第2層協議体設置準備会議 まとめ

1 アンケート集計についての意見

- ・サロンの利用についての意見
- ・同居世帯でも通院介助等の希望が多い理由等

2 協議体の運営について

(1) メンバーの選定について(55名の登録者)

- ・現在の人数は多い。部会などを決めると良い。
- ・対象は高齢者だけで良いのか
- ・話し合う内容によって参加者を決定する。
- ・代表者が必要ではないのか
- ・アンケートを実施して希望を取る。

(2) 開催頻度・時間等について

- ・目標に向けて回数を設定していく
- ・平日の午後からの会議が良い



開催通知を送る際にアンケートを同封

- ・協議体のキャッチコピーについて
- ・協議体の組織体制について

第4回 第2層協議体設置準備会議 30名参加

日時／平成30年2月9日(金)

13:30～16:00

場所／荃崎保健センター大会議室

内容／

①荃崎地区第2層協議体準備会での
活動の振り返り

②グループワーク

・協議体のキャッチコピーについて

・協議体の組織体制について

※協議体設置で了解をいただく。



参加者／区長7名, 民生委員8名,
シルバークラブ4名, 住民3名,
ふれあい相談員2名, 議員1名,
ふれあいサロン1名, NPO1名,
ボランティア1名, 社協1名,
委託包括1名, 他地区2名

「あなたの力 あなたの心 支え合う街 くまざき」



組織体制については結論が出ず
次回に持越し



平成29年度 第2層協議体の取り組み 2

☆ 「筑波圏域」での協議体設置までの取り組み

○全体説明会 1回

○第2層協議体設置準備会 1回

☆ 「大穂圏域」での協議体設置までの取り組み

○全体説明会 1回

☆ 「豊里圏域」での協議体設置までの取り組み

○全体説明会 1回

筑波地区全体説明会 89名参加

日 時／平成30年1月26日(火)13:30～15:30

場 所／市民ホールつくばね会議室

参加者／民生委員32名, 区長29名, シルバークラブ10名,

ふれあい相談員9名,

ふれあいサロン4名,

ボランティア4名,

筑波地域包括支援センター1名

社協1名

地域包括支援課6名

内 容／生活支援体制整備事業について

資料にて説明

意 見／市からの財政的支援・協議体の構成メンバー・高齢者台帳の活用



第1回 第2層協議体設置準備会議 19名参加

日時／平成30年3月27日(木)

10:00～12:00

場所／市民ホールつくばね会議室

内容／

- ① 生活支援体制整備事業について振り返り
- ② 生活支援体制整備事業全体説明会アンケート
- ③ 筑波地区を知るワークショップ
 - ・KJ法にて「筑波地区の良い所」というテーマで意見を出してもらった。
 - ・4グループ共通の意見として、環境が良い
食べ物がおいしい。見守りがある。
祭りがある。人情がある。という意見があった。



参加者／区長5名, 民生委員4名,
ふれあい相談員3名,
シルバークラブ3名,
地域福祉活動推進員1名,
ふれあいサロン1名,
ボランティア1名, 社協1名
地域包括6名

豊里地区全体説明会 48名参加

日時／平成30年2月28日(水)14:00～16:00

場所／豊里交流センター視聴覚室

参加者／民生委員13名, 区長20名, シルバークラブ2名,
ふれあい相談員10名, ボランティア1名,
在宅介護支援センター2名,
地域包括支援課6名

内容／生活支援体制整備事業について
資料にて説明

機会

意見／協議体のリーダー・構成メンバー・見守りネットワークとの連携



大穂地区全体説明会 71名参加

日 時／平成30年3月2日(金)14:00～16:00

場 所／大穂交流センター視聴覚室

参加者／民生委員17名, 区長16名, シルバークラブ12名,

ふれあい相談員18名, ふれあいサロン3名,

在宅介護支援センター2名,

フォーラム1名, 議員1名

社協1名

地域包括支援課4名

内 容／生活支援体制整備事業について

資料にて説明

意 見／予算について・支援の難しさ・支援の対象・見守り



第2層協議体設置準備会 まとめ

荃崎地区:モデル地区として事業を実施してきた。地域の方の協力体制も良く、「生活支援体制整備事業」について参加している方が主体的に実施していく必要性を理解いただけていると感じる。キャッチコピーが出来たことで目指す方向性がはっきりしたことは良かった。協議体の体制や運営については協議を重ねる必要がある。

筑波地区:事業の理解にまだばらつきがある。準備会での会議を重ねる必要がある。また、理解が得やすい事業内容の説明に先進地事例なども取り入れるなど工夫が必要である。

豊里・大穂地区: 筑波地区と同様に事業理解にばらつきがある。準備会を通し、話し合いを進める中で理解を高めていく必要がある。

平成29年度サービス利用者アンケート実施 (要支援者187名)

現在、介護保険サービスを利用している要支援者を対象に介護保険サービス以外のサービスについてニーズ調査を行った。

- 調査方法 自宅へ訪問しアンケート調査
- 対象者 筑波地区, 荃崎地区に在住の要支援1・2の方
- 回答者数 筑波地区74名, 荃崎地区113名,

お住まいの地区		要介護度		お住まいの状況	
筑波	74	要支援1	69	高齢者世帯	47
荃崎	113	要支援2	112	独居	48
合計	187	未回答	6	同居	80
		合計	187	その他	5
				未回答	7
				合計	187

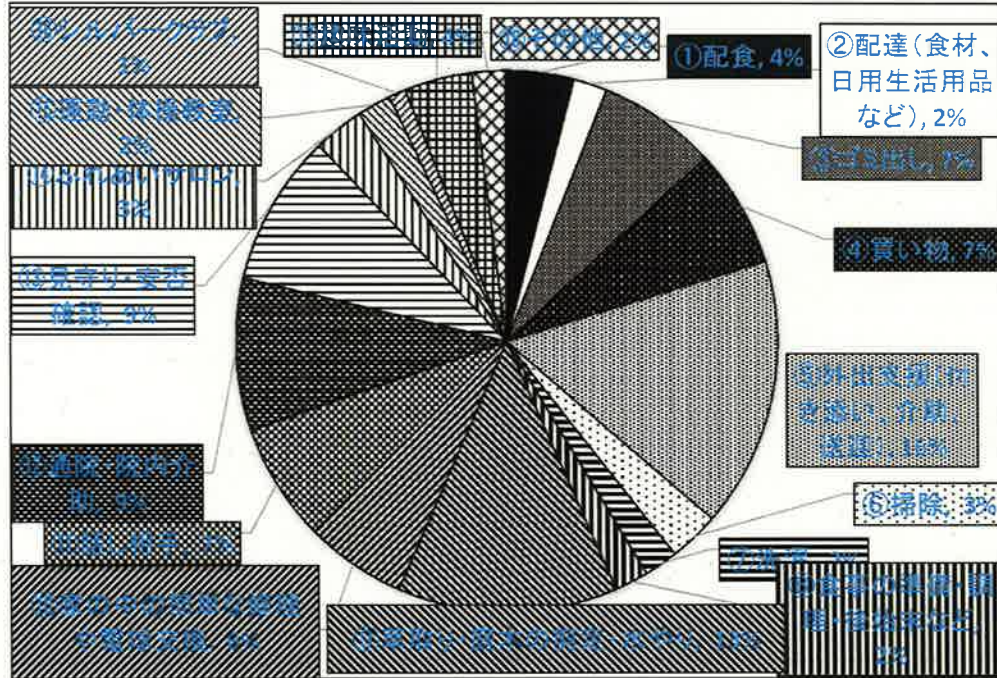
利用中のサービス	回答合計
①訪問介護(ヘルパー)	48
②通所サービス(デイサービス・デイケア)	123
③訪問リハ	11
④訪問看護	8
⑤福祉用具貸与	42
⑥住宅改修	4
⑦ショートステイ	1
⑧地域のサービス等	17
⑨その他	12

【質問】 あったら良いと思うサービス (一人5つまで)

- ①配食 ②配達(食材, 日用生活用品など) ③ゴミ出し ④買い物 ⑤外出支援(付き添い, 介助, 送迎) ⑥掃除
 ⑦洗濯 ⑧食事の準備・調理・後始末など ⑨草取り・庭木の剪定・水やり ⑩家の中の簡単な修理や電球交換
 ⑪話し相手 ⑫通院・院内介助 ⑬見守り・安否確認 ⑭ふれあいサロン ⑮運動・体操教室 ⑯シルバークラブ
 ⑰趣味活動(制作, 音楽, 調理など) ⑱その他

筑波地区

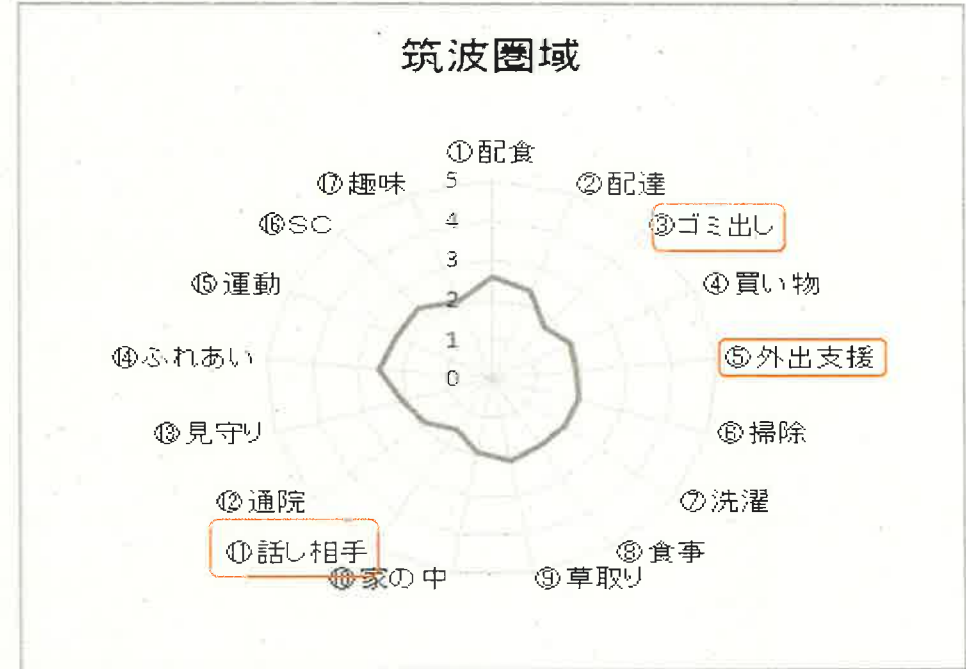
サービス利用者(要支援者)



■ あったら良いと思うサービス

- 1位 外出支援 (16%)
- 2位 草取り・庭木の剪定・水やり (13%)
- 3位 通院・院内介助 (9%)
- 3位 見守り・安否確認 (9%)
- 4位 ゴミ出し・買い物・話し相手 (7%)

居宅介護支援事業所(ケアマネ)

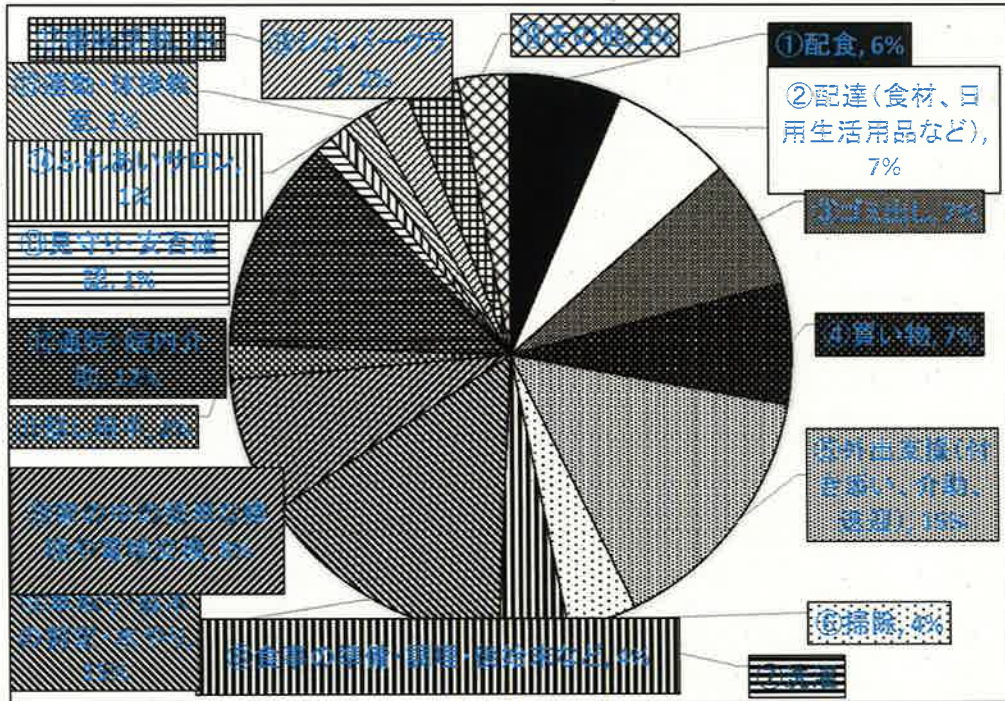


■ 不足していると思うインフォーマルサービス

- 1位 話し相手
- 2位 ゴミ出し
- 3位 外出支援

荊崎地区

サービス利用者(要支援者)

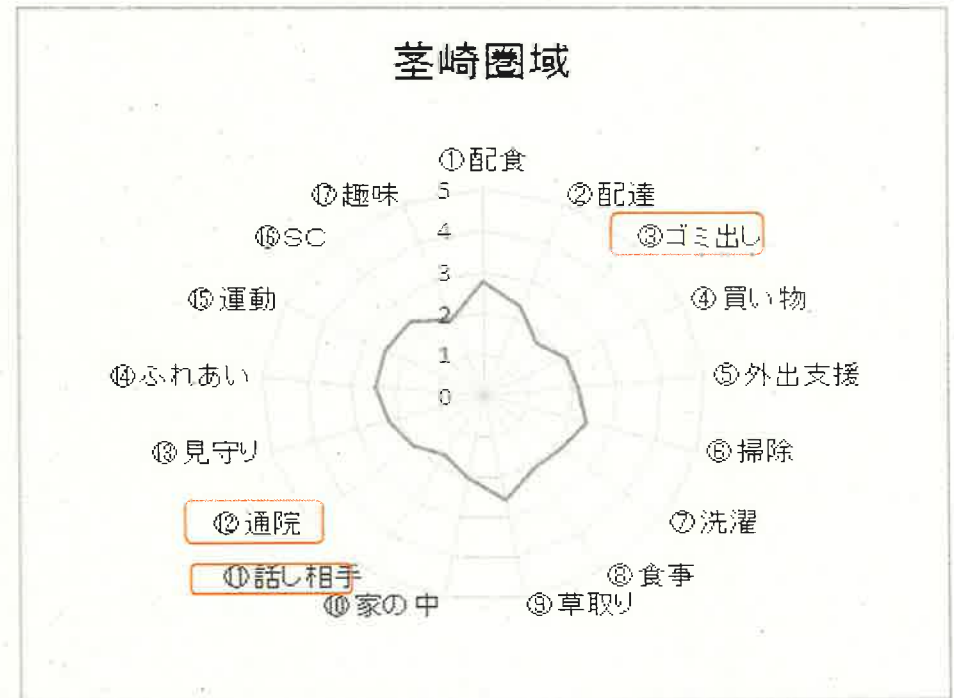


■あったら良いと思うサービス

- 1位 外出支援 (15%)
- 1位 草取り・庭木の剪定・水やり (15%)
- 2位 通院・院内介助 (12%)
- 3位 家の中の簡単な修理や電球交換 (8%)
- 4位 ゴミ出し・買い物 (7%)

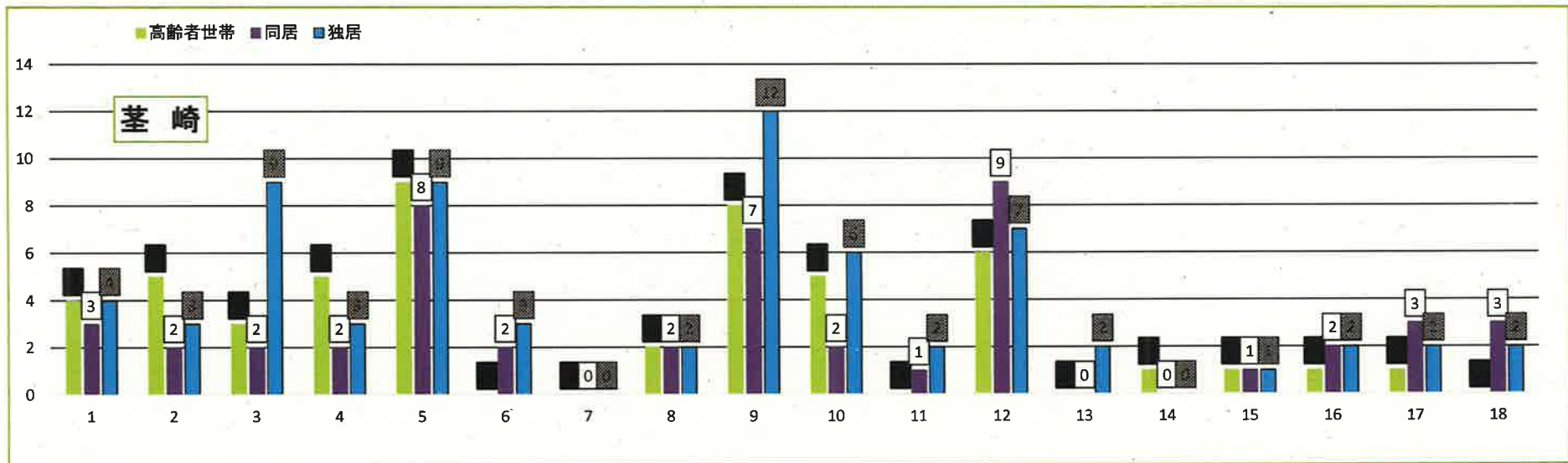
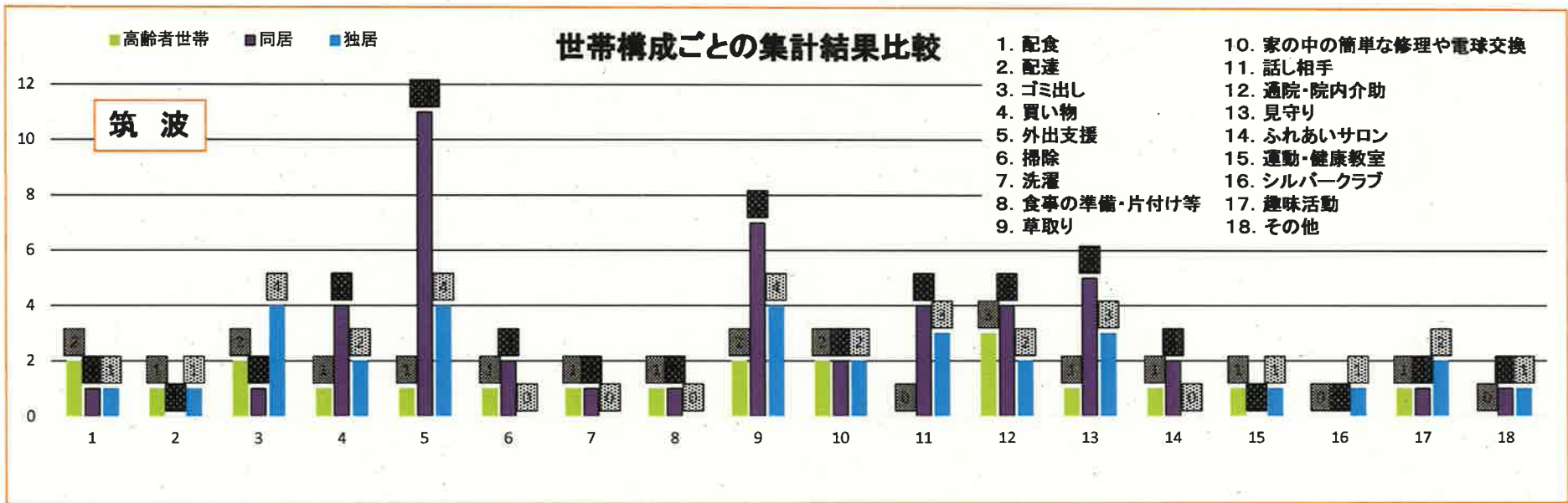
居宅介護支援事業所(ケアマネ)

荊崎圏域



■不足していると思うインフォーマルサービス

- 1位 話し相手
- 2位 ゴミ出し
- 3位 通院・院内介助



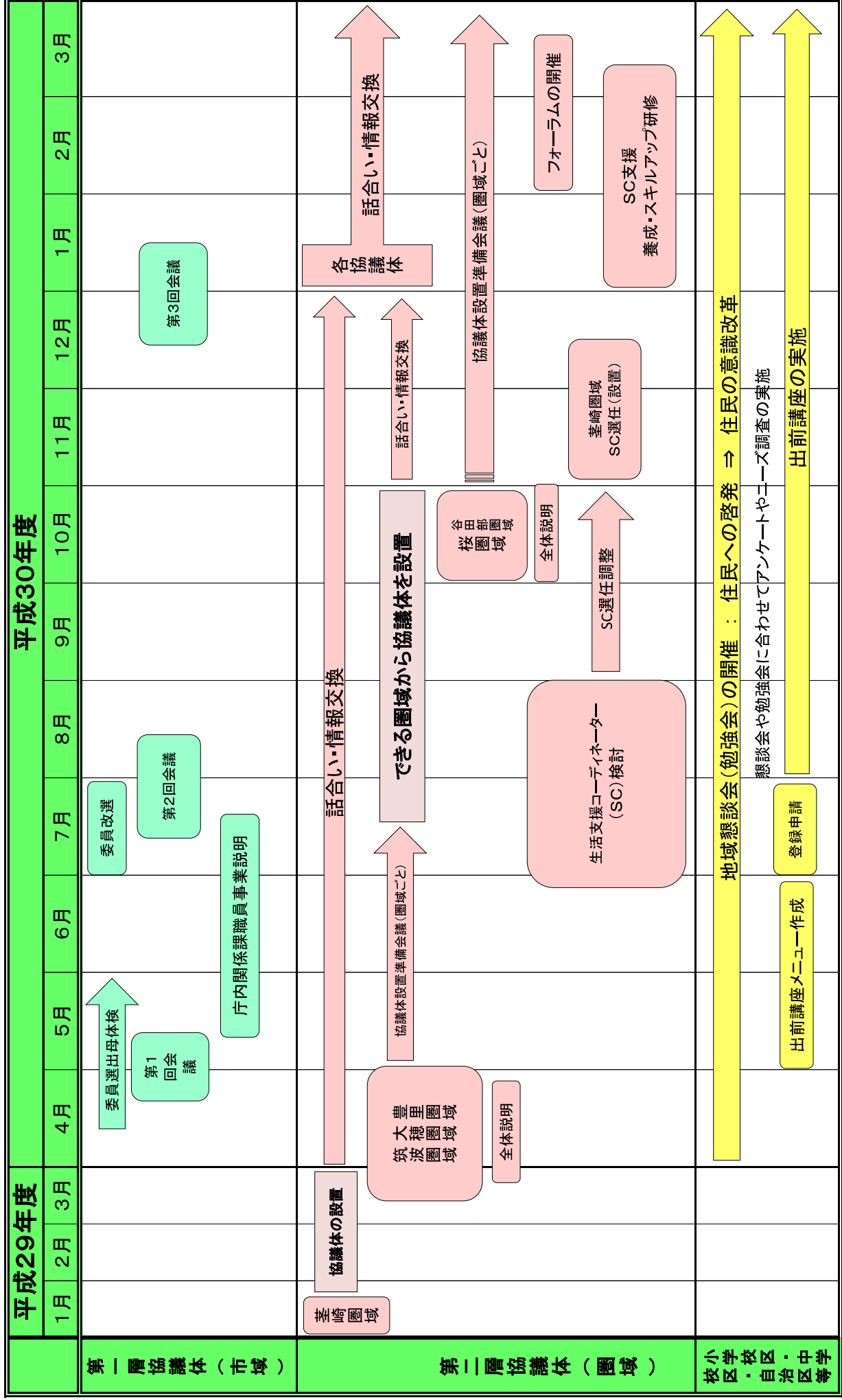
資源調査について（ふれあいサロン）



- 1 在宅介護支援センターによる
地域調査の実施
- 2 対象サロンの確認
 - ・社協登録状況確認
 - ・包括で1件ずつ確認

年度ごとに状況を確認し掲載を継続していく。

生活支援体制整備事業推進スケジュール(案)



生活支援体制整備事業の通称（呼び名）について

11名様からの御意見

- | | |
|---------------------|----|
| ① ライフサポート整備事業 | 1人 |
| ② 地域（つくば）支え合い推進事業 | 3人 |
| ③ 地域支え合い体制づくり事業 | 2人 |
| ④ まちづくり事業 | 1人 |
| ⑤ 地域（つくば）たすけあい推進事業 | 2人 |
| ⑥ 困った時はお互い様、推進事業 | 2人 |
| ⑦ 絆と助け合い推進事業 | 1人 |
| ⑧ 市民による支援ネットワーク推進事業 | 1人 |
| ⑨ 生活お助け事業 | 2人 |
| ⑩ 「くらしサポート」 | 1人 |
| ⑪ 今のままでかまわない | 2人 |
| ⑫ 地域のかみつけよう（集めよう）事業 | 1人 |
| ⑬ 生き生き生活支援事業 | 1人 |

⑭ 地域づくり（生活）支えあい事業

⑮ 地域ささえあいつくば

⑯ つくば地域ささえあい事業

⑰ 支えあいまちづくり事業

⑱ 市民による助け合い推進事業

⑲ お互いさま支え合い事業（会議）

会 議 録

会議の名称	平成 30 年度第 2 回つくば市地域ケア会議及び第 2 回つくば市生活支援体制整備推進会議		
開催日時	平成 30 年 7 月 19 日 (木) 開会 13 時 30 分 閉会 15 時 40 分		
開催場所	つくば市役所 2 階 防災会議室 2		
事務局 (担当課)	保健福祉部地域包括支援課		
出席者	委員	山中委員長、平松副委員長、成島委員、伊藤委員、大曾根委員、坂本委員、飯泉委員、峯本委員、太田委員、芥川委員、会田委員、村上委員、但野委員、佐藤委員、椎名委員、根本委員、浅井委員	
	その他	茨城県保健福祉部地域ケア推進課認知症・地域支援 G : 江橋係長 水野保健福祉部長、岡田高齢福祉課係長、小林介護保険課係長	
	事務局	会田地域包括支援課課長、板倉地域包括支援課課長補佐、飯島係長、松尾主任、金山主任、盛永主事、沼尻地域ケアコーディネーター、大塚社会福祉士	
公開・非公開の別	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 一部公開	傍聴者数	1 名
非公開の場合はその理由			
議題	(1)つくば市地域ケア会議 報告事項 ① 事業説明 ② つくば市における取組 (これまでの報告と今後の予定) ③ 第 1 回会議の振り返り (2)つくば市生活支援体制整備推進会議 報告事項 ① 事業説明 ② つくば市における取組 (これまでの報告と今後の予定) ③ 第 1 回会議の振り返り		

様式第1号

会	1	あいさつ
議	2	報告及び協議
次	3	質疑応答
第	4	閉会

<審議内容>

(1)つくば市地域ケア会議

報告事項

① 事業説明

県担当：配布資料に基づき、茨城県保健福祉部地域ケア推進課担当職員より説明。

委員長：今のお話について質問や意見等いただく時間を取ってありますが、委員の皆さまいかがでしょうか。

委員：1点確認したい点がありまして、5ページにある具体例1の中で、市が薬剤師と連携し見守り事業の一環として飲み忘れ等が見られる方に対する服薬状況の確認サービスを開始ということになってはいますが、実際、これはサイクルとしては、1週間に1回とかそういう間隔で見守りをされているのでしょうか。

県担当：これについては県内の事例ではないものなので、詳細はつかんでいないのですが、今薬剤師による在宅訪問が多くなっていますので、そういった中で見守りも兼ねてということだと思います。見守りだけで行くというよりも、通常の業務にプラスアルファということですので月1回とか、2週間に1回という状況かと思います。

委員：その方の状況に合わせて打ち合わせをしながら訪問活動をしていくということとで。

県担当：そうですね。

委員：ありがとうございました。

委員長：その他にありますか。

委員：茨城県の地域ケア推進課と伺いましたが、これは国の方でおそらくこういう

会議をやりなさいということで行っていると思うのですが、進んでいる県というのは茨城県が進んでいるとは思いますが、他県でもしご存知の県がありましたら教えていただき、どのような結果が出ているか簡単に説明していただければありがたいと思います。

県担当：後半に話をさせていただきました介護予防のためのということについて、そこを一生懸命やっているのが埼玉県和光市です。埼玉県和光市は全国的に有名です。決まった時間に3つも4つも事例を積み重ねていきますが、逆に言うところと厳しいって声もあるのですが、そういった介護予防の視点でケア会議をやっています。最近、和光市はずっと介護保険料が下がっています。結果、改善をしているということを一義的には言えるのかと思います。重度化防止で介護保険料も下がっているというようなことがありますので。国内では埼玉県や佐賀県とかが盛んに取組まれているので、遅れないように茨城県でも推進をしていきたいと思っています。ありがとうございます。

委員長：その他いかがでしょうか。

委員：ケア会議の個別会議の職種のことが7ページに示されています。この職種がある程度ここでは限定された形で表記されていますが、ある程度こういう職種が出た方がいい等、目安みたいなものはあるのか、また、その他の状況も詳しく教えていただきたい。

県担当：3枚目の資料を見ていただくと、最初の資料になりますが国が作っている資料になっていまして、こういう職種が出ると良いというものがこの小さな枠に入っております。医療職がメインだったりしますが、それからケアマネジャー、あるいは法律上は努力規定ではありますが民生委員や住民というような書き方もされていますので、専門職だけではなくて住民の方も入っていただくというのは、法律上も狙いとしているということでございます。

委員長：その他どうでしょう。新しい委員の皆さんもいらっしゃると思いますが、今まで公助や介護保険みたいな保険による共助とかそういった制度でやってきたところですが、独居高齢者をはじめ、地域でそれだけじゃ支援が難しいところについて互助のような地域の体制づくりとか、こういった会議等で体制

というものを作っていきこうということになっていると思います。そういった体制作りとかリソースづくりとかそういうことが生活支援体制整備で、それから地域での困難な事例等を地域でサポートしていくうえで、専門家の力も必要ということでメディカルなスタッフとかそういった方に入っていただいてやっている。そういうような理解をしていただければと思います。それでは続きまして②の方に移りたいと思います。つくば市のこれまでの取り組み、それから今年度の第1回の会議の振り返りということでこれも新しい委員の方も多いためと思いますので事務局の方からご説明いただければと思います。

② つくば市における取組（これまでの報告と今後の予定）

事務局：配布資料に基づき説明。

委員長：ありがとうございました。それでは委員の皆さまから質問や意見を伺いたいと思います。今日は新体制になりましたので資料が多いのですよね。これを追いかけていくだけでも大変かもしれません。ここがわからないとか遠慮なく、事務局対応してくださると思うのでよろしくお願いします。

委員：2点質問させてください。個別事例につきまして昨年度36事例が掲げられていますけれども、この個別事例として提示するにあたって判断基準かガイドラインかチェックリストとか、何かそういうものはきちんとあるのでしょうか。要するにどういう人が個別の事例として上がってくるのか、上げなくてはいけないのかその辺が見えないので教えていただきたい。

事務局：圏域別ケア会議で取扱っている事例につきましては、主につくば市内にある居宅介護支援事業所に勤務しているケアマネジャーに提出いただいております。夜間開催時は地域包括支援センターが事例を提出させていただいております。判断基準につきましては、基準を設けてしまうとケアマネジャーの皆さんも事例が提出し難くなってしまいうため、事例提示者が抱えている困難事例とか、ちょっと視点を変え、見え方を変え、違う視点で意見をもらいたい事例等を提出していただいております。事例の提出にあたっては、つくば市が発行しているミニ知識（高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識）という

冊子があり、関係者の方にお渡ししているものですが、そこに記載されている市内の居宅介護支援事業所の一覧から、各圏域に所属する事業所に輪番制で事例を必ず出していただいております、今のところ、提出をいただいております。

委員：とりあえず出していただいたものについてみなさんで合議する、そういう流れですね。もう 1 点は 29 年度のいろいろな個別事例を取りまとめて事務局として、つくば市の地域ケア会議としての課題というのはどういう風に取りまとめられているのでしょうか。それは先ほど言った資料 No 2 の 5 ページにある事例から見えてきた地域課題という所のアイウエオの 5 点ということでしょうか。

事務局：そこが地域課題です。

委員長：その他いかがでしょうか。

委員：2 点ほどありまして、まず 1 つ。1 番問題なのが医療職の参加が極めて少ない点について、これに関しては医師会としても問題であるというのは重々承知していますが、なかなか昼間でも夜間でも。私個人でいうと、例えば 19 日今日の夜は違う所で講演があるとかなかなか予定が入ってしまっていることが多いとか。実は在宅ケア委員会でもこういう面をなんとか強制力を持ってやらせるべきなのかどうかという議論もあって、やはり今の所は任意での参加という形をとっているのですがどうしても 1 人とか 2 人とか場合によっては 0 という状況になっていて、このままではいけないと重々承知しているけどそういうことでなかなか強制力を持たせられない。医師会としては、今後どういう風に発展させるか考えた時には、より医療職が参加しやすいのは夜という風にも思うし、とにかく事例が出るのがどれくらいかわからないのだけれども、なるべく早めに事例を設定した場合にそれに関わっている主治医には参加を促すもしくは参加できなかつたら文書を出してもらいながらの方法は考えていただければ違うと思います。それはお願いします。それからせっかく事例個別検討を行ってアセスメントも行われるようになって、こういう効果が出たってこういう風に追加資料でもまとめようかと、こういうものって将来的に紙じゃなくて IT 化だろうと思うのです。その時にやっぱりここ

に課題別カテゴリーが12項目出ていますけれども、こういうのをキーワードにしてそれを引けばどういう方法でアプローチの仕方があるなというのがわかるようになると、どうしても紙ベースでこれがあってもなかなかじゃあこれを包括にきてそれをひっくり返す、というのはなかなか個々のケアマネジャーには難しい部分があるかと思うのですね。そのあたりをどういう風に関われるか、例えばこれを市のホームページの中でパスワードなりを入れれば見ることができるようになるとか、そういう風にすればもうちょっと意味が出てくる。結局年30何回、夜なり昼間なり時間かけてみんなでやっているものを共有していくという意味ではやはり何らかの、見ることをうまくいくように紙ベースでとりあえずまとめるにしても最終的にはIT化で、それがかつどこにいてもって言い方は変ですけど、ある程度見えるようにしてもらえると、これまでの何年という積み重ねが生きてくるのかなと思います。以上です。

委員長：ありがとうございます。その他いかがでしょうか。

委員：今回つくば市地域ケア会議私初めて参加させていただくのですが、今年度は、これ年3回開催予定ということなので、今日が2回目で、あと1回ということですね。県の方にもお聞きしますが、開催回数とかってどんな感じなのでしょうか。年3回の開催で地域課題の発見機能と地域づくりと資源開発機能と政策形成機能ということで結構な内容を決めていくというのがどうなのかなと思ひまして、回数的にはどうなのでしょうか。

県担当：回数はですね何回が良いとか示されているものはございません。逆に言うと、皆様方で圏域から上がってくる情報の量や内容を見て、何か月に1回は必要だよという議論をぜひこの場でしていただくなり、皆様方で決めていただく。地域ケア会議のデザインは、皆様方で決めていただくという考え方で実施していただければありがたいなと思っております。それともう1点、先ほど委員からお話がありました、なかなか時間に集まれないということありましたと思いますが、五霞町の事例を出させていただきましたけれども、五霞町は偶数月の第何何曜日何時というのをもう年間を通して固定をしております。そうすると皆さんなんとか都合つけて来るというようなやり方

様式第1号

もございますので、日程調整にかかる手間も省けるということもあります。そういう形で決めてしまうということも1つの方法なのかなと思っております。ぜひ回数なども皆さんご意見をこの場でお伝えいただければありがたいなと思います。

委員：実際には多いとか少ないとかというもの、つくば市は年3回ですが、特に多いとか少ないとかはないんですね。

県担当：2回か3回が多いですね。

委員：それも結局はこの会議で年何回にしましょうとかそう言うのもそうですし、決めていくということも行っていくということですね。わかりました。

委員：圏域ケア会議、桜地区にはほぼ毎回参加しておりますが、医療職で先生がなかなか出られないという所はよくわかっているのですが、先生が参加されるとその方の疾患の状態像がわかり、お薬の副作用等がわかり深まっていくということを実感しています。先生方お忙しいので、薬剤師会にも働きかけというのをやってらっしゃるのかどうか教えていただきたいと思います。

事務局：薬剤師会に参加の要請の方かけさせていただきまして、薬局がそれぞれたくさんありますので圏域に限らず参加していただきたいという協力の依頼をかけさせていただきました。薬剤師会には年間の予定表をお渡しし、幹事の方にも調整つけてもらうという形で年間の予定を渡させていただいております。現に窓口で参加したいという薬剤師さんの方もいらっやいましてその方にも現在調整中という所であります。

委員長：その他いかがでしょうか。私からもちょっと良いですか。初回から出させていただいているので、本当事務局の努力というのを見させていただいて頭が下がるばかりですけれども、例えば新しい委員の方にわかっていたきたいのが、事例をこうやってまとめた表等で、今までその後どうなったのか経過まで追っかけてそれを提示して、良くなったのかどうだったとかそういう点まで出したりとかという方法はありませんでした、それは委員の皆様から意見があつて反映されて素晴らしいなと思います。そこに今度はリハビリのことも入れていきたいと思いますという話や事例集まで作りましょうとか、すごいなという風に思っているのですよね。それから、会議に出難い職種のために

時間を調整したり等、いろいろやってきているというのはすごいなと思っています。もう一つちょっと感じているのは、先ほどの会議の回数のことに関係するのですけれども、ただでさえ忙しい皆さまですのではみくもに増やしても難しいと思っていまして、地域の会議との連携っていうのですかね、そのようなことも考えていただけたらいいかなと思っています。資料3の所にケースまとめていただいているのですが、資料3の方御覧いただきたいのですが、これだけまとめるって本当に大変だと思います。前は課題と方針とかそれくらいしかなかったかもしれないのですが、それが解決策とか評価とかまで来ました。ただ、何が問題になっているかと課題の後は、皆さんで揉んで原因は何だったのかそういう見立てみたいなのはしているとは思いますが、その後、いきなり解決策になっているので、やってみただけこういう所がちょっと困っているとか、今それで困っていることとかうまくいかなかったとかいかなかっただけじゃなくて、例えば先ほどのこういう点が問題だけど、その点については専門家がほしいとかそういうのを書き加えていくと会議出た時に「これが足りないのか」というのが、参加者で協議できたりするかもしれないですね。それから地域の会議で出られる方とか地域の人材とかは限られているので、どうしても毎回同じ方になってしまったりとかすると思うし、例えばこの資料の中でいうと3番のような方とかいらっしゃるとしたら、そういうのに強いドクターの方に来てもらう。それが難しければコンサルに行くとかね。そういうことも、ここまできたのですからいけるのではないかと期待してしまったりします。それからこの辺が一番なのですが、事例集まで作ろうということですが、事例集のフォーマット例としてはこの資料ということですが、その辺はワーキングを作ってやっていくという感じですかね。

事務局：事例集のフォーマットについては検討させていただきますが、今回あくまでも急ぎ用紙した資料ですので、今日この場で意見をいただければありがたいですし、そういったグループという所も検討させていただきます。

委員長：その他いかがでしょうか。よろしいですか。それではですね、これで一応つくば市地域ケア会議の議事は全てという所でしょうか。その他なければ

次の生活支援体制整備の話し合いの前に若干休憩を取らせていただきます。

(2) つくば市生活支援体制整備推進会議

委員：それでは次は生活支援体制整備の推進会議の進行に移らせていただきます。こちら最初式次第では最初に事業説明ですが、県の方から最初に事業説明をしていただきます。

県担当：事業説明

委員長：今のご説明いただいたことについてご質問あればお願いいたします。大丈夫ですか。一点だけ伺いたいのですが、県内のそういう市の取り組みとか、そういうことで情報交換会みたいなものはあるのですか。

県担当：はい、担当者の方を集めた情報交換会というのをやっておりますし、ブロック別ということで、この辺ですとつくばとかつくばみらい市さんとかと一緒に近隣市町村での情報交換会なんかも今やっています。結局他の事例というのは非常に参考になりますよね。同じようにやれば同じようにうまくいかどうかは別として、そういう取り組みもあるのかとかそうやってサロンを広げていったのかと、やはり他の事例は大変重要というか貴重なので、そういう共有を図れるように今ネットワーク作りをしている所です。

委員長：開催日とかそういうものは公開していますか。例えばみなさん忙しいと思いますが、時間があればそれを参考にしたいと思います。

県担当：今年度は今ブロック別の研修をやっていて、全体の研修はこれから秋口を目指して開催をしようと思っております、この協議体のメンバーの皆様方にもお声かけを今回はしようかなと。広くやってみたいと思っておりますので、

様式第1号

開催が近づきましたらご案内をしたいと思っておりますし、他の地域の事例は今年度中にホームページにもこの地域ではこのような取り組みでこんなサービスができました、みたいなものも提供していきたいと思っております。

委員：たぶんこの事業の肝がコーディネーターさんだと思いますが、コーディネーターさんの養成とかいうのは県がやっているのですか。

県担当：はい、これまでも毎年一回ですがやってきました。今年度もまた秋口にやる予定です。やはりコーディネーターさんに上手く仕切っていただくことは結構大事なことになるので、そういう研修会は県の方で開催をいたしております。

委員：今の実績で、第一層だと28市町村はコーディネーターがいる、というイメージでしょうか。

県担当：そうです。ただ国の方は、コーディネーターはあまり行政職員がなるのは好ましくないと言っています。先ほど言ったとおり、住民の方が議論していただく場所なので住民の方になっていただくのが一番いいのですが、とは言えなかなか皆様お忙しいというか実際には社協さんの職員とかが多い状況ですかね。

委員長：はい、ありがとうございました。その他いかがでしょうか。

委員：生活支援介護予防、これに関してはやはり地域密着型というか、やはりうちの方でも、豊里地区でも、いろいろ交流サロンとか、それからシルバークラブですね。そういうのは出たくてもなかなか出てこられないというのはあると思います。昔野球やったりソフトボールやったりした人は、やはりいらかみんなの所でやってみたいとそういう意欲はあると思います。ただ今は核家族になってしまって、うちなんかも母ちゃんと二人になってしまいました。昔、野球とかそういうものをやっていたんですが、なかなか体が追いついてい

かないと、ゴルフでもやっこやっこしているという感じなので、みんな誘ってもらえれば出ていきたいというような感じだと思います。私も老人の域に達してきましたけれども、気力だけは若さとバカさでやっていますので、まだ大丈夫ですが。だんだん終活をチラチラと感じています。そういうことを忘れる意味でも、いろいろな出会いとかそういうものが必要ではないかと思います。

それから地域密着型と言いましたけども、社協であれば相談員さんか民生委員さんとか区長さんであるとか、そういう人が一体となって見守りをできるようなシステムが大体できつつありますけれども、必要じゃなかろうかと思っています。

県担当：ありがとうございます。最近新潟で誘拐されて殺された事件があったかと思いますが、小学生でしたかね、議論のあと、いろいろな協議体で、特につくばみらい市さんは、やはり見守りって大事というような動きで、自分たちで何ができるかという見守りがスタートしているような話も聞いています。その時代時代に合わせて色々な議論、特に協議体は、比較的女性の参加が多いですよね。男性は一人でこもりがちですが、いかに男性を引き出すかと、色々頭を抱えながら今各自治体で仕掛けている状態です。

委員：今シルバー会員の会長さんがおっしゃっているように、70過ぎますと終活というのは本音だと思います。話が前後しますが、担当者が最初におっしゃった税金、行政側がNPOとか各自治体とか、社協という風に、市民団体の資源を利用して組織を作るといったことだと思いますが、確かに国の税金が100兆弱で、そのうちの55、6兆が福祉とそれから国債の返済に充てています。そしてこれから高齢化がますます進むという中では、絶対必要なものは市民活動だと思います。NPOは会費運営ですから、うちの方もNPO会費という風に集めて近くの森林の整備をしていくか、四苦八苦しています。1層、2層で一番大事なのは、底辺の2層だと思いますが、そういう活用ということ考えた場合、事務局体制をどのように作っていくか、サロン関係でも色々なことが考えられると思いますが、事務局体制をどういう風につけていく

かということに尽きると思います。この事務局の方は、委員さんの弟さんと一緒に仕事をやっていたからわかりますが、すごく面倒見いい方です。事務局をやっているながら面倒見がいいんですよ。だからそういう方々を掘り起こして地域に作っていくというのが、情報集めの中でやっていかないとなかなかこの会議を何度開いても、実際には運営には遠いのかなという感じがします。

県担当：ありがとうございます。おっしゃる通り、事務局といっても誰か一人にお願いしますと言って、その方の負担になってはいけません。ケア会議の時に話をさせていただきましたが、多くの2層協議体では、時間も日時も一時間と決めて、なるべく負担がないような形で、通知も出さず、議事録も取らずに自由に意見をしていく。そこを行政が、例えばちょっとした資料のコピーであればサポートをするなど、そういった事務局の運営というのは非常に大事なのかなと思っています。今年の研修会にも、第2層の協議体の運営の仕方というのも、メニューに入れようかなと思っていたので、参考にさせていただきます。ありがとうございます。

委員長：はい、よろしいでしょうか。それではまだまだコメントしたい方いらっしゃるかもしれませんが、これまで市がどういった生活支援体制整備について取り組みをしていたかをご説明いただいて、そのうえでまたご意見をいただきたいと思います。それでは事務局お願いいたします。

事務局：事業報告

委員長：ありがとうございます。今の説明について質問を受け付けたいと思います。いかがでしょうか。

委員：大きく二点教えてください。一つはお金の話ですが、つくば市として生活支援体制整備事業にあたって本年度30年度の予算としていくら用意されてい

るのでしょうか。また、お金の絡む話で協議体が黒子に徹するという話でしたが、協議体が出来上がりますとそこの財政支援なり、補助金なりということで何か考えられていますか。それから、生活支援コーディネーターは、つくば市が任命権者になるのでしょうか。併せて手当なり処遇ということで、コーディネーターの方に手当を出すことが行われるのでしょうか。

もう一つ、本年度の事業推進スケジュールで、筑波・大穂・豊里で動かれていて、今年の10月以降に桜、谷田部が動く予定になっていますが、桜地区・谷田部地区についても、同じように今年の後半から準備に取り掛かれるのでしょうか。その辺の計画がはっきりしていまして、教えていただきたいと思います。

事務局：生活支援体制整備の予算としましては、事務的な費用をとってありますけれども、具体的に、2層にいくらという費用は算出しておりません。2層協議体が活動していく上での補助金も現状それ用に設けるということは、現在は予定されていません。他に市の中でそういった市民活動に対して出せる補助金の事業がございますので、そちらを活用していただくというアイデアがあるかと思います。コーディネーターに関してもそれは同じです。

今後のスケジュールですが、谷田部・桜も筑波・大穂・豊里の協議体の設置準備会における状況にもよりますが、順当にいけば谷田部・桜も同じように追っかけてやっていくこととなります。まず今年度は全体説明会を行って準備会議という流れになりますが、具体的にまだ何月か決まっていない状況でございます。

委員：平成30年度の予算としては特別事務所経費はあるにしても、この事業用に何百万を取っているわけではないのですね。2層にいくらというのはないのですね。

事務局：コーディネーターが設置された場合の委託費というのは用意しております。

様式第1号

委員長：確認ですが、委託費は用意されているのですね。

事務局：コーディネーターが設置された場合の委託費というのは用意しております。

委員長：それは例えば民生委員などと同等くらいのものでしょうか、またちょっと違うものですか。

事務局：先ほど委託費の方を予定しておりますということで、170万円ほど金額的には委託費として、今年度生活支援コーディネーター配置できればその予算で支出していく予定しております。

委員長：それは各圏域でということですか。それとも全体で。

事務局：今年度一番進んでいるところが荃崎地区でありますので、まず協議体が設置されているということが前提となりますので、早ければ荃崎、順次、筑波、大穂、豊里で協議体ができて、生活支援コーディネーターが配置できるということであれば、そちらにも充てるようになります。

委員長：今まであまり説明がなかったのですが、通常コーディネーター1人に対してある程度は試算の根拠があると思うのですが、どのように出しているのですか。市だけでなく、県の方でも何か指針があれば。市民の方が入ってこられたので、関心がある所だと思います。

事務局：では引き続き、コーディネーターですが、2圏域分ということで170万円ほど計上しております。訂正します。根拠は、つくば市の臨時職員の賃金を目安に算出している所です。週2日から3日程度やっていただくという試算でございます。根拠としては、毎日常勤としているのではなく大体週必要な時に週2日もしくは3日出ていただく予定で積算はしています。

様式第1号

委員：今の件について確認ですけれども、課長の方から170万円予算と、これは要するにというのは2つの圏域合わせて170万ということですよ。

事務局：1圏域当たり80万円ちょっとですね。

委員：これは1層と2層とまったく同じ体系になるのでしょうか。

事務局：1層につきましては、先ほど説明ありましたとおり社会福祉協議会さんをお願いしております。2層目につきましては、今はまだ設置に至っておりませんのでどこになるか、あるいはどなたになるかは未定というところです。

委員：県の方から主にコーディネーターを依頼する所は社協の方が多いというお話いただきましたけれども、これは2層についても大体そういう傾向になっているということでしょうか。

県担当：そうですね。大体半分が社協さんで半分が行政職員だというのが現状です。

委員：市民からは出ていないのですか。

県担当：ちらほら最近2、3ヶ所出てきております。

委員長：お伺いしたいのですが、先ほど説明会を開くと質問が出ると言いましたけれども、具体的にはどんなことをする業務なのですか。私自身はずっとお話し伺っていて、地域でインフォーマルサポートはどういうものがあるかを把握して、つくば市ではそれを冊子にしまったりマップにしまったり、そこがすごいなと思ったのですが、そのあと足りないものを作ったり、地域で賄えないものはこの1層に話を上げて、どうにかしてくださいと話し合いに持ってくるのがコーディネーターだと思っていました。そういう理解でいいでしょうか。それは説明されていらっしゃるのですよね。なかなか決まってない

のでしょうか。開講は盛況でなかなか集まってくださっていると思うのですが、なかなか決まらないと思っていたのですが、説明するけれどなかなか分かってくれないとか、コーディネーター一人だとやっぱり難しいので一緒に動くメンバーというのにも必要かもしれないですけども、その辺をお伺いしたいです。実際に出られている委員の方もいらっしゃいますよね。どういう状況か教えていただきたく思います。

委員：今コーディネーターの話が出ましたが、荃崎ではコーディネーターのイメージというのは、まだ全体のメンバーの中でコンセンサスというか共通認識という意味ではかなりファジーな所がかなりあると思います。コーディネーターに対する期待、逆に誰かが取りまとめをしていかなければならないというので、そういう意味では誰かがコアが必要だという認識が正直あります。それがコーディネーターだったら、コーディネーターの方にすごく負荷がかかるだろうなという感じを私は認識しております。そういう意味では、先ほど事務局というような御提案いただきましたが、そういう機能なら非常に上手くいくかもしれない。これがコーディネーターとなると、例えば行政の方なり、あるいは社協の方が入ってきてコーディネーターをやっていただくと、それは大変結構なことなのですが、かなり負荷がかかる話で、予算の話と連動して週に2, 3日出て80数万円の予算と言われたら、民間の方でそんなに拘束されるのと、かなり責任が重いだろうなという認識があって、その方が全てコントロールタワーになってくるんですよね。その辺が荃崎の中でもコーディネーターの位置づけと、どの程度の役割なり拘束というのが、まだ議論としてできておりません。

委員長：ありがとうございます。今日質問して結構わかったことも多いですよ。かなり事務局にプレッシャーをかけてしまったかもしれませんが。委員の皆様どうですか。

委員：資料の中で平成27年度の生活支援体制整備事業実施状況という資料があり

まして、社協の方に地域支え合い推進委員の配置ということで委託しているということですが、この内容として一名常勤兼務ということで社会福祉協議会の職員となっていますが、この場合考え方としては、社会福祉士が1名他の業務を行いながら、かつこの生活支援体制整備事業を兼務として行っていくのかというのをお聞きします。

事務局：27年度の生活支援コーディネーター地域支えあい推進委員の配置につきましては、社会福祉協議会の方から地域包括支援課の方に来ていただいています。地域包括支援課の他の仕事、認知症とかケア会議とか一緒にやっています。生活支援コーディネーターということで、それもメインとしてお願いしているという状況です。

委員：珍しいケースだと思います。社協から役所に出向してお仕事をするというのは非常に新たな発想の転換でとても素晴らしいと思うので、今後も推進していただけたらと思います。

委員長：その他いかがでしょうか。これからスケジュールに沿ってですね、まずはまだ第2層は出来上がっていませんので、市の方でかなり黒子ということでお話がありましたけれども、動かれていくと思います。予算はおそらく最大で2日、3日絶対に勤務しなければいけないとか、そういうことはないかもしれないと思っているのですが、それは地域の状況に応じてやるとしています。それから拠点とかその場とかそういったものがどれくらいあるのかとか。実際は隠れていますけれども拠点になるような所はあると思っていますし、それからコーディネーターを助けるメンバーとか、そういったものもできてくればこれが進んでいくと思っています。そういった意味でみなさんの知恵を拝借、この中でもそれぞれの委員の皆さまが地域で暮らして関わっていらっしゃると思うので協力していただければと思います。場所ですが、地域密着型サービスなどの地域交流スペース、施設の活動を関東全体で調査したんですけれども、施設の中の活動に使われていて、地域交流スペースなので地

域に開かれているんですけどなかなか使われていない。そういうもったいないスペースなんかもあったりしたことがわかって、この前発表してきました。きっかけは、委員の方から、学生を実習に出させたときにそんなお話を聞いて、えっと思って関東全体で調査してみたら、そういうことが分かってきました。それを使える可能性なんか結構あると思うのですが、どうですか。

委員：自分荃崎地区で、今日初めてこの会議に出て、ここまで荃崎が行われているということすら自分もよく知らなくて、この集まりもうちのスタッフが誘われて出たりとかそういうことありましたが、こういうものだったというのは自分の中で今日初めてでした。荃崎は旧庁舎とか保健センターとかいろいろな所があり、いろいろな場所が使えたりとか、あとは地域密着施設の地域交流スペースというのを設けていて3、40人入れて、地域に開かれている、地域の方に自由に利用していただけるスペースがあるので、そういう所というのは使ってもらっていいと思います。市内に特別養護老人ホーム13か所くらいあって各圏域にあるので、そういう所の共有スペースを別にお金も取らないし使うこともできるし地域の方と福祉系が交わるというかね。施設ってこういう所かっていうことを知ってもらうためにも、そういう所を使ってもらうのはとてもいいと思います。

あとこの会議に初めて出てわからなかったのが、これ1層の会議ということで自分たちの役割というのは何をするのか、僕今勉強させてもらっただけでこれから地域に戻って、2層の会議に出た時に何かを広めなければいけないとか、その先々1層と2層の中での交わりが、どこが主体で、行政でもなく、コーディネーターなのかもしれないんですけど、今日二つの会議がある中で、地域ケア会議にしても先がまだ僕には見えていません。要は1層2層の繋がりをどう持っていければいいのかとか。あと僕は筑波、荃崎2年目ですが、荃崎は昔の筑波地区、荃崎地区で、桜地区とは住民の層も環境も違う中で、そこを合わせる必要はないけど、情報共有できて何ができるかっていうのは必要だとは思いますが。この1層の会議で何が本来の僕たちの役割で、2層の会議との関わりや、2層の会議にも参加して、そういう所も自分たち

も拾い上げてくれるのか、今日疑問に思った所で聞こうかなと思ったんですけど時間の関係もありますので。

委員長：二つの会議を一度にやっているの、本当は2時間×2回で4時間かかるところを、これだけ短くやっているの、ただ重なるところもあるので凝縮しているんですけど多少伸びるくらいは。その辺のゴールはどのようなのでしょうか。前回までもそういう話は出ているのですが、ゴールということでは今日県の方からお話しありましたけども、これで整理されてくると徐々に2層のリーダーが決まってくると思うんですね。この次の組織になるとこういうことで困っていますとか、こういうことが出てくると思うんですね。そういう時はそれぞれの市の中のそれぞれの代表の方とかがこういう風にしたらとか、こういうもの作った方がいいんじゃないとか。行政でもこういうことをやってみましょうとか、そういう話し合いになって機能していくと思います。今何も無い所なので、まずは立ち上げるために奔走しているという状況ではないかなと思っているんですけど、そういうことでいいでしょうか。そういう風に、この前まで私の方で説明していたんですけど大丈夫でしょうか。他の市で、コーディネーター置いているとかいう所あれば、イメージとしてお話してください。

県担当：つくば市さんと同じように、まず第1層ができ、これから第2層作ります、今作っていますという所は、同じように第1層は何をやったらいいのかという議論がどこでも起こっています。逆に第1層立ち上げてそういう状態なので一回第1層を解体する所も出てきているぐらいです。まずは第2層だけ立ち上げてという所が県内でも半分ぐらいです。第2層を立ち上げてそのあと例えばその代表者で第1層を組み上げてしまうとかですね。まずは2層を動かしてという所。やり方はいろいろありまして代表者で組むパターンもあれば、全く別のメンバーで1層と2層を組む所もあります。第2層がこれから動き出してくると、今委員長がおっしゃったとおり、ちょうど過渡期で、第2層が動き出してくると段々と第1層でどういった議論をしていくべきなの

様式第1号

か、何を利用すべきかというのは見えてくると思うので、そこはもう少し第2層を見守っていただきながら待ってもらえればと思います。

委員長：時間が超過しましたがけれどもその他いかがでしょうか。事務局からは大丈夫でしょうか。そうしましたら、まだ第2層のコーディネーターが決まっていないという状況ですが、今すでにあるリソースとかインフォーマルなサポートも結構あると思うので、そういう方たちに出させていただいて、そういう方の中からコーディネーターが決まっていくのではないかという感じもしますし、そこにすでにあるサービス以外の市民の方も加わって「こんなのあるといいんだよなあ」とか新しいものができたり、ちょっと難しいものは上に上げたり、そんな風なイメージとして私は持っています。そんな方向で進んでいただけたらと思っていますし。今日御出席されている委員の皆様方も、2層の方にも顔を出していただいて、ぜひバックアップもできればと思います。

それでは生活支援体制整備の議題は以上でしょうか。ありがとうございます。それでは事務局にこのままお返ししたいと思います。

事務局：それでは全体の4番ですが、「その他」という所で事務局からございますのでよろしくをお願いします。

事務局：資料No.7 生活支援体制整備の通称について

事務局：閉会挨拶、資料取り扱いについてのアナウンス

閉会（15時40分 終了）

平成 30 年度

第 2 回つくば市地域ケア会議

第 2 回つくば市生活支援体制整備推進会議

日時：平成 30 年 7 月 19 日（木）

午後 1 時 30 分から

場所：つくば市役所 2 階

防災会議室 2

— 次 第 —

- 1 挨拶
- 2 委員紹介
（事務局職員紹介）
- 3 委員長選出及び副委員長指名
- 4 報告及び協議
 - （1）地域ケア会議
 - ① 事業説明
 - ② つくば市における取組（これまでの報告と今後の予定）
 - ③ 第 1 回会議の振り返り
 - （2）生活支援体制整備推進会議
 - ① 事業説明
 - ② つくば市における取組（これまでの報告と今後の予定）
 - ③ 第 1 回会議の振り返り
 - （3）その他
- 4 その他
- 5 閉会

～ 前回（第1回）つくば市地域ケア会議の内容 ～

審議内容		
検討・報告事項	主な意見等	今後の方針
①リハビリテーション専門職による評価の視点について	リハビリテーション専門職種による評価の検討が課題として上がるが、通院や介護サービスによるリハビリの利用がないため、評価が実施できない状況がある。何等かの形で評価を行うにはどうしたらよいか。	今年度、茨城県リハビリテーション専門職協会の協力の下、訪問による評価を試験的に実施する。
②事例集について	課題の解決に向けた取組みがどのような結果となったかが見えるようになった。支援に関わる専門職がそれらの結果を知ることができるような広報等、どのような形で進めるのがよいか。	委員の意見を下にフォーマットを考え、事例集を作成する。
③ゴミ出し問題について	高齢化、区会等、地域の事情によって問題が複雑な所もあり、住民だけでは解消できない地域もあると考えられる。住民だけでできること、行政が介入しないと解決できないことの整理をどのように行うか。	次回以降の会議で整理を行う。生活支援体制整備推進会議でも取上げ、検討する。
④参加者について（掘り起こし）	今後、参加者の拡充を進める上で、方法等を考えていかなければならないが、どのような方法が考えられるか。	その分野にある団体に依頼し、参加を呼び掛けることを検討。
⑤介護予防のための地域ケア個別会議について	国で行っている介護予防普及展開事業のモデル市町村として、要支援者及び基本チェックリストによる事業対象者を対象に、「要支援者等の生活行為課題解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」を目的とした新たな手法に取り組む。参加者は医療・介護の専門職種で構成し、メンバー固定。	担当者研修修了後に実施できるよう準備を進める。

資料No.

事業概要説明

つくば市地域ケア会議推進事業

つくば市保健福祉部地域包括支援課

地域ケア会議について

地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。

具体的には、地域包括支援センター等が主催し、

- 医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。
- 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する。
- 共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

地域包括支援センターでの開催 (高齢者の個別課題の解決)

○多職種の協働による個別ケース（困難事例等）の支援を通じた

- ①地域支援ネットワークの構築
 - ②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
 - ③地域課題の把握
- などを行う。

《主な構成員》
自治体職員、包括職員、ケアマネジャー、介護事業者、民生委員、OT、PT、ST、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士その他必要に応じて参加

※直接サービス提供に当たらない専門職種も参加

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

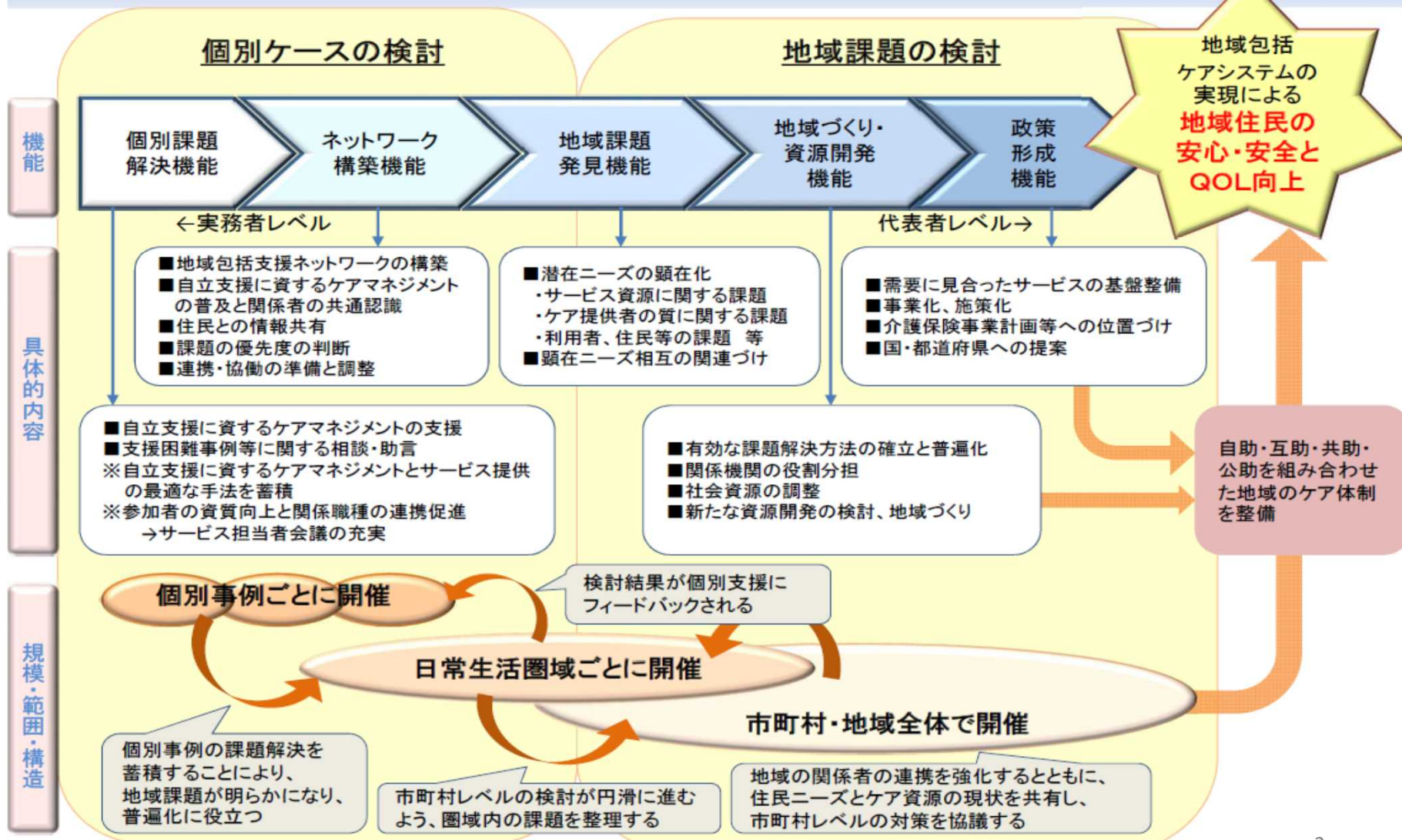
政策形成

介護保険事業計画等への位置づけなど

市町村での開催

(地域課題を解決するための社会基盤の整備)

「地域ケア会議」の5つの機能



※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

～ つくば市における取組みの現状 ～

■ つくば市地域ケア会議（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）

圏域別ケア会議で検討された個別ケースの課題分析を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化するとともに、共有された地域課題の解決に必要な地域づくり・資源開発、さらには介護保険事業計画等への反映等、政策形成につなげていく。

◇年2回開催（つくば市役所内 会議室）

■ 圏域別ケア会議（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）

日常生活圏域7圏域（大穂・豊里圏域合同）を基本として開催し、保健・医療・福祉に携わる専門職種や行政等の多職種による個別事例の検討を通じ、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援を行う。

◇偶数月（筑波圏域、大穂・豊里圏域、谷田部西圏域）

◇奇数月（桜圏域、谷田部東圏域、茎崎圏域）

■ 個別ケース会議（個別課題解決機能、ネットワーク構築機能）

必要に応じて、ケースに応じた専門職に参加を依頼し、開催する。

～ 平成29年度地域ケア会議推進事業 事業報告 ～

■ 圏域別ケア会議の実施

日常生活圏域(筑波、大穂・豊里、桜、谷田部東、谷田部西、荃崎)を基本とし、圏域毎に年6回、全36回の会議を開催し、36事例の新規事例検討と前回検討事例の経過報告及び評価を実施した。(前年度33回、47事例)

(1) 参加人数 568名 (前年度比△55)

(2) 職種別参加状況

職 種	人数	職 種	人数	職 種	人数(前年度比)
医師	15	退院調整看護師	6	デイ相談員	9
研修医	2	医療ソーシャルワーカー	19	在支相談員	45
歯科医師	6	精神保健福祉士	5	福祉用具専門員	4
理学療法士	44	介護従事者	24	民生委員	14
作業療法士	15	介護支援専門員	293	生活保護ケースワーカー	3
言語聴覚士	3	生活相談員	27	その他 施設長・管理者等	31
看護師	32	支援相談員	9	合 計	606(△114)

(3) 参加機関 総 数 429ヶ所 (24.8%) 通知1,731

<医療> 78ヶ所 (23.2%) 通知 336

<介護> 351ヶ所 (25.2%) 通知1,395

～ 平成29年度地域ケア会議推進事業 事業報告 ～

■ 提示された事例の傾向

◇年齢層 90代：11%、80代：36%、70代：36%、60代：17%

◇性別 男性19名、女性17名 男女に差は見られない

◇世帯状況 独居高齢者が42%で、高齢者世帯と合わせると70%を占めている。30%は家族と同居だが、何らかの課題を抱えている状況である。

◇介護度 要支援1：6%、要支援2：8%、要介護1：28%、要介護2：19%、要介護3：17%、
要介護4：8%、要介護5：6%、未申請1件、申請中2件
認知症の疾患がある方 13名

■ 事例から見てきた地域課題

ア 家族や地域の方に対して認知症の理解を深める

イ フォーマルサービスとインフォーマルサービスの役割分担など連携の調整、ルールづくり

ウ 火の不始末等による火事の不安や対応

エ 地域とのつながりや見守りのチームづくり

オ ゴミだし

～ 平成29年度地域ケア会議推進事業 事業報告 ～

■ 事務局評価

介護支援専門員や介護従事者等の介護職に加え、医師や看護師、理学療法士、作業療法士等の医療職の参加により医療に関する専門的な助言が得られた。多職種の見解が取り入れられることで、介護支援専門員のケアマネジメント実践力向上につながった。

また、民生委員にはケース関係者として参加いただき、地域の関係性や役割などの確認を行い、介護支援専門員との連携にもつながった。

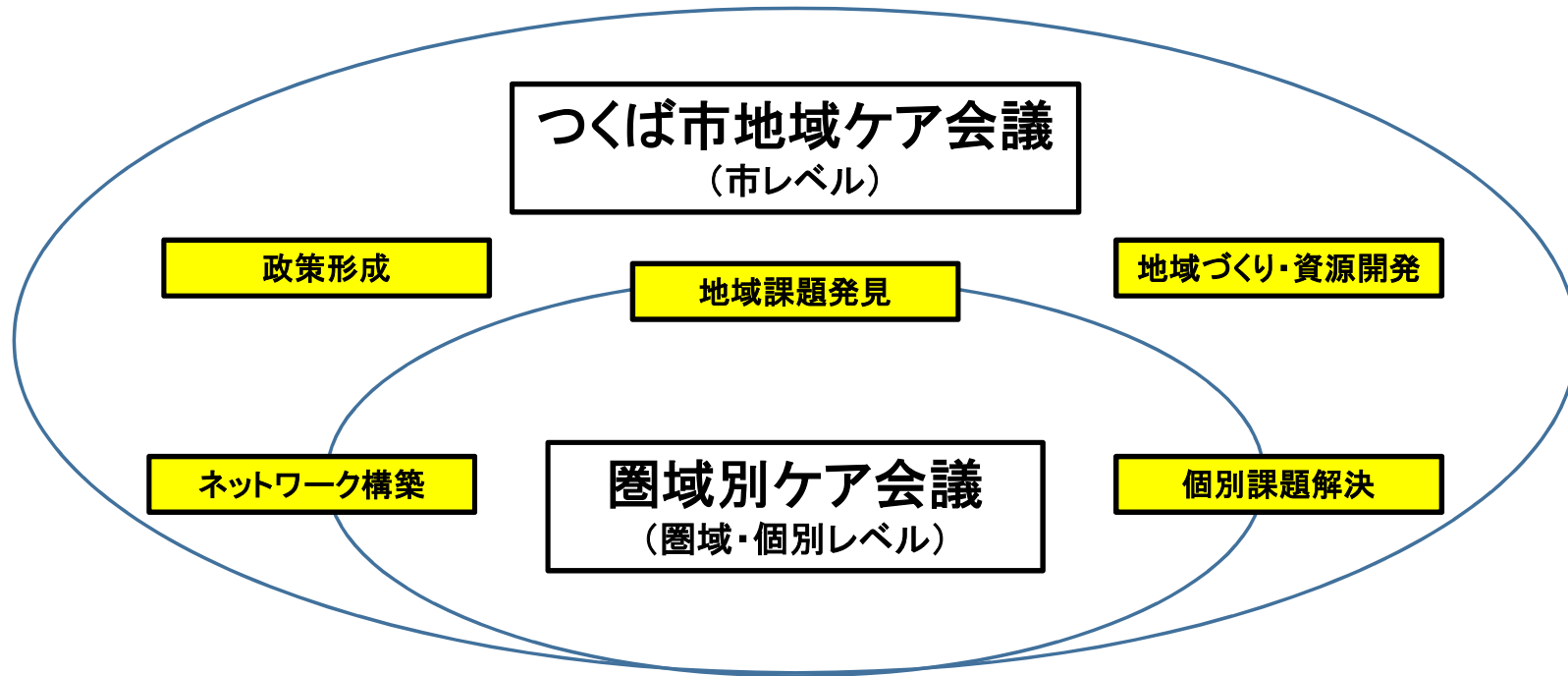
事例検討では、課題解決へ向けたケース関係者の役割や方針を定め、その後の会議で事例提示者から参加者に対応や位置づけた方針の経過を報告し評価することができた。また、評価を参加者と共有することにより、気づきや新たな課題の発見となった。

自立支援や重度化予防に向けた支援を行うにあたり、リハビリ専門職種によるアセスメントと評価が成されることで、必要なサービスの導入や既に利用しているサービスに対して支援方法の助言が得られるため、そのような機会があるとよい。

地域課題については、地域での連携など地域関係者を交えた検討も必要と思われる。

つくば市における地域ケア会議

つくば市地域ケア会議・・・保健・医療・福祉・法律・学者・市民団体・市民から構成される会議体



圏域別ケア会議・・・市内7圏域6会場(大穂、豊里合同)にて、各圏域2か月に一度開催。年間36回開催。圏域に所在する医療機関や介護サービス事業所に勤務する専門職種、ケースに関係する行政職員や民生委員が主な参加者。

平成30年度つくば市地域ケア会議推進事業の 推進について

～ 会議開催計画 ～

■ つくば市地域ケア会議（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）

◇年3回開催予定（つくば市役所内 会議室）

■ 圏域別ケア会議（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）

◇3センターがそれぞれの担当する地区の会議を実施

- ・つくば市地域包括支援センター：谷田部西、谷田部東、桜、大穂・豊里
- ・筑波地域包括支援センター：筑波
- ・荃崎地域包括支援センター：荃崎

◇各圏域2月1回開催し、計36回開催予定（別紙「平成30年度つくば市圏域別ケア会議予定表」参照）

■ 個別ケース会議（個別課題解決機能、ネットワーク構築機能）

◇必要に応じて、ケースに応じた専門職に参加を依頼し、開催する。

■ 介護予防のための地域ケア個別会議

◇平成31年度1月第1回目開催を目安に準備。今夏、担当者基礎研修・養成研修受講予定。

■ ケアプラン検証個別ケア会議（仮称）

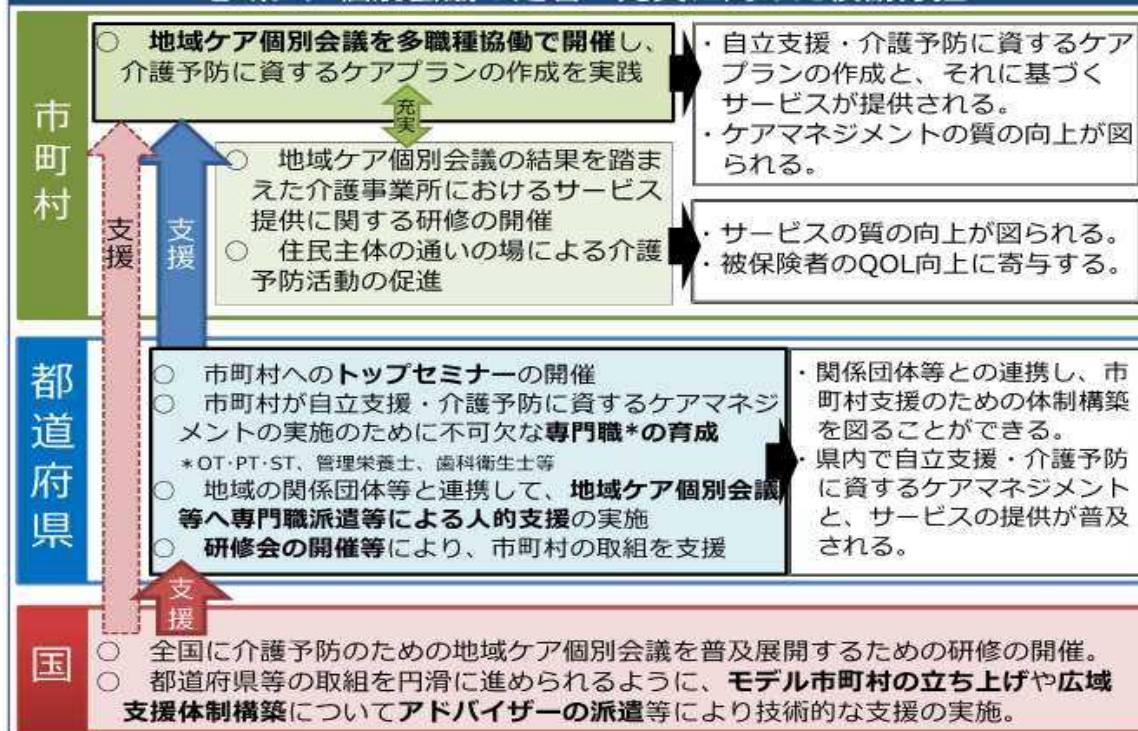
◇平成30年10月以降実施。現在、実施に向け、介護保険課と合同で準備中。

介護予防のための地域ケア個別会議

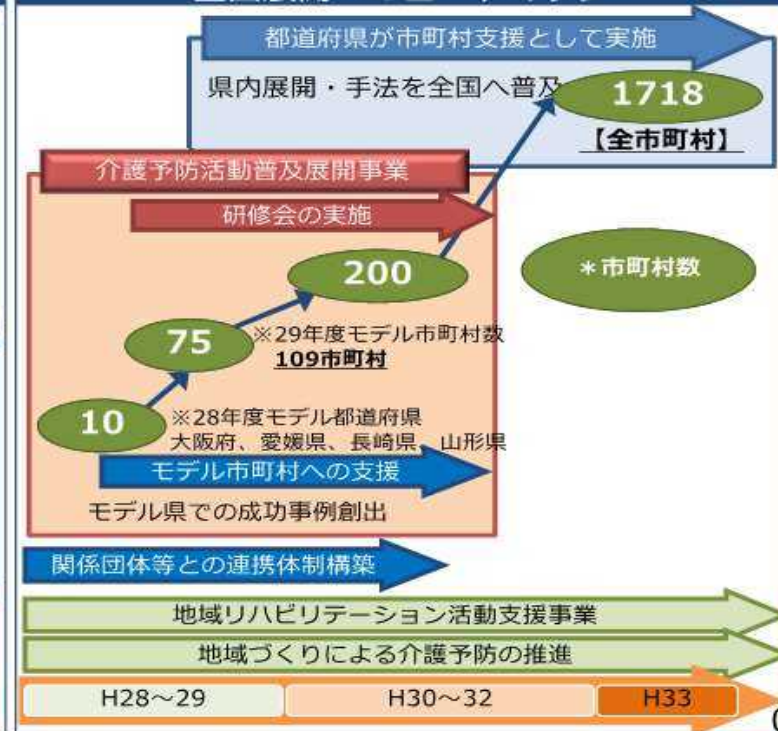
効果的な介護予防等の取組の横展開

- 地域ケア会議は個別事例の課題検討を目的とした「地域ケア個別会議」と、地域に必要な取組を明らかにして施策や政策の立案・提言を目的とした「地域ケア推進会議」に分類される。
- 地域ケア個別会議では、多職種が協働して、個別ケースの支援内容を検討することで、高齢者の自立に資するケアマネジメントを実施し、被保険者の課題解決や自立支援の促進、ひいてはQOLの向上を目指している。これからの自立支援・介護予防においては、介護予防等の観点を踏まえて地域ケア個別会議等を活用し、要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すことが重要である。
- 上記の様な地域ケア個別会議を実施するためには、運動・口腔・栄養等に関して幅広い知識が求められ、多職種からの専門的な助言を得ながら実施する必要がある。
- 平成29年介護保険法改正を踏まえた検討のなかでも、介護保険の理念である高齢者の自立支援と介護予防の堅持が必要とされ、具体的な取組の一つとして、地域ケア個別会議の多職種連携による取組の推進が求められている。
- 国が実施する「介護予防活動普及展開事業」においては、介護予防の観点を踏まえ、多職種が協働して実施している、要支援者等の自立を促すための地域ケア個別会議の手法について、市町村の取組を集約し、そのノウハウを交えながら、実践的な研修等を開催する。

地域ケア個別会議の定着・充実にに向けた役割分担



全国展開へのロードマップ



介護予防活動普及展開事業（平成30年度）

●目的

生涯現役社会を実現するため、先進的な市町村等で取り組んでいる効果的な介護予防の仕組みを全国展開し、元気な高齢者を増やすことを目的とする。具体的には、①介護予防における市町村のリーダーシップ構築、②市町村が主体的に介護予防に取り組むための組織づくりと運営、③効率的・効果的な介護予防に資するプログラム（短期集中介護予防等）の実施と地域の受皿づくりを全国の市町村で実践できるよう、以下のような技術的な支援を行う。

「介護予防のための地域ケア個別会議」の立ち上げを全国で展開していく。

・介護予防のための地域ケア個別会議

利用者のQOLの向上を目指すために、多職種からの専門的な助言を得ることで、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行う。

手引き等の改訂



手引き等の普及

研修会の実施



全国で実施



アドバイザー養成 映像教材等



（1）介護予防活動普及調査事業（国が実施、都道府県・市町村へ情報提供）

28年度介護予防活動普及展開事業において作成した手引きについて、30年度介護予防活動普及研修事業をとおして、手引きの内容の更なる充実を図るために、手引きの改訂を図る。

（2）介護予防活動普及研修事業（国がモデル都道府県、市町村等に実施）

国が平成28年度介護予防活動普及展開事業で作成した研修カリキュラムを用いた研修会を開催し、モデル自治体における事業定着を図る。事業の趣旨・概要、手引きのコンセプトを理解した都道府県が、市町村と協力しながら、同事業において策定した手引きとそれに伴う組織の立ち上げ、運営等をし、モデル自治体における横展開を図る。

- 「介護予防のための地域ケア個別会議」基礎研修会：国が都道府県、市町村等を対象に実施
都道府県、市町村担当者の介護予防のための地域ケア個別会議の趣旨・概要、手引きのコンセプトの理解を促す。
- 地域ケア個別会議司会者養成研修会：国がモデル都道府県・市町村等を対象に実施
介護予防のための地域ケア個別会議の司会者に求められるスキルの獲得を目指す。

（3）介護予防活動普及アドバイザー養成事業（国が実施）

- 地域ケア個別会議アドバイザー養成研修会：国がアドバイザーになり得る者*を対象に実施
手引き等の普及や介護予防のための地域ケア個別会議の実践を推進するためのアドバイザーを養成。
* 都道府県担当者を想定しているが、都道府県が推薦する者でも可（例えば関係団体から推薦される専門職等）。
都道府県を単位に活動することが想定されるため、実際に市町村にアドバイスや実地支援できる者が望ましい。

ケア会議によるケアプラン検証

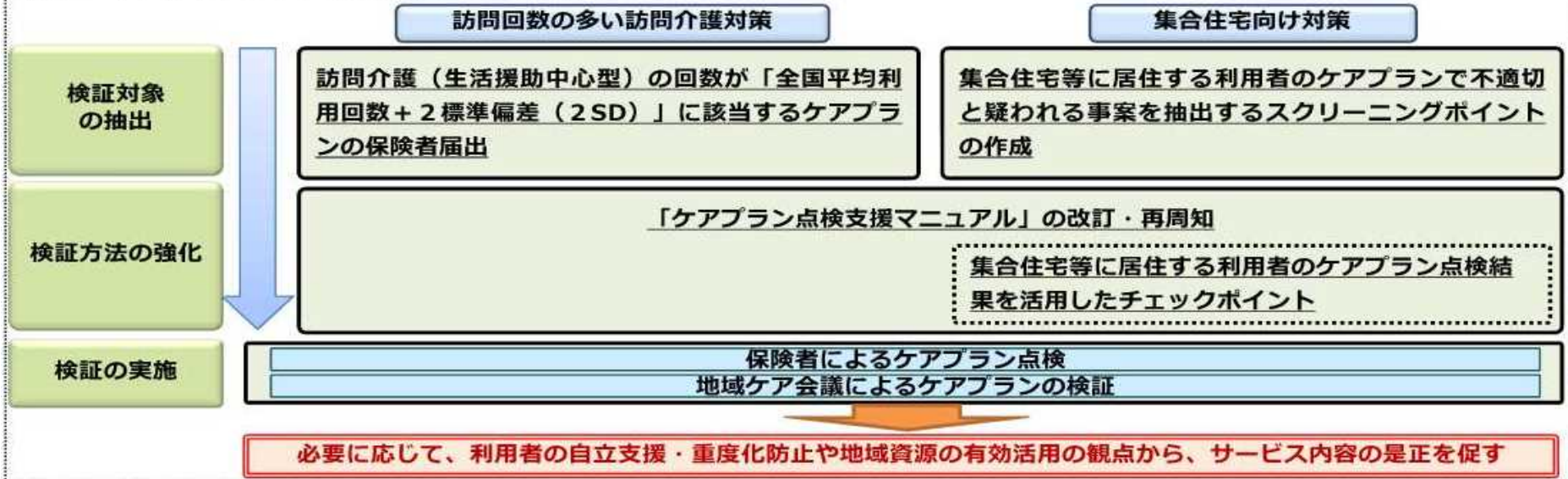
～ ケア会議によるケアプラン検証 ～

ア 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数（※）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。【省令改正】

（※）「全国平均利用回数 + 2 標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。

イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。【省令改正】

【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化



地域ケア会議の機能整理表

レベル	会議	目的	参加者	機能					
				個別課題 解決	ネットワーク 構築	地域課題 発見	地域づくり・ 資源開発	政策形成	その他
市	つくば市 地域ケア会議	地域課題の整理、 課題優先順位決定、 方針検討・決定	保健・医療・福 祉・法律・学者・ 市民団体・市民	—	△	○	◎	◎	—
個別 /圏域	圏域別ケア会議	自立支援に資する ケアマネジメント 支援、フォーマ ル・インフォーマ ル等のニーズ抽出	市内の保健医療福 祉の関係機関・事 業所等	◎	◎	◎	—	—	—
個別	個別ケース会議	臨時のサービス等 調整	ケース関係者 必要専門職種	◎	◎	△	—	—	—
個別	介護予防のため の地域ケア個別 会議	利用者のQOLの向 上を目的に、介護予 防のケアプラン作成 とケアの提供	医師、歯科医師、P T、OT、ST、薬剤師、 管理栄養士、歯科 衛生士、ケアマネ ジャー等	◎	◎	◎	—	—	—
個別	ケアプラン検証 のための個別ケ ア会議	利用者の自立支 援・重度化の観点 から、サービス内容 の是正を促す	未定	—	—	—	—	—	◎

平成30年度 つくば市圏域別ケア会議予定表及び事例提示事業所

資料No.

(第3版)

No.	圏域名	回	日時	事例提示事業所	場所
1	筑波	1	4月23日(月) 13:30~15:30	まどか	つくば市市民研修センター 研修室2・3 住所:つくば市北条1477-1 <担当> 筑波地域包括支援センター 電話:029-828-5806
		2	★ 6月14日(木) 18:30~20:30	筑波地域包括支援センター	
		3	8月20日(月) 13:30~15:30	なかよし	
		4	10月19日(金) 13:30~15:30	星野ケアサポーター	
		5	12月14日(金) 13:30~15:30	ひまわり	
		6	2月14日(木) 13:30~15:30	シニアガーデンアネックス	
2	大穂・豊里	1	4月26日(木) 13:30~15:30	社会福祉協議会	老人福祉センターとよさと ホール 住所:つくば市遠東639
		2	6月22日(金) 13:30~15:30	あいりレー	
		3	★ 8月29日(水) 18:30~20:30	地域包括支援課	
		4	10月23日(火) 13:30~15:30	美健荘	
		5	12月18日(火) 13:30~15:30	アドニスケアプラン	
		6	2月22日(金) 13:30~15:30	つくばらいふ	
3	谷田部西	1	4月17日(火) 13:30~15:30	もみじ	つくば市役所2階 防災会議室3
		2	★ 6月27日(水) 18:30~20:30	地域包括支援課	
		3	8月21日(火) 13:30~15:30	タームズ	
		4	10月25日(木) 13:30~15:30	木の花さくや	
		5	12月20日(木) 13:30~15:30	ケアサポートやたべ	
		6	2月26日(火) 13:30~15:30	アキラ	
4	桜	1	5月22日(火) 13:30~15:30	筑波メディカルセンター	つくば市役所2階 防災会議室3
		2	★ 7月19日(木) 18:30~20:30	地域包括支援課	
		3	9月20日(木) 13:30~15:30	ことり	
		4	11月20日(火) 13:30~15:30	ふれあいねっとつくば	
		5	1月22日(火) 13:30~15:30	ビーンズ	
		6	3月22日(金) 13:30~15:30	市民の森	
5	谷田部東	1	5月25日(金) 13:30~15:30	松代ケアセンターそよ風	つくば市役所2階 防災会議室3
		2	★ 7月26日(木) 18:30~20:30	地域包括支援課	
		3	9月27日(木) 13:30~15:30	さとのこハウス	
		4	11月27日(火) 13:30~15:30	善心会	
		5	1月24日(木) 13:30~15:30	糸車	
		6	3月18日(月) 13:30~15:30	ケアパートナー	
6	荃崎	1	5月30日(水) 13:30~15:30	くきの里	荃崎農村高齢者交流センター 作業室 (荃崎老人福祉センター隣) 住所:つくば市下岩崎2068 <担当> 荃崎地域包括支援センター 電話:029-886-9500
		2	★ 7月25日(水) 18:30~20:30	荃崎地域包括支援センター	
		3	9月25日(火) 13:30~15:30	つくば双愛	
		4	11月30日(金) 13:30~15:30	あずみ苑	
		5	1月29日(火) 13:30~15:30	大地と大空	
		6	3月22日(金) 13:30~15:30	コミュニティガーデン	

※ ★夜間 18:30~20:30開催になります。

～ 生活支援体制整備事業 前回（第1回）会議の審議事項 ～

検討・報告事項	主な意見、質疑等
①H29 事業報告について	<ul style="list-style-type: none"> ・第2層協議体では、今年度で参加者の共通認識や方向性が絞られてきて、地域全体で取り組み活動が出てくると思われる。 ・荃崎地域は必要に迫られ、様々な活動ができており、先進的な事例を他地域にも共有していけるとよい。 ・今回の資料の中でも良いアイデアが出ており、この様な積み上げを公表することで、他の地域でも活用することができると思う。 ・つくば市全体としてキャッチフレーズを作り、ビジョンを描くと良いと考える。セミナーを開催しさらに周知していくことで、自分たちに何ができるかを考えるきっかけとなる。
②協議体会議、SC の役割について	<ul style="list-style-type: none"> ・第2層協議体の話し合いや情報交換では、どのような議題を検討するのか、また生活支援コーディネーター（SC）の役割をわかりやすくしてほしい ・SC の役割が見えづらいため、第2層の会議の中で住民に対してわかりやすく説明しないと、いきなり降って沸いたような印象を受けてしまう。 <ul style="list-style-type: none"> ➡協議体は各地域で上がったニーズに対して何かできるかを話し合う場。SC はみんなで活動を考えていく場を取りまとめる役割であり、設置は協議体の話し合いの進み具合で考えていく。
③2層、3層の協議体について	<ul style="list-style-type: none"> ・自治会や区会単位になると顔が見えやすく実働しやすくなるが、こういった部分に2層のSCが入ってくるのか、もしくは3層を作っていくのか。 ➡各地域で協議体が出来上がり、小さい単位で動くほうが良ければそれを考慮することも必要。実際に動いてみて考えるなどして、あり方を柔軟に示していく。
④生活支援体制整備事業の通称について	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に委員より提出いただいた19の候補をもとに話し合った。 ・おたがい様という意味で「支えあい」を入れる、「ネットワーク」は他事業と混同するため外す、等の意見が出た。 <ul style="list-style-type: none"> ➡本会議では通称が決定しなかったため、事務局で絞り込みを行い、最終的に委員に決めていただく。

資料No. 6

つくば市 生活支援体制整備事業

日時／平成30年7月19日(木) 13:30～

場所／つくば市防災会議室

目次

平成27年度からの生活支援体制整備事業実施状況

- 1 平成27年度～平成30年度
つくば市生活支援体制整備推進会議(第1層協議体)の取り組み
- 2 平成29年度～平成30年度 第2層協議体の設置に向けた取り組みについて
 - (1) 荃崎圏域での協議体設置までの取り組み
 - (2) 筑波圏域での取り組み
 - (3) 大穂・豊里での取り組み
- 3 平成29年度サービス利用者(要支援者)アンケートの実施について
- 4 資源調査について(ふれあいサロン)

「生活支援体制整備事業」とは？

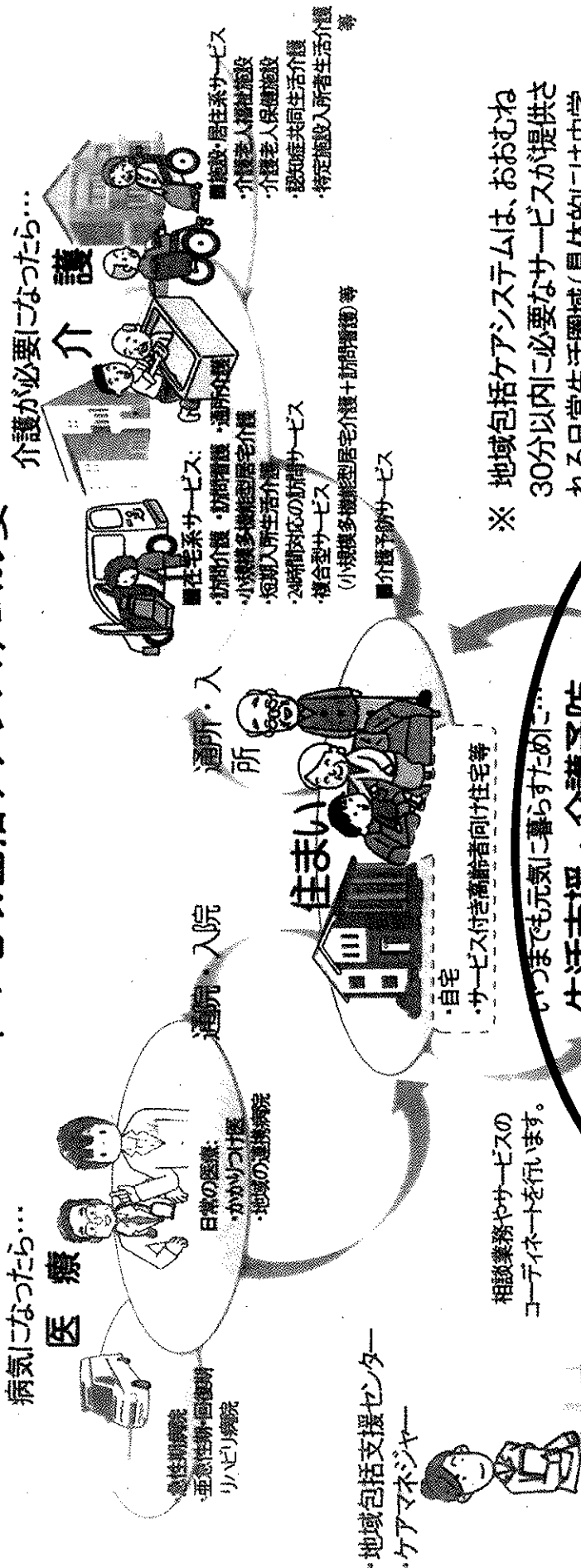
互助(お互い様)を基本とした高齢者等を支える地域の支え合いの体制づくりのこと

事業主体は…

地域住民主体の活動, 民間企業, NPO法人, ボランティアなどの多様なサービス

⇒2025年の地域包括ケアシステム構築のため
に必要な事業

2025年の地域包括ケアシステムの姿



※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要サービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定

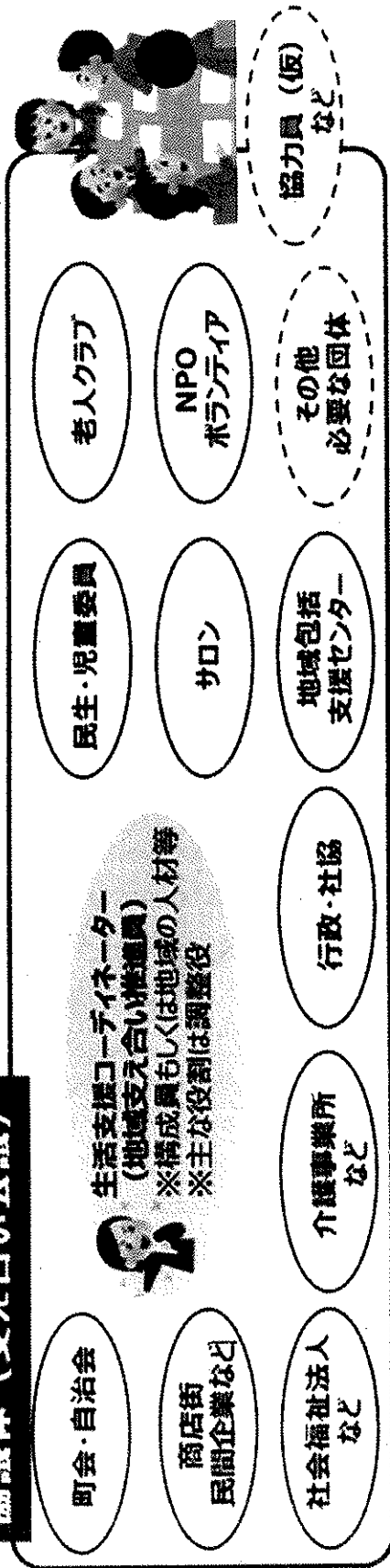
相談業務やサービスのコーディネートを行います。

生活支援体制整備事業の概要①

◎地域のみんなの力を集結する取り組み（協議体と生活支援コーディネーター）
 地域における助け合い活動を、「地域の視点（住民を中心とした多様な主体）で広げて
 みよう！」という取り組みです。

協議体（支え合い会議）

※（一例）協議体のメンバーは地域によって変わり、多様な主体がメンバーとなる。



【協議体（支え合い会議）】

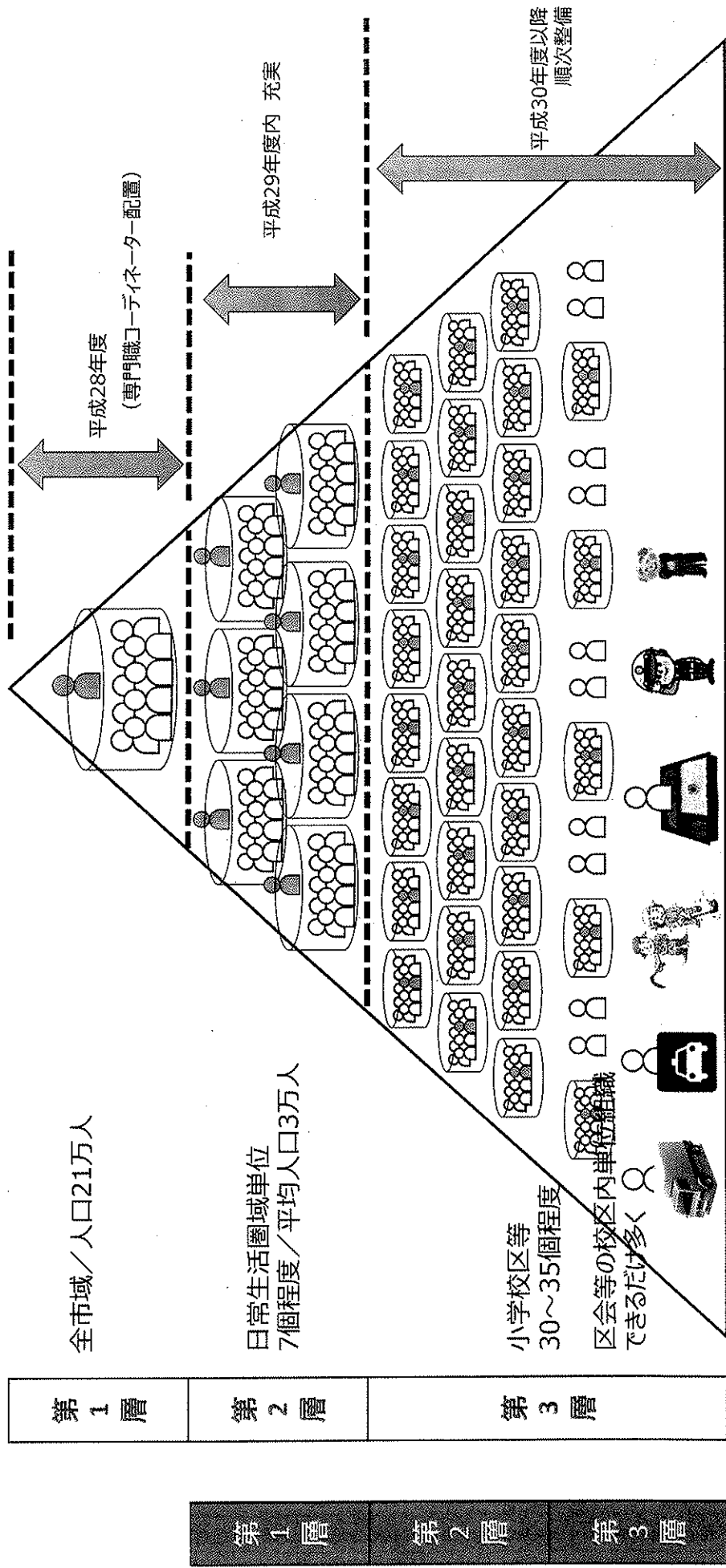
⇒ 地域の多様な主体がメンバーとなり、今やっていることや無理なく今できることなどをみんなまで話し合う仕組み。

【生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）】

⇒ 協議体と協力しながら、自分たちのまちをより良くしていくために、地域の様々な活動をつなげ、組み合わせる調整役。

「層」の整理 ― 国のモデルとつくば市の考え方

(国) (つくば市)



生活支援体制整備事業の活動

協議体設置準備会議
(地域課題の把握)

- ・地域を知る
- ・ワークショップ(3回～4回)
- ・地域懇談会(ニーズ調査)
- ・キャッチフレーズ等の検討

協議体の設置
(主体的な話し合い)

- ・課題への対策検討
- ・ニーズ把握
- ・情報交換会・ネットワーク構築
- ・社会資源等の確認・把握(マップ等の作成等)
- ・支え合い活動の創出の検討

**多様な主体による
生活支援・介護予防の提供**

- ・見守り
- ・サロンやカフェ
- ・簡単な家事支援
- ・声かけ
- ・外出支援
- ・体操教室 等

平成27年度 生活支援体制整備事業実施状況

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置
社会福祉士 1名 常勤・兼務（社会福祉協議会職員）

1 市内圏域別社会資源調査実施

時期：平成27年6月1日～7月15日
調査協力機関

：つくば市在宅介護支援センター
結果：66団体にヒアリングを行った
調査報告書作成

2 生活支援ニーズ調査の実施

時期：平成28年1月14日～2月5日
調査協力機関

：居宅介護支援事業所46ヶ所
介護支援専門員 116人
結果：調査結果を評価・整理
次年度以降に継続

平成28年度 第1層協議体の取り組み

第1回つくば市生活支援体制整備推進事業

日時：平成28年7月28日 13:30～15:30

- 1 事業概要説明
 - ・改正介護保険法による包括的支援事業の強化について
 - (1)生活支援体制整備事業について
- 2 昨年度からの取組みについて
 - (1)生活支援体制整備事業として
- 3 本年度事業計画について

第2回つくば市生活支援体制整備推進事業

日時：平成28年11月2日(水) 15:00～17:00

- 1 今後の体制整備事業について
 - 2 地域包括ケアシステムの背景と目指すべき方向～地域におけるそれぞれの役割
長瀬 純治氏(さわやか財団)
 - 3 地域の支え合いフォーラムinつくばについて
- 日時：平成29年1月21日(土)13:00～16:00

地域の支え合いフォーラムinつくば

第一部／基調講演「助け合いが広がるまちづくり」

理事長 清水 肇子(しみず けいこ)氏

講師／公益財団法人さわやか福祉財団



平成**29**年**1**月**21**日(土)

13:00～16:00 (12:30開場)

イーアスホール

参加者 168人

市民 43人 区長10人 民生委員49人

シルバークラブ5人 議員6人 その他40人
社協関係15人

地域の支え合いフォーラムinつくば

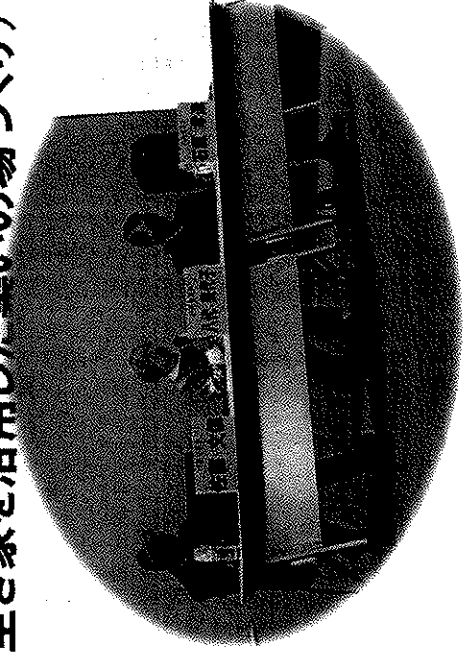
第二部／パネルディスカッション／助け合いが広がるまちづくり

パネリスト NPO法人友の会たすけあい
副理事長兼事務局長 佐藤文信氏（福祉有償運送）
さくらおたすけ会 代表 八代美代子氏（住民によるたすけあい活動）

コミュニティーハウス「和」
代表 石原孝造氏（空き家を活用した集いの場づくり）

アドバイザー 公益財団法人さわやか福祉財団
理事長 清水肇子氏

コーディネーター つくば市生活支援体制整備推進会議
委員長 山中克夫氏
（筑波大学准教授）



平成29年度 生活支援体制整備事業実施状況

	第一層(市レベル)	第二層(圏域レベル)
4月	第1回会議(5/17実施) ・平成28年度事業報告(地域ケア&生活支援) ・平成29年度事業計画 ・圏域別ケア会議の進め方等 ・第二層大づかみ勉強会の実施案について	
5月		
6月		○荃崎地区区長・民生委員事前説明 区長役員会(6/9実施)・民協定例会(7/11実施)
7月		◎荃崎地区関係者全体説明会(7/18実施) 80名
8月		・荃崎小学校区で勉強会(10/13・10/17実施) 37名
9月		・第1回荃崎圏域第2層協議体設置準備会(9/14実施)19名
10月		

	第一層(市レベル)	第二層(圏域レベル)
11月	第2回会議(12/15実施) ・圏域別ケア会議の上半期状況報告 ・今後の取り組みについて ・2層協議体の設置に向けた取り組みについて ・今後の取り組みについて	・第2回荃崎圏域第2層協議体設置準備会(11/16実施)27名 ・第3回荃崎圏域第2層協議体設置準備会(12/20実施)38名
12月		○筑波地区区長・民生委員事前説明 区長役員会(12/13実施)・民協定例会(1/15実施) 筑波地区シルバークラブ役員会(1/18実施) ◎筑波地区関係者全体説明会(1/26実施) 89名
1月		★荃崎圏域第2層協議体設置(2/9設置) ・第4回荃崎圏域第2層協議体設置準備会(2/9実施) 40名 ○大穂地区区長・民生委員事前説明 区長会会長説明 民協定例会(2/13実施) 大穂地区シルバークラブ役員会(2/23実施) ○豊里地区区長・民生委員事前説明 代表区長説明 民協会長より研修時説明 ◎豊里地区関係者全体説明会(2/28実施) 48名
2月		・第1回筑波圏域第2層協議体設置準備会(3/26実施)19名 ◎大穂地区関係者全体説明会(3/2実施) 71名
3月		

「荃崎圏域」での協議体設置までの取り組み

- 全体説明会 1回
- 第2層協議体設置準備会 4回
- お互いに支え合える地域づくり会議 3回
(荃崎圏域小学校区別懇談会)

○平成30年2月9日(金) 協議体設置

荃崎地区全体説明会 80名参加

日時／平成29年7月18日(火)10:00～11:30

場所／荃崎保健センター大会議室

参加者／民生委員18名, 区長18名, シルバークラブ18名,

ふれあい相談員10名, ふれあいサロン8名,

フォーラム参加者3名, 住民2名

在宅介護支援センター1名,

市民ネット1名, 社協1名(計80名)

地域包括支援課6名

内容／生活支援体制整備事業について

資料にて説明

意見／事業の継続について・住民の自主性・シルバークラブの活動等



第1回 第2層協議体設置準備会議 19名参加

日時／平成29年9月14日(木)

10:00～12:00

場所／荃崎交流センター大会議室

内容／

- ① 生活支援体制整備事業について資料にて説明
- ② 第2層協議体設置に向けての活動について
- ③ 小学校区での懇談会について(ワークショップ)
・KJ法にて「荃崎地区の良い所」というテーマで
意見をを出してもらった。
・2グループ共通の意見として、環境が良い
互助活動や自治会活動が活発、元気な高
齢者が多いという意見があった。



参加者／区長5名、民生委員4名、
ふれあい相談員3名、
シルバークラブ3名、
地域福祉活動推進員1名、
ふれあいサロン1名、
ボランティア1名、社協1名
地域包括6名

お互いに支え合える地域づくり会議 (茎崎圏域小学校区別懇談会)

日 時／第一小学校区／平成29年10月13日(金)10:00～12:00

第二小学校区／平成29年10月13日(金)14:00～16:00

第三小学校区／平成29年10月17日(火)10:00～12:00

場 所／茎崎保健センター大会議室

参加者／ 合計37名 (地域包括支援課 5名)

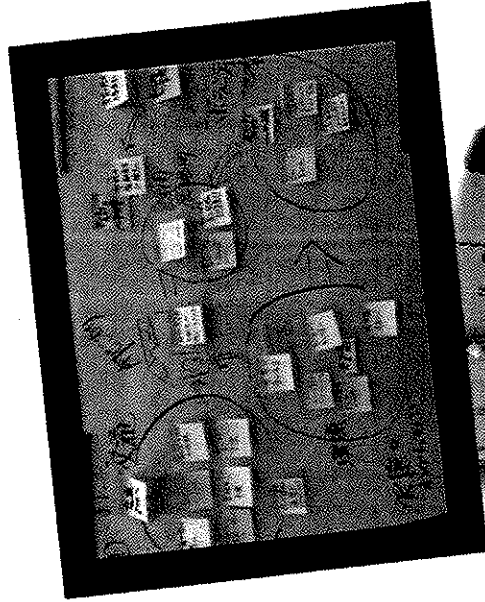
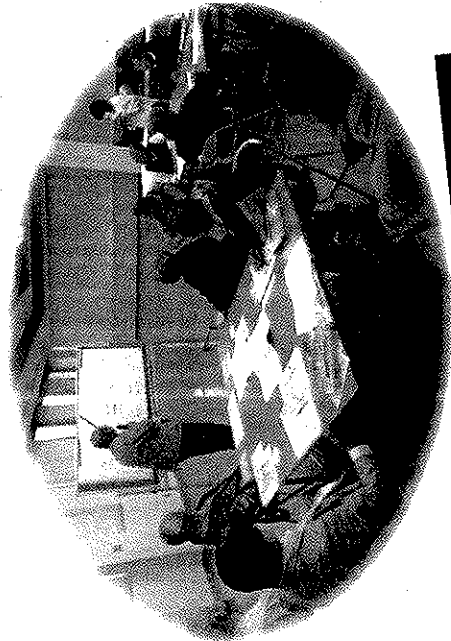
内 容／ ①生活支援体制整備事業について資料にて説明

②脳トレ(たくさん正方形を探そう！)

③ワークショップ「地域の良さと課題を考えてみよう」

お互いに支え合える地域づくり会議

★第二小学校区★



★第三小学校区★



★第一小学校区★

第2回 第2層協議体設置準備会議 27名参加

日 時／平成29年11月16日(木)

10:00～12:00

場 所／荃崎保健センター大会議室

内 容／

- ①前回の振り返り(9月14日)
- ②生活支援体制整備事業の概要説明
- ③お互いに支え合える地域づくり会議
(荃崎圏域小学校区別懇談会)報告
- ④ワークショップ
 - ・ KJ法を用いて「困っていること」,
「住みやすくするアイデア」の意見
を出してもらった。



参加者／区長5名, 民生委員6名,
シルバークラブ3名,
ふれあい相談員3名,
住民3名, 議員2名,
ふれあいサロン1名,
社協1名, ボランティア1名,
NPO1名, 他地区1名

全体の傾向

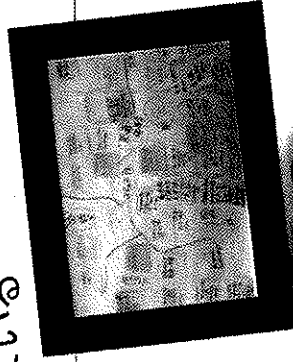
困っていること

《交通の便》

- ・アクセスが悪く、買い物や通院に不便
- ・牛久に行くバスがない
- ・市の中心で行事が行われているため参加しにくい

《空き家問題》

- ・空き家、空き地の増加
- ・空き家の雑草が通行障害になっている



《高齢化》

- ・高齢者の独居が増えている
- ・ゴミ出しができない人等への支援が少ない
- ・独居の人、引きこもりの人への支援がない
- ・区会に入らない人、抜ける人も増え、後継ぎがない
- ・介護の話を気軽に相談できる人がいない



アイデア

- ・つくバス、つくたぐの利用券とルートの改善
- ・隣接市(牛久市, 土浦市)と協働体制をつくる
- ・買い物支援を整備する

- ・空き家を賃貸する
- ・ふれあいサロン等に活用する

・ゴミ出し支援の整備

- ・地区別の福祉活動利帳を作成し全世帯に配布
- ・助け合いの保険を整備する
- ・区会(自治会)等には若い人にも参加してもらう
- ・個人で考えたり動いたりすることはできないので区会(自治会)で動く
- ・困った時に誰に連絡すればいいのかを区会(自治会)で決める
- ・緊急連絡先一覧を作り、電話の近くに貼ってもらう

第3回 第2層協議体設置準備会議 38名参加

日時／平成29年12月20日(木)

13:30～15:30

場所／荃崎保健センター大会議室

内容／

- ①前回の振り返り(11月16日)
- ②アンケート集計結果について
- ③荃崎地区第2層協議体設置準備会の
今後の進め方について
- ④意見交換会



参加者／区長5名、民生委員8名、
シルバークラブ3名、
ふれあい相談員3名、
住民5名、議員2名、
ふれあいサロン1名、
ボランティア2名、NPO1名、
委託包括1名 他地区1名

第3回 第2層協議体設置準備会議 まとめ

1 アンケート集計についての意見

- ・サロンの利用についての意見
- ・同居世帯でも通院介助等の希望が多い理由等

2 協議体の運営について

(1) メンバーの選定について(55名の登録者)

- ・現在の人数は多い。部会などを決めると良い。
- ・対象は高齢者だけで良いのか
- ・話し合う内容によって参加者を決定する。
- ・代表者が必要ではないのか
- ・アンケートを実施して希望を取る。

(2) 開催頻度・時間等について

- ・目標に向けて回数を設定していく
- ・平日の午後からの会議が良い



開催通知を送る際にアンケートを同封

- ・協議体のキヤッチコピーについて
- ・協議体の組織体制について

第4回 第2層協議体設置準備会議 30名参加



日 時／平成30年2月9日(金)

13:30～16:00

場 所／荃崎保健センター大会議室

内 容／

- ① 荃崎地区第2層協議体準備会での活動の振り返り
- ② グループワーク

- ・協議体のキヤッチコピーについて
- ・協議体の組織体制について

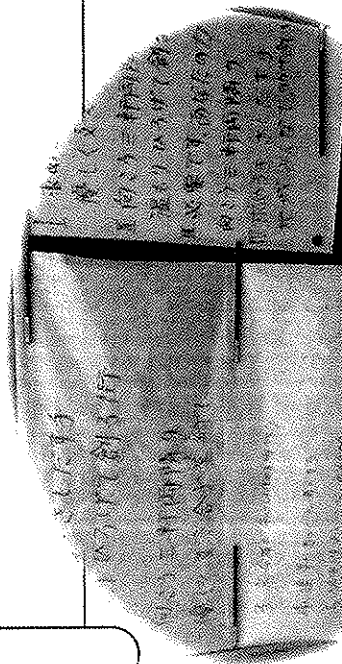
※協議体設置で了解をいただく。

参加者／区長7名、民生委員8名、
シルバークラブ4名、住民3名、
ふれあい相談員2名、議員1名、
ふれあいサロン1名、NPO1名、
ボランティア1名、社協1名
委託包括1名、他地区2名

「あなたの力

あなたの心
支え合う街

くまぎき」



組織体制について
は結論が出ず
次回に持越し



☆「筑波圏域」での協議体設置までの取り組み

○全体説明会

1回

○第2層協議体設置準備会

1回

☆「大穂圏域」での協議体設置までの取り組み

○全体説明会

1回

☆「豊里圏域」での協議体設置までの取り組み

○全体説明会

1回

筑波地区全体説明会 89名参加

日時／平成30年1月26日(火)13:30～15:30

場所／市民ホールつくばね会議室

参加者／民生委員32名, 区長29名, シルバークラブ10名,

ふれあい相談員9名,

ふれあいサロン4名,

ボランティア4名,

筑波地域包括支援センター1名

社協1名

地域包括支援課6名

内容／生活支援体制整備事業について

資料にて説明

意見／市からの財政的支援・協議体の構成メンバー・高齢者台帳の活用



豊里地区全体説明会 48名参加

日時／平成30年2月28日(水)14:00～16:00

場所／豊里交流センター視聴覚室

参加者／民生委員13名, 区長20名, シルバークラブ2名,

ふれあい相談員10名, ボランティア1名,

在宅介護支援センター2名,

地域包括支援課6名

内容／生活支援体制整備事業について

資料にて説明

機会

意見／協議体のリーダー・構成メンバー・見守りネットワークとの連携



大穂地区全体説明会 71名参加

日 時／平成30年3月2日(金)14:00～16:00

場 所／大穂交流センター視聴覚室

参加者／民生委員17名, 区長16名, シルバークラブ12名,

ふれあい相談員18名, ふれあいサロン3名,

在宅介護支援センター2名,

フォーラム1名, 議員1名

社協1名

地域包括支援課4名

内 容／生活支援体制整備事業について

資料にて説明

意 見／予算について・支援の難しさ・支援の対象・見守り



平成29年度サービス利用者アンケート実施 (要支援者187名)

現在、介護保険サービスを利用している要支援者を対象に介護保険サービス以外のサービスについてニーズ調査を行った。

- 調査方法 自宅へ訪問しアンケート調査
- 対象者 筑波地区, 荊崎地区に在住の要支援1・2の方
- 回答者数 筑波地区74名, 荊崎地区113名,

お住まいの地区	要介護度	お住まいの状況
筑波	要支援1 69	高齢者世帯 47
荊崎	要支援2 112	独居 48
合計	未回答 6	同居 80
	合計 187	その他 5
		未回答 7
		合計 187

利用中のサービス	回答合計
①訪問介護(ヘルパー)	48
②通所サービス(デイサービス・デイケア)	123
③訪問リハ	11
④訪問看護	8
⑤福祉用具貸与	42
⑥住宅改修	4
⑦ショートステイ	1
⑧地域のサービス等	17
⑨その他	12

【質問】 あったら良いと思うサービス (一人5つまで)

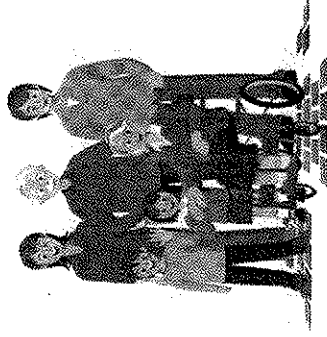
- ①配食 ②配達(食材, 日用品用品など) ③ゴミ出し ④買い物 ⑤外出支援(付き添い, 介助, 送迎) ⑥掃除
- ⑦洗濯 ⑧食事の準備・調理・後始末など ⑨草取り・庭木の剪定・水やり ⑩家の中の簡単な修理や電球交換
- ⑪話し相手 ⑫通院・院内介助 ⑬見守り・安否確認 ⑭ふれあいサロン ⑮運動・体操教室 ⑯シルバークラブ
- ⑰趣味活動(制作, 音楽, 調理など) ⑱その他

資源調査について（ふれあいサロン）

高齢者の地域包括ケアのための三二知識 2017

・・・保健福祉関係者のための・・・

市内の保健福祉サービス
民間関連サービスの概要



1 在宅介護支援センターによる
地域調査の実施

2 対象サロンの確認

- ・社協登録状況確認
- ・包括で1件ずつ掲載内容確認

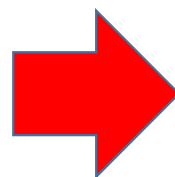
年度ごとに状況を確認し掲載を継
続していく。

～ 生活支援体制整備事業の通称について

- ① ライフサポート整備事業
- ② つくばささえあい推進事業
- ③ 地域たすけあい推進事業
- ④ 地域づくりささえあい事業
- ⑤ 地域ささえあいつくば
- ⑥ ささえあいまちづくり事業
- ⑦ お互いさまささえあい事業

つくば市地域ケア会議における平成28年度から平成29年度での主な機能

- (1) 事例提示票の様式について
〈課題解決機能の向上〉
- (2) 医師等医療職種の参加について
〈ネットワーク構築機能の強化〉
- (3) リハビリテーション専門職種の
介入について
〈課題解決機能の向上〉
- (4) 事例集計について
〈課題解決機能の向上〉
〈地域課題抽出機能の向上〉



- (1) 事例提示票の様式について
⇒課題解決への目標設定、実施内容、その後の評価がわかる様式を作成(つくば市version)
- (2) 医師等医療職種の参加について
⇒アンケート結果を基に夜間開催を実施。平成30年度も継続検証。
- (3) リハビリテーション専門職種の
介入について
⇒リハビリテーション専門職種による評価が必要とされた事例に対する試験的評価訪問の実施。
- (4) 事例集計について
⇒事例集作成(事例の見える化)

事例提示者

事例提示日

平成29年 月 日

※直近のサービス導入状況を記入する。

月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
単位以外のサービス							

氏名 (イニシャル) さん 性別 年齢 才 続柄

職業 収入 年額 円

特記事項

身上監護 必要なし 課題あり (

財産管理 必要なし 課題あり (

日常的金銭管理 必要なし 課題あり (

本会議内で記入します。事例提示者は 欄のみ御記入ください。 欄は次回評価時に記入します。

No.	課題	解決策(目標)	経過	評価	解決

※会議内で記入します

※事例提示者による会議評価

平成〇〇年度つくば市地域ケア会議「第〇〇回〇〇圏域別ケア会議」

ケースタイトル								事例番号 H29 - ▲ - 0	
ケース概要						ジェノグラム			
※夫婦は左から夫妻、子は左から長子の順									
本人情報		性別		年齢	才	出身地	県	身体状況	身長 cm 体重 kg
生活歴									
病歴	病名		発症時期		経過		受診状況		
	1.		年 月 頃		治療中・経観・他		定期(月)・不定期		
	2.		年 月 頃		治療中・経観・他		定期(月)・不定期		
	3.		年 月 頃		治療中・経観・他		定期(月)・不定期		
	4.		年 月 頃		治療中・経観・他		定期(月)・不定期		
服薬状況									
要介護認定		□無 □有 (要介護度/) (有効期間/平成 年 月 日~平成 年 月 日)							
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度		□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2						
	認知症高齢者の日常生活自立度		□自立 □I □II a □II b □III a □III b □IV □M						
障がい等		□無 □有 (□身体障害者第__種__級) (□精神保健福祉__級) (□療育__)							
		障害等名 () 難病 ()							
ADL	移動		排泄						
	食事		入浴						
	整容		更衣						
IADL	調理		買物						
	洗濯		掃除						
	電話		服薬管理						
	外出		金銭管理						
住宅環境		□持家 □戸建て (__階建) □アパート (__階) □マンション (__階) □その他 (__階建) □賃貸							
近隣との関係	定期的な訪問者		□無 □有 () 頻度 ()						
	近くの交流の場		□無 □不明 □有 ()				ごみ集積所までの距離		

事例提示者		事例提示日	平成29年	月	日
-------	--	-------	-------	---	---

※直近のサービス導入状況を記入する。

時間帯	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
5:00-6:00								
6:00-7:00								
7:00-8:00								
8:00-9:00								
9:00-10:00								
10:00-11:00								
11:00-12:00								
12:00-13:00								
13:00-14:00								
14:00-15:00								
15:00-16:00								
16:00-17:00								
17:00-18:00								
18:00-19:00								
19:00-20:00								
20:00-21:00								
21:00-22:00								
22:00-23:00								
23:00-24:00								
週単位以外 のサービス								

経済状況	<input type="checkbox"/> 年金（ <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済等 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 遺族） <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 事業や不動産収入 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他（ ）	年額 円
------	--	---------

養護者情報	性別 年齢 才 続柄 健康状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 不明 就業の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（週__日労働） <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他
-------	--

その他親族等情報	
----------	--

特記事項	
------	--

本人の意向	
-------	--

養護者の意向	
--------	--

権利擁護	身上監護	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 課題あり（ ）
	財産管理	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 課題あり（ ）
	日常的金銭管理	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 課題あり（ ）

事例提示者は『課題』欄のみ御記入ください。『解決策（目標）』欄は会議内で記入します。『経過』『評価』『解決』欄は次回評価時に記入します。

No.	『課題』	解決策（目標）	経過	評価	解決

※地域課題として	※事例提示者による会議評価
----------	---------------

平成29年度つくば市地域ケア会議「第00回〇〇圏域別ケア会議」

ケースタイトル						事例番号 H29 - ▲ - 0
ケース概要				ジェノグラム		
※夫婦は左から夫妻、子は左から長子の順						
本人情報	性別	年齢	才	出身地	県	身体状況
				身長	体重	kg
				cm		
生活歴						
病歴	病名	発症時期	経過	受診状況		
	1.	年 月 頃	治療中・経観・他	定期(月)・不定期		
	2.	年 月 頃	治療中・経観・他	定期(月)・不定期		
	3.	年 月 頃	治療中・経観・他	定期(月)・不定期		
4.	年 月 頃	治療中・経観・他	定期(月)・不定期			
服薬状況						
要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要介護度/) (有効期間/平成 年 月 日~平成 年 月 日)					
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
障がい等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身体障害者第__種__級) (<input type="checkbox"/> 精神保健福祉__級) (<input type="checkbox"/> 療育__)					
障害等名 () 難病 ()						
ADL	移動			排泄		
	食事			入浴		
	整容			更衣		
IADL	調理			買物		
	洗濯			掃除		
	電話			服薬管理		
	外出			金銭管理		
住宅環境	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 戸建て (__階建) <input type="checkbox"/> アパート (__階) <input type="checkbox"/> マンション (__階) <input type="checkbox"/> その他 (__階建) <input type="checkbox"/> 賃貸					
近隣との関係	定期的な訪問者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 頻度 ()				
	近くの交流の場	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 ()			ごみ集積所までの距離	

事例提示者

事例提示日

平成29年

月

日

※直近のサービス導入状況を記入する。

時間帯	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
5:00-6:00								
6:00-7:00								
7:00-8:00								
8:00-9:00								
9:00-10:00								
10:00-11:00								
11:00-12:00								
12:00-13:00								
13:00-14:00								
14:00-15:00								
15:00-16:00								
16:00-17:00								
17:00-18:00								
18:00-19:00								
19:00-20:00								
20:00-21:00								
21:00-22:00								
22:00-23:00								
23:00-24:00								
週単位以外のサービス								

経済状況

年金（国保 厚生 船員 共済等 障害 恩給 遺族）
給与 事業や不動産収入 仕送り その他（ ）

年額

円

養護者情報

 性別 年齢 才 続柄 健康状態 良好 治療中 不明
 就業の有無 無 有（週__日労働） 不明 その他

その他親族等情報

特記事項

本人の意向

養護者の意向

権利擁護

 身上監護 必要なし 課題あり（ ）
 財産管理 必要なし 課題あり（ ）
 日常的金銭管理 必要なし 課題あり（ ）

事例提示者は『課題』欄のみ御記入ください。『解決策(目標)』欄は会議内で記入します。『経過』『評価』『解決』欄は次回評価時に記入します。

No.	『課題』	解決策(目標)	経過	評価	解決

※地域課題として

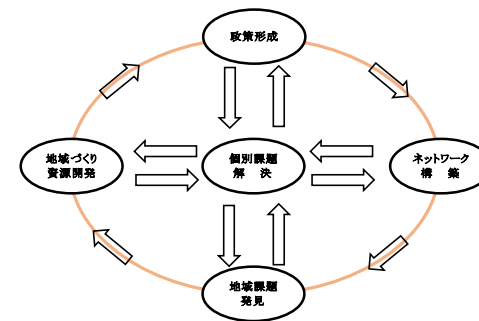
※事例提示者による会議評価

追加資料No.

課題カテゴリー

生活困窮	金銭管理	介護力低下	介護負担	後見人なし
社会的孤立	認知症	徘徊	妄想	閉じこもり
健康不安	買い物困難	移動不安	生活環境悪化	看取り

<地域ケア会議の主な機能>



No.	…ケースタイトル…		…ジェノグラム…	
身体・健康		生活		
家族		地域		
				サービス
本人の意向			養護者の意向	

	課題	解決策(目標)	誰が	どうする	経過	評価	結果
1							
2							
3							

<事例から見てきた地域課題> 該当する項目→■

ア 家族や地域の方に対して認知症の理解を深める

イ サービス(フォーマルとインフォーマル)の役割分担など連携の調整、ルールづくり

ウ 火の不始末等による火事の不安や対応

エ 地域とのつながりや見守りのチームづくり

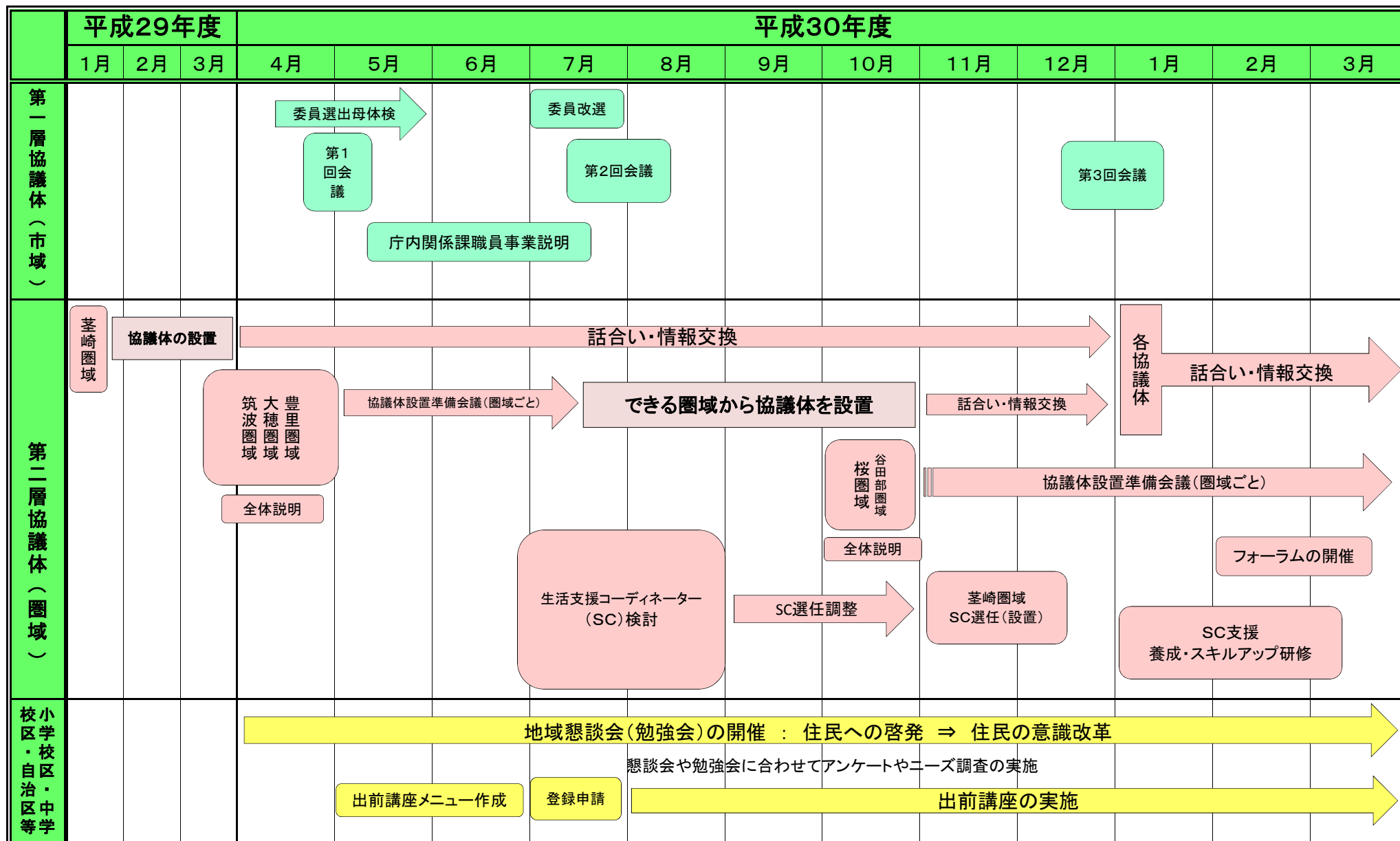
オ ゴミだし

カ その他()

☆ リハビリ専門職種による身体状況や生活状況の評価が必要

生活支援体制整備事業推進スケジュール

追加資料No.4



人口・高齢者数・要介護認定者数(割合)

日常生活圏域	人口	高齢者数	高齢化率	世帯数	高齢者世帯			前期高齢者世帯			後期高齢者世帯		
					単身	世帯	世帯率	単身	世帯	世帯率	単身	世帯	世帯率
大穂	19,613	4,103	20.92%	8,073	746	572	16.33%	306	391	8.63%	440	181	7.69%
豊里	16,485	3,876	23.51%	6,099	628	518	18.79%	256	371	10.28%	372	147	8.51%
大穂・豊里	36,098	7,979	22.10%	14,172	1,374	1,090	17.39%	562	762	9.34%	812	328	8.04%
谷田部西	38,819	7,236	18.64%	16,199	1,373	1,146	15.55%	576	806	8.53%	797	340	7.02%
谷田部東	61,034	6,468	10.60%	27,310	1,396	1,241	9.66%	684	901	5.80%	712	340	3.85%
桜	51,276	6,976	13.60%	23,931	1,372	1,284	11.10%	624	914	6.43%	748	370	4.67%
筑波	18,316	6,350	34.67%	7,089	1,145	911	29.00%	415	616	14.54%	730	295	14.46%
荃崎	23,861	8,623	36.14%	10,270	1,394	1,897	32.04%	587	1,406	19.41%	807	491	12.64%
全体	229,404	43,632	19.02%	98,971	8,054	7,569	15.79%	3,448	5,405	8.95%	4,606	2,164	6.84%

日常生活圏域	高齢者数	認定者数	認定率	要支援 (1・2)	割合	要介護 (1・2)	割合	要介護 (3・4・5)	割合
大穂	4,103	725	17.67%	136	18.76%	330	45.52%	259	35.72%
豊里	3,876	690	17.80%	113	16.38%	314	45.51%	263	38.12%
大穂・豊里	7,979	1,415	17.73%	249	17.60%	644	45.51%	522	36.89%
谷田部西	7,236	1,237	17.10%	280	22.64%	506	40.91%	451	36.46%
谷田部東	6,468	940	14.53%	216	22.98%	403	42.87%	330	35.11%
桜	6,976	1,100	15.77%	239	21.73%	490	44.55%	394	35.82%
筑波	6,350	1,260	19.84%	239	18.97%	538	42.70%	483	38.33%
荃崎	8,623	1,116	12.94%	284	25.45%	459	41.13%	373	33.42%
全体	43,632	7,068	16.20%	1,507	21.32%	3,040	43.01%	2,553	36.12%

H30.7.19
つくば市地域ケア会議

地域ケア会議について

平成30年7月19日
茨城県地域ケア推進課

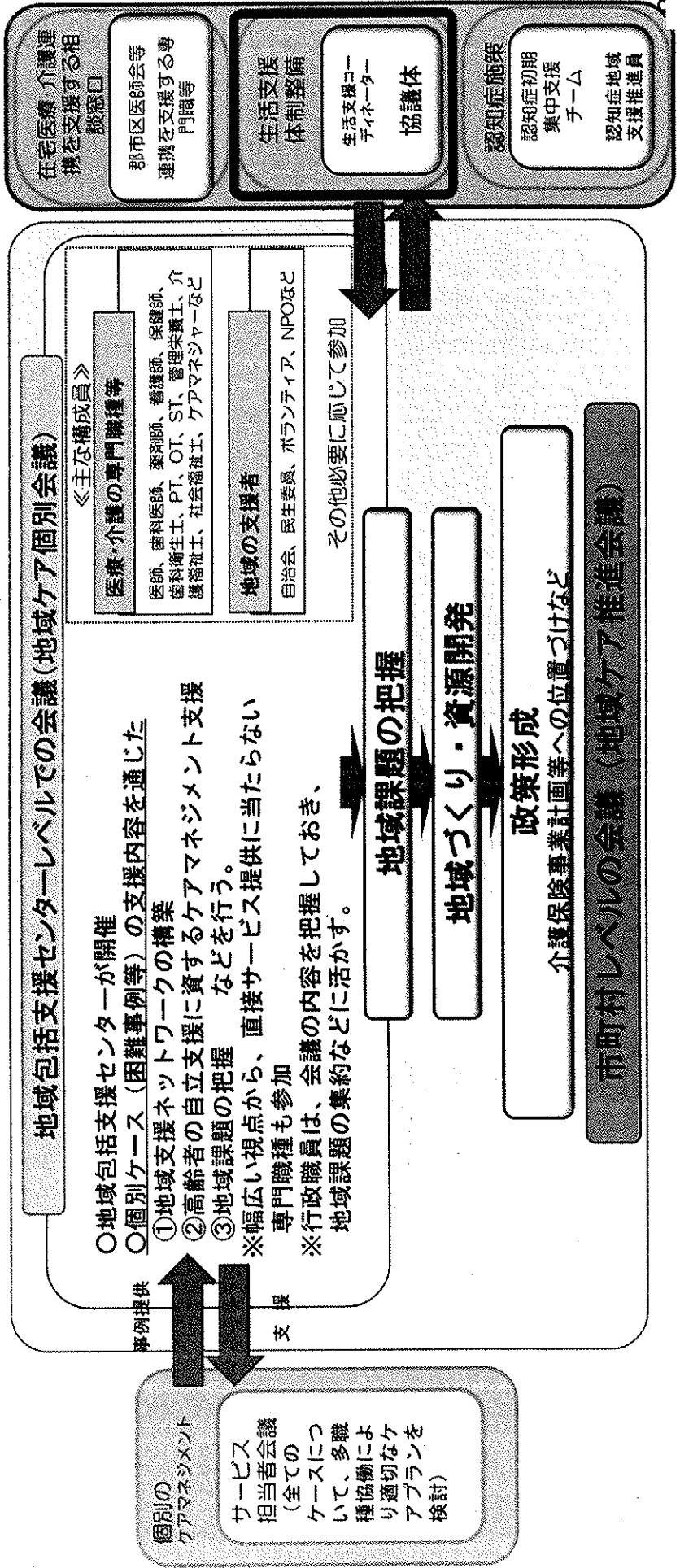
本日のメニュー

- 1 地域ケア会議について
- 2 介護予防のための地域ケア個別会議について

地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。
 ※従来の包括的支援事業(地域包括支援センターの運営費)とは別枠で計上

- (参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)
- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 - 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
 - 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



「地域ケア会議」の5つの機能

1

個別課題の解決

- 多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能

2

地域包括支援
ネットワークの構築

- 高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能

3

地域課題の発見

- 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能

4

地域づくり
資源開発

- インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能

5

政策の形成

- 地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

地域ケア会議による個別ケース検討から政策形成への展開(具体例)

具体例 1

個別ケース 検討

- 複数の個別事例の検討を進めて行く中、「認知症が急激に進行したケース」「脳梗塞の再発ケース」「糖尿病が悪化するケース」等、病状コントロールが難しいケースが多いことがわかった。

地域課題 の発見

- 日常生活圏域において、「処方薬の管理が困難となっている」という共通課題を発見。

政策形成 への展開

- 他の日常生活圏域でも同様の課題があり、市に提言したところ、市が市薬剤師会と連携し、見守り事業の一環として、飲み忘れ等が見られる方に対する服薬状況の確認サービスを開始。

具体例 2

個別ケース 検討

- 複数の個別事例の検討を進めて行く中、身体介護が不要なケースにおいて通院のために訪問介護を利用している場合が多いことがわかった。

地域課題 の発見

- 日常生活圏域において医療機関への受診に際し、介護サービス以外の移動手段が少ないという共通課題を発見。

政策形成 への展開

- 他の日常生活圏域でも同様の課題があり、市に提言したところ、地域政策担当が、既存のコミュニケーションバスの運行経路を再検討し、地域の診療所を細やかに回るルートが実現した。

地域ケア会議で検討するケース

- ① 介護支援専門員がケアマネジメントの提供に困難を感じているケース
- ② 支援が自立を阻害しているケース
- ③ 支援が必要だと判断されるが、サービスに
つなげていないケース
- ④ 権利擁護が必要なケース
- ⑤ 地域課題に関するケース など

県内の「地域ケア個別会議」開催状況(1)

■ 地域ケア会議の開催状況 (H30.4地域ケア推進課調べ)

*「個別事例を検討している地域ケア会議」を対象に調査

状況	市町村数
実施	37
未実施	7

ただし、オープン(クローズ)かどうか等、詳細な実施方法については不問

○ 多職種連携状況 (実施37市町村対象)

職種	参加自治体(割合)	不参加自治体(割合)
医師	21(57%)	16(43%)
歯科医師	9(24%)	28(76%)
薬剤師	16(43%)	21(57%)
看護師	23(62%)	14(38%)
PT/OT/ST	22(59%)	15(41%)
管理栄養士	3(8%)	34(92%)
民生委員	26(70%)	11(30%)

地域ケア会議における多職種協働による多角的アセスメント視点(具体的な助言の例)

多職種協働による多角的アセスメントにおける具体的な助言の例

【医師】

疾患に着目した生活への留意事項の助言等

【歯科医師・歯科衛生士】

摂食・嚥下機能等の助言や義歯・口腔内衛生状況の助言

【薬剤師】

健康状態と薬剤の見極めと適切な使用のための助言等

【理学療法士】

筋力、持久力等の心身機能や基本的動作能力の見極めや支援・訓練方法の助言等

【作業療法士】

入浴行為のADLや調理等のIADLを活動や環境等の能力を見極めや支援・訓練方法の助言等

【看護師・保健師】

健康状態や食事・排泄等の療養上の世話の見極め、家族への指導等の助言

【管理栄養士】

健康や栄養状態の見極めと支援方法の助言等

【社会福祉士】

地域社会資源関係や制度利用上の課題の見極めと助言等

【言語聴覚士】

言語や嚥下摂食機能等の心身機能やコミュニケーションの能力の見極めや支援・訓練方法の助言等

多職種協働による多角的アセスメントを通じて、生活不活発病の原因が口腔機能の低下であったことが判明。



生活不活発病の悪循環

介護予防のための地域ケア個別会議について

そもそも「地域ケア会議」は……

- ・人口
- ・高齢化率
- ・山間地域か都市地域か
- ・これまでの会議体，関係者との関係
- ・住民，関係者の意識 ……

などの，地域の特有なシチュエーションがあるため，画一的な定義は困難で，手法も様々。

地域資源，地域特性を分析，評価した上で，よりベターな地域ケア会議を選択

※手法の一つとして
→「介護予防のための地域ケア個別会議」

水戸市における地域ケア個別会議 (見える事例検討会)

写真1「見える事例検討会」デモンストレーション

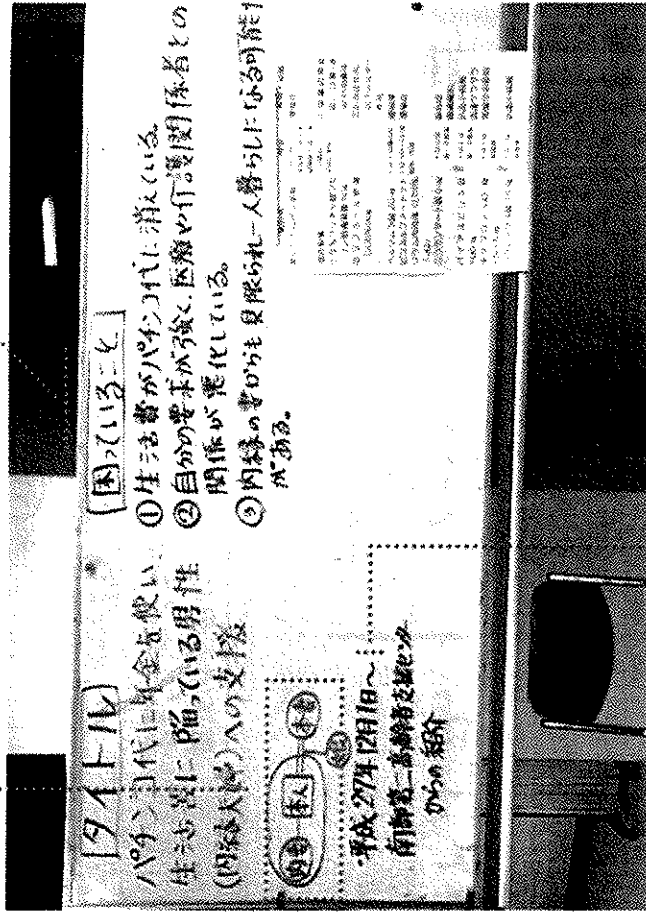
事例提供者
 ファシリテーター 聞き手
 ファシリテーター 書き手



検討要員：前3列30名
 オーディエンス（見学者）：後列

写真2「見える事例検討会」でのテーマボード

ジェノグラム
 事例提供理由



関わり出した時期
 服用薬

水戸市における地域ケア個別会議 (見える事例検討会)

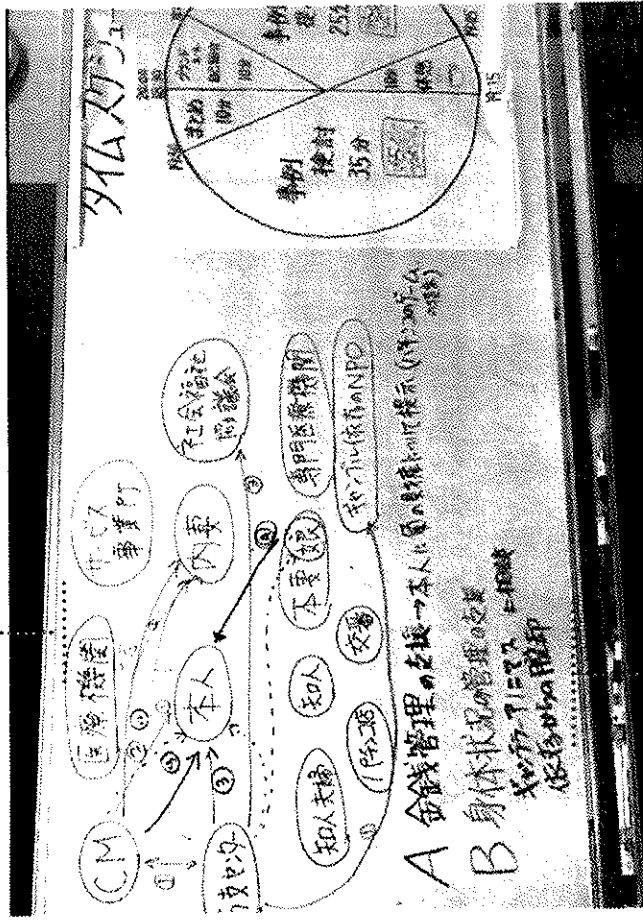
写真3 領域ごとに枝を伸ばしながら「見える化」



見え検マップ

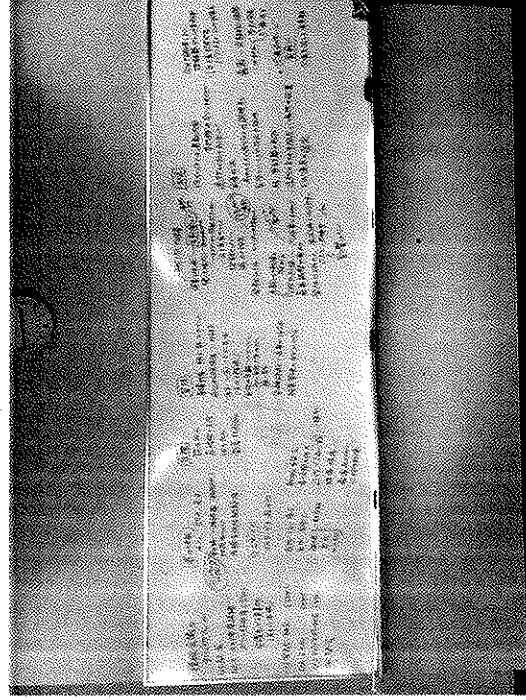
写真4 タイムスケジュールとアクションプラン等

アクションプラン

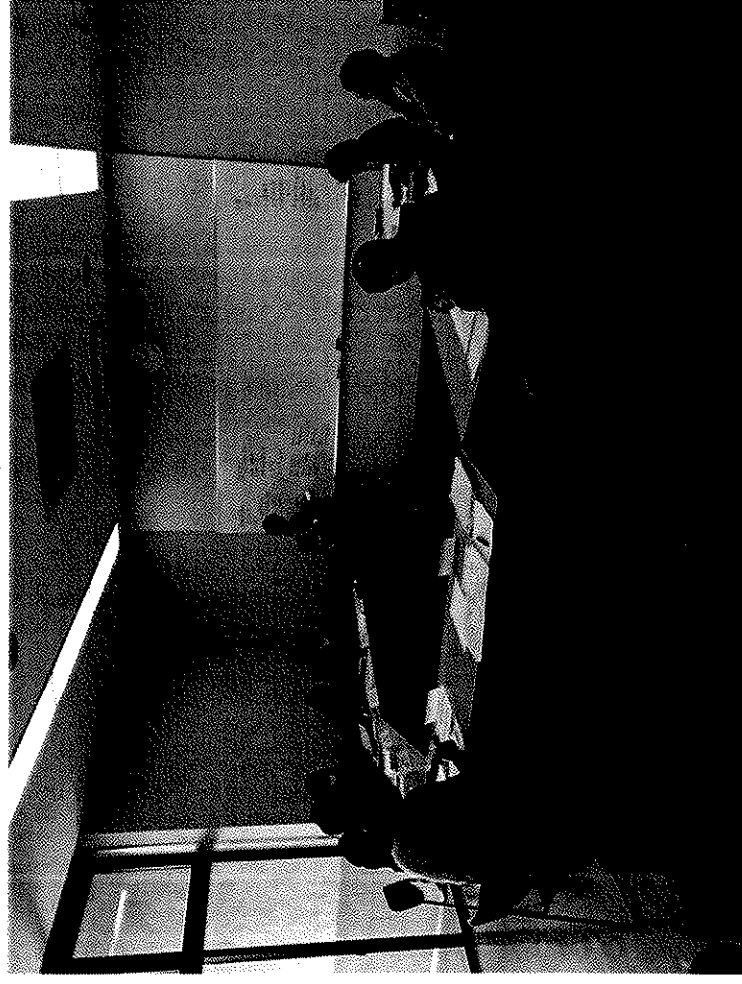


課題&解決策→個別課題の累積→地域の課題

五霞町における介護予防のための 地域ケア個別会議



H29年度、本県のモデル町



【参加者】* H29.12

- ・町健康福祉課
- ・包括支援センター(社協, 事例提供者)
- ・薬剤師
- ・作業療法士
- ・管理栄養士
- ・歯科衛生士
- ・県長寿福祉課(アドバイザー)

介護予防活動普及展開事業（平成30年度）

●目的

生涯現役社会を実現するため、先進的な市町村等で取り組んでいる効果的な介護予防の仕組みを全国展開し、元気な高齢者を増やすことを目的とする。具体的には、①介護予防における市町村のリーダーシップ構築、②市町村が主体的に介護予防に取り組むための組織づくりと運営、③効率的・効果的な介護予防に資するプログラム（短期集中介護予防等）の実施と地域の受皿づくりを全国の市町村で実践できるよう、以下のような技術的な支援を行う。

「介護予防のための地域ケア個別会議」の立ち上げを全国で展開していく。

・介護予防のための地域ケア個別会議

利用者のQOLの向上を目指すために、多職種からの専門的な助言を得ることで、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行う。

手引き等の改訂



手引き等の普及

研修会の実施



全国で実施

穴

アドバイザー養成 研修教材等



(1) 介護予防活動普及調査事業（国が実施、都道府県・市町村へ情報提供）

28年度介護予防活動普及展開事業において作成した手引きについて、30年度介護予防活動普及研修事業をとおして、手引きの内容の更なる充実を図るために、手引きの改訂を図る。

(2) 介護予防活動普及研修事業（国がモデル都道府県、市町村等に実施）

国が平成28年度介護予防活動普及展開事業で作成した研修カリキュラムを用いた研修会を開催し、モデル自治体における事業定着を図る。事業の趣旨・概要、手引きのコンセプトを理解した都道府県が、市町村と協力しながら、同事業において策定した手引きとそれに伴う組織の立ち上げ、運営等をし、モデル自治体における横展開を図る。

- 「介護予防のための地域ケア個別会議」基礎研修会：国が都道府県、市町村等を対象に実施
都道府県、市町村担当者の介護予防のための地域ケア個別会議の趣旨・概要、手引きのコンセプトの理解を促す。
- 地域ケア個別会議司会者養成研修会：国がモデル都道府県・市町村等を対象に実施
介護予防のための地域ケア個別会議の司会者に求められるスキルの獲得を目指す。

(3) 介護予防活動普及アドバイザー養成事業（国が実施）

- 地域ケア個別会議アドバイザー養成研修会：国がアドバイザーになり得る者*を対象に実施
手引き等の普及や介護予防のための地域ケア個別会議の実践を推進するためのアドバイザーを養成。

* 都道府県担当者を想定しているが、都道府県が推薦する者でも可（例えば関係団体から推薦される専門職等）。都道府県を単位に活動することが想定されるため、実際に市町村にアドバイザーや実地支援できる者が望ましい。

1. 介護予防のための地域ケア個別会議とは

(1) 介護予防のための地域ケア個別会議の目的

- 自立支援・介護予防の観点を踏まえた地域ケア個別会議の活用
 - ▶ 要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促す
 - ▶ 高齢者のQOLの向上
- 地域ケア個別会議を活用し、多職種からの専門的な助言を得たケアマネジメント
 - ▶ 高齢者の生活行為の課題等の明確化
 - ▶ 介護予防に資するケアプラン作成、ケアプランに則したケア等の提供

厚労省ホームページで次の手引きを配信していますので参照ください。
「都道府県向け」、「市町村向け」、「事業所向け」、「専門職向け」

(市町村手引き P.8参照)

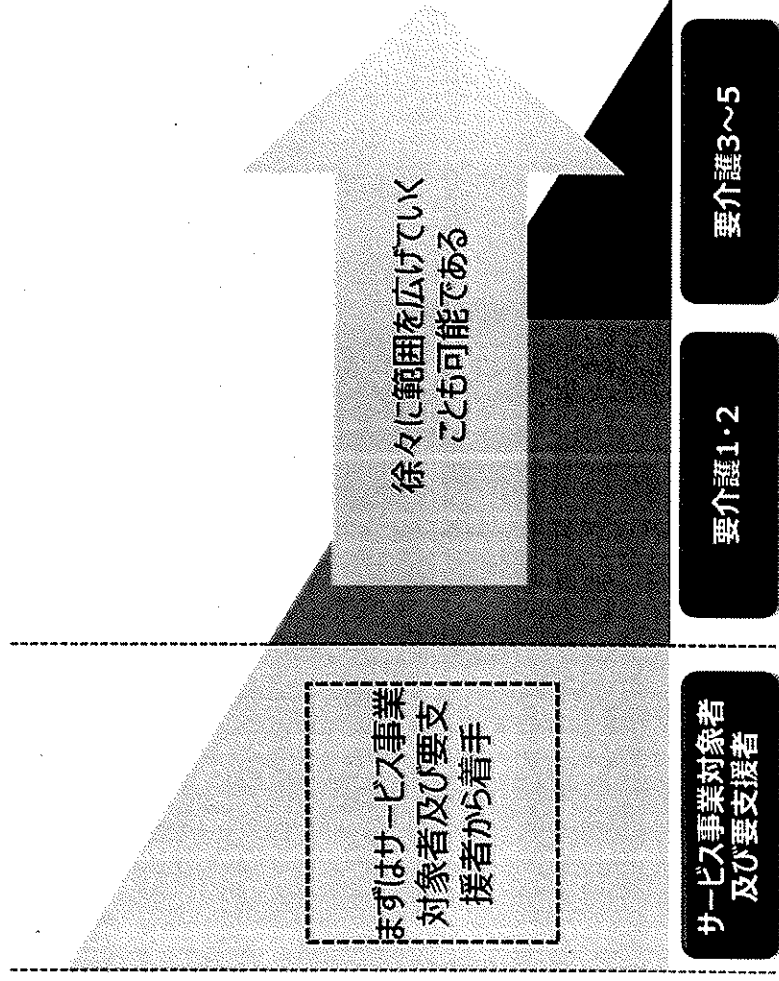
(2) 介護予防のための地域ケア個別会議を推進する意義

- 介護予防のための地域ケア個別会議を推進する意義
= 高齢者のQOL向上に資すること
- 介護予防のための地域ケア個別会議を実践している市町村で生じた意義
 - ・ 介護予防のための地域ケア個別会議の参加者が、事例に対する多職種の専門的な視点に基づき助言を通じて、自立に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得すること
(OJT・スキルアップ)
 - ・ 介護予防のための地域ケア個別会議で検討する事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源といった行政課題の発見・解決策の検討につながる
- 参加者別の意義（例示）
 - ・ 自治体関係者 : 行政課題の発見・把握
 - ・ 専門職 : 専門職としてのスキルアップ
 - ・ 介護サービス事業所 : ケアマネジメントやケアの質の向上
 - ・ 参加者全員 : ネットワークの構築

2. 介護予防のための地域ケア個別会議（以下、地域ケア会議）の実際

(1) 地域ケア会議で取り扱う事例（対象者）

- 本手引きで想定している地域ケア会議は、自立支援・介護予防の観点を踏まえて実施することから、対象者は「サービス事業対象者」「要支援者」を想定
- それ以外の対象者（例えば要介護者や困難事例等）については、地域の実情に合わせて徐々に範囲を広げていくことも可能



(市町村手引き P.12参照)

(2) 地域ケア会議の当日の進行 (例)

実施事項	最所要時間 (目安)	発言者	実施事項	使用する資料
(1) 開催	1～3分	司会者 (市町村)	資料説明	議事次第等
(2)	4～6分	プラン作成担当	①ケースの基本情報について説明 ②ケースの生活行為課題について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④②③を踏まえたケアプランの説明	A 利用者に関する情報 B アセスメント情報 C ケアプラン
(3) 1事例目	4～6分	介護サービス事業所	事例提出者 (介護サービス事業所) から支援方針の説明	D 提供されているサービスの情報
(4)	10～12分	司会者 (市町村)	(2)(3)の説明に関する不明点の確認	A～D (主に生活機能評価、ケアプランに係る記述の箇所)
(5)	2～4分	司会者 (市町村)	事例提出者 (プラン作成担当、介護サービス事業所) が取り組むべき点について説明	A～D (各専門職に係る記述の箇所)
(6) 2事例目 3事例目				
(7) 閉会	1～3分	司会者 (市町村)	次回の開催日時・場所の案内	-

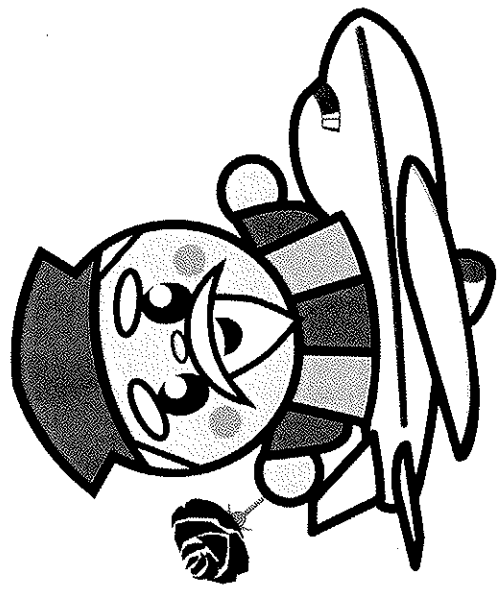
※個人因子：高齢者の心身の状況、生活の状況 (ADL/IADL)、意欲・性格、経済状況、認知機能、社会交流の状況などを指す。

環境因子：住居の状況、交通の状況、家族・友人知人との関係、受診状況、サービス事業者・民生委員等との関係などを指す。
(市町村手引き P.15参照)

県では、市町村での地域ケア会議（介護予防のため
の会議を含む）の立ち上げ、運営支援を行っております。

また、現在実施していただいている地域ケア会議をよ
り効果的なものとするために、評価を行い、アドバイス
を行うことも可能です。

どのようなことでも結構ですので、地域ケア推進課あ
てご相談ください。



ご清聴
有難うございました

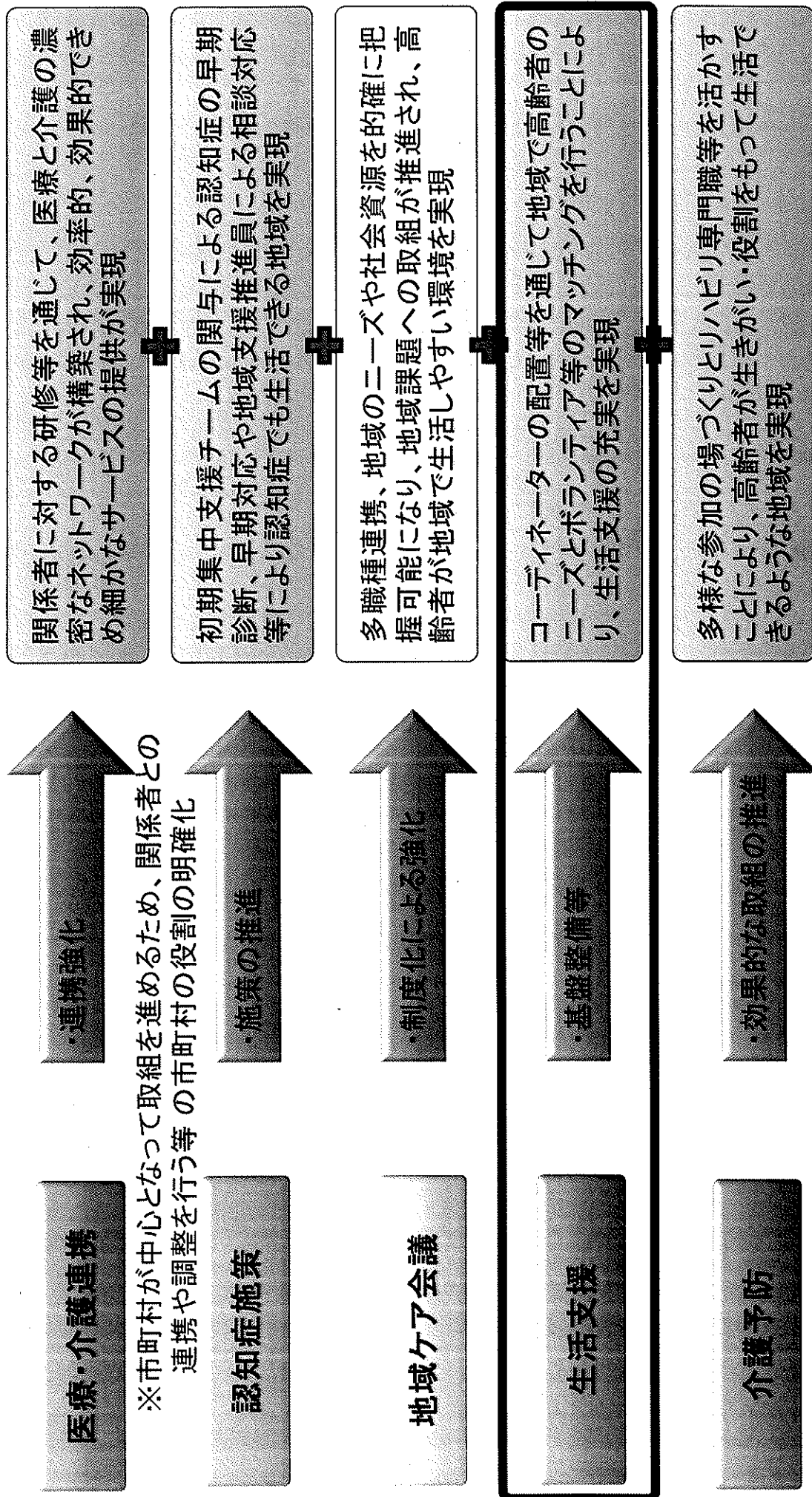
30.7.19 つくば市
生活支援体制整備推進会議

生活支援体制整備事業について

茨城県保健福祉部
地域々了推進課

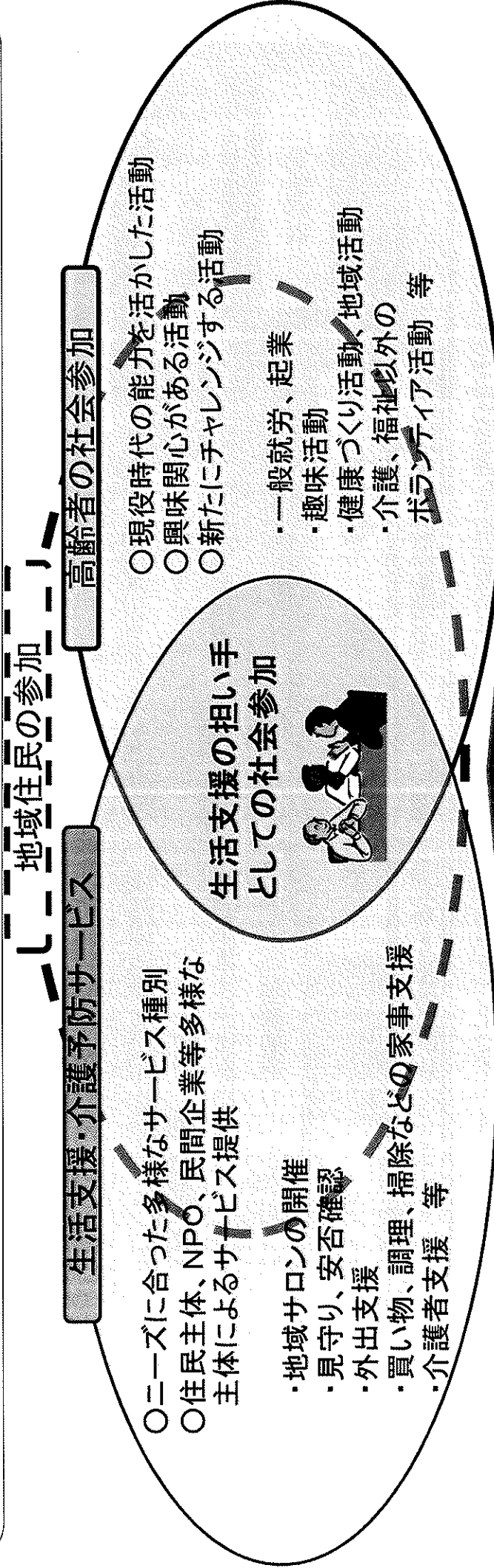
医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実・強化

- 地域包括ケア実現のため、地域支援事業の枠組みを活用し、以下の取組を充実・強化。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで、地域で高齢者を支える社会が実現。



生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や地域づくりについて話し合うための組織として「協議体」を設置する

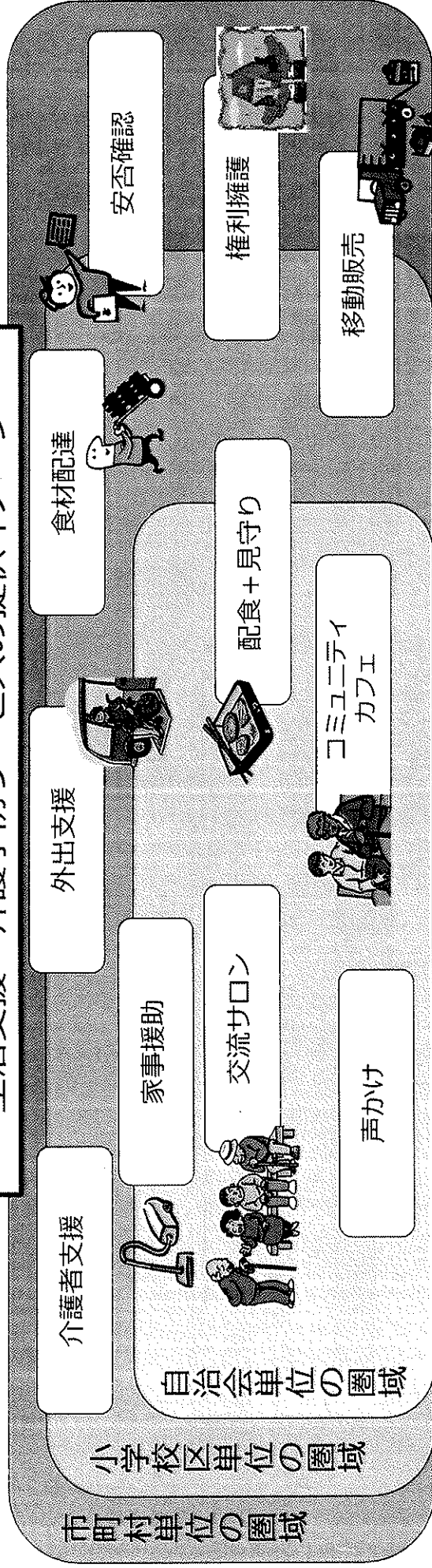


多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援

生活支援・介護予防サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

民生委員

ボランティア等

バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

↑ 民間とも協働して支援体制を構築

生活支援体制整備事業

(生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割)

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置

⇒ 多様な主体による多様な取組のコーディネーター機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネーター機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源 開発 <input type="checkbox"/> 地域に不足するサービスの創出 <input type="checkbox"/> サービスの担い手の養成 <input type="checkbox"/> 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など	(B) ネットワーク構築 <input type="checkbox"/> 関係者間の情報共有 <input type="checkbox"/> サービス提供主体間の連携の体制づくり など	(C) ニーズと取組のマッチング <input type="checkbox"/> 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など
--	---	---

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の日常生活圏域（中学校区域等）があり、配置に伴う人数制限は特にならない。

- ① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
- ② 第2層 日常生活圏域（中学校区域等）で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開



(2) 協議体の設置 ⇒ 多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例



- ★単に高齢者施策だけを検討するものではないため、医療・介護分野以外のメンバーが協議体に多く参加することが重要
- ★団体の宛職、固定化はせず、必要があれば適宜、加えていくなど柔軟に対応すべきである

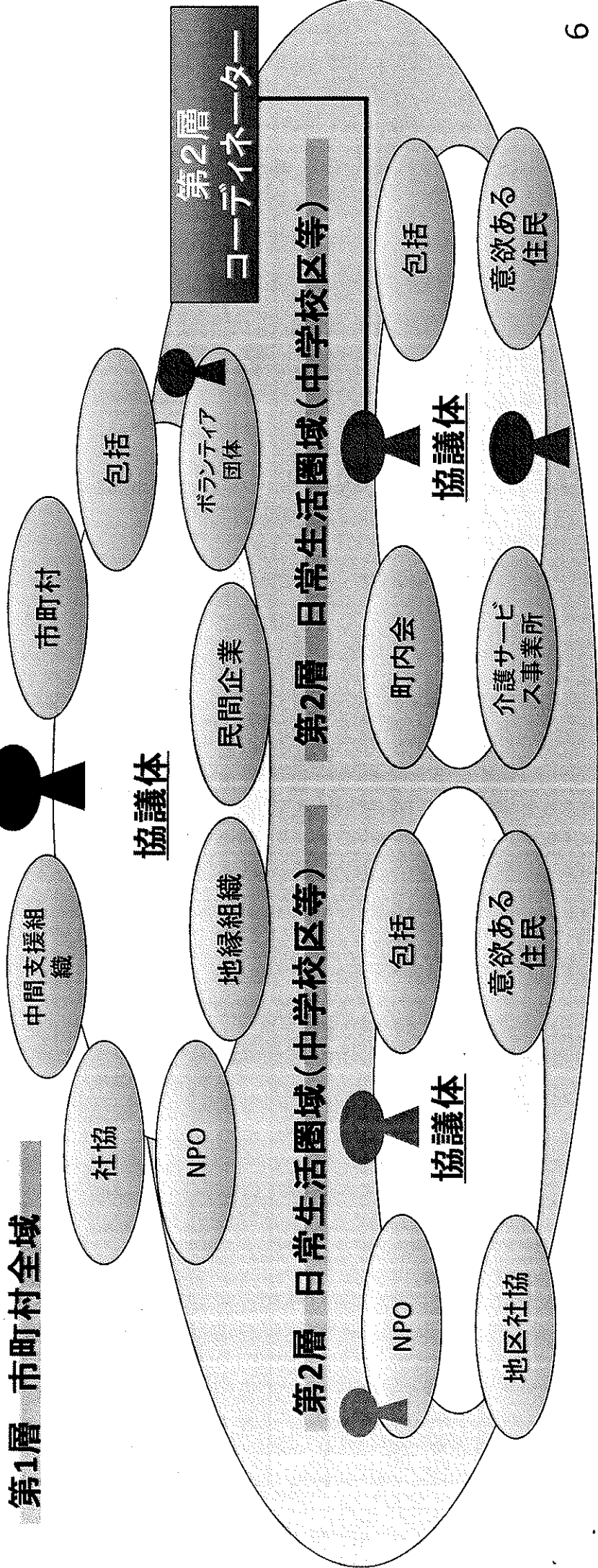
コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとし、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要（コーディネーターが全てを背負う訳ではない！）

コーディネーター育成のイメージ

- コーディネーターとして適切な者を選出するには、「特定の団体における特定の役職の者」のような充て職による任用ではなく、例えば、先に協議体を設置し、サービス創出に係る議論を行う中で、コーディネーターにふさわしい者を協議体から選出するような方法で人物像を見極めたうえで選出することが望ましい。
- 協議体は必ずしも当初から全ての構成メンバーを揃える必要はなく、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
- 住民主体の活動を広める観点から、特に第2層の協議体には、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
- 第3層のコーディネーターは、サービス提供主体に置かれ、利用者と提供者のマッチング(利用者へのサービス提供内容の調整)を行うが、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数にまたがって活動が行われたり、時には第1層の圏域を超えた活動が行われたりすることもある。(体制整備事業対象外)

第1層 コーディネーター

第1層 市町村全域



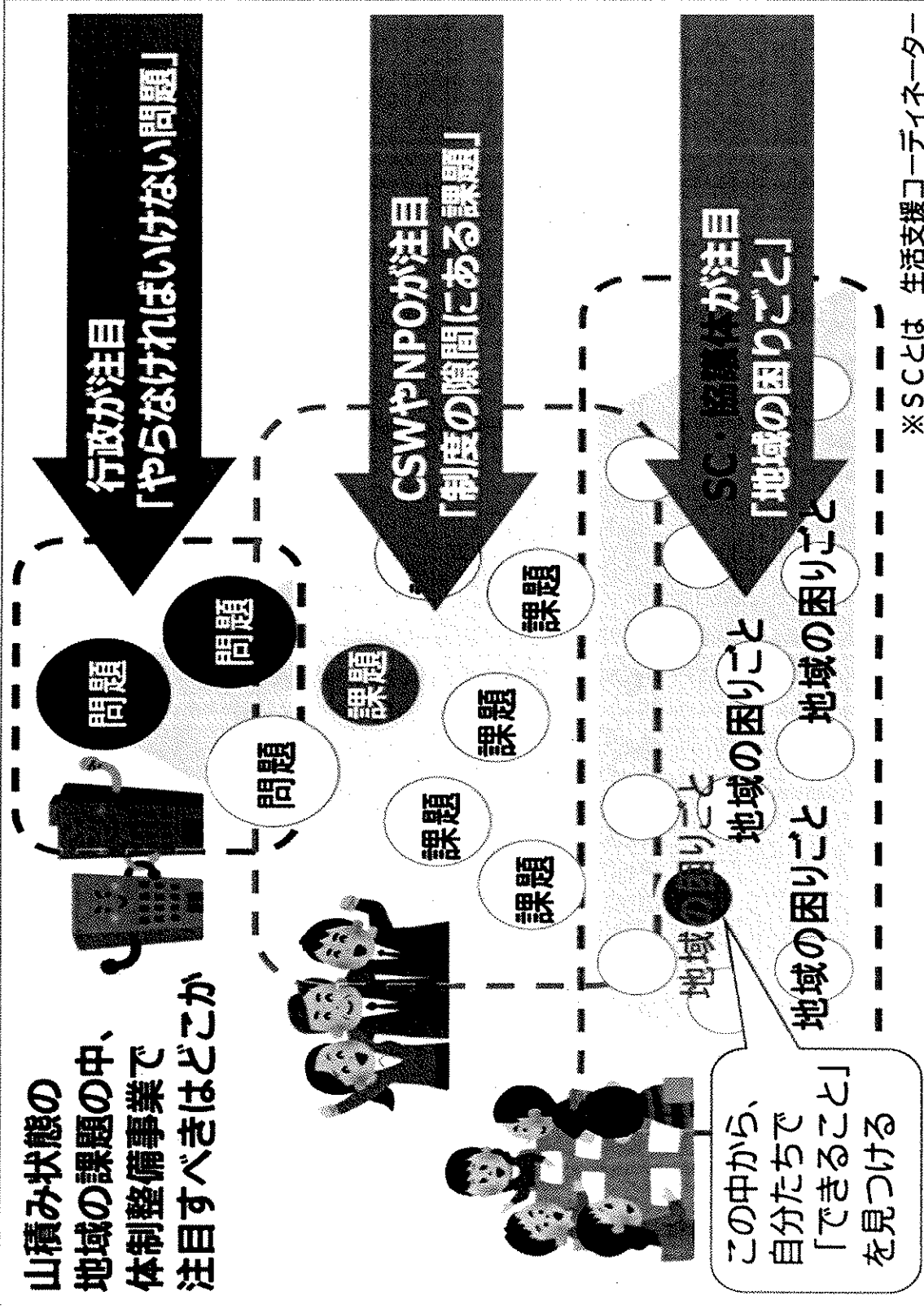
生活支援体制整備事業における市町村における市町村の状況 (平成30年4月現在)

市町村における設置状況 (地域ケア推進課調べ)

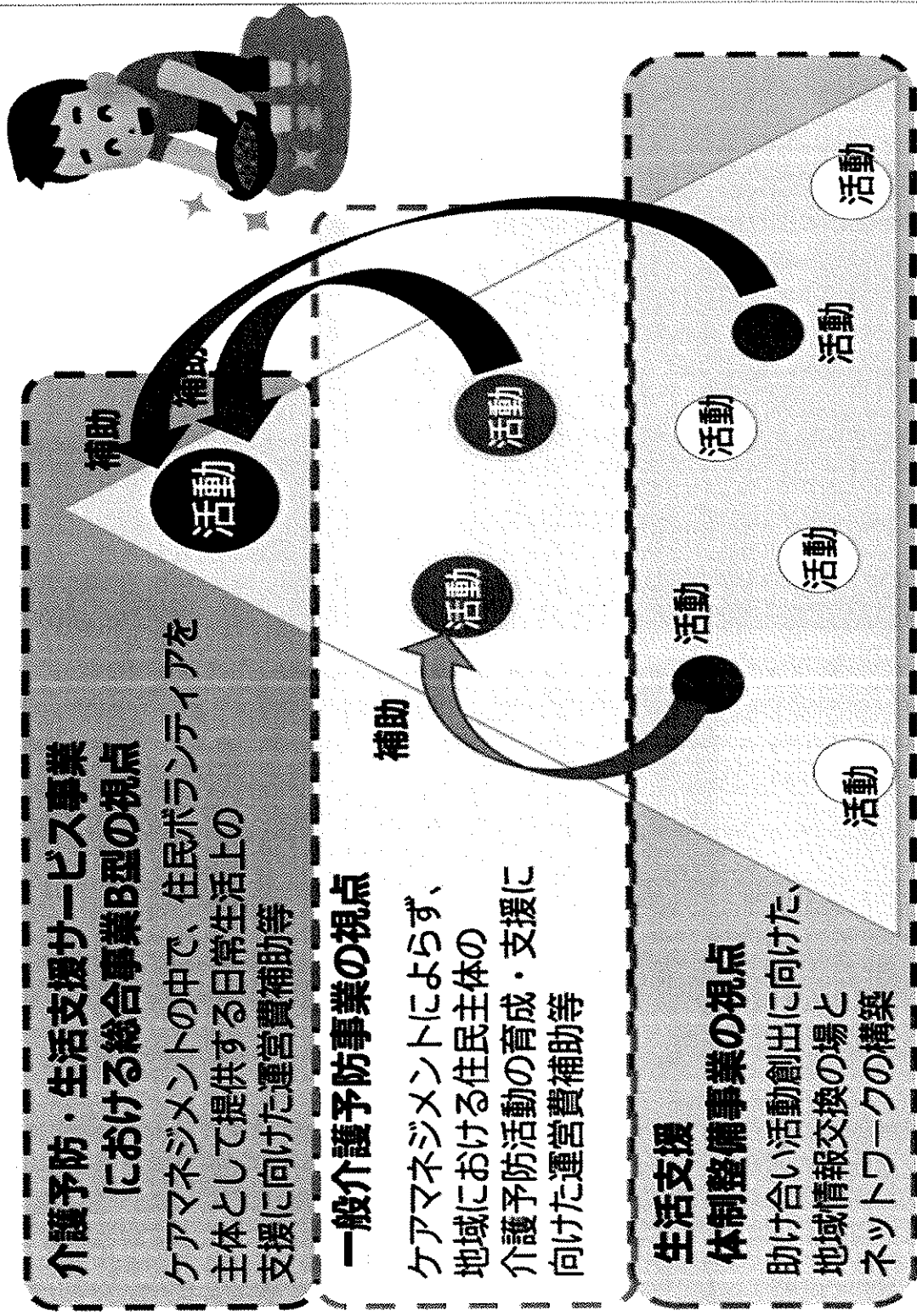
	設置済	一部設置済	未設置	(備考)
第1層				
協議体	28	—	16	
コーディネーター	28	—	16	
第2層				
協議体	9	7	21	(設置なし7)
コーディネーター	5	4	28	(設置なし7)

協議体とSCの目的と役割

山積み状態の
地域の課題の中、
体制整備事業で
注目すべきはどこか



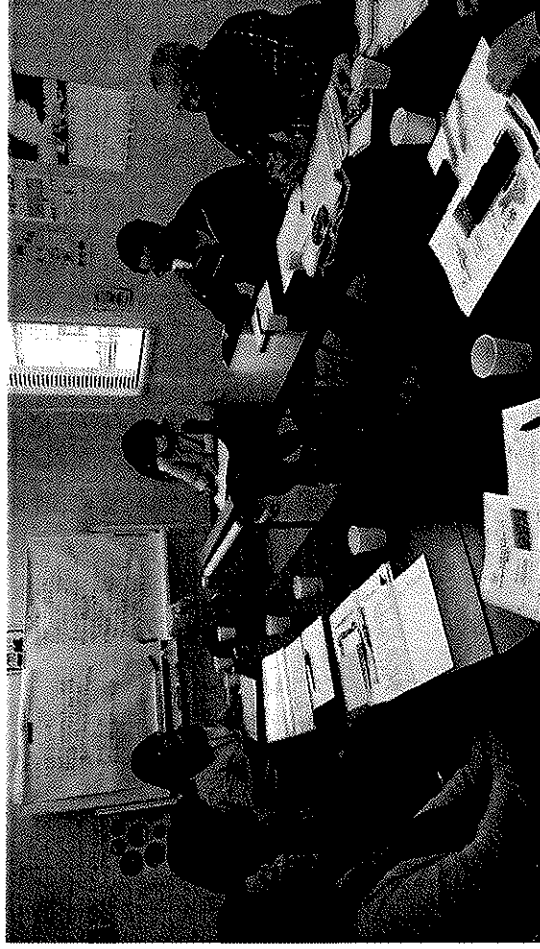
関係者の視点（活動のテコ入れ）



協議体(第2層)の風景



常陸大宮市（御前山地区，事前勉強会）



小美玉市 「いい輪ネット」

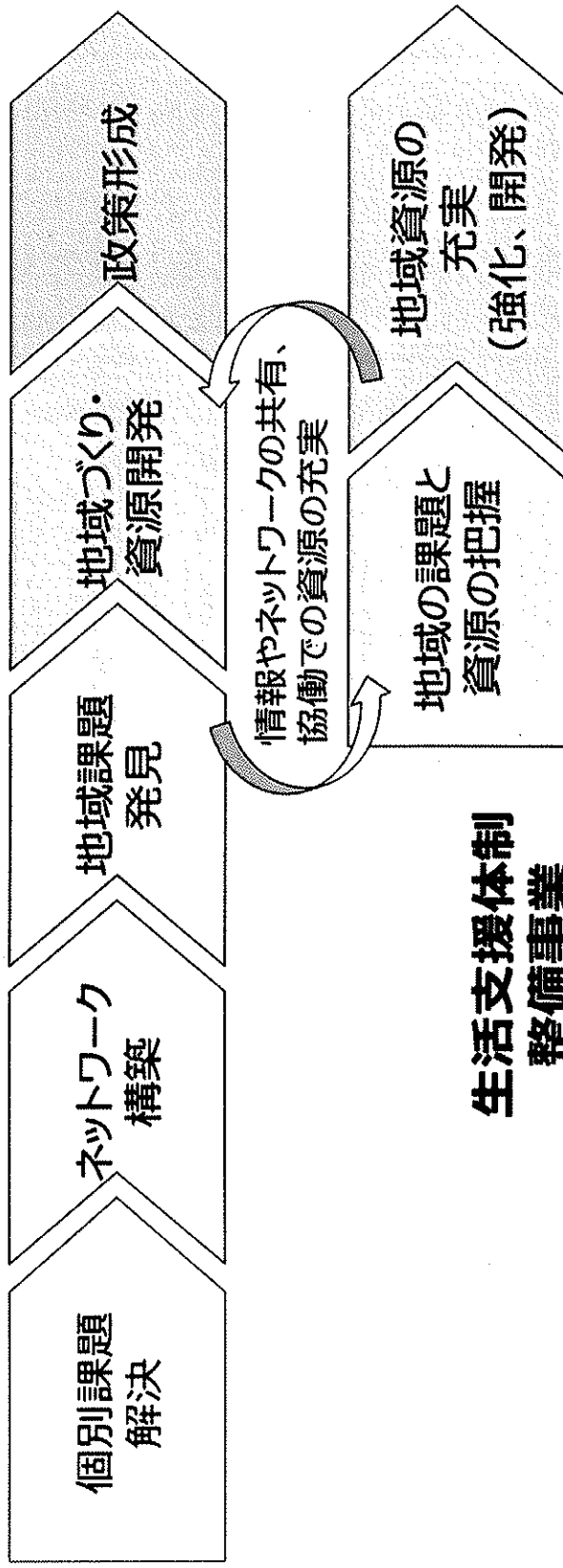


境町 「えんがわ」

“協議体”と“地域ケア会議”の関係性

- 地域ケア会議では、個別ケースの検討を通じた多職種協働のケアマネジメント支援、支援ネットワークの構築、地域課題の抽出を行う。個別の課題解決にとどまらず、個別支援の検討を積み重ねること、地域としての課題や、地域資源活用の成功要因を見出す機能を担う。
- 協議体は、生活支援コーディネーターを組織的に支えらるとともに、多様なサービス提供主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することを目的としており、地域ケア会議と求められている機能や役割が異なっている。
- 個別ケースの検討を中心に行っている場合は、地域ケア会議で把握した地域の課題や資源の情報を協議体や生活支援コーディネーターが受け取ることで、住民や団体・企業を中心とした地域づくり・資源開発に活かすことが可能。

個別ケースの検討



地域課題の検討、地域資源の充実

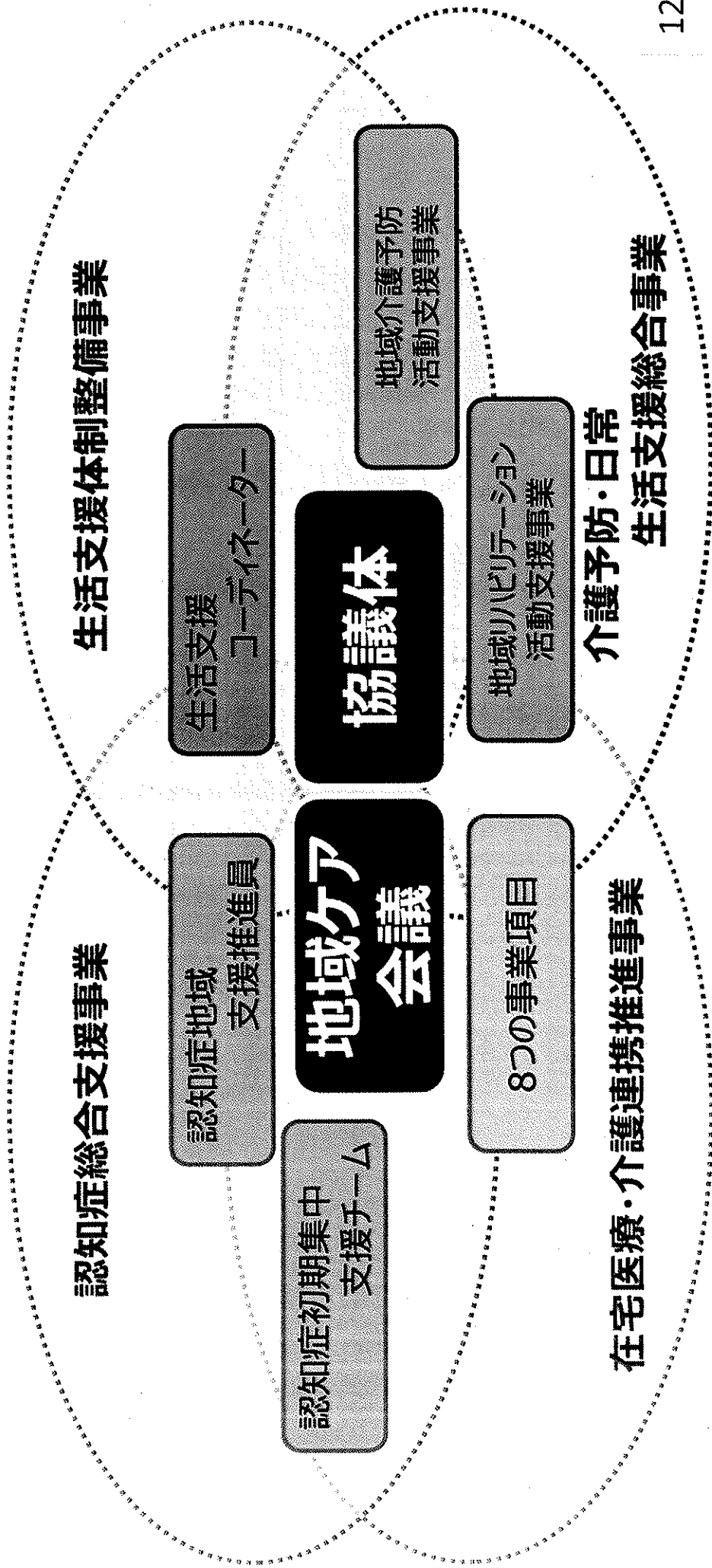
地域ケア会議

協働の基盤づくり
(住民等のネットワーク構築)

出典)平成28年度老人保健健康推進等事業「新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先行事例の調査研究事業」報告書(日本総合研究所) 一部改編

地域支援事業の連動を意識する（イメージ）

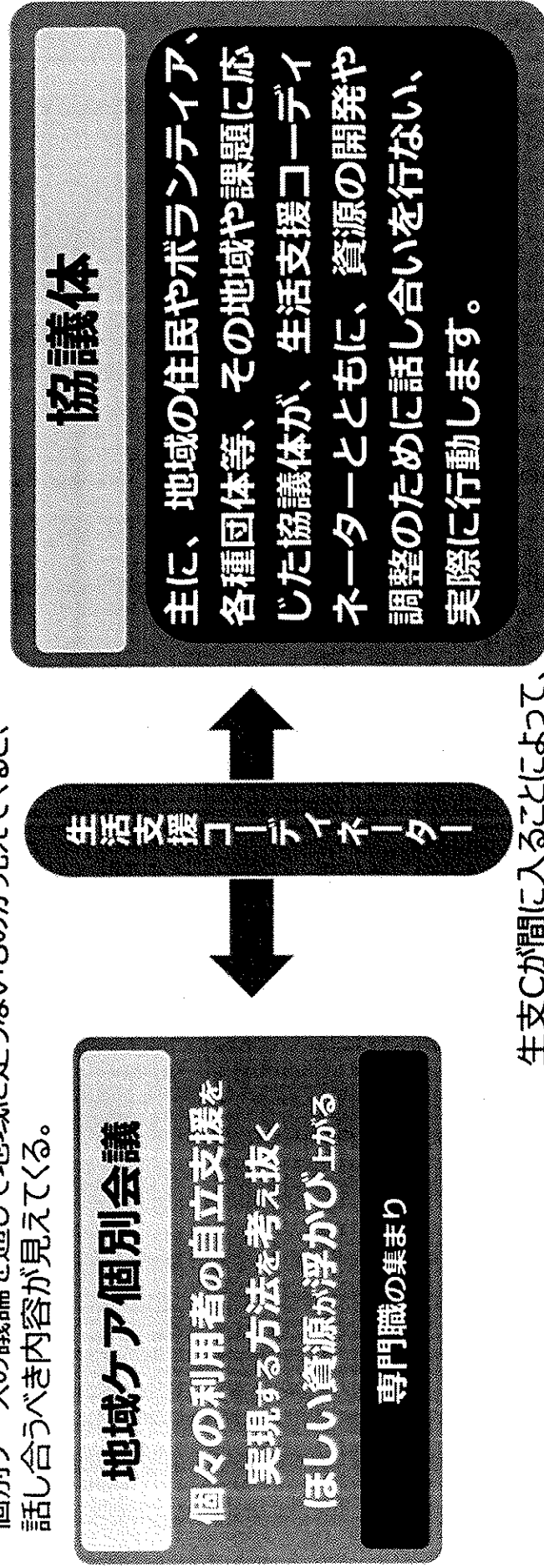
- 高齢者施策における地域包括ケアシステムの構築の目的は、“住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける”こと。
- 地域支援事業はあくまでもツールであり、それぞれの事業実施が目的ではないことに留意する必要がある。
- 住民が参画し、多職種が連携して支えることが重要であり、目的意識を共有し、関連性を活かすために“場”としての地域ケア会議や協議体を活用することが重要。



【理想論】「地域ケア会議」と「協議体」の関係性

- ◆ 自立支援に必要な不足している地域資源を特定する上で、「地域ケア個別会議」は、大変重要な役割を果たします。地域ケア会議の中で自立支援を実現するために必要な地域資源を、介護保険に限定せず、広い視点で探していくと、地域に不足している資源がみえてきます。
- ◆ 協議体は、地域づくりのエンジンです。不足資源を探したり、今あるものを育んだり、新たにつくることを模索したりする場所でもあります。ただし、協議体のあり方は、地域の既存活動の蓄積や、経緯などによっても違ってきます。生活支援コーディネーターは専門職のアセスメントから見えてきたニーズと地域資源、住民活動、動機などの調整を行います。

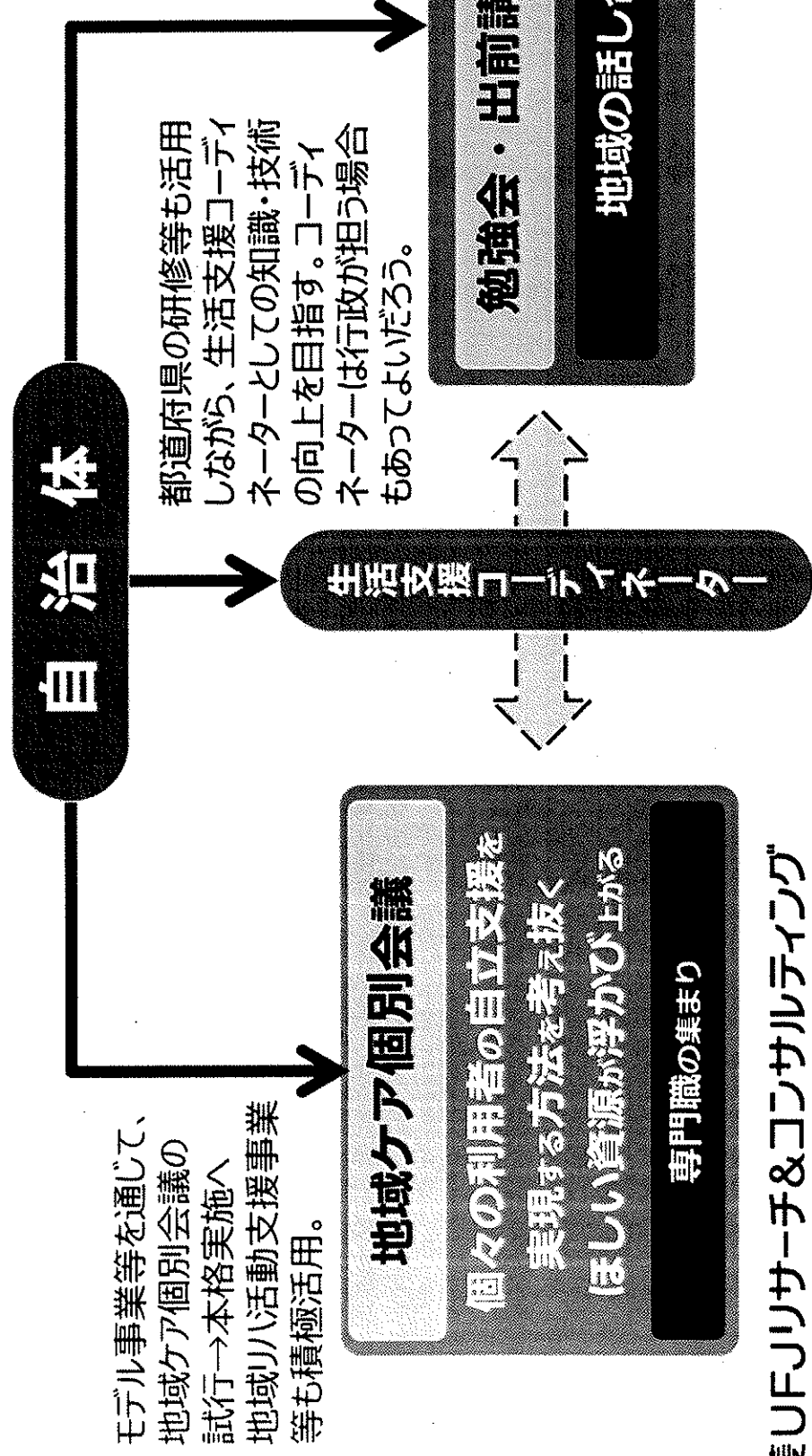
個別ケースの議論を通じて地域に足りないものが見えてくると、話し合うべき内容が見えてくる。



生支Cが間に入ることによって、「あるのに活用されていないもの」「あつたらいいな」が共有される。

【現実論】「地域ケア会議」と「協議体」の関係性

- ◆ しかしながら、地域ケア会議は立ち上がったばかりの地域も多く、また生活支援コーディネーターも配置から日が浅いため、両会議の連動は、机上の空論に陥りがち。つまり、地域ケア会議・生活支援コーディネーター・協議体の自律的な連動は、地域の活動の蓄積状況によって現実味がない場合もあります。
- ◆ したがって、現実的には、自治体を中心として、地域ケア会議、生活支援コーディネーター、協議体のそれぞれが自律的に動き出すまで、積極的に支援する以外にありません。



協議体参加の皆様へのごお願い

- 皆様が知っている地域の情報は、行政では把握できない情報を多く含み、これからの地域づくりには欠かせない宝です。
- 現在、市町村では、地域性や住民性などを踏まえ、地域の実状に合わせて生活支援の体制整備を手探りで進めています。
- お住いの市町村（高齢福祉所管課あるいは介護保険所管課）における生活支援体制整備事業（協議体）へのご支援、ご協力をお願いします。

これからも、誰もが安心して生活できる地域づくりのため、ご協力をお願いいたします。

会 議 録

会議の名称	第3回つくば市地域ケア会議及び第3回つくば市生活支援体制整備推進会議		
開催日時	平成31年1月17日 開会 13時30分 閉会 16時22分		
開催場所	つくば市消防庁舎 3階 多目的ホール		
事務局（担当課）	保健福祉部地域包括支援課		
出席者	委員	山中委員長、平松副委員長、伊藤委員、大曾根委員、山田委員、坂本委員、峯本委員、太田委員、芥川委員、会田委員、村上委員、但野委員、椎名委員、根本委員、浅井委員	
	その他	荃崎地区地域包括支援センター 川村管理者 筑波地区地域包括支援センター 戸塚保健師	
	事務局	小室保健福祉部次長、会田地域包括支援課課長、板倉地域包括支援課課長補佐、飯島係長、岡田高齢福祉課係長、小林介護保険課係長、苅谷社会福祉士、沼尻地域ケアコーディネーター、金山主任、盛永主事、松尾社会福祉士	
公開・非公開の別	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 一部公開	傍聴者数	0名
非公開の場合はその理由			
議題	<p>(1) つくば市生活支援体制整備事業推進会議</p> <p>①報告事項「これまでの取組」</p> <p>②検討事項「今後の予定」</p> <p>(2) つくば市地域ケア会議</p> <p>①検討事項「見えてきた課題について」</p> <p>②報告事項「今後の予定」</p> <p>(3) その他</p>		

様式第1号

会	1	あいさつ
議	2	報告及び協議
次	3	質疑応答
第	4	閉会

<審議内容>

(1) つくば市生活支援体制整備事業推進会議

①報告事項「これまでの取組」

②検討事項「今後の予定」

事務局：配布資料に基づき説明。

以下、主な意見等

委員：2点伺いたいと思います。つくば市の生活支援体制整備事業の全体推進計画は公表されているのか、そういう計画に則って活動が行われていると思うのですが、そういった点についてお聞きしたい。

事務局：それにつきましては、計画というものを作っているものはございません。

委員：全体の推進計画に基づいて、そういう推進事業が進められていくという姿が望ましいのではないかと。逆にもっと具体的なことを伺いますが、桜地区の全体説明会が一番遅くなっているわけですが、なぜ桜地区が一番遅くなっているのか、一方で荃崎がなぜモデル地区として選定され、具体的な活動が進んでいると思いますが、説明いただけますか。

事務局：まず荃崎地区、筑波地区と進んでいたわけですが、こちらの理由としては、高齢化率が高いというのも挙げられまして、荃崎地区が、一番高齢化率が高く、次が筑波地区で、その順番で行った。荃崎地区は団地が多数あって、同じ世代の方が30、40年前に移り住んで、団地まるごと高齢化したという現状があり、その現状で、団地のみなさんが工夫していろいろな活動しているということがあったので、高齢化率とも合わせて、決めさせていただきました。

あわせて筑波、豊里と高齢化率が高いところから初めて、協議体としては豊里地区が次にできた流れがあります。谷田部と桜は高齢化率が低く、若い方が多いということで遅くなってしまったが、桜が最後というのは結果的ではあるが、谷田

様式第1号

部と桜は今年度中にスタートするというのは当初から計画の中になりました。桜の中でも団地もごさいますし、今後力をいれていなければいけないと意識しております。

委員：おおよそ想像される理由ですが、荃崎においては、区会や区長さん、自治会から積極的にやりたいという意向や姿勢が示されたのでしょうか。

事務局：区長と自治会、民生委員、シルバークラブには声かけさせていただき、団地も自治会から組織立てて活動しているので、そういうソフト面の人の交流という組織づくり団地の方でしっかりされているので、当然自治会や区長さんにも積極的に参加していただいていたいました。

委員長：31年度の計画の説明をお願いします。

事務局：配布資料に基づき説明。

以下、主な意見等

委員長：1点だけ私のほうから。生活支援というのは資料1の始めにあった通り、一番下の生活支援、介護予防とありますように、老人クラブ、自治会、ボランティア、NPOなどの公的な機関ではなく、インフォーマルなサポートを地域ごとに作ってこうという主旨です。委員の中にはシルバークラブや自治会、ボランティアの代表で出ていると思うが。この後の計画ということで、説明会の予定があったが、ぜひ委員の皆さまもお時間あわせて、ご自身の地区の話し合いがどのようにされているか参加していただければと思います。桜地区が2回になるのというのはどのような感じですか？

事務局：谷田部地区に次いで対象者が多いのと、1回で集まれる会場の広さが確保できなかったもので、午前午後に分けさせていただいて、内容は同じです。

委員長：事務局に伺ってみると、協議体ができたとところもあるが、またキャッチフレーズが決まったところもあるが、まとめ役のコーディネーターの方が決まっていな感じですよね。各地区が東京などに比べると大きいので、まとめるのも大変だと思うが、コーディネーターが決まって共通の問題が出てきて、支援の体制づくりをやってみて、上手くいかないところはコーディネーターが第1層の会議に出てきて、もう半分は専門の方と話し合って知恵を出し合うと、打開策みたいな話し合いができるか。今はコーディネーターがいらっしゃらないので、ぜひ1層の皆

さまが出てみて、このように話し合いを進めればいいのかと実感していただいて。次回は生活支援体制整備の会議が中心なので、感想などを御発表いただければいいかなと思います。

委員：全体説明会をやる際に、一般へも開催の案内がされているのでしょうか。筑波地区の時だけ、2名だけ住人というのがあったが、他地区は一般の人が全然参加されていなかったという結果があるが、開催案内は広く通知されているのでしょうか。

事務局：案内したのは、区長、民生委員、シルバークラブ、ふれあい相談員、サロンの方など、地域で活動している方に御案内させていただきました。それから声かけいただいて住民として参加された方がいらっしゃいました。全体に声かけというと規模が読めなくなってしまうので、こちらで運営上最初は地域で活躍している方を対象として御案内させていただきました。

委員：高齢者が多くて、配給物出すとか、荃崎地区から話が出たが、話をしようということで、廃棄物対策課から、荃崎だけではなく、つくば市全体でやってみようと、特に高齢者の場合には、どういう風な内訳になっているか、どこまでがどういう風になっているか。一応我々も、区会も地域住民としてやれるかなということで考えています。

委員長：各地域で、生活支援体制整備事業で集まるというだけではなく、例えば自治会やシルバーが話し合ったことを出していただくのもいいのではないかと。

こちら（高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識）もいい資料になっていまして、先ほどのインフォーマルなサポートということですが、48ページの「通いの場」という所からがインフォーマルサポートの紹介になっています。この会議で委員が発言されて、このようなインフォーマルなサポートもサービス概要に入れていたらどうかと言ったら、事務局が入れてくるようになったという経緯があります。これを見るだけでも、各地区にどういうものがあるか、何が足りないのか、それからインフォーマルだけでなく、認知症というところを見ても、徘徊高齢者家族支援サービスや認知症ケアパスなども書いてあり、分かりやすくてこういうのを活用していただくといいと思います。これは事業者向けですね。一般の方には予算的にはない？ホームページには掲載されていますか。

様式第1号

副委員長：ホームページは前ページではなかったような気がするのですが、一部ですか？
何で選別しているのですか。

事務局：そのところは、あとで確認したいと思います。

委員長：事業所だけでなく、一般の方が地域にどんなものがあるのか知るといいと思う。
高齢の方もインターネットを使いづらい方もいるので。他の市で、インフォーマルな情報を載せているところは少ないので、これは本当にこの街のいいところではないでしょうか。

副委員長：質問ですが、どのような方に協議体の説明をしているのかということだったのですが、ここに入っていない方、アパート、マンションなどの住んでいる方、これからだと思いますが、このような動きを知らない方への広報は何か案はございますか。

事務局：広報誌などに載せるのも（案として）一つあります。協議体ということになると、有志の方に話し合いをしていただくというのがあるが、どの程度までというのも、無制限に広くしてあまり大人数になると話し合いが難しくなるので、そこは検討していこうと思っております。地域で参加している方からお声かけさせていただいたというのがありますので、主旨を考えながらやっていきたいと思えます。

副委員長：せっかくの活動で、これからどうやってこの地域で最後まで生きていけるのかというものの大事なサポート体制なので、みんなに伝わるような形になれば。

事務局：今申し上げた協議体の話ですが、これが2層から3層という地域の話になって来れば、その地域、自治会や小学校区で話し合いが行われていくと思っておりますので、地域の方々とやっていけると思えます。逆に3層、小学校区、自治会単位で既に活動されてネットワークが形成されている地域もございますので、2層会議の場で、活発にやっている地域の事例を出して、それを行われていない地域に広げていくように考えている。

委員：質問ではなく意見ですが、資料の活動予定について、地区で要支援の方向けのアンケート調査を行うとのことですが、高齢福祉課の高齢福祉推進会議の委員もやっけていまして7期計画を行うときに調査をしていましたので、地域の調査はもちろんです。せっかく高齢福祉課さんが調査した結果も、去年のデータになって

様式第1号

しまいますが、すり合わせをしながらやっていただくとよりいいかなと思います。

事務局：ありがとうございます。

委員長：そういう資料がありましたら是非お願いします。以前にも社協でアンケートを取ったことがありましたよね。そういうのを活用していただければ。豊里で医者が足りないということがあれば、コーディネーターがいれば、成島医院とか検討できますし、つながっていけばと思います。

協議予定の1時間になっていますが、その他いかがでしょうか。

委員：資料の9ページ、つくば市の設置準備会議についてごみ問題について協議と書かれていて、ごみ問題は福祉分野だけでは解決できないという大きな問題ですが、つくば市ではごみ問題について、地域包括支援センターのみならず、役所のごみ対策関係実際どのような打合せが行われているかご紹介していただければと思います。

協議体でワークショップ（WS）が開催されていますが、模造紙を使用して地域の福祉サービスの研究をされているが、参加された方からの反応はどうかご紹介をお願いします。

事務局：筑波地区では市で廃棄物対策課が担当部署になりますので、出向きまして、先ほど申しあげましたごみ集積所の新設の補助があるということで、その詳細について確認し、ごみ問題の準備会の時にご紹介しました。WSについては、地域の福祉サービスについては、見守り、そういったものについては確認を行っていますが、地域福祉サービスについては、今後の課題としていきたいと思います。まだ現状では行っていません。

事務局：先ほどのお配りしている冊子のミニ知識のホームページの反映ですが、昨年度の方が全部掲載されている状況で、ご紹介いただいた内容は今年からですので、今後2018年度のを掲載させていただきたいと思います。

(2) つくば市地域ケア会議

- ①検討事項「見えてきた課題について」
- ②報告事項「今後の予定」

様式第1号

事務局：配布資料に基づき説明。

以下、資料5における「見えてきた課題」についての討議

事務局：以前から、移動手段の手段、個別検討⑥というのは、このケア会議のみならず、移動手段というのは市内のケアマネジャーからも多くの意見をいただいているので、また市内で生活されている皆さまにおきましても気になるところかと思っておりますので、意見は活発に出るかと思っております。

委員長：それでは⑥からご意見をもらうようにしましょうか。上がってきた課題というのは、打ち合わせの時に話が出たが、先ほどの生活支援体制整備の課題と被ります。今日は生活支援体制整備事業をまとめてという主旨もあります。それを踏まえて、委員の皆さまで移動手段の確保について、ここは第1層なので、ここはどうしたらどうかとか、こういうものはないかなど、意見を出していただいたことが、それをもとに新しい仕組みを作る可能性もありますので、どんどん出していただければと思います。

ちょうど今日は移動支援をされている委員は欠席なのでですね。以前、ボランティアのメンバーも少ないし、ドライバーも高齢化してきて大変問題になっているということだったんですが。

事務局：11月から圏域別ケア会議の後にケアマネジャーに協力いただいて20分ほどの意見交換会を行っています。自立支援について意見交換を行いました。その中でも移動に取り組んでいかないと、という意見が多かった。荃崎の意見交換会の時に、できる、できないは別として、各施設、デイサービスでの送迎の車の活用ができないかという意見が上がりました。施設でもっている送迎の車の空いている時間、ドライバーの問題もありますが、アイデアとして上がっています。

委員長：専属のドライバー？

事務局：ドライバーは法人で雇っていたりするので、それは各地域で違うと思います。

アイデアが出ても、いろいろそういったアイデアがケアマネジャーからはあったところですよ。

委員：実際に施設でデイサービスの送迎車両は、日中は、車両自体は空いています。しかし送迎は介護スタッフが担っているので、運転自体、する人がいないんですよね。活用してもらってもいいが、施設で保険に入っているの、施設のものが運転する

様式第1号

にはいいが保険の問題とか、同じ法人で土浦にもあるが、買い物支援というのを独居高齢者対象に、常陽リビングに掲載されたのですが、そういうことを考えています。要は、利用者はどちらかというケアマネジャーも関わっていない、制度のはざまの方ということで、こういうことをやっているという事業者側とそれを利用したいという方をどうつなぐかということが、土浦の事業所では課題になっています。

委員長：お考えいただく材料になるかどうか、免許返納をためらうというのは、車がないと生活できない、それだけ素直に免許返納ということで、つくバスとかタクシー券を利用していただくことも、つくバスのルートを作ることも可能なのですか？

事務局：免許を返納した方は、危機管理課でつくバスかつくタクを選んでいただいて、補助するというものはあります。ただ、1年だけです。

委員長：1年だけだと、確かに車のない人は不安になりますね。だからこそインフォーマルな移動のボランティアということですが、人が足りなかったり、保険の問題とか、車を使ったりとか。

副委員長：つくバス、つくタクでは、中継点、バスターミナルで乗り換えをしなければいけないということがあり、乗り換えができず、行きたいところに行くには、地区の中だけだったらいけますが、地区外であると中継していかなければいけないという問題があって、中継点がなければ行きやすいと思います。

委員：つくバスに関しては、4月から廃線になったところをやり直していただいて、バス停もこまめに作っていただいて、運行するようになりましたが、今の話のように、繋ぎがないのですね。つくタクは、非常に使い勝手が悪いというのがあります。特に高齢者側から連絡しなければならない、チケットを買う場所が遠い、どこにあるかわからない、バス停が遠い、思った時間に路線を組んでいただけない。行政の予算の関係とか、問題があると思うが、なかなかそれがうまくいかない。小学生とか高齢者には時間帯が問題。バス移動はなかなか考えられず、特に医療機関や買い物に関しても、なかなか考えられない時間に運行しています。それからバスも大きかったりしまして、ある程度の道路しか入れないというのがあるので、どうしても利便性に欠けるところがあり、課題はすごくありますね。地域の中でボランティア的な車の移動、だれがどのような形で、どのようにするか。死亡事故になった場合には大きなことになりまして、ボランティアの方が逆にその方が苦勞するといけませ

様式第1号

るので、そのような課題を解決しなければいけないかなと思います。

委員長：全国的にこのような問題で入ってもらったらいいのでしょうか。

委員：自分でバス停に行く、それから車運転をしていく、それを遠慮するというか、ボランティアの人にも世話になりたくないという、特に新しく移り住んだ方がけっこういるかと思います。本当に用があるときにしか行けない。だれか見に行く、地域が一体となってやらないと、タクシーを向けてくれない。一人暮らしになって、具合が悪いなど問題になるので、とにかく地域一体となって見守ってもらって。だんだん高齢化が進んできているので、我々も高齢化に足を突っ込んできていますけど。

委員長：少しずつ整理しながら、もし御意見がありましたらお願いします。

そうですね、移動の手段がなかなか難しいとなると、閉じこもり等の外出の機会が減少する問題は避けられないのですが、買い物なんかが、移動販売などをスーパーにお願いするという話になってしまうが、それも難しい問題もあるが、いろんな方法があると思います。

委員：問題に問題を重ねてしまうようですが、送迎に関して制度ではできないところをやろうと思って、高齢福祉課に聞いてみましたが、白タク扱いになってしまうということでした。独居世帯や高齢世帯だけに対して、ガソリン代くらいで送迎することを高齢福祉課に相談したら、陸運局に聞いてみないとと言われてました。移動に関してではないが、利用者から洗濯を持ってきてもらい、一袋200円とかで考えていたら、クリーニング法に抵触するとか、制度が邪魔しているというところがある。私のところのケアマネジャーが担当しているケースで、免許返納に関して、医師から勧めても、それが法律でもなければ権限でもなく、家族がやめろといっても辞めず、制度的にいろんな悪い曖昧な部分があり、なかなか上手くいかない。なんの解決策にもならないのですが、そのような状況があります。

委員長：どれくらい法律で制約があって、何かやった場合に罰を科せられることになるという大きさの問題もあると思いますが、つくば市で規則を作って適応できるか、法律の専門家の委員からコメントありましたら。

委員：法律で規定があるものについて、条例を作ればそれがパスできるかどうかについては、各自治体の判断でパスして良いという前提の法であれば、そういうこともできる可能性もあるかもしれませんが、規定法は基本的には、原則の条例があるから

許されるという世界ではない。ふつうの制度の枠組みの中で、どういうことをすればどこが引っかけるといえるのを確認して、それぞれ検討しなければいけないので、これは法務自体としてもしんどいので、おそらく事業所として検討する労力を考えても辞めようという風になりやすいと思います。市レベルで検討するには重いかなどと思います。

つくバス、つくタクの問題もありますが、そもそもの発想は、安くという発想で進めていると思いますが、どのくらい費用的に差があるのだろうか、どのくらい経済的な財政の負担が違うのか比較し、市民の人たちがどのような制度がいいのかを考えるといいと思う。足が悪くなって運転ができなくなった人、何かを得るために行くかまたは持ってきてもらうかになるとと思いますが、持ってきてもらうのは宅配になるが、食べ物に関しては、まだまだといわれていますが、生鮮食品はネットスーパーでやり始めている部分もあるので一部カバーできるかなと思いつつ、あとは医療機関については訪問診療になるかなと。ただ、すべて行くという過程を経ることで割高になってくることで、受益者負担みたいになってくると、受益者のほうが高いということになるかもしれないし、その辺りの経済的な部分も大きいかなと。全部来てもらうと、外出しなくなってしまうデメリットがあるので、外出しないこともよろしくないで、そのバランスを予算の中でどのように取っていくのかが非常に難しいなと思っていました。特に予算が大事かなと思いますが、ボランティアが行うのは、事故の責任などもありますので、なかなかボランティアにやってもらうという世界は難しいと思います。

委員長：まとめますと、人口も地域的にも高齢化率がすごいところもありますし、どれだけ割高になるとか試算をやってみて、どういうサービスができるか、個人の方にはこれだけできますという具体的な提示ができるか検討していく段階なのかなと。しっかりと考えてみなければいけないし、委員会としても、そういう資料をまとめたうえで、それが現実的なのではないかと思う。

つくタクはどれくらいの料金なのですか。

委員：運行に対しての50%くらいかと思うのですが。

委員長：これは地域包括や高齢福祉とは別のところの話なのですか。毎日利用を見込んでいるのなら、例えばいろいろな試算で今後これだけ増えたら大丈夫だとか、何か

様式第1号

そういう話をするところというのは。

事務局：市では交通政策課がつくバス、つくタクを行っていて、交通網の改変などを行っているのですが、その中で、つくタクを運行すると、一人当たり2,500円くらいのコストがかかっていて、それで高齢者の場合には半額の割引証があるので、たとえば300円の地域ではその半額なので150円で乗れたりしていて、かなり赤字になっていると聞いています。

委員長：売っているところが少ないという話なのですが、その辺りはどうですか。

事務局：チケットはつくタクの中でも購入できます。あとは、スーパーとか。

委員：今の件に対して思い出しましたが、つくタク自体はうまく使えば便利なものですが、チケットの話に関してだけコメントすると、うちの団地でも高齢化が進んでいて、うまく使いたい要望があります。各圏域の交流センターの窓口でつくタクのチケットを販売してほしいという要望も多くなります。住んでいるところの近くで買えるのが一番いいわけですが、買いに行くのは遠くの限られたところしかチケットが売られていなくて、そこにアクセスするだけで難しく、ますます敬遠してしまう。それぞれの地域の交流センターで扱っていただけないか検討していただきたい。つくば市だけでやる話なので、難しいことではないと思うのですが、ただ現金を窓口で預かるのはなかなか難しい理由は聞いていますが、その点だけ。

委員長：その辺はぜひ検討していただきたい。戸籍抄本などはとれるようになってお金を扱っていると思うので。

副委員長：つくタクつながりで、申し込みが社会福祉協議会さんでしかできず、最初の登録がすごく大変で、お金を1,000円払うという、そのスタートが大変で、その辺も何か変えていただければと思います。

委員：要請すればできるのですよ。セキショーさんというところがあり、私のところで売ってくれないかと言って、セキショーでやりましょうということでしたが、その後、途絶えてしまっていますが、でもやろうと思えばできると思います。

委員長：申し込みとチケット販売。その辺り、ぜひ、交流センターやそれ以外にも高齢福祉のセンターなどもお金扱っていないですか。起点となりそうなところは探すところかな。

事務局：老人福祉センターは市内に3か所しかないのですが、現金は扱っているのですが、

様式第1号

数が少ないというのがあります。

委員：ごみ処理券をコンビニで購入していますが、それと同じようにつくタクの券も購入できるようにならないかなと思います。

事務局：全店舗ではないですが、コンビニでも扱っているところもあります。つくタクの券を扱っている一覧表もありますので、そのリストも窓口センターや高齢福祉課にもあります。

委員長：やっぱり、どこで扱っているか知る手段がないせいもあり、結構知られていない、まだまだと感じます。出してはいるけれど、それをつかむのが難しい問題がありますね。

委員：一番伝わらない方法でやっていますよ、インターネットとかね。チラシを置くのが一番。インターネットが一番苦手なところ。

委員長：利用する人にとって情報のバリアがあって。

委員：高齢になってくると、インターネットは、高齢になればなるほど使えない。外に出ていけないわけですよ、情報も得られなくて新しいことから遅れてしまう。もうちょっといろんな面で親切にできないかと思う。困っている人は、本当に行けないのですよね。

委員：インターネットという伝達方法はやめてくださいという、もう少し他の方法を考えてほしい。

委員長：これは生活支援体制にも関係する大きな問題だと思いますが、移動も集中的に調べて、他の町よりも使いやすいつくば市というのを目指して検討していただきたい。よろしく願いしたいが、いかがですか。

事務局：ご意見いただきましてありがとうございます。それでは6番については、継続的に今後も検討していくということですか。

委員長：今日は見えてきた課題について、委員から何か解決策がないか、今は意見を出したのですよ。ポイントは絞られているので、例えばつくタクであれば、お金としてはありがたいものだけど、それを登録したり、買う手段だったり、買う場所が知られていないという問題は、最初に出たボランティアの人に、車で来てもらう、でも保険をどうするかという大きな問題よりは取り組みやすいと思うので、早急に調べて集中してやっていただいて、次回の会議は生活支援体制整備事業をメインでや

る時に、こういう風な状況だとか一歩進めていけたらなど。問題点ははっきりしてきたので、それをやっていただきたいなど。

事務局：できるものもあると思いますので、取り組んでいきたいと思います。

まずは、委員の皆さまからの御意見取りまとめ、どのようなものか課題かを洗い出し、こういった場所で購入できないか、可能性について担当部局や施設等に、そういったことが可能なのか打診して、次回の会議までに回答したいと思います。

委員：つくば市は持続可能な社会を目指しているということで、この会議が何を指しているというか、要項がないということだったので、そういうものをきちんと作って持続可能な社会はだれも見捨てないということも入っているし、そういうことを目指しているつくば市の中で、一つ一つ目標を作って、生活支援体制ではこういう目標をもってというのはきちんと出して、絵を書いてみんなにわかるようにすると、関心を持ってくれる人はどんどん出てくるだろうと思います。今話をしていた交通手段の問題でも、生活支援体制整備と関わってくるので大きな問題だと思っています。目標はきちんとあったほうがいいのではと思います。みんなつながってくるので、しっかりと連携しあっていけると思うが、それはすごく大変なことだと思うのですが。

委員長：そういう意見を出すための協議体なので。つくば市はいろいろ取り組んでいる方だと思いますが、取り組んでいっても、問題山積みなところが大きいので、年度目標などを掲げると、それなりに地域ケアでどのくらい必要とか、そういうこともやりやすくなるのは確か。年度目標を決めていければと。大変だと思うが。

委員：今の話を聞いていて、元行政マンとしてお答えします。このような事案については高齢福祉事業計画などに盛り込まれているので、次回の会議の際に、このような形で、事業ごとにこれだけの予算額はこの程度ですと、次回の会議でご紹介いただくと、より分かりやすいと思います。もう一つ、移動交通手段の確保に関しては、つくタク、つくバスに加え、在宅サービスを支える団体として、社会福祉協議会の在宅サービスもありますので、社会福祉協議会のさわやかサービス事業を参考に考えていただいて、社会福祉協議会の事業が活発することによって、外出支援がよくなっていくと思うので、社協からも御紹介していただきたいと思います。

委員：現在、社会福祉協議会では地域住民主体のサービスを作り上げるということで、

平成 25 年度から地域見守りネットワーク事業という、見守りを主体とした住民同士の助け合いを進めています。その中で本来であれば小学校区単位で進めていきたいのですが、小学校単位は範囲が広い。うまくいっているところが 2 地域あり、真瀬小学校区では、小学校区単位でネットワークが作られつつあり、助け合いが進んでいます。移動手段に特化すれば、区会範囲であるが見守りを進める中で、住民同士のたすけあいでの移動手段の確保というか、助け合いの中で通院や買い物を支援している形が何か所かで生まれつつあります。全国社会福祉協議会が大元であるが、ボランティア保険で、福祉移送サービスの提供における交通事故で相手方の賠償が適用されるのが基本ですが、その中でケガをされたりすることに関して、保険なども整備されているのでお勧めしながら、少しずつ住民の中で助け合いが行われているのが現状となっています。

委員長：ボランティアに登録すると、ボランティア保険に入ることになるのですか。

委員：基本的に交通事故は車の保険ではありますが、ボランティア活動の中でボランティアを実施した方がケガをしたりとか、相手方がケガをしたときに賠償が整備されていたりします。車の移送に関しては、通常のボランティア保険とは、掛け金などが違う保険が整備されています。

委員：高齢になるとなかなか停留所にいけないということですが、社会福祉協議会の在宅福祉サービスも重要で、有効なサービスになるので、そういう意味で社会福祉協議会を紹介させていただきました。

委員長：見えてきた課題について特に 6 番を審議してきましたが、今日は、全部を審議することは難しいですが、この 1 点だけこれだけ時間がかかりました。事務局からの課題はたくさんありますが、出てきた課題はここで検討できないとなると、どういった形で進めていくのですか？

事務局：当初の予定としては、事前に資料を配布しておりましたので、課題 6 以外にも、課題についてみなさん考えていただけてきたと思います。別の会議体での検討というのは考えておりませんので、事務局としても課題の出し方について検討したいと思います。もう少し絞りこんで、優先順位をつけて候補を出していければと思います。

様式第1号

委員長：全体を見て、ごみの問題などはそれだけで生活支援になるが、それ以外は認知症関連や、サービスにつながりづらい困難事例もあります。そういう意味では、チームというか、委員会や会議をつくるのもいいかなと。

事務局：他の事業と共通している課題もあるため、連携して課題解決に向けて検討してまいりたいと思います。

副委員長：つくたくは圏域ごとに行ける範囲が決まっていて、桜地区から谷田部に行こうとすると、センターで乗り換えなければならないが、なかなかそれはできないです。2区間の料金にもなる。通常の料金より割増となっても、乗り換えなしで次のところにいける、ワンストップでいける、センターを通すのではなく、そのままいけるというのをぜひ検討してもらいたいと思います。

委員：一つ提案ですが、どこの市町村でも同じような課題を抱えていると思います。他市町村で先進的な事例があれば、こちらも考える材料となり助かります。乗り合いタクシー型で対応している市町村はどういうのがあって、場所ごとに乗り換えを要しているのか、要していないとどういう工夫をしているのか。制度自体をやめてタクシー助成券を配布しているのか、予算が議論されているのか。そういった他市町村の例を挙げていただければ。

委員長：ぜひ他市町村で先進的なところを紹介してほしいと思います。

では、報告事項「今後の予定」に移ります。

事務局：資料6を用いて今後の予定説明。

委員長：コメントを頂ければということで、自立支援型個別ケア会議というのは、厚生労働省のモデル事業につくば市が手を挙げたということでしょうか。

事務局：はい。

委員長：地域包括支援課が積極的に行っていこうと。健康のチェックリストでチェックがついて、本人が希望すればということ。その中で、より良いケアができるように会議に出して積極的に予防していきましょうということでもいいでしょうか。このあたりは、今日委員の方で参加されている方で、介護の方でプラスの意見があれば。それからもう一つ、事例集について、これを少しずつ形にして。課題をカテゴリーに分けたりして、わかりやすくなっています。ここまで来たということになっています。

様式第1号

委員：ただいま説明のあった自立支援型会議の位置づけですが、資料3のつくば市地域ケア会議の3ページ目、自立支援型位置づけとしては、圏域別ケア会議と同等の位置づけになる、横に並ぶような会議でしょうか。

事務局：位置づけについて、圏域別ケア会議は固定のメンバーではないのですが、この自立支援型会議はメンバー固定で限られるので、圏域ケア会議からは外れます。表で示すと一番下に示す通りです。機能としても、個別課題解決が主となり、地域課題の抽出は△となっております。ケアプランの検証も機能としてありますが、それは「その他」になり、機能としてはこのような分け方をしています。

委員：もう一点、つくば市地域ケア会議、この会議との分け方はいかがでしょうか。

事務局：先ほど地域課題の部分は△と申し上げましたが、事例検討して地域の課題が見えてきた時には、圏域別ケア会議などでさらなる検討ということもあるので、市の地域ケア会議ともつながってくると思います。

委員長：今の質問は、地域ケア会議の枠組みの中で、カテゴリーになるかということで、関連性は大きいと。会議自体は市が行う。地域性が非常に、チームの中で関わってきて、地域で支えなければいけないという仕組みを作らなければいけないということになりますかね。

事務局：自立支援というところでは、ネットワークは関わってくると思いますので、その点では、地域性というのは関わってくると思います。

委員長：厚生労働省で通達があったのですか。

事務局：ケア会議を活用して、というのがありました。

委員：構成メンバーのところで、看護師が入っていないのですが、それはなにか。最後の図では看護師、保健師が入っているのですが。看護師は重要だと思います。訪問看護とか、生活の支援や医療において。それは何か抜けてしまったのか、その他のところにありますか。

事務局：7ページの図は、厚労省で示されていたものを参照したが、今回選定するにあたって、医療の部分を医師の参加を2名と選定させていただきました。その点で、医療的観点を濃くしたため、今回は看護師への御依頼はしなかったというのがありました。

委員：その流れでいうと、社会福祉士が入っていないのですが。

様式第1号

事務局：今後検討させていただきます。

委員長：その他何かありますか。事例集、委員から出た意見を形にしてうれしい限りですが、何もないところから事例集を作成するのは大変で、行政に全部事例集を作成してもらうのは大変かと思います。私自身は仕事として事例集を作っているのですが、例えば編集とかは業者をお願いするとか、そういうところを提案していきたいと思っています。読みやすい形で。要望だけ出して全部投げちゃってしまっは申し訳ないので。

副委員長：事例集に関して、圏域別ケア会議に参加していて、最終的な結果が見えてこないというところが最初のころの意見でありましたが、この表で評価が出て見やすくなっているのと、ケアマネジャーのマネジメント力につながっていると思います。他の圏域でどのような課題があるのか、これによって見えてくることもあると思うので、ケアマネジャーのマネジメント力向上になっていければと思います。あと、課題のカテゴリーが分かれているが、これはどこからか取られたのですか。この資料4の中で、事例から見えてきた地域課題が㊦から㊧までであったが、社会孤立などがカテゴリーの中に入ると、さらに見やすいと思いました。

委員長：これも行政だけでは厳しいかもしれないので、関係しているメンバーも加わった形で、いいものを作っていく形にしたらどうかと思っています。

最後に、一つ一つはそれなりに取り組んでいるが、情報として伝わっていないということがあります。課題として共通しているところは、広く意見を求めたい。2年前に立ち上げて3年目になるので、市民の方も入ってフォーラムのようなことを企画してもいいのではないかと思います。市民だけではなく、28ページ、29ページなどの宅配などの生活支援に関する職種等、介護予防に積極的なイオングループ等、3年経過したところですので、フォーラムで呼びかけて、分科会のような体制を整えて方向を探っていきたいが、いかがでしょうか。周知しないと知らないことも多いので。

委員：賛成です。

委員長：そういうことも今後進めていきたいと思う。そういう意味では、最初に出た計画を立ててやっていきたい。その他ありますか？

委員：会議の運営に関することであるが、議事録は作成されているのであれば、議事録の配布をぜひお願いしたいと思います。あの時何か話されて、何が決まったかをき

様式第1号

ちんと議事録として残してほしいし、手元に残しておきたいと思います。

事務局：公開の会議になるので、毎回議事録作成し、総務からHPの公開になるが、アップされるまで時間がかかることもありますので、出来上がった時点でお送りするようにします。

委員長：議事録も会によって細かさが違うが、委員には簡潔なものをお願いしたい。

事務局：セリフ形式ではなくて、要旨をお送りしたいと思います。

次回は年度またいで4月を予定する。

閉会（午後16時22分 終了）

平成 30 年度 第 3 回
つくば市地域ケア会議
つくば市生活支援体制整備推進会議

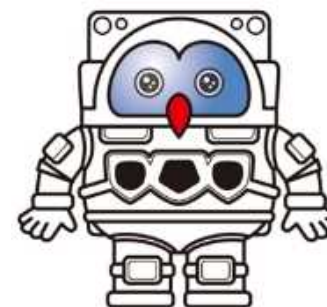
日時：平成 31 年 1 月 17 日（木）
午後 1 時 30 分から
場所：つくば市消防庁舎
3 階 多目的ホール

一 次 第 一

- 1 挨拶
- 2 報告及び協議
 - (1) 生活支援体制整備推進会議
 - ① 報告事項「これまでの取組」
 - ② 検討事項「今後の予定」
 - (2) 地域ケア会議
 - ① 検討事項「見えてきた課題について」
 - ② 報告事項「今後の予定」
 - (3) その他
- 3 その他
- 4 閉会

資料No. 1

平成30年度 第3回生活支援体制整備推進会議 ～各地区の取り組み状況～



つくば市イメージキャラクター「フクン船長」

2025年の地域包括ケアシステムの姿

病気になったら…

医療



介護が必要になったら…

介護



住まい



・地域包括支援センター
・ケアマネジャー



相談業務やサービスの
コーディネートを行います。

いつまでも元気に暮らすために… 生活支援・介護予防



※ 地域包括ケアシステムは、おおむね
30分以内に必要なサービスが提供さ
れる日常生活圏域(具体的には中学
校区)を単位として想定

生活支援体制整備事業とは？

- ・地域にすでにあるサービスや活動を充実させること
 - ・もっとこんな活動があったらいいなと思う活動を新たに作ること
- いつまでも安心して生活できる地域を作ることが目標**

- ☆どんな地域にしていきたいかを話し合える
- ☆活動している方々の横のつながりづくりや情報交換ができる
- ☆こんなサービスがあったらいいなと思うことを皆さんがつくる



そのために地域の皆様と話し合いをしていきます(協議体)

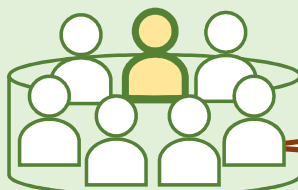
協議体の配置のイメージ図

第1層（つくば市全域）

第1層SC

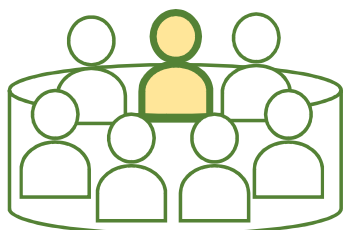
※SCとは 生活支援コーディネーター

第1層協議体



多様な主体と生活支援
コーディネーターが参加

第2層（日常生活圏域・・7つの圏域）



第2層協議体 茎崎



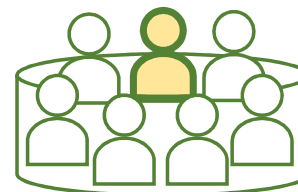
第2層協議体準備会 筑波



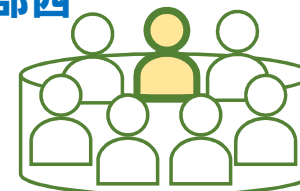
第2層協議体 豊里



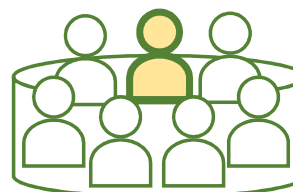
第2層協議体準備会 大穂



谷田部西

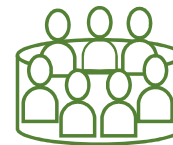


桜

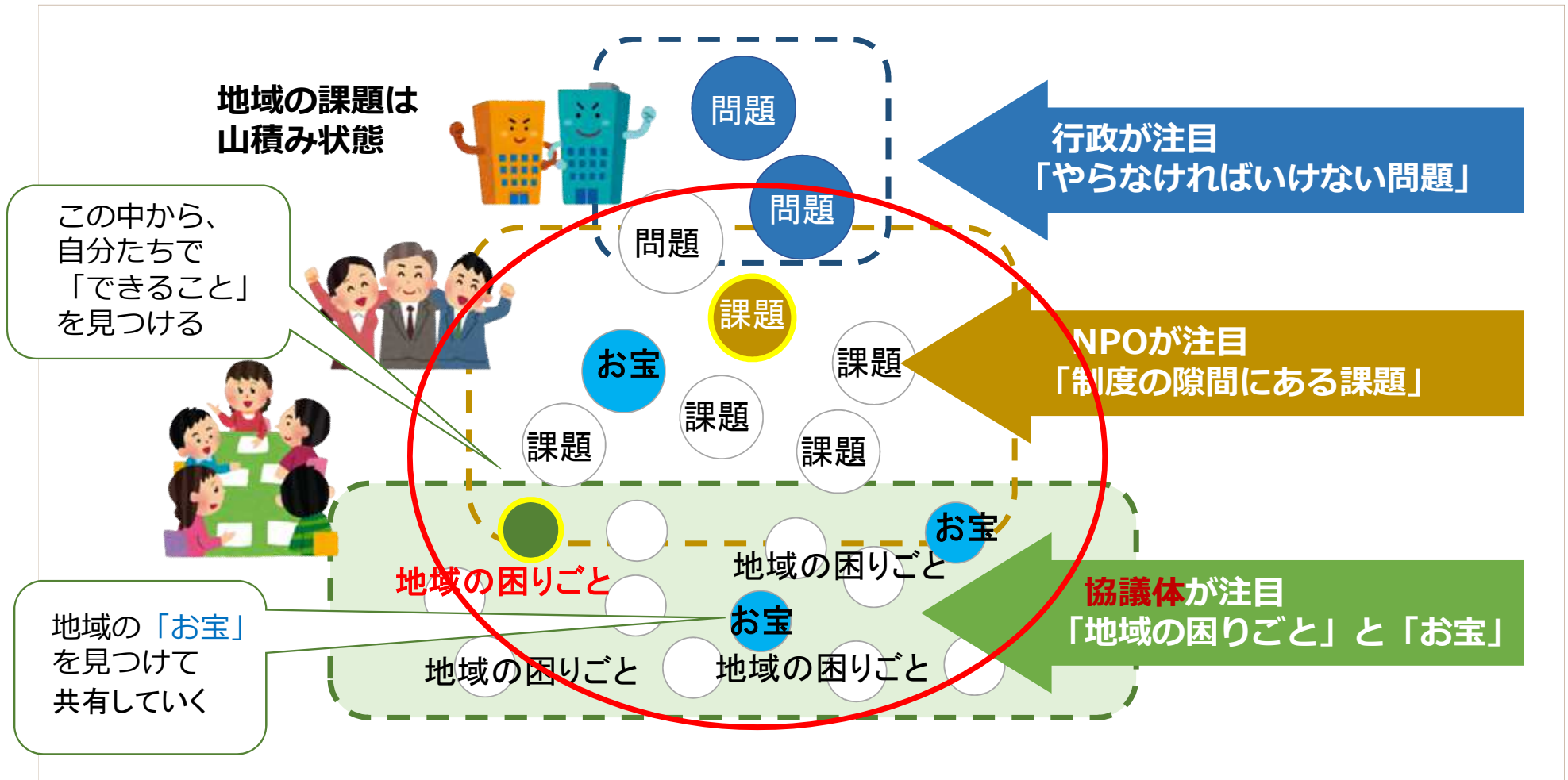


谷田部東

第3層（小学校区や自治会単位等）



地域の課題と支え合い活動（お宝）



つくば市の生活支援体制整備事業活動予定

協議体設置準備会議 (地域課題の把握)

- 地域を知る
 - ・ワークショップ(3回~4回)
 - ・地域懇談会(ニーズ調査)
 - ・キャッチコピー等の検討

協議体の設置

- 課題への対策検討
 - ・ニーズ把握
 - ・情報交換会・ネットワーク構築
 - ・社会資源等の確認・把握(マップ等の作成等)
 - ・支え合い活動の創出の検討

多様な主体による 生活支援・介護予防の提供

- ・見守り
- ・サロンやカフェ
- ・簡単な家事支援
- ・声かけ
- ・外出支援
- ・体操教室 等

平成30年度の取り組み状況

	29年度	30年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	31年 1月	2月	3月						
荃崎		協議体設置2月																	
			会	会	会		会		会	会		会							
豊里	全体説明会2月			準備会 1回	準備会 2回		準備会 3回	協議体設置9月											
								会				会							
筑波	全体説明会1月		準備会 2回		準備会 3回			準備会 4回			準備会 5回								
大穂	全体説明会3月		準備会 1回		準備会 2回		準備会 3回		準備会 4回		準備会 5回								
谷田 部西										○ 全説									
谷田 部東										○ 全説									
桜												○ 全説							

各地域の進捗状況

荃崎地区 協議体設置	協議体では見守りや居場所について先進地域の取り組みを発表。それを参考に参加者が地域での取り組みの見直しや、新たな活動を立ち上げるところが出てきた。
豊里地区 協議体設置	開業医が少ないことも不安要因だったので、協議体1回目の話し合いは「かかりつけ医について」協議した。訪問診療や移動支援の活用について議論。かかりつけ医を決めておくことの大切さを共有した。
筑波地区 協議体設置準備会	準備会で、「ゴミ問題」について協議。地域の人達が協力し合う必要がある事に気付けたが、観光客のゴミの対応等があるなど、地域の人だけでは解決できないこともあった。
大穂地区 協議体設置準備会	準備会で地域のネットワークについて話し合い、地域で活動している団体を知ることやどうしたら連携を取れるかを検討した。
まとめ	地域みんなで支え合うという地域づくりの必要性は理解している人が多くなった。参加者が住んでいる地域で、ちょっとした困りごとや、あったら良いなと思う活動に繋がっていけるような支援の工夫が必要になっている。

各地区の取り組み状況(荃崎地区)①

「あなたの力 あなたの心 支え合う街 くきざき」

事業内容	開催日時	参加人数	内容
全体説明会 (モデル地区として開始)	29.7.18	86	生活支援体制整備事業説明
第2層協議体準備会	29.9.14～ 30.2.9(4回)	延べ130名 平均約32名	1 協議体とコーディネーターについて ワークショップ(地域の良さ)
☆小学校区別懇談会	☆29.10.13 29.10.17(計3回)	☆延べ52名 平均約17名	2 小学校区別懇談会の報告 ワークショップ(地域の課題とアイデア)
			3 荃崎地区第2層協議体の進め方他
			4 準備会での活動振り返り キャッチコピーの作成
			☆ 協議体設置の了解

各地区の取り組み状況(荃崎地区) ②

「あなたの力 あなたの心 支え合う街 くまざき」

事業内容	開催日時	参加人数	内容
第2層協議体	30.5.17～ 30.12.10(6回)	延べ137名 平均約22名	<ol style="list-style-type: none"> 1 2層協議体の組織体制について 今後の取り組みについて 2 前回の振り返り 資源マップ作成他 3 ワークショップ・居場所について ☆宝陽台・森の里事例紹介 4 ワークショップ ・居場所を広げる工夫について ☆桜が丘事例紹介 5 ワークショップ ・見守りの現状と広げるための工夫 ☆社協の見守りについて事例紹介 6 ワークショップ ・見守りの種類ごとの課題等 ☆パトロール型 ☆集い型 ☆訪問型

荃崎地区全体説明会 80名参加

日 時／平成29年7月18日(火)10:00～11:30

場 所／荃崎保健センター大会議室

参加者／民生委員18名，区長18名，シルバークラブ18名，

ふれあい相談員10名，ふれあいサロン8名，

フォーラム参加者3名，住民2名

在宅介護支援センター1名，

市民ネット1名，社協1名(計80名)

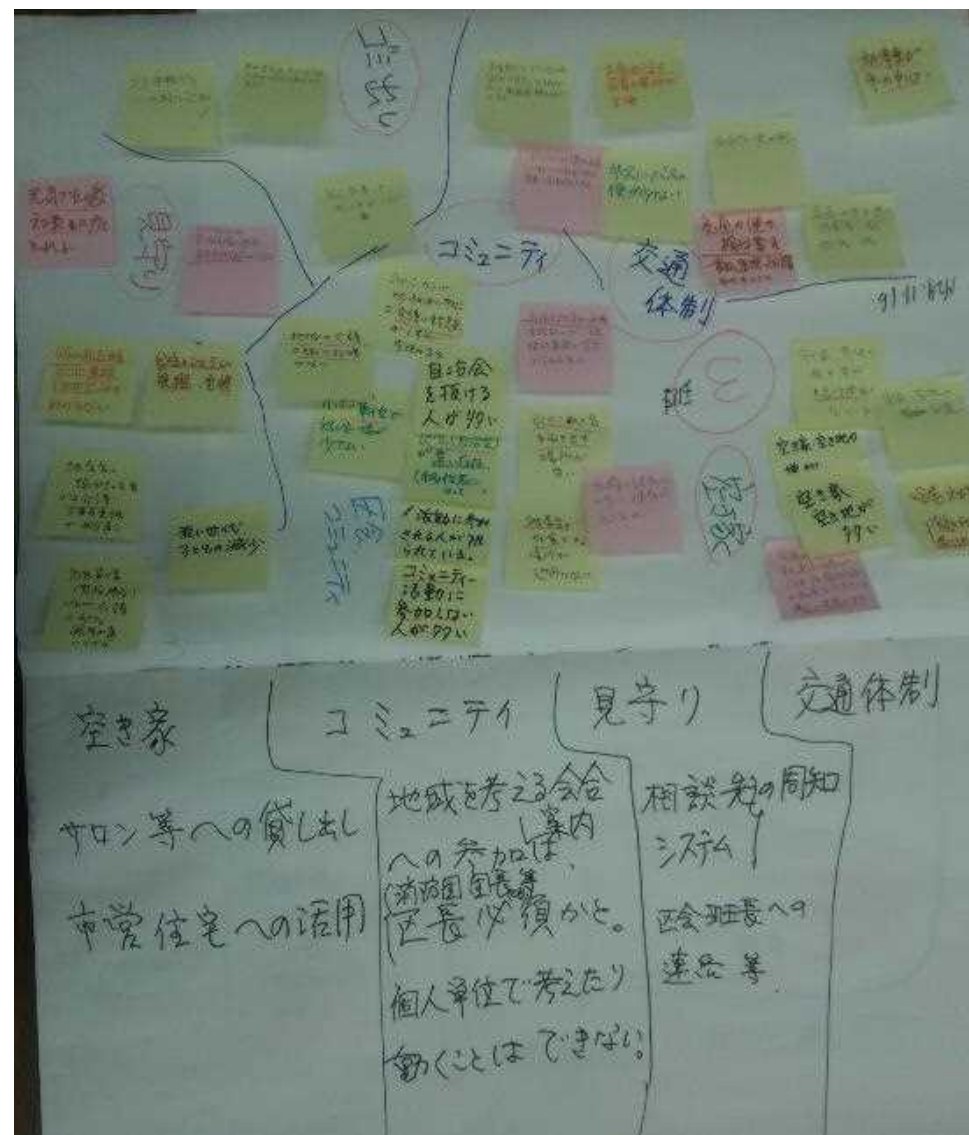
地域包括支援課6名

内 容／生活支援体制整備事業について

資料にて説明



荻崎地区第二層協議体設置準備会議 ワークショップの様子



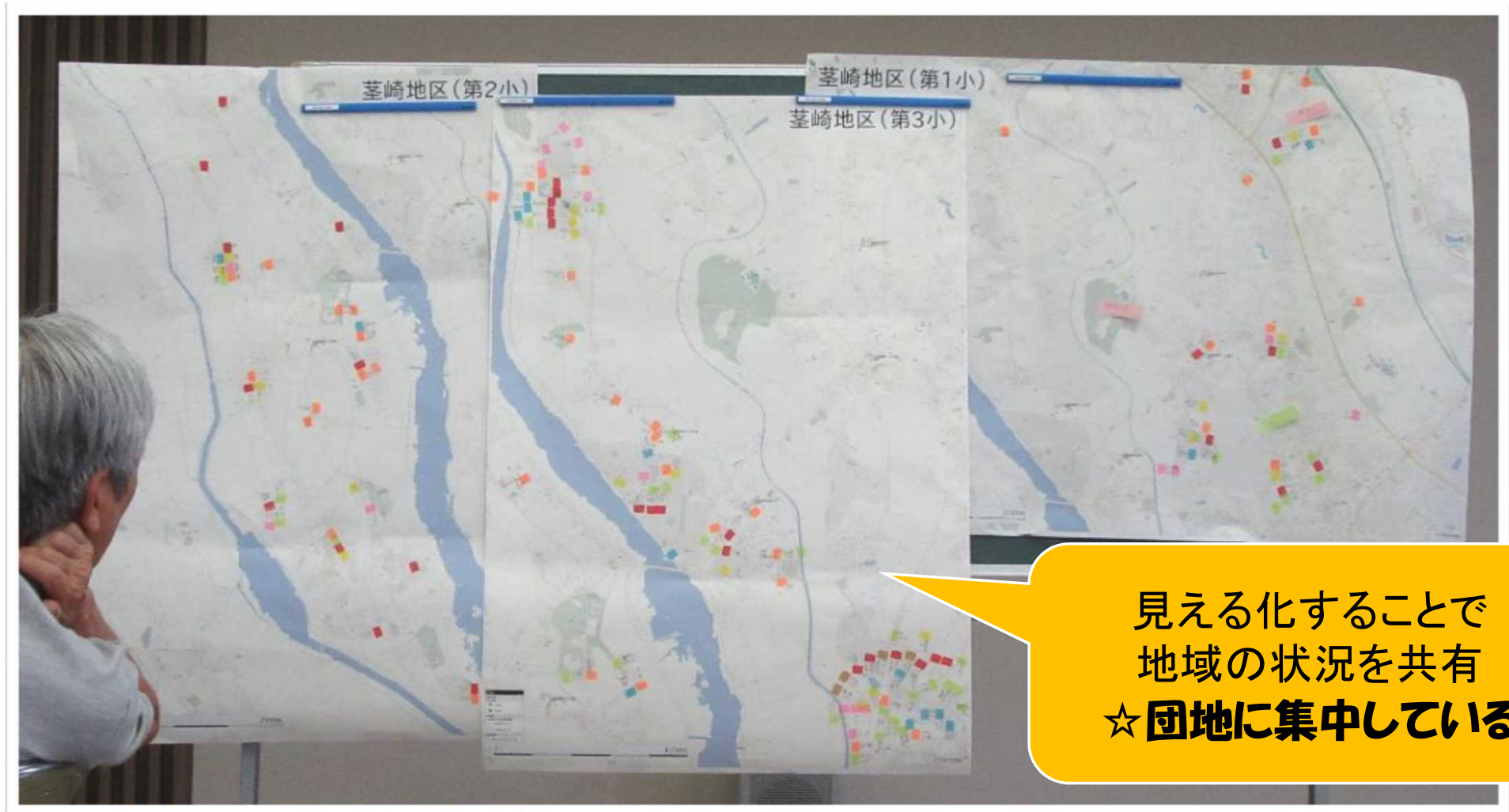
「あなたの力 あなたの心 支え合う街 くまざき」



資源マップ作成



小学校区ごとに地域資源を確認



居場所：宝陽台・森の里の事例紹介

宝陽台団地自治会・サークル等																			
宝陽台 あなたの力 あなたの心 支え合う街 くきざ																			
自治会主催					社会					1620									
クリスマス会	夏祭り	賀詞交換	会計	防犯防災	公民館	共用施設													
認証サークル (自治会助成有)					社会					あなたの心 支え合う街 くきざ									
カオケサロン	健康麻雀	サロン水曜会	GG	ゴルフ同好会	野球部	囲碁	GB	走ろう会	子供会	青年会	アター	くり							
自主サークル (自治会助成無)																			
家庭菜園	詩吟	バンド	デジカメ	オカリナ	卓球	芸能クラブ	シルバー体操	おしゃべり広場	観桜会	鑑賞会	昼食会	誕生会	吹き矢	輪投げ	防犯ウオーク	社交ダンス	出前体操	ボイトリー	屋外支援7

各地区の取り組み状況(荃崎地区)③

「あなたの力 あなたの心 支え合う街 くまざき」

～居場所(サロンやシルバークラブ活動等)について～

良い点:居場所は引きこもり及び介護予防になる。安否確認が出来る
→各地区に設置されることが望ましい。(マップでも確認)

アイデア:参加しやすいイベントの開催。サロンの周知
飲み会を多くやる。屋外での開催。空き家の活用など

☆居場所は人数や場所に関係なく居心地の良い場所。それを増やす。

荃崎地区(モデル)での取り組み成果

1 地域ごとの活動の情報共有が進んだ。

☆ワークショップでの話し合い・マップ作成を通じての共有

2 地域の課題が分かり、自分の地域での活動につながった。

☆話し合いや他の地域の事例等から必要な活動を考えた。

一人暮らしの方のサロン 地域のニーズ調査 祭りの工夫等

3 地域の相談が多くなった。

☆顔が見えることで、地域の問題等を相談していただける機会が増えた。このことで包括も地域の課題を知ることが出来た。

→包括のほかの事業との連携 総合相談や認知症関係

各地区の取り組み状況(筑波地区)

事業内容	開催日時	参加人数	内容
全体説明会	30.1.26	89	生活支援体制整備事業説明
第2層協議体準備会	30.3.26～ 30.10.30(4回) 31.1.下旬	延べ154名 平均約38名	<ol style="list-style-type: none"> 1 全体説明会アンケートについて ワークショップ(地域の良さ) 2 前回の振り返り 事業概要 ワークショップ(地域の課題とアイデア) 3 前回の振り返り 生活支援体制整備事業の概要説明 4 ワークショップ 筑波地区らしい助け合いの方法について テーマ「ゴミ問題」 5 予定 筑波地区らしい助け合いの方法について テーマ「居場所とつながり」 キャッチコピー作成

筑波地区全体説明会 89名参加

日 時／平成30年1月26日(火)13:30～15:30

場 所／市民ホールつくばね会議室

参加者／民生委員32名, 区長29名, シルバークラブ10名,

ふれあい相談員9名,

ふれあいサロン4名,

ボランティア3名,

筑波地域包括支援センター1名

社協1名

地域包括支援課5名

内 容／生活支援体制整備事業について

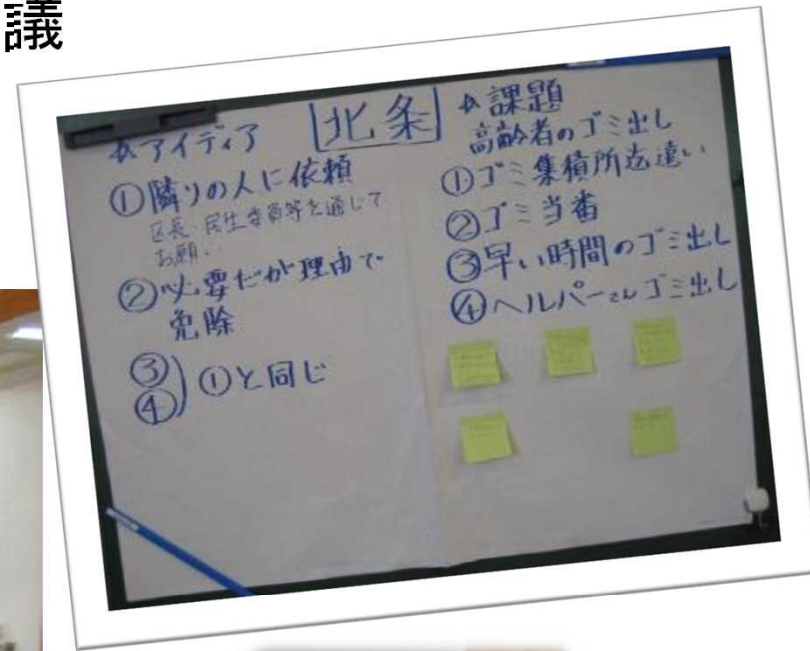
資料にて説明



筑波地区第二層協議体設置準備会議 ワークショップの様子①



筑波地区第二層協議体設置準備会議 ワークショップの様子②



各地区の取り組み状況(筑波地区)②

～ゴミ問題について～

困ること: 観光地のゴミ 高齢者のゴミ出し(当番が負担・集積所まで遠い
早いゴミ出しに対応できない) 不法投棄 分別が出来ない等

アイデア: 隣近所の助け合いで対応(前日のゴミ出し)
監視カメラの設置 分別の研修 集積所を増やす

廃棄物対策課の
補助金情報を伝える

☆個別収集ではなく、地域力で解決していく方法を考えた。

各地区の取り組み状況(豊里地区)

「目配り 気配り 支え合い 心豊かに なごむ里」

事業内容	開催日時	参加人数	内容
全体説明会	30.2.28	52	生活支援体制整備事業説明
第2層協議体準備会	30.6.1～ 30.9.28(3回)	延べ名 平均約名	<ol style="list-style-type: none"> 1 全体説明会アンケートについて ワークショップ(地域の良さ) 2 前回の振り返り 事業概要 ワークショップ(地域の課題とアイデア) 3 前回の振り返り 生活支援体制整備事業の概要 キャッチコピー作成 ☆協議体設置の了解
第2層協議体	30.11.21(1回) 30.2月上旬		<ol style="list-style-type: none"> 1 協議体設置までの振り返り ワークショップ「かかりつけ医について考える」 2 予定 移送サービスについての説明 (NPO法人 友の会たすけあい) ワークショップ「移動について考える」

豊里地区全体説明会 48名参加

日 時／平成30年2月28日(水)14:00～16:00

場 所／豊里交流センター視聴覚室

参加者／民生委員13名, 区長20名, シルバークラブ2名,

ふれあい相談員10名, ボランティア1名,

在宅介護支援センター2名,

地域包括支援課6名

内 容／生活支援体制整備事業について

資料にて説明



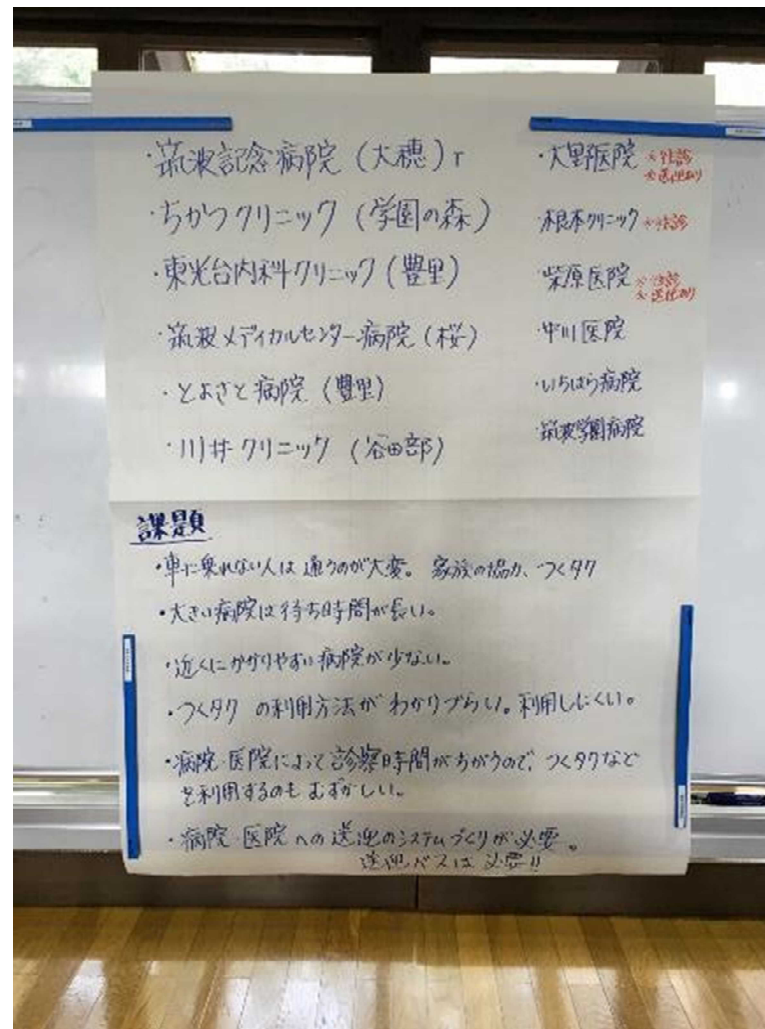
豊里地区第二層協議体設置準備会議 ワークショップの様子①



「目配り 気配り 支え合い 心豊かに なごむ里」



豊里地区第二層協議体 ワークショップの様子 「かかりつけ医について考える」



各地区の取り組み状況(豊里地区)②

～かかりつけ医について～

困ること: 免許返納後の通院が大変 大きい病院の待ち時間が長い
近くにかかれる病院が無い 病院等にかからない人がいる
エリアが違うとツクタクが使えない

アイデア: 病院や医院の送迎バスを利用する。訪問診療を利用する。
健康診断をして病気を早期に発見。 日頃から健康に気をつける。

**☆訪問診療や移動支援の活用について議論
やかかりつけ医を決めておくことの大切さを共有した。**

各地区の取り組み状況(大穂地区)

「みんなで いきいき 支え合う 輝やけるまち 大穂」

事業内容	開催日時	参加人数	内容
全体説明会	30.3.2	71	生活支援体制整備事業説明
第2層協議体準備会	30.5.11～ 30.11.12(4回) 30.1月下旬	延べ154名 平均約38名	<ol style="list-style-type: none"> 1 全体説明会アンケートについて ワークショップ°(地域の良さ) 2 前回の振り返り 事業概要 ワークショップ°(地域の課題とアイデア) 3 前回の振り返り 生活支援体制整備事業の概要 キャッチコピーの作成 4 ワークショップ° 地域のネットワークを考えよう ① 参加している人の活動を知ろう 他の活動団体を知ろう 5 予定 ワークショップ° 地域課題から選んで実施

大穂地区全体説明会 71名参加

日 時／平成30年3月2日(金)14:00～16:00

場 所／大穂交流センター視聴覚室

参加者／民生委員17名, 区長16名, シルバークラブ12名,

ふれあい相談員18名, ふれあいサロン3名,

在宅介護支援センター2名,

フォーラム1名, 議員1名

社協1名

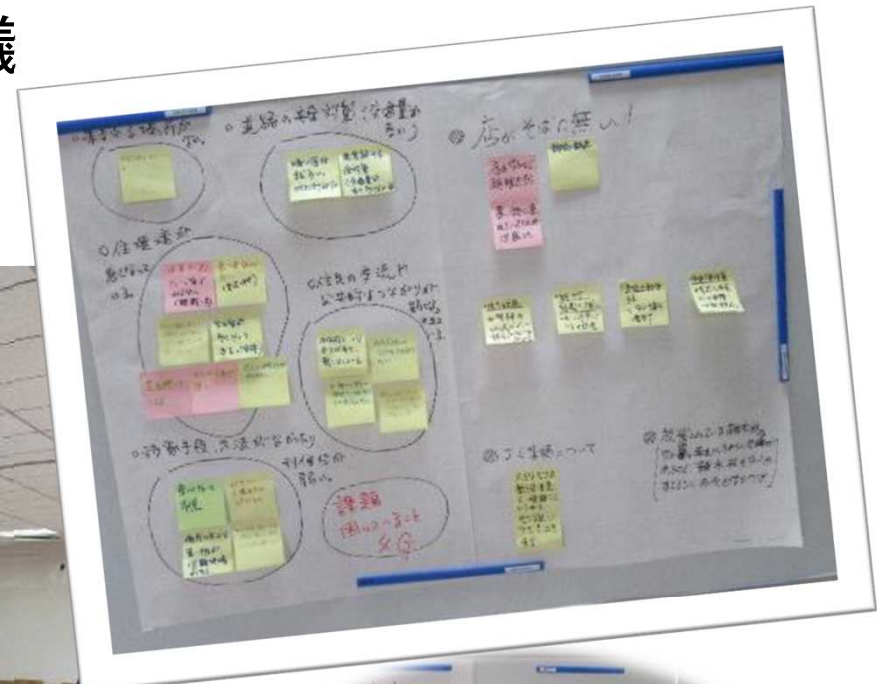
地域包括支援課4名

内 容／生活支援体制整備事業について

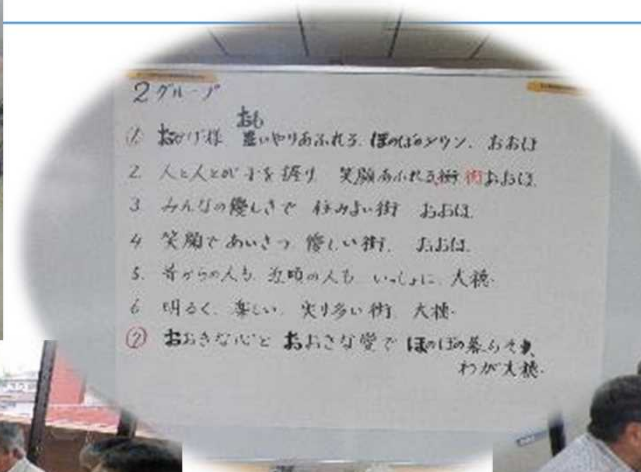
資料にて説明



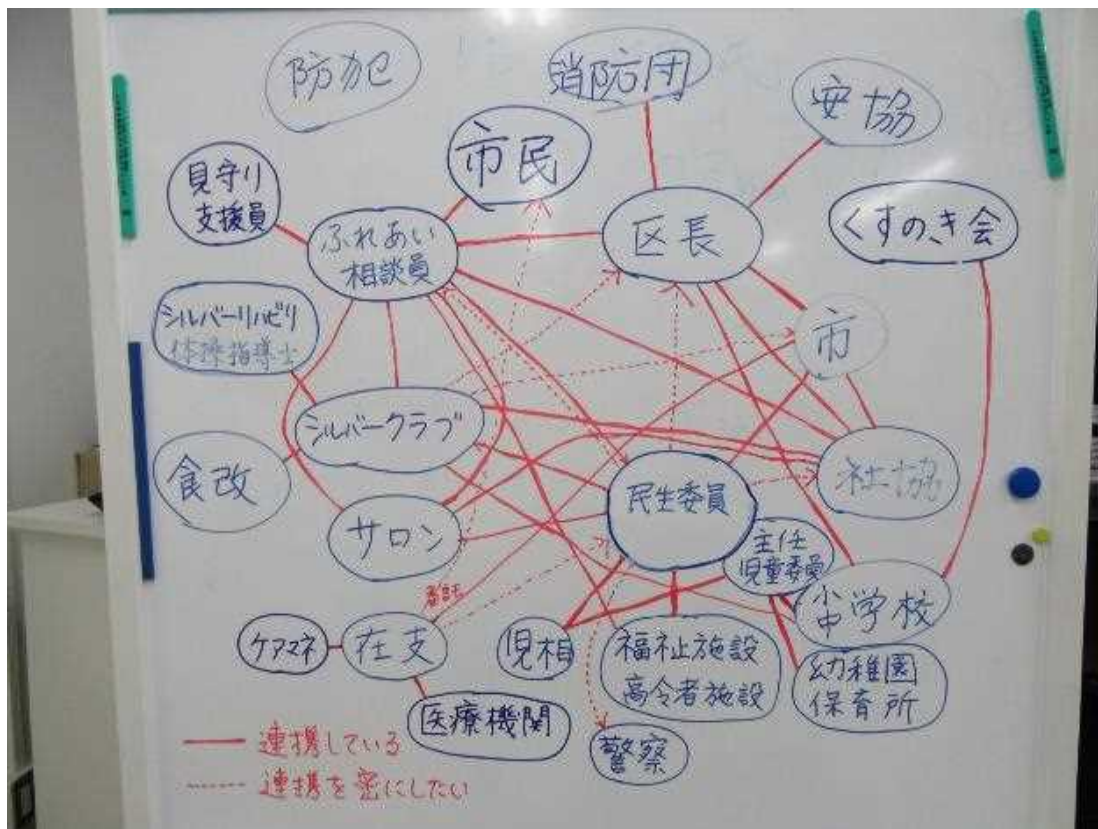
大穂地区第二層協議体設置準備会議 ワークショップの様子①



「みんなで いきいき 支え合う 輝やけるまち 大穂」



大穂地区第二層協議体設置準備会議 ワークショップの様子②



参加している人の活動を知ろう

～協議体準備会に参加している方～

- ☆区長・区会自治会関係者
- ☆民生委員・児童委員
- ☆シルバークラブ
- ☆ふれあいサロン
- ☆ふれあい相談員
- ☆くすのき会会長
- ☆社協(大穂地区担当者)
- ☆在宅介護支援センター



各地区の取り組み状況(大穂地区)②

～地域の繋がりについて～

発表：参加している団体について活動を発表。参加団体の活動を知ることが出来た。

繋がりについて：発表団体がどのような団体と連携しているか、連携したいと考えているかを図にして確認した。

☆改めて地域での連携の必要性を確認できた。

谷田部地区全体説明会 146名参加

日 時／平成30年12月21日(金)10:00～11:30 13:30～15:00

場 所／つくば市役所 201会議室

参加者／民生委員45名, 区長50 名, シルバークラブ6名,

ふれあい相談員26名, ふれあいサロン17名,

社協2名

地域包括支援課7名

内 容／生活支援体制整備事業について

資料にて説明



最後に・・・

地域には沢山の「**お宝**」があります。それを知らない人が多いし、連携が出来ていない場合も多いです。でも、話し合いを続けていくと、「お宝」が共有され、「**新しいお宝**」も生まれてきています。

高齢者が多くない、支援が必要な人が増える中で、**地域で出来ること**で**お互いを支え合える**。それが当たり前になる地域が必要だと考える人達が、少しずつ広がってきています。

今後の各地域での活動予定（30年度）

○荃崎地区(モデル地区) 第2層協議体 3回（ほぼ毎月開催）

☆次回2月6日 14:00～ 荃崎保健センター

○豊里地区 第2層協議体 2回

☆次回2月4日 14:00～ 豊里交流センター

○筑波地区 第2層協議体設置準備会 →協議体設置予定（30年度中）

☆次回1月25日 14:00～ 市民研修センター

○大穂地区 第2層協議体設置準備会 →協議体設置（30年度中）

☆次回1月30日 13:30～ 大穂交流センター

○谷田部地区 第2層協議体設置準備会 1回

☆次回 2月下旬予定

○桜地区

☆桜地区全体説明会（午前・午後開催）

2月27日 10:00～11:30 13:30～15:00 桜総合体育館会議室

全地区で事業実施になります

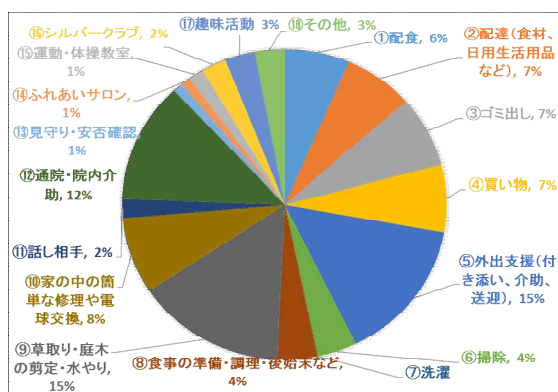


今後の活動予定（30年度）

○要支援者（要支援1 2）
アンケート調査（2月予定）

○ふれあいサロン等の情報収集
新規サロン及び生活支援実施団
体の聞き取り実施（2月～3月）

荃崎地区・筑波地区で実施したものと同様なもの



☆2層会議で参考にしていく



【質問】 あったら良いと思うサービス（一人5つまで）

- | | | |
|-----------------|-------------------|------------|
| ①配食 | ②配達（食材、日用生活用品など） | ③ゴミ出し |
| ④買い物 | ⑤外出支援（付き添い、介助、送迎） | ⑥掃除 |
| ⑦洗濯 | ⑧食事の準備・調理・後始末など | ⑨草取り・庭木の剪定 |
| ⑩家の中の簡単な修理や電球交換 | ⑪話し相手 | ⑫通院・院内介助 |
| ⑬見守り・安否確認 | ⑭ふれあいサロン | ⑮運動・体操教室 |
| ⑯シルバークラブ | ⑰趣味活動（制作、音楽、調理など） | ⑱その他 |

☆ミニ知識への掲載

資料No. 3

平成30年度第3回つくば市地域ケア会議

つくば市保健福祉部地域包括支援課

つくば市地域ケア会議

地域ケア推進会議に当たる本会議は主に、個別ケースの検討から積み重ねた地域課題等について、地域の代表者や保健医療福祉の関係者で共有し、インフォーマルサービスや地域の見守りネットワーク等の地域に必要なと考えられる資源の開発に繋げる「地域づくり・資源開発機能」や、地域に必要な取組を明らかにして、施策や政策の立案・提言に繋げていく「政策提言機能」を果たすことを目的に設置。

地域ケア会議の機能整理表

レベル	会議	目的	参加者	機能					
				個別課題 解決	ネットワー ク構築	地域課題 発見	地域づくり・ 資源開発	政策形成	その他
市	つくば市 地域ケア会議	地域課題の整理、 課題優先順位決定、 方針検討・決定	保健・医療・福 祉・法律・学者・ 市民団体・市民	×	△	○	◎	◎	×
圏域 /個別	圏域別ケア会議	自立支援に資する ケアマネジメント 支援、フォーマ ル・インフォーマ ル等のニーズ抽出	市内の保健医療福 祉の関係機関・事 業所等	◎	◎	◎	×	×	×
臨時/ 個別	個別ケース会議	臨時のサービス等 調整	ケース関係者 必要専門職種	◎	◎	△	×	×	×
個別	つくば市自立支 援型個別ケア会 議	①利用者のQOLの 向上を目的に、介護 予防のケアプラン作 成とケアの提供 ②利用者の自立支 援・重度化の観点 から、サービス内容 の是正を促す	医師、PT、OT、薬 剤師、管理栄養士、 歯科衛生士、主任 介護支援専門員等	◎	○	△	×	×	◎

つくば市地域ケア会議

圏域別ケア会議（個別ケア会議）



多職種

ケースに
共通する
課題

認知症

- ・地域で認知症高齢者が増加。
- ・認知症についての住民の理解が進んでいない。
- ・認知症の見守り体制が不十分である。

閉じこもり

- ・集合住宅での高齢化が進み訪問サービスが増えている。
- ・地域行事への高齢者の参加が減ってきている。

生活支援

- ・ゴミ出しができない人が増加している
- ・病院に行きたいが移動手段が不足。

つくば市地域ケア会議（推進会議）



多機関

参加者
の選定

【認知症】

- ・民生委員や住民組織の代表者
- ・認知症の専門医師
- ・地域づくり関係課職員 等

【閉じこもり】

- ・集合住宅の自治会代表者
- ・ボランティア団体等の代表者
- ・生活支援コーディネーター等

【生活支援】

- ・介護サービス事業者
- ・民生委員や住民組織の代表者
- ・生活支援コーディネーター等

課題を
踏まえた
提案

【認知症】

- ・認知症に関する普及啓発事業等の実施

【閉じこもり】

- ・集合住宅の自治会との情報交換会の開催

【生活支援】

- ・担い手の養成（協議体との連携も可能）
- ・住民周知のためのフォーラム開催

市町村における施策の展開

認知症サポーターの養成による見守り体制の強化

団地内での通いの場の開催

生活支援サービスの展開

つくば市地域ケア会議

参考例

個別ケース 検討

- ・複数の個別事例の検討を進めて行く中、身体介護が不要なケースにおいて通院のために訪問介護を利用している場合が多いことがわかった。

地域課題 の発見

- ・日常生活圏域において医療機関への受診に際し、介護サービス以外の移動手段が少ないという共通課題を発見。

政策形成に 向けた提案

- ・他の日常生活圏域でも同様の課題があり、市に提言したところ、地域政策担当が、既存のコミュニティバスの運行経路を再検討し、地域の診療所を細やかに回るルートが実現した。

平成30年度実績

個別ケース 検討

- ・複数の個別事例の検討を進めていく中で、リハビリテーション専門職種による、身体機能の低下に対する専門的助言や指導、身体機能に応じた福祉用具の選定及び家屋環境の整備についての助言や指導が必要という事例が少なくないことがわかった。

地域課題 の発見

- ・医療保険によるリハビリテーションや介護保険サービスによるリハビリテーションを利用していないと、リハビリテーション専門職種の介入機会がないという制度上の課題を発見。

政策形成に 向けた提案

- ・リハビリテーション専門職種によるアセスメント訪問を試験的に実施できないか、茨城県リハビリテーション専門職協会の協力を依頼し、試験訪問を2回実施。身体に応じた環境設定の適切な評価が受けられたり、リハビリテーションのメリットについて説明を受け、意欲増進につながった。

平成30年度（4月～12月） 圏域別ケア会議 事業報告

圏域別ケア会議は、日常生活圏域毎に開催し、新規事例検討と前回検討事例の経過報告及び評価を実施。個別ケースの検討から地域課題の発見につなげる。

<奇数月開催> 筑波、大穂・豊里、谷田部西 <偶数月開催> 桜、谷田部東、荃崎

1 参加機関

「高齢者の地域包括ケアのためのミニ知識2018」掲載の介護保険サービス事業所及び市内医療機関に通知

	通知数	参加数
医療	243	76 : 31.2%
介護	1,068	304 : 28.4%

2 参加人数 487名

3 職種別参加状況

職種	数	職種	数	職種	数
医師	21	看護師	25	生活相談員	33
歯科医師	5	薬剤師	5	支援相談員	7
理学療法士	27	退院調整看護師	1	在支相談員	19
作業療法士	21	医療ソーシャルワーカー	14	福祉用具専門相談員	10
言語聴覚士	4	精神保健福祉士	3	民生委員	11
機能訓練指導士	2	介護従事者	18	その他 施設長・管理者等	15
鍼灸師等	7	介護支援専門員	250	合計	498

4 事例検討

(1) ケースタイトル

1	同居している長男夫婦と確執がある90代女性への支援
2	同居する嫁と険悪な関係にある利用者の支援
3	親族と疎遠な独居高齢者の支援
4	地域との関わりが不安定な独居高齢者の生活援助支援について
5	地域に溶け込もうとせず、支援も断りがちな80代女性の支援
6	日本に親族がいない70代女性の支援
7	日本に移住してきた難病女性の支援
8	二人の妹が支える60代独居女性の支援
9	80代独居女性の在宅生活の自立支援について
10	「畑や土地を守りたい」独居女性の退院後の生活支援について
11	頑張れない70代男性の生活や環境を整えるための支援
12	統合失調症が主疾患で、骨折と廃用で寝たきり状態の50歳代女性の支援

13	生活困窮により自殺未遂を起こした 80 代男性の支援
14	金銭管理に課題がある認知症独居の 80 代男性の支援
15	金銭管理が難しい、サービス利用を拒否する女性の支援
16	自己判断で受診を中断し、金銭管理にも不安があるが、サービスの介入は拒否傾向にある 70 代男性の支援
17	消費者被害等にあい独居生活は限界がきているが本人は死ぬまで家にいたい 80 歳代女性の支援
18	同居世帯で暮らす認知症夫婦の支援
19	行動が落ち着かない認知症男性と家族への支援
20	警察の保護を繰り返す高齢者の地域での生活支援について
21	支援者に対する接遇や言動への意見が多く、関係性の維持に課題のある 70 歳代女性への支援

(2) 性別

男性 6 名、女性 15 名

(3) 年齢層

90 代	80 代	70 代	60 代	50 代
10%	52%	19%	14%	5%

(4) 世帯状況

独居	高齢者世帯	家族と同居
57%	5%	38%

- ・家族と同居でも何らかの課題（家族との関係不良等）を抱えている。
- ・日本に移住してきた外国人の事例が 2 件あり、コミュニケーションが課題となっていた。

(5) 介護度

要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	未申請
5%	10%	29%	29%	19%	0%	5%	1 件

(6) 疾患（重複あり）

骨粗鬆症、変形性股関節症、大腿骨頸部骨折、変形性腰椎症、膝関節症	11 名
腰部脊柱管狭窄症、変形性膝関節症、膝関節症、足首関節症	
一過性脳虚血発作、脳梗塞後遺症、脳梗塞（ラクナ梗塞）、慢性硬膜下血腫、	5 名
狭心症、心不全、不整脈、	4 名
認知症（アルツハイマー型、脳血管性）	3 名
膵管内乳頭粘液性腺癌術後、胃癌、癌（末期）脳腫瘍、肺癌術後	3 名
気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）	3 名
統合失調症	2 名
腎盂腎炎	2 名
糖尿病	1 名

5 リハビリテーション専門職種による身体状況及び生活状況の評価や助言が必要となったもの 2 件 ⇒ アセスメント訪問を試験的に実施

【効果】・身体に応じた環境設定の適切な評価が受けられた

- ・リハビリテーションのメリットについて専門職から説明を受けることで意欲増進につながった

6 事例から見えてきた地域課題

ア 家族や地域の方に対して認知症の理解を深める

- ・認知症疑いがある方への専門医受診支援
- ・認知症等で金銭の自己管理が困難な方が増えている

イ フォーマルサービスとインフォーマルサービスの役割分担など連携の調整、ルールづくり

ウ 火の不始末等による火事の不安や対応

エ 地域とのつながりや見守りのチームづくり

- ・本人や家族が周囲との関わりを望まない
- ・周囲の目を気にするため近所とのつながりが持てない
- ・近隣との関係が悪い


オ ゴミだし


- ・区会未加入者のゴミ捨て（集積所に捨てられずゴミが溜まり不衛生）

カ 移動交通手段の確保

キ 相談窓口の周知

平成30年度 つくば市地域ケア会議 「見えてきた課題」について

個別ケース 検討①	<ul style="list-style-type: none"> ・消費者被害等にあい、金銭管理ができなくなっているが、認知症の診断は受けていない ・妄想や昼夜逆転等の症状があるが、適切な医療につながっていない。服薬管理もできていない ・脳血管性認知症の方：自分で貯金ができていると考えており、金銭管理の支援を拒んでいる
地域課題 の発見 	<p>【ア 家族や地域の方に対して認知症の理解を深める】</p> <p>【エ 地域とのつながりや見守りのチームづくり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症疑いがある方の専門医への受診支援や介護保険サービス導入までの難しさがある ・認知症等で金銭の自己管理が困難な方が増えている ・消費者被害等に繰り返しあってしまう方を地域で見守る必要がある
提案に向けた 意見の集約	
地域づくり・ 資源開発や 政策形成に 向けた提案	


個別ケース 検討②	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションがとりづらく、理解力や判断能力も低い。不安定な関わりの知人を頼りにし、成年後見制度利用を拒否
地域課題 の発見 	<p>【イ フォーマルとインフォーマルサービスの役割分担、連携の調整、ルールづくり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者や知人のそれぞれが支援をしている状況で、方向性が一致していない
提案に向けた 意見の集約	
地域づくり・ 資源開発や 政策形成に 向けた提案	


個別ケース 検討③	・アルツハイマー型認知症の方:頑固なため家族の注意を聞かず、野焼き(ゴミを燃やす)をやめない
地域課題 の発見	【ウ 火の不始末等による火事の不安や対応】 ・認知症のため火の始末ができない
↓	
提案に向けた 意見の集約	
地域づくり・ 資源開発や 政策形成に 向けた提案	

個別ケース 検討④	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣の見守りが必要と思われるが、養護者が周囲との関わりを持とうとせず、必要以上の介入は拒否する ・独居だが、トラブルがあり近所との付き合いがない。親族とも疎遠 ・集合住宅で近所付き合いがない。区会もない ・近所の目を気にして、受診以外に外出の機会がない ・転倒の不安があり一人での外出を制限しているため、自宅で夜型の生活となってしまうが、生活のリズムを整えたい ・日本に移住してきた外国人の方の支援で、本人や家族とのコミュニケーションのとり方をどのようにしたらよいか
地域課題 の発見	【エ 地域とのつながりや見守りのチームづくり】 <ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族が周囲との関わりを望まない、周囲の目を気にして近所との繋がりを持たない、近隣との関係が悪い世帯が増えている ・介護保険サービスと地域とのつながりや支えあいがかうまく連携できていない ・介護保険サービスに結びつくひと安心と感じてしまい、ご近所とのつながりや支え合いが希薄になってしまう。
↓	
提案に向けた 意見の集約	
地域づくり・ 資源開発や 政策形成に 向けた提案	

個別ケース 検討⑤	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後もできることは自分でしたいという希望があるが、以前は徒歩で行っていたゴミ集積所は自宅から遠いためゴミ出しの課題がある ・集積所にゴミを捨てられない。車を所持しているためクリーンセンターに捨てに行くが、ゴミが溜まってしまい不衛生な状態で環境が悪い
地域課題 の発見	【オ ゴミだし】 <ul style="list-style-type: none"> ・ゴミ集積所が自宅から遠い(隣の区会の集積所は近くにある) ・区会未加入のため近くのゴミ集積所にゴミを捨てられない
↓	
提案に向けた 意見の集約	
地域づくり・ 資源開発や 政策形成に 向けた提案	

個別ケース 検討⑥	<ul style="list-style-type: none"> ・医師からは車の運転の中止を勧められているが、定期受診もあり、車がないと生活ができない ・体調不良がきっかけとなり、徒歩で行っていた買い物等ができなくなった
地域課題 の発見	【カ 移動交通手段の確保】 <ul style="list-style-type: none"> ・車がないと生活が成り立たないため、免許返納をためらう ・医療機関への受診や買い物が困難 ・外出機会の減少、閉じこもりにつながる
↓	
提案に向けた 意見の集約	
地域づくり・ 資源開発や 政策形成に 向けた提案	

個別ケース 検討⑦	・介護等に困っても、どこに相談したらよいのか分からずに過ごしている人がいる。早めに周りが気づき支援ができなかったのか
地域課題 の発見	【キ 相談窓口の周知】 ・地域に埋もれている支援の必要なケースが相談につながらない ・地域包括支援センターが知られていない
 提案に向けた 意見の集約	
地域づくり・ 資源開発や 政策形成に 向けた提案	

個別ケース 検討⑧	緊急通報システムを設置している方 ・首からペンダントをかけない利用に対して、どのように説得すればよいか ・ペンダントは寝室に置いたままで携帯していない
地域課題 の発見	【その他 緊急通報システム】 ・緊急時に通報ができない可能性があるが、ペンダントを身につけない
 提案に向けた 意見の集約	
地域づくり・ 資源開発や 政策形成に 向けた提案	

資料No. 6

つくば市自立支援型個別ケア会議について

つくば市保健福祉部地域包括支援課

自立支援型個別ケア会議

【協議事項】

(1) 要支援者等の生活行為の課題解決等に関すること

要支援者等の生活行為の課題について、多職種協働による助言等により、自立支援・介護予防に資するケアマネジメントにつなげ、高齢者等の生活の質の向上につなげる。

(2) 居宅サービス計画の内容に関すること

指定居宅介護支援等基準第13条第18号の2の規定により届けられた居宅サービス計画の内容について、多職種協働の視点から、より良い支援の在り方について検討し、自立支援・重度化予防及び高齢者等の生活の質の向上につなげる。

自立支援型個別ケア会議

① サービス事業対象者・要支援者で、新規認定を受けた者や更新時に認定区分が悪化した者を対象に、対象者に作成される介護予防サービス・支援計画書(以下「介護予防ケアプラン」という。)について、保健医療福祉に関わる専門職種による助言を受けることにより、自立支援・介護予防に資する介護予防ケアプランの質を高め、ケアの提供及びセルフケアの維持・向上につなげることを目的とする。

② 会議を通じて習得した知識及び技術が各々の業務において発揮されることにより、自立支援・介護予防の視点が地域に展開されることを目的とする。

自立支援型個別ケア会議

①居宅サービス計画の内容に関することについて

平成29年介護保険法及び介護保険法施行規則が改正され、指定居宅介護支援基準第13条第18号の2の規定により届け出られた居宅サービス計画に関する事項」が、新たに地域ケア会議における検討事項に設けられた。

②指定居宅介護支援基準第13条第18号の2

介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

自立支援型個別ケア会議

【 事例提示者 】

介護予防ケアプラン作成業務委託事業所介護予防ケアプラン
作成担当者、地域包括支援センター職員、
居宅介護支援事業所居宅サービス計画作成担当者

【 構成メンバー（助言者） 】

医師、薬剤師、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、
その他保健・医療・福祉に係る行政職員 等

自立支援型個別ケア会議

- 毎月第2金曜日（14時00分から15時00分）開催
- 1開催2事例～3事例を検討
- 1事例20分～30分で検討を実施
- 3ヶ月～6ヶ月後に経過のモニタリングを実施

高齢者の機能レベルと介護予防



自立

虚弱

要支援

要介護

セルフケアによる
取組み

専門員職等の介入・
サービスの充実

放置した場合

年齢

自立支援型個別ケア会議

多職種協働による多角的アセスメントにおける具体的な助言の例

【医師】
疾患に着目した生活絵の留意事項の助言等

【歯科医師・歯科衛生士】
摂食・嚥下機能等の助言や義歯・口腔内衛生状況の助言等

【薬剤師】
健康状態と薬剤の見極めと適切使用のための助言等

【理学療法士】
筋力、持久力等の心身機能や基本的動作能力の見極めや支援・訓練方法の助言等

【作業療法士】
入浴行為のADLや調理等のIADLを活動や環境等の能力を見極めや支援・訓練方法の助言等

【看護師・保健師】
健康状態や食事・排泄等の療養上の世話の見極め、家族への指導等の助言等

【管理栄養士】
健康や栄養状態の見極めと支援方法の助言等

【社会福祉士】
地域社会資源関係や制度利用上の課題の見極めと助言等

【言語聴覚士】
言語や嚥下摂食機能等の心身機能やコミュニケーションの能力の見極めや支援・訓練方法の助言等

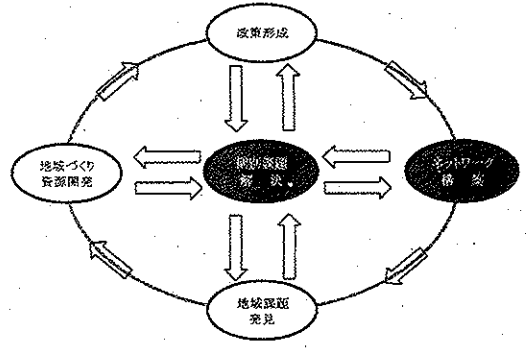
多職種協働による多角的アセスメントを通じて、生活不活発病の原因が口腔機能の低下であったことが判明。



課題カテゴリー

生活困窮	金銭管理	介護力低下	介護負担	後見人なし
社会的孤立	認知症	徘徊	妄想	閉じこもり
健康不安	買い物困難	移動不安	生活環境悪化	看取り

<地域ケア会議の主な機能>



No. 1	頑張れない70代男性の生活や環境を整えるための支援	…ジェノグラム… 	
<p>領域における問題の整理</p> <p>【身体・健康】 要介護2、自立度障害:B1、認知症:自立、BMI19.3 弱み:H29.5自宅で転倒し受傷 左大腿骨頭部骨折(H29.5) →人工骨頭置換術(6/27) 左股関節拘縮 左鼠径ヘルニア(H29.12)、胃潰瘍OPE(H21.11)、 50代脳梗塞⇒その後、仕事もせずに生活 歩行不可、左下肢疼痛 歯なし、義歯なし かかりつけ医をどうするか</p> <p>【生活・活動】 訪問介護(1回/週)→楽しみにしている 車いす、ベッド(市販の低床ベッド)、 住居2階(市営住宅)、毎朝飲酒 弱み:自発的に動くことなし、寝てばかり 誰かの関わり、声かけがないと自ら頑張らない 外に出るのに担架 ※購入:ポータブルトイレ、担架 ピックアップ歩行器</p> <p>【家族】 強み:長女:金銭的援助、受診の介助 長男:都合がつけば受診時送迎 弱み:子2人のみのつながり 妻:心不全あり(入院歴あり)、週5日就労 ※妻は長女に相談するが、長女と長男の間柄が不明 やる気のない人にお金はかけられないとの思いあり</p> <p>【地域・交流】 動けなくなる前は、近所の狭い範囲のつながりあり 親戚との付き合いもほとんどない</p>		サービス 訪問介護(1回/週)…清潔保持等 福祉用具貸与:車いす	
本人の意向	困ることはないよ。お風呂に入れるようになればいいけどな。リハビリもやってるよ。足だって動かしているし大丈夫なんだよ。外は足がダメだから行けないな。	養護者の意向	自分では何もやろうとしない。リハビリだって歩く練習をしていけば歩けたはずなのに。子供たちも呆れている。外に出すにだせないし、お金も掛けられない。

課題	解決策(目標)	誰が	どうする	経過	評価 [○]=解決 [△]=継続
1 住宅の2階居室から、安全に1階におろす方法があるか?	安全に外出できる	調整:ケアマネ 実行:リハ専門職	専門職種により身体機能、家屋、介護力の評価 訪問看護、訪問リハ、その他について必要性の説明 住居の変更(住宅営繕に相談)	リハ専門職協会の協力で評価を実施。本人ができるが増えることが介護負担軽減につながる。リハビリの効果期待できる状態 リハで良くなる、出来ることを本人と家族に伝える。 妻が市に確認したところ、すぐには無理と言われた。家族はそこまで考えていないと考えている。	専門職種による評価を実施できた[○] 必要性の説明と理解はできた[○]⇒導入には受診が必要[△] 住居変更を現状では考えていない[△]
2 本人のために使えるお金がない中、サービスの優先順位をどう考えたらよいか?	本人の生活に沿った支援により日常生活を営むことができる	調整、相談:ケアマネ	課題①での評価を行った上で、デイケア(入浴、リハ、医師) 代替住宅(1階に転居) 課題①と同じ方法 支援の先(ビジョン)を考慮した説明	家族での話し合いはできていない。息子や娘は手伝ってくれている。介護用ベッドと介助パーをレンタルし、ポータブルトイレへの移乗が以前よりも楽になったが、誰もいないとやっていないのでは。	課題①と同じ今後について家族での話し合いの場合は必要[△]
3 現在、どうにか受診している状況であるが、受診が終了した場合医師の選定をどうするか?	日々の健康を診てもらい、健康な生活を営むことができる	調整:ケアマネ	訪問診療(1回/月、対応)につなぐ	本人と家族は外来受診を希望	家族の協力で受診をし、訪問リハにつながるよう調整する[△]

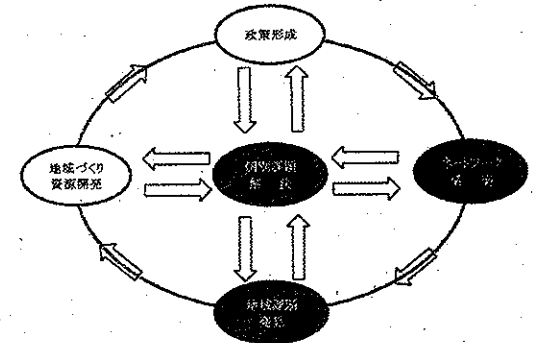
<個別事例の検討から見える地域課題について>

<その他>
☆リハビリ専門職種による身体状況や生活状況の評価が必要

課題カテゴリー

生活困難	金銭管理	介護力低下	介護負担	後見人なし
社会的孤立	認知症	徘徊	妄想	閉じこもり
健康不安	買い物困難	移動不安	生活環境悪化	看取り

<地域ケア会議の主な機能>



No. 2	二人の妹が支える60代独居女性の支援について	…ジェノグラム…
<p>領域における問題の整理</p> <p>【身体・健康】 要介護3、自立度障害:J2、認知症: I、BMI31.2 H9 脳腫瘍(Open)→継続治療→3月再発(がん(末期)脳腫瘍) 深部静脈血栓(時期不詳) H28 パーキンソン? 下肢筋力低下、足元のふらつきあり、思うように前に足が出ない 物忘れ(認識あり)、曜日感覚なく、サービス利用日を忘れる てんかん、尿もれ(いきみ?) 服薬管理:妹が区分けしているが飲み忘れあり (カレンダーはダメだった)</p> <p>【生活・活動】 生活保護受給 強み:電話可、調理可 弱み:独居、夜型の生活 外出に介助必要だが、一人で出かけてしまう 住居が2階、階段を降りるとき不安定 掃除:元々得意でない。ヘルパー利用 洗濯:体調によりできないことがある 買物:荷物を運ぶなど介助 家での様子が不明 階段で立ち上がれなくなったことあり</p> <p>【家族】 強み:妹2人(①50代後半、②50代半ば)の支援 ①:隔週程度で訪問。外来受診の付き添い ②:月2回程度の訪問 ※2人が交代で通院介助、買物、掃除など行って来た 弱み:離婚後、元夫が息子3人を育て、連絡は取っていない</p> <p>【地域・交流】 階下の方(ゴミすて時など協力あり)</p>		<p>サービス 通所介護(2回/週) 訪問介護(1回/週):掃除、買物 抗がん剤治療時は洗濯 福祉用具貸与:据え置き型手すりの貸与</p>
本人の意向	妹達が色々面倒を見てくれて(迷惑をかけるので来るとしかられています)、妹達に迷惑をかけないような生活をつくばで続けたいと思っている。	<p>養護者の意向</p> <p>お金がなくなると借金をしたり、外出先で動けなくなったり、家族の助言を聞かず迷惑をかけている、介護保険のサービスを利用し、なるべくは自分でやって欲しい。</p>

No.	課題	解決策(目標)	誰が	どうする	経過	評価 (○)=解決 (△)=継続
1	脳腫瘍の再発、てんかん、パーキンソンにより、今まで出来ていたことが徐々に出来なくなっている。今後必要な支援体制について	病状や身体の状態を把握でき、健康に配慮した生活を送ることができる	調整:ケアマネ(医師とつながる)	<p>訪看による状態観察、医師とのパイプ</p> <p>訪リハによる身体、家屋評価</p> <p>医師の所見の確認</p>	<p>本人と妹にサービスの説明はしたが利用につながっていない。</p> <p>リハ専門職協会の協力で評価を実施 ・デイサービス利用時に下肢筋力強化の運動を行っていきたい。 ・床からの立ち上がり補助具として昇降座椅子を今後検討したい。</p> <p>本人に同意を得てMSWに連絡し、受診に同行。MRI悪化なし。けいれん発作可能性あり。主治医からパーキンソンの人が取り組むリハビリの冊子を渡されたが自宅で取り組めていない。</p>	<p>サービス利用につながらなかった(△)</p> <p>専門職種による評価を実施できた(○)</p> <p>MSWに連絡し受診同行ができ、医師の所見の確認が行えた(○) 今後どうなるのか考えられることを確認し、本人への説明が必要</p>
2	転倒することがあるため、一人での外出を制限しており、自宅で夜型の生活となっている。生活リズムを整えるためにどうしたらよいか。	生活の中の生きがいの達成に向けて努力しQOLを向上できる	調整:ケアマネ 把握:デイ職員	<p>地域の人の生活の声かけ</p> <p>半日型(午後)デイの利用等</p> <p>生きがいを把握し取り入れる(買物、家族等)</p>	<p>民生委員と階下の方とケアマネの3人で会うことができた。見守りや緊急時の連携と情報共有を行えた。</p> <p>利用中のデイサービスを継続する。必要時にはデイサービス隣の店で買物を支援する。</p>	<p>民生委員と階下の方と情報共有が行えた(○)</p> <p>本人の状態に合わせ、サービス調整を行う(△)</p>

<個別事例の検討から見える地域課題について>

地域の人の声かけ

エ 地域とのつながりや見守りのチームづくり

<その他>

☆リハビリ専門職種による身体状況や生活状況の評価が必要