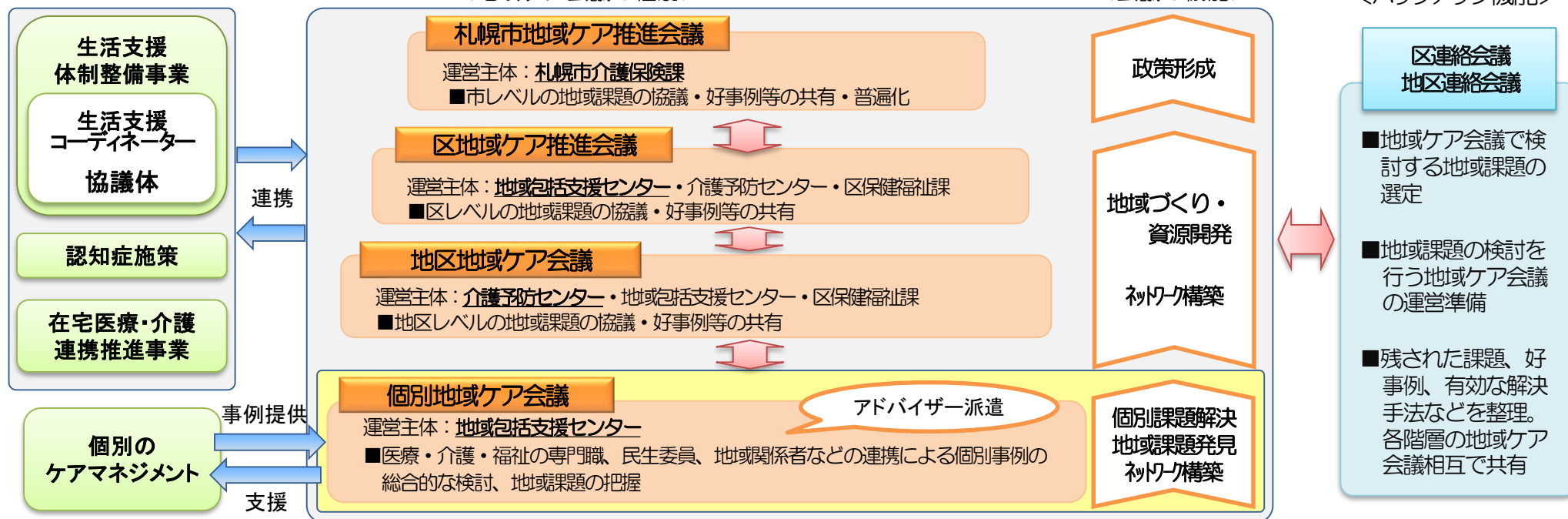


- 地域ケア会議は、多職種の連携によりケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには政策形成につなげるものであり、地域包括ケアの実現に向けた重要なツールのひとつとして、平成27年度から介護保険法に位置付けられた。
- 札幌市では、平成27年度から既存の会議を市・区・地区・個別レベルに再編。運営主体が一体となり各階層(レベル)ごとの地域ケア会議を実施することにより、それぞれの会議の機能を連動、循環させ、地域包括ケアの実現を目指している。
- 個別地域ケア会議においては、専門職のアドバイザー派遣を受けられる仕組みを設け、多角的な視点での検討を行うことにより、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメント支援に向け取り組んでいる。

## <地域ケア会議の種類>

## <会議の機能>

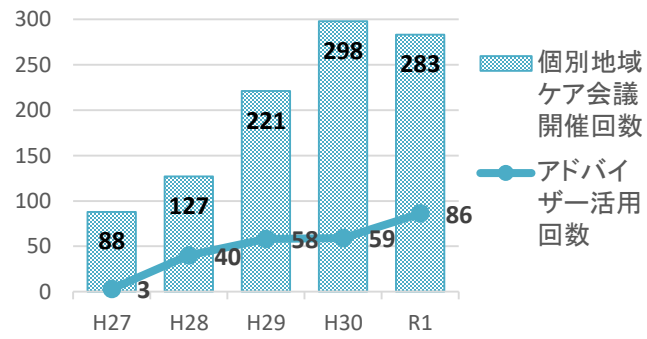
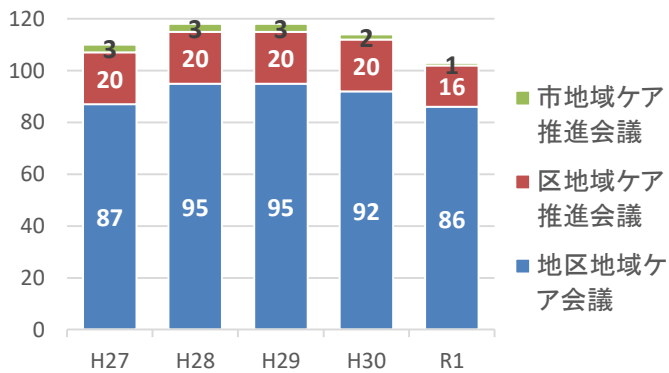
## <バックアップ機能>



## 【実績・評価】

令和元年度は感染症対策防止のため、2月中旬以降中止となったため、前年度より実施回数が減少。

個別地域ケア会議も開催回数は減っているが、アドバイザーを活用した回数は増加した。多職種連携による検討、自立支援・重度化防止に資する観点からの開催が進んでいる。



# 令和元年度 個別地域ケア会議実施結果①

目的	検討課題	課題の背景・要因	アドバイザー	検討結果	課題解決に向けた取組	成果	今後の課題 地域課題
自立支援	90代の対象者の役割再獲得	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活動的だったが、徐々に役割が減少</li> <li>・判断力の低下、物忘れの出現を家族が心配</li> </ul>	作業療法士	≪アドバイザー≫ <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知機能は年齢相応</li> <li>・本人の生活を振り返り強みを確認。意欲のあることからアプローチ</li> </ul> ⇒運動よりフレイル等についての学びの支援から開始	本人：短期集中訪問型サービスを利用し、フレイル等について学ぶ。サロンへの継続参加 家族：本人のできることを探しと精神的サポート	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の協力のもと調理等本人の役割が復活</li> <li>・生活への意欲、活動性維持</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学んだ知識を仲間に伝達するなど役割の拡大</li> <li>・できないこと探しからできること探しへ視点の転換</li> </ul>
自立支援	意欲の高い高齢者への効果的なアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腰痛、肩痛あり、歩行困難、起き上がりに支障あり</li> <li>・介護される高齢者になるのは嫌と自己流のリハビリを実施</li> </ul>	理学療法士	≪アドバイザー≫ <ul style="list-style-type: none"> <li>・自主運動は、負荷がかかりすぎてかえって筋肉が硬くなっているため、運動メニューを提案</li> <li>・起居動作を工夫することで、身体への負担軽減が可能</li> </ul> ⇒自主的な取り組みを支持	本人：アドバイザーによる運動メニューや起居動作の実施、医療機関が行う運動教室への参加（高齢者の集まりは拒否） ケアマネ：状況確認、身体状況の評価調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連続歩行時間が延長</li> <li>・起き上がり時の痛みが消失</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・頑張りすぎる傾向にあるためそのフォロー</li> <li>・年齢一律ではないニーズに合った支援</li> </ul>
自立支援	若年要支援者の就労に向けた支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳梗塞による片麻痺</li> <li>・同居の夫の支援に訪問した際に、リハビリの希望あり開始</li> <li>・就労意欲あり</li> </ul>	なし	日常生活の自立に向けた支援が主で、就労支援の視点が不足していた ⇒障がい相談支援事業所との連携	ケアマネ・障がい相談支援事業所：本人の希望に沿った就労の調整 デイサービス職員（PT）：身体評価、セルフケア指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就労日数が増え、デイサービスの回数減少</li> <li>・就労支援の知識をケアマネが獲得</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・若年者、就労可能な対象者への支援</li> </ul>
医療課題	不安が強いケースの服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・独居で孤独感、不安が強く、動悸時に抗不安薬を予防的に内服</li> <li>・内服薬の副作用と思われるせん妄症状出現</li> </ul>	薬剤師	≪アドバイザー≫           複数医療機関より投薬を受け、知識のないまま自己裁量で内服していたことが原因 ⇒医療機関との調整、お薬手帳やかかりつけ薬局による管理	ケアマネ：医療機関に本人の現状報告及び適正な処方調整を依頼 かかりつけ薬局：本人の内服状況の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬の副作用の知識が深められたこともあり、依存的な内服状況は解消</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関の連携</li> <li>・高齢者の自己裁量による内服管理</li> <li>※薬剤師会で共有</li> </ul>
セルフネグレクト対応	サービス拒否の方へのインフォーマル支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフネグレクトでサービス、地域の見守り等も拒否</li> <li>・新聞の集金員の訪問のみ受け入れ可、負担感あり</li> </ul>	なし	動けなくなったときのみ訪問診療による対症療法を受けるのみで、その他の支援は拒否しており、新聞集金員が唯一の継続的な支援者 ○異変を感じた時の連絡体制の共有	新聞集金員：随時包括と情報交換 新聞販売所：緊急時の連絡シートを作成（新聞が溜まっていた場合は管理会社を通じて、訪問診療に連絡） 訪問診療：継続的体調管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療の継続により、本人の体調はやや安定</li> <li>・新聞集金員の負担軽減</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インフォーマルな支援者とのネットワーク構築</li> </ul>

# 令和元年度 個別地域ケア会議実施結果②

目的	検討課題	課題の背景・要因	アドバイザー	検討結果	課題解決に向けた取組	成果	今後の課題
家族支援	認知症の方の家族介護者の負担感軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>被害妄想があり、攻撃の対象が同居家族となっており、家族の負担感が大きい</li> <li>内服管理ができていない</li> </ul>	認知症介護指導者	<<アドバイザー>> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の方の特徴（不安で攻撃的になることがあるなど）、対応方法を助言</li> <li>介護者の集いや家族会への参加勧奨</li> </ul> ⇒内服管理等医療との連携 ⇒家族の精神的ケア	ケアマネ：主治医との連携、訪問看護の導入に向けた調整 家族：他者との悩みの共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医から訪問看護の利用に向けて促し</li> <li>家族が介護者の集いに参加し、本人への対応が変化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス拒否時の対応</li> </ul>
家族支援	家族の理解不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>心疾患により独居生活は危険な状況にあるが、家族の強い希望で在宅継続</li> <li>サービスは充実しているが、サービス提供者に家族が時々攻撃的</li> </ul>	認知症介護指導者	サービス提供者が一堂に会し、すでに在宅の限界を迎えていることを確認 ⇒家族への関わり方の統一が必要	各サービス提供事業所：ケアマネが取りまとめて行っていた家族への状況報告を各々実施 包括：キーパーソンである家族と施設入所に向け情報共有 ケアマネ：情報集約、キーパーソン以外の家族との調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>キーパーソンである家族が、施設を見学</li> <li>キーパーソン以外の家族も協力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族の理解を促すための工夫</li> </ul>
ケアマネ支援	ターミナル期の支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>癌末期で入院治療中に、飼い猫が心配と離院し、そのまま退院</li> <li>不衛生な室内</li> <li>独居で、遠方の親族は支援拒否</li> </ul>	なし	本人の意向に沿い気持ちよく最期を迎えられるよう、支援体制を確認 ⇒支援の優先順位の決定 ⇒支援者の役割分担、連絡体制の確認	往診医・訪問看護：病状管理等ヘルパー：本人との信頼関係の構築→保清等の身体介護 行政書士：金銭管理、死後の事後処理（猫含む） ケアマネ：サービス調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の希望通り、在宅にて最期を迎えることができた</li> <li>猫はボランティアア団体が引き取り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>セルフネグレクトの早期発見</li> <li>ペットの支援</li> </ul>
ケアマネ支援	複数課題を抱える事例の役割分担	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳血管疾患の既往、認知症の診断受けているが、受診中断</li> <li>金銭管理ができず、滞納が複数あり</li> <li>ヘルパーに暴言あり</li> </ul>	なし	全ての問題をケアマネジャーが対応している状況で負担感が大きい ⇒滞納状況の確認及び今後の支援の方向性を整理し、役割分担を明確化	ヘルパー：外出支援で本人との関係性構築 包括：日常生活自立支援事業の利用に向けた調整、ケアマネのサポート ケアマネ：サービス調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活自立支援事業による金銭管理を受け、未払いが解消</li> <li>ヘルパー、ケアマネの疲弊感軽減</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要性を感じていない方への受診支援</li> <li>在宅生活の限界の見極め</li> </ul>
ネットワーク構築	サービス未利用者への介入	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の拒否がありサービス未利用</li> <li>認知症があり、地域、家族は心配していた</li> </ul>	なし	サービス利用が必須な状況でなく、ケアマネによる支援が終了していたが、環境の変化及び認知症の進行を確認 ⇒支援体制及びサービス調整	家族：本人の説得 地域：見守り、ケアマネとの情報共有 ケアマネ：サービス調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族、地域、ケアマネのネットワーク体制が確立</li> <li>サービス導入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス未利用者に対するケアマネの関わり</li> </ul>



# 令和元年度 各地区地域ケア会議実施結果(一部抜粋)

地区	検討課題	課題の背景・要因	検討結果、課題解決に向けた取り組み	成果、今後に向けて
宮の森	災害時支援への取組をきっかけにした日頃の見守り支援について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町内会で胆振東部地震直後に防災アンケートを実施し、要配慮者と協力者のマッチングに向けた取組を開始したが、具体的な部分は未着手</li> <li>・取組を進める担い手不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要配慮者と協力者に対し、具体的な聞き取り調査を町内会が開始</li> <li>・マッチング後の顔合わせの機会に勉強会を開催し、町内会活動や相談機関の周知も実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「<u>災害時に関わらず協力者が日頃の支援の担い手になることを目指す</u>」ことを町内会と関係機関で確認</li> </ul>
北	団地高齢者の支援について (前年度から継続)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民の約70%が高齢者</li> <li>・保証人不要、利便性がよく、支援者なし、近隣との関係が希薄な高齢者が多い</li> <li>・回覧版がなく情報が届きづらく、昨年度民生委員と訪問にてアプローチ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・団地管理会社、民生委員の協力を得て共用スペースで相談会を実施→効果的であり定期的な開催を検討</li> <li>・個人宅でのサロン開催希望者がいることを確認</li> <li>・地区全体で早期相談に向けた取組を検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年金支給日である偶数月の15日にエレベーターホールで相談会を開催、「相談会を待っていた」との声あり</li> <li>・相談希望のない高齢者とも交流を実施</li> <li>・他団地での定期的なイベントを開催、地域食堂で試行的相談会の実施などの取組が拡大</li> </ul>
福住	地域住民と介護事業所の関係性の構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区版の見守りツールを作成し、介護事業所も身近な相談窓口となっているが、気軽に相談できる体制になっていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単位町内会とその近隣介護事業所ごとにグループワークを行い、それぞれが質問しあい、連携できそうなことを確認→福住地区介護事業所懇談会で具体的な連携内容を検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町内会連合会主催のイベントに複数の介護事業所が協力を賛同</li> </ul>
石山	地区組織と関係機関の連携強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見守り活動に積極的な町内会はいくつかあるが、独自の活動が多く、連携した支援が少ない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全ての町内会で活動が進むきっかけとなる機会が必要→町内会、民生委員、福まち推進員を対象とした「地域連携」をテーマとしたワークショップ形式での意見交換会を開催</li> <li>・より身近な内容とする他地域での取り組みの現状を聞く内容とする</li> <li>・ワークショップに併せ普及啓発チラシ作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・隣の藤野地区の役員による「<u>地域組織の連携や単位町内会での活動</u>」をテーマとした講演を実施し、身近で大変参考になったとの意見が多数あった</li> <li>・連携の必要性の理解、顔の見える関係づくりについて進む結果となったが、具体的な対応について掘り下げていくことが今後の課題</li> </ul>
星置	地域住民の認知症の理解促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・区内他地区に比べて認知症の相談が多く、個別地域ケア会議でも認知症のケースで家族、地域の困り感のあるケースが取り上げられている</li> <li>・一般住民が知識を得る機会が少ない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症サポーター養成講座未開催地域にターゲットを絞りアプローチ</li> <li>・老人クラブへの働きかけは有効だが、認知症サポーター養成講座は拒否感を示す可能性あり→認知症予防などの導入的支援から実施</li> <li>・介護経験のある役員が体験談を講話</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症サポーター養成講座未開催地域の町内会に打診し、次年度の開催に向けて調整中</li> <li>・老人クラブで認知症予防の講話を実施したところ89名が参加。交流の重要性について認識したなど高評価を得て、次段階の認知症サポーター養成講座の開催が決定。</li> <li>・役員による講話は身近な話として、関心が高まる結果となった</li> </ul>

# 令和元年度 各区地域ケア推進会議実施結果①

区	検討課題	課題の背景・要因	検討結果、課題解決に向けた取り組み	成果、今後に向けて
中央 (1回)	交流を深めるつどいの場の周知～ささえる・つながる・たすけあえる地域を目指して～	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の転入が増加しているが、単身世帯が多い</li> <li>・定住率、町内会加入率が低い(市内9位)</li> <li>・家族や地域との関係性が希薄で孤立しがちで、気軽にコミュニケーションが図れる場が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・孤立したい人・したくない人、孤立している人・していない人に分けて対策を検討</li> <li>・地域との関係性が薄い方への情報提供の仕組みを整えることが必要→つどいの場のマップなど媒体の活用</li> <li>・薬局等高齢者に身近な機関における周知</li> <li>・転入者へのアプローチ方法の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マップの配布は、<u>地域活動につながった、転入者に好評等の成果と</u>、一人では参加しづらい、相談先一覧も必要等の意見もあり</li> <li>・生活支援コーディネーターと連携し、調剤薬局にマップや相談機関一覧の配架を依頼</li> <li>・転入者への周知、孤立を希望する人へのアプローチ方法が今後の課題</li> </ul>
北 (1回)	男性の介護予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・男性の介護予防教室参加者が少ない</li> <li>・男性高齢者に関する相談件数が少なく、重症化してからつながる場合が多い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・男性の関心を引き付けるためには、目的の明確化が必要</li> <li>・男性の場合、課題が複雑、かわりを拒否するケースなど介入が難しい場合が多く、ターゲットを独居高齢者に絞ることを確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会議での意見を受け、新たな観点でのデータ収集、分析</li> </ul>
東	男性介護者への支援のあり方～効果的な周知方法～ (前年度から継続)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度の会議を受け、3機関で周知活動、地区地域ケア会議等で地区住民との課題共有等複数の取組を行っているが、3機関での活動では限界がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度の会議後、各委員が所属団体、組織で行った取組を共有(医師会：会員に会議報告送付、民児協：地区民生委員に男性介護者に関するアンケート実施、社協：地区組織代表者が参加の会議で周知など)→今後も継続</li> <li>・東区地域ケア連絡協議会でワークショップを実施→相談窓口の周知の必要性を確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各委員がそれぞれの所属に持ち帰り、取組の共有を行ったことは成果だが、具体的な相談事例が増えているわけではないため、引き続き取り組んでいく</li> </ul>
白石	地域でできる介護予防 (前年度から継続)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度会議決定したスローガン「ひとりぼっちを作らない！～病気になっても障がいがあってもつながりを持てる白石～」を受け、具体的な協働、実践内容の検討が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各職能団体、関係機関で現在行っている活動と今後行いたい活動を情報共有</li> <li>・グループワークでアイデア出し→①情報を一元化し、わかりやすく提供、②介護予防活動を行う場の確保、③参加のための交通手段の確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロジェクトチームを立ち上げ、<u>区内のお元気マップを冊子化</u></li> <li>・地区地域ケア会議での検討を経て、場の確保の取組が進んだ地区があり、全体で共有</li> <li>・交通手段の確保は、取り組んでいる他区の情報収集し、今後検討</li> </ul>
厚別	認知症支援体制強化に向けた取組の評価 (前年度から継続) 各地区課題の共有、解決	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前年度作成した気づきの支援ツールの活用状況の評価と今後の取組に向けた検討</li> <li>・各地区で課題抽出、解決に向けた取組を行っているが、地区レベルでは解決困難な課題もあり、区全体で共有が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各委員の所属団体、機関でのツールの配布状況を共有→さらなる周知に向けて、ポスターの作成について検討</li> <li>・各地区の課題「呼び寄せ」「重度化からの発見」「近所に知られたくない」「人材不足」を共有→<u>相談会の実施、認知症の理解促進(認知症カフェの活用等)</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・商業施設、町内会館等にポスターを掲示し、積極的に周知を行っているが、相談に結びつく件数は増えていず、取組を長期的に継続</li> <li>・委員の意見受け「<u>厚別区認知症カフェマップ</u>」を作成</li> <li>・人材不足に関する取り組みは今後の課題</li> </ul>

# 令和元年度 各区地域ケア推進会議実施結果②

区	検討課題	課題の背景・要因	検討結果、課題解決に向けた取り組み	成果、今後に向けて
豊平	認知症の理解を深め、対象者の早期発見を目指す (平成28年度から継続)	<ul style="list-style-type: none"> <li>前年度作成した見守りツールの活用状況の評価と今後の取組に向けた検討</li> <li>早期発見に向けて、認知症に対する地域住民の理解をさらに進める必要がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>見守りツールの活用状況、成果を共有し、今後の効果的な活用に向けて意見交換（医療機関、町内会、民生委員、警察署、交番、薬局、金融機関、商業施設等に配架、配布）→今後も取り組みを継続</li> <li>ツールの配布に併せて、認知症サポーター養成講座を積極的に開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>見守りツールを13,745枚配布</li> <li>高齢者に関わる人が気づきの意識を持つきっかけになったと思われ、認知症の相談件数が増加</li> <li>幅広い対象者に認知症サポーター養成講座を開催</li> <li>感染症拡大防止対策のため一部延期</li> </ul>
清田 (1回)	「住み慣れた地域で安心して暮らすために」～認知症の人が安心して外出できる街づくり (前年度から継続)	<ul style="list-style-type: none"> <li>前年度より検討してきた清田区版SOSネットワーク「きよたみまも～る」の効果的な活用に向けて共有が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「きよたみまも～る」の概要を共有し、より細やかなネットワークづくりについて各地区、専門職に分かれグループワーク→協力機関、住民への周知等を丁寧に行う必要がある</li> <li>地区地域ケア会議での共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>令和2年1月より、「きよたみまも～る」が開始</li> <li>「気にかける」から「検索する」体制への発展に向けて今後も取り組みを継続</li> </ul>
南	認知症の方に気づいてつなげるためにできること (前年度から継続)	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域住民の認知症の理解、不足により、周囲が気が付かない、家族が隠すなどの事例がある</li> <li>認知症に関する相談窓口の周知が不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「認知症の理解、捉え方、接し方と相談」について周知を行うリーフレットを作成し、チェックツールとして活用</li> <li>認知症サポーター養成講座の拡大</li> <li>各委員の所属団体がリーフレットの利用促進に向けて取組を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>取り組みを継続中</li> </ul>
西 (1回)	認知症に優しいまちづくりにむけて (前年度から継続)	<ul style="list-style-type: none"> <li>前年度の会議で決定したキャッチフレーズ「やさしさ まごころのあるまち つくるべえ」のもと、認知症の方への支援体制を強化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の理解を深めるための幅広い世代に向けた周知ツールを検討</li> <li>効果的な周知方法、各機関との連携について確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>委員及び認知症介護指導者、認知症家族の会の方にも助言をいただき、ツールを完成</li> <li>取り組みを継続中</li> </ul>
手稲	家族を含めた地域住民が認知症の理解を深めるために	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族を含めた地域住民が認知症の正しい知識を得る機会が少ない</li> <li>理解が進むと、地域での生活が継続できる可能性がある</li> <li>若い世代への周知が不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各地区及び関係機関に分かれグループワーク→正しい知識を得る機会として、認知症サポーター養成講座を積極的に実施</li> <li>養成講座に限らず様々な手法や体験談や寸劇を入れるなどの工夫、フォローアップ、また相談先の周知も重要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>工夫した認知症サポーター養成講座や意見交換会を各地区で開催し、反応は良かったが、知識、意識の定着に向けて工夫した取り組みの継続が必要</li> <li>各職能団体、関係機関との連携を強化</li> <li>地区組織とかかわりのない住民に対するアプローチは今後の課題</li> </ul>