

平成25年度 地域ケア会議事例集



函館市

高齢者あんしん相談窓口
函館市地域包括支援センター

目 次

1	はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2	地域ケア会議とは・・・・・・・・・・・・・・・・	2
3	函館市におけるこれまでの地域ケア会議・・・・・・・・	3
4	地域ケア会議の実践例(個別ケースの検討をする地域ケア会議)・・・	6
5	地域ケア会議の実践例(地域課題の検討をする地域ケア会議)・・・	14
6	高齢者あんしん相談窓口 地域包括支援センターについて・・・・・・・・	21

1 はじめに

急速な高齢化に伴い、医療・介護・生活支援等を必要とする高齢者が増加しています。函館市でも、平成26年3月31日時点での総人口は272,530人で、そのうち65歳以上の高齢者は82,325人であり、人口の30.2%が高齢者となっています。

全国的にこのような高齢化が進行するなか、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを推進することになりました。



*平成25年3月 持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書

「〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

31 ページより引用

地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実とともに、それを支える社会基盤の整備を行うための有効な手段のひとつとされています。

函館市は、平成22年度から地域包括支援センター主催のもと、地域ケア会議を開催してきました。さらに、平成25年度には、個別の事例が抱える課題を解決するための機能をもつ地域ケア会議にも取り組み始めています。

しかし、地域ケア会議については、まだまだその存在や意義が知られていない現状にあります。

そこで、平成25年度に実施してきた地域ケア会議をいくつか紹介する事例集を作成しました。

この事例集を通して、現在、地域包括支援センターが主催となり実施している函館市の地域ケア会議を身近なものとして捉えていただき、地域づくりの一員として関係機関の皆さまにもご参加いただければ幸いです。

2 地域ケア会議とは

地域ケア会議は、平成18年の厚生労働省の通知により、各市町村で取り組まれるようになった会議で、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のひとつです。

○地域ケア会議はだれが開催するの？

地域ケア会議は、地域包括支援センターまたは市町村が開催する会議です。

函館市では、市内に6か所設置されている地域包括支援センターが主催し、随時地域ケア会議を開催しています。

○地域ケア会議には誰が参加するの？

地域包括支援センター職員のほか、会議の目的に応じ、行政職員、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、町会役員等が主な参加者となります。

函館市ではこれまで、高齢者本人、家族、民生委員、町会役員、在宅福祉委員、近隣住人、友人、近所の商店やコンビニの人などの地域の人や、かかりつけ医や専門医、看護師、相談員やケアマネジャーをはじめとする介護サービス事業者などの医療・介護の専門職、交番の警察官や市役所職員などの行政機関の職員が参加しています。

○地域ケア会議ではどのようなことを話し合うの？

地域ケア会議には、「個別ケースの検討をする地域ケア会議」と「地域課題の検討をする地域ケア会議」の2つがあります。

「個別ケースの検討をする地域ケア会議」では、ケアマネジャーや関係機関が支援に困難を感じているケースや、自立に向けた支援が難しいケース、あるいは地域の課題だと考えられる問題を抱えるケースを取り上げて話し合います。一例をあげると、ケースの状況を共有し、何が課題なのか、課題を解決するためにはどのような支援が必要なのか、誰がどのような役割をするのかなどを話し合います。話し合いをすることで、ケアプランを立てるケアマネジャーの課題解決力の向上を図り、支援の質を高めます。また、関係者が顔を合わせて話し合うことでネットワークを構築し、地域の関係機関の連携を高めます。

「地域課題の検討をする地域ケア会議」では、個別ケースの背後にある共通の課題を見つけ出し、関連する課題や地域の現状等を総合的に判断して、解決すべき地域の課題を明らかにし、解決策を話し合います。話し合った解決策が新たな資源づくりや政策につながっていくこともあります。

3 函館市におけるこれまでの地域ケア会議

○平成22年度

地域課題の解決を目指した「地域ケア会議」を6センター共通のテーマとして実施

テーマ：買い物弱者のいない街“はこだて”を目指して（共通）

参加者：民生委員，町会関係者，介護サービス事業者

内容：地域の買い物情報（宅配，個人商店，移動販売など）を持ちより，地図に書きいれながら参加者で情報共有する。

*平成23年度には，市が全圏域の情報を集約し，「函館市高齢者のための買い物マップ」を作成した。

○平成23年度

各圏域独自のテーマで地域課題を検討する「地域ケア会議」を実施

圏域	回数	主なテーマ
西部 あさひ	6回	防災，老々介護，孤立死など
中央部 こん	8回	住まい，医療や介護への希望，孤立など
東央部 厚生院	8回	高齢者虐待，介護保険制度改革，介護予防など
北東部 西堀	16回	地域の高齢者が抱える課題，福祉施設など
北部 よろこび	5回	地域の高齢者が抱える課題，福祉施設など
東部 社協	29回	保健医療福祉の連携

○平成24年度

各圏域独自のテーマで地域課題を検討する「地域ケア会議」を実施

圏域	回数	主なテーマ
西部 あさひ	20回	地域包括ケア，地域の課題など
中央部 こん	12回	高齢者虐待，防災，団地の高齢者支援など
東央部 厚生院	8回	居宅系サービスの理解
北東部 西堀	19回	緊急通報システム，配食サービスなど
北部 よろこび	2回	防災
東部 社協	29回	保健医療福祉の連携

○平成25年度

各圏域独自のテーマで地域課題を検討する「地域ケア会議」を実施

圏域	回数	主なテーマ
西部 あさひ	11回	詐欺・消費者被害の防止, 除排雪など
中央部 こん	11回	認知症, 介護予防, 成年後見制度など
東中央部 厚生院	4回	医療機関の理解
北東部 西堀	15回	認知症・独居高齢者への支援を通して
北部 よろこび	6回	災害時の対応, 介護保険や福祉サービスなど
東部 社協	4回	保健医療福祉の連携

個別ケースの課題の解決を目指した「地域ケア会議」を実施

圏域	回数	主なテーマ
西部 あさひ	4回	認知症, 独居, 支援拒否, ゴミ屋敷
中央部 こん	11回	認知症, 虐待, 家族問題, 高齢者の就労
東中央部 厚生院	8回	認知症, 被害妄想, 詐欺
北東部 西堀	8回	認知症, 精神疾患, 独居, 成年後見制度
北部 よろこび	3回	認知症, ゴミ屋敷
東部 社協	21回	認知症, サービス利用, 医療機関の受診拒否

4 地域ケア会議の実践例

(個別ケースの検討をする地域ケア会議)

大量のゴミをため込む A さんを地域で支えるために

A さんは地域の方に関わってもらいながらも拒否的で、隣人の B さんを唯一頼っている状況です。B さんは、「自分だけが大変。関係者は何をやってるの。何とかして。」と不安を訴え、A さんを支援することに疲れている様子でした。地域包括支援センターでは、関係者が B さんと同じ思いで A さんに接しているのではないかと考え、関係者の思いがバラバラでは、A さんを支えることができないのではないかと考え、情報を共有することで関係者間の負担を軽減し、今後の方向性を話し合うため、地域ケア会議を開催しました。

- * 80 歳代の女性、ひとり暮らし
- * 認知症のような症状があり、コンビニで毎日 4~5 回弁当を買い、残飯をため込む
- * 姪が協力してくれている



A さん

A さんは自宅で暮らしたい
と思っているけど、
B さんは支援が大変で…

○A さんのために集まった人

地 域…近隣住民 B さん、近所のコンビニのチーフ、民生委員

その他…行政職員（市高齢福祉課・清掃事業課）、地域包括支援センター職員

○話し合いの内容

①A さんへ関わっている関係者の支援状況の確認

B さんは、A さんへの声かけや外に出されたゴミの片づけをしていること、民生委員は、毎日、家の明かりがついているかを見て安否確認をしていること、コンビニでは、飲みかけの飲み物を陳列棚へ置いたり、お金を持っていないこともあるが工夫しながら対応していることなど、地域で色々な人が支援していることが分かった。また、清掃事業課も、指導のために訪問し、その際ゴミも回収していることが分かった。

②A さんへの支援についての思いを共有

地域の関係者には、「自分だけが大変な思いをしているのではないかと。でも、人道的には放っておけない。」との思いがあったが、お互いの報告を聞くことで、他の関係者に対する気遣いや団結感が形成され、疲弊感も軽減した。

③今後の支援について確認

それぞれ、これまでの支援を継続することにした。また、ゴミを放置することで火事起きる危険性もあることから、高齢福祉課から消防署へ A さんへの指導を依頼することになった。

会議終了後、姪の協力で業者の特別清掃が入り、室内のゴミが処分されました。また、介護保険サービスの利用を始め、食事・入浴・掃除等の支援を受けています。各関係者がそれぞれの立場で支援を継続してくれていますが、以前のような不安は聞かれなくなりました。

認知症が進んでいるひとり暮らしの C さんの暮らしを応援する話し合い

近所の商店主 D さんから、「昔馴染みのお客さんが認知症のようで、最近財布を持たずに買い物に来るし、同じものを買って行くんだけど、大丈夫かな？」と連絡がありました。地域包括支援センターが担当ケアマネジャーに連絡したところ、今後の在宅生活の支援体制についての相談を受けました。そこで、家族や地域の方、関係機関で情報を共有し、C さんの自宅での暮らしをどのように支援していくかを話し合うため、地域ケア会議を開催しました。

- * 80歳代の女性、ひとり暮らし
- * 認知症で治療を受けている
- * 娘が時々様子を見にきてくれる
- * 近所には顔なじみの商店があり、幼なじみもいる



C さん

住み慣れた我が家で、昔馴染みの地域で暮らしたい…

○C さんのために集まった人

家 族…娘

地 域…近所の商店主 D さん(民生委員), 米穀店主 E さん(C さんの幼なじみの息子)

その他…かかりつけ医, ケアマネジャー, 認知症疾患センターの相談員, デイサービス職員, 行政職員(市高齢福祉課), 地域包括支援センター職員

○話し合いの内容

①C さんのこれまでの生活, 病気のこと, できること, できないことについて情報共有

C さんは、物忘れはあるが、自分でできることもあることを確認する。かかりつけ医とケアマネジャーが連絡をとることで、認知症の治療が継続できるようにすることにした。

②地域の方が心配していることを共有

C さんが薬を間違えて飲んでしまうことや、火の取り扱いについて心配している。問題が生じたときには、地域の方からも直接ケアマネジャーに相談することにした。

③本人の思い, 家族の思い, 地域の方の思いを共有

C さんや家族は、迷惑をかけてはいけないと思い、友人宅へも行かないようにしていた。友人は、最近姿を見かけないので心配していた。友人の息子でもある E さんが、「なんも遠慮なくていい。」と娘に言ってくださり、今後も友人との交流を大事にすることにした。

④C さんをどのように支えて行くか

ケアマネジャーによるケアプランの見直しを行い、家族と C さんを支える人との役割分担をした。

会議後、デイサービスの回数を増やし、職員に薬をのむよう声かけをしてもらっています。娘さんも定期的に様子を見てくれ、認知症の大幅な進行もなく、1年後の現在も、周囲の見守りを受け自宅で生活を続けています。

物忘れがありながらも友人の支えで生活しているFさんの支援について

ヘルパーの利用の希望があり、地域包括支援センターが支援をしていました。Fさんから、たくさんの方が生活のお手伝いをしていてくれるとは聞いていましたが、ちょうど訪問したときに友人と顔を合わせる機会がありました。そのときに、「Fさんは物忘れもあり、このまま支援をすることに不安がある。」と話がありました。Fさんを支えている友達がそれぞれ不安を抱えていることが分かったため、今後安心してFさんに対する支援ができるように、友達と関係機関で話し合うため、地域ケア会議を開催しました。

- * 90歳代の女性、ひとり暮らし
- * 物忘れがある
- * 長男が遠方に住んでいる
- * 食事の用意などの協力してくれる友人が複数いる



Fさん

Fさんは自宅で暮らしたいと思っているけど、支援している友人は不安も感じていて…

○Fさんのために集まった人

地 域…友人(Gさん,Hさん,Iさん),民生委員

その他…ケアマネジャー(前担当,現担当),ヘルパー,地域包括支援センター職員

○話し合いの内容

①物忘れが進行していることについて

Fさんは物忘れが進行しているが、病院へはひとりで受診をしているので、医師に現状が伝わっているか分からない。薬の飲み忘れもあるが、指摘をすると隠してしまう。1度ケアマネジャーと一緒に受診して、物忘れの状況を伝え、薬の管理について医師のアドバイスをもらうことにした。

また、認知症専門医の受診も必要と思うが、スムーズに受診できるよう、Fさんが一目置いているGさんが受診を勧めて、一緒に受診をすることにした。

②安心してFさんの支援ができるようにする方法について

Fさんのためにしたこと(〇〇を買ってきましたなど)やお互い伝えたいことを1冊のノートに書き、みんなで情報共有をし、本人が困っていることがあれば、ケアマネジャーに伝えることにした。

③サービスの利用について

もっとサービスを使ったほうが良いと思うが、Fさんができている部分を尊重し、無理強いないで見守り、問題があったときは、ケアマネジャーに相談することにした。

会議後、Gさんと一緒に認知症専門医を受診し、「軽度の認知症」と診断され、治療をはじめました。ケアマネジャーを中心に、共有ノートを活用して友人と関係機関が連携をしながら支援を継続し、現在もひとり暮らしをしています。また、長男も成年後見制度の利用や高齢者向け住宅への入居等の検討など、今後の生活について一緒に考えてくれるようになりました。

精神疾患があり地域から孤立している J さんを地域で見守るために

生活保護の担当ケースワーカーより、精神疾患によりコミュニケーションが取れない状況のため、今後の生活や精神科受診の必要性があるのかなど、心配と相談がありました。地域包括支援センターの関わりも拒否されている状況だったため、関係機関と精神科の専門医で、どのような支援が必要なのかを話し合い、Jさんのように精神疾患や認知症があり、地域から孤立する住人を支えるための体制作りを行うため、地域ケア会議を開催しました。

- * 60歳代の女性、ひとり暮らし
- * 統合失調症があるが未治療で、妄想のため、他人を怖がったり、奇妙な行動をしたりする
- * 長男は遠方に住んでおり、兄弟とは音信不通



Jさん

Jさんは地域から孤立しているけど、このままでいいのかな…

○Jさんのために集まった人

地 域…町会長、民生委員、地域の病院の医療連携課看護師

その他…精神科医師と看護師、行政職員（市生活支援課・障がい保健福祉課）、
地域包括支援センター職員

○話し合いの内容

①Jさんの病院受診の必要性について

Jさんは統合失調症だが現在治療をしていない。どのように病院受診につなげるかを話し合ったが、精神科の医師から、「妄想によって自分や他人を傷つけることはなく、周囲の人とトラブルになることもないことから、急いで病院受診をする必要はない。」とのアドバイスがあり、無理に病院受診を勧めるのではなく、見守りながら必要時病院につなげることにした。

②Jさんをどのように見守っていくか

民生委員は直接訪問するのではなく、遠目からJさんの様子を確認し、何か心配なことがあれば地域包括支援センターに連絡する。地域包括支援センターは定期的に訪問し、直接Jさんの様子を確認する。病院受診が必要になったときには、ケースワーカーが中心となり、家族への連絡や病院受診の調整を確認した。

③Jさんのような人を地域で支えるためには何が必要か

地域の人が安心して見守ることができるよう、精神疾患や認知症のある高齢者の対応方法について、啓発する必要がある。

会議後、見守りのポイントを統一し、緊急時の対応方法を共有することで、地域でJさんを見守る体制ができました。現在も、各機関がそれぞれの方法で見守りを継続していますが、とくに問題なく地域で生活できています。

大事な母の遺品をゴミと一緒にためる K さんを地域で支えるために

K さんは、地域包括支援センターの支援と、民生委員や近隣住民の見守りのもとで生活しています。K さんを心配する声はありましたが、それぞれ個別に対応していました。今後、K さんの生活環境を整えていくために、関係者で情報を共有し、役割分担と支援の方向性を統一するために、地域ケア会議を開催しました。

- * 70 歳代の女性、ひとり暮らし
- * 意思疎通が少し難しい
- * 汚れた服装で外出したり、室内やベランダにゴミがたまって、小バエが発生している



K さん

周囲の人から見ると
ゴミだけど、K さんに
っては…

○K さんのために集まった人

地 域…近隣住民 L さん (K さんのことを気にかけてくれる階上の住民)、民生委員
その他…行政職員 (市生活支援課)、住宅公社職員、地域包括支援センター職員

○話し合いの内容

①K さんの状況と課題の確認

民生委員より、母親が他界する前からゴミが捨てられない状況であり、ゴミのなかには遺品も含まれているとの情報がある。また、L さんから、ゴミの分別について説明をしてもなかなか理解してもらえないとの話がある。住宅公社からは、火災や孤立死の心配も聞かれた。

②K さんをどのように支援していくか

ゴミの中に本人が大事にしている母親の遺品も含まれているため、K さんの自尊心を尊重しながら支援することにする。

③役割分担をする

L さんと民生委員は声かけを継続し、状況の変化があれば地域包括支援センターに連絡する。住宅公社は、近隣住人から安否確認の依頼があったときに、地域包括支援センターへ連絡する。生活支援課は、訪問と生活指導を継続する。地域包括支援センターは、介護保険サービスの利用の調整と家族への連絡と協力の依頼を行うことを確認する。

住環境は改善していませんが、地域住民の方が K さんの様子を気にかけて見てくれるようになり、必要時には地域包括支援センターに情報提供されるようになりました。K さんも少しずつ心を開き始め、以前に比べコミュニケーションがとれるようになってきました。

認知症が進行しているがサービスの利用を拒否する M さんへの支援

冬期間石油ストーブを常に最大火力で使用し、灯油の使用量が膨大となっていたため、心配した灯油業者から社会福祉協議会に相談がありました。また、生活保護の担当ケースワーカーにも、民生委員から相談がありました。早急にサービスにつなげる必要があるため、関係機関で今後の M さんへの対応について話し合い、役割分担をするため、地域ケア会議を開催しました。

- * 80歳代の男性、ひとり暮らし
- * 物忘れがある
- * 近所に弟が住んでおり、見守りなどの支援をしている
- * 近所の人がおかずを作ってくれたり、銀行に連れて行ってくれる



これ以上地域での生活は難しいと思うが、どのように本人にサービス利用をすすめるか…

M さん

○M さんのために集まった人

地 域…以前のかかりつけ医, ケアマネジャー

その他…社会福祉協議会の職員, 行政職員(支所, 保健所), 地域包括支援センター職員

○話し合いの内容

①M さんの今後の生活について

M さんは、入浴や洗濯もできず、食事も近所の人に作ってもらったものを食べている状況。ストーブも常に最大火力で使ってしまう、M さんが火事を起こさないか、近所の人にも心配している。銀行に連れて行ってくれる近所の人に、「お金を盗んだらどうしよう。」と言うこともあり、近所の人々の支援のみで地域での生活を続けることは難しいのではないかと。これまで弟さんや生活保護の担当ケースワーカーがグループホームへの入所を説得していたが、今度はかかりつけ医からグループホームへの入所と体験利用を勧めたことにした。

②M さんが病院に受診できるようにするにはどうしたらいいか

これまで受診の説得をしても、いざ病院に行く日になると拒否をしたため、本人の家の前まで病院の送迎バスに来てもらった状況で説得し、本人が病院に行くと言ったらすぐに病院に連れていくことにした。

会議後、家族と関係機関で病院受診を勧めたところ、M さんも受診に同意したため、そのまま病院の送迎バスに乗ってもらい、かかりつけ医に受診しました。医師から、グループホームの体験利用を勧め、M さんも「一度見てみたい。」と話したため、グループホームの体験利用も行いました。体験利用の際の入浴介助が気に入ったようで、「特に困っていることはないけれど、ここの方が快適。」と言うため、そのままグループホームに入所し、現在もグループホームで生活しています。

5 地域ケア会議の実践例

(地域課題の検討をする地域ケア会議)

地域密着型サービス事業所と隣接町会と一緒に 地域の高齢者のためにできること

地域の町会関係者より、「近所に施設（地域密着型サービス事業所）があっても中で何をやっているのか分からない。」という声が上がってきました。また、施設の方からも、「施設がある町会に対しては定期的な関わりを持っているが、隣町の町会とは全く関わりがない。関わりを作りたいが、どのように関わりを持っていけばよいだろうか。」との声が上がりました。そこで、両者の活動について情報交換し、今後どのような関わりを持つことができるかを協議し、地域包括支援センターからも、他市町村にある施設における地域へ向けた取り組みについて情報発信するため、地域ケア会議を開催しました。

○参加者

N 町会関係者 5 名、グループホーム職員 3 名、
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所職員 3 名、地域包括支援センター職員 3 名

○会議の内容

- ・町会、施設や事業所の活動の報告
- ・地域包括支援センターより、他市町村にある施設における取り組みの紹介
- ・今後の取り組みについての話し合い

○話し合いの内容

- ・町会役員の高齢化、人材不足感がある。
→施設が町会行事に参加することで、町会の活動を盛り上げたい。
- ・施設の入居者は認知症の方々だが、地域のなかで活動することによって、生活に広がりや活気を持たせたい。
- ・地域の行事への参加や、介護の専門家としての施設の強みを活かし、お互いに顔の見える関係を作ることで、地域で支え合う関係が作れると良い。



会議終了後、施設入居者が趣味活動の場で作成した作品を町会の文化祭に出品するなど、地域に根差した関わりが持たれています。町会からも定期的に施設の運営推進会議に出席しており、町会活動の報告のほか、福祉・医療相談など個別の相談を行ったりもしています。

〇改良団地の要援護高齢者等の支援について

〇改良団地は、団地内の高齢化率が66%、全世帯数に対する高齢独居世帯率が57.2%で、高齢化率が上昇し互いに支えあうことが難しい状況であると予想されました。また、外部から見守りがしづらく、室内の異変に気づくことも難しい構造で、過去には、高齢者の自殺・焼死・孤立死の発生がありました。自治会や関係機関はそれぞれの視点や方法で関わっていますが、団地の住民は、相談できる場所が分からず、地域の見守りに対して拒否する傾向にあります。そこで、見守り活動は自治会が主体となることを確認し、地域関係機関や介護・福祉・医療関係者による見守り協力体制の現状と今後について考えるため、地域ケア会議を開催しました。

〇参加者

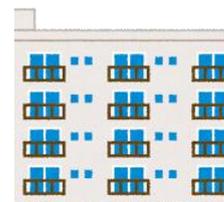
自治会、民生委員、宅配を実施する業者（明治牛乳、コープさっぽろ、ヤクルト）、介護保険事業所、住宅公社、行政職員（市障がい保健福祉課、健康増進課、生活支援課、高齢福祉課）、地域包括支援センター職員

〇会議の内容

- ・自治会、民生委員、関係機関が、これまでの見守り活動で取り組んだこと、気づいたことについて情報交換
- ・〇改良団地自治会の発足と活動紹介
- ・地域包括支援センター職員の寸劇による事例提供を通して、見守り活動の具体的な動きについて意見交換

〇話し合いの内容

- ・あらかじめ、緊急連絡先が把握されていれば何とか対応できる。
→異変を発見した側が空回りしないように「相談ルート（緊急時の情報交換ルール）」作りをしておく。日中は住宅公社、土日は警察・消防に連絡を入れることを確認する。
- ・新聞が3~4日分たまっているときには、急な外泊や入院などの可能性もあり判断に迷う。
- ・見守りチェックポイントの提案と共有することが必要ではないか。
→団地住民の意見を取り入れて、「見守り指標作り」をしたい。
- ・普段から、住民同士が声かけできるような仕組みを作りたい。
→「防災」をテーマに住民が話し合う、祭りなどの行事や健康交流サロンを開催する。
- ・支え合い活動をすすめるため、関係者間で協議の場を持ちつづける
→支援が必要な高齢者とその家族、関係者間で協議の場を持ち続ける。



会議終了後も、自治会による見守り・支援活動は継続されています。見守る側の人員が不足し、対象者の年齢を70歳以上にしたり、高齢者と介護サービス・宅配を実施する業者等との関わりが把握できず、安否確認しづらい現状もありますが、要援護状態にある高齢者を発見したときに、スムーズに相談機関へつなぐ事例も増えています。

函館市地域包括支援センター厚生院

認知症や精神疾患を抱える高齢者への対応～地域と医療の連携～

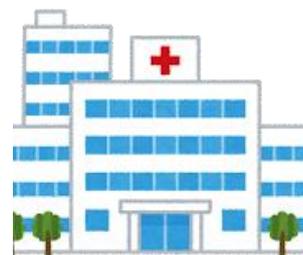
民生委員や町会関係者、在宅福祉委員をはじめとした地域の皆様から寄せられる相談のなかでは、認知症や精神疾患を本人や家族が抱えている場合の対応に苦慮しているということが圧倒的に多いです。東央部圏域にはこの治療を行うための専門病院（函館渡辺病院、富田病院）が2か所あることから、両病院のメディカルソーシャルワーカー（精神保健福祉士）から病院についての全般的な説明を受け、知識の向上を図るとともに、地域から病院または病院から地域へ円滑につなげる連携方法等について、実際の事例を交えながら考えるため、地域ケア会議を開催しました。

○参加者

民生委員、町会役員、精神科のメディカルソーシャルワーカー（精神保健福祉士）、地域包括支援センター職員

○会議の内容

- ・地域ケア会議について地域包括支援センターより説明
- ・メディカルソーシャルワーカーの講演
「精神医療とソーシャルワーク～連携するための知識～」
- ・意見交換



○話し合いの内容

- ①地域住民が感じている課題や講演を聞いて感じたこと
 - ・高齢化が進み、孤立化や孤立死が年々増加している。
 - ・認知症、精神疾患、性格の問題など、コミュニケーションがとりづらい高齢者にどう接したら良いのか判断に迷うことが多く、関わりにも困難を感じている。
 - ・病院の相談室へは日常的に相談して良いことが分かり、今後は家族等へ伝達してつなぐことができる。
 - ・支援拒否などこれからも悩むことは多々あると思うが、地域包括支援センターや病院と協力していきたい。
- ②病院側の意見
 - ・地域の活動を把握できていないのが現状のため、地域の方と懇談できる良い機会となった。
 - ・認知症や精神疾患の方の受診等については、直接相談室に相談して良い。

認知症、精神疾患、それらの重複ケースなど、地域から地域包括支援センターへの相談は着実に増加しています。会議終了後、地域の方が病院へ直接相談を行った事例も出てきており、今後のさらなる連携をすすめていきたいと思えます。

公的な機関や専門機関と地域の機関の連携について

医療・保健・福祉をはじめとする高齢者支援に携わる関係機関の協力のもと、個別のケースについて検討する地域ケア会議を開催する中で、認知症や精神疾患のあるひとり暮らしの高齢者の支援に困難を感じている地域が多く、公的な機関や専門機関と地域の機関の連携がスムーズに行えないとの課題が明らかになりました。そこで、これまで開催した個別ケースを検討する地域ケア会議で明らかになった課題を通して、高齢者を支えるそれぞれの機関や関係者の役割の理解を深め連携を強化するために、地域ケア会議を開催しました。

○参加者

函館市内の医療・保健・福祉をはじめとする高齢者支援に関係する関係機関や専門職の職員、民生委員、行政職員（亀田福祉課）、地域包括支援センター職員

○会議の内容

- ・認知症高齢者の医療連携と権利を守るための連携をテーマとした事例の報告
- ・公立はこだて未来大学 木村 健一 教授の講演
「インフォーマルのアクセス～信頼感を醸成する情報のデザイン～」
- ・意見交換

○話し合いの内容

- ・認知症専門医の受診を勧めても、本人が拒否をすることも多く、病院が受け入れ方法を工夫するなど柔軟に対応することも必要と考えられる。また、本人との関わりが多い地域の関係機関の協力が重要になる。
- ・ひとり暮らしの認知症の高齢者の増加に伴い、金銭管理ができないなど、高齢者の権利を守るための支援が必要なケースが増える。
→成年後見制度など権利を守る様々な制度を活用し、関係機関が連携して支援を行う必要がある。
- ・どのような機関があるのか分かっているにもかかわらず、実際にどのような活動をしているのか分からないことが多く、役割分担をして協力して支援するというより、お互いに相手の機関に支援をまかせてしまい、結局、必要な支援が行えていないという課題がある。
- ・個人情報保護のため、必要な情報が得られなかったり、支援を拒否する高齢者の増加によって、支援に必要な高齢者の把握が難しくなっている。また、各機関で情報を共有できないことで、必要な支援を継続して行えていないという課題がある。

会議終了後も、個別のケースの検討をする地域ケア会議を実施し、それぞれの関係機関についての理解を深めています。また、より良いネットワークの構築と具体的な地域課題の解決のための地域ケア会議の開催も検討しています。

函館市地域包括支援センターよこび

小規模自治会のニーズに応じた地域づくりと社会資源の発掘・提供

P自治会は、世帯構成24世帯の小規模自治会で、近隣町会とはほとんど交流がありませんが、自治会員同士の結びつきが強い自治会です。自治会役員と懇談をした際、雪かきで困っているとの話があり、地域のニーズに応じた地域づくりと社会資源の発掘を行うために、月1回自治会で実施しているゴミ拾いの日に合わせて地域ケア会議を開催しました。

○参加者

自治会長、近隣住民、地域包括支援センター職員

○会議の内容

- ・意見交換
- ・地域包括支援センターより介護保険制度の説明と事例検討

○話し合いの内容

- ・地域住民の高齢化が進んでいる。
- ・私道のために除雪車が入らない高齢者の家の前は、若い人が毎日雪かきをしてくれており、負担が大きくなっている。
- ・除雪した雪を一か所にためているので、自治会費を活用して排雪したい。
→地域包括支援センターより排雪業者の紹介
- ・介護保険制度の説明と事例検討を通し、支援を必要とする高齢者が、公的サービスも活用して地域で暮らせるように、自治会と連携し、地域包括支援センターで支援をしていきたいと伝える。



会議後も2度地域ケア会議を開催し、地域包括支援センターと地域住民との交流が保たれ、自治会長と気軽に話ができる関係が築けました。今後は、家族介護教室や定期的な健康づくり教室の開催につなげていきたいと考えています。

高齢化と過疎化が進む東部圏域で利用できる福祉サービスと住民による支援体制づくり

東部圏域は、今後ますます高齢化し、独居者が多くなっていくことが予想されます。可能な限り住み慣れた地域で生活を送りたいという住民の希望を叶えるため、地域内で利用できる公的な福祉サービスを再確認するとともに、地域住民それぞれが力を合わせて地域を支えるための方法について話し合うために、地域ケア会議を開催しました。

○参加者

民生委員，町会役員，老人クラブ会員，介護保険事業所，地域包括支援センター職員

○会議の内容

- ・介護保険事業所の職員から，具体的なサービス内容や利用料金の説明
- ・現在あるサービスのほかに，この地域で生活をしていくために必要なサービスや生活しているなかで感じている課題について意見交換

○話し合いの内容

- ・利用できる在宅サービスが限られているため，自宅での生活を継続していくことが旧市内と比較して難しく，施設ニーズが高い。
- ・通院について，地域内の病院は無料送迎バスを利用できるが，旧市内の病院を受診するとなるとバス代が往復で数千円もかかり，経済的な負担が大きい。運行本数も限られている。
- ・無料もしくは低額で入浴できる地域の温泉が，高齢者の地域サロンのようになっていて，介護予防にも役立っているのではないかと。
- ・各介護保険事業の説明については，多くの参加者から，具体的にどのようなサービスを行っているのか，また，料金体系についてもよく理解できたとの声が聞かれた。



これまで介護保険制度や在宅高齢者等サービスなどの説明を様々な場で行っていましたが、参加者からは実際に利用しないとなかなか覚えられないとの声が多かったため、今後も定期的に各介護保険事業所の活動を地域に周知できるような場を設けていきます。また、今回の会議で出された意見について、関係機関で情報共有し、地域住民や各関係機関が協力して今後の活動につなげていく予定としています。

6 高齢者あんしん相談窓口 地域包括支援センターについて

地域包括支援センターでは、地域ケア会議の開催のほか、次のような支援を行っています。市内に6か所のセンターがありますので、地域の高齢者についての困りごとがあれば、いつでもご相談ください。

なお、函館市では平成25年12月から地域包括支援センターのサブネームを「高齢者あんしん相談窓口」とし、市民へのより一層の周知を図っているところです。

- ・高齢者やご家族、地域の方々からの様々な相談に応じ、適切なサービスや制度につなげる総合的な支援
- ・個々の身体状況に合った、健康づくりや介護予防についてのサービス調整
- ・地域の様々な機関や専門家と連携・協力できる体制づくりやケアマネジャーの支援
- ・高齢者虐待の防止や、成年後見制度利用の支援、消費者被害の防止など、高齢者の権利を守るための支援

《高齢者あんしん相談窓口 地域包括支援センター担当地域一覧》

＜西部地区＞			
あさひ			
旭町4番12号 (函館市総合在宅ケアセンターあさひ内) 電話: 27-8880			
入舟町	船見町	弥生町	弁天町
大町	末広町	元町	青柳町
谷地頭町	住吉町	宝来町	東川町
豊川町	大手町	栄町	旭町
東雲町	大森町	松風町	若松町

＜中央部地区＞			
こん			
時任町35番24号 (こんクリニック時任内) 電話: 33-0555			
(ランチこん)			
函館市宇賀浦町16番21号 電話: 33-4455			
千歳町	新川町	上新川町	海岸町
大縄町	松川町	万代町	亀田町
大川町	田家町	白鳥町	八幡町
宮前町	中島町	千代台町	堀川町
高盛町	宇賀浦町	日乃出町	場的町
時任町	杉並町	本町	梁川町
五稜郭町	柳町	松陰町	人見町
金堀町	乃木町	柏木町	

＜東中部地区＞			
厚生院			
高丘町3番1号 (函館百楽園) 電話: 57-7740			
(ランチ花園)			
花園町31番4号 電話: 56-5695			
川原町	深堀町	駒場町	広野町
湯浜町	戸倉町	榎本町	花園町
湯川町1~3丁目	日吉町1~4丁目		
上野町	高丘町	滝沢町	見晴町
鈴蘭丘町	上湯川町	銅山町	旭岡町
鱒川町	西旭岡町1~3丁目		
寅沢町	三森町	紅葉山町	庵原町
亀尾町	米原町	東畑町	鉄山町
蛾眉野町	根崎町	高松町	志海苔町
瀬戸川町	赤坂町	銭亀町	中野町
新湊町	石倉町	古川町	豊原町
石崎町	鶴野町	白石町	

＜北東部地区＞	
西堀	
中道2丁目6番11号 電話: 52-0123	
(ランチ西堀)	
神山1丁目25番9号 電話: 52-0242	
富岡町1~3丁目	神山1~3丁目
陣川1~2丁目	山の手1~3丁目
赤川1丁目	中道1~2丁目
鍛冶1~2丁目	美原1~5丁目
昭和1~4丁目	本通1~4丁目
東山1~3丁目	北美原1~3丁目
陣川町	神山町
水元町	石川町
亀田中野町	亀田大森町
	赤川町
	亀田本町

＜東部地区＞	
社協	
浜町538番地の2 (函館市社会福祉協議会戸井支所内) 電話: 82-4700	
(ランチかやべ)	
川汲町1520番地 電話: 25-6034	
戸井支所管内	恵山支所管内
樞法華支所管内	南茅部支所管内

＜北部地区＞			
よろこび			
港町2丁目2番25号 電話: 62-6161			
浅野町	吉川町	北浜町	追分町
桔梗町	西桔梗町	昭和町	亀田港町
港1~3丁目	桔梗1~5丁目		

平成 2 5 年度 地域ケア会議事例集

発行：函館市保健福祉部高齢福祉課

〒040-8666 函館市東雲町 4 番 1 3 号

TEL 0138-21-3025

FAX 0138-26-5936
