

# 令和7年度 第1回 知立市地域ケア推進会議



令和7年7月9日(水)  
知立市長寿介護課

# 地域ケア会議の位置づけ



## 地域ケア会議の位置づけ

### 【介護保険法第115条の48(会議)】

| 実施主体 | 市、地域包括支援センター  |
|------|---|
| 目 的  | <ul style="list-style-type: none"><li>① 支援が必要な被保険者への適切な支援の充実を図る</li><li>② 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の検討</li></ul>  |
| 検討事項 | <ul style="list-style-type: none"><li>① 高齢者等の健康上及び生活上の解決に資する支援の内容に関する事</li><li>② 地域における介護の提供に携わる人や関係者の連携強化に関する事</li><li>③ 支援対象高齢者等に共通する課題の把握に関する事</li><li>④ 地域における介護の提供に必要な社会資源の改善および開発に関する事</li><li>⑤ 地域における自立した日常生活の支援のために必要な施策および事業に関する事</li></ul> |
| 構 成  | 介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門家、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体等   |

# 知立市の人口および高齢化率等の状況



# 知立市の人口および高齢化率等の状況

## 【人口と高齢者数の経年推移】

|      | 人口(増加率) | 65歳以上   | 75歳以上  | 85歳以上  | 高齢化率  |
|------|---------|---------|--------|--------|-------|
| 令和3年 | 72, 277 | 14, 541 | 7, 271 | 2, 139 | 20. 1 |
| 令和4年 | 72, 011 | 14, 637 | 7, 444 | 2, 226 | 20. 3 |
| 令和5年 | 72, 062 | 14, 709 | 7, 781 | 2, 343 | 20. 4 |
| 令和6年 | 72, 302 | 14, 813 | 8, 164 | 2, 429 | 20. 5 |
| 令和7年 | 72, 795 | 14, 921 | 8, 444 | 2, 514 | 20. 5 |

\* 2025年、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、5人に1人が後期高齢者になる。

\* 2050年には団塊ジュニア世代が75歳以上の後期高齢者となり、高齢者人口がピークとなる予想。

\* 世帯主が65歳以上の独居世帯や夫婦のみ世帯の増加

\* 認知症の方は3人に1人。

→ 支援の必要な高齢者が増加することが予測されます。

# 令和4年、5年度の課題と取り組み状況



# 令和4、5年度の課題と取り組み（1）

|          | 現状及び提言   | 取り組み  |
|----------|--|---|
| 通いの場     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・元気なうちから地域との関係づくりが必要</li> <li>・家の近くに出かけられる場所があるとよい。</li> <li>・総合事業(サービスC)を卒業後、状態が悪化していることがある。</li> <li>・スマホやインターネットをされる方など多様になってきている。自分で出かけるのが大変でも自宅でする方はインターネットが活用できるとよい。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○まちかど運動教室の拡充</li> <li>○サービスC卒業後の地域への接続支援生活支援コーディネーターが関与する仕組みの構築(R6～)</li> <li>○オンラインまちかどの周知</li> </ul> |
| ケアマネジメント | <ul style="list-style-type: none"> <li>・意欲の引き出し方、目標の設定方法が難しい。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○意欲関心シートの活用推進(R5～)</li> <li>○自立支援の勉強会(ケアマネ、包括対象)</li> </ul>  |
| 孤立、認知症   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービス導入が困難な身寄りのない認知力が低下した高齢者夫婦がいる。</li> <li>・地域で実態が把握できない認知症高齢者がいる。</li> <li>・未把握の高齢者を減らしたい。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症カフェの拡充</li> <li>○チームオレンジの発足支援</li> </ul>   |

## 令和4、5年度会議の課題と取り組み(2)

| 課題      | 現状  | 取り組み  |
|---------|---|---|
| 若い層への支援 | <ul style="list-style-type: none"><li>・企業を巻き込んで定年前の人に、後見、介護保険のことなど啓発する。</li><li>・認知症と車の関連で、販売店と結び付けてはどうか。</li><li>・自分の未来を想像(創造)する場を提供したい</li><li>・若い層や男性を取り込めるような場所があるとよい。</li><li>・若いうちからの意識づけが必要</li><li>・結果を数値化すると人が集まるのではないか。</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>○シルバーカレッジ</li><li>○すこやかプログラムの実施</li></ul> |



# 令和6年度会議の助言から その後の取組状況報告



## 令和6年度 第1回地域ケア推進会議まとめ(1)

### 「これまでの取り組みの報告等より」

|                 | 助言・提言  |
|-----------------|--|
| まちかど運動教室        | <ul style="list-style-type: none"><li>・オンラインでも測定できるとよい。</li><li>・年代や性別の平均値等を出して、目標設定等に利用する。</li><li>・集めたデータの分析・評価を行う。</li><li>・通所型サービスCからまちかど運動教室につながった人が、まちかどを中止してしまう要因の確認。</li></ul> |
| ひまわりカフェ・オレンジメイト | <ul style="list-style-type: none"><li>・オレンジメイトがひまわりカフェで傾聴するなど、認知症地域支援推進員とオレンジメイトが連携してサポートができるとよい。</li></ul>  |
| 多職種連携会議事例       | <ul style="list-style-type: none"><li>・転入者の実態把握の対象を1年に1回ではなく、転入時などにも民生委員に伝える。</li><li>・転倒・骨折について、病院から包括を紹介してもらうことにより、より早期に支援に繋がることできる。医療と介護の連携。</li></ul>                              |

## 令和6年度 第1回地域ケア推進会議まとめ(2)

### 「多職種連携会議・地域ケア個別会議から把握した課題」

| 課題    | めざす姿  | 助言・提言   |
|-------|---|---|
| 転倒・骨折 | <ul style="list-style-type: none"><li>・高齢者自身が転倒・骨折しにくい身体づくり・生活習慣を心がけることができる。</li><li>・転倒しにくい環境を整えることができる。</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・自宅内の環境整備について70歳代ころから意識してもらう。包括かわら版等で周知する。</li><li>・ケアマネのスキルアップ、フォーマルサービス以外の支援の紹介(自宅での運動など)</li><li>・元気なうちからグラウンドゴルフ等の地域での活動に参加して楽しみ、楽しむことを動機にリハビリをできるようにする。人とのつながりで乗り越える。</li><li>・栄養・歯の健康についても併せて周知する。かわら版の周知、サロンで学ぶ機会を作る。</li><li>・危険な道路等の環境整備を行う。</li></ul> |

## 令和6年度 第1回地域ケア推進会議まとめ(3)

### 「多職種連携会議・地域ケア個別会議から把握した課題」

| 課題          | めざす姿  | 助言・提言   |
|-------------|---|---|
| 地域でのつながりづくり | <ul style="list-style-type: none"><li>・地域の人との顔が見える関係づくりができる。</li><li>・地域でのネットワークにより、早期のうちに相談・支援につながるができる。</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・年に1回ではなく、必要な人は早めに民生委員に情報を渡す、包括が訪問をする。</li><li>・健康麻雀のように、楽しく参加できる場の増加。楽しく参加しつつ、介護予防について学べる場があると良い。</li></ul>                                  |
| 情報の周知       | <ul style="list-style-type: none"><li>・高齢者が介護予防・通いの場・相談窓口等の、必要とする情報を容易に得ることができる。</li></ul>                          | <ul style="list-style-type: none"><li>・転入者に地域の情報を渡す。</li><li>・情報格差に配慮しインターネットだけでなく様々な媒体で周知する。知立団地は言語の問題もある。</li><li>・もの忘れガイドブック等を配るだけでなく、民生委員や区長・オレンジメイトが内容について説明ができるとよい。</li></ul> |

## 令和6年度 第2回地域ケア推進会議まとめ(1)

### 「これまでの取り組みの報告等より」

|                        | 助言・提言   |
|------------------------|---|
| 転倒・骨折予防<br>・新すこやかプログラム | ・一般介護予防事業等の結果をデータ等の目に見える形で示し評価をすることが参加者の励みになる。また、今後評価結果を広報などいろいろなところで周知することで、参加への意欲につながる。   |
| 転倒骨折予防<br>・自宅内の環境整備    | ・転倒骨折予防について、要支援・要介護の方を介護されている方向けの支援は個別性が強くなってくる。相談会のような形の方がよいかもしれない。<br>・転倒が起こる前の話であれば、包括かわら版等で継続して周知し、「まだ自分は高齢者ではない」ではなく、「何歳以上になったら気を付けましょう」というように、自分ごととして思ってもらうための見せ方も大切である。<br>・地域の老人会などで包括かわら版を周知したり、順番に老人会を回って講座を行うのもよい。 |

## 令和6年度 第2回地域ケア推進会議まとめ(2)

### 「多職種連携会議・地域ケア個別会議から把握した課題」

| 課題                           | めざす姿                         | 助言・提言  |
|------------------------------|------------------------------|--|
| ・活動の場に参加するための興味・関心・意欲を引き出す支援 | ・高齢者が自身の興味・関心のある場に意欲的に参加できる。 | <ul style="list-style-type: none"><li>・元気なうちから情報をとらえて声をかけていくことが必要。興味関心チェックシートを元にアンケートを作成し、地区の高齢者に実施し、同じ趣味を持つ人が集まる場を作り、友達を増やす機会や出会う機会にできるとよい。</li><li>・過去に自分が繋がっていたものや、興味関心のあったものであればあらためてやるときに抵抗がない。</li><li>・男性は最初からみんなで議論しながらものを作っていく作業があると出かけやすい。企画から取り組みまで行くとずっと参加をしてくれるのではと思う。</li><li>・施設だけでなくいろいろな場所で活動ができるとよい。</li><li>・支え手側に回るような仕組みの活動を作ると意欲を持って継続できる。</li></ul> |

## 令和6年度 第2回地域ケア推進会議まとめ(3)

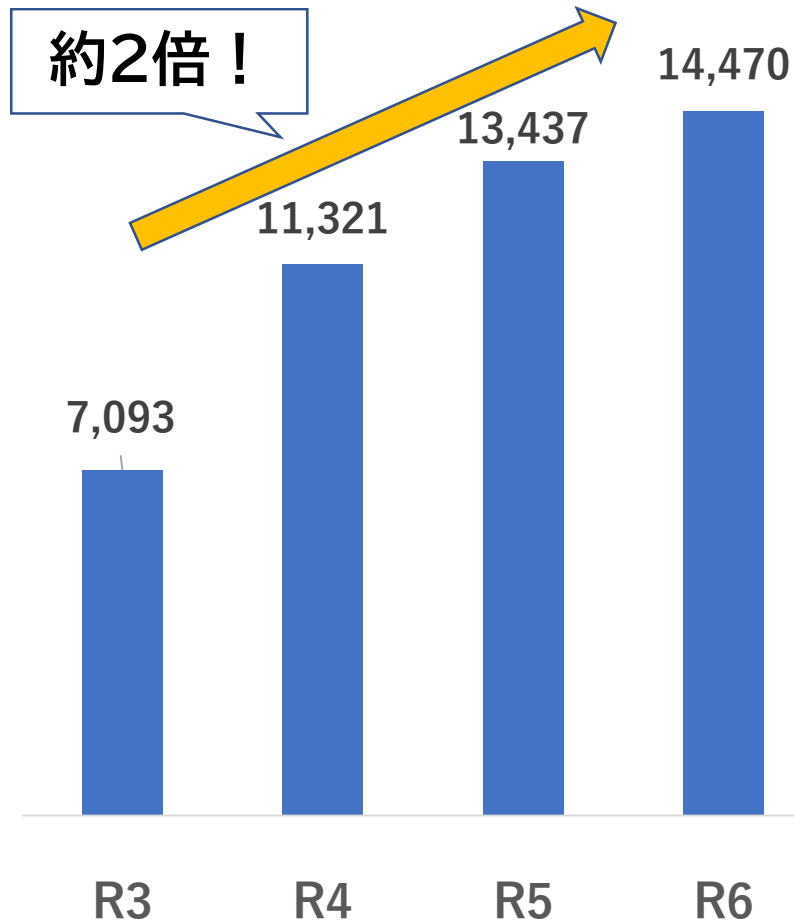
### 「多職種連携会議・地域ケア個別会議から把握した課題」

| 課題          | めざす姿   | 助言・提言   |
|-------------|--|---|
| 地域から孤立してしまう | <ul style="list-style-type: none"><li>・地域活動に参加しやすい環境づくり</li><li>・活動の場の拡大</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・コミュニティでサポートできる体制があるとよい。</li><li>・精神や障害、認知症に対する理解が、高齢者の介護が大変だとわかるのと同じように、障害の理解も広げていくことが大切である。</li></ul> |
| 同居者の負担が大きい  | <ul style="list-style-type: none"><li>・家族負担の軽減</li></ul>                           | <ul style="list-style-type: none"><li>・初動で専門職が入り、支援を行っていく。個別会議で高齢者分野だけでなく、障害者分野や地域を巻き込み、できれば当事者や介護者も入った会議が必要。</li></ul>                       |

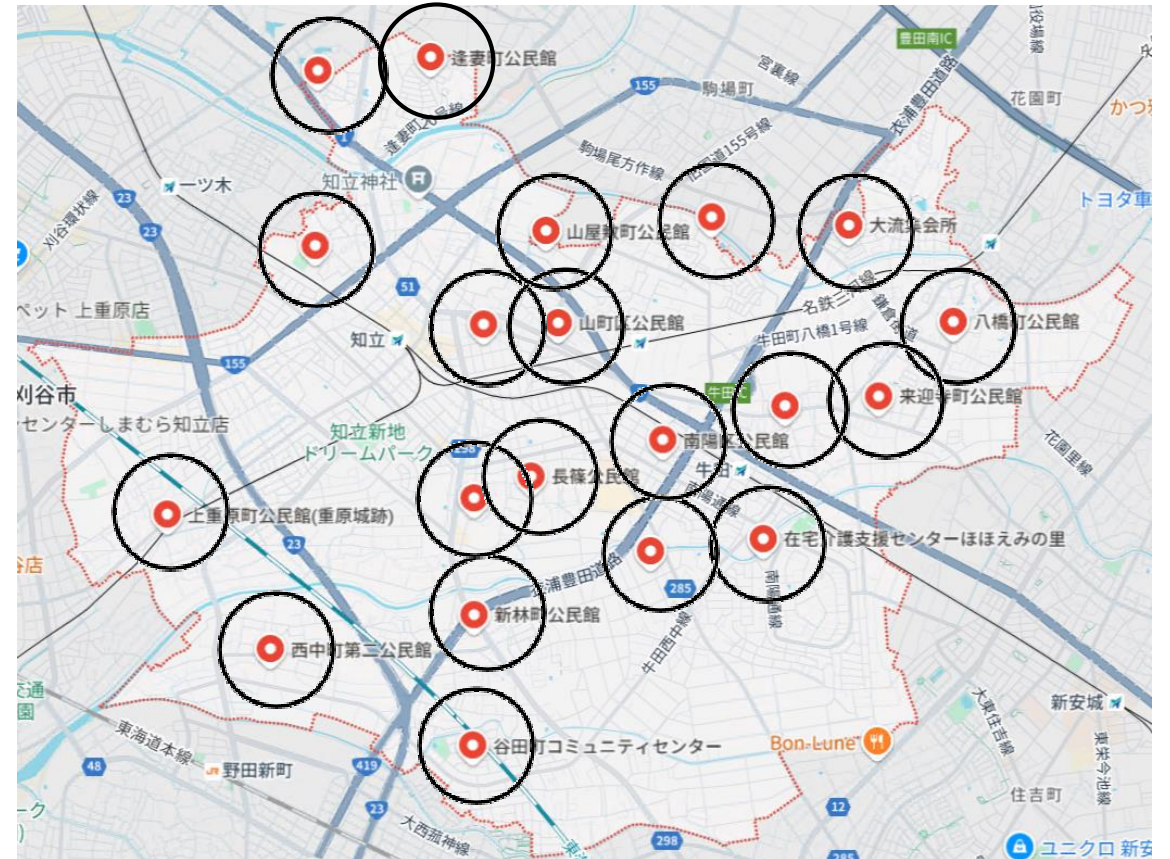


# 会議後の取り組み①通いの場の拡充 通いの場(まちかど運動教室)の拡充・測定会の開催

まちかど運動教室 実績(延べ参加者数)      まちかど運動教室 開催箇所数 増加



R3 **14**か所 → R6 **20**か所





## 会議後の取り組み①通いの場の拡充 通いの場(まちかど運動教室)の拡充・測定会の開催(つづき)

○まちかど測定会について

R6から半年(4月、10月)に1回開催 (握力、TUG、CS-30の測定)

|              | R6.4         | R6.10        | 改善または維持できている人の割合 |
|--------------|--------------|--------------|------------------|
| 参加者数(内継続参加者) | 303名         | 294名 (188名)  |                  |
| 握力基準以下       | 99名          | 100名         | 40.6%            |
| TUG基準以下      | 15名 (内認定無6名) | 14名 (内認定無8名) | 70.8%            |
| CS-30基準以下    | 8名 (内認定無4名)  | 7名 (内認定無6名)  | 55.1%            |

TUGまたはCS-30の基準を下回り、かつ、介護の認定がない方に対して、早めに短期集中リハビリに繋げるよう連携していく。

# 会議後の取り組み①通いの場の拡充 オンラインまちかど運動教室の開催



オンラインまちかど  
チラシ

LINE画面



タップしてメニューを表示! ▼

オンラインまちかど運動教室実績  
(R4より開始)

令和6年度 オンラインまちかど運動教室

延べ参加者数 **380**名

体操動画 再生回数

令和4年度より 延べ**33万**回 再生

# 会議後の取り組み②骨折予防への取り組み 骨折予防・転倒予防への周知の拡充

**家族介護教室 開催のお知らせ**

**転倒しないための対策**  
元気うちから気を付けよう

講師：松田龍治氏  
理学療法士  
介護予防運動指導員  
介護老人保健施設かりやリハビリ科長

知ろう！  
自分のため  
家族のため

運動を  
体験しよう！

9月25日(水)14:00～15:00  
(受付:13:40～) 定員: 20名

場所: 知立市西部地域包括支援センター  
● 知立市長篠町東新田11-32(ながしのの里内)  
● 車は長篠公民館の駐車場(包括、公民館の駐車スペース)

★要予約 TEL:0566-81-8880

参加費無料

当日、体調不良の場合参加できないことがあります

市民向け 転倒予防教室の開催

9月25日(水)実施

場所: 知立市西部包括支援センター  
(ながしのの里内)

知立市地域包括支援センター  
**かわら版**  
Vol.27  
知立市西部地域包括支援センター  
令和6年9月発行

厳しい酷暑の折、熱中症にはくれぐれも気を付けてください  
① 暑さを避ける ② 水分を補給する \* 熱中症警戒アラート発表時は外出を控えましょう

**転倒しないために**

効果的な運動をしよう  
家の中を整えよう

＝介護が必要になった主な原因＝

|     |       |       |
|-----|-------|-------|
| 第1位 | 認知症   | 16.6% |
| 第2位 | 脳血管障害 | 16.1% |
| 第3位 | 骨折・転倒 | 13.9% |

その他: 高齢による衰弱、関節疾患、心疾患、パーキンソン病、糖尿病など  
(厚生労働省「国民生活基礎調査2022」)

**転倒の主な原因**

加齢 病気や薬の影響 運動不足

●高齢者の転倒●  
6割は  
自宅で転んでいる

★「私は大丈夫」と思い込まない  
★できる対策はきちんとしましょう  
★年齢に応じた環境作りをしましょう

**自宅の環境で気を付けるポイントの例**

引っかかりやすいカーペットやこたつは使用しない  
コードの配線に注意。歩く動線を通す  
階段は滑り止めを付ける。手すりにつかまって上り下りする  
部屋、廊下など整理整頓する  
安全な動作を心がける  
暗くて見えにくい箇所はポイント照明を設置する  
使用するものは、手の届くところにしまう  
手すりの設置(玄関、階段、浴室、トイレ)  
段差に注意  
床に物を置かない





## 会議後の取り組み③認知症に関する地域の支援体制の拡充 ひまわりカフェ(認知症カフェ)の拡充

ひまわりカフェ 開催箇所数

R6 **3**か所

ひまわりカフェ 延べ参加者数 増加

R4 **314**名 → R6 **340**名



ひまわりカフェの様子

## 会議後の取り組み③認知症に関する地域の支援体制の拡充 オレンジメイト活動支援の拡充

オレンジメイトは認知症に関するサポーター養成講座・ステップアップ講座を受けたボランティアです。

物忘れが心配な人・認知症ご本人の高齢者などへ地域活動への参加をサポートします。

### 活動内容

- ・地域の高齢者サロン等の運営・活動のお手伝い
- ・高齢者サロンへのお誘い・付き添い
- ・買い物、ゴミ捨て等日常生活の支援
- ・ご本人のお話し相手
- ・座談会の開催
- ・地域での見守り
- ・介護事業所での傾聴ボランティア 等

オレンジメイト活動 延べ回数

R5 **237**回→R6 **261**



NPO法人和での活動

# 会議後の取り組み④早期からの市民への啓発 シルバーカレッジ開催

## 令和6年度 シルバーカレッジ 全3回 開催

第1回目「定年後の豊かな暮らし」について

第2回目「定年後の豊かな暮らし」の中でも、地域での活躍(ボランティア活動や支え合い活動等)にスポットを当てた内容

第3回目 定年後の資金計画(ライフプラン)について

延べ参加者数 **90**人

まずは参加してみよう！

令和6年度 **シルバーカレッジ**  
充実したセカンドライフに向けて  
～自分の時間の活用について考えてみませんか？～

対象  
市内在住の  
**60歳**  
以上で、全3回参加  
可能な方

全3回 いずれも13時30分～15時 参加費無料・要申込！  
定員：70名（定員を超えた場合は抽選となります。後日連絡）

| ①3月8日  | ②3月15日   | ③3月22日   |
|--|--|--|
| 講師：「定年後」著者<br>楠木 新 氏   | 講師：大阪ボランティア協会<br>理事長 早瀬 昇 氏  | 講師：日本FP協会<br>横山 敦也 氏   |
|  |  |  |
| 定年後を豊かに<br>暮らすには   | 地域のちょっとした支え合い<br>～こんなことでも<br>ボランティア！？～   | 定年後の<br>ライフプランセミナー   |

会場 知立市中央公民館 1階大会議室

参加料無料・要申込（電話又はQRコードから）

申込先 知立市ボランティア・市民活動センター  
（受付時間：月～土曜の9:00～17:00）  
TEL 0566-82-3339





# 会議後の取り組み④早期からの市民への啓発 シニアのお仕事フェア・セミナー同時開催

令和6年度 10月11日(金)13:30~15:00  
お仕事フェア

参加者数 **138** 人

働きたいシニア世代にむけて、企業がブースを出展  
就業内容の説明や個別相談

60歳からのライフプランセミナー

60歳台からの人生設計のために大切なことについて講話

参加者数 **78** 人

おおむね60歳以上の方対象

## シニアのための お仕事フェア

予約不要 参加無料

**知立市内企業参加**  
その場で複数の企業の説明が受けられます！

令和6年 **10月11日 金** 13:30~15:30  
(受付13:15~)

お気軽にご来場ください！(※入退場は自由です)

- 企業説明ブース
- シルバー人材センター相談コーナー
- 産業雇用安定センター相談コーナー

60歳からのライフプランセミナー 【先着40名/各回】  
1回目14:00~ 2回目15:00~※1回30分程度 講師：明治安田生命保険相互会社

※雇用保険を受給中の方は、「雇用保険受給者資格証」をお持ちください。  
(就職活動の実績となります)

会場 知立市中央公民館 2階 講堂  
〒472-0044 知立市広見三丁目1番地  
知立市役所 長寿介護課 地域支援係  
☎0566-95-0191  
ハローワーク刈谷 企業支援部門  
☎0566-21-5003

問合せ

〔主催〕知立市 ハローワーク刈谷 〔後援〕知立市商工会



## 会議後の取り組み⑤総合事業利用者へのフォロー体制の拡充 通所型サービスC卒業後の生活支援コーディネーターとの連携促進

### 短期集中リハビリ(通所型サービスC)

リハビリ専門職による通いと訪問を組み合わせた短期集中トレーニング教室です。

内容:通所28回、訪問2回(初期と中間)

対象者:要支援、事業対象者

<実績> R6 **33**件(うち、コーディネーターが関与したケース**3**件)

通所中から、生活支援コーディネーターが関わり、卒業後の活動の場へのコーディネート支援を実施する。

例)自宅近くのまちかど運動教室の紹介や同行支援を行う



# 令和6年度 多職種連携会議報告及び 地域課題について



## 令和6年度 多職種連携会議報告

要支援者等の生活課題の解決など、状態の改善に導き自立を促すため、また生活の質の向上を目指すために、個別の事例について多職種でアセスメントを行い、どのような支援をしていくかを考える。

◇主 催 : 地域包括支援センター

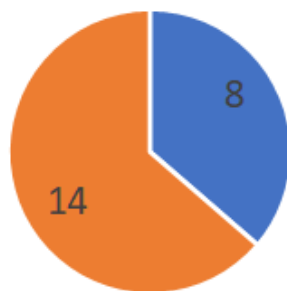
◇開 催 : 月2回

◇主参加者 : 行政、包括支援センター職員、担当ケアマネジャー、サービス提供事業者、理学療法士等

|         | 実施回数 | 検討事例数             | 延べ参加者数 |
|---------|------|-------------------|--------|
| 多職種連携会議 | 24回  | 47件(うち13件はスキーム検討) | 333人   |

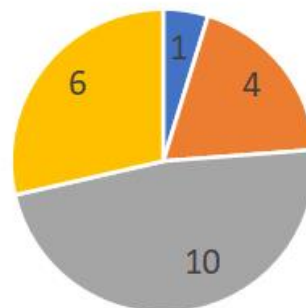
# 令和6年度 多職種連携会議報告

性別



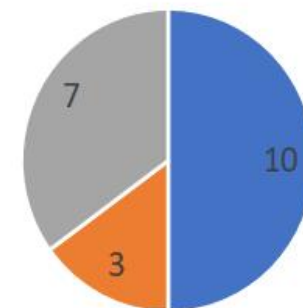
■ 男 ■ 女

年代別



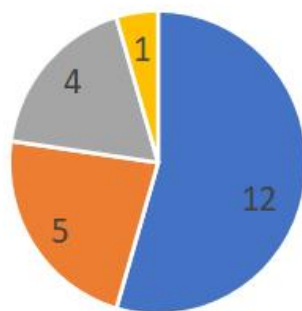
■ 65～69歳 ■ 70代 ■ 80代 ■ 90代

世帯構成別



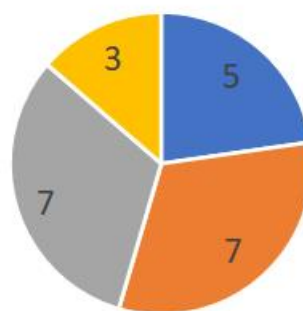
■ 独居 ■ 夫婦のみ ■ 子と同居

主な疾患別



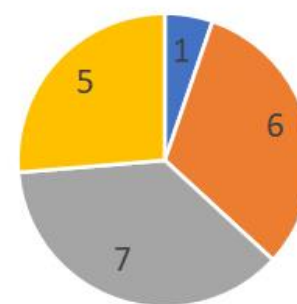
■ 内科的疾患 ■ 整形外科疾患 ■ 脳疾患 ■ 心疾患

日常生活自立度別



■ 自立 ■ I ■ IIa ■ IIb

要介護度別



■ 対象者 ■ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 要介護1

# 多職種連携会議の事例から課題を検討する

## ◆ 骨折退院後、筋力低下により日常生活に支障がでてきた方の支援(91歳 男性)

### 【支援介入時の状況】

- ・独居(R6.8月妻死別)。自宅の玄関先で何度も転倒し、腰椎骨折による入退院を繰り返す。入院の度に下肢筋力の低下がみられ、屋外を歩行することに不安が強く活動量が減っている。立ち上がり動作にも時間がかかる。
- ・退院時は医療機関から包括へ退院後の連絡があり、ケアマネに支援が引き継がれた。
- ・支援者から、筋力向上のために短期集中リハビリ(やるっぴC)を紹介するが拒否している。理由を聞くが返答はない。
- ・運転免許も返納して車も処分してしまったので、買い物はヘルパー支援かタクシーを利用中。

### 【地域とのつながり】

- ・地域活動への参加はない。民生委員が気にかけて見守っている。
- ・なくなった妻は社交的であったが、ご本人はあまり社交的な方ではなかった。

### 【本人の望む暮らし】

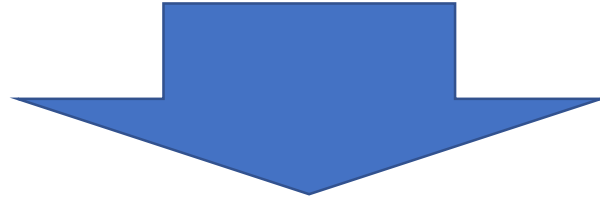
- ・食べることは何とかやれるが、掃除、洗濯は難しいので助けて欲しい。
- ・家事をやることがリハビリになる。

# 多職種連携会議の事例から課題を検討する

## ◆ 骨折退院後、筋力低下により日常生活に支障ができた方の支援

### 【支援の検討】

- ・今できる家事を続けられるように、ヘルパーと一緒にできる目標設定を行い意欲の維持・向上につなげるていけるとよい。
- ・主治医等と連携し、第三者からも本人への働きかけに協力してもらい本人の意欲につなげる。



### 【助言後の状況】

- ・リハビリのサービスは利用せず家事全般や書類の整理を自分のリハビリとしてやっていきたいという思いを本人と確認。民生委員の見守りは引き続き継続。

→この事例からの学びとして、転倒骨折という失敗体験を繰り返すこと、死別、免許返納という喪失体験等が高齢者の意欲低下やその後の生活機能の低下を引き起こす転機となるケースが多い。

退院後の体力低下においては、初期の段階で筋力、体力を取り戻し自信をもって元の生活に戻る支援が必要である。

退院後の医療と在宅との連携という視点でも支援を検討していく必要がある。

## 【事例より見えてきた地域課題】

| 課題                            | 現状  |
|-------------------------------|---|
| <b>入退院退後の早期の筋力・意欲向上のための支援</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>・繰り返す転倒により、外出等への不安感が増し活動量が低下している。</li><li>・できないことが増え、意欲も減退していくことで健康を保ちたいという意識が薄れてしまい悪循環になる。</li><li>・入院時は退院を目標に向かってリハビリを行うが、退院後に在宅生活を送る上での目標設定の機会がないため、運動への意識が低下する。</li><li>・意欲を引き出す支援や家族を含めた目標設定の支援としてリハ職派遣があるが、あまり活用されていない。</li><li>・高齢者に口頭で紹介しても、イメージが持ちにくいいため、説明の仕方に工夫が必要になる。</li><li>・独居高齢者や介護サービスの利用が必要な方は、退院時医療機関から包括支援センターへ連絡が入る。</li><li>・退院時、自分から相談できそうな方には、包括支援センターの窓口を紹介している。</li></ul> |

## 【事例より見えてきた地域課題】

| の課題          | 現状   |
|--------------|--|
| 健康意識の維持のため支援 | <ul style="list-style-type: none"><li>・目標設定がはっきりしている方は、まちかどなどの参加意欲が高い。</li><li>・まちかど運動教室はしっかり行くと大変と思うが、参加者からは“こんなのではだめだ”“ゆるい”という方がいる。</li><li>・運動面からではなく、栄養面からのアプローチとして、シニア元気食堂が活用できる。</li></ul> |

## 地域課題の検討について(多職種連携会議)

| 課題                   | 現状の取り組み  |
|----------------------|--|
| ・退院後の筋力回復・意欲向上のための支援 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中リハビリ(サービスC)、卒業後のコーディネーター継続支援</li> <li>・リハビリ専門職派遣事業</li> <li>・独居の方や介護サービスの利用が必要な方は、退院時医療機関から包括支援センターへ連絡が入り連携を行っている。</li> <li>・家族介護教室にて、市民向けに理学療法士による転倒予防講座</li> <li>・理学療法士による転倒予防のため環境整備の研修(専門職向け)</li> </ul> |
| ・健康意識の維持のための支援       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・すこやかプログラム</li> <li>・まちかど運動教室での測定会の実施</li> <li>・健康マイレージ(健康増進課)</li> </ul>   |

### 目指す姿

骨折入院等による体力低下において、早期に体力が回復し元の生活をなるべく早期に取り戻すことができ、健康維持への意欲を継続することができる。



## 地域課題の検討について(多職種連携会議)

### ご助言いただきたいこと

- ・入退院退後の筋力回復・意欲向上のための支援
- ・健康意識の維持のための支援

目指す姿を達成させるための取り組みについて、高齢者の実情を踏まえそれぞれのお立場からご助言いただきたい。

※ご助言の頂く際の視点について

めざす姿を達成させるための

- ・地域課題への解決策、方向性について
- ・需要に見合った資源開発の検討について
- ・現在ある社会資源や取り組みに対する工夫や連携等について

など

# 令和6年度 地域ケア個別会議報告 および地域課題について



# 地域個別ケア会議について

## 地域ケア個別会議とは

複合的な問題を抱える困難事例等について、関係機関と対応方法を検討し、関係者間で共通認識を図るとともに介護予防や認知症施策等さまざまな施策に関する積極的な意見交換の場とする。

- ◇主 催 : 知立市地域包括支援センター(東部・西部)
- ◇開催頻度 : 隔月1回(案件がない場合は開催しない月もある)
- ◇目 的 : 個別ケース事案の対応について検討(助言・指導・意見交換を行う)
- ◇効 果 : 個別ケースの対応方法の決定、関係者間での共有認識等
- ◇主参加者 : 行政職員、包括支援センター、ケアマネ、民生委員、社会福祉協議会等

# 令和6年11月～令和7年3月までの 地域ケア個別会議報告

## 令和6年11月から令和7年3月までの地域ケア個別会議案件

|      | 月  | 年齢  | 性別 | 認定   | 家族構成                                | 特記事項                  |
|------|----|-----|----|------|-------------------------------------|-----------------------|
| ケース1 | 1月 | 89歳 | 女性 | 要介護3 | 同居(息子)                              | 認知症、金銭管理ができない、入浴介助が必要 |
| ケース2 | 2月 | 83歳 | 女性 | 要介護4 | 同居(息子)<br>同敷地(娘、<br>孫、ひ孫)<br>別居(息子) | 認知症、着替え及び入浴に介助が必要     |

|      | 課題                                  | 支援者(市、包括以外)                         |
|------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ケース1 | 生活全体の金銭管理と本人のサービスを導入し生活をサポートすることが課題 | 病院の医療ソーシャルワーカー<br>ケアマネ<br>息子の就労支援施設 |
| ケース2 | 利用料の滞納とキーパーソンである孫の役割が不十分であることが課題    | 施設職員<br>ケアマネ                        |

## 地域ケア個別会議の事例から課題を検討する

### 課題解決に向けて検討したこと・地域課題の検討

|       | 検討事項・地域課題   |
|-------|---|
| ケース 1 | <ul style="list-style-type: none"><li>・金銭管理について日常生活自立支援事業の利用を案内する。</li><li>・息子の相談窓口を確保し、使途不明金の情報があれば共有する。</li></ul> |
| ケース 2 | <ul style="list-style-type: none"><li>・孫だけでは、キーパーソンの役割が困難のため、他の家族から家計状況と介護負担等の聞き取りを行い、今後の意向確認が必要である。</li></ul>      |

### 地域ケア個別会議案件から見える傾向

- ・家族が本人の金銭管理をする場合、本人のためのお金が管理されていないことがあり、十分なサービス利用等ができない傾向があり

## 地域課題について(地域ケア個別会議)

### 事案から見える課題

- ・金銭管理というのはとてもプライベートな部分であり、明らかな証拠がない限り、介入することが難しい
- ・支援者側は支援方法等を提案することはできるが、本人に判断能力がないと最終的判断は家族になるため、利用していただきたいサービスに繋がらない場合がある

### 地域課題の取り組み

- ・家族が十分な介護支援ができていない場合、高齢者の変化に気が付けるように第三者の目が届くような体制をつくる
- ・家族にも寄り添い、家族の負担が軽減するようなサービス等の情報提供をする
- ・支援策が見つからない場合は、地域ケア個別会議等で共有する

## 地域課題の検討について(地域ケア個別会議)

| 課題   | 現状  |
|--|---|
| 判断能力が低下した高齢者の家族による適切な金銭管理と高齢者の変化に気が付けるようなサービス利用の導入について | 金銭管理はとてもプライベートなことであり、金銭を管理している人からの相談がある時や明らかな経済的虐待がある場合ではないと介入することが難しい。金銭を理由にサービス利用ができない場合、本人の異変等に気が付くことができない状況になってしまう。 |

### 目指す姿

- ・高齢者に適切なサービスを受けてもらえるような環境づくり

## 地域課題の検討について(地域ケア個別会議)

### ご助言いただきたいこと

判断能力が低下した高齢者を持つ家族が高齢者の金銭管理をしている場合に適切なサービス利用に繋がらない場合がある。

従って、上記のような環境でも高齢者に適切なサービスが受けもらえるような環境づくりがありましたらご助言ください。

※ご助言の頂く際の視点について

めざす姿を達成させるための

- ・地域課題への解決策、方向性について
- ・需要に見合った資源開発の検討について
- ・現在ある社会資源や取り組みに対する工夫や連携等について

など