

## 平成 30 年度第 1 回尼崎市地域ケア会議代表者会議 議事まとめ

---

### 1 各団体から頂いた意見

#### 【医師会】

- ・主治医による本人教育や、関わる関係職種への協力要請。
- ・特に「独居・認知症・金銭管理不安」の患者に対し、必ずカンファレンスを招集するなど、医師を含め全職種の共通認識化。

#### 【歯科医師会・歯科衛生士会・あまつなぎ】

- ・歯科衛生士の介入。
- ・血糖値コントロールの補助的役割を歯科が担える。

#### 【薬剤師会】

- ・薬剤師が居宅療養管理指導に入る。
- ・薬を一包化したり、服薬カレンダーで管理。
- ・週 1 製剤や週 1 回トルリシティ注射に変更。

#### 【栄養士会・保健福祉センター】

- ・糖尿病の専門医を受診。
- ・血糖値管理の必要性を本人に理解してもらう 食事管理ができなければ施設へ、施設がいやだったら規則正しい食生活を。

#### 【訪問看護ステーション】

- ・訪問看護が介入する（身体アセスメント、医師との連絡、食事指導、食材購入について助言、合併症について説明・助言）。

#### 【居宅介護支援事業連絡会・ケアマネジャー協会】

- ・元々の生活に関するアセスメントが必要。
- ・「ここで暮らし続けたいなら…」というキーワードで関わる。

#### 【PT・OT・ST】

- ・教育入院して在宅での環境調整 認知症機能の評価もできる。
- ・状態を評価するため、医療職の関わりが必要。
- ・家屋環境、杖の適応を評価し、適切な福祉用具の提案。

#### 【ヘルパー協会】

- ・B さん及び管理人との連携、情報共有をする。
- ・B さんの支援を前提とした暮らしの見直し デイの利用やヘルパーの訪問頻度を増やす。

## 平成 30 年度第 1 回尼崎市地域ケア会議代表者会議 議事まとめ

---

### 【社会福祉協議会】

- ・権利擁護事業の利用を説得する。
- ・Bさんと一緒に集い場などで食事をしてはどうか。

### 【民生委員】

- ・社協や包括支援センターへつなぐ 成年後見制度や社協の金銭管理事業へ。
- ・仕事とボランティアの中間的な立ち位置にある民生委員だからこそ専門職にはできない利用者との関係構築ができる。

### 【地域包括支援センター】

- ・CM が主治医に伝えて専門医につなげてもらう。
- ・認知症の診断に応じて成年後見を勧める。

## 2 各地区で出てきた意見

### 【中央地区】

- ・支援者、関係者間で細かに情報共有（担当者会議等）をおこない、本人の状態の変化等を確認していく。
- ・医療、介護の情報のすり合わせが必要。

### 【小田地区】

- ・喜楽苑定期巡回・随時対応型訪問介護看護（排泄・配膳等で 1 日複数介入可）
- ・地域の薬局による居宅療養管理指導 1 回/W 507 円/回。
- ・まあいい食卓、杭瀬市場（多世代交流の場。70 歳以上の高齢者や子どもは無料）
- ・大隈病院 ～一つの病院で総合的支援～

疾患の見極め（その人の精神疾患は遺伝性のものでは？など）

MSW によるシームレスケア

頭部外傷などのチェック

くまちゃん弁当（本人や HH が受け取りに行く配食サービス）

### 【大庄地区】

- ・SOS を発信できるというストレングスを活かす。

## 平成 30 年度第 1 回尼崎市地域ケア会議代表者会議 議事まとめ

---

### 【立花地区】

- ・独居で身寄りのない方の支援について、包括 C 以外に相談できる機関があるとよい。
- ・町会長や民生委員から困っている人の相談を受けるが、継続的なフォローはできていない。  
ここにこんな人が住んでいるというマップの必要性を感じる。

### 【武庫地区】

- ・ご本人が困っていない。頼りにできる人がいて、気に入る人の話は聞き入れやすいため、アプローチ方法が大事。
- ・武庫地区では訪問診療のできる歯科医師、歯科衛生士も多い。
- ・訪問看護についても月 1 ～ 2 回からでもよいので CM や Dr. から提案いただけたら、話相手にもなりながら介入できる。

### 【園田地区】

- ・園田地区にはサロンが 24 ヶ所、いきいき百歳体操も 24 ヶ所ある。
- ・地域支えあい活動、やまびこ会が発足。
- ・猪名寺、南清水でも 1 h 500 円で支援する支えあいの会が発足している。

## 3 今日の反省会（アドバイザー会議）

### 課題と対応策

#### 1 . ( 全職種 )

- ・独居の方に対して全職種・関係者は「独居でもキーパーソン（相談できる人・金銭管理を任せられる人）を持つこと・伝えること」を、しっかりお願いすること。

#### 2 . ( 医師会・訪問看護から )

- ・「独居・認知症・金銭管理」での対応困難ケースは、まず「関係者カンファレンス」で情報共有と対処策の検討を前提とすること。
- ・特に医療的ケア（糖尿病・褥瘡等）や身体的ケア（リハビリ等）、口腔・栄養的ケアが必要な場合は、訪問看護・訪問リハ・管理栄養士・歯科衛生士を加えるよう常に意識すること。

課題への対処策は、各専門職が知恵を持ち寄る

（例：在宅支援のための啓蒙的要素の強い「単発での訪看・訪リハ・訪問栄養指導・訪問口腔指導」の導入など）

## 平成 30 年度第 1 回尼崎市地域ケア会議代表者会議 議事まとめ

---

### 3 . ( 歯科医師会・歯科衛生士会 )

- ・これまで食べていたものが食べられなくなったら「歯科を強く推奨する」共通認識を持つ。

[ 参考 ] 基本チェックリスト「固いものが食べられなくなった」の伝わりやすい工夫

- ・フランスパンが食べにくくなった、お刺身でもタイよりもマグロを好むようになった。

### 4 . ( ヘルパー協会 )

- ・訪問介護系（ヘルパー）と、医療系訪問サービス（訪看・訪リハ・訪問栄養・訪問歯科）は、互いに遠慮せず、生活支援の現状を伝え助言を確認しあうよう、意識を高めていくこと。

（介護報酬改定：ヘルパーサ責は、利用者の現状を医療系へ報告する義務が課せられた）

- ・特に、ヘルパーは日々の利用者に接する専門職として、特変はケアマネに伝えるように。

### 5 . ( ケアマネ・行政 )

- ・「なぜ、一人暮らしを望むのか」といった「なぜ」を深めるアセスメント力の強化を。

- ・「一人暮らしを望むならば、これだけは意識してほしいこと」の市民啓蒙の研究を。

（日々の生活習慣・通院・服薬、フレイル予防（筋肉・口腔栄養・社会参加））

### 6 . ( 包括 C )

- ・認知症・独居の「金銭管理」を受け付ける窓口や実行部隊といった「器」の拡大検討を。

（成年後見の本人申立て、市長申立てが、約 1 年かかってしまう現状の改善）

あまつなぎ相談からの課題提起あり。医介連携協議会でも議論を進める。

- ・各専門職が持つ「おひとりさまへの対応経験」を、共有する取組

（例）おひとりさま対応の事例集

死後事務委任など既存取組をまとめた「（仮称）おひとりさま・あんしんガイド」？