

高崎市地域ケア会議 報告書

高崎市
福祉部長寿社会課

はじめに

「地域ケア会議」は、平成 27 年 4 月から地域支援事業の包括的支援事業として制度化（介護保険法第 115 条の 48）され、高齢者等が住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を継続することを目指し、高齢者サービス及び地域における多様な社会資源の支援体制を構築することを目的に、主として、5つの機能 ①個別課題解決機能 ②ネットワーク構築機能 ③地域課題発見機能 ④地域づくり・資源開発機能 ⑤政策形成機能を有して開催する会議です。

本市の「地域ケア会議」の構成は、個別ケースの検討を行う「地域ケア個別会議（定期型・随時型）」、概ね日常生活圏域ごとに実施する「地域別課題検討会議」、市全体の課題について検討する「地域ケア推進会議」とし、支援を必要とする市民への包括的、継続的な支援を検討する場として、また、ネットワーク構築を形成する貴重な場として活用されています。

今後さらに高齢者を取り巻く課題が多様化、複雑化するなか、高齢者個人に対する支援の充実、それらを支える社会基盤の整備を推進するため、引き続き多職種の連携や地域住民の協力が必要であることから、令和 2 年度から令和 4 年度の開催状況を報告し、地域課題の把握、関係者間の共有、「地域ケア会議」の機能充実を図っていきたいと考えております。

令和 6 年 3 月 高崎市 福祉部 長寿社会課

～ 目 次 ～

I. 概要	1
1. 地域ケア会議の目的	1
2. 地域ケア会議の構成	2
3. 地域ケア会議の機能	3
II. 実績報告	4
1. 地域ケア個別会議	4
(1) 介護予防のための地域ケア個別会議（定期型）	4
(2) 地域ケア個別会議（随時型）	16
2. 地域別課題検討会議	22
III. 資料	25
1. 高崎市地域ケア会議設置運営要綱	25
2. 用語の解説	27

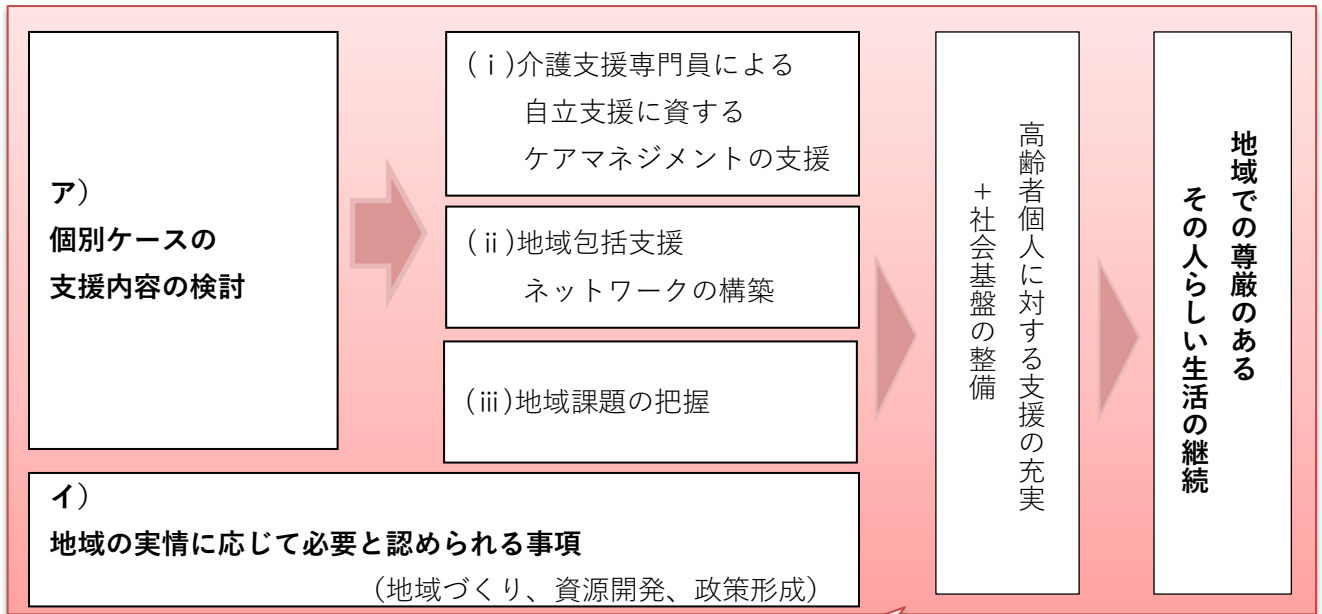
Ⅰ. 概要

1. 地域ケア会議の目的

高齢者等が住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を継続することを目指し、高齢者サービス及び地域における多様な社会資源の支援体制を構築することを目的とする。

地域ケア会議の目的

(一般財団法人長寿社会開発センター「地域ケア会議運営マニュアル」を基に作成)



個別課題の解決とネットワークを連結させて、
地域包括ケアシステムの社会基盤整備を行う
ことを目指している



2. 地域ケア会議の構成

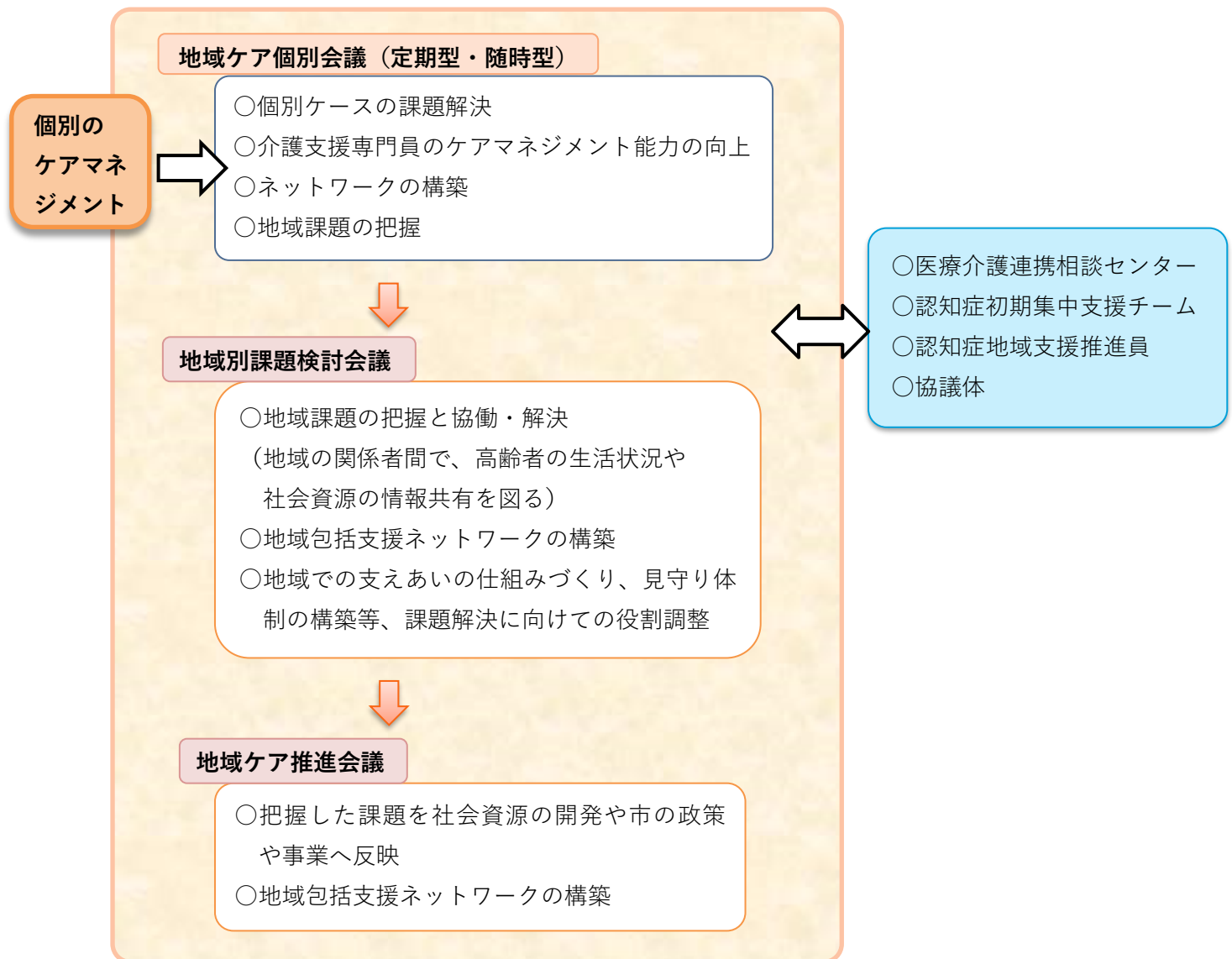
地域ケア会議は、以下の3つの会議を軸として構成する。

個別ケースの検討を行う「地域ケア個別会議（定期型・随時型）」

概ね、日常生活圏域ごとに実施する「地域別課題検討会議」

市全体の課題について検討する「地域ケア推進会議」

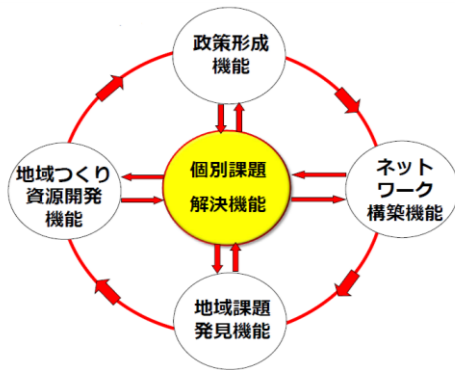
高崎市地域ケア会議イメージ図



3. 地域ケア会議の機能

地域ケア会議は、主に『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』『地域づくり・資源開発機能』『政策形成機能』の5つの機能を有している。

これらの機能は、相互に関係し合い、循環し、すべてが個別課題解決機能につながっていく。



地域ケア会議の持つ機能（一般財団法人長寿社会開発センター「地域ケア会議運営マニュアル」より）

地域ケア会議の主な機能

機能名称	各機能の説明・特徴
個別課題解決機能	<ul style="list-style-type: none"> ○個別ケースについて地域の支援者も含めた多職種が、多角的視点から検討をおこなうことにより、個別課題の解決をおこなう ○課題解決のプロセスを通じて、高齢者あんしんセンターを核とし、介護支援専門員等の実践上の課題解決力向上を図ることで、自立支援に資するケアマネジメント等の質を高める
ネットワーク構築機能	<ul style="list-style-type: none"> ○医療・介護等の多職種や地域の支援者などの相互の連携を高める ○個別課題・地域課題解決のために必要な関係機関等の役割が明らかになる ○同じ目標に向かって協働し成功体験を共有することにより、連携がより深まる ○地域の住民や地区組織も参加することにより、専門職だけでなく、住民同士のネットワークを築くことができる
地域課題発見機能	<ul style="list-style-type: none"> ○同様のニーズを抱えた住民やその予備群を見出し、地域の状況も踏まえて、解決すべき地域の課題・潜在ニーズを明らかにする
地域づくり・資源開発機能	<ul style="list-style-type: none"> ○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、それぞれの役割の理解と役割分担を行い、必要な地域資源を地域で検討、開発する
政策形成機能	<ul style="list-style-type: none"> ○市が中心となり、既存の施策や事業では地域の課題を解決することが困難と考えられる場合に、解決に向けた新たな施策や事業の立案・実施につなげる ○地域課題の解決策を企画・立案し、医療、介護、予防、生活支援、住まいなどの観点から、社会基盤の整備等について、行政計画等に位置付けていく

II. 実績報告

1. 地域ケア個別会議

(1) 介護予防のための地域ケア個別会議（定期型）

ア 概要

個別課題の検討を通し、課題の解決、ネットワーク構築、地域課題の把握を目指す地域ケア個別会議のうち、主に多職種の専門的な助言を得ることで、介護予防に資する支援につなげることを目的として、長寿社会課が主催して行う会議

(ア) 開催頻度

月1回 2時間で2ケースを検討（令和5年度～）

※平成29年10月～令和4年度までは3ケース検討

(イ) 主な参加者

事例提供者（高齢者あんしんセンター、居宅介護支援事業所、サービス提供事業所）、助言者（歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、第1層生活支援コーディネーター等）、事務局（長寿社会課）

(ウ) 専門職依頼先

高崎市歯科医師会、高崎市薬剤師会、群馬県理学療法士協会・作業療法士会・言語聴覚士会連絡協議会、高崎栄養士会

※別途会議開催前に、主治医に対して「地域ケア個別会議事前連絡票」の記入を依頼し、対象者についての意見や助言を得ている。

(エ) 対象事例の選考目安

平成29年度 要支援1、要支援者2、総合事業対象者

平成30年度 上記に加え、福祉用具貸与や住宅改修を伴う事例、筋骨格系疾患等により要介護認定に至った者（「介護予防活動普及展開事業市町村向け手引き」を参考に追加）

令和元年度～ 上記に加え、概ね80歳以下の者、多職種での検討が適切だと判断した事例

イ 実績

(ア) 件数

表 1-1 実施件数

	R2	R3	R4	計
件数	0	6	29	35

(イ) 年齢・性別

表 1-2 年齢・性別の対象者数

	R2	R3	R4	計
～70歳	0	0	2	2
男	0	0	0	0
女	0	0	2	2
71～75歳	0	2	4	6
男	0	0	2	2
女	0	2	2	4
76～80歳	0	1	8	9
男	0	0	3	3
女	0	1	5	6
81～85歳	0	2	9	11
男	0	0	4	4
女	0	2	5	7
86歳～	0	1	6	7
男	0	0	2	2
女	0	1	4	5
計	0	6	29	35

(ウ) 要介護度等

表 1-3 要介護度等別の対象者数

	R2	R3	R4	計
総合事業対象者	0	0	3	3
要支援1	0	3	11	14
要支援2	0	2	14	16
要介護1	0	1	1	2
要介護2	0	0	0	0
要介護3	0	0	0	0
要介護4	0	0	0	0
要介護5	0	0	0	0
更新中	0	0	0	0
計	0	6	29	35

(エ) 疾患等

112 件のうち、疾患系では、筋骨格系疾患が 35 件で最も多く、次いで循環器系疾患が 30 件だった。疾患では、高血圧が 11 件（9.8%）で最も多く、次いで脊柱管狭窄症が 8 件（7.1%）だった。

（図 1-1 及び表 1-4）

図1-1 対象者の疾患系等別の割合

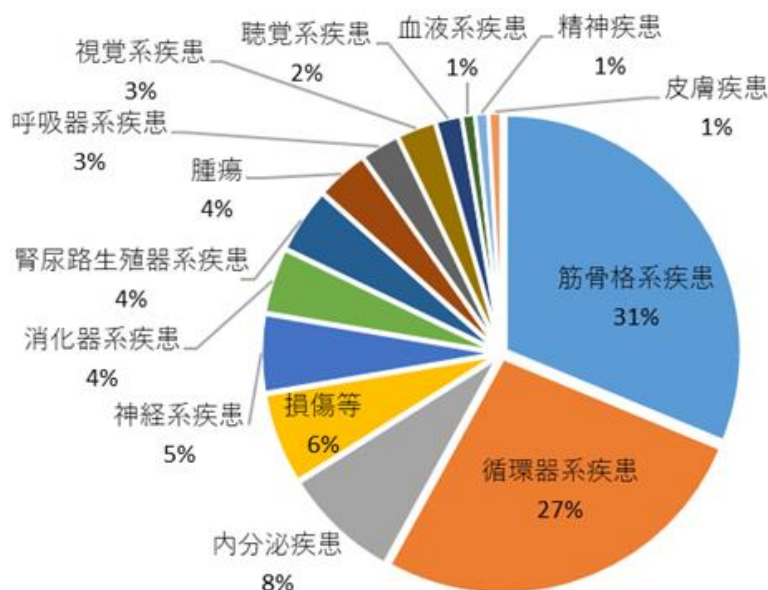


表1-4 対象者の疾患等別数（延べ数）

	R2	R3	R4	計
感染症	0	0	0	0
その他	0	0	0	0
腫瘍	0	1	3	4
がん（悪性リンパ腫含）	0	1	3	4
その他	0	0	0	0
血液系疾患	0	1	0	1
貧血	0	1	0	1
その他	0	0	0	0
内分泌疾患	0	0	9	9
糖尿病	0	0	6	6
甲状腺機能低下症	0	0	1	1
糖尿病性網膜症	0	0	0	0
脂質異常	0	0	2	2
その他	0	0	0	0
精神疾患	0	0	1	1
認知症	0	0	1	1
うつ病	0	0	0	0
その他	0	0	0	0
神経系疾患	0	0	6	6
パーキンソン病	0	0	2	2
不眠症	0	0	0	0
片麻痺	0	0	4	4
その他	0	0	0	0
視覚系疾患	0	0	3	3
白内障	0	0	1	1
黄斑円孔・変性	0	0	1	1
緑内障	0	0	1	1
その他	0	0	0	0
聴覚系疾患	0	1	1	2
めまい	0	1	1	2
その他	0	0	0	0

表1-4 対象者の疾患等別数（延べ数）の続き

	R2	R3	R4	計
循環器系疾患	0	4	26	30
高血圧	0	3	8	11
脳梗塞	0	0	4	4
脳動脈瘤	0	1	0	1
狭心症	0	0	3	3
心筋梗塞	0	0	2	2
虚血性心疾患	0	0	1	1
心房細動	0	0	1	1
不整脈	0	0	0	0
心不全	0	0	4	4
脳梗塞後遺症	0	0	2	2
急性動脈閉塞症	0	0	1	1
その他	0	0	0	0
呼吸器系疾患	0	1	2	3
副鼻腔炎	0	1	0	1
慢性閉塞性肺疾患	0	0	0	0
気管支喘息	0	0	1	1
間質性肺炎	0	0	1	1
その他	0	0	0	0
消化器系疾患	0	0	5	5
胃	0	0	1	1
腸	0	0	0	0
肝	0	0	2	2
膵	0	0	1	1
その他	0	0	1	1
皮膚疾患	0	0	1	1
強皮症	0	0	1	1
その他	0	0	0	0
筋骨格系疾患	0	7	28	35
関節リウマチ	0	0	1	1
股関節症	0	0	1	1
変形性膝関節症	0	2	5	7
腰椎すべり症	0	1	0	1
変形性脊椎症	0	0	2	2
脊柱管狭窄症	0	2	6	8
坐骨神経痛	0	0	4	4
腰痛症	0	2	2	4
骨粗鬆症	0	0	7	7
その他	0	0	0	0
腎尿路生殖器系疾患	0	0	5	5
前立腺肥大	0	0	2	2
腎機能低下	0	0	2	2
その他	0	0	1	1
染色体異常等	0	0	0	0
その他	0	0	0	0
損傷等	0	1	6	7
圧迫骨折	0	1	4	5
外傷骨折	0	0	2	2
その他	0	0	0	0
計	0	16	96	112

(オ) サービス利用状況

表1-5 対象者のサービス利用状況(延べ数)

	R2	R3	R4	計
福祉用具貸与	0	3	16	19
通所型サービス	0	2	10	12
訪問型サービス	0	1	7	8
通所リハビリテーション	0	0	5	5
住宅改修	0	0	0	0
訪問看護	0	1	3	4
訪問リハビリテーション	0	0	0	0
配食サービス(※)	0	1	1	2
訪問指導事業(※)	0	1	0	1
特定福祉用具購入	0	0	0	0
ショートステイ	0	0	0	0
計	0	9	42	51

※…高崎市独自サービス

(カ) 助言者

表1-6 職種別の助言者数

	R2	R3	R4	計
医師	0	0	0	0
歯科医師	0	3	11	14
薬剤師	0	9	51	60
理学療法士	0	3	9	12
作業療法士	0	0	2	2
栄養士	0	3	11	14
第1層生活支援コーディネーター	0	6	22	28
計	0	24	106	130

(キ) 事例提供者

表1-7 所属別の事例提供者数

	R2	R3	R4	計
高齢者あんしんセンター	0	1	11	12
居宅介護支援事業所	0	5	18	23
計	0	6	29	35

(ク) サービス提供事業者の参加状況

表1-8 サービス提供事業種別の会議参加者数

	R2	R3	R4	計
福祉用具貸与	0	3	14	17
通所型サービス	0	1	7	8
通所リハビリテーション	0	0	4	4
訪問型サービス	0	1	5	6
計	0	5	30	35

(ケ) 見学者

表1-9 職種別の見学者数

	R2	R3	R4	計
医師	0	0	0	0
薬剤師	0	0	16	16
リハビリテーション専門職（PT・OT）	0	0	2	2
栄養士	0	4	24	28
高齢者あんしんセンター	0	0	7	7
介護支援専門員（ケアマネジャー）	0	0	2	2
サービス提供事業所	0	0	0	0
医療介護連携相談センター	0	0	0	0
群馬県長寿社会づくり推進課	0	0	0	0
県アドバイザー	0	0	0	0
他市町村職員	0	0	3	3
他市町村地域包括支援センター職員	0	0	0	0
高崎市他課職員	0	2	1	3
第1層生活支援コーディネーター	0	0	0	0
学生	0	0	2	2
計	0	6	57	63

(コ) 専門職の助言

会議において提供された主な助言について、内容別の件数と要旨を、助言者の職種ごとに以下に示す。(表1-10～表1-19) なお、ここに掲載する助言は、対象事例に即して、専門職から事例提供者へ向けられた発言の要旨であり、その内容は、すべての場合に当てはまるものではないことに注意されたい。

また、本報告書では、会議の出席者から提供された助言のみを掲載することとし、「地域ケア個別会議事前連絡票」を通じて主治医から提供された助言については、掲載していない。

表1-10 歯科医師の主な助言（件数）

	R2	R3	R4	計
義歯の手入れ	0	0	2	2
口腔機能の向上指導	0	0	2	2
口腔状態の確認	0	3	0	3
受診の勧奨	0	1	6	7
生活上の注意	0	0	1	1
対象者にあった手入れ方法の提案	0	1	6	7
定期受診の継続	0	1	6	7
訪問歯科診療の勧奨	0	0	2	2
むせの対応	0	0	4	4
歯と歯科治療の兼ね合い	0	0	1	1
計	0	6	30	36

表1-11 歯科医師の主な助言（要旨）

義歯の手入れ
義歯洗浄剤を使用するなど、メンテナンスが必要
予備の入れ歯もあるとよい
口腔機能の向上指導
嚥下機能の評価をしてもらうとよい
口腔内の筋力低下を防ぐためには、ブクブクうがいのトレーナーを行う
しっかり噛んで咀嚼筋を鍛える
口腔状態の確認
糖尿病になり歯周病が進行すると噛み合わせも悪くなるため、歯科医師に確認してもらう
手に麻痺があると磨き残しが出やすい
受診の勧奨
歯磨き指導を受けるための受診をする
口内炎が頻繁に出来る場合は受診をする
生活上の注意
煙草を吸っていると歯周病が進行しやすいので注意が必要
対象者にあった手入れ方法の提案
歯周病の診断を受けている方は、残存歯と入れ歯の境の清掃に注意する
入れ歯は合っているか、時々歯科医師に確認をしてもらうとよい
部分入れ歯には部分入れ歯用の洗浄剤を使用する
腕に麻痺がある方は、電動歯ブラシの使用もよい
定期受診の継続
インプラントが入っている場合は、必ず定期受診を継続する
主治医（かかりつけ医）を持ち、指示された間隔で定期受診をする
訪問歯科診療の勧奨
受診が難しい場合は、訪問歯科診療を利用する
訪問歯科診療を利用し、歯科衛生士から歯磨きの仕方や口腔リハビリの指導を受ける
義歯の手入れ
歯磨き粉は義歯を傷つけるため、使用しない。義歯洗浄剤を使用するとよい
むせの対応
とろみをつけた食事をとる
むせ等、飲み込み機能が低下すると誤嚥性肺炎を起こしやすくなる
薬と歯科治療の兼ね合い
骨粗しょう症の薬を飲んでいると抜歯できないことがある

表1-12 薬剤師の主な助言（件数）

	R2	R3	R4	計
疾患・薬に関する生活上の注意	0	2	11	13
服薬状況・量の確認	0	2	10	12
副作用の可能性	0	2	1	3
薬局の活用	0	0	6	6
医師との連携	0	0	1	1
お薬手帳の活用	0	0	1	1
訪問指導事業の検討	0	0	1	1
計	0	6	31	37

表 1-13 薬剤師の主な助言（要旨）

疾患・薬に関する生活上の注意	
ワーファリンを服薬している場合は、ビタミンKを多く含む食品は効果を下げるので注意する	
粉薬が服薬しづらければ錠剤に変えてもらう	
食事量が少なく排出されるものも少ないと考えられるが、生活リズムを整えると改善される可能性がある	
夜間眠れないだけで睡眠剤を使わず、昼間の過ごし方を調整する	
糖尿病、脂質の薬は運動や栄養と関連しているため、食事内容を改善すれば減薬の可能性もある	
アムロジピンはグレープフルーツだけでなく、柑橘類全般に注意が必要	
透析をしている場合は、フルーツの食べ過ぎに注意する（カリウムが多いため）	
生活の質の向上にはペインコントロールが必要	
服薬状況・量の確認	
飲み忘れを防ぐ工夫をする（家族の協力、お薬カレンダー利用）	
症状が続く時は、市販の胃薬や痛み止めを服用するより受診がよい	
水分摂取が少ないと副作用が強くなる可能性がある	
薬を口の中でのけるタイプに変えるなどし、服薬のストレスを軽減する	
骨粗しょう症や脳梗塞再発予防の薬を服薬していると抜歯ができないことがある	
味覚障害は血液検査を行い、亜鉛欠乏との診断が出れば処方により改善できる	
副作用の可能性	
ふらつきが発生する薬（ワーファリン、ロラゼパム、タリージュ等）は転倒に注意が必要	
喘息は内服薬より吸引の方が副作用は出にくい	
ロキソプロフェンは継続的に服薬すると胃に負担が生じる	
利尿剤で脱水傾向になる場合もある	
ステロイドを処方されている場合は、定期的に血液検査を受ける	
薬局の活用	
飲み忘れがないように薬局で一包装してもらい、服薬日や薬の名前も印刷してもらいとよい	
複数の医療機関から処方を受けている場合、重複があれば薬剤師から医師に相談できる	
医師との連携	
粉薬が服薬しづらければ、錠剤に処方を変更できるか確認できる（その逆も可能）	
意識が高い方なら専門職からの指導が効果的である	
お薬手帳の活用	
複数の医療機関から処方を受けている場合、お薬手帳を利用し管理をする	
訪問指導事業の検討	

表 1-14 理学療法士・作業療法士の主な助言（件数）

	R2	R3	R4	計
運動機能の評価	0	3	4	7
運動方法の指導	0	1	11	12
住宅改修の有無の確認	0	1	0	1
生活上の工夫	0	0	8	8
精神状態の確認	0	0	1	1
装具の種類・使い方	0	0	3	3
体重増加・食事内容の向上指導	0	1	1	2
訪問指導事業の検討	0	0	1	1
計	0	6	29	35

表 1-15 理学療法士・作業療法士の主な助言（要旨）

運動機能の評価	
短期的に数か月間、デイケアなどの利用を提案し、姿勢や動きを集中的にみてもらう	
動作を再確認し、筋力低下を防ぐためにデイケアや自宅のできる運動をする	
自主トレを自分で行っているが実施状況、正しくできているのかチェックを行ってもらう	
短時間の通所リハや訪問リハを活用し、専門職によるアドバイスを受けながら疾患に合わせた運動をする	
定期的に受診をして状況を見てもらうとよい	
運動方法の指導	
長い距離だと痛みが出てしまうので、短い距離で痛みやしびれが出ない範囲で歩く	
杖よりも歩行器を適切に使えば、痛みも軽減するのではないか	
デイサービスの運動を家でもやるとよい	
姿勢を崩さないためにお尻の筋肉をつける運動をするとよい	
膝の痛みのための運動を毎日継続すれば痛みの改善につながる	
歩数計などをつけて散歩をし、具体的に何歩歩いたかチェックをする	
通所リハビリで行っている体操を確認し、本人がやりやすいものを実践していくとよい	
住宅改修の有無の確認	
手垢のついている所を確認し、必要に応じて手すりの設置を検討する	
生活上の工夫	
物の配置を工夫し、食事を運ぶときにカートを利用する	
ほぐしたり、ストレッチしたりして気を紛らわす	
浴槽の中に浴槽台を沈めて腰への負担を減らすとよい	
腰痛については、楽な姿勢や痛みが緩和する姿勢を見つけておくと安心につながる	
訪問リハ等を利用して自宅入浴の指導を受けるのもよい	
精神状態の確認	
健康に関する切り口を見つけて受診につなげ、前向きな気持ちを引き出したい	
装具の種類・使い方	
腰のベルトや膝のサポーターの利用を試みる	
日中は、ベルト式のコルセットを着用する	
体重増加・食事内容の向上指導	
筋トレ後 30 分以内に間食できると吸収がよい	
たんぱく質の摂取量が少ないので、食事内容を見直して体づくりをするとよい	
訪問指導事業の検討	

表 1-16 栄養士の主な助言（件数）

	R 2	R3	R4	計
摂取状況の確認	0	1	5	6
摂取内容の工夫	0	4	17	21
調理の工夫	0	1	5	6
専門職との連携	0	0	2	2
生活上の注意	0	0	1	1
興味関心チェックシートの活用	0	0	1	1
訪問指導事業の検討	0	0	1	1
計	0	6	32	38

表1-17 栄養士の主な助言（要旨）

摂取状況の確認	
3食きちんと食べる事は大切	
食事量を定期的に確認する	
既往等により一度に食べられる量が少ない場合は、分割食にするとよい	
摂取内容の工夫	
筋力を落とさないためには、たんぱく質を摂取する	
カルシウムを摂取するには牛乳、チーズ、ヨーグルトを取り入れる	
色の濃い野菜（小松菜のような緑黄色野菜）を選んで摂取するとよい	
便秘の改善には水分摂取、根菜をよく食べるとよい	
冷凍野菜を上手に取り入れる	
厚生省「e-ヘルスネット」は献立を考える参考になる	
コレステロール値を下げるには魚を食べるとよい	
経腸栄養剤（エンシュア等）を活用する	
調理の工夫	
義歯で肉が食べにくい場合、ひき肉のハンバーグや魚をすり身にするなど、たんぱく質の摂取量を増やす	
調理時間を減らすにはレンジを上手に利用する	
調理の下準備として、だしを取るなどすると減塩につながる	
嚥下状況に応じてだが、食べやすいようにとろみをつける	
専門職との連携	
糖尿病について、医師からきちんと指導を受け今後の生活に活かす	
プロテインやたんぱく質の取りすぎで腎機能が悪化する人もいますので、医師に確認する事が必要	
糖尿病は食事内容の確認が大切なので、栄養士から指導を受けるとよい	
生活上の注意	
移動スーパーを利用し食材を購入する	
太陽光を浴びるとビタミンDが作られるので、外出は有効である	
興味関心チェックシートの活用	
興味関心チェックシートを活用することにより、その人にあったアドバイスができる	
訪問指導事業の検討	

表1-18 第1層生活支援コーディネーターの主な助言（件数）

	R2	R3	R4	計
インフォーマルサービスの案内	0	3	17	20
本人が役割を持つための情報提供	0	3	11	14
訪問指導事業の検討	0	0	1	1
計	0	6	29	35

表1-19 第1層生活支援コーディネーターの主な助言（要旨）

インフォーマルサービスの案内
福祉有償運送やぐるりんタクシー等を利用し、通いの場等に出かけられるとよい
傾聴ボランティアの利用やトラベルヘルパーを利用して外出する
庭先の移動販売に行くことで、外に出るきっかけが作れないか
地域の見守りも兼ねた散歩活動とつながれば、地域と交流できるのでよい
配食サービス利用で人との交流・見守りにつながる
協議体の見守り隊や地域の居場所と連携できるとよい
男性向けの料理教室など公民館行事に参加し、つながりや接点ができるとよい
家庭菜園を手伝ってくれるサポーターをみつけて、家庭菜園がプチ居場所になるとよい
ドクターかふえは地域の医師が来て話を聞いてくれるので、今後のことについて相談するとよい
本人が役割を持つための情報提供
やりがいのあるボランティアを見つけて継続的に活動すると、出かけるきっかけにもなる
地域の人に庭をみてもらうことで役に立っていることを実感し、社会との接点を作れるとよい
趣味の和裁・洋裁で簡単なものを自作し、デイケアのときに渡せるとよいのではないか
同じ趣味の人たちで集まる機会に参加して、元気なうちに外との関わりを作れるとよい
自宅に来た人と立ち話ができるような環境づくりをしてみてもどうか
本人が描いた絵本や絵を置いてもらうなど、子ども食堂との連携ができたらよい
図書ボランティアなどの活動を通じて、自身に役割ができるとよい
趣味のカメラを活かして、地域のカフェに撮った写真を置いてもらう
訪問指導事業の検討

(サ) アンケート結果

出席者が地域ケア会議終了後に記入したアンケートにおいて、「会議全般に対する意見・感想（自由記載）」欄に寄せられた主な意見を示す。（表1-20～表1-22）

表1-20 事例提供者の主な意見

高齢者あんしんセンター
自身のアセスメント不足を知るきっかけになったのと同時に、利用者への提案事項を得ることができた
自宅で出来ること、地域とのつながり、視点も入れて支援します
各職種の視点が異なるため、非常に有益な情報を得られることができた
将来を見据えて、今必要な事が整理できました
大変勉強になり、自身のケースでも話がしたいと思いました
居宅介護支援事業所
今までなかった視点やインフォーマルサービスについて知る事ができて、とても勉強になりました
多職種の方の意見を聞く事で、色々な考えがあることがわかり参考になりました
的確にアドバイスをしてくれるので、利用者様本人に訪問時に伝えて行き支援していこうと思いました
色々な工夫をしながら家事をこなしているの、家事負担軽減の提案ができればと思います
視野を広く持ち社会資源を活かしながら支援するのを感じました
サービス事業提供者
利用者の状態や身体上等の課題がわかり、今後気を付けて観察する点に気がつけました
別のアプローチからの意見や考えを聞くことで、対象者のより良い生活につながればと思いました
生活におけるヒントやより良くする方法が分かりました
自分の知らない分野や知識を知ること、支援の幅が広がると感じました
薬や栄養の視点は普段触れられないことなので、参考になりました

表1-21 助言者の主な意見

歯科医師
久しぶりに他職種の方々と話し合うことができ、勉強になりました
他の職種の方の意見が聞けて勉強になりました
薬剤師
自分の視点が狭くなっていると実感することができました
多職種が集まり意見を交わすことが、とても良い方向に力が働くことになると実感した
職域によるアプローチの違いに気づき、改めて視点の広がる会議でした
理学療法士
第1層生活支援コーディネーターの話を伺い、大変参考になりました
課題が複数あり難渋するケースは、多職種の関わりが重要だと再認識した
他職種からの意見を聞けることで、新しい知識を得ることができた
作業療法士
資料の読み込みの時間がもう少しあるとよい。主治医も出席できれば望ましいと思いました
大変参考になる会議となり、今後の支援に活かしていきたいと思います
栄養士
大事なものなので、ぜひ続けていただきたいです
活発な意見がかわされて、非常に有効だったと思います
良いアドバイスやヒントを共有でき、今後の自分の仕事に活かしていけると感じた
第1層生活支援コーディネーター
他職種の方の意見を伺うことができ、とても学びになりました
助言者同士 意見交換ができる時間があると良いと感じます

表1-22 見学者の主な意見

他市町村地域包括支援センター
本市にない点を勉強させていただきました。市民に還元できる会議作りをしていきたいと思います
なごやかな雰囲気での意見交換が活発でした。ケアマネジャーの傍聴が多いとよいと感じました
高齢者あんしんセンター
介護予防サービス支援計画書を作成するにあたり、適切な意見・助言等ができると感じました
ご本人への多面的なアプローチにつながるため、今後の支援に役立つ貴重な機会だと思う
薬剤師
多職種連携ができ、とても有意義のある会議だと思います
根本として、利用者との関係作りが大切だと感じた
本人の意向によって、周辺でできることは変わってくると感じた
理学療法士
地域をより良くしようとする熱意が感じられ、刺激をもらいました
多職種からの情報を多面的に得ることができ、類似ケースに対して参考になりました
作業療法士
生活支援コーディネーターによる、地域資源の活用の話がとても印象に残りました
栄養士からの具体的な助言（タンパク質摂取量など）が参考になりました
多面的な視点でのコメントから非常に勉強になりました
栄養士
様々な方面（職種）から対象者を見ることで、よりよい自立支援につながるがよくわかりました
専門職間で双方向の意見交換ができると、もう少し情報が整理できると感じました
食事指導を受けた事があるかどうか、そこではどんなことを言われたのかがわかると助言がしやすい
資料の中で、血糖値やアルブミン値などの検査データがあると更によいと思いました

(2) 地域ケア個別会議（随時型）

ア 概要

個別課題の検討を通し、課題の解決、ネットワーク構築、地域課題の把握を目指す地域ケア個別会議のうち、主に個別ケースの課題解決を目的として、高齢者あんしんセンターが主催して行う会議

(ア) 開催頻度

随時

(イ) 主な参加者

事例提供者（高齢者あんしんセンター、居宅介護支援事業所）、本人、家族、地域の関係者（区長、民生委員、近隣住民等）、長寿社会課

イ 実績

(ア) 件数

表 1-23 実施件数

	R2	R3	R4	計
件数	20	9	17	46

(イ) 疾患等

57名のうち、認知症（疑いを含む）が28名（49.1%）と最も多く、次いで精神・統合失調症（疑いを含む）が11名（19.3%）だった。（表1-24）

表 1-24 対象者の疾患等別数（延べ数）

		R2	R3	R4	計
腫瘍	がん（悪性リンパ腫含む）	0	0	1	1
内分泌疾患	糖尿病	1	0	0	1
精神疾患	認知症（疑いを含む）	13	6	9	28
	知的障害	0	0	0	0
	アルコール中毒	0	0	0	0
	精神・統合失調症（疑いを含む）	5	2	4	11
神経系疾患	身体障害・難病	0	0	0	0
視覚系疾患	黄斑円孔	0	0	1	1
	弱視・視力低下	3	2	3	8
聴覚系疾患	難聴	2	1	0	3
循環器疾患	心疾患	2	0	0	2
	脳血管疾患	0	0	0	0
筋骨格系疾患	筋骨格系疾患	1	1	1	3
	偏った性格・拒否的な性格	0	0	1	1
計		27	12	20	59

(ウ) 世帯の状況

単身世帯が 38 名 (82.6%) と最も多く、次いでひとり親と子から成る世帯が 4 名 (8.6%) だった。(表 1-25)

表 1-25 世帯の状況別の対象者数

	R2	R3	R4	計
単身世帯	15	8	15	38
夫婦のみの世帯	2	0	0	2
夫婦と子から成る世帯	1	1	0	2
ひとり親と子から成る世帯	2	0	2	4
3世代世帯	0	0	0	0
その他の世帯	0	0	0	0
計	20	9	17	46

(エ) 家族の支援者の続柄

家族の支援者は、「子」が 15 名 (32.6%) と最も多く、次いで「兄弟姉妹」が 11 名 (23.9%) だった。(表 1-26)

表 1-26 続柄別の家族の支援者数

	R2	R3	R4	計
配偶者	3	0	0	3
子	6	3	6	15
子の配偶者	1	0	0	1
父母	1	0	0	1
配偶者の父母	0	0	0	0
孫	1	0	0	1
兄弟姉妹	2	2	7	11
甥姪	1	3	3	7
他の親族	2	0	0	2
その他	0	0	0	0
いない・不明	3	1	1	5
計	20	9	17	46

(オ) 支援者（家族・親族）の状況

「関係が希薄」が 17 名 (41.5%)、「病気、高齢」が 9 名 (21.9%)、「遠方在住」が 6 名 (14.6%) の順が多かった。(表 1-27)

表 1-27 支援者（家族・親族）の状況（家族支援者がいない・不明除く）

	R2	R3	R4	計
関係が希薄	9	2	6	17
病気、高齢	3	1	5	9
遠方在住	2	2	2	6
被害妄想対象	1	1	1	3
その他	2	2	2	6
計	17	8	16	41

(カ) 検討依頼者

高齢者あんしんセンターが 36 名（78.2%）、介護支援専門員が 6 名（13.0%）の順が多かった。（表 1-28）

本人は、認知症や精神疾患を抱えていることが多く、支援を求めることが難しい（「(イ)疾患等」参照）。検討依頼者の 8 割近くを高齢者あんしんセンターが占めておりが占めており、実態把握等の業務中の地域住民とのつながりの中から、支援につながっていることが読み取れる。

表 1-28 検討依頼者数

	R2	R3	R4	計
介護支援専門員	5	1	0	6
近隣住民	0	0	1	1
民生委員	1	0	0	1
高齢者あんしんセンター	13	7	16	36
本人	0	0	0	0
家族・親族	1	1	0	2
区長	0	0	0	0
計	20	9	17	46

(キ) 問題となっていること

「判断力低下、契約等の手続き、治療方針が決まらない」が 28 件（23.9%）と最も多く、次いで「本人が支援に拒否的」が 22 件（18.8%）だった。（表 1-29）

民生委員を中心に、日頃の気付きや見守り、気かけ合いを地域で行えていても、緊急時の支援には不安が残るという状況が多いことが窺える。また、本人が支援に拒否的である場合に、見守りや連携の方法について情報を共有し検討する場として、地域ケア会議が必要とされていると考えられる。

表 1-29 問題となっていること（延べ数）

	R2	R3	R4	計
緊急時の支援対応、連絡体制	7	1	5	13
本人が支援に拒否的	13	3	6	22
判断力低下、契約等の手続き、治療方針が決まらない	13	5	10	28
サービスにつながらない	5	3	4	12
近隣への迷惑行為、住民の不安	5	5	6	16
サービス利用日以外の安否不明	1	1	1	3
経済的問題	2	0	1	3
金銭管理ができない	4	3	3	10
介護保険等の制度の不理解等による支援者との相違	0	0	0	0
日常的な生活に不都合がある	0	1	1	2
徘徊	3	2	1	6
問題を抱える家族が本人の支援を妨げる	1	0	1	2
サービス終了後の支援	0	0	0	0
事業所への迷惑行為	0	0	0	0
計	54	24	39	117

(ク) 参加者

事例提供者である高齢者あんしんセンター及び居宅介護支援事業所（介護支援専門員）並びに長寿社会課を除くと、家族・親戚が46名、民生委員が45名、地域住民37名、サービス提供事業所が36名の順で多かった。本人は5名だった。（表1-30）

会議で決めた支援内容は、本人や家族の生活に大きく関わるため、原則として、本人や家族が会議に参加する。不参加の場合には、電話等で家族に会議の内容を伝え、認識の一致を図っている。民生委員や地域住民、区長が多く参加していることは、見守り等インフォーマルな支援について検討することを可能にし、地域の連携や支え合いの強化につながっていると考えられる。また、警察官が参加した会議では、地域住民が躊躇しがちな自傷他害の危険性に関する通報等について、警察官から直に話を聞くことで、参加者の意識が高まる効果があったと考えられる。

表1-30 参加者数

	R2	R3	R4	計
高齢者あんしんセンター	51	21	40	112
長寿社会課	32	10	17	59
サービス提供事業所	13	8	15	36
家族・親戚	22	10	14	46
民生委員	20	9	16	45
介護支援専門員	10	0	7	17
地域住民	11	9	17	37
区長	10	7	7	24
市役所内関係課	14	7	13	34
医療介護連携相談センター	0	0	1	1
社会福祉協議会	7	3	4	14
本人	3	0	2	5
サポーター（介護予防・オレンジ・地域支え合い）	4	2	11	17
看護師	0	0	1	1
警察	5	2	4	11
理学療法士	0	0	0	0
認知症初期集中支援チーム	0	0	3	3
弁護士	1	0	0	1
主治医	0	0	0	0
配食サービス	0	0	0	0
銀行員	0	0	0	0
その他	9	2	2	13
計	212	90	174	476

(ケ) 会議で決まったこと

「支援者・関係者の役割確認」が24件と最も多く、次いで「支援者・関係者の連携方法」が13件だった。(表1-31)

地域でできる見守りでは対処できない事態が起きた際の対応方法等について情報共有し、地域の人を含めた支援者・関係者の役割を確認することや、独居・日中独居の本人の生活に家族が不安を抱える場合や本人と家族との関わりが希薄になっている場合に、支援者・関係者の連携方法を明確にすることで、本人が住み慣れた地域で暮らし続けるために必要な支援の在り方が決められた。

会議において、自宅に住み続けたい思いを本人や家族から直接聞くことで、地域住民の支え合いの意識が強まり、地域の互助力の強化につながる効果が見られた。また、多様な参加者による本人への支援が検討される場を経験したことで、家族が、家族だからこそできる支援を意識して本人に関わるようになり、家族の自助力が高められる効果もあったと考えられる。

表1-31 会議で決まったこと

	R2	R3	R4	計
支援者・関係者の役割確認	13	4	7	24
支援者・関係者の連携方法	5	3	5	13
新たなインフォーマルサービスの創出（見守り体制等）	4	1	0	5
既存のインフォーマルサービスの活用	2	0	4	6
支援者間の連絡表作成	2	0	1	3
市役所内関係課との調整・関係機関との連携	2	1	1	4
既存のフォーマルサービスの活用	6	0	3	9
アドバンスケアプランニングについての合意	1	0	0	1
計	35	9	21	65

(コ) 今後も検討が必要なこと

会議終了後に高齢者あんしんセンターと長寿社会課とが実施する振り返りにおいて、対象事例の本人・家族・環境の課題とその原因に対して出された意見のうち、地域課題の発見や地域づくり・資源の開発に関して、今後も検討が必要なことについての主な意見を示す。(表1-32)

表1-32 今後も検討が必要なこと

地域での認知症の人への対応や近隣等から情報が入ったときの連絡体制について
現状より判断能力や病状が悪化し、在宅生活が困難になった場合に対応について
金銭管理方法について関係者間で話し合いが必要
支援者とあんしんセンターが連絡を取り合える関係性の構築について
本人が納得する服薬管理をどのようにしていくか
介護保険サービスの導入にあわせて、運転免許返納や車の処分も検討

(サ) 会議で出た地域についての情報や意見

会議において参加者から出された意見のうち、対象事例と共通するニーズの存在や関連する問題等、地域についての主な意見を示す。(表1-33)

表1-33 会議で出た地域についての情報や意見

マンション等の集合住宅は状況の把握が難しく、安否確認が困難な方もいる
地域の活動に参加していない場合、友人や知人が少ないため孤立しやすい
オレンジサポーターの見守りがあると安心できるため、人数を増やす取り組みが必要
災害時の様援護者への対応について、区長会で検討する意向がある
地域内に独居高齢者が増え、見守りや助け合いを行う仕組み作りが必要
地域の支援があれば、末永く地域で暮らしていけるという啓発活動が必要

(シ) モニタリング結果

会議において決めた本人の支援に係る関係者の役割が、地域生活の中で適切に機能しているかを、会議で決めた時期に確認した主な結果を示す。(表1-34)

モニタリングによって明らかになった改善点は、本人及び支援者の状況を考慮の上、高齢者あんしんセンター、担当ケアマネジャー等により適切な支援につなげている。

表1-34 モニタリング結果

配食時の安否確認や近隣住民の見守り体制により、地域での生活が継続できている
区長・民生委員・あんしんセンターにて安否確認を継続し、情報共有もできている
社協とケアマネジャーが訪問し、日常生活支援自立事業での支援を開始した
家族や地域住民等の連絡名簿を作成し、関係者間での情報共有ができるようになった
地域住民が本人を見かけた時は、声かけや見守りを実施することとなった
在宅生活では危険性が高いため、認知症初期集中支援チームの介入により老健入所となった

2. 地域別課題検討会議

ア 概要

地域ケア個別会議等から把握した地域課題の検討を通し、地域づくり・社会資源の開発を目指し、高齢者あんしんセンターと長寿社会課とが共催して行う会議

(ア) 開催頻度

随時

(イ) 主な参加者

高齢者あんしんセンターと長寿社会課との協議により、会議の目的や検討内容に応じて、会議に必要な参加者を選定

イ 実績

(ア) 件数

表 2-1 実施件数

	R2	R3	R4	計
件数	0	2	2	4

(イ) テーマ

表 2-2 会議のテーマ

年度	高齢者あんしんセンター	テーマ
R3	くろさわ岩鼻	孤独死をなくすために
	ルネス二之沢	介護保険サービス外の時間を支えるために、関係者間で情報共有ができる仕組み作りを考える
R4	はるな	はるな地域の住民が、住みなれた地域で安心して豊かに自分らしく暮らしていただけるために（80・50問題、多問題家族）
	希望館	浜尻地域の住民が、住みなれた地域で安心して豊かに自分らしく暮らしていただけるために（フレイルと低栄養予防）

(ウ) 参加者

表2-3 参加者数

	R2	R3	R4	計
高齢者あんしんセンター	0	7	8	15
長寿社会課	0	5	3	8
サービス提供事業所	0	9	3	12
家族・親戚	0	0	0	0
民生委員	0	4	3	7
介護支援専門員	0	3	1	4
地域住民	0	7	3	10
区長	0	3	1	4
市役所内関係課	0	3	4	7
第一層生活支援コーディネーター	0	0	1	1
医療介護連携相談センター	0	3	0	3
社会福祉協議会	0	1	3	4
本人	0	0	0	0
サポーター（介護予防・オレンジ・地域支え合い）	0	0	1	1
看護師	0	0	0	0
警察	0	2	0	2
理学療法士	0	0	1	1
認知症初期集中支援チーム	0	0	0	0
弁護士	0	0	0	0
主治医	0	0	0	0
配食サービス	0	0	0	0
銀行員	0	0	0	0
その他	0	0	1	1
計	0	47	33	80

(エ) 会議内容の概要

令和3・4年度に開催した会議について、内容の概要を以下に示す。(表2-4～表2-7)

表2-4 会議内容の概要（テーマ：孤独死をなくすために）

問題となっていること
団地内で孤独死が数件発生したが、孤独死をなくすために何ができるのか
会議で決まったこと
地域での見守りや声掛けを継続して行い、早期の気づきにつなげていく
今後も情報交換会等を開催し、地域住民や多職種で状況を共有し周知していく
地域でできないことは行政へお願いする
今後も検討が必要なこと
経済的に電話を持っていない人への対応を検討してほしい
会議で出た地域についての情報や意見
これまで通り声掛けや見守りを地域で行い、地域住民の状態の変化に気づく
安心見守りシステム設置に向けて、団地や各地域でデモ講習を開催する
団地内にはチラシをポスティングする
あんしんセンターが個別訪問し、「安心連絡メモ」にて緊急連絡先を把握する

表 2-5 会議内容の概要（テーマ：関係者間で情報共有ができる仕組み作りを考える）

問題となっていること
地域住民に迷惑行為を繰り返し、地域から孤立状態となっている人がいる
会議で決まったこと
被害妄想については、否定も肯定もせず傾聴する
一人の人として尊重し、訴えを受け入れるのではなく受け止める姿勢で対応する
お互いが力を合わせ、できる人ができることからお手伝いをしていく
小さな変化に気づいた場合は、高齢者あんしんセンターに連絡する
今後も検討が必要なこと
警察署や消防署員にあんしんセンターの役割を知ってもらい、情報共有できる体制を進める
会議で出た地域についての情報や意見
支え合い活動について勉強会を開催し、支え合いサポーターの募集を行う
認知症サポーター養成講座を開催し、認知症の理解を深めオレンジサポーターを養成する
あんしんセンターの周知をし、情報共有していく体制作りをする

表 2-6 会議内容の概要（テーマ：80・50問題、多問題家族）

問題となっていること
要介護状態や認知症、経済的困窮や虐待等、複合的な課題を抱えている世帯が増えてきている
対象者や家族とコミュニケーションがとれず、かつ拒否的な姿勢もあるため、支援が難しい
40～50歳代の生活困窮者を、就労支援等の窓口に結びつけることが難しい
会議で決まったこと
各関係機関が、多職種の役割や連携方法について学び理解する
複合的な課題については、各機関がそれぞれの役割を持ち、包括的支援を図っていく
今後も検討が必要なこと
緊急性がないケース等においても、包括的なサポート体制を整えられるようにしていく
会議で出た地域についての情報や意見
キーパーソンがおらず、どこに相談してよいか分からず困っている世帯がある
ひきこもりの方でも無理に外に出ず、屋内で仕事を行い社会につながるケースもある
80・50問題等の複合的な課題を抱えている世帯は、介護保険や地域による支援だけでは不十分
複合的な課題を抱えたケースの対応で、関係機関が集まる機会を持つことはよい

表 2-7 会議内容の概要（テーマ：フレイルと低栄養予防）

問題となっていること
感染症の影響で外出を控え、居宅で過ごすことが多くなっている
フレイル・プレフレイルに該当する地域住民が約4割いる
運動・栄養の項目にチェックが入る住民が多かった
会議で決まったこと
川沿いのサイクリングロードが中川地区の強み、歩くことがフレイル予防になる
スーパーなど屋内を歩くのもよい、お金がかからないのが継続には大切
今後も検討が必要なこと
空き家の活用等、歩いて通える通いの場を増やしていくことが望ましい
コロナ禍においても、一緒に食事ができる場があるとよい
「井野さんぼ」の参加者を増やすため、協議体のチラシをまた出したい
会議で出た地域についての情報や意見
地域住民・専門職・行政が連携し、地域のフレイル予防の取り組みを検討していくことが必要

Ⅲ. 資料

1. 高崎市地域ケア会議設置運営要綱

(目的)

第1条 この要綱は、高齢者等が住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を継続することを目指し、高齢者サービス及び地域における多様な社会資源の支援体制を構築することを目的とした、高崎市地域ケア会議（以下「地域ケア会議」という。）の設置及び運営に関し、必要な事項を定めるものとする。

(設置)

第2条 地域ケア会議は、高崎市が設置する。

(会議の構成)

第3条 地域ケア会議は、次のとおりとする。

- (1) 地域ケア個別会議：個別課題の検討を通し、課題の解決、ネットワーク構築、地域課題の把握を目指し、個別に実施する会議
- (2) 地域別課題検討会議：地域ケア個別会議等から把握した地域課題の検討を通し、地域づくり・社会資源の開発を目指し、日常生活圏域毎に実施する会議
- (3) 地域ケア推進会議：個別や地域の課題について政策的な解決を目指し、高崎市介護保険運営協議会で実施する会議

(会議の実施)

第4条 地域ケア会議は、市福祉部長寿社会課地域包括支援担当（基幹型地域包括支援センター）、高齢者あんしんセンター（地域型地域包括支援センター）及び介護保険課が協働して実施する。

2 地域ケア会議は、必要に応じ随時実施できるものとする。ただし、前条第3号に規定する会議は、高崎市介護保険運営協議会の開催時に実施する。

(会議事項)

第5条 地域ケア会議は、次の事項を行う。

- (1) 多職種が協働し支援内容を検討することで個別課題の解決を支援すること。
- (2) 実態把握や課題解決を図るため、地域関係機関等の相互連携を高め、地域包括支援ネットワークを構築すること。
- (3) 個別ケースの課題分析等を積み重ね、地域課題の把握を行うこと。
- (4) インフォーマルサービス、地域の見守りネットワークその他地域で必要な資源を開発すること。
- (5) 地域に必要な取組を明らかにし、政策の立案等について協議すること。
- (6) 指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性を検討すること。
- (7) その他市長が必要と認める業務

(構成員)

第6条 地域ケア会議は、第3条で規定する会議の構成に応じ、保健・医療・福祉関係者、区長・民生委員、地域住民、市職員等必要な者を構成員とすることができる。

(報償金の支出)

第7条 第6条に規定する構成員に対し、地域ケア会議の出席にあたり、別途定めるところにより報償金を支払うことができる。

(守秘義務)

第8条 第6条に規定する構成員は、個人情報の保護を図り、会議において知り得た情報について、漏えいし又は利用してはならない。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、地域ケア会議の開催手続き、その他実施に関し必要な事項は、別に定める。

附則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附則

(施行期日)

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

2. 用語の解説

【アセスメント】

→利用者に関する情報を収集・分析し、自立した日常生活を営むために解決すべき課題を把握することをいいます。

【アドバンスケアプランニング】

→将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスのことです。

【あんしん見守りシステム】

→緊急事態発生時の適切な対応及び日常的な見守り支援の増進を図り、孤独死を防止するとともに、高齢者等の日常生活における健康、生活不安等の解消を行うため、一人暮らしやともに高齢な二人暮らし等の世帯に対し、緊急通報装置及び見守りセンサーを無償で貸与するサービスのことです。

【医療介護連携相談センター】

→医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、医療機関と介護サービス事業者等の連携を推進するため、在宅医療・介護連携に関する相談支援等の業務をおこなう機関のことです。

【医療ソーシャルワーカー】

→保健医療分野におけるソーシャルワーカー（社会福祉事業に従事する者）で、主に医療機関において、医療を必要とする患者等が、地域や家庭において自立した生活を送ることができるよう、社会福祉の立場から、患者や家族の抱える心理的・社会的な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図る専門職のことです。

【インフォーマルサービス】

→家族をはじめ近隣や地域社会、NPO やボランティアなどが行う援助活動で、公的なサービス以外のものを指します。

【NPO 法人】

→特定非営利活動推進法（NPO 法）に基づき社会貢献活動を行う営利を目的としない特定非営利活動法人のことです。福祉や教育、まちづくり、環境、国際協力などの分野において、多様化したニーズに応える重要な役割を果たすことが期待されています。

【オレンジサポーター】

→市では、認知症になっても安心して暮らせるまち高崎を目指して、認知症を理解し、認知症の人やその家族を温かく見守る人「認知症サポーター」を養成しています。認知症サポーター養成講座を受講し、地域で活動する意思のある方を「高崎市オレンジサポーター」として登録しています。

【介護支援専門員（ケアマネジャー）】

→介護サービスの利用者が心身の状況に応じた適切なサービスを受けることができるよう、利用者からの相談受付、ケアプラン作成、市町村・介護サービス事業者との連絡調整等を行う専門職のことです。

【介護保険運営協議会】

→介護保険の適正な運営を推進するために市町村が設置する機関で、介護保険被保険者の代表をはじめ、保健・医療・福祉分野における学識経験者、介護サービスの従事者、公募市民等から市長が委嘱する委員により構成されます。

【介護予防サポーター】

→介護予防サポーター養成研修を受講し、高齢者の介護予防の促進を図るとともに、地域において介護予防の取り組みを普及し、地域住民の健康と福祉の増進に貢献することを目的に活動するボランティアです。

【介護予防・日常生活支援総合事業】

→介護サービス事業者だけでなく、NPO、住民ボランティア等が参画する多様なサービスにより、要支援者等に対する介護予防および住民支援を行う事業のことで、市町村が実施することとされています。この事業の創設に伴い、介護予防給付の対象となっていた介護予防訪問介護と介護予防通所介護は、総合事業におけるサービスに移行することとなりました。

【かかりつけ医】

→特定の疾患の専門医ではなく、日頃から患者の体質や病歴、健康状態を把握し、診療行為のほか、健康管理上の助言などもしてくれる身近な医師のことです。

【協議体】

→住民を中心として、NPO、民間企業、ボランティアなどの多様な人たちが協力しながら、高齢化が進む社会の中で、地域での支え合いについて定期的に話し合い、自分達で出来ることを考える場のことです。

【居宅介護支援事業所】

→介護サービス利用者が心身の状態に応じた適切なサービスを受けることができるよう、介護支援専門員（ケアマネジャー）を配置し、利用者からの相談受付、ケアプランの作成、市町村・介護サービス事業者との連絡調整等を行う事業所のことです。

【ケアプラン】

→要支援・要介護に認定された方や家族の希望に沿った介護サービスを適切に利用できるように、本人や家族の心身の状況や生活の環境などに配慮し、利用する介護サービスの種類や内容、スケジュール、提供する介護サービス事業者等を定めた介護サービス計画のことです。

【ケアマネジメント】

→介護支援専門員（ケアマネジャー）が、ケアプランの作成や市町村・介護サービス事業者との連絡調整などを通じて、介護サービスの利用者が心身の状況に応じた適切なサービスを受けることができるようにすることをいいます。

【高齢者配食サービス】

→高齢者の低栄養の予防と改善を図るとともに、配食事業者による定期的な見守りを行うことにより、在宅における高齢者の自立した生活を支援するため、生活機能の低下等の理由で自ら調理することが困難であり、食事について援助を受けられない高齢者に対して配食を行うサービスのことです。

【サービス付き高齢者向け住宅】

→一定の面積、設備基準を満たしたバリアフリー構造の建物で、安否確認や生活相談などのサービスを提供する高齢者向けの住宅のことです。

【社会福祉協議会】

→民間の社会福祉活動を推進することを目的とし、都道府県、市町村ごとに設置される社会福祉法人です。地域住民、民生委員・児童委員、福祉・保健・医療・教育等に関する関係機関の参加・協力のもと、各種の福祉サービスや相談活動、ボランティアや市民活動の支援、共同募金運動への協力など、地域の福祉増進のための活動を行います。

【社会福祉士】

→昭和 62 年に成立した「社会福祉士及び介護福祉士法」による国家資格を有する者で、日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、援助を行います。

【生活支援コーディネーター】

→協議体と一体となって、生活支援の担い手の養成、サービスの開発、関係者のネットワーク化、ニーズとサービスのマッチング等、各地域の支え合い活動を支援したり、関係する人たちの顔をつないだりして、支え合いの輪を広げる方々です。

【地域支え合いサポーター】

→自分の住む地域のために何かしたいという思いのある方で、地域づくりや生活支援、各地区の協議体の趣旨などに賛同し、高崎市に名簿登録している人のことです。

【地域支援事業】

→介護保険法に基づき市町村が実施する事業で、要介護状態等になることを予防するとともに、要介護状態等になった場合でも、可能な限り地域で自立した日常生活が営むことができるよう支援する事業のことです。

【地域包括ケアシステム】

→概ね 30 分以内（日常生活圏域）で、生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを、24 時間 365 日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域で尊厳を持った生活を継続するため、医療や介護の専門職のほか、地域住民やボランティアなど、地域全体で高齢者を支えていく仕組みのことです。

【地域包括支援センター（高齢者あんしんセンター）】

→地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、介護・保健・医療の向上・福祉の増進を包括的に支援するため、市長村長等が設置する機関で、「総合相談支援業務」、「権利擁護業務」、「介護予防ケアマネジメント業務」、「包括的・継続的マネジメント支援業務」のほか、「地域ケア会議の推進」、「認知症施策の推進」、「在宅医療・介護連携の推進」、「生活支援サービスの体制整備」に関する業務を行っており、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職が配置されています。

【閉じこもり】

→外出できる状態であるにもかかわらず、1日のほとんどを家の中あるいはその周辺（庭先等）で過ごす等、日常の生活行動範囲が極めて縮小し、社会的関係が失われている状態のことです。

【日常生活圏域】

→高齢者が住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら生活を継続できるように、地理的条件・人口・交通事情その他の社会的条件、介護保険サービスを提供するための施設の整備状況などを総合的に考慮し、地域の特性に応じて設定したものです。

【認知症サポーター】

→認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やその家族を温かい目で見守る人のことをいいます。各地域で実施される「認知症サポーター養成講座」を受講することで、認知症サポーターになることができます。

【認知症初期集中支援チーム】

→認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問して、状況を確認した上で認知症の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6か月）に行い、自立生活のサポートを行う医療系専門職、介護系専門職、専門医によるチームのことです。

【認知症地域支援推進員】

→認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、高齢者あんしんセンターに配置する者で、認知症関係機関（認知症疾患医療センター等）と地域で認知症の人を支援する関係者（介護サービス従業者、認知症サポーター等）との連携の構築や地域における認知症の人とその家族への支援体制の構築などの役割を担います。

【はいかい高齢者救援システム】

→見守りセンターによる探索保護支援と警察との協定締結による連携により、徘徊高齢者の早期発見・保護を支援するとともに、介護者等の介護負担の軽減を図るため、徘徊する高齢者の家族等に対し、GPS 機器を無償で貸与するサービスのことです。

【80・50 問題】

→80代の親が50代の子どもの生活を支えるという社会問題のことです。

【フレイル】

→年齢とともに筋力や心身の活力が低下し、介護が必要になりやすい、健康と要介護の間の虚弱な状態のことです。

【訪問型・通所型サービス】

→要支援者等に対し、自立支援に向けた日常生活上の支援を提供するサービスです。訪問型サービスは掃除や洗濯などの支援を提供し、通所型サービスは機能訓練や通いの場などの支援を提供します。

【訪問指導事業】

→高齢者の心身の機能低下の防止と健康の保持増進を図るよう、心身機能や活動の低下、社会参加等が減少している高齢者に対し、運動機能や栄養状態、口腔機能等の低下を防ぐために、専門職が訪問指導を行う事業のことです。

【民生委員】

→民生委員法により設置され、厚生労働大臣から委嘱を受けた人で、地域において住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努めています。

【リハビリテーション専門職】

→理学療法士（Physical Therapist）・作業療法士（Occupational Therapist）・言語聴覚士（Speech Therapist）のことです。理学療法士（PT）は、基本動作能力（座る、立つ、歩く等）の回復のため、運動療法や電気刺激、マッサージ、温熱等の物理療法を行う専門職です。作業療法士（OT）は、食事や入浴などの日常生活を送る上で必要な機能の回復のため、手芸、工作等の作業を行わせる専門職です。言語聴覚士（ST）は、言語、聴覚、摂食・嚥下機能の回復のため、訓練や助言などの援助を行う専門職です。