

大野城市ケアマネジネント調整会議のまとめ（令和6年度）

①事業概要

事例検討件数2件程度／回（1件あたり40分前後）、助言者連絡会1回／年
・会議出席者

○助言者：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生士、
管理栄養士、薬剤師、主任介護支援専門員

○地域包括支援センター（基幹・地区）

○事務局（保険者）

②令和6年度実施状況

16回開催（事例検討15回 助言者連絡会1回）

延35事例（うち振り返り18事例）

1事例ごとにカテゴリ別に地域課題を抽出しています。

栄養・食事／口腔／リハビリ・機能向上／外出／活動・生きがい／集いの場／
介護予防・生活改善／家族支援／権利擁護／医療・介護連携／疾病／認知症／
薬剤／サービス不足／その他

③これまで抽出された地域課題よりサービスの創設等につながったもの

外出・移動支援

<助言者連絡会での意見交換内容>

・自宅前が坂道であったり、エレベーターのない集合住宅であったりで目的地に行けない人に対しての細やかな支援が必要

・認知症が進んでから運転免許証を返納するのは難しいので、早めに返納できる
といいが、移動手段の問題が出てくる。移動バスの周知も必要だが、利用できな
い地域に住んでいる方への対策をどうするかも課題である。

↓

「訪問型サービスD（移動支援）事業」

リハビリ・機能向上

<助言者連絡会での意見交換内容>

・リハ職を含む医療職は、機能向上としての目標設定になってしまうが、介護は
生活に密着した目標設定になる。リハ職とケアマネジャーがいっしょにアセス
メントし、目標設定をするしくみがあるとよい。（生活につなげて、歩く目標を
作るなど。）

↓

「地域リハビリテーション活動支援事業」

認知症

＜助言者連絡会での意見交換内容＞

- ・サービスや状況がかわっても続けていける見守り体制があるとよいと思った。

薬剤

＜事例検討より＞

- ・本人は施設には入りたくない。認知症で指示された服薬ができず、服薬を一包化しているものの、残薬が多い。主治医からもまとめられないと言われている。

↓

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」

④令和6年度助言者連絡会にて意見交換したもの(抜粋)(令和7年1月24日開催)

●各サービスの利用者数の動向について

- ・利用者数について、施設サービス（老健など）の利用者数が減っており、在宅サービスの利用者数が増えている。施設サービスはコロナで面会や外出制限があること、費用が高いことが、家族が在宅を望む要因の1つになっている。
- ・実際に施設を退所して、そのまま在宅になる人が増えていると感じている。
- ・利用者、家族からも家で過ごしたいという声があっている。
- ・介護医療院については、満床で、待機者が一定数いる状況。ご家族が市内に居るということで、県外からの利用者も最近よく聞く。
- ・（居宅療養管理指導の増加について）以前は施設への訪問が多かったが、最近では個人宅向けの訪問が増えた。国が在宅への訪問を進めているような流れがあるため、個人宅への訪問が増えている要因の1つではないか。

●「要支援2」「要介護1」の増加、認知症の増加について

- ・要支援2と要介護1が増加しているが、要支援2で認知症がある方が増えている印象である。
- ・要介護1の方は、要支援と要介護を行ったり来たりしている。
- ・入院をきっかけに退院に向けて認定の申請を勧める医療機関がある。その時点では、本人の状態が落ちており、一時的に認定が重くでてしまう。自宅に戻ると普通の生活がリハビリのようなもので、本人の状態が回復していく。そのことで要介護1が多くなっているのでは。

●「要介護4」の増加について

- ・コロナの時期に外出できず、足の状態が悪化している人が多い。その時期は地域包括支援センターによる実態把握を予定どおりに進めることができず、地域での催し物の際に普段来ている人が来ていないことで判明することがある。80代や90代になると、急に状態が悪化することが多い。