

地域個別ケア会議および自立支援型個別ケア会議 における主な議論

令和2年度 第2回 松戸市地域ケア会議
令和3年2月4日

1. 地域個別ケア会議および自立支援型個別ケア会議の実施状況

○令和元年12月～令和2年11月の間、地域個別ケア会議は合計45回開催(16回中止)され、医療・介護・福祉関係者等のほか、テーマに応じた関係者等が参加し、個別事例の解決に向けて89事例について議論が行われた。

○自立支援型個別ケア会議は令和元年12月～令和2年11月の間合計9回開催(3回中止)され、自立支援に資するケアマネジメント23事例について検討を行った。

○地域個別ケア会議および自立支援型個別ケア会議では、個別事例の解決や自立支援・重度化防止に資するケアプランの作成に向けて、対応方針を決めるとともに、一定期間の後に対応結果をモニタリングする。あわせて、必要に応じて、事例に関する地域の課題を抽出し、地域包括ケア推進会議に議題としてあげる。

○個別ケア会議で議論された事例(困難事例等)に関して、多くの地域であげられている課題を抽出すると、次ページのとおりとなる。独居・認知症のほか、地縁の欠如、身寄り無し、助けを求める力の欠如、金銭管理困難といった意思決定支援など複合的な課題を抱えている。また、コロナ禍におけるフレイルや認知機能の低下に関する事例があげられた。

○自立支援型個別ケア会議で議論された事例に関しては、社会資源に関する課題、コロナ禍における外出、精神疾患、内科疾患に関する課題があげられている。

2. 地域個別ケア会議および自立支援型個別ケア会議における個別事例(主な課題別整理)

※多くの地域で挙げられている課題を抽出した。

No	地域関連			家族関連		本人関連				医療連携			
	見守り不在	地縁の欠如	その他	世帯の困難	その他	助けを求め 力の欠如	認知症	金銭管理困難	その他	かかりつけ医不在	医療連携困難	病識欠如	その他疾病
1	○	○	母国語が話せる 人的資源不足	独居		○	認知機能低下		外国籍				進行性 大腸がん
2				独居	子と疎遠 ペット		認知機能低下						糖尿病 人工呼吸器
3	○			独居	キーパーソン なし		○	○	転倒による 頻回救急搬送		二人主治医制 未対応		
4		○			家族の 理解不足	○	○						パーキンソン病・ 幻覚・昼夜逆転
5				配偶者のうつ 病・介護離職	離婚後も同居・ 再婚		若年性・徘徊	○	失業(夫婦で)		受入れ可な入院 先施設がない		ピック病
6				ダブルケア					発熱時の介護 サービス				コロナ禍における 受診
7	○			独居	子の危機意識 不足	○			視覚障害				多科受診
8			近隣から苦情	認認介護	配偶者が透析		○	○	物盗り 不潔行為				
9	○			独居			軽度		地域猫へ餌や り室内汚染				
10	○		近隣との対立	独居			○		物盗り 不潔行為				
11	○			独居		○			歩行障害 サービス拒否		○	○	難病 高次脳機能障害
12	○		コロナ禍で 集いの場閉鎖	独居					腰痛 フレイル		○	○	糖尿病 脳梗塞
13			社会資源不足	子が統合失調 症治療中断	環境整備に 無頓着		認知機能低下	○	入退院頻回 ADL低下		○	○	貧血
14	○	○		独居	親族疎遠	○	疑い	○	交流を嫌がる		○		食欲低下 不眠
15	○	○		独居			認知機能低下	○	通院自粛 薬切れ		○	○	
16					配偶者の 理解不足				サービス利用・ 中止くり返す		○		
17			近隣トラブル	介護負担			○		多動 徘徊				鑑別診断、処方 見直しが必要
18	○	○		独居	高齢兄弟 が支援	○			サービス拒否				多剤服用
19	○	○				○	疑い		サービス拒否 警察保護	○	○		膝に疼痛 (受診中断)
20				高齢世帯	本人による暴 力・介護疲労				精神不安定		○		末期がん
21	○			独居					自粛による 廃用				小児麻痺 パーキンソン病

No	地域関連			家族関連		本人関連				医療連携			
	見守り不在	地縁の欠如	その他	世帯の困難	その他	助けを求める力の欠如	認知症	金銭管理困難	その他	かかりつけ医不在	医療連携困難	病識欠如	その他疾病
22		○		生活困窮	子の失業		○		サービスに消極的				
23		○	移動手段不足		配偶者が視覚障害		疑い		免許返納拒否		○	○	難聴
24				独居			○		警察保護				
25				ダブルケア生活困窮	介護者の仕事復帰		○						外傷性十二指腸穿孔
26			ゴミ出し不安	独居			○	○	服薬管理不十分	○			带状疱疹の痛み
27				全員要介護状態									脳出血 半身麻痺
28					コロナによるサービス控え	○	○		ADL低下				脳血管疾患 左片麻痺
29	○			男性介護者			若年性		警察保護				
30	○			独居	親族関わりなし		○		被害妄想 不信感				
31				独居			○		在宅希望				高血圧 腎臓病 終末期
32				独居 (後サ高住)		○							アルコール依存症
33				独居	ペット	○							入院中
34	○			ダブルケア男性介護者	孫への暴言・包丁突きつけ		○		サービス拒否 火の不始末			○	易怒性 昼夜逆転
35				独居			○	○	気分変動				膀胱瘻
36							○		口腔のセルフケア不足				
37						○			低栄養 服薬拒否				小脳萎縮・呂律
38				家族判断で通院治療せず		○	疑い	○	食欲低下			○	扁平舌苔 嚥下困難
39	○			独居		○	疑い					○	誤嚥性肺炎 嚥下機能低下
40				独居	生活困窮	○		○	栄養状態不良				心疾患
41		○	○		サ高住				嗜好品				アルコール依存 肺炎
42			福祉用具						ADL低下				
43			福祉用具						階段昇降不可				脊柱管狭窄症

No	地域関連			家族関連		本人関連				医療連携			
	見守り不在	地縁の欠如	その他	世帯の困難	その他	助けを求める力の欠如	認知症	金銭管理困難	その他	かかりつけ医不在	医療連携困難	病識欠如	その他疾病
44		○	地域住民と本人の意向の違い	子の支援に 限界あり			○		火の不始末	○			統合失調症 既往
45			心配しているが 手立てわからず	虐待に発展する リスクあり		○	○		サービス拒否			○	
46	○			独居		○			自分に都合よい 主張を繰り返す				本人と支援者の 健康観の相違
47	○		近隣住民の 介入拒否	独居		○			ゴミ屋敷				受診勧奨するも 未受診
48	○		災害への備え	独居	子や親族のサ ポート少ない				住居の老朽化				糖尿病性網膜症
49	○			独居	親族は 関わり拒否	○			セルフ ネグレクト		○		脳梗塞既往
50	○			独居	世帯に複合課題	○	認知機能低下						
51	○	○		独居	子が必要な手続きを 行わない		徘徊あり 診断なし		住民票が他県				
52			地域での支援 に限界	子が非協力的	住環境不良	○	○		外出困難				糖尿病
53			地域活動参加 が難しい	子の介護負担	配偶者から 暴言がある		○			○(配偶者)		○(配偶者)	
54	○			独居			○		認知症ある中 での運転				歩行不安定
55	○		ゴミ出し不安		子が遠方		○		認知症ある中 での運転				糖尿病性腎症 脂質異常症
56				配偶者の 介護負担	男性介護者	○	○		サービス拒否				
57	○			独居		○	○		入院拒否			○	
58	○	○		独居			○		服薬管理 不十分	○			高血圧症
59				独居	本人と家族の 意向違い		○						心原性脳塞栓症 甲状腺機能低下症
60				配偶者も認知症			○						脳梗塞 糖尿病
61				配偶者も認知症			○						脳梗塞 肺塞栓
62	○		ゴミ出し不安	独居			軽度		服薬管理 不十分			○	糖尿病・高血圧 症不眠症
63				独居					フレイルの危険				糖尿病・骨粗鬆 症硬膜下血腫
64				家族関係不良			○						うつ病 糖尿病
65	○			独居					自殺企図			○	うつ病

No	地域関連			家族関連		本人関連				医療連携			
	見守り不在	地縁の欠如	その他	世帯の困難	その他	助けを求める力の欠如	認知症	金銭管理困難	その他	かかりつけ医不在	医療連携困難	病識欠如	その他疾病
66							○		意思決定支援が必要				進行性核上性麻痺
67				家族と疎遠				○	意思決定支援が必要				
68		○	エレベーターなく 交流希薄化	配偶者も 認知症			○		意思決定支援が必要				変形性股関節症
69		○	エレベーターなく 交流希薄化	配偶者も 認知症			○	○	意思決定支援が必要				
70	○	○		独居		○			低栄養				統合失調症
71				独居			○	○					
72				独居			○		物盗られ妄想				
73	○			配偶者と別居	ペット			○	浪費癖				精神疾患
74		○		配偶者の 理解不足			○		服薬管理 不十分				糖尿病 血糖コントロール不良
75	○	○		無関心	生活困窮	○	○		清潔保持 できない			○	
76				精神疾患の子 と同居		○	○		サービス拒否			○	
77				兄弟の介護疲れ			○		無気力				糖尿病 老年期うつ
78	○			独居	身寄りなし		○		服薬管理 不十分				
79			地域での支援に 限界	独居			疑い		お金を使い たくない				脊柱管狭窄症
80							○		ゴミ出しの 間違い				
81				子と同居	連絡が 取りにくい		○		成年後見制度 の検討				入院中 透析
82	○			独居		○			介入拒否		○	○	糖尿病
83	○			独居								○	精神疾患疑い
84	○	○		独居		○	○		セルフ ネグレクト	○	○	○	頸椎ヘルニア 脳梗塞・糖尿病
85		○		配偶者が サービス拒否	子が軽度 精神疾患	○			住環境が 不衛生				心疾患
86	○			独居	家族が疎遠		○		住環境が 不衛生				
87	○			独居					サービス利用料 支払拒否		○		脳動脈瘤 (受診中断)

No	地域関連			家族関連		本人関連				医療連携			
	見守り不在	地縁の欠如	その他	世帯の困難	その他	助けを求める力の欠如	認知症	金銭管理困難	その他	かかりつけ医不在	医療連携困難	病識欠如	その他疾病
88	○			独居			○		被害妄想		○		パーキンソン病 骨粗鬆症
89		○					○						
自1									食事量 嚥下機能低下				食道・咽頭がん・ 低ナトリウム血症
自2				独居									末期がん
自3			コロナ禍で集いの場閉鎖	配偶者の 介護負担			軽度		低栄養 低体重				慢性腎不全
自4				日中独居					食欲不振 (副作用)				悪性リンパ腫
自5									歩行障害				脳梗塞 高次脳機能障害
自6				独居					服薬管理 不十分				腰椎すべり症
自7	○			独居					繰り返し転倒		○	○	うつ 脳脊髄炎疑い
自8				男性介護者			認知機能低下		フレイル 意欲低下				転倒骨折 誤嚥性肺炎
自9							○		フレイル 腰痛				糖尿病 多発筋痛症
自10				子が苦情を 繰り返す									
自11			地域での支援 に限界	独居					サービス拒否				身体のかゆみ
自12				独居	支援者の 介護負担				難聴				脊柱管狭窄 心疾患
自13									歯科 インプラント			○	うつ
自14									2号被保険者 外出不安				脳出血 高血圧
自15				配偶者が 認知症	配偶者が 被害妄想								脊柱管狭窄症 左足指骨折
自16				独居					2号被保険者				脳梗塞 左半身麻痺
自17		○		独居			○		サービス拒否				糖尿病
自18	○	○		独居			○		経済困窮				右股関節損傷
自19				独居					栄養偏り				硬膜下血腫、高 血圧、高脂血症、 過活動膀胱
自20	○	○		独居			○		無気力 服薬管理不明			○	高血圧、貧血

No	地域関連			家族関連		本人関連				医療連携			
	見守り不在	地縁の欠如	その他	世帯の困難	その他	助けを求める力の欠如	認知症	金銭管理困難	その他	かかりつけ医不在	医療連携困難	病識欠如	その他疾病
自21									サービス拒否			○	肝障害 前立腺肥大
自22				独居					サービス拒否			○	糖尿病、狭心症、 脳出血による左 半身麻痺
自23				子夫婦と 関係悪化		○			服薬管理 不明				下肢動脈硬化、 高血圧、腰痛

3. 地域個別ケア会議および自立支援型個別ケア会議の個別事例・検討結果から抽出された市レベルの課題

(注) 推進会議において抽出された課題は除く

テーマ	個別事例の概要(事例No.)		市レベルの課題
1. 認知症	<ul style="list-style-type: none"> ○若年性認知症の進行・借金・家族関係の問題で妻が介護離職。離婚届を出した後も、本人の居場所が見つからず同居を続けている世帯の支援(5) ○社会的ルールを守れず、近所トラブルを多発する認知症独居高齢者(10) ○トラブルを繰り返すため介護サービスが定着化しにくく、介護負担の軽減が図りにくいケース。(17) ○地域で見守られてきたが、認知症が進み警察に保護された、独居高齢者の在宅支援(24) ○認知症の両親の介護を一人で抱えて、精神的負担がある子への支援(53) ○認知症高齢者の見守りの推進と地域支援について(78) 	普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ○若年性認知症の理解と相談窓口の周知 ○認知症に関する知識、理解の普及(介護関係機関以外に関するもの) ○高齢者の見守りシール(QRコード)の周知・活用
		取組・検討	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症対応型デイサービス、集いの場、相談窓口の増加 ○BPSDが強くても地域で生活できることの理解・促進 ○認知症の方の地域活動参加の体制整備
3. 多分野・地域共生	<ul style="list-style-type: none"> ○ダブルケアで負担の大きい介護者への支援(34) ○育児と認知症の介護を抱えながら仕事復帰を目前にしている介護者の支援(25) ○医療受診や、経済的な支援が必要で行政に相談等を勧めて、同意するが行動を起こさない世帯への介入(19) ○多問題を抱える家族の今後の支援について(25) ○多機関が関わり家族それぞれに問題があるが、上手く連携が図れていない事例(50) ○介護者は精神疾患により介護力がなく、費用面の負担と本人の拒否により必要な支援が難しいケース(76) ○繰り返す苦情や経済的に自立していない家族の対応に苦慮するケース(自10) ○お金がないことで衛生状態や食事内容に不安を感じている。また急な出費に対応できない(自18) 	普及啓発	ダブルケアへの理解や相談窓口の周知促進
		連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ○家族・関係機関・医療機関の情報連携 ○多分野にまたがる複合化した課題を抱える世帯への連携した支援
		取組・検討	<ul style="list-style-type: none"> ○地域共生体制構築 ○精神疾患支援についての研修 ○狭間のニーズへの対応
4. 国際	<ul style="list-style-type: none"> ○身寄りのない外国人の退院後の援助が必要なケース(1) 	連携強化	○外国人支援団体との連携

テーマ	個別事例の概要(事例No.)		市レベルの課題
5. ペット	<ul style="list-style-type: none"> ○医療依存度が高く認知症があり、独居で愛猫と暮らす看護小規模多機能型居宅介護へ移行したケース(2) ○地域猫にえさを与えて室内汚染が進行する認知症独居高齢者(9) ○入院し自宅に戻れない高齢者が飼育していたペットの問題(32) 	普及啓発	○ペットの世話、預かり先等の相談先の周知
		連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ○ペット支援団体等との連携 ○地域猫に関連する関係者との連携
7. 移動支援	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症状の自覚のない方に対するの免許返納に向けた介入方法(23) ○一人で不安なく外出できるような支援策、歩行器の選定、車椅子等レンタル品の団地内での置き場について(42) ○階段昇降が行えない方への外出支援・福祉用具に関する理解促進、普及啓発(43) ○要介護者の免許返納について(54) ○認知症の症状が現れているが、車検が切れている車に乗っていて、道路に駐車している(55) ○買物など外出意欲はあるが、骨折や痛みから、外出への不安がある。(自16) 	連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ○警察や免許センターとの連携 ○団地のハード面の整備等、関係機関への情報提供 ○免許返納に向けた仕組み作り、返納後の移手段の検討
		取組・検討	○足や腰の痛みや転倒の不安から外出しなくなってしまう方への移動(外出)支援
11. 医療・介護連携	<ul style="list-style-type: none"> ○頼れる家族がおらず、転倒等により、頻回に救急搬送されているケース(3) ○入退院を繰り返し、状態が安定しない利用者への支援(13) ○消化器がん末期であるが、元々精神疾患の可能性あり。精神科未受診。本人の精神状態が不安定で家族が疲弊しているケース(20) ○独居者への看取り支援について(31) ○アルコール多飲の独居高齢者への支援について(32) ○食事提供のあるサ高住に住みながら好きなものばかり食べ、アルコールを摂取し、入退院を繰り返す高齢者の事例(41) ○家族の介護力のない、透析患者への支援について(52) ○がん末期で体重が減少している。最期まで自宅で食事がしたいと願う人への支援(自2) ○診断治療が必要だが、受診に否定的で精神疾患も疑われる方への支援について(自7) ○体重減少、頭痛が続き、多病を持ちながら、被害妄想、自己の過大評価などがあり、子夫婦とも関係性が悪化しているケース(自23) 	普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療介護連携支援センターの周知 ○二人主治医制の周知
		連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ○2人主治医制の導入に向けた支援 ○終末期医療における意思決定支援 ○アルコール依存症の理解と支援における連携 ○精神科医療との連携
		取組・検討	○介護度が重く、家族の介護力が望めない在宅療養者への医療対応や体制整備の構築

別添1

各地域個別ケア会議における
参加者・テーマ・議論の概要

地域個別ケア会議における参加者・テーマ・議論の概要(個別事例別) 令和元年12月から令和2年11月実施分

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
1	本人	医師	5	ケアマネ	9	介護支援専門員(ケアマネ)	身寄りのない外国人の退院後の援助が必要なケース	60代独居、外国籍。20代で来日、30代で日本人と結婚するが、数年で離婚。大腸癌、全身状態悪化による認知機能低下をきたしており、保証人等がない中、入院手術をする。母国の兄弟からの経済的な支援は難しい。退院後は、介護サービスの利用と訪問診療の利用を開始。生活保護申請のため、単身者向けアパートへ転居。請求書の文字が見えにくく、支払いが困難。転居により土地勘がなく、地域から孤立している。	○介護サービスではカバーしきれない支援をどうするか。 ○外国出身の疾病を抱える高齢者へのサポートをどこまで対応するべきか。	○進行癌であり、余命は認知症が鍵を握っている。最期の迎え方が重要であり、本人の身体状態を考慮しながら、意思確認をする必要がある。 ○本人が本音を話すには、母国語を話せる支援者が必要。母国情報が得られる機関へ相談する、ポケットクなど(翻訳機)の活用が考えられる。 ○日常生活自立支援事業、成年後見人制度利用の検討。	地域との交流はないが、本人が希望しデイサービスを増回。視力低下原因追及の為、眼科受診に繋ぐ。自分で家事や金銭管理を行っている。	○外国人が日本での生活において情報交換などができる交流や助け合いの場作りが必要。	
	家族	歯科医師		介護事業者	5								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	看護師	2	消防									
	市社協	1	保健師	地域包括	6								
	民生委員	2	医療相談員	1	市役所								1
	高支連		社会福祉士	学生	1								
	ボランティア			合計	34								
2	本人	医師	5	ケアマネ	9	介護支援専門員(ケアマネ)	80代。前配偶者との子とは疎遠。再婚した配偶者の他界後は、生活保護を受給し愛猫と暮らす。認知機能低下と共に、 血糖コントロール が不良で訪問看護の必要性が高いため看護小規模型居宅へ移行となる。糖尿病の主治医を近医に変更。血糖自己測定器が変更となるが、手技の習得が困難な上、インスリンも重複して注射をしている可能性があり、これらは看護師管理となった。地域ケア会議前に、救急搬送となり、ICUに收容され、人工呼吸器管理の状態となる。	○今後、在宅生活の限界(施設入所の判断)を、具体的にどういった状態と判断するべきか。 ○一日も長く在宅生活を継続していく為に、どういった支援があるか。	○妥当な意思決定能力を有する時期に終末期に関する本人の意思確認ができると良い。 ○看護小規模多機能型居宅介護よりも施設や医療ケアができる長期療養病院等がいいのではないかと。 ○医療、介護等の他職種連携が必要。 ○食事やインスリン注射の見直し。服薬に変更できないか検討。 ○成年後見制度利用検討。	入院を継続中。事業所としては、このケースを通じ、登録利用者との緊急連絡先の再確認を行った。	○判断能力を有する段階における意思決定の必要性に対する周知不足		
	家族	歯科医師		介護事業者	5								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	看護師	2	消防									
	市社協	1	保健師	地域包括	6								
	民生委員	2	医療相談員	1	市役所							1	
	高支連		社会福祉士	学生	1								
	ボランティア			合計	34								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
3	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員(ケアマネ)	頼れる家族がおらず、転倒等により、頻りに救急搬送されているケース	70代。結婚歴の無い独居。本人の体調不良を心配した独身の兄弟が2年前より同居するようになったが、その後、兄弟が逝去する。再び独居となった不安からセルフケアが不十分となり、生活が乱れた。現在、ヘルパーやデイサービス利用のほか、民生委員の訪問、近隣住民からの見守り支援がある。兄弟の死後、相続を含む手続きは手付かずであるが、後見制度の利用には否定的。一方で医師や民生委員などには依存的である。直近のHDS-Rは14点であり、認知症の診断も加わっている。	○歩行能力の低下と、食生活の乱れ・飲酒などから転倒・救急搬送が頻回。 ○ケアマネと信頼関係の構築ができず意向確認ができない。その為、主体性に沿った支援が困難。 ○キーパーソンとなる身内・親族がいない。	○血液検査値の改善は、ヘルパーの介入より食事・栄養が改善した為と思われる。 ○本人が信頼を寄せる存在(民生委員)が定期的に関わったことの意味は大きい。 ○課題を列挙し、解決に向けた優先順位を考えることが必要。ケアマネ本人との関係性が崩れると支援が難しくなるので、本人の意向を尊重するところから答えは出てくるのではないかと。 ○2人主治医制の導入は些細なニーズに応じることができる。導入に向け、訪問看護師がケアマネと訪問するなど、少しずつ信頼関係の構築をしていくことも有効ではないかと。	本人はヘルパーやデイサービスの増回を受け入れず。訪問看護の導入を試みた矢先に自宅で逝去している状態で発見。会議に参加していたケアマネの「本人の意向を尊重する」といった言葉や訪問看護師の同行による関係作りといった意見は、今後他利用者への支援に向けても参考になるものであった。	○多彩な理由から施設入所希望者が増大しているが、後見制度の必要性判断や利用に向けた支援・対応力が乏しい。 ○地域住民への2人主治医制の周知と導入に向けた支援者からの発信不足。	
	家族	歯科医師		介護事業者	2								
	町会	1	薬剤師	1	警察								
	地区社協		看護師	1	消防								
	市社協		保健師	1	地域包括								6
	民生委員	3	医療相談員		市役所								1
	高支連		社会福祉士		学生								
ボランティア				合計	21								
4	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員(ケアマネ)	80代。営業職で転勤を繰り返す。10年程前よりパーキンソン病と診断され、治療開始。2年半前に市内に居住する子①子②と同居するために、現住所へ転居。その頃より、幻覚、物忘れ、昼夜逆転、便失禁が出現。配偶者の介護負担があり、デイサービスを徐々に増回。その後コロナの影響でデイサービス利用中断。配偶者のストレスが増え、ショートステイを利用したところ、本人も「楽しかった、また行きたい」と話す。	○配偶者が認知症症状の理解や受容が難しく、本人につき当たる等疲れている様子がある。 ○ケアマネから家族へ認知症とパーキンソン病の影響による症状であると説明をしているが、受容できていない。	○配偶者がパーキンソン病治療薬を眠前に内服させなくてはいけないうのに、勘違いをして夜中に内服させていた。薬局からアドバイスができていれば、配偶者の介護負担も軽減できたのではないかと。 ○症状を正しく理解する、生活上の問題を医学的総合的に評価するため、訪問看護を利用してもいいのではないかと。 ○朝食時間が日々違うと薬の吸収速度も変化する。朝身体の動きを良くするために薬を深夜内服しているのかもしれないが、薬剤効果は期待できない。内服時間を再検討する必要がある。	現在、腰椎圧迫骨折、脳出血、誤嚥性肺炎にて入院加療中。食事はペースト食を経口摂取中だが、昼夜とも痰吸引が必要な状態である。現時点での在宅復帰が難しい状態である。	○本人・家族の情報獲得力が乏しい場合、地域や福祉に係る情報ニーズの把握がしにくく、地域との関りが希薄化しやすい。		
	家族	歯科医師		介護事業者	2								
	町会	1	薬剤師	1	警察								
	地区社協		看護師	1	消防								
	市社協		保健師	1	地域包括							6	
	民生委員	3	医療相談員		市役所							1	
	高支連		社会福祉士		弁護士								
生活支援コーディネーター				合計	21								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
5	本人	医師	3	ケアマネ	3	地域包括センター(地域包括)	若年性認知症の進行・借金・家族関係の問題で配偶者が介護離職。離婚届を出した後も、本人の居場所が見つからず同居を続けている世帯の支援	○ピック病を発症後、借金があることが判明し、本人の失業、配偶者の介護離職でさらに経済的に困窮。 ○ショートステイや入院も検討したが受け入れ先がない。 ○認知症対応型のデイサービス、集いの場が少ない。	○介護する際、相手を否定しない、収集すると思われる物、好む物を事前に用意して、本人のこだわりの世界に入っていく、相手の一日の行動を観る。 ○借金は破産手続きを行う。障害年金は本人の生活のために使うのが良い。 ○成年後見の申立てが必要なケース。配偶者がうつ病であり、成年後見人になり得ない。妻が成年後見の申立てを行い、成年後見人選任後に専門的なアプローチが必要。 ○病状悪化時に備えて、二人主治医制を検討する。	認知症進行、夜間の徘徊が続く、在宅介護が厳しくなる。配偶者の成育歴・特徴などからADHDの可能性があり、フローチャートで可視化し、話のつながりの定着を補った。主治医を市内の医療機関に変更し、配偶者も一緒に受診し、施設入居に向けて準備をすすめていく。	○認知症対応のデイサービスが少ない。 ○若年性認知症の相談窓口、家族支援の窓口が少ない。	
	家族	歯科医師		介護事業者	4							
	町会	1	薬剤師	1	警察							
	地区社協		看護師	3	消防							
	市社協	1	保健師	2	地域包括							6
	民生委員	3	医療相談員	1	市役所							1
	高支連		社会福祉士		弁護士							1
生活支援コーディネーター	1			合計	31							
6	本人	医師	3	ケアマネ	3	介護支援専門員(ケアマネ)	コロナ禍で発熱した高齢者の受診とダブルケアをしている家族の介護負担	○子は介護・育児を全て自分でやらないといけなないと考えており、疲労が蓄積している。 ○冷静な判断に欠け、人間不信に陥り、医療・介護に対してクレーム的になっている。 ○高齢者の心身低下だけではなく、幼児の成長への影響も懸念される。	○子がこれを機にデイサービスを利用しないようであれば、ネグレクトに値する。先々虐待に発展するリスクが高い。デイサービスに行かない、外部と連絡を取らなくなったら、危険信号。 ○デイサービス利用が体温基準だけでは妥当性に欠け、医学的根拠に無理がある。一定の基準は必要だが、症状なども勘案し、総合的な判断が必要。デイサービス利用を控えてもらうのであれば、訪問介護の提供をしなくてはいけない。	ひ孫と散歩中に転倒し、左大腿骨骨折し入院。嚥下機能低下により療養型病院へ転院。育児は続けているが、子の介護負担が軽減され、精神的に安定した。育児・発育面については、保健福祉センター保健師に繋ぎ、連携体制を整えた。	○発熱時の病院受診方法が明確化されておらず、発熱＝コロナと疑いを持つ市民が多い。 ○コロナ禍でデイサービス利用基準を見直した事業者もあるが現在も統一された基準はない。	
	家族	歯科医師		介護事業者	3							
	町会	1	薬剤師	1	警察							
	地区社協		看護師	2	消防							
	市社協	1	保健師	2	地域包括							6
	民生委員	3	医療相談員	1	市役所							1
	高支連		社会福祉士		弁護士							1
生活支援コーディネーター				合計	28							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
7	本人	医師	1	ケアマネ	8	介護支援専門員(ケアマネ)	独居高齢者の受診と在宅急変時のリスク管理について	○最大7科の受診について、今後は体力的にも理解力低下(病状理解等)の面からも困難になる恐れがある。 ○ヘルパーの追加は経済的に問題がある。 ○目が不自由なので電話を掛けられないため、緊急時に助けを求められない。	○一人で通院できることが本人のモチベーション維持にも繋がっているため、通院をすべてやめる必要はないのではないか。 ○受診する科について医師に相談してみてもどうか。 ○一部を往診に切り替えることも検討してはどうか。 ○病状も生活環境も評価できる往診医が入ることで、リスクに関してはどうか。 ○仕事をし毎日訪問している子の意見は尊重すべき。 ○医師から子に病状を説明する機会を作ったうえで、リスク対策を子と一緒に考えてはどうか。	○本人、家族が受診科を減らすことを同意し、7科のうち5科を訪問診療に切替、ヘルパー、ショートステイの利用を開始した。 ○しかし、腎機能が悪化し入院となり、現在、区分変更申請中。 ○退院後は、特別養護老人ホームへの入所を希望している。	○高齢者や障害者の為の院内介助(ボランティアを含めて)の充実。	
	家族	歯科医師	2	介護事業者	5							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	1	地域包括							6
	民生委員	2	理学療法士	1	市役所							1
	高支連	1	作業療法士	1	生活支援コーディネーター							1
ボランティア				合計	32							
8	本人	医師	1	ケアマネ	8	介護支援専門員(ケアマネ)	80代 高齢者世帯。認知症である配偶者が近所の家の前に置いてある自転車のサドルや荷物を家に持ち帰ったり、自宅2階のベランダから放尿したりして、近所から子に強い苦情が来ている。夫婦とも認知症であり二人での生活は無理だと思うので施設に入りたいが、年金が二人で月15万円しかなく、入所が難しい。	○近所からの苦情を受けている。経済問題により介護サービス増加は困難。 ○配偶者は週3回の透析中で、疲労感強く、低体重、歩行、認知機能低下。 ○子らは、夫婦の「家で暮らしたい」思いをあきらめないと感じている。	○本人が2階のベランダから放尿する行為は、1階のトイレに行くことが間に合わないから起きている可能性もあるため、ポータブルトイレを2階においてはどうか。 ○薬剤師の居宅療養管理指導や訪問看護・ヘルパーの追加等、最小限のサービスで本人の服薬管理ができるようにすることが必要。 ○本人のBPSDについて、具体的な情報を集めて医師とも相談し支援者とも情報と対策の共有した方が良い。 ○家族や支援者で対策をとっていることを近所にも伝えて様子を見て欲しいとお願いする。	○本人はBPSDの悪化により、在宅生活が困難となり、長期的入所を利用しており、本人所待ちの状態。 ○配偶者は週3回、人工透析、週3回、ヘルパーを利用。子2人の支援で落ち着き、在宅生活を継続中。 ○子らが経済的支援をしているが、限界に近づき、生活保護も検討中。	○認知症になった途端に疎外感を感じてしまう本人や家族が多いので、予防と早期発見、地域の理解を地道に啓発していく必要がある。	
	家族	歯科医師	2	介護事業者	5							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	1	地域包括							6
	民生委員	2	理学療法士	1	市役所							1
	高支連	1	作業療法士	1	生活支援コーディネーター							1
ボランティア				合計	32							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
9	本人	医師	2	ケアマネ	7	介護支援専門員(ケアマネ)	地域猫にえさを与えて室内汚染が進行する認知症独居高齢者	80代 独居。軽度認知症。本人が地域猫に室内でえさを与えていて室内の汚染が進んでいる。室内で子猫4匹が産まれた。「猫が来るから仕方なくえさを与えている。積極的に世話をしたいのではない」と本人は話す。猫が汚した部屋の掃除は介護保険のヘルパーはできないと説明するが理解はできない。近隣からの苦情が来るかもしれず、今後、高齢者と地域猫の関係をどのように導いていけば良いか。	○猫を飼いたいという希望はなく、飼育する力もない。 ○ヘルパーによる掃除ができなくなる可能性があり、更に環境悪化が進む。 ○ケアマネ等の関係者は地域猫への対応についての知識が乏しい。 ○本人への飼育指導が困難。	○地域猫問題に積極的に取り組んでいる市役所環境保全課と連携を図る。 ○エサやりをやめさせるのは難しいので、家の外でエサを与える指導を本人に行う。 ○親子猫を捕獲し引き取り先を探したり、地域猫へのエサやりの指導を実行する経験者が必要だが、今はケアマネや包括がやらざるを得ない。	○状況に変化はない。別の複数の猫が子猫を連れてエサを食べに来ている。 ○地域猫は避妊手術が必要と理解しているが、誰かがやってくれるものと思っている。 ○ヘルパーの掃除により最低限の清潔は保たれている。	○認知症の高齢者が地域猫にえさを与えてしまうことで環境悪化など、近隣トラブルになっているケースが連続して発生している。 ○地域猫問題の解決には関心の高い人や猫に関するボランティア等との連携と関係者のネットワーク構築が必要。	
	家族	歯科医師	3	介護事業者	4								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	訪問看護師		消防									
	市社協	1	保健師	1	地域包括								6
	民生委員	3	理学療法士	1	市役所								5
	高支連	1	作業療法士	2	管理栄養士								1
	生活支援コーディネーター	1			合計								38
10	本人	医師	2	ケアマネ	7	介護支援専門員(ケアマネ)	社会的ルールを守れず、近所トラブルを多発する認知症独居高齢者	80代 独居。認知症。1年前から散歩中にごみをポイ捨てしたり、農作物を持ち帰るなど迷惑行為が始まった。その後、小規模多機能サービスの利用を開始したが、路上や他人の敷地での排泄行為が始まる。迷惑行為を目撃した住民が本人に注意すると激怒する為、トラブルとなる。一部の住民は「子がもっと面倒を見るべきだ」「施設に入れるべき」と批判的。本人と仲の良かった住民も近寄りにくくなっている。包括と住民と子夫婦で話し合いをしたが、互いの溝は埋まらず不調に終わった。	○子は事情があり、本人と一緒に住めず、施設入所する経済力もない。 ○通所の送迎の前後に本人が一人で外出してトラブルになる。 ○家のトイレを使用している形跡がなく外でする習慣になっている。 ○住民と子の感情的対立がある。	○処方薬の変更を相談したり、他の医療機関にセカンドオピニオンをもらうなど医療面でのアプローチが必要。 ○住民と家族の間に入る包括・民生委員が頻りに連絡を取り合って情報共有し、家族や支援者側の工夫や取り組みを住民側に伝えることで相互理解を深める。	○主治医に相談して、内服薬を変更し様子を見たが、元気がなくなり、家族が元の内服薬に戻した。 ○他人の家のなすびなどを取ってきてしまったり、隣の家にごみを投げ込んだりしてしまっている。 ○特別養護老人ホームへの入所が決定した。	○認知症によるBPSD(行動・心理症状)について、地域住民の知識・理解をもっと高めることが必要。	
	家族	歯科医師	3	介護事業者	4								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	訪問看護師		消防									
	市社協	1	保健師	1	地域包括								6
	民生委員	3	理学療法士	1	市役所								5
	高支連	1	作業療法士	2	管理栄養士								1
	生活支援コーディネーター	1			合計								38

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
11	本人	医師	1	ケアマネ	5	介護支援専門員(ケアマネ)	難病で歩行困難があり転倒リスクが高い高齢者の支援	○難病、高コレステロール血症の特性を踏まえた上で、どのようなリハビリ、栄養管理を行うか。 ○高次脳機能障害の影響が元々の性格か、転倒の危険性の認識がない。 ○本人への助言をどのようにすれば良いか。	○この難病に精通する医師の助言を聞いた方が良い。 ○痛み止めの薬が様々な病院から処方されているので、整理が必要。 ○歩行時に右足の筋肉が使えておらず、全体の筋肉量も足りていない。この難病の特徴は、リハビリを頑張りすぎると悪化する。体温が高いと悪化するので、運動時、体温が上がり過ぎないように注意する。 ○ケアマネとしては、本人の前向きな性格を大切にしながら、転倒リスクについて十分に説明していく。	○区分変更にて要介護1 ○ケアマネ、医療機関、デイサービスが連携して、本人に適した歩行器へ変更、菓子パンから米飯への変更などを行っている。 ○本人の外出意欲が高く、遠くまで行き過ぎて一人で帰れなくなってしまうことがある。	○近所の商店でもバランスの良い食材が選択できる知識など、高齢者の生活実態に合わせた食事のアドバイスができる社会資源が必要。	
	家族	歯科医師	3	介護事業者	5							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	地域包括	7							
	民生委員	2	理学療法士	市役所	1							
	高支連	1	作業療法士	1	管理栄養士							1
	生活支援コーディネーター	1			合計							30
12	本人	医師	1	ケアマネ	5	介護支援専門員(ケアマネ)	コロナ禍でフレイルが進行している独居高齢者	○体調不良と腰痛でデイサービスを休み運動量が減少。 ○医師から体重減少の指示があるも増加傾向。 ○簡単な調理はできるが、体調が悪いと、カップ麺等が多くなり糖尿病が悪化。 ○趣味のカラオケにも行けず閉じこもりとなる。	○糖尿病の食事は規則正しくバランスよく食べることが大切。 ○食事管理を一人でやるのが困難な時は、訪問系のサービスを検討してはどうか。 ○転倒の危険がなければサイクリングも良い。 ○運動・栄養について、記録をして、専門家に見てもらおうと良い。 ○病識・薬識・自己管理が不足しているので、支援者の手助けが必要。 ○浮腫みで体重増加してはいないか。病院の栄養指導も積極的に利用してほしい。	○これまで受けてきた栄養指導をケアマネと振り返り、日頃の食生活での意識付けを行っている。 ○腰痛が軽減し、デイサービスでのリハビリを再開でき、体重が3.4kg減った。体調も改善傾向。	○生活習慣病の高齢者は、医師などから、理想的な食事や栄養の知識・指導を受けていて情報は持っているも、実際の食生活に実現化できていない人は少ない。	
	家族	歯科医師	3	介護事業者	5							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	地域包括	7							
	民生委員	2	理学療法士	市役所	1							
	高支連	1	作業療法士	1	管理栄養士							1
	生活支援コーディネーター	1			合計							30

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
13	本人	医師	1	ケアマネ	5	介護支援専門員(ケアマネ)	入退院を繰り返す、状態が安定しない利用者への支援	90代 集合住宅4階に子と同居。生活保護受給世帯。半日型デイサービスを週1利用している。 認知機能の低下により、介護保険サービスの必要性に理解がなく、ももとの頑固な性格が根底にあるため、清潔に関する意識が欠如している。子は本人の金銭管理や買物支援を行っているが、家の片づけ等の環境整備については無頓着である。 このことにより、生活環境が整備されていないため、入退院を繰り返している状況である。	○整理整頓ができず、本人と子は必要性を感じていない。 ○退院時に、かかりつけ医へ引継ぎがされていない。 入退院毎にA DLが低下。 ○子は以前に統合失調症の診断を受けていたが治療中断。 ○金銭管理が不十分。	○急性期対応病院からリハビリ目的で転院し、筋力の維持向上を目指す。 ○自宅の環境整備の為、社会福祉協議会のワンコイン事業等を活用。 ○必要に応じ、在宅医療・介護連携支援センターと医療連携を図る。 ○貧血や体力低下により動けなくなり入退院を繰り返していることから、栄養状態を見直す必要性がある。栄養士による指導を行い、本人の好みや生活スタイルに合わせた対応をしていく。 ○生活保護担当者とも随時、情報共有し金銭管理の状況確認、生活環境の指導を行っていく。	○定期受診は子の付き添いにて実施できている。 ○通所系サービスは休止。自宅で子と生活している。 ○自宅内の片付けは十分ではないが、以前と比べて少し改善しており、移動もできている。	○それぞれの病院が担っている役割を理解できるよう、医療機関と地域住民が気軽に相談できる窓口の設置。 ○金銭的に余裕がない世帯でも、自宅の環境整備を支援してくれる機関や団体がない。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	4								
	町会	4	薬剤師	1	警察								
	地区社協	0	訪問看護師		消防								
	市社協		保健師		地域包括								5
	民生委員	2	理学療法士		市役所								1
	高支連	0	リハビリ職	1	在宅医療 介護連携								1
	ボランティア				合計								26
14	本人	医師	1	ケアマネ	5	介護支援専門員(ケアマネ)	独居生活をしてきたが、徐々に閉じこもりとなり、認知症が進行した事例	80代 独居、生活保護受給中。親族がキーパーソンであるが連絡がつかないことが多い。本人は、頑固な性格で他者と交流することが好きではなく、利用中のデイサービスやショートステイから逃げ出した経験もある。現在、体調管理の為、ヘルパーを利用しているが、昨年夏から食欲低下や不眠の症状が出現。認知症が進行する中で生活の楽しみや役割を見出せなくなっている。	○本人では金銭管理が困難になってきている。 ○一日ほぼ一人で自宅で過ごしヘルパーしか受け入れが難しい。 ○親族との関わりが少ない。 ○認知症や老年期うつが疑われるが、受診につながっていない。	○急激な認知機能の低下が疑われるため、他の疾患が隠れている可能性がある。一度精密検査をするために検査入院等の検討が必要。 ○成年後見制度利用に向けた検討が必要。 ○退院後、食事量が減っている必要な栄養を摂取できるよう配食やデイサービスの必要性を本人の理解度に合わせて説明しサービスを導入する ○現在、本人が受け入れているサービスから徐々に社会とのつながりを増やしていく。	新型コロナウイルス感染症の影響により、活動の参加には至っていない。	○男性が参加しやすい社会資源が少ない。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	4								
	町会	4	薬剤師	1	警察								
	地区社協	0	訪問看護師		消防								
	市社協		保健師		地域包括								5
	民生委員	2	理学療法士		市役所								1
	高支連	0	リハビリ職	1	在宅医療 介護連携								1
	ボランティア				合計								26

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
15	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	コロナ禍の中、本人の生活に少しずつ支障をきたしはじめているケース	90代 独居。本人は血圧を計測しているし問題ないというが、新型コロナウイルス感染症の影響により、2月から通院をしておらず、内服薬も切れてきている状態。認知機能も低下してきている。定額給付金の申請をヘルパーに依頼したと思ひ込み、最終的には友人が手続きの支援をおこなわれている。	○コロナ禍で、受診が途切れるなど生活に支障をきたし始めているが、本人はさほど不安を感じていない。 ○認知機能やADLが低下してきている。 ○本人が望む在宅生活を続けていくためにはどのような支援が必要か。	○テレビ診療をして処方してもらうこともできる。その後、訪問診療などを検討する。 ○歯医者にも行けない場合、訪問歯科を依頼。(元々のかかりつけであれば、訪問診療をしてくれる歯科医院もある) ○長谷川式検査を施行し、包括と連携しながら成年後見制度につなげる。 ○訪問リハビリを導入し、自宅でできる運動メニューを立案する。 ○在宅医療・介護連携支援センターのアウトリーチ(リハビリ)も検討する。 ○以前の主治医にテレビ診療を相談する。	○9月に自宅内で倒れる。意識はあるものの救急搬送され、入院中に区分変更を申請する。 ○要介護3の認定を受け、在宅復帰は難しいとの判断。 ○11月に老健に入所され、今後は特養入所の方針。	○地域との関わりが薄い方への対応。
	家族	歯科医師	2	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	3							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士		訪問看護								
生活支援Co	1		合計	14								
16	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	配偶者の意向でサービス支援が滞ってしまい対応に苦慮しているケース	50代 要介護3 配偶者、子・親族の4人暮らし。配偶者が主介護者であり、変則勤務の仕事をしており、不在にすることが多い。配偶者は、本人の病状の理解ができておらず、発症前の元気な状態に戻ってほしいという思いがあり、元に戻らないのは本人がさぼっているからという認識をもっている。配偶者自身の介護観があり、他の意見を聞き入れない。	○配偶者の思いに本人が振り回されている。 ○配偶者の考えでサービスの利用・中止を繰り返している。 ○配偶者が自分の考えを変えないのは本人がさぼっているからという認識をもっているため、関係構築が難しい。 ○本人が安心して生活できる支援ができていない。	○虐待の疑いもあるため、積極的に関わっていく必要がある。 ○第三者の関わりが継続的に必要。元々の関係性もあるだろうが、愛情の裏返しととれる部分もある。配偶者に強く言える人はいないか。 ○配偶者がいないと本人、子の生活が成り立たない。リハビリの評価を適切に行い、主治医から配偶者に伝えることで意識の変化は望めないか。 ○配偶者の味方・理解者になる人が必要。子の将来を見据えた支援も必要。 ○子の支援者との連携も必要。	○配偶者の意向により転居等も検討されたが、結局は引き続き自宅での生活を送っている。 ○デイサービス以外にヘルパーの利用も追加され、生活支援体制が整いつつある。	○本人よりも家族支援を苦慮するケースが増加している。
	家族	歯科医師	2	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	看護師	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	3							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士		生活支援Co	1							
その他(学生・PT.)			合計	14								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
17	本人	医師	ケアマネ	介護支援専門員(ケアマネ)	認知症により動き回る事でトラブルを繰り返す利用者のサービスが定着化しにくく、介護負担の軽減を図りにくいケース。	80代 要介護2 配偶者と子との3人暮らし。週3回、デイサービスを利用しており、ショートステイも利用をしている。4年前に免許返納し、親族の力をかりて配達の仕事をしてきたが、認知機能が低下し、落ち着きなく動きまわるようになる。近隣宅のインターホンを押して逃げたり、徘徊が繰り返されるようになる。配偶者は「できる限り、自宅で面倒をみてあげたい」と希望する。徘徊は繰り返されており、警察保護も発生している。	○配偶者は他サービスの利用希望がない。 ○本人が夜間に歩き回るため、家族が休養をとれない。 ○短期入所中に男性職員と衝突し定着しなかった。 ○過去に主治医に処方薬の見直しを依頼したが変更がされない。	○アルツハイマー型の診断を受けているが症状の特徴からレビー小体型も疑われる。再度医師に相談し内服薬の量の調節や睡眠剤の処方を検討してもらう。 ○医師に事前に、ショートステイの際の就寝時間や日中の活動状況などを記録した用紙を情報提供することで困り事を端的に伝えることができる。 ○配偶者の介護負担軽減のために必要に応じ区分変更も行う ○グループホームなどの施設入所の情報提供を徐々に行う必要がある。	専門医療機関に受診し、認知症専門病棟に入院となる。	○独居の認知症高齢者の場合は近隣住民との関係性が崩れて孤立する可能性がある。 ○認知症への理解を深めるためにどのような地域住民へのアプローチが必要か。
	家族	歯科医師 2	介護事業者 4							
	町会	薬剤師 1	警察							
	地区社協	訪問看護師	消防							
	市社協	保健師	地域包括 3							
	民生委員	理学療法士	市役所 1							
	高支連	社会福祉士	訪問看護 2							
その他(学生・PT.)	2	合計	15							
18	本人	医師	ケアマネ	介護支援専門員(ケアマネ)	高齢・独居でありなかなかサービスの利用に結び付かない高齢者	90代 独居。要介護1。近隣市に兄弟が在住している。兄弟は、週一度程度、買い物支援をしている。月一回、定期的に元部下が様子を見にきてくれている。通院時は都内に電車で一人で通っており、満員電車を避けるため、前日に近くのホテルに宿泊して受診することも。ヘルパー等の必要性を感じてはいるものの、家に人を入れたくない思いからサービスが導入できない。	○他市に文化財を保有している為、本市に住み票を移せず、緊急通報装置やミニ援助券等のサービス利用ができない。 ○自宅に物が多く、転倒やケガをするリスクがある。 ○兄弟も高齢となり介護力が不足している。	○3つの医療機関に通院しており、処方薬も多いため受診先の一本化や薬の整理が必要 ○通院の負担があるため近隣の医院や訪問診療の検討が必要 ○本人が困ったタイミングでサービス導入ができるよう定期的な見守りを行う ○事前に本人に何かあった際や兄弟の支援がなくなった時の対応を話し合っておく必要がある ○長年通院し信頼関係ができていた医師からサービス導入の提案を勧めてもらう	○現在入院中。検査入院のため、入院期間は短い予定。 ○介護サービスは変わらず利用していないが、緊急時に備えて緊急通報装置を自費で導入することとなっている。	○長く地域で生活していても近隣住民との関わりが極端に少なければ有事の際に頼れる人が少ない。
	家族	歯科医師 2	介護事業者 4							
	町会	薬剤師 1	警察							
	地区社協	訪問看護師	消防							
	市社協	保健師	地域包括 3							
	民生委員	理学療法士	市役所 1							
	高支連	社会福祉士	訪問看護 2							
その他(学生・PT.)	2	合計	15							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
19	本人	医師	2	ケアマネ	4	地域包括支援センター（地域包括）	医療受診や、経済的な支援が必要で行政に相談等を勧め、同意するが行動を起こさない世帯への介入の仕方	80代。兄弟、親族と3人暮らし。7月に、道に迷い自宅に帰れなくなっていた所を、警察保護。訪問し、本人から膝が痛いと話あり。親族の話によると、本人は無年金、無保険で、ご飯は親族が作っており以前は整形外科に通っていた。民生委員からは、福祉関係施設に通っていたが今は行っていないと情報あり。高齢者支援課とも協力して訪問し、親族に生活保護の事を伝えるが、相談の日時をずらし、支援につなげられない。本人は医療にはかかりたいと思っているが、生活保護に繋がらない。介入方法に悩むケース。	○本人の意思確認をどうしたらいいか ○世帯支援をどうやって進めていけばいいか ○兄弟、親族との関係性を保持しながら、理解を得られるようどうアプローチすればいいか	○本人を病院へ連れ出すことができれば、診察を活用し、親族と離して意思確認ができる。医療的なアウトリーチも活用できるとよい。 ○家族への理解を図るためにも訪問を続ける等をして家族との関係性をつくってからでないか難しい。 ○親族へ対象をスイッチすることで受け入れが変わるかもしれない。 ○次の約束が定まらない人へは日時をきっちり決めて、相手に構ってもらえるのはどうか。 ○兄弟の血圧も測るなど配慮があると良かったのではないか。決まった時間に訪問し馴染みの関係をつくる。	在宅医療介護連携支援センターへ相談。アウトリーチを実施。介護申請へは抵抗があるため、まずは事業対象者としてデイサービスの利用に向けて調整中。	○ひとり暮らしの高齢者へは民生委員の見守りが入るが、家族や配偶者婦世帯への見守り体制がないため世帯支援が必要なケースへの気づきが難しい。 ○町会に入らないとつながりもなく、把握も困難となる。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	4							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	3							
	民生委員	作業療法士	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士		オブザーバー	1							
ボランティア			合計	18								
20	本人	医師	2	ケアマネ	4	介護支援専門員（ケアマネ）	80代。要介護2。配偶者と同居。他県に子①と子②が在住。本人癌末期、以前より精神的不安定が日常的にみられたが、未受診で精神疾患の診断はない。サービスはデイサービスを利用。突然利用中止になるなど安定的な利用はできていない。また、配偶者が本人より暴力を受けたと警察通報し本人及び配偶者を警察が保護。ケアマネが家族疲弊で保護が必要と判断。同時に末期がんへの対応、本人の不安定な精神状態への対応等、緊急的に支援が必要であるケース。	○癌末期、精神不安定、家族疲弊で家族の保護必要、どの課題を優先するか。 ○癌など他の疾患がある方の、精神疾患の受診の受け入れ先が少なく、何処と医療連携するか。 ○どのようなサービスやインフォーマルサービスを利用したらいいか。	○地域の一般診療医と早い時期からつながっておくことで（二人主治医制）、治療は同じだとしても違う景色があったかもしれない。 ○医療の受け入れ先や受診先に困った時の窓口として、在宅医療介護連携支援センターがある。 ○分離が必要な際の自立高齢者の行先としては、一般のホテルや家族がいれば家族宅。今回のケースは癌末期でもあり、家族としても離れることが難しい。 ○訪問看護へ相談をくれれば、連携の中で、診療情報収集や在宅医療も含め医療機関とのつながりをつくるのが出来たかもしれない。	振り返り事例であり、検討時すでに本人は他界しているため、モニタリング報告はなし。	○医療に関する相談窓口を必要としており、在宅医療介護連携支援センターの周知が必要。 ○地域の医療機関とのつながりが希薄であり、連携が図れていない。 ○医療連携しやすくなるような働きかけや関係づくりが必要である。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	4							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	3							
	民生委員	理学療法士		市役所	1							
	高支連	社会福祉士		オブザーバー	1							
ボランティア			合計	18								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
21	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員(ケアマネ)	コロナウイルスの影響でデイケアに通えなくなり、機能低下してしまった人への支援	○パーキンソン病である本人がリハビリや歯科受診を中断した際のリスクを本人にどう伝えるべきであったか。 ○リハビリを継続する方法。 ○コロナウイルスの不安が大きい本人にどのような支援が考えられるか。	○パーキンソン病は廃用防止と服薬管理が重要。主治医へ服薬調整依頼をかけ、機能向上を図り予防できる。 ○デイケアに自宅用自主メニューの提供依頼をする。テレビ電話や電話連絡などでリハビリの指導を受ける。 ○パーキンソン病の動画サイトの情報提供。 ○15分以上滞在しない、2m距離を取る等、コロナウイルスに関する正しい情報を伝える。 ○訪問歯科などを提案。歯科受診から感染事例がないことも伝えたと安心するのでは。	区分変更申請後、要介護2の認定となる。かかりつけ医の系列事業所より訪問リハビリを週1回利用。担当PTがパーキンソンに特化した専門知識があり、本人も満足している。家族や支援者の協力を得ながら自宅で生活を継続している。	○新型コロナウイルスにより支援継続が難しくなっている。 ○専門職が適切な情報を伝えつつ、感染対策を講じながら支援機関同士の情報共有や連携の強化が必要。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	5						
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師		地域包括	4						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1						
	高支連	保険福祉センター	1	福祉まるごと	1						
その他	1		合計	21							
22	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員(ケアマネ)	○コロナ禍での介護保険利用 ○子の就職活動をどう進めていくか	○コロナ禍で介護保険サービス利用に抵抗を感じるご本人、就職活動をする子をどう支えていくか。 ○引きこもりがちである親子に対して、介護サービス以外でどのような支援があるか。	○生活をつないでいく為の仕事も必要。 ○デイサービスを嫌がる人はケアマネと家族で対応しながら、利用できるようコミュニケーションを図ることが大事。 ○現在は中止されているが、地域の通いの場も活用するとよい。 ○訪問拒否はないため、訪問系で機能維持を図るのはどうか。 ○デイサービスに通うことでたばこが吸えない不安があるのでは。外で吸うことが可能な場所もある。 ○生活保護も一つだが、子の意欲は阻害してはならない。貯蓄がいつまで続くのか把握すべき。	住宅確保給付金、生命保険の貸付制度を活用し生活。子は様々な機関の介入をプレッシャーに感じている為、相談窓口を一本化。生活困窮のためサービス利用できず。貯蓄の限界が9月であることを踏まえ、他親族の協力、生活保護も視野に介入予定。	○感染症の影響で経済的な課題を抱えている人が増加。 ○感染症への不安から支援につながりづらい。 ○引きこもりがちになり、認知症の発症やフレイル状態になることが危惧される。正しい情報を本人や家族にどう伝えていくかが課題。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	5						
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師		地域包括	4						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1						
	高支連	医療福祉センター	1	福祉まるごと	1						
その他	2		合計	22							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
23	本人	医師	2	ケアマネ	3	介護支援専門員(ケアマネ)	認知症の自覚のない方に対する介入の仕方	80代、要支援1。視覚障害のある配偶者と子の3人暮らし。本人、認知機能低下が疑われるが自覚なし。目の見えない配偶者のため通院や外出時は本人が運転。介護は自身の役割という思いがある。子は運転を辞めさせたい。年1回のMRI検査は異常なし、免許が更新できたため本人は納得せず。配偶者への介護サービス導入を機に地域包括が介入。配偶者の受診先から、専門医への受診の必要性および運転も控えるよう話があるが、本人は納得せず。	○認知症の自覚がない方を適切な医療につなぐ方法 ○認知症や難聴のリスクがある中、配偶者の送迎をするという役割についてどのように伝え、他にどのような役割を提案できるか。	○免許証は更新できているか確認が必要。 ○初期介入として、専門医でなくとも訪問診療、看護で関係性をつくる。 ○医師が運転免許を剥奪することはできない。運転は駄目といえる専門医から伝える。 ○運転に代わる楽しみを見つけ、家族が寄り添っていけるとよい。 ○配偶者と一緒にデイサービスに通うことで、配偶者の世話という役割を担ってもらおう。 ○楽しみが運転ということは認知症の方に一番の問題となる。	病院でMRI検査実施。脳機能異常なし。配偶者が介護サービスを利用し始めたこともあり、車の運転は減少。子は本人のデイサービスの利用を希望しているが、本人が合意せず。子からかかりつけ医に相談しサービスの必要性を話していく。	○運転免許を返納せざるを得なくなった後、車に代わる移動手段が充実していない。 ○車を手放してもメリットのあるような代替手段を社会資源として充実させていく必要がある。
	家族	歯科医師		介護事業者	5							
	町会	薬剤師	2	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	4							
	民生委員	作業療法士	1	市役所	1							
	高支連	医療福祉センター		福祉まるごと								
その他	1		合計	19								
24	本人	医師		ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	70代。トラックの運転、警備の仕事を行ってきた。配偶者は今年他界。独居生活となる。定期受診も途切れ、服薬もしていない食事は弁当。連日、自身の運転で商店まで行き、帰れなくなり警察に保護。子と免許返納した。子は今後の本人との関係性、対応について苦慮。商店の店員、警察からの連絡もあり、地域包括が緊急対応し介護保険申請。現在、月～土までデイサービスを利用。本人もデイサービスに行く事で不安が少し解消されたと話している。	○連日、警察に保護され子が対応してくれた。独居生活なので今後もまた一人で外出してトラブルを起こす可能性がある。 ○認知症の症状も進行しているため、火事の心配がある。	○夜間のケアについての再考、医療の継続、後見人の設定を考えていくこと。 ○認定結果で住環境の見直し、ショートステイの導入を検討していきたい。 ○長く民生委員の見守りがあってここまで来ることが出来た。食事の差し入れもあり、地域のコミュニティによる支援体制がなされている。 ○医療的な課題や住環境の設定をすることで転倒のリスクにも備える。	デイサービスを週6で利用、日曜のみ自宅生活。宿泊、ヘルパーは現時点で利用する必要性はないと判断。月末土曜日に子とケアマネが面談し、利用料金等の清算を行っている。	○認知症の方に対する理解がまだ得られていないため、介護関係機関以外への認知症の理解を深める必要がある。	
	家族	歯科医師	1	サービス事業者	4							
	町会	薬剤師		作業療法士	1							
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師	1	地域包括	4							
	民生委員	理学療法士	2	市役所	1							
	高支連	社会福祉士										
ボランティア			合計	18								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題			
25	本人	医師	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	育児と認知症の介護を抱えながら仕事復帰を目前にしている介護者の支援	70代。要介護2。2017年4月交通事故で外傷性十二指腸穿孔、術後経過良好にて9日後退院した。入院前より認知症の症状が出ていたが入院を機にせん妄、認知症が進行。介護認定後、デイサービス等を利用したが他者との関係性を作れず、利用中止。その後、小規模多機能を利用。本人は認知症が進んでいる様子が外からは分かりにくい。短期記憶がなく、自分がどこに住んでいるのか、どこに居るのか分からず、常に不安を抱えている。	今まで子が介護することで生活を維持してきた。親族が4人おり経済的に苦しく、子も働かなければならない。本人の年金も少なく生活が厳しい。子が育児と介護両立による負担が大きい状態。	○本人の役割や楽しみを見つける。 ○子の家族に協力してもらうために認知症サポーター養成講座の受講を勧める。 ○専門職の訪問回数を増やし顔つなぎ、本人の思いを分かってもらう存在を作り、サービスにつなげていく。 ○本人の居場所の確立。孤独感を解消するために信頼関係を作る。	小規模多機能型施設の利用に慣れず、向精神薬を利用するも上手くいかなかった。ショートステイを利用し馴染むことができた。週末、家族が本人に会いに行くという関係性を作ることができ、入所することができた。	○ダブルケアの状態像やリスクの周知。 ○ダブルケアの窓口相談の体制整備。 ○若年層の認知症の理解が必要。		
	家族	歯科医師	1	サービス事業所								4	
	町会	薬剤師		1								作業療法士	
	地区社協	訪問看護師										消防	
	市社協	2	保健師	1								地域包括	4
	民生委員	2	理学療法士									市役所	1
	高支連												
ボランティア				合計	18								
26	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員(ケアマネ)	認知症高齢者の独居生活を安全に継続するために	○地域の資源で生かせるものがあるか ○食事がどの程度摂れているか(内容等) ○服薬管理(過剰に内服することがあった為) ○デイサービス導入のタイミング ○外出して帰れなくなることが続いた場合の対応	○服薬は投薬カレンダーで管理。向精神薬は主治医と相談し危険のないものに変えてもらうと良い。服薬ロボットを利用する。 ○ゴミ出しについて。このケースに限らずケアマネが困っている問題。ヘルパー頼りになることが多い。近所の助けが必要。 ○認知症について。洋服や靴にGPS、緊急通報装置の検討。見守りシール活用。民生委員とのつながり。 ○デイサービスの前に地域のサロンなどから徐々に慣れていくのが良いが、送迎が無い事が課題	毎日ヘルパーを利用。買い物同行を行うが、暑さで本人の体力がついていかず、涼しくなったら再開予定。ヘルパーとのコミュニケーションは良好で受け入れが非常に良い。子も協力的。ケアマネとの相談が密に出来ている。	○ゴミ出し多くのケアマネが困っている問題。ヘルパー頼りになることが多い。町会や集合住宅で支援できる仕組みの検討が必要。 ○認知症集合住宅内でのサロン活動がない。		
	家族	歯科医師		1	介護事業者								
	町会	1	薬剤師	1	警察								
	地区社協		訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	1	地域包括							4	
	民生委員		理学療法士		市役所							1	
	高支連		社会福祉士										
ボランティア				合計	14								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
27	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員(ケアマネ)	多問題を抱える家族の今後の支援について	60代。要介護2。在職中に脳出血。病院でリハビリ実施し退院。親①(要介護1)と2人暮らし開始。訪問介護の家事援助(親①と按分)親②が入所している施設の通所を利用中。特に右手のリハビリに取り組み機能回復を強く願っている。ほぼ毎日、近くの商店に親①と歩いて買い物に行っている。経済力があり、家族の生活を支援している。親①も要介護1の認定を受けて支援を受けている。常に家族の為に最適な支援が無いかを模索している。	○親①が倒れたり亡くなった場合に残された家族をどのように支援するか。 ○高額の金銭、財産の管理が出来るか ○外出が一人で出来るか(好きな時に買い物、通院等)	○医療保険で訪問マッサージを利用し筋肉が固くなるのを和らげる ○自費デイサービスに通いたいと思っているが、お金をかけた分症状が良くなるわけではない。現実を受け止める為に、モニタリングで努力に対しての自己評価をする。 ○意欲があるのは良いことだと思うので、間をあけて病院のリハビリを続けたり、医療と介護を上手に使っていく。 ○親①が亡くなった場合、社協のふれあいサービスの利用が考えられる。	プランに大きく変更はなく生活も変わりない。ほぼ毎日買物に出かけている。本人がボツリヌス療法開始。3か月のスパンで麻痺側の腕の状態を観察していく。親①も健康状態に問題はみられていない。	多問題を抱えても地域で長く生活できる地域共生の視点を持った地域づくり	
	家族	歯科医師		介護事業者									
	町会	1	薬剤師	1	警察								
	地区社協		訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	1	地域包括								4
	民生委員		理学療法士		市役所								1
	高支連		社会福祉士										
ボランティア				合計	14								
28	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	新型コロナウイルスの為に、家族がデイサービスの利用を拒否している。	70代。要介護2。平成31年1月10日。脳血管疾患を認め、自己中断していた内服再開。左片麻痺残存。デイサービスを週2回利用開始。本人は通所を楽しみにしている。令和2年3月に、新型コロナウイルスの為に、デイサービスは休むと配偶者から連絡。配偶者より、デイサービスはまだ行かせたくない。ケアマネにも来てほしいと話あり、ケアマネの訪問が出来ない状態。	○特別な事態の中、本人、家族をどのように支援していけばいいのか ○介護サービスの利用再開について ○ケアマネのモニタリングの訪問方法について	○コロナ禍でデイサービスに通わせたくない家族の気持ちもわかる。しかし、一番困るのは本人。病院も行っていないが、ADL状態が悪いのが病気のせいなら治療が必要。デイサービスに行っていないなら、代わりに何が出来るか考えなくてはならない。 ○デイサービスありきで考えるのではなく、訪問リハビリなどリスクの少ない方法でADLを保つなど今の生活に合わせる。	デイサービスを再開し利用できている。コロナがすぐに落ち着くわけでもない。家族で考え再開に至った。身体的には下肢筋力低下が目立つようになった。コロナ感染拡大を受け12月より休止の申し出があった。	新型コロナウイルスに感染することへの不安によるフレイル予防をどうするか。	
	家族	歯科医師		介護事業者	2								
	町会	1	薬剤師	1	警察								
	地区社協		訪問看護師		消防								
	市社協	2	保健師	1	地域包括								4
	民生委員	4	作業療法士	1	市役所								1
	高支連		社会福祉士										
ボランティア				合計	20								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
29	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	若年性認知症の本人と介護者である配偶者への支援について	50代。要介護4。8年程前から電話がとれないなど物忘れが目立つようになる。精神的にも不安定な様子が見られたが昨年末まで受診せず。認知症発症後、家族は本人携帯のGPSを見て見守りをしているが、行動範囲が広がり対応できず、保護を繰り返す。1日に何度も入浴するが、十分な洗身ができず、石鹸がついたまま服を着る。便器の中に排泄できず、トイレ内の床にする。	○本人が入所するまで安全に在宅生活を継続するため出来る支援について (配偶者の介護方法の改善や工夫) ○若年性認知症の方に対する地域の見守り等の支援について	○友人との付き合い再開や民生委員の見守りを行う ○在宅生活は難しいので入所を考慮する時期かもしれない。 ○リハビリパンツの着用の声掛けを工夫することで上手くいく場合もある。 ○夜間の頻尿は認知症の特徴でもある。夜落ち着く薬を出してもらおうといい。歩行時右に傾くなどは薬の副作用という事はない。	リハビリパンツを着用してもらうための声掛けや友人との交流についての工夫を家族と共有、サービス回数も増やし警察保護もなくなっている。施設入所予定。	○若年性認知症の理解が浸透すれば地域の方に見守られながら生活することも出来る可能性があるため普及啓発をしていく必要がある。 ○男性介護者が話し合える場がない。	
	家族	歯科医師		介護事業者	2								
	町会	1	薬剤師	1	警察								
	地区社協		訪問看護師		消防								
	市社協	2	保健師	1	地域包括								4
	民生委員	4	作業療法士	1	市役所								1
	高支連		社会福祉士										
	ボランティア				合計								20
30	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	人との信頼関係を築くことができず、定期的なサービス利用に繋がらないケース	90代男性。独居、要支援2、認知症あり。居室の片付けや服薬管理に支援が必要だが、「人が来ると物がなくなる」と人を信用せず、体調が悪くなると地域包括へ連絡をしてきたり、救急車を要請したりする。定期的なサービス利用に繋がりたいが、被害妄想と人への不信感から介護保険の定期的なサービス利用にはつながらない。親族との関わりはなし。	○被害妄想により、一度訪問した支援者が泥棒扱いされてしまうため、繰り返し訪問することができない。 ○定期的な支援は望まないが、困った時だけ警察や、消防、地域包括へ支援を求めてくる。	○本人は人に干渉されず、自分のペースで気ままに生活したいと思っている。困った時には自分で支援を求めることができるので、見守りを継続して時々の困りごとに対応してゆくのが良いのではないかと。 ○傷病等により現在の生活が成り立たなくなった時点で、施設入所を検討していく。	介護サービスの利用にはつながっていないが、本人が困った時は、集合住宅の管理事務所や民生委員等を通じて包括に連絡が入る体制ができています。近隣の見守りや協力を得ながら一人暮らしを継続させている。	○親族のかかわりのない高齢者が入所できる施設が限定されている。	
	家族	歯科医師		介護事業者									
	町会		薬剤師		警察								
	地区社協		訪問看護師		消防								
	市社協	1	看護師	1	地域包括								2
	民生委員		理学療法士		市役所								
	高支連	9	社会福祉士										
	ボランティア				合計								15

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
31	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	独居者への看取り支援について	80代、男性。独居、要介護3認知症あり。長い間医療拒否があり、高血圧症や腎臓病の治療がなされていなかった。1年半ほど前より、ようやく訪問診療は受け入れるようになった。最大限ヘルパーや訪問看護など必要なサービスが入っているが入院や施設入所を嫌い最期まで自宅で過ごすことを望んでいる。他市在住の兄弟が金銭管理をしており、本人の支出に事細かく口を出してくるため、訪問介護事業所もやりにくさを感じている。	○独居のため急変時にすぐ対応ができない。 ○兄弟との信頼関係が不十分な状態で、本人の希望する「最期まで家で過ごしたい」との思いをどのように支援すればいいか。 ○本人の自由に使えるお金をどうすれば確保できるか。	○お金の管理については、兄弟に何のため・どのくらいの物品が・どのくらいの費用が必要か、文書にまとめて説明してはどうか。 ○意思疎通が可能うちに、兄弟を交えて状態が悪化した時に、どのような治療を受けたいのか受けたくないのか確認し、文書に残しておく。 ○普段から住診医、訪問看護、訪問薬剤師など医療関係者との情報交換を密にしておくといよ。	本人はターミナル期に入っている。ヘルパー事業所が変更になったことを機に、キーパーソンの兄弟とケアマネ等支援者の関係が改善された。在宅で看取る方針。	○福祉系の支援者が看取りについて学ぶ研修が少ないため、研修の機会を増やす必要がある。	
	家族	看護師	1	介護事業者									
	町会	薬剤師		警察									
	地区社協	訪問看護師		消防									
	市社協	1	保健師	地域包括	2								
	民生委員		理学療法士		市役所								
	高支連	9	社会福祉士										
ボランティア			合計	15									
32	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員(ケアマネ)	アルコール多飲の独居高齢者への支援について	80代女性。集合住宅にて独居。アルコール多飲により、食事を摂らず動けなくなり入院。退院後、一度は本人の希望通り在宅生活に戻ったが、居室内はゴミ屋敷。本人は「自分で片付ける」と言うものの、飲酒により頻りに酩酊状態となり意思疎通が成立せず住環境は改善せず。他県在住の兄弟が関わり、兄弟のいる地域のサービス付き高齢者住宅へ入居となった。	○兄弟の強い意向により、サービス付き高齢者住宅に入居となったが、どのような条件を整備したら在宅生活が継続できたか。 ○アルコール多飲、また兄弟の介入により本人の意向を十分には確認できなかった。	○サービス付き高齢者住宅に入居しても、自由に飲酒できる環境であれば元の生活に戻ってしまう。アルコールを完全に断つ環境でなければ、同じことの繰り返しになる。 ○本人との信頼関係を築くためには、時間が必要。じっくり時間をかけて関わることで本心を聞くことができたかもしれない。	サービス付き高齢者住宅で、飲酒することなく体調も安定して過ごすことができています。	○支援者がアルコールの問題を気軽に相談できる機関のさらなる周知が必要。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	看護師	1	消防									
	市社協	保健師		地域包括	4								
	民生委員	1	理学療法士		市役所								1
	高支連		社会福祉士										
団地管理事務	1		合計	16									

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
33	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員(ケアマネ)	入院し自宅に戻れない高齢者が飼育していたペットの問題	○餌やり等、ペットの世話を誰がしていくのがよいのか。 ○高齢者が自宅に戻れない場合の飼育先はどうなるのか。	○経済的に余裕があればペットホテルの利用。そうでなければ、包括職員、民生委員等の関わる人で世話をしていく。 ○その時になって慌てなくても済むように、元気なうちからペットを飼育している高齢者には自分に何かあって飼育できなくなった場合をどうするか、考えていくよう伝えていく。	本人は転院し療養中。実子と連絡がとれ、アパート解約等の手続きを行った。 飼い犬は里親に飼育されている。	○ペットショップ等がシニアのペット購入者に対して高齢になってからペットを飼う際のリスクを周知する必要がある。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	看護師	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	4							
	民生委員	1	理学療法士		市役所							1
	高支連		社会福祉士		動物愛護団体							1
	団地管理事務	1			合計							17
34	本人	医師	1	ケアマネ	5	介護支援専門員(ケアマネ)	ダブルケアで負担の大きい介護者への支援	○認知症の進行により様々な行動障害が出て来ているが、本人には病識がなく介護保険サービスや他者の介入に結びつかない。 ○日中は子が仕事で留守にする為、本人と孫と一緒に過ごす時間が多くなる。	○自身が役割を持てる(ボランティア・仕事)デイサービスを紹介する。やる気がある人なので、自宅内での安全を確保して、やれる事はしてもらう。 ○デイサービスを色々見学してもらい本人に選んでもらう。 ○孫に対して包丁を突き付ける行為が継続するようにであれば、虐待となるので緊急時孫のショートステイ等利用する事は可能。 ○民生委員は、家族からの希望があれば自宅訪問し声かけをする等の見守り支援をする事が出来る。	孫に対しての暴言が続き、子が市役所の担当課に相談している。 本人のサービス利用には繋がっていない。	○高齢者分野の支援者が子育て支援などの他分野の支援機関を学ぶ機会がさらに必要である。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	看護師	1	消防								
	市社協	保健師	1	地域包括	3							
	民生委員	2	理学療法士		市役所							2
	高支連		社会福祉士		動物愛護団体							
	団地管理事務				合計							17

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
35	本人	医師	1	ケアマネ	5	介護支援専門員(ケアマネ)	90代独居。ADLは概ね自立しているが、膀胱瘻の処置に不安あり。火の不始末に懸念があり自宅での入浴や調理は不可。義妹が定期的に連絡を取り様子や困り事を確認している。物忘れを主とした認知症状があり、部分的に記憶がなくなり事実と異なる話にすり替わる事がある為、支援の継続が困難であったり、事業所との金銭トラブルも見られている。	○金銭管理できなかつたり、自己決定がぶれてしまう利用者に対しての対応の仕方。 ○気持ちのブレが激しく、その時々で気持ちが変わる為、継続的な支援が難しい。	○口頭のみでは説得力に欠ける為、特に金額等については書面に残し根拠となる物を残しておく。 (やり過ぎても拒否するようになる為、程よい加減が大切) ○口座引き落としの手続きをする。 ○契約や支払等に関する事は親族に立ちあってもらおう。 ○転倒等のリスクが少ない安全な環境を整える。年金がしっかりある方なので将来的には施設入所が良いのでは。	デイサービスは継続して利用している。本人にわかりやすい書式で請求書を発行。本人も納得している。	○認知症の方の意思決定や金銭管理について支援者がさらに理解を深める必要がある。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	看護師	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	3							
	民生委員	2	理学療法士	市役所	2							
	高支連		社会福祉士	動物愛護団体								
団地管理事務			合計	16								
36	本人	医師	2	ケアマネ		通所介護事業者	90代、要介護2。3年前から短期記憶などの症状が顕著にみられるようになった。生活が不活発にならないように子の勧めもあり、1日型デイサービスを週3回、運動機能低下の予防を主として半日型のデイサービスを週1回利用。昨年7月から半日型デイサービスにおいて従来の機能訓練に追加、口腔機能向上を機能訓練士の指導で月2回提供を開始。自宅でできる口腔ケアを実践やプリント、カレンダーを用いて指導を受けるようになったが継続して自宅でセルフケアできない。	○認知症の高齢者が口腔ケアを自宅で継続できるようにするには、どうしたらよいか。 ○支援や介助が必要な場合、どのような方法があるか。	○認知症が進行すると新たな関係性が築けない可能性もあるため、認知症になる前、認知症初期の段階で歯科医師に介入して貰うことで、口腔面から認知症予防に繋げるという視点を持つ。 ○歯科医師は治療以外の時間でコミュニケーションをとって信頼関係を作っていく必要がある。 ○口腔機能訓練導入の前に歯科医師に訓練の必要性のアセスメントをしてもらい、口腔ケアの必要性を本人や家族に理解してもらい、協力を得ていくことが重要。	コロナ禍のため、利用が3月から中止になっている。家で行ってもらうプリントをお渡しし、やり方を説明したが本人は忘れてしまう。家族にも説明して、プリントを見ながら実施するようにお願いした。細々と続けてくれている様子。特に改善は見られていないが、悪化も見られていない。	○歯科受診率は低く、口腔に関しての重要度の認知度が低い。 ○原因の解決ではなく症状の改善のみを何とかしようと思う人が多い。機能低下する前に口腔ケアを入れるという予防の意識が浸透していない。 ○口腔の低下も身体機能の低下の一つと捉える視点が不足。	
	家族	歯科医師	2	介護事業者	8							
	町会	3	薬剤師	1	警察							
	地区社協	1	歯科衛生士・技士	2	行政・司法書士							2
	市社協	1	医療相談員	2	地域包括							4
	民生委員	1	理学療法士	市役所	1							
	高支連	1	福祉総合相談員	1	その他(学生)							2
ボランティア			合計	34								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
37	本人	医師	2	ケアマネ	医療機関	在宅における歯科疾患の重症化や口腔機能・食機能低下を防ぐために多職種でできることを検討したい。	60代、要介護2。小脳萎縮の後遺症から呂律が回らず、コミュニケーションが困難。デイサービスや訪問リハビリを利用していたが全てやめ、約3年引きこもり状態。総義歯であり、上顎の入れ歯が落ちる、下顎の入れ歯は浮いて噛めない、本人も入れ歯が湾曲しているという認識あり。口腔機能低下、低栄養、服薬の拒否に加え、上手くしゃべれず、コミュニケーションが取れないことで、家族も苦慮。歯科医院にも3年ほど未受診。ケアマネ、言語聴覚士の働きかけがあり、訪問歯科の導入。義歯を作成した結果、発語に向上がみられ、食欲もあがった。	○悪くなる、痛くなる、手遅れになってしまうケースを未然に気づくことはできないか ○多職種で最悪の一手にならないようにサポートできないか ○どのような状態が訪問歯科や言語聴覚士に入ってもらう人か、治療の評価の基準やゴールについて知りたい	○まず、いままでかかっていた歯科医師に受診をする ○合わなかったら他の歯科医師を紹介する ○家族にも口腔ケアの必要性を理解してもらう ○痛くなる前の定期受診を勧める	3月4月頃はうつ症状がひどく面会も難しく、リハビリも拒否。精神的に落ち着いてきたため、今回やっと訪問。義歯はやや緩くなっていたので、調整が必要だった体重は40キロから43キロくらいに増えた。自分のベストは60キロなので頑張っただけで体重を増やしたいと意欲的であった。	○歯科医院が多く、どの歯科医院が良いのか見極めが難しい ○予防歯科の必要性の周知 ○認知症のある高齢者でも口を開けてもらえる信頼関係が気付けるよう、継続して受診できる体制づくり		
	家族	歯科医師	2	介護事業者								8	
	町会	3	薬剤師	1								警察	
	地区社協	1	歯科衛生士・技工士	2								行政・司法書士	2
	市社協	1	医療相談員	2								地域包括	4
	民生委員	1	医師	2								市役所	1
	高支連	1	福祉総合相談員	1								その他(学生)	2
ボランティア				合計	34								
38	本人	医師	1	ケアマネ	介護支援専門員(ケアマネ)	体重減少がみられるが、口腔内の疾患と認知症があり病状把握が困難な事例	70代、要介護1。H30年アルツハイマー型認知症の診断を受けたが、通院、治療は家族判断で行っていない。年金収入が少なく貯蓄を切り崩しながら生活。知人から包括に相談があり機能訓練型のデイサービスに週1回通い始めるが、1年前より舌に違和感を覚え扁平苔癬と診断。舌の動きが悪く思うように物が呑み込めないため食事量減。物忘れ、約束間違いがあり、会話内容は「あれ・それ」等が多く内容を把握するのは難しい。経済的理由からサービスを増やすことはできない。	○独居で初期の認知症状がある方の栄養状態の確認方法、援助の方法を検討して頂きたい。	○栄養状態の確認方法として、簡易栄養状態評価表・食欲についての評価・食品摂取票を活用する。必要があれば栄養士が改善計画を立てたり、一緒に訪問することもできる。 ○他県在住の子の経済状況等を把握し、引き取ることができる状況であるのか確認をしておく必要がある。 ○定期的に受診をする病院を決め、健康診断を含めトータル的に管理を行っていただく。 ○扁平苔癬の治療については、口腔外科で対応となる。口腔内を清潔に保つことで食事量が増えたりすることもある。	10月に市の検診を受け総合的に身体評価してもらった。認知症が進行し、自分でお風呂を沸かすことができず民生委員に泣きながら連絡したり、デイサービスの日を間違えて外で待っていたりしている。食は細いままで体重は増えていない。	○体の健康診断をする人がいるが、歯科の健康診断をする人は少ない。 ○栄養状態の確認方法として、簡易栄養状態評価表等を利用し、栄養士に相談することもできるので活用する。		
	家族	歯科医師	2	介護事業者								9	
	町会	1	薬剤師	1								警察	
	地区社協	2	歯科衛生士	2								消防	
	市社協	1	保健師	1								地域包括	4
	民生委員	1	理学療法士	1								市役所	3
	高支連	2	医療相談員	2								行政・司法書士	1
まっどNPO	1			合計	27								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
39	本人	医師	1	ケアマネ	9	介護支援専門員(ケアマネ)	独居、初期認知症で嚥下状態不良の方の誤嚥性肺炎の防止と栄養状態改善について	80代、要介護2。誤嚥性肺炎で入院し退院後は柔らかいものしか食べておらず、あまり食事が摂れていないため、週1回訪問介護を導入。嚥下訓練の必要性はあるが、本人は現在通っているデイサービスを変更する気持ちもなく、現在の生活スタイルを変えたくないためサービス変更自体を望んでいない。本人は口腔機能訓練よりも食事のレパートリーを増やすことが重要だと思っている。物忘れが増えてきたことを家族も気にしているが指摘すると本人は怒ってしまう。	○嚥下状態から、調理方法や食形態に工夫が必要 ○あまり食事が摂取できないことで栄養が不足している可能性がある。 ○誤嚥性肺炎を繰り返してしまいうリスクが大きい	○食べるだけでなく、作る事、メニューを考える事、後片付けも口腔機能の維持向上に意味がある。 ○食形態変更の検討も必要だが、肺炎を起こさないためには歯の状態や口の中の環境、舌の状態も重要である。 ○1日3回ではなく数回に分けて摂取してほしいと思う。レシピ集を作成して冷蔵庫に貼ったりしても良いのではないか。ヘルパーと一緒に作って冷凍してストックしても良いと思う。	会議後、歯科受診をすすめ、現在毎週歯科受診し、口腔内の状態を見てもらっている。本人は食べ方を気をつけることができるようになり、むせることが減少した。嚥下に良いものを自分で作って食べられるようになった。体重はまだあまり変化は無い。	○歯科受診率、歯科検診率が低い ○予防歯科の必要性の認識が乏しい。
	家族	歯科医師	2	介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	歯科衛生士	2	消防								
	市社協	保健師	1	地域包括	4							
	民生委員	理学療法士		市役所	3							
	高支連	医療相談員	2	行政・司法書士	1							
まつどNPO	1		合計	27								
40	本人	医師	1	ケアマネ	10	介護保険サービス事業者	70代、要介護1。地方出身、いろいろな仕事を転々として働いた。子はなく配偶者と飼い犬と生活していたが、配偶者が癌で入院し、本人も心臓病で体調不良となった。飼い犬の面倒を見ることができず、犬を譲渡。その後配偶者が他界。急に独居となった。食事はほとんど作ったことがなく、スーパーでお弁当やおにぎりを購入して食事を済ませている。配偶者と自分の入院で借金があり、家賃を払うと手元に3~4万円くらいしか残らないので、経済的にも苦しい。	○行くところもなく食事も貧しい。 環境と栄養状態を改善し、活気のある生活ができないか検討してほしい。 ○身元引受人がなく、金銭的にも乏しいので、今後の生活場所を検討してほしい	○夫婦2人で住むために借りていた部屋なので1人では広いし、家賃も高いので引越を検討。 ○今後係る費用をためていくために、金銭管理や市役所にある自立相談支援センターで家計の相談を受ける。 ○今食べている弁当プラス野菜を加えるなど効率的な栄養が取れるようにしないといけない。 サービスに入っているヘルパーへの指導が必要。 ○高齢者が共同で生活できるような「シェアハウス」を考えていく必要がある。	病院退院後、家賃の安いシェアハウスに入居。家賃が下がったことで少し金銭的余裕ができた。洗濯や簡単な炊事などは自分で行っている。食事は栄養バランスの良い高齢者用の配食サービスを利用し、内服も出来ている。訪問看護が導入になり、見守りも確保できた。	○独居になった高齢者が孤立しないための日中の活動先や居場所づくり、共同生活ができる場所を作ること。 ○独居になっても自分で家事がこなせるように練習できる機会を作る。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	歯科衛生士		事業者他	5							
	市社協	保健師	1	地域包括	4							
	民生委員	医療相談員	2	市役所	1							
	高支連	ボランティア他	3	司法書士	1							
まつどNPO	1		合計	30								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
41	本人	医師	1	ケアマネ	10	介護保険サービス事業者	食事提供のあるサ高住に住みながら好きなものばかり食べ、体調を崩してしまう高齢者の事例	○味の濃い物・脂っぽい物・辛い物が好きで、食べると体調が悪くなることが分かっている。○体調不良を繰り返してしまっているので、本人があまりストレスを感じず、良い体調を維持できる方法はないか。	○長い生活歴から出来上がった嗜好をいきなり切り替えることは難しいので、まずは好きなものに加えて野菜を摂取して貰う等して徐々に意識を変えて貰うことが必要。 ○何が原因でアルコールに依存することになったのか、その寂しさの原因を把握し、そこにアプローチしていく。	基本的な生活はあまり変わっていないが、周囲が声掛けを増やしたことで医師からの指導でアルコール量が減ってきた。周りから『元気そうになったね』と言われることが増え、それがうれしくて、だんだん酒量が減ってきている。嫌酒薬の内服も行っている。	○松戸市には断酒会のような組織がない。 ○飲酒を継続しながら徐々に量を減らしていく治療方法はないか。 ○嗜好を変え栄養バランスの良い食生活にすることは難しい。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	歯科衛生士		事業者他	5							
	市社協	保健師		地域包括	4							
	民生委員	医療相談員	2	市役所	1							
	高支連	ボランティア他	3	司法書士	1							
まつどNPO			合計	30								
42	本人	医師	1	ケアマネ	5	地域包括支援センター（地域包括）	70代、要支援2。加齢とともに足腰が弱くなり、転倒が増えている。自宅内の環境整備や外出時の安全を確保し、住み慣れた地域でこれからも一人暮らしを続けたい。膝や腰の痛みがあり思うように外出できない状況で歩行器のレンタルを開始。しかし、一階のスペースには子供の遊具が置かれ、うまく取り出せなくなり歩行器を返却。返却に合わせ週2回運動機能向上のためのデイサービスを辞めてしまう。その後、シルバーカーをご家族が購入し室内にて保管している。	○デイサービスを辞めたことによる身体機能、認知機能低下の懸念 ○歩行器や車いす等、福祉用具を置く場所が無い。エレベーターが無く自宅に持って上がれない。共有スペースである1階ポスト周辺の空きスペースに置くことはできない。	○転倒しないように弱った筋肉を強化するようにリハビリをする。 ○デイサービスを利用し社会交流の機会を持ち認知機能の低下を予防する。 ○近隣に挨拶をして、1階のポスト周辺の空きスペースにチェーンを付けて置いておくことができるスペースがある。 ○歩行器等、福祉用具がポスト周辺に置かれていても苦情が無ければ様子を見る。	家族がコンパクトな歩行器を購入し、1階空きスペースに置くことができ、外出するようになった。デイサービスにも週2回通うようになり、交流が図られているが、A DLの低下は進み、現在区分変更申請中。	○1Fポスト裏の空きスペースにはさまざまな物が置かれており、歩行器、車いす、スロープ等を置くことが困難な状況がある。 ○ほとんどの住宅でエレベーターが無い。 ○以前昇降機が設置されていたことはあるが、現在積極的な設置は許可されない。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1							
	町会	3	薬剤師	1	警察							
	地区社協	看護師	2	消防								
	市社協	1	保健師	地域包括	6							
	民生委員	2	作業療法士	1	市役所							1
	福祉用具専門相談員	1	医療相談員	1	NPO協議会							1
UR	1		合計	29								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
43	本人	医師	1	ケアマネ	5	介護保険サービス事業者	階段昇降が行えない方への外出支援・福祉用具に関する理解促進、普及啓発	80代、要介護4。脊柱管狭窄症により下肢の痺れや痛みがあり、階段昇降が行えない方への外出支援について。3階在住で階段の昇降は全介助レベル。本人は外出希望はあり階段昇降機の利用に関し家族の理解を得ることに難渋した。福祉用具の利用に関する理解促進や普及啓発はどのように進めたら良いか。	<ul style="list-style-type: none"> ○レンタル品へ理解がすすまない。 ○階段移動用リフトのレンタル費用が高い。 ○置き場所に困る。 ○移動用のリフトレンタルに関しては、介助者が講習を受ける必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ○団地にお住まいの方で階段移動用のリフトが必要な方はいる。防災イベント等地域のイベントで理解促進、普及啓発を行う。 ○移動用リフトのレンタルは5000単位+車椅子単位かかる。野菊野団地では団地で購入し利用している。 	階段昇降機使用開始。2019年4月までの3年間、状態も安定し外出も多く行えていた。その後、がんが見つかり入院治療後退院するも、体力低下にてベッド上で生活となり、再入院。この際に子の操作のもと階段昇降機使用。その後、ご逝去された。	○移動に困難を抱えた高齢者が多い。 ○エレベーターが無い住宅がほとんど。 ○ADL低下した方の移動については、1階在住者であっても困難な状況がある。○防災の観点から移動手段が乏しいことで避難活動が進まない。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	看護師	2	消防								
	市社協	保健師		地域包括	6							
	民生委員	作業療法士	1	市役所	1							
	福祉用具専門相談員	医療相談員	1	NPO協議会	1							
UR			合計	29								
44	本人	医師	3	ケアマネ	2	地域包括支援センター(地域包括)	80代、配偶者が介護施設入所のため独居。要支援1。子の支援あり。視力・聴力低下で、他者との関わり難しい。統合失調症既往があるが、現在症状落ち着いており受診していない。ゴミ出し、テレビ音漏れについて民生委員より地域包括へ相談。本人は認知症を疑う状況があるが、受診につながらず。火の不始末もある。本人と子は在宅生活を望んでいるが、地域住民は独居生活は難しいと考えている。また、本人と子は現状のサービスで十分と考えており区分変更を提案するも希望なし。	<ul style="list-style-type: none"> ○子は仕事のため支援に限界がある ○本人と子、地域住民の間で、本人の今後の生活に対する考えの違いがある中、本人の在宅生活継続のためにどのような支援ができるか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域との関わりも心配だが、その前に医療等出来る事を支援する。 ○火事や警察騒ぎを起こさないよう、医療へつながる支援をしていく。訪問診療・認知症初期集中支援の検討が望ましい。 ○統合失調症の既往歴について、再度受診し、訪問診療・訪問薬剤などの導入も検討出来る。 ○区分変更し、サービス調整行っていく。 ○上記について、子と再度現状を話し合う。 	区分変更にて要介護1の認定が出てサービスを増やすことができた。受診も定期的に行えるようになり、安定して過ごすことができています。	○地域の見守り体制はあるが、本人の視力聴力低下で他者との関わりが難しい場合、独居生活を続けるために地域でどのような支援ができるか	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師		警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	管理栄養士	1	地域包括	7							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1							
	高支連	福祉まるごと相談窓口	1									
ボランティア			合計	18								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
45	本人	医師	3	ケアマネ	2	地域包括支援センター（地域包括）	配偶者が、認知症の本人の状況を理解できず、対応できない事例について	○配偶者は都合よく解釈する傾向があり、認知症の本人の状況を理解できない ○配偶者が怒鳴り散らす等の状況がエスカレートし、心理的・身体的虐待に発展する恐れあり ○感情的になってしまう配偶者の負担を軽減するためにはどうしたらよいか。	○虐待になる前の対応が必要。 ○地域住民、民生委員、ボランティアなど情報ネットを常にはり、できることから関わる。 ○病院の対応をスムーズにするため病院に連絡、相談していく。 ○配偶者へ認知症カフェや家族の会、傾聴ボランティアを検討してもよいのではないかと。 ○配偶者が一人になる時間を作るため、本人のデイサービスやヘルパー等介護サービス利用ができるように促していく。 ○配偶者も認知機能低下の可能性があるので、医療につながるアプローチも必要。	デイサービスにつながり継続利用できている。配偶者や子の暴言はあり語気が強い様子。あざなどの報告はなし。申請後の定期受診につながっておらず、ケアマネから受診を勧めている。電話の連絡つきづらく必要時訪問にて対応。	○地域住民が見守り続けているが、何もできないという精神的負担がある	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師		警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	管理栄養士	1	地域包括							7
	民生委員		理学療法士	1	市役所							1
	高支連		福祉まるごと相談窓口	1								
	ボランティア				合計							18
46	本人	医師	3	ケアマネ	2	地域包括支援センター、介護支援専門員	支援者等からの話を都合よく解釈し、他者への依存心が強いケース	○自己に都合がよい主張を繰り返し、我侭とも捉えられる言動に対して、どう対応していけばよいか。 ○支援者がイメージする「健康な生活」と本人のイメージが異なる場合、イメージを共有し、共通の目標を作るにはどうしたらよいか。	○本人には、信頼関係を構築し、支援者がチームとして情報共有し、寄り添う立場や必要なことを伝える立場など役割分担することが有効と思われる。 ○本人とイメージの共有を図るには、本人の価値観を共有・共感することが必要だが、精神疾患などが重複している場合、外部からの客観的な視点も必要。医療的なアプローチが必要となるため、受診は継続する。 ○松戸市のアセスメント事業で環境調整を行うなど他にも活用できる社会資源があるのではないかと。	現在は介護サービスや往診を利用し在宅生活は安定している。往診医師とのコミュニケーションも適切に取れており不定愁訴もない。自分でデイサービスに行くことを決めるなど体調管理に前向きである。	○自分に都合がよい主張を繰り返したり、依存の強い方を地域でどう支えるか	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師		警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	管理栄養士	1	地域包括							7
	民生委員		理学療法士	1	市役所							1
	高支連		福祉まるごと相談窓口	1								
	ボランティア				合計							18

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
47	本人	医師	3	ケアマネ	2	地域包括支援センター（地域包括）	自宅がゴミ屋敷状態だが、支援拒否あり介入困難な事例	○物の老朽化、ゴミ屋敷状態から災害時のリスク大きい、本人は認識なし。 ○無理な介入で拒絶される可能性がある。 ○受診、内服が途絶えることで健康面に不安がある。	○このような方は掃除しても汚れたり、物で溢れる生活に戻る傾向がある。 ○アスペルガー症候群の可能性あるが、何かきっかけがあれば動いてくれるかもしれない。 ○定期受診していたことから、健康面は意識があるのでは。 ○アウトリーチ、訪問診療を検討してみてもどうか。→主治医に相談をする。 ○困った時頼ってもらえるよう、切れない程度につながり、信頼関係構築することが必要では。 ○困るのは火事。消防局に相談をした方が良い。 ○敷地の外までゴミや物が溢れないと指導は難しい。	○かかりつけ医療機関の医師と同行訪問し本人の状況を確認した。インフルエンザ予防接種を受けたいとの意向あり、ワクチンが入荷できた際にはお知らせする予定。 ○他県に住む実兄から安否の問い合わせがありつながることができた。	○異臭など、隣接している住宅に被害が出ていることが想像できる、火事の心配もあるが、自宅敷地内であれば指導は難しい。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1						
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師	1	地域包括	6						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1						
	高支連	障害相談機関	1	管理栄養士	1						
		1	合計	21							
48	本人	医師	3	ケアマネ	2	地域包括支援センター（地域包括）	加齢・疾病によって要支援状態となり、自宅の維持・管理、災害への対応ができない事例	○建物の管理不足と老朽化から災害時のリスク大きい。 ○大規模修繕必要な場合の経済的リスク。 ○改修業者の選定にも、相談者がいないし、自己決定についても正しい判断を下せるか、本人は自信がない。	○本人が判断できるのであれば、本人が判断するが、修繕などの多額費用が必要になる場合も想定し、他の親族を巻き込むことが良いのではないかと。 ○在宅生活の継続について、本人や親族と「在宅生活の限界点」や他制度（リバースモーゲージ）等を紹介し、リスクに備える準備が必要ではないか。 ○定期的なメンテナンスの業者とつながりが難しいということであれば、住宅改修を施工をした業者に連絡を取るのも良いのではないかと。	○自宅での生活が難しくれば施設利用なども検討したが、在宅生活を続ける事となった。 ○近所で工事をしていた工務店が声をかけてくれ、現地調査・見積もりなどの打ち合わせに包括職員も参加し、意思決定についての支援などを行い工事（修繕）した。	○個人と地域でできることの線引きは難しいが、地域全体で防災への意識を高めることが重要。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1						
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師	1	地域包括	6						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1						
	高支連	障害相談機関	1	管理栄養士	1						
		1	合計	21							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
49	本人	医師	3	ケアマネ	2	地域包括支援センター（地域包括）	セルフネグレクトの末の死亡事例。支援者の振り返りと今後の対応方法。	60代、独居。要介護3。親族は関わり拒否。病院相談員からの依頼で介入。脳梗塞既往で麻痺あり。半年に一度のペースで入退院繰り返し、MMSE 20点。貯金十分にあるが、ゴミ屋敷で生活。冷蔵庫、エアコン、レンジ等家電製品一切なし。生い立ちの複雑さもあり、自分の意向に反する支援は拒否するが、関係性築きながらサービス導入してきた。コロナ禍で発熱ありデイサービス利用できず、本人は熱中症だと頻回な受診勧奨にも応じず、自宅で亡くなった。	○関係性構築し介入してきたが、頻回な受診勧奨したものの、受診につながらなかった。	○生い立ちだけではなく、精神科受診し、病気の性質により介入の入り口が見えたかもしれない。病名をつけるのも大切。○介護保険制度の理解が難しい方へのアプローチとして支援者の役割や、できる事・できない事を分かりやすくはっきりと伝える。○コロナ禍での発熱は、コロナウイルス感染症なのか判断つかず、サービスに入れなくなる場合もある。利用者自身で乗り越えられる人はまだよいが、介護が必要な人が今後の課題。	他界事例なので該当なし。	○セルフネグレクト、支援拒否の方の地域における支援 ○介護が必要な状態でも、コロナ禍で発熱症状ある方はサービス利用が難しい
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師	1	地域包括	6							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1							
	高支連	障害相談機関	1	管理栄養士	1							
	福祉まるごと相談窓口		1	合計	21							
50	本人	医師	3	ケアマネ	1	地域包括支援センター（地域包括）	多機関が関わり家族それぞれに問題があるが、上手く連携が図れていない事例	80代、独居。介護保険申請中。軽度の認知症状あり。子が週5日程宿泊し支援しているが、子も精神疾患あり就労なし。配偶者と離婚し孫と生活している。経済困窮あり。親族は発達障害とうつで不登校で引きこもり。孫に対する子のネグレクトあり。	○本人、子、親族と世帯に複数課題があり、課題の優先順位を決める必要がある ○家族が行うこと、支援者が行うことの役割分担が必要 ○多機関が関わる中でどの支援機関が中心となり世帯全体を把握するか	○スクールソーシャルワーカーは学校の児童や両親に関する事を扱うが、別居の祖父母等までは管轄外 ○福祉まるごと相談窓口は適切な関係機関に繋ぐ役割。 ○学校に行けずネグレクトを受けている親族の支援が優先。 ○本人の診断名がきちんと判明しないと次に進めない。 ○問題が広範囲で市役所の多部署もまたいでいるが、市役所内でも情報共有できていない現状。縦割りの弊害がある。	○本人の認知症検査実施。結果待ちである。 ○親族が先日初めて学校に通えたと報告あり。	○多分野にまたがる複合化した課題を抱えた家庭の支援における支援機関の連携 ○地域のサロンがコロナの為に閉鎖しており、紹介できる地域サービスがない
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師	1	地域包括	6							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1							
	スクールソーシャルワーカー	障害相談機関	1	管理栄養士	1							
	福祉まるごと相談窓口		1	合計	20							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
51	本人	医師	3	ケアマネ	1	地域包括支援センター（地域包括）	認知症独居、徘徊で保護されることがあるが、家族との連携が図れず対応が進まない事例	80代、独居。他県から子の近くへ転入。介護保険未申請。道に迷い警察保護されることが年に数回あり、子から地域包括へ相談。本人は住民票を他県に残しており、本人の状態的に要支援相当と思われるため、子に住民票を移してから申請することを勧めた。子は住民票を移すと繰り返し話すが、数年にわたり住民票は移さず、介護申請、サービス導入につながらない。	○住民票異動について家族が対応すると言いながら動かない状況が続いている ○本人は日常生活は送れている様子のため緊急性は高くない状況で、どこまで家族にアプローチしていくべきか	○地域の集いの場につなぐことはできないか？顔なじみをつくり、知ってもらうことで道に迷った時に助けてもらえるかもしれない。 ○子のアセスメントが必要。距離をつめて、認識を共有する必要がある。 ○相談に来るメリットが必要ではないか。（金銭的なメリットなど） ○受診につなげ、介護申請する。（徘徊があれば要支援にはならないのでは） ○時々連絡し子の様子も聞くなど細く長く付き合っていくことも大切。	本人に連絡をとり訪問の約束がとれたことから、認知症専門外来の受診勧奨、地域の集いの場の利用を勧めていく予定。	○人間関係トラブルや認知症疑いのため、地域の集いの場等の利用を継続できない状況になった場合、支援が途切れてしまうことがある。
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師	1	地域包括	6							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1							
	ケアマネネットワーク	障害相談機関	1	管理栄養士	1							
福祉まるごと相談窓口		1	合計	20								
52	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員（ケアマネ）	80代、子と二人暮らし。要介護5。本人は認知症状があり、車いす移動。週3回の透析と看護小規模多機能のサービスを受けている。住環境が不良で本人が外出するためには2人介護が必須になっている。住環境整備に同居の子は非協力的。また、本人の心身の状態から施設入所をケアマネが勧めているが非協力的で話が進まない。	○施設入所の話を進めることができない子に対し、どうアプローチをすればよいか。 ○入所まで在宅と希望しているが、自宅でやっていけるか。自宅なら、子へどう介護へ目を向けてもらえるか。 ○地域の力を生かすにはどうしたらよいか。	○看護小規模多機能という特性からサービスを必要以上に提供していたのかもしれない。それによって家族の持っている力を引き出せなかったことで施設入所が遅れたのではないか。 ○家族の介護力の見極めが必要。在宅生活に固執することは、本人、家族にとってもケアマネとして適切な支援にならない。 ○困難なケースのため、地域で出来ることは限られる。本人に対して声掛けならできるのではないか。	透析可能な病院へ転院が決定した。	○介護度が重く在宅生活が困難なケースは、地域でできる支援が限られている	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	4							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士										
ボランティア		1	合計	13								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
53	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	両親の介護を一人で抱えて、精神的負担がある家族への支援	○子の心境や環境分離はどうすればよいか。 ○妻の受診、内服拒否に対してどう対応したらよいか。 ○子をどうフォローしていけばよいか。地域でできることはあるか。 ○認知症のある方が地域活動に参加するにはどうすればよいか。	○本人はレビー小体型認知症、配偶者はアルツハイマー型認知症で、二人が感情のコントロールが出来ず事件になる可能性も否めない。本人は施設入所に対して拒否がないので分離を進めていく。 ○配偶者は病識なく受診困難なため訪問診療を検討する。 ○子に「介護者の集い」等への参加を促し、色々な人と話すことで精神的安定を図る。 ○地域活動の場で出来ないところを責めるのではなく、出来ないところを補いつつ、いつまでも地域活動に参加していただくように支援する。	特養に入所した。	○認知症の方が地域活動に参加するには、出来ないところを優しく補う体制が地域に必要である。
	家族	歯科医師	1	介護事業者							
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師		地域包括	4						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1						
	高支連	社会福祉士	1								
ボランティア		1	合計	13							
54	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護保険サービス事業者・介護支援専門員	要介護者の免許返納について	○認知症高齢者の免許自主返納をどのように進めていけばよくなったのか。 ○そのような時、地域でできることはあるか。	○認知症の人がいたら地域で見守れるよう、町会長に知らせ見守り体制を作る。 ○後見人につなげ、できれば個人の財産処分等進めていく方がよいだろう。	免許返納したがサービス利用等で問題なく生活できている。 金銭管理も現在は本人可能なため、経過を見ている。	○認知症に関する普及啓発、相談窓口の周知が必要。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1						
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師	1	地域包括	3						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	2						
	高支連	社会福祉士	1								
オレンジ協力員		1	合計	14							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
55	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	認知症の症状が現れているが、車検が切れている車に乗っていて、道路に駐車している 70代、独居。要介護1。子は遠方。糖尿病、糖尿病性腎症、脂質異常症、高血圧、認知症等に対し、他市の診療所で投薬治療を受けている。受診日忘れ未受診のこともあり、確実な服薬ができていない。自宅はごみ屋敷状態。ごみの認識はあるが、ゴミ捨て場を持っていけない。車検が1年前に切れている車に乗っている。駐車場を借りておらず、駐車禁止でない場所に路上駐車。友人に頼まれ通院等で運転をしている。	○認知症あるが、運転継続している。 ○車検が切れている車を運転している。 ○ゴミ出しできない人を地域でどう支援していくか。	○車検切れについて、地域で対応するのは難しく、警察と連携していく。 ○ゴミ捨てについては、行政サービスの活用を検討し、本人の状態把握して、支援していくようにする。	警察との連携は取れている。本人は新車購入し、車検は解決したが、運転継続しており、新車が分からず確認も取れなくなっている。	○他の行政機関(警察・免許センター)との連携が必要 ○認知症に関して、地域住民の理解を得ることが必要
	家族	亜	1	介護事業者							
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師	1	地域包括	3						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	2						
	高支連	1	社会福祉士								
	オレンジ協力員	1		合計	13						
56	本人	医師		ケアマネ		地域包括支援センター(地域包括)	要介護2の認定が出ていて認知症が進行しているが、本人のサービス拒否があり、介護をしている配偶者が疲弊している事例 80代、配偶者と二人暮らし。要介護2。認知症あり。本人が「配偶者がいなくなった。刃物を振り回している」と交番に行き保護された。自宅に行くとき配偶者は「本人はここ1か月くらい認知症が悪化している。」と話し、介護で疲弊していた。配偶者は本人に苦勞をかけた為自分が世話をしなければと思っている。サービス増やすこと提案するも、本人が乗り気でない現状維持、さらに、本人が嫌がりサービスの利用は中止に。配偶者の負担もさらに増し、夜間不眠もある。	○配偶者が本人の意向を尊重してサービス利用に繋がらず、介護疲れで疲弊している。 ○この夫婦を地域で支援するには、どのような方法があるか。	○本人が介護サービスを拒否しているため、色々なデイサービスを見学・紹介をする。 ○本人の認知症の現状を主治医に伝えられていないのではないかと。受診の検討の余地あり ○配偶者の受診が必要ではないか。 ○配偶者は介護保険の申請、介護者のつどいに誘う ○地域の人と交流を続けながら生活を続けていく	介護サービス導入後に緊急入院。退院後は内服管理できず本人がサービス利用を再度拒否しており、配偶者が本人の介護を継続していくことが難しい状況になっている。	○男性介護者の孤立。
	家族	歯科医師	1	介護事業者							
	町会	1	薬剤師	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師	1	地域包括	4						
	民生委員	理学療法士	1	市役所							
	高支連	1	社会福祉士								
	オレンジ協力員	1		合計	9						

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
57	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	独り暮らしが困難になっている方の支援について	80代。独居。要介護1。子は就労しており週末来訪がある。4年前、近隣住民より本人の認知症状で相談あり地域包括が介入。介護保険申請やサービス利用勧めるが拒否。昨年、外出先で倒れ、救急搬送されるが「どこも悪くない」と入院を拒否。今年、子に介護申請勧め、ケアマネが介入。ヘルパーを週2回利用。デイサービスはコロナが恐いため行かせたくないと子が拒否。ヘルパーを探しに行ったら迷ったと警察保護され、地域密着型通所介護に週2回通うことになった。	○自宅で独居生活を続けるのはどうしたら良いか ○独居高齢者に対して利用できるインフォーマルサービスはあるか。地域にできることは何か。	○受診し、基礎疾患の確認をする。食事の状態、栄養バランスを考える。 ○息子が本人の状態を理解できていないので、医師より話してもらおう。また、支援者から具体的なことを伝えてもらう。 ○今の状態が継続すると独居生活の継続が困難な可能性がある。自宅以外の住まいも視野に入れる。 ○あんしん電話の利用はどうか	子らのサポートと介護サービス利用し、独居生活は継続できている。	○独居高齢者の孤立
	家族	歯科医師	0	介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師	1	地域包括	4							
	民生委員	理学療法士	1	市役所								
	高支連	社会福祉士										
	オレンジ協力員		1	合計	10							
58	本人	医師	1	ケアマネ	5	介護支援専門員(ケアマネ)	独居で認知症のある方の服薬支援。地域で本人が自分らしく暮らせるための支援について	初回相談は令和元年12月。認知症のある70代の独居高齢者。ADLは自立。認知症があり、約束を守れなかったり、待ち合わせが難しかったりする。高血圧症の疾患もあるが、過去に受診していた病院の医師からは、薬を飲み間違える危険性があるため、内服の処方ではできないと言われ、その後受診ができていない。本人は週2回のデイサービスと近くの田畑への散歩や商店に買い物に行く以外、自宅でテレビを見たり新聞や本を読んで過ごしている。地域との交流の機会はほとんどない。	○認知症や高血圧症等の疾患について受診できておらず、必要な薬を飲めない状況にある。 ○日時の把握が難しく、道に迷うので一人で予定通りに外出することは難しい。	○定期的な受診できるように調整が必要。 ○民生委員やオレンジ協力員の見守りや声掛けの個別支援を調整。 ○近隣の施設に見守りのネットワークを構築する活動拠点があるとよい。 ○本人が利用する商店のスタッフとも連携を図り見守りを依頼していく。	○受診については、定期受診に繋がらないまま今夏に脳梗塞を発症し入院した。退院後は施設入所の見込み。 ○オレンジ協力員による個別支援や見守りネットワークの構築については新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、実施を見合わせていた。	○認知症の人が通いやすい身近な場所に、サロン等通いの場が不足している。 ○認知症の人の声かけや見守りの個別支援が不足している。 ○認知症により、火の消し忘れの心配があり、火事が起きる可能性がある。
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	2							
	民生委員	理学療法士	2	市役所	1							
	高支連	社会福祉士		医療相談員	1							
	ボランティア		2	合計	16							

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題			
59	本人	医師	1	ケアマネ	介護専門員(ケアマネ)	入居していれば身体状況が安定するが、本人としては在宅に戻りたい意向があるケース	80代で要介護1。子と同居していたが、子に対して物盗られ妄想の訴えがあり口喧嘩することが多くなった。その後、子が転出し、独居となる。独居となった4ヶ月後、脳梗塞で入院。退院とともにサ高住に入居となる。心原性脳塞栓症、甲状腺機能低下症等あり、内服処方ある。	○サ高住にて食事や服薬について管理等をしているため身体状況が安定している。しかし、本人の意欲低下が顕著。普段は居室で横になって過ごすことが多い。 ○本人は家に帰りたいとの意向があるが、家族は施設で暮らしてほしいと思っている。	○一時帰宅をしてみて在宅で生活できるか、できないかを確認し、本人と家族が納得できるようにしてはどうか。 ○疾患から考えると継続的な診療、内服が必要な状態なので、服薬管理支援が必要。 ○本人の疾患から意欲低下につながるような要因があるか。また、高齢者うつ病の可能性もある。本人の趣味や興味があるもの、本人の楽しみや喜びにつながるような支援ができるとよい。 ○社協のボランティア情報から、施設側も積極的にボランティアを受け入れて行ってはどうか。	ボランティアの利用には至っていない。本人の自宅に帰りたいという意向については家族に拒否された。以降、本人からは帰りたいという発言はなくなった。家族は、受診付き添い、面会はしている。体調に関しては定期受診、服薬管理はできており安定して過ごしている。	○公共施設やサロン等が遠く、気軽に行くことができる場所が少ない。地理的にも坂道が多く、高齢者が歩いていくには大変な環境。 ○独居をしていた高齢者が施設入所することにより空き家になることが増えている。		
	家族	歯科医師	1	介護事業者								1	
	町会	訪問介護	1	福祉用具								1	
	地区社協	訪問看護師		消防									
	市社協	保健師		地域包括								2	
	民生委員	2	理学療法士									市役所	1
	高支連		社会福祉士										
ボランティア オレンジ 協力員	1			合計	11								
60	本人	医師	1	ケアマネ	介護専門員(ケアマネ)	判断力が低下している高齢者夫婦を地域でどのように支援していくか	70代。要介護3。要介護1の配偶者と二人暮らし。脳梗塞右麻痺、高血圧、糖尿病、ヘルパー週7回利用、通所リハ週2回利用、車いすレンタル、日常生活自立支援事業、訪問歯科利用。	○認知症により適切な判断が難しい。 ○配偶者には飲酒問題があり、判断能力の低下も見られる。夫婦関係が悪い。	○日常支援自立支援事業が世帯の金銭管理支援をしていたが、本人および配偶者の判断能力低下を把握し、お金だけでなく世帯の生活全般を考え、成年後見制度に繋ぎ、保佐人がそれぞれに選任された。 ○夫婦が寄り添っているなら地域でも支援しやすいが、仲が悪い夫婦だと地域も手が出しづらい。 ○配偶者のアルコール依存症についても専門医へ繋いだ方が良いのでは。 ○高次機能障害であれば対応も変わってくるのでは。	施設入所された	○地域住民だけでは関わるのが難しい世帯が増加している。 ○地域住民と専門職の連携が必要 ○認知症高齢者のみ世帯の増加しており、地域の見守りの必要性が高まっている。 ○金銭管理や契約に関する支援の必要の増加		
	家族	歯科医師		介護事業者								3	
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	訪問看護師		消防									
	市社協	保健師	1	地域包括								2	
	民生委員	2	理学療法士	1								市役所	1
	高支連		社会福祉士									その他(松戸市成年後見センター)	1
オレンジ 協力員	1			合計	14								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
61	本人	医師	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	認知症でサービス拒否がある本人と物忘れがある夫が暮らしている世帯	80代。要介護3。認知症のある配偶者と二人暮らし。脳梗塞、肺塞栓、認知症、ヘルパー週6回利用、デイは月に1~2回利用。右目の視力がほとんどない。	○夫婦共に認知症がみられ、本人の介護で配偶者に大きな負担がある。 ○デイサービスでしか入浴ができない。ヘルパーの拒否が強い。 ○内科のみで認知症専門医の受診ができていない。	○デイサービスの頻度を増やし日課として本人が認識出来るようにしていくのはどうだろうか。子に送り出しを依頼してはどうだろうか。 ○デイサービスに行った日、行かない日の状況を1ヵ月ほど記録し傾向を調べてはどうか。記憶力は低下していても好き嫌い、天候、色などの感覚は保たれていることが多く、効果的な対応方法が見つかるかもしれない。	○週2回のデイサービスを予定し、子娘とデイサービススタッフとの試行錯誤の末、安定した利用ができていない。 ○子の訪問日以外は定期巡回が入り、子の介護とサービス利用の組み合わせで、本人の在宅生活が維持できるようになった。	○地域住民だけでは関わるのが難しい世帯が増加している。 ○地域住民と専門職の連携が必要 ○認知症高齢者のみ世帯の増加しており、地域の見守りの必要性が高まっている。 ○金銭管理や契約に関する支援の必要の増加
	家族	歯科医師	介護事業者	3							
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	訪問看護師	消防								
	市社協	保健師	地域包括	2							
	民生委員	理学療法士	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	その他(松戸市成年後見センター)	1							
オレンジ協力員			1	合計	14						
62	本人	医師	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	本人は認知症と思っていない人の地域とのかかわり方	80代、独居、要支援1。MCI、糖尿病、高血圧、不眠症。半日型デイサービス週1回	○同じものばかり買ってくる、ごみ捨てがうまくできない、薬の飲み忘れ等の認知機能低下がみられる。 ○週1回のデイサービス以外は他者との交流の機会がない。 ○本人は認知機能の低下の自覚が無く、支援を受けることに抵抗がある。	○認知機能低下はあるものの、家族の支援もあり、独居生活を送ることができている。 ○本人が他者との関わりを持ち、かつ糖尿病の悪化防止のために運動ができる機会を持てる と良い。 ○支援を受けることに抵抗があるのであれば、参加(地域でやっているラジオ体操や太極拳など)という形が良いのではないかと。 ○認知症について専門医を受診し詳細な診断を受けることで、適切な対応を検討すると良いのではないかと。	○各種支援により、運動や他者との交流の機会を設けており、参加できている。 ○服薬管理が出来ない等、認知機能低下が進行してきたため区分変更申請した。それに伴い、サービス調整を再検討する。	○独居認知症高齢者世帯の増加 ○概ね自立している認知症高齢者が、ちょっとした支援を受けやすい仕組みがあると良い。 ○コロナ禍で他者と関わりを持つ場が減少している。
	家族	歯科医師	介護事業者								
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	訪問看護師	消防								
	市社協	保健師	地域包括	4							
	民生委員	理学療法士	市役所	2							
	その他(まつどNPO)	医療相談員	福祉用具	1							
ボランティア			3	合計	21						

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
63	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	コロナ禍によりサービスを控える高齢者のフレイル予防について	○フレイルの危険があるものの、運動や他者との交流の機会を十分に持つことができていない。○コロナが怖い、を理由に必要なサービスの利用に繋がらない。	○フレイル予防の取り組みの必要性について主治医から本人へ助言をしてもらえるよう、家族から主治医に相談してはどうか。○社会交流の場としては、電話やラインなどを利用して自宅でもできることをやるとよいのではないかと。○フレイル予防はデイの参加や社会交流だけが予防策ではないので、栄養面の確認や自宅でもできる運動への取り組みを実施していく必要があるのではないかと。	病状の悪化や体力低下予防のためにケアマネジメントCの作成につないだ。主治医からの指示も参考に栄養(カロリー制限等)および運動についての目標を立てた。その他、サロンへのお誘いをなどを予定している。	○コロナを理由にサービス利用に繋がらないケースの増加 ○コロナ禍で他者との交流の機会が減少しており、フレイルのリスクがたかまっている。 ○コロナ禍でも高齢者の健康を維持し、フレイル予防ができる支援が必要。
	家族	歯科医師		介護事業者							
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師	1	地域包括	4						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	2						
	その他(まつどNPO)	医療相談員	1	福祉用具	1						
	ボランティア	3		合計	21						
64	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	うつ症状の既往がある方の支援 80代、子世帯と同居、要介護1。 うつ状態で家族との関係が良くない。 糖尿病、緑内障、高血圧、陳旧性心筋梗塞、急性膵炎、うつ病がある。 デイサービス週2回利用。	○うつ病で閉じこもり傾向、支援拒否していたがデイサービスに通えるようになった。今後の支援際の配慮すべきこと。 ○子夫婦と本人の関係が良くない。 ○認知機能の低下もみられ、うつ病も受診していないので、受診勧奨したい。	○子夫婦との距離を置き、社会参加していく場所を確保する。 ○本人が話をできる場所で他者との交流を図る。 ○現在のサービス利用を維持して適度に体を動かして、体力をつけていく。 ○精神面、認知面について専門医を受診し診断を受けることで、本人の状況をきちんと把握し適切な対応を検討すると良いのではないかと。	デイサービス利用時に本人と面会。デイサービス利用時は他者との交流が図れており、談笑する本人を確認。本人から「子は一生懸命してくれているが自宅内の環境は悪く、物が溢れている。」と話す。今後ダスクを実施していく。	○閉じこもり傾向にある高齢者の把握 ○コロナ禍により社会参加できる場の減少。 ○特定の疾病に対する受診の継続。 ○うつ病に対する理解不足による対応力不足。うつ病の人に対する理解を深め、穏やかに過ごせる地域づくりの必要性。
	家族	歯科医師		精神保健福祉士	1						
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師	1	地域包括	2						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1						
	その他(まつどNPO)	医療相談員	1								
	ボランティア	2		合計	16						

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
65	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	家族の病状や給付金詐欺被害に対する不安により精神状態が不安定になり、うつ状態になった方の支援について	70代、要介護2。妄想性うつ病、反応性うつ病と不眠。内服処方がある。家族の介護をしていたが、夫が施設へ入所し独居となった。その後、詐欺被害を受けそうになったことなどが重なり精神的に不安定になった。一時的に知人に電話を頻回にかけたり、自殺企図がみられたが、精神科受診とショートステイの利用により状態が安定した。本人は今後はサービス利用を拒否している。	○主治医からは、見守り体制が必要と家族、支援者は助言を受けている。 ○本人に病識がなく、支援を必要と感じていないため、周囲も接し方がわからない。 ○本人が必要と感じていない見守り支援体制をどのように整えればよいか。	○本人は自立できていると認識しているので、支援を受けるのではなく、予防的な支援として看護師の健康管理支援などを提案していく。 ○本人が支援する側になる、役割を持つという認識で参加できる地域活動に誘ってみる。	○子による安否確認を継続している。その後、自殺企図なく、日常生活動作は自立しており、本人は他者の見守りや支援は不要と考えている。 ○メンタルクリニックの定期受診は継続し、服薬管理もできている。	○コロナ禍で疾患の進行している利用者の情報共有と多職種機関との連携。 ○独居の見守り体制の強化、緊急時の支援体制。 ○本人が役割を持って参加できる通いの場があると良い。
	家族	歯科医師		精神保健福祉士	1							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師	1	地域包括	2							
	民生委員	理学療法士	2	市役所	1							
	その他(まつどNPO)	医療相談員	1		1							
	ボランティア		2	合計	14							
66	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	H29年2月に地域住民から、自宅の様子が違うという心配し、地域包括に連絡が入る。本人は物忘れがあり、認知症・進行性核上性麻痺との診断を受けた。うつ病を患っている配偶者が家計の管理をしているため、必要量のサービスが利用できないでいた。本人の定期受診を繰り返し、徐々にサービスを利用が増えてきた。進行性の病気であるため、心機能が低下による救急搬送になる可能性がある。どこまで救命をするかを家族内で決めておく必要が出てきた。様々なライフイベント発生時に意思決定支援が必要となった事例。	○意思決定支援について、いつ、どのように話を切り出すべきだったか？(タイミング・書式) ○介護保険の支援チームに医療系(訪問看護など)が入っていないときの話し合いのメンバーなどについて	○地域包括とケアマネが介入し、本人の病状や今・行すべきことが整理できるよう支援する。 ○本人がはじめての段階で話していた、『リハビリをして、元気に自宅で生活したい』という希望に沿って、その都度意思決定を行う。 ○支援チーム全員で主治医からの説明を聞き、それぞれの意見を交換し、その繰り返しを記録にしっかり残す。 ○意見交換は、本人の様子に変化のあるごとに繰り返し行うのが良いと思う。	○本人のはじめの意思表示を大切に、体調変化に合わせて、主治医を中心の意思決定を都度行うことができた。 ○最後のときを迎えるまで、家族が本人に寄りそうことができたケースとなった。	○高齢で独居で身寄りのない方や、家族の支援力が極度に弱いケースで、地縁により支えられているケースが増えている。 ○支援介入にあたっては、医療と連携をとり、本人が大切としてきたことをしっかり受け止め、本人の望む生活を支援することが必要になっている。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	6							
	民生委員	理学療法士		市役所	1							
	高支連	認知症支援センター	1	OT/管理栄養士	2							
	ボランティア			合計	15							

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
67	本人	医師	1	ケアマネ	2	<p>医療と介護の連携とその時々々の意志決定支援のケース</p>	<p>80代。配偶者の他界後、家族と疎遠になり、本人が精神的に酷く落ち込んだ。体調悪化が著しいが、所持金が少なく病院へ行くこともできずにいたため、生活保護を申請。その後、外出先で転倒し大腿骨を骨折、緊急搬送となるも、本人は在宅での生活を希望。金銭的問題として、飲酒による生活費不足がある。毎月金銭的に逼迫している。電話がない、近隣に商店がない等の環境的課題がある。現在、ヘルパー訪問は拒否されている。</p>	<p>○意思決定支援をおこなう旨の提案をどのタイミングで誰が主導で行うか？</p>	<p>○病状悪化等により本人の意思表示ができなくなった場合どうするか。意思決定支援には、主治医の力がとても重要になるが、情報の偏りなども問題になるため、2人主治医制も検討したい。 ○予後予測を主治医からしっかり受けて、話し合えるようにする。主治医への直接相談が難しい場合は、医療相談員へのアプローチから始めるのも方法としてよい。 ○今回のケースでは、入院を機に、支援者もしっかりと病状説明を受け、本人の意思も確認ができた。</p>	<p>個別ケア会議での検討を受けて、新しくわかった病気に対しても、本人を中心に複数の支援者も同行して、主治医からの説明や見解を伺い、情報共有を行いながら、本人の意見を尊重する意思決定支援を行うことができるようになった。</p>	<p>○高齢で独居で身寄りのない方や、家族の支援力が極度に弱いケースで、地縁により支えられているケースが増えている。 ○支援介入にあたっては、医療と連携をとり、本人が大切としてきたことをしっかり受け止め、本人の望む生活を支援することが必要になっている。</p>
	家族	歯科医師	1	介護事業者							
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師		地域包括	6						
	民生委員	理学療法士		市役所	1						
	高支連	認知症疾患センター	1	OT/管理栄養士	2						
	ボランティア			合計	15						
68	本人	医師	1	ケアマネ	1	<p>認知症が進行したご夫婦の自己決定支援について</p>	<p>70代、要介護1。夫婦二人暮らし、子はいない。エレベーターのない集合住宅の3階に住んでいる。長年面倒をみてきた親族がいるが、現在は関わりを拒否。近隣顔見知り多いが、交流は希薄。変形性股関節症・認知症高血圧あり。介護保険では訪問介護と通所介護を利用。失禁多く、歩行状態もよくない。配偶者（認知症あり）の発言力のほうが強く、本人の気持ちも引張られてしまう傾向があり、決定した意思が継続しないなど問題を抱えている。</p>	<p>○夫婦共に認知症。 ○夫婦と支援者で相談・決定した内容が夫婦で過ごす時間の間に変わってしまう。 ○意思決定支援を助ける親族支援者がいない状況。</p>	<p>○本人の生活歴を参考に慎重に支援を進める。本人がプレッシャーのない状況で、思いを伝えられるように工夫をする必要がある。 ○本人が活躍した時代を知る、家族や近隣住民・友人知人の協力を受け、本人意思を推察する。 ○認知機能の低下については、主治医と連携をとり、栄養面や口腔内の環境など多方面からの確認を行い機能維持の支援も進める。 ○本人の意思を継続していく為に、書面でしっかり参加者全員のサインを記入するなど書類を作成し保管することも検討する。</p>	<p>○夫婦での会話が成り立たなくなると、本人が易怒的になってしまうことが増えた。 ○本人からも支援者に対して、支援を求める発言が増えてきた。 ○精神面の不安定感と身体面の低下見られて、転倒が増えてしまった。医療との連携を図っていく。</p>	<p>○エレベーターのない団地だと高齢化に伴い地域との関係性が希薄化し、孤立化傾向を招く。 ○意思決定のできる人がいないケースが増加している。 ○本人の望む生活を継続するための意思決定支援をどう進めていくかが課題になっている。</p>
	家族	歯科医師	1	介護事業者							
	町会	薬剤師		警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師		地域包括	6						
	民生委員	理学療法士		市役所	1						
	高支連	医療相談員	1	認知症疾患センター	1						
	その他	3		合計	15						

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
69	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	認知症が進行し、進行したご夫婦の自己決定への支援について	70代、要介護1。上記事例対象者の配偶者。信仰を同じくする友人が近隣にも数人おり、たまに家を訪ねることもある。ベランダでの立ち話的な交流は続いている。数年前から、アルツハイマー病発症している。買い物や金銭管理が上手にできずお金の心配をしつづけている。デイサービスを利用していたが、利用料の心配をして中止。自身の役割として家事をしたいと希望されるが、調理することはなく、主にお菓子を食べている。	○夫婦共に認知症。 ○夫婦と支援者で相談・決定した内容が夫婦で過ごす時間の間に変わってしまう。 ○意思決定支援を助ける親族支援者がいない状況。	○本人の瞬間の気分によって、返事が全く変わってしまう。対人への拒否も強く、物・夫に対して、強く当たるので、本人の精神面が一定に保てる環境を作るなどの工夫を行う。 ○本人の考え・思いを大切に、その時に必要な医療や介護の支援を適切に受けれるように支援をする。 ○身体面の詳細な評価をして、身体機能の向上を図る。医療と介護が連携して日常生活動作が向上する生活リズムも考える必要がある。	○本人の身体・心身状況は変化なく過ごせている。 ○配偶者の易怒的な態度に対して、対応に困っていると支援者に訴える。支援者に対して今までと違う態度なので、本人に寄りそって関係性の構築を図る。	○エレベーターのない団地だと高齢化に伴い地域との関係性が希薄化し、孤立化傾向を招く。 ○意思決定のできる人がいないケースが増加している。 ○本人の望む生活を継続するための意思決定支援をどう進めていくかが課題になっている。
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師		警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	6							
	民生委員	理学療法士		市役所	1							
	高支連	医療相談員	1	認知症疾患センター	1							
	その他	3		合計	15							
70	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	独居での生活が出来なくなり、自宅を処分する費用もなく後見人がついて施設入所になった	70代、要介護3。子なし。配偶者とは別居状態で、兄弟とも疎遠。現在は、本人の年金のみで暮らしている。医療が長期間途絶えていたことが判明。本人の栄養状態など悪いため、基礎疾患の受診、その他の精査を依頼。既往歴が糖尿病・甲状腺機能低下症とわかる。精神科受診し、統合失調症と診断を受けた。介護保険サービス等の手配を行い、支援を行う中で、成年後見制度を利用することになったケース。	○独居・孤立・経済的問題・衣食住の環境が著しく悪化している。医療も継続的な受診ができていない。	○医療受診の継続が出来ていないのが、施設に入所し、支援者が介入できたことで、基礎疾患に加え、統合失調症という診断も受け、内服薬など治療が開始できた。 ○統合失調症については、継続的な診察と服薬調整で安定した在宅生活が起これるまでに回復できる為、住み慣れた自宅へ戻す努力をする支援方法も検討する。 ○状況だけ見て、支援をすすめない。他方面から考える力をつける支援者になる。	○特養に入所後、施設内で本人が役割などを見つけている。後見人がいて、本人の気持ちを汲み取れ、心配・不安が解消している。本人の興味があった、ラジオを聞いたり新聞・本を読み、他者に情報などを伝える。糖尿病の経過も良好。	○高齢化とともに近隣との関係が希薄になり、孤立化傾向。 ○独居や高齢夫婦世帯が多く、疾患を抱えて在宅生活をしている。 ○本人の望む生活を継続する上で、家族・地域の協力や医療と介護の連携が課題になっている。
	家族	歯科医師		介護事業者								
	町会	薬剤師		警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	5							
	民生委員	理学療法士		市役所	1							
	高支連	医療相談員	1	認知症疾患センター	1							
	その他	3		合計	14							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
71	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	80代、要介護1。妻他界後、独居。子なし。信仰している宗教があり、10年以上、日中はその団体に過ごしていた。3年前に軽度の認知症という診断。その後、地域包括が介入。団体の友人や親族・ケアマネ等の支援を受けて生活しているが、認知症が重度化して、日常生活での問題点が顕在化してきた。本人は『団体が終末まで面倒をみってくれるから大丈夫』と考えているが、現実には難しい。今出来る限りの協力はしてくれている。金銭管理については、現在、友人が担っているが、支援者としては不安感はある。本人は、団体の弁護士が後見人になるなら、と了解し、後見制度を申請している状況。	○重度認知症・宗教への依存(意思決定も宗教団体任せ)・親族の支援が今以上は難しい。 ○支援者グループでの支援について、後見人が付いてどのように変わるのか。	○後見人が付いても、支援グループの支援内容は大きく変化がないのではないか？ ○本人の居心地のよかった宗教団体の奉仕活動が、認知症の進行で居心地の悪くなる状況に変化してきた。団体以外の居場所を見つけたい。 ○団体の支援方向と専門職である支援チームの方向性にズレがあるのなら、そこをすり合わせる必要がある。お金の管理を宗教団体の友人がしていることについては、通帳残高の確認、月の収支の管理を支援者で確認するように注意してほしい。	○成年後見制度の利用決定を受け、後見人との連携で、本人の在宅生活継続を支援していく。本人の大切にしている、宗教活動が継続できるように、宗教団体のインフォーマルと専門職である支援者がチームワークできるように、顔の見える関係を作り、本人を支援していく。	○高齢化とともに近隣との関係が希薄になり、孤立化傾向。 ○独居や高齢夫婦世帯が多く、疾患を抱えて在宅生活をしている。 ○本人の望む生活を継続する上で、家族・地域の協力や医療と介護の連携が課題になっている。	
	家族	歯科医師		介護事業者								
	町会	薬剤師		警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	5							
	民生委員	理学療法士		市役所	1							
	高支連	医療相談員	1	認知症疾患センター	1							
その他	3		合計	14								
72	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	70代、アルツハイマー型認知症。要介護2で週5日デイサービスを利用中。子が週末に訪問して受診や買い物同行を行っている。お金の管理は子が行い、1週間分の生活費をまとめて渡している。大家との関係も良好。綺麗好きでADL、IADLは自立。物盗られ妄想による不安感が強くなると、不穏になり居宅事業所へ頻りに訪れる。デイサービスでも物盗られ妄想があるため、本人の荷物は触らないようにするなど配慮している。子に介護施設などの紹介をするが、今の所は身の回りの事は自身で行えているので決めかねている。	○ADL、IADLはほぼ自立しているが、このまま一人暮らしを継続していくにはどうしたらいいか。	○周辺症状を抑える薬を増やしたり、ヘルパーを導入して内服管理をするのはどうか。 ○便秘など周辺症状を悪化させている原因がないかを確認。 ○どのタイミングで施設入所を検討するのか、子と決めておく方法もある。 ○市と見守り協定を結んでいる商店がある。インフォーマルなサービスや何かあった時にケアマネや地域包括に情報が入るようになるといい。	○デイサービスは継続中。 ○子は頻りに来られないが、少し多めにお金を渡すようにしている。 ○薬の回数を1日1回に変更してはどうか。 ○子は、今より悪化したら施設を検討と話をしている。	○近隣住民や大家、商店の店員など認知症の方を見つけた時に相談しやすいネットワークの構築が必要。 ○町会等に入っていない方が増えており、情報共有が難しい。 ○地域包括の周知や民生委員との関係作りが必要。	
	家族	歯科医師		介護事業者								
	町会	1	薬剤師	1	警察							
	地区社協	1	訪問看護師	1	消防							
	市社協	1	保健師		地域包括							4
	民生委員	3	医療相談員	1	市役所							1
	高支連		社会福祉士		言語聴覚士							1
ボランティア				合計	28							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
73	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	今後、生活保護になった後のためにも、計画的なお金の使い方や食生活を改善する必要がある利用者について	60代、要介護2。以前は配偶者と2人暮らしだったが、左大腿部骨折で入退院を機に別居。精神疾患があり通院しているものの、上記退院時に医師からはサービス利用すれば1人暮らしは可能と言われた。配偶者と連絡は頻繁に取り合っているが、喧嘩や口論があり、金銭的な援助もなし。自身の年金と貯金で生活しており、貯金は100万円を切っているが、浪費癖がありこのままではすぐに尽きてしまう。本人はお金が無くなったら生活保護という考えで生活している。	○月に20万円強の支出があり、貯金がすぐに底をついてしまう可能性が高い。 ○計画的に生活するよう提案をするが、聞く耳を持たない本人にどのように支援をしていけば良いか。 ○鳥との生活を希望しており、鳥がいなくて死ぬとの発言もある。	○通院している疾患以外の病気の有無はどうか。 ○本人が抱える困りごとのから支援に入っていくのが良い。 ○薬代の高額については、自立支援医療対象の可否を確認。 ○体重の増加については、薬の影響はないのか医師に相談する。 ○歩行器については、使いにくさがないか見直しは必要。 ○生活保護前提ではなく、松戸市自立相談支援センターの家計相談支援事業や市社協も活用して、管理が出来れば良い。 ○日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用も検討。関係者間で支援の方向性を決めておく。	○ケアマネの変更。 ○症状コントロールができず、精神科の訪問診療や訪問看護を導入。内服以外にも注射による対応を併用。一時状態が改善。 ○医療面は、自立支援医療に対応し、費用負担の軽減。 ○家計管理は今後も支援継続。通所利用調整中。	○生活保護ではなく、市や社協の制度等を上手く活用しながら支援を行う方法の周知が必要。 ○市民や支援者に制度の周知や理解を深める機会が少ない。 ○動物と一緒に入居できる施設が少なく、費用も高額のため、独居高齢者のペット問題が課題。	
	家族	歯科医師		介護事業者									
	町会	1	薬剤師	1	警察								
	地区社協	1	訪問看護師	1	消防								
	市社協	1	保健師		地域包括								4
	民生委員	3	医療相談員	1	市役所								1
	高支連		社会福祉士		言語聴覚士								1
ボランティア				合計	28								
74	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員(ケアマネ)	認知症が出現し通院が困難になったため、訪問診療を導入したケース	80代、要介護2。配偶者(要支援2)と二人暮らし。子はなし。本人はI型糖尿病でインスリン自己注射しているが、血糖値のコントロール不良。服薬カレンダーを使用しているが服薬管理が出来ていない。サービスは訪問診療(月2回)、訪問看護(週2回)、通所介護(週1回)、訪問介護(配偶者と按分)、配食サービス(昼夜毎日)を利用。本人が買い物に行っているが、物忘れがあり間違いが目立つ。配偶者は認知症の診断はないが、他者の訪問することを好まない。	○配偶者は本人が認知症と思っているが、本人の状況を理解していない。 ○老々介護であり在宅生活を維持していくためにどうしたらいいか。	○どのようにインスリンを自己調節しているかモニタリングする。 ○指導は厳しくせず、低血糖を起こさないようにする。 ○キーパーソンを育てる。 ○咀嚼はできているか、訪問歯科の無料検診も検討。 ○日常生活自立支援事業の利用も検討。 ○訪問診療を導入できれば本人と配偶者の認知症の評価もできる。 ○訪問看護など医療体制を増やす。配偶者は元々サービスに拒否的だが現在拒否なくできている様子を見て増やしていく。	○訪問看護と訪問診療の体制は継続。 ○本人は訪問診療を受けている自覚はなく、インスリンも自分で薬局で買ってきているとの認識。 ○今後も継続した支援を行っていく。	○地域との交流も希薄で、キーパーソンとして十分に動くことが難しい人に頼らざるを得ないケースが増えている。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者									
	町会		薬剤師	1	警察								
	地区社協	1	看護師	1	消防								
	市社協	1	保健師	1	地域包括								3
	民生委員	3	理学療法士		市役所								1
	高支連		医療相談員	1	その他(PT.ST)								2
その他(NPO.企業)	2			合計	23								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
75	本人	医師	1	ケアマネ	介護支援専門員(ケアマネ)	週3回の介護サービス以外、本人の状態に目を向ける人がいない。家族も不健全な生活に対して鈍感。本人の状態を把握するにはどうしたよいか。	70代、要介護1。現在利用しているサービスは週3回通所リハビリ、歩行器レンタル。配偶者、子②と3人暮らし。配偶者は体は悪くないが1日中暗い部屋の布団から出てこない。子①は他県在住で交流希薄。子②は日中仕事で不在。本人は物忘れ症状あり、短期記憶はなく清潔保持の観念もない。家の中が不潔で荷物が多。皮膚は掻き壊し傷が常にある状態。下の義歯が壊れており、咀嚼が難しい様子。体重増加が顕著。本人、配偶者は無年金。子②が生計を立てている。	○ケアマネの積極的な介入が難しく、本人の認知症状も進行している。 ○家族全員が健康的な生活に対して鈍感で、環境や体調など良くしていこうという意欲が見られない。 ○子②は独自のルールや介護方法があり、支援者の提案に消極的。	○本人は脳梗塞でADLが低下している。高次脳機能障害の可能性もある。 ○配偶者のメンタル面の心配がある。本人の支援だけではなく配偶者も一緒に支援をしていく。 ○本人の足の装具は作成しても誰が装着するのかなど考えると実用性はないかもしれない。 ○キーパーソンである子②を支援していく。 ○まずは生活をたて直す。 ○元々本人の友人から地域包括に相談があったケース。地域の友人関係を確認。	○配偶者が腰椎変形症の診断。配偶者はすでに認知症の診断を受けている。 ○子②は8月末まで仕事を休み、本人と配偶者の面倒をみている。今後は配食利用予定。 ○子②は世帯分離する気はなく、両親の面倒を見たい意向。	○無年金のケースが増えている。 ○男性介護者が介護の相談をしたり知識を得る場や、介護に伴う悩みや気持ちを共有できる場が必要。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	看護師	1	消防								
	市社協	保健師	1	地域包括								3
	民生委員	理学療法士	3	市役所								1
	高支連	医療相談員	1	その他(PT.ST)								2
その他(NPO.企業)		2	合計	23								
76	本人	医師	1	ケアマネ	介護支援専門員(ケアマネ)	90代で精神疾患の子②と二人暮らし。要介護で週3回訪問と自費ベッド、歩行器のレンタル、介護タクシーを利用している。配偶者は特養へ入所していて、子①は子②と折り合いが悪く疎遠。子②は仕事をしておらず収入がなく、費用の面から子②がサービスを断ることがある。本人も透析やサービス利用の拒否があり、大声を出したり介護拒否が見られる。透析時に熱発があった際、子②が救急搬送を拒否。	○栄養状態も悪く、定期的に入浴やカテーテルの処置をできるようにしたいが、本人や子②が断ってしまうことがあるのでどのようにアプローチをすればいいか。	○子②への支援が必要。障害の特性によって支援の方法が変わるので、疾患名が確認できるといい。 ○本人の収入状況の確認が必要。 ○訪問看護の拒否もあるため、透析の病院とも連携が必要。 ○子②は両親と自分の生活を守ろうとしている。子②との信頼関係の構築を目指す。 ○本人や子②の望む生活は何か。 ○食事・栄養改善が必要。脳血管性認知症だと運動機能や嚥下機能が落ちる。今後、誤嚥により肺炎などのリスクもある。	○子②が仕事を辞めてしまった。 ○特養に入所している本人の配偶者を自宅に戻すという意向あり、状況を確信中。今後、子①に連絡をとったり、状況報告と支援について相談をしていく。 ○子②の介護負担軽減できる環境作りの提案を行う。	○男性介護者が介護について相談できる場所が少ない。 ○精神疾患の介護者が増えているので、精神疾患について相談できる窓口の充実。 ○支援者の精神疾患についての認識不足。		
	家族	歯科医師	1	介護事業者							1	
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	看護師	1	消防								
	市社協	保健師	1	地域包括							3	
	民生委員	理学療法士	2	市役所							1	
	高支連	医療相談員	1	その他(PT.ST)							2	
その他(企業)		1	合計	19								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
77	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員(ケアマネ)	認知症、うつ病の悪化により兄弟家族と同居するが、本人の喪失や家族の介護負担があるケース	70代、要介護1。〇市にて親と暮らしていたが、他界されてから独居になった。認知面の低下や糖尿病の管理が困難となり、昨年末から兄弟家族と同居することになった。I型糖尿病、老年期うつ病、脳血管性認知症の既往あり、現在はデイサービスと訪問看護のサービス週1回ずつ利用。本人は兄弟に判断を委ねることが多く、自分の居場所がないと喪失感を感じている。うつ病の治療は8月から開始。兄弟は自分の受診や〇市の自宅や荷物の撤去などで忙しくしており、介護負担を感じている。	〇兄弟が全面的に介助しているが、本人は自分でできると反発したり無気力になる。 〇兄弟の介護負担軽減や本人の意欲を引き出すにはどうしたらよいか。	〇うつ病の悪化により認知面やADLも低下してしまうので生活環境に配慮が必要。 〇兄弟が一生懸命介護しているが、本人を追い詰めてしまっている可能性がある。カウンセリングや兄弟へのケアも必要。 〇糖尿病により唾液の量が減ると飲み込みが悪くなるため、口腔ケアで、便秘の改善を行う。歯科受診の検討。 〇高齢者向けの活動は誘い方が重要。まずは兄弟に参加してもらい、本人の気持ちの変化を待つ。 〇本人が一人で自分の事をできる時間や役割があるといい。	〇本人と兄弟との関係性が悪化し、一時的に別世帯で生活を送った。その後、独居生活が困難と認識。 〇通院先がカウンセリングに重きを置いていないため、他院へ移ることも含めて調整中。	〇引っ越してくる方は、生活環境が変わり住み慣れた地域がリセットされると孤立しやすい。 〇安心して暮らせるように地域での居場所作り、ネットワークづくりが必要。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	看護師	1	消防								
	市社協	1	保健師	地域包括	3							
	民生委員	2	理学療法士	市役所	1							
	高支連	医療相談員	1	その他(PT.ST)	2							
	その他(企業)	1		合計	19							
78	本人	医師		ケアマネ	5	地域包括支援センター(地域包括)	認知症高齢者の見守りの推進と地域支援について。	80代、要介護1。婚姻歴なし。独居。兄弟7人は全員逝去し、頼れる家族はいない。頑固な性格、アルツハイマー型認知症と診断されているが認知症の自覚なし。外傷性右下肢短縮の既往歴あり。右足が短い。夜間の徘徊で警察に保護される。本人としては散歩をしているだけなのになぜ警察に捕まるのかと話す。この頃から警察保護の回数が増加。服薬は居宅療養管理指導を利用。お金の部分が不十分のため、本人同意のもと、成年後見の申し立てを行っている。	〇徘徊して戻れなくなった時の対策。 〇成年後見以外に考えなくてはいけない事は何か。 〇本人は施設を希望していない為、今後住み慣れた地域で暮らす為に必要な事は何か。 〇近隣住民の役割。	〇QRコードやGPSの利用、横浜で実用している制度が、生かせる部分がないのか等今後検討していく。 〇成年後見以外で何か考えなければいけないこととして薬剤師の方が行ってくれているモーニングコール、市社協のオレンジ協力員、松戸市の見守り協定の一覧をホームページで確認。	〇令和2年2月末現在、成年後見の申し立ての準備中。 〇QRコードを利用申請し利用を開始している。内服薬の飲み忘れは時々あるが警察に保護される事もなく過ごしている。	〇QRコードの周知不十分で高齢者に馴染まない。 〇独居生活の認知症高齢者が警察保護された際に誰が迎えに行くかが課題。
	家族	歯科医師		介護事業者								
	町会	薬剤師	2	警察								
	地区社協	3	訪問看護ステーション	1	消防							
	市社協	1	保健師	地域包括	4							
	民生委員	3	理学療法士	市役所	1							
	高支連	社会福祉士										
	ボランティア			合計	20							

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
79	本人	医師	ケアマネ	5	地域包括支援センター（地域包括）	ゴミ出し、部屋の片づけが困難になってきた方への支援	90代、独居。約60年前に上京し、家政婦紹介所に所属し、大学病院の付き添いの仕事を65歳までしていた。昭和49年前に現住居に転居。独居、結婚歴なし。脊柱管狭窄症で都内や市内の整形外科を受診。民生委員より部屋の中の掃除やゴミ出しのできない人がいる。近所の人々が支援をしているが、物の整理が出来ていない状況である。との連絡があり訪問。	○どういったサービスを利用すべきか。 ○本人の権利を守っていく為に必要な支援とは何か。	○上階の支援者ができないことをきちんと伝える必要がある。上階の方が言いにくい場合は地域包括がその場に立ち合えたら良いのではないかと。 ○軽度者向けの市のゴミ出しサービスがあるため、利用できるか確認する。	○令和2年2月末現在、介護保険の申請を行ったが本人がお金を使いたくないという意向は変わらず、生活全般に変化は特にない状況にある。	○介護保険サービスだけでなく、地域でも社会資源の開発が必要。	
	家族	歯科医師	訪問看護ステーション	1								
	町会	薬剤師	警察	2								
	地区社協	訪問看護師	消防	3								
	市社協	保健師	地域包括	1								4
	民生委員	理学療法士	市役所	3								1
	高支連	社会福祉士										
	ボランティア		合計									20
80	本人	医師	ケアマネ	3	地域包括支援センター（地域包括）	認知症高齢者の支援。	80代。本人が認知症なので介護保険で通える場に通わせたいと配偶者から相談。申請中に本人宅の近隣住民より、ゴミの出しの間違いが少し前から多くなり、一緒になった時は声をかけているがいつも会う訳ではないので間違っ出して、カラスなどに荒らされてゴミが散らかった状態になっている話があり、子が通っても片付ける様子がない為に近隣の方が片付けている。本人の宛名がある物が入っているため本人のゴミに間違いなく、中身も分別できていない状態との事。	○把握している現状と地域での取り組みについて。 ○ゴミ出し支援など認知症高齢者へ実際に行っている支援とは。 ○在宅生活を行う上での必要な支援について。医療と介護の連携ポイント。	○ゴミ出しは本人の役割になっている為、役割を無くさない様にまずは家族の協力を得て（まずは家族が分別する等）本人がゴミ出しを出来るように支援する。 ○ミニ援助券や環境業務課などの社会資源の活用を検討する。 ○家族に認知症の理解をしてもらえるよう支援していく。	○ゴミ出しについて子がカレンダーに書く事で、本人が間違いなく出せる様になってきている。 ○近所の方からの聞き取りでは最近間違いに遭遇してはいないとのこと。	○ゴミ出しは民生委員の本来の役割ではない為、隙間を埋めるサービスが必要。 ○認知症高齢者のコロナ禍でのゴミ出しや支援についてサービスが行き届いていない。	
	家族	歯科医師	介護事業者	1								2
	町会	薬剤師	警察	1								
	地区社協	訪問看護師	消防	1								
	市社協	保健師	地域包括	1								4
	民生委員	理学療法士	市役所	3								1
	高支連	社会福祉士	リハビリ職									1
	ボランティア		合計									17

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
81	本人	医師	ケアマネ	3	地域包括支援センター（地域包括）	お金がないが生活保護を受けることができない、認知症高齢者の支援。	70代。子より本人が歩けなくなったので相談したいと地域包括に連絡が入る。現在本人は入院中だが、治療は終了しており、いつでも退院できる状態。本人は施設入所を希望しているが、お金が無い為施設入所に結びつかない。自宅の環境も劣悪で戻ることが出来ず、現在の状況では生活保護を受けることが難しい。病院側は今後入院費の支払いが滞ってしまう可能性なども含めて退院を進めている。	○生活保護を受給を視野に入れて、透析が必要な方が入所できる施設について。 ○成年後見制度の利用は必要か。 ○連絡がとれない家族へのアプローチについて。成功事例について。	○グループホームなど初期費用の掛からない施設を探す。 ○自宅名義は変更を検討。そのためにも家族と連絡をとる。 ○子を制度に合わせていける様にし、ゴミ出し支援等から介入して支援を行う。	○情報提供もらい、透析の対応も可能な特別養護老人ホームの申し込みを行った。 ○他の施設についても検討中。 ○時々子に連絡がとれて自宅の売却や名義変更などの話を少しずつ進めている。	○65歳未満で障害者では無く理解力が無いが障害者区分にも該当せず、又、介護保険にも該当しない方が増えており、支援体制が不十分。	
	家族	歯科医師	介護事業者	2								
	町会	薬剤師	警察									
	地区社協	1	訪問看護師	消防								
	市社協	保健師	地域包括	4								
	民生委員	3	理学療法士	市役所								1
	高支連	社会福祉士	リハビリ職	1								
	ボランティア			合計								17
82	本人	医師	ケアマネ	3	医療機関	病識が薄い本人には自立したいという思いがある。現状と本人のおもいがかけ離れており、サービスを拒否するケース	60代、独居。1型糖尿病ADL自立。就労収入と生活保護を受けながらの生活。病院相談員より糖尿病で教育入院しているが、血糖コントロール不良で脳梗塞、心筋梗塞の既往があるが治療も自己中断している方の退院支援の依頼あり。自宅訪問するも自宅は汚染し散らかっているが本人には自覚なし。インシュリン注射は注射器が壊れてしまい出来ておらず足も炎症を起こしている状況も支援拒否。その後も生活支援課の協力を得てサービス調整するも自立したいと関わりを拒んでいる。	○病識が薄い方へのアプローチの方法。	○介入困難だが、体調が急変する可能性が高く、早急な治療の再開が必要。 ○部屋の片づけなどを本人のお困りごとを通して、不安の確認をしていく。 ○患者の会等同じ立場の方の集まりへの参加を促していく。 ○本人との信頼関係の構築が必要である。 ○本人の自立したい気持ちにきちんと寄り添い、支援の方法を検討する。	○生活支援課や病院と連携をして医療の必要性を何度も働きかけを実施。 ○訪問看護等の介護サービス調整を行うも、利用直前で本人拒否強く、キャンセルとなる。 ○本人と連絡が取れなくなり、自宅を訪問。室内で倒れており、亡くなっていた。	○支援者への拒否が強い方に対して、地域でどういった関わり・支援ができるのか。	
	家族	歯科医師	介護事業者	1								
	町会	薬剤師	2	警察								
	地区社協	1	訪問看護師	消防								
	市社協	保健師	地域包括	4								
	民生委員	3	理学療法士	市役所								2
	高支連	生活支援コーディネーター	リハビリ職	1								
	ボランティア			合計								18

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
83	本人	医師	ケアマネ	3	地域包括支援センター(地域包括)	精神疾患が疑われる方の支援と介入方法について	80代、独居。介護認定は未申請。ADLは自立。集合住宅在住。消費生活支援センターより、話のつじつまが合わず途中で電話が切れたが、再度電話があり不法侵入者がいて監視されているため電話が切れたと話していたので確認してほしいと連絡ある。本人に連絡すると40年間不法侵入者がいて警察に相談して20年。不法侵入者は管理人で日本中をついてきたり自分の姿に変身することもあると話す。訪問の約束できたが訪問日に断りの電話がある。管理人が盗聴していると話す。	○明らかに精神疾患が疑われるが何とか日常生活は送られており、日常の困りごともない方が地域で増加してきている。 ○不安を解消するために必要な事。今後予想される事。	○本人の情報が少ないため、周囲から情報収集を継続して行っていく必要がある。 ○本人の状況を理解し、次の対応方法を検討していく。	○民生委員と共に自宅訪問。 ○精神疾患が疑われる様な発言は多いが日常生活は特段の問題もなく送れている様子が見られる。 ○今後も訪問や電話は可能なため、関係性を築く事からはじめていく。	○一軒家のみならず、集合住宅(賃貸ではなく分譲)で生活していた方が高齢化することで、様々な問題が発生している。
	家族	歯科医師	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	警察	2							
	地区社協	訪問看護師	消防	1							
	市社協	保健師	地域包括	4							
	民生委員	理学療法士	市役所	2							
	高支連	生活支援コーディネーター	リハビリ職	1							
ボランティア		合計	18								
84	本人	医師	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	自分勝手に治療を中断してしまう認知症高齢者に対し、医療等の必要と思われるサービスを継続利用してもらうためには。	60代、独居。糖尿病等の既往あるも通院中断。訪問看護、福祉用具(手すり)、ヘルパーを利用中。4人の子とは音信不通。地域との関わりもない。高校は中退。20歳の時に結婚するも離婚。40代で頸椎ヘルニアとなり、生活保護の受給開始。50代には、脳梗塞を発症し、自宅に引きこもりがちになる。医療介入を拒否することに加え、食事管理についての助言も聞き入れず糖分の過剰摂取が続いている状態。支援者の説得や促しはことごとく拒否される。	○適切な受診が出来ておらず、服薬の管理、食事の管理が出来ていない。 ○適正なサービス利用に関する提案を行っても拒否が強い。	○病状としては重度の糖尿病であり、本人に医療の大切さを繰り返し伝えるしかない。 ○転倒不安があるので、夜間だけでもポータブルトイレや尿器を使用した方がよい。 ○ケアマネ等支援者の尽力により生活環境が改善されたことを本人に自覚してもらえることで一歩ずつ進んでいくのではないかと思う。 ○作業療法的なリハビリサービスを入れる等、本人がやれるようになりたいことを支援する。 ○見守りの目が必要なので、配食弁当の提案を続けていく。	○4月初旬まではサービスが入っていたが、訪問看護師への暴力事件を起こしたためサービスがすべて撤退。本人は家の中でできることは一人でやろうとしているが、掃除、洗濯やゴミ捨てはうまくできずに困っている。 ○今後も見守りを継続。	○支援拒否から孤立化している高齢者に対し、地域にどのような見守りの目を作ることができるのか。
	家族	看護師	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	通所介護	消防	1							
	市社協	看護小規模多機能	地域包括	5							
	民生委員	理学療法士	市役所	2							
	高支連	作業療法士	その他(グループホーム)	1							
ボランティア		合計	18								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
85	本人	医師	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	本人に必要なサービスの利用を拒否する配偶者に対し、その必要性を納得してもらいたい。	80代、配偶者と軽度精神疾患のある子との3人暮らし。家長の言うことに絶対服従の考えのため、幼い子が配偶者から虐待を受けていても不信感なくかばうこともなく過ごした。子は10代で精神病院に2回入院。本人、起き上がり不可。居室環境は不衛生であり、生活全般に支援が不十分な状況。肺に水が溜まり、入院を勧められたが、金銭面を理由に配偶者が拒否。その他、心疾患も認められ、その後、入院に至った。	○配偶者に介護保険サービス利用について理解を促し、退院後の本人の生活を向上させたい。	○入院中に検査をし、退院調整時に訪問診療に繋ぐ必要が高い。自宅環境も整えてから退院したい。 ○配偶者が意図的に適切な支援の提供を拒否するのなら分離も検討しないといけない。 ○医師の方から配偶者へ、本人の状況が悪化すればその分費用負担も増す旨説明したらどうか。 ○病院側へ家族関係や家庭環境等の情報を提供し、在宅生活の適否をチームで協議したい。支援の方向性について病院側との意思統一を図りたい。	○入院時、病状は悪性リンパ腫のため余命が短いことがわかった。配偶者は現実の受け入れができずにいた。 ○個別ケア会議終了後約2週間後、入院中に永眠される。 ○その後自宅では配偶者と子が二人暮らし。	○独自のこだわり故に地域内で孤立化している家庭を埋没化させないようにするにはどういう地域作りを推進していけばいいのか。
	家族	看護師	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	通所介護	消防	1							
	市社協	看護小規模多機能	地域包括	2							
	民生委員	理学療法士	市役所	1							
	高支連	作業療法士	その他(グループホーム)	1							
ボランティア		合計	18								
86	本人	医師	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	独居の認知症高齢者が在宅生活を継続していくにはどのような支援プログラムを組めばよいか。	70代、要介護4。認知症重度であり、成年後見人がついている。兄弟がいるが、音信不通。中学卒業後に兄弟を頼り上京。平成29年より生活保護となる。ほぼゴミ屋敷の居室で、タバコ、酒、インスタントみそ汁のみで暮らしていた。支援は部屋の環境整備から始めた。週6日のデイサービス、週1日のヘルパー支援(食事の提供、清掃等)を受けている。	○本人は、自宅での生活を希望しているが、劣悪な住環境であり、その思いをどこまで尊重すべきか。	○施設入所ありきではなく、なるべく自宅にいたることができるように皆で支援したい。何か起こっても、すぐに対応できるように事前にどうするか話し合っておく。	○徘徊リスクへのケアのため、「いまどこ君」というGPSシューズを購入。 ○気温に合わせた服の調整ができない等、日常のちょっとした細かい支援が重要であると感じる。	○介護保険サービス等を利用するまでも至らないような、ちょっとした隙間を埋める柔軟な支援提供ができるインフォーマルサービスが地域の中にあるとよい。
	家族	医師	介護事業者	3							
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	看護師	消防	1							
	市社協	保健師	地域包括	5							
	民生委員	理学療法士	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	その他(薬局実習生)	1							
その他(グループホーム)		合計	17								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
87	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員(ケアマネ)	重篤な病気を抱えたまま医療拒否、治療中断になってしまっている方への支援について。	70代。独居。子なし。本人は自宅で書道を教えていたが、配偶者の他界を機に気力が低下し、書道塾もやめてしまった。脳動脈瘤があるが、受診拒否があり治療中断している。その他、2年ほど前に腰痛で入院。その際、徘徊や介護抵抗が見られた。今春より庭先で野良猫の餌付けを始めた。それにカラスも集まり始めている。介護保険サービス(看多機)を利用しているが、利用料の支払いを拒否している。	○脳動脈瘤破裂による緊急事態も想定される。その時の対応はどうか。 ○介護保険サービスの支払いを拒否する等の社会性に欠く言動、行動が目立ってきている。	○医療面の評価を受ける機会をもうけたい。社会性に欠ける行動が病気からくるものなのかの判断も重要。 ○猫の餌付けとカラスに関しては、一度、市の環境保全課に連絡し、相談してみる。 ○本人に直接かかわることが困難ではあるが、今後、市長申立てによる成年後見制度の利用も考えてみてはどうか。	○頭痛、めまいの訴えあり。日中はよく外出をしている。 ○弱気になってきている面もある様子。サービス利用料について、支払い意思を口に出すことが出てきた。 ○猫の餌付けは続いている。	○急変の可能性が高い医療受診拒否高齢者をどう見守っていくか。誰がどうやって発見をするか。そして、発見時、どういうルートで情報集約をするのか事前の取り決めをしておきたい。
	家族	医師		介護事業者	3							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	看護師	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	5							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士		その他(薬局実習生)	1							
その他(グループホーム)		1		合計	17							
88	本人	医師		ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	独居。結婚歴無し。通信社記者として36年間勤務し退社。24時間勤務などもあり、自律神経を病む。認知機能の低下および被害妄想的発言(「金貨500gを盗まれた」と警察へ通報した)がある。自分の記憶や意見を曲げず、他者の意見等を受け入れられない。変形性膝関節症、パーキンソン病があるのだが、自宅ではほぼ2階で過ごしているため、階段昇降時の転倒転落リスクがある。	○ケアマネとして、何をもって在宅の限界と判断すればよいか。 ○兄弟は本人の意思を尊重するとしているが、ケアマネ判断で施設入所となった時に、兄弟にどのように話し、説得すればよいか。	○本人には、詐欺被害についての情報提供を行うとともに、他者が介入することで予防にもなることを説明していく。その他、抑止の提案をしていき、もし、被害にあうような状態になったら施設に入ろうという基準を説明していく。そうであれば「自分で決めたことだから」と納得頂けるのではないかと。 ○弟さんも含めて、ヘルパーさんの介入で在宅ができていくという理解をしていただくと良い。	○本人の状況はあまり変化していない。自分の意思が強く、年末年始もショートステイを拒否。医療についても同様に拒否。ただし足の運びが悪くなっていることに自覚はもっている。 ○変化としてお弁当配食が2日に1回入ることになった。	○認知症高齢者の理解促進と見守り体制づくり。	
	家族	歯科医師		介護事業者	5							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	5							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1							
	高支連	作業療法士	1	訪問看護								
ボランティア				合計								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
89	本人	医師	ケアマネ	2	介護支援専門員(ケアマネ)	転居後も地域で趣味の会に参加をした認知症高齢者	3年前に配偶者が他界。自宅で工房を開き、陶芸教室の先生をしていた。店舗販売なども広くおこなっていた。その後、認知機能の低下がみられるようになり、心配をした子が引き取った。身体機能は高く維持されているが短期記憶に障害があり、直前のこともすぐに忘れてしまう。子の希望は、本人には好きなことをして楽しんでもらいたいということ。本人も、手芸や陶芸等を再開したいと希望している。	○外出や社会参加の意欲は大いにあるが、デイサービスの内容では不満足の様子。それ以外の活動の場、交通手段の確保(一人では通えないため)など、どのような資源があれば、このような認知症初期の方の生活が潤うのか。	○医療は大切なので、認知症の診断を受けてもらうこと。それでアプローチ方法が変わってくる。子にも付き添ってもらって病院受診してもらうのが良い。子にも理解してもらうことが必要である。 ○意欲を育てる場所づくりが必要だが、近くの施設に講師として繋げられると良い。うちに来てほしいというご意見もいただけたので声掛けをしていく。 ○健康寿命の維持のため、本人ができることが長く継続できるように、活躍できる場所を提案し、支援していくことが大事である。	老人福祉センターで陶芸教室があることがわかったが、コロナのために新規入会はできず、講師の受け入れも断られた。しかしデイサービスに通い始めて仲の良い人ができたらお風呂にも入るようになり、手芸なども楽しんでいる。	○高齢者の意欲を育てる場所づくり、活躍できる場の提供
	家族	歯科医師	介護事業者	5							
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	訪問看護師	消防								
	市社協	保健師	地域包括	5							
	民生委員	理学療法士	市役所	1							
	高支連	作業療法士	訪問看護	1							
	ボランティア		合計								

別添2

各自立支援型個別ケア会議における
参加者・テーマ・議論の概要

自立支援型個別ケア会議における参加者・テーマ・議論の概要(個別事例別) 令和元年12月から令和2年11月実施分

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題			
1	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	咽頭部がん・食道がんの既往があり、様々な問題を感じている。無理なく自宅での生活を楽しみたいと願う人への支援	子の家族と2世帯住宅。食道がん・咽頭部がん・低ナトリウム血症などの既往にて定期通院あり。受診や服薬管理・食事面等を配偶者がサポートしている。嚥下機能・運動機能低下を妻が心配し介護保険サービス利用(デイサービスにて運動機能・口腔機能向上)している。食事量の低下や低ナトリウム血症もありバランスよく栄養摂取する事が難しい。少ない食事量で、ナトリウムやバランスよく栄養が摂取できる方法はないかと妻は考えている。	○少ない食事量で、無理なくバランスよく栄養をとるにはどうしたらいいか。 ○無理なく自宅での食事を楽しむにはどうしたらよいか。	○梅干以外の塩分摂取方法として、栄養食品に混ぜる。 ○デイサービスを1日型にして、食事量を確認する。 ○食事内容を確認し、妻に対して栄養指導を行う。 ○デイサービス以外の運動の機会を確認。 ○主治医を変更してはどうか。 ○摂食に影響を与えている疾患や原因を検査する。 ○ナトリウムの処方や薬がどんな物が飲めるか。 ○STのいるデイケアを利用してはどうか。 ○体重管理はしているか(モニタリング)	○口腔機能向上に関するデイサービスなどが少ない ○気軽に栄養相談できるところが少ない			
	理学療法士	管理栄養士	歯科衛生士							1	1	1
	市役所	その他										
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	3	社会福祉士							7	主任ケアマネ	8
	指定介護予防支援事業所											
主任ケアマネ		ケアマネ	7	社会福祉士	1							
			合計	29								
2	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	ガン末期で体重が減少している。最期まで自宅で食事がしたいと願う人への支援	独居、生活保護受給中。3年前に十二指腸乳頭部癌で手術後、腹膜、肺転移し抗がん剤治療をするも効果がみられず、昨年末抗がん剤治療は中止となる。がんの疼痛や副作用で便秘、食欲減少、口渇などがあり体重が減少。訪問看護にて生活支援サービスを利用。現在は掃除中心で食生活についてのサポートは買い物代行程度。本人は入院したくない、好きなものを食べて最期まで自宅で過ごしたいと。今後訪問看護で食生活を支援していく予定だが、食べる楽しみを支援していくためにどのような工夫ができるか。	○薬の副作用やがんの疼痛から食欲が減退している。 ○独居のため食生活の偏りがある。 ○食べる楽しみを大切にしている人への支援とは。	○口腔機能の低下がみられるため、歯科通院や歯科衛生士の指導をうける。 ○在宅医療・介護支援連携センターの管理栄養士や病院の栄養指導をケアマネと一緒に受ける。 ○今後の生活について主治医の意見をケアマネが直接確認する。 ○食事が提供されるデイサービスへの変更。宅配弁当を利用、現在の食事内容の把握 ○排便コントロールができるよう訪問看護を利用する ○本人が在宅生活を希望されているため、専門職がかかわり、チームでサポートしていく必要がある。	○精神科の往診が少ない。 ○ふれあい会食会の周知。 ○気軽に通える栄養相談窓口の設置。			
	理学療法士	管理栄養士	歯科衛生士							1	1	1
	市役所	その他										
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	3	社会福祉士							7	主任ケアマネ	8
	指定介護予防支援事業所											
主任ケアマネ		ケアマネ	7	社会福祉士								
			合計	28								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題			
3	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	無治療の慢性腎不全の予後考えたケアマネジメントと、食生活の適正な評価の指標について	配偶者(要支援1)と子の3人暮らし。軽度認知症と慢性腎不全あり。R2.2月、脱水にて入院し、Cr9mg/dlまで上昇するも、高齢のため無治療、食事制限なし。現在は4mg/dlで安定。食事量少なく偏りあり。配偶者が調理しているが、円背があり手の込んだものは作れない。コロナウイルスの影響で、通いの場(将棋サロン)や福祉会館の入浴が休止となり、外出機会減少。うたた寝をして過ごすことが増え、認知機能低下と体重減少(半年間で体重5kg減少、BMI15)あり。10月より将棋ができるデイサービスを週1回利用し、デイでの昼食完食し、日中のうたた寝も減った。	○高齢のため慢性腎不全の治療、食事制限なしだが予後に不安あり。 ○食が細く低栄養、低体重 ○新型コロナの影響で外出機会減少し、認知症が進行。 ○配偶者の介護負担が大きいが、経済的に余裕がなく、サービスが増やせない。	○59kgが理想体重だが、目標は現状維持すること。簡単に効率よくカロリー摂取する方法として、油を足す、砂糖を入れるなどの工夫をする。 ○認知機能低下により、歯の自己管理が難しくなるので、定期受診を継続しオーラルフレイルを予防する。 ○食事姿勢を正すと、飲み込みやすく誤嚥予防になる。 ○慢性腎不全は急激に悪化することがある。体調が良いように見えても予後が悪いということ、家族をはじめケアマネも認識しながら支援していく必要がある。そのためには医療受診は大切で、処方への共有や病気に対する理解や知識が必要。 ○イベント的な目標も良いが、日常生活の中で達成できる目標を設定してはどうか。	○新型コロナによる外出自粛、サロン等の休止により、認知機能、身体機能低下 ○送迎があればもとの生活を送ることも可能になる。			
	理学療法士	1	管理栄養士							1	歯科衛生士	1
	市役所	2	生活支援コーディネーター							1	サービス事業所CM	2
	地域包括支援センター											
	保健師	3	社会福祉士							5	主任ケアマネ	2
	指定介護予防支援事業所											
主任ケアマネ		ケアマネ	4	社会福祉士								
					合計	22						
4	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	介護サービスの卒業が難しい	要介護1。子と二人暮らし。日中独居。R元年1月、悪性リンパ腫での抗がん剤治療にて、副作用で食欲不振、体力低下あり。週2回デイサービス利用により、改善みられ要支援2となる。1人での近隣外出ができるようになり現状維持できている。新型コロナの流行にて、デイサービスの利用自粛。月1回電話での様子伺いでも、問題なく過ごしている。4か月間デイサービスを利用しなくても状態悪化はなかったことから、介護サービスを終了しても問題ないと判断し、本人、長男も合意されたため支援終了とした。	○介護サービスの提供がなくても問題がないと判断するポイント ○介護サービス終了後の状態悪化への不安がある。 ○介護サービス終了後の本人の状態把握をどのようにしていくべきか。	○症状がなくても年齢や再発を考え、子に協力してもらい受診はした方が良い(血液検査の必要あり) ○社会参加の機会が少ないのでインフォーマルなサービスにつなげてみてはどうか ○チェックリストから、ふらつきや活動量の低下が心配される。PTによるリハビリ支援事業を活用して定期的に状態評価した方が良い。 ○むせや転倒にチェックがあり、食事内容、日中ベッドで過ごしている様子からフレイルの進行が予想される。在宅医療・介護連携支援センターに相談して欲しい。 ○地域活動を通して関わる事ができる。介護予防教室等で月1回でも外出の場として利用して欲しい。	○新型コロナの影響で地域活動全体が停滞し社会交流の機会が減少 ○感染を恐れ、今までのような活発な活動再開ができない。 ○口腔衛生教育(オーラルフレイル予防)の啓発			
	理学療法士	1	管理栄養士							1	歯科衛生士	1
	市役所	2	生活支援コーディネーター							1	サービス事業所CM	2
	地域包括支援センター											
	保健師	3	社会福祉士							5	主任ケアマネ	2
	指定介護予防支援事業所											
主任ケアマネ		ケアマネ	4	社会福祉士								
					合計	22						

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題		
5	医師	歯科 医師	薬剤師		指定 介護 予防 支援 事業 所	安定期リ ハビリを 受けてい る人に対 しての目 標設定	H28年脳梗塞にて右上下肢麻痺、高次脳機能障害あるも、排泄、更衣は見守りまたは軽介助で可能。福祉用具・通所介護を利用。リハビリは、思うように進展せず、もどかしさを感じつつも必要性を理解し休まず取り組む。子と配偶者の協力のもと、車と飛行機にて念願の同窓会へ参加。R2年、要介護から要支援判定。事業所変更後も新事業所でリハビリを継続。再度同窓会参加を希望していたが、新型コロナウイルスの影響により、移動制限や同窓会も中止。デイの利用に加え、自宅周辺での歩行訓練を行うが、先行き不透明で気持ちを保てるかどうか不安を感じている。	遠出をすることが難しい中、モチベーションを保ち続けられるようにどのように働きかけていけばよいか。	○2型糖尿病で入院中は1600calとカロリー制限は緩い。便秘は水分が不足しているのではないかと。ペットボトルなどで飲水量が目視できる工夫をしてはどうか。 ○近場の外出先の目標設定をして、無理に遠出しなくても良いと思う。 ○山登りは無理でも釣りのツアーや旅行など、麻痺があっても体験ができるところなど(国民休暇村は完全バリアフリー)情報を集めて目標と一緒に考えるだけでも、モチベーションが上がるのではないかと。 ○人との関わりを大切にしているので、友人との電話交流や写真を見ながら、回想法で活力に繋げる。 ○身体や生活状態を保つことが大前提だが、精神機能も心配。同窓会に行くためには、どんな状態を保つ必要があるのか、明確な判断基準を説明。	○もともとは福祉センターのサポート登録をしていて活動的な面があったが、受傷により交流の機会がなくなってしまった。 ○交流を継続できるような働きかけ、機会の提供がない。		
	理学療法士	1	管理栄養士	1							歯科衛生士	1
	市役所	2	生活支援コーディネーター	1							サービス事業所CM	2
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	3	社会福祉士	5							主任ケアマネ	2
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ		ケアマネ	4							社会福祉士	
				合計	22							
6	歯科衛生士	1	管理栄養士	1	指定 介護 予防 支援 事業 所	家族に迷惑をかけないで自立した生活を送りたいと考える 独居高齢者への支援	80代 要支援2。独居。腰椎すべり症、右変形性股関節症の既往あり。室内での尻餅や外出先での転倒が年数回ある。認知症はなく年相応の物忘れがあり、内服忘れがある。訪問看護(内服管理)、訪問リハビリ(屋外歩行訓練等)、訪問型元気応援サービス(掃除、買い物、通院同行等)を利用。食事は自分で作って食べる。自分でできることをやろうとする気持ちは強い。 80歳の兄弟はヘルニア、腰痛あるが週1回本人宅へ訪問し、内服管理、外出同行、買い物代行、ゴミ捨て、担当者会議への参加などする。本人は何かあると兄弟に怒られる(強く言われてしまう)ため報告はしないでほしいと思っている。	本人は弟の支援に対して申し訳なさを感じているが、弟は身内として責任と義務がある思っている。弟による支援は介護サービスで代替可能と考えるが、弟の主介護者としての役割・存在も大切と考え、折り合いをつけるにはどうすべきか。	○弟の支援でまかなえても、基本は本人の意向が一番。家族との連絡調整はしっかりした上で、家族でしかできないことだけを援助してもらう。 ○弟も高齢であり、ヘルニアの持病もある。どの段階になったら弟の支援ではなく介護保険のサービスを利用するのか、将来のことを考えて役割分担を段階的に検討していく。 ○弟の本音はどうか。時間をかけて、ケアマネが弟との関係をつくり、本音を聞ければいい。	○独居高齢世帯が増え、高齢者が高齢家族を支えているケースも多くある。 ○地域の中で住民が支え合う関係性が希薄になっており、見守りや外出支援など気軽に利用できるサービスがあったら良い。		
	理学療法士	1	作業療法士								言語聴覚士	
	市役所		その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	4	社会福祉士	2							主任ケアマネ	5
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	2	ケアマネ	4							社会福祉士	1
				合計	22							

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題
7	歯科衛生士	1	管理栄養士	1	生活支援コーディネーター	1			
	理学療法士	1	作業療法士		言語聴覚士				
	市役所		その他						
	地域包括支援センター								
	保健師 看護師	4	社会福祉士	2	主任ケアマネ	5			
	指定介護予防支援事業所								
	主任ケアマネ	2	ケアマネ	4	社会福祉士	1			
					合計	22			
8	歯科衛生士	1	管理栄養士	1	生活支援コーディネーター	1			
	理学療法士	1	作業療法士		言語聴覚士				
	市役所		その他						
	地域包括支援センター								
	保健師 看護師	4	社会福祉士	2	主任ケアマネ	5			
	指定介護予防支援事業所								
	主任ケアマネ	2	ケアマネ	4	社会福祉士	1			
					合計	22			

指定介護予防支援事業所

地域包括支援センター（地域包括）

独居の生活保護受給者。（介護保険申請中）うつ病歴長く、精神科通院あり。令和2年4月、脊髄炎（疑）にて入院となるが、実費での検査を拒否し退院。帰宅後、身体麻痺出現し、繰り返しの転倒にて全身にあざあり。風呂の浴槽から出られなくなり、警察官に引き上げてもらったこともあった。服薬できていないが、「自分でできる」と介入拒否。介護保険を申請、暫定でケアマネ訪問、居宅療養管理指導（薬剤師）・訪問介護（週2回掃除・安否確認）から援助を開始。跛行気味だが杖使用せず歩行可。タクシーで通院と自転車での買い物、自炊している。

80代、要支援1。配偶者は自立。本人が自宅玄関で転倒し、腰椎骨折。入院時、誤嚥性肺炎の発症あり退院1か月延長。筋力、認知機能低下あり。独歩で20m程度、伝え歩き。活動意欲低く、食事以外は横になっていることが多い。現在は軟菜食で食欲、摂取量は回復するも、少食にて体重増加せずBMI14.6。物忘れ、薬の飲み忘れがある為、配偶者が管理。外出意欲も低く、週1回骨粗鬆症の注射に配偶者の運転で通院。配偶者が買物、調理家事全般を担う。コロナで中止になってり訪問リハビリを再開したばかり。

絵画・映画・音楽が好きで独自の生活スタイルを確立されている方。本人の意向に応じた支援と転倒の原因となっている疾患への専門的治療の必要性の判断など、支援の方向性を確認したい。

運動外出意欲等がなく、フレイル状態にある利用者に対して、本人が介護予防に取り組んでいける支援方法について

○ケアマネとしては、脳神経内科で詳しい検査を受けてもらうことが目標。
○良く支援されているが、介入しすぎず少し突き放した対応をしてもよいのではないか。本人の自覚ができるように、支援していく。
○こだわりの強い方なので、信頼関係構築から、受診できるよう勧めていく。

○配偶者の過介助、介護負担が懸念される。
○屋内での活動（洗濯や調理等）を一緒に行えるようにし、少しずつ家庭内での本人の役割を増やしていく。
○楽しみや趣味活動から意欲が出てくるかもしれない。生け花の師範資格を活かして、近場で本人が楽しんで活躍できる場所（サークル活動等）があればよい。送迎付きならなおよい。
○栄養管理や訪問歯科を利用し、専門家に評価をしてもらう。

○地域住民・民生委員・ケースワーカー、地域包括支援等で情報交換し連携する仕組みが必要。
○精神科で往診可能な病院、また入院できる病院が少ない。

○嚙下に精通した訪問歯科や身近に栄養相談ができる場があるとよい。
○男の介護教室などの場が必要。

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題			
9	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	病気の症状と薬の副作用で体重が増加したことによる膝・腰痛の為、活動が不活発になっている方への支援	80代、要支援1。糖尿病とリウマチ性多発筋痛症。生活と病状の管理の為兄弟と同居。物忘れ等の認知症状顕著。発症前は体操教室に通ったり、ウォーキングを行っており、標準体型。発症後は、1年くらい運動は禁止されていたり、体のだるさ、薬の副作用で食欲増進、体重増加。膝・腰痛が出現し、易疲労感もあり、活動が不活発になった。現在は145cm62kg。機能訓練型デイサービス週1回利用。体操教室の再開や散歩、座位でできる運動のパンフレットを渡し運動を促すが継続できない。	○体重の増加 ○介護保険サービス以外の運動が継続できず、生活が不活発となっている(易疲労感強い)	○実際の食事・間食について確認。病院で栄養相談を行う。 ○糖尿病とプレドニンのバランスについては医師と連携をして確認する ○同居兄弟の医療的な知識を再確認する ○体操教室に行くことができていない理由を再確認する(場所が理解できない、人間関係などの可能性もある) ○体操教室に行くには友人の協力も必要なので、認サポ等を受講してもらう ○本人の認知機能を確認する。DASCへつなげ専門医を受診を促す ○要支援1という認定が適正であるか検討する	○近くに体操教室がない ○認知症の方に対する対応の仕方等、知らない方が多い			
	理学療法士	作業療法士	1							言語聴覚士		
	市役所	2	居宅介護支援事業所							1		
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	1	社会福祉士							3	主任ケアマネ	6
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	1	ケアマネ							7	社会福祉士	3
			合計	25								
10	医師	歯科医師	生活支援コーディネーター	指定介護予防支援事業所	利用者の自立支援に向けて、家族の対応について	70代、要支援2。40代の子と二人暮らし。デイサービスの連絡帳の記載に対して、子が繰り返し謝罪を要求し苦情あり。本人はデイサービスを気に入っており変更希望してしていないが、「子の言うとおりに」と言動を後押しする。デイサービス統括部長、管理者、ケアマネと子で話し合いを持ち、子の譲歩を得るが、納得を得られずおらず関わりが難しい。	子は、本人の介護を理由にパート就労であるが、経済的に自立していない可能性あり	○子の言動から子自身の「生きづらさ」がある印象がある。子の思いを聞く機会が必要 ○本当のお客は本人である。サービス利用を受ける「お母さんのために」との切り口に関わっていくのはどうか ○親の年金を頼りにしており、子は経済的に自立していない。何らかの問題を抱えているのではないか。8050の問題はケアマネだけでは難しい。包括や福まる相談員を巻き込み、チームで支援していく。	○「8050問題」がある ○近隣との関わりが希薄で孤立しがちな世帯が多い。			
	理学療法士	1	管理栄養士							1	歯科衛生士	1
	市役所	2	その他							1	サービス事業所	3
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	1	社会福祉士							2	主任ケアマネ	5
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	1	ケアマネ							3	介護予防支援事業所CM	2
			合計	23								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題		
11	医師	歯科医師	生活支援コーディネーター	1	指定介護予防支援事業所	近隣の方の支援を期待し、介護保険の援助を最小限のみ利用しているが、これも自立支援と言えるか	社会資源となっている近隣住民一人にこのまま頼っていてよいのだろうか。	○身体のかゆみ等への対処が必要。主治医や薬剤師への相談 ○宅配弁当は見守りも兼ねているので利用してもらえればよい ○毎日の見守りや金銭管理が必要では ○子との関係をとり次につなげていく	○地域互助組織の拡充が必要 ○低額で利用できる有償ボランティア充実の必要性がある。		
	理学療法士	管理栄養士	歯科衛生士	1						1	
	市役所	その他	サービス事業所	2						1	3
	地域包括支援センター										
	保健師 看護師	社会福祉士	主任ケアマネ	2						5	
	指定介護予防支援事業所										
	主任ケアマネ	ケアマネ	介護予防支援事業所CM	1						3	2
			合計		23						
12	医師	歯科医師	生活支援コーディネーター	1	指定介護予防支援事業所	入退院を繰り返す、体調が不安定な要支援認定の方への支援について	病気に対する理解不足により自分で体調管理ができず入退院を繰り返している	○入院後は体力低下している。簡単な運動で回復できる余地がある。それが難しくなった場合は、区分の見直しも考える。 ○減塩では、心不全だと5g/日が理想だが、簡単に食べられるもの(梅干し2g/個)は塩分が多い。麺類、間食のおせんべいは塩分が多い。減塩調味料や離乳食用の麺類の活用も良い。熱中症対策で水分補給をと思うが「がぶ飲み」は勧めない。 ○ペースメーカーがある方は歯科定期受診を勧めしてほしい。利尿剤服用で口渇で歯が弱くなる恐れがある。オーラルフレイルの観点からも人との交流＝デイサービスに繋げるとよい。 ○なかなか本音を引き出せないというが、ケアマネには本人の代弁者でいてほしい。	○常盤平団地には独居高齢者が多い ○高齢になると病識が乏しく、健康管理が難しくなる		
	理学療法士	管理栄養士	歯科衛生士	1						1	
	市役所	その他	サービス事業所	2						1	3
	地域包括支援センター										
	保健師 看護師	社会福祉士	主任ケアマネ	2						5	
	指定介護予防支援事業所										
	主任ケアマネ	ケアマネ	介護予防支援事業所CM	1						3	2
			合計		23						

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題			
13	医師	歯科医師	薬剤師	地域包括支援センター（地域包括）	「本人らしさ」を実現させるための今後の支援目標設定に悩むケース	70代、要支援2。子と二人暮らし。インプラントの痛みの発生により食事が減り、体重減少(BMI 13.6)改善には手術が必要と判断されたが、本人は望んでいない。平成17年から非定型抗酸菌症を患い、微熱・倦怠感などに悩まされ続けており、専門医の受診するが改善せず。かかりつけ内科医による訪問診療、検査が必要な場合には受診できている。対症療法(内服等)は行っている。体調不良により、うつ状態になることもあるが、自立した生活を続けている。介護予防の基本的な考え方は本人自身が理解できており、自力で取り組んでいる。	食事摂取に障害が発生し、食事が増えずに体重・体力の低下を主問題として取り組んできたが、「本人らしさ」を大切にしながらの目標設定について、意見を伺いたい	○症状の抜本的な解決を目指すのには再手術の可能性を検討するのが良いと思う。 (インプラントの再手術) ○食事を2時間かけて行っているの、間食を増やす。たんぱく質など内容バランスを整え、摂取カロリーを増やす。体重の経過から、生命維持に関係すると思われるので、栄養補助食品などの再試行を。 ○子のために料理を行うなど、料理や食事に別の目的を持たせてはどうか。 ○精神的な不安(負担)感を緩和するために、緊急通報装置も良いのでは？ ○他者との交流の場として通所型サービスの活用することでうつ的な精神状態の改善につながるのではないか	地域との接点が少ない方が気軽に参加できる場がない。			
	理学療法士	作業療法士	1							言語聴覚士		
	市役所	2	介護支援専門員							1		
	地域包括支援センター											
	保健師	1	社会福祉士							3	主任ケアマネ	6
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	1	ケアマネ							7	社会福祉士	3
				合計	25							
14	主任ケアマネ	1	介護支援専門員	1	指定介護予防支援事業所	どのような目標設定が適切なのか悩んでいるケース	退院後訪問リハビリを行い、その後通所リハビリに通う。右手の麻痺は元には戻らない状況だが、リハビリを行うことにより、日常生活は出来る事が増えている。第2号被保険者のサービス終了に向けて支援のあり方。	○リハビリの状況により、機能低下および回復どちらもあるが、ピアカウンセリングが大事である。障害のある方の集まり、友の会・自助グループが必要である。集まりに参加することで、外出機会が増えるのではないかと。 ○障害の受容には、時間がかかるので、家族のサポートと、ゆっくりメンタル面でのサポートが大事である。 ○しゃべりにくさ・口の渴き・麻痺によるブラシのしにくさがある為、歯科受診を継続していく必要がある。口腔体操を行うことで、滑舌が良くなり、自信がつくのではないかと。 ○調理は自信にもつながるので、自助具を利用し継続していく。レンジを利用し、安全に行っていく。 ○健康推進課で健康相談をしてもらえるので、上手く活用してみようか。	若くして障害を負った方への資源が少ない(友の会・自助グループ等)			
	理学療法士	1	作業療法士							サービス事業所	2	
	市役所	3	管理栄養士	1						生活支援コーディネーター	1	
	地域包括支援センター											
	保健師	2	社会福祉士	2						主任ケアマネ	2	
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ		ケアマネ	3						社会福祉士		
				合計	20							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題		
15	主任ケアマネ	1	介護支援専門員	1	指定介護予防支援事業所	自立支援に向けての支援のあり方や自立支援に繋がる目標設定	80代、要支援2。脊柱管狭窄症のしびれはあるが、足の状態も良くなり、歩いて出かけたりにしているため、自分で買物に行けるのではないかと。買物は自分で見て買いたいと言っていたが骨折により行かれなくなって、週2回訪問してくれることに安心している方に、どうやって支援の回数を減らす提案をしたらいいのか。ケアハウスの解約を決心をされたが、家族の依頼もあり、半日型のデイサービス体操教室を提案。送迎付きの独自サービス型のデイサービスを検討中。もし気に入って行って行く事になるのはいいのだが、卒業できるタイミングの見極め方がわからない。	認知症の配偶者から解放され、自分らしく生活することが出来る環境が整った中、脊柱管狭窄症や骨折で不自由な生活になってしまった。回復後、介護サービスに依存せず、自立に向けての支援や卒業のタイミング、目標の設定等	○コロナ禍で地域に繋げることは現状難しい。閉じこもりになるより、デイサービスに行くなどサービスに繋がった方がいい。 ○在宅医療・介護連携支援センターへの相談。鬱の傾向があり独居だと、食事の支度が億劫になってしまい、栄養(特にたんぱく質)不足が心配される。栄養相談もできる。 ○老年期感情障害はどうなっているか。年齢を考えるとサルコペニア予防のためにも、通院や薬の確認は家族にやってもらう。 ○卒業にこだわらずに介護保険を使って疲れを癒してあげるようなサポートをする。 ○役員から声かけをしてもらいボランティア活動等に繋がられるよう、包括と連携していく。	足や腰が痛みや転倒の不安から外出しなくなってしまう方への移動(外出)支援		
	理学療法士	1	作業療法士	2								
	市役所	3	管理栄養士	1							生活支援コーディネーター	1
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	2	社会福祉士	2							主任ケアマネ	2
	指定介護予防支援事業所											
主任ケアマネ		ケアマネ	3	社会福祉士		合計	20					
16	主任ケアマネ	1	介護支援専門員	1	指定介護予防支援事業所	介護保険を卒業し就労型支援B型に移行を希望しているがコロナ禍において就労に向けての取り組みに不安を感じているケース	50代、要支援2。独居、生活保護受給者。平成30年脳梗塞を発症し軽度の左半身麻痺にて、日常生活に支障あり介護保険にて、居宅介護とリハビリの為に運動型のデイサービスを利用。障害者手帳を取得し、訪問介護は障害サービスを利用。リハビリを経て就労したい想いがあり、現在では近隣や交通機関を利用しての外出も可能となる。就労B型の移行に関して取り組んでいこうと思っている矢先コロナ感染が拡大。もともと精神的に繊細な部分が多く本人もコロナ禍においての就労に対しての不安が強く、収束後の移行活動を希望している。	○コロナ禍において行動意欲が低下している方への取り組み ○就労につながるまでの身体機能維持におけるインフォーマルサービス。	○就労への不安が強いのであれば就労以外の取り組みを紹介してはどうか。就労以外でも社会の役に立っている意識を持つ事ができると感じられると良い。例えば、オレンジ協力員などのボランティア活動、就労B型に行く前に地域活動支援センターの利用など。 ○BMIが少し高めなので塩分等に気をつけながら運動量を増やすなどの生活習慣が持てるとよい。	第2号被保険者などの若い利用者が集まれるサービス、資源が少ない。		
	理学療法士	1	作業療法士	2								
	市役所	3	管理栄養士	1							生活支援コーディネーター	1
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	2	社会福祉士	2							主任ケアマネ	2
	指定介護予防支援事業所											
主任ケアマネ		ケアマネ	3	社会福祉士		合計	20					

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題			
17	介護予防支援事業所主任CM	2	介護予防支援事業所CM	2	サービス事業所	3	指定介護予防支援事業所	身寄りのない独居の生活変更に 急変時の対応について	70代、要支援2。兄弟の他界後、独居。調理・洗濯・買物・掃除等まめに出来ており、部屋の中も身なりもきれいである。糖尿病のため1日4回インスリン自己注射も出来ている。体調が悪くなるとケアマネに連絡が来るが、自分で連絡し受診することが出来る。認知機能しっかりしており、自分の意見を明瞭に伝えられる。人に提案されるのは嫌いでサービスや緊急通報装置を勧めると怒り出す。杖により長距離歩行可能だが、通所サービス利用勧めもかなり強く拒否あり。コロナ感染防止のため買物以外の外出は控え、ケアマネの訪問についても拒絶あり。今後については「一人で暮らせなくなったら死ぬか施設に行くから心配するな」等と話す。	緊急時に連絡できる身内がないが、今後急変等で対応が必要になった場合はどのようにすればよいか。	○カフェを利用されている方は年が近い方同士で情報交換をしている。地域のマンパワーを加えていく方法もある。 ○今の時点では何を言っても聞き入れないのではないか。時間をかけて信頼関係を築いていくようにする。 ○加齢とともに身体機能や認知機能は低下する。定期的なスクリーニングが必要である。医療職のリハビリの導入を検討することもよい。 ○易怒性のある方の支援事例。加齢による認知機能の低下から、人を寄せ付けないところがある場合は周囲の支援者を巻き込んでいく方法もある。長い目で支援が必要な事例である。 ○糖尿病と歯周病は相関がある。定期受診は継続されているとのことなので、今後は歯科受診についても進言できればよい。	独居高齢者の見守りや緊急時の対応が困難
	理学療法士	1	管理栄養士	1	歯科衛生士	1						
	市役所	2	その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	2	社会福祉士	1	主任ケアマネ	5						
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	2	ケアマネ	3	社会福祉士							
合計						25						
18	介護予防支援事業所主任CM	2	介護予防支援事業所CM	2	サービス事業所	3	指定介護予防支援事業所	お金がないことで衛生状態や食事内容に不安を感じている。また急な出費に対応できないケース	70代、事業対象者。労災による右股関節機能障害にてH2年に障がい者手帳2種5級取得。令和1年7月自転車で転倒し、左肘・左膝の打撲と擦過傷。 令和1年8月初回面談後、総合事業申請し、翌月から週1回デイサービスを利用。デイサービスの利用中の様子としては気温に合った服装を選ぶことは出来ていない。洗濯も面倒だからという理由で行っていない。マスクもボロボロ。自宅では入浴もしていない様子あり。	金銭管理について支援してもらい、収支状況を把握していき、必要・不要の区別をしていくことでお金がないという漠然とした不安を解消していく。	○自分の好きなように生きているが、受診や禁煙に取り組む事は出来ている。 ○飲酒と喫煙習慣があり、菓子パンなどをよく召し上がる状況から口腔内の状態が懸念される。栄養バランスが取れるように炊飯だけでも自分で行う事が出来る とよい。歯科受診をお勧めしたい。 ○金銭管理と身体状況の双方からの支援が必要。金銭管理については必要・不要のバランスを取り収支を行い、本人の実現可能な楽しみのために、必要のないものへの出費を削れるよう支援者を 得て、進めていけるとよい。 ○今後はデイサービスの利用時にさりげなく声かけし、清潔について配慮できるようにになると良い。	制度と制度の狭間のニーズへの対応
	理学療法士	1	管理栄養士	1	歯科衛生士	1						
	市役所	2	その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	2	社会福祉士	1	主任ケアマネ	5						
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	2	ケアマネ	3	社会福祉士							
合計						25						

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題
19	介護予防支援事業所主任CM	2	介護予防支援事業所CM	2	サービス事業所	3	食事療法を含めた体重コントロールの方法	<p>○子に迷惑をかけたくないという思いがあるので、このままの状態が続くとどうなるかを説明する。</p> <p>○カフェやサロン等地域の場に参加し、開催場所まで歩いて行くようにすると良い。</p> <p>○生活を楽んでいるかたなので、生活の中で本人が楽しみながら運動量を増やす方法を取り入れる。</p> <p>○目標設定を小さく、減量1～2kg/月に設定し、最低でも現状維持ができるように管理していくと良い。</p> <p>○差し歯が取れているため、見た目、きちんと咀嚼できているか、他の歯への影響など心配。食事摂取に関して口腔の状態は大切なので早期に歯科受診をした方が良い。</p>	スーパーや飲食店が駅周辺に集まっており、駅から離れた場所には店が少ないことによる買い物困難。
	理学療法士	1	管理栄養士	1	歯科衛生士	1			
	市役所	2	その他						
	地域包括支援センター								
	保健師 看護師	2	社会福祉士	1	主任ケアマネ	5			
	指定介護予防支援事業所								
	主任ケアマネ	2	ケアマネ	3	社会福祉士				
					合計	25			
20	医師		歯科医師		薬剤師		ある程度の家事を行える能力はあると思われるが本人は全くやる気がない。病院嫌い、薬が嫌いな為服薬をすぐ止めてしまう。	<p>○アセスメント事業で日常生活動作の評価をもらってから、本人の出来るような家事から取り組んでいただく。</p> <p>○医療受診継続の為には訪問診療利用は続ける。服薬の声掛けは、ヘルパーからの声掛け継続し、状況によっては子の協力や居宅療養管理指導(薬剤師)の検討も行う。</p> <p>○経済的に問題が無ければ介護保険外サービスへの切り替えを検討する。</p> <p>○子と一緒に入所できる施設を検討してみる。</p>	同世代や近所の方との交流の場が少ない。
	理学療法士		作業療法士	1	言語聴覚士				
	市役所	3	その他						
	地域包括支援センター								
	保健師 看護師	3	社会福祉士	6	主任ケアマネ	4			
	指定介護予防支援事業所								
	主任ケアマネ		ケアマネ	5	社会福祉士	1			
					合計	23			

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題		
21	医師	管理栄養士	1	薬剤師	指定介護予防支援事業所	リハビリが必要な方へのアプローチの仕方	80代、要支援1。一軒家に3世代同居。両股関節置換手術歴あり。下肢筋力の低下みられ、リハビリが必要であるが、デイサービスは「まだ大丈夫」と全く通う気がない。福祉用具により、玄関の上がり下りは問題なくできているが、立ち上がりや歩行にふらつきあり、自宅庭での転倒がある。老人会や自治会などの手伝いで人の出入りはあるが、外出はほとんどなし。アルコール性の肝障害だが毎日配偶者と一緒に晩酌している。前立腺肥大症、PSA高値。歯科受診も数年前依頼しておらず、親族の受診同行にも遠慮がある。	転倒を繰り返す利用者。リハビリの必要性は感じているが結びつかない。リハビリに結びつくようなアプローチの仕方。	○町内会の人を目を気にしてリハビリに行けないのかもしれない。リハビリのアセスメント事業評価から継続利用につなげてはどうか ○体重コントロールしないと股関節に痛みが出てくる可能性がある。糖尿病があるので年齢的に1回の食事量が少ないため間食は和菓子よりは洋菓子(カステラ等)がよい。たんぱく質が摂取できるため。(卵や牛乳) ○アルコールは週に2.3回は休肝日をもうけてほしい。 ○歯科受診中断している。固い食べものは食べにくくなっている。口からもフレイルは進むので歯科受診をしてもらうようにする。 ○菊の世話や育てる楽しみを継続できるようにする。	○フレイル予防の普及啓発 ○地域への介護に対する正しい理解の啓発		
	理学療法士	作業療法士	1	言語聴覚士								
	市役所	その他	2	生活支援コーディネーター							1	
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	4	社会福祉士	3							主任ケアマネ	5
	指定介護予防支援事業所											
主任ケアマネ	1	ケアマネ	5	社会福祉士		合計	23					
22	医師	管理栄養士	1	薬剤師	指定介護予防支援事業所	糖尿病だが食事制限も運動もする気もないので、どのようにアプローチしたらよいか。	60代、要支援2。独居の生活保護受給者。子供達による買物や病院受診同行のサポートあり。脳出血により、軽度の左麻痺有。後遺症で眩暈あり、転倒を繰り返している。糖尿病で、インスリン注射導入一歩手前で主治医から運動するよう指導されているが、デイサービスを利用拒否。子供達に料理を振舞うことを生甲斐にしており、隣人にもおかずを分けている。採血データを見せてくれず、Hba1cの数値は不明。血糖の数値が上がった時には、栄養指導を受けてはいるが理解しようしない状況。咀嚼は良好で歯科受診の予定はなし。	○病状の程度が不明であり、本人と子供達が、糖尿病に関してどこまで把握しているかも不明。 ○インスリン導入を防ぐための食事療法と運動療法のアプローチ方法。	○本人や子供達が糖尿病に関してどのように考えているのかを把握する必要がある。担当者会議もしくは電話で、本人や子供達のそれぞれの思いを聞き、糖尿病を悪化させない為の意識づけと方向性を決める。 ○受診の際は、子にも同席してもらい、継続的な栄養指導も受けてもらいたい。 ○デイサービスは、本人は自分が行くところではないと思っているので、実際はどんな所か見学を勧めてはどうか。	医療と介護の連携		
	理学療法士	作業療法士	1	言語聴覚士								
	市役所	その他	2	生活支援コーディネーター							1	
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	4	社会福祉士	3							主任ケアマネ	5
	指定介護予防支援事業所											
主任ケアマネ	1	ケアマネ	5	社会福祉士		合計	23					

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題		
23	医師	管理栄養士	1	薬剤師	指定介護予防支援事業所	今年に入り体重減少、頭痛が続き、多病を持ちながら、自分では出来ると過大評価している。我が強い為、子夫婦とも関係性が悪化しているケース	80代、要支援1。多病だが、服薬管理ができていないか不明。2年間で体重が54kgから44kgまで減少。毎日、頭痛あり。被害妄想が強く、物がなくなると誰かのせいにして、生協の配達内容がいつも違い文句を言う。プライドが高く、固定概念が強く、自分が一番という誇りを捨てきれない為、協力者が得られない。家族にも暴言を吐くことが多く、子夫婦との関係性が悪化傾向。昨年、歯科受診は全くしてない。家族の知り合いで駅近くの歯医者があり、変えたくない。	本人のプライドが高い為、内服、残薬確認が困難。体重の激減は、食事がきちんと摂れない理由があるのではないか。フレイル予備軍である。	○対人関係トラブルがある方が、ケアマネにSOSを出したり、わがままを言えるのは信頼され、良好な関係が構築できている証拠 ○BMI値17.9。体重の激減は、食事がきちんと摂れない理由があるのではないかと。「これ持ってきたから、入れさせてもらわね」と言って、冷蔵庫を開けて確認するのも手。 ○配達トラブルは、視力に問題がある可能性もあり、眼科受診勧奨を。 ○食事量の低下では、家族に栄養補助食品を用意してもらうことも提案してみてもいい。蛋白質の増加に努めた方がいい。 ○口腔内の状態、噛み合わせが悪く食べられないのでは。歯科受診勧奨。 ○被害妄想の精神科受診勧奨とあわせ、医師との連携により、頭痛、認知症に関して適切な医療につながるよう支援。	フレイル予防の普及啓発		
	理学療法士	作業療法士	1	言語聴覚士								
	市役所	その他	2	生活支援コーディネーター							1	
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	4	社会福祉士	3							主任ケアマネ	5
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	1	ケアマネ	5							社会福祉士	
				合計	23							