

地域個別ケア会議における主な議論

平成28年度 第1回 松戸市地域ケア会議
平成28年7月20日

1. 地域個別ケア会議の実施状況

○平成28年1月～5月の間、地域個別ケア会議は合計26回開催され、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て、個別事例の解決に向けて議論が行われた。

○個別ケア会議では、個別事例の解決に向けて、対応方針を決めるとともに、次回の個別ケア会議まで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、多くの地域で挙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、助けを求める力の欠如(サービス利用拒否など)、金銭管理困難、医療連携(かかりつけ医不在、アルコール依存など)といった複合化した課題を抱えている。

○また、特徴的な課題として、「マンションのセキュリティが高くて見守りが困難」、「認知症高齢者の運転が危険な場合の対応」、「ゴミ屋敷」についての課題もあげられている。

○モニタリング結果によれば、個別ケア会議における議論を踏まえて、困難事例等に関して、適切な対応が採られていると考えられる。

2. 地域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	アルコール依存	その他疾病
1	○			独居			疑い	金銭管理困難 消費者被害					
2				独居			疑い						
3				独居			○			○	センターとの連携不十分		精神疾患
4				老老介護		サービス拒否	○						
5		○									服薬管理必要		
6	○	○	マンションのセキュリティ高い		家族と連絡困難		疑い						
7	○			独居			○	金銭管理困難					
8				独居	キーパーソンなし	ゴミ屋敷、サービス・受診拒否			行政・制度への不信感	○			
9				独居	身寄りなし		○		被害妄想		医療・介護の視点のズレ		
10	○			認認世帯			○		徘徊				
12			外出しにくい環境	独居							リハビリ入院の判断		疾病による下半身のしびれ、痛み
13		○				閉じこもりがち							
14		○			関係不良の息子	受診・サービス拒否				○		○	
15		○		独居			○	金銭管理困難	運転危険				
16				独居			○	金銭管理困難					骨折・寝たきり
17						サービス拒否	○	金銭管理不良	運転危険	○	服薬管理困難	○	
18			ゴミだし	独居	子に頼りたくない								脳梗塞等
19	○			独居		○				○	服薬管理困難	○	
20	○				子が精神疾患	ゴミ屋敷、サービス・受診拒否	疑い	金銭管理困難	意思決定困難	○			
21		○			子が引きこもり	○				○			
22		○		独居		無趣味・外出なし							

※複数事例を一括して議論等しているNo.11・23は除く。

3. 地域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	事例番号	市レベルの課題
1. 認知症の早期把握	<p>○独居の認知症高齢者で、頼れる身内がない。金銭管理ができないため、家賃の滞納や食の確保ができず、週6日デイサービスを利用。独居の認知症高齢者で、生活課題が深刻化するまで顕在化しなかった。</p> <p>○認知症高齢者を配偶者が1人で介護。症状が悪化し、配偶者の介護負担が重くなっている。介護保険は未申請で、配偶者は人の世話になることを嫌がり、1人で介護を抱え込んでいる。今後は、認知症高齢者を把握する手段を検討することが必要。</p>	2、4、7、15	○認知症の場合、軽度認知障害(MCI)の段階など、早期の段階で把握することによって、予防を図りやすいことから、認知症の早期把握・早期対応を推進していくことが必要。
2. 認知症高齢者の意思決定支援	<p>○本人から住宅の工事を複数回行ったとの話を聞く。その後、別居の家族に連絡すると、消費者被害に遭っている様子だと判明。家族より、金銭管理を第三者が出来ないかと相談があった。</p> <p>○アルコール依存症で認知症の診断も受けている高齢者。複数の不動産を所有し、本人だけで管理しており、金銭管理能力が心配。</p>	1、7、15、16、17、20	○金銭管理等の意思決定が困難である独居の認知症高齢者が増加していく中で、意思決定支援を行う仕組みの充実を図っていくことが必要。
3. 医療・介護連携	<p>○判断能力が低下した独居高齢者がやけどし、知人の同行で受診するが、本人が自宅で適切な対処をせず、状態が悪化し、結局、障害が残ってしまった。</p> <p>○退職後、日中から飲酒する生活が続いており、引きこもりがち。家族との関係が悪く、独居状態。受診・サービスに結びついておらず、病状が把握できていない。</p> <p>○ゴミ屋敷に住む独居高齢者。受診やサービスは拒否が強い。帰宅できない、警察に保護されたりしている。</p>	3、8、12、14、17、19、20、21	○地域包括支援センターが医療機関と緊密なネットワークを構築し、適切な医療・介護サービスに接続できるようにすることが必要。

※個別ケア会議における個別事例のうち解決した事例(例)

テーマ	事例の概要	検討・対応結果
エレベーターのない集合住宅に住む高齢者のゴミだし	エレベーターのない集合住宅の4階に住む独居高齢者。脳梗塞による麻痺により、バランスを崩しやすく、重いゴミを持って、階段を降りることができない。	<p>○同じ棟の若者や小学生が支援することにより解決。</p> <p>* 有料のゴミ出し業者に1回500円で依頼できる団地もある。</p>

別添

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) 平成28年1月から5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	その他	
1	本人	医師	○1	ケアマネ	○8	地域 包括	判断能力の低下した 独居高齢者の財産保全	本人の意思・ 判断能力につ いてのアセス メント	時間が経ってしまうと解決手 段が少なくなる。防災無線で 注意を喚起する、消費者被害 情報を町会の回覧板等で周 知する、高齢者が集まる場所 等での広報活動を続けるな ど、予防策を講じる。	独居から家族と の同居となり、 年金等は家族 が管理するよう になった。	消費者被害に 関する啓発活 動の充実		
	家族	歯科医師		介護事業者	○3								
	町会	○2	薬剤師	○1	警察								
	地区社協	○2	訪問看護師	○2	消防								
	市社協	○1	保健師		地域包括								○3
	民生委員	○4	医療相談員	○1	市役所								○2
	高支連		社会福祉士	○1	消費者セ ンター								○2
	ボランティア												33人
2	本人	医師	○1	ケアマネ	○2	地域 包括	認知症 の疑いがある独 居高齢者の終 の棲家の決定	○同居の場 合、生活環境 の変化による 本人への影響 ○本人の財産 管理の観点か ら、成年後見 制度を検討	○本人の意向を十分に確認・ 尊重することが大切。認知症 のレベルもきちんと確認す る。 ○自宅での生活が継続でき るよう、各種サービスの利用 方法を検討する。 ○本人及び家族に成年後見 制度を十分に説明する。	養子家族宅に 同居し2ヶ月経 過し、新たな生 活に順応。家族 の動向を見つ つ、本人の認知 症進行予防と 権利擁護に努 めている。	認知症の早 期把握と予防 の推進		
	家族	歯科医師	○1	介護事業者	○1								
	町会	○1	薬剤師	○1	警察								
	地区社協	○1	訪問看護師		消防								
	市社協	○1	保健師		地域包括								○3
	民生委員	○1	医療相談員		市役所								○2
	高支連		社会福祉士										
	ボランティア												合計 15人

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	その他	
3	本人	医師	○1	ケアマネ	○7	地域包括	判断能力が低下した独居高齢者の医療面での支援	どの段階で何をすれば、本人にとって良い結果になったか	○精神科の受診時に、誰かが早く本人の変化に気付き、発信してもらえれば良かった。 ○親族、市に相談し情報共有し介入すべきだった。この時点で包括に相談、サービスの導入ができるとうよかった。 ○病院から包括に連絡があるとよかった。 ○訪問看護に繋げてもらえれば火傷も防ぐことができたのではないか。	退院目途は立った。認知機能の低下が進行したが、疎遠だった親族との交流が再開し、協力が得られるようになった。親族による成年後見申し立てを行い、有料老人ホームに入所する方針。	医療と支援関係者の連携の推進		
	家族	歯科医師		介護事業者	○2								
	町会	○2	薬剤師	○1	警察								
	地区社協	○1	訪問看護師		消防								
	市社協	○1	保健師		地域包括								○5
	民生委員	○2	医療相談員		市役所								○2
	高支連		社会福祉士										
ボランティア				合計	24人								
4	本人	医師	○1	ケアマネ	○3	地域包括	認知症高齢者を配偶者が一人で介護している。症状が悪化し、配偶者の介護負担が重くなっている。介護保険は未申請。配偶者は人の世話になることを嫌がり、一人で介護を抱え込んでいる。近隣住民との関係は良好で、普段から気にかけてもらい、徘徊を未然に防ぐことができている。しかし今後について、地域住民は不安に思い、負担感の増加を心配している。	スムーズに支援体制を築くための方策について	○学校も含めサポーター養成講座等を開催し、地域住民に認知症の理解を浸透させる。 ○認知症＝包括に相談、となるよう徘徊情報の集約を図る。 ○認知症の方を認識する手段を検討する。 ○世代間の交流が必要。近隣の子供と高齢者の交流機会を多く作る。 ○人が集まれる開放スペースをあちこちに設ける。	上手く介入でき、小規模多機能型事業所のデイサービスの利用を開始する。その後、利用料金が割高なため、通常のデイサービスに変更したが、ケアマネ交代もスムーズに行えた。	認知症の早期把握の推進 地域住民全体で認知症高齢者を見守る体制の構築		
	家族	歯科医師		介護事業者	○6								
	町会		○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	○1	医療相談員		市役所								○2
	高支連	○1	社会福祉士										
ボランティア				合計	21人								

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	その他	
5	本人	医師	○2	ケアマネ	○2	地域包括	退職後の高齢者の活躍推進	70代。介護認定未申請。1ヶ月くらい前に急に不眠になり、気力が低下した。医師からデイサービス等で生活リズムを整えることを勧められた、とのことで本人と家族から別個に相談があった。	元気な高齢者の生き甲斐活動や活動量が低下した高齢者の支援について	○内服薬の量や種類の調整が必要 ○家庭や社会での役割の獲得 ○本人に合った趣味活動を見付ける。	不眠の悩みは続いているが、一時期より改善している。近日常に半日型のリハビリデイに見学に行く予定。	退職後の高齢者の活動の場の充実	
	家族	歯科医師		介護事業者	○4								
	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	○5								
	民生委員	医療相談員	○2	市役所	○2								
	高支連	社会福祉士											
	ボランティア			合計	22								
6	本人	医師		ケアマネ	○9	地域包括	駅周辺のマンション地区での、認知症高齢者の徘徊が包括に結びつきにくく、警察からも情報があがらないケースを通じて、地域に暮らす認知症高齢者を取り巻く特性について検討。	○現役世代の家族層への包括の周知不足 ○町会未加入者へのアプローチの方法がわからない ○包括と交番の連携ができていない	○包括の周知のための看板設置 ○さまざまな世代に対する周知の工夫をする ○町会や老人会、交番への働きかけの強化 ○地域住民に対する認知症サポーター養成講座の開催	○包括の看板設置、民生委員の定例会や交番への挨拶 ○認知症サポーター養成講座の開催や包括の周知活動 ○若い世代への周知が課題	○住民同士のつながりが希薄で民生委員に情報が入りづらい。 ○駅前で店舗も多く認知症高齢者の発見がしづらい。		
	家族	歯科医師	○1	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	○1	地域包括	○5								
	民生委員	医療相談員	○2	市役所	○1								
	高支連	社会福祉士											
	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	その他
7	本人	医師	ケアマネ	地域包括	生活課題が顕在化した独居高齢者の支援	頼れる身内がおらず、金銭管理ができないため、家賃の滞納や食の確保ができない。そのため、週6日デイサービス利用。このような対象者に、どのような支援を行えばよいか。	○関係職員の介入で何とか生活できている状態で、他の支援方法はあるのか ○成年後見制度の活用以外の支援について	○食の確保を最優先とした現在の支援を継続していく。 ○今後認知症が進行してゆくことが予想される。認知症状の進み具合によって、日常生活が困難になった場合には、市長申し立てによる成年後見制度の利用に繋げてゆく。	○金銭管理ができないことによる日常生活への支障が大きいと判断し、市と協議のうえ、市長申し立ての準備を進めている。	認知症単身者は、生活課題が深刻になるまで顕在化しない。	
	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 ○ 3								
	民生委員	医療相談員	市役所 ○ 1								
	高支連 ○ 5	社会福祉士	地域住民 ○ 1								
	ボランティア	合計 9人									
8	本人	医師 ○ 2	ケアマネ ○ 6	地域包括	サービス導入を拒否する独居高齢者への支援	90代無年金の独居高齢者。キーパーソン不在。ゴミ屋敷で生活。行政や他者への不信感が強く、生活保護・介護保険の利用に繋がらない。	○制度や行政、支援者に対し強い不信感がある。 ○同居していた家族にどのような支援ができたのか。	○中核地域生活支援センターまつど(ほっとねっと)との連携。 ○市などが介入し、受診につなげる等、強制力がなければ、ゴミ屋敷等の問題は解決はしない。 ○金銭問題は市の弁護士に相談し、サポート医との同行訪問。 ○介護関係者への心のケアなどの「サポートシステム」が必要。	弁護士相談の上、片づけはかなり進んだが、被害妄想が激しくなり中断。介護保険も利用せず、生活をしている。	地域の中で連携できる(すべき)機関と速やかに連携できる体制づくり。	
	家族	歯科医師	介護事業者 ○ 1								
	町会	薬剤師 ○ 2	警察								
	地区社協 ○ 2	訪問看護師	消防								
	市社協 ○ 1	保健師 ○ 1	地域包括 ○ 7								
	民生委員 ○ 1	医療相談員 ○ 2	市役所 ○ 1								
	高支連 ○ 4	社会福祉士 ○ 1	NPO ○ 1								
	ボランティア	合計 32人									

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	その他		
9	本人	医師	○1	ケアマネ	○7	ケア マネ	被害妄想がある身寄りのない認知症高齢者支援	90代、要介護、身寄りのない独居。物取られ妄想や認知症があり、自立心が強い。ケアマネの負担や責任が大きい。	○医療サイドと介護サイドの目線のズレを改善する方策。 ○関係者間における負担の偏りを防ぐためには。	○身寄りがない場合、ケアマネの責任が重い。できることをしっかり示し、必要な社会資源に結びつける。 ○医師に対し「言えないことや困ること」を箇条書きにしとりまとめ、医師会員にお知らせしたい。	「意思決定困難な人に携わっている関係者による討論記録」が共通認識されてきた。今もケアマネが家族代わりを求められる。	○判断能力が低下した身寄りのない高齢者支援。 ○医療と介護の連携強化。		
	家族	歯科医師		介護事業者	○2									
	町会	薬剤師		警察										
	地区社協	○3	訪問看護師		消防									
	市社協	○1	保健師	○1	地域包括									○6
	民生委員		医療相談員	○2	市役所									○1
	高支連	○1	社会福祉士	○1										
	ボランティア				合計									26人
10	本人	医師		ケアマネ		本人	認認世帯の支援	本人は要介護、配偶者は要支援の高齢世帯。共に認知症がある(配偶者は軽度)。本人は徘徊で警察に保護されたことがあり、転倒し、大腿骨骨折等もしたことがある。ある日、民生委員が訪問すると本人が昼から帰ってきていないことが判明する等、徘徊や怪我等に対する配偶者の危機意識は低い。	○認認世帯への支援方針や地域資源。	○民生委員や地域包括支援センター等の公的機関へ相談。ケアマネを付ける。 ○地域での見守りや声かけ等、近所や家族の力が必要。 ○ライフラインが止まる、新聞がたまった時に地域包括支援センターに通報があれば支援できる。	配偶者は死去。本人に対しては見守りを継続している。	○専門職(医療職・介護職)との連携を強化していく。		
	家族	歯科医師		介護事業者										
	町会	○5	薬剤師		警察									
	地区社協	○1	訪問看護師		消防									
	市社協	○4	保健師		地域包括									○3
	民生委員	○1	医療相談員		市役所									○2
	高支連		社会福祉士											
	ボランティア				合計									16人

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	その他	
11	本人	医師	ケアマネ	なし	なし	会議出席者に事前に「地域診断表」を配布し、課題を抽出する。	○必要な人に病院の巡回バスが周知されていない。 ○健康推進委員がいる地区とない地区がある。 ○町会役員しか防災マップを知らない。	○通院不可能、介護未認定者をどう把握して行くかが課題。 ○健康推進員は一部の町会にいるので、町会等からも働きかけ普及活動をしていく。 ○今後も町会・民生委員・高支連等と連携し情報を共有していく。	町会の会議や三者会議等の集まりに包括職員も出席し、連携や情報共有を推進するべく継続的に協議中。	○町会の教室や社交ダンスはメンバーが固定化している。 ○自治会・民生・高支連・介護事業所等の連携、情報共有ができていない。		
	家族	歯科医師	介護事業者									○ 1
	町会	○ 4 薬剤師	○ 1 警察									
	地区社協	訪問看護師	消防									
	市社協	○ 1 保健師	○ 2 地域包括									○ 3
	民生委員	○ 1 医療相談員	市役所									○ 1
	高支連	○ 2 社会福祉士	その他2									
	ボランティア		合計									18人
12	本人	医師	ケアマネ	ケアマネ	疾病により外出困難になった高齢者の支援	要支援、60代、独居。疾病による腰から下肢のしびれと痛みがあり、外出に支障をきたしている。買物が困難となり、交流機会も減少している。主治医からはリハビリを目的とした入院を勧められている。	○介護保険に抵抗がある場合の支援方法。 ○外出困難者が地域で生活するために。 ○車椅子や歩行器の利用者が相談できるようにするためには。	○ピアカウンセリングの場を紹介する。 ○歩行困難者に対する周囲の人の理解が必要。車いすを自走し自立できる社会にしたい。 ○沢山の趣味を生きし、自分が教える側になれば良い。	地域包括ケア推進会議で更に検討を進めている。	○勾配があり歩道幅が狭く車椅子が通りづらい。 ○住宅街も交通量が多い。 ○交通網が整備されておらず、運転できない高齢者等は交通弱者となる。 ○医療連携の推進		
	家族	歯科医師	○ 1 介護事業者									○ 1
	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	○ 1 地域包括									○ 2
	民生委員	医療相談員	市役所									○ 2
	高支連	○ 2 社会福祉士										
	ボランティア		合計									10人

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	その他	
13	本人	医師	ケアマネ	ケア マネ	自宅に閉じこもりがちな高齢者の支援について	デイサービス利用以外の時間が閉じこもりがちで、人と交流する場所や機会がない。また、家族の支援に限界がある。	○より豊かな生活を送れるような方法の検討 ○集合住宅内の高齢化に伴う課題整理 ○支援者が不足、支援者の育成、ネットワークの構築 ○住民が集えるような機会不足	○少ない人数からでも見守る人、元気な人を集めたい。 ○集合住宅の集会所で集える場所、顔の見える関係作り。声を掛け合えるネットワーク作りの検討。 ○集会所の利用にあたり、周囲への理解協力を得て、まずは元気な参加意欲がある方向けにイベントを開催し、最終的にはサロンを目指す。	本人は、緩やかに機能低下が見られる。集会所の活用については、住民説明会を実施し、関係機関にも相談。現在も検討中。	○集合住宅の高齢化による要支援者の増加に伴い、支援が不足。 ○住民同士のネットワークの希薄化。 ○集合住宅の集会所の積極的な活用がされておらず、住民が集える機会がない。		
	家族	歯科医師	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	地域包括									○2
	民生委員	○1 医療相談員	市役所									○1
	高支連	○1 社会福祉士	保健福祉センター									1
	ボランティア		合計									8人
14	本人	医師	ケアマネ	家族	定年退職後、アルコール依存となる高齢者への支援について	○退職後、日中から飲酒する生活が続いており、在職中より続けていたスポーツに参加しなくなってきた。 ○家族との関係性が悪い。 ○本人が金銭管理を行い、支援を拒否しているが、管理ができなくなっている可能性がある。	○本人の病状を把握していない。 ○関係者の関わり方が明確でない。 ○関係者間で、本人の生活実態の情報を共有出来ない。	○知人や配偶者が参加を促し社会参加につなげる支援を行う。 ○本人に食事内容を記録してもらい、健康意識が高まるよう支援をする。 ○日中活動を充実させ、飲酒量を減らす。	同居家族と喧嘩し、警察通報。介護保険申請を承諾してくれ、6月より訪問看護導入予定。	○定年退職後の地域生活の孤立化、飲酒量が増え、アルコール認知症となる高齢者の増加 ○軽度の機能低下により、自発的活動の低下。		
	家族	○1 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									○2
	民生委員	医療相談員	○1 市役所									○1
	高支連	社会福祉士	友人									1
	ボランティア		合計									7人

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	その他	
15	本人	医師	ケアマネ	○ 2	介護 支援 専門 員	認知機能低下の独居高齢者の支援について	○認知症で独居。配偶者・子とは別居。親族は遠方で支援が難しい。 ○近隣は本人の暴力行為を知っており、声をかけられない。 ○車検が切れている車に乗って運転をする。 ○金銭管理ができない。	○本人の態度が乱暴だと地域の支援が得られない。 ○車の運転など危険な行為を制限できない ○金銭管理ができない。	○個別課題の整理ができた。 ○地域からの情報、ケアマネの支援状況、警察、免許センターへの相談状況、成年後見市長申し立てについてなど情報共有ができた。 ○オレンジサポートチームにつなぎ、認知症の精査や本人にあった支援方針など情報共有できた。	認知症初期集中支援チームにて検討中。成年後見市長申し立ての方向。	○歩いていける範囲にスーパーがない。 ○コミュニケーション不良のため近隣住民の支援が受けられない。 ○独居高齢者の認知症が進み、金銭管理が困難。	
	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	○ 2								
	民生委員	○ 1	医療相談員	市役所								○ 1
	高支連		社会福祉士	認知症コーディネーター								1
	ボランティア	○ 1		合計								8人
16	本人	医師	ケアマネ	○ 1	生活 援助 員	認知機能低下の独居高齢者の支援について 高齢者住宅で介護サービスを利用して独居生活を送っている。認知機能の低下により意思確認が困難で、身内の支援もない。本人は骨折後寝たきりとなっている。今後、どのように支援したらよいか。	○金銭管理が出来ていない ○制度の利用を申請後、制度開始まで時間がかかる。 ○認知機能の低下により本人の意向が確認できない。	○成年後見制度の利用。利用につながるまでは、サービス事業所とケアマネ、包括で支援する。 ○医療行為については、病院から家族に連絡してもらう。 ○本人が意思表示できず、家族の協力も得られない時は、複数の関係者で支援方針を決定する体制を整える。	○認知機能の低下した独居高齢者は、金銭管理が問題のケースが多い。 ○本人の意向が確認できないケースは、関わりが難しい。			
	家族	歯科医師	介護事業者	○ 1								
	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	○ 2								
	民生委員	医療相談員	市役所	○ 2								
	高支連		社会福祉士	生活援助員						1		
	ボランティア			合計						7人		

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	その他		
17	本人	医師	ケアマネ	○ 1	家族	アルコール依存の高齢者に対する支援				○アルコール依存症で認知症の診断も受けている。車を運転し、対物事故も起こしている。 ○複数の不動産を所有し本人だけで管理しており、金銭管理能力が心配。 ○本人に拒否があり、家族だけでは対応できない。			
	家族	○ 1 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	○ 2
	民生委員		医療相談員									市役所	○ 1
	高支連		社会福祉士									合計	8人
ボランティア				合計	5人								
18	本人	医師	ケアマネ	○ 1	ケアマネ	エレベーターのない集合住宅に住む高齢者のゴミ出し				80代。エレベーターのない集合住宅4階に独居。階下までゴミを運ぶことができず困っている。特にオムツ類が多く重量がある。近隣市に居住する家族達には頼みたくないと思っており、やむなく同棟の居住者に依頼している。少額で解決する方法はないか。			
	家族	○ 1 歯科医師		介護事業者								○ 4	
	町会	○ 1 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	○ 7
	民生委員	○ 2	医療相談員									市役所	○ 2
	高支連	○ 2	社会福祉士									認知症疾患医療センター3	
ボランティア				合計	28人								

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	その他	
19	本人	医師	ケアマネ	○ 1	地域包括	独居でアルコール依存症の方の支援	アルコール依存症の方で、店舗に変なものを持ち込んで迷惑をかけた、全裸でうろろと外に出歩いてしまう。一緒に地域での見守りも考えたい、との相談。	○内科受診とアルコール依存症の専門病院での治療 ○地域での迷惑行為。	○循環器の病院受診の同行が必要。子の協力を仰ぐ。 ○内服薬の管理が必要。 ○日常生活の見守りが必要。民生委員や中核地域生活支援センターまつど(ほっとねつと)と協力していくと良い。 断酒の意思があるのか確認の場が必要。断酒の専門病院を紹介する。	受診をした。内服管理不十分。民生委員に見守り支援を依頼。今後は保健所の保健師による身体管理・精神科医師の往診などを検討する予定。	○独居の方の孤独死予防 ○新聞配達員に新聞が溜まっていたら、行政に一報を入れてもらうシステムも欲しい。	
	家族	歯科医師	介護事業者									
	町会	薬剤師	警察									
	地区社協	○ 1 訪問看護師	○ 1 消防									
	市社協	○ 1 保健師	○ 3 地域包括									
	民生委員	○ 2 医療相談員	○ 2 市役所	○ 2								
	高支連	社会福祉士										
	ボランティア		合計	13人								
20	本人	医師	ケアマネ	○ 1	地域包括	要介護、独居。自宅はゴミ屋敷。別居中だった配偶者が昨年他界したが、財産管理も難しく年金の手続きもできていない。またサービスの導入は拒否が強い。家に帰れなくなったり、警察に保護されたこともあり、心配だという民生委員からの相談。	○家族も精神疾患がある。 ○本人は集合住宅に住む意向だが、相続の手続きの進み具合が不明。 ○本人の拒否があり、受診が進まない。	○家族と連絡を取りながら相続の手続きを進めていく。 ○年金の手続きをする。 ○専門医の受診を勧める。	現在、精神科に医療保護で入院中。本人は自宅を希望しているが、主治医の意見から、退院後は施設入所を検討。また、市長申し立て依頼する見込。	○夜間の見守りが難しい。 ○スクランブル交差点などは高齢者にはわかりにくい。		
	家族	歯科医師	介護事業者	○ 1								
	町会	○ 1 薬剤師	○ 1 警察									
	地区社協	○ 1 訪問看護師	消防									
	市社協	○ 1 保健師	○ 1 地域包括	○ 4								
	民生委員	○ 2 医療相談員	○ 2 市役所	○ 1								
	高支連	社会福祉士										
	ボランティア		合計	16人								

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	その他		
21	本人	医師	○1	ケアマネ	地域包括	若年世代と同居する高齢世帯への支援	高齢者夫婦・子の3人世帯。両親ともに無年金。子は就労していない。両親が衰弱しているのに、通報出来ない状態。近所の関わりは良好ではなく、孤立している。	○所持金消費後の生活 ○複合世帯の早期発見 ○親子の関係性。 ○リバースモーゲージの活用のは是非 ○子の両親に対する気持ち	○精神的に安定を図り、経済的に立て直す必要がある。 ○所持金が尽きた時は、生活保護を申請する。 ○病院受診に繋げる。 ○臨床心理士などのカウンセリングにより、子の気持ちの表出 ○孤立・孤独死の早期発見などの異変に気付ける体制作りを強化する。	本人は、歩行状態が改善し、6月中旬に自宅退院予定。子との関係も改善した。 子は専門医へつながった。 キーパーソンとなり、家庭で役割をもち、安定した。	○町内会に入っていない方への支援 ○一見健康な若年世代が同居していることで、近隣住民の見守りや支援が届きにくい			
	家族	歯科医師		介護事業者									○1	
	町会	薬剤師	○1	警察										
	地区社協	○3	訪問看護師	○1									消防	
	市社協	○1	保健師	○1									地域包括	○3
	民生委員	○3	医療相談員										市役所	○1
	高支連		社会福祉士											
	ボランティア												合計	16人
22	本人	医師	○1	ケアマネ	地域包括	○60代。免許はあるが無趣味で何をしてもいいかわからない。半同居の家族は、生活が不安定。 ○80代独居。坂が多く買い物に困っている。 ○60代独居。相続により生活に余裕があるが、退職以降、交流の場がない。	○趣味のない、閉じこもる高齢者の外出機会の確保 ○買物品の移送ボランティア	○空家を借りる場合、無料では貸してもらえず、責任者の問題もある。 ○買物した商品を持ち帰るのが大変であるため、配送サービスを店に提案する。 ○自家用車を使用した移送ボランティア活動について、住民にアンケートをとる。	「認知症カフェ」を紹介した。	居場所づくりの必要性を感じてはいるが、人材確保や家賃などが課題。解決に向け住民にアンケートを実施予定。				
	家族	歯科医師		介護事業者								○1		
	町会	○2	薬剤師	○1								警察		
	地区社協	○1	訪問看護師	○1								消防		
	市社協		保健師	○1								地域包括	○4	
	民生委員	○2	医療相談員									市役所	○1	
	高支連		社会福祉士									NPO1		
	ボランティア											合計	16人	

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	その他	
23	本人	医師	ケアマネ	○ 1	地域包括	災害時の高齢者支援	<p>○80代、独居。交流機会なく、訪問介護で買物援助を受けている。</p> <p>○80代、独居。認知症進行しパチンコ依存。</p> <p>○70代、人工透析中。膝が悪い配偶者に代わり本人が家事をおこなう。</p> <p>○80代女性。寝たきり。通所、訪問介護、訪問診療を利用中。</p>	<p>要介護状態にある高齢者が被災した際、地域としてどのような支援が必要か。</p>	<p>○災害時は安否確認と情報共有が必要。電話が繋がらない場合は自分達の足で情報を集約する。</p> <p>○人工透析の対応等、具体的な支援方法を病院と詰め切れていない。</p> <p>○福祉避難所において、医師に加え、看護師や薬剤師が必要になり、人材確保が課題。</p>	<p>町会や民生委員、施設と連携を取り安否確認を行う必要性を確認。災害時の包括への情報集約方法を再検討する。</p>	<p>災害時のボランティアと高齢者の居場所づくりの必要性を認識しているが、人材確保や家賃などに課題がある。この課題に対し地域包括で高齢者の休憩スペースを作ることを検討。</p>		
	家族	歯科医師	介護事業者	○ 3									
	町会	○ 2	薬剤師	○ 1									警察
	地区社協	訪問看護師	○ 1	消防									
	市社協	保健師	○ 1	地域包括									○ 5
	民生委員	○ 2	医療相談員	市役所									○ 2
	高支連	社会福祉士	危機管理課3、NPO1										
	ボランティア		合計	22人									

※1事例は除く。