

# 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

平成30年度 第1回 松戸市地域ケア会議  
平成30年8月2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

○平成29年12月～30年5月の間、地域個別ケア会議は合計 28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。

○平成30年度より地域個別ケア会議の一類型として位置付けられた自立支援型個別ケア会議は平成30年4月～5月の間合計2回開催され、自立支援に資するケアマネジメントの検討を行った。

○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、家族の疾患等、金銭管理困難、医療連携困難(かかりつけ医不在、病識欠如など)といった複合化した課題を抱えている。自立支援型個別ケア会議で議論された事例に関しては、主に社会資源の情報集約や開発に関する課題があげられている。

○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
1			友人による外出支援										脳梗塞後遺症
2			地域交流なし	独居			○						
3			ゴミステーションまで遠い	独居									関節リウマチ
4			相談窓口が分からない								○	○	
5					子と不仲 経済的事情								
6		○			子の介護負担								全盲 糖尿病
7				独居					服薬管理困難		○		統合失調症 心不全
8		○		独居	親族不在		○						
9	○	○		独居		○	疑い	○	ゴミ屋敷				
10	○	○		独居	子も疾病あり	○	○		不衛生な環境	○			
11	○	○		独居			○	○		○		○	
12													脳梗塞
13				独居	親族がサービス利用拒否		○	○	徘徊	○			
14	○	○		独居		○	○	○	経済的困窮			○	低栄養
15	○	○		日中独居					妄想		○		脳出血 てんかん
16					子精神疾患	○		○	不衛生 借金				腰椎圧迫骨折 大腿骨骨折
17				独居			○		詐欺被害				
18			地域住民が不安		配偶者も認知症		○						
19						○						○	
20		○			ケアマネ拒否		○						
21		○		独居									運動器疾患
22			近隣に支援を頻繁に依頼	独居	親族が支援拒否		○	○	公的支援拒否		○	○	糖尿病

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
23	○		近隣住民との関係不良	独居	関係不良		○		幻聴、妄想			○	精神疾患
24	○		オートロックで見守り困難	独居	親族が関わり拒否		疑い	○	頻回に救急搬送				パーキンソン病
25	○	○		独居		○	○	○	帰宅困難				難聴
26	○	○		高齢者夫婦世帯	配偶者が認知症						○		糖尿病
27	○				頻回に警察通報		○						
28	○			独居	親族支援なし		○	○					糖尿病
29	○			高齢者夫婦世帯			○	○					狭心症、脳挫傷
30				独居			○						
31				高齢者夫婦世帯			○		サービス拒否				皮膚疾患
32				独居					周囲からの支援に負担感				
33				独居									脳梗塞腎疾患
34		○			配偶者が被害妄想あり				ゴミ屋敷				脳梗塞
35			近隣住民が負担	独居	サービス拒否				頻回に救急搬送サービス拒否				
36				高齢者夫婦世帯	配偶者も認知症家族の意見対立		○		アルコール			○	
37	○			独居			○		徘徊				
38		○		日中独居			○		サービス拒否			○	
自1			コミュニティ不足						自殺歴				
自2													脳梗塞
自3		○											
自4				高齢者夫婦世帯									

### 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	事例番号	市レベルの課題
1. 認知症 の普及 啓発・地 域支援 の促進	<p>○認知症が疑われる独居男性。15年前に定年退職した職場に何度も出勤しようとし、職場が対応に困っている。</p> <p>○夫婦のみの世帯で、ともに認知症。家屋が不衛生で夫婦喧嘩が頻回。近隣住民が不安を感じている。</p> <p>○要介護4、高次脳機能障害あり、徘徊が頻回。小規模多機能型居宅介護を利用中だが、夜間徘徊がある。施設入所は拒否。</p>	8、11、13、 14、17、 18、22、 25、28、37	<p>○本人や親族が気軽に相談できる場所</p> <p>○認知症に対する重層的な見守り</p> <p>○認知症への理解、見守り支援体制の強化</p> <p>○徘徊高齢者の安全対策として、見守り体制の構築、捜索体制の整備、充実</p> <p>○企業等、様々な職種における認知症の理解</p>
2. 社会資 源の把 握・開発	<p>○脳梗塞の既往がある男性。プライドが高くデイサービスは拒否し、近所を毎日3～4時間散歩する。ふらつきがあるため見守りが必要。</p> <p>○要支援2。身体機能からはサービスの必要性がないが、地域で参加できるコミュニティがなく、本人、家族の希望もありサービスを継続している。</p> <p>○けがを機に、子世帯が呼び寄せ同居。ひとりで散歩できるが、外出の機会がなく家での役割も発揮できていない。</p>	6、8、12、 自1、自2、 自3、自4	<p>○地域の集いの場等、インフォーマルな情報の集約と開発が必要</p> <p>○リハビリ専門職が指導してくれる、体操教室より専門的な内容のリハビリ教室</p> <p>○地域の社会資源に入りにくい住民への対応</p> <p>○対象者のニーズに合わせた地域の場の紹介・情報提供</p>
3. 外出、生 活支援	<p>○脳梗塞の後遺症で歩行に支障があるが、友人達の支援により都内の大学まで週4回通学している。</p> <p>○90代独居、変形性膝関節症あり。団地の浴室が狭く、高さがあるため、入浴に支障がある。</p> <p>○80代独居。マンションのボランティアや友人の支援に負担感があり、気軽に利用できる介護保険以外のサービスがないか検討した事例。</p>	1、3、21、 22、32	<p>○友人や近隣住民による外出支援の推進</p> <p>○利用できる入浴サービスが少ない。</p> <p>○介護保険以外のサービス情報を整理</p>

テーマ	個別事例の概要	事例番号	市レベルの課題
4. 多問題を 抱える世 帯への 支援	<p>○認知症の配偶者、子世帯と同居。本人が家賃等の生活費を負担している。施設入居を希望しているが、経済的な事情により、子との同居を継続している。</p> <p>○要介護の本人と精神疾患の配偶者が夫婦喧嘩を繰り返し、子ども問題解決能力が不足しているため警察通報を繰り返す。</p> <p>○軽度認知症があり、高齢の配偶者が家事や金銭管理を行っていたが、配偶者が体調を崩し入院となり、今後の生活への支援が必要となったケース</p>	5、16、27、 29、36	<p>○多問題を抱える家族が問題を抱え込み深刻化しないよう、他機関との連携、ネットワークの構築が重要</p> <p>○高齢者の見守り体制の強化</p> <p>○リスクが顕在化しないケースへの介入方法の検討</p> <p>○主介護者が定まらない場合や調整機能が弱い家族への支援</p>
5. 介護 サービス や支援 者の関 わり拒否	<p>○ケアマネなど支援者に対する家族の拒否があり、生活状況の確認が難しい。</p> <p>○90代、認知症による物忘れが顕著。皮膚トラブルのリスクがあり、環境改善の必要があるが頑固で変化を好まない性格のため支援が難しい。</p> <p>○医学的所見はないが、頻繁に救急要請をする独居高齢者。本人、家族ともにサービス拒否があり支援が難しい。</p>	20、22、 31、35、38	<p>○高齢者、介護者が孤立しない仕組みづくり</p> <p>○サービス拒否事例に対する支援方法の検討</p>

テーマ	個別事例の概要	事例番号	市レベルの課題
6. 精神障 害者の 理解促 進	<p>○片付け、金銭管理に問題があり、清潔保持も難しい状態だが、同居の知人、精神疾患のある子がサービス利用に拒否的でサービス導入が困難。</p> <p>○幻聴、妄想があるが病識がなく服薬を拒否。郵便局に妄想を訴え対応が困難。地域住民との関係も良好に保てない。</p> <p>○要介護1、身体機能の低下から転倒が増えている。配偶者に被害妄想があり必要なサービスを導入できない。家はゴミ屋敷。</p>	16、23、 27、34	<p>○精神疾患を有する人に対する理解の推進</p> <p>○精神疾患の症状による近隣トラブルへの対応</p> <p>○精神的な問題を抱える世帯に対する相談窓口などの支援</p>
7. 見守り ネット ワークの 強化、情 報共有 の推進	<p>○脳梗塞の後遺症と認知症あり。金銭管理、服薬管理が困難。外出時帰り道が分からなくなることがある。子の支援や介護サービスだけでは生活を十分に支えることができない。</p> <p>○介護サービスを利用せず、地域との交流もないまま家族を介護している子が、本人の受診拒否をきっかけにパニックを起こし、地域包括が話を聞いた。</p> <p>○50代で独居。服薬管理ができず、出先で頻回に救急搬送される。金銭管理もできず経済的に困窮しているが本人は問題意識を感じていない。</p>	2、3、4、6、 8、9、10、 11、15、 18、24、 30、33	<p>○地域での日頃からの交流を促進できるようにきっかけづくり</p> <p>○オートロックマンションでの見守りが困難</p> <p>○地域の連携体制・ネットワーク作りの強化</p> <p>○若年層の相談窓口の周知</p> <p>○地域で孤立している介護者の把握、支援</p> <p>○地域での孤立予防</p> <p>○地域住民が独居高齢者の異変に早期に気付き、医療や介護の支援者につながるネットワーク</p>
8. 医療連 携関連	<p>○独居、精神疾患があり服薬管理ができていない。受診先が多く、関係機関も服薬状況を把握できていない。</p> <p>○妄想が強く、警察に訴えることや救急受診を繰り返しているが、適切な医療機関につながらず家族も対応に苦慮している。</p> <p>○夫婦ともに要支援、要介護状態で歩行が不安定。糖尿病があるが服薬状況が不明瞭。体調不良時に移動手段に困り救急通報する。</p>	7、15、19、 26	<p>○関係機関の服薬状況に関する情報共有</p> <p>○関係機関が自らの役割を果たすだけでなく、より積極的な連携を図ることが必要</p>

# 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) 平成29年12月から平成30年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			
1	本人	医師	ケアマネ	3	介護 支援 専門 員	ど の よ う に 通 所 リ ハ ビ リ に 切 り 替 え る こ と が で き る か	70代。6年前に脳梗塞で入院し、要介護1となった。右上下肢感覚が鈍く、歩行に支障がある。退院後訪問リハビリやマッサージ(医療保険)を利用し、現在は要支援1。担当ケアマネより通所リハビリを勧めるが、見学の日程が合わず実現していない。向上心が強く、友人達の支援を受けて都内の大学まで週4回通学している。	外出可能な方であるが、訪問リハビリのままではよいのか。通所リハビリとどちらが有効と考えるか。	○訪問リハビリのメリットとしては、入浴や自宅内でのIADLの向上が期待される。通所リハビリのメリットは、体力や活動性の向上が考えられる。本人の目標、サービス利用の目的を明確にし、今後のケアプランを見直してはどうか。 ○専門職によるアセスメント支援事業を利用し、専門職の見立てを頂いてはどうか。プランを作成する際にアセスメントの根拠にもなる。	平成30年4月より通所のデイサービス(半日型)に変更した。通所後、他の利用者との交流で刺激を受け「地域貢献できるように頑張りたい」と気持ちも前向きになっている。気温差による右下肢の痺れがあり、訪問看護師が月1回健康観察を行っている。	○訪問リハビリの利用状況が分かりにくい。 ○友人や近隣の手助けがあることで外出が可能となり、生活機能の向上につながることもある。		
	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	1	保健師	地域包括								4	
	民生委員	3	理学療法士	1								市役所	1
	高支連		社会福祉士										
	ボランティア			合計								16	
2	本人	医師	ケアマネ	3	介護 支援 専門 員	認 知 症 高 独 居 高 年 齢 者 に 対 す る 支 援	80代。脳梗塞の既往と高血圧があり、要介護1。独居。認知症が進行し、金銭管理や服薬管理が難しい。配食サービスを週3回、訪問介護を週2回利用している。自転車で外出した際に、自転車の置き忘れや帰り道が分からなくなることがあり警察から連絡が入る。子は心配しているが、頻回な訪問はできないため、地域での見守りの強化を望んでいる。	子の支援や介護サービスだけでは十分に生活を支えきれない。地域でどのような見守りができるか。	○日頃からの近所付き合いが重要。これまで付き合いがないのであれば、家族やケアマネ等が近所に顔を出し挨拶することから始めてはどうか。 ○民生委員に伝えることで、近隣住民等から地域の集いの場へ勧誘してもらうこともできる。本人の生活歴から関わりのヒントも得られるのではないかと。 ○医療との連携、在宅可能な見極めも必要。	本人の生活リズムに合わせて夕方に訪問介護を入れ、安否確認、服薬確認を行っている。本人が買い物をする商店の協力を得ることができ、商店から帰宅できないことはなくなった。	○地域で見守るためには、日頃から地域と関わっておくことが重要だが、関わる手段をどうつくるか。		
	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	1	保健師	地域包括								4	
	民生委員	3	理学療法士	1								市役所	1
	高支連		社会福祉士										
	ボランティア			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		
3	本人	医師	ケアマネ	8	介護支援専門員	ゴミ出しに困っている独居高齢者への支援	80代、独居、生保受給。関節リウマチで歩行、立ち上がりに不安あり、要支援2。杖を使用し、散歩は可能。訪問介護を週1回、浴室・トイレの手すり貸与を利用中。別居の子が訪問時に重いものを運んだり、買物を手伝う。自宅は私道の突当たりで舗装されておらず、ゴミステーションまで100m程あり、大きなゴミを持っていくことができない。ヘルパーの訪問時間はごみの回収時間と合わず、ゴミ捨てに困っている。	ゴミ出しについて地域で困っている事例があるが、ちょっとした困りごとへの支援をどう行うか。	○近所付き合いは良好なので、近隣住民や民生委員の協力を得てはどうか。 ○食材を余らないようにすることや、ゴミを持ち帰るなど、子の協力を得る。 ○家庭ごみ訪問収集事業について、利用可能か相談してみる。	小分けしたゴミは本人が出し、大きなゴミについては近所の人の協力を得ている。草むしりした草の処理はシルバー人材センターに依頼し、子には買ってくる食材を減らしてもらうよう依頼した。	○日頃からの近所付き合いが重要だが、町会・自治会加入者も減る等、地域との関わりが少なくなっている。 ○ゴミの分別等、ゴミ出しに関することは地域でトラブルのもとにもなりやすいが、ゴミに関する情報が十分に周知されていない。		
	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		保健師									地域包括	3
	民生委員	1	理学療法士	1								市役所	1
	高支連		社会福祉士										
	ボランティア			合計								18	
4	本人	医師	1	ケアマネ	8	相談窓口が分からないまま異変を感じて3年が経過し、症状が進行した50代の事例	50代。配偶者、子①子②と4人暮らし。高血圧で内服治療中。6年前に最愛の母が他界した後に被害妄想が出現した。3年前に会社の上司より理解力、コミュニケーション力の低下について配偶者に連絡が入り、その後退職。当初、本人は「忘れっぽい」等と発言していたが、徐々に発語が減り、現在はうなずくか「対応する」「仕事する」と答える程度。本人は再就職への希望が強く、受診を拒否しており、家族も本人を説得できない。	○3年前に本人、家族も異変に気付いていたが、相談窓口が分からず専門医につながらないまま症状が進行している。 ○子の教育費もかかる世代で、配偶者も病気があり、本人、家族ともに焦りや不安を感じている。	○「配偶者の受診に付き添ってほしい」と本人に依頼してみることや、就職のために必要と説得するなど、何とかして専門医の受診につなぐ。 ○主治医の協力を得る。 ○家族だけで抱え込まず、相談窓口を利用する。また、家族が受診させたいという強い気持ちを持つことも必要。	保健所と連携し、精神保健福祉士と同行訪問し、本人、家族に受診の必要性を伝えた。今後、保健所医師との同行訪問を予定している。	○40～50代の相談が増えており、相談窓口がわからない人が多く、周知が必要。		
	家族	歯科医師		介護事業者	1								
	町会	1	薬剤師		警察								
	地区社協	1	訪問看護師	1	消防								
	市社協		保健師		地域包括							3	
	民生委員	1	理学療法士	1	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	
5	本人	医師	2	ケアマネ	4	介護専門員	親子分離すると子の生活が破綻してしまうケース	○今後の家族への支援方針 ○高齢者が施設入所を希望した場合、経済破綻するという状況の支援について	○支援者は孫と話をし高年齢者の今後のことや家族の自立の必要性について理解を促してはどうか。 ○家族全員で家計の見直しについて話し合うべきであり、可能であれば専門家に入ってもらった方が良いのではないか。 ○今まで一緒に暮らしてきているので高齢者や子が言っているほど家族仲は悪くないのではないか。 ○高齢者の残りの人生を考えると子と孫には自立を促すべきであり、高齢者が施設入所を決断した場合は、支援者は半年間位の準備期間を設けて入所を支援するのがよいのではないかと。	大きな動きはなし。高齢者の飲酒量が増えてきていて酒を飲むとケアマネや包括に電話をかけて子の愚痴をこぼしており、今のところ愚痴をこぼせば少し気が済んでいる。タイミングを見て子や孫と話す機会を作る予定。	○本来は家族間で話し合っ解決すべき問題をケアマネや包括が間に入らなければできない。 ○小さな問題がこじれて虐待に発展するケースがある。	
	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	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	6							
	民生委員	2	医療相談員		市役所							2
	高支連	1	社会福祉士		オレンジ協力員							
ボランティア				合計	24							
6	本人	医師	2	ケアマネ	4	地域包括支援センター	介護者への支援	○地域とほとんど交流がなかったり、介護サービスを利用していないために市や地域包括で把握できていない介護者をどう支援すべきか。	○病院で地域包括のチラシを配付する。 ○地域包括が介護保険以外の様々な相談にのれるということをお願いするチラシを配付する。 ○町会の回覧板の利用、高齢者支援連絡会、民生委員と連携。 ○「介護者のつどい」を近所に沢山作ることが大切。 ○健康診断未受診の方の情報を活用できないか。 ○「介護者のつどい」をデイサービスで共同開催する。 ○「介護者のつどい」に来た方をリスト化し、開催の度に案内を送ってリピーターになってもらい、将来的にはその方々の自主開催につなげる。	本人は病院で検査を受けて1ヶ月ほど入院し、現在は自宅に在る。親子仲良く暮らしている。今のところ介護保険申請の必要性はない。	○家族を介護している方を対象とした「介護者のつどい」への参加者が少ない現状があるため、開催の内容や時間・場所、告知方法などを工夫する必要がある。	
	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	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	6							
	民生委員	2	医療相談員		市役所							2
	高支連	1	社会福祉士		オレンジ協力員							
ボランティア				合計	24							

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	2	ケアマネ	3	地域包括支援センター	服薬管理ができない精神疾患高齢者	70代。独居で生活保護受給。心不全で入院していたが退院することになり、入院先の相談員より「総合失調症の病歴が長く、話の噛み合わない人がいる。退院するが、院内でも水分制限を無視していたり、尿失禁があるので心配。」との相談を受ける。入院先の病院からの処方薬のみならず、室内には以前からの残薬と思われる多量の薬があり、服薬管理ができていなかった。本人にも自覚あり。介護保険を申請し、要介護1となった。	○受診先が多科にわたり処方薬の種類も多く自己管理できていない。 ○頻繁に受診しその都度処方を受けている。 ○自分なりのルールで薬を飲んでおり、決められたとおりに飲んでいなかったり、飲まないこともある。	○医師、薬剤師に服薬管理ができていない情報を伝え、連携を図る。 ○かかりつけ医と担当薬剤師をはっきりと決める。 ○複数の医療機関から処方箋をもらう場合は担当薬剤師を一人に決めるなど、服薬管理ができない人が多いことへの対策が必要である。	決められたとおりに服薬することの重要性を本人に理解してもらえるように努力しているが、なかなか理解してもらえない。各診療科医に薬の種類を減らせないか相談していく予定。	○認知症や精神疾患で服薬管理ができない高齢者が増えており、情報が医師・薬剤師に伝わっていないケースも多いため対策が必要である。	
	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	1	消防									
	市社協	保健師		地域包括	6								
	民生委員	2	医療相談員		市役所								2
	高支連	1	社会福祉士		オレンジ協会員								
	ボランティア				合計								24
8	本人	医師	2	ケアマネ	3	地域包括支援センター	物忘れの自覚のある70代独居。平成29年1月、本人が市役所に「補聴器を作りたい」と相談。対応にあたった職員が本人の言動から支援が必要と判断し、地域包括に相談した。初回訪問時、配偶者や子が亡くなった記憶も曖昧だった。近所付き合いはない。毎日の生活はできていた。平成30年4月、1年ぶりに訪問すると、なかなか言葉が出てこない。掃除、買い物はできているが、調理はしていない。専門医の診察を勧めるが約束をすることが負担になる様子で未だ受診できていない。	○本人も記憶障害を自覚しているが、専門医受診ができない。 ○親戚もなく近所付き合いもないので、病气や詐欺被害が心配。	○宅配弁当を利用して見守りを強化してはどうか。 ○地域包括が同行受診できるように説得が必要。 ○地域のサロンに誘ってみる。 ○後見人を検討したほうが良いのではないかな。	月2回の民生委員による友愛配食事業での見守りを継続している。専門医受診はできていない。猛暑が収まるころにまた受診を勧めてみる予定。	○近所に気軽に通えるサロンなどを増やすとともに、住民同士が自然に誘い合うなど地域が繋がっている意識を高め、孤立しがちな人を少しでも減らす必要がある。		
	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	1	消防									
	市社協	保健師		地域包括	6								
	民生委員	2	医療相談員		市役所							2	
	高支連	1	社会福祉士		オレンジ協会員								
	ボランティア				合計							24	

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	1	ケアマネ	2	地域包括支援センター	認知症の可能性のある者の支援について	<p>80代独居。要介護1。何度も銀行に訪れちぐはぐな行動をとる様子から銀行員より地域包括に連絡が入る。自宅はゴミ屋敷状態であり、掃除を一緒に行うなどしたが、改善されず業者の手配をした。また、介護認定申請を行い、服薬確認及び清潔保持に関する支援を行っている。最近では失行失認が目立つようになり、成年後見制度を検討するも判断力の点で該当しないとの結果であったが、会話が成り立たず一貫性に欠けているところがある。</p>	<p>○金銭管理ができない。 ○日常生活に支障をきたしている。 ○サポートする親族がいない。 ○認知症かどうかの判断がつかない。 ○市長申し立てによる後見申請を行う必要はあるか。</p>	<p>○認知症という判断はつかないが、急激に進行している印象があるため、新たな疾病を抱えている可能性があり、それによっても支援の方向性が異なってくるのではないかと。 ○金銭管理については不十分な点は見受けられるが、後見制度を活用する必要性については早急に判断しなくても良いのではないかと。 ○生活支援を早急に行う必要性があるのではないかと。</p>	急変、逝去のため、支援終了。	○独居高齢者の異変に早期に気づき医療や介護につながるネットワークが必要。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	4								
	町会	2	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	2	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	17								
10	本人	医師	1	ケアマネ	2	地域包括支援センター	<p>80代。要介護1。夫が他界後独居となる。子は1人で他県に居住しているが、子自身にも疾病があり、こまめな訪問は負担が大きくできない。認知症の進行により、理解力や判断力の低下がみられ、病院や市役所に電話をしてはつじつまの合わない話を繰り返している。支障なく日常生活を送れているのが不明。老朽化した自宅が店舗を兼ねており、店番が本人の生きがいであるため店をたたむつもりはない。自宅にはネズミが棲みついでおり、衛生面が心配される。</p>	<p>○支援者や見守り者がいない。 ○衛生面の対策が必要。</p>	<p>○見守りに関しては、見る以外にも支援が必要なことが伺えるため、見守りに加えて介護保険のサービスを利用しながら必要な支援を整えていく。 ○ネズミの駆除については粘着シートや毒エサを検討してみてもどうか。</p>	<p>ネズミの駆除は一度行ったが不完全のため再度駆除を行う予定。認知症の進行に伴い、在宅生活が困難であるため施設入所を申し込み中。</p>	○独居高齢者の異変に早期に気づき医療や介護につながるネットワークが必要。		
	家族	歯科医師	1	介護事業者	4								
	町会	2	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	2	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	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		
11	本人	医師	1	ケアマネ	3	地域包括支援センター	認知症が疑われるが行動範囲が広く情報収集ができない人の支援について	70代独居。介護保険は未申請。隣県まで出かけ駅前で転倒、打撲出血により救急搬送。本人を特定し、警察に自宅に送り届けてもらった。15年前に定年退職した職場(都内)に「仕事のために出勤した」と何度も行ってしまう。会社もその都度説明をし帰ってもらうよう話をしているが、頻度が多く対応に困っている。	○本人の行動範囲が広く、活動を開始する時間も早いため本人に面会ができない。 ○日常生活や金銭管理が心配される。	○仕事に行くきっかけになったことは預金がなくなったためか。 ○出かける場があれば退職した職場に行くことはなくなるのではないか。 ○新たな役割を担うことはできないか。ボランティア活動やデイサービスの利用を提案してはどうか。	職場の方と担当者会議を行い、次回職場に来た際に包括に連絡を入れてもらい、迎えに行った。同行受診と介護保険を申請しデイサービスを利用中。	○独居高齢者の異変に早期に気づき医療や介護につながるネットワークが必要。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	6								
	町会	2	薬剤師	1	警察								
	地区社協	1	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師	1	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		認知症疾患医療センター	1								
ボランティア			合計	23									
12	本人	医師	1	ケアマネ	3	地域包括支援センター	介護サービス以外の地域の居場所について	80代。妻と二人暮らし。脳梗塞発症後半年はデイサービスなどを利用してはいたが中止し、自宅周辺を毎日歩き回っている。歩行時にふらつきがあるが、妻は仕事や趣味があり四六時中一緒にいるわけにもいかない。プライドが高くデイサービスの利用者と自分は違うという思いが強い。散歩も3～4時間帰ってこないこともある。	○デイサービス以外の地域の居場所はどのようなものがあるか。	○リハビリデイはどうか ○防犯パトロール、スクールガードなどはどうか ○病院などで行う健康増進のイベントへの促し。(病院へはあらかじめ連絡をしておく)	現在は通いの場に参加している。自宅周辺を歩き回っていることは続いている。	○男性の集う居場所が少ない。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	6								
	町会	2	薬剤師	1	警察								
	地区社協	1	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師	1	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		認知症疾患医療センター	1								
ボランティア			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	
13	本人	医師	2	ケアマネ	4	地域包括支援センター	物盗られ妄想があり、サービスに繋がらない独居高齢者とその親族の支援	○入所待ちの間に徘徊し、帰宅困難の可能性がある。 ○親族に対する介護サービス利用の働きかけが不十分。	○認知症状の進行が見られ、生活全般への支援や徘徊、火の不始末などのリスクもある。自宅での独居生活は難しい。施設入所が望ましく、入所までの期間も短い。契約締結やサービス利用の経済的な判断が本人では困難なため親族の支援が必要。 ○民生委員等からの見守りでは限界があり、介護サービスの導入が必要。 ○適切な医療が受けられていないため、認知症に対し医療受診が必要。サポート医等の相談など含め対応が必要。	毎日、管理人に連れられて地域包括で保護し自宅に送るようになり、親族と相談してショートステイの利用を開始する。入所後、穏やかに過ごしている。要介護3の認定が出たためショートステイを利用しながら特養入所待ちとなる。	○サービス導入までの間、マンションの管理人や警察、民生委員など地域でどのように連携していくか。 ○本人、親族が気軽に相談できるサロンやカフェの開催	
	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	4							
	民生委員	3	医療相談員		市役所							1
	高支連	社会福祉士		作業療法士	1							
ボランティア			合計	21								
14	本人	医師	2	ケアマネ	4	地域包括支援センター	地縁がない独居の認知症高齢者を地域でどのように支えていくか	○独居で認知症があるが、地縁がなく定期的に支援してくれる人がいない。 ○食事が十分に摂取できず栄養状態が不良。 ○トラブルに対しSOSが出せない。 ○介護保険サービスと地域のサービスをどのように利用していくか。	○身体・認知機能低下について詳細は不明であるが、ビタミン欠乏により認知機能低下が見られるのであれば改善の可能性がある。認知機能低下の原因評価が必要。 ○固定電話がなく、緊急通報装置が設置不可。 ○毎日訪問できるようにヘルパー、デイサービス、オレンジ協力の訪問等サービス調整が必要。また、妹の支援を確認。 ○生活保護担当者と保護費の支給方法について相談が必要。 ○認知症状により日常生活支援事業や任意後見人の利用を検討。	デイサービスを増やし、民生委員の定期訪問を開始。服薬管理や栄養状態改善のため、訪問看護と連携しながらケアプランの変更も検討中。金銭管理は成年後見制度の利用についてケアマネと妹が話し合いを行うが、本人の同意が得られていない状況。今後も制度利用のための支援を継続予定。	○地域の見守りについて、民生委員だけでなくオレンジ協力員など、重層的な見守りが必要。	
	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	4							
	民生委員	3	医療相談員		市役所							1
	高支連	社会福祉士		作業療法士	1							
ボランティア			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
15	本人	医師	2	ケアマネ	5	地域包括支援センター	妄想が強く受診につながらず、救急受診を繰り返すケース	○医療機関、警察、救急等様々な機関が関わっていたが、長期間適切な支援につながらずにいた。今後の支援、連携を図るためには何が必要か。	○今後、訪問診療により診断を行っていく。服薬をどう管理していくかは課題。リハビリ目的で通所サービスを導入できそうなため、今後配偶者と支援者間で協力して対応を検討していく。 ○救急隊は今後も要請があれば出動することになるが、ケアマネや市、かかりつけ医と連携し、情報共有を図る。 ○本人の不安に対し、人との関わりをもつことや具合が悪くなった時の相談先を明確にすることも有効と考えられる。	往診は継続中。リハビリ目的としたデイケアを調整していたが、本人の意欲が低下あり、まだつながってはいない。何かあるとケアマネへ連絡がある。ちぐはぐな妄想が殆どであるが、救急要請や警察保護等はなく過ごせている。	○相談先が分からず困っている事例に対し、支援機関が自らの役割を果たすだけでなく、関係機関との連携を図ることのできる。
	家族	歯科医師		介護事業者	2						
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防	1						
	市社協	保健師		地域包括	3						
	民生委員	医療相談員	1	市役所	2						
	高支連	社会福祉士		作業療法士							
ボランティア			合計	17							
16	本人	医師	1	ケアマネ	6	介護支援専門員	人間関係が障害となりサービス導入が困難	○サービス導入が困難 ○精神疾患を抱える家族に対するアプローチ	○子と知人を説得してヘルパーを入れるか生活の安定を図るためにも家を出るかどちらかを選ぶ必要がある。 ○借金などの金銭管理に関して成年後見制度の活用が必要。 ○子と知人へのアプローチに関して、ケアマネだけではなく、専門分野の職種や市役所・地域包括などとの関わりが必要。 ○本人がきちんとした生活ができるよう、ケースワーカーなども含めて対応。	ケースワーカー、基幹相談支援センターの職員に参加してもらい担当者会議を開催。ヘルパー導入の方針となるが、子からの同意が得られないまま、本人の体調が悪化。ようやくヘルパー導入について子の同意が取れ調整をしたが、本人の体調悪化により死去されたため支援終了となる。	○まずは家族でという考え方が根強く、家族が問題を抱え込み深刻化してしまうため、他機関との連携・ネットワークの構築が重要
	家族	歯科医師		介護事業者	7						
	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	医療相談員		市役所	2						
	高支連	社会福祉士		大学教授	1						
ボランティア			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	
17	本人	医師 1	ケアマネ 2	介護支援専門員	誰にも頼ろうとしない独居高齢者への支援	80代。集合住宅に独居、要介護1。遠方にいる親族とは疎遠で、頼れる親族がいない。認知症があり、片付けができない。買物はヘルパーが行い、調理は自分で行う。バス、タクシーを利用しての外出が可能。訪問介護を週2回、訪問診療を月2回利用している。詐欺被害を複数回受けているが、本人に自覚がなく、成年後見制度の利用等、支援者の助言に対しては拒否があり、誰にも頼ろうとしない。	○支援者は緊急時の連絡先を把握したいが、本人が拒むため、緊急時の対応に不安がある。 ○詐欺被害にあっているが本人に自覚がなく、今後の被害を未然に防ぐ方法はないか。	○ふくろうプロジェクトへの登録を勧めてみてはどうか。親族の連絡先を教えてもらえるきっかけにならないか。 ○信頼している往診医より親族に関する情報の聞き取りや成年後見制度利用についての話をしてもらってはどうか。 ○詐欺については、地域での啓発活動(チラシの掲示や講演)を行うことも必要。	翌月に自宅浴室で倒れているところを地域住民が発見し、救急搬送された。遠方にいる親族と連絡が取れ、現在は退院後の施設入所に向けて親族が調整を行っている。	○入居している集合住宅は高齢化が進んでおり、他にも詐欺の被害者がいると思われる。独居高齢者も多いため、地域で詐欺に対する注意喚起、啓発が必要である。
	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 1	保健師 1	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		合計 12							
18	本人	医師	ケアマネ 2	介護支援専門員	キーパーソン不在の高齢者夫婦への支援について	80代、要介護4。配偶者、80代、要介護1。子①は死去、子②は脳障害あり生活保護でキーパーソン不在世帯。家屋は不衛生。配偶者は本人の認知症状を理解できず、夫婦喧嘩が頻回。本人が不穏になり叫ぶため、近隣が警察に通報したことがある。介護者である配偶者の健康面や金銭・文書管理能力に不安がある。老老介護の限界ではないかと思うが、配偶者は施設入所を希望していない。	○支援者達は在宅生活は限界と感じているが、夫は在宅を希望。生活を継続させる為に、どのような支援を行うか。 ○近隣は積極的な援助はしないが、見守り中。近隣・本人夫婦・支援者の関係を悪化せないために、支援者はどうすればよいか。	○医療面、特に本人の精神面の安定を試みる。 ○配偶者が考える在宅限界点を確認する。配偶者にも社会参加の機会を設け、精神的負担軽減を試みる。 ○配偶者の病状管理が必要で、主治医から医療の啓発をしてもらおう。 ○民生委員や高支連相談員、本人が信頼してくれる地域の人に相談する。	定期的にショートステイを利用しているが、自宅に戻ると服薬管理が難しくなり本人が不穏になることが続いている。配偶者が手を出されることがあり、少しずつ施設入所に傾きつつある。	○地域の人に、高齢者の生活を支援する制度や相談機関について十分な知識がなく、高齢者のみの世帯に不安を抱えがち。 ○支援者が地域住民に、高齢者のみの世帯への理解と協力を求める働きかけが必要。
	家族	歯科医師	介護事業者 2							
	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 3							
	高支連 10	社会福祉士								
	ボランティア		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		
19	本人	医師	1	ケアマネ	7	介護支援専門員	薬の管理が来ず多量の薬を余らせている高齢者	80代、要介護1。配偶者の死去後、1人暮らしが困難となり施設入所。デイサービス等利用中。 薬の受け取りは家族が担い、管理は本人が行っていたが内服がきちんとできていなかった。家族が薬局に依頼し、居宅療養管理指導を開始。薬局から医師に残薬が多量にあることを報告し、調整を行ったため残薬が減った。また、薬の自己管理は困難だと判断したため錠剤を一包化し薬カレンダーを使うこととした。結果、きちんと内服できるようになった。	○薬の管理ができていない ○薬の管理ができていないことを受け入れてもらうことが困難	○民生委員が訪問したときに薬の内服状況を確認してはどうか。 ○飲めない時間帯を明確にし、内服量を減らす、一包化するなど医師と検討する。 ○本人と頻りに接触するヘルパー等が内服状況を確認し、ケアマネに報告する流れをつくる。 ○薬手帳に残薬の種類、個数を記入し、医師へ残数が多いことを伝える。	転倒により、現施設での生活が難しくなり、他の施設へ転居し終了となった。	○住民にとって薬剤師の敷居が高いため、残薬や薬の管理方法、薬の飲みにくさ等は薬剤師に相談できることを周知する。 ○住民に対して残薬の破棄が医療費の無駄遣いになっているという、薬に対する認識を改めるための普及啓発が必要。	
	家族	歯科医師		介護事業者									
	町会	3	薬剤師	5	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	1	医療相談員		市役所								1
	高支連	3	社会福祉士	1	司法書士								1
ボランティア		その他(学生)	3	合計	32								
20	本人	医師	2	ケアマネ	5	介護支援専門員	ケアマネに対し拒否的な家族への対応	60代、要介護4。就労中の配偶者と二人暮らし。歩行困難で、日常生活全般に介助が必要。認知症があり意思疎通は図れない。週5日デイサービスと自費のお泊りサービスを利用し、週末は配偶者が介護をしている。配偶者は初めからケアマネや地域包括の訪問に強い拒否があり、連絡、訪問を拒んでいる。デイサービスの送迎時に合わせて訪問すると本人に話しかけないでほしいと話すため、生活環境、本人の状況把握等が難しい。連絡先がわかる子に連絡し相談するが、配偶者から連絡を取らないよう言われ、連絡が取れなくなってしまった。	○支援者への拒否が強く信頼関係が構築できず介入が困難 ○生活環境の把握や本人、家族の意向確認ができず支援に繋がらない	○拒否が強い家族にはケアプランを自己作成してもらってはどうか。 ○介護保険課の介入も必要。 ○配偶者は民生委員や町会との繋がりが必要。 ○支援者として主治医にも協力していただく。(家族も医師からのアドバイスは受け入れやすい)	配偶者がケアマネ変更を希望したため包括より複数の居宅介護支援事業所を紹介。配偶者自ら事業所を選び契約し、変更後は訪問やモニタリングに対し配偶者からの拒否は見られない。	○介護者が地域で孤立しないような仕組みをつくる。 ○住民に対して介護保険の適切な利用方法やケアマネの役割についての理解を促す勉強会の開催。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者									
	町会		薬剤師	5	警察								
	地区社協		訪問看護・PT	1	消防								
	市社協		保健師		地域包括								4
	民生委員		医療相談員	1	市役所								
	高支連	2	社会福祉士	1	司法書士								1
ボランティア	1	実習生	1	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	モニタリング結果	地域の課題			
21	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護専門員	足腰が弱く、日常生活に困っている方への支援	90代独居。要支援2。ヘルパーを週3回利用し、部屋と浴室の掃除、買い物を依頼している。変形性膝関節症のため股関節に可動制限があり、かがむことができない。入浴は1人で行っていたが、浴槽をまたぐことが困難となりデイサービスを提案。利用を開始したが、デイサービスに馴染めなかった。また、入浴時、職員に身体を見られることに拒否があった。自宅内や浴室に手すり等の設置は済んでいる。	○浴室に手すりなどの福祉用具は設置しているが、浴槽をまたぐことが難しい。 ○要支援者の入浴サービスを提供できるデイサービスが少ない。 ○要支援者であるため、ヘルパーによる入浴介助の支援が受けられない。	○使いづらい浴室について、福祉用具の再検討や費用についてURに意見を集約して要望を行っていく。 ○「デイサービスは楽しい。」という意識づけをして本人のコミュニケーションの場を広げる。 ○要支援者で入浴できるデイサービスは少ないが、段階を踏んで助めていく。	ケアマネが介入しデイサービスに通うなどの介護サービスの導入により、メリハリのある安定した日常生活が送れるようになってきた。今後も人の出入りしやすい環境作りと地域の見守りの目で環境の悪化を防いでいく。	○団地の浴室は狭く、高さもあり使いづらい。 ○要支援者が入浴サービスを利用できるデイサービスや施設が少ない。 ○団地敷地内の小道のなだらかな斜面は、高齢者にとって転倒のリスクがあり、手すりがあると外出しやすい。	
	家族	歯科医師		介護事業者									
	町会	1	薬剤師		警察								
	地区社協	2	訪問看護師		消防								
	市社協		保健師		地域包括								3
	民生委員	4	医療相談員		市役所								1
	高支連		社会福祉士		介護用品								1
ボランティア	1	福祉実習センター	1	合計	18								
22	本人	医師	2	ケアマネ	1	地域包括支援センター	70代、要介護2、独居、生活保護受給。親族とは疎遠。本人より買物支援について相談あり、息苦しいと話したため訪問。救急要請を進めるが拒否。後日、再度同様の連絡があり、民生委員と訪問。介護保険申請を了承するが、無償での買物サービスはないことを伝えると申請を拒否。以降、何度も同じことを繰り返す。ケアマネと相談し、フードバンクを利用。その後、転倒を機に入院。退院後は自宅に戻り食事に困った際は、地域の方に買物支援を頻繁に依頼。地域住民の家に行くこともあり、対応した家族が困惑することもあった。ある時、本人と連絡が取れなくなり、警察立会いで自宅を確認すると室内で亡くなっていた。	○介護保険制度の理解が困難であり、繋がらない。 ○本人のペースで地域の方に支援依頼をする。 ○本人が知らない人に支援を求め、相手が困惑した(子供が怖がってしまった)。	○可能な限り本人の意思を尊重すべき。 ○軽費で援助できるシステムを作る。 ○週に1度位なら買物の支援はできる。 ○複数機関で対応(関わる)する。 ○入院時に認知症の検査、診断をする。 ○3ヶ月程度なら通所の迎えを繰り返す。 ○子どもや若い人を含めた地域の方に高齢者支援の必要性を周知する必要がある。	本人死去により支援終了	○子供や若い人にも認知症や介護についての知識、接し方の教育が必要。 ○町会に未加入の場合、孤独死や災害時の対応に不安がある。		
	家族	歯科医師		介護事業者	2								
	町会	4	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	4	医療相談員		市役所							1	
	高支連	6	社会福祉士		小学校校長1 障害者相談室1 病院2 特養1								
ボランティア	3			合計	33								

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	ケアマネ	地域包括支援センター	病識がなく介入の糸口が見つからない 独居高齢者	80代、要介護1、独居。子より「親が認知症のようだ」と相談が入る。60代の時に精神科へ約1年入院していた。退院後は服薬を中断。70代で幻聴や妄想が見られ火の消し忘れ等の記憶障害が出現。本人は病識がなく、受診拒否があったため認知症初期集中支援チームでの介入を試みるが拒否。同時期に、郵便局から警察に「月6回程度の来局があり他のお客様にも迷惑が掛かっている」と相談が入る。往診にて服薬が処方されたが服薬中断。	○昔から親子関係が不良なため家族支援が困難。近隣住民との関係構築も困難。 ○妄想により何度も郵便局へ行き、職員に迷惑をかけている。 ○病識がなく、受診や治療が困難	○治療を優先する為には本人が病気を認識し適切な医療機関に受診できるように促し説得する。 ○郵便局の職員間で情報共有し、窓口対応の負担軽減を図る。 ○本人と家族との関係が今後も切れないように支援者間で連携を図る。 ○今後も地域の食事会等への参加を促し近隣住民との良好な関係構築を進める。 ○地域住民・地域包括・関係者との連携を図りながら見守っていく。	2月に郵便局から警察へ通報が入り、3月に訪問診療を受けた。その後、担当者会議を予定していたが、本人の都合により中止となった。訪問診療・担当者会議ともに延期。見守り継続中。	○精神疾患のある高齢者の精神症状について理解をすすめていくことが困難で、支えあいが不十分である。			
	家族	歯科医師	1								介護事業者		
	町会	薬剤師									警察		
	地区社協	理学療法士	1								消防		
	市社協	保健師									地域包括	3	
	民生委員	1	医療相談員								1	市役所	1
	高支連	社会福祉士									合計		
	ボランティア										合計	8	
24	本人	医師	1	ケアマネ	1	50代、要介護2、独居。医療機関の相談員から外来診療の急なキャンセルや勝手な内服調整等が頻繁だと相談が入った。パーキンソン病であるが、内服薬を持参せず外出するため出先で身体が動かなくなり救急搬送され、夜間帯等に主治医に問い合わせがあることも多い。サービス利用を開始したが、同様の生活が続いている。金銭管理ができず多重債務に陥り、経済的に困窮している。	○親族からの関わり拒否があり、身近な支援者が不在 ○マンションのセキュリティが高く、見守りが困難 ○自分の行動に問題意識がない。	○成年後見制度の利用に繋げていく。 ○当面の生活の危機含め、今後とも地域包括、ケアマネなど関係機関が連携して支援していく。 ○オートロックの集合住宅の見守り支援は困難である。	自宅で動けないところを救急搬送され、介護老人保健施設へ入所。成年後見制度については現在、本人申し立ての準備中。	○地域の見守りについて、オートロックの集合住宅での見守り支援が困難である。			
	家族	歯科医師	1	介護事業者	2								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	理学療法士	1	消防									
	市社協	保健師	1	地域包括	3								
	民生委員	1	医療相談員	1	市役所						1		
	高支連	社会福祉士		ふれあい相談員	1								
	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	
25	本人	医師	介護事業者	1	介護 支援 専門 員	認知症 の独居 高齢者 の支援	90代。要介護1であるが、ADL自立。認知機能の低下があるが、家族は、まだ本人らしく1人暮らしを続けさせてあげたいと希望している。見守りがあれば在宅生活の継続は可能と思われるが、認知症の進行により、ごみ出しや町会のごみ当番ができなくなってきた。	○高齢化により隣近所が皆高齢者で、助けてくれる近隣住民がいないという状況がある中、ごみ出しやごみ当番が出来なくなった高齢者をどのように支援するか ○別居家族が認知症独居高齢者のリスクについてあまり理解していない	○インフォーマルな支援を入れてごみ出し支援等の対応をしていく。 ○ごみ出し問題は要介護者にとって大きな問題である。町会ごとに話し合いが必要。 ○地域資源では助け合いでごみ出しサービスを行っている。他の自治体で進んでいる制度や、国立環境研究所発行の「高齢者ごみ出し支援ガイドブック」を参考にしていく。 ○オレンジ協力員など地域の資源をPRして普及啓発し地域活動に繋げていく ○医療受診で現状の認知機能を評価していく必要がある。	ごみ出しの状況について、地域包括・ケアマネ・民生委員で近隣を訪問し、近隣住民の配慮で本人の当番は免除されている。また、介護保険の区分変更を行い、ショートステイの定期利用を増やし、訪問診療を導入した。松戸市高齢者安心カードの携帯、高齢者見守りシールの支給申請も行った。	○認知症高齢者のごみ出し問題が今後も増加見込みである。 ○国立環境研究所発行の「高齢者ごみ出し支援ガイドブック」を周知していく。 ○認知症高齢者が独居で生活するうえでのリスクを家族が理解できていない。 ○専門医による認知機能の評価ができていない。
	家族	歯科医師	ケアマネ	3							
	町会	1 医師	1 理学療法士	1							
	地区社協	歯科医師	1 地域包括	3							
	市社協	薬剤師	1 市役所	1							
	民生委員	1 医療相談員	1 Cocco								
	高支連	1 社会福祉士	保健所								
ボランティア	1		合計	16							
26	本人	医師	ケアマネ	1	介護 支援 専門 員	夫婦ともに介護を受けている2人暮らし世帯への支援	80代、要支援2、高齢者世帯。配偶者も要介護2で介護が必要な状態。本人は糖尿病で定期受診と服薬およびインスリン注射をしている。配偶者は脳梗塞後遺症による片麻痺により転倒を繰り返し、認知症もある。夫婦ともに歩行が不安定であり体調不良時はさらに移動困難となることから、体調不良時の受診の移動手段に困り救急通報してしまう。	○夫婦ともに高齢で移動困難により救急通報してしまう ○子らは他市在住。日常的な支援は望めない ○配偶者の介護による本人の負担が重い ○血糖コントロールの必要有	○夫婦二人世帯とみなされ外部支援が薄くなる。 ○民生委員に連絡すれば対応は検討できる。 ○訪問診療を入れてはどうか。 ○服薬調整が必要。 ○服薬の適正について関係者間すり合わせが必要。	配偶者が要介護3となり特養申込を予定。訪問診療について説明するが、以前から通う病院なので出来る限り通院したいとの希望。状態は落ち着いており、救急通報はしていない。	○緊急性が無く適正でない救急通報がある ○在宅での血糖コントロールが困難な場合がある ○夫婦とも高齢など在宅生活が困難な世帯がある ○服薬管理が適正にできていないか不明なケースが多い
	家族	歯科医師	2 介護事業者	2							
	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 医療相談員	1 市役所	2							
	高支連	1 社会福祉士	合計								
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	地域包括支援センター	親子で争い定期的に警察を呼ぶ、親子同居(高齢夫婦と未婚の子)世帯への支援	本人(要介護3)の被害妄想による夫婦げんかに子が仲裁に入ること、子が片付けができないことなどが原因となって口論に発展し警察通報を繰り返すケース。配偶者は精神疾患。	○本人は怒り出すと収まらず、家族に暴力を振るう。第三者が来ると落ち着くため警察を呼んでしまう。 ○自宅の3階部分(本人の部屋も含む)は全て子の服などで埋め尽くされている。 ○本人は配偶者に対して被害妄想がある。	○何度警察通報しても改善がなく、施設入所が望ましいが、家族・本人ともにショートの利用や施設入所は希望していない。 ○子の片付けができない点は性格的な部分に問題があるのではないか。子への何らかの介入が必要ではないか(ほっとネット等)。保健所の関わりがあるとよい。 ○服薬によって落ち着いてきたようだが、ケアマネは特に変化を感じない。激昂するのは家族間のみで夜中に騒動が起きてしまう。 ○本人はパーキンソン病に類似する認知症で夜間せん妄の可能性あり、精神薬の導入など服薬調整が効果があるかもしれないので、主治医に状況を伝え相談する。	本人の転倒が増加し、施設を見学し始めた。	○家庭内で、問題を解決できず抑止力として警察通報を行う世帯の増加。 ○就労等、社会生活は送れているが、自宅がゴミ屋敷など何らかの精神的な問題を抱えており、専門窓口や支援に繋がりにくいケースの増加。		
	家族	歯科医師	1	介護事業者								1	
	町会	薬剤師	1	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	2	医療相談員	1								市役所	1
	高支連		社会福祉士									認知症疾患医療センター3	
ボランティア	1			合計	13								
28	本人	医師	1	ケアマネ	地域包括支援センター	80代、要介護1。集合住宅に独居。肺疾患、糖尿病、泌尿器疾患、高血圧の既往があるも、内服ができていない。多額の預貯金は、知人との交際費に使われており、金銭管理に問題がある。また、排泄が間に合わず、住宅の階段途中の排水溝に排尿してしまうため、住民が困っている。最近では会話の途中で怒りだしたり、炊事、洗濯、掃除ができなくなり認知機能が低下しているようだ。	○高齢、認知機能の低下により、集合住宅での独居生活が困難になってきている。 ○遠方に居住している子は直接的な支援が困難。 ○金銭管理の援助が必要になっている。	○本人と遠方に居住している子、取り巻く支援者との関係性を線で示し、「みまもりマップ」上に可視化する。結果、現在とこれからの支援に必要なことが再認識された。 ○支援者から、現在、問題となっていることも「解決できるのでは」という意見が多くあり「地域での見守りづくり」の重要性を感じる。	介護保険のサービスが導入されケアマネ、地域住民、包括による見守り支援を実施した。金銭管理に関しては、子との連携により自宅での生活が継続されている。しかし、認知症の進行により、食事が摂れなくなり、常時見守りが必要な状況になったため、主治医と今後のことを相談した。	○認知症への理解、見守り支援体制の強化が必要			
	家族	歯科医師		介護事業者							2		
	町会	薬剤師	1	認知症コーディネーター							1		
	地区社協	訪問看護師		認知症疾患医療センター							1		
	市社協	保健師	1	地域包括							6		
	民生委員	1	医療相談員								市役所	1	
	高支連	3	社会福祉士								地域住民		
ボランティア				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	
29	本人	医師	1	ケアマネ	2	<p>高齢夫婦（老々介護世帯）の配偶者入院後の見守り支援について</p>	<p>○これまで、配偶者が身の回りの世話をしてきたため、配偶者不在による環境の変化により、不安要素が大きい。</p>	<p>○日常生活の見守り、安否確認の手段について、現状の問題点や、緊急連絡先を把握することの必要性がある。地域の支援者とケアマネ等専門職との連携も必要。 ○ごみ捨て、買い物等家事支援について、日常生活上の問題点をあげ、本人が出来ること出来ないことを把握し自立支援に繋げること。また、医療的な問題点をあげ、今後必要な支援の提案があった。 ○財産管理について、今後家族間のアセスメントをし金銭管理を誰がするのか考えていく。これから考えられる事態を想定し検討（後見制度等）していく。</p>	<p>配偶者死去により独居となった。家族の支援、在宅介護支援を入れながら継続見守りとなった。</p>	<p>○リスクが顕在化しないケースへの介入体制の共有</p>	
	家族	歯科医師		介護事業者	3						
	町会	1	薬剤師	1	認知症コーディネーター						1
	地区社協		訪問看護師		認知症疾患医療センター						1
	市社協		保健師		地域包括						6
	民生委員	1	医療相談員	1	市役所						2
	高支連	1	社会福祉士		OT						1
ボランティア				合計	21						
30	本人	医師	1	ケアマネ	3	<p>80代 独居 介護保険サービスを利用。近所に子世帯が居住。ふらつきはあるものの歩いて移動できているが、同じ物を購入してしまう・賞味期限の管理が不十分になってきているなど、認知機能の低下や地域活動に対する意欲の低下が見受けられる。楽しみにしている地域活動への参加に支障が出ないよう、介護保険のサービスを増やさずに安否確認の体制を整えたいと考えているが、地域の支援を頼っていいものか判断しかねている。</p>	<p>○独居の高齢者において、介護保険サービスよりも本人が楽しんでいる地域活動への参加を優先させた上で、本人の安否確認を行うにはどのようなしたらよいか。地域の支援を依頼できるか。</p>	<p>○現時点で大きな問題はないが、本人のレベルダウンにいち早く気がつき、その後どのように対応するかを話し合う必要がある。 ○担当者会議に民生委員も参加した方がいいのではないかと。 ○地域の活動を連続で休んだ場合の安否確認を依頼するなど、介護保険以外の地域のサービスをもっと活用してもいいのではないかと。 ○個人情報の問題から、情報開示の範囲についての判断が難しい。</p>	<p>精神的に落ちており、友人と外出したり地域の活動に参加している。レベルダウンした時のために地域の会の会長と繋がりがあるといいと子に話しているが、子は本人の友人と関わりが持てないかと考えており検討中。</p>	<p>○地域での見守り体制として、町会ごとや民生委員ごとに温度差がある。 ○本人のレベルダウンに気がついたらどのように対応するか、地域とケアマネがどう連携するかの体制作りが必要。</p>	
	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	1	消防						
	市社協	1	保健師	1	地域包括						3
	民生委員	1	理学療法士	1	市役所						1
	高支連		社会福祉士		大学教授						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		
31	本人	医師	1	ケアマネ	3	高齢者のみの世帯で頑固で変化を好まない・頼りたくない人への支援方法	90代、要介護2、配偶者と同居。デイサービスやショートステイを利用中。近所に子が居住。認知症による物忘れが顕著。ベッドの導入や、ショートステイの日数を増やすこと、将来は在宅から施設へ移行することを見据えているが、他人に頼りたくないという性格から環境を改善することが困難。また、皮膚トラブルのリスクがあり、様々な解消方法を提案するも受け入れてもらえず対応が難しい。	○環境を改善していきたいが本人の性格上提案を受け入れてもらえない。	○皮膚疾患には、無理にベッドを導入するよりもショートを延長し薬を塗る方がいいのではないか。 ○ショートでベッドを利用した流れで自宅にベッドを置くのはどうか。 ○布団からの起き上がりについて専門家が評価し本人なりのやり方を工夫する。 ○終活について家族で話し合っておくべき。 ○配偶者も高齢なので、今後介護量が増えていくとゴミ出しなども大変になる。	通所の回数を増やし、可能な限り入浴し、清潔の保持ができるようプランを変更。皮膚面は徐々に改善している。ベッドは積極的には勧めていない。子より、自宅での生活が難しければ施設へ入所させるという意向あり。ショートは泊数を増やし、2泊3日で利用できるようになった。	○高齢者のみの世帯で頑固で変化を好まない、頼りたくない人への支援が難しい。 ○マンション等ではゴミ出しボランティアがあるが、それ以外の地区では地域の見守りやボランティアが少ない。	
	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	1	消防							3
	市社協	1	保健師	1	地域包括							1
	民生委員	1	理学療法士	1	市役所							1
	高支連		社会福祉士		大学教授							1
ボランティア				合計	18							
32	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護保険のサービス以外で気軽に利用できるサービスの有無	80代、要介護2、独居。デイサービス・訪問看護を利用。ケアハウスに入居していたが、周囲となじめず元のマンションに戻った。また、介護保険のサービス以外にはマンションのボランティアや友人の支援を受けていたが、周囲の人からの干渉に負担を感じ始めている。介護タクシーの利用を希望しているが、自らタクシーに乗ることができ、介助まではいらないため、介護保険での利用ができない。	○知人に支援をお願いすることは、双方に負担が生じる場合があるため、病院への送迎や買い物など、体調によりサポートが必要なときに利用できるサービスはないか。	○介護保険以外のサービスとして、助っ人さん・きらく等がある。 ○マンション内のボランティアにおいては、お互いの負担にならないようマンツーマンの関係は作らないようにしている。 ○孤独死の恐れがあるため在宅診療を考えたほうがいい。	介護保険で訪問介護を利用。マンション内の有料ボランティア(100円/回)で、買い物や電球の交換、カーペットで転倒しやすい場所を直してもらう等も頼んでいる。介護タクシーに関しては、かかりつけ医以外の病院に行く際に利用している。	○介護保険を利用する程でもない人が、支援を頼みたい時に気軽に利用できるサービスが必要。 ○介護保険以外のサービスについて地域包括でまとめられるといいのではないか。	
	家族	歯科医師		介護事業者	4							
	町会	薬剤師		警察								
	地区社協	1	訪問看護師	1	消防							1
	市社協	1	保健師	1	地域包括							2
	民生委員	1	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	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	3	介護専門員	右半身麻痺の方に対する支援について	70代 要介護2 独居。透析中。脳梗塞で右半身麻痺があるが、訪問リハビリを中止している。その後新たな脳梗塞も見つかり左下肢も動きが悪くなってきている。室内での転倒が増えたが、固定電話がなく緊急通報装置の設置が出来ない。	○自宅内の転倒が増えているが、固定電話がないため、緊急通報装置の設置ができず助けを呼べない。	○生活保護受給者の家に固定電話を設置するための市の補助や、携帯電話にも固定電話と同様の制度があるといいのはいいか。 ○リハビリ再開について主治医と相談するといいのはいいか。	慢性腎不全の急性増悪により死去	○緊急通報装置導入のための固定電話設置や、携帯電話でも緊急通報が利用できるような仕組みが必要。
	家族	歯科医師		介護事業者	4							
	町会	薬剤師		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	2							
	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	16								
34	本人	医師	1	ケアマネ		介護専門員	ケアの介入がしづらい夫婦への関わり	脳梗塞後、要介護1、配偶者と2人暮らし。周囲との関わりはあまりなく、民生委員が気にかけている程度。自宅でテレビをみて過ごすことが多く、身体機能は悪化しており、転倒が増えている。外出は近所の床屋と病院受診のみ。配偶者は料理や買い物(宅配)などを行うが、被害妄想の為にゴミ捨てができず、生活に影響が出ている。妄想に対する薬は処方されていない。家はゴミ屋敷で、浴室を使用している様子がない。本人と配偶者への支援が必要だが、配偶者の意向や被害妄想の為、必要と思われるサービスの導入ができない。	○本人・配偶者の生活にどの程度、介入をすべきか ○配偶者の被害妄想への対応について ○室内環境の改善、清潔保持に関する対策について	○配偶者の状態把握のため、かかりつけ医の所にケアマネ、地域包括が確認をしに行く。 ○状況により往診等も検討していく。	ケアマネ、地域包括で主治医に話を聞き、精神科の往診を検討することになったが、金銭面で難しくなってしまった。配偶者の被害妄想は続いている。また、ケアマネが退職し、新しいケアマネとの関係性の構築と今後の方向性について再検討が必要である。	○キーパーソン不在の精神疾患等を抱えている人達が増えている。 ○ゴミ屋敷、被害妄想などを含めた近隣トラブル等の増加
	家族	歯科医師		介護事業者	2							
	町会	薬剤師	2	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	6							
	民生委員	医療相談員	3	市役所	1							
	高支連	社会福祉士		作業療法士								
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		
35	本人	医師	ケアマネ	2	薬剤師	80代独居。調剤薬局に一日おきに体調不良の電話をかけてくる。頻りに胸の痛みを訴えては自ら救急要請し、検査をするが異常は見つからない。一日に複数回、救急要請をすることも。病院受診時に近隣住民に支援を要請することがあるが、その方も高齢で、支援要請が負担になっている。主介護者である子は遠方のため、受診の付き添いはできない。また、本人、子ともに他人を信用しておらず、家に他人が入ることをひどく嫌がる為、介護保険サービスの利用を拒否している。	○支援が必要な状況だが、本人・家族共に他人の介入を拒否しているケースが在宅生活を続けていく為に必要なことについて ○医療への依存が強く救急車を何度も呼んだり、タクシー代わりに利用するケースへの対応について	○時間がかかっても本人・子との信頼関係を築いていくようにする。 ○一人で家にいると不安になり救急車を呼ぶと思われるので、医療系施設と在宅の併用を検討してはどうか。 ○本人が介護保険サービスを受け入れるかどうかで在宅か施設か決まってくるので、本人の意向を確認する。(誰かがいる環境を望んでいるのであれば、施設を検討してもよい)	現在も入院中の為、特に動きは無い。退院時に向けて対応を検討していく。	○本人も含めて家族に精神疾患や障がいがあるケースが多く、支援の拒否等があり継続した介入が難しくなっている。		
	家族	歯科医師	介護事業者	2								
	町会	薬剤師	警察	1								
	地区社協	1	訪問看護師	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							3	
	高支連		社会福祉士	作業療法士							1	
ボランティア	1		合計	19								
36	本人	医師	ケアマネ	2	家族	夫婦ともに認知症で要介護1。本人は仕事が趣味であったが、現在は無職。散歩仲間が他界したショックで飲酒量が増えた。日中から飲酒し、ふらつき、打撲、転倒を繰り返しており、失禁することもある。配偶者はパーキンソン病の内服治療中。水中ウォーキングをしていたが、本人が心配でプールにも行けなくなった。記憶力低下がみられる。子①は近所に住んでいるが、介護への協力の意思はなく、施設入所を考えている。子②は受診同行や内服管理の為に県外から通っており、まだ在宅で生活することができている。	○家族間の意見が相違している認知症高齢者夫婦が在宅で生活していく為に必要な支援について	○家族間の意向の確認と主介護者を決めてもらう。 ○医療的な部分(パーキンソン病・認知症など)もあわせて主治医に相談をしていく。 ○本人を地域の中心に置いて考えていけるようにする。 ○今現在大丈夫であってもこれから先のことを考えていけるよう、サービス導入なども含め情報提供していく。	夫婦ともに、小規模多機能を利用するようになり、在宅での夫婦のみの生活が維持できている。	○障がいや認知症等の問題を抱えながら生活している高齢者夫婦世帯の主介護者が定まらない為、支援方法が決まらないケースが増えている。		
	家族	歯科医師	介護事業者	2								
	町会	薬剤師	警察	1								
	地区社協	1	訪問看護師	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							3	
	高支連		社会福祉士	作業療法士							1	
ボランティア	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	
37	本人	医師	ケアマネ	10	介護支援専門員	攻撃性があり拒否が強い徘徊高齢者の方をどう支えていくか	70代、要介護4。大工の棟梁として就労していたが、H19年に仕事中に脳梗塞で倒れ入院、高次脳機能障害となる。H20年より小規模多機能型居宅介護の利用を開始。徘徊が頻回となり事業所の近くに引越し、見守りを続けている。子がキーパーソンとなり、本人は生活保護の受給を開始。借金があり子が返済している。週7回の通所、週1回の訪問介護、徘徊感知器を利用。20時頃からの徘徊が月2～3回あり、タバコもやめられない。施設入所は拒否し、時に職員に対し、高圧的に接し、対応に苦慮している。	○タ方の徘徊 ○火の始末ができないが、タバコが止められない ○施設入所に関して拒否が強い	○電子タバコに変更する。 ○地域の方にも、本人を理解してもらい、見守り体制を作る。 ○GPS付きの靴を履く。 ○松戸市の「高齢者見守りシール」を活用する。 ○なぜ、徘徊するのか原因を探る。 ○小規模多機能型居宅介護事業所が開催する行事に誘う。 ○日中の活動量を増やしたり、主治医に相談し、眠れるようにする。 ○デイサービスなどで、本人の好きなことを探る。	実際に徘徊までは至っていないが、徘徊が続くようであれば靴にセンサーをつけ、地域での見守りを依頼していきたい。電子タバコに変えることは本人の習慣上難しい。	○地域の方は、困っている高齢者に声をかけづらい。自然と顔なじみになるような仕組みを意図して作っていくと良い。 ○徘徊高齢者を発見するための、より良い仕組みがあるとよい。
	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	4							
	民生委員	医療相談員	市役所	3							
	高支連	社会福祉士	OT、その他	2							
	ボランティア		合計	29							
38	本人	医師	ケアマネ	10	介護支援専門員	本人に病識がなくサービスを拒否し、外出しない事例。	○サービスを全て拒否する方への関わり方 ○本人に病識がない	○子の不安をどのように解消できるか。 ○サービスを拒否している本当の理由は何かを考える。 ○訪問のマッサージやリハビリも検討してはどうか。 ○デイサービスのイベントの時に、子と一緒に来てもらう。 ○家族にもデイサービスについて更に理解を深めてもらう。 ○近所の方にも働きかける。 ○ふらっと寄った感じでデイサービスに誘う。 ○生活全体を見て、サービスの必要性があれば本人に感じてもらうように働きかける。 ○時間をかけて、人や働きかけの方法を変えながら、本人の意思も尊重することが大事。	今も変わらず、子が帰ってくるのを家で待っている。受診時、訪問看護を提案されたが拒否。物忘れは増え、歩くスピードも遅くなっている。子の夏休みに一緒にデイサービスを体験してみることを検討中。	○集いの場や話し相手が身近にいる状態をつくり、孤立しないような仕組みづくり。	
	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	4							
	民生委員	医療相談員	市役所	3							
	高支連	社会福祉士	OT、その他	2							
	ボランティア		合計	29							

## 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) 平成30年4月から平成30年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	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	身体機能的にはデイサービスは不要だが、地域の中に参加しているコミュニティがない	退職後、悠々自適な生活をしていたが、H28年に自殺を図り、寝たきりの状態となる。自殺の原因は不明。約1年後に退院し、リハビリ型デイサービス、特殊寝台レンタル開始。その後認定更新で要支援2となる。本人、配偶者ともにサービス利用継続を希望している。やり方を工夫すればできることも、本人、配偶者ともにできないままでよしとする節がある。本人は「よくなりたくない」と口では言うが、今の環境を変える気がない。家族も本人に気がつかって何も聞けないでいる。	○本人、家族にリハビリテーションへの理解が足りない。自立支援への意識が薄い ○地域の中に、若年層向けの集まりがない。	○自殺を恐れる家族の気持ちは尊重した方がよい。 ○デイサービスでの人との交流は本人にとって大切。次の更新までは準備期間とし、身体機能的には不要でもこのままサービスを利用した方がよい。 ○地域の集いの場を探してはどうか。ボランティアやランドゴルフ等も検討。 ○本人からやりたいことが出てきたときに見逃さずにプランに反映させる。 ○高齢者の自殺について、自信を持ってやっていた仕事がなくなり、自信喪失する。精神面での傾聴が必要。	○介護保険サービス以外の地域の集いの場について、情報をまとめることと新たな創出が必要(デイサービスの受け皿・男性高齢者の集いの場・活動場所等)			
	理学療法士	作業療法士	1							言語聴覚士		
	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							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							11	社会福祉士	1
			合計	26								
2	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	訪問リハビリ終了後のリハビリについて	脳梗塞を発症後左上下肢麻痺が残続。6か月間のリハビリ入院後、在宅で訪問リハビリを利用した。上下肢機能訓練、移動訓練、家事の応用動作訓練を中心にリハビリを実施したことで屋外は1本杖で、室内では装具のみで移動可能となった。3か月後、通所リハビリへの移行を提案するが、本人の希望で訪問リハビリを継続した。発症から1年後、主治医と担当作業療法士は専門的なリハビリは終了し、セルフケアで問題ないと判断。本人はさらなる機能向上をめざし、通所リハビリへの移行を希望している。	○本人の意向と専門職のアセスメント結果に相違がある ○セルフケアへの移行のタイミングと内容の検討が難しい	○本人の中で明確な目標設定ができていない。機能低下の不安もある。できていることを認識し、自信につなげることで次のステップへ移行しやすくなる。 ○日常生活のアセスメントを詳細に行い、評価期間を短くする。より具体的な目標を設定する。 ○主治医や医療職からの助言。アセスメント支援事業を活用。 ○セルフケアの具体的な目標、内容や評価を誰が行うのか決めることで本人も安心する。自立へのスタートと意識づける。 ○通所リハでは、他者との情報交換や視野を広げられるメリットもある。	○介護保険サービス以外に、リハビリ専門職が指導してくれるリハビリ教室(体操教室より専門的な内容)があるとよい。			
	理学療法士	作業療法士	1							言語聴覚士		
	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							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							11	社会福祉士	1
			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	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	社会資 源への つなぎ方	他県で1人暮らしをしていたが、けがを機に松戸市在住の子家族と同居。近所に知人はいない。デイサービスを利用し、半年ほどで1人で散歩できるようになった。家事等を行う能力はあるが、本人はあまりやる気がない。外出の機会を増やすため、元気応援くらすの紹介をしたが参加するには至らず。家族は長年一緒に暮らしていなかったため、価値観・生活観の相違から、お互いにストレスをためてしまっている様子。外出の機会を増やすことと、本人、家族のストレス軽減の為、介護認定の見直しを行いデイサービスの回数を増やす予定。	○本人が家の中での役割を持つ。本人の能力を再認識し、自信が持てるよう意識づける。社会的な役割の検討も必要。 ○高齢者を受け入れる家族の姿勢が出来ていない場合もある。介護者支援(介護者の集い等)も必要。親子の想いのすりあわせ、関係性の変化を見守る。 ○筋力低下が懸念されるので外出の機会を増やせるような支援が必要。より具体的な目標を設定する。運動機能が向上すると意欲もついてくる。本人だけでは定着しない場合は、はじめは誰かと一緒にいくことも有効。	○社会資源を把握し、その方にあった社会資源があるのか、繋げることができるかを考える。 ○家の中での本人の役割を持つ。本人の能力を再認識し、自信が持てるよう意識づける。社会的な役割の検討も必要。 ○高齢者を受け入れる家族の姿勢が出来ていない場合もある。介護者支援(介護者の集い等)も必要。親子の想いのすりあわせ、関係性の変化を見守る。 ○筋力低下が懸念されるので外出の機会を増やせるような支援が必要。より具体的な目標を設定する。運動機能が向上すると意欲もついてくる。本人だけでは定着しない場合は、はじめは誰かと一緒にいくことも有効。	○地域の社会資源の情報が集約されておらず、活動の詳細がわからない ○地域の社会資源は友人関係ができており、なかなか入りにくいことがある。			
	理学療法士	1	作業療法士							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	1	社会福祉士							2	主任ケアマネ	9
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	2	ケアマネ							7	社会福祉士	2
			合計	27								
4	医師	歯科医師	薬剤師	指定 介護 予防 支援 事業 所	本人らしさの実現による目標設定とセルフケアにつなげるためには	80代の配偶者と2人暮らし。平成29年9月に転倒、左大腿骨転子部骨折。手術後リハビリ病院へ転院。11月末に在宅復帰し、介護保険を申請、要支援2。手すりの設置等住宅改修を行い、在宅生活を送っていた。本人は歩行に不安が残っていたため機能訓練の必要性を感じ、平成30年2月より通所型サービスを開始。元々ジムに通い健康管理をしてきた為、ゆくゆくは復帰をしたいとの希望がある。通所型の利用を3ヶ月間行い、サービスの卒業を目指したが、利用を続けるうちに、歩行状態の不安が抜けず、サービスの継続を行っている。	○3ヶ月で回復、サービスの終了をめざしていたが実現が難しかったため、本人の気分的な落ち込みが見られ、目標設定や本人の意欲維持が難しい	○小さい目標・実行・達成(未達成)を積み上げ、体験を重ねながら、進めていく。 ○通所型サービスからの報告書やアセスメント支援事業などを活用し、利用前後の自身の状態変化を客観的に認識できると、意欲につながる。 ○ジムや町会の老人会、地域のサロン、民生委員の方々の協力など社会資源を活用し、活動を回復させる。 ○1年後の目標が精神的な圧迫にならないように、目標達成の敷居を本人に合わせる。 ○自立への方向付けを共にすることこそ、自立支援型のケアプランと言える	○要介護(支援)状態になった場合に、地域の支援・活用という概念が乏しく、健康でなければ参加出来ない行事が多い。対象者のニーズに合わせた地域の場の紹介・情報提供が必要。			
	理学療法士	1	作業療法士							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	1	社会福祉士							2	主任ケアマネ	9
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	2	ケアマネ							7	社会福祉士	2
			合計	27								