

# 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2回 松戸市地域ケア会議  
平成31年2月14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30年6月～11月の間、地域個別ケア会議は合計 33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6月～11月の間合計6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、家族の疾患等、助けを求める力の欠如、医療連携困難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、社会資源の情報集約や開発に関する課題、外出・生活支援、セルフケア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、適切な対応がと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	○			独居	家族の理解不足		○		徘徊			○	
2			近隣トラブル	独居			○	○	サービス拒否				高血圧
3			精神科往診医が少ない	独居					医療・介護サービス拒否	○	○		気分障害
4				独居	家族の病識欠如		○		被害妄想				高血圧
5			近隣トラブル	独居					過剰依存被害妄想		○	○	精神疾患疑い
6	○			日中独居			○		人との交流なし				
7	○	○	近隣トラブル	独居	親族支援なし	○	○	○	服薬拒否徘徊		○	○	
8					本人と介護者の意向相違		○						
9	○							○					
10	○	○		高齢者世帯	配偶者も認知症疑い		○		サービス拒否		○		
11				独居				○					
12		○		独居					サービス拒否閉じこもり				整形外科疾患
13		○		独居			認知機能低下	○				○	糖尿病
14		○					○		閉じこもり				
15					家族の記憶力低下、障害あり		○						腎臓病、心筋梗塞
16		○		独居					引きこもりがち				僧帽弁不全、三叉神経痛
17		○					○	○	被害妄想経済的困窮	○		○	高血圧
18	○	○		高齢者世帯	仕事しながらの介護	○	○		サービス拒否	○	○		褥瘡
19		○		独居			○		繰り返し転倒				高血圧
20				独居		○	○	○				○	
21				独居			○						
22	○	○		独居	親族支援なし			○	高次脳機能障害				脳出血、難聴

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			近隣住民の不安	独居	家族との関係が希薄		○		一部のサービスを拒否		○		口腔内腫瘍
24				独居	家族の理解不足		○						
25	○	○		独居	身寄りなし		○	○	入所拒否			○	腎臓癌、腰椎椎管狭窄症
26	○	○		独居	支援者不在				2号被保険者 頻回な救急要請			○	糖尿病、肝硬変
27	○			高齢者世帯	配偶者も高齢で介護不足	○	○	○	徘徊			○	高血圧
28				日中独居		○	軽度認知症	○	特殊詐欺被害				心不全、変形性膝関節症
29				高齢者世帯	介護負担大		○		介入拒否 引きこもりがち				腰椎圧迫骨折 高血圧
30	○	○		高齢者世帯	配偶者も高齢、知的障害疑い	○			支援拒否				ガン末期
31				独居					危険運転				前立腺がん、狭心症
32					配偶者も高齢、子が精神疾患	○	○						脊柱管狭窄症
33				高齢者世帯	配偶者も要支援	○	○			○		○	アルコール依存症
34		○			子が精神疾患	○	○						
35					子が精神疾患	○			支援に消極的	○		○	
36					家族が精神疾患、発達の遅れ				経済的困窮	○			
37	○			日中独居		○	軽度認知症		特殊詐欺被害	○		○	両膝関節症
38	○			独居		○	認知機能低下		自転車事故			○	脳出血後遺症
39	○				家族が多忙	○				○		○	精神疾患、白内障で弱視
40	○			独居		○	○		危険運転			○	
41	○				子が要介護 孫が精神疾患	○	○	○	経済的困窮				
42		○		高齢者夫婦世帯	配偶者も病弱	○	○						
43		○		独居		○			歩行困難		○		高血圧、頸椎や背部痛
44					子に障害あり				サービスに過度の依存				脊柱管狭窄症、 胸椎圧迫骨折
45		○		独居	子は支援拒否		○	○	火の不始末				胃切除
46		○		独居	親族支援なし		○	○	服薬管理困難 生活困窮			○	肺炎・皮膚疾患

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
47	○			独居	子と疎遠			○	経済的破綻	○	○		糖尿病、肝機能障害、アルコール依存症
48	○	○		独居	親族関係希薄					○	○		精神疾患疑い
49		○	近隣トラブル	独居			疑い		妄想、ゴミ問題、徘徊		○		変形性膝関節症
50				独居	キーパーソンが海外		○		妄想、帰宅要求		○		逆流性食道炎、下肢浮腫
51		○		高齢者世帯	子がガン治療中	○	○		サービス拒否			○	褥瘡
52		○	近隣トラブル	高齢者夫婦世帯		○						○	精神疾患疑い
53		○							被害妄想			○	精神疾患疑い
54		○		高齢者夫婦世帯	介護者が疲弊		○	○	金銭管理の支援拒否		○	○	
55					子知的障害あり				寝たきり服薬管理困難				精神疾患疑い
56	○			高齢者夫婦世帯	環境不衛生 配偶者も障害あり				身体障害2級				高血圧、脳血管疾患
57	○				子は精神疾患あり			○	透析				高血圧、慢性腎不全
58				独居	子と関係不良				支援拒否				脳梗塞 神経因性膀胱
自1		○							高次脳機能障害				脳梗塞、心筋梗塞
自2				独居			軽度認知症						心疾患
自3					配偶者が要介護								脳梗塞後遺症、心疾患
自4									歩行不安定				リウマチ、がん、心筋梗塞
自5		○		独居									
自6				独居									脳梗塞
自7					本人の状態に合わない希望								悪性リンパ腫、狭心症
自8													パーキンソン病
自9													高血圧、糖尿病
自10				独居									原因不明の腰痛
自11									2号被保険者				脳出血後遺症
自12				高齢者夫婦世帯	配偶者も要支援				ゴミ問題				

### 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>○認知症の疑いがある夫婦のみで生活している。介護サービスの利用は拒否。専門医を受診するが診断はついていない。</p> <p>○独居、認知症で家賃滞納あり、火の不始末も心配されている。幻覚も出現し、在宅医療・介護連携支援センターによるアウトリーチを実施した。</p> <p>○独居、認知症。保清、環境整備が不十分で、近隣住民が衛生状態や認知機能に不安をもっている。</p> <p>○独居、認知症が進行し、金銭管理や家事、保清も困難となったが、施設入所を拒否している。</p> <p>○軽度認知症の高齢者がキャッシュカードの詐欺被害にあった事例</p>	1、7、8、10、20、21、23、24、25、27、28、29、37、41、42、54、自2	<p>○認知症に対する重層的な見守り</p> <p>○認知症と相談機関についての市民への幅広い周知</p> <p>○住民同士のつながりを高める工夫</p> <p>○認知症の方の自己決定支援について専門職の相談スキルの向上</p> <p>○世帯全員に認知症の疑いがある場合の見守り体制の整備が必要</p> <p>○認知症への理解を深めるための啓発活動</p> <p>○離れて暮らす家族の本人の状況についての理解促進</p> <p>○緊急やむをえない事態が起きた際の金銭管理について、支援者のリスク回避</p> <p>○本人の意思尊重では生活が成り立たない場合の意思決定支援</p> <p>○見守りシールの普及と利便性の向上</p> <p>○消費者被害の未然防止、相談窓口の周知、関係機関の連携体制の構築</p> <p>○認知症の人や家族の居場所づくり</p> <p>○軽度認知症への早期介入方法の充実</p> <p>○成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用促進</p>

テーマ	個別事例の概要	事例番号	市レベルの課題
2. 医療連携関連	<p>○独居、認知症で保清、環境整備が不十分。口腔内に腫瘍があるが受診を拒否している。</p> <p>○独居、糖尿病、アルコール依存症、肝機能障害があり適切な判断ができず、経済的にも破綻。適切な医療を受けずに衰弱していたところに介入した事例。</p> <p>○独居、キーパーソンの子が海外在住。ショートステイ中に認知症による妄想、帰宅要求がある。原因不明の浮腫があるが、複数科受診しており、医師への相談が難しい。</p> <p>○90代、悪性リンパ腫で積極的治療は行わない方針。体調不良、筋力低下がみられるが、家族は運動をして元気になってほしいと希望し、デイサービスを継続している。</p>	3、23、26、43、47、48、49、50、自7	<p>○歯科医、眼科医等の専門医との連携の構築が必要。</p> <p>○医療・福祉専門職のより積極的な連携、情報共有</p> <p>○体調不良などの緊急時に相談できる資源についての情報提供</p> <p>○支援者が不在で、医療が途絶えてしまっている事例への早期対応</p> <p>○精神科領域を含めた病院とのスムーズな情報共有</p> <p>○緊急性が高いケースを専門医につなげる支援</p> <p>○在宅ケアに関する家族の理解促進、精神的支援</p>
3. 社会資源の把握・開発	<p>○退職後、急激に意欲と体力の低下が進み、物忘れも進んでいる。日中独居で人との交流がない。</p> <p>○運転を家族に止められ、外出や交流が減少し、閉じこもりの生活。意欲、体力の低下がみられる。</p> <p>○独居、要支援1。プライドが高いが孤独感が強く、ケアマネへの相談が頻回。デイサービスや活動場所を紹介してもつながらず、ケアマネが不安への対応を行っている。</p> <p>○60代で就労を希望しハローワークに通うも、年齢や疾患により困難と言われデイサービスを利用。体調不良が続き、サービスを中断している。</p> <p>○短期集中予防サービスを利用し機能向上したが、地域の資源につながらない。</p>	6、13、14、43、自1、自2、自5、自6、自10、自11	<p>○定年退職後の男性の地域デビューを後押しする工夫</p> <p>○認知症や要支援状態であっても役割を持てるような居場所づくり</p> <p>○男性が集える場づくり</p> <p>○高齢者のニーズに合った資源のマッチング</p> <p>○前期高齢者が集える場の創出</p> <p>○自主グループのリーダーとなる人材の養成</p> <p>○精神的ケアを行える資源が少ない</p> <p>○担い手として参加できる場の把握</p> <p>○若い世代の障害を持つ人の居場所づくり</p> <p>○短期集中予防サービス終了後のつなぎ先の充実</p>

テーマ	個別事例の概要	事例番号	市レベルの課題
4. 外出、生活支援	<p>○買物などの外出に車を運転しているが、危険なため自主返納を勧めているが本人が拒否している。</p> <p>○脳梗塞の後遺症で歩行不安定、構音障害がありリハビリ中。外出を目標にしたいが、自宅周辺に坂が多く実現可能な目標設定が難しい。</p> <p>○人との交流を望んでいるが、歩行不安定、体力低下のため外出が困難である。</p>	12、16、31、38、40、49、51、自3、自4、自8	<p>○外出困難な閉じこもりがちの高齢者に対する外出支援</p> <p>○移動販売など、自力で買い物を続けることができるための支援</p> <p>○高齢ドライバーの運転免許返納についての啓発と適切な情報提供</p> <p>○ゴミ出しができない高齢者への支援の充実</p> <p>○徒歩圏内で誰もが気軽に参加できる場の充実</p> <p>○要支援者の就労支援や役割をもてる場の促進</p>
5. 見守りネットワークの強化、情報共有の推進	<p>○精神疾患あり、白内障で目がほとんど見えない。保清や更衣など、日常生活動作に支援が必要だが、家族が多忙で連絡が取れず支援につながらない。</p> <p>○認知症あり、要介護状態。介護する配偶者も病弱でマンションに相談できる人がいない。</p> <p>○独居、認知症で火の不始末がある。毎日のようにコンビニへ酒を買いに行く生活で、他者との関わりは希薄。</p> <p>○独居、認知症で金銭管理が困難。服薬管理ができず入退院を繰り返す。親族の支援や地縁がなく、経済的にも困窮している。</p>	2、17、19、20、26、29、39、45、46、47、48、55、58、自12	<p>○専門職と民生委員等、地域の支援者との連携推進</p> <p>○地域の方と専門職が連携し、支援が行える体制作り</p> <p>○家族で問題を抱え込んでいる世帯について、他機関との連携、ネットワークの強化</p> <p>○地域で孤立しないような仕組みづくり</p> <p>○重症化する前の早期発見、早期介入</p> <p>○マンションに住んでいる場合生活実態が捉えにくく、早期介入が難しい。</p> <p>○住民の支援したい気持ちを行動に結び付ける仕組み</p> <p>○支援する親族や地縁がなく、経済的にも困窮している事例への対応</p> <p>○個人情報に配慮した上で近隣住民に協力を得るための方策</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>○独居、被害妄想、物盗られ妄想があり、本人も身体の不調を感じているが、家族が現状を理解できず、必要なサービスにつながらない。</p> <p>○アルコール依存症で十分な食事をとらず、認知症の症状も進行している。配偶者も高齢で歩行が困難となり疲弊している。</p> <p>○高齢者と精神疾患のある子と2人暮らし。子が将来に不安を感じている。</p> <p>○真実ではない訴えや被害妄想があるが、受診につながっていないケース</p> <p>○慢性腎不全で透析が必要。精神疾患をもつ子が介護をしているが、病状や本人との関係により適切な介護ができないことが度々ある。</p>	4、5、32、33、34、35、52、53、57	<p>○離れて暮らす家族の理解促進や精神的負担の軽減など家族支援</p> <p>○地域住民の精神疾患に関する理解の推進</p> <p>○若い世代で精神疾患を持っている人の定期的な医療受診の支援</p> <p>○アルコール依存症の人、家族への支援体制の構築</p> <p>○精神疾患を持つ人の家族の支援</p> <p>○精神科の適切な治療を受けられる支援</p> <p>○障害分野と高齢者分野との連携</p>

テーマ	個別事例の概要	事例番号	市レベルの課題
7. 多問題を抱える世帯への支援	<p>○年金で生活しているが、生活費の不足を親族が援助している。金銭管理能力が不足しているため買い過ぎを繰り返す。</p> <p>○50代、高次脳機能障害による後遺症がある。金銭管理ができないが、親族などの支援者がいない。</p> <p>○配偶者と子、孫と同居。子は精神疾患で就労できず、本人と配偶者が子、孫の生活を支えているが認知症の症状が進行し、配偶者の負担が大きくなっている。</p> <p>○子が他界し、子の配偶者は家出したため、孫と2人暮らし。孫は保育園に行っておらず発達の遅れがある。</p> <p>○認知症で要介護3、子も要介護状態で孫は精神疾患がある。経済的に困窮し家賃を滞納している。</p> <p>○要介護5で寝たきり、内服管理が不十分。子は知的障害があり家事ができず、突然の意識消失発作を繰り返している。</p>	9、11、15、18、22、32、36、41、44、55、57	<p>○金銭管理が苦手な人の支援・相談先が必要</p> <p>○多問題を抱える家族に対し、他機関との連携やネットワーク作りが必要</p> <p>○金銭管理に関する支援制度の理解促進</p> <p>○高次脳機能障害に対する理解の推進</p> <p>○障害分野と高齢者分野との連携</p> <p>○障害者の生活を支える場やサービスの不足</p> <p>○障害がある介護者への支援</p>

テーマ	個別事例の概要	事例番号	市レベルの課題
8. 介護 サービス や支援 者の関 わり拒否	<p>○要介護2、独居。他者への不信感、妄想から医療、介護を拒否。民生委員と地域包括で見守りを行っている。在宅医療・介護連携支援センターによるアウトリーチを実施。</p> <p>○認知症、生活費に困窮している状態だが、被害妄想により子からの支援も打ち切られた。介護サービスを拒否している。</p> <p>○配偶者が自営業を営みながら介護をしている。褥瘡があるが、往診や介護サービスを拒否し、介護にこだわりがある。</p> <p>○ガン末期、配偶者も高齢で知的障害疑い。延命治療はせず、自宅で過ごすことを希望しているが、サービスに拒否的で調整が困難。</p> <p>○要介護状態だが、支援者への拒否があり、ケアマネが訪問やアセスメントできない。近隣住民とも疎遠。</p>	2、3、10、12、16、17、18、19、30、51、56、58	<p>○専門職と民生委員等、地域の支援者との連携推進</p> <p>○在宅医療・介護連携支援センターと地域包括、ケアマネとの連携推進</p> <p>○家族で問題を抱え込んでいる世帯について、他機関との連携、ネットワークの強化</p> <p>○経済的な理由等、家族に何らかの問題があり、必要な支援につながらないケースへの対応</p> <p>○支援拒否や介護力不足の世帯に対する支援の構築</p> <p>○病気をもちながら介護をする介護者の負担軽減</p> <p>○商店等、地域の関係機関との連携体制の構築</p>
9. セルフケアの推進	<p>○脳梗塞によるしびれ、高次脳機能障害あり、心疾患による息切れや動悸がある。減量等の健康管理、機能維持が必要だが、地縁がなく金銭的にも厳しい。</p> <p>○高血圧、糖尿病あり。一緒に目標を立てるとセルフケアができるが、一定期間経過するとおそろかになり体調不良を繰り返す。</p>	13、22、自1、自9	<p>○病識が不足している場合のセルフケア意識の向上</p> <p>○セルフケアを促進する方法の充実</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30年6月から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	ケアマネ	10	介護専門員	徘徊が頻回にあり、見守りを必要とする利用者支援	要介護1。配偶者の死後、キーパーソンである子①と同居していたが、本人の認知症状による負担感から子①は転居し、現在は独居。子①が就労しながら介護をしている。子②、③は家庭を持ち別に暮らす。本人は日常生活自立度は高いが、掃除や調理は出来ず、入浴も出来ていない。週2回のデイサービス利用を開始し入浴は可能になったが、徘徊が多く2ヶ月間で警察に3回保護されている。	○徘徊高齢者が今後、どのような支援があれば生活していくことが出来るのか ○介護力不足、徘徊に対する問題意識が薄い家族への支援方法について	○デイを週2回から週3回に増やしてはどうか。 ○介護力不足についてキーパーソンである子①と子②③との連携が上手く取れず、子②③が現状認識出来ていないのではないかな。 ○本人の徘徊パターンを検討し、徘徊の多い時間帯にヘルパー導入してはどうか。 ○子①の介護負担が何われるのであれば、ショートステイの利用など負担軽減に向けた提案を試みてはどうか。 ○安価なGPSも販売されているので、それらを紹介してはどうか。	デイ利用回数増加については費用負担の点から子①が思案中。子②③は専門職の提案に沿っていくことが良いと話しており、必要に応じて子①との連携も図ること。次回担当者会議では子①②③に同席依頼の予定。	オレンジ協力員や民生委員など様々な人に関わってもらい、見守り体制の重層化を図る必要がある。
	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	1 訪問看護師	消防								
	市社協	1 保健師	地域包括	6							
	民生委員	4 理学療法士	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	医療相談員	1							
	ボランティア	1		合計							
2	本人	医師	ケアマネ	10	介護専門員	要介護1。認知症の診断を受けているが、医師より内服適応状態ではないと言われている。現病歴は高血圧症であるが、本人の拒否で通院できていない。デイも1度繋がったが拒否。訪問介護はどうにか入っているが、支援に拒否的である。キーパーソンは義妹で年金を引き出す支援を行っている。	○拒否が強い方へのケアの方法 ○認知症のある本人の生き方を尊重しながら、在宅で生活していく中の折り合いの付け所	○訪問診療、訪問看護を導入し入浴支援も看護師に依頼してみてもどうか。入浴支援にあたり、血圧測定を行う。 ○グループホームへの入所を検討してみても良いのではないかな。 ○民生委員として本人含め、関係者との関わりを持っていたが、もっと情報共有を図ることが出来ればよかった。 ○本人は問題や困りごととして感じていないが、周囲が案じるなど多くのギャップがあり埋めることは難しい。	担当ケアマネから担当民生委員へ連絡を取り、ヘルパーの訪問曜日・時間の情報共有を行った。民生委員からはヘルパーの訪問のない日に見守り体制をとるといった連携を図った。ヘルパー利用のない日における介入体制を少しずつ構築していく。	関係者が対象者の支援における直接の担当者(ケアマネ、民生委員)を把握し、情報共有を行うことが必要である。	
	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	1 訪問看護師	消防								
	市社協	1 保健師	地域包括	6							
	民生委員	4 理学療法士	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	医療相談員	1							
	ボランティア			合計							31

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	7	地域包括支援センター	強い信念と自尊心を持つが、人を信じることができず、医療・介護を受け入れられないケース	要介護2、独居。親族とは疎遠。他者への不信感・妄想あり5年間医療も途絶える。骨折で入院をした際に気分障害と診断され服薬し状態安定するも、服薬中止すると再燃し、医療・介護を拒否。地域包括へ不眠・不調を訴える。食事はコンビニ配達、ゴミ出しは民生委員の協力を得ているが、本人は頑なに医療・介護のサービスを拒む。在宅医療・介護連携支援センターに相談しアウトリーチを行い、医師より説得もするが納得は得られなかった。	どこに焦点をあててアプローチをすれば、他者を受け入れてもらえるか	○服薬中止が一因と考えられるが、服薬コンプライアンスを得ることが困難。 ○専門職の考えと本人との考えに相違がある。本人なりの困りごとを優先し解決する事が信頼関係構築に繋がる。 ○本人に理解できていないことが拒否に繋がるケースもあるので専門職から丁寧に説明を行う ○金銭に対する不安が大きいのでそこを突破口とする。 ○コンビニ店長や民生委員との関係性は維持し引き続きサポートしていく。	後日、初回訪問診療を行い、その後の訪問診療についても受け入れてもらった。医師からは投薬・検査入院等ではなく生活環境整備とリハビリの必要性から介護サービスに繋げるよう勧められている。今後ケアマネと同行訪問し契約の予定。	○ケアマネ・地域包括・在宅医療介護連携支援センターとの連携が不可欠。 ○異変等の早期発見・対応システムの構築が必要。 ○地域の精神科医で訪問診療の対応が可能な医師が少ない。		
	家族	歯科医師	介護事業者	3									
	町会	薬剤師	警察	1									
	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	5
	民生委員	5	理学療法士	1								市役所	2
	高支連		社会福祉士									医療相談員	2
ボランティア				合計	30								
4	本人	医師	ケアマネ	7	地域包括支援センター	物盗られ妄想の現状を理解できない家族へのアプローチ	20年前から居住。親しい人はいないが子①②が市外におり訪問する。本人はスポーツクラブに通う等、日常生活自立度は高い。高血圧・不眠・めまい・軽度認知症を指摘されている。ゴミの分別が出来ず、隣人が子①に現状を伝えるが「呆けていない」と取り合わない。被害妄想や物盗られ妄想を訴え、本人が地域包括に相談。めまいで救急搬送され、病院が子①へ連絡するが繋がらず。現時点でも子①と直接連絡が取れず、介護保険申請も出来ていない。	家族(子①②)へどのようにアプローチしていくのが良いか	○子①へ留守電メッセージに具体的状況を残すことや、ショートメール等の利用により子①に負担を掛けない工夫をする。 ○連絡を受ける子①としては周囲から責められているといった感情を抱いているのではないか。 ○近隣に子①②来訪時に地域包括へ知らせてもらうように依頼する。 ○子②に協力を求める。 ○連絡手段に手紙を使う。 ○子①に受診同行をしてもらい、医師から病状を伝えてもらう。	後日、本人と共に子①②が包括に来所、病院の相談員も同席し、情報共有をした。子②より30年程前から物盗られ妄想があったと。今後、病院受診に子①②が同行し、本人と別室で医師から精神科への受診勧奨と紹介を行う予定。介護保険も申請済。	○民生委員を含む近隣住民による見守りと、地域包括の連携強化を行う必要がある。 ○離れて暮らす家族の精神的負担感の軽減に向け、家族支援の視点を含むアプローチが必要である。		
	家族	歯科医師	介護事業者	3									
	町会	薬剤師	警察	1									
	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	5
	民生委員	5	理学療法士	1								市役所	2
	高支連		社会福祉士									医療相談員	2
ボランティア				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	
5	本人	医師	2	ケアマネ	7	介護支援専門員	被害妄想や不安を頻りに訴える利用者への対応	70代独居、生活保護受給。1年前に配偶者が他界。特定の人に過剰に依存する傾向があり、近隣住民に対する被害的な発言が多いが、根拠は不明の内容が多い。ケアマネが主治医に精神科受診を勧めてほしいと頼むが、主治医からは「その必要はない」との返答であった。	○精神科の受診の必要性の有無について ○地域住民の精神疾患患者に対する理解を深める方法と見守りについて	○精神疾患の有無を明らかにするよりも、配偶者の他界や、体調不良に目を向けて不安を受け止め、気持ちによりそう支援をまずは行う。 ○認知症の可能性も視野に入れる。 ○訪問看護師や管理栄養士に食事や健康面のアドバイスをもらうとよい。	本人の希望でデイサービスの利用を週2回から3回に増やして、他者との交流機会を増やすとともに、しっかりとした食事を摂るようになり、少し落ち着いている。被害妄想は続いているが、デイサービス職員やケアマネによる傾聴を継続している。	○地域住民の精神疾患患者に対する理解を深める必要がある。
	家族	歯科医師		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	6							
	民生委員	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	24								
6	本人	医師	2	ケアマネ	7	地域包括支援センター	急激に意欲と体力の低下が進む高齢者への対応	70代。日中独居。昨年1月に仕事を辞め、のんびり暮らしていたが、昨年度末によく転ぶようになり、意欲、自発性も急激に低下し、物忘れも進んだ。持病の内服薬の服薬管理ができていない。体重が激減。脳の異常は軽微なもので、認知症スケールからは認知症ではないとの判定。家族は本人の能力低下の進行を心配している。	○日中独居で人との交流がない ○食事の摂取状況の確認ができていない ○リハビリ意欲はあるが、体操教室の予定を忘れることがある	○まず体重低下の原因を把握する ○配食サービスの利用を検討する。 ○服薬管理に家族の協力を得る。 ○同居家族と親族を含め今後の方針と役割分担を話し合う機会を作る。 ○老人会や男の料理教室等地域の社会資源が利用できないか。	民生委員による月2回の見守り、弁当配達と包括による不定期の安否確認を継続している。受診勧奨はしているものの、受診に結び付いてはいない。	○定年退職した男性の地域デビューを後押しする工夫が必要である。
	家族	歯科医師		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	6							
	民生委員	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	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	1	ケアマネ	5	地域包括支援センター	身体の元気な認知症高齢者の生活支援・見守りについて	賃貸アパートに住む独居の認知症高齢者。ゴミ出しをルール通りに行えず、住民とトラブルになる。大家さんと一部の住民は認知症の理解があり、協力的だが、本人が飲酒後ゴミをベランダから投げ捨て、本人は記憶がないため言い争いになり、解決しない。金銭管理ができず家賃滞納となる。半年前から小規模多機能居宅介護サービスでゴミ出しを中心に支援しているが、最近徘徊で警察に2回保護された。	○親族には支援できる人がいない。 ○服薬拒否がある。 ○飲酒後の転倒が多い。 ○徘徊して警察に2回保護されている。	○住民への認知症のについての知識の普及 ○早期に地域包括や専門職が介入することにより、近隣住民との関係悪化を防ぐことができたのではないかと。 ○認知症になってからの助け合いは現実的に難しいため、防災訓練などを活用した交流の機会をいかに。	認知症の症状が進み、担当者会議で独居は難しいと判断。ショートステイを利用し特別養護老人ホーム等の施設の入所待機中。成年後見人も選任された。	○住民へ相談機関を広く周知する必要がある。 ○認知症に関心がない層への知識の普及について工夫が必要。 ○困ったときの助け合いの基本となる「住民同士のつながり」を高めるために何をすべきか、検討が必要である。
	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	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	4							
	民生委員	医療相談員	2	市役所	2							
	高支連	社会福祉士	1									
ボランティア	理学療法士	2	合計	22								
8	本人	医師	1	ケアマネ	5	地域包括支援センター	認知症で一人では生活が難しいので施設入所してもらいたいという子①の配偶者からの相談で介入したケース。子①の配偶者が本人の食事の準備、車での通院同行など身の回りの世話をしてきた。つい最近、子①が急死し、子①の配偶者が仕事をする必要も出てきた。子②の協力は得られない。	子①の配偶者としては本人との同居生活は続けたくない意向だが、本人は施設入所を受け入れておらず、認知症と難聴、家事の経験がないことから一人暮らしも難しい。	○子①の急死で配偶者は精神的に不安定な可能性あり。亡くなった子①を偲ぶ話題で両者をつなげる支援をする。 ○子②に関わってもらえるよう提案する。 ○別居ではなく、介護サービスを利用し、子①の配偶者が仕事や自由な時間を過ごすことを試してもらおう。	子①の配偶者が地域包括に相談をする中で介護について知識を深め、広い視野で考えられるようになった。本人の生活意欲が回復傾向になったこともあり、しばらく同居での生活を続けることとなった。	○認知症の方の自己決定を踏まえた上で、意向が異なる家族をどう支援するか。	
	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	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	4							
	民生委員	医療相談員	2	市役所	2							
	高支連	社会福祉士	1									
ボランティア	理学療法士	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	
9	本人	医師	1	ケアマネ	4	地域包括支援センター	金銭管理が困難な者について	要介護認定に該当せず金銭管理が困難な人を社会資源などを活用しながらどのように見守っていけば良いか。	○日常生活はおくれており、身体状況に問題はないため見守りを行いつつ就労支援を行っていく必要があるのではないかと。 ○金銭管理が不十分な部分に支援は必要か。 ○認知症によるものか性格によるものかをみるために認知症の有無、身体疾患がないかを診てもらう。 ○食事の内容で判断力の低下も考えられる。 ○必要に応じて要介護認定の申請をしていく。 ○地域の「子ども食堂」や地域包括等で行っているサロンなどの情報提供をする。	日常生活自立支援事業につなげ、金銭管理の支援を受けている。介護保険サービスの利用には消極的で導入に至っていない。通いの場につなげ、見守りや支援を行っている。	○金銭管理が苦手な人の利用しやすい支援、相談先が必要。	
	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		訪問看護師		消防							
	市社協	1	保健師		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									
	ボランティア				合計							23
10	本人	医師	1	ケアマネ	4	地域包括支援センター	介護保険サービスを利用しておらず認知症の診断もしていない高齢者の見守りについて	かかりつけ医や専門医を受診したが認知症の診断ができておらず、サービス利用もしていない方をどのように見守っていったら良いか。	○配偶者との信頼関係を構築することで、継続的な支援のきっかけになるのではないかと。 ○改めて専門医に診察に繋げることで、疾患の治療を優先することができるのではないかと。 ○専門科を受診し、治療をするべきではないかと。また、その上で不安が解消されるような制度の利用をしてみてもどうか。 ○不安の原因やその頻度について何かパターンがあるかどうかなどもう少し把握する必要があるのではないかと。 ○困った時に発信することができる能力は有していると思われるので、本人たちの受け入れ具合をみながら支援していったらどうか。	入院を経て現在はグループホームへ入所している。	○世帯全員に認知症の疑いがある場合の見守り体制の整備が必要	
	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		訪問看護師		消防							
	市社協	1	保健師		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									
	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	
11	本人	医師	1	ケアマネ	6	地域包括支援センター	金銭管理が苦手な人の支援について	公的な制度による支援以外に、本人の支援になるものはあるか。	○本人の意向の詳細な確認が必要。 ○生協の配達員、ヘルパー、訪問看護を導入し、協力して買いすぎを防ぐ。 ○認知機能の低下に備えて医療機関やサービス事業者との信頼関係を築く。 ○親族の支援により生活が成り立っているため、支援を継続してもらう。	金銭管理は支援者が関わり確認をしている。買い物はヘルパーと一緒に買うものを決めている。税金の未納が新たに発覚したため、関係機関と連携を図り、支払い方法を検討している。	○金銭管理が苦手な人の利用しやすい支援、相談先が必要。	
	家族	歯科医師	2	介護事業者	5							
	町会	2	薬剤師	2	警察							
	地区社協		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							1
	高支連		社会福祉士		認知症患者医療センター							
ボランティア		理学療法士	1	合計								
12	本人	医師	1	ケアマネ	6	地域包括支援センター	サービスの拒否があり閉じこもりがちな独居高齢者の支援について	閉じこもりがちな生活を続けることが身体機能、栄養状態の低下につながり、本人が望む在宅生活を継続できなくなる可能性がある。	○社会福祉協議会の困りごとワンコイン事業を利用し、支援者の介入に抵抗がなくなった時点で継続的な介護保険サービスに繋げる。 ○町会・民生委員、社協、包括がサロン等の地域の資源について情報提供を行うことで、本人が支援の必要性を理解し、地域での見守り体制を知ることができるように継続に関わる。 ○緊急通報装置、あんしん電話を利用し、安心感を得られるようにする。 ○兄弟に週に1回電話をしてもらい、現在の生活を継続する。	サロンの案内やボランティアの活用について提案をしているが受け入れは拒否的。引き続き見守りを行いながら、資源の提案をしていく。定期的な親族の電話での安否確認をしてもらえるようになった。	○坂が多い地形のため、加齢による身体機能の低下に伴い、外出が困難となり閉じこもりになる傾向がある。	
	家族	歯科医師	2	介護事業者	5							
	町会	2	薬剤師	2	警察							
	地区社協		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							1
	高支連		社会福祉士		認知症患者医療センター							
ボランティア		理学療法士	1	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		
13	本人	医師	1	ケアマネ	6	介護支援専門員	健康管理・金銭管理が困難で入退院を繰り返す独居男性の在宅生活支援	60代独居。糖尿病、認知機能障害あり。外で転倒し救急搬送、高血糖治療にて入院となるが、離院し自宅へ帰ってしまう。再度入院となり、血糖は安定。本人の病識の薄さと認知機能低下により自身での健康管理は困難。金銭管理にも支援が必要。サービス利用を条件に退院となり、サービス事業所へ一定の金額を預け、食事の確保をしてもらうこととなる。本人は干渉されることを好まず、自由が制限されると逃避行動がある。	○他者による金銭管理の受け入れが難しい。 ○病識が乏しく自身での健康管理は難しい。 ○身寄りや地縁もない独居の方の生活をどう支えるか。	○週ごとにお金を小分けし、訪問介護事業所で管理してもらう。週1回おこづかいを振り込む。生活支援課に管理を依頼する。 ○本人が納得できるよう、生活費を具体的に数字で示して説明する。 ○ヘルパーに買い物を頼むのではなく、一緒に買い物に行く。 ○日常生活自立支援事業の利用。自分で家計簿をつけてもらうようにする。 ○病状悪化への見通しを立てる。認知症の進行状況について把握が必要。	月～土まで巡回型訪問介護、月2回訪問看護を利用継続中。食費は事前に訪問介護事業所へ預け、それ以外は自己管理しているが、生活費は維持できている。服薬についても自己管理ができており、安定した生活が送れている。	○若年性認知症の人などが役割を持てるような居場所づくり。 ○これまで仕事としてきたことが活かせる通いの場。特に男性が集える場づくり。 ○病識が不足している場合のセルフケア意識の向上。	
	家族	歯科医師		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	1	医療相談員		市役所								2
	高支連	社会福祉士		理学療法士	1								
ボランティア	その他	2	合計	21									
14	本人	医師	1	ケアマネ	6	地域包括支援センター	意欲低下により閉じこもり、不活発な生活となっている高齢者への支援	○本人の気持ちの変化につなげる方法はあるか ○不活性な状態を改善できる工夫はあるか	○周囲から見た整った環境ということが本人にとっては居心地の悪い状況となっていることもある。 ○家族が本人へ自宅内での役割を持たせ、楽しめる雰囲気、居場所を作ってあげる。 ○趣味や活動など、家族が寄り添い一緒に行く。 ○やらされる、やらなくてはいけないという義務感ではなく、小さな目標をたて、達成感をもってもらう。 ○薬の力を借りることも必要かもしれない。主治医へ相談することもひとつ。	主治医からの勧めもあり、短期集中予防サービスを見学、利用に向けて調整をしている。	○要支援の状態であっても、役割をもち、活躍できる場所づくり。 ○男性が楽しみとして集える場所づくり。		
	家族	歯科医師		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	1	医療相談員		市役所							2	
	高支連	社会福祉士		理学療法士	1								
ボランティア	その他	2	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	1	ケアマネ	4	地域包括支援センター	80代。配偶者と障害がある子との3人暮らし。心筋梗塞を発症後、フォロー治療を継続してきたが、心機能の悪化により入院。積極的治療はできず状態管理となる。配偶者の理解力低下があり、病状把握や服薬・食事管理が難しい。本人、家族とも在宅への希望強く、経済的な理由から、最低限の介護サービスを調整し退院となる。他市に住む親族も関わるが、直接的な支援は難しい状態。再度心機能が悪化、往診医と親族で話し合い、再入院となった。	○医療管理が必要であるが、配偶者は記憶力低下により状況把握が難しい。 ○子には障害があり、決定能力がなく、キーパーソンとなれる家族はいない。 ○医療管理が必要なケースの在宅を支えるために、支援者がどう関わられるのか。	○服薬ロボットの活用もできるのではないかと。 ○家族が予後を理解できているのか。病状の安定や改善が難しい中、どこを目標にするのか。 ○認知症＝意思決定ができない、ではなく、その時々判断はできるのではないかと。 ○世帯支援が必要なケースであり、他機関との連携や本人の終末期への判断が必要。	再入院後、危険な状態から一時回復はしたものの、入院先の病院にて家族に見守られながら他界された。	○多問題を抱える家族に対し、他機関との連携やネットワーク作りが必要。	
	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	3							
	民生委員	2	医療相談員	1	市役所							1
	高支連		作業療法士	1	理学療法士							1
ボランティア	その他	1	合計	21								
16	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	80代独居。引きこもりがちであり、三叉神経痛が再発し、寝てばかりの生活が続き、さらに体力低下がみられた。子①②が夜間はどちらかが本人宅に泊まり面倒をみている。子①②はデイサービス等、外に出て他者と関わりをもちながら体力作りを希望しているが、本人の拒否が強い。リハビリアセスメント支援事業を活用し、自宅内での役割や取り組める環境をつくること、健康管理という点で訪問看護の利用を提案している。	体力や筋力低下が進み、自分で積極的に動くことも減っているが、外出や他者との関わりは好まず、身体を動かす機会への参加は難しい。現状の改善を図るにはどのような支援の方法があるか。	○家族の介護をしたいという気持ち強く、バックアップ力が強いことで、廃用性になっている可能性がある。 ○認知機能や心理状態、うつの始まりなのか、もともとの性格なのか現状を把握することが大切。 ○耳が遠いことが交流の障害になっているのではないかと。 ○残存能力を活用して本人のやる気の出るような声かけをし、家族が引いてみることも必要である。 ○本人の興味のあることから外出の機会に繋げる。	誤嚥性肺炎にて入院。肺炎症状は回復しているが筋力低下著しく、在宅生活は困難と判断し施設入所を検討している。要介護認定の区分変更申請中。	○近くに商店がないなど、環境面で外出の機会が減ってしまうことも多い。移動販売で自力で買い物できるなど、外出を続けられるような環境づくりが必要。	
	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	3							
	民生委員	2	医療相談員	1	市役所							1
	高支連		作業療法士	1	理学療法士							1
ボランティア	その他	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
17	本人	医師	1	ケアマネ	4	地域包括支援センター	認知症で経済的に問題があり、必要なサービスが導入できないケース 70代。子①と同居。自営業を営んでいるが客はほぼいない状況。店があることにより外には出ず、本人は介護サービスを拒否している。 以前ライフラインが止まった経緯があり、子②が公共料金の支払いを行っていたが、本人から子②への被害妄想があり、現在は支援できておらず、子②からの金銭的な支援も打ち切られてしまった。 今後成年後見制度の利用も検討している。 本人は何かあれば支所に相談している。	○子①と本人の生活費だけでは生活するのが困難であるが、どのような方向で支援をしたらよいのか。 ○サービス利用を拒否しているため、働きかけの工夫をどうしたらよいか。	○子①が本人について理解できていないのではないか。子①にも支援が必要なのではないかと。 ○子②に再度アプローチをして協力をしてもらえるようにする。 ○症状、状態は落ち着いているので様子を見て今後の対応をしていく。	支所・民生委員・地域包括の他、オレンジ協力の傾聴ボランティアによる見守りを継続している。薬は、飲んだり飲まなかったりという状態が続いており、本人の健康状態を子①に伝え内服の重要性を理解してもらい、服薬管理を依頼する。	○早くから地域の独自の見守り体制が構築されているが、まずは家族でという考え方が根深く問題を抱え込み問題が深刻化してしまう。
	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	1	保健師	地域包括	7						
	民生委員	4	医療相談員	市役所	1						
	高支連		社会福祉士	在宅医療	2						
	ボランティア		大学教授	1	合計						
18	本人	医師	1	ケアマネ	4	地域包括支援センター	他者の介入を拒否し、自らの介護にこだわりをもち続ける配偶者にどう関わるか 70代、配偶者と2人暮らし。配偶者は自営業を営んでいるが、仕事場に寝たきりの本人を連れて行き、配偶者が介護しながら仕事をしている。 支援者より往診や介護サービス導入などの必要性を説明するが他者の介入を拒否し、配偶者なりの介護を行っている状態。	○医療や介護サービス、他人の介入について拒否が強い配偶者に対してどのように関わればいいのか	○配偶者と信頼関係を築いていく ○サービスや制度、正しい知識などの情報提供を継続する ○金銭面や家族関係についてアセスメントを行う	褥瘡について通院している病院の相談員を通じて受診の状況を確認、栄養状態の評価を依頼し検査結果より、貧血などはないが、糖尿病の疑いがあり、内科につながった。継続して病院の相談員と連携しながら訪問し、必要時入院の対応などを依頼する。	○家族に何らかの問題があり、必要な支援につながらない。経済的な理由から必要なサービスにつなげない。
	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	1	保健師	地域包括	7						
	民生委員	4	医療相談員	市役所	1						
	高支連		社会福祉士	在宅医療	2						
	ボランティア		大学教授	1	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	
19	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	なんでも自分でできると言い支援を拒むケース 90代独居。子が週3～5日泊まりに来ている。転倒を繰り返し住宅改修をおこなっている。ヘルパーや家族が支援してもすぐに忘れることもあり、一時的にヘルパー拒否も見られたが現在は利用できている。徐々に日常生活動作機能の低下が見られてきているが、自分で何でもできているという自負は維持している。	転倒を繰り返し、下肢筋力や認知機能の低下が見られるが、生活不活発が継続している。また、子への負担が大きくなっていく中で他に支援方法はないか。	○子の介護負担の程度を確認し、軽減していく方法を考える。 ○転倒の危険性があるところの住環境の見直し。 ○本人の一番望んでいる支援は何か見つけ、楽しみを探る。 ○できている所・できていない所の見極めが大切。	サービスなどの変化はないが、認知機能も維持され、転倒もなく体調も変わらずに健康状態も維持されている。本人の面倒を見ている家族に対してねぎらいの言葉をかける、介護者のつどいに参加を促すなど働きかけている。	○地域の方と専門職が連携し、支援が行える体制作りが必要。	
	家族	歯科医師		介護事業者	12							
	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		地域包括							4
	民生委員	4	医療相談員		市役所							2
	高支連		理学療法士	1	大学教授							1
ボランティア				合計	33							
20	本人	医師	1	ケアマネ	4	地域包括支援センター	認知症が疑われる独居高齢者のケース 70代独居。家賃滞納あり、火の不始末も心配と相談あり。物忘れや幻覚も出現しており、医療や介護保険については「病院は嫌い。体は動くから大丈夫」と拒否的。在宅医療・介護連携支援センターに相談、アウトリーチを実施し、介護保険申請・サービス導入に至る。今後入所も検討している。	介護保険制度と地域の社会資源を活用して本人の生活をどう支えるか	○自宅の環境整備を行い、ヘルパーが入れる環境を作る。 ○家族背景について情報収集を行い、子との関係性の回復・再構築を行い、助けが必要なところをお願いする。 ○金銭管理が難しいため、成年後見制度の活用を検討する。	食事の確保、清潔保持、認知機能低下防止のためにデイケアの利用を増やす。その後、本人の体調が悪くなり数日間入院。入院をきっかけに子と連絡が取れるようになり、施設入所の同意を得て入所に至る。	○地域包括を地域の方に積極的に周知し、地域の方と専門職が連携し、支援が行える体制作りが必要。 ○地域において認知症への理解をより深めるための啓発活動が必要。	
	家族	歯科医師		介護事業者	12							
	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		地域包括							4
	民生委員	4	医療相談員		市役所							2
	高支連		理学療法士	1	大学教授							1
ボランティア				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	
21	本人	医師	ケアマネ	3	介護支援専門員	身体不調の訴えの多い認知症独居者への支援について	80代、要介護2。子家族と同居中、本人の暴言・暴力により別居を余儀なくされ、現在は独居。入院での治療が終了し、検査上は問題なく退院したが、帰宅後本人からの身体不調の訴えが頻回で、子や居住している集合住宅の管理事務所職員がその言動に振り回されている。	本人は病状を受け入れることができず、不安や寂しさから頻回に入院希望や生活への支障を訴え、家族や関係者が振り回されている。家族とは本人の言動が原因で別居しており、本人の不安を受け止めてくれる人がいない。	○総合的に診てくれる医師の往診と訪問看護を組み合わせ導入してはどうか ○本人の気持ちを再度確認することにより、気持ちに寄り添う方法を考えてはどうか	肺炎により急遽他界したため支援終了。	○認知症についての正しい理解と対応方法が分かる市民が増え、認知症の方を地域全体で重層的に見守れる体制整備が必要。
	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 保健師	地域包括	4							
	民生委員	医療相談員	市役所	2							
	高支連	9 社会福祉士	管理事務所	1							
	ボランティア		合計	20							
22	本人	医師	ケアマネ	3	介護支援専門員	金銭管理に必要な独居者への支援について	50代、要介護2、独居。子供のころから難聴、10年ほど前に交通事故による障害が残り、多額の保険金が入り、以降は就労せず浪費していた。3年前の脳出血により身体のコわばり、高次脳機能障害の後遺症がある。現在貯金が僅かなため、今後は生活保護申請予定だが、扶助費だけで生活していくことに不安を抱えている。しかし、多額の消費生活を変えていくことができていない。以前は飲み仲間もいたが、現在は疎遠で支援してくれる友人や親近者はいない。	○多額の保険金を自由に使ってきたので、今後生活保護扶助費内で生活していくことに不安がある。 ○食生活や禁煙、飲酒の改善の必要性を感じているが、本人の望む「自由できままな生活」をどこまで受け止めて支援したらよいか	○本人は「予防」という考えを持つことが難しい。 ○実際に困って見ないと分からないところもあるため、SOSを出したときにすぐ支援できるような環境を整えることが重要。そのため、長期的な関わりが必要。	生活保護を申請し保護が決定したが、その後自宅に現金があることが発覚。そのため、実際に受給開始したのは2か月後であった。生活費を本人が管理できるかは不安が残っている。	○金銭管理を行う支援者との連携強化や金銭管理に関する制度の理解の推進。 ○高次脳機能障害に対する理解の推進。
	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 保健師	地域包括	4							
	民生委員	医療相談員	市役所	2							
	高支連	9 社会福祉士	管理事務所	1							
	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	
23	本人	医師	ケアマネ	1	介護支援専門員	介入を拒否する独居者への支援について	80代、認知症、集合住宅にて独居。後見人が選任されている。家族との関係は希薄。介護サービスの利用を拒否していた時期もあったが、現在はデイサービス、訪問看護、配食サービスを利用。訪問介護は拒否的なため、保清、環境整備は不十分。洗濯はデイサービスで行っている。最近、近隣住民から本人の衛生状態や認知機能に不安を持つ声が寄せられている。	○訪問介護利用拒否の為、生活環境が不良。 ○口腔内に腫瘍があるが、受診を拒否している。 ○地域住民から衛生状態や認知症状について不安を持つ声があがっている。	○訪問看護の利用は受け入れているので、訪問看護との同行等により訪問介護を導入してはどうか。 ○通院が難しければ、往診も検討してはどうか。口腔内の腫瘍について、スマートフォン等で写真に撮り、医師に相談する方法もある。 ○民生委員や本人にとってキーパーソンになる人を決めて、専門職から事情を伝えることから始めてはどうか。	排泄の失敗が頻回になり1日2回、訪問介護が入るようになった。近隣の理解や見守りが得られるように、ケアマネが集合住宅の管理人と情報交換を行った。現在は特に近隣から本人の状態を危ぶむ声はあがっていない。	○認知症についての正しい理解と対応方法が分かる市民が増え、認知症の方を地域全体で重層的に見守れる体制整備が必要。 ○歯科医、眼科医等の専門医との連携の構築が必要。
	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	地域包括	3							
	民生委員	医療相談員	市役所	2							
	高支連	4 社会福祉士									
	ボランティア		合計	12							
24	本人	医師	ケアマネ	1	介護支援専門員	物忘れが出てきた独居者への支援について	本人のできることは引き続き継続してもらい、服薬管理や買い物など援助が必要な事のみ支援している。地域の見守りの目もあるが、今後在宅生活を継続させるために何を行ったらよいか。	○地域住民の協力を得るためには、まず家族から地域に本人の状況を伝え、協力を求めてもらう。家族がそれをできるかどうかは、在宅生活がどこまで可能かを見極める材料にもなる。	症状が進行し、区分変更申請をしたところ要介護1となる。デイサービスの利用を3回/週に増やし、服薬を促すため、弟が毎日電話をかけている。子は認知症認定看護師にいつでも相談できる体制となり、少しずつ認知症を受容しつつある。	○認知症についての正しい理解と対応方法が分かる市民が増え、認知症の方を地域全体で重層的に見守れる体制整備が必要。 ○離れて暮らす家族の本人の状況についての理解促進。	
	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	地域包括	3							
	民生委員	医療相談員	市役所	2							
	高支連	4 社会福祉士									
	ボランティア		合計	12							

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	0	医師	2	ケアマネ	15	<p>重度認知症で生活全般に援助が必要だが、施設入所を強く拒む独居高齢者</p>	<p>○独居で身寄りがなく、介入困難な重度認知症の方が在宅で生活していくためにできることは何か。 ○施設入所させるべきである状況で、本人の拒否が強い場合どのような方法をとればよいか。</p>	<p>○精神疾患の可能性も含め、サービス等の調整だけではなく治療も必要ではないか。 ○金銭管理について、ケアマネやヘルパーが行うことはリスクが高く、早期に成年後見制度の手続きをすすめる必要がある。 ○顔なじみの受け入れが良い時期に、仲間を増やしておく。 ○本人の意思の尊重だけでは生活が成り立たない場合、関係者間での検討と同意をもって施設入所も考えられるのではないか。</p>	<p>本人の状態が悪化し、現状をますます認識できなくなってきたため、成年後見人を含めた関係者で協議し、入所を試行した結果、本人も納得してそのまま入所となった。現在も強い拒否はなく生活されている。</p>	<p>○緊急やむを得ない場合に支援者が行う金銭管理について、支援者をリスクから守るための対策が必要。 ○本人の意思の尊重だけでは生活が成り立たない場合の意思決定について課題がある。</p>
	家族	0	歯科医師	1	介護事業者	0					
	町会	4	薬剤師	3	警察	0					
	地区社協	0	看護師	1	消防	0					
	市社協	1	保健師	1	地域包括	5					
	民生委員	1	医療相談員	1	市役所	3					
	高支連	3	社会福祉士	0	司法書士	1					
	ボランティア	0	その他(学生)	9	合計	50					
26	本人	0	医師	2	ケアマネ	15	<p>自立した生活が可能だが、不安が強く、施設入所を希望して入退院を繰り返しているケース</p>	<p>○生活の不安が大きく、他に頼れるものが無いため、救急要請を繰り返している。 ○食事と、見守られている安心感、自立を支える人がいれば、生活ができるのではないか。 ○施設という選択肢に制限がある低所得の高齢者の住まいについて。</p>	<p>○地域住民での支援、サロンの活用。 ○まず食事の安心を解決し、社会参加できるよう地域で支援していく。 ○問題ケースの早期発見、早期介入を地域住民・専門職関係なく積極的に行う。</p>	<p>現在入院中。医師からは生活習慣を整えることができる施設入所が望ましいと言われていて、入所先を探しているが、現在入所できる所はないが、本人は現状を受入れられていない。</p>	<p>○地域で孤立しないような仕組みづくり。 ○重症化、手遅れになる前に地域の介入ができるよう、早期介入が必要。 ○医療・福祉専門職と地域住民との連携が重要。</p>
	家族	0	歯科医師	1	介護事業者	0					
	町会	4	薬剤師	3	警察	0					
	地区社協	0	看護師	1	消防	0					
	市社協	1	保健師	0	地域包括	5					
	民生委員	1	医療相談員	1	市役所	3					
	高支連	3	社会福祉士	0	司法書士	1					
	ボランティア	0	その他(学生)	9	合計	50					

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	0	医師	2	ケアマネ	22	<p>徘徊を繰り返すも、配偶者の危機感が薄い。夫婦が安全に過ごすためのアプローチについて</p>	<p>徘徊で5~6回位警察保護されていた70代、要介護2。配偶者は80代で毎日午前中は仕事に行き、月に4回ほど趣味の会に出かける。デイサービスを利用して、徘徊で保護されることは少なくなったが、配偶者と草むしりをしている時に2回行方不明になった。また、デイサービスで着替えた洗濯物がそのまま荷物に入っているなど、配偶者の介護不足が感じられるが、ヘルパーは不要と言う。一度、両手にあざがあり、配偶者が腕をつかんだ時にできたと考えられる。</p>	<p>○徘徊が頻回で、警察に保護されている。 ○配偶者の介護負担軽減のため様々な提案をしているが特に困っていることはないと言われる方への支援について。</p>	<p>○見守りシールを地域住民に使いやすい制度にしておく。また、小中学校単位でPRし、地域住民に浸透するよう周知する。 ○本人の居所を把握するためにGPS、スマートカメラを活用し、記録として残す。 ○80代の介護者が日々の着替えの用意は難しい。子ども仕事で忙しいと思うが、電話やメールで連絡をとり、協力が得られる体制を今後も続くようにする。 ○地域の方と話し合いをして、徘徊対策を練っておく。</p>	<p>毎日デイサービスを利用し、一人で外出することはほとんどなくなり、徘徊で保護されることはなくなった。 見守りシールを導入し、連絡先は子となっている。子の協力を得ることができ、夫の負担が軽減された。</p>	<p>○見守りシールの申請場所の拡大や小中学校単位での周知 ○認知症のある高齢者を町会・地域・商店・介護サービス事業所で見守る体制の強化</p>
	家族	0	歯科医師	1	介護事業者	0						
	町会	3	薬剤師	3	警察	1						
	地区社協	0	看護師	1	消防	0						
	市社協	1	保健師	1	地域包括	5						
	民生委員	2	医療相談員	0	市役所	2						
	高支連	3	社会福祉士	0	その他	6						
ボランティア	0			合計	53							
28	本人	0	医師	2	ケアマネ	22	<p>同居家族があり認知症状も軽度の高齢者がキャッシュカード詐欺被害に遭った事例</p>	<p>認知症は軽度の80代、要介護2。子ら家族5人と同居の2世帯住宅の1階に住み日中独居。市役所の職員と名乗る者からの電話で、健康保険料を過徴収したため払い戻しをするとの連絡あり。払い戻し手続きをするために行員が自宅に来訪するとの連絡を受け、来訪した行員に「キャッシュカードが古くなっており使用できない」と説明を受け、キャッシュカードを渡し、暗証番号も教えてしまった。</p>	<p>○軽度の認知症状がある高齢者の詐欺被害を防止するにはどうしたらよいか。 ○簡単に身に付く被害防止策が必要。</p>	<p>○留守電機能の活用と対策機器の導入。 ○高齢者だけではなく、家族にも被害対策の理解が必要。 ○通帳やキャッシュカードを家族が預かるのも被害を未然に防ぐ1つの方法である。</p>	<p>本人は落ち込んだが、日常生活の変化はない。被害届を出したがお金は戻ってきていない。通帳と印鑑、キャッシュカードは家族が預かり、本人はお小遣い程度を管理して生活している。電話は留守番電話にして、知らない人からの電話には出ないことにしている。</p>	<p>○高齢者が被害にあう前に早期発見、対応ができるよう相談ができる体制を整える。 ○地域全体で詐欺の被害状況や対策の周知が必要。 ○警察・銀行・福祉専門職への連絡・通報体制の構築。</p>
	家族	0	歯科医師	1	介護事業者	0						
	町会	3	薬剤師	3	警察	1						
	地区社協	0	看護師	1	消防	0						
	市社協	1	保健師	1	地域包括	5						
	民生委員	2	医療相談員	0	市役所	2						
	高支連	3	社会福祉士	0	その他	6						
ボランティア	0			合計	53							

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	0	医師	1	ケアマネ	3	80代、要介護2。配偶者と二人暮らし。腰椎圧迫骨折による入院後、リハビリ病院を経て自宅退院。通所リハビリを計画していたが、拒否が強く、利用に繋がらなかった。配偶者は引きこもりを心配して買い物ついでに喫茶店へ一緒に歩き、体力の維持に努めてきた。今年に入り物忘れが顕著になり、夫婦喧嘩や大声が多くなった。話好きで住民と世間話をするが実際にはない話をするので、配偶者が事情を説明している。喫茶店が閉店し、家で横になる時間が増え、腰痛を訴えている。ヘルパーの介入を拒否しており、配偶者の介護負担が大きい。	○配偶者は介護負担を感じているが、本人は介護サービス導入を拒否している。配偶者の介護疲れと孤立を防ぐための方策について。 ○引きこもりがちになり、腰痛が悪化してしまふ可能性がある。	○夫婦そろってデイサービスを利用することで、課題を解決できるのではないかと。○介護サービスを利用するだけでなく、徐々に地域のサロンなどの社会資源を利用するようにケアプランを作成したほうがよい。○本人の日常生活動作能力を保つためにも、リハビリ専門職のアセスメント支援事業を利用してはどうか。 ○訪問看護を導入することで子以外の頼れる身近な存在を作るのも方法ではないか。	介護サービスを再検討することで、福祉用具の導入を提案した。本人はまだ受け入れていない。また、デイサービスを利用することを提案したが、保留中。現状は大きな変化はない。	○認知症の人や家族が気兼ねなく利用できる居場所づくり。 ○夫婦が社会から孤立しないように、あいさつ運動を通して地縁のネットワークの構築。 ○地域サポート医との緊密なつながり
	家族	0	歯科医師	0	介護事業者	0					
	町会	2	薬剤師	0	警察	0					
	地区社協	2	訪問看護師	0	消防	0					
	市社協	0	保健師	0	地域包括	3					
	民生委員	4	医療相談員	0	市役所	2					
	高支連	0	社会福祉士	0	介護用品	1					
ボランティア	0	相談支援センター	0	合計	18						
30	本人	0	医師	1	ケアマネ	8	がん末期の本人と知的障害が疑われる配偶者の二人暮らしの世帯。80代、要介護2。下半身の筋力低下が顕著で杖を使って過ごしている。延命治療をしない選択をして自宅で過ごすことを希望している。ヘルパーは入っていて関係は良好であるが頑固な性格でサービスを拒否している。そのためヘルパーの回数を増やしたりデイサービスや配食等の各種サービス調整を行うことが困難。	○サービスを増やせず、配偶者も緊急時にSOSを出せないため急変時の対応が困難。 ○本人が亡くなった後、配偶者への支援について ○訪問を増やす以外の方法でつながりがもてないか。	○状況が悪化した時のためにどのような事態になったら病院に行くかと基準を決めておいた方がよいのではないかと。 ○本人が亡くなった後の金銭管理のために配偶者に後見人を付ける必要があるのではないかと。 ○今後のために配偶者を施設に入居させる準備を進めた方がよいのではないかと。 ○ヘルパーとの関係が良好であることから話を聞いてくれる人ならば良好な関係を築けるかもしれない。オレンジ協力員に協力をお願いするのはどうだろうか。	配偶者の入退院があったが現在は夫婦ともに体調、状態が安定し、ヘルパー援助を受けながら在宅生活の継続ができています。	○支援拒否や介護力の弱い世帯に対する見守りネットワークの構築が必要。 ○地域サポート医との緊密な連携 ○オレンジ協力員などインフォーマルな資源の活用
	家族	0	歯科医師	0	介護事業者	0					
	町会	4	薬剤師	0	警察	0					
	地区社協	3	訪問看護師	0	消防	0					
	市社協	0	保健師	0	地域包括	3					
	民生委員	5	医療相談員	0	市役所	2					
	高支連	0	社会福祉士	0	介護用品	1					
ボランティア	0	その他	1	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
31	本人	0	医師	1	ケアマネ	8	<p>80代、要介護1。過去に前立腺がんの手術をしており、尿失禁がある。配偶者は遠方の施設に入所中。普段から車を使っており、日々の買い物や配偶者への面会に車を利用している。車にはへこみや傷が頻繁にできており、危険なため免許返納を勧めているが本人は拒否しているケース。</p>	<p>○掃除等が不十分でサービスを入れたいが、配偶者の施設費用にお金を回したいとの希望があり自身へのサービスを拒否している。 ○車にへこみや傷ができていたため、大きな事故になる前に免許返納を勧めたい。</p>	<p>○市からのミニ援助券や社協のサービスによる安価で利用できるサービスを勧める。 ○車については、普段から使っているため返納をただ勧めるだけでは難しい。車の維持費(ガソリン代や車検代等)を算出して、タクシー(代替手段)代を算出して比較検討する必要がある。 ○本人の「今まで運転してきたから大丈夫」という自信を崩すのは難しい。周りから説得する必要がある。 ○大きな事故になる前にある程度強制力を働かせる必要があるかもしれない。</p>	<p>本人と配偶者が入居する施設ケアマネ、居宅のケアマネとで話し合いを行い、本人は配偶者と一緒に暮らしたいという思いが判明。現在の配偶者の状態では自宅での生活は不可能であるため、施設ケアマネが夫婦と一緒に住める有料老人ホームや高齢者住宅を探すことになった。</p>	<p>○本人の納得が得られるような、高齢ドライバーの免許返納についての啓発活動が必要。また代替の交通手段についても情報提供が必要(送迎バス等の利用)。</p>
	家族	0	歯科医師	0	介護事業者	0					
	町会	4	薬剤師	0	警察	0					
	地区社協	3	訪問看護師	0	消防	0					
	市社協	0	保健師	0	地域包括	3					
	民生委員	5	医療相談員	0	市役所	2					
	高支連	0	社会福祉士	0	介護用品	1					
ボランティア	0	その他	1	合計	28						
32	本人		医師	2	ケアマネ	1	<p>配偶者と2人暮らしであったが、子が数年前に離婚し孫と2人で実家に戻ってきた。子はうつ病で就労せず、家事、育児がほぼできない状況。本人と配偶者が年金で子と孫の生活を支え、幼稚園の送迎など孫の世話をしていた。半年位前から本人に物忘れが出現しアルツハイマー型認知症の診断を受け服薬開始、要介護1の認定を受ける。日常生活に支障はないため介護サービス利用はせず。数ヶ月前から孫の送迎中に道に迷うことがあり、孫の世話が困難となった。最近では、家事全般と孫の世話は全て配偶者が1人で担っているが、配偶者も脊柱管狭窄症があり負担が大きい。</p>	<p>○各々が問題を抱えており支援が必要(多問題家族)。孫の成長にも影響があると思われる。 ○配偶者の病気が悪化し、介護を担えなくなるなど、家族介護に限界がくる可能性が高い。 ○どこの支援機関に繋ぎ、どのように支援していくか。</p>	<p>○他機関とチームを組み世帯全体の問題と捉える。 ○世帯を護るチームとしての役割分担と情報共有を行う。 ○期間を決めながら定期的にモニタリングを行う。 ○配偶者の医師など各機関に状況を確認し、支援者で情報交換、役割分担しながら支援する。</p>	<p>本人他界により、支援終了</p>	<p>○家族全員が問題を抱えており、多分野の支援が必要な家族が多い。 ○子育て世代で精神疾患を持っている人が定期的な医療受診ができていない。</p>
	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		
33	本人	医師	5	ケアマネ	5	介護専門員	生活状況への危機意識が薄いアルコール依存への支援について	70代、配偶者と2人暮らし。配偶者の服薬管理について通院先の病院より地域包括へ連絡が入る。地域包括とケアマネで自宅訪問、要介護認定申請し、本人は要支援1、配偶者は要介護2となる。本人は、結婚当初から飲酒中心の生活で、アルコール依存症の診断がある。買い物や調理、金銭管理は配偶者が行っていたが、配偶者も下肢筋力低下から歩行が困難な状況。本人はアルツハイマー型認知症で、配偶者と話が噛み合わず、同じ話を繰り返すため配偶者が疲弊していた。	○本人、配偶者に問題意識が薄いため、適切な支援に繋がらない。 ○配偶者以外の支援者がいない。	○配偶者の支援として、ヘルパー同行支援(外出支援)、下肢筋力低下があるため他科受診をする、家の改修を提案する。 ○夫婦でデイサービスに行く。 ○デイサービスを利用するなど、本人が飲酒しない時間を作る必要がある ○近隣住民やボランティアに声かけ、見守り依頼をする。	包括とケアマネが介入6ヶ月後に配偶者が死去。その後、本人は低カリウム血症で入院し、退院後は飲酒量が減りノンアルコールビールで満足するようになった。ヘルパーとデイサービスの利用も開始され、食事もとれるようになった。金銭管理は行政書士に依頼し、安定した生活をしている。	○家族の介護拒否により、介入ができないケースへの対応。 ○アルコール依存症の人への支援体制の構築。	
	家族	理学療法士	2	介護事業者	7								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	看護師	1	消防									
	市社協	親子すこやかセンター	1	地域包括	6								
	民生委員	基幹相談支援センター	1	市役所	1								
	高支連	5	実習生	1	病院事務長								1
	障害者相談室	1		合計	41								
34	本人	医師	5	ケアマネ	5	地域包括支援センター	本人・配偶者・子・未婚の妹で生活。本人は自立高齢者だが、認知症がある。子が約20年前に統合失調症と診断され薬を処方される。子に気付かれぬ様に処方された薬を味噌汁等に入れた所、子に副作用が起こる。子より問い詰められ、正直に告白した事から顔面打撃などの暴力が始まる。子に暴力を振るわれても配偶者は無視。配偶者からも暴言や罵声がある。子は本人の妹に対しお金を無心し、暴言などがある。子は通院しているが処方薬を自己判断で増減している。	○誰が誰にどのような虐待を受けているかが不明瞭 ○どのような支援機関に繋ぎ、どのように支援していくか	○交番で家族構成の調査を口実に訪問できないか。 ○子には警察、保健所、ほっとねっなど専門機関が介入する。 ○多分野にまたがる支援の促進や障害者分野との連携が必要。各々の役割を明確にし各機関との連携で虐待(暴力)の抑止に繋げる。	妹がガン末期となり、本人と妹に同じケアマネが付いた。子から本人に暴力があった時は、警察や保健所等の関係機関と連絡を取る体制ができた。現時点で子からの暴力はなく、子の支援を定期的に行っている。	○助けを求めらる近所の人がない。 ○精神疾患を持つ人の家族の支援や精神科の適切な治療を受けられる支援は必要。		
	家族	理学療法士	2	介護事業者	7								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	看護師	1	消防									
	市社協	親子すこやかセンター	1	地域包括	6								
	民生委員	基幹相談支援センター	1	市役所	1								
	高支連	5	実習生	1	病院事務長							1	
	障害者相談室	1		合計	41								

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	4	ケアマネ	4	基幹相談支援センター	精神疾患を持つ子と親が共に高齢化している家族への支援について	配偶者は十数年前に死去し、精神疾患の子①と2人暮らし。子①より今後のことが心配と基幹相談支援センターに相談。子②は近隣在住で時々様子を見に来ている。基幹相談支援センターより地域包括に連絡があり、本人に対して介護保険等について地域包括が介入することとなる。子①は意思疎通可能で、日常生活も声かけをすれば全て自立。子①に対しては基幹相談支援センターが介入し、入浴介助や外出支援など障害福祉サービスの利用、定期訪問(月1回)を実施。本人、子①共に強い拒否はないが、提案内容に消極的でサービス利用に繋がらない。	○障害支援機関と高齢者支援機関の連携がまだできていない。 ○強い拒否はないが、サービスに繋がっていない。	○見守りを継続し、ポスティングなどで相談場所を周知する。 ○子②と連絡を取り、緊急通報装置の設置を検討、今後の子①の暮らしをイメージし支援方法を検討する。	関係者での支援を継続したことで現状を維持している。介護保険申請ができる時期をうかがっている。	○障害分野と高齢者分野の支援機関が、何かあった時に繋ぐ相談機関について、共通認識ができていない。
	家族	理学療法士	2	介護事業者	7							
	町会	薬剤師	1	薬剤師実習生	1							
	地区社協	看護師	1	在宅医療	1							
	市社協	保健師	1	地域包括	6							
	民生委員	親子すこやかセンター	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	4	基幹相談支援センター	1							
	障害者相談室		1	合計	37							
36	本人	医師	4	ケアマネ	4	親子すこやかセンター	同居家族の中で多問題を抱えている	本人より親子すこやかセンターに「子③の配偶者が家出をした」と連絡が入り訪問。室内は物が散らかっている。自立高齢者だが多弁で話のまとまりがなく、言葉が荒い。子が5人おり、子③家族と同居。子④と子⑤が近隣在住で協力する意思があるが、子③の配偶者が寄せ付けなかった。子③は就業し、家事の多くを担っていたが、最近、ガン末期と宣告され、死去。子③の配偶者は知的障害がある。孫は3歳だが、保育所に所属せず言葉がでていない。	○子③が不在となり、生活体系が変わった。 ○経済的に困窮している。	○本人の介護保険を申請する。 ○生活保護受給を検討する。 ○子④と子⑤に支援協力を求める。また、孫の面倒を見てもらう。 ○孫の保育園利用を勧める。 ○孫へのグリーフケアを行う。	子③の配偶者は家には戻らず、生活保護を受けながら本人と孫で生活。孫は3歳児健診にてフォローができ、保育所へ入園し、言葉については、発達支援センターに通っている。孫の送迎は、子⑤が担い、協力をしている。本人は介護保険は申請せず、子④と子⑤の協力を得ながら安定した生活をしている。	○多分野にまたがる支援を必要としている人が多い。 ○障害分野との連携が必要な家族が多い。 ○地域の方と繋がり相談相手や何かあった時に関係機関に繋げる関係性の構築が必要。
	家族	理学療法士	2	介護事業者	7							
	町会	薬剤師	1	薬剤師実習生	1							
	地区社協	看護師	1	在宅医療	1							
	市社協	保健師	1	地域包括	6							
	民生委員	親子すこやかセンター	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	4	基幹相談支援センター	1							
	障害者相談室		1	合計	37							

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	5	ケアマネ	3	介護支援専門員	家族と同居しているが、軽度認知症があり詐欺被害にあった事例	要介護2、80代で子②夫婦と二世帯住宅。学生の孫がいるが、日中は独居。本人は1階で生活。両膝関節症のため歩行器を使用。買い物や友人宅に行く等外出機会が多い。軽度認知症があるため、同じ物を購入してしまう。子②は買い物など支援をしているが、配偶者の協力はない。孫は何かと気に掛け本人に声をかけている。市役所職員を名乗るものから払い戻しの連絡があり、実際に取引している金融機関職員を名乗る者が自宅へ来訪。通帳とキャッシュカードを渡し暗証番号を教えてしまい、詐欺だと気づいた時には50万円程度引き出されてしまっていた。	○詐欺に対する認識が薄い。 ○連絡を受けた時にすぐ相談できる相手がない。	○町会単位で消費者被害の普及啓発活動を行う。 ○近所で声をかけあい、不審者が侵入しにくくする環境。「向こう3件両隣」の構築を目指す。 ○被害にあった時に何処の機関に繋ぐべきかを共通認識する。	同居している息子が通帳を管理。電話は留守電にして、相手を聞いてから出るようにしている。その後、消費者被害は受けていない。	○消費者被害の手口が多才。 ○消費者被害防止の推進が必要。
	家族	理学療法士	3	介護事業者	7							
	町会	薬剤師	1	警察	1							
	地区社協	看護師	1	地域包括	5							
	市社協	保健師	1	市役所	2							
	民生委員	医療相談員	3	基幹相談支援センター	1							
	高支連	社会福祉士	3	実習生	1							
障害者相談室		1	合計	38								
38	本人	医師		ケアマネ	3	介護支援専門員	身体機能が低下している方への外出支援について	80代、要介護2、独居。子①が近隣在住で通院介助をしている。子②は市外在住でほぼ関わりなし。本人の姉妹が近隣在住で一緒に出かけることがある。デイサービス週1回、訪問介護週3回利用し掃除、調理、買物支援を受けている。脳出血後遺症があり、左手の感覚が鈍い。本人は普通の速度で歩きたいと希望しているが、立ち上がりや方向転換時ふらつきがある。外出時は家族の勧めで自転車に変更したが交通事故に遭い、対応に苦慮している。家族は、仕事で忙しいためヘルパーによる支援を希望している。	○注意力や判断力の低下があるが、自転車に乗車している。	○訪問リハビリを活用し、自転車乗車に関して評価をしてもらう。 ○安定した歩行ができるようにプランの中にリハビリを入れる。	担当者会議を開催し、訪問リハビリを提案するが、本人家族共に拒否あり。その後も電動自転車で出かけるが転倒することがある。今後もサービス利用を提案していく。	○県道や歩道が狭く、自転車や徒歩が危険である。 ○外出する際の交通手段が自動車や自転車以外にない。
	家族	歯科医師		介護事業者								
	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		地域包括	4							
	民生委員	医療相談員		市役所	1							
	高支連	社会福祉士		合計								
ボランティア			合計	10								

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	ケアマネ	3	地域包括支援センター	介護サービスが必要だが、支援に繋がらない事例について	○家族と連絡が取れず、サービス利用に繋がらない。家族へのアプローチが難しい。	○専門医の受診に関して子③に理解を得る。 ○専門医を受診できない場合、アウトリーチを検討する。 ○子①と連絡がとれれば、支援者側が主導し、期間を決めて介護サービスを使うなど検討する。	デイサービスを週1回利用し、異常行動など見られず安定している。今後、デイサービス利用回数を増やすことや転倒予防のため屋内の改修を提案していく。	○数年前から異常行動が見られていたが、地域での把握がされておらず、地域住民同士の関心が希薄になっている。
	家族	歯科医師	介護事業者							
	町会	薬剤師	警察	1						
	地区社協	理学療法士	消防	1						
	市社協	保健師	地域包括	4						
	民生委員	医療相談員	市役所	1						
	高支連	社会福祉士	合計							
ボランティア		合計	10							
40	本人	医師	ケアマネ	2	介護支援専門員	高齢者が移動手段として車を運転している事例	○自家用車の運転を避け、シニアカーを勧めるが拒否している。 ○介護保険サービスの利用を何度説明しても理解せず、自分の主張を通そうとする。	○運転をやめると閉じこもりになるリスクがある。閉じこもりにならないための資源があると良い。 ○運転をやめること、シニアカーの利用について医師に相談する。 ○サービスの担い手として元気応援サービスにつなぐ。 ○今後の医療機関受診にケアマネが同席する。	本人より施設希望があり、入所先を調整中。施設入所後は、自動車免許の返納を予定している。	○地域住民に対する認知症の理解促進が必要。 ○免許返納者の代替交通手段について検討が必要。
	家族	歯科医師	介護事業者	1						
	町会	薬剤師	警察	1						
	地区社協	理学療法士	消防	1						
	市社協	保健師	地域包括	4						
	民生委員	医療相談員	市役所	2						
	高支連	社会福祉士	ふれあい相談員							
ボランティア		合計	12							

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	ケアマネ	2	介護支援専門員	認知症高齢者が地域で安心して生活するための支援について	80代、要介護3、認知症あり。室内は杖歩行、外出時はシルバーカーを利用している。困った時に近隣宅に相談へ行くが、近隣住民が認知症をよく理解しておらず、適切な対応が難しい。子②と孫①、②と同居。子①は死去、子③は市内在住だが疎遠。子②は要介護5でほとんどベットで臥床している。孫①はアルバイトをしているが、引きこもりがち。孫②は精神疾患があり無職だが、本人の介護や通院には同席する。賃貸住宅の家賃を2ヶ月滞納している。本人の年金を中心に生活しており、経済的に余裕がないが孫には危機感がない。	○経済的に困窮しているが、本人、孫に危機感がない。 ○本人に適切な環境での生活が確保できていない。 ○近隣住民の認知症への理解が不足しているため、適切な対応がとれない。	○孫の支援について障害機関と支援していく。 ○経済面は他機関と連携し、生活保護なども視野に入れる。 ○入所介助が必要であるため、デイサービス等のサービスを利用する。 ○近隣住民の認知症理解を促進するため、ケアマネが本人と一緒に近隣宅に挨拶へ行く。	孫①が仕事を2カ所に増やし経済的には落ち着いている。本人は自宅内でも役割を持ち生活しており、近隣への訴えもない。	○地域住民に対する認知症の理解促進が必要。 ○多分野にまたがる支援、障害分野との連携が必要。
	家族	歯科医師	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	理学療法士	消防	1							
	市社協	保健師	地域包括	4							
	民生委員	医療相談員	市役所	2							
	高支連	社会福祉士	ふれあい相談員	1							
ボランティア		合計	12								
42	本人	医師	介護事業者	1	介護支援専門員	アルツハイマー型認知症の本人と病弱な配偶者の生活支援	○3年前に認知症と診断されてから重症化するまで介護申請をしていない。 ○配偶者は病弱だが、本人と自宅で暮らしていくことを望んでいる。 ○マンションに相談できる人がおらず緊急時の対応が難しい。 ○飼い主が世話ができなくなった時のペットの引き取り先	○民生委員に見守り依頼があれば定期的に訪問し、様子を見ることも可能。医療機関で診断された方や地域の薬局で気付いた認知症疑いの方について、相談機関につなぐネットワークが構築できるとよい。 ○訪問診療を導入し、ショートステイなどで必要時に本人を預けられる施設を確保し、家族を支援していく。 ○ペットについて、動物愛護センターで一時預かり後に飼い主を探す等の対応をしてくれる。	短期入所中で配偶者は入院中。配偶者は自宅に戻れることを目的にリハビリに取り組んでおり、今後リハビリ目的で転院となる見込み。実際、配偶者がどのような状態で自宅に戻れるかわからず、自宅で介護をしていくことは難しいと思われるため、夫婦で同じ施設への入所も検討している。	○軽度認知症の方が重症化するまで適切なサービスにつながらないケースがある。 ○マンションに住んでいる方の生活実態がとらえにくく、早期の介入が難しい。	
	家族	歯科医師	ケアマネ	1							
	町会	薬剤師	理学療法士	1							
	地区社協		地域包括	2							
	市社協	薬剤師	市役所	2							
	民生委員	2	医療相談員	1							Coco
	高支連	社会福祉士	保健所	1							
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
43	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員	要支援認定を受けている高齢者の地域生活について 80代、要支援2、独居。頰椎の痛みや背部痛、高血圧などがあり、複数の病院を受診している。同じ集合住宅の高齢者支援連絡員の支援を受けながら暮らしているが、体調不良、歩行時のふらつきから活動範囲が狭まっている。歩いて行ける範囲に人と交流できる場所を求めている。	○集合住宅内や近隣に高齢者の交流の場がない。 ○長く歩行できず、横断歩道のない通りを渡っている。ゴミ出しも困難。 ○受診病院が4か所あり、タクシー一代を負担に感じている。 ○体調不良など緊急時の対応をしてくれる資源や不安なことを相談できる人がいない。	○現状の生活のままでは筋力低下が進む心配があり、リハビリに取り組むことを勧める。 ○民生委員による訪問を行い、少しずつ社会との接点を増やしていく。 ○外出支援を進める上では本人の価値観を考慮し、本人に合った活動へのマッチングの視点も必要。 ○受診はかかりつけ医に診てもらい、訪問診療を依頼する等で解決できることもあるが、本人の意思で病院を選んでいるので仕方ない部分もある。 ○緊急時の対応には緊急通報装置が設置できる。	本人が自分の意向を述べたことで前向きになれたように思われる。自分で整形外科を受診し、「身体を動かしたい」と言うようになった。地域の子ども食堂に行ってみたいとも話している。現在、通所リハビリの再開に向けて調整を開始している。	○高齢者が自分に合った資源を把握する方法が多様にあるとよい。口コミや掲示板の他、本人のニーズと資源をマッチングしてくれるコーディネーターがいるとよい。 ○個人が個人を支えるのではなく、多様な人がネットワークを構築し支え合う必要がある。
	家族	歯科医師	1	介護事業者							
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	理学療法士	1	消防							
	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		合計	2						
その他		2	合計	16							
44	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	要介護状態の本人と障害者の子世帯の自立支援のあり方について 80代、要介護4、障害を持つ子と同居。サービスに依存しており、本人の介護保険サービスで子の支援もするようにヘルパーに要求する。再三の注意にも関わらず適正なサービス利用についての理解が得られない。	○介護保険サービスに依存的である。 ○本人のサービスで、障害を持つ子の支援も直接ヘルパーに要求される。 ○親族間で支援の意向が揃っていない。	○介護保険サービスでできることとできないことを整理、説明し、理解を促す。 ○本人のできることとできないことを理解してもらい、介入する側も理解しておくことが大事。 ○子の洗濯を本人が行うよう支援することで、自立支援と子のために何かをしてあげたいという本人の希望の実現につながる。 ○本人が洗濯物を自分で干すことができるような環境整備をする。 ○リハビリを導入し、自分でできることを増やすことで依存傾向の改善ができるのではないか。 ○障害者の支援において、高齢の介護者の体調悪化や入院への対応を考える必要がある。 ○障害を持った方がその能力に応じて活躍できる場や情報が必要である。	通所リハを週2回利用するようになり、外出の機会が増え、自分の健康や体に注意できるようになった。サービスへの依存については、周囲に相談できるようにしている。子もできることは維持している。	○適正な介護保険サービスの利用について理解が得られない。 ○障害者の活躍の場が少ない。 ○障害者の介護を高齢の介護者が行っている。
	家族	歯科医師	1	介護事業者							
	町会	薬剤師	1	理学療法士	1						
	地区社協	訪問看護師		ヘルパー	2						
	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		ほっとねっと	1						
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	
45	本人	医師	1	ケアマネ	3	認知症が進行していく中で生活の質を落とさないために地域でどう支えていくのか。	認知症が進行していく中でまだできることがある本人の生活の質を落とさない為に地域でどう支えていくのか。	<p>○飲酒・喫煙が問題視されており、注意が必要で、支援者の関わりが重要。</p> <p>○地域と交流する中で問題点がある。</p> <p>○地域と関わりを持つ中で、身だしなみを整える。</p> <p>○住民やオレンジ協力員にとっては、声をかけるきっかけがほしい。</p> <p>○医療保険へ繋がったところで、介護保険の利用が開始になると思われるので、本人の生活がどう変化するかを見ていく。</p> <p>○胃切除後の状況を考えると、ビタミンB12が欠如している可能性もある。</p> <p>○飲酒しない時間を作り、本人の気持ちなどを聞く努力をする。</p>	<p>独居生活は継続しており、訪問介護・通所介護を継続している。通所介護でヘアカットされ、身だしなみも改善してきている。前配偶者宅を訪問する際、団地の棟を間違えて警察に通報されることがあり、通所介護の利用を増やすことで本人が不安を感じる時間を少なくする体制を整えている。</p>	<p>○本人と住民やオレンジ協力員などの支援者を繋ぐきっかけを作ることが必要である。</p> <p>○それぞれの立場で支援したいと気持ち、意識はあるが、実際に繋がりにくいことがあるため、それぞれを結びつける、関係作りが必要である。</p>	
	家族	歯科医師		介護事業者	4						
	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		地域包括	6						
	民生委員	1	医療相談員	1	市役所						2
	高支連	0	社会福祉士		作業療法士						1
ボランティア	2			合計	24						
46	本人	医師	3	ケアマネ	2	入退院を繰り返したことで年金で生活ができなくなっていることを理解できない一人暮らしの高齢者	地域との関わりが無い生活困窮者を支える為にはどのような支援ができるのか	<p>○独居であり、親族との関係が疎遠になっており、地域住民との関係も希薄である。</p> <p>○経済破綻の理解ができず、カードを利用し自転車操業を繰り返してきた。</p> <p>○本人の生活史の転機を確認できると良いが、本人からの聞き取りでは情報が不確かなものしかない。</p> <p>○「病識がない」という点では、専門職側と本人側での相違があるので、共通認識ができるように、薬を飲む目的などを一つずつ確認していくと良い。</p> <p>○受診の際に診察室での本人の様子を確認することが重要。</p> <p>○介護保険サービスの利用は良好なため、日常生活の支援を継続して、金銭管理については、後見人制度などを活用する。</p>	<p>通所介護、訪問介護の利用が出来ており、成年後見制度の申立も実施した。後見人の選任されるまで本人と地域包括で金銭管理支援を行なっている。民生委員の独居登録を進めている。</p>	<p>○独居で親族や近隣住民との関係が希薄かつ経済的にも困窮している高齢者が増えている。</p> <p>○本人が単独で通院できないときの支援方法や費用負担に課題がある。</p> <p>○包括的に支援するチーム作り・対応力</p> <p>○エレベーターがない集合住宅がある。</p>	
	家族	歯科医師		介護事業者							
	町会	薬剤師		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	2						
	市社協	保健師		地域包括	5						
	民生委員		医療相談員		市役所						2
	高支連		社会福祉士		作業療法士						1
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	
47	本人	医師	3	ケアマネ	2	地域包括支援センター	アルコール依存により、適切な判断ができず経済破綻し、医療も受けずに衰弱していたケース	アルコール依存により、適切な判断ができず経済破綻し、医療も受けずに衰弱している。地域との関わりを持ち、在宅で安全に独居生活を継続できるか。	○義弟が支援に協力的である。家族の思いも大切に支援する。 ○過度な飲酒と疾患のために食事摂取ができず、日常生活が破綻している。医療と連携をとりながら、食事摂取に取り組む必要があった。高齢であると疾患に視点を置いて、医療との連携を取るようにしてほしい。 ○警察から民生委員、地域包括が連携を取れ、早くに介入し、身体状況を改善できた。 ○地域のつながり、見守り支援をしていく。	内服・栄養管理、受診継続等の支援をケアマネと連携し行った。体調が安定し気力体力共に回復し、通所介護の利用をしなくてもよい程になった。後見人が選任されるまで、ケアマネ・地域包括で金銭管理支援をおこなう。毎週、地域包括が開催するカフェに参加している。	○独居で医療受診が途絶えてしまっている高齢者や地域のつながりが少ない高齢者がいる。 ○介護サービスと地域のボランティア活動の連携 ○発信できず、引きこもりになっている人をいかにキャッチして支援し、地域とのつながりを維持するか。	
	家族	歯科医師		介護事業者								
	町会	薬剤師		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	2							
	市社協	保健師		地域包括	5							
	民生委員	医療相談員		市役所	2							
	高支連	社会福祉士		作業療法士	1							
ボランティア			合計	16								
48	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員	60代、子は1人。14年ほど前に子に刃物を向け暴れたため都内の大学病院精神科に1ヶ月入院。現在は介護認定を受けデイサービスを利用しているが、複数回事業所を変更している。身近にいる配偶者への不満が強く、自分の思い通りにならないと家で暴れることがあった。半年前に配偶者が自宅で急死。子に受診同行を依頼するが、診察には同席しておらず、精神科の受診は本人1人で行っている。	○介護や治療方針・日常の決め事など他者によるサポートが必要だが、本人の性格から親族に協力を得るのが難しい。家族と支援体制を築くにはどうしたら良いか。 ○地域の人と情報共有・連携をとりたいと考えているが、個人情報の開示についての判断が難しい。	○話を聞いてもらいたい人なので、ある程度のルール作りやインフォーマルサービスを入れてはどうか。まずは病状把握が必要。 ○個人情報の取り扱いに関しては、取り決めが無く、本人の同意が得られないと難しい。 ○権利擁護について子へアプローチを図ってはどうか。 ○年金は子が管理しているが、デイサービスの支払いの滞納や子が本人にお金をせびっていた過去あり。経済的虐待、ネグレクトの可能性があるので包括も連携を図っていく。	都内大学病院の医師との情報共有は難しく、問題行動の原因が不明なため近所の病院に移る事も検討している。お金は、自分で管理したいという気持ちと息子に頼る気持ちもあり、対応が難しい。デイサービスの滞納はなくなったが、配偶者のローンがあることが判明した。子とは連絡がとりづらい。	○地域の人と連携を取りながら支援したいケースの場合、どこまで個人情報を開示できるのか。全員から承諾書をとるのは難しいのではないか。 ○虐待と思われるケースをどのように吸い上げて支援に繋げていくか。	
	家族	歯科医師		介護事業者	1							
	町会	1	薬剤師		警察							
	地区社協	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	理学療法士	2	市役所							3
	高支連	1	医療相談員	1	実習生							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		
49	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員	独居でゴミ捨て・徘徊など多問題を抱えるケース	○既に死亡している兄が危篤だからと徘徊したり、事実と異なる話をしているが専門医は受診していない。専門病院を受診できる方策はないか。 ○生活支援課との連携体制について。 ○ゴミ問題を解消するにはどうしたらよいか。	○緊急性が高いケース。アウトリーチを依頼してもよいが、まずはかかりつけ医に相談する。神経内科に紹介状を書いてもらい専門医受診につなげる。 ○マンション以外でのゴミ出しボランティアはない。市のゴミ出しサービスは週1回で祝日は回収がない。 ○今後施設入所の可能性が高い。ショートステイに拒否がない為、少しずつショートステイを増やし、施設に慣れるようにする。 ○本人の思いを尊重しつつ、溜まっているゴミを業者に依頼しリセットする。	アウトリーチは行わず、かかりつけ医での対応を継続している。訪問介護の時間と頻度を調整し、毎朝ゴミ出しができるようになったため、業者へのゴミの回収依頼は行っていない。今後は専門医の受診につなげていく予定。	○緊急性の高いケースの専門医へのつながりがケアマネに周知されていない。 ○マンション以外のゴミ出しボランティアがなく、市のサービスも十分とは言えない。		
	家族	歯科医師		介護事業者	1								
	町会	1	薬剤師		警察								
	地区社協		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	理学療法士	2								市役所	3
	高支連	1	医療相談員	1								実習生	1
	ボランティア											合計	23
50	本人	医師	1	ケアマネ	5	介護支援専門員	同居だった子が入院し、受診先の病院や疾患名が不明瞭なケース	○キーパーソンである海外在住の子②とコミュニケーションをとるのが難しい。メールでのやり取りを希望したが回答なし。 ○健康診断、循環器科、定期受診している医師からも検査値に異常はないと言われていたが、原因不明の下肢浮腫がある。どのように医師に相談すればよいか。	○子①への支援、繋がりが必要。入院時にCOCOが介入していたため状況を確認する。 ○キーパーソン変更や連絡手段(メール・LINE・スカイプ等)について子②と話し合う。 ○子②と連絡が取れなかった場合は子③の判断で動くなどのとり決めをしてはどうか。 ○下肢浮腫は内科的疾患が無ければ下肢挙上やマッサージ、弾性ストッキング等で改善する可能性あり。 ○服薬しているにもかかわらず物盗られ妄想や睡眠障害が改善されないことから、日常生活の困り事が医師に正しく伝わっていないのではないか。 ○医療の仕切り直しという意味でケアマネが受診同行する。またケアマネがどこまで介入するかの線引きが必要。	キーパーソンを子③に変更し、今後子③が施設入所に関して話を進めていく予定。ケアマネが変更になったため、医師との連絡等はまだできていない。子①については、今後引越す予定で、支援経過を地域包括で確認中。	○医療と介護の連携体制の構築。		
	家族	歯科医師		介護事業者	1								
	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	4
	民生委員	3	理学療法士	2								市役所	2
	高支連		医療相談員	1								MSW, 実習生	2
	ボランティア											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		
51	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員	他者への拒否が強い認知症・要介護状態の高齢者世帯において、介護者が癌を発症し介護困難となっているケース。	90代、要介護3、認知症で配偶者も認知症。週3回デイサービスを利用。近所に住む子が毎日自宅に通い介護をしている。夫婦共に道具に頼らない生活を好み、布団を使用せずにビニールシートの上に寝ているため褥瘡ができています。デイサービスで褥瘡の処置はしているが本人が掻き壊し改善しない。他のサービスは他者への拒否が強く入れない。子は1か月前に膀胱がんの手術を行い、その期間、夫婦はショートステイに入所した。子の配偶者や孫は介護には関与せず、体力的に子による介護は難しい状況。夫婦に施設の話をしたが言い出せない。	○在宅での生活が難しいが、夫婦共に病識が無い。どのように施設入所を勧めていけばいいか。 ○子が膀胱がんの治療中で介護が難しい。現状で生活するための社会資源はあるか。	○平日はショートステイ、土日は自宅に戻るなどして自宅以外での生活に慣れてもらう。初めは拒否があっても諦めずに習慣になるまで続ける。 ○まずは自分の体を考えるように促す。 ○子の配偶者は本人たちの介護にノータッチだが、子に何かあった時のためにも情報を伝えていく方がいいのではないかと。 ○怒りっぽいなどの症状が出てきており、薬で症状を抑えられる可能性がある。 ○松戸市家庭ごみ訪問収集事業の対象にはならず、近所の助け合いも難しい。	子の体調が回復し、介護できるようになったため、子の意向で当面は自宅での生活を継続する予定。居室横の応接間を改修、バリアフリー化し、ベッドを設置した。低床ベッド・エアマットも利用できたため、褥瘡は改善してきている。 週4日通所介護、週3日ショートステイを利用し、子の負担は軽減している。	○病気をもちながら介護をする介護者の負担軽減 ○ごみ収集を支援する社会資源の充実。	
	家族	歯科医師		介護事業者	1								
	町会	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	1	地域包括								4
	民生委員	3	理学療法士	2	市役所								3
	高支連		医療相談員	1	MSW, 実習生								2
ボランティア				合計	25								
52	本人	医師	1	ケアマネ	9	民生委員	双方に精神疾患と思われる何らかの問題があり、ご近所トラブルになっているケースへの支援	80代、70代の配偶者との高齢者世帯。夫婦でマンションの清掃員をしている。近隣に住む70代夫婦と長年のトラブルがあり、近隣住民も巻き込まれている。「植木に枯葉剤を撒く」という訴えや、「自分達の苦情を相手に知られたくはないが何とかして欲しい」という訴えが双方よりある。双方に何らかの問題がある様子が見られ、支援の方向性が決まらない。	双方の高齢者夫婦への介入方法、今後の支援方法	○近隣の夫婦は近所に自ら被害を発信できているが、本人夫婦は地域で孤立しているような状態。両者への支援が必要である。 ○当事者たちがいない時に他の近隣住民への聞き取りを行い、近隣夫婦の子へもアプローチしてみる。 ○地域での過去の出来事などの情報が少ない。もう少し情報収集が必要。	その後の苦情や相談はなく、巡回時のトラブルもない。他の近隣住民や近隣夫婦の子へのアプローチ方法は模索中。	○精神疾患があると思われる住民が医療につながっておらず、ご近所トラブルになっている。 ○住宅の構造上、近隣と良好な関係性を築く必要があるが、関係性を築くことができずトラブルになってしまう。	
	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								3
	民生委員	3	医療相談員		市役所								1
	高支連		社会福祉士		リハ職								1
ボランティア				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	
53	本人	医師	1	ケアマネ	9	民生委員	本人の訴えの真偽が分からず、支援方針が決まらないケース	○支援の対象者は誰になるのか ○支援方法について	○本人の妄想は認知症の初期症状ではないか ○配偶者は認知症でないことが分かった。まず配偶者に本人への対応についてアプローチしていく。 ○生活困窮がある場合、同居の孫への支援の必要性もある。	子へのアプローチができた。本人が煙草に対して神経質になっていること、小さなことも大袈裟に言う傾向があることを聞き取った。今後、子が受診同行する予定。	○精神疾患が疑われる場合の正確な情報収集と受診に結び付ける支援	
	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							3
	民生委員	3	医療相談員	市役所	1							
	高支連		社会福祉士	リハ職	1							
ボランティア			合計	25								
54	本人	医師		ケアマネ	3	介護支援専門員	認知症の配偶者の金銭管理への対応について	○この家族に必要な支援は何か。キーパーソンは誰がよいか。 ○本人の拒否がある中での成年後見制度利用の申し立てについて ○自己破産は可能か。それ以外の解決策はないか。	○日常生活自立支援事業や任意後見人の利用を検討してみてもどうか。 ○家族間で話し合い、意見をまとめてもらう。配偶者はパワーレス状態と思われる為、子をキーパーソンにするとよい。 ○借金の総額の確認は「CIC」という調査会社に依頼することも可能。 ○子には自己破産するとどうなるかを正しく理解してもらう必要がある。	年金の通帳とカードは子が預かり管理している。銀行から督促状が来ることもある。配偶者は本人より先に郵便物の確認をするようにしている。 1月中には家族が地域包括に相談に来ようケアマネと調整中。	○成年後見制度の利用や日常生活自立支援事業の利用につながらないことが多い。 ○地域住民に認知症への理解を促す為に、認知症サポーター養成講座などで知識の普及啓発を行っている。 ○地域包括が何をするとするか住民の方に理解されておらず、相談に結びつかないケースがある。	
	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	消防								
	市社協	1	保健師	地域包括	3							
	民生委員	3	医療相談員	市役所	2							
	高支連		社会福祉士	地域住民	1							
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	
55	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	在宅での現状維持を望む寝たきりの本人と知的障害のある子の支援について	<p>80代、女性、要介護5。子との二人暮らし。生活保護受給。10か月ほど前より原因不明の寝たきりとなる。被害妄想があり、認知症又は精神疾患があると思われるが不明。月2回訪問診療が入るが、自己判断で内服管理が不十分。子は知的障害があり、身の回りのことは自分でできるが家事は困難。子は突然意識が無くなり救急搬送を繰り返しているが、諸検査では問題なし。本人は子と一緒に暮らしたいと希望し、子は本人が自分と一緒に居たいというのなら、本人の面倒をみたいと希望している。</p>	<p>○自力で食事がとれない ○失禁に対し、子が対処できない。 ○子の負担軽減をどう図るか。 ○サービスの利用により、どんどん依頼心が強くなっている。 ○施設入所のタイミング。</p>	<p>○医療に対する信頼を高める。 ○薬をきちんと飲めるようにすることで、妄想も変わってくる可能性があり、医師や薬剤師の同行訪問があると良い。 ○本人と子がお互いに依存し合っている。子をふれあい相談室や就労に結び付けることや、本人のショートステイや看護小規模多機能の利用により、別々になる時間をつくる。 ○栄養や筋力をつけていくことで、子の介護負担の軽減を図り、2人で生活できる環境を整備する。 ○社協のボランティア、町内会のつながり、民生委員による見守り訪問など、ケアマネや地域包括と一緒に訪問して顔つなぎをする。 ○地域のサロンなどで外部との接触を図る。</p>	<p>急な訪問介護の訪問要請もなく、サービスに満足している。変わらず妄想もあるが、落ち着きつつある。子は外出中に救急搬送される機会が多くなった。心療内科に受診をしたが、原因は不明であった。服薬確認の為、訪問時に確認することになる。</p>	<p>○介護力が不足している介護者への支援 ○多分野にまたがる支援を必要としている人が多い。 ○民生委員、地域包括等のサービス関係者が関わっていても地域では孤立する場合もある。どんな人でも行くことができるサロン等が必要。</p>
	家族	歯科医師		介護事業者	6							
	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	医療相談員	2	市役所	1							
	高支連	社会福祉士		その他	2							
ボランティア		1	合計	25								
56	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	<p>配偶者が介護サービスの導入に否定的で、適切な支援がしづらいケース</p>	<p>室内の環境整備や身体衛生面への介入が必要である。</p>	<p>○社会福祉協議会のボランティアの活用により、片付けの方法と、習慣を身に付ける。 ○民生委員や地域住民の声かけ活動、町会の町づくりに参加し、つながりを作る。 ○夫婦ともに通所介護を利用し、入浴する。 ○暑くなりかゆみの訴えなどがあった時に訪問介護や通所介護の導入を勧めていく。 ○配偶者の要介護認定を申請し、夫婦で生活援助を導入してはどうか。 ○長年通っていて床屋さんの協力を得る。 ○保健所に定期的な衛生指導をしてもらう。 ○配偶者が困った時に色々提案し、信頼関係を築く。 ○他の親族と連絡を取る。</p>	<p>サービスの利用状況に変化はない。環境業務課と徐々に連携をとっている。床屋、シルバー人材センター、民生委員、保健所、病院の相談員などと今後相談をしていく予定。</p>	<p>○床屋さんやスーパーなど、地域の商店との連携体制の構築</p>	
	家族	歯科医師		介護事業者	6							
	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	医療相談員	2	市役所	1							
	高支連	社会福祉士		その他	2							
ボランティア		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		
57	本人	医師	ケアマネ	6	介護支援専門員	利用者 と精神 疾患を 持つ介 護者が 不仲で 虐待の 恐れが ある場 合の改 善策に ついて	本人と精神疾 患をもつ子(介 護者)との関 係が悪い場合 の対応につ いて	○子①の体調不良が、どのくらい の頻度であるのか不明。 ○弁当を頼んでどうか。 ○子①は運転をして一人で出かける ことがストレス発散。 ○子②と担当者会議で話す。 ○本人、子①それぞれの相談相 手が必要。 ○子①に対しての支援を変えること で改善が望める。 ○受診先の病院や、民生委員の 支援を受け、コミュニケーションを とる機会を増やしてもらう。 ○子①への言葉かけ、傾聴ボラン ティアを子①に提供する。 ○子①は料理が得意なので料理 を活かして外との繋がりをつくる ことが大切。例えば、社協が行う会 食会等で、高齢者への食事提供を 手伝え、認められ、感謝される 経験ができる。	地域包括、ケア マネ、本人、子 ①、子②、高齢 者支援課、子① の支援者で今 後についての 担当者会議を 開催予定。	○精神疾患を もつ家族がいる と自分達だけで 解決しようとする が、どう地域 と関わっていけ るか。 ○精神疾患を もつ人、家族へ の支援体制が 必要。 ○独居以外の 世帯について も、地域で掘り 起こしができる 体制が必要。		
	家族	歯科医師	介護事業者	10								
	町会	薬剤師	警察									
	地区社協	訪問看護師	2	消防								
	市社協	保健師	地域包括	4								
	民生委員	2	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	27								
58	本人	医師	ケアマネ	6	介護支援専門員	面談を 拒否す る方へ の支援 につ いて	ケアマネがア セスメント、担 当者会議を行 えず、サービ ス計画書の同 意も得られな い。今後どう支 援すればよい か。	○一度困ると協力してもらえるかも しれない。 ○介護保険のことについてよく理 解してもらう。 ○一度支援を打ち切って、本人の SOSを待つ。 ○水面下で医師と連携し、医師か ら情報をもらえるようにする。 ○サービスを中止する際は、同時 に、フォローできる体制を整備す る。 ○見守りが重要なので、相談を受 ける、訪問するなどのフォローが 重要。 ○拒否の理由、過去のこと、認知 症状などを把握することで解決の 糸口が見える可能性あり。 ○生存確認という意味ではALSOK も入っている。	後任のケアマネ が決まり、自費 のベッドレンタ ルが決まり、中 止していたヘル パーを再開して いる。	○支援を拒否 する高齢者の 地域の見守り 体制をどうする か。 ○近隣とトラブ ルを起こしやす い人について、 周辺の住民と つながるにはど うすればよい か。		
	家族	歯科医師	介護事業者	10								
	町会	薬剤師	警察									
	地区社協	訪問看護師	2	消防								
	市社協	保健師	地域包括	4								
	民生委員	2	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	27								

## 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6月から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	地域との繋がりがなく金銭的にも厳しい方の自立支援について	60代本人と60代弟の二人暮らし。転倒し鎖骨骨折したことを機に介護保険申請。要支援2の認定が出て、半日の機能訓練型の通所利用。脳梗塞による右半身の痺れと軽い高次脳機能障害の後遺症あり。心筋梗塞で労作時に軽い息切れや動悸症状あり。体重が97キロで減量が必要。生活は就労している弟が家賃や公共料金、食材や日常生活物資代を負担。掃除は本人が休み休み行うが清潔な環境ではない。食事は自炊しているがコンビニで購入した物も多い。金銭管理は自分で行う。脳梗塞で入院した時の費用を分割返済中。	○体調改善に繋がりに、自立した生活の維持ができる支援は何か。	○機能維持が出来るようなインフォーマルサービスはないか。 (就労する、総合相談としての食事指導を受ける、たばこ・酒をやめる、肥満解消のためのラジオ体操、散歩、男の料理教室への参加等) ○毎日の食生活の改善が出来るような支援はないか。 (健康マイレージをためる、レコーディングダイエット、男の料理教室への参加、独身男性65歳以上限定の情報交換の場を作る、家で出来る仕事を始めてみる等)	○高齢者の集いの場は多いが地域の60代の人たちが集う場がない ○会社を定年退職した後、男性だけの集いや気軽に情報交換できるような場が少ない。 ○セルフケアを促進する方法の充実			
	理学療法士	1	作業療法士							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	1	社会福祉士							5	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							8	社会福祉士	2
			合計	25								
2	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	軽度認知症レベルの方への対応	3年前に子より相談あり。「もともと心疾患があり、外出が減ってしまったが、3か月前から同じ話を繰り返したり、日時がわからなくなることがあったので、受診したところ認知症と診断を受けた。進行予防のためにデイサービスを利用したい(長谷川式21点)」その後3年たつが、独居で日常生活動作や家事などはほぼ自立。日にちは間違えるが、年・月・曜日はわかる。買い物・服薬管理もできる。現状は家族による安否確認と、地域の見守りで問題なく、要介護認定の申請をしても、非該当か要支援1レベルと想定される。	○毎日どこかに行きたい、身体を動かしたい、という本人の希望があるが、どのような地域資源につなぐ、もしくは資源を創出すればよいか。 ○デイサービスをやめると以前のようなのではないかという家族の不安を軽減する方法はあるか。	○フィットネスクラブなどの自費サービスの案内。オレンジパトワークの案内。 ○ウインドウショッピングが趣味なので、アルバイトをしてはどうか？ ○訪問型元気応援サービスをする側になってはどうか。 ○必ずしも地域資源に繋げる必要はないのではないか。 ○自宅で体操教室やサロンを開催する。 ○デイサービスを一度中止して様子を見る。 ○デイサービスからも家族に説明する。 ○認知症を知ってもらうための講演会などへの案内。	○軽度認知症に対する早期対応方法の充実 ○自主グループを育成するにあたり、リーダーとなる人材の養成が難しい。			
	理学療法士	1	作業療法士							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	0	社会福祉士							4	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							8	社会福祉士	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
3	本人	医師 1	介護事業者	指定介護予防支援事業所	目標設定(短期・長期)について	要支援2。要介護3の配偶者と子家族との2世帯住宅。配偶者の介護が本人の生きがいとなっている。半年前に脳梗塞で入院し、軽度の麻痺と構音障害が残る。退院後、本人の家事負担軽減目的で家政婦が導入されるが、自分の役割を取られたという思いから家政婦に当たるようになり終了。4か月前に心臓の手術で入院し、退院後訪問リハビリを開始。屋外歩行が不安定で発声・嚥下のリハビリ希望があり運動療法、言語療法のリハビリを開始。自宅周辺への外出を一人でできることを目標としていたが、自宅周辺に坂が多く、不安があるため外出時はタクシーを使っている。	○今後配偶者との在宅生活を継続するための目標設定について	○配偶者のためにという視点で目標を設定する ○配偶者とともに利用できるサービス(デイケアなど)を検討する。 ○リハビリ専門職と一緒に今後のイメージをしながら具体的な目標設定を考える ○自宅周辺の坂道対策として電動カートを利用する。 ○認知症カフェや介護者の集いなどの社会交流を提案する。	○集いの場が少なく、坂道が多い地域であるため、歩行に不安がある方の参加が難しい。
	家族	歯科医師 1	ケアマネ 1						
	町会	薬剤師 1	理学療法士 1						
	地区社協		地域包括 2						
	市社協	薬剤師 1	市役所 2						
	民生委員 2	医療相談員 1	Coco						
	高支連	社会福祉士	保健所						
ボランティア 1		合計 13							
4	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	本人の望む生活の実現に向けた社会資源の活用方法	要支援2。配偶者と2人暮らし。リウマチ、膀胱がん、乳がん、心筋梗塞の既往がある。3月までリハビリ型デイを利用していたが、体調を崩すことが多く運動が負担となったため利用を中止している。現在は、訪問型サービスを利用し、家事支援を受けている。以前から人と交流することを好み、自宅にこもることで気持ちが落ち込み、外出機会が減ったことについて寂しさを感じている。外出や他者との交流には意欲的だが、歩行が不安定であることや体力低下があるため長時間の移動は困難である。サロン等を紹介しているが、参加に至っていない。	○リウマチがあることで疼痛があり、歩行が不安定。 ○定期的な通院が必要であり、体調不良が続いている。 ○集いの場が少なく、本人が望む他者との交流ができない。	○リハビリ職のアセスメント支援を受け現状を把握し、今できることを評価してもらおう。 ○訪問型の交流機会があるのではないか。 ○半日ではなく、1日のデイサービスの利用を検討する。 ○支援される側ではなく、支援する側になれるのではないか。	○誰もが気軽に集えるサロンがない。 ○送迎が必要な場所だけでなく、徒歩圏内で行けるサロンが必要。
	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 1	社会福祉士 2	主任ケアマネ 7						
	指定介護予防支援事業所								
	主任ケアマネ 1	ケアマネ 10	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			
5	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	本人の強みを生かし、自立を損なわない支援について	70代、要支援1、独居。子①は月1回程度交流があり、必要時に支援協力が得られる。子②は他市在住。大企業の管理職を務め、事業を開始するが失敗、自宅や財産を失った。プライドが高く、子に迷惑をかけたくない思いが強い。自己決定し行動する能力はあるが、孤独感が強く気持ちに変化しやすい。毎食外食で、最低限の家事は自分でやっている。足腰が弱くなり、困りごとや孤独感などケアマネに相談が頻繁であり、交流の場が欲しいと希望があったため半日型デイサービスの利用を開始した。その後も複数の活動場所を紹介していたが自分に合う場所がないと繋がらない状況が続く。元同僚との交流場所にも通えなくなり、介護サービスを提案するが繋がらない。実現困難な相談が多く、介護保険サービスの適正利用を理解しようとしていない。	○自立心はあるが、不安感より他者に依存する部分がある。 ○介護保険サービスやケアマネの役割を都合よく解釈している。	○リハビリ目的のデイサービスを継続し、安定した歩行ができる能力を身に着ける。 ○外食ではなく、ヘルパーと料理を覚えるという目標を設定してはどうか。 ○自己決定能力があるので自分で答えを出すまで待つ。 ○受診するだけでなく、カウンセリングを受ける。 ○高齢者の集う場所だけでなく、学びの場やカルチャーセンターを紹介する。 ○訪問型サービス(困りごとサービス)を利用し、話相手としての関わりを持ってもらう。	○男性が参加しやすい活動の場が少ない。 ○精神的ケアを行える資源が少なく、ケアマネが対応せざるを得ない。			
	理学療法士	1	作業療法士							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	0	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	2	ケアマネ							10	社会福祉士	1
					合計	24						
6	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繋げる支援について	70代、独居。以前から高血圧にて内服治療しているが元気に生活していた。1年前に脳梗塞を発症し2週間入院。麻痺等の後遺症はなかったが咽頭の不快感や低血圧になることから頻繁に救急要請している。咽頭の不快感については、複数科で検査を受けるが診断はつかず精神的なものであると判断され心療内科も受診。総合相談として相談にのっていたが、介護保険サービス利用は拒否していた。しかし、徐々に気分の優れない状況が蓄積されサービス利用の希望があり、訪問看護を開始。体調不良は継続していたが、人に接していると気分が安らぐとのことで、訪問看護の時間を30分から1時間に延長する、モニタリングを電話ではなく訪問にする等対応した。以前より安らぐ時間が増え、新しい生活場所を希望され転居予定。	○障害の受容ができていない。 ○病名や診断名がはっきりしないことへの不安から生活全般の活動が低下している。	○アセスメントが不十分。 ○交友関係に着目し、前向きな生活に向けて何ができるか本人と一緒に考える。 ○病名不明なことについてかかりつけ医に手紙を書き、情報共有する。 ○リハビリの支援を受ける ○数ヶ月後に有効期限が満了するため、非該当になることも視野に入れ就業の面からアプローチしても良いのはいいか。	○障害の受容ができない方が相談する場所や精神的なケアを受けられる資源がない。			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所	3	その他							1		
	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	6
	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	
					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			
7	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	本人、家族の望む生活と現在の身体状況を踏まえた目標設定について	90代、要支援2。子2人と同居し、子②が家事を担っている。数年前に悪性リンパ腫と診断され、主治医より薬物療法は年齢的に薦められないと言われ、本人、家族共に積極的治療は望まず緩和ケアを選択。日常生活に支障は出していない。既往に帯状疱疹、狭心症がある。以前は、ピアノを習う、地域の体操教室に参加する等地域活動に積極的に参加していたが、体調不良が原因で活動できなくなる。外出機会が減ったことにより下肢筋力が低下し、歩行時は手引き歩行となる。また、単独での外出は困難となり、他者との交流機会が減っているため、子②は運動をして元気になってほしいと考えている。食欲も落ち、運動ができるか自信を失っている。子②の勧めにより半日型デイサービスを利用開始。利用中に体調不良となり、緊急搬送されるが、運動制限はなく、デイサービスを継続している。	○子②の希望と本人の状態に差が大きい。 ○本人は自分の意見を言わない。	○子②からの話だけではなく、本人から話を詳細に聞く機会を設ける必要がある。 ○目標設定は、外出だけでなく、楽しみを持った目標設定をしていく。 ○家事も運動に繋がるため、自宅内で行えることがないかアセスメントして出来ることを行う。 ○リハビリ職の意見を聞き、訪問看護や訪問リハビリを利用しても良い。	○体操教室に送迎があるとよい。 ○自宅で交流できると良い。 ○介護者の集いなどによる、在宅ケアに関する家族の理解促進、精神的支援			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所	3	その他							1		
	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	6
	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	
			合計	23								
8	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	利用者の意向の捉え方とその対応について	60代、要支援2。子①と同居、子②は近隣に住んでいる。就労支援準備室からハローワークに通ったが、パーキンソン病や年齢的に就労は困難であったと相談が入る。要支援2の認定があり、本人希望で半日型デイサービスを利用。利用開始数カ月後、体調不良により休むことが増える。また、デイサービス利用中に自分の体調に合わせた運動ができないため負担になっていると話があり、他の事業所見学の希望があった。その後も体調が優れず、昨年冬は、屋外の散歩が可能であったが、現在では体調を崩すことが多く回復が遅いため自発的な運動が難しくなっている。本人より自分から連絡するのでそれまで待つてほしいと連絡が入った。	○体調不良が続いているため、サービスを中断している。今後の対応について。	○本人が生活できている様子であれば、本人からの連絡を待つ。 ○年齢的に若いため、先を見越したサービス内容を検討してはどうか。 ○仕事に未練がある可能性があるため、シルバー人材での仕事やボランティア、サロンの手伝いをしてはどうか。 ○内服のコントロールが必要であるため、医療と連携する。 ○アセスメント事業を活用して今できることを具体的に把握する。 ○積極的な関わりではなく、本人の見守りや気に掛ける支援をしてはどうか。 ○本人任せではなく、連絡を継続し手を差し伸べる。	○要支援者の就労支援や役割をもてる場の促進。 ○定年前後の方が集える場所がない。			
	理学療法士	1	作業療法士							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	0	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	2	ケアマネ							10	社会福祉士	1
			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	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	いきいきトレーニングを終了後のセルフケアの設定について	自転車で転倒した事を機に閉じこもりがちとなり、下肢筋力低下が見られる。松戸認知症予防プロジェクトやいきいきトレーニングを利用したことで体力や筋力が向上し外出するようになる。血圧が高く、一時中断していた時もあるが、地域包括が受診同行や内服管理援助をすることで調整できていた。その後、介護予防教室やサロン等を紹介しセルフケアに移行するが、終了から3ヶ月で状態が悪化し要介護認定を申請した。通所型サービスを利用することで体力、筋力は回復したが、血糖コントロールは不良で体調不良が継続。セルフケアやサービス共に目標を立て行動をすると一定の成果がでるが、一定期間経過するとおろそかになり、体調不良を繰り返す。	○セルフケアやサービス共に目標を立て行動をすると一定の成果がでるが、一定期間経過するとおろそかになり、体調不良を繰り返す。	○本人が楽しめる目標の設定をする。家族にも声かけをしてもらう。 ○関係者で目標を共有し、評価していく。 ○健康マイルを貯める。 ○目標を具体的に設定する。 ○足上げをするごとに1回100円貯めて家族旅行に行く。	○効果的なセルフケアの方法の充実 ○男性が楽しめるサロンや料理教室がない。 ○集える場所が少ない。 ○坂が多く外出しづらい移動支援が不足している。			
	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							4	主任ケアマネ	6
	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	
			合計	20								
10	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	自己主張が強い方へのアプローチについて	集合住宅に独居。いきいきトレーニングを利用したいと包括に相談が入る。健康意識が非常に高く、自分のことは自分で言い、他人に迷惑をかけたくないとの思いが強い。原因不明の腰痛があるが、ボランティア経験あり。今は体力に自信がないためできないとの話があった。毎日散歩に出かけ、週1回麻雀クラブに通っている。トレーニングをすることで体力に自信が持てるようになったら地域の方のお手伝いが出来たらよいとのことだった。利用当初はトレーニング効果を感じていなかったが、24回終了した時には腰痛が消失し身体が軽くなったことを感じていた。プログラム実施前後の評価では、15項目中6項目が向上していた。卒業後は、修了生プランに移行する予定であったが、繋がっていない。自己主張が強く、意見を聞き入れられないためアプローチが難しい。	○自己主張が強く、意見を聞き入れられない。	○本人の腰痛が改善され、達成感も得られたため良い支援ができたのではないかと。 ○地域のラジオ体操や予防教室に参加する。 ○本人の本心やニーズは時間をかけて聞き取りアプローチしていく。	○元気高齢者が参加できる資源が不足している。 ○お手伝いとして参加できる資源がどのくらい地域に存在しているか把握することが難しい。			
	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							4	主任ケアマネ	6
	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	
			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
11	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	40代で脳出血を発症し、右半身に重度の麻痺が残る。デイケアやデイサービスを利用してはいたが、利用者の多くが親世代であるため利用に抵抗があり、消極的であった。サービス利用に気が進まないため、短期集中予防サービスを提案した。親身に考えてくれる職員の姿勢を見て、本人の意識が変化しリハビリに積極的に取り組むようになった。就労したいと意欲的な発言も聞かれている。	○親世代と一緒にリハビリに消極的。	○シルバー人材センター、市社協などの就労やボランティアでできる内容を検討する。 ○障害福祉課に集いの場所を確認する。 ○言語障害に対するリハビリを専門職に相談する。	○若い世代の障害を持つ人の居場所が必要。 ○短期集中予防サービス修了者の能力を生かせる場所が必要。
	理学療法士	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	社会福祉士	主任ケアマネ						
	主任ケアマネ	ケアマネ	社会福祉士						
	合計								
12	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	不衛生な自宅での高齢者夫婦の支援について	80代、90代の配偶者2人暮らし。3年前にゴミ屋敷だったため包括が介入。要支援1の認定でデイサービスを調整するが、一度も利用せず支援が中断。今年に入り、配偶者の姉妹から配偶者が家事ができなくなっているため家事支援依頼の相談が入る。訪問すると玄関先で詳しく話ができなかった。1ヵ月後、手すり設置のため訪問、数年間掃除されていない様子で悪臭がひどい状況。猫を飼育しているため糞尿が散らばっていた。本人は下痢をしているとのこと。訪問診療を手配し、清掃業者の手配、区変申請、配偶者の介護保険申請を行った。	○不衛生な環境の中で生活しているが、ゴミ屋敷という羞恥心があり、周囲に相談ができない。 ○親族も高齢なため支援を受けられない	○家族との連絡は電話だけでなく面談も必要。 ○レスパイトの利用を検討する。 ○訪問診療の医師より食生活などの指導をしていただく。 ○配食サービスを利用する。	○問題を家族のみで抱え込み、相談できずにいる世帯への支援
	理学療法士	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	社会福祉士	主任ケアマネ						
	主任ケアマネ	ケアマネ	社会福祉士						
	合計								