

# 地域個別ケア会議および自立支援型個別ケア会議 における主な議論

令和元年度 第2回 松戸市地域ケア会議  
令和2年1月30日

## 1. 地域個別ケア会議および自立支援型個別ケア会議の実施状況

○令和元年6月～令和元年11月の間、地域個別ケア会議は合計31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。

○自立支援型個別ケア会議は令和元年5月～令和元年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、身寄り無し、助けを求める力の欠如、金銭管理困難といった複合的な課題を抱えている。自立支援型個別ケア会議で議論された事例に関しては、社会資源に関する課題、外出・生活支援、精神疾患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			社会資源不足						精神疾患			○	脳梗塞
2		○	孤立	配偶者がうつ					傲慢な性格		○		腰椎圧迫骨折
3		○		独居			○					○	
4			精神疾患への理解不足			○					○		精神疾患
5		○					○						フレイル サルコペニア
6	○	○		独居									糖尿病
7		○	社会資源不足						服薬管理不十分				高血圧・糖尿病・ 脳梗塞
8	○						○	○	ゴミ屋敷			○	高血圧
9	○	○		独居				○	認知症または精神症状 自殺企図			○	リウマチ 高血圧 糖尿病 肝硬変
10					子の配偶者が介護	○	○				○	○	高血圧 糖尿病 糖尿病
11	○	○		独居	家族関係複雑		○	○					高血圧 糖尿病
12		○			子が精神疾患	○	○			○		○	水頭症
13	○	○		高齢世帯			○					○	糖尿病
14				高齢世帯	配偶者の 精神症状		○		サービス拒否	○	○		心不全
15		○		子の精神疾患			疑い				○		高血圧
16	○	○		配偶者も 認知症疑い			疑い		サービス拒否		○	○	
17		○		独居			疑い	○	サービス拒否	○		○	
18					子が引きこもり		○		サービス拒否			○	がん
19				配偶者が 認知症	子の判断能力 が乏しい								肝がん ターミナル
20		○	認知症の理 解不足	独居			○	○					
21		○		独居			○	○				○	
22	○	○		独居					服薬管理不十分				統合失調症

No	地域関連			家族関連		本人関連				医療連携			
	見守り不在	地縁の欠如	その他	世帯の困難	その他	助けを求める力の欠如	認知症	金銭管理困難	その他	かかりつけ医不在	医療連携困難	病識欠如	その他疾病
23		○		独居			○	○	人の好き嫌いが激しい			○	
24		○					○		サービス拒否			○	精神疾患疑い
25		○	社会資源不足						とじこもりがち				
26					子が精神疾患				支援拒否				
27				高齢者世帯					支援拒否				脳梗塞 左半身麻痺
28					支援拒否		○						うつ 糖尿病
29	○	○	社会資源不足	独居					アルコール依存				心不全
30				独居		○	○		徘徊				
31	○	○		独居	ゴミ屋敷 ライフライン停止	○		○	介入拒否	○	○	○	精神疾患
32									階段昇降困難				転倒
33			世間体を気にする	子がひきこもり	家庭内暴力		○		依存的				うつ、変形性 室関節症、狭
34				独居	配偶者の喪失			○	依存的 介護申請拒否	○	○	○	うつ病
35									自立高齢者				糖尿病 狭心症
36				孫の暴力	家庭内暴力				孫と共依存		○		脳梗塞 肝硬変
37				独居							○	○	大動脈瘤 脳梗塞
38				独居			○		支援拒否	○	○		
39		○											統合失調症
40		○		独居					階段昇降困難				パーキンソン病
41				高齢者世帯					歩行障害				脊髄梗塞
42			親族交流なし	高齢者世帯	配偶者が認知症		○	○					人格障害 聴覚障害
43	○			高齢者世帯	配偶者が全盲		○						
44				高齢者世帯	配偶者の介護負担								進行性核上性麻痺
45				高齢者世帯	配偶者の理解力なし				転倒による骨折				慢性腎不全による人工透析
46							○		方言によるコミュニケーション不良、転居				
47				高齢者世帯	配偶者は脊椎小脳変性症		○		アルコール依存				肺がん(放置) 精神疾患

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
48				高齢者世帯	配偶者はアル コール依存		○		暴言、物盗られ、 嫉妬、侵入妄想				脊髄小脳変性症 高血圧
49	○	○		独居	病弱な兄弟が支援者		○	○	ゴミ屋敷			○	アルコール依存症
50	○	○		独居		○	疑い	○				○	脳萎縮あり
51				独居			○				○	○	糖尿病・うつ 病・乳がん術後
52				独居	子の不仲				ADLの低下あり				
53	○		障害者サービス	アルコール依存の兄弟 と二人暮らし		○			ひきこもり			○	知的障害(疑い)
54			公共交通機関が乏しい				○			○	○	○	
55	○	○		兄弟と二人暮らし	兄弟が知的障害 疑いあり				不満を口にする				アルコール依存症
56	○	○		独居			○		プライドが高い			○	リウマチ 結核
57		○		子が精神疾患	親族交流なし 本人の年金で子 も生活								狭心症・うつ・ 陳旧性脳梗塞
58				独居	身寄りなし		○		自己中心的 な性格				狭心症・肺気腫・ 慢性硬膜下血腫
59				独居					感情不安定				筋ジス、糖尿 病、ネフローゼ
60				独居									糖尿病、末梢神 経障害、失明
自1		○		独居					サービス依存				高血圧 骨粗鬆症
自2			知識を披露する場がない										脊柱管狭窄症
自3		○							物事が続かない				下肢痛
自4				独居									脳出血
自5	○	○		独居					攻撃性が高い				うつ リウマチ
自6		○											慢性腎臓病 骨折
自7				独居					失語				脳梗塞
自8													
自9	○			独居									大動脈解離
自10									大黒柱だった				脳梗塞 糖尿病 脳梗塞
自11		○		独居					服薬管理不十分				脳梗塞 痛風
自12		○		独居	親族支援困難				セクハラ発言				糖尿病 下肢切断

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

(注) 推進会議において抽出された課題は除く

テーマ	個別事例の概要(事例No.)		市レベルの課題
3. 多分野 地域共生	<p>○認知症の高齢者と精神疾患のある子の同居世帯。この精神状態の悪化により、高齢者の血圧上昇、不眠に影響しており、高齢者のデイケアも子の意向でキャンセルすることあり(15)</p> <p>○高齢の親とひきこもりの子の世帯。介護・福祉機関に相談していたが、ひきこもりの中高年が起こした事件報道をうけて高齢者の不安が強くなっている。(26)</p> <p>○2階に住んでいる難病患者の身体機能が低下し、ゴミをヘルパーがやむを得ず持ち帰っている。(40)</p> <p>○進行性の難病患者が様々なサービスを受けながら在宅で生活しており今後も現在の在宅生活を続けたいと希望あり。(44)</p>	実態把握	<p>○高齢者と疾患を抱えた子などリスクのある世帯の把握が困難</p> <p>○難病患者と家族を支える社会資源について把握が必要。</p>
		取組検討	<p>○ひきこもりの子への支援体制の整備</p> <p>○難病患者と家族を支えるインフォーマルな社会資源が少ない。</p>
6. 生活支援	<p>○身体機能が回復しているが、ヘルパー利用の継続の意向がある。(自9)</p> <p>○ケアマネが訪問するたびに「寂しい」と訴える。(52)</p>	取組検討	<p>○マンションの自治会などを含むボランティアの充実(簡単な掃除や話し相手)</p>
8. 居場所づくり	<p>○配偶者を亡くしたことが受容できず、自分で買い物に行けるが、異性の民生委員に買い物などを頼っている。(34)</p> <p>○歩行障害がありデイサービスを利用しており、配偶者の負担軽減のため更なるサービス利用を勧めるが本人が拒否している。(41)</p> <p>○認知機能が低下しており、退職後も職場に毎日通い続けてしまう。(50)</p>	普及啓発	<p>○配偶者を亡くした人のピアサポートの情報提供</p>
		取組検討	<p>○60代(若い世代)が集まる場の充実</p> <p>○仕事の代わりとなるコミュニティづくり。</p> <p>○送迎付きの通いの場などインフォーマルなサービスの充実。</p>

テーマ	個別事例の概要(事例No.)		市レベルの課題
9.見守り	○本人、配偶者、子の3人世帯。本人・配偶者共に認知症が疑われ、事故にあう、警察に保護されるなどするが、本人、配偶者は介入を拒否している。(16)	実態把握	○子がいる高齢者世帯の把握が困難。
11. 医療・介護 連携	○介護サービスが必要だが、本人の声が大きくサービス事業所から断られており、介護者の負担が大きくなっている。(10)	普及啓発	○在宅ケアを安心して受けられるようにするための情報提供
	○50代独居、要介護2。進行性の難病、内科疾患等があり、訪問介護、訪問看護、訪問薬剤、福祉用具、宅配弁当等利用中。感情の起伏が激しい。(60)	連携強化	○医療・介護の連携の推進
	○ゴミ屋敷でライフラインが停止、介入拒否している。妄想があり、意思疎通が困難。(31) ○アルコール依存症であるが、老々世帯であり、重症化している。本人にアルコールをやめる意思がなく治療が難しい。(47)	取組検討	○支援拒否・セルフネグレクトの支援方法の確立。 ○アルコール依存症の方への支援、早期からの医療介入。
12. 成年後見	○認知症で金銭管理が困難であり、内服管理もできていない事例(11)	取組検討	○意思決定が難しい高齢者の金銭管理等を行う仕組みの充実
14. 地域包括 ケアシステム	○入院し要支援の認定を受けていたが、身体機能が回復し、サービス利用卒業に向けて、地域資源を紹介したいが、ケアマネはそこまでの把握が難しい。(自8)	取組検討	○本人の自立後の活動先として各地域のボランティア活動やサークルなどの情報を本人に繋げる仕組みづくり

# 別添1

各地域個別ケア会議における  
参加者・テーマ・議論の概要

## 地域個別ケア会議における参加者・テーマ・議論の概要(個別事例別) 令和元年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	5	ケアマネ	10	介護支援専門員	脳血管疾患の後遺症を持つ男性が、資格や技能を生かせる活動に参加するためには、どのような支援をすればよいのか	要支援2、70歳代。都内で和食調理師として就労していたが、60歳代で心疾患、脳血管疾患等を発症。脳梗塞後遺症により軽度左半身麻痺・構音障害が遺残したが、身体障害者手帳の交付には至っていない。しかし疾患の為、就労困難な状況となり、生活保護の受給を開始。67歳頃に転入し、運動教室を利用。これまでの経験から調理師等の資格を活かしたいとの希望するが、高齢であること、就労時間や通勤のアクセス等の問題による不安があり就労に繋がらない。	○要支援認定を受けても、本人の技能や知識を活かせる活躍の場所はあるか。 ○その際にどのような支援が必要か。	○本人の居場所としてのボランティア活動への参加、サークル講師をしてみようか。 ○デイサービスから就労へ繋がる道はないか。 ○市で男の料理教室もあり、その講師が出来るのではないか。 ○町会で行っている行事や集まりに参加してみようか。 ○就職するにあたり本人に病識がどれほどあるか。 ○自分でストレスのコントロールができると働きやすくなるのではないか。 ○ADLの維持とサポートが必要だと思われ、歩行不安は電動アシスト歩行器などの利用により対応可能。	本人より就労継続支援事業所の利用を検討したいと連絡が入り、また県外の精神科クリニックからも連絡が入る。精神疾患の持病があったが、転入後は精神科受診せず精神疾患のことは口外せず。現段階では県外の精神科デイケアを利用しながら元気応援サービスを探して利用へ。	○ハンディキャップを有する人が、安心して利用できる交通手段の整備 ○同様のニーズを持つ人や、支援機関が情報共有できる仕組み作り ○社会構成員として役に立てると感じる事の出来る居場所の確保	
	家族	歯科医師		介護事業者	6								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	1	看護師	2	消防								
	市社協	1	保健師	1	地域包括								5
	民生委員	3	理学療法士	2	市役所								
	高支連		医療相談員	1	看護実習生								3
	ボランティア				合計								41
2	本人	医師	5	ケアマネ	10	介護支援専門員	家族や地域との関係が不良となり、腰痛で外出が難しい男性の孤立予防	要支援2、80歳代。現役時代は自ら会社を経営、家では亭主関白、周囲に対しても傲慢な振る舞いで近隣とも良好な関係ではなかった。配偶者と2人暮らしで配偶者がうつ病を発症したことを機に介護を行う。介護中に腰椎圧迫骨折し、介護が困難となり配偶者はショートステイを利用。腰痛の為、子ども達に協力を求めたが拒否され、親族やヘルパーが家事支援を行っているが、自身の思い通りにならないと怒り出す。本人の性格、腰痛で外出できない事から近隣から孤立しがちとなっている。	プライドが高く孤立しがちな方へのようなアプローチをしたらよいのか。	○1対1の支援ではなく、多職種で本人の希望を共有してはどうか。 ○民生委員に相談できないか。 ○往診や訪問診療を利用する。 ○ゴミ収集に関して、松戸市の個別収集サービスを利用できないか。 ○キーパーソン不在のため、キーパーソンが誰になるのかが重要だと考えられる。 ○地域との接し方を支援出来たら良いのではないか。 ○妻と一緒に暮らすという本人の希望を出来るだけ叶えると良いと思われる。	近隣との関係は進展なく変化なし。近所に住む方が月1～2回ゴミ出しを手伝ってくれる。訪問診療・訪問看護について、本人の拒否があり進展していないが、便秘という課題があるため、今後も提案をしていく。	地域的孤立予防に向けた資源の不足と形骸化、周知困難	
	家族	歯科医師		介護事業者	6								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	1	看護師	2	消防								
	市社協	1	保健師	1	地域包括								5
	民生委員	3	医療相談員	1	市役所								
	高支連		理学療法士	2	看護実習生								3
	ボランティア				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	
3	本人	医師	3	ケアマネ	7	介護専門員	認知症の自覚がなく、医師や免許センターから免許を返納するよう勧奨を受けても、それを拒む本人にどのようなことが出来るのか。	認知症の自覚がなく、医師や免許センターから免許を返納するよう勧奨を受けても、それを拒む本人にどのようなことが出来るのか。	○免許返納に関しては、家族の後押しが大切。事故を起こして後悔しないよう、周りのみんなが声掛けをして返納を促す。 ○食事をしに行くために乗っているの、車に乗らなくても良い環境をつくる。 ○返納するために警察署に行くのは大変。もっと身近で返納出来ればよい。 ○市では免許返納による明確な特典がない。自主返納による特典を増やしてはどうか。 ○免許返納による喪失感へのケアが必要。	運転免許の取り消しのための聴聞があり、免許センターから通知書が発送される予定。最終的には公安委員会が決定。ケアマネ・訪問看護と連携し、本人の意向を確認し免許センターに連絡を入れる。成年後見制度の活用に向けても支援。	○市独自の運転免許自主返納者に対する支援措置がない。 ○車に乗らなくてもよい環境を整備する。巡回バス、タクシー料金の補助等。 ○身近なところで免許返納ができる場を作る。	
	家族	歯科医師		介護事業者	4							
	町会	1	薬剤師	1	警察							3
	地区社協		看護師	4	消防							
	市社協		保健師		地域包括							5
	民生委員	2	医療相談員	1	市役所							1
	高支連		ほっとねっと	1	NPO							1
ボランティア				合計	34							
4	本人	医師	3	ケアマネ	7	地域包括支援センター	60歳代。30歳代で精神疾患と診断され、約20年間入退院を繰り返す。約6年前に兄弟と二人暮らしとなる。保育施設近くの居宅ケアマネより地域包括に連絡があり、園児の祖父母に対して髪の毛を引っ張ったり、胸ぐらをつかむ等をし、警察に捕まる。これまでも危害は加えないが不審者として警察通報されていた。保健所、保育施設、ケアマネ、地域包括で情報を共有し、本人との面談時には地域の講演会・啓発活動等について情報提供しながらモニタリングを継続している。	○本人の居場所、活動場所について。 ○どのような環境、役割、資源、支援があれば本人らしく過ごせるか。 ○それぞれの立場でどのような事が出来るか。	○医療との連携が希薄。服薬面、病状把握ができていないので主治医との情報共有が必要。 ○障害者支援機関を利用してはどうか ○本人がどのように生活をしたいのかアセスメントを実施する。 ○本人が一人で受診せず、兄弟や支援者が受診同行し、病状の確認をする。 ○保育施設の散歩の時間に合わせて訪問系のサービスを利用する。 ○専門職のいるコミュニティカフェなど、利用できる障害のサービスを検討する。	地域包括主催の啓発活動に参加。自主的に申込みの連絡をしたいと関心を示す。主催者側へ連絡し、連絡があれば面接して本人にあった資源に繋ぐ支援を行う協力を得る。医療連携については保健所と相談の上、支援方針を再確認する。	○地域における精神障害者に対する理解が乏しい。 ○障害者に対する支援やサービスの理解が不十分。 ○比較的若い高齢者に対する社会資源が少ない。	
	家族	歯科医師		介護事業者	4							
	町会	1	薬剤師	1	警察							3
	地区社協		看護師	4	消防							
	市社協		教育関係	1	地域包括							5
	民生委員	2	医療相談員	1	市役所							1
	高支連		ほっとねっと	1	NPO							1
ボランティア				合計	35							

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	1	ケアマネ	6	介護支援専門員	フレイル・サルコペニア対策に取り組み始めた90代高齢者	低栄養によるサルコペニア状態と考えられるがどのような支援が必要か。	○訪問歯科による嚥下評価・嚥下トレーニングを継続する。 ○主治医と歯科医・デイサービス・ケアマネとの連携を強化し本人についての情報交換を密に行い、栄養補助剤の処方を検討してもらう他、たんぱく質増量した宅配弁当を利用する。 ○家族にとろみ剤の使用方法を指導して、誤嚥を防止する。	訪問歯科による嚥下リハビリ、宅配弁当と栄養補助食品、家族の協力によるとろみ飲料の活用などで体調は回復傾向でデイサービスも楽しみながら通っていたが、7月末に自宅で死去された。	介護予防・重症化予防として、フレイル・サルコペニアへの取り組みの重要性は一部の専門家には認識されているが、ケアマネや介護専門職の間ではまだ十分に普及されていない。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	5							
	町会	1	薬剤師	2	警察							
	地区社協	看護師	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	7							
	民生委員	2	理学療法士		市役所							1
	高支連	1	作業療法士	1	管理栄養士							3
自治体連携コーディネーター	1			合計	33							
6	本人	医師	1	ケアマネ	6	介護支援専門員	1年間で13kg、最近1カ月で3kg体重が減少し糖尿病が悪化している高齢者	○糖尿病の悪化、体調不良、食欲不振、体重減少がみられる ○歩行能力の低下、屋内で転倒している ○むせ込みがあり口の中が渇く ○体力的に一人では十分な食料品などの買物ができない	○食事内容について、肉・魚・野菜(食物繊維)が不足している。 ○商店だけの買物では十分な食材の確保が難しいので、スーパーに買い物に行ける支援を行う。 ○訪問介護は配食サービスも利用できるが、地域で始まった買物支援ボランティアも有効。 ○歯茎も痩せて義歯があていないようなので作り変える。 ○病院での受けた栄養指導が実際の生活で実践できているかのチェックが必要。	体調の悪化、認知機能の低下みられ、一時的に入院し介護区分変更申請も行った。月内には退院の予定。訪問看護を週1回から2回に増やし、訪問介護を週2回から5回に増やし、インスリン自己注射の見守りと体調確認を手厚く行うこととなった。	○加齢や疾患の為に食料品等の買物に行けない高齢者が増加している。 ○病院で栄養指導を受けても、実際の生活で実践できていない高齢者が多い。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	5							
	町会	1	薬剤師	2	警察							
	地区社協	看護師	1	消防								
	市社協	保健師		地域包括	7							
	民生委員	2	理学療法士		市役所							1
	高支連	1	作業療法士	1	管理栄養士							3
自治体連携コーディネーター	1			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
7	本人	医師	2	ケアマネ	4	介護専門員	80代独居。持病が多い要支援1の高齢者が、電動自転車で自由に行きたい所に行ける生活を続けたいと思っているが、最近、手の指先の細かな動きや歩行能力が悪くなっている。食事・栄養・リハビリなどについて現状を評価し今後の方針について助言をいただきたい。	○持病が多く、病気の管理ができていない。 ○総入れ歯だが、味を感じないという理由で食事の時に使っていない。 ○市販の漢方薬をお酒と一緒に服用。 ○自炊中心であるが栄養バランスが未評価。 ○電動自転車を利用して7km離れた銭湯に週3回通うことを楽しみにしている。	○食事の内容は大きな問題はないが、血糖値が高いのでご飯とどんの量を少し減らしてみてもどうか。 ○一日2000kcal程度をとっているためお酒をやめれば適量の1800kcalになる計算となる。無理に減量する必要はないのではないか。 ○漢方薬と一緒にお酒を飲むと効果が増すと言う根拠はなく悪い影響の方が考えられるのでやめた方がいい。 ○週3回電動自転車で福祉センターへ通うことは良い運動になっているが、近所にも居場所を見つけないことも必要。	漢方薬と一緒にお酒を飲むのはやめたが、断酒は難しく少しずつ量を減らすと言っている。義歯についてはもう少し様子を見ることが。料理は続けているが、地域包括主催の「男の料理教室」に2回参加し、あまりなじまなかった様子で行かなくなってしまった。	○近所に歩いて行ける通いの場が少ない。 ○生活習慣病患者が多いが、食生活に対する専門的なアセスメントや助言ができる仕組みがない。
	家族	歯科医師	2	介護事業者	7						
	町会	薬剤師	2	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師	1	地域包括	6						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1						
	高支連	社会福祉士		管理栄養士	2						
ボランティア			合計	32							
8	本人	医師	2	ケアマネ	4	後見人	70代独居。2年前に認知症で自宅での生活が困難になり老人ホームに入所したが、本人が自宅に戻ることを強く望んでいる。理由として、もともと研究者であったことから、自宅にある膨大な書物に囲まれて研究や勉強に没頭できる環境で生活したいとのこと。地域包括、老人ホーム、小規模多機能事業所も話し合いに合わせ、条件付きで本人の希望通り自宅に戻る支援を行うことになった。そのためには近隣や民生委員の協力が必要であり、地域の様々な専門職の意見も聞きたい。	○本人に認知症の病識がなく、自分は自宅に戻れば一人で何でもできて生活できていると思っている。 ○金銭管理、買物、食事の準備、入浴等に支援が必要である。 ○入所前は掃除をしなかったためゴミ屋敷になっていた。	○訪問介護で買物、掃除などの生活支援が必要。 ○ケアマネや地域包括が事前に近隣に挨拶まわりをして、理解と協力をお願いする必要がある。 ○近隣は火の不始末に心配があるようだが、IHに変えたということなどの情報提供が大切。 ○自尊心が強い人のようなので介護者は最初から何でも手伝おうとせず、信頼関係を築くことから始めた方がいい。 ○本人の得意分野の話を地域の人達に披露する機会が作れたらよい。	介入拒否なく、穏やかに生活できている。毎日の訪問サービス、週2回入浴のための通所サービスを利用している。家の中でテレビを見て過ごす時間が多い。本人は希望通りの自宅生活ができるようになって満足している様子。	認知症本人の意向に沿った支援を実現できる地域の構築。
	家族	歯科医師	2	介護事業者	7						
	町会	薬剤師	2	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師	1	地域包括	6						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1						
	高支連	社会福祉士		管理栄養士	2						
ボランティア			合計	32							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
9	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	独居で血縁親族のいない精神疾患疑いがある利用者への支援	70代独居。親族①が必要時手伝ってくれている。遺産相続をめぐり別の親族②と揉めた際、自殺企図もみられた。昨年体調を崩し体重が22.5kg減少。親族①に今後の心配、お金の管理が出来ない、ケアマネにも来て欲しいと何度も本人から連絡があった。別日に本人の電話で訪問すると、首に10cmの切り傷を発見。心療内科を勧めるも繋がらず、アウトリーチを実施。本人の拒否が強く、後日精神科医と再度訪問。病院で検査をするも、新たな異常は見られず帰宅。後日、自宅で倒れているのを発見され入院となる。	○金銭管理が行えていないのは認知面又はうつ傾向からなのか不明、支援事業を勧めるも拒否的。 ○生涯大学に入学できなかった際に、他の地域サービスを勧める事はできなかったのか。	○体重減少は医師は気づけたのではないか。関わり合いのある親族やサービス担当者も気づくことが出来なかったのか。 ○退院後は通院することが可能な状態であるのか。 ○本人が病気を受け入れていないと受診することもなく、社会とのつながりも途切れてしまう可能性がある。 ○今後は薬で管理は出来る様になるが、社会とのつながりの意欲は減る可能性が高い為、継続的に見守りが必要。	医療機関退院、小規模多機能型居宅につなげ在宅復帰再開となる。状態安定し、生活送れている。	○地域のサービスを知り、社会とつながりを持てるような支援が必要。 ○生涯大学に入れなくとも、OBが作っているサークルなどを利用してみる ○緊急通報装置が入っていても24時間見守りをする事は難しい。	
	家族	歯科医師	2	介護事業者	6								
	町会	3	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								5
	民生委員	2	理学療法士	1	市役所								1
	高支連		社会福祉士		市民自治課								2
ボランティア		在宅医療連携支援センター	1	合計	30								
10	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	サービス利用が必要だが、声が大きく手がかかり、サービス事業所から断られている。介護者が休めない状況をどうしたらよいか。	80代で7年前から独居であるが、その頃より認知症の症状あり。インスリン注射、服薬も管理が出来なくなり、昨年に低血糖で倒れた。相談員より施設入居を勧められるも、子が家で看たい気持ちが強く、老健を経て現在は子宅で暮らしている。自宅で転倒し全身の痛みがあり、デイサービス(週6利用)が困難。市内のクリニック2か所受診し骨折はないと診断される。認知症の為に神経内科を受診するも、どうにもできないと医師より言われる。叫ぶ為、短期入所も困難な状況。	○全身の痛みに対して受診病院が様々で処方薬も重複している。 ○痛みの原因が不明。 ○騒いでしまう原因が判明していない為、痛みなのか認知症なのか判断がつかない。 ○子は自宅でもできないと医師より言われるのか明確ではない。	○痛みの原因がわからない為、病院を統一し対応する。 ○医師の判断が家族判断ではないか担当医に確認が必要。 ○二人主治医制を活用し、現在受診している病院と開業医とが連携して支援するのはどうか。 ○処方薬が重複している場合は1番先に処方した医師の物が優先。その際に処方した医師に相談する。1つのおくすり手帳であれば可能。また、内服状況の確認を行う。 ○かかりつけ医と歯科医との連携。	急変、肝機能数値の著しい低下と肺炎の症状により、医療機関入院。そのまま逝去された。	多くの病院に受診しており、本人の病状を把握している医師がいない。	
	家族	歯科医師	2	介護事業者	6								
	町会	3	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								5
	民生委員	2	理学療法士	1	市役所								1
	高支連		社会福祉士		市民自治課								2
ボランティア		在宅医療連携支援センター	1	合計	30								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
11	本人	医師	1	ケアマネ	7	介護専門員	経済的に問題を抱えている認知症高齢者の生活上の見守りについて	70代独居。親族の手伝いや会社勤務を19年経験し、その後いろいろな企業のIT系を転々とし自社設立したが倒産。3回結婚離婚をしており1回目の結婚で子をもっている。金銭管理に問題あり、家族関係が複雑で遺産の問題や兄弟のお金の使い込みなどがある。兄弟の後見人になることを希望していたが使い込みから兄弟に借金があるため弁護士が後見人に選出されている。現在社協にて金銭管理を行っている。	○生活援助を入れながら見守りしていく必要があるが、金銭的に難しい。 ○宗教の方に交通費を渡していることが問題でありどのようにしていけば良いか ○内服の管理ができない。	○生活保護受給者は、申請することで冷蔵庫やエアコンの取り付けを無償でできる場合があるため今のうちに担当ケースワーカーに医療補助以外の相談を行う。 ○現在宗教にお金を渡すなど、不透明な収支があるため、それを明確にし、本人を説得しないと弁当が入れられない。支援者間で連携を取りながら収支の見直しを行っていく必要がある。 ○訪問歯科等で口腔ケアなど導入することや、栄養士等の力を借りて自己健康管理を促す関わりを行う。	成年後見人申立て中。介護保険サービス導入に向け調整中。	日常生活自立支援事業では限界がある事例が多く見受けられるようになってきている。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	7								
	町会	3	薬剤師	1	警察								
	地区社協		訪問看護師	1	消防								
	市社協	2	保健師	1	地域包括								5
	民生委員	2	理学療法士	1	市役所								1
	高支連		社会福祉士		在宅医療連携支援センター								1
ボランティア				合計	34								
12	本人	医師	1	ケアマネ	7	介護専門員	70代で集合住宅に子①と2人暮らし。子②もいるが連絡は取っていない。以前から下肢痛はあるが本人杖歩行で外出し、食事の準備をしていたが急に動けなくなり、布団から起き上がることや寝返りも出来ず尿失禁状態となり、子①が介助を行っていた。その後自力で起き上がるようになるが、寝たきりの生活をしている。食事は子①がコンビニで買って来たものを食べている。子①が本人のためを思って家具などの配置を工夫しているが、立ち上がる際に筆筒につかまるなど、生活環境上危険を感じる部分がある。	○子①が精神疾患で通院中であり、本人と子①ともに拒否が強い。事業所との契約などは子①が行い、本人と話そうとすると子が遮断する。 ○本人と子①の病識が不十分な可能性がある。 ○子①の受け入れをよくするための工夫が必要。	○子①の精神疾患の明確な診断名が不明なため、専門医の受診を促す必要がある。また、子①の過去の生活歴から拒否する理由を理解し、本人と子①が受け入れやすいような説明の工夫をしていくことが大切。 ○医療ネグレクト・セルフネグレクトの疑いがある。行政と協力しながら、1度虐待疑いとして支援していく必要があるため、地域包括の保健師と社会福祉士が関わり医療面と権利擁護の面を支援していく。 ○紙に書いて説明、専門家を呼ぶなど子①との関りを工夫していく。	虐待対応として支援を開始。改めて地域包括職員で訪問し拒否なく受診日を決定。受診同行を行い次回2週間後受診予定。継続的な受診に繋がる印象。次回も受診同行し、確実な受診に繋がることを確認する。子の支援の必要性について生活支援課と連携していく。	○8050のケースであり、子の支援も今後必要となってくる可能性がある。 ○医療や障害の支援機関と連携を図り、世帯として支援を行う必要がある。		
	家族	歯科医師	1	介護事業者	7								
	町会	3	薬剤師	1	警察								
	地区社協		訪問看護師	1	消防								
	市社協	2	保健師	1	地域包括							5	
	民生委員	2	理学療法士	1	市役所							1	
	高支連		社会福祉士		在宅医療連携支援センター							1	
ボランティア				合計	34								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
13	本人	医師	1	ケアマネ	4	地域包括支援センター	警察保護を繰り返している認知症高齢者への支援	70歳代。配偶者と二人暮らし。3人の子あり。糖尿病、認知症の診断。介護認定申請中。50年近く他県で生活し、自営により生計を立ててきたが、経営不振から商店を閉める。その後、他県に住む子と同居するが上手くいかず、転居を繰り返す。4年前に認知症状に異変あり、専門医を受診したところ認知症との診断を受ける。3年前に転入。その頃から症状が悪化。道に迷うことが増え、月に2回は警察保護されることが繰り返されている。	○今後、どのような支援(公的サービス、インフォーマルサービス)が行えるか。 ○道に迷い自宅に帰れない恐れがあるが、どのような体制づくりが必要か。	○健康管理と居場所としてデイサービスの活用。 ○配偶者の支援体制整備。認知症理解、認知症カフェへの参加や集いへの参加を促す。 ○転居する中で主治医が説明をするチャンスを逃してしまっていたのかもしれない。主治医が地域ケア会議に参加してもらえると、お互い実りの多いものになったのではないかと。議事録を主治医へ提出するのも良い。	デイサービスを週2回利用。ケアマネ、デイサービスの管理者が配偶者の傾聴役となり心を開きつつある。負担軽減のためにショートの利用等も検討しているが、経済的に厳しく、子に頼る気持ちにもなれず、現状のサービスで様子を見ている。	○オレンジ協力員やボランティア、地域の見守り支援の体制づくり。 ○地域課題を我が事としての関心や意識向上に向けての取り組み。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1							
	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	3							
	民生委員	作業療法士		市役所	1							
	高支連	社会福祉士		福祉用具	1							
オブザーバー	1		合計	16								
14	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	サービス拒否し、配偶者への暴力もある。配偶者との在宅生活をどのように維持できるか	80歳代。要介護2。認知症。本人拒否で受診中断している。配偶者との高齢者世帯。本人、短期記憶障害や見当識障害の他、気に食わないと暴言や暴力を行う事があり。デイサービス利用拒否。人が自宅に来ることも嫌がり、訪問診療や訪問介護サービスも利用できていない。配偶者は要支援2。精神症状のため介護が困難。別居の子は頻りに自宅訪問し、支援をしているが、本人の認知症や配偶者の精神症状の対応で疲弊している。	○認知症の継続治療を行うにはどうしたら良いか。 ○本人が望む、生活実現のための介護サービスやインフォーマルサービス。 ○配偶者、子を含めた家族支援を行う際の支援方法及び優先順位について。	○配偶者の訪問診療を行いつつ、本人の診療にもつなげる。 ○サービスにつなぐことを意識しすぎず、本人の意向を確認。本人が趣味など楽しみながら外部と接点を持てるように支援する。 ○子の介護に対する思いの確認。 ○本人と配偶者の生活力を再アセスメントすることが必要。 ○訪問拒否について何を拒んでいるのかを確認が必要。	意識消失し救急搬送、循環器疾患の治療継続は本人の拒否や子の支援困難でできず。サービス拒否。介護保険期限満了だが主治医不在。アウトリーチを依頼。医療定期受診・介護保険更新申請・ケアマネ、主治医の連携体制構築予定。	○地域で見守りができる体制整備 ○フォーマル、インフォーマルサービスの通いの場や内容の充実。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1							
	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	3							
	民生委員	作業療法士		市役所	1							
	高支連	社会福祉士		福祉用具	1							
オブザーバー	1		合計	16								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
15	本人	医師	1	ケアマネ	5	介護支援専門員	認知症の本人と、精神疾患を抱える子への支援	80歳代。要支援1。高血圧があり、認知症疑い。医療受診ができておらず、何らかの精神疾患を持つ子①と同居。医療再開のため、以前のかかりつけ医に往診依頼。同時に介護申請、訪問看護を利用、子①を含めた状態確認と服薬管理開始。子①は精神科受診を中断しており、精神症状が悪化傾向。本人にも不眠や血圧上昇などの影響が見られたため、子①へ受診を勧め、近隣に住む子②へも協力を依頼。子①への専門的な医療導入を調整。しかし、かかりつけ医の理解が得られず、つなげられずにいる。子①はかかりつけ医を信頼している。	○訪問看護、訪問介護の利用を内科医とどのように支援していくか。 ○本人、子①を支える地域の支援は何かあるか	○まずは子①を専門医へつなげ、精神症状の安定を図っていく。 ○近所や地域からも情報を収集し、本人達のこれまでの生活を理解していく。	子①の精神科往診が開始。本人の栄養状態も心配であったためデイケアに本人と子①で通う事になった。デイケアは子①の拒否でキャンセルになる事あり。往診し訪問介護導入後、内服開始予定。障害福祉課が子①の自立支援のため訪問予定。	○高齢者と疾患を抱えた子などのリスクがある世帯の把握が困難 ○高齢者が同居者の疾患により地域とのつながりが希薄となっている。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	2							
	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	作業療法士	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士		福祉用具	1							
	オブザーバー			合計	18							
16	本人	医師	1	ケアマネ	5	地域包括支援センター	本人、配偶者、子の3人世帯。本人は自転車で毎日出かけている。そのまま県外まで行き、事故に遭う、道に迷い警察に保護されることあり。台風の前夜に自宅の外で寝ようとする、昼夜がわからず外出しようとする行為もあり、認知症の疑いだが精査できていない。また、配偶者も認知症が疑われ、同居している子が疲弊しているが、本人、配偶者は支援を望まず介入困難となっている。生活は自立している様子であるが、実態把握ができていない。	生活は自立しているが、問題行動があり介入を拒否している高齢者夫婦をどう支援していくか。	○子に協力を依頼し、主治医へ現状を伝える。 ○本人の意向や生活歴を聞き取る ○出かけた際のリスク回避の検討	子の受診の付添いは本人が嫌がる。子から車椅子の要望あり。本人拒否のため介護保険を使わず借りられる所を探す。	○子がいる高齢者世帯の把握が困難。家族が居るからこそ、把握の機会が困難となっている。 ○今後も高齢者と子のみの世帯が増加する可能性がある。どのように把握をするかが課題。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	2							
	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	作業療法士	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士		福祉用具	1							
	オブザーバー			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	
17	本人	医師	1	ケアマネ	3	地域包括支援センター	配偶者を亡くした後の独居生活を支えるには	<p>配偶者が逝去し独居。短い期間で転居を繰り返す。転居の原因は、子供の泣き声がうるさい、お金を必要以上に取られた等。介護サービスを勧めるがデイサービスの送迎バスが来たら何と言われるか心配と、受け入れず。今までの環境では被害的な感情があったが、今のところ被害的なことは少ない。独りでの時間が長く、趣味活動の時間もない。</p>	<p>○精神面の不安定さにより転居を繰り返す。 ○介護サービスの必要性を感じていない ○他者との関わりを避けようとする。</p>	<p>○無料の健診などを一度受けてもらうように子に協力してもらう。 ○介護の押し付けにならないように注意し、地域包括の介護予防教室を紹介する等、信頼関係を構築しながら様子を見守っていく。</p>	<p>○子はデイサービス利用の意向あり。本人の希望は曖昧。一度健康診断を受け、本人の意向を確認し再度検討する。後日本人から連絡があり、デイサービスの利用は来年の7月以降に配偶者の墓地の手続きを終えたら考えたいと。</p>	<p>○医療の必要性 ○市の健診制度の周知、啓発の不足。</p>
	家族	歯科医師		介護事業者	5							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	地域包括	4							
	民生委員	5	福祉用具	市役所	1							
	高支連		訪問介護	基幹相談支援センター								
ボランティア		作業療法士	1	合計	22							
18	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員	高齢者の運転について	<p>他県で勤務したのち、独立するが10年ほど前に店を畳んだ。その後、ミニパトロールや駅周辺の駐輪場で働いたこともある。 本人の認知症が進んでおり、運転免許返納を配偶者は希望しているが本人が応じない。介護や家事を配偶者が全て担っている。本人に認知症があり運転して事故の心配がある。また、がんも患っており、最期は病院で看取りたいという希望。子は引きこもりで頼れず、親族も近くにおらず頼れる人がいない。</p>	<p>○介護者が配偶者しかいない。 ○本人の認知機能の低下が見られるが、運転免許の返納を拒んでいる</p>	<p>○運転の可否の判断は医師も難しいが周りの人が見て、日常生活で危険だと気付けば、医師を巻き込んで伝える工夫をしてみようか。 ○認知機能の低下もあるため、故障等の理由により車が使えない状況にあると伝えてはどうか。</p>	<p>免許返納は本人、配偶者、ケアマネで話し合い返納できた。本人が認知症の病識がなく、介護を拒否あり。配偶者は負担を感じている。本人の体調は年内いっぱい目安と医師から言われている。子へのアプローチについては相談機関、地域包括で関わっていくこととする。</p>	<p>坂が多い地域で高齢になり、免許を返納すると外出、買い物に困る。</p>
	家族	歯科医師		介護事業者	5							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	地域包括	4							
	民生委員	5	福祉用具	市役所	1							
	高支連		訪問介護	基幹相談支援センター								
ボランティア		作業療法士	1	合計	22							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
19	本人	医師	1	ケアマネ	3	地域包括支援センター	介護力の乏しい家族環境での医療ニーズの高い本人の療養と環境をどう支援するか 本人は肝疾患により病院に20回以上入院歴あり。2泊3日で腹水ろ過濃縮再静注療法を施行し、直後は杖歩行になるが、1週間ほどで腹水が貯留し、車いすが必要となる。配偶者は認知症による徘徊で警察に保護された経験がある。子は独身で物事の判断が難しい。近所に一日おきに買い物してくれる友人あり。	徘徊する配偶者、理解力の乏しい子という家族に医療ニーズの高い本人の在宅介護の状態で見取りが出来るか	○本人の在宅療養における不安に対し、さらに信頼関係を築くことが安心できる支援の土台になるのではないかと。 ○関係機関が情報共有し、過剰支援にならないよう役割分担する。 ○訪問看護が関わる時間が多く、本人の医療処置だけではなく家族へ対するケアも考えることが出来るのではないかと。 ○子が出来ることを一緒に考える ○ターミナルの方でもあるため支援方法については柔軟に対応する必要がある。家族としてもある時点で覚悟を決めることが必要になってくる。	訪問看護、訪問介護、ケアマネが協力し本人、配偶者、子へのケアを継続する。9月下旬に本人が逝去される。配偶者の支援でケアマネが関わっている。当面、ショートステイを利用し施設入所の方向性で検討している。	○介護保険での支援、障がい者支援からのアプローチの体制が築けていない。 ○共生についての周知、理解をすすめていく必要がある。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	10						
	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	3	訪問介護	市役所	1						
	高支連		看護師	1	基幹相談支援センター						
ボランティア		福祉用具		合計	25						
20	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員	財産管理や近隣住民との過去の土地トラブルについて、被害妄想により訴えが出る方の支援 本人は借地経営をしており、土地の件で過去に住民トラブルがあった。既に解決しているが本人は覚えていない。また財産管理を自分で行いたいと考えており、銀行で「口座をのっとられている」と被害妄想が見られ、近所に住む子①に当たる事もある。子①は度々本人の様子を見に来ており、車で買物や銀行に連れて行くなどしている。本人は子①に対し感謝もしている。子②、子③も時折訪問ある。	○「口座をのっとられている」等、被害妄想の対応に困っている。 ○金銭管理について本人の希望と現実乖離が出てきている状況、制度や家族へのアプローチ、各機関の関わり方を含めてどういことができるのか。	○本人への支援だけではなく子①等の家族への精神的なケアを行いながら、ケアマネ以外の機関の支援を検討する必要がある。 ○銀行や郵便局など金融機関へも向けて認知症対応の理解促進も必要であり、認知症サポーター養成講座の周知等を行う。	本人が銀行にでお金を自由におろせないと話あり、地域包括、ケアマネが対応。配偶者が他界。本人の混乱を心配していたが、子が毎日様子を見に行き混乱もなく過ごさせている。週2回のデイサービスも継続出来ている。	○認知症の方に対する支援、理解がまだ得られていない面がある。介護関係機関以外への認知症の理解を深める必要がある。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	10						
	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	3	訪問介護	市役所	1						
	高支連		看護師	1	基幹相談支援センター						
ボランティア		福祉用具		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	2	介護支援専門員	被害妄想により地域とトラブルを起こしている認知症独居者への支援	独居。地域住民より「最近、家の中が散らかっており本人の様子がおかしい」と民生委員を通じて地域包括に相談が入る。親しくしていた特定の地域住民に対して、被害妄想を抱きトラブルを起こしている。本人はADL、IADLとも自立しているため、認知症の自覚はない。介護サービスを利用し、見守りの機会を増やしている。最近、被害を受けている地域住民も地域包括が主催した認知症サポーター養成講座を受講し、認知症について理解して頂けるようになった。	○特定の一人に対する被害妄想以外は生活は自立。地域生活の継続のために、誰がどのような働きかけを誰におこなったらよいか。 ○在宅生活の限界点はどこか。施設入所を考えるタイミングをいつにするか。	○地域住民に認知症について理解をしていただくことが必要であるが、それをケアマネだけで担うことは難しい。そのため、地域包括では日頃から地域で体操教室を開催したり、ほっとサロンに参加したり、と地域と顔の見える関係作りを行っている。 ○本人の病状が悪化し、入院加療が必要になるなど心身に変化が起きた時が在宅の限界を検討する時期になるのではないかと。また地域での見守り等が難しく、公的なサービスを利用しても限界ない場合には、施設入所が妥当となるのではないかと。	デイサービスの利用を継続している。認知症により、時々「家電製品が壊れた。使えない」などの訴えがあるが、近隣住民やケアマネ、地域包括がその都度対応し、大きなトラブルには至っていない。	まだまだ認知症に対して正しい理解が得られていない地域があり、認知症サポーター養成講座を開催したり、ほっとサロン等で認知症の人への適切な接し方について、啓発活動を行っていく必要がある。
	家族	歯科医師		介護事業者								
	町会	薬剤師		警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	地域包括	3							
	民生委員		理学療法士	市役所	1							
	高支連	10	社会福祉士									
	ボランティア			合計	18							
22	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	精神疾患のある独居者への支援	60歳代、独居、統合失調症、精神科訪問診療、通所介護、訪問介護を利用中。長年良好な関係を築いていたケアマネを些細なことで拒否し、昨年末ケアマネが変更。6月上旬より精神的に不安定となり、任意入院したもののすぐに本人の希望で退院。その後も症状悪化。その後、呼吸苦しさを訴え救急搬送された医療機関からの呼びかけで、担当者会議を開催。市長同意により精神科の医療機関へ医療保護入院となった。処方された薬がきちんと服薬出来ていなかった事が判明した。	○独居者が適切に服薬管理ができるようにするために、どのような工夫が必要か。 ○精神疾患のある利用者への支援のポイントは何か。どのように関わっていくべきか。 ○医師等医療職をケアチームとして巻き込むためのポイントはなにか。	○在宅では症状が出る度に処方を増やしていくことが多く、副作用を抑える薬が重なり、かえって悪化していく場合もある。そのため日頃からすぐに入院できる病院を確保しておく必要がある。 ○精神障害者への支援のポイントは、偏見を持たない、変に構えない、一人の人として接する。改善と悪化を繰り返すことが多い。それを前提として関係や介入方法を「構築」できるようにしていく。精神専門の訪問看護を入れることも大事。 ○医療専門家との連携は、ケアマネにとって敷居が高いかもしれないが、情報を共有したり、受診同行していくことは大切。	精神科病院に入院中。心身共に安定しており、退院して自宅での生活を再開する予定。一時外出を2回行い、本人と包括職員で自宅の片づけを行っている。退院の時期は未定。	精神科の訪問診療を行っている医療機関や、訪問看護事業所が限定されている。高齢者は慢性的な内科の疾患を抱えていることが多いため、精神科の医療機関からは単科であることを理由に入院を断られることが多い。
	家族	歯科医師		介護事業者								
	町会	薬剤師		警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	地域包括	3							
	民生委員		理学療法士	市役所	1							
	高支連	10	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	
23	本人	医師	1	ケアマネ	地域包括支援センター	定期的な介護サービスの利用が継続しない独居者への支援	○人の好き嫌いが激しく、本人の些細な誤解から支援者の信頼関係構築が難しい。 ○現在は地域住民の好意で見守りや買い物の援助があるが、どこまで地域の助け合いに頼っているのか。介護保険に繋がりたいが本人が拒否。	○現在はおぼつかない面がありながらも生活が来ているので、本人が生活に困った、という実感がないと介護サービスは受け入れられないと思われる。そのために、地域住民・地域包括、ケアマネと重層的に見守りを継続していく必要がある。 ○ケアマネが中心となり、関わっていく人たちと情報を共有し統一した方針のもと、本人に関わっていく。	本人のADLに変わりなし。介護保険サービスや配食サービスの利用には至らず。ケアマネの事は信頼しており、定期的に訪問による見守りがなされている。何かあった場合は、ケアマネに連絡する体制が来ている。	社会から孤立する可能性のある人に対して、支援者と地域住民がどのように連携していけばよいのか。	
	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							2
	民生委員		理学療法士	市役所							1
	高支連	8	社会福祉士	言語聴覚士							
	ボランティア			合計							14
24	本人	医師	1	ケアマネ	介護保険サービス事業者	地域での居場所を求めている高齢者への支援	就労している子と同居している80歳代。ADLは自立、自宅近くの高齢者施設の敷地に頻繁に出入りし、勝手に交通整理を行っている。適切な誘導が出来ておらず、大きな事故につながる可能性がある。注意すると激昂し、数時間にわたって抗議をする。以前、警備の仕事に就いていたため「自分はプロだ」との意識が高く、「誰も感謝してくれない」との不満を持っている。「近隣住民に電気を盗られている」「勝手にゴミを置いて行かれる」など被害妄想もあり、近隣住民は本人と関わらないようにしている。	双極性障害が疑われるため、内服により感情の振れ幅を小さくすることが可能と思われる。薬の調整次第では、誰かと一緒に掃除やスクールガードなどで活躍できるようにするのではないかと。そうならば本人の「お世話好き」という良い面を引き出して、地域で役割を持ってもらうことが出来る。そのためには早期に医療受診に繋げる必要がある。	子に地区内のクリニックについて情報提供している。子が自分の都合に合わせて予約をすることになっている。その後、高齢者施設からは連絡がない。	何らかの障害・疾患を持ちながらも「地域で活躍したい」「まだまだ働ける」と思っている高齢者が役割意識をもって活躍できる適切な場がない。	
	家族	歯科医師		介護事業者							1
	町会	薬剤師		警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	1	保健師	地域包括							2
	民生委員		理学療法士	市役所							1
	高支連	8	社会福祉士	言語聴覚士							
	ボランティア			合計							14

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
25	本人	医師	2	ケアマネ	21	介護支援専門員	H28年の震災を機に、子の住む松戸に夫婦で転居。精神的なダメージと慣れない土地で閉じこもり気味になってしまったケース。デイサービスを利用を通して、活気も出てくる。しかし、介護保険の更新にて要支援1の認定が出たことにより、利用回数が週2から週1になる。身体状況が改善されたはずが、デイサービスに代わる社会資源が見つからず、閉じこもり気味になってしまったために、再び身体機能が低下し始めている状況。	○土地勘がなく、周囲に知人友人のいない不安から外出や社会参加が制限されている方へ参加を促す方法。 ○公的施設や利用できるインフォーマルサービスが少ない。 ○消極的な方に意欲を持ってもらう方法。	○介護保険の区分変更、を申請して再度、要支援2以上にならないかを検討する。 ○被災者の集まりである「黄色いハンカチ」(ふれあいねっと)に参加して社会参加の機会を設ける。 ○民生委員、相談協力員、町会長などに声をかけてもらい、地域のイベントや催し物に参加できるようにしていく。 ○集いの場を増やす。(特に集いの場が少ない地区に) ○集いの場に向かうための交通手段をつくれぬか。	デイサービス以外の外出機会がなく、寝てばかりになっている状況。わざわざ電車やバスを乗り継いで集いの場まで行くという動機や意欲が本人に無く、地域の方や地域包括の同行も提案したが消極的。	○駅から遠い等交通手段が乏しく、坂道があるような地区では、多角的な移動手段が必要。 ○地域関係が希薄な方に対して、外へ出る動機づけになる仕掛けが必要。 ○多様性を持った集いの場をつくる必要がある。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	5						
	町会	薬剤師	2	警察・消防							
	地区社協	医療相談員	1	社会福祉士	1						
	市社協	保健師		地域包括	4						
	民生委員	NPO	4	市役所							
	高支連	行政・司法書士	1	薬学部学生	1						
	相談協力員	理学療法士	1	合計	56						
26	本人	医師	2	ケアマネ	21	地域包括支援センター	本人は、配偶者他界後、子①の世話をみるのが大変になっている。要支援1の認定を受け、半日型のデイサービスを開始した。子②は同時に障害者相談のふれあい相談室に子①のことを相談。しかし、子①からは自宅訪問を拒否され続けている。今年、ひきこもりの中高年が引き起こした事件報道をうけて、本人の不安が強くなり、本人自身から、子①に対しても自分に対しても、相談する前の白紙状態に戻したいと連絡があった。	○本人の不安を軽くする方法はないか。 ○本人がいなくなったら、子①は閉じこもりの高齢者になってしまう。今のうちにできることはないか。	○信頼関係が築かれている医師に継続して受診できるようにする、サポート医制度の利用。 ○同時並行して成年後見制度の利用検討。 ○一番大事なのは「親子一緒に穏やかに過ごせる」こと。これを念頭に置いた支援。 ○福祉まるごと相談、ひきこもり支援ネットワークの活用。 ○親子で行ける「通いの場」利用。	本人の健康状態は良好。引きこもりの子①の健康状態も変化なし。引きこもり支援相談や親の会にお誘いするが、消極的。本人もデイサービスに行っていない。いろいろ提案しても、暑いから今はいいと言う。今後もモニタリング継続していく予定。	○本人一人で抱え込まないように地域資源の案内や支援、訪問ができる体制づくり。 ○相談窓口の周知(福祉まるごと相談室・ひきこもり支援団体) ○地域資源の把握と他の専門職に相談できるような体制づくり。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	5						
	町会	薬剤師	2	警察・消防							
	地区社協	医療相談員	1	社会福祉士	1						
	市社協	保健師		地域包括	4						
	民生委員	NPO	4	市役所							
	高支連	行政・司法書士	1	薬学部学生	1						
	相談協力員	理学療法士	1	合計	56						

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	19	介護支援専門員	エレベーターの無いマンション4階居住の高齢者の災害時の避難はどのようにすればよいか	現在は訪問介護事業所の支援のもと通所サービス利用時には階段昇降支援を確保することができているが、災害時など高齢の妻と2人でどのように避難することができるのか。	○町会の集まりに参加し、日頃から町会の仲間に自身の把握をしてもらうという自助努力も必要。 ○どこにどんな方が住んでいるのか把握すること、把握する機会を設けることが重要。 ○誰が何を必要としているのか、どこに何が足りないのか、集約をした上で適切にフォローする体制を作るのが自治会。 ○町会・自治会によって対応や対策には差がある。ある程度の共通方針は重要ではないか。	○在宅医療・介護連携支援センターと連携し、本人のアウトリーチから精神科受診・入院とつながった。 ○キーパーソンの子及び入院先の医療相談員と情報共有しつつ、退院先の調整を行っている。	○日頃から誰がどんな助けを必要としているのか把握する仕組みや共通方針が町会内では必要。何もできない時の想定も町会・自治会で考えておかないといけない。 ○避難行動要支援者名簿の活用方法を明確にしてほしい。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	6							
	町会	薬剤師	3	警察・消防								
	地区社協	医療相談員	1	看護師	1							
	市社協	保健師	1	地域包括	4							
	民生委員	NPO	2	市役所	1							
	高支連	行政・司法書士	2	学生	6							
相談協力員	理学療法士	1	合計	56								
28	本人	医師	1	ケアマネ	19	介護支援専門員	体が不自由で避難することが難しい為、災害時避難しないと決めている方をどう支援したらよいか。	うつ病、認知症、腎機能低下症、糖尿病を患っている80歳代。不意にベッド柵につかまり立ちその場で下着をおろし排便してしまったり、オムツに手を入れて便を掴み投げつけてしまう。アパートの2階に住み、急な階段が15段ほどあり、1人では昇降できない。次男が支えながら昇降している。災害時はどうするのか何度か確認したが、避難せず、このままこの場所を動かないと言う。	災害時に避難できない状況が分かっているが、ご家族の意向に沿ってよいか。また、この状況で他に何か出きる事はあるか。	○担当医がリードして、家族や介護従事者に対して必要な助言をする。 ○まずは入院して病状を改善・安定させる。 ○ヘルパーの介入もあるのでこれ以上外部の介入は必要ないのでは？ ○最終的には家族の判断。	○通所リハから、自宅で行えるトレーニングの紹介を依頼し、本人の希望に沿った目標も説明してもらっている ○通所リハへは週2回通っている。 ○懸念されていた階段昇降も送迎職員の付き添いで行えている。	○地域において災害時における自力では避難が困難と思われる高齢者の把握 ○本人や家族の希望・意思を把握できるしくみ ○適切な医療や医療的な助言が受けられる体制構築 ○地域資源の把握 ○介護者である家族へのフォロー体制
	家族	歯科医師	1	介護事業者	6							
	町会	薬剤師	3	警察・消防								
	地区社協	医療相談員	1	看護師	1							
	市社協	保健師	1	地域包括	4							
	民生委員	NPO	2	市役所	1							
	高支連	行政・司法書士	2	学生	6							
相談協力員	理学療法士	1	合計	56								

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	5	地域包括支援センター	身体状況は自立しているが、地域とのつながりが希薄な独居高齢者の今後の支援方法について。	男性の独居高齢者が、近所で気軽に出かけられ、かつ役割の持てる通いの場や集いの場はあるか。	○本人の趣味(カメラ、機械操作)や自信のあるものの役割を与えて他者との交流を増やす。「団地新聞」に載せる会食会の様子のカメラ撮影を頼み、継続的な「参加者」になってもらう。健康に関する講習会に関しては積極的に声かけをして、外出を促す。 ○精神的に「寂しくて」飲酒をしてしまうケースも多い。本当は、睡眠薬服薬中の飲酒は遠慮してほしいのだが、本人に過度な負荷をかけないような支援をしていく必要もあるのではないかと。	○緊急通報装置の設置には至らなかったが、これを機に民生委員につなぎ、緊急時の対応について考えるきっかけにもなった。 ○紹介した配達員の弁当をとっている。 ○本人と親しくしている下の階の方とケアマネが連絡を取れるようお願いした。	○高齢で、見守りが必要な独居の方が多い団地の特性を把握し、すでに福祉活動を行っている自治会等と連携を取りながら、具体的な活動を行っていくことが今後の課題。 ○男性でも集えるサロンの紹介や、集いの場を作っていく必要の周知啓発が求められる。	
	家族	歯科医師		介護事業者	3							
	町会	1	薬剤師		警察							
	地区社協	1	訪問看護師		消防							
	市社協		保健師		地域包括							4
	民生委員	5	理学療法士		市役所							1
	高支連		司法書士	1	福祉用具							
CoCo		医療相談員	1	合計	23							
30	本人	医師	1	ケアマネ	5	介護専門員	外出され、帰宅困難な状態になりつつある、団地在住の認知症独居高齢者の支援方法について。	介護サービスを利用して、住み慣れた場所で生活していくために、地域との連携をどのが最善か。	○本人の「徘徊」以外に関しては支援者側はしっかりフォローしていると思う。 ○「見守り」の手を増やす。行動パターンを控えておく。 ○QRコードに関しては、あまり知られてない。QRコードが載っているキーホルダーを身につけているだけでも、「見守りが必要なのでは？」と考えてくれる人が出てきてほしい。 ○ADLや身体面・精神面の著しい低下があればサービスの再調整も必要かもしれない。	○家族に見守りシールや救急QRの説明と検討を行った。 ○家族の危機感も高まり、関係機関との連携が一層図れるようになり、改めてサービスの見直しを行った。結果、一人で外出する回数も減った。	○自立した生活を阻害する要因は認知症状からの混乱や不安症状である。 ○住み慣れた地域で生活を長く送るためにも、様々な社会システムの周知啓発をURコミュニティと連携する必要性がある。	
	家族	歯科医師		介護事業者	3							
	町会	1	薬剤師		警察							
	地区社協	1	訪問看護師		消防							
	市社協		保健師		地域包括							4
	民生委員	5	理学療法士		市役所							1
	高支連		司法書士	1	福祉用具							
CoCo		医療相談員	1	合計	23							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
31	本人	医師	1	ケアマネ	5	地域包括支援センター	かかりつけ医がおらず、支援に難渋した事例。	長時間、かかりつけ医や定期受診がなく支援に難渋。医療機関(かかりつけ医)への受診や定期的な医療支持の必要性を理解して頂くためにはどのような支援策があるだろうか。	○当事者(本人)と同じ目線に立ち支援することで「信頼関係」を構築し、適材適所の専門職が介入できる環境を整える。 ○専門職が医療情報を適切に取得するためにも、「かかりつけ医」の大切さを周知していくことが重要。	○在宅医療・介護連携支援センターと連携し、本人のアウトリーチから精神科受診・入院とつながった。 ○キーパーソンの子及び入院先の医療相談員と情報共有しつつ、退院先の調整を行っている。	○地域には医療機関への受診を拒否する高齢者も多く潜在している。 ○本人の健康維持・生活の安定、利益の保護のためにも地域住民を含めた他機関協働の必要性が出てくる。 ○在宅医療・介護連携支援センターの役割を周知啓発していくことも有益。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	1	薬剤師	1	警察							
	地区社協	2	訪問看護師		消防							
	市社協		保健師		地域包括							4
	民生委員	5	作業療法士	1	市役所							2
	高支連		司法書士	1	福祉用具							1
	UR住まいセンター				合計							28
32	本人	医師	1	ケアマネ	5	理学療法士	転倒を機に、自宅での歩行が困難になった対象者の生活を再構築するには。 ○外出中に転倒したことを機に、団地の階段昇降が困難となる。結果的に外出機会が大幅に減少した。 ○本人は元々社会的であったが、ADL低下と認知症状の悪化で活動量の低下も見受けられた。 ○本人の性格は「頑固」で、あるが何とか介護保険サービスを導入することが出来た。現在、通所リハビリテーションを利用して運動機能向上に努めている。	もし、同様な状況の対象者が近所で生活していた際、どのような支援をしていくべきか。	○リハビリテーションに係る専門職の職能を知ってもらい、本人が安心して生活できるように支持することも重要である。 ○在宅時に出来る運動機能向上訓練の方法を教え、ADLの再獲得を目指すことも1つの方法である。 ○対象者に「何のためのリハビリテーションなのか」、具体的な目標プランを立て達成感に繋がる動機づけを試みてはどうか。	○通所リハから、自宅で行えるトレーニングの紹介を依頼し、本人の希望に沿った目標も説明してもらっている ○通所リハへは週2回通っている。 ○懸念されていた階段昇降も送迎職員の付き添いで行えている。	○リハビリテーション職についての理解や利用の啓発をできる機会がない。 ○支援に困難を感じているケアマネは地域包括へ連絡し、民生委員が協力できる介入があれば協働することが「地域の支援力」に繋がっていく。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	1	薬剤師	1	警察							
	地区社協	2	訪問看護師		消防							
	市社協		保健師		地域包括							4
	民生委員	5	作業療法士	1	市役所							2
	高支連		司法書士	1	福祉用具							1
	UR住まいセンター				合計							28

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
33	本人	医師	3	ケアマネ	2	介護専門員	多問題を抱える家庭の支援が時間経過とともにケアマネに負担集中する事例	ひきこもりの子による家庭内暴力がある事例。それを知られないよう配偶者が本人の行動制限を行っていた。ケアマネやサービス事業所への警戒心が強く信頼関係の構築に時間を要した。保健所、中核地域生活支援センター、警察等が関わるが、本人への定期訪問等でケアマネが訪問する回数が多く、子についての相談をケアマネにされるなどケアマネの負担が重くなっている。	家族員との信頼関係を保ちながら、家庭全体への支援を関係機関と連携しながらどのように進めたらよいか。	○ケアマネが一人で訪問しない。役割分担を行い、情報共有し、チームで対応する。 ○子の支援者が寄り添い、背中を押せるとよい。 ○家族を交えて話し合いをしていく。 ○精神科の治療薬のことは専門外であると伝え、内服については主治医から説明してもらうようにする。 ○自助グループの人に会ってもらおう。	家族全員と専門職が話し合える機会を予定している。	多分野にまたがる支援について連携体制の強化が必要。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者									
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	訪問看護師		消防									
	市社協	1	保健師	1	地域包括								4
	民生委員		理学療法士		市役所								
	高支連		障害者相談室	1	その他								2
	管理栄養士	1	親子すこやかセンター		合計								17
34	本人	医師	3	ケアマネ	2	地域包括支援センター	60代独居。生活保護受給中。配偶者を亡くしたことを受容できていない。異性の民生委員に「体調が悪く買い物に行けない」「歩けない」など連絡が入り、買い物支援を行うが、自宅には自分で買ったタバコや酒がある。「4日間食べていないから救急車を呼びたい」と訴え民生委員が付き添い搬送され、精神科受診を勧められるが拒否している。	○精神症状によって訴えが強くなる方にごまかす対応すべきか。 ○民生委員や高齢者支援連絡会の相談員など地域の関係者とケアマネはどう連携していけばよいか。 ○本人の自立や地域の方の負担をどう考えればよいか。	○民生委員の負担軽減のため分担することを検討する。 ○生活保護のケースワーカーと連携をとり本人への指導など情報共有を行う。 ○生活課題があるため介護保険を申請しサービスにつなげる。 ○地域の支援者に研修会や事例検討会を通じて自立支援の考え方を共有する。	買い物中に倒れ入院し、1か月後逝去された。	○年齢が若い方の集まる場があるとよい。 ○パートナーをなくした喪失感を共有する場があるとよい。		
	家族	歯科医師	1	介護事業者									
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	訪問看護師		消防									
	市社協	1	保健師	1	地域包括							4	
	民生委員		理学療法士		市役所								
	高支連		障害者相談室	1	その他							2	
	管理栄養士	1	親子すこやかセンター		合計							17	

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
35	本人	医師	3	ケアマネ	2	地域包括支援センター	都内へ通勤できる自立の方の総合事業利用について	80代。糖尿病と狭心症があるものの、週に3、4日都内で就労している。3年前に自宅から徒歩5分のところに通所事業所が開設し、週1回2時間自費で利用していた。しかし事業所が自費での受け入れを中止。本人は今まで通り利用したいと希望したため基本チェックリストを実施し、機能強化型コースを利用中。	自立高齢者への過剰サービスではないか	○制度上このような利用の仕方もある。 ○チェックリストだけで事業対象とするのではなく、その先に市独自の査定方法があってもよいのではないか。 ○オレンジ協力員やボランティアとして活躍されるとよい。 ○3割負担であると民間のスポーツジムと費用は変わらないため、そちらを勧める。 ○介護保険が使われていることへの認識をもってもらおう。	スポーツジムに見学に行っている。卒業後のボランティア活動は受け入れ可能であるため卒業時に提案する。	○比較的自立している人の通所サービスの選択肢が少ない。 ○自助の啓発が必要。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者									
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	訪問看護師		消防									
	市社協	1	保健師	1	地域包括								4
	民生委員	理学療法士		市役所									
	高支連	障害者相談室	1	その他	2								
管理栄養士	1	親子すこやかセンター		合計	17								
36	本人	医師	4	ケアマネ	2	地域包括支援センター	暴言暴力のある3世代多問題家庭	70代要介護1。デイサービスを週に2回利用している。半年前に脳出血があり、後遺症で軽度右片麻痺、杖歩行。同居の孫をかわいがり過干渉だが、その孫から階段からけり落されるなどしている。孫は子から本人への暴力を見て育ち、孫から本人への暴力もある。本人が包丁を持ち出し「殺して」というなど家庭内のトラブルが絶えない。	○家族間の暴力について。 ○世帯全体に対する支援方針。	○孫については教育機関と連携をして関わる。 ○本人が施設に入るなど分離するのが良いのではないか。 ○本人の介護度が上がると今以上に介護されない可能性がある。	5回話し合いの場を持っているが分離拒否。早急な解決は難しい。	多分野にまたがる支援について連携体制の強化が必要。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者									
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	訪問看護師		消防									
	市社協	1	保健師	1	地域包括								6
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1								
	高支連	障害者相談室	1	その他	1								
管理栄養士	1	親子すこやかセンター		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	
37	本人	医師	4	ケアマネ	2	サービス利用について専門機関と地域関係者の考えに違いがある事例	80代独居、要支援2。狭心症、脳梗塞の後遺症で麻痺と構音障害がある。息切れとめまいが強くなると自分で買い物に行けず、近隣市に住む友人に頼み生活していた。友人の協力が途絶えたときに栄養不良と脱水で入院。本人の希望で早めに退院したため介護サービスを勧めるも拒否。現在は友人の支援が再開し生活できている。地域住民は孤独死を心配しており、サービス利用が望ましいと考えている。	○本人の意向と地域の方の考えが異なり、どう調整を図っていくか。 ○今後最期についてどう考えたらよいか。	○支援者としては本人の自立を促すために地域の方が考えるほどサービスは必要でない。 ○孤独死の考え方の違いがある。一人で亡くなる事が問題なのか、何日も経ってから発見される事が問題で、翌日に発見されるなら良しとするか。 ○孤独死が心配なら訪問診療を入れるという方法もある。 ○地域住民が心配しているのは友人が一人で支えており、負担が大きいのではということ。 ○医療者もACP(アドバンス・ケア・プランニング)について十分教育を受けているわけではない。家族がいない場合は特に重要。	かかりつけ医受診時に大動脈が破裂する可能性があるとのことで入院中。	○身寄りがない人の意思決定支援。 ○ACPについての普及啓発 ○地域関係者に介護サービスや介護予防の考え方について知ってもらう。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	1	地域包括							6
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1							
	高支連	障害者相談室	1	その他	1							
管理栄養士	1	親子すこやかセンター		合計	20							
38	本人	医師	1	ケアマネ	1	周囲の提案・アドバイスを受け入れられない独居の方の支援	80代独居。要介護1。認知症があり金銭管理できず、2年前に後見人を立てた。隣に妹家族が住んでおり、電話で連絡を取る友人がいる。民生委員がゴミ出しを手伝ってくれている。妹が入院した際に施設入所を勧めるが、施設、デイサービス等拒否。膝・腰の痛みを訴えるが、受診・服薬していると事実とは違うことを言い、受診同行は拒否。	○本人にとって健康で安全な生活が送れる環境にするための支援について。 ○在宅生活を送る上で、地域にはどのようなサポートがあるか。	○施設入所中の妹に会いに行き、施設見学をする。 ○薬の内容を医師に再考していただき、調剤薬局に一包化を依頼する。 ○病院に根回しして受診同行する。 ○民生委員に顔つなぎをしてもらう。 ○友人に認知症を理解してもらう働きかけをする。 ○オレンジ協力員を活用する。 ○買い物や散歩に連れ出し、途中でデイサービスに寄り、見学する。 地区社協の映画会やお茶の間サロン等の参加を勧める。	○オレンジ協力員2名による戸別訪問が週に1回始まっている。 ○ケアマネと同行訪問に挑戦するが、色々な理由付けで受診に至っていない。本人の状態は安定している。	○地域住民の認知症の理解を促進する。 ○オレンジ協力員の活動を推進する。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	4							
	民生委員	1	理学療法士	1	市役所							1
	高支連	社会福祉士		オレンジ	1							
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		
39	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員	精神疾患を持つ方への同居家族とのかかわり	70代要介護3。統合失調症があり生活保護受給中。4人の子は施設に預けて養育した。そのうち一人の子と最近同居を始めた。デイサービスを週に2回、訪問看護を週に1回利用している。食生活が乱れ栄養不良がみられるが、子に確認しても教えてもらえず不明。精神科の受診は中断していたが何度も促し再開している。日中食事とトイレ以外はほとんど寝たきりで意思疎通が困難。近隣住民とトラブルを起こしたこともあり、友人はおらず、孤立している。	○在宅生活継続のために本人・家族に対してどのようにアプローチしたらよいか。 ○サービス事業所としか関わらない孤立家庭に地域ではどのようなかかわり方があるか。	○1食をしっかり食べてもらえるようデイサービスを増やす。 ○間食の代わりに栄養補助食品を提案する。 ○義歯を入れてはどうか。 ○子が信頼する医師に訪問診療・訪問歯科を勧めてもらう。 ○地域包括が関わる。 ○地域の人に訪問してもらう。 ○民生委員に過去のトラブルについて聞く。 ○本人を支援するという名目で精神保健福祉士と面談を行うなど子に対しての支援者をつくる。	精神科の受診を継続的にこなうことができている。内服薬処方により独語が減少し、精神的な安定が計れている。デイサービス等での外出時に地域住民と会えば挨拶を交わすことができている。	高齢者以外の多分野の関係機関との連携	
	家族	歯科医師	1	介護事業者									
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	訪問看護師		消防									
	市社協	保健師		地域包括	4								
	民生委員	1	理学療法士	1	市役所								1
	高支連		社会福祉士		オレンジ								1
ボランティア				合計	12								
40	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員	地域との交流がほとんどなく閉じこもりがちな高齢者	70代要支援2。独居で生活保護受給。近所との交流は挨拶程度。2年前に要支援2に認定後週1日訪問介護を利用。1年前に体の動きが悪くパーキンソン病の診断。外階段のある2階に住んでおり、荷物を持つための階段の昇り降りが難しいためゴミ出しはヘルパー事業所が厚意で持ち帰っている。	○週に1度ヘルパーが買い物支援をする以外は他者との交流がほとんどない。閉じこもった生活であり認知機能・身体機能の低下が心配される。 ○ゴミ出しの方法。	○医師に運動について確認する。 ○地域で遠巻きに見守りながら信頼関係を構築していく。 ○ゴミの収集日は週に3日あるので溜めないで小出しにして本人が出せるよう工夫をする。 ○1階に転居することで生活が活性化すれば生活支援課に相談をするよう伝える。	ゴミ出しについて本人ができる方法を検討する。 1階への転居についてケアマネと生活支援課が連携する。	○生活保護受給者に対する地域住民の理解が希薄である。 ○神経難病等に対する地域住民の理解を促進し、助け合いをしやすい環境づくりが必要。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	訪問看護師		消防									
	市社協	保健師	1	地域包括	4								
	民生委員	1	理学療法士	1	市役所								1
	高支連	1	社会福祉士		実習生								2
ボランティア		オレンジ	1	合計	16								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
41	本人	医師	ケアマネ	1	介護支援専門員	ショートステイ利用に消極的な本人の介護に配偶者が限界を感じている	80代要介護2。長年積極的に地域活動を行ってきたが、6年前に脊髄梗塞を発症し、歩行障害あり。デイケア・デイサービスを週4日利用している。配偶者が体調を崩し、ショートステイ利用を勧めるが、本人は拒否する。配偶者に杖を振り回すなどの威嚇行為を行うこともある。ショートステイは利用経験があるが、「利用料が高い」「つまらない」「話ができない」とのこと。	○配偶者の介護負担を軽減して夫婦2人での在宅生活が今後も円滑に送られるためには。 ○歩行障害がある方が地域活動に参加するにはどうしたらよいか。	○配偶者の健康を考え、外に出る機会を提案する。(介護者のつどい、配偶者の状況により総合事業など) ○長年地域活動をされてきた方が介護サービスを受け入れるのは難しい。 ○話をするのは好きで知識を持っているので後輩の指導など活躍の場ができるとうい。 ○地域ケア会議に出席していたらどうか。 ○町会の顧問を頼み、町会で問題があったら相談するなどの役割を持たせる。	地域活動へ参加できる方向で検討中。配偶者へは介護者の集いと認知症カフェの参加を促している。	歩行に障害がある方が集える場所が不足している。
	家族	歯科医師	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	訪問看護師	消防	1							
	市社協	保健師	地域包括	4							
	民生委員	理学療法士	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	実習生	2							
ボランティア	オレンジ	合計	16								
42	本人	医師	ケアマネ	2	居宅支援専門員	夫婦ともに高齢、認知症であるが在宅生活を希望している。どこまで二人の生活を支援できるか。	90代。要介護3、重度認知症、聴覚障害、生活保護受給。高齢、認知症の配偶者と二人暮らし。二人ともセルフケアが十分にできず、ヘルパー、訪問看護、近隣の支援でなんとか在宅生活が継続できている。孫、姪がいるが交流や支援はほとんどない。	○夫婦ともに高齢、認知症があり、セルフケア、意思決定が十分にできないが、提案に対する拒否は強い。 ○キーパーソンがいらない。長男は亡くなっており、孫も疎遠。人格障害があり、支援者も離れていってしまう。	○夫婦二人一緒に本人達は希望するが客観的、身体的な状況に応じてそれぞれ緊急入院、分離を検討していく。 ○食事量の低下、栄養状態の悪化に対しては食事形態の見直し、誤嚥性肺炎の予防をマネジメントの視点に加えていく。 ○施設入所については見学など本人達が納得できるような準備をしていく。 ○成年後見申立てを進めていく。	往診の際に二人とも脱水気味であり、ショートステイを夫婦で利用するが、翌日配偶者は脱水で入院し、老健入所。本人は別の施設でロングショート利用中。後見人が選任されるまでの金銭管理は孫②に依頼し了承を得る。二人の成年後見用診断書の作成が済み、家裁へ申立ての予定。	○認知症高齢者の意思決定の難しさ ○高齢・認知症世帯におけるキーパーソン不在
	家族	歯科医師	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	訪問看護師	消防	1							
	市社協	保健師	地域包括	2							
	民生委員	理学療法士	市役所	1							
	高支連	医療相談員	その他	2							
オレンジ協力員	看護師	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	
43	本人	医師	1	ケアマネ	2	居宅支援専門員	介護しやすくなるための環境整備について	80代。要介護1、高齢者夫婦2人暮らし。配偶者は全盲。本人は認知症が進み、配偶者が日常生活の支援を行っている。本人は介護保険サービス利用している。(通所介護週2回、ショートステイ月6日間) 本人の認知症による行動に日常的に見守りが必要な為、配偶者は気が休まらない日々を過ごしている。ごみ出しは徘徊のリスク等から配偶者と一緒に行く。食事を一旦口に入れても吐き出してしまうことへの対処が出来ていない。通院は子が付き添っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本人の認知症が進行している。</li> <li>○配偶者への介護ストレスが大きく口論になる。</li> <li>○食事を飲みこまず、吐き出してしまう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症の進行について専門医への受診、往診へ繋げていく。</li> <li>○サービス利用については配偶者への負担を軽減するため訪問介護の導入を検討。経済状況により複数のサービスを受けるのが困難であれば小規模多機能型施設を検討。</li> <li>○食事摂取の状況、食事量の把握を行う必要がある。口腔機能については専門医の助言をもとに食事介助を行う。</li> <li>○民生委員の介入を調整する。</li> </ul>	<p>自宅の改修工事があるためショートの利用予定。口腔機能についての診療、訪問介護利用はショート後に予定。食事摂取時は吐き出すこともあり介助が必要であるが体重の減少もなく栄養面は問題ない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域の高齢化により、ごみ出しを支援できる人がいない</li> <li>○夫婦で支援を必要とする世帯の増加</li> <li>○歯科受診が必要な状態でも、本人の自覚症状がないと必要性の判断が難しく受診へつなげていない。</li> </ul>
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	2							
	民生委員	理学療法士	1	市役所								
	高支連	社会福祉士		その他	1							
オレンジ協カ員	医療相談員	1	合計	14								
44	本人	医師	1	ケアマネ	2	居宅支援専門員	難病を受け入れ自宅での生活を継続するために自宅で頑張っているケース	60代。進行性核上性麻痺、要介護4、夫婦2人暮らし。福祉用具、訪問歯科、訪問診療、ショートステイと、デイケア、訪問看護を利用中。本人の病状が進行し、配偶者の介護負担が増えている。配偶者は本人の希望に出来る限り沿いたいと思っており、本人はできる限り今の生活を続けたいと思っている。病状の進行に合わせて介護負担を軽減するための対策についての意見及び社会資源の情報が欲しい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○胃ろうの造設は本人が拒否。</li> <li>○今後進行するにつれ、コミュニケーションが困難になる。</li> <li>○食事を十分に摂れないために感染・誤嚥のリスクが高まり誤嚥性肺炎の可能性がある。</li> <li>○難病の患者とその介護家族が社会的孤立に陥りやすい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○配偶者への支援が必要。ショートの利用増を検討。</li> <li>○介護で足りないサービスは、障害分野での利用も検討。</li> <li>○病状の進行に合わせ適宜本人・家族・支援者間で本人の意思決定と支援方針を話し合う必要がある。</li> <li>○コミュニケーションの適したツールの検討が必要。</li> <li>○難病患者の家族会の情報があるとよい。</li> <li>○難病の方の社会資源について情報が不足している。</li> <li>○介護者の孤立を防ぐために、民生委員が介入し、話し相手になってはどうか。</li> </ul>	<p>今月の利用時は本人も良眠が取れ、今後利用を増やせる可能性も出てきている。配偶者は本人がサービス利用中、友人とのランチで気分転換をはかっている。本人・家族・支援者間で連携がとれ、ベッドやデイケアでの食事についても柔軟に対応してもらっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○難病の患者と家族の介護負担が大きく社会的孤立に陥りやすい。</li> <li>○難病患者と家族のインフォーマルな社会資源が少ない。</li> <li>○病気の特性理解が難しく地域住民がどう支援してよいかわからない。</li> <li>○身体障害を持つと外出が難しい。</li> </ul>
	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		地域包括	2							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	2							
	高支連	社会福祉士		その他(障害支援機関)	1							
オレンジ協カ員	医療相談員	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
45	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	高齢者世帯で、医療依存度が高い状態での退院支援について	高齢者世帯の患者の退院支援を突然頼まれたが、本人、家族に関する医療情報があまり無く支援者が苦労をした。	○病院で食事指導を受けると良かった。歯の治療にも注意が必要。 ○病院側が本人や家族を理解できていなかったが、入院中に病院の相談員と連携を取ることが大事。 ○訪問看護が入って良かった。 ○前回の退院時の情報共有・検討で転倒も防げたかもしれない。 ○配偶者のDASCをする。 ○病院側が本人や配偶者の能力を把握していなかったことや、支援者が子からの情報で判断してしまったことが原因。	○現在も継続入院中。 ○在宅復帰は検討されていない。	○通常の生活の中に医療行為が入ってくると自分達で対応出来ない高齢者世帯が増えて来ている。 ○家族の協力もあるが時々しか会わない状況では本人達の能力が理解されていない。 ○支援者と医療機関との連携が重視されている。
	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	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師		地域包括	5						
	民生委員	認知症コーディネーター		市役所	1						
	高支連	認知症疾患センター	1	その他	2						
	ボランティア			合計	18						
46	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	地域資源ネットワークを構築し、サ高住で自立した生活を送るための支援	○地方に住む独居の親を引き取り、サ高住に入所したが、方言や認知症の進行で上手くコミュニケーションが取れない。 ○介護保険サービスだけでなくインフォーマルサービス利用することで対応できないか。	○転居前は出来ていた定期受診(歯科受診等)が中断しないようにしていく。 ○出身地の郷土料理や行事をイベントで提供するのはどうか。周りの利用者も一緒に参加することでコミュニケーションが取り易くなる。 ○地域の茶話会に参加する。地域の集まりでも同郷出身者が集う場所等の情報提供をしていく。 ○興味・関心チェックシートを使って本人の出来ていること、したいことを把握し、それが継続できるように支援をしていく。	○本人が徐々にサ高住の生活に慣れてきた様子。8月から包括も介入し、オレンジ協力員の傾聴支援を開始している。本人に対して関わりを持つ人が少しずつ増えていくことを喜んでいる。	○呼び寄せ高齢者が増えており、認知機能や徘徊のリスクが高くなると考えられる。 ○インフォーマルサービスで以前の環境に近付ける工夫が大事である。
	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	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師		地域包括	5						
	民生委員	認知症コーディネーター		市役所	1						
	高支連	認知症疾患センター	1	その他	2						
	ボランティア			合計	18						

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
47	本人	医師	1	ケアマネ	2	高齢の夫婦がそれぞれに疾患を抱えて生活するケース	70代アルコール性認知症・肺癌の疑い(放置中)、精神科受診中(服薬調整中)。「早く死んじゃえばいいんだよ」と本人。配偶者は小脳変性症。配偶者は「お酒をやめてほしい」と希望される。飲酒をしていない状態では、穏やかで人当たりもよい。お泊りデイの利用時は、犬や子供をかわいがって、一緒に遊ぶこともあった。手伝ってほしいと、手伝いをするなど積極的な面もある。現在入院をしており、退院後は転院か施設入所の方向。	○高齢の夫婦が、お互いに疾患を抱えながら、暮らしてきた。 ○子世代も就労をしながら、できる範囲で関わりを持ってきた。 ○時間と共に家族支援がさらに必要となった時、どのように導入していくのがよいか。	○アルコール依存は本人にやめる意思がないと治療も上手くいかない。在宅以外の生活の場所を探すのが難しい。 ○緊急搬送、加療後の方向性として、転院や施設入所を希望しているがアルコールを要求し、退院や退所を言い渡されることが予想される。 ○高齢夫婦が支えあって暮らしてきたが、日常生活が成り立たなくなり、子を巻き込むためには、ケアマネら支援者から、夫婦の状況をこまめに報告し、子世代からの気づきを促す。	施設入所・リハビリテーション病院の2つに転院の相談をかけて検討している中、体調が悪化し、他界された。	○依存症からのアルコール性認知症の方が多いがアルコールの治療は本人の意思・協力がなく難しい。 ○独居・高齢世帯が多く、重度化してからの発見が多くなってきている。 ○早期からの医療の介入が課題。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1						
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師		地域包括	5						
	民生委員	1	認知症コーディネーター	市役所	1						
	高支連	認知症センター	1	その他	2						
ボランティア			合計	16							
48	本人	医師	1	ケアマネ	2	高齢の夫婦がそれぞれに疾患を抱えて生活するケース	○体が動かない事で、本当は配偶者に助けてほしいが、それが叶わない現実にイライラしている。 ○配偶者の依存がますます負担だが、子達に負担をかけたくないので、どうにもならず精神的に不安定。	○アルコール依存は、本人にやめるという意思がないと治療も上手くいかない。在宅以外の生活の場所を探すのが難しい。 ○緊急搬送、加療後の方向性として、転院や施設入所を希望しているが、身体レベルが向上した時に、アルコールを要求し、退院や退所を言い渡されることが予想される。 ○高齢夫婦が支えあって暮らしてきたが、日常生活が成り立たなくなってきている中で、子世代を巻き込んでいくためには、ケアマネをはじめ支援者から、夫婦の状況をこまめに報告し、子世代から気づいていただけるよう行動するのが良い。	○主治医との面談を本人・子・ケアマネ・包括で行う。認知症の診断はないが、小脳の萎縮が年々進行している。侵入妄想・嫉妬妄想・物取られ妄想などあるのならば、精神科受診の検討を勧められる。配偶者の他界後、妄想がなくなった。精神科受診は子が協力予定。	高齢世帯が多くなる中で、それぞれが疾患を抱えて夫婦2人だけでは日常生活を安全に送ることができなくなっている家庭が増えている。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1						
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	保健師		地域包括	5						
	民生委員	1	認知症コーディネーター	市役所	1						
	高支連	認知症センター	1	その他	2						
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		
49	本人	医師	2	ケアマネ	2	介護支援専門員	自分らしく暮らしたいという本人の意向に対して、ケアマネは自立支援をどこまで意識すべきか	70代。20年前に配偶者と子は家出。兄弟の所有する家に1人暮らし。キーパーソンは兄。自宅で倒れているところを兄が発見、救急搬送し入院。退院後はショートステイ利用中。本人は自宅に戻りたい。兄は同じような生活になるのが恐ろしい。ゴミ屋敷で住める環境でもない入所を希望。兄70代で病弱。兄以外の家族は支援拒否。兄は3年前から子の所に行っている。昨年10月ショートステイ入所時は意欲低下強かったが、自主的に歩行訓練も行い始めている。	○本人らしく生きていきたいとの願いをどう捉え、どう実現していけるのか。 ○唯一の支援者である兄との関わりをどう改善していくか。	正常な意思決定能力があるのかを確認する必要がある。認知症の程度やアルコール性の問題もある。ゴミ屋敷に帰る、というのはセルフネグレクトにもあてはまるのでは。1日だけ帰るという方法もあると思うが。 アルコールについては現在要求はなし。兄に介護力は無いと思われ、施設入所の検討も必要。一緒にやれることを考え、本人主体の中で上げていく。まずは、認知症の有無について受診をし、診断をうける事から始める。	兄としては自宅は困難。今の介護度では特別養護老人ホームの入居は難しい。兄もなかなか動けないため、後見人も検討する。認知症の診断はまだ受けていない。安価の施設などを検討している。	意思決定支援として、地域を含めた多職種で話し合う機会を持てるようにする事。	
	家族	歯科医師		介護事業者	1								
	町会	1	薬剤師	1	警察・消防士								
	地区社協	1	訪問看護師		医療相談員								1
	市社協		保健師	1	地域包括								4
	民生委員	2	理学療法士		市役所								1
	高支連		社会福祉士	1	その他								3
ボランティア		看護師	1	合計	22								
50	本人	医師	2	ケアマネ	2	地域包括支援センター	60代、独身。雪の日に転倒するも受診せず、右手腫れたまま会社に出勤。昨年頃より会話もかみ合わない為、認知症の疑いあり。作業能力低下、お菓子配りしなくなり、退職となるが、理解できず毎日通勤していた。貯金はあるが、入金がうまくできない様子。冷蔵庫内賞味期限切れの物はあるが、キッチンが綺麗で、服装は整っており片づけもできている。	○退職になったにも関わらず、通い続けてしまう事への対応と会社(仕事)に替わる居場所づくり。 ○決断力に乏しい本人と家族の支援。	○認知症の進行が急激であることから、継続受診及び後見等も考えていった方がいい。 ○言っている内容が理解できない点については聴覚だけでなく視覚等も入れていく(○×や指差し等)反応の良し悪しを判断していく。 ○薬の管理はかなり難しいと思われる。内服や生活面のサポートの為に定期巡回型のサービスを利用も良いのではないかと。民生委員で見守りができるか確認もしては。	サービス導入直前に、自宅内でクーラーを掛けられておらず、熱中症で動けなくなっているのを発見。救急搬送され入院となった。現在は、市内のグループホームに入居している。	仕事の代わりとなる、コミュニティのような参加出来ることや役割を持たせるデイサービス。		
	家族	歯科医師		介護事業者	1								
	町会	1	薬剤師	1	警察・消防士								
	地区社協	1	訪問看護師		医療相談員							1	
	市社協		保健師	1	地域包括							4	
	民生委員	2	理学療法士		市役所							1	
	高支連		社会福祉士	1	その他							3	
ボランティア		看護師	1	合計	22								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
51	本人	医師	ケアマネ	介護支援専門員	サービス介入やアプローチが難しい精神疾患を抱える利用者の支援	70代で要介護2の独居。子は2人おり、子①は月1回来訪があるかないか、子②は連絡先を把握していない。本人が困った時は隣人を頼っているが、隣人が来訪しても出てこない。乳がんを患いに乳房を摘出しているが、本人の拒否によりその後の受診ができていない。訪問看護を入れようとするが、家に入れてもらえず服薬の管理もできていない。	糖尿病の既往や乳がん術後（ホルモン療法）、精神疾患もあり、医療介入が必要と思われる。どのように医療介入やその他の関係機関のアプローチを行っていくか。	○受診が難しければ家族が相談に行き処方してもらう事も可能。再発予防のために放置してしまうと危険である。 ○訪問薬剤師が対応する事も可能。 セルフネグレクトの1つ。医師の見立てがあれば家族も動いてくれるかもしれない。また、鍵を預かるなどしてルールを決めておけば訪問診療も対応できる。	子の意向で病院受診を継続することになり、往診には繋がっていない。ケアマネは月2回くらい電話や訪問で本人と話をしている。訪看は玄関先で話をするだけで中には入れないためバイタル測定や薬の管理もできていない。	地域で見守りが出来るシステムについて、周知や相談が出来る地域づくり。	
	家族	歯科医師	介護事業者								
	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	2 理学療法士	市役所								1
	高支連	その他 3	栄養士								1
	医療相談員		合計								18
52	本人	医師	ケアマネ	介護支援専門員	インフォーマルなサービスの活用で生活に変化を持たせたい	90代要支援2。子①夫婦は週末買い物支援、子②は遠方だが受診同行している。子①と子②は介護に対する意見が合わず不仲。ケアマネがモニタリングする度に「寂しい」との訴えがあり、頻度も増えてきている。自費での外出サービスを見つけるが定員がいっぱいで利用できず、本人も落胆していた。施設入所の話が家族から出るが、本人は動けなくなるまで自宅で過ごしたいと言っている。	インフォーマルなサービスで、送迎付きの通いの場や話し相手として訪問してくれるようなサービスなどはないか。	○子①夫婦が買い物に行く際に本人も一緒に連れて行ってもらうように願う。 ○社協の傾聴ボランティアは申し込んで対応してくれるボランティアがいれば自宅まで訪問してくれる。 ○各町会で行っている活動をCMにも把握してもらうこと、提案してもらう。 ○活動や集いの場まで自力で行くことが難しければ、電動のシルバーカーやタクシーなど利用する方法もある。	自分で活動の場へ行くことは難しい。茶話会については、掲示板での案内なども確認できないため、会の詳細についてはまだ把握できていない。今後も情報収集していく。	○ケアマネが社会資源に目を向け、活用をしていくためにもアセスメントシートに項目として加えていく必要がある。○OADLの低下などにより移動手段がない方が利用しやすいような活動、集いの場が必要。	
	家族	歯科医師	介護事業者								
	町会	薬剤師 1	警察								
	地区社協	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	2 理学療法士	市役所								1
	高支連	その他 3	栄養士								1
	医療相談員		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
53	本人	医師	ケアマネ	5	地域包括支援センター	65歳以上の知的障害(疑い)、ひきこもり	<p>外出が出来ない為に通所型サービスの利用が困難。</p> <p>○通所型サービスに繋げる方法。</p> <p>○介護保険や保険外で利用する事が出来るサービスについて。</p> <p>○障害が疑われるが年齢的には介護保険の利用が必要になる方に対する支援。</p>	<p>○今の段階で通所は難しいのではないか、行きたくない理由を確認する必要がある。行く事で楽しめるようになる可能性はある。</p> <p>○心療内科、精神科の受診を優先させ、知的障害、発達障害、精神障害なのかどうかの診断をはっきりさせた方が良い。</p> <p>○地域包括職員の受け入れに対しては拒否が無いので、サービス利用に繋がるまでは地域包括からの働き掛けで散歩の声掛け等外出支援を行う。</p>	同居の弟が兄を殴ってしまうという事があり、生活支援課、高齢者支援課と連携し兄は病院へ入院、弟はしばらく在宅での生活を続けていたが、大量に飲酒し警察や消防を呼ぶことを繰り返してしまい専門病院に入院となった。兄弟の今後について関係機関と協議を行っていく	高齢(65歳以上)の障害者を支える事が出来るサービスの把握が出来ていない。又は存在しない。
	家族	歯科医師	介護事業者	2						
	町会	薬剤師	警察	2						
	地区社協	訪問看護師	消防	1						
	市社協	保健師	地域包括	4						
	民生委員	理学療法士	市役所	1						
	高支連	社会福祉士	その他	5						
ボランティア		合計	20							
54	本人	医師	ケアマネ	5	子	認知症と車の運転	<p>○認知症が疑われる方の車の運転。</p> <p>○プライドが高く、行動的な方に対してのアプローチ方法。</p> <p>○本人が拒否している中での今回の訪問は適切だったか。</p> <p>○現状での支援の着地点。</p>	<p>○家族が助手席に乗りウインカーを出すタイミングやブレーキの確認を行う。</p> <p>○免許の更新時期に認知症テストの結果を待つ。</p> <p>○現状で受診しても認知症の診断は出ないと思われる為、状況を確認しながら対応を行っていく。</p> <p>○ドライブレコーダーを設置し危険行為に対応する。</p>	少し時間を置いてから訪問し状況の確認や今後の方針について検討を行う。	バスの本数が少ない事やその他交通手段がない為に、高齢、認知症であっても主な外出手段が車になってしまう。
	家族	歯科医師	介護事業者	2						
	町会	薬剤師	警察	2						
	地区社協	訪問看護師	消防	1						
	市社協	保健師	地域包括	4						
	民生委員	理学療法士	市役所	1						
	高支連	社会福祉士	その他	5						
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
55	本人	医師	ケアマネ	2	本人	自立の方で年齢的に制度のはざまであり公的なサービスを受ける事が出来無い方への支援。 弟の様子がおかしいので見に来てもらいたいと同居の兄より相談。 弟の体調は特に問題なくその際の聞き取りで、弟のアルコール依存症の疑いと、弟からの兄に対する暴力行為等が発覚し一時的に分離となった。 現在、弟はアルコールの専門病院に入院。兄も別の病院に入院し施設入所の方向性で話が進んでいる。	○64歳と年齢的に制度の狭間であり、何か公的な部分で受ける事が出来るサービスはあるのか。 ○7月事例を踏まえてここまでの兄弟について、又、今後の兄弟の方向性についてのご意見。	○兄は施設入所が望ましいのではないかと。 ○弟は専門病院に入院されている事から、アルコール依存症等病名があれば退院後自立支援医療に繋ぐ事が出来るのではないかと。 ○自立支援医療に繋ぐ事でデイケアや訪問看護やカウンセリング等弟に対する支援が出来るのではないかと。 ○アルコール依存症の治療として服薬治療というものがある。	10月末に退院予定だったが本人希望で1ヶ月退院が延長となった、退院後は現在入院している専門病院のデイケアに通いたいとの意向、11月より病院と自宅を数回行き来し在宅復帰を目指していく予定。	○64歳の介護保険を受ける事の出来ない方に対する支援について。 ○治療後に再度お酒を飲まずに暮らす為に必要な支援が地域に存在しない。
	家族	歯科医師	介護事業者	2						
	町会	薬剤師	警察	2						
	地区社協	訪問看護師	消防							
	市社協	保健師	地域包括	4						
	民生委員	理学療法士	市役所	1						
	高支連	社会福祉士	その他	4						
	ボランティア		合計	15						
56	本人	医師	ケアマネ	2	医療機関	病院の相談員より連絡。 リウマチと結核で病院に入院していたが、退院後は市内の病院を受診。軽度認知症であるが介護保険は未申請。結核の感染力自体は弱い薬は継続しなければならず、保健所が訪問して薬の管理をしているため地域包括も支援してほしいとの事。 保健所の職員が病院受診の同行を行っているが結核の薬が終了した場合付き添いも無くなってしまふ。	○自宅に訪問しても入れてもらえず、電話をかけても他人のふりをされるため、支援の方向性を決める事が出来ない。 ○保健所の関わりも終了してしまう、その後地域包括がどう関わっていくか。	○買い物等に不便を感じているという発言もあり、本人が助けを求めて来た時が介入のチャンスではないかと。 ○親族が複数いる事から近隣の弟だけではなく女性の親族から本人に話をしてもらってはどうか。 ○通院している病院の先生から介護保険の必要性などを話をしてもらってはどうか。 ○緊急通報装置の導入。	現状としては医師と保健所の職員以外信用していない状況にある。今後、地域包括としては医師や保健所の職員の助力を受け信頼関係を築いていけるようにしたいと考えている。	○独居、高齢、プライドが高い、軽度認知症等の方への介入方法。 ○本人が医療や介護申請などを拒否した場合の支援となぎ先が無い。
	家族	歯科医師	介護事業者	2						
	町会	薬剤師	警察	2						
	地区社協	訪問看護師	消防							
	市社協	保健師	地域包括	4						
	民生委員	理学療法士	市役所	1						
	高支連	社会福祉士	その他	4						
	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	
57	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護専門員	介護保険利用の必要性があるが、精神疾患の子①が、お金を使うのを嫌がり、サービス導入が進まないケースについて	介護者が精神疾患で、本人の年金や預金で生活しており、本人に必要な介護保険サービスが「お金がない」という理由により繋がらない。	○理学療法士や作業療法士の視点でアドバイスをこない、在宅環境を整備(移動がしやすいよう手すり等を設置)することで変化があるかもしれない。 ○訪問介護も利用した方が良いが、同居している子らがいることで生活援助が入るのは難しい。清拭や入浴介助などで入れれば良いと思う。 ○子①に対して、一人で抱え込まないような支援や困りごとを助けてあげて楽にしてあげることが有効。子①が話を受け入れられる人がいないことは課題。他親族に依頼して働きかけを考えても良い。	○主治医の助言により、週1回の通所介護の利用ができています。ケアマネ・デイ職員も本人が楽しそうな様子の子①に伝えることで、子①も笑顔が見られるようになりました。 ○皮膚の爛れもなく、リハビリで歩行状態も改善していますが、デイ利用日以外は、寝ている事が多い。	精神疾患の方(本人・家族)がいるご家庭が、地域に受け入れられる取り組みと働きかけが不足している。	
	家族	医師	1	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	4							
	民生委員	2	理学療法士	1	市役所							1
	高支連		作業療法士		その他							
ケアマネ	3	実習生	4	合計	25							
58	家族	医師	1	介護事業者	7	介護専門員	認知症あり、歩行も困難になったが、住み慣れた自宅で最期まで暮らしたい本人の希望をどこまで寄り添ってけるか。	○来てほしい時に来ないケアマネは辞めてほしいと申し出がある。 ○現状できることは行っているが、一人のケアマネでは限界があり、急な呼び出しにその都度対応できない。 ○ケアマネとしてできることは何か。	○市民ボランティアの人達に話し相手になってもらう。 ○ボランティアが関わり、車いすですぐ外出支援をしてもらうことで行動範囲が広がる。 ○期待はできないが、暴言などで困っていることを伝えてみることも必要ではないか。 ○もっとタイトなサービスにして、本人が困る状況を作るのも一つの手である。 ○連絡が頻繁にくる方の場合、コミュニケーションを取りたい気持ちがあるため、時々こちらから時間を設けてコミュニケーションを取ることも良いと思う。	○外出の際、バスの昇降時に転倒し、現在も入院中。 ○認知症状が進行しており、市長申し立てをする。 ○今後は、在宅生活ではなく、療養型施設への入所を検討している。	地域の中で、認知症予防事業普及活動の取り組み強化が必要。	
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師	1	地域包括	4							
	民生委員	2	理学療法士	1	市役所							1
	高支連		作業療法士		その他							
	ケアマネ	3	実習生	4	合計							25
ボランティア				合計								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
59	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	50代、要介護2。肢帯型筋ジストロフィー、2型糖尿病、ネフローゼ症候群、右眼ははっきりとは見えない。親は他県で入所しているが、毎朝電話して話を聴いている。配偶者と離婚し疎遠。一級建築士であったが、働くことができず、生活保護の受給を開始。感情不安定で、短気。怒り出すと暴言を吐き続ける。感激して泣き出すことも度々。自宅で調理させてもらえず、塩分制限、費用面での問題から栄養コントロールが難しい。福祉用具、訪問介護、訪問薬剤、訪問看護、宅配弁当週6日を利用中。	○感情不安定だがどう接したらいいか。 ○今後入浴が難しくなることが予想されるが、入れ墨がある。訪問入浴は拒否している。 ○食事で栄養のコントロールが難しい。塩分制限があり、自宅で調理させてもらえない。費用面での問題もある。	○食事やリハビリの話など医療的な評価を受けてみては。 ○腎不全のための低カロリー食が良い。 ○運動機能は徐々に落ちていくが、今から懸念するのではなく、普通に生活して、自分ができることを普通にやるようにすると良い。まずは今の機能を十分に使うこと。 ○本人とこれからの生活を一緒に再構築していく。選択肢を提示し好事例を共有するとか、本人が受け入れることは難しいと思うが、少しでも軽くなる。 ○努力家であり、優秀な方のように、優しさもある方なので、今の生活の中でもう少し環境整備できれば変わるのでは。	医師から外に出ても良いと許可があった。歩行器を借りて、アパートの廊下を歩く練習をしている。まだ1階において歩いているが外に出られるように訓練している。本人も気分が変わり喜んでいる。本人の体調は一進一退なので、無理をしない程度に継続していく。	地域で介護関係者と医療機関との連携や情報共有をする場が少ない。お互いに聞いたことを気軽に連絡し合える顔の見える関係づくりが必要である。
	家族	歯科医師		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	保健師		地域包括	6						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	2						
	高支連	作業療法士	1								
	ボランティア			合計	23						
60	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	60代、要介護2、2型糖尿病・自己注射。糖尿病性網膜症、末梢神経障害の子がいるが幼少期に離婚し、音信不通。兄弟のみ連絡を取っている。金融機関を20代で退職。タクシー運転手、居酒屋経営等で生計を立てるも40代で糖尿病を発症し糖尿病性網膜症となり、ほぼ失明する。現在はかすかに光を感じる程度である。 長年ほぼ同じ訪問介護サービスが提供され、回数を減らせなかったが、本人の了解のもと、日曜日のサービスを中止にして様子を見、変化なく体調も安定している。	○長年ほぼ同じ訪問介護サービスが提供されており、回数を減らせない。 ○ほぼ失明状態である。	○視力が弱い、掃除は社協のように介護保険以外のサービスに代えることができる。 ○病院の糖尿病の指導教室に誰かと一緒に行くと良い。調理も学べる可能性がある。 ○インスリンの交換した針の処理の管理方法と助言が必要。 ○米を研ぐ等、ヘルパーの指導で、自分できるようになるのではないかと。 ○音声で血糖値の数値を読み上げる器械を導入するのも良い。 ○日曜日以外にもう1日ヘルパーサービスが入らない日を設ける。自立支援を考慮しメリハリをつける。 ○買物に行く日に、翌日食べるものを買ってくる。	○個別ケア会議後、規定回数を超えることはない。 ○ケアプランの更新時期に合わせて内容を検討する予定。	生活援助に代わるインフォーマルサービスが少ない。
	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	6						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	2						
	高支連	作業療法士	1								
	ボランティア			合計	22						

## 別添2

各自立支援型個別ケア会議における  
参加者・テーマ・議論の概要

自立支援型個別ケア会議における参加者・テーマ・議論の概要(個別事例別) 令和元年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	指定介護予防事業所	過剰サービスによるサービス依存度の高い利用者に対する支援について	80代、独居。筋力低下あり、屋内は伝い歩きレベル。屋外はシルバーカーを利用。現在3事業所目であるが、A事業所は関係性悪化し変更。B事業所へ変更となったが、B事業所ではごみの持ち帰りや職員の携帯端末での買い物注文等介護保険サービス範囲外の過剰支援を行っていた。B事業所の担当者の退職に伴いC事業所に変更となった。本人はC事業所に対しB事業所と同様のサービス提供を希望され、要望を満たせない旨、説明を行うことで一時了解を得ることが出来たが、サービス開始後、希望に沿わないという理由により、C事業所の変更を希望される。	過剰サービスによるサービス依存度の高い利用者に対してどのように支援を継続すべきか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○再アセスメントし、リハビリ専門職によるアセスメント事業にて、身体機能や移動に関する助言を得る。</li> <li>○脚力低下により予測される生活への不都合を説明し、整形外科受診を促す。医師から禁忌動作を確認する。</li> <li>○法令等の資料を提示し、B事業所によるサービス提供が不適切であったことを説明。本人の理解が得られない場合は一旦サービス利用を中止し、様子を見る。訪問型元気応援サービスや軽度生活援助事業の利用を検討する。</li> <li>○自力で集積所にごみを出せるよう、ごみを小分けにする等工夫を促す。</li> <li>○買い物の無料乗り合いバス、店舗の配達サービス等移動販売があれば利用を提案する。</li> </ul>	無料の乗り合いバスや移動販売、店舗の商品配達等の歩行困難者に配慮された買い物手段の充実。			
	理学療法士	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	3	社会福祉士							5	主任ケアマネ	4
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ		ケアマネ							13	社会福祉士	2
			合計	29								
2	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防事業所	アカデミックな会話・討論・発表がしたい人への対応	80代。本人はまだ少し歩けるが、背柱管狭窄症による痺れがあるため自転車に頼りがちである。歩けるうちに足腰が衰えるのを防ぎたいと思っている。また、配偶者と一緒にリハビリを希望され週1回デイサービス利用。家事も配偶者と分担しているが、ほとんど本人が行っている。毎月本人はテーマを決めて学びたいことややってみたいことを決めて実際に実行して報告をしてくれている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○得た知識を他者と共有したい思いがある、また、おしゃべりではなく、知識欲を掻き立てられる会話や学びを希望されているがどのような地域資源になければよいか。</li> <li>○下肢筋力低下がある中で活躍できるボランティアはあるか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○傾聴ボランティアの利用。</li> <li>○生涯大学や放送大学等に通い関心のあるものを学ぶ。</li> <li>○パソコンを覚えてブログを開設する。</li> <li>○サポートセンターのマッチングを利用する。</li> <li>○皆に話しやすく話を砕いて発表する。</li> <li>○アセスメント事業の利用。</li> <li>○高齢者の中には難しい話が苦手な方もいるため、話をする人を選ぶ必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○同じ関心を持つ人達が集まれる場所の充実。</li> <li>○知識を発表できる場所の充実。</li> </ul>			
	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	3	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	2	ケアマネ							9	社会福祉士	4
			合計									

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	地域包括支援センター	介護予防の意欲があり、地域の介護予防の場に参加はするが継続できない。本人に継続意欲を持たせるにはどのような支援がよいか。	事業対象者。本人より、自分で運動をするのも限界があるので、ストレッチ等の運動ができる場所に通いたい、と希望あり。短期集中型サービスにつなぐも、5回程の参加で中断。中断理由は、短期集中型サービスでの運動での下肢に痛みが出た、と本人は認識したため。整形外科受診するも、痛みの原因は不明。本人、過去にも運動教室等を自己判断で中断したことが複数回ある。現在、地域との交流はほとんどなし。趣味は、ウクレレ演奏。	○短期集中型サービスが中断してしまった本人に対して、他にどのような支援が提供できるか。 ○本人の介護予防の取り組みについて、長続きするような支援の工夫がないか。	○介護保険を申請すればサービスの幅は広がる。 ○本人の趣味のウクレレを活かせる場はないか。カフェやサロン、デイサービス等でウクレレ披露ができないか。 ○訪問リハビリ(自費)の利用。 ○メディカルウォーキングを実施している医療機関がある。数値評価もしてくれる。 ○運動のための運動ではなく、生活維持のための運動であることを意識してもらうことで継続意欲を保たせる。	○多様な趣味活動を地域で継続できる場所が不足している。 ○男性が参加しやすい活動の場が不足している。			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所		その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	4	社会福祉士							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							10	社会福祉士	4
			合計	28								
4	医師	歯科医師	薬剤師	地域包括支援センター	長年、通所リハビリを利用されている方のリハビリにおけるゴール設定について	要支援1。独居で生活保護受給者。脳出血後遺症で左上肢に軽度麻痺あり。右膝痛により歩行不安定あるも日常生活は自立。 H15年に介護保険申請し、通所リハビリを利用。H17年より同施設でのボランティア活動も開始。現在、電車とバスを利用し通っている。 本人の希望は、通所リハビリの利用継続。以前、就労継続支援B型の施設で仕事もしていたが、現在は年齢的な理由等から就労については消極的。	○本人のリハビリのゴールをどこにしたらいいか。デイケア利用を継続してもいいか。 ○現在、ボランティア活動以外の社会参加はない。自立支援へ向けてどのような支援があるか。	○リハビリのゴール設定は開始時が重要。通所リハビリ以外で本人が輝ける場所を見つけてから考えてはどうか。 ○過体重による膝痛に問題がある。減量を目指して、訪問型サービスで買い物・調理の支援をおこなう。配食サービスを利用し間食を減らしていくこと等を検討。 ○就労については、就労継続支援A型であれば生活保護を受給しない生活ができるが、就労継続支援B型であると受給額が減らされることを説明する。	○身近にボランティアができる場所があればよい。 ○若くて障害のある方が活躍できる場(教室等)があればよい。			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所		その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	4	社会福祉士							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							10	社会福祉士	4
			合計	28								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題			
5	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	40代でうつ・リウマチを発症し、身体的・精神的に低下している方に対して、どのようなサービス等を提案していけばいいか。	60代の要支援2、独居。配偶者とは離婚。子はH30年12月に病気で他界。障害サービス利用時からヘルパー利用し、介護保険に移行された。他者への攻撃性が強く、他者から嫌厭されている。特定のヘルパーしか支援に入れない。気持ちの落ち込みがあるときは引きこもりになる。その一方、活動的な性格で行動力もある。運動の希望があったが、結局、サービス利用には至らなかった。ケアマネへの言葉の攻撃があり、ケアマネ交代を繰り返している。	○定期的な受診、正しい診断、処方ができていないのではないか。 ○障害と介護の連携等、チームで支援すべき。 ○若い方が集える場所があるとよい。	○双極性障害の可能性があるので、きちんと定期受診した方がいい。パーキンソン病の治療をしていないのも問題。受診同行は必要ではないか。医師とケアマネで相談する時間を取った方がいい。 ○精神に強い訪問看護の利用や、親族、生活支援課等、関わる方を増やしたい。ゴミ捨て支援等、地域の方に遠巻きな見守り支援を依頼したい。 ○プランの目標を明確化するとともに、ケアマネの仕事を理解してもらう。	○攻撃性の高い利用者でも傾聴ボランティアの利用ができるか。 ○遠くから見守る支援ができるか。 ○若い方や精神疾患の方が集える場所があるとよい。			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所	1	その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	4	社会福祉士							2	主任ケアマネ	4
	指定介護予防支援事業所											
主任ケアマネ	1	ケアマネ	9	社会福祉士	2	合計	24					
6	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	リハビリの必要性がある利用者本人の意欲がない	20歳近く年下の内縁の配偶者と1年半前に入籍。配偶者はパートに出ながら家事全般と本人の介護を行っている。以前リハビリを頑張りすぎて体を壊して中断した経験あり。自宅では家具につかまりながら、歩行はすり足、床からの立ち上がりは一人では難しい。リハビリ専門職のアセスメント支援を受けデイサービスに通う予定だったが半年間行かず。外出は妻との買い物と月に1.2回の受診のみ。	○本人の意向のアセスメントを再度行う。 ○目標を具体的に設定。 ○本人の性格に合わせた働きかけ。 ○リハビリアセスメント事業を利用。	○チェックリストがうつ・物忘れに該当しているため専門医の診断が必要。 ○昔の仕事仲間と会う、高校野球の予選を見に行くなど具体的な目標を立てる。 ○ゴミ捨てなど役割を増やし、階段昇降などのリハビリに繋げる。 ○訪問リハビリから始め、自信を持たせる。 ○3階から1階へ転居することにより外出がしやすくなる可能性あり。	○バリアフリーのまちづくり。 ○歩行に問題のある方でも参加しやすい地域のイベントがあるとよい。			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所	1	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							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		ケアマネ	9	社会福祉士	2	合計						

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	サービス利用を希望する利用者とケアマネの見立が異なる場合の内容について	事業対象者。H27年3月よりヘルパーとデイサービスを週1回ずつ利用していた。H24年に脳梗塞。失語症あり。市民センターの麻雀教室に参加していたが、利用者間トラブルがあり参加できなくなった。デイサービスでも利用者間トラブルがあって終了に至った。現在は、他所のデイサービスへ週1回利用されている。本人より週2回通いたい旨希望あり。週2回を希望する明確な理由は不明。	事業対象者のデイサービス利用について、ケアマネは週1回が妥当と判断している。本人が週2回を希望された際の回数設定をどうしたらいいか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本人の動機を確かめて判断する。</li> <li>○主治医の意見を確かめる。</li> <li>○目標を具体化してから決める。</li> <li>○デイサービス側と相談して、意見を求める。</li> <li>○地域活動については、知人との交流などをプランに入れながら自己開発してもらおう。</li> <li>○アセスメント事業を利用し、評価をもらって判断の根拠とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本人の障害、疾病を理解してもらった上で、社会資源に参加できるような仕組みがほしい。</li> <li>○独居の男性高齢者でも参加しやすい、デイサービス以外の居場所づくり。</li> </ul>			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所	1	その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	4	社会福祉士							3	主任ケアマネ	4
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	1	ケアマネ							9	社会福祉士	2
			合計	25								
8	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	退院後の生活で、新たな目標を見つけようと考えているケース	70代要支援2。外出中に突然意識を失い転倒し起き上がれないため救急搬送で入院。それ以前は車を運転し畑仕事をや近所の公園で自主体操もしていた。退院後は運転はやめたが、立ち座り、階段昇降に支障なし。もともと人との集まりは苦手だが、本人から体がしっかりするように運動をしたいと希望あり、デイサービスの利用を開始している。	本人らしさ、強みを生かした目標の設定について	<ul style="list-style-type: none"> <li>○卒業に向けスモールステップの積み重ねをしていく。</li> <li>○更新時にデイサービスを卒業するためにADLを上げていく。</li> <li>○ボランティアもできるのではないか。</li> <li>○家庭での役割を担い、自己管理を継続していただく。</li> <li>○通える畑を探し、そこまで通えることが大切。</li> <li>○好きな将棋や野球観戦に通えるとよい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○男性の集まりの場があるとよい。将棋サークルやボランティア等。</li> <li>○NPOや町会、学校で花壇のボランティア等地域資源を案内できる仕組み。</li> <li>○移動しやすいようコミュニティバスがあるとよい。</li> </ul>			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所	1	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							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							8	社会福祉士	2
			合計									

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	指定介護予防事業所	軽度者のヘルパー利用について利用者の必要性和ケアマネの課題分析の結果に違いがある	70代独居。大動脈解離により体力が低下し、要介護1と認定。ヘルパーを利用して掃除と布団干しを依頼していたが、体力が回復し、1年後、要支援1となる。生活課題も改善しているが本人がヘルパー利用継続の意向あり。	ヘルパー利用について、体力が回復しているため一度終了し、必要時再開するのが妥当と考えるが、本人の意向と反する。	<p>○本人のADL、現在の生活状況を確認。</p> <p>○地域で利用できる社会参加・話し相手等のサービスの情報提供。</p> <p>○民生委員の訪問を依頼し傾聴してもらおう。</p> <p>○介護保険の更新時に自立となる可能性があると本人に伝える。</p> <p>○サービス導入時から目指す生活について一緒に考え動機付けをする。要介護から要支援になったことを評価し、代替案を示し、本人の不安要素を見極める。</p> <p>○リハ職のアセスメント事業を利用し身体状況を共に確認する。</p>	○マンションの自治会の機能のばらつきがある。 ○ボランティア(掃除、話し相手)の社会資源が少ない。			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所	2	その他							1		
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	1	社会福祉士							3	主任ケアマネ	2
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	1	ケアマネ							9	社会福祉士	2
				合計	19							
10	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防事業所	就労にむけての支援体制作りとチームケアについて	50代。脳梗塞発症し、杖歩行レベルで通院リハビリを週1回利用中。現在休職となっているが、傷病手当の期間も迫ってきている。住宅ローンの返済もあり、配偶者も就労しているが、本人の就労なしでは経済的に厳しい状態。現在、再就職に向けた支援を開始しているが、まずは体力回復の必要があると判断し、通所サービスの利用を検討していくこととなった。通所サービスの情報収集・検討を経て見学調整の支援を行っているが、配偶者の同行等が望めない状況。	<p>○就労に向けた通所事業所の利用について。</p> <p>○比較的若い方向けの集いの場の情報がない。</p>	<p>○本人が会社に戻りたいのか、仕事に戻りたいのかの意見を確認する。</p> <p>○配偶者の負担と不安が大きくならないように親族の協力を得られると良い。</p> <p>○会社の意向をリハビリスタッフに伝える。</p> <p>○障害の通所は様々な特性があるため、本人に合う事業所選択を行う。</p>	若い人が通える地域の場の充実。			
	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							3	主任ケアマネ	4
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	1	ケアマネ							6	社会福祉士	1
				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	地域の課題			
11	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防事業所	介護予防への取り組みと動機付けについて	70代独居。アパート2階、風呂、洗濯機なし。自宅内は失禁により尿臭が強く、洗濯した衣類にも臭いが染み付いている。また、惣菜の空き容器も散乱しており、お酒は10日間で1.8L消費している。 脳梗塞の後遺症により片側上下肢に軽度麻痺がみられるが、子の付き添いのもと受診や洗濯は行うことが出来ている。現在服薬カレンダーを利用しているが飲み忘れが見られている。入浴目的でデイサービスの利用を開始しているが、7回中3回のみ利用し、何らかの理由により休んでいる経緯あり。利用した日もすぐに帰りたいとの訴えが聞かれる。	本人は「一人の生活を続け、好きなようにすごしたい」と希望しているが、服薬管理、身体清潔保持、食事管理が行えていない。	○再アセスメントを実施し、支援内容の検討を行う。また、飲酒以外の趣味や楽しみが無いか確認し、介護保険申請する前の生活状況を子へ確認。 ○本人の生活状況について医師と情報共有し、医療関係者の協力を得ながら本人が健康管理できるよう支援を行う。	○見守りの目を増やす。 ○男の料理教室の充実。			
	理学療法士	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							3	主任ケアマネ	4
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ		ケアマネ							6	社会福祉士	1
			合計	17								
12	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防事業所	セクハラ発言があり注意してもやめず対応に苦慮している事例。	独居で親族の支援は得られない。糖尿病で片足を切断、義足で外出している。デイサービスと訪問介護、配食サービスを利用。「お金をあげるからベッドと一緒に横になってほしい」「チューしたい」など一部のヘルパーやデイサービスの他の利用者に発言し、ケアマネやデイサービスの職員が注意しても「女の人が好きだから」と聞き入れない。	どのような対応が有効か。	○毅然とした態度で接する。 ○話し合いの場に男性職員を入れる。ヘルパーを男性にする。 ○担当者会議でこのままだとサービスが止まってしまうと伝える。 ○本人がさみしさを感じているのはいか。 ○好きな趣味(将棋)の相手をオレンジ協力員等に依頼する。 ○民生委員に見守りについて相談をする。 ○チーム連携し関わる。 ○医療と関りをもつ。 ○病歴を考え、多角的、統合的な対応をする。	○送迎がある外出先の充実。 ○話し相手や趣味(将棋)の相手のボランティアの充実			
	理学療法士	1	作業療法士							1	言語聴覚士	
	市役所	1	その他							1		
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師		社会福祉士							3	主任ケアマネ	2
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ		ケアマネ							9	社会福祉士	2
			合計	19								