

地域個別ケア会議における主な議論

平成29年度 第1回 松戸市地域ケア会議
平成29年7月11日

1. 地域個別ケア会議の実施状況

○平成28年12月～29年5月の間、地域個別ケア会議は合計21回開催され、医療・介護・福祉関係者等のほか、テーマに応じた関係者等が参加して、個別事例の解決に向けて議論が行われた。

○個別ケア会議では、個別事例の解決に向けて、対応方針を決めるとともに、次回の個別ケア会議までに対応結果をモニタリングする。あわせて、必要に応じて、事例に関する地域の課題を抽出し、地域包括ケア推進会議に議題としてあげる。

○個別ケア会議で議論された事例(困難事例等)に関して、多くの地域で挙げられている課題を抽出すると、次ページのとおりとなる。独居・認知症のほか、地縁の欠如、助けを求める力の欠如(サービス利用拒否など)、金銭管理困難、医療連携困難(かかりつけ医不在、病識欠如など)といった複合化した課題を抱えている。

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

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

2. 地域個別ケア会議における個別事例(主な課題別整理)

※多くの地域で挙げられている課題を抽出した。

No	地域関連			家族関連		本人関連				医療連携			
	見守り不在	地縁の欠如	その他	世帯の困難	その他	助けを求め 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	経済的虐待	○	○	○		○	○		
2		○	地域交流なし										
3				○	子パニック障害アル コール依存、子から 暴言・金銭の搾取								
4	○	○		独居									
5	○			独居			○		徘徊		服薬困難、急変時 連絡方法不明		糖尿病
6		○		独居				○					精神疾患
7				○	配偶者も全盲	関わり拒否							嚥下障害 Peg増設 脳出血後遺症
8			対応方法が わからない	日中独居	親に対する病識 欠如(子)		○(レビー)		幻視				
9	○			○	配偶者も認知症 親に対する病識 欠如	夫婦でサービス 利用拒否	○		夫婦で関わり拒否				
10				独居	親に対する病識欠如		○		運転やめない迷 子・追突				糖尿病
11			ゴミによる火災の不 安、近隣トラブル		子①精神疾患 子②疾患療養中	受診拒否	○		倉庫のゴミ蓄積	○	○		
12	○		関係不良 地域住民理解	独居	配偶者入所		○		自転車での転倒 排泄物・ゴミを投 げる				
13				○	子①統合失調、 聴覚障害	医療受け入れ 困難	○	○		○			
14				独居			○		詐欺被害 関わり拒否		服薬困難	○	
15			趣味友人いる				○(ピック病)						
16				子と本人関係不良	配偶者疾患有	支援拒否	○		元医療従事者			○	
17	○			独居		支援拒否	○(アルツハイマー)		家族が介入困難 被害妄想		服薬困難	○	
18	○			独居		サービス拒否	○	○	振り込め詐欺 被害未遂				腰椎圧迫骨折
19				独居	子の関わり拒否		○	○		○	○	○	
20					家族疲労		○	○	徘徊				
21			配偶者の地域へ の関わり拒否		配偶者も認知症機能低下		○		徘徊、配偶者 サービス拒否				

3. 地域個別ケア会議の個別事例・検討結果から抽出された市レベルの課題

(注) 推進会議において抽出された課題は除く

テーマ	個別事例の概要	事例番号	市レベルの課題
1. 認知症の理解促進	<p>○自転車で転倒により、入院。退院後の生活は本人の強い希望により、現在一人暮らしであるが、近所からは一人暮らしであることや自転車の利用について不安の声が上がっている。</p> <p>○物忘れがあるが、買い物や掃除などは可能。会話も良好なので周囲からも認知症と気づかれぬ。介護サービス利用や民生委員の訪問を勧めるがプライドが高くきっぱり拒否するが、近所の人との関係は良く、毎日訪問してくれる人もいる。</p>	12、14	<p>○様々な世代や職種において、認知症の理解を促進することが必要。</p> <p>○認知症高齢者が地域で生活していくための居場所や役割の検討が必要。</p>
2. 認知症の見守り、対応力の向上	<p>○家族不在の日中、本人が近所の人に「人が来ている。見に来て」と訴える。元々近隣とは良好な関係で、近隣の人も何とかしてあげたい、と思っているが方法がわからず困っている。</p> <p>○毎日何度も一人で散歩に出かけている認知症高齢者で独居。警察に保護されることもあるが、本人は在宅での生活を希望し、介護している親族も本人の希望を尊重したいと思っている。親族から、ケア会議の出席者に本人の顔を覚えてもらいたいとの意向があり、一緒に参加してもらおう。</p>	5、8、10、11、13、16、17、18、19、20、21	<p>○「オレンジ声かけ隊」や見守り協定締結企業との連携による見守りネットワークの構築が必要</p> <p>○地域サポート医の活用が必要</p> <p>○日常生活自立支援事業・成年後見制度の利用促進</p>
3. 多問題を抱える世帯への支援	<p>○認知症の本人と統合失調症で聴覚障害の子の世帯。金銭管理ができず、施設入所の初期費用が確保できない。また施設入所拒否の気持ちがある。医療・介護サービスの受け入れが難しく、被害妄想もありケアマネが対応に苦慮している。</p>	3、11、13、16、	<p>○高齢者の対応だけでは、問題解決に至らないケースがあり、同居家族の支援が必要となってきたため、他機関との連携、ネットワークの強化が必要。</p>
4. 介護サービスや支援者の関わり拒否	<p>○配偶者が世話をしていたが、配偶者が肺癌で入院となり、今は配偶者の姉妹が泊りがけで本人を介護してくれている。今後配偶者は退院しても、今までのように本人の面倒は見られない。本人は元医療関係者で、自身の認知症や現状を受け入れられない。</p>	6、9、13、14、16、17、18、21	<p>○一つの機関で抱え込まず、他機関との連携・ネットワークにより、多角的な支援の充実が必要。</p>

別添

各地域個別ケア会議における
参加者・テーマ・議論の概要

地域個別ケア会議における参加者・テーマ・議論の概要(個別事例別) 平成28年1月から5月実施分

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	その他		
1	本人	医師	1	ケアマネ	10	地域包括	認知症 独居の高齢者が地域で暮らすにはどのような支援があるか	独居、生活保護受給者。ADLは自立しているが調理等は難しく、総菜等を近所の方が買ってきて生活が維持されていた。認知症があり同じ話をするようになり、部屋の中も整理等が出来なくなってきたので、民生委員を通じて地域包括に相談があった。	○医療との連携や配食サービス等による栄養管理が必要 ○経済的な状況を確認し、金銭管理や後見制度についての検討が必要 ○民生委員等による見守り活動やごみ出し等の手伝いを行っている地域もあるが、施設への入所も検討する必要がある。	○経済的な問題(子が保護費を管理しているが本人のために利用されていない気配がある)を明確にする。 ○小規模多機能型サービス等で24時間の支援が必要。また、グループホーム等への入居も検討してはどうか。	ケアマネ、介護サービス事業所、地域包括、家族を交えてカンファレンスを行い、以下の事項で合意。 受診を家族が行う。生活費をサービス事業所に一時金として預け適切に使用する。 施設入所の申込を行う。施設入所については地域包括、生活支援課で探す。	○認知症で独居の場合、症状が進むと、緊急時の対応等を含めて地域の身守りやサービスで対応できないことも多く、独居生活を継続することが難しい現状がある。		
	家族	歯科医師		介護事業者	2									
	町会	1	薬剤師		警察									
	地区社協	2	訪問看護師	1	消防									
	市社協	1	保健師		地域包括									4
	民生委員	2	医療相談員	2	市役所									1
	高支連		社会福祉士											
	ボランティア				合計									27
2	本人	医師	1	ケアマネ	10	地域包括	病後やリタイア後の仲間作り、地域とのつながりを持つ仕組みについて	60代後半で脳梗塞発症し入院。その後リハビリにて回復し退院となる。退院したが地域とのつながりが無かったため、外出する機会が減ってきた。心身の機能低下を心配し配偶者が地域包括に相談する。	人とのつながりが少ない人が、地域とのかかわりを持つ仕組みを作るには何が必要か	○定年間近な方々に地域活動を啓発していく。企業に働きかけ、啓発活動を行う。 ○経済的に厳しく仕事をしている方のためにスーパーや行政センターなどでも相談窓口を開設する。 ○地域とのつながりを持つには町会・自治会の紹介は必要。	通所型短期集中予防サービスを紹介し、参加。リハビリに積極的になり他者との関りも多くなってきた。職場の理解もあり現在は週3日、仕事に復帰。本人も地域とのつながりが大切だと痛感し、地域に役立ちたいと思っている。	○町会・自治会活動にどのように参加を促せばよいか ○企業との連携を図る方法が分からない		
	家族	歯科医師		介護事業者	2									
	町会	1	薬剤師		警察									
	地区社協	2	訪問看護師	1	消防									
	市社協	1	保健師		地域包括									4
	民生委員	2	医療相談員	2	市役所									1
	高支連		社会福祉士											
	ボランティア				合計									27

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	その他		
3	本人	医師	1	ケアマネ	5	地域 包括	多問題 のある 親子の 支援	本人は両股関節痛で生活に制限があり、自宅を売却して施設入所することを希望。しかし他県に在住であった子が経済困窮し、1年以上前に突然本人宅に入り込む。子は過去にパニック障害の診断を受け、アルコール問題を抱える。子の暴言等で、本人が度々警察に通報。子は断酒できず、経済的に依存。本人のクレジットカードを使い込むなどし、負債が発生。本人は子の自立を望み、子も同意したため、障害者団体の支援で自立支援施設に入所する。本人は施設入所を決意するが、自宅が片付かず売却が進まない。	○複合的な課題を抱えた家庭についての把握や解決能力の強化を「住民主体」で行えるようになるにはどうしたらよいか。 ○「共生社会」実現のために地域が果たすべき役割について。	○子の受診支援により、その結果を踏まえた自立、就労支援につなげる。 ○子はこれまでの成育歴、生活歴からストレスもあると思われる、心のケアが必要。 ○本人の今後の生活基盤を固めるため、「法テラス」への相談や施設探し、不動産売却に向けた援助などを行う。 ○この問題を家族だけで解決するのは難しく、分離することが望ましい。 ○「共生社会」は、普段の付き合いの有無が大切。今コミュニケーションを取れること、継続することが肝要。	本人は、自宅売却を前提に、不動産会社の関連する、他県の高齢者住宅への入居が決まった。	○住民への高齢者分野以外の福祉相談窓口の周知 ○高齢者と障害者など、分野が異なる支援者の連携 ○民生委員の負担 ○住民同士の見守り意識の強化		
	家族	歯科医師		介護事業者	2									
	町会	2	薬剤師	1	警察									
	地区社協	1	訪問看護師		消防									
	市社協	1	保健師		地域包括									4
	民生委員	2	医療相談員		市役所									1
	高支連		社会福祉士	1										
	ボランティア				合計									21
4	本人	医師	1	ケアマネ	5	地域 包括	90代独居。本人・家族ともに、独居に対する漠然とした不安を感じている。安否確認と万一の際の緊急通報装置の申請の相談がある。また、民生委員との関係に悩みも感じている。	○人との交流は、月1回訪問する家族のみ。○自発的に外出することもなく、活動性は低下。 ○身辺は自立している。 ○認知症の診断はないが、理解力・判断力の低下あり。 ○民生委員の個人情報扱いについて誤解があり、関わりに抵抗感がある。	○見守りをする側とされる側との間に認識の差が生じている。見守りする側は情報の取扱いに十分注意し、法令順守や倫理観の元、行動することの重要性を再認識した。 ○見守りの目をつくる意味でも、地域資源の活用が必要。 ○今後の状況を見ながら、介護申請や総合事業の申込を提案する。	本人は、自宅売却を前提に、不動産会社の関連する、他県の高齢者住宅への入居が決まった。	○地域で隣人と交流がなく、孤立した状態にある。こうした高齢者を把握する手段や見守りの体制がない。			
	家族	歯科医師		介護事業者	2									
	町会	2	薬剤師	1	警察									
	地区社協	1	訪問看護師		消防									
	市社協	1	保健師		地域包括								4	
	民生委員	2	医療相談員		市役所								1	
	高支連		社会福祉士	1										
	ボランティア				合計								21	

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	その他
5	本人	1	医師	2	ケアマネ	4	認知症高齢者の地域における見守り	○本人、親族が、今後安心して生活していくための支援の在り方	○市役所から発信される検索願ひメール等の更なる周知や、インターネットを利用していない人たちにも連絡できる地域独自の連絡網(ネットワーク)が必要。 ○認知症の人を地域で見守る意識を、更に多くの人に持ってもらうことが必要。 ○市外や県外にも行ってしまいう人に対して地域を超えた対策にもっと取り組んでいく必要がある。 ○家族だけで悩まずに、様々な人に相談しやすくなる地域の体制整備が必要。	また帰り道が分からなくなり、浦安で保護された。頭部に怪我を負っていたため入院となった。今後の生活については未定。	○市役所から発信される検索願ひメール等の更なる周知や、これらを利用しない人への連絡網の構築 ○人を地域で見守るという意識の強化 ○地域を超えた対策の検討 ○家族が相談をしやすいような地域の体制づくり	
	家族	1	歯科医師		介護事業者	7						
	町会		薬剤師		警察							
	地区社協	1	訪問看護師	1	消防							
	市社協		保健師	1	地域包括	8						
	民生委員	2	医療相談員		市役所	1						
	高支連	1	社会福祉士		オレンジ協会員	2						
ボランティア				合計	32							
6	本人		医師	1	ケアマネ	2	統合失調症。親が亡くなったことを認識できず介入拒否する子への支援	○服薬管理ができていないか確認できない。また急変時の連絡方法が不明。 ○家計のやりくり、税金・保険料の支払い等社会的手続きが滞る恐れ。 ○家の中の生活環境が確認できない。火の取扱が心配。	○月1回の受診は一人でできるので、主治医との連携強化・情報共有が不可欠。 ○支援に関わっている近所の人たちが一度集まって話し合ったほうがよい。 ○ほぼ毎日出前に来ている飲食店に情報提供の協力を求められないか。 ○訪問頻度を増やし、話ができる人をつくる努力を続けるべき。 ○入室は不可能であるが、玄関から見える範囲の状況や出されているゴミなどで観察を行う。	本人の見守りを継続するとともに、かかりつけ医から話を聞くことができ、今後の支援に向け連携していくことを確認した。	○精神疾患についての地域住民の理解	
	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	1	消防							
	市社協		保健師	1	地域包括	5						
	民生委員	1	医療相談員		市役所	1						
	高支連	1	社会福祉士		特養	2						
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	その他			
7	本人	医師	ケアマネ	10	ケアマネ	全盲の高齢者夫婦脳出血後遺症で嚥下困難がある女性の支援	本人は先天性の視力障害、脳梗塞後遺症により嚥下障害あり、ADL全介助。配偶者も網膜色素変性症により4年前から全盲。訪問介護やデイサービスを利用しながら夫婦で生活。昨年より嚥下機能低下が進み、飲み込みが悪く、デイサービスでむせ込むことが増加。主治医や家族を交え飲み込み悪化、今後の可能性を話し合うが、自宅ではむせ込みがないこと、ある程度の入院期間が必要なことから嚥下評価については希望せず。引き続き状況確認を行いながら在宅生活を継続するも、窒息が起こり入院となる。今後は、経口摂取困難なため胃ろう造設の方向となっている。	○飲み込みの悪いことが時々発生することで、徐々に悪化していく利用者への支援。 ○胃ろう造設に関する相談にケアマネとしてどのように関わられるか。	○自宅とデイサービスでは食事にかかる時間や本人の想いも違うため、食事面の対応が可能なデイサービスの利用を検討していくことはできたのではないかと。○訪問歯科や言語聴覚士のいる訪問看護を利用し、嚥下の評価や食への指導ができる。 ○胃ろう造設に関して医療側からメリット・デメリットを踏まえた具体的な説明と、受ける側の正しい理解が求められる。また、自身がどうしたいかの意思表示を事前にしておくことが大切。 ○胃ろうになっても生きる楽しみを見つけQOLが保たれているケース等をケアマネとして経験したことがあると、相談をかけられた際に伝えることもできる。	1/7から入院中でしたが、本人家族の意向で胃ろうは造設せず。	○医療専門職と介護専門職との連携により在宅生活を支援していくことが求められる。 ○地域ケア会議などを通じて顔の見える関係や連携を深めていくことが必要である。			
	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	2	医療相談員	1									市役所	1
	高支連		社会福祉士	1									しぐなるあいず	1
	ボランティア												合計	23
8	本人	医師	ケアマネ	1	地域住民	80代 子(夫婦)と同居(日中独居) 要介護2 レビー小体型認知症 2年前から認知症状が出現。子はなかなか認知症状を認めながらも、介護サービスの利用に至らなかった。昨年ようやく主治医の勧めによりデイサービスの利用を開始する。家族不在の日中、本人が近所の人に「人が来ている。見に来て」と訴える。元々近隣とは良好な関係で、近隣の人も何とかしてあげたい、と思っているが方法がわからず困っている。	○近隣住民に認知症の理解を深めてもらうために、どうしたらよいか ○認知症を認めたくない家族に、専門職はどのような支援をしたらよいか	○認知症の症状として幻視の出現があることを近隣住民に伝える。また自治会に認知症について話す機会を提案してはどうか。地域の支援団体や機関との勉強会や話し合いの場があるとよい。 ○本人が今参加しているお茶飲み会に継続して通えるようにする。 ○家族の支援は、同じ立場の介護者同士が集える場に参加してもらおう。家族の話を傾聴する。	デイサービスの利用回数が増え、本人も喜んでいる(民生委員より)。また、近隣住民もサービス利用状況がわかり安心してると報告あり。	○身近に介護者同士が気軽に悩みを話したり、愚痴を言ったりできる場がない。 ○様々なタイプの認知症について学ぶ機会が少ない。				
	家族	歯科医師	介護事業者	3										
	町会	薬剤師	警察											
	地区社協	訪問看護師	消防											
	市社協	1	保健師	1								地域包括	4	
	民生委員	1	医療相談員	1								市役所	1	
	高支連		社会福祉士	2								その他	2	
	ボランティア											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	その他
9	本人	医師	3	ケアマネ	5	地域包括	支援拒否のある高齢者・家族への支援	80代、要介護3で認知症あり。90代の配偶者と2人暮らし。週6回ヘルパー利用。配偶者も認知症はあるが自分のことはできる。夫婦ともにサービス利用に拒否。ケアマネが月1回自宅訪問するが、玄関より先には入れたがらない。会話も2・3語のみ。夫婦ともに他者と交流に消極的で援助や支援の希望はない。食事がまともに取れず、何度も骨折している。子ども市内にいますが、認知症に対する意識が低い。主治医ではないが、入院中の担当医より支援が必要であると地域包括に連絡あった。医師・看護師・リハビリなどで担当者会議を行い支援内容を検討している。	○本人、家族は症状が進行しているが自覚がなく在宅生活可と思っている。 ○サービス利用の理解が得られず拒否。	○近所のボランティアが日頃から声をかけ状況を把握。認知症などの異常を発見したら地域包括に相談するといった協力体制を整える。 ○相談協力員として声かけを実施。外部の会に誘い高齢者同士の交流を持ち互いの体調を気遣う。 ○訪問拒否の家庭でも民生委員との同行だと受け入れるところもある。地域の協力を得ながらコミュニケーションをとっていく。	全体的な変化はなく、通所サービスにつながらず。ヘルパーは継続しているが必要性を感じていない。家の環境を整えたいが拒否。近所との関わりはほぼなく、インフォーマルサービス導入を検討したが困難である。	○少しの手助けで生活できる人をどのように支援するのかという視点で考える必要がある。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	3							
	町会	薬剤師	4	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	医療相談員	2	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	1	地域住民								
	ボランティア			合計	25							
10	本人	医師	2	ケアマネ	1	地域包括	軽度の認知症であるが運転をやめない高齢者への支援	60代独居。配偶者とは離婚している。子は3人いるが関わりたくなさそう。糖尿病があるが、診察日を間違える、インスリン自己注射を忘れることがある。車の運転をしているが、車で迷子になったり、追突事故を起こしている。訪問看護週1回、訪問介護週2回利用中。	○軽度認知症により車での事故を起こすリスクが高い高齢者に対しても、運転を止めさせる方法はあるか。 ○何の権限もない中で、支援者はどこまでの事をしたら良いのか。 ○高齢者が運転を要しなくても生活が出来るような地域にするためには何が必要か。	○このような事例で運転をやめさせることは難しい。 ○高齢者が運転せず生活可能とするには、巡回バスを取り入れてはどうか。乗降した人数により各自業者が協賛金を提供する仕組みづくりを考えてはどうか。	他県で迷子になったことを機に子が車を廃車した。廃車により行動範囲が狭まることを懸念したが、5月より看護付小規模多機能型居宅介護支援を導入したことで維持できている。デイサービス・訪問看護等を利用し、活動量の増加・健康管理を行っている。金銭管理については成年後見人申し立ての手続き中。身体状況、精神状況は落ち着いている。	○高齢者が買い物に行く手段が自動車以外あまりない。コミュニティバスの運行はできないか。 ○バス会社と協力し、免許返納の特典システム(運賃半額)を作ってはどうか。 ○商店の宅配サービスを知らない方が多いためもっと周知できないか。 ○配食サービスの申請は高齢者にとって難しい。もっと簡略できないか。
	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	保健師		地域包括	4							
	民生委員	医療相談員	1	市役所	2							
	高支連	社会福祉士		地域住民								
	ボランティア			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	その他	
11	本人	医師	1	ケアマネ	9	地域包括	多問題のある親子の支援	80代、要介護1。配偶者は施設入所。子①と同居しているが、精神疾患あり週5日障害者施設へ通っている。本人の認知症は、H26年頃より目立ち始め、認知症の診断を受ける。内服開始したが自己中断。困った子②がcocoへ相談。診断した医師は地域包括に連絡。地域包括が訪問するもやんわり拒否。この状況が半年以上継続。本人、子ともに身なりを構わず、ゴミの分別も困難なため倉庫にゴミをためている。子②は部屋の片付けなど協力してくれているが病気療養中。	○ゴミが臭うようになる前にゴミ捨てができるようにしたい。 ○子②の介護負担軽減を図りたい。	○子①が作業所の訓練によってゴミ捨てが出来るようになるのではないか。 ○松戸市家庭ごみ収集事業の届出を行えば個別回収もしている。 ○初期集中支援チームに繋げることで好転する可能性もあるのでないか。 ○受診拒否をしているケースで、医師が入ることで好転が見込まれるケースはサポート医の仕組みを使ってはどうか。	○ゴミは火災につながりかねないためゴミに関する条例を作り、行政の権限を持って対応・解決が出来ないか。 ○ゴミが溜まってきそうな段階で、一掃隊のような団体がゴミの溜まる状態を予防できないか。 ○ゴミの分別が複雑。ゴミの捨て方はもっと簡単にならないか。		
	家族	歯科医師		介護事業者									
	町会	4	薬剤師	2	警察								
	地区社協	1	訪問看護師		消防								
	市社協		保健師	1	地域包括								3
	民生委員	4	医療相談員	2	市役所								2
	高支連		社会福祉士	1	地域住民								
ボランティア	1	その他		合計	31								
12	本人	医師		ケアマネ	1	地域住民	一人暮らしが心配される高齢者。地域として何が出来るか。	○一人暮らしで、過去に近隣トラブル(本人の排泄物やゴミを近隣住民宅敷地内に投げ入れる、性的な発言、大声を出す等?)を起こす。 ○自転車での転倒がたび重なり住民から心配の声が上がっている。	○本人が希望する地域で安全に一人暮らしを継続するには地域での見守り、声掛けが重要である。 ○本人の体調が不安定である。一人での外出等は転倒等の危険性がある。本人を外で見かけ時、声掛けや見守りで心配な様子を見かけたら地域包括や担当のケアマネに連絡する(地域住民と担当ケアマネ、地域包括の連携)	転倒後の怪我は回復した。現在、デイサービスを利用しながら自宅での生活を継続。本人の活動性が低下したためか、現在は近隣とのトラブルは発生ない。時折、近隣の支援相談員が本人宅の巡回(外から)を続けている。	○以前より地域住民との関係性が悪化。今後、地域住民による見守りや声掛け等の支援を依頼するに当たり、近隣住民に本人の置かれている心身の状態を理解し活動してもらうことが難しい。		
	家族	歯科医師	1	介護事業者									
	町会		薬剤師		警察								
	地区社協	1	訪問看護師		消防								
	市社協		保健師		地域包括								3
	民生委員	1	医療相談員		市役所								1
	高支連	1	社会福祉士										
ボランティア				合計	6								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	その他			
13	本人	医師	ケアマネ	1	Coco	複合的な課題を抱えた世帯の支援	認知症の本人と統合失調症の聴覚障害者の子①の世帯。本人の認知症状の進行に伴い、子①の状態も悪化している。	○金銭管理ができず、施設入所の初期費用が確保できない。また施設入所に反対の気持ちがある。 ○医療・介護サービスの受け入れが難しく、被害妄想もありケアマネが対応に苦慮している。 ○子①は外食が多く、血圧が高い。栄養面、食費面の心配あり。	○子②の協力を仰ぎ、難しければ子①に成年後見親族申し立てを支援してもらう。 ○支援者が共通して施設入所への動機付けの声かけを行っていく。 ○子①の支援からヘルパーを導入し、様子を見ながら本人にも導入していく。	○子②と連絡が取れず、子①の協力を得て成年後見親族申し立てを行っていく。 ○成年後見人が選任されるまで本人の了解を得ながら地域包括と子①で協力し、金銭管理を支援していく。	○子が聴覚障害と精神疾患を抱え、今まで家事を一切行ってきた親の認知症が進行し、近隣の支援では対応が難しい。			
	家族	歯科医師	介護事業者	1										
	町会	薬剤師	警察											
	地区社協	訪問看護師	消防											
	市社協	保健師	地域包括	2										
	民生委員	1	医療相談員	市役所									1	
	高支連	1	社会福祉士	Coco									1	
	ボランティア			保健所									1	
			合計	7										
14	本人	医師	1	ケアマネ	ケアマネ	支援機関(医療・介護・地域)の共通認識、連携、今後の方針の確認	70代独居。平成25年頃より物忘れがあるが、買い物や掃除などは可能。会話も良好なので周囲からも認知症と気づかれない。薬の飲み忘れやまとめて多量に飲んだことがあったり、詐欺被害にあったこともあり県内他市に住む子①や他県に住む子②は心配している。可能な限り訪問して薬カレンダーのセットなどをしている。介護サービス利用や民生委員の訪問を勧めるがプライドが高くきっぱり拒否してしまう。近所の人との関係は良く、毎日訪問してくれる人もいる。家族からサービスにつながるまでは地域で見守ってほしいという希望がある。	○体調不良、詐欺被害など緊急事態をどのように気づけるか。 ○上記のような緊急事態に早急に気づくためにはどのような体制を作っていくのがよいか。 ○訪問看護など必要なサービスに繋ぐためにはどのように進めたらよいか。	○近隣住民は普段との違い(生活の様子)から気づくことが多い。そのためにも普段から挨拶など関係づくりが必要である。近隣以外にも新聞、郵便、配食など外部から気づく場合もある。 ○日頃から近所との関係を構築しておく重要性や町会への加入、独居登録などによる連絡先の周知の必要性、また気づいた場合どこに繋げるかが周知される必要がある。 ○体調不良などに対する不安の面からアプローチしていく、ケアマネが根気強く関係づくりを続行していく、地域包括の協力を得る。	お薬カレンダーと時計の利用で服薬できるようになった。認知症である本人に対し、家族の関わり方が上手になってきている。家電を変えておくことで、アイロン後の焦げや鍋こがし等無くなっている。「認知症」ということでなく、独居であるという所で、家族と近所の商店・民生委員・地域包括が支援者となり、独居生活を継続している。	○緊急事態に気づくため近所との関係づくりを目指して『向こう3軒両隣』の意識づけに対する働きかけが必要と思われる。 ○気付いた時にどこに連絡すればよいかわからない住民も多いため、まずは地域の窓口である地域包括に連絡がもらえるよう町会や民生委員、住民に対して今後も地域包括の周知活動は必須であると思われる。			
	家族	歯科医師	介護事業者	3										
	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	1	認知症疾患医療センター									1	
	市社協	保健師	1	地域包括									5	
	民生委員	3	医療相談員	1									市役所	2
	高支連	4	社会福祉士	地域住民										
	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	その他	
15	本人	医師	1	ケアマネ	7	支援機関(医療・介護・地域)の共通認識、連携、今後の方針の確認	70代 要介護1 高齢者世帯 5年前くらいに、「アルツハイマー型認知症」の診断を受ける。専門医への定期受診あり、アリセプト服用中。足腰は問題なく健脚。物忘れあり、寝ていることが多い。食量少なくなってきた。経済的には、不自由ない。40～50歳まで、パート勤務していた。ご近所付き合いはなかった。コーラス・俳句・ゴルフの友人いる。	○認知症を患う被とやその家族が住み慣れた地で暮らして行くには地域からの理解が必要	○認知症の症状等を理解することがとても大切なので、住民・自治会長などへ認知症の理解の普及・啓発活動を行う。 ○同じ立場の方と、苦労話ができるような環境の整備(例:認知症カフェ)を進める。 ○住民が本人・配偶者に対して優しい関わりができるように、専門職が活動していく。 ○本人は「ゴミを出す」という行為が出来ているので、その行為を取り上げるのではなく、続けていけるように支援をする。 ○興味を見つけ、続けて活躍していけるように支援をする。 ○上記のことを、本人・配偶者・住民などに行う事が、認知症という病気を抱えて暮らし、症状を進行させない為の良い手段となる。	アルツハイマー型認知症との診断であったが、再検査の結果ピック病との診断をされた。体力は温存し歩行も可能であったが、夫も高齢ということもあり家族と相談し、これ以上自宅生活は困難と判断。4月にグループホームに入所となった。配偶者も子の住居近くに転居する予定となり、「これからは自分の生活も大事にしたい」と話しをされている。	○自治会・連合町会・民生委員・市社会福祉協議会・高齢者支援連絡会と協力をして地域づくり・町づくり・見守り体制を構築していく活動が必要である。		
	家族	歯科医師		介護事業者	3								
	町会	薬剤師	1	認知症コーディネーター	2								
	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								1
	高支連	3	社会福祉士		地域住民								
	ボランティア				合計								23
16	本人	医師	1	ケアマネ	1	認知症を受け入れられない高齢者への支援方法	子からの相談。本人に認知症の症状が出ている。今までは本人の妻が全て世話していたが、配偶者が肺癌で入院となり、今は配偶者の妹が泊りがけで本人を介護してくれている。今後配偶者は退院しても、今までのように本人の面倒は見られないと思う。どうすべきか。本人は元医師で、自身の認知症や現状を受け入れられない。	○支援を拒否している本人に対し、誰が突破口となるのか。 ○子は本人との関係が悪く、同居困難。 ○本人は認知症もあり、現状を受け入れられず、他者のアドバイスを受けつけない。介護保険を拒否している。	○本人と信頼関係を作っていくことが大切。 ○家族間での話し合いが必要。 ○本人の昔の仕事仲間などに協力してもらう。 ○配偶者の退院後、介護保険を利用する。本人も、その様子を見て変わってくるかもしれない。	配偶者が退院し、介護保険の利用を開始したことから本人にもケアマネがついた。家族との話し合いを重ねた結果、現在デイサービスに週2回通うようになった。初めは拒否もあったが、配偶者の負担を軽減するため、という事で納得した。	○知的水準の高い高齢者が多い地域で、認知症になっても本人も周りも受け入れられずに、介護保険につながっていない。		
	家族	歯科医師	1	介護事業者	1								
	町会	薬剤師	1	警察									
	地区社協	1	訪問看護師	1	消防								
	市社協	1	保健師		地域包括								4
	民生委員	3	医療相談員	2	市役所								2
	高支連		社会福祉士										
	ボランティア				合計								14

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	その他	
17	本人	医師	ケアマネ	地域包括	支援拒否のある高齢者への介入	被害妄想があり、認知症が疑われる。親族に物を取られている、と思っているので親族では対応できない。単身生活。身体的には問題がないので遠方まで出かけてしまう。地域包括としてもなかなか会えずにいた時、近所の友人から相談あり、友人と訪問して介護保険の申請を進める。友人と共に病院受診して要介護1となったが、サービス利用なし。親族は施設入所を希望しているがあまり納得されない。誰にも言わずに海外旅行に行き、大騒ぎになった。本人は誰の支援も受けずにこのまま生活したいと思っているが、親族は一人暮らしは限界だと思っている。何かある前に何とかしたい。	○アルツハイマーと診断されているが、管理ができないので薬は処方されていない。親族は泥棒扱いなので介入困難。 ○孤独死も懸念されるが本人拒否のため見守りも困難。 ○今は財産があるが、今後詐欺など危険がある。本人が納得しないので後見も難しい。	○介護保険の更新は必要なので、前回お願いした専門医を受診するよう促す。 ○地域包括や知人、親族など、信頼のおけるキーパーソンが必要。 ○近隣で心配してくれる人もいるので、見守りできる人が増えるといい。 ○オレンジ協力員はプライバシーの問題があり、本人が希望しないと難しい。 ○後見制度につなげて、財産を守り、本人を守る。	認知症専門医の受診を促したが、拒否があり困難。介護保険の更新申請を行い、現在通院している整形外科の医師に主治医意見書を依頼した。知人立ち合いでの認定調査予定となっている。	○独居の高齢者が増えていく中で、地域全体として見守りを行うには、プライバシーの問題もあり難しい。		
	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									2
	市社協	保健師	地域包括									3
	民生委員	医療相談員	市役所									3
	高支連	社会福祉士	作業療法士									1
	ボランティア		合計	7								
18	本人	医師	ケアマネ	地域包括	高齢者が多い地域での支援ネットワーク・体制作り	民生委員から、振り込め詐欺にあっていると思われる心配な高齢者がいるとの連絡あり。地域包括が訪問すると、本人、近所の高齢者Aさん、民生委員が本人宅にいた。Aさんが、本人から「急いで来てほしい」との連絡を受けて訪問した際、自宅の畳の上に30万円近いお金が並べてあった。誰かに渡さなくてはならない、お金の計算をしていたが、わからなくなり、数えるのを手伝ってほしいと言われた。2日間続けて同じ用件で電話があり、訪問したAさんは、怖くなって民生委員に電話で相談。その後、民生委員が地域包括に連絡をした。	○本人は対外的にはしっかりしており認知症に見えず、見極めが難しい。 ○近所の友人は、本人の様子がおかしいと約1年前から言っていた。銀行でも約300万円をおろしていると思われる。未然に防ぐことは出来なかったのか。	○近所の方や民生委員、地域包括など、ネットワーク作りが重要。 ○認知症の早期見極めが大切。 ○「何かおかしい」と思ったら、すぐに相談が出来るよう、相談窓口の周知徹底が必要。 ○銀行窓口での詐欺防止対策の徹底が必要。 ○80代の方を対象とした認知症サポーター養成講座を行っても良いのではないかと。	その後、腰椎圧迫骨折を負い、入院。回復期病院に転院予定。回復期病院を退院後はケアハウスか有料に入所予定。	○高齢者が多く住まわれており、高齢者同士の支援も多く見られている。困った時に早期に相談が出来るような体制作りが必要。		
	家族	歯科医師	介護事業者									1
	町会	薬剤師	警察									1
	地区社協	訪問看護師	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									3
	高支連	社会福祉士	作業療法士									1
	ボランティア		合計	9								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	その他	
19	本人	医師	1	ケアマネ	地域包括	高齢者が多い地域での支援ネットワーク体制作り	○子は、死んだ時以外連絡しないで欲しいと言いたい、兄弟は遠方且つ高齢の為、本人を支援することは不可能。 ○認知症が疑われるも、専門医未受診。 ○退院後の生活に不安がある。	○親族の支援が望めないのであれば、後見の申立てを行い、本人の金銭管理などが適切になされる体制をつくる。 ○認知症の疑いがある方については、サポート医に相談し、協力を得る。 ○本人の現在の病状を見ると、在宅生活は困難と思われるため、退院後は施設入所を検討する。		○食事、火の元管理、金銭管理などに困難が予想される独居高齢者に対し、地域での見守りや支援の必要性がある。		
	家族	歯科医師		介護事業者								1
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師	1	消防								
	市社協	保健師	1	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		作業療法								
ボランティア		1	合計	19								
20	本人	医師	1	ケアマネ	地域包括	80代、要介護2 独居。子が2人いるが別居。疾病のため、毎日の注射が必要で、訪問介護：毎日、通所介護：週2日利用。通院や買い物は別居の子が支援している。洗濯はデイサービス通所時、支援している。機械類は壊してしまったりコンセントを抜いてしまう。徘徊もある。	○地域での見守りや支援が必要である。	○オレンジ協力員が認知症患者がいる家庭に入って支援するのは、ハードルが高い。民生委員が個人個人の見守りネットワークを作ろうとしても、結局民生委員と町会役員だけになってしまう。しかし、介護保険サービス利用だけでは生活を支えきれないので、地域にある施設の行事に参加するなどの活動であれば、介護のプロが付いているので参加しやすい。オレンジ協力員の研修も必要である。	5月から看護小規模多機能型居宅介護を利用予定。	○オレンジ協力員などのボランティアが活動できる地域の環境が整っていない。ボランティアの意欲が低下しないよう活動の場を作ることが大切である。		
	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		消防								
	市社協	保健師	1	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		NPO法人								1
ボランティア		8	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	その他	
21	本人	医師	ケアマネ	2	ケアマネ	認知症で地域の支援が必要な事例	70代 要介護3で配偶者と二人暮らし。子は市内に居住。仕事のため支援は土日祝のみ。ショートステイ:週3日、デイサービス:週2日利用中。徘徊により警察に保護されることも増加。小型の徘徊感知機導入するも紛失を繰り返し解約。徘徊が起こるたびに配偶者から子へSOSの連絡がある。本人発見後電話越しに配偶者が本人をのしる声が聞こえていた。配偶者にも認知機能の低下が見られ主介護者にはなり得ない。配偶者は拒否しているが子と相談し特養に入所申込みをしている。認知症について近隣への周知は配偶者が拒否している。	徘徊高齢者に対して地域支援ネットワークをどう構築していくか	○配偶者が近隣住民への周知を拒否しているため、オレンジ協力員や民生委員が本人を認知症カフェなどに連れ出すことは難しい。配偶者の介護力が落ちているため訪問看護を導入するのも一つである。 ○配偶者は主介護者にはなり得ないので、子を中心に相談してみれば良い。 以上の意見から子を含めて現状を改めて説明し、訪問看護の導入を進める。また子と配偶者の了解を得られれば本人を認知症カフェに連れていくなどオレンジ協力員も活動をしていく。	ケアマネが子に連絡をしているがなかなか繋がらない。配偶者にはオレンジ協力員などのボランティアの情報やサロンの情報などを伝えるがあまり関心が無い様子。子へは引き続き連絡をとるが、配偶者に対しても見守りを続けていき本人に対してのアプローチ方法を考えていく。地域包括も引き続きケアマネと連携をしていく。	○関係者を呼んだためより一層議論が活発になったが、認知症高齢者に対する地域としての理解が完全ではない。協力者も少数なので、認知症サポーター養成講座や地域の会合を通じてさらに多くの方に認知症の理解をして頂けるよう今後とも活動をしていく。		
	家族	歯科医師	介護事業者	5									
	町会	薬剤師 (実習生含)	2	警察									
	地区社協	看護師	2	消防									
	市社協	保健師	1	地域包括									5
	民生委員	1	医療相談員	市役所									1
	高支連	社会福祉士	NPO 法人	1									
	ボランティア	2	その他 (グループホーム)	1									合計