

地域個別ケア会議における主な議論

平成29年度 第2回 松戸市地域ケア会議
平成30年2月15日

1. 地域個別ケア会議の実施状況

○平成29年6月～29年11月の間、地域個別ケア会議は合計36回(46件)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、「認知症、精神障がいなど多問題を抱える家族支援」、「介護力不足世帯への支援」、「周囲の理解」についての課題もあげられている。

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

2. 地域個別ケア会議における個別事例(主な課題別整理)

※多くの地域で挙げられている課題を抽出した。

No	地域関連			家族関連		本人関連				医療連携			
	見守り不在	地縁の欠如	その他	世帯の困難	その他	助けを求める力の欠如	認知症	金銭管理困難	その他	かかりつけ医不在	医療連携困難	病識欠如	その他疾病
1		○	近隣住民が不安	独居			○			○			
2		○	近隣トラブル	独居		○			被害妄想 精神疾患疑い	精神科医未受診		○	精神疾患疑い
3	○	○		独居		○	○		徘徊				
4		○			介護力不足	○			介入拒否	○		○	
5	○	○		独居			疑い	○	介入拒否 ゴミ捨て困難	中断		○	心疾患 (ペースメーカー)
6	○	○		子と2人	子は精神疾患 がある				制度の理解困難 幻聴あり				
7		○		子と2人	子②は無職			○	ゴミ屋敷				脳梗塞
8		○		独居			○		介入拒否	○		○	高血圧
9				親と2人					アルコール依存症				肝硬変
10				子と2人	子はアルコール 依存症				共依存			○	脳梗塞
11			地域住民の支 援の限界	独居					院内介助が必要				目、耳が不自由
12	○	○			配偶者がうつ 家族が介入拒	○	○	○					癌
13		○		独居		○			2号保険者		○		脳疾患 視野狭窄、癌
14			知人との金銭トラブル	独居			疑い	○					
15		○		独居		○			2号保険者			○	頸椎損傷
16	○	○		配偶者と子	子・配偶者障害者 子・配偶者介護力不足				2号保険者				心疾患 糖尿病合併症
17				子と子の配偶者	キーパーソンが定まらない		○				○	○他介護者	
18	○	○		独居		○			アルコール依存	アルコール専門医への受診未		○	癌
19	○			独居	キーパーソンが高齢		○	○	知的障害 精神疾患				
20	○			高齢夫婦世帯			疑い		認知症の検査 拒否			○	骨折 慢性疾患
21			サークル内の人間 関係		病識の理解不足		○					○	
22				独居		○	○	○				○	

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			社会資源や市民ボランティアの情報が得にくい		配偶者要介護2				権利意識が強い				
24		○		独居		○	○	○	排泄可能だが尿臭がある	○			
25		○		独居		○	○		ごみ屋敷				
26			団地にエレベーターがない	独居					介入拒否				
27				独居				○	介入拒否	○			
28	○			独居			○		物取られ妄想				
29				独居									
30				独居					ごみ屋敷 受診拒否			○	
31		○	近所トラブルによる孤立		配偶者が癌により体調不良 子②知的障害		○		近所トラブル(卑猥な話による)				癌
32		○		独居		○			ごみ屋敷	○		○	
33					子が統合失調症、聴覚障害者		○	子の金銭管理能力に不安		○			
34	○	○		独居	家族と連絡が取れない		疑い		被害妄想			○	服薬の自己管理困難
35					配偶者認知症疑い その理解力が低い	○介護の介入拒否	○	○		○		○	
36	○			独居	子が他界。孫の介護力不足	○	○		主となる介護者の欠如				
37	○			独居	遠距離介護	○警戒心	○						癌末期
38			見守り体制はあるが、機能できない。	独居		○	○		見守りに対して怒ってしまう				
39		○	バリアフリー化が不十分	独居		○			車いす				難病
40			参加できる介護者の集いの場が少ない		介護者が男性								高次脳機能障害
41	○	○	転入後のネットワークの乏しさ		子①精神疾患	○						○	
42		○		独居			○		不定愁訴			○	専門医の受診未
43					子が無収入のため、介護サービスを躊躇	○	○	○				○	
44	○	○	要介護世帯のトラブル 他の家への侵入			○	○		経済的困窮のため、介護サービスが増やせない				
45	○	○			遠距離介護 家族の認知症の受け入れ困難	○	○					○	
46	○	○			本人・子共に精神疾患がある	○			被害妄想	○		○	精神疾患

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>○被害妄想により、近隣住民との関係が悪くなったことを機に、地域の中で様子がおかしい認知症の人が、1人で在宅生活して良いのかとの声が挙がる。</p> <p>○市民サークルに参加していたが、最近ルールが守れない等トラブルが発生し、「試合に出させたくない」「試合中にどこかに行ってしまうか心配」と本人が参加することを危ぶむ声が出てきている。</p>	1、17、21、28	<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> <p>○認知症サポーター養成講座を町会単位で進めていく。</p>
2. 認知症の見守り・対応力の向上	<p>○認知症状が進み、ポスのチラシを破り捨てる等理解力の低下が著しい独居高齢者。</p> <p>近隣住民が心配し、声をかけるが怒ってしまう等見守りができない。</p> <p>○夫婦共に認知症を発症。近隣に住んでいる家族の支援と介護サービスが入っているものの外出後、家に戻れなくなる等警察に保護されている。また、近所への迷惑行為として植木を抜く、商店街で万引きと間違われる等、周囲の理解が必要な状況。</p>	1、3、7、8、14、22、26、32、33、34、38、36、41、42、44、45	<p>○認知症サポーター養成講座の受講推進等を通じた認知症に対する地域の理解の推進</p> <p>○オレンジ声かけ隊活動の推進</p> <p>○助けを求める力が欠如している場合の地域サポート医制度の活用の推進</p>
3. 多問題を抱える世帯への支援	<p>○高齢者と障害の子と2人暮らし。子は、難病やパニック障害があり、要介護の親が子の介護をしている。</p> <p>○本人は、慢性疾患があり定期的な受診が必要。主たる介護者である配偶者も障害を抱えており、入退院を繰り返している。子も障害があり、頼られても困ると負担感を訴えている。</p>	4、5、6、9、11、12、16、24、25、30、31	<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>○本人と親族の3人暮らし。本人は、骨折を機に入院するが、本人の強い希望でリハビリしないまま退院となる。本人は、介護サービス等拒否的で、同居の親族は、サービスの必要性を感じつつも本人の強い拒否に強く言えないため、サービスが何も導入できないでいる。</p>	2、4、5、15、43	<p>○サービス拒否の事例に対する地域サポート医制度の活用の推進</p> <p>○高齢者だけでなく、同居家族の支援が必要な場合の他機関との連携・ネットワークの強化が必要。</p>

テーマ	個別事例の概要	事例番号	市レベルの課題
5. 適切なサービスへの接続	<p>○目と耳が不自由な独居高齢者。1人での通院が難しく、特に病院内の介助が必要な状態のため、やむを得ず、近所の人が付き添っているが、限界に来ている。</p> <p>○若年の2人暮らし。本人は、脳疾患による後遺症のため今までできていた調理や家事等ができなくなったが、夫の熱心な介護により調理ができるまでに回復した。支援者は、夫が介護疲れしないかと苦慮している。</p>	9、5、3 3、5、9、10、11、23、28、39、40、44	<p>○通院困難事例の場合、地域包括やケアマネによる在宅医療機関への受診勧奨の推進</p> <p>○耳鼻科、眼科等の往診拡充について連携・周知・情報提供</p> <p>○適切な介護サービスの利用ができていない場合の地域サポート医制度の活用</p> <p>○男性の集いの場等の構築による家族介護支援の充実</p>
7. 精神障害者の理解促進	<p>○認知症高齢者と障害がある子との3人暮らし。認知症高齢者は、町内のゴミを持ち帰る等近所から苦情があり、子は、近所に1人で立っているだけで警察に通報される等地域から理解が得られない状況にある。</p>	2、9、10、15、18、19、31、37、38、46	<p>○精神障害・アルコール依存症に対する地域における普及啓発</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29年6月から12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	1	ケアマネ	6	地域 包括 支援 センター	認知症の疑いがある方の地域への見守り支援について 4年前に配偶者が他界後、現住所に転入する。近隣に姉妹がいるが疎遠。隣町には子①が居住しているも、本人より被害妄想の対象となっており、疎遠となっている。 子②は他県に居住。最近、被害妄想により、近隣との関係性が悪くなった。隣人より、「様子がおかしい。認知症の方が独りで暮らしていいのか？火事を起こしたら困るので、施設に早く入れてほしい」との相談があった。	○近隣の若い世代に対する「認知症」の理解、促進。 ○転入してきた高齢者が地域住民と繋がり構築する手段が少ない。	○自治会での認知症サポーター養成講座の開催など啓発活動を行う。 ○認知症の方と地域住民とのパイプ役となる人が必要。 ○誰かが関わっていることが分かると、隣人も安心できる。 ○認知症を理解する寸劇を開催してはどうか。 ○地域の見守り、ゴミ出し等に協力できるボランティアやその仕組みを構築する必要がある。	7月末、外出中に体調が悪くなり入院。脳血管疾患のため入院が長期化している。	○地域での見守りや協力には地域格差がある。協力者の人数確保が課題である。 ○マンションなどでは住人のつながりが少ないので把握しにくい部分がある。	
	家族	歯科医師		介護事業者	5							
	町会	2	薬剤師	1	警察							
	地区社協	1	訪問看護師	1	消防							
	市社協	1	保健師	1	地域包括							4
	民生委員	4	医療相談員	1	市役所							1
	高支連		社会福祉士									
	ボランティア				合計							29
2	本人	医師	1	ケアマネ	6	地域 包括 支援 センター	精神疾患による被害妄想があり、長期間、近隣トラブルになっている方への支援について 配偶者が死去後独居。暴言、嫌がらせ、他者に水をかけるなどの行為や、被害妄想があり近隣住民との関係性が悪くなっている。包括は都内に住む子と連絡を取りながら、地域での見守りを継続しているが、近隣の方との対立が続いている。	○暴言、嫌がらせ等や、被害妄想があり近隣とトラブルになっている。 ○本人との信頼関係の構築が難しい。 ○医療につなげることができない。	○信頼する方から受診を勧めてはどうか。 ○他の問題が生じた時が介入する時期ではないか。そのためにも定期的、継続的な訪問が必要。 ○地域の組長に任命されているので、地域行事に参加してもらい、地域から信頼されていると認識してもらうのはどうか。 ○栄養面のアプローチも必要。	保健所へ連絡。保健所はアウトリーチを検討しているが実現していない。	○精神疾患のある高齢者が近隣とトラブルになった場合、地域の中で孤立化しやすい。 ○警戒ではなく、見守るといいうきみがない。	
	家族	歯科医師		介護事業者	5							
	町会		薬剤師	1	警察							
	地区社協		訪問看護師	1	消防							
	市社協		保健師	1	地域包括							4
	民生委員		医療相談員	1	市役所							1
	高支連		社会福祉士									
	ボランティア				合計							29

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	9	介護支援専門員	認知機能の低下がある方の在宅生活支援について	独居、生活保護受給者。ゴミ捨て場に行くとき自宅を忘れてしまい、外出して交番に保護されたことが数回ある。自宅でも、トイレの場所がわからないなど、生活に支障があり、ゴミ捨て、清掃、調理、買い物など日常生活全般に援助が必要な状態である。現在は訪問介護や通所介護で見守っている。	○ゴミ捨て場に行くとき自宅を忘れて交番に保護される。 ○自宅内でもトイレの場所がわからなくなる等日常生活に支障がある。	○親戚とケアマネが今後の生活について話し合う機会を設ける。 ○服薬管理や日々の生活状況を確認する為、小規模多機能型居宅介護が有効ではないか。	小規模多機能型サービスに切り替える話もしたが、食事等の生活面に問題もあるため、10月、サービス付き高齢者住宅に入居した。	○ゴミ捨てに支障がある高齢者について、支援が難しい。 ○認知症が進んだ方を地域で見守る体制が十分でない。
	家族	歯科医師	介護事業者	2							
	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	3							
	民生委員	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	24								
4	本人	医師	ケアマネ	9	地域包括支援センター	介護拒否がある方の支援について	要介護3の女性。本人、兄弟、親族の3人暮らし。外出時に転倒、骨折し入院したが、本人の強い希望でリハビリをしないまま退院となった。本人は拒否的で、同居の兄弟は本人の指示に逆らえないため、支援が必要と思われるが、自宅訪問ができず、介入が難しい。	○本人の拒否が強く、必要なサービスが導入できない。 ○兄弟も必要だと考えているが、本人に強く言えない。 ○医療も必要だが、介入が難しい。	○兄弟、親族がどのような事に不安を感じているのかを確認する。 ○他者を受け入れてもらえるように本人を説得する。	本人と会うことはできたが、拒否的な態度は変わらず。元々、近所との交流がなく、近隣住民からの情報は乏しい。親戚らしき方へアプローチしたが情報を得られず。現在は訪問や兄弟への電話で安否を確認している。	○元々、近所付き合いがないと気にかけてくれる近隣住民がおらず、支援体制が難しい。
	家族	歯科医師	介護事業者	2							
	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	3							
	民生委員	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	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		
5	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	ゴミ出しが困難だが、介入に拒否的な高齢者への支援について	<p>配偶者が他界後、独居生活となる。心疾患となり、その頃に介護申請をする。安易に訪問販売の契約をする為、姉妹が金銭管理を行っている。ヘルパーの介入には拒否的で、ゴミの処理ができなく、ウジ虫が発生、冷蔵庫内にコバエが飛ぶなど自宅の環境が整っていない。体調を崩し入院した際に室内の掃除を実施する。</p>	<p>○安易に訪問販売の契約をしてしまい、姉妹が金銭管理を行う。 ○不適切なゴミ処理の為、ウジ虫が発生する。猫を飼っていて、その残飯にも虫が繁殖している。 ○ヘルパーに依頼できる事を宗教関係者に依頼して、多額の謝礼を渡してしまう。 ○適切な環境整備が必要であるが、その支援が実施できない状況下にある。</p>	<p>○本人の生活状況を主治医は確認できていない。判断力の低下もあり、必要な専門科の受診を勧めてもらう。 ○ゴミ出しや、その方法の支援が得られないかなど民生委員に相談する。</p>	ヘルパー事業所の変更により、継続的な支援ができるようになる。その結果、宗教関係者の出入りが途絶えた。本人を取り巻く環境が改善しつつあり、本人も満足して、在宅生活が続いている。	○ゴミ出しが適切にできない高齢者は増加傾向にあるため、協力体制を確立することが課題である。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	4								
	町会	1	薬剤師	警察									
	地区社協	1	訪問看護師	消防									
	市社協	1	保健師	1	地域包括								4
	民生委員	1		市役所	1								
	高支連		社会福祉士										
ボランティア			合計	18									
6	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	高齢者と障害者の支援について	<p>○子の支援は障害者サービスの按分となるため、事業所の選定に苦慮する。 ○サービスに関しては介護保険が優先とされるが、親子で理解が来ず、苦情となる。特に外出や受診同行の希望には制限がある。 ○疾病により社会から孤立してしまう。</p>	<p>○地域住民として元々の関わりがあると声かけしやすいが、その関係性がない為、地域での見守りは難しい。 ○受診の手段は、それぞれの制度の取り決めがある。両制度が共に対応した方が合理的ではないか。 ○現在の制度形態を二人に理解してもらうのは、なかなか難しい面があるが、その都度説明するしかない。</p>	<p>本人に膝の痛みが生じるといったADLの変化があった。受診が必要であることには変わりがないため、地域サポート医に相談してみることにする。</p>	○近隣住民との交流がない新興住民に支援が必要となった場合、支える体制がない。		
	家族	歯科医師	#	介護事業者	4								
	町会	1	薬剤師	警察									
	地区社協	1	訪問看護師	消防									
	市社協	1	保健師	1	地域包括							4	
	民生委員	1	言語聴覚士	市役所	1								
	高支連		社会福祉士										
ボランティア			合計	18									

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
7	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員	キーパーソンが不安定な高齢者に対する支援について	脳梗塞で入院。在宅復帰のカンファレンスにてすぐに自宅に帰ることは難しいと判断された。自宅はゴミ屋敷状態で、一時的に子①宅で生活することになる。その間、子②が自宅を掃除することになっていたが、一向に片付けが進まない。本人の年金は子②が管理していて、本人の生活のための費用は子①が負担している。介護サービスの利用料金まで子①が負担する余裕はない。自宅にも帰りたいがゴミ状態の環境ではどうにもならず、今後の生活についての支援を検討したい。	○ゴミ屋敷となっている自宅の掃除がまったく進まない。 ○兄弟の不和により、子①②が介護を互いに押し付けあっている。 ○本人の年金が本人の為に使われていない。	○「片付けなくても良い」と思っている本人の判断力に問題があるのではないかと。現状の環境下では生活の質は低い。 ○本人の支援に焦点をあて、支援方針を考えたほうが良い。 ○年金は本人の為に使用できるように、入金先の変更も考える。	自宅に戻り、子②が主介護者となる。経済的問題については、生活保護の申請をし受理。多量のゴミは一部清掃をし、なんとか横になれるようになった。介護保険の再利用を調整中。	○地域で孤立している世帯との関わり方に、戸惑いがある。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	5							
	町会	3	薬剤師	警察								
	地区社協	1	訪問看護師	消防								
	市社協	1	保健師	地域包括	3							
	民生委員	2	言語聴覚士	市役所	2							
	高支連		社会福祉士									
ボランティア			合計	22								
8	本人	医師	1	ケアマネ	3	地域包括支援センター	支援拒否の独居高齢者の対応について	マンションに居住。支援が必要と思われるが本人の拒否があり、支援に繋がらない。適時訪問して様子を確認、認知症のため、その都度、初回の挨拶で先に進まず、本人は繰り返し、困っていないと話す。親戚は自身の親の介護で多忙であるが、訪問して介護保険の申請などを助言していた。マンションという住宅状況もあって地域との接点も少ない。	○医療や介護の関わりを拒否している。	○人との関わりを全て拒絶しているわけではないなら、包括の看護師が訪問して健康チェック(バイタル測定など)を実施して関係性をもつ。 ○痩せが進んでいるのが心配される。疾病からなのか、口腔内の問題なのかが気になる。 ○アウトリーチの活用も検討する。出来れば健康診断などの受診をしてみてもどうか。	認知症初期集中支援チームに依頼。初回訪問時は親戚の同席を得た。受診等については前向きな発言があり、受診を調整していたが、親戚との都合が合わず、調整中。	○近隣住民との交流がなく、見守りが得られにくい
	家族	歯科医師	1	介護事業者	5							
	町会	3	薬剤師	警察								
	地区社協	1	訪問看護師	消防								
	市社協	1	保健師	地域包括	3							
	民生委員	2	言語聴覚士	市役所	2							
	高支連		社会福祉士									
ボランティア			合計	22								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
9	本人	医師	2	ケアマネ	3	地域包括支援センター	アルコール性患者の在宅支援について	70代。60代より物忘れが目立つ。昼夜問わずの飲酒状態、外出中に転倒して救急搬送されたこともあるが、本人には危機感がない。同居している90代の親は精神的な負担が多めであり、家から出て行ってほしいと思っている。その後、アルコール治療のため入院するも、断酒する気持ちはないことから退院。今後、同じ状態の繰り返しが予測される。本人は、介護サービスの利用の希望もなく未申請。アルコール依存症治療につながる地域の社会資源も乏しく今後の支援の見通しが立たない。	○飲酒以外の楽しみがなく、家族が飲酒制限しても、本人が自ら購入する可能性がある。○肝機能の低下と脳萎縮が進行、更に状態が悪化する可能性がある。○親が出て行ってほしいと思っても、本人には伝わらない。	○自主的に断酒できる人は少ない。本人が興味を持てる趣味活動、地域活動の場、役割など一緒に考える。○退院前後の病院との連携をしっかりと行う。○家族は飲酒協力しない。今後本人による暴言暴力など問題がある際の対処を確認しておく。	○親、兄弟家族での話し合いの結果、療養施設で長期入院することになった。	○アルコール依存症の人、家族を支援する社会資源(断酒会、家族会等)がなく、家族だけ悩んでいる。
	家族	歯科医師		介護事業者	7							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	5							
	民生委員	2	言語聴覚士	市役所	1							
	高支連	1	社会福祉士									
ボランティア			合計	22								
10	本人	医師	2	ケアマネ	3	地域包括支援センター	アルコール依存症の子と親の支援について	80代、要支援1の女性。脳梗塞の既往がある。下肢筋力の低下により歩行が不安定。現在、アルコール依存症の子と同居。子は肝硬変を患い以前は子による暴力もあった。子に収入無く、本人の年金で生活、「暴れられるよりまし」と酒代を渡す。「酒を止めて生活を正してほしいと願うが、更正できそうにもない」と思い悩んでいる。子の疾病の悪化を防ぐことも出来ず、支援方法に迷いがある。	○家を出て生活を分離したが、本人の意思で戻った。○子の疾病は深刻度を増している。過去の入院時の迷惑行動により、受診もままならない。○毎日子と口論しているが、騒がれるよりは、、、と酒代を渡す。	○本人、子に差し迫った危険な状態でないなら、無理やり親子を分離する必要はないのではないか。○病状の悪化は深刻であるが、本人、子と共に分かっている状況から強引な介入は難しい。○共依存ともいえるケースで介入は難しさがある。○粘り強く、今後どうしたいのか、どう生きていきたいのか話し合いは継続、断酒会への参加などのアプローチ等の関わりを継続する。	○子の居場所や何らかの役割や断酒のきっかけとなる活動があればいいのであるが、現状ではなかなか見つからない。子が体調が悪化して入院。親の体調、生活の変化はない。	○アルコール依存症の人、家族を支援する社会資源(断酒会、家族会等)が身近になく、家族だけ悩んでいる。
	家族	歯科医師		介護事業者	7							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師		地域包括	5							
	民生委員	2	言語聴覚士	市役所	1							
	高支連	1	社会福祉士									
ボランティア			合計	22								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
11	本人	医師	1	ケアマネ	2	地域包括支援センター	一人で受診ができない高齢者の院内介助について	近隣住民が一人でボランティアとして一人で抱え込むことは負担が重い。自費でヘルパーを利用するほどの経済力はない。介護保険は申請中である。	○自主的なボランティアで近所の高齢者を支援していることを、町会で把握する仕組みが大切である。住民が孤立しない地域作りが大切である。 ○比較的 low 料金で介護保険適用外のサービスをしている事業所を紹介する。 ○一人で支援するのではなく、ボランティアチームとして、複数の近隣住民が地域で支える仕組みができると良い。	相変わらず、近所の知り合いが通院に付き添っている。	○耳鼻科、眼科には往診してもらえない医療機関がない。 ○市内の医療機関では院内介助の体制が出来ていない。一人で受診困難な高齢者への支援を考える必要がある。 ○担い手の確保としてボランティアの協力が必要。
	家族	歯科医師		介護事業者	5						
	町会	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	5						
	民生委員	言語聴覚士		市役所	1						
	高支連	社会福祉士									
ボランティア			合計	20							
12	本人	医師	1	ケアマネ	2	地域包括支援センター	キーパーソン不在となった高齢者世帯の支援について	○急死した子以外の支援者はなく、買物や配偶者の通院送迎、身辺の世話、書類等の管理・手続きが出来ない。 ○自宅に住み続けたいと思っているが、自分たちで出来る事、誰に何を依頼するなどが明確になっていない。 ○今後の関わり、社会資源を検討する。	○掃除については訪問介護を導入、拒否があっても、信頼関係の出来ている専門職の説明で受け入れが期待できる。 ○近隣住民の見守り、ゴミ出しなどのボランティアが必要。 ○民生委員に詳しい情報を伝える事でスムーズに動くことが出来る。 ○今後、生活の意向が変化する可能性もあり、支援者の情報交換の必要性がある。また、家計の収支等の懸念されるが、後見人の申し立てなども考えられる。	各種サービス事業所、ケアマネ、民生委員、包括による見守りを実施。子の死後、本人たちの心理面の安定を重視しつつ今後の生活課題を抽出している。金銭管理に不安があり、日常生活自立支援事業を配偶者に説明し検討中。	○今後もキーパーソンにならない高齢者世帯、独居が増えることが予測される。地域住民による支え合いをすすめていく必要だが、インフォーマルサービスを充実していない。
	家族	歯科医師		介護事業者	5						
	町会	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	5						
	民生委員	言語聴覚士		市役所	1						
	高支連	社会福祉士									
ボランティア			合計	20							

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
13	本人	医師	1	ケアマネ	22	依存的要望の多い方への支援について	60代 離婚歴あり。子がいるが、長年連絡が途絶えており、親族の協力もない。生活保護受給中、同アパートの住人の支援を受けて生活するが、対応が困難となり包括が関わる。脳疾患、視野狭窄により光が不快となる。癌の手術により、排便難から独居生活が出来ないと訴える。生活上の不具合が支援者への不満につながり、ケアマネの交代等継続的なサービス提供が難しい。	○身体的なトラブルから不安の訴えが多い。 ○依存的要望が多く、相手を威圧する言動がみられ対応に窮している。	○同行受診にて、脳外科医と連携し、理解力、判断力の低下の原因を究明する。 ○医療的な相談支援を適切に援助できるように、訪問看護、薬剤師等の支援を検討する。	主治医受診により、抗不安薬の処方により、依存的要望が解消されている。	○理解力の低下により、脳梗塞の後遺症や排便管理など体調への不安が大きく、介護支援だけでは適切なアドバイスが難しい。 ○支援者と薬局との連携できるしくみが必要。	
	家族	歯科医師		介護事業者								
	生活支援課	1	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		医療相談員		市役所							1
	高支連		社会福祉士		オブザーバー							2
ボランティア				合計	32							
14	本人	医師	1	ケアマネ	13	認知機能の低下がある高齢者への支援について	80代 独居。知人の訪問や緊急時の支援があるが、その対応者に多額の謝礼を支払う。本人も謝礼に関しては疑問を持っているが、不安なときに頼れるのは知人だけと依頼しているところもある様子。また、サプリメントと処方された薬の重複により体調を崩してしまう。認知機能の低下と様々なリスクもあり、主治医から成年後見制度の利用を勧められている。	○認知機能の低下によるリスク(金銭管理、体調管理) ○サプリメントと処方された薬の重複等薬剤管理ができていない。 ○不安があるため、知人に高額な謝礼を支払ってしまう ○成年後見制度の活用する方針の妥当性	○自立支援事業の利用や成年後見制度の利用により金銭面の自立を図る。 ○知人が犯罪者扱いにされてしまう可能性もあり、適切な支援が必要。 ○体調管理に関しては、知人を頼らないで出来るサービスがあるのでは。 ○住み替えの検討(サ高住、有料施設)	○担当者会議を実施し、今後施設見学を進めていく方針。 ○転倒した際、支援者へ相談することができ、知人への金銭のやり取りはなし。 ○薬局に声掛け確認の協力依頼し、現状内服の重複なし。	○認知機能の低下、不安、独居、孤独感がある。 ○安心できる相談者がいない。 ○地域にサ高住等、軽度者への施設がなく、転居に伴い、医療機関、スーパーなどの生活圏の変更も伴う。	
	家族	歯科医師		介護事業者	9							
	生活支援課		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		市役所							1
	高支連		社会福祉士		オブザーバー							2
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
15	本人	医師	2	ケアマネ	4	地域包括支援センター	50代 独居、生活保護受給。頸椎損傷で要支援2。サービス利用中。飲酒、喫煙、インターネットをして過ごし、配食を利用するが一日一食のため動けなくなり、支援者が発見し緊急入院。同様の入院が過去にもあった。入院中、本人から支援者に対し拒否、暴言苦情などがある。本人の判断力について施設、精神科を検討するが担当医より精神科の適応なし、本人の強い希望でリハビリを開始し要介護認定にて在宅の方針となる。障害サービスと介護サービスの併用にて退院予定。	○退院後も自身での健康管理ができず、これまでと同様に衰弱して入院を繰り返すことが懸念される。 ○コミュニケーションの難しさがある本人へ働きかけの方法。	○契約書などの細かい質問に丁寧に誠実に対応することで、関係性が構築されている。緊急通報装置やヘルパーの希望があり、今は健康維持に前向きである。 ○本人に寄り添い気持ちを聞いていくことで関係構築ができてくる。 ○民生委員の見守りは可能なのか ○多機関で共通した対応方針を共有していく。 ○リスク回避を中心にとらえていたが、今後は関係機関で本人のとらえ方、支援方針を共有していく。	○空腹時の飲酒により動けなくなったり、好みがあわず、配食サービスを次々と変えたり、嗜好品を優先する等、生活習慣の改善は見られない。	○若年層の介護保険利用者の中には、複数の課題を持ち、支援が必要な人もいる。 ○他法制度の情報が支援者に行き届いていない。 ○若年層の介護保険利用者と地域の関わり、居場所の情報が少ない
	家族	歯科医師	1	介護事業者	6						
	生活支援課	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	医療相談員		市役所	3						
	高支連	社会福祉士		オブザーバー	1						
ボランティア			合計	23							
16	本人	医師	2	ケアマネ	4	介護支援相談員	50代、糖尿病、慢性腎不全（透析週3回）。配偶者と子と3人暮らし。配偶者は持病で入院手術を繰り返し、休職中のため本人の障害年金と子の収入で生活している。子は障害があり、在宅ワークをしている。配偶者は車で透析の通院送迎、子は本人の指示で家事全般と本人の介護を行うが、配偶者と子が介護の負担を感じている。配偶者が入院するたびに主介護者が不在となるため、本人も療養型病院へ入院する。本人は家族援助にこだわるが、子は頼られても困ると負担を訴えている。	○主介護者は疾病や障害を持っており自身のことで精一杯である。 ○それぞれの意向をくみ取り、退院後の安定した生活に向けた支援が必要。	○制度の違うサービスを調整する等家族全体をコーディネートする人が必要。 ○サービス拒否には経済的課題が根底にあると思われる。 ○本人が正しく病状を理解できているのか疑問がある。 ○主介護者である配偶者の状況を把握し、サービス内容を検討する。 ○家族内での支え合いが困難であり、本人の理解を得るために親族の協力を得てはどうか。	○子の担当するケアマネと情報交換し家族内での役割の再確認した。 ○家事支援の希望があり、週2回の利用調整を実施。 ○介護タクシーの利用で配偶者の負担軽減もできている。	○家族内で複数の課題を持っているが、地域の中では潜在化しているため見えにくく、支援に繋がりにくい。 ○若年層の介護保険利用者と地域の関わり、居場所の情報が少ない
	家族	歯科医師	1	介護事業者	6						
	生活支援課	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	医療相談員		市役所	3						
	高支連	社会福祉士		オブザーバー	1						
ボランティア			合計	23							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
17	本人	医師	2	ケアマネ	5	介護支援専門員	レビー小体型認知症の方が在宅生活を継続するための支援について	○家族の認知症疾患と医療についての理解不足 ○主介護者に介護負担が集中している。	○他介護者との介護方針の違いがあり、主介護者が孤立している。 ○他介護者の判断で薬を中止している。病気を理解して医師に相談する必要がある。 ○医師と家族との信頼関係、それを補うケアマネとの連携が必要。 ○関わる人がいるが、キーパーソンが定まらないため、一貫性にかける。 ○家族のつどいなどに参加してもらい、認知症について理解してもらおう。	○あまり状況は変わらないが、服薬を続けている。 ○SSも引き続き利用していく。 ○家族の会やつどいの参加も勧める。	○家族のみで対処する傾向があり、介護保険の適切な利用についての理解、周知活動も必要。 ○支援者と医療機関との連携不足。 ○家族の中でも介護者により認知症の理解の差異がある。
	家族	歯科医師		介護事業者	9						
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防							
	市社協	2	保健師	地域包括	4						
	民生委員	3	医療相談員	市役所	2						
	高支連		社会福祉士	その他							
ボランティア			合計	28							
18	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	セルフネグレクトが心配される方の支援について	○本人は治療の効果を理解しているが、嗜好品を優先し、受診が中断している。 ○本人の意向を尊重することで、治療が中断し、支援者が苦慮している。	○アルコール依存症の何らかの処置が必要ではないか。(通院、アルコール自助グループ、施設など同じ状況を共有する人との関わり) ○アルコール依存症はうつ傾向に関わりがあるかも知れない。精神科の治療も必要ではないか。 ○民生委員や近隣住民の協力。地域の関わり作ること、仲間を作る。 ○支援者を増やして、根気強く対応する必要がある。	○癌の治療を始める事ができている。 ○スムーズに通院できている。 ○訪問看護など、支援者が増えたことで、みんなに助けをもらっているという認識もあり、それを喜んでいる。	○アルコール依存症に対する理解が薄い。 ○人との交流がないと地域の中で孤立化しやすい。 ○人との関係作りをきっかけとして、集いの場所を地域の方考えていく必要がある。
	家族	歯科医師		介護事業者	7						
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	1	訪問看護師	消防							
	市社協	1	保健師	地域包括	4						
	民生委員	6	医療相談員	市役所	1						
	高支連		社会福祉士	その他							
ボランティア			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	モニタリング結果	地域の課題	
19	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援相談員	地域で暮らす精神疾患を持つ独居者への支援について	60代 独居 要介護3。知的障害、精神疾患、認知症。今まで障害福祉のサービスを利用していましたが、介護保険の認定がおりたのを機に現在のケアマネがケアプランを作成することになった。不安感が強く、サービス事業所に何度も電話をかけてくる。金銭・文書管理が一人ではできず、他市在住の兄弟が隔月で訪問し必要な手続きをしたり、本人にお金を渡している。	○知的障害、精神疾患、認知症があり、サービス事業所に何度も電話をかけてくるなど不安感が強い。 ○金銭管理ができないが、親族が定期的に管理している。 ○一人で複数の障害や疾患を持っている場合、様々な生活課題を有し、支援を必要としている。	○不安感が強いと、こまめに関われるサービス事業所がよいのではないかと。小規模多機能型居宅介護の利用もよいのではないかと。 ○本人が在宅を望んでいるのであれば、支援者(親族含め)間でどこまで、何ができるか検討しておくのがよい。 ○成年後見制度の利用はいずれ必要と思われる。申し立てができるのは兄弟のみと思われるので、兄弟の関わりが途絶えないようゆっくり制度について説明し、理解を得るようにしていくのがよいのではないかと。	兄弟が月1回定期的に訪問している。浪費傾向はみられなくなり、経済面での問題は起きていない。デイサービス利用日に早朝から事業所に来てしまうため、職員が出勤するまで当直者が見守りをしている。	○一人で、複数の障害や疾患を持っている人が身近で通える場所や支援が充実していない。 ○若年の方の居場所、いきいき過ごせる場所が少ない。
	家族	歯科医師	1	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	1							
	高支連	5	社会福祉士									
ボランティア			合計	15								
20	本人	医師	2	ケアマネ	1	介護支援相談員	認知症の疑いがあるが、診断を拒む利用者への支援について	80代、高齢者2人暮らし。子①は近隣に在住、通院の同行などの援助をしている。子②は市内に在住。慢性疾患、転倒骨折を繰り返すも、ADLはほぼ自立。物忘れ、思い込み等がある。関わりを持つ全ての援助者に対しての不満があり、その内容には食い違いがある為、支援者間が疑心暗鬼になってしまう。専門医への受診は拒否的で、適切な治療が受けられていない。	○認知症検査を拒否する利用者に適切な判断と治療ができるか。 ○本人が周囲の人への攻撃的な言動がある。何とか本人の精神的な負担を軽減できないか。	○本人が嫌がる認知症検査にこだわるよりも、現状の行動や言動により判断することが大切。認知症の検査としてではなく、転倒防止を理由として、本人に納得してもらい頭部CTが撮れると良いのではないかと。 ○不満を話すことが本人のストレス解消にもなっているので、できるだけ話を聞き、本人の気持ちを受け入れ、趣味や笑いにつなげていく。 ○家族の中の役割分担について相談する。 ○地域の現在の支援者だけで難しいことは、他の制度やボランティアを活用する(認知症初期集中支援チーム、地域サポート医、オレンジ協力員、傾聴ボランティアなど)	デイサービスの利用を開始した。相変わらず不満は続いている。「聞いてもらいたい」という気持ちが強い。訪問リハビリは、比較的本人の訴えを聞くことが可能であるため、本人との関係は良好である。	○家族やケアマネ、サービス事業者が対応に苦慮している事例について、支援者のネットワークのしくみがない。
	家族	歯科医師	1	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	医療相談員		市役所	1							
	高支連	5	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			
21	本人	医師	1	ケアマネ	地域 包括 支援 センター	認知症の 人が 趣味を 通して地 域の人と 交流を 持てるた めの支 援につ いて	70代。日常生活は自立しているが、いきいきトレーニングの利用日を間違えることや物盗られ妄想がある。近医では認知症と診断されたが、同居している子は近所とトラブルが発生していることを認めようとしめない。趣味サークルをやっていたが、最近ではルールを守れないなどトラブルが発生しており、仲間からは「試合には出させたくない」「試合中どこかに行ってしまうのか心配」と本人の参加を危ぶむ声が出ている。デイサービスは本人が拒否しており、利用に繋がっていない。	○認知症状のある本人が、趣味サークルの参加に支障が生じている。 ○子が認知症状を認めたがらないため本人と近隣とのトラブルがある。	○参加チームで本人を見守ることができる人がいないか、包括が調整をする。オレンジ協力員や民生委員の協力を得られないか検討する。 ○病状については、近医とは別の医療機関でも検査中なので、医師より子に説明してもらおうことで病状について認識してもらえないか。	現在はゲートボールの活動が盛んな時期ではないが、老人会の昼食会に参加できており、地域での見守りを行っている。子については現時点では大きな変化は見られていない。	○認知症の人への対応について、家族も含めて十分に理解されていない。		
	家族	歯科医師	1	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		医療相談員	市役所								1	
	高支連	6	社会福祉士	理学療法士								1	
	ボランティア			合計								15	
22	本人	医師	2	ケアマネ	介護 支援 相談 員	悪徳業者に引っかけられてしまう軽度認知症の独居高齢者の支援について	80代、要介護2。職人だった配偶者と共に、営業担当として働く。配偶者が他界後独居生活となった。同年、階段から転落、骨折を機に介護申請する。ヘルパー支援、家事代行で独居生活が維持できていたが、犬を亡くしてから物忘れの進行が顕著となる。また、浄化槽点検を装った業者と契約をしてしまい、金銭を支払ってしまい、さらに後日、同じ内容の業者が再度来たことで、困惑状態となる。	○認知機能の低下により悪徳業者の被害を受けている。 ○家族は、被害に対してことを大げさに対応しにくいと対応に消極的なため、繰り返し被害を受けている。	○業者「消費者センターに相談している」と伝える事で予防線になるのではないか。 ○玄関の、マークを確認してターゲットになっていないか確認する。 ○消費者センターや法律の専門家に相談する。 ○認知症の人の対応は支援者の連携で守る。徐々に成年後見制度に繋ぐ。	○近隣住民も本人の生活を気にかけて、声掛け等見守り体制が構築された。 ○本人自身も注意するようになり、金銭が発生するような場合、すぐ支払わず相談するようになった。最近、業者の訪問は見られていない。	○消費者被害と詐欺被害の相談窓口がわかりづらい。 ○どんな消費者詐欺の手口が頻発しているのか情報が得られにくい。		
	家族	歯科医師	1	弁護士司法書士								4	
	町会	5	薬剤師	3								基幹相談支援	2
	地区社協	2	訪問看護師	消費生活								4	
	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								4	
	高支連	3	社会福祉士	ほっとねっと								2	
	ボランティア			合計								47	

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	7	介護支援専門員	権利意識が強く要望が過度に多い要介護状態の重度障害者支援について 70代で要介護5。脳性麻痺、脱臼、肺炎の既往がある。配偶者は、呼吸器疾患等で要介護2。本人は読書ボランティアを毎日2時間利用するなど1日の日程に合わせた支援を細かく要求する。支援者は、要求に応えるため疲弊している。	○介護保険制度の範囲を超えた要望への対応が難しい。 ○介護保険以外の社会資源や市民ボランティアの情報が得にくい。	○支援者は、共通認識を持ち統一した対応を行う。 ○説明責任を果たし、その経過は記録に残す。 ○ボランティアのマッチングは市社協で行える。個人のみでは対応が困難なケースは団体として対応できるところを見つける。	○支援方針を検討中に本人が死去したため、サービス提供が終了した。今後同様の課題が発生した場合の支援をどうするか、会議内で検討したことを活かしていきたい。	○インフォーマルサービスが少ない。 ○気軽にボランティアと必要な人がうまくマッチング ○ボランティアを依頼したいときの窓口が不明確 ○ボランティアをしたい人をお願いしたい人が地域の中で知り合える仕組みがない。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	5						
	町会	薬剤師	3	警察							
	地区社協	訪問看護師		消防	2						
	市社協	保健師	1	地域包括	3						
	民生委員	医療相談員	3	市役所	1						
	高支連	社会福祉士	1	司法書士	1						
NPO			合計	41							
24	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護保険サービス事業者	認知機能が低下しているため日常生活に支障がでている方の支援について 70代、独居高齢者。季節に合わない洋服を着用していることを本人が気づく。民生委員を介し包括に相談となる。失見当もあり、時間、日程等の記憶及び金銭管理が徐々に曖昧になっている。排泄動作は出来るが、尿臭がある。また、室内の清潔保持も困難な状態。本人は問題意識が無く、人からとやかく言われる筋合いはないと思っていて、このままではゴミ屋敷になるのも遠くはない。日常生活自立に向けての支援を検討している。	○他者からはゴミと思っても、本人にとっては大切なものなので、捨てられない。ゴミの処理方法はあるか？ ○認知機能低下の予防方法について ○認知症でも自宅で住み続けるにはどのようにすればよいか。	○ゴミ処理は管理人に依頼すると高額な金額が発生する。生活保護では支払いは難しい。 ○認知症の予防策としては規則正しい生活、歩行、ゲーム、同時に2つ以上のことを行う。 ○認知症カフェ、いきいきサロンの活用。関係機関と相談しつつ近隣の方々との交流の場の活用が出来る。	○介護サービスが導入され、ケアマネが自宅に入ることになったことで清潔は多少保たれるようになった。 ○デイサービスの利用が開始され、日常生活にメリハリができるようになった。	○男性は孤立しやすい傾向にある。 ○認知症を発症すると地域で住みにくくなる。 ○認知機能低下によりゴミの分別が難しい。
	家族	歯科医師		介護事業者	2						
	町会	薬剤師	3	警察							
	地区社協	訪問看護師	5	消防							
	市社協	保健師		地域包括	3						
	民生委員	医療相談員	6	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
25	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員	独居高齢者。家族とは疎遠状態。何らかの認知症を有するが、公共交通機関を利用して外出が出来ていて日常生活はほぼ自立。地域のふれあいサロンの利用や地域住民とは顔見知りの関係を保っている。通院や内服管理が出来ておらず、また、自宅がゴミ屋敷となっていることが確認された。	○通院や内服管理が出来ておらず、自宅がゴミ屋敷となっている。	○早めに気が付いて医療機関や包括につなぐ。 ○挨拶をして本人と隣人が交流を日頃から持つ。 ○本人との交流を継続させ、医療機関へつなぐようにする。	○介護サービスを導入、ケアマネジャーの関わりにより、本人の生活は安定している。 ○いきいきサロンに定期的な参加により、社会資源の有効活用が出来ている。	○地域との交流がないと引きこもりやすい。 ○親族と疎遠となっている独居高齢者は片付けられず、ゴミ屋敷となってしまう傾向がある。 ○エレベーターのない集合住宅では、ごみ出しが困難となり、また孤立化もしやすい。
	家族	歯科医師		介護事業者							
	町会	薬剤師	4	警察							
	地区社協	訪問看護師	4	消防							
	市社協	保健師		地域包括	3						
	民生委員	医療相談員	4	市役所	1						
	高支連	社会福祉士									
ボランティア			合計	20							
26	本人	医師	1	ケアマネ	4	地域包括支援センター	海外で暮らす子が帰国。「清潔が保てなくなってきた。自分が海外に戻った後が心配」と連絡が入る。本人が他者の訪問に拒否的なため、包括での面談となる。本人は認知機能の著しい低下はなく、適切に受け答えが出来る。時間がかかるが、買い物も自分で出来ているようだ。子は、水回りの掃除が出来ていない、尿失禁した様子もあり心配している。日常生活については介護サービスを導入、介護予防教室(体操教室)への参加をするも、1回のみでその後不参加となる。	○地域住民の立場でどのような事ができるか。 ○現状の社会資源があれば役立つ支援を検討する。	○男性独居のフォローアップとして、介護サービスだけではなく地域の仲間にはいれるようにふれあい会食会の参加や地域の社会資源(いきいきサロン等)を有効利用をしていく。 ○周囲の見守り支援はもとより、オレンジ協力員等の養成に働きかけ、見守りを工夫していく。 ○階段がネックとなり通院ができなくならないように、付き添いサービスがあれば有効的。 ○民生委員と見守り隊の共有(民生委員1人に対して2名協力員)	○介護サービスを導入。担当のケアマネがきまり、本人の生活が安定した。 ○いきいきサロンに参加、社会資源が有効に活用されている。	○居住マンションにエレベーターがないため、外出困難である。 ○自治会へ加入しない人の個人情報がなく、自治会名簿には個人情報の問題があり介入しづらい。 ○オレンジ協力員などボランティアの認知度が低く、また活動の場が少ない。
	家族	歯科医師		介護事業者							
	町会	薬剤師	2	警察							
	地区社協	訪問看護師	2	消防							
	市社協	保健師		地域包括	3						
	民生委員	医療相談員	3	市役所	2						
	高支連	社会福祉士									
ボランティア			合計	17							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
27	本人	医師	2	ケアマネ	6	家族	近隣のブティックで高額な買い物をしてしまう認知症一人暮らしの高齢者の事例	80代、独居。子①②は他県に在住。預貯金から毎日のようにお金を引出し、近所で衣料品を購入してしまう。その為、子②が通帳を預かり、新しい通帳に必要な金額を振り込むようにしたが、すぐに引き出してしまふ。現金がなくなると、「年金を返さない」「なぜ、親にそのようなことをするのか」と訴える。近隣住人も認知症状を感じていて、火の不始末、体重減少が懸念している。	○認知症の病識がなく、金銭管理ができない。 ○継続的な受診、内服ができていない。 ○体重の減少が認められる。 ○ゴミ出しができない。	○子との電話連絡により関わりを密にし、受診へ同行する。食事を冷凍保存し、気軽に食べられるようにする。○社協の金銭管理を利用するか、子が管理する。 ○電磁調理機器への変更、 ○ブティックに相談して、ルールを決める。 ○地域でゴミだしを協力(声かけ・見守り)する。 ○ブティック以外の行き場所の確保。生きがいをもてるようにする。 ○介護保険再度申請し、介護保険サービス、配食サービス等の利用支援をおこなう。	○地域住民の協力、家族と事業所の連絡体制が出来たことで、生活全般が落ち着いた。 ○金銭管理に変化はなし。 ○デイサービス、配食サービスの利用により栄養状態が改善。体重減少は見られなくなった。	○近隣で支え合う気持ちがあっても拒否されることもあり、安易に行動できない状況もある。 ○地域活動の担い手も高齢化している。 ○医療機関が少ないため、通院に手間や時間を要する。 ○互助活動は、地区内での意識の差が大きい。	
	家族	歯科医師		介護事業者	3								
	町会	6	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	2	医療相談員		市役所								
	高支連	7	社会福祉士		理学療法士								2
ボランティア	2			合計	36								
28	本人	医師		ケアマネ	2	地域包括支援センター	80代、独居。事業対象者。配偶者とは30年間別居状態。気に入らなると配偶者への暴力があり、子らとも疎遠である。70代で独立して印刷関係の仕事を営む。発注があると手配し自家用車で配達をする。自転車で転倒、骨折したときに、自費での援助を導入(掃除、洗濯)。同じ話を繰り返す、物盗られ妄想、車の運転で道に迷う、運転ミスでの危険行為がしばしばある。免許更新までは2年間あり、家族、ケアマネは今後の自主返納を強く希望している。	○運転免許返納する為の支援はどうしたら良いか。 ○認知症の病識なく、仕事にも支障が出ている。	○包括が家族と連絡をとり、免許返納について協議し、本人が納得するまで説明する。 ○電動カートの利用や施設入所も検討する。 ○地域で声をかけ、買い物を代行する。或いは、運送業者(NPO等)を利用する。 ○本人の生きがいを考える。	○仕事関係の連絡が出来なくなり本人が困ったため、仕事を減らしていくことを提案し、本人が納得した。 ○受診や後見手続きなど、家族が頻りに訪問することで親子関係が修復。自己破産手続きにより借金がなくなった。 ○運転の必要がなくなり自主返納した。現在自転車で移動、家族の協力の下で独居生活を継続中。	主返納してからは自転車での移動が主になる。今後も見守りが必要。 ○地域の方の認知症の理解が個々により差がある。 →認サポを町会単位で計画的に行うよう働きかける。 ○地域との関わりが大切だが、男性でも行きやすいサロン等趣味活動の場が少ない。		
	家族	歯科医師		介護事業者	4								
	町会	6	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							5	
	民生委員	2	医療相談員		市役所							1	
	高支連	7	社会福祉士		理学療法士							2	
ボランティア	4			合計	36								

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	4	ケアマネ	6	介護支援専門員	地域の社会資源を利用しながら自立した生活を送っている高齢者の支援について	90代、事業対象者。独居。近所に子①、隣市に子②がいて外出、買い物支援があり、家族関係は良好。日々の生活リズムができていて、日常の家事(掃除機かけ、浴室の掃除以外)は、自分で出来る。自分でできる下肢の筋力向上を図っている。趣味である作品製作に挑み、「集いの場」で注文を受けると、張り切って作成するほど日常生活が充実している。	○アパート2階で階段昇降が大変。	○通院、日常生活が計画的に出来ていたり、目標を持って生活している。 ○家族が距離を保ち生活し、他者とのかかわり等積極的な生き方がよいのではないかと。また趣味を持つことも必要ではないか。 ○インフォーマルな支援が適切に行われている。支援してくれる方が繋がりを持つことが大切。 ○身体機能が低下しないような取り組みの助言、緊急時に連絡をする体制作りが必要。	○ほぼ生活は自立している。サービスとしては訪問介護、通所介護を利用。介護保険サービスの他に、週3回サロン、夕食のみ配食サービスを週3回利用している。地域の集まりにも積極的に参加できている。	○地域の集まりの情報が周知されていない。 ○地域の集まりに積極的に参加できない方のフォローが難しい。 ○地域活動の担い手も高齢化し継続が難しい。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	3							
	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	5							
	民生委員	病院関係者	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士										
ボランティア	3		合計	41								
30	本人	医師	4	ケアマネ	6	介護支援専門員	身寄りなく、近隣との関係も希薄、周囲からの助言や支援を受け入れない方の地域で見守り方法	介護保険未申請。70代、独居。兄弟、子とは疎遠。自宅内、屋外共にゴミであふれており、近隣住民は迷惑している。自宅壁面の「つた」が隣家のアンテナにからまりトラブルとなる。夕方になると銭湯を利用、そのまま飲み屋に行き、日が変わって帰宅する習慣だった。ある日自宅付近でうずくまっているのを通行人が発見。本人が「警察を呼んでほしい」との意思により、警察が自宅に送る。	○身寄りなく、近隣との関係も希薄、周囲からの助言や支援を受け入れない方を地域で見守り、支えていくための対応方法について。 ○本人の意向はどこまで受け入れるべきか ○地域でできることはなにか ○専門職の役わりはなにか	○支援に拒否があると援助は難しい。見守りしかできない。 ○本人は一人で生きていくことを選び、それなりに幸せだったのではないかと。 ○地域でのかかわりとして、声掛け、挨拶、電気が灯っているかを確認、保健師、専門職への橋渡しなどで見守る。 ○拒否が強い人でも、「誰かに話したい」という気持ちがある。タイミング良く聞ける関係作りが必要。 ○専門職からの声かけ、訪問、アプローチが必要。	○2日後、発見者より民生委員に連絡があり、訪問するも応答なく外出している形跡もないため警察に通報、入室したところ、自宅内で亡くなっていた。	○まずは日頃の挨拶ができる関係性を築くことが大切だが、区内でも意識の差は激しい。深入りしない中でも距離感を保って見守りできる方は少ない。 ○民生委員等の地域の支援者によって、見守りに対する認識に温度差があり対応が異なる。 ○包括や公的機関等どこに相談したら良いか分からない住民が大勢いる。
	家族	歯科医師	1	介護事業者	3							
	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	5							
	民生委員	病院関係者	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士										
ボランティア	3		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
31	本人	医師	ケアマネ	1	介護 支援 専門 員	問題行 動のある 認知症 高齢者 の支援 について	70代、要介護1。アルコール性認知症。町内のゴミを持ち帰り、近所からの苦情がある。また、学校からプランターを勝手に持ち帰り、警察沙汰になった。同じ通所介護利用者の自宅を送迎中に覚え、通所日以外に訪問したり、卑猥な言動もあった。配偶者は要支援2、癌で自己間欠導尿をしている。子①は長期間海外に赴任の為、不在のことが多い。子②は知的障害者で、疾病もあり通所サービスを利用している。	○配偶者が体調不調のため、話が進展せず、ゴミ屋敷状態が改善されない。 ○定期受診がままならず、服薬管理もできていない。 ○配偶者、子②共に通院・通所に支障がでている。 ○障害サービスを提案しているが、配偶者の拒否により、話が進まない。	○女性に対する執着や卑猥な行動を主治医が認識できていない可能性があり、病院との連携が必要。 ○配偶者に今後起こりうることを根気よく説明し、子①にキーパーソンになってもらえるように支援していく必要がある。 ○配偶者に期限を提示し、目標を持って話を進めて行く。 ○医療、障害サービス、介護サービスが連携していくことが必要。	○本人の病状悪化(癌)と、問題行動が発生し、自宅での介護が限界に近い。 ○子①にケアマネが話し、施設入所に向け支援中。	○配偶者は地域で肩身の狭い思いをし、地域から排除されている認識を持っている。 (子②が近所に一人で立っていただけで、警察に通報された。通報したのが近隣住民がであったことに非常に悲しい思いをした。) ○障害者やその家族に対する理解が得られにくい。
	家族	歯科医師	介護事業者	2							
	町会	薬剤師	警察								
	地区社協	訪問看護師	障害サービス	3							
	市社協	保健師	地域包括	3							
	民生委員	医療相談員	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	実習生	1							
ボランティア		合計	16								
32	本人	医師	ケアマネ	1	介護 支援 専門 員	ゴミの中で生活しているセルフネグレクトの方への支援について	70代 要介護1。相談受理時、自宅内はゴミに埋もれ害虫(ネズミ、ダニ)が発生し、隣人が健康被害を訴えていた。自宅内に犬を飼育し、居室の絨毯で糞尿。長期間に渡り、整髪、整容、入浴等不実施。髪は固まり、体から悪臭を発する。服は近隣のリサイクルショップで月に1万円購入。洗濯はせず、ズボンは同じものを着用し汚れで色が変化。下着は未着用。食事は近隣のコンビニで購入。排泄は自宅ではせずコンビニや屋外の茂み等で行う。	○今後も同様に自宅での生活を希望しているが、適切な住環境整備に対する必要性の認識が薄い。 ○「自由な生活様式で好きに生活したい」との意向は地域住民からの理解を得ることが困難。 ○本人の権利は地域住民に受け入れが困難。 ○共に地域で穏やかに暮らし続けるにはどうしたらよいか。	○これまで通りの支援方針・計画で良いのではないか。 ○サービス利用により、身体の清潔保持・居室内の衛生環境を整え維持できるよう支援する。 ○病院への受診を促し、健康管理が行えるように支援する。 ○地域で、このような状況の方が、ここまで大変な状況になってしまう前に、より早く支援につながられる仕組みが出来るとう良い。	○通所介護を週2回、訪問介護を週1回を導し、生活意欲の向上につながった。 ○入浴も自宅で可能となり、清潔が保てている。 ○地域との交流や活動性も維持でき、デイサービスの利用は終了となる。ヘルパーと共に居室を定期的に清掃を行うことで適切な環境の維持が図れている。	○心配な高齢者を初期の段階で適切な支援に繋げる仕組みが十分でない。 ○高齢者・認知症への理解が、得られにくい。
	家族	歯科医師	介護事業者								
	町会	薬剤師	警察								
	地区社協	訪問看護師	消防								
	市社協	保健師	地域包括	1							
	民生委員	医療相談員	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	・生保 ・包括3 ・実習生3								
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			
33	本人	医師	ケアマネ	CoCo	複合的な課題を抱えた世帯の支援	80代、要介護3の認知症の本人と精神疾患・聴覚障害の子①の世帯。本人の認知症の進行に伴い医療や介護サービスの利用がうまくできなくなり、子①の状態も悪化し、地域で様々な問題行動を起こしている。別居の子②は連絡を取りづらくキーパーソンになりにくい。	○認知症の進行により、本人の金銭管理が出来ていない。また、生活が乱雑で不衛生な状態にありデイには行っているが、ヘルパーを拒否している。 ○子②の協力は得られない ○成年後見制度申請時に診断書が必要。受診の必要がある。 ○子①の食生活が乱雑になっている。 ○本人は施設入所に関しては消極的である。	○受診を勧め、成年後見制度の申し立ては子①に依頼する。 ○子①の支援で、ヘルパー導入を試み、様子を見ながら本人の為の支援者(ヘルパー導入)がスムーズに出来るように配慮することで、室内の清潔を保つ。	○ゴミだしについては近隣のフォーローがある。 ○受診できたが脳疾患が見つかり手術するも認知症の症状は変わらず、老健へ入所になり、子①の支援中。	○認知症や精神疾患により、ゴミの分別や収集日が守れない世帯がある。 ○地域で暮らす精神障害等を持つ人の支援者数が増加しており、専門職との連携が必要である。 ○認知症の進行により在宅生活の継続が難しくなっている。			
	家族	歯科医師	介護事業者								1		
	町会	薬剤師	警察										
	地区社協	訪問看護師	1								消防		
	市社協	保健所	1								地域包括	2	
	民生委員	1	医療相談員								1	市役所	1
	高支連	1	社会福祉士									CoCo	
ボランティア				合計	10								
34	本人	医師	1	ケアマネ	2	被害妄想により介護サービスが中止となった独居高齢者を地域で支援する体制の構築について	○被害妄想により介護サービスの導入が出来ない。 ○1回/月の定期受診は継続。独居の為服薬状況が把握が出来ない。 ○本人の工夫により日常生活動作はほぼ自立しているものの、手指、足趾の変形により動作時の負担がある。 ○家族との連絡状況の確認が出来ない。	○本人の言動、性格変容から精神疾患、認知症の可能性が考えれる。健康診断から医療に繋げ、長谷川式の実施も検討。 ○服薬が出来ない理由として、指の変形により薬を上手に取り出せない可能性もある。 ○シルバー人材センターの支援員、包括職員、かかりつけ医療機関MSW、家族など何らかの支援者が必要となる。	被害妄想は続いており、妄想からの苦情が市や包括にある。本人は定期的な連絡を望んでいる。	○民生委員・高齢者支援連絡員・オレンジ協力員等、地域支援者の連携体制の構築を図り、地域における認知症等の受け入れの促進が必要である。			
	家族	歯科医師	2	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	3								
	民生委員	医療相談員	1	市役所	1								
	高支連	社会福祉士		シルバー人材センター	1								
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	
35	本人	医師	ケアマネ	1	警察	認知症が疑われ介入困難な高齢者の今後の支援について 警察からの連絡で、銀行で高額な金額を引き出した為に警察が出動、事情確認となる。本人は何のためか、また、金額もわからない状態。自宅に送り届け配偶者、子①に説明するも、二人共に理解力が低い様子であった。その状況から、包括の関わりの要請があった。配偶者は難聴のため筆談、ADLの低下と多少の物忘れがある様子である。	○家族間では本人がキーパーソンという認識で家計を任されている。 ○本人、配偶者共に物忘れがあり、関係者は支援の必要性を感じているが本人も配偶者も介入を拒否している。	○介護の介入を拒否すること自体が認知症の症状とも考えられる。 ○本人は軽度認知症が疑われるが生活は出来ているようだ。配偶者の状態の方が心配。このままでは配偶者の機能低下、寝たきりとなる可能性が高く、本人の介護負担も懸念される。 ○本人には配偶者の支援という形での介入を試みてはどうか。	民生委員と連携して見守りを継続している。体操教室に誘うが本人の予定と合わず。	○介護保険制度について周知されていない。 ○認知症カフェ等、介護保険サービス以外に認知症の人が気軽に通える場が地区にはない。	
	家族	歯科医師	介護事業者	1							4
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	訪問看護師	消防								
	市社協	保健師	地域包括								3
	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	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	モニタリング結果	地域の課題	
36	本人	医師	1	ケアマネ	1	介護支援専門員	介護理解不足な家族に対する支援	90代、独居。ADLは自立、長谷川式11点。配偶者、子は他界、二人の孫は都内に在住している。孫①は最近出産したため、育児に忙しい。孫②は週末に訪問しているが、介護に関する理解が不十分である。本人は自宅で生活することを望んでいるが、十分な見守り、支援体制も無く、安全面に不安がある。	○物忘れがあり、服薬管理、買い物時の支払いを忘れ、電気、ガスの消し忘れによるトラブルが懸念される。 ○失禁等の対処がままならず、汚れた衣類をしまいこむことがある。 ○活動意欲が旺盛でよく外出する。夜間の外出もあ。 ○家族のサポートが不十分。	○予測される危険について、家族にしっかり認識してもらう必要がある。 ○外出先が分かっているなら、協力体制を整えることが出来る。 ○家族は料理をさせたいとの希望があるが、ヘルパーの支援に繋がらない。 ○認知症独居高齢者を支えるサービスの活用(高齢者の見守りシール、住居用火災報知器の活用、自動的に消えるガスコンロ、カメラの設置)	家族に認知症の認識をしてもらい、高齢者の見守りシールの支給申請をした。	○認知症の一人暮らしで、日常生活の見守り支援が不足している世帯が増えている。 ○別居の家族が、支援者に介護を委ねていて、関心が低い。 ○認知症高齢者世帯の火元の管理体制。
	家族	歯科医師	1	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		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		理学療法士	1							
ボランティア	1		合計	14								
37	本人	医師	1	ケアマネ	4	地域包括支援センター	独居、認知症、癌末期の方、周囲が異変に気付いた時にどのように連携をとるか。	○独居、認知症で癌末期の方への日頃の係わり方、状況変化時の対応と連携について考える。	○包括の訪問に徐々になれ、警戒心は柔らかい。 ○急変時の対応として、キーボックスの設置が出来た。 ○通所介護の利用はなじみの関係となった包括の支援がないと難しさもあった。徐々に毎日利用が出来るようになる。 ○近隣住民の見守りや、子②の声かけ、訪問看護、配食サービス、通所介護が順調に進み、現在も独居生活が継続されている。	病状の進行により入院。近所、介護サービス、家族の支援により在宅での暮らしを継続。家族から周囲の協力に対する感謝の言葉があった。	○独居で認知症、癌等の高齢者が増えている。地域で安心して暮らす為に、見守り体制や異変に気付いたときの対応を検討し、地域住民に広げていく必要がある。	
	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	1							
	地区社協	訪問看護師		認知症疾患センター	1							
	市社協	保険師	1	地域包括	6							
	民生委員	医療相談員	1	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	4	CoCo	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	
38	本人	医師	ケアマネ	2	包括支援センター	認知症のため見守りがスムーズにいかない事例について	80代。認知症、独居、集合住宅に居住、階段の昇降は可能。現在通所介護、訪問ヘルパー、配食サービスを利用している。週末には子夫妻の訪問がある。ポストのチラシを破り散らしたり、夕食の配食弁当を気にして昼から待っているなど理解力の低下が著しい。最近近隣の住民が心配して声をかけるも、怒ってしまうなどがあり、見守りがスムーズに出来ない。	○独居、認知症、理解力の低下がある為、住民が心配して声かけをするが、怒ってしまう。	○介護保険サービスと定期的な家族の支援があるケースでも、地域住民との関係が希薄になっていることで、隙間の時間に本人が不安を抱えてしまう。その状況を心配する地域住民も不安になってしまう。○「見守りマップ」を活用、本人への支援をする住民の連携が可視化することで安心して暮らせるようになる。	現在も自宅で在宅生活を継続中。家族も疲弊して来ているのでケアマネのプランの見直しを地域住民の見守りで今後も在宅生活が継続できるように支援する	○見守りが必要な高齢者(独居、認知症、癌)が増えている。地域で安心して暮らす為に、見守り体制や異変に気付いたときの対応を検討し、地域住民に広めていく必要がある。
	家族	歯科医師	介護事業者	2							
	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	認知症疾患センター	1							
	市社協	保険師	地域包括	7							
	民生委員	医療相談員	市役所	1							
	高支連	社会福祉士	CoCo								
ボランティア		合計	23								
39	本人	医師	ケアマネ	4	介護専門員	車椅子での自立した生活について	6年前に配偶者が他界、独居50代。市内に子が住んでいて、1回/週程度の訪問を受けている。難病で自宅内は伝い歩き。訪問看護、宅配弁当などを利用して室内での生活は自立している。最近徐々に腕が上がらなくなり、自宅内での転倒が増え、住宅改修工事を行う。屋外は電動車いすを利用。これまでは少しの段差なら歩いていた。しかし外出先で「立ち上がれないかもしれない…」と不安になり外出が減ってきている。「1人で美容室に行きたい」と思いもあり、障害福祉の移動支援を申請する。「車椅子で外出したい」その問題を解決すべく段差のない美容室や飲食店等の情報を知りたい。	○「患者会」に相談しての情報収集は可能か？ ○不安があるものの、自身の力で行動したい。特に近隣の飲食店や美容院など、支障なく必要な場所への移動に難儀。○環境や社会資源を含めて「バリアフリーマップ」の詳細情報が乏しい。	○困っている人がいることを認識すること必要だ。 ○「人の手をかりるなら」とあきらめてしまう人が多いのが現状。 ○環境や社会資源を含めて「バリアフリーマップ」の詳細情報を継続して提供できる。 ○住みやすい街になるように「声をかけやすい環境づくり」を働きかける。	○本人が転倒して入院中。これまでより手助けが必要となる。以前は援助を受けることに抵抗があったが、徐々に気持ちの変化が見られる。 ○社会資源マップは生活圏域協議体で作成中。	○自立出来ている障害者(車イス使用)が、自由に街を行き来できる飲食店、美容院が少ない。 ○地域のバリアフリーが遅れている。
	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	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									
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	
40	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	高次脳機能障害の支援	60代、配偶者と2人暮らし。脳疾患による高次脳機能障害がある。退院と同時に訪問リハビリと入浴が開始された。また、配偶者が仕事を再開した頃に、本人より悲観的な発言があった。熱心な配偶者の支えは大きく、2年後には台所で調理できるまで回復する。最近ではデイサービスに通っている。配偶者は熱心に介護をしており、本人ができる事も援助してしまう傾向にある。	○本人の悲観的な言葉への配慮とその対応 ○配偶者の熱心な介護をどう判断するか。主介護者への配慮や今後に向けてのフォローについて ○2種類の同サービス(訪問リハビリと通所リハビリ)の同時利用の妥当性。	○若い年齢で思ったように身体が動かない状態になれば、愚痴も当然である。現状では過剰に問題視する必要はないのではないか。 ○家事が出来るようになる事は本人の自信に繋がる。 ○配偶者への配慮としては、介護疲れにならないように、自分の時間を持つ。さらに支援者がねぎらいの言葉をかけ、また、本人にも、介護者を息抜きさせてはどうか提案する。 ○サービスに関しては必要性を担当者会議等で確認する。	○訪問リハビリを中止、1/週の通所介護を2/週に増やすことも検討中。少しずつ配偶者との距離をおけるようになり本人は前向きになっている。	○憂さ晴らしや、大変な思いをしている状況から「息抜き」も必要、男性介護者が話し合う場所や息抜きの場が少ない。
	家族	歯科医師		介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	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	3	市役所	1							
	高支連	社会福祉士										
ボランティア			合計	20								
41	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員	共に障害があり転入したばかりの生活支援	60代、視力障害があり要介護4。子①は精神障害の既往がある。元々は子②と住んでいたが、子①と共に他県からの転入したばかりで近隣に知り合いはいない。共に病気があり、親子喧嘩で警察を呼んでしまう。本人の体調不良時にも、子①はその対応が出来ないこともある。	○知らない土地、初めて子①との暮らしに心身共に不安低になっている。 ○医療面、生活面でのアドバイスを受ける体制が整っていない。	○頼れる所が警察になっている。当面は交番内で事情を共有し、有事の際の子②の連絡先等を確認する。 ○地域の交流は必要であるが、まずは周囲に理解してもらい、顔がわかるような関係性を持つ。 ○何とか通院できている。現在の生活背景を主治医に伝え医療面、生活面でも安心できるフォロー体制を整える。 ○介護保険上のフォーマルサービスや民生委員等の地域資源の活用が必要。	○体調に波があるも、身の回りの事は出来る。子①に対しての金銭面の不満と被害妄想的な言動がある。	○転入後は情報が無く対応が難しい。すぐに民生委員の介入もなかなか困難である。 ○本人に了解を得てからの見守り体制が基本であり、簡単に介入は難しい。 ○独居、高齢者世帯でない状況の把握が遅れる場合がある。
	家族	歯科医師		介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察	1							
	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	2	市役所	3							
	高支連	社会福祉士										
ボランティア	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	
42	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員	80代、要介護1。親を看取った後に離婚、現在のマンションに転居、子が嫁ぎ後独居となる。元々は多趣味で生活を楽しんでいた。数年前から体調に波があり不定愁訴が多く子が対応していた。毎回の受診にも同行、診察時に本人と一緒に現状を正確に伝えきれていない。また、ヘルパー事業所に本人が電話して、あれこれと訴えるため、長時間の対応となってしまう。また、子への話とヘルパーへの話の内容が異なり、サービスの調整が難しい。	○不定愁訴は認知症の周辺症状なのではないか。現在直接的な治療はされていない。 ○長時間の電話への対応に時間を取られる。 ○受診時は常に本人が傍にいる状況で、医師に適切な情報を伝えられない。	○困りごとのほとんどをヘルパーやケアマネがフォローするのではなく、家族も一緒に真の訴えの把握を考え、適切な対応が望ましい。 ○電話対応には、緊急対応や訪問がある事を伝える。また、ある程度の時間を決めるなどの対応が考えられる。 ○主治医に日常生活状況を正しく伝える必要がある。エピソードを書いて、事前に手渡すなど工夫が必要。	服薬管理ができなかったが、子が整理することで落ち着いた。訪問看護、通所利用は子の拒否により、サービス内容の変化はない。電話回数は以前の半分に減った。	○マンション内でのインフォーマルサポートは充実しているが傾聴ボランティアが不足している。 ○同マンション内では利用したくない人もいた。地域全体でのインフォーマルサービスが必要。 ○気軽に立ち寄れるサロンが少ない。	
	家族	歯科医師		介護事業者	1							
	町会	薬剤師	1	警察	1							
	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	3	医療相談員	2	市役所							3
	高支連		社会福祉士									
ボランティア	1			合計	22							
43	本人	医師	1	ケアマネ		民生委員	医療・介護等の支援が必要であるにもかかわらずサービスに繋がらない方の支援について	○医師からの病状説明を理解して、適切な医療・介護保険サービス利用に促すにはどうしたらいいか。退院後はどのような支援が考えられるか。	○本人の年金は本人のために使われるべきで「介護放棄」となる場合もある。 ○退院後の支援に関しては看護小規模多機能サービスの導入を検討。退院時に「介護サービス利用導入」を向け、子に説明、納得してもらう。更に、サービスが継続できるような支援が必要である。	退院前カンファレンスでMSWの提案にて、子の同意の下、介護サービスの利用となる。経済面に関しては、事業所と子の間で協議し、本人の年金支給に合わせて2ヶ月毎の請求とした。子も就労に専念出来ている。	○経済的な理由で医療・介護サービスを受けられない利用者に対する支援策が十分ではない。	
	家族	歯科医師		介護事業者								
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	4	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	医療相談員		市役所							1
	高支連		社会福祉士		相談員							1
ボランティア	1			合計	19							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
44	本人	医師	ケアマネ	1	介護専門員	集合住宅における認知症高齢者と要介護高齢者世帯とのトラブル	認知症、集合住宅に居住、子と同居。認知症の進行により、他の要介護高齢者世帯に侵入する等の近所トラブルを抱えている。同居の子が一人で介護を担っているが、経済的な事情もありサービスを増やすことが出来ない。その為、日中独居となり徘徊する。子は担当ケアマネに本人が外に出られないように出来ないかと相談を持ちかけている。本人は無年金、子は働いている。	○介護者が外部からの施錠を回避できる具体的な方法はないか。 ○地域においてこのような事例にどのようなインフォーマルサービスがあるか。 ○今後、同じようなケースが増えると思われるが、何か有効な対応策はないか。	○地域の食事会、サロンは自分で参加できる人が対象となる。本人が、何とか来ても、認知症により浮いてしまい、気の毒な状況になりかねない。 ○オレンジ協力員の見守り、傾聴サービスは男性の協力員のため躊躇もある。 ○集う場所があれば、オレンジ協力員の援助を受けて、見守りぬくことが出来るのではないか。 ○施錠習慣がない要介護高齢者に対して施錠の必要性を伝える。	子が市役所に相談し、生活保護で入居できる高齢者住宅等を探すこととなる。包括がケアマネに施設(グループホーム)の情報を提供。子が見学し、入所が確定した。	○地域住民に対して、認知症の理解をすすめるための啓発活動が不十分。 ○費用のかからない集いの場が必要。 ○認知症の方が気兼ねなく過ごせる社会資源が必要。		
	家族	歯科医師	介護事業者	1									
	町会	薬剤師	警察										
	地区社協	1	看護師	1								消防	
	市社協	3	保健師									地域包括	4
	民生委員	3	医療相談員									市役所	1
	高支連		社会福祉士										
ボランティア				合計	15								
45	本人	医師	ケアマネ	1	介護保険サービス事業者	認知症夫婦における在宅生活の限界について	夫婦共に認知症を発症。子は横浜に在住。1回/週訪問して、買い物、入浴などの援助をしている。毎日デイサービス、3回/週のヘルパー訪問にて対応しているが、それでもそれぞれの徘徊があり警察に保護される。また、スーパーでの買い物時に商品を鞆にいれてしまい、万引き行為と間違えるなど、日中の安全確保が困難な状態にある。配偶者は時に激怒、暴力がある。穏やかな配偶者であるが、たまに暴力があり泥酔状態で保護されたことがある。	○安全の確保(徘徊・たばこの不始末) ○近所への迷惑行為(植木を抜く、花を切り持ち帰る、近隣商店への出入りの理解) ○子(キーパーソン)の現状の把握・子の配偶者への関わり	○在宅での支援は限界と思われる、施設入所の可能性を探る必要がある。まずはショートステイを活用する。 ○ケアマネは、受診に同行し医師に現状を報告する。 ○子は医師のアドバイスを受け、夜間の状態を把握し在宅生活の限界を理解する必要がある。また、生活保護制度の利用も検討する。 ○子の介護負担軽減のための子の配偶者に協力を依頼する必要がある。	○ケアマネは同行受診し、医師に自宅での状況について伝えた。医師からも施設入所を勧められ、申し込み準備を始める。 ○子が宿泊して夜間の様子を把握予定。 ○認知症状は進行し、警察保護、配偶者は理解力低下、歩行障害が進んでいる。しかし子は施設入所への葛藤がある。	○地域住民の認知症状の理解の促進 ○徘徊の方を早期発見、対応できる見守り体制の構築 ○あらゆる年代に対し、認知症サポーター及びオレンジ協力員の増員を図る。		
	家族	歯科医師	介護事業者	5									
	町会	薬剤師	警察	1									
	地区社協	訪問看護師	1	消防									
	市社協	保健師		地域包括								5	
	民生委員	2	医療相談員									市役所	2
	高支連		社会福祉士									薬局実習生	1
ボランティア	4			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	
46	本人	医師	ケアマネ	1	介護保険サービス事業者	医療拒否していた者の妄想への対応について	80代、配偶者は他界、子①は結婚し別世帯。本人は、過去に精神疾患により服薬していたが自己判断で中止して以来、医療受診拒否。現在も妄想がある。50代の子②と同居しているが、子②は事故による精神障害があり、長期にわたり保健所が関与し、訪問看護を受けている。子②は就労経験無く、障害者年金を受給しているが足りなくなると本人にお金を無心し、断ると本人を殴る事があったが、ある程度のお金を渡すようになり、暴力は収まっている。本人は目が悪くヘルパーを利用していたが、ヘルパーと子②がグルになって自分を追い出そうとしていると主張し、10月よりヘルパー利用を拒否している。	○ヘルパー事業所のサービスを拒否している方のアプローチ	○本人には妄想があるため、子②による暴力の有無の確認が困難。子②の状態確認も兼ねて、子②の支援者と担当者会議を開催する。 ○本人の見守りをかねてヘルパー再開を検討したほうが良い。 ○子①は保健所からアプローチしたことがある様だが、現在本人と子②をどのように思っているかは不明。KPとなり得るかはよくアセスメントをした方が良い。 ○子②に対しては就労支援をしてくれる相談支援員に繋がったほうが良い。	○ヘルパーは再開できていない。 ○子②の障害年金の手続きが遅れ、年金が停止し、本人が不穏となった。子②に相談支援員を検討。 ○関係者会議を開催。子②は非常に落ち着いており、本人の妄想の方が深刻。 ○子①はKPとなり得る旨保健所に確認。数回電話連絡するも不在。子①から食料の支援がある。今後の連絡手段を検討する。	○精神疾患があると地域と繋がりがもちにくく、地域で孤立してしまう。地域で家族を支え、見守りをしてくれる人材が育たないのが課題である。
	家族	歯科医師	介護事業者	5							
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	訪問看護師	消防	2							
	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	薬局実習生	1							
	ボランティア		合計	17							