

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1回 松戸市地域ケア会議
令和元年7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

○平成30年12月～令和元年5月の間、地域個別ケア会議は合計27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。

○昨年度より地域個別ケア会議の一類型として位置付けられた自立支援型個別ケア会議は平成30年12月～令和元年5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 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			○	○					
2				高齢者夫婦			○		サービス拒否				
3	○			障害の子と 二人暮らし	家族間調整	○	○					○	運動不安定症 廃用症候群
4		○		要支援の親 と二人暮らし					障害サービス からの移行				左足麻痺
5				独居	親族が拒否				救急要請頻回		○		双極性障害 白内障
6					介護者が疲弊	○					○	○	精神疾患
7		○	若い人の地域とのつながり										脳出血 失語症
8	○	○		独居			○		ごみ屋敷			○	
9	○	○		独居		○				転入後 ○	○		脳梗塞 神経因性膀胱
10				独居			○		入退院頻回・ サービス拒否				
11		○		独居		○	○	○	サービス拒否				糖尿病 心疾患 がん
12				独居			○		サービス拒否				体重減少
13		○		独居		○			こだわり・介入 困難・ごみ屋敷				心疾患手術後
14		○		独居	身寄り無し		○						
15		○		独居				○	後見人あり				統合失調症
16				高齢世帯	介護負担		○	○	BPSD			○	
17				介護力の欠如	子夫婦が精神疾患		○						
18		○		認々介護		○	○	○	ごみ屋敷・サー ビス拒否	○			
19				共依存		○	○		BPSD				器質性精神病
20				高齢者世帯		○	○						誤嚥性肺炎
21		○			子によるDV		○		長期お泊りデイ	○	○		
22				独居		○			飼い犬				心不全

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
23				独居		○							心ペースメーカー
24					本人の気持ちより 金銭面優先						○		心不全
25									攻撃性が高い				精神疾患
26	○	○		高齢者世帯	身寄り無し	○		○				○	アルコール依存症
27	○	○		独居					妄想			○	
28	○	○		独居	支援者不在	○							がん 精神疾患疑い
29				独居	支援者不在	○	○	○	拒否			○	
30				独居									心不全
31				独居	身寄り無し								心筋梗塞
32	○		ごみ屋敷	独居	親族と疎遠	○	○		入院頻回 サービス拒否				脳梗塞 廃用性症候群 心筋梗塞 肺炎
33					キーパーソン不在				入院頻回			○	
34		○		独居				○	虚言	○			アルコール性 精神障害
35					相続トラブルで裁判								
36	○			日中独居	子の 意見相違	○			ごみが散乱				白内障
37	○	○		独居	身寄り無し	○							
38	○			独居	親族と 音信不通			○	服薬管理が できない				
39					子が遠方		○		サービス拒否				
40				独居					コミュニケーション困難				高次脳機能障害
41	○	○			配偶者が外国人 (言葉・習慣の壁)	○	○	○			○	○	
42	○	○		独居					移動困難				脳梗塞・脳出血
43					家族に障害あり		○	○	周辺行動		○		
44					共依存		○		サービス拒否				
45				高齢介護者			○		BPSD				
46				高齢介護者			○			○	○		在宅酸素療法 尿道バルーン留置
47		○		高齢者世帯		○	○						

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
48				独居	子が体調不良	○	短期記憶が 乏しい		家事が できない		○	○	心疾患 食道炎
49	○		子の相談先不足		子に障害あり	○	○		ごみ屋敷				
50				独居			○		介入困難		○		妄想
51	○	○		高齢者世帯	親族と音信不 通	○	○	○	ごみ屋敷	○	○	○	精神疾患の疑い
52	○	○		高齢者世帯	親族と音信不 通	○	○	○	ごみ屋敷	○	○		
53	○	○		独居		○		○	介入拒否		○	○	体重減少 下腹部痛
54	○	○		独居									アルコール 依存症
自1													脳梗塞
自2													脳梗塞
自3	○			独居	意見の相違			○	詐欺被害				精神疾患
自4													小児麻痺後遺症
自5	○	○	若い人の地域とのつながり	独居				○					脳梗塞
自6		○										○	原因不明の浮腫
自7	○	○	若い人の地域とのつながり	独居				○					うつ病 買い物依存症 アルコール依存症
自8			若い人の地域とのつながり						サービス拒否			○	脳梗塞 脊柱管狭窄症
自9												○	うつ疑い・腰痛
自10		○		独居			○					○	るい瘦
自11				独居	意見の相違				サービス拒否				大腿骨骨折 うつ病・糖尿病
自12													人工関節

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

(注) 推進会議において抽出された課題は除く

テーマ	個別事例の概要	事例番号	市レベルの課題
a. 認知症の普及啓発・地域支援の促進	<p>○自宅での生活の継続を希望している独居高齢者の認知機能が低下し、金銭や服薬管理が心配される(1)</p> <p>○独居で身寄りがなく、徐々に認知症と身体機能が低下し、入所について検討しているが、保証人や身元引受人がいない事例。(14)</p> <p>○認知症の症状が進行し、介護拒否や暴力的な行為が見られる事例(39)</p>	1、10、12、14、16、29、36、39、44、45、46、47、52	<p>○認知症の高齢者に対するインフォーマルな資源を含めた重層的な見守り体制の整備</p> <p>○身寄りがない独居高齢者の最期についての支援</p> <p>○認知症高齢者の社会参加の場の充実</p>
b. 医療・介護連携	<p>○誤嚥性肺炎を繰り返しているが、精神疾患、認知症があり、受診できる医療機関や利用できる介護サービスが限定される。介護者の負担が大きく健康面が心配される。(19)</p> <p>○誤嚥性肺炎による入院からの退院後、食事の形態について配偶者の思いが強く、ケアマネが困惑している。(20)</p> <p>○本人からの家族への暴言・暴力によりお泊りデイを利用している要介護5の事例。7年間利用を継続しているが、家族は更なる継続を希望している。今後医療ニーズが高まった際のことが心配される。(21)</p> <p>○要支援の高齢者が将来への不安から自ら終活を行っているが、支援者としてできることは何か。(自12)</p>	19、20、21、46、48、50、自12	<p>○精神疾患や認知症の高齢者の入院を柔軟に受け入れる医療体制の充実</p> <p>○ケアマネに対する医療専門職の支援体制の強化</p> <p>○看取り・終活に関する医療機関等の情報把握・普及啓発</p> <p>○医療ニーズが高くても利用できる介護サービスの充実</p> <p style="text-align: right;">5</p>

テーマ	個別事例の概要	事例番号	市レベルの課題
c. 社会資源の把握・開発	<p>○脳梗塞後麻痺や拘縮があったが身体機能が回復している。浪費傾向があり、金銭管理が心配されるが地域や他者との関りがほとんどない。(自5)</p> <p>○地域とのつながりがない男性、うつ、アルコール依存症があるが、趣味は複数ある。(自7)</p> <p>○脳梗塞と脊柱管狭窄症で下肢が動きづらいが、リハビリ目的のデイサービスは経済的理由でやめてしまう。医師からは運動を勧められている。(自8)</p> <p>○仕事をしながら介護を行う介護者がヘルパーの導入を希望するが本人が他人を嫌がり介護者の負担が大きい(自11)</p>	2、5、7、38、自1、自2、自4、自5、自6、自7、自8、自9、自11	<p>○60代が利用しやすいインフォーマルなサービス(通いの場等)の整備</p> <p>○若い人(50~60代)が地域で役割を持てる居場所づくり</p> <p>○男性が地域で楽しめるサロン・料理教室・体操教室の充実</p> <p>○買い物に付き添うボランティアの育成</p> <p>○地域の活動の場へ参加を促す仕組みづくり</p>
d. 見守りネットワークの強化、情報共有の推進	<p>○親族や地域と関わりがなく、ゴミ屋敷状態でセルフネグレクトとなっている。自殺を図るが救急搬送される。(31)</p> <p>○自宅マンション内がゴミ屋敷状態だがヘルパーの導入は拒否がある。民生委員とマンションの管理人の見守りで安否確認を行っている。(13)</p> <p>○心疾患の発作で入退院を繰り返す事例。緊急通報装置の設置に向け進めていたが機器が合わず本人が設置に消極的になってしまった。(30)</p> <p>○独居で身寄りがなく、寝たきり。ケアマネやヘルパーとの関わりのみで孤立している(37)</p> <p>○人との交流は好むが詐欺被害の経験あり。頑固な性格でサービス拒否は拒否している。(自3)</p> <p>○独居で物忘れが出てきた。子や親せき、知人との交流はあるが体重減少で入院を繰り返す。(自10)</p>	5、11、13、23、26、30、31、32、33、37、41、42、自3、自10	<p>○インフォーマルな見守り体制の継続への支援</p> <p>○見守る側が必要な機関と連携をとりやすくするための普及啓発</p> <p>○地域の人とつながりやすい仕組みづくり</p> <p>○孤立している高齢者に対する支援</p> <p>○緊急通報装置等の普及啓発</p>

テーマ	個別事例の概要	事例番号	市レベルの課題
e. 精神障 害者の 理解促 進	<p>○被害妄想が強い事例。食欲がなくなり歩くのもおぼつかなくなってから家族が包括に相談。(6)</p> <p>○要介護5の高齢者を介護する子夫婦が共に精神疾患を抱えており、介護の体制が不安定である。(17)</p> <p>○被害妄想があり、様々な機関に相談した経験はあるが精神科の受診は受け入れられず今は心を閉ざしてしまっている。(27)</p> <p>○鬱で自殺企図あり、アルコール依存もあり栄養状態が悪く転倒を繰り返す。(54)</p>	6、15、 17、27、 40、54	<p>○精神疾患を持つ本人と家族が相談しやすい体制の整備と周知</p> <p>○精神疾患のある方を温かく見守る地域の連携体制の構築</p> <p>○市民への精神疾患の理解の促進</p> <p>○地域と専門職の連携の推進</p>
f. 多問題 を抱える 世帯へ の支援	<p>○認知症の高齢者の年金で軽度知的障害の子と非正規雇用の子の家族3人が暮らしており経済的に不安定。</p> <p>○認知症の親を障がいのある子が介護しているが、認知症状の進行により介護負担が増加している。</p> <p>○高齢者と障害者の世帯で、障害サービスから介護保険サービスに移行する際に訪問介護事業所がかわり、サービス量が減少したため本人が納得できず支援者側との関係構築に時間を要した。</p>	3、4、43、 49	<p>○家族全体の支援を考えるための障害者支援機関等との連携強化</p> <p>○障害サービスと介護サービス事業者・支援者の連携の推進</p> <p>○高齢者と障害者の世帯の今後の増加に対応できる体制の整備。</p>

別添1

各地域個別ケア会議における
参加者・テーマ・議論の概要

地域個別ケア会議における参加者・テーマ・議論の概要(個別事例別) 平成30年6月から11月実施分

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題			
1	本人	医師	ケアマネ	4	介護専門員	「自宅で暮らしたい」という本人の意向を尊重した支援	要介護1。数年前より物忘れが目立つようになり受診するが途中で怒り出し診断までたどり着かない状況。現在は服薬管理が困難なほか、金銭管理が不十分。嗜銀顆粒性認知症の診断があり、日によってヘルパーを鬱陶しいと怒ることもあるため2回/週の訪問介護で現在は対応中。本人は自宅での生活を希望。	○「自宅で暮らしたい」という本人の気持ちを尊重した支援にはどんな方法があるのか。 ○今後どんなことが予測されるか。	○定期巡回型の訪問を導入し安否確認や服薬の確認をしてはどうか。 ○地域の行事に誘ってみてはどうか。 ○本人が参加しやすいように午前半日のデイサービスに変更してはどうか。 ○金銭管理が困難になることが考えられる。 ○IADLの低下により、独居生活の継続が困難になることが考えられる。 ○気分の変調による抑鬱状態や妄想によるいっそうの他者介入困難の可能性はある。	本人に大きな変化はないが、周囲に電話をかけるという行動はやや減少している。デイサービスは午前中利用可能なものに変更。本人の思いを尊重し、活気ある雰囲気での視野に入れ検討していく。	○独居で認知症の状態にある高齢者が本人らしい生活を維持していくために見守り、支えていくためにインフォーマルな資源を含めた重層的支援構造が必要。		
	家族	歯科医師	介護事業者	6									
	町会	2	薬剤師	1								警察	
	地区社協		訪問看護師	2								消防	
	市社協	1	保健師	1								地域包括	5
	民生委員	4	理学療法士	1								市役所	
	高支連		社会福祉士										
	ボランティア											合計	27
2	本人	医師	ケアマネ	4	介護専門員	高齢者夫婦世帯。認知症の妻を介護している男性介護者に寄り添うには	要介護3、要介護2の配偶者との2人世帯。夫が介護や家事全般を担うが、認知症への理解が乏しい。少しずつ介護サービスが導入されるようになったが、屋内に書類が散乱するなど夫の負担が過重となっていることを示唆する面も垣間見られている。	○男性介護者に認知症の理解を求めるにはどうしたらよいか。 ○男性介護者の負担軽減の方法について。	○夫の負担感を支援者が受容し、いつでも弱音を吐ける環境づくりをしてみてもどうか。 ○認知症が疾患であることや、その薬などについて専門医からの説明があると良いのでは。 ○夫とヘルパーの関係構築ができていたので、少しずつサービスの拡充を図ってはどうか。 ○本人のショートステイ利用を検討してみるのはいかがでしょうか。 ○本人の認知症抑制のために必要であるなど、夫が背徳感を感じることなくサービスの拡大ができるよう医師に助言を求めてはどうか。	支援者に対し夫の気持ちが少しずつ打ち解け、介護に関する質問を自ら投げかけてくるようになった。また、他者からの援助に前向きな発言も聞かれるようになった。	○認知症カフェや介護者のつどいなど夫が負担や抵抗無く気軽に相談したり情報提供の受けられる社会資源環境のアクセシビリティの向上が必要。		
	家族	歯科医師	介護事業者	6									
	町会	2	薬剤師	1								警察	
	地区社協		訪問看護師	2								消防	
	市社協	1	保健師	1								地域包括	5
	民生委員	4	理学療法士	1								市役所	
	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		
3	本人	医師	ケアマネ	12	介護支援専門員	本人と家族の意向が合わず、施設入所にすすめないケース	子①と二人暮らし。本人は認知症で病識なく在宅療養の限界。子①は聴覚障害と強迫性精神障害で大学卒業後引きこもり。本人の介護に干渉しない。子②は聴覚障害があるが家庭を持ち自立しており用があれば来てくれるが、本人との関係は良好ではない。主治医からは入所を勧められ、子②は同意。本人は子①が心配で自宅での生活を希望。子①も自宅での生活を希望。	○本人が心配をしている子①に対する支援に何が必要か ○本人が安心して施設に入るために、本人に対してどのようなアプローチが必要か。	○子①に支援員をつけてサービス導入をすすめて本人に安心してもらおう ○本人・家族の意向や状態が変化したときに即対応できるような体制を整えておく。 ○子①がもうすぐ介護保険対象者になるので、親子で入れる施設を紹介してはどうか。	臨時往診時に本人と子①の意向を確認。本人はぎりぎりまで自宅で過ごしたく、寝たきりになつたら考えるとのこと。子①は土地や自宅を売って施設に入所することも考えている。	○高齢者が障害をもつ子のことを心配して離れられない世帯が増えており、変化が生じたときに、即対応できるような連携体制を整えておく必要がある。	
	家族	歯科医師	介護事業者	4								
	町会	1 薬剤師	1 警察									
	地区社協	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	介護支援センター	1 市役所								3
	高支連	訪問介護	1 医療相談員	1								
ボランティア			合計	32								
4	本人	医師	ケアマネ	12	介護支援専門員	障害サービスから介護保険サービスへの移行のトラブル 左足の麻痺。本人は独居だった要支援の親と同居し、家事をしている。本人は母の受診の送迎とネットでの食材注文など動かなくて済むことを担当しているが、2人で綱渡りの生活をしている。	障害サービス事業所と連携する方法について。	○制度上の問題なので、障害福祉課から65歳になる人へ早めの周知、障害サービスと介護保険サービスの違い等について説明を行う。 ○障害福祉課、障害と介護の支援者がつながる場が必要であり、連携をする必要がある。 ○制度上でサービスの利用が難しければ、社会福祉協議会や有償ボランティア等の利用もすすめる。 ○社会資源リストの活用。 ○障害者支援を行っている訪問介護事業所に、介護保険の指定を受けてもらうことはできないのか。	介護保険の区分変更申請の結果、要介護となりサービス利用が可能な状況になった。また、今後も障害福祉の担当者や介護保険の担当者が連携を図るようにしていく。	○障害サービスと介護保険サービスの連携。 ○社会資源リストの活用・周知。 ○ケアマネ、ヘルパー等が障害分野の知識を高める機会の設定が必要。 ○障害サービスと介護サービスの両方を行える訪問介護事業所が少ない。		
	家族	歯科医師	介護事業者	4								
	町会	1 薬剤師	1 警察									
	地区社協	訪問看護師	1 消防									
	市社協	1 保健師	地域包括	4								
	民生委員	2	介護支援センター	1 市役所							3	
	高支連	訪問介護	1 医療相談員	1								
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
5	本人	医師	ケアマネ	12	介護支援専門員	体調不良の不安感から頻回に救急要請し、医療機関に電話をかける事例	どのような資源や支援があれば本人が安心できるのか。	○医療との連携が少ない。ケアマネが受診同行し、今までの経過をしっかりと医療機関に伝え、適切な処方・服薬を支援できるよう精神科医にリードしてもらい、サービスを導入してはどうか。 ○家族との関わりが少なく寂しさもあると思われる。家族にしっかりと向き合ってもらおう。 ○本人の趣味があるため、近所の関わりを増やしていきデイサービス以外でも本人の居場所を作る。	白内障の手術後、充血したためかかりつけ医以外の医療機関受診。ケアマネ同行で精神科受診し、医師に現状を伝え、今後の支援方針を検討する予定。訪問看護の利用も視野に入れる。	○精神科医療との連携のとり方。 ○独居、精神疾患のある方の地域での居場所作り。
	家族	歯科医師	介護事業者	6						
	町会	1 薬剤師	1 警察							
	地区社協	訪問看護師	1 消防							
	市社協	1 保健師	地域包括	4						
	民生委員	2 理学療法士	市役所	3						
	高支連	社会福祉士	医療相談員	1						
ボランティア		合計	32							
6	本人	医師	2 ケアマネ	2	地域包括支援センター	閉じこもりがちだった高齢者が、急激に食欲がなくなり、歩くのもおぼつかない。口腔内の痛みを訴え、子①が歯科受診を誘うが、本人が拒否。心疾患の主治医にも通院せず、子が処方のみ受診。自分は病気である、他人に迷惑をかけている旨の発言を繰り返し、一人にすると自己否定的な妄想が強くなるので、同居の子が一日中付き添っている。子②も家庭と仕事を持ちながら毎日訪問し世話をしている。子①②より食事もしない母親をこのまま放っておけないと相談あり。	○心疾患の主治医受診が中断。 ○精神科受診の必要があるが拒否が強い。 ○歯科医受診も拒否し、更に食べられなくなっていく恐れがある。 ○子が対処方法が分からず、疲弊している。	○欠食による栄養状態・健康状態の悪化が懸念されるため、まずは内科受診の支援をする。往診も検討する。内科医から精神科につなげてもらう。 ○処方薬が今の症状・状態に合わない可能性あり。 ○本人と子①だけなので、他者が継続的に関わる体制をつくる。 子①が本人に依存している可能性もある。	内科医が往診するが本人に体に触らせてもらえず断念。更に精神症状が悪化し精神科医の往診の結果、早く入院ができる精神科病院受診を勧められる。本人の拒否が強かったが民間救急を利用し精神科病院に医療保護入院。約1週間後に肺塞栓で死亡。	○精神疾患患者と家族は他者に知られないように家族だけで対処しようとして相談が遅れる傾向があるため、事態が深刻化する前に医療や相談機関に相談できる体制を構築する必要がある。
	家族	歯科医師	2 介護事業者	5						
	町会	薬剤師	2 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	1 理学療法士	市役所	2						
	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	
7	本人	医師	2	ケアマネ	2	地域包括支援センター	若年(60代)の失語症の人が利用できる社会資源について	○要支援の人の言語リハビリの相談先の情報不足。 ○対象者が60歳と若く、最近まで仕事中心で地域との付き合い方の経験や知識がない。	○リハビリについて回復が見込めない可能性も視野に入れ、包括やケアマネが本人に主治医と今後の見込みについての相談をするように助言して正しい情報に基づいた目標とリハビリ計画を設定する必要がある。 ○2週間に1回の訪問リハビリでも、自主トレを組み合わせる方法はある。	元の職場の社長の好意で週5回時短勤務しているが、失語症による対人コミュニケーション障害があり、リハビリを希望している。仕事を続けながら言語リハビリのサービスを検討している。	○言語リハビリの社会資源や情報が不足。 ○若くて障害がある人でも気軽に近所の人たちと交流や活躍ができる地域づくり。	
	家族	歯科医師	2	介護事業者	5							
	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	5							
	民生委員	1	理学療法士		市役所							2
	高支連	1	社会福祉士									
ボランティア				合計	22							
8	本人	医師	1	ケアマネ	6	地域包括支援センター	ゴミが積まれた車で認知力の低下した高齢者が運転を継続している問題について	○自宅は駅まで徒歩5分だが腰痛があり車で移動している。 ○収集癖があり運転するには危険な車の状態である。 ○認知力の低下がある方の免許返納のタイミングとその支援。	○免許証の有効期限の確認を行い、更新のタイミングで認知機能の確認を行い、警察から直接指導を受けられるように調整する。 ○車検が切れていないか確認する。 ○車や家にゴミがあふれている状況について身体、精神、家族背景等を確認し必要時専門医に繋ぐ。 ○家事や事故のリスクについて本人が理解できるよう親族の協力を得る。	家屋内にもゴミが溢れている状況。自宅内にて車の鍵を紛失し、車は乗れていない。車がない生活が数カ月経過しているが、生活に支障をきたすことはない。医療機関も電車やバスを乗り継ぎ出かけることができ、車を手放す方向で支援を行っている。	○免許返納のタイミングについて本人・家族が理解し、検討できるよう介護・警察・地域住民が連携して必要がある。	
	家族	歯科医師	2	介護事業者	2							
	町会	1	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							5
	民生委員	2	理学療法士		市役所							1
	高支連		社会福祉士									
ボランティア				合計	22							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
9	本人	医師	1	ケアマネ	6	地域包括支援センター	転入後まもない事理へのアプローチ、地域のかかわりについて	70代、独居。要支援2。数か月前に他県より転入。前住所地の包括より引継ぎがあり定期的な体調確認が必要であるが、支援者の訪問やサービス利用について拒否的。転入したばかりで地域住民との関わりがなく、社会資源の情報を得る機会が少ない。	○サービス利用に拒否がある場合のインフォーマルな見守り・安否確認の方法。 ○緊急時の対応のために貸家の所有者や近隣住民との連携方法。	○転入の背景を理解し、支援者の介入に抵抗がなくなるよう包括職員や民生委員が定期的にかかわる。 ○他者の訪問が難しければ家族や民生委員から緊急通報システムについて説明し導入する。 ○認知力の低下がある方は親族や近隣住民、貸家の所有者、管理会社と情報共有する。 ○セルフネグレクトと考え地域サポート医によるアウトリーチの活用を検討する。	体調を崩し、重篤な状況にまで悪化。救急搬送され、加療したが、状態が更に悪化。逝去される。	○集合住宅に住んでいる場合、転入間もない場合の高齢者が困ったときに他者に発信できるように近隣住民や民生委員が継続的に見守り、手助けできる環境づくりが必要。
	家族	歯科医師	2	介護事業者	2							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	保健師	1	地域包括	5							
	民生委員	理学療法士	2	市役所	1							
	高支連	社会福祉士										
	ボランティア			合計	22							
10	本人	医師	1	ケアマネ	6	介護支援専門員	多方面で問題を抱える高齢者が安心して自宅での生活を続けるためには	80代、要介護1。戸建で独居。訪問介護を週2回、通所介護を週2回、訪問診療及び訪問薬剤を月2回利用している。認知症があり、3か月の間に脱水、食欲不振で3回入退院を繰り返している。本人は何でもできると言い、これ以上のサービス導入は拒否的。他県在住の子が月1回訪問し、家事の手伝いをしている。以前は近隣住民との交流があったが、今は自宅から出る機会が少なく関わりはほぼない。入れ歯が合わず、口腔内の状態は不良だが本人は問題意識はない。	○自分で何でもできると言い、サービスを増やすことができない。 ○脱水や食欲不振で入退院を繰り返す。 ○認知症のため、掃除や食事の調整ができない。 ○義歯の管理や口腔内の保清が不十分で、義歯の癒着による歯痛や食欲不振がある。	○閉じこもりがちな方に対して、専門職の介入が難しい場合は町会でも出来ることは少ない。 ○ヘルパーのゴミ出しは時間・曜日の拘束があり、難しく町会の手助けが必要。 ○義歯の状態不良の場合、薬剤が飲み込みにくかったり、口腔内を傷つける可能性がある。薬剤の形状を変えたり、歯科受診を促すことが必要。 ○多方面で問題を抱える方には支援者がSNSを利用し利用者情報を共有するICTシステムを積極的に利用。 ○高齢者にとって、初回相談は敷居が高いため相談しやすい環境づくりが大切。	ゴミ出し支援については、協力を得られるところがないか探している。緊急通報装置についても設置変更検討中。成年後見制度の利用も視野に入れている。	○ゴミ出しは個人情報保護の観点からインフォーマルサービスでは対応困難。市の事業を活用できる場合は情報を発信していく。 ○町会ごとに特徴があり、対応の可否などを把握することは困難。
	家族	歯科医師	2	介護事業者	7							
	町会	薬剤師	3	警察								
	地区社協	訪問看護師	1	消防	2							
	市社協	保健師	1	地域包括	5							
	民生委員	理学療法士	2	市役所	1							
	高支連	医療相談員	1									
	ボランティア		1	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	
11	本人	医師	1	ケアマネ	6	介護専門員	本人の生活歴より他者の介入拒否がある方のサービス導入と閉じこもり防止策について	80代、要介護1。認知症あり。集合住宅にて独居。近所づきあいは無いが、同じマンションに住む住民に鍵を預け、マンション内の管理や修繕の面倒を依頼している。定年まで織物製造の技術職として全国・海外へ転勤があり、44回転居した。このことから人との関わりを好まず、一人で自由な生活を続けたい希望がある。週1回、清掃目的でヘルパーを利用。緊急通報装置を導入。外出の機会が年々減少し、転倒が続いているため、筋力維持と閉じこもり防止の関わり方を検討したい。	○閉じこもりがちな生活が続き下肢筋力低下。転倒を繰り返すサービス導入は拒否。 ○今までの生活歴から他者との関わりを拒む。 ○ゴミの分別が出来ない。 ○内服管理が出来ていない可能性がある。	○認知症かつ独居の状況から、自宅の環境整備を行い安全に生活できるよう支援が必要。 ○通帳や鍵の管理を知人が行っているが今後のリスクを考慮した上で金銭管理の支援方針をたてる必要がある。 ○薬の一包化や服薬カレンダーの利用などの工夫が必要。 ○転倒については整形外科的な疾患の可能性もあるため、受診を促す。 ○認知症高齢者は口腔内の健康が見落としがちであるため、咀嚼や嚥下機能で心配な点があれば積極的に健診を受ける。	成年後見制度申請に向け現在調整中。ケアマネより親族に説明を行っており、今後申請に向け準備をしていく予定。	○インフォーマルな見守り体制を充実させる。 ○心配な高齢者について早期に相談できる関係の構築。
	家族	歯科医師	2	介護事業者	7							
	町会	薬剤師	1	警察								
	地区社協	訪問看護師	2	消防								
	市社協	保健師		地域包括	5							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1							
	高支連	医療相談員	1									
ボランティア		1	合計	34								
12	本人	医師	2	ケアマネ	4	介護専門員	80代、独居。要介護1。キーパーソンは他市に住む子。本人はプライドが高い。2年前車の運転で事故が続き、子が本人の認知機能の低下に気づき、車は説得の上売却。昨年自転車で転倒し救急搬送。認知面に以上あり認知症専門医を受診し認知症の診断を受ける。子より地域包括へ相談あり。本人の支援拒否があり、サービスにはつながらない中、家族の支援により生活を維持してきた。最近物忘れの進行、怒り易くなる、着替えや整容が行えていない等、認知症が進行。体重減少も見られている。	○体重が減少している。今後の健康管理について。 ○地域からの支援を受け入れていない状況で、地域がどのように関わっていけばよいか。	○体重減少から判断すると危機的な状況である。アウトリーチを活用してもよかったかもしれない。早めの介入が必要。 ○医師の助言を受け入れるのであれば、かかりつけ医からサービスを勧めてもらう。 ○訪問看護の導入をきっかけに健康状態や服薬の確認、その他の必要なサービスを入れていけるとよい。 ○在宅で最期を迎えるかどうか、人生の締めくくりをどうするかを家族に考えてもらうよう介入していけるとよい。	訪問看護週2回にて健康管理、訪問介護により生活支援を受け、健康状態や生活は安定し体重も40kg後半まで増加している。	○マンション内での見守りの強化。 ○地域住民への認知症への理解の促進。	
	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		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		1	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	
13	本人	医師	2	ケアマネ	4	介護専門員	他者の介入を好まず、極端に不衛生な環境で生活を送る独居高齢者への支援	70代、独居。要介護1。自宅(マンション)内がゴミ屋敷状態。ヘルパー利用にて環境を整えようとしたが、本人のこだわりがあり進まず。ヘルパーとの関係不良からサービスを一時中断。民生委員、マンション管理人の見守りのもと安否確認を継続。半年前民生委員の働きかけからデイサービスの利用につながるが、体調を崩した事をきっかけに数か月前よりサービスが中断。最近心臓の手術を行い術後の経過は順調だが、本人の傾眠傾向や意欲低下、発動性の低下によりリハビリが進まない。	○不衛生な環境であるが、他者の介入を好まず、こだわりも強いいため支援が継続できない。また、本人の意向や思いを引き出すことが難しい中で、今後支援者がどのように関わっていけばよいか。	○ゴミ屋敷の問題は難しい。医師からの指導や支援者が信頼関係を築き、本人の気持ちの切り口を探す。 ○ため込み症の診断がつかもしれない。精神科の訪問看護を導入するのはどうか。 ○介護だけの支援ではなく、医療など多くの機関を巻き込んで連携すべき。アウトリーチや初期集中支援チームなどを活用し初期段階から動けるとよかった事例。 ○今後の権利擁護をどうしていくか。病院の相談員と連携しながら、家族の意向も確認し、後見人を進める必要がある。	本人の同意のもと、後見人を選定予定。自宅での生活は困難と本人も了承し、施設入所に向けて支援継続中。	○マンション内での見守りの強化 ○地域住民への認知症への理解の促進 ○医療と介護の連携の強化
	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		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		1	合計	18								
14	本人	医師	1	ケアマネ	6	地域包括支援センター	90代。身寄りがなく生活保護受給。要介護2でサービス付き高齢者住宅に入居中。昨年夏からあった物盗られ妄想に加え、身体機能も低下し続けている。デイ週6日、訪問介護週1回、ベッド、歩行器。食事介助や排泄の手伝いと本来の業務範囲を超えた介入をすることで何とか生活できている。	○現在は職員の業務範囲を超えた介入により生活ができてきている。介護付きの施設入所は、連帯保証人、身元引受人がない為、入所が困難。今後の生活場所をどうしたらいいか。 ○高齢の為、今後の緊急時の対応をどうしたらよいか。	○変更申請をかけて入所先の幅を広げる。 ○後見人申立ては必要になる。 ○デイサービスを減らし、訪問看護や定期巡回型などは入れられないか。 ○本人がどうしたいか、どうなりたいか、話せるうちにアドバンスケアプランニングを行い、支援者で話し合うことが必要ではないか。	○区分変更申請を行い介護度はあがり、特養への入所もできる状況になる。 ○今のところ今まで通りのサービスを利用し状態が安定している。	○身寄りがない独居高齢者の最期についての支援が不十分。	
	家族	歯科医師		介護事業者	6							
	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	2	地域包括	4							
	民生委員	福祉用具	1	市役所	1							
	高支連	訪問介護	2	基幹相談支援センター	1							
ボランティア			合計	30								

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
15	家族	歯科医師	介護事業者	6	地区社協	精神障害を持つ人を地域で支えるには	50代。精神保健福祉手帳1級を所持。地区社協の日常生活自立支援事業を利用しており、週1回地域の方が訪問している。今回、精神状態が不安定な時に借金が重なったため、後見人が選任されることになった。また、障害福祉サービスの提供者との関係は良好で支援者の手厚いケアにより地域生活が成り立っているが、65歳になると現在の支援者から介護保険サービス事業所の支援者に代わる可能性があり、今後の本人の地域での生活が成り立つかどうか懸念される。	本人は自宅での暮らしを希望しているが地域とのつながりが少ないため、今後の見守り体制が懸念される。精神症状のある方の地域生活を支え、地域で受け入れる体制をどのように作ってあげればよいか。	○今までの支援者を介して地域人材との関わりを持ってもらってはどうか。 ○精神障害を持つ方を支えるボランティア団体があってもよいのではないかと。 ○精神障害がもっと地域に受け入れられるよう情報発信や啓発活動が必要ではないかと。 ○65歳になる前に地域のコミュニティに参加し、繋がりを作ればよい。 ○介護保険に移行するとサービスが減る場合が多いので、サービスを精査し、段階的に準備していく。また、介護保険に移行してからも併用できるサービスを利用しておくことも大切。	今まで通り生活できている。介護保険でサービスが減った分、障がい支援と併用している。受給の要件が変わってきている。	○精神障害を持つ方の接し方など障害についての知識の普及が不十分。 ○障害を持つ方の自立の支援機関が少ない。
	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	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	1							
	ボランティア		合計								
ボランティア		合計									
16	本人	医師	ケアマネ	3	介護支援専門員	認知症で介護者の休息が得られないケース	70代、配偶者と二人暮らし。要介護2。本人は体を動かすことを日課にしており、配偶者と協力し家事も行っている。物忘れが多く、何度も同じ話をする。特に金銭に関して混乱が大きい。通帳・現金を渡して欲しいと怒る。鞆・お財布を無くす。無くすからと渡すことを拒むと急に怒鳴る・引っ掻く・殴りかかる等暴力的になる。本人はプライドが高く、近所に認知症になった事を知られたくない。配偶者が短時間でも家を空けると本人が不安になり、すぐに連絡が来るので、一人で外出することが困難。	○配偶者の介護負担軽減のためには何が必要か。 ○本人が認知症と周囲に知られたいかため介入が困難。	○サロン、食事会の参加への声かけ。配偶者も楽しめる会への夫婦での参加。 ○配偶者が病院にかかるなどの理由をつけ、徐々にデイサービスの利用時間を延ばしていく。 ○本人の病院等の内容、薬の確認、配偶者しか知らない情報がある可能性がある。 ○健康面へのアプローチ。 ○本人に病識がない。「認知症」ではなく「物忘れ」と言葉を変えて状況を確認する。昔の趣味など没頭できることを探す。 ○家族の協力を得る。子と一緒に外出し時間を作る。子に現実をみてもらうことが大切。	デイサービスを休む原因のめまひは改善し、デイサービスの利用を開始。処方変更の効果か配偶者に対しての暴力行為が減り、本人の状態は落ち着いている。配偶者も本人の状態に安心している。本人の様子を見ながら必要に応じて情報提供している。	○認知症は誰でもなりうることの普及啓発が必要。 ○認知症の方の生活を社会全体で支える体制の推進。
	家族	歯科医師	介護事業者	6							
	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	作業療法士	市役所	1							
	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		
17	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護支援専門員	精神疾患を抱える介護者を支援するには	90代、要介護5。子夫婦と同居。子夫婦は精神疾患があり、通院中。本人は子に面倒をみてもらっていることに感謝しており、子ども本人をみてあげたいとの思いがある。しかし、子の夫婦仲が良くなく、主介護者が精神的に不安定であり、家族の介護力が乏しい。	本人の生活を守りながら家族を支えるにはどうするか。	○子夫婦への支援はケアマネの範囲を超えているのでしかるべき機関につなげることを勧めていく。 ○本人への支援は、自宅での介護を継続するよりはショートステイの期間延長や特養等の長期入所を検討してもよいのではないか。	大幅なプラン変更なく経過しており、主介護者の精神状態も大きく崩れず経過。主介護者の体調不良時には臨時でショートステイを利用している。民生委員の見守りが行われていると確認した。また、障害支援機関が介入し、月1回の面談を行っている。	○精神疾患を抱える介護者を支える地域社会の体制の強化。	
	家族	歯科医師		介護事業者	6								
	町会	1	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	5	作業療法士	1	市役所								1
	高支連		社会福祉士										
	ボランティア				合計								22
18	本人	医師		ケアマネ	1	介護支援専門員	介護者も認知症が疑われる世帯への支援	70代、要介護1。内縁者と二人暮らし。本人のADLは自立しているが、自宅はゴミ屋敷で物があふれている。内縁者の年金を切り崩して生活している。本人にはアルツハイマー型認知症の診断がついている。内縁者も認知症が疑われるが、病院嫌いで未受診。介護サービス利用に拒否的。金銭管理にも不安がある。他市在住の子たちもこの世帯の詳細な経済状況を把握していない。	○介護者である内縁者にも物忘れが出現している。受診を拒む内縁者へどのような働きかけをしたらよいか。 ○劣悪な住環境の改善に向け、どのような支援を行ったらよいか	○本人が訪問診療に切り替わる予定なので、内縁者も診てもらう。 ○地域サポート医によるアウトリーチを利用する。 ○子にキーパーソンであることを明確に伝え、子と相談・調整をしていく。また、子と内縁者との信頼関係が築けるように支援していく。 ○劣悪な住環境は本人たちは困っていない。緊急性は低いので問題が起きた時にその都度解決していった方がよい。 ○民生委員の見守り支援など地域とのつながりを持つことがあってもいいのではないか。	本人は子の自宅に滞在中。内縁者の金銭管理能力が低下している。本人が自宅に戻ってきたら本人、内縁者と子とで家計の見直しをして、費用の捻出が可能であることが確認できれば、本人と同様、内縁者を訪問診療の利用に繋ぐ方針。	○地域でのゆるやかな見守りが継続できるよう、ケアマネや地域包括が民生委員などに協力を依頼する必要がある。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者									
	町会		薬剤師		警察								
	地区社協		訪問看護師	1	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								2
	高支連	7	社会福祉士										
	ボランティア				合計								16

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
19	本人	医師	ケアマネ	1	介護支援専門員	80代、要介護4。アルコール性認知症、器質性精神病があり、向精神薬を内服しているが、嚥下機能が低下したことで誤嚥性肺炎による入退院を繰り返している。易怒性により支援者への暴言や暴力があり、受診できる医療機関や利用できる介護サービス事業所が限定される。配偶者は介護疲れを訴えるものの、他に頼れる親族もなく「自分が介護しなければ他人に迷惑をかける」と一人で抱え込んでいる。配偶者は定期受診をしておらず、本人の向精神薬を内服することもある。	○共依存関係により配偶者は介護を一人でやり共倒れが心配。配偶者に何かあった場合、受け入れる場所があるか。 ○支援者はそろそろ在宅は厳しいと考えるが、在宅生活の限界点はどこか。 ○配偶者が定期受診をしていないので、健康面が懸念される。	○介護者が配偶者一人なので施設入所の緊急性が高い。配偶者に何かあった場合に備えて本人が寝泊まりできる施設を探しておく必要がある。レスパイト入院できる病院や療養型の精神病院も選択肢になる。 ○精神科医に内服薬の細かい調整をしてもらい、精神状態をコントロールすることが重要。精神科の訪問診療もある。 ○配偶者への精神面のフォローも必要。本人に訪問診療を依頼する際、配偶者も診てもらうのがよいのではないか。	本人に肺がんが見つかる。主治医は、認知症のある本人が入院生活に耐えられるか懸念。妻も常時付き添いに不安がある。急速に病状が進行しないため、このままサービス利用を継続しながら、関係者は妻に対し治療方針が決められるよう関わってゆく方針。	○認知症のある高齢者の入院を柔軟に受け入れる医療体制の充実。 ○慢性疾患を抱える高齢者の精神科の入院先が少ない。
	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	1						
	市社協	保健師	地域包括	3						
	民生委員	理学療法士	市役所	2						
	高支連	7	社会福祉士							
ボランティア		合計	16							
20	本人	医師	ケアマネ	2	介護支援専門員	70代、要介護5。夫婦二人暮らし。アルツハイマー型認知症。誤嚥性肺炎により入院。配偶者の強い希望にて胃ろう、CVポートの造設は行わず退院となる。1日1食分の高カロリー栄養補助食品の経口摂取が可能だが、配偶者は手料理を食べさせたい、との思いが強い。ベッド中心の生活で、会話はできないが呼びかけには反応がある。配偶者は「自分がみなければいけない」との思いが強く、介護を一人で抱え込んでいる。	○経口摂取が困難な状態だが、配偶者の「食べさせたい」という思いが強い。誤嚥性肺炎を繰り返さずに経口摂取が可能になった事例はあるか。 ○本人、家族に対し、医療や介護の専門職はどのように関わるべきか。	○嚥下機能評価を再度行い、体重やアルブミン等の客観的な評価できるデータをもとに配偶者へ、今後について一緒に考えることを提案する。覚醒度の高い時に楽しむ程度の経口摂取は可能ではないか。口腔ケアを行うことが肺炎の予防になる。訪問歯科診療の導入も必要かもしれない。 ○配偶者の思いを受け止め、専門職は言葉にだしてそれを認めることで信頼関係が築ける。ケアマネ自身がすべて自分で対応する必要はなく コーディネーターとして各専門職とうまく連携していくことが重要。	ケアマネが依頼し、主治医より本人の状態がターミナルに入っていることを詳しく説明してもらおう。妻もそれを受け止めている。訪問介護や訪問看護も利用しているが、配偶者が主体的に介護している。(R1.7.7 自宅にて死去)	○医療ニーズの高いケースのケアマネに対する医療専門職の支援体制の強化。
	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	3						
	民生委員	理学療法士	市役所	1						
	高支連	11	社会福祉士	言語聴覚士						
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	
21	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	精神疾患のある子からのDVIにて、お泊りデイを7年間利用しているケース	○本人の認知症状が進行し、意思確認ができないが、介護者である子の意向のみで現在のサービスを継続させてよいのか。	○本人の意向は確認できないが、状態は安定している。 ○お泊りデイでは看護師がいないため、医療ニーズが高くなると利用が困難になることが予想される。その場合に備えて、今のうちから今後おこりうることを時間をかけて子に伝え、一緒に検討していくのがよいのではないかな。	本人は引き続きお泊りデイの利用を継続している。心身共に状態は安定している。子の「お泊りデイ利用継続」という意向も変更なし。ケアマネが子との信頼関係を築くことができたから、最終的な生活の場をどこにするか、意向を確認する方針。	○医療ニーズが出現しても継続して利用できる介護サービスの充実。	
	家族	歯科医師		介護事業者	1							
	町会	薬剤師		警察								
	地区社協	訪問看護師		消防								
	市社協	1	保健師	1	地域包括							3
	民生委員		理学療法士		市役所							1
	高支連	11	社会福祉士		言語聴覚士							1
ボランティア				合計	22							
22	本人	医師	2	ケアマネ	22	地域包括支援センター	70代、独居。病院の相談員から重症の心不全で、すぐにでも入院が必要だが、家に犬がいるからと入院を断り続けている。本人は足がむくみ歩くのも大変で、少し動いただけでも息切れするような状態で、飼い犬と一緒に布団に寝ている。飼い犬は10歳の小型の老犬、予防接種未接種、飼い犬登録なし。包括が預かり先を探すが、見つからず、殺処分に連れて行く数分前に預かってくれる有償ボランティアが見つかり、2週間面倒を見てもらえ、入院することができた。	○動物を飼っている独居高齢者が、入院が必要になった時の動物の預け先。 ○独居高齢者がペットと離れる事を想定して準備をすすめてもらうことができないか。	○ペットを飼っている独居高齢者の早期発見・早期対応。 ○情報を地域で共有し、本人が対応困難であると判断した場合、支援する。 ○面倒を見られなくなった場合を想定して、予防接種や去勢等預かってもらいやすい準備をしておく。 ○早めに譲り先を探しておく。 ○SNSを活用し、譲渡先を見つける。	飼い犬の老犬は、ボランティアのトリミングで清潔になり、里親が見つかった。本人は退院しても飼い犬がおらず、さみしいと言いつつ、やや自暴自棄な生活をしている。酒量も増え痛風もあり、今後状態が悪化する可能性も高い。	○情報を地域で蓄積するだけでなく、現場に還元していく。 ○ペットを殺処分せずに保護できるよう、しくみづくりを構築する必要がある。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	2							
	町会	1	薬剤師	2	警察							
	地区社協	1	医療相談員	2	消防							
	市社協	1	保健師		地域包括							5
	民生委員	1	NPO	2	市役所							2
	高支連	3	行政・司法書士	2	実習生							3
相談協力員	1			合計	53							

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
23	本人	医師	2	ケアマネ	22	介護支援専門員	近所の支援がなく、介護保険でも対応困難で、ゴミが溜まりがちになってしまいう歩行困難の独居高齢者	80代、独居。要支援2。20年前からペースメーカーを利用。ヘルパー支援で掃除や買い物の支援を受けている。息切れが強く、四肢関節に痛みや筋力低下があり屋外歩行は出来ない。自営業の子が、高齢者宅に停めてある車を早朝に取りに来るがゴミ出しは頼めない。以前は子の配偶者が頻りに顔をだしたが現在は通院同行のみ。週1回は可燃ごみの日にヘルパーの支援時間が重なることが多く、廃棄することが出来るが、不燃・資源ゴミは廃棄できない。	<p>○ゴミ出しが困難(個別回収の条件が要介護4・5の人に限定されているが、利用枠を広げられないか)。</p> <p>○ペースメーカーを利用して息切れを起こしている。</p>	<p>○医師に息切れの件(ペースメーカー)を相談する。</p> <p>○松戸市環境業務課に連絡し、要介護4や5でなくても、家庭ごみ訪問収集を利用できるように手続きをする。</p> <p>○近所の人にゴミ出しの助けを求めてみる。</p> <p>○家族の中で頼めないか、再度確認を試みる。</p>	本人が遠慮して家族にゴミ出しを頼んでいなかったが、家族に話したところ家族がやってくれるようになり、ゴミ捨ての問題は解決された。このため、近所の支援を行っていない。その後病状が悪化して入院し、永眠された。	○ゴミ出しに困っている家庭があることを町会で共有し、各町会ごとにどのくらいゴミ出しの需要があるか把握する。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	2								
	町会	1	薬剤師	2	警察								
	地区社協	1	医療相談員	2	消防								
	市社協	1	保健師	2	地域包括								5
	民生委員	1	NPO	2	市役所								2
	高支連	3	行政・司法書士	2	実習生								3
	相談協力員	1			合計								53
24	本人	医師	2	ケアマネ	22	介護支援専門員	うっ血性心不全の診断で入院。退院となるが服薬管理、トイレ動作に支援が必要のため、ショートステイを3か所利用して特別養護老人ホーム空き待ち。デパスに執着があり、処方してもらっている。心不全があり食事制限があるが、夜中に起きてきて薬や食べものを要求が通るまで主張する。対応困難で退去勧告されることがある。家族は本人の気持ちより金銭面優先で、事業所をさらに探す要求をする。	<p>○薬の要求に対する対応の方法。</p> <p>○ケアマネに対し要求が多く本人の気持ちより金銭面優先の家族への対応方法。</p> <p>○今後この方の生活をどのようにしていくことが良いことなのか。</p>	<p>○デパスの執着については、精神科に受診し、薬の変更をしてもらうことで改善が見込める。</p> <p>○本人が介護保険料2割負担で費用がかかることも原因と考えられるが、ケアマネと関係性を作って信頼関係ができることで、家族の要求も落ち着いてくる。</p>	<p>○受診先の医療相談員に相談し精神科を受診、薬を調整。精神的にやや落ち着き無理な要求が減った。</p> <p>○市内の特養は入所待ちの為短期入所を続け、他市の特養へも相談に行った。区分変更で要介護5となり、他市の特養に入所。</p>	<p>○ケアマネ一人で抱え込まないように地域資源の案内・支援ができる体制づくり。</p> <p>○服薬などの医療的な問題を相談できる体制づくり。</p> <p>○地域資源の把握(精神科に関する医療情報)。</p>		
	家族	歯科医師	1	介護事業者	2								
	町会	1	薬剤師	2	警察								
	地区社協	1	医療相談員	2	消防								
	市社協	1	保健師	2	地域包括							5	
	民生委員	1	医療相談員	2	市役所							2	
	高支連	3	行政・司法書士	2	実習生							3	
	相談協力員	1			合計							53	

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
25	本人	医師	2	ケアマネ	22	介護支援専門員	精神疾患により攻撃性が高く支援方針を立てることが難しい方への支援	一人で生活はできそうな片麻痺の方であるが、介護保険サービスを強く希望。前任のケアマネは、「お前のせいで要介護から要支援になった」と言われ、本人の希望でケアマネ交代した。同世代の方と交流できる場を希望。年金支給年齢ではなく、貯金で生活しており経済的な不安がある。困っていると訴えるが、相談先を紹介しても相談しない。ヘルパー以外の訪問を好まず「訪問は3か月に1度でよい。ケアマネなら電話で対応しろ」と言いケアマネ、ヘルパーは男性を希望。電話や訪問は14時以降という決まりがある。	○ケアマネへの攻撃が激しく苦情電話が続き対応に困っている。 ○同世代の方と交流できる場を探してほしいという希望があり、2か所提案したが本人は検討すると言ったきり話が進まない。	○ケアマネ同席で現在のかかりつけ医に受診。脳梗塞の再発予防と精神科医を紹介してもらう。 ○状況に応じて毅然とした態度で接する。 ○ケアマネ一人で抱え込まず、多職種と連携して支援していく。	受診先の医療相談員と相談し、精神科薬の調整を行った。本人の無理な要求に毅然とした態度で、できない事を説明。障がい者支援相談先への予約も自分で行うよう説明し、自分で予約し相談に行くことができた。デイケアにも通えるようになった。	○障害・高齢者問わず、地域で問題となるようなケースの報告・声掛け。 ○相談窓口の周知(福祉まるごと相談室)。 ○ケアマネが他の専門職に相談できる体制づくり。 ○地域資源の把握。	
	家族	歯科医師	1	介護事業者	2								
	町会	1	薬剤師	2	警察								
	地区社協	1	医療相談員		消防								
	市社協	1	保健師		地域包括								5
	民生委員	1	医療相談員	2	市役所								2
	高支連	3	行政・司法書士	2	実習生								3
相談協力員	1			合計	53								
26	本人	医師	1	ケアマネ	6	介護支援専門員	生活状況への危機意識が薄いアルコール依存の事例	70代、要介護1、配偶者(要介護2)と2人暮らし、子どもなし。配偶者が買い物、調理金銭管理をしていたが、下肢筋力低下から困難になった。本人に買い物メモを持たせて買い物に行かせるとお酒のつまみを買ってきてしまう。飲酒をすると気分が高揚して卑猥な言葉を話したりすることがある。そのことで配偶者は交友関係を制限している。部屋の掃除やゴミ出し等は本人が行っており、本人は困っていると感じておらず、アルコール依存症の治療を望んでいない。	○本人に問題意識がなく、どのようなアプローチをとればよいか。 ○本人に問題意識がない為、支援を拒否されてしまう。どのように近づけばよいか。	○配偶者も同じケアマネなので、配偶者へのサポートを増やして、眼を増やす形で支援していく。 ○本人にお酒以外の楽しみがない為、アルコール依存症になっているのだと思われる。他の楽しみを見つけていく必要がある。	配偶者が急逝。本人はアルコール多飲による低カリウム血症で入院したが、退院後ノンアルコールビールへの切り替えに成功。また、任意契約により司法書士が金銭管理を開始。訪問介護、デイサービス、福祉用具を導入し生活が安定。夫の死も受け止めて、明るく生活している。	○見守りネットワークの構築。 ○お酒以外に楽しみを見つけられるように地域のつながりを作っていく。 ○地域に居場所づくりの必要性があるのではないか。	
	家族	歯科医師		介護事業者									
	町会	4	薬剤師	1	警察								
	地区社協	2	訪問看護師	1	消防								
	市社協		保健師		地域包括								3
	民生委員	4	理学療法士	1	市役所								1
	高支連		司法書士	1	福祉用具								1
CoCo	1			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
27	本人	医師	1	ケアマネ	6	介護支援専門員	上階からの攻撃で10年前から悩んでいるが妄想とは受け入れられない方の支援の事例	○適切な支援に繋げることができないだろうか。 ○心を閉ざしている本人の気持ちが懐柔できないだろうか。	○上階が無人であることを見せても納得できず妄想と認めない。説得するよりも、妄想と一緒に付き合っていくしかないと思われる。 ○まずは傾聴からはじめて「周りに話せてよかった」「関わりが来てよかった」という安心感からはじめていけないだろうか。	服薬拒否はあるが、訪問診療の拒否はなく、現状の医療体制は確保。ディサービススタッフやヘルパーに上階との話題を傾聴しながら、楽しい話題にスライドできるように配慮して本人のストレスを軽減できるように依頼し、サポート体制を構築。	○精神疾患の特徴を理解することにより、見方や接し方が変わるので、市民向け講演会などで地域住民に周知啓発していく。 ○URと協働していく。
	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		地域包括	3						
	民生委員	理学療法士	1	市役所	1						
	高支連	司法書士	1	福祉用具	1						
CoCo			合計	27							
28	本人	医師	1	ケアマネ	6	地域包括支援センター	80代独居。要支援2。約2年前に口腔底がんの手術をした。後遺症で発語が不明瞭、食事の飲み込みが悪く、外出する機会が減っている。配偶者と離婚し子との交流はなく、他市に住む兄弟も病弱で相談や今後のこと等頼れない。近所付き合いもほとんどなく、気持ちの落ち込みがあり、心療内科にも受診している。介護サービスの利用をすすめるが不要と思っている。孤独死の不安を漠然と感じている様子だが、行動に起こしていない。	○入院時の保証人や死後の整理について、考えたくないと言われる方に対する、どのタイミングでどのように伝えればいいのか。 ○家族から孤立して暮らしている方にエンディングを意識を高めておく方法はないのか。	○支援者との関係を築く中でエンディングの話を出した時に困ることが多く、そのようなルールをつくる。 ○団地は死亡時、遺品等の財産の相続権がある人を探すのが、存命の間は調査しない。 ○80歳を過ぎるとエンディングへの抵抗感が強くなるが、本人からの委任状があれば戸籍から調査して接触を試みることもできる。 ○メンタル面で受診歴があるなら、訪問看護で話を聞いてもらう。 ○天涯孤独という人は少ない。URでは孤独死の後、法的な手続き後、全てを処分している旨を伝え、エンディングを考える機会をつくる。	民生委員や歯科医等から独居ゆえに起こる今後の生活上のリスクについて話をしてもなかった。 本人に大きな変化はないが、本人を取り巻くネットワークが出来ることにより、本人の今後に対する不安や疑問を吐露できる環境が整いつつある。	○身寄りがなくとも入院を受け入れてくれる医療体制の充実。 ○団地は入居時に保証人を求めないため、独居で家族との縁が薄い入居者が多い。 ○研修や地域のイベントに来る人が同じ傾向がある。
	家族	歯科医師	1	介護事業者							
	町会	薬剤師	1	警察							
	地区社協	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	司法書士	1	福祉用具	1						
UR住まいセンター			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	
29	本人	医師	1	ケアマネ	6	<p>認知症で独居の方のエンディング支援について</p> <p>80代独居。要介護1。東北から状況し、結婚歴はあるが、離婚後は子など消息不明で、家族との交流がない。外出先から戻れない、電気製品の取り扱いが出来なくなっている。介護保険サービスに知人の協力で何とかつながっている。現在は友人が金銭管理を手伝っているが、介護サービスや施設入所などを利用するにあたり後見人が必要になるため、後見制度の利用を提案している。しかし、拒否がすよく利用手続きに至っていない。</p>	<p>○独居で進んで地域とのつながりを持つとしない方に対して、何かアプローチできることはないか。</p> <p>○認知症状が出る前の段階で、身寄りのない方の意識を高めておくことができないか。</p>	<p>○後見制度の費用負担を考え、まず親族調査をする。</p> <p>○話のもって行き方を工夫する。</p> <p>○親族調査や後見につながるために法律家に相談する。</p> <p>○エンディングノートは団地社協で販売しているが、定期的に書き直す必要がある。エンディングノート記入方法について団地、社協、自治会など団地住民に様々なイベントで活用する。</p> <p>○孤独死予防センターには経済的な相談が多く、生活支援課へ行くための交通費貸付を行うことがある。食べ物が無い相談に対してはお米を持っていくこともある。孤独死に陥る前に相談しやすい雰囲気を作りだしている。</p>	<p>近しい親族とは金銭的なトラブルを抱え協力は難しい。拒否感が徐々に改善し、介護サービスを利用し、ケアマネとの距離が近くなった。</p> <p>親族調査により、協力者を探せると分かった。このような事例については、地域包括に相談するといふことを改めて認識した。</p>	<p>○特に男性は今までの社会での功績に捕られエンディングのイベントに参加しない。</p> <p>○本当に相談をしなければならぬ人がエンディングのイベントに参加しなかったり、相談にいかない。</p> <p>○団地自治会、社協、包括等の共催でエンディングを考える催しの実現。</p>	
	家族	歯科医師	1	介護事業者							
	町会	3	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						3
	民生委員	4	作業療法士	1	市役所						1
	高支連		司法書士	1	福祉用具						1
	UR住まいセンター	2			合計						27
30	本人	医師		ケアマネ		<p>心疾患があり、急な体調悪化を繰り返している独居の方の見守りについて</p> <p>80代独居。要支援1。心不全の発作で入退院を繰り返している。ヘルパーの支援を受けて生活しているが、急な体調悪化が続くため、緊急通報装置の設置を提案した。家族も希望しており、本人も納得しているため、設置の運びとなったが、当日、電話回線不適合で設置に至らず、その後本人が「もうつけたくない」と、うまくいかなかった。</p>	<p>○一人暮らしで、心不全など急な体調変化がある人のセーフティネットについて。</p> <p>○人によるサービスや見守りには限界がある。機械や仕組みの活用方法や、個々の考え、事情がある中で、どんな選択肢があるか検討したい。</p>	<p>○人による見守りと、「見守りシステム」を複合的に活用していくことが理想的。</p> <p>○1階への転居など、URと相談してもいいのではないか。</p> <p>○見守りが必要な人が健康なときから「見守り」の必要性を考えることが大切。</p> <p>○緊急通報装置は、どの回線ならば設置可能なのか支援者が把握しておく必要がある。</p>	<p>○緊急通報装置設置には至らなかったが、民生委員とつながり、近隣知人の見守りと緊急時連絡を取り合える関係ができた。</p> <p>○団地独自や警備会社の緊急通報装置の設置条件を再確認でき、機会をみて再提案を試みる。</p>	<p>○高齢独居の方が多い団地の特性より、人だけでなく、「見守りシステム」の有効活用について普及啓発が必要。</p> <p>○団地の「見守りシステム」の利用を促すため、支援者側の理解の促進が必要。</p>	
	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						
	民生委員		理学療法士		市役所						
	高支連		社会福祉士								
	ボランティア				合計						23

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
31	本人	医師	ケアマネ	介護支援専門員	独居で身寄りのない方に対し、緊急通報装置を導入することが困難であった事例	70代、独居。要介護2。介入当初は緊急通報装置を提案するが、本人の拒否があり、導入ができなかった。その後、本人との信頼関係を構築する中、再度、緊急通報装置の導入について説明し、本人の合意を得ることができた。	○独居高齢者が多く居住している常盤平団地の特徴を踏まえ、緊急通報装置の導入を促進するにはどのような方法が効果的であるか。 ○現状の生活に変化を望まない方や、装置の導入に拒否的な方への支援方法について。	○緊急通報装置には、初期工事費用が必要で、少額でも支払うことに躊躇する高齢者は多い。 ○具体的な機能や、その他の「見守りシステム」を支援者側が理解を進めることで紹介でき、普及促進につながるのではないかと。 ○様々な「見守りシステム」の特徴を把握し、一長一短があるシステムの一覧表を作成するのも一つの方法である。 ○設置につながった事例等を共有することで、団地住民の利用促進につながるのではないかと。	○導入して1年以上だったが、緊急通報装置を利用した実績はない。いつもベットの側に装置を吊り下げており、いつでも誰かを呼ぶことが出来ることで安心して暮らしている。 ○心疾患があり、円背な状態で歩いている為、転倒の危険性もあるので継続して利用していく。	○「見守りシステム」の特徴を支援関係者が網羅的に理解することが必要。 ○様々な「見守りシステム」の情報がまとまっているものがあるとよい。 ○「見守りシステム」の利用促進のための普及啓発。
	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							
	民生委員	理学療法士	市役所							
	高支連	社会福祉士								
ボランティア		合計	23							
32	本人	医師	ケアマネ	介護支援専門員	お金はあるが家族との関係が希薄で自己管理ができず入退院を繰り返す事例	自殺を図り絶食していたが、生きたくなり自力で外に出て救急搬送。介護保険申請中で半年ほどの頻度で入退院を繰り返す。貯金や不動産収入はある。家はごみ屋敷で2階に居住しているが、支え立ちがやっとの状態で歩けるまでの回復は難しい。兄弟とは絶縁状態で遺産はやらないと話す。歩けなくてもいいから階段昇降がしたい、自宅のごみは業者に依頼したいとの希望有り。	家族・地域の関わりがなく、ごみ屋敷のセルフネグレクト	○本人の望む生活が重要。お金があるので施設が希望なら解決する。 ○食事はサービスを入れても一人では難しいため、食事の改善が必要。 ○お金の管理や相続の問題もあるので、後見人制度の利用をしようか。 ○近所で友達作りや話を聞いてくれる人、メンタル面をサポートする人を探す。 ○意思・意欲を引き出すことが自殺防止につながるのでは。	○ケアマネとの関係良好にて徐々に介護サービスを導入。階段昇降が可能になったほか、住環境の整備や食料の確保、入浴と社会参加ができるように。 ○通院介助で定期通院が可能になった。 ○孤独では無い環境ができた事で以前より前向きな生活を送っている。	○地域の方とつながり、何かあったときに関係機関へ繋げる関係性の構築。 ○セルフネグレクト時の医療・介護の連携をどこまでしてもらえるのか。
	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							
	民生委員	理学療法士	市役所							
	高支連	障害者相談室	親子すこやかセンター							
まつどNPO		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		
33	本人	医師	3	ケアマネ	4	介護支援専門員	キーパーソンがいない家族関係が複雑な世帯の支援について	要介護4だが介護サービス拒否。脱水や肺炎で入退院を繰り返しているが、配偶者は認知力低下、子①②はともに問題を抱えており適切な介護ができていない状況。子①は本人の意思を尊重し、子②は本人との関係を絶っている。	キーパーソン不在で適切な判断と介護ができていない	○子①②ともに自立していけるような環境づくりが必要では。 ○家族にそれぞれのサポートが必要になるのでは。 ○近所で配偶者と親しい人など家族以外による支援が必要。 ○医師から退院が難しい旨説明してもらうことが必要では。	○訪問診療医と小規模多機能型サービスの導入が決まり、在宅生活開始。 ○家族間での意見の統一は見られない。 ○往診医やケアマネと情報の共有を図っている。	○キーパーソンがいないような世帯についての多分野支援の推進。 ○近所の人など家族以外の見守りや支援。	
	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	6								
	民生委員		理学療法士	2	市役所								1
	高支連	4	障害者相談室	1	親子すこやかセンター								1
まつどNPO	1				30								
34	本人	医師	3	ケアマネ	4	介護支援専門員	後見人の取り消しが決定し支援困難状況が継続。支援者の責務等の線引きが迷走している	家賃などの未払いが100万円程度あり、支払いを踏み倒すだけでなく転居を繰り返していた。後見人が選任された後は金銭管理を後見人が行っていたが、自身のお金が自由に使えないことから「後見人が自分のお金を使い込んでいる」と虚言する。本人は後見人への不信感が募り、後見人取消請求を行い受理される。後見人取り消し後は本人が金銭管理を行うが未払いが多く残っており、ケアマネが返済計画を立てようとする本人が怒り、話にならない。	権利擁護の観点をどのように解釈し、支援を継続していくべきか	○再度後見人の申し立てが必要では。 ○本人の自立度が下がれば支援がしやすくなるのでは。	○基本的な生活スタイルに変化はない。 ○通院時に不動産により物件を探しているが、保証人が居ない事や嘘の電話番号を伝える事により契約に至っていない。 ○病院の未払いがあり、支払に行くも、払ったと嘘をつきスーツを購入。	○後見人の再申請に関わるような法律的視点で弁護士等の他分野との連携。	
	家族	歯科医師	1	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	1	親子すこやかセンター	1	地域包括								5
	民生委員	1	理学療法士	2	市役所								1
	高支連	5	高齢相談支援センター	1	実習生								1
障害者相談室	1			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
35	本人	医師	3	ケアマネ	4	介護 支援 専門 員	相続により、同一敷地内に住む子と長年トラブルが絶えない事例	自立で本人の行動に拠るところが大きい高齢者への支援の方向性	○支援機関は何かをするというより、聞き役になりそれぞれに信頼関係を築いていくのがいいのでは。 ○相続などの法律問題は支援機関での解決は難しいことを伝えるのがいいのではないか。 ○支援の必要性が出てきたときに支援をするしかないのでは。 ○同一敷地ではなく、離れた場所で暮らすことでそれぞれへの不満が薄れるのでは。孫にも悪影響。	定期的に本人と会い、話を聞いている。	○相続の問題は法律の専門家に聞くなど、どのような場合にどの期間に相談するかネットワーク構築を普段から行う。
	家族	歯科医師	1	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	親子療育センター	1	地域包括	5						
	民生委員	理学療法士	2	市役所	1						
	高支連	高齢相談支援センター	1	実習生	1						
障害者相談室		1	合計	32							
36	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護 支援 専門 員	子同士で意見の違があるときの家族へのアプローチ方法 要介護2で子①と二人暮らし。本人は白内障を患っているがごみが散乱しているなど転倒リスクのある生活を送っている。他県に住む子②はデイサービスの利用を増やしたいと考えているが、子①は必要性を感じないのかケアマネの訪問も迷惑そうな様子が伺える。	○子同士の意見が違ったときのアプローチ方法。 ○生活環境を改善するための方法。	○子①に受診同行してもらうなど現状を知ってもらうことが必要ではないか。 ○白内障は白く見えるので、白いものに赤いテープを貼るなど視力がなくて目立たせるような工夫があれば本人がごみを避けて生活環境が改善するのでは。	老人保健施設のショートを利用。診断書が出来次第、老人保健施設へ入所予定。	○孤立している世帯を見ても心配の声が地域から聞こえてこない。 ○高齢者、認知症、外からわかりにくい障害の方への手助け、声かけができる地域の意識醸成。
	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	理学療法士	1	市役所	2						
	高支連	社会福祉士									
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	
37	本人	医師	1	ケアマネ	3	介護 支援 専門 員	身寄りのない方との支援と地域関係との連携	独居で身寄りがない。今までケアマネやヘルパーとしか関わってこなかった。本人は入院しているがリハビリの意欲がなく、寝たきりの状態で車椅子を使用している。意思疎通は可能。	○判断能力が不十分で身寄りのない方の転居が必要になった場合の支援について。 ○ケアマネやヘルパーとしか関わらず孤立していた住民に対して地域でどのような対応が出来るか。	○孤立しそうであれば、民生委員に関わってもら。行政で孤立しそうな方を見つけられるネットワークがあると良いのではないか。	グループホームに入所。成年後見制度利用に向けて支援継続中。	○孤立しそうな方を見つけられるネットワーク体制の構築。
	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	理学療法士	1	市役所	2							
	高支連	社会福祉士										
ボランティア			合計	15								
38	本人	医師		ケアマネ	1	介護 支援 専門 員	独居、生活保護、持病、親族とは疎遠の方に対する在宅生活継続への支援	要介護3独居で週3回透析に通う。親族とは音信普通。小規模多機能の訪問で服薬管理や家事援助を受けている。生活保護費を自己管理できず借金をつくっていたが、日常生活自立支援事業の対応が困難と判断され、後見人の手続きを行っている。	○現在の支援内容の再検討。地域の方々に協力していただけることはないか。 ○タバコや散髪など本人の意向をどこまで尊重すべきか。後見人が決まるまで金銭管理等を願うことができる機関はないか。	○近所の人にごみ出しを依頼するのはどうか。 ○訪問薬剤師を導入するのはどうか。 ○生活支援課に今後の行き先等の相談を続けていく。 ○本人の意欲が高まるように、管理できる範囲で関わってあげるのはどうか。 ○金銭管理や身元保証人などに関して施策を市にあげていく。	1000円カットで髪を切ったが納得していない。叫ぶことは少なくなったが、意欲はないままの状態が続いている。	○ごみ出し支援の環境整備。 ○金銭管理等の意思決定が困難である高齢者の意思決定を行う仕組みの充実。
	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		消防								
	市社協	保健師		地域包括	4							
	民生委員	理学療法士	1	市役所	2							
	高支連	社会福祉士										
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
39	本人	医師	ケアマネ	1	介護支援専門員	介護拒否があり、暴力的な行為がみられる方の支援について	要介護3でサービス付き高齢者住宅に入居。入浴を嫌がり、遠方の子が面会に来た際に洗髪や清拭を行っている。歩行器で歩行中に前方に人がいると歩行器を前に押し出す、職員の声かけに対応しない等サービスを拒否している。食事の時間以外に食堂に来て食事が無いことに怒ることもあり、認知症の症状も進行している。	○本人に必要なサービスをどのようにしたら検討してもらえるか。 ○本人の気持ちをやわらげるために地域で対応できることはあるか。	○暴力的な行為は、その気持ちを抑える必要がある。その前に症状を抑える薬の服用が大事になるのでは。 ○子と本人はお互いを大切に思っているため、子への働きかけが重要ではないか。 ○地域や子の認知症の理解が乏しい。 ○同年代と話したり、テレビで本人の好きなアスリートの上映会をしてみんなで鑑賞するのはどうか。 ○専門医の受診が必要。	サービス付き高齢者住宅を退去。現在も入院中。	○地域や事業所、子への認知症の理解促進が必要。 ○認知症高齢者の社会参加の場が少ない。
	家族	歯科医師	介護事業者								
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	訪問看護師	消防								
	市社協	保健師	地域包括	4							
	民生委員	理学療法士	市役所	2							
	高支連	社会福祉士									
ボランティア		合計	9								
40	本人	医師	ケアマネ	3	介護支援専門員	高次脳機能障害のある方との関わり方	50代、独居。生活保護受給。高次脳機能障害あり。要介護1。メンタル不安定でケアマネへの連絡が頻繁にある。病識が乏しく、サービスを利用しても長続きせず、「早く良くなって就労したい」などの訴えがある。	○高次脳機能障害の方とのコミュニケーションの難しさ、関わり方について考える。 ○高次脳機能障害のある方の地域での自立支援について検討する。	○周囲から自分自身のことを理解されない苦しみから、本人にうつ病など精神疾患の合併など二次被害が生じる懸念がある。 ○本人は自身の変化を感じて苦しんでいる状態にある。苦しみを解消する為にまずは専門家に診てもらい、病態などを把握し、できることとできないことを整理する必要がある。その上で、本人が能力を発揮できるよう支援していく。	本人が神経内科の受診に前向きになってきている為、受診へ向けた支援をしている。また、生活支援課の新しいCWとの関わりができていたり、訪問看護を導入する予定であり、本人と関わる支援者を増やせるよう支援している。	○高次脳機能障害の病態の理解が不足している。
	家族	歯科医師	介護事業者	2							
	町会	薬剤師	警察	1							
	地区社協	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	市役所	2							
	高支連	医療相談員		1							
オレンジ協力員		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		
41	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	高齢寝たきりの親を介護する同居家族が言葉や習慣の違いから意思疎通が困難なケース	90代。要介護4。腰椎圧迫骨折、歩行困難全介助で車いす生活。海外で長年暮らし外国人の配偶者と家族と共に帰国。複数の子が交代で介護、1日3回の訪問介護でサービス量がオーバー。ヘルパーへの苦情、ヘルパーから子への不満もあり、広域居宅から小規模多機能に移行し、再度広域居宅へ戻した。定期巡回、訪問入浴、福祉用具の貸与を利用。サービスについて子、事業所、ケアマネで検討したが、子のヘルパーに対する命令口調への不満、子の事業者への不信感があり、関係が悪い。	○習慣の違い言語の壁から本人、家族と事業所との信頼関係の構築が困難な状況。どのような支援をしたらよいか。	○本人は穏やかで、ヘルパーに見守られ安心して様子だが、ケアマネやヘルパーを認識しているかは不明。 ○言語や文化の違いがあるため、子達に個々に対応せず、対家族として対応し、都度記録に残す。子は日本語が得意ではないため、書面で丁寧に説明し、必要時再度市の通訳を利用する。	訪問リハビリと訪問入浴の導入を行い、専門職の介入が増え、機能向上に繋がり本人の発語も増えた。子とケアマネとの関係は言葉の壁が大きく、意見交換することから開始し、現在は月一度のミーティングで円滑にサービスが進行。	○地域における外国人家庭への見守り支援	
	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		消防									
	市社協	保健師		地域包括	5								
	民生委員	1	認知コーディネーター	1	市役所								2
	高支連		認知症センター	1	OT								1
ボランティア				合計	16								
42	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	60代、独居。要介護2。生活保護受給中。離婚歴あり。60歳前後から脳梗塞、出血を繰り返す。デイサービスで転倒、入院するが自分のペースで生活したいという思いが強く退院後在宅へ。週6回の訪問介護、訪問リハビリ、訪問入浴、福祉用具レンタルで生活を開始。支援者の支えもあり、徐々にADL向上し、要介護4から要介護2となったことから、サービスを見直すことになるがサービスの継続を本人が希望している。子と一緒に花見をしたいとの思いがある。	○若く自己決定ができ、自分のペースで生活したい本人の希望にどこまで添えるか。 ○近隣との付き合い、外へのサービスを希望しない本人への支援について。	○本人が若く、支援者の支えがあり在宅独居が可能となった。 ○なぜ一人での生活を望むのか今までの経歴を知ることも必要。 ○子の存在が大きな支えとなっている。	痺れや動きにくさから受診し、梗塞が発見された。子が緊急連絡先になってくれた。本人も子との花見に向けて前向きに独居生活を送る。	○近所との付き合いを拒否するため、見守り支援が難しい。 ○介護保険事業者等と地域との連携による見守り支援が必要。		
	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		消防									
	市社協	保健師		地域包括	5								
	民生委員	1	認知コーディネーター	1	市役所							2	
	高支連		認知症センター	1	OT							1	
ボランティア				合計	16								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題
43	本人	医師	1	ケアマネ	2	<p>何かしらの障害で支援を必要とする本人と家族が在宅生活を望むケース</p>	<p>○病状のコントロール。 ○在宅生活継続に必要な支援。 ○子①②への支援。</p>	<p>○認知症の周辺症状については訪問看護を導入し治療する。 ○子①について障害者手帳の取得から就労支援に繋ぐ。 ○障害のある家族への見守り支援を民生委員で行う。 ○子②も年齢的な面で今後も就労困難が見込めることから、生活保護受給も検討する。</p>	<p>生活援助中心のサービスであるため保険者へ報告を行った。保険者からは小規模多機能型の利用について検討する案が出されたが、本人の拒否があり困難なことから現状の支援者で対応する方針となった。</p>	<p>○支援が必要な本人と家族に対し、地域と連携し介入、見守りを行う。</p>
	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		地域包括	6					
	民生委員	1	理学療法士	市役所	2					
	高支連		社会福祉士	OT	1					
ボランティア			合計	17						
44	本人	医師	1	ケアマネ	2	<p>介護サービスの受入について本人と家族の意向が異なる共依存ケース</p>	<p>○家族や友人以外の訪問を拒む方への介護サービスの介入方法について。 ○支援内容について。</p>	<p>○認知症の周辺症状があり今後は精査と定期受診が必要。 ○独居であることから、訪問看護が入り、生活状況の把握や医療連携していくことが必要。 ○包括が介入し説明することで、家族、ケアマネに共通理解を持たせ、サービスを安定させる。</p>	<p>生活援助中心のサービスであるため保険者へ報告を行った。保険者からは小規模多機能型の利用について検討する案が出されたが、本人の拒否があり困難なことから現状の支援者で対応する方針となった。</p>	<p>○本人と家族が共依存である場合に、支援者が地域と連携し介入できるような仕組み作り。</p>
	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		地域包括	6					
	民生委員	1	理学療法士	市役所	2					
	高支連		社会福祉士	OT	1					
ボランティア			合計	17						

番号	参加者				相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
45	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	何かしらの障害が必要な本人、家族が在宅生活を送れるための支援	認知症の本人と介護する配偶者の二人暮らし。経済的理由で老人ホームへの入居困難。本人のADL自立度は高い。認知症専門医にかかっている。不整脈による服薬加療で下肢浮腫が軽減すると、BPSDの徘徊が増えた。本人は介護保険2割負担ということから、サービス増加による経済的圧迫が見込まれ、在宅生活を継続する必要性あり。他県に住む子は就労しており、介護はできない。	○認知症の本人を高齢の配偶者が介護しており、現在のサービス内容に対応ができなくなってきた。 ○本人のADL自立度が高く、訪問介護の需要がない。 ○在宅生活継続のために小規模多機能居宅支援を提案するか。	○配偶者の介護負担軽減のために、認知症専門医、子らと検討する。 ○徘徊は夕刻が不穏となるため、夕暮れ症候群の対応。 ○暴力は配偶者や支援者にも及ぶため、重度認知症対応型通所サービスの利用を検討。 ○本人の発語から行動を分析、パーソンセンタードケアを行う。	小規模多機能を短時間で、デイサービスを1回/週、開始し、不穏になることもなく、1日利用になった。送迎時に準備ができてない日も、スタッフの声掛けで利用できるようになった。配偶者の介護負担については、徘徊をすることが少なくなり軽減している。子への関わりが、週末の来訪のみのため、今後はケアマネとの関係作りを行う。	○本人のみではなく、家族の支援も含めた体制づくり。
	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	5							
	民生委員	理学療法士		市役所								
	高支連	社会福祉士		その他	3							
ボランティア			合計	15								
46	本人	医師	1	ケアマネ	4	介護支援専門員	医療処置管理が必要な認知症利用者の痛みを軽減し、高齢介護者の負担軽減のために医療介護連携が必要なケース	認知症の本人と心臓病の配偶者の二人暮らし。本人は閉塞性肺疾患、前立腺肥大症、陳旧脳梗塞、膀胱結石除去術後であり、在宅酸素、尿道バルーンの利用あり。バルーン留置位置不具合で痛みがあり、本人はうまく伝えられない。基礎疾患が複数あり、経過観察が必要だが、認知症の症状から医療機関と適切な関係が築けず、主治医不在となった。	○医療処置の管理をする際、本人が痛みを訴えても、理由がわからない。 ○病院等の対応が悪く、病院難民となり状態が悪化した。	○日常的な医療処置管理が必要なため、日ごろから認知症専門医と総合病院等の医師と二人主治医体制をとり、連携して支援する。 ○高齢の配偶者への支援が必要であり、訪問看護から介護指導を行い、医療介護の連携を図る。 ○バルーン留置は認知症である本人のストレスになっている可能性があり、医療面について病状安定を見越し検討する。	訪問診療を中心に、在宅生活が続いている。訪問看護師と主介護者の配偶者の関係が良好になり相談できるようになった。配偶者の介護負担については、本人が独歩でトイレに行くため、排便の処理がうまくいかない問題がある。バルーン留置が自宅でも通所サービス利用時も良効になった為に生活全体が安定してきた。	○本人のみではなく、家族の支援も含めた体制づくり。
	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	5							
	民生委員	理学療法士		市役所								
	高支連	社会福祉士		その他	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		
47	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	認知症の配偶者の介護に疲弊する厳格な本人との関わりと今後の生活について	80代、要介護2。配偶者80代、要介護3でアルツハイマー型認知症。2人暮らしで子①とは疎遠。子②は年に数回訪問する程度。配偶者の拒否が強くサービスを見合わせていたが4年前訪問介護、デイサービスを利用開始。2年前に配偶者が入院。本人の要望で施設入所に向けて進めるも、本人とMSWとのトラブルや本人の意見が変わる等して決定せず元の生活に戻った。	○配偶者の認知症状悪化で負担が大きく、疲弊している本人へのサポート方法。 ○夫婦で参加できる介護保険以外のサークルや身近に相談できる場所があるか。	○訪問看護や往診等を週1回から導入し、相談しやすい環境づくりを行う。 ○医師との情報共有を行い、配偶者の診断や薬の調整を行う。調整の間だけでも配偶者はショートステイを利用し、夫婦分離の時間を作る。 ○元気応援くらぶや介護支援ボランティア、カルチャースクール、認知症カフェなどへの参加や、ボランティアや教える側としての参加を促していく。 ○マンション内の相談窓口やサロンで、夫婦に合うものを提案。 ○将来的に訪問診療が必要になる可能性があるので、訪問診療ができる病院と繋がっておく。	地域包括主催の啓発教室等に参加している。配偶者も物忘れが多くなったが認めない。定期受診は行っている。配偶者の介護負担軽減に対応するも、気分にはむらがある。配偶者の意向で現時点ではボランティアやカルチャースクール等の出席は難しい。	○緊急時に対応できるような医療・介護の連携体制の構築。 ○認知症の高齢者が相談・参加しやすい活動の場へ繋げる体制の構築。 ○外出が難しい高齢者夫婦や認知症の方と地域とのネットワーク構築。	
	家族	歯科医師		介護事業者	2								
	町会	薬剤師		警察									
	地区社協	1	訪問看護師	1	消防								
	市社協	1	保健師		地域包括								5
	民生委員	3	理学療法士		市役所								2
	高支連		社会福祉士		医療相談員								1
ボランティア				合計	19								
48	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	介護サービス利用者と家族の意向が異なる場合の支援	80代、要支援1。週1回通所リハビリに通っている。独居で子は週1回本人宅を訪問。虚血性心疾患の疑い、難治性逆流性食道炎。定期受診はしておらず内服なし。子からヘルパーサービス希望あり導入したが本人の拒否があり終了。本人は掃除や料理はできていると話す、実際に掃除はできていない様子。短期記憶に乏しいが認知症の診断は受けていない。子は体調不良があり、ヘルパーを導入したいが、本人は人をお願いすることへ拒否がある。	○ヘルパー支援が必要な状態だが、本人が拒否している場合のサービスの提案方法。 ○本人と子の意見の食い違いが多く、お互いが納得いくサービスの提案はどのようなのが考えられるか。	○セルフネグレクトに入りかけのケース。アウトリーチにかけ等まずは医療に繋げる方がいいのでは。 ○医療面から本人の状態を確認し、子にフィードバックすることで安心感を持ってもらうのはどうか。 ○掃除に関しては、お掃除ロボットのスイッチを押してもらうなどデイサービスの職員に協力してもらってはどうか。 ○ヘルパーは子が訪問している時間に合わせて訪問してはどうか。 ○受診や検診を本人に勧めるにあたり、本人が拒否する可能性はあるが、90歳の節目や東京オリンピックを動機づけにしてはどうか。	受診の提案をするも、本人が受診の必要性について自覚がなく未実施。お掃除ロボットについては、通所職員が本人に声がけすることで本人がスイッチを押し、通所中に作動できており習慣になりつつある。子も納得している。	○医療と介護の連携体制の推進。	
	家族	歯科医師		介護事業者	2								
	町会	薬剤師		警察									
	地区社協	1	訪問看護師	1	消防								
	市社協	1	保健師		地域包括								5
	民生委員	3	理学療法士		市役所								2
	高支連		社会福祉士		医療相談員								1
ボランティア				合計	19								

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題		
49	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	障害を持つ主介護者と認知症症状がある本人への支援について	70代、要介護4、アルツハイマー型認知症。障害を持つ子と同居。子は教会の責任者でボランティア活動をしていて、現在は障害年金で生活している。本人の認知症状が進行し子の介護負担が大きくなっている。デイサービスやお泊りデイを利用しているが、毎日デイを利用すると点数が超過してしまうため、ショートステイや施設入所を提案するも自宅にさせたいとの意向。民生委員も関わりサロンへ誘ったり調整をしている。元々自宅がごみ屋敷状態であったが、現在は掃除や入浴、洗濯もできるようになっている。	<ul style="list-style-type: none"> ○障害を持つ主介護者と認知症高齢者世帯において、インフォーマルな支援を含めどのようなアプローチがあるか。 ○子の介護負担軽減のための支援をどのようにしていくか 	<ul style="list-style-type: none"> ○日常の言動を民生委員やデイサービスの職員等で多職種が連携し多面的に情報共有する。 ○認知機能に合わせて薬のコントロールを行う。 ○地域へつなぐアプローチ、かかりつけ医の内科的なアセスメントが必要。 ○衛生面的に入れ歯は外した方がいいが、歯の本数による。歯科介入の声かけをする。 ○食事の際の見守りや体重管理。体重管理はデイサービスで把握する。 ○子が相談できる人が必要。障害支援機関に繋がるよう声をかける。 	部屋の片づけは少しずつ子が行い玄関先は改善。訪問時玄関に入れるが部屋の中には入れない。週4日のショートステイや通所の利用中に入浴できるように、清潔保持・口腔ケアも可能になり、子の負担が減った。	<ul style="list-style-type: none"> ○障害を持つ介護者に対して地域がどのようにサポートできるか。 ○見守りが必要な人の相談先を明確にしておく。 ○高齢者と障害者の世帯は今後増加する可能性があるため、対応できる体制を構築する必要がある。
	家族	歯科医師	1	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	4							
	民生委員	理学療法士	3	市役所	2							
	高支連	歯科衛生士	1	栄養士	1							
	医療相談員		2	合計	25							
50	本人	医師	1	ケアマネ	2	介護支援専門員	訪問時の入室や支援の受け入れに時間を要し、薬の管理や食事の把握が困難であるケース	60代、アルツハイマー型認知症。独居で兄弟と親族がサポート。約5年前から物盗られ妄想があり、包括が受診同行していた。電話に出ない、受診拒否が度々見られ、親族や包括に妄想や不安を訴えるようになる。家族の希望で医療保護入院。本人の希望で3か月後に自宅に戻る。その後は毎日訪問介護が投薬確認、夕食は安否確認を兼ねて宅配弁当を頼み、週1回訪問看護を導入。応答がなかったり、ヘルパーをすぐに帰そうとする行動がみられる。	<ul style="list-style-type: none"> ○服薬や食事がとれないと病状悪化のリスクがある。 ○今後入室やサービスの拒否によりケアができなくなる可能性あり。地域の関わりも含めてどのように支援していけばよいか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活習慣や栄養面など、モニタリングやアセスメントができる内科の医師が必要。 ○口腔内の写真を撮りかかりつけ医へ情報共有する。口腔ケアに関しては、ヘルパーや訪問看護が促し意識を持ってもらう。 ○体重の経過を見て、配食を増やしたり買い物に同行するのはどうか。 ○内服薬に関しては、服薬しやすい工夫をする。 ○自宅に入れなくなってしまった場合は、診察の場で本人に同意を得るとよい。 ○地域の方にも見守りをお願いし、情報共有していく。 	現在は毎朝ヘルパーが服薬管理、週1回訪問看護が健康チェックと食事摂取状況を確認。被害妄想はあるが、担当者会議で話し合っただけでは留守はなくなり受診も拒否なし。栄養面は、体重が増え経過観察中。冷蔵庫の中は未確認。地域の見守りは継続し、何かあれば親族に連絡がいく。	<ul style="list-style-type: none"> ○オートロックのマンションは緊急時やサービスの拒否がある場合様子がわからず対応が難しい。 ○地域で見守りをするにあたり、確認事項を決めておく。 ○受診同行という形で第三者が診察室まで入れる仕組みがあるといい。
	家族	歯科医師	1	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	4							
	民生委員	理学療法士	3	市役所	2							
	高支連	歯科衛生士	1	栄養士	1							
	医療相談員		2	合計	25							

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	モニタリング結果	地域の課題	
51	本人	医師	ケアマネ	3	地域包括支援センター、介護支援専門員	本人が拒否している場合の救急搬送時の対応について	80代、認定申請中。配偶者と同居。自宅がごみ屋敷で、夫婦共に身動きが取れず救急搬送が必要な状態であったが、本人が搬送を拒否しており、親族の連絡先も把握できていなかった。高齢者支援課より在宅医療・介護連携支援センターへ働きかけをして救急搬送の際に主治医の同行が叶い搬送することができたが、搬送後に親族から問い合わせがあるまで連絡先の把握ができなかった。	○本人以外から親族の連絡先を把握する方法。 ○今回のケースのような場合に緊急搬送をする必要があったらどのように対応すべきか。	○既に関わりがある人の中で連絡を取り合い情報を交換する。 ○救急搬送の例外事項について救急隊に問い合わせし、可能であれば今後推進会議等で説明してもらう機会を設ける。 ○緊急搬送が必要だが本人が拒否している場合の親族の連絡先等個人情報の取り扱いについて、市のケア会議に事例として挙げ検討していく。	個人情報の確認は、推進会議及び市のケア会議に挙げて検討していく。関係者内では在宅での生活は難しいと考えたが、入院中の主治医より本人の「自宅に戻りたい」意向を尊重することになった。自宅の環境整備とサービス調整を行っている。	○認知症や精神障害の疑いがある高齢者夫婦や独居世帯、ごみ屋敷への対応。 ○近隣との繋がりが無く、民生委員や地域包括が介入ができず、本人や親族の状況把握が難しい高齢者への対応方法。
	家族	歯科医師	介護事業者	3							
	町会	薬剤師	警察	2							
	地区社協	訪問看護師	消防	3							
	市社協	保健師	地域包括	3							
	民生委員	理学療法士	市役所	1							
	高支連	社会福祉士									
	ボランティア		合計	19							
52	本人	医師	ケアマネ	3	地域包括支援センター、介護支援専門員	本人と親族の意向が異なる場合の支援	80代、要介護2。配偶者と同居。自宅がごみ屋敷で、身動きが取れない状態だが配偶者が介入を拒否している。高齢者支援課と地域包括支援センターで状況を確認し、配偶者の抵抗はあったが緊急ショートを利用。親族は施設入所を希望しているが本人は在宅を希望。自宅の環境を整備し在宅サービスを調整し生活環境を整えたとして、1人での在宅生活が可能か。区分変更中。	本人の希望と家族の意向どちらを優先すべきか。	○区分変更で要介護3以上になれば特別養護老人ホームの申請が可能になる。入所ができるようになるまで小規模多機能等を利用しながら在宅で生活してはどうか。 ○基本的には本人の意向を尊重し在宅での生活をする。在宅で利用可能な介護保険サービスについて家族の理解を得る必要がある。 ○在宅に戻るためには自宅の環境を整えることが不可欠。	在宅での生活に向けて調整を行っているが、配偶者が自宅に戻る事になった場合には二人で生活する事は出来ない為、配偶者の状況に合わせ施設入所についても検討中。	○要介護状態の方が1人で暮らしていくための介護保険、介護保険外サービスが少ない。 ○近隣との関係が悪い高齢者が独居で暮らす際の見守り、支援方法。
	家族	歯科医師	介護事業者	3							
	町会	薬剤師	警察	2							
	地区社協	訪問看護師	消防	3							
	市社協	保健師	地域包括	3							
	民生委員	理学療法士	市役所	1							
	高支連	社会福祉士									
	ボランティア		合計	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	
53	本人	医師	ケアマネ	2	地域包括支援センター	ライフラインが停止し、受診拒否の独居高齢者の事例	70代独居、介護保険未申請。訪問のたびに酒臭あり。行動範囲は広く、気分が良いと教育論等会話が長い。年金が下りるとお金を使い切ってしまう、ライフラインを止められる。自動引き落としを勧めるが、自分で行うという話が進まない。受診を促すが、「人間はいつか死ぬ、自分のことは自分が一番わかるから」と話す。配偶者の遠縁が家主でアパートの階下に住むが、連絡が取れない。	○受診拒否(体重減少・下腹部痛)。 ○計画的な金銭管理ができず、ライフラインが止められる。	○本人に何かあった際に、他者に迷惑がかかることを理解させる。 ○年金が下りた時のお金の使い方を把握しておく。 ○隣近所や民生委員、ボランティアの見守りが必要だが本人拒否が強いため、まずは遠くからの見守りを行い、変化があった時に対応する連絡体制を作る。	地域包括が継続訪問し、信頼関係は安定してきている。 受診拒否は強く、医療介入できていない。	○地域における男性のいきがづくり。 ○地域が見守っているという体制づくり。
	家族	歯科医師	介護事業者	6							
	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	5							
	民生委員	理学療法士	市役所	2							
	高支連	社会福祉士									
ボランティア		合計	18								
54	本人	医師	ケアマネ	2	介護支援専門員	アルコール依存症のため断酒できない高齢者への生活支援	60代独居、要介護1、自立支援医療受給中。鬱で気持ち落ち込み自殺企図あり。飲酒も止められず栄養状態悪化。歩行は安定せず外出時は転倒を繰り返す。本人は穏やかな性格。ケアマネを気遣う発言あり。	アルコール依存症の改善を主に考えている医療専門職と、ケアマネとの間にある支援の方向性の違い。	○断酒のために酒を飲まない日を作る。 ○医師とケアマネが連携して服薬管理を行う。 ○訪問サービスを入れて目の届くようにする。	デイサービスに通い始め、生活状況が改善。4月から断酒できているようであり、見守りを継続。	○地域における男性のいきがづくり。 ○地域と専門職が連携した見守り体制作り。
	家族	歯科医師	介護事業者	6							
	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	5							
	民生委員	理学療法士	市役所	2							
	高支連	社会福祉士									
ボランティア		合計	18								

別添2

各自立支援型個別ケア会議における
参加者・テーマ・議論の概要

自立支援型個別ケア会議における参加者・テーマ・議論の概要(個別事例別) 平成30年6月から11月実施分

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題			
1	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	訪問リハビリから通所リハビリへのステップアップ	配偶者と子と同居。9か月前に脳梗塞を発症。上肢麻痺と言語障害あり。言語聴覚士と作業療法士による訪問リハビリを3か月前より開始。歩行は安定しており、会社のOBと会うために県外まで電車とバスを乗り継いでいくことができる。買い物は本人、家事は配偶者と本人が行っている。本人は現在の訪問リハビリを気に入っている。配偶者は通所リハビリにかえて、他者との交流を希望している。	○訪問リハビリの目標は達成したため通所リハビリに繋げたいが本人が希望しない。	○リハビリ導入時の目標を本人と確認する。 ○担当医より通所リハビリに移行する必要性を説明していただく。今までの達成状況を褒めてもらう。 ○担当者会議を実施し、担当言語聴覚士、作業療法士より現在の状況を伝える。	○民生委員などとの交流、見守り、声掛けで近所の方と交流を持てるようにする。 ○セルフヘルプグループなどへの参加を促す。			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所	4	その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	5	社会福祉士							2	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							12	社会福祉士	2
			合計	32								
2	医師	歯科医師	薬剤師	地域包括支援センター	意欲はあるが、本人の望むような活動の場所がない	要支援1。配偶者と2人暮らし。脳梗塞の既往があり、右半身に痺れと冷感、右足の上がりにくさがあるが、身の回りのことは自立。週2回の書道教室を開催したり町会の役員活動もしている。昨年6月に痺れや冷感が悪化し、再発を疑い受診するも異常はなく、筋力をつけるよう指示が出る。運動のためリハビリ特化型デイサービスを見学するも納得されず、短期集中予防サービスを利用。自覚はないが体力テストの結果では向上が見られる。利用終了が近づき、機能低下の心配から運動の継続を希望している。	○リハ型のデイサービスでは物足りなさを感じている。 ○以前通ったスポーツクラブはプログラムも利用も自分次第のためほとんど通わなかった。 ○利用終了後の運動継続の場の選択肢。 ○セルフケアを続けるためのモチベーションをどう保つか。	○医師に「筋力をつける」こと具体的な目的を伝えてもらい、どのような筋力が必要で、どれくらいの運動量が適切かわかればセルフケアに繋がっていくのではないかと。 ○何かあれば相談に乗るということを伝えた上で、本人の利用できる資源を提案し見守りでもよいのではないかと。 ○活動時にアドバイスをもらえるスポーツクラブはどうか。目標が明確であれば運動が継続できるのではないかと。 ○町会でも活躍しているため、「歩こう会」のようなグループを作り活動してもらうのはどうか。	○短期集中予防サービスの卒業者や自立に近い男性向けのサービスがない。 ○半日型デイサービスが不足しており、選択肢がない。 ○地域により利用できるサービスに差がある。			
	理学療法士		作業療法士							1	言語聴覚士	
	市役所	2	その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	2	社会福祉士							3	主任ケアマネ	6
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ		ケアマネ							16	社会福祉士	
			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	地域の課題			
3	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	寝たきりや認知症ではない高齢者の施設入所について	独居。配偶者は10年前に死去。子はいない。精神疾患の服薬治療中。服薬の影響でふらつきがあり、転倒を繰り返していた。自宅前の喫茶店やお風呂に通い、そこでの交流が楽しみであり生きがい。人を信用しやすく過去に詐欺被害の経験あり。先月肺炎のために入院。キーパーソンの兄弟は退院後は施設入所を勧めるが、本人は最期まで在宅で生活することを望んでいる。頑固な性格でサービス拒否あり。	○本人と家族の意向に相違がある。 ○転倒を繰り返している。 ○サービス導入に拒否がある。 ○独居のため再度詐欺被害の可能性あり。	○本人の意向を尊重する。在宅生活の限界を決めるのは本人である。 ○本人と家族と将来について話し合う機会をつくる。 ○環境の変化は精神疾患の悪化につながる可能性がある。 ○詐欺被害の防止に日常生活自立支援事業や成年後見制度を検討する。	○本人を支える見守り体制の強化が必要。 ○詐欺被害防止についての啓発活動の強化。 ○高齢者がきままに通える体操教室があるとよい。			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所	4	その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	5	社会福祉士							2	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							12	社会福祉士	2
			合計	32								
4	医師	歯科医師	薬剤師	地域包括支援センター	他者の支援があれば外出可能な利用者の訪問リハビリ利用について	70代、要支援1。生家で兄弟家族と同居。兄弟家族は農家で生計を立てている。小児まひ後遺症で歩行が出来ず、両下肢機能廃絶。身体障害者2種5級。車いすで移動しているが、行動範囲は自宅のみと少ない。本人宅が集まり場のような場所で普段から友人が遊びに来る。10年近く歩行しておらず通院ができないため、訪問診療を受けている。立位が不安定なことが増え、トイレへの移乗時に足首を捻挫。主治医から強いリハビリの勧めで介護保険を申請。通所型サービスは地域的に選択肢がほとんどなく、また近所の目を気にして希望せず。訪問リハビリは利用を了承・開始される。	○他者の支援があれば外出可能だが、訪問リハビリを継続してもよいのか。 ○本人は通所型を希望せず、地域的に選択肢もほぼない中、どのように通所型の利用に結び付けるか。 ○自立支援に向けどのような支援があるか。	○訪問リハビリを継続しても良いが、以前の暮らしができるなど目標設定をし、ゴールを決めておく。 ○通所型サービス事業所に名前のない車で迎えにきてもらう。通所リハは市外でも利用可能なので検討。友人から勧めってもらう。 ○訪問リハビリは長期はできないことを予め本人に伝える。定期的な評価をする。体重が重いため、栄養管理の指導が必要では。 ○今後家族負担が増える可能性があるため、家族と連携をしていく。 ○本人宅で友人も含めて体操教室などを開催してはどうか。	○地域に通所型サービスの選択肢が少ない。			
	理学療法士		作業療法士							1	言語聴覚士	
	市役所	2	その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師	4	社会福祉士							5	主任ケアマネ	6
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ		ケアマネ							17	社会福祉士	
			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	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	身体・認知機能が改善しているが、浪費傾向がある方の今後のサービスの方向性	60代、独居。生活保護受給中。7年前の脳梗塞で片上下肢の麻痺と肩に拘縮があったが、身体機能は回復してきている。浪費とアルコール過剰摂取の過去があり、子が金銭管理を6年間担っていた。食事はデイサービスと宅食と買い物代行支援、入浴は自宅の入浴機器故障のため、デイサービスと老人福祉センターを利用している。本人より自分で金銭管理をしたいと希望があり、2か月前から本人が金銭管理を行っている。	浪費傾向がある本人に、家族から金銭管理が移っている中でサービスの必要性。	<p>○サービスを一度に全てなくすのではなく、必要のないものから減らしていき、様子を見る。</p> <p>○市の家計相談に生活保護のケースワーカーより相談してもらい、本人に金銭管理が適切にできるのか経過をみていく。</p> <p>○入浴設備の修理、場合によっては転居についてもケースワーカーに相談する。</p> <p>○家族の支援について確認する。</p>	<p>○60代が利用しやすいインフォーマルなサービス(通いの場等)が少ない。</p> <p>○男性が楽しめるサロン、料理教室が少ない。</p> <p>○近所に銭湯などの入浴施設がない。</p> <p>○民生委員などとの見守り体制の調整ができるとうい。</p>			
	理学療法士	作業療法士	1							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							4	主任ケアマネ	4
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	0	ケアマネ							8	社会福祉士	1
					合計	20						
6	医師	歯科医師	薬剤師	特定介護予防支援事業所	介護予防への取り組みと動機付け、今後の支援について	配偶者と2人暮らし。1年前まで運動目的に半日のデイサービスに週に2回通っていた。体調が優れず運動が少なくなり感じ始めていた時、原因不明の足の甲の浮腫から皮膚トラブルを起こし、デイサービスを中断した。歩行が不安定であるため再度利用を勧めるが、日常生活で外出するなど運動の機会をつくると断られる。2か月前に配偶者より電話があり、外出先で転倒し全身打撲をし、一切外出しなくなり足腰が弱くなったため、再度デイサービスを利用したいと相談あり。トイレに間に合わないことがでてくるなど配偶者は今後の介護に不安を感じている。配偶者はリハビリ希望があるが、本人は勧めても頑固に拒否している。	<p>○身体機能が改善しないままサービスを中断したケースへのケアマネのかかわり方。</p> <p>○機能低下が進んでいながら自覚のない人へのアプローチ方法。</p>	<p>○浮腫の原因が不明であるため、受診時に家族が同行し、浮腫の原因と運動の可否について医師に確認する。</p> <p>○本人の不安の根拠に寄り添ってみる。</p> <p>○目標のハードルを下げ本人の自信を取り戻し、地域の運動教室に繋がるとよい。</p> <p>○リハビリアセスメント事業を活用する。</p> <p>○地域の資源(介護予防教室、いきいきサロン、図書館通い)などを提案する。</p> <p>○訪問看護、訪問リハビリの導入を検討する。</p> <p>○サービス中止後のモニタリングについて、一覧表にして定期的(3か月ごとなど)に電話をかけているケアマネもいる。</p>	<p>○定年後の男性の過ごす場所が限られている。</p>			
	理学療法士	1	作業療法士							1	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							4	主任ケアマネ	4
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ	0	ケアマネ							8	社会福祉士	1
					合計	20						

番号	参加者			相談者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域の課題		
7	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	独居になり、生活が荒れてアルコール依存症がある方の支援について	父親の介護をしていたが、父親の他界後に生活は荒れ、家はゴミ屋敷となった。アルコール依存症になり、自宅前で倒れていたところを救急搬送され入院。アルコール依存症治療のため、5か月入院加療した。その間に、兄弟の協力を得て自宅を引き払い転居した。精密機械の会社に勤務していたため、機械などを組み立てるのが好き。写真撮影やネットショッピング、旅行、ドライブなど趣味は多かった。以前からうつ病とインターネットでの買い物依存がある。簡単な調理や買い物は自身でもできるが、ヘルパーが家事支援に入ることによってゴミ屋敷にならず、生活が維持されている。転居後の地域に友人はおらず、断酒会は一年くらい前から行っていない。断酒の治療を試みたがうまくいかず、現在精神科に睡眠薬をもらいに行き主治医との信頼関係はできている。	○ADLは自立しているが、主治医からはヘルパーとのつながりは今後必要と言われており、再度生活が荒れてしまう恐れがある。 ○うつ病、買い物依存がある方の自立に向けたアプローチ方法。	○断酒会を辞めた理由を本人に聞いてみる。アルコール依存に関しては引き続き医療との連携を持つ ○亡くなった父親の介護が自身の役割であったように、生き甲斐を失ってしまったと思われる。趣味活動を活かせる場に誘い出す(シルバー人材、ボランティアなど)。 ○デイサービスなどお酒から離れる時間を増やして自分の役割を持つ ○ヘルパーと一緒にできることを増やし、自立支援医療での訪問看護など常に気に掛けてくれる人を見つける ○リハビリ職のアウトリーチを活用する	○若い方が地域で役割を持つ居場所づくり。 ○趣味活動のサークルや外出できる場所が必要。 ○趣味の発表の場が必要。		
	理学療法士	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	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
			合計	25							
8	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	リハビリの必要性はあるが意欲がなく、金銭面もある利用者の自立支援について	子①と2人暮らしの男性。生活保護受給。脳梗塞、脊柱管狭窄症による下肢の動きにくさ、痺れがある。整形外科のリハビリに週1回通っていたが医師より運動を勧められる。リハビリ型デイサービスの利用を開始するも意欲続かず休みがち。子①や子②(市内在住、生活保護)の車で病院の送迎や買い物をしてしたが、生活保護CWに指摘され、車に乗れなくなったため、電動カートのレンタルを開始した。本人の年金と子①の収入で生活したいとの意向で、生活保護が廃止となる。デイサービスはお金がかかるし、どうせ良くなるからとやめてしまった。	○医師からは運動の指示が出ており、デイの継続が望ましいが本人は必要性を感じていない。 ○生活保護廃止で金銭的に余裕がない。 ○自宅内で転倒を繰り返し機能低下が懸念される。 ○本人の意向通りのサービスでよいか。	○運動の機会はデイにこだわる必要はなく、別の運動の場が望ましいのでは。 ○医師から何のために運動が必要か働きかけてもらっては。今の生活を続けることのリスクを伝える。 ○OPTから転倒予防についてのアドバイスがあるとよい。リハ職によるアセスメント事業を活用してはどうか。 ○本人の意向を尊重し、無理に勧めなくてもよいのでは。SOSを出す能力はある。 ○地域のサロン、男性の集まりに電動カートで行く。本人が役割をもてるようなボランティアも良いのでは ○訪問看護を導入し、リハビリ、セルフケアも良いのでは ○BMI25、栄養面も気を付けた方がよい。 ○栄養士からのアドバイスがあると良い。	○若い方の居場所、参加できる場所がない。 ○若い世代向けのサービスがない。 ○男性の料理教室があるとよい。 ○地域の活動の場への参加を促してくれる人材がほしい。		
	理学療法士	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	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
			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	地域の課題			
9	医師	歯科医師	薬剤師	地域包括支援センター	プランの妥当性とうつ傾向がある本人と家族に対する支援について	子と子の配偶者と同居しているが日中独居。うつ傾向と腰痛あり。毎日腰痛のためタクシーで通院する以外は外出していなかった。勧めてから利用までに時間はかかったが、短期集中予防サービス機能強化コースと事後の自費サービスを利用。身体機能が改善し、買い物や同窓会などの外出が増えたがうつ傾向は継続している。子は本人を精神科へ受診させたいと考えているが、本人は受診する意思はない。	○うつ傾向にある本人と家族に受診についての意見の相違がある。	○短期集中予防サービスで改善がみられているのでプランは妥当。 ○本人のうつ傾向についてのアセスメントが関わりはじめに必要で、今後原因や対応について分析し、支援の方向性を再検討するとよい。 ○子の思いや、メンタル面についてさらに確認が必要。 ○自費サービスと介護保険のサービスを並行して利用すれば本人の精神的サポートが受けられるのでよいのではないかと。 ○本人と家族が安心して医療機関を受診できるよう調整が必要。	○専門科目の医療機関の情報不十分。			
	理学療法士	2	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	2	社会福祉士							7	主任ケアマネ	8
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ		ケアマネ							社会福祉士	合計	23
10	医師	歯科医師	薬剤師	地域包括支援センター	肺疾患、見当識障害があるなか、今までのように在宅生活を継続するためには	80代、独居。やせ型。家事にこだわりを持ち、他人に任せることができない性分。子が月1回訪問。親戚や知人との交流もある。バス・タクシーで受診し、服薬・排泄・入浴・金銭管理など自立。家事や裁縫など1日自宅で過ごすことが多い。知人を自宅に招くことを好み、1～2時間話すなど元気な様子。同じ話を繰り返す、探し物、日時など見当識障害があるが物忘れ外来などの受診はない。近年、3度ほど食事が摂れず、体重減少のため入院した。主治医からは療養のため、家事を半分程度にするよう話があった。訪問介護員による家事負担の軽減を図るが受け入れが出来ずにいる。	○家事負担の軽減を図るにはどうすべきか。 ○認知症の予防のためには何をすべきか。	○体重の減少には栄養指導や配食弁当、栄養補助の導入を。訪問看護師の指導。主治医、本人と家事負担の軽減を具体的にする。 ○知人との関わりがあるため、見守り体制の再整備。家族の協力体制、緊急時の対応の確認をする。 ○まつど認知症予防プロジェクトを利用。デイサービス利用を勧める。	○地域の見守り体制の強化。			
	理学療法士	2	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	2	社会福祉士							7	主任ケアマネ	8
	指定介護予防支援事業所											
	主任ケアマネ		ケアマネ							4	社会福祉士	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			
11	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	本人の意向と家族の意向にズレがある場合の自立支援について	要支援1。80代独居。子①子②は県外で子③は近隣市在住。昨年8月に左大腿骨骨折し、整形外科のリハを週1回利用中。ADLは自立、自宅内は伝い歩き又は杖歩行。買い物や掃除は家族が交代で行うとの事だったが、2月に子③より週1回ヘルパーの買い物支援を希望する連絡が入る。子③は仕事が忙しく、本人が子③を頼りにし、負担が偏っている。本人は自分で出来ていると買い物支援を拒否。子①子②は子③に対して「本人が困ればそれなりにする。負担ならなくて良い」との意見。本人は数年前に鬱病で入院し、糖尿病もある。人見知りが強く、介護サービス利用を嫌がっている。配食弁当は利用検討中。	○本人と子③(KP)の主張が異なる。 ○子③の負担が多いのは事実。 ○買い物支援を導入すべきか。また、どのように導入すべきか。	○本人が買い物できているか再度アセスメントを実施する。手段として自費での買い物同行サービスにて実態を把握する。リハビリを受けている整形外科に本人の状況を聞く。子③による買い物支援を止め、状況確認する。 ○子3人の支援がバラバラな様子がある。それぞれの意見を聞く場を設ける。 ○サービス導入のタイミングとしては整形外科リハ職からの見立てや血糖値など血液検査の悪化が見られるなど医学的見解も大きな目安となるのでは。 ○本人の「できている」という言葉を受け止めることも大事。利用できそうなサービスがあれば随時本人と子③に伝え、子③の気持ちの面で負担感軽減を図る。配食の紹介はよい。	○買い物に付き添ってくれる近所の人やボランティアがいない。 ○近隣に自分で買った商品を配達してくれるスーパーがあればよい。			
	理学療法士	1	作業療法士							言語聴覚士		
	市役所	2	その他									
	地域包括支援センター											
	保健師 看護師		社会福祉士							2	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	
					合計	19						
12	医師	歯科医師	薬剤師	指定介護予防支援事業所	終活することで不安を払拭し、本人らしくより生き生きと暮らす	5年前に右膝人工関節置換術後両膝に痛みを抱え、可動域制限あり。20分以上の歩行が困難で歩行速度は遅い。生活は自立で旅行、カメラ、(撮影・加工したものを披露)短歌の投稿・出版の趣味がある。交友関係もあり、町内会で役員をし、デイサービスに週1回通うなど充実した生活を送っている。一方で独身の子と同居し、子に対する不安と習慣化した不眠がある。本人から、無駄な延命治療はしないでほしいと希望あり。本人は死に対する準備を開始し、かかりつけ医の見直しや、光熱費の名義変更など本人は少しずつ安心している様子。	○自らが望む人生の最期を迎えるための準備と要支援の段階でできること。 ○自宅で看取るための社会資源の活用と医療機関等との連携方法。	○将来の死より今の生活の充実が大切。 ○千葉県医師会作成のリビングウィル用紙では医師により専門的な説明と本人家族の署名の用紙がある。 ○家族との相談が必要。 ○看取りとはなにか、の説明会が必要。 ○エンディングノート活用と講習会参加により心の整理がつくのでは。 ○看取りに対応したかかりつけ医探しと情報公開。 ○緊急通報装置の手配。 ○本人の不安の根源を究明する。 ○正月に毎年家族で遺言書を確認する。 ○病院で看取りは可能か、癌末の緩和ケアとの違いの情報。	○看取りに対する普及活動、看取り対応できる医療機関の提示などが必要。 ○終活、エンディングノートの活用など情報共有の場が必要。			
	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		社会福祉士							2	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	
					合計	19						