

令和 5 年度

足立区地域包括支援センター

地域ケア会議実施報告書



足立区 地域包括ケア推進課 医療・介護連携推進担当

は じ め に

地域ケア会議は、平成23年6月の介護保険法改正時に関係者との連携努力義務が明記されたことにより、高齢者が医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らし続けられるための包括的支援ネットワークである「地域包括ケアシステム」を実現させるための重要な手法の一つとして位置づけられました。

足立区では地域包括支援センターがこの会議の主催者となり、地域の町会・自治会関係者、医療・介護の専門職、NPO、行政職員等の協働のもと、次の5つの目的や役割を持って平成25年度から開催しています。

- ① 高齢者の個別課題の解決を図る
- ② 地域の専門職や住民等の支援者によるネットワークを構築する
- ③ 個別ケースの課題分析等を積み重ねにより、地域に共通した課題を明確化する
- ④ 共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくりにつなげる
- ⑤ 介護保険事業計画への反映等の政策形成につなげる

また、近年、要支援者を中心とした軽度者の増加傾向が顕著となっていることから、自立支援・介護予防の観点から検討に取組み、さらには、新たな資源開発や政策形成につながるような体制構築が必要であるとして、「あだち人生いきいき会議（東京都事業名：自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議）」を令和3年度からブロック圏域で開催しています。

令和5年度は、地域ケア会議を25か所全ての地域包括支援センターで合計38回、あだち人生いきいき会議を合計5回開催しました。

このたび、令和5年度の地域ケア会議のまとめとして本報告書を作成しましたので、ぜひ、会議で取り上げられた個別課題、また、そこから抽出された地域課題等にお目通しをいただき、今後の取り組みや業務の参考にさせていただければ幸いです。

目 次

1 令和5年度地域ケア会議のまとめ

- (1) 地域ケア会議のテーマの背景に含まれていた課題（グラフ）…………… 1
- (2) 地域ケア会議で提起された必要な支援策と具体的な対策案…………… 2

2 各地域包括支援センターの地域ケア会議実施報告書

- (1) 基幹（梅島・島根）…………… 3
 - 病気等により外出機会が減った方が再び外に出られるための支援と地域でのネットワーク構築について
- (2) あだち…………… 6
 - ①認知症夫婦を地域でどう支えるか
 - ②フレイル予防で元気な地域を目指すために
- (3) 伊興…………… 12
 - 在宅高齢者への服薬自己管理に向けた支援について
- (4) 入谷…………… 15
 - 認知症の方が住み慣れた地域で暮らす為の有効な支援
- (5) 扇…………… 18
 - 精神疾患のある独居高齢者に対する地域住民の理解と有効な支援、関係機関による支援のネットワーク構築
- (6) 江北…………… 21
 - 精神疾患があり金銭管理ができず必要のないものやはらえないものを購入してしまう事例
- (7) さの…………… 24
 - ①都営住宅に居住する住人の見守り支援体制について
 - ②居住に課題を抱える高齢者(住宅確保要配慮者) への居住支援体制について
 - ③本人ミーティングを実施して～本人が暮らしやすい地域をつくるための支援・ネットワークを考える～
- (8) 鹿浜…………… 33
 - 公的支援に適合しない方への支援について
- (9) 新田…………… 36
 - 「いつまでも元気な高齢者が自立できる街」～新たな通いの場への取り組み～
- (10) 関原…………… 39
 - 高齢の生活困窮者への食糧支援について
- (11) 千住西…………… 42
 - 在宅を継続するためにこんなときどうしていますか？(通所のあれこれ)

(12) 千寿の郷	45
生活依存度の高い身寄りなし、独居、高齢男性の生活を支えるチーム形成について考える	
(13) 千住本町	48
退院時のがん末期利用者のスムーズな支援について	
(14) 中央本町	51
コロナ禍を経て地域との関係が遠のき、身近な親族の死をきっかけに、より死にたいが口癖になった高齢者への支援	
(15) 東和	54
執着により物を溜め込んでしまい、自宅内に収まりきれず、屋外に物が溢れ、近隣に迷惑をかけているケース	
(16) 中川	61
①独居高齢者の安否確認に関する緊急対応 2	
②認知機能が低下し、セルフネグレクトが疑われる事例	
(17) 西綾瀬	64
心の孤立に対しての地域での取り組むべき支援	
(18) 西新井	67
①身寄りなし（と思われた）で訪問を拒否する高齢者の見守り支援体制の構築 ①	
②身寄りなし（と思われた）で訪問を拒否する高齢者の見守り支援体制の構築 ②	
(19) 西新井本町	73
①独居、男性高齢者、ギャンブルにより生活の破綻がある。地域で孤立し支援に結びついていない方に対する有効な支援と関係機関による支援ネットワークの構築	
②身体機能の低下を認識しない本人の生活を地域で支えているケース	
(20) はなはた	79
単身身寄りがなく金銭管理や契約行為が困難な高齢者の支援	
(21) 一ツ家	82
①明らかに妻に支援が必要だが、夫が介護保険の説明を理解できず利用を拒否する認知症夫婦へ、介入するヒントとは？（架空事例）	
②一年前に夫が他界後独居となり、徐々に不安が強くなり、引きこもりからフレイルとなった。再び外出できるようになるにはどうしたらいいか？	
③家族からも地域からも孤立している高齢者世帯へ、適切な支援を行うために必要な視点とは？	
④病状の急性増悪で支援が必要だがケアマネが見つからず、経済的な制約もあり民間サービスも利用できなかったため、包括職員が生活上の支援を行った事例	
⑤「病気の息子たちとこれからも暮らし続けたい」と願う認知症高齢者の思いへ、支援者はどう向き合うか	
⑥両親の介護で介護離職のリスクに直面している子が仕事を続けられるために必要な支援の視点とは？	

(22) 日の出	100
高齢者を詐欺被害から守るための地域でのネットワーク構築	
(23) 保木間	104
高齢者の多い集合住宅での孤独死をどう防ぐか。～早期発見・早期対応のための つながり・支えあいをどう作る？～	
(24) 本木関原	107
①介護保険サービス、医療受診に繋がりにくく、あらゆることに不信感がある 独居高齢男性の支援について	
②ゴミを集めてしまい近所から苦情が出ている夫婦の支援について	
(25) 六月	113
①ご近所から苦情があり、介護保険サービスを増やしたいが経済的理由で増やすことが 困難な認知症のある独居高齢者を地域で支える	
②妄想から特定機関へ業務の支障がでるほどの行動を繰り返す高齢者と、特定機関への 支援と対応方法	

3 あだち人生いきいき会議の開催状況

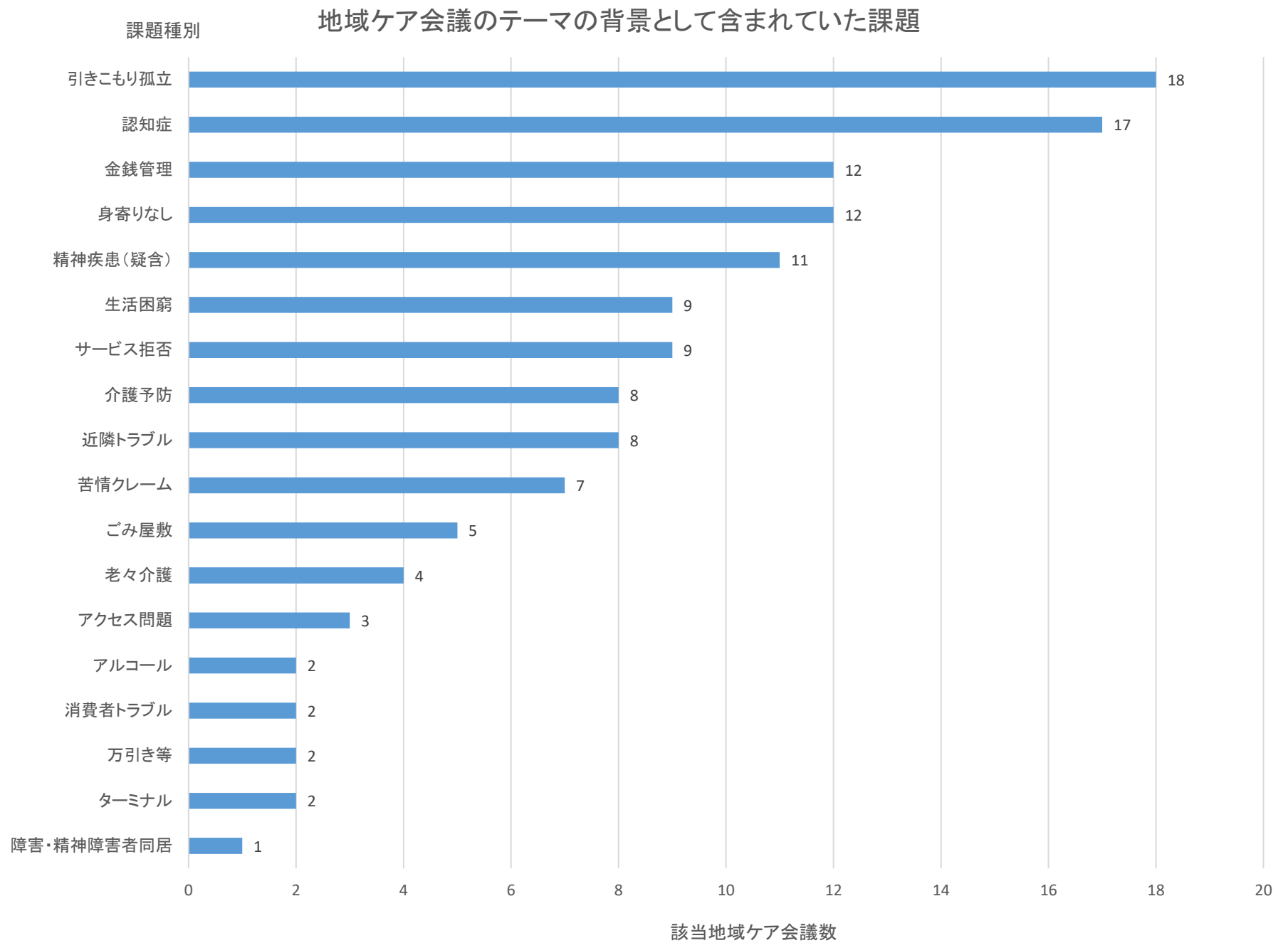
(1) 各事例の検討内容・結果

① 北部ブロック【1事例目】	119
② 北部ブロック【2事例目】	120
③ 東部ブロック【1事例目】	121
④ 東部ブロック【2事例目】	122
⑤ 千住ブロック【1事例目】	123
⑥ 千住ブロック【2事例目】	124
⑦ 中部ブロック【1事例目】	125
⑧ 中部ブロック【2事例目】	126
⑨ 西部ブロック【1事例目】	127
⑩ 西部ブロック【2事例目】	128

1

令和5年度地域ケア会議のまとめ

～ 課題と対策 ～



地域ケア会議で提起された必要な支援と具体的な対策案

No.	分類	課題	会議で提案された具体的な対策	残された課題
1	引きこもり・孤立	・身寄りのない高齢男性の孤立 ・孤立死予防 ・高齢者の地域での孤立（心の孤立） ・外出支援	・住民同士の交流が図れる環境作り ・古い支度講座の開催 ・異常発見時の相談窓口の周知 ・「困った時はお互い様」の雰囲気作り ・地域情報の一覧を作成し発信 ・地域の介護施設等の交流スペースの活用 ・地域資源マップの更新 ・町会、自治会の見守り活動 ・ヒートショックなどの注意喚起 ・民生委員の役割の周知活動	・孤立しがちな要素（身寄りなし、独居、人と交流を好まないなど）をもつ方の居場所の確保 ・絆のあんしん協力機関の圏域を超えたホウカツとの連携 ・地域のリーダーや社会資源を把握する方法 ・誰でも気軽に参加できる場の検討 ・若い世代からの協力を得る方法 ・送迎の希望に対応できるよう、若い世代の協力員の発掘
2	認知症	・認知症夫婦の金銭管理等権利擁護 ・認知症症状による近隣住民からの苦情 ・認知症の方が住み慣れた地域で暮らし続けるための有効な支援	・地域住民へ古い支度の周知 ・元気なうちから集まれる場所づくり ・本人ミーティングやオレンジカフェ参加の働きかけ ・（認知症のある）介護者と本人が地域から孤立しない地域作り・近隣住民の認知症の理解の促進 ・認知症サポーターフォローアップ講座の受講者が受講後も継続してボランティアに参加できる仕組みづくり	・「居場所」までの移動手段 ・やすらぎ支援員の担い手不足 ・近隣住民に認知症の理解を促す具体的な方法とは ・商店、企業などへ認知症や精神疾患の方への対応方法や相談窓口の周知不足 ・本人ミーティング参加のための同行支援の仕組みづくり
3	金銭管理	・ギャンブル依存による生活破綻 ・単身身寄りなしの方の金銭管理	・見守り体制の整備 ・NPOによる支援を受ける ・金銭管理や財産保全の必要性について周知 ・「じぶんノート」の記入方法について介護予防講座を企画	・市民後見人の育成、活用 ・近隣住民の理解促進 ・介護サービス事業所の制度がい業務についての評価
4	身寄りなし	・年齢不詳で相談窓口が明確になっていない事例の見守り支援体制 ・家族・友人を亡くした高齢者への支援	・保健センター、くらしとしごとの相談センター、福祉事務所等への繋ぎ（重層的支援体制整備事業への基盤づくり） ・地域を含めた見守り体制の構築 ・古い支度を含めた権利擁護に関する支援内容や連携のタイミングの共有	・問題行動のある年齢不詳の方について包括的な相談窓口、支援機会がない。
5	精神疾患	・被害妄想、治療拒否による医療未受診 ・精神疾患により浪費してしまう独居高齢者 ・精神疾患による被害妄想と近隣トラブル	・見守り体制の構築と警察、交番との連携 ・成年後見制度の利用 ・地域住民に対する精神疾患の普及活動	・病気に対する理解を得るための家族への対応方法 ・地域住民が本人を理解していくための取り組み ・民間の店舗等が消費者の異変に気づき、（浪費を）予防できる体制づくり
6	生活困窮	・生活困窮している高齢者の支援 ・住宅確保要配慮者（預貯金なし、身寄りなし）への居住支援	・フードドライブへの参加や協力 ・食糧支援により孤立防止につながることをふまえた居場所づくり ・お部屋探しサポート事業者民間不動産会社との連携 ・あんしん生活支援事業等の早期案内 ・古い支度の普及	・高齢者を対象として食料配布場所が少ない。また身近にない。 ・生保受給にならない生活困窮の高齢者に対する居住支援
7	サービス拒否	・被害妄想、治療拒否による医療未受診 ・病識が乏しくセルフネグレクト傾向がある	・アウトリーチ事業の活用 ・ケア会議の結果（疾患のリスク・生活や病状管理の必要性・地域交流の勧め等）を本人と親族（親族）に渡す	・本人家族の意思を尊重した権利擁護の支援 ・本人の状況や介入のタイミングの把握
8	介護予防	・病後・コロナ禍等による外出機会の減少によるフレイル ・配偶者の死後、意欲低下からのフレイル	・自分で選べる情報を提供することで意欲向上につなげる ・ウォーキングマップ作製 ・本人の好きだったこと（カラオケ等）ができるサロンへ行けるよう支援（付き添いボランティア）	・自主グループ同士の意見交換会、情報交換会 ・高齢者の移動、付き添い支援を実施できる社会資源の創出 ・高齢者が気軽に参加できる場の創出
9	近隣トラブル	・認知症と思われる症状により昼夜問わず近隣を訪問 ・ごみ屋敷問題（No.10参照）	・早期にチームを結成し対応する ・認知症の特定診断 ・親族の理解を促す ・既存のサロン・地域住民のグループにつなぎ居場所を作る	・地域住民の理解促進 ・サロンや地域住民のグループへの同行支援
10	ごみ屋敷	・転居先でも繰り返すごみ屋敷問題	・精神科受診の提案 ・警察、消防、行政を含む地域関係者同士の顔の見える関係・ネットワークの構築 ・問題の背景にある孤立の問題に取り組む	・精神科受診及び介護保険申請の促し ・親族関係（キーパーソン）の確認、協力要請 ・片付けに対する拒否がある本人達へ、その片付けを促しながらの関係性の維持
11	アルコール	・介護保険対象外の方（65歳未満アルコール依存）への支援	・見守りと情報共有 ・住診医からの診断へつなげ、介護保険サービスの利用を可能にする	・アルコール依存の方への支援の仕方、かかわり方の理解
12	消費者トラブル	・高齢者の詐欺被害 ・不要な携帯の契約を繰り返す（知的障害疑い）	・絆のあんしんネットワークや地域住民への現状周知 ・消費者センターによる出前講座や普及啓発チラシの送付 ・地域住民や関係機関による見守りの継続 ・受診の継続により心身の悪化を防ぐ ・NPOによる精神的サポート支援	・周囲で早めに気づける関係性作り ・成年後見制度利用に向けた支援 ・店舗への協力依頼

2

各地域包括支援センターの 地域ケア会議実施報告書

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（基幹）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和5年 7月20日(木) 10時00分 ～ 11時30分																															
開催場所	梅島住区センター 第2集会室																															
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション						計(2)名																								
	それ以外の 地域関係者	町会長、民生委員2名、ふれあいサロン、主任介護支援専門員、 地域包括ケア推進課、絆づくり担当課、基幹 地域福祉課、包括支援課						計(9)名																								
事例タイトル (テーマ)	病気等により外出機会が減った方が再び外に出られるための支援と地域でのネットワーク構築について																															
ケース情報	年齢	80代	性別	男性	世帯 構成	二世帯住宅 (1階本人/妻2階長女夫妻)	介護度	要支援2																								
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	区内要介護（要支援）認定者数、受給者数、受給率は毎年微増している。当地域でもケガや病気をきっかけに心身機能や認知機能の低下から介護申請を行うことが増えると予想されるが、介護認定を受けても安心して外出することができ、自宅や施設等に閉じこもらず生活できる支援体制やそのような高齢者を増やさないような取り組みについて検討したい。																															
個別事例の問題・課題	・在宅酸素になる前は趣味であった写真撮影を行うため外出したり、2km離れたなじみの床屋に通うなど活動的であった。しかし、病気をきっかけに在宅酸素になったことで外出することに不安を感じている。 ・意欲が低下し、妻に依存的になっている。 ・同居の長女夫妻は仕事があり、常時の介護はできない。																															
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☒ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☒ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☐ 身寄りなし</td><td>☐ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☐ 生活困窮</td><td>☐ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☒ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☐ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☐ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☐ その他（ ）</td></tr> </table>								☒ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者	☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☒ 介護予防	☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）
☒ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																														
☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																														
☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																														
☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者																														
☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																														
☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☒ 介護予防																														
☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																														
☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）																														
課題の背景 I	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	【本人】間質性肺炎 在宅酸素 【妻】高齢による下肢筋力低下。難聴。																													
		☒ 性格・気質	【本人】酸素ボンベを持って歩いている姿を見られたくない。一人であるのが怖いので妻には外出してほしくない。 【妻】妻として夫の言うことに従うのが当たり前である。																													
		☒ 経済状況	【本人】厚生年金、国民年金 経済的な問題はない。																													
		☒ 学歴・職歴	【本人】会社員（建築関係）																													
		☒ 趣味・嗜好	体調が悪くなる前は写真が趣味だった。																													
		☐ 宗教等	特になし																													

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	本人は妻に依存的であり、妻は介護負担を感じている
		☒ 近隣対人関係	引っ越し当時は付き合いがあったが、近所の方は亡くなっており現在交流は希薄。
		☒ 住環境	1階本人と妻が生活。2階長女夫妻が生活している。住宅環境は今のところ問題なし。
		☒ 社会資源・サービスの不足	持病を抱えながら安心して参加できるものがない。
		☒ 社会参加・就労	以前は写真が趣味でコンテストに出展していたこともある。
		☒ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	現住所に24年前から住んでいる。戸建てが並んでいる住宅地。歩いて5分ほどにスーパーマーケット、ドラッグストアがある。
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	元気な頃は趣味や外出を楽しんでいた方が、病気を患い外に出る気力を失った。外出できなくなってしまった背景には何が潜んでいるのか。	
	地域連携ネットワーク構築	地域での見守り体制の共有。参加者それぞれの活動内容の共有。困ったときに相談できるところの把握。	
	地域課題発見	・自宅にこもってしまった方を地域でどう発見ができるか。（町会・自治会に加入していない人も含めて） ・既存の社会資源で見守り体制が構築できるか。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	1 情報・課題の共有（別紙検討事項用紙を用いて参加者と検討を行った）
	・20年前に娘夫婦と同居したが親しい近所の方は亡くなっており地域との関わりが薄い ・娘も心配はしているが、本人との壁があり職人気質である本人には意見を言えない ・妻が近くにいないと不安になってしまう ・電動車いすがあれば写真クラブに参加できると話していた時期があるが、酸素が開始となり現在は関わりがない ・酸素1ℓで少しの間はずしても大丈夫であると思われるが、トイレなどにも妻が付き添い負担があるのではないかと ・写真以外でも興味が持てるものが見つかるとうい ・地域との接点がない。男性は地域と繋がれるのかが心配である ・元気だった時と現在の状態のギャップがあり受け入れられない ・地域で参加できるものや利用できるものの情報を知らない ・下肢の浮腫があり体調の悪化があるのではないかと ・外出するときの不安（在宅酸素・車いす）がある
	2 意見交換
	・妻や娘の繋がりから一緒に地域にでたり、不安が共有できる場所（サロンなどで同じ境遇の方がいるところ）、行きたいところが選択できるような情報があるとよいのではないかと。 ・体調が心配な方でも安心してサロンなどに参加できるよう医療職（ボランティア）がいるとうい ・サロンの中で興味がある催しがあると、車いすの方を家族が連れてくることがあったので興味があるものを発信していくとういのではないかと

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	CM	サロンなどの情報を本人へ伝えていく どんな活動に興味がありどのような情報が必要なのか 確認し、新しく創出できるのか包括に相談していく	1か月以内 3か月以内
	民生委員 訪問看護 サロン	見守り訪問で気になる方がいたら包括へ相談する 包括やサロンと共に地域活動に参加し健康相談等を行う 食に関することは興味があるため大人食堂開催に向け 検討する	常時 6か月以内
	地域包括支援 センター	地域の方が情報を把握しやすいように地域情報の一覧を 作成し地域住民や関係者に発信していく 大人食堂の開催について可能かどうか検討していく 介護をしている方が話せる場所として家族会を始めた ため案内をしていく	6か月以内 常時
	個別課題解決		
会議目的に対する成果・到達点	サービス等を提案し本人の価値感を変えるのではなく、自分で参加したいやこれならできると感じ自分で選べる情報を提供することが意欲向上に繋がると共通認識することができた		
	地域連携・ネットワーク構築		
	- 関係者が顔を合わせて話し合いをしたことでそれぞれの役割を確認することができた - 関係者が持っている“強味”を活かす、お互いに利用していくことで連携が強まることを確認することができた		
	地域課題・その他		
	- 絆のあんしん協力員がサロンの送迎をしているケースもある。送迎の希望に対応できるよう若い世代からも協力員の発掘ができればよい - 本人が地域の情報を知り選べる機会を増やすための資源が必要であると確認できた		
今後の検討事項（残された課題）	- 誰でも気軽に参加できる場所がないため、大人食堂の開催など集まりやすい場の検討をしていく - 民生委員、町会自治会、協力員、事業所、包括などが役割を知り情報を共有する - 医療に関する不安をやわらげるために在宅酸素を使用している方たちが情報交換できる場があると良い - 杖や電動車いすなど同じように利用している方が集まれる場があるとよい - 地域情報の一覧作成前にどのような情報が必要なのか検討し、どこに行けば情報が得られるのか地域の方が分かりやすい仕組みづくりが必要		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（ あだち ）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5 年 5 月 30 日(火) 13時 00 分 ～ 14時 30分									
開催場所	あだち再生館 2階リサイクル学習室									
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	主治医（絆のあんしん協力機関）、担当介護支援専門員、訪問介護サービス提供者 責任者、薬局薬剤師（絆のあんしん協力機関）								計（ 4 ）名
	それ以外の 地域関係者	民生児童委員、絆のあんしん協力員（聞き取り）、権利擁護センターあだち 基幹包括支援センター、地域包括ケア推進課								計（ 4 ）名
事例タイトル (テーマ)	認知症夫婦を地域でどう支えるか									
ケース情報	年齢	80代	性別		世帯 構成	夫婦	介護度	夫介護 ¹ 妻介護 ²		
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	夫婦ともに疾患による後遺症や認知力の低下となっているケースが多い。単身と違い外部からの発見が遅れがちな傾向があり、気づいたときには制度や支援内容の理解が難しい状況となっているため。									
個別事例の問題・課題	頼れる親族もおらず、夫婦ともに理解力の低下がありながらも、日常生活の支援を続けてきた中、妻が脳疾患の再発なる。介護サービスだけでは対応ができず、病状や金銭の管理など様々な制度を提案するも理解ができず拒否となり、必要な資源につなげることができない状況となっている。									
課題の整理	☒ 老老介護	☐ アルコール		☐ アクセス問題						
	☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立		☐ 高齢者ドライバー						
	☐ サービス拒否	☐ ターミナル		☐ 万引き等						
	☐ 身寄りなし	☒ 金銭管理		☐ 災害弱者						
	☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル		☐ 高齢者施設						
	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム		☐ 介護予防						
	☒ 認知症	☐ 消費者トラブル		☐ ペット						
	☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者		☐ その他（ ）						
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL		夫：認知症確定診断なし・糖尿病 妻：脳出血後遺症による高次脳機能障害						
		☒ 性格・気質		夫婦ともに穏やか						
		☒ 経済状況		夫婦厚生年金 家賃収入あり 特に夫は年金が高い						
		☒ 学歴・職歴		夫：大手物産会社 妻：銀行勤務経験あり						
		☒ 趣味・嗜好		夫：アルコール 妻：踊り						
		☐ 宗教等								

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	夫：地方に妹（妻入院中に金銭支援あり） 妻：隣県にいとこ（病院への連絡先として対応）
		☒ 近隣対人関係	会えば挨拶程度 親しくしていた友人は疎遠となっている
		☒ 住環境	戸建て
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☒ 社会参加・就労	食事を兼ねて2人で週に1～2回外食（飲み屋）をする
		☒ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	古くから住んでいる方と建売地域が混在している地域
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	支援者チームとの関係構築 役割分担	
	地域連携ネットワーク構築	早期発見・介入のための具体的な社会資源の検討	
	地域課題発見	老いを我が事と考える周知活動	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	1 情報・課題共有 （サービス提供者、医療からの情報） ・ご夫婦ともに認知症が進行し短期記憶の低下があるが病気の理解がなく危機感がなくなってきた。特に金銭管理が厳しくなってきた。（CM） ・夫はすべて妻に任せており何もしない。妻は頑固で自分で良いと思ったこと以外は受け入れない。先日も自宅でお金を無くしたと話しており今後の管理が心配。（サ責） ・薬局に来るたび心配で声をかけているが服薬管理や書類の管理が心配。（薬剤師） ・元気なうちから顔なじみになれるような場所や、気軽に相談できる場があるとよい。遠くの家族と早めに連絡できる手段があるとよい。（医師） （意見交換） ・権利擁護の視点から成年後見制度のつなぎ支援が有効だが理解力低下ありすでに受け入れられなくなっている。 ・区の認知症施策としてあたまの健康度測定や認知症カフェがある。 ・認知症カフェに参加したが参加者同士の会話やイベントがあり楽しく過ごせる場所だったので地域に周知していく。（民生委員） ・居場所はあるが、会場に行けない方もいるので連れ出してくれる支援があるとよい。 ○ご夫婦の認知症は進行し金銭管理が困難になっている現状で成年後見制度の理解が入らないので様子を見ていき、権利を守るためにタイミングを見て介入する。 地域で顔見知りを作っておくことが大切であり元気なうちから集まれる場所と、会場に連れ出しができる資源があるとよい。遠い家族と早いうちに連絡を取ることはスマホ教室にもつながるのではないかな。この課題については二層協議体にて報告し、地域で認知症夫婦のためにできることを話し合う。

	実施機関	対策	時期
(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	ケアマネ サービス事業所	日常生活支援の継続、病状管理	常時
	地域の関係機関	・町会活動のお知らせ、お誘い、見守り ・医療機関、薬局など病状の管理	適宜
	地域包括	・確定申告など専門的知識が必要な手続きの支援の調整 ・施設入所を意識した情報提供、見学調整など ・元気なうちから集まれる場所づくり ・送迎（誘い出し）など二層協議体で話し合う。 ・地域住民へ老い支度の周知（介護予防教室など）	適宜
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	・夫婦それぞれの状態を共有したことで、今までのかかわりを振り返り、今後の具体的な支援（役割分担や声掛けなど）を検討することができた。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・関係者が様々な支援を行うことで、夫婦を支えていることが認識できた。今後関係者で共有を図ることで早期発見・介入が行えると思われる。 ・予防的な観点から、元気なうちから集まれる場所の重要性などを共有することができ具体的な資源（集まれる場・送迎など）を検討することができた。		
	地域課題・その他		
	今回のケースに限らず、認知症の相談が増えており、地域で交わるためには日々の顔なじみの関係作りが最も重要であることを再確認することができた。		
今後の検討事項（残された課題）	・認知症の悪化により予後について理解が得られず、適切な制度につなげることができない。（早期対応できるように関係者で情報共有・予防的観点から予防事業を展開して行く必要がある）		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（あだち）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5 年 8 月 30 日（水） 13時00分 ～14時30分							
開催場所	あだち再生館（2階リサイクル学習室）							
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	ウォーキング自主グループ、絆のあんしん協力員						計（ 3 ）名
	それ以外の地域関係者	理学療法士、栄養士、民生児童委員、基幹地域包括支援センター、地域包括ケア推進課						計（ 6 ）名
事例タイトル （テーマ）	フレイル予防で元気な地域を目指すために							
ケース情報	年齢	67	性別	女性	世帯構成	単身	介護度	なし
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	コロナ禍によりフレイル状態に陥る方が増えている。現在ウォーキンググループの自主活動などフレイル予防の取り組みを行っており、今回は元気な方の事例を通し地域の高齢者がフレイル状態に陥ることを予防していくために楽しく、継続できることを検討する。							
個別事例の問題・課題	ご主人を亡くされてからは自宅で体操や散歩を行っていた。一人で過ごすことが多く、散歩の場所も限られていた。包括からはじめてのフレイル予防教室を誘い、終了後はみんな元気アップ教室に参加。現在は自主グループの世話人として活動している。							
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☐ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☒ 介護予防 ☐ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☒ その他（フレイル予防）							
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL		腸ヘルニア、ADL自立				
		☒ 性格・気質		穏やかで責任感がある				
		☒ 経済状況		年金				
		☒ 学歴・職歴		夫（数年前逝去）コンビニエンスストアを経営していた				
		☐ 趣味・嗜好						
		☐ 宗教等						

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	都外に長女がいる
		☒ 近隣対人関係	会えば挨拶をする
		☐ 住環境	マンション
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☒ 社会参加・就労	自主グループ世話人
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	本人のフレイル予防、今後の人生における楽しみ方	
	地域連携ネットワーク構築	たのしくフレイル予防できるような取り組みの検討	
	地域課題発見	地域にフレイル予防の周知活動	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	1 情報共有・課題共有 （自主グループから） ・コロナ禍で参っていた時にみんなで元気アップ教室を紹介してもらった。終了後は会を立ち上げ月2回ウォーキング（夏は休止）している。皆仲良く活動している。 ・包括の声かけにて参加。終了後は自主グループを立ち上げ月2回ウォーキング、月1回お話し会を行う。春に都市農業公園に出かけ楽しく過ごした。皆思いやりのある方で友達ができ楽しい。 （包括から） ・元気アップから自主グループができ意欲的に活動している。実態把握訪問では土手をウォーキングする男性が多く、一人での活動でもフレイル予防のモチベーションになるものがあるとよい。 （専門職から） ・PT。フレイル予防（ウォーキング）の4つの戦略について。①習慣化、②知識によるモチベーション強化、③楽しむことを強化、④散歩の効果増大のプラスアルファ。歩数を距離に換算しどこまで歩いたか視覚化する。測定器を使い筋力の確認をすることも継続の秘訣になるか。 ・管理栄養士。運動を行う時に栄養を併せて摂ると栄養状態が向上し筋肉が維持される。自主グループでもタンパク質を毎食摂取する確認をしてもらうとよい。住区で測定会を開催している。
	2 意見交換 ・グループ活動では皆とつながることで孤立防止ができ相談相手も増える。楽しく活動している様子なので他の地域にも伝えていけるとよい。ウォーキングマップは他の区でも地域情報と併せ配布がある（新宿区、墨田区など）。スマホでポイントを集め特産品がもらえる地域もある。 ・PT、管理栄養士、活動者に協力を得てフレイル予防を楽しく、モチベーションになるようなウォーキングマップの作製は面白い。9月の二層協議体での意見も参考にする。ウォーキングと食・栄養の知識も含め手に入る誰もが「元気でいたい」と思うウォーキングマップができるとよい。

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	あんしん協力機関 協力員	ウォーキングマップの作製への取り組み ・二層協議体で運動継続の必要性について意見だし	R5. 9. 27
	自主グループ	・具体的にどのようなマップにするのか話し合い	R5. 10
	専門職	マップ作り	R5. 11
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	自主グループでの世話人として、ウォーキングの継続、仲間づくりにつながった。現状の報告を聞き、生活にハリが出ていることがわかった。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	フレイル予防のための取り組みとして、専門職より、自身の健康効果・ウォーキングの方法・その他楽しむの強化の話があった。ゲーム性を取り入れることにより、ワクワク感を掻き立てられ、マップ作りへの取りくみへの意欲向上となり、今後一緒に取り組むこととなった。		
今後の検討事項(残された課題)	地域課題・その他		
	実態を通して地域の特性として、土手を歩いている人が多いことがわかった。集まる場を苦手としている方も、健康を意識した取り組みを自主的に行っている。モチベーションを維持しながら継続していくための取り組みとして、具体的なマップを作成してくこととなった。		
今後の検討事項(残された課題)	○周知の方法検討 ・イベントの開催 ○継続性への取り組み ・定期的な評価 ・自主グループ同士の意見交換会や情報交換会		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（伊興）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 9月 5日(火) 13時00分 ～ 14時30分																															
開催場所	伊興地域学習センター3階 レクホール																															
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	地域包括支援センター職員						計（ 4 ）名																								
	それ以外の地域関係者	薬剤師4名（絆のあんしん協力機関）、訪問看護師3名（絆のあんしん協力機関）、居宅介護支援事業所、民生児童委員、絆のあんしん協力員						計（ 10 ）名																								
事例タイトル (テーマ)	在宅高齢者への服薬自己管理に向けた支援について																															
ケース情報	年齢	90代	性別	女	世帯 構成	本人、長男の2人暮らし	介護度	要支援1																								
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	・病気や症状の悪化を防ぐためには服薬管理の重要性が高い ・薬局と訪問看護における服薬管理の内容の違いを知り、個別事例を通して地域で長く健康に生活できる方法を探る																															
個別事例の問題・課題	・内服ができないことで病状が悪化し、自宅での生活が継続できない。 ・『施設入所し健康管理を行う』か『介護度を見直し、家で居宅療養管理指導（医師、薬剤師）や介護サービスを利用する』ことを医師より提示されている ・腎機能の数値がさらに悪化し透析導入となる可能性が高い。																															
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☐ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☐ 身寄りなし</td><td>☐ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☐ 生活困窮</td><td>☐ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☒ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☒ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☐ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☒ その他（服薬管理）</td></tr> </table>								☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者	☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☒ 介護予防	☒ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☒ その他（服薬管理）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																														
☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																														
☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																														
☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者																														
☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																														
☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☒ 介護予防																														
☒ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																														
☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☒ その他（服薬管理）																														
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	【本人】慢性腎不全、糖尿病、高血圧。シルバーカーを使用して歩行可能。排泄は紙パ ンツ使用、時々失敗あり。 【長男】高血圧、糖尿病、肥満。食事制限の指示あるも守れず。適応障害疑いあり。																													
		☒ 性格・気質	【本人】こだわりが強い。他人に左右されない。																													
		☒ 経済状況	【本人】国民年金、遺族年金 【長男】就労中。郵便局で仕分け作業【長女】就労中。運送業。																													
		☒ 学歴・職歴	若い頃は銀行員をしていたことがある。（長女からの情報）																													
		☒ 趣味・嗜好	【本人】書道																													
		☐ 宗教等																														

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	長男と同居しているが、本人にはあまり関わらないが、本人は長男ことも含めた家事（洗濯や調理、掃除）をする。長女は他区在住で通院の協力をしている。
		☒ 近隣対人関係	現住所に63年居住しており、町会の活動に参加している。
		☒ 住環境	二階建ての戸建てに長男と同居。自宅は家を半分建て替え増築をしておりエアコン完備の本人用の部屋もあるが、そちらでは生活せず旧宅で過ごしている。
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☒ 社会参加・就労	書道教室を自宅ですていた。
		☒ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	町会の活動は活発。駅から比較的近く、大きな公園のある住宅街。
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	病状安定のために服薬管理が欠かせない高齢者に対する具体策の助言	
	地域連携ネットワーク構築	服薬管理に関わる専門職との連携	
	地域課題発見	服薬管理を含めた健康管理の方法について検討	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	（薬局・訪問看護事業所） - 生活リズムに合わせた服薬可能なタイミングの確認、薬カレンダーや一包化の工夫 - 近所にかかりつけ薬局があれば服薬状況や残薬を把握し対処できていた可能性が高い - 薬局での残薬対策として、窓口での本人への確認、ブラウンバッグの配布、自宅を訪問して薬の整理など行っているが、人員体制により対応が難しいこともある - 服薬状況が心配とを感じる方が介護サービスを利用しているのか知る手段がない - 服薬の必要性について本人はどのように感じているのか確認が必要ではないか - 体調確認をしながら種類や回数を減らすなど減薬について主治医と相談するとよい - 介護度の見直しを行い介護サービスの導入が必要 - かかりつけ薬局の必要性、利便性の周知が進んでいない可能性がある （居宅介護支援事業所） - 服薬へのアセスメントを行い、介護サービス導入と併せて調整を行うとよい （地域住民） - 受診する病院ごとに薬局を使い分け同じ薬がだぶって処方されている高齢者がいる - 義母の介護の際、本人が内服したことを忘れ重複して飲むため家族は大変だった - サロンなどで薬との付き合い方の話が聞けるとよい （検討内容） - 服薬が心配とを感じる方は多いが、薬局の窓口で実態を把握するには限界がある - かかりつけ薬局を持つ必要性、利便性についてより周知が必要と思われる - 本人に関わる介護サービス関係者の情報が得にくい状況がある - 薬のことを気軽に相談できる身近な相談窓口が地域に必要である

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	ケアマネジャー	介護度の見直し、介護サービス利用の調整 居宅療養管理指導の導入	認定決定後
	訪問看護事業所 かかりつけ薬局	服薬アドヒアランスの確認、服薬指導 減薬について主治医と相談 服薬内容変更による体調の確認	認定決定後
	地域包括 支援センター	かかりつけ薬局との付き合い方の理解促進のため 相談窓口、学習会を地域住民向けに開催する	3か月以内
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	・自宅近所のかかりつけ薬局により服薬状況を確認する重要性を確認できた ・服薬管理の現状と課題について、サービス担当者会議等を通して関係者間で共有し、支援方法に活かすことがとても有効であることを確認できた		
	地域連携・ネットワーク構築		
	地域住民が気軽に相談できる窓口開設について、薬局、訪問看護事業所と協働し取り組むことが決まった		
	地域課題・その他		
	当該ケースに限らず、かかりつけ薬局の利便性や残薬の取組みなどについての周知が地域で進んでいないことがわかった		
今後の検討事項（残された課題）	(会議時間の関係で検討できなかった事項を含む) ・かかりつけ薬局の利便性や残薬対策について、配食弁当チラシやあだち広報での周知 ・お薬手帳内に担当ケアマネジャーの記載欄を追加 ・お薬手帳アプリ、健康管理アプリの活用 ・健診結果やお薬情報など自分の健康情報を個人で一元管理できるカルテのようなシステムについて（他自治体の導入事例あり） ・市町村特別給付の横出しサービスや上乗せサービスとして、高齢者が退院した直後の一定期間、服薬状況確認のため地域の薬局が自宅を訪問するサービスは可能か		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（入谷）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 10月 17日(火) 13時 30分 ～ 15時 00分																															
開催場所	足立翔裕園																															
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	担当ケアマネジャー						計 () 名																								
	それ以外の地域関係者	地位包括ケア推進課、絆の安心協力員・機関、民生委員、CPA 絆担当、包括入谷、基幹包括						計 () 名																								
事例タイトル (テーマ)	認知症の方が住み慣れた地域で暮らす為の有効な支援																															
ケース情報	年齢	83	性別	女	世帯 構成	独居	介護度	介1																								
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	今年の夏は猛暑で自宅内でも熱中症になった高齢者も多く居られます。この事例の認知症の方はエアコンが付けられず、担当ケアマネジャーが毎朝連絡し付けるよう促したり、時には近隣へ昼夜問わずインターホンを押して聞くなど迷惑を掛けてしまう事もあります。認知症の症状は個々により様々ですが、この個別事例を通じて多職種、行政、地域の方々と認知症になっても地域で暮らしていける有効な支援方法や地域ネットワーク構築についてディスカッションできればと考えています。																															
個別事例の問題・課題	・昼夜問わず近隣に訪問してしまう。 ・大量の買物をしてしまう。 ・冷蔵庫の元栓を抜き中の食材が腐り破棄となる。 ・大きな金は息子管理だが小さなお金の管理ができてない。 ・サービス拒否がある。 ・エアコンの付け方が分からない。																															
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☐ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☐ 身寄りなし</td><td>☐ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☐ 生活困窮</td><td>☒ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td><td>☒ 苦情・クレーム</td><td>☒ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☒ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☐ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☐ その他 ()</td></tr> </table>								☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者	☐ 生活困窮	☒ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☒ 苦情・クレーム	☒ 介護予防	☒ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他 ()
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																														
☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																														
☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																														
☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者																														
☐ 生活困窮	☒ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																														
☐ ゴミ屋敷	☒ 苦情・クレーム	☒ 介護予防																														
☒ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																														
☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他 ()																														
課題の背景 I	個人要因	☐ 疾病障害・ADL	認知症・左大腿骨骨折術後・腰椎圧迫骨折 足と腰の痛みがあるが日常生活問題無し、自転車に乗れる																													
		☐ 性格・気質	お話し好き、社交的、物怖じしない。 いろいろわからなくなったことに不安を感じ始めて時折お怒りになる。																													
		☐ 経済状況	持ち家。国民年金と遺族年金。預貯金あり。 お金をしまいこみ忘れてしまうことから現在は長男が管理、月1階生活費を持ってくる																													
		☐ 学歴・職歴	中学を卒業してから洋裁の専門学校に入る。その後東京に就職。 5～6年勤め、自分で仕事を家でやる。70歳くらいまで家で仕																													
		☐ 趣味・嗜好	カラオケ。 仕事で洋裁をしていた。自分の来ている服はほぼお手製																													
		☐ 宗教等	なし																													

課題の背景Ⅱ	環境要因	☐ 家族親族関係	25歳で結婚2男をもうける。KPは長男。次男も言えば手伝ってくれる 10年前、夫が死亡。妹が車で30分のところにいる
		☐ 近隣対人関係	昔から人と最近引っ越してきた人がいる。外で世間話程度。お風呂の止め方がわからず、夜近隣のインターホンを押す（多数の家）
		☐ 住環境	2階建ての持ち家。1階に居宅や水回りがある。洗濯物を干すときなどは2階に行く
		☐ 社会資源・サービスの不足	包括が主催する、もの忘れ相談のようなものもあると思うが、誘ってくれる人や迷子になるので行けない
		☐ 社会参加・就労	特になし
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	自分はまだ出来るという気持ちとこんなことも出来なくなったという気持ちがあり、不安定。頑固な面あり。怒りっぽい時もある。
会議目的	個別課題解決	この方について、地域で何が出来るのかを検討	
	地域連携ネットワーク構築	相談機関・関連機関・地域包括・近隣住民のネットワーク体制の構築	
	地域課題発見	認知症に対し、地域の住民はどこまで関われるか？ 対応できるか？について検討	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	この方について、地域で何が出来るか。自分がもし認知症になったらどうしてほしいかの視点で検討 エアコンの付け方がわからないことについては、自動モードにするのがいいのではないかと認知症について、家族の同意を得て近隣に説明して理解してもらうのいいのではないかとストレスを解消するといいいのではないかと。そのための会話の場やストレス解消の方法を見つける ふれあいやお茶のみの場、近隣の方などの交流が必要ではないかと外に出なくなった姑に、姑の友人に家に来てもらいお茶を飲みに来てもらうようにした（体験談） 自分を必要としていると感じることが出来る「役割」が必要ではないかと既存のサロンや本人の好きなことが出来る団体とつなぐ 自分から話しかけるタイプではないが、話しかけられるのは嫌ではない本人のできることにフォーカスをあてることと、周辺の人の気づきが大事なのではないかと
	きずな担当：他のブロックではオレンジカフェに通うのが困難になった方も協力員が連れ出すゆるやかなサービスを行っている。 帝京科学大学(千住便利隊)は拒否が強い方に継続的に訪問し軟化させる取り組みを行っている。

	実施機関	対策	時期
		お話やお茶のみができるような場の開拓 認知症に対する理解の場の提供 どのように声をかけるかの場の提供 認知症の医学的視点	
必要と思われる対策・支援策 (役割分担)			
	個別課題解決		
	・認知症の特定診断（どんなタイプの認知症か）を行い受け入れられていない息子・妹への理解を促す ・エアコンを自動モードにする提案 ・冷蔵庫のコンセントを抜かないように張り紙をする		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・既存のサロンや団体つなぐ ・息子や妹の理解を得られ同意を得たうえで、近隣に認知症に関する理解を促す		
会議目的に対する成果・到達点	地域課題・その他		
	・おしゃべりやお茶のみができる場所の発掘 ・介護保険ありきではなく、自立支援につながるようなより具体的な目標に近づく為のケアマネジメントの視点		
今後の検討事項（残された課題）	具体的に、認知症の理解をどのように促していくのか？ 息子にはケアマネか包括から説明すれば良いが、近隣住民にはカンファレンス？認知症サポーター養成講座？担当者会議？		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（ 扇 ）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和5年12月4日（ 月 ） 14時00分 ～ 16時00分							
開催場所	特別養護老人ホーム扇内4階（地域包括支援センター扇）							
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	居宅介護支援事業所（担当CM）・訪問看護・訪問介護						計（ 5 ）名
	それ以外の地域関係者	民生委員・町会長・福祉事務所						計（ 3 ）名
事例タイトル （テーマ）	精神疾患のある独居高齢者に対する地域住民の理解と有効な支援、関係機関による支援のネットワーク構築							
ケース情報	年齢	82	性別	男	世帯構成	独居	介護度	要支援2
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	精神疾患による被害妄想のような症状から、特定の近隣住民に対して言葉による攻撃が発生。近隣住民より不安の声が上がった。この地域では他にも似たようなケースがあり、地域や関係機関と情報共有し支援者のネットワークと疾病に対する理解を深めるための方法を検討したい。							
個別事例の問題・課題	・地域とのつながりはあるが、疾病による特定の住民に対する攻撃 ・地域住民の不安を出来るだけ取り除くため、関係者との情報共有の手段 ・支援者のネットワークの構築							
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☐ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☒ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☐ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☒ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）							
課題の背景Ⅰ	個人要因	■ 疾病障害・ADL		【本人】身体表現性障害・高血圧・胃腸障害・頻尿				
		■ 性格・気質		【本人】地域とのつながりを求めている。政治活動の会に積極的に参加していたが2つの会のうち一つはもめてやめてしまった。				
		■ 経済状況		【本人】生活保護				
		■ 学歴・職歴		【本人】中卒・靴と作る会社に勤務その後義兄の靴屋に勤め、自営で行った				
		■ 趣味・嗜好		【本人】政党に関連する集まりに参加				
		□ 宗教等						

課題の背景Ⅱ	環境要因	■ 家族親族関係	妹と連絡を取り合う。関係は良好だが行き来はない。支援も難しい。
		■ 近隣対人関係	町会の役割もある。特定の住民に向け被害妄想のような症状あり。
		■ 住環境	一軒家。
		■ 社会資源・サービスの不足	カラオケが好きでデイサービスの提案をしたが、胃腸の不調が理由でサービス開始とならなかった。
		■ 社会参加・就労	選挙活動に積極的に参加。
		□ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		□ その他	
会議目的	個別課題解決	住み慣れた地域に住み続けられるよう地域住民の疾病の理解を深める機会を作ること、地域の関係者との連携体制づくりと情報共有・支援方法の検討	
	地域連携ネットワーク構築	関係者による疾病による被害妄想的な発言が聞かれる誘因の解明・地域関係者に疾病の理解を深める機会を作り出来るだけ不安を取り除く	
	地域課題発見	精神疾患を患っている地域住民に対する支援の方法の周知	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	1. 情報課題共有 （地域からの情報） ・人当たりの良い人。政党のポスター張りを熱心にやっている印象。 ・町会の会合が年9回あるが、ほぼ出席している。前方の席に座り、積極的に参加している。 ・昔からの家が立ち並ぶエリアでもあるので、近隣とのつながりは深いのではないかと。 （サービス提供者からの情報） ・近隣の人は付き合いが古く、精神疾患で通院していることも承知していた。 ・今年に入り訪問介護の担当者変更になった。前任者と比較したり、なかなか合わずに交代を希望されたりして、最終的にサービス内容の変更をした。 ・訪問介護の担当者変更の訪問時、壁に向かって大声を出していることがあり、近所の人からも「夜中にも大声や物音がしている」と情報提供あり。暑い時期にも関わらずエアコンをつけられず「近所の人電波を飛ばしてエアコンを止めている」と話していた。 ・同じ時期に近隣より包括に、「夜中にドアを開けて外に向かって固有名詞を叫び、『顔をつぶしてやる』などと叫ばれ怖い。」と相談あり。ケアマネへ報告し受診同行やサービス追加（訪問看護）を行った。 ・エアコンのリモコンの電池が切れていたようで、エアコンが使えるようになるとその後は徐々に落ち着き、近隣住民に対して大声を出すことも無くなっているとのことだった。 ・10月より訪問看護を開始。内服は時々飲み忘れあり。本人から被害的な訴えはないが、看護師からあえて本人に聞くと「近隣が電波を飛ばして蚊に刺されている。」等訴えが聞かれる。 2. 意見交換 ・現在は落ち着いているがどこにトリガーがあるかわからないので、今後も何か変化があれば情報を共有していくことを確認。ほどよい距離感を保ちつつ、本人が地域での生活を続けて行けるよう、支援していくことが必要。
-----------	---

	実施機関	対策	時期
	地域包括 町会 CM 福祉課 訪問介護 訪問看護 町会、CM 地域包括	地域の方への認知症・精神疾患に関する普及活動を継続 今まで通り、挨拶や声かけを心がけていく 皮膚の湿疹、かゆみが気になっている。万年床で日当たりも悪いため、ダニの繁殖も心配される。環境整備を検討。 公費負担にて畳替えが可能か検討 本人の意見を聞きながらできることは自分で行ってもらい 栄養のある食事がとれるよう、調理補助を行っていく。 内服管理や病状の観察を継続 何かあれば包括に連絡し相談していく 本人が活躍できる場への参加の提案 カラオケが好きと言うことで、カラオケを楽しむサロンの紹介 →CMより本人に提案し意向を確認。	
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	・状況を時系列に確認し情報を共有できた。本人にとってなんらかのストレスが誘因となり、問題言動の発端となっていることがわかったが、どこにトリガーがあるかはわからないため、支援がかえって刺激とならないよう、今後もほどよい距離感を保ちつつ今まで通り接していくことの重要性を認識できた。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・元々町会の活動には積極的に参加しており、町会の役員なども受けていることから孤立せず、地域で生活していくことができている。今後も認知症・精神疾患の勉強会を通して地域住民が精神疾患への理解を深めていくことが必要。		
	地域課題・その他		
	・古くから住んでいる方が多いエリアでお互いをよく知っているからこそ起こりうる問題があることを再認識した。		
今後の検討事項（残された課題）			

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（江北）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和5年 10月 30日(月) 14時 00分 ～ 15時 30分																															
開催場所	ハピネスあだち5階 ガラスルーム																															
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	居宅支援事業所 西部福祉事務所 NPO クリニック 包括支援センター江北						計(7)名																								
	それ以外の地域関係者	自治会長 基幹包括支援センター ケア推進課 包括支援センター江北						計(5)名																								
事例タイトル (テーマ)	精神疾患があり金銭管理ができず必要のないものやはらえないものを購入してしまう事例																															
ケース情報	年齢	69	性別	女	世帯構成	独居	介護度	要介護3																								
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	近年認知症や精神疾患を抱えている方のケース対応が増大傾向にあり、本ケースも長期にわたり関わっているケースではあるが、なかなか解決に繋がらない状況。多問題を抱えているケースでもある為改めて地域や関係者との情報共有や今後の方針を共有し検討する。																															
個別事例の問題・課題	・知的障害疑いで、必要のないものに対してむやみにお金を使ってしまう ・過去に自殺未遂が見られ現在も精神的に不安定な状況																															
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☐ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☒ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☐ 身寄りなし</td><td>☒ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☒ 生活困窮</td><td>☒ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☒ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☐ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☒ 認知症</td><td>☒ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☒ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☐ その他（ ）</td></tr> </table>								☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☒ 万引き等	☐ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者	☒ 生活困窮	☒ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☒ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防	☒ 認知症	☒ 消費者トラブル	☐ ペット	☒ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																														
☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																														
☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☒ 万引き等																														
☐ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者																														
☒ 生活困窮	☒ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																														
☒ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防																														
☒ 認知症	☒ 消費者トラブル	☐ ペット																														
☒ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）																														
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	うつ病・知的障害疑い・認知症 ADLは自立																													
		☒ 性格・気質	自殺未遂歴があり現在も情緒不安定																													
		☒ 経済状況	生活保護受給中																													
		☐ 学歴・職歴																														
		☒ 趣味・嗜好	スマートフォンへの興味、執着																													
		☐ 宗教等																														

課題の背景Ⅱ	環境要因	■ 家族親族関係	子供が小さいころ婿である夫のDVがあり生家から子供を残し東京へ逃げてきた。
		■ 近隣対人関係	宗教関係の繋がりがみられるがその他の交流はない
		■ 住環境	以前は片づけられない性格と収集癖がありゴミ屋敷だったが、現在は訪問介護を導入し改善している。
		■ 社会資源・サービスの不足	訪問介護を利用、心療内科受診
		□ 社会参加・就労	
		□ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		■ その他	携帯ショップに行ってしまう自身で必要のない携帯などの契約をしてしまう。
会議目的	個別課題解決	様々な問題を抱える本人を支援するため、現在関わりのある関係機関の今後必要な連携と、役割分担の確認や支援方法の検討。及び新たな必要であろう支援は何か。	
	地域連携ネットワーク構築	保険医療機関、介護事業所、相談関係機関、地域包括支援センターが連携し精神疾患、認知症などに関する支援体制の構築。より早く発見し支援につなげるには。	
	地域課題発見	地域に精神疾患、認知症への理解向上を行い偏見なく支援できる地域の意識づくりに有効な活動など。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	1 情報・課題共有 （自治会長からの情報） ・直接的な深い関わりはないが近隣住民よりある程度の情報は聞いている。 ・先日、団地敷地内で自治会長所有の高級傘が紛失。後日本人と思われる人が傘を持っていたところを目撃し、話しかけた。本人へ傘の事を問うも要領を得ない回答だった。 （クリニックからの報告） ・訪問診療に最近は入れるようになってきたが、約束の時間に出掛けていたり、自宅内で寝ていたりしていることがある。 ・訪問診療介入の約束は記憶しているも、当日買い物時より道をし時間に間に合わない。 ・ unnecessary 買い物があり、捨てることは拒否があり、溜め込んでしまう。 ・複数の受診先があるとパニックになってしまう。 ・自分に関わる支援者が増える事を嫌う（マイペース） ・心身の調子が悪いときは他者の意見を受け付けない。 （NPOからの報告） ・調子の波があり、後悔から精神不安定になる。不安定時は本人自覚あり。 ・自身の欲求に対し自制心が利かない。 ・本人に都合の悪い事を隠す事がある。 ・現在は携帯電話の未払い残債があり連絡手段は固定電話のみとなっている。 ・残債がなくなれば再度携帯電話の契約を行ってしまう事が予想される。 （ケースワーカーからの報告） ・以前新栄会の利用を勧めるが拒否があった。 ・本人が契約したいと言うものを止めることも難しい。 （ケアマネからの情報） ・現在年金支給時に生活資金確保の為2万円を預かる支援を行っている。出納帳をつけ一部金銭管理を行っている。 （包括江北からの報告） ・後日成年後見制度及び法律相談へ同行訪問予定。 ○上記の関係機関の意見を集約し、今後必要な対応、サービスを検討した。

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	クリニック	継続的に訪問診療を行い心身の悪化を防いでいく 不必要な金銭の消費が早期に発見できるよう 関係機関で見守りを継続していく。	常時
	NPO	月1回の来所面談を継続し本人の精神的サポート 支援を継続していく	常時
	ケアマネ	サービス提供を継続しながら、金銭管理を今後も 継続していく。	常時
	包括	各関係機関の情報などを集約し、各関係機関が 連携し支援にあたるようサポートを継続していく。 成年後見などに繋げられるよう今後権利擁護センター などとの連携を進めていく。	1か月以内
	自治会	本人の状況を共有し必要があれば見守り、声掛けなど を行っていく。	常時
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	現在の各関係機関の支援体制を維持しながら、不必要な購入を行う前に いずれかの機関へ相談をしてもらう約束を行える関係性を構築していく。 成年後見制度利用に向け権利擁護センターと連携し進めていく。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	自治会としては心配な人や、気になる人はこまめに声掛けを行い、何かあれば 包括へ相談できる体制を築いていく。 関係者間の連携として将来的により正確かつスムーズに情報共有を行うため MCSなどの活用を検討してみる。		
	地域課題・その他		
	地域住民が異変に気付ける知識の底上げを行っていく。 自治会のみではなく住民1人1人がお互いの声掛けを行う事が重要 民間の店舗などが消費者の異変に築き予防できる体制が必要 あんしん協力機関への登録などの連携を図る為行政からのアプローチも 必要なのではないか。また今回のケースに照らし合わせるとスマホ講座 などを通じてネットワーク作りを行い不当な契約を未然に防ぐことも必要		
今後の検討事項(残された課題)	・今後の金銭管理、身上監護が必要であることから、成年後見制度利用に向け 支援を行う必要がある。 ・認知症高齢者が今後も増加し、同様のケースも今後も発生する事が予想 される為、地域連携の一環として、民間企業、店舗なども協力機関としての 役割を担って頂く必要がある為、個々の店舗などへの協力依頼、大規模企業 に対しては行政からのアプローチも必要と思われる。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（さの）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5 年 7 月 2 4 日(月) 午前 1 0 時 ～ 1 1 時 3 0 分								
開催場所	六ツ木町アパート 第一集会場								
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	自治会長/東京都住宅供給公社窓口運営部西新井窓口センター都営相談係 係長 地域包括支援センターさの							計 (5) 名
	それ以外の 地域関係者	自治会副会長/自治会事務局長/地区民生委員/訪問看護/ 地域包括ケア推進課							計 (5) 名
事例タイトル (テーマ)	「都営住宅に居住する住人の見守り支援体制について」								
ケース情報	年齢	65才前後	性別	男兄弟	世帯 構成	仮想ケース 【兄】63才【弟】60才		介護度	未申請
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	- 仮想ケースを通して、関係者が困りごと等を共有し、支援方法について、協働した方が良い場合、役割分担をした方が効果的な場面等について検討したい。 - これまで団地をテーマにした会議で作られたネットワークをどのように活用していくか、また団地にあったら良いと思われる資源を考え、地域住民を主体に検討することで、高齢化を迎える地域住人の不安感を軽減したい。								
個別事例の問題・課題	- 年齢だ定かではない地域住人の各種の問題行動が目立ってきて、どこに相談すれば良いのか明らかになっていない場合があり、地域住民の不安が募る一方にある。 - 支援困難になっている都営住宅に居住する住人の見守りについて、大家である東京都、管理人である J K K 東京、自治会、包括等の関係者で、日頃から揃って、共有できる場面がない。								
課題の整理	☐ 老老介護 ☒ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☒ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☒ 身寄りなし ☒ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☒ 生活困窮 ☒ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☒ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☒ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）								
課題の背景 I	個人要因	☒ 疾病障害・ADL		【兄】未受診。今年に入りゴミの分別、曜日を間違える。歩行不安定。自治会費を期日まで用意できない。都営住宅の家賃減免手続きができない。歩行不安定【弟】未受診。引きこもり。寄声を上げる。目を離すと多食。					
		☒ 性格・気質		兄弟ともに地域活動に関心なし。偏屈で兄弟以外の交流を好まない。面倒くさがり					
		☒ 経済状況		【兄】年金・約13万円/月 【弟】無年金 【兄弟】預貯金なし					
		☒ 学歴・職歴		【兄】高卒。転職多く、長く続いたのはダンプ運転手。 【弟】高校中退後、1年工場勤務で退職。以降、引きこもり生活。					
		☒ 趣味・嗜好		【兄】喫煙家 【弟】喫煙家1日1箱。飲酒(1日ビール500ml×4缶)					
		☐ 宗教等							

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	兄弟以外いない
		☒ 近隣対人関係	兄弟ともに近所付き合いがない。入居時、兄だけは団地掃除に参加していたが、半年で来なくなる。
		☐ 住環境	
		☒ 社会資源・サービスの不足	年齢、障がい等が不明な場合、明確な相談先がない。
		☒ 社会参加・就労	10年前に母親が亡くなったことを契機に都営住宅に入居。兄弟ともに地域活動に関心ない。兄弟ともに無職。
		☒ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	・建設当初からの居住者と、理由あって低所得で転居してきた居住者が混在。 ・築50年。当時30代くらいの居住者が、現在80代。 ・建設当初の居住者の高齢化。棟長や班長が回ってきても、役割を果たせなくなっている。各棟ごとのルールもある。
会議目的	個別課題解決	最近になって迷惑な行為が目立つようになり、なんらかの障がいがありそうであるが、年齢や病気が一見分からない住民の支援体制について。	
	地域連携ネットワーク構築	これまで個別の課題ごとのネットワーク構築あり。事例のように相談窓口がはっきりしない地域住民の見守り支援体制が構築されていない。既存のネットワークを活かしながら、地域住民が困らない体制を構築したい。	
	地域課題発見	生活困窮・疾病・障がい・気質等から、孤立し支援困難になる都営住宅居住者が増えている。地域住民の不安軽減の方法や、関係者が協働して対応できることはないか検討することで、団地にあったら良いと思われる資源等を作りたい。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	【事例の共有】【団地背景】（住民）似たようなケースが多い。介護サービス等のケアが入っている場合も家族から自治会に挨拶もない。見守りについては、個人情報等の壁があり、自治会としてはどこまでやったら良いか分からない、実際に動けない。統合失調が一番怖い。棟に4～5人はいる。結果的に警察沙汰になって逮捕された人もいる。（訪問看護）警察に相談し24条通報から入院相談も可能。精神科通院継続できていない場合は要注意。（住民）精神状態の程度にもよる。蛍光灯泥棒の例もあり。警察には精神疾患があると逮捕できない、J K K東京からも、指導はできないと言われた。事例のケースも寄声あがる迷惑行為があるが、自傷他傷あるほどではない。【都営住宅背景】都営住宅は税金を使って箱を貸しているようなもの。東京都の条例があり人の管理はできない。昔はハード面の整備相談が多かったが、現在は困りごとの相談が変ってきている。高齢、外国人、母子家庭、障がい者、精神疾患、生活困窮者等。自治会の負担は多くなっているのは把握している。包括的なケアは必要になっている。 【検討】本人達は困っていないが、周囲が迷惑している精神症状が出ている人（警察で現行犯逮捕できない、医療保護・措置入院までいかないケース）の見守り方法、支援対応は誰がやっていくか。（自治会）足立区は福祉に優しく、事情のある人の入居者や生保の人も多い。災害時のこともある。民生委員の持つ、要援護者リストを、災害時に備えて情報共有できないか。（民生委員）生活保護ケースワーカーからの見守り依頼は安定している人。年間で数件。翌年また見守り対象も変わる。ワーカーがすぐ変わるため、継続性がない。民生委員としても出過ぎず、引き過ぎずという立場。（J K K東京）東京都から委託されている見守り活動は、建物の見守り活動のほか、巡回管理人が高齢者、障がい者等の対象者からの希望があれば、2か月に一度程度の訪問。減免手続きや福祉サービスに繋ぐ。迷惑行為等、苦情あれば、事実確認には行く。保健センターに直接、相談を入れても、情報は教えてもらえない。（精神訪問）都営住宅の成り立ち、入居者事情が多様化し複雑化。東京都、J K Kができないソフト面での対応を誰かやるかき詰まっている。今回のケース事例のように、積み重ねることによって、‘六木モデル’として、仕組はできないか。 【関係者ができそうなこと】（包括）年齢不詳でも認知症状出ている場合は、初老期認知症の疑いもあり関われる。訪問時に精神症状ある兄弟、子ども等いれば、保健師に同行依頼することも可能。地区担当の保健師とは日頃から連携している。くらしとしごとの相談センターとも日頃から連携することは多い。災害時については、絆づくり担当課とも相談していく。福祉事務所との懇談会の場を利用して事情を共有。（J K K東京）明らかな高齢者でない場合は、くらしとしごとの相談センターとは連携することある。（自治会）この5年で団地は変ってきた。団地（自治会）の今後の相続が危うくなっている。いろんなことを確立していかないと大変なことなる。‘どうしよう？’と思う前に動きたい。住民は不安なく生活できるようにしたい。何か行うにしても金銭的な負担も大きい。以前のように都営住宅団地間で懇談会はあればあった方がいい。
-----------	--

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	包括	・棟長会等への包括の周知等	・年度始め
	自治会	・金融機関等への包括出張相談継続	・年1回
	J K K 東京	・警察・J K K・保健所・福祉事務所・民生委員等との連携 ・本人同意が取れなくとも、心配な人の包括通報	・随時
	包括	・対象者への定期見守り訪問、迷惑行為通報への事実確認 ・困難ケースへの関係機関への支援協力 ・災害時等の個人情報の共有等について区と相談 ・65才未満の方への保健センター、くらしとしごとの相談センター、福祉事務所等への繋ぎ (重層的支援体制整備事業への基盤づくり) ・福祉事務所との連携(都営住宅の現状を共有、問題行動が起きた人への連絡等について) ・六ツ木団地の困難ケース解決への集約 ・現時点での見守り支援体制の形を見える化する (簡条書きで住民に提示できるもの)	・随時 ・年数回の懇談会での共有 ・随時
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	・年齢不詳で相談窓口が明確になっていないケースの課題を共有化したことで、関係者の立場で各々ができる支援の限界点を共有認識できた。現時点で協力体制ができそうな内容の擦り合わせをすることはできた。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・団地に直接関わる関係者が一同に顔を合わせたことで、日頃の課題の共有と今後必要だと思われる支援体制を認識することができた。 ・団地の課題ごとにこれまで以上に、保健センター、くらしとしごと、福祉事務所、区関係部署等と連携し、ネットワークを強化していく。		
今後の検討事項(残された課題)	地域課題・その他		
	・入居者の高齢化、多様化する入居者の背景から問題は複雑になる傾向であり、自治会の負担は多くなる一方の状況、団地全体が抱える課題が明確化された。 ・問題解決の会議を重ね、団地にマッチした支援方法、ネットワーク等を構築することで‘団地モデル’を作る。		
今後の検討事項(残された課題)	・複雑化、複合化する問題行動が出ている年齢不詳の方へ包括的な相談窓口、支援機会がない。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（さの）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時		令和5年10月 31日(火)10時00分 ～ 12時00分									
開催場所		ゆうあいらんど・さの 地下会議室									
出席機関 団体名		ケースに関わっ ている関係者	民生委員/居宅介護支援事業所/福祉事務所/住宅課住宅計画係/ 民間不動産会社/基幹包括/地域包括支援センターさの								計 (1 3) 名
		それ以外の 地域関係者	訪問介護(障害福祉、訪問介護) /地域包括ケア推進課 (くらしとの相談センターより、事前聞き取り)								計 (3) 名
事例タイトル (テーマ)		居住に課題を抱える高齢者(住宅確保要配慮者) への居住支援体制について									
ケース情報		年齢	70代前半	性別	男性	世帯 構成	独居			介護度	介護 1
地域ケア会議と して事例を取り 上げた理由		ここ数年、高齢者の家賃滞納、老朽化による立ち退き、2階から1階への住み替え等による転居先 探しの相談が増えている。身寄りがない、金銭的な問題、認知機能の低下等から次の住まい確保の ための支援に時間を要している。入居前・入居中・入居後を通してのサポートが必要になるため、 他機関の連携が欠かせない。関係機関と情報共有しネットワークを構築したい。									
個別事例の 問題・課題		身寄りなく、預貯金もない、認知機能の低下等ある独居高齢者が転居を迫られているが、 一機関が本来業務外の時間を使って支援をしていくには限界がある。お部屋探しから入 居、今後の生活支援まで、地域住民、関係機関でどのように連携し、どう伴走支援してい くか。									
課題の整理		☐ 老老介護	☐ アルコール			☐ アクセス問題					
		☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立			☐ 高齢者ドライバー					
		☐ サービス拒否	☐ ターミナル			☐ 万引き等					
		■ 身寄りなし	■ 金銭管理			☐ 災害弱者					
		■ 生活困窮	☐ 近隣トラブル			☐ 高齢者施設					
		☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム			☐ 介護予防					
		■ 認知症	☐ 消費者トラブル			☐ ペット					
		☐ 精神疾患(疑念)	☐ 買い物弱者			☐ その他 ()					
課題の 背景 I	個人要 因	■ 疾病障害・ADL		軽度認知障害、脳梗塞の既往あり、左半身やや麻痺あり。歩行 は歩行補助具は利用していないが、ふらつきあり、外出時転倒 している。							
		■ 性格・気質		心配性、鬱傾向あり。							
		■ 経済状況		年金月 8 万円。預貯金 3 0 万円程度ある。							
		■ 学歴・職歴		高卒。トラックの運転手、タクシー運転手							
		■ 趣味・嗜好		競艇、飲酒							
		☐ 宗教等									

課題の背景Ⅱ	環境要因	■ 家族親族関係	結婚歴なし、姉・弟が存命であるが、若い頃にお金で迷惑をかけたため、協力が得られない関係性
		■ 近隣対人関係	仕事関係の友人はいるが、近所付き合いはない。
		■ 住環境	会社の寮に住んでいた。家具は少ないが、掃除はしておらず、床はべたべたした感じ
		■ 社会資源・サービスの不足	転居しなければいけない状況であるが、どこに何の相談をしたらよいかわからない。
		■ 社会参加・就労	長年ドライバーとして勤務してきた。
		■ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	住宅扶助の範囲内のアパートが多い。近隣区より転居してくる独居高齢者も多い。
		□ その他	
会議目的	個別課題解決	住宅確保要配慮者が抱える入居前から入居後に発生する様々な課題を共有。課題解決のための関係機関の関わり方を検討する。	
	地域連携ネットワーク構築	足立区における居住支援体制について理解する。住宅部門、福祉部門、介護サービス部門等のそれぞれの困り事の共有、顔の見える関係づくりの構築。	
	地域課題発見	居住支援において足りないフォーマル、インフォーマル資源の検討。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	■問題・課題の共有：①本人、②大家、③連携、④制度等 ①家賃滞納、更新料や引っ越し代が支払えない、預貯金が少ない→認知機能、理解力の低下あり。手続きに行けない→身体機能低下、障がい等あり。自宅に電話がない、保証人となれる親族がいない、緊急連絡先となる人がいない→親族と絶縁関係。元々の性格の影響。地域からも孤立している。 ②退去者の家財処分について。保証人がいない場合は、保証会社との契約を検討する。保証会社が緊急連絡先について知人を可としても、亡くなった時に親族と揉める場合もあるため本来は親族が良い。事故物件にならないように、独自で安否確認のシステムを利用する場合もある。事故物件の清掃は、保険適用にならない場合もあり家財処分赤字になることが多い。転居費用は35万円位は最低でも必要。本人に（携帯）電話がないと部屋を貸してもらえない場合がある。 ③J K K（東京都住宅供給公社）入居の際に、誰も支援する人がおらずケアマネジャー（以下CM）がJ K Kに直接転居の相談をしていた。ライフラインの停止・開始、契約の立ち合い、支払いの代行もCMが支援した。生活保護ケースワーカー（以下生保、CW）がいても、転居に関わる一連の支援を全てCMや民生委員が伴走支援していることもある。福祉事務所は緊急連絡先にはなれないが、不動産会社によっては連絡先としては可としてくれるところもある。制度の狭間にある高齢者は、CMや包括がお部屋探しを支援する現状がある。 お部屋さがしサポート事業も、最後まで伴走的支援は体制上できない。費用面、保証人等の条件が整理できて賃貸契約に繋がらぬような高齢者には不動産会社が物件見学を送迎してくれる。精神疾患のある相談者に対してはお部屋探しサポート事業でも相談に繋がらない。衛生部から直接意見が聞ける場がない。生保受給者は、お部屋さがしサポート事業の対象から外れる。居住支援の伴走的支援ができるよう、福祉事務所内でもシステムを検討中。 居住支援法人について。くらしとしごとの相談センターは、精神疾患の方のお部屋探し相談を居住支援法人へ繋ぐ場合もあるという。繋いだ後は後追いしていない。生保で居住支援法人に相談しているケースはあまりないという。 ④生保にならない人の家賃更新料の補助制度はない。社会福祉協議会の貸付があっても返済できる見込みがないことが多い。後見人がつくまで、不動産会社と交渉する人がいない。障がい者で生保受給者であっても計画相談員がついていないと、障がいヘルパーがすべて支援を抱えることになる。生保受給者は、転居費用は出るが家電等購入代は出ない。家財処分代は本人が生存中は出るが、本人の死亡後は出ない。安い清掃業者、引っ越し業者に関してある程度の情報提供までは福祉事務所としては協力可。特定の業者は紹介できない。生活を立て直すために、一時的に入居できる住まいがない。養護老人ホーム、無料定額宿泊所に入居できるADLではないが要介護3に届かない高齢者が、保証人いなくとも入居できる施設がない。転居に伴う一連の手続きを支援してくれる部署がない。居住支援に対して、切れ目なく伴走的支援ができる制度がない。重層的支援体制整備事業で居住支援の支援を検討してもらえないか。 ■検討：1) 転居前～2) 入居契約時～3) 引っ越し～4) 入居後～5) 死後 1) 条件整理の際に、支援者が本人に対して、幅広い選択肢を提案する。お部屋さがしサポート事業が利用できそうな場合は相談する。不可の場合は、良心的な不動産会社への相談を検討。2) 転居費用、緊急連絡先の確保。3) 引っ越しの準備、ライフラインの復旧、転居事務手続きの代行、4) 家賃滞納をしない、更新料の貯蓄、事故物件にならないための見守り体制。5) 保険適用にならないような家財処分、特殊清掃代、事前の死後事務委任。
-----------	---

	実施機関	対策	時期
(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	1) 入居前 CM・包括 お部屋探し、包括 2) 入居契約時 CM、CW、包括 CM、CW、包括 包括 3) 引っ越し CM、CW、包括 不動産会社 CM、CW、包括 4) 入居後 ①、② CM、包括 ③ CM、包括 ④ 不動産会社 CM ⑤ CM、包括 5) 死後 居住支援協議会	・条件整理(意思決定支援、現状で転居が可能な経済状況か) ・お部屋探しサポート事業や民間不動産会社との連携…★ ・お部屋探しサポート事業周知と住宅確保要配慮者への相談★ ・緊急連絡先、保証人の確保→不動産会社(保証会社)との相談 ・親族、後見人等いない場合の立ち合い等→支援者の見守り ・あんしん生活支援事業等の早期案内 ・ライフラインの停止・開設、事務手続き等の支援。 ・引っ越し業者、清掃等の調整 ・現状回復の実務の調整 ①家賃滞納防止・更新料等の貯蓄→家計診断の案内等 ②認知、身体機能低下の見守り(権利擁護支援の視点) ③家財処分等の案内(老い支度の普及) ④事故物件防止(見守りサービス、介護保険サービス) ⑤看取りになりそうな時の民生係への早期相談 - 家財処分補償の充足 - 死後事務委任契約などを円滑にできる支援 - 民間不動産会社への周知	★12月中
	個別課題解決		
会議目的に対する成果・到達点	・本人、大家、連携、制度等からみる問題を共有し、課題整理することで、関係機関でどの様に関われるかを検討した。 ・既存の資源だけでは解決できないことを共有した。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・足立区の居住支援に関わっている関係者(行政・民間会社、福祉関係者、介護サービス事業所)での各現場レベルでの困りごとを共有することで、顔の見える関係づくりができた。 ・足立区の居住支援体制についてCMへの周知が足りていない現状も把握でき、地域ケアネットワークで対応する。		
	地域課題・その他		
	・居住支援に対して切れ目なく伴走的支援ができる制度がない。一連の支援に時間がかかることは共有できた。住まいは生活の基盤であるため、今後は重層的支援体制整備事業で伴走的支援を検討してもらえるように、個別の居住支援に関わるテーマを設定した内容を包括の事業でも展開していく。		
(今後の検討事項 (残された課題))	・生保受給受給にならないが、生活困窮の高齢者に対する居住支援体制整備		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター さの)

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和5年12月19日(火) 10時00分～11時30分							
開催場所	ゆうあいランド・さの（地下会議室）							
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	本人ミーティング参加者（本人）地区担当民生委員 居宅介護支援事業所（本人の担当ケアマネジャー）						計（ 3 ）名
	それ以外の 地域関係者	地域包括ケア推進課（認知症施策推進担当1、医療介護連携担当1）基幹1 認知症カフェ連絡会（事業所は「意見交換・検討内容」参照）						計（ 7 ）名
事例タイトル （テーマ）	本人ミーティングを実施して ～本人が暮らしやすい地域をつくるための支援・ネットワークを考える～							
ケース情報	年齢	80	性別	女性	世帯 構成	独居	介護度	要介護2
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	①本人ミーティングの参加について。活動場所に一人で来られない方が多い。同行の支援が必要と考えるが仕組みがない。②本人ミーティングに参加している本人から「自分はこうしたい」という気持ちを聞きながら支援を考えることで、本人ミーティングのネットワークを広げる機会としたい							
個別事例の問題・課題	①本人ミーティングへの継続した参加について。活動場所に一人で来られないことがあるので、同行の支援があるとよいが現時点はない ②本人「手作業が得意」「何かしら役にたちたい」という思いがある。介護サービス以外で、認知症等の本人達が活躍できる居場所が少ない。							
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☒ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☐ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☒ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）							
課題の背景Ⅰ	個人要因	☐ 疾病障害・ADL		ほぼ自立				
		☒ 性格・気質		自分のことは自分でやりたいという思いが強いが、集団の中で積極的に発言はしにくい				
		☐ 経済状況		年金で生活				
		☐ 学歴・職歴		職歴：亡夫が建築関係の会社を営んでいた、手伝いをしていた				
		☐ 趣味・嗜好		和裁				
		☐ 宗教等		大谷田に亡夫のお墓があり、嫌なことがあると行く				

課題の背景Ⅱ	環境要因	■ 家族親族関係	夫が5年位前に死去。子どもがいないことについて本人は重い気持ちを感じている。妹が他県（遠方）在住、心配してくれている。
		□ 近隣対人関係	①先日実施した本人ミーティングの活動（芋掘り）の芋を近隣におすそわけした ②近隣の人も本人を気にかけている（民生委員等）
		□ 住環境	非常にきれいに整頓している
		■ 社会資源・サービスの不足	介護保険サービス以外の不定期の活動は覚えにくい。長く居住地に住んでいるが、住まいから離れた場所は分からない
		■ 社会参加・就労	デイサービスに週2回通所中
		□ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	本人が居住している地区は、住民同士のつながりが強い
		□ その他	
会議目的	個別課題解決	介護保険サービス以外でも楽しみを見つけて、継続した参加ができる	
	地域連携ネットワーク構築	本人の外出支援に協力してもらえるか。本人達がやりたい活動について協力してもらえる可能性があるかを検討したい	
	地域課題発見	本人ミーティングの活動を展開する上で、これまでの開催を通じて挙げがった地域課題をこの会議で確認する。また、本日の会議でも地域課題を挙げてもらう。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	※出席機関・団体名「それ以外の地域関係者」認知症カフェ連絡会のメンバーは下記の通り ①特養サロン（栄養士1、理学療法士1）、②居宅介護支援事業所認知症カフェ（ケアマネジャー1）、③老人保健施設認知症カフェ（作業療法士2） ※会議当日、急遽本人が欠席。会議の数日前から「自分（本人）は会議に出ても何も言えない」と言われるようになった。会議前日まで参加のためのフォローはしていたが、当日残念ながら欠席となった。当日、本人欠席の可能性も考慮して事前に本人ミーティングに対する気持ちを聞き取りしていた。 （会議内容）別紙パワーポイントの資料を参加者全員で見ながら会議を進行 1、ご本人のことば：ホウカツさの本人ミーティングに参加している本人達の希望を共有 2、ケアマネジャーの意見：令和4年度地域ケアネットワークの内容と本人を担当しているケアマネジャーや地区担当民生委員から本人の人となりを聞く 3、参加したご本人の得意なこと：今年度、ホウカツさので実施してきた本人ミーティングを振り返る。本人達が得意な事（裁縫、花を育てる）を生かせる場が地域で無いか認知症カフェ連絡会のメンバーに聞く。成仁介護老人施設の認知症カフェでは、手作業を実施しているので本人が希望あるなら参加してもらってもいいと思うという意見あり 4、協力があるといいな「送迎」：他のホウカツからも同じ相談は有り。課題と確認した 5、協力者を集める・つなげる：認知症サポーターフォローアップ研修受講者を受講後、何か活動につなげる仕組みは無い。本人ミーティングのボランティアなどを依頼できないか 6、ご本人の心配事：独居の心配について、社協おはよう訪問の利用を民生委員より提案 7、ご本人の気持ちを地域に伝えたい：認知症サポーター養成講座向けに「本人の気持ち」について手紙を書いてもらい、ホウカツが伝える案はどうかと提案した

	実施機関	対策	時期
(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	1 ホウカツさの特養さの	本人達が得意な裁縫のボランティアを依頼し活動を広げる	今年度中
	2 ホウカツさの	参加者の本人（男性）から「認知症ともの忘れの違いを知りたい、勉強をしたい」という希望があるので勉強会を実施	来年度上半期
	3 ホウカツさの民生委員	独居が不安だと言う本人へ社協おはよう訪問を提案する	今年度中
	4 地域包括ケア推進課	本人ミーティング参加促進のための支援を検討する（①本人ミーティング参加のための同行支援の仕組みを検討する ②認知症サポーターフォローアップ講座の受講者が受講後も継続してボランティアに参加できる仕組みづくり）	来年度以降
	5 ホウカツさの	本人ミーティングなどホウカツの事業に参加してもらうため同行支援ができる仕組みの検討（①絆づくり担当課へ相談 ②元気応援ポイントの活用を検討する	今年度中
	6 ホウカツさの	地域連携が可能な医療機関を探す、情報を得る	来年度中
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	ホウカツさのの本人ミーティングに参加中の女性2人は、手作業や裁縫が得意。本人達から聞かれた「何か役に立ちたい」の実現を目指す。ホウカツさのは、さのと併設である。特養さのでは、以前入所者の衣類等の繕いものをボランティアに依頼していたが、現在休止していたという。特養さのからはぜひ依頼したいという意見もあったので本人達に提案していく。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	本日も、ホウカツさのエリア内でネットワークをつくり認知症カフェに取り組んでいる「認知症カフェ連絡会」のメンバーに参加してもらった。本人ミーティングの課題は昨年度からも共有をしており、今後もこの連絡会でのネットワークは重要である。今後、地域包括ケア病棟を有する病院とのネットワークが形成できる可能性があるということを会議を通じて知ることができた。		
今後の検討事項（残された課題）	地域課題・その他		
	①本人ミーティングに一人で来られない方が多い。参加のための同行支援が必要と考えるが仕組みが無い。②認知症サポーターフォローアップ講座の受講者に対し同講座受講後もボランティア活動につなげる仕組みや各ホウカツが直接、活動を協力できる仕組みがあるとよい。③医療機関とも本人ミーティングや認知症施策で連携できるとよい。地域包括ケア病棟を有する病院は地域と連携できる可能性あり		
今後の検討事項（残された課題）	【ブロックレベル】ホウカツさのエリア内には、地域包括ケア病棟を有する病院はない。ブロック会議で、この議題が挙げたことを共有する。今後、病院の地域連携に関する情報があれば共有していく。 【区や広域レベル】本人ミーティング参加のための同行支援の仕組みづくりは、本日の会議で「地域課題」として挙げたが、すぐ解決できる課題ではない。引き続き、仕組みづくりについて相談は継続していく。		
	（別途メールで送付する当日の資料） ①R5年度ホウカツさの本人ミーティングまとめ ②（パワーポイント）会議資料 ③次第 ④出席者名簿 ⑤本人へのご案内		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（ 鹿浜 ）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5 年 7 月 10 日(月) 14 時 00 分 ～ 15 時 00 分							
開催場所	地域包括支援センター鹿浜 2階会議室							
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	・クリニック・基幹包括支援センター・居宅介護支援事業所 ・江北保健センター・地域包括支援センター鹿浜						計（ 6 ）名
	それ以外の地域関係者	・町会長・民生委員・西新井警察 ・地域包括ケア推進課・絆づくり担当課						計（ 5 ）名
事例タイトル (テーマ)	公的支援に適合しない方への支援について							
ケース情報	年齢	59	性別	男	世帯構成	単身世帯	介護度	介3
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	現在59才 既往：てんかん 自宅老朽ごみ屋敷状態 アルコール多量摂取でADL低下歩行不可、寝たきりの状態。未受診、65才未満、特定疾病もなく繋げる部署もみつからず、サービス利用が困難なケースを包括のみならず、地域住民や関係機関と連携して対応していくことが重要になることを踏まえて、地域住民や関係機関と意見交換していく必要があるため。							
個別事例の問題・課題	同敷地内に居住の兄が関わりを拒否。他に身寄りはなく、近隣に頼れる人もおらず。本人は多量の飲酒がADL低下の原因とは捉えておらず、食事もせずに飲酒を続けて、自力で動くことが出来なくなると色々な所へ連絡して助けを求める。飲酒の為歩行困難でも這いずってお酒を買いにコンビニへ行き、警察に保護される行動を繰り返している。							
課題の整理	☐ 老老介護	☒ アルコール	☐ アクセス問題					
	☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー					
	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等					
	☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者					
	☒ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設					
	☒ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防					
	☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット					
	☒ 精神疾患（疑含）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）					
課題の背景Ⅰ	個人要因	☐ 疾病障害・ADL	てんかん、アルツハイマー型認知症、脊柱管狭窄症。未飲酒時は階段昇降は手すりに伝いながら、歩行はつかまらずに行える。飲酒すると歩行不可、自宅内の移動も座った状態で這いずりながら移動する。					
		☐ 性格・気質	お酒が抜けると穏やか、会話も成立。お酒が入ると気が大きくなり一方的で他者の話は聞かず。自分の希望が通らないと「お金をもらっているんだろ」「助けてください」と大声で駄々をこねる					
		☐ 経済状況	収入減は不明。貯金のみで生活を賄っている。本人談では700万円あるとのこと。水道光熱費は兄が支払っている。					
		☐ 学歴・職歴	工業高校卒業後、設備会社へ就職。30年就業後退職(リストラ?)。それ以後は無職。					
		☐ 趣味・嗜好	自宅内に漫画本が数百冊ある。詩を書くことが好き。					
		☐ 宗教等	不明だが、自宅内には神社仏閣のお札が散乱している。					

課題の背景Ⅱ	環境要因	☐ 家族親族関係	同敷地内の住居に兄が居住しているが、全く関わりを持とうとしない。一度会った際に本人の現状を伝えるも、自分の昼食のことを気にするのみで弟についての言動は一切なし。
		☐ 近隣対人関係	不明。携帯に兄、親戚らしき連絡先が入っているが、連絡しても誰とも繋がらない。
		☐ 住環境	兄居住家屋の裏の入り口を通して2階に住居がある。外階段は鉄が腐り壊れている。ベランダで兄の住居と行き来出来ると思われるが、現在兄側に荷物が置かれ開閉は不可。トイレ台所あり、風呂なし。
		☐ 社会資源・サービスの不足	開始時は掃除、ごみ捨て、買物支援、排泄介助で週3～4回訪問介護利用。現在は週1回訪問介護利用で買物支援。部屋のごみの状況で掃除支援も実施。
		☐ 社会参加・就労	ほぼ何もしておらず一日中自宅で飲酒している。お酒が抜けると一人で赤羽までバスで外出する。
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	寂しさから飲酒し周囲に対して依存が強くなる。飲酒しなければ一人で生活も外出も可能。本人自身が飲酒を問題視しておらず、動けないことも飲酒が原因と考えていない。飲酒→動けなくなることを来る帰さないために出来ることを考える。	
	地域連携ネットワーク構築	地域住民からの情報収集や緊急時の対応は一人ではなく、関係機関複数で同時に対応出来るチーム形成を構築したい。	
	地域課題発見	未婚で独居、他者との関わりが希薄で孤独を理由にアルコール摂取に走る50～60代が現れている。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	意見交換～今回のケースは特定疾病の診断をつけることで、本来病院が受け入れない患者を在宅から在宅支援病床の入院へつなげることが出来た。往診依頼を受け自宅訪問した際に脊椎間狭窄症、認知症の診断をつけることで要介護認定が出たが、今後も継続的且つ包括的なサポートと医療・看護との連携も欠かせない。在宅支援病棟は、在宅生活の環境整備、レスパイト目的等で2週間程度入院が可能であることを周知広報してほしい。1月から主が警察に保護されたり頻回に救急車を呼んでいることについて、一部地域住民は知っていた。しかし救急車を呼んだものの本人が乗り込みを拒否していることを3回程救急隊より聞くが、事情不明にて包括との情報共有が実施できず。自宅内訪問時に、自宅外階段の腐食激しく支援者側の安全性確保が必要。アルコールが入ると酩酊状態となり、自宅内も便失禁した状態で尻で移動している。トイレにはオムツを詰まらせ、室内では季節にかかわらず電気ストーブが焚かれており、火事の危険性も高い。保健所としては、アルコール依存症患者は本人意思での治療が原則。よって主からの相談待ちとなる。本人がどうしたいか、若しくは家族からのSOSがあれば必要に応じて支援をしていく。しかし、本人の意思に反しての介入は立場上出来かねる。
	検討内容～今後も支援継続にあたり、地域ケア介護を通じて各所への情報共有が必要不可欠。地域住民からの有効な情報提供を受けるための体制整備も必要。訪問介護の介入回数を増やすことで主と関わることで出来る支援者を増やし、往診に関しては精神科医で対応も可能。精神疾患の方は急になにが起きるか分からない状態となっていることも多いため服薬ありきの生活状況を見直しながら介護体系を構築し、見守っていける環境を作っていくと良いのではないかと。ただ、見守っている人が専門知識を有しているとは限らず、見守りが依存を助長する可能性もある。本人の困りごとを察知しつつも、命に関わることで以外では本人が困っていることを自覚できるよう見守る姿勢も必要。

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	包括鹿浜 民生委員 町会長	①情報共有と見守り体制の構築 地域と各関係機関で連携を図り、些細な情報についても包括へ情報を集約していく。※地域住民への情報提供については、本人の尊厳や個人情報に留意し、流布することはない。	即時～本人が病識持ち治療開始し、症状安定するまで。
	公的機関 医療機関 事業者	②公的機関との連携 西新井警察署、居宅介護支援事業所からの情報提供をクリニックに伝え、本人の身体状況のみならず問題行動に対しての医療的加療に必要な情報共有を実施していく。	即時～本人が病識持ち治療開始し、症状安定するまで。
	江北保健センター	③アルコール依存症の治療 本人意思にて、アルコール依存に関する相談を受け付けた場合、速やかに助言・対応していく	本人が依存症治療意思を示したとき。
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	江北保健センターの助言にあった、本人に対しての支援で「助けすぎないこと」も介助者が念頭においてかわりを継続していく。本人自身が困りごとへの自覚促進を大切にしていこうと、自己意思によるアルコール依存症の治療へ第一歩が踏み出せるよう見守りながら支援につなげていく。町会長、民生委員とのつながりも確認しており、情報共有含めて今後の支援に活かしていく。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	今後は各関係機関と連携を図り、包括が情報を集約して支援を進めていくことを確認。本人宅に頻回に訪れる救急車や警察について近隣住民が不安を感じていることも加味して地域での情報共有や見守りについても検討を要することを再確認。		
	地域課題・その他		
	今後も公的支援に適合しない方への支援が増加することが予測される。また、支援を望んでいるにもかかわらず、その根本原因の排除に否定的な方に対しては、関係機関の多角的アプローチの必要性が課題として残っている。どこまで介入できるのか、支援目標の到達点をどこに設定するのかは、本人の尊厳や意思を汲み取りながら継続的なかわりを通してゴールへ共に進んでいける体制を構築していくことが求められる。		
今後の検討事項(残された課題)	本人が望む支援が現実のサービスに乖離を生じている場合のかかわり方に課題がある。積極的なかわりを介護面で行うことが、实际的に本人の困りごとをさらに助長しているということを理解し、支援者が共通認識の下で対応に当たる必要がある。必要な支援を提供していく中で、どのような距離感で本人と対峙しかかわりを深めていくのが課題となる。また、本人宅の老朽化により、自宅外階段崩落の危険性あり修繕を要するが、修繕できるかも課題となっている。階段が崩落した場合、本人のみならず支援者の安全確保も難しい。KPである兄とのかかわり方についても、支援に対して非協力的なことから、協力を得られるような情報伝達方法の検討、入院等への理解について説明方法などが課題となっている。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（新田）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 11月 29日（水） 10時 00分 ～ 11時 30分																															
開催場所	地域包括支援センター新田 会議室																															
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	・居宅介護支援事業所 ・通所介護サービス事業所						計（2）名																								
	それ以外の 地域関係者	・自治会・民生委員・絆あんしん協力機関・近隣施設・医療機関 ・基幹包括・医療/介護連携担当・包括新田						計（19）名																								
事例タイトル （テーマ）	「いつまでも元気な高齢者が自立できる街」～新たな通いの場への取り組み～																															
ケース情報	年齢	86	性別	男性	世帯 構成	独居	介護度	要支援2																								
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	・高齢世帯や単身高齢世帯が増加していく中、一人ひとりが自立した生活を送る上では、健康予防・管理、セルフケアの継続が必要である。これまで介護保険サービス等によるリハビリ運動に取り組んできたが、自宅から適度な距離で気軽に通えて、地域協働で行える取り組みができないか検討したい。																															
個別事例の問題・課題	・統計上によると男性独居の高齢者は、家事全般が苦手、生活環境面でも乱れることがあり、生活への意欲も低下する傾向にある。これまで健康管理に対して経過観察や運動量の調整を図ってきたが、運動量が減ることでの体調不良につながる恐れ（寝たきり）や自分の役割がなくなることへの不安があると感じている。家事全般を通してながら地域で暮らしを続けていくためには、地域資源を活用したリハビリへの考え・取り組みが必要。																															
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td> <td>☐ アルコール</td> <td>☐ アクセス問題</td> </tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td> <td>☒ ひきこもり・孤立</td> <td>☐ 高齢者ドライバー</td> </tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td> <td>☐ ターミナル</td> <td>☐ 万引き等</td> </tr> <tr> <td>☐ 身寄りなし</td> <td>☐ 金銭管理</td> <td>☐ 災害弱者</td> </tr> <tr> <td>☐ 生活困窮</td> <td>☐ 近隣トラブル</td> <td>☐ 高齢者施設</td> </tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td> <td>☐ 苦情・クレーム</td> <td>☒ 介護予防</td> </tr> <tr> <td>☐ 認知症</td> <td>☐ 消費者トラブル</td> <td>☐ ペット</td> </tr> <tr> <td>☐ 精神疾患（疑念）</td> <td>☐ 買い物弱者</td> <td>☐ その他（ ）</td> </tr> </table>								☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者	☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☒ 介護予防	☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																														
☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																														
☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																														
☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者																														
☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																														
☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☒ 介護予防																														
☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																														
☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）																														
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	リウマチ症、不眠症、鼠経ヘルニア。日常動作面では自立、身の回りのことは出来ている。																													
		☒ 性格・気質	自ら率先して他の方へ声がけするほど、親しみのある人																													
		☒ 経済状況	厚生年金																													
		☒ 学歴・職歴	荒川区日暮里で製造工業を営まれていたが、2億円の不良債権となり、会社をたたむ。55歳から70歳迄パートやアルバイトに勤めた																													
		☒ 趣味・嗜好	柔道、合気道、野球観戦（読売巨人ファン）、ハーモニカ演奏																													
		☐ 宗教等																														

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	妻は70歳の時に他界。子は二男一女がおり、交流もあり関係性は良好
		☐ 近隣対人関係	
		☐ 住環境	
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☒ 社会参加・就労	デイサービスへ週2回通いながら、他の方との交流もしている
		☒ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	昭和56年頃より現在の住所に転居。長く住んでいるため、地域のことは詳しい
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	家事全般の取り組みを通しながら、日頃のセルフケアについて	
	地域連携ネットワーク構築	地域で行われている活動の場について共有と、新しい活動の場（身近な場所のできる通いの場）への発掘について	
	地域課題発見	地域の社会資源協働による、リハビリ運動への取り組みについて	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	・本人の想いと暮らしの全体像について、事例提供者より個別ケースの概要説明を行い、包括支援センターより、地域ケア会議の目的と機能について、参加者と確認を行った。 【本人の全体像】 A様は現在の新田地区に長年住まれ、健康には気をつけながら、寝たきりにならないように、日頃から散歩や体を動かす自分なりに取り組んできた。身体的にはほぼ自立され、家事をはじめ身の回りのことは行われている。健康面では持病のリウマチにより痛みが続いており、動作時など苦労される場面もある。主治医にも相談しながら日々の健康管理を行ってきたが、本人としては、しだいに衰えていくことに対して不安があり、少しでも長く健康でこの地域で、暮らしていきたいとの本人の想いがある。介護保険サービスで運動には参加しているが、将来的には卒業し、自宅から身近に通える場所でリハビリ運動に参加できるようになりたいとの概要。 【リハビリについて】 ・介護保険サービスを週2回利用し運動プログラムへ取り組んできたが、ケアマネの立場としても、目標のゴール設定が難しく、次のステップに繋げにくさを感じている。 ・自宅でもできるセルフケアとして、運動できる内容（情報）が少ない。 【地域の通える場について】 ・新田地区（新田・宮城・小台）では、それぞれ地域性から通える場が少なく、また活動内容にも交流や運動、趣味活動への活動の場となっているが、地域住民やケアマネにも情報が広まっていない。 ・地域によっては、活動の場が少なく、公園が中心となっている。地域を活用したリハビリ運動の方法はないか。 ・介護保険の動向から、軽度者の方が増加している。各サービス事業所では軽度者を受け皿も限られていることから、地域の資源協働のできるリハビリ等はないか。
-----------	---

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	担当CM, DS	・リハビリの進行状況みながら、今後のリハビリについて、本人とリハビリ担当者を交えながら、次のステップへ繋げられる話し合いを行う ・自宅でも出来るセルフケア（リハビリ運動）について確認し取り組む	3ヵ月以内 3ヵ月以内
	ホウカツ新田 地域のCM 関係機関	・地域資源のマップ更新と活用の取り組み	3ヵ月以内
	ホウカツ新田 介護施設	・介護施設における交流スペース活用方法 ・専門職（リハビリ）による介護予防教室への取り組み	3ヵ月以内 3ヵ月以内
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	体調を整えていくことで、健康で長く元気で過ごしていくことができるため、介護保険でのサービスの他に、地域でできる運動やセルフケアの方法について確認することができた。また、リハビリの目標設定については、本人の「残存能力」や「可能性」をみながら、次のステップとして活動量をあげていく目標設定の視点がわかった。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	地域で行われている通いの場について、必要な方々に情報が届いてないことがわかった。今回、新たに資源マップの更新と活用について、地域のCMや関係機関と連携し、情報共有の機会をつくる。		
今後の検討事項（残された課題）	地域課題・その他		
	通いの場が少ないことで、地域の介護施設等の交流スペースを活用し、運動できる場としてご提案をいただいた。 地域を活用したリハビリでは、土手沿いなど活用した運動（歩行）や地域住民が楽しめる運動（要素）を取り入れてみてはとのご意見もあり、新たな気づきの点として確認ができた。 ・地域住民によっては、年齢とともに体力が低下し通いづらさがあったり、外出機会が減る傾向にある。地域全体が楽しみながら活動できる場を増すことや、新たな取り組みなど行うことで、たくさんの方々にも参加できる可能性があると感じた。 ・地域ケア会議のアンケート結果より、顔の見える関係作りへの期待の声が多くあり、顔を合わせていく機会を大切にしていきたいと思う。 ・今後の介護保険制度について動向やサービス利用について、共通認識をもつことができた。介護保険サービスの卒業できる仕組みを、地域の方々と一緒に考えていき、地域の通いの場を検討していく。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（ 関原 ）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5 年 5 月 18日(木) 14時 00分 ～15時 30分																															
開催場所	関原会議室																															
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	民生・児童委員（1）社会福祉法人（1）関原職員（2）						計（4）名																								
	それ以外の地域関係者	民生・児童委員（1）主任CM（2）地域福祉課（1）関原職員（2） 地域包括ケア推進課(1)基幹包括支援センター(1)						計（8）名																								
事例タイトル (テーマ)	高齢の生活困窮者への食糧支援について																															
ケース情報	年齢	A:60代 B:80代	性別	A:男性 B:女性	世帯 構成	A:B 独居	介護度	A:未申請 B:要支援 1																								
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	Aは終結したがBは現在も近隣の資源で食の確保をし健康を保てている。何らかの原因で一時的に生活困窮に陥る方の相談が増えているため、今後の食に関する支援体制を考えていく必要があると思ったため。																															
個別事例の問題・課題	・高齢に伴いこれまで出来ていた金銭管理が、一人では難しい。 ・食糧を購入できず健康状態の悪化が心配である。																															
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☐ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☒ 身寄りなし</td><td>☒ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☒ 生活困窮</td><td>☐ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☐ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☐ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☐ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☐ その他（ ）</td></tr> </table>								☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☒ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者	☒ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防	☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																														
☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																														
☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																														
☒ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者																														
☒ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																														
☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防																														
☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																														
☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）																														
課題の背景 I	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	A:高血圧 ADL自立 B:喘息、脊椎管狭窄症 ADL自立																													
		☒ 性格・気質	A:温かな話し方であるが、臆病な面がある。 B:普段は明るい、思い込みが強く落ち込みが強く落ち込むことがある。																													
		☒ 経済状況	A:年金（月10万） B:生活保護受給者																													
		☒ 学歴・職歴	A:中学校卒業後、定年まで清掃業勤務 B:中学校卒業後、70代に腰を痛めやめる。																													
		☒ 趣味・嗜好	A:読書 喫煙 B:社交ダンス																													
		☐ 宗教等																														

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	Bについて、収支が落ち着くまで健康維持に向け食糧支援等の支援方針を検討する。
		☒ 近隣対人関係	A:付き合いなし B:隣人や民生委員と交流がある。
		☒ 住環境	A:賃貸マンション1K B:賃貸アパート2K
		☒ 社会資源・サービスの不足	A:社会福祉法人利用、図書館 B:社会福祉法人（思いやり冷蔵庫）利用中
		☒ 社会参加・就労	A：定年退職して間もない B：短時間通所を週1回利用
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	Bについて、収支落ち着くまで健康維持に向け、食糧等の支援方針を検討する。	
	地域連携ネットワーク構築	現在ある食糧支援にかかる地域資源を維持するために、何ができるかを考察し地域連携を図る。	
	地域課題発見	食糧支援活動拠点の創出の必要性を確認する。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	<事例共有> A 定年後の年金裸子暮らしにより孤立し生活困窮したケース B 独居生活に寂しさが募り金銭管理を放棄し生活困窮となったケース 社会福祉法人にてお湯で作れるレトルト食品、自炊できる方へは野菜、調味料を提供し一時的な困窮状態をサポートしていただいた。 <現状・課題> CMより：食糧配布があっても取りに行けない人がいる。治療食への対応。 認知症の方は食糧管理が出来ない。 こだわりのある人やアルコール問題の食糧支援は難しい。 民生委員より：誰かが支えなくてはとの思いで動き、困窮から立ち直す生き生きする姿をみた。届ける支援も行っている。災害備蓄食は余っているのではないかな。 包括支援課より：困窮をキャッチする存在は大きい。「困った」と言えない人もいる。 地域福祉課より：社会福祉法人は他のエリアでも活用がある。認知の方は金銭管理が難しく困窮。 地域包括ケア推進課より：子育て世代対象パントリーは多いが場所や時間帯の制限がある。 社会福祉法人より：社会福祉法人としての役割で地域貢献したい。火曜日に実施しているが、届ける必要がある方もいる。立地や人目を気にする方にも配慮できたらよい。思いやり冷蔵庫は文具や衣料品も多少おいて対応している。 <困りごと> 以前は野菜が余ることもあったが、現在は食糧確保が難しいと感じる。沢山あつまっても保管場所のキャパシティに悩む。社会福祉法人は一人で行っているため負担や支えてくれる人がいるか不安である。ボランティアやサロンなどの導入時期かと考えている。
-----------	---

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	地域包括ケア推進課	助成金による支援。多世代の共食の場を検討。	区へ報告
	居宅介護支援事業所	困窮者を地域課題として捉え、取り組み支援への参加。	常時
	ハウカツ	フードドライブへの参加・協力。 困窮相談には、地域住民への協力や理解の促進に努める。	3日後 問題発生時
	地域福祉課	食糧支援により孤立防止につながることをふまえた居場所づくり支援。	常時
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	・社会福祉法人利用にて食事ができ健康状態の維持を図れることができた。 ・食糧支援を受けた場で温かい気遣いに触れ会話が増えコミュニケーションが図れるようになった。料理する楽しみや生きる意欲も取り戻した。 ・引き続き、食糧支援と見守りの支援をいただくことを確認した。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・世代は関係なく足立区7か所ある（パントリーや子ども食堂）フードドライブと連携をすることを考える。 ・出席者から「仲間がいればいろんなことができる」との発言があった。 ・食糧支援をきっかけに様々な生活課題について取り組みの仲間を増やしていく。		
	地域課題・その他		
	・足立区の色々な場所で食糧支援を受けられるようにすることが必要であると確認した。 ・食糧を持ち込む場所が近隣にあると活用しやすくなる。		
今後の検討事項（残された課題）	①思いやり冷蔵庫が継続的に活動していけるような後方支援が必要。 ②高齢者を対象とした食糧配布場所が少ないとの意見があった。 ③施設やハウカツなどで、身近に受け取れるようになると良い。 （社会福祉法人連絡会での検討など）		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（千住西）

日 時	令和5年9月12日(火) 午後2時00分 ～ 3時40分								
開催場所	地域包括支援センター千住西 2 階								
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	居宅支援事業所担当ケアマネ・利用者家族							計 (2) 名
	それ以外の 地域関係者	民生委員・通所サービス事業所 (6 社) 地域包括ケア推進課・基幹・千住福祉課・ケアマネ 2 名							計 (20) 名
事例タイトル (テーマ)	在宅を継続するためにこんなときどうしていますか？(通所のあれこれ)								
ケース情報	年齢	78	性別	女	世帯 構成	夫婦と長女の3人暮らし	介護度	5	
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	①人生100年「いざというときに頼れる家族がいない」「介護人材不足」が課題。 ②地域で高齢者を支える時代、誰もが知る地域に開かれたサービスであることが重要。 ③事例をもとに、通所サービスの現場の工夫や取り組みを知りたい。 ④情報を共有し、いざというときの「地域支援ネットワークの構築」を進めていく。								
個別事例の問題・課題	①Aさん・認知症・要介護2→5へ・女性・通所介護(月～金)利用。夫が主介護者。 ②「妻はほぼ傾眠傾向だが、デイの連絡帳をみると様子がわかる。職員さんが丁寧。」 ③通所サービスは利用者の活動や介護負担軽減となるがどのようなデイがあるのか。 ④通所サービスの特徴(コンセプト・活動・工夫・地域貢献)を共有する。 ⑤利用者の病状・置かれている環境・ニーズにあったデイの選択肢を増やす。								
課題の整理	☒ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題						
	☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー						
	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等						
	☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者						
	☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設						
	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防						
	☒ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット						
	☐ 精神疾患(疑念)	☐ 買い物弱者	☐ その他 ()						
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	認知症・高血圧・便秘・逆流性食道炎 車いす・食事等全介助。						
		☒ 性格・気質	温和で穏やかだが無表情もみられ、病状の変化に伴い活動低下。						
		☐ 経済状況	厚生年金収入あり 預貯金あり。						
		☐ 学歴・職歴	高卒後農協の電話交換手。結婚後は家業手伝い。						
		☐ 趣味・嗜好	家族旅行 山登り 現在旅行はできていない。						
		☐ 宗教等	無宗教。						

課題の背景Ⅱ	環境要因	☐ 家族親族関係	夫・本人・就労中の長女(同居)介護時短勤務・次女(別世帯)
		☒ 近隣対人関係	長年、家業の店番をしていたが、友人・知人はいない。
		☒ 住環境	3階戸建て 階段を降ろすときに介助が必要。
		☐ 社会資源・サービスの不足	Aカフェに参加していたが階段介助等限界となった。
		☐ 社会参加・就労	デイサービス 月～金 ショートステイ月3日
		☐ 地域特性(地理的特徴・歴史等)	閑静な住宅街。近くに老健あり。50年在住。
		☐ その他	介護力→夫は82歳。娘は介護時短勤務。
会議目的	個別課題解決	老老介護・認知症・通所介護の役割は大きい。さらに情報収集が必要。	
	地域連携ネットワーク構築	地域に開かれたサービス・顔の見える関係づくり。	
	地域課題発見	高齢者は増加。しかし「ケア人材不足」であり「地域づくり」が必要。	

会議報告(月報報告) ※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	地域ケア会議の流れ
	- 挨拶 センター長 地域ケア会議の主旨・目的について - 参加者 自己紹介 - リハビリデイサービス A事業所の取り組み 所長より - 事例の概要(Aさん78歳・認知症 要介護5 通所介護週5日利用) - 通所系のあれこれ ○×で回答。通所事業所が補足説明・会場から質問。 ①介護保険制度②サービス利用③利用者と家族④通所介護の運営⑤地域づくり ・視覚障害・聴覚障害の方は受け入れていますか?→○ ・認知症等で長く滞在できない利用者の短時間の受け入れはしていますか?→○ ・入浴だけの対応をしていますか?→○ ・花火大会の日は送迎の工夫などどうしていますか?→1時間早く送迎。 ・ドアツードアの範囲はどこまで?起こして着替えまでやっている?→○ 応相談。 ・利用料滞納が発生していますか?督促の工夫は?→○ 何度も伝えている。 ・ケアマネとの関係で苦慮していることは?→プランが遅い。 ・通所介護計画作成は大変ですか?→特に問題なし。 ・コロナの対応で工夫したこと→感染予防に気を付けた。 ・職員の定着率・離職率・人材の確保→新卒を採用はじめた。 ・デイ独自の企画→コロナの前は外出・夏祭り・園児交流・夕食販売等 ・地域貢献活動→園児交流・町の清掃・運動指導員の派遣。 - Aさんのご主人から →通所週5日利用。施設入所は考えていない。自宅で看る。妻は何もわからない。食事・排泄・移動・入浴 すべて介助・娘と協力。

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	通所系サービス	地域密着型の通所は運営推進会議が位置付けられている 地域の動きや通所介護の強みや弱みや困ったこと等 年数回開催のうち、合同運営推進会議の開催を検討。	年1回程度 次年度 4月?
	ハウカツ千住西	地域住民向けの介護予防教室・家族介護者教室にて、 利用者状況にあうデイの選択肢を広げるため、 千住の通所介護との交流・特色を知る機会を設ける。	年1回程度 次年度
	ハウカツ千住西 通所系サービス	ケアマネのケアプランが提示されていない。 ケアマネがモニタリングしているのか疑問がある。 ケアマネとの地域ケアネットワーク等を活用して、 ケアマネジメント業務の周知徹底する。	次年度
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	Aさん78歳・ご主人82歳 娘さんと3人暮らし。 要介護1・運動系通所→要介護2・通所追加→要介護5・ショート追加。 ご主人と娘が協力して介護。施設は考えていない。通所週5日とSS利用。 いますぐではないが、妻が「寝たきり」になったらどうしたらいいか？ →具体的な回答はなし。小規模多機能型・看護多機能型居宅介護の紹介。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	2019年以降、新型コロナ感染対策のため集合型研修等参加できなかった。 成果→通所系介護6社参加。特徴や現場の生の声を聴くことができた。 通所同士の横のつながりができた。会議は有意義な時間となった。 地域活動についての各事業所の取り組みを知ることができた。 地域ネットワーク強化のために続けていきたいとの意見があった。		
	地域課題・その他		
	民生委員さんから「災害対策」について質問あり。 →各事業所、年1～2回程度の避難訓練等実施。またBCP作成中。 避難訓練を通じ職員で役割分担。災害対策計画を立てていることが分かった。		
今後の検討事項(残された課題)	「個別課題解決」 ・検討事例として、認知症のある要介護5 妻の介護をしているご主人が参加。 「ネットワーク構築」 ・地域ケア会議であるが、「シンポジウム」形式を取り入れた。 ・通所系サービス6社へ同じ質問を投げかけて、○×で回答。 ・通所系サービス事業所の法人の考え方・現場の苦労等共有できたが、 利用する立場にならないと知らないことは多い。 ・日頃、「デイ」送迎車をみかけるが、詳しいことは知らなかった。 ・今回の会議で、各事業所の地域貢献への展開を知ることができた。 【残された課題】 ・介護サービスは本人の状態に合わせて、選択(事業者・ケア内容)できる。 ・担当ケアマネジャーの知識の幅や力量により、プランニングは変化する。 →上記を踏まえて、地域ケアネットワーク等を活用して実践していく。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（千寿の郷）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 5月 17日（水） 14時00 分 ～ 15時 30 分																															
開催場所	千住曙共同会館1階																															
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	医療機関、居宅介護支援事業所（担当CM）、福祉課保護係 老人保健施設、歯科、期間地域包括支援センター包括支援課						計（7）名																								
	それ以外の 地域関係者	町会会長、傍聴者（居宅介護支援事業所、地域包括ケア推進課）						計（10）名																								
事例タイトル （テーマ）	生活依存度の高い身寄りなし、独居、高齢男性の生活を支えるチーム形成について考える																															
ケース情報	年齢	70代	性別	男	世帯 構成	单身	介護度	要介護 2																								
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	・身寄りのない高齢男性が抱える今後の生活課題を共有する。 ・生活依存度の高い方の対応や支援体制を考える。																															
個別事例の問題・課題	・自宅が物で溢れ入室できず、主に漫画喫茶で寝泊まりしているため、生活費を圧迫している。 ・本人の同意が得られないため保護費による清掃ができない。 ・自分の思い通りに動いてくれる支援者に依存する傾向にあり、チームとしての支援にならない。																															
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☒ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☒ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☒ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☒ 身寄りなし</td><td>☒ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☒ 生活困窮</td><td>☐ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☒ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☐ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☐ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☒ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☐ その他（ ）</td></tr> </table>								☐ 老老介護	☐ アルコール	☒ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☒ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☒ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者	☒ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☒ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防	☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☒ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☒ アクセス問題																														
☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																														
☒ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																														
☒ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者																														
☒ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																														
☒ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防																														
☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																														
☒ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）																														
課題の背景 I	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	統合失調症、腹痛、めまい。ADLは自立																													
		☒ 性格・気質	依存的、易怒的。意にそぐわない助言をした支援者について「上から話された」と周囲に話す。要求は訴えるが、その他の交流は望まない。																													
		☒ 経済状況	生活保護受給、障害年金受給																													
		☒ 学歴・職歴	中学校卒業、父親の婦人服販売の手伝い。ビルのごみ処理、バーテンダーなど職を転々としていた。																													
		☒ 趣味・嗜好	喫煙・漫画																													
		☐ 宗教等	不明																													

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	幼少期に両親が離婚。父と生活していたが絶縁。母と妹とは疎遠。 父親からは虐待され、母親から捨てられたと言う。
		☒ 近隣対人関係	親しくしている人はいない。 お隣の独居女性は、本人を気にかけていないご様子。
		☒ 住環境	賃貸アパート 玄関まで物があふれており玄関ドアが少し浮いている。幹線道路と線路が交差する場所にありひどい騒音がある。
		☒ 社会資源・サービスの不足	ADL自立しており、自身でアクセスできる。
		☒ 社会参加・就労	個人主義。積極的に集団には交わらない。最終就労時期は不明。
		☒ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	集合住宅よりも一戸建てが多く、独居の高齢者が多い。 賃貸住宅も一戸建てタイプが多い。本人よりも周りが困ることが多い。
		☐ その他	傷害事件を起こし、X県の刑務所に3年入っていた。
会議目的		個別課題解決	安全安心に生活できる本人の居住空間を確保する。 本人への適切な対応方法を共有できる。
		地域連携ネットワーク構築	他事業所の役割と特徴、その限界を知ること、 解決に向けた糸口を探る。
		地域課題発見	身寄りのない高齢男性が孤立せず地域で安全に暮らせるための 取り組み。誰もが利用できる無料の居場所。本人の「溜めた物」の活用 方法。

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	1. 診察状況、生活状況、サービス利用状況および本人の様相などについて情報を共有した。 各関係機関からの情報提供を受け、各関係機関との関わりの中での本人の特徴を知ることができた。 2. 生活依存度の高い方の対応や支援体制を考える。 ○意思決定についての問題提起 ・あらゆることに対して自分で選択をせず、関係機関に代行を求めているが、様々な制度が変わり、自分で決断をしていかなければ事が進まない状況になってきている。 ・本人が生活・医療など、自分が決断できないことで健康や生活にも影響が出ている。 いくつかの選択肢を提案するもなかなか決断できないため、意思決定支援が必要である。 ○本人の特徴を踏まえた対応の検討 ・本人は相手に対して自分の事を「この人はこういう人だと決めつけている」と敏感に感じやすい。よって、この人はこういう人だと決めつけないことが大切。 ○居場所についての検討 ・第一優先課題は、自宅が物屋敷で住めない、騒音で寝られないため、身の安全・食事の確保等が安定していないことである。体調面を優先させてサービス等を利用するも、期限があるため、その後どうするのか、その間の生活のサポートの検討が必要である。 ・地域での活動へ参加できるように促していくなど居場所があるとよい。 3. 意思決定支援について（添付資料の紹介） ・意思形成を本人と見出し、困りごとやどうしたいのかを明らかにしていくことが大切。それに基づいてどうしていくのかを本人と一緒に考える必要がある。 ・何事も決定には、期限がありその後どうするのか、必要なので、どうしたいのかを本人が考えられるように支援していく。 ・支援者チームが方針を統一して支援していく。
-----------	---

	実施機関	対策	時期
(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	医療機関 居宅介護支援事業所 千住福祉課 老人保健施設 地域包括支援センター	個別ケース検討会議の実施	一か月以内
	町会 地域包括支援センター	地域活動に参加できるよう促していく	随時
	全ての関係機関	意思決定支援に関して、上記検討内容3のとおり関係機関が一貫した関わりをする。	常時
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	・様々な場面での本人の様子について情報を共有したことで、本人の特徴についての共通認識をもち、意思決定支援が必要であることを共有することができた。 ・本人の特徴を踏まえた対応や意思決定支援での大切なことを検討することができた。安心安全に生活できる居住空間を確保できるよう、個別ケース検討会議にて具体的な支援を検討していく。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・各関係機関の本人との関わりについて情報共有したことで、このケースが抱える身体的、精神的、経済的救済について、連携の必要性を認識した。それは、制度上の限界、各機関の役割遂行の限界等が、あることであり、今後の検討課題が明らかになった。		
	地域課題・その他		
	・関係機関だけではなく、住民同士の交流が図れる地域環境を創っていくこと、孤立予防として地域住民間で良好なコミュニケーションができる関係性を築いていくこと、地域の中にこうした居場所が必要であることを共有できた。		
今後の検討事項（残された課題）	○個別の課題 ・6月以降のショートステイの予約が連続で取れないため、6月の利用計画をどうするか？ ・ショートステイの利用日数、月の半数の利用を認める特例が適応可能か？ ・安全安心に生活できる本人の居住空間を確保するため、居宅清掃をするのか、転居をするのか、本人が選択できるように支援していく必要がある。 ○地域の課題 ・身寄りのない方を受け入れるショートステイはあるのか ・生活依存度の高い高齢者が自らの意志で物事を決定し行動していけるような援助スキルの獲得 ・身寄りなし、独居、人との交流を好まないなど、孤立しがちな要素を持つ人たちへの居場所の確保をどのようにしていくか		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（千住本町）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5 年 12 月 11 日（月） 10 時 00 分 ～ 11 時 30 分																																
開催場所	千住本町住区センター 集会室																																
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	病院、診療所、訪問看護ステーション、居宅会議支援事業所、基幹地域包括支援センター 足立区 介護保険課、足立区 地域包括ケア推進課							計（ 8 ）名																								
	それ以外の地域関係者								計（ 0 ）名																								
事例タイトル （テーマ）	退院時のがん末期利用者のスムーズな支援について																																
ケース情報	年齢	70代	性別	女	世帯構成	息子と2人暮らし	介護度	要介護4																									
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	・病院からのがん末期利用者の支援相談が増えている。早急にサービス調整を行う在宅支援者側が必要な情報について退院元の病院と共有していきたい。 ・がん末期患者を在宅で受け入れる段階では、申請したばかりで認定結果が出ていない状況で動くことが多く、今後の支援に向けて課題を整理したい。																																
個別事例の問題・課題	・状態が急激に変化するなかで、暫定プランでは最低限のサービス調整となり、実際に必要な支援とは乖離があることが多い。 ・病院側と在宅支援側の連携、関係機関との情報共有。																																
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☐ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td><td>☒ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☐ 身寄りなし</td><td>☐ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☐ 生活困窮</td><td>☐ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☐ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☐ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☐ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☒ その他（介護認定）</td></tr> </table>									☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☒ ターミナル	☐ 万引き等	☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者	☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防	☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☒ その他（介護認定）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																															
☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																															
☐ サービス拒否	☒ ターミナル	☐ 万引き等																															
☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者																															
☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																															
☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防																															
☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																															
☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☒ その他（介護認定）																															
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	胆のうがん（肺転移あり）																														
		☒ 性格・気質	穏やか																														
		☒ 経済状況	年金2か月22万円。																														
		☒ 学歴・職歴	高校卒業後、会社に20年勤務。																														
		☒ 趣味・嗜好	テレビを見ること																														
		☒ 宗教等	特になし																														

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	息子と2人暮らし。子供は他区に娘がいる。
		☒ 近隣対人関係	近隣住民とは挨拶程度。
		☒ 住環境	マンションでバリアフリー。浴室手すりあり。
		☒ 社会資源・サービスの不足	受け入れができるケアマネが見つかりにくい。（ケアマネ不足）
		☒ 社会参加・就労	定年後は特に友人との交流などなし
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	暫定プランで担当してもらええるケアマネを探す際、認定調査が済んでいないこと、必要な情報共有がスムーズに行えないことで、必要な支援が開始するまで時間を要する。	
	地域連携ネットワーク構築	早急にサービス調整を行うために、在宅介護側・病院側の必要な情報・連携について共有をする。	
	地域課題発見	がん末期利用者の早期認定を出すために、包括が認定調査に行く等、スムーズな支援に向けてできることはないかを検討。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	【病院・訪問診療】 一番大切なのは本人・家族の希望だが、希望・方針のすり合わせが難しい。がん拠点病院にはPCUがあり、予後1～2か月の患者が利用可能。予後まで在宅でどうつながかが難しい。BSCはDrが判断するため、支援者全体ではACPが課題。がん支援センターとして勉強会・講演会・事例検討会を実施している。 【訪問看護ステーション】 情報量が多く、整理されていない中で方針の決定を迫ることがある。死を語るタイミングを地域支援者側でもとらないといけないと日々考えている。 【居宅介護支援事業所】 暫定での関わりになるとサービスの回数が制限される。本人・家族の意向・受け止めをケアマネにも共有してもらえると支援・連携がとりやすい。 【介護保険課 介護認定係】 がん末期の申請件数は年々増えている。がん末期の場合、通常1週間以内で認定調査を実施しているが、タイミングによって集中することもある。審査会は遅くとも書類到着の翌々日にかけている。認定結果が出るまでは平均20日。（通常は平均39日程） 【基幹地域包括支援センター】 足立区全域で、がん末期ケースの暫定での関わり方・支援は課題となっている。制度にとられない取り組み（SATチームの創設等）を検討していくこともいいのではないかと。 【地域包括ケア推進課】 足立区では「医療介護情報システム」を導入し、活用を促している。また在宅療養コーディネーターが3名おり、よろず相談を受けている。MCSの活用も連携を促進する方法の1つ。

	実施機関	対策	時期
必要と思われる対策・支援策 (役割分担)		※今回のテーマでは役割分担なし	
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	がん末期利用者は、治療方針や自身の死生観と向き合い今後の生活について決断を迫られている。進行や予後も様々で、そのなかで医療・介護双方が最大限そのときにできる支援をしていることをお互いに知ることができた。がん末期利用者に対する支援は、よりスピードが求められる。身体的・精神的な揺れに伴走しながら適切な支援を受けることができるよう、1つの支援チームとして連携を取りながら方向性を検討していくことが大切である。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	病院の立場で退院時の情報共有で意識していることや支援をしていくなかでの課題・ジレンマを知ることができた。また、在宅で支援を継続する視点から、本人・家族の受け止め段階や今後の見立て（予測される状態変化）を病院から情報提供が得られることにより、切れ目のない支援につながっていくことを共有し、意見交換することができた。		
	地域課題・その他		
	がん末期利用者の支援は、申請自体増えていることを鑑みると足立区全域での課題であることがわかる。現状、介護保険新規申請者の認定調査は地域包括支援センターや居宅介護支援事業所で実施することは難しく、区または社会福祉協議会が実施することとなっている。 新規申請者の認定調査を在宅介護者側でもできないか等、現状や課題への対応策を検討し続けていく必要がある。		
今後の検討事項（残された課題）	①社会情勢や環境が変化すれば、がん末期利用者・支援者が置かれる環境も今後変化する。引き続き、医療と介護との連携を考え深めることが重要。 ②支援者同士が集まり、顔の見える関係をつくることが連携の一助になると考えられる。お互いの取り組みや支援にあたるなかで課題と感じていること、率直な意見交換は継続して行っていく必要がある。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（中央本町）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時		令和 5 年12 月 14 日(木) 14時00分 ～ 16時00分								
開催場所		特別養護老人ホーム杉の子園 会議室								
出席機関 団体名		ケースに関わっている関係者	①会長兼協力員（都住自治会）②協力員（都住自治会）③訪問介護事業所 ④居宅介護支援事業所（担当ケアマネジャー）⑤地域包括 計（5 ）名							
		それ以外の地域関係者	①障がい福祉センター②東京都認知症疾患医療センター ③くらしとしごと相談センター④権利擁護センター 計（5 ）名							
事例タイトル (テーマ)		難聴がありコロナ禍を経て地域との関係が希薄化し、頼みの親族の死をきっかけにより死にたいが口癖になった高齢者への支援								
ケース情報		年齢	90代後半	性別	男性	世帯構成	単身世帯		介護度	要介護1
地域ケア会議として事例を取り上げた理由		家族や身近な友人にも先立たれ、難聴を抱えつつコロナ禍をきっかけに地域との繋がりまで乏しくなってしまった単身高齢者。さらに頼りにしていた親族にも先立たれてしまい気持ちが不安定になるなか、健康や人やお金に不安を抱えている高齢者が、安心して地域で暮らし続ける為の支援方法や相談連携、地域での見守りネットワークの構築を図る。								
個別事例の問題・課題		90代後半単身者。家族は既に他界し数年前に親しい友人も相次いで逝去。直近で頼りにしていた甥が急逝し当てにできる親族がほぼいない。年々聴力の衰えが進み、会話への参加に支障が出て地域との繋がりが低下し、認知機能面にも支障が出始めてきている。金銭管理は自立だが細かい収支を把握しないままお金に関する漠然的な不安感が強い為、サービス利用を控えようとする傾向もある。昨年頃から生きる否定的発言が増えている。								
課題の整理		☐ 老老介護 ☐ 障害・精神障害者同居 ☒ サービス拒否 ☒ 身寄りなし ☐ 生活困窮 ☐ ゴミ屋敷 ☒ 認知症（ヒアリングフレイイル） ☐ 精神疾患（疑含） ☐ アルコール ☒ ひきこもり・孤立 ☐ ターミナル ☐ 金銭管理 ☐ 近隣トラブル ☐ 苦情・クレーム ☐ 消費者トラブル ☐ 買い物弱者 ☐ アクセス問題 ☐ 高齢者ドライバー ☐ 万引き等 ☐ 災害弱者 ☐ 高齢者施設 ☐ 介護予防 ☐ ペット ☒ その他（古い支度）								
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL		難聴であるが耳鼻科には掛かっていない。かかりつけもなく定時内服もない。外出は杖歩行、日常生活はほぼ自立。						
		☒ 性格・気質		人付き合いやお金に関して自分なりの考えがある人。生真面目であり頑固なところがある。						
		☐ 経済状況		厚生年金（14万円／月）と貯金。自分で歩いて川を越えて銀行に行ってお金をおろしている。						
		☐ 学歴・職歴		経済的余裕がなかったこと、兄達が戦争に駆り出され働き手がいなかった為、学校には行けていない。15歳で姉を頼って上京し、当時姉夫が工場長を務める医療機器（メス等）製造会社にて75歳まで職人として勤め上げる。						
		☒ 趣味・嗜好		カラオケが趣味だったが難聴から断念。植木手入れが好きで、自治会園芸部に入っていた。今はなにもしていない。						
		☐ 宗教等		特に信仰へのこだわりはない。						

課題の背景Ⅱ	環境要因	■ 家族親族関係	妻、娘もすでに他界。最近、頼りにして死後事務や大金を託した親族が急逝している。現在、ほぼ身よりなし状態。
		■ 近隣対人関係	コロナ前は自治会活動によく参加。コロナ禍で自治会活動自体が縮小ぎみのなか、月1回の全体清掃には必ず顔を出す。
		■ 住環境	築40年以上の都営住宅の5階（エレベータあり）。住宅入口に数段の段差（手すりあり）がある。以前転んでいる。インターホンは音量が高くなっているが、本人は聞き取れていない様子。
		□ 社会資源・サービスの不足	
		■ 社会参加・就労	コロナ以前は自治会の行事に積極的に参加していた。コロナ禍を経て自治会活動は縮小気味。
		■ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	棟を含む一帯は元来平屋住宅の集まりを40年以上前に現在の構造に改築。平屋時代の住人同士で固まって入居している棟があるなか、当該棟は他所からの転居者で占められ、本人家族もそのうちに一つ。その為当該棟内だけは人の繋がりはどこか希薄なところがあるとのこと（自治会住民より聞き取り）
		□ その他	
会議目的	個別課題解決	①耳の虚弱を抱えて会話や人とのつながり低下、認知面の心配も②漠然としたお金に対する強い不安③おひとり様のリーガルサポートに関する地域を含めた関係機関の連携体制づくりと情報共有、役割の確認、支援方法の検討	
	地域連携ネットワーク構築	地域住民、相談内容や状態に応じた相談機関、地域包括との連携。上記個別課題に対する包括的解決に向けた支援体制の構築	
	地域課題発見	耳の虚弱と認知症との関係に関する実態把握と予防も含めた支援方法	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	1. 開催趣旨(1) 支援関係者顔合わせ(2) これまでの支援経過共有(3) 課題検討 2. 参加者自己紹介：「出席者名簿」参照 3. 支援経過共有：情報共有シート参照 (1) 体調不安（胸苦しい、一時的に音が突然聞こえなくなった）から自殺企図へ (2) 頼りにして死後事務を託した甥の急逝と預けたお金問題（「甥に裏切られた」） 4. 課題の確認 (1) 難聴が進み会話に支障、地域との繋がりが低下（認知面にも影響） (2) お金に関する漠然とした不安感、サービス利用控えにも影響 (3) お一人様のリーガルサポートについて（甥の一件で後悔しているはずが・・・） 5. 今後の支援に向けて（各専門職より助言） (1) 言語聴覚士：費用に敏感な本人が受け入れやすい提案の仕方、関わりの仕方について： 聴力自体に対して：聴こえの無料相談会を足掛かりに耳鼻科受診勧奨、補聴器再調整 聴力に合った環境調整：デモ体験を通じて自立用具活用・購入（フラッシュベル等） 聴力にあった関わり：コミュニケーション時の留意点、対応方法（地域、介護事業者） (2) 認知症専門看護師：認知症と高齢者鬱（一時的認知機能低下）について 地域での見守り：見守りに役立つ認知機能低下に気づきやすいポイントの確認 認知機能に応じた関わり：混乱を防ぐ声掛けの仕方、話し方のコツ (3) 権利擁護：認知機能を踏まえた権利擁護事業（地域福祉権利擁護事業）や 本人が死後事務（葬儀、お墓）に関する弁護士相談に関する情報提供 (4) 生活困窮者相談：事前提出の家計管理表を確認した上で本人の困りごとの焦点化： 寄り添い事業の活用：生きる意欲低下への働きかけと関係性構築（本音の聞き出し） 上記専門職からの助言を受けて：今後の役割分担、対策、時期の確認
-----------	---

(必要と思われる対策・支援策 （役割分担）)	実施機関	対策	時期
	包括、CM	1. 聴こえの相談会について本人に説明。	令和6年1月上旬
	包括、CM 障害福祉センター	2. 上記相談会への同席、検査、補聴器調整 フラッシュベルのデモ体験説明、手続き支援	令和6年1月下旬
	CM	3. 上記相談会結果を踏まえた耳鼻科受診同行	令和6年2月頃
	包括、CM 包括、CM 権利擁護 地域住民	1. 地域福祉権利擁護事業に関する説明、意向確認 2. 死後事務に関する弁護士への相談、意向再確認 3. 1・2に関する希望が聞かれた場合の手続き支援	令和6年1月上旬 令和6年1月上旬
		1. 全体清掃等住民が集まる機会や外で顔を合わせた際の挨拶や声掛けの継続実施。 変化の早期発見、CMや包括への情報連携	会議後
	生活困窮者相談	1. 生きる意欲低下が増した際の寄り添い支援（自殺防止） CMや包括以外の本人の拠り所	適宜
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	地域から孤立させないために、難聴者へのコミュニケーションの留意点やコツ、難聴に適した環境調整の重要性を地域、介護従事者と共に新たな気づきや理解の進化を図ることができた。今後も在宅生活の継続に向けて、地域を含めた見守りの際の注意点や変化を早めにキャッチするポイントについて共有できた。また認知機能低下に備えた老い支度を含め権利擁護について支援内容や連携のタイミングについて共有できた。以上を踏まえて各々役割分担や期限等について確認できた。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	聴こえの衰えに対する早期支援の必要性を確認・共有できたことを踏まえ、会議終了後に当該自治会長より集会室を活用した聴こえの出張相談会開催について前向きな意向を頂くことができた。また聴こえの衰えが認知症発症に影響していることから、聴こえと認知症との関係性について、絆のあんしんネットワーク連絡会を通じて周知や理解を深める機会として来年以降の開催に向けた企画に繋がった（会議終了後、講師依頼について承諾）		
	地域課題・その他		
今後の検討事項（残された課題）	聴こえの衰えに対する自覚があっても放置し、コミュニケーションの負担から会話から遠ざかり、また耳を介して入ってくる刺激や情報量が減少することで認知症に繋がることへの理解と周知（耳の問題は他の体部位に比べて比較的軽視されがちな傾向） 上記を踏まえて、早い段階で進行を少しでも予防する生活習慣の取り入れや耳に特化した簡単な体操への取り組みを周知。		
	当該棟内での交流機会を増やすきっかけづくり：植木の世話が好きで自治会園芸部に所属していた過去から、棟内に本人専用のプランタースペースの設置。プランターの世話を通じて住民との話の話題に繋がるのではないか（自治会長からの意見）		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（東和）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 9月 27日(水) 14時00分 ～15時30分																																	
開催場所	東和地域学習センター 第一学習室																																	
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	地域包括支援センター東和／足立福祉事務所東部福祉課／ 基幹地域包括包括支援課／生活環境保全課								計（ 9 ）名																								
	それ以外の 地域関係者	地域包括ケア推進課／民生委員／近隣住民の担当ケアマネ／ 基幹地域包括地域福祉課								計（ 4 ）名																								
事例タイトル (テーマ)	執着により物を溜め込んでしまい、自宅内に収まりきれず、屋外に物が溢れ、近隣に迷惑をかけているケース。																																	
ケース情報	年齢	72	性別	女性	世帯 構成	独居		介護度	未申請																									
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	ゴミ屋敷問題は本人のみならず、近所で暮らす方々の衛生上の問題、町の景観美化への影響が懸念される。この事例を通し、ゴミ屋敷に至ってしまう原因についての検討と、本人の権利を尊重しつつ、この問題を解決するにはどのように本人に働きかけ、関係者がどのように連携することが望ましいか検討したいと考えたため。																																	
個別事例の問題・課題	・本人は荷物が増えたとの認識はあるが、それがゴミとの認識はない。 ・心身機能はしっかりしており、介護保険の対象ではない。 →明確な支援者不在、定期的な介入がなされていない。 ・物を捨てられずに溜め込んでしまう精神状態について、専門医の診察をお勧めするが、本人の拒否で精神科受診には至っていない。 ・これまでも無免許での検挙、万引きなど、社会的規範から逸脱した行為でトラブルを起こしてきている。 ・半ば強引に近隣の方にまで荷物の預かりを依頼し、迷惑がられている。																																	
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☐ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☒ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☐ 身寄りなし</td><td>☐ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☐ 生活困窮</td><td>☒ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☒ ゴミ屋敷</td><td>☒ 苦情・クレーム</td><td>☐ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☐ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☒ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☐ その他（ ）</td></tr> </table>										☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☒ 万引き等	☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者	☐ 生活困窮	☒ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☒ ゴミ屋敷	☒ 苦情・クレーム	☐ 介護予防	☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☒ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																																
☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																																
☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☒ 万引き等																																
☐ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者																																
☐ 生活困窮	☒ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																																
☒ ゴミ屋敷	☒ 苦情・クレーム	☐ 介護予防																																
☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																																
☒ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）																																
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	腰痛により整形外科受診しているが、日常生活動作に支障なし。																															
		☒ 性格・気質	他者からの助言を聞き入れることはなく我が道を行くタイプ。自分の都合のいいように上手に他人に依頼ができる。																															
		☒ 経済状況	生活保護を受給しているので問題なし。																															
		☐ 学歴・職歴																																
		☐ 趣味・嗜好																																
		☐ 宗教等																																

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	夫とは離婚。妹がいる。
		☒ 近隣対人関係	前の住処でも自宅前のみならず、私物を広範囲に広げていたことによる近隣トラブル、悪臭、不衛生、害虫の発生により、近所からの苦情相談が度々地域包括支援センターにも寄せられていた。現在の住処でも同じような状況のため、直接苦情を聞いたことはないが、近隣で同様の思いをされていた方はいるかと思われる。
		☒ 住環境	自宅内は足の踏み場もないほどに荷物が散乱。屋外にまで荷物が溢れている。 隣が壁になっており、交通に行き来がないので、自宅前の道路に私物を広げやすい。
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☐ 社会参加・就労	
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
		会議目的	個別課題解決
地域連携ネットワーク構築	一つの機関で解決できる課題ではないため、ゴミ屋敷の発見、介入方法、関係者による連携、役割分担についての確認。		
地域課題発見	ゴミ屋敷となってしまう背景や理由、さらに地域としてできる取り組みがあるかどうか。		

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容

- 1 情報・課題共有
 (地域包括支援センター東和からの情報)
 ・令和3年から地域包括支援センター東和が関わり始めた。本人は綾瀬に住み、自宅で化粧品の通販の仕事をしていた。従業員が減り、収入が減ってからマンション自室内に物が溜まるようになり、所有者が明け渡しを求めた。法テラスの弁護士が介入し、建物明け渡し請求をしていた。
 ・支援を開始した時、電気、ガス、水道が止められており、本人は近くの公園で水浴び、洗濯、調理をしていた。自宅に物が溜まって本人に困っているという認識はない。化粧品の在庫、衣類、日用品等を段ボールに入れて積み上げ、それらが外にもあふれていた。
 ・地域包括支援センター東和が介入後、生活保護となり、転居。荷物は本人が自転車で運び、残りは廃棄した。介護保険サービス利用がなく、地域包括支援センター東和の介入は一段落したが、間もなく再びゴミ屋敷となった。
 ・その後、再度建物明け渡しとなり転居したが、同様のことを繰り返した。
 ・本人は社交性が高く、コミュニケーションが上手い。隣の住人は食べ物を渡され、その代わりに荷物を預けられることがあり、断りきれない状況のため困っていた。
 ・本人に精神科受診を勧めると、一度は「行きます」と言うが、後から「忙しいから」と受診はしなかった。本人も精神面が原因という自覚はあるようだが、「受診する気にならない」と主張。
- 2 意見交換
 (基幹地域包括支援センター包括支援課)
 ・令和5年度、基幹に新規相談が160件。そのうちゴミ屋敷は8件。継続相談も含めるとゴミ屋敷のケースはさらに増える。特徴としては、近隣との付き合いが希薄で、重度化して初めて発覚する。ゴミ屋敷以外の課題があることが多い。全てのケースが独居。支援者は時間をかけて関わることになる。
 (生活環境保全課)
 ・本人は普通に話ができる人だが、実は誰も信用していないのではないかと。キーパーソンがいない状況だと思う。保健師と一緒に関わり、通院できるようにするのが一つの方法かと思う。
 ・ゴミ屋敷の人は社会的に孤立していることが多い。少しずつ関わって社会資源とつながり、ゴミを片付けていく。東京都のアウトリーチ事業も活用できるのではないかと。
 ・区民からゴミ屋敷の相談はよくある。足立区はゴミ屋敷について、「行政代執行で強制的に片付けることはできるが、再発しやすいため、本人の生活再建を同時にやっていく必要がある」と考えている。本人に片付ける意思があるなら公費で50万円まで支出できる。袋詰めしていれば一袋300円で引き取ってくれる。
 ・まずは当課に相談してほしい。職員は5名おり、2人1チームで対応している。訪問して状況を確認後、必要な業者を紹介することもできる。
 (東部福祉課)
 ・引っ越し荷物の移送は生活保護の実費で対応できる。10万円が目安。居室清掃なら年度で処分を含めて40万円まで支出できる。
 ・9月22日、管理会社が10月10日までに強制退去勧告をすることになった。本人は法テラスに相談する予定。入院や入所の説得をするか検討している。
 (基幹包括支援センター地域福祉課)
 ・地域ボランティアがゴミ屋敷の住人に介入することについて、ゴミ屋敷の住人はそれ以外の問題を抱えていることが多く、素人が介入するのは難しい。ある程度支援の方向性が決まってからであれば有料ヘルパー、ほがらかネットワーク、シルバー人材等が活用できるのではないかと。

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	地域包括支援センター東和	定期的に訪問し、本人と面談。精神科受診を提案していく。可能であれば保健センターの保健師と連携していく。	一か月以内
	東部福祉課	定期的に訪問し、転居、入院、入所の提案をしていく。	一か月以内
	基幹地域包括支援センター包括支援課	地域包括支援センターのサポートをしていく。	常時
会議目的に対する成果・到達点	基幹地域包括支援センター地域福祉課	地域の見守りネットワーク構築をしていく。	常時
	個別課題解決		
	・保健師や他機関と連携し、本人と関係作りをしながら時間をかけて生活課題を解決していくという基本的な支援の方向性を確認できた。 ・精神疾患について本人に自覚があり、引き続き精神科受診を提案していく必要があることを確認した。 ・家がゴミ屋敷になりやすい方の精神疾患の診断（ホーダー、強迫性障害、ADHD）についての知識を共有できた。		
	地域連携・ネットワーク構築		
今後の検討事項（残された課題）	・生活環境保全課がゴミ屋敷への訪問やケースに応じた社会資源紹介をしていること、ゴミ処理の公費支援があることを知ることができ、今後の支援で連携していけることを確認できた。 ・生活保護において、引っ越しの荷物移送や居室清掃の公費支援があり、利用できることを確認できた。 ・地域のゴミ屋敷対策として、絆のあんしんネットワーク等の見守りネットワークを広げ、うまく活用していく必要性があることを確認できた。		
	地域課題・その他		
	・ゴミ屋敷となってしまう背景として、独居高齢者の孤立の問題があることを改めて確認した。「社会との接点がある人の家はゴミ屋敷にならないのではないか」という認識を関係者で共有できた。 ・個々の状況に応じた介護・保健サービス等の制度につなぐことで、予防及び早期発見・早期対応の可能性を共有した。		
今後の検討事項（残された課題）	本人への受診及び介護保険申請を促し、本人の対応によっては都度検討を行う。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（中川）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5 年 5 月 31日(水) 10時00 分 ～ 11時30 分																																
開催場所	UR大谷田一丁目団地3号棟2階第2集会室																																
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	URコミュニティー（3）、ころつえシニア相談所 地域包括支援センター中川（3）							計（7）名																								
	それ以外の 地域関係者	民生委員、UR都市機構（2）、主任介護支援専門員連絡会、足立消防大谷田出張所綾瀬警察署、足立区絆づくり担当課、高齢援護係、基幹地域包括支援センター							計（9）名																								
事例タイトル (テーマ)	独居高齢者の安否確認に関する緊急対応2																																
ケース情報	年齢	91	性別	男	世帯 構成	独居	介護度	1																									
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	令和3年度の地域ケア会議の検討の結果、孤立死予防の対策として、UR大谷田一丁目団地独自の緊急対応ルールを作成した。試験的運用にて対応した安否確認事例を用いて、緊急対応ルールの検証を行い、各機関にも理解を求めながらさらにスムーズな連携を図ることで孤立死予防を進められると考えたため。																																
個別事例の問題・課題	①介護保険サービス利用に拒否があったため定期的な見守りができていなかった。 ②安否確認のルールを作成したが、関係機関への周知はまだ十分でなかった。																																
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☒ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☒ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☒ 身寄りなし</td><td>☐ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☐ 生活困窮</td><td>☐ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☐ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☐ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☐ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☐ その他（ ）</td></tr> </table>									☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☒ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☒ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者	☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防	☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																															
☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																															
☒ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																															
☒ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者																															
☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																															
☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防																															
☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																															
☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）																															
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	定期受診なし、腰部圧迫骨既往あり。特定検診にて廃用性症候群の診断。歩行不安定。両下肢浮腫。																														
		☒ 性格・気質	こだわりが強い。介護保険などサービスに対する拒否が強い。																														
		☐ 経済状況	厚生年金受給、経済的な問題ない。																														
		☐ 学歴・職歴	大学法学部卒業後会社勤めしていた。																														
		☐ 趣味・嗜好	食にこだわりあり。（牛フィレ肉、健康食品）																														
		☐ 宗教等	特に確認できず																														

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	妻は死去。子供はいるが所在不明。甥がいるが音信不通。
		☒ 近隣対人関係	自治会に加入していたが、近隣との付き合いほぼなし。
		☐ 住環境	団地8階に居住。手すり設置などの提案するも本人望まず。
		☒ 社会資源・サービスの不足	自費での訪問介護を自身の都合で都度依頼していた。
		☒ 社会参加・就労	外出もできず、交流の機会がほとんどなかった
		☒ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	建物の構造上、本人の様子が近隣からわかりにくく異変に気付くのに時間を要した。
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	逝去されているため該当なし	
	地域連携ネットワーク構築	団地関連団体、周辺事業所等の連携を深め、緊急時の安否確認ルールの有効活用を図る。	
	地域課題発見	孤立予防、地域参加の促進、老い支度の効果的な啓発のために継続的に関係機関が協働できるしくみづくり	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	○UR独自の独居高齢者安否確認対応ルールについて 関係者が即時情報共有できる仕組みづくり、強制開錠に至るまでの時間短縮が狙い。 ○通報へのためらい ドアポストは新聞があふれ、共用廊下に積んである状態だったが、どこからも通報は入らなかった。 警察）チェックポイント→生活感があるか、ポストの滞留はないか 消防）まずは「119番」通報を！ 窓を割らないような配慮、1～2週間は救急要請があったか確認ができる 第一発見者はヘルパーや通所サービス事業者が多いが、現場では判断できず、通報まで時間を要している。 現場→事業所→CM→通報 <u>タイムロスをなくすため周知が必要</u> ○孤立死について 夏（7月、8月）、冬（12月、1月）に急増。 特に男性は発見までに時間がかかる。 元々独居の方よりも、配偶者と死別された高齢者の方が孤立に繋がりやすい。 ○65歳未満の方の安否確認 異常の通報が管理事務所に入っていたが、ハウカツへの相談はなかった。 絆づくり担当課）調べることは可能だが、情報提供は不可 高齢援護係）ハウカツへの情報提供は可能。 何らかの疾患を持っている要支援者の可能性がある。
-----------	---

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	UR 自治会	小規模イベントを日常的に開催し、介護・孤立予防、見守りの周知。	夏、冬前
	民生委員	夏、冬前に行い効果的に周知していく。 熱中症の注意喚起、訪問時の見守り。	夏前
	包括中川	老い自宅講座の開催。 業者へ絆のあんしん協力機関の登録を案内。	冬 随時
	UR	異常発見時の相談窓口のポスターを作成	2か月以内
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	もともと拒否が強く、有効な連絡先の情報がなかった。 地域との関わりも希薄であった。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	ライフライン、新聞、配送（配食、牛乳）機関との連携が困難。 気づいたことがあれば通報をと案内はしているが、なかなか通報に繋がらない。 他市区町村では電力会社等と安否確認の協定を結んでいるところがある。 以前は足立区でも情報交換の場があったが、現在は開催されていない。 生命保持にかかわるライフライン機関との連携の場が必要。		
	地域課題・その他		
	異常に気が付いていても、通報や介入をためらってしまう。 異変を感じた場合の相談窓口の周知が必要。		
今後の検討事項（残された課題）	・ 老い支度の周知の継続 ・ 絆のあんしん協力機関登録の活用 事業所は支店のある圏域を担当するハウカツに登録することとなる。 登録したハウカツとの連携は取れているが、他ハウカツとの連携は希薄である。圏域を超えた連携が取れる仕組みを検討できないか。 ガス会社、電力会社等へ登録、見守り活動の周知。 ・ 異常発見時の相談窓口の周知 UR内に住民、業者向けに周知のポスターを作成、掲示。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（ 中川 ）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5 年 9 月 25 日(月) 14時 00 分 ～ 15時 00 分							
開催場所	中川地域センター							
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	主治医（1）、居宅介護支援事業所（1）、訪問看護ステーション（1）通所介護事業所（1）、地域包括支援センター中川（3）						計（ 7 ）名
	それ以外の地域関係者	主任介護支援専門員連絡会（1）、高齢福祉課高齢援護係（1）、地域包括ケア推進課（1）、基幹地域包括支援センター（1）						計（ 4 ）名
事例タイトル (テーマ)	認知機能が低下し、セルフネグレクトが疑われる事例							
ケース情報	年齢	96	性別	男性	世帯構成	独居	介護度	要介護2
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	被害妄想がみられ、介護支援専門員や訪問看護の介入にも懐疑的となり、訪問を拒んでいる。関係機関が対応に苦慮されており、対応を統一し、必要な支援に繋げる方法を検討したい。							
個別事例の問題・課題	認知症の疑い、被害妄想があるが、本人は必要性を理解できず専門医受診に繋がらない。支援可能な親族がおらず、居宅介護支援事業所や訪問看護がやむを得ずに支援をしている。自宅への訪問を拒否し、適切なサービス提供に支障が出てきている。							
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☐ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☒ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☒ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☒ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☒ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）							
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	短期記憶の低下や被害妄想がみられるが専門医受診は必要性が理解できず拒否している。ふらつきあり転倒のリスクは高い。					
		☒ 性格・気質	支配的で自身の思うように進まないと気が済まない。被害的にとらえやすい。					
		☐ 経済状況						
		☐ 学歴・職歴						
		☐ 趣味・嗜好						
		☐ 宗教等						

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	子はいるが亡くなった妻をめぐり親子間で度々裁判となり、絶縁している。居所も連絡先も不明。支援者不在。
		☐ 近隣対人関係	
		☒ 住環境	戸建て住宅は以前違法建築の指導あり、裁判の後改修している。ゴミ屋敷状態。片付けは自身では行えないが、他人が家に入ることを拒んでいる。
		☒ 社会資源・サービスの不足	主治医から受診時は訪問看護が同席するよう言われている。本来は訪問介護の導入が望ましいが、本人は同席の必要性を理解しておらず、拒否をしている。
		☐ 社会参加・就労	
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	課題の整理と介入方法の検討、優先順位の確認	
	地域連携ネットワーク構築	関係機関での役割の再確認、情報共有等の連携方法についての検討	
	地域課題発見	他にも頻発しているセルフネグレクト事例へ必要なサービスの導入と本人を尊重した支援の両立	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	本人の思い「デイサービスの利用を続けたい」←本人の拠りどころ 本人の強み：デイサービスとの関係が良好、病院を信頼している ○関係の維持 本人の出来ている部分からアプローチしていくのが良いのではないかな。 デイサービスを増加することで服薬、保清の改善が期待できる。 ○医療について 受診時に訪問看護が同席することで、診察が受けられている実情がある。 訪問看護による受診同席は保険算定はできずボランティアとなっている。医師との連携のため必要ではあるが、すべての診察に毎回訪問看護が同席することは現実的ではない。 本人は「一人で通院できる」と思っている。 通院もまずは一人で行い、できなければ訪問診療の検討へ段階を踏んでどうか。 ○精神科受診、判断能力の見立て 本人の性格やこだわりは精神科受診できても治療による改善はあまり期待できないのではないかな。 主治医から精神科の話を出すと関係性が崩れる恐れがある。 認知症アウトリーチ事業は検討できないかな 現状ではセルフネグレクトでの在宅困難として保護などの強制的介入は難しい。

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	介護支援専門員 デイサービス	デイサービスを増加 生活を支援しつつ、介護支援専門員が介入しやすくする デイサービス利用中に服薬できるようにする 入浴、保清の機会をつくる	3か月
	訪問看護 病院	本人一人で通院 支障があれば病院から訪問診療を提案	2か月
	ハウカツ中川	アウトリーチ事業の活用を相談	3か月
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	○本人の強みである病院とデイサービスとの関係を崩さないようにする できる部分からアプローチする ○訪問看護の毎回の診察同席について見直しをする 一人で通院しできなければ、病院から訪問診療をすすめる ○判断能力についての医療的な見立ては、アウトリーチ事業を検討		
	地域連携・ネットワーク構築		
	関係が良好な事業所をうまく活用していく方針を立て、チームとして適切な支援 が継続できるよう役割分をすることができた。		
	地域課題・その他		
	本人の気質により支援の困難さを感じる支援者は少なくない。 役割分担、相互理解をし、医療介護連携を進めていく必要性を確認できた。		
今後の検討事項（残された課題）	本人について ○今後さらに理解案弾力が低下した場合の金銭管理や契約者が不在 判断能力の如何により成年後見制度等が必要となるか ○高齢のため看取りについての意向が不明 在宅看取りの場合には訪問診療導入が必要となる 地域課題 医療介護連携は十分とは言えず、対応に悩む介護支援専門員は多い。 このテーマをもとにした地域ケアネットワークを検討する。 また本人の気質や、家族状況に問題を抱える方について、意志を尊重しながら も、適切な権利擁護の支援が受けられるよう体制の整備が必要である。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（西綾瀬）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5 年 7 月 4 日(火) 14時 00分 ～ 15時 30 分									
開催場所	地域包括支援センター西綾瀬									
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	絆の協力員・民生委員							計(2)名	
	それ以外の地域関係者	民生委員・町会長・絆の協力員・ケアマネ・基幹包括・足立区絆づくり担当課・地域包括ケア推進課							計(7)名	
事例タイトル (テーマ)	心の孤立に対しての地域での取り組むべき支援									
ケース情報	年齢	82	性別	女性	世帯構成	息子夫婦と2人暮らし		介護度	非該当	
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	孤立を防止し、住民同士が繋がりがあある地域づくりをするため									
個別事例の問題・課題	世帯的には孤立していない高齢者だが、地域では孤立しているため社会的・精神的・身体的フレイル状態になる高齢者がいる。孤立と社会の役割を考える。									
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☒ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☒ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☒ 介護予防 ☐ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）									
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL		聴力の低下・認知能力の低下・理解力の低下						
		☒ 性格・気質		プライドが高い・家族に対して気を遣う						
		☒ 経済状況		経済的に余裕が無い						
		☐ 学歴・職歴								
		☒ 趣味・嗜好		楽しめるものがない・趣味がない						
		☐ 宗教等								

課題の背景Ⅱ	環境要因	■ 家族親族関係	息子夫婦と3人暮らし・息子夫婦に迷惑をかけたくない
		■ 近隣対人関係	地域の声かけ、気遣いが不足・関心が不足
		■ 住環境	息子夫婦と生活スペースが別々・お互い、異変に気が付きにくい
		■ 社会資源・サービスの不足	家族が知り得ている情報が不足・通いの場はあるが、そこへ行くまでの送迎支援が不足
		■ 社会参加・就労	知り合いが少ない
		□ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		■ その他	家族と一緒にいるが一人で過ごすことが多く、精神、体力、身体的に低下している。孤立を防止し住民同士つながるための方法を検討する。
会議目的	個別課題解決	心の課題を抱えている人の課題の発見。	
	地域連携ネットワーク構築	地域活動推進をしている住民による地域ネットワークの形成へつなげる	
	地域課題発見	家族と一緒に住んでいるが孤立している方の問題点を深堀する。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	・困っている高齢者に対して、地域住民側はどこまで介入したらいいか悩んでしまう。 ・なぜ家族へ頼れないのか？本人の性格に問題があるのか？ ・家族間でも挨拶が重要。挨拶をきっかけに会話が生まれる。 ・地域住民同士、無関心が良くない。困った時はお互い様の雰囲気を作る。 ・挨拶は丁寧に。挨拶の後に続く一言が重要。そこから情報収集する。 ・挨拶をきっかけに「何かあったら声をかけてね」と伝える。 ・普段から話しかけられやすい態度を取る。 ・耳が遠いと会話をしたくない、挨拶もしたくない気持ちになってしまう。 ・他人へ声をかける時は「大丈夫ですか？」ではなく、「何か手伝うことはありませんか？」 ・家族との関係が悪くても、地域との関わりがあれば心の孤立を感じないのでは。

	実施機関	対策	時期
	絆のあんしん連絡会 (ホウカツ西綾瀬) 地域住民	・住民同士がお互いに関心を持つ為の方法を検討。 ・「困った時はお互い様」の雰囲気を作る方法の検討。 ・家族間でも日常的に挨拶をする。 ・挨拶をきっかけに会話をする。	年内 年内 常時 常時
必要と思われる対策・支援策 (役割分担)	個別課題解決		
	・本人に合った集いの場や地域の活動を情報提供する ・住区センターへ繰り返し通いたくなるようなイベントの工夫		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・「家族が居ても心が満たされずに寂しい気持ちでいる」心の孤立者の相互理解 ・地域の繋がりは挨拶から。挨拶を地域へ広める方法を考える		
会議目的に対する成果・到達点	地域課題・その他		
	・家族関係が希薄(家族へ遠慮する・無関心・プライドの問題) ・困りごとがあっても家族を頼れない理由には、どんな背景があるのか ・地域の中で「困った時はお互い様」の雰囲気が作れていない ・その人が望んでいること、ニーズへの情報提供が不十分・個人情報問題で介入に限界がある ・地域との繋がりがあれば、心の孤立は軽減出来る可能性がある		
今後の検討事項(残された課題)	【個別(包括)レベル】 地域のリーダーや社会資源を把握する方法(データの蓄積方法) 【ブロックレベル】 挨拶が広まれば地域の見守り合う力が広がる? 挨拶が持つ可能性、挨拶から発展する活動の検討 【区や広域レベル】 【制度の課題】 地域全体が「困った時はお互い様」の雰囲気を作れていない理由を探る。 家族同士でも挨拶が無い。家族に対して気を使ってしまう。そんな家庭が以前よりも増えてきている印象。どんな背景が考えられるのか探る。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（西新井）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 9月 22日（金） 14時 00分 ～ 16時 00分																															
開催場所	地域包括支援センター西新井 集会室																															
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	・地域包括支援センター西新井 （作業療法士・社会福祉士・主任介護支援専門員）						計（ 3 ）名																								
	それ以外の 地域関係者	自主グループA8名 自主グループB5名 基幹地域包括（地域支援課2名・包括支援課1名） 絆づくり担当課1名・地域包括ケア推進課1名						計（ 18 ）名																								
事例タイトル （テーマ）	身寄りなし（と思われた）で訪問を拒否する高齢者の見守り支援体制の構築①																															
ケース情報	年齢	70歳代	性別	男	世帯 構成	単身	介護度	未認定																								
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	何らかの疾病や困りごとがあると思われる高齢者宅に訪問したが身寄りがない（「おれは天涯孤独だ」発言から推測）、「困りごとはない・元気だ」を繰り返すだけで介入ができなかった事例。しばらくして亡くなって発見される。別居している息子から連絡があり「平野さんの名刺が仏壇においてあったので連絡をした。」と連絡がある。「見守られる側の視点で見守りを考える」ことでより良い支援方法・体制を検討する。																															
個別事例の問題・課題	・単身で何らかの疾病もあると思うが本人の介入拒否で支援ができない。 ・孤立の可能性のある高齢者の見守り体制の構築。																															
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☒ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☒ 身寄りなし</td><td>☐ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☐ 生活困窮</td><td>☐ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☐ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☐ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☐ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☐ その他（ ）</td></tr> </table>								☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☒ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者	☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防	☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																														
☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																														
☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																														
☒ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者																														
☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																														
☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防																														
☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																														
☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）																														
課題の背景 I	個人要因	☐ 疾病障害・ADL		不明																												
		☐ 性格・気質		人との接触を好まない。1人で気ままに生活をしていきたい。																												
		☐ 経済状況		不明																												
		☐ 学歴・職歴		不明																												
		☐ 趣味・嗜好		不明																												
		☐ 宗教等		不明																												

課題の背景Ⅱ	環境要因	☐ 家族親族関係	不明
		☐ 近隣対人関係	不明
		☐ 住環境	アパート
		☐ 社会資源・サービスの不足	不明
		☐ 社会参加・就労	不明
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	不明
		☐ その他	-
会議目的	個別課題解決	身寄りなし高齢者や介入拒否の高齢者への「見守り」支援を見守られる当事者の立場になって考えより良い支援方法を検討する。	
	地域連携ネットワーク構築	既存のサロン参加者に声を掛け身寄りなし高齢者など見守りが必要な高齢者の「見守り」支援について参加者が当事者の立場になって自主的に何ができるか検討する。	
	地域課題発見	増加傾向にある単身高齢者（身寄りなし・孤立の可能性あり）の実態把握を進め早期発見・早期対応。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	*どのように見守られたいか（見守られる立場になって）？ ・切羽詰まらないと（見守りの）必要性を感じない。 ・声かけてくれて、気にかけてくれたほうが心強いが素直になれない（特に男性？） ・見守りが必要な状態（それもわからない・・・）にならないと分からない。 ・何がない話（健康・家にことなど）を聞いてもらいたい。 ・見守ってほしい人は（自分から）声をかけてくる。 ・見守ってほしいという気持ちになるまで待つてほしい。 ・協調性がないとつながるのは無理。 *見守りの方法について検討 ・千住便利隊（帝京科学大学の取り組み）の紹介。 ・帝京科学大学山田教授の取り組みの紹介。 ・声かけ、あいさつが重要。近所付き合いが大切。そこが始まり・・・。 ・見守ってほしいと思わないうちはほどよい距離感を持つことが大切。（つかず離れず） ・見守ってほしい時に相談できる場所がそばにあってほしい（＝包括の情報発信） ・「緩やかな見守り」が良い。
-----------	---

	実施機関	対策	時期
		12月に予定する第2回地域ケア会議で検討する。	
必要と思われる対策・支援策 (役割分担)			
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	・見守りを拒否する人の気持ちを自分事として考えることで、どういう見守られ方が良いか話し合うことができた。 ・普段からの声かけ、あいさつが重要。近所付き合いが大切。そこが始まり・・・。 ・「ゆるやかな見守り」を心がけていく。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・自主グループA、Bの参加者で会議を行った。参加者から「包括からの情報でサロンに参加した。ひきこもり状態から抜け出すことができた。サロン活動を広めていきたい。」という意見があった。 ・絆のオレンジベストや連絡カードが活動に役立っている。仲間を増やすきっかけになる。		
	地域課題・その他		
	・地域課題は、以前より西新井・栗原地域は孤立死が多い、ことである。絆のあんしん協力員やサロン参加者が近所付き合いの延長線上で「ゆるやかな見守り」をしてもらえるようにしていきたい。 ・次回、12月に第2回地域ケア会議で具体策を検討する。		
今後の検討事項(残された課題)	・次回、12月に第2回地域ケア会議で具体策を検討する。 ・今回の地域ケア会議の検討内容をふまえて個々人で見守りについて考えたり、できる人は実践してみる。それをもとに意見交換を行い、具体的な見守り活動の方法を検討し実施してみる。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（西新井）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 6年 1月 24日（水） 14時 00分 ～ 16時 00分																															
開催場所	地域包括支援センター西新井 集会室																															
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	・地域包括支援センター西新井 （作業療法士・社会福祉士・主任介護支援専門員）						計（ 3 ）名																								
	それ以外の 地域関係者	自主G① 8名 自主G② 6名 基幹地域包括（地域支援課2名・包括支援課1名） 絆づくり担当課1名・地域包括ケア推進課1名						計（ 19 ）名																								
事例タイトル （テーマ）	身寄りなし（と思われた）で訪問を拒否する高齢者の見守り支援体制の構築②																															
ケース情報	年齢	70歳代	性別	男	世帯 構成	单身	介護度	未認定																								
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	何らかの疾病や困りごとがあると思われる高齢者宅に訪問したが身寄りがない（「おれは天涯孤独だ」発言から推測）、「困りごとはない・元気だ」を繰り返すだけで介入ができなかった事例。しばらくして亡くなって発見される。別居している息子から連絡があり「Hさんの名刺が仏壇においてあったので連絡をした。」と連絡がある。「見守られる側の視点で見守りを考える」ことでより良い支援方法・体制を検討する。																															
個別事例の問題・課題	・単身で何らかの疾病もあると思うが本人の介入拒否で支援ができない。 ・孤立の可能性のある高齢者の見守り体制の構築。																															
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☒ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☒ 身寄りなし</td><td>☐ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☐ 生活困窮</td><td>☐ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☐ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☐ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☐ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☐ その他（ ）</td></tr> </table>								☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☒ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者	☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防	☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																														
☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																														
☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																														
☒ 身寄りなし	☐ 金銭管理	☐ 災害弱者																														
☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																														
☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防																														
☐ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																														
☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）																														
課題の背景Ⅰ	個人要因	☐ 疾病障害・ADL	不明																													
		☐ 性格・気質	人との接触を好まない。1人で気ままに生活をしていきたい。																													
		☐ 経済状況	不明																													
		☐ 学歴・職歴	不明																													
		☐ 趣味・嗜好	不明																													
		☐ 宗教等	不明																													

課題の背景Ⅱ	環境要因	☐ 家族親族関係	不明
		☐ 近隣対人関係	不明
		☐ 住環境	アパート
		☐ 社会資源・サービスの不足	不明
		☐ 社会参加・就労	不明
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	不明
		☐ その他	-
会議目的	個別課題解決	身寄りなし高齢者や介入拒否の高齢者への「見守り」支援につなげるのは難しいことである。見守られる当事者の気持ちになって考えることで見守り等の支援方法を検討したい。	
	地域連携ネットワーク構築	既存の自主グループ参加者に前回会議（9月22日実施）から約4カ月の間で声かけなどの取り組みをしたかの確認をする。声かけはご近所のちょっとした声かけもあることを伝え気楽に声かけできることを意識付けする。「自主G①」や「自主G②」の清掃活動時に通りすがりの人等に配れる自主グループ活動と包括紹介（見守り相談先等）を兼ねたチラシの作成を行うことを提案。チラシ配布により自主グループ活動と包括の紹介（見守り相談先等）を行い地域の見守り体制の構築を進めたい。	
	地域課題発見	地域で身寄りなし・孤立の可能性のある高齢者が今後増加してくる。「実態把握」や「（ながら）見守り」を実施し重度化になる前に発見・対応できる地域づくりを進める。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	*（前回会議を振り返って）事例からAさんの気持ちを考える。 ・大きなお世話。 ・今は（声かけ）必要がないが必要になったら声かけしてほしい。 ・訪問を拒否していても素直に受け入れられない人がいる。 *（前回会議を振り返って）自分だったら地域でどう見守られたいか？ ・近所付き合いの延長線上のような見守り。 ・最近姿が見える、見えない程度の見守りは必要と思う。 *具体的な見守り活動について意見交換 ・清掃中に「ご苦労さま」と声をかけられるとうれしい。自分も気楽に声をかけられるようになりたい。 ・今は清掃活動中にあいさつしても不信に感じられることが多いが続けていきたい。 ・ゴミを拾っていると「ありがとう」と声をかけてくれる人がいて交流が生まれる。 ・知らない人への声かけはハードルが高い。まずは知っている身近な人から始めたい。 ・見守りは簡単にできない。話のきっかけ作りになるチラシなどのグッズがあるといい。
-----------	--

	実施機関	対策	時期
	自主G① 自主G②	＊ながら見守りの実行 ・ 普段のご近所付き合いの延長線上でちょっと気になった人に声をかける。 ・ 「自主G①」「自主G②」の活動中にすれ違った人に声をかける。 ・ 気になった人は必要に応じて包括に連絡する。 ＊「自主G①」「自主G②」の活動中に配れるチラシ作りを行う。チラシに活動内容、地域で気になる人がいたら包括に連絡してほしいという内容を盛り込む。	
必要と思われる対策・支援策 (役割分担)	個別課題解決		
	＊「見守る立場」ではなく「見守られる立場」で考えることによって『その人の気持ちを拒否、反発・・・』する気持ちを理解する努力をすることにより良い見守りや声かけができる、ことを確認した。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	＊声かけ・見守りは、近所のちょっとした立ち話・声かけも含まれることを伝え、声かけ・見守り活動のハードルを下げる事ができた。 ＊自主グループ参加者と協同して活動内容と包括の紹介（見守り）用チラシを作成し活動中に配布する。声かけのきっかけにしたり包括への連絡のきっかけになることを期待し見守り体制の構築の一步とする。あいさつの大切さを学べた。		
会議目的に対する成果・到達点	地域課題・その他		
	地域で身寄りなし・孤立の可能性のある高齢者が今後増加する。しかし、見守り・声かけの体制は今だ脆弱である。高齢者が地域で安心・安全に生活できるよう自主グループの参加者や住民等と協同して地域の見守り体制の構築を検討する。		
今後の検討事項（残された課題）	今回は自主グループの活動に「ながら見守り」を重ねる取り組みとして進めることとした。今後はこの動きを自治会や町会、地域の商店・関係機関に広め、見守り・声かけの体制の強化を図る。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（西新井本町）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 9月 28日(木) 14時00分 ～15時00分																															
開催場所	介護老人保健施設レーベンハウス 1階 会議室																															
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	基幹地域包括支援/センター(エリア担当) 意見照会；短期入所生活介護(相談員)/主治医(医療機関)						計 (1) 名																								
	それ以外の地域関係者	自治会(会長)/サロン(地域のサロン代表)/介護支援専門員(主任介護支援専門員)/JKK東京(相談係)/地域包括ケア推進課						計 (5) 名																								
事例タイトル (テーマ)	独居、男性高齢者、ギャンブルにより生活の破綻がある。地域で孤立し支援に結びついていない方に対する有効な支援と関係機関による支援ネットワークの構築																															
ケース情報	年齢	82	性別	男性	世帯構成	独居	介護度	無																								
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	当エリアでは、独居、男性で近隣との関わりが薄く、生活が立ちいかなかったケースの相談が続いている。生活上の課題解決ができないまま生活しているため地域や関係機関との情報共有や方針を検討する。																															
個別事例の問題・課題	・ギャンブルに依存する状態で生活を破綻させるほどのめり込んでいる。 ・食事を用意するお金も無くなるなど自身で金銭管理ができない。 ・自分に必要な支援を自身が認識されていない。(医療未受診)																															
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☒ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☐ 身寄りなし</td><td>☒ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☒ 生活困窮</td><td>☒ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☐ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☒ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☐ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☐ その他 ()</td></tr> </table>								☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☐ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者	☒ 生活困窮	☒ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防	☒ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他 ()
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																														
☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																														
☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																														
☐ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者																														
☒ 生活困窮	☒ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																														
☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防																														
☒ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																														
☐ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他 ()																														
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	認知機能低下、長期間入浴せず身体から異臭がする状態で生活していた。																													
		☐ 性格・気質																														
		☒ 経済状況	年金が入るとギャンブルに使い、残りの生活費を使い果たしてしまう。お金が無くなると食料支援をもとめくらしとしごとに相談をすることはある。																													
		☐ 学歴・職歴																														
		☒ 趣味・嗜好	長年ギャンブルを好み、生活費を使い果たすなど、日常生活に問題がある。																													
		☐ 宗教等																														

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	都外に兄在住、金銭を借りる支援を受けたことがある。婚姻歴があるが、自身の子供らとは絶縁状態。
		☒ 近隣対人関係	あいさつ程度の関係。
		☒ 住環境	居室内はある程度整理されている。
		☒ 社会資源・サービスの不足	緊急ショートをきっかけに医療受診を行い、介護保険認定を申請し。サービス利用を検討中。本人を必要な支援につなげる必要がある。
		☐ 社会参加・就労	
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	生活が立ちいかない状況であっても、食事より遊戯を優先する本人を支援するため、地域の関係機関の連携、情報共有、役割分担の確認、支援方法の検討。	
	地域連携ネットワーク構築	本人を取り巻く地域のサポート先の確認。地域の社会資源と包括が連携し包括的な支援体制を構築する。	
	地域課題発見	地域と関係の薄い独居高齢者が、孤立することなく、地域の理解を得たうえで安心して地域で生活を継続するためのネットワークを強化し活用していく。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	【意見交換】
	・自治会は、3年前から本人を知っている。今年に入って向かいの住民とトラブルあり、包括やJKKと情報共有し支援できるしくみ作りが必要。 ・JKKとしては、長年本人の家賃滞納を支えている兄も高齢であり、家賃の支払い援助が難しくなると想定している。本人は自身の生活が破綻していることを認識していない。 ・非合法的な予想屋のようなところにお金を入金している。基幹包括支援センターから消費者センターや警察に相談したことはあるが、現状本人の責任において実施していることであり、法的には利用している本人も罰せられる可能性があると言われている。 ・介護支援専門員は、ギャンブルに嵌る方は、寂しさから人と触れ合うことを求める方と、単純に興奮を味わいたい方がいるが、本人は後者だと感じている。で、今まで誰かの支援で生活できていたため、自宅に戻った場合は同じことを繰り返すと考えられる。対処法を検討する必要があるのではないか。 ・配食サービスの料金滞納があっても、食事の提供が継続されていた。滞納は今回支払いを完了。 ・JKKをはじめ情報をもっているところと地域が情報共有する必要がある。 【検討内容】本人が行っていた金銭管理に介入が必要な点、現在支援のある環境で生活しているが、自宅に戻って生活できるか疑問がある。近隣住民とのトラブルが解決しておらず受け入れも時間が掛かるのではないか

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	対策		時期
	公社	11月以降は家賃を滞納する可能性が大きい。滞納の場合は滞納前（3か月）に公社に相談をする必要がある。本ケースは分割等相談に乗れることを担当部署に確認済み。本人の了解があれば連帯保証人の情報提供も可能	2か月以内
	金銭管理サポート	金銭管理はNPO等支援を受ける必要性が高い。	今後の生活が決まるころ
	主治医	病状把握と認知機能の状態診断。成年後見制度の申し立ての必要性の精査	2か月
	自治会	自宅に戻る際は地域の理解を得られるよう働きかける。本人が利用できる通いの場への繋ぎ	
	地域包括支援センター	本人が地域で孤立せず生活できるような見守り体制を整えるため、関係者で必要な個人情報共有できるように働きかける。	2か月
会議目的に対する成果・到達点	介護支援専門員	本人が住み慣れた地域で生活を継続できるかを検討。本人が必要とするケースカンファレンスの開催地域の関係者と可能な見守り支援について検討	必要時
	個別課題解決		
	本人が行っていた金銭管理に介入が必要であること、地域の見守り体制の構築と近隣の理解を得ることが必要であること等、課題の共有ができた。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	地域及び関係機関が顔を合わせ、本人に必要な支援を共有化でき、今後の情報集約や対応方法について意見交換ができた。高齢者を地域で支えていくためには、関係者の相互理解に基づく協働が不可欠であることについて認識を共通にした。また、これを通じて、参加者の見守り力の向上に一定の成果を見たものと考えられる。		
	地域課題・その他		
今後の検討事項（残された課題）	本ケースに限らず、地域と関わりが無い高齢独居、生活困窮の方の早期発見の必要性和、地域の見守りネットワークの強化が重要な課題となっていることを地域関係者と共有できた。		
	・地域から孤立した方や病識がなく、支援の必要性を自覚していない方などへの早期介入ができる地域の仕組み作り ・弁護士や司法書士等ではなく本にとっては身近な存在である市民後見人の育成、活用。 ・あだちフードパントリー（事前登録必要）の情報提供があったが本人が簡易的に利用できるものとはいえず、さらなる社会資源の情報収集が必要。 ・本人が地域で生活することに近隣住民の理解を得ること（今回はトラブルの詳細は不明、情報収集が必要）。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（西新井本町）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和5年12月22日（金）10時30分～11時30分																															
開催場所	介護老人保健施設 レーベンハウス																															
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	近隣住民/居宅介護支援事業所(担当CM)/地域包括支援センター職員 欠席：家族(妹)/知人/						計（ 3 ）名																								
	それ以外の 地域関係者	基幹地域包括支援センター職員(エリア担当)/地域包括ケア推進課/ 欠席：民生委員						計（ 2 ）名																								
事例タイトル (テーマ)	身体機能の低下を認識しない本人の生活を地域で支えているケース																															
ケース情報	年齢	85	性別	女性	世帯 構成	独居	介護度	申請中																								
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	身の回りのことができなくなった本人を地域住人が支えていた。公的な機関への相談は、本人の意向を尊重し行わずにいたが、近隣住民にとって支援が負担となり包括への相談に至る。公的な機関への相談やサービスの導入のタイミングの機会を逃さず、見守り機能をより効果的に活用できるネットワークを構築する必要があるため、地域や関係者との情報共有や方針を検討する。																															
個別事例の問題・課題	・本人が身の回りのことができなくなってもサービス利用を希望しなかった。 ・本人を支える地域住民や知人の負担が増し、支援を継続することが難しくなった。 ・買い物や保清、金銭管理、服薬管理などできないことが増えているが本人は認識していない。																															
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☒ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☒ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☐ 身寄りなし</td><td>☒ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☐ 生活困窮</td><td>☐ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☐ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☒ 認知症</td><td>☐ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☐ 精神疾患（疑念）</td><td>☒ 買い物弱者</td><td>☒ その他（独居）</td></tr> </table>								☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☒ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☐ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者	☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防	☒ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット	☐ 精神疾患（疑念）	☒ 買い物弱者	☒ その他（独居）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																														
☐ 障害・精神障害者同居	☒ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																														
☒ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																														
☐ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者																														
☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																														
☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防																														
☒ 認知症	☐ 消費者トラブル	☐ ペット																														
☐ 精神疾患（疑念）	☒ 買い物弱者	☒ その他（独居）																														
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	リウマチは状態が安定。ADLの低下から外出できず、自力での通院はできない状況。大量の残薬あり服薬管理が困難。																													
		☒ 性格・気質	他者に困りごとを相談することは抵抗がない。初対面でも気軽に会話ができる。																													
		☒ 経済状況	年金収入、貯蓄あり、生活に困る状況ではない。																													
		☐ 学歴・職歴																														
		☐ 趣味・嗜好																														
		☐ 宗教等																														

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	夫を亡くし独居。最近妹との交流が増加、頻回に訪問してくれている。
		☒ 近隣対人関係	買い物や困りごとの相談ができ、支援してくれる。
		☒ 住環境	戸建てで段差のある住居。浴室はADLの低下から利用が困難である。
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☐ 社会参加・就労	
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☒ その他	病識なく、介護保険サービス利用の必要性を感じていない。
会議目的	個別課題解決	本人は近隣の支援を受けられることで困りごとが解決する状況である。身体状況の低下がすすみ、介護保険保険サービス等の公的支援を導入することで近隣住民の負担を軽減する必要がある。	
	地域連携ネットワーク構築	地域の見守り機能を活かしながら共助、公助のネットワークの構築を図る。	
	地域課題発見	身の回りのことに支援が必要な状況の方をどこまで近隣住民が支え、共助の力を発揮するのか。どのように公的支援に速やかにつながるためのネットワークを強化し活用していく。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	1. 情報共有 (地域からの情報) - 今年7月に郵便局での振り込みを代理で行い、本人に報告。その後、報告したことを本人は忘れており「やってくれた？」と聞かれ、認知機能の低下を感じた。 9月6日にヤクルトから「食事が食べれていない」と声をかけられた。訪問したところ顔面蒼白でふらつきがある状態だったため、食料品を代理で購入。その時がきっかけで地域での買い物支援が開始。鍵を預かり1日に4・5回訪問していた。 - 本人は何日間も同じパジャマで過ごしている状態。プライドの高い人だが、2か月経過しようやくサービス導入を同意した。 - 妹が訪問した時、本人が動けない様子を見て気が動転し、救急車を要請。そのまま入院となった。 - 近所の方にも支援を依頼しているが、皆中々行動には移さない状況だった。 (担当CMからの情報) 12月に初めて訪問。本人・妹と話し、デイサービスやヘルパーの希望あり。今後について本人は、身体的に家に住めない状態になったら実家のある秩父で施設に入りたいと話している。
	2. 意見交換 - 孤立死のリスク等もある中で、今回は地域の方の見守りの目があった。地域の方の支援が非常に有難い。 - 本人は自宅退院を希望しているが、本人の状況によっては全ての希望に沿えない可能性があるのではないか。 - 妹は近所に迷惑がかかることを恐れて入院の道を選んだのかもしれないが、全てを妹が背負う必要はなく、役割分担が必要であると感じる。地域の方も、今後サービスが導入されたらすぐに介入を止めるのではなく、出来る範囲で支援をして頂けるとありがたい。 - 金銭管理を行う人の負担が大きい。地域の信用金庫がお金を降ろして自宅に届けてくれると聞いたことがあるが、過去に信用金庫に聞いた時には、ケースバイケースとの返答だった。本人は認知症があり、対応はより困難。トラブルに発展する恐れもある。 - 妹の関りは今後どの程度望めるのか。成年後見制度の導入は必ずしも必要か検討が必要。 - 声をかけたくとも、対応方法がわからずかけられない近所の方もいるのではないかと感じる。

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	CM・ハウカツ CM	本人状況の確認。病院との連絡調整。 自宅退院時のサービス調整	適宜 退院決定時
	近隣住民	自宅退院後の見守り支援	自宅退院後
	基幹・ケア推進課	CM・ハウカツから相談時の対応	問題発生時
	家族	(可能な場合) 金銭管理	自宅退院後
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	・本人状況の共有化、方向性の統一化を図ることが出来た。 ・自宅での生活状況を、近隣住民から詳細に聞くことが出来た。そのため、本人が望む通り自宅退院になる場合、認知機能の低下から金銭管理が困難であるという課題を明確にすることが出来た。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・関係者間で会議を行うことで顔の見える関係性を築き、今後の円滑な連携に繋げることが出来た。		
	地域課題・その他		
	・足立区でも「ちょこっと見守り」「ながら見守り」等、気になる方がいれば区に連絡をくださるよう普及活動を行っている。しかし浮上しないケースがあり課題として知っていることを知ることが出来た。これにより、「声掛け訓練」の必要性を再確認出来た。 ・他地区でも地域住民が声掛けをしてくれる方が稀であること、足立区内の孤立死も去年と比べ200名増えていることを知ることが出来た。		
今後の検討事項(残された課題)	・本人状況や本人の希望を都度確認。関係者間で相談しながら、退院場所の検討を行う。 ・認知症で金銭管理が困難な方について、どんな制度が利用できるか確認が必要である。 ・自宅退院となる場合、地域の方が支援できる範囲を確認していく。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（はなはた）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和5年9月12日(火) 10時00分 ～ 11時30分								
開催場所	特別養護老人ホーム花畑あすか苑 地域交流スペース								
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	居宅介護支援事業所(2) 訪問介護事業所(1) 権利擁護センターあだち 基幹包括支援センター							計(5)名
	それ以外の 地域関係者	民生委員 ※ほか傍聴者21名							計(1)名
事例タイトル (テーマ)	単身身寄りがなく金銭管理や契約行為が困難な高齢者の支援								
ケース情報	年齢	85歳	性別	男性	世帯 構成	ひとり暮らし	介護度	4	
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	当地域課題として単身高齢者の急増がある。事実、昨年から後見制度の首長申し立てが7件続いている。介護保険制度に金銭管理や契約代理行為サービスがない中で、包括含め居宅支援事業所や介護サービス事業所も身寄りのない方への（後見制度へつながるまでの）支援に苦慮している状況がある。権利擁護センターあだちによるあんしん生活支援事業や地域福祉権利擁護事業利用にもサービス開始までに時間を要し、数カ月間やむを得ず支援関係者が金銭管理や契約代理行為を行っている実態もあることから、本来行うべきでない方が関わらないで済むよう、また早急に支援体制が構築できるよう足立区へ“おひとり様施策”を提言できるように本会議で意見をまとめたい。								
個別事例の問題・課題	令和4年10月より本人自身でお金の引き出しや公共料金等の支払い、入院の手続きができない。成年後見制度申立て中であり後見人が未だ付いておらず、お金の引き出しや支払い手続きを本来行うべきでない介護支援関係者が担っている。								
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☐ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☒ 身寄りなし ☒ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☒ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）								
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL 肝臓がん末期、胃がん、急性虚血性心不全、脳梗塞、足の壊死（循環器障害）により右下肢切断、認知症							
		☒ 性格・気質 頑固 節約観念が強く、無駄な出費は抑えたいと考えている							
		☒ 経済状況 厚生年金月約14万円ほどの収入。500万円以上の負債（使途不明）があり債権回収会社からの通知あり							
		☐ 学歴・職歴							
		☐ 趣味・嗜好							
		☐ 宗教等							

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	婚姻関係のある妻(韓国籍)とは連絡をとっておらず、居場所も不明。妹は身体が不自由であり、弟もいるが茨城に住んでおり、関わりを拒絶され両者とも支援を期待できない。
		☒ 近隣対人関係	友人との交流、近所付き合いも全くなし
		☒ 住環境	UR住宅(家賃42,300円)、1DK1階が住まい
		☒ 社会資源・サービスの不足	利用介護保険サービス：訪問介護、訪問看護、訪問入浴、福祉用具貸与
		☐ 社会参加・就労	
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的		個別課題解決	後見人が付くまで、また付いた後の関係機関の役割分担を確認。支援方法の検討。
		地域連携ネットワーク構築	居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所等からの金銭管理や契約行為に関する相談に応じ、区を主体とした包括的な支援体制の構築
		地域課題発見	単身で認知機能低下の高齢者が増えてきている。金銭管理や契約行為(介護サービス利用や入院支援等)が必要であっても自身で行うことができない場合に、介護サービス事業所はどう対応したらいいのか。早急に対応できるような権利擁護事業の充実を図ることは可能かを合議。

会議報告(月報報告) ※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	【本ケース担当CMの意見】本来業務ではない利用者の金銭管理や通院の支援に時間が費やされている実情がある。このケースでは入院後、病院から医療同意の場面の立ち合いを求められ、精神的負担が大きかった。利用者の携帯やJ-comの解約も担い、それぞれに時間を要した。 【本ケースへの権利擁護Cの意見】本人が困っておらず、本人の意向が揺れるケースだった。日常生活支援事業は、本人の同意が必要。金銭管理ができるのは成年後見人のみ。本人同意がなければ、関係者でルールを決めて対応していくしかないのが現状。金銭管理のガイドラインを策定している自治体もある。出納帳を作り第三者が確認するなどの一人で対応しない体制作りが必要。後見制度に繋がるまで時間がかかるので「自分たちはいつまでも対応できない。」と言い続けることも大切。 【参考ケース介護事業者(CM・サ責)の意見】参考ケースでは、本人の金銭管理を知人が担っており、「危ういから制度利用しよう」と本人に納得してもらうまで1～2ヶ月かかった。制度へつながるまでは、本人と一緒に金銭管理を行い、出納帳を作成してサ責しか扱わずCMが定期的に確認する体制を作った。元々信頼関係が出来ていたのも、本人の判断能力が低下した時点で、成年後見制度につながることができた。 【参考ケースへの権利擁護C・基幹包括の意見】金銭管理は本人との信頼関係がないとできないもの。一時的にケアマネジャーやヘルパーが金銭管理を行わざるを得ない場合は、「金銭管理はCMやヘルパーの本来業務ではない」と本人に伝えて、権利擁護事業につないで欲しい。本人の同意を得るために関係者で知恵を出し合う。判断能力が乏しく知人が金銭管理をしているケースを発見したら、包括に一報を入れて欲しい。他包括からも同じ課題が上がっている。長期化する際は協力していく。 【民生委員等その他意見】介護事業所が制度外の業務を担っている現状の大変さを確認できた。 【足立区のおひとり様施策は】「じぶんノート」の配布、それ以外はまだない。持ち帰りたい。 【予防策の提案】おひとりさま対策の行政窓口を発足。「自分ノート」をあだち広報を活用して周知。介護予防教室で「おひとりさま」対策を周知・啓発。新栄会的な緊急事務管理の機関を発足。 【その他提案】手続き支援の行政窓口設置。介護サービス事業所へ対応に応じた加算設定。
-----------	---

	実施機関	対策	時期
	包括はなはた 足立区 介護サービス事業所	・「じぶんノート」の記入方法について介護予防講座を企画 ・金銭管理や財産保全の必要性について包括の機関紙で周知 ・あだち広報に、高齢になった場合の財産管理の必要性について掲載して頂く。 ・制度外の見金管理や手続き支援は、利用者へ信頼を得たうえでチームで対応していく。 ・本人の判断力の低下が生じ、知人の金銭管理が危うい場合は、本人の財産保全のため包括へ相談する。	R5年度 R5年度 ケースに応じて
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	・金銭管理の必要性がある利用者に対して、CMやサービス事業所が足を運び、必要性を働きかけ続けて、本人の同意形成をすることの必要性に気付くことができた。 ※本ケース対象者は会議開催直前に逝去		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・入院時の保証人がいない方の対応に関して、地域の医療関係機関との連携が必要である。		
	地域課題・その他		
	・CMが本来業務以外の支援に時間を割かれている現状がある。 - CMやサービス事業者の日常生活支援事業等に繋がるまでの支援が評価される仕組みづくりが必要なのではないか。 ・高齢者が一人で暮らしていくためには、金銭管理や財産保全を担う第三者が必要であるとの区民への啓発が必要である。		
今後の検討事項（残された課題）	【地域包括ケアビジョンレベル】 ・当日資料で示した、令和5年6月発刊の「高齢者等実態調査」によれば、足立区の高齢者は「健康への関心は高いが金銭管理への関心が低い」、「金銭管理や契約ができなくなる自分への備えができていない」、「施設が保証人不在に困っている現実を知らない」が読み取れる。 “足立区で安心して一人で暮らせる”ための啓発と施策が求められている。 【制度の課題】 ・介護サービス事業所の制度外業務についての評価または加算の仕組み 【反省点】 ・地域包括ケア課以外の担当課に出席を依頼する場合、一か月前の依頼では遅く絶対に出席して欲しい担当課がある場合は、三か月前には出席依頼をしておく良かった。 ・出席人数は、お互いの意見交換ができる丁度良い人数であった。 ・開催時間を超過してしまったので、時間配分の工夫が必要であった。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（一ツ家）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 4月 17日(月)15時 00分 ～16時 30分							
開催場所	社会医療法人社団慈生会 事務棟会議室							
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	地域包括支援センター一ツ家						計 (2) 名
	それ以外の地域関係者	民生委員、A病院（医師、理学療法士、看護師）、居宅部会、基幹包括、地域包括ケア推進課、高齢福祉課、絆づくり担当課、包括一ツ家						計 (13) 名
事例タイトル (テーマ)	明らかに妻に支援が必要だが、夫が介護保険の説明を理解できず利用を拒否する認知症夫婦へ、介入するヒントとは？（架空事例）							
ケース情報	年齢	80代	性別	女	世帯構成	夫婦のみ	介護度	なし
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	明らかに支援が必要な人であるが、認知症や精神疾患などの背景があり制度への理解が得られず、支援を拒否するキーパーソンや介護者との信頼関係を、どのように構築できるか。							
個別事例の問題・課題	①キーパーソンに認知症が疑われる際の気づきのポイントについて ②認知症で理解力が低下している人へ、自尊心に敬意を示しながら医療・介護サービスにつなげるためのヒントとは？							
課題の整理	☒ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☐ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☒ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☒ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）							
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL		高血圧、糖尿病、腎機能低下 入浴や排せつに介助が必要				
		☒ 性格・気質		話すことがちぐはぐで認知症の様子 夫が話を遮って本人の意思表示を代行するので把握できない				
		☒ 経済状況		夫婦で月15万円ほど。生活保護とはならないが、有料老人ホームに入居できる収入はない				
		☐ 学歴・職歴						
		☐ 趣味・嗜好						
		☐ 宗教等						

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	夫がすべての介護をすると言いつつサービスの利用を拒否するが、夫も認知症と思われる。娘がいるようだが、夫に話を聞くと連絡をとらないようにと言われる
		☐ 近隣対人関係	
		☐ 住環境	
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☐ 社会参加・就労	
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	キーパーソンが壁となって本人の意向が確認できない	
	地域連携ネットワーク構築	認知症で理解力が低下している人へ、自尊心に敬意を示しながら医療・介護サービスにつなげるためのヒントとは？	
	地域課題発見	キーパーソンに認知症が疑われる際の気づきのポイント	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	病院などでその場のやり取りはできても、一貫性がない、定期的な行動ができないなどの特性がある。高齢者の会話スキルからそれらしい回答はできても、事実と異なることも多い。地域の見守りの中でも、いつも開いていた窓や雨戸が閉めっぱなし、一人で外出しなくなる、電話に出ない、近隣住民と会話をしなくなる等の状況があると、認知症を発症していることが多い。認知機能が低下すると周囲の人に不本意な指摘をされ、拒否感情が残り、攻撃的になったり、接触を避けるようになる。近所づきあいがあった人が孤立しているのは、認知機能低下のサインと言える。本ケースでは夫は妻のために代理受診をするなど妻を思う行動があり、負担も感じていると思われる。それ以外にも、介護をする上での困りごととはよく話をきけば多少はあることが多い。介護者が負担に感じているところに寄り添い、支援を提案することで受け入れられることもある。生活レベルで本当に困っていることが何なのかをアセスメントできるとよい。本ケースで介護者は「施設に入りたい」と発言しているが、施設入所が本当のニーズ（必要）とは限らない。ケアマネとして関わったケースでは、介護者が病院嫌いで認定も拒否していたが、以前自治会役員を務めていた情報から、自治会長に関わってもらい、通院同行、訪問診療に繋がったことがある。地域の方や知人など、本人や介護者が聞く耳を持つ人を見つけて関わってくれれば突破できることもある。「リハビリ」を提案しても「そんなのやらない」と拒否する人に対して違う言葉を使って促してみることもある。介護保険の「申請」ではなく「申し込み」と言い換えたり、「訪問」ではなく「会ってみる」と言ってみるなど、スモールステップで分かりやすく提案する、相手にベネフィットを感じられるように提案の筋道を変えるなど、理解を促す工夫ができるとよい。
-----------	--

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	包括一ツ家	生活レベルで本当に困っていることをアセスメントする	常時
	包括一ツ家	訪問診療その他のサービスを提案して介護負担を減らす	一か月
	包括一ツ家	介護者と本人が孤立しない地域づくり	一年
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	表面上のWants（欲求）の背景にあるニーズを汲み取ってサポートできるとよい。スモールステップで分かりやすく提案する、相手がベネフィットを感じられるように提案の筋道を変えるなど、理解を促す工夫ができるとよい。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	包括職員以外にチームメンバーを増やしたほうがよい。本ケースで夫が唯一信頼しているのは病院と思われる。訪問診療を提案して代理受診の負担を減らす、その他の介護サービスの提案をしてもらうなど関わってくれるとよい。		
今後の検討事項（残された課題）	地域課題・その他		
	本ケースのように専門職がなかなか関われないこともあるので、救いの手を広げるため、介護者と本人が地域から孤立しない地域づくりが必要。		
今後の検討事項（残された課題）	本人らのニーズを汲み取って支援していく流れと並行して、分離の必要性、緊急性の判断を見極め、ショートステイを措置する所管課等に相談していくことは必要。本ケースでも「死のうと思った」という発言は、比較的切迫性があると捉えてよいのではないかな。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（一ツ家）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 6月 26日(月) 15時 00分 ～16時 30分							
開催場所	社会医療法人社団 慈生会 事務棟会議室							
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	地域包括支援センター一ツ家職員						計（ 1 ）名
	それ以外の地域関係者	民生委員、A病院（医師、理学療法士、看護師）、居宅部会、基幹包括、地域包括ケア推進課、高齢福祉課、絆づくり担当課、包括一ツ家						計（ 14 ）名
事例タイトル (テーマ)	一年前に夫が他界後独居となり、徐々に不安が強くなり、引きこもりからフレイルとなった。再び外出できるようになるにはどうしたらいいか？							
ケース情報	年齢	80代	性別	女	世帯構成	単独	介護度	申請中
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	家族からの要望：生活意欲がなく、一人ではろくに食事もせず買い物にも行かない。入浴も声掛けが必要。体重減少と筋力低下があり、外出をしたり運動をして元気に過ごしてほしい。							
個別事例の問題・課題	ADL、IADLは自立で一人で通院もできるが、意欲低下と不眠による昼夜逆転、スマホが使いこなせず電話がかかけられないといった閉じこもりのリスクがある。							
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☒ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☒ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☒ 介護予防 ☐ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）							
課題の背景Ⅰ	個人要因	☐ 疾病障害・ADL		不眠、じんましん、脂質異常症				
		☐ 性格・気質		几帳面な性格で部屋は片付いている				
		☐ 経済状況						
		☐ 学歴・職歴		夫婦で鉄工所を経営し、経理をしていた				
		☐ 趣味・嗜好		夫とカラオケに行くのが好きだった				
		☐ 宗教等						

課題の背景Ⅱ	環境要因	☐ 家族親族関係	息子、娘が別々に暮らしている
		☐ 近隣対人関係	電話をする友人がいる
		☐ 住環境	工場廃業後家を建て直し、手すりが付いている
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☐ 社会参加・就労	家に閉じこもりがちだが一人で食べる食事はおいしくないと思っている
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	再び外出し、社会参加ができるようになる	
	地域連携ネットワーク構築	包括以外の支援者を増やし、ケアチームを立ち上げたい	
	地域課題発見	孤食を解決するため、デイサービス以外の社会資源があると望ましい	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	①大きな病気はないがなんとなく元気がないという高齢者に潜む健康リスクと対応策について 子供などの家族が患者本人は配偶者などの親に対して余命宣告を伝えずに亡くなってしまうと、残された配偶者は突然の死の衝撃が大きく、ライフイベントの喪失感からうつ症状になったり訴訟になることがあるため、医療者としてはまず本人に伝える必要がある。意欲低下で閉じこもりになるとフレイルのリスクが高まる。外出や社会参加、運動が必要。 何でも先回りして家族・支援者が手伝うことで本人の自立を損ねている場合がある。「介護しない介護」「家族が役割を果たしていると感じられる看護」が大切な場面もある。 グリーフケアは5～10年寄り添わなければならない場合もあるほど難しい。家族が今後のことや本人の希望について話し合ったり、夫のために何かしていることを感じられるように家族のかかわりを促せるとよい。
	②閉じこもりがちの独居高齢者が前向きに社会参加できるようになるために必要な支援上の工夫とは？ デイサービスに行きたがらない、訪問診療を拒否する、といった人の話をよく聞いてみると、耳が遠くて会話に入れないとか床屋に行けず髪を切れていないなど、本人に自信がないことが原因であることが多い。本人に役割をもってもらい自信を回復してもらうことが社会参加につながるのではないかと。 カラオケが好きな気持ちをうまく自信回復につなげられるとよい。 スマホからガラケーに戻すことも考えられる。 難聴の人にももしもしフォンというツールでコミュニケーションを円滑に取って訪問診療をしている。

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	本人・家族	本人が夫が亡くなったことを受け止めて生活を建て直すため、夫への思いを家族と話し合う	1か月
	家族	本人が自信を取り戻せるよう「お母さんの〇〇が食べたいからうちに来て作ってほしい」と本人に頼む	1か月
	家族・包括	家族で本人とカラオケに行く。包括は付き添いのボランティア（社協あったかサポート等）をマッチングして、カラオケのできるふれあいサロン「Aふれあいサロン」に行くことができるよう支援する	3か月
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	本人が夫の死と向き合い、家族と思いを共有して、母の役割を取り戻し、自信を持って外出することができるようにしていく。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	介護認定後はデイサービス利用を勧めていく。 インフォーマルサービス（家族、社協、ボランティア）も連携していく。		
	地域課題・その他		
	カラオケを通じて社会参加できる「Aふれあいサロン」の活用。 閉じこもりがちの人を誘いサロンへ連れていくなど社会参加を促す支援として、社会福祉協議会が実施する「あったかサポート」の活用。		
今後の検討事項（残された課題）	あったかサポート以外の高齢者の移動・付き添い支援を実施できる社会資源の創出		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（一ツ家）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 8月 28日(月) 15時 00分 ～16時 30分								
開催場所	社会医療法人社団 慈生会 事務棟会議室								
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	町担当ケアマネ、同管理者（主任ケアマネ）、 地域包括支援センター一ツ家職員							計（ 3 ）名
	それ以外の 地域関係者	民生委員、A病院（医師、理学療法士、看護師）、居宅部会、基幹包括、 地域包括ケア推進課、高齢福祉課、絆づくり担当課、包括一ツ家							計（ 14 ）名
事例タイトル (テーマ)	家族からも地域からも孤立している高齢者世帯へ、適切な支援を行うために必要な視点とは？								
ケース情報	年齢	80代	性別	男	世帯 構成	高齢者のみ	介護度	要支援1	
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	娘様より、自分も父も家族全員と不仲のため、父に何かあっても手伝えることができない。父の健康状態が悪化したり生命に危険が及ぶときにどうしたらいいか助言をいただきたいとの相談があった。セルフネグレクト傾向の高齢者を支えるチーム・地域づくりが必要と考え、会議で取り上げることとなった。								
個別事例の問題・課題	本人には問題意識がないが、血糖値を正しく記録しないために低血糖を起こしやすい。 家庭内不和のため家族が誰も手伝ってくれず、サービスも拒否傾向にある。 地域から孤立しており、信頼関係のある友人知人がいない。								
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☒ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☒ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☒ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☒ 介護予防 ☐ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）								
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL		糖尿病（インスリン自己注射）・胃がん					
		☒ 性格・気質		人を信じられない					
		☒ 経済状況		年金月10万円弱					
		☒ 学歴・職歴		元タクシーの運転手					
		☒ 趣味・嗜好		ギター演奏・編曲（歌手と知り合い・海外演奏の経験あり）					
		☐ 宗教等							

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	妻、長男、長女すべてと不仲
		☒ 近隣対人関係	交流を避けて孤立している
		☒ 住環境	戸建て住宅の二階に自室あり
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☐ 社会参加・就労	
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	支援を拒否する高齢者に潜む健康や家計に降りかかるリスクについての新たな視点	
	地域連携ネットワーク構築	包括・ケアマネと月一回の訪看以外にどのようなケアチームメンバーを増やせるか	
	地域課題発見	孤立している高齢者を地域でどのように支えることができるか	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	80代後半で糖尿病の治療を行うにあたり、インスリン自己注射を適切にするのはかなり難しく、血糖コントロールが不安定または低血糖になりやすいこともある。本人は末梢神経障害があるため、傷に気が付きにくく、菌が入って感染症となり下肢切断に至る可能性があることを本人にきちんと伝えて注意喚起するとよい。下肢切断するとADLが低下するだけでなく3年以内に半数の人が亡くなるなど、QOLや生命予後にも悪影響がある。 適切に血糖値を測定・管理するため、測定値をクラウドに上げて管理するツールを提供している医療機関もある。 妻のヘルパーが冷蔵庫を壊したと被害的に訴えたり、長男に奪われたという退職金の額が次第に増えて行ったりと、判断力の見極めが難しい。専門医の見立てを受けても良いと考える。 支援拒否傾向だが月一回の訪問看護だけは受け入れており、訪問看護の介入頻度をあげていくとよい。 本人はギターが得意で楽譜などを大量に保管しているが、爪が割れていて演奏ができない。また難聴が大きな課題。本人は人前に立って演奏をしていた。自身の半生に誇りをもっており、自分史を語る場があると関心を引き出せるのでは。
-----------	--

(必要と思われる 役割分担)	実施機関	対策	時期
	ケアマネ・包括	本人、相談者である長女に会議の結果の手紙を持参する。 内容：糖尿病の治療について、足のしびれなどの症状を放置すると、下肢切断の恐れもあるため、血糖値のデジタル管理や訪問看護の利用などが適切と考えます。ギター演奏が特技というご本人の長所を生かして、地域のサウンドハウスを活用して地域交流することをお勧めします。	1か月
	ケアマネ・包括	本人のやりたいことを実現できるよう関わりを持てる、キーとなる関係者・支援者のチームづくりで、サービス利用につなげる。	3か月
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	疾患の経過や予後について本人・家族に伝え、治療に前向きに取り組んでもらうための視点を得た。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	疾患の治療に関連したフットケア等を通じて訪問看護の介入回数を増やし、それをきっかけに必要なサービス利用につなげていくという助言があった。		
	地域課題・その他		
	支援拒否や孤立傾向の人の、人生や趣味に関連する地域の社会資源（本事例の場合サウンドハウス）の活用への視点がかった。		
今後の検討事項（残された課題）	本人は今困る状況にないため、最低限今の支援者が拒否されない関わりを続けていく必要がある。体調の変化など、本人が困ったと感じる状況を的確に捉え、医師からの助言も含めて一気に働きかける展開も考えられる。そのような緊急事態にならないよう備える必要性を本人に説明していく。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（一ツ家）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 10月 30日(月) 15時 00分 ～16時 30分							
開催場所	社会医療法人社団 慈生会 事務棟会議室							
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	地域包括支援センター一ツ家職員						計（ 1 ）名
	それ以外の地域関係者	民生委員、A病院（医師、理学療法士）、居宅部会、基幹包括、地域包括ケア推進課、高齢福祉課、絆づくり担当課、包括一ツ家						計（ 13 ）名
事例タイトル (テーマ)	病状の急性増悪で支援が必要だがケアマネが見つからず、経済的な制約もあり民間サービスも利用できなかったため、包括職員が生活上の支援を行った事例							
ケース情報	年齢	70代	性別	男	世帯 構成	単独	介護度	区変中
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	暫定プランを担当できるケアマネジャーがすぐに見つければ、ヘルパーや介護ベッド、車いすなどを利用できたが、ケアマネジャーがなかなか見つからなかったことで、サービス導入前に病状が悪化、入院となった。その間買い物等の生活援助を包括が行わざるを得なかった。ケアマネ不足について事例から検討・分析する必要があると判断し、取り上げた。							
個別事例の問題・課題	ケアマネジャーが見つからない理由の一つは好き嫌いの傾向が強い性格的な面がある。救急搬送しても病院とけんかをして自己都合で退院してしまう。認知症がなく自分のこだわりの強い人へ、適切な医療を勧めるための声掛けについての視点も助言してほしい。							
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☐ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☒ ターミナル ☐ 万引き等 ☒ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☒ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☐ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☒ その他（ケアマネ不足）							
課題の背景 I	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	脱水による体力低下、末期の胃がん（死去の直前に判明）、認知症なし、歩行困難により全介助状態					
		☒ 性格・気質	男女や地位によって態度を変えるため、女性、サービス事業所には高圧的だが、福祉事務所や包括には友好的					
		☒ 経済状況	生活保護受給中で現金支払いの余裕はない					
		☒ 学歴・職歴	自衛隊にいたことがある					
		☒ 趣味・嗜好	ペットを飼っている					
		☐ 宗教等						

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	妻子とは離縁して音信不通
		☒ 近隣対人関係	転居したばかりで近隣に知人なし
		☒ 住環境	エレベーターのないアパート2Fに住むため外出困難
		☒ 社会資源・サービスの不足	暫定を担当できるケアマネジャーがみつからなかった
		☐ 社会参加・就労	
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	必要な治療やサービスを不要と選別してしまう人への声掛け方法	
	地域連携ネットワーク構築	行政や居宅部会、居宅介護支援事業所と連携したケアマネ不足への対応	
	地域課題発見	ケアマネジャー不足によりサービスにつながらないケースが増える恐れあり	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	①救急搬送しても本人が検査拒否、入院拒否で病気の原因がわからず、病状を悪化させてしまう人が少なくないが、包括職員やケアマネジャー等の支援者が適切な治療につなげられるために役立つ視点はどのようなものか？ ・日本の超過死亡者が他国と比べて飛びぬけて高い背景には、新型コロナ感染拡大時に行動制限が長期にわたったことで、高齢者が受診や介護サービスを控え、活動量がコロナ禍前の3割以下となり、病気やADLの悪化につながっていると言われている。本ケースも該当する可能性あり。 ・訪問診療や遠隔診療を続けていても久しぶりに検査をすると数値が悪くなっていることは多い。 ・コロナ禍の中で介護認定申請をした人たちにはケアマネもサービスを強く勧めにくい状況であった。そのような人たちは今も人を避ける傾向がみられ、予防の観点からは課題が大きい。 ・社会参加に消極的で訪問リハビリを利用している高齢者にはデイサービスの見学や外出時の車の乗降訓練をすることがある。車の乗降ができれば家族と外出するなど活動範囲が広がる。 ・リハビリで近所を歩くだけでも住民と交流することができる。感染予防で家族がデイサービスを休ませたことでそのまま歩けなくなってしまった人もいたので外出や社会参加は重要。 ②ケアマネジャーが見つからずすぐにサービスを利用することができない人が増えている。 ケアマネジャー不足に対し身近なところからどのような工夫ができるか。 ・ケアマネジャーの高齢化が進み退職する人も多いが、新たに資格取得する人が少ないため、急激にケアマネジャーが不足している。数年前に受験資格が国家資格所持者に限定されたため、受験者自体が大幅に減った。高齢化が進みケアプランのニーズが増えているのにケアマネを減らす政策は時代の要請に逆行しているのではないかと。ガン末期など介護サービスが必要な人にケアマネジャーが付ける よう、ちょっとした生活支援は介護保険外でできるような仕組みを検討中。区HP医療介護情報提供システムに居宅介護支援事業所の空き情報を公開している。ケアマネジャーの認知度が低く、利用者の話題や意識に上らないことも多いため、ケアマネジャーの認知度向上対策が不足している。
-----------	---

	実施機関	対策	時期
	包括一ツ家	絆のあんしんネットワーク連絡会で町会自治会やあんしん協力員・協力機関に対し、介護保険の仕組み、ケアマネジャーの役割や現状周知を行う。	6カ月
必要と思われる対策・支援策 (役割分担)	個別課題解決		
	活動を自粛したり社会参加を拒否する要介護高齢者には、デイサービスの見学や訪問リハビリの訓練を通じて社会参加を促すことが効果的である。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	コロナ禍の活動制限により受診控えや社会参加を避ける高齢者が増え、病気や身体機能低下が進行する高齢者が増えていると思われるため、もう一度医療・介護・社会につなげなおす取り組みが専門職に求められている。		
	地域課題・その他		
会議目的に対する成果・到達点	ケアマネ試験の難関化により新たな人材が供給されず、現任者の高齢化による退職、他の介護職と比較して資格更新の費用が高額でありながら給与が安いこと等が原因と考えられる深刻なケアマネ不足により、本来サービスが必要な高齢者にサービスが行き届かなくなっている。		
今後の検討事項(残された課題)	若い世代にケアマネジャーの職業としての魅力をPRして将来的な人材育成につなげる必要がある。居宅部会や行政機関だけでなく、ケアマネジャーを主役にしたドラマ等ができるとうい。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（一ツ家）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 12月 25日(月) 15時 00分 ～16時 30分							
開催場所	社会医療法人社団 慈生会 事務棟会議室							
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	地域包括支援センター一ツ家職員、ケアマネジャー 竹の塚保健センター						計（ 3 ）名
	それ以外の 地域関係者	民生委員、A病院（医師、理学療法士）、居宅部会、基幹包括、 地域包括ケア推進課、包括一ツ家						計（ 12 ）名
事例タイトル (テーマ)	「病気の息子たちとこれからも暮らし続けたい」と願う認知症高齢者の思いへ、 支援者はどう向き合うか							
ケース情報	年齢	80代	性別	男	世帯 構成	単独	介護度	区変中
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	家族各自が身体機能や判断力において何らかの低下がみられ、他にキーパーソンとなれる 親族もいないため、どのようなサービスや支援チームづくりが必要か、助言をいただきたい							
個別事例の問題・課題	本人は今まで家事をある程度行っていたが、最近短期記憶などの認知機能の低下が著しい。 同居の長男は高次脳機能障害で介護認定申請中、次男は統合失調症でルーティンの家事しか 対応できないうえに、他の親族がいない。							
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☒ 障害・精神障害者同居 ☐ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☒ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☐ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☒ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☒ その他							
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL		コミュニケーションは流ちょうだがほとんど記憶できず、歩行は杖歩行。慢性腎臓病・骨粗しょう症で通院中。服薬管理はできない。				
		☒ 性格・気質		穏やかで息子思いの優しい性格。				
		☒ 経済状況		本人が夫の遺族年金を受給。一家の家計をまかなっている。				
		☒ 学歴・職歴		病院の掃除の仕事をしていた。				
		☐ 趣味・嗜好						
		☐ 宗教等						

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	長男次男と同居。他に親族情報はない。
		☒ 近隣対人関係	あいさつ程度の関わりしかない。
		☒ 住環境	二階建てだが一階居間に家族三人が寝起き。他の部屋は物が多い。
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☐ 社会参加・就労	
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	息子達と暮らしたいという思いを達成するためにどのようなサービスが必要か。	
	地域連携ネットワーク構築	家族全体に課題のある世帯の支援のためにどのようなネットワークづくりが必要か。	
	地域課題発見	家族全体に課題のある世帯が今後増えることが予測される。重度化を予防するためにどのような対策が必要か。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	Aさんの認知機能が低下していることについては医療機関で検査が適切。認知機能が低下していても、通り一遍の受け答えができるとかかりつけ医も気づきにくい。ケアマネなど本人以外からDrに情報提供目的で受診同行が望ましい。 障害者のサービスにも介護保険と同様なサービスがあり、ケアマネの役割をするのが計画相談支援員。同一世帯のそれぞれの家族に介護保険と障害者のサービスが入ることはあるが、定期的な連携があるというより課題が起きたときに連携することが多い。障害者サービスの事業所がどこにあるかがわからない、逆の場合もしかりと考えられる。医療でも一般科と精神科の交流は少なく、内科的・精神的疾患を持つ人をどちらが受け入れるのか困ることも多い。 ペットの困りごとに対応できる公的サービスはないため、動物愛護団体のNPOやペットホテル、ペット対応可の介護サービス事業所の自費サービスなどが考えられる。現状はお金のかからないケアマネや包括が対応せざるを得ない。 長男は困りごとを自ら訴えることができるので、老健などでリハビリを行い、ADL向上を目指すというのではないかと。 若い長男が高齢者と一緒に介護保険サービスになじむために、親と一緒にサービスを利用することが考えられる。 民生委員などが見守りの中で、重度化する前に家族の困りごとをキャッチできるとよい。 医療と介護の連携によって加算報酬があるように、障がい分野と介護分野での連携にも加算がつくような制度が位置付けられるとよいのではないかと。 これまで「多職種連携」が推進されていたが、「他業種連携」が必要ではないかと。定期的に障害者の支援者と介護の支援者が重度化する前に介入できるようネットワークづくりが必要では。
-----------	---

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	ケアマネジャー	かかりつけ医への受診同行で医師に認知機能の低下などの情報を伝える	3か月
	ケアマネジャー 包括	長男にリハビリを受けることを勧める	1か月
	ケアマネジャー 包括	次男に困りごとは包括やケアマネジャーに相談するように助言する	1か月
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	本人と家族に向けて手紙を出し、本人の認知症の診断と対応を進めること、長男のADL改善を目指すこと、次男にSOSが出せるよう支援することを行っていく。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	「多職種」だけでなく「他業種」の連携により、重層的支援体制整備事業が効果的に推進できるようなネットワーク体制づくりが必要と考えられる。		
	地域課題・その他		
	介護と障がいの業種間の交流の機会がないことが課題と考えられる。		
今後の検討事項 (残された課題)	前回10/30の会議で抽出された地域課題「ケアマネジャーの知名度の低さによる働きにくさ」を改善するために1/26の絆のあんしん連絡会で、地域の関係者を対象に介護保険やケアマネの役割を周知することを企画している。居宅部会も参加協力あり。また練馬区では「ケアマネの仕事は練馬区で」という触れ込みでケアマネ誘致の取り組みをしている。足立区でも足立区でケアマネの仕事をする魅力をPRし、人材流出を防ぎ、人材確保を目指す取り組みが必要。医師会と区で看護職や介護職の就職フェアを行っているため、ケアマネもPRする取り組みに期待したい。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（一ツ家）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 6年 2月 26日(月) 15時 00分 ～16時 30分								
開催場所	社会医療法人社団 慈生会 事務棟会議室								
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	地域包括支援センター一ツ家職員						計（ 1 ）名	
	それ以外の地域関係者	民生委員、等潤病院（医師、理学療法士、看護師）、居宅部会、基幹包括、地域包括ケア推進課、高齢福祉課、絆づくり担当課、包括一ツ家						計（ 14 ）名	
事例タイトル (テーマ)	両親の介護で介護離職のリスクに直面している子が仕事を続けられるために必要な支援の視点とは？								
ケース情報	年齢	80代	性別	女	世帯構成	配偶者と未婚の子	介護度	申請中	
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	子が介護離職をした、あるいは介護離職の危機に瀕していることで、ストレスを抱えた子から支援者への苦情に発展しかねないケースが増えている。今回はそのようなケースを複合した架空事例を用いて、介護離職を防止する取り組みを検討したい								
個別事例の問題・課題	本人の介護をしていた配偶者が療養後廃用でADLが低下し、同居の子が両親の世話をしなければならなくなった。フルタイムで働く子が食事を用意しているが、本人達は食事摂取に声掛けと見守りが必要で、日中介護者不在のため食事・水分摂取が全くできていなかった								
課題の整理	☒ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☒ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☒ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☒ その他 介護離職								
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	病名：糖尿病・高血圧・認知症 ADL：伝い歩き、排せつ一部介助、障害者自立度A2						
		☒ 性格・気質	無気力で閉じこもりがち、自発的に食事・水分摂取、トイレに行くなどをしなくなっているが、「自分で何でもできるから助けはいらない」						
		☒ 経済状況	夫の年金（月10万円）、子の就労収入あり						
		☐ 学歴・職歴							
		☐ 趣味・嗜好							
		☐ 宗教等							

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	夫が介護者だったが廃用で無気力になっている。長男が就労しながら介護し、別居の次男が週二回様子を見に来ている
		☒ 近隣対人関係	同じ区画に戸建てが密集しているが、本人とは普段交流がない
		☒ 住環境	二階建て住宅の一階居間に夫婦二人で寝起き。トイレは一階にある。
		☒ 社会資源・サービスの不足	食事・水分・トイレの声掛けが必要。夫も声掛けや介助ができなくなっている
		☐ 社会参加・就労	
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	子が就業中の見守り、声掛けの方法を検討したい	
	地域連携ネットワーク構築	家族介護者が感じるストレスや負担感を支援者に共有したい	
	地域課題発見	働き盛りの介護者が離職することなく経済的に困窮することなく支援を受けられる方法を検討したい	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	検討の視点①：家族介護者の負担を軽減し、介護離職を避けるための有効な取り組みを、医療・リハビリ・ケアマネジメント・社会資源の視点から検討したい ・認知症の方の自発性の低下は、認知症の進行または同時にうつ病を発症していることが原因の場合もある。薬による医療的な介入のほか、人とのかかわりにより活動性を高めていく視点も必要。 ・感染症り患後に急激にADLや意欲が低下する場合、コロナ後遺症や元々の気性が病気をきっかけに表面化することがある。家族以外の関わりを拒否し、家族が介護のために離職を考えざるを得ないケースもある。リハや訪看が介入する場合、まず本人と信頼関係を築くことを目指し、会話の中から興味や強みを把握したり、日々の行動で困っていることにつながる身近な活動などに沿った提案を行うようにしている。訪問系サービスでは家族内の会話から関係を把握しやすい。支援者と家族が会話をしていることで拒否的な本人の信頼を得られる場合がある。家族が多忙で電話でのコミュニケーションが不十分で、「聞いていなかった」という苦情になりやすいため、インテーク時点でケアマネの役割をきちんと伝えたり、メールを活用している。 検討の視点②：介護保険サービスでは対応しきれない臨機応変な対応を地域で担う体制づくり ・住民主体の訪問型サービスなど介護保険外の支え合いの担い手を増やすことは重要。ちょこっとサポートでは来年度より話し相手のみの利用も可能。また介護保険利用までのつなぎなど一か月程度の限定した利用であれば、ちょこっとサポートでも買い物支援を支援できるようにする予定。ただしちょこっとサポートでは相談員によるアセスメントがないため、外出の付き添いや食事の準備などアセスメントが必要な支援を希望の場合は、あったかサポートを提案している。 ・八王子市では総合事業B型に上限8万円までのインセンティブがあり、住民主体の団体が相当数活動している。足立区においてはこれから総合事業の在り方の検討も含めた生活支援体制整備事業検討会で、住民主体の訪問型サービスの必要性を認識しつつ検討していく予定。
-----------	--

	実施機関	対策	時期
	地域包括 ケアマネジャー	本人がサービスを拒否するため利用に至らないことを、家族のネグレクトと捉えられると困るという家族の意見があるが、その拒否が認知症に由来し、サービスの必要性がありながら放置しているのであればネグレクトに当たるため、認知症で正しい判断ができないことを支援者がしっかりと家族に説明する必要がある。	支援開始時
(必要と思われる対策・支援策 役割分担)	地域包括 ケアマネジャー	介護者世代が離職せず就労と両立させるために、介護休業等のサポート体制を知っておき、情報提供できるように教育していく必要がある。	ニーズ発生時
	個別課題解決		
会議目的に対する成果・到達点	本人と信頼関係を築くために、支援者と家族が話している場面を見てもらい安心を得る、本人との会話の中から興味をひく話題を探すといった工夫が必要。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	就労している介護者とのかわりに支援者が苦慮している状況を参加者で共有。家族への説明を丁寧に行い苦情を防止することや介護離職防止のための制度を情報提供するなど、家族介護者への支援が重要。		
	地域課題・その他		
今後の検討事項（残された課題）	住民主体の訪問型サービスなど、インフォーマル社会資源を拡充するために、総合事業の在り方を含めた生活支援体制整備事業の検討が必要。		
	住民主体の訪問型サービスのような介護保険外のインフォーマル社会資源を担う担い手をどのように増やしていくか。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（日の出）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和5 年 6 月 1 5 日(木) 1 3 時 3 0 分 ～ 1 5 時 0 0 分																																
開催場所	千住あずま住区センター																																
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	担当ケアマネ 地域のコンビニエンスストア							計（2）名																								
	それ以外の地域関係者	信用金庫、民生委員、千住警察、足立区消費者センター							計（8）名																								
事例タイトル (テーマ)	高齢者を詐欺被害から守るための地域でのネットワーク構築																																
ケース情報	年齢	86	性別	男	世帯 構成	高齢夫婦	介護度	要介護 1																									
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	詐欺被害への地域住民の関心は高いが、なお被害に遭うケースがあとをたたない。また、本人が詐欺被害に遭っているという意識がないと、被害に気付くことも止めることも出来ない。本事例をもとに地域の関係者で話し合うことで、情報共有の方法を検討したい。																																
個別事例の問題・課題	LINE詐欺サイトの内容を信じ何度も送金を繰り返していた。送金に気付き、家族や警察が止めたが、本人が詐欺ではないと言い聞き入れなかった。 本人が周りから止められることを警戒して送金や借金の事実を隠していたため、送金や借金の額がかなり大きくなっていることに、深刻な状態になるまで気づくことができなかった。 もっと早い段階で気づけたら対処方法を検討できたのではと考えている。																																
課題の整理	<table border="0"> <tr> <td>☐ 老老介護</td><td>☐ アルコール</td><td>☐ アクセス問題</td></tr> <tr> <td>☐ 障害・精神障害者同居</td><td>☐ ひきこもり・孤立</td><td>☐ 高齢者ドライバー</td></tr> <tr> <td>☐ サービス拒否</td><td>☐ ターミナル</td><td>☐ 万引き等</td></tr> <tr> <td>☐ 身寄りなし</td><td>☒ 金銭管理</td><td>☐ 災害弱者</td></tr> <tr> <td>☐ 生活困窮</td><td>☐ 近隣トラブル</td><td>☐ 高齢者施設</td></tr> <tr> <td>☐ ゴミ屋敷</td><td>☐ 苦情・クレーム</td><td>☐ 介護予防</td></tr> <tr> <td>☐ 認知症</td><td>☒ 消費者トラブル</td><td>☐ ペット</td></tr> <tr> <td>☒ 精神疾患（疑念）</td><td>☐ 買い物弱者</td><td>☐ その他（ ）</td></tr> </table>									☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題	☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー	☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等	☐ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者	☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設	☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防	☐ 認知症	☒ 消費者トラブル	☐ ペット	☒ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）
☐ 老老介護	☐ アルコール	☐ アクセス問題																															
☐ 障害・精神障害者同居	☐ ひきこもり・孤立	☐ 高齢者ドライバー																															
☐ サービス拒否	☐ ターミナル	☐ 万引き等																															
☐ 身寄りなし	☒ 金銭管理	☐ 災害弱者																															
☐ 生活困窮	☐ 近隣トラブル	☐ 高齢者施設																															
☐ ゴミ屋敷	☐ 苦情・クレーム	☐ 介護予防																															
☐ 認知症	☒ 消費者トラブル	☐ ペット																															
☒ 精神疾患（疑念）	☐ 買い物弱者	☐ その他（ ）																															
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL	長谷川氏は25点前後。老年期精神病との診断。																														
		☒ 性格・気質	頑固																														
		☒ 経済状況	コロナ前までは仕事があり収入を得ていたが、コロナ禍で仕事がなくなり、年金のみのぎりぎりの生活になった。																														
		☒ 学歴・職歴	夫婦ともに俳優業																														
		☐ 趣味・嗜好																															
		☒ 宗教等	信仰あり。信仰上の仲間に日常的に助けてもらっている。																														

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	妻と二人暮らし。子なし。親族は遠く、関わりほとんどなし。
		☐ 近隣対人関係	
		☐ 住環境	
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☐ 社会参加・就労	
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	地域住民、関係機関との連携体制づくりと情報共有。	
	地域連携ネットワーク構築		
	地域課題発見		

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容

1. 事例共有
 - ・個別ケースの共有を行い、その後参加者が本人像を深めるための質問時間を設けた。コロナ禍で仕事がなくなり、経済的な不安から携帯電話の詐欺サイトを信じてのめり込み、生活が破綻寸前になるほど送金を繰り返してしまったケース。始まりは出会い系サイトだったこと、妻やケアマネ、警察も介入したが止められなかったことを共有。
2. 最近の詐欺の手口について情報共有
 - ・消費者センター：サポート詐欺（PC壊れたとメッセージを送り、遠隔操作で直すと言って誘導するもの）が増えている。またきっかけが出会い系サイトという事例も多い。いつの間にか金儲けサイトに誘導され、抜けられなくなってしまうのは「よくあること」
 - ・コンビニ：従業員に注意喚起もしている。ただ、本人が信じこんでいる場合注意しても止めるのは難しい。失礼だと怒られることもある。コンビニとしては強い思いで防ぐ努力をしてはいるが、買いにくるのは最後の段階。買いに来る前段階で防ぐ努力をしたほうが良いのではないかな。
 - ・信用金庫：年金支給日はATMに警官が立つなど警察と連携して注意喚起しているが体感として詐欺の数は減っていない。暴力団の資金源になってしまうとも聞いている。これまで築いた財産が一瞬にして失われるようなことがないようにしたい。
 - ・警察：千住管内の詐欺の件数はR5年に入って9件（被害額1900万）。R4年はトータルで18件（2800万）だったのでやや多い。事件として挙がっていないものも含めるともっとあるだろう。多いのは還付金詐欺だがここ最近サポート詐欺も増えている。
3. 支援者の困りごとの共有

本人が詐欺にのめり込んでいることは分かっていたが既に止められない段階だった。もっと早い段階で気づけば止められたのか、何か違う介入方法があったのかと考えている。
4. 参加者からの意見
 - ・始まりが出会い系。コロナ禍で寂しさや孤立もキーワードだったのでは。
 - ・きっかけは小遣い稼ぎだったのが、賭け事のようにどんどんはまってしまったのでは。家族や周りが早い段階で気づいてあげれば違ったかもしれない。
 - ・年金生活だと金銭面の不安は大きい。根本にお金の不安があるだろう。
 - ・詐欺にこんな手口があるとは知らなかった。還付金詐欺だけでなくこういう事例も多いともっと周知したら、気づくことが出来たかもしれない。
 - ・紙媒体で普及啓発のチラシは配布しているが、TVなど他の媒体も検討してはどうか。
 - ・コンビニとして買い物客にチラシを配布することは検討出来る。
 - ・コンビニはこれまで警察との関係だけで対応してきた。地域を見守っている方々と密接に連絡をとるにはどこに連絡をしたらいいのか。どこに連絡したらどうなるのか。
 - ・区・絆づくり担当課では絆のあんしんネットワークがある。小さな情報でも集まれば大きな情報になる。包括に連絡を頂きたい。
 - ・周知の方法として、住民に向けてコンビニや信金の実情をあんしん連絡会で話してもらいたい。
 - ・民生委員の研修や町会定例会でも話をして情報共有していく。

	実施機関	対策	時期
(必要と思われる対策・支援策 （役割分担））	地域の関係機関	詐欺の現状を周知するための研修等の実施	
	消費者センター	出前講座の依頼に対応 普及啓発チラシを依頼に応じて送付	
	包括支援センター	絆のあんしんネットワークや地域住民への現状周知と 普及啓発のためあんしん連絡会（2層協議体）で取り 上げ地域で出来ることについて検討する	
	包括支援センター	絆のあんしんネットワークを広げるためあんしん協力 機関への登録呼びかけ	
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	・事例を関係者間で共有したことで、この事例が特別なものではなく、よく起こりえることだと理解できた。また、詐欺にのめり込む行為だけでなく、寂しさや孤立などの気持ちにも配慮し支援していく必要性を認識できた。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・地域の店舗、信金および関係機関が一同で話をしたことで、地域で起きた事例を自分ごととしてとらえ、今後も起こりうることとして対策を考えることの必要性を実感することが出来た。		
今後の検討事項（残された課題）	地域課題・その他		
	・詐欺被害は巧妙化しつつ増えており、今後も事例のようなことが起こる可能性がある。決して特別な事例ではないことを共有し、皆で対策を考えていく必要性を共有できた。		
	・「こういう事例があった」とコンビニから包括に情報提供してほしいと言ったが、個人情報不明な場合は、情報提供後にどのような対応ができるか。 ・詐欺サイトを信じてのめり込んでいく前に周囲で気付ける関係性を作るために地域で何か出来ないか。2層協議体で検討していく。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

(地域包括支援センター 保木間)

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和5年11月10日(金) 14時00分～15時30分								
開催場所	地域包括支援センター保木間 車庫棟2階								
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	絆のあんしん協力員（集合住宅内） 自治会役員							計（2）名
	それ以外の 地域関係者	民生委員・絆のあんしん協力員・基幹包括 絆のあんしん協力員・基幹包括							計（5）名
事例タイトル (テーマ)	高齢者の多い集合住宅での孤独死をどう防ぐか。 ～早期発見・早期対応のためのつながり・支えあいを作る？～								
ケース情報	年齢	80代後半	性別	男性	世帯 構成	独居	介護度	無	
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	事例のマンションだけでなく、築年数が古いマンションや団地でも同じ事がおきている。昨今の猛暑の影響でもあると思うが、鍵開けや問い合わせが年々増えている。見守りをしていた自治会長が亡くなってしまった。地域とのつながりがあった為発見が早かった。								
個別事例の問題・課題	このマンションだけでなく、築年数が古いマンションや団地でも同じ事がおきている。自治会長の亡き後、自治会長候補が見つからず、自治会も存続が危ぶまれている。また、集まりに参加する人は高齢で同じ顔ぶれであり、年代が若い人たちは無関心である。								
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☒ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☒ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☐ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）								
課題の背景Ⅰ	個人要因	☐ 疾病障害・ADL		自立。					
		☐ 性格・気質		面倒見良し。責任感があり自分で全て行いたい。					
		☐ 経済状況		年金暮らし。					
		☐ 学歴・職歴		自宅で音楽関係の仕事をしていた。					
		☐ 趣味・嗜好		音楽演奏。					
		☐ 宗教等		無し。					

課題の背景Ⅱ	環境要因	☐ 家族親族関係	独居。結婚歴無し。遠い親戚がいるが普段の付き合いは無し。
		☐ 近隣対人関係	自治会長をやっており、古い住民には信頼があった。
		☐ 住環境	2LDK.
		☐ 社会資源・サービスの不足	都会的で生活水準が高く、マンション外の人への受け入れの抵抗あり。
		☐ 社会参加・就労	マンション内のミニ新聞を作り発行。集まりなども企画。
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	築40年のマンション。分譲と賃貸が半々。
		☐ その他	自治会役員より高齢の為、会長交代の引継ぎを勧められたが本人は拒否。
会議目的	個別課題解決	連絡先が分からない方、死後の早期発見できる方法の検討。	
	地域連携ネットワーク構築	若い世代をどう取り込むのか。 多世代が安心して住める地域づくり。 多世代との連携、ネットワークの構築。	
	地域課題発見	孤独死や多世代の地域ネットワークの形成方法について。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	地域で行う見守りも高齢者だけでは難しいと思われる。若い世代をどう取り込むかが課題と考え、多世代が安心して住める地域にするにはどうするかを検討した。 足立区では「単身者の自宅での死亡」を「孤立死」と定義している。7月・8月が孤立死が多いと思われがちだが、1月・12月もヒートショックで孤立死が多い。絆づくり担当課でも「わがまち孤立プロジェクト」を行っており、町会・自治会での見守り活動に取り組んでいる。その他、ツイッターやフェイスブックなどでも地域交友の情報は発信されているので活用してはどうか。 民生委員としての情報があるが、民生委員を知らなかったり、民生員＝生活保護のイメージがあり手を差し伸べられなかったりして、抜け落ちてしまう人がいる。民生委員の周知活動もしている。 多世代での交流活動を見つけるのは難しい。 保木間でも10月に初めて行ったハロウィンイベントや3月に行った健康フェスタも多世代交流だと思うので続けていく事で徐々に広がっていくのではないかな。 コロナ前は餅つきや盆踊りなどがあったが、止まってしまった。徐々に再開しているが高齢化が進んでしまい、状況に変化が起きてしまった。参加する方やまとめる方がいなくなってしまった。でも、多世代交流（地域と繋がりたい人）はいえると思うので、発想を柔軟にして考えていく必要がある。出来そうな事を具体的に依頼し、困っている事、協力してほしいことを明確に伝えてはどうか。手伝いたくても何をしたいかわからなかったり、会長などと聞くと面倒とか大変とかイメージが先に立ってしまうのではないかな。役を最初から決めずに、運営の仲間になってもらうような、少し軽い感じで行く。若い世代に歩みよる事も必要。固定観念を捨て、高齢世代も挑戦していく。イベントを行ったら、楽しかった様子の報告もする。 他のサロンの「モルック」に参加したら、簡単に楽しく老若男女、誰でも楽しめるのでマンションでも広めていきたい。「モルック」を機会に誘いやすくなった。足立区で広めたいくらいである。
-----------	--

	実施機関	対策	時期
	絆づくり担当課 民生委員 基幹包括 あんしん協力員	町会・自治会での見守り活動。 ヒートショックなどの注意喚起の周知。 民生員の役割の周知活動。 寄り添いながらの情報収集・見守り支援 多世代交流の情報交換。 多世代交流の情報交換。 コロナ前のイベントの見直し。 居場所づくり。モルックのサロンを作っている。	通年 通年 通年 通年 進行中
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	会長が不在になっているが、会長をお願いするのではなく、皆で協力し運営していく。とにかく、皆さんに声掛けや回覧し、困っている事を今いる、役員で行っていく事になった。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	あんしん協力員・協力機関・民生員との協力。 若い世代が興味を持つイベントの再開。 餅つき・盆踊りを再開する。以前、餅つきなどは若い人もお餅はもらいに来ていた。イベントの時に声をかけていく。		
	地域課題・その他		
	若い人に合わせたツール、知らせ方を考えていく。（ラインなど） 保木間が高齢者が多い。高齢者同士で助け合いたいが、団地などはプライベートに踏み込んでもらいたくない人もいる。その方たちの地域よりはじかれてしまうのをなくしていく。		
今後の検討事項（残された課題）	若い人たち、多世代をどう取り込んでいったら良いのか？ 自分の事のようにして考えてもらうには？ 地域より取り残されてしまう人をどのように見守っていったら良いか。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（本木関原）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 5年 6月 14日(水) 15時 00分 ～16時 30分									
開催場所	関原の森 まちづくり工房館									
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	ケアマネジャー、大家、包括本木関原							計(3)名	
	それ以外の地域関係者	ふれあいポリス、民生委員、主任CM、あんしん協力機関、訪問看護所長 基幹包括支援センター、地域包括ケア推進課							計(8)名	
事例タイトル (テーマ)	介護保険サービス、医療受診に繋がりにくく、 あらゆることに不信感がある独居高齢男性の支援について									
ケース情報	年齢	81	性別	男	世帯 構成	独居	介護度	要介護1		
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	地域ケア会議にて情報共有し、支援方法の検討により、本人や家族の意向を尊重した支援を考えていきたい。関係者と顔の見える関係性を構築し相談しやすい体制を目指す。									
個別事例の問題・課題	被害妄想、治療拒否により、医療受診、介護保険サービスに繋がりにくい。往診、訪問看護を導入したが続かず。混乱し警察を呼ぶことも多々ある。玄関前に立っていることが多い。自衛のための自作の凶器を持っている時がある。家族は本人の意向を尊重しており、家族にどう伝えるか。									
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☐ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☒ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☐ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☐ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☒ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）									
課題の背景Ⅰ	個人要因	☐ 疾病障害・ADL							前立腺がん、咽頭がん	
		☐ 性格・気質							社交的	
		☐ 経済状況							生活保護	
		☐ 学歴・職歴							印刷会社で就労していた	
		☐ 趣味・嗜好							宗教信仰、アルコール	
		☐ 宗教等							あり	

課題の背景Ⅱ	環境要因	☐ 家族親族関係	姉、姪がいる。姉のことを信頼している。
		☐ 近隣対人関係	商店街の商店、アパート住民と話をする関係性。
		☐ 住環境	アパート1階に独居・トイレドア、玄関ドアを鎖で施錠など。
		☐ 社会資源・サービスの不足	医療受診、介護保険サービスに繋がっていない。
		☐ 社会参加・就労	近所のコンビニ店員と交流あり。玄関前にいたり自転車ででかけたりすることが多い。若いころは印刷会社で就労。
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	商店街がある。高齢者が多い。
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	医療受診、介護保険サービスの利用。家族への働きかけ。	
	地域連携ネットワーク構築	本人が安心して生活できる環境づくり。関係者との関係性を構築し連携を強化する。	
	地域課題発見	住み慣れた地域での生活継続。地域の方の見守り体制。	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	本人との関わりについて情報共有後、課題について意見交換をした。 課題1「医療受診に繋がらず、専門医受診に消極的な家族支援について」 ・銭湯での入浴方法、支払いは問題なし。被害妄想があり怒って帰ってしまうことがある。今年に入ってから来ていない。（銭湯） ・訪問看護の契約書を持ち、病院へ。勝手に契約をさせられたと。認知症か、精神疾患か、病気からくるものなのか。（訪問看護所長） ・玄関の鍵が開かず、連絡あり窓から入った。勝手に鍵を変えてしまうため、鍵を預かることが出来ない。預かると、盗られたと言われる。転居先ないため見守っている。（大家） ・いつも外にいるため安否確認がしやすい。（担当ケースワーカー） ・病気の治療がされていないことが不安ではないか。自分を守るための行動。警察に頻繁に行くのは1番安全な場所だと思っているからか。（主任ケアマネジャー） 課題2「介護サービス拒否」 ・日によって波がある。凶器があるため、訪問することが危険。凶器は自分を守るために持っている。取り上げると盗まれたと被害妄想に。サービス繋がっていないため、玄関前にて声かけをしている。（担当ケアマネジャー） ・セブンイレブンの職員が電話のかけかたを教えてくれるなど見守りをしている。（包括） ・民生委員の訪問活動で回る予定。（民生委員） ・本人が信頼している姉、小学生の孫にアプローチ。（主任ケアマネジャー）

必要と思われる対策・支援策 (役割分担)	実施機関	対策	時期
	ケアマネジャー 包括	・ 家族が専門医受診に消極的 →小学生の孫に時々会いながら、本人が信用している姉へアプローチ。幼少期の出来事による被害妄想の可能性があるので、姉に成育歴を確認。 ・ 介護サービス拒否 →見守り体制の構築。玄関前にて声かけ。民生委員の訪問活動。大家、近隣の店の見守り。 警察、交番との連携。事件発生時、警察から入院に繋ぐ。	常時
	ケアマネジャー 民生委員、大家 近隣店舗 あんしん協力員		
	ケアマネジャー 包括		問題発生時
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	・ 専門医への受診に繋がるよう、本人が信頼している姉との関係を構築しながら促す。 ・ 型にはめられるのが嫌いなため、介護サービスに拒否がある。サービスに繋がらなくても地域で見守りする体制づくりを検討できた。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・ 関係機関と顔の見える関係性を構築でき、今後の支援方針を共有できた。・ 関係機関がお互いの本人への対応方法を知ることができ、関係機関それぞれの悩みを共有、支援のネットワーク構築ができた。		
	地域課題・その他		
今後の検討事項（残された課題）	・ 自衛のための凶器ではあるが、凶器を持っているがゆえにサービスに繋がりにくく、本人が地域で孤立する原因となってしまう。地域で受け入れてもらうための本人理解を進める必要がある。		
	・ 病気に対する理解を得るための家族への対応方法 ・ 地域で受け入れてもらうための本人理解を進めるための取り組み		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（本木関原）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 6 年 2 月 2 9 日（木） 1 4 時 0 0 分 ～ 1 5 時 3 0 分								
開催場所	本木一南町会会館								
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	担当ケアマネジャー、環境保全課、民生委員、町会長 包括支援センター本木関原							計（ 7 ）名
	それ以外の 地域関係者	江北保健センター保健師、西新井消防署所長 ふれあいポリス							計（ 3 ）名
事例タイトル （テーマ）	ゴミを集めてしまい近所から苦情が出ている夫婦の支援について								
ケース情報	年齢	70代	性別	男	世帯 構成	【妻】50代	介護度	要介護 3	
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	当地域にはゴミ屋敷が度々みられる。関係構築が困難なケースも多く、片付けを促すがスムーズにはすすまない。背景には認知症や精神疾患等を抱えており問題が複数あるケースも多い。地域からの孤立にもつながるリスクがある。地域や関係機関との情報共有や対応方法の検討をしたい。								
個別事例の問題・課題	・外観、悪臭、火災発生、転倒、疾病発症のリスク ・近隣住民への被害から苦情や通報があり孤立の傾向 ・関係機関での情報共有と役割分担								
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☒ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☒ 生活困窮 ☒ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☒ ゴミ屋敷 ☒ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☐ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）								
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL		脳梗塞、潰瘍性大腸炎					
		☒ 性格・気質		社交的でデイサービスや地域内外の教室に多く参加					
		☒ 経済状況		預貯金不明、年金8万円/月、困窮している、生活保護申請希望との発言あり					
		☒ 学歴・職歴		運輸会社の運転手、警備員、会場の設営、ビニール加工等就労					
		☐ 趣味・嗜好							
		☒ 宗教等		夫婦共に信仰宗教あり、妻は活動熱心					

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	夫婦二人世帯、妻の親族が区内在住
		☒ 近隣対人関係	ゴミの持ち帰りで警察に通報や、包括に苦情電話あり
		☒ 住環境	二階建て戸建て
		☒ 社会資源・サービスの不足	要介護3の認定ありデイサービス利用
		☒ 社会参加・就労	サロン、カフェ、教室に積極的に参加
		☒ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	戸建ての多い住宅街
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	当事者に納得頂き協力を得て環境を整えていけるよう関係機関の連携体制づくりと情報共有、役割分担の確認、支援方法の検討	
	地域連携ネットワーク構築	地域住民と情報共有し見守りネットワークの構築	
	地域課題発見	ゴミ屋敷問題のリスク確認・対応協議	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	・町会からは20年程前からごみ屋敷の認識はあるが以前の様に敷地外までの量ではなくゴミが減ったと思っており苦情等、役員会で話題にはならない。 ・主治医の脳外科医師からは物忘れは年齢相応との見立て。個人情報や所有権に関しての理解は薄い。 ・妻のみ在宅だと自宅内に入れるが本人が在宅だと入れないと思われるが本人が納得しないと片付けはすすまないと思われる。 ・片付けの同意をするも、後日反故したことが過去にある。 ・令和6年2月28日にも片付けについて妻は同意している。費用は区が負担。 ・ゴミ以外のケアマネや包括の関わりについて受け入れはよい。 ・把握できている資産は口座に95000円。 ・自宅借地・建物は本人と甥・姪の名義。 ・デイサービスは週二回利用中。5年間で2か所変更している。住区センターにも通う。デイサービス、住区センターの双方から荷物が臭うと他利用者からクレームもあった。 ・近所とのかかわりは薄く、本人達が挨拶するも相手から返事がないこともある。 ・資源ごみの収集は窃盗になる場合がある。 ・ゴミの総量は減っており、シートで覆っている。 ・ゴミはコンセントにほこりが溜まると火災の原因になり、放火リスクも高い。 ・ゴミ収集の他に本人の意識を向けられるといい。 ・以前に警察から注意を受けた後に片付けをした。
-----------	---

	実施機関	対策	時期
(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	町会・包括	ペットボトルや書籍などを資源回収として協力してもらうよう声掛け。	
	生活保全課	区が費用負担する条例での片付けに同意を得ているので進めていく。	
	ケアマネ・包括	片付けができた後の状態を維持できるような支援。	
	消防署	防災診断で訪問し、火災などのリスクを説明する。	
	町会	本人理解のための、町内での情報共有。 町会内で苦情があったら警察へ相談する。	
	警察	苦情があった際に本人へ注意する。	
会議目的に対する成果・到達点	ケアマネ・包括	孤立しないようデイやカフェ、サロンへの参加が継続出来るようにする。	
	(保健センター)	(保健センターでの地域ケア会議への事例提出)	
	個別課題解決		
	環境保全課で3/6に審議会がある。決定したら費用が捻出でき片付け実施。 環境保全課から甥、姪に連絡を取り協力依頼。 ケアマネから資源ごみに出せるものは出し活用されるように促し。 本人理解による住民同士の関係作り及び孤立防止。 近隣から生活安全課に声を上げて頂き警察から注意。消防署の防火診断の活用。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	警察、消防、行政を含む地域関係者同士の顔の見える関係構築。 地域包括支援センターや行政の対応を町会へ報告、町会での検討のきっかけ作り。 地域の住民主体のサロンや包括支援センター主催のカフェなどに参加を促し、孤立化を防ぐ。		
今後の検討事項(残された課題)	地域課題・その他		
	区域内にある、ゴミ屋敷や老朽家屋など同じような課題がある事例の共有。 同じような課題がある事例の対応への応用。 町会と警察・消防・行政と専門職の連携。		
	・片付けの同意をしているが、今後反故することが考えられる。 ・甥・姪との関係性が不明。 ・借地であり、確認できる資産が95000円。更新料に支払いが難しいと思われる。 ・生活保護の申請も考えられる。 ・夏季の悪臭発生の可能性。 ・片付けに対する拒否がある本人達へ、その片付けを促しながらの関係性の維持。 ・本人達の権利と地域住民の権利。 ・本人達と地域住民の関係性の維持改善。		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（ 六月 ）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 05 年 05月 30日(火) 10時 00分 ～ 11時 30 分								
開催場所	ゆうあいの郷六月 第一会議室								
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	担当ケアマネージャー 地域包括支援センター六月(2名)							計 (3) 名
	それ以外の地域関係者	民生委員 絆のあんしん協力員 西新井警察署ふれあいポリス 基幹包括支援センター(2名) 地域包括ケア推進課							計 (6) 名
事例タイトル (テーマ)	ご近所から苦情があり、介護保険サービスを増やしたいが経済的理由で増やすことが困難な認知症のある独居高齢者を地域で支える								
ケース情報	年齢	70代	性別	女性	世帯構成	独居 ※夫	施設入所	介護度	3
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	夫が入所し独居となった認知症のある高齢者が近所の知人宅を繰り返し訪問してしまう事で苦情になり、介護サービスを増やしたかったが経済的理由で増やすことが困難なケース。このような状況でも地域から排除されず、住み慣れた地域で生活していけるような支援、情報の共有、ネットワークの構築方法を検討したい								
個別事例の問題・課題	・認知症のある独居高齢者が近所の知人宅を繰り返し訪問しその方から強い苦情となった。 ・別居の息子夫婦達が訪問してくれるが、経済的な理由から介護サービスを増やすことができない。 ・主は夫が入院入所し、さみしい気持ちを抱えている。話し相手や友人もおらず、行く場所もない。								
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☐ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☒ 生活困窮 ☒ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☒ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☒ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☐ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）								
課題の背景Ⅰ	個人要因	■ 疾病障害・ADL		疾病：アルツハイマー型認知症 脳出血後遺症 糖尿病 ADL：歩行はシルバーカー利用 排泄は紙おむつ使用					
		■ 性格・気質		おだやかで笑顔が多く、おとなしい印象 長男の嫁に対しては強い態度をとる					
		■ 経済状況		老齢年金 月7万円程度 ※夫は月18万円程度					
		□ 学歴・職歴		高校卒 銀行員として働いたことがある					
		□ 趣味・嗜好		以前は家族と旅行に行くことが好きだった					
		□ 宗教等							

課題の背景Ⅱ	環境要因	■ 家族親族関係	夫は1月に倒れて入院、その後施設入所。 長男夫婦、次男夫婦も共働きで訪問限定的。介護はできる範囲で対応
		■ 近隣対人関係	息子氏が子供のころからの近所付き合いあったが、頻繁に訪問するようになり「もう来させないようにしてくれ」と苦情になった
		■ 住環境	2階建(持ち家) 周囲は古い住宅も残っている 都営住宅に囲まれている
		■ 社会資源・サービスの不足	経済的な課題で介護保険サービスを増やすことが困難な認知症の方に対して生活を支える見守りや話し相手、行く場所が不足
		■ 社会参加・就労	近所に顔見知りがいるが、交流がなくなってしまった。
		□ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		□ その他	
会議目的	個別課題解決	経済的な理由で介護サービスを増やせない認知症のある独居高齢者への支援方法の検討 地域から排除されないよう近所トラブル、苦情への対応方法の検討	
	地域連携ネットワーク構築	認知症のある高齢者が地域から排除されないよう、関係機関および地域関係者とも連携方法の検討とネットワークの構築	
	地域課題発見	認知症のある高齢者によるご近所トラブル、苦情を解決する支援方法と 同じような案件の把握	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	・認知症や精神疾患の症状による苦情、相談があるか参加者に確認 警察書にはたくさんの苦情がよせられており、警察官が訪問し注意するケースもある。 毎日何度も何度も繰り返し電話がかかってきて被害的な妄想を訴えられて困っている現在進行形のケースがある。 認知症の方が近所の方の家の庭からものを持っていくケースあり お茶を一度飲んだら何度も来られて困っている。 ⇒認知症や精神疾患の症状による苦情、相談は多く寄せられている。当事者は対応に苦慮し本当に困っている状況が多い。 ・苦情・相談窓口の周知が必要 包括だけでなく警察でも良い。包括と警察で連携する。 ・家族に苦情の事実を伝えたと、精神的負担をかけてしまう現実がある ・苦情解決には、主に居場所、話しあいて、また保険外サービスの導入などの対策が必要
	①苦情の解決 地域から排除されない 早期にチームを編成し話し合いを行い、本人、家族、迷惑を受けている方のサポートをする精神的負担感を軽減させる。 ②行く場所 居場所 話し相手ができる 話し相手をボランティアセンターに問い合わせる サロンに参加 地域の高齢者グループ（公園ベンチ）の参加 主の好きなスポーツ番組を自宅でみってもらう ③介護保険外の制度、サービスの情報共有、利用の提案をおこなう やすらぎ支援員（あまり利用されていない現状あり）の利用 介護保険限度額いっぱいまでサービス利用している為、自立支援医療制度の利用検討

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	包括六月 絆のあんしん協力員	サロンや地域住民グループとの顔合わせ 顔つなぎ	1 か月
	ケアマネ 包括	ご家族の精神的負担の軽減の提案 苦情の対応	随時
	ケアマネ	自立支援医療重度認知症デイの検討と提案	1 か月
	包括 警察署 包括	本人MTやオレンジカフェ参加の働きかけ 苦情相談	1 か月 随時
会議目的に対する成果・到達点	個別課題解決		
	※この地域ケア会議の12日に主が屋外で転倒し骨折し入院となった ・個別課題についてはサロンや地域住民グループへの働きかけにて主の居場所を作ることができる可能性が見えた。また、介護保険外の自立支援医療のデイを利用することで、苦情となる行動を減らすことが期待できる。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・苦情を申し立てる方も本当に対応に苦慮していること、また主のご家族の精神的負担の軽減、担当ケアマネの負担軽減の為にも、関係機関、関係者でチームの結成、チームで対応していくことの重要性を共有できた。 ・苦情があったときは、包括、警察で連携をとっていくこと確認 ・早期に対応していくことの重要性確認		
	地域課題・その他		
	・認知症や精神疾患の症状による苦情、相談が多く存在していること確認できた ・苦情解決も一朝一夕とはいかない。 ・認知症の方の自宅を訪問してくれるボランティア、やすらぎ支援員がなかなかみつからない。マッチングも、難しい。担い手が少ない ・苦情については早期にチームを結成し対応することが有効であると共有できた		
今後の検討事項(残された課題)	・やすらぎ支援員の担い手が少なく、忘れられた社会資源になりつつある。 ⇒養成講座等、担い手を増やす活動が必要ではないか。 ・サロンや地域住民のグループの場所まで、同行してくれる担い手を育成していく必要がある ⇒居場所はあっても、そこまで行く支援がない ※会議内容とは別に、妻に先立たれて心配な男性高齢者が複数いると民生委員より情報提供あり。2層担当へ申し送る		

令和5年度地域ケア会議開催報告書

地域包括支援センター（ 六月 ）

会議開催計画（会議の1週間前までに提出）

日 時	令和 05 年 11月29 日(水) 10時 00分 ～ 11時 30分									
開催場所	ゆうあいの郷六月 第一会議室									
出席機関 団体名	ケースに関わっている関係者	郵便局 竹の塚警察署 西新井警察署 足立区道路整備課 包括六月（事例提出）								計（ 5 ）名
	それ以外の 地域関係者	地域包括ケア推進課 基幹地域包括支援センター2名 民生委員 竹の塚保健センター2名 Aクリニック2名（医師 事務長）								計（ 8 ）名
事例タイトル (テーマ)	妄想から特定機関へ業務の支障がでるほどの行動を繰り返す高齢者と、特定機関への支援と対応方法									
ケース情報	年齢	78	性別	女性	世帯 構成	独居 子供なし		介護度	未申請	
地域ケア会議として事例を取り上げた理由	今事例は医療、介護につながっていない独居高齢女性が、妄想から特定の機関へ業務の支障がでるレベルの行動を繰り返しており、対応に苦慮しているケース。精神疾患や認知症の妄想による相談も増えており、妄想の症状のある高齢者が地域から排除されず、特定機関への支援方法を検討し、情報の共有とネットワークの構築を図りたい									
個別事例の問題・課題	・ 区役所道路整備課、郵便局に頻回に詰めかけ妄想の話を訴え続け対応に苦慮 ・ 信心している宗教の教えから服薬、通院を否定し、専門病院に通院できず。 ・ その為介護保険が申請できず、医療、介護につながらない。									
課題の整理	☐ 老老介護 ☐ アルコール ☐ アクセス問題 ☐ 障害・精神障害者同居 ☐ ひきこもり・孤立 ☐ 高齢者ドライバー ☐ サービス拒否 ☐ ターミナル ☐ 万引き等 ☐ 身寄りなし ☐ 金銭管理 ☐ 災害弱者 ☐ 生活困窮 ☐ 近隣トラブル ☐ 高齢者施設 ☐ ゴミ屋敷 ☒ 苦情・クレーム ☐ 介護予防 ☒ 認知症 ☐ 消費者トラブル ☐ ペット ☒ 精神疾患（疑念） ☐ 買い物弱者 ☐ その他（ ）									
課題の背景Ⅰ	個人要因	☒ 疾病障害・ADL		疾病：難聴 他は不明 恐らく妄想性の障害 認知症 ADL：自立されている						
		☒ 性格・気質		妄想のスイッチが入ると特定の機関に執着し、業務に支障がでるほど、繰り返し電話、訪問を繰り返す。※特定の職員を標的に。						
		☒ 経済状況		年金：94,000円/月 預金は3,000万円						
		☐ 学歴・職歴		タイプライター（写植の仕事）として働いていた						
		☒ 趣味・嗜好		以前はマレットゴルフ、紙粘土人形作り						
		☒ 宗教等		信仰している宗教あり。手当による「じょうれい」により病気が回復したことがある。						

課題の背景Ⅱ	環境要因	☒ 家族親族関係	夫はR2年4月に死別。埼玉県の弟氏がいるが、弟氏は姉が妄想があることにに対しては否定的 支援はあまり期待できない
		☐ 近隣対人関係	近所の方とのトラブルは特に聞かれていない。
		☒ 住環境	区内庭付き一戸建て（2階建て）
		☐ 社会資源・サービスの不足	
		☒ 社会参加・就労	以前はマレットゴルフのグループに参加していたが、妄想出現後、忙しくなり不参加
		☐ 地域特性（地理的特徴・歴史等）	
		☐ その他	
会議目的	個別課題解決	服薬、通院について否定的で専門病院につながらず、また介護保険申請ができない。医療に繋げる支援を検討したい	
	地域連携ネットワーク構築	精神疾患や認知症と思われる高齢者等が発見された時の各関係機関の連携方法と支援体制の構築（対応している機関への支援も含む）	
	地域課題発見	精神疾患、認知症が原因と思われる困難事例の支援（特に金融機関関係）	

会議報告（月報報告）※検討内容を簡潔に記載。

意見交換・検討内容	【情報・課題共有】
	郵便局より：夫の保険金の還付金額が違うのではないかと窓口へ電話や来訪を繰り返していたが、本人聴力が低く話が通じないことが多い。対応に1時間以上かかることもある。こちらでは対応が出来ないことを伝えると頻度は減った。 道路整備課より：昔、本人宅に区画整理のハガキが届き、その後男性が自宅を訪問。男性にお金を払ったが、そのお金を返金してほしいと来庁や電話をするようになった。R4.4～R5.10まで訴えが続き、多い月で電話96回来庁7回。 窓口では妄想と判断が難しく、通常の方と同様の対応をしていた。本人へ書面で通知をしたが刺激になってしまった。第三者の存在が必要だと思ったが、弟氏も負担を感じていた様子の為、難しい状況であった。 【対応方法】 ・頼りにしている人や、本人が話を受け入れる存在に話をしてもらう。宗教の教会長等。 ・電話で同じ話の繰り返しがあり、聴力が弱いことから話が通じないことがある。聴こえの部分を改善したらどうか。 ・時間をかけて関わっていき本人へのアプローチを継続し、介入の機会を覗いていく。 ・認知症や精神疾患の方は、自身の状態を受容することが難しい。医師による健康診断や観察を継続して信頼関係を築き、必要な支援へ繋いでいく。 ・人と話をするのが好きな方は会話からヒントを得る。マレットゴルフへ再参加検討。 ・統合失調症の疑い。認知症と統合失調症は関わりが深く不眠や、体調不良から突然症状が現れることがある。医療的な目線が必要。 ・窓口に来た場合は①包括に行くように案内（聞き役を決める）、②刺激をしない③厳格でない場合は妄想を否定せず事実のみ伝える。

(必要と思われる対策・支援策 (役割分担))	実施機関	対策	時期
	包括六月	関係機関からの相談や対応方法について助言 本人と医療機関へ受診同行し聴力の改善・制度へ繋ぐ かかりつけ耳鼻科医から本人へのアプローチを依頼する 認知症サポーター養成講座を企業や組織向けに開催	常時 3か月以内 1か月以内 依頼発生時
	包括ケア課	商店・企業・組織向けの認知症ガイドの作成検討 地域包括支援センターの周知活動	近日中 常時
	医療機関	本人へ健康状態の確認や必要な治療について助言	3か月以内
	警察署	苦情相談への対応	常時
会議目的に対する成果・到達点	郵便局・区窓口	本人から電話や来訪あった場合は関係機関へ相談する 妄想に対して客観的に事実を伝える。包括を案内する。	問題発生時 常時
	個別課題解決		
	・各機関で意見交換を行った。妄想からの頻回な電話、来訪や対応に苦慮しているのは自分達だけではないこと、対応方法を共有出来た。 ・認知症や精神疾患がある方への対応方法について、専門的な意見が集まり参加者の理解が深まり有意義な会議であったと感想があった。 ・医療に繋げる為に、主への関わり方、介入の方法について検討することができた。		
	地域連携・ネットワーク構築		
	・関係機関が会議を通じて顔を合わせたことで、今後の支援方針が共有化できた。 ・今後の情報集約や対応方法を統一することができた。 ・今後同様の事案が起こった場合は、包括を中心に各機関の関係者が協力してチームで対応できる関係性が構築できた。		
今後の検討事項(残された課題)	地域課題・その他		
	・認知症や精神疾患の症状による妄想からくる苦情や相談が多く、今後も増えていく。 ・妄想への理解や近所の付き合いが薄く、地域で支えることが難しい。 ・2040年にはベビーブーム年代に生まれた方が65歳以上となる。 今後介護の需要が増える為、関係機関との顔繋ぎが重要となる。		
今後の検討事項(残された課題)	・商店、企業、組織へ認知症や精神疾患の方への対応方法や相談窓口の周知。 →足立区として認知症ガイドの作成。(横浜市西区のお店版参考) ・商店、企業、組織向けに認知症サポーター養成講座の開催。出張相談会の開催。 ・団地在住の認知症高齢者が自宅の場所が分からず、他の家のドアを開けようと深夜彷徨っていた事例があると民生委員より話あり。		

3

あだち人生いきいき会議の開催状況

(1) 各事例の検討内容・結果

① 北部ブロック【1事例目】

検討日/会場	令和5年6月29日(木)	会場:伊興地域学習センター レクリエーションホール	事例No 1
事例	【年齢】60歳代前半 【要介護度】要支援2 【利用中のサービス】福祉用具貸与		
事例提供者	【事業所名】居宅介護支援事業所 【事例提供者】主任介護支援専門員		
検討メンバー(所属/担当者)	司会(地域包括支援センター保木間) 歯科衛生士(竹の塚保健センター) 作業療法士(A病院) 管理栄養士(B老健) 保健師(地域包括支援センター花畑) 生活支援コーディネーター(基幹地域包括支援センター)		
事例を提出した理由	前々から一人で外出をしてみたいとの希望があったが、一人での外出は転倒の不安が強く実現できていない。本人が望む生活を実現するために何が必要なのか専門的なアドバイスを聞きたい。		
1. ご本人の望む生活			
●一人で買い物にいきたい ●パンを選びたい			
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)			
<阻害要因> ・転倒はしていないが、転ぶことに大きな不安を抱えているが専門的なリハビリまでは望んでいない。 ・脳性麻痺により不随意運動を伴う、両上肢機能障害1級、移動機能障害7級のため歩行不安定 ・外出は家族の見守りが必要で一人では外出をしない ・歩行スピードはゆっくり ・自宅のマンションは自宅内の廊下から部屋につながる場所すべてに段差がある。 ・スーパーは大きな道を挟んで向かい側なので、車通りも多く危険。家から横断歩道までは50m程度離れている。家族介助であれば横断できるが、一人では信号が青の時間内に渡れない。 ・嫌いなこと・苦手な事に関して興味がわかない		<促進要因(強み)> ・7年前に脳血管疾患の既往があるが、その後状態も安定していて再発していない。 ・自宅外では杖を使用して移動を行い、自宅内では家具や近くにあるものに握りながら杖なし独歩。 ・1日3食摂取。嫌いな物は特になし。ごはんよりパンが特に好き。 ・嚥下に問題なし。上の歯は全部抜き義歯。 ・理解力は良好。明らかな認知症状はない。 ・家族と年1回は旅行に行っている。 ・県外に住む家族に会いに月1回行っている。 ・コロナの予防接種は4回行っており、感染だけではなく予防接種の副作用も心配している。 ・自宅近くにコンビニとスーパーがある。自宅前にバス停があり、駅までバスで10分程度。 ・好きな事に対しては集中して取り組む事ができる	
3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る			
①専門家による身体の評価がされているか ②本人が課題を直視しているか ③本人をやる気にさせていくには? ④本人のやる気に母親がどう関わるか ⇒ <u>検討ポイント</u>: 現状の評価と将来の課題の明確化			
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認	
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標が複数ある場合は記入	【長期目標】 本人の自立(気持ちを動かす) ⇒ 【短期目標】 できることを促しながらやる気を引き出す(自信をつける)	・今の身体状況(できること、できないこと)を評価。本人が本当はできるが母親がやってしまったことを普段の本人の様子から(母親への聞き取りなどから)評価。そのなかで本人が「できること」をやってもらい、自信をつける。 ・「一人で買い物に行く」一連の流れのなかで、例えば「自分で商品を選ぶ」ことで本人の自立へつなげる。(必要であれば移動スーパーやヘルパーの移動支援などサービスの提示)	長期目標 半年～1年 短期目標 3か月
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)			
本人と母親との関わりの見直し			
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)			
【運動・移動】☐転倒歴・転倒不安 ☐歩行困難 ☐一人で交通機関の利用困難 ☐外出回数の減少(閉じこもり) 【日常生活】☐買い物困難 ☐預貯金出し入れ困難 ☐公的書類・契約困難 ☐TPOに合わせた服の着用困難 ☐料理困難 ☐掃除困難 ☐洗濯困難 ☐ゴミ出し困難 ☐花木・ペットの世話困難 【社会参加】☐対人関係・コミュニケーション☐社会への関心低下 ☐趣味や楽しみがない・できない ☐家族とのコミュニケーション不足 ☐友人・近隣との交流頻度の減少 ☐地域活動に参加なし ☐家庭や地域での役割を持っていない 【健康管理】☐慢性疾患コントロール不良 ☐痛みのコントロール不良 ☐主観的健康観が低い ☐低栄養 ☐体重コントロール不良 ☐食事バランス不良 ☐口腔機能の問題(むせ・渴き等) ☐定期通院できていない ☐身だしなみ、清潔を保てない ☐喫煙・飲酒問題 ☐排尿コントロール不良 ☐不眠 ☐薬の飲み忘れ・服薬管理不足 ☐認知機能の低下 ☐生活リズムの乱れ ☐病气・障害等の受け止め困難 【その他】☐意思決定の問題 ☐住まいの問題 ☐経済問題 ☐家族・友人・近隣の支援が受けられない ☐生活の充足感低下			
↓ 不足している社会資源や地域課題と思われるもの		【上記に該当しない生活課題】(自由記載)	

② 北部ブロック【2事例目】

検討日/会場	令和5年6月29日(木)	会場:伊興地域学習センター レクリエーションホール	事例No 2
事例	【年齢】80代前半 【要介護度】支援1	【利用中のサービス】緩和型訪問介護1回/週・緩和型通所介護1回/週	
事例提供者	【事業所名】 居宅介護支援事業所 【事例提供者】 主任介護支援専門員		
検討メンバー (所属/担当者)	司会(地域包括支援センター保木間) 歯科衛生士(竹の塚保健センター) 作業療法士(A特養) 管理栄養士(B病院) 保健師(地域包括支援センター花畑) 生活支援コーディネーター(基幹地域包括支援センター)		
事例を提出した理由	糖尿病のため食事には気を付けているつもりだが、細かい計算はできないし自信はない。自分にも無理なく食事の管理ができるようなアドバイスを頂きたい。		
1. ご本人の望む生活			
糖尿病が悪化しないように食事の管理をし、歩けなくならないように足腰の筋力も保ちながらこれからも元気に趣味の活動を続けていきたい。			
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)			
<阻害要因> ・食事の内容に不安がある。 ・カロリー計算はできない。 ・糖尿病があるので感染症が心配。 ・腰痛があり、長く歩けない。 ・自分にあった手芸の教室がない。		<促進要因(強み)> ・定期受診、服薬管理はきちんとおこなえている。 ・食事の内容やカロリーにも気を付けている。 ・腰痛への対処も自分なりにおこない、無理のない範囲の活動ができている。 ・手芸に取り組めるだけの手先の動きも視力も維持できている。 ・手芸仲間や、近所の友人がいる。	
3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る			
・食事の管理が自己流、学んでいない ・運動量が足りない、生活範囲が狭まっている ・趣味活動が他者と共有できない ・フレイルの危険性		⇒ 検討ポイント: 食事が不安、食事の指導が必要	
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認	
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標が複数ある場合は記入	【長期目標】 元気に趣味活動が続けるために健康管理ができる 【短期目標】 糖尿病の悪化を防ぐ食事、フレイル予防の食事を専門家から指導を受ける 定期的に運動をする	⇒ 本人とケアマネと共同で食事の栄養管理に向けて掛かりつけの薬剤師に介入して頂き、食事指導の必要性について主治医と話をしてもらう。 保健センターで開催の栄養講座について情報収集。 住区センターの栄養講座や体操教室の情報収集をしていく。 検査データを主治医からもらい、訪問栄養指導の依頼をかけてもらえるよう相談。	2ヶ月後 頃
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)			
趣味活動の手芸について、教える側になって友人知人らと輪をつなぎ広げていく。 趣味活動継続のモチベーションを維持するために、地域の中で作品の展示披露できる場所をさがしていく。 手芸のできるデイサービスを探していく。			
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)			
【運動・移動】 ☑転倒歴・転倒不安 ☑歩行困難 ☐一人で交通機関の利用困難 ☐外出回数の減少(閉じこもり) 【日常生活】 ☐買い物困難 ☐預貯金出し入れ困難 ☐公的書類・契約困難 ☐TPOに合わせた服の着用困難 ☐料理困難 ☐掃除困難 ☐洗濯困難 ☐ゴミ出し困難 ☐花木・ペットの世話困難 【社会参加】 ☐対人関係・コミュニケーション☐社会への関心低下 ☐趣味や楽しみがない・できない ☐家族とのコミュニケーション不足 ☐友人・近隣との交流頻度の減少 ☐地域活動に参加なし ☐家庭や地域での役割を持っていない 【健康管理】 ☐慢性疾患コントロール不良 ☐痛みのコントロール不良 ☐主観的健康観が低い ☐低栄養 ☐体重コントロール不良 ☑食事バランス不良 ☑口腔機能の問題(むせ・渇き等) ☐定期通院できていない ☐身だしなみ、清潔を保てない ☐喫煙・飲酒問題 ☐排尿コントロール不良 ☐不眠 ☐薬の飲み忘れ・服薬管理不足 ☐認知機能の低下 ☐生活リズムの乱れ ☐病気・障害等の受け止め困難 【その他】 ☐意思決定の問題 ☐住まいの問題 ☐経済問題 ☐家族・友人・近隣の支援が受けられない ☐生活の充足感低下			
↓ 不足している社会資源や地域課題と思われるもの 訪問栄養指導の整備		【上記に該当しない生活課題】(自由記載)	

③ 東部ブロック【1事例目】

検討日/会場	令和 5年 8月 24日(木)	会場: 足立区勤労福祉会館 第1ホール	事例No 1
事例	【年齢】80代後半 【要介護度】 要支援2	【利用中のサービス】 予防福祉用具貸与(歩行器)、予防通所リハビリ週2回	
事例提供者	【事業所名】 居宅介護支援事業所 【事例提供者】 主任介護支援専門員		
検討メンバー (所属/担当者)	司会(地域包括支援センター西綾瀬) 歯科医師(A歯科) 言語聴覚士(B病院) 管理栄養士(東京都栄養士会足立支部) 看護師(地域包括支援センター東和) 生活支援コーディネーター(基幹地域包括支援センター)		
事例を提出した理由	ケアマネジャーの視点としては、ご本人の生活は現状概ね満たされているのではとの結論に達し、他の職種の視点からの意見をお聞きたいと思った。		
1. ご本人の望む生活			
これから妻や娘と住み慣れたこの地域で穏やかに暮らしていきたい。			
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)			
<阻害要因> ・緊張すると腹痛が生じ、緊張の原因から解放されない限り痛みが続く。 ・疾患の影響で手の振戦やめまいが生じる等、体調の日中変動見られる。 ・指先の力が入れ辛く、ボタンのつけ外し等は家族の介助要する。 ・高齢になり知り合いが少なくなった為、地域での活動には消極的。 ・単身で外出する事ができず、散歩や受診には妻や長女の付き添いを要する。		<促進要因(強み)> ・二キロ前後の連続歩行が可能な下肢筋力。 ・排泄や食事摂取、身体清潔保持等は自立している。 ・家族は仲が良く協力的。妻も散歩の付き添いを負担と思っていない様子。 ・布団の上げ下げや鉢植えの水やり、浴室掃除等家庭内での役割を持っており継続して行っている。 ・自宅周辺は商店街と住宅街の境目で、日々の散歩等が行いやすく買い物にも便利。	
3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る			
・難聴、認知症、嚥下障害 ・転倒に対する不安→閉じこもり ・腹痛に対する食事について ・他人と話す時腹痛が出る(緊張、精神的なもの) ⇒原因がはっきりしない ⇒新しいことがはじめにくい ・できないことで落胆傾向		⇒ 検討ポイント: 他人と話す時腹痛がでる	
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認	
課題解決に向けて目標とするとところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標が複数ある場合を記入 長期目標(半年) ・通所リハで腹痛がでない (回数増も可能になる) 短期目標(3か月) ・どんな時に腹痛がでるか把握する →頻度を家族に把握してもらう	⇒	家族に腹痛発生の記録をつけてもらう →ノートを用意 →関係者間でアセスメントできる書式を用意 ※ケアマネが準備し、家族・通リハ職員が記載 まずは娘さんに提案し、本人の意向を確認してもらう 記録をもとに主治医にも意見を求める(ケアマネ)	1か月
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)			
・転倒に対するリスク ・嚥下障害のリスク			
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)			
【運動・移動】 □転倒歴・転倒不安 □歩行困難 □一人で交通機関の利用困難 □外出回数の減少(閉じこもり) 【日常生活】 □買い物困難 □預貯金出し入れ困難 □公的書類・契約困難 □TPOに合わせた服の着用困難 □料理困難 □掃除困難 □洗濯困難 □ゴミ出し困難 □花木・ペットの世話困難 【社会参加】 □対人関係・コミュニケーション□社会への関心低下 □趣味や楽しみがない・できない □家族とのコミュニケーション不足 □友人・近隣との交流頻度の減少 □地域活動に参加なし □家庭や地域での役割を持っていない 【健康管理】 □慢性疾患コントロール不良 □痛みのコントロール不良 □主観的健康観が低い □低栄養 □体重コントロール不良 □食事バランス不良 □口腔機能の問題(むせ・渴求等) □定期通院できていない □身だしなみ、清潔を保てない □喫煙・飲酒問題 □排尿コントロール不良 □不眠 □薬の飲み忘れ・服薬管理不足 □認知機能の低下 □生活リズムの乱れ □病気・障害等の受け止め困難 【その他】 □意思決定の問題 □住まいの問題 □経済問題 □家族・友人・近隣の支援が受けられない □生活の充足感低下			
↓ 不足している社会資源や地域課題と思われるもの		【上記に該当しない生活課題】(自由記載) 家族の、本人の健康に関する価値観のずれ	

④ 東部ブロック【2事例目】

検討日/会場	令和 5年 8月 24日(木)	会場: 足立区勤労福祉会館 第1ホール	事例No2
事例	【年齢】 90代後半 【要介護度】 要支援2	【利用中のサービス】緩和型通所介護(週2回)・緩和型訪問介護(週1回)	
事例提供者	【事業所名】 居宅介護支援事業所 【事例提供者】 主任介護支援専門員		
検討メンバー(所属/担当者)	司会(地域包括支援センター中川) 歯科医師(A歯科) 理学療法士(B病院) 管理栄養士(東京都栄養士会足立支部) 看護師(地域包括支援センターさの) 生活支援コーディネーター(基幹地域包括支援センター)		
事例を提出した理由	自分なりの生活スタイルを維持するために意欲を持ち、努力をされているが、高齢でもあることから自身の体を過信しないで状態維持ができるように、ご本人の意向を尊重しつつ、適切な助言をするにはどのようにしたらいいか、アドバイスをいただきたいと思ったため。		
1. ご本人の望む生活			
知らない人と生活するよりは自分の家で好きなこと、活動が自由にできる場所で生活したい。			
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)			
<阻害要因> ・ペースメーカー植え込みをされている。貧血気味。 ・腰、膝に痛みがある。 ・姿勢も良く仲間からは何でもできるカリスマ的な存在なので弱い所を見せられない。 ・見栄っ張りである。(他者には、常に若々しく見られたい) ・息子さんは他区で高齢なのですぐには来れない。(70代) ・必要な時に 助けを求めることが出来ない。 ・好き嫌いがある。(食事に偏りがある)		<促進要因(強み)> ・ラジオ体操に参加している。 ・自宅でスクワットなどの運動はしている。 ・古い物を大切に大事にして生かしていくのが好き(洋裁、和裁、小物作り)。 ・シルバーカレッジ会の行事に参加。 ・自身が直接、お店に行き確認して購入している。 ・月1回息子さんが重い食材、物品を購入してくれる。 ・水泳の指導員を長年していたので生徒さん、友達が多く、カリスマ的な存在。 ・姿勢が良い。 ・水泳のマスターズ大会で沖縄、北海道に行かれてメダルを数十個獲得されています。 ・自分の意見をはっきり言える。見栄っ張りである。	
3.課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る			
・偏食(蛋白質不足・貧血・BMI 18.5) ・義歯の問題の可能性 ・ヘルスリテラシーが低い ・転倒による骨折のリスク ・気分の落ち込み(実はある)			
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認	
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標が複数ある場合は記入	長期目標 ・体重を増やす(転倒予防) ・食形態の工夫等、食事の勉強会をする機会を得る 1年間で体重3kg増を目標値とする(43.5→46.5kg) 短期目標 ・食事内容の見直し(蛋白質) ・フレイル予防の体操 ・口腔内の健康(歯科半年に1回受診)	⇒ ・包括が区の栄養教室等の情報提供おこなっていく ・食事内容の栄養強化に対して管理栄養士から直接アドバイス受けられるよう支援(ケア課・栄養士会) ・デイサービスに会議内容を情報提供し、デイサービスでスクワット等の負荷をかける筋トレ講習ができるよう依頼していく	3か月後
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)			
・フレイル予防 自宅内の片付け(家に入られるのが好きでない)			
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)			
【運動・移動】 ■転倒歴・転倒不安 □歩行困難 □一人で交通機関の利用困難 □外出回数減少(閉じこもり) 【日常生活】 □買い物困難 □預貯金出し入れ困難 □公的書類・契約困難 □TPOに合わせた服の着用困難 □料理困難 □掃除困難 □洗濯困難 □ゴミ出し困難 □花木・ペットの世話困難 【社会参加】 □対人関係・コミュニケーション□社会への関心低下 □趣味や楽しみがない・できない □家族とのコミュニケーション不足 □友人・近隣との交流頻度の減少 □地域活動に参加なし □家庭や地域での役割を持っていない 【健康管理】 □慢性疾患コントロール不良 □痛みのコントロール不良 □主観的健康観が低い ■低栄養 □体重コントロール不良 □食事バランス不良 □口腔機能の問題(むせ・渇き等) □定期通院できていない □身だしなみ、清潔を保てない □喫煙・飲酒問題 □排尿コントロール不良 □不眠 □薬の飲み忘れ・服薬管理不足 □認知機能の低下 □生活リズムの乱れ □病氣・障害等の受け止め困難 【その他】 □意思決定の問題 □住まいの問題 □経済問題 □家族・友人・近隣の支援が受けられない □生活の充足感低下			
↓ 不足している社会資源や地域課題と思われるもの		【上記に該当しない生活課題】 (自由記載) 本人と一緒に片付け 利用しやすい値段のサービス NPO・近隣住民でやれるか プライバシーの問題がある	

⑤ 千住ブロック【1事例目】

検討日/会場	令和5年 10月 26日(木)	会場: 足立区生涯学習センター 研修室1	事例No 1
事例	【年齢】80代前半 【要介護度】要支援1	【利用中のサービス】予防福祉用具貸与(歩行器)	
事例提供者	【事業所名】 居宅介護支援事業所 【事例提供者】 主任介護支援専門員		
検討メンバー (所属/担当者)	司会(地域包括支援センター千住西) 作業療法士(A病院) 管理栄養士(東京都栄養士会足立支部) 看護師(地域包括支援センター千住西) 生活支援コーディネーター(基幹地域包括支援センター)		
事例を提出した理由	主婦として家事全般を担い生活をしてきた。夫が要介護状態になってからは介護や通院の付き添い等も行っていたが、歩行が不安定になり腰痛も出現し外出も減少。家事も面倒に思うようになり意欲低下も見られている。最近自身で物忘れが増え始め認知症進行に対する不安を感じているところもある。認知症を予防しながら意欲を高め、夫の介護を続けられる状態を維持する為の方法についてアドバイスをいただきたい。		
1. ご本人の望む生活			
・忘れることが多くなって、頭で考えているより物事がスムーズにいかなくなった。物忘れがなく目的の行動がスムーズにいくようにしたい。 ・家事が出来なくなると大変なので、夫の為にも動けなくならないようにしたい。 ・夫が頼り。夫婦ともに健康で居たい。			
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)			
<阻害要因>		<促進要因(強み)>	
・腰痛が原因で歩行不安定 ・物忘れが進行している ・意欲低下し今まで行っていたことが面倒で行えていない ・意欲低下が顕著 ・人が集まる場所が苦手で他者との交流が少ない ・相談できる人がいない		・夫が記憶力が良く、忘れていることを教えてくれる ・歩行器を使用すると買い物にも行くことが出来る ・お風呂目的でスポーツジムに通い、そこで会った人と会話ができる ・通院は定期的に行い服薬も夫の促しで出来ている ・夫婦関係良好で夫のために何かをしたい思いあり ・ルーティンの活動ができています ・家賃収入あり ・おしゃべりが好き	
3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る			
○生活の楽しみが見いだせていない(意欲低下) ⇒ 検討ポイント: 楽しみを見つけて活動性を高め、生活全体の活性化を図る ○運動機能低下の可能性(脊柱管狭窄症等)			
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認	
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標は優先順位を記入	【長期目標】 スマホを活用して夫と一緒に出かけ 【短期目標】 夫と一緒にスマホを習う ⇒ ご夫婦で楽しめる事を考え、 スマホの活用を提案	1. CMが本人や夫にスマホの魅力を伝え、スマホを使う生活を提案し同意を得る 2. 息子(次男)さんにスマホ使用の件説明、自宅内のネット環境を確認し協力を得る 3. スマホの使い方の講習をプランする(スマホ教室の案内、学生ボランティアによる講習等)	1月頃(3ヶ月)で進捗状況を確認 共有 4月頃(6ヶ月)で評価
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)			
○食事の量と筋力の維持と測定(運動機能低下の可能性)			
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)			
【運動・移動】 ☐ 転倒歴・転倒不安 ☒ 歩行困難 ☒ 一人で交通機関の利用困難 ☐ 外出回数減少(閉じこもり) 【日常生活】 ☐ 買い物困難 ☒ 預貯金出し入れ困難 ☐ 公的書類・契約困難 ☐ TPOに合わせた服の着用困難 ☒ 料理困難 ☐ 掃除困難 ☐ 洗濯困難 ☐ ゴミ出し困難 ☐ 花木・ペットの世話困難 【社会参加】 ☐ 対人関係・コミュニケーション ☐ 社会への関心低下 ☒ 趣味や楽しみがない・できない ☐ 家族とのコミュニケーション不足 ☒ 友人・近隣との交流頻度の減少 ☒ 地域活動に参加なし ☐ 家庭や地域での役割を持っていない 【健康管理】 ☐ 慢性疾患コントロール不良 ☐ 痛みのコントロール不良 ☐ 主観的健康観が低い ☐ 低栄養 ☐ 体重コントロール不良 ☐ 食事バランス不良 ☐ 口腔機能の問題(むせ・渴き等) ☐ 定期通院できていない ☐ 身だしなみ、清潔を保てない ☐ 喫煙・飲酒問題 ☐ 排尿コントロール不良 ☐ 不眠 ☐ 薬の飲み忘れ・服薬管理不足 ☐ 認知機能の低下 ☐ 生活リズムの乱れ ☐ 病気・障害等の受け止め困難 【その他】 ☐ 意思決定の問題 ☐ 住まいの問題 ☐ 経済問題 ☒ 家族・友人・近隣の支援が受けられない ☐ 生活の充足感低下			
不足している社会資源や地域課題と思われるもの (アウトリーチで支給してくれる資源(スマホの貸出等) 栄養指導 老々介護に対するサービス資源が少ない)		【上記に該当しない生活課題】(自由記載)	

⑥ 千住ブロック【2事例目】

検討日/会場	令和5年 10月 26日(木)	会場: 足立区生涯学習センター 研修室1	事例No 2
事例	【年齢】80代後半 【要介護度】要支援2	【利用中のサービス】デイサービス	
事例提供者	【事業所名】居宅介護支援事業所 【事例提供者】主任介護支援専門員		
検討メンバー (所属/担当者)	司会(地域包括支援センター千住本町) 作業療法士(A病院) 管理栄養士(東京都栄養士会足立支部) 看護師(地域包括支援センター千住本町) 生活支援コーディネーター(基幹地域包括支援センター)		
事例を提出した理由	現状維持希望の利用者と本人の生きがいと地域の関わりや交流の場について検討したく事例を選出。		
1. ご本人の望む生活			
自分の買い物や洗濯等出来る家事は続けながら家族に迷惑をかけないようにしたい。コロナ前は友人と旅行にも出かけていたが、現在は体力や愛猫の事もあり、旅行に行く事は望んでいない。今楽しみにしている、ネイルや麻雀活動、銭湯に通いたい。			
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)			
<阻害要因> ・玄関上がり框、40cm程度段差有(踏み台有。一時期手すり選定するも見た目や実際に手すりを使用もなく現在は本人必要ないと話す) ・愛猫(17年)がいるから遠出する事が出来ない。 ・昔と比べてコミュニティーの場が限られてきている。		<促進要因(強み)> ・持ち家。近所の友人知人、麻雀社交ダンス仲間等交流がある。 ・別宅に住む娘孫が週1、2回電話をくれる。 ・階段、トイレ浴室に住宅改修工事にて手すり設置済。 ・愛猫(17年)との暮らしやネイル、麻雀に定期的に通い、生きがいとなっている。 ・銭湯に行くのが習慣であり、知人とのコミュニティーの場となっていた(現在は銭湯券月3回150円と以前より回数が減ってしまった) ・一時期、知人の方が介護(認知症)を必要となり、1か月以上お風呂に入る事が出来なかった。デイサービス等には繋がらず、銭湯が好きであった事から知人の夫より相談を受け、一緒に銭湯に通っていた。困っている人の為、自分の出来る事はしたいという思いがある。	
3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る			
・コミュニティーの場が限られている ・体力の低下→行動が制限されやすい ・身体機能の維持(コミュニティーの場まで行ける) ・たんばく質や水分のとり方(教育)			
⇒ 検討ポイント: 現状(活動範囲)を将来にわたって維持するために			
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認	
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標が複数ある場合記入は	【長期目標】 ・銭湯に通い続ける ・交流の場での活動を維持する ・ADL、IADLを維持する 【短期目標】 ・お風呂の動作ができる ・自転車の代替手段を検討する ・近くの病院まで歩いてみる ・元氣アップサポーター養成研修に参加してもらう	⇒ ・デイサービスで歩行器の練習をする ・自転車を押して歩く ・お風呂の回数を増やす ・住区で行っている講座(口腔ケアなど)に参加する ・麻雀の前に体操や麻雀中に運動をする ・ネイルのアピールをする場を(それとなく)設ける	半年
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)			
・ふれあい遊湯の利用 ・銭湯の脱衣所を利用して運動 ・入浴中の介助 ・銭湯利用者や麻雀仲間への認サボ講座 ・銭湯の入り方のコツの伝達方法			
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)			
【運動・移動】 □転倒歴・転倒不安 □歩行困難 □一人で交通機関の利用困難 □外出回数の減少(閉じこもり) 【日常生活】 □買い物困難 □預貯金出し入れ困難 □公的書類・契約困難 □TPOに合わせた服の着用困難 □料理困難 □掃除困難 □洗濯困難 □ゴミ出し困難 □花木・ペットの世話困難 【社会参加】 □対人関係・コミュニケーション□社会への関心低下 □趣味や楽しみがない・できない □家族とのコミュニケーション不足 □友人・近隣との交流頻度の減少 □地域活動に参加なし □家庭や地域での役割を持っていない 【健康管理】 □慢性疾患コントロール不良 □痛みのコントロール不良 □主観的健康観が低い □低栄養 □体重コントロール不良 □食事バランス不良 □口腔機能の問題(むせ・渴き等) □定期通院できていない □身だしなみ、清潔を保てない □喫煙・飲酒問題 □排尿コントロール不良 □不眠 □薬の飲み忘れ・服薬管理不足 □認知機能の低下 □生活リズムの乱れ □病氣・障害等の受け止め困難 【その他】 □意思決定の問題 □住まいの問題 □経済問題 □家族・友人・近隣の支援が受けられない □生活の充足感低下			
↓ 不足している社会資源や地域課題と思われるもの		【上記に該当しない生活課題】 (自由記載) 銭湯までの移動手段 (千住のまちの特徴として銭湯があげられる。自宅にお風呂がない場合もあり、銭湯に通うことが生活の一部の方も多い。)	

⑦ 中部ブロック【1事例目】

検討日/会場	令和 5年 12月 21日(木)	会場: 梅田地域学習センター 4階ホール	事例No.1
事例	【年齢】80代後半 【要介護度】要支援2	【利用中のサービス】訪問介護2/W、通所リハビリ2/W	
事例提供者	【事業所名】居宅介護支援事業所 【事例提供者】主任介護支援専門員		
検討メンバー (所属/担当者)	司会(地域包括支援センター本木関原) 作業療法士(老健) 言語聴覚士(A病院) 管理栄養士(東京都栄養士会足立支部) 看護師(地域包括支援センターあだち) 生活支援コーディネーター(基幹包括支援センター)		
事例を提出した理由	去年夫を亡くし一人暮らし。夫の介護がなくなってから少しずつ身体的にも精神的にも低下しているが、できることも多くできるだけ自分で行おうと努力されていて、必要最低限のサービスを利用中。現在のケアでは本人の望む生活が徐々にできにくくなっているため事例を提出した。		
1. ご本人の望む生活			
2階での洗濯物干しやゴミ出しなど現在できていることを一年後も続けたい。息子に負担をかけずにいつかは一緒に暮らしたい。			
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)			
<阻害要因> ・脳梗塞の後遺症で手足のしびれがある。転びやすい。 ・腰部脊柱管狭窄症で腰痛がある。 ・やや難聴 ・道路の拡張でなじみの住区センターが遠回りになったり、近所の友人知人が転居した。		<促進要因(強み)> ・変形性腰椎症による腰痛があるが、洗濯・ゴミ出しができています。 ・嚥下機能・排泄機能に大きな低下はない ・四肢に大きな不自由さはない ・視覚正常 ・サッカーが好きでテレビ観戦を欠かさない。精神状態は穏やか ・家族が週1回は訪問し、生活の相談ができています。隣に姪子が住んでいる。 ・地域で長く暮らしていて友人が多い、住区センターがや介護予防教室に定期的に参加していた。 ・歩いて行ける近所になじみのサンデリカがある。	
3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る			
・調理の機会の減少 ・転倒リスク ・家族との交流機会の減少 ・人と関わる、外出機会、外出範囲の減少 ・家族(姪など)の支援をもっと受けられないか ・パン作りを活かす機会がないか			
⇒ <u>検討ポイント</u> : 「外出すること」「調理」			
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認	
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標が複数ある場合は 優先順位を記入	【長期目標】 外出 ・年に数回、近場に家族と出かける 調理 ・パンを家族にふるまう 【短期目標】 ・サロン等への参加 ・住区センターに行く ・できる家事を行う ・洗濯もの干しの継続 ・庭木の手入れ	⇒ ・訪問リハの介入 ・通所リハでの身体機能の評価(ADLを高める) ・姪と一緒に料理 ・姪と住区センター(栄養教室)やサロンに行く ・住区センターに行く手段 (現在入院中のため) ・退院時の支援(引継ぎ、カンファレンス) ・訪問栄養の介入	12か月 (現在入院中のため)
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)			
・難聴→補聴器の適合 ・地域の方、支援者との連携 ・栄養面の偏り ・フレイル			
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)			
【運動・移動】 ☐ 転倒歴・転倒不安 ☐ 歩行困難 ☐ 一人で交通機関の利用困難 ☐ 外出回数の減少(閉じこもり) 【日常生活】 ☐ 買い物困難 ☐ 預貯金出し入れ困難 ☐ 公的書類・契約困難 ☐ TPOに合わせた服の着用困難 ☐ 料理困難 ☐ 掃除困難 ☐ 洗濯困難 ☐ ゴミ出し困難 ☐ 花木・ペットの世話困難 【社会参加】 ☐ 対人関係・コミュニケーション ☐ 社会への関心低下 ☐ 趣味や楽しみがない・できない ☐ 家族とのコミュニケーション不足 ☐ 友人・近隣との交流頻度の減少 ☐ 地域活動に参加なし ☐ 家庭や地域での役割を持っていない 【健康管理】 ☐ 慢性疾患コントロール不良 ☐ 痛みのコントロール不良 ☐ 主観的健康観が低い ☐ 低栄養 ☐ 体重コントロール不良 ☐ 食事バランス不良 ☐ 口腔機能の問題(むせ・渴き等) ☐ 定期通院できていない ☐ 身だしなみ、清潔を保てない ☐ 喫煙・飲酒問題 ☐ 排尿コントロール不良 ☐ 不眠 ☐ 薬の飲み忘れ・服薬管理不足 ☐ 認知機能の低下 ☐ 生活リズムの乱れ ☐ 病氣・障害等の受け止め困難 【その他】 ☐ 意思決定の問題 ☐ 住まいの問題 ☐ 経済問題 ☐ 家族・友人・近隣の支援が受けられない ☐ 生活の充足感低下			
↓ 不足している社会資源や地域課題と思われるもの			
(移動・送迎の資源が少ない 施設や病院と地域や在宅との連携が必要 専門職のちからをもっと簡単に地域に活かせるようなくみ)		【上記に該当しない生活課題】(自由記載)	

⑧ 中部ブロック【2事例目】

検討日/会場	令和 5年 12月 21日(木)	会場: 梅田地域学習センター 4階ホール	事例No.2
事例	【年齢】90代前半 【要介護度】要支援2	【利用中のサービス】デイサービス、訪問介護それぞれ週2回	
事例提供者	【事業所名】 居宅介護支援事業所 【事例提供者】 主任介護支援専門員		
検討メンバー (所属/担当者)	司会(地域包括支援センター中央本町) 作業療法士(老健) 言語聴覚士(A病院) 管理栄養士(東京都栄養士会足立支部) 看護師(地域包括支援センター関原) 生活支援コーディネーター(基幹包括支援センター)		
事例を提出した理由	病気に対する不安が軽くなった反面、外出の機会が減り、本人自身が筋力・体力の低下を感じているので、これ以上体力が落ちないようにどうしたらよいか専門職のアドバイスをいただきたい。		
1. ご本人の望む生活			
自分でできることは続けていながら、人と話をする機会を持って入院しないで自分の家で暮らし続けたい。			
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)			
<阻害要因> ・外出するとすぐに疲れてしまう。外出の回数が減っている。 ・車の免許を返納し、外出範囲が限られるようになった。 ・腰や肩が痛むことがある。 ・少量しか食事を摂れないのでスタミナが足りない。		<促進要因(強み)> ・自分の歯が20本残っている。 ・興味があるものは購入する。 ・信仰があり気持ちを強く持つことができる。 ・信仰がありつながりがある。 ・リウマチの診断がついてから、体調について気にしすぎることが無くなった。	
3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る			
1. 低栄養(BMI 18.3)、水分不足、疲れやすい 2. フレイル、サルコペニア、COPD、歩行状態 3. 外出頻度減		⇒ 検討ポイント: 低栄養	
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認	
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標が優先順位を記入	【長期目標】 低栄養を改善(水分を含む)し、体力をつけて温泉旅行を楽しむ 食事をする機会(皆で食事)に参加していく 【短期目標】 体重を3か月で1Kg増やす、体重を減らさない 社会参加、デイサービス等で活躍(自作の写真展等企画)	⇒ ・医師に相談しエンシュア処方してもらう ・毎回の食事に「ばく増し」食材をプラス ・1Wづつ食事内容をチェックする ・管理栄養士からアドバイスを受ける ・デイサービスで時間ごとに水分提供 ・歯科受診の継続し歯科医師からもアドバイスを受ける	6月頃
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)			
リハビリプログラム、体調のアセスメント			
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)			
【運動・移動】 ☐転倒歴・転倒不安 ☐歩行困難 ☑一人で交通機関の利用困難 ☑外出回数の減少(閉じこもり) 【日常生活】 ☐買い物困難 ☐預貯金出し入れ困難 ☐公的書類・契約困難 ☐TPOに合わせた服の着用困難 ☑料理困難 ☐掃除困難 ☐洗濯困難 ☐ゴミ出し困難 ☐花木・ペットの世話困難 【社会参加】 ☐対人関係・コミュニケーション☐社会への関心低下 ☐趣味や楽しみがない・できない ☐家族とのコミュニケーション不足 ☑友人・近隣との交流頻度の減少 ☑地域活動に参加なし ☐家庭や地域での役割を持っていない 【健康管理】 ☐慢性疾患コントロール不良 ☐痛みコントロール不良 ☐主観的健康観が低い ☑低栄養 ☐体重コントロール不良 ☐食事バランス不良 ☐口腔機能の問題(むせ・渴き等) ☐定期通院できていない ☐身だしなみ、清潔を保てない ☐喫煙・飲酒問題 ☐排尿コントロール不良 ☐不眠 ☐薬の飲み忘れ・服薬管理不足 ☐認知機能の低下 ☐生活リズムの乱れ ☐病気・障害等の受け止め困難 【その他】 ☐意思決定の問題 ☐住まいの問題 ☐経済問題 ☐家族・友人・近隣の支援が受けられない ☐生活の充足感低下			
不足している社会資源や地域課題と思われるもの		【上記に該当しない生活課題】(自由記載)	

⑨ 西部ブロック【1事例目】

検討日/会場	令和 6年 2月 29日(木)	会場:こども支援センターげんき 研修室3	事例No 1
事例	【年齢】80代前半 【要介護度】要支援2	【利用中のサービス】通所リハビリ・福祉用具貸与	
事例提供者	【事業所名】居宅介護支援事業所 【事例提供者】主任介護支援専門員		
検討メンバー (所属/担当者)	司会(地域包括支援センター 入谷) 歯科医師(A歯科) 理学療法士(A病院) 管理栄養士(認定栄養ケアステーションA) 看護師(地域包括支援センター鹿浜) 生活支援コーディネーター(基幹地域包括支援センター)		
事例を提出した理由	右半身不全麻痺の後遺症があり、リハビリも前向きに取り組んでいたが、コロナ禍で外出を自粛しているうちに友人との交流も減り、最近ではADLの低下もみられ、気持ちの落ち込みも見られる。 また、元気で前向きな気持ちを取り戻す為にはどうしたら良いかアドバイス頂きたい。		
1. ご本人の望む生活			
コロナ前に通っていた喫茶店に行き、友人たちとお喋りしたり、カラオケBOXで友人とカラオケを楽しみたい。			
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)			
<阻害要因> ・右半身不全麻痺があり、右足が思うように前に出ない。 ・右手指も第2.3.4指が曲がりにくい。 ・両膝の痛みもあり、歩行が不安定で長い距離は歩けない。 ・自宅内外で転倒されたことあるため、一人での外出に不安がある。 ・加齢とともに筋力低下も進んでおり、出来ない事が増えてきている。		<促進要因(強み)> ・築年数の新しい戸建て住宅。 ・近所に友人や知人がいる。 ・同居の長男は協力的(家事や・買い物) ・スマホを使え、LINEやメールも出来る。最近では音声入力もできる。 ・手指のリハビリのため、1日30枚、チラシでゴミ箱を折る等、出来るリハビリを継続。	
3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る			
・電車(含人ライナー)に乗って外出することに恐怖心がある(200mがやっと) ・友人などに迷惑をかけるため、転倒に関して強い恐怖心がある。 ・ボランティア機関に協力を得る(支援案) ・糖尿病について誤った知識がある ・訪問リハビリ・リハ職と同行し外出する(支援案) ・体重のコントロールができていない⇒冷凍食品が多い ・体重コントロールに向け栄養指導、評価が必要(支援案) ・膝関節症については悪化する可能性がある ・膝や腰の痛の緩和、注射、服用でのコントロールが必要(支援案) ・主治医に状態を伝えられているか？ ・意欲の低下⇒成功体験が少ない ・痛みの改善についてあきらめの気持ちがある ・目標地点まで段階的に行ってみる⇒訪問リハビリ			
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認	
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標が複数ある場合は	長期目標 ・リハビリの意欲が向上する ・体重を減らす 短期目標 ・外にでるきっかけを作る 食生活を改める	⇒ ・自主グループに参加⇒スマホ教室等、他者との交流 地域包括支援センター入谷から情報提供 ・資源とのマッチング ・訪問リハビリの活用⇒訪問リハビリの導入	モニタリング 3ヶ月後
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)			
・体重コントロール ・強みを生かした支援 ・口腔衛生に関する助言・指導			
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)			
【運動・移動】☐転倒歴・転倒不安 ☐歩行困難 ☐一人で交通機関の利用困難 ☐外出回数の減少(閉じこもり) 【日常生活】☐買い物困難 ☐預貯金出し入れ困難 ☐公的書類・契約困難 ☐TPOに合わせた服の着用困難 ☐料理困難 ☐掃除困難 ☐洗濯困難 ☐ゴミ出し困難 ☐花木・ペットの世話困難 【社会参加】☐対人関係・コミュニケーション☐社会への関心低下 ☐趣味や楽しみがない・できない ☐家族とのコミュニケーション不足 ☐友人・近隣との交流頻度の減少 ☐地域活動に参加なし ☐家庭や地域での役割を持っていない 【健康管理】☐慢性疾患コントロール不良 ☐痛みのコントロール不良 ☐主観的健康観が低い ☐低栄養 ☐体重コントロール不良 ☐食事バランス不良 ☐口腔機能の問題(むせ・渴き等) ☐定期通院できていない ☐身だしなみ、清潔を保てない ☐喫煙・飲酒問題 ☐排尿コントロール不良 ☐不眠 ☐薬の飲み忘れ・服薬管理不足 ☐認知機能の低下 ☐生活リズムの乱れ ☐病氣・障害等の受け止め困難 【その他】☐意思決定の問題 ☐住まいの問題 ☐経済問題 ☐家族・友人・近隣の支援が受けられない ☐生活の充足感低下			
↓ 不足している社会資源や地域課題と思われるもの		【上記に該当しない生活課題】(自由記載)	

⑩ 西部ブロック【2事例目】

検討日/会場	令和 6年 2月 29日(木)	会場:こども支援センターげんき 研修室3	事例No 2
事例	【年齢】80代後半 【要介護度】要支援2	【利用中のサービス】 緩和型通所介護	
事例提供者	【事業所名】 居宅介護支援事業所 【事例提供者】 主任介護支援専門員		
検討メンバー (所属/担当者)	司会(地域包括支援センター西新井本町) 歯科医師(A歯科) 作業療法士(A病院) 管理栄養士(認定栄養ケアステーションA) 保健師(地域包括支援センター西新井) 生活支援コーディネーター(基幹地域包括支援センター)		
事例を提出した理由	以前は毎日外出するほど活発だったが、転倒や転居により意欲が低下し娘様への依存が強くなってしまった方へ、依存を減らし活動的になって頂くために娘様と色々な提案をしたが受け入れが難しい。CMが気づかない原因が考えられるかなど多職種の方々の視点でご検討して頂き、働きかけの方法や改善の糸口を見つけたいと思い事例を提出した。		
1. ご本人の望む生活			
昔の友達と会えるようになりたい。毎日、退屈とかつまらないと思わないで生活ができるようになりたい。			
2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)			
<阻害要因> ・転居で近隣に知り合いがいない。 ・たまに会いに行く友人も認知症。 ・友人たちも高齢で会うのが難しい。 ・コロナ感染後体力が低下した。 ・不安を持ちやすく娘様に精神的依存が強い。 ・自宅で一人で食事をする。		<促進要因(強み)> ・以前住んでいた場所まで一人でバスで行ける。 ・近隣のスーパーまで歩いて行ける体力と筋力がある。 ・友人に電話ができる。 ・最初話しかけて貰えば積極的に話ができる。 ・娘様の協力が得やすい。 ・自己主張をしっかりと言える。 ・踊りやカラオケなど多趣味だった。	
3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る			
・1食あたりの摂取量が少ない?→意欲・活動低下の要因 ・計画を立てられない→準備出来ない・段取りできない⇒自信がない ・時間が崩れ始めている→自分の価値を見いだせる ・毎日退屈でつまらない→多趣味→やろうとしない ・娘への依存傾向→本人の役割がない(遊びがない、できない自分に傷つく) ・自宅内でも娘が本人の部屋に行くのみ⇒地域の関りが減っている ・目標設定を低く ・興味・関心チェックシートの「地域活動」に興味ありに○→シートの内容全てを真に受けず、会話から拾う必要あり ・本人・娘でお互い違う役割を作る ・デイが本人にとって価値のあるものにする			
4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標		5. 支援や対応・モニタリング時期の確認	
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標が複数ある場合は記入	【長期目標】 地域や家庭で役割をもつ 【短期目標】 自分の目標を自分で決める	⇒ ①元々住んでいた所で、本人の知り合いから情報収集 ②元々の仲間がどんな活動をしているか、情報収集 ③デイサービスと共同で(CMと共に)、実際にできる事を本人の意思で決め、目標を立てる ④得意な編み物、洋裁の作品を披露する機会をつくる ⑤周りの他人に認められる場所や機会をつくる支援(コンサートやデイ同士の交流、踊りの活動等) ・「九死に一生を得た」経験⇒自分史を尋ねる時の糸口とする→じぶんノート(本人が前向きになれるヒント)の活用	①②③ 3月 (CM) ④⑤ 4月 (包括から情報提供)
6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)			
・血圧の管理(体調を整える)			
7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)			
【運動・移動】☐転倒歴・転倒不安 ☐歩行困難 ☐一人で交通機関の利用困難 ☐外出回数の減少(閉じこもり) 【日常生活】☐買い物困難 ☐預貯金出し入れ困難 ☐公的書類・契約困難 ☐TPOに合わせた服の着用困難 ☐料理困難 ☐掃除困難 ☐洗濯困難 ☐ゴミ出し困難 ☐花木・ペットの世話困難 【社会参加】☐対人関係・コミュニケーション☐社会への関心低下 ☐趣味や楽しみがない・できない ☐家族とのコミュニケーション不足 ☐友人・近隣との交流頻度の減少 ☐地域活動に参加なし ☐家庭や地域での役割を持っていない 【健康管理】☐慢性疾患コントロール不良 ☐痛みのコントロール不良 ☐主観的健康観が低い ☐低栄養 ☐体重コントロール不良 ☐食事バランス不良 ☐口腔機能の問題(むせ・渇き等) ☐定期通院できていない ☐身だしなみ、清潔を保てない ☐喫煙・飲酒問題 ☐排尿コントロール不良 ☐不眠 ☐薬の飲み忘れ・服薬管理不足 ☐認知機能の低下 ☐生活リズムの乱れ ☐病氣・障害等の受け止め困難 【その他】☐意思決定の問題 ☐住まいの問題 ☐経済問題 ☐家族・友人・近隣の支援が受けられない ☐生活の充足感低下			
↓ 不足している社会資源や地域課題と思われるもの		【上記に該当しない生活課題】(自由記載)	

