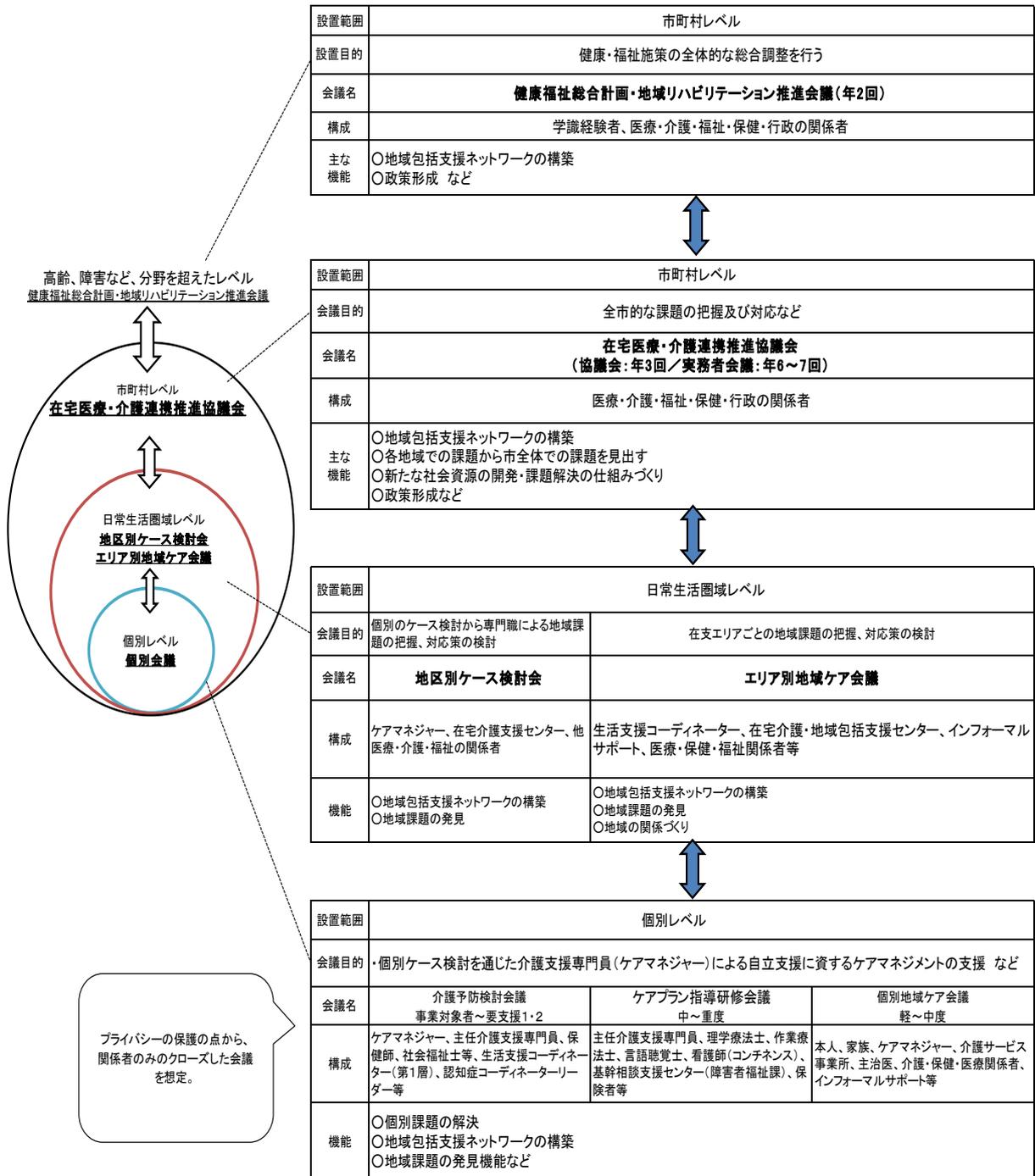


平成30年度基幹型及び在宅介護・地域包括支援センター業務報告

5-2 地域ケア会議推進事業

(1) 武蔵野市における地域ケア会議の体系図



(2) 個別地域ケア会議の開催

在宅介護・地域包括支援センター	開催日時	参加者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域ケア会議後の状況	地域の課題	
ゆとりえ	平成30年 4月18日 (水) 14:30 ~15:45	本人	○ 1	被害妄想 (もの盗られ)がある	90歳代後半女性、 独居、要介護3。有 料老人ホームに入所 したが、もの盗られ 妄想が出現して入所 継続が困難になり、 3週間で退所となり 自宅での生活を再開 する。しかし、自宅 に戻り、もの盗られ 妄想が原因で興奮状 態になり、近所の知 人に電話連絡をして しまう。認知症があ るひとり暮らしの生 活をどのように支え ていくか。	①本人の身体状況 を把握し、服薬管 理をするには主治 医をどこにする か。 ②本人の安否確認 をどのように行う か、状態の変化に 気づくポイントは 何か。 ③被害妄想がある 本人に、介護保険 のサービス導入は どのように行う か。 ④関わる人々の連 携方法をどうする か。	①本人が信頼を置い ている大学病院を受 診し、支援を行っ てもらい、かかりつ け医を決めていく。 ②週3回の食事サー ビス配食時に状態 の確認をする。介護 サービス導入が行わ れたら、そのサービ ス提供時にも実施 する。 ③信頼している友 人、娘からケアマネ ジャーを紹介して もらい、徐々に在宅 訪問看護を利用でき るように進める。	被害妄想が軽減 して在宅生活が 継続している。 ①医療の継続 ②毎日の食事サー ビスが提供され、 声かけが行われ ている。 ③訪問看護の導 入、入浴介助の 提供と実施 ④近所の友人と 娘がそれぞれ週 3回訪問して、 声かけをする体 制が整い、実施 されている。	①認知症があっても生活 できるようにするため には、服薬管理、食事の確 保、火の不始末がない、 ごみ出し、近所の安否確 認が必要。 ②支援体制づくり①で出 た課題解決のためには、 地域や関係者の見守り支 援体制づくりが必要 ③地域住民に、認知症に 対する理解をしてもら い、認知症サポーターの 一員としての協力を得 る。
		家族・親族	○ 1						
		民生児童委員	○ 1						
		ケアマネジャー	○ 1						
		介護事業者							
		医療関係者	○ 1						
		行政							
		その他*	○ 2						
在宅介護・地域包括	○ 3								
基幹型 地域包括	○ 2								
合計	11								
ゆとりえ	平成30年 10月5日 (金) 9:15 ~9:50	本人	○ 1	地域住民の 心配する気 持ちは何か 手伝いたい という気持 ちを力に変 えて、本人 の支援につ なげる。	90歳代前半女性、 独居、要介護1。7 月に地域住民から 「体調不良の電話が きたので行ってみた が、自宅を探しても 医療保険証がない。 生協の注文の品物も 冷蔵庫に入りきれな いで預かっている。 どうしたらいい か。」と市役所に相 談が入る。ゆとりえ から、海外に居住し ている娘に連絡し、 9月の娘の帰国時に 今後の支援体制につ いて検討・実施。そ の後、娘の同意を得 て、本人同席で個別 地域ケア会議に至 る。	①介護保険サービ スやインフォーマ ルサービスの提供 日、支援内容等の 情報共有 ②地域住民の心配 事を上げてもら い、解決方法を検 討 ③隣人や知人の関 わりを検討 ④緊急時の連絡体 制の確認 ⑤情報共有を含む 連携方法の確認	①訪問介護、通所サ ービスの提供日、時 間の情報共有。生協 の注文と配達時の受 け取り、地域の体操 の集まりへの参加方 法 ②介護保険サービ スと近隣住民の役 割を併せて確認した。 ③今後予測される室 内での転倒、火の不 始末について、訪問 見守り、器具の変更 を提案 ④認知症でもでき ることは尊重したい。 介護保険サービス提 供事業者と近隣住民 の情報交換で状態 変化を素早くキャッ チして対応する。 ⑤ゆとりえが、ケ アマネジャーと連携 しながら核となり実 施	介護保険サービ スと近隣住民の 見守りや声かけ 等の支援で、在 宅生活が継続さ れている。	①これまでの地域に馴染 んだ生活の中で、心配 して近隣住民が いる。本人と近隣住民・介 護保険サービスが一体 となり支援体制を検討す る。 ②これまで地域に参加 してきた場所に、認知 症になっても参加継続 するが、更に認知症が 進行した場合の受入れ と本人の支援について
		家族・親族							
		民生児童委員							
		ケアマネジャー	○ 1						
		介護事業者	○ 1						
		医療関係者							
		行政							
		その他*	○ 4						
在宅介護・地域包括	○ 1								
基幹型 地域包括									
合計	8								
ゆとりえ	平成31年 3月26日 (月) 10:00 ~11:00	本人	○ 1	歩行能力 (身体機能 等)の低下 がある方 が、地域の 集いの場へ の参加を 継続し、社 会性を維持 する。	80歳代後半の女 性、要介護2。自己 所有の集合住宅の1 室に単身で居住。長 男家族がその集合住 宅の1室に居住し、 本人宅と行き来をす る。平成28年から始 まった「集いの場」 に初期から参加し、 開催継続に貢献して きた。平成29年末か ら腰痛が悪化、歩行 能力が低下して、次 第に外出回数が減少 し介護保険サービス (通所リハビリ)を 開始しながら「集い の場」や地域での体 操講座にも参加して いる。	①個別地域ケア会 議参加者が、本人 の状態を正しく共 通理解する。 ②介護保険サービ スと地域の活動参 加についての情報 共有 ③地域の活動に参 加していく場合の 配慮点	①本人と長男夫婦が 参加し、医療機関を 受診して身体状況、 日常生活状況、本人 の性格、家族関係ま で参加者間で情報共 有された。 ②参加者間で週間サ ービスが共有され た。また、介護プラ ンにも反映し「地 域の集いの場」に 参加継続できるよう歩 行能力の維持向上」 を目標とした。 ③「集いの場」へは 長男妻が付き添って いる。状態変化に気 付いた場合は、長男 の妻に連絡・相談す ることです承が得 られた。	介護保険サービ スで「集いの 場」へ通い続け ることを目標に 運動を実施。 「集いの場」へ 通うことができ る、在宅生活維 続	①これまでの地域に馴染 んだ生活の中で、心配 して近隣住民が いる。本人と近隣住民・介 護保険サービスとが一体 となり支援体制を検討す る。 ②これまで地域に参加 してきた場所に、認知 症になっても参加継続 するが、更に認知症が 進行した場合の受入れ と本人の支援について
		家族・親族	○ 2						
		民生児童委員							
		ケアマネジャー	○ 1						
		介護事業者	○ 1						
		医療関係者							
		行政							
		その他*	○ 3						
在宅介護・地域包括	○ 3								
基幹型 地域包括									
合計	11								

在宅介護・地域包括支援センター	開催日時	参加者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域ケア会議後の状況	地域の課題															
平成30年 4月19日 (木) 10:30 ~11:30	本人 ○ 1 家族・親族 ○ 1 民生児童委員 ○ 1 ケアマネジャー ○ 1 介護事業者 ○ 2 医療関係者 ○ 1 行政 ○ 1 その他* ○ 3 在宅介護・地域包括 ○ 4 基幹型 地域包括 ○ 1	15	要介護状態から改善した高齢者が、介護保険サービスだけでなく、地域の活動に参加できるようにするにはどうしたらよいか。 *福祉の会、コミセン役員等	80歳代男性、要介護2。戸建ての住宅で、6年前に妻を亡くしてから独居。子どもはいるが、海外に居住しているため日常的な支援は困難。本人は「今後も最後まで自宅で生活していきたい」意向が強い。この想いを叶えるために、介護保険サービスと地域の支援が必要なので、今回の地域ケア会議の開催に至る。	①本人の状態や生活にあった声かけの方法 ②本人に合った活動の場の検討 ③見守り支援体制について ④緊急時の対応について確認	①地域、介護保険サービス、市独自事業等の組合せによる見守り支援体制づくりを行う。 ②福祉の会、コミセンの方々の提案等も参考に検討 ③在支が家族と連絡をとり、支援体制について確認。	①介護保険サービスとして週3回デイケアを利用。本町在支のデイランチに週4回通い、趣味活動も行っている。通い始めの頃は、道に迷ったこともあるが、今では徒歩で往復できるようになる。 ②海外にいる娘がキーパーソンになり、在支、ケアマネジャー、医師と連絡体制が構築できている。	①生活全般に対する意欲の低下や認知症状も見られている方へ、誰が、どこで、どのようにして本人への働きかけ、意欲の向上を図っていくか。 ②本人にとって、最後まで楽しみのある幸せな生活を支援していくには、地域の方々の協力が必要。本人の状態に合わせた協力内容と体制づくり															
									平成30年 11月30日 (金) 10:30 ~11:30	本人 ○ 1 家族・親族 ○ 1 民生児童委員 ○ 1 ケアマネジャー ○ 1 介護事業者 ○ 3 医療関係者 ○ 1 行政 ○ 4 その他* ○ 1 在宅介護・地域包括 ○ 4 基幹型 地域包括 ○ 1	17	70歳代後半の女性、婚姻歴なし。平成27年から現在の集合住宅に居住。平成28年に両耳の聴覚障害で障害者手帳を取得、薬の飲み忘れ程度で軽度のもの忘れがある。 平成29年6月に、外出先で転倒し入院して要介護4の認定だったが、1年後には回復して要介護1になった。本人が自立した生活ができるように個別地域ケア会議の開催に至る。	①体調管理と予防策 ②本人が希望する生活をj確認して、その生活実現のために誰が、何をを行うか(自立支援の視点を踏まえて) ③緊急時の対応について確認	①体調管理については、受診時に主治医が行う。また、週3回通所しているデイサービスや、週1回訪問するヘルパーを中心に行う。外出時には、地域の方に緩やかな見守りを依頼 ②「お花見に公園に行きたい」との本人の希望については、ボランティアセンターに調整を依頼。体力向上のため、デイサービスの通所以外の日には、本町在支の体操に誘う。 ③緊急時の対応について主治医、シルバーL S A、住宅対策課等の行政機関、ケアマネジャーと確認した。	①本人と関係者が一緒に集まったところで本人の希望が確認されたので、本人と参加者のモチベーションが向上した。地域福祉の会のクリスマス会に参加 ②本町在支の体操に継続参加できている。 ③災害時の対応として、要援護者登録し、地域福祉の会に対応してもらうことになる。	①独居高齢者を地域の活動(介護予防を含む。)につなぐ。地域の資源は十分か。 ②聴覚障害がある高齢者の災害時の支援体制の確認・構築 ・発見からつなぐ ・日頃の見守りと実際の対応							
																	平成31年 3月29日 (木) 15:00 ~16:00	本人 ○ 1 家族・親族 ○ 1 民生児童委員 ○ 2 ケアマネジャー ○ 1 介護事業者 ○ 1 医療関係者 ○ 3 行政 ○ 1 その他* ○ 4 在宅介護・地域包括 ○ 4 基幹型 地域包括 ○ 1	17	80歳代前半の女性。10年前に夫が死亡し、独居となる。明るい性格でおしゃべりな人。地域に友人も多く、福祉の会開催の高齢者の集いに毎回参加している。平成29年頃から物忘れが始まっているが、友人に支えられ生活していた。 平成30年12月にふらつき転倒し入院。1月には退院したが、退院直後から介護サービス(デイサービス)が始まったため、地域の友人は心配していたが本人の予定が分からなくなったため、声かけをしないで遠巻きに見ている状態だった。	①介護保険サービスが開始しても地域のつながりを継続するにはどうしたらよいか。 ②軽度の認知症があり、見当識や意欲低下が見られているため、ひきこもりになる傾向がある。予防対策の検討	①②本人の週間スケジュールを確認して、在宅日には友人やケアマネジャーから声かけて外部の活動に誘ってもらうことになる。 ③関係者間で、身体・精神状況を踏まえた見守りや声かけを行ってもらい、変化が見られた場合はケアマネジャーに伝えていく。 ④遠方に住む妹が、本人を取り巻く顔の見える関係が分かったので安心して「できることはやってみよう」と前向きな発言があった。	①友人が声をかけて誘うことで、本町在支の体操や地域福祉の会の行事に参加 ②認知症に関しては、関係者による見守り支援を行いながら、必要時はかかりつけ医に相談していく。 ③介護保険サービスが始かれても地域のつながりを保つ。 ④個人の支援には、本人や家族の了解(個人情報に十分配慮)のもとで、支援者ネットワークを構築する必要がある。

吉祥寺本町

在宅介護・地域包括支援センター	開催日時	参加者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域ケア会議後の状況	地域の課題	
高年齢者総合センター	平成30年5月22日(火) 18:00~19:00	本人		転入してきた80歳代後半の認知症高齢者夫婦(夫:要介護1、妻:要介護2)。他県の集合住宅から転入してきた。	①認知症夫婦が生きていくためには、どのような支援体制が必要か。 ②見守り支援体制や緊急時の連絡先及び対応は、誰がどのように行うか。	①かかりつけ医が決定し、医療面でのサポートを実施。医師からは、地域で孤立させないこと、見守りがあることが大切との意見があった。参加者が夫婦の状態に対する情報共有を促し、それぞれの立場からできることを出し合った。 ②③在支が中心になり、体制の構築を行う。	①訪問診療による医療の提供が実施された。 ②介護認定の申請をし、介護サービスの導入 ③地域ケア会議開催3か月後、不穏状態治療のために夫婦が精神病院に入院。夫婦それぞれについて、成年後見申立の実施	①在支が核となり、認知症の方を孤立させないためのネットワーク構築 ②集合住宅自治会と在支の情報交換及び早期対応 ③集合住宅の管理会社ができる生活支援サービスの提供	
		家族・親族							
		民生児童委員	○	1					
		ケアマネジャー	○	1					
		介護事業者	○	1					
		医療関係者	○	1					
		行政							
		その他*	○	8					
		在宅介護・地域包括	○	3	* U R 機構、U R 自治会役員等	転入手続や金銭管理、生活に支援が必要であるにもかかわらず、手続が一切できない状態だった。居住している集合住宅の住民も、どのようにして見守りや声かけをしてよいか悩んでいる状態だった。	③金銭管理等、権利擁護の視点から準備しておくことは何か。		
		基幹型地域包括	○	2					
合計		17							
高年齢者総合センター	平成30年11月27日(木) 14:00~15:00	本人		シルバーピアで、安心・安全に生活を送るための支援を考える	①本人の希望と支援者の意見とが一致していない。 ②本人の不安を受け止め、支援できる体制の再確認	①支援者間で本人の状況(身体・生活・家族関係等)の共通理解をして支援方針を一致させて対応する。併せて、今後の生活の場所についても本人と話し合う。窓口は誰が行うかは、状況を見て決めていく。 ②介護サービス事業者(ケアマネジャー、訪問介護、通所介護)、住宅対策課等の市役所職員、L S A (ライフサポートアドバイザー) が本人の話をきく。	①市役所担当課職員が、他県に居住する娘や本人と話し合い、特別養護老人ホーム入所申請を行った。入所までの期間は、ショートステイも利用しながら在宅生活を継続 ②本人の状況を共有したので、関係者間で声かけを行っていく。 ③困ったときには、自ら訴えられるよう連絡先リストを作成して、室内に貼っておく。	①困りごとが生じた場合に、身近な相談先が明確に分かるように、連絡先リストを作成して配布する。 ②緊急時の連絡先と対応方法の確認。関係者間の情報共有	
		家族・親族							
		民生児童委員							
		ケアマネジャー	○	1					
		介護事業者	○	4	* L S A (ライフサポートアドバイザー)	支援者間では、認知症のため服薬管理ができない、将来の生活はどこでするか等具体的な課題が見えてきたが、本人は現状の生活を望んでいる。			
		医療関係者							
		行政	○	2					
		その他*	○	1					
		在宅介護・地域包括	○	5					
		基幹型地域包括	○	2					
合計		15							
高年齢者総合センター	平成31年2月4日(火) 13:30~14:00	本人		シルバーピアで安心して生活するために～視覚障害がある本人にどのような支援ができるかを考える～	①認知機能の低下により、物がなくなると訴えがある。 ②インフォーマルによる見守り支援体制(どのような見守り支援体制ができるか)	①本人に説明・貴重品は長男が管理をする。 ・サービス提供事業者が予定された時刻に適切なサービス提供ができるよう、キーボックスを取り付けて対応する。 ② L S A の訪問時に、声かけをお願いする。介護保険サービス提供事業者と L S A との情報共有は、ケアマネジャーと連携した高年齢者総合センターが核となって行う。	①この個別地域ケア会議を開催したこと、長男が積極的に関わってくれるようになる。 ② L S A の滞在曜日・時間の確認、介護保険サービス利用日・時間の共有が図られる。	①シルバーピア内の入所者のことで相談できる体制の構築。住民に周知する必要がある。	
		家族・親族	○	1					
		民生児童委員							
		ケアマネジャー	○	1					
		介護事業者	○	1					
		医療関係者	○	1					
		行政	○	1					
		その他*	○	2					
		在宅介護・地域包括	○	4	* L S A (ライフサポートアドバイザー)	80歳代前半の男性、シルバーピアで独居。2子を儲けるが、妻とは離婚。現在のキーパーソンは長男。I型糖尿病で糖尿病性網膜症と緑内障のため中途失明。毎日朝食前に訪問看護が入り、インスリン注射をしている。1年前頃から「物がなくなる、盗られた」との訴えが多くなる。相談を受けた住宅対策課職員が訪問して探すと見つかる。 認知機能の低下が顕著になりヘルパーの訪問時刻を忘れていたり、訪問看護師が訪問しているにもかかわらず訪問したことは忘れていたり、物紛失すると、隣人と被害的になる。			
		基幹型地域包括	○	2					
合計		13							

在宅介護・地域包括支援センター	開催日時	参加者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域ケア会議後の状況	地域の課題	
在宅介護・地域包括支援センター	平成30年8月10日(金) 10:00～11:00	本人		Oさんの生活の様子を確認し、今後の支援を考慮する。 80歳代後半の要介護1の女性。長男家族と同居。平成28年からアルツハイマー型認知症の診断は受けているが、週4回程度は、3・4か所の地域の集いの場へ通っている。 昨年度の個別地域ケア会議では、介護サービス未利用で、地域の活動に楽しそうに参加している本人の見守り、支援体制を確認した。前回の開催から半年経過して、更に判断力や記憶力が低下してきたとの報告があった。 今後は、「地域の集いの場」から介護保険サービス利用へ切り替えをしていくことを参加者で確認	①認知症の方の「地域の集いの場」から介護保険サービスへの移行で配慮すべき点 ②地域の見守り支援体制の確認	①今回は、ケアマネジャー予定者にも参加してもらい、介護サービス提供事業者にも情報提供してもらった。 ②本人の様子、家族の不安を参加者で共有した。本人のすることややりたいことを見守りの目を入れながら実現できるようにする。	「地域の集いの場」へ参加しながら、介護保険サービス(通所サービス)利用へと移行しながら生活している。家族から、「地域の活動に参加していいの」と質問があった。通うことができなくなるのではないかと不安からの発言であった。随時、ケアマネジャーや吉祥寺ナーシングホームで、家族からの相談は可能であることを伝えた。	①地域での活動と介護保険サービスの両輪で支え、本人が住み慣れた地域で継続的に安心して過ごせる地域づくり ②見守りネットワークを維持して、情報を共有しながら本人とその家族を支える仕組みづくり	
		家族・親族	○						1
		民生児童委員	○						1
		ケアマネジャー	○						1
		介護事業者							
		医療関係者	○						1
		行政							
		その他*	○						2
		在宅介護・地域包括	○						3
基幹型地域包括									
合計		9							
吉祥寺ナーシング	平成30年12月17日(月) 10:00～11:00	本人	○	1	ひとり暮らしの高齢者も安心して住み続けることができるまちづくりを考慮する。 90歳代男性。介護保険未申請。6年前、介護をしていた妻を看取り、独居生活となる。現在は自立した生活を送ることができ、一人旅に出たり、息子と音楽会に行ったりしている。地域でも「集いの場」に通い、地域との交流も行っている。 高齢・独居の不安を持っている。「何かあったらどうしよう」と不安を相談してきている。	①本人の生活や地域活動参加情報を共有する。 ②本人や家族が感じている不安を明らかにして、対応策を検討する。	①息子夫婦、マンション管理人、自費ヘルパー、地域の集いの場等、関係者とはよい関係で接している。 ②本人は「ひっくり返ったらどうしよう」と病氣、転倒、物忘れがひどくならないようにと思っている。	①病気の予防や栄養、規則正しい生活等自己管理しながら生活できていることが分かった。 ②本人の話、地域の関わりを知って家族が安心した。 ③緊急時に備え、緊急医療情報シートを記入、冷蔵庫に貼るようにする。 ④終末期をどう迎えるか「エンディングノート」講座を、集いの場で行うことになる。	①地域活動の中での見守り ②マンション管理人との情報交換(個人情報情報の取扱いに注意) ③「エンディングノート」講座の開催
		家族・親族	○	2					
		民生児童委員	○	1					
		ケアマネジャー							
		介護事業者							
		医療関係者							
		行政							
		その他*	○	3					
		在宅介護・地域包括	○	4					
基幹型地域包括									
合計		11							
在宅介護・地域包括支援センター	平成31年3月4日(月) 15:00～15:50	本人		Kさんとその家族が、安心して地域で生活を続けられるために 60歳代後半の認知症の女性。要介護3、サービス未利用。見守り支援ヘルパーを週1回利用中。1年前に地域ケア会議を開催して、これまでできなかった医療との連携、本人の介護体制について話し合いを行ってきた。	①平成29年11月以降の動きについて情報共有 ②見守り支援ヘルパーの導入の様子 ③今後の対応について	①医療機関が決まってきた。平成30年11月から認知症見守り支援事業を開始。週1回、導入当初1か月程度はヘルパーを利用できたが、その後は利用拒否やヘルパーの訪問を待たずに出かけてしまっていることも多い。 ②通院継続支援・見守り支援の継続・介護保険サービス利用(通所介護)	①見守り支援ヘルパーとともに、本人の状態に合わせた支援内容を再アセスメントする。 ②本人・夫と相談しながら決定していく。	①認知症専門医への受診継続支援 ②家族支援の体制づくり ③サービスに繋がらないにしない。	
		家族・親族							
		民生児童委員	○						1
		ケアマネジャー							
		介護事業者	○						2
		医療関係者							
		行政							
		その他*							
		在宅介護・地域包括	○						2
基幹型地域包括	○	3							
合計		8							

在宅介護・地域包括支援センター	開催日時	参加者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域ケア会議後の状況	地域の課題		
桜堤ケアハウス	平成30年 10月26日 (金) 10:00 ～11:15	本人	○	1	エレベーターのない集合住宅の2階に居住している独居高齢者の在宅支援 90歳代前半の女性、要介護1。両下肢のしびれがあり、歩行状態が低下しているため、近隣住民に通院介助や買物等を支援してもらっている。娘2人は、近県と隣接市に居住し、月4・5回訪問して支援している。 平成12年に娘と同居するため転出したが、馴染みのない土地での生活より、住み慣れた現住所に住みたいとの強い希望で、平成27年に再転入する。	①高齢になっても在宅で独居生活を続けられることを目指したケアマネジメントの検証 ②本人の状態や地域の支え合いのネットワーク情報の共有 ③集合住宅内の強みや課題の把握	①②身体状況と合わせて通所リハ、訪問介護の利用状況を参加者に伝える。本人、家族ともに「今が一番いい!」と話し、できることはやってみよう。ここでひとり暮らしを続けるために安定して動くことができるようになることを目的に頑張っている。 ③住民同士の友人付き合いや交流が有効に活かされている。	介護サービスを利用して在宅生活が継続できている。	①地域全体の高齢化情報を届ける必要がある(介護保険や認知症、介護予防等の出前講座) ②今回の事例では「地域住民のつながり」が有効だったが、自治会全体とはなりにくい。	
		家族・親族	○	1						
		民生児童委員	○	1						
		ケアマネジャー	○	1						
		介護事業者	○	1						
		医療関係者								
		行政								
		その他*	○	3						
	在宅介護・地域包括	○	2							
	基幹型地域包括									
	合計		10							
	平成31年 1月24日 (木) 11:00 ～12:00	本人			7	サービス拒否のある方を地域、関係機関とどのように見守り支援を行っていくか。 70歳代後半、要介護1の女性。5・6年前に夫が他界してからは独居。 平成28年までは自立した生活を送っていたが、脱水で入院。退院時、ひとり暮らしの生活支援体制づくりのため、介護保険認定申請を行うが、本人拒否により、サービス未利用のまま経過。 平成30年11月、脱水が原因で、居間で倒れているところを発見され、入院。退院後、介護保険サービスに至らず、食事サービスのみを受けている。	①介護保険・インフォーマルサービス等の拒否があり、認知力の低下がみられる人への見守り体制 ②家族・地域住民・関係機関も含めた情報共有	①見守り支援体制 ・長男 週2回の訪問 ・夕食の宅配サービス ・「生活リズムセンサー」の検討 ・桜堤ケアハウス長男と連絡を取り合う。ケアチーム全体の情報集約の場所 ・ケアマネジャー 介護保険サービス開始時 ②情報の集約及び共有は、桜堤ケアハウスが核となり実施	介護サービスの利用には至っていないが、見守り支援体制は継続され、生活継続	①都営住宅住民の高齢化 ②サービス未利用、地域とのつながりを拒否している方への支援
		家族・親族	○	1						
		民生児童委員	○	1						
		ケアマネジャー	○	1						
		介護事業者								
		医療関係者								
		行政								
		その他*	○	2						
	在宅介護・地域包括	○	2							
	基幹型地域包括									
合計		7								
平成31年 2月18日 (月) 13:00 ～14:00	本人			8	認知症の進行による徘徊症状のある高齢者・家族を地域、関係機関とどう支えていくか。 80歳代後半、男性。平成23年から、もの忘れ症状が出現して介護保険サービス利用開始 平成28年に2回、平成30年に自車で外出して遠方で保護されている。現在は妻が適宜見守りを行っているが、今後も1人で外出して保護される可能性が高い。	①徘徊症状のある認知症高齢者への見守り支援体制づくり ②家族・地域住民・関係機関も含めた情報共有 ③高齢化率の高い都営住宅における近隣住民とのネットワーク構築に向けての強み・課題等についての検討	①平成30年3月から会議開催までの間、自車で戻ることができなくなることが減少してきた。現在は、近場で外出しても、すぐ戻ってきている。 ②介護サービス(通所介護)は、楽しく参加できている。利用拒否はなく、通所先ではムードメーカー的存在、他の通所者への配慮もできている。月2・3日ショートステイ利用	介護サービスを利用して在宅生活が継続できている。 民生委員、桜堤ケアハウス地区担当職員は、妻にも声かけを行い、様子を見ていく。	①都営住宅住民の高齢化 ②認知症高齢者の見守り支援体制とその家族への支援	
	家族・親族	○	1							
	民生児童委員	○	1							
	ケアマネジャー	○	1							
	介護事業者	○	2							
	医療関係者									
	行政									
	その他*									
在宅介護・地域包括	○	2								
基幹型地域包括	○	1								
合計		8								

在宅介護・地域包括支援センター	開催日時	参加者	テーマ	事例	事例の課題	検討結果	地域ケア会議後の状況	地域の課題	
武蔵野赤十字	平成30年 12月6日 (木) 13:30 ～14:30	本人		近所に身寄りがなく、要介護1、認知症はほぼなし。独居でキーパーソンがいないため、地域からは「火事を起こさないか、自宅でお倒れていたらどうするか」等の心配の声が出ています。民生委員は、生活困窮者ではないかと市役所の相談を進めるが、頑なに拒否	①持病があり、自宅で倒れている可能性がある。 ②キーパーソンが不在で入院手続、契約等ができない。 ③金銭管理ができず、家賃の支払、銀行の手続ができない。 ④年金所得が少なく生活困窮に陥る可能性がある。	①支援状況の共有 ②緊急時の対応について	①定期的に声かけを実施 ②都外に兄弟がいるらしいので、本人に確認する。	①ひとり暮らしの情報共有 ②身寄りがなく拒否が強い方で、隣人からの支援が受けられない場合にはどのような支援体制ができるか。 ③身の危険など、生活リスクを発信できない方の支援	
		家族・親族							
		民生児童委員	○ 1						
		ケアマネジャー	○ 1						
		介護事業者	○ 1						
		医療関係者	○ 1						
		行政							
		その他*							
	在宅介護・地域包括	○ 1							
	基幹型地域包括								
	合計	5							
	平成31年 3月11日 (月) 13:00 ～14:00	本人	○ 1	「自宅で最期まで生活したい、目が見えないところから中途失明。「自宅で最期まで生活したい。療養する場所がわからない。全盲の方のQOLを向上させる」*障害者相談支援事業所、移動支援事業所	①これまでの入院、デイサービス等へ行った経験から、せん妄拒否に繋がった。安心して外出する方法 ②地域の協力を得て安心して地域に出ることを可能にする。 ③自宅に人が集まる経験ができないか。 ④情報共有手段は、ICTを用いる。	①外出については、障害サービス「同行援護、ガイドヘルパー」を利用 ②体力低下防止のために、外出する機会を増やす。視能訓練士の評価も受ける。地域の音楽イベントに参加。武蔵野赤十字在支・包括職員が支援、イベント開催施設側にも受入れ配慮してもらう。	音楽会のイベント参加には、前日まで乗り気ではなかったが、当日はタクシーで参加。楽しめたとの感想もあった。次回も参加希望が出ているので、実施してみる。	①全盲の高齢者の外出支援、交流の機会 ②生活リスクを発信できない独居高齢者の支度 ③危機予測とそれに対する準備	
		家族・親族	○ 1						
		民生児童委員							
		ケアマネジャー	○ 1						
		介護事業者							
		医療関係者	○ 2						
		行政	○ 1						
		その他*	○ 2						
	在宅介護・地域包括	○ 2							
	基幹型地域包括								
	合計	10							
	平成31年 3月27日 (水) 13:30 ～14:30	本人	○ 1	「どのように声をかけたらいいか?」地域で支えるMCI(軽度認知症)の方の独居生活	80歳代前半の女性。要支援1、認知症高齢者の自立度Ⅱb。認知症がありながら独居継続をしている方に対して、地域住民から「コミセン活動に参加したことを忘れる」、「毎回出欠カードを紛失するので再発行をしている」と不安の声が上がっている。	家族、地域住民、地域関係団体等が本人の情報共有して、今後の支援方針を立てる。 ①食事は食べているか。 ②判断能力の低下か。 ③内服できているか。 ④ごみ出しができない。 ⑤通院日が分らない。 ⑥コミセン、地域活動の曜日が分らない出かけない。	①食事サービスの情報提供 ②生活面のサポートから、成年後見等の支援 ③訪問看護、訪問介護サービス利用は拒否。当面は在支・包括で声かけを行う。 ④親族がごみ出しの声かけを行う。 ⑤かかりつけ医の受診は、医療機関から受診勧奨の電話を入れてもらう。 ⑥定期的に声かけをする。	参加した地域住民から、「自分の関わりで自信が持てた」という発言があった。個人レベルの考えや活動が、地域ケア会議を開催したことで方向を1つにまとめることができた。また、本人からも自分なりに努力していることが語られた。本人の自立心が強く、すぐに支援に繋がらないが、在支・包括が見守りを行いながら関係づくりに努める。	①古い支度。今後、独居生活が困難になる時期に向けての準備と導入 ②MCIでひとり暮らし。病識がなくサービスに繋がらない方へのサポート体制
		家族・親族	○ 4						
		民生児童委員	○ 1						
		ケアマネジャー							
		介護事業者	○ 1						
医療関係者									
行政									
その他*									
在宅介護・地域包括	○ 3								
基幹型地域包括									
合計	10								

(3) エリア別地域ケア会議の開催

地区 (在宅介護・地域包括支援センター)	内容	開催日時・会場	参加者数	うちケアマネジャー数	5つの機能の到達度 (○で)				
					個別課題解決	ネットワーク構築	地域課題発見	地域づくり・資源開発	政策形成
東部第1 (ゆとりえ)	吉祥寺南町三丁目地域ケア会議 「いつまでもひとり暮らしでも認知症になっても安心して暮らせる地域について考える」 在宅介護・地域包括支援センターから、個別地域ケア会議を行った事例を紹介し、その中で専門職による支援と地域住民にしかできない支援の大切さについて報告した。医師からは、認知症の方の安心した生活のためには、医療や家族介護の限界もあるので、地域の方々の支えは有効であるとの助言があった。参加者から、認知症になっても地域で安心して暮らし続けるためには、日常的に行われている集いの場への参加や声かけが重要であるという意見が出された。	平成30年 7月5日(木) 14:00~15:30 南町コミセン 第1会議室	40	5		○	○	○	
東部第2 (吉祥寺本町)	吉祥寺本町地域ケア会議(第1回) 「本人らしく、いつまでも住み慣れた本町で暮らし続けるために」 昨年3回行った個別地域ケア会議で、地域の参加やご近所での見守り支援が、住み慣れた地域で生活を継続していくためには大切であることが分かった。また、地域活動に繋がっていない方はどうしているかアンケート調査を行ったところ、地域参加のきっかけづくり、介護予防の必要性、特に男性の地域参加を進めるにはどのような方法がよいらるか等の課題が挙げられた。	平成30年 5月29日(木) 14:00~15:15 吉祥寺西コミセン	40	4		○	○	○	
東部第2 (吉祥寺本町)	吉祥寺本町地域ケア会議(第2回) 「男性が地域で活躍できる場づくり」 第1回目の地域ケア会議で出された「男性の地域参加を進める方法」について意見交換をした。男性が地域参加するきっかけ、必要とされる役割、緩い関係からのつながり等の意見が出され、具体的には「防犯パトロールやウォーキング」、「男の介護教室」、「新たな料理教室」等具体的な提案もあった。その後、地域にある調理の専門学校を会場に、月1回「新たな調理教室」を開催して繋がりをしている。	平成30年 10月10日 (水) 13:00~14:30 大東京信用組合吉祥寺支店 2階会議室	26	4		○	○	○	
中央第1 (高齢者総合センター)	高齢者総合センター地域ケア会議 「シルバーピア(高齢者住宅)武蔵野清岳苑での見守りや支援体制」 個別地域ケア会議(2例)で、武蔵野清岳苑に居住しているケースの検討をした。そこで、住宅管理を行っている住宅対策課やL S A、民生委員、駐在所警察官等の関係機関・団体に集ってもらい、日常的な見守り支援や関係団体の情報共有方法について話し合いを行った。その後、「生活情報シート」を作成して、要介護・要支援の方々に、ケアマネジャーと一緒に配布していくことになった。	平成31年 3月13日(水) 14:30~15:30 武蔵野市役所 813会議室	16	3		○	○	○	
中央第2 (吉祥寺ナーシング)	吉祥寺北町地域ケア会議 「吉祥寺北町4・5丁目 都営住宅のみなさまのお元気プラン」 これまでの地域ケア会議では、吉祥寺北町1・2丁目を中心に行い、「北町サロン」の立上げ支援を行ってきた。吉祥寺北町4・5丁目は、エレベーターのない都営・市営住宅が多く、高齢者が住み続けるためには健康維持が重要な課題になる。 そこで「これから先も元気に暮らすためには何が大切か」について話し合いを行った。今回の会議は、地域住民、民生委員、医療関係者、ケアマネジャー等の参加であったが、今後はさらに多くの住民の意見を聞きながら、プロジェクトチームをつくり、「集いの場」づくりの検討、実施を行っていくことを目標とした。	平成31年 3月20日(水) 11:00~12:00 吉祥寺北コミセン地下1階 会議室	20	4		○	○	○	

地区 (在宅介護 ・地域包括 支援センター)	内容	開催日時 ・会場	参加 者数	うち ケアマネ ジャー 数	5つの機能の到達度 (○で)				
					個別 課題 解決	ネット ワーク 構築	地域 課題 発見	地域 づくり・ 資源 開発	政策 形成
(桜堤 ケア ハウス 西部 第1)	<p>境地区地域ケア会議</p> <p>「境地区のいいところ」～境地区として「誰もが住み慣れた地域で生活を継続する」ために、どのような「まちぐるみの支え合いのしくみづくり」を目指していけるのか。境地区ならではの「キャッチコピー」を考える～</p> <p>桜堤ケアハウス在宅介護・地域包括支援センターでは、これまで担当地区のエリア別地域ケア会議を開催し、今回は残りの境地区について開催した。</p> <p>地域で活動している関係機関・団体やケアマネジャー等、多数に参加してもらい意見交換を行ったところ、「古いものと新しいものがうまく融合され、多世代のつながりがあり、地域・医療・福祉も充実したバランスのとれたまち」という意見でまとまった。</p> <p>今後は、個別地域ケア会議で出た「高齢者の将来への漠然とした不安」に対して、今回挙げられた様々な活動や地域のつながり(点)を、どのようにつなげて(線や面)解消されていくかを検討していく。</p>	平成31年 2月22日(金) 14:00～15:30 スイングホール レインボ ーサロン	39	7		○	○		

* 西部第2(武蔵野赤十字) 地域の関係団体及び関係者との日程調整がつかず、次年度開催となる。