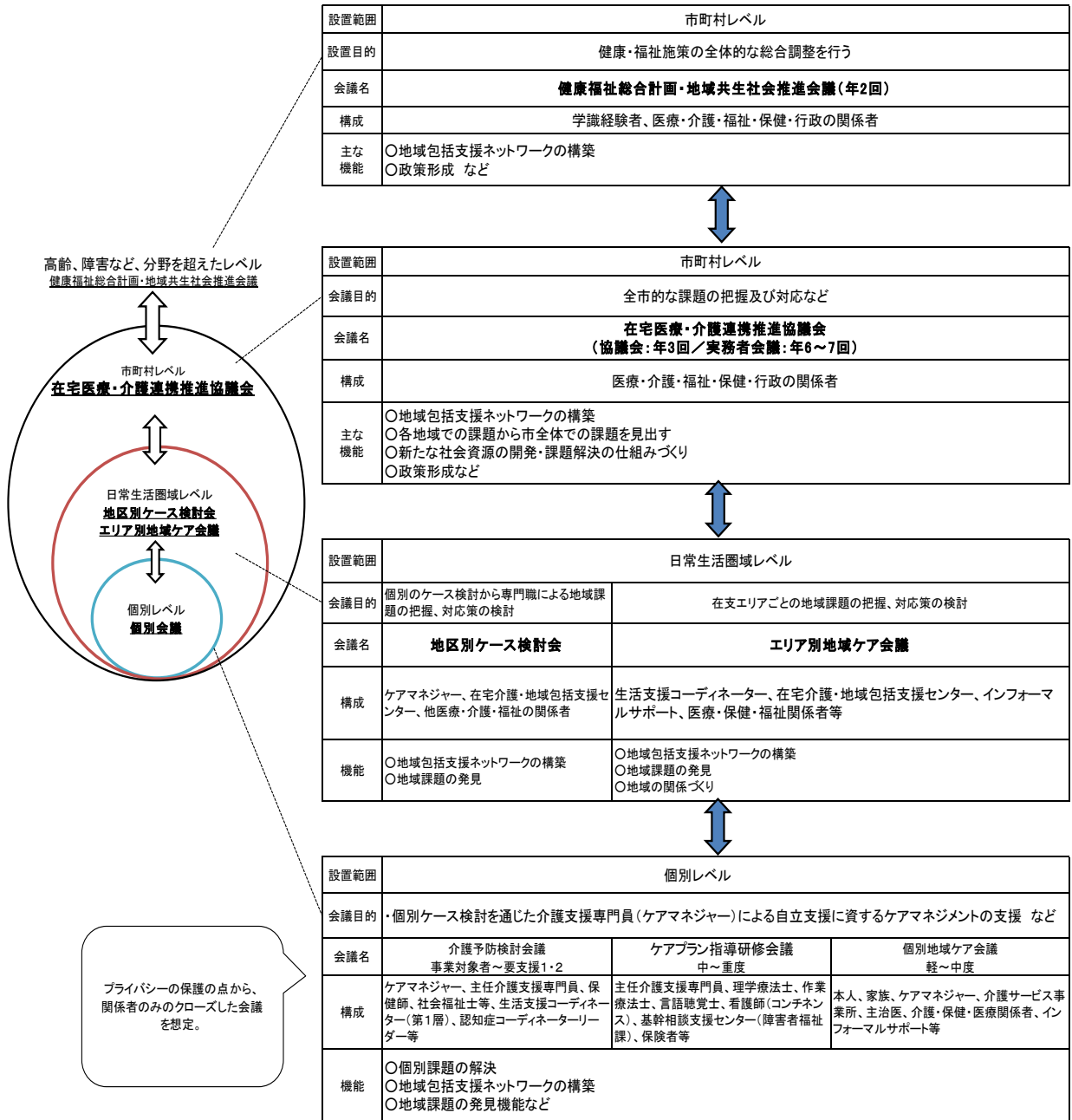


令和2年度基幹型及び在宅介護・地域包括支援センター業務報告

1 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) 地域ケア会議の開催

① ゆとりえ在宅介護・地域包括支援センター

エリア別地域ケア会議 第1回

(ゆとりえ在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和2年9月25日(金) 14時～15時30分										
会場	吉祥寺東コミュニティセンター九浦の家										
テーマ	「つながりについて考えよう」 ～地域の中で、孤立を防ぐために吉祥寺東町でできること～										
開催理由	令和元年度の東町の個別ケースで、他者との関わりが持てずに孤立して、地域での生活が困難になった方の支援を行った。地域にはそのような方がいる事を知り、孤立を防ぐために地域でできることについて考える。										
機能	□個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 ■地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族・親族	民生児童委員	ケアマネジャー	介護事業者	医療関係者	行政	その他	在宅介護・地域包括	基幹型地域包括	合計
参加に○			○	○					○		12
人数			5	3					4		
事例概要	<p>・ゆとりえ在宅介護・包括支援センターが令和元年度吉祥寺東町の安否確認対応件数は、7件で前年度実績の1件から著しい増加件数になっている。</p> <p>・令和元年度個別地域ケア会議で検討した事例から、コンビニ店員、民生委員、近所に住む古くからの友人達や介護保険サービス提供事業所の職員との見守り支援体制についての確認を行った、吉祥寺東町をつながりについて紹介したい。そして、これからより一層つながりを強くしていくためにはどのような方法があるか、参加者と検討していきたい。</p>										
事例の課題	<p>① 事例を通じて、地域の見守り支援体制を紹介する。 (民生委員、ケアマネジャーは事例のようなことを知らないのではないだろうか。)</p> <p>② コロナ禍で集うことが困難であるが、当事者・支援者(地域住民、ケアマネジャー、ゆとりえ在宅介護・地域包括支援センターという専門職)それぞれの視点からつながりを継続させていくためにはどのようなことができるか。</p>										
課題解決に向けた在支包括の具体的な支援策	<p>① 地域の中でも気にはかけているが、地域の中にはなかなか出て来られず、人と繋がれない方がいる。隣近所、顔の見える関係、異変があった時に気づける関係が大事ということを再確認した。</p> <p>② 住民同士の積極的な声かけによるつながりを強化して、当事者の状態変化の早期発見・対応ができるようにする。支援者間では、地域で開催されている「集いの場」を紹介したことにより、「集いの場」へのつなぎ方や「集いの場」からの情報発信方法、地域住民と専門職との情報共有について速やかな連携を期待する意見があがった。そのためには、今後ゆとりえ在宅介護・地域包括支援センターが中心となり、地域住民と専門職を一体的につなぐ会議開催を検討する。まず初めに9月から12月に、地域住民が気になる高齢者に、「ゆとりえ在宅介護・地域包括支援センター」のチラシ配布を行うことになる。</p>										
事例から予測される地域の課題	<p>① 地域とのつながりが少ない高齢者をどのように支えてくか。</p> <p>② 誰もが集うことができる「つながりの場所」が必要。</p>										

開催日時	令和2年11月20日(木) 15時～16時										
会場	テンミリオンハウス「そーらの家」										
テーマ	腰痛等の体調不良や物忘れに不安を感じているMさんの支援について										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 □地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族・ 親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政 福祉公 社	その他 テンミリ スタッフ	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○		○	○	○		○	○	○		11
人数	1		1	1	2		1	3	2		
事例概要	<p>・ゆとりえ在支・包括支援センターの担当地区にはテンミリオンハウス「そーらの家」があり、地域の方が登録して参加されている。</p> <p>・今年度コロナ感染予防もあり、テンミリオンハウス「そーらの家」が閉まっていた時期もあり、テンミリオンハウス「そーらの家」の再開後に、体力低下、認知面での低下している方々が気になる。</p> <p>・ご本人を取り巻く支援者間での情報共有をする事で連携を深め、ご本人の在宅生活を支えて行きたい。</p>										
事例の課題	<p>① 独居で体調不良、もの忘れなどの状態の変化があり、今後の生活に不安がある。</p> <p>② 「そーらの家」が心配している内容。</p> <p>③ ご本人に関わっている支援者間での情報共有、今後の連携はどのようにしたらよいか。</p>										
検討結果	<p>① ご本人からそーらの家の参加継続希望の意向が聞けた。自宅での独居生活については炊事が大変になっていること、自宅の売却や、心配なことがあることを本人から確認。物忘れに関しては、主治医の相談等検討されたが、ケアマネジャーから照会をかけて連携していく。</p> <p>② ご本人が飼っている病気がちな猫のこと、金銭管理、もの忘れ、転倒等や夏場の体調不良、連絡なしで「そーらの家」を休むことがあること等、ご本人の様子を共有する。</p> <p>③ 介護保険サービスの利用状況と、「そーらの家」利用時の様子などを情報共有した。体調不良時や、「そーらの家」欠席など気になる時は、ケアマネジャー、福祉公社と「そーらの家」で、連絡を取り合うことになる。</p>										
事例から見えた地域の課題	① 独居、認知症高齢者の生活を支えていくための地域関係者の連絡・支援体制の構築と実施。										
地域ケア会議後の状況	<p>状況確認日 令和3年3月16日</p> <p>令和3年3月から、担当ケアマネジャーが変更。個別地域ケア会議で支援者間の情報共有を図って対応していたために、新しいケアマネジャーに変更後も介護サービスと「そーらの家」関係者の方々と連絡が速やかに行うことができた。その結果、関係者と一体になりご本人の気持ちに寄り添う支援ができている。</p>										

開催日時	令和2年12月3日(木) 15時30分～16時30分										
会場	テンミリオンハウス「そ～らの家」										
テーマ	『認知力の低下がみられている方の支援を、地域の関係者と一緒に考える』 ～通い慣れ、楽しみにしている「そ～らの家」に通い続けたい～										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○	○			○				○		
人数	1	3			3				3		10
事例概要	<p>・テンミリオンハウス「そ～らの家」に週2回書道とコーラスで通所している。最近、通所時に他利用者の傘を持って帰ってしまう等、物忘れが目立つようになってきた。</p> <p>・「そ～らの家」のスタッフも心配しているが、このことについては家族も認識しており同居しているご家族は本人が自宅から出て、近距離にある「そ～らの家」に着くまで見守っている。高齢ではあるが、精神的に安定している本人を支える体制を、ご本人・ご家族、と地域関係者の方々と一緒に考えていきたい。</p>										
事例の課題	<p>① 認知症があるご本人、支援者であるご家族や「そ～らの家」のスタッフの方々の気持ちの確認。</p> <p>② ご家族と「そ～らの家」のスタッフの方々が心配している具体的な内容と対応。</p> <p>③ 本人の認知症ケアはどのような体制で行っていくか。</p>										
検討結果	<p>①②</p> <p>本人：「『そ～らの家』は開設当時から通っているのだから、これからも通いたい。」</p> <p>家族：「家では昼も寝てばかりで夜中に起きています。薬も飲み忘れていて、腐ったものを食べたり裸で室内をウロウロしたりすることもある。」</p> <p>『そ～らの家』スタッフ：職員に挨拶を欠かさない礼儀正しい方。情緒面は安定しているが、以前に比べて言葉が少なくなっている。他利用者の傘を間違えて持って行ったり、靴を間違えて履いて行ったりすることもある。ご家族や『そ～らの家』スタッフの方々から、物忘れが気になる言動が見られている。</p> <p>③ 同居しているご家族が疾病の治療中。そのためご家族は主介護者の体調面で不安を考慮し今後は介護保険サービス（デイサービス、ショートステイ等）の利用をしながら、『そ～らの家』に通う生活を検討したい意向がある。『そ～らの家』からは介護保険サービスとの併用可能と明確な返答があった。</p> <p>・また今後、家族・「そ～らの家」・在支包括3者で検討が必要な場合は、在支・包括支援センターがリードをとって進めていく。</p> <p>・在支・包括支援センターよりご家族に介護保険新規申請書等を渡して新規申請する。ケアマネ調整等、サービスの導入については在支・包括支援センターが調整する。</p>										
事例から見た地域の課題	テンミリオンハウス『そ～らの家』は、利用者に認知面の低下や状態変化に気づいたとき、どこにどのように連絡して課題解決していったらよいか対応に困っていた。在支・包括支援センターの「課題解決のために繋ぐ」役割は大きい。										
地域ケア会議後の状況	会議開催後、介護保険認定新規申請提出。要介護認定がでたため、ケアマネジャーをご家族と一緒に選定し介護保険サービス：デイサービスを週2回開始。現在は、デイサービスにも意欲的に通所する一方、「そ～らの家」にも週1回通っている。また、家族の健康回復のために、ショートステイの利用についても検討している。現在は、ご本人・ご家族了解のもとで「そ～らの家」、ケアマネジャー、ゆとりえ在支・包括支援センターで情報共有しながら、対応にあたることができている。										

開催日時	令和3年3月16日(火) 16時～17時										
会場	テンミリオンハウス「そ～らの家」										
テーマ	『健康状態は安定しているが、最近、物忘れ等の気になるIさんの支援について、 本人・家族、地域の関係者と一緒に考える』										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他 テンミリ オン スタッフ	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○	○	○					○	○		
人数	1	2	1					1	2		7
事例概要	本人は戸建てに長男夫婦と3人暮らし。介護保険未申請。本人はADL・IADL自立。心疾患の既往症もあり、現在もニトロ舌下錠を常時携帯しているが胸痛なく生活できている。現在「そ～らの家」に週6回通っており、通所時は元気にプログラムに参加できている。認知面は日常生活に支障のある程度の物忘れはないが、同じ話を繰り返す様子がみられている。本人の希望は「困ったことはない。これからもずっと『そ～らの家』に通い続けたい」と話している。										
事例の 課題	① 「そ～らの家」ではどのように過ごし、楽しんでいるか。 ② どのような認知症状でご家族と「そ～らの家」スタッフの方々が心配しているか具体的な情報共有。 ③ ご本人・ご家族の生活に対する意向の確認。 ④ ご本人の今後に支援について、それぞれの立場でどのような取り組みができるか。										
検討結果	① 本人はとてもお話し好き。いつも輪の中心他の利用者との関係性も良好。元々、歌は好きな様子で、コロナ禍で感染症予防対策をし、コーラスのプログラムを再開したが、嬉しそうに積極的に参加している ② ご家族：年齢相応とは思いますが、言ったことを忘れてたり、何度も同じことを聞いたりする。 「そ～らの家」スタッフ：以前から何度も同じ話の繰り返しがある。生協の注文を大量にしたり、ひとつの事に強いこだわりを持っている様子が見られる。 ③ ご本人：「体調面は落ち着いています。家事も行っています。これからもずっと『そ～らの家』に通いたい。」 ご家族：高齢相応とは思いますが、言ったことを忘れてたり、何度も同じことを聞いたりすることはある。日常生活の生活リズムは整っている。 ④ 今後、ご家族・関係機関の方々が、ご本人の認知面、身体面で不安なことが出てきたら、その時は随時、在支・包括支援センターにご連絡いただき実態把握、情報共有等速やかな対応をする。具体的には、必要時、介護保険申請や今回のように話し合いの機会を設ける。サービス導入となれば、ケアマネジャーや介護サービス事業所との連携の支援をする。										
事例から 見えた地 域の課題	情報共有・連携：「そ～らの家」利用者が認知面・身体面の低下時、家族・在支包括との情報共有・連携時の対応。										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認日 令和3年7月1日(3ヵ月後)										

開催日時	令和3年3月26日(金) 16時～17時										
会場	テンミリオンハウス「そ～らの家」										
テーマ	『地域の高齢者を支えるために、本人・家族と地域の関係機関や関係者ができること』 ～テンミリオンハウス「そ～らの家」との連携強化～										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 ■地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他 テンミ リ スタッ フ	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○			○	○				○	○		13
人数			2	3				3	5		
事例概要	<p>・テンミリオンハウス「そ～らの家」が抱える課題解決のために、地域関係機関が及び関係者の方々がどのような連携・支援体制(時期・方法等)で関わったらよいか話し合う。</p> <p>・個人情報の取り扱いに十分配慮した情報交換、情報共有のルール化を図ることができるよう検討する。</p>										
事例の課題	<p>① 認知症等、介護が必要な状態となった時に、関係機関が連携して支援を行なう必要性がある。</p> <p>② 個人情報保護の視点から、支援が必要な高齢者の情報共有はどのように行うか。</p>										
課題解決に向けた在支包括の具体的な支援策	<p>① 市内の高齢化率・「テンミリオンハウス」についての説明・事業について再確認を図る。個別地域ケア会議より2事例について説明。本人の身体的・認知面の低下時がみられた際の、次の支援段階における、在支包括はじめ地域の関係機関との連携についての課題について共通認識を図る。</p> <p>② グループワークにおいて、関係機関の連携・情報共有(個人情報保護含)についての課題について話し合いを行う。本人の気持ち(家族・関係機関からは介護サービスが必要状況であっても、本人は「そ～らの家」にも通い続けたい)に配慮した地域サービスから介護保険サービスへの踏みかえ時の支援が大切であること。本人だけでなく、家族や関係機関の顔の見える関係性が重要。在支・包括がまず、第一の窓口となり、切り替え時等、個人情報の取扱いに十分配慮して家族・関係機関をつなぐ役割する。そのうえで、家族・関係機関を交えた話し合いの機会を設ける。また、地域のケアマネジャーに、テンミリオンハウスの周知理解を進めることを確認した。</p>										
事例から予測される地域の課題	<p>① 地域において関係機関が互いの役割を知り「顔が見える関係」を構築し連携し対応していくことが必要である。</p> <p>個別課題解決のために、「個別地域ケア会議」を開催する。</p> <p>② 今回のエリア別会議への参加した地域の民生委員・ケアマネジャーは一部であり、今後も地域のネットワーク構築のために参加できなかった民生委員やケアマネジャーの参加を促しながら話し合いの場を計画する。</p>										
地域ケア会議後の状況	状況確認日 令和3年7月1日(3ヵ月後)										

② 吉祥寺本町在宅介護・地域包括支援センター

個別地域ケア会議 第1回

(吉祥寺本町在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和2年7月21日(火) 13時30分～14時30分										
会場	吉祥寺本町在宅介護・地域包括支援センター										
テーマ	100歳まで元気に！健康寿命を延ばすにはフレイル予防が大切										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 □地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政	地域 福祉の 会	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○	○	○	○	○	○		○	○		
人数	1	1	1	1	1	1		1	3		10
事例概要	99歳女性、要介護1、長男家族と同居。夫亡き後から地域の活動に積極的に参加してきた。数年前よりデイサービスも利用しながら心身の維持に努めていたが、100歳を目前にしてコロナ禍でいきいきサロンや福祉の会の地域活動への参加が制限され心身の状態が低下してきた。週2回の通院リハビリ（医療保険）と週1回のデイサービス（介護保険）、週1回の本町在支デイサービス（高齢者地域生活支援事業）は継続している。										
事例の課題	① 転倒予防を図りフレイル予防をして、いきいき100歳をめざす。 ② 介護保険サービスと地域関係者との連携・情報共有が十分に図れていない。 ③ 介護を一人で担う嫁に対しての家族支援が必要。										
検討結果	① 地域福祉の会での100歳のお祝い会を目標に、転倒・体力低下予防をして今までどおりの生活を続ける。そのためには、デイサービス（介護保険）の増回を検討する。 ② 家族・地域関係者・主治医・ケアマネジャー・介護サービス事業者等でその方らしさを理解し、情報共有を図り、チームで支援をしていく。 ③ 家族介護者支援として、家族会、認知症サポーター養成講座などへの声掛けをして参加できるようにする。										
事例から 見えた地 域の課題	① フレイル予防（栄養・運動・社会参加）の重要性を地域に普及や啓発をする。 ② インフォーマルとフォーマルな社会資源で情報を共有し、バランスよく必要なサービスにつなぐことはご本人の活動を支えるためには有効だった。そのためには地域ネットワークづくりが必要である。 ③ 家族介護支援、認知症に関する支援はどのようにして普及啓発していくか。										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認日 令和2年12月18日 ・デイサービス利用を一日増やし、昔からの友人と一緒に過ごすことができている。 ・福祉の会「あじさい」の活動が再開し、100歳のお祝い会ができた。 ・家族介護の「十色の会」に嫁が9月から参加し、家族支援を継続して行っている。 ・地域活動の担い手を対象に「フレイル予防講座シリーズ」の第2回・3回の開催ができた。										

開催日時	令和2年9月1日(火) 14時30分～15時30分										
会場	吉祥寺本町在宅介護支援センター										
テーマ	SさんのWithコロナ ―地域のみんなはSさんの応援団―										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 □地域課題発見 ■地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○		欠	○	○	○		○	○		11
人数	1			1	3	1		3	2		
事例概要	89歳単身独居。交友関係が広く、長年地域活動に積極的に関わるリーダー的存在。入院を機に介護サービスを利用。サービスを受けながらも、又地域活動に参加されるようになった。しかしコロナ禍により、活動の場が減少し、心身の機能低下が心配になってきた。										
事例の課題	① 介護サービスと地域関係者との情報共有が不十分。 ② コロナ自粛による心身機能の低下。健康不安の増強。										
検討結果	① 互いの支援体制を理解し、それぞれの役割を共有することが出来た。そのことによって、本人がリーダーシップを取れる場と安心できる場のバランスを確認できた。 ② 健康不安に対して相談しやすい体制作りと、医療との連携によるフレイル予防の実施。今後、本町在支での介護予防教室の開催により継続した支援実施。										
事例から 見えた地 域の課題	① フォーマルとインフォーマルのバランス。お互いの連携・情報共有の強化が重要である。 ② コロナ禍におけるフレイル予防のための居場所作り。 ③ フレイル予防に関する地域への普及・啓発。										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認日 令和2年12月2日 ① 地域の活動が順次再開にして、ご本人が参加したい活動を選択して参加する楽しみが増えた。ケアマネジャーを中心に連携を図り、ご本人の健康状態に合わせて参加受け入れ継続を依頼する。 ② 地域活動の担い手のみなさまを対象にして「まちぐるみでフレイル予防」講座を実施した。講師は地域の医師3名に行っていただいた。										
ご本人の 今後の課 題	・権利擁護について ご本人やご親族に情報提供を行う。その後、ご親族が中心となり専門機関へ相談を進めている。										

開催日時	令和2年12月25日(金) 13時30分～14時30分										
会場	吉祥寺本町在宅介護支援センター										
テーマ	元気になる、地域の友人と楽しい時間を取り戻すためにできること										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他 (友人・ 吉西福 祉の会)	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○		○	○	○			○	○		
人数	1		1	1	1			3	2		9
事例概要	84歳。長女と孫2人の4人暮らし。若い頃から社会的で友人が沢山いた。地域の活動にも積極的に参加していたが、コロナ禍で活動の場が減少し、家に閉じこもりがちになり、意欲や体力の低下が見られるようになった。友人が地域の活動が再開した様子を毎日電話で知らせ、本人の活動再開の意欲に繋がった。										
事例の課題	① コロナ禍に置いての感染予防に取り組みながら、地域活動に参加するための知識や具体的な方法の周知。 ② 地域住民のそれぞれの関わりと役割分担を、ご本人や地域関係者に明確にする。										
検討結果	① ご本人、さらにまだ活動を再開出来ていない人に向けても感染予防やフレイル予防、運動のちらしなどの配布を行うことになる。ご本人が継続して参加出来るような地域活動(不老体操・お楽しみ会・あじさい広場)に対してのご本人の参加意欲を確認することができた。 ② 参加者がそれぞれの役割を理解しながら、地域や必要な支援・サービスに繋ぎ参加することの共通認識や情報共有ができて支援体制が整った。										
事例から見えた地域の課題	① 社会的孤立やフレイル状態を予防、改善するための介護保険サービスと地域活動への参加の推進 ② コロナ禍における集いの場(居場所)運営の在り方について検討し、継続していく。										
地域ケア会議後の状況	状況確認日 令和3年3月25日 ・この後、体調不良で一時入院したが、退院後は順調に回復して、友人と一緒に介護予防事業「フレイルを防ごう」に参加している。友人に支えられながら、前向きにフレイル予防に取り組んでいる。										

開催日時	令和3年1月27日(水) 13時15分～14時15分										
会場	吉祥寺本町在宅介護支援センター										
テーマ	フレイル状態から脱出をして新たな1歩を踏み出すために										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○	○		○	○	○		○	○		
人数	1	1		1	1	1		1	2		8
事例概要	東京都出身。東京の大学に入学するまで父の実家がある地方で疎開生活をした。大学卒業後、当時花形の職業に就いたが自分の適職ではないと感じ10か月で退社、そして結婚。4児の母となり子育てで多忙な毎日を送りながらも、自分の状況にあった趣味活動を積極的に行ってきた。しかし腰椎・頸椎のずれにより手足の痛みが強くなり、昨年から生活の不活発化が目立ち始め、夏にはうつ病を発症して入院。体重も激減。気力・体力も衰え、自分の失われた5ヶ月間を惜しいと思っている。自分の残された時間は少ないと話し、現在は読書や断捨離を行いつつ、吉祥寺本町在宅介護支援センターデイサービスの体操や不老体操に参加をしながら少しずつ自分の生活のペースを整えている。										
事例の課題	① できていたことができなくなる寂寥感の受容と前向きな取組み ② 身体的な痛みの軽減と共存、そして活動への取組み ③ 無理なく楽しくできることを増やしていく										
検討結果	① 他者とのふれあいの場を設定して、人とのつながりから新たな視点の展開を図る ② 規則正しい生活を維持して、身体状況に合った運動を行う ③ フレイル予防を意識しつつ、日常生活の中で楽しみを見つける										
事例から 見えた地 域の課題	① 本町地域の高齢者に受け入れやすいフレイル予防に基づく企画 ② フレイル状態から脱出するためのアプローチ方法の検討 ③ 医療連携を図り、企画や発案の時点から医療的視野に基づいた助言をもらう										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認日 令和3年4月27日 失われた5ヶ月間を取り戻すために前向きに取り組む姿が見られている。 ① 夫と一緒に不老体操に参加している。 ② フレイル予防事業「フレイルを防ごう！」にも意欲的に参加、実行している。 ③ <身体的な痛みの軽減と共存>については、通院時に主治医に活動報告をしてアドバイスを受けながら取り組むことができている。										

開催日時	令和3年2月26日(金) 13時30分～14時30分										
会場	吉祥寺本町在宅介護・地域包括センター (WEB併用)										
テーマ	街ぐるみでフレイル予防をしよう										
機能	□個別課題解決 ■ネットワーク形成 □地域課題発見 ■地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー	介護 施設	医療関 係者	行政	地域	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○			○	○	○	○		○	○	○	
人数			3	1	1	1		14	5	1	26
概要	<p>「コロナ禍でのフレイル予防」をテーマに4回の個別地域ケア会議を行った結果「栄養・運動・人とのつながり」が大切であることと確認した。そこで地域の医師の協力で「フレイル予防講座シリーズ」を2回行い、各サロン等の代表者に参加してもらいフレイル予防の知識を学ぶと共にネットワークの形成を図った。この会議では各団体のこの1年間の取り組みの報告、事前アンケートから得た意見・課題の共有を行う。</p> <p>また、オンラインでつながることで新しい形での地域連携のありかたを考えてみた。</p>										
課題	<p>① 地域活動の横のつながりを強化する</p> <p>② 地域で協働してフレイル予防をする</p> <p>③ 感染予防を意識し、活動を継続するための新しい企画を検討する</p>										
検討結果	<p>① 各地域活動の代表者と初めてオンライン (ZOOM) でつながり、新しい関係づくりができた。</p> <p>② 各団体の「この1年間の良かったこと・困ったこと、今後行いたい活動」をあげてもらい、その意見を共有しながら、フレイル予防への意識や関心が深まった。</p> <p>④ 地域活動を継続するための新しい企画を考える機会になった。</p>										
今後の課題	<p>① 地域連携、つながる協働効果 (シナジー) のために新しい工夫の方法の模索</p> <p>② フレイル予防の普及啓発と地域活動の継続</p>										
地域ケア会議後の状況	<p>・オンライン (ZOOM) 体験をしたことで各団体も前向きに新たなつながり方を模索している。</p> <p>・フレイル予防についての情報を「吉西福祉の会だより」で、地域住民に発信することができた。(会員各戸に2,500部配布)</p> <p>・この地域ケア会議をきっかけに地域住民同士が自由に情報交換をできる関係が出来つつある。次回は令和3年5月頃にオンラインでグループワークを行う予定。</p>										

③ 高齢者総合センター在宅介護・地域包括支援センター

個別地域ケア会議 第1回 (高齢者総合センター在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和2年9月8日(火) 16時～17時										
会場	テンミリオンハウス 「くるみの木」										
テーマ	「コロナに負けない！新しい地域づくりを考える」 ～テンミリオンハウスくるみの木から見てきたもの～ ①障害・認知症を持つ高齢者の「役割」への支援										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 ■地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー	介護事 業者	医療関 係者	行政 (市民 社協)	その他 (くるみ の木スタ ッフ)	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○			○	○			○	○	○		
人数			1	2			1	4	4		12
事例概要	85歳。娘家族(姑：認知症で要介護状態)と同居。「くるみの木」には開所当時より利用し、毎日ランチへ参加してきた。またシルバー人材センターへも登録して、ふれあい収集を担当。本人は仕事の依頼がある限り働きたいと希望がある。しかし昨年秋頃より物忘れが出現。またコロナ禍に、動作が緩慢になり食事量・会話の機会も減少している。本人は病識が乏しく、また娘は姑の介護もあるため、本人への困りごとは感じていない様子で介護保険未申請。「くるみの木」や在宅介護・地域包括支援センターはどのように対応していったらよいか話合う。										
事例の 課題	① 物忘れや身体能力低下により仕事がなくなることによる不安感へのサポート ② コロナ禍による集いの場(歌、体操など)等の活動場所の減少に伴う能力低下 ③ 介護サービス未利用者に対するテンミリオンハウス、在宅介護・地域包括支援センター、地域関係者との連携										
検討結果	① シルバー人材センターから聞き取った内容について情報を共有した。就労停止は最終手段であり、現在のところは仕事に大きな支障はでていない。仲間同士の協力もあり、やりがいをもって働いている状況から仕事の継続は可能である。今後、仕事に支障が出てきた場合には、家族・関係者間で対応を検討していくことになった。 ② コロナ禍で、くるみの木への利用を再開したが、動作も緩慢になり食欲も減退。認知力や体力も低下してきた。一般的には、テンミリオンハウスの利用は、自己通所が原則で排泄問題や金銭のやり取りが困難となった場合は利用が難しくなってくる。本人のレベルに応じた少人数プログラムや外出先があればよいが今はない状況。今後は、在宅介護・地域包括支援センターが窓口となり長女やくるみの木と継続的に連絡をとりながら、物忘れの相談や介護保険サービスの利用についても検討をしていく。 ③ 今回の会議を通じて関係者と情報共有ができたことは有意義であった。また、くるみの木や在宅介護・地域包括支援センターで実施した「コロナ禍での高齢者への電話・訪問による声かけ」が、高齢者の安心に繋がりとても有効であることがわかった。しかし、今後の課題として、関係者間の情報共有の場が少ないことや必要な情報が十分に共有できていないこともあげられた。										
事例から 見えた地 域の課題	① 新しい生活様式での地域での活動の場(高齢者の出かけられる先)・プログラムの創設の必要性・再開に向けての検討 ② 障害や認知症を持つ高齢者の役割の継続と創出、そのための関係機関の連携 ③ 要介護者・未申請者が利用していける地域資源テンミリオンハウスの在り方 上記についてエリア別地域ケア会議にて役割と具体的支援策を検討予定とする。										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認日 令和3年5月24日 時間通りに通所することができない日もあるが、週5日(月～金)「くるみの木」に昼食を食べに行っている。シルバー人材センターの仕事も継続できている。										

個別地域ケア会議 第2回 (高齢者総合センター在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和2年10月13日(火) 16時～17時										
会場	くるみの木										
テーマ	「コロナに負けない！新しい地域づくりを考える」 ～テンミリオンハウス くるみの木から見えてきたもの～ ②障害を持つ高齢者の「生きがい」への支援										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 ■地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政 (市民社 協)	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○		○	○	○		○	○	○	○	
人数	1		1	2	1		1	2	5	1	14
事例概要	86歳独居。9年前から「くるみの木」に通い始め、現在は「要介護1」下肢障害がある。介護保険サービスでヘルパー、通所・訪問リハビリ、訪問看護、訪問診療を利用しながら、レモンキャブを利用して週1回文章講座や体操を楽しみに通っていた。コロナ禍で「くるみの木」に通うことが難しくなったが、自宅でくるみの木の文章講座をFAX添削で続けている。										
事例の 課題	① 要介護状態になっても本人らしく生きがいをもって生活を続けていく ② くるみの木と介護保険サービスを併用していくことへの支援 ③ コロナ禍で高齢者が楽しみを見つけて生活していくために必要なことは何か										
検討結果	① 脳動脈瘤による入院をきっかけに不安が増大したが、「また、くるみの木に通いたい」という思いが、リハビリや生活意欲を向上させた。コロナ禍でも、文章講座の先生・仲間たちの応援や支え、くるみの木の方々のFAX・手紙・電話・訪問などの支援もあって、生きがいである文章講座を継続できたことが安心に繋がった。障害があっても要介護状態になっても介護保険関係者と地域関係者がこのような会議等を通じて「ご本人の望む生活を一緒に考えること」は有効であった。ケアマネジャーや介護サービス事業者は、地域で高齢者がどのように生活をしているかを知る機会が出来た。 ② 自分の能力を生かして活躍・活動できる場が必要である。「自分も誰かの役に立っている」という思いが高齢者の生きがいや楽しみに繋がっていく。テンミリオンハウス以外にも地域に様々な形で高齢者の出ていくことができる場所があると良い。										
事例から 見えた地 域の課題	① 介護サービス事業者と地域関係者の連携が必要。そのためには、在宅介護・地域包括支援センターが「つなぐ」役割を担うことが大切である。 ② 徒歩圏内で通う事ができる高齢者の居場所や活躍の場が欲しい										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認日 令和3年1月13日 ・レモンキャブを利用して、週1回の体操プログラムに参加して昼食を食べに行っている。文章講座は通信添削から通所教室に切り替えたが、課題が終わらずに欠席することはあるようだが、通所はできている。下肢筋力の低下については、「くるみの木」では、友人に見守られながら移動している。										

個別地域ケア会議 第3回 (高齢者総合センター在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和2年11月10日(火) 16時～17時										
会場	テンミリオンハウス くるみの木										
テーマ	「コロナに負けない！新しい地域づくりを考える」 ～テンミリオンハウスくるみの木から見てきたもの～ ③障害・認知症を持つ高齢者夫婦の「地域の居場所」への支援										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 ■地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○			○	○	○	○	○	○	○		
人数			2	2	1	1	1	2	4		13
事例概要	夫86歳、妻81歳二人暮らし。夫婦共に介護保険の認定（要介護2）を受け介護保険サービスを利用。また以前から通っていた「くるみの木」へも通い続けている。夫は意欲的に様々な講座やランチへ週4日参加するがコロナ以降は歩行状態が悪化し、スタッフの歩行介助を受ける。妻は認知症が進み講座へ参加はしなくなったが、夫がいる時に限ってランチのみ参加している。「くるみの木」へ行くことは、夫婦にとって一緒に出かけて気兼ねなく過ごすことができる大切な場所と時間になっている。										
事例の 課題	① 夫婦共に要介護状況だが、これまでのつながりや生きがいの場を継続させてもらえるのだろうか。もし通所受け入れが可能であれば、どのようなサポートが必要なのだろうか。 ② 「くるみの木」と介護保険サービスを併用していくためには、「くるみの木」とケアマネジャー、在宅介護・地域包括支援センター等と情報共有が必要であるが、どのようにしていったらよいか。 ③ 「くるみの木」以外で、地域で車いすでも気軽に気兼ねなく入ることのできる場所の確認。										
検討結果	① 「くるみの木」に通所することを継続していくことが重度化防止や社会性を維持することにも重要であることを確認した。今後、身体状況が悪化した場合にも「排泄の自立」がくるみの木で一定の受入れ基準になるとの共通認識を持つことができた。 ② 家での様子と地域での様子は違い、ケアマネから今後は連携をとっていききたいと積極的な発言が聞かれ、今後の連携強化に繋がった。また、通うことが難しくなっても、「くるみの木」の通所情報を次の介護保険サービス利用時の情報（本人の楽しみ）として、次につないで、関係機関で連携をとっていくことが大切であるとの確認ができた。 ③ 車いすだと、店舗入り口のスロープが急こう配であったり、店内が狭かったりと入りにくく遠慮してしまう。入れるお店が限定されるため、「くるみの木」のように気兼ねなく入れるところが地域にもっとあると閉じこもらずに外出を続けられる。										
事例から 見えた地 域の課題	① コロナ禍でも感染予防対策をとりながら、活動の場や機会を途切れないようにする。 ② 介護サービス事業者と地域との連携が重要。 ③ 車いすでも利用しやすい場が地域にもっとあるとよい。										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認日 令和3年5月24日 ・夫は腹痛のため1週間休んだことがあったが、介護保険サービス（デイサービス）利用日以外の週4日は夫婦で「くるみの木」に食事を食べに行っている。										

エリア別地域ケア会議 第1回 (高齢者総合センター在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和2年12月8日(火) 16時30分～18時05分										
会場	テンミリオンハウス くるみの木										
テーマ	くるみの木の利用者を通して、コロナ禍での地域の支え合いを考える										
機能	□個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 ■地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	くるみの木	中央福祉の会	民生児童委員	主任ケアマネジャー	介護事業者	医療関係者	社協	シルバー人材一人材	在宅介護地域包括	基幹型地域包括	合計
参加に○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	(○)	14
人数 (Zoom参加)	2	1	2	1 (3)	1	1	2	1	3 (3)	(1)	(7) 計21名
事例概要	<p>今年度は「くるみの木」に通っている方の3ケースについて個別ケア会議を行った。</p> <p>(1) 「くるみの木」に通所しているが、軽度の認知症への配慮と見守りが必要になっているケース。地域でも家庭内でも役割を持ち続けていることが本人の生きがいになっている。</p> <p>(2) 身体的に「くるみの木」に自己通所が困難になってきたケース。コロナ禍で休止中、文章講座を通信でつながりを継続し、個別ケア会議をきっかけに、通所再開できた。</p> <p>(3) 認知症で介護サービス利用に至っていない妻と車いす利用の夫。夫婦で「くるみの木」を利用することで、生活維持ができています。</p>										
事例の共通課題	<p>① 「くるみの木」の長年の利用者の中に、要介護状態や認知症の進行で利用が難しくなりつつある方々がいる。</p> <p>② コロナ禍による外出自粛の影響で、歩行状態や認知機能の低下が認められる。</p> <p>③ 地域の様々な活動もコロナ禍で活動中止となり、高齢者を取り巻く様々な関係団体等があるが、相互の情報共有の機会が減り、高齢者の様子が分からなくなっている。</p>										
検討結果	<p>① 「くるみの木」から、通いたい意欲のある方を断ることはできない。しかし、テンミリオンハウス通所のルールはあるので問題になるケースについて、今後も個別の話し合いを重ねて利用者の主体性を大事にして丁寧に対応していく。</p> <p>② 軽度介護者ほど外出自粛の影響を受けている。利用者自ら介護保険の通所サービスも控えてしまっている場合もみられる。中央福祉の会の「りんどうの会」も休止中だが、福祉の会のスタッフが利用者へ毎月電話をかけている。スマートフォンが使えるれば、テレビ電話で対面できるが、必要な人ほどIT機器利用困難な状況がある。三密にならないルールを守りながら孤立化しないように、誘い合って散歩等の活動を促すことが必要。「くるみの木」では、感染症対策をしながら食事提供も再開しているが、喫茶休止。人数制限中。軽度介護者の居場所は必要。「くるみの木」だけでは受け止めきれない分、地域に「ミニくるみ」的な支援者やお店が高齢者にかかわっていけるとよいのではないかと意見が出された。</p> <p>③ 個別ケースについて、ケアマネジャーや在宅介護・地域包括支援センターが「くるみの木」と個人情報保護に配慮しながら、気軽に情報交換や対応の検討を行っていく。またシルバー人材センターや老人クラブ、市民社会福祉協議会、地域福祉の会等の地域関係機関や団体とも相談できる関係をさらに構築する。</p>										
事例から見た地域の課題	<p>① 要介護状態や認知症になっても、地域での活躍の場や居場所が必要</p> <p>② コロナ禍に対し、正しく理解し感染対策を取りながら、外出の機会や地域とのつながりを持つことが必要</p> <p>③ 地域の様々な団体の横の連携を作っていくことが必要</p>										
地域ケア会議後の状況	<p>状況確認日 令和3年3月31日</p> <p>3月に在支とくるみの木との情報交換会を予定していたが、コロナ感染拡大のため延期となった。民生委員情報交換会も中止となり、個別ケースについてその都度電話で情報確認している。いきいきサロンから居場所に移行した「やまぶきの会」サポート中。</p>										

④ 吉祥寺ナーシングホーム在宅介護・地域包括支援センター

個別地域ケア会議 第1回 (吉祥寺ナーシングホーム在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和2年12月14日(月) 15時30分～16時30分										
会場	吉祥寺ホーム 集会室										
テーマ	「自分のペースで活動して、地域活動に戻りたいKさんを応援」 急性の疾病で認知力の低下がみられる方に、介護保険と地域活動の両面で支援していく										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 □地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○	○		○				○	○		
人数	1	2		1				1	2		7
事例概要	令和2年7月末に脳梗塞を発症し「要支援2」の認定を受けたが日常生活自立しており、北町サロンへの参加を開始した。しかしその矢先に脳梗塞が再発し再入院となった。再発後もADLは維持されたが方向感覚の低下などの見当識障害が出現、変更申請の結果「要介護1」となった。夫と二人暮らしだが、夫は仕事があり日中独居。										
事例の課題	<p>① 脳梗塞の再発で、本人の身体状況や生活状況が変化した。支援体制（介護保険と地域活動）の構築を順次進めていく。</p> <p>② 「家族に指図されずに自分のペースで活動したい」と思う本人と、脳梗塞の再発や認知症の進行を心配する家族双方への支援体制を作る必要がある。</p> <p>③ 本人は、地域活動に参加するうえで、体調変化（再発）への不安がある。</p>										
検討結果	<p>① ケアマネジャーからデイサービスの情報提供、北町サロン運営者からは、サロンの活動紹介をしてもらった。介護保険サービス利用で本人の生活を下支えし、その上に地域活動を組み合わせることとした。</p> <p>② 社交的で周囲への気遣いができる本人の強みを参加者で共有する。それを活かせる介護保険サービスでの通所先の提案、送迎や昼食の提供もあることをケアマネジャーから説明してもらい、家族の安心感につなげた。</p> <p>③ 万が一に備え緊急連絡先をその場で確認し、本人・家族と関係者双方の安心につなげた。</p>										
事例から見た地域の課題	① 自立を支えるために「自分が主体」となり活動できる場が必要										
地域ケア会議後の状況	<p>状況確認日 令和3年3月</p> <p>介護保険でのデイサービスに週2回通所しながら、いきいきサロンの参加も継続している。それぞれの活動に楽しんで参加しており、家族から「最近本人が明るくなり、安心しました。」との話があった。</p>										

個別地域ケア会議 第2回 (吉祥寺ナーシングホーム在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和2年12月24日(木) 10時～11時										
会場	Wさんご自宅										
テーマ	「大腿骨骨折の大けがからリハビリに励み回復。来年の目標は地域活動に戻ることに！」 介護保険サービスからの卒業を検討し、地域での活動再開を目標にするWさんを応援する。										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 □地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○			○	○			○	○		6
人数	1			1	1			1	2		
事例概要	令和元年6月に転倒し左大腿骨を骨折し人工骨頭置換術を行い、入院中に「要介護2」の認定を受けた。退院後は週3日介護保険サービスであるデイサービス（リハビリを強化）に通った結果ADLは改善、12月の介護認定の更新で「要介護1」となった。介護保険サービスからの卒業と、その先には以前参加していた地域活動への復帰を考えるようになっているが、まだ自信がないとの思いもある。										
事例の課題	① 現状では、本人は歩行力と屈む動作を不安に思っている。体力と筋力を向上させて自信をつけて、地域のボランティア活動を再開したい。 ② 本人は「自主的に運動を継続するのは苦手」と話している。介護保険サービス利用を卒業を目指すのが、その後の運動する機会の確保について情報が必要。										
検討結果	① ボランティア活動の内容について参加者で共有。ボランティア活動のメンバーはみんな高齢者で、それぞれの体力に合わせて担当作業を分担しているとのことで、「Wさんも無理をせず、出来る事で協力してほしい」との話があった。活動の中で頻繁に行う動きを意識したリハビリと、禁忌動作についてはデイサービス利用中に専門職から指導を受けるということで確認をした。 ② いきいきサロンとテンミリオンハウスの情報を提供するが、本人はコミセンで行っている「地域健康クラブ」への参加を目指したいとの意向が強いことを確認。デイサービスを卒業したら「地域健康クラブ」に申し込むということで確認する。										
事例から 見えた地 域の課題	① 本人を中心とした、介護保険関係者を含めた連携体制の構築。 ② 地域活動をしている人たちの高齢化が顕著。Wさんの受傷から回復への取り組みを、同じ課題を持つ仲間に伝達、共有できないだろうか？										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認日 令和3年3月 デイサービスの利用を継続しながら、公園管理のボランティアが再開できた。ボランティア仲間の理解と協力があり、デイサービスで評価してもらった禁忌動作を避けながら、掃き掃除等本人が無理なくできる作業を行っている。										

個別地域ケア会議 第3回 (吉祥寺ナーシングホーム在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和3年3月11日(木) 13時30分～14時15分										
会場	吉祥寺ホーム集会室										
テーマ	「妻が施設入所し1人暮らしとなったが、これから地域の活動に参加して元気に暮らしたいHさんを応援」										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 □地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	介護保険 事業所 (妻の入 所施設)	テニ ミ リ オ ン ハ ウ ス	医療関 係者	行政	いきいき サロン	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○		○	○	○		○	○	○		
人数	1		1	1	1		2	1	2		9
事例概要	84歳男性。昨年、妻が特別養護老人ホーム入所したため、現在は独居。本人は肝臓症、右手首骨折などで入院、手術が続いていた。介護保険申請中。一人の生活となり寂しいと訴えるが、妻のことを大事にしながら地域の人ともつながり元気に暮らしたいと思っている。日常生活はおおむね自立しており、毎週日曜日に施設にいる妻に花を持って行ったり毎日井の頭公園まで散歩をしたりする習慣を維持している。										
事例の課題	① 体調不良のことがある。体調管理をしながら今の生活が続けられる。 ② 寂しさの訴えあり。地域との交流を図りながら楽しみのある生活ができる。 ③ こまごまとした生活上の困りごとが出てくる。困ったときには必要なサービスにつながる事ができる。										
課題解決に向けた在支包括の具体的な支援策	① 体調が思わしくないとき適切に受診ができていると本人から話しがあった。それが何らかの理由で途絶えるようなことが起きたときには在宅介護・地域包括支援センターで受診の支援することを確認した。 ② 今回、地域の団体と本人とがお互いを知ることができた以外にも、妻が入所している施設の職員との交流も持てていることが確認できた。 ③ 妻の面会時に本人に心配な様子がみられた場合には、施設職員から在支包括に連絡を入れること、緊急時には在支包括から長男に連絡を入れるということをその場で確認し、本人の了承ももらった。										
事例から見た地域の課題	①地域活動などの情報が必要な人へ、適切に情報提供ができる仕組みの構築。 ②地域で活動をしている団体同士が、活動の状況についての情報共有をしていく場面設定。(横のつながりや、市の事業を知る機会を持つことの必要性がある。)										
地域ケア会議後の状況	状況確認日 令和3年4月 下肢痛があり医療機関受診後、一時期散歩を中止していた。4月になり下肢痛が軽減してきたので、少しずつ散歩に出かけ妻が入所している施設にも訪問再開した。新たな地域活動への参加には至っていないが、顔見知りが増えたことをうれしいと話している。										

エリア別地域ケア会議 第1回 (吉祥寺ナーシングホーム在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和3年3月26日(金) 10時30分～11時15分										
会場	吉祥寺ホーム集会室										
テーマ	「困ったことは地域で解決」 ～担い手も安心して活動できる地域へ～										
機能	□個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 ■地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○			○	○			○	○	○		12
人数			1	2			3	3	3		
事例概要	令和2年度の個別地域ケア会議を開催した3事例は、いずれも加齢や疾病等が理由で地域の活動から離れていた方で、体調の回復など状況の改善によって、これからの生活を組み立てる必要がある事例を抽出して検討した。個別地域ケア会議を開催するにあたり事前に本人からの聞き取りを行って行く中で「わたしの生活」には地域の活動が必要不可欠であることが見えてきた。そのことについて、地域活動を運営している関係者の方々と共有し、地域の高齢者を支えるために協働できることについて検討する。										
事例の課題	① 地域活動との地域活動を必要としている高齢者のマッチング ② 在宅介護・地域包括支援センターの役割として、地域活動に「おまかせ」ではなく本人にとっては伴走機関となり、一方で地域の高齢者を支えるために地域の関係団体や機関と協働しながら運営者も支えていくしくみ作り										
検討結果	① それぞれの活動内容について報告ができ情報交換ができた。そのことで、地域の活動団体の運営者は自分たちの活動に自信を持ったり、コロナ禍で留意する点について改めて振り返ったりすることができていた。個別地域ケア会議の事例報告をして、地域活動運営者の方々に「地域に戻る」イメージを具体的に持ってもらうことができた。 ② 地域活動運営者の方々から「地域活動への参加が難しくなった利用者への対応」が課題としてあげられた。このことについては、在宅介護・地域包括支援センターが個別地域ケア会議を開催し、本人・家族、地域活動運営団体の方々と一緒に検討していくことになる。 ③ いきいきサロンの代表者から「さらに強い地域活動を行って行くにはどうしたら良いか悩む点がある」との意見があげられた。悩みが出た時点で在宅介護・地域包括支援センターに声をかけていただき、悩みごとと解決のために支援していくことを確認した。										
事例から見えた地域の課題	① 担い手も安心して活動ができることでの強い地域づくり ② 個別地域ケア会議の開催を活用した利用者および地域活動団体支援										
地域ケア会議後の状況	<u>状況確認 令和3年7月を予定</u>										

⑤ 桜堤ケアハウス在宅介護・地域包括支援センター

個別地域ケア会議 第1回

(桜堤ケアハウス在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和2年7月30日(木) 14時～14時50分										
会場	サンヴァリエ桜堤中央集会所										
テーマ	<p>集合住宅（UR）に居住している認知症を有する独居高齢者の在宅支援を通して。</p> <p>①高年齢・認知症になっても在宅独居生活を続けるためのケアマネジメントの検証</p> <p>②近隣住人同士の支え合いのネットワークを含めた、関係者間での情報共有</p> <p>③地域（特に集合住宅）の強みや課題等の把握</p> <p>④同じ課題を抱える高齢者への地域の支援の基盤作りを目的とする。</p>										
機能	<input checked="" type="checkbox"/> 個別課題解決 <input checked="" type="checkbox"/> ネットワーク形成 <input checked="" type="checkbox"/> 地域課題発見 <input type="checkbox"/> 地域づくり・資源開発 <input type="checkbox"/> 政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○		○	○	○	○	○		○	○		
人数		1	1	1	1	1		4	3		12
事例概要	<p>集合住宅に独居。認知症を有する94歳女性。要介護2。週3回デイ通所。本人は地域活動に参加し活動的な生活を送っていたが平成30年頃からスケジュール管理や書類の管理が行えなくなっており心配する相談が活動先から寄せられていた。平成31年～介護保険サービスの利用開始。</p>										
事例の課題	<p>① 介護保険サービスとインフォーマルサポートの連携</p> <p>② 参加の場社会との関わりを失わないための地域の取り組み</p> <p>③ つながり、役割、場作り</p>										
検討結果	<p>本人が発信する困りごとや不安をキャッチする役割を担っていく⇒顔の見える関係作り。</p> <p>④ 場と場をつなぐ個の力の醸成⇒真の理解者を地域に増やすための取り組みの検討が必要。</p> <p>⑤ 長い居住歴の中で培ってきた人間関係や地域とのつながりが生活の下支えとなっている。</p>										
事例から 見えた地 域の課題	<p>① 「場」同士が情報と必要に応じた対応の共有を図っていく仕組み作りが必要。</p> <p>② 地域住民が認知症を「我が事」として捉えられる意識付けが必要。</p> <p>③ 支援される側になる事を前提に今からできる具体的な取り組みの提案や啓発が必要。</p>										
地域ケア 会議後の 状況	<p>状況確認日 令和3年5月23日</p> <p>個別地域ケア会議後、介護サービスを利用しながら在宅生活を継続していたが、11月に転倒して大腿部頸部骨折のため入院、手術を行った。その後、娘宅近くの施設入所となる。</p>										

開催日時	令和2年8月13日(木) 14時～15時										
会場	居宅介護支援事業所の会議室										
テーマ	認知症状のある独居高齢者の支援 (インフォーマル支援の整理と認知症への医療アプローチが必要なケース)										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 ■地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○		○	○	○	○			○	○		11
人数		1	1	1	2			3	3		
事例概要	<p>・79歳女性。分譲マンションに独居。要介護1。ヘルパー、デイケアを利用中。</p> <p>・ADL自立。やり慣れていることはこなせるが、イレギュラーなことがあると混乱。近隣友人が通い、生活面をサポート。</p>										
事例の 課題	<p>① 本人を取り巻くインフォーマル(友人等)の支援が共通理解されていない。</p> <p>② 本人の認知症の精査や治療が未実施。</p>										
検討結果	<p>① 本人の生活上の困りごと、認知症状について等を情報共有。家族、友人達、介護保険サービスそれぞれの支援内容を支援表(訪問頻度や何を支援しているか等を記載した表)及び週間サービス計画表を用いて、本人の支援体制を確認。相互で共通理解を図った。また、緊急時の通報連絡ルートも併せて整理、確認した。</p> <p>② 認知症状に伴う生活面の具体的な困りごとを主治医と共有するため、家族と主治医の話し合いの場を設定する。</p>										
事例から 見えた地 域の課題	<p>① フォーマル支援とインフォーマル支援の共通理解</p> <p>② 主治医との連携</p>										
地域ケア 会議後の 状況	<p><u>状況確認日 令和2年10月6日</u></p> <p>・8月末、会議の結果を主治医に報告。会議で出た検討結果の中で、①服薬管理がやりきれていないことが共有され、主治医の指示で訪問薬剤師が導入。②本人の認知症について、家族と主治医が話し合う場をもち、精査を進める運びへ。10月19日に武蔵野赤十字病院、物忘れ外来に受診予定。</p> <p>・9月からデイケアを増回。安定的に利用され、本人の楽しみとともに認知症悪化防止、生活リズムを整える、歩行など身体面の向上等につながっている。</p>										

開催日時	令和2年11月10日(火) 15時～16時										
会場	サンヴァリエ桜堤中央集会室										
テーマ	サンヴァリエ桜堤に1人暮らしの認知症の方の支援について考える ～関係者それぞれの役割の中でできる支援は何か～										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○		○						○	○	○	
人数		2						4	2	2	10
事例概要	<p>平成30年頃から認知症状が出現し、預金通帳や健康保険証の紛失のため、度々金融機関や警察、行政関係機関を訪問して、盗難されたことの訴えや再発行手続きを求めようになった。令和2年2月頃から、「階上の家から大勢の人の声がする」と訴え、昼夜問わず階上の住民宅を訪問して玄関を叩く、呼び鈴を鳴らす等の行為を繰り返し行うようになる。そして、同様の訴えを管理事務所で言うこともあり、執拗に長時間にわたり滞在するので職員の業務に影響をきたすことも出てきた。</p> <p>在宅介護・地域包括支援センターの介入にも拒否が見られるため、住民・地域関係者は対応に苦慮している。</p>										
事例の課題	<p>① 本人の問題行動対応が、関係機関単位で行われ、その場の対応のみで終わっている。</p> <p>② 本人が家族の訪問や支援を拒むため、家族も今後どのように関わっていけばいいかわからず困っている。令和2年11月現在、介護認定申請を行い在宅介護・地域包括センターが家族と今後の支援や生活の場について話し合いを行っている。</p>										
検討結果	<p>① 各関係機関がお互いの役割や機能を知る。そして、本人の生活課題について情報共有を図り家族と関係者が一緒に対応できるような体制づくりを行う。</p> <p>② 認知症のため在宅生活が困難になっている家族の意向も踏まえて、次の生活の場につなぐ支援が必要。</p>										
事例から見えた地域の課題	<p>① 各関係機関で得た情報を共有する場作りが必要。</p> <p>② 今後の支援を行なっていくうえで、専門医療機関への受診、介護保険サービス利用等を、いつ頃をめどに、だれがどのように行っていくか明確な目標設定が求められる。</p> <p>③ 集合住宅で暮らす認知症独居高齢者の在宅生活の限界点はどこか見極めていく。</p>										
地域ケア会議後の状況	<p>状況確認日 令和3年5月23日</p> <p>個別地域ケア会議後、介護認定結果が出て施設入所の方で家族と話し合いを進めている。在宅介護・地域7包括支援センターは、UR生活支援アドバイザーと共に本人宅を訪問して状況確認は継続している。しかし、幻聴による階上住民宅への訪問は繰り返されて、終息する様子は一向に見られないため、現在は家族と医療機関入院に向けての調整を行っている。</p>										

開催日時	令和3年3月25日(木) 16時～17時										
会場	きんもくせい(テンミリオンハウス)										
テーマ	本人は認知症の診断を受け介護保険での通所サービス利用が始まるが、これまでと同様に地域の通い慣れたテンミリオンハウスでの活動や友人との交流を希望している。本人の希望を継続していくために、本人・家族と支援者間で情報共有を行い、それぞれの役割を確認する。										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 ■地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他 テンミ リオン ハウ ス・ 市民社 協	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○			○	○				○	○		8
人数			1	1				3	3		
事例概要	集合住宅に有職の長男と2人暮らし。地域のいきいきサロンに参加し活動的に過ごしていたがコロナ禍で活動休止となった。元々気分の落ち込みがあったがその状態が更に進行し、自己嫌悪感を抱くようになってきた。また、本人も自覚しているが認知力の低下があり「きんもくせい」に行く道が分からなくなり到着出来ない事も出て来た。そのため、昨年介護認定を受け通所サービスの利用をすることになったが、本人は引き続き「きんもくせい」に通い活動や友人との交流を続ける事を強く希望されている。										
事例の課題	① コロナ禍による交流の場の休止に伴う参加者のフレイル状態の改善はどのようにして行っていくか。 ② 認知症のある方を地域で支援していくための、介護保険サービスとテンミリオンハウスとの連携方法(いつ、どのようにしていくか)について。										
検討結果	① それぞれの関係者が個別で対応していた事を支援者間で共有することが出来た。 ② 本人が参加する場同士の連携と定期的な情報共有が必要。また、主介護者が孤立しないよう介護者同士で話し合える家族会の案内や本人支援と家族支援の役割分担が必要であるとの意見が出た。										
事例から見えた地域の課題	① 同じように認知症があり不安を抱えている方が、地域でどのようなサポートがあれば安心して生活することが出来るか。 ② 介護保険サービスと「きんもくせい」が本人・家族支援を行うにあたっての役割分担。家族が孤立を感じてしまわないよう共感できる居場所作り。										
地域ケア	状況確認日 令和3年5月24日										
会議後の状況	個別地域ケア会議後も「きんもくせい」の利用は継続できており、介護サービス(デイサービス)の利用日も1日増えて在宅生活を維持できている。再度、令和3年度の個別地域ケア会議に取り上げ、令和2年度第4回目会議開催後に関係者間で取り組んでいることについて情報を共有し、支援の方向性を再度確認していく予定にしている。										

開催日時	令和3年3月26日(金) 11時～11時40分										
会場	桜堤ケアハウス 支援相談室										
テーマ	UR(サンヴァリエ桜堤)に住む独居、認知症、支援者の関りが薄い高齢者の支援について考える										
機能	<input type="checkbox"/> 個別課題解決 <input checked="" type="checkbox"/> ネットワーク形成 <input checked="" type="checkbox"/> 地域課題発見 <input checked="" type="checkbox"/> 地域づくり・資源開発 <input type="checkbox"/> 政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政	UR関 係機関	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○			○	○				○	○		8
人数			2	1				2	3		
事例概要	<p>・サンヴァリエ桜堤は全28号棟1,120世帯が居住する。世帯状況は、65才以上の高齢者世帯が40%くらい(その内60%強が独居世帯)となっている。また、高齢化率は30%以上(その内60%は75才以上の後期高齢者)である。</p> <p>・在宅介護・地域包括支援センターに入る相談は、認知症や権利擁護に関わるものも多く、UR生活支援アドバイザーと連携し、地域の協力も得ながら支援を行なっている。</p>										
事例の 課題	<p>・サンヴァリエ桜堤の住民に、生活上の困難や認知症状の進行が見られた時の課題解決方法を地域の関係機関や民生児童委員の方々との連携方法や役割を確認する。</p>										
検討結果	<p>①ホワイトボードを活用して情報の流れの見える化を実施後、参加者それぞれの立場で活動や役割について発言してもらった。その後、現在感じているサンヴァリエ桜堤の現状について意見交換を行う。</p> <p>②参加者同士が、どのような活動を地域で行っているか分かり合うことで、点(立ち位置)から面になったことは大きな収穫ではあるが、一方で下記のように支援者が感じている課題も意見交換して共有した。</p> <p>③個別課題解決の場合は、個人情報取り扱いに十分配慮(いつ、だれが、どのタイミングで本人や親族等から了解を得るか等)しながら、地域として何ができるのか、協力支援内容について継続して話し合っていくことを確認した。</p>										
事例から 見えた地 域の課題	<p>○時代の流れで、住民同士の横の関係が希薄になってきている。</p> <p>→希薄になっている住民同士の関係をどのようにしてつないでいくか。</p> <p>例えば、「近所の方へのあいさつ」等を勧めていくことも必要ではないだろうか。</p> <p>○「個人情報保護」で、地域の関係機関や民生児童委員の方々の活動が困難になっている。</p> <p>→事例ごとに個人情報の取り扱いについて確認しながら進めていくことが重要。</p>										
地域ケア 会議後の 状況	<p><u>状況確認</u> 令和3年7月を予定</p>										

⑥ 武蔵野赤十字在宅介護・地域包括支援センター

エリア別地域ケア会議 第1回

(武蔵野赤十字在宅介護・地域包括支援センター)

開催日時	令和2年8月6日(木) 11時～12時										
テーマ	「認知症の方を支えるために地域の方と専門職の役割を考える －事例を通じたグループワーク－」										
機能	□個別課題解決 □ネットワーク形成 ■地域課題発見 ■地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー 主任CM	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他 テンミ リオン ハウス	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○			○	○		○		○	○		18
人数			8	3		1		1	5		
事例概要	<p>・高齢、独居、認知症と地域の中で気にかけているが、変化があった時にどのように声をかけ、見守り、支援したらよいか。地域住民が積極的にかかわる事が出来るように早期発見、対応ができるようにするにはどのようにしたらよいだろうか。</p> <p>・「独居、82歳女性。社交的だったBさんに認知症の症状が見られ始めた。その様子を近隣住民が心配している」地域住民、ケアマネジャー、医療機関、在宅介護・地域包括支援センターはBさんをどのように支えていけばよいかをグループワークしながら検討した。</p>										
事例の課題	<p>① Bさんの事例をもとに、「認知症になっても安心して住み続けられる境南町を目指して」安心して生活するために関係機関の役割分担についてグループワークを実施。</p> <p>② 「住民の見守り」「支援方針と役割分担」を検討する。地域住民とケアマネジャーや在宅介護・地域包括支援センターで、認知症の方を地域で支える具体的な体制を考える。</p>										
課題解決に向けた在宅包括の具体的な支援策	<p>① グループワークで支援方針を検討した結果、住民から「地域包括支援センターに早期に相談・連携する」という意見が聞かれた。地域住民ならではの「見守りという実践」だけではなくその見守りから支援に発展させていくために在宅介護・地域包括支援センターが核になって連携体制を確立する。</p> <p>② 地域住民、ケアマネジャー、医療機関、在宅介護・地域包括支援センターのいずれかが欠けても認知症の方を地域で支えることはできず、医療と介護の両輪での支援が求められる。そのためには常日頃から両者が繋がり、連携していく機会を作っていくべきであると再確認した。</p> <p>③ 地域住民やケアマネジャー、医療機関、在宅介護・地域包括支援センターで、独居や認知症、高齢者のみ世帯など、その方の生活を支えていく個別地域ケア会議の開催を行い、具体的な対応の情報共有をして取り組む。そして、支援者全体のスキルアップを目指す。</p>										
事例から予測される地域の課題	<p>① 相談から対応まで、地域住民やケアマネジャー、医療機関、在宅介護・地域包括支援センターとの協働した取り組み</p> <p>② 地域・福祉と医療の両輪での支援</p> <p>③ 緩やかな見守り体制から早期発見、連携体制の構築までシームレスに行われる意識の醸成</p>										

開催日時	令和2年12月22日(火) 13時30分～14時										
会場	本人自宅										
テーマ	自分で出来ることを増やそう！－91歳になっても、出来ることのきっかけ作り－										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 □地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他 (テンミ リオンハ ウス代 表)	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計 (書面)
参加に○	○		○			○		○	○		(1)
人数	1		1			(1)		1	2		5 計6
事例概要	91歳女性、戸建てに独居。テンミリオンハウス「花時計」、地域健康クラブ、社協居場所事業への参加を楽しみにしながら生活していたが、コロナウイルス感染拡大に伴い、買物以外の外出を自粛している。もともと狭心症、心臓弁膜症、不整脈の既往があり、屈む動作に息切れがある。昨年自宅内で転倒する事もあり、体力低下がみられている。										
事例の課題	① 本人の生活に対する意向 ② 病状から活動や運動制限について主治医等に意見を聞く ③ 介護保険サービス、「花時計」の活動紹介と今後の地域での活動										
検討結果	① 本人の意向が「コロナ感染が怖いので、必要最低限の外出にしている。体力を、おとさないように自宅内で出来る体操や近所の散歩を続けていきたい。」というものであり、在宅介護・地域包括支援センターから提案した総合事業運動プログラムは受け入れが難しかった。昨今このように感染リスクを重く受け止め、行動範囲が狭くなる高齢者は多くいることから、継続性のある自宅内自主プログラムへ転換する。 そのため、本人と話し合った結果、フレイル予防活動として「今行っている散歩の距離を延ばす」「趣味活動の俳句作りが出来る」様にサポートすることになる。 ② 健康や自身を振り返る機会を意図的に構築するために、ワークシートを記入することによって自身を振り返り、3ヶ月後に心身のフレイル予防の意識改革を目指す。 ③ 毎月のモニタリングを行うことにより、進捗を評価する。在宅介護・地域包括支援センターは伴走型支援の役割を担う。										
事例から 見えた地 域の課題	① 独居高齢者の閉じこもりについて ② コロナ禍において地域の活動の場が閉所・閉鎖される中で高齢者の活動が制限されること										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認日 令和3年5月24日 毎月1回在宅介護・地域包括支援センター職員が自宅訪問し、ワークシート、いきいきマップによる散歩に取り組み、健康や意欲向上に結び付くような働きかけを行った。日常的には、自宅内自主プログラム(NHKテレビ体操)に取り組み、体力の維持に努めている。また、月1回俳句会を主宰し、趣味活動を継続している。今後も現状維持できるように、在宅介護・地域包括支援センターは定期的にモニタリングを行い、声かけを行っていく。										

開催日時	令和2年12月22日(火) 14時～14時30分										
会場	本人自宅										
テーマ	フレイル予防に社会参加は欠かせない！－86歳になっても、出来ることのきっかけ作り－										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 □地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャ ー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他 (テンミ リオンハ ウス)	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計 (書面)
参加に○	○		○			○		○	○		(1)
人数	1		1			(1)		1	2		5 計6
事例概要	86歳女性、戸建てに長男夫妻と同居。月2回地域健康クラブ、月1回社協居場所事業、月1回絵画教室を楽しみにしながら生活していたが、コロナウイルス感染拡大に伴い、買物と月1回の絵画教室以外の外出を自粛している。もともと、脳梗塞、右膝人工骨頭置換術の既往があり、歩行時に歩きにくさがある。最近左膝の痛みが強くなり、外出をためらうことが増え、本人も困っていた。										
事例の課題	① 本人の生活に対する具体的な意向の確認 ② 病状から活動内容や運動制限の有無について主治医等に意見を聞く ③ 介護保険サービス、テンミリオンハウス「花時計」の活動紹介と今後の支援方針を検討する										
検討結果	①ワークシートを作成しながら3ヵ月後のなりたい自分をイメージする。毎月モニタリングにてワークシート作成を支援する。 ②コロナ禍において活動制限による体力低下がみられるため、運動プログラムの実施にあたって主治医に意見を確認する。（「30分は歩行するように」といわれていたが本人は痛みのためにどのように実行してよいかわからなかった） ③②の結果を受けて制限なければ通所型サービス（2ヵ所）の見学、利用開始に向けて準備していく。①②を実施し、3ヵ月後評価する。										
事例から 見えた地 域の課題	① 独居高齢者の閉じこもりについて ② コロナ禍において地域の活動の場が閉所・閉鎖され高齢者の活動が制限されること										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認日 令和3年5月24日 市内通所事業所（総合事業）で週1回運動プログラムを実施し、身体機能の改善が見られた。また、月1回在宅介護・地域包括支援センター職員とワークシートに取り組み、健康に対する意識づけを行った。コピック教室・地域健康クラブ・「花時計」での昼食等これまでの活動は継続できている。通所事業所での運動プログラムは今後も続けていきたいと希望している。										

開催日時	令和3年1月6日(水) 10時～10時30分										
会場	本人自宅										
テーマ	感染症に負けない フレイル予防！－88歳の「今こそチャレンジ！」－										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 □地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマ ネジャー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他 テンミリオ ンハウス	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計 (書面)
参加に○	○		○			○		○	○		(1)
人数	1		1			(1)		1	2		5 計6
事例概要	88歳女性、戸建てに一人暮らし。足底腱膜症・変形性膝関節症・脊柱管狭窄症の既往があり、外出先で転倒入院したことから、積極的な社会活動を控えている。月2回地域健康クラブ、月1回社協居場所事業への参加、月1回絵画教室等の地域活動に参加することを楽しみにしながら生活していたが、コロナウイルス感染症の影響もあり、月1回社協居場所事業での活動が中止となり、外出の機会が減少して下肢筋力の低下が顕著になっている。このコロナ禍で進行したフレイル状態の改善に地域関係者と共に取り組む。										
事例の 課題	① コロナ禍、独居生活における生活に対する本人の意向は「自分でできることが続けられるよう体力維持したい」。この意向は、どのような方法で実現できるか。 ② 病状から活動内容や運動制限について主治医等に意見を伺う。 ③ 介護保険サービスやテンミリオンハウスの活動紹介と今後の活動参加についてどのように進めていくことができるか。										
検討結果	①② 「日常生活は自立し、通院や買物に行けるように体力を維持したい」希望を計画的に遂行するために、・主治医に活動制限について確認したところ、「足の痛みにある時に無理をせず、運動の機会を作る」という意見だった。 ③ 総合事業の通所型サービス（2ヵ所）の見学を提案していく。1月中に施設見学を行い、施設を選定。選定後、期間を区切り、週1回通所型サービス、テンミリオンハウスの利用を開始する。 ④ 心身のフレイル予防のために「自分が出来ることに気が付くワークシートを記入しながら、内面的な自分の変化に気が付く。毎月のモニタリングで自分の気付きについて面談を行う。 ⑤ 3ヵ月後心身のフレイル予防の取り組みが達成されているか、評価する。										
事例から 見えた地 域の課題	① 独居高齢者の閉じこもりについて ② コロナ禍において地域の活動の場が閉所・閉鎖される中で高齢者の活動が制限されたことによるフレイル状態の改善にどのように取り組むか										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認日 令和3年5月24日 個別地域ケア会議で、本人の生活における目標を再確認したことにより週1回運動プログラムに意欲的に取り組み、身体機能改善もみられている。コピック教室・地域健康クラブ・「花時計」の通いの場への活動も継続できている。通所事業所での運動プログラムについては、今後も継続利用したい意向がある。										

開催日時	令和3年3月15日(月) 16時30分～17時10分										
会場	テンミリオンハウス花時計										
テーマ	感染症に負けない！～境南町で取り組むフレイル予防～										
機能	■個別課題解決 ■ネットワーク形成 □地域課題発見 □地域づくり・資源開発 □政策の形成										
参加者	本人	家族 ・親族	民生児 童委員	ケアマネ ジャー	介護事 業者	医療関 係者	行政	その他	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○			○	○				○	○		
人数			2	2				4	4		12
事例概要	<p>今年度開催した個別地域ケア会議3事例から、コロナ禍で活動の場が減少したことにより、高齢者の体力・気力や意欲の低下が顕著になっていることが明らかになった。また境南町では、コミセンが改修中で利用できないことに加え、テンミリオンハウス「花時計」・「いきいきサロン」・「地域健康クラブ」等活動の場が縮小や休止されている。このことにより高齢者の外出の機会が減少していることも分かった。これらを踏まえ、「花時計」関係者と民生委員、在宅介護・地域包括支援センター職員で、フレイル予防のために地域でできることを検討する。</p>										
事例の課題	<p>① 新型コロナウイルスの影響で、安心して通える場が減少した ② 高齢者の体力・気力の低下が見られるようになった ③ フレイルを予防するために活用できる地域の社会資源が少ない</p>										
検討結果	<p>① フレイル予防の意識づけのために、参加者間で現状を共有した。その結果、外に出る事が怖くて閉じこもりがちの高齢者がいること、安心して通える活動の場が減少していること、既存のプログラムには空きがないこと、男性高齢者や家族介護者の行き場がないこと、要支援レベルの高齢者の状態が悪化していることを地域課題として共有した。</p> <p>② フレイル予防を目的とした取り組みを、「花時計」、民生委員、在宅介護・地域包括支援センターで協働して実施することが決まった。4月から「花時計」の縁側を活用して、散歩の途中に立ち寄り、他者との交流が持てるようなプログラムを検討する。まずは、新型コロナウイルスの影響で「花時計」に通えなくなった方に声をかける予定。その場でプロジェクトメンバーを募り、3月22日(月)に初回の話し合いをすることが決まった。</p> <p>③ フレイル予防のためには、地域住民、地域関係機関、ケアマネジャー、在宅介護・地域包括支援センターで課題を共有し、連携していく機会が必要であると再認識した。</p>										
事例から見た地域の課題	<p>① コロナ禍におけるフレイル予防の取り組み。 ② 地域拠点の再活用</p>										
地域ケア会議後の状況	<p>状況確認日 令和3年7月予定</p>										