

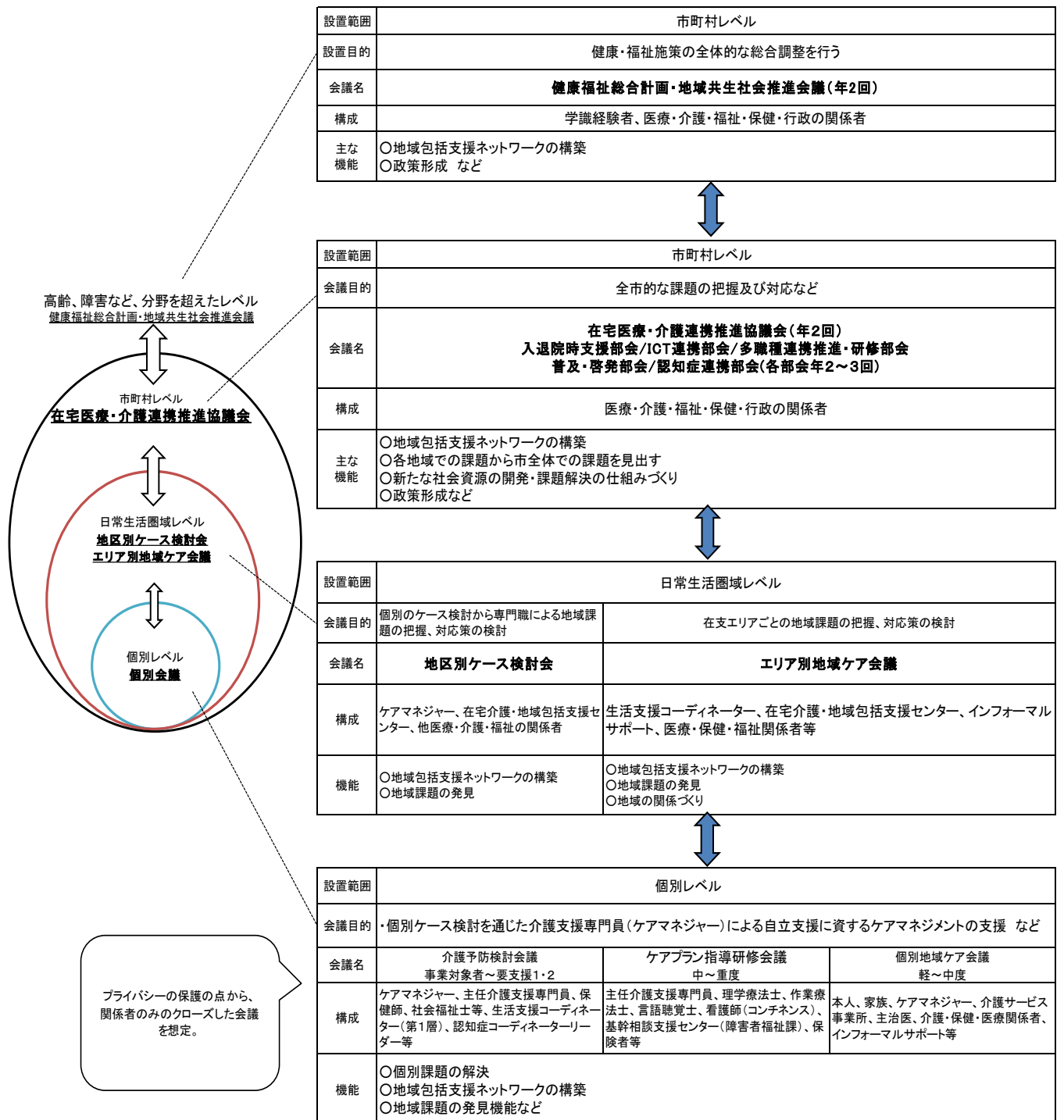
令和6年度基幹型及び在宅介護・地域包括支援センター業務報告

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」

H30.11作成 R3.7修正 R7.1修正

武蔵野市における地域ケア会議の体系



(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

個別地域ケア会議 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6年7月19日（金） 14：00～15：30										
会場	自宅										
テーマ	認知症のある高齢者が住み慣れた自宅で生活するための、チーム、ネットワークなどの支援体制づくり										
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	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○	○	○		○	○			○	○		10
人数	1	2		1	2			3	1		
事例概要	独居、自宅で日本舞踊の教室を開いていた。新型コロナが流行し、教室を閉め徐々に認知機能・短期記憶の低下が顕著になってきた。遠方に住む妹や隣の商店の店員が同じ話を繰り返すことに傾聴したり、買い物の支援をしたりしていた。介護保険認定申請をするが医療受診ができていない、内服は自己判断でやめてしまうなどあり認知症初期集中支援事業での対応となる。										
事例の課題	① レビー小体型認知症から夜間を中心に幻視・幻聴ある。不安が強く見られ隣の商店に相談に行くことが多い。 ② 短期記憶低下が顕著になり、買物、金銭管理などIADLで出来ないことが増えてきている。										
検討結果	・短期記憶低下、幻聴幻視が強くあり、独居生活は困難になっている。妹は有料老人ホームの入所について検討を進めていく。 ・ヘルパーとの金銭のやり取りはICカードを使用。キーボックスに入れて管理する。 ・「食べ物がない」と隣の商店の店員に訴えることがある。配食を利用して昼食は確保できる体制を作る。 ・近隣商店の人々は見守り・声掛けを行い、本人の困りごとがあれば在宅介護・地域包括支援センター（以下「在支・包括」）に報告。在支・包括から関係者に情報を共有する。										
事例から見た地域の課題	・近隣は店舗が密集している場所で地域住民との交流が少ない。										
地域ケア会議後の状況	状況確認 令和6年9月 専門医療機関に受診して認知症診断を行い、その後介護保険サービスと地域の方々と見守り支援体制をつくり対応した。令和6年9月有料老人ホーム入所となった。										

開催日時	令和7年1月10日(金) 13:00～14:00										
会場	都営アパート集会室										
テーマ	地域や社会活動の参加の再開に向けた体制づくり										
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	在宅介 護・地 域包括	基幹型 地域包 括	合計
参加に○	○							○	○		8
人数	1							5	2		
事例概要	新型コロナの流行前までは、趣味で大道芸を披露していた。コロナ禍と同時に、後縦靱帯骨化症の診断を受け、歩行不安定となり外出機会が減った。手術を行い、少しずつ身体機能の回復がみられ、以前のように、地域・社会活動への参加意欲があることがわかった。 中断していた地域活動を再開することが、本人の生活意欲の向上に繋がるのではないかと。本人の持つ特技を活かし、地域に繋げることができないか検討した。										
事例の課題	① 活動低下によってフレイル状態となり、屋外での転倒や短期記憶の低下がみられるようになった。 ② 活動できる環境づくりを手伝える支援者がいない。 ③ 疾病やコロナ流行により趣味を披露する機会がなくなったことで、自宅に閉じこもるようになり、他者との交流機会が減っている。										
検討結果	在宅介護・地域包括支援センターが地域活動参加のサポートを行い、地域の自主活動グループの新年会にゲストとして参加して、大道芸（手品）を披露した。そして、その後のサポートについて検討した。 ① 活動量が増えることで、心身機能の向上、日常生活動作が安定する。 ② 会場準備や荷物選びにボランティアの支援を検討。ボランティアセンターと連携を図る。 ③ 特技を活かし実践することで観客の反応を身近に感じる。そのことで本人は達成感を得て地域活動への参加につながる。										
事例から見えた地域の課題	① 達成感が本人の自信につながり、生活の糧となる。 ② 趣味や特技を持つ高齢者は多いが、加齢や疾病により活動できなくなっている場合が多々ある。サポート体制を構築することで、地域活動に参加が可能となる。 ③ 高齢者の活動場所の情報収集が必要。										
地域ケア会議後の状況	状況確認 令和7年4月 介護保険サービスの利用はなく、日課である外出を続け、ランチや図書館に通っている。大道芸仲間との交流は現在も続いている。また、披露する機会などを設定し、地域活動参加へのアプローチを継続していく。										

開催日時	令和7年2月21日（金） 11：00～12：00										
会場	ゆとりえ在宅介護・地域包括支援センター										
テーマ	「アルコール依存症で通院加療中の独居の高齢者を地域で見守る」										
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○	○		○	○	○				○		8
人数	1		2	2	1				2		
事例概要	80 歳後半の男性、独居。現住所に長年居住している。妻を大切にし、入所先の特養に頻回に面会に訪れていた。しかし妻逝去後は外出の機会が減り飲酒量が増えたことにより、生活が荒れて酩酊状態で警察に保護されるなどことがあり、アルコール依存症で入院した。退院後は、飲酒することなく介護保険サービスや配食サービスを利用し、自宅で内服加療しながら生活が継続できている。親族が断続的に電話や訪問で見守っている。本人は以前より行っていた文筆活動を再開したい思いがある。										
事例の 課題	① 治療を継続し断酒しているが、寂しさより再度、疾患（飲酒）悪化の可能性がある。 ② 話し相手は、家族以外はヘルパー等の支援者が主であり、地域や他者との交流が乏しい。										
検討結果	① 腰痛や下肢痛等の体の痛みはあるが、飲酒せずマイペースに過ごしたいと思っている。生活に張りが持てるよう、好きな歌が歌える場所としてコミュニティセンターのコーラスやいきいきサロンへの参加を促す。また、自身の経験を話す機会として、地域の集いの場の見学を支援し、社会参加のきっかけをつくる。 ② 今後も民生委員、ケアマネジャー、在宅介護・地域包括支援センターなど、身近な地域で見守りができるような体制を継続する。										
事例から 見えた地 域の課題	① 地域との交流が少ないため、男性でも気軽に参加できる居場所が増えることが必要である。 ② 身体は元気でも、自宅に閉じこもりがちとなる高齢者の見守り体制が希薄である。										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和7年5月 生活支援コーディネーターがサポートし、4月から、いきいきサロン（ささえあいビレッジ）の参加につながった。また、ゆとりえラジオ体操にも継続的に参加、社会的なつながりが広がっている。										

開催日時	令和6年9月27日（金） 10：30 ～ 11：30										
会場	御殿山コミュニティセンター けやき										
テーマ	地域のささえあい、私たちにできること ～災害に強い地域づくり、いざという時に必要なこと 『災害時用トイレの話』～										
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	ケアナビ 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○			○	○	○	○		○	○		25
人数			2	3	2	2		10	6		
事例概要	地域住民同士のつながりを推進していくために、関心の高い「災害対策」をテーマにして話し合いを勧めていくことを計画する。今回は『災害時用トイレの話』を取り上げる。 ① 災害時における対応や役割について各専門職より説明（医師、薬剤師、福祉の会、町会） ② 災害用トイレの組み立て体験、オムツ体験 ③ それぞれの役割を知った上で、災害時に備えてできることについてグループワーク										
エリアの 課題	・地域活動が少なく参加者が固定されて、つながりを作る機会が少なくなっている。 ・災害時、地域の関係機関や専門職の役割を確認する必要がある。 ・在宅介護・地域包括支援センター（以下「在支・包括」）が地域の高齢者の総合相談の窓口である情報が周知されていない。 ・他地域と比較して御殿山1丁目は相談につながった時点で早急な対応が必要なケースが多い。										
検討結果	・地域全体が関心の高い「災害」をテーマにイベントを開催し、地域活動の発展や多世代とのつながりを図っていきたい。また、単発ではなくシリーズ化することでイベントの定着を図る次回は「災害食」や「防災リュックに準備するもの」を取り上げる。 ・地域にある福祉関係事業所や専門職の役割を理解し、災害発生時の対応が迅速かつ円滑にできるように平時から備える。 ・定期的にイベントを開催することで、活動を通して在支・包括が担う役割を周知する。										
事例から 見えた地 域の課題	・地域活動の再開をきっかけに顔の見える関係、災害に強い地域づくりをテーマに定期的な働きかけを行っていく必要がある。										
地域ケア 会議後の 状況	「災害」というキーワードは、どの年代も興味のあるテーマで好評。御殿山1丁目地域の方々からシリーズ化の声があり、令和7年3月14日（金）に、高齢者支援課、健康課と共催で、「災害時に必要な栄養と口腔ケアの話」と「防災食の試食会」を開催した。令和7年度も「防災」をテーマに開催を予定している。地域での防災の備えに対する認識や知識が高まっている。										

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6年8月23日(金) 17:30~18:30										
会場	吉祥寺本町在宅介護支援センター										
テーマ	地域で生活を継続していくためにできることを考える ケース1										
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○	○	書面	○			○		○	○		10
人数	1	1	1			1		3	3		(書面1)
事例概要	89歳女性、独居。夫婦共に理系大学を卒業し、結婚後も研究所で就労していたが専業主婦となり2人の息子を育てた。長男は4年前に逝去、夫が平成18年から神経難病の診断を受けてから夫の介護中心の生活に変化していった。夫の病気の進行に伴い、医療ニーズの高いケアが要求され、ケアに関して創意工夫をしながら18年に及ぶ介護を行った。介護中は、短時間の外出もままならない生活だったが昨年末に夫が他界して独居となる。持病に、メニエール病・変形性膝関節症・胆のう炎・不安定狭心症がある。										
事例の 課題	① 夫の介護を優先した生活をしてきたので具体的なACPについては考えてこなかった ② 18年間のブランクを経て、再び地域とのつながるためのきっかけ作り ③ 本人らしい生活を継続するために活用できる社会資源を考える										
検討結果	① レスキューヘルパー・緊急通報システム・民生委員と繋がりなどの紹介 ② 介護の経験談をする機会を設け経験者という立場を活かして地域活動に参加するICTを活用した繋がり構築、オンラインを使った催しへの参加										
事例から 見えた地 域の課題	① エンディングノートの普及・促進 ② 家族介護事業における参加者が求めている企画の把握 ③ 高齢者のICTに対する苦手意識の克服										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和6年10月 十色Caféのミニ講和「介護経験者からの体験談」医療依存度の高い在宅介護のケースとして、インタビュー形式で体験を語る機会を持った。それ以後、十色Caféの参加は継続され、また、在宅介護支援センターで開催している健康麻雀にも参加するようになっている。										

開催日時	令和6年12月2日(月) 10:00～11:00										
会場	アライブ武蔵野御殿山 1階地域交流スペース										
テーマ	地域との繋がりを継続できる仕組みづくりを考える										
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	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○	○	○	○	○				○	○		9
人数	1	1	1	1				3	2		
事例概要	夫と死別後、他市で独居生活していたが、平成29年娘との同居のため市内へ転居。地域講座で知り合った方からいきいきサロンを紹介され、地域との交流が開始された。現在は積極的にサロンに通所され、地域の講座への関心もある。娘が本人の活動の送迎を含め全面的に協力している。体調面の不安定さから介護保険を申請し、通所サービスを利用しながら身体機能の維持に努めている。										
事例の 課題	① 現在の介護保険サービスと地域活動の参加継続、継続するための工夫 ② 新しい活動や交流の希望 ③ 現在の活動が継続するための健康維持や体調管理										
検討結果	① 通所系の介護サービスを利用し筋力低下予防に努めながら、地域活動も継続している。歩行に不安があるため娘の送迎などを利用することもある。娘は本人のことを優先し自身については後回しになっている。本人、娘が共に参加できる地域活動の提案があった。 今回、介護サービス支援者と地域活動支援者がそれぞれ情報共有することで、介護保険と地域活動の両輪で支援していく仕組みを構築することの大切さについて話し合った。 ② 既存の活動に通所することが困難な場合、ICTの活用や近隣での出張サロンの意見があった。 また本人の趣味を生かして本人が主体となる集いの場を企画していく。 ③ 医師やリハビリ担当の意見も聞きながら、体調に合わせたサービスの移行とともに、身体機能の低下を予防するフレイル予防講座への参加を促していく。										
事例から 見えた地 域の課題	『10年経過するいきいきサロンの今後の展望についての検討』 ・地域活動、ボランティア団体、地域住民が交流、連携できる仕組みづくり ・支援者、介護者自身も楽しめる地域活動の企画運営 ・ICTの活用、普及啓発 ・介護保険支援者と地域活動支援者との顔の見える関係づくり										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和7年3月 民生委員とともに新しい活動や交流の場のアプローチを行った。継続可能な活動にするために、令和7年度のエリア別地域会議の議題として令和7年5月に開催予定。										

開催日時	令和7年2月21日（金） 16：00～17：00										
会場	吉祥寺本町在宅介護支援センター										
テーマ	住み慣れた地域で一人暮らしを継続するために大切なことを考える ケース2										
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○	○	○	○					○	○		9
人数	1	1	1					2	4		
事例概要	90歳代の女性、独居。子供は2人。アルツハイマー型認知症の夫を子供達の支援も得ながら在宅介護していたが、2年前に夫は施設入居。 夫の介護とは平行してテンミリオンハウス等で手芸教室の講師として活動、現在も継続している。持病は骨粗鬆症・脊椎圧迫骨折(コルセット使用中)、呼吸器疾患があるがいずれも医療機関に定期受診し医療の管理の下で生活している。										
事例の課題	① 地域活動(手芸教室の講師)や人との交流を、今後も継続していきたい ② 身体の衰え(特に歩行)や転倒等の先のことに不安を感じている ③ 本人らしい生活や活動を継続していくために地域で出来ることを考える										
検討結果	① ICTを活用した参加可能な交流や繋がり、活動の紹介 ② レモンキャブによる移動手段の紹介、今後を踏まえたACPやエンディング事業の紹介 ③ 地域の互助・共助の取り組みや在宅介護・地域包括支援センターとの連携について紹介										
事例から見えた地域の課題	① ACPやエンディングノートの普及や促進 ② 独居高齢者の抱える不安(食事・緊急時の対応や発見) ③ 高齢者のスマホ等のICTへの苦手意識や活用機会の少なさ										
地域ケア会議後の状況	状況確認 令和7年5月実施 ① 吉祥寺本町在宅介護支援センター公式LINEの登録を再度説明予定 ② 令和7年度開催のエンディング講座への参加をお誘いする予定 ③ 安心コール、民間の配食事業を紹介済みだが、利用には至っていない										

開催日時	令和6年5月24日（金）16：00 ～17：00										
会場	公益社吉祥寺会館 4F 多目的ホール										
テーマ	「地域課題を共有して地域がつながるアクションを考える」										
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	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○			○	○		○	○	○	○	○	33
人数			7	3		3	3	11	5	1	
事例概要	参加者を5グループの班に分けて、KJ法によるグループワークを2つのテーマに沿って実施した 1．昨年度における各地域活動の、共通する残された課題を抽出する 2．抽出した共通課題の解決に向けて実行可能なアクションを考える										
エリアの 課題	上記グループワークにより抽出された課題 1．①コロナウィルス感染症の影響により参加者減 ②活動の担い手不足・担い手の高齢化・地域への関心不足 ③場所の確保が困難・多世代交流の場がない ④他団体との連携不足 上記グループワークにより提案されたアクション 2．①情報の共有 → ICTを使用した繋がりを構築する（LINE・X・ZOOMなど） SNSなどの活用方法の勉強会 ②企画内容の充実 →地域の担い手になり得る年代（60歳代）の関心事は何か 活動が楽しそうに見えることは大切、口コミが期待できる ③場所の確保 →地元企業を巻き込む（横河電機・松屋・すかいらーくなど） 住民目線の社会資源のMAP化（可視化）をして情報の浸透を図る 場所と担い手のマッチングを容易くできるようにする ④他団体と知り合う機会作り										
検討結果	Ⅰ．障害や認知症のある方、高齢者やその家族など多世代が共に集える参加型のイベント企画 Ⅱ．「吉祥寺本町・御殿山NETWORK」を定期的に企画、参加団体の拡大を図り、情報交換を行う Ⅲ．地域向けの情報発信を在宅介護・地域包括支援センター（以下「在支・包括」とする）が中心 になって開始する										
事例から 見えた地 域の課題	Ⅰ．地域住民の興味や関心事のリサーチ方法 Ⅱ．参加団体の拡充、民間企業の発掘 Ⅲ．オンラインに参加できるまでの地域住民のスキルの向上										
地域ケア 会議後の	状況確認 令和6年11月 ・「吉祥寺本町・御殿山NETWORK」を隔月でオンライン開催している。参加団体の方々から、各団										

状況	体での取組や実施報告を行い、情報交換が行われている。 ・地域向けの情報発信としてはエリア別地域ケア会議開催後から、在支・包括がLINEを活用して地域のイベント案内を開始した。
----	--

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6年11月29日（金） 13：00～14：00										
会場	むさしの共立診療所2階 「ゆうゆう・かいかん」										
テーマ	「住み慣れた地域で楽しく暮らすには」 ケース1										
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 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○	○		○		○	○		○	○	○	16
人数	1		1		1	1		6	5	1	
事例概要	令和6年度、宅介護・地域包括支援センターでは、西久保2丁目住人向けに「老い支度講座4回シリーズ」を開催した。 参加者の一人である本人(85歳)は、69歳の時に前立腺がんを発症したのを機に自営業を閉業。話す相手と機会がなくなりうつ病と診断、現在も通院中である。週3回午前中はターゲットゴルフに参加している。昨年、妻が間質性肺炎のため在宅酸素導入となった後から「妻に先立たれらどうしよう。1人の寂しさに耐えることができるのか」という今後の不安が募っている。様々な書籍を読み学ぶが答えが出ない。グリーフケアについて知りたい、近場にグループがあれば通いたいと思っている。最近、ぎっくり腰になり思うように動けない状態が続いたため妻の介護を続けていくことができるのかさらに不安に感じている。体を動かすこと、人と接することが好きであり人のためになる役割がほしい。 以上のことから、地域での仲間づくり、役割のある居場所づくりのため地域の応援団（支援者）の役割を確認することで、今後も安心して地域で生活を続けられる環境を整えたい。										
事例の 課題	① 同居家族が病気や介護状態、死亡した後の介護者の気持ちの整理、健康管理 ② 地域での仲間づくり、役割のある居場所づくり										
検討結果	地域ケア会議参加者で同居家族を亡くされた方が、死別された後の気持ちや生活状況について話をしてくれた。グリーフケアのアドバイザーから死別悲嘆からの回復には個人差があること、存命中に対象者と十分な話し合いを行い思い出を作ることの説明があった。介護者は自分だけで思いを抱え込むのではなく他の家族や対象者を取り巻く関係機関とチームで取り組むことの大切さを改めて知ることができ本人は少し気持ちが楽になったようだった。本人は退職後、居場所がない、話す相手がいない等の理由で社会との繋がりが希薄になりがちである。ボランティアセンターやシルバー人材センター等の社会資源を活用し仲間や居場所作りをするためには情報収集力が必要だと思った。										
事例から 見えた地 域の課題	本人の居住する地区は比較的、戸建てが多く昔から長く住み続けている人が多い。妻や夫に先立たれ1人暮らしになっても、住民が安心して地域に住み続けられるよう、関係機関でネットワークを構築する必要がある。										

地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和7年2月 個別地域ケア会議後の老い支度講座を機に西久保2丁目ネットワークの月1回の定例会に参加するようになった。妻の体調が悪化し介護負担が出てきているが、地域や支援者との関わることで気持ちが楽になり前向きに生活することができている。
--------------------	---

開催日時	令和6年11月29日（金） 14：10～15：10										
会場	むさしの共立診療所2階 「ゆうゆう・かいかん」										
テーマ	「住み慣れた地域で楽しく暮らすには」 ケース2										
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○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	17
人数	1	1	1	1	1	1		5	5	1	
事例概要	令和6年度、在宅介護・地域包括支援センターでは、西久保2丁目住人向けに「若い支度講座4回シリーズ」を開催した。 参加者の一人である本人(81歳)は、平成29年に脳梗塞を発症。平成30年に夫を亡くし、一人暮らしとなった。令和6年4月に妹(78歳)を頼って、市内にあるシニア向け賃貸住宅に転入。 物忘れなどにより、書類の整理や手続き、予定の管理、外出時に帰る方向が分からないなどのことがあり、その都度、市内に住む妹が対応してきた。 書類の手続きに関しては地域福祉権利擁護事業、日常生活の家事支援は介護保険サービスを利用することで、安定した生活を取り戻しつつある。 一方で、主介護者である妹自身も、体力・認知面ともに衰えを自覚するなかで、自身の家庭を切り盛りしながら、姉のフォローをすることが難しくなってきた。 以上のことから、地域の応援団（支援者）の役割を確認することで、今後も安心して地域で生活が続けられる環境を整えたい。										
事例の 課題	① 本人をフォローする妹の身体的・精神的な負担感 ②（妹自身の理解力の低下もあり）各支援者の役割が分からない										
検討結果	妹からは引っ越し作業に伴う前後の諸手続きも含め「とても大変だった」。頼りになる他の兄弟が昨年他界したこともあり、自分が頑張らなくては必要以上に気を張り詰めていた様子が伺われた。転居後は様々な支援者から本人について「生きる力がある」と言葉をもらったことで「お互い一人の時間も大事」だと気づけたとの話があった。 地域の方からは、西久保福祉の会「ふれあいルーム」、テンミリオンハウス「川路さんち」の編み物の会、市役所「いきいきガーデンサポーター」などの情報提供があった。本人は手先が器用で、編み物や洋裁、小物づくりが得意だったが、脳梗塞の後遺症で右手が動かしにくくなったことで「細かい作業はできなくなった」と話す。一方、ボランティアセンターのお仕事サロンで手芸作品の寄付やバザーをやっているという話に関心を示した。また引っ越し前の家では「バラに狂っていた」と話し、今もベランダに3鉢大きなバラを植え始めたと話す。園芸店で両手にかかえきれないほどの鉢を、持ち帰ることを考えずに購入し持ち帰る時のエピソードなど楽しそうに話していた。その様子から妹も本人の「生きる力」をうれしそうに再確認していた。バラに関しては、居住している住宅内でほかの入居者にもお披露目できる場所に置かせてもらうことを提										

	案。参加した相談員から会社に伝えてもらうことになる。2週間に1度住宅内の茶話会にも今までは忙しくて参加できてなかったとのことで、今後は「絶対に参加します」と話し、入居者同士の交流が広がることが期待された。 介護保険を使つての家事援助や訪問看護の訪問については「毎回楽しみにしている」と話し本人や妹から出る言葉は前向きな言葉や感謝の言葉が多く、参加者も前向きな気持ちになった会であった。
事例から 見えた地 域の課題	本人の居住する地区は、戸建てが多く古くからの住人が多い。一方で、60歳以上を入居対象とするシニア向け賃貸住宅には他県から自宅を売却し入居される方も多い。住宅内では地縁のない入居者のために、2週間に1回茶話会を実施したり、月1回相談員が定期巡回したり、ホームセキュリティ会社による常時の安否確認サービスを行っている。施設に入所するほどではないが、見守りと安心を求めて入所される方の中には、短期間で次の施設に移られる方も一定数いて入居者の入れ替わりも多い。
地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和7年2月 本人は、地域や支援者との関りが増えたことで「前は頭の中が空っぽだったが今は少し考えられるようになってきた」「（妹や支援者が）指示するのではなく、説明してくれるからよくわかる」と話し、妹からも「周囲の支援を得て、精神的に楽になった」と地域ケア会議開催の効果が伝えられた。

開催日時	令和7年3月11日（金） 14：30～15：30										
会場	西久保コミュニティセンター 第2会議室										
テーマ	「住み慣れた地域で楽しく暮らすには」 ケース3										
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○	○		○	○	○		○	○	○	○	15
人数	1		1	2	1		1	3	5	1	
事例概要	令和6年度、在宅介護・地域包括支援センター（以下「在支・包括」）では、西久保2丁目住人向けに「老い支度講座4回シリーズ」を開催した。 参加者である本人(91歳)は、10年以上前に夫を亡くしてから一人暮らし。生活面はほぼ自立。高血圧のみで定期受診していたが歩行状態の悪化、高齢独居に対する不安から令和4年に本人より在支・包括へ相談があり介入開始。当初より自身で警備会社、シルバー人材センターの掃除支援を契約、趣味の講座に通うなど自立度の高い方であった。しばらくは情報提供のみで経過していたが、令和5年、自宅内での転倒を機に介護保険申請で認定を受けて住宅改修、通所型サービスの利用となる。掃除、調理など家事はなんとかできていたが時間がかかり、好きな読書などに時間が割けないことに対し「このまま終わるのは嫌だ。このままでよいのか」との気持ちがあった。近隣の主治医との関係性がよく夜間でも相談できていた安心感が大きかったが、その主治医が閉院したことで不安感が増した。娘との関係は良かったが遠方であること、娘には介護ではなく自分の人生を大切にしたいとの思いから、自身で入所を決意。終の住処は自分で決めたいと現有料老人ホームはじめ資料を集め、見学を行い、令和6年12月、24時間看護師常駐のホームに入所された。夜間看護師がおりとても安心、思っていたより自由に外出ができ、家事と夜間の不安から解放され自分の時間を謳歌。自身で選んだ現在の生活を「とても満足」しているとの感想⇒高齢者の入所は本人の意向より家族意向が強い場合が多く、どちらかというと陰のイメージ。今回ケースについては、いくつになっても自身で選ぶ、自分の人生を生きることの大切さを示している。入所までの心の揺れ、入所後の実感を共有することで、高齢者の終の住処への不安に寄り添い、入所したから終わりではなく、今後、住み慣れた地域とのつながりをどう維持してゆけるか、また新たな場所で地域参加してゆける支援を検討する。										
事例の 課題	① 生活上に大きな問題はないが、高齢独居の強い不安感 ② 入所後の前地域、新しい地域との繋がり方										
検討結果	①本人とインタビュー形式で入所前の生活、気持ち、入所後の生活、印象を聞き参加者で共有。本人は友人もおり、勉強家で地域の講座やネットワークの会に参加し仲間や地域での繋がりを持っていた。介護保険を申請し介護事業者と相談しあう関係にもあった。相談相手や出場所、居場所を持っていたが、夜間1人でいることの不安感は強くなっていった。参加した「老い支度講座」での施設の回、またセンター介入時に100年時代：100年生きることを考え資産を計算してみるこ										

	とを案内されたことが参考になり、経済面でも施設入所を現実として考えることに繋がった。 「高齢者それぞれ、事情が違う。自分は入所して満足だが、不安や家事から解放され、自分が好きなことをする為に入所するなんて我儘と思われるのでは」との本人の言葉に、参加者からは「90歳まで1人で生活されてきたこと自体がすごい。我儘ではない。自分で調べるなどしての望む生活を実現したことがすごい。」「今も勉強も続けておられることにも頭が下がる。」「このように歳を重ねたい。」との声が多く聞かれ、歳を重ねても「先を見通して自身で選ぶ。自分の人生を生きることの大切さ」に参加者の共感が広がった。入所先のケアマネジャー:本人の入所前の生活や人となりがよくわかった。今後の支援に役立てたい ② 新旧、それぞれの担当と顔合わせ、今後繋がっていけそうな外出場所の情報提供を行う 前居住地：西久保ネットワークの世話人、参加者ともこの回を通じて再会。お互いの近況を確認し交流を温めることができた。3月30日の桜まつり、西久保コミセンで行うイベント、西久保ひだまりの会などへの参加を案内。新居住地からは地域の出かける場所として：地域カフェ、移動販売、商店街、地域活動の場を数カ所案内して外出場所は多くあることを確認。 本人「前居住地には特に挨拶もせずに移ってしまったことが心苦しかったので、逢えて嬉しかった。入所しても閉じこもらず、日に1回は外出しようと決めている。 新しい住所地でも色々とお出かける場所を教えて貰ったので行ってみたい。」と前向き。 参加者の皆さんへ伝えたいこととして：本人「入所する、しない関係なく大切なこと。自分はどうしたいのかを大切にする」
事例から 見えた地 域の課題	・91歳と高齢でも自分の望むことを実現する為に、自身で情報を取りに行き選択・実行する本人は、これからの高齢者のお手本との意見も多かった。「終活という言葉はこれで終わりみたいで嫌い。まだ生きていくのだから。」と本人。高齢＝何もできない＝世話してもらいしか仕方ない＝入所ではなく、「いくつになっても前向きに生きる」施設入所もその選択の一つであることも、今後の講座等で伝えていく必要がある ・入所したら今までの関係が切れてしまいがちになることは否めない。健康で入所したのにそのまま閉じこもりにならぬよう①本人のように入所前から地域との繋がりを作っておく②新住所地での生活を見越して、新たな関係機関と繋げることができるよう意識してネットワークを活用すること必要
地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和7年5月 本人：入所後、約半年経過。月に4回、外の講座に参加している。施設での生活に大きな問題はないが入所者同士の人間関係が気になっている。施設の中だけの世界はだけでなく、外部との交流が大事とあらためて感じている。教えて貰った地域の出かける場所に行ってみたい。

開催日時	令和6年9月18日（水） 10：00～11：30										
会場	西久保コミュニティセンター										
テーマ	確認しよう！！あなたの街の応援団 🇯🇵										
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	ケアナビ 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○	○		○	○				○	○		26
人数	12		3	1				6	4		
事例概要	令和6年度、在宅介護・地域包括支援センター（以下「在支・包括」とする）では、西久保2丁目住人（見守り安心ネットワーク参加者多数）向けに「老い支度講座3回シリーズ」を開催した。その中で挙げられた共通課題について、具体的な対応策を地域ケア会議で話し合う。 令和6年度 老い支度講座の内容は以下の通り。 -西久保2丁目限定 老い支度講座「華麗なる君へ」開催主旨- 親族に頼らない又は頼れない時代。元気なうちは一人でもなんとかできるが、健康や経済状態でさまざまな悩みが出てくる。在宅介護・地域包括支援センターは65歳以上の相談窓口で高齢者の方々が生活に支障をきたす前に、関わるきっかけを作りたい。また、同じ西久保2丁目の住民同士が積極的にお互いの事を知り合い、お互いに気にかけて関係を作ることを推進する。 〈第1回〉令和6年6月12日(水)グループワーク：元気で華麗に過ごしているあなたでも『○○○になったらどうしよう』『○○○』を考えてみましょう。 〈第2回〉令和6年7月3日(水) 講義1「急病になったらどうしよう」 講義2「認知症になったらどうしよう」 〈第3回〉令和6年8月7日(水)講義3「自宅に住み続けられなくなったらどうしよう」講義4「災害が起きたらどうしよう」										
エリアの課題	<老い支度講座受講者共通課題> ○老後の生活に漠然とした不安を持っている。（老々世帯、独居、親族機能に期待しない） 上記、各回テーマに挙げられた課題解決に向けて具体的な支援策を掲げる。 ① 参加者同士が顔見知りになり、万が一の時に声を掛け合える関係づくりをする。 ② 西久保2丁目の地図を見ながら、クイズ形式で特に災害時や緊急時に役立つような地域の社会資源をグループワークで確認し、情報共有する。										
検討結果	クイズ形式のグループワークを行うことでグループの空気が和んだ。また、身近に迫っている災害の話で誰もが我が事となり、積極的に活発な意見が聞かれた。 <地図クイズに関する感想> ・買い物に困らない立地。（昔は三谷通りも城山通りにももっと商店があった） ・公園に公衆トイレがない。 ・消火器が多いことはわかったが、使い方が分からない。										

	・実際に見て歩きたい。 ＜その他・地域の情報＞ ・防災会、老人会、五小おやじの会、福祉の会、様々な団体がそれぞれに防災の話をしているが全体で防災訓練を行う機会がない。 ・避難所となっている五小の建て替えが令和7年度からあるため、最寄りの避難所が五中になってしまう。 ・三鷹通りの野菜売りの裏に井戸があるような話を聞いたことがある。 ＜アンケートから参加者の声を原文のまま抜粋＞ ・地図クイズ「目指せ！西久保2丁目マスター！」公衆電話や災害救助バンダーの情報は緊急時や災害が起きた時は重要と思いました。 ・西久保2丁目のことにまだ分からない知らない身にとって、今回の地図やクイズを通して防災の品々がどこにあるのか等、とても興味深く学ぶ事が出来ました。地域のお世話をして下さる方々や高齢者総合センターの方々の協力体制など心強い思いをして帰ってきました。参加させていただきありがとうございました。 ・自宅の近くに高齢者のための物的資源や人的資源が存在することを知りうれしく心強く思います。西久保2丁目の住人でよかったと心から思います。AEDや消火器も自宅近くにあるので、いざという時に使えるようでありたいと思います。講座のスタッフのみなさまに深く感謝します！ ・55年西久保に御世話になってまだまだ知らない事ばかり。地図クイズでは平日気にもしていませんでした。毎日何も考えず見る事もなく町を歩いていました。有難う御座いました。
事例から 見えた地 域の課題	老い支度講座の共通課題（住民が不安に思っていること）は昨年度、緑町UR住宅を対象とした講座で挙げられた不安ごとと同様であり、高齢者の共通課題であることが改めて分かった。 エリア会議では、地域の繋がりの重要性を我がこととして捉えやすい「防災」をテーマに行った。西久保2丁目は駅も近く商店街も身近にあり、誰もが過ごしやすい恵まれた立地である。しかし防災については様々な団体が話し合いを行っているものの、合同の話し合いや訓練が行われていないという現状を確認できた。今後は、イベントなどを通してさらに住宅同士の関係性を深め合い、防災のみならず、防犯にもつながる地域の見守り合いを推進していきたい。
地域ケア 会議後の 状況	今回の老い支度講座の参加者の多くが加入している「西久保2丁目安心見守りネットワーク」では、毎月1回（最終月曜日）開催し、駐在所の警察官や、市議、市民社協、在支・包括職員の参加があり、最新の地域情報の交換が行われている。今回の老い支度講座を機会に見守りネットワークに新規加入される方もいた。一人でも多くの住民がネットワークに参加することで、見守り合える目を増やしていきたい。 参加者の個別の課題については、引き続き個別ケア会議で検討する。

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6年11月22日（金） 15：00～16：00										
会場	吉祥寺ホーム集会室										
テーマ	地域での活動の場を広げて、これからも元気に生活ができるように応援する 男性、80歳代後半の方の場合										
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 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○	○	○	○	○	○			○	○	○	9
人数	1	1	1	1	1			1	2	1	
事例概要	公営アパートに妻と二人暮らし。市内に長女家族が住んでいる。キーパーソンは長女。 1年前に足腰の弱りに気が付いた長女から通所介護サービス利用の希望があり介護保険申請をして「要支援1」の認定を受ける。令和6年2月よりデイサービスの利用開始。 現役時代は外商、退職後はシルバー人材センターで仕事をして社交的に生活を送っていたが、引退してからは外部の人とのつながりがなく、駅まで出かけてウインドウショッピングを日課としていた。それが今年に入り、信頼できる人たちの後押しやつながりがあり、テンミリオンハウスにつながっている。そして自身でその活動を楽しもうという意識がある。その結果この1年で活動範囲が広がり楽しみが増えて明るくなった。										
事例の 課題	① 下肢筋力低下があり歩行がやや不安定。転倒不安がある。食事のときにむせることもある。周囲がどのような関わりが必要かを検討する。 ② シルバー人材センターの活動終了後に、新たな地域活動に参加したいと思ったが、どこでどのような活動があるか情報がなく、また新しい活動参加したくても実行することにハードルが高く、1人でウインドウショッピングを日課にしていた時期があった。										
検討結果	① 総合事業で通所型サービスを継続してフレイル予防を図る。通所型サービスを開始してから半年間休まず通い、筋力の維持・向上ができて姿勢もよくなった。食事中、むせることも少なくなっている。 ② テンミリオンハウス以外にもいきいきサロンや北町キャラバンといった活動を紹介。本人は新たな活動にも意欲的。										
事例から 見た地 域の課題	・総合事業だけではなく、地域活動を併用することで相乗的にフレイル予防を図る。 ・地域活動に興味はあってもなかなか参加できない人たちが、活動に参加し継続して楽しめるための仕組みづくり。具体的には地域活動の情報（活動場所や内容）を、届いていなかった人たちに届ける方法や初めての人たちも参加しやすくするきっかけづくりに取り組む必要がある。										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和7年4月 ・本人から「自分だけでなく他の人にも近くで通える場所があることを伝えたいとの話があり、周りのことを意識するような発言がみられた。										

	・通所型サービスは欠席なく通所継続。テンミリオンハウスには週 1 ～ 2 回参加して活動や他通所者やスタッフとコミュニケーションを楽しんでいる。
--	--

開催日時	令和6年12月26日(木) 16:30～17:30										
会場	自宅										
テーマ	仕事中心の生活を送ってきた男性高齢者の、地域での生活（1人暮らし）を支援する。										
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					2	1	
事例概要	集合住宅で独居。緊急連絡先は甥（市外在住）。現役時代は仕事中心の生活で家事や近所付き合いは妻任せであったが、2年前妻が亡くなり1人暮らしとなる。 糖尿病の疾患があり遠方の病院に通院しているが、脊柱管狭窄症で長距離の歩行は困難なため、最近では通院を負担に感じている。 総合事業対象者で週1回の訪問型サービス（居室の掃除、家事の相談・助言）を利用中。最近、体力維持のため週1回の通所型サービスを開始した。独居になった当初は安否確認のため安心コールを利用したが、数か月で利用を終了している。 将来的な住まい（有料老人ホーム）探しのため、令和6年10月に有料老人ホーム入所施設紹介センターの担当者と面談し、その後施設見学したが施設入所はまだ先と考えている。自分で情報収集し自己決定する力がある。										
事例の 課題	① 家事や近所付き合いは妻任せで、地域とのつながりがほとんどなかった。 ② 子供がなく、近親者は甥のみ。体調急変時のSOS発信や自己決定ができなくなった時の事を心配している。										
検討結果	① 地域とのつながりをつくるために、顔の見える関係作りを行う。ケアマネジャーと連携し地域に相談できる人を増やす。また、本人が興味を示しそうな地域活動の情報提供を行う。 ② 緊急時の支援体制情報を本人に伝え、適切なサービスの選択を支援する。										
事例から 見えた地 域の課題	地域につながりのない男性高齢者に対し、どのように本人のニーズに合った活動や相談窓口等の情報を発信し、地域活動に結び付けるか。										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和7年1月、2月 ・1か月後武蔵野市福祉公社との面談に同席。 本人が不安に思っている急変時の安否確認の手段として民間サービスの情報提供を行う。 ・2か月後ケアマネジャーが地域活動への参加支援として、いきいきサロンの見学に同行して地域活動に参加できるよう支援をした。										

開催日時	令和7年3月24日(月) 10:00～11:00										
会場	吉祥寺ナーシングホーム 集会室										
テーマ	独居女性高齢者の地域生活を応援										
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	ケアマネ 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○	○		○					○	○		7
人数	1		1					2	3		
事例概要	夫と障がいのある息子の3人家族だったが夫は令和6年5月に逝去。長男は障害があり、現在グループホームに入所し本人は公設の集合住宅に独居となる。週末には息子が施設から戻り、土日は自宅で一緒に過ごすという生活を送っている。 本人は心不全、脊柱管狭窄症の既往があり、歩きづらさはあるがADL・IADLは概ね自立している。しかし歩く際に動悸がし、服薬調整で経過観察中。介護保険は未申請。 以前には子供を介しての親同士の交流があったが今はなく、近所付き合いもない。夫が亡くなり独りになったことで「自分に何か起きたらどうしよう」と漠然とした不安を抱えるようになり、地域との繋がりに関心をもつようになった。高齢者安心コールを利用することや在宅介護・地域包括支援センター主催の介護予防プログラムに参加するなどしている。本人は「引きこもっての生活はよくない」と考えるようになってきた。										
事例の 課題	① これからも長く息子の近くで暮らし、一緒に過ごす時間を大切にしたいと思っているが、自身の体調の変化もあるなかで今後の生活に対して不安を感じている。 ② 地域とのつながりを意識するようになったが、どのような社会資源があるのか分からない										
検討結果	① 高齢者安心コールの利用が安否確認の一旦を担っている旨を確認。さらに、今後の体調変化が考えられるためインフォーマルの支援だけでなく、必要時には介護保険サービスの利用を検討することを確認した。 ② これまでは息子中心の生活だったが、「これから自分の時間をつくり楽しいことをしていきたい」との思いがある。地域の集いの場について参加者から情報提供を行った。本人から主治医に体調面での留意点の確認をしながら、地域活動への参加をしていくということの確認をした。また民生児童委員の役割についても確認した。										
事例から 見た地 域の課題	・本人をフォーマルとインフォーマル両側面での支援で支える体制づくり。 ・地域の社会資源の情報や相談場所がどこにあるのか分からない高齢者が存在する。どのようなきかけをつくり、地域活動などの支援につなげていくか										
地域ケア	状況確認 令和7年5月										
会議後の 状況	① 高齢者安心コールの利用を継続している。そこで一言二言会話をするだけでも安心するとのことで今後も継続利用予定。買い物が大変だが、その程度の運動はした方が良いと主治医から言われており自分でやっている。										

	② 地域のテンミリオンハウスの見学を設定したが体調が悪くキャンセルとなっている。本人の参加意欲は持続しているため改めて設定する。民生委員が月に1回程度の訪問または電話での様子うかがいをしてくれており、顔の見える関係がつくれたことが地域で生活を継続するための安心材料の一つになっていると本人から聞き取った。
--	---

開催日時	令和6年7月24日(水) 10:00～11:30										
会場	武蔵野市立中央図書館 会議室										
テーマ	「令和6年度 地域で行うフレイル予防を考えよう」										
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	ケアナビ 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○			○	○			○	○	○	○	16
人数			1	2			1	5	5	2	
事例概要	令和元年から在宅介護・地域包括支援センター（以下「在支・包括」とする）では、フレイル予防事業として行っていた「北町キャラバン」を令和6年度も予定している。昨年度実施した地域ケア会議でその内容について地域住民が参加したいと思うようなテーマや、内容について専門職を交えて話し合いを行った。今年度も9月から開始予定であるが、具体的な内容について地域住民や関係者が一緒になって話し合う。										
エリアの課題	① 地域の高齢者が元気に暮らし続けるために何が必要と感じているか、昨年度の地域ケア会議で当事者の意見を伺ったが再度確認を行い、そのことが叶えられるプログラムを考える。 ② ①のために、どのようなことが考えられるか参加者全員で、令和6年度以降のフレイル予防に対しての企画、運営を具体化する。										
検討結果	① 参加した方々から「運動」「他者とのつながり」が重要であるという発言があった。 では「北町キャラバン」や地域で行われている様々な催事情報を、情報が伝わらない人にどのようにしたら届けられるか。情報が届いていても参加しない人が興味を持って参加するにはどのようなプログラムを考えたらいいか話題になって活発な意見交換が行われた。具体的なプログラムとしては、「ボッチャ」「メイク」「フットケア」「睡眠のはなし」等があげられた。 ② ①の課題についての意見交換で会議の時間が終了となり、②の課題まで進行できなかった。 その後、「北町キャラバン」を開催するにあたり9月に参加者を募って行った。										
事例から見た地域の課題	① 吉祥寺北町は、総合体育館・コミュニティセンター・テンミリオンハウス・いきいきサロン等出かけていく場所は複数あるが、これらの情報が届いていないのか利用に至っていない人も大勢いる。 ② これまで地域の催事に参加していない人の参加意欲を上げるプログラムはないのか、「北町キャラバン」を通して考えていく。										

地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和6年12月 「北町キャラバン」を3回実施。プログラムは、軽体操・栄養講座・フットケアのはなし・ボッチャ。開催日、会場、参加者数は以下の通り。 第1回 10月2・9・16日 吉祥寺ナーシングホーム 3回延べ参加者21人 第2回 11月6・13・20日 わくらす武蔵野 // 第3回 12月11・18・25日 武蔵野中央図書館 //
--------------------	--

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6年6月19日(水) 14:00～15:00										
会場	自宅										
テーマ	認知症状がある独居高齢者の支援。地域の見守り強化と認知症ケアを考察する。										
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 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	1				1		
事例概要	・83歳、女性。賃貸アパート1階に独居。認知症状があり、要介護2。介護保険サービスで通所リハビリテーションに週3回通所している。親族は他市に長女が在住。 ・精神的な波があり、穏やかな時は自立的に過ごしているが、不穏時は近隣を歩き回り帰り道がわからなくなる。不安が強く近隣住人に助けを求める等の混乱がみられる。										
事例の 課題	① 認知症状の治療、服薬を含めた精神面の安定を図る。 ② 親族ならびに関係者間で、緊急時の連絡体制が共有できていない。										
検討結果	① 本人の生活状況、認知症状等の情報を集約して、不穏行動に対してはかかりつけ医が認知症専門科へ紹介し、内服薬を微調整した。家族の見守りで服薬できており、今後も家族が通院に必ず付き添い、周辺症状を含めた生活状況を主治医と共有しつつ、必要に応じて認知症専門科と連携した薬物療法を継続している。 ② 会議の場で緊急連絡体制、連絡の優先順位を確認。また、地区担当の民生委員との顔合わせ、本人が頻回に訪れる交番に本人の状況を理解してもらう等、地域の見守り強化を図った。										
事例から 見えた地 域の課題	認知症などで支援が必要な方、困っている方に対して、どのように支援、見守れば良いか戸惑う地域住民もいる。日常に限らず、災害時を含めた地域での支え合いが醸成されていない。地域の行事やネットワークを通じ、相談機関である在宅介護・地域包括支援センターを広く周知していく必要がある。										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和6年10月 会議での話し合いの中で、本人が秋から冬にかけて不穏になる傾向ということがわかったため、11月を目途に本人が普段利用している通所リハビリテーション併設の老人保健施設のショートステイを定期利用し、本人にとって安心できる環境を整えていくことで合意。10月に本人の状況確認とショートステイ利用の段取りを行う。										

開催日時	令和6年9月25日(水) 13:30～14:30										
会場	市高齢者住宅 集会室										
テーマ	独居高齢者の災害時の支援体制について										
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 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○	○		○	○			○	○	○		8
人数	1		1	1			1	1	3		
事例概要	対象者は独居で、近隣に頼れる親族はいない。他県に離婚した妻・子どもはいるが、日頃の関りはない。令和5年12月に自宅内で転倒し、右大腿骨を骨折し手術を受けている。その後、キーパーソンとなる人がいないためリハビリ病院への転院が出来ず、ADLが低下した状態で在宅に戻ってきている。介護保険サービスでリハビリ等を行い、現在は歩行器を使用し近隣まで外出する程度までは回復している。										
事例の課題	① 頼れる親族がいなかったため、発災時などの支援体制が構築されていない。 (要介護3に満たないため災害時要援護者登録できない)。 ② 発災時に限らず、日常的にフォーマル・インフォーマルの支援を受けているが、支援者同士が顔を合わせる機会がないため、お互いの役割等が見えづらい。										
検討結果	① 避難行動要支援者登録を行う ② 今回開催した個別地域ケア会議を活用し、支援者同士が顔合わせを行い、お互いの役割や普段の関りについて情報共有した。そのうえで、今後必要時に支援者同士で連絡が取り合える関係づくりを行うことができた。										
事例から 見えた地 域の課題	・支援が必要な高齢者が多く、支援者となることが可能な地域住民が少ない。										
地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和6年12月 その後の本人の生活状況を確認(本人からの連絡、民生委員からの情報提供などで実施)。										

開催日時	令和7年1月17日（金） 13：30～14：30										
会場	自宅										
テーマ	集合住宅における高齢者の災害時の支援体制について										
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 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○	○		○	○	○	○		○	○		9
人数	2		1	1	2	1		1	1		
事例概要	姉妹で集合住宅2階に居住。姉は療養中、妹は股関節症より屋外移動は車椅子介助を要する状態。頼れる身内はなく親族も遠方だが、UR開設当初に入居し、同棟の高齢者数人とは挨拶程度の関係性を維持している。生活支援にむけ、姉妹それぞれに訪問診療等の医療サービス、ヘルパー等の介護保険サービスが複数導入され、土日以外は支援者の訪問がある。										
事例の 課題	①UR自治会に加入しているが、自治会開催のイベントには出向けず、また民生委員・UR生活支援アドバイザー（以下「AD」）との接点がない等、インフォーマル資源との関わりが少ない。またシニア層以外の若い世代との交流が少なく、災害時の移動課題に（エレベーター停止等）不安がある。災害時要援護者への登録も行っていない。（姉・要介護2、妹・要介護1）サービス提供関係者は、災害時（防災訓練）におけるUR自治会の対応・実情を知る機会が普段なく地域のつながりが見えづらい。										
検討結果	○発災時、サービス事業者の早期訪問ができない可能性を共有。自助としての『防災備蓄について意見交換』し、本人達が行えそうな事として、下記を共有する。 ・ローリングストックが行えるよう、ヘルパーと共に「冷蔵庫内の整理」「備蓄が出来る加工品の購入」行い、日常的な食確保から備蓄できるようにしてみる。 ・自宅使用できる携帯トイレ、水のストックを今後検討→そのために備蓄品を置くスペースを確保する。 ・自宅内での安全な避難場所として、寝室・リビングの家具転倒防止を検討。市の家具転倒防止金具等補助、支給・取付制度を検討。 ・外来処方の薬は予備処方が依頼しづらい→訪問看護師から主治医へ災害用に予備薬を相談 ○本会議により、地域支援者（民生委員・AD）と本人、サービス事業者との顔つなぎが実現する。 ・ADより「URにおける日常的役割」、民生委員（UR自治会員兼務）より「UR自主防災組織の現状」「桜野地域社協における災害時要援護者対策事業」の共有あり。 ・有事の際は互助（地域のつながり）が必要であることを確認。UR自治会の安否カード（ドアに掲示）の活用、災害時要援護者対策事業への登録（CMサポート）を行っていくことになる。 ・令和7年2月16日（日）UR自主防災による避難訓練実施予定の情報あり（コロナ以降、久しぶりの実施）。安否確認してもらう訓練など、本人達が在宅で参加できる方法はないか、民生委員（自治会員）を通して、自治会へ相談してもらうことになる。 ※参加者：民生委員、UR生活支援アドバイザー、ケアマネジャー、訪問介護サービス責任者、薬剤師、訪問看護（コメント参加）										
事例から 見た地	有事の際、避難所や地域支援者がどのような動きを取るのか、サービス事業者側は具体的なイメージが持ちにくい。またサービス事業所側の安否確認と、地域内での安否確認の情報すり合わせ										

域の課題	せをどのように行うか、イメージがつきづらい。 ○介護保険サービス利用により、地域との関わり、繋がりが切れることも多いが、「互助」にむけ、本来はサービス利用後も「挨拶程度」の顔の見える関係が継続できることが理想。 ○災害時要援護者対策事業における支援者の高齢化が、本地区でも課題となっている。 ○URにおけるシニア同士の繋がりは見られるが、若い世代の繋がりが薄い→UR自治会や桜野地区社協で世代間交流のイベント等で、繋がりづくりを行っている。有事にむけた世代を超えた顔の見える関係づくりの継続性が必要。
地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和7年3月 ○自助による防災取組みの進捗確認 ①ケアマネジャーのサポートにて災害時要援護者対策事業の登録を実施。 登録時、地区担当民生委員（個別地域ケア会議の参加者）の自宅訪問があるが、その際にケアマネジャーも同行。ケア会議後は、民生委員からケアマネジャーの連携が図られている。 ②備蓄品保管スペース確保までは至っていないが、妹の電動ベッド導入が必要となり、居室の片付けが進められた。 ○UR避難訓練の実施状況の確認 令和7年2月16日（日）に実施。事前の「自治会ニュースにて防災特集」として、避難訓練の概要が発信される。発災時刻9時30分に、火の始末を行い、安否確認マグネットを玄関に表示する等、訓練の手順が示され、集会室へ出向けない住民でも参加できる情報提供があった。訓練日は、妹が体調崩したこともあり、姉妹の参加は出来なかったが、地区民生委員から事前の声掛けを頂くなどの連携が見られた。

開催日時	令和7年3月10日（月） 13：30～15：00										
会場	サンヴァリエ中央集会室										
テーマ	サンヴァリエ桜堤団地の地域防災を考える										
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	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○	○		○	○	○		○	○	○	○	15
人数	1		2	1	2		1	3	4	1	
事例概要	サンヴァリエ桜堤団地の入居者の特徴として、古くから長く居住されている方々や、保証人不要で入居しやすい条件のため他自治体から転入される高齢者もいて、高齢独居世帯、あるいは高齢夫婦世帯も多い。大規模災害時はエレベータの作動やライフラインの供給停止、要介護高齢者は支援がないと避難所に避難できない等、高齢者にとっては生活に大きく支障をきたすようなさまざまな事態が想定される。										
エリアの 課題	① 災害時の具体的な対策、備えが未確認。 ② 高齢独居、または高齢夫婦世帯が多く、大規模災害時の安全確保やその後の生活を継続するために支援が必要。										
検討結果	① 地域では桜野防災ネットワーク、市や自治会での防災訓練などがあり、防災への備えや自宅避難を想定した備蓄といった防災意識を持っている方もいる。防災訓練への参加が助け合いのつながりを持つきっかけになっている一方で、入居者同士の横のつながり（近所付き合い等）が少なく、自治会への加入率も約3割と低く、防災への意識に差がある。 ② 桜堤1丁目の高齢化率は27.2%（武蔵野市22.7%）と高く、互助の面では普段からコミュニティとつながっておくことで安否確認しやすい。公団では「無事」と「助けが必要」のマグネットカードを玄関ドア外に貼る取り組みをしている。集会室で行うカラオケ等の趣味サークル、公団内の花壇の手入れ、老人会、若年層も参加する桜サロンなど、公団内でもつながりや交流を深めている。										
事例から 見えた地 域の課題	① 平時から互助（顔の見える、助け合える関係性）の構築や防災への意識づけが必要。 ② 支援者が地域の取り組みを把握できる機会が少ない。										
地域ケア 会議後の 状況	① 既存の活動（いきいきサロン、茶話会、自治会、公団の生活支援アドバイザーが作成する通信など）の中で、それぞれが防災について触れ、防災意識を高めるきっかけを作る。 ② 桜野地域社協に、今回の地域ケア会議に参加した通所介護事業者が加入。地域のネットワークとして相互協力、情報交換する機会としてつながった。										

⑥武蔵野赤十字在宅介護・地域包括支援センター

個別地域ケア会議 第1回

(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6年8月16日(金) 14:00～14:30										
会場	武蔵境病院										
テーマ	自宅で安心して生活するために ～地域の見守り、社会参加を通してフレイル予防に取り組む～										
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○	○	○	○	○		○			○	○	7
人数	1	1	(1)	1		1			1	1	(ヒヤリング1)
事例概要	めまいによる体調不安が強く外出が制限されており社会的フレイルが進行している。本人が自宅で安心して過ごせるように本人、関係者で生活機能向上に関する支援計画を考える。 80歳代独居の男性。めまいによるふらつきから転倒、入退院を繰り返している。そのたびに高齢の兄が対応することになり兄弟共倒れの状況である。令和6年7月、本人は1人では外出できず自宅に閉じこもりがちな生活を送っていた。腹部の張りから食事が摂れなくなり医療機関を受診したところ尿閉と診断された。退院を機会に本人のフレイル状態を改善し、社会参加の場を提案することにより、本人の活気ある生活が取り戻せるよう検討する。										
事例の課題	① 親族、関係者が高齢で、地域とのつながりがなく孤立している。 ② ひどいめまいがあり、1人で安全に外出することができない。 ③ 体調不良、家事ができないなど困ったときに相談できる窓口を知らない。										
検討結果	① 地域ケア会議の中で、本人から自身の体調や生活のことを参加者に伝えてもらい情報共有を行った。病院側から病状の説明を受け、今後の治療について共有した。 ② 今後専門医を受診して、めまいの原因を調べ、医師から具体的な対応策のアドバイスをいただく。 ③ 本人、兄が各相談窓口（ケアマネジャー、民生委員、在支包括）の役割を理解した。 ④ 社会参加の場所の提案として、花時計（テンミリオンハウス）、ラジオ体操、各種イベントの紹介を行い社会参加に繋げていく。 今後、居場所の情報提供を行い、つながり先として介護保険事業所についても検討する										
事例から 見えた地 域の課題	① 独居高齢者の孤立防止の対応策。 ② 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 令和7年5月22日 会議後、介護サービス（週1訪問看護、週1訪問介護、週2通所リハビリ）を開始し、専門職の介入により身体的フレイル、社会的フレイルに関する状態の改善が図られた。現在は日中離床する時間が増え、室内の家事（洗濯、調理）は概ね自立。ヘルパーとともに近所のスーパーへ買物										

	に出掛けるまでになった。民生委員からも社会資源（集いの場等）の提供があり困ったときに相談できる関係ができています。
--	---

開催日時	令和6年12月27日（金）13：30～14：30										
会場	ぐっどういる境南										
テーマ	一人暮らしでも自宅で安心して生活するために										
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 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	2			1	1		
事例概要	マンションで1人暮らしだが、友人と近隣に食事に出るなどして、希望通りの生活を続けていた。しかし最近ゴミの分別が困難となりルールが守れなくなり苦情が出てきた。また、特殊詐欺・消費者被害の心配もある。介護保険申請したところ、検査からがん治療の必要が発覚、認知症の治療と共に、服薬、入院など病気の治療や契約などサポートが必要な状況になってきた。										
事例の課題	① 本人に残された能力を維持し、生き生きとした生活を続ける。 ② マンション住民・地域住民に認知症についての理解を得る。 ③ がん・認知症の治療を継続し（服薬・通院介助・病状説明）本人の混乱を軽減する。 ④ 消費者被害・特殊詐欺等から本人を守る。										
検討結果	① 本人の身体状況とサービス利用状況を共有し、サービスが有効であることがわかった。 ② ゴミ出し・室内清掃→ヘルパーと週1回分別廃棄。他の曜日はマンション管理人に協力を得る。 ③ 医療の継続→服薬：デイ通所時・訪問看護師が声かけ確認。体調変化を早期発見する。 ④ 特殊詐欺・消費者被害：成年後見申し立てを家族申請で開始。すでにある被害については回復可能か検討、詐欺契約被害についてもクーリングオフを代行できるようにする。 ⑤ 友人より感想「一人のために大勢の方が時間をかけて話し合いをもち、ありがたい。今後もこの人に合った方法で支援してほしい。」 ⑥ 本人より感想「ずっとここに住みたい。人の繋がりを大切にしたい。助けて欲しい。旅行に行くときは日程を弟、管理人に伝えます。」										
事例から見えた地域の課題	① 本人を見守る地域住民とのつながりを持つために、マンション、地域住民に対して「認知症への理解」を促すことが、チーム形成に役立った。 ② 地域住民、介護サービス事業所、地域包括職員、家族、友人と多彩な顔触れであったが、本人背景や、事業所の取り組み工夫がわかり、地域住民にとっても効果を感じることが出来た。 ③ 特殊詐欺・消費者被害は、事態が深刻化する前に、見守り体制を強化することで早期発見につながり、被害防止、抑制に役立つと思われる。										
地域ケア会議後の	状況確認 令和7年5月 ①デイサービスも週に6回通所可能。②ヘルパーを拒否する事もあるが信頼感のある関係構築がな										

状況	されている。③医療の継続も介護ヘルパー同行で通院できている。④成年後見制度の申し立てをするために、ケア会議参加者と経過を共有。権利擁護センター職員、申請代行する弁護士と話し合いを行う。本人らしさを弁護士にも理解してもらうためにサービス事業者からも情報提供。⑤周囲の見守りにより本人の変化を早く把握することが出来ている。⑥本人は記憶力低下があっても周囲の理解・協力により、在宅生活の継続が出来ている。
----	--

開催日時	令和7年3月26日（水） 10：00～11：15										
会場	自宅										
テーマ	「社会参加でフレイル予防」										
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○	○	○	○	○				○	○		7
人数	1	1	1	1				1	2		
事例概要	80歳代男性。マンション5階に妻、長男と3人暮らし。30年ほど他区に住み自営業を営んでいたが、廃業し自宅を売却。令和6年6月ダウン症がある長男が勤務先に通勤しやすい場所として現住所へ転居。前居住地では商店街の花壇整備など地域活動に積極的に参加していたが、転居後は地域との繋がりがなく外出の機会が激減。現在、妻は長男が入所するグループホームを探している。本人は自分の体力が低下すると自分も介護施設に入所せざるを得ないと考えている。地域住民や地域活動と繋がることでフレイルを予防して楽しく健康的な在宅生活を送りたいと考えているが、その方法が分からないとのこと。										
事例の課題	① 地域住民との繋がりが希薄で外出の機会が少ない。 ② かかりつけ医がいない中、心臓病があり身体が弱っていくことに対する不安感がある。										
検討結果	・テンミリオンハウス施設長から昼食提供と講座について紹介。妻は「私が毎食作るのは大変。（昼食提供に）行っておいで」と利用を促していた。 ・民生児童委員から丁目会、平日朝に実施している地域のラジオ体操を紹介。いずれも本人乗り気であり「さっそく明日の朝ラジオ体操に行きます」と発言があった。民生児童委員がラジオ体操のグループ代表に声を掛けた。妻からは、民生児童委員と在宅介護・地域包括支援センター（以下「在支・包括」）の役割の違いについて質問があった。 ・ケアマネジャーから既に介護保険での利用が決まっているデイサービスについて説明。また、本人の生活に関する相談事があった際の第一相談先をケアマネジャーとする方針を確認した ・在支・包括からフレイル予防について説明。体力・栄養・社会参加・口腔を意識した習慣が、要介護にならず健康でいるために大切な要素であり、デイサービスで運動、テンミリオンハウスの昼食で栄養、丁目会やラジオ体操に出ることで社会参加に繋げていくことができると情報共有。口腔について、近隣の歯医者を知らないとのことと在支・包括から紹介することとなった。かかりつけ医は在支・包括から紹介したクリニックに4月以降通院する予定になっている。										
事例から見えた地域の課題	① 集合住宅内の住民同士の繋がりが希薄であり顔が見える関係構築の機会が少ない。 ② ケアマネジャー、民生児童委員、在支・包括など相談窓口が多い場合、住民にとって役割分担が分かりづらい。										

地域ケア 会議後の 状況	状況確認 令和7年5月21日 モニタリングのため自宅を訪問。本人妻と面談。 ① 民生委員から紹介された朝のラジオ体操に参加。近所住民と挨拶することが楽しみで毎朝参加しているうちにラジオ体操グループへの帰属意識が芽生え、生活の中心的な日課になったとのこと。 ② また、日課ができることでリズムがうまれて健康的な生活に繋がった感覚があり心臓病への不安も和らいだとのこと。 ③ 他にも、テンミリオンハウス花時計でお茶を飲んで過ごしたことや、丁目会に参加したことなど、多くの予定が記入されたカレンダーを提示しながら説明をするようになった。 ④ 妻も「健康にとっても人との繋がりが一番大切だから」と本人が地域活動に参加することを成果として捉えていた。 ⑤ 週1回のデイサービスについても、運動の機会と他人とのコミュニケーションに楽しさを感じているとのこと。 ※個別地域ケア会議をきっかけに地域と繋がって社会参加と運動機会を得られ、好循環がうまれてフレイル予防になっていることが確認できた。
--------------------	---

開催日時	令和6年9月17日（火） 10：00～11：30										
会場	武蔵野プレイス 4階										
テーマ	ひとり暮らしでも安心して暮らしつづけられるまちをめざして ～高齢者の消費生活トラブルを防ぐ、境南町で高齢者を見守るためには～										
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 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○			○	○	○		○	○	○	○	53
人数			6	5	1	1	4	30	3	3	
事例概要	高齢者を狙う悪質商法の手口と対処法、高齢者の見守りネットワークの関係者と地域課題について学び、対応について考える。										
エリアの 課題	① 境南町は消費者被害の犯罪件数が市内でも多い。なぜ多いのか？「私だけはだまされない」と思っている高齢者。消費生活センター、警察から現状について報告していただく。 ② 地域ネットワーク（社協、防犯協会、母の会、赤十字奉仕団、コミュニティセンター、金融機関、民生委員）関係機関（福祉公社、主任ケアマネジャーほか）と課題の共有、体験談などグループワークによるディスカッション ③ 令和6年度に地域で出来ることを考え実践する。（実施時期、活動主体、会場案）										
検討結果	在宅介護・地域包括支援センター職員が高齢独居宅に訪問時、現場に遭遇。本人は契約したことを忘れ、恐怖と不安から支払いをしてしまおうとしていた。「断れない、怖い、払おうとする本人」「そもそも近隣は気がつかなかったのか？」「業者は一度撤退するが再度来訪し、一部を支払うように迫る」どの段階で、私達是对応出来るのか考えさせられる場面であった。すぐには警察に届けない、隠そうとする、実態は事後報告になる等、境南町の実態に地域で取り組む必要性を感じた事による。①講演会②グループワーク③アクションプランの合意と会議は進み結果、令和6年度内に「境南町：高齢者見守りアクションプラン」を実践。参加出来る人：講演会企画・参加の機会とし、参加出来ない人（健康理由・日中仕事している等）チラシ、広告作成に携わって戴き、まちぐるみの支え合いの仕組みとする。										
事例から 見えた地 域の課題	以下3つのステップを実践する。①「気付き」変化に気づく。知り、学ぶ機会を作る。 ① 「声かけ」気がついた人から、声かけをして未然に防ぐ ② 「つなぐ」被害にあったら、専門機関につなぐ。まだまだ、被害に合う人がいる境南町を自らの手で守っていく。										
地域ケア 会議後の 状況	10月24日	花時計利用者					7名参加				
	12月13日	マンション理事会・高齢者					15名参加				
	12月17日	コミュニティセンター・一般住民					18名参加				
	1月20日	境南地域社協・赤十字奉仕団					15名参加				
	2月3日	老人会					25名参加				

	2月26日 地域社協4丁目ネットワーク	22名参加
	3月16日 武蔵野長寿会	68名参加
	■令和7年度も引き続き同テーマで「アクションプラン地域ケア会議」を開催予定。	