

令和5年度地域ケア個別会議の実施状況について

令和5年度の地域ケア個別会議は 8回（9件）実施しています。

担当ケアマネジャーより「自立支援」をテーマに事例提供していただき、個別の支援方法について多職種で検討を重ねる中で、地域のネットワークの構築や、地域課題の把握を行ってきております。

■ 事例概要 ■

事例概要	会議内での主な意見等	課題など
①80才女性 要介護1 公営住宅で独り暮らし。物忘れが進行し、食 材管理などができなくなってきている。 幻視の訴えがある。変形性膝関節症で膝 の変形が強い。	食材の在庫のメモを冷蔵庫に貼り「見える化」 膝の手術の検討 生活リズム、睡眠リズムのアセスメント 主治医への報告	今後の金銭管理の介 入の方法 外出時の移動手段
②85才女性 要介護3 自宅敷地内で転倒骨折。認知機能低下もあ る。難聴のため通所サービスは拒否。草取り や散歩を自由にしたい本人と、危ないこと はしてほしくないという家族の折り合いを つけたい。	草取りして良い範囲を決め、環境整備を行う 屋内でプランター栽培など 電動アシスト付きの歩行車の使用	社会参加や交流が困 難なケースの支援
③76才女性 要介護4 介護度が改善して区変中。要支援の見込み。 特養から退所して、娘家族と同居生活が始 まるが、本人と娘の関係が良くない。週1回 通所の利用を開始。	立ち眩み防止や転倒防止の助言 具体的にやりたいことをアセスメントし、通 所サービスで対応可能なメニューを検討する 娘さんの精神的負担軽減のための相談と支援 地域サロンや健康ポイントの情報提供	家族関係への支援や 家族の負担感に対す るフォロー
④97才女性 要介護1 週3回デイサービスを利用中。同居の娘さ んと折り合い悪く、会話がなし。屋外に出る ことがなくなり、家事や手芸もしなくなっ た。活動量アップと生きがいのある生活を するための検討。	自宅で生活続けるために排泄動作が自立し 続けられるよう機能訓練を行う デイの通所を継続できる身体をキープする 雑巾を縫って寄贈するなどの役割づくり 連絡帳をつかった日記交換など	役割の創出など
⑤71才女性 要支援2 要介護の夫と2人暮らしであるが、夫は入 院中。精神障害のある別居の孫の支援をし ている。精神的に浮き沈みがあり、沈むとデ イサービスに来なくなる。精神面のフォロ ーについて検討。	孫の世話が生きがいであるが、疲れすぎない 程度に第3者がセーブする 有酸素運動による精神面の安定（デイで取り 組み） デイの出席率を良くする支援をする 障害サービス担当者と話し合える場があると 良い	高齢者と障がい者の 支援担当者が接点を 持つ機会がない

事例概要	会議内での主な意見等	課題など
⑥ 92才女性 要介護2 認知面の低下がありストマ管理ができてなかった。デイサービスを週4回利用。娘、娘婿、孫にもそれぞれ課題がある。 世帯への支援の視点が必要なケース	将来、施設入所も視野に入れショートを利用する。 婿、娘、孫のそれぞれの課題の整理と支援の方向性を話し合う。 世帯の経済状況についてアセスメントの必要がある	世帯の家計の状況に問題があった時の対応
⑦ 74才女性 要介護1 認知症独居、唯一の身内が遠方のため、日頃宗教関係者が支援。物忘れが進んでいる。何を聞いても大丈夫と言うが入浴や着替え、洗濯など清潔を保てない状況になってきた。	認知面の進行の背景に低栄養がないか もともとの精神疾患との関係性をアセスメント 早めに施設の申し込みをして、在宅できるうちはサービスの利用と地域の見守りを継続する 金銭管理は信頼できる人から勧めてもらう	金銭管理の介入の方法 見守りする地域住民も高齢化している
⑧ 81才女性 要介護1 夫婦2人暮らし。夫と長男で自営業を営む。ゴミ出しや冷蔵庫の管理ができずにゴミがたまっているが人（家族）には片付けさせない。隣人トラブルもある。デイを週4回利用している。	日常のゴミ出しは夫がするように協力してもらうしかないのでは 夫と長男が本人の認知面の状態と認知症を理解する必要がある。	認知症に対する理解不足 家族の協力が得られにくい
⑨ 80才男性 要介護1 夫婦2人暮らし。パーキンソン病様の症状（未診断）があり転倒が増えた。認知機能の低下もある。妻は夏季間、働きに出ている。サービス拒否傾向があったが、デイの通所と訪問リハを開始した。	病状の進行の見通しをもって今後の提案をする 食事を一口サイズにし、自助具を試す 夫婦で一緒に過ごせる屋外環境の工夫 興味関心チェックシートで興味のあることを見つけていく	介護者不在時の水分摂取や排泄の介護

■ 地域ケア個別会議を重ねることで見えてきた共通点(キーワード) ■

老々介護、認認介護
認知症の独居
キーパーソン不在

サービス利用を拒否
地域から孤立している

家族の理解や協力が得られない
同居家族も問題を抱えている
介護者への支援
介護者同士の情報の交換の場

興味関心のある活動への取り組み
役割の創出
屋外活動と安全対策
通いの場の参加、マッチング

リハビリの具体的な目標

ゴミの分別・ゴミ出し

移動手段の確保

金銭管理の問題

見守りの体制と適度な距離感
ボランティアによる支援
地域住民も高齢化
認知症に対する偏見や理解不足

スマホ等通信機器を利用した遠隔支援

障害支援担当者との協力・連携

まとめ

- 一緒に暮らす家族に障がいや生活困窮などの課題を抱えている事例がある。介護支援専門員だけでは対応に限界があり、他部門・他機関と連携して高齢者本人だけではなく、世帯全体を支援する視点が必要となっている。
- 独居や高齢夫婦世帯などで家族が遠方の場合、在宅生活が限界になると市内施設に空きがないため、子どものいる市外の施設へ転居し、住み慣れた場所を離れざるを得ない事例がある。
- 認知症について一定程度理解が広まりつつあるが、それまで付き合いのあった人が離れてしまいやすい。また、トラブルが起きたり、トラブルが起こる不安が高まると、地域から孤立してしまう可能性がある。
認知症についての理解を深めるための取り組みを継続するとともに、認知症になっても暮らし続けられるための地域づくりが必要である。
- バスなどの市内公共交通を利用したことのない市民が多い。車で移動することに慣れてしまい、高齢になって足腰や認知機能が弱っても運転をやめられず、運転できなくなると地域で生活する不安が一気に高まってしまう。