

平成28年度 地域ケア会議(個別ケア会議) 開催内容

年月日	小学校区	対象者名	ニーズキャッチのルート	キーワード	テーマ	参集者	成功体験			残された課題
							A: 新たな情報・気づき	B: ネットワークの強化	C: 資源活用・開発	
9月7日	昆陽里	K	近隣	認知症	物忘れ・介護拒否 近隣では支えきれなくなっているケース。	自治会・民生委員・民生協力委員・CM・ヘルパー・社協コミュニティワーカー・基幹包括・地域包括	T県の従妹と連絡がとれた。(キーパーソン候補者出現)	フォーマル・インフォーマルのそれぞれの支援者の情報共有と相互理解が深まった。みんなで協力し合おうと思確認ができた。	見守り協定事業所(郵便局)からの情報収集	介護認定の結果が未決定のため、介護計画が立てられない。一人暮らしで介護拒否があり支援困難。
10月27日	神津	H	姪	認知症	認知症症状があり生活環境が悪化し、近隣ともトラブルになっているケース。	民生委員・地区社協・CM・社協コミュニティワーカー・基幹型包括・地域包括	頼りにしていた方が亡くなってしまい支援者がいなくなったと思われたが、新たに支援者がいることが分かった。	本人と関わりのある方と繋がりを持つことによって連携しやすくなっていく。N氏の情報を掴み連絡を取ってみる。	包括から本人に関わりのある近所の商店に声をかけることで本人の見守りを強化していく。	本人の発言が不透明。地域住民等から情報収集を行い生活状況を明らかにする。支援を受けていただくために本人との関係づくりが必要。
12月12日	池尻	I	成年後見人	認知症夫婦	親族の支援を得ることが難しい認知症高齢者夫婦の今後の在宅生活支援を検討する。	民生委員・地域住民・ヘルパー・デイサービス・社協コミュニティワーカー・成年後見人・CM・居宅管理者・市地域・高年福祉課・基幹包括・地域包括	民生委員より 本人との関係ができ、見守りしやすくなった。地域住民より、本人の状況を詳しく確認する事ができた。ケアマネより、いろんな方々から、助言いただけるようになってよかった。	これからの生活も夫婦2人での生活を基盤にして、それぞれにいい仲役として関わりを続けていく事等、今後の支援の方向性について関係者間で共有が図れた。	夫へ訪問看護を新たに利用し、体調の変化への迅速な対応を図る。	いずれは施設入所を希望。2人で入居が可能な施設の情報収集や入居の検討が必要。また、妻に対しての成年後見制度申請の検討も今後必要になってくるのではないかと。
1月10日	伊丹	S	民生委員	1人暮らし	1人暮らしで娘に頼れず病状悪化時の対応に困っているケース。	本人・民生委員・CM・市生活支援課・訪問介護・基幹包括・地域包括	娘さんとの関係性がよくないこと、関わりを持ってもらうことは困難であることを共有できた。また、本人の体調に対する不安も知ってもらうことができた。	身近な民生委員や定期訪問している訪問介護、新たに担当が替わったばかりの生活支援課のケースワーカーとの顔合わせができ、それぞれの役割も確認することができた。	訪問看護の緊急時対応利用。地域で行われているイベントや教室への参加。	本人が娘さんと連絡を取ることを拒否しているため、娘さんの意向確認ができない。
1月10日	昆陽里	O	ケアマネジャー	多職種連携 地域資源	本人や娘さんが、気晴らしや活動の場が得られるよう支援する。	本人、娘、自治会、CM、訪問介護、市障害福祉課、障害者相談機関、社協コミュニティワーカー、基幹包括、地域包括	本人が娘の食事に負担を感じていることや、本人は花作りをしている時が一番楽しいこと等、本人理解を深めることができた。家族に対する他機関(障害サービス等)の支援の状況が把握できた。娘の趣味やADLの状況等を知ることができた。	本人・娘・支援者の存在、支援の状況が明らかになり、情報共有が図れた。今後、協力していく意思確認ができた。	団地内にあるプランターを譲ってもらえることはできる。また、かつて育てた植物を花壇にもらいいいことが可能と確認。ピアサポーターとの近隣の店舗への買物外出をすることから始めていく。	本人は娘の障害の受容が不十分などがある。娘が自宅から出られるようになるにはしばらく期間が必要であると思われる。ピアサポーターとの近隣の店舗への買物外出をすることから始めていく。
2月24日	有岡	M	ケアマネジャー	認知症	認知症が悪化し徘徊を繰り返す方の対応について	CM・民生委員・民生協力員・デイサービス・社協コミュニティワーカー・基幹包括・地域包括	関わりすぎたりすると、本人反発する。デイサービスやサロンへ継続して通っていただくため、あまり声を掛けすぎず、やや離れて見守る形がよいことを関係機関で共有できた。	自治会長さんらへも写真付きでご本人の情報を伝え、ご近所での見守りを強化する。老人会の行事への参加を勧めるなど、ご本人の居場所つくりを協力していただく。	GPS付きシューズの利用 4月からの遊友クラブへの参加を勧める。	完全に見守ることは不可能である。今後徘徊が続くようであれば、再度見守りについて検討が必要。
3月8日	天神川	M	民生委員	認知症	認知症が悪化し、地域住民の支援では対応しきれないケース	本人、次男、民生委員、地域包括(事前打ち合わせには、地域のボランティア代表、社協コミュニティワーカーも参加)	近隣住民、家族がお互いどのような支援を行っているのか、共有ができた。	ボランティアができる範囲の支援、家族ができる支援、公的なサービスでまかなうべき支援を明確にし、役割分担を行うことができた。	自費ヘルパーによるゴミの仕分け作業、通所介護サービスの利用による入浴支援の可能性。	一番本人の状況が把握できるであろう、同居の孫との連携がとれない。本人がサービス利用に拒否的であり、継続利用ができるかどうか課題。
3月11日	南	K	包括看護師	認知症	物忘れがすすんでいるが、訪問サービス拒否があり、生活実態が把握できないケース	長男・長女・医師・民生委員・サロンのスタッフ・デイサービス・CM・基幹包括・社協コミュニティワーカー・地域包括	直前の電話内容は覚えており、デイの準備は自分でできる、主治医の意見は聞き入れられる、サロンでは役割がある等、本人のストレンスを確認、共有できた。	家族が訪問された際には生活状況の確認を行う。家族、デイサービスやサロンの情報を集約でき、共有が図れた。	サロン参加の声かけ継続 デイサービス利用時の声かけによる参加の継続 定期健診をはがきで受診促し	転倒骨折の危険性 受診していないが何かあれば主治医へ 今後さらに認知症が進行した場合の支援
3月30日	緑丘	F	郵便局	物盗られ妄想	物居盗られ妄想がひどくなり生活に支障が出ている一人暮らしの高齢者	郵便局・市地域・高年福祉課・民生委員・社協コミュニティワーカー・社協権利擁護事業担当・CM・基幹包括・地域包括	サロンやサークル等へのお誘いなど、本人の孤独感を軽減する取り組みを行ってはどうか等、新たな提案、気づきが得られた。	関係者が集まることによって、次に繋がる関係づくり、情報共有が図れた。	サロンへのお誘いなどを通じて、地域で見守るという意識が高まった。	貴重品管理や金銭管理の支援 医療機関に受診し、適切な医療が受けること