

令和6年度各高齢者あんしん相談センター
活動実績報告書

日常生活圏域ごとの状況	第1圏域	第2圏域	第3圏域	第4圏域	第5圏域
	高齢者あんしん相談センター むさしの	高齢者あんしん相談センター ふじみ苑	高齢者あんしん相談センター えぶりわん鶴瀬Nisi	高齢者あんしん相談センター みずほ苑	高齢者あんしん相談センター ひだまりの庭むさしの
圏域の概要 (地域の特性)	ふじみ野駅東側から荒川土手までの面積の広い圏域。田畑が広がる南畑地区と駅周辺の高層マンションが多いふじみ野東地区、昔からの地元の家が多い勝瀬地区、住宅が密集して坂が多い渡戸羽沢地区と地域によって様々な特徴を持っています。地域での町会や民生委員等の活動は盛んであるが、支える側の高齢化に伴い、これからの地域を支える安定した人材確保が課題となっています。	鶴瀬駅東側の市役所・図書館・体育館といった公共施設や、大型商業施設(ららぽーと富士見)を有する住宅街の広がる地域です。年々65歳以上の人口は減少傾向にありますが、75歳以上の後期高齢化率が上がってきています。アパートやマンションの高齢化も顕著になっています。駅に近い地域(鶴馬1丁目町会、鶴馬関沢町会、鶴瀬東2丁目南町会)は新しい住宅が建ち人口が増加している一方で、駅から離れた地域(山室町会、前谷町会、打越町会)の高齢化率が特に高くなっています。	ふじみ野駅西口から国道254号線の先(大井方面)まで続くふじみ野西地区・勝瀬西と、鶴瀬西口の鶴瀬西地区、住宅が密集する上沢地区と、地域の特徴が大きく異なる圏域です。高齢化率が高い町会と低い町会が併存していますが、圏域全体でみると、26.1%であり高齢化率も年々高くなっています。	西みずほ台地区・鶴瀬西地区は駅に近く、スーパーや病院などが多い地域です。みずほ台地区はエレベーターのないマンションなどもあり、高齢化率が高いです。また、関沢地区は住宅街が立ち並び、道が狭く、坂なども見られる地域で買い物などに不便な面があります。針ヶ谷地区は、一軒家が多く、周辺には畑が広がっています。	みずほ台駅の東口の都市部で集合住宅の多い東みずほ台地区から、畑がまだ残る水子水谷地域、バイパスを越えて生活圏内が志木に近い水谷東地域となっています。高齢化率はエリアごとに特色があり、新しい住宅が出来ている水子水谷地区では高齢化率が下がり、同じ時期に開発があった貝塚、水谷東の各町会は高齢化率が高くなっています。
人口(令和7年4月1日現在)	23,866人	22,739人	18,699人	22,591人	25,558人
高齢者数(高齢化率)	5,366人(22.5%)	5,451人(24.0%)	4,879人(26.1%)	5,357人(23.7%)	6,018人(23.5%)
後期高齢者数(後期高齢化率)	3,184人(13.3%)	3,341人(14.7%)	3,045人(16.3%)	3,342人(14.8%)	3,677人(14.4%)
施設など (令和7年4月1日現在)	①介護老人福祉施設(特養) 3カ所 ②介護老人保健施設 2カ所 ③グループホーム 0カ所 ④有料老人ホーム 1カ所 ⑤小規模多機能 0カ所 ⑥地域密着型通所 4カ所 ⑦認知症デイ 0カ所 ⑧通所リハ 2カ所 ⑨定期巡回 0カ所 ⑩居宅介護支援事業所 2カ所 ⑪公民館・交流センター等 5カ所	①介護老人福祉施設(特養) 2カ所 ②介護老人保健施設 0カ所 ③グループホーム 1カ所 ④有料老人ホーム 2カ所 ⑤小規模多機能 1カ所 ⑥地域密着型通所 8カ所 ⑦認知症デイ 0カ所 ⑧通所リハ 0カ所 ⑨定期巡回 1カ所 ⑩居宅介護支援事業所 4カ所 ⑪公民館・交流センター等 2カ所	①介護老人福祉施設(特養) 2カ所 ②介護老人保健施設 1カ所 ③グループホーム 3カ所 ④有料老人ホーム 1カ所 ⑤小規模多機能 1カ所 ⑥地域密着型通所 1カ所 ⑦認知症デイ 1カ所 ⑧通所リハ 1カ所 ⑨定期巡回 0カ所 ⑩居宅介護支援事業所 2カ所 ⑪公民館・交流センター等 1カ所	①介護老人福祉施設(特養) 1カ所 ②介護老人保健施設 0カ所 ③グループホーム 1カ所 ④有料老人ホーム 1カ所 ⑤小規模多機能 1カ所 ⑥地域密着型通所 2カ所 ⑦認知症デイ 1カ所 ⑧通所リハ 0カ所 ⑨定期巡回 0カ所 ⑩居宅介護支援事業所 5カ所 ⑪公民館・交流センター等 3カ所	①介護老人福祉施設(特養) 1カ所 ②介護老人保健施設 0カ所 ③グループホーム 0カ所 ④有料老人ホーム 3カ所 ⑤小規模多機能 1カ所 ⑥地域密着型通所 2カ所 ⑦認知症デイ 1カ所 ⑧通所リハ 0カ所 ⑨定期巡回 0カ所 ⑩居宅介護支援事業所 4カ所 ⑪公民館・交流センター等 2カ所
課題 (令和7年度活動計画、令和6年度実績報告より抜粋)	多様な社会資源の連携協働なくしては方向性を見いだせないケースが増えてきています。また、適切な自助や共助を進めるにあたり、介護予防講座や地域ケア会議などを通して自立支援や地域活動支援への具体的な啓発をしていくことが求められています。	高齢者あんしん相談センターでは、安否確認、虐待、経済的困窮、重層的課題等の困難ケースの対応があり、日々苦慮しています。今年度も市や他機関と連携しながら、チームで検討し協力して支援を実施していきたいと考えます。「輪っか食堂」は昨年に続き開催を予定していますが、担い手の問題がある為、社会福祉協議会生活支援コーディネーターと協働していきたいと思えます。	困った時には高齢者あんしん相談センターの名前が浮かぶ位の認知度を得ることが課題です。困りごとが深刻化する前に相談できることで、介護予防につながり、地域での自立した生活を続けることが可能になります。また、介護保険では解決できない課題も地域資源の活用で今までの生活を継続できる事に繋がる可能性もあります。そのためには民生委員、各関係機関との連携を密にし、地域住民の方々も含めお互いに協力しながら地域を支えていく必要があると考えます。	令和7年度は、地域支援事業の改正に伴い、高齢者の選択肢が増えるよう、生活支援コーディネーターと協力し、地域の社会資源の立ち上げを進めていくことが必要だと感じています。	介護予防ケアマネジメントの受け入れ先がなく、業務の負担が大きくなる場合があります。適切な介護予防の在り方の検討が今後の課題です。また、対応困難な事例へのかかりが大きな負担になることがあります。対応が数年続いているケースもあり、担当職員の負担軽減が必要です。職員の定着のためにも大きな課題となっています。

令和6年度 高齢者あんしん相談センター むさしの 活動実績報告

総合相談支援	総合相談	訪問	436 件	(昨年度:535件)
		電話	1,205 件	(昨年度:1,383件)
		来所	124 件	(昨年度:94)
	高齢者実態把握訪問 (再掲)		162 件	
	出前講座		7 回	(339人)
	介護予防講座		4 回	(125人)
	出張相談会		0 回	(一 人)
	地域ケア会議		圏域会議 : 2 回	個別会議 : 3 回
			介護予防支援地域ケア会議(事例提出) : 10 回 (5 件)	
	関係機関との連携 (会議出席・周知活動)		57 回	
見守りネットワーク普及活動	訪問活動件数	4 件		
	承諾件数	事業所: 4 件	(再承諾 4件含む)	
権利擁護(再掲)	虐待	41 件		
	成年後見	15 件		
	消費者被害	0 件		
包括的・継続的ケアマネジメント	担当者会議の出席 (要介護者)	14 回		
	ケアマネジャーからの相談	110 件		
ケアマネジャー研修会 (包括主催)		1 回 (36 人)	内容「介護報酬改定及び課題分析標準項目の改正について	
介護予防給付	包括	給付管理数(延数)・実人数	282 件 (39 人)	
	委託	給付管理数(延数)・実人数	384 件 (40 人)	
総合事業	介護予防ケアマネジメント A	包括	給付管理数(延数)・実人数 (うち事業対象者数 0 人)	
		委託	給付管理数(延数)・実人数 242 件 (37 人)	
	介護予防ケアマネジメント C	包括	給付管理数(延数)・実人数 (うち事業対象者数 3 人)	
介護者支援	介護者教室	2 回 (31 人)		
	介護者サロン支援	0 回 (介護者: 一 人)		
認知症サポーター養成講座	養成講座	5 回 (94 人)		
	フォローアップ研修	1 回 (27 人)		
認知症カフェ開催 (参加延べ人数)		10 回 (本人: 13 人)	(家族: 0 人) (協力者等: 137 人)	
地域包括支援センター全体会議、管理者会議		12 回		
認知症地域支援推進員会議		12 回		
認知症初期集中チーム員会議の出席、アルツハイマーデーイベント参加等		チーム員会議 0 回	オレンジダイヤル 0 回	
生活支援体制整備推進会議の出席、事業の参加等		1 回		
医療・介護連携会議、入退院支援ルール会議の出席、研修の参加等		2 回		
介護保険事業推進委員会の出席		2 回		
その他の活動等	研修等の出席、事業の参加等		12 回	
	ケアマネサロン「クラージュ」		5 回 (156 人)	
	交通安全アドバイス		39 回 (3,815 人)	
地域行事などへの協力等		110 回		

【活動内容総括】

予定されていた主な活動は滞りなく実施することができました。成果の一つとして、認知症地域支援推進員が認知症サポーターフォローアップ講座受講者との座談会を重ねて、地域支援の中心となり、「新しい認知症観」に基づくチームオレンジを立ち上げたことがあります。住み慣れた地域で今まで通り暮らしていけるよう具体的活動の一つひとつ積み重ね、協力の輪を広めています。また、認知症は精神病との区別も難しく、ご家族や医師、専門職との迅速な連携と協働が必要となりますが、思うような支援ができないこともあります。本人や介護者の利益につながるよう粘り強い支援をしています。

令和6年度 地域ケア圏域会議 実施結果

高齢者あんしん相談センターむさしの

日時及び場所	参加者	討議内容(地域課題・対応・今後の課題など)
<p>7月25日(木) 13:00～14:00 場所:南畑公民館2階会議室</p>	<p>医師1名 薬剤師1名 民生委員5名 東入間警察2名 介護支援専門員4名 生活支援コーディネーター2名 健康増進センター1名 高齢者福祉課1名 高齢者あんしん相談センター4名</p> <p>計21名</p>	<p>『地域で考える高齢者の防犯対策』羽沢2丁目町会について</p> <p>《ケース概要》 羽沢2丁目における地域の防犯対策についての話し合い。特にこの地域では、自宅に市役所を語り還付金を持ち掛けられたり、独居の方からは家族がいない時間に訪問があり、怖い思いをしたという地域住民の方からの意見あり。 高齢者の詐欺被害の電話は増加の一方であり、埼玉県の特種詐欺の特徴としては、特に還付金詐欺の件数が非常に多い。今年度のみで、これまで32件、約6300万円の被害が見られているが、あくまで被害届で確認できている件数であり、実際にはこれ以上の被害者、金額が動いていると考えられる。</p> <p>《対応》 住民同士で声を掛け合い、隣近所を気に掛けるなど簡単にできる取り組みから地域防災に取り組んでいく。還付金詐欺を始め特種詐欺の件数は増加の一方。気付いた時、不安な時は事件になる前で構わないので警察への連絡、そして地域での情報共有、市のへ通報など複数の機関が共に対応にあたることを心掛ける。</p> <p>《今後の課題》 認知症が進行している方など、高齢者の中には自らSOSを出せない人も多い。地域で見守る目を作ると共に、注意喚起や実際の例をお伝えした講習会を交えていく必要がある。</p>
<p>12月23日(月) 13:00～14:00 南畑公民館2階会議室</p>	<p>医師 1名 薬剤師 1名 町会長 当日欠席 民生委員 2名 東入間警察1名 介護支援専門員 3名 生活支援コーディネーター1名 高齢者福祉課 2名 健康増進センター1名 高齢者あんしん相談センター 5名</p> <p>計17名</p>	<p>『地域で考える高齢者の防犯対策』について(渡戸東町会)</p> <p>《ケース概要》 振り込み詐欺は増えていて、富士見市で30件の被害があった。被害額6400万円。 富士見市からの還付金を語る2万円程度のあり得そうな金額を伝え、うまく振り込ませる事が多い。鶴瀬駅前や市役所前のATMが使われることが多い。+8や+1でかかってくる手口が多く、海外からの着信は、詐欺を疑う。 警視庁捜査一課からと名乗り、未払金があると言って、出頭要請されることもある。「行けない」と言うと「振込んで」と誘導される。電話の下4桁が0110(ゼロヒヤクトウバン)でかかってくる事もある。</p> <p>《対応》 ・お茶のみができるような関係性など、地域との繋がりが大切である。いざという時の防止の一助となる。 ・事件性があるかないかの判断は非常に難しい。詐欺では無いと思うこともあるが、地域やケアマネだけで抱えていると、万が一の場合解決しにくくなるので、詐欺かどうか迷う場合は、警察や市、包括に情報提供を促す。</p> <p>《今後の課題》 お助け瓦版などのチラシを通して、地域での注意喚起をしていく。</p>

<p>3月 5日(水) 13:00～14:00 場所:南畑公 民館2階会議 室</p>	<p>医師1名 薬剤師1名 民生委員5名 町会長1名 介護支援専門員3名 生活支援コーディネーター2名 健康増進センター1名 高齢者福祉課2名 高齢者あんしん相 談センター5名</p> <p>計21名</p>	<p>『認知症になっても、地域で自分らしく暮らしていくために』 ～認知症の方を支えていくための支援について考える～</p> <p>《ケース概要》 地域活動が活発な渡戸三丁目の特性を考慮し、チームオレンジとしての活動を提案。地域活動としてのサロンやオレンジカフェの協力員が高齢化しているため存続方法を検討する必要がある。認知症になっても自分たちが自分たちらしく生活していけるための活動を考える。</p> <p>《対応》 現在のボランティア・協力員の状況を確認。 オレンジカフェ渡戸3をチームオレンジとして登録。</p> <p>《今後の課題》</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ボランティアリーダーの育成 2. 認知症に対する地域の理解と支援 <ul style="list-style-type: none"> - 認知症を隠さない環境づくりや地域での支援体制の整備。 3. 新たな支援方法の検討 <ul style="list-style-type: none"> - 学生のアルバイトや予算を使った支援方法を導入。 4. 技術の活用 <ul style="list-style-type: none"> - GPSやスマートウォッチを使った見守りシステムの導入。
---	--	---

令和6年度 地域ケア個別会議 実施結果

高齢者あんしん相談センターむさしの

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
5月14日(火) 13:00~14:30 ふじみ野交流センター	介護支援専門員5名 サービス事業者3名 増進センター作業療法士 1名 生活支援コーディネーター1名 高齢者福祉課1名 高齢者あんしん相談センター5名 計16名	<p>事例①《ケース概要》</p> <p>88歳女性。要介護1。集合住宅に1人暮らしで夫と息子は逝去。長女は市内在住で、キーパーソンは長女の夫。長女夫婦は就労しているが、時折買い物などを手伝ってくれている。日常生活はほぼ自立されているが、同じ話の繰り返しや物忘れが見られる。財布を盗られたなどの被害妄想があり、前に住んでいた和光市でも警察に助けを求めることがあった。令和4年1月からは下肢筋力の低下が顕著になり、1人で外出する機会は減少。週3回デイサービスへ通っているが、服薬の飲み忘れ、食材も多量に同じ物を買ってしまう等、認知面は中重程度の低下あり。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》</p> <p>本人は社会的でADLも高いため、デイサービスによる関わりの他、デイサービス先でのボランティア活動や地域のサロンなど社会資源を活用していく。</p> <p>事例②《ケース概要》</p> <p>81歳女性。要介護1。戸建てに要介護1の夫と二人暮らし。訪問介護、デイサービス2ヶ所、自費での特殊寝台、不定期にショートステイを利用。夫は胃がんの手術を受けて退院したばかり。息子が所沢市に在住、時々訪問がある。</p> <p>元々要支援2の認定からデイサービスを利用していたが、令和4年10月に化膿性脊椎炎で入院。その後、頸部と腰部の痛みが再発し歩行困難となり入院。同年には自宅の階段を踏み外し左手首の骨折と、ここ数年で大きな病気や怪我が続いていた。現在は杖歩行で独歩可能の他、屋内での生活は自立。ただ一人暮らしは今まで経験がなく不安を感じやすい。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》</p> <p>本人の役割獲得と万が一の事に備え、改めて家事に積極的に関わってもらい日常生活に慣れること。またショートステイなども引き続き活用し今後の生活を見据えた支援していく必要がある。</p>

<p>6月11日(金) 13:00~14:30 ふじみ野交流センター</p>	<p>介護支援専門員5名 サービス事業者3名 増進センター作業療法士 1名 高齢者福祉課 2名 高齢者あんしん相談センター 4名</p> <p>計 16名</p>	<p>事例①《ケース概要》A様 ・ 基本情報:80歳女性、要介護2。夫・長女と同居。長女はフルタイム勤務、夫も外出が多い。健康状態:眩暈症(頸椎動脈不全の疑い)、腰椎症、肩の疼痛・変形あり。眩暈による嘔吐・転倒リスクが高く、体調の波が激しい。 ・ 生活状況:調理が好きで意欲的だが、活動後に眩暈で休むことがある。散歩など軽い外出も可能。 ・ サービス利用:福祉用具貸与(特殊寝台・手すり)・通所介護(1日型)は体調不良で終了。現在は肩の静養中で見学延期中。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・ 週1で組むと休んだ時に振替出来ないと、次の週まで行けない。週2で組めるように事業所と相談していくのはどうか。柔軟な対応が必要。 ・ 専門医(整形外科・神経内科など)受診の検討。</p> <p>事例②《ケース概要》B様 ・ 基本情報:87歳女性、要介護2、独居、生活保護受給者。人付き合いが苦手で引きこもり傾向あり。 ・ 既往歴:アルツハイマー型認知症、子宮筋腫。物忘れあり。 ・ 生活状況:昼夜逆転の生活(午後2~3時まで就寝) ・ 食事は1日1食+夜間補食。偏食傾向あり。水分摂取は1L/日。 ・ たばこ嗜好あり。安全面に配慮し灰皿管理。・ 月2回友人と外出あり。 ・ 現在のサービス:訪問診療・居宅療養管理指導 ・ 訪問介護(週2回)・配食サービス・金銭管理(あんしんサポートセンターふじみ)・通所介護は大勢が苦手で3回で終了 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・ 入浴支援:訪問介護でのシャワー浴、通所での入浴を検討。 ・ 後見人制度:疎遠な家族と相談し、将来の支援体制を整備。 ・ 支援体制強化:あんしんサポートセンターから継続的な支援へ。社協への相談も視野に。 ・ 生活リズム改善:訪問介護で食事・睡眠・活動時間の調整支援。 ・ 喫煙管理:寝室での喫煙禁止、灰皿に水を張る等安全対策の継続。</p>
<p>9月10日(火) 13:00~14:30 ふじみ野交流センター</p>	<p>介護支援専門員6名 サービス事業者2名 歯科衛生士 1名 生活支援コーディネーター 1名 増進センター作業療法士 1名 高齢者福祉課 2名 高齢者あんしん相談センター 5名</p> <p>計 18名</p>	<p>事例①《ケース概要》 A様 ・ 82歳女性、要介護2。2階一戸建てに独居。長男(市内、土曜日に買い物支援)、長女(県内)。R4年に、発作性心房細動、心原生脳梗塞に罹患し、左半身軽度麻痺、網膜内血栓のため右目が失明。後遺症として左足は力が入りにくく転倒頻回。左指4本には痺れが残り物を掴みにくい。喪失感から不安症になり睡眠障害や食思減退が見られている。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 活動的であった日常生活が病気でガラッと変わってしまった。ケアマネジャーとして必要と感じている身心のサポートが思うように進まない。 ふらつきや眩暈で度々転倒している。また、自宅の動線に段差が多く、住宅改修を進めたいが、住所を移転しないため、自費による最低限の施工となっている。転倒が多くなっていることと住宅改修のメリットを改めて説明をしていく。また、今まで長女を窓口にしてきたが、動きが悪いため、近隣在住の長男にもアプローチをしていくこととなった。</p> <p>事例②《ケース概要》 B様 ・ 78歳男性、要介護1。2階一戸建てに妻と2人暮らし。長男(県内、週1回訪問あり)、長女(市内、週1回訪問あり)、H16年11月に心筋梗塞、12月に脳梗塞になり、右不全片麻痺となる。長年にわたる妻の献身的なマッサージや散歩(2時間程)により順調に快復してきたが、R4年夏に突発性肺線維症と診断され、以前のように歩けなくなってしまった。その後、転倒を繰り返しており、支援者が勧め拒んでいた杖を、R5年10月に購入をした。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 次第に活動量が減っており、1つひとつの動作が不安定にもなっている。周りは運動や活動を増やしたいと考えているが、本人が承諾しない。 長年の一定動作で、体が硬くなり、自分なりの癖が付いてしまっているのではないかと。 きらめきリハビリデイサービスや増進センターに依頼してPT,STによる評価を実施する。評価に基づいて本人と支援者が目標や用いる器具などの対策を一緒に考える。</p>

令和6年度 高齢者あんしん相談センター ふじみ苑 活動実績報告

総合相談支援	総合相談	訪問	727 件	(昨年度:652件)
		電話	1,709 件	(昨年度:1,896件)
		来所	105 件	(昨年度:142件)
	高齢者実態把握訪問 (再掲)		319 件	
	出前講座		0 回	(1 人)
	介護予防講座		2 回	(47 人)
	出張相談会		0 回	(1 人)
	地域ケア会議		圏域会議 : 3 回	個別会議 : 3 回
			介護予防支援地域ケア会議(事例提出) : 10 回 (4 件)	
	関係機関との連携 (会議出席・周知活動)		40 回	
見守りネットワーク普及活動	訪問活動件数	40 件		
	承諾件数	事業所 : 40 件	(再承諾 39件含む)	
権利擁護(再掲)	虐待	7 件		
	成年後見	9 件		
	消費者被害	0 件		
包括的・継続的ケアマネジメント	担当者会議の出席 (要介護者)	23 回		
	ケアマネジャーからの相談	100 件		
ケアマネジャー研修会 (包括主催)		1 回	(36 人)	
		「介護報酬改定及び課題分析標準項目改正について」		
介護予防給付	包括	給付管理数(延数)・実人数	229 件 (27 人)	
	委託	給付管理数(延数)・実人数	334 件 (34 人)	
総合事業	介護予防ケアマネジメント A	包括	給付管理数(延数)・実人数 (うち事業対象者数 2 人)	
		委託	給付管理数(延数)・実人数 268 件 (27 人)	
	介護予防ケアマネジメント C	包括	給付管理数(延数)・実人数 (うち事業対象者数 5 人)	
介護者支援	介護者教室	2 回	(29 人)	
	介護者サロン支援	0 回	(1 人)	
認知症サポーター養成講座	養成講座	7 回	(416 人)	
	フォローアップ研修	1 回	(27 人)	
認知症カフェ開催 (参加延べ人数)		7 回	(本人: 21 人) (家族: 4 人) (協力者等: 40 人)	
地域包括支援センター全体会議、管理者会議		12 回		
認知症地域支援推進員会議		12 回		
認知症初期集中チーム員会議の出席、アルツハイマーデーイベント参加		チーム員会議 1 回	オレンジダイヤル 0 回	
生活支援体制整備推進会議の出席、事業の参加等		1 回		
医療・介護連携会議、入退院支援ルール会議の出席、研修の参加等		4 回		
介護保険事業推進委員会の出席		2 回		
その他の活動等	研修等の出席、事業の参加等		27 回	
	ケアマネサロン「クラージュ」		5 回 (156 人)	
	交通安全アドバイス		1 回 (25 人)	
	パワーアップ体操		0 回 (1 人)	
地域行事などへの協力等		95 回		

【活動内容総括】

5月から5名体制になり、包括内で相談しながら対応してきました。相談件数は訪問回数が75件増えていますが、訪問・電話・来所の全体数は149件減っています。相談内容は認知症の相談と介護保険利用相談が増加していました。それに伴い、要支援1・2の方の介護保険サービスの給付管理数も増加しています。虐待ケース7件については、コアメンバー会議までに至るケースはなく、虐待認定もありませんでした。地域では認知症サポーター養成講座を民生委員や小・中学校でも実施し、若い世代にも認知症の正しい理解を普及啓発することができました。現在富士見市には介護者に特化した集いの場がないため、圏域会議ではケアラー支援について取り上げ、日頃介護をされている方に向けた集いの場の開催に向けて協議しました。

令和6年度 地域ケア圏域会議 実施結果
 高齢者あんしん相談センターふじみ苑

日時及び場所	参加者	討議内容(地域課題・対応・今後の課題など)
7月11(木) 15:00～16:00 市民福祉活動センター	医師1名 民生委員3名 生活支援コーディネーター2名 施設職員2名 市役所危機管理課2名 高齢者あんしん相談センター4名 計14名	「地域における防災対策Part2～避難所の確認と避難ルートの確認～」 《概要》 市役所危機管理課よりマイタイムラインの説明と作成方法について説明頂く。令和3年度に水防法が変更になっている。警戒レベル④までには自分が生活しやすい場所に避難するようにしてほしい。2か所くらい避難場所を決めておくこと。良い。防災ガイドブックにマイタイムラインの記入ができる。記入しておくことで、慌てず行動ができる。また、家族で緊急時の避難場所も決めておくことでいざという時に確認も取りやすい。 《内容》 ・マイタイムラインについての説明。人によって持っていくものが違う。その人、家庭にあったものを記入しておく。内服薬も種類によるが1か月分くらいなら余分に出すことは可能。主治医に相談してほしい。 ・台風19号の時に感じたこととしては、防災放送が聞こえなかった。災害時の連絡方法、防災情報の入手方法説明。 ・避難場所によっては人が溢れていて避難所に行けない人もいた。地区ごとに避難所が決まっているわけではないので、自分たちの生活に合わせて行ける場所に避難してほしい。 ・前谷町会の地図を見ながら避難場所、浸水した箇所などを確認。 《結果》 マイタイムラインを作って防災への意識を高めることが大切。施設や町会へ持ち帰ってそれぞれの場で話し合してほしい。
10月10日(木) 15:00～16:00 市民福祉活動センター	民生委員2名 生活支援コーディネーター1名 施設職員1名 高齢者福祉課1名 富士見市社会福祉事業団1名 高齢者あんしん相談センター5名 計11名	「介護者の集いの場を考える～介護者同士で繋がろう～」 《概要》 国の統計では、介護者は統計653.4万人で人口の6～7%となっており年々増えている。一方で介護者に対して手を差し伸べられていない現状がある。富士見市ではオレンジカフェを開催しているが、介護者に特化したものはない。気軽に話ができ、介護の大変さの共有や励まし合える場をつくる為、ケアラー支援を検討する。 《内容》 ・他圏域で開催していたサロンや以前富士見市にあった「まどび」は、介護についての相談も受けていたが、なかなか人が集まらず継続していくことが課題としてあげられていた。介護者の集いの場にどれくらいのニーズがあるのか。 ・デイサービスセンターみずほ台を利用している利用者の介護者から話を聞いた。「介護者で集まれるような場があったら良い。デイに行っている間でないに参加できない。」といった声があった。独自で介護されている方もいるため、情報交換してもらい少しでも介護が楽になっていただきたい。 《今後の課題》 まずは立ち上げること。日時や予算を今後協議していく。対象者、テーマ、周知の方法も考えていく。
1月16(木) 15:00～16:00 市民福祉活動センター	医師1名 民生委員2名 生活支援コーディネーター1名 施設職員2名 市役所高齢者福祉課1名 高齢者あんしん相談センター5名 計12名	「介護者同士で繋がろうpart2～開催に向けて内容を話し合う～」 《概要》 2回目のケアラー支援の話し合い。介護者同士で繋がれる場所と内容についての意見交換を行う。第1回目の開催に向けて具体的に検討する。 《内容》 今回は様々な対象者の中から、相談が多い認知症、または認知症状のある方を介護されている方に焦点を当てる。4事例の対象者をピックアップし、開催に向けて内容を話し合う。第1回目なので柔軟な形で開催する。集まった方で好きなようにお話しができ、意見交換ができる場を作る。そこから次に向けて、どういところにニーズがあるのかを確認して次の開催に繋げていくこととする。 《結果》 ・2月にふじみ苑喫茶コーナーで開催をする。 ・今回は認知症の家族を対象とする。 ・テーマは特に決めずに、集まって話をしてお互いの話を聴くことが一番の目的でスタートする。 ・参加費100円を徴収する。包括の予算と合わせて、お茶とふじみ苑栄養課の手作りおやつを提供する。 ・周知方法は、チラシを作って居宅介護支援事業所と訪問看護事業所へ配布する。

令和6年度 地域ケア個別会議 実施結果
高齡者あんしん相談センターふじみ苑

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
<p>9月10日(火) 10:30~12:00 場所 市民福祉活動センター</p>	<p>介護支援専門員6名 サービス事業者3名 生活支援コーディネーター1名 健康増進センター1名 高齡者福祉課2名 高齡者あんしん相談センター4名</p> <p>計 17名</p>	<p>事例①《ケース概要》 H・H様 82歳 女性 要介護2 サービス内容…通所介護週3回、福祉用具貸与 夫婦2人暮らし。キーパーソンは夫。 アルツハイマー型認知症。倦怠感が強くなり買い物に行けなくなった。半日型通所介護利用開始するがよく転倒するようになり、認知症対応型通所介護へ変更。歩行器レンタルも開始している。カトリック信者。華道・ダンス・絵・読書と多趣味。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・通所のない日の生活、食事内容についてが課題。食事に関しては、夫がすぐ食べられるものを準備している。普段はお惣菜が多く、本人は調理はできない。体重が増えてきている。 ・老々介護で夫への負担も大きいためどう支えるのかが地域の課題。 ・ふれあいサロンなど本人が望むか。認知症の方が安心して外出できるように、地域との関わりや関係性を把握していく。友人や自費ヘルパーか、近所の方が見守りしてくれる例もある。</p> <p>事例②《ケース概要》 S・Y様 73歳 男性 要介護1 サービス内容…通所介護週2回 独居。 H28年に右坐骨神経痛が出現。腰椎椎間板ヘルニアと腰部脊柱管狭窄症の診断ありOPE。右足麻痺が残り、本人当初60代で受け入れられず。やっと受け入れができてリハビリを受けられるようになった。 性格は神経質。パソコン関係の仕事をしていた。本人は都内に行きたいとの思いありそこに向けて頑張っている。週2回休みなく通所、家でもエアロバイクで運動している。当初は訪問介護が週2回入っていたが、自分でやってみるとのこと終了となる。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・食事面でこだわりがあり栄養指導も断っているが、このこだわりは適切なものか。健康増進センターの栄養指導なども取り入れてみてはどうか。 ・本人前向きなので通所のない日はどう意欲を高めていくかが課題。 ・こだわりがあるので、本人の思いにそぐわないと難しい。自分で調べることができるので、情報を提供して興味を持っていただくのも効果的かもしれない。 ・強みを生かしていく事例。今回の話に出たことを試していく。</p>
<p>9月10日(火) 13:30~15:00 場所 市民福祉活動センター</p>	<p>介護支援専門員4名 サービス事業者3名 ほほえみーる 1名 生活支援コーディネーター1名 高齡者福祉課1名 高齡者あんしん相談センターふじみ苑4名</p> <p>計 14名</p>	<p>事例①《ケース概要》 N・H様 83歳 女性 要介護2 サービス内容…福祉用具貸与 独居。夫が入院となり1人暮らしとなる。長男他界しており、キーパーソンは次男。 視覚障害あり障害者手帳2級。眩暈やふらつきあり、自宅内もつかまって歩くことが増えている。慢性的な腰痛及び膝痛あり。定期的に整形外科受診し、投薬・注射を行なっている。理解力の低下や物忘れが見られるようになり、本人も自覚している。日常生活では、公民館のサークル活動や熟年学級に参加。近所に友人が多く活動的。食事の偏り見られる。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・管理栄養士から、カロリーメイトゼリーは少量で高カロリー、ゼラチンはタンパク質となる為有効ではないかと助言があった。 ・1年前と比べると体力も落ちていると話があり、自分でも物忘れの自覚がある。専門職に助言を受けてみるのはどうか。 ・服薬は自分で管理しており、服用できているか不明。管理方法も独自。そこを改善することで生活全般が良い方向にいく可能性がある。訪問看護を検討する。</p> <p>事例②《ケース概要》 O・K様 80歳 女性 要介護2 サービス内容…通所介護週5回 次男と2人暮らし。次男は日中仕事で不在、出張が多いため自宅にいないことが多い。 自宅で転倒し頭部外傷。3年前より物忘れ目立つ。膀胱癌術後。硬膜下血腫後の脳血管性認知症により生活に支障が出ている。近隣に1日に何度も訪問することが続き、通所の利用を週5回に増やしている。次男がいないことが多く、短期入所の利用も勧めている。次男のストレスが大きくなっているため、今後はグループホームの入所も検討している。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・次男は認知症の理解が乏しい。次男の好きな鶏弁をいくつも買ってくるが、「なんでこんなに買ってくるの。食べないって言ったのに。やってないことを何でやったと言うの?」と本人に言う。次男も本人のことを責めてしまうことが嫌で、外で飲んだり、本人が寝た後に帰宅する。認知症の理解をしてもらう必要がある。 ・次男の人生もある。離れる期間を作る。本人が短期入所を利用して、次男が自宅で過ごす時間も必要。 ・今後は本人の問題行動も考えられる。今は排泄できているが難しくなるかもしれない。通所、短期入所、受診を含めてマンスリーでスケジュールを組んでいく。 ・次男に今できる提案をしていく。認知症専門医への受診を促す。</p>

<p>12月10日(火) 10:30~12:00 場所 市民福祉活動センター</p>	<p>介護支援専門員7名 サービス事業者3名 生活支援コーディネーター1名 高齢者福祉課2名 高齢者あんしん相談センター ふじみ苑4名</p> <p>計17名</p>	<p>事例①《ケース概要》 O・T様 90歳 女性 要介護1 サービス内容…通所介護、福祉用具貸与、短期入所生活介護 長女夫婦と3人暮らし。キーパーソンは長女。 うつ病、変形性脊椎症、左足脛骨折、骨粗鬆症、陳旧性微小脳梗塞、前交通動脈の既往歴。移動に多点杖使用。立ち上がり困難でふらつきがある。自宅でスクワット、歩行練習を行う。穏やかでしっかりしているが神経質な面を持つ。平成22年から通所介護利用。本人なりの理由で変更し8か所目になる。認知面で問題なし。長女が家事全般を行い、書類、通帳、服薬を管理。夫の介護で中断していたサロン活動を再開。脳トレ、ドリルが好き。果物が好きで食事に取り入れている。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・目的、目標を持って通所する。 ・90歳で好きなことや趣味があるのは良いこと、続けて欲しい。 ・家での役割を持てれば良い。 ・手すりのレンタルについては住宅改修の見直しをする。</p> <p>事例②《ケース概要》 S・Y 88歳 女性 要介護2 サービス内容…通所介護週1回 独居。キーパーソンは長女。 おしゃべりが好きだが、難聴で意思疎通が取れず友人らの輪に入れなくなる。内服は長女が1週間分ずつ届けて服薬。歯磨きの様子無し。歯は上下1本。おやつを食べて夕食を抜くことがある。金種がわからず、計算ができない。ベルクの店員が手伝っている。炊飯器の電源の入れっぱなしがあった。着替えずに就寝。ゴミ出しを忘れる。分からないことがあると長女に何度も電話する。通所先で入浴。排泄は定時誘導。パットの交換は、入浴時と帰宅前の排泄時に行う。食事はむせなく箸で完食。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・地域のコミュニティから外れ、通所開始となった。「金曜日はデイサービス」という認識ができ、起立性、規則性を取り戻せた。 ・職員の大きな声に応じ、難聴の方との交流がある。 ・食事が不明瞭で配食サービスは断っている。歯1本で常食は大丈夫なのか。訪問歯科は歩けるので利用できない。 ・床板のたわみは建築指導課で補助金が出る可能性あり。玄関の段差も住宅改修で可能。 ・オレンジカフェに誘いたい。長女と一緒に参加できると良い。輪っか食堂に参加してはどうか。</p>
--	---	--

令和6年度 高齢者あんしん相談センター えぶりわん鶴瀬Nisi 活動実績報告

総合相談支援	総合相談	訪問	679 件	(昨年度:813件)
		電話	2,476 件	(昨年度:1,937件)
		来所	129 件	(昨年度:75件)
	高齢者実態把握訪問 (再掲)		306 件	
	出前講座		6 回	(165 人)
	介護予防講座		0 回	(— 人)
	出張相談会		0 回	(— 人)
	地域ケア会議		圏域会議 : 3 回	個別会議 : 3 回
	関係機関との連携 (会議出席・周知活動)		149 回	
	見守りネットワーク普及活動		訪問活動件数	0 件
		承諾件数	事業所 : 0 件	
権利擁護(再掲)		虐待	4 件	
		成年後見	4 件	
		消費者被害	0 件	
包括的・継続的ケアマネジメント		担当者会議の出席 (要介護者)	8 回	
		ケアマネジャーからの相談	175 件	
ケアマネジャー研修会 (包括主催)		1 回	(36 人)	内容「介護報酬改定及び課題分析標準項目改正について」
介護予防給付	包括	給付管理数(延数)・実人数	465 件	(57 人)
	委託	給付管理数(延数)・実人数	421 件	(45 人)
総合事業	介護予防ケアマネジメント A	包括	給付管理数(延数)・実人数	517 件 (58 人) (うち事業対象者数 10 人)
		委託	給付管理数(延数)・実人数	184 件 (23 人)
	介護予防ケアマネジメント C	包括	給付管理数(延数)・実人数	4 件 (4 人) (うち事業対象者数 4 人)
介護者支援		介護者教室	2 回	(22 人)
認知症サポーター養成講座		養成講座	7 回	(421 人)
		フォローアップ研修	2 回	(45 人)
認知症カフェ開催 (参加延べ人数)			7 回 (本人:14 人)	(家族:4 人) (協力者等:80 人)
地域包括支援センター全体会議、管理者会議			12 回	
認知症地域支援推進員会議			12 回	
認知症初期集中チーム員会議の出席、アルツハイマーデーイベント参加		チーム員会議	5 回	オレンジダイヤル 0 回
生活支援体制整備推進会議の出席、事業の参加等			2 回	
医療・介護連携会議、入退院支援ルール会議の出席、研修の参加等			5 回	
介護保険事業推進委員会の出席			2 回	
その他の活動等	研修等の出席、事業の参加等		9 回	
	ケアマネサロン「クラージュ」		6 回	(156 人)
	交通安全アドバイス		0 回	(— 人)
地域行事などへの協力等			130 回	

【活動内容総括】

令和6年度は予定していた会議や講座も予定通り開催する事が出来ました。総合相談では、認知症疑いの親に関して内密に相談したいと申し出る子供からの相談や、突然来所される方も増えました。子世代の方にも地域包括支援センターの認知度が上がってきていると感じます。総合相談の数が増えてゆくのと同時に相談内容も複雑化しています。地域包括支援センターだけでは解決できない問題も増えている為、関係機関との連携が重要になっています。地域の方から依頼を受け行った出前講座は5回開催する事が出来ました。主に講座内容は介護保険に関するものですが、説明だけではなく、〇×クイズも取り入れ、難しい話を楽しく学べるように工夫しました。この講座をきっかけに気軽に相談していただく機会も増えました。今後も相談しやすい地域包括支援センターの運営を念頭に置き地域に寄り添う気持ちを忘れないようにしていきます。

令和6年度 地域ケア圏域会議 実施結果

高齢者あんしん相談センターえぶりわん鶴瀬Nisi

日時及び場所	参加者	討議内容(地域課題・対応・今後の課題など)
<p>4月18日(木) 13:30～15:00</p>	<p>医師 1名 増進センター 1名 薬局 1名 民生委員 3名 介護支援専門員 3名 生活支援コーディネーター 2名 高齢者福祉課 1名 高齢者あんしん相談センター 5名</p> <p>計17名</p>	<p>「ひとり死のケースを通して考える 高齢者の身元保証について」</p> <p>《概要》 高齢化率の上昇と共に自宅で一人で亡くなる方も右肩上がりが増加している。孤立化する高齢者の課題を事例を通して、私たちが地域の住人として何ができるのか考えた。参加者の方の意見として、医師からは外来対応の場合、その様な状況に陥っている事は分かりにくい、ケアマネからは入院した際に身元保証のサインを誰にしてもらえばいいか悩む、本人に入院した際の身元保証のサインを誰にもらえばいいかなげかけても「死んだあとは気にしない。ケアマネが何とかしてくれる」と言われた。また、民生委員からはマンションだと関りも少なく、詐欺なども多いため、高齢者の子供たちからは来客が来ても出ないように言われている。関りを持つのが難しいとの意見もあった。増進センター職員からは将来的に孤立するのかなと思う方ほど自分は大丈夫と思っているとの話もあがった。</p> <p>《対応》 ・相手に反応がなく、顔を合わせなくてもインターフォンを押しチャリンを入れるなどのアクションを続ける ・支援者が板挟みにならないように一人で抱え込まない</p> <p>《今後の課題》 ・成年後見制度や任意後見制度、民間の身元保証会社について学ぶ機会を作る ・エンディングノートを通して自分事として何が必要なのか、どのような対策が必要なのか考えてもらう</p>
<p>7月11日(木) 13:00～15:00</p>	<p>医師 1名 増進センター1名 薬局1名 朝霞保健所2名 彩の国動物愛護推進員1名 富士見さくらねこ応援団1名 民生委員 2名 介護支援専門員 3名 生活支援コーディネーター 1名 高齢者福祉課 1名 高齢者あんしん相談センター 5名</p> <p>計 19 名</p>	<p>「ペットとの共生について考える 現状についての意見交換と私たちが出来る事について」</p> <p>《ケース概要》 ペットとの暮らしは生活に幸せや彩を与えてくれる。その一方で超高齢社会であることやペットの寿命が延びていることなどの要因からペットの世話も難しくなることも増えている。また、災害時のペット問題もある。事例としては70代独居の女性、猫一匹を飼っていたが入院が必要になった。予め友人に声をかけていたため、猫は友人に預け、自分は治療に専念できた。別の事例としては70代独居の女性、猫一匹飼っていたが、認知機能や身体機能の低下があり、不適切な飼育環境だったため、入院を機に近隣住民や保護猫団体の協力を得て猫の保護に繋がった。以上の様に包括が関わった事例の他、出席者からもペットに関わる話が多く出た。</p> <p>《対応》 ・飼育が難しくなった時はまず身内(親族)→友人→最寄りの動物病院などに相談して次の飼い主を探してもらう ・ペット問題が露呈するのが末期にならないよう、高齢者と接する機関(ケアマネジャー、民生委員、包括等)が本人が元気なうちからペットに関する情報を把握しておく。</p> <p>《今後の課題》 ・ペットの将来について楽観的に考えている高齢者に対する意識付け、考える機会を設けることが求められる。 ・ペットが生きがいの高齢者もあり、引き離すことが本人に及ぼす影響の心配もある</p>

<p>10月17日(木) 13:30～15:00</p>	<p>医師1名 薬局1名 町会長2名 富士見市環境課1名 民生委員3名 介護支援専門員3名 生活支援コーディネーター1名 高齢者福祉課 欠席 高齢者あんしん相談センター 4名</p> <p>計 16名</p>	<p>「高齢化に伴うゴミ問題を考える」</p> <p>《ケース概要》</p> <p>私たちの社会は急速に高齢化が進んでいる。その中でこれまでうまく回っていた仕組みがうまくいかなくなることも増えている。その一つがゴミに関する問題である。今回の会議では①ごみ集積所の管理を担うのが難しくなっている②ゴミ出し、ゴミの分別が難しくなっている(体力、認知機能の低下等)の2点を出席者と共に考えた。事例としては認知症の妻と暮らしていた夫も認知になりゴミ当番やゴミ出しも出来なくなった、マンションではゴミ当番はないが、ゴミの集積場の管理も含め、管理費を上げないとやっていけなくなっている現状がある。また、ゴミ収集ボックスが重く、毎回回収し保管する事も体力の低下により厳しくなっている。</p> <p>《対応》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重いボックスの変更は環境課に申し出ると変更してくれるため、環境課に相談する ・ゴミ当番に関してはゴミステーションを設置し当番を無くす事も必要 <p>《今後の課題》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ゴミの分別が多すぎる。認知症の特徴としてはルールを理解する事が難しく間違っ近所の方に怒られるとゴミを出すこと自体に怖さを感じてしまう。そのことを理解しながら地域でも関る必要がある。
----------------------------------	--	---

令和6年度 地域ケア個別会議 実施結果

高齢者あんしん相談センターえぶりわん鶴瀬Nisi

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
5月16日(木) 13:30～15:00	介護支援専門員4名 サービス事業者3名 生活支援コーディネーター1名 増進センター保健師1名 高齢者福祉課2名 高齢者あんしん相談センター5名 計16名	事例①《ケース概要》 85歳 女性 要介護1 既往歴:胸椎圧迫骨折、糖尿病、大腸がん、逆流性食道炎、骨粗鬆症 長女と孫と3人で暮らしていたが、令和2年に長女が亡くなり、現在は独居。亡くなった夫は酒乱であったため、男性恐怖症がある。近所に住む長男夫婦とは疎遠で次女が支援している。体の痛みや精神的不安により生活や外出の意欲が無くなっている。 課題は近隣に住む長男の支援がなく、全て次女の支援で成り立っている。本人の年金も2か月で5万円と少なく、現在のマンションのローン支払いも次女が行っており、金銭的な負担も次女1人にのしかかっている。次女への依存心が強く、家族との関係の薄さやさみしさが痛みの増強に繋がっている。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・根本的な原因はさみしさや不安にある。富士見市では「こころの健康相談」があるので、専門家に聞いてもらう。 ・痛みのコントロールが必要であるが、精神的な影響も大きいので、精神科の訪問診療などを利用してうまくいくケースもある。 ・年金が少ないので、生活保護も検討する。 事例②《ケース概要》 79歳 女性 要介護2 既往歴:アルツハイマー型認知症、気管支拡張症、脂質異常症 独居、以前は他市に住む娘の所に頻回に行っていたが、娘の仕事が忙しくなってからはほとんど行かなくなった。認知症の症状が出始めたころ、友人の言葉に傷つき交流が途絶えてしまった。認知症の症状により日常生活に支障をきたしている。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・認知症サポーター養成講座などで、周囲の方に認知症に対する理解を持ってもらうように働きかける。 ・本人に合った場所、行きやすい場所を探す。
9月19日(木) 13:30～15:00	介護支援専門員4名 サービス事業者3名 歯科衛生士1名 生活支援コーディネーター1名 増進センター保健師1名 高齢者福祉課2名 高齢者あんしん相談センター4名 計16名	事例①《ケース概要》 81歳 男性 要介護1 既往歴:高血圧、脂質異常症、網脈静脈閉塞症、認知症 妻と長男の3人暮らし。以前はパソコンなどを使い株を行っていたが、パソコン操作ができなくなりやめた。趣味も多かったが認知症になり、しなくなったことも多くなった。人を喜ばせることが好きで、踊って歩いたりすることもある。東京にいる孫をかわいがっている。妻が全て本人の介護をしており、本人は何もしない為、妻が倒れた時が心配。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・デイサービスでは答えるより、皆を喜ばせる役割になっている。参加した時も理解ができないのかもしれない。本人が理解できるクイズなどを行い高得点を取ったりすると自信に繋がる。 ・デイサービス以外での他者との関りも必要。いきいきふれあいセンターや公園での活動に参加するのは良いきっかけになる。 ・妻の気持ちを和らげるのにオレンジカフェの参加を促す。

		<p>事例②《ケース概要》 80歳 女性 要介護1 既往歴:腰部脊柱管狭窄症、胃痛、左目緑内障 36歳で離婚、長男と長女がいるが、長男50歳で突然死している。長女とは絶縁状態。孫が緊急連絡先になっているが連絡しても電話に出たことが無い。内縁の夫と25年連れ添うが、内縁の夫が認知症になり、内縁関係を解消する。感情的になることがあり、精神的に不安定である。デイサービスで他の利用者とトラブルになったり、本人の意見がコロコロ変わるため対応に苦慮する。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・今は本人のわがままが通っている状況。今後本人がどうしてゆきたいか確認する。 ・精神的に不安定な状態のため、精神科受診し精神訪問看護を利用する事も必要。 ・以前、犬を飼っていたとの事。犬は飼えないが、何かを育てる事は経験している。そこからヒントが見つかるかも。</p>
<p>12月12日(木) 13:30~15:00</p>	<p>介護支援専門員5名 サービス事業者2名 管理栄養士1名 生活支援コーディネーター1名 増進センター保健師1名 高齢者福祉課2名 高齢者あんしん相談センター5名</p> <p>計17名</p>	<p>事例①《ケース概要》 69歳 男性 要介護1 既往歴:うつ病、糖尿病、高血圧 妻と二人暮らし、子供はいない。親戚とは疎遠状態。 仕事が原因でうつ病発症。その後、別の仕事を再開したが現在は退職。本人は一つの事に固執する傾向があり、トイレに入ると意識消失までトイレに入り続けることがある。妻の介護負担が大きく、妻が「夫をDVした」と包括に相談して支援開始となった。妻の友人(精神科看護師)が夫婦の相談相手になっている。また、本人は社会復帰を希望している。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・集中できる作業を本人に提案することで、固執する対象を分散でき、妻の介護負担を減らせるのではないかと。しかし、本人が離れすぎると妻が不安定になる可能性もあるので、様子を確認しながら進めていく。 ・本人が仕事復帰を希望しているのなら、シルバー人材等で仕事を見つけるのはどうか。本人に仕事という役割が出来る事で、妻だけに固執する事が少なくなる可能性がある。</p> <p>事例②《ケース概要》 77歳 女性 要介護1 既往歴:アルツハイマー型認知症、脂質異常症、動脈硬化 長男と二人暮らし。夫は逝去。キーパーソンは長女。 長男は仕事から帰るとすぐに2階の自室にこもる。また、食事と一緒にとらないなど、本人の生活や介護にほぼ関与しない。長女が本人に食事を届けたり書類や金銭管理を行う。本人はデイサービス利用に消極的であるが、長女はデイサービスを利用してほしいと思っている。デイサービス職員が迎えに行っても本人の拒否があったり、本人と長女の考えが異なる。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・デイサービスの送迎の問題もあるが、自立している部分もあるため、地域で運動が出来たり、集まれる場所に行ってもいいかもしれない。 ・デイサービスを利用するよう紙に長女が書き、本人の拒否があった場合は、その手紙を読んでもらい利用を促す。 ・支援が難しい様であれば、融通の利く小規模多機能の利用も検討する。</p>

令和6年度 高齢者あんしん相談センター みずほ苑 活動実績報告

総合相談支援	総合相談	訪問	644 件	(昨年度:733件)
		電話	1,665 件	(昨年度:1,608件)
		来所	161 件	(昨年度:176件)
	高齢者実態把握訪問 (再掲)		225 件	
	出前講座		4 回	(134 人)
	介護予防講座		0 回	(— 人)
	出張相談会		0 回	(— 人)
	地域ケア会議		圏域会議 : 3 回	個別会議 : 3 回
	関係機関との連携 (会議出席・周知活動)		36 回	
	見守りネットワーク普及活動		訪問活動件数	1 件
		承諾件数	事業所 : 0 件	
権利擁護(再掲)		虐待	27 件	
		成年後見	35 件	
		消費者被害	1 件	
包括的・継続的ケアマネジメント		担当者会議の出席 (要介護者)	39 回	
		ケアマネジャーからの相談	50 件	
ケアマネジャー研修会 (包括主催)		1 回	(36 人)	内容「介護報酬改定及び課題分析標準項目改正について」
介護予防給付	包括	給付管理数(延数)・実人数	417 件	(47 人)
	委託	給付管理数(延数)・実人数	364 件	(35 人)
総合事業	介護予防ケアマネジメント A	包括	給付管理数(延数)・実人数	398 件 (48 人) (うち事業対象者数 3 人)
		委託	給付管理数(延数)・実人数	258 件 (43 人)
	介護予防ケアマネジメント C	包括	給付管理数(延数)・実人数	3 件 (3 人) (うち事業対象者数 3 人)
介護者支援		介護者教室	2 回	(33 人)
認知症サポーター養成講座		養成講座	7 回	(86 人)
		フォローアップ研修	1 回	(27 人)
認知症カフェ開催 (参加延べ人数)		6 回	(本人:6 人)	(家族:2 人) (協力者等:53 人)
地域包括支援センター全体会議、管理者会議		12 回		
認知症地域支援推進員会議		12 回		
認知症初期集中チーム員会議の出席、アルツハイマーデーイベント参加等		チーム員会議 4 回	オレンジダイヤル 0回	
生活支援体制整備推進会議の出席、事業の参加等		3 回		
医療・介護連携会議、入退院支援ルール会議の出席、研修の参加等		3 回		
介護保険事業推進委員会の出席		2 回		
その他の活動等	研修等の出席、事業の参加等		14 回	
	ケアマネサロン「クラージュ」		5 回	(156人)
	交通安全アドバイス		0 回	(— 人)
	パワーアップ体操		12 回	(166人)
地域行事などへの協力等		106 回		

【活動内容総括】

第4圏域は、昨年に比べ相談件数は大きな増減は見られませんでした。相談内容としまして、権利擁護事業の成年後見に関する相談が増加しています。一人暮らしで身寄りのない方やご本人の理解を得るまでに時間がかかる事案等、相談を進めていくにあたって何度もかかわる必要があり件数の増加につながったと思われます。その際、市や成年後見センターふじみと連携し対応を行っております。また、地域ケア会議では、社会資源の立ち上げに向けた検討会を進めてきました。圏域内の活動や他市町村の活動などを参考に、地域の資源の整理、課題などを話し合いました。今後、資源の立ち上げにつなげていけるように進めていきます。

令和6年度 地域ケア圏域会議 実施結果

高齢者あんしん相談センターみずほ苑

日時及び場所	参加者	討議内容(地域課題・対応・今後の課題など)
6月10日(月) 13:30~14:45	医師 1名 民生委員 4名 介護支援専門員 3名 生活支援コーディネーター 2名 薬剤師1名 実習生 1名 高齢者福祉課 1名 高齢者あんしん相談センター 4名 計 17名	「西みずほ台地域のニーズを探る」 《概要》 サンライトマンションやエレベーターのないみずほ台団地の住民が高齢化している。駅周辺は、スーパー等のお店、銀行、医療機関、薬局等もあり高齢者に住みやすい地域である。 《ニーズ》 ・エレベーターのないみずほ台団地に住む高齢者で足が悪いため階段昇降できず外出できない。 ・気軽に立ち寄れるつどいの場がない。 ・ボランティアをやりたい人と手伝ってほしい人とのつなぎの場がない。 ・ 《今後の課題》 ・西みずほ台まちづくり協議会の協力を得て、現在活動している団体の情報収集、開催している場の見学(まんぷく食堂)、こども食堂の見学・取材。
令和6年9月9日(月)13:30~15:00	医師 1名 民生委員 5名 まちづくり協議会会長1名 介護支援専門員 2名 生活支援コーディネーター 2名 薬剤師1名 高齢者福祉課 1名 健康増進センター1名 高齢者あんしん相談センター 5名 計 19名	西みずほ台地域の社会資源形成に向けて」 ～自分たちの為の地域作り～ 《概要》 前回の会議をふまえて、引き続き西みずほ台地域の社会資源の形成について検討。 ・前回の会議を受け「居場所マップ」を作成。論活動等の情報をまとめた。 ・みずほ台コミセンが改修工事となるため、大東ガスのプチフラムを借りた活動ができないか？ ・新しいことを始めるには大変なため、既存の活動を広げられないか？ ・以前「きらくに行こう会」が以前プチフラムで行っていた。コロナ禍で活動終了。高齢者が参加していてよかった。 ・バラエティーがある活動が広がるとよい。 ・介護保険につながる前の支援が必要。 《今後の課題》 ・「きらくに行こう会」の再開に向け、情報収集。 ・まちづくり協議会主催の子ども食堂に参加し、状況を確認。回数を増やしていくための課題は何か等を探る。 ・淑徳大学や跡見女子大等の学生を呼び込む方法を検討
令和6年2月10日(月)13:30~15:00	医師 1名 民生委員 5名 まちづくり協議会会長1名 介護支援専門員 1名 生活支援コーディネーター 2名 高齢者福祉課 1名 介護保険課2名 福祉政策課2名 健康増進センター1名 高齢者あんしん相談センター 4名 計 20名	「西みずほ台地域の社会資源形成に向けて」 《概要》 ・みずほ台まちづくり協議会・地区社協主催クリスマス会を紹介 大東ガスのプチフラムを利用したイベント。集まりやすい場所。厨房な度もあり、活動の幅が広がる。 ・三芳町社会福祉協議会いり業 一人暮らし高齢者食事会の紹介 対象者:高齢者 一人暮らしの方 三芳町内6地域で月1回開催。ボランティアさんが主体となり準備、調理、送迎などを行っている。 《今後の課題》 ・ボランティア・参加者を集める事。場所の確保。活動費用を集める事が課題。 ・現状のボランティア団体を活かしていくか新しく立ち上げるか、地域同士の活動にしていくか、企業の協力を得ていくか。 ・大東ガスプチフラムを借りることができるのか。 今後、包括・社協・市・地域関係者と相談協議して活動を検討していく。

令和6年度 地域ケア個別会議 実施結果

高齢者あんしん相談センターみずほ宛

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
7月18日(木) 13:30~15:00	介護支援専門員7名 高齢者福祉課2名 増進センター作業療法士1名 生活支援コーディネーター2名 サービス事業者2名 高齢者あんしん相談センター5名 計 19名	<p>事例①《ケース概要》</p> <p>『妻との二人暮らし。飲酒あり、デイサービス職員に暴言を吐き利用できなくなっている男性』</p> <ul style="list-style-type: none"> ・室内は、清掃されておらずゴキブリがいる不衛生な環境。 ・酒(焼酎)タバコ(一日一箱)好き、二日酔いの状況でデイサービスに行っていたこともあるが、職員に対して暴言がありデイ終了。 ・頑固な性格、CMIにも気に入らないと「おまえ帰れ」と暴言を吐く。 ・酒とたばこは妻が買ってくる。酒がないと怒り出す。 ・妻は糖尿病もあり介護は困難。 ・排尿は尿器、便は自分でトイレ。 <p>経済的には、退職金・年金は十分。長男(都内在住)は脳出血で一時自宅に戻ったときもあったが、現在は都内で一人暮らし。息子の次に頼れそうなのは妻の弟。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、本人は妻以外他者との交流はなし。外出時は車いすが必要なレベル。 <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妻の体調の確認。妻が倒れた時の連絡先確認。 ・訪問看護や訪問診療の利用の検討。 ・Drに自宅での様子を情報共有し、リハビリの必要性について、本人に助言してもらい働きがけをしてみようか？ ・本人の意向の確認。・現状のままでは下肢筋力低下し、歩けなくなり排便もオムツ使用になる恐れあり。そのことを本人にしっかり伝える。歩きやすい環境作り、排尿もトイレで行える方法を検討。 <p>事例②《ケース概要》</p> <p>「独居、家族(子供たち)からの関わりを拒否されている男性」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・車の事故により車を処分していたが、自分で車を購入したことで、子供たちから見放されている。 ・認知面は問題ない。 ・右肩と右足にボルトあり、長時間の歩行は厳しい様子。廊下や洗面台近くに手すり貸与。 ・都内までの通院は電車で行っている。車は買い物や近隣までの外出に使用している。 ・、難治性皮膚炎あり、あちこちの病院を転々としている。 ・経済状況、妻が残してくれたお金と国民年金月8万円。 <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・皮膚疾患の辛さがあるのではないかと訪問看護の利用を検討。 ・定期的に看護師が訪問することで、本人の辛さを傾聴し、適切な薬の服薬や塗布を行いながら、栄養管理の必要性、部屋の掃除等、衛生面での改善についても必要なことを、看護師という専門職からアドバイスする。 ・関係づくりから始める。

<p>11月21日(木) 13:30~15:00</p>	<p>介護支援専門員7名 高齢者福祉課2名 増進センター作業療法士1名 生活支援コーディネーター1名 高齢者あんしん相談センター3名</p> <p>計 14名</p>	<p>事例①《ケース概要》 『脳梗塞、片麻痺のある妻の生活を支えるためにもっさり歩けるようになり、一人で外出できるようにしたい一人暮らしの男性』 ・85歳 男性 独居 病名:脳梗塞 片麻痺 要介護1 3割負担 ・認知機能は問題なし。 ・受診は:家族の支援があるが遠慮がある。 ・左半身動かし難い。脊柱管狭窄症 栄養状態問題ない。 ・お酒を飲んで寝るが眠れなかった時のみ睡眠薬服用している。 ・娘:協力的</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・2年前にできていたことが出来なくなった原因は意欲、身体の原因なのかアセスメントして支援に繋げてはどうか。 ・まじめで人に頼ってはいけないと思うタイプであるが、人を頼って良い事を伝える等、本人気持の傾聴や妻と会える方法の検討。 ・坂を往復できるなどクリアーできる目標から始め、本人の意欲向上を図れると良いのではないか。</p> <p>事例②《ケース概要》 急遽ご逝去されてしまったため検討なし。</p>
<p>1月13日(木) 13:30~15:00</p>	<p>介護支援専門員5名 歯科衛生士 1名 歯科医1名 高齢者福祉課2名 増進センター作業療法士1名 生活支援コーディネーター1名 サービス事業所6名 高齢者あんしん相談センター4名</p> <p>計 21名</p>	<p>事例①《ケース概要》 『要介護②でパーキンソン病によるうつ傾向のある一人暮らしの女性』 ・4代女性(要介護2) 一人暮らし。 ・パーキンソン病にともなううつ傾向あり(不安定だが専門病院は受診していない)。 ・既往:右大転子部に褥瘡、右乳がん・卵巣がんで治療。 ・ADL:すり足歩行、右大転子部の傷をかばいながら歩く、家の中は歩いている。食事はHH調理、簡単なものは自分でも作る。排泄は自立、入浴はデイサービスと自宅でも入る。 ・認知症ないが、情報量が多いと混乱することあり。 ・うつ傾向強く、涙すること、死にたいと言うこともある。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・人と話すことも好きそうなので、傾聴ボランティアや友愛電話サービスなどを利用してみてはどうか。 ・メンタル面については、波もあると思うので、タイミングを見ながら関係者間で情報提供し、専門医にかかることも検討してはどうか。 ・飲み込みや嚥下についても、訪問歯科に嚥下評価の相談をしてはどうか。</p> <p>事例②《ケース概要》 『要介護1生活の質をもう少し向上ができるのではないかと感じる一人暮らしの女性』 ・84歳女性、要介護1、独居。娘と息子が県内他市在住 ・通院時は一人で公共交通機関を利用して行き、病院で娘や息子と待ち合わせをして受診している。 ・病歴:脳梗塞後遺症。糖尿病・慢性心不全、乳がん。 ・成育歴:幼い頃に母親が倒れ、姉妹の世話や親の介護などしてきた。自分の楽しみがなかったと話す。時間や何かに縛られない今の生活が幸せだという。</p> <p>《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・デイサービスにて口腔体操や口腔ケアの話をする際に、義歯の有効性などについて情報提供するのはどうか。 ・訪問歯科の情報提供。 ・補聴器の提案、認知症のリスクが高まることも伝えていく。 ・一人暮らしのため、何かあった時の気づきの体制づくりも検討していくとよいかもしれない。</p>

令和6年度 高齢者あんしん相談センター ひだまりの庭むさしの 活動実績報告

総合相談支援	総合相談	訪問	943 件	(昨年度:581件)	
		電話	1,411 件	(昨年度:1,069件)	
		来所	102 件	(昨年度:59件)	
	高齢者実態把握訪問(再掲)		208 件		
	出前講座		0 回	(1 人)	
	介護予防講座		3 回	(65 人)	
	出張相談会		1 回	(2 人)	
	地域ケア会議		圏域会議 : 3 回	個別会議 : 3 回	
	関係機関との連携(会議出席・周知活動)		11 回		
	見守りネットワーク普及活動	訪問活動件数	1 件		
承諾件数		事業所 : 1 件	(再承諾含む 1 件)		
権利擁護(再掲)	虐待	4 件			
	成年後見	0 件			
	消費者被害	0 件			
包括的・継続的ケアマネジメント	担当者会議の出席(要介護者)	6 回			
	ケアマネジャーからの相談	15 件			
ケアマネジャー研修会(包括主催)		1 回	(36 人)	「介護報酬改定及び課題分析標準項目改正について」	
介護予防給付	包括	給付管理数(延数)・実人数	169 件	(19 人)	
	委託	給付管理数(延数)・実人数	558 件	(55 人)	
総合事業	介護予防ケアマネジメント A	包括	給付管理数(延数)・実人数	234 件 (29 人) (うち事業対象者数 12 人)	
		委託	給付管理数(延数)・実人数	394 件 (39 人)	
	介護予防ケアマネジメント C	包括	給付管理数(延数)・実人数	16 件 (3 人) (うち事業対象者数 3 人)	
介護者支援	介護者教室	2 回	(16 人)		
	介護者サロン支援	0 回	(介護者: 1 人)		
認知症サポーター養成講座	養成講座	6 回	(391 人)		
	フォローアップ研修	1 回	(27 人)		
認知症カフェ開催(参加延べ人数)		6 回	(本人: 1 人) (家族: 0 人) (協力者等: 34 人)		
地域包括支援センター全体会議、管理者会議		12 回			
認知症地域支援推進員会議		12 回			
認知症初期集中チーム会議の出席、アルツハイマーデーイベント参加等		チーム会議 0 回	オレンジダイヤル 0 回		
生活支援体制整備推進会議の出席、事業の参加等		1 回			
医療・介護連携会議、入退院支援ルール会議の出席、研修の参加等		1 回			
介護保険事業推進委員会の出席		2 回			
その他の活動等	研修等の出席、事業の参加等	5 回			
	ケアマネサロン「クラージュ」	5 回	(156 人)		
	交通安全アドバイス	0 回	(0 人)		
地域行事などへの協力等		43 回			

【活動内容総括】

相談件数が増加しています。2025年に向けて多くの方が後期高齢者になることから、これからもこの傾向は続くと考えています。
 高齢者本人だけの問題でなく、家族を含め内容が複雑な相談が多くあり、他機関と連携しながら対応しました。独居高齢者への対応も、経済的問題や身寄りのないケース対応も増えてきています。
 地域づくりといったところに目を向けて活動をしていきたいですが、業務として追いつかないこと、ノウハウが少ないことが今後の大きな課題です。研修などを受講し少しずつ取り組みを検討してきましたが、まだまだ形にはなりません。また多くの地域で担い手の発掘が大きな課題となっていますので、なにか地域に提案できるような仕組みを考えていきたいです。

令和6年度 地域ケア圏域会議 実施結果

高齢者あんしん相談センターひだまりの庭むさしの

日時及び場所	参加者	討議内容(地域課題・対応・今後の課題など)
<p>10月17日(木) 13:30~15:00 新河岸川水防センター</p>	<p>医師 1名 町会長 1名 副町会長 1名 町会役員 4名 民生委員 2名 介護支援専門員 4名 生活支援コーディネーター 1名 健康増進センター 1名 高齢者福祉課 0名 高齢者あんしん相談センター 5名 計 20名</p>	<p>「貝塚町会における外出と買い物について」 《ケース概要》 貝塚町会は土地の構造上、坂に囲まれている場所である。高齢者の買い物、通院困難者が多く、外出方法の相談が多い。地域住民の方と問題の共有と解決策の検討を目的に議論を行った。</p> <p>《対応》 バス利用のためには急な坂を上る必要があり、利用が進まないという意見が上がった。新たにバス停の造設や移動が理想的ではあるが、道幅、私道の利用といった課題が多くある状況であり、早急な対応は難しいことが予測される。介護保険サービスもヘルパーの慢性的な不足により、利用できない方もいる。</p> <p>《今後の課題》 今後も買い物、病院受診の方法についての相談が多くなることが予測される。バス停の移動・造設といった方法以外にも、地域の中で代わりとなる交通手段の検討や宅配サービス、ネットスーパーの活用を広めていく取り組みも必要になる。今後も継続して議論を行っていき解決策の検討を行う。</p>
<p>12月2日(月) 13:30~15:00 水谷公民館多目的ホール</p>	<p>医師 1名 町会長 1名 民生委員 4名 介護支援専門員 4名 生活支援コーディネーター 1名 高齢者福祉課 1名 高齢者あんしん相談センター 4名 計 16名</p>	<p>「東みずほ台3・4丁目町会における、認知症についての理解、認知症の方への接し方について」 《ケース概要》 90代女性独居の方。長女は県外。孫がいる。銀行で「息子がお金を取りに来る」と言って多額の金額を下ろそうとし、警察に通報が入る。警察から包括へ連絡が入り、その後警察が家族と連絡が取れ解決に至る。包括で集めた情報では、本人は元々町会の方を集めてお祭り企画なども行う面倒見の良い方であった。今では他者との関わりはなく、買い物に出る以外は一人自宅で過ごしている。</p> <p>《対応》 今回は認知症の方にスポットがあたったが、住み慣れた地域で暮らし続けるためにはどうしたらよいかという内容で意見を出しあった。「協力して欲しいと要請があれば協力する」「その人について考える事、気遣うことが大切だと思った」等の声があがった。また、関係機関で連携が取れていると、早期発見につながるケースも出て来ると思うので、今後も情報共有、連携を取っていきたい。という意見が多かった。</p> <p>《今後の課題》 ・お元気な高齢者は集まりや日頃の声掛けにも出てきてくれるが、なかなか会えず、本人の現状がわからない方とどうつながりを作っていくのかについて、今後も地域の関係機関と議論していく必要がある。</p>

<p>3月24日(月) 13:30~15:00 水谷東1丁目 集会場</p>	<p>医師 1名 町会長 1名 副町会長 1名 民生委員 3名 町会役員 2名 介護支援専門員 3名 健康増進センター1名 高齢者福祉課 1名 高齢者あんしん相談センター 4名</p> <p>計 17名</p>	<p>「これからの介護予防について」 《ケース概要》 87歳男性、肺炎で入院した後の生活の相談。 87歳男性、車の運転をしなくなったことで趣味の活動ができなくなったと相談。 88歳男性、腰が痛く活動量が低下していると相談。 78歳の女性、夫の世話をしており、自分も気分転換にどこかに行きたいと相談。 従来なら介護保険を申請してデイサービスにつないでいたケース。今回は介護保険の申請はせずに市の短期集中型介護予防教室につなげた方たち。 《対応》 今後の日本の人口の推移、社会保障について、従来の介護保険のサービスにつなげた場合とそうでない場合の生活について、介護予防についての今後の考え方について、参加した皆さんに聞いていただいた。 健康増進センターの取り組みについて、お話しいただいた。 《今後の課題》 介護予防の考え方について、今までとは違った考えもあることを理解していただいた。 それぞれ一人ずつその方にあった必要な介護予防のやり方があることを共通理解することができた。 社会とのつながりが生活の質を保つことに有用だとの意見が上がった。 いろんなバリエーションのサービスや居場所の創設が必要。</p>
--	---	--

令和6年度 地域ケア個別会議 実施結果

高齢者あんしん相談センターひだまりの庭むさしの

日時及び場所	参加者	自立支援に資する討議内容
<p>7月22日(月) 13:30～15:00</p> <p>水谷公民館 多目的ホール</p>	<p>介護支援専門員 6名 サービス事業者 3名 管理栄養士 1名 生活支援コーディネーター 1名 増進センター作業療法士 1名 高齢者福祉課 2名 高齢者あんしん相談センター 5名</p> <p>計 19名</p>	<p>事例①《ケース概要》 74歳女性。独居。大腸がん、胆石、変形性股関節症の既往。入退院を繰り返すうちに歩行がおぼつかなくなり介護サービスの希望となった。その後受診の際に両足を人工橈骨にする手術を受け一本杖で歩けるほど回復した。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・身体機能が回復したが、介護認定が軽度になると、今のサービスが受けられなくなってしまう。 今受けているサービスが受けられなくなってしまうが、本人のできるようになったことを整理して、さらにできないことをどうするか再検討してみる必要がある。 ・人とのかかわりが少なく孤立してしまう。 以前は町会の仕事や行事に参加していたので、何か小さいきっかけから参加してみたいと申し出てはどうか。夏祭りなどがいい機会になると提案する。</p> <p>事例②《ケース概要》 81歳男性。妻と二人暮らし。脊柱管狭窄症がひどくなり一時期入院。退院後も腰をかばいながらの生活になっている。妻と不仲で家庭内別居に近い状態で最低限のやり取りしかしない。本人は酒を飲み身勝手なことを言うため本人にも原因がある。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 ・飲酒が原因による転倒がある。 酒を楽しむための飲酒ではなく、酔うための飲酒なのが大きな問題。習慣なので改善は難しいが、主治医や支援者などから助言をもらい改善できるのが望ましい。 ・夫婦仲が悪い。 長年の積み重ねによるもので具体的な解決策はなし。大事な話をしなければいけない時には子供や第三者に入ってもらい冷静に話をしてもらえ環境を作ることを提案する。</p>
<p>9月20日(金) 13:30～15:00</p> <p>水谷東公民館 多目的ルーム</p>	<p>介護支援専門員7名 サービス事業者4名 増進センター 1名 高齢者福祉課1名 歯科衛生士 1名 社会福祉協議会 1名 高齢者あんしん相談センター 5名</p> <p>計 20名</p>	<p>事例①《ケース概要》 90歳女性。要介護2。夜勤の長男と2人暮らし。福祉用具で上がり框のてすり、トイレの手すりをレンタル利用。週2回通所介護にて入浴支援、レクリエーション等を受けている。令和3年11月、元々患っていた脊柱管狭窄症から下肢痛増強し体動困難になり入院。退院後から福祉用具と通所利用を開始するが、令和4年4月には再度身体が動かなくなり、痛みの為入院。同年5月に退院している。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 キーパーソンが長男から長女に変わりつつある状況で、CMと家族の信頼関係の構築がこれからである。会議で出た意見を参考に、少しずつ信頼関係を深め、本人の自宅での様子を確認し支援に繋げていく必要がある。また、本人が一人で過ごす時間が多い現状は、今後意欲やADLの低下などの恐れがあるため、デイサービスの増回や本人が興味を持てるような地域の取り組みを提案し、楽しみを増やしてADL等低下を防止していく。以前通販の利用で支払いが滞った経緯があり、今後もし通販での買い物で家族が困るような事態が発生した場合は、市役所の市民生活課でクーリングオフなど相談し対応が必要である。</p> <p>事例②《ケース概要》 71歳男性。要介護2。姉、甥と3人暮らし。食事、トイレ、入浴以外は別棟で過ごす。姉が身の回りを、甥が書類等の手続きを支援している。週2回通所介護と福祉用具で手すりを利用。定年後に鬱のような症状が出て平成26年から姉の家に転居。令和6年2月肺炎のため入院した後、身体機能低下。介護保険申請後も状態が悪化。同年6月区分変更申請し、要介護2の認定が下りる。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 CMからみて本人は無頓着な性格で発言もなく、意欲もないと感じていたが、助言で「眼があまり見えないことによる意欲の低下や関心の少なさ」「他の地域から来たことによる心理的な抵抗で地域活動へ消極的な姿勢」があるのではという気づきがあった。これらを参考に自立支援に向け本人への関わりを継続し、地域活動への参加も促すことにより精神面、身体面でもよい変化が期待できる。下顎だけ使用していた義歯は、本人とよく相談し、歯科医師会の事務局への相談や、食形態の見直しが必要である。</p>

<p>2月18日(火) 13:30~15:00</p> <p>水谷公民館 多目的ホール</p>	<p>介護支援専門員6名 サービス事業者3名 増進センター 1名 高齢者福祉課 1名 社会福祉協議会 1名 高齢者あんしん相談センター 4名</p> <p>計 16名</p>	<p>事例①《ケース概要》 89歳男性。要介護1。同じく要介護認定をもつ認知症の妻と2人暮らし。週1回通所介護にてレクリエーション等を受けている。令和4年8月、外傷性硬膜下血腫にて入院。退院後から通所利用を開始している。デイを利用することで運動機能は維持されており、週1交流センターでのカラオケに参加している。診断は受けていないものの、内服忘れなどの物忘れエピソードがある。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 キーパーソンである長女がうつ病に罹患しており無理できないことや、ご本人の運動機能向上の見込みがないことから、今後、通院が負担となる可能性がある。現在2箇所、3診療科に受診しており、担当調剤薬局も異なるため一包化も難しい。これに対しては、まずはご本人の意向確認が必要だが、受診が可能な現在は受診が外出の良い機会となっており、リハビリの意味も果たしているというポジティブな側面もある。調剤薬局については1箇所にまとめることで、一包化や残薬調整など薬剤師の積極的な関わりが可能になる。状態によっては、今後、訪問診療・訪問看護・訪問薬剤師を活用することで、現状に合った支援が可能になる。デイ通所に対しては、現状維持していることで利用の意味は大きく、ご年齢を考慮しても「安心して継続できる運動機会の保持」を目的として利用継続することが望ましい。カラオケをはじめとした趣味活動や地域での活動は継続いただき、今後、もう一つの趣味でもある将棋に対して参加場所を検討していく(会議内で複数箇所提案があった)。</p> <p>事例②《ケース概要》 87歳男性。要介護1。妻と次男と3人暮らし。R6.6月自宅玄関先で転倒し顔面骨折・硬膜下血腫にて入院加療。退院後、多点杖の利用やデイサービス通所のサービス開始となった。毎日5000~6000歩のウォーキングを欠かさず、買い物や受診も自身で徒歩でこなしている。ご本人の目標として、次回の更新のタイミングで介護保険サービス利用終了し自立した生活を送ることがあげられる。 《課題・検討内容・自立支援に向けて》 サービス利用終了に向けて、デイサービスのPTより「身体機能は問題ない」という評価を受けている。今後、担当PTより杖の形状について、現在利用している多点杖とT字杖のどちらが適しているのか検討いただいたうえで購入につなげることが望ましい。今後、デイサービス以外での地域との繋がりを模索する必要があり、介護予防教室利用の提案や地域のサロンなど地域資源活用の助言を得た。ご本人の身体面に関する心配として高度難聴があげられる。現在補聴器利用がないため、改めて今後補聴器外来を受診することや、タブレットやアプリを活用したコミュニケーション方法を提案し、ご本人に合った穏やかな対話手段の取得により、他者との交流に積極的になることが叶うと考えられる。</p>
---	---	--