

令和6年度各高齢者あんしん相談センター
決算報告

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
<p>5月14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</p> <p>計16名</p>	<p>事例①《ケース概要》 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》 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》 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》 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す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、心原性脳梗塞に罹患し、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 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 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り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で終了となる。 《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 高齢者福祉課1名 高齢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きていると話があり、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来るが、「なんでこんなに買って来るの。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。 《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。 《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 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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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>

		<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 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じ業 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げる必要があり、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つたが、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つた。「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」</p> <p>《ケース概要》</p> <p>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。</p> <p>《対応》</p> <p>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。</p> <p>《今後の課題》</p> <p>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>
--	---	--