

令和7年度 地域ケア個別会議 実施概要

資料4

【令和8年1月31日現在】

No	包括	性別	年齢	要介護認定	世帯	課題
1	あさくさ	男性	75歳	要介護3	独居	パーソナリティーの問題が強く、物事への執着と気持ちや気分のムラが激しい面があり、関係者やサービス事業者への負担が大きく、介護保険サービス以上の対応を余儀なくされている。
2	やなか	女性	99歳	要介護3	独居	外出先から戻れず警察や近所の方に助けを求めて帰宅する事を繰り返す。ショートステイや老人ホームの利用の提案をするが、入居を拒んでいる。
3	くらまえ	女性	77歳	要介護1	施設 (住宅型)	被害妄想や幻覚等があり警察や関係機関への電話が頻回となっている。内服管理が難しいこともあり不安定な状態が続いている。
4	まつがや	女性	85歳	要介護1	独居	自宅の建物が老朽化して、ごみが散乱してネズミがいる等不衛生な状態になっている。物忘れが進んできたが本人に病識がない。
5	たいとう	男性	45歳	要介護2	同居 [妻]	多系統萎縮症の診断があり無収入（妻は定期アルバイトによる収入あり）。住居の老朽化が著しく、住居の改善もしくは引っ越しを早急に行う必要がある。
6	ほうらい	男性	70歳	要介護2	独居	計画的にお金を使うことが苦手であんしん台東を利用しているが、万引きを起こしてしまい対応が困難になってきた。現在の住まいも立ち退きを迫られており、身寄りがいないため契約や保証人の問題がある。

本人の状況	75歳	男性	要介護認定	要介護3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">家族構成</div>
	認知症	有	居所	自宅	
ケース概要	<p>自宅は1軒家で4階建て、一人暮らし。パーソナリティーの問題が強く、物事への執着と気持ちや気分のムラが激しい面があり、「食事がほしいこと」「電話が繋がらないこと」がきっかけとなりパニックになってしまう。関わりを持っている関係者やサービス事業者への負担が大きく、介護保険サービス以上の対応を余儀なくされて困っている。</p>				
開催目的	<p>状況改善にむけて、本人が自宅で生活するための課題整理と、地域資源について検討する。</p>				
本人の意向	<p>自宅で暮らし続けたい。</p>				
参加依頼者	居宅介護支援事業所	訪問介護支援事業所	通所介護事業所	司法書士（保佐人）	
	地域包括支援センター	高齢福祉課			
当日参加者	居宅介護支援事業所	訪問介護支援事業所	通所介護事業所	司法書士（保佐人）	
	地域包括支援センター	高齢福祉課			
心身機能・身体構造	＋ （肯定的側面）	身体機能に大きな問題はない			
	－ （否定的側面）	認知面の低下があるが病識がない			
活動	＋ （肯定的側面）	<ul style="list-style-type: none"> ・ふらつきはあるが歩行可能 ・運動や体操は積極的に行う ・工作や制作活動も意欲的 			
	－ （否定的側面）	<ul style="list-style-type: none"> ・感情の波があり活動にもムラがある 			
参加	＋ （肯定的側面）	<ul style="list-style-type: none"> ・デイ週2回（隔週3回）利用 ・ヘルパー毎日利用 			
	－ （否定的側面）	<ul style="list-style-type: none"> ・内服管理はできない 			
経済状況	年金	経済難			
健康状態	パーキンソン症候群 ビタミンB12欠乏症				
利用中のサービス	介護保険	訪問介護 毎日1日2回 認知症デイサービス2.5回/週			
	介護保険外	なし			
介護者の有無 （有の場合） その状況	無				

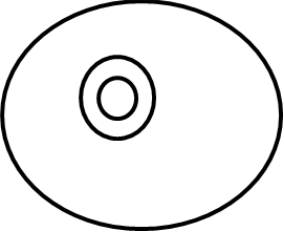
取扱注意

◇会議当日に決まった支援内容 及び 会議開催後おおむね3か月後の実施状況

1	会議当日	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
			独居であり、認知面の低下がみられている。一人で外出し、道に迷い警察に頻回に保護されている。	①地域包括支援センター・ケアマネジャー ②地域包括支援センター	①地域で見守りしてくれている町内会と連携を図っていく。 ②よく行くスーパーなど協力機関と連携を図っていく。
→ 3 か月後	実施状況			支援課題に対する今後の対応（対応の達成/継続/変更）	
	本人がよく行く「まいばすけっと千束3丁目店」や「ファミリーマート千束3丁目店」へ訪問し、地域包括支援センター紹介や見守りネットワーク関係協力機関への協力を依頼。また町内会副会長とも面談を行い、地域での見守りについて情報共有や連携を図った。			継続	

2	会議当日	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
			金銭的課題もあり、1日で利用できる金額が少ない。	保佐人・ケアマネジャー	経済状況について再確認し、生活保護の活用も検討する。
→ 3 か月後	実施状況			支援課題に対する今後の対応（対応の達成/継続/変更）	
	保佐人により申請がなされ、生活保護の受給が開始している。			達成	

3	会議当日	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
			支援者への暴力的言動などがあり、対応に苦慮しており負担が大きい。	支援者全員	支援者間で今後の対応方針や本人情報を共有して対応していく。
→ 3 か月後	実施状況			支援課題に対する今後の対応（対応の達成/継続/変更）	
	支援者への暴力的な言動に関しては以前と比較し落ち着いてきている状況ではある。普段と違うことあると不穏状態になるという共通の認識が支援者間でも出来ている。			継続	

本人の状況	99歳	女性	要介護認定	要介護3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">家族構成</div> 
	認知症	有(疑い)	居所	自宅	
ケース概要	<p>独居。部屋に飾る花を求めて近所を散歩している。数年前から外出先から戻れず警察や近所の方に助けを求めて帰宅する事を繰り返す。この数か月頻回になり、年齢的に考えて、ショートステイや老人ホームの利用の提案をするが、「自分の思う様に生活できない」「入居すると外に出れないのでつまらない」という理由で入居を拒んでいる。</p>				
開催目的	<p>頻回に迷子になるので地域住民が心配し、警察やデイ・地域包括支援センターへ地域のネットワークから連絡が入っている。関係者でネットワークを構築することで、周りの方の不安を解消し、自宅での生活を継続していくために、今後の支援方法について検討したい。</p>				
本人の意向	自宅で暮らしたい。				
参加依頼者	居宅介護支援事業所	民生委員	警察官	台東区社会福祉協議会	
	在宅サービスセンター	地域包括支援センター	保護課(ケースワーカー)	高齢福祉課	
	本人	診療所(医師)			
当日参加者	居宅介護支援事業所	民生委員	警察官	台東区社会福祉協議会	
	在宅サービスセンター	地域包括支援センター	保護課(ケースワーカー)	高齢福祉課	
	本人				
心身機能・身体構造	+(肯定的側面)	身体機能に大きな問題はない			
	-(否定的側面)	認知面の低下があるが病識がない			
活動	+(肯定的側面)	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLはほぼ自立 ・毎日外出しており自宅で生活できている 			
	-(否定的側面)	<ul style="list-style-type: none"> ・外出するたびに頻回に道がわからなくなり、自宅までつれてきてもらう。 			
参加	+(肯定的側面)	<ul style="list-style-type: none"> ・デイに週3回利用 ・ショートステイについては拒否的。5月連休中に利用。 ・訪問薬局+ヘルパーで内服管理 			
	-(否定的側面)	<ul style="list-style-type: none"> ・スケジュール管理が難しいことが多い 			
経済状況	生活保護				
健康状態	糖尿病・高血圧・認知症				
利用中のサービス	介護保険	あり(ヘルパー毎日・デイサービス・週3回)			
	介護保険外	なし			
介護者の有無 (有の場合)その状況	無				

取扱注意

◇会議当日に決まった支援内容 及び 会議開催後おおむね3か月後の実施状況

	会議当日	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
1		本人は散歩が生きがいで頻回に外出するが、外にでると道がわからなくなり警察に頻回に保護されている。身近な人にも「家がわからなくなった」と伝え家につれていってもらうことがある。①	地域包括支援センター・近隣住民・民生委員	挨拶できる人を地域で増やす。町会のイベントに招いて、声掛けができる環境を増やす（お茶代や参加の費用確認）	R7.10月末
	→ 3 か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)	
		町会の敬老会に参加してもらった。道端で会う時には、声をかけている。		継続	

	会議当日	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
2		本人は散歩が生きがいで頻回に外出するが、外にでると道がわからなくなり警察に頻回に保護されている。身近な人にも「家がわからなくなった」と伝え家につれていってもらうことがある。②	民生委員・知人・台東区社会福祉協議会・ケアマネジャー・近隣住民・警察・地域包括支援センター	地域での見守り継続と強化※適時関係者で共有	R7.10月末
	→ 3 か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)	
		警察に保護される頻度は多いが安全に家に帰している。		継続	

	会議当日	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
3		超高齢で認知面の低下がある。	ケアマネジャー・サービス事業所	本人の状況に応じてサービス調整	R7.10月末
	→ 3 か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)	
		連休時はショートステイを利用している。外出の多い時間帯にヘルパー等導入して外出に備えている。		継続	

本人の状況	77歳	女性	要介護認定	要介護1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">家族構成</div> 
	認知症	有	居所	施設	
ケース概要	<p>数年前から被害妄想や幻覚、物を溜め込んで片付けができないという状態があった。施設入居後も「夜間や留守になると泥棒が入ってきて、物を盗られる」という訴えが続いており、警察や関係機関への電話が頻回となっている。ケアマネを始め、訪問診療や訪問看護、訪問介護等のサービスを利用中だが、内服管理が難しいこともあり、不安定な状態が続いている。</p>				
開催目的	<p>警察を始め、関係機関が対応に苦慮している状況があり、情報共有や対応の検討などを行なっていきたい。</p>				
本人の意向	<p>現在の施設で暮らしていきたい。</p>				
参加依頼者	親族（兄・妹・弟）	居宅介護支援事業所	診療所（医師）	診療所（相談員）	
	警察官	有料老人ホーム施設長	訪問介護支援事業所	訪問看護事業所	
	薬局（薬剤師）	地域包括支援センター			
当日参加者	親族（兄・妹・弟）	居宅介護支援事業所	診療所（医師）	診療所（相談員）	
	警察官	有料老人ホーム施設長	訪問介護支援事業所	訪問看護事業所	
	薬局（薬剤師）	地域包括支援センター			
心身機能・身体構造	＋ （肯定的側面）	屋内・屋外移動は自立している。			
	－ （否定的側面）	被害妄想や幻覚、不眠等の症状がある。			
活動	＋ （肯定的側面）	手先を使うことを好み、以前は皿の絵付けなどを好んでいた。			
	－ （否定的側面）	一人では外出せず。買物や食事も運んでもらっている。			
参加	＋ （肯定的側面）	サービスを受け入れることが出来ている。			
	－ （否定的側面）	内服管理が難しく、不安定な状態が続いている。			
経済状況	年金	資産はあるが昔からお金を遣い過ぎる傾向あり。金銭管理はできず、顧問弁護士に預貯金の管理を頼んでいる。			
健康状態	心疾患等				
利用中のサービス	介護保険	訪問看護、訪問介護（身体介護・生活援助）、居宅療養管理指導（医師・薬剤師）			
	介護保険外				
介護者の有無 （有の場合） その状況	無				

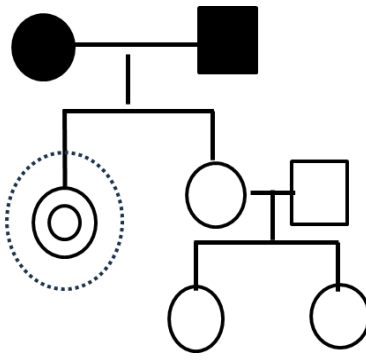
取扱注意

◇会議当日に決まった支援内容 及び 会議開催後おおむね3か月後の実施状況

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
1	会議当日 精神症状に対する医療的な対応と、本人の訴えに対する対応の統一。	・ケアマネジャー ・主治医 ・訪問看護師 ・ヘルパー ・警察 ・施設職員 ・地域包括支援センター職員	・薬の調整：認知症の薬（幻覚・妄想の薬）⇒本人が納得しないと難しい。話を聞いて安心してもらう。 ・本人に警察から説明してもらう。⇒時間をかけない。 ・相談窓口を分散していく。状態が悪化した場合には入院も検討。	適宜
→ 3 か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)	
	主治医との信頼関係も深まり、メモリーの内服が開始となった。自費の家政婦の利用も増やし、より細かい対応が可能となり、精神的安定に繋がっており、1日に20回以上あった警察への電話も激減し、月に3回程度となった。服薬チェックや声かけなどにより飲み忘れにも対応している。		継続	

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
2	会議当日 ご本人が安心（安眠）できる時間を、なるべく長くしていきたい。 (例) 家政婦や夜間帯の対応、各担当者の負担を分担していく。	・ケアマネジャー ・自費ヘルパー ・介護保険ヘルパー ・主治医 ・訪問看護師	ストレスがかかると不安定になる。⇒自費ヘルパーの増回をしてみる。関わることで精神的安定を図る。社会参加できることを探していく。⇒絵が得意。人の目を増やしていく。	適宜
→ 3 か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)	
	自費の家政婦による足浴ケアや、話し相手等でリラックスし、精神的安定や安眠へ繋がっている。睡眠が確保されることにより、生活の安定が図れ、状態の安定につながっている。妄想はあるものの、不安感等は軽減している様子。家政婦との信頼関係が築けている。兄・弟・妹も協力的で支えとなっている。		継続	

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
3	会議当日 将来的な生活環境等について検討する。	・ケアマネジャー ・家族	介護施設も視野には入れていくが、現状は今の住まいで経過観察していく。	適宜
→ 3 か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)	
	本人の精神状態、生活状態・環境の情報収集・共有を行なった。本人が安心できる生活環境を心がけ、声かけやサポートを行なったことが、安定に繋がったと考える。兄・弟・妹も環境調整にも協力的。		継続	

本人の状況	85歳	女性	要介護認定	要介護1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">家族構成</div> 
	認知症	有	居所	自宅	
ケース概要	<p>自宅の建物が老朽化して、ごみが散乱して、ネズミがいる等不衛生な状態になっている。衣服も汚れていて入浴もしていない様子。最近、物忘れが進んできたが本人は病識がなく、身体は丈夫で医者いらずと言う。隣のアパートの大家もやっているが独居で心細いと本人は思っている。以前は近所付き合いもあったようだが、最近では高齢となり、話す機会が減っている。</p>				
開催目的	<p>認知症の独居高齢者が安心・安全に生活していくためにどのように見守りしていけばよいか、地域で見守りの意識を共有したい。</p>				
本人の意向	<p>自分の事は自分で決める、自分でやりたい。</p>				
参加依頼者	親族（妹の夫）	民生委員	病院（相談員）	台東区社会福祉協議会	
	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	高齢福祉課		
当日参加者	親族（妹の夫）	民生委員	病院（相談員）	台東区社会福祉協議会	
	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	高齢福祉課		
心身機能・身体構造	＋ （肯定的側面）	<ul style="list-style-type: none"> ・自立歩行・階段昇降ができる ・杖を使わず歩くことができる 			
	－ （否定的側面）	<ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下を自覚している。通院の日時を間違える ・歩く距離が短くなっている 			
活動	＋ （肯定的側面）	<p>ADLは概ね自立</p>			
	－ （否定的側面）	<p>外観上清潔保持、家事が不十分と思われる。家の管理ができない。書類・服薬・金銭管理ができない（残金わからない）</p>			
参加	＋ （肯定的側面）	<ul style="list-style-type: none"> ・近所の見守りがある ・月に1回なら食事に行っても良いと言う 			
	－ （否定的側面）	<ul style="list-style-type: none"> ・自発的に町会・近所とコミュニケーションができない。 			
経済状況	年金	<p>自宅隣のアパートを所有している。</p>			
健康状態	<p>喘息（幼少時）</p>				
利用中のサービス	介護保険	<p>無し</p>			
	介護保険外	<p>無し</p>			
介護者の有無 （有の場合） その状況	無				

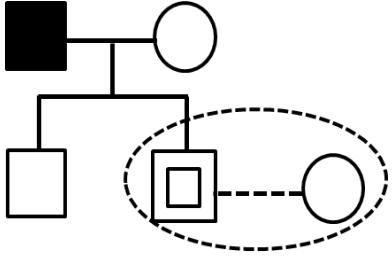
取扱注意

◇会議当日に決まった支援内容 及び 会議開催後おおむね3か月後の実施状況

	会議当日	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
1	会議当日	認知面の低下、短期記憶の低下によるIADLの低下、判断力の低下による生活に支障が出ている。	地域包括支援センター・民生委員・台東区社会福祉協議会・近隣住民・家族	最低限生活（書類の管理、金銭管理、家の管理）ができていないか確認する。（随時・近隣住民⇒民生委員⇒台東区社会福祉協議会や地域包括支援センター⇒家族）	随時
	→3か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応（対応の達成/継続/変更）	
		月～土まで、自主的に来所を促し、コミュニケーションを取り、信頼関係を深め、生活の活性化を図っている。連絡が取れないときは、家族に連絡をとり近況報告をする。		継続	

	会議当日	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
2	会議当日	健康管理に不安がある	地域包括支援センター、医療機関	受診の必要性を認識してもらう。（地域包括支援センター、医療機関） 通院を促す。（妹の夫、地域包括支援センター）	1回/1か月
	→3か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応（対応の達成/継続/変更）	
		来所時に状態観察し服薬確認を行う。		継続	

	会議当日	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
3	会議当日	地域との連携が希薄になっているので異変に気づきにくい。	地域包括支援センター・民生委員・台東区社会福祉協議会・近隣住民	本人のペースを尊重しながらゆるやかな見守りを行う。挨拶など何気なく声かけを行う。（随時・近隣住民、台東区社会福祉協議会、民生委員、地域包括支援センター）	1回/1か月
	→3か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応（対応の達成/継続/変更）	
		民生委員や近隣の方と連携をとるようにしている。		継続	

本人の状況	4 5 歳	男性	要介護認定	要介護 2	家族構成 
	認知症	無	居所	自宅	
ケース概要	<p>・内縁の妻との二人暮らし。多系統萎縮症の診断あり。本人は退職しており無収入。現在は難病患者福祉手当（月額15,500円）と貯蓄を医療費と介護サービス費、自分の生活費に充てている。妻は定期アルバイトによる収入あり。</p> <p>・住居の老朽化が著しく、1～2階の階段はとても急であり、手すりは一部が取れかかっている。また、壁の一部が剥がれて、隣の家の外壁が見えている状態。</p>				
開催目的	<p>訪問リハビリに関わる医師とリハビリスタッフから、「病状の進行具合から、階段からの転落の危険が高く、住居の改善もしくは引っ越しを早急に」との意見が聞かれている。どこでどのように生活していくのが良いのか、本人と妻が希望する現住所での生活が可能な方法があるのか、経済的なことも含めて、今後の方向性について多方面からの検討が必要と思われたため。</p>				
本人の意向	「自分のことは自分でやりたい」「他人に迷惑を掛けたくない」という気持ち強い。				
参加 依頼者	居宅介護支援事業所	診療所（相談員）	訪問リハビリ事業者	福祉用具業者	
	民生委員	司法書士（アドバイザー）	あんしん台東	地域包括支援センター	
	保護課	住宅課	高齢福祉課	診療所（医師）	
	不動産会社				
当日 参加者	居宅介護支援事業所	診療所（相談員）	訪問リハビリ事業者	福祉用具業者	
	民生委員	司法書士（アドバイザー）	あんしん台東	地域包括支援センター	
	保護課	住宅課	高齢福祉課		
心身機能 ・ 身体構造	+	<p>（肯定的側面）</p> <ul style="list-style-type: none"> 腕の力が強い 認知機能の低下はない 			
	-	<p>（否定的側面）</p> <ul style="list-style-type: none"> めまいや筋力低下があり、移動が困難 			
活 動	+	<p>（肯定的側面）</p> <ul style="list-style-type: none"> 室内は何とか自力で移動が可能 UberEatsで食事を注文し、1階の玄関まで商品を取りに行くことができる 			
	-	<p>（否定的側面）</p> <ul style="list-style-type: none"> 外出時は車いす介助が必要 			
参 加	+	<p>（肯定的側面）</p> <ul style="list-style-type: none"> 妻や介護サービスの担当者と話ができる 			
	-	<p>（否定的側面）</p> <ul style="list-style-type: none"> 他者との交流が少ない 仕事を辞めている 			
経済状況	難病患者福祉手当	本人は退職しており無収入。現在は難病患者福祉手当（月額15,500円）と貯蓄を、自分の分の医療費と介護サービス費と生活費に充てている。内縁の妻は定期アルバイトにて妻の生活費をまかなっている。			
健康状態	多系統萎縮症				
利用中の サービス	介護保険	福祉用具貸与：車椅子、手すり			
	介護保険外	訪問リハビリテーション：週3回			
介護者の有無 (有の場合) その状況	有	内縁の妻同居。平日は毎日11時頃から23時頃まで仕事（アルバイト）に行っている。			

取扱注意

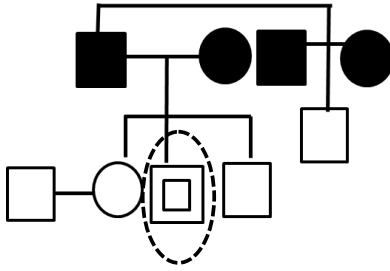
◇会議当日に決まった支援内容 及び 会議開催後おおむね3か月後の実施状況

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
1	会議当日 経済的に余裕がない	司法書士、 ケアマネジャー、 ソーシャルワーカー、 地域包括支援センター	・所持金があるうちに住環境を整える。→借地権を売却する。 ・現状での生保受給は難しいと思われる旨を本人達に伝え、今後の生活費や引越費用・家賃について検討していく。 ・本人達に区役所に障害年金の申請に行っていたり、 ・国民年金支払い免除についての申請を行なう。	近日中
→ 3 か月 後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)	
	実父が所有していたマンションの売却資金と財産について相続の権利があることが判明。預貯金の相続分については実母の後見人である司法書士が本人に了承のうえ手続きを進めてくれている。実父が所有していたマンション売却による収入の相続分については、すでに受け取っていたことが判明。		継続	

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
2	会議当日 建物の売却が困難な状況	高齢福祉課、 不動産業者、 司法書士、 地域包括支援センター	・建物の購入希望者を確認、法定代理人を立て相続登記→建物を本人の所有物とする手続きを行なう。 ・土地の所有者であるお寺がなぜ退去してほしいと思っているのか確認する。 ・相続について母親または関係者と本人が相談する。	近日中
→ 3 か月 後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)	
	実母の後見人である司法書士とのやり取りから、令和2年に弁護士を介して地主から建物を買取りたい旨の相談があったものの、相続人の一人である本人の同意が得られなかったため売却の手続きができずに実母側も地代を払い続けていることが判明。本人が支払っていた地代は二重払いであったため返金のための手続きを行なったが不可であった。		継続	

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
3	会議当日 建物の老朽化が激しく、住み続けることは困難な状況だが、生活を希望する地域に居住可能な賃貸物件が極めて少ない。	住宅課、 不動産業者、 ケアマネジャー、 消防署	①早急に転居できるよう8月の都営住宅の募集に申し込む。 ②都営住宅への申込と同時に進行で民間の物件について情報収集する。 ③転居前に自宅での生活ができなくなるような災害等の緊急時には、ショートステイ（契約済み）を利用する。 ④上野消防署に防火防災診断を依頼する。 ⑤転居等のタイミングの見極め。	取組中
→ 3 か月 後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)	
	・外壁の一部が崩れたが、妻のみで処理。自宅内で生活が変わるような新たな破損はないため、建物の修繕はせず、可能な限りで福祉用具を利用中。 ・昨年8月の都営住宅の募集に申し込みしたが落選。区の住宅課から紹介された不動産会社からの物件情報は現住所から遠方であったため辞退。今後1年以内に妻の実家に転居する可能性が高いことから、短期契約も可能なレオパレスの利用も検討したが、費用が割高になるため中止。台東区内での転居先の目途は立っていない。		継続	

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
4	会議当日 住環境の悪化と病状の進行から、生活上のリスクが高くなっている	民生委員、 医師、 ソーシャルワーカー、 リハビリスタッフ、 ケアマネジャー、 地域包括支援センター	・日常の見守り ・体調管理 ・身体評価	取組中
→ 3 か月 後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)	
	訪問リハビリに加えて通所リハビリの利用や、入浴介助のためのヘルパーを導入することで、日曜日以外は他者の支援あり。訪問診療や訪問看護の医療体制も整っており、筋力・体力の維持や危険は回避を図っている。階段昇降は可能な状態。		継続	

本人の状況	70歳	男性	要介護認定	要介護2	家族構成 
	認知症	無	居所	自宅	
ケース概要	<p>R4.1月に左前頭葉内の脳梗塞のため救急搬送、2月にリハビリ病院へ転院したが再梗塞となった。退院にあたり病院相談員より入院費の支払いや家賃支払い等の金銭管理が不安と地域包括支援センターへ介入依頼あり。退院後も膝折れ等あり介護サービス利用でケアマネージャーへ繋いだ（要介護2）金銭管理はあんしん台東へ依頼。R7.3月に万引きを起こしてしまい今後も再犯の可能性もあり対応が困難になってきた。</p> <p>R7.3月にお菓子を万引きし関係者が店舗へ謝罪に行った。ギャンブル等が好きで使い込みしないようヘルパーが毎週生活費を別封筒へ分け、渡しているが保管場所の押し入れから勝手に使ってしまう。現在住んでいるアパートも大家より老朽化で転居を求められているが契約等が大変になっている。</p>				
開催目的	長く地域で生活していくためにどのようにしたらよいか意見共有				
本人の意向	施設ではなく今後も在宅で暮らしたい意向がある。				
参加依頼者	本人	居宅介護支援事業所	あんしん台東	診療所（看護師）	
	警察官	司法書士（アドバイザー）	民生委員	地域包括支援センター	
	高齢福祉課	不動産会社			
当日参加者	本人	居宅介護支援事業所	あんしん台東	診療所（看護師）	
	警察官	司法書士（アドバイザー）	民生委員	地域包括支援センター	
	高齢福祉課				
心身機能 身体構造	+	嚥下障害なし。自身で経口摂取可能。 転倒の危険あるが補助具なしで歩行可 大きな麻痺拘縮はないが突然の膝折れには注意必要 ベッド柵あれば起き上がりはできる			
	-	認知機能：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb 年相応の記憶力低下はあるが認知症診断はなし 精神状態：出費が重なり支払いで不安がみられる			
活動	+	食事：昼食・夕食は配食、コンビニで購入もできる トイレ：自立。区よりおむつ配送給付（リハパン） 聴力は正常。自分からの発語は少ないが意思疎通は可			
	-	白内障でOP予定だったが手術代を競馬で使用し未実施 家事：掃除洗濯は苦手ヘルパーが支援中 更衣・入浴：一部声掛けや介助が必要			
参加	+	・パチンコが趣味で徒歩30分のパチンコ店や競馬で浅草WINSへ通っている ・共用トイレや廊下の掃除当番の役割が（週1）あり行っている ・大家さんが気にしてくれている			
	-	・排泄面で問題あり、共用トイレ使用で大家さんから注意を受けた			
経済状況	年金	厚生年金 あんしん台東が地域福祉権利擁護事業で介入中			
健康状態	脳梗塞後遺症（右麻痺）前立腺肥大、高血圧、脂質異常症、白内障				
利用中のサービス	介護保険	ヘルパー毎週月曜：10時半～、ふくの湯毎週水曜：PM、用具レンタル（ベッド）			
	介護保険外	配食 毎日昼夕、おむつ給付（5-4負担有：高齢福祉課）入浴券（高齢福祉課）			
介護者の有無 (有の場合) その状況	無				

取扱注意

◇会議当日に決まった支援内容 及び 会議開催後おおむね3か月後の実施状況

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
1	会議当日 金銭管理(1週間毎に小遣いをヘルパーから渡してもらおうが、パチンコで1か月分を1週間で使い込んでしまう)	本人、民生委員、あんしん台東、ケアマネジャー、サービス事業者、地域包括支援センター	小遣いは自宅内の金庫へ保管、毎週ヘルパーが介入時に手渡しをする。趣味であるパチンコへの欲求は節度内でおさめ、パチンコのあるDSや地域のサークル教室等へ参加。	~2025/12/31
	→3か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)
	補助人がヘルパー事業所へ小遣いを持参し、訪問ヘルパーが毎週、1週間分の小遣いを本人へ渡している。使い込みはなし。お年玉も貰っている		達成	

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
2	会議当日 身寄りもないため、犯罪等で警察よりお迎えの依頼があった場合誰が対応するのか	本人、警察	後見人は身元保証人でないが、身上監護の役割で連絡あれば対応せざるを得ないのが現状。警察としても独居高齢者は自宅へ送り届ける方向へ変化しつつある（必ずしも身柄受けを求めない？）	~2025/12/31
	→3か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)
	警察対応等を含め事前にリーガルサポートへ相談した上で候補人を選任してもらった。会議後新たな万引き等の通報はなし。		達成	

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
3	会議当日 後見申立方法（本人申立か区長申立か）の検討。現在、賃貸契約や施設入所時の保証人がいない状態	本人、あんしん台東、地域包括支援センター、区、リーガルサポート、橋場診療所	申立は補助・保佐相当なため本人申立（橋場診療所が診断書を記載することは可能）ただ現在の状況で申立をしても、身柄受け等ハードルあり候補者が見つかるかは不明。申立にも費用がかかるため金銭的負担をみながら支援していく方向	~2025/12/31
	→3か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)
	地域ケア会議後にリーガルサポートへ後見申立支援依頼。本人申立で8月補助の審判があり、司法書士が補助人として介入することになった		達成	

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
4	会議当日 大家から立ち退きを迫られている状況。本人は施設ではなく在宅を希望しているが転居先が見つからない	本人、住宅課（居住支援）シルバーピア	今の段階より転居先を探す。一般のアパートは居住支援等のサービスを利用。またシルバーピアや都営住宅、養護老人ホーム等も検討。	~2025/12/31
	→3か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)
	R7年度の台東区シルバーピアへ当選し今月本人と補助人、ケアマネジャーで内覧し今後引越し予定。家賃問題もクリアできた		達成	

	支援課題	担当（誰が）	支援内容（何を）	実施日時（いつ）
5	会議当日 脳梗塞の再梗塞リスク、転倒リスクがある。	本人、橋場診療所	受傷後脳梗塞後遺症は回復し現在は麻痺なし。ただ腰部脊柱管狭窄症による腰痛や神経痛、また白内障・緑内障による視力障害あり転倒のリスクは高い。定期通院と内服が必要	~2025/12/31
	→3か月後	実施状況		支援課題に対する今後の対応 (対応の達成/継続/変更)
	内服が難しくなったが居宅療養管理指導（薬局）が介入し薬をセットしたことで内服ができています。再梗塞なく経過している		達成	