

第4章

地域ケア会議への取り組みを通して～実践からの考察～

1 今こそ、「地域」というキーワードと向かい合おう

唐木美代子（北杜市介護支援課）

介護保険は、介護を要する状態になっても高齢者が住み慣れた地域で尊厳をもってその人らしい生活が継続できるように必要なサービスを総合的、一体的に提供する仕組みとして平成12年創設されました。制度は幾度かの改正を重ねながら、家族介護負担の軽減をはじめ、要介護者とその家族にとって生活の中になくてはならないものとして定着してきました。しかし、サービスの提供内容は介護保険の基本理念である尊厳の保持と自立支援について十分でないという指摘もされています。

また、少子高齢化の進展や認知症高齢者、一人暮らし高齢者の増加、社会情勢の変化は地域社会に変化をもたらしました。地域での支え合い、見守りなどの機能が弱くなってきていることも事実です。しかし、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには介護保険などのフォーマルサービスの充実とインフォーマルな多様な社会資源が整備され活用できることが必要です。

そこで、介護保険では、平成24年度改正で医療・介護・予防・住まい・生活支援を切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの実現を目指すことが明文化されました。

地域包括ケアシステムは、地域におけるさまざまな関係者や機関が関わり形成されるものなので一律ではありません。その地域、住民特性に応じたシステムになるはずで、地域包括支援センターは地域包括ケアの中核として設置されています。

地域包括ケアシステム構築に向けて、まず地域を把握し地域の課題はなにか、解決するためには何が必要かという現実と地域の将来像を描くことが必要だと思います。何か特別なことを計画してシステムの構築を行う必要はありません。包括の日常業務から取り組んでいくことが無理のない方法だと思います。

一つの方法として、包括支援センターは、毎日、さまざまな形で相談を受けています。また、介護予防プランや予防事業のために関係者との連絡をしています。担当者としての訪問など地域との関わりがない日はありません。まず、相談などで対応がむずかしいと思われるような事例を取り上げ個別地域ケア会議の開催を検討します。むずかしいと感じる事例は、フォーマルサービスの利用だけでは生活の継続が困難なケースが多いようです。

地域ケア会議は多くの方の協力が必要になります。関係者という自覚のない方、困って

いる方、怒っている方などさまざまです。地域ケア会議開催までの準備は担当者にとっては負担感がありますが、開催により個への対応だけでなく、得られる情報や連帯感を参加した方が共有できます。また、それぞれが自分の地域を見直す機会になります。小さなエリアでの活動ですが、これが点となり面となり地域に浸透し、広がりを持ちながら「地域の力」となっていきます。こうした活動を施策化して行くことも必要ですが方法はやはり一律ではないと思います。それぞれのセンターが一番効果的でやりやすい方法を検討し実行していくことだと思います。

地域包括ケアシステムは様々な事業や活動の結果として構築されるものだと考えています。事業や活動の短期、長期的目標を立てること、立てた目標を必ず評価していくこと、地域の将来像が描けること、そして何よりも大切なのはそれらが地域包括支援センタースタッフの中で共有され認識されていることだと思います。日々の業務は多忙であり、個別ケースへの対応は猶予がなく、振り回されることが多いのですが、今、「地域」というキーワードと向かい合い「地域づくり」を始める時が来ていると思います。

北杜市個別地域ケア会議の実際

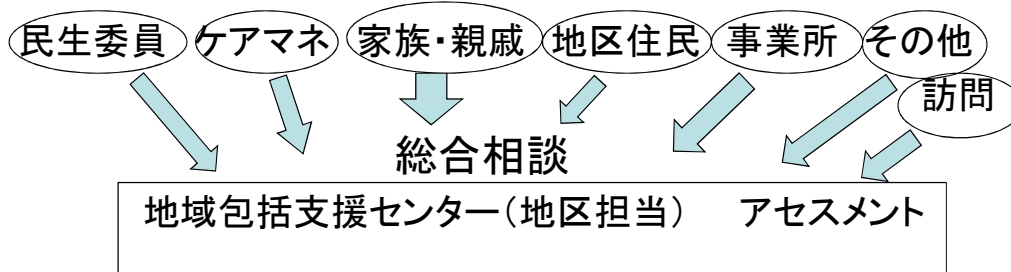
<事例> 高齢者2人暮らし 夫:認知症 物忘れ 徘徊
 妻:認知症 物忘れ 家事困難
 特に調理はできなくなる

夫の徘徊、妻の家事能力低下により困りごとが多くなり在宅生活の継続が困難になってきている。子供たちは市外で生活している。ある事件をきっかけに家族間、特に2人の子供に感情的すれ違いが生じ協力体制がとれない。長男夫婦、娘とも両親への日常のかかわりはできない。

夫の徘徊が頻回にあり。警察の保護2回。捜索は数回あり。家の中も乱雑となる。腐敗した食料品の処分ができない。通販等での高額な買い物など問題が多くなり担当ケアマネも対応に苦慮していることから、会議の開催となる。

北杜市個別地域ケア会議の実際

No1



現状把握、課題、問題点等进行分析し現時点で考えられる関係者を集める(ケースを取り巻く環境)

日時・場所・目的を連絡

(障害者支援センター 医療機関 事業所 家族 親戚 知人 友人 関係機関・関係者(駐在所・金融機関・区長・近隣住民など))

個別地域ケア会議の開催・・・主催 地域包括支援センター

個別地域ケア会議の流れ

NO2

- ・司会 地域包括支援センター 地区担当者
- ・会議は自己紹介から始まる
- ・集まった目的について説明
- ・最近の様子についての情報提供・情報交換
 - ・担当ケアマネから
 - ・民生委員から
 - ・ご近所から
 - ・介護保険サービス事業所から
 - ・介護保険外サービスから
 - ・駐在所から
 - ・金融機関から
- ・本人、家族の意向の確認

本人：「家で今までどおり生活したい。住み慣れたこの家でお父さんと2人で暮らしたい。家族には迷惑かけられない。気分が落ち込むと自暴自棄になってしまうこともある。」

家族：「お金のトラブル、徘徊、勝手な行動など、みなさんに迷惑や面倒をかけていることは承知している。本当のところどうすればいいのかわからない」「できることなら住み慣れた場所でもう少し生活を続けさせたい。ただ、周囲への迷惑を考えると施設も考えなければならないと思う」

- ・関わっている人の役割を知る—関係者チャート
- ・今後の方向性を検討する
 - 介護保険サービスを含めたサービスの量と質の検討
 - どうしたらこの地域で生活ができるか
 - 地域(周囲)は何ができるか
 - 何があれば安全に生活できるか
 - 今起きている問題の確認と解決方法について...などなど
 - それぞれの立場で考え検討し話し合う
- ・まとめを地域包括で行う。必要事項を再度確認する。

北杜市地域ケア会議の特徴

- 個別ケースから入るので周囲の人も自分のこととして関わる(真剣)
 - 役割が明確になり具体的行動につながる
 - 顔見知りの関係ができる
 - 個別ケースとして関わりながら自分の地域の問題として認識する
 - 会議を繰り返すことにより関係者が増える
 - 関係者間の仲間意識、つながり
 - 各サービス利用目的の共有
 - ケアプランの検討ができる
 - 継続による地域力の向上
 - 点から面へ
- 会議終了後は方向性が見えている必要がある
 - 個別ケースのアセスメントがされていることが条件
 - 日程調整等の煩わしさ
 - 会議進行能力が必要
 - サービス担当者会議と混同する
 - 地域包括支援センターメンバーの力量が必要

サービス担当者会議と地域ケア会議の違い

「サービス担当者会議」は……ケアマネジャーの主催により ケアマネジメントの一環として、居宅サービス計画原案に位置付けたサービス担当者と利用者の状況等に関する情報を共有し、当該担当者から専門的な見地から意見を求めるために行われるもの。

「地域ケア会議」は……保険者又は地域包括支援センターの主催により個別ケースの支援内容の検討のほか、これらを通じて地域支援ネットワークの構築、自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域課題の把握を行うために行われるもの。

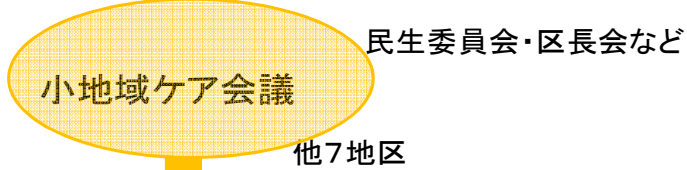
地域包括ケア推進指導者養成研修(中央研修)より

—北杜市地域ケア会議—

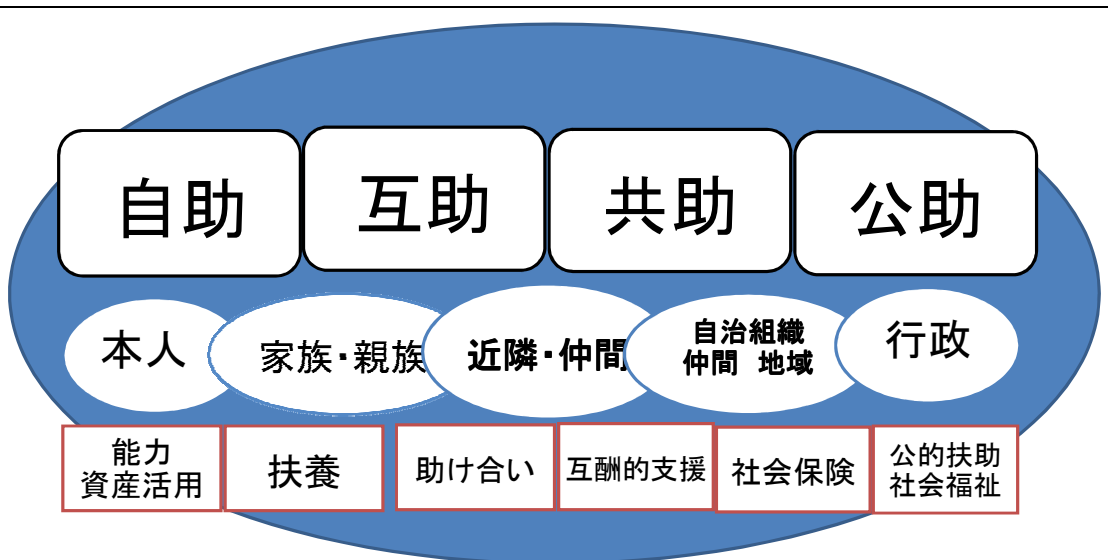
- 個別地域ケア会議：目的をもって開催



- ○○地区小地域ケア会議：個別ケースの積み上げ



- 北杜市地域包括ケア推進会議：● ● の積み上げ
代表者レベルの共通認識・意見交換
市の課題・必要な施策・事業計画への反映など



* 自助・・・自助努力

* 互助・・・家族・友人・近隣人・ボランティア等

* 共助・・・地域の助け合い体制など

* 公助・・・行政支援など

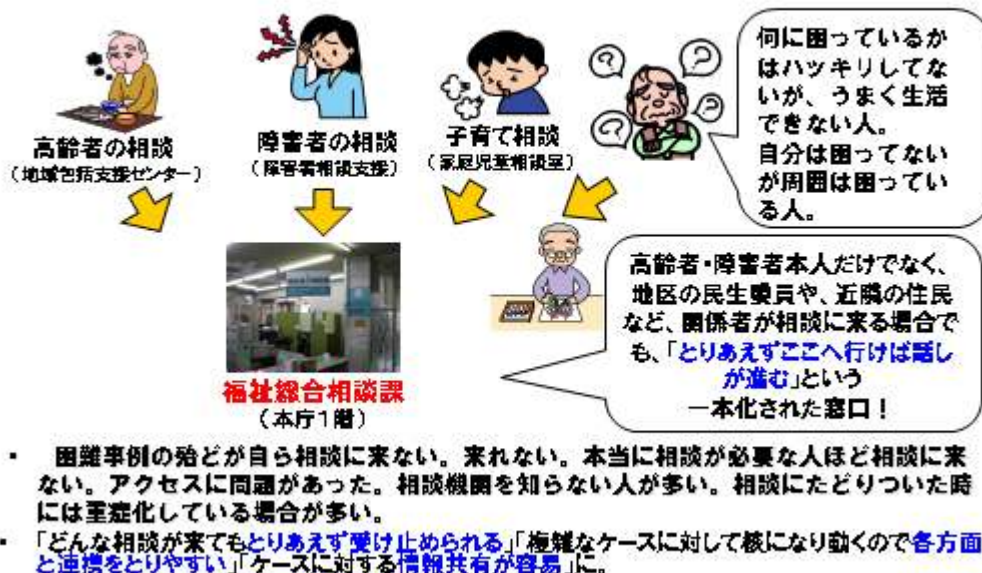
2 地域で暮らす全ての住民の暮らしをトータルで支える仕組みづくり

千野慎一郎（南アルプス市地域包括支援センター）

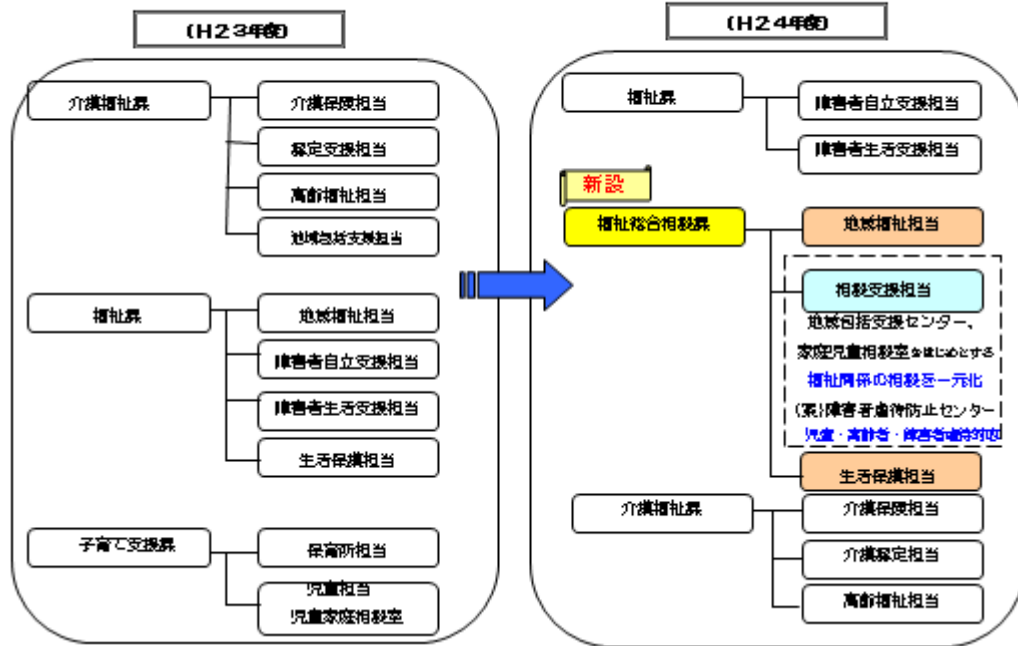
少子高齢化の急速な進展や、高齢者世帯数の増加、家庭機能の低下、地域相互扶助の弱体化など目まぐるしい社会情勢の変動のなかで、地域住民のニーズは、ますます複雑多様化してきています。また無縁社会、孤独死、自殺、認知症高齢者の増加、介護殺人、虐待などが地域福祉課題としてクローズアップされ、従来の分野別に整備された公的サービスだけで対応することは困難な時代を迎えています。そうしたなかで、住民誰もが住み慣れた地域で、尊厳が保持されいきいきとした暮らしを支えていくためには、「地域包括ケアシステム」の構築はなくてはならないものといえます。

南アルプス市では平成21年度より相談支援の充実に関するワーキングを立ち上げ、相談支援の在り方から地域包括ケアを考えていきました。地域包括支援センター、障害相談支援事業、家庭児童相談室等で様々な事例に直面し、分野別、制度別のいわゆる縦割りの弊害、制度の狭間から見える地域福祉課題に向けて庁内の相談体制を再編することになり、平成24年4月に福祉総合相談課が開設されました。「地域包括ケアシステム」は、高齢者、障害児者、母子、父子、児童等を包括した地域で暮らす全ての住民の暮らしをトータルで支える仕組みと位置づけ、地域包括支援センターを基盤とした体制を整備し、試行錯誤を繰り返しています。

福祉相談支援体制の再整備



南アルプス市における組織の再編



その試行錯誤の1つが地域ケア会議の推進です。地域包括支援センターは、地域における包括ケアの体制を構築し、機能させる中核機関として位置づけられています。地域包括支援センターのみにより、地域包括ケアシステムが全てなされていくわけではありません。地域包括ケアの主役は地域住民であり、「地域包括ケアシステム」が機能するためには、ニーズが早期に発見され、適切な支援につなげられていく仕組みや、地域での各種サービスや住民活動の結びつきによるネットワークが、地域の文化、風土、土壌として「ささえ愛」が根底にあることが必要で、そのネットワークは住民関係者や多様な関係機関等の協働、連携なくしては構築できません。そして「ささえ愛ネットワーク」は、短期間に根づくものではなく、地域住民、当事者の参画を促す福祉教育活動やボランティア等各種のインフォーマルサービスの開発など地道な実践により培われていくものです。しかし地域包括支援センターが介護予防、包括的・継続的ケアマネジメント、総合相談、権利擁護業務等の個別支援を行いながら、「地域づくり」のすべてにまで着手することは不可能です。社会福祉協議会は、住民主体の福祉のまちづくりを目指す地域福祉の推進組織としてこれまで積み上げてきた実績と強みがあり、「地域包括ケアシステム」の基盤となる「ささえ愛ネットワーク」、共助力の強化の部分に積極的に関わっていくこと、地域包括支援センターと連携、協働を強化していくことが必要と考えられ、事業ベースではなく、地域ベースの連携を強化しています。そこをつなぐ重要なツールが地域ケア会議といえます。

地域ケア会議は、固有の機能はなく、地域の地域実情に応じて必要な機能は異なります。地域包括支援センターが地域包括ケアシステム構築の1つの施設に過ぎないと同じように、

地域ケア会議も地域包括ケアの推進の1つのツールに過ぎません。地域ケア会議の名称にもこだわる必要はなく、これまでの地域の取り組みの積み重ねを活かしていくべきだと思います。

南アルプス市が考える地域ケア会議

住民福祉関係者、保健・医療・福祉などの各種専門職、行政担当者による、「地域課題の把握」や「その問題解決」について行う、住民主体の福祉のまちづくりに向けた会議

- 地域が抱える福祉課題の把握及び共有化
- 地域の支えあうしくみづくり
- 要援護者の把握、情報交換、連絡調整及びサービス供給体制の検討
- 困難事例の支援方法について検討
- 地域の社会資源の把握及び創出、活用方法について協議
- さまざまな制度・サービス等の総合理解
- 課題解決のための多職種協働と連絡調整

現在社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカーと障害者相談支援専門員と地域包括支援センターで不定期ですが、「ささえ愛連絡会議」の名称で情報交換、事例検討を行っています。この「ささえ愛連絡会議」は、上記にある地域ケア会議の機能を有したものです。ささえ愛連絡会議立ち上げの前段階として、コミュニティソーシャルワークを学ぶ為に「小地域ネットワーク学習会」を立ち上げ、地域包括支援センターと社会福祉協議会との協働体制の基盤整備を図りました。ひとつひとつの地域の仕組みづくりのためには、個別支援において抽出された生活・福祉課題を単に「個」の課題として捉えるのではなく、地域に累積する共通課題として捉え、その課題解決に向けた地域と専門職とのネットワークづくりや社会資源の創出に向けた協議が必要と考えたからです。1人の困りごとを地域の困りごととして考え、地域の福祉力を高めていくには、コミュニティソーシャルワークが必須です。このような視点を参加者全員と共有し、ネットワークを広げていく為には協働できる受け皿が必要で、これが地域ケア会議だと考えています。目の前の困りごとに忙殺（振り回される）され、そもそもの課題が共有されないことは、支援者の疲弊感や不全感が増大し、ソーシャルアクションによる社会資源創出の停滞につながります。そこを解消するには地域ケア会議をいかに活性化し、ミクロからメゾ、マクロまでの一連の流れを可視化、共有化し、失敗体験と成功体験を繰り返しながら地道に取り組むことが必要だと

思います。地域課題を抽出しても、施策につなげる仕組みを地域ケア会議に位置付けられていない課題が現状あります。



小地域ネットワーク学習会の様子

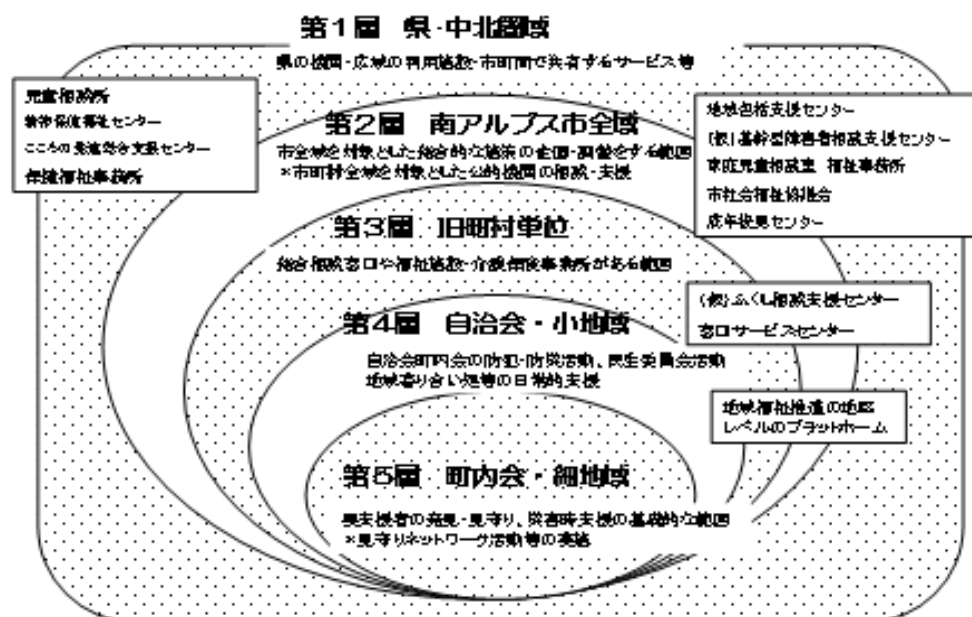


小地域ネットワーク学習会のテーマ

- ・ 社協、行政（地域包括）お互いを知ること。
強み、弱み、共通のミッション、関連性など。
- ・ コミュニティソーシャルワークについて
- ・ 災害時要援護者に関すること
- ・ 介護予防に関すること
- ・ 実践報告会
- ・ 先進地視察研修報告
- ・ 地域ケア会議について

➡ 少しずつ地域を基盤とした視点へ
ミクロからマクロへ

南アルプス市における「地域」の区分イメージ



また「地域包括ケア」の実現においては、インフォーマルな資源の育成やその活用が求められており、その意味で、専門職にとって地域へのアプローチによる人材育成、福祉教育が大きな課題になっています。その為、専門職だけの地域ケア会議ではなく、個別事例から見えた地域課題を地域にフィードバックする為により小単位での地域ケア会議を開催しています。地域包括ケアの推進の為に、地域ケア会議に求められる機能や役割は様々です。そこで多職種が協働して取り組む雰囲気づくりや地域が持っている資源を生かし、総動員して地域福祉課題に向き合っていく姿勢が今求められていると思います。

取り組み事例

① 援助困難事例の検討

「最近近所にお金を借り歩いているようだ」「最近大きな声がよく聞こえる」「夜になるとすぐに電気が消える」など地域でキャッチされた問題、課題を抱えている方について、行政、地域包括支援センター、社協、介護支援専門員等は何ができるかを検討する。整理された課題について優先順位をつけ、役割分担を行った。

② 要援護者、社会資源情報の把握及び集約

災害時要援護者カード（あったかカード）の情報や住宅地図を使い、フォーマル、インフォーマルのサービス提供状況をマッピングし、支援関係者で把握、共有を図る。また地域で行っているサロンや高齢者が参加できる活動場所などの社会資源情報やボランティアなど人的資源の把握を行った。



③ 地域が抱える問題の把握及び共有

個別課題の集約により、地域課題が抽出される。地域包括ケアに携わる専門職のみで課題が共有されても、地域住民と課題が共有され、行動、意識が変わらないと地域は変わらない。地域福祉の様々な課題を自分ごととして捉え、専門職と協働するキーパーソンの把握及び育成を行う為、座談会形式でKJ法を使った研修を行った。



3 地域における重層的なネットワークで本人の自立を支える

青柳ひとみ（小菅村社会福祉協議会）

平成25年1月末現在、人口768人、世帯数333世帯、高齢化率40%の小菅村において、今回紹介させていただく、独居で認知症高齢者の事例は特別なことではなく、事情の差こそあれ似たような状況の中、在宅生活を続けている方が多いのが現実です。まるで、簡単なつり橋を渡るがごとく、何か特別な力が加われば崩れ落ちてしまう危険性を孕んでいます。

このようなことから、村では平成4年から行政と社協、村診療所の連携により、保健・福祉・医療の問題に取り組んでいくことになり、現在も継続しています。

当初は、各関係者が相談や訪問等で困難事例にぶつかると他の関係者に連絡し、話し合いの場を設定する。その席で何とか解決方法を模索するというパターンでしたが、平成15年6月12日から『小菅村地域ケア会議』が保健師主導で立ち上がりました。

概ね月に1回の会議で、目的は、「現存する保健・福祉・医療の各機関が問題を共有し、連携を図ることで、村民が、資源が限られた本村で、総合的な支援を受けられるような体制を整える」ことです。

現在も行政とともに「誰もが住み慣れた地域で安心して暮らしていける地域」を目指し、活動を続けていますが、特に社協の役割として重要なことは、フォーマルなサービスだけでは自立した生活を営めない方に対する支援であると考えています。

そのため、平成22年から2年間「安心生活創造事業」を村より受託し、公的な制度の狭間におけるニーズに何とか対応してきました。

その後、24年度からは、代替え事業として「サロンきぼう」を行っていますが、今回の事例は、公的なサービスとともに、なじみの関係を大切にすることで、在宅生活が可能になっている事例であると思います。

ご本人の「いつまでもこの家で暮らしたい。」という強い思いが、遠方にいる家族や近隣住民、民生委員や行政、社協の関係者を動かし、何か困りごとが起きるたびに身近な形での「ケア会議」が開催できたのだと思います。

困りごとの内容やその場に居合わせた等により呼びかけが家族であったり、民生委員であったり、保健師や社協職員、またはケアマネージャーであったりしますが、いずれにせよそれらの関係者が日頃より密接に連携し、事例等に精通していることが必要であると考えています。

また、様々な事情を抱えるケースに対して、保健師と常に連携することで、行政側にも各地域の高齢者等の実情が明確になり、フォーマルなサービスとともに近隣住民のサポー

トの必要性も認識されて来たように感じます。具体的には、行政レベルで、一人暮らし高齢者等への週1回の「お弁当 配達サービス」が始まり、続けて、「雪かき支援員」募集も始まりました。更に、行政と行政より委嘱された「地域おこし協力隊」のメンバーと社協による『高齢者支援協議会』の開催が、定期的に行われるようになりました。

今後は、各地区に高齢者等の生活を応援サポートする「支援員」を募集し、お互いさまの精神で、村民同士が支え合う村づくりを社協と連携する中で、目指していくとのことでますます「地域ケア会議」が重要になってくると思います。

重層なネットワークにより、独居が継続できている事例

○一人暮らし認知症高齢者 Aさん

○事例の概要(初回訪問時の状況)

〔本人の状況〕	障害高齢者の日常生活自立度 J2 認知症高齢者の日常生活自立度 IIIa 介護保険要介護度 要介護1
〔健康状態、病歴等〕	病名 認知症(確定診断はない。)、高血圧症
〔ADL, IADL〕	寝返り、起き上がり、移動、更衣、食事はほぼ自立。 尿意、便意あるも間に合わず、時々尿、便ともに失禁あり。 家事に関しては、物忘れがありガスの消し忘れや洗濯が途中で止まっていることが多い。
〔家族状況〕	遠方の長女が5日に一度のペースで帰郷する。
〔経済状況〕	年金での生活
〔居住・生活環境〕	一戸建て持ち家。 住居は高台にあり、外出時には、砂利の坂道を上り下りしているが、転倒の危険が極めて高い環境である。
〔交友・近隣関係〕	近隣の住民は、高齢でひとり暮らしであることを認識し、何かあればお手伝いをするという方が多いが、地区全体が高齢化が進んでいる。

○援助開始前の状況

Aさんの住んでいる地区は、〇市との県境にあり、村の診療所からは遠く離れているため、以前より集会場にて、月に1回、〇市病院から医師が派遣され、僻地診療が行われている。

Aさんも高血圧症等のため定期的に受診し、投薬を受けていた。

また、ゲートボールやいきいきサロンにも通い、元気に過ごされていたが、〇年3月、近隣住民やいきいきサロンの担当より、物忘れがすすんでいるのではないかと情報が役場住民課に入り、介護保険の調査が行われ、要介護1の認定が下りる。

その後は、僻地診療日やいきいきサロンにも顔を出さなくなり、生活パターンが乱れた生活が続く。保健師の訪問時、血圧が高いので服薬の確認をするもAさんは、「飲んでるよ。」と話す。部屋の隅に薬が大量に残っていた。

保健師の呼びかけで、長女、民生委員、老人クラブ役員、社協職員等により、ケア会議が行われ、僻地診療日やいきいきサロンの日には、老人クラブ役員が声かけをし、送迎してくれることになる。

○支援経過

1. 民生委員より、心配ごと相談あり。

同年10月、地区の民生委員さんより、社協心配ごと相談に相談あり。

民生委員:物忘れが進み、ガスの消し忘れや、日や曜日の失見当があり心配である。

何とかサービスに繋げないかとのこと。

2. 初回訪問

同日、保健師と同行でご自宅に訪問し、ご本人にサービスの話をしても「何でもできるから」とサービス利用の意思は全くない。

部屋の中は散らかった様子であった。

この日は、サービスの説明と保健師による血圧測定を行い、次回の訪問を約束した。

帰る際に常時気にかけていただいている近所のお嫁さん(Bさん)に、ごあいさつし、お話を伺う。

Bさん「最近、民生委員さんの顔を忘れて、私と間違えたりする」とのこと。

当時、Bさんと社協職員は、女性の会(愛育会)の役員だったため、「各地区の一人暮らし高齢者や虚弱高齢者への声かけ訪問の様子を次回の役員会で発表し、会長さんや他の役員さんにも訪問を継続してもらうよう話しましょう」と確認する。後日、女性の会の役員会で定期的な訪問の大切さを伝える。

3. サービス担当者会議の開催

同月、ご本人、長女、民生委員、保健師、ヘルパー、ケアマネ(社協職員)の出席で、サービス担当者会議を開催する。

長女より、「最近特に物忘れが多く、一人での生活が心配なためヘルプサービスを利用したい。」とのこと。ご本人は何のために集まっているかが理解できず、「今日は、いっぱいいるね。」と話され、うれしそうである。長女より、「お母さんが一人で家のことをやるのが、大変だからヘルパーさんに来てもらおうね。」と話し、サービスの導入が決定した。

合わせて、ケアマネより、専門医への受診をすすめた。

長女が同行し、専門医へ受診する。認知症の確定診断がされ、かなり進行しているとのことであった。

また、今回の診断について、当村の診療所の医師に繋げていただけ、投薬は、診療所より行うこととなる。

4. ヘルプサービス開始前の住居及び室内の環境の確認

同年11月、担当ヘルパーとケアマネ同行でご自宅訪問する。

ご本人、長女、民生委員の同席の上、サービス内容詳細について説明し、室内の環境を確認する。

帰る際、Bさんにサービス導入の件伝たところ、ヘルパーの車の置き場所を提供していただいた。

5. ヘルプサービス開始で新たな問題が浮上

同月末、ヘルプサービス週2回の生活援助3で開始する。

ヘルパーが訪問することで、様々な問題が浮上する。

- ①訪問時、血圧が異常に高く顔色も悪い。
- ②訪問するも鍵がかかっていて大声で呼んでも音沙汰がない。
- ③急須から直接お茶を飲んでいた等

〔解決方法〕

- ①遠方の長女に連絡し了解を取り、民生委員立ち合いの元、診療所医師の往診を依頼する。
投薬があり、その後、定期的に長女が同行し受診することになり、血圧も高めであるが落ち着く。
- ②ヘルパーより、社協職員に連絡が入り、緊急を要するためBさんに相談することを助言する。
ヘルパーがBさん宅に伺い、事情を話し、Bさんが長女に連絡、合いかぎの場所を教えてください、鍵を開けるもご本人は、ぐっすり眠っていた。
その後、長女の同意を得て、緊急時の対応として合いかぎを置いておく場所を民生委員、老人クラブ役員にも知らせる。
- ③ポットに入れるお湯は、やけどしないよう冷ましてから入れる。

6. デイサービスの利用検討

同年12月、ヘルパー訪問時、尿、便失禁あり、部屋の中も汚れていた。

その後、保健師の定期訪問の際にも同様のことがあり、自宅入浴について確認するも、入浴は極端に少なく、衛生面においての問題が起こる。

浴槽が別棟にあり、特に冬場は浴槽の湯が翌日には、うっすら氷が張るほど寒く、Aさんの身体状況では、困難であるため、保健師より、デイサービスの提案が出た。

しかし、ご本人に日や曜日の認識は困難で、利用方法の検討が始まる。

7. 社協役員会にて事例紹介(村議会議長、副議長、各地区長、民生委員、各種団体長等が出席)

同月、社協役員会にて、村内の一人暮らし高齢者、高齢夫婦世帯、要介護者等の現状をお話し、地区での困りごとや村民からの相談等が寄せられたら、心配ごと相談に繋げてほしい旨伝える。

高齢化がすすみ、公的なサービスとともに近隣での見守りあいが必要であることを確認する。

広い意味での地域ケア会議として位置付けている。

8. 再びサービス担当者会議の開催

翌年1月、ご自宅にてサービス担当者会議を開催する。出席者前回と同様

ケアマネより、「長女が帰郷した翌日を利用日にすることで、解決できるのではないか。」と提案。

長女が泊まった翌日、長女より、ご本人の食事、服薬、着替えをお願いするということになり、デイサービス週1回利用開始となる。

現在、長女の帰郷週2日、デイサービス週1回、ヘルプサービス週3回、保健師の訪問週1回、民生委員の頻回な訪問、Bさんの日常的な声かけと見守り、老人クラブ役員のいきいきサロンへの声かけによるお誘いと会場までの送迎、ボランティア食事サービス月2回、ケアマネの訪問月1回～2回等、Aさんのそれまでの生活や人間関係を大切にすることで、何とか生活が成り立っている。