



ライフドアすわ

地域ケア会議通信

発行：諏訪市地域医療・介護連携推進センター ライフドアすわ
〒392-0027 諏訪市湖岸通り5-12-5 Tel:0266-78-0477
e-mail : info@lifedoor-suwa.jp



令和7年度第4回「諏訪市地域包括ケア推進会議」を開催しました。

令和8年を迎え1月5日より御神渡りの観察が始まり、1月27日には全面結氷となり期待もしていましたが、マイナス10℃を超えるような気温にならず、2月4日には「明けの海」が宣言され、今年で8季連続出現せず記録が残る室町時代に並ぶ512年ぶりの最長記録となりました。専門家は「地球温暖化が深刻な証し」であると警鐘を鳴らしています。

さて、令和8年2月18日（水）、諏訪市総合福祉センター3階「交流ひろば」において、令和7年度第4回「諏訪市地域包括ケア推進会議」が開催され、薬剤師、介護支援専門員など36名の皆さんにご参加をいただきました。

今年度は諏訪市の社会資源が分からないという意見から、情報誌の作成を目指し、相談事例を通して社会資源（情報誌）の共有をしてきました。情報誌のまとめについては、諏訪市医師会で発行している地域医療要覧に諏訪市内の社会資源を掲載する形としました。普段から社会資源

を提案する人、相談業務に携わる人は「今の情報誌を1冊にまとめる」ことについて、目新しいとは思いませんが、地域医療要覧を持っていれば社会資源が提案できるという形にしました。運営委員会でも多職種に社会資源を知ってもらうために「対象者をどの職種にするのか。」「職種によって必要な内容が変わる。」「提案するために必要な情報誌とは、現情報誌に掲載されていない情報。」という意見がありました。目に入りやすい情報誌とは、周知方法、配布場所など様々な課題があります。今後も皆さんにご意見を伺いながら、より良い情報誌を目指して参りますので、ご理解とご協力をお願いいたします。



[第4回諏訪市地域包括ケア推進会議]

*日時：2月18日（水）13:30～15:15

*場所：諏訪市総合福祉センター

*参加者：36名（内訳）薬剤師3名、看護師1名、介護支援専門員17名、リハビリ2名、管理栄養士1名、社会福祉士2名、介護福祉士1名、ボランティアコーディネーター1名、生活支援コーディネーター1名、生活相談員1名、事務4名、学生2名

*内容：1. 開会 2. グループワーク（2事例について検討） 3. その他 4. 閉会

グループワーク 事例1 79歳男性

要介護認定	申請中	手帳	なし
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> ・R7 軽度認知症→今後服薬開始予定 		
生活状況	<ul style="list-style-type: none"> ・妻と2人暮らし。外出は常に妻と一緒に。 ・車の運転をしていたが、R8.1月中旬、運転免許自主返納。 ・認知症カフェ1回/月、ギター弾き語り（教室）1回/月、体操（教室）1回/月、友人たちとの食事会（2回/月）、すわっこランドに通う等、人との関わりや外出機会が多い。 		
相談内容	<ul style="list-style-type: none"> ・R7.3 認知面の低下を心配した妻が「通所型サービスを利用したい」と本人と来庁。物忘れや今までできたこと（新聞を根気よく読む、木の剪定等）ができなくなりつつあるが、車の運転もされ、人と関わり、外出機会も多い生活をしていた。新たに開始する「脳体カトレーニング教室」を説明すると、妻は「まだ介護保険は早い気がする。」と言い、要介護認定につながらなかった。 ・1年間、フレイル予防教室等積極的に参加し、多くの人と関わってきた。様々な教室でスタッフが妻に様子を伺い、気にかけてきた。 ・R8.1 妻から再度介護認定の申請希望。妻の気持ちは「この1年、多くの社会資源を使っていたが、徐々に本人の認知面の低下が進行している。とても不安。」との事。妻の不安を大きくした出来事は、いつも行くすわっこランドのお風呂で、風呂道具が入ったかごを忘れてきた。本人はかごの中身を説明できず、妻はショックを受けた。妻は自分の判断（友人に勧められた）で、総合病院を受診し、R7末、軽度認知症と診断。妻は本人とも相談し、1月中旬、車の運転免許を自主返納。これから認知症の服薬開始予定。友人から介護サービスを聞き、本人もデイサービスに行く気になっている。 		
本人の望む暮らし	<ul style="list-style-type: none"> ・R7.3 通所型サービス利用は「人から勧められた。」と言い、サービス利用に対する思いや今後の生活希望は不明。→R8.1 通所型サービスを「使ってみても良い。」と言っている。 ・本人は常に妻と行動することについて「夫婦だから妻と一緒にいた方が良い。」と言う。 【妻の希望】 ・認知面がこれ以上落ちないでほしい。 今後に備えて相談できる人が欲しい。 ※今後、両者から気持ちを詳しく伺う予定。 		



グループ発表（主な意見）

1. 奥様もご本人も不安があるのではないかと。認知症カフェでは同じ境遇の方が居るので、情報共有できるのではないかと。ご主人は外出が多いので友人も多いかもしれない。友人との関係性を知ることによって何か支援のヒントが得られるかもしれない。
 - ・馴染みの場所のすわっこランドで奥様がショックを受けた出来事（何を持って行ったか分からなくなってしまった）があったが、これからもすわっこランドに行けるようなサポートが出来ないかと。
 - ・薬が飲めていないようなら、お薬カレンダーによる管理ができるかもしれない。
 - ・諏訪市には「社会資源が沢山あるんだよ。」ということは伝えていきたいが、提案することで逆に選択肢を狭めてしまっていないかと。
2. 認知症の方でも安心して通えるような入浴施設があると良い。認知症という診断はあるが、自分で出来ることが沢山ある。ちょっとした見守りがあれば入浴も安心して出来るのではないかと。すわっこランドで知り合いが出来て、その方に少しお手伝いをお願いしたり、ギターの弾き語りなど多くの所に出ているので、知り合いと一緒に入浴施設に行けるといいのではないかと。介護保険では、同行サービスは難しいが、共同浴場であれば近所の人同士で少し手伝いもしてくれるのではないかと。
3. リハの専門職からは社会参加の頻度が少ないように感じるという意見。
 - ・介護保険制度だけでなく、地域との関わりも途切れない方が良い。
 - ・心配があったすわっこランドだが、単発であればあまり心配することなく生活面での工夫でこんなことが出来るのではないかとという提案をしていきたい。
 - ・免許返納後の移動手段の話があり、現在タクシーはなかなかつかまらないため、免許返納後の移動手段の確保が必要。
4. デイサービスに促されているが、実際に何に困っているのか、生活の部分で何に困っているのか聞き出せていない。「何に困っているか」という部分に着目した聴き取りを進めた方が良い。サービスでは、リハビリが目的であれば、デイサービスでなくデイケアの方がいいかもしれないし、認知症の進行では食事が摂れていないことで認知症が進行するというパターンもある。配食やコープのような宅配を進め、運転免許証返納後の交通手段として、かりんちゃんバスやチョイソコの利用を促したりしたらいいのではないかと。
5. この方はまだまだ出来ることがあるので、その強みを活かしてどうしたら地域で暮らし続けられるかという視点で話を進めた。色々な場所に出る機会が多くあるので、引き続きそういうところに参加しつつ、地域の資源と繋がりがながら生活できるといいのではないかと。
 - ・奥さんから認知面がこれ以上落ちないでほしいということであったが、どうしても進行していくので、奥さんが認知症への理解を深められるような機会（家族会）があればいいのではないかと。



グループワーク 事例2 92歳男性

要介護認定	要支援1	手帳	なし
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	I		
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> ・H20 狭心症、高血圧、逆流性食道炎、膀胱癌術後 ・H20 前立腺肥大症、アレルギー性皮膚炎、脂質異常症 ・H20 回腸多発性びらん 		
生活状況	<ul style="list-style-type: none"> ・R7.5 妻と一緒に要支援1の認定が下りる。申請理由は、股関節の痛み、力の入りにくさがあり、転倒もしているため、買い物支援を希望。妻は「食品を目で見て自分で選びたい。」と希望され、移動販売を紹介。 ・R7.12 妻が入院し、独居生活。本人は「食べる事さえどうかなれば大丈夫。」と言う。妻は生協を利用していたが、本人は注文できない。食材を自分一人では調理できないが、家族の支援があれば調理できる。 ・身のまわりのこと、家事（洗濯回す・干す、掃除、食事の片づけ、誰かと一緒に調理）はできるが、長男は特にストーブの灯油入れ、ゴミ捨てを心配に感じている。 ・長男と次男は遠方だが、交代に様子を見に来てくれている。 		
相談内容	<p>妻が入院し、独居となった本人の生活を心配した長男からの相談。長男からは何かしら介護サービスを使い、CMに様子を見てほしい気持ちが伺えた。特に長男が心配している点は下記のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・灯油ストーブに灯油を補充、ゴミ捨て（分別）の支援。 ・多くの支援が必要（ヘルパーさんに毎日でも入ってもらい、様子を見てほしい）なので、要介護認定の見直し（区分変更）。 ・CMと相談し、施設も考えたい。 <p>【提案内容】包括で訪問し、以下を提案。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事：家族と一緒に調理ができる、お店が近くにあれば買い物ができる。 <p>→移動販売の継続と配食利用、ご家族が来られた時は一緒に調理する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ストーブへの灯油補充：物を持って歩ける（共同浴場まで歩ける） <p>→灯油容器に入れる量を少量にして自分で補充する、有償サービスの利用、電気ストーブへの変更。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ゴミ捨て：ゴミの量が少量でも捨てに行く（ゴミの量が軽ければ、自分で捨てられる）、有償サービスの利用 <ul style="list-style-type: none"> ・ご本人様ができる事は沢山あり、介護認定は「要支援1」が妥当と判断。長男に説明。 		
望む暮らし	<ul style="list-style-type: none"> ・本人：妻が入院し（恐らく今後は施設）、1人暮らしになったが、息子2人に時々面倒してもらいながらももう少し家で生活したい。 ・長男：今まではもっといろんなことができていたが、状態が変化した。何らかの介護保険サービスを利用したい。CMについても、CMが家での生活を無理と捉えるのであれば、施設を考えたい。 		

グループ発表（主な意見）

1. 「本人は家で生活したい」、「家族は遠方で心配、公的サービスにより安心が欲しい」というところから、意向に添って専門職が間に入りながら、家族の思いと本人の思いをすり合わせてサービスを検討することが大事。地域資源でぴっぴの手、支え合い、配食サービスなどの有償サービスで使えるサービスがある。ストーブの灯油入れなどの心配は電気ストーブへの変更。
 - ・高血圧、狭心症、逆流性食道炎、膀胱がんの既往があるので、本人は「食事が届けばいい。」と言うが、食事制限があれば使えるサービスがあるのかを検討したり、膀胱がんにおいてはトイレの事やアレルギー性皮膚炎の薬の事など医療的なことなど見守りサービスを入れるというのも良いのではないか。
 - ・食事の支援では、配食以外で冷凍食品でもバランスの良い物もある。ゴミ捨て支援では市の制度で要介護2以上だとゴミ回収はしてくれる。認知症や一人暮らしは措置制度の狭間で困っている。朝の早い時間は忙しくゴミ捨て支援が出来ないという現状があるが、そこに何か良いサービスあると嬉しい。
2. 家族が遠方に居るが、家族の意見は統一されているのか。家族の支援が何処まで何が出来なのか確認していく必要がある。
 - ・家族が不安に思っている事、要支援1の方がどういう状態であって、介護保険では何が出来て何が出来ないのかの情報提供をする必要がある。ケアマネが付いてくれればそれですべて解決と考えているようだが、情報提供の役割としてケアマネが居てくれることが不安解消に繋がると思っているのではないか。
 - ・灯油を入れるという支援については、全てを介護保険でサービスを受けるのではなく、ヘルパーは週何日に来る、足りなくなった時には自分で頑張るなど分担してみる。配食サービスで灯油を入れてもらったこともある。
 - ・介護保険サービス導入時の説明で本人が出来ることは続けた方が良く、それは本人のためになるという、自分事として捉えるような伝え方をする。
3. 本人が家で生活をしたいという思いがあるので、これまでに協力してくれていた友人や地域の方はいないのか確認しながら、意欲があるのであれば有償ボランティアなどを使いながら家事能力を上げていく。サロンなどの参加で刺激を受けるなどすれば、在宅の生活は継続できるのではないか。未だ介護サービスでなくても良いと思う。
 - ・動けるのであれば、男性の料理教室も良い。
 - ・平成20年から生活習慣病の既往があり、服薬状況、受診状況など、健康面へのサポートが必要。
 - ・長男や家族は何が出来なのかというところを聞いてみたい。家族と本人が揃ってこれからの暮らしについて話すことが必要。家族が遠方で、一人暮らしに不安があるが、精神的なフォロー、家族への安心感を与えるようなサポートができればいいのではないか。
 - ・一人暮らしの継続には、民生委員と繋がり、独居生活の情報共有ができると良いのではないか。
4. 92歳にしてはいろいろと出来ることある。逆に家族は心配だから本人の出来ることを取り上げてしまおうとされている気がする。家族は遠方なので頻繁には来られていないようだが、長男と次男が協力して交代で来ることも出来ている。もう少し頻度を増やしていただいて、来た時に灯油の補充をするなどしてもらえると良い。
 - ・見守りカメラやアレクサを使う高齢者が増えている。遠方でもそういう物を利用して家族に見守ってもらうことも大切。
 - ・何でもケアマネに頼みたいという家族が多いが、不安からそのような行動に出てしまうと思う。ケアマネを付ければ何でもやってくれる、困った時には行ってくれる、家族にとっては安心感もあると思うが、ケアマネにとっては負担も大きい。契約の時に出来ることと出来ないことの説明が必要。

- ・ストーブに関しては、エアコン、ガス、電気ストーブに切り替える。
 - ・ゴミ捨ては、ある地域では学校へ行く途中に生徒がゴミ捨てをしてくれる、それに対してポイントが付く制度などを導入している地域もある。中学生にアンケート調査をすると、何かお手伝いをしたいという回答をした生徒が多かったため、保護者が理解してくれればこういうことも可能なのではないか。
 - ・地区の方に協力してもらい、どうしても困っているお宅のリストを挙げて地域で支援ができる体制を整えることもいいのではないか。
5. 本人はもう少し家で生活したい、長男は何らかの介護保険サービスを利用したいという2つに着目。長男の何らかの介護保険サービスを利用したいという心配事の解消であれば、介護保険を使えば直ぐに解決することだと思うが、介護保険を一回使ってしまうとなかなか抜け出せず、卒業が出来ない。
- ・調理は、機能的にできないのではなく、経験的に出来ないのではないか。こういう方を対象に手抜き料理や電子レンジで出来る料理を教えてもらうと知識が増やせるのではないか。
 - ・ドラッグストアの薬局では、薬の配達時にドラッグストア内で買い物をしてきて届けてくれるところもあるようだ。
 - ・ゴミ出し程度ならやってくれる近所の方が居たらいいのではないか。茅野市のある地区では、月100円で区がマッチングし、ゴミ出しをしてくれた方に100円を渡すシステムがあるらしい。
 - ・年齢的にもいつ衰えていってもおかしくない息子と現状、どの程度の力があるのか、どこが出来なくなったら介護保険を使わなければいけないのか、そこを明確に確かめておくことが必要。

令和4年11月に第1回を開催してから3年が経過し、地域ケア会議の目的の一つでもある多職種での話し合いも出来てきているのではないかと感じております。来年度に向けては運営委員会の在り方の見直しや推進会議の進め方など検討していきたいと考えております。今後におきましても皆様の積極的なご参加をお待ちしております。

地域包括支援センター TEL : 0266 (52) 4141 (内線 298)

ライフドアすわ TEL : 0266 (78) 0477

E-mail : info@lifedoor-suwa.jp

