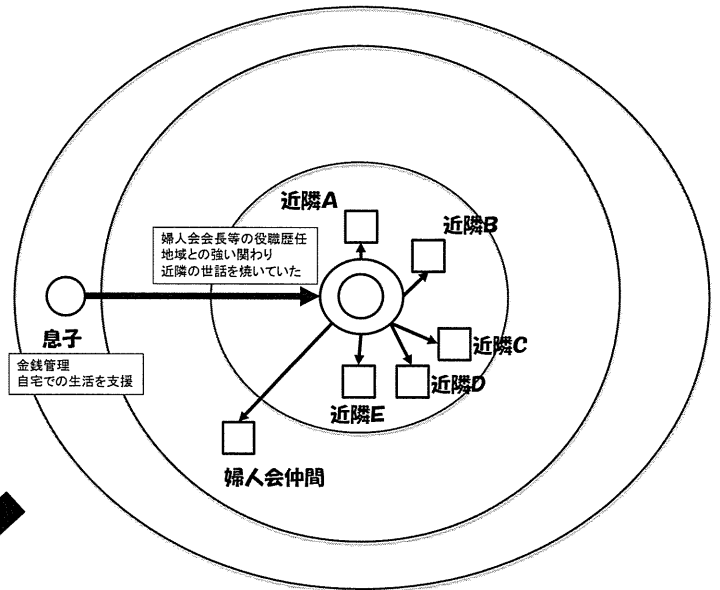
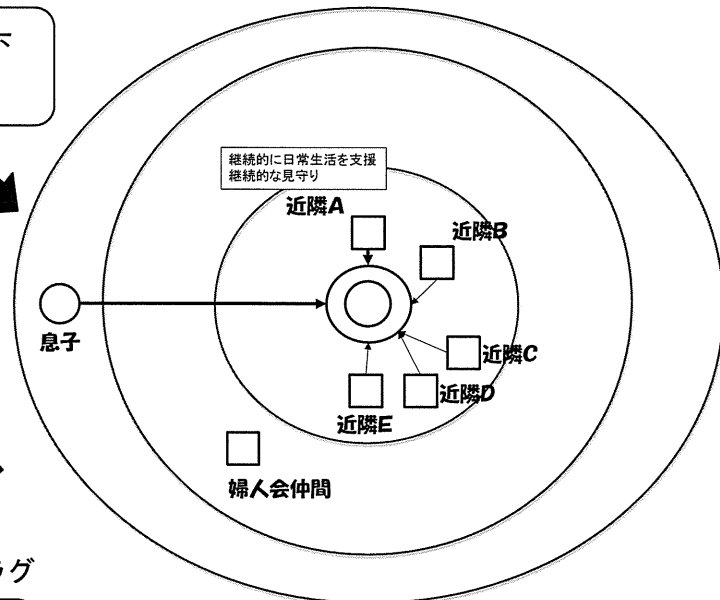


ステージ 1 婦人会会長等の役職歴任
地域との強い関わり
長年地域貢献をしてきた



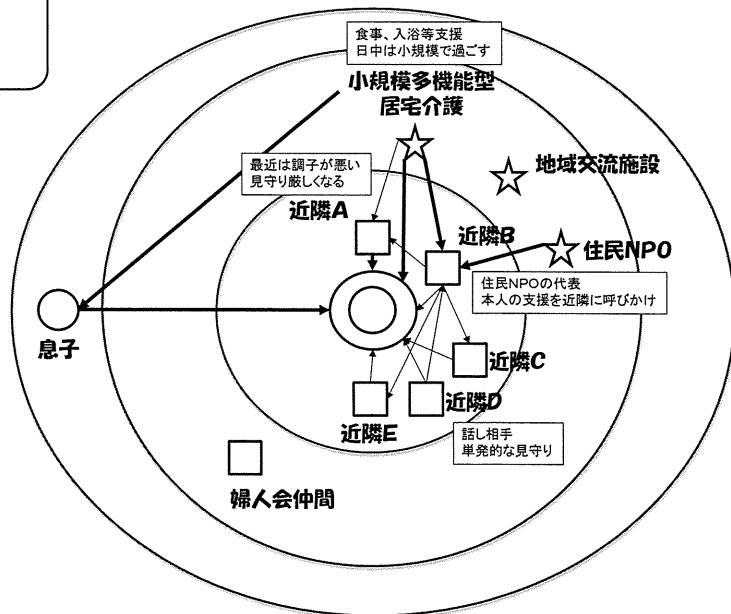
変化への対応 ステージの変化フラグ
息子や近隣がサポート 認知機能の低下
生活機能低下

ステージ 2 何らかの見守りが必要な状態になるが、息子と近隣がサポートする。
近隣や婦人会仲間との関係は薄れる。



対応 ステージの変化フラグ
病院の医療連携 室が退院支援 病院へ入院

ステージ 3 退院時の担当者会議で近隣による見守り体制が整う。
ステージ1の「つながり」が日常生活を支える仕組みとして再構築される。



○ 本人・家族・親戚 □ 地域・近隣・友人 ☆ 関係機関・組織
← 支援 ←..... 呼びかけ ≡ 葛藤状態の関係 ←| 途切れた関係

ひだまり（事例2）

重度要介護状態でも長屋の支え合いの「つながり」で暮らせる事例

事例把握ルート

母体法人の病院に入院。入院歴が長かったが、医療連携室が事例3とのルームシェアという形で退院調整。長屋の大家と住民達との退院前の調整から支援が開始される。

年齢・性別 70歳代・女性（要介護3）

家族・世帯 事例3とルームシェア
知的障害の息子は施設入所

経済状況 低所得世帯（事例3と家計を共有）

ADL 身体機能低下

IADL 調理・掃除・金銭管理・入浴
服薬管理が難しい

認知機能 知的障害

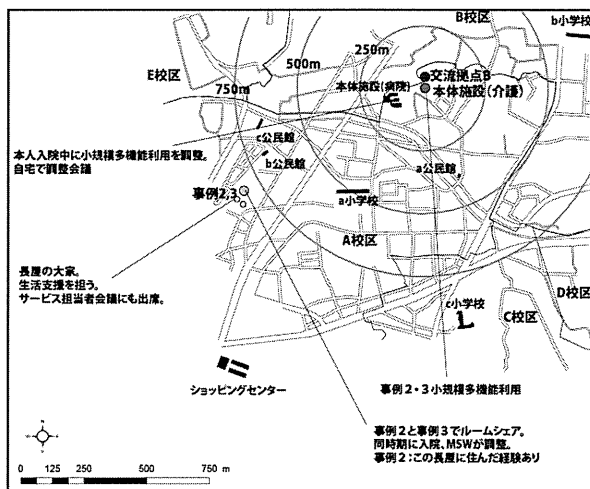
医療 日常的な服薬管理が必要

■支援方針

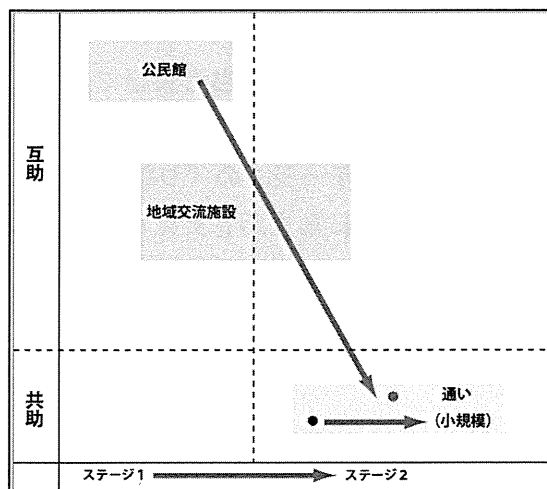
- ・ 事例3との共同生活を維持
- ・ 大家と長屋住民と協力して支援
- ・ 通いと訪問を中心に、食事は配食
- ・ 訪問時は長屋住民にも声かけ
- ・ 担当者会議の際に大家や長屋住民にも参加を呼びかける

■ケアプランにおける互助の記載

- ・ ケアプランに記載なし。
- ・ 実際のケアマネジメントでは、大家や長屋住民の支援を組み込んでいる。



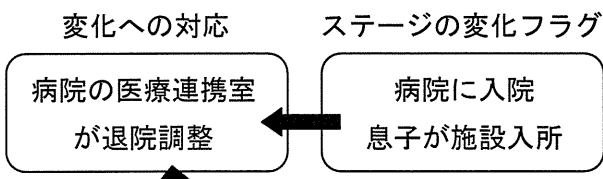
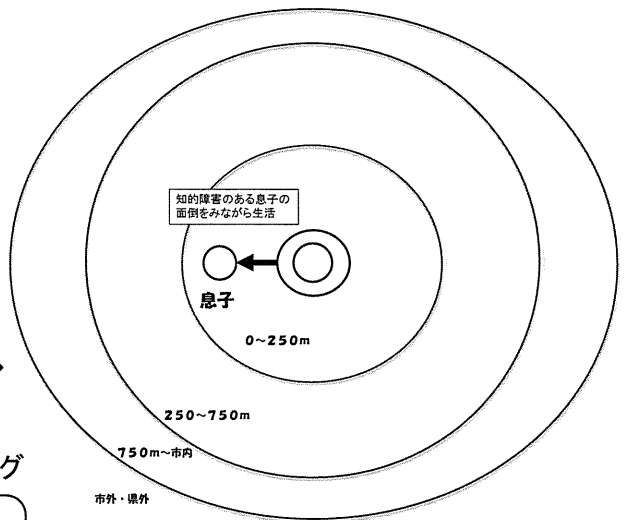
■地図からみる本人の生活状況



■交流施設の位置づけ

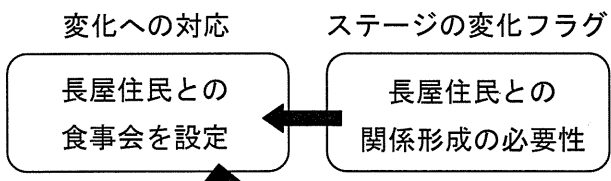
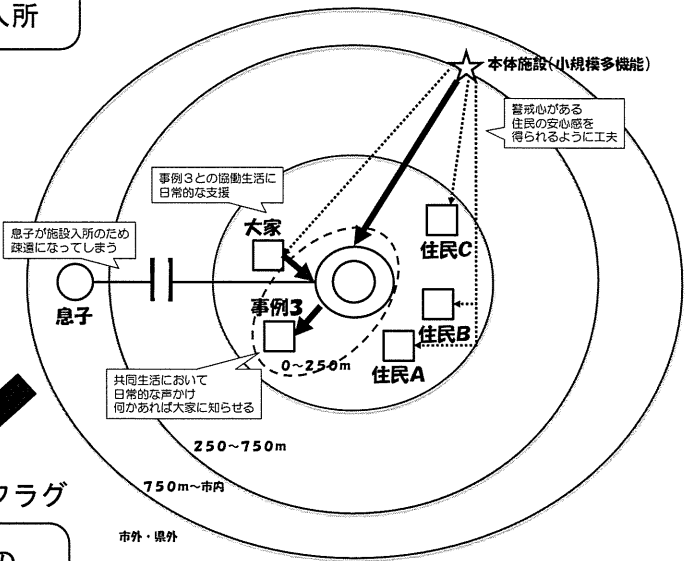
ステージ 1

以前、長屋に入居していた。
知的障害の息子と同居。
長屋裏の借家で生活。



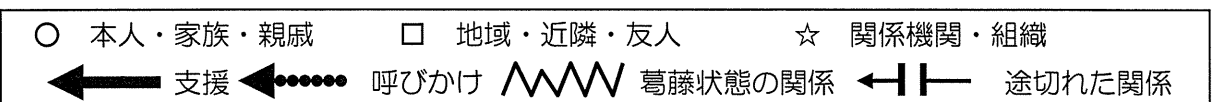
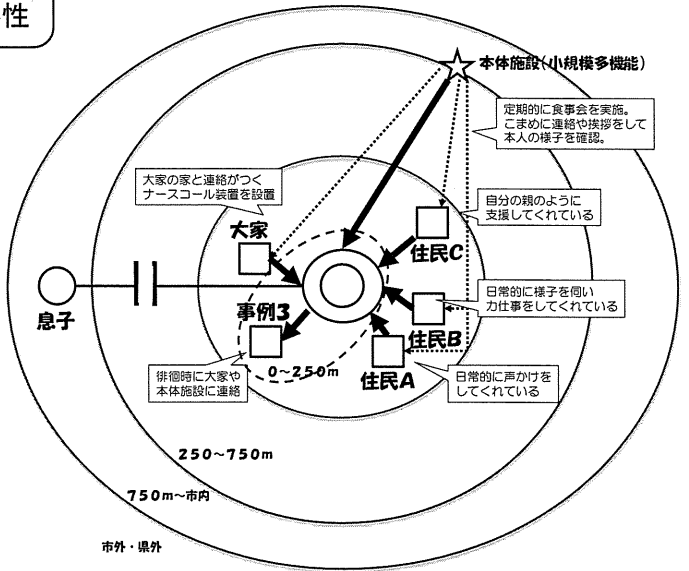
ステージ 2

事例3との共同生活になる
小規模多機能の支援で安定。
事例3の見守りを行う。
大家や長屋住民には積極的にアプローチ。



ステージ 3

食事会をきっかけに長屋
住民の見守り体制が整う。
関係を仲介することで、
支え合いの「つながり」が
できた。



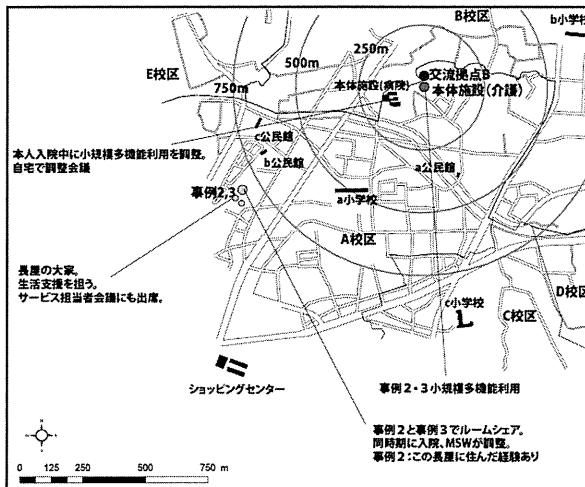
ひだまり（事例3）

重度要介護状態でも長屋の支え合いの「つながり」で暮らせる事例

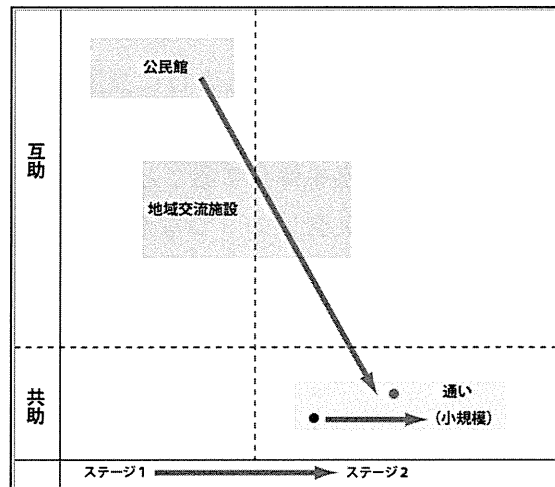
事例把握ルート

母体法人の病院に2度の入院。2度目の入院時、医療連携室が成年後見人と相談し、同じ病室の事例2とルームシェアをする形で退院調整。事例2と同時に支援開始。

年齢・性別	80歳代・女性（要介護4）	■支援方針 <ul style="list-style-type: none"> 常に支援方針を成年後見人と相談 事例2との共同生活を維持 大家や長屋住民と協力して支援 事例2の見守り支援も期待する 支援内容は事例3とほぼ同一 ■ケアプランにおける互助の記載 <ul style="list-style-type: none"> ケアプランに記載なし。 実際のケアマネジメントでは、大家や長屋住民の支援を組み込んでいる。
家族・世帯	事例2とルームシェア 娘たちとは疎遠	
経済状況	生活保護世帯 事例2と家計を共有	
ADL	足腰が悪い・這って徘徊する	
IADL	調理・掃除・金銭管理・入浴 服薬管理が難しい	
認知機能	日常生活自立度Ⅲ	
医療	日常的な服薬管理が必要	



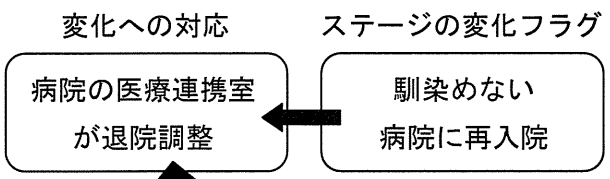
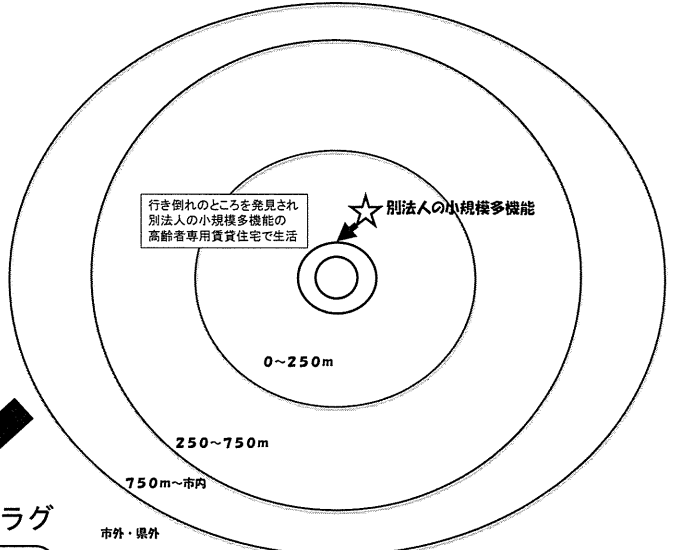
■地図からみる本人の生活状況



■交流施設の位置づけ

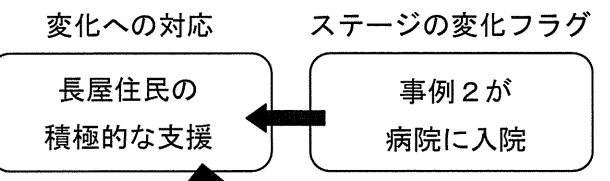
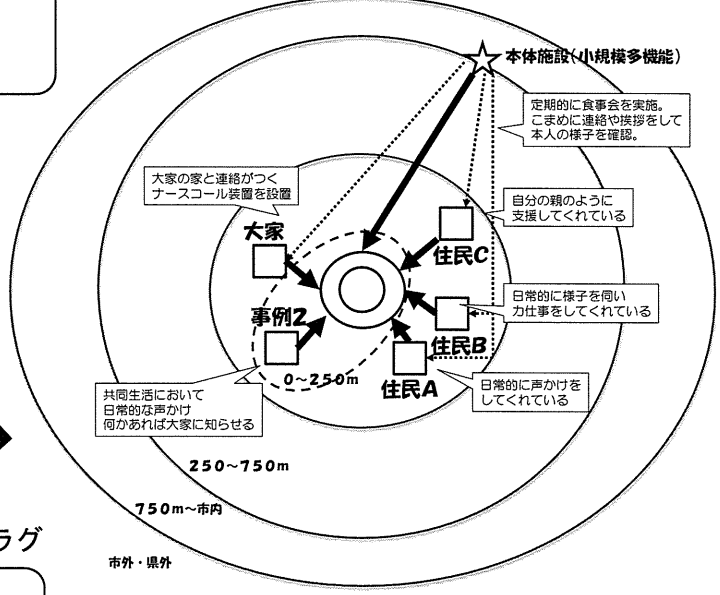
ステージ 1

行き倒れで入院後、
別法人の高専賃付き小規模
多機能型居宅介護を利用。
在宅生活は難しい。



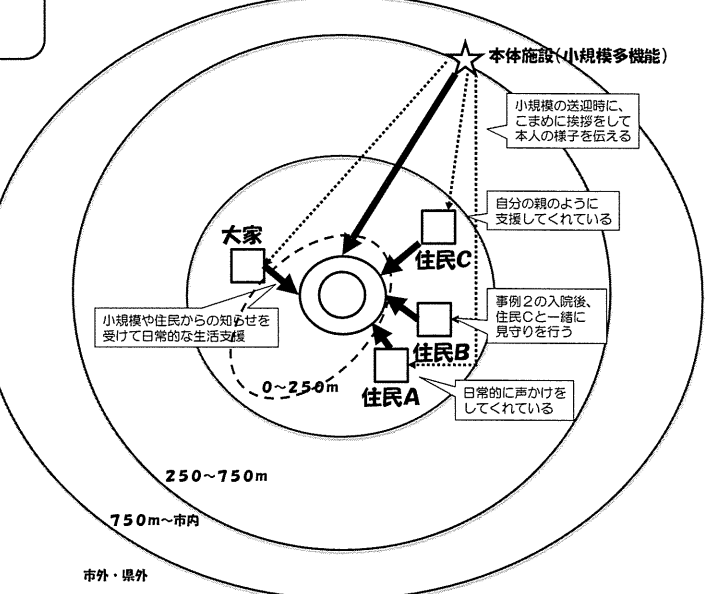
ステージ 2

事例 2 との共同生活になる
朝と夜間に徘徊があるが、
事例 2 の声かけで安定。
長屋住民との食事をきっ
かけに見守り体制も整う。



ステージ 3

事例 2 が入院したため、
生活が崩れはじめた。
大家や長屋住民が家族の
ようにサポートするため、
在宅生活が継続できている。



○ 本人・家族・親戚 □ 地域・近隣・友人 ☆ 関係機関・組織

← 支援 ←..... 呼びかけ ≡ 葛藤状態の関係 ←| 途切れた関係

ひだまり（事例4）

切れ始めた「つながり」が維持・修復された事例

事例把握ルート

介護予防センターから「近所の方から行動がおかしい」と小規模多機能に相談が入る。訪問してみると、ゴミ屋敷でガスと電気が止まっている状態だった。

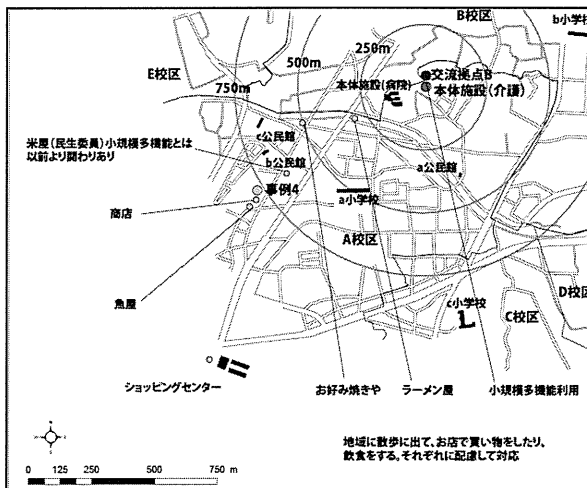
年齢・性別	70歳代・女性（要介護1）
家族・世帯	息子と死別、単身世帯 近くに姉がいるが関わり薄い
経済状況	生活保護世帯
ADL	自立歩行・著しい低下なし
IADL	調理・掃除・金銭管理 服薬管理が難しい
認知機能	日常生活自立度Ⅲ
医療	日常的な服薬管理が必要

■支援方針

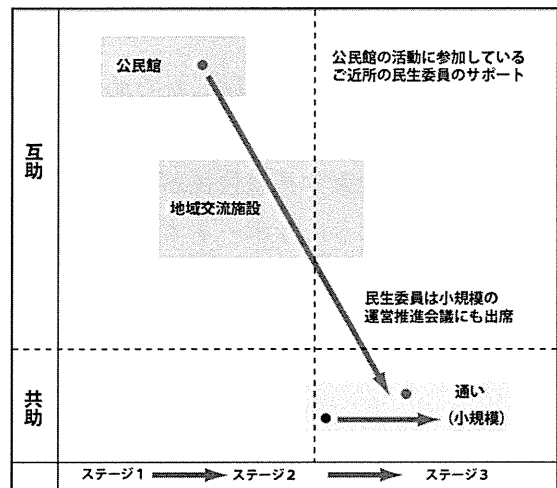
- ・ 「家で暮らしたい」「買物をしたい」「調理したい」という本人意思の尊重
- ・ 近隣商店と民生委員と協力して支援
- ・ 週3回の訪問だが、実際は毎日訪問
- ・ 毎日特定ルートで徘徊をしているので、近隣商店とこまめに情報共有

■ケアプランにおける互助の記載

- ・ ケアプランに記載なし。
- ・ 実際のケアマネジメントでは、近隣商店の支援を組み込んでいる。



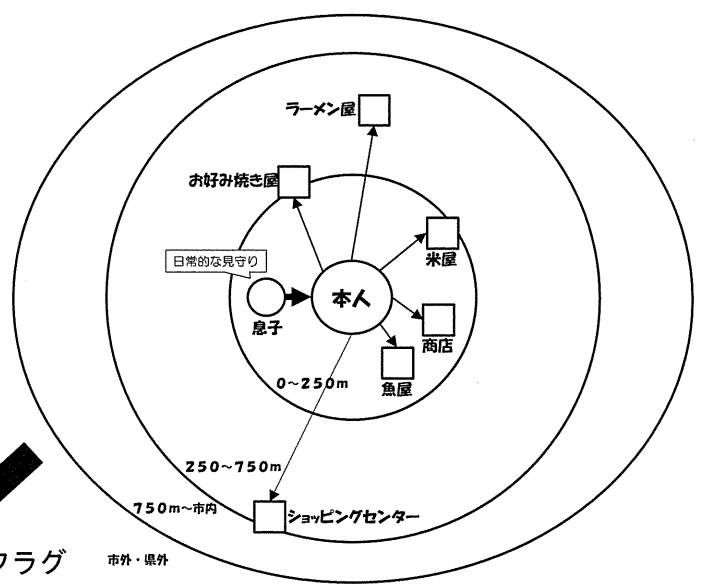
■地図からみる本人の生活状況



■交流施設の位置づけ

ステージ 1

息子との二人暮らし。
いきつけの店に立ち寄り、
特に問題なく暮らす。

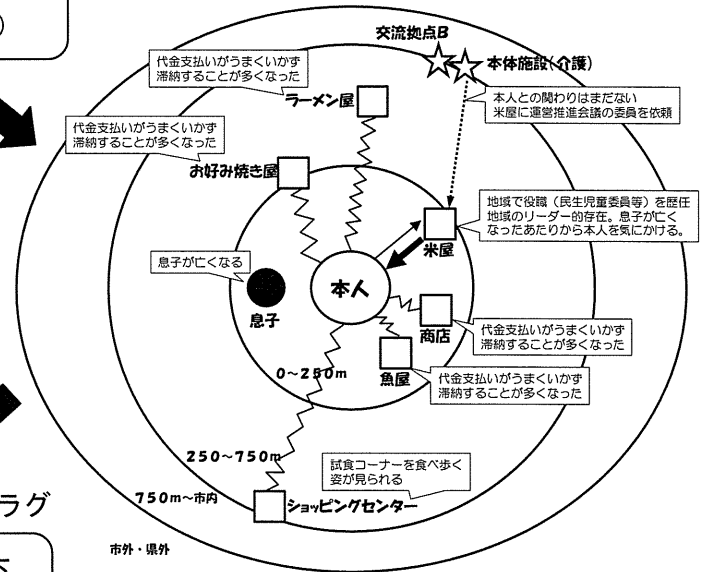


変化への対応
地域・近隣で把握して
いたが対応できず

ステージの変化フラグ
息子が亡くなる
(家族の喪失)

ステージ 2

息子が亡くなってから、周
囲から「様子がおかしい」
と思われるようになる。
認知機能低下により、金銭
管理と調理が難しくなり、
生活に支障が出始め、地域
との関係も切れ始める。

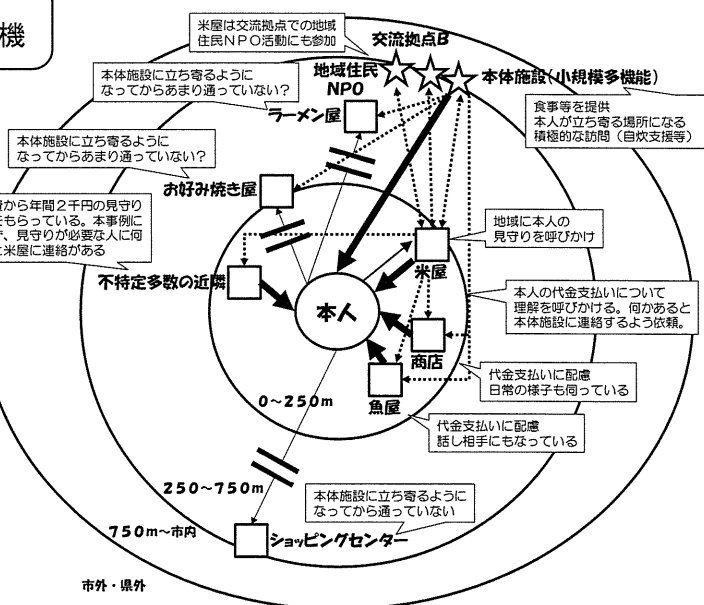


変化への対応
米屋が
支援を要請

ステージの変化フラグ
認知機能の低下
関係性の喪失危機

ステージ 3

米屋(民生委員)と協力し
て、見守りを呼びかけ
関係が修復・維持される。
小規模多機能の支援で生活
も安定し、日々、外に出か
けながら、住み慣れた家で
暮らしている。



○ 本人・家族・親戚 □ 地域・近隣・友人 ☆ 関係機関・組織

← 支援 ←..... 呼びかけ 〰 葛藤状態の関係 ←| 途切れた関係

なごみ（事例5）

地域交流拠点での新しい「つながり」が形成され始めた事例

事例把握ルート

娘が同居の妻の介護の件で介護予防センターに来訪。あわせて退院後の本人についても相談したことがきっかけとして支援を開始。

年齢・性別 80歳代・男性（要支援2）

家族・世帯 高齢夫婦世帯
同居の妻は認知症で要介護状態

経済状況 一般世帯

ADL 自立歩行可能だが、虚弱

IADL 自立
車の運転も可能ではある

認知機能 特に問題なしだが、うつ傾向

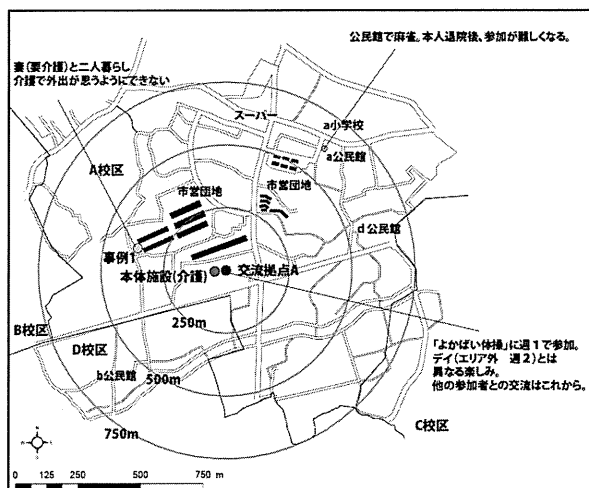
医療 心臓疾患で、入退院繰り返す

■支援方針

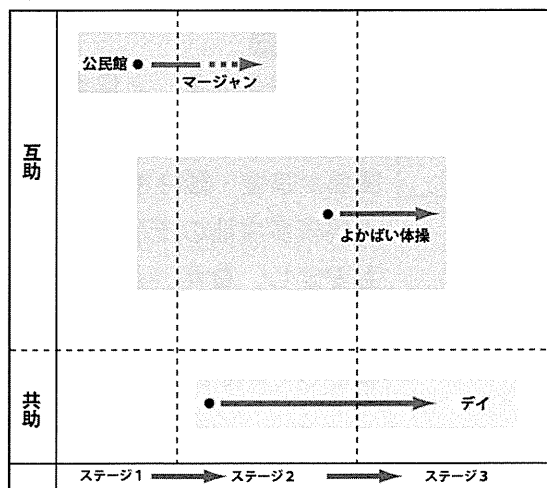
- ・「デイでは物足りない」本人希望の尊重
- ・うつ傾向の解消
- ・介護保険は週2回の通所介護（デイ）
- ・支援方針は近くに住む娘と相談
- ・要介護状態が悪化した場合、小規模多機能の利用を検討

■ケアプランにおける互助の記載

- ・ケアプランに記載なし。
- ・地域交流拠点での活動は記載あり。



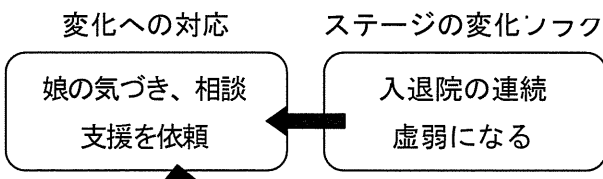
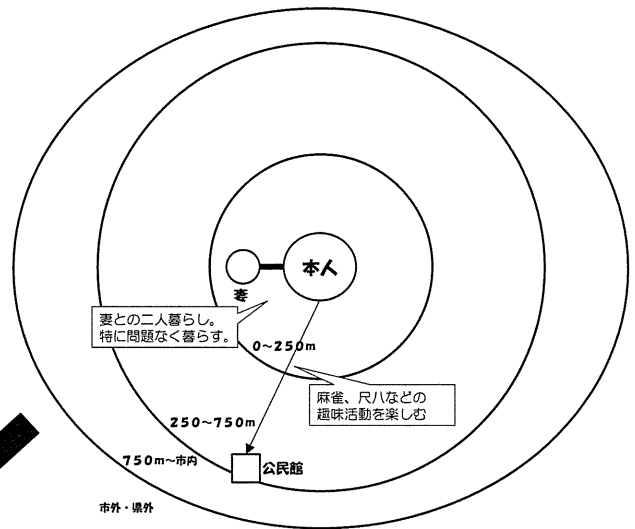
■地図からみる本人の生活状況



■交流施設の位置づけ

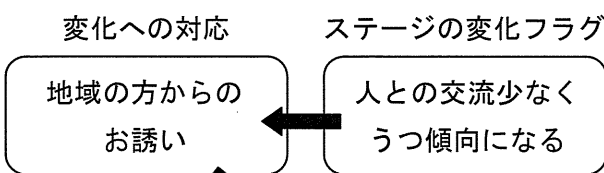
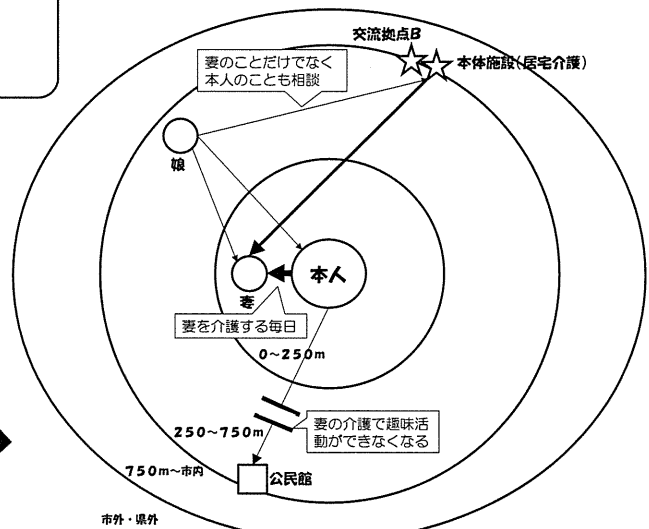
ステージ 1

釣り、尺八などの趣味活動や公民館での麻雀等をしながら、特に問題なく暮らす。



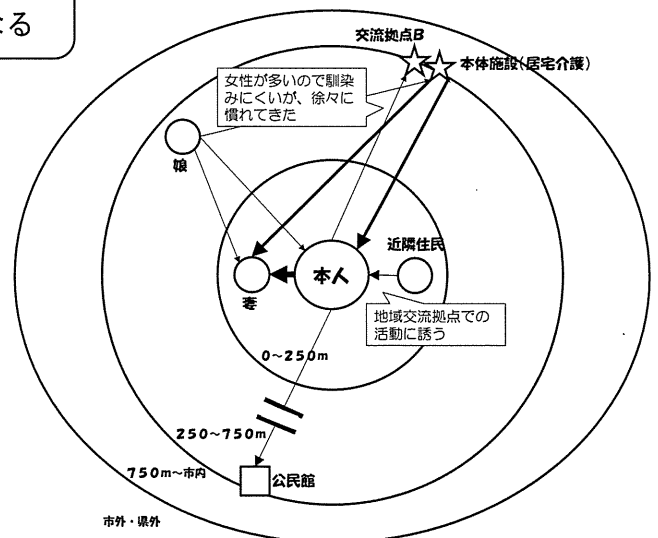
ステージ 2

妻の介護に加え、自身も虚弱になったため、様々な「つながり」が途切れる。新たな出会いもない。通所介護では物足りない。



ステージ 3

地域交流施設の介護予防教室に参加。女性が多く、慣れるのに時間を要する状況だが、新たな「つながり」を形成しつつある。



○ 本人・家族・親戚 □ 地域・近隣・友人 ☆ 関係機関・組織

← 支援 ←..... 呼びかけ ≡ 葛藤状態の関係 ←| 途切れた関係

なごみ（事例6）

団地ならではの見守りと生活支援の「つながり」が形成された事例

事例把握ルート

老人保健施設からの退所と在宅介護サービスの利用について、本人と甥が相談。本体施設近くの市営住宅に住んでいることもあり、市営住宅の関係者に協力を呼びかけて支援開始。

年齢・性別 90歳代・女性（要介護2）

家族・世帯 単身独居世帯
他県の甥がキーパーソン

経済状況 一般世帯

ADL 自立歩行・遠出はできない

IADL 火の元が危ないため調理不可
金銭管理が難しい

認知機能 日常生活自立度Ⅲ

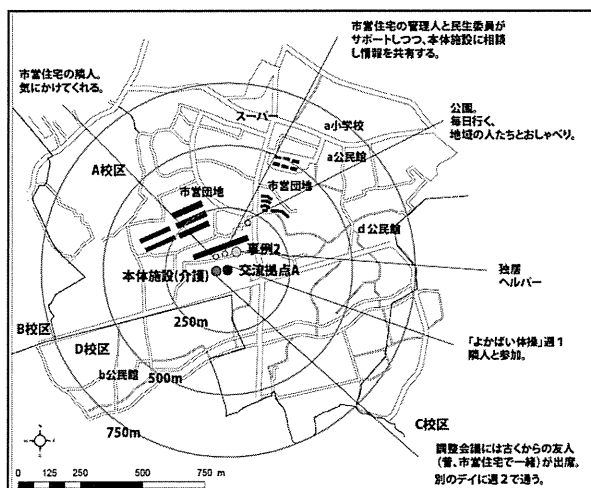
医療 現在は安定

■支援方針

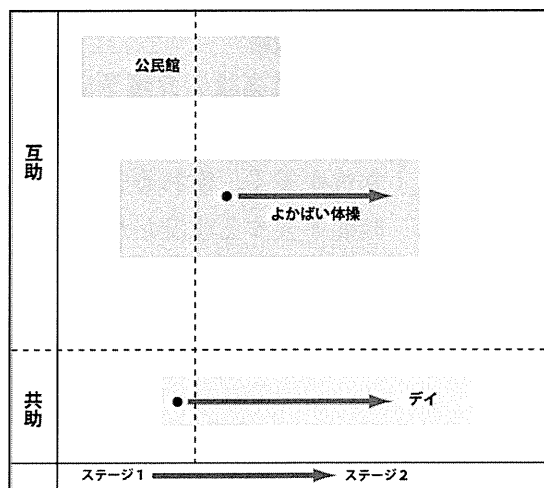
- ・ 本人の生活パターンにあわせた支援
- ・ 近隣に見守り必要性を認識してもらう
- ・ 公園以外の「つながり」も形成する
- ・ 在宅生活を維持できるよう支援

■ケアプランにおける互助の記載

- ・ ケアプランに記載なし。
- ・ 地域交流拠点での活動は記載あり。
- ・ 実際のケアマネジメントでは、市営住宅の関係者からの支援を組み込んでいる。



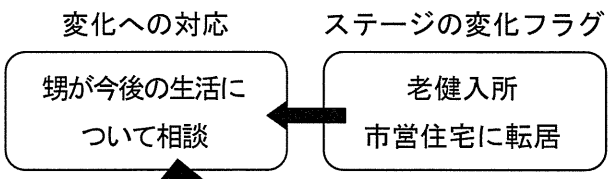
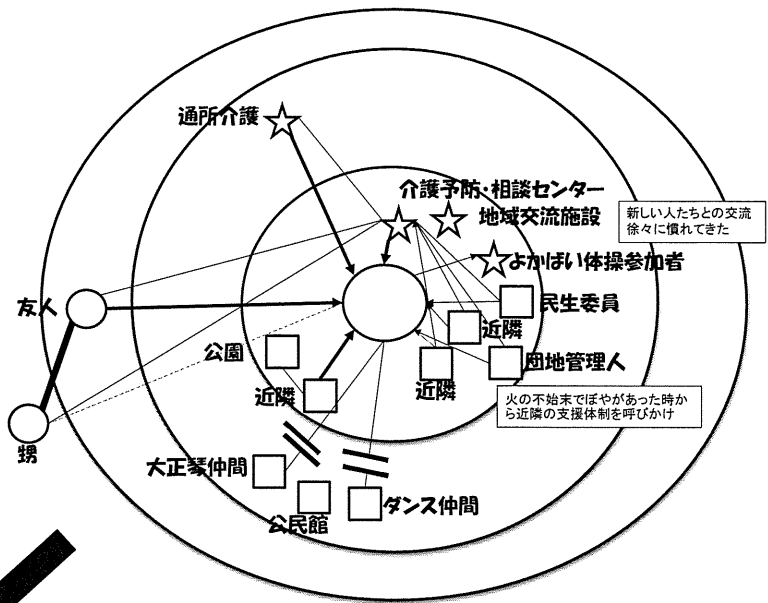
■地図からみる本人の生活状況



■交流施設の位置づけ

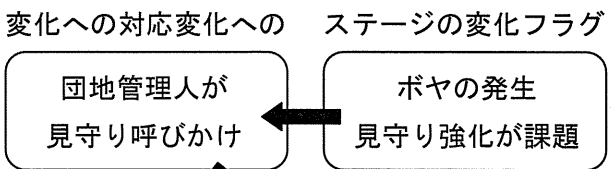
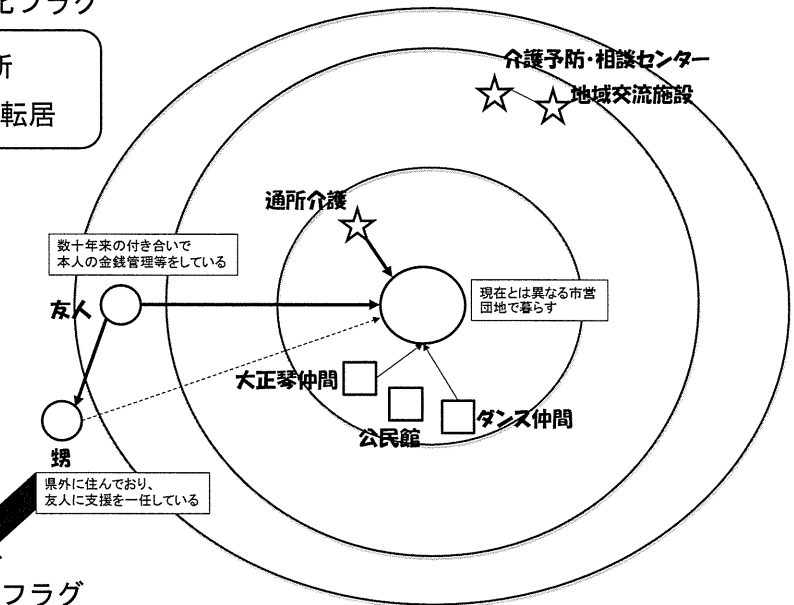
ステージ 1

現在とは異なる市営団地で暮らす
甥と友人の支援を受け、
公民館での趣味活動に励む



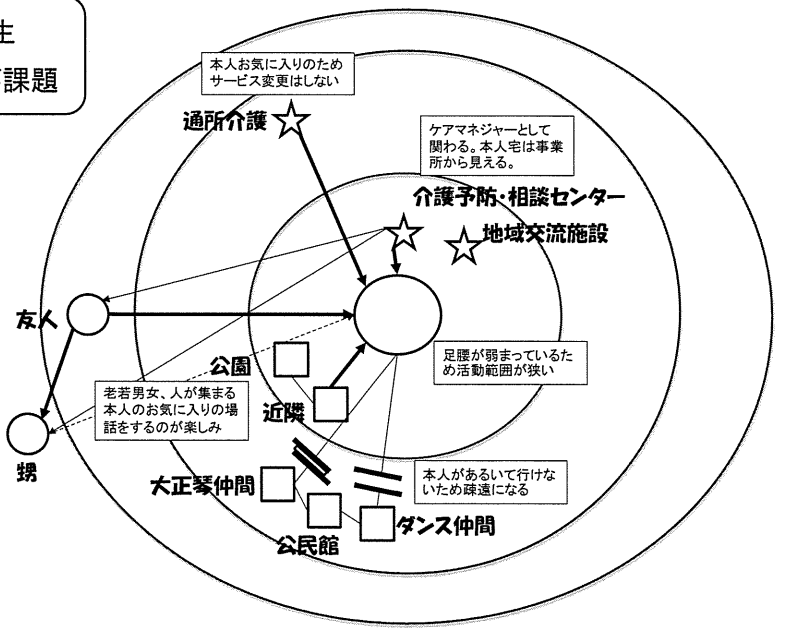
ステージ 2

地域の人が集まる近所の公園に毎日通う。
生活は安定したが火の元の不安があった。



ステージ 3

「支えよう」から「見守っていないと危ない」に転換
結果的に近隣による見守り体制が強化される。
地域交流拠点での新しい「つながり」も形成されはじめた。



○ 本人・家族・親戚 □ 地域・近隣・友人 ☆ 関係機関・組織

← 支援 ←..... 呼びかけ ≡ 葛藤状態の関係 ←| 途切れた関係

なごみ（事例7）

お世話焼き民生委員と妻の「つながり」で支援を受けている事例

事例把握ルート

数年前に本人の介護について妻から相談。その間、妻も要介護状態となり、夫婦で本体施設の支援を受けている。

年齢・性別 80歳代・男性（要介護1）

家族・世帯 高齢夫婦世帯
長男

経済状況 一般世帯

ADL 自立歩行・遠出はできない

IADL ほぼ自立
物忘れのため服薬管理が困難

認知機能 日常生活自立度Ⅱ

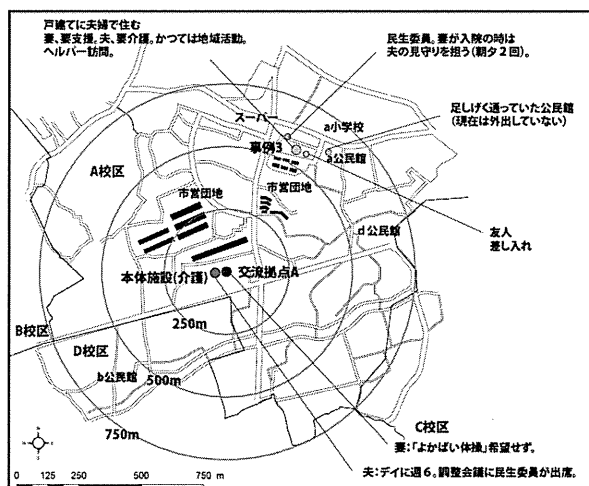
医療 日常的な服薬管理が必要

■支援方針

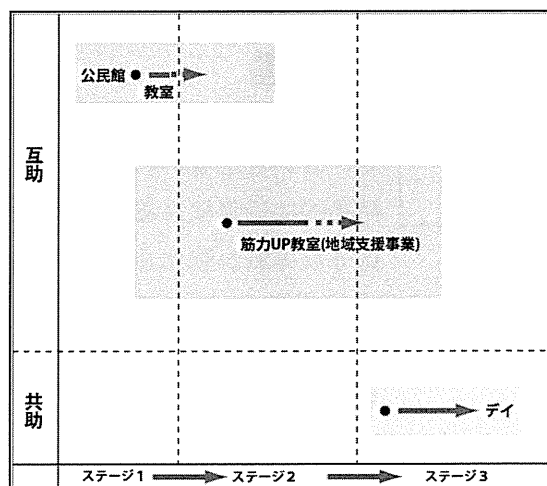
- ・妻の介護負担を軽減していく
- ・近隣から支援が受けられるように調整
- ・要介護状態の妻も同時に支援する
- ・民生委員と連携して対応する

■ケアプランにおける互助の記載

- ・ケアプランに記載なし。
- ・実際のケアマネジメントでは、民生委員や近隣の支援を組み込んでいる。



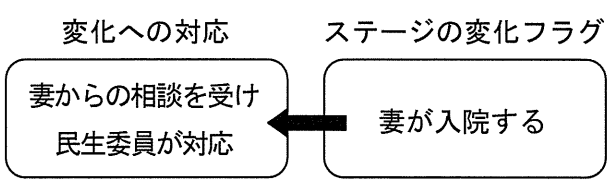
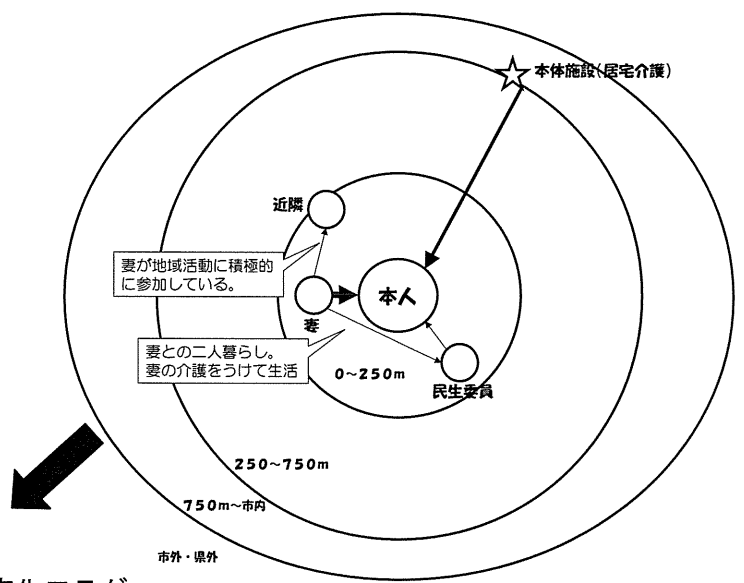
■地図からみる本人の生活状況



■交流施設の位置づけ

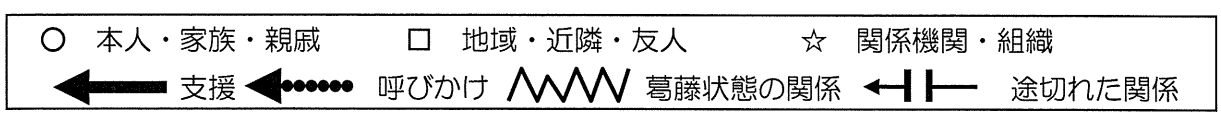
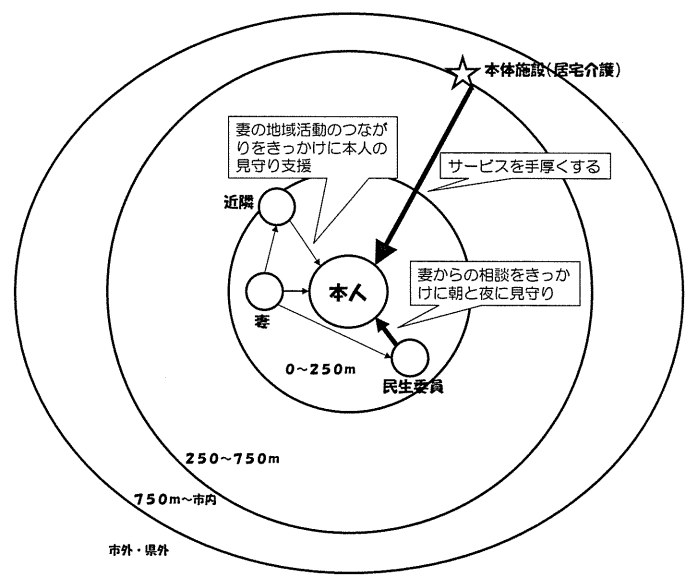
**ステージ
1**

本体施設から少し離れた市営団地近くに住む
地域活動に積極的な妻の支援を受けながら暮らす



**ステージ
2**

認知症対応通所介護の回数を増やして対応
朝と夜は民生委員の見守り
妻の退院後も、妻の「つながり」で近隣からの支援を受けている



なごみ（事例8）

昔からの「つながり」の場を大事にしたい事例

事例把握ルート

買物が同じ、失禁、火の不始末等があり、甥が相談。生活状況から小規模多機能の利用が適切だと判断し、支援を開始する。

年齢・性別 70歳代・女性（要介護2）

家族・世帯 単身世帯
遠方に娘二人、近隣に甥がいる

経済状況 一般世帯

ADL 自立歩行・入院で遠出不可になる

IADL 調理・掃除・服薬管理が困難

認知機能 日常生活自立度Ⅱ

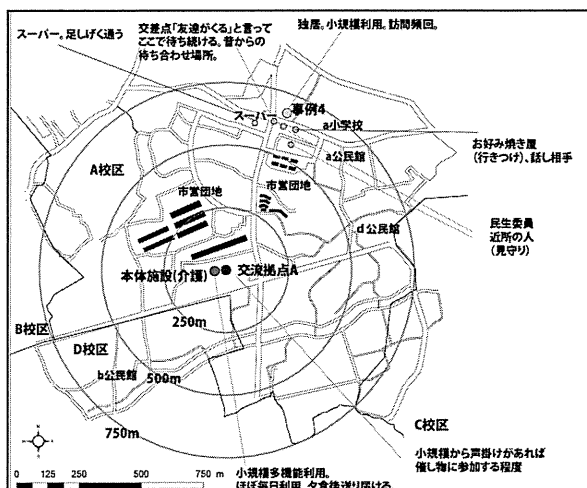
医療 3週間に1回受診、服薬管理

■支援方針

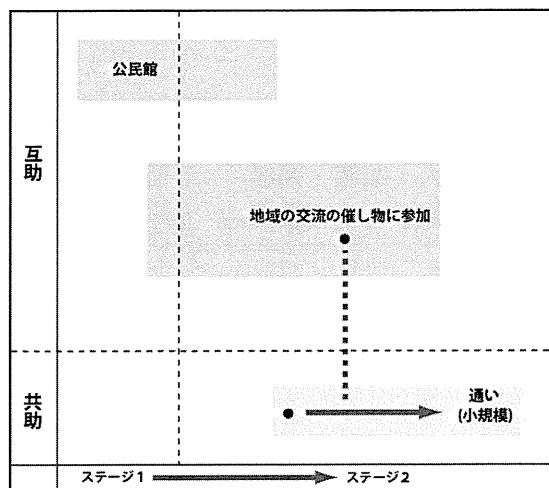
- ・本人の徘徊パターンを踏まえた支援
- ・2人の民生委員と連携して対応
- ・徘徊先の商店や近隣に理解よびかけ
- ・地域交流拠点のイベントに参加勧奨

■ケアプランにおける互助の記載

- ・ケアプランに記載なし。
- ・実際のケアマネジメントでは、民生委員や近隣の支援を組み込んでいる。



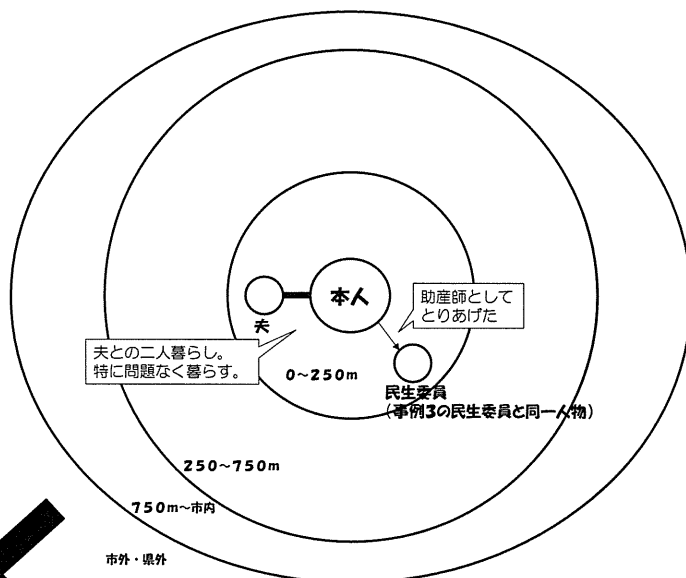
■地図からみる本人の生活状況



■交流施設の位置づけ

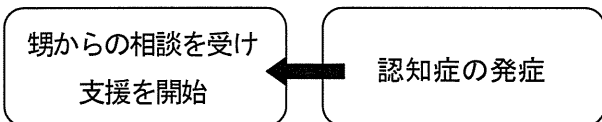
ステージ
1

保健師、助産師、看護師。
地域では「先生」と
呼ばれていた有名人。



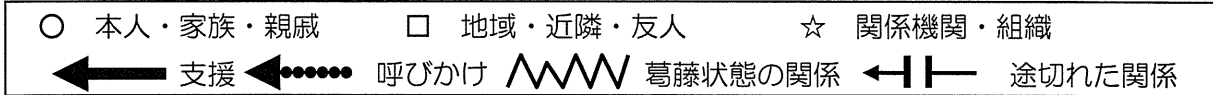
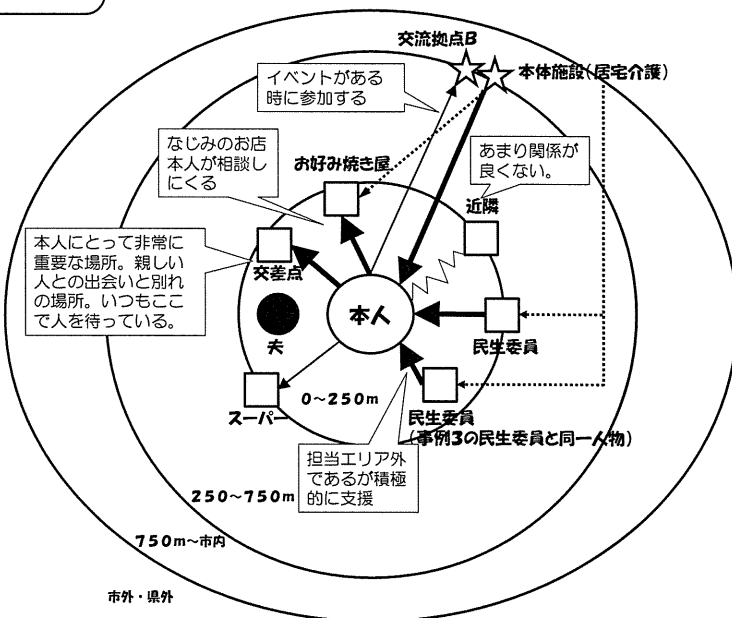
変化への対応

ステージの変化フラグ



ステージ
2

ご近所付き合いはよくない
毎日、近所の友達との昔の
「つながり」の場に通う
2人の民生委員の支援を受
けて、生活は安定している
地域交流拠点のイベントに
は参加してもらえる



サンフレンズ（事例9） 「もの忘れ健診」からの把握事例（1）

事例把握ルート

大牟田市が主催している「もの忘れ健診」からの把握。その後、母体法人実施の認知症予防教室「ほのぼの会」に参加。

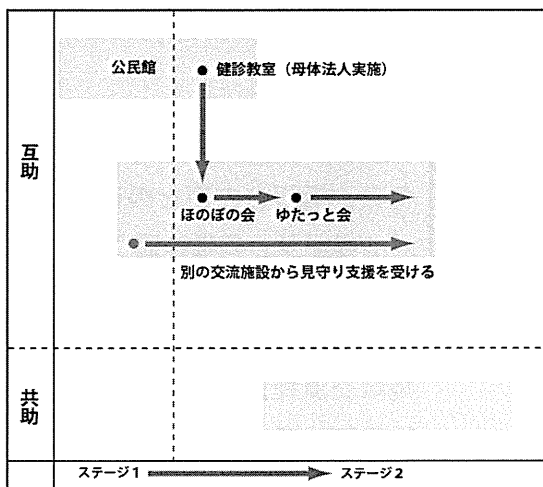
年齢・性別	80歳代・女性（要支援2）	ADL	足腰が悪い・遠出は出来ない
家族・世帯	高齢夫婦世帯 夫は健康だが少し物忘れがある	IADL	ほぼ自立している
経済状況	一般世帯	認知機能	特に問題なし
		医療	特に必要ない

■支援方針

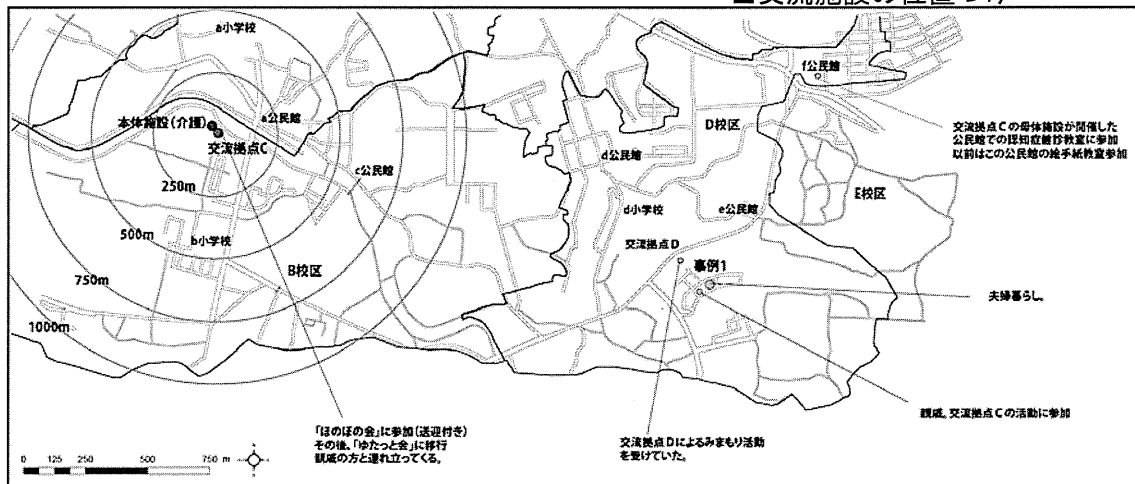
- ・認知症予防プログラムの継続
- ・本人のプログラムへの参加意欲尊重
- ・見守り活動の依頼・調整
- ・夫の物忘れにも同時に対応

■ケアプランにおける互助の記載

- ・ケアプランに記載なし。
- ・地域交流拠点での活動は記載あり。



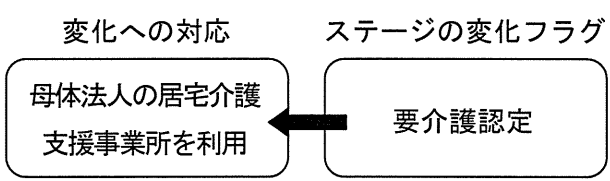
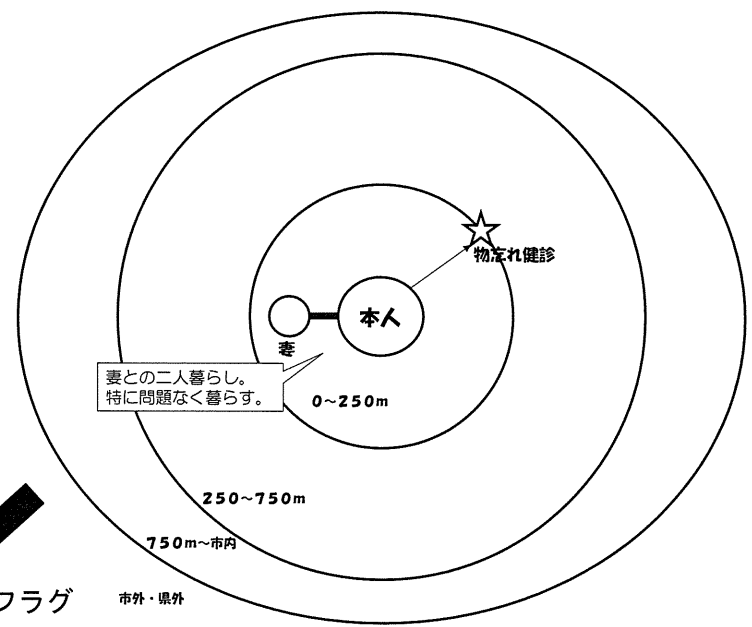
■交流施設の位置づけ



■地図からみる本人の生活状況

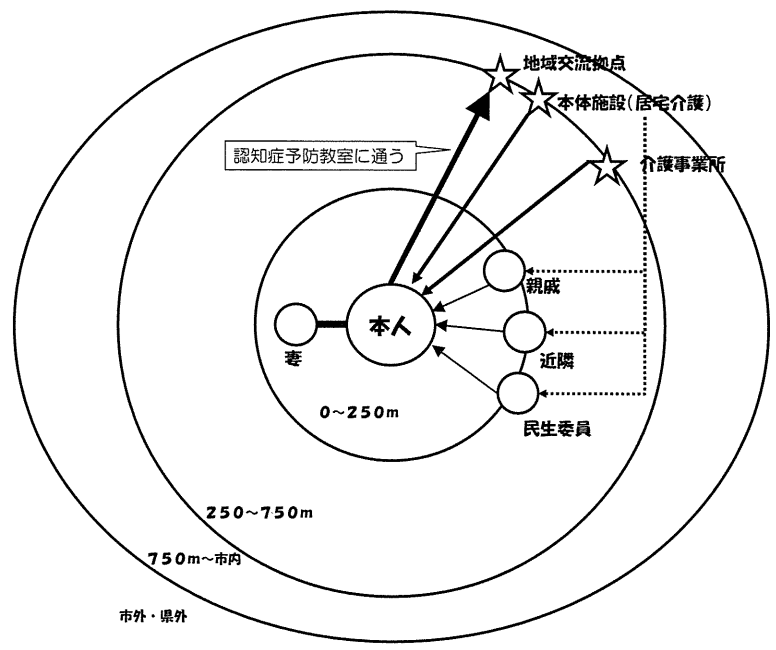
**ステージ
1**

夫と二人暮らし。
大牟田市の「物忘れ健診」
を受診。認知症予防教室の
プログラムに参加。



**ステージ
2**

夫の介護負担を踏まえ、民
生委員等の見守り活動を依
頼・調整。
地域交流拠点のプログラム
も継続し、自立の時から
の参加者同士の関係も維持す
る。



サンフレンズ（事例10） 「もの忘れ健診」からの把握事例（2）

事例把握ルート

民生委員の紹介により参加した大牟田市主催の「もの忘れ健診」に参加したことで把握。
夫との死別後、気持ちが落ち込んでいた。

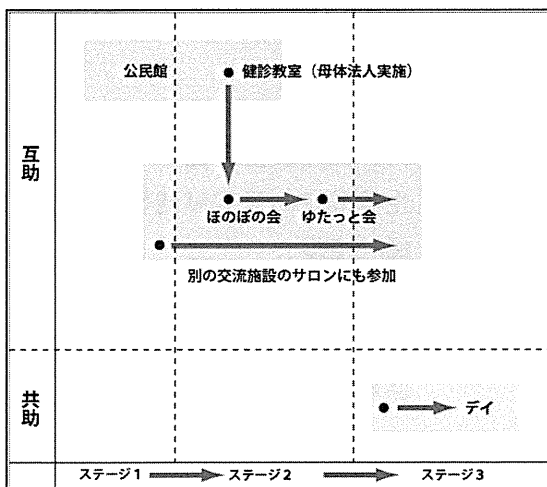
年齢・性別	80歳代・女性（要支援1）	ADL	足腰が悪い・遠出は出来ない
家族・世帯	次女と同居 次女は未婚・難病有	IADL	ほぼ自立している
経済状況	一般世帯	認知機能	特に問題なし
		医療	特に必要ない

■支援方針

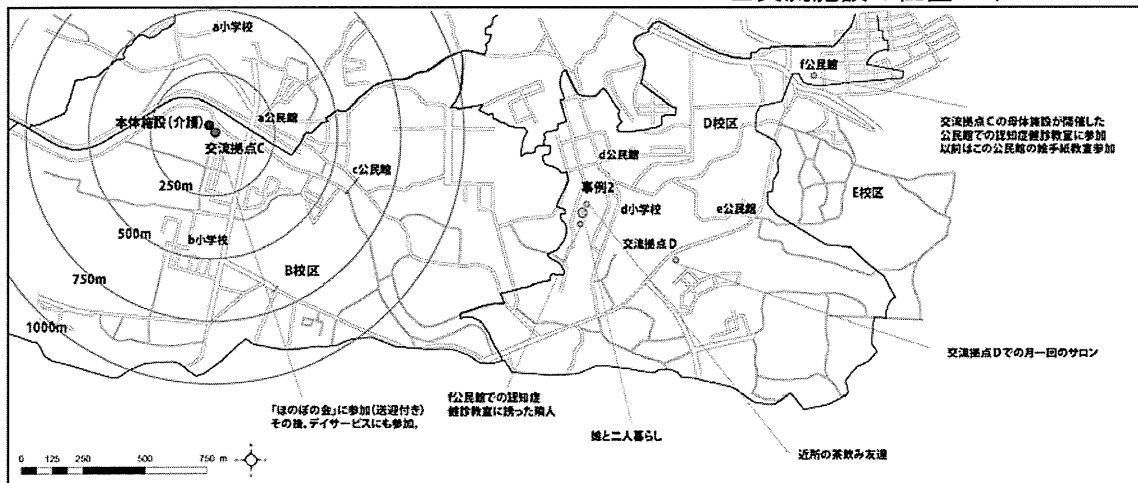
- ・ 地域交流拠点と通所介護の使い分ける
- ・ 気分転換の場として地域交流拠点利用
- ・ 自分で決められる本人の意思を尊重
- ・ 担当者会議において民生委員と連携

■ケアプランにおける互助の記載

- ・ ケアプランに記載なし。
- ・ 地域交流拠点での活動は記載あり。



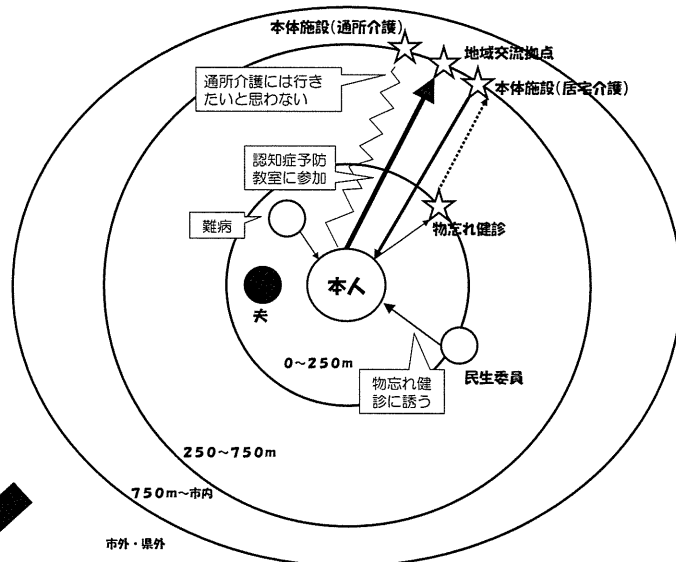
■交流施設の位置づけ



■地図からみる本人の生活状況

**ステージ
1**

夫と死別後、民生委員より「物忘れ健診」に誘われ、地域交流拠点の認知症予防プログラム参加。通所介護は行きたくなかった。



変化への対応

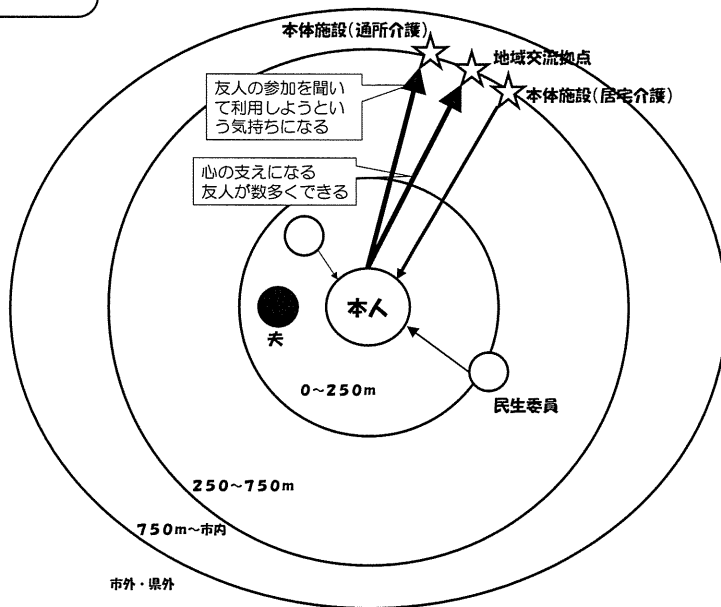
ステージの変化フラグ

本人の希望に基づき
通所介護を導入

プログラム参加

**ステージ
2**

プログラム参加により気持ちの変化が起き、通所介護に行ってみようという気持ちになる。両方の場で気分転換し、死別後の気持ちの落ち込みがやわらぐ。



○ 本人・家族・親戚

□ 地域・近隣・友人

☆ 関係機関・組織



支援



呼びかけ



葛藤状態の関係



途切れた関係

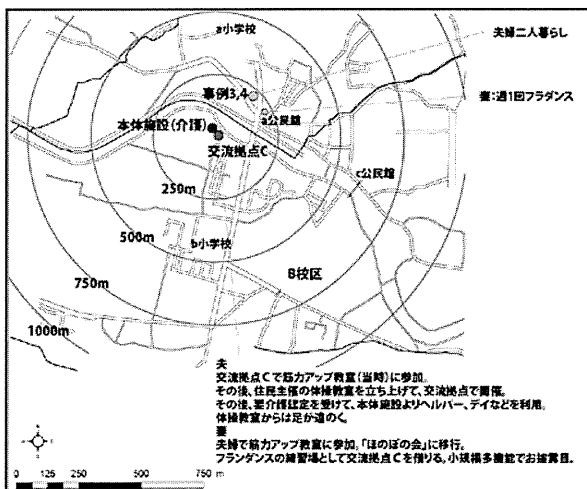
サンフレンズ（事例11） 「筋力アップ教室」からの把握事例（1）

事例把握ルート

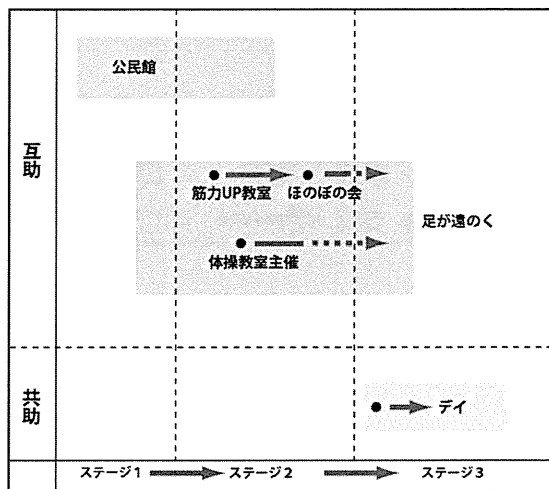
2、3年前から大牟田市主催の「筋力アップ教室」に参加していた経緯から支援開始。

年齢・性別	80歳代・男性（要介護1）
家族・世帯	事例4の妻と同居 子どもは遠方に住んでいる
経済状況	一般世帯
ADL	足腰が悪い・遠出は出来ない
IADL	調理・掃除・服薬管理が困難
認知機能	年相応の認知機能低下あり
医療	脳梗塞で入院歴あり

<p>■支援方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の運動意欲を尊重。 ・妻と一緒にプログラムに参加。
<p>■ケアプランにおける互助の記載</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランに記載なし。 ・地域交流拠点での活動は記載あり。



■地図からみる本人の生活状況



■交流施設の位置づけ