

支援センター 基本委託事項/活動報告項目		よつや苑	あさひ苑	
主な取組内容	総合相談支援	①高齢者地域支援連絡会では、開催回数は各地区ごとに1回ずつ、計4回と少なかったが、担当する5地区30の自治会、14の老人会、16名の民生委員に参加を呼びかけ、16自治会、12老人会、14名の民生委員の方々に参加いただき、担当地区の多くの方々への情報提供、情報交換が行えた。 見守りネットワークの協力依頼や早期相談への案内、介護サービスの利用方法などを伝え地域への情報提供につなげている。 ②民生委員との関係性も構築できており、3.11災害時の情報交換もスムーズに行うことが出来た。	①認知症の相談と癌末期の方の相談が増えている。癌末期では病院から直接の相談が多い。 ②安否確認目的で行われている訪問食事サービス（夕食）と見守り配食（昼食）の利用者（合計49件）独居地域デイサービス利用者（12件）高齢者やすらぎ住宅居住者（20件）を直接訪問又は電話での安否確認を実施。ガスの復旧依頼あり訪問して対応した。当日は電話での連絡が付きにくい状況でありサービス事業所から安否確認のファックスが届いたり、民生委員さんから連絡が入り、普段の担当地区ケア会議の開催などで関係作りが行えていると感じた。	
	権利擁護	【世帯構成】要介護3、89歳認知症の女性。息子夫婦、孫息子と4人暮らし。 【相談経路】地域のケアマネジャーからの相談ケース。 【対応経過】デイサービスの利用はされていたが、排泄や整容のケアが不十分、家族も「とりあえず連れて行け」というスタンスで、事業所への暴言もあった。 本人も気が強く、家族と口げんかをしていたが次第に衰弱、体調不良によりデイサービスから医療機関への受診につなげ、入院となる。医療機関とのカンファレンスを経て、老健入所につなげた。	【世帯構成】夫と二人世帯だが夫は20年前から療養病床に入院中。 【相談経路】ケアマネジャー 【対応経過】アルツハイマー認知症で、徘徊や所在不明になる事が増える。他県の子が金銭管理し、お金がないという理由で少額しか渡さず、買い置きもせず、サービス量を減らしてしまう。訪問食事での安否確認や事業所や近隣からの通報で安否確認の実施。市職員と同席でご家族との話し合いを繰り返し行った。自宅でボヤを出し他県の子供宅に引き取られる。 【要因】子供間で金銭で揉め事があり途中でキーパーソンの変更がある。話し合いを繰り返した	
	メ包括的支・援継続的ケアマネジ	① 担当地区ケア会議【表3、4】 ・情報交換会の中で把握している課題など ・ケア会議の成果や課題など ・代表的困難ケースの概要（報告したい事例） ② 認知症支援 ・認知症に関する理解啓発 認知症サポーターささえ隊養成講座【表5】 ・ささえ隊補名簿登録と活動支援【表6】 ③ 地域支援ネットワークの構築 ④ 家族介護者教室【表7】	②認知症支援として「認知症サポーター養成講座」の開催に力を入れた。 ・開催については共通テキストを基に独自でパワーポイントを作成、認知症という病気を理解していただきやすいように工夫をした。 ・ささえ隊ネット登録者の方を対象に3回ほど集まる機会を設けたが「具体的にどのような支援ができるのか」という点で煮詰まってしまう成果には至らなかった。	【世帯構成】夫婦二人暮らし。夫婦とも認知症あり。 【相談経路】別居の子 【対応経緯】妻から夫への暴言や暴力が常態化していたが、妻の被害妄想から暴力が激しくなり緊急ショートを利用し一次的に分離した。その後妻は精神病院に入院し薬の調整で精神状態が安定し、在宅サービスを調整し在宅に戻り夫婦での生活となる。 ②介護者サロンの開催。認知症の家族を抱えたご家族の支援として毎月1回定期的に開催した。認知症の理解を深めたり、お互いの話しを聞いたり、話す事で気持ちにゆとりが持てるようになった等の意見がある。
	ネ介護予防ケア	①介護予防支援業務 プラン作成数（包括・委託）【表8】	特筆すべき事項なし	精神疾患を持つ利用者の支援について、サービス事業者と連携の中でも、医療との連携は必須であり、本人からのSOS電話に頻回な訪問で対応している。配慮が必要なためインフォーマル支援になかなかつながらにくい面もある。
	デ介護予防事業	①介護予防講座開催回数・参加者数【表9】 ②訪問・面接・電話活動数 ③支援自主グループ数・支援回数 ④地域の人材発掘や活用、関係機関との連携	①新規推進事業参加希望者を中心とした教室開催を行った。（普及啓発の強化） ①推進事業参加歴のある方や、繰り返し参加を希望する方へのフォローとして「総合介護予防講座」を設け、全6回94名の参加を得た。介護予防事業へのニーズ把握の参考となった。	・料理教室を紅葉丘文化センター・白糸台文化センターで各月1回開催。参加者で協力し作る事で連帯感が生まれる。 ・介護予防専門教室の開催前に、対象者に向け介護予防説明会を実施している。事業の内容の理解が進み自ら理解し取り組める傾向になっている。
成重点と課題後の方取組		・認知症支援としての認知症サポーター養成講座には力を入れて取り組んだ。地域の方の興味・関心も高く毎回15～20名ほどの参加を得られた。 ・ささえ隊ネットへの登録者も成果として増えたが、その方たちの自主的な活動をサポートすることが非常に難しいと感じた。個別ケースとして関与していく力は高まっているが、地域を後押ししていくという点については課題を整理して取り組みたい。	①災害時要援護高齢者事業の取組では、各自治体で取り組みに温度差があり、高齢者地域支援連絡会や担当地区ケア会議で情報交換や共有を図り進めた。ゴミの個別収集開始に伴いゴミ出し困難な高齢者の情報提供を機に地域の見守りネットワークの構築に取り組んだ。 ②安心・安全な生活を担保する目的で、公設拠点施設としてのあさひ苑と共同し、全市域での緊急ショートの受け入れに市包括と連携し取り組んだ。33件/年で利用日数は411日に及び、平均利用期間が12日と長期化の傾向であった。担当地区ケア会議事例ケア会議を随時開催し、関係機関との情報の共有を図り問題解決に取り組んだ。	

		しみずがおか	泉苑	安立園
主な取組内容	総合相談支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域づくりに意識の高い自治会を訪問して、課題の抽出。解決の糸口として、同じ課題を抱えていると思われる集合住宅自治会での地域支援連絡会を企画する。連絡会では、地域づくりに対する意識を高めてもらうために、テーマを設けて、懇談形式を採用している。また高齢者の実態把握を行う目的で敬老事業を行っている自治会の活動を別自治会に紹介。情報交換の場を設定する。ニーズをつなぎ合わせることを意識して行ってきた。</li> <li>災害時要援護者支援事業</li> </ul> 自治会班長会、役員会に向けて事業説明会の実施を提案。当日、オブザーバーとして出席。その後の活動をフォローしている。	①全体としては認知症の相談と病院からの退院後の相談、在宅での生活が困難になり施設や病院等への入所（入院）相談が増加している。 ②22年度は地域の高齢者の実態把握強化と包括支援センターの周知活動を兼ねて、孤立化しやすい公営住宅の独居・高齢世帯を中心に積極的に個別訪問を実施した。現在、収集した情報を地域ごとに集約して見守り活動や介護予防活動に役立てている。 ③公営住宅戸別訪問を行う中で、比較のお元気な方に対しては、見守りネットワークの協力をお願いし、地域との関係強化に努めた。	○災害時要援護者支援事業：未回答者577名訪問実施したが、特に要フォロー者はなかったが、今後備えて緊急対応度を整理し、名簿作成に取り組んだ。 ○熱中症予防見守り：熱中症リスクの高い高齢者として、85歳以上の単身男性36名・90歳以上の単身女性91名の状況確認したところ、対象者が64名であり、見守りを実施した。結果として異変はなかったが、それ以外の緊急対応は4件であった。緊急対応した方は、現在も要フォロー状況にある。 ○包括になってから21年度の倍近い60回のカンファレンス実施となり、虐待・認知症・金銭管理など複合的な問題が多かった。
	権利擁護	【世帯構成】 本人と娘の二人世帯。 【相談経路】 ヘルパー→ケアマネ→包括 【対応経過】 疾患から下肢に痛みがあり動作が緩慢な本人。娘は精神疾患があり日常は仕事もしているが、これまでも本人や本人を通じて本人の夫にお金を要求したり、お金の問題で本人に暴言や暴力があった。ケアマネと同行訪問し本人の身体状況と意向の確認。ショートステイ利用し一時分離、担当地区ケア会議を開催し市を含めて本人と面談。課題の整理を行う、引き続きケアマネと連携する。 【対応】 娘は、幼少期からの両親の夫婦関係や親子関係が疾患の原因とと思っている。	【世帯構成】 夫と二人暮らしの認知症86歳女性 【相談経路】 近所の利用者を支援しているケアマネ 【対応経過】 以前から介護していた夫から相談を受けていたが、その夫が急死した。包括でも夫の急死の情報がなかったが、近所の利用者を支援しているケアマネにより夫のことがわかる。その後、残された認知症の女性はひとりでの生活が困難となり息子と一時的に同居する。この息子も精神疾患あり介護しきれなくなり、市役所、社協、ケアマネ等と連携し、介護の方向性を検討。遠縁の親族とも連絡を取り、成年後見制度を利用した後に近隣の高齢者施設への入所に至った。	【世帯構成】 高齢世帯、夫は認知症で要介護2・妻は要支援。別棟に長女と孫息子居住。 【相談経路】 担当ケアマネ並びに市からの相談。 【対応経過】 金銭管理をしていた長女が年金を搾取し、サービス利用料滞納や生活支障発生、発見した次女からの強い告発あり。夫妻・長女・次女を交えてカンファレンスを実施し、地域権利擁護事業につなぐとともに、サービス内容を見直し、現在も在宅生活を維持している。
	メ包括的支・継続的ケアマネジ	①多問題家族の事例対応。認知症の本人と孫2人世帯。娘は自殺している。孫1人は引きこもり。課題は多いが、ケア会議を通して、孫2人の命を守ることを第一優先に、関係機関との連携を密にしていこうとしている。 ②会場を団地集会所にしたことで住人が多く参加される。独自に作成したQ&Aを最初に行い、講座に来た動機を意識してもらう。また寸劇やグループワークを取り入れてより理解が深まるように工夫した。 ③登録者が団地集会所でのサロンを月1回開始。その後の活動支援として、報告会を企画。振り返り、良い点、改善点をまとめ継続性のあるものにしてもらうよう促している。 ④地域アセスメントのために、地域のキーパーソンへの訪問を重ね、地域が抱える課題の抽出を住民と共に行った。関わりをきっかけに、自治会と共に住民向けの講座を企画実施。	①担当地区ケア会議 ケアマネジャーと顔の見える関係性を築くために情報交換形式で開催。支援困難とされるテーマを設定（認知症・医療）し、包括支援センターとの連携対応の重要性を確認することができた。 ②認知症支援 ・ささえ隊養成講座では、認知症に関する最新情報入手に努め、受講者に提供した。 ・認知症家族介護懇談会では、介護者の気分転換や参加者間での思いを共有する会を目指し年3回開催し、会の定着が図れた。	○事例：統合失調、75歳一人暮らし男性。プラザと市生活援護課が支えていたが、認知症状が出現し、警察に盗難の相談に行ったり、いろいろな機関に同様の訴えが多くなった。年末に呼吸苦から入院し、その後精神科病院に転院したが、その際の記憶がなく、対応への不満をいまだに繰り返している。かろうじて生活維持しているが、ヘルパーへの片思いや包括職員へのうらみの訴えなどでトラブルが多い。 ○認知症支援：小学生150名に養成講座開催 銀行職員対象に実施。 ○地域ネットワーク：地域での支えあいチーム結成準備に取り掛かる。
	ネ介護メ予防ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>環境整備や受診が必要と思われるが、本人は希望していない。必要を認識できるまで、見守りや干渉を続けた事例。</li> <li>家族の意向が強く、本人の意向が反映されないケアプランになってしまう事例。</li> </ul>	4月に府中市包括より予防プランを引き継ぎ、軌道にのるまでは時間を要したが、大きな混乱もなく支援を継続することができた。他居宅への委託プランに関しては事業所訪問を心がけ担当ケアマネと顔を合わせる機会を持つように努めた。	○要支援事例：79歳 単身女性。鬱病から常時自殺願望訴えあり、様々な支援対応、見守り体制をとっていたが、未遂事故となり、カンファレンスを経て精神科入院調整。養護施設の受け入れが出来ず在宅での生活にもどり、見守り体制は強化していたが、自死された。
	デ介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防推進センターに講座の講師を依頼し新たな方向から介護予防に取り組む機会となるようにした。その結果、自ら推進センターに行き始めたり、趣味活動が広がったなど参加者からの報告あり。（内容：ストレッチ体操、スポーツ吹き矢、ハンドケア等）</li> <li>府中市社会福祉協議会のボランティアセンター登録者に講師依頼し講座を2回実施。また自治会やコミ協の敬老イベントで講座依頼あり、事業普及啓発の機会となった。</li> </ul>	介護予防講座の実施ができていなかった西原町について、自治会役員との協議を重ねて介護予防講座開催ができるようになった。このことにより担当している町全域を網羅することとなった。	○体と脳の一体的活性を目的にした月1回の定期講座『健脳講座』が利用者から評価され毎回30人程度の参加がある。 ○地域の民生委員・自治会長との連携により新しい仲間づくりの場を確保した。
	成重点と課題後への方取策組の	地域支援連絡会で得た情報をもとに、自治会でボランティアチームが結成されるなど、包括が設けたきっかけから取り組みが実施された。職員としても関わりを通して、アプローチの目的やポイントがより明確になった。今年度も、地域住民の思いを引き出し、つながりを作る、必要な情報を提供するなど住民による地域づくりの後方支援に取り組むたい。ケース対応についてもチームアプローチを意識して、知恵を出し合い支援にあたっていきたい。	地域支援連絡会を年間10日開催してきた。会を重ねるたびに協力していただける支援の広がりを感じている。今後の課題としては、包括から地域の高齢者に情報を発信する体制はできているので、地域の高齢者に興味のある講座などを開催し会場に足を運んでもらうことによりお互いに顔の見える関係をつくっていききたい。また、虐待や権利擁護などの問題を早期発見できるように、ケアマネ、サービス提供事業所、自治会、民生委員との今まで以上の関係づくりを意識した会議開催や取組に力をいれていきたい。	震災発生日は災害リスクの高い単身宅を訪問、特に高層マンションの問題が浮き彫りになった。また災害を契機にそれまで自立であった方が不安から精神的に不穏症状が強くなり、急遽有料施設に入ったが、すぐに亡くなってしまった。要援護者のリストを作り、優先度に応じて対応しているが、自立の方であってもいつ大きく変化するか分からないということを改めて実感した。今後、見守る対象を絞ることはやむをえないが、強い地域を作ることを目指し、地域力を高める仕組みづくりに重点的に取り組むたい。

		かたまち	しんまち	緑苑
主な取組内容	総合相談支援	<p>・経済的問題のあるケース・ターミナルのため早急な調整が必要なケース・本人が認知症でキーパーソンがいないなど適切な意思決定が出来る人が世帯内におらず、生活が危機的状況にあるケースが増えたように感じる。</p> <p>・災害時要援護者事業の名簿を基に登録希望の対象者を全戸訪問した。また、申込みのない対象者に対しても全戸訪問し、実態把握に努め、その結果介護保険申請などに繋がった事例もある。（合わせて約700件）</p> <p>・3月11日の活動状況については、訪問または電話連絡による安否確認とその後の計画停電についてのお知らせを毎日した。</p>	<p>①相談対応の中でも介護保険利用に向けての相談が最も多かったが、退院後の在宅に向けて医療機関からの相談、訪問診療・訪問看護の調整、適切な診療科への受診支援などの医療機関との連携が必要なケースの増加、認知症・精神疾患のある方への対応が増えている。また、家族を含めて支援が必要となるケースも多くなり、複合的な問題への対応、密に支援が必要となる相談がみられている。</p> <p>①高齢者地域支援連絡会は、自治会・民生委員・老人クラブ等新町地域を丁目ごとに分けて実施。戸建住宅・集合住宅別に共通の課題を元とした交流も試みた。</p> <p>②震災後は、利用者宅への訪問、電話により安否確認の実施および民生委員、自治会から状況確認を実施。荷物が積まれている利用者宅では落下して割れた額の片づけなどの支援を実施した。</p>	<p>①平成22年度は介護予防、見守りネットワーク事業を中心に地域との関係を構築し地域の実態把握と総合相談を円滑に進めた。（※介護保険制度／住宅改修／認知症／施設入所／申請代行等の相談と直接援助への対応）</p> <p>③見守りネットワーク事業周知年間2回の店舗 まわりを行い協力を得る。民生委員とも連携を取り速やかな対応につなげた。</p> <p>④震災発生時の動きとして在支が把握する独居高齢者等の安否確認の訪問を行った。震災発生から数か月の間見守り訪問を続けた。なお民生委員、自治会が把握する災害時要援護者名簿対象者の安否についても確認した。</p>
	権利擁護	<p>【世帯構成】80代女性認知症あるものの同居している長男家族の介護が不適切であり、介護保険も未申請。</p> <p>【相談経路】預けた通帳を返してくれと本人が頻りに訴えに来ると金融機関から連絡</p> <p>【対応経過】結果：介護の必要性を感じていない家族に対して訪問や手紙など様々な手段を用いて働きかけたことで家族の気持ちにも変化が見られ、専門医受診、介護保険の申請、サービス利用に結び付いた。</p> <p>【要因】本人の疾患や孫の誕生、息子夫婦が共働きで時間が余りないなど複数の要因が考えられる。</p>	<p>【世帯構成】90代女性、長女との2人暮らし。</p> <p>【相談経路】数年前に別居家族から身体的虐待の相談が入り、以降見守りをしながらのアプローチを実施。</p> <p>【対応経過】長女は最後まで自分でみてあげたい思いが強く、支援者の関わり一切を拒否し一生懸命介護をしていた。</p> <p>結果必要なサービスが入らず経過し、本人の認知症・ADL低下が進行し介護負担が増加。それに伴い長女の身体的・心理的疲労が高まり、助けてほしいとの訴えが出された時に、別居の家族・市・支援センターで連携を取り、緊急ショート・老健入所へつなげる支援を行った。</p>	<p>【世帯構成】80代女性独居高齢者の財産保全。</p> <p>【対応経過】認知症の進行から金銭管理が難しくなり、悪徳業者とのトラブルや近隣の知人にマンションの権利書を渡している、現状で任意後見契約締結の準備を知人が進めている等、多くの問題が発生していた。</p> <p>権利擁護センターと共同し支援してきたが、不明な通帳なども多く、既に配偶者は他界、子もないため、今後の生活に必要な支援や主の財産の保全を目的に甥の協力のもと、法定後見人の申し立てを行った。</p>
	メ包括的支・援継続的ケアマネジ	<p>①50代男性、身体障害者手帳保持。糖尿病。併設外ケアマネジャーからの相談。毎日飲酒し、食事・服薬管理が出来ない。またケアマネジャーやサービス事業所に対しての要求が強く、包括としては本人の健康面に配慮しながら周囲との関係調整を行ったり、定期的に訪問し日常生活に関するアドバイスをを行っている。</p> <p>②イラストを用い、視覚的にも分かりやすい形で講座を行うようにし、また22年度は一般市民、企業と多岐に渡ったため参加者によって講座内容を変更し、参加者の理解のレベルにあった講座を開催した。</p> <p>③広報紙を月1回発行し、担当地域内の商店(商店等70ヶ所、療所11ヶ所)や自治会(22ヶ所)、老人会(6ヶ所)等に毎月配布し包括支援センターの周知、掲示の依頼を行い、相談窓口の存在を知ってもらうように努めている。</p>	<p>①担当地区ケア会議【困難ケース】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多問題家族として長年関わっているケース</li> <li>・精神疾患により長期入院していた長男が在宅に戻る過程で、本人のケアマネ・権利擁護センター・サービス事業所や長男の主治医・障害者福祉課など様々な機関と連携。</li> <li>・一人の身体・精神状態の悪化が家族全体に波及するため、担当者全体での会議により状況の把握・共有を行う。</li> <li>・老人福祉施設に入所中である妻も含めての支援を実施。</li> <li>・長男の病状悪化で再入院となっているが、本人の認知症の進行もあり今後も継続した支援が必要なケースである。</li> </ul> <p>③地域支援ネットワークの構築 民生委員、老人クラブ、自治会に教室の案内や機関紙などの情報提供を実施。自治会の回覧板協力は新町では約7割の協力を得ている。</p>	<p>①地域団体に向けて認知症等の理解を深めて頂く為の活動を行うも、情報提供に留まり実際に地域の中で見守るための方法等の話し合いまでは至らなかった。しかしながら、地域からの高齢者の情報は以前より多くなった。</p> <p>②独居高齢者80代男性 地域住民からの相談以前から自宅内に仕事関係の荷物が置かれている。日に日にゴミ屋敷となり、動ける状況ではない、危険物である溶接用のボンベも置かれているため、住宅公社、市役所(生活援護課・福祉相談)と立会にて本人と話す聞き入れず。仕方なく消防署立ち会いにより危険物のみ撤去する。現在も経過観察中。</p>
	ネ介護予防ケア	<p>独居の男性。介護支援専門員、ヘルパーに対して依存的だったが心身ともに自立への可能性が高かったため根気よく傾聴し、特に受診に対する不安が強かったため、通院に同行し声かけを続けた結果、本人が自信を取り戻し、家事支援がなくても自力で家事を行えるまでになった。本人の気持ちを大切に支援をした結果、介護予防支援終了という理想的な形で終えることができた。</p>	/	
	デ介護予防事業	<p>・毎月10日に介護予防講座を開催(脳トレと茶話会)。自由参加なので気軽に参加できるのが魅力。H19年より続いている講座で年々参加者が増えている。(講座名：十日茶屋)</p> <p>・かたまちと安立園にまたがっている老人会がある。かたまち、安立園が協力して、老人会の集まりに行き介護予防講座を開催している。</p>	<p>①作品作り、そろばん教室、フラダンス、吹き矢、美容講座など様々な講座を開催。できるだけ多くの方が介護予防に関心が持てるよう講座に工夫を凝らした。</p> <p>④自分のできることを地域に還元したいというシルバー人材センターや地域のボランティアを講師に起用し相互関係を築いた。</p>	<p>①文化センター等公共の施設がないことから、地域の団体、自主グループに向けての介護予防講座等周知を行う。</p> <p>②自主グループ支援においては介護予防にとどまることなく、地域の中での個々の役割を持ってもらう事で活力ある生活へとつなげた。</p>
成重点と課題後の方取組の	<p>高齢者地域支援連絡会を定期的で開催したが、参加するメンバーはほとんど変わらなかった。今後の支援を考えると、集合住宅の管理組合や戸建て地域の自治会に向けて、より一層のアプローチが必要である。ささえ隊養成講座の広報活動や、見守りネットワーク、地域包括支援センターの周知(個別訪問)を通じて、高齢者地域支援連絡会の参加者を増やしていきたい。</p>	<p>毎年の課題として「顔の見えるセンター」を目指して活動を実施。22年度はセンター長の交代や地域包括支援センターに向けての準備などもあり、積極的に地域に出て、連携を図るまでには至らなかったが、定期的で開催している地域支援連絡会や介護予防事業等を通じて、相談の出来る関係の形成につながり、相談につながるケースも増えてきている。</p> <p>今後は、変更となった担当地域についても、今まで培ってきた関係を土台により充実した連携を図れるように地域に向けて支援センターの存在をアピールしていきたい。</p>	<p>①介護予防事業、見守りネットワーク事業、災害時要援護者事業をアイテムに地域の実態把握に努め、地域の総合相談窓口としての機能を果たした。</p> <p>②災害時要援護者事業については地域により進み方に差があることから、高齢者地域支援連絡会を通じて民生委員と自治会が共に情報を共有する場を設定した。</p>	

		鳳仙寮	さくらんぼ	南町
主な取組内容	総合相談支援	①相談の多かった内容は、介護保険に関すること（全体の34%）、医療・療養・健康不安など（18%）、保健・福祉等のサービスについて（7%）と続く。相談内容の傾向として、病院から在宅復帰についての相談が増加している。これは入院期間3ヶ月という制度的な背景が大きく関係していると思われる。 ②3月11日の震災時には、要援護者リストと現在の相談履歴を元に、支援が必要な利用者に対し、電話連絡や戸別訪問を行った。地震による怪我や事故はなかったが、震災の影響で電車が停まり、同居家族が帰宅できないことにより、通所や短期入所の利用者が帰宅する際に受け入れが出来ないなどの状況が見られた。計画停電により、認知症の利用者が2階階段から転落し、両手首を骨折。病院探しなど対応中。	①総合相談：地域の特性としてマンションや新興住宅の増加傾向が目立ち、介護者年代に当たる住民が地方に住む親を呼び寄せた結果後の相談が生じている。新たな地で家族を再生し心身とも安定した高齢者の例もあった。その一方で、独居、認知症高齢者の相談ケースは急増、緊急対応を要する事例が多かった。 ②災害時要援護者事業については事業の対象者であった未返信の地域住民に対し訪問活動を実施。その結果、新たな実態把握に繋がった。	①ほぼ毎月高齢者支援連絡会を実施。地域の民生委員や老人会役員などに多数出席して頂き、地域での連携のあり方について協議した。 ②70歳の長寿祝い訪問を終えた地域の高齢者に対して、個別訪問により支援センター及び見守りネットワーク事業について周知を行った。 ③3月11日、震災後、地域を巡回。高層住宅のEV停止により自宅に戻れなくなった高齢者の階段昇降を支援。その後、電話や訪問による独居高齢者の安否確認。
	権利擁護	【世帯構成】60代女性。長男と二人暮らし。夫は別居。 【相談経路】社会福祉協議会職員。 【対応経過】相談者は、長男に蹴られて鎖骨を骨折。市包括と連携し、地区ケア担当会議を開催。長男は勤め先からリストラに遭い、相談者と同居。部屋に引き籠もる。相談者もうつ状態あり。相談者が長男の生活ぶりに意見すると興奮状態になり、暴力を振るう。長男の生活に干渉しないように助言。家事支援が必要なため、在支職員がケアマネを担当し、ヘルパーを利用。	【世帯構成】被虐待者はアパートに独居。近くの戸建て持家に長男（虐待者）が居住、長女は都内で単身生活。 【相談経路】市内病院の医療連携室より長男の暴力で顔面に外傷の通報。市に通報後、病院で状況確認。 【対応経過】通報を受け市と協議。再発の可能性が高いと判断、親族宅に避難後、緊急ショートステイを利用し最終的に長女宅に身を寄せた。 【虐待要因】夫の死後、父親代わりになった長男が本人、長女に日常的虐待（暴力）開始。耐えかねた長女、本人は家を出るがその後も暴力は続いた。	【世帯構成】知的障害のある息子との二人暮らしの女性（80才） 【相談経路】市内のかかりつけ医からの相談。 【対応経過】21年度からの継続ケース。主の病気は骨髄移植以外完治が出来ないが、年齢を考えると移植は難しい。自分が亡き後の息子の事が心配。権利擁護センターふちゅうとの連携で、病床の母に代わって金銭管理などを実施して貰う為地域福祉権利擁護センター契約。契約後、母は逝去される。問題が本人だけでなく、家族にも含まれるケース。関係者が係わることで、本人の意思を尊重できたと思われる。
	メ包括的支・援継続的ケアマネジ	①糖尿病による合併症の障害を持つ利用者、認知症の母、二人のキーパーソンの90歳代の父。地区担当ケア会議は、6回以上開催している。利用者による家族やサービス支援事業所に対しての暴言がひどく、支援を降りたいと申し出る事業者が多い。以前は、自分のサービス事業者についてのクレームが多かったが、現在は認知症の母のサービス事業者に対してのクレームが多い。多問題家族のケースのため、担当しているケアマネやサービス支援事業所に定期的に集ってもらい、情報交換を行っている。 ②認知症の利用者の家族に対して、地区ケア担当会議やサービス担当者会議の場で、認知症専門医への受診の奨めや冊子「穏やかな暮らしのために」を用いて、認知症の理解と介護の仕方について話をしている。その他、家族には認知症サポーター養成講座への参加の奨めと、ささえ隊についての説明を行っている。	①担当地区ケア会議 【ケース概要】認知症の独居高齢者。判断力の低下で訪問販売の被害が頻回。地域権利擁護事業、デイサービス等の利用で在宅生活を維持。ケア会議で支援者間で課題や情報を共有、本人の困難な状況を早期に発見、対処できた。施設入所後も認知症の進行が顕著なため、今後は成年後見制度の支援を行う予定。 ②認知症サポーター養成講座開催。地域で認知症支援に積極的な住民対象に座談会を実施、啓発活動を行った。 ③地域支援ネットワークの構築：地域住民へ広報誌発行、各自治会中心に回覧し情報発信を継続。特に地域包括への移行には早目な対応で新たなネットワークの基盤作りに取り組んだ。	①担当地区ケア会議をかたまちと共同で行った。担当圏域にある居宅支援事業所と顔が見える関係を築いてきた。 ①複合課題を含有するケースや支援困難なケース等について、ケア会議を開催することによりケアマネジャーを支援し、また連携して対応を行った。
	ネ介護予防ケア			
	デ介護予防事業	④地域の人材発掘や活用、関係機関との連携 在宅介護支援センターにて介護予防推進事業と地域デイサービスを受けている。コーディネーター事業と相談業務、各種教室との連携を第一に介護予防全般の事業を展開。エリアが狭いため、対象者一人ひとりを大切にきめ細やかな対応を心がけている。老人会や地域の自治会との付き合いを大切に、各種自主活動を側面支援し積極的にかかわりを持っている。	介護予防講座は同医療法人の人材を活用した健康講座を展開し参加者も40人前後と定着。専門講師による予防講座も地域の身近な体操教室として開催、今後も継続の要望が強い。更に体操教室で汗を流した後はお茶会等の交流も計画中である。	①介護予防の普及啓発のため、測定会を実施。支援センターを開放して、骨密度・脳年齢・血管年齢・体力の各測定を行い、多くの方にご参加頂いた。 ④介護予防事業から介護保険サービスへのスムーズな移行が出来るよう、会場訪問や個別面談をおこない関係機関と情報共有した。
成重点と課今後へのの方取策組の	・相談窓口への利便性を考慮し、出張型の相談窓口を公会堂と文化センターの2箇所を設置し、月に1回ずつ開く。しかし、住民への周知が行き渡っておらず、窓口の時間が短いこともあり、利用率は上がらなかった。今後は訪問を多くして、利用率を上げていきたい。 ・地域支援連絡会の委員に、担当エリア内の精神障害者ケア施設の管理者にも委嘱をしている。障害者も65歳になると、サービスの一部が介護保険に切り替わるため、情報共有が必要と感じている。地域とそれを取り巻く関連施設が協力し合い、「住みよいまちづくり」が行われるように努力したい。	介護予防事業、介護保険サービス、「認知症サポーター」及び「見守りネットワーク」など、地域住民には周知、定着しつつある。今後はこうした日頃の活動を通して地域支援ネットワークの構築が進むことを再認識し社会のめまぐるしい変化にも前向きに対応できる柔軟な支援体制で臨んでいきたい。地域包括支援センターへの移行を機に人的社会資源の発掘等、地域活動を住民とともに取り組む体制と身近な相談窓口の機能強化が課題であり方針と考えている。	・自治会や老人会の活動に多く参加する事が出来た。元気一番!!ふちゅう体操の啓発や介護予防事業の啓発を通じて、地域の支援センターとして住民への周知を行う事が出来た。しかし、まだ関係の出来ていない自治会などもある為、関係作りのアプローチを進めて行く。	