

F-1	支援に拒否的な重度障害児を介護する介護者への支援 人口 410,000 人・高齢化率 16.0% / 地域型
-----	---

1. 事例概要

本人(14歳)は重度障害があり養護学校中等部3年に在籍。ADL全介助、経管栄養(3回/1日)で、座位や意思表示も困難である。介護者である母親は本人の介護に加え、糖尿病、高血圧症、腰痛症の既往があるため就労出来ず生活保護を受給している。支援費制度施行以前より、障害者支援センターと当センターが連携をとり関わっているが、介護者である母親が本人の介護を他人に任せることが出来ず、支援の必要性を感じていながらも具体的な援助が出来ない状況である。

2. 支援経過

支援費制度が始まる以前に養護学校の担当教諭からホームヘルパー利用による登下校介助の依頼を受け開始、支援費制度に移行した現在も継続して利用は行っている。当センターを始め福祉事務所や養護学校等の関係機関は、母親自身の疾病による体調不良や介護負担も考え、介護負担の軽減を図るために他のサービス利用を勧めるも、登下校介助以外の日常的な身の回りの介護に関しては依然として拒否的である。現在も定期訪問を行いながら、本人や母親に状況の変化があった場合に早期対応ができるよう障害者生活支援センター、福祉事務所生活福祉課、養護学校担当教諭との情報交換を行うに止まっている。

3. 今後の課題

当市は人口41万人に対して1ヵ所の障害者生活支援センターがあるのみで、障害児・者の援助は、障害者支援センターと地域の在宅介護支援センターが連携を取りながら関わっているのが現状である。支援センターが身近な相談窓口であることを考えた場合、高齢者だけでなく本事例のような障害ケースも範疇にいった地域ケアシステムの構築が必要であると考えます。

F-2	知的障害の長女と年老いた両親の支援 人口 10,000 人・高齢化率 25.0% / 基幹型
-----	---

1. 取り組みを始めるきっかけ

知的障害の長女(54歳)をもつ両親の3人暮らし。今まで長女の介護も家事も全て行っていた母親(77歳)が脳梗塞により要介護状態となってしまった。父親(82歳)は元大工で、朝から飲酒癖がある。性格は頑固だが義理堅い。最近、農地を売買したため、長男が財産を狙っているのでは、と不信感を持っている。入会している「手をつなぐ家族の会」の会員から、親の亡き後のことを考えるように言われ、悩んだ父親から当支援センターに相談が入った。

2. 具体的な取り組み・経過

訪問すると足の踏み場もない雑然とした室内に3匹の子猫が走り回り、尿集と籠えた臭いがあった。現在、家族が一番困っている「母親の介護」を中心に支援していくことを提案する。

- ① 母親への介護支援の必要から、介護保険の認定申請と居宅介護支援事業の申し込みを行う。
- ② 父親に了解を得た後、長男の意思確認を行う。長男として最後は両親や姉の世話をするつもりだが、妻と三人の関係が悪いので父親の言う様に支援し、報告は自分だけにしてほしいとの考えであった。
- ③ 「手をつなぐ親の会」会長へ報告、在宅介護支援センターが継続して関わっていくことを伝える。
- ④ 行政(障害者係)へ支援費制度について問い合わせる。また、社協より車椅子貸し出しと移送サービスが使えるよう連絡調整を行う。

その後、母親に要介護度2との結果が出たことから、早速、住宅改修、シャワーチェア購入を行い、介護負担の軽減を図った。一旦、信頼関係が成立するとサービスの受け入れはスムーズであった。しかし、長女は母親の状態に適した介護ができず、訪問介護の導入を提案するが拒否されてしまい、症状の悪化が心配される。

3. 今後の課題

今後も母親の介護問題だけではなく、長女に対して将来的に地域福祉権利擁護や成年後見制度の導入の必要や施設入所の問題、父親については遺産相続といった家族が抱える課題について、在介センターが中心となり、継続して関係者(長男・ケアマネ・行政・社協・病院・民生委員)と検討していく必要があると考える。

F-3

知的障害の姉妹と父親への生活援助について関係機関の連携に成功した例

人口 10,000人・高齢化率 20.0% / 基幹型

1. 取り組みを始めるきっかけ

知的障害をもつ2人の娘を療育、家事全般を行ってきた父親が体調悪化したため、父親と姉妹についての安否確認と緊急連絡体制が必要となった。

2. 具体的な取り組み・経過

- ① 基幹型・地域型支援センター、民生委員、娘の通う小規模作業所、役場担当課、ヘルパー主任が集まりケア会議を開催し、課題と役割を整理し、援助目標、連絡の経路を確認する。
- ② 父親の健康状態から病院受診を勧め、社協の移送サービスを利用し、作業所の所長が受診を介助した。
- ③ 父親の入院に備えて、姉妹のショートステイを検討し、作業所にて施設訪問を実施。施設担当者との連絡調整を行う。
- ④ 姉妹に対し訪問介護サービスを開始、父親の状態安定したことから、要介護認定を受け、要介護1となったことから、介護保険にて介護サービス利用を開始する。

3. 活動の成果と評価

- ① 基幹型における関係機関の調整機能が発揮でき、相互理解が得られた。
- ② 関係機関の連携が構築されたことで、基幹型から居宅介護支援事業所へスムーズにマネジメント機能を移譲することができた。

4. 今後の課題

- ① 高齢者と知的障害と父子家庭という重複した課題に対し、総合的な対応が必要となったことから、今後基幹型支援センターにおいて在宅生活をサポートする体制の強化と周知を図る必要がある。
- ② 妻の虐待が原因で離婚してからは、娘の後見を妻に依頼したくない意思があり、成年後見制度を検討が必要。今後、知的障害者世帯への成年後見人制度の周知と導入を図る必要がある。
- ③ 地域資源の力を発揮するには、公的サービスの活用だけでなく、意識的に地域の力を引き出すようなサービスのコーディネートが必要である。

F-4

アルコール依存症がある夫が重度痴呆のある妻の介護を一人で行っている事例

人口 56,000人・高齢化率 35.0% / 地域型

1. 事例概要

本人は妻と二人暮らし。要介護4の重度痴呆のある妻の介護を一人で行ってきたが、夫自身も腰痛や膝関節痛があり歩行不安定で転倒することが頻繁に見られる。また、最近毎日朝からの飲酒が多く、物忘れもひどくなってきており、2ヶ月の間に100万円近いお金を下ろす。娘が制止しようとしても怒りっぽく言うことを聞かないため民生委員と長女より当センターへの相談となる。

2. 支援経過

精神科受診の結果、アルコール依存症による痴呆と診断。医師の勧めもあり精神科デイケアの利用をしながら様子観察することとなる。長女、次女は県外に住んでおり頻繁に訪れることが困難な状況もあることから、1日3回の電話による安否確認を必ず行ってもらいながら、日常的な声かけや見守りについては民生委員や隣人に食事の差し入れ、ゴミ出しの支援等を含めた協力依頼を行い、転倒等の緊急時の早期発見・対応に努めた。また、妻の介護が本人ひとりにかかっているということも考え、妻の痴呆デイケア利用を検討、本人・家族の了解のもと開始し本人の介護負担の軽減も同時に図ることとした。支援開始当初、本人は当センター職員や隣人等に対して拒否的であったが、妻の介護負担が軽減したこと、また毎日必ず誰かが訪れてくれるという安心感もあり、現在はほとんど飲酒もなく、痴呆症状も軽減し、身の回りのことも徐々に自分でできるようになってきている。

3. まとめ

本事例では、専門家の関わりだけでなく身近な地域での日常的な見守り体制が確保できたことで、本人や妻の状況の変化や緊急時の早期発見対応に結びついたことから、今後さらに身近な地域での緊急時連絡体制を強化していく必要があると考える。

1. 事例概要

自宅に入浴することに不安がある利用者に対して、介護保険制度、支援費制度、高齢者福祉制度等の検討の末、支援費のヘルパーを利用して自宅での入浴が可能となった事例である。

2. 利用者のプロフィール

66歳男性、独居。肺気腫の既往があり、在宅酸素を使用している。ADLは自立しているが、駅までは遠いため、歩いて行くことができない。制度の利用要件は、介護保険での要介護認定は非該当と認定されているが、支援費制度での居宅介護が利用可能となっている。

3. 支援経過

本人は在宅酸素を使用していることからガスを扱うことに不安があり、今までは福祉センターへ通うことで入浴を行っていた。しかし、外出の手段であった車を廃車にしたことから、福祉センターへ出掛けられなくなり、入浴もできなくなってしまった。それまで本人は様々な機関に相談してきていた経過から、情報をまとめ、関係機関の意識統一が必要であることから、カンファレンスを開催した。

連絡調整は基幹型在介が行い、本人に加え、介護保険室、児童障害福祉係、社会福祉協議会、基幹型在介、福祉センターで出張相談を行っている地域型在介と担当地区の地域型在介が集まり検討した結果、①生きがいデイサービスの利用と②支援費を利用して自宅に入浴する方法（ガスはヘルパーが扱う）が提案された。まずは、デイサービスの体験利用と、ヘルパー利用を開始することとなった。

4. まとめ

- ① 高齢者制度や障害者制度についての検討もされたが、年齢的に受け入れが難しかったため、現在は支援費ヘルパーのみで対応している。
- ② それまで関係機関との連絡は電話でのやりとりだけであったので、今回のようなカンファレンスを行ったことで顔合わせができ、意識統一が図られ支援体制としての連携がしやすくなった。

1. 事例概要

約10年前、妻をなくしてから、アルコール依存症となり、酔うと失禁したり、裸になったり、又自宅に火をつけたりということも度々あった事。最近もの忘れがひどくなり、時々暴力的になってきたことから、息子夫婦も家を出でしまい、現在は独居生活となる。幸い近くに住む甥が時折は本人宅を訪れ、面倒を見ている様子であるが、飲酒に関しては、以前にも増して酒の量が増え、酩酊状態となり近隣から苦情が出てきたことから何らかの対応をしてほしいと民生委員より当センターに相談が入る。

2. 支援経過

- (1) 独居生活の為、日常生活への支援とアルコール依存症の改善ということに視点を置き、支援センターが1/週、定期的に訪問する事で生活状況及び飲酒状況について把握することとした。
- (2) 今後の対応については、地域ケア会議の場で検討を重ね、「介護予防サービス計画」を立案し、当面は様子を見るということで決定した。計画内容は以下の通り。
 - ① 支援センターの看護師と町保健師との定期的同行訪問の継続。
 - ② 自分の畑がある事から、農作業などでの外出の機会を設け、家での生活時間をできるだけ減らす。
 - ③ 人材センター等に登録し、本人に無理のない範囲で「仕事をする時間」をつくる。
 - ④ ボランティア活動や行事等への参加、また地域サロン活動への参加により、地域社会との交流を図り、本人に生きがいを持ってもらうよう働きかける。

3. 今後の課題

本事例は、地域の協力を得られ、以前よりは外出の機会は増え、飲酒量も減ってきた。しかしながら、農閑期や人材センターに適当な仕事が無く、外出の機会が減るとまた飲酒量も増えることが懸念されるため、より積極的に地域サロン等への参加を継続的に促していくことが非常に重要と考えられる。

また、アルコール性痴呆への進行についても専門医と今後連携する中で対応していくこと必要と考える。

F-7	収集癖のある高齢者および家族を通じて在宅介護支援センターの活動について考える	人口 12,000人・高齢化率 25.0% / 地域型
-----	--	-----------------------------

1. 事例概要

91歳の母親と65歳の息子との二人暮らし。戦時中に家の中に物の無い貧しい生活を送ってきた経験があったためか、母親は痴呆に加えて収集癖があり、自宅は地域から集めてきた収集物や虫が湧いた残飯で溢れた状態になっている。息子も虚弱で理解力に乏しく、経済的な余裕も無い。長年、親子は他人が家に入ることを拒否し、地域から孤立して生活してきた。今回、母親が入院しADLが低下したため、退院までにベッドなど福祉用具導入と住環境の整備が必要となった。

2. 支援の経過

- ① 担当ケアマネジャーより住環境整備の協力依頼があり、同行訪問し状況を把握する。その後、頻回に電話連絡や訪問を行うことで信頼関係を築くように努めた。
- ② 家族に意思確認後、迅速に関係機関と調整し、介護保険サービスにて床材の変更とベッドの導入を行い、住環境を整備する。経済的負担を軽減するためにインフォーマルなサービスで対応する。
- ③ 却施設を利用して、約10tの収集物を廃棄する。
- ④ 今後また同じような状態にならないために継続的に訪問を行う。

3. 関係機関との連携、関与について

当支援センターが中心となり、基幹型支援センター、ケアマネジャー、民生委員、保健師、近隣住民、主治医、住宅改修業者、町役場等へ協力依頼、対応する。

4. 考察・まとめ

信頼関係を構築し、利用者が環境を整えたいと思ったタイミングを逃さず、迅速に他機関と連携して対応ができたため、住環境の整備が可能であったと考えられる。収集物の量から見てもかなり以前から収集癖があったと考えられるが、早い段階で情報をキャッチし援助ができていたら、このような悪循環にならずに済んだのではと思う。今回の事例を通じて、在宅介護支援センターの活動は介護相談にとどまらず、地域で安心して暮らせるような必要な支援を行い、地域のネットワークづくりも大切な役割であると考ええる。

F-8	詐欺被害を受け、不審者が常住するまでに至ったひとり暮らしの痴呆性高齢者への対応事例	人口 9,600人・高齢化率 20.0% / 基幹型
-----	---	----------------------------

1. 事例概要

- ① 痴呆症状を有する83歳、持ち家でひとり暮らしの女性。夫は戦死、子供はなし。
- ② 兄弟が県内の他市町村に在住するが日常的な交流はほとんど無しの状態

2. 取組みを始めたきっかけ

痴呆により金銭管理や契約行為が既に困難となっていたにも関わらず、公的な財産管理支援等を拒否、しかしいつの間にか甥を名乗る男が本人宅に常住するようになり、印鑑や預金通帳まで取り上げられて初めて不安を感じ基幹型在介に助けを求めてきた事から本ケースへの支援が始まった。

3. 具体的な取組み

地域ケア会議にて方針検討（参加者；基幹型、被爆者相談員、社協、担当CM、ヘルパー、民生委員、親族）

- ① 親族を先頭に関係者同行し甥を名乗る不審者に対し退去勧告、排除の後親族がかぎの交換
- ② 基幹型（行政）、被爆者相談員立会いの元で親族が銀行等の預金通帳紛失届、資金出入調査の手続き
- ③ 基幹型、被爆者相談員同行し親族より警察への被害届の提出
- ④ 依然として不審者が周辺をうろつくことから、親族及び本人の不安が大きい事、本人の今後の生活を加味していくと施設入所が適当と考え、ショートステイを経て最終的にグループホームへの入所となる。
- ⑤ 基幹型在介として、本事例を踏まえ民生児童委員協議会へひとり暮らし高齢者等の見守り強化を依頼

4. 活動の評価及び今後の課題

深刻化した事態に陥ったケースが故でもあるが、関係者が協働し一気に解決を図る体制が出来たことが親族の協力を引き出し、親族主体で問題解決に対応することが出来、更に疎遠であった親族関係の回復にも繋がった。

早期発見、早期対応のための複合的な見守り体制作りと在宅生活を支援するための地域、近隣の見守り、支援体制作りが急務で有ると考える。

F-9	身寄りのない高齢者を地域福祉権利擁護事業につなげ 日常的金銭管理を行うに至ったケース 人口 16,000人・高齢化率 22.0% / 地域型
-----	--

1. 事例概要

89歳女性、ひとり暮らし。本人には身寄りが全くなく、介護保険サービスを利用しながら自宅で生活していたが、最近痴呆がひどくなってき金銭管理が不十分となってきたことで、“物がなくなった”“誰かに盗られる”等の訴えが頻回にある。また、自宅の所有権をめぐる大家と口論となったり、知人夫婦に用事を頼んだ結果、高額報酬を要求され言われるがままに支払っている事が分かり、今後本人に対する支援をどのようにすればよいか担当ケアマネジャーから当センターへの相談となる。

2. 支援経過

早速担当ケアマネジャーと本人を訪問。本人の痴呆の状況を考えると、金銭管理についてこれ以上本人が行うことは困難であることから、地域権利擁護事業の利用を検討。再度本人宅を訪れ何度も繰り返し説明するが「人に預けるなんて…」と理解がなかなか得られなかったが、担当民生委員、行政の協力のもとようやく地域福祉権利擁護事業の契約に至った。通帳や年金証書などの貴重品を安全な場所に預けることができたことでとられ妄想が軽減、また当センター職員や民生委員以外にも定期的な生活支援員の訪問等による見守りが行えるようになった。その中で、本人と将来的な事を話していくうちに“何かあれば近所のお寺さんに全てを頼みたい”等の話も出るようになり本人の意向の確認も少しずつではあるが出来るようになってきている。

3. まとめ

その後、本人の痴呆が進行してきたこともあり、関係機関と相談の結果、自治会長の申し立てによる成年後見制度の「補佐」開始の申し立てを行うこととなったが、本事例を通じて痴呆高齢者への日常的な見守りと状況の変化に応じての適切な対応ができるシステムづくりを支援センターが地域と共に考えていく必要性があることを痛感した。

F-10	痴呆症により支援をしていていた親戚を敵視し、 自宅に引きこもってしまったひとり暮らし高齢者への支援 人口 62,000人・高齢化率 24.0% / 基幹型
------	---

1. 事例概要

75歳女性。主治医から、往診しても雨戸を閉めきったままで入ることができないので困っている。近くに住む弟の嫁だけが信頼されており、弟の妻に対して敵意を抱いていると連絡があった。

本人については、不整脈、高脂血症などがあり、歩行は不安定だが、麻痺はなく身のことは自立している。食事は弟の嫁が届けてくれているものの、子育てや勤務などで毎日困難とのことである。大阪で暮らしていたが夫と死に別れた頃から痴呆症が出始め、当市に住む弟からの勧めで当市へ転居した。趣味である詩吟や習字を教えていたこともあって近隣との関係は多くあるが、近所の人に対して、近くに住む弟の妻のことを、彼女から叩かれた、朝新聞を抜き取りに来る、印鑑や貴重品、玄関や金庫のカギ、入れ歯まで取られたなどと被害的なことを訴え、それを信じた関係者からの働きかけで弟夫妻がノイローゼ状態となり転居まで考えているとのことであった。熱心に訪問していただける民生委員のことも批判するような状態。

2. 支援経過

相談が入った時点で早速訪問したが封鎖状態。近隣関係者から情報を集めた上で午後7時弟の嫁と共に屋内へ入れてもらった。パジャマ姿で出てきた本人によると一日中寝ているとのことであった。

費用支払いのため金庫解錠を鍵屋へ依頼。入れ歯を取られたとの訴えについては、訪問歯科診療で入れ歯を作成、当初拒否もあったが機嫌のよい時期を見計らって家事援助や通院援助のためヘルパーの派遣を導入した。サービス導入からおおよそ1ヶ月後、主治医参加のもと弟宅で関係の深い近隣者や民生委員、ヘルパー合計15人に集まっただき、痴呆についての学習と本人の支援方法について検討会を開催。参加者からは痴呆という状態や対応方法がよく理解できたと、様々な支援と見守りをそれとなく行ってくれることとなった。最近では弟の妻への敵視は相変わらずだがシャッターも開けられ、友人の誘いで詩吟の大会へも参加するまでになった。

3. まとめ

敵視対象となった弟の嫁への支援も含めて、本人に近い関係者への痴呆についての正しい理解の促進と支援協力をねらった。結果として近隣関係は改善した。こうした支援はプライバシー保護と表裏一体の関係にあり、危険性もはらんでいる。しかし、ごく限られた生活圏域においては、こうした支援も有効ではなからうか。

F-11

虐待及び介護放棄の可能性のあるケースに対しケアマネと連携して即日対応した事例

人口 4,000人・高齢化率 26.0% / 地域型

1. 事例概要

「痴呆のある高齢者を介護している家族が介護疲れで困っている人がいるので対応してほしい」と民生委員より在介センターに相談が入る。民生委員同行で自宅訪問した所、本人、介護者の言う事には拒否的で着替え、入浴、整容等々がほとんど出来ていない状態であるとの事であった。しかし、本人と面接をしているうちに手や腕に内出血の痕が認められ、確信は持てないものの介護者による虐待の可能性が出てきたことから、急遽、介護認定の申請手続きを行い、翌日よりショートステイサービスのみなし利用へと繋ぎ、一端介護者とは距離を置く形で様子を見ることとした。

2. 支援経過

- ① 虐待或いは、介護放棄への危険性から介護者から本人を引き離すことを第一とし、行政に連絡の上、介護認定申請手続きの後、認定調査を実施
- ② 同時に居宅介護支事業所を選定、ケアマネジャーと連携し、即利用可能なショートステイ事業所を当たり翌日には利用できるよう対処
 - ※ 行政、民生委員と連携を取り現在も継続的に関与している

3. その後の経過

現在、初回対応から約1年が経過。一時的にデイサービスも利用したが、利用当日の朝の着替えや声かけの際、介護者がイラつき虐待の可能性も出てきたので、サービス利用は定期的なショートステイのみとなっている。しかし、介護者と本人の距離が適当に保たれている事から虐待による内出血も激減し、時には介護者からのやさしい声掛けも出るようになり在宅生活が継続できている状況にある。

4. まとめ

状況によっては、在宅ではなく入所に切り替える必要性もあり、今後も民生委員等と連携して継続的に関わっていく必要があると考えている。

F-12

悪質なサービス事業者を発見し、市町村等関係機関と連携して是正した事例

人口 6,120人・高齢化率 35.0% / 地域型

1. 事例概要

地域住民の方が個人的に福祉用具の購入をした所、考えていたものとは全く違う介護状態に不相当と思われる福祉用具が納品されたことから居宅介護支援事業所のケアマネジャーに相談、そこから当支援センターに連絡が入り、関係機関と連携して当該事業者に適当な福祉用具を提供するよう是正した。

2. 経過

- ① 当センターに相談が入った時点で、町保健福祉課と協議、県長寿社会対策課より当該事業者に対する指導を依頼、県担当課より事業所管理者あてに文書にて指導。
- ② 住宅改修については、事業所の変更が適当とも考えたが、関係機関と利用者との協議した結果、排除ではなく不適当事業者への指導も重要であるとし、担当ケアマネジャーと支援センター立会いのもとで改修計画を協議し施行となった。

3. 今後の課題

今回のケースは、福祉用具購入或いは、住宅改修については関係機関に相談すれば適切なアドバイスが受けられるという事が地域住民の中で周知されていない為に起こった事例であり、支援センターとしては介護保険該当サービスに限らず各種サービス等の制度利用についての啓発活動を行なっていくことが重要と考える。

また、悪質な事業者への対応としては、単に排除するのではなく可能な限り関係機関と有機的な連携のもとで指導改善していく事が地域の中に良質な事業者が増え、結果として地域住民への利益に繋がるものとする。

F-13

訪問販売等で高額商品を購入する高齢者への日常的な見守り支援を行った事例

人口 510,000人・高齢化率 17.0% / 地域型

1. 事例概要

Kさんは、70歳女性。2ヶ月前に息子が死亡し、アパートにてひとり暮らしを始める。軽度の腰痛と最近受診した心療内科でADHD(注意欠陥多動性障害)と診断されたことを除けば日常生活動作は概ね自立。明るく社交的な性格であるがおごり癖があり周囲の人に何かにつけては品物を贈る。当センターの近隣の居宅介護支援事業所から基幹型支援センターへ「訪問販売で品物を購入しないように何らかの支援をしてほしい」との相談が入り、基幹型との連携の下、当センターが担当することとなる。

2. 支援経過

担当ケアマネジャーと当センター職員で同行訪問。以前購入した商品の支払い金額も多く、これ以上の購入は生活に支障がでてくることから、新たな契約を未然に防げるように最低でも1週間に1回の訪問を行い、契約書類や名刺、レシート等の確認を行うこととした。

訪問開始から1ヶ月が経過した頃、前日の日付でエアコンの契約書が出てくる。Kさんは「したけど電話で断った」と何度も言うが、契約書に書かれていた店舗に確認すると契約は成立したままであったため、家族に連絡をとりクーリングオフの手続きを行ってもらう。

その後も定期的な訪問を継続して行っているが、現在のところ新たな契約はされておらず、過去に購入した商品の借金も軽減傾向にある。

3. 今後の課題

本事例は、引っ越して間もなかったことから、地域の民生委員や自治会との関係もできておらず、主に支援センターが関わらざるを得なかったが、今後は民生委員や近隣の日常的な見守り支援が行えるよう、支援センターがアプローチしていく必要もあると考える。

F-14

ケアマネジャーだけでは対応困難なケースを
在宅介護支援センターが連携・支援したことで解決した事例

人口 3,500人・高齢化率 42.0% / 地域型

1. 事例概要

Aさんは、82歳女性、夫との二人暮らし。痴呆症状を有し感情の起伏も激しく、夫が傍に居ないと探し回り、事故に繋がる危険性が非常に高い。しかし、介護者である夫は、パチンコ好きで早朝から夕方まで出かける事が多い。現在Aさんは週2回の通所サービスを利用しているが、夫がAさんの介護に対し非協力的であり、事業所としても対応困難と担当ケアマネに連絡。それを受けケアマネとして夫に自宅訪問をしてAさんの介護について話し合いを申し入れをしても遅延として進展しないため、在介センターが介入し対応することとなった。

2. 支援経過

- (1) 担当ケアマネと在介センターとで同行訪問、今後の事についての協議を申し入れするが「時間がない」の一言で玄関先で断られる。後日、近隣の民生委員に協力を依頼、民生委員が間に入った事で夫の態度も若干軟化し、「これからは、ちゃんとします」と回答があったため、当面様子を見ることとした。
- (2) 約3ヶ月程様子を見たが状況は改善せず、更に以前に増してAさんが夫を探して出歩くようになり事故の危険性が非常に高くなった事から再度、関係者と夫とで話し合いの機会を持ち、以下の点を確認した。
 - ① 通所利用を2回から3回に増やし夫の負担を軽減する
 - ② Aさんが自宅でひとりになる機会を極力無くす。
 - ③ 通所利用時に服薬状況を確認する。
 - ④ 施設入所申し込みをすることで将来に備える

3. まとめ

今回のケースについては、日常的に関係の出来ていた民生委員が間にはいった事で解決した点も大きいですが、今後も在介センターとして地域のケアマネジャーに対して連携・支援していくことが非常に重要であると考えます。

F-15	一人暮らしが困難となっても援助を拒否し続けた高齢者をケアハウス入所へつなげた事例 人口 200,000人・高齢化率 23.0% / 地域型
------	--

1. 事例概要

近所の従兄弟（家主）から民生委員を経由して当センターに相談が入り、民生委員と同行訪問。c1は老朽化した借家に独居生活をしており、大量のゴミ、悪臭、トイレも使用不可のため部屋で排泄を済ますといった生活であり、又元々アルコール依存症があるとの事であり、このままでは更に状況が悪化していく事が予測されたため今後の生活改善に対する関わりの申し出をするが拒否。しかし、ある日泥酔状態で路上に倒れている所を保護された為、危機介入の必要性を認め、又地域型のみでの対応では困難と考え関係機関と連携して支援を開始した。

具体的には、基幹型在介と協働し地域ケア会議（参加者：民生委員、従兄弟、高齢福祉課、保健師、基幹型、地域型）を開催し検討。基本方針は、地域型と民生委員が頻回に同行訪問することで信頼関係を作り居住環境の改善、そしてケアハウスへの入居を最終目的とした。

支援経過としては、当初からの予想通り拒否されたが、訪問を繰り返す中で、ヘルパー訪問を受け入れ、そして支援開始から約3ヶ月が経過した頃。新設のケアハウスへの入居を承諾するに至った。

2. 活動の成果と評価

サービス利用の必要性があるにも関わらず、拒絶し孤独で劣悪な環境の中での生活に固執するという本ケースに対する支援として、地域ケア会議を活用し地域の関係機関、関係者全体の問題として位置付け、更に頻回に訪問を繰り返し信頼関係の確立に努めたことが問題可決に繋がったと考えられる。

3. 今後の課題

今回の活動成果を踏まえて、地域の連携システムを更に強化していく必要があり、そのためにも地域ケア会議を定例開催するのではなく、可能な限りタイムリーに実施出来るようにすることが必要で有ると考える。

F-16	災害により孤立した地域への支援活動 人口 5,000人・高齢化率 33.0% / 地域型
------	---

1. 事例概要

台風の影響で道路が崩壊し、〇〇地域へのアクセスが事実上出来なくなった。唯一の方法として隣接する他町を経由するルートがあるものの往復2時間は要するため、移動手段をもたない高齢者等は食料品、日用品の買い物や病院受診等において大きな支障を来す事態が発生した為、在宅介護支援センターとして町担当者、保健師と協働し、対策会議には町長も交え検討し、日常生活に支障を来している高齢者の支援に努めた。結果的には道路が復興までの1週間余りと短期間であったが、災害時の要援護者への支援の重要性を痛感した一件であった。

2. 主な対応策

災害復興までの期間、従来と変わらない生活を確保し、心的なストレスの軽減まで視野に入れて対策を検討

- ① 医療機関への受診については、個々の送迎確保が困難なため基本としては、それぞれの地域集会所に集まって頂き、在介センターと町の保健師が訪問し健康管理と心的なストレスの軽減を図ることとした。
- ② 通所サービス利用者については、往復2時間を要するが迂回ルートにて1/週対応とした。
- ③ 買い物等については、極力家族の協力を得ることとし、困難な高齢者については、最低限の用事を原則に通所系サービス利用時に済ませられるよう、事業所に対して買い物支援の協力を依頼。
- ④ その他の要件については、その都度関係者で協議し可能な限り対応する体制を確保する事とした。

3. 今後の課題

これまでも災害による被害が想定される地域の高齢者には、ショートステイサービス利用を勧めたり、雨戸等を閉めに回ったりする「あぶないです訪問」を行ってはきたが、今回の一件から、災害による被害発生時のために行政を始めとして地域関係機関等々との積極的な連携、協働による要援護者の支援が出来るような“災害対応マニュアル”の整備の必要性を再認識した。

これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方

に関する検討委員会 委員名簿

(委員)

	岡地和男	宇都宮市自治振興課長
	香山芳子	稲城市福祉部高齢障害介護課支援センター係長
	栗林孝得	雄勝町在宅介護支援センター施設長
◎	白澤政和	大阪市立大学大学院教授
	西元幸雄	全国在宅介護支援センター協議会研修委員長
	浜野修	全国在宅介護支援センター協議会総務広報委員長
	平井俊圭	上野市社協在宅介護支援センターふれあいセンター長
	前 蘭智雄	在宅ケアセンターさざんか園介護支援専門員

(オブザーバー)

東 島弘子 (株)環境新聞社「月刊ケアマネジメント」編集顧問

厚生労働省老健局計画課

厚生労働省老健局振興課

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部

黒木隆之	全国在宅介護支援センター協議会会長
堀尾慎彌	全国在宅介護支援センター協議会副会長
佐藤和夫	全国在宅介護支援センター協議会副会長
長戸金昭	全国在宅介護支援センター協議会副会長
矢島祥吉	全国在宅介護支援センター協議会副会長

(事務局幹事)

原 田重樹 四日市市常磐在宅介護支援センター長

◎は座長
(敬称略)

これからの在宅介護支援センターの在り方

これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会 報告書

2004（平成16）年 4月 23日

全国在宅介護支援センター協議会

〒100-8980 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル
全国社会福祉協議会（高年福祉部）内
TEL. 03-3581-6501 FAX. 03-3581-6505
