

# **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**

平成 16 年 4 月 23 日

**全国在宅介護支援センター協議会**

## 目 次

1 . はじめに .....	2
2 . 「中間報告」の提言を受けた取組み .....	3
3 . 「中間報告」以降の国の動き .....	5
4 . 提言 .....	6
5 . 終わりに .....	10

これからの高齢者介護における在宅介護支援センター

の在り方について 中間報告 (平成 15 年 5 月 26 日) . . . . . 12

参考資料「事例集」. . . . . 25

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 . . . . . 46

## 1. はじめに

本委員会は、介護保険施行後の状況に照らして在宅介護支援センターをめぐる課題を整理するとともに、その解決に向けて提言を行うことを目的として、平成15年3月に発足した。

5回の議論を重ね、その成果を同年5月26日に「中間報告」（本書 p. 12～p. 21）としてとりまとめた。

この「中間報告」では、

- (1) まず、在宅介護支援センターは市町村行政の代替機能を担い、高い公益性を有していることを確認した上で、
- (2) 主な課題として、居宅介護支援事業者への指導・支援、介護予防サービスのコーディネーション、要介護高齢者の発見と支援・保護の3つを挙げた。
- (3) そして、これらの課題の解決を図るとともに、今後、在宅介護支援センターがその役割を一層的確に果していくことができるよう、多岐にわたる提言を行った。その主なものは、次のとおりである。

### 〔基幹型在宅介護支援センターに関する提言の概要〕

配置職員については、

- ・ 福祉関係職種と保健医療関係職種の組合せによる配置を徹底する。
- ・ 一定の相談経験歴を要件に加えることを検討する。

地域ケア会議については、

- ・ 必ず市町村の職員が出席するとともに、居宅介護支援事業者の介護支援専門員の参加を求める。
- ・ 地域の機関・団体の「代表者」による会議を開催し、社会資源の開発に関わっていく。
- ・ 多様な職員が集まるという強みを活かして、チームでの指導を行うなど、居宅介護支援事業者の介護支援専門員の指導・支援を行う。

### 〔地域型在宅介護支援センターに関する提言の概要〕

課題解決のための取組みについては、

- ・ 担当している地域内の関係者が集まり、事例検討等を通じて情報を共有し合い、課題を解決していく「担当地域ケア会議」を新設する。

介護予防サービスのコーディネーションについては、

- ・ リスクの高い高齢者を効率的に把握して効果的なサービスにつなげていく手法を開発する。

要介護高齢者の発見と支援・保護については、

- ・ 一人暮らしや高齢者のみの世帯について、きめ細かな実態把握、相談協力員やボランティアとの連携による見守り、電話等を活用した安否確認を行う。
- ・ 家族から虐待を受けている高齢者など、何らかの介護を要する高齢者を早期に発見し、関係機関への連絡などを行う。

痴呆性高齢者の支援については、

- ・ 地域の中で痴呆性高齢者を早期に発見し、居宅介護支援事業者につなぐとともに、家族への専門的な助言や精神的な支援にもつなげていく。
- ・ 地域全体で痴呆性高齢者とその家族を支えていく拠点としての活動を行う。

インフォーマルサポートの育成と活用については、

- ・ 担当区域のボランティアや地域活動を社会福祉協議会等との連携のもとで開発・育成するとともに、こうした活動に関する情報を居宅介護支援事業者に提供する。

#### 〔市町村への提言の概要〕

市町村は、在宅介護支援センターとの連携の下に、悪質な事業者に対して適切な処分を行うことができる体制を整備すべきである。

市町村は、在宅介護支援センターの活動に関する客観的な評価基準を作成し、委託先が行政事務の代行という重要な使命を適切に果たしているかを評価の上、委託先の活動が不十分な場合には、委託を打ち切るべきである。

また、評価結果をもとに、基幹型と地域型を入れ替えることも検討すべきである。

本委員会では、こうした「中間報告」の公表以降、その方向性に沿った活動事例の収集・整理を行うとともに、国におけるさまざまな動きも見ながら、更に5回の議論を重ねてきた。本報告書は、中間報告を継承し、さらに発展させ、その成果をとりまとめたものである。

## 2. 「中間報告」の提言を受けた取組み

### (1) 「評価基準作成委員会」の設置

1. でもふれたが、本委員会は「中間報告」において、市町村が在宅介護支援セ

ンターの活動状況の評価を行うべきであることを提言した。

これは、

市町村が在宅介護支援センターの運営を委託するのは、社会福祉法人等の専門性に着目してのことである。

同様に市町村が行うべき相談や指導が、自ら実施するよりも効果的・効率的に行われることを狙いとしているためである。

それゆえ、市町村は、こうした観点から、委託先による在宅介護支援センターの運営が適切に行われていることを常に確認すべき行政責任を有しているという考え方に基づくものである。

これを受けて早速、「評価基準作成委員会」が全国在宅介護支援センター協議会に設けられ、市町村職員・学識経験者の参画も得て、現在、具体的な検討が進められている。

今後、その検討結果をもとに、標準的な評価方法や評価基準をまとめた「手引き」を作成し、平成16年度には全ての市町村が、在宅介護支援センターの活動状況の評価できるようにすることが必要である。

## (2) 痴呆にやさしい地域づくりネットワーク形成事業の創設

「中間報告」では、痴呆に対する無理解や偏見が痴呆性高齢者を地域社会から孤立させ、在宅での生活の継続を難しくしていることが多いことを指摘し、在宅介護支援センターが、地域全体で痴呆性高齢者を支えていく拠点として活動を行うべきことを提言した。

これに関連する新規事業として「痴呆にやさしい地域づくりネットワーク形成事業」がある。(平成16年度予算)

この事業は、市町村や都道府県が、

- ・ 家族と地域住民が痴呆性高齢者を支える存在になるように、痴呆に関する正しい知識と理解を浸透させる。
- ・ 痴呆性高齢者が徘徊して所在不明となる場合に備えて、日頃から、早期発見、保護、引き取りのネットワークを作っておく。
- ・ 徘徊で所在不明になったことのある痴呆性高齢者について、その再発を適切なケアによって防止するため、専門医の受診や保健福祉サービスの利用につなげる。

といった取組みを推進することを、国が支援するものである。

在宅介護支援センターは、こうした広報・啓発活動や、地域のさまざまな関係者のネットワークづくり、また、痴呆性高齢者に包括的なケアを提供するためのサービス調整について中核的な役割を担っていかなければならない。

そのため、在宅介護支援センターは、この事業への積極的な取組みを市町村に働きかけていくことが必要である。

### 3. 「中間報告」以降の国の動き

中間報告以降の国の大きな動きには以下のようなものがあり、これらは在宅介護支援センターの在り方にも深く関わるものである。

平成15年6月26日

高齢者介護研究会が報告書「2015年の高齢者介護」をとりまとめて公表

< 関連する指摘の概要 >

- ・ 在宅介護支援センターが地域包括ケアのコーディネートを担うためには、その役割を再検討し、機能を強化していく必要がある。
- ・ 痴呆性高齢者等に、権利擁護分野を含めた地域ケアについての情報提供と助言を行える仕組みを整備する上で、在宅介護支援センターなど地域レベルでの相談機能の強化が必要である。

平成16年1月8日

介護制度改革について、福祉、医療、年金など制度横断的な関連諸施策の総合的な調整を行うため、厚生労働省が「介護制度改革本部」を設置

平成16年1月29日

高齢者リハビリテーション研究会が中間報告「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」を公表

< 関連する指摘の概要 >

- ・ 介護予防事業については、提供するサービス内容を、高齢者の生活機能を個別に評価して作成・管理する介護予防プログラムに基づいて決定するシステムとすべきである。
- ・ 市町村において生活習慣病予防と生活機能低下予防を効果的に進めていく観点から、老人保健事業と介護予防事業について、総合的なシステム・体制づくりを検討すべきである。
- ・ 要支援者や軽度の要介護者に対する介護保険サービスについては、その内容とマネジメントシステムの在り方について、基本的な見直しを検討すべきである。
- ・ リハビリテーション関係の予防・医療・介護サービスが利用者を中心に切れ目なく流れる体制を作るためには情報の共有化や連携が重要であり、在宅介護支援センターなど地域の実情に合った機関の機能強化を検討する必要がある。

平成16年2月19日

高齢者の自立支援に資する効果的な介護予防サービスの提供を重点的に推進し、高齢者が生涯にわたって生き生きと暮らせる社会を実現するため、厚生労働省が「介護予防重点推進本部」を設置

また、昨年末の平成16年度政府予算案の編成に当たっては、国と地方の役割の見直し(三位一体改革)の観点から、政府全体として地方向け補助金を1兆円改革することとされ、厚生労働省の補助金についても大幅な見直しが行われた。

こうした見直しは、平成17年度予算及び18年度予算の編成においても行われることとなっている。

## 4. 提言

(1) こうした国の動きも踏まえ、本委員会は、在宅介護支援センターの機能強化について、次の3点を提言する。

### 実態把握

在宅介護支援センターがその役割を果たしていく上で最も基本となるのが、地域の高齢者の実態把握である。

一人暮らしや高齢者だけの暮らしに不安を持っている世帯、介護サービスの利用や消費生活の上で保護が必要な者、介護を必要とする状態にはないものの生活面での問題を抱えている者など、地域には社会的な支援を必要とするさまざまな高齢者が存在している。

特に、今後、痴呆性高齢者が増加するのに伴い、何らかのニーズを持っていても自分でサービスの利用を申し込むことが困難なケースが増えることが予想される。

(参考) 厚生労働省の推計によれば、何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者は、平成27年(2015年)までにおよそ100万人増えて250万人に達するとされている。

こうした状況に照らせば、在宅介護支援センターには、受け身に立つことなく、支援が必要な高齢者を積極的に発見し、適切なサービスに結びつける役割が求められている。このため、全ての在宅介護支援センターは、地域での実態把握機能を強化していくことが必要である。

なお、在宅介護支援センターが日頃からこのような実態把握を行っておけば、老人保健福祉計画の見直し時などにあらためて実態調査を行う必要はなくなることも付言しておきたい。

## 総合相談支援

高齢者等の有するニーズには、さまざまなものがある。例えば介護を必要とする高齢者が、同時に、家族との関係や生活面での問題を抱えていたりすることもある。

こうした中で在宅介護支援センターに求められることは、高齢者が自立した生活を営む上で必要なことがらについて、介護の面に限らず幅広く相談に応じ、必要な助言や支援を行うことである。

また、今後、痴呆性高齢者が増えることに照らせば、この相談・支援の一つとして特に強化が必要なことは、権利擁護（アドボカシー）の機能である。

権利擁護の仕組みとしては、既に成年後見制度や地域福祉権利擁護事業が行われてきているが、こうした状況においては、高齢者の権利擁護に関するニーズはますます広範囲に亘ってくるものと考えられる。

在宅介護支援センターは、市町村行政の代替機能を担うものとして法律上位置付けられており、既に保健福祉サービスの申請代行機能が付与されている。こうした観点から、在宅介護支援センターは高齢者本人や家族に代わって適切なサービスを受ける権利を代弁する機能の担い手として適任であり、利用者の権利を擁護する拠点となっていくべきである。

総合的な相談支援を必要とする者は、高齢者に限られるものではない。生活面での問題を抱えている障害者等にとっても、幅広い相談を持ち込むことができ、かつ、必要な助言や支援を受けられる機関は、なくてはならない存在である。

障害者に対する専門的な相談は、現在でも「市町村障害者生活支援事業」などが行われているが、実施機関の数が少なく、アクセスしにくいという声がある。

一方、在宅介護支援センターは既に約8,700箇所が整備されていることから、今後、障害者に対する相談支援を充実していく際には、障害者もアクセスしやすい最初の相談窓口として、在宅介護支援センターの活用を図っていくことが考えられる。これは、支援を必要とする住民の地域ケアシステムを効果的・効率的に運用し、利用者の視点に立った相談体制を確立していく取組みとして位置付けることができる。

また、現在、各市町村で地域福祉計画の作成が進められているが、多くの計画では、誰でも、いつでも、困ったときには相談支援を受けられることのできる機関として、在宅介護支援センターが位置付けられている。

このことは、在宅介護支援センターが高齢者や障害者に限らず、広く地域住民のための身近な総合相談窓口として、その機能を発揮していく必要があることを示している。



## 介護予防マネジメント

3. でふれた国の動きからもわかるように、介護予防については、今回の制度見直しの中で大幅な検討が加えられる見込である。また、三位一体改革による補助金の見直しの中では、「介護予防・地域支え合い事業」の在り方について検討が行われることも想定される。

こうした制度面・財政面での動きはあるものの、効果的な介護予防サービスを重点的に推進するという国の基本的な方向性は明確であり、在宅介護支援センターは、アセスメントやプログラムの作成など、介護予防のマネジメント機能を強化していくことが必要である。

介護予防プランの作成については、現在でも在宅介護支援センターの機能として位置付けられているが、高齢者リハビリテーション研究会の中間報告で指摘されているように、介護予防事業として実施されている事業の多くは、教室での集団による座学が中心で、個々の利用者を実際に評価して目標を設定し、個別のプログラムを作成した上でトレーニングなどを実施しているところは少ない。

在宅介護支援センターは、こうした指摘にも的確に応え、地域における介護予防の中核としての役割を担っていかなければならない。

(2) 以上、「実態把握」、「総合相談支援」、「介護予防マネジメント」の三点にわたって述べたが、これらの機能自体は、いずれも従来から在宅介護支援センターが担うこととされてきたものである。

今回の提言は、これらの機能を強化することが、在宅介護支援センターが早急に取り組むべき最重要課題であることを指摘したものであり、それぞれの在宅介護支援センターには、新たに、この点を十分に踏まえた具体的な取組みを進めていくことが求められている。

また、そうした取組みが実効あるものとなるためには、これからの在宅介護支援センターは、少なくとも以下の条件を満たすことが必要となってくる。

住民にとって身近な場所にあること。

高齢者や障害者をはじめ、広く地域住民のための身近な総合相談窓口としての機能を果たすためには、これらの人達が日常生活の中で気軽に立ち寄れる場所にあることが必須条件である。

既存の在宅介護支援センターの中には住民にとって身近な場所に立地しているとは言い難いものもあるが、今後のサービス基盤の整備ができる限り住民の日常生活圏域の中で完結する方向を目指していることに照らしても、その立地には十分留意し、適切な対応を図ることが求められる。

地域のネットワークとの連携を有していること。

社会的な支援を必要とする住民を早期に発見し、インフォーマルサポートを含め、必要なサービスに結びつけていくためには、介護サービス事業者はもとより、保健・福祉・医療のさまざまな専門職や、民生委員、ボランティアなどの住民活動との連携が不可欠である。

在宅介護支援センターには、こうした幅広い関係者のネットワークを構築し、これを効果的に活用して、切れ目なく適切なサービスにつなげていくことなど、地域のさまざまな社会資源による包括的な支援をリードしていくことが求められる。

一定の経験を積んだ専門職員を配置していること。

痴呆性高齢者等の権利擁護までを含めた総合相談支援や、個々の高齢者の生活機能をアセスメントして介護予防プログラムを作成することなど、在宅介護支援センターの職員には、これまでも増して、高度な専門知識と技術が必要となる。

現在、専門資格を有していない職員や、経験の乏しい職員を配置しているような在宅介護支援センターは、その体制について、こうした観点からの抜本的な検討が求められる。

(3) 本委員会は「中間報告」において、市町村は、委託先の活動が不十分な場合には在宅介護支援センターの委託を打ち切るべきであることを述べた。

その評価基準等については、現在、検討が進められているところであるが、(2)で述べたとおり、これからの在宅介護支援センターは、特に「実態把握」、「総合相談支援」、「介護予防マネジメント」の三つの機能を強化し、これを具体的な取組みで示していかなければならない。また、これらの取組みを実効あるものとするために、その立地、地域でのネットワークとの関係、職員の配置について、それぞれ一定の条件を満たすことが求められている。

全国の在宅介護支援センターには、こうした課題に応えることができるかどうか、また、これらの条件を満たすことができるかどうかという問いかけがなされている。一つ一つの在宅介護支援センターが、このことを重く受け止めなければならない。

## 5 . 終わりに

以上、昨年3月から1年間にわたる議論の成果をとりまとめた。

特に4 . の提言では、既存のセンターにとって厳しい内容も盛り込んだが、これも、在宅介護支援センターが「安心」の拠点として住民から頼りにされる存在となるためには避けて通れないことがらであると考えたからである。

また、提言では、在宅介護支援センターがトータルとして強化していくべき機能等について述べた。こうした中での基幹型と地域型の分担や連携に関する検討は、今後の課題としたい。

地方分権の時代にあっては、個々の在宅介護支援センターは自ら積極的に地域住民からの認知度を高めるとともに、市町村と協働でセンターの役割や機能の周知を図るなど、住民から信頼される在宅介護支援センターになることが特に重要な課題である。

また、市町村から委託を受けた機関であることに照らせば、住民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けていけるような支援を、行政との密接な連携の下で進めていくことも、重要な課題である。

これらの観点に立って、本報告書には、全国の在宅介護支援センターの活動の中から、他の参考となる事例を選んで添付している。これらを参考にして、新たな事業展開が進められることを期待している。

新しい年度を迎え、介護保険の制度見直し作業も、ますます本格化してきている。国は、来年には制度見直し法案の国会提出を予定しており、今年はその成案を得るための検討を進める年であるとしている。

本報告書が、その一助として活用されることを強く期待する。

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ついて

- 中間報告 -

(平成 15 年 5 月 26 日)

# 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ついて - 中間報告 -

## 1. はじめに

平成12年度から介護保険制度が施行され、在宅介護支援センターを取り巻く環境は大きく変化した。

主なものを挙げれば、まず、「要介護認定」と「介護支援専門員による介護サービス計画の作成」が導入され、介護を必要とする在宅の高齢者のケアマネジメントは「指定居宅介護支援事業者」が行うこととなった。

また、ホームヘルパーの派遣や特別養護老人ホームへの入所などの老人福祉サービスが、市町村による「措置」から、サービス事業者と利用者の「契約」に移行した。

さらに、介護保険制度と相俟って車の両輪を成すものとして、「介護予防」の取組みが強力に進められることとなった。

平成2年度からスタートした在宅介護支援センターについても、こうした大きな変化の中で、その多くが居宅介護支援事業所を併設して自ら介護保険サービスのケアマネジメントを行うとともに、それまでの10年間に果たしてきた役割とは異なる役割が求められるところとなった。

(参考)平成13年度の全国在宅介護支援センター協議会による調査では、地域型在宅介護支援センターの90.7%が居宅介護支援事業所との併設である。

一方、介護保険制度の施行状況を見ると、制度そのものは順調に推移していると言われているが、解決すべき課題も多い。

例えば、在宅サービスの利用は倍増したが、ケアマネジメントは十分でない指摘されているほか、とりわけ地域の支援を必要とする高齢者については、介護保険のサービスで全てがカバーされるわけではなく、必要とされる地域での支え合い機能の弱体化していることが指摘されている。

こうした中で在宅介護支援センターは、介護保険制度施行後の状況も踏まえて、新しい在り方を確立しなければならない段階にきている。

そこで、本委員会は、この3年間の状況に照らして在宅介護支援センターをめぐる課題を整理するとともに、その解決に向けて提言を行うことを目的として、本年3月に発足した。

以下に、今日まで5回にわたる議論の成果をとりまとめる。

## 2．在宅介護支援センターの特色

在宅介護支援センターは、老人福祉法において、市町村が行うべき老人福祉に関する情報の提供並びに相談及び指導等の実施機関として明記されており、市町村行政の代替機能を担っている。

また、地域住民に最も身近な場所で、地域の全ての高齢者に対し、保健、医療、福祉の総合相談窓口としての役割を担っているなど、高い公益性を有しており、その特色からも、運営費には公費が投入されているところである。

## 3．在宅介護支援センターをめぐる主な課題

### (1) 居宅介護支援事業者への指導・支援

在宅介護支援センターは、我が国におけるケアマネジメントの先駆的役割を果たし、また、その実績も重ねてきた。

法律上も、上記のとおり、老人福祉に関する指導等の実施機関として位置付けられている。

したがって、在宅介護支援センターには、居宅介護支援事業者に対して必要な指導・支援を行うことが求められるが、これまでの取組は十分でない。

また、居宅介護支援事業所を併設している在宅介護支援センターにおいては、他の居宅介護支援事業者の模範となるよう、ケアマネジメントの向上に努めなければならない。

居宅介護支援事業者が適切にその役割を果たしていくことは、介護保険制度の健全な運営を図る上で極めて重要であることから、在宅介護支援センターは居宅介護支援事業者の水準を率先して引き上げる役割を果たすとともに、居宅介護支援事業者への指導・支援に力を注いでいかなければならない。

### (2) 介護予防サービスのコーディネーション

高齢者ができる限り要介護状態にならないように、また、要介護となった高齢者の心身の状態ができる限りそれ以上悪くならないように、市町村による介護予防事業の取組が進められている。

しかしながら、要介護となるリスクの高い高齢者を効率的に把握し、それぞれの高齢者の状態を踏まえて効果的な介護予防サービスに的確につなげていく活動は十分でない。

介護保険サービスに適切なマネジメントが必要であるように、介護予防サービスには適切なコーディネーションが必要であり、在宅介護支援センターはこれを担ってい

かなければならない。

### (3) 要介護高齢者の発見と支援・保護

介護保険制度の導入によって、介護サービスの利用は市町村を介さない申請主義となった。

その結果、

市町村には「居宅介護支援事業者任せ」という風潮が出てきた。

ニーズを抱えているにも関わらず、相談窓口に出向いたり、サービスの利用を申請したりすることができない高齢者が存在している。といった指摘がなされているところである。

一人暮らしでの孤独死、いわゆる老老介護での介護疲れによる殺人、家族からの虐待や介護放棄など、痛ましいケースの発生を防ぐためにも、在宅介護支援センターは、広く介護を要する高齢者を発見し、見守りを含めた適切なサービスにつなげていかなければならない。

特に痴呆性高齢者については、今後増加することが予想されており、早期発見・早期対応によって、地域社会での生活を支援することは、重要な課題である。

また、不適切な介護サービス事業者から要介護高齢者を守ることをはじめ、広く消費者たる高齢者を保護する観点からの取組にも力を入れていかなければならない。

## 4 . 提言

上記の課題の解決を図るとともに、今後、在宅介護支援センターがその役割を一層的確に果たしていくことができるよう、次のような具体的な取組を進めるべきである。

### (1) 基幹型在宅介護支援センター

配置職員について

居宅介護支援事業者に対して適切な指導・支援を行うためには、配置する職員の資質と実践経験が重要となる。

このため、

(a) 「社会福祉士等のソーシャルワーカーと看護師」又は「保健師と介護福祉士」という福祉関係職種と保健医療関係職種の組合せによる配置を徹底する。

(b) 配置職員の要件に、一定の相談経験歴を加えることを検討する。

## 地域ケア会議について

- ( a )地域の高齢者やサービス提供の全体像を把握できるようにするとともに、居宅介護支援事業者への指導・支援を行う観点から、会議の構成員を拡大して、居宅介護支援事業者の介護支援専門員を加える。
  - ( b )地域で不足しているサービスを創り出すなど幅広い活動をしていく観点から、「現場職員」による会議に加えて、地域の機関・団体の「代表者」による会議を行い、それぞれの市町村で必要な社会資源の開発に関わっていく。
  - ( c )在宅介護支援センター運営事業の実施主体は市町村であることから、社会福祉協議会等への委託という形をとっている場合にあっても、必ず市町村の職員を、会議の構成員とする。
  - ( d )地域ケア会議には多様な職員が集まるという強みを活かして、チームでの指導を行うなど、介護支援専門員協議会等で行われている「ケアマネジメントリーダー事業」と併せて、居宅介護支援事業者の介護支援専門員の指導・支援を行う。
- ( 2 ) 地域型在宅介護支援センター

## 担当地域ケア会議について

担当区域全体の高齢者を対象として自らの業務を行うとともに、居宅介護支援事業者に対して指導・支援を行っていくために、広く関係者が集まって事例検討等を通じて情報を共有し合い、課題を解決していく「担当地域ケア会議」を新設する。

## 介護予防サービスのコーディネーションについて

- ( a )介護予防サービスのコーディネーションに関しては、昨年4月に全国在宅介護支援センター協議会で「介護予防プラン・実態把握マニュアル」をまとめており、これも活用しながら、リスクの高い高齢者を効率的に把握して効果的なサービスにつなげていく手法を開発していく。

なお、厚生労働省からは、15年度に「介護予防・地域支え合い事業」の総点検を行うこと、そのため、補助金協議に併せて、事業の評価方法を提示するとともに個別事業の実態調査を行う予定であることが発表されていることから、こうした動きとも連携を図る。

- ( b )介護予防サービスのコーディネーションを行ったり、介護予防教室の開催など自ら介護予防サービスを提供したりする際には、保健師活動との連携を図る。

## 要介護高齢者の発見と支援・保護について

- ( a )一人暮らしや高齢者のみの世帯の不安を解消し、安心して地域での暮らしを続け



ることができるよう、担当区域の高齢者のきめ細かな実態把握を行うほか、相談協力員や地域のボランティア等との連携による見守り活動、電話等を活用した安否確認活動を行う。

- (b) このほか、何らかの援護を要する高齢者には次のようにさまざまなものがあり、これら的高齢者についても、早期に発見し、関係機関への連絡など所要の対応を行う。
- ・ 家族から虐待や介護放棄を受けている高齢者
  - ・ 介護サービスの利用や消費生活の上で保護が必要な高齢者
  - ・ 介護を要する状態にあるにも関わらず、要介護認定を受けていない高齢者
  - ・ 介護を要する状態にはないが、生活上の問題を抱えている高齢者
  - ・ アルコール中毒等の精神疾患を有している高齢者

- (c) また、広く高齢者が介護サービスを利用したり、商品を購入したりする際の苦情を受け付け、その解決機関に結びつける。

#### 痴呆性高齢者の早期発見と早期対応について

- (a) 痴呆性高齢者については、早期に発見し、早期に適切な対応をすれば、痴呆に起因して生じる周辺症状（徘徊など）が緩和され、在宅での生活を長く続けることが可能である。

しかしながら、痴呆に対する家族の無理解、周りの住民の偏見・無理解により、痴呆性高齢者やその家族が地域社会から孤立し、在宅での生活の破綻を来す事例も多く見られる。

こうしたことを防ぐために、地域の中で痴呆性高齢者を早期に発見し、居宅介護支援事業者につなぐとともに、家族への専門的な助言や精神的な支援にもつなげていく。

- (b) 更に、地域住民が痴呆性高齢者を正しく理解できるように日頃からさまざまな情報を伝えるなど、地域全体で痴呆性高齢者やその家族を支えていく拠点としての活動を行う。

#### インフォーマルサポートの育成と活用について

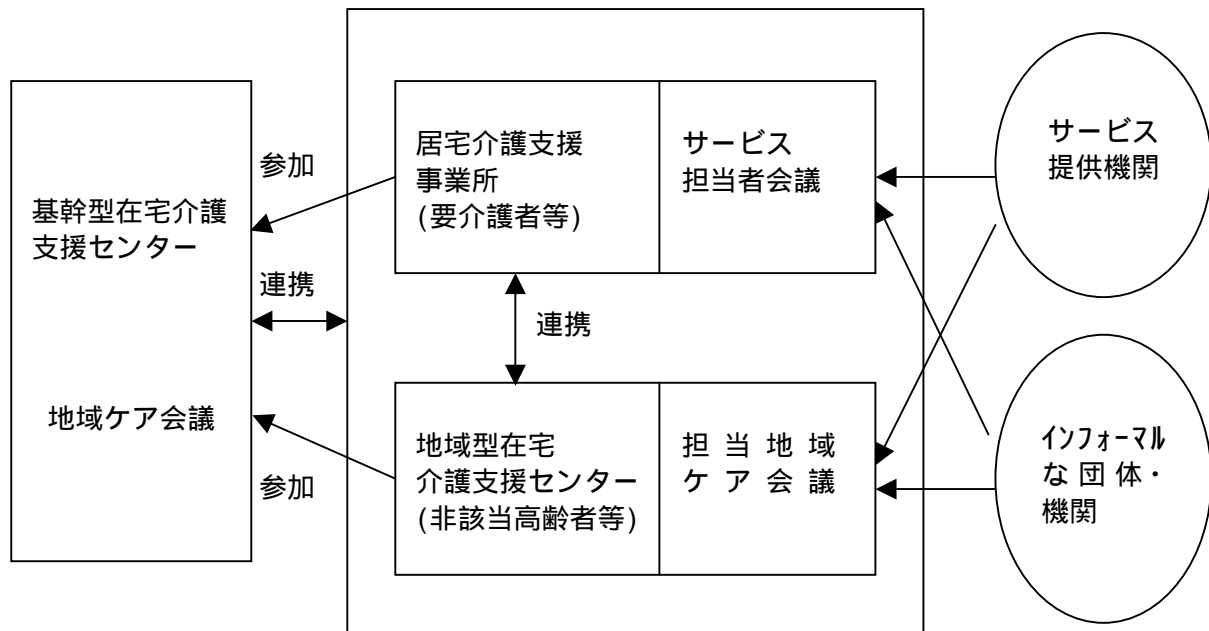
- (a) 要援護高齢者やその家族を支える上では、制度的なサービスにとどまらず、ボランティアや近隣住民などのインフォーマルなサポートを活用することが重要であることから、社会福祉協議会等と連携して、担当区域のボランティア活動や地域活動を開発・育成する。

- (b) また、居宅介護支援事業者に、担当区域におけるこうした活動に関する情報を提供する。

### (3) 基幹型と地域型の連携など

基幹型と地域型の関係は図1のとおりであるが、特に、基幹型在宅介護支援センターは、地域型在宅介護支援センターが複雑で援助困難な事例について相談支援を実施している場合には、これを支援する。

図1 基幹型在宅介護支援センターと地域型在宅介護支援センターの関係



第三者評価による介護サービス事業者の情報を集約して提供していくほか、同一市町村内のすべての在宅介護支援センターが集まった協議会の自主的な活動として、例えば第三者評価機関となるなどの取組を検討する。

## 5. 在宅介護支援センターの指導的役割

(1) 市町村から委託を受け、高い公益性を有している地域型在宅介護支援センターの多くが居宅介護支援事業所を併設していることは、他の居宅介護支援事業者や介護支援専門員の活動の模範となることを意味している。

また、地域型在宅介護支援センターには、担当地域ケア会議の開催や個別の指導などの活動を通じて、高齢者の要介護状態を悪化させたり権利侵害を行ったりしている悪質な事業者を是正することが求められている。

市町村は、在宅介護支援センターとの連携のもとに、これらの悪質な事業者に対して適切な処分を行うことができる体制を整備すべきである。

(2)市町村が在宅介護支援センターの運営を委託するのは、社会福祉法人等の専門性に着目してのことであり、市町村が行うべき相談や指導が、自ら実施するよりも効果的・効率的に行われることを狙いとしている。

市町村は、こうした観点から、委託先による在宅介護支援センターの運営が適切に行われていることを常に確認すべき行政責任を有している。

このため、市町村は、在宅介護支援センターによるさまざまな活動を客観的に評価する基準を作成し、これに基づいて、委託先が行政事務の代行という重要な使命を適切に果たしているかどうかを評価することとすべきである。

この評価の結果、委託先の活動が不十分なものである場合には、委託を打ち切ることが当然であり、こうした市町村と在宅介護支援センターの関係があつてこそ、在宅介護支援センターがサービス事業者や居宅介護支援事業者に対して指導的な役割を果たすことが可能となる。

同様に、市町村は基幹型在宅介護支援センターと地域型在宅介護支援センターの関係についても、活動状況の評価結果をもとに、その担当を入れ替えることも検討すべきである。

## 6 . 地域ケアシステムとの関係

以上、介護保険制度の導入に伴う変化や、施行後の状況を踏まえて、在宅介護支援センターの新しい在り方について述べてきた。

ここで、高齢者を地域の中で総合的に支える地域ケアシステムの仕組みについて図示すると図2のとおりであり、介護保険制度は、このうちケアニーズをもつ高齢者への「総合相談システム」と「サービス提供システム」に関わるものである。

そして、在宅介護支援センターは、これらを含めた8つのシステムのいずれにおいても担うべき役割を有しており、4 . で述べた具体的な取組を再整理すると、次のとおりである。

### (1) ケアニーズをもつ高齢者への総合相談システム

相談者の範囲を要介護の高齢者に限定することなく、広く生活問題を有している高齢者に対して積極的に相談援助(ソーシャルワーク援助)を行い、サービス利用の調整を実施していく。

利用者の権利を守る観点から、相談に応じる職員の能力を高めるための研修や指導・支援を実施していく。

( 2 ) ケアニーズをもつ高齢者へのサービス提供システム

地域内の機関・団体間での日常の連絡調整といった、サービスを円滑に提供できるための連携の仕組みを作り上げていく。

( 3 ) ケア予防システム

高齢者ができる限りケアを必要とする状態にならないよう予防事業を実施していく。

( 4 ) ケアニーズをもつ高齢者の発見システム

ケアを必要としている高齢者を地域や病院の中で発見し、適切なサービス利用とつなげていく。そのために、相談協力員を積極的に活用していく。

痴呆性高齢者を早期に発見し、在宅生活を長期に継続できるよう居宅介護支援事業者や専門的助言に結びつけていく。

( 5 ) ケア施策の開発システム

関係者が集まるカンファレンスを開催し、地域に必要な社会資源の開発を働きかけていく。

( 6 ) 権利擁護のシステム

虐待や介護放棄など、人権が侵害されていたり、そのおそれがある高齢者を発見し、安心して地域で生活できるよう適切な権利擁護機関と結びつけていく。

( 7 ) 苦情解決のシステム

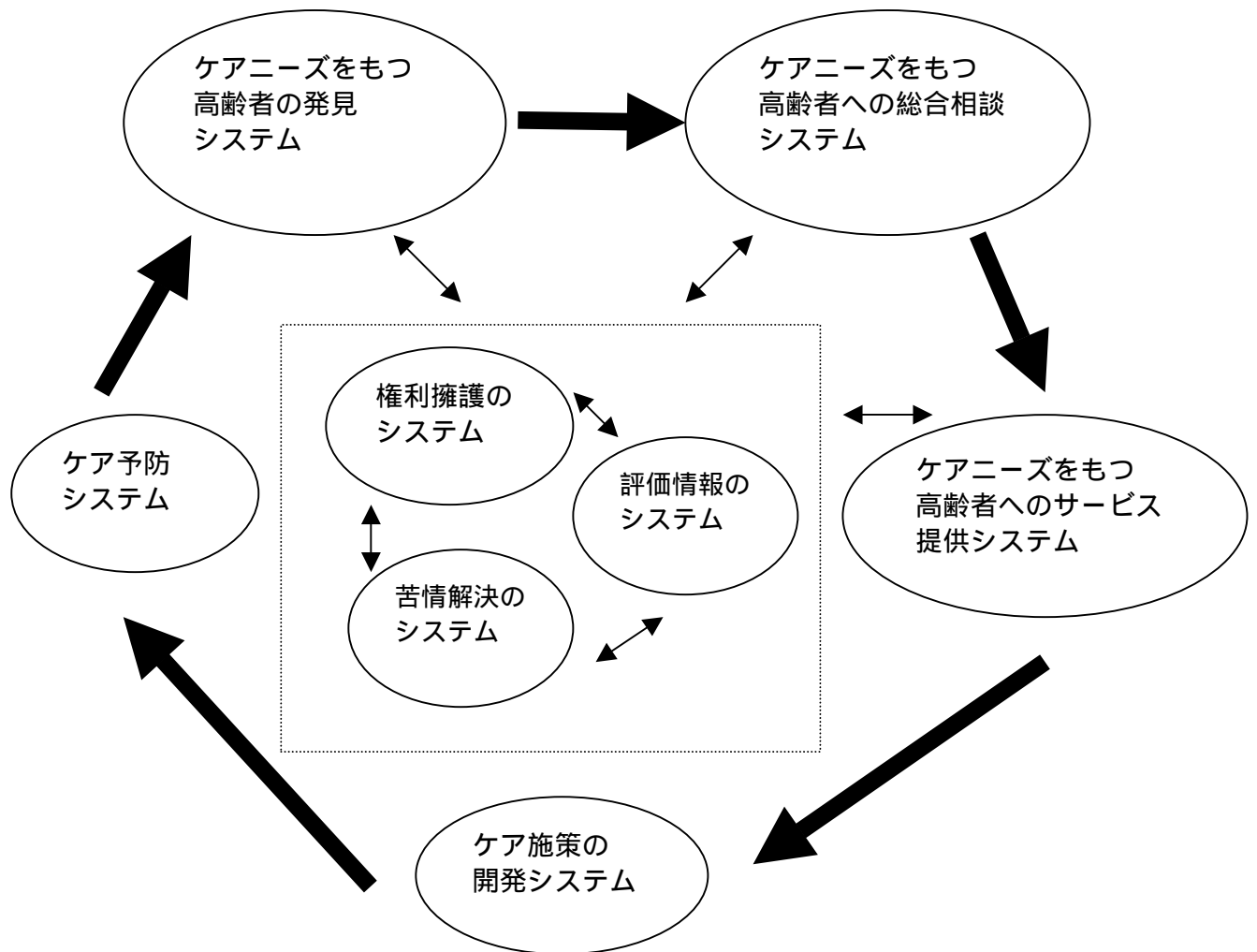
介護サービスだけでなく各種商品について、消費者として高齢者の苦情を積極的に受け付け、その解決機関と結びつけていく。

( 8 ) 評価情報のシステム

高齢者にサービス評価情報を提供することで、サービスを自己選択できるよう援助していく。

以上、8つのシステムについて、在宅介護支援センターはそれぞれの市町村の実情に応じて、柔軟かつ適切に対応していく必要がある。

図2 地域ケアシステムを構成するもの



## 7. おわりに

この中間報告で採り上げた提言については、在宅介護支援センターが自ら率先して取り組む姿勢をもつべきことは言うまでもないが、その実行に当たっては、本事業の実施主体である市町村の理解が必要不可欠である。

市町村には、この提言を受けて、積極的に所要の措置を講じていただくことを求めている。

また、都道府県と国の財政支援も欠かすことができない。

昨今の報道では、国においては補助金の見直し作業が行われているとのことであり、都道府県においても、厳しい財政事情を理由に、本事業への支援に消極的な声が聞かれるところである。

しかしながら、在宅介護支援センターには、この中間報告で示したとおり、さまざまな具体的取組が求められており、これらは、在宅介護支援センターが今後の高齢者介護等において有効な役割を果たしていく上で欠かすことができないものである。

よって、国と都道府県には、こうした取組への明確な支援を継続していただくことを求めておきたい。

在宅重視を掲げる介護保険制度の導入後も、依然として住民の間には施設志向が強い。これを転換していくには、在宅の生活の中に「安心」の拠点を設けることが必要である。この中間報告で採り上げた提言を実行に移すことで、在宅介護支援センターが「安心」の拠点として住民の信頼を得て、「在宅文化」を根付かせていくことを期待している。

## 参考資料「事例集」

本事例集は、中間報告及び報告書を受けて、全国における先駆的な事例を取りまとめたものです。

本事例集は、報告書に提言として掲げた在宅介護支援センターの強化すべき機能の流れに沿うように、「A. 地域実態把握機能の強化」、「B. 介護予防事業への取組み」、「C. 地域ケア会議の有効活用」、「D. 担当地域ケア会議への取組み」、「E. インフォーマル組織の育成・支援」、「F. 総合相談支援」の6つのテーマに分類し構成されています。

本事例集を積極的にご活用いただき、在宅介護支援センターの活動実践にお役立てください。

# 事例集目次

## A. 地域実態把握機能の強化 ～要援護者の発見・保護・支援へのシステム化～

### 【報告書 p. 6 / 中間報告 p. 15】

A-1 ケアニーズをもつ高齢者の早期発見と相談体制確立への取組み	25
A-2 高齢者が多く居住する公営住宅での孤独死或いは、閉じこもり予防の取組み	25
A-3 ひとり暮らし高齢者に対する見守り体制の構築に向けて	26
A-4 配偶者を亡くしたひとり暮らし高齢者への早期支援システムの取組み	26
A-5 地域住民一人ひとりの見守り活動「広げよう地域ネットワーク」への取組み	27
A-6 痴呆性高齢者を支える地域支援システム	27
A-7 はいかい高齢者SOSネットワークの取組みについて	28
A-8 見守りあんしん電話;地域ケアシステムの構築をめざして	28

## B. 介護予防事業への取組み【報告書 p. 8 / 中間報告 p. 13】

B-1 地域型介護予防教室の開催 ～より身近な場所へ出向いて～	29
B-2 健康作りは笑うことから、皆と一緒に笑いましょう ～介護予防教室の取組みから～	29
B-3 介護予防教室の現状と今後の課題 ～介護リフレッシュサロンの新規開催～	30
B-4 介護予防サービスのコーディネーション ～介護予防事業に関する取組みとその成果～	30
B-5 町内会単位でのふれあいサロン活動の展開	31
B-6 介護予防教室に関する取組みと今後の課題	31

## C. 地域ケア会議の有効活用【報告書 p. 2 / 中間報告 p. 15】

C-1 地域課題検討のための地域ケア連絡会議づくりへ 開催目的の明確化と、目的に沿った形での連絡会議3層化の取組み	32
C-2 有効な地域ケア会議を目指して 実務者・責任者レベルの機能別開催と介護支援専門員支援の為のケアマネ支援会議の開催	32
C-3 基幹型と地域型の連携による介護支援専門員支援体制の構築に向けての取組み	33

## D. 担当地域ケア会議への取組み【報告書 p. 2 / 中間報告 p. 15】

D-1 担当地域ケア会議としての「地域ネットワーク会議」の取組みについて	34
D-2 小地域ブロック連絡会への取組み ～地域ネットワーク作り～	34

## E. インフォーマル組織の育成・支援【報告書 p. 3、9 / 中間報告 p. 16】

E-1 「痴呆性老人をかかえる家族の会」設立に向けての支援センターとしての関わり	35
E-2 相談援助の専門職の育成としての研修・指導・支援に関する取組み 自主学習会による福祉・保健・医療関係職員への支援	35
E-3 介護保険外サービスを実施する有償ボランティア養成	36
E-4 インフォーマルサポート、「介護者の会」の育成と支援	36
E-5 地域福祉学習会の取組み支援センター主催から地域住民主催への転換とその効果	37



## F. 総合相談支援(ケアマネジメント事例)【報告書 p.7 / 中間報告 p.18】

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	38
F-2	知的障害の長女と年老いた両親の支援	38
F-3	知的障害の姉妹と父の生活援助について関係機関の連携に成功した例	39
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	39
F-5	介護保険非該当となった高齢者に対して、支援費制度も含めて取り組んだ事例	40
F-6	アルコール依存症を有する高齢者の対応と支援	40
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	41
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	41
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な金銭管理を行うに至ったケース	42
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	42
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	43
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	43
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	44
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・支援した事で解決した事例	44
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	45
F-16	災害により孤立した地域への支援活動	45

A - 1	ケアニーズをもつ高齢者の早期発見と相談体制確立への取組み	人口 200,000 人・高齢化率 23.0% / 地域型
-------	------------------------------	-------------------------------

### 1. 取組みまでの経緯

家族が抱え込み地域に埋もれがちなケースの発見が必要

集団教室に來れない高齢者への対応が必要

支援センターの役割を住民に周知し、早期対応可能な相談機関であるべき

住民ニーズを把握し安心して暮らせる町づくりに支援センターとして携わる事が必要

地域型支援センターとして地域で活動していく為には、上記の点を解決していくことが必要であり、その具体的な取組みとして、医療系、福祉系スタッフが同行訪問し実態把握に努めることから始めた。

### 2. 具体的な取組み、経過

訪問の対象については行政とも連携し、ひとり暮らし高齢者、高齢者世帯、昼間高齢者世帯、障害者のみの世帯をリストアップ、加えて新たに民生委員、相談協力員から訪問依頼のあったケースとした。訪問目的としては、健康相談、生活上の相談、保健福祉サービスに関する紹介に加え、支援センターの相談窓口としての役割についても説明し、早い段階での相談に繋がるよう促しを行った。

### 3. 活動の成果と評価

訪問を繰り返す中でスタッフとなじみの関係が出来、問題が大きくなる前段階での相談を受けられるようになった事から早期対応が可能となった。また健康状態等について、主治医に状況報告することで病状の悪化防止に繋がったケースもあった。更に地域全体の会議において、今までは個人の問題で済まされていた事例についても地域全体の課題として捉え、地域全体で検討すべきであるという意識に変わりつつある。

### 4. 今後の課題

問題が顕在化しにくい地域の要援護者が早期発見できるよう地域の各種団体等との協力体制を更に強化していくことが重要であると考えます。

A - 2	高齢者が多く居住する公営住宅での孤独死或いは、閉じこもり予防の取組み	人口 1,300,000 人・高齢化率 14.0 % / 地域型
-------	------------------------------------	----------------------------------

### 1. 取組みまでの経緯

A 公営住宅は 208 世帯、約 300 人が生活している。平均年齢は 70 歳超、かつ単身、生保受給、身障の高齢者が多く、ここ 2 年間で孤独死或いは、寸前で発見された事件が 3 件あった。建物は、築 45 年のエレベーター無し 4 階建、閉じこもり傾向の高齢者増により在介でも把握出来ていないケースも少なくない状況にある。

支援センターの相談協力員でもある民生委員から、基幹型の相談協力員業務連絡会の中で公営住宅の現状と問題点についての訴えがあった。これを受け、現状認識の共通化を図る。住民との関係機関協働の支援体制を検討する。これらを目的として、第 1 回「住民との意見交換会」を開催するに至った。

### 2. 具体的な取組み、経過

第 1 回の意見交換会では、住民側からは民児協会長、自治会長、自治会婦人部役員、相談協力員（民生委員）関係機関からは、福祉事務所、基幹型、地域型在介が参加し、現状の共通認識と連携強化について申し合わせた。9 ヶ月後に第 2 回目は開催。保健所、社協が加わり、住民側も福祉協力員や防災担当役員も参画した。

A 住宅関係組織として「A 町高齢者支援連絡会」を立ち上げ、継続的に関わる、どの機関に相談が入っても適切につなぐ、福祉事務所、保健所、社協、支援センター共通のリーフレット「あんしん電話帳」を作成、配布、住民活動を支援する、等を柱に活動を開始した。

### 3. 活動の成果と評価

これらの活動の結果、住民の主体的な取組みが活発化し、閉じこもり高齢者が参加しやすいミニコンサート、会食会の開催等、積極的な取組みを始めた。また支援センター等関係機関との協働による転倒予防教室、介護教室の開催、更には、階段での昇降介助をすることで外出支援活動にも取り組みが始まった。

### 4. 今後の課題

意見交換会を経て連絡会を組織化してからは、寸前での発見はあるが孤独死に至った事例は無い。今後も住民活動のペースに合わせながら、早期に対応できる支援体制を構築していきたいと考えている。

A - 3	ひとり暮らし高齢者に対する見守り体制の構築に向けて	人口 6,000 人・高齢化率 44.5 % / 地域型
-------	---------------------------	------------------------------

### 1. 取組みまでの経緯

地域課題の顕在化

ひとり暮らし高齢者の閉じこもりによる孤独死、  
地震等の災害時における不安の増大等々、

対応策としては、早期発見、早期対応が原則であり、その為には日常的に地域住民等から情報を集め、高齢者の状況を把握し、必要に応じた即時対応が可能とすることで、ひとり暮らし高齢者も住み慣れた地域で安心して生活できるよう行政、地域住民、関係機関が一体となった地域見守り体制の構築の必要性を認めた。

### 2. 具体的な取組み、経過

65 歳以上のひとり暮らし高齢者を対象に名簿を作成し、支援センタースタッフと町保健師の同行訪問により聞き取り調査を実施。尚、名簿については、行政が作成。

調査結果に基づいて見守りや安否確認の有無、頻度、必要なサービスを検討。

地域ケア会議の場において、関係機関での共通認識をもち必要に応じて検討。

### 3. 今後の課題

対象者の状況について、関係機関や地域住民と連携、協働することで、常に身体状況等を把握出来るための支援システム作りを行いたいと考えている。

更に今後は、ひとり暮らしだけではなく、75 歳以上の高齢者世帯も対象としていきたいと考えている。

A - 4	配偶者を亡くしたひとり暮らし高齢者への早期支援システムの取組み	人口 5,000 人・高齢化率 32.0 % / 地域型
-------	---------------------------------	------------------------------

### 1. 取組みまでの経緯

高齢期における配偶者との死別は、人生の中でも精神的、肉体的な健康を害し、また「閉じこもり」の原因ともなり、ひいては要介護状態に陥る可能性が非常に高い出来事であるといわれている。要介護状態への移行を未然に防ぐには、早期の段階でのリスク要因を発見し、早期対応と継続的な見守りであると考え、基幹型支援センターと協働し、ひとり暮らし高齢者（主に亡配偶者）に対する在宅支援相談事業を平成 12 年 10 月より立ち上げた。

### 2. 具体的な取組み、経過

基幹型支援センターが市内 65 歳以上の亡配偶者の名簿を作成、地域型支援センターへ情報提供。地域型支援センターは、名簿に基づいて居宅訪問し実態を把握し、必要に応じて継続的に出前相談を行ない介護予防プランの作成する。

市内 2ヶ所の地域型支援センターエリアに 4～5 名の「在宅支援相談員（以下、相談員）」を配置し継続的な見守り支援を行なえる体制を整備。相談員は、看護師、栄養士、ヘルパー等の有資格者。

基幹型支援センター主催にて、月 2 回の定例会議を開催し、情報の共有化と訪問対象者の訪問日の決定及び今後の課題について検討する。

### 3. 活動の成果と評価

当支援センターにて対応した亡配偶者の内、介護保険申請に至ったのは 10.1%、対して市全体の申請の割合は 14.7%。この事から早期段階からリスク要因を察知し、支援を行なったことで介護予防に繋がったと考える。

相談員の訪問対象は当初は亡配偶者であったが、経過と共に幅広く地域の高齢者の見守り訪問へと拡大し、地域型支援センターと連携することで包括的地域ケアシステムの構築に繋がったと考えられる。

本事業の科学的な評価は困難とは思われるが、出前相談を行なうことで、高齢者の状態やニーズに応じたサービス紹介や調整が早期の段階で可能となったと考えられる。

地域型支援センターへの新規相談ケースが増大し、実態把握、介護予防プランの作成へと繋がった。

A - 5	地域住民一人ひとりの見守り活動「広げよう地域ネットワーク」への取り組み	人口 15,000 人・高齢化率 26.0 % / 地域型
-------	-------------------------------------	-------------------------------

### 1. 取り組みまでの経緯

介護保険制度施行後、要介護認定者が年々増加の一途をたどり居宅介護支援の業務に追われる中、支援センターの機能を改めて考えたときに「介護予防」や地域内での日常的な見守り活動等の必要性を強く感じた。そこで、支援センターとして把握出来ていない高齢者の状況把握を行うべく T 町役場、保健師、ボランティアセンター、民生委員等の関係機関と連携・協議を重ねる中で、多くの高齢者が緊急時に対する不安や地震等の災害時に大きな不安を感じていることから、町内の高齢・障害世帯の状況を可能な限りひとつに集約しておく必要があること、また、日常的な見守り活動が必要であると考え、「見守り安心ネットワーク」活動を行った。

### 2. 具体的な取り組み、経過

地域内の高齢・障害世帯の情報収集については、まず「広げよう地域ネットワーク」と題したチラシを作成し、ミニデイサービス等での呼びかけと意見交換、商工会、郵便局、民生委員、ボランティア連合会等への趣旨説明と協力依頼、地域内での協力員の募集等を行いながら、関係機関の把握している情報を住宅地図をもとに集約し、個別に民生委員等との訪問を行っている。また、関係機関と情報交換を行う中で、「情報集約の必要性」に対する共通認識ができ今後の協体制づくりへの足がかりとなったことは大きな成果であった。現在、集約された情報をもとに見守りが必要と思われる高齢者等への定期訪問や災害発生時の安否確認や避難誘導等の具体的方法を協議・検討中である。

### 3. 活動の成果と評価

今回の取り組みの中で紆余曲折はあったものの関係機関の意識は確実に深まったと考える。今後の継続的に行う中で、関係機関だけでなく地域住民一人ひとりが日常的に見守り活動が行えるよう啓蒙・啓発を行っていきたい。また、集約された情報が介護予防や見守りネットワークの構築といった当初の目的に有効活用できるよう、具体的な手段を支援センターだけでなく、関係機関や高齢者自身等と一緒に検討していく必要があると考える。

A - 6	痴呆性高齢者を支える地域支援システム	人口 2,600,000 人・高齢化率 17.0 % / 基幹型
-------	--------------------	----------------------------------

### 1. 事業の目的及び概要

〇市痴呆性等高齢者サポート事業は、痴呆性高齢者及びその家族等の福祉の向上に寄与することを目的として平成 14 年 9 月から実施された。本事業は、市内各区の基幹型支援センターが、痴呆性高齢者を中心とした対応困難なケースに対して相談窓口となり、関係機関や地域ネットワーク委員会等との連携を図りながら、各種サービスの調整や継続した見守り、及び家族介護者等に対する支援を行っている。本事業の実施にあたり、新たに訪問介護の経験者を在宅相談員として各区 1～4 名配置された。加えて、〇市社会福祉研修・情報センターの高齢者相談窓口スーパーバイザーを配置し、従来からの痴呆専門相談担当専門医と共に本事業を支援している。

### 2. 具体的な取り組み、経過

平成 14 年 9 月から平成 15 年 3 月末までの経過からみると、支援のための信頼関係づくりや、どのような支援が必要かをアセスメントするためには時間をかけた専門的な関わりが重要であり、このような関わりが本事業によって可能となった。介護保険のサービスの利用につながったり、必要なサービスを見極めることができた。又、本人や家族の力を引き出すことにもつながった。更にこれらの支援については区において地域ケア会議を開催して検討する仕組みにしており、地域型支援センターやケアマネジャーとの連携や支援にもつながっている。

### 3. 活動の成果と評価

事例から効果を読み取ると、「介護保険サービスが円滑に利用できるようになった」「生活の安定が図れた」「行動障害が改善した」「急変時の迅速な対応が可能になった」等であった。本事業のように、介護保険とは別建ての専門職チームによる支援システムが、支援センターの機能をより有効にできるのではないかと考えられる

### 4. 今後の課題

日常的な金銭管理体制や地域ごとの医療とのネットワークづくり等が課題であると考えられる。

A - 7	はいかい高齢者SOSネットワークの取組みについて 人口 5,000人・高齢化率 32.0% / 地域型
-------	--

### 1. 事業の概要

「呆け老人を支える家族の会」からの要望により支援センターが中心となって警察署、社会福祉協議会を始めとする15団体が協働し、「はいかい高齢者SOSネットワーク」を平成14年3月より立ち上げた。

### 2. 具体的な取組み・経過

警察署からの捜索協力に対し、市役所開庁時は基幹型支援センター、夜間・休日は地域型支援センターが事務局として24時間対応とし、各関係団体にFAXにて早期発見に向けての緊急協力依頼。

徘徊の可能性のある痴呆性高齢者を可能な限り事前登録し、支援センターから警察署に対しての情報提供  
事前登録者に対しては、半年毎に担当支援センターが訪問して近況調査を実施し、その結果を地域ケア会議の場で情報交換し、地域全体でフォローアップ。

### 3. 活動の成果と評価

従来、警察だけの捜索活動に対し、地域の関係団体が協働して徘徊のある痴呆性高齢者等を支えるネットワークシステムの構築は、早期発見のメリットはもとより、広く地域全体へ痴呆性高齢者への理解、啓発に大きく寄与したと考えられる。

### 4. 今後の課題

事前登録者を更に増やしていくと共にフォローアップ体制の充実化を図る事で、痴呆性高齢者が安心して暮らせる地域社会へと繋げていくことが重要であると考えます。

A - 8	見守りあんしん電話；地域ケアシステムの構築をめざして 人口 300,000人・高齢化率 17.5% / 地域型
-------	--

### 1. 事業概要

「見守りあんしん電話システム」とは、主に一人暮らしや高齢者世帯など日々の不安と背中合わせで暮らしている方を対象として、一般の電話回線を利用し、1日1回電話機に備え付けられた端末の「安心ボタン」を予め決められた時間までに押して頂くことで、その送信先である支援センターのコンピューターが信号を確認し、その日の安否を確認するためのシステムとなっている。何らかの理由でボタンが押されなかった場合は、支援センターより協力員（地域支援者）へ連絡し、訪問による安否確認を行なう。異常を発見した場合は、支援センタースタッフと協力員が協働して必要な対応を行なうこととしている。

### 2. 具体的な取組み・経緯

平成2年当時、地域でも独居高齢者や高齢者のみの世帯、或いは、同居世帯だが昼間独居の高齢者の増加といった世帯構成の変化と家族支援の弱体化から、地域で高齢者を支えるシステムの必要性が確認され、地区社会福祉さよう会福祉協議会の役員と当法人職員とが何度も会議を重ね、福祉の先進的な地域を視察したことをヒントに、コンピューターを活用した高齢者の安否確認システムを「見守りあんしん電話」が誕生した。自治会長、民生委員が中心となり、地域に対し「見守りあんしん電話」の説明会を行って希望者を募り、当初19世帯から事業を開始した。

### 3. 活動の成果と評価

利用者からは「毎日押し忘れないように意識することでほけ防止になる」「生活にメリハリがでた」「誰かが自分のことを心配してくれているということが安心」という感想が聞かれ、利用者ひとりひとりに安心の効果が表れた。また地域でも見守りあんしん電話を通して地域住民と支援センターがお互いに理解を深める結果になり、地域で支えるという意識が強まったことを感じた。

### 4. 今後の課題

「見守りあんしん電話」の取組みを通じて、地域福祉は地域で作り育てるものであると痛感した。今後は従来型の機能に改良を加えた形での「見守りあんしん電話」の開発を行なうと同時に、地域住民と協働する中で地域全体で要援護者を支えるという地域ケアシステムを作り上げていきたいと考えている。

B - 1	地域型介護予防教室の開催 ～より身近な場所へ出向いて～ 人口 57,000 人・高齢化率 20.0% / 地域型
-------	---

### 1. 事業の概要

本市における予防教室は、従来基幹型支援センターを中心に公民館単位で行なってきたが、対象者のADL及び交通手段等の理由から限られた参加者による開催となっていた。そこで予防教室の本来の意味合いから外出しにくい高齢者がより多く参加しやすい教室とする為、出向きやすい場所で、なじみの関係の中での健やかな生活支援につなげることが出来る集会場や公会堂単位での予防教室を民生委員と地域型支援センターが協働して開催することとなった。

### 2. 具体的な取組み

「少しだけ、懐かしい時代に戻って見ませんか？」と題し60～80年前にタイムスリップ。当時の名曲を聞きながら、幼少の頃の遊びについて語り、玩具に触れ、懐かしい歌を歌う・・・等

「出不精にならない為に」と題し、閉じこもりの原因となりやすい尿失禁に効果のある体操を紹介。

支援センターの役割紹介も兼ねて、紹介冊子や手作りのしおりを参加者が作成し、配布。

### 3. 活動の成果と評価

教室の内容を参加者の幼少期である60～80年前に焦点を当てたことで、参加者が積極的に話され、参加者主体の教室になったと思われる。同時に音楽療法、回想法プログラムの効果を見出す事が出来た。また本取組みによって、より地域に密着することが出来、地区の民生委員との連携もより深まったと考えられる。

### 4. 今後の課題

一つのメニューに留まることなく、地域性を考慮しつつも「参加者が求めているものは何か、何を伝えるべきか」について常に試行錯誤を重ね教室メニューを検討していきたいと考えている。

B - 2	健康作りは笑うことから、皆で一緒に笑いましょう ～介護予防教室の取組みから～ 人口 80,000 人・高齢化率 22.0% / 地域型
-------	--

### 1. 取組みまでの経緯

A町は、老人クラブはあるものの年に1回程度の敬老会があるだけで特別のイベントも無く、又いきいきサロン等のインフォーマルサービスも無い地域であるが、今回の介護予防教室はそんなA町に住む高齢者の「たまたまでも近所の皆で集まって話しをして、遊んで、そして笑ったりする事が一番の健康の秘訣」というたった一言から取組みがスタートした。

### 2. 具体的な取組み、経過

介護予防教室の開催にあたっては、民生委員を中心に協議を進め、町内会、老人会の協力を得ながら開催した。しかし中には「自分の所の施設のPRの為に教室を開くのか」といった反対意見もあったが、回数を重ねるに連れ支援センターの役割も次第に理解され、食事代等、予防教室から捻出できない費用は町内会費から支出するよう今後検討するまでに至った。

### 3. 活動の成果と評価

介護予防教室を開始して2年半、町の中を歩いていると「ちょっと相談したいことがあるのですが」と気軽に声を掛けてくれる人が増えた事、老人会からは「行事をもっと増やしたいが良いアイデアは無いですか」等々、少しずつでは有るが、支援センターという存在とスタッフの顔が地域の中で認識が深まり、民生委員会も町内会、老人会との連携強化に繋がったと考えられる。

また、今回の介護予防教室の開催は、何気ない高齢者の一言に端を発しているが、地域に根ざした活動という観点からも、地域の生の声に耳を傾けていくことが如何に重要かが認識できる機会ともなった。

### 4. 今後の課題

A町の介護予防教室を「生き生きサロン」にとの声が社協よりあり、民生委員とも協議した結果、代表となる人が居ないため実現はしなかったが、サロンの代わりとなる位の教室を充足させていくこととなった。更に、今後は施設に入所している人も参加できるように環境を整え、本当の意味でのバリアフリーな地域を作りたいと考えている。

B - 3	介護予防教室の現状と今後の課題 ～介護者リフレッシュサロンの新規開催～ 人口 60,000人・高齢化 20.0% / 地域型
-------	---

### 1. 取組みまでの経緯

ある時介護者の中から「介護に対する悩みを相談し合える場はないのか?」という声が上がリ、地域の支援センターとして介護者に対し、どのような支援が出来るのかという視点から、同じ環境にある介護者同士で悩みを相談したり、アドバイスしたり、一緒に楽しんだり出来る仲間作りを目指して、転倒予防教室の開催に加え介護者リフレッシュサロンの開催を計画した。

### 2. 具体的な取組み、経過

当支援センターとしては、高齢者を対象とした転倒予防教室と介護者リフレッシュサロンを各々隔月に開催。転倒予防教室は、老人クラブ、保健推進委員、在宅福祉委員、民生委員、基幹型支援センター、地区担当保健師と協働し、遊びりテーション、健康チェックを中心としたメニューで地域内2ヶ所の公民館にて開催。介護者リフレッシュサロンは、在宅介護に携わる介護者を対象にレクリエーションや茶話会を中心に開催。

### 3. 活動の成果と評価

転倒予防教室としては、参加者の50%が継続的に参加するようになり「予防の大切さ」が徐々に浸透しつつあると考えられる。また教室内容について参加者アンケートを元に1年を1クルーとして企画したことから参加しやすくなった要因と考えられる。

介護者リフレッシュサロンでは、互いの介護状況や悩み等を活発に意見交換したり、先輩介護者からのアドバイス、同じ介護をしている者同士だからこそわかり合えるといった専門スタッフによる相談とは一味違った相談となっており、より現実的な効果が現れてきていると考えられる。

現在の所まだ回数的に少ないため正確な評価は困難であるが、レクリエーション等も好評であり介護者の支援、或いは介護予防の機会としては十分な手ごたえもあり、継続の必要性を強く感じている。

### 4. 今後の課題

現在取り組んでいる2種類の介護予防教室の継続はもとより、今後は、実態把握等が上がって来ている初期の痴呆予防に力をいれていくことが必要であり、そのためにも基幹型支援センター、地区担当保健師との連携を更に深めていくことが重要と考えている

B - 4	介護予防サービスのコーディネーション ～介護予防事業に関する取組みとその成果～ 人口 6,000人・高齢化率 28.0% / 小規模基幹型
-------	--

### 1. 事業の概要

当支援センターでは、平成14年度より度地域に出向いて各地域にある公民分館や集落センターを会場にしての「出前教室」の開催や村内3会場での「健康太極拳」の開催、および各地域への「ふれあいサロン」の立ち上げ・運営の支援を実施してきている。

### 2. 具体的な取組み、経過

「出前教室」開催の目的は、住民への啓発活動である。(頭)13年度までは母体施設のデイサービスセンターが、施設を会場に夜開催していた家庭介護者教室への参加者が限定的となってきたため、その主たる障害であった家庭介護者の交通手段や時間の問題等を考慮し、加えて地域への啓発活動を兼ねて昼夜を問わず地域に出向いて開催することとした。

「健康太極拳」開催の目的は、高齢者においては転倒骨折の予防であり、一般村民にとっては身体的健康の維持・増進である。(体)

「ふれあいサロン」開催の目的は、ボランティアの育成を兼ねた、子供から高齢者までを含めたところの地域の交流・ふれあい(精神的健康)の場づくりである。(心)

前年度からの地域ケア会議での議論を受け、介護予防対策に力を入れるため、今年5月に社協を中心にJA、支援センターの3者が「ふれあいサロン」立ち上げ支援のために結集、毎月1回定例会議を開催し、サロンへの立ち上げや運営への支援を続けている。

### 3. 活動の成果と評価

地域に出向いて開催することにより、支援センターの存在や機能をより一層アピールできていると思われる。また、住民への啓発活動とともに高齢者等の実態把握も同時にでき、開催会場で高齢者等に関する必要な情報が入手しやすい環境作りができつつある。

B - 5	町内会単位でのふれあいサロン活動の展開	人口 11,000 人・高齢化率 22.0% / 基幹型
-------	---------------------	------------------------------

### 1. 事業の概要

地域ケア会議において、地域型支援センターより独居及び虚弱高齢者の多くは閉じこもりがちで近隣との関わりも希薄となってきたため何らかの支援が必要であるとの問題提起をきっかけに、介護保険や公的サービス利用には至らない高齢者への介護予防、また町内の近隣相互の助け合いを認識できる地域活動が必要であると考え、当支援センターの母体施設である H 町社会福祉協議会との連携の下、町内会単位でのふれあいサロン事業を立ち上げ、近隣互助活動に発展させた。

### 2. 具体的な取組み、経過

ふれあいサロンを立ち上げるまでに、地域住民が主体的にふれあいサロンの必要性を認識してもらえるよう町内会組織へ働きかけ、町内会を通じてふれあいサロン開催の呼びかけを依頼した。また、開催にあたっては支援センターが主となるのではなく既存のボランティアグループに依頼し、支援センターは必要に応じての相談・助言や協力等、後方支援に努めた。

### 3. 活動の成果と評価

支援センター主導の健康教室や大イベント等のもてなし型とは異なり、身近な地域のボランティアグループが関わることで、高齢者自身が主体性を見出すことができ、参加している高齢者自身が担い手となりふれあいサロンの定例化ができた。

ふれあいサロン以外の部分においても、参加者同士が連絡を取り合い、また普段からの助け合いや声かけが日常的に出来るようになった。

既存のボランティアグループの活動が、施設中心から身近な地域での活動に発展することができた。

### 4. 今後の課題

一般的に「介護=サービス」と考えがちであるが、それ以前に高齢者自身が自分の生活スタイルを描くことができる機会をふれあいサロンで意識してもらい、それが今後の課題である。また、町内会活動と混同することで参加する世代の固定化、義務化されることや従来の目的とは異なった方向に進むことで地域の人間関係の悪化を防ぐことができる地域リーダーの人材育成に取り組む必要があると考える。

B - 6	介護予防教室に関する取組みと今後の課題	人口 56,000 人・高齢化率 22.0% / 地域型
-------	---------------------	------------------------------

### 1. 事業の概要

当支援センターでは、健康推進委員等の地域組織や保健師との連携で心身の機能が低下の恐れのある人、介護保険非該当者等を対象に日常生活の自立や意欲の回復、参加者の交流を身近な地域で行う、寝たきり・痴呆・閉じこもり予防、心身の活性化を目的として、月に1度、地域のコミュニティセンターで行なわれている保健師による健康相談の日に合わせ、保健師と共に介護予防の取組みとして、母体施設よりPT、栄養士を招き転倒予防、減塩料理教室等を行っている（平成15年度は4回シリーズ）。

### 2. 具体的な取組み

介護予防教室を開くにあたっては、地域の健康推進委員等に声を掛け、また実態把握から対象となる高齢者にはチラシ持参で訪問、支援センターだよりへの掲載、有線放送も活用しながら広報活動を行なっている。

### 3. 活動の成果と効果

生活上の身近なテーマで開催している為、口コミ等により徐々に参加者の数が増えていき、その後の実態把握調査の中でも日常生活で気をつけるようになった等、少しずつ小さな事ではあるが意識してもらえるようになった。

支援センターというものが徐々に浸透し実態把握がしやすくなった。

### 4. 今後の課題

今後は、五感健康法や地域の高齢者の元気な方の講話等の計画に加え、参加者等に対しアンケート調査を行い、その結果も参考にしながら内容を検討していく予定をしている。この活動を長く続けていく為に地区社協、ボランティアグループ等の地域組織との連携を強化し地域を巻き込んだ協力体制をとり、毎月の定期的活動として地域の中に位置付けられるようにしていく必要がある。



C - 1	<b>地域課題検討のための地域ケア連絡会議づくりへ</b> 開催目的の明確化と、目的に沿った形での連絡会議3層化への取組み 人口 1,300,000人・高齢化率 14.0% / 基幹型
-------	--

### 1 取組みの経緯と目的

平成12年度から地域ケア連絡会議を各区（7区と3福祉地区）で開催。高齢者支援関係機関が集まり情報の共有化や事例検討などを行ってきた。連携を深める場としては大変有効であったものの、区によっては様々な立場の方が60～70人と、課題は挙がってもそれを解決にむけて検討する場とはなり難い状況があった。

このため、平成14年度、トータルサービス事業実施委員会の中に、地域ケア連絡会議のあり方を検討する作業部会を設け、約半年をかけて地域ケア連絡会議のあり方を見直しした。この結果、平成15年度より地域ケア連絡会議をより効果的なものとするために、目的別に3層化して開催する取組みを始めている。

### 2 事業の概要

地域ケア連絡会議全体会議（関係機関の連携強化と情報交換・地域内の問題の表出の場として）

3ヶ月に1～2回の開催とし、参加者は前年度と同じ。運営委員会での起案事項を実際に行わせていく場。

地域ケア連絡会議運営委員会（地域の課題の解決に向けた検討や困難ケースの事例検討の場として）

参加者は、福祉事務所、保健師、支援センター、区介護支援専門員連絡会代表、社協地域課担当など。全体会議で挙げた問題や困難事例などを検討のほか、全体会議の運営方法についても検討する。他地区にも関わる課題等については、親会議であるトータルサービス実施委員会に挙げていく。

平成15年度は、一人暮らし高齢者等の見守り体制や徘徊高齢者の支援システム作り、困難ケースの支援体制などについて検討。

トータルサービス事業実施委員会（全市的な課題の検討と地域ケア連絡会議のあり方の見直し）

地域ケア連絡会議の親会議として位置づけられている。年2～3回開催。

### 3 今後に向けて

大都市のメリットを生かし、デメリットを補い、地域ケア連絡会議を少しでも有効なものにするための試行錯誤の取組みは始まったばかり。今年度末には、トータルサービス事業実施委員会で早速、この1年の取組みの経過を検証する作業が行われることになっている。

C - 2	<b>有効な地域ケア会議を目指して</b> 実務者・責任者レベルの機能別開催と介護支援専門員支援の為のケアマネ支援会議の開催 人口 3,500人・高齢化率 42.0% / 基幹型
-------	---

### 1 具体的な取組み・経過

実務者レベルは月1回。 構成メンバーは各事業所、通所介護、通所リハのスタッフ、ホームヘルパー、支援センタースタッフ等の地域ケアに関わるすべてのスタッフ。3時間で介護予防を含む高齢者・障害者のサービス調整を実施。情報の共有化を図り、迅速にタイムリーに関わるようサービスの調整を行なう。

ケアマネ会議は月1回。 責任者レベルについては、年3回、各事業所、施設の代表者から構成し開催。実務者レベルの会議で出た問題を検討し、施策化する。

### 2 活動の成果と評価 - 地域ケア会議が機能する中で -

すべての町民の家庭状況、生活背景がわかり、サービス調整がその場で可能。

ケアスタッフの連携でタイムリーな対応が可能。処遇困難事例が解決できている。

事例を通じて共通認識が図られ、連携とアプローチが可能となっている。

高齢者の生活支援を丸ごと検討できチームアプローチが可能。事業所の連携が図られている。

インフォーマルサービスの掘り起こしができる。ひとつの事例が町全体の課題として認識され解決に繋がる。例えば介護予防事業のいきいきサロン等全町に波及できている。

苦情の早期対応が可能。苦情解決に繋がった事例も多い。また地域ケアスタッフの情報交換ができ、共通認識がはかれることにより、苦情の予防的対処ができている。

### 3 今後の課題

地域ケア体制の充実のため中学校区に1ヶ所の支援センターの設置が必要。

ケアマネジメントの充実のためのマンパワーの確保。

### 1. 事業の目的

平成 15 年度より、「要介護又は要介護の恐れのある高齢者・家族」の支援のため、支援センターが介護支援専門員の直面する困難事例等活動上の問題の受け皿としての調整機能を果し、ケアマネジメントの向上を目指す。

### 2. 具体的な取組みと経過

基幹型支援センターを中心に市内 25ヶ所の地域型支援センターと連携を取り、市内 95ヶ所の居宅介護支援事業所を 4 ブロック（中央・東・西南・北）に分割し、各ブロック単位で研修・交流会を開催。第 1 回目は、介護支援専門員の基本姿勢が問われる「個人情報保護について」の講演会と支援センターの活動についての交流会を実施した。また研修会への出欠確認と合わせて「介護支援専門員として活動する上での問題点」を提出して頂いた。この中で対応困難事例だけではなく介護保険制度上の問題等、行政との調整を要する課題も上がってきたことから、これらの問題点等については、一端在介センターが集約し、基幹型支援センター主催の地域ケア会議に諮り、最終的には行政施策に反映させていく方向付けとして活動の第一歩を踏み出した。

### 3. 今後の課題

介護支援専門員が抱える問題を共通課題としてまとめ、介護支援専門員の活動を支援する役割は、非常に重要であり必要不可欠である。支援センターはその問題点・課題の受け皿として更には、問題解決のため基幹型支援センターと連携し、他の関係機関に対し問題提議していく事が必要であると考えられる。

今後は、在介センターと居宅介護支援事業所の協働組織としてブロック活動をより組織化し、充実した活動を展開していきたいと考えている。

D - 1	担当地域ケア会議としての「地域ネットワーク会議」の取組みについて	人口 300,000人・高齢化率 17.5% / 地域型
-------	----------------------------------	------------------------------

### 1. 地域ネットワーク会議への取組み

介護保険制度が始まる以前より、市内各支援センターでは各担当地域（重点地区）において、保健センター・社会福祉協議会・行政・デイサービスセンター・民生委員等と対応困難ケースに対して、毎月1回「ケース検討会議」を行って来たが、介護保険が導入に伴い介護保険制度に関する勉強会のような形となり、会議の開催趣旨そのものが不明確となって来た。そこで、各地域団体の活動や地域の社会資源に関する情報交換をする中で「要介護者の発見・把握」「地域課題の把握」「事例研究」「社会資源の集約」「新たなサービスの構築」等をキーワードに名称も「地域ネットワーク会議」に変更し、地域課題について協議・検討する場へと変化させた。

### 2. 地域ケアネットワーク会議における現状の問題点と課題

地域の実情にあった構成メンバーを選定する必要がある。

地域課題に対して継続的な協議・取組みを行っていく必要がある。

地域課題を検討し行政施策へ反映できるようなシステムを早急に整備する必要がある。

地域事情や各支援センター職員の能力格差や意識レベルが異なり、全市的な総合ケアシステム体制としての構築が現状としては困難な状況である。

### 3. 今後に向けて

当支援センターでは隔月開催で地域ケアネットワーク会議を開催してきているが、地域の社会資源の情報交換や見学を行ってきた中で、地域代表の参加者から地域課題に対する問題提起がなされ、新たにいきいきサロンを構築していきたいという意見や参加者間の連携意識が芽生え始めている。

各支援センターで格差はあるものの「地域ケアネットワーク会議」を通して、地域との連携や情報交換を行っていく中で、地域住民が主体となって『だれもが住みなれた地域の中で、安心して豊かに暮らしていく』ための地域づくりへの取組みが始まりつつある状況である。

D - 2	小地域ブロック連絡会への取組み	～地域ネットワーク作り～ 人口 100,000人・高齢化率 20.0% / 地域型
-------	-----------------	--

### 1. 取組みの概要

当センターでは、平成14年11月から担当地区の「ミニ地域ケア会議」（参加者：民生委員、老人会、自治会等、各関係機関の地区担当）更に地区を3地区に分け、「小地域ブロック連絡会」を4ヶ月毎に開催し、地域のネットワーク作りへの取組みを始めた。

### 2. 目的

地域に住む高齢者が自立した生活を送ることが出来るように地域の福祉力を高め、地域でのネットワークを作ること。また地域福祉計画の策定も視野に入れた町づくりを行なう。

### 3. 小地域ブロック連絡会開催の経緯と取組み

「地域で支え合う在宅システムがあれば、サービスや制度の隙間を埋めることが出来るのではないか」という思いから身近な互いに顔の見える関係の中で、情報交換や小さな課題から一つひとつ取り上げ、地域の中で解決できること、関係機関の協力が必要なことを等を明確にする為に当センターが中心となって「ミニ地域ケア会議」を、更に担当地区をよりきめ細かくカバーするために3ブロックに分け「小地域ブロック連絡会」を立ち上げた。会議の結果は、地域ケア会議に報告し、議事録は不参加者或いは、地区選出議員にも渡し、地域での活動状況の理解についての共有化に努めた。

### 4. 小地域ブロック連絡会の効果

顔の見える関係づくりができ、結果として地域の中で潜在化していた課題が少しずつ見えるようになって来た。更には、「そこに住む住民が町づくりをするのだ」という意識が地域に芽生えつつある。

### 5. 今後の課題

現状としては、支援センター主導であり、住民の積極性がやや欠けているところがある。今後は、地域ネットワークの原動力としても住民主体の会議運営にシフトさせていきたいと考えている。

E - 1	<p>「痴呆性老人をかかえる家族の会」設立に向けての支援センターとしての関わり</p> <p>人口 10,000人・高齢化率 20.0% / 基幹型</p>
-------	--

### 1. 事例の概要

介護保険制度に関する周知が進んできた影響か痴呆に関する相談は件数的にはやや減少傾向にある。しかし、地域に潜在化しているケースは決して少なくなく、支援センターに相談として入ってきた時には、介護者が介護放棄に近い状態に陥っている等、非常に深刻な問題に発展している事が多い。そこで、当支援センターが中心となって、痴呆性高齢者を介護する家族等に対して「痴呆」に関する知識、介護方法等の介護教室として、また精神的ストレスを発散できるような気分転換の場として平成15年度より「家族の会」を立ち上げることとなった。

### 2. 具体的な活動内容

基本的な枠組みとしては、前期、後期の2期とし、各期4回連続開催、年間8回開催することとした。

前期4回の開催内容は、「痴呆に関する基礎知識」「痴呆の原因及び症状」「対応困難ケースの対応方法」「家族の実践報告」

講座の後半の時間はフリーの座談会とし、介護に対する悩み等々を自由に話し合う時間とした。

講師には、町内のサービス事業所専門スタッフに依頼

参加者の呼びかけについては、町内のケアマネージャー或いは町福祉課と協働して募集PR

### 3. 活動の成果と評価

「家族の会」の活動を通して、家族が痴呆に関する認識を深める機会となり介護に対する姿勢、気持ちに変化が現れた。また痴呆性高齢者を介護する同じ立場の家族が悩みを共有することの有用性が認識されたことで今後もこのような機会は続けていく必要があり、会の運営にも積極的に関わっていきいたいという介護者も現れ始めた。

### 4. 今後の課題

会への参加者を少しでも多くしていきたいが、「代わりに介護する者がいないからに参加できない」という介護者も少なくなく、代替介護の確保が今後の最も大きな課題と考えている。

現在は支援センター主導で「家族の会」を運営しているが、追々家族主導での運営に切り替え、支援センターは相談役として後方支援に回りたいと考えている。

E - 2	<p>相談援助の専門職の育成としての研修・指導・支援に関する取組み</p> <p>自主学习会による福祉・保健・医療関係職員への支援</p> <p>人口 10,000人・高齢化率 22.0% / 基幹型</p>
-------	--

### 1. 事業の概要

在宅介護支援を実施する上で利用者に関わる関係機関・職種ของทีมケアは必要不可欠であるが、所属機関内での立場等の相違により連携がスムーズに行えない現状があることから、基幹型支援センターが中心となり自主的な勉強会を立ち上げた。

### 2. 事業の目的

介護現場に携わる職員一人ひとりが、自主的に学習する機会を持つことで、ケアに関する共通認識を持ち幅広い視野で利用者に関わることで、ケアの質の向上を目指す。

日常業務の中で抱える不安や悩み等を本音で話し合い、共有したり、解決していくことでポジティブに仕事に向かえるようにする。

福祉・保健・医療従事者のヨコのつながりを深めるため、お互いの専門性を理解し、連携が行えるきっかけ作りを行う

### 3. 事業経過

実施にあたり各事業所管理者への趣旨説明及び関係職員への参加案内を行う。月1回、夜2時間の開催で飲み物代程度の参加費を徴収。開催当初は基幹型支援センターがテーマや内容等を全て決めていたが、回を重ねるにつれ参加者がテーマを決め、当センターは資料や参考文献の準備、場合によっては外部講師への依頼等を行うというスタンスが出来てきた。また、参加者の職種は違えども関わるべき利用者に対しての共通認識やお互いの職種の理解が得られるようになった。

### 4. まとめ

今回の取組みの中で、市町村合併を見据えて町内外の関係機関職員の積極的な参加が得られ、共通認識が持てたことは大きな成果であった。今後更に参加者の自主運営による継続活動が出来るよう基幹型支援センターとして支援していく必要があると考える。

E - 3	介護保険外サービスを実施する有償ボランティア養成 人口 52,000 人・高齢化率 26.0 % / 地域型
-------	---

### 1. 事例概要

介護保険施行以前の措置制度の中でのホームヘルプ事業は、利用申請から決定までの時間もかかり、また利用回数や頻度、時間等の柔軟な対応ができにくく、利用者のニーズに十分な対応を行うことが困難な状況であった。平成 10 年より 3 級ホームヘルパー養成事業を継続して行う中、受講生から修了後も継続して何かやりたいという意見が多くみられたことに着目し、利用者が必要なときに必要なサービスを提供できる体制を作るべく、支援センター職員と修了生を中心に検討を重ねた結果、有償ボランティア組織の発足に至り、利用者の多種多様なニーズに応えるべく公的サービスだけでは補えない部分のサポートを中心に行ってきた。公的サービスとは異なり「気軽に、すぐ利用できる」ということで、発足後利用状況も安定しており、当地域においてはなくてはならないインフォーマルサービスのひとつとなっている。

### 2. 事業実施上の問題点

介護保険制度施行後、ホームヘルパー養成事業の受講者のニーズが介護保険下のヘルパー従事者の条件となる 2 級に変わってきており、3 級の受講希望者の激減により、有償ボランティアに携わる新たな人材の発掘・育成が困難となってきた。

支援センター職員が居宅介護支援事業との兼務をしていることから、ホームヘルパー養成事業や有償ボランティア等に密に関わることが困難となってきた。

### 3. 今後の課題

介護保険制度や支援費制度等の公的サービスやそれに携わる事業所が充実する中、それらの対象外となる利用者のニーズに対応できる有償ボランティアを継続していくにあたり、新たな人材育成のための方策の検討を行うと共に、今後は支援センターが必要なサポート等の後方支援を行いながら有償ボランティアに携わるスタッフが自主的に活動できるよう、ボランティアリーダーの養成を行っていくことも急務であるとする。

E - 4	インフォーマルサポート、「介護者の会」の育成と支援 人口 3,200 人・高齢化率 42.0 % / 基幹型
-------	---

### 1. 事例概要

町内在住の在宅要介護高齢者を介護している家族（介護者）に対し、介護相談や介護指導を個別に実施してきたが、「介護」を通じて同じ思いをもつ家族の仲間意識や集団の支えあいを通じて、介護者のストレス解消やリフレッシュを図ることを目的として平成 6 年より介護者の会を発足。現在、25 名の会員で年 4～6 回の開催をしており、参加できない介護者に対しては 2～3 人の会員と支援センター職員が自宅訪問し介護者の心配事や悩みを直接聴き、介護者の労をねぎらうとともに必要なサービスに結び付ける等、具体的な対応を行っている。

### 2. 支援の目的

在宅介護では、個別対応が効果的なものと介護者同士の支えあいなど集団力学的な影響力が効果的なものがあり、実際に介護をしている介護者同士でなければ理解し合えないことも多いことから、在宅介護支援センターの関わりとして、個別の問題と集団で解決できるものを分類し、より良い解決方法を追究していくことで、在宅支援を効果的に行っていくことを目的とした。

### 3. 活動の成果と効果

介護者同士の感情の理解により心理的虐待の防止に繋がった。

在宅介護の情報交換を行う中で、在宅サービスの利用促進により在宅介護を支援する体制が強化できた。

介護者の支えあいにより仲間意識が生まれ、在宅介護の継続が可能となった。また、介護者の介護疲れの解消ができた。

会員 O B による介護ボランティアの活動が広がった。

### 4. 今後の課題

市町村合併が進行する中、身近な地域の「介護者の会」が現在の規模で継続できるかどうか今後の動向を見ていく必要はあるが、継続していくためにも身近な総合相談窓口である在宅介護支援センターの支援が必要である。

会員である介護者自身の高齢化も進行してきており支援内容が広範囲となってきたことから、より主体的な活動が行えるための支援のあり方を検討する必要がある。

E - 5	地域福祉学習会の取組み 支援センター主催から地域住民主催への転換とその効果 人口 300,000 人・高齢化率 17.0% / 地域型
-------	---

### 1. 取組みの概要

当センターでは、平成9年より地域住民と協働として福祉学習会を開催している。開始当初は、当センターが主催し企画から運営までを全てを担ってきたが、3年後より「福祉教室運営委員会」を設置、主催機関を運営委員会に移管して現在も活動を継続、当センターは事務局的な役割に徹し、あくまで地域住民の自主的な活動をサポートする形として携わっている状況にある。

### 2. 目的

福祉学習会の目的は、地域住民が福祉について共に学び、共に考え、自由に意見が言い合える場とすること。そして地域住民の福祉に対する啓発を促し、近隣の要援護者に自然と目が向き地域で互いに支え合える街づくりへと繋がる事を目的としている。

### 3. 運営委員会組織までの経緯と組織化の意図

在介センター主催では、単なる勉強会であり参加者はお客さん。住民が主体的に学ぼうとする意識付けこそが重要と考え運営委員会の組織化に取り組んだ。具体的な開催テーマは、「介護保険制度」から「高齢者を狙う悪徳商法」、「痴呆とは」、「障害者にやさしい住まい」等々と多岐に亘ってはいるが、その時々に関心の高い内容を取り上げて取り組んでいる状況にある。

### 4. 活動の成果と評価

地域住民の要望を反映しやすく関心が得られやすい。

前面に出なくとも在介センターの存在のPR効果に繋がり結果的に近隣等の一般住民から直接相談が入るようになった。

在宅介護支援センターを中心とした地域ケアネットワークシステム構築への足がかりに繋がった。

しかし、組織化に1年、熟成には足掛け2年は掛かり、地域との協働の困難さを痛感した。

F - 1	<p>支援に拒否的な重度障害児を介護する介護者への支援</p> <p style="text-align: right;">人口 410,000 人 ・ 高齢化率 16.0% / 地域型</p>
-------	---

### 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カ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	<p>知的障害の長女と年老いた両親の支援</p> <p style="text-align: right;">人口 10,000 人 ・ 高齢化率 25.0% / 基幹型</p>
-------	---

### 1. 取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、尿集と膻えた臭いがあった。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。

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。

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。

「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。

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、シャワーチェアへの購入を行い、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ます。

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. 具体的な取組み・経過

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。

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。

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。

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

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。

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

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。

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。

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はなく、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行え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。



F 5	介護保険非該当となった高齢者に対して、支援費制度も含めて取り組んだ事例
人口 1,130,000人・高齢化率 16.0% / 地域型	

### 1. 事例概要

自宅で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、生きがいデイサービスの利用と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

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。

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。

F - 6	アルコール依存症を有する高齢者への対応と支援
人口 1,477人・高齢化率 35.0% / 地域型	

### 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と事。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。

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。

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。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。

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

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。

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。

却施設を利用して、約10tの収集物を廃棄する。

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

痴呆症状を有する83歳、持ち家でのひとり暮らしの女性。夫は戦死、子供はなし。

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）

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

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

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

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。

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	<b>身寄りのない高齢者を地域福祉権利擁護事業につなげ</b> <b>日常的金銭管理を行うに至ったケース</b> 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	<b>痴呆症により支援をしてきていた親戚を敵視し、</b> <b>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</b> 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は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人に集まっていただき、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

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

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必要な福祉用具を提供するよう是正した。

### 2. 経過

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。

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して協議した結果、排除ではなく不相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	<b>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</b> 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った。

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	<b>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</b> 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の話し合いを申し入れをしても遅遅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。
  - 通所利用を2回から3回に増やし夫の負担を軽減する。
  - Aさんが自宅でひとりになる機会を極力無くす。
  - 通所利用時に服薬状況を確認する。
  - 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）から民生委員を經由して当センターに相談が入り、民生委員と同行訪問。Cさん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解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できるようにすることが必要であると考ええる。

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、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

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。

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。

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。

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 畠 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)