

「桑名市における
『地域包括ケアシステム』の構築に向けた
地域課題の把握のための調査
～『地域ケア会議』での個別事例の検討を通じて～」
報告書

平成 26 年 7 月

桑名市地域包括支援センター

報告書の取りまとめにあたって

平成 26 年 1 月、桑名市地域包括ケアシステム推進協議会が発足し、第 1 回協議会を開催しました。地域包括ケアシステムとは、高齢者が認知症になっても、介護が必要になっても、住み慣れた地域で尊厳ある生活を可能な限り継続できる体制をいい、桑名市ではその構築に努めています。

昭和 50 年（1975）にはおおよそ半数の方が自宅で最期を迎えていましたが、平成 22 年（2010）には 8 割以上の方が医療機関で亡くなる状況になっており、35 年の間に大きく様変わりしたといえます。しかし、桑名市民を対象としたアンケート調査によると、自分あるいは家族に介護が必要になった場合の対応に関する質問に対し、過半数の方が自宅での介護を希望し、福祉施設や病院への入所・入院を希望する割合は 3 割にも満たない結果でした。ここに市民の理想とする将来の姿と現実が乖離していることが分かります。

確かに、重篤な状況にあれば、福祉施設や病院で専門的、集中的な介護、治療を受けることが必要です。一方で、重篤な状況になれば、自宅において適切な介護や治療を受けられる環境を整えることで、在宅生活継続の限界点が高められるのではないのでしょうか。そのためには社会資源の充実や、その調整機能を高める取り組みが必要となるのです。このように市民の願いを実現するためにも、地域包括ケアシステムの構築は、桑名市の取り組むべき最も重要な課題といえます。

地域包括ケアシステムの構築には、地域の現状を分析して課題を見出し、目標とする状態を見据え、課題解消に向けた施策を講じることが必要です。ただし、誤った地域課題を解消しても状況の改善は望めません。的確な地域課題の把握が地域包括ケアシステム構築のカギなのです。地域課題はいくつも存在し、その解消を着実に繰り返すことで、徐々に地域包括ケアシステムの実現に近づいていくこととなります。

そこで、桑名市地域包括支援センターでは、地域包括ケアシステム構築にあたり重要なポイントとなる地域課題の把握に焦点をあて、それを目的として実施した地域ケア会議や各種調査の結果を報告します。本報告書に記された地域課題は、まさに現場の視点で捉えた個別事例の検討に基づくものばかりです。本報告書の内容が、桑名市における地域包括ケアシステム構築の一助となることを願っています。

平成 26 年 7 月 11 日

桑名市中央地域包括支援センター

目 次

報告書の取りまとめにあたって	1
目次	2
第1部 地域包括ケアシステム構築に向けた桑名市における地域課題把握のための アンケート調査	5
第1章 調査の概要	5
1-1-1. 調査の目的	5
1-1-2. 調査の概要	6
1-1-3. 回収率	6
資料 地域包括ケアシステム構築に向けた桑名市における地域課題把握のための アンケート調査用紙	7
第2章 調査の結果	17
1-2-1. 設問2 本人と介護者の施設を望む理由	17
1-2-2. 設問2 分析・考察	20
1-2-3. 設問3 高齢者が自宅を離れた要因	21
1-2-4. 設問3 分析・考察	30
1-2-5. 設問4 高齢者が自宅を離れた要因（自由記入）	34
1-2-6. 設問5 事例研究	44
1-2-7. 設問5 分析・考察	83
第3章 地域課題把握のための地域ケア会議（平成26年6月開催）	108
1-3-1. 会議の目的	108
1-3-2. 会議の概要	108
1-3-3. 会議で明らかになった地域課題	109
資料 地域課題把握のための地域ケア会議の開催について（依頼）	113
資料 地域課題把握のための地域ケア会議次第	114
資料 地域課題把握のための地域ケア会議発表記録用紙	115
資料 地域課題把握のための地域ケア会議アンケート用紙	117
資料 地域課題把握のための地域ケア会議アンケート集計結果	118
第2部 個別事例振り返りのための地域ケア会議	120
第1章 会議の概要	120
2-1-1. 会議の目的	120
2-1-2. 会議の概要	120
資料 個別事例振り返りのための地域ケア会議の開催にあたって	121
第2章 東部地域包括支援センター主催の地域ケア会議（第1回）	122

2-2-1. 会議の概要	122
2-2-2. 本人の概要	122
2-2-3. 会議で明らかになった地域課題	123
第3章 東部地域包括支援センター主催の地域ケア会議（第2回）	125
2-3-1. 会議の概要	125
2-3-2. 本人の概要	125
2-3-3. 会議で明らかになった地域課題	126
第4章 西部地域包括支援センター主催の地域ケア会議	128
2-4-1. 会議の概要	128
2-4-2. 本人の概要	128
2-4-3. 会議で明らかになった地域課題	129
第5章 南部地域包括支援センター主催の地域ケア会議	131
2-5-1. 会議の概要	131
2-5-2. 本人の概要	131
2-5-3. 会議で明らかになった地域課題	132
第6章 北部地域包括支援センター（多度）主催の地域ケア会議	134
2-6-1. 会議の概要	134
2-6-2. 本人の概要	134
2-6-3. 会議で明らかになった地域課題	135
第7章 北部地域包括支援センター（長島）主催の地域ケア会議	137
2-7-1. 会議の概要	137
2-7-2. 本人の概要	137
2-7-3. 会議で明らかになった地域課題	138
第3部 桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査	141
第3部・第4部の取りまとめにあたって	141
第1章 調査の概要	143
3-1-1. 調査の概要	143
第2章 調査の結果（細分類調査）	144
3-2-1. 細分類要因項目の詳細	144
3-2-2. 制度重複の内訳	146
第3章 調査の結果（大分類調査）	148
3-3-1. 大分類要因項目の詳細	148
第4章 自由記入欄によるその他の要因について	150
3-4-1. その他記載内容	150
第5章 分析・考察	153
3-5-1. 分析・考察	153

第6章	地域課題に対する市の取り組み	155
3-6-1.	法福連携研修会の開催	155
資料	平成24年度桑名市地域包括支援センター権利擁護研修会高齢者虐待 防止研修会次第	157
資料	平成25年度桑名市地域包括支援センター権利擁護研修会高齢者虐待 防止研修会次第	158
3-6-2.	法務専門職向け「認知症サポーター養成講座」の開催	159
資料	法務専門職向け「認知症サポーター養成講座」開催のご案内	160
資料	法務専門職向け「認知症サポーター養成講座」次第	162
3-6-3.	地域包括支援センター研修会「経済的課題を抱えた困難事例 の対応について」の開催	163
資料	平成25年度桑名市地域包括支援センター研修会次第	164
3-6-4.	医療同意・身元保証・身元引受に関する県への要望書提出	165
第7章	学会発表	167
3-7-1.	学会発表	167
資料	桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査について ～地域包括ケアシステムのボトムアップ構築法確立を目指して～	168
資料	桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査について <補足資料>	170
第4部	桑名市における高齢者「単身」「のみ」世帯の生活上の困りごと調査	174
第1章	調査の概要	174
4-1-1.	調査の目的	174
4-1-2.	調査の概要	175
第2章	調査の結果	176
4-2-1.	調査の結果	176
第3章	項目別具体例の紹介	180
4-3-1.	生活上の困りごと項目の具体例	180
資料	困難事例要因調査（全国版）	183
資料	1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること	184
第4章	地域課題把握のための地域ケア会議（平成25年12月開催）	185
4-4-1.	会議の目的	185
4-4-2.	会議の概要	185
4-4-3.	会議で明らかになった地域課題	185
おわりに		187

第1部 地域包括ケアシステム構築に向けた

桑名市における地域課題把握のためのアンケート調査

地域包括ケアシステムを実現するためには、桑名市における地域課題を把握し、その解消が求められる。しかし、地域課題が誤っているといくら課題を解消しても地域包括ケアシステム構築には近づかない。そのため、的確な地域課題把握が求められることになる。桑名市では、最終報告書取りまとめにあたり、「地域包括ケアシステム構築に向けた桑名市における地域課題把握のためのアンケート調査」を実施し、地域課題把握の資料とすることとした。

第1章 調査の概要

<1-1-1. 調査の目的>

本調査は、桑名市における地域課題の把握を目的として実施した。

桑名市では、高齢者が住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けられる「地域包括ケアシステム」の実現を目指しており、その具体策を検討するには、高齢者の地域生活継続を阻害する要因を明らかにし、地域課題を的確に把握することが必要である。見つけ出された地域課題を個別に検討し、解消していくことで、地域包括ケアシステムの構築を進めていくことが可能となる。

地域課題の抽出方法はひとつに限らず、複数の方法を用いて多角的な視点から抽出するべきであるが、桑名市では、ひとつの手法としてアンケート調査を実施することとした。対象は、多くの高齢者と接している居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センターの職員および桑名市高齢者福祉相談員で、高齢者が住み慣れた地域を離れる要因等について設問を設けた。

< 1-1-2. 調査の概要 >

- 調査名称** : 平成 25 年度地域包括ケアシステム構築に向けた桑名市における地域課題把握のためのアンケート調査
- 調査期間** : 平成 26 年 3 月 10 日 (月) ~ 3 月 24 日 (月) 15 日間
- 調査主体** : 桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課中央地域包括支援センター
(桑名市中央地域包括支援センター)
- 調査目的** : 桑名市における地域課題の把握
- 調査方法** : 事業所ごとに対象者数分の調査用紙を送付
記入後個別に郵送により提出する方式。
- 調査対象** : 桑名市内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員
桑名市内の全小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員
桑名市内の全地域包括支援センターの職員
桑名市高齢者福祉相談員 (※)
※平成 26 年 4 月より地域包括支援相談員に制度変更

< 1-1-3. 回収率 >

回収率 : 90.5% (143 通回収)

事業所種別	事業所数	対象者数	回収枚数 (構成割合)	回収率
居宅介護支援事業所	40	114	101 (70.6%)	88.6%
小規模多機能型居宅介護事業所	5	5	5 (3.5%)	100.0%
地域包括支援センター	5	31	31 (21.7%)	100.0%
高齢者福祉相談員	3	8	6 (4.2%)	75.0%
合 計	53	158	143 (100.0%)	90.5%



地域包括ケアシステム構築に向けた



桑名市における地域課題把握のためのアンケート調査

【本調査の趣旨】

桑名市では、高齢者が住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けられる「地域包括ケアシステム」の実現を目指しています。言い換えれば、高齢者が地域生活を継続できる限界点を高めることであり、その具体策を検討するためには、高齢者の地域生活継続を阻害する要因を明らかにし、地域課題を抽出することが必要とされています。

介護保険法にも「保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。」(第2条第2項)、「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」(第2条第4項)等とあり、『①介護予防(=要介護状態となることの予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止)に資するサービス』、および『②在宅生活の限界点を高めるサービス』の提供が、まさに求められています。

そこで、桑名市内の居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センターの職員および高齢者福祉相談員を対象に、地域課題把握のためのアンケート調査を実施したいと考えております。本調査は、自宅での生活を終え、施設入所を選択した高齢者の背景要因を明らかにすることで地域における課題を見出すことを目指し、その結果は今後の施策の貴重な参考資料として活用させていただきます。

お忙しいところ申し訳ありませんが、本調査の趣旨をご理解のうえ、何卒ご協力いただきますようお願い致します。

【回答・提出方法】

介護支援専門員ごとに回答していただいた後、アンケート調査用紙を同封の返信用封筒に入れ、平成26年3月24日(月)までに投函ください。

【調査結果の公表】

本調査の結果を基とした報告書(『「地域包括ケアシステム構築に向けた桑名市における地域課題把握のための調査」最終報告書』(仮称))を、桑名市ホームページの「地域包括ケアシステム」において発表する予定です。

【調査主体・お問い合わせ】

桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課地域包括支援センター

〒511-8601 桑名市中央町2丁目37番地 担当：西村、佐原

TEL 0594-24-5104 FAX 0594-27-3273

～ご協力よろしくお願ひ致します～

設問3

高齢者が、在宅生活を継続するために支障となっている事項、言い換えれば「これができれば、これを克服すれば、もっと在宅での生活ができる」と考えられる事項を選び、を記入してください（いくつでも）。

なお、回答は記入される方個人の判断で結構です。

（IADLに関する要因）

- | | | |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 買い物 | <input type="checkbox"/> 調理 | <input type="checkbox"/> そうじ |
| <input type="checkbox"/> 大そうじ、介護保険で対応できない部分のそうじ、電球交換、家具移動 | | |
| <input type="checkbox"/> ごみ出し | <input type="checkbox"/> 洗濯 | <input type="checkbox"/> 服薬管理 |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理 | <input type="checkbox"/> 通院時の移動 | <input type="checkbox"/> 通院以外の移動 |

（ADLに関する要因）

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 入浴 | <input type="checkbox"/> 排泄・トイレ | <input type="checkbox"/> 食事 |
| <input type="checkbox"/> 更衣・整容 | <input type="checkbox"/> 口腔ケア | <input type="checkbox"/> 屋内の移動・車いすの移乗 |

（認知症に関する要因）

- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 徘徊の不安 | <input type="checkbox"/> 日中の見守り・介護 | <input type="checkbox"/> 夜間の見守り・介護 |
| <input type="checkbox"/> 火の不始末 | <input type="checkbox"/> 屋内転倒の不安 | <input type="checkbox"/> 急変時の不安 |
| <input type="checkbox"/> 暴言、暴力、幻覚、妄想などの対応 | | <input type="checkbox"/> 周囲の認知症の理解不足 |
| <input type="checkbox"/> 家電の使用方法 | <input type="checkbox"/> 消費生活被害 | <input type="checkbox"/> 万引きなどの触法行為 |
| <input type="checkbox"/> 近隣への迷惑行為（大声、深夜の訪問、繰り返し電話など） | | |
| <input type="checkbox"/> 認知症高齢者を在宅で見る漠然とした不安 | | |

（介護者に関する要因）

- | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 介護疲れ・介護負担 | <input type="checkbox"/> 介護者の疾患・障害 | <input type="checkbox"/> 身寄りがない、支援者不在 |
| <input type="checkbox"/> 地域とのつながりがない | | <input type="checkbox"/> 老老介護、認認介護 |
| <input type="checkbox"/> 虐待 | <input type="checkbox"/> 入院・入所等の保証人不在 | |
| <input type="checkbox"/> 医療同意の署名者不在 | | <input type="checkbox"/> 介護知識・技術の不足 |
| <input type="checkbox"/> 介護を担うこと、介護量への漠然とした不安 | <input type="checkbox"/> 介護者同士の交流不足 | |
| <input type="checkbox"/> 施設は安心という漠然とした介護者の期待 | | |

（本人に関する要因）

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自殺企図 | <input type="checkbox"/> 難しい性格、気質 | <input type="checkbox"/> 閉じこもり、引きこもり |
| <input type="checkbox"/> サービス等の拒否 | <input type="checkbox"/> 無気力、意欲低下 | <input type="checkbox"/> 家族との意見相違 |
| <input type="checkbox"/> 施設は安心という漠然とした本人の期待 | | |

(環境的な要因)

- 屋内住環境の整備
- ひとり暮らし
- 社会的孤立
- 安否確認手段
- 公共交通機関の利用が不便、駅・停留所が遠い
- 近隣にスーパー、商店などの商業施設がない
- 2階以上の住居
- 階段が急、狭い、高い
- 屋外の坂道、勾配
- 訪問系事業者の不足
- 通所系事業者の不足
- 高齢者の就労支援
- 自立、軽度の高齢者の利用できる社会資源の不足
- サークル、教室、ボランティア活動などの社会資源不足、または連携不足

(経済的な要因)

- 低収入、無収入
- 債務整理、多重債務
- 浪費、ギャンブル

(医療に関する要因)

- 急性期医療機関不足
- 回復期医療機関不足
- 診療所不足
- 医療連携
- 在宅診療、往診、看取りのできる医療機関不足
- 認知症に対応できる医療機関不足
- 透析
- 在宅診療、往診できる歯科医院不足

(支援者等に関する要因)

- 事業所同士の連携
- スキルアップ、自己啓発機会が少ない
- 保険外事業者との連携
- 介護保険施設との連携
- 民生委員、自治会長、NPOなどとの連携
- 保険者（市役所）との連携
- 地域包括支援センターとの連携
- 障害部門との連携
- 児童部門との連携
- 介護保険の支給限度額内でのサービス調整が困難
- 弁護士、司法書士などとの連携
- ターミナルの介護調整
- 困難事例の対応方法が分からない
- 医療、難病、障害など他の制度・サービスが分かりにくい
- 成年後見制度、地域福祉権利擁護事業が分かりにくい
- ひとり暮らし高齢者を在宅で見る漠然とした不安
- 症状が急変する可能性のある高齢者を在宅で見る漠然とした不安
- 転倒のおそれがある高齢者を在宅で見る漠然とした不安
- 在宅で看取りをすることの漠然とした不安
- 在宅介護に対する本人の漠然とした不安を解消できない
- 在宅介護に対する家族の漠然とした不安を解消できない

設問 4

設問 3 で設定した項目以外に、在宅生活継続の障害となる要因があればご記入ください。今後の参考とするため、思いつく限りたくさん記入してください。

設問 5 (計画作成をしている方のみ)

回答される方が担当する利用者で、自宅での生活から施設(※)入所・入居となった直近 5 名について、該当する項目に☑を記入してください。

なお、入所理由については、記入される方個人の判断で結構です。また、5 名未満の場合は担当された人数で結構です。

※ 本調査における「施設」とは…介護保険施設 3 施設 (介護療養型医療施設・介護老人保健施設・介護老人福祉施設＝特別養護老人ホーム) の他、自宅を離れた要因に着目するため、本来は「在宅扱い」とされる以下の施設も含みます。

有料老人ホーム 軽費老人ホーム ケアハウス サービス付き高齢者向け住宅
シルバーハウジング (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
旧 (適合) 高齢者専用賃貸住宅 (高専賃) 旧高齢者円滑入居住宅 (高円賃)
旧高齢者優良賃貸住宅 (高優賃)

《養護老人ホームへの措置入所は本調査では除外してください》

利用者 1

- ・ 性別 男 女
- ・ 生活状況 独居 高齢者のみ 家族と同居
- ・ 小学校区 (分からない場合はお住まいの町名または自治会名)
 - 精義・立教・城東・修徳・大成 日進・益世・城南
 - 桑部・在良・七和・久米・星見ヶ丘 大和・深谷
 - 大山田東・大山田西・大山田南・大山田北・藤が丘
 - 多度東・多度中・多度北・多度青葉 長島中部・長島北部・伊曾島
 - 分からない場合の町名または自治会名 ()
- ・ 入所時の年齢 40～64歳 65～74歳
75～84歳 85歳以上
- ・ 入所時の要介護度 自立 要支援1・2
要介護1・2・3 要介護4・5
- ・ 認知症の有無 有 無
- ・ 入所前の入院の有無 有 (自宅⇒入院⇒入所) 無 (自宅⇒入所)
- ・ 入所施設の種別 特養 老健 療養型
グループホーム 有料 サ高住
軽費・ケアハウス 高専貸・高円貸・高優貸
その他 ()
- ・ 入所理由 (いくつでも)
 - 急変の不安 転倒の不安 疾患・障害・身体状況
 - 見守りの不安 火の不始末 介護者の負担が大きい
 - 服薬管理 経済的事情 常時・夜間の対応が必要
 - 漠然とした不安 認知症の進行 家族・介護者がいない
 - 金銭管理 食事の確保が困難 支給限度額不足
 - 介護者の希望 本人の希望 在宅医療の限界
 - 買い物が困難 外出・通院が困難 自宅と周辺の住環境
 - その他

[]

- ・ 本事例において、本人が地域で暮らしていくためには何が必要(不足)だったでしょうか。回答される方個人の判断で結構ですので、記入してください。

[]

利用者2

- ・ 性別 男 女
- ・ 生活状況 独居 高齢者のみ 家族と同居
- ・ 小学校区 (分からない場合はお住まいの町名または自治会名)
 - 精義・立教・城東・修徳・大成 日進・益世・城南
 - 桑部・在良・七和・久米・星見ヶ丘 大和・深谷
 - 大山田東・大山田西・大山田南・大山田北・藤が丘
 - 多度東・多度中・多度北・多度青葉 長島中部・長島北部・伊曾島
 - 分からない場合の町名または自治会名 ()
- ・ 入所時の年齢 40～64歳 65～74歳
75～84歳 85歳以上
- ・ 入所時の要介護度 自立 要支援1・2
要介護1・2・3 要介護4・5
- ・ 認知症の有無 有 無
- ・ 入所前の入院の有無 有 (自宅⇒入院⇒入所) 無 (自宅⇒入所)
- ・ 入所施設の種別 特養 老健 療養型
グループホーム 有料 サ高住
軽費・ケアハウス 高専貸・高円貸・高優貸
その他 ()
- ・ 入所理由 (いくつでも)
 - 急変の不安 転倒の不安 疾患・障害・身体状況
 - 見守りの不安 火の不始末 介護者の負担が大きい
 - 服薬管理 経済的事情 常時・夜間の対応が必要
 - 漠然とした不安 認知症の進行 家族・介護者がいない
 - 金銭管理 食事の確保が困難 支給限度額不足
 - 介護者の希望 本人の希望 在宅医療の限界
 - 買い物が困難 外出・通院が困難 自宅と周辺の住環境
 - その他

()

- ・ 本事例において、本人が地域で暮らしていくためには何が必要(不足)だったでしょうか。回答される方個人の判断で結構ですので、記入してください。

()

利用者3

- ・ 性別 男 女
- ・ 生活状況 独居 高齢者のみ 家族と同居
- ・ 小学校区（分からない場合はお住まいの町名または自治会名）
 - 精義・立教・城東・修徳・大成 日進・益世・城南
 - 桑部・在良・七和・久米・星見ヶ丘 大和・深谷
 - 大山田東・大山田西・大山田南・大山田北・藤が丘
 - 多度東・多度中・多度北・多度青葉 長島中部・長島北部・伊曾島
 - 分からない場合の町名または自治会名（ ）
- ・ 入所時の年齢 40～64歳 65～74歳
75～84歳 85歳以上
- ・ 入所時の要介護度 自立 要支援1・2
要介護1・2・3 要介護4・5
- ・ 認知症の有無 有 無
- ・ 入所前の入院の有無 有（自宅⇒入院⇒入所） 無（自宅⇒入所）
- ・ 入所施設の種別 特養 老健 療養型
グループホーム 有料 サ高住
軽費・ケアハウス 高専貸・高円貸・高優貸
その他（ ）
- ・ 入所理由（いくつでも）
 - 急変の不安 転倒の不安 疾患・障害・身体状況
 - 見守りの不安 火の不始末 介護者の負担が大きい
 - 服薬管理 経済的事情 常時・夜間の対応が必要
 - 漠然とした不安 認知症の進行 家族・介護者がいない
 - 金銭管理 食事の確保が困難 支給限度額不足
 - 介護者の希望 本人の希望 在宅医療の限界
 - 買い物が困難 外出・通院が困難 自宅と周辺の住環境
 - その他

[]

- ・ 本事例において、本人が地域で暮らしていくためには何が必要（不足）だったでしょうか。回答される方個人の判断で結構ですので、記入してください。

[]

利用者 4

- ・ 性別 男 女
- ・ 生活状況 独居 高齢者のみ 家族と同居
- ・ 小学校区 (分からない場合はお住まいの町名または自治会名)
 - 精義・立教・城東・修徳・大成 日進・益世・城南
 - 桑部・在良・七和・久米・星見ヶ丘 大和・深谷
 - 大山田東・大山田西・大山田南・大山田北・藤が丘
 - 多度東・多度中・多度北・多度青葉 長島中部・長島北部・伊曾島
 - 分からない場合の町名または自治会名 ()
- ・ 入所時の年齢 40～64歳 65～74歳
75～84歳 85歳以上
- ・ 入所時の要介護度 自立 要支援1・2
要介護1・2・3 要介護4・5
- ・ 認知症の有無 有 無
- ・ 入所前の入院の有無 有 (自宅⇒入院⇒入所) 無 (自宅⇒入所)
- ・ 入所施設の種別 特養 老健 療養型
グループホーム 有料 サ高住
軽費・ケアハウス 高専賃・高円賃・高優賃
その他 ()
- ・ 入所理由 (いくつでも)
 - 急変の不安 転倒の不安 疾患・障害・身体状況
 - 見守りの不安 火の不始末 介護者の負担が大きい
 - 服薬管理 経済的事情 常時・夜間の対応が必要
 - 漠然とした不安 認知症の進行 家族・介護者がいない
 - 金銭管理 食事の確保が困難 支給限度額不足
 - 介護者の希望 本人の希望 在宅医療の限界
 - 買い物が困難 外出・通院が困難 自宅と周辺の住環境
 - その他

()

- ・ 本事例において、本人が地域で暮らしていくためには何が必要(不足)だったでしょうか。回答される方個人の判断で結構ですので、記入してください。

()

利用者5

- ・ 性別 男 女
- ・ 生活状況 独居 高齢者のみ 家族と同居
- ・ 小学校区 (分からない場合はお住まいの町名または自治会名)
 - 精義・立教・城東・修徳・大成 日進・益世・城南
 - 桑部・在良・七和・久米・星見ヶ丘 大和・深谷
 - 大山田東・大山田西・大山田南・大山田北・藤が丘
 - 多度東・多度中・多度北・多度青葉 長島中部・長島北部・伊曾島
 - 分からない場合の町名または自治会名 ()
- ・ 入所時の年齢 40～64歳 65～74歳
75～84歳 85歳以上
- ・ 入所時の要介護度 自立 要支援1・2
要介護1・2・3 要介護4・5
- ・ 認知症の有無 有 無
- ・ 入所前の入院の有無 有 (自宅⇒入院⇒入所) 無 (自宅⇒入所)
- ・ 入所施設の種別 特養 老健 療養型
グループホーム 有料 サ高住
軽費・ケアハウス 高専賃・高円賃・高優賃
その他 ()
- ・ 入所理由 (いくつでも)
 - 急変の不安 転倒の不安 疾患・障害・身体状況
 - 見守りの不安 火の不始末 介護者の負担が大きい
 - 服薬管理 経済的事情 常時・夜間の対応が必要
 - 漠然とした不安 認知症の進行 家族・介護者がいない
 - 金銭管理 食事の確保が困難 支給限度額不足
 - 介護者の希望 本人の希望 在宅医療の限界
 - 買い物が困難 外出・通院が困難 自宅と周辺の住環境
 - その他

[]

- ・ 本事例において、本人が地域で暮らしていくためには何が必要(不足)だったでしょうか。回答される方個人の判断で結構ですので、記入してください。

[]

～ご協力ありがとうございました～

第2章 調査の結果

<1-2-1. 設問2 本人と介護者の施設を望む理由>

設問1は、回答者の所属事業所名、氏名、職種など属性に関する設問であり、省略する。

設問2は、「高齢者本人、介護者が施設を望む理由は何だと思えますか。以下の項目から意思決定への影響が大きい順に番号をそれぞれ記入してください（上位5つ）」という内容である。本人と介護者それぞれについて、施設入所を望む理由、あるいは入所を決定した意思形成に大きく影響する要因を問うものであった。選択肢は基本的には同じ内容としたが、「6」については本人に関しては「介護負担への遠慮」、介護者に関しては「介護負担の不安」とした。

集計にあたっては、第1順位に記された選択肢に5点を付与し、以下、第2順位に4点、第3順位に3点、第4順位に2点、第5順位に1点を付与した。

集計結果は以下の通りであった。

○本人

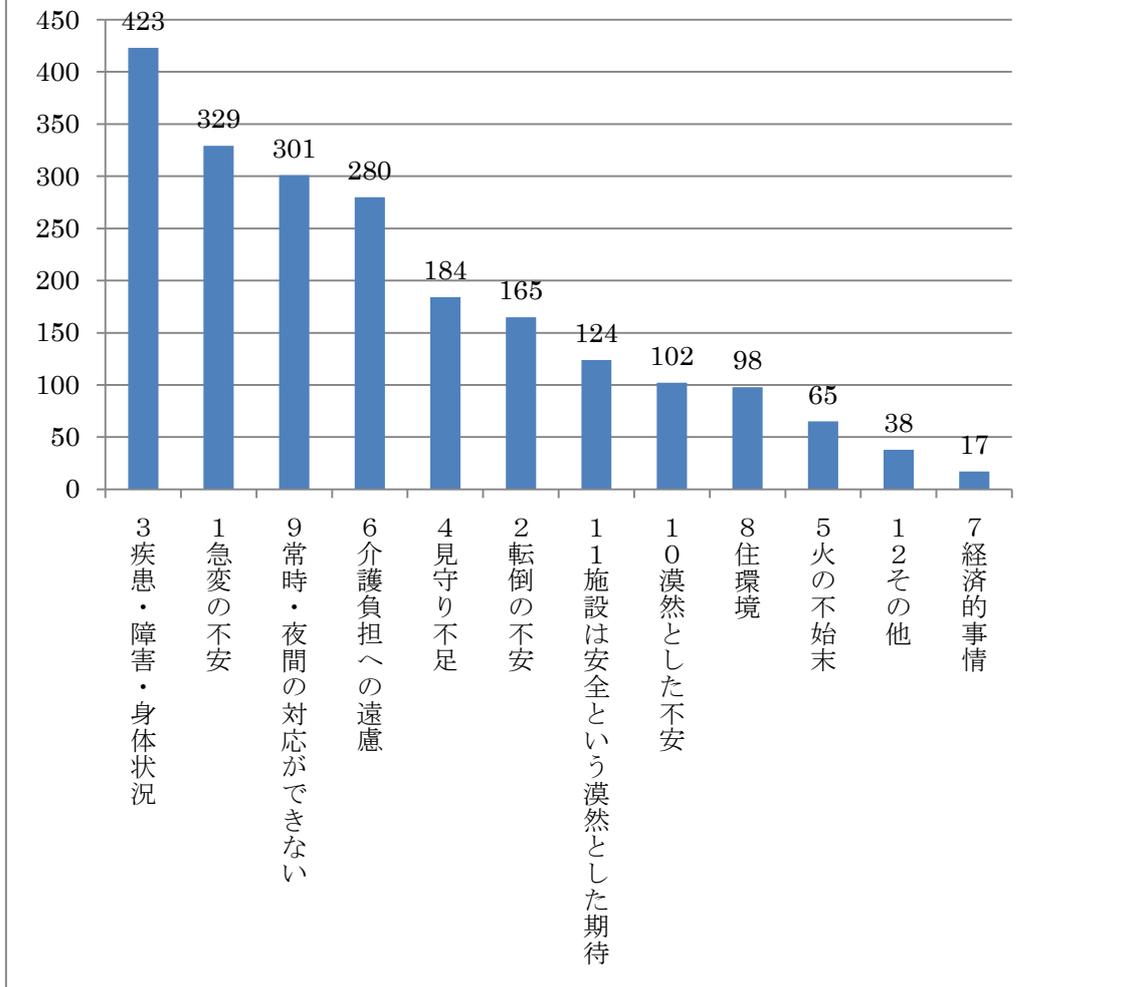
設 問	本 人	(参考) 介護者
3疾患・障害・身体状況	423	355
1急変の不安	329	269
9常時・夜間の対応ができない	301	403
6介護負担への遠慮	280	387
4見守り不足	184	214
2転倒の不安	165	117
11施設は安全という漠然とした期待	124	106
10漠然とした不安	102	80
8住環境	98	52
5火の不始末	65	115
12その他	38	12
7経済的事情	17	31
合 計	2126	2141

○介護者

設 問	介護者	(参考) 本人
9常時・夜間の対応ができない	403	301
6介護負担への不安	387	280
3疾患・障害・身体状況	355	423
1急変の不安	269	329
4見守り不足	214	184
2転倒の不安	117	165
5火の不始末	115	65
11施設は安全という漠然とした期待	106	124
10漠然とした不安	80	102
8住環境	52	98
7経済的事情	31	17
12その他	12	38
合 計	2141	2126

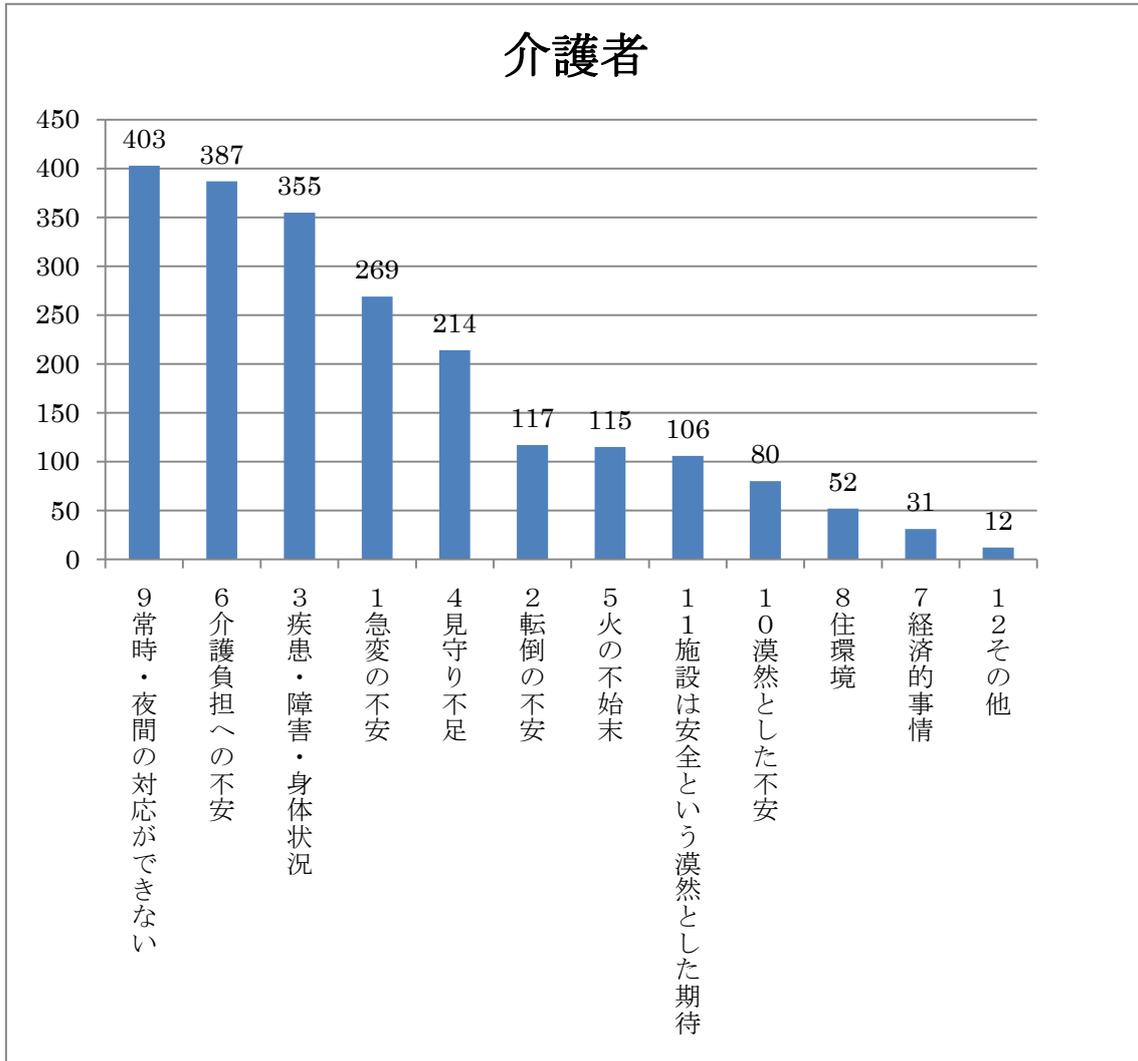
※ 未記入・未回答等もあり、合計点数は一致していない。

本人

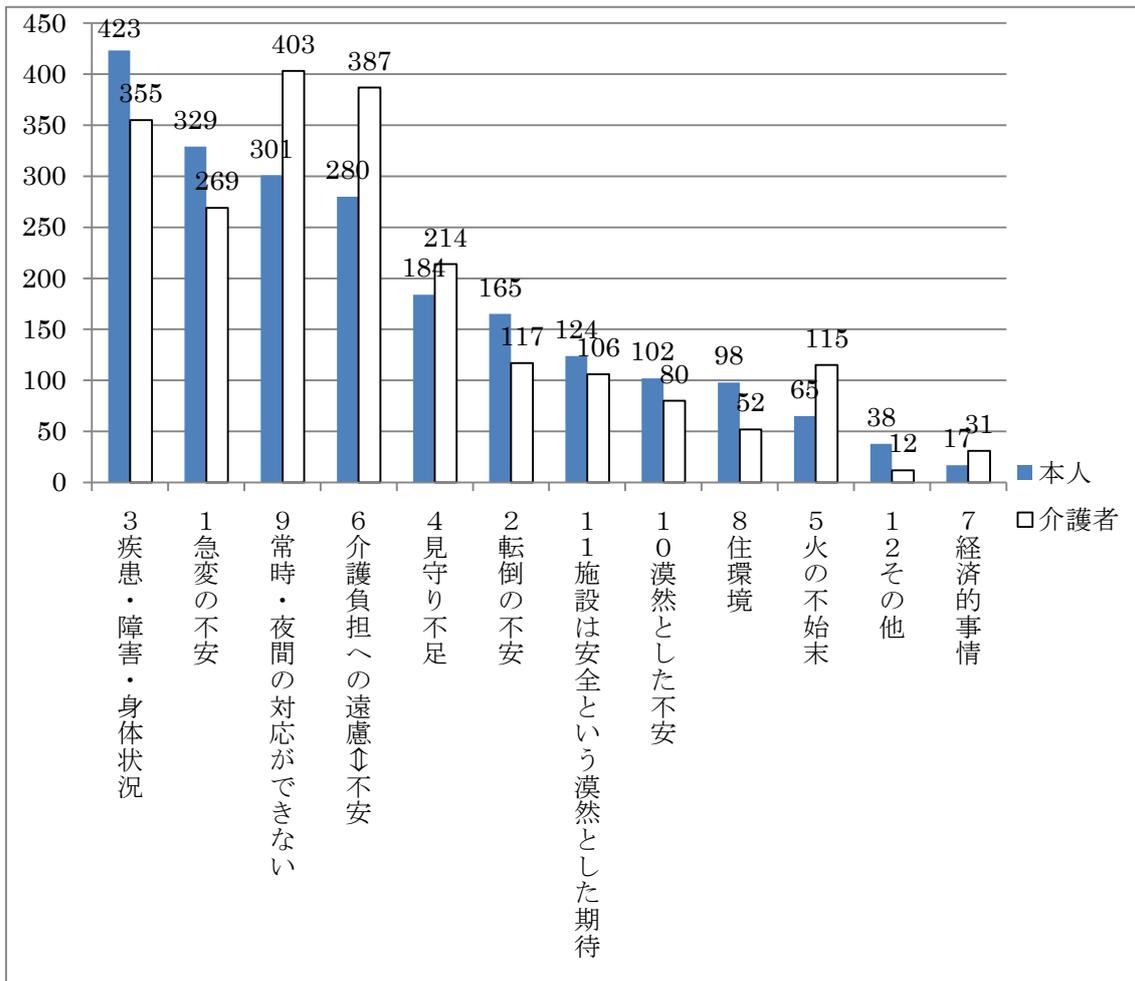


本人が施設入所を望む理由には、「3. 疾患・障害・身体状況」が423点で最も高かった。続いて「1. 急変の不安」「9. 常時・夜間の対応ができない」「4. 見守り不安」「2. 転倒の不安」等が並び、何かが起こった際の対応ができないことへの不安が上位を占めている。特徴的なのは、「介護負担への遠慮」が上位にあるとはいえ、第4位に過ぎないことである。

介護者



介護者が施設入所を望む理由には、「9. 常時・夜間の対応ができない」が403点で最も高かった。次いで「6. 介護負担への不安」があがっている。次に「3. 疾患・障害・身体状況」があげられ、その後は「1. 急変の不安」「4. 見守りの不安」「2. 転倒の不安」「5. 火の不始末」といった見守りに関する不安項目が並ぶ。特徴的なのは「6. 介護負担への不安」が第2順位と高順位にあげられていることである。



< 1-2-2. 設問2 分析・考察 >

本人では「3. 疾患・障害・身体状況」「2. 急変の不安」が上位に並び、自らの心身の状況を考慮したうえで在宅生活の限界を考えている様子が伺える。

次いで「9. 常時・夜間の対応ができない」があがり、何らかの事態が生じた際の対応ができないことへの不安が読み取れる。

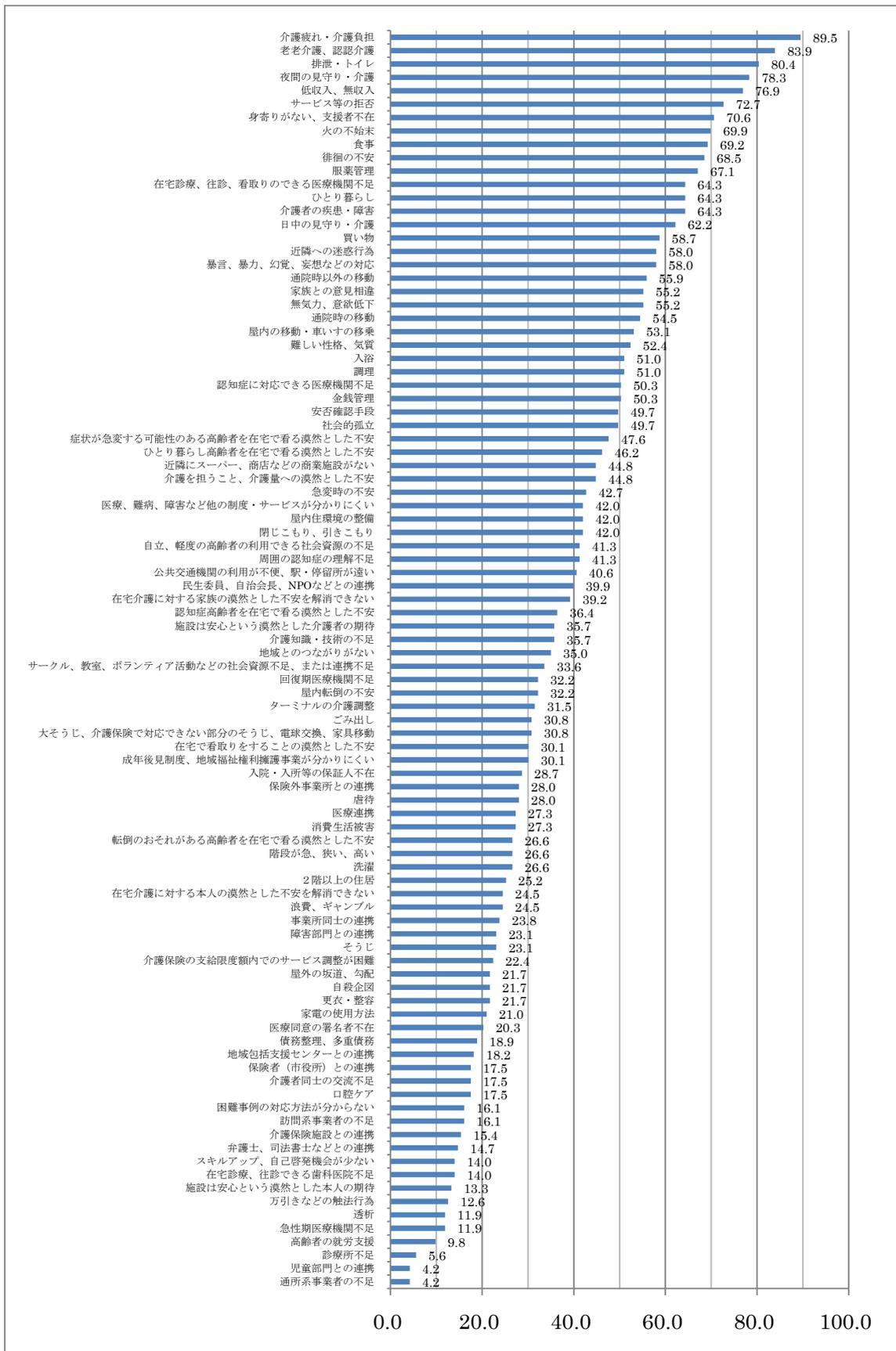
一方で、介護者では「9. 常時・夜間の対応ができない」「6. 介護負担への不安」という介護に対する不安があげられている。介護・医療・福祉に関する知識の少ない介護者は、いったいいつまで続くのか、どれだけ介護の手間がかかるのか、今後はどうなっていくのかといった不安が生じ、将来についての見通しが立たないことから施設入所を検討する様子が伺える。

いずれにも上位であげられた項目は、「1. 急変の不安」「4. 見守り不足」「2. 転倒の不安」であった。本人、介護者のいずれもがちょっとした支援や見守りがなく、24時間の対応ができないことへの不安が背景にあると考えられる。

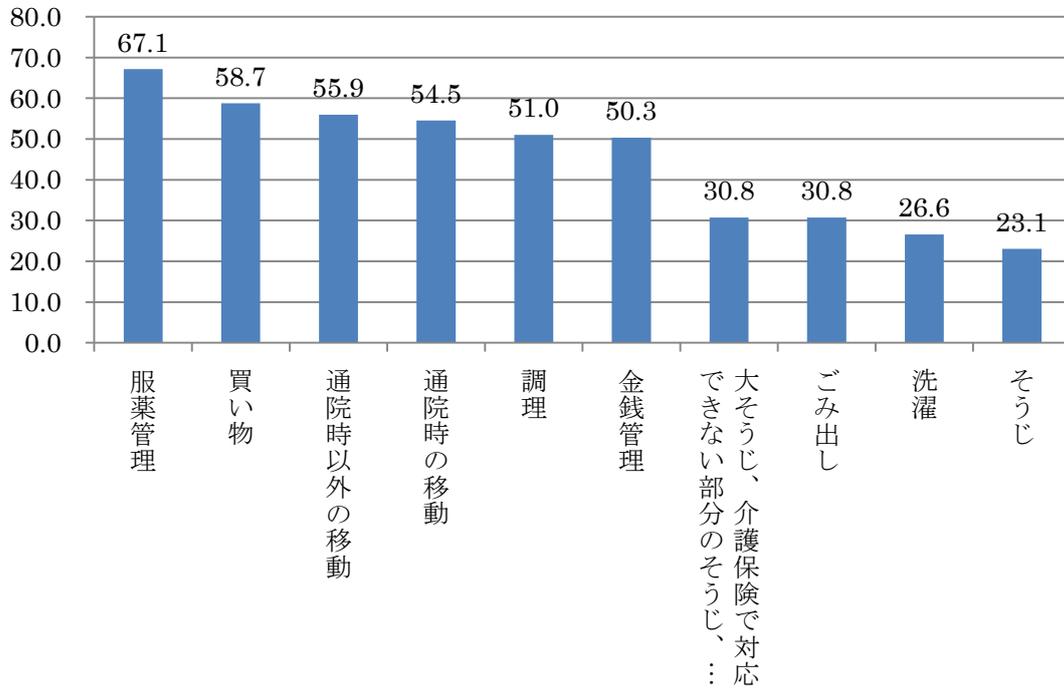
なお、「5. 火の不始末」は介護者で顕著なことが特徴的である。

< 1-2-3. 設問3 高齢者が自宅を離れた要因 >

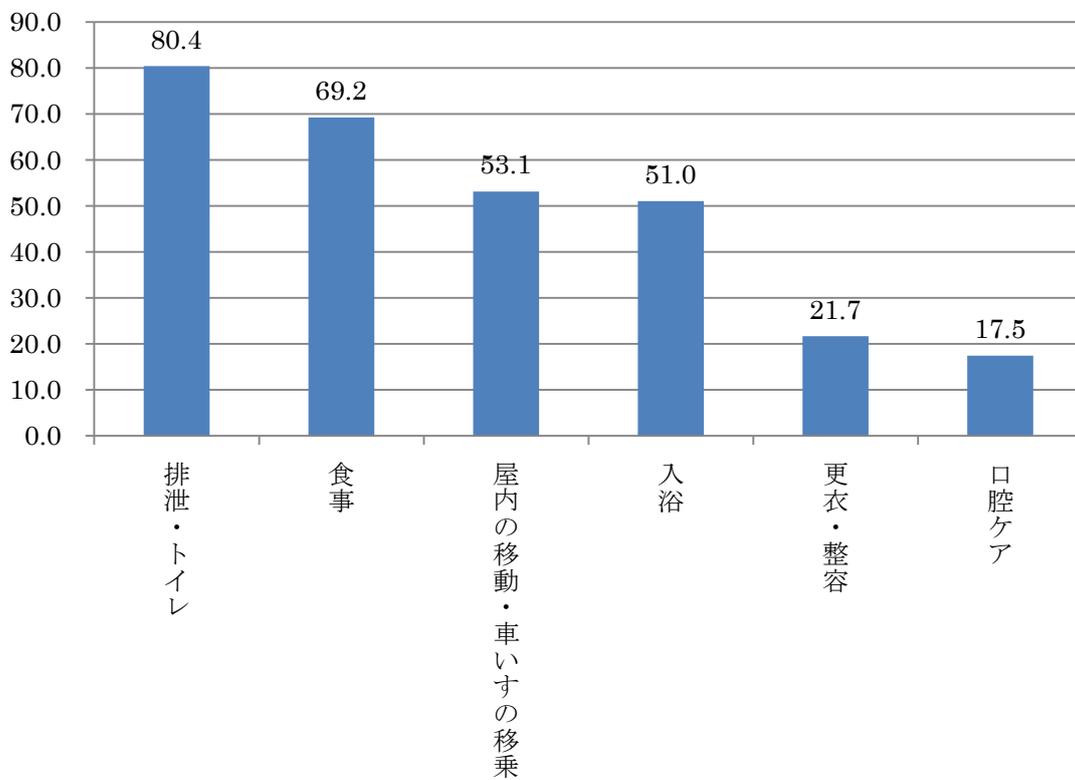
設問3は、「高齢者が、在宅生活を継続するために支障となっている事項、言い換えれば『これができれば、これを克服すれば、もっと在宅での生活ができる』と考えられる事項を選び、を記入してください」という内容であり、複数回答可としている。本設問は、高齢者と接する機会の多い回答者の視点から、自宅を離れた要因を問うものであった。選択肢は IADL に関する要因 10 項目、ADL に関する要因 6 項目、認知症に関する要因 13 項目、介護者に関する要因 12 項目、本人に関する要因 7 項目、環境的な要因 14 項目、経済的な要因 3 項目、医療に関する要因 8 項目、支援者等に関する要因 21 項目の合計 9 グループ 94 項目を提示し、該当する項目をチェックしてもらう形式をとった。集計結果は次頁の通りであった。



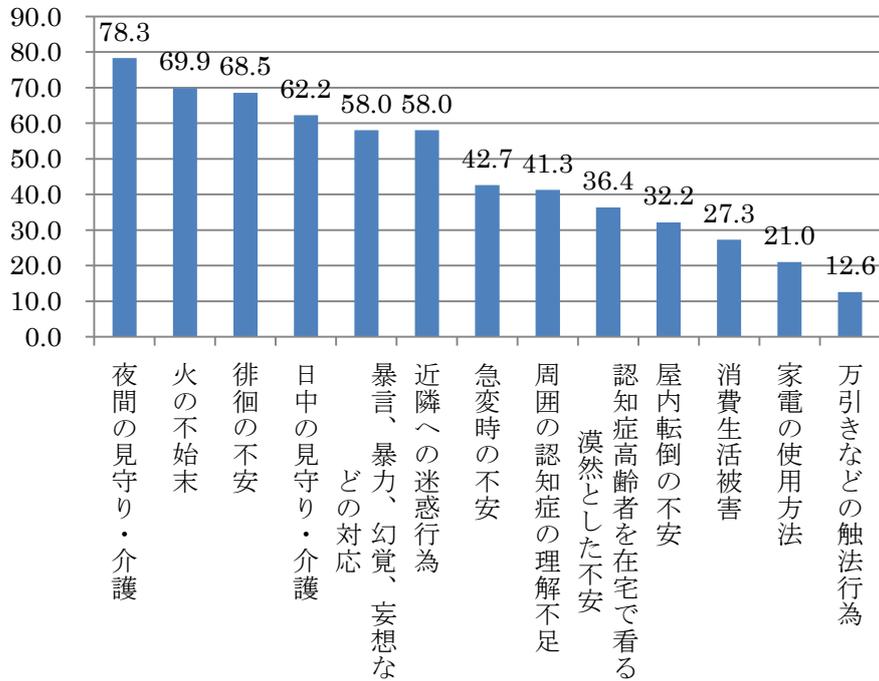
IADL



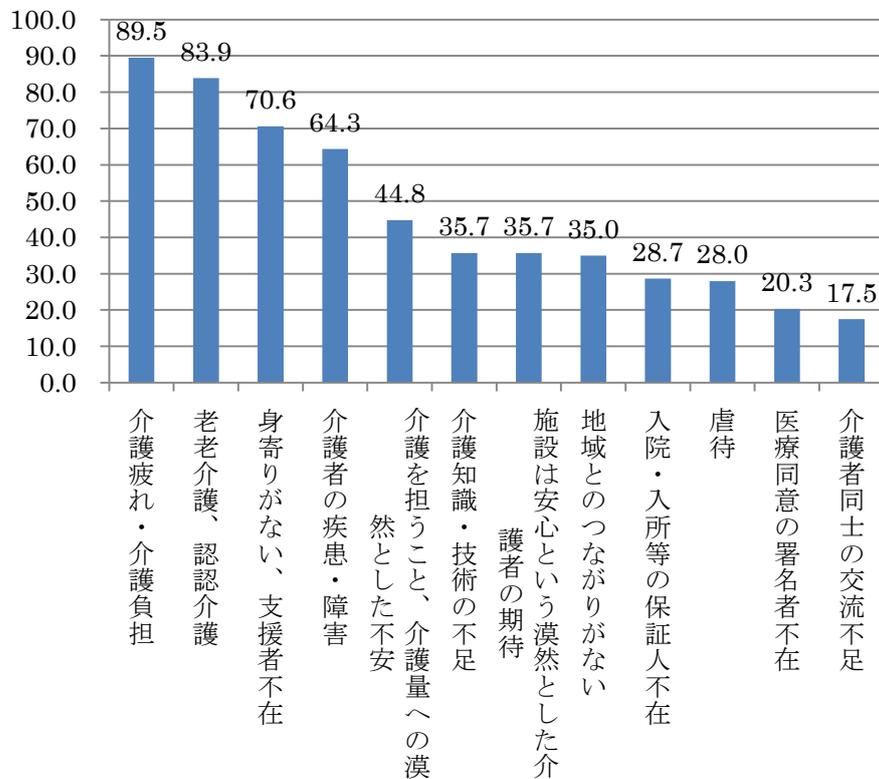
ADL



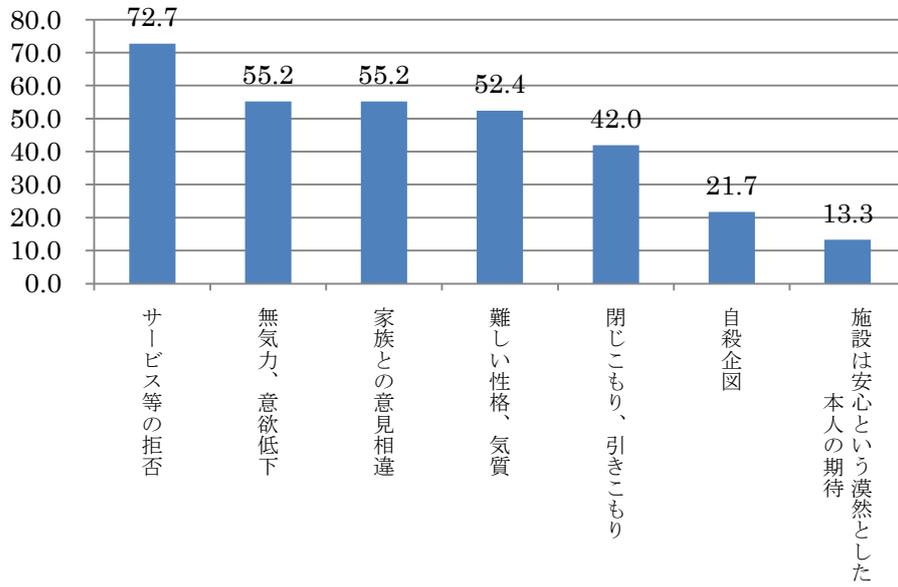
認知症



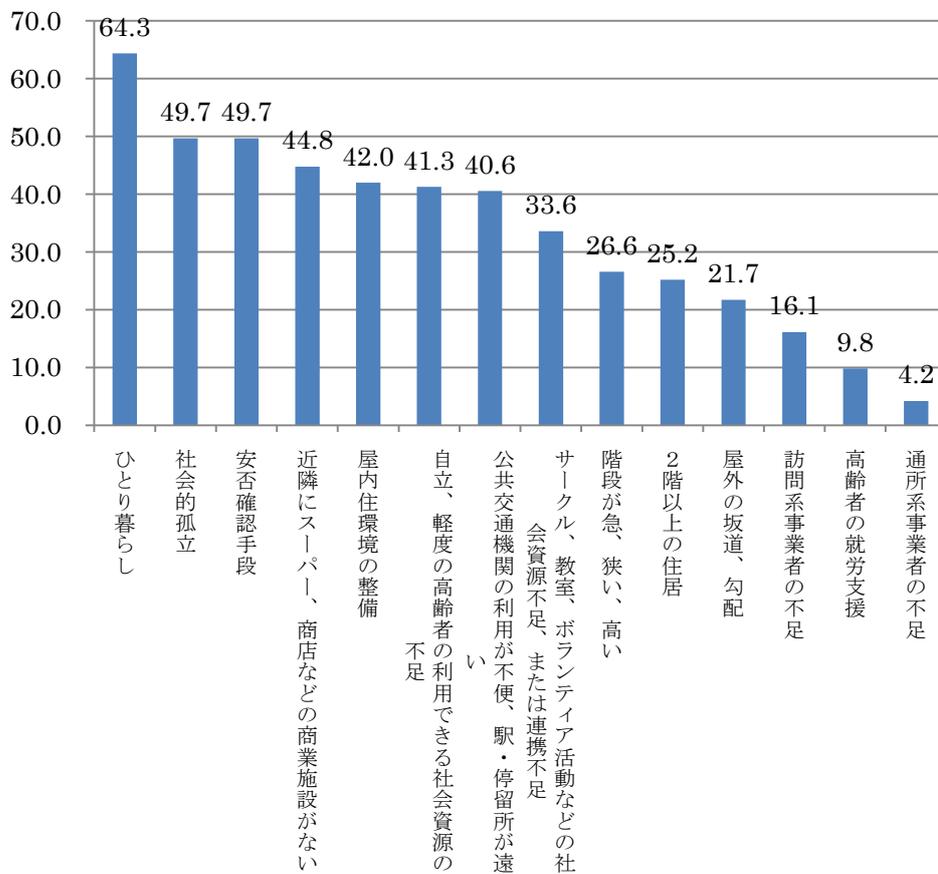
介護者



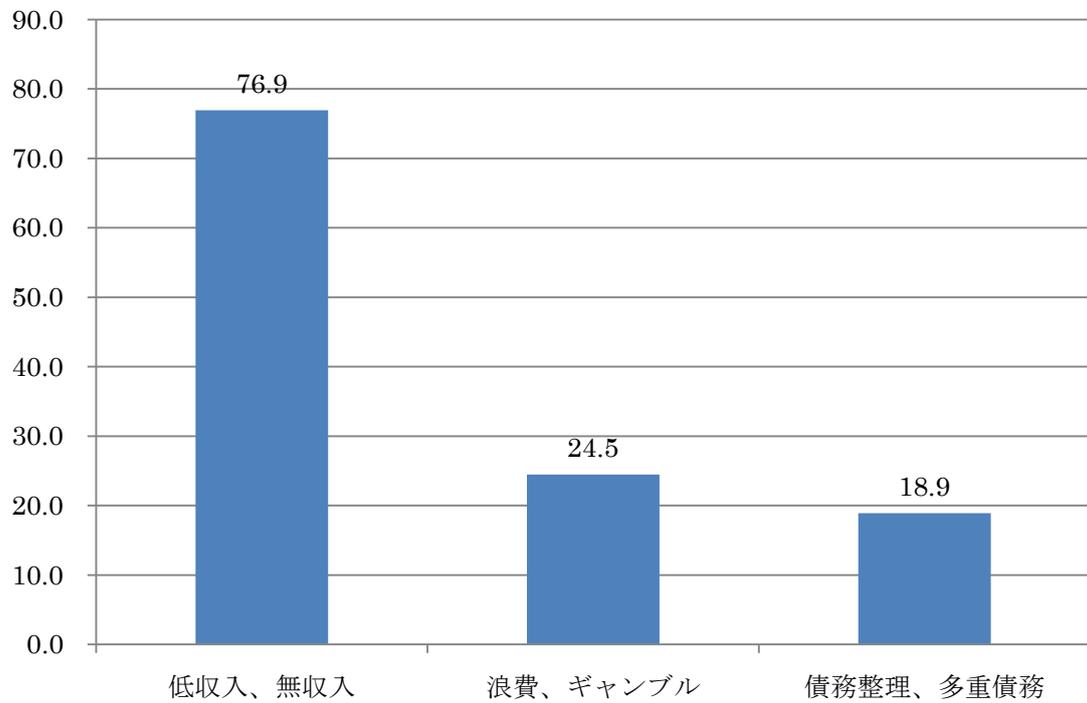
本人



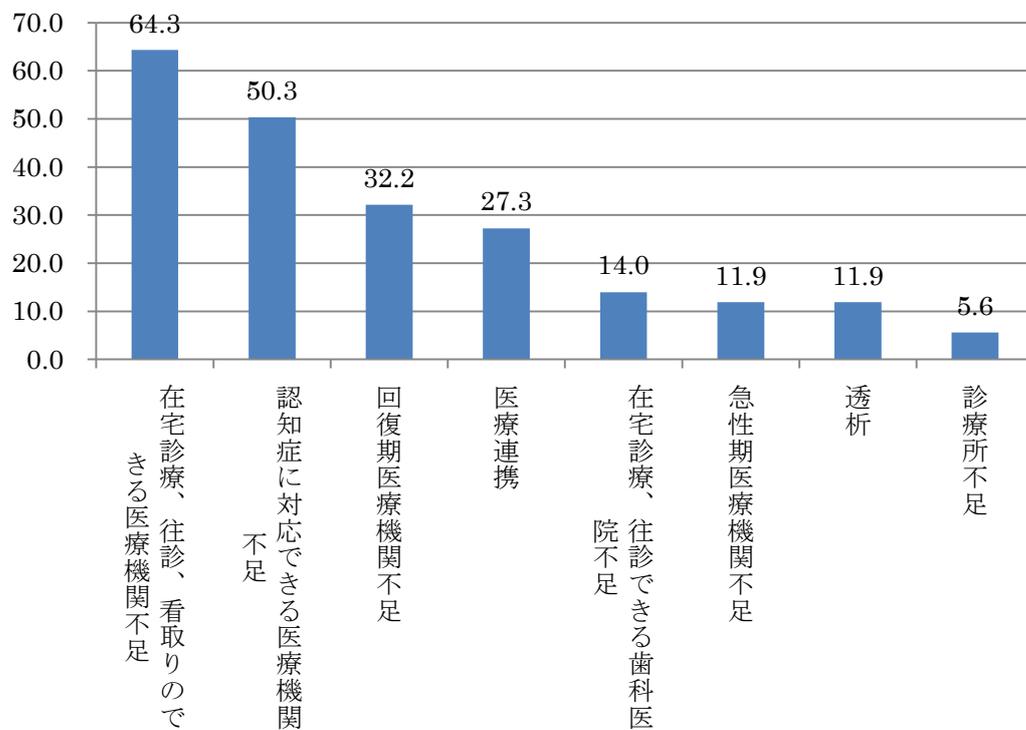
環境的



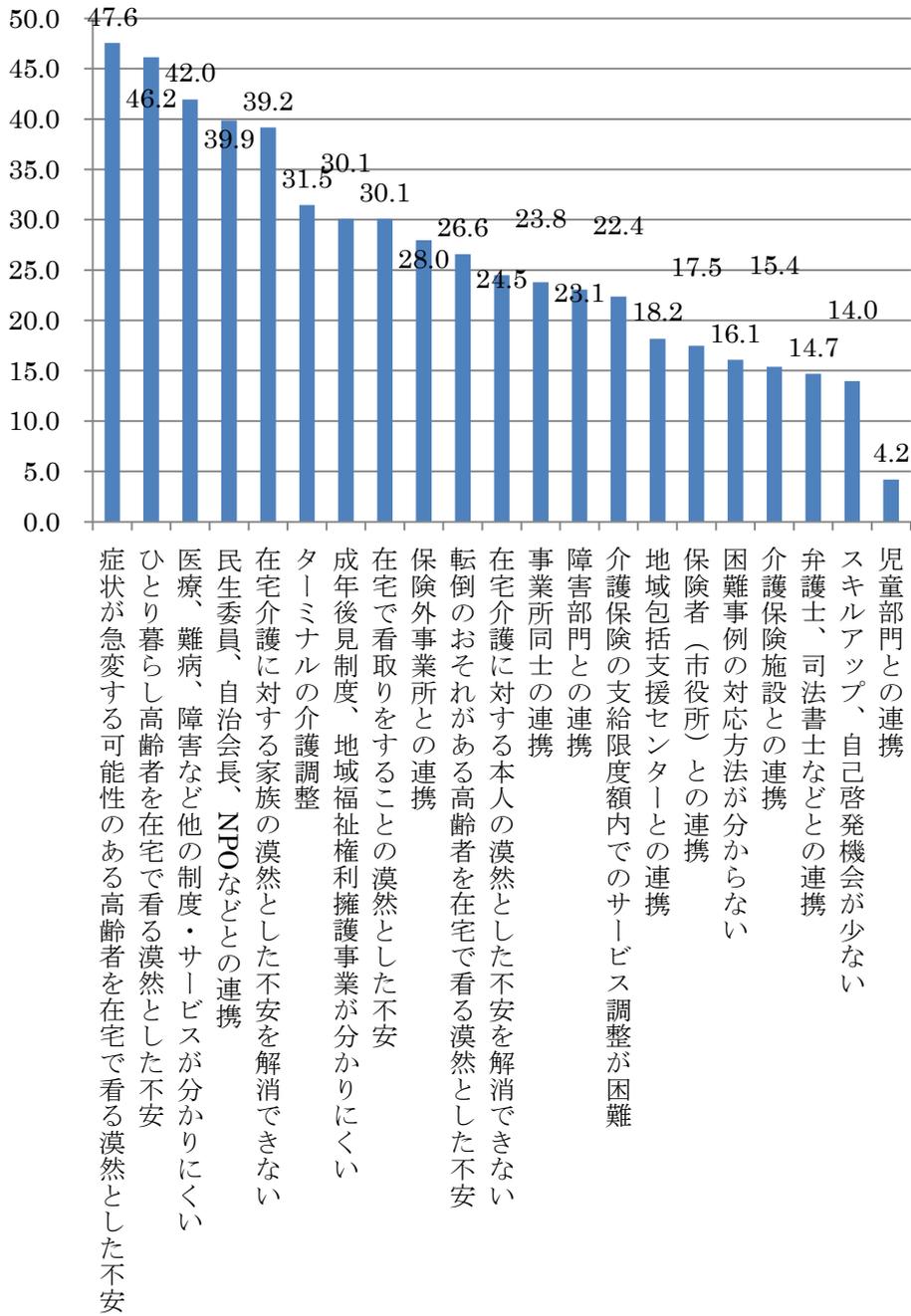
経済的



医療



支援者



IADL に関する要因、ADL に関する要因、認知症に関する要因、介護者に関する要因、本人に関する要因、環境的な要因、経済的な要因、医療に関する要因、支援者等に関する要因の 9 グループのそれぞれの項目について、割合に応じた項目数を示すと以下の通りであった。ただし、項目数が異なるため単純に比較することはできないことを付言しておく。

80%以上の高い割合を示した項目は「介護疲れ・介護負担」(89.5%、介護者)を筆頭に、「老老介護、認認介護」(83.9%、介護者)、「排泄・トイレ」(80.4%、ADL)の3項目であった。介護者に関する要因が重要であることが分かる。

次いで70%代には「夜間の見守り・介護」(78.3%、認知症)、「低収入、無収入」(76.9%、経済的)、「サービス等の拒否」(72.7%、本人)、「身寄りがない、支援者不在」(70.6%、介護者)の4項目が並ぶ。ここで認知症に関する項目が登場する。また、経済的な要因については3項目しか提示していないにも関わらず1項目が上位となった。

60%代には「火の不始末」(69.9%、認知症)、「食事」(69.2%、ADL)、「徘徊の不安」(68.5%、認知症)、「服薬管理」(67.1%、IADL)、「介護者の疾患・障害」(64.3%、介護者)、「ひとり暮らし」(64.3%、環境的)、「在宅診療、往診、看取りのできる医療機関不足」(64.3%、医療)、「日中の見守り・介護」(62.2%、認知症)の8項目が並ぶ。ここでは認知症に関する要因が3項目並び、上位にも登場した介護者に関する要因、ADLに関する要因もあげられている。

50%代には13項目が並び、ここまでの項目は28項目(全体の29.8%)である。なお、過半数の53項目(全体の56.4%)は40%未満であったが、少なくとも回答者のうち数名は在宅継続を諦めた要因として認識していることから、絶対数が少ないからといっておろそかにできる要因ではない。

	80%以上	70%代	60%代	50%代	40%代	40%未満	合計
IADL			1	5		4	10
ADL	1		1	2		2	6
認知症		1	3	2	2	5	13
介護者	2	1	1		1	7	12
本人		1		3	1	2	7
環境的			1		6	7	14
経済的		1				2	3
医療			1	1		6	8
支援者					3	18	21
合計	3	4	8	13	13	53	94

前頁のうち、回答者の60%以上がチェックした15項目の割合ごとの配置をみると以下の通りであった。これによると介護者に関する要因と認知症に関する要因が上位に並び、次いでADLに関する要因が続くことが分かる。

	80%以上	70%代	60%代	合計
IADL			1	1
ADL	1		1	2
認知症		1	3	4
介護者	2	1	1	4
本人		1		1
環境的			1	1
経済的		1		1
医療			1	1
支援者				0
合計	3	4	8	15

< 1-2-4. 設問3 分析・考察 >

高齢者が自宅を離れ、施設入所を選択した背景要因について、回答者の 89.5% が「介護疲れ・介護負担」と回答した。これは「介護疲れ・介護負担」に何らかの対策を講じなければならないことを意味している。しかし、一言に「介護疲れ・介護負担」といっても身体的・心理的・時間的・物理的などと、その原因は多様であり、実態を明らかにしなければならない。

また、この結果は介護者支援の重要性も示していると言えよう。施設入所は本人のみならず介護者の意思が少なからず影響している。本人の状態に応じて介護に適切な環境を整えることで介護者の負担を軽減し、不安を取り除いておかねば施設入所も早まることが考えられる。

以下、回答者の 50%以上が回答している項目について、いくつかのグループに分類して考えてみる。

1. 介護者がいない、介護力不足

「老老介護・認認介護」「身寄りがいない、支援者不在」「ひとり暮らし」「介護者の疾患・障害」

主たる介護の担い手である家族がいなかったり、いても高齢や認知症、あるいは疾患、障害のために介護を担うことが難しかったりするなど、介護力の不足が考えられる。高齢者が家族と疎遠であったり、絶縁したりしている背景には長年の家族関係があり、そのような状況にある高齢者が地域と良好な関係を築いていることはさほど多くはない。こういった場合、家族はもちろん地域の支援も得ることができず、対応に苦慮する場合がある。また、桑名市に限らないかもしれないが、家族や地域のつながりが希薄になっていることも原因のひとつになっていよう。これらの課題は決して一部の高齢者の問題ではなく、多くの高齢者が直面していると考えられる。何らかの方法で介護力の代替して担う体制を整える必要があろう。

2. 24時間のちょっとした支援・見守りができない

「排泄・トイレ」「夜間の見守り・介護」「火の不始末」「食事」「徘徊の不安」「服薬管理」「日中の見守り・介護」

独居、日中独居、あるいは夜間の対応など、ちょっとしたことを支援・見守ることができないことが原因で施設入所が検討されることがある。服薬確認や排泄介助など、ひとつひとつは長時間を要する介護ではないが、適切な時間に介護できるかといえば、相当に難しい。これらの不安が高まり、快適性や安全性を求めることで施設という選択肢が検討されることもあろう。24時間 365日の介護やちょっとした支援を提供できる体制が望まれている。

3. 介護疲れ・介護負担・介護に対する不安

「介護疲れ・介護負担」「排泄・トイレ」「食事」「買い物」「調理」「入浴」

これらの項目は介護保険サービスや配食サービスなどによって補える部分であるが、サービス利用だけでは十分に補えないことも事実である。しかもこれらの介護は介護者にとって大きな負担である。食事・調理についてはサービス導入時には口に合わない、量が多い、似たような味付け、温かくないなどの理由で利用につながらないことも多く、支援者側も苦勞することが多い。買い物については、自分の目で見たいなど、サービスでは難しい部分もある。食事は単に生命維持のためではなく、生きがいや健康維持につながるものであるからこそ、重要な課題である。刻み食、とろみ食、減塩食、低カロリー食など本人の状況に応じた介護食を準備する必要もあり、現状では選択肢がさほど多くはなく、経済的負担も大きくなりがちである。また、排泄、入浴の介護は介護者の身体的負担が大きな作業であり、介護負担を大きくする要因となっている。

また、これらは生活を営む上で重要な要素であるにも関わらず、社会資源があったとしても本人の受け入れが上手にいくとは限らない。排泄・トイレ、食事、買い物、調理、入浴など個人の好みや個性に関係する最たる項目といえるため、それを容易にサービス等に代替することができないのも事実である。結果として介護者の負担や不安になったり、支援者が対応に苦慮したりする原因ともなる。

4. 個別の社会資源・対策が必要なもの

「食事」「在宅診療、往診、看取りのできる医療機関不足」「買い物」「通院時以外の移動」「通院時の移動」「屋内の移動・車いすの移乗」「調理」「金銭管理」「認知症に対応できる医療機関不足」

これらの項目については、一部をサービスで補えるものもあるが、社会資源が不足しているとも考えられる。例えば、自分の目で見たい買い物をしてほしいとあって介護タクシーを利用することはできるが、実際には引き受ける事業所が少なく、店内での付き添いの問題など、難しい問題がある。また、長島など一部の地域では事業所に断られることもあると聞く。この一例をとってみてもあげられた項目それぞれが深刻な課題を抱えていることが分かる。

なお、「在宅診療、往診、看取りのできる医療機関不足」「認知症に対応できる医療機関不足」は特に重要である。在宅生活継続の限界点を高めるためには、どうしても在宅で医療を受けられることが必須条件となる。在宅医療の提供無くして在宅での看取りは困難である。それに対応する医療機関の不足

は深刻といえる。

5. 認知症、個人の気質・性格

「サービス等の拒否」「火の不始末」「徘徊の不安」「暴言、暴力、幻覚、妄想などの対応」「近隣への迷惑行為」「無気力・意欲低下」「難しい性格、気質」「金銭管理」

認知症の周辺症状として「火の不始末」「徘徊の不安」「暴言、暴力、幻覚、妄想などの対応」「近隣への迷惑行為」などの課題が生じることがある。また、認知症に限らず、サービス導入にあたって「サービス等の拒否」「無気力・意欲低下」「難しい性格、気質」が大きな壁となることがある。介護者はもちろん、地域においても認知症に対する理解は必須と言えよう。認知症サポーター養成講座を展開しているが、一回限りの受講で終わらせることなく、継続的な啓発や周知によって住民の理解を深めていく必要がある。

金銭管理についても軽度であると三重県社会福祉協議会の実施する地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）の利用も拒否されることが多く、かといって成年後見制度の利用には至らないことがある。成年後見制度についても、補助・保佐類型については本人の同意が必要なため、本人が認知症について病識がなく申立てに至らないことも多い。その場合、金銭管理ができていないにも関わらず支援には至らず、生活に支障をきたすまで介入ができないことがある。

6. 経済的困窮

「低収入・無収入」

在宅生活継続にあたり、サービスを利用するにしても介護保険料と利用料の負担は必要である。しかし、認知症で経済感覚がなかったり、家族の使い込みにより滞納が生じていることも少なくない。その場合、金銭が不足しているにも関わらず給付制限で3割負担となってしまって利用に至らないこともある。事業所についても利用料負担が困難な利用者の受入には難色を示すことになる。いずれにしても生活を営む上で経済的安定は必須の条件であり、収支が乱れている状態では支援が困難となることがある。

7. 介護者意思の考慮

「家族との意見相違」

本人と介護者の意見が異なり、いずれかの意見によって施設入所となることがある。一般的に多い事例は、本人が在宅生活を希望しながら介護者が急変、転倒、見守り、出火などの不安を抱き、施設入所を勧めることがあ

る。ここに施設は安全という漠然とした期待がある。また、高齢者がいろいろできないことが生じてきても本人は不便を感じていなかったり、病識がなかったりすることがある。しかし、家族や近隣の方など周囲の者がそのような状況で生活していることに不安を抱き、施設入所を検討することになる。これは特に独居世帯に多いが、もちろん高齢者のみ世帯、日中独居となる同居世帯でもみられる。認知症で近隣に対する迷惑行為や昼夜逆転の生活をすることで近隣の方の不安が高まると家族に対して直接あるいは無言の圧力がかかって施設入所が勧められることもある。

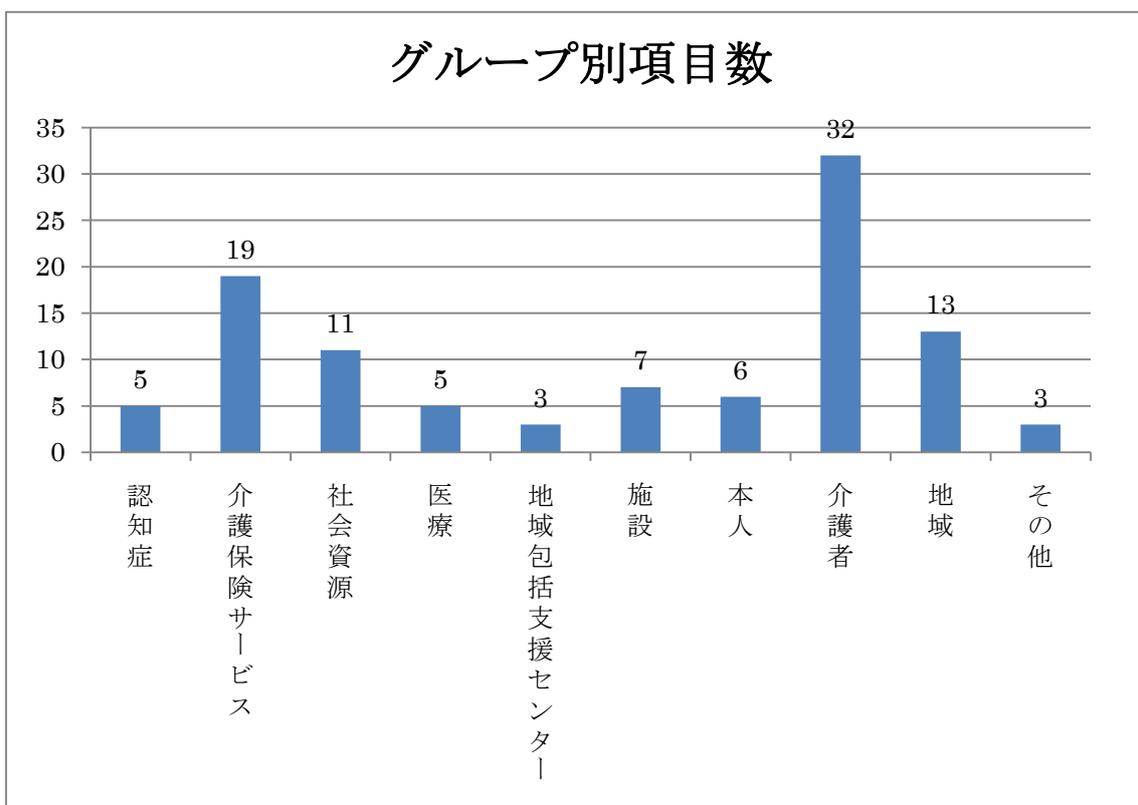
一方で高齢者が施設を望むこともある。施設に入ると食事が提供され、何らかの疾患を患い、身体に不自由がある場合では本人は調理などの家事を担うことなく過ごすことができる。また、介護などで家族に迷惑をかけたくないという思いから自らの意思に反して「仕方なく」自分から入所を選択することもある。本人、介護者、地域のいずれもが高齢者の心身の状況や認知症について正しい理解をした上で、適切な判断を行えるよう普及啓発に努める必要がある。また、本人と介護者はそれぞれの立場から様々な思いを持っていることから、その考えを受け止めた上で意見を調整していくことが大切であろう。

< 1-2-5. 設問4 高齢者が自宅を離れた要因（自由記入） >

設問3では「高齢者が、在宅生活を継続するために支障となっている事項、言い換えれば『これができれば、これを克服すれば、もっと在宅での生活ができる』と考えられる事項」について94項目を提示したが、設問4では提示項目以外の要因を探るべく自由記入で回答を求めた。設問4は、「設問3で設定した項目以外に、在宅生活継続の障害となる要因があればご記入ください。今後の参考とするため、思いつく限りたくさん記入してください。」とし、設問3の項目以外の回答者の考えを導き出した。

その結果、回答者143名のうち66名から104項目の回答があった。以下に大きく10のグループに分類したうえで各記述を紹介する。なお、グループ別の項目数は以下の通りであった。

グループ	項目数
認知症	5
介護保険サービス	19
社会資源	11
医療	5
地域包括支援センター	3
施設	7
本人	6
介護者	32
地域	13
その他	3
合計	104



1. 認知症に関するもの

- ・ BPSD への専門職の対応力の低さ。
- ・ (認知症に対する考え) 認知→施設との古い考え。
- ・ 認知症、認知症介護の知識不足 (介護者、医療、支援者等)。
- ・ 高齢者世帯の認知症に対する相談の遅れにより相談対応時には在宅生活限界のケースが多い→独居の閉じこもりにより、地域から相談の遅れ→認知の周辺症状と精神症状に対する専門医でない医師の内服処方により症状悪化→サービス利用料の負担困難により状態悪化→医療行為発生により在宅困難→延命措置しない時の在宅環境 (吸痰・栄養補給・維持)。
- ・ 認知症についての家族、地域の理解が認知症の方が在宅生活を送るために非常に重要だと感じます。介護サービスだけで全てカバーできないため、地域での見守りや支えあい在宅生活の維持と社会参加につながっていくと思います。また、介護、医療関係者の適切な理解やアセスメント、対応力が求められます。

2. 介護保険サービスに関するもの

(1) 区分支給限度額に関するもの

- ・ 区分支給限度額の問題。独居や重度の方、本当に必要な方に制限がかかると

支援が受けられない。また利用できても高額となる。「入所」のたった一言で料金は概ね一定金額となり解決してしまう。

- ・介護保険制度の区分支給限度額（もうあと少しサービスが使えたら、自宅で生活できるかもしれないというケースあり）。
- ・独居や認認介護世帯への支給限度額不足。

（２）24時間サービスの不足

- ・昼夜問わず柔軟に対応出来るサービス（施設になってしまうのかも）。
- ・在宅を維持するにはどうしても多分に家族負担を伴います。すべて介護サービスで行うことはまず不可能です。しかし、特に夜間サービスについて桑名市を含めて県内では事業所はありません。朝8時から夕方の19時辺りにサービスが集中します。それである程度カバーできる場合はいいと思いますが、そうでないケースではどうしても施設入所ということになる様に思います。24時間バランスのとれた介護支援の構築が必要と思います。家族負担の軽減が不可欠と思います。
- ・常時見守りが必要な要介護者への支援体制がない（重度訪問介護や重度障害者等包括支援と同様な制度が介護保険にはない）。

（３）その他のサービスの不足

- ・介護保険制度の問題。要支援者におけるサービス利用の少なさ。
- ・若年性が利用できる通所系事業所がないと思います（65歳までの人）。
- ・介護度を悪化させない取組みの不足（安易な福祉用具貸与等）。
- ・自費にしても対応してくれる事業所が少ない。

（４）訪問介護に関するもの

- ・訪問介護で利用者がしてほしくてもそれは出来ません、これも出来ませんとだめなことが多い。
- ・訪問介護で出来るサービスが少なくなっているためケアマネとしては出来ないと言う事が多い。自（実）費であれば手配が出来ます。という話になってしまう。本人も家族も好きで施設に入所しているわけではない。
- ・要支援になると、通院援助が受けられない。

（５）短期入所生活介護（ショートステイ）に関するもの

- ・ショートステイなどは家族の病気等で急に利用できない。（空きがないため）糖尿病、吸痰行為が必要な利用者の受け入れのできるショートがない。
- ・ショートステイが思うように予約が取れない。問題行動のある人が泊れる場

所がない。昼のサービスは有るが、夜間対応のサービスがない。

- ・困った時に利用できるショートステイや入所施設不足。
- ・医療型利用者の短期入所施設の受け入れがない（胃ろう、吸痰等）。
- ・主介護者の入院等で、一時的にショートステイ必要時、認知症の方が新規利用すると、本人が環境変化のストレスによりショートステイの継続ができず、対応が困難になる。
- ・デイサービスを利用している所で保険外宿泊利用ができる事業所が増えると、万が一の際にも本人のストレス軽減に繋がり、安心して在宅生活が継続できると考えます。

3. 社会資源に関する課題

(1) 交通機関・移動手段に関するもの

- ・移動手段がない。
- ・公共交通機関が少ない。
- ・通院、買い物への移動手段、通常のタクシーでは短い距離での移動が拒まれる等。
- ・ほとんどの方が、月に何度か通院されるが、車の運転が出来なくなっているため、交通手段がなく、要支援の方はタクシーを利用すると経済的負担が大きい。

(2) ボランティアに関するもの

- ・東部エリアについては地域密着サービス、サ高住、宅老所などが他のエリアと比べて少ないような印象がある。社会福祉協議会と連携を持って「地域作り」たとえば「いきいきサロン」「小地域ネットワーク」をすすめることはできないのか。「有償ボランティア」など組織的ボランティアグループの立ち上げなど。
- ・桑名市内の地域の交流が盛んになり、地区ごとにボランティアを含む支援事業所があればと思います。
- ・介護保険でのサービス利用も限界があり、毎日は金銭への負担も限度がある。無償ボランティアでなくても良いので家に来て手芸を教えてくれる、将棋等の相手など、二時間ぐらいで（1000円から1600円）対応してくれる方がみえれば、見守りもあり、助かると思います。
- ・困り事が話しやすい相談場所（高齢者が集まる所で）、民生委員の訪問を増やす。

(3) その他の社会資源の不足

- ・買い物に行く先が少ない。
- ・介護者の急変が即時にわかるような自動（フィリップス等）緊急通報サービスがない。
- ・在宅での認知症高齢者が、家の外で加害者となる事故も問題化しており、サービスを充実させることが不可欠であり、どのような窓口やサービスがあるのかを市民に周知してもらうことが大切だと考える。

4. 医療に関する課題

- ・医療機関への入院中における医療スタッフの高齢者に対する対応が適切でないために起こる本人の能力低下。
- ・利用者、家族様は医療に関する不安が大きく、在宅生活を継続することを心配するケースが多いです。
- ・訪問診療専門の医師、病院併設の訪問看護・訪問リハ、デイケア不足。
- ・入院中の相談は MSW が相談し調整する事もあるが退院時期が迫っていることもあり、家族と相談の上「入所」の判断が早い、即決しなければいけない状況となっている。退院調整時にケアマネが同席し入所するか、在宅支援する案等時間をかけて調整できたのは少ないと感じる。自宅復帰での退院調整は上手く MSW と連携できている。
- ・医療機関（特に医師）の側で在宅介護サービスへの理解が不足している。→その為在宅は無理、施設へというレクチャーがある。介護への早めのつなぎをしてくれない。在宅に向けてのリハなどのアプローチが不足。担当 CM が一人で抱え込み、支えきれなくなる。

5. 地域包括支援センターに関するもの

- ・地域包括支援センターは介護予防のみの業務で終わっているのでは。困難事例を担当することで地域での生活を継続できるのでは。
- ・あくまで個人的意見ですが、地域包括支援センターでは担当地域、民生委員等連携は図れているが居宅介護支援事業所と「地域」ではまだまだ連携が少ないように感じる。医療との連携に関しては、先生方の意識や連絡票の活用により以前より連携を図り一体的な支援が利用者に見えるようになった。
- ・高齢者福祉相談員の役割が不明。名目上、配置しているだけに思える。担当する地域(対象者)が多すぎなのではないか。

6. 施設に関するもの

- ・療養型は床数が少なく特養は職員がいないと拒否されてしまう現状。

- ・入所施設の多さ(入りやすさ)。
- ・施設入所の費用が適正か否か。
- ・新しいサービス付き高齢者向け住宅や有料ホームが次々と出来ることで入所に取り込もうという事業者側のPRが強化される。
- ・本人(今の高齢者)にとって施設はまだ「うばすて山」的なイメージが強く「家に帰りたい」と言われる方も多いが、現実には施設の質も向上しているので、介護者にしてみれば、出来るだけいい施設に安く入居してお互い安心して生活したいと思っている人達が多い。
- ・何があっても在宅生活を継続させたいと思っているのは行政だけのように思う(アンケートに認識のズレを感じます)。介護者が安くて安心して入居できる施設を探しているのは逆に言えば「在宅は無理という漠然とした不安」があるからとも言えるかもしれません。
- ・食事・排泄等サービスでまかなおうとすると利用料を支払いつつ生活するのは金銭的な負担も多く、安全性とコストをてんびんにかけた場合、在宅生活にメリットを感じられない時がある。

7. 本人に関する課題

- ・本人の家族に対する遠慮から本人自らが施設を希望された。
- ・高齢者(要介護者)自身の状況(体調)の認識不足により必要とされるサービスの受け入れが悪いため。家族(介護者)の負担が大きくなる。
- ・本人：疾患による死への不安。日々不安の無い生活を送りたいという思いとの乖離。老後生活の不安。
- ・IADL に書かれた事項全て出来ない一人暮らしの方でも(認知症ではあるがお元気な方)ヘルパーが毎日入る事で在宅で生活されてみえる方もみえます。御本人が家にいたいと希望され施設への月々の支払の負担から。
- ・一人暮らしで自分の事が出来なくなってきた時、誰にどのように相談するのか。自宅ですごせても急変時、動けなくなった時の連絡が出来なくなった時。精神的な不安を何で解決できるか、ひとそれぞれで思いは違う。
- ・1人暮らしの方の食事は、どうしても多目に作ってしまい、何日も同じ物を食べている。食の楽しみが軽減してしまう。人との交流や話をする機会が少ない為、1日誰とも話をしない時もある。近所の方と話をしたり、自宅を訪問して過ごしたい気持はあるが、噂話になり、近所の目が気になったり人間関係が悪く事がある。

8. 介護者に関する課題

(1) 家族関係に関するもの

- ・親子関係の希薄さ。
- ・家族関係（本人と嫁、むこ、孫など）。
- ・虐待、家族関係にどこまで介入できるか。
- ・家族関係のこじれで入所される方もありました。
- ・家族関係の変化。同居は負担（精神的にも）。家族の生活優先。
- ・家族関係の悪さ（長年のこれまでの関係性の悪さで本人が病気等で虚弱となり、介護を要するようになり、これまでの関係がくずれ、本人がいわゆる弱い立場となってしまった場合）。
- ・介護者の経済的支援不足→介護＝ビジネスとなっている今、お金で安心が買えます。しかし、家人には、担うことは出来ない。出来る範囲でしようとも思わない家人が多い。「本人は家にいたい。生活したい」と言われる。
- ・親に対して薄情な子供（特に息子）。この人がもっと親に対して情愛をもって接すれば在宅生活を続けられるのにとこの事例が残念ながら増えてきている。ただ、そういう子供（特に息子）に仕上げてしまったのは親なので親自身にも責任はあるが…。

（２）介護者の不在

- ・家族が就労で出掛けるため、高齢者が日中ひとりで過ごす。
- ・子供達が音信不通であり相談できる人がいない。
- ・身近にて支援する家族の不在。
- ・ひとり暮らし、又は日中独居の方が多。
- ・独居高齢者、身内はあるが、関与してもらえない（病気という理由で、おまかせになる）。
- ・若い子さん達が介護する傾向にあり、お子さんにまだ小さい手のかかる方がいる事で、両親の面倒をみる事ができない現状もある。
- ・独居の方も多くなり、身内のいない方も多く、生活全般を介護保険と民間サービスを利用して金額的なこともあり、生活全般を支援することが出来ない。

（３）介護者の高齢、疾患、障害

- ・同居家族内、子の配偶者家族内（介護者）に本人以外の要援護者がいる。
- ・老老介護で高齢化の夫婦、サービスの拒否（訪問系、通所系サービス）。
- ・本人、家族も自宅を希望しても主介護者がうつ病にて思うように介護できない、兄弟姉妹が遠方のため支援が思うようにできない、近隣に迷惑かけたくないなどあり。
- ・基本的に IADL や ADL が理由で在宅介護が限界になる例よりも、以下のような

パターンが多いように思います。老老介護で、どれだけショートステイを利用しても家族の体調が悪く、まったく介護ができない。介護保険の限度額を越えていってしまう。認知症があり、転倒骨折をくり返す。一人暮らし、同居できる方がいなくて低血糖を起こすこともある。介護者が重い病気にかかり、介護者がいないなど、どうにもならないケースが入所につながっており、施設側も困っているのが分かっているのが現状。

(4) 介護者の意識と理解

- ・ 家族の介護に対する意識の問題（客観的に見ると家族の介護力が在宅生活継続が可能ではないかと思われるケースでも家族にその気持ちがない）。
- ・ 認知症に対する偏見（親族や地域）から周囲に知られる前に入所させたい。医療ニーズの高い利用者の場合、理解力の低い家族では対応できない（例：胃ろう、吸引、人工肛門等の対応ができない）。
- ・ 在宅の方であれば家族の「認知症」や「高齢者像」自体の理解がむずかしく、どうしても昔の元気な頃の姿を追い求めてしまう。そのため現状の理解とそれに応じた対応の仕方の説明から入ることが多い。「できるはず」「介助は必要ない」との思い込みなど→放置→状態悪化→家族ではどうすることもできなくなる→入所。間違った介護の方法で家族が介護→家族の負担大→行き詰まり→家族ではどうすることもできなくなる→入所。

(5) 介護負担に関するもの

- ・ 介護者：就労と介護の両立。
- ・ 家族：介護をする中での不安。介護負担及び疲労。老老介護。
- ・ 介護度が重くなればなるほど在宅生活は困難になってくるとされます。例えば独居、認認介護、老老介護等。
- ・ 現状、子夫婦も仕事している方が多く、病院への送迎できない方が多い。
- ・ 家族の介護力が十分でない。
- ・ 介護を受けながら居宅で過ごしていくと各サービス等を利用していくこととなるがすべて介護保険やその他社会資源で解決していくのは困難な部分もあるため家族の役割も重要となる。しかし、家族により、負担もそれぞれ異なる為、細かい調整等でも負担を感じ家族の頭の中に「入所」がよぎると今まで色々悩んでいたことがすべて解決し入所へ至ってしまう部分はある。ここはケアマネとしての支援力や調整力も課題。

(6) 介護者支援に関するもの

- ・ 介護者への支援、他の機関部署との連携。

- ・ 重度要介護者：介護負担（特に排泄と夜間の不眠）。軽度要介護者：緊急時の対応。急な発熱、転倒等。

（7）介護に対する不安

- ・ 在宅での生活継続は、本人にとっても望ましいことだと思うが、介護が必要となる場合、家族の在宅介護に対する不安が解消できないと難しいのではないか。
- ・ 介護者（家族）が漠然と介護に対し不安を抱き「寝たきりになったら入所」「認知症が進行したら入所」と言われる方もいる。ケアマネとしては、当然不安を取り除き、支援にあたる家族の意向が強いと入所へ。

9. 地域に関するもの

（1）地域の理解に関するもの

- ・ 近隣の理解。
- ・ 地域、近隣、ご近所の方々の理解不足、協力不足。
- ・ 町内、自治会、店舗の介護に対する理解。
- ・ 小中学校の介護（高齢者）に対する教育。
- ・ 近隣の方の病気（認知症）に対する理解、協力が得られるシステム（苦情等の対応）。

（2）地域の意識に関するもの

- ・ 住民の「自宅で過ごす」という意識改革が必要。
- ・ 他人を干渉しない、かかわりたくない気持ちがある。
- ・ 高齢ひとり暮らしの要介護者に対して主治医・近隣の方からのプレッシャーもある。「あんな人を一人で住まわせているなんて」等。
- ・ 認知症の方の徘徊に対し、徘徊SOS緊急ネットワークはあるが、住み慣れた地域ぐるみでの支援体制づくりをどのようにしていくとよいのか。高齢世帯・介護サービスを利用していることを地域住民としてどうとらえるか→火の不始末、迷惑だなどの発言にならない。市民ひとりひとり、明日は我が身、と自分の事として受けとめる意識が必要と思う。

（3）その他地域に関するもの

- ・ 地域の中での生きがいづくり。
- ・ 地域の中の高齢者に対する健康診断、食生活指導。
- ・ 地域的な問題が大きくなると思う。いなかの習慣、家人の体裁、近所付き合い等、長い時を経て作られてきたものなので、克服は困難。

- ・緊急時の対応、入院時の対応CMに求められることも多いが、決定権はないため主治医、地域を含めての支えあいが必要。身内のいない方だけでも、緊急時に対応していただける連携の場があればありがたいと思います。

10. その他

(1) 支援者に関するもの

- ・相談援助職の資質向上の継続的な取り組み不足。

(2) 住環境に関するもの

- ・屋内住環境の整備にて詳細として昔ながらの家、段差が多く高い。日常生活に必要な「入浴」＝槽内外が高い。「トイレ」＝トイレが1階もしくは2階にしかない（本人様の居住空間近くにない）廊下が狭く、移動等が困難になった場合、車いすの利用が困難。「調理」＝洗い場が狭い、食卓スペースが狭い。頼っていい機関が分からない。

(3) 虐待に関するもの

- ・虐待というのもあった方が良いのでは？本人が介護者を虐待している場合は結構あると思います。

< 1-2-6. 設問5 事例研究 >

設問5は、計画作成者を対象に「回答される方が担当する利用で、自宅での生活から施設入所・入居となった直近5名、該当する項目に☑を記入してください」という内容であり、施設については介護保険施設3施設（介護療養型医療施設・介護老人保健施設・介護老人福祉施設）の他、自宅を離れた要因に着目するため、本来は在宅扱いとされる次の施設も含むこととした。

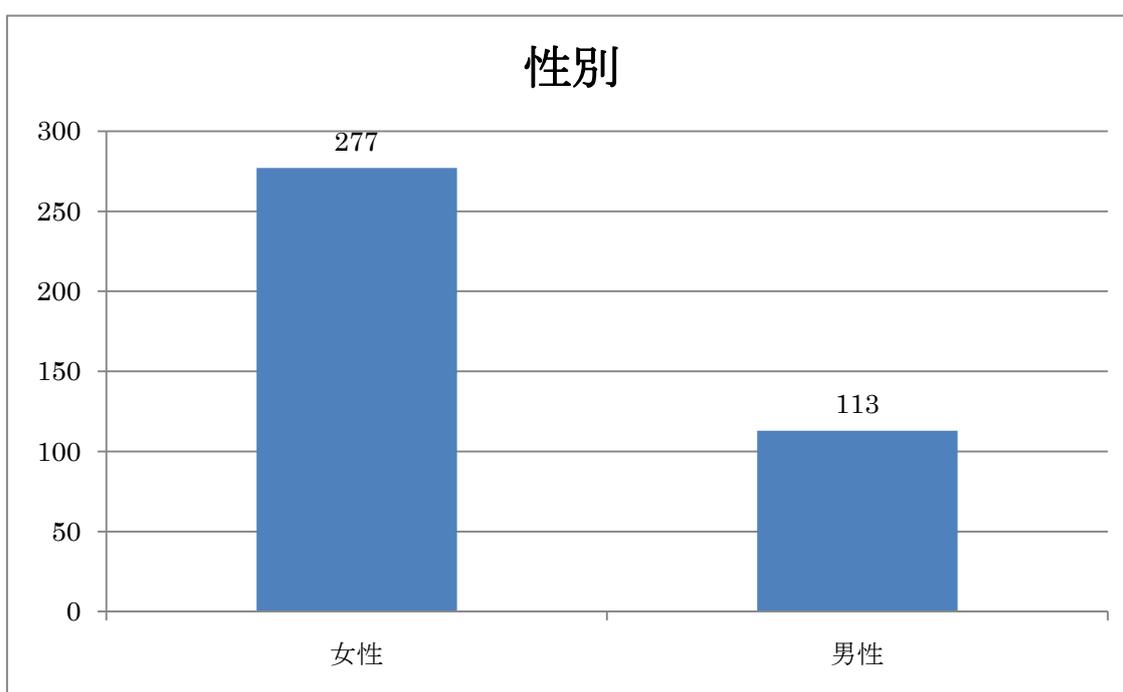
有料老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅、シルバーハウジング、（介護予防）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、旧高齢者専用賃貸住宅、旧高齢者円滑入居住宅、旧高齢者優良賃貸住宅。

本設問では担当した直近5名についての記録を求めたところ、114名から390事例の回答を得た。性別、生活状況、小学校区、入所時の年齢、入所時の要介護度、認知症の有無、入所前の入院の有無、入所施設の種別、入所理由（複数回答可）を記入してもらい、最後に「本事例において、本人が地域で暮らしていくためには何が必要（不足）だった」かを問う自由記入欄を設けた。集計結果は次の通りであった。

1. 性別

390事例のうち71.0%にあたる277事例が女性であり、男性の113事例(29.0%)を大きく上回った。

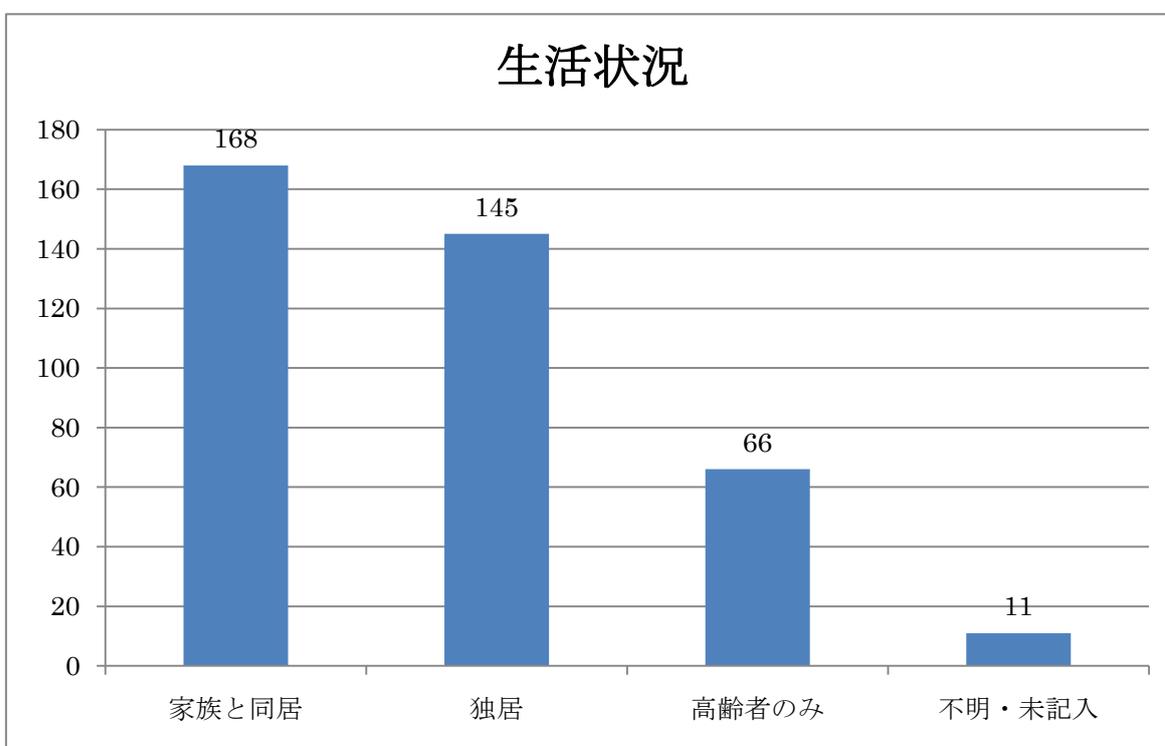
性別	事例数	割合
女性	277	71.0%
男性	113	29.0%
合計	390	100.0%



2. 生活状況

390 事例のうち、多い順に家族と同居が 168 事例（43.1%）、独居が 145 事例（37.2%）、高齢者のみが 66 事例（16.9%）であった。

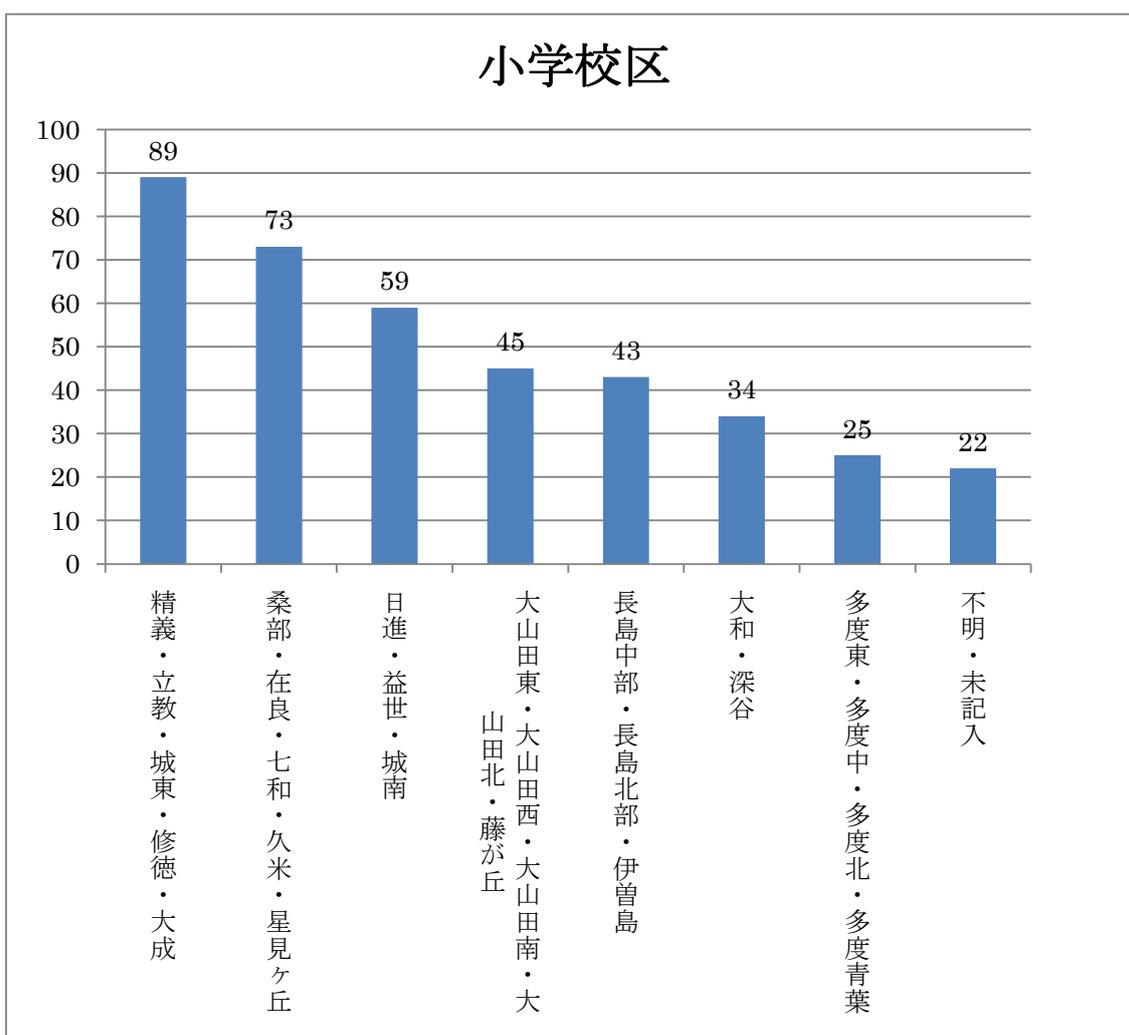
生活状況	事例数	割合
家族と同居	168	43.1%
独居	145	37.2%
高齢者のみ	66	16.9%
不明・未記入	11	2.8%
合計	390	100.0%



3. 小学校区

390 事例のうち、小学校区別の事例数は以下の通りであった。

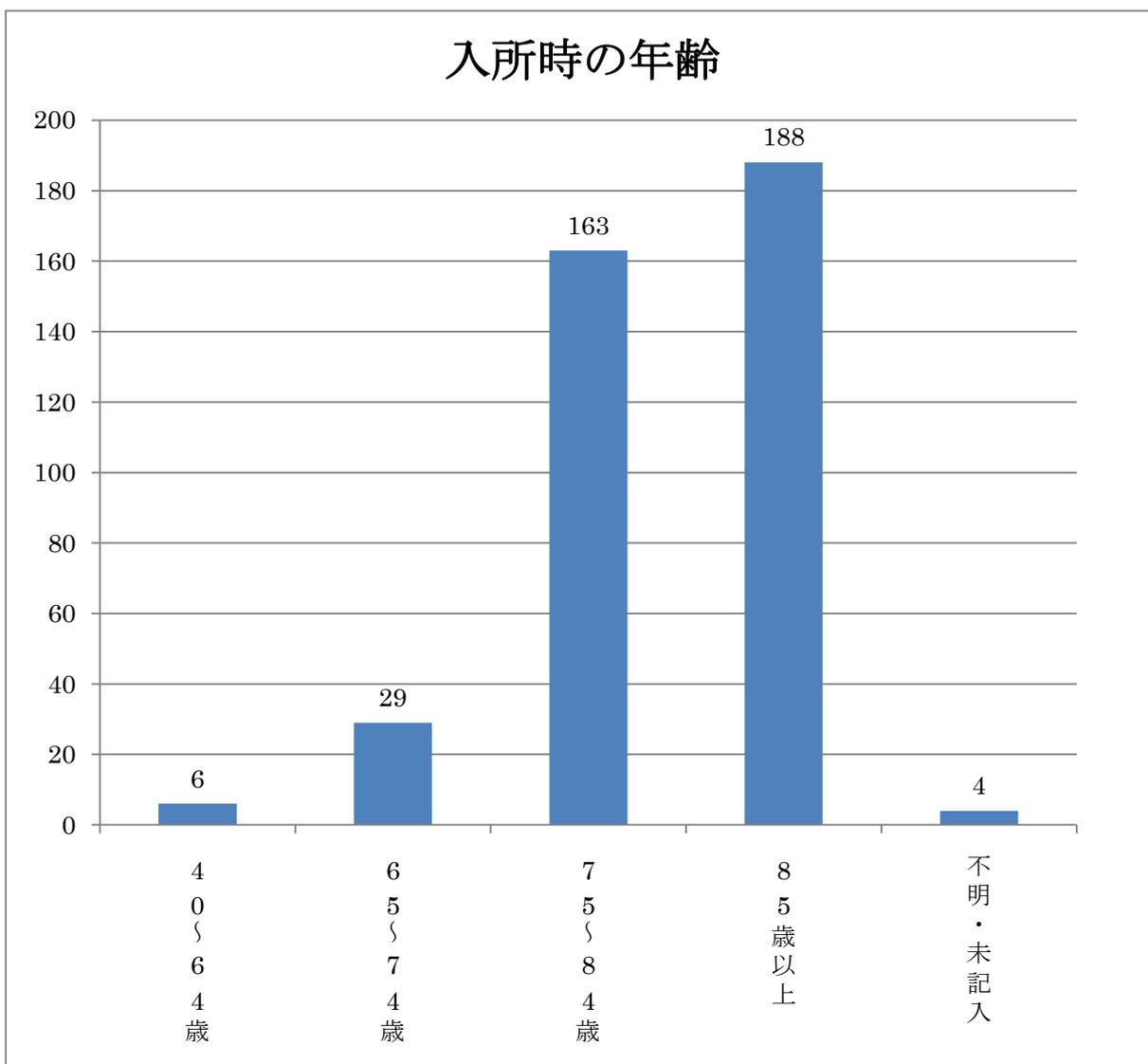
小学校区	事例数	割合
精義・立教・城東・修徳・大成	89	22.8%
桑部・在良・七和・久米・星見ヶ丘	73	18.7%
日進・益世・城南	59	15.1%
大山田東・大山田西・大山田南・大山田北・藤が丘	45	11.5%
長島中部・長島北部・伊曾島	43	11.0%
大和・深谷	34	8.7%
多度東・多度中・多度北・多度青葉	25	6.4%
不明・未記入	22	5.6%
合 計	390	100.0%



4. 入所時の年齢

390 事例のうち、そのほとんどを 85 歳以上（188 事例、48.2%）と 75 歳～84 歳（163 事例、41.7%）の後期高齢者が占め、その他の年代は少数であった。

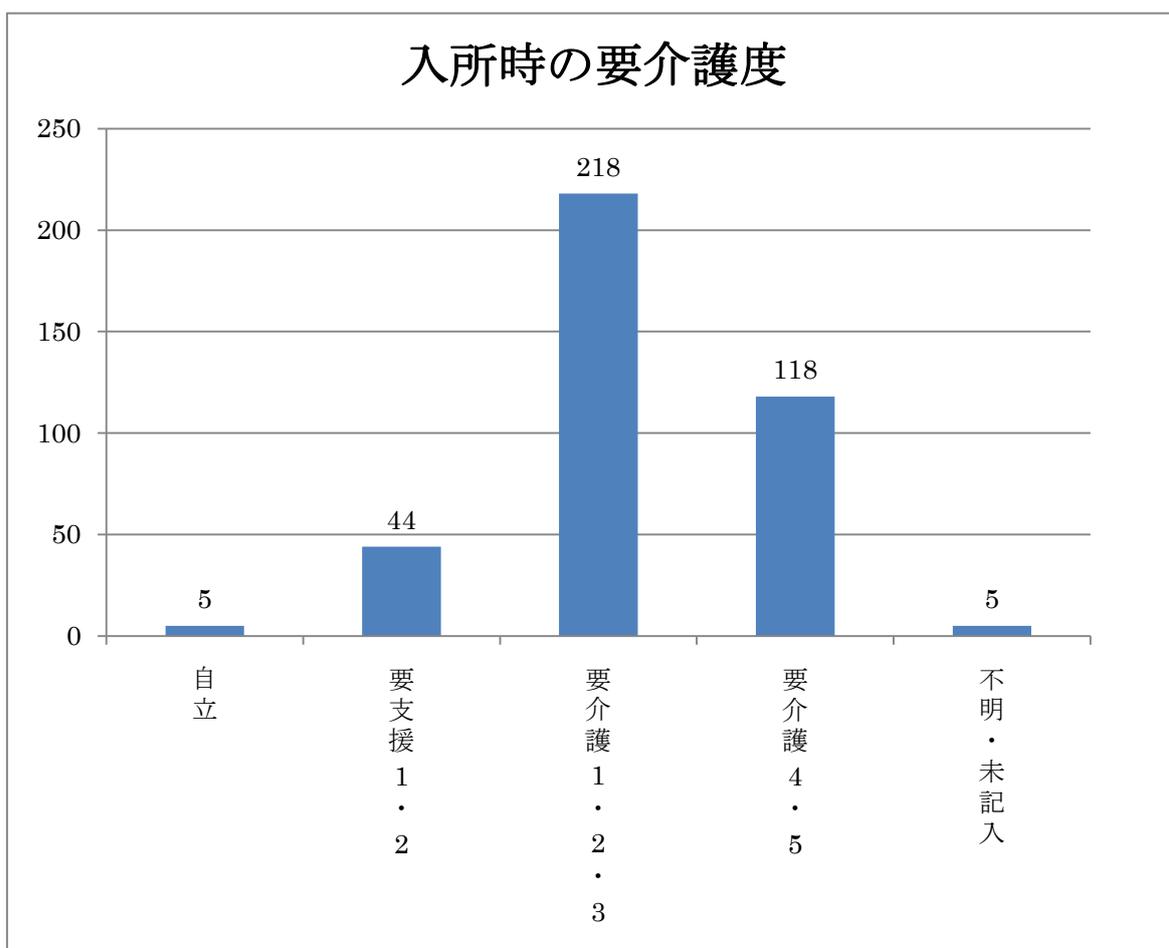
入所時の年齢	事例数	割合
40～64 歳	6	1.5%
65～74 歳	29	7.4%
75～84 歳	163	41.7%
85 歳以上	188	48.2%
不明・未記入	4	1.0%
合計	390	100.0%



5. 入所時の要介護度

390 事例のうち、過半数の 218 事例（55.8%）が要介護 1・2・3 で施設入所している。次いで要介護 4・5（118 事例、30.3%）、要支援 1・2（44 事例、11.3%）と続く。

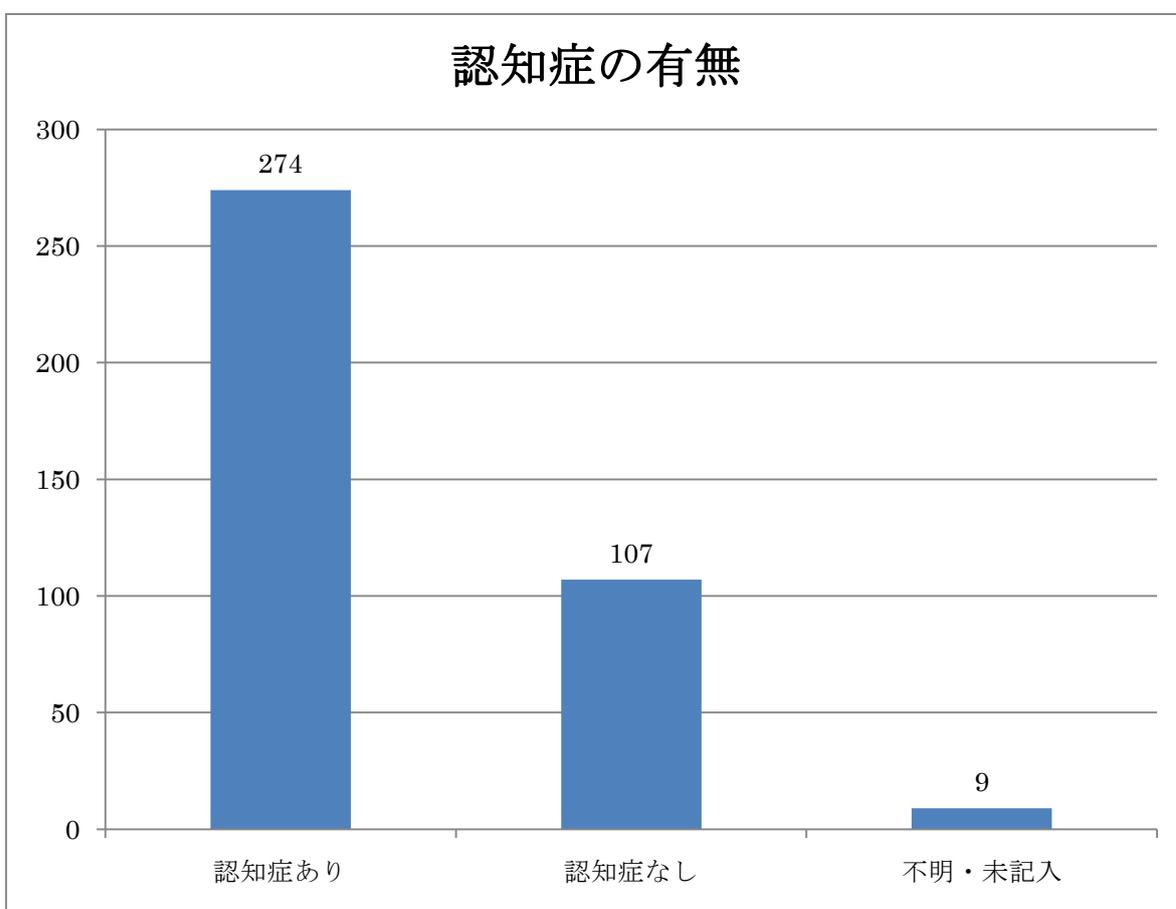
入所時の要介護度	事例数	割合
自立	5	1.3%
要支援 1・2	44	11.3%
要介護 1・2・3	218	55.8%
要介護 4・5	118	30.3%
不明・未記入	5	1.3%
合計	390	100.0%



6. 認知症の有無

390 事例のうち、70.3%にあたる 274 事例に認知症が認められた。

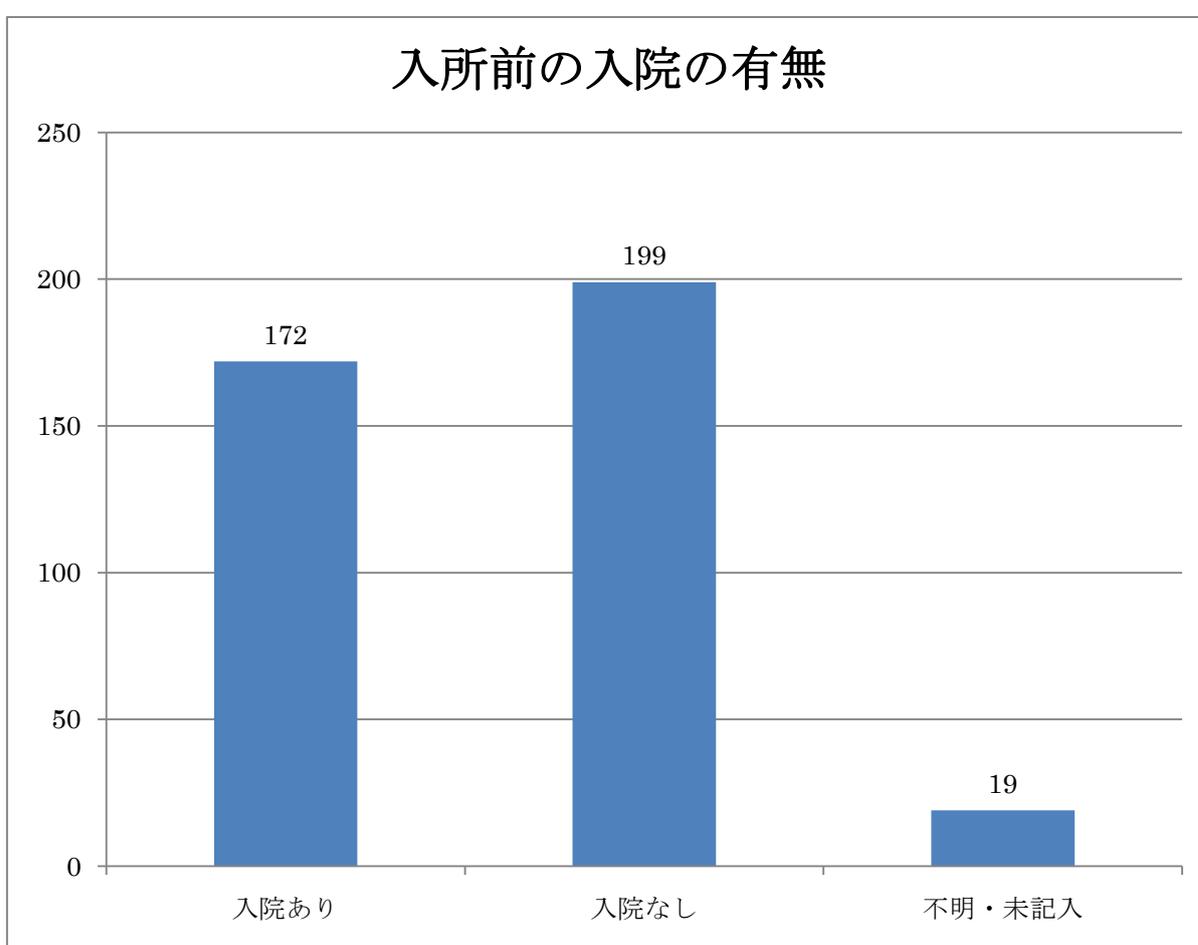
認知症の有無	事例数	割合
認知症あり	274	70.3%
認知症なし	107	27.4%
不明・未記入	9	2.3%
合計	390	100.0%



7. 入所前の入院の有無

390 事例のうち、44.1%にあたる 172 事例が入所前に入院を経由している。

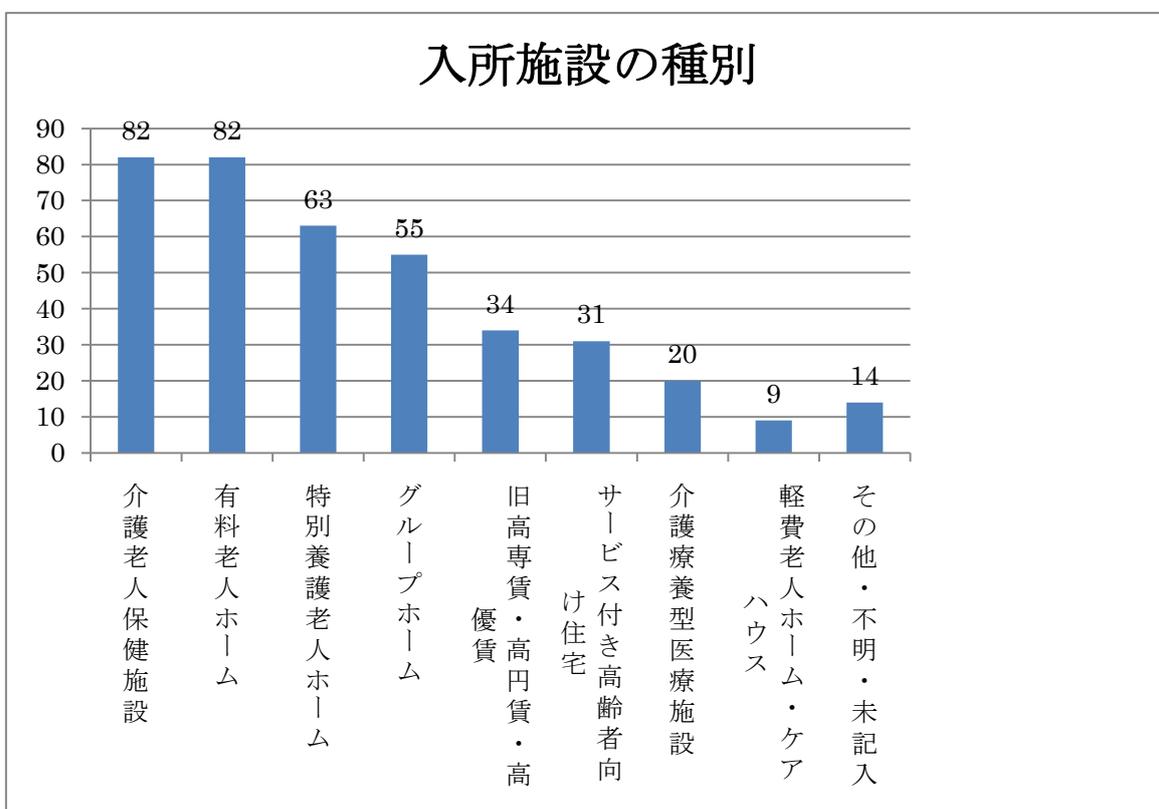
入所前の入院の有無	事例数	割合
入院あり	172	44.1%
入院なし	199	51.0%
不明・未記入	19	4.9%
合計	390	100.0%



8. 入所施設の種別

390 事例のうち、介護老人保健施設と有料老人ホームがそれぞれ 82 事例 (21.0%) と多く、次いで特別養護老人ホーム (63 事例、16.2%)、グループホーム (55 事例、14.1%) と続く。以上の 4 施設で 282 事例となり、全体の 72.3% を占めている。なお、本調査では本来在宅扱いとされる介護保険施設以外の施設も便宜上施設として扱っている。

入所施設の種別	事例数	割合
介護老人保健施設	82	21.0%
有料老人ホーム	82	21.0%
特別養護老人ホーム	63	16.2%
グループホーム	55	14.1%
旧高专賃・高円賃・高優賃	34	8.7%
サービス付き高齢者向け住宅	31	7.9%
介護療養型医療施設	20	5.1%
軽費老人ホーム・ケアハウス	9	2.3%
その他・不明・未記入	14	3.6%
合計	390	100.0%

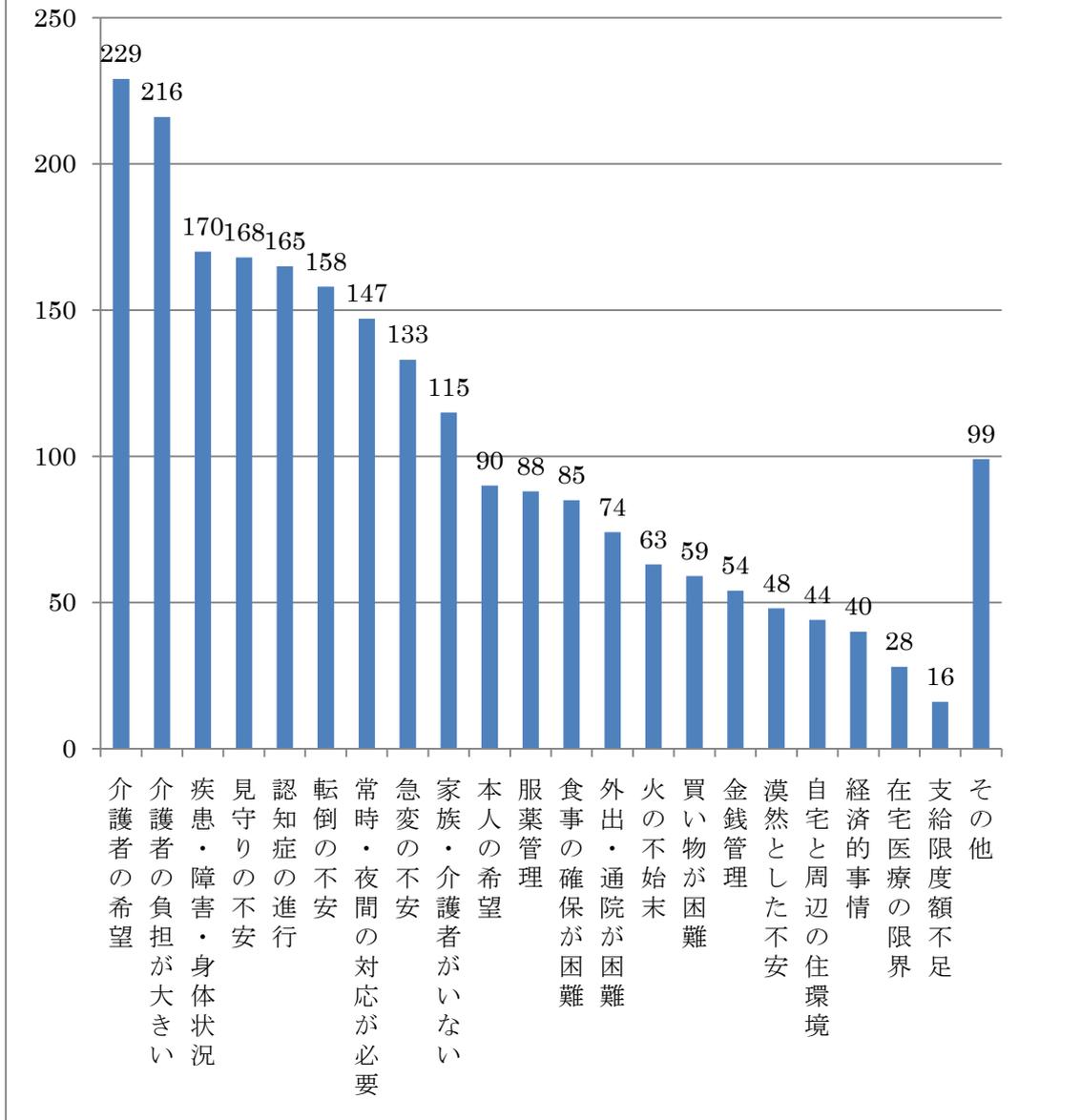


9. 入所理由

390 事例のうち、入所理由は以下の通りであった。なお、複数回答としているため、合計 2,289 項目にチェックがあり、1 事例平均で 5.9 項目の要因があった。

入所理由	事例数	割合
介護者の希望	229	58.7%
介護者の負担が大きい	216	55.4%
疾患・障害・身体状況	170	43.6%
見守りの不安	168	43.1%
認知症の進行	165	42.3%
転倒の不安	158	40.5%
常時・夜間の対応が必要	147	37.7%
急変の不安	133	34.1%
家族・介護者がいない	115	29.5%
本人の希望	90	23.1%
服薬管理	88	22.6%
食事の確保が困難	85	21.8%
外出・通院が困難	74	19.0%
火の不始末	63	16.2%
買い物が困難	59	15.1%
金銭管理	54	13.8%
漠然とした不安	48	12.3%
自宅と周辺の住環境	44	11.3%
経済的事情	40	10.3%
在宅医療の限界	28	7.2%
支給限度額不足	16	4.1%
その他	99	25.4%

入所理由

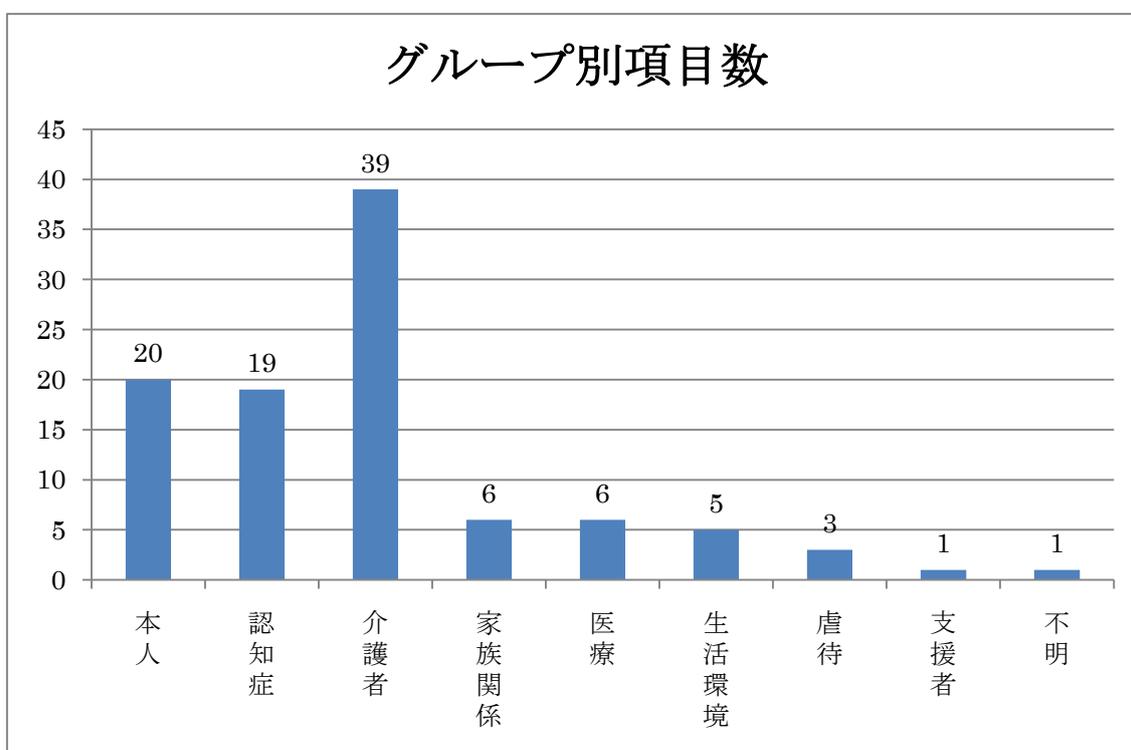


10. 入所理由（その他）

入所理由として21項目の提示をしたが、その他の要因も考えられるため、自由記入欄を設けたところ、99項目の記入があった。なお、複数の要因を記載したものがあり、分割した項目があったことから、100項目となっている。

以下に9のグループに分類して紹介する。グループ別の項目数は以下の通りであった。

グループ	項目数
本人	20
認知症	19
介護者	39
家族関係	6
医療	6
生活環境	5
虐待	3
支援者	1
不明	1
合計	100



(1) 本人に関するもの

① 本人の疾患・障害・身体状況に関するもの

- ・アルコール依存。
- ・便汚染、便失禁あり。
- ・外出先で倒れる。
- ・トイレまで、自力で行けない状態。身の回りの事ができなくなった。
- ・発熱をきっかけに ADL 低下、食事摂取が出来なくなり、床ずれ悪化となった。
- ・自立していたが転倒にて入院、ADL 低下して退院→入所となる。
- ・脳梗塞を発症。独居生活は困難と判断され入所（左半身不全麻痺）。
- ・リハビリでもう少し動けるようになってほしい（予防サービスで在宅だったが病状悪化の為入院→入所となった）。
- ・自宅で生活→病状悪化による入院→デイに通っていた施設に入所予定→看護師不在のため他の施設に（→有料、デイに）。
- ・幼少から精神遅滞有り。成年になって統合失調症となり、精神病院退院後入所。

② 本人の不安・意思・希望によるもの

- ・生活すべてが不安（困難）
- ・夜ひとりで過ごすのが不安。
- ・（施設入所している）兄弟の誘いがあり、みんなで生活していきたくった為。
- ・将来に対する不安があり、今のうち（元気なうち）に入所して慣れていき生活を楽しみたい。子ども社会になっていくので、あてにできない。

③ 本人の気質、性格によるもの

- ・独居、素行不良の為、一般の人は寄り付き難い。
- ・在宅介護の限界（本人の生活態度等）。
- ・ゴミ屋敷状態から本人の希望で家（借家）を手放したため退院後帰る家が無かった。サービスに対する拒否等、本人の性格によるものもある。

④ 介護者への遠慮

- ・日常的な話し相手がない。家族に負担をかけたくない。気を遣いたくない。
- ・本人の実の子供（先妻の子）が介護者ではなかった為、遠慮があり本人の強い希望により入所の運びとなった。
- ・平成 12 年認定時から介護 4 の状態でずっと家族で介護されてきたが、特養の申し込みだけはしてあったところ、順番が来た知らせに本人の方が長年の家族の介護に対し十分介護してもらったからと入所を申し出られた。

(2) 認知症に関するもの

① 本人の認知症の進行、それに伴う介護負担・不安

- ・ 認知症の進行（徘徊あり）。
- ・ 認知症のため夫の介護ができなかった。
- ・ 認知症で夜に大声を出す事について孫夫婦ががまんできない。老老介護。
- ・ 急激に認知症が進行、家族の出産、病気療養が重なった。
- ・ 在宅介護者の限界（認知の進行、本人との意思疎通困難など）。
- ・ 娘の負担が大きくなり、本人も認知が進んで、お互いの気持ちがイライラして、安定した生活が出来なくなる。
- ・ 心不全が悪化して、入院。独居で退院しても十分な介護ができない状況。認知症もあり、一人で生活に不安があった。
- ・ 養護老人ホームに入所していたが、自分のことが出来なくなったことと、暴言・暴力などあり退所となる。認知症の進行。
- ・ 認知症の進行と何度かの転倒後の入院で、本人は帰宅願望が強いが別居家族が同居も困難。
- ・ 在宅にて夫と生活、昔から透析に通っていたが状態悪化にて入院。認知症の進行により自宅に戻る事がむずかしくなった。そのため施設に入所される。
- ・ ネグレクト、徘徊。介護者家族に暴力、経済的な事情があり安心する住まいが提供できない。
- ・ 独りでの生活が淋しい。物取られ妄想が増えて、本人も疲れていた。独りで泥棒と戦っている不安が大きかった。
- ・ 一人で外出し、必要ないものを大量に買ってしまう。毎日頻回に家族へお金を返せと電話が入り疲弊した（家族が金銭管理を行っていたが、息子が単身赴任で嫁が対応）。

② 本人と家族の認知症、認知介護

- ・ 妻も認知症の為適切な介護が出来なかった。
- ・ 夫婦世帯で妻も認知症があり、生活自体が困難であった。
- ・ 本人夫婦はいずれも認知症。長男夫婦と二世帯住宅に住んでいたが、夫は精神科病院に入院となる。長男夫婦の娘は統合失調症で入院していたが、自宅に戻ることにになり、嫁のストレスが大きくなった。
- ・ 認知症への正しい理解の不足（家族、地域）、家族全員が認知症、あるいは障害を持ち、それぞれ支援が必要な状態であった。生活に必要な家事管理行為ができるキーパーソンが不在、消費生活被害等々、重層的な問題があり、未介入な状態であった。

③ 本人の認知症の進行、それに伴う近隣との関係悪化

- ・火の消し忘れ。認知症により近所の人への暴言、徘徊。
- ・認知症の進行に伴い、近隣の方への負担（早朝に電話をかけたりドロボウ扱いする等）が大きくなり、家族への苦情も出るようになった為家族の決断により入所の運びとなる。

（3）介護者に関するもの

① 介護者の死亡、入院による介護者不在化

- ・介護者の入院。
- ・配偶者の入院。
- ・夫が他界したことで入所。
- ・（主介護者だった）長男の嫁が亡くなった為、孫と2人暮らしになった。
- ・妻と在宅で生活、妻が入院のため本人の介護ができない状況となり、入所。
- ・介護者の夫が他界。日中は車椅子ながら自立して過ごしているか夜間の見守り体制が整わず。
- ・同居中の主たる介護者である妻の容態が悪化し、他界した為、孫（市外在住）が世話をすることになったが、本人との同居は無理な為、入院後に施設へ入所となる。
- ・長男夫婦と住んでいたが、本人の奥様が癌で手術することになり、長男夫婦も障害者をかかえており、世話をかけたくなかったため入所された。本人は奥様に頼っていたので、他の人では介護ができなかったかも。
- ・介護者が本人の姉であり、姉が衣食住全ての役割を担っている（本人は家事一切を経験したことがなくできない）、姉が他界した後は本人だけでは生活が成り立たない。

② 介護者の疾患・障害・身体状況に関するもの、老老介護

- ・老老介護。
- ・介護者が腰痛になった為。
- ・家族も疾患をかかえている。
- ・高齢者のみなので生活不安。
- ・妻も介護が必要で、二人は困難。
- ・妻の持病が悪化し、介護できない状態。
- ・主介護者が骨折したため、介護困難となったため。
- ・介護者に認知症状がみられたため。家族が心配したため。
- ・妻も要介護状態で2人の子供も日常的に訪問する事が難しい。

- ・転倒が多く、本人・介護者不安が強く、介護者うつ状態となり、在宅生活不安となる。
- ・老老介護の状態ですによる過剰な防禦が見られた。娘（別居中）が入所させることを夫に勧めた。
- ・高齢者夫婦だと、介護者が風邪を引いても寝られない。介護者が寝込んだ時の不安から施設を申し込んだ。
- ・夜間の不穏があり、介護者が不眠であった。拘縮も進行しており、オムツ交換等介護負担が大きく腰痛が出現していた。
- ・本人と嫁の仲があまりよくない。長男さんが中心に介護されていたが、長男さんに癌が見つかり、何かあった時嫁は看られないとのことで、嫁が退職後、デイサービス利用していた所、入所申し込みされた。

③ 介護負担・介護不安・介護疲れに関するもの

- ・妻の介護負担が大きい。家族の協力不足。
- ・介護者の負担を息子（別居）が心配。
- ・家族が精神的ストレスを抱えており、本人との同居が困難であった。
- ・疾病治療の為、食事(含水分) 運動の制限があるが、家ではわがままが出て暴言有り。妻への負担が大きい。
- ・食欲低下、脱水して一時入院。区変で支援 2→介護 5。ADL 全介助、家族への依存心強く、介護者の負担大きかった。仕事と介護の両立困難と定期的単身赴任の長男の所へ行く等で今まで単発的に利用していたショートステイの入所の空きがあった為決定となった。
- ・転倒骨折後、独居は困難と同居を試みるが、息子家族の方が本人の訴えにストレス大きく、子供達全員受け入れできず、一人にするのも心配と、本人の気持ちより家族の気持ち優先。

④ 介護者不在・介護力不足によるもの

- ・息子と2人暮らしにて日中介護不足で衰弱。
- ・転倒骨折、低血糖をくり返すが、同居できる家族がない。

⑤ 夜間・日中の介護者不在・介護力不足

- ・家族が自営業のため、継続的な介護は困難なため。
- ・男ばかりなので食事等家事仕事不足。夫、息子2人、家のローンもあり働く必要があった。
- ・長女が訪問し、介護をしていたが、仕事を持っている為、夜間や早朝、緊急時の訪問が難しいと判断し入所へ至る。

⑥ 遠距離介護

- ・離れて暮らす家族の希望。
- ・息子は東京に住み、精神疾患の孫を介護している。息子と息子妻が交代で桑名まで介護に来ていたが限界があった。
- ・家族、介護者が東京で月1～2回しか帰ってこれない。半身麻痺が残り外出に不安があった。

⑦ 介護者の意識・気力に関するもの

- ・家族が介護する気持ちがない。
- ・孫の世話が增えたこと。1年前に長く介護してきた夫・長男が他界し、嫁の緊張の糸が途切れた。

(4) 家族関係に関するもの

- ・家族関係。
- ・家族との関係悪化。
- ・家族が金銭搾取。家族関係が悪い。
- ・長女家族と同居したが、婿との関係が悪くなったため。
- ・長女宅にひきとられていたが、長女の夫と折合いが悪くなったため。
- ・長男夫婦と住んでいたが、折りが悪かった。夫婦は働いていて、昼間留守、徐々に立ち上がれなくなり、排泄に困るようになった。本人は在宅を希望されていたが、夜間、昼間一人で問題があった。

(5) 医療に関するもの

- ・MSWが家族と調整。
- ・吸痰行為が発生。
- ・インシュリンの管理。
- ・医療行為の頻度が多くなる。介護利用量負担大きい。
- ・糖尿病で食事、インシュリン注射の管理が必要だが、一人暮らしで充分できず、見守りができる施設へ入所された。子供たちは遠方に在住。
- ・主治医から独居は無理だから施設入所をと説明され本人は自宅に戻ることを考えなくなった。

(6) 生活環境に関するもの

- ・アパート取り壊し。
- ・アパートの2階（急な階段）。

- ・歩行困難となり、車イス生活となり、住環境整っていない。
- ・物に溢れた住宅で本人の居住する空間を作るには抜本的に問題解決が多々ある。
- ・グループホームに入所した際、借家の契約を終了。その後に生活する家がなくなった。

(7) 虐待に関するもの

- ・虐待。
- ・同居息子によるネグレクト。
- ・友人が面倒を見ていたが、その友人が年金、生活保護の通帳を管理していた。本人の手元には全くお金はなかった。

(8) 支援者に関するもの

- ・担当介護支援専門員と介護者とのコミュニケーション不足（各種制度の説明、介護負担へのアプローチなど）。

(9) 入所理由が不明なもの

- ・23年前より入所されています。当時の詳しい様子は判りません。

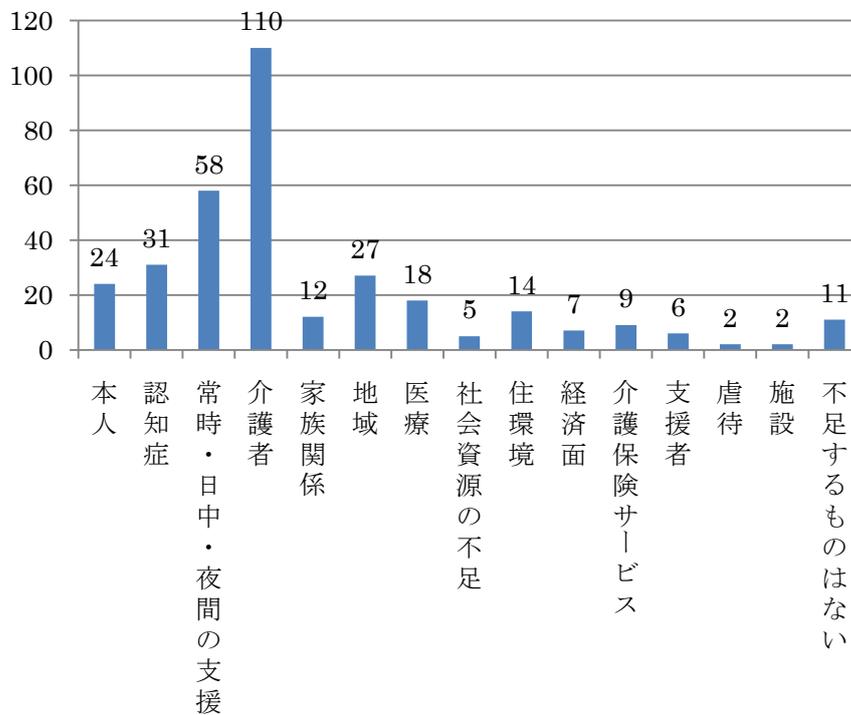
11. 不足する社会資源

設問 5 の最後に事例ごとに「本事例において、本人が地域で暮らしていくためには何が必要（不足）だったでしょうか」との自由記入による回答を求めたところ、390 事例のうち 321 事例について回答があった。なお、複数の内容について記載したものがあり、分割した項目があったことから、336 項目となっている。

以下に 15 のグループに分類して紹介する。グループ別の項目数は以下の通りであった。また、介護者については 110 項目と多くなっているため、さらにその細分類ごとの項目数を表示した。

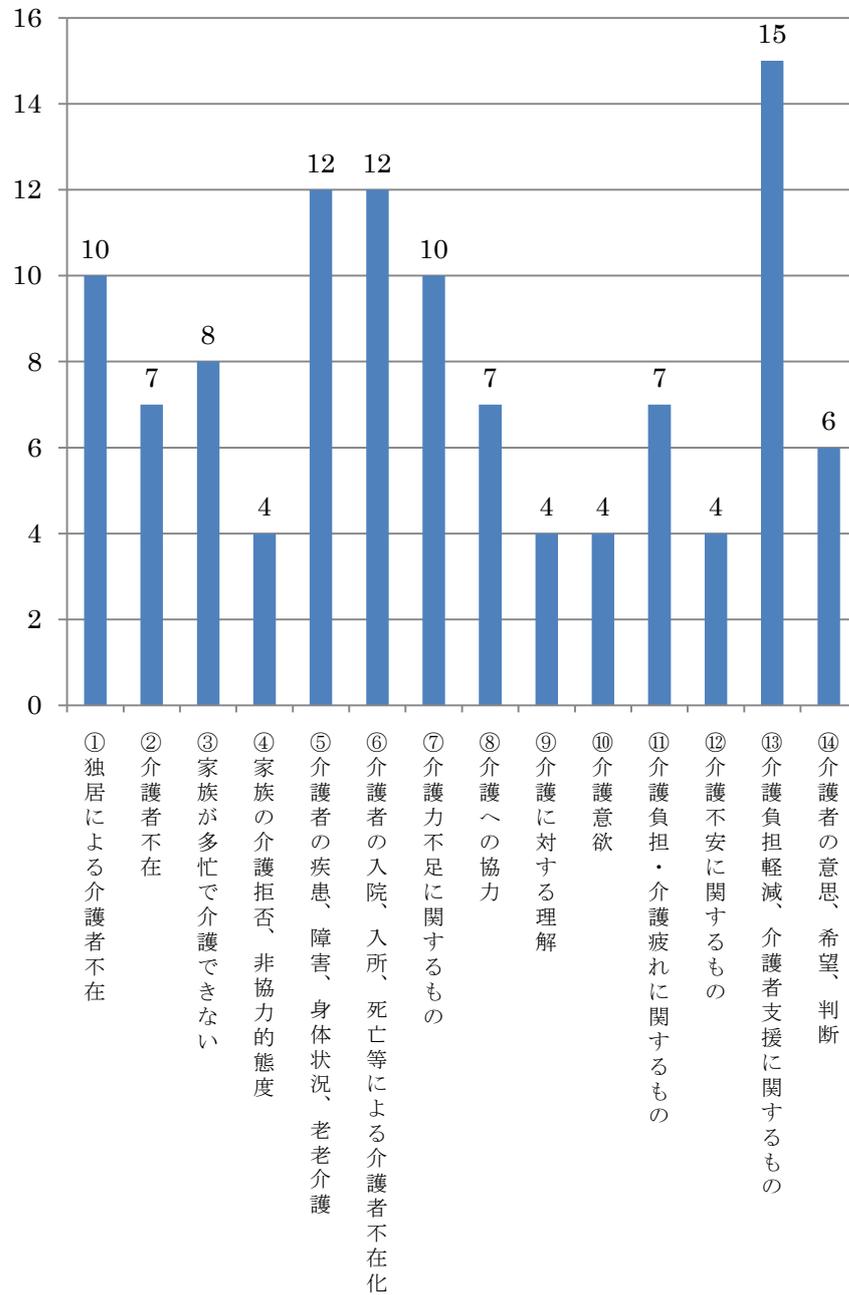
グループ	項目数
本人	24
認知症	31
常時・日中・夜間の支援	58
介護者	110
家族関係	12
地域	27
医療	18
社会資源の不足	5
住環境	14
経済面	7
介護保険サービス	9
支援者	6
虐待	2
施設	2
不足するものはない	11
合計	336

グループ別項目数



介護者に関する細分類	項目数
①独居による介護者不在	10
②介護者不在	7
③家族が多忙で介護できない	8
④家族の介護拒否、非協力的態度	4
⑤介護者の疾患、障害、身体状況、老老介護	12
⑥介護者の入院、入所、死亡等による介護者不在化	12
⑦介護力不足に関するもの	10
⑧介護への協力	7
⑨介護に対する理解	4
⑩介護意欲	4
⑪介護負担・介護疲れに関するもの	7
⑫介護不安に関するもの	4
⑬介護負担軽減、介護者支援に関するもの	15
⑭介護者の意思、希望、判断	6
合計	110

細分類別項目数



(1) 本人に関するもの

① 本人の疾患・障害・身体状況に関するもの

- ・尿道留置カテーテルが挿入されており、ADL 低下のため。
- ・在宅酸素（常時）必要となり、ADL 低下もあり本人が入所を希望。
- ・本人の生活習慣の改善。
- ・疾患による体力低下。
- ・胸部大動脈瘤があり、心不全などの疾患をかかえて独居生活が困難となった。
- ・転倒をくりかえし、何度も救急搬送されることがあり、家族が自宅での介護は困難と判断。
- ・庭で転倒し、2 日後に見つかる。心不全などの持病があり、独居生活が困難となる。
- ・日中独居。片マヒ有り。排泄の度、汚染があつて皮膚の感染症悪化。頻回な排泄の介助と入浴介助を利用できれば在宅も考えられたか。
- ・糖尿病があり、認知症が進行してきており、服薬管理や食事のコントロールが困難となつてきていた。又、下肢筋低下もあり転倒する事もある状態。訪問看護や訪問介護、デイサービスなど組み込みたいが心不全があり、急変時の不安があり、長男宅で過ごすも 1 人の方が気楽との事で、本人の強い入居希望あり。要支援 2 の為、デイサービスも週 2 回、1 人で過ごせ安心できる所が良いとのことでサービス付き高齢者向け住宅を希望される。

② 本人の不安、精神面に関するもの

- ・本人の在宅生活継続への不安の解消。
- ・血縁者が県内。市内に全くいない（他県に実子 3 人）。癌治療を継続し、ひとり暮らしを続けることの限界。副作用による本人の不安が増長した。
- ・持病をいくつか持っており、精神面において不安が極度に募っていた。
- ・本人の不安をとり除けるだけの支援体制と情報提供。
- ・今後の日常生活全般への不安。一人で生きていけるかの不安。施設が安心、手もかからない。

③ 本人の意思

- ・本人の意思。
- ・本人の強い希望であつたため。
- ・家族・本人共に独居生活より施設の方が安心との理由で入所される。とくに地域で暮らしたいというこだわりはなかった。
- ・いずれ入所（介護に抵抗があり理解ができなくなったときなど）を考えていた。医師や知人に入所するためには待たなければならず、何年先になるかわ

からないので、とりあえず入所の申し込みをしておいた方が良いと言われたことで、申し込みをしていたら（数ヶ所）思ったより早く入所可能と返事が来たので、入所を決めたご家族様より。

④ 介護者への遠慮

- ・入院後に子の家にひき取られた。本人の希望（特に嫁に自分がひき取られる前と同じ生活をして欲しい）が強い。
- ・息子夫婦と同居、息子と嫁に遠慮し、入所を決心された。その少し前に転倒された事もあり、転倒に不安感があったのもあります。（介護者不足）
- ・毎日のリハ通院に対する家族の支援を本人が申し訳ないと言って病院に自分で行ける施設を希望された。

⑤ サービスの拒否

- ・介護不足（自宅での支援を本人が拒否）。
- ・本人の介護サービスに対する受け入れ。
- ・夫と2人暮らしで自立した生活をしていた頃より、近所、兄弟、縁者と交流なく、子供もいない。通所サービスは利用できていたが、自宅に他人が入ることは頑なに拒否していた。自宅で転倒骨折し、ADLが低下、介助が必要になった。支援してくれる兄弟も高齢なので、自分達も判断力があるうちに施設利用を希望する家族の気持ちも理解できる。自分の住環境を安全な場所（自宅を片付ける、屋根を直す、くみ取りトイレを水洗に等）に変える気持ちを持って頂ければ暮らしていった。金銭的にもかなり余裕もあったので、住み替え、建て替えが必要だった。

（2）認知症に関するもの

① 認知症の理解

- ・認知症の理解。
- ・認知症への理解。家族の介護負担軽減。
- ・認知症についての家族の理解の不足。
- ・認知症への理解。介護者のレスパイト。
- ・介護者の認知症についての理解と協力。
- ・介護者となる子どもの理解不足。認知症は入所と言う誤った認識。
- ・介護者への精神的なフォローと自宅周辺の方の認知症状の理解が必要だったと思います。
- ・近所の方が日中訪問していただいております、交流はあったが、本人の認知悪化により物盗られ意識があり、近所の方を疑うようになり家族が近所の方に迷

惑がかかると決断。社会全般に見守り、意識周知があれば（家族含む）在宅でも生活ができたのではと思います。

② 認知症による介護負担

- ・ 認知症の進行の予防。介護者の負担軽減。
- ・ 介護者の疲労。本人の認知症（暴言）。
- ・ 認知症の進行による介護負担、徘徊、異食行為、介護抵抗。
- ・ 認知症の進行が早く、在宅生活はできない。
- ・ 認知症が進行し、夫婦のみでの生活が困難となった。
- ・ 認知症の進行により、娘一人だけでは介護力が乏しく在宅生活ができなくなった。
- ・ 自宅で転倒し骨折することを3回くりかえし、その度に入院し手術を受ける。入院の度に認知症が進行し、24時間対応が必要となり入所となる。
- ・ 認知症の進行による徘徊。自宅での異食行為による体調不良による介護者の不安。
- ・ 要介護者の認知症の進行に伴い、高齢の姉の心理的・物理的負担が増加した。住宅密集地で火の不始末もあり、家族が判断した。不安のため連日数回電話をかけてくる方の為に「何か出来る事」「不足する事」は「ごく近所に住んで関わってくれる家族」と思うので、この方には望んでもありません。

③ 認認介護

- ・ 介護者不足、妻も認知有り。
- ・ 介護者（妻）の介護力不足 妻も認知症。

④ 認知症に関する社会資源の不足

- ・ 認知症（徘徊等）に対応できるショートステイ（夫、障害の子と3人暮らし）。
- ・ 認知症の症状が強くなった時に在宅で利用出来るサービス。身体介護、生活介護以外のサービスの不足。
- ・ 重度認知症でも受け入れできるサービス事業所、デイサービス、ショートステイ等。

⑤ 認知症の見守り

- ・ 認知症があり、日中独居になるため自宅で一人ですごすことは困難。
- ・ 認知症で日中独居（グループホームの入所も検討）で日中の見守り介護。
- ・ 認知症で見守りが常時必要となったため。
- ・ 独居で閉じこもり状態、認知症の悪化で外に出てしまう（時間関係なく）、

骨折となる。

⑥ 認知症周辺症状に関するもの

- ・ 早目の受診によるご本人の周辺症状の改善。
- ・ 他人への被害妄想がなく、本人がサービスの受入をできれば、継続できた。

⑦ その他認知症に関するもの

- ・ 認知症に対する効果ある薬の処方、近所の人達の理解。
- ・ 認知症の為、新しい環境に対しての不安大きくグループホームを希望された。
- ・ 認知症の進行、対応についての家族、親族の意見の不一致が要因であり、早期の専門医との関係作りが不足していたと考えます。

(3) 常時・日中・夜間の支援

① 常時（24時間）の支援

- ・ 常時の見守り。（×5）
- ・ 常時の見守り者。
- ・ 常時の見守り（摂食、服薬）。
- ・ 常時の見守りと介助。
- ・ 常時の見守り（夜間）の介護を行う資源がなかった。
- ・ 常時見守りができる介護者がいない。
- ・ 常時の見守り→認知症（不穏時の対応）＝配偶者の代替者。
- ・ 昼夜の見守り（転倒防止）と、本人が行えない導入への対応。
- ・ 介護者の不足、常時見守り、都度排泄等介助が対応できない。
- ・ 24時間の看護介護体制（夫は認知症・子は精神障害）。
- ・ 24時間の看護介護体制、支給限度額不足（1人暮らし）。
- ・ 長男と2人暮らし。長男の介護疲れ。24時間なんらかの支援が必要。
- ・ 妻も要介護状態のため自宅では困難、24時間の見守りとサービスが必要である。
- ・ 常時（24時間）の見守り、別家族との同居だったら、認知症も早期に気づく事が出来たのでは。
- ・ 24時間の見守り。家族が学生、勤労者であったので、昼夜に至り見守りが不足していた。
- ・ 24時間365日支援できる医療、介護、生活支援などの社会資源の不足。介護者が低収入、気質などサービスでは対応しにくい問題への対応。
- ・ 24時間365日対応できる医療、介護、生活支援などの社会資源の不足、地域に低価格で入居できる施設がない。

- ・本人が自宅では不安感が強く、常時の見守りや環境面での安心感で施設希望した。独りにならない為に24時間途切れない介護の提供するサービスは不足。
- ・夜間、深夜、早朝など24時間365日対応できる医療、介護、生活支援などの社会資源の不足、家族の覚悟や本人の意思へのアプローチ。
- ・アパート一人暮らし。脳出血で下肢マヒで車いす生活。導尿カテーテル、便秘あいまいで紙おむつ（夜はおむつ）。24時間なんらかの支援体制が必要。
- ・歩行が出来ず車いすだったので、24時間見守りをしていただけの人がいればよかった。
- ・病状の悪化により、独居で遠方の家族が通いの援助では困難だった。24時間支えられるサービス、病状に合わせた臨機応変な対応ができる質の高さが必要。
- ・夜間、深夜、早朝や困ったときにすぐに利用できる24時間365日対応できる医療、介護、生活支援などの社会資源の不足。家族の覚悟や本人の意思へのアプローチ。
- ・介護者が不在になる時があり、訪問介護を入れても一人になってしまう時間がある。その時、何かあったら（転倒・排泄介助）不安である。常時、見守りがある施設の方が安心であるから（デイサービスは行きたくない）。
- ・常時(24時間)の見守り、適切、適量な食事介助、環境（暖房の設備）や福祉用具。家族の本人の身体状況の理解不足。かかりつけ医の専門外医師紹介がされなかった。等 CM から、介護量不足を伝えるも、同意が得られず、本人の症状を悪化させてしまい入所に至ってしまった。

② 日中の支援、日中独居

- ・日中の家族の不在。（×4）
- ・日中一人で過ごすことに対して、ご家族不安が大きい。
- ・長女と孫との生活であるが、長女教師、孫大学生であり、昼の介護が出来ていなかった。

③ 夜間の支援

- ・夜間のサービス。
- ・夜間の医療行為。
- ・夜間対応できる事業所。
- ・夜間の見守り対応。
- ・夜間帯の見守りサービス。（×2）
- ・夜間の見守り、介護力不安。
- ・夜間と昼間の見守り、介助。

- ・夜間、朝の訪問サービス。
- ・家族の協力、住環境、夜間対応が出来ない。
- ・家族の同居、夜間の見守り、生活全体の見守り。
- ・介護者の勤務体制に合わせたサービス（不定期、夜間にかかる、見守りだけのサービス）。
- ・視覚障害あり。独居。夜間を中心に見守りの体制があれば本人家族とも安心できたと思う。
- ・地域との交流は少ない。デイサービスを利用していてもやはり夜間は一人である。
- ・特に夜間の介護力が不足（長男夫婦はみれないとのこと）。家族の協力とショートステイなどの泊りの施設。
- ・身内なく、近所との交流もなく孤立されていた。夫が要支援認定者であり、ヘルパーが朝昼夕支援を行っていたが、本人が緊急時の時の対応を不安がられ、自ら決断し入所。特に夜間の対応支援事業者が見つからないことが本人の不安につながりました。

④ 見守り全般に関するもの

- ・見守り。
- ・見守り体制。
- ・家族の見守り、介助。
- ・家族の見守り（商売をしていた為不可能だった）。
- ・買い物、食事の準備、見守りをする人。
- ・一人暮の為、定期的な見守りが必要。人との交流。
- ・生活全体で見守りできる介護者がいない。

（４）介護者に関するもの

① 独居による介護者不在

- ・独居生活の限界。
- ・独居の為、困った事を伝える事ができなかった。
- ・介護者の存在(介護できる家族がいない)。
- ・同居する人がいれば、もう少し在宅にいられたかも。
- ・介護する人がいない 1人暮らしは困難。
- ・独居のため、家族が近くで見守り、買い物等の支援が必要だと思われる。
- ・独居。離婚後、娘や息子達が互いに介護に協力的ではなくキーパーソンがいない。
- ・独居で一人娘のみ。一人娘の近くのケアハウスに入居される。孤独、不安の

解消が必要。

- ・独居で本人の家族・子供もいない状況。本人の兄弟の協力があれば在宅での生活が継続できたと考える。介助者が不足。
- ・入浴、家事の支援が不足。独居で子がない。甥姪の支援に限度がある。入院→施設と自然に流れた。

② 介護者不在

- ・子供の協力が無い。
- ・子が遠方にて支援不可。
- ・娘家族と同居したら在宅生活は継続できると思う。
- ・家族が遠方のため、判断や入院等対応困難な状況のため。
- ・家族は県外在住にて近くに支援者がいなかった。膀胱がん等での入院。
- ・近くに見守り、介護できる人がいなかった。介護力不足。長男は近くに住んでいたが、本人はその人の言うことを聞かなかった。訪問介護を昼、夜も利用できると思った。
- ・家族が近くにおらず離れた所から見守るのには不安が大きかった。在宅で生活する為に必要なサービス、理解。医療と福祉で在宅での生活に向けての方向性の違い。在宅生活を送る為の医療、福祉の共通理解。

③ 家族が多忙で介護できない

- ・家族が共働きのため、介護負担が大きくなったため。
- ・生活全般の見守りが必要になってきたが、家族（身内の方）にも生活があり対応できなかった。
- ・同居の家族も共働きのため、夜遅くまで不在。医療依存度が高いため、ご家族の介護負担が大きい。
- ・娘が働かなくてもよい環境なら在宅生活を出来たがまだ若く、男の孫二人も小さく、育てながら金銭面の確保があればよい。
- ・転倒し骨折のため長期入院となる。自宅は、自営業で一階は店、二階が住居となっている為車いすの移動等に認知症の進行により自営業を営みながらの介護には限界。
- ・息子と孫の三人暮らしだったが、息子が仕事をかわり、新しく会社を引継ぎ朝から晩まで仕事に追われ、孫は何もせず、おかずを買って置きに来るのも困難になり、転倒をしたり物をなくしたりで、負担が大きくなり入所させた。
- ・同市内に息子がいるが、仕事の為、介護支援が出来ず、他に娘が2人いるが家族関係が悪く、本人が死亡にも葬儀にも出ないと…。他人の支援だけで要介護4を支援するには限度額も不足。

- ・同居家族は自営業で休みなく農作業があり、常時の見守りは困難となった。本人の精神状態が悪化し、家族への被害妄想がひどくなった。家族の精神面、フォローやストレス軽減できる支援が不足。家族以外の近隣や親族の認知症の理解も必要。

④ 家族の介護拒否、非協力的態度

- ・家族の理解(介護拒否)。
- ・家族の理解(本人の難しい気質のため介護を拒否)。
- ・家族の介護力不足。自営の為介護が出来ない。家族の協力がえられなかった。
- ・家族の協力がえられなかった。本人と家族の仲がよくなく、同居家族以外に協力者がいなかった。

⑤ 介護者の疾患、障害、身体状況、老老介護

- ・介護者の健康維持(介護者が病気になったため)。
- ・介護者の妻も疾患があり、負担が多すぎる。
- ・介護者が70代の夫のみで、元気ではあるが色々な事に疲れてしまった。
- ・主介護者のお嫁さんが病気になり、介護者の代わりになる人が不在だった。
- ・介護者が兄弟しかおらず高齢であり心身の負担、在宅生活への理解がなかった。
- ・長男独身、三男精神障害者、嫁脳梗塞で麻痺あり、ショートステイ利用。朝、昼、夕の食事や掃除をするヘルパーを入れると良いと思う。
- ・夫婦とも要支援、要介護状態で、息子は昼間仕事と留守のため高専賃入居。息子も病的(軽度)だったため支援者がいないため。
- ・本人の夫は死去されており、子供がいなかった。高齢の妹と2人暮らしのため在宅での生活は困難だと判断された。
- ・家族関係の修復と家族による支援(息子との不和)。妻が脳血管性の言語障害、理解力の低下がなければ在宅は可能であった。
- ・介護するのが高齢の妻のみ(長女は県外在住、長男が同居だが、勤務があり介護困難)。
- ・独身のため介護者が高齢な兄弟であり、負担が大きかった。またアパート住まいのため近隣との関係も希薄だった。
- ・介護者の負担軽減の為、リハビリ強化など提案するも本人拒否で介護者の病気悪化。

⑥ 介護者の入院、入所、死亡等による介護者不在化

- ・主介護者が他界されたことが大きかった。

- ・夫と二人暮らしで、夫が有料施設に入所したため独居となった。
- ・同居の夫が急死され、本人の精神的不安と夜間の見守が必要となった為、家族の負担が多くなった為。
- ・家族の介護状況と介護力、長男さんの健康面の問題。家族が体調崩して、すぐ頼れる、利用できる入所、ショートステイの施設。
- ・主介護者の急死により生活の支援はサービスのみでは無理であった。地域の支援が必要であったが、おぎなえない。
- ・家族の健康状態。本人の息子も癌となり主たる介護者の介護に限界がみられた。
- ・妻の健康状態。本人は脳血管性疾患により暴力行為やコミュニケーション障害が、妻が白血病により他界した為、精神科病院を経て有料老人ホームに入所となった。妻に代わる介護者がなかった。
- ・本人が周囲とのつき合いを拒んでいたため他人（親類を含む）を家の中に入れなかった。たまたま息子さん急死されたのをきっかけに次々と問題が表出されてきた。今回は室内で倒れていたのを49日の法要に訪れたお坊さんが発見し救急車で病院搬送となりMSWより包括に連絡をいただいたケースであった。身内は甥姪のみで入院退院入所の手続、お金の管理しか期待できない。
- ・同居の娘が体調を崩して入院。IADLを担う人がいなくなった。
- ・高齢者世帯。子どもいない。介護者である妻の入院（在宅復帰不能の入院）。
- ・同居の長女が仕事の都合にて遠方に引越をする事になり急に独居となる。孤独な生活に不安と認知症の悪化による。
- ・同居家族がいても老老介護されており、夫の介護負担が大きくなり、介護者も体を悪くし入院され、入所となった。同居家族の協力（身体、精神的）が必要であったと思う。

⑦ 介護力不足に関するもの

- ・介護力。（×2）
- ・介護者の介護力。
- ・介護者の介護知識、技術の不足。
- ・介護者の見守り、援助。
- ・家族の介護力。
- ・同居家族の介護力が無いため。
- ・食事の準備。介助不足。（ブレンダー食の準備負担）。
- ・息子様、孫息子様、男性3人暮らしによる介護力低下、負担、不安あり。自宅内に家族不在時に訪問ヘルパーが入る家族の抵抗。
- ・介護力、奥様が回復されるまで預かることができるのであれば（2、3ヶ

月) 入所はなかったかも。急な利用、ショートステイの施設。

⑧ 介護への協力

- ・ 家族の協力。
- ・ 病状の安定、家族の協力。
- ・ 家族の受入れ。
- ・ 息子の協力がなく、妻だけの介護では負担が大きい。
- ・ キーパーソンとなる方の介護の限界。協力者不在。
- ・ 長男夫婦の協力。団地で暮していたが、近隣との会話も必要時以外ほとんどなかった。IADL の低下を支える手段があれば生活できたと考える。
- ・ 長男の嫁の老夫婦の介護負担が大きくなってきた時の家族等の協力体制が足りなかった。

⑨ 介護に対する理解

- ・ 家族の理解。
- ・ 介護者の理解不足。
- ・ 介護に対する家族の理解。
- ・ リスクを許容できる本人、家族の理解。

⑩ 介護意欲

- ・ 家族の介護負担軽減と介護に対する意欲。
- ・ 介護者が介護できる時間中、介護に対する意欲。
- ・ 主介護者（嫁）の介護に対する気持ちがなく入所希望。
- ・ 長男の妻の介護への意欲の高揚が困難となっていた。

⑪ 介護負担・介護疲れに関するもの

- ・ 介護量。
- ・ 行動障害に対し、夫対応、負担かかり限界。ショートステイ利用も、疲労すると本人の意欲、ADL が低下するので逆効果であった。
- ・ 介護者である子が在宅のイメージを描けなかったため不安感、負担感が増した。入院期間が長く、より不安が強くなった。
- ・ 夫が要介護状態、妻は要支援状態、息子はいるが息子も手がかかり在宅は困難と判断し、夫婦で入居。家族の支援と保険等のサービスが不足していると思う。
- ・ 在宅を希望されれば介護保険・医療保険で支援出来る態勢はとれたと思いますが、寝たきりの本人を在宅で看ることがご家族にとってとても負担だった

と思います。（いつ急変があるかわからない。ヘルパーに家に入られるのも気を遣う。日中は就労中など）

- ・ショートステイの有効な利用。ただし、夫によればショートステイ利用後は自宅に戻ってからかなりおかしくなってしまう為、介護がかえって大変であるとの理由でデイサービスのみの利用になった。→デイサービスの場合もおかしくなるとのことだが比較的安定しているとのこと。夫による介護は限界だった。
- ・本人は近所付き合いが少なく、嫁いだ娘達が交代で毎日両親の IADL を支援（本人の夫は現役漁師）。本人の入退院の繰り返し、夫の体調不良も重なり、娘さん達の負担が大きかった為入所。近所の方の交流もあれば、ヘルパー、通所介護を利用することで在宅の継続が出来たのではないかと考えています。一人でいる時間を本人、家族ともに心配されていた為。

⑫ 介護不安に関するもの

- ・在宅での介護の不安。
- ・家族への在宅生活への不安を取り除くこと。
- ・本人、家族の在宅生活に対する不安の解消（疾患による）。
- ・90 歳、認知症、独居、本人・家族共に今後の事を考え（見越し）、施設入所を希望、不安感とりのぞけば自宅もあったか。

⑬ 介護負担軽減、介護者支援に関するもの

- ・介護者の負担軽減。（×4）
- ・同居家族の支援。
- ・介護者への支援。
- ・家族の介護負担の軽減。
- ・本人、家族の負担軽減。
- ・介護者の負担軽減、（別居の）家族支援。
- ・介護者である高齢の妻へのサポート。
- ・困った時の相談相手が必要。生活の中での目標が必要（楽しみに出来る目標）。
- ・家族（同居の息子）の支援（デイサービスの理解、服薬管理、受診の同行）。
- ・介護者が息子1人。離れて生活をしており、仕事もある為、その中での負担と不安が大きかった。介護者の負担、不安が減らせられたらよかった。
- ・主介護者一人の負担が大きいため、周囲の見守り、声かけ等、介護者に対して介護負担の軽減が必要である。
- ・定期的に、家族の負担を聞いて頂ける方が訪問して、同居の人が抱えこまない様に、介護者の気持ちを受け入れて、話を聞いて頂きたい。

⑭ 介護者の意思、希望、判断

- ・ 家族間の話し合い（妻子と別居中であったが、（本人は30年近く独居生活をしてきた）。生活が不安になり妻に助けを求め、妻が入居を希望。
- ・ 介護者の在宅介護の知識不足。相談相手（介護者同士の交流不足）。不安感が強かった為、介護者判断で施設申込、入所に至った。
- ・ 支援体制をととのえれば可能であったかもしれないが、家族が「自宅で看れない」とのことであったため地域に帰る事はむずかしかったと思います。
- ・ 未婚の為子供などがいない。近所に住む甥が身元引受人だがあまり積極的にはされない。本人さんは一人暮らしであった為、ご家族（甥）の希望で入所となった。
- ・ 本人の半身麻痺による将来への不安。東京の息子がそのことで不安があり、本人はまだ一人で行けると試してみえたが、息子さんの意向で入居された。障害が残った場合に頼れる人がほとんど近くにいなかった。近隣の支えとなる人、安心して外出できる環境。
- ・ キーパーソンであった甥夫婦が、本人の病状に対しての理解不足で「すぐに施設に入れないと無理」という感じになり、本人の年金範囲内で入れるサービス付き高齢者向け住宅に決定した。本人は一人暮らしに対しての漠然とした不安はあったものの、施設入所に関しては「自由にできない」と少し不満あり。周囲で見守りしてもらおう人とヘルパーの導入に対して拒否的であったが、上手にサービス（介護保険）が利用できていれば在宅生活が継続できたと思う。

（5）家族関係に関するもの

- ・ 家族と本人の関係性。
- ・ 家族間の関係を良好に保つ事。
- ・ 家族の絆（今までの関わり方）。
- ・ 家族、兄弟姉妹の関係悪化。
- ・ 家族（子供）との関係の悪化。
- ・ 家族関係、日中独居により本人が家族へ遠慮。
- ・ 同居家族と本人の折り合いの悪さ。介護に消極的。
- ・ 別居していた状態から同居が難しい。
- ・ 家族とは縁をきってみえるため、家族と関わるができなかったため。
- ・ 独身であり（離婚経験あり）、同居家族との折り合いが良くなかった。
- ・ 家族関係の修復と家族による支援（息子嫁との不和）。夫が健康であれば在宅は可能であった。

- ・血縁者が姪夫婦という、複雑な関係により同居が困難。本人の状況から介護者（姪）が独り暮らしをしてもらうことへの大きな不安。本人と家族及び介護者との良好な関係と不安の解消があればよかった。

（6）地域に関するもの

① 地域とのつながりに関するもの

- ・地域との連携。
- ・近隣の方との交流。
- ・近隣、地域とのつながり。
- ・地域の連携、近隣との付き合い。
- ・友人がなく、話し相手がいない。
- ・近隣との付き合いが全くなかった。
- ・地域との交流。家族（妹）の交流。近隣の交流。
- ・本人の不安を解消できるような地域との交流や情報提供。
- ・地域とのつながり。インフォーマル・フォーマルサービスの情報提供。
- ・近隣との付き合い。兄弟姉妹間の話し合い。2年前より独居、夜間の見守り（精神面不安定）。相談事がいつでも話せる。
- ・高齢者二人だけの生活。介護保険の内容が分かってなかった。近隣との付き合いがなかった。地域連携。夜間見守り。
- ・地域との交流なし。特に主介護者である妻のうつ病もあり、支援事業者も同じメンバーで対応を行っていた。金銭的な問題、妻の入院もあり、生活保護申請にて有料へ。老老世帯でお互いの依存心が高く、社会的交流もなく孤立されていた。金銭的な問題が一番だが、近所との社会的交流がなく、すぐに相談できる相手がいないため、病院に行くのもCMが来るのを待ってから相談など対応が遅くなっていた。家族関係の希薄さも関係あり。

② 地域の協力、見守り、支え合いに関するもの

- ・近所の見守り。（×2）
- ・家族、近隣、知人との協力。
- ・近所の理解と見守り、交流不足。
- ・自立して生活できるよう周りの支援が必要でした。
- ・衣食住を世話してくれる人の存在が必要（隣近所とのやりとり等）。
- ・近所の人の見守り、家族の支援、本人がショートやサービスの拒否があった。
- ・高齢者夫婦世帯だったので、地域ぐるみで常に見守りや支援があれば可能だったかもしれない。
- ・近隣の方の独居（認知症）に対する理解や協力があれば在宅での生活がもう

少し継続できたように思う。

- ・近所の住民、近所の遠縁にあたる人達の支援(住民ネットワーク)があれば、地域で暮らせたと思う。
- ・転倒して4日程一人で倒れていた。独居の方の見守りをもう少し地域ぐるみで出来ないものか。

③ その他地域に関するもの

- ・本人の地域での生きがいがづくり。
- ・市外から転入することなく3年前より市内に居り、誰の目も届いていなかった。
- ・地域との関係が少ない。世代が違くと交流が少ない。同じ世代同士の交流も難しく便りにはならない。
- ・病状、ADLを考慮すると地域の方のインフォーマル支援ではまかないきれないと思う。家族も疎遠な関係であった為、入所後も金銭管理のみおこなっている。地域の協力や介護サービスを利用しても在宅生活の継続は困難と思う。
- ・妻や近隣の方の力を借りながら生活されていたが要介護4の人を自宅に一人で置いておくという状況に対し周囲の方が不可能であると不安を強く訴えられることがあり、施設入所に至った。近隣の理解はあった方だと思ったが、「マヒ」や「介護を受けないといけない」と見てとれる人はなかなかむずかしいと感じました。

(7) 医療に関するもの

① 医療連携に関するもの

- ・医療連携。
- ・医療との連携。
- ・医療連携、高齢者介護への医療行為理解、管理。

② リハビリテーションに関するもの

- ・在宅復帰に向けたリハビリ。
- ・病気の回復、リハビリの意欲、介護量。
- ・在宅復帰のためのリハビリ、本人や関係者の意識づけ。
- ・本人の健康管理、リハビリへの意欲、介護者への支援体制。

③ 在宅医療の支援

- ・医療的行為を常時行える環境。
- ・夜間本人の急変時の医療の対応。

- ・服薬確認（インスリン注射含む）。
- ・在宅診療、往診、看取りのできる医療。
- ・医師の在宅生活継続支援に対する理解が不足。
- ・医療依存度が高く、看護師による管理さえできる状況であれば在宅で家族（妻）との生活は続けられたかもしれない。

④ 退院調整に関するもの

- ・入院後、自分で起き上がり、立ち上がりが出来なくなった。自宅では一人暮らしなので、今の身体状況では何かあった時に不安なので入所された。
- ・病院は急性期が過ぎると即退院とし、いかに入院期間を短くするかを考えているが、本人への疾病理解を促す教育機関を持てば、在宅で看れたのではないか。
- ・入院中に MSW、家族間の相談、入所調整を行った。カンファレンス開催する事もあるが、MSW のみですぐ入所支援する場合ももちろんあるので、より連携が必要。

⑤ その他医療に関するもの

- ・早期の専門機関の受診。
- ・介護度の高さ、起因する疾患から判断して在宅介護は困難。ただ、高齢で状態の落ち着いた精神疾患患者の受け皿をすべて介護施設でみていくには限界があるのではないか。精神科病院の一役割としてその方たちのフォロー施設があってもよいのでは。

（8）社会資源の不足

- ・交通機関の充実（通院など）。
- ・19 時くらいまで利用できるデイサービス。
- ・自動の緊急通報サービス（障害 1 級の夫と 2 人暮らし）。
- ・家人が帰宅されるまでの時間に利用出来るサービス（訪問介護等の短時間での介護では難しい）。
- ・在宅での健康管理（食生活の管理）、高齢者の身体機能の向上・維持のための社会資源。

（9）住環境に関するもの

- ・住環境。
- ・住環境の整備。（×2）
- ・整った住環境。

- ・住宅事情。
- ・住宅環境の整備。
- ・住宅環境と見守り体制、移動支援。
- ・自宅の大がかりな改修工事。
- ・借家の再契約（市営住宅）。
- ・自宅の住環境の整備。
- ・自宅の大がかりな改修。
- ・家具付アパートが少なかった。新しく家具を揃えるほど何年も使わないと。
- ・1階の住みやすい住宅への転居とそれを支援する体制。生活全体をコーディネートしてくれる支援者。
- ・玄関まで階段が十数段有り。出入りが困難であった。レンタル品の中に昇降機は有るが、ある程度の広さを必要とし、また高さも限度有り。

（10）経済面に関するもの

- ・家人の経済的力量。（×5）
- ・経済的事情。
- ・経済的に余裕が不足。
- ・経済的事情が大きい。介護が必要な状態の対象者が複数いた為、共働きで生活をしている。
- ・本人の無年金と長女の経済的理由にて独居の生活はむずかしく本人の疾病理由で入所となる。
- ・病状が悪化し、支援している友人も、持て余す様になり友人が施設を希望。福祉総務課は友人にお金を渡すのみで深くは関わってくれない為、施設入所以外の選択肢は思い浮かばないです。早い段階で、きちんと金銭管理が必要だったと思う。
- ・アパート 2 階であった為住宅改修に大家さんが同意してなかった。日頃の本人の態度の悪さ、家賃滞納等に大家さんが不満あり。福祉総務課と相談したが、在宅生活の継続は困難との理由。支援してくれる友人にはお金等でお礼していたためお金が続かない。

（11）介護保険サービスに関するもの

- ・訪問看護・訪問介護・通所介護・デイケア利用。
- ・常時の介護サービスは支給限度額でまかないきれない。
- ・支給限度額不足（障害の子と2人暮らし）。
- ・介護サービス量の不足（支給限度額の低さ）。
- ・介護保険では認められないサービスの希望が多かった。

- ・ショートステイを利用し、介護休息されていましたが、ショートステイ利用中発熱があり、利用中止となった。これではショートステイ利用しても同じですと家族の弁。
- ・食事介助や吸痰が必要だと、ショートステイで断られる時があるので、すぐに泊めてもらえる場所がない。
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の訪問介護利用。
- ・家族の希望に主治医が応えた。要介護度は高かったが IADL、ADL 共に回復していたため、一旦は在宅生活を送ることは出来たと思われる。介護者の負担を慮って本人も在宅を強く希望しなかった。現在は通所介護サービス、訪問介護サービスで一旦は在宅が出来たと思う。夜間の巡回サービスが利用出来れば家族も不安を持たなかったかもしれない。

（１２）支援者に関するもの

- ・ヘルパーによる家事仕事が十分出来ていればよかった。（×２）
- ・ヘルパー利用に対する本人の受け入れ姿勢とケアマネジャー、サービス提供者の説明と理解を求める力不足。
- ・地域住民、行政、地域包括支援センター等の早めの対応や連携不足。
- ・早期発見、早期対応のよりシステム的な仕組み、他職種連携。
- ・早期に相談の機会があれば予防できたのではと思われる。
- ・介護度が軽くなり、地域での生活を計画しても福祉総務課から「家賃は出すが、アパートを探したり保証人にはなれない」と言われ、どこの誰が責任持ってアパートを探し、施設から引越しさせ日常生活が送れるように整えるのか。すべてケアマネジャーに任せられるのは負担が大きく困難であった。

（１３）虐待に関するもの

- ・介護者の介護放棄。
- ・金銭虐待（息子の使い込み）。家族間の話し合い。地域連携。福祉への相談。

（１４）施設に関するもの

- ・入院して胃ろうとなり、本人が望んだ施設で食事対応。一日 3 回、月～土はなんとかなるが、日曜日、看護師がいないことで対応困難。訪問介護は日曜日休み、無理して来てもらっても高額になり、家族負担が大きく望みはかなわず、他の施設へ入所してもらった。
- ・友人も多く、買い物等社会資源を利用することで在宅生活をされていたが、ADL の低下に伴い、近くにある有料老人ホームに入所（2 ヶ月入院後 2 週間在宅）。入所することで車椅子自操、歩行器を利用することで歩行が数歩でき

るまで向上され、友人も入所後も訪来あり。介護保険を利用しながら地元の施設に入所できたことで、本人の満足度は高い事例です。

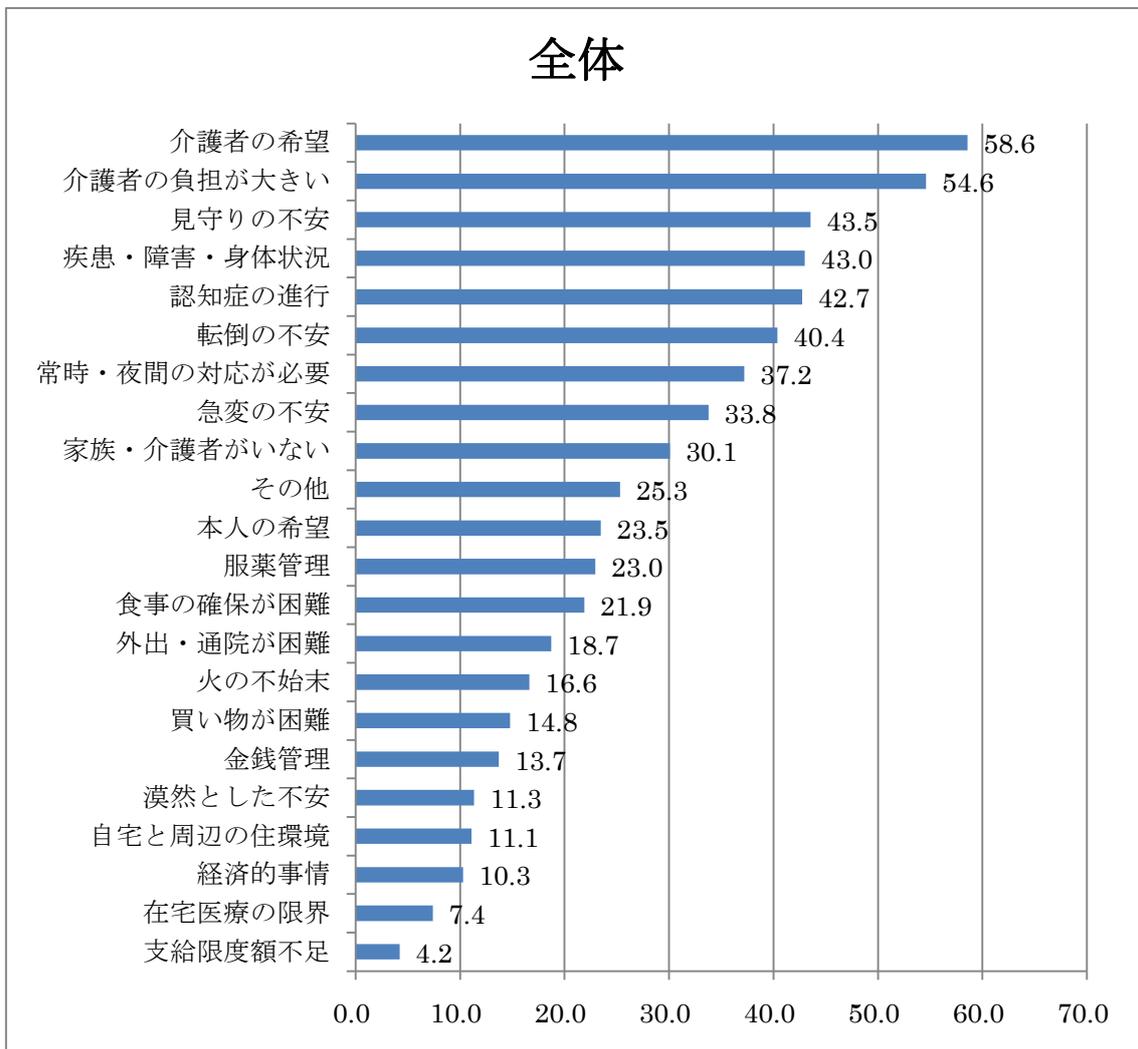
(15) 不足するものはないとする意見

- ・夫も介護していたため、本人の精神的身体的負担軽減。
- ・在宅で限界まで介護されていたので特になし。
- ・本人や介護者の方が地域で暮らしていくというふうには考えてみえませんでした。
- ・このケースについては、本人・家族ともに納得の上での入所であった為特に不足なし。
- ・介護者の負担だったが、ショートやデイを利用していたので、必ずしも不足していたとは思えない。将来を見据えて入所された。
- ・入所して1ヶ月以内に病状が悪化、死去となった。在宅生活でも病状悪化は避けられない状況。家族は数ヶ月後には在宅生活を再開させる予定だったことから不足しているものは無いと考える。
- ・不足していたものはなし。フォーマル（各種介護サービス）、インフォーマル（家政婦、民生委員や近隣住民）なサービスが有効に機能していたが、認知症が重度になりすぎて在宅独居生活の限界を超えた。入所が適切な事例。
- ・不足していたものはなし。90歳を過ぎ、認知症が進行し、ADLが低下して転倒・入院を繰り返すようになった。もはや在宅独居生活は限界を超えていた。入所が適切な事例。
- ・不足していたものはなし。本人が難病を発祥してから5年間（最後の2年間は完全に寝たきりだった）妻が非常に献身的に在宅介護をされた。あれが限界だった。本人にしてみれば在宅のほうが良かったのだろうが、ケアマネとしては入所（入院）が適切な事例だと思う。
- ・不足していたものはない。フォーマル、インフォーマルな各種サービスを駆使して在宅独居生活を支援できた。認知症がかなり進行してから支援を開始し、最終的に約8時間限界まで支援できたと思う。入所が適切な事例。
- ・不足していたものは特になし。ADLの低下、認知症の進行、家族の負担増大、それらが在宅介護の限界を超えていた。担当ケアマネジャーとして施設入所が適切な事例。

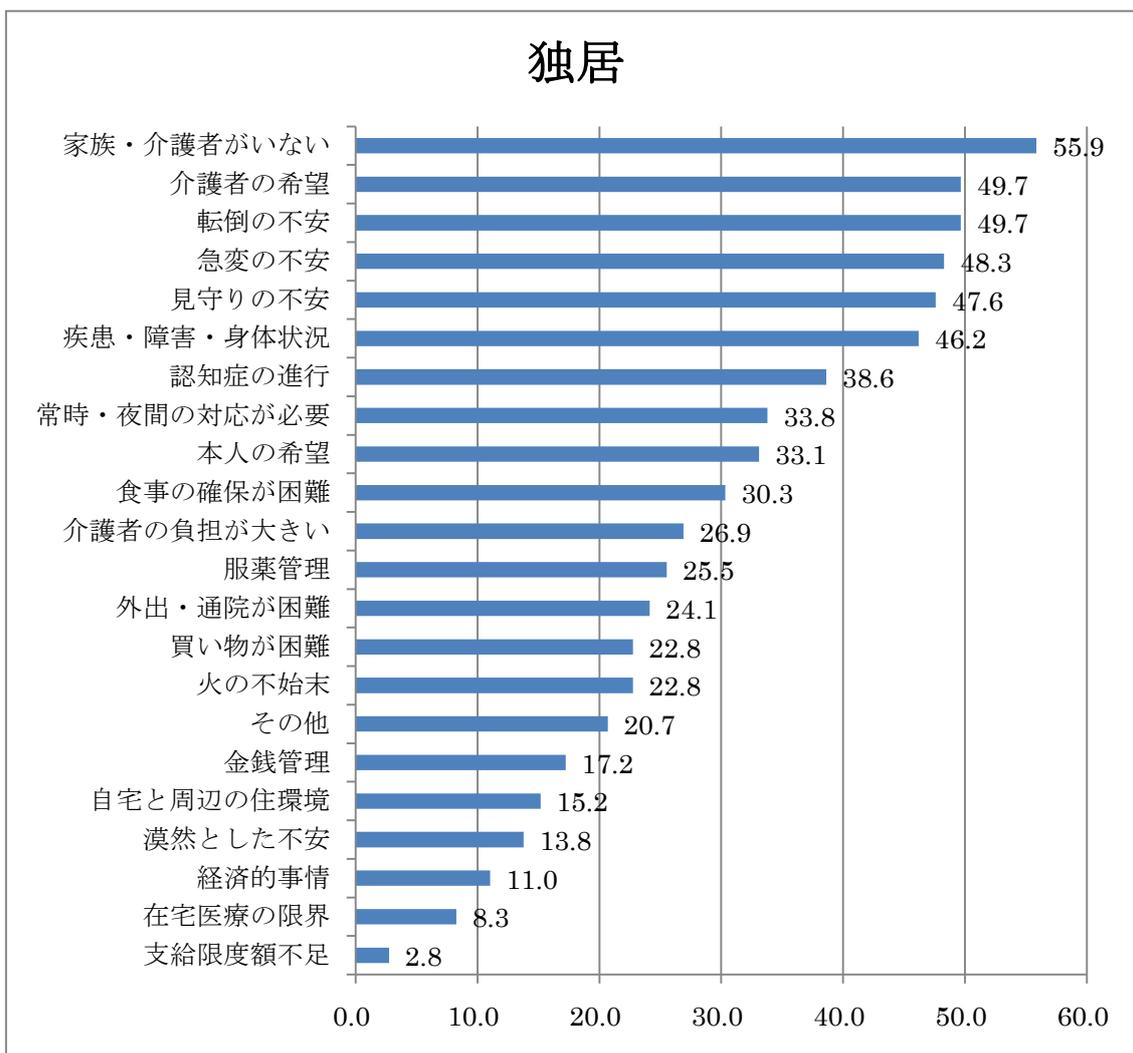
＜1-2-7. 設問5 分析・考察＞

1. 生活状況別にみた入所理由

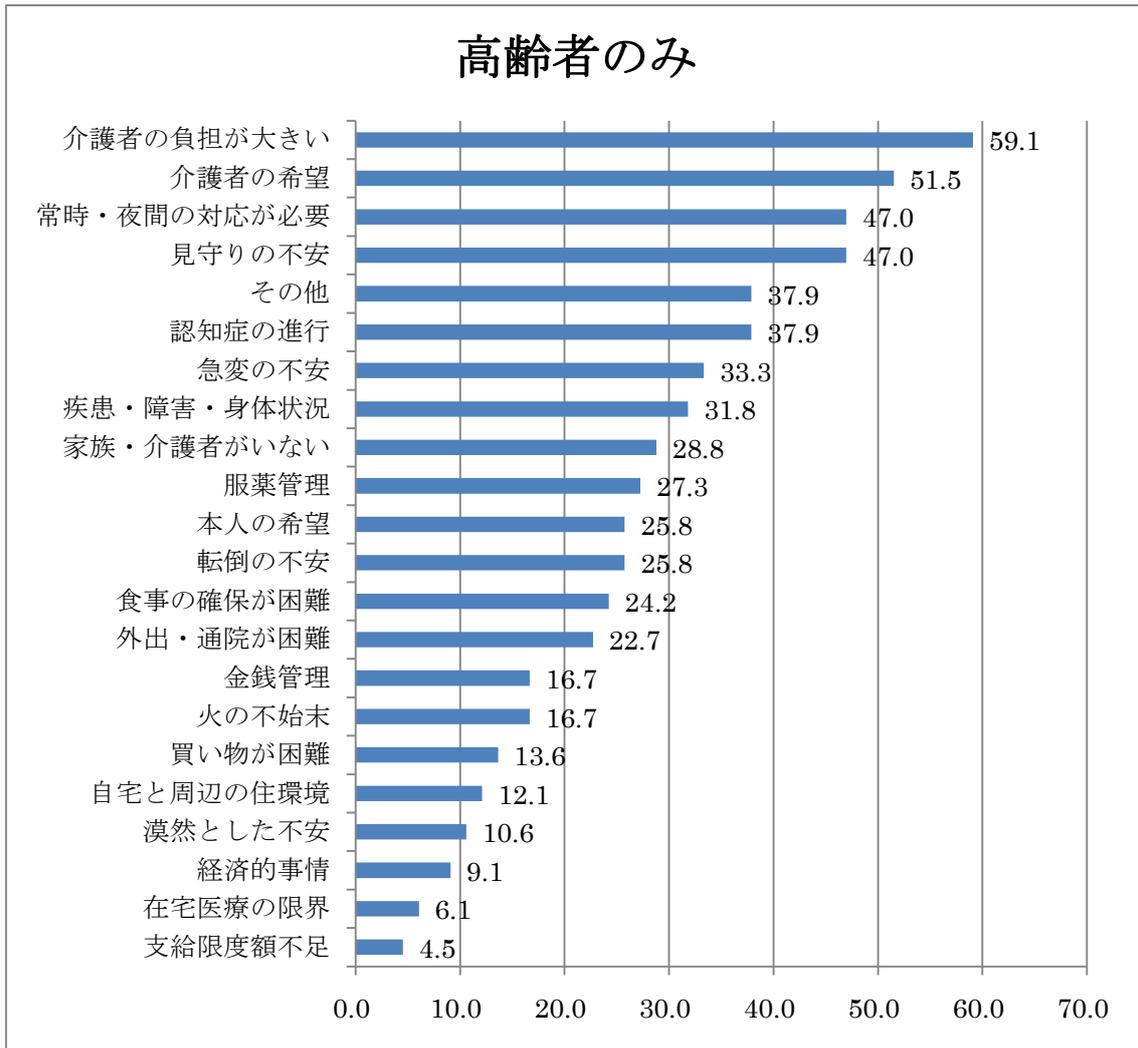
「独居」、「高齢者のみ」、「家族と同居」といった生活状況別にみた入所理由は以下の通りであった。なお、「1-2-6. 設問5 事例研究」の「9. 入所理由」で掲載した事例数で表示したが、生活状況ごとに母体数が異なるため、本項では百分率による割合表示とした。なお、本項では生活状況の記載があった379事例を対象としてデータを作成しており、その内訳は「独居」145事例、「高齢者のみ」66事例、「家族と同居」168事例であった。



上位は「介護者の希望」(58.6%)、「介護者の負担が大きい」54.6%の2項目が大きな伸びをみせ、入所理由が主に介護者に起因していると考えられる。「介護者の希望」はいずれの世帯にも2番目に位置し、「介護者の負担が大きい」は独居世帯で26.9%と中位にあったため、全体では2番目となった。なお、22項目の平均は26.6%であった。

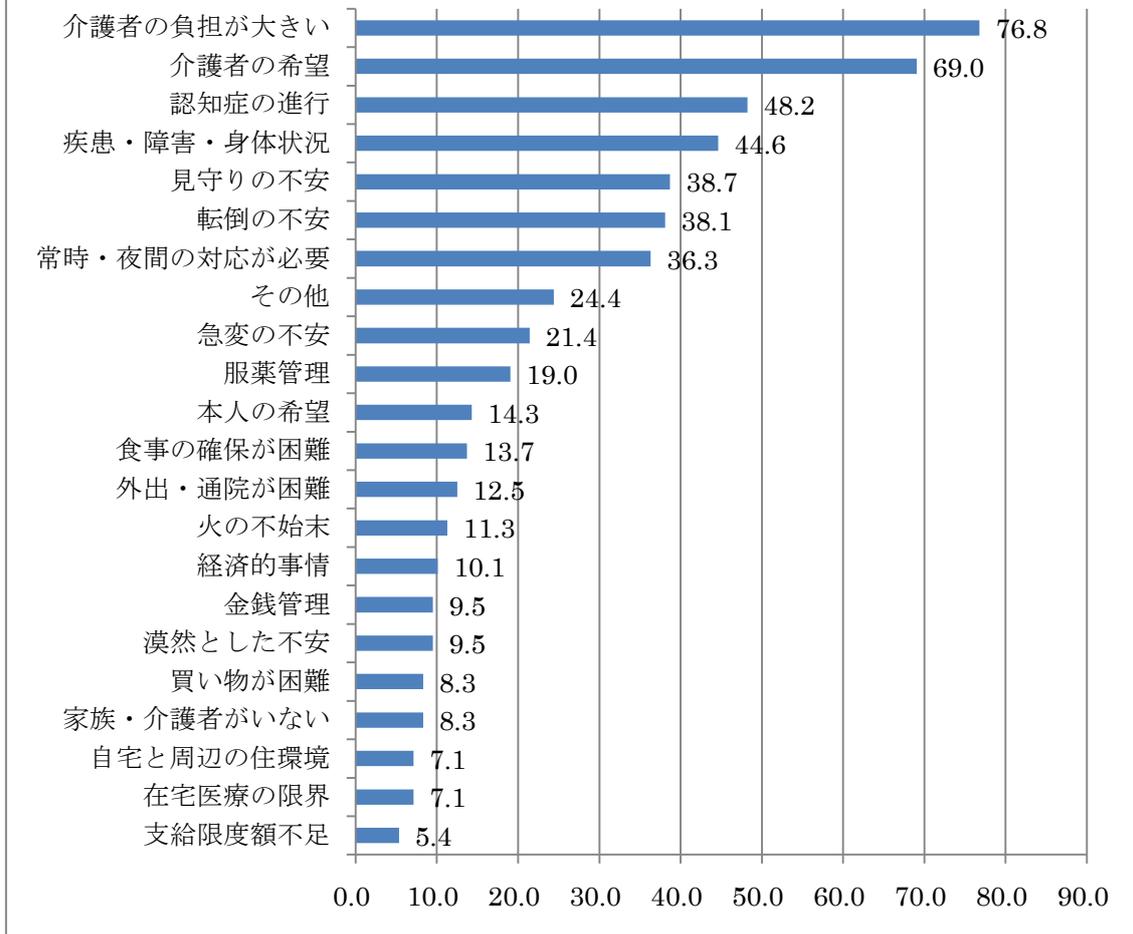


「独居」では「家族・介護者がいない」（55.9%）ことが最も大きな施設入所の要因となっていることが分かる。22項目の平均は29.3%で、全体の平均26.6%を上回っており、「高齢者のみ」（26.8%）、「家族と同居」（24.3%）より入所理由が多く、背景に存在する要因が相対的に多いことを示している。

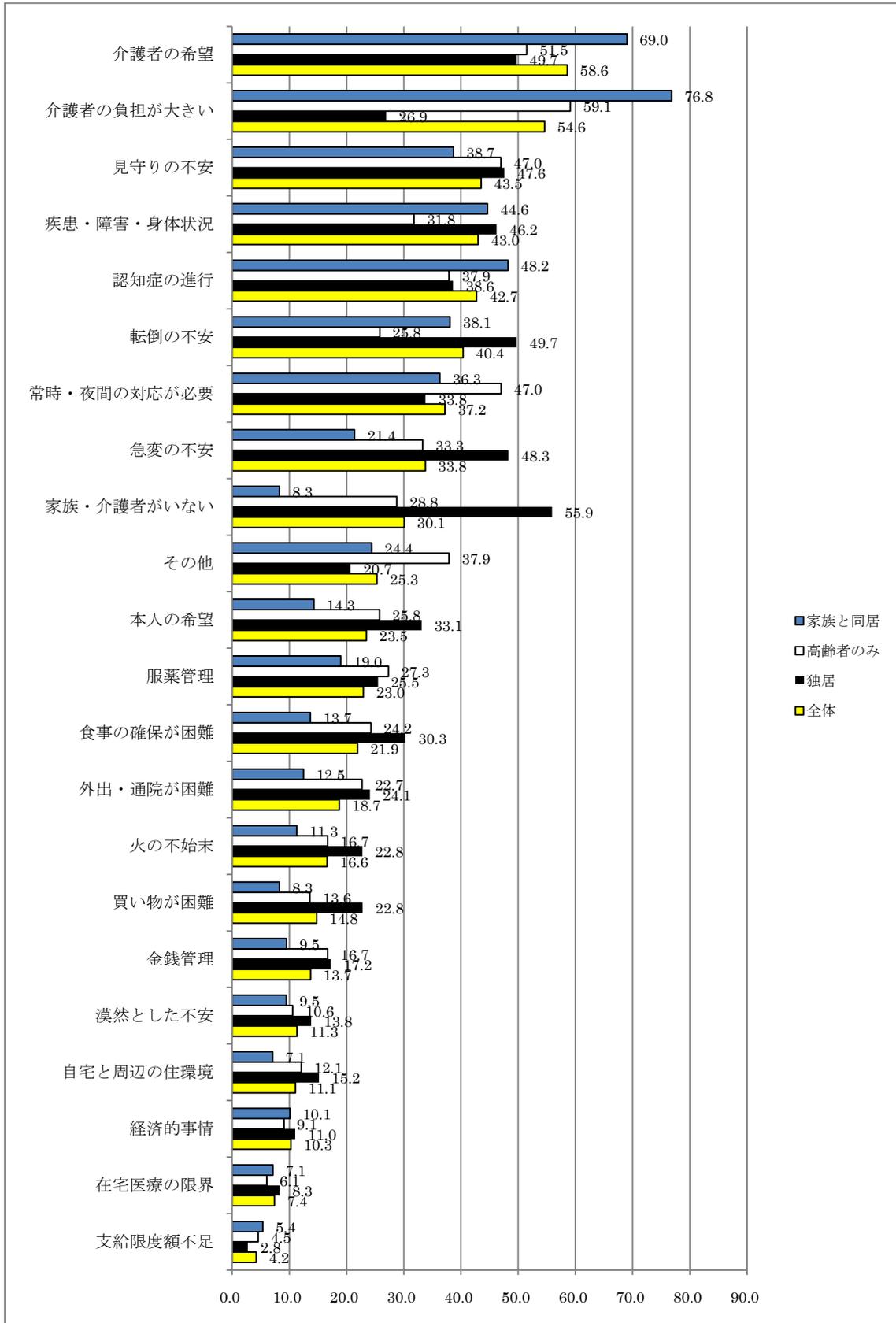


上位には「介護者の負担が大きい」(59.1%)、「介護者の希望」(51.5%)が並ぶが、「家族と同居」に比べるとさほどの高い数値ではない。また、「独居」では上位にあった「転倒の不安」(49.7%)、「急変の不安」(49.7%)が「高齢者のみ」ではそれぞれ33.3%、25.8%と低くなっている。なお、22項目の平均は26.8%であった。

家族と同居



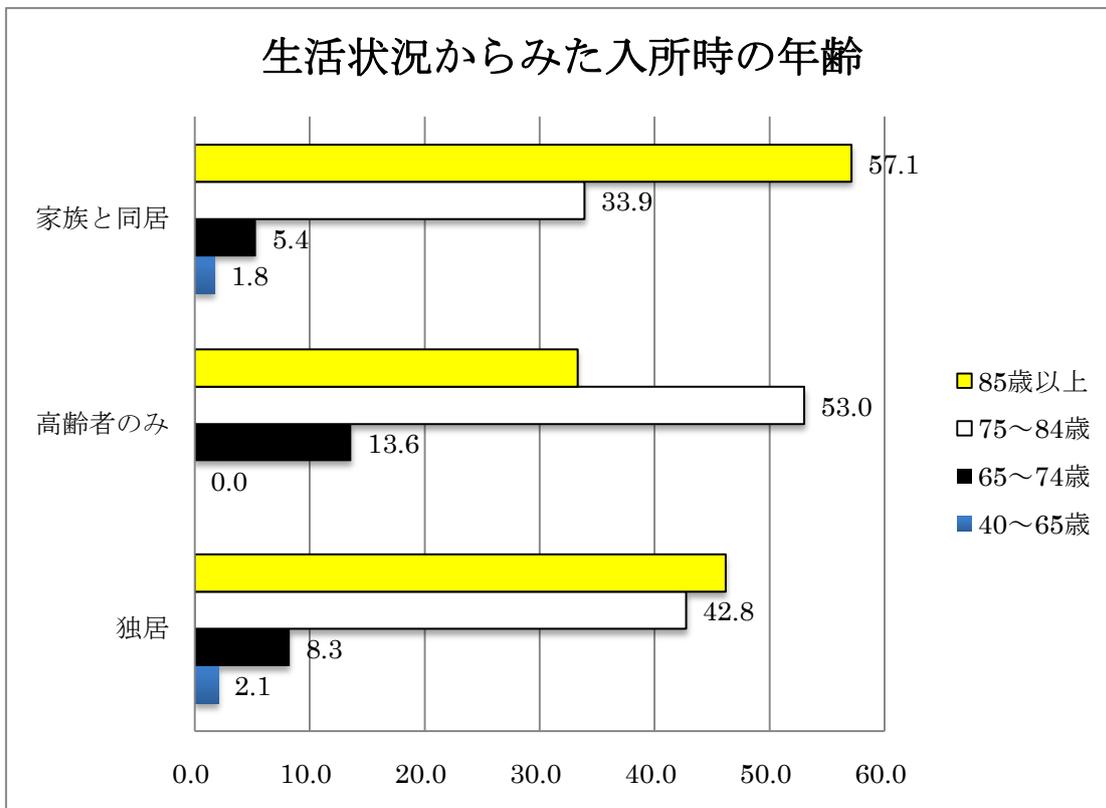
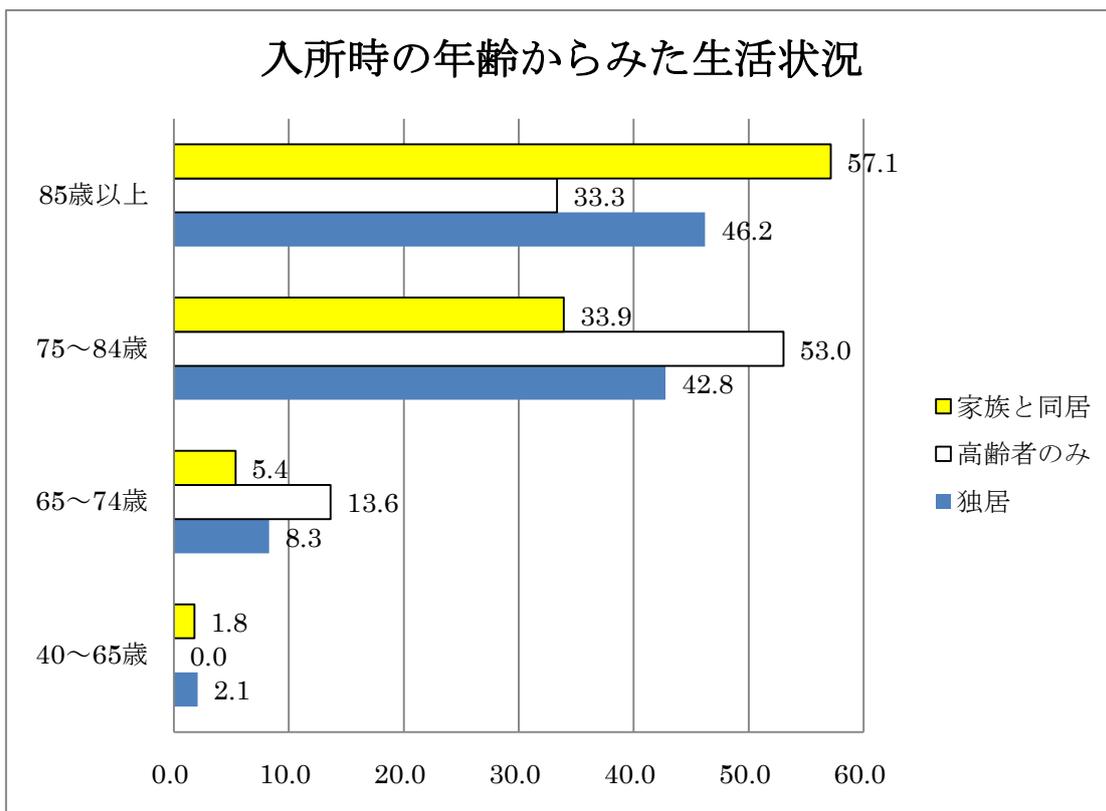
「介護者の負担が大きい」(76.8%)、「介護者の希望」(69.0%)が他の項目と大きな差をつけて顕著な伸びを示している。これは、他の生活状況に比べて「家族と同居」の方が介護者の意向が反映して入所に至っていることを示している。なお、22項目の平均は24.3%と最も低く、入所理由が他の生活状況に比較して単純、明確であるといえる。よって「急変の不安」「服薬管理」「食事の確保が困難」「外出・通院が困難」「火の不始末」「買い物が困難」「金銭管理」等では他の生活状況より明らかに低い。



2. 生活状況別にみた入所時の年齢

生活状況別にみた入所時の年齢は以下の通りであった。全体では75歳以上の後期高齢者がほとんどであるが、「高齢者のみ」では「75～84歳」（53.0%）が最多である一方、「独居」「家族と同居」では「85歳以上」の入所が多い。

	40～65 歳	65～74 歳	75～84 歳	85歳以 上	母体数	40～65 歳(%)	65～74 歳(%)	75～84 歳(%)	85歳以 上(%)
独居	3	12	62	67	145	2.1	8.3	42.8	46.2
高齢者のみ	0	9	35	22	66	0.0	13.6	53.0	33.3
家族と同居	3	9	57	96	168	1.8	5.4	33.9	57.1
合計	6	30	154	185	379	1.6	7.9	40.6	48.8

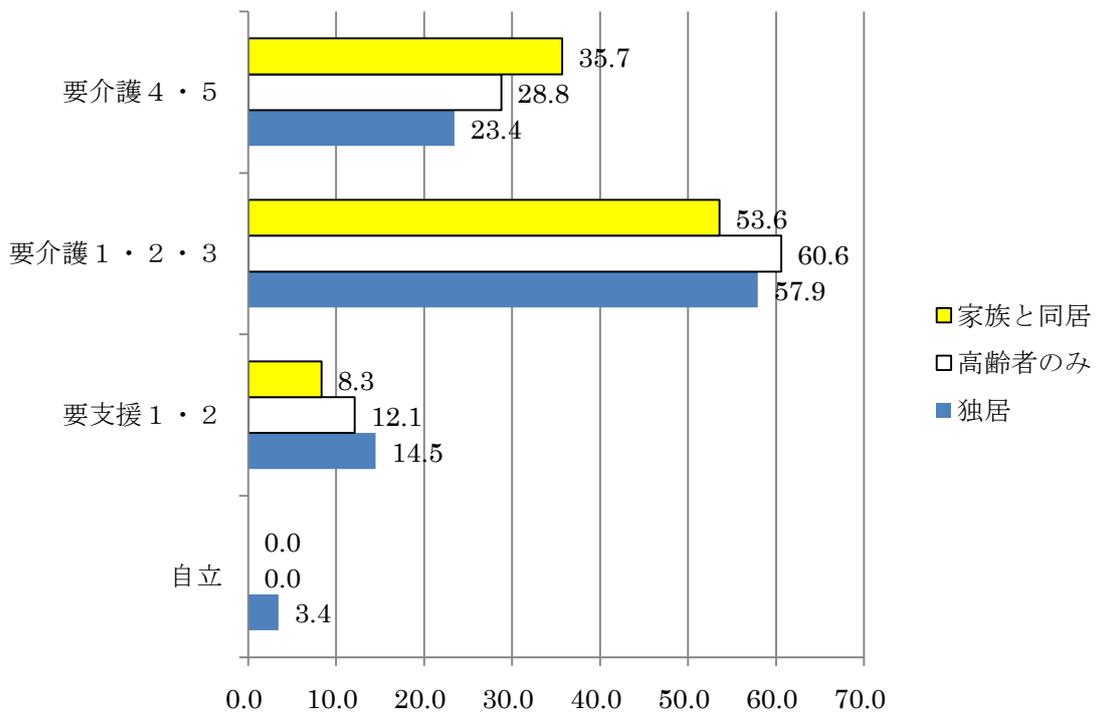


3. 生活状況別にみた入所時の要介護度

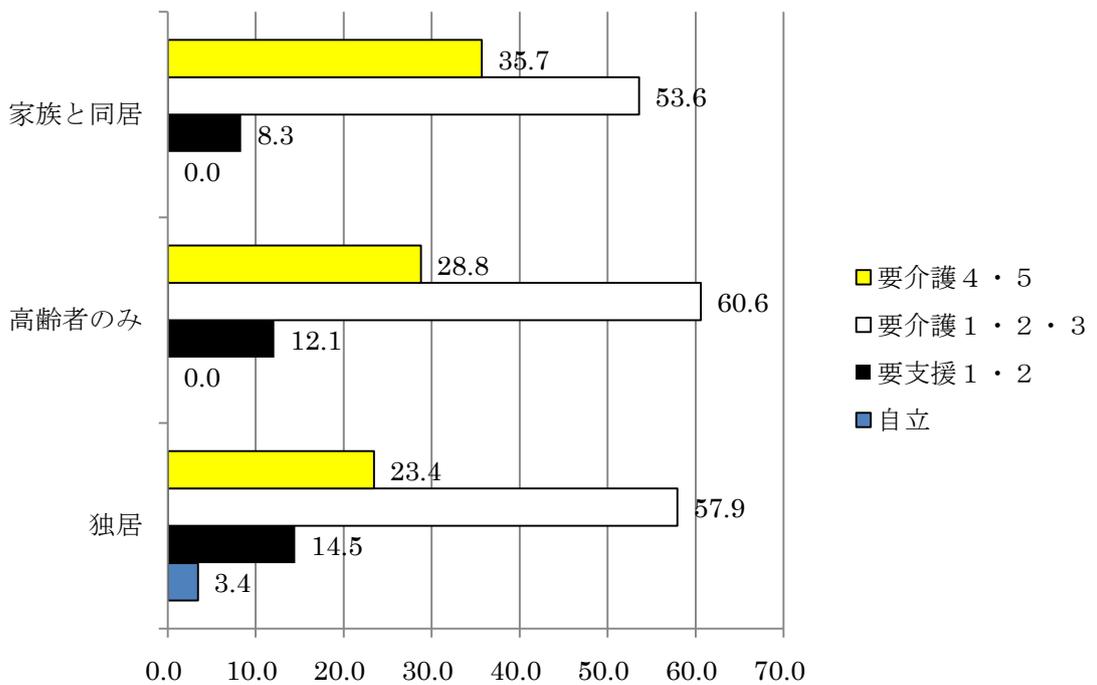
生活状況別にみた入所時の要介護度は以下の通りであった。いずれの生活状況においても「要介護 1・2・3」が最も多く、顕著な差異はみられなかった。なお、自立での入所事例は少数ながら「独居」のみでみられたことが特徴的である。

	自立	要支援 1・2	要介護 1・2・3	要介護 4・5	母体数	自立 (%)	要支援 1・2 (%)	要介護 1・2・3 (%)	要介護 4・5 (%)
独居	5	21	84	34	145	3.4	14.5	57.9	23.4
高齢者のみ	0	8	40	19	66	0.0	12.1	60.6	28.8
家族と同居	0	14	90	60	168	0.0	8.3	53.6	35.7
合計	5	43	214	113	379	1.3	11.3	56.5	29.8

入所時の要介護度からみた生活状況



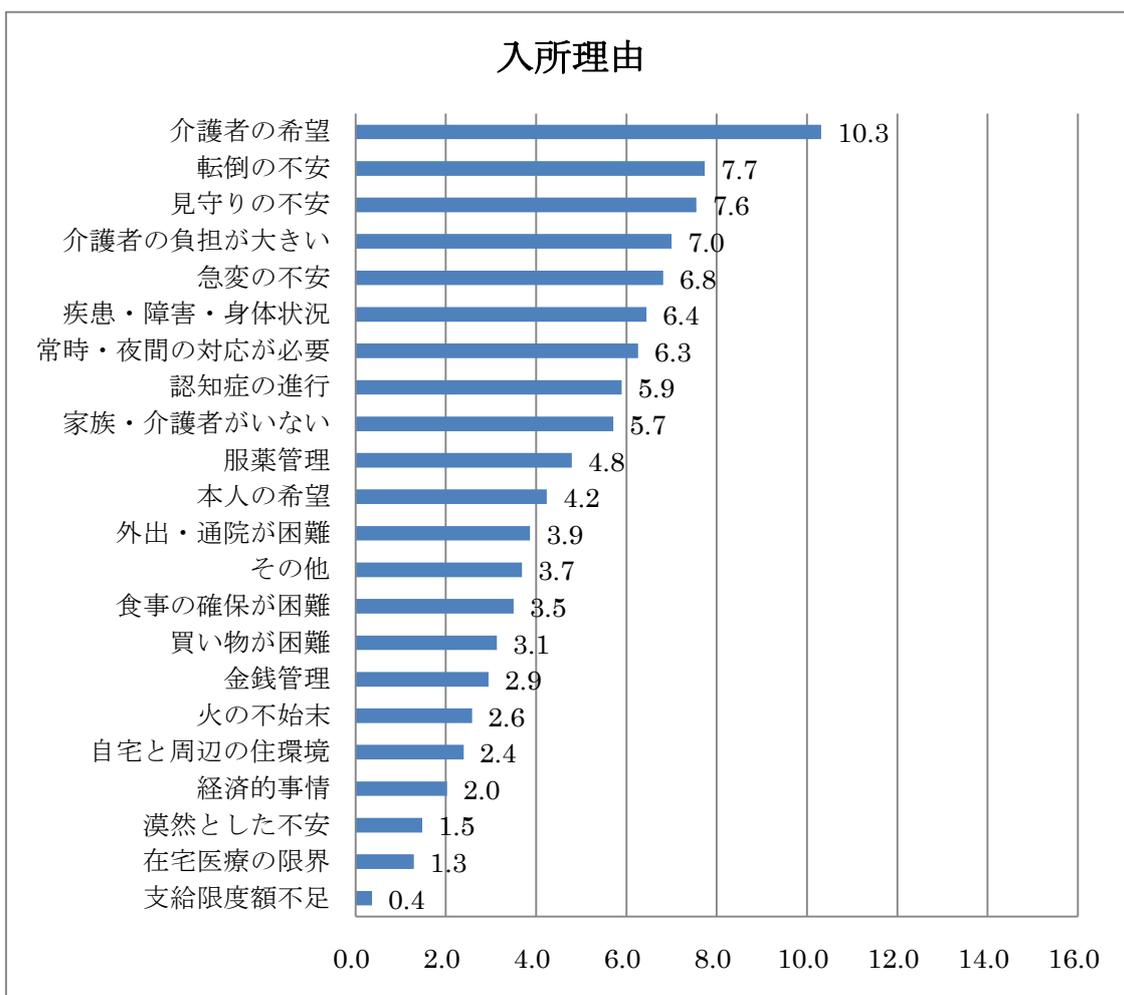
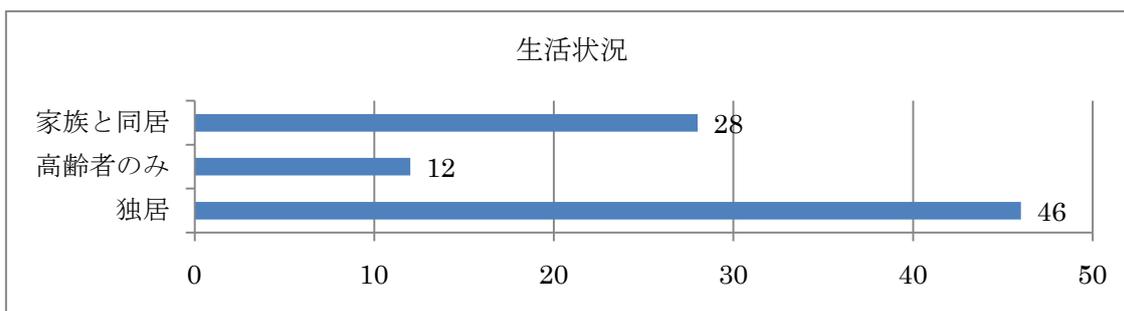
生活状況からみた入所時の要介護度



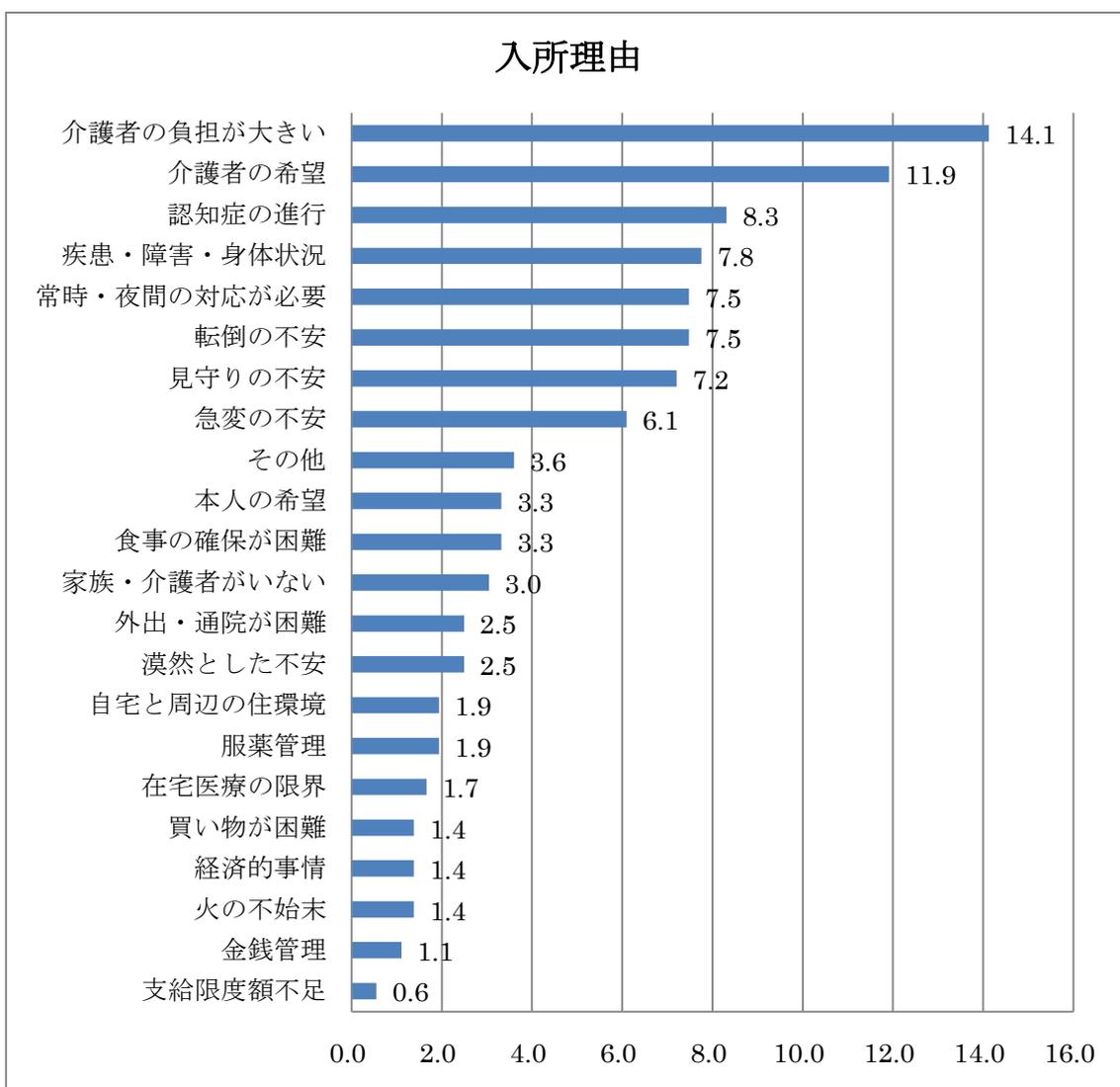
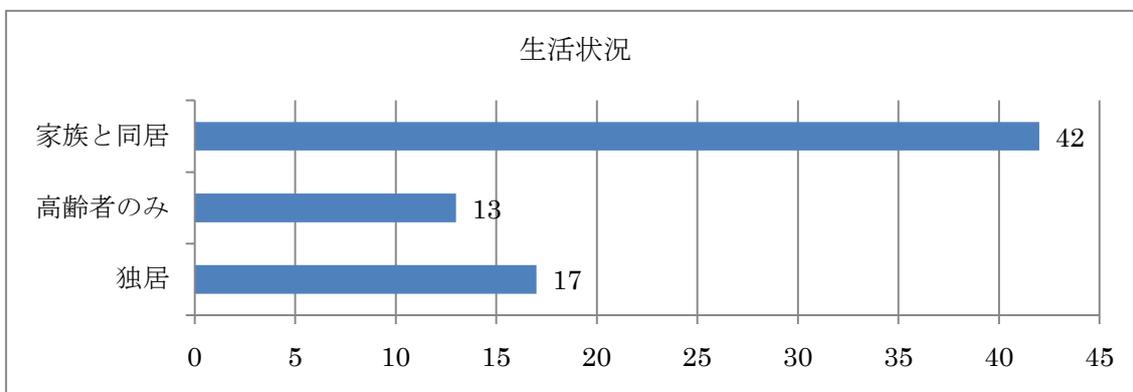
4. 日常生活圏域別にみた入所理由

本項では日常生活圏域ごとに生活状況（事例数）と入所理由（割合）を分類した結果を示す。なお、生活状況の未記入により前掲の「1-2-6. 設問5 事例研究 3. 小学校区」における小学校区別の事例数とは多少の異動がある。

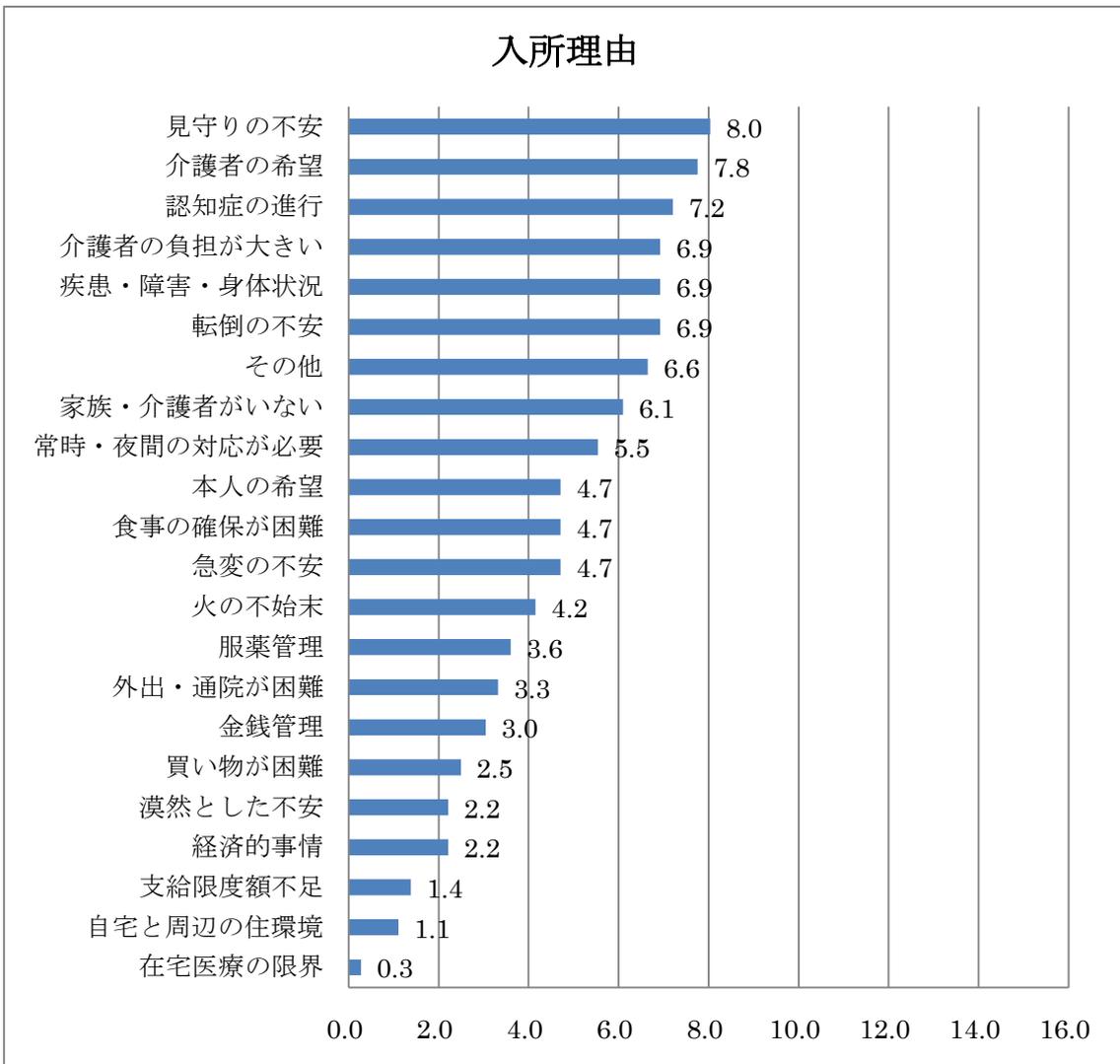
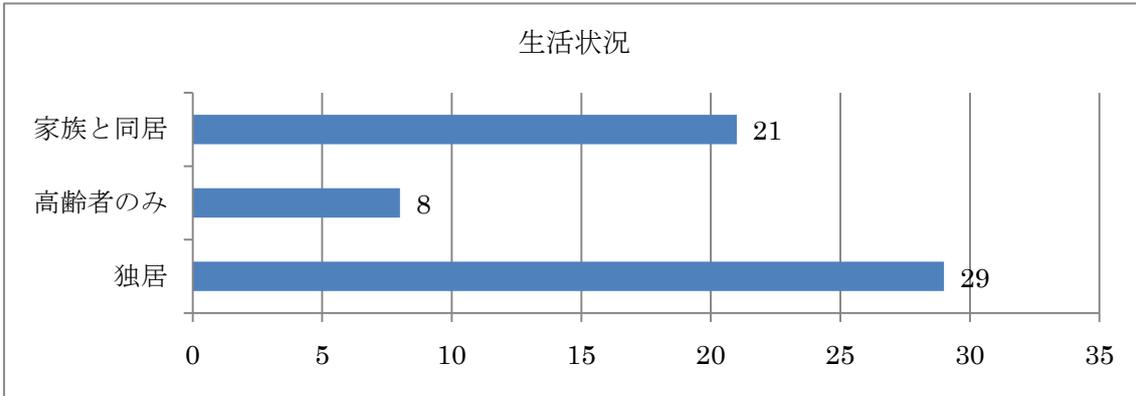
(1) 精義・立教・城東・修徳・大成地区（東部）



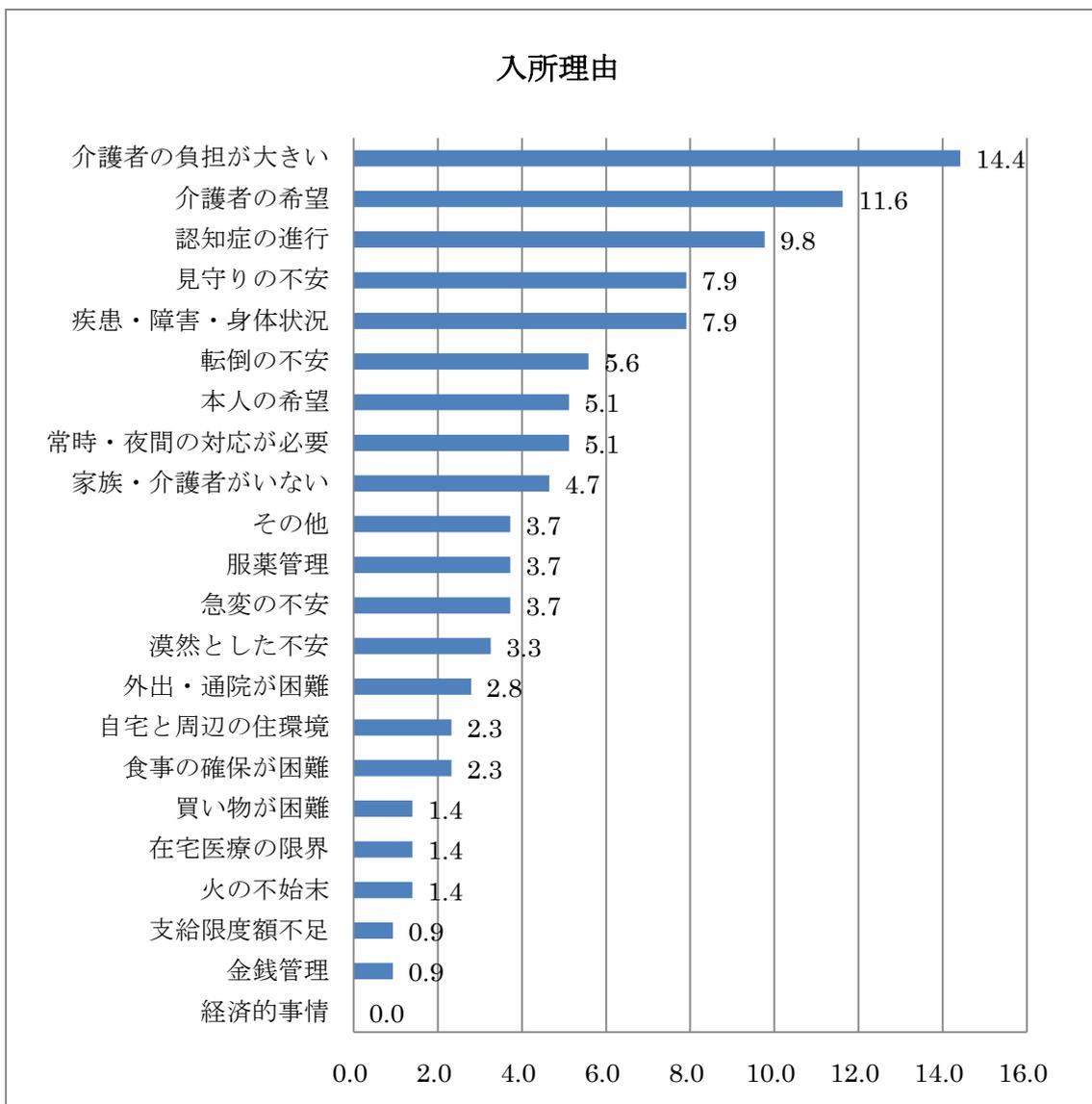
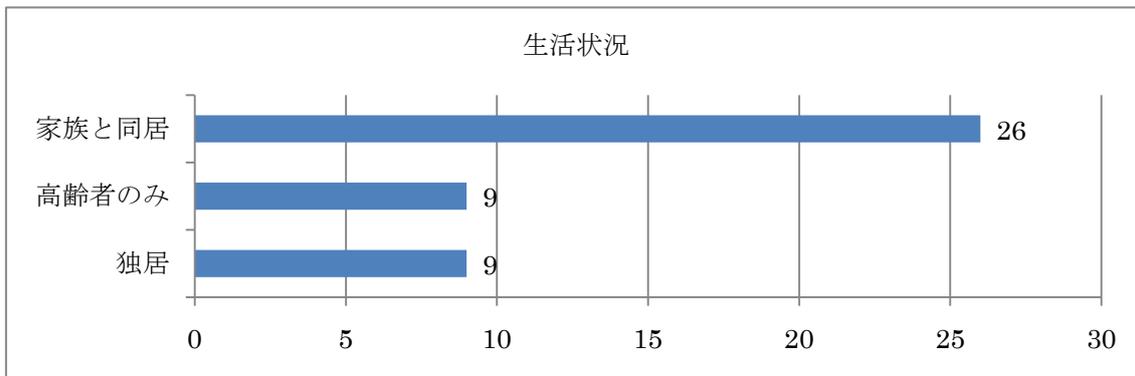
(2) 桑部・在良・七和・久米・星見ヶ丘地区 (西部)



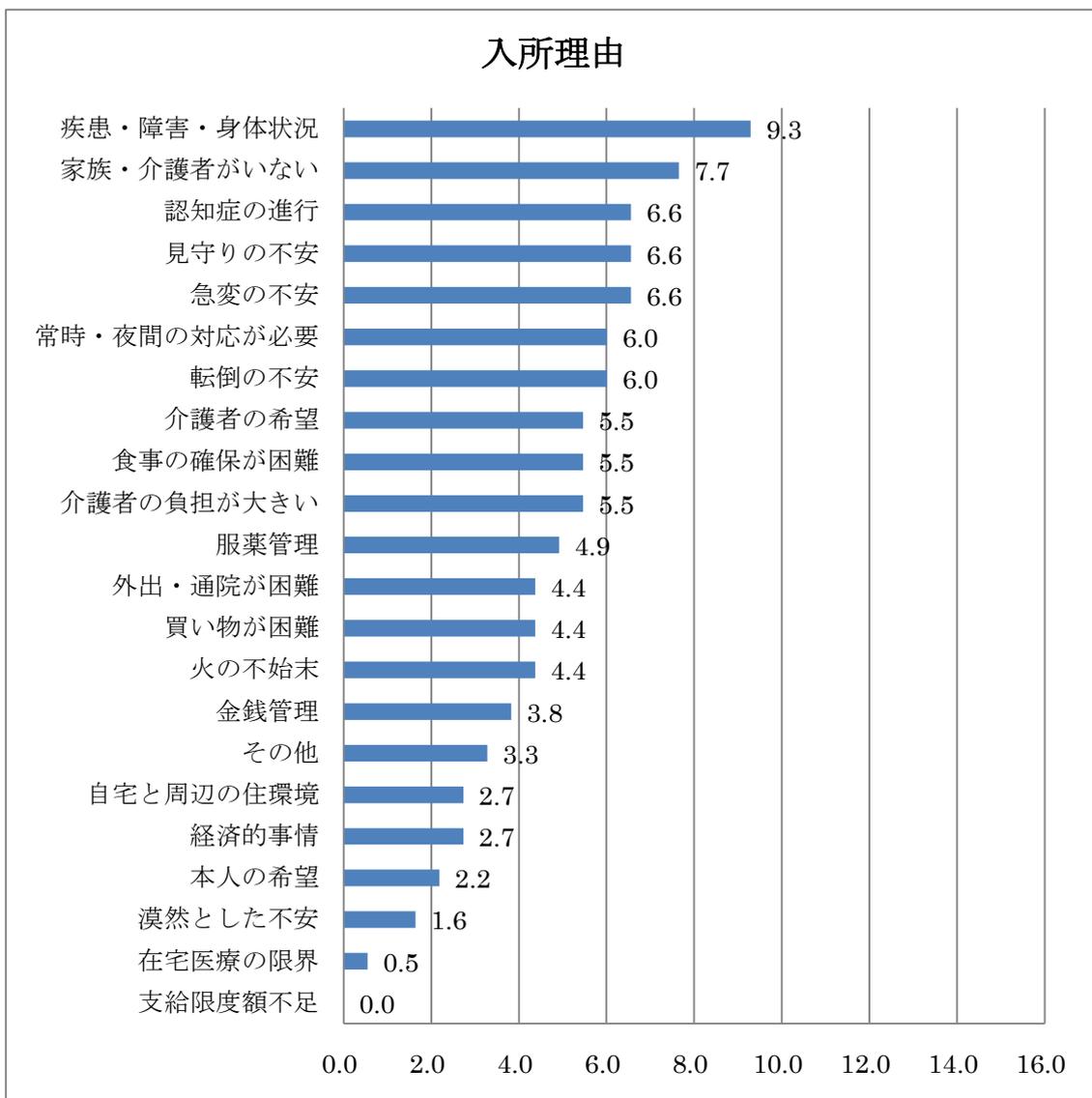
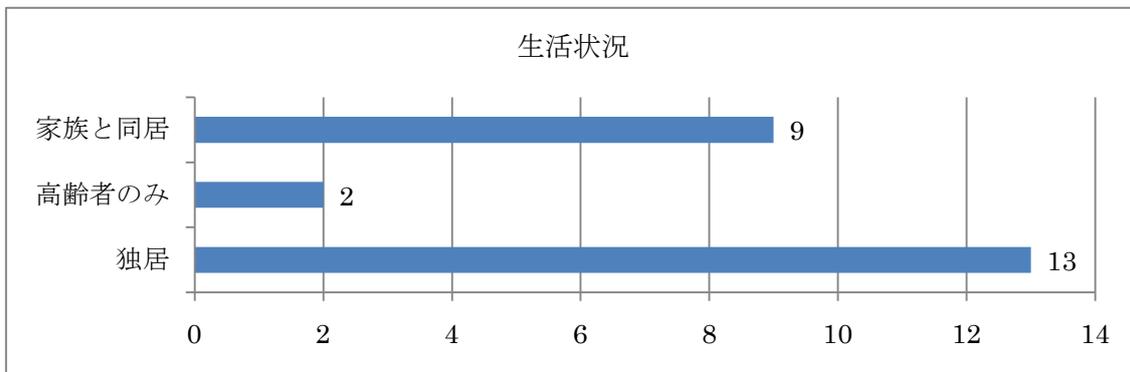
(3) 日進・益世・城南地区（南部）



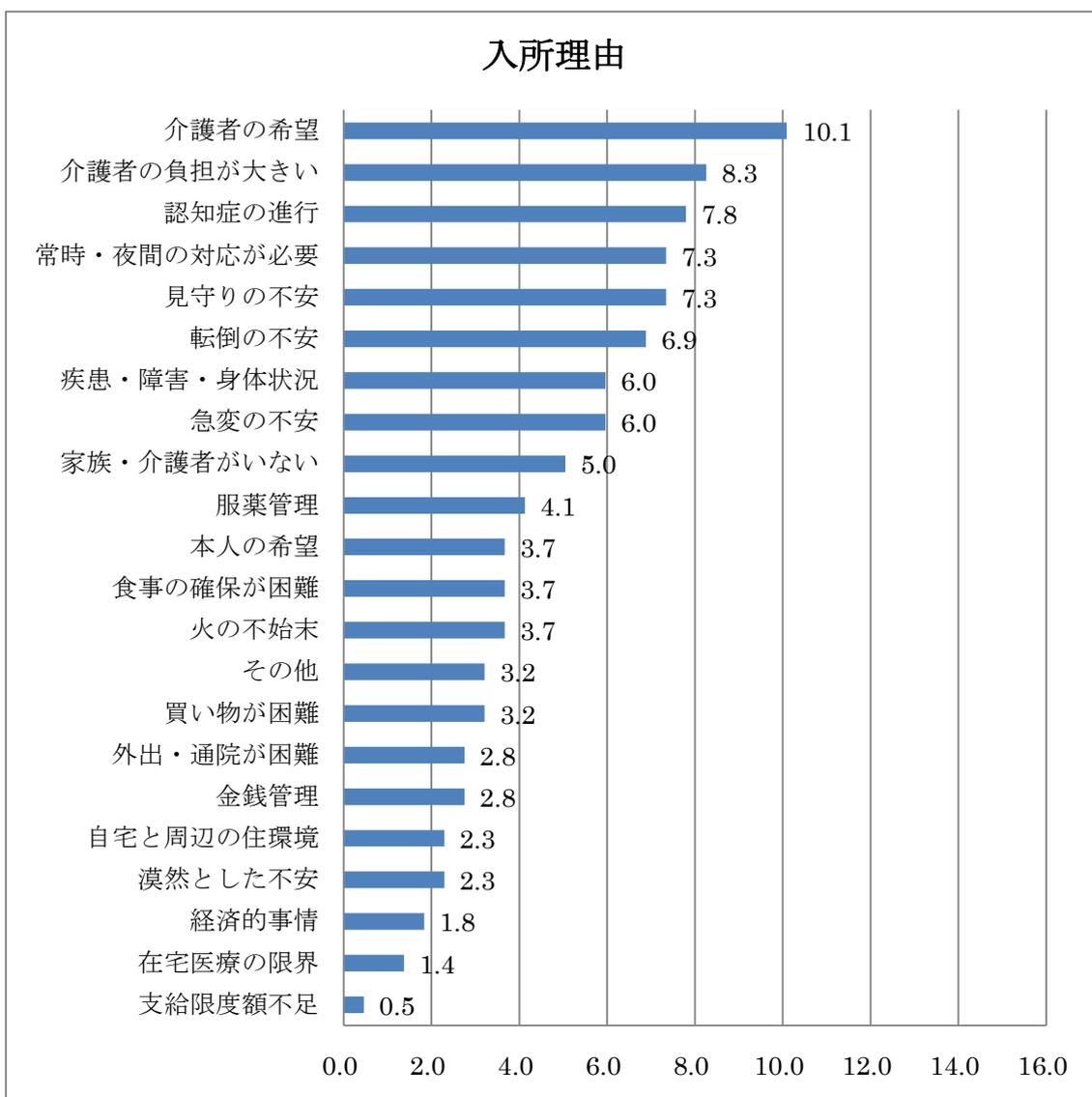
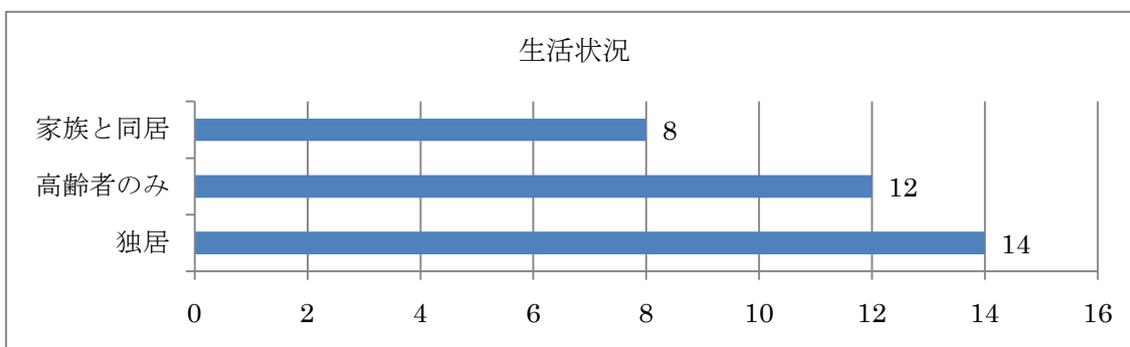
(4) 大山田東・大山田西・大山田南・大山田北・藤が丘地区（北部多度）



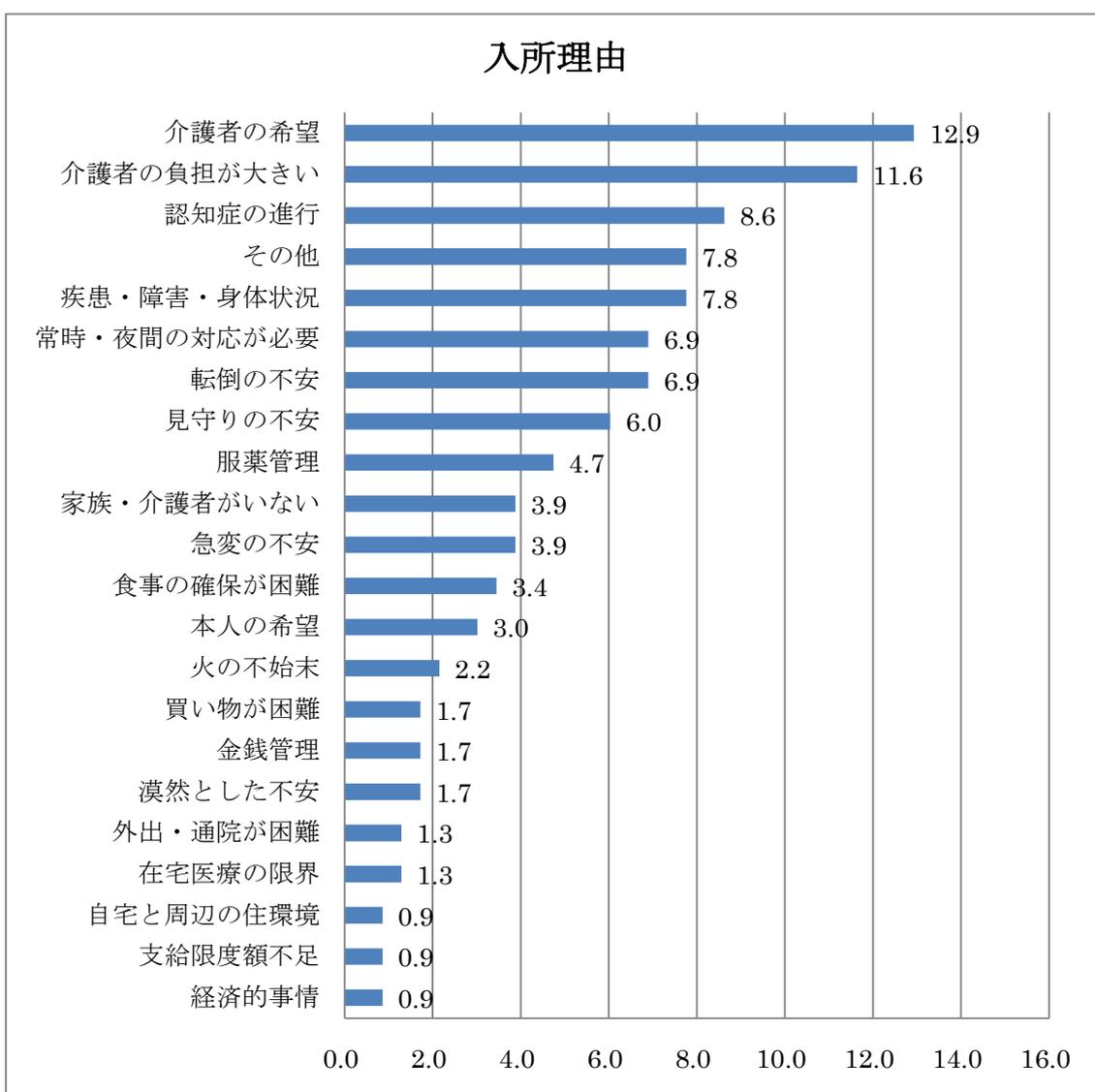
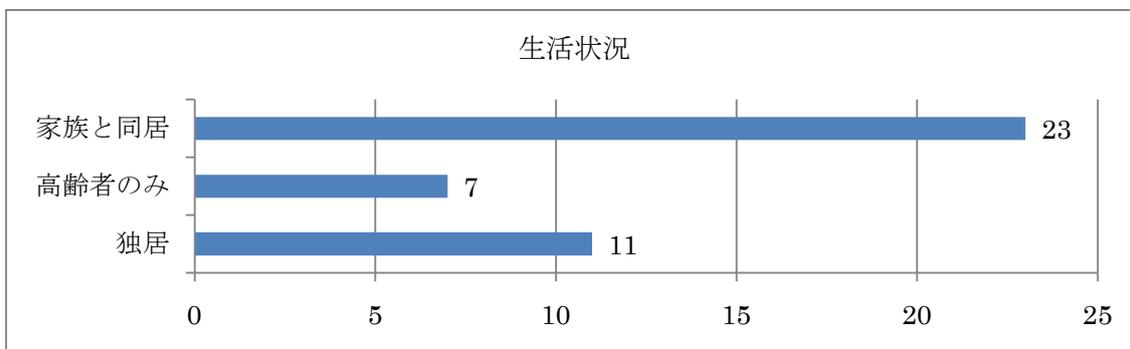
(5) 多度東・多度中・多度北・多度青葉地区 (北部多度)



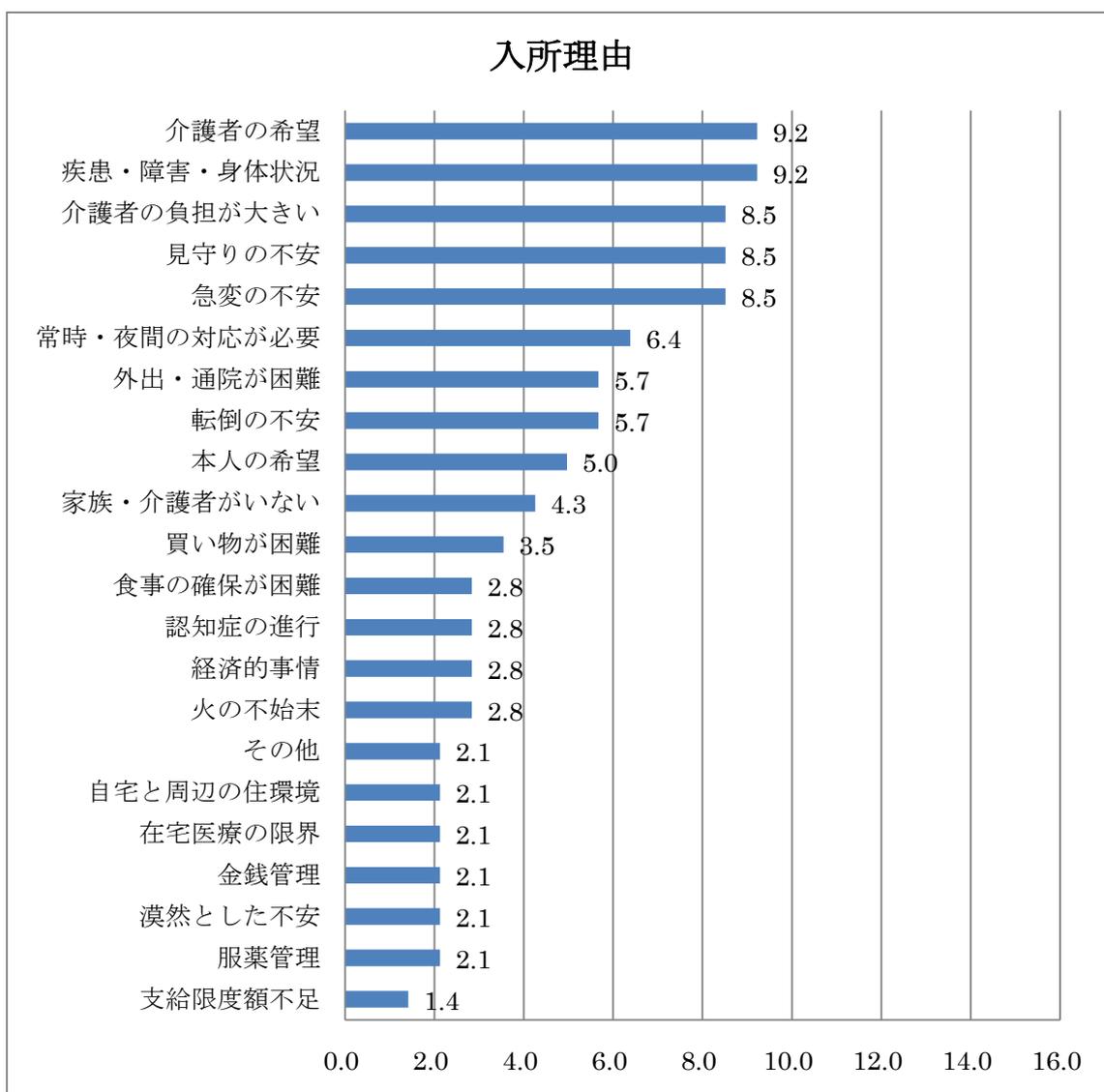
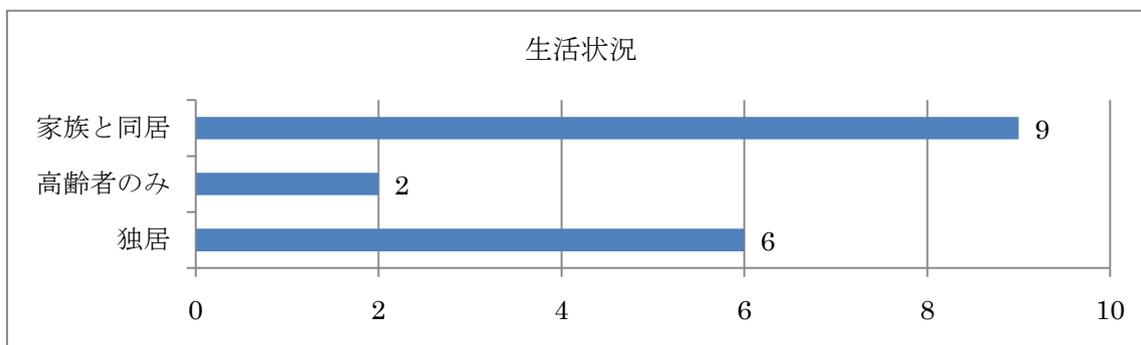
(6) 大和・深谷地区 (北部長島)



(7) 長島中部・長島北部・伊曾島地区 (北部長島)

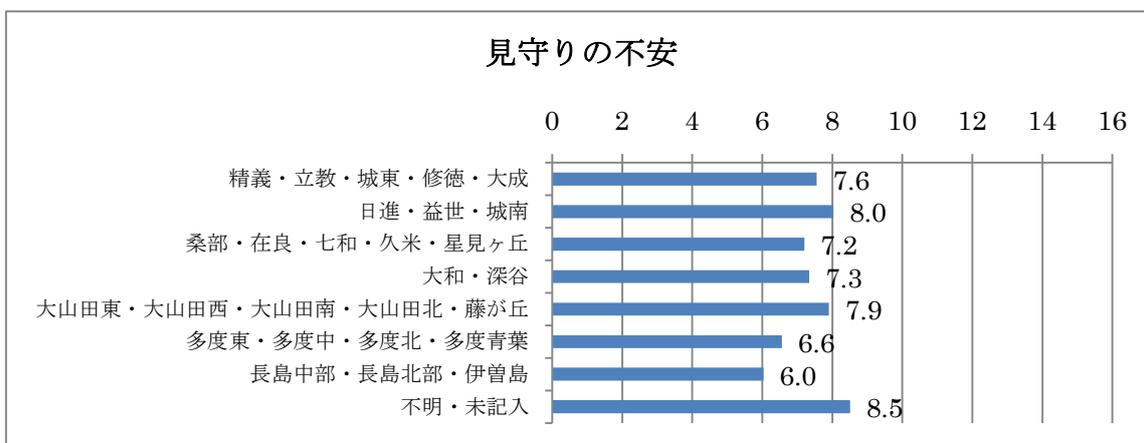
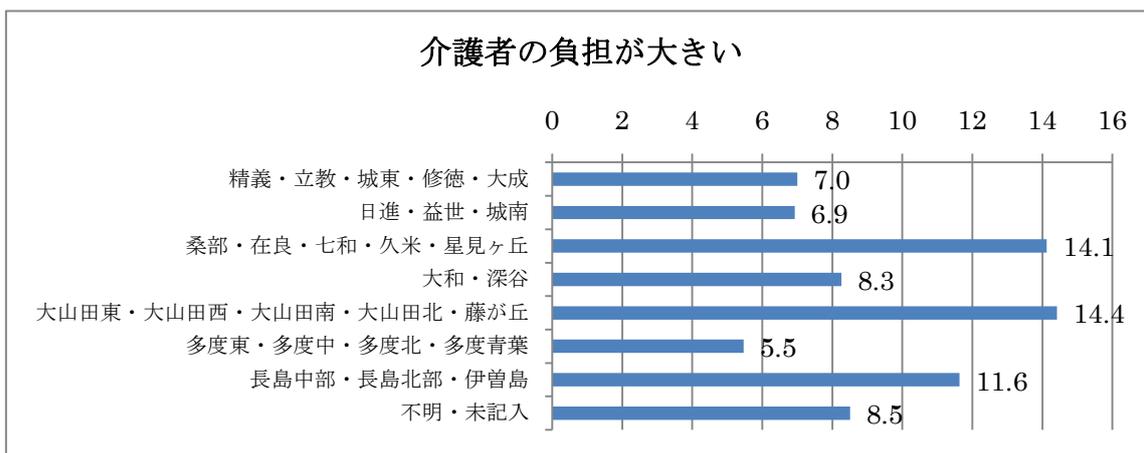
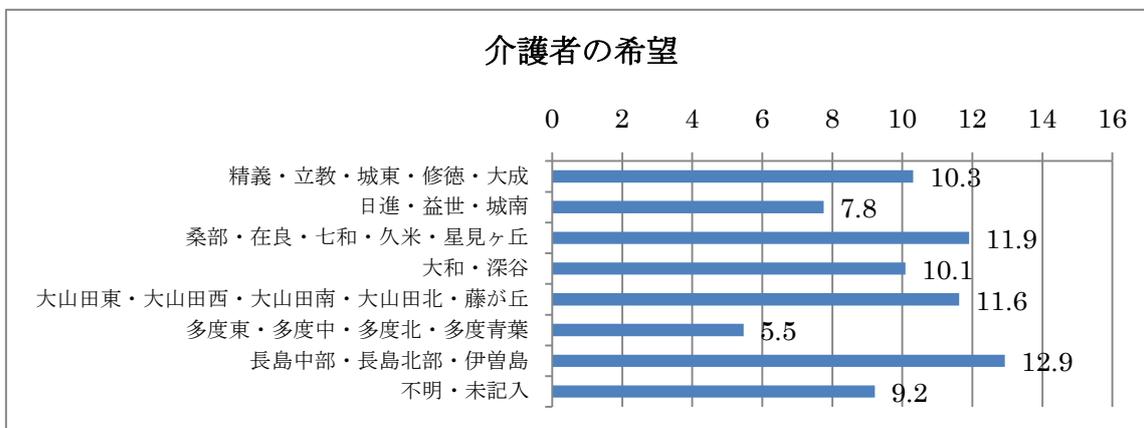


(8) 不明・未記入

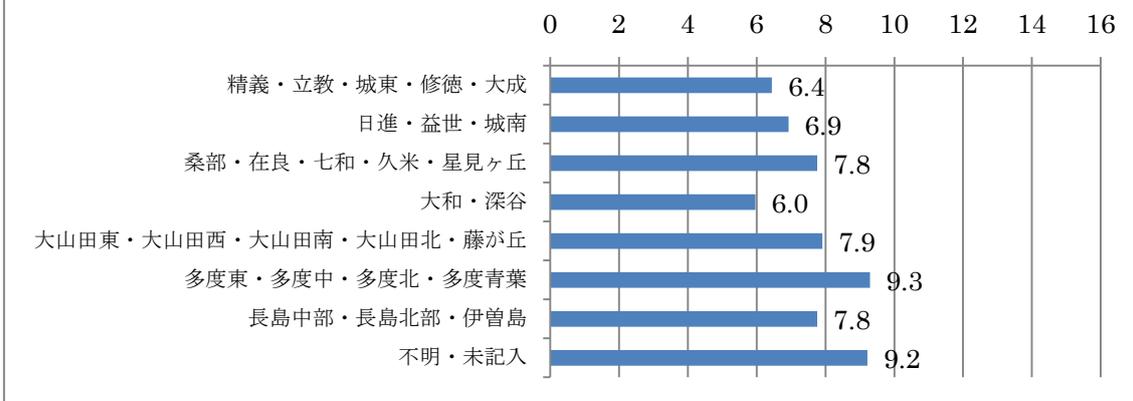


5. 入所理由別の日常生活圏域割合

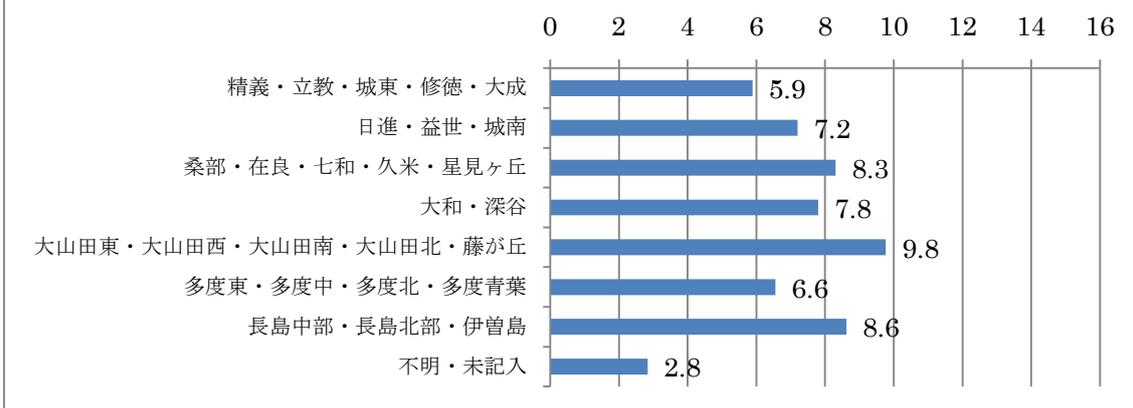
本項では、入所理由ごとの日常生活圏域の割合を示す。



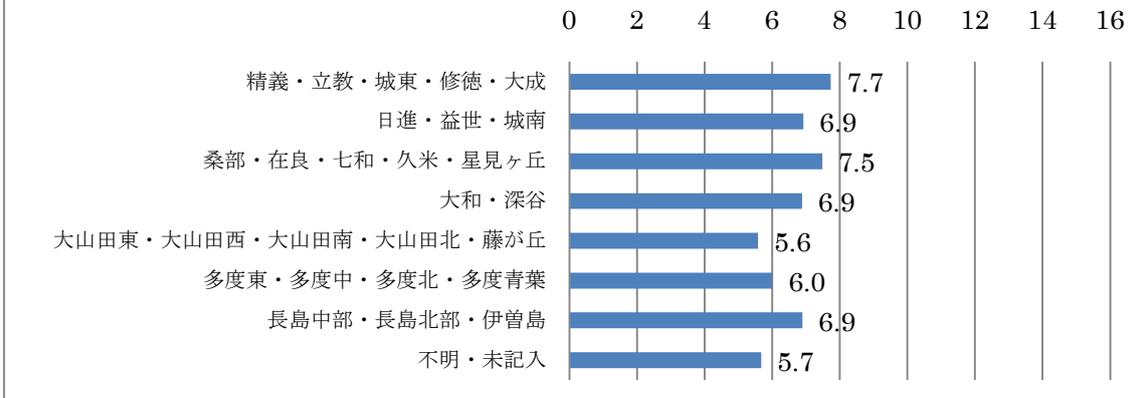
疾患・障害・身体状況



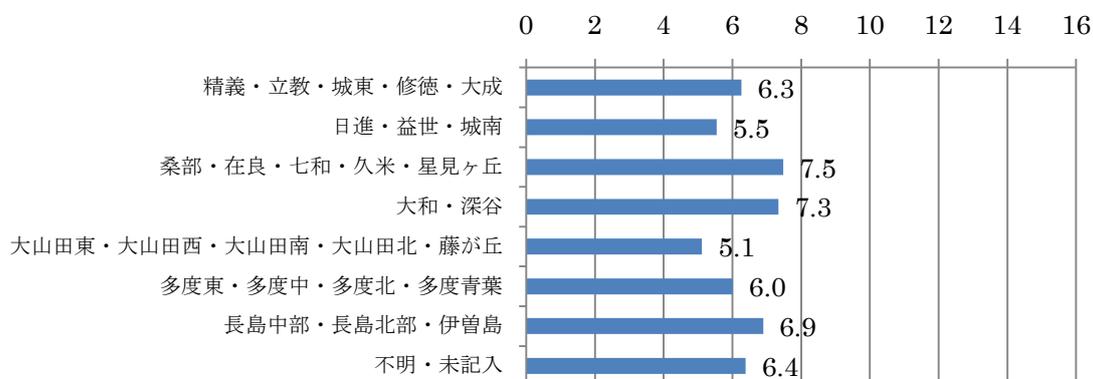
認知症の進行



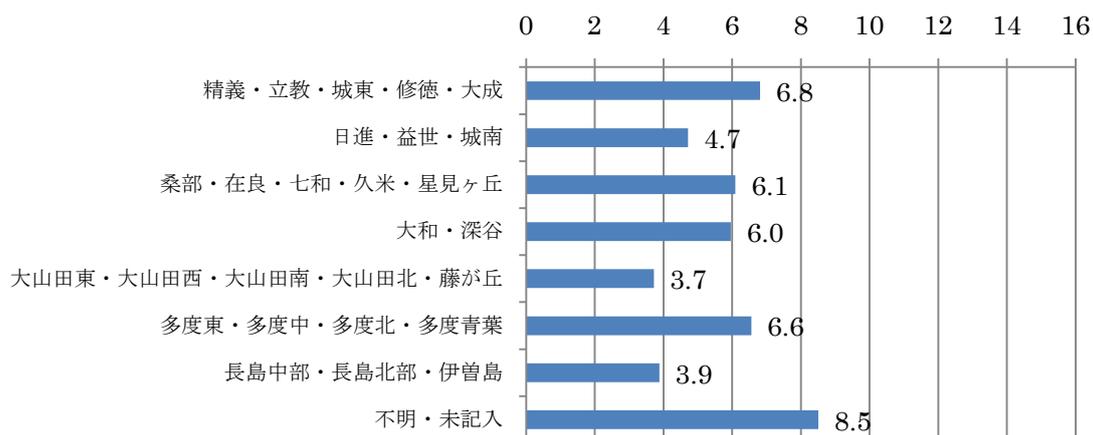
転倒の不安



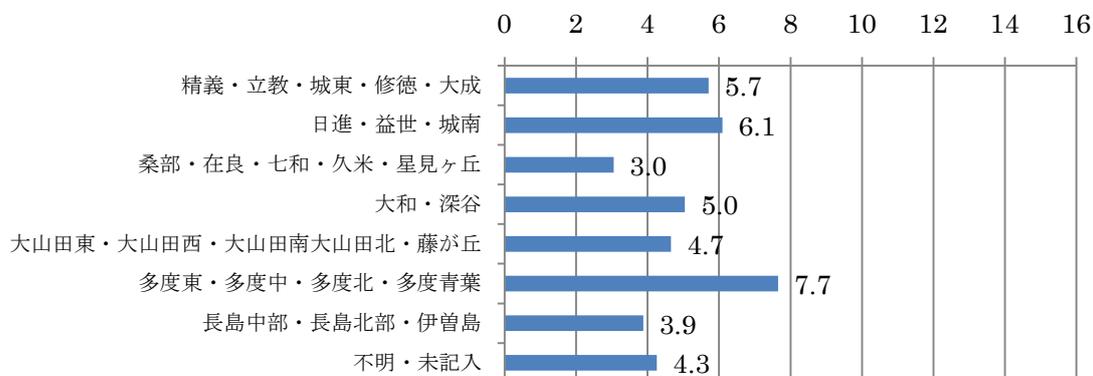
常時・夜間の対応が必要

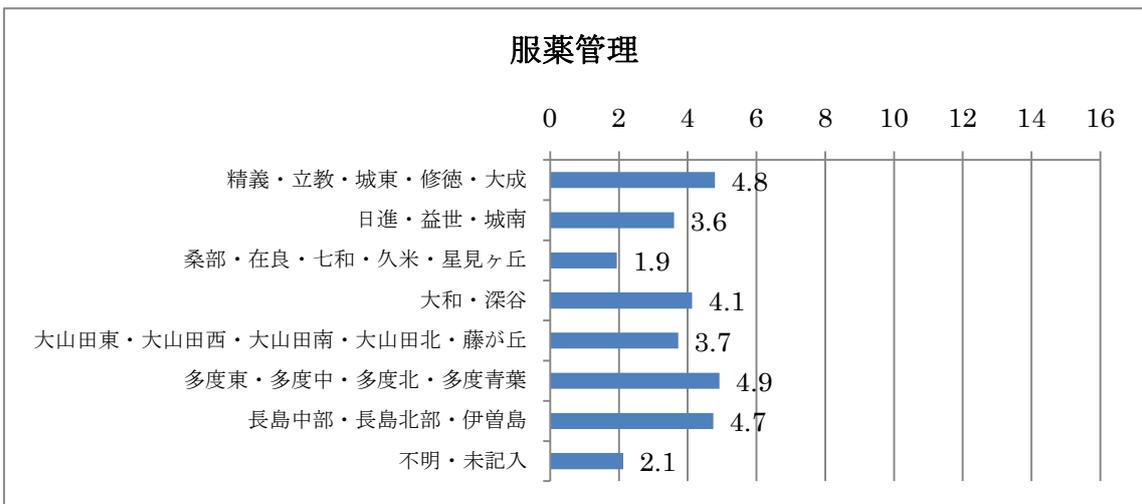
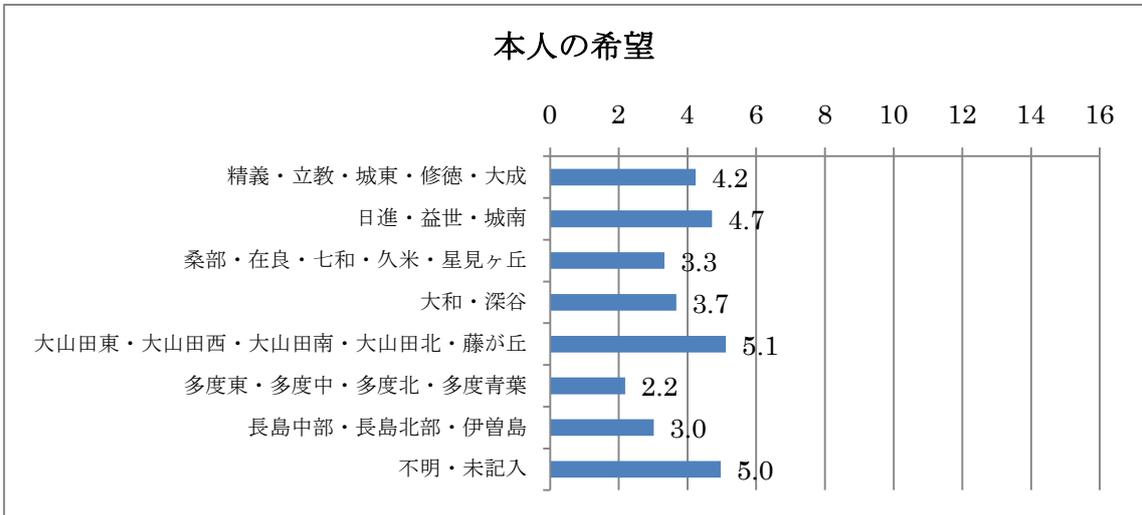
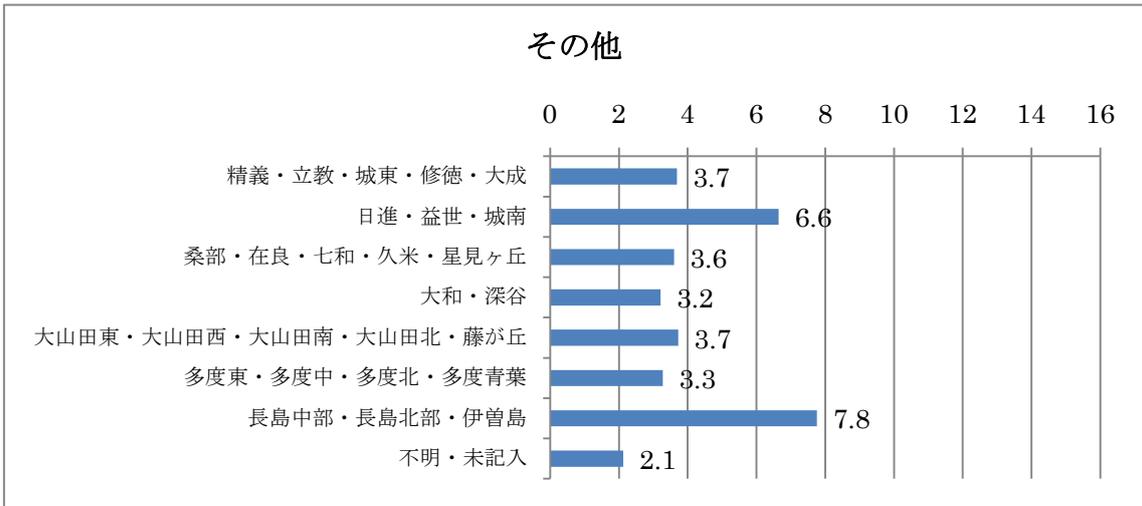


急変の不安

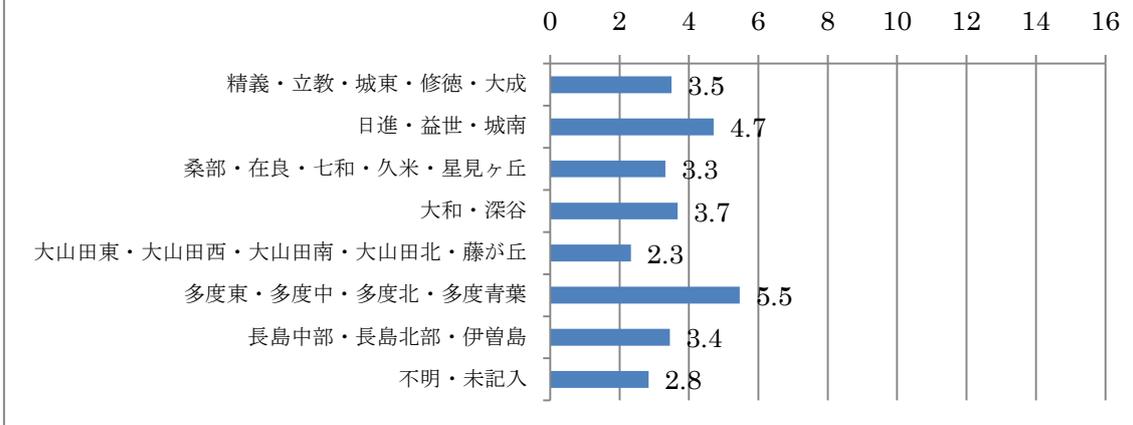


家族・介護者がいない

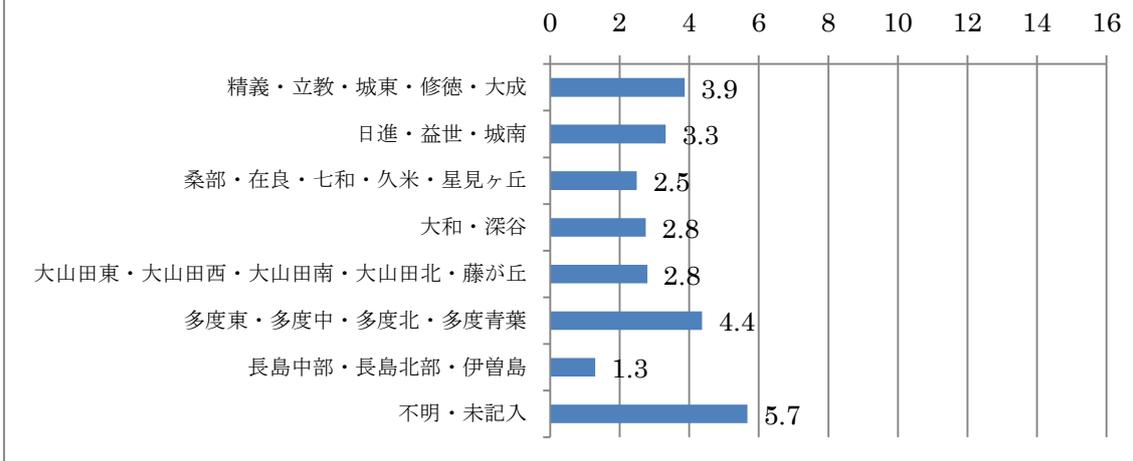




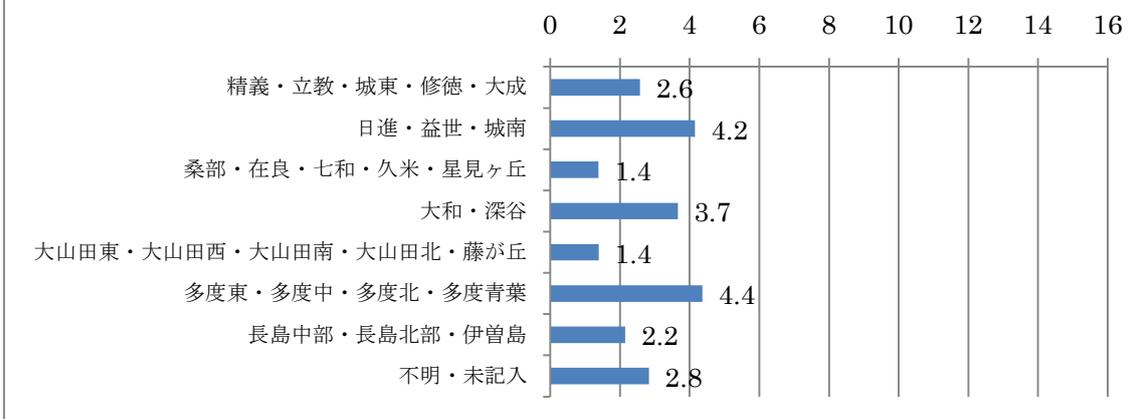
食事の確保が困難



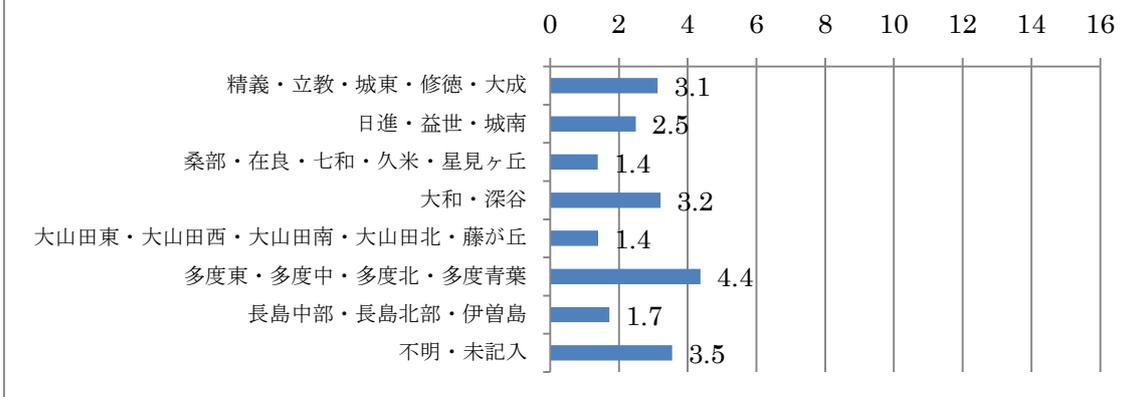
外出・通院が困難



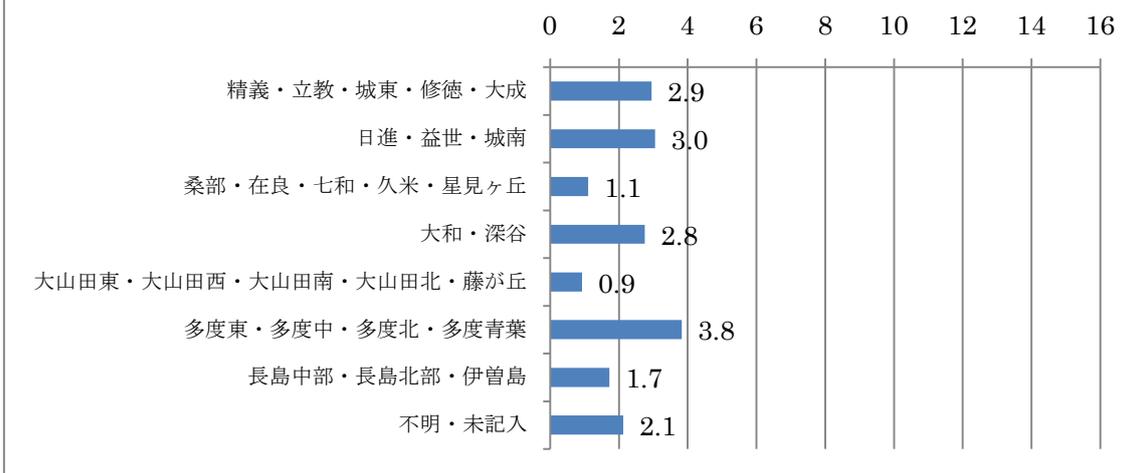
火の不始末



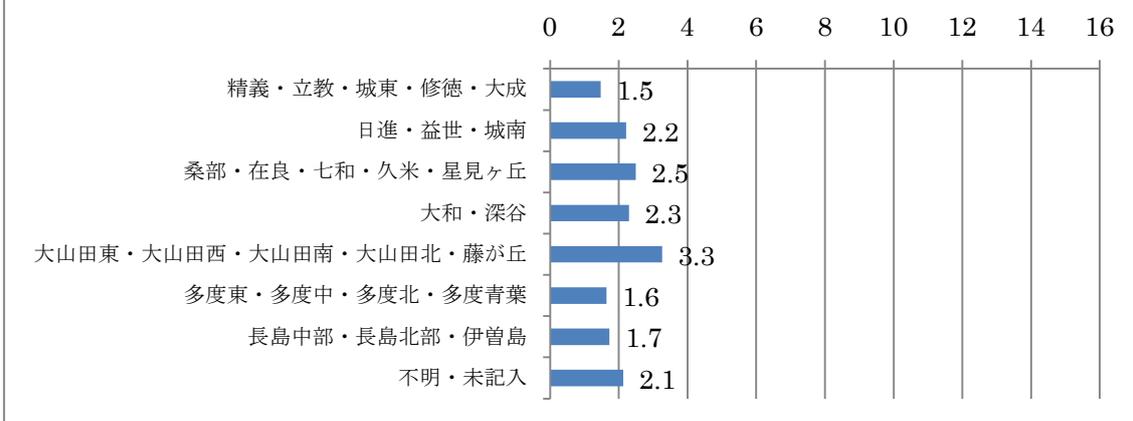
買い物が困難



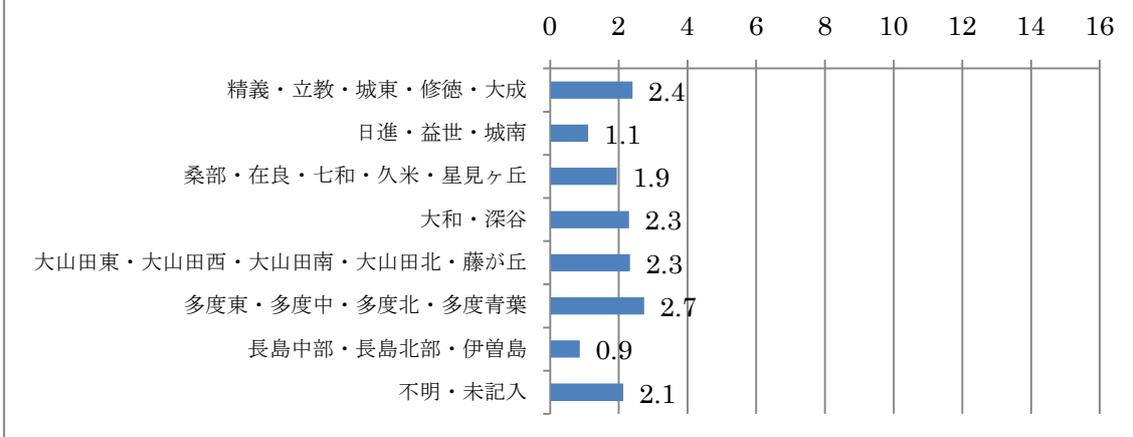
金銭管理



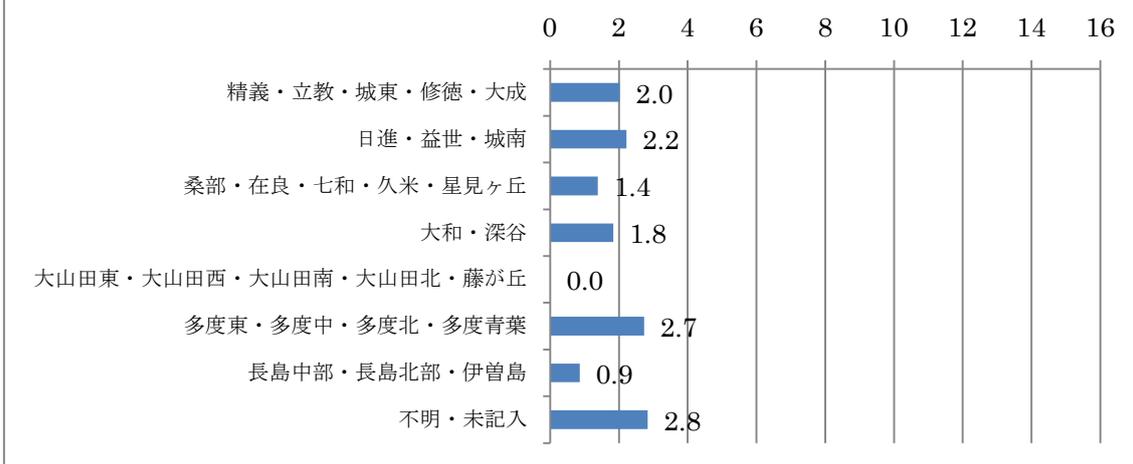
漠然とした不安



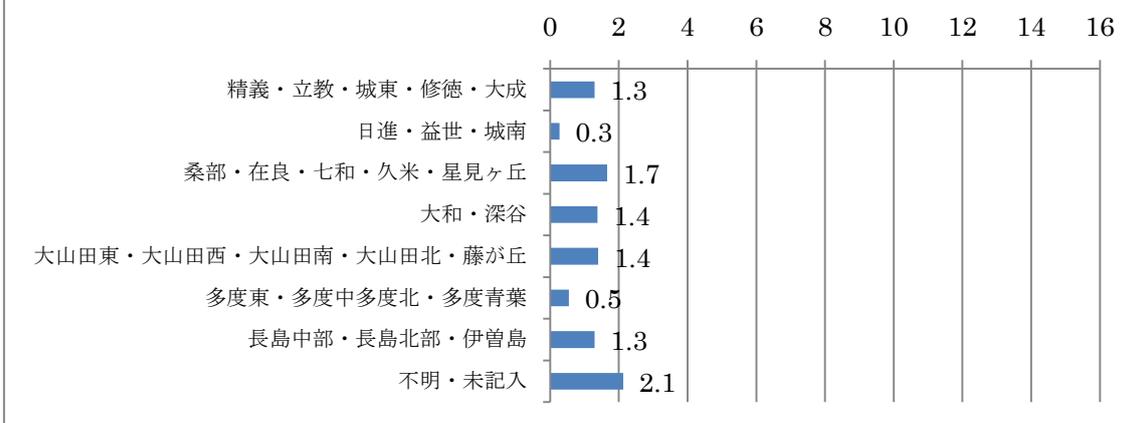
自宅と周辺の住環境



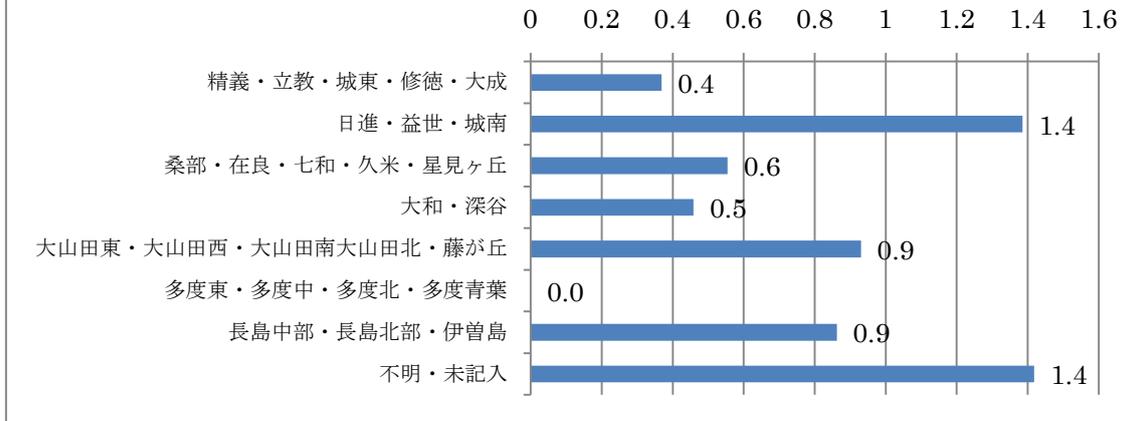
経済的事情



在宅医療の限界



支給限度額不足



第3章 地域課題把握のための地域ケア会議（平成26年6月開催）

<1-3-1. 会議の目的>

地域包括ケアシステムは、地域課題を適切に把握し、その解消を図ることで構築を目指すことになる。そのため、平成26年3月に「地域包括ケアシステム構築に向けた桑名市における地域課題把握のためのアンケート調査」を実施し、地域課題の把握を試みた。しかし、アンケート結果はあくまで数字としての結果となるため、そこから何を読み取るかが重要である。そこで、平成26年6月に地域課題把握のための地域ケア会議を開催し、市内の介護支援専門員や地域包括支援センター職員を集め、協議を行った。

<1-3-2. 会議の概要>

開催日時：平成26年6月25日（水）18時30分～20時

開催場所：桑名市役所5階中会議室

出席者：25名

居宅介護支援事業所 10名、小規模多機能型居宅介護事業所 1名、
中央地域包括支援センター 4名、東部地域包括支援センター 2名、
西部地域包括支援センター 2名、南部地域包括支援センター 2名、
北部地域包括支援センター 4名

司会：西村健二（中央地域包括支援センター社会福祉士）

記録：荒川育子（中央地域包括支援センター保健師）

備考：4グループに分かれてのグループワークを実施後、発表とまとめ。

○1グループ 6名

司会：橘高春樹氏（東部地域包括支援センター長）

記録：水谷恭子氏（南部地域包括支援センター社会福祉士）

○2グループ 6名

司会：秀島祐子氏（南部地域包括支援センター長）

記録：桐山茂氏（東部地域包括支援センター主任介護支援専門員）

○3グループ 6名

司会：杉山千鶴氏（北部地域包括支援センター社会福祉士）

記録：白井渉氏（桑名市社会福祉協議会長島居宅介護支援センター介護支援専門員）

○4グループ 7名

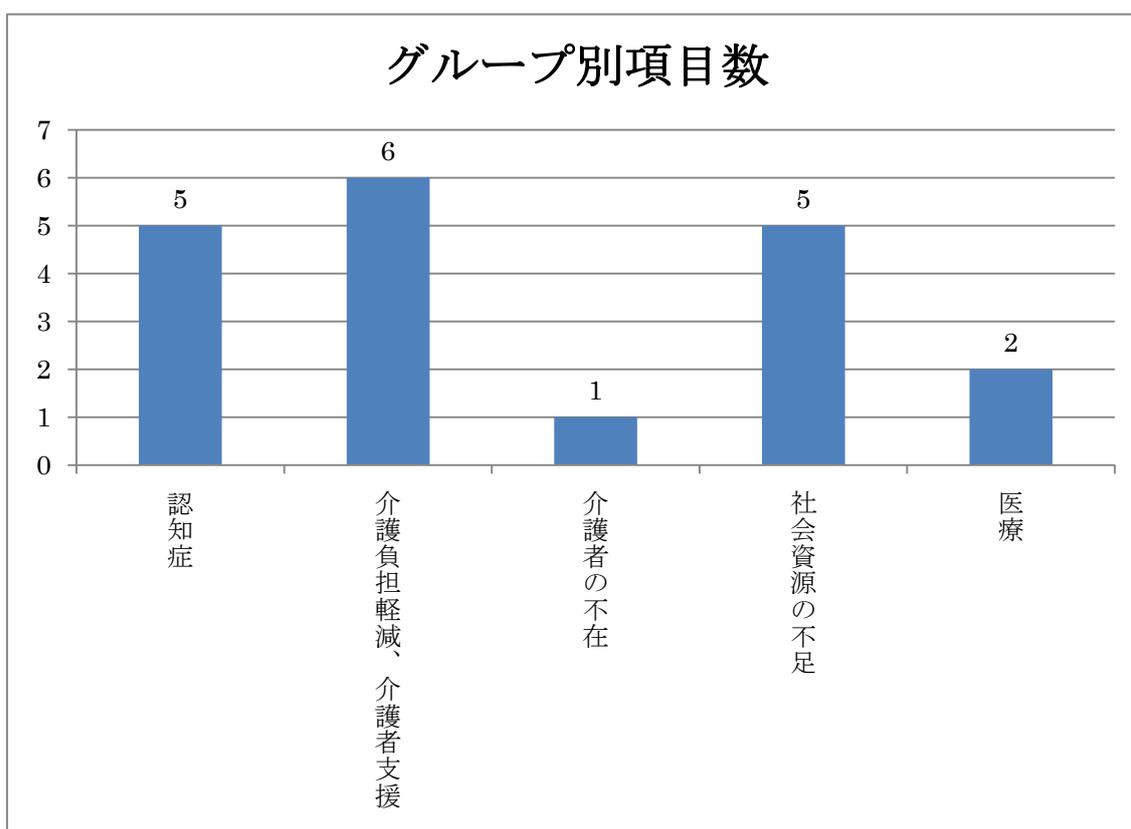
司会：戸谷みどり氏（西部地域包括支援センター社会福祉士）

記録：鬼頭睦郎氏（北部地域包括支援センター社会福祉士）

< 1-3-3. 会議で明らかになった地域課題 >

本地域ケア会議では、グループごとの協議を行った結果、19 の地域課題が提示された。ここではおおまかな 5 つのグループに分類して紹介する。なお、グループ別項目数は以下の通りであった。

グループ	項目数
認知症	5
介護負担軽減、介護者支援	6
介護者の不在	1
社会資源の不足	5
医療	2
合計	19



1. 認知症に関するもの

- ・ 認知症の対応（1 グループ、根拠：設問 3）。
設問 3 において上位に並ぶ事項については、認知症にまつわる事項が多く、その対応を検討する必要がある。
- ・ 認知症の対策不足（2 グループ、根拠：設問 3）
認知症に関しては認認介護、火の不始末、徘徊の不安など、介護負担が非常に大きいことから、対策を検討する必要がある。
- ・ 認知症に対する周囲の理解不足（2 グループ、根拠：設問 3）
地域の理解不足が介護者の負担を増大させている。
- ・ 認知症への対応（3 グループ、根拠：設問 3）
上位に並ぶ項目の多くが認知症に起因するものであり、対応が必要である。
- ・ 認知症の専門治療へのつなぎ（4 グループ、根拠：設問 3）
設問 3 の上位には認知症の周辺症状が多くあがっている。早期に専門的な治療につなぐことで症状を軽減することができる。

2. 介護負担軽減、介護者支援に関するもの

- ・ 介護負担の軽減（1 グループ、根拠：設問 5）
同居世帯では訪問介護を利用できないため、家族の介護負担が大きい。高齢者のみ世帯においては、ストレスから介護者の認知症が進行して認認介護となった事例もある。これらのことから介護負担の軽減は重要である。
- ・ 新興地域では、介護者を支える地域支援力が弱い（2 グループ、根拠：設問 5）
多度地区では介護者の負担が中位だが、大山田地区では要因のトップにあがっている。
- ・ 高齢者のみ世帯への支援（3 グループ、根拠：設問 5）
高齢者のみ世帯は、独居・同居世帯に比べると入所年代が若い。設問 3 結果でも老老介護、認認介護が上位にあがっている。
- ・ 介護負担の軽減（3 グループ、設問 3）
いずれの設問にも上位にあがっているが、何について負担・不安を感じているのかを明確にすることで、具体的な課題が明らかにできるのではないか。

- ・介護者の意向によって施設入所が決定している（3 グループ、設問 5）
設問 5 全体の傾向として、介護者の意向によって施設入所が決定している様子が伺える。
- ・情報提供による不安の解消（4 グループ、根拠：設問 2）
身体的な理由から施設入所を考えているようである。適切な知識が情報提供されれば、介護保険サービスを受けることで在宅でも生活できることがあると理解でき、不安を解消できるのではないか。

3. 介護者の不在

- ・身寄り、支援者がいない（3 グループ、設問 3）
身寄り、支援者がいないことで、いったい何に困るのかを明確にすることで、具体的な課題が見えるのではないか。

4. 社会資源の不足

- ・介護保険で対応できない部分を補う生活支援サービスがない（1 グループ、根拠：設問 5）。
独居世帯、高齢者のみ世帯は入所理由に多くチェックがなされており、同居世帯に比べて不安が多いことが分かる。しかし、同居世帯であっても数字に表れない部分は介護者の負担となっており、それらを補う介護保険外の生活支援サービスが必要。
- ・見守り体制の構築（1 グループ、根拠：設問 5）
見守り、転倒、急変の不安は生活状況にかかわらず上位にあがっており、独居のみならず、日中独居でも見守り体制を構築する必要がある。
- ・外出手段不足（2 グループ、根拠：設問 3）
「買い物」、「通院時以外の移動」、「近隣に商業施設がない」などの項目が上位にあることから、桑名市の移動手段の中心は自動車で、その他の交通手段が不十分、コミュニティバスも利用が不便である。
- ・24 時間・随時対応できる訪問サービスがほとんどない（4 グループ、根拠：設問 5）
在宅生活可能な高齢者が施設に入所しており、施設入所のハードルが下がっているように感じる。夜間でも連絡すればいつでも駆けつけてくれる、オム

ツ交換に来てくれるというサービスが不足している。また、女性ヘルパーが夜間に一人で行動するという危険性もある。

- ・移動手段・交通手段に関する不安（4グループ、根拠：設問3）
自動車の運転ができない、バス停まで歩いていけない、通院手段の確保、受診先での付き添い、高額になるタクシー代金の負担など移動手段に関する課題は多い。受診先の医療機関での付き添いでは、ボランティアや地域での支え合いの検討も必要。

5. 医療に関するもの

- ・医療機関の不足
「在宅診療、往診、看取り」「認知症」に対応できる医療機関が不足しているという意見が回答者の50%を超えている。
- ・退院時の在宅生活を見据えたりハビリテーション（4グループ、根拠：設問3）
急性期病院の入院期間が短くなる傾向にあり、十分なリハビリを受けないまま退院となる。その結果、在宅よりリハビリが手厚い介護老人保健施設等を希望する傾向にある。医療機関では在宅生活にあったリハビリを実施していくべき。

平成 26 年 6 月 10 日

地域包括支援センター 各位

桑名市中央地域包括支援センター
センター長 佐原 俊也

地域課題把握のための地域ケア会議の開催について（依頼）

平素は桑名市の高齢者福祉行政にご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、桑名市では地域包括ケアシステム構築に向けて地域課題の把握に取り組んでいるところですが、今年 3 月に実施した「地域包括ケアシステム構築に向けた桑名市における地域課題把握のためのアンケート調査」の集計結果等を踏まえ、地域包括支援センター職員の皆様に地域課題についてご協議いただきたく、地域課題把握のための地域ケア会議を下記の日程にて開催致します。

つきましては、各地域包括支援センター職員 2 名および担当する日常生活圏域内に所在する居宅介護支援事業所および小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員 2 名をお誘いの上ご出席願います。

ご多忙の折、恐縮ですが何卒ご出席賜りますようお願い申し上げます。

記

- 名 称 : 地域課題把握のための地域ケア会議
日 時 : 平成 26 年 6 月 25 日（水）18 時 30 分～
会 場 : 桑名市役所 5 階中会議室
出席者 : 地域包括支援センター職員 各 2 名
担当居宅介護支援事業所および小規模多機能型居宅介護の
介護支援専門員 各 2 名

桑名市中央地域包括支援センター
担当 西村・荒川
TEL24-5104

地域課題把握のための地域ケア会議次第

日 時：平成 26 年 6 月 25 日（水）18：30～20：00

場 所：桑名市役所 5 階 中会議室

1. あいさつと趣旨説明

佐原 俊也 （桑名市中央地域包括支援センター長）

2. 資料説明

西村 健二 （桑名市中央地域包括支援センター社会福祉士）

3. グループ討議

テーマ アンケート結果から見える地域課題はなにか。

4. グループ発表

5. まとめ

地域課題把握のための地域ケア会議発表記録用紙

グループ番号 _____ 司会 _____ 記録 _____

○地域課題 1 _____

選定理由 _____

参考資料 _____

○地域課題 2 _____

選定理由 _____

参考資料 _____

○地域課題 3 _____

選定理由 _____

参考資料 _____

○地域課題 4

選定理由

参考資料

—
○地域課題 5

選定理由

参考資料

メモ

地域課題把握のための地域ケア会議アンケート用紙

1. 所属について

居宅・小規模多機能 包括 その他

2. 本日の会議について

有意義だった まあ有意義だった ふつう 意義がなかった

3. 地域課題把握のためのアンケートについて

有意義だった まあ有意義だった ふつう 意義がなかった

4. ご意見、ご感想があればご記入ください

地域課題把握のための地域ケア会議アンケート集計結果

<アンケートの概要>

出席者 25名

アンケート回収枚数 24枚（回収率 96.0%）

<1. 出席者の属性>

居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員 10人

地域包括支援センター職員 14人

<2. 地域ケア会議の感想>

有意義だった 17人

まあ有意義だった 5人

ふつう 2人

有意義でなかった 0人

<3. 地域ケア会議の感想>

有意義だった 16人

まあ有意義だった 6人

ふつう 2人

有意義でなかった 0人

<4. その他意見・感想（自由記入）>

- ・さらに続けていきましょう。現場の声を集めるともっとみえてくると思います。このような場があると気持ちがまとまると思います。（包括）
- ・前回よりもとても具体的な話だったと思います。イメージで出てくる課題と同じ部分と予想もしてなかったデータもあったと思います。今後も参加できればと思いました。（包括）
- ・様々な立場の人が集まり、話をする事で思ってもいないような多様な意見が出ました。ぜひ今回の会議を今後の桑名の地域づくりに生かして頂ければと思います。（包括）
- ・具体的な話が出てよかったです。地域でいろいろな支援が広まれば良いと思います。（居宅）
- ・次回も参加したいと思います。（居宅）
- ・多くの方が考えた意見は一人で考えたものとは大きく違い、大きな知識とな

りました。こういった知識をマクロに落とし込んで仕事に活かしていきたい。
(包括)

- ・様々な意見や視点があり、参考になった。(包括)
- ・ありがとうございました。またこのような機会があると良いと思います。(包括)
- ・資料が多く分かりづらかった。会議の目的が資料に書いてあると理解しやすいと思いました。(居宅)
- ・桑名市としての方向性を教えてほしいです。支援の今後についても教えていただきたい。(居宅)
- ・時間が短かったと思います。(居宅)
- ・皆さんと共有できて嬉しかったです。(包括)
- ・いくつかの課題が見えたと思います。(包括)
- ・いろんなそれぞれの意見が出て良かったです。今後、どの様にサービスを利用し、改善に向けて行けたらと思います。(居宅)
- ・事前の予習も不十分だった上に、突然の書記でほとんど有益な意見がだせませんでした。申し訳ない気持ちと残念な気持ちです。(居宅)

第2部 個別事例振り返りのための地域ケア会議

最終報告書取りまとめにあたり、「地域包括ケアシステム構築に向けた桑名市における地域課題把握のためのアンケート調査」とは別に、各地域包括支援センターにおいて実際の個別事例をもとにした振り返り地域ケア会議を開催した。

第1章 会議の概要

<2-1-1. 会議の目的>

振り返り地域ケア会議の目的は、高齢者が住み慣れた自宅を離れて施設に入所、入居することとなった実際の個別事例を用い、支援にあたった関係者等の参加のもとで振り返りを行うことによって、個別課題を見出し、地域課題抽出の参考とすることにある。

個別に述べると以下の3点となる。

1. 自宅から離れた要因（在宅生活継続の阻害要因）を明らかにすること
2. どうすれば在宅生活を継続できたかをけんとうすること（在宅生活継続の限界点を高める方法、不足する社会資源等の検討）
3. 上記2点の検討結果を踏まえ、地域における課題を明らかにし、地域包括ケアシステム構築に活かす。

なお、会議開催にあたっては、後掲の「地域ケア会議（振り返り）の開催にあたって」を出席者全員に配布して目的の周知徹底を図った。

また、振り返り地域ケア会議で用いた個別事例とは自宅を離れた点に着目して検討することから、本来は施設に該当しない有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に入所した事例も用いていることを付記しておく。

<2-1-2. 会議の概要>

振り返り地域ケア会議は合計6回開催した。原則として各地域包括支援センターで1回ずつ開催したが、東部地域包括支援センターのみ先行して試行的に実施した振り返り地域ケア会議があるため、2回の開催となった。

なお、地域ケア会議の概要掲載にあたっては、個人が特定できないよう情報の一部を変更していることに留意されたい。

個別事例振り返りのための地域ケア会議の開催にあたって

- この地域ケア会議は、自宅を離れ、介護保険施設等に入所・入居した事例を採り上げ、支援関係者および地域包括支援センター職員で振り返りを行います。
- 本会議の目的は、以下の3点です。

1. 自宅から離れた要因（在宅生活継続の阻害要因）を明らかにすること
2. どうすれば在宅生活を継続できたかを検討すること
（在宅生活継続の限界点を高める方法、不足する社会資源等の検討）
3. 上記2点の検討結果を踏まえ、地域における課題を明らかにし、地域包括ケアシステム構築に活かす

- 本会議では、支援者や支援方法の評価・批判を行うことなく、前向きな議論となるようご協力願います。
- 本会議にて使用した資料は会議終了後に回収します。
- 本会議にて知り得た個人に関する情報については、守秘義務の徹底をお願いします。
- 本会議の司会進行、記録は担当の地域包括支援センターが行います。ただし、日程の都合上全出席者に議事録を確認していただくことができませんのでご承知おきください。
- 本会議の協議内容は、平成26年7月発行予定の「桑名市における『地域包括ケアシステム』の構築に向けた地域課題の把握のための調査～『地域ケア会議』での個別事例の検討を通じて～」報告書』の内容に反映させます。発行にあたっては個人を特定できる情報は省いて記載を行います。

平成26年5月

桑名市中央地域包括支援センター

第2章 東部地域包括支援センター主催の地域ケア会議（第1回）

<2-2-1. 会議の概要>

開催日時：平成26年3月7日（月） 16時～17時30分

開催場所：桑名市役所2階第1会議室

出席者：5名

小規模多機能型居宅介護事業所 1名、中央地域包括支援センター 2名、
東部地域包括支援センター 2名

司会：岡田めぐみ（中央地域包括支援センター主任介護支援専門員）

記録：橘高春樹氏（東部地域包括支援センター長）

<2-2-2. 本人の概要>

・本人Aさんの基本情報

70代、女性。結婚歴はなく、友人宅に居住していたが、友人の入院をきっかけに一戸建ての自宅に戻って独居となる。その後、認知症の進行により判断能力が低下し、夏の暑い日に布団にくるまって寝て過ごす、自宅にごみが増える、食事の用意や金銭管理ができない、清潔保持が困難となるなど、生活に支障をきたすようになった。

このような生活状況を見かねた民生委員や近隣の住民が食事の差し入れなどの協力を行ってくれたが、限界もあり、地域包括支援センターに相談が入った。地域包括支援センターが訪問してAさんと面談すると、入浴しておらず、尿失禁もあり、生活環境が不衛生であった。

Aさんには県外在住の姉がいるが、高齢のため桑名市まで来ることも難しく、協力は得られなかった。

・本人Aさんの生活状況の変化

○在宅（友人宅）、同居（～平成24年7月）

認知症はあるものの、友人の支援により日常生活は支障なく送る。

支援を期待できる親族はいない。

○在宅（一戸建て住宅）、独居（平成24年7月～平成25年11月）

友人の入院により自宅に戻って独居生活を開始。

民生委員、近隣の住民が食事差し入れなどの協力をする。

民生委員より地域包括支援センターに相談があり、介護申請を代行。

要介護1の認定を受け、小規模多機能型居宅介護事業所を紹介。

泊まり・通い・訪問を効率よく組み合わせ、利用日以外は民生委員と近隣の住民が安否確認を実施し、役割分担ができた。

金銭管理が困難であったため、成年後見制度の本人申立てを開始。

申立て書類の作成を司法書士に依頼、司法書士が後見人に選任される。

近隣住民と民生委員を含む地域ケア会議を5回にわたって開催。

1回目：平成24年8月、7名参加。在宅生活するための支援方法の検討。

2回目：平成24年9月、8名参加。金銭管理の方法についての検討。

3回目：平成24年12月、8名参加。支援者の役割分担と年末年始の対応の検討。

4回目：平成25年3月、10名参加。成年後見制度利用の検討。

5回目：平成25年9月、9名参加。成年後見人との今後の支援について検討。

5回目の地域ケア会議において民生委員から支援の限界、小規模多機能型居宅介護事業所から支援回数の限界の訴えがあり、医師の意見書に施設入所が望ましいとの記載があることから、施設入所が検討される。

○介護老人保健施設（平成25年11月～12月）

選任された成年後見人と在宅生活継続を目指して検討を行ったが、24時間365日のちょっとした支援や安否確認が困難で施設入所との結論に至った。

○有料老人ホーム（平成25年12月～現在）

本人が施設になじめず、希望により有料老人ホームへ移る。

現在は要介護1で訪問介護と通所介護を利用している。

<2-2-3. 会議で明らかになった課題>

・在宅生活ができなくなった要因について

- ① 認知症独居高齢者ながら支援者がいなかった。特に親族の積極的な支援を得ることができなかったことの影響が大きい。
- ② 水分の提供、食事を促す声かけ、戸締りの確認、室温の管理などちょっとした支援を日中・夜間に提供できるサービスがなかった。
- ③ 支援にあたっていた民生委員や近所の住民から支援は限界であるとの意見が出た。

・在宅生活を継続するために必要な取り組み

- ① 介護保険制度の利用、成年後見制度の利用にあたっての医療機関の受診が困難であった。
- ② 医療機関の受診拒否、通院方法、院内介助・付き添い、診断書・検査結果受け取りなど、誰が行うかが明確に決まっていない制度・支援者の隙間、グレーゾーンが存在する。
- ③ 24時間365日のちょっとした支援にあたる社会資源が存在していない。これらを介護保険サービス、保険外サービス、ボランティア、地域、家族のい

ずれが担うのかが問題である。特に保険外サービスでは利用料が高額になりがちで利用しづらい。

- ④ 地域ケア会議の有効性が証明できた事例であった。本人の生活の動きに合わせて、転機が訪れたときには地域ケア会議で関係者同士の情報共有と支援方針の統一を図っている。
- ⑤ 地域の協力を得て在宅生活期間を長くとることができた。支援の限界はあったものの、介護保険サービスと連携して役割分担を行って A さんが在宅生活を少しでも長く継続できた。この調整機能を地域包括支援センターが上手く担うことができた。
- ⑥ 地域の協力は得られたものの、負担感、ストレスの対処・軽減方法を講じなければ長期持続的な支援とならない。
- ⑦ 小規模多機能型居宅介護事業所の利用により通い、泊まり、訪問のサービスが柔軟にコーディネートされ、在宅生活の延長が可能となった。
- ⑧ 小規模多機能型居宅介護事業所のサービスは一定の範囲内で融通をきかせることが可能だが、本事例のように介護度があまり高くない認知症高齢者に対する支援方法には限界があり、単独のサービス提供では対応できない。
- ⑨ A さんの後見人に選任された司法書士は在宅生活継続のための選択肢を積極的に探してくれたが、そのような法務専門職ばかりではなく、後見人に対する地域包括ケアシステムの重要性の周知徹底が求められる。
- ⑩ 地域包括支援センター職員や介護支援専門員について、介護保険サービスなどのフォーマルサービスのみならず、近隣住民の支援までも含めたインフォーマルサービスの調整能力を高める必要がある。
- ⑪ ⑩と合わせて、主任介護支援専門員の活用を検討する必要がある。

第3章 東部地域包括支援センター主催の地域ケア会議（第2回）

<2-3-1. 会議の概要>

開催日時：平成26年6月3日（火） 13時30分～15時 90分間

開催場所：桑名市役所北庁舎2階会議室

出席者：18名

小規模多機能型居宅介護事業所 1名、居宅介護支援事業所 1名、
訪問介護事業所 1名、通所介護事業所 1名、福祉用具貸与事業所 1名、
サービス付き高齢者向け住宅 1名、中央地域包括支援センター 4名、
東部地域包括支援センター 2名、西部地域包括支援センター 2名、
南部地域包括支援センター 1名、北部地域包括支援センター 3名
司会・記録：叶田寛人氏（東部地域包括支援センター社会福祉士）

<2-3-2. 本人の概要>

・本人 B さんの基本情報

90代、女性。15年前に夫に先立たれて以来、一戸建て住宅で独居生活。60代の一人娘は関西に嫁いでいるが、パート勤務をしつつ毎晩安否確認の電話を入れている。また、毎月1回はBさん宅を訪れ、宿泊していく。その際には買い物や外出支援、掃除などを行っている。また、娘が宅配サービスを利用して食料品や日用品を届けてもらっている。

Bさんは腰椎症と膝関節症を患い、要支援1の認定を受け、訪問介護を利用し、歩行器も借りている。身体的には重いものを持つことができず、身体を伸ばしたり、しゃがんだりすることが難しい。判断能力はしっかりしており、金銭管理、服薬管理も自分でやっている。

疼痛緩和のため、毎日近所の接骨院まで歩行器を利用して徒歩で通っている。バスを利用しての外出も可能で、ときどき買い物に出かけるが、ふらつきもあって大きな荷物は持たず、必要な分を買うことはできない。身体的には

趣味は俳句で、公民館のサークルに参加する他、同人誌への投稿も積極的に行っている。また、地域との関係は良好で、大きなごみは近隣住民が出してくれる。近所の友人も週に数回訪ねて来てくれている。

・本人 B さんの生活状況の変化

○在宅（一戸建て住宅）、独居（～平成25年3月）

15年前に夫が死亡して以来、一戸建て住宅で独居生活をしている。

要支援1で訪問介護（主に掃除）、福祉用具貸与（歩行器）利用。

○入院（平成25年3月～4月）

腰椎圧迫骨折により 1 ヶ月の入院。退院時、主治医より 3 ヶ月間のコルセット装着の指示あり。ただし、B さんは自分で装脱着ができなかった。

区分変更申請により要介護 4。在宅復帰を目指し、地域包括支援センターが居宅介護支援事業所を紹介。介護支援専門員より B さんと娘に対して次の 3 つの提案を行った。

1. 在宅復帰し、訪問介護による家事支援、通所介護による入浴支援を行う。
2. 在宅復帰し、小規模多機能型居宅介護を利用する。
3. サービス付き高齢者向け住宅に入居し、通所介護による入浴支援を行う。

B さんは在宅復帰を希望したが、娘が①夜間の見守り不足や急変時の対応ができないことへの不安、②コルセットの装脱着が随時できないため不便・不快であることを考慮してサービス付き高齢者向け住宅への入所を希望、本人も了解した。

ただし、入居はコルセット装着を要する 3 ヶ月限定とした。

○サービス付き高齢者向け住宅（平成 25 年 4 月～6 月）

腰椎圧迫骨折治療に伴うコルセット装着期間に限っての入居。

主治医は経過が良かったことから 2 ヶ月で小型のものに変更の指示があり、本人自身で装脱着が可能となった。

コルセット変更を受けて、本人は在宅復帰を強く希望したことから、小規模多機能型居宅介護事業所を紹介し、入居 2 ヶ月にして在宅生活に戻ることとなった。

リハビリにも熱心に取り組み、回復も順調で、区分変更申請を行ったところ要支援 1 となった。

○在宅（一戸建て住宅）、独居（平成 25 年 6 月～現在）

小規模多機能型居宅介護事業所を利用し、通いサービス週 2 回、訪問サービス週 2 回（ごみ出し、掃除、服薬確認、買い物付き添い）。

娘の電話による毎日の安否確認、毎月の宿泊による家事援助は従前通り実施。

< 2-3-3. 会議で明らかになった課題 >

・在宅生活ができなくなった要因について

- ① 夜間の見守り不足や急変時の対応ができないことへの不安。
- ② コルセットの装脱着が随時できないため不便・不快であること。

・在宅生活を継続するために必要な取り組み

- ① 在宅復帰は果たしたものの、趣味の俳句は再開できておらず、趣味活動を支援する社会資源が少ない。
- ② 地域との交流が密であったにも関わらず、在宅復帰後はごみ出しを小規模多

機能型居宅介護の訪問サービスで行っているように、支援者側に地域とのつながりを支援する機能が小さい。

- ③ 在宅復帰後に地域とのつながりはサービス利用によって多少の変化はあったものの、サービス付き高齢者向け住宅に近所の友人が訪ねて来たこともあり、本人が施設入居中も在宅復帰の意思を持続できた背景には地域とのつながりがあるのは明らかで、大きな力となり得ることが分かる。
- ④ 本人は買い物について「実際の物を見て買いたい」と希望し、小規模多機能型居宅介護の訪問サービスによって付き添い支援を行ったことから、本人の生きがいにつながった。
- ⑤ 夜間の見守り、急変時の対応、コルセット装脱着の補助など、ちょっとした支援が行えないために在宅生活継続をあきらめることがあり、24 時間 365 日の何らかの支援を提供できる社会資源が望まれる。
- ⑥ 要介護状態、障害、疾患の有無にかかわらず、独居生活者については、急変や転倒の不安は常に付きまとい、そのリスクはある程度は払拭できても、完全に取り去ることは不可能であることを、本人はもちろん、親族、支援者も理解する必要がある。
- ⑦ 本事例では、本人と娘がコルセットを装着している期間に限ってサービス付き高齢者向け住宅を利用したことが特徴的である。介護保険施設や医療機関は重篤化した際に利用し、在宅復帰を前提としているが、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の在宅復帰前提利用は非常に有益な利用方法であるとともに、施設側の社会資源としての意識の高さも確認できた。一方で、一旦入所・入居したら在宅復帰を模索しない高齢者、施設も含めた支援者があることは事実であり、在宅復帰のための取り組みが求められる。
- ⑧ サービス付き高齢者向け住宅の利用期間、本人の在宅復帰の意思が持続したことは大いに評価でき、その要因も明らかにして本人の内面的、精神的な支援までも支援者が行うことができることが望ましい。そのためには、支援者側について、本人の受容と傾聴、的確なアセスメントが求められる。
- ⑨ 本事例では在宅復帰時に一時入院したことが報告され、その際は入院の身元保証人に遠方に居住する娘が来ることができず、近隣の親戚が署名することで無事入院できた。これは医療同意、身元保証、身元引受といった署名者がいないことで医療機関の利用や施設への入所・入居が円滑にいかないおそれがあることを物語っている。

第4章 西部地域包括支援センター主催の地域ケア会議

<2-4-1. 会議の概要>

開催日時：平成26年5月12日（月） 13時30分～15時 90分間

開催場所：桑名市役所北庁舎2階会議室

出席者：12名

居宅介護支援事業所 1名、通所介護事業所 1名、
福祉用具貸与事業所 2名、中央地域包括支援センター 2名、
東部地域包括支援センター 1名、西部地域包括支援センター 2名、
南部地域包括支援センター 1名、北部地域包括支援センター 2名

司会：三浦浩実氏（西部地域包括支援センター社会福祉士）

記録：國分綾子氏（西部地域包括支援センター介護支援専門員）

備考：他市視察者 6名、看護実習生 4名

<2-4-2. 本人の概要>

・本人Cさんの基本情報

80代、男性、要介護1。要支援2の妻と二世帯住宅に同居。二世帯住宅には長男の妻も暮らしているが、日中は仕事のため不在。長男はすでに他界し、二男は関西に在住している。買い物は長男の妻が生協を利用して注文し、調理などの家事は妻が担っている。その他に必要な日用品は近所の八百屋に本人が徒歩で買いに行くことができる。

認知症・糖尿病を患っており、1日1回毎朝インスリン注射が必要で、本人は注射の必要性を理解しておらず、妻の指示のもと毎日近所の診療所へ通って注射してもらっている。月1回の遠方の病院受診に際しては関西に住む二男が来て送迎をしている。その後、主たる介護者である妻が急死したことで身の回りのことができなくなった。食事の準備、自宅の掃除などの家事はもちろん、服薬管理や注射の継続が難しくなった。その結果、自宅は尿臭が立ち込めるようになった。

・本人Cさんの生活状況の変化

○在宅（二世帯住宅）、高齢者夫婦世帯（ただし隣室に長男の妻が居住）（～平成26年1月）

二世帯住宅に妻と暮らし、隣室には長男の妻が居住している。

認知症・糖尿病を患い、要介護1。福祉用具貸与（置き手すり）利用。

妻が家事を担い、その指示のもとで服薬管理やインスリン注射、通院ができている。

主治医からは通所介護利用を提案されていたが、夫婦ともに福祉用具以外のサービス利用は拒否していた。

- 在宅（二世帯住宅）、独居（ただし隣室に長男の妻が居住）（平成 26 年 1 月）
妻が心不全で急死したことで家事を担う者がいなくなり、食事や掃除に困る。自宅は尿臭が立ち込めるようになった。
服薬管理、インスリン注射、通院についても妻の指示がなくなり、健康面での不安が生じた。
- サービス付き高齢者向け住宅（平成 26 年 1 月～現在）
二男から施設入所を検討したいと申出があり、妻の死亡からわずか 10 日後にサービス付き高齢者向け住宅に入居。ただし、本人は入居後に「帰りたい」と在宅復帰を希望している。
入居後は併設の通所介護を利用し、注射は同事業所の看護師が行っている。

< 2-4-3. 会議で明らかになった課題 >

・在宅生活ができなくなった要因について

- ① 主たる介護者であった妻の急死により、身の回りのこと全般ができなくなった。あわせて服薬管理、インスリン注射、通院などの声かけ、見守りもなくなったことから健康面に不安が生じた、

・在宅生活を継続するために必要な取り組み

- ① 妻の死亡後、本人 C さんは何らかの声かけや見守りがあれば服薬管理、インスリン注射、通院などは可能であったかもしれない。これらは現状の制度やサービスでは補うことが困難であるが、親族の電話や声かけ、状況確認といったちょっとした支援が行えると良かったのではないか。
- ② 親族だけの負担ではどうしても補えない場合もあることから、地域とのつながりを確認し、地域のインフォーマルな資源の活用や社会資源の発掘、創設によって支え合う仕組み作りが必要ではないか。市、地域包括支援センター、介護支援専門員にはこれらの調整機能も求められるのではないか。
- ③ 妻の死亡から施設入所までが 10 日間しかなかった。この間に葬儀のために関西から来た二男と長男の妻の話し合いによって施設入所が適切と判断され、サービス付き高齢者向け住宅への入居に至った。支援者がキーパーソンとなる二男や長男の妻との以前から関わりを持ち、今後の支援方針について関与あるいは話し合いに参加できれば異なる選択肢も提示できたかもしれない。これは介護する親族が「いったいどれだけの介護を担わねばならないのか」という漠然とした不安を抱いたことも原因にあり、それを払拭すべき支援者が関わっていなかったことも影響している。

- ④ 支援者のアセスメント能力の向上が求められる。妻の死後、どのような支援が必要なかを明確にして介護者に伝えることで在宅生活継続という選択肢も用意できたのかもしれない。介護者に対して納得のいく説明を行うためには、本人の意思も含めた適切なアセスメントを行い、できる限り多くの選択肢を用意する必要があるだろう。それにより、「施設」しか見えなかった親族にも「在宅」という選択肢が見えたのかもしれない。
- ⑤ 本人 Cさんは妻に強く依存していたことから、妻も高齢であり、万が一のことがある場合のことを事前に想定しておく必要があったのではなかろうか。あわせて、二男や長男の妻といった親族とも事前に意向を確認し、今後の支援方針決定に際しては相談に乗ることを伝えておくと思われた。
- ⑥ 本事例のように、家事を担う妻が亡くなった場合にそなえ、男性高齢者を対象とした料理教室なども開催されているが、数回の教室に通ったところで実際に家事機能を代替できるかは疑問であり、訪問介護が入ったからといってなかなか上達は望めず、本人の意欲を向上し、維持していくことも難航が予想される。これらの状況を踏まえ、教室等の機能強化あるいは代替する社会資源の活用あるいは創出が求められる。

第5章 南部地域包括支援センター主催の地域ケア会議

<2-5-1. 会議の概要>

開催日時：平成26年5月23日（金） 15時～16時30分

開催場所：ヨナハ在宅ケアセンター2階大会議室

出席者：12名

通所介護事業所 1名、訪問介護事業所 1名、
中央地域包括支援センター 2名、東部地域包括支援センター 2名、
西部地域包括支援センター 1名、南部地域包括支援センター 3名、
北部地域包括支援センター 2名

司会：秀島祐子氏（南部地域包括支援センター長）

記録：水谷恭子氏（南部地域包括支援センター社会福祉士）

<2-5-2. 本人の概要>

・本人Dさんの基本情報

80代、男性。平成24年6月に妻が死亡し、現在は一戸建て住宅に独居。定年前に自宅を新築して転入。近所との付き合いは希薄。60代で脳梗塞を発症し、後遺症として右足を引きずりながら歩行する。そのため歩行は短距離に限定されるが、自動車の運転は可能で、スーパーで惣菜などの買い物をすることができる。趣味は将棋で、週に2～4回ほど桑名市総合福祉会館で友人たちと将棋を指す。また、自動車で銭湯へ行くことがある。ご飯は自分で炊いて購入した惣菜を食べている。掃除は嫌いで週に1回、主たる介護者である三女が来て掃除している。洗濯は自分で行っている。

独居となつてすぐの平成24年6月に介護申請をし、要支援1の認定を受けた。通所介護を週2回、掃除を中心とした訪問介護を週1回利用している。また、緊急通報装置を設置している。

・本人Dさんの生活状況の変化

○在宅（一戸建て住宅）、妻と同居（高齢者夫婦世帯）（～平成24年6月）

定年前に自宅を新築し、桑名市に転入。

脳梗塞後遺症により右足をひきずるように歩く。

○在宅（一戸建て住宅）、独居（平成24年6月～平成25年12月）

妻の死亡により独居となる。

介護申請をして要支援1の認定を受け、通所介護（週2回）・訪問介護（週1回）を利用。

週1回三女が訪れて掃除をする。

平成 25 年 7 月に自動車で自損事故を起こす、8 月に新聞を勧誘されて 2 社契約する、9 月に転倒、10 月に体調不良で入院するなど、在宅生活継続に対する不安なことが繰り返し発生。

ただし、困り事が発生するごとに地域包括支援センターに自ら相談に来る。

平成 25 年 11 月、区分変更申請を行うが、要支援 1 のままであった。

三女が「急に倒れたらどうするのか」と不安を訴え、施設入所を希望。

本人は「まだまだ自宅で過ごせる」と在宅生活を希望したが、独居が難しいなら三女との同居を望んだが、いずれも三女が反対した。

その後、本人が「一人で倒れていないか心配と三女が言うので入所しようと思う」との発言が出るようになった。

○有料老人ホーム（平成 25 年 12 月～現在）

当初は本人が入居を希望しなかったが、三女の希望に従って本人も入居の意向を固めた。

< 2-5-3. 会議で明らかになった課題 >

・在宅生活ができなくなった要因について

- ① 自動車の運転ができなくなり、移動手段がなくなった。地域にはバスも走っているが、バス停までの距離があり、便数も少なく不便。三女はタクシー利用も提案したが、運賃が高額であることから本人も積極的な利用は望まなかった。
- ② 定年直前の転入により土地勘がなく、知り合いも少なかった。そのため地域との付き合いが希薄で、地域による支え合いが期待できなかった。
- ③ 地域側にも独居高齢者の安否確認や生活支援といった体制が整っていなかった。
- ④ 三女が独居世帯における「急変の不安」を強く心配し、独居生活における漠然とした不安を抱いた。
- ⑤ 本人が転倒したことから、転倒の不安が大きくなった。あわせて自動車の自損事故、新聞販売店との契約、体調不良による入院などで不安が高まった。
- ⑥ 食事の中心がスーパーの惣菜であり、栄養バランスの不安があった。配食サービスについては味が好みに合わないということで利用には至らなかった。訪問介護事業所による買い物でヘルパーが好みを理解してきたところで入居となってしまった。
- ⑦ 今まで家事をしたことがなく、調理や食材の買い物ができなかった。

・在宅生活を継続するために必要な取り組み

- ① 親族が独居高齢者を心配する場合、漠然とした不安を抱くことが多い。もし

出火したら、もし転倒したら、もし急変したら、と仮定の話をしていろいろ想定して不安を大きくしてしまうことがある。それらの漠然とした不安について、箇条書きできる程度に明確化した課題に置き換え、その解決策を示すことで不安を払拭できることもあろう。そのためには、支援者が本人・親族の意向を確かめ、本人の状況をアセスメントし、適切な選択肢を提示することが必要である。

- ② 本事例では在宅生活を希望する本人と、施設を希望する三女の意見が相違していた。その結果、主たる介護者である三女の意見が通り、自宅を離れる結果となった。本人の安全を優先すると在宅という選択肢が無くなるような流れにあるが、施設とはいえ安全が確保できるわけではない。本人の意思を尊重する観点からも、保証されていない安全と引き換えに住み慣れた自宅を離れることは精神的に大きな負担ともなる。また、リロケーションダメージといった急激な環境変化に伴う状態悪化も懸念される。
- ③ 自宅で孤立しがちな独居高齢者が多く、それらの高齢者を地域につないでいく仕組みがないのが現状である。独居生活を親族が支えることができなければ、地域で支えるという代替機能を有する程度にまで強いつながり、あるいは制度・サービスとして体制を整える必要がある。
- ④ 地域の高齢者が集い、交流するスペースや機会が少ない。特に男性高齢者が地域とつながりを持つ機会を築く必要がある。
- ⑤ 自動車に乗らない高齢者が、地域で買い物や通院などの外出をする際、公共交通機関がない、あるいはあっても不便な地域が多い。
- ⑥ 家事を担ったことのない男性高齢者が妻を失った際の支援方法を検討しておく必要がある。
- ⑦ 介護が必要でなくとも転倒に不安を覚える程度の状態にある高齢者について、リハビリ専門職から指導、機能評価する機会があると良いのではないか。
- ⑧ 食生活について、配食サービスや調理支援、惣菜購入などにより生活はできても、栄養バランスなどの食に関する助言があると良いのではないか。

第6章 北部地域包括支援センター（多度）主催の地域ケア会議

<2-6-1. 会議の概要>

開催日時：平成26年5月26日（月） 15時～16時30分

開催場所：桑名市人権センター2階会議室

出席者：16名

有料老人ホーム 1名、訪問介護事業所 1名、福祉用具貸与事業所 1名、桑名市シルバー人材センター 1名、傾聴ボランティア 2名、中央地域包括支援センター 2名、東部地域包括支援センター 2名、西部地域包括支援センター 1名、南部地域包括支援センター 1名、北部地域包括支援センター 4名

備考：看護実習生 4名

<2-6-2. 本人の概要>

・本人 E さんの基本情報

80代、男性。68歳で仕事を辞め、桑名市に一戸建て住宅を新築して妻とともに転入した。長女は関西に嫁ぎ、長男は精神科病院に長期入院している。長女はときどき自宅を訪ねて来る。しかし、5年前に妻が死亡して独居となる。

気管支喘息、糖尿病、高脂血症があり、妻の死後に要支援1の認定を受けて訪問介護、傾聴ボランティア、シルバー人材センターの保険外での家事援助を利用していた。その後、認知症が進行したが、本人の性格的に新たなサービス利用や何らかの変化を受け入れることに拒否的であり、支援者が困難を感じていた。

・本人 E さんの生活状況の変化

○自宅（一戸建て住宅）、同居（～平成21年6月）

妻と高齢者夫婦世帯で生活、長女は関西に嫁ぎ、月1回程訪ねてくる。

○自宅（一戸建て住宅）、独居（平成21年6月～平成25年11月）

要支援1で訪問介護、福祉用具貸与（置き手すり）を利用。

シルバー人材センターの家事援助、傾聴ボランティアを利用。

平成25年8月より食事量低下、入浴しない、受診しない、ADLも歩行が困難で這って移動する状態となる。

通所介護利用、医療機関の受診を勧めるも本人の拒否によりつながらない。

平成25年11月、屋内で倒れて動けなくなっているところをシルバー人材センター職員が発見した。

ADLはほぼ寝たきりまで低下し、褥瘡（床ずれ）もみられた。また、食事に

についても十分とっておらず、粥にはカビが生えている状態であった。

ADL 低下により、訪問介護を週 2 回に増やし、医療機関の往診も開始。

医師からは①区分変更申請すべき、②施設で栄養バランスの良い食事で体力を付けることを勧められる。

長女は本人を一人で自宅で過ごさせることに不安を感じて施設を希望するも、本人は強く在宅生活を希望した。

自宅において本人を交えた地域ケア会議を開催、医師から「自宅での体力回復は困難であり、見守りのある環境下でバランス良い食事をとって体力をつけるべき」と本人に説明があり、本人が施設入所に同意した。

○介護付有料老人ホーム（平成 25 年 11 月～現在）

区分変更申請をした結果、要介護 3 となった。

< 2-6-3. 会議で明らかになった課題 >

・在宅生活ができなくなった要因について

- ① 本人の性格が難しく、過去には利用している訪問介護事業所の変更を繰り返しており、支援者側がコミュニケーションに困難を感じていた。
- ② コミュニケーション不足について、傾聴ボランティアは、本人はプライドが高く、時間をかけて話を聞くことで信頼関係を構築できると考えていたが、支援者同士の連携や情報共有が不十分であった。
- ③ インフォーマルなサービスも含め、生活全体をコーディネートする者が曖昧であったため、連携が上手くいかなかった。
- ④ 本人の希望するサービスが日によって大きく変化し、介護保険サービスでは対応が困難な要求も多かった。
- ⑤ 家族関係が希薄で、長女は不安を感じて本人の心配をしてはいたが、本人に対する理解が不十分であった。
- ⑥ 不衛生な生活環境、十分な食事をとることができないなど、生活継続の支障となっている課題を解決できなかった。

・在宅生活を継続するために必要な取り組み

- ① 医療、インフォーマルサービスまで含めた広範囲の支援者同士の連携強化が不可欠である。また、ネットワーク構築のための方策が求められる。
- ② インフォーマルなサービスまで含めたコーディネート機能を誰が果たすのかが明確でない。
- ③ 本人の難しい性格に起因する介入の困難さを解消する方法を見つけることができない。
- ④ 有料老人ホームなどの在宅扱いの居住系施設であっても退所を目指す必要

がある。

- ⑤ 介護保険サービス、特に訪問系サービスでは利用者に寄り添ってゆっくり話を聞くことができず、本人を深く理解することができないことがある。それを補うべき役割を誰が担うのかが明確でない。

第7章 北部地域包括支援センター（長島）主催の地域ケア会議

<2-7-1. 会議の概要>

開催日時：平成26年5月12日（月）10時～11時30分

開催場所：桑名市役所北庁舎2階会議室

出席者：14名

居宅介護支援事業所 2名、介護老人保健施設 1名、
市社会福祉事務所 1名、中央地域包括支援センター 2名
東部地域包括支援センター 1名、西部地域包括支援センター 3名、
南部地域包括支援センター 1名、北部地域包括支援センター 3名

司会：伊藤祐子氏（北部地域包括支援センター社会福祉士）

記録：片山三紀恵氏（北部地域包括支援センター主任介護支援専門員）

備考：看護実習生 4名

<2-7-2. 本人の概要>

・本人 F さんの基本情報

80代、男性。過去に離婚歴があり、現在は一戸建て住宅で独居、生活保護受給中。訪問介護による家事援助を希望し、申請したところ要支援1の認定が出たが、相談の結果、サービス利用には至らなかった。健康状態は悪く、胃がん、大腸がん、肝臓がんを罹患し、過去に手術を受けており、服薬管理もできていないことから体調は不安定。医師からは自動車の運転を控えるように指示されていたが、継続して買い物、銭湯での入浴に出かけていた。性格は自分勝手に、支援者をはじめ周囲の者を困らせることも多い。

・本人 F さんの生活状況の変化

○在宅（一戸建て住宅）、独居（～平成24年12月）

独居。胃がん、大腸がん、肝臓がんなどを患うも服薬管理ができていない。

要介護1の認定があるも、サービスは利用していない。

自動車を運転し、買い物、銭湯に出かける。

○入院（平成24年12月）

外出先の友人宅の階段で転倒、左手首を骨折して9日間の入院、手術。

退院後の在宅生活についてサービス担当者会議を開催、介護支援専門員より配食サービス、通所介護での入浴、訪問介護による掃除などを提案するも、本人の意思が二転三転し、支援方法が定まらなかった。

○在宅（一戸建て住宅）、独居（平成24年12月～平成25年1月）

退院後、14日間は在宅生活を送るも肝性脳症により11日間の入院。

年末年始の配食サービス手配に介護支援専門員が苦勞する。

○入院（平成 25 年 1 月）

肝性脳症のため意識レベルが低下し、せん妄もみられたことから 12 日間の入院治療。その結果、精神状態は軽快

医療機関において在宅生活は「独居生活で在宅復帰すれば、せん妄が繰り返すことになる」と施設入所手続きを進めた。

○介護老人保健施設（平成 25 年 1 月～4 月）

平成 25 年 3 月、区分変更申請により要介護 2 となる。

本人は在宅復帰を強く希望。

○在宅（一戸建て住宅）、独居（平成 25 年 4 月）

一時外泊したところ、本人が施設に戻ることを拒否、近所に暮らす兄弟が説得するも本人の意思は変わらなかった。

翌日、外出して歩いているところを自転車と接触し、救急搬送。

右大腿骨骨折により入院。

○入院（平成 25 年 4 月～7 月）

入院中に ADL 低下し、妄想や幻覚も出るようになる。

平成 25 年 5 月に肝不全が進行し、転院。

平成 25 年 6 月に区分変更申請した結果、要介護 5 となった。

○有料老人ホーム（平成 25 年 7 月）

地域包括支援センターと本人、親族、介護老人保健施設、医療機関相談員、居宅介護支援事業所、有料老人ホームで相談した結果、看取り目的で有料老人ホームへ入居することとなった。

本人より「独居は不安、兄弟には面倒をかけたくない」との発言があり、意識の変化がみられた。

○入院（平成 25 年 7 月）

入居翌日に意識レベルが低下し、施設が救急搬送。そのまま入院となる。

医療機関は施設、施設は医療機関で最期を迎えるべきと意見が合わなかった。

入院 3 日目、死亡。

< 2-7-3. 会議で明らかになった課題 >

・在宅生活ができなくなった要因について

① 本人の優柔不断と判断能力の低下により、支援方針が決定しなかった。

② 支援者側のアセスメントと提案力の不足。

③ 「火の不始末」「何かあったときの責任」に不安を感じる親族から、強い入所希望があった。

④ 自分勝手に生活してきたため、親族関係が悪く、積極的支援を得られない状

況にあった。言い換えると家族の介護力が小さかった。

- ⑤ いったん入所してしまうと親族が身元保証人や医療同意の署名に応じない。
- ⑥ 服薬管理が上手くできなかった。
- ⑦ 状態が悪くても在宅で看取りができる社会資源が整わなかった。
- ⑧ 最期をどこで迎えるかについて家族、医療機関、施設で意見が異なり、統一できなかった。

・在宅生活を継続するために必要な取り組み

- ① 本人の性格、気質に起因するサービス拒否や優柔不断、認知症等による判断能力低下などによって支援方針が決定しない場合の支援者側の対応が十分でない。地域包括支援センター、介護支援専門員、施設相談員、医療機関相談員などの支援者側が適切なアセスメントを実施することでニーズを正しく把握することができる。
- ② 医療機関の医療相談員の存在が大きく、退院後の生活場所を決定するにあたって、本人・家族の意思決定に大きな影響を与えることになる。そのため、医療相談員に地域包括ケアシステムの重要性を理解してもらい、在宅生活の可能性を探ってもらうことが重要である。
- ③ 家族が在宅生活に関して漠然とした不安を抱いており、それを支援者側が解決できず、直接的に施設入所につながってしまう。家族の介護負担を限定したものとするために、支援者側が納得のいく提案を行う力が求められる。
- ④ 独居生活において「火の不始末」「転倒の不安」「急変の不安」「孤独死の不安」に対して親族が過大な不安を抱くことがある。これらの不安は要介護状態、疾患や障害の有無にかかわらず誰もが有するリスクである。独居である以上、これらのリスクは多少なりとも存在することを本人、親族とも理解した上で、住み慣れた在宅生活を継続するか、施設を選択するかを決定すべきである。ただし、施設を選択したからといって、転倒・急変のリスクが払拭できるわけではなく、漠然とした施設への期待も払拭されねばならない。あわせて施設に入所しておけば家族に責任がないという考えも改めていくことが必要である。
- ⑤ 親族の支援が得られない事例の多くは、これまでの本人の行動や性格に起因することが多い。過去の長い過程をもとに崩れた関係を再構築することは非常に困難で、親族を探し出して支援を求めても徒労に終わることが多い。しかし、事情を説明することで理解と協力を得られた事例もあり、接点を持つとする努力は必要である。
- ⑥ 親族の支援が得られない場合、地域での支え合いを期待することがあるが、親族と良好な関係が築けていない高齢者が地域と良好な関係を構築してい

ることは稀である。しかし、今後は身寄りのない高齢者が増加することを考えると、地域との関係が希薄だからといって支援を期待しないわけにもいかず、地域でのつながりを創出する仕組み作りが求められる。市、地域包括支援センターにはこれらのコーディネート機能も求められる。

- ⑦ 医療機関への入院、施設への入所にもなう医療同意、身元保証、身元引受について、署名する親族がいないと医療、介護サービスを円滑に利用できないことがある。法的に求められる書類ではないにもかかわらず、署名がないことを理由に受入を行わないこともある。今後身寄りのない高齢者が増加するにあたって大きな問題となり得る。
- ⑧ 1日3回（就寝前も含めると4回のこともある）の服薬管理ができず、ちょっとした支援ができないことが大きな課題となる。制度、サービスで補うことが難しく、社会資源の創出が必要である。
- ⑨ 本事例はがん末期において在宅での看取りは本人、親族とも不安を抱いていた。同居世帯において看取りをすることは社会資源が整いつつあるものの、独居世帯において看取りを行う環境整備がまだまだ不十分である。
- ⑩ ターミナル支援にあたって、本人、親族、支援者の方向性の統一が必要である。事前の話し合いをすることで、それぞれの意向を確認し、支援の限界等も考慮し、最期をどこでどのように迎えるか検討しておく必要がある。

第3部 桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査

第3部・第4部の取りまとめにあたって

高齢者が、認知症になっても、介護が必要になっても、住み慣れた地域で尊厳ある生活を可能な限り継続できる体制の整備が求められています。このような体制を「地域包括ケアシステム」といい、桑名市ではその構築に努めています。

地域包括ケアシステムを実現するには、地域の課題を見つけ、その課題を解決する取組を行っていかねばなりません。本報告書に収載した調査はいずれも「地域課題の把握」を目的としています。この目的達成のため、桑名市地域包括支援センターでは第3部「桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査」と第4部「桑名市における高齢者『単身』『のみ』世帯の生活上の困りごと調査」という二つの調査を行いました。

○第3部 桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査

地域包括支援センターでは、様々な困難事例に対応していますが、その内容は虐待対応、認知症の独居高齢者の生活支援、成年後見申立てなど、多岐にわたります。今回の調査では桑名市内の各地域包括支援センターが対応した困難事例について個別に要因を分析し、その傾向を見出すことを目指しました。いくつかの困難事例では施設入所や医療機関への入院によって解決をみたものもありますが、要因を突き詰めれば地域での生活継続あるいは地域への復帰が可能な事例もあるかもしれません。これらの困難事例の要因を量的・質的に見直し、傾向をつかむことで、地域に不足するものは何か、これから何をしていくべきかを見出すことができるのではないのでしょうか。

○第4部 桑名市における高齢者「単身」「のみ」世帯の生活上の困りごと調査

困難事例ばかりでなく、何らかの生活上の困りごとのために入所、入院、入居をすることとなり、地域生活を断念した方も多はずです。これらの事例は順調に入所などが進んだことから地域包括支援センターが把握する前に解決し、困難事例には至らないことがあります。こういった困難事例には計上されない一般的な事例を見直すことで、生活上の何が課題となって地域生活を断念したかという要因が明らかになるのかもしれませんが。本調査は日頃から福祉の現場で活動する地域包括支援センター職員を対象に調査を行い、地域生活を継続す

るにあたっての阻害要因を見出すことを目指しました。

桑名市地域包括支援センターでは、高齢者が可能な限り地域で暮らすために何が必要かという、地域課題をお考えいただくための参考資料として、以上の二つの調査結果を平成 26 年 1 月に『「高齢者世帯の困難事例の要因等に関する調査」中間報告書』としてまとめました。第 3 部・第 4 部は中間報告書の内容に一部加筆修正を行い、再編集したものです。桑名市における地域包括ケア推進を考える際の参考としていただくべく本報告書に掲載するものです。

なお、「桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査」については、平成 26 年 7 月 5 日（土）・6 日（日）に鹿児島県鹿児島市の宝山ホール及びかごしま県民交流センターにおいて開催された第 22 回日本社会福祉士会全国大会・社会福祉士学会（鹿児島大会）D 分科会「変化する社会構造と地域支援」（社会福祉士がとらえる「地域支援」）において、「桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査について ～地域包括ケアシステムのボトムアップ構築法確立を目指して～」と題して発表したことを付記します。

第1章 調査の概要

<3-1-1. 調査の概要>

調査名称 : 平成25年度桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査

調査主体 : 桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課地域包括支援センター
(桑名市地域包括支援センター)

調査対象 : 桑名市内の全地域包括支援センター 5ヶ所
桑名市中央地域包括支援センター
桑名市東部地域包括支援センター
桑名市西部地域包括支援センター
桑名市南部地域包括支援センター
桑名市北部地域包括支援センター

調査目的 : 以下の3つの目的を掲げて調査を実施した
1. 困難事例の要因を可視化すること
2. 困難事例の適切な支援方法を見出すこと
3. 地域課題の把握に活かし、地域包括ケアを推進する

対象事例 : 平成23年4月1日～平成25年9月30日の2年6カ月のうちに支援を行った事例

困難事例の定義 :

本調査における困難事例の定義は「解決のために、通常支援事例より、多くの時間や労力を費やすなど、何らかの困難を感じた事例」とした

調査実施日 : 平成25年11月1日(金)

調査方法 : 定義に該当する事例を抽出し、その要因と思われる項目に「1」を入力し、集計を行った

困難事例数 : 265事例

要因項目数 : 1,437項目(1事例平均5.4項目)

集計方法 : 30項目の要因を提示し、事例ごとに個別の要因分析を行い、「桑名市地域包括支援センター困難事例要因調査シート」の該当する項目欄に「1」を入力し、項目以外の要因がある場合は自由記載とした。集計方法は「細分類調査」と「大分類調査」という二つの方法を取り、「細分類調査」は30項目の要因をそのままに集計したもので、「大分類調査」は類似した要因を17項目に集約したものである

第2章 調査の結果（細分類調査）

<3-2-1. 細分類要因項目の詳細>

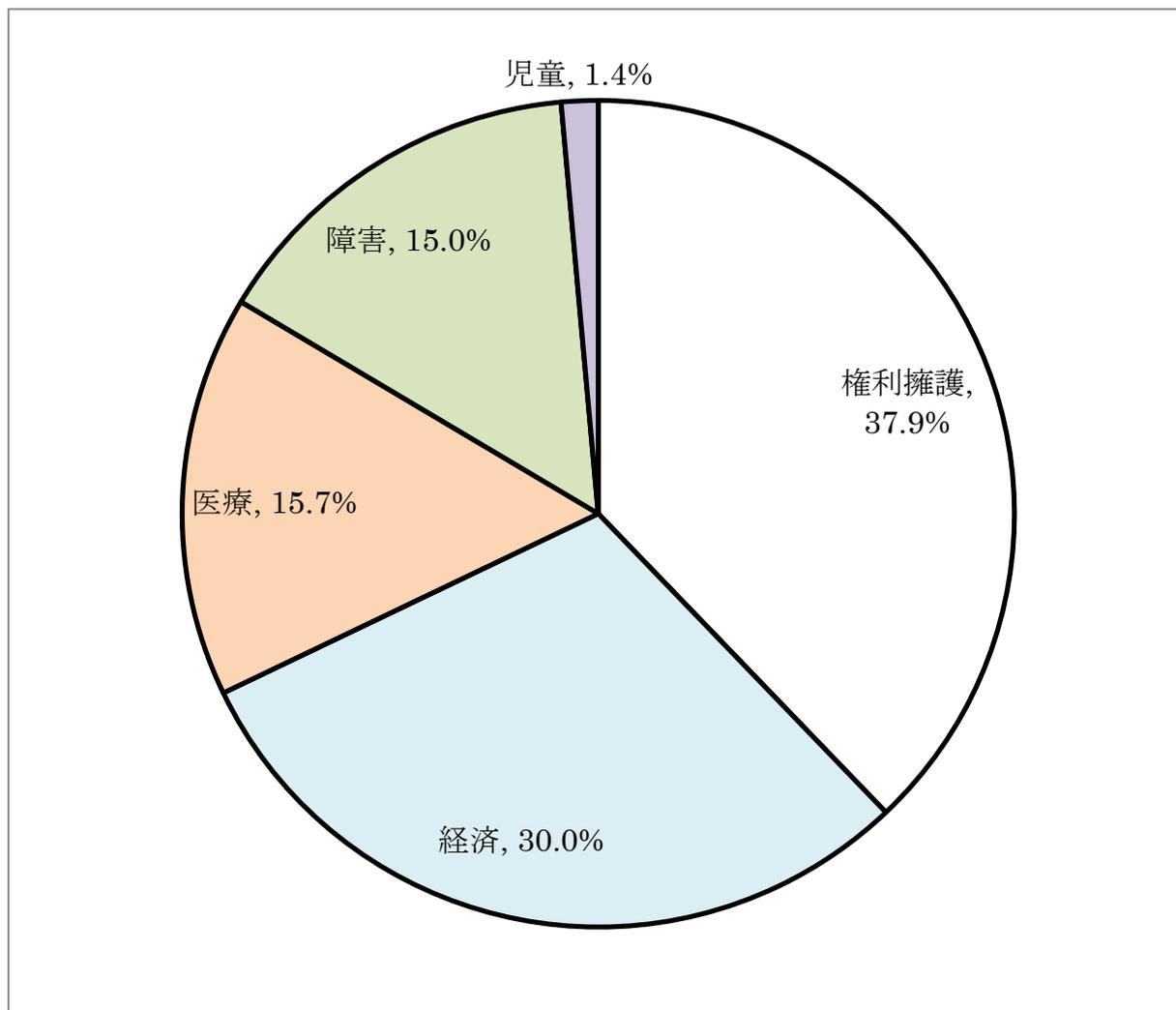
「細分類調査」は困難事例の要因を30項目提示し、個別の事例ごとに該当する要因項目欄に「1」を記入することで調査を行った。その際の項目と、その具体的内容は次の通り。

- | | |
|-----------|----------------------------------|
| 1. 家族関係 | 家族関係不良・調整困難 |
| 2. 認知症 | 本人の認知症・BPSD |
| 3. 拒否・気質 | 本人の拒否（偏った気質・性格・無気力など） |
| 4. 制度重複 | 障害・難病・経済・後見など複数制度をまたぐ、あるいは同時並行支援 |
| 5. 社会的孤立 | 地域とのつながりなし、支援者がいない |
| 6. 養護者 | 養護者との意見相違、養護者の拒否、偏った気質・性質、面会拒否 |
| 7. 介護調整 | 介護サービス調整困難・手間 |
| 8. 低収入 | 低収入・無収入 |
| 9. 身寄りなし | 養護者不在、独居、絶縁、疎遠、同居でも支援されないなど |
| 10. 成年後見 | 成年後見相談、本人・親族・市長申立て、地域福祉権利擁護事業など |
| 11. 債務・浪費 | 多重債務・債務整理・滞納・ギャンブル・浪費など |
| 12. 精神・知的 | 本人の精神障害・精神疾患・知的障害（認知症を除く） |
| 13. 医療連携 | 医療との連携困難・手間、医療サービスの調整困難 |
| 14. 養護者精神 | 養護者の精神障害・精神疾患・知的障害・認知症 |
| 15. 状態困難 | ターミナル、入退院繰り返しなど本人の状態に起因 |
| 16. 依存 | 本人の依存（養護者・支援者などに対して） |
| 17. 保証・同意 | 医療同意・身元保証・身元引受など |
| 18. 生活保護 | 生活保護 |
| 19. 支援者力量 | 支援者・支援機関の都合、力量、ミス、不適切な支援、人員不足など |
| 20. 身体的虐待 | 身体的虐待 |
| 21. 心理的虐待 | 心理的虐待 |
| 22. 経済的虐待 | 経済的虐待 |
| 23. クレーム | クレームが多い、訴訟を主張、手紙を送る、周囲に愚痴を話すなど |

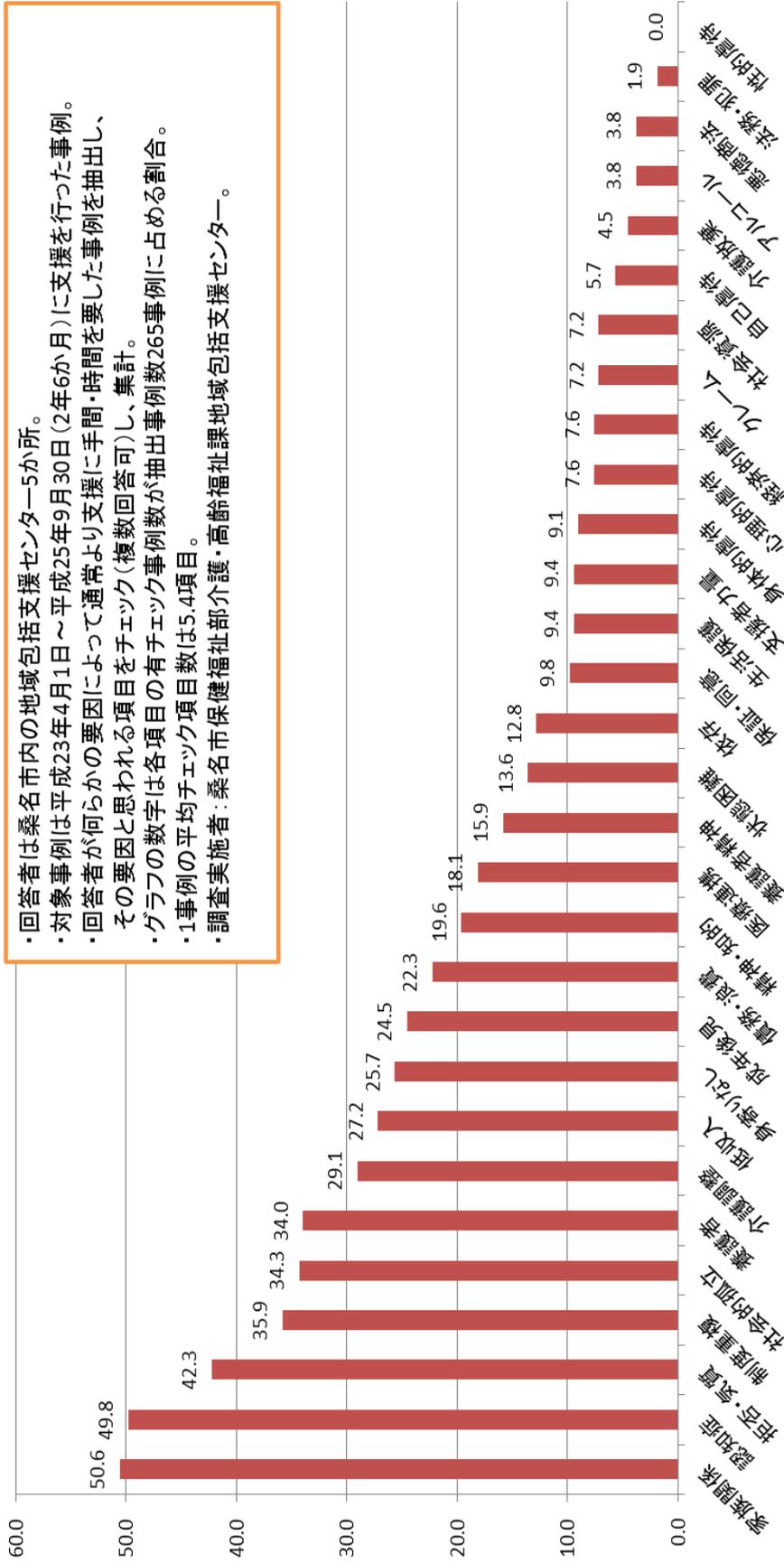
- | | |
|----------------|-----------------------------------|
| 24. 社会資源 | 社会資源の不足、適切なサービス・制度がない |
| 25. 自己虐待
など | セルフネグレクト、ごみ屋敷、自己放任、食事をとらない
など |
| 26. 介護放棄 | 介護放棄 |
| 27. アルコール | アルコール依存・薬物依存 |
| 28. 悪徳商法 | 消費生活被害 |
| 29. 法務・犯罪 | 触法行為・犯罪・社会復帰・刑事訴訟・法律関係のトラブル
など |
| 30. 性的虐待 | 性的虐待 |

< 3-2-2. 制度重複の内訳 >

困難事例 265 件のうち 95 件 (35.9%) に「制度重複」が要因として挙げられた。重複した制度へのチェックは 140 項目あり、困難事例 1 件の平均重複制度は 1.5 項目となった。なお、140 項目の重複制度別割合は以下の通りであった。



桑名市における困難事例要因調査結果 ～細分類項目別～ (2013.11.1調査)



・回答者は桑名市内の地域包括支援センター5か所。
 ・対象事例は平成23年4月1日～平成25年9月30日(2年6か月)に支援を行った事例。
 ・回答者が何らかの要因によって通常より支援に手間・時間を要した事例を抽出し、その要因と思われる項目をチェック(複数回答可)し、集計。
 ・グラフの数字は各項目の有チェック事例数が抽出事例数265事例に占める割合。
 ・1事例の平均チェック項目数は5.4項目。
 ・調査実施者:桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課地域包括支援センター。

第3章 調査の結果（大分類調査）

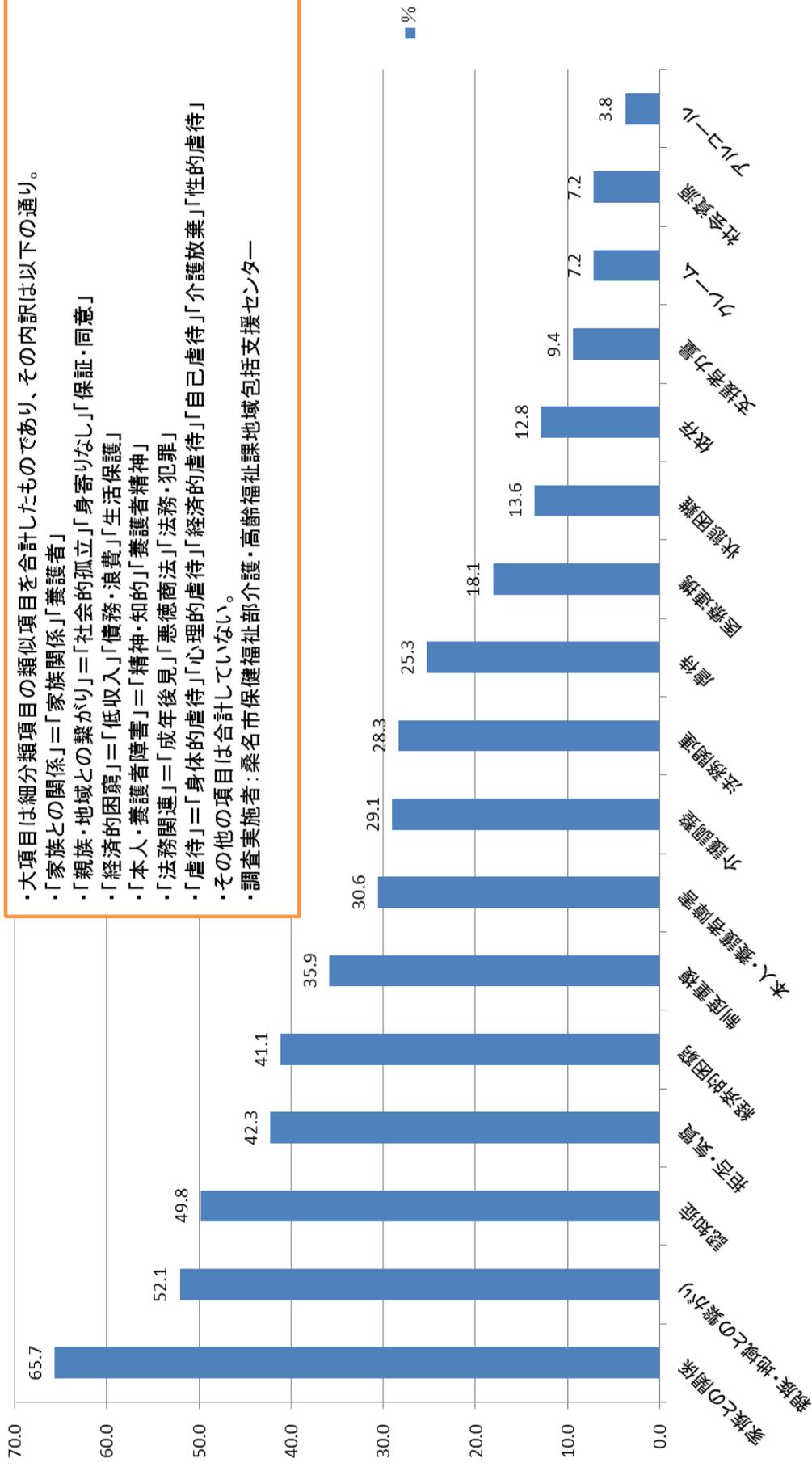
<3-3-1. 大分類要因項目の詳細>

「大分類調査」は30項目の細分類項目のうち類似したものを合計し、17項目に集約した集計である。その集計方法は次の通り。

- | | |
|---------------|--|
| 1. 家族との関係 | 「1. 家族関係」「6. 養護者」の合計 |
| 2. 親族・地域との繋がり | 「5. 社会的孤立」「9. 身寄りなし」「17. 保証・同意」の合計 |
| 3. 認知症 | 「2. 認知症」そのまま |
| 4. 拒否・気質 | 「3. 拒否・気質」そのまま |
| 5. 経済的困窮 | 「8. 低収入」「11. 債務・浪費」「18. 生活保護」の合計 |
| 6. 制度重複 | 「4. 制度重複」そのまま |
| 7. 本人・養護者障害 | 「12. 精神・知的」「14. 養護者精神」の合計 |
| 8. 介護調整 | 「7. 介護調整」そのまま |
| 9. 法務関連 | 「10. 成年後見」「28. 悪徳商法」「29. 法務・犯罪」の合計 |
| 10. 虐待 | 「20. 身体的虐待」「21. 心理的虐待」「22. 経済的虐待」「25. 自己虐待」「26. 介護放棄」「30. 性的虐待」の合計 |
| 11. 医療連携 | 「13. 医療連携」そのまま |
| 12. 状態困難 | 「15. 状態困難」そのまま |
| 13. 依存 | 「16. 依存」そのまま |
| 14. 支援者力量 | 「19. 支援者力量」そのまま |
| 15. クレーム | 「23. クレーム」そのまま |
| 16. 社会資源 | 「24. 社会資源」そのまま |
| 17. アルコール | 「27. アルコール」そのまま |

桑名市における困難事例要因調査 ～大分類項目別～ (2013.11.1調査)

- ・大項目は細分類項目の類似項目を合計したものであり、その内訳は以下の通り。
- ・「家族との関係」＝「家族関係」「養護者」
- ・「親族・地域との繋がり」＝「社会的孤立」「身寄りなし」「保証・同意」
- ・「経済的困窮」＝「低収入」「債務・浪費」「生活保護」
- ・「本人・養護者障害」＝「精神・知的」「養護者精神」
- ・「法務関連」＝「成年後見」「悪徳商法」「法務・犯罪」
- ・「虐待」＝「身体的虐待」「心理的虐待」「経済的虐待」「自己虐待」「性的虐待」
- ・その他の項目は合計していない。
- ・調査実施者：桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課地域包括支援センター



第4章 自由記入欄によるその他の要因について

<3-4-1. その他記載内容>

困難事例要因調査実施にあたり、事前に提示した30項目以外にも何らかの要因がある場合の自由記載欄として「その他」を設けた。結果としては要因以外の記載もあったが、調査結果としてそのまま以下に掲示する。なお、分類は桑名市中央地域包括支援センターの判断で行っている。

○本人に関する記載

- ・認知症で被害妄想有。後見の市長申立てをし、グループホーム入所へつなぐ
- ・夫婦で被害妄想が強くサービス利用が手間取る
- ・隣人に対して被害妄想
- ・精神障害により支援困難
- ・不定愁訴による救急要請
- ・宗教

○養護者に関する記載

- ・一人暮らしで親族が遠方。入院に関する支援
- ・支援者死亡
- ・養護者末期癌
- ・養護者遠方、高齢
- ・養護者と面談できない
- ・精神障害の娘についての相談
- ・二男、三男に障害
- ・精神障害の息子が事故を起こし入院。認知症の本人の一人暮らしが困難となり、施設入所・成年後見申立の支援を行う
- ・他の家族と連携がとれたため長期化、複雑化せずに納まった
- ・家族による経済的搾取
- ・内縁関係の親族とも調整、入院治療中のMSWとも連携

○地域との繋がりに関する記載

- ・民生委員、担当ケアマネ近隣住民など関係者が多数、義妹さんが最終的に「保証機能」を担ってくれたので複雑化は回避できた
- ・「ご近所パワー」の講演を聞かれた民生委員が献身的に支援をされていた
- ・地域の方々の支援も手厚かった
- ・弟がいたが本人が知人との関係が強く頼っていた。その知人が認知症になり振り回された

○環境に関する記載

- ・住環境（家屋が古い）
- ・住居なし

○虐待に関する記載

- ・虐待対応、契約による分離
- ・虐待対応、徘徊 SOS 緊急ネットワーク、契約による分離
- ・緊急一時ショート、措置にて養護老人ホーム入所
- ・経済的虐待疑い

○対応に関する記載

- ・本人が希望する生活支援サービスが見つからなかった（今、助けてほしい、今、対応してほしいなど）
- ・行方不明になり関係者で気にしていた。最後は排水溝で遺体がみつかった
- ・退院後は養護老人ホーム入所となった
- ・サービス事業所からお金を借りていた
- ・他市町村でも同様のケースであったようで情報交換などおこなっていた

○成年後見制度に関する記載

- ・市長申し立てケース
- ・市外の有料老人ホームに入所され住所変更したが、その後の後見申立をどこが行うかで協議。結局桑名市ですることになる
- ・他市町の成年後見申立てについて
- ・職員の後見制度説明力不足

○障害者福祉制度に関する記載

- ・特殊学級在籍証明のため中学校の協力を得る、消費生活センターとの連携による悪徳商法への対応、障害者手帳の取得の支援
- ・精神科にて治療開始
- ・保健所との連携対応、警察との連携

○経済面に関する記載

- ・多重債務問題、DV、就労支援
- ・債務整理、障害年金取得、離職後の支援
- ・家賃の滞納もあり大家と法的紛争状態に発展する
- ・浪費による保険料、家賃滞納
- ・消費生活相談室連携
- ・肝性脳症による介護負担増

○法律に関する記載

- ・地域生活定着支援センターに協力も得る
- ・遺言の作成など（本人、義甥の妻、ケアマネと共に公証役場にて）

○地域ケア会議について

- ・地域ケア会議を開催、関係者で役割分担をして支援を行っている
- ・地域ケア会議を開催、息子や民生委員と連携して対応中、落ち着いている
- ・地域ケア会議を開催、関係者で役割分担をして支援を行っている。民生委員も色々関わっている
- ・地域ケア会議を開催、関係者の繋がりはできている
- ・地域ケア会議を開催、中央包括も入ってもらい居宅が行うべきことを再度認識してもらう。包括が支援できることは現在も支援を行っている

第5章 分析・考察

<3-5-1. 分析・考察>

困難事例要因調査を行った結果をもとに、いくつかの特徴や傾向を伺うことができた。本項では、調査結果とこれまでの現場経験を踏まえたうえでの気づきを次に述べる。

・「支援者不在」～家族による支え合いの限界～

「大分類」によれば、「家族との関係」「親族・地域との繋がり」の割合がいずれも過半数を超えている。通常の事例では、高齢者の支援、介護は少なからず家族・親族が担う部分があるが、困難事例では家族による支え合いが希薄であると考えられる。

家族の支援が期待できない場合、地域による支え合いが望まれるが、家族との関係ができていない高齢者が地域と良好な関係を構築できていることは少なく、家族・親族・地域のいずれともつながりが希薄で困難事例となっていることが読み取れる。

・「家族がいないことの弊害」～成年後見人ができない医療同意・保証・遺体引取～

桑名市でも家族、親族がいない高齢者が増えている。しかしながら、医療や福祉のサービス利用にあたっては家族、親族の同意・保証が必要なことが多く、利用に困難を生じている。

医療を例にとれば、手術や血液製剤の使用、輸血などにあたって家族の同意がなければ治療に応じない医療機関もある。また、入院の契約においては身元引受人や連帯保証人などに署名する家族がいなければ入院が難しいこともある。身元引受や保証の内容は金銭面の連帯保証であったり、遺体引取であったり多様である。医療同意や延命判断、遺体引取などは成年後見人も署名・判断できない部分であり、福祉現場では対応に苦慮している。

福祉においても特別養護老人ホームなどの施設入所にあたって身元引受人や連帯保証人を求めている施設がほとんどで、支援にあたる家族がいない高齢者が不安を感じる要因となっている。

・「認知症、障害、気質」～困難事例の背景に横たわる本人の疾患と気質～

「大分類」によれば、「認知症」「拒否・気質」「本人・養護者障害」が上位にあがっている。本人の疾患・性格が影響して家族・親族・地域との繋がりが希薄になったことも考えられ、周囲に気付かれずに困難事例となってから発見される事態も少なからず見受けられる。これらの項目は「支援者不在」の要因ともなり、疾患や障害が原因である場合には周囲の理解を求めることも必要であろう。

・「負の相乗効果」～複数項目が絡み合ってより困難化～

「大分類」によれば、上位6項目が1/3(33.4%)を超え、上位10項目が1/4(25%)を超えている。近年の地域包括支援センターの相談能力は向上しており、単一あるいは数項目が重なっただけであれば通常の事例として解決することが可能である。しかし、1事

例で平均 5.4 項目が要因としてあげられていることから、上位 10 項目の多くが複雑に絡み合うことで解決が困難になっていると考えられる。ただし、少数項目であっても、事例が少ないからこそ対応に困惑することもある。

・「専門外の支援が必要」～困難事例の背景に後見、虐待、経済面～

「制度重複」がいずれも上位に挙げられている。その内訳をみれば、「権利擁護」と「経済的困窮」で約 7 割（67.9%）を占めている。これにより、地域包括支援センターの福祉専門職が後見、虐待、経済面について支援のしづらさを感じていることが伺える。制度重複は 265 事例中 140 事例（52.8%）が要因として挙げられており、困難事例の過半数が専門外の他分野の支援を行わねば解決できないといえる。特に約 1/3（35.9%）については後見、虐待、経済面の支援がなされないと解決できない実情が伺える。

・「少数事例の対応困難」～支援したことがない支援～

その他記載欄を確認すると、例示した項目以外にも多くの「その他」要因が挙げられている。これらは通常の支援では経験しない分野や課題であり、困惑する部分である。また、地域包括支援センターが対応すべき部分かどうかグレーゾーンとも言える部分が横たわり、そこを支援しなければ好転しないというジレンマに悩まされることもある。こういった事例では連携先もネットワークにないものがあり、介入するには相当な困難を感じるようになる。

第6章 地域課題に対する市の取り組み

＜3-6-1. 法福連携研修会の開催＞

大分類調査により、困難事例の28.3%に法務関連が要因としてあがっており、困難事例の4事例のうち1事例は法律の知識がなければ解決ができないことが分かる。特に高齢者虐待対応、成年後見制度利用、相続・遺贈・遺言作成などの相談内容が多いように感じる。これらの困難事例を解決するためには法務専門職との連携が有効であるが、福祉専門職は法務専門職との連携を十分にはとっていない状態であった。つまり、法務専門職との連携不足が地域課題と言えた。

そこで、地域包括支援センターでは法務専門職と福祉専門職の連携、いわゆる「法福連携」の強化と地域課題の解決を目指して研修会を開催した。これまでに平成24年度と平成25年度の2回開催し、平成26年度も予定している。特に第2回は弁護士、司法書士とも参加人数が増加し、福祉専門職も多くなってきている。以下の概要を紹介する。

○第1回 平成24年度法福連携研修会

日時：平成25年2月13日（水） 18時30分～20時

会場：くわなメディアライヴ1階多目的ホール

出席者：65名（うち弁護士3名、司法書士5名）

○第2回 平成25年度法福連携研修会

日時：平成26年3月13日（木） 18時30分～20時

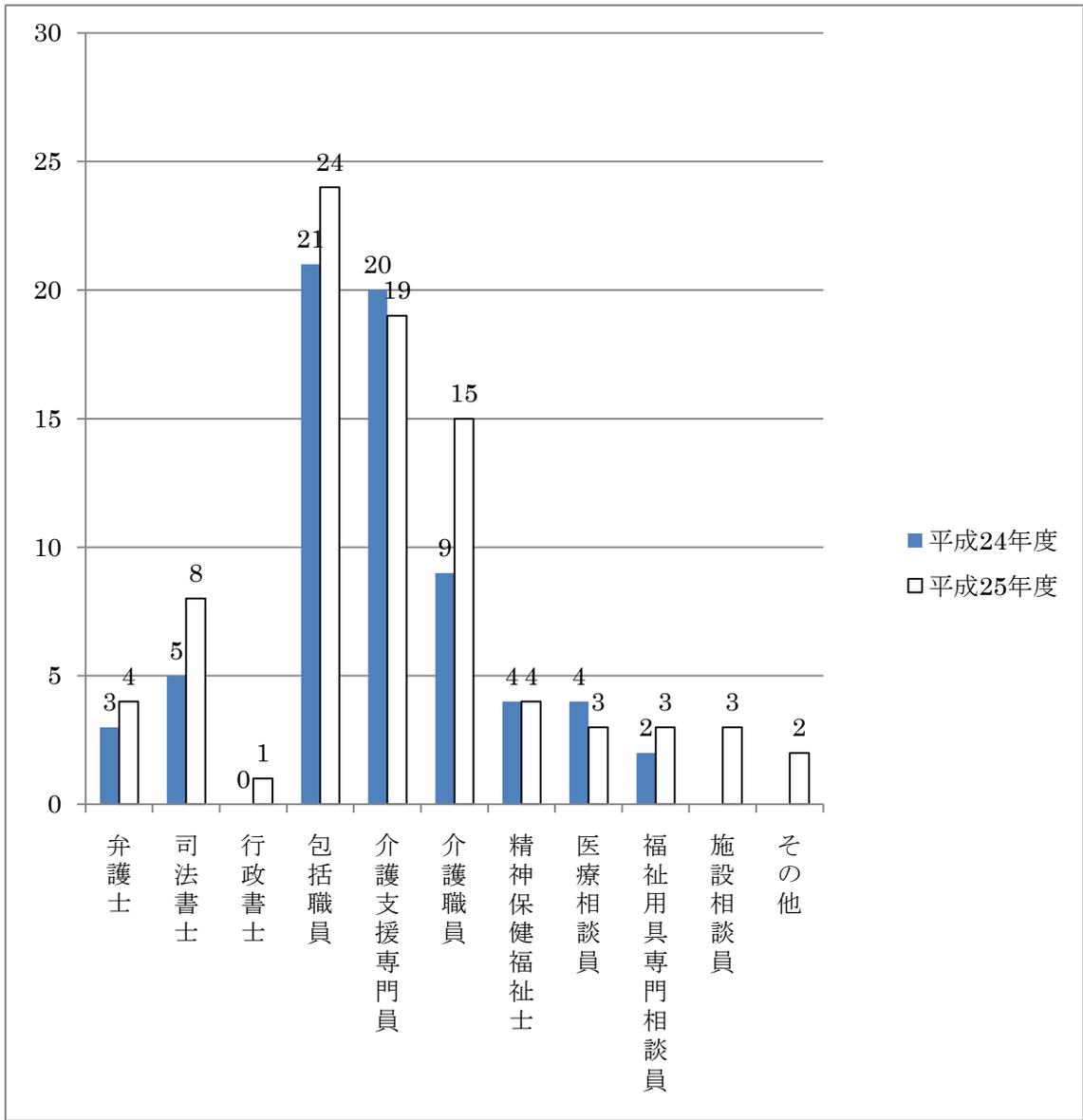
会場：くわなメディアライヴ1階多目的ホール

出席者：86名（うち弁護士4名、司法書士8名）

○第3回 平成26年度法福連携研修会（予定）

日時：平成27年2月12日（木） 18時30分～20時30分

会場：くわなメディアライヴ1階多目的ホール



平成 24 年度桑名市地域包括支援センター権利擁護研修会
高齢者虐待防止研修会次第

日時：2月13日（水） 18時30分～20時

会場：くわなメディアライヴ1階 多目的ホール

1. 開会

あいさつ

南川 恒司 （桑名市地域包括支援センター長）

2. グループワーク（18：30～19：30）

「事例を通して高齢者虐待を考えよう」

吉住 祐哉 （桑名市北部地域包括支援センター 社会福祉士）

3. 講義（19：30～20：00）

「高齢者虐待を防ぐには ～発見したらどうすればいいのか～」

西村 健二 （桑名市中央地域包括支援センター 社会福祉士）

4. 閉会

法律専門職の紹介（順不同）

<弁護士>

渡邊 功 氏 （渡邊功法律事務所、三重県高齢者虐待防止チーム委員）

辻 龍範 氏 （三重くわな法律事務所）

稲田 光輝 氏 （桑名綜合法律事務所）

<司法書士・桑名市「司法書士の成年後見相談」相談員>

柴田 良彦 氏 （柴田司法書士・土地家屋調査士事務所）

中邑 陽一 氏 （なかむら司法書士事務所）

水谷 勝哉 氏 （水谷勝哉司法書士事務所）

村木 大真 氏 （登記測量税務会計村木事務所）

<司法書士・三重県司法書士会地域連携対策委員会高齢者虐待防止ワーキングチーム>

小林 聖仁 氏 （小林登記測量事務所）

その他連絡事項

アンケート記入

平成 25 年度桑名市地域包括支援センター権利擁護研修会

高齢者虐待防止研修会次第

日時：平成 26 年 3 月 13 日（木）18：30～20：00

会場：くわなメディアライヴ 1 階 多目的ホール

1. 開講（18：30～18：40）

「住み慣れた地域で暮らし続けて人生の最後を迎えるために
ー桑名市における『地域包括ケアシステム』の構築に向けてー」

田中 謙一（桑名市副市長）

2. 講義・グループワーク（18：40～19：50）

「事例を通して高齢者虐待を学ぶ ー高齢者虐待についてー」

市川 知律 氏（三重県高齢者虐待防止チーム委員・社会福祉士）

3. 法律専門職の紹介（19：50～20：00）

辻 龍範 氏	三重くわな法律事務所
稲田 光輝 氏	桑名綜合法律事務所
嶋田 幸司 氏	嶋田幸司法務事務所
東 幸太郎 氏	北勢綜合法律事務所
柴田 良彦 氏	柴田司法書士・土地家屋調査士事務所
水谷 勝哉 氏	水谷勝哉司法書士事務所
村木 大真 氏	登記測量税務会計村木事務所
中邑 陽一 氏	なかむら司法書士事務所
乾 由美子 氏	乾司法書士事務所
天野 真一 氏	司法書士伊藤博子事務所
笠原 文比古 氏	笠原司法書士事務所
小林 聖仁 氏	小林登記測量事務所

4. 閉講

挨拶

事務連絡、アンケート記入、その他

< 3-6-2. 法務専門職向け「認知症サポーター養成講座」の開催 >

法福連携に関しては、第2部第2章の東部地域包括支援センター主催の地域ケア会議（第1回）においても、「2-2-3. 会議で明らかになった地域課題」⑨において示された通り、成年後見人等を受任する法務専門職の地域包括ケアシステムの重要性の周知徹底が地域課題とされた。

そのため、地域包括支援センターでは、平成26年6月24日（火）に認知症サポーター養成講座を開催した。講座開催にあたって市内で開業する9業種の134事務所に対して案内を送付し、62名（事務職員を除くと51名）の申込みがあった。ただし、1名が複数資格を有することもあるため、実際は57名の参加であった。

なお、開催にあたり、三重県司法書士会と公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート三重支部との共催とし、三重弁護士会の後援を得た。

職種	送付事務所数	参加者数
行政書士	45	18
公認会計士	3	0
司法書士	23	12
社会保険労務士	29	8
税理士	11	4
土地家屋調査士	11	6
不動産鑑定士	4	1
弁護士	5	2
弁理士	3	0
(事務所職員)	—	11
合計	134	62

※ 複数資格を有している方もあり、職種の重複がある

平成 26 年 5 月 23 日

各 位

桑名市中央地域包括支援センター
センター長 佐原 俊也

法務専門職向け「認知症サポーター養成講座」開催のご案内

平素は桑名市の高齢者福祉行政にご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、桑名市では、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活できる体制「地域包括ケアシステム」の構築に努めています。中でも、増加し続ける認知症高齢者を地域で支える体制づくりは必須の要件であり、認知症の理解と接し方を広く周知するため、「認知症サポーター養成講座」を開催しています。

そこで、日頃から高齢者との接点も多い専門職の皆様を対象とした講座を企画致しました。本講座修了者には、認知症サポーターの証である「オレンジリング」および「事業所掲示用ステッカー」をお渡し致します。

つきましては、ご出席いただける場合は、裏面申込書を記入のうえ、平成 26 年 6 月 10 日（火）までに FAX（郵送・持参も可）にてお申し込みください。お忙しいところ恐縮ですが、本講座開催の趣旨をご理解いただき、万障お繰り合わせの上、ご出席賜りますようお願い申し上げます。

記

- 研修名 : 専門職向け「認知症サポーター養成講座」
日 時 : 平成 26 年 6 月 24 日（火） 18 : 30～20 : 00
会 場 : 桑名市役所 5 階 中会議室
対象者 : 市内で開業・在勤・在住、または桑名市民の支援に係る以下の専門職（五十音順）の方、および同事務所職員
行政書士、公認会計士、司法書士、社会保険労務士、税理士、土地家屋調査士、不動産鑑定士、弁護士、弁理士等
講 師 : 桑名市西部地域包括支援センター 三浦 浩実 氏
注意点 : 19 時以降の庁舎への出入りは北玄関のみで、退庁時には名簿記入が必要となります。
当日は庁舎南側の立体駐車場を 20 時 30 分に閉鎖します。

桑名市中央地域包括支援センター 担当：西村
TEL 0594-24-5104 FAX 0594-27-3273

平成 26 年 6 月 24 日（火）

専門職向け「認知症サポーター養成講座」申込書

標記の講座に参加しますので、以下の通り申込みます。

○事務所名

TEL

○参加者（ ）名

氏 名	職 種

法務専門職向け「認知症サポーター養成講座」次第

日時：平成26年6月24日（火）18：30～20：00

会場：桑名市役所5階中会議室

1. 挨拶（18：30～18：35）

伊藤 徳宇 （桑名市長）

木村ちはる 氏（三重県司法書士会副会長）

辻 龍範 氏（三重弁護士会高齢者・障害者支援センター委員）

2. 講義Ⅰ（18：35～18：55）

「住み慣れた地域で生き生きと暮らし続けて人生の最期を迎えるために」

田中 謙一 （桑名市副市長）

3. 講義Ⅱ（18：55～19：55）

「認知症サポーター養成講座」

三浦 浩実 氏（桑名市西部地域包括支援センター社会福祉士）

4. 各地域包括支援センターの紹介（19：55～20：00）

5. その他

アンケート記入

事務連絡

＜3－6－3. 地域包括支援センター研修会「経済的課題を抱えた困難事例の対応について」の開催＞

大分類調査により、困難事例の41.1%に経済的困窮が要因としてあがっており、困難事例の2.5事例に1事例は経済面への支援が必要なが明らかになった。しかしながら、生活保護制度、債務整理、税金、確定申告、収支計算などは福祉専門職が得意とするところではなく、対応力が十分ではないと考えられたことから、地域包括支援センターでは、平成26年2月21日（金）に地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所の介護支援専門員などを対象とした「経済的課題を抱えた困難事例の対応について」と題した研修会を開催した。

平成 25 年度桑名市地域包括支援センター研修会次第

日時：平成 26 年 2 月 21 日（金） 14 時～16 時

会場：桑名市民会館 3 階 大会議室

1. 開講

あいさつ

佐原 俊也 （桑名市地域包括支援センター長）

2. 講義

「経済的事例を抱えた困難事例の対応について」

西村健二 （桑名市中央地域包括支援センター社会福祉士）

3. 閉講

事務連絡

アンケート記入

その他

< 3-6-4. 医療同意・身元保証・身元引受に関する県への要望書提出 >

第5章の「3-5-1. 分析・考察」において「家族がいないことの弊害」のひとつとして、医療同意・身元保証・身元引受の署名者がいないと医療・介護の提供を断られたり、円滑に受けられなかったりすることがある。しかし、医療同意書などは法的に提出が義務付けられたものではなく、その署名者がいないことをもって医療・介護の提供を拒否することはできないはずである。にも関わらず、実際には支障をきたしている。

この問題は桑名市のみでの解決は難しいと判断し、三重県を通じて国（厚生労働省）へ要望を提出することとした。平成26年7月18日（金）に市・県の担当職員同士での事前打合せを経て、7月30日（水）に桑名市長から三重県知事に対して要望書を提出する予定である。以下に要望書の該当部分を掲載する。

（三重県知事宛桑名市長要望書抜粋）

2. 福祉施策・地域医療の充実について

要望所管先：健康福祉部、地域連携部

(5) 医療同意、身元保証、身元引受に関する法的整備の推進について

医療機関における医療同意・身元保証・身元引受、介護サービス事業所・高齢者居住施設における身元保証・身元引受は法的に求められる制度ではないにも関わらず、実質的には署名者がいないことを理由に受入・サービス提供を渋ったり、拒否したりする医療機関・介護サービス事業所・高齢者居住施設が多く存在するため、身寄りのない高齢者本人はもちろん、その支援にあたる市および地域包括支援センター、介護支援専門員をはじめとした福祉関係者が対応に苦慮している。

また、これらの署名を親族にかわって代行する民間事業者が存在し、以下のような問題が生じている。

1. 資産を有する高齢者からは高額で署名を引き受け、資産のない高齢者は対象としない。
2. 高額で不明瞭な価格設定、葬儀の執行、遺体の引取り等で親族とトラブルが生じている。
3. 延命判断、手術・輸血・血液製剤使用・身体拘束等の同意等、一身専属の権利に関わる事項を本人の意向がなくとも署名している。
4. 保証人・連帯保証人の署名を行う一方で、金銭管理も行うことがあり、仮に債務を連帯保証人等として弁済した場合は債権者が金銭管理をしていることとなり、本人に不利益が生じるおそれがある。

以上の通り、医療同意・身元保証・身元引受に関する問題が解消されなければ高齢者が安心して適切な医療・介護サービスを受けられる体制を築き上げることはできず、可能な限り在宅生活継続を目指す地域包括ケアシステム構築に支障をきたすことになる。この問題の背景には、法的には必要とされていないにも関わらず書類の署名がないとサービスを提供しないという医療機関、介護サービス事業所、高齢者居住施設の強いこだわりがあり、国に対して次のいずれかの対策を講じるよう要望して頂きたい。

1. 医療同意・身元保証等の署名がないことを理由にサービス提供の拒否はできないことの周知徹底。
2. 成年後見人等が医療同意・身元保証・身元引受の署名ができる権限を法律に明記する。
3. 医療・福祉分野における私契約上の医療同意・身元保証等の抜本的見直し、または廃止の推進。

なお、本件は平成25年に実施した「桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査」の結果に基づき、市単独での解決は困難と判断し、要望するものである。同調査では、困難事例のうち9.8%に医療同意等が要因として存在していた。親族・地域とのつながりが希薄となる中で、支援してくれる身寄りのない高齢者が著しく増加しており、その状況に制度面が追い付いていない状況にある。

第7章 学会発表

<3-7-1. 学会発表>

桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査は、全国的にも数少ない特徴的な調査であり、わが国の地域包括ケアシステム構築の参考としてもらうべく、学会での発表を模索した。発表先の学会については、地域包括支援センター社会福祉士連絡会議において協議したところ、会員数が最も多く知名度のある公益社団法人日本社会福祉士会が毎年開催している「社会福祉学会」が妥当との結論に至った。平成26年3月に同学会に対して応募したところ、同年4月に採用決定の通知を得た。応募レポートは62本で、うち30本が査読を通過して採用された。

第22回日本社会福祉士会全国大会・社会福祉士学会（鹿児島大会）は、平成26年7月5日（土）・6日（日）の2日間、鹿児島県鹿児島市の宝山ホール及びかごしま県民交流センターにおいて開催された。困難事例要因調査については、中央地域包括支援センター社会福祉士より「桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査について ～地域包括ケアシステムのボトムアップ型構築法確立を目指して～」と題して7月6日（日）に開催されたD分科会「変化する社会構造と地域支援（社会福祉士がとらえる「地域支援）」において、10時5分からの30分間で発表された。

特に、「解決のために、通常の支援事例より、多くの時間と労力を費やす等、支援者（機関）が何らかの困難を感じた事例」という困難事例の定義を提唱したところ、わが国では初めてとなる定義付けであったため、出席者の高い関心を得た。

桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査について
～地域包括ケアシステムのボトムアップ型構築法確立を目指して～

○西村 健二（桑名市中央地域包括支援センター） 三重県社会福祉士会（33403）

I. 研究目的

地域包括支援センター（以下、「センター」と記す。）では、いくつもの困難事例の解決に取り組んでいるが、その要因は地域により大きく異なり、地域特性に応じた対応が必要となる。しかし、現場は日々の業務に追われて十分な振り返りがなされず、同じような要因に基づく困難事例に多大な時間と労力を費やしている。そこで、桑名市では、「1. 困難事例の要因を可視化」し、その背景にある課題を見極め、「2. 適切な支援方法を見出す」ことを目的とした困難事例要因調査を行った。あわせて分析結果は、「3. 地域課題の把握」に活かし、福祉現場から地域包括ケアシステムの実現を目指すボトムアップ型構築法を検討する上で重要な資料となる。本発表では、第一の目標である困難事例の要因可視化に重点を置いて述べていく。

II. 研究方法

文献研究 実証研究 量的研究 質的研究 実践研究

本研究では、困難事例を「解決のために、通常の支援事例より、多くの時間や労力を費やす等、センターの職員が何らかの困難を感じた事例」と定義し、市内全センターに2011年4月1日から2013年9月30日までの2年6ヶ月のうちに支援を行った定義に該当する事例の抽出を依頼した。調査期間は2013年11月1日から同年11月27日とした。あわせて予め30の要因項目を提示し、各センターにおいてその要因と思われる項目を検討した。本調査結果は、30項目をそのまま集計した「細分類調査」および、類似した要因を17項目に集約した「大分類調査」の2つの集計方法を取り、それを踏まえた分析を行った。

III. 倫理的配慮

本研究は、実際の事例を基にしているが、統計的に処理していることから、個人が特定されることはない。集計結果の発表にあたっては、2013年9月25日開催の桑名市地域包括支援センター連絡会議において桑名市介護・高齢福祉課および桑名市内の全センターの承諾を得ている。さらに、同連絡会議議事録を作成し、その内容の確認も得ている。

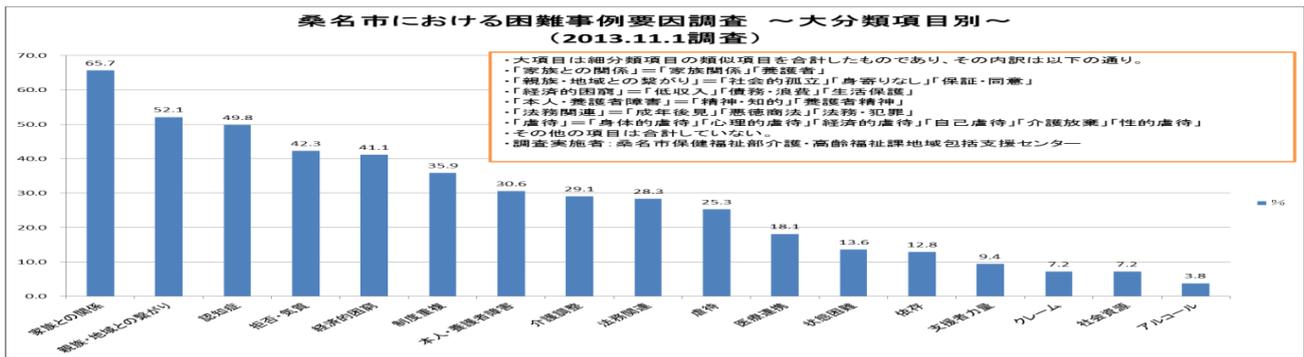
IV. 結果

本調査の結果、市内に所在する5つのセンターから265事例が抽出され、1,437項目の要因が挙げられた。ひとつのセンターにつき平均53.0事例が抽出されたことから月平均1.8件が発生し、1事例には平均5.4項目の要因が存在することになる。

30項目の細分類調査で30%を超えた項目は、①家族関係（50.6%）、②認知症（49.8%）、③拒否・気質（42.3%）、④制度重複（35.9%）、⑤社会的孤立（34.3%）、⑥養護者（34.0%）であった。17項目の大分類調査（表1参照）で30%を超えた項目は、①家族との関係、②親族・地域との繋がり、③認知症、④拒否・気質、⑤経済的困窮、⑥制度重複、⑦本人・養護者障害であった。制度重複については、95事例140項目が挙げられ、その内訳は①権利擁護（37.9%）、②経済（30.0%）、③医療（15.7%）、④障害（15.0%）、⑤児童（1.4%）であった。

V. 考察

表 1. 困難事例要因調査における大分類集計結果



集計結果の分析、および抽出された個別事例の検討によって以下の地域課題を導き出した。

1. 家族、親族、地域との関係が希薄で支援者が不在の事例が困難化している。
2. 支援にあたる家族、親族の不在は、医療同意、保証、身元引受で支障をきたしている。
3. 周囲と関係が希薄になった背景に本人や養護者の認知症、精神疾患、拒否・気質等がある。
4. 複数の要因が絡み合っ事例をより困難化させている。
5. 解決には経済状況の改善、制度の重複利用、法律職との連携等専門外の支援が必要。
6. 通常の支援では経験しない分野の課題、支援担当者が明確でないグレーゾーンの存在、セーフティネット機能の発動、限られた時間での対応等、少数でも難易度の高い事例がある。

VI. 結論

困難事例の背景には複数の要因が存在し、その解決には専門外の制度やサービス、経験の少ない部門との連携等により、複数の要因解消を同時に行うことが求められる。しかも、支援の失敗は高齢者の生命、身体の危機につながる事例もあり、センターの負担は大きい。そこで、要因調査で知り得た地域課題に対して個別に目標設定と解決に向けた政策に取り組むことで、徐々に解消を図り、結果として困難事例の迅速で的確な対応を図ることができる。例えば桑名市では経済的困窮が困難事例の41.1%存在したことから、2014年2月にFP資格を有する社会福祉士を講師に「経済的課題を抱えた困難事例の対応について」と題する研修会を開催し、福祉専門職の経済面に関する知識と技術の向上を図った。また、課題解決を繰り返すことで、高齢者が地域生活を継続しやすい環境が次第に整備されることにつながり、要因調査は、福祉現場から地域包括ケアシステムの実現を目指すというボトムアップ型の構築法の一環として活用できると考えられる(図1参照)。地域包括ケアシステムの実現のための地域課題の把握については、その重要性にも関わらず、手法が確立されていないが、要因調査は地域課題抽出を容易にする非常に有効な手段であると考えられる。



参考文献：西村健二『「高齢者世帯の困難事例の要因等に関する調査」中間報告書』桑名市地域包括支援センター、2014

社団法人生活福祉研究機構『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書』2007年版、2008年版、社団法人生活福祉研究機構、2007、2008

2014年7月6日(日)日本社会福祉士会全国大会・社会福祉士学会(鹿児島大会)D分科会
桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査について <補足資料>



三重県：桑名市中央地域包括支援センター 西村 健二

<三重県桑名市の概要>

- ・三重県北部に位置し、愛知県・岐阜県と接する。名古屋まで電車・自動車で約15分のベッドタウン。
- ・平成26年3月31日現在の人口142,510人、高齢者人口33,273人(高齢化率23.3%)、1号認定者数5,199人(認定率15.6%)、地域包括支援センター5ヶ所(直営1・委託4)。
- ・名物は「その手は桑名の焼きはまぐり」「国内3位のテーマパーク長島リゾート」「日本最長のナローゲージ北勢線」「お雇い外国人コンドル建築の洋館六華苑」「バレーボール女子日本代表宮下遙」。

○桑名市内地域包括支援センター一覧(平成26年7月1日現在)

名称	担当地区	委託先	社会福祉士	保健師等	主任介護支援専門員	その他(事務員・相談員等)	合計
中央	全域	直営	1	1	1	8	11
東部	精義・立教・城東・ 修徳・大成	医療法人	3	1	1	1	6
西部	桑部・在良・七和・ 久米・星見ヶ丘	社会福祉法人	2	1	1	2	6
南部	日進・益世・城南	医療法人	2	1	1	1	5
北部	大山田・藤が丘・多度・ 大和・深谷・長島	社協	4	2	2	2	10
合計			12	6	6	14	38

<地域包括支援センターとは>

- ・平成18年4月、介護保険法改正により全国の市区町村に開設。高齢者の医療・保健・福祉等に関する総合相談窓口。社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員を配置。
- ・直営型の社会福祉士は主に権利擁護事業、特に困難事例の対応を担当し、委託型包括に助言等の支援。困難事例の一例…高齢者虐待対応、成年後見市長申立て、経済的困窮事例、身寄りがない高齢者等。

<「困難事例」とは>

- ・困難事例は現場で生まれた言葉。困難ケース、支援困難事例、支援困難ケース、対応困難事例等様々な呼び方があり、名称に統一性がない。法律的、学術的用語ではなく、定義がない。しかし、現場では共通言語として通用する不思議なコトバ。
- ・共通する3つの特徴、①**主観的**：対応にあたる支援者が困難を感じる。②**相対的**：通常的事例に比べて対応に『時間』と『労力』(労働力・人手の意)を費やす(2つの具体的尺度)。③**多様性**：発生する要因が多様で様々な様相を呈する。
- ・定義付けの経緯…調査に際して回答者に共通の認識を持ってもらうため必要に迫られて定義付け。

- ・「『困難事例』を一義的に定義することをとりあえず禁欲している」（井上信宏「地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応 一地域包括ケア実践と困難事例の解決のために」『信州大学経済学論集』第57号22頁、2007）。
- ・「『困難事例とは何か』という問いに答えることは極めて難しい」（井上信宏「委員提言 提言4」『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書』275頁、2008）。
- ・「『困難事例』についての定義は、実は明確にされていない」（困難事例集作成の事例研究会「困難事例とは」『ケアマネジメント困難事例集 支援が困難と感じたときのヒント』60頁、2010）。
- ・「『支援困難事例』とは何か。この問いに的確に答えることは容易ではない」（岩間伸之「支援困難事例—3つの発生要因と4つの分析枠組み—」『ケアマネジャーvol.13-no.4』40頁、2011）。
- ・「困難事例」の定義付け＝「**解決のために、通常の支援事例より、多くの時間や労力を費やす等、支援者（機関）が何らかの困難を感じた事例**」。本調査では回答者が地域包括支援センターであり、「支援者（機関）」部分に置き換えている。

＜平成25年度桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査の概要＞

- ・調査主体：桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課地域包括支援センター（平成26年4月より中央地域包括支援センター）。
- ・調査の目的：①困難事例の要因を可視化すること、②困難事例の適切な支援方法を見出すこと、③地域課題の把握に活かし、地域包括ケアを推進する。
- ・調査対象：市内の全地域包括支援センター（5カ所）。
- ・全センターを対象とした悉皆調査であり、「主観的」「相対的」も包摂したありのままの桑名市の現状を把握でき、地域課題把握に活用できる。抽出は主観的なズレが生じるが、その主観を形成する支援者（機関）の力量も含めて受容する。
- ・対象事例：2011年4月1日～2013年9月30日の2年6カ月のうちに市内の地域包括支援センターが支援を行った事例。
- ・調査期間：2013年11月1日～27日。
- ・集計方法：各センターにおいて、定義に該当する事例を抽出し、予め提示した30項目の要因のうち、該当する要因にチェックを行い、集計する。
- ・30項目は社団法人生活福祉研究機構『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書』2007、222頁にある14項目を基本として、現場での経験をもとに分割、統合、あわせて新設も行った。14項目は以下の通り。
- ・①援助者への依存と非難を繰り返すなど、対人関係に偏りがある。②本人や家族に精神障害や知的障害がある。③必要なサービスを拒否する。④自己放任（ネグレクト）。⑤在宅の意思が強いが、独居等で在宅に限界がある。⑥病傷害による生活環境の変化。⑦不適切な介護法に固執する家族（家族に悪意がない場合）。⑧高度な医療ケアが必要だが、そのニーズに応えられない。⑨虐待。⑩不当な多重債務や年金搾取等の権利擁護を必要とする。⑪収入が少なく生活に支障があるなどの経済的困難。⑫問題行動が伴う認知症。⑬本人の意思決定が困難で、代わって決定する人がいない。⑭その他。
- ・調査結果：265事例が抽出され、1,437項目にチェックがなされた。1事例あたり平均5.4項目の要因が存在していることが分かる。複数の要因が複雑に絡み合っ事例を困難化している。

＜調査結果からみえる地域課題＞

- ・1. 家族、親族、地域との関係が希薄で支援者が不在の事例が困難化している。



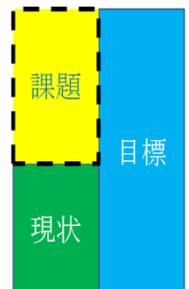
- ・ 2. 支援にあたる家族、親族の不在は、医療同意、身元保証、身元引受で支障をきたしている。
- ・ 3. 周囲と関係が希薄になった背景に本人や養護者の認知症、精神疾患、拒否・気質等がある。
- ・ 4. 複数の要因が絡み合っ事例をより困難化させている。
- ・ 5. 解決には経済状況の改善、制度の重複利用、法律職との連携等、専門外の支援が必要。
- ・ 6. 通常の支援では経験しない分野の課題、支援担当者が明確でないグレーゾーンの存在、セーフティネット機能の発動、限られた時間での対応等、少数でも難易度の高い事例がある。

＜地域課題に対する取り組みの例＞

- ・ ②（医療同意等）医療機関、高齢者施設などで医療同意、身元保証、身元引受の署名者がいないことで受入拒否があり、適切な医療・介護の提供に支障がある。また、延命判断、身体拘束同意等まで署名することを業とする団体が存在し、高額で不明瞭な金額設定で、親族とトラブルが生じている。
⇒2014年7月、桑名市長より三重県知事に対して要望書提出。国に対して①医療同意等の署名がないことを理由にサービス提供の拒否はできないことの周知徹底、②成年後見人等が医療同意等の署名ができる権限を法律に明記する、③医療・福祉分野における私契約上の医療同意等の抜本的見直し、または廃止、のいずれかの対策を講じるよう要望を依頼。
- ・ ⑤-1.（経済的困窮事例）大分類調査において「経済的困窮」が41.1%の事例に存在。福祉専門職は債務整理や決算書の読み取りなどを得意としていないことから、2014年2月に地域包括支援センター職員や介護支援専門員を対象に「経済的課題を抱えた困難事例の対応について」と題した研修会を開催、講師は「福祉FP」（社会福祉士とファイナンシャルプランナーの両資格保有者）。
- ・ ⑤-2.（法福連携）大分類調査において「法務関連」が28.3%の事例に存在。虐待対応、債務整理、成年後見制度利用、相続・遺贈・遺言作成等において法律専門職と福祉専門職の連携（法福連携）が不可欠と判断。2014年3月に弁護士・司法書士を交えた虐待事例検討を行う法福連携研修、6月に弁護士・司法書士等7職種を対象に認知症サポーター養成講座を開催、62人が参加。

＜地域課題の抽出と解消による地域包括ケアシステムのボトムアップ型構築法＞

- ・ 地域包括ケアシステム…高齢者が住み慣れた地域で可能な限り暮らすことのできる体制。
- ・ 構築には地域課題を見出し、解決していくことが必要。地域課題の抽出方法は多様。
- ・ 桑名市では①日常生活圏域ニーズ調査、②ケアプランチェック（適正化を含む）、③困難事例要因調査、④地域ケア会議、⑤地域課題把握のためのアンケート調査等を実施する。



＜おわりに＞

- ・ 困難事例対応は権利擁護の最たるもので、住民の最後のセーフティネット。
- ・ 少人数のために多くの時間と労力を費やすが決して無駄ではない。
- ・ 困難事例の絶対数は少なくとも、適切な対応を実践することは「何かあっても大丈夫」という安心を多くの住民に与えている。今後も社会福祉士の専門性を発揮し、尊厳を守り、権利擁護の推進を！

○西村健二（桑名市中央地域包括支援センター社会福祉士、一般社団法人三重県社会福祉士会理事・地域包括支援センター支援委員長、三重県地域ケア会議活動支援アドバイザー、地域包括ケア推進指導者）

〒511-8601 三重県桑名市中央町2丁目37番地

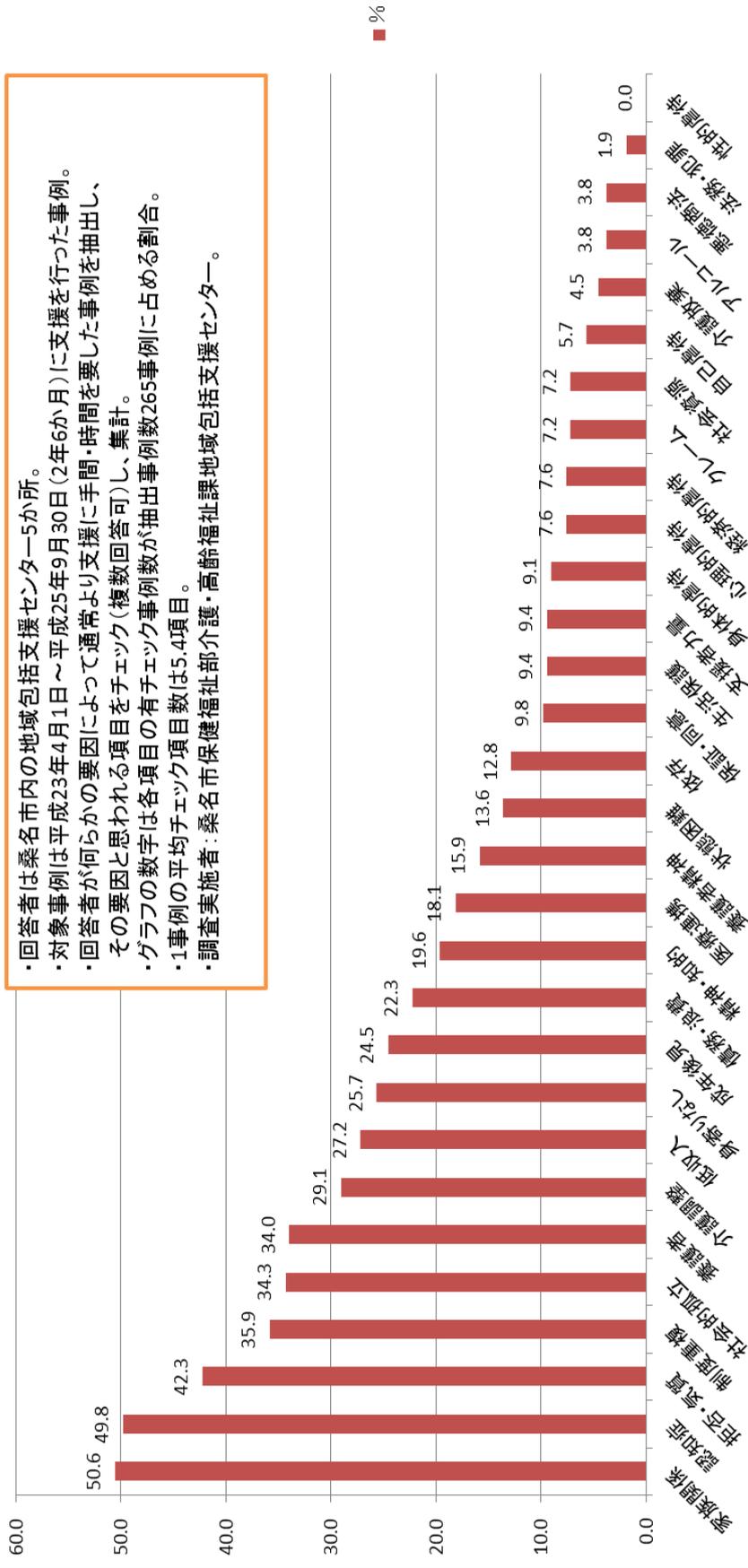
TEL0594-24-5104 FAX0594-27-3273

ご清聴
ありがとうございました



※ 『高齢者世帯の困難事例に関する要因等に関する調査』中間報告書』「経済的課題を抱えた困難事例の対応について～具体例を通して～」等はいずれも桑名市ホームページ内の「地域包括ケアシステム」に掲載しております。

桑名市における困難事例要因調査結果 ～細分類項目別～ (2013.11.1調査)



・回答者は桑名市内の地域包括支援センター5か所。
 ・対象事例は平成23年4月1日～平成25年9月30日(2年6か月)に支援を行った事例。
 ・回答者が何らかの要因によって通常より支援に手間・時間を要した事例を抽出し、その要因と思われる項目をチェック(複数回答可)し、集計。
 ・グラフの数字は各項目の有チェック事例数が抽出事例数265事例に占める割合。
 ・1事例の平均チェック項目数は5.4項目。
 ・調査実施者：桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課地域包括支援センター。

第4部 桑名市における高齢者「単身」「のみ」世帯の生活上の困りごと調査

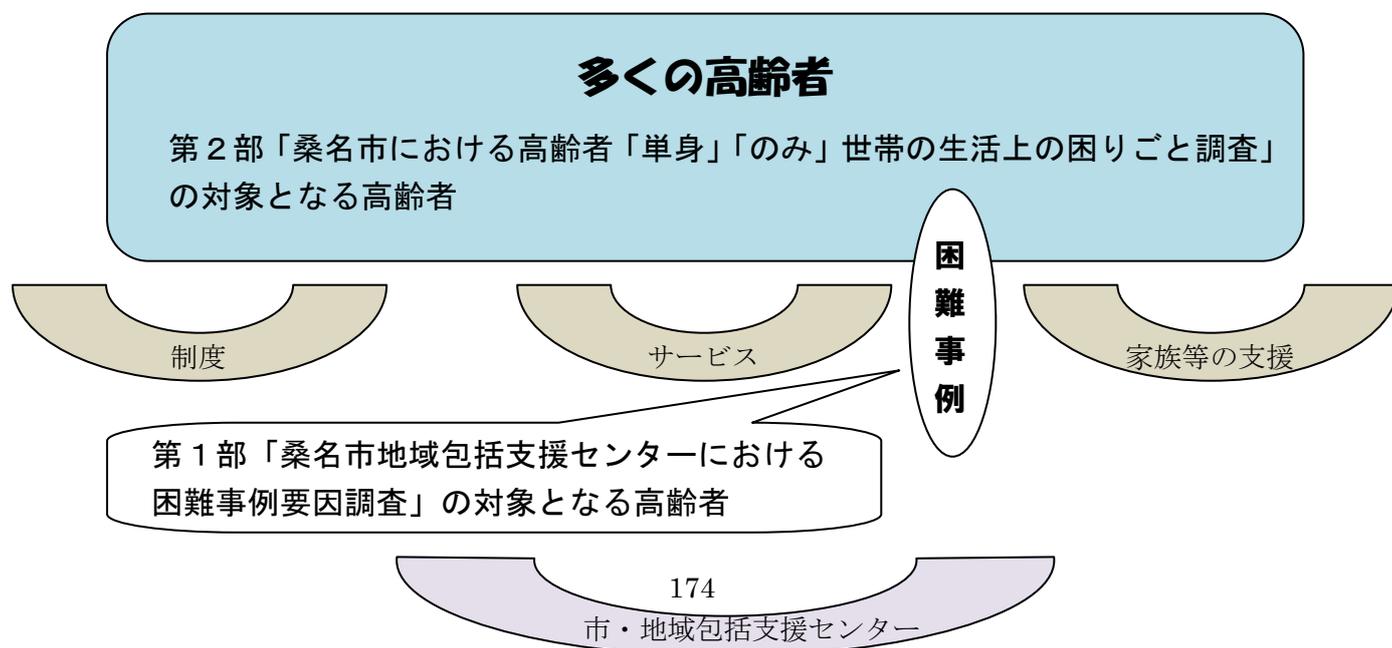
第1章 調査の概要

<4-1-1. 調査の目的>

「桑名市地域包括支援センターにおける困難事例要因調査」では、通常の支援では対応できなかった高齢者が調査対象であり、高齢者全体の割合からみれば極めて少数である。様々な事情を抱える支援困難な高齢者が地域生活を継続する場合、その限界点は通常の高齢者に比して低いといえよう。何らかの支援を行うにあたっては、地域生活の維持よりも、人としての尊厳を守ることに主眼を置き、権利擁護を優先することもある。しかし、市あるいは地域包括支援センターが困難事例に対して適切に対処していくことは、市民の安全、安心な生活を守るべく、セーフティネット機能を十分に果たしている証明ともなろう。結果として、直接支援した困難事例は少数であっても、そのセーフティネット機能の存在証明により、多くの市民に安心感を与えていると考えられる。

一方で、地域包括ケアシステムの構築を考えるにあたっては、困難事例を除く圧倒的多数の高齢者についても当然に言及しなければならない。自立した生活を送る高齢者、疾患・障害・要介護状態であっても通常の制度・サービスの利用で対応できている高齢者の生活上の課題を見つけ出さねば地域包括ケア推進にはつながらない。そこで、多くの高齢者が地域での生活を継続する上で困難を感じている課題を明らかにするべく「桑名市における高齢者「単身」「のみ」世帯の生活上の困りごと調査」を実施することとした。

そこで、困難事例のみならず多くの高齢者の健康、医療、介護などの相談に応じ、直接の相談援助を実施している地域包括支援センター職員および桑名市高齢者福祉相談員を対象とし、22項目の生活課題を提示して福祉現場での経験を踏まえて回答を求めた。集計方法については、全体を集計した「桑名市全域調査」および地域ごとの課題把握のために地域包括支援センター別に集計した「地域包括支援センター別調査」の二通りを採用した。



< 4-1-2. 調査の概要 >

調査名称 : 平成 25 年度桑名市における高齢者「単身」「のみ」世帯の生活上の困りごと調査

調査主体 : 桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課地域包括支援センター
(桑名市地域包括支援センター)

調査対象 : 桑名市内の地域包括支援センター職員 30 名と桑名市高齢者福祉相談員 4 名の合計 34 名

地域包括支援センター (5ヶ所) 職員内訳

桑名市中央地域包括支援センター	5 名
桑名市東部地域包括支援センター	5 名
桑名市西部地域包括支援センター	5 名
桑名市南部地域包括支援センター	5 名
桑名市北部地域包括支援センター	多度 5 名
同	長島 5 名

調査目的 : 多くの高齢者が地域での生活を継続する上で困難を感じている課題を明らかにし、地域課題の把握の参考とすることで、地域包括ケア推進に資する

調査実施日 : 平成 25 年 12 月 10 日 (火)

調査方法 : 高齢者「単身」「のみ」世帯に属する高齢者について、日頃の相談援助業務をもとに、生活上どのような課題に困難を感じているかを調査。22 項目の生活課題を提示し、上位 5 項目を各職員が選び出し、最も困難を感じるものから順に 5 点、4 点、3 点、2 点、1 点の合計 15 点を付与した。

得点合計 : 510 点 (回答者 34 名×持ち点 15 点=510 点)

集計方法 : 項目ごとの合計を集計し、「桑名市全域調査」および「地域包括支援センター別調査」の二通りの集計を行った。

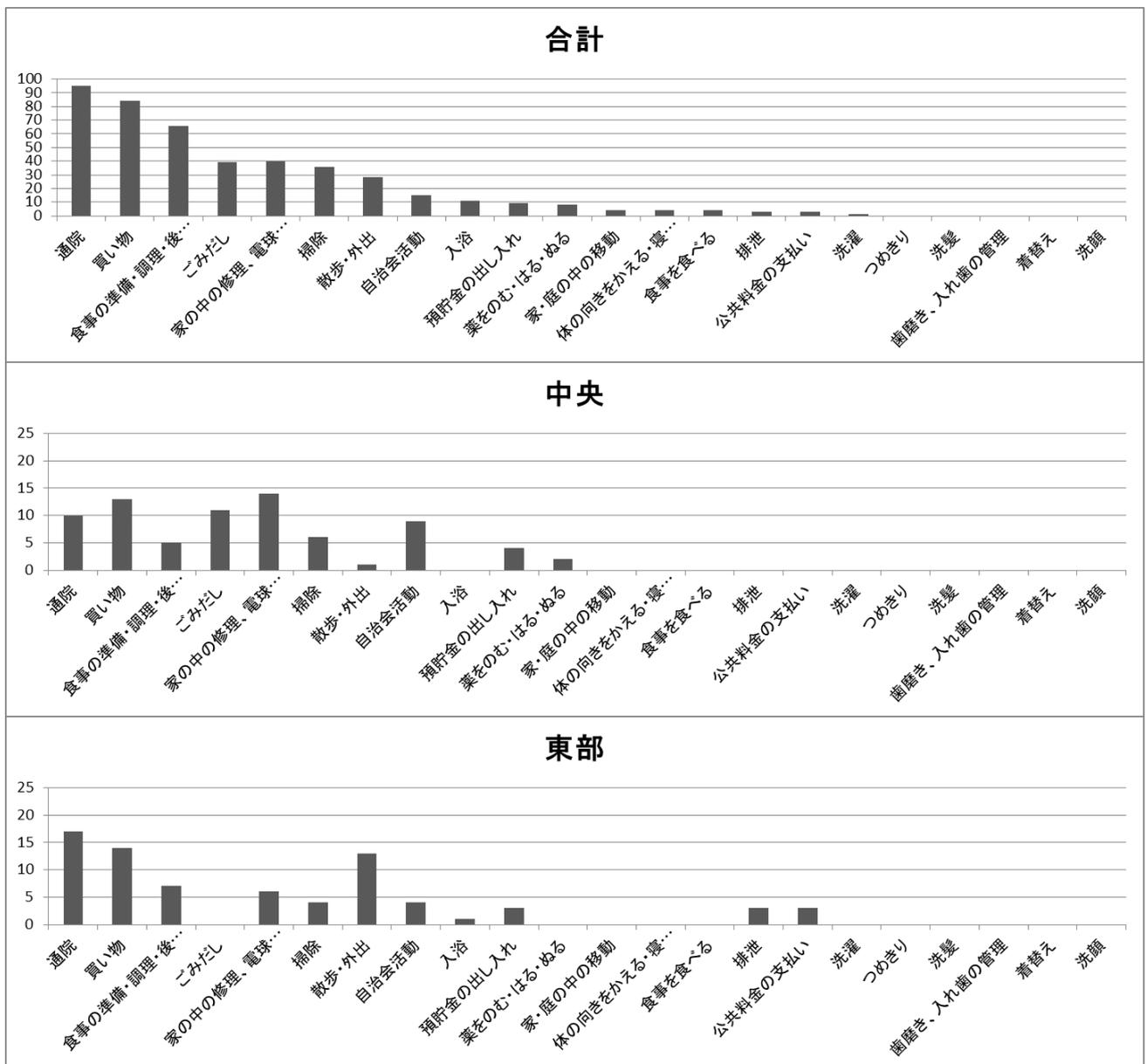
第2章 調査の結果

<2-2-1. 調査の結果>

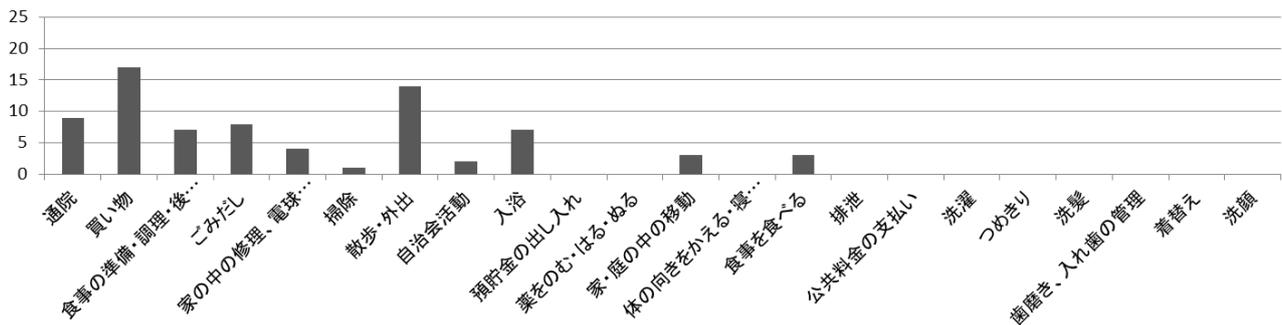
本調査における調査対象者 34 名すべての得点を集計した結果を「桑名市全域調査」、各地域包括支援センター職員の得点を集計した結果を「地域包括支援センター別調査」と呼ぶこととし、その結果は次頁の通りである。

項目	通院	買い物	食事の準備・調理・後始末	ごみだし	家の中の修理、電球の交換、部屋の模様替え	掃除	散歩・外出	自治会活動	入浴	預貯金の出し入れ	薬をのむ・はる・ぬる	家・庭の中の移動	体の向きをかえる・寝起き動作	食事を食べる	排泄	公共料金の支払い	洗濯	つめきり	洗髪	歯磨き、入れ歯の管理	着替え	洗顔
合計	95	84	66	39	40	36	28	15	11	9	8	4	4	4	3	3	1	0	0	0	0	0
中央	10	13	5	11	14	6	1	9	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東部	17	14	7	0	6	4	13	4	1	3	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
西部	9	17	7	8	4	1	14	2	7	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
南部	14	20	20	6	1	6	0	0	0	2	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0
多度	23	14	16	5	6	8	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
長島	22	6	11	9	9	11	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

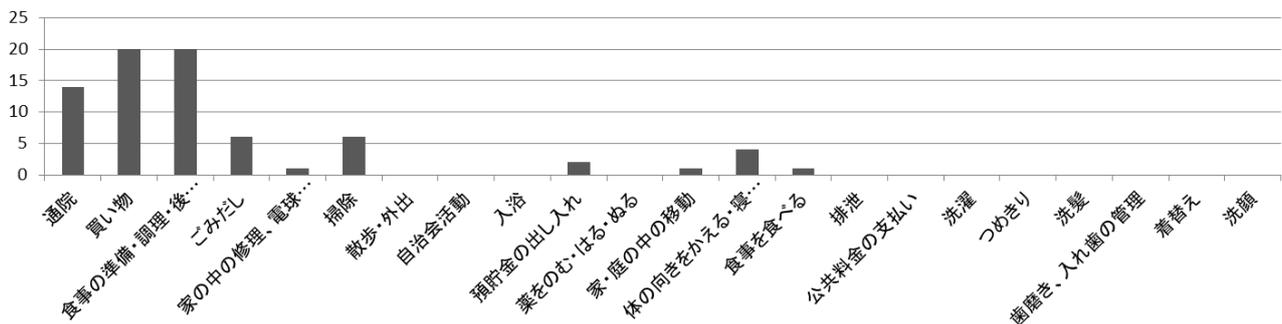
※相談員の指数は、地区を明確に分けられないので、除外した。



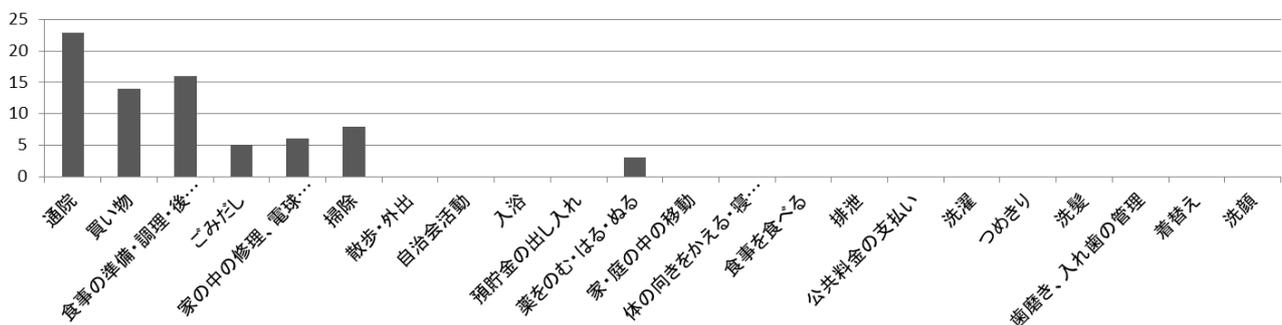
西部



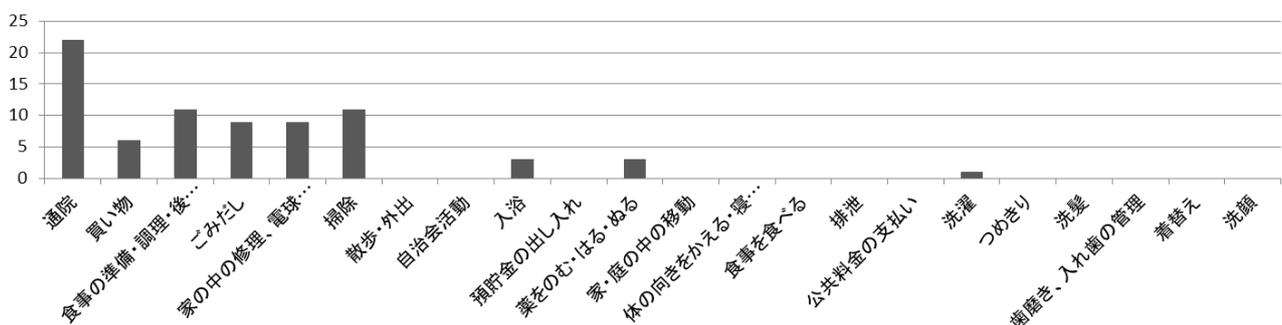
南部



多度



長島



第3章 項目別具体例の紹介

<4-3-1. 生活上の困りごと項目の具体例>

本調査で提示した生活上の困りごと項目の内、上位9項目についてそれぞれ2事例を挙げ、以下に紹介する。なお、掲出した事例は実際の事例を加工したものである。

1. 通院

- 独居高齢者で、近隣より「腰痛で病院に一人で行くのが大変そう。介護保険のサービスは使えないのか？ 私たちも車の運転ができない」と連絡あり。包括が自宅訪問すると、日常生活はどうかできている。保険外サービスの利用を勧めるがお金がないと言う。
- 独居高齢者で身寄りなし。糖尿病で右下肢切断。海南病院を退院時に通院乗降（介護タクシー）事業者が見つからず、やむを得ずリハビリ病院に転院した。このように市外の医療機関への通院では対応できる事業者が少なく困ることがある。

2. 買い物

- 独居高齢者で近くに身寄りがない。閉塞性動脈硬化症で疼痛がひどく、日常生活動作に大きな支障がある。米や醤油などは独居であまり使わないため少量ずつ購入したいとの希望があるが、宅配サービスは少量に対応しておらず、介護保険を申請、隔週でヘルパーに買い物へ行ってもらっている。
- 高齢者姉妹世帯、身よりは遠方に姪がいるのみ。買い物の役割を担っていた姉が大腿骨骨折の為入院。妹は判断・決定能力に乏しく買い物に行けない。入院中の姉への日用品の購入、在宅の妹への食材・日用品の購入をする人がおらず、シルバー人材センターを紹介し、買い物支援を行うこととした。

3. 食事の準備・調理・後始末

- 妻がすべて家事を行っていたが、急に難病で入院。本人は何もできないうえ、無気力で生活の維持が難しくなった。そのため、保険外の家事援助に毎日入ってもらい、食事の準備、洗濯等すべてを支援してもらうこととなった。
- 90代の独居高齢者。2人の息子は市内在住、週に数回差し入れあり。これまで一人で調理していたが、認知症が進行し、冷蔵庫の食材を腐らせたり、電子レンジに食べ物を入れたままにして小バエを発生させたりした。また、調理ができなくなり即席麺を食べる生活状態になった。その後、脱水、食欲不振となり、入院を機に安否確認を含めた毎日型の宅配弁当を利用した。

4. ごみだし

- 独居高齢者、左半身麻痺、杖歩行。近くに身寄りがない。ゴミ出しを手伝ってくれていた近隣住民が入院してしまい、ごみの戸別収集につなげた。
- 自治会の指定するごみ出しの時間がヘルパーの営業時間より早く、自治会長との話し合いで集積所のカギを8時半まで開けておいてもらうよう調整した。

5. 家の中の修理、電球の交換、部屋の模様替え

- 独居高齢者で近くに身寄りがない。認知症が出始めている。猛暑の中、クーラーが壊れていて室温の管理ができず、危険な状態になる。地域ケア会議でクーラーの修理や買換えの必要性はみな理解をしたが、「だれが行うか」でなかなかまとまらなかった。
- 90代の独居高齢者。息子は市外在住で仕事を持っている。脚力低下有、屋内屋外ともに歩行不安定、軽い円背もある状況。食事をする部屋の電球が切れたため代えて欲しいが、自分でいすなどに上がり交換するのは出来なかった。包括から息子に連絡して交換してもらったが、息子が来るまで時間を要した。

6. 掃除

- 独居高齢者。子は県外在住で仕事をしているため頻繁に訪問できない。腰痛、膝痛があり、掃除機をかけることができず室内に埃がたまってしまい、持病の肺疾患が増悪した。介護認定を受けていたことから訪問介護を利用することとした。
- 左手が手根管狭窄症となり、親指と小指の先以外はものが触れるだけで痛みを感じる。左手をかばい右手ばかり使用したため右手が腱鞘炎を起こす。食器洗いや物を移動させての掃除、雑巾絞りなど衛生面での支障があり、介護保険申請し一時訪問介護の掃除の支援を受けることで清潔は保たれたが、その後、更新申請にて非該当となる。自費での掃除のサービスは経済面から拒否した。

7. 散歩・外出

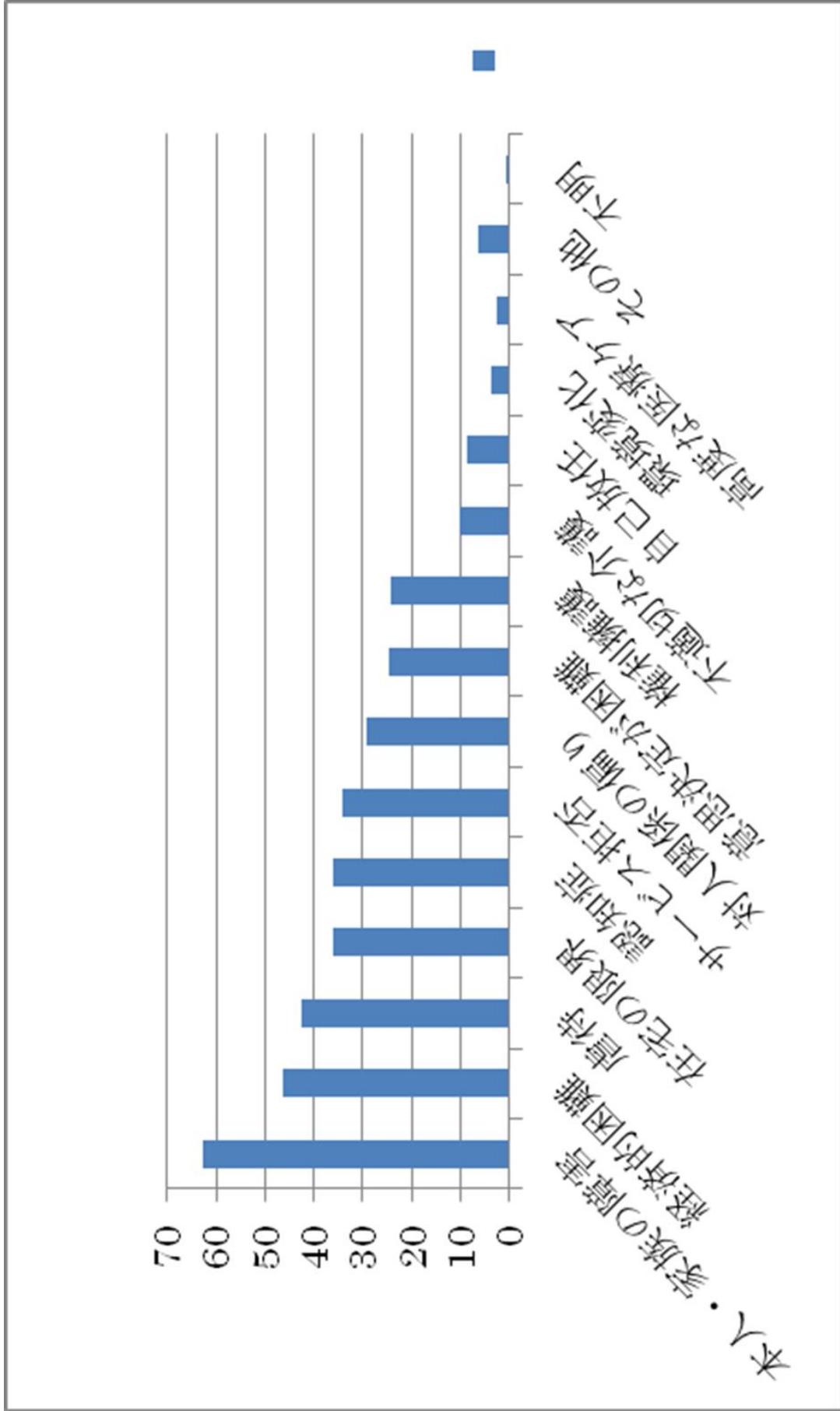
- 脳梗塞後遺症にて左上下肢を引きずって歩行し、ふらつきがみられる。日によって痛みがあり、足が上がらなくなり自宅内で、転倒することがある。近隣への定期受診は一人ではいけず、介護保険外の介護タクシーを利用し通っている。
- 体力・筋力の低下により、一人で外出することに本人の不安感が強く、閉じこもりがちになっている。付き添いがあれば、外出ができるものの、適切なサービスがない。

8. 自治会活動

- 高齢夫婦世帯。家族は市内にいるが訪問は月に1回程度。夫婦とも足腰が弱ってきて体力的にも自信がなくなってきた。自治会班長としての活動ができなくなり、遠慮して近隣と疎遠になり、閉じこもり生活になる。その後は夫婦とも介護保険を申請。
- 集合住宅に暮らす独居高齢者。子供が無く、姉妹は遠方に在住。認知症があるが、地域の人には把握されていない。班長に選ばれたが、急遽長期入院となり、親戚や子供がいないため、管理者に連絡を取り、班長を途中辞退することとなった。

9. 入浴

- 本人脚力が弱く自宅での入浴が難しい。自宅が築30年以上の借家で手すりをつける事も難しく、介護者である夫も腰痛があり支援が難しい。入浴時に転倒の不安がありデイサービスを利用し、清潔の保持を図った。
- 80代の独居高齢者。2人の息子は遠方に在住し、年に1～2回帰省。心疾患、腰痛、下肢痛があり移動は緩慢。風呂場での事故報道を聞いてひとりでの入浴が怖くなり月1～2回に減少。デイを嫌がり、家事支援の訪問介護利用中に見守り下で入浴、週1～2回に回復した。

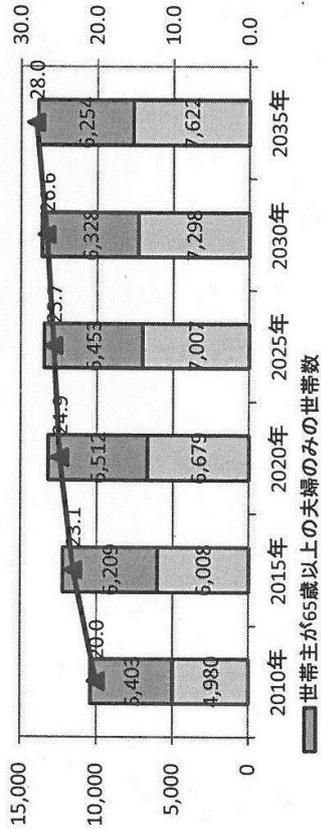


井上信宏氏「地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応 - 地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために-」(『信州大学経済学論集』第57号22頁註)2007から引用・改変

生活支援サービスの充実

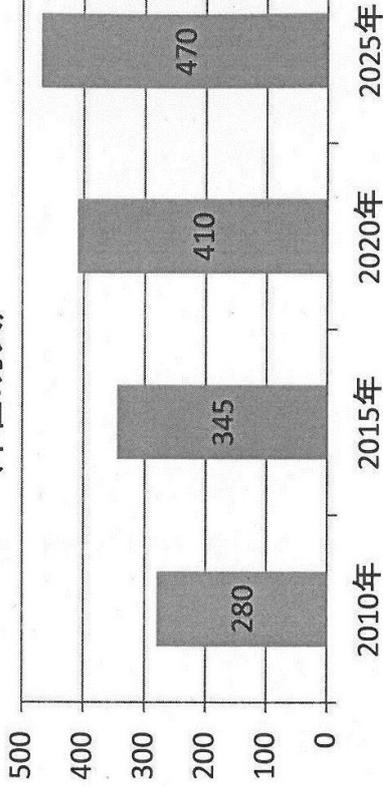
生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



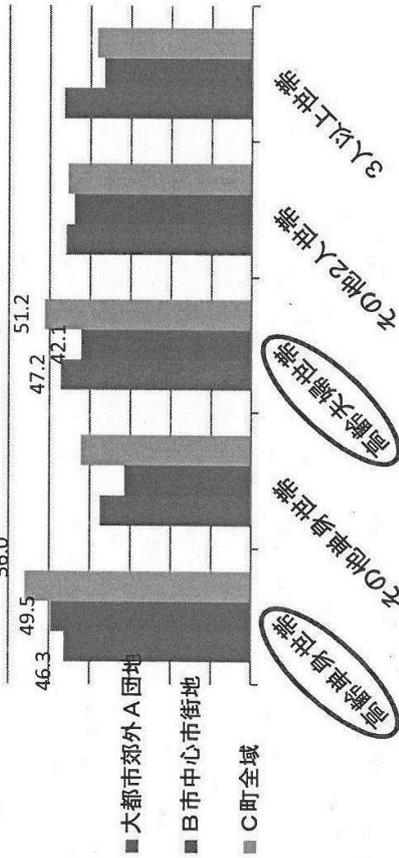
国立社会保障・人口問題研究所、
2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」

認知症高齢者数の将来推計
(単位:万人)



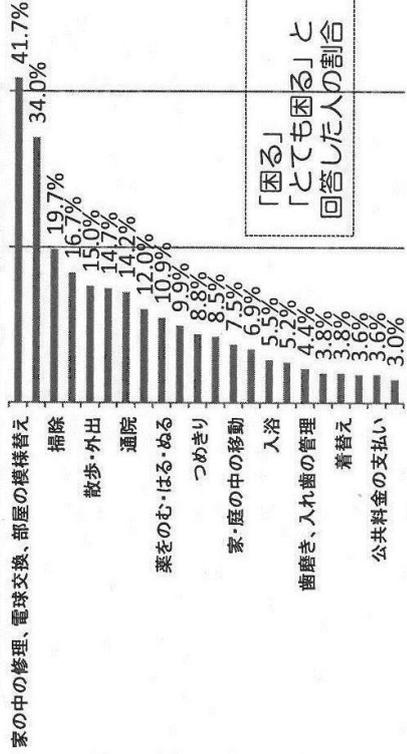
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について、厚生労働省

買い物で不便や苦労がある世帯の割合



平成23年、農林水産政策研究所、食料品アクセス問題の現状と対応方向

1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること
(愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者 n=379)



平成23年度老健事業、1人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査(みずほ総研)

第4章 地域課題把握のための地域ケア会議（平成25年12月開催）

<4-4-1. 会議の目的>

本地域ケア会議は第4部として実施した「桑名市における高齢者『単身』『のみ』世帯の生活上の困りごと調査」の結果を踏まえ、桑名市における地域課題を把握することを目的に開催した。

冒頭に中央地域包括支援センターから調査結果の概要報告を行い、それぞれ6名ずつ5グループに分かれて検討を行い、最後にまとめとして意見発表を行う方式で進行した。

<4-4-2. 会議の概要>

開催日時：平成25年12月16日（月） 18時～20時

開催場所：桑名市役所4階入札室

出席者：30名

中央地域包括支援センター 5名、東部地域包括支援センター 5名、
西部地域包括支援センター 5名、南部地域包括支援センター 5名、
北部地域包括支援センター 10名

司会：西村健二（中央地域包括支援センター社会福祉士）

記録：佐々木由希（中央地域包括支援センター保健師）

<4-4-3. 会議で明らかになった地域課題>

○社会参加・散歩・外出ができず、閉じこもりの高齢者が多い

- ・原因…交通機関が不便
人間関係が希薄
サークル、教室などの社会資源の情報整理
老化などの身体状況の変化
支援者が社会資源を把握していない
団地などの住宅街は坂道が多く危険
- ・解決策…ボランティアとなる人材の発掘
ボランティアポイントの見直し（在宅でのボランティアを認める）

○買い物ができない

- ・原因…大規模店舗の進出により馴染みの商店が閉店している
宅配で購入する仕組みはあるが、認知症などで利用の仕方が分からない
交通機関が不便

店舗が近隣にない地区も多い
自動車生活が中心だった地区で老化により運転ができなくなった場合の買い物ができない

- ・解決策…移動販売の創設
 コンビニエンスストアの活用
 乗り合い買い物バスの創設
 若者に対して認知症の理解を促進（高齢者の支援に参加）

○通院ができない

- ・原因…地区によっては医療機関がない、少ない
 近距離や長島地区ではタクシー利用を断られることがある
- ・解決策…通院専用バスの創設
 介護タクシーがニーズ量と合っているのか確認が必要
 地区ごとに出張診療所を設け、医師が巡回する
 在宅医療の充実を図る

○認知症への取り組みが必要

- ・原因…自分から **SOS** を出すことができない
- ・解決策…自治会集会所で教室、食事会を開催する
 現在以上に医師との協力を強める
 ごみ出しボランティアによる近所同士の支え合い

○家族と地域のエンパワメントが必要

- ・原因…家族関係・近隣の間人間関係が希薄
 遠方に暮らす家族が多い
 若い世代が親元を離れていつている
- ・解決策…家族のエンパワメントが必要
 将来親を看るという意識改革が必要
 認知症のキッズサポーターを増やし、若い世代全員に認知症の理解を促す
 介護支援専門員などの支援者が地域を巻き込む力をつける

おわりに

本報告書は、桑名市の地域課題を把握するために試みたいいくつかの取り組みの結果をまとめたものです。地域包括ケアシステム構築のためには、地域課題を的確に把握し、その解消を図ることが必要です。しかし、誤った地域課題をいくら解消しても地域包括ケアシステムは実現しません。つまり、いかに地域課題を的確に把握するかが、地域包括ケアシステム構築の成否のカギとなるのです。

地域課題はいくつもあり、その内容も身近でごく小規模なことから、法律の未整備や制度的な問題まで多様です。同様に地域課題を見出す方法も多数あるはずであり、むしろ複数の手法で抽出した方が多様な地域課題を把握できると考えられます。ただし、全国的にも地域課題把握の方法が確立されているわけではありません。いくつかの自治体の取り組みをみると、日常生活圏域ニーズ調査、地域ケア会議、ケアプランチェック（適正化）などを通じて地域課題の発見を目指しているようです。これらに加えて桑名市では独自の手法も試みました。それが、アンケート調査であり、困難事例要因調査なのです。これらの手法を組み合わせ、多くの地域課題を適切に見出すことが求められているのです。特に、この度実施した困難事例要因調査については、学会での発表を通じて全国に紹介したところ、現場視点からの地域課題把握方法として高い評価を得ました。今後もさらなる地域課題を把握すべく、継続的で試行的な取り組みを進めていこうと考えています。

地域包括ケアシステムは桑名市が単独で実現することは不可能です。そのためには医療・福祉分野のみならず、多分野との連携、地域の社会資源の活用、さらには地域住民の主体的活動も促進し、まさに「オール桑名」で取り組んでいくことが必要です。本報告書が、多くの住民の願いである、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることのできる体制づくりに少しでも役立つことができれば幸いです。地域包括ケアシステムが実現すれば、桑名市は今以上に過ごしやすいまちとなり、この一連の取り組みは全国に誇れるものであるといえます。まさに桑名市が取り組んでいる「ブランド元年」の一翼を担うことになり得ると考えています。地域包括ケアシステムを実現することは、言い換えれば住民の思いを実現することでもあり、結果として住民のみなさんに最大限の利益を還元できます。今後も桑名市では住民のみなさんのため地域包括ケアシステムの構築に邁進してまいります。

平成 26 年 7 月 11 日

桑名市中央地域包括支援センター

調査実施主体

桑名市地域包括支援センター

調査企画

桑名市中央地域包括支援センター
(桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課中央地域包括支援センター)
桑名市地域包括支援センター社会福祉士連絡会議

調査協力

桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課
桑名市中央地域包括支援センター
桑名市東部地域包括支援センター
桑名市西部地域包括支援センター
桑名市南部地域包括支援センター
桑名市北部地域包括支援センター
社会福祉法人桑名市社会福祉協議会

執筆・編集担当

西村 健二 (桑名市中央地域包括支援センター 社会福祉士)

発行日 平成26年7月11日

編集・発行 桑名市地域包括支援センター
(桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課中央地域包括支援センター)

〒511-8601 三重県桑名市中央町二丁目37番地 桑名市役所内
TEL 0594-24-5104 FAX 0594-27-3273
