

必読!

すぐに活用できる!

23事例掲載

地域ケアの実践

松戸市常盤平地区事例集

この教訓を全国に



公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 の助成による

松戸市常盤平地区高齢者支援連絡会専門部会

必読!

すぐに活用できる!

23事例掲載

地域ケアの実践

松戸市常盤平地区事例集

この教訓を全国に



常盤平団地の通りに咲く桜。この遠方の建物には常盤平市民センターが入っています。近隣には「日本の道100選」に選ばれている「さくら通り」があり、毎年“さくらまつり”が盛大に開催され多くの人で賑わいます。

表紙写真は、実際に地域ケア会議を行っているところと、認知症カフェのひとつです。

公益社団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による

松戸市常盤平地区高齢者支援連絡会専門部会

必読！地域ケアの実践

——松戸市常盤平地区事例集
この教訓を全国に

CONTENTS



はじめに 5

こんなときどうする？ 現場で生かせるケア事例 23

■ 地域づくり		
事例 1. 家族内で孤立し、かつ特にあてもなく日々を過ごす 高齢男性への関わり方を検討した事例	.....	10
■ 生活困難		
事例 2. 年金担保をし、金銭難・生活困難がある一人暮らし 高齢者の生活と就労について検討した事例	.....	12
【参考】「誰がための生活保護」より	14	
■ 消費者被害、後見制度		
事例 3. 家族の管理が皆無で、消費者被害に遭い散財した 80代男性の保護策を検討した事例	.....	16
事例 4. 日常的な金銭管理が全く出来ず悪徳商法にもだまされ やすい一人暮らし高齢者への対応を検討した事例	.....	18
【資料】松戸市における消費者生活相談、 および日常生活自立支援事業、成年後見制度	20	
■ 高齢者虐待、家族の問題		
事例 5. 生活保護を受けていながら高齢の母親の金銭をあてにし、 介護関係者に脅迫行為を続ける息子を検討した事例	.....	22
【資料】松戸市の高齢者虐待の現状	24	
■ ケアマネジャーの負担		
事例 6. 強い自立心・被害妄想・認知症のある身寄りのない女性で、ケアマ ネジャーの負担や責任が大きく医療と介護の連携を検討した事例	.....	26
【資料】UR都市機構（旧公団）の「見守りサービス」について	28	
■ 認知症、地域の連携		
事例 7. 妻の認知症の進行がストレスになっている家族に対し 「地域で可能な支援」を検討した事例	.....	29
■ ゴミ屋敷、地域等と連携		
事例 8. ゴミ屋敷と化した独居精神障がい者の問題で関係者が 一堂に会し検討した事例	.....	32
■ 高齢者の意識の問題		
事例 9. 同居していたキーパーソンが居なくなりゴミ屋敷で生活、 行政や他者への不信感が強く、生活保護・介護保険導入も 拒否している無年金・独居の高齢女性の事例	.....	34

精神疾患への対応

- 事例 10. 自殺企図があり介護保険を利用しているアルコール依存の男性で「居場所づくり」を検討した事例 38
- 事例 11. 夫への依存心が強く家族が対応に苦慮しており、自殺企図があるうつ病高齢女性の事例 40
- 事例 12. 強いこだわりを持っており精神科受診につなげたい独居高齢男性の事例 42

障がい者への対応

- 事例 13. 障害者自立支援法の下、障がい者宅に訪問介護事業者が入っているが、ケアマネジメント業務がないため、訪問介護事業者自身に過剰な負担がかかる事例 44

若年障がい者の問題

- 事例 14. 比較的若年発症で軽度の脳出血後遺症の要介護者について、リハビリなどの介護保険サービスや地域の社会資源を検討した事例 48

認知症の人と家族

- 事例 15. 問題行動の多い認知症の母親に難渋する子と一緒に対応を討論・検討した事例 52

利用者の金銭管理に関して

- 事例 16. 主介護者の夫が施設入所で不在となった精神疾患がある方を、施設と地域包括支援センターが連携し支援しているが金銭や生活の管理等で難渋している事例 54

【資料】 ケアマネジャーの金銭管理について 56

認知症対策（徘徊問題）

- 事例 17. 徘徊が顕著な独居の認知症の人への対応を検討した事例 58

【資料】 松戸市の高齢化率と認知症の現状 60

独居、突然死、孤独死

- 事例 18. 身寄りも無くお金も無い独居高齢者で、行政・地域包括支援センターなどに相談するも解決せずケアマネジャーが難渋している事例 62

【資料】 市長申し立てとは？ 64

- 事例 19. 身寄りがない高齢者の突然死に立ち会った際の問題点 66

【資料】 利用者が孤独死になった場合にどう対処するか？ 67

- 事例 20. 身寄りのない高齢者の死亡に際して「尊厳」を考えた事例 68

利用者とケアマネジャー

- 事例 21. 利用者と前任ケアマネジャーと相互依存が強く正常な関係が損なわれていたため、後任ケアマネが苦労している事例 74

利用者・市民の意識の問題

- 事例 22. 利用者からの不適切な要望や過度な要求、苦情に対して介護保険事業者が苦慮している事例 76
- 事例 23. 介護保険事業者に些細な事で執拗にクレームをつける高齢者の事例 80

高齢者の生活の基盤である年金のみで足りるのでしょうか？	15
介護申請のタイミングと区分変更申請の重要性	25
「意思決定困難な人に携わっている関係者による 討論記録用紙」を書く	28
認知症カフェの予算不足	31
実習生がやってきた	37
居宅介護支援報酬の矛盾	41
地域包括ケアシステムとは？	43
介護保険を卒業するという視点	46
退院支援に思うこと	47
残薬 500 億円問題 健康被害と医療 制度崩壊を防ごう	50
サービス担当者会議の開催頻度を柔軟にできないか	51
多職種が感じる「あれ？ちょっとおかしい…」は 診断に役立つ情報!?	57
認知症対応のコツ	64
自宅死、孤独死、在宅死	69
孤独死の現場から	73
「高齢者の尊厳」も大切だが、働く人の尊厳も 守る社会を	79
自分たちが置かれた立場を考えてみよう 社会保障費は増加の一途、市民（国民）の 負担金も増え続けている！	83

平成 28 年度 第 1 回常盤平地域包括ケア推進会議報告	85
地域ケア推進会議開催の工夫	86
まとめ	89
カテゴリー分類別目次	92
編集委員紹介 編集後記	94

はじめに



松戸市とは？

松戸市は東京都の北東部に接し千葉県の北西部に位置する。地形は縦長のひし形で南北に常磐線と武蔵野線が交差し、他に私鉄が4本走っている。JRの駅は7つある。繁華街は大きなものはなく各駅前に散在しており、緑地も未だに残っている。松戸市から東京駅には30分前後で行ける。目立たないが東京への便利な通勤圏である。松戸市からは県庁所在地の千葉市より「東京」が近く、住民の目の多くは東京を向いている。

市制開始は1943年で当時の人口は4万人だった。高度成長に伴う首都圏への人口集中とともに、1963年に13万人、1970年に25万人、2000年に46万人となり、2008年には48万人となった。現在は49万人くらいで頭打ち状態である。この経緯からわかるように典型的な東京のベッドタウン、サラリーマン供給地域であった。そのサラリーマン層が漸次退職を迎え、2016年の高齢化率は24.3%、25年は27.2%、今後もさらに高齢化が進むことが予測されている。いわゆる2025年の首都圏問題を象徴する都市である。

この急速な人口増加の過程で、多くの地方自治体と同様、松戸市でも大型公共事業が優先され、近年、市の財政は赤字状態が続いている。医療や介護・福祉などの社会資源や担い手は少ない。

松戸市は殆ど都市計画がなされず都市化が進んできた。「村」がその場しのぎで開発され中堅都市になった。道路は狭く曲がりくねったところが多い。戸建てが多いが、消防車が入れない木造密集地域も目立つ。マンション街もあるがUR都市機構（旧公団）も多く築50年以上の建物が目立つ。

松戸市の日常生活圏域（地区社協単位）





50万都市とは？

人口が50万人いる都市とは、いわゆる地域福祉に不利である。日常生活圏域の単位は2～5.4万人であり、何事も地方都市の規模と同じになる。これをさらに区分けする単位がなかなか無い。お互いの顔が見えにくく、「都市化の負の側面」である互助・共助の意識が育ちにくい。首都圏にドーナツ型に存在する都市の多くは、これと同じ事情を抱えている。

逆に言えば、「松戸市が抱える課題とその解決策」は、今後の首都圏問題の解決の先駆け・試金石と言える。医療・介護・福祉担当者にとっては、大変「やりがいがある都市」なのである。



「常盤平地区高齢者支援連絡会専門部会」とは？

千葉県松戸市常盤平地区（背景人口：約5万3千人）では、平成16年4月から平成25年度まで「高齢者支援連絡会（高支連）」を開催してきた。この高支連は平成14年に「地域の課題を専門職と地域住民が集まり討論し協働で解決する」ことを目的に作られた。松戸市の15生活圏域のうち、常盤平地区は2番目に作られ、以後その主旨を文字通り実践してきた。本書はその中の「専門部会」で、検討してきた事例集の記録を元としている。「専門部会」は基本的に毎月1回開催され、平成28年度まで検討事例数は累積117例に及ぶ。

平成26年度からこの専門部会は「地域ケア個別会議」に模様替えした。他の業務が加わったため検討事例数は年4例程度に減少したが今も継続している。



なぜ長期間継続しえたか？

14年間継続してきた要因は、以下の点にあると考えている。

第1は、専門職と地域住民の参加者が、地域を何とか良くしたいという熱意と使命感をもって推進してきたことである。地域住民の中にも、実は「地域包括ケア」の担い手の候補がたくさんいる。この方々との連携の流れが作られてきた。

第2は、この事例検討の会議自体が「参加者の勉強になった」点である。各人が新規の情報を得られ、コミュニケーション能力を培い、問題解決能力を身につけることができた。そのため当初は10人程度の参加だったが、今では常時30人以上の参加になっている。時には事例対象者も参加され、参加1回の方も数えると数百人になる。

第3は、この会議の成果が事例提供者にとって有益であったのみならず、町会長や相談協力員を通じ地域住民に還元される構造を持っていた点である。この構造をさらに発展させるのがこれからの「地域ケア推進会議」の課題である。

第4は、当初から行政＝松戸市が旗振りを行ってきた点である。この種の会議は往々にして先細りになる。しかし、一貫して行政の参加があり「公的な会」となっていたので、ここまで長期間継続できた。途中から、松戸市はわずかながら予算も付けている。

第5は、実務を担当した旧・在宅介護支援センターと現・地域包括支援センターの職員の尽力によるところが大きい。当初から、毎回事前打ち合わせを行い、会議の開催連絡・資料作りやコーディネートをしっかりと行ってくれた。歴代の担当職員には深く感謝申し上げたい。

換言すれば、以上の要因が揃えば全国のどこでも「地域ケア会議」は自動的に発展し継続し得るということである。



なぜ本書を作ろうとしたか？

平成26年度から全国各地で「地域ケア会議」が開催されている。つまり全国各地で多くの方が「殆ど同じような事例や課題」に関して、頭脳や労力・費用・時間を使っていると言える。今回、この小冊子を作るに至った動機は、この「(消耗な) 反復繰り返し作業」を少しでも軽減したいと考えたからである。少なくとも当地での議論や実践活動を「踏み台」にして、より充実した「地域ケア会議」に発展して頂きたいと考えたのである。

この事例集の原本は、①事例提供者からの事例紹介、②参加者での質疑応答と討論、③その結果導かれた結論、という3部構成となっていた。本書は、これらのやや堅苦しい事例集を皆様に親しみやすいように再構成・再編集して作られている。「個人情報保護」の観点から必ずしも事例にこだわらず、事例の解決方法に力点を置いて作るという配慮をした。



日本の超高齢社会は何が問題なのか？

私は実は現在の超高齢社会の日本の根本問題は少子化だと考えている。要するに、高齢者人口が増えても、(アメリカのように移民も含めた)若年層、生産年齢人口が多ければ、今日ほどの問題は生じていない。日本は、若い世代が結婚しない、結婚しづらい社会を作っている。そして子供を生みづらい、育てづらい社会となっている。このことが超高齢社会の根本的な原因であり、今後韓国や中国でも同じ局面を迎える。しかし、今さらこのことをどんなに語っても当面の現状解決にはつながらない。



今後の超高齢社会を乗り切るには？

本書には、随所に具体的な解決策を記載している。総論的な解決策は以下の5点だと考えている。

- ① 地域住民自身の参加がのぞまれる・・・高齢者でも的確な判断力や活発な行動力をお持ちの方も多し。こうした方々が同世代やそれ以上の世代を少しでも支えれば、現場の負担は確実に軽減される。若者の負担も少しは軽減できる。同世代の問題は同世代自身が解決することが望ましい。
- ② 専門職の能力向上と創意工夫が必要・・・介護保険制度が出来て17年。この間、様々な専門職種の人々が生まれ育ち現場で懸命に働いている。しかし、「ただ真面目に繰り返して働く」だけでは枯渇しつづれかねない。「一歩立ち止まり、創意工夫を凝らし要領よく事を進める」ことが大事である。本書がその一助になれば幸いである。
- ③ 持続可能なシステムが必要・・・地域の課題解決は決して一個人で出来るものではない。適当な組織が必要で、かつその持続性・継続性・増殖力が必要である。そうしたシステムを地域社会にどう作り上げるかが問われる。医療や介護の既存のものにとどまらず、他の分野や職種でのノウハウを積極的に導入することも必要だと考える。
- ④ 技術革新も必要・・・現状はやはり手仕事だけでは対応できない。単純労働や事務仕事などの合理化が求められる。現在他分野で進行しているIoTやICT、ロボットなどの技術の活用も必然的に進んで行かろう。
- ⑤ 成長戦略とすべき日本の高齢化対策・・・現在のところ、医療や介護の費用は自然増の範囲内に抑えられている。しかし現場の負担は年々濃密になり過重となっている。特に介護職員の平均月収は全産業平均を10万円近く下回っている。低賃金・重労働のままでは優秀な人材確保が難しい。やはり適切な規模の予算を投入すべきである。

日本は現在、急速な高齢化に世界の最先端で立ち向かっている。「日本の高齢化対応は輸出可能な有力資源である」という、大きな発想転換が必要ではないだろうか。

(堂垂伸治)

こんなときどうする？

■ 現場で生かせるケア事例 **23**

—— 松戸市常盤平の地域ケアの取り組みから、
全国のケア現場に共通する事例を抜粋しました



.....
松戸市内の本土寺の紫陽花です。本土寺は別名「あじさい寺」とも言われ梅雨時になると花菖蒲と紫陽花が咲き誇り、多くの市民に加えバスツアー客もあり大変賑わいます。

事例 1

家族内で孤立し、かつ特にあてもなく日々を過ごす高齢男性への関わり方を検討した事例

平成 17 年 10 月 20 日 事例提供者：医療ソーシャルワーカー

事例概要：60 代男性 **日常生活動作 (ADL) は自立** 肺気腫

■長男夫婦と孫の 4 人暮らし

肺気腫あるが、介護保険未申請。平成 16 年に地方から長男宅に移り、長男夫婦と孫の 4 人暮らしである。しかし、家族に気を使い、育児の妨げになってはいけないからと毎日午前 7 時から午後 5 時頃まで外出している。長男の内縁の妻とはほとんど会話がなく、食事も朝、昼は外食している。長男が休みの日と早く帰ってきた日のみしか準備してもらえず、家族関係が悪い。しかしこの家に住み続けたいと思っている。

T 老人福祉センターへは休日以外毎日行き、それ以外は公園のベンチや線路沿いをひたすら歩いて過ごしている。ADL 自立のため介護保険は該当せず、独居でもないため利用できるサービス、施設が少ない。良好ではない家族関係や本人の強い希望とで、家族との連携が図れず協力が得にくい。

事例検討のまとめと課題

インフォーマルなサービスなどを利用し、過ごしていただいてはどうか？

インフォーマルサービス…法制度によらない各種サービスや支援のこと。地域のボランティアによる見守り活動や居場所の提供、困窮者に食材等を提供するフードバンクなどのサービスがある。

Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 行き場のない男性たちが過ごせる場を

- ① 今後こういった定年退職後や、行き場のない男性が増えてくる。この人たちが地域社会で生き生きとした老後を過ごせる方策を作ってゆくことが必要。
- ② 一事業所ではインフォーマルな情報を得にくいが高齢者支援連絡会で情報収集したらよいのではないか。



✓ 地域との関わりを作る

- ① 本人の同意が得られれば地域で見守りや声かけができるのではないかと。
- ② 障がい者や高齢者が地域に参加できる場所の提供。(サロンやカフェなど)

✓ 公的施設サービスを検討する

- ① 以前、市のサービスで弁当持参のデイサービスがあった。しかし利用者が少ないという理由で廃止になっている。老人福祉センターのような料金がかからず老後を生き生きと過ごせるような公的施設サービスを検討して欲しい。

② インフォーマルな情報を活用した支援体制の充実を。

✓ 常盤平地区に限らない全体的な課題

① 介護保険サービスや福祉サービスなどのカバーできないところの隙間にどう対応していくべきか（心の問題や家族の問題など）……この分野でのNPOの役割は大きい。

② 介護保険や福祉サービスの隙間の問題を埋める地域の横断的ネットワーク作り。
③ 福祉従事者の機械的でない手作業的な高齢者に対する対応が必要。

（森下裕子、豊崎政志）

Point



高齢者を地方から「呼び寄せる」ことについて

現在、首都圏に住んでいる子供がその高齢の親を田舎（地方）から呼び寄せる場合も多くなっている。この場合、その親は「田舎での人間関係」を断って見知らぬ都市で生活することになる。したがって新天地で同世代での新たな交流が生まれないと孤立感に陥り、中には自殺する人も出かねない。もちろん、呼び寄せた家庭での、いわゆる嫁・夫、しゅうと・しゅうとめ問題などの人間関係もスムーズに行かないと互いに大きなストレスとなり、破綻することもある。



常盤平地区インフォーマルサービスについて

① 老人クラブ、敬老会

② ふれあい会食会・地区社会福祉協議会（社協）が主催している会食会。民生委員、社協、ボランティアが協力体制で運営している。参加対象は70歳以上の独居高齢者。独居の高齢者の健康チェック、地域とのつながり等を副次的目的としながら開催している。開催する会場は、近隣の小学校と市民センターを利用することで、歩行が大変な高齢者への配慮をしている。また、独居の高齢者への参加の促しは、主に民生委員が行っている。

③ いきいきサロン：常盤平団地中央商店街に設置されているサロン。有償ボランティアである世話人が運営しており、企画等については団地地区社協が行っている。利用料は入室料として100円をもらい、来訪者に対

して、コーヒー、お茶などを提供する。また、音楽の演奏などの催しなども開催している。主な対象者は団地地区の高齢者であるが、団地外に住んでいる方でも利用している。運営に課題等が発生した時には世話人会議で話し合い、団地地区社協の理事会で解決をめざすことになっている。団地自治会、団地地区社協、団地地区民生委員児童委員協議会が協力体制で運営している所に特徴があり、福祉関係者や学生等が多く見学にいられている状況である。

④ その他

- ・ ゲートボール
- ・ グラウンドゴルフ
- ・ シルバー人材センターの登録
- ・ 特別養護老人ホームの話し相手
- ・ 配食弁当事業者の会食会、クリスマス会、配達ボランティア



高齢者くらしマップ

「高齢者くらしマップ」は、常盤平地区高齢者支援連絡会で町会長・民生委員・相談協力員の協力を得て、老人クラブやサークル、バリアフリーのお店の情報など「地域独自の情報」を地域の方が足を運んで作った情報誌（小冊子）。地域でお困りの高齢者や障害をお持ちの方へ少しでもお役に立てられるよう、相談協力員等が地域の「インフォーマルなサービスの情報」をお伝えする手段として、当時の常盤平地区在宅介護支援センターが独自に作り上げた。

年金担保をし、金銭難・生活困難がある一人暮らし高齢者の生活と就労について検討した事例

平成 22 年 11 月 18 日 事例提供者：在宅介護支援センター

事例概要：60 代男性 **介護保険未申請** 腰痛

■独居

警備の仕事をしていましたが、腰痛のためやむをえず退職。本人としては働く意欲があり、ハローワークにも顔を出すが職はない。本人は生活保護を受けることに抵抗があり、「生活保護を受けるくらいなら実家に帰る！」とはいうものの状況は変わらず。担当が関わり始めて 4 ヶ月。家賃滞納 6 ヶ月（裁判所から立ち退きの執行かかる）。家があるうちでないと生活保護が受けられなくなることを説明し、本人としてもやむを得ず生活保護申請する覚悟ができた。

事例検討のまとめと課題

本人は行政や他人の世話になりたくない一心で借金を作ってしまった。
今でも経済的自立を望んでいる

- ① 生活保護や行政の制度にも問題があるのでは？ 元気で働く意欲もあるのに公的窓口にも相談しても受け皿がなく突き放されている状況。
- ② 本人は労働意欲がある。このように元気な高齢者が増加する一方で、高齢者の働く場と現状は厳しい。



各参加者からの意見

ア. シルバー人材センター

・年会費 2400 円。健康で働く意欲がある 60 歳以上の方であれば登録できる。またハローワークからはシルバー人材センターへ行くように言われるが、一人当たりの平均収入は 52000 円/月であり、生活費の足しにならないということで辞めていく人もいます。

イ. 某警備会社より

・就職難の昨今、60 歳以上の就職は難しい。また工事自体受注が減っている。
・長く続けられれば 78 歳で仕事をしている人もいますが、資格があっても長く続かない人が多い。
・身寄りがなく高齢や病気で働けなくなったりした場合は、生活保護申請をしたり、宿が無い人に部屋を探したり、お金を貸したりすることもあるが、そうすると蟻地獄状態。結局は本人がふんばって立ち上がらないとだめ。
→このケースについても、腰痛が良くなっても立ち仕事は厳しいと思われるし、再就職は難しい。

ウ. ハローワークの現状（年齢制限なし）

・シルバー人材センターでは「しっかりした収入がほしい人」へはハローワーク等を紹介しているが、逆にハローワークではシルバー人材センターを紹介しており、相談窓口がたらいまわしになっている。

エ. 生活保護状況

・生活保護受給者の低年齢化
・ワースト順だと千葉県は全国で中間より少し下位のランキング。
・千葉県内で自治体別受給者数、保護率（人口比）ともに、松戸市は千葉市に次いで県内 2 番目の高さとなっている。



オ. 年金担保について

・年金を担保に銀行などが窓口になり融資。融資条件はあるが、気軽に借りられる。生活を崩す結果になるのであれば、この制度を見直すべきではないか。貯蓄が乏しく、年金を前倒したため生活が成り立たない高齢者の利用が続出している。

カ. アルコール依存症や精神疾患の方の相談

・ほっとねっと（中核地域生活支援センター）の方がより良い相談対応ができるのでは？ ただし連携をすることも大切だが、ほっとねっとは市内1カ所で、子供、障がい者、高齢者とあらゆることに対応しており大変忙しい相談機関である。

キ. 就労だけを目的に考えない

・社会との接点の場があることも大切。

年金担保…年金担保融資は平成26年12月から取扱が変更となっており、融資額の上限が引き下げられ、また審査が厳しくなるなどしている。また年金を担保に融資ができるのは「独立行政法人 福祉医療機構」「日本政策金融公庫」の2つだけであり、これ以外の組織・団体・企業で年金を担保に融資しているところは、違法業者の可能性がある。

Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 社会とつながりを持つこと

- ① 首が回らなくなって慌てるのではなく、もう少し前に収支を計算するなど、先を見越した生活設計が必要。
- ② 社会とつながれる地域内の茶飲み場やサロンや健康管理の集いができたらよい。1人

住まいのお年寄り話し相手を欲している。

- ③ 地域の通所施設等の介護保健施設が一般開放して、ボランティアと高齢者を結びつける場＝たまり場ができると良い。
- ④ 軽作業でできるみんなの市民農園等の検討。

✓ 常盤平地区に限らない全体的な課題

- ① 本人・身内がなくていきなり公的機関へ助けを求めるケースが多くなってきている。どう対処していくか。
- ② 働く意欲のある本人と生活保護、介護保険制度等のずれをどうするべきか。

- ③ 年金担保の制度内容の見直し。
- ④ 高齢者の働く場と集える場の創出と充実。



視点

労働意欲を生かせる場が必要

60代後半という年齢であり、本人に労働意欲があっても健康でも、年齢的にはなかなか働く場所を見つけるのは困難な状況にある。このケースの場合は生活保護を受給しながらでも、何か社会参加できる場所（そこに少しでも労働とその対価が発生すればより良いとは思われるが）が提供できることが望ましいのではないかと。このような高齢者の孤独を解消し、本人が少しでも社会貢献した

という意欲を満たす場を地域で作っていくことが期待される。

一方では生活保護を受給している高齢者と同居する家族（息子等）が、働く能力があるにも関わらず、親の生活保護に依存して働こうとしないケースも見られている。そのようなケースに対して国民の税金が散財されないよう、行政の監視や指導が必要である。

（上田直生）



「努力しない人打ち切りも」 (当時の大阪市長・平松邦夫さん)

大阪市の場合、単身者には生活費と住居費で月額約 12 万円が支給されます。市の一般会計に占める生活保護費の割合は 1997 年度の 7 % から、今年度は 17 % に増えました。(中略) 3～5 年たって、就労に真剣に取り組んだが社会に適應できず、職を得るのが難しいと判断された人には保護を続けます。だが、働けるのに努力しない、怠けただけ、という人は保護の打ち切りもありえます。生活費についても、可能なものは現金給付から現物給付に切り替えるべきです。

「『半就労』を認めてほしい」 (生活困窮者支援団体 NPO ほっとプラス代表理事・藤田孝典さん)

雇用破壊がこれだけ進むと、ハローワークに通っても、職業訓練を受けても仕事が決まらない人がどうしても残ります。生活保護の外に追い出せば、ホームレス、自殺、犯罪といった別の悲劇を増やすだけです。私が訴えたいのは、生活保護制度を活用した、多様な「自立」を認めて欲しい、ということです。(中略) 働きつつ収入の不足分だけを生活保護で補う「半福祉半就労」の自立を、もっと社会的に認めるべきだと思います。⁽¹⁾ 利用者は 200 万人を超え、もはやマイノリティーの制度とは言えません。なのに国と地方の改革協議は非公開。介護保険も障がい者福祉も、当事者や支援者の声を聞いて改革案をまとめています。東日本大震災の被災者で生活保護を受ける人も増えており、制度の行く末は被災者の未来も左右する。そういう人々の声も聞かず、改革の方向を決めていいのでしょうか。今のような密室協議は許されないし、生活保護利用者への差別とすら感じます。



【参照】 (1) 平成 26 年 7 月 1 日の生活保護法改正により、「就労自立給付金」が創設

・支給要件 次の①、②のいずれかに該当する人

①被保護世帯の世帯員が安定した職業に就く、または事業を開始することにより、概ね 6 ヶ月を超えて当該世帯が最低限度の生活を維持できると認められること。

②既に就労収入を得ている被保護世帯において、就労収入が増加した場合若しくは就労収入以外の収入を得ている被保護世帯において、新規に就労収入を得たことにより、概ね 6 ヶ月を超えて当該世帯が最低限度の生活を維持できると認められること。

・支給額の上限……単身世帯 ⇒ 10 万円 単身以外 ⇒ 15 万円

(出典：松戸市ホームページ 福祉・健康>生活支援>生活保護 より)

視 点

生活保護を受けている人では医療費などの各種扶助を含めると、月々の収入では現在の国民年金生活者より明らかに優遇されている現実にはしばしば遭遇する。「立派に自活している子供」が親の扶助を行わず生活を切り離して(自助の放棄)、

生活保護という公助にいきなり任せている例も目立つ。これでは国民にモラルハザードが進み、自治体の財政も圧迫する。セーフティネットは確かに必要だが、最早きれいな事だけでは済まないのではないかと感じる。

(上田直生)



高齢者の生活の基盤である年金のみで足りるのでしょうか？

高齢者の支援をしていると、年金収入額について多く耳にする。年金収入は多少あるものの、その金額や条件が生活保護の基準に該当しない高齢者はいったいどのようにして生活していかなければならないのか。この制度の網の目からこぼれ落ちてしまう人をどのように支援しなければならないのか。

例えば、認知症状が顕著になった独居の高齢者の日常生活が困難になった場合は、選択肢の一つとして施設入居が考えられよう。しかし、年金収入等が生活保護基準に満たない高齢者はスムーズに施設に入居できるのだろうか。答えはNOである。特別養護老人ホームへの入居も早く入居できるわけではない。そのため、支援者である私たちは、高齢者の方が介護サービスを利用しながら自宅で住みつけられるのかをアセスメントした後に自宅生活が不可能と判断した場合には、施設入居へと進めていく。

だが、知ってのとおり施設入居には最低でも15万/月は必要、といったところであるのが現実である。そのため、施設入居費が10万円/月を切る高齢者住宅などを紹介することが増えつつあるのが現状である。しかし、安価な高

齢者施設についても課題がないわけではない。本人の生活自立度が低い場合には入居を断られるケースがある。また、このような施設の絶対数が少ないことも課題であろう。

法の網の目からこぼれ落ちる人たちの支援をしていくことは、地域包括支援センターの職員としての大切な職責であり、一つでも多くの支援の引き出しをもっておくことが必要であることを日々痛感する毎日である。 (豊崎政志)



家族の管理が皆無で、消費者被害に遭い散財した 80代男性の保護策を検討した事例

平成 23 年 11 月 17 日 地域包括支援センター

事例概要：80代男性 **要支援 1** 高血圧等

■妻（認知症、要介護 3）と 50 代息子と 3 人暮らし

妻の認知症について相談対応する中で、妻から本人（80歳男性）について「電話等で社債や未公開株の購入を勧誘され、自らの意思で複数の投資会社から社債を購入している。しかし相手側と連絡が食い違い、消費生活センターに相談に行っていた…」等の話を聞いた。本人は、消費生活センターからクーリングオフの手続き等の支援やアドバイスを受けるもののそれを受け入れないことが続いた。そのため消費生活支援センターとしても支援は困難と判断している。

成年後見の利用について本人に説明し、利用の方向で了承を得た。しかし、その後で、本人から“死ぬまで”後見を利用しなければならないことは受け入れられない、人権侵害だ、と言われ白紙となった。見守りを続けながら、時期を見極め再度利用勧奨することとし、定期的にモニタリング訪問を継続している。（月 1～2回）

その後も「お金がない」と言いながら、利用頻度の低い電気機器等の購入を続けている。本人は「電話に出ないようにして、引っかからないようにしている」、「お金を貯めなければ」と話す。妻の要介護度が進み、現在、お泊りデイを活用しながら施設入所を待っており、時折「お金がないので施設の利用料を支払うのは厳しい」と言う。

●●● 事例検討のまとめと課題 ●●●

本人は自分で金銭管理をしたい。成年後見制度を利用すると“権利が奪われる”と思っている

- ① しかし実際には消費者被害に遭い、数百万円規模を騙し取られ預金はゼロに近い。現在、投資や社債購入は控えているが、時折不要な物品の購入を続けている。また頼れる家族はいない。
- ② 消費生活センターへ相談するも途中でアドバイスを無視する等、これは認知症等の影響によるものか不明。
- ③ “死ぬまで”後見人を利用することに関して
民法 10 条等により、「障害が改善された場合には親族等の請求により、取り消し、軽度ランクへの変更すべきこと」となっている。このケースはある程度権威がある人（医師、弁護士等）から成年後見制度利用について話してもらうのが良いのではないか。
- ④ 社会福祉協議会が行っている日常生活自立支援事業の対象になるのではないか。ただし、当制度には取消権がない。
- ⑤ 現制度でこういった人を救う方法があるとするれば、ヘルパーの導入により早期に防止することではないか。他のケースではヘルパーを入れて定期的に悪徳商法にだまされていないか確認し、発見した段階でケアマネジャー（ケアマネ）がクーリングオフを行ったことがある。この人の場合も、身近なヘルパーの導入による早期発見がベストでは？

クーリングオフのできる有効期間…マルチ商法など一部を除くと、ほとんどの場合、契約から 8 日以内となっている。そのため早期発見と対応が必要となる。

Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 高齢者支援連絡会で取り組めること、検討してほしいこと

- ① 専門部会へ日常生活自立支援事業の担当者に来てもらい、一緒に話し合いに参加してもらう。
- ② サービス担当者会議を拡大し、弁護士・司法書士・社会福祉士等の専門職に関わってもらう「拡大サービス担当者会議」の実施をモデル事業として行う。
- ③ 一般市民への成年後見制度の周知。(公開講座等を通し啓発)
- ④ 市内NPOでは「司法と福祉の相談窓口」を月に1回行っている。その活用も考えたほうが良い。

- ・滋賀県では社会福祉協議会が行っている日常生活自立支援事業の利用者が多い。
- ・ドイツでは日本に比べ、成年後見事業に対し、国から莫大な予算が組まれている。そのため、市民後見人が活発化している。また、福祉行政や裁判所、世話人協会(NPOや協会が中心となって後見人の養成や研修を行っている)が三位一体となって制度を支えている。



✓ 成年後見制度における、後見人と本人それぞれの権利を理解する

- ① 市民後見制度の研修会に参加したが、実際に行動するとなると、しりごみしたくなる。
- ② 以前の禁治産、準禁治産制度では代理権がなかったため、本人援助のための必要な契約ができなかったが、現行の成年後見制度に移行し、契約等を本人に代わってできる

ようになった。(本人の意志を尊重するとともに、心身の状態及び生活の状況に配慮すべき身上監護配慮義務が加わった)

- ③ 補助・補佐・後見のうち、後見の審判がおけると、選挙権が失われる。後見の審判がおいても選挙には行きたいという方もいる。

身上監護…生活・療養看護に関する事務で、介護のような事実行為ではなく、介護契約や介護施設への入所契約などを行うこと。

視点

成年後見制度は使いやすい仕組みに

自身で金銭管理することが難しくなってきた場合、本人の認知機能の状況により社会福祉協議会の「自立支援事業」、あるいは「成年後見制度」等利用できる制度はあるが、この事例のように、自ら進んでこのような制度を利用する高齢者は少ない。

やはり自身の年金や通帳等を他人の手に委ねることに対して抵抗感は相当強いと思われ、その判断能力さえない場合も少なくない。その制度を利用するための費用負担も年金生活者には負担である。さらに、これらの制度を利用しようと思っ

ても、手続きを開始して実際に制度を利用するまで少なくとも3ヶ月以上かかってしまうのが現実である。

そのため実際には担当しているケアマネが、地域包括支援センター職員やヘルパー等と協力して金銭管理を行ったり、消費者被害に遭わないように目を光らせるなどして高齢者を守っており、現場の負担は大きなものとなっている。

「自立支援事業」や「成年後見制度」が、もう少し使いやすい仕組みになることが、大切なのではないかと思われる。

(上田直生)

日常的な金銭管理が全く出来ず悪徳商法にもだまされやすい一人暮らし高齢者への対応を検討した事例

平成 22 年 1 月 21 日 ケアマネジャー

事例概要：80 代女性

要介護 2

■独居

夫の死後、一人息子といさかいとなりそれ以後会っていない。また他県にいる実弟も「本人は特殊な性格だから関わりたくない」とケアマネジャー（ケアマネ）に伝えている。現在週 2 回デイサービス、週 2 回訪問介護、外来受診や本人によるお金の引き出し時には有償のボランティアサービスを利用している。民生委員が 2～3 ヶ月に 1 回の訪問をしている。

その間ケアマネが交代し、現担当になってから、見積書に不備がある住居工事を 2 回、出資したかわからないハクビシン捕獲費用を言われるままに支払っている。物忘れが進行し薬の管理も出来ないため、訪問看護を導入したものの「働きの割に料金が安い」といって勝手に断ってしまう。数百円のお金を惜しむ反面、何十万というお金には糸目をつけず支払ってしまう。

成年後見の話をするが、本人は理解出来ず話をすぐそらしてしまう。本人としては長男と連絡をとりたいと思う一面もあり、電話をしたり手紙を出したりするがとりあってくれない。こだわりが強く、以前からの株取引に加え、様々な機械を買い求め、居室は物で溢れ衛生状態も悪く、ケアマネは心配している。有料老人ホームを見学するが、本人だけでは決める判断能力はない。

今後どう関わればよいか。今春にも大規模な外壁塗装工事を予定している。

●●● 事例検討のまとめと課題 ●●●

介護保険では対応できない事例が多発している

- ① 金銭管理ができない、公共料金滞納、借金等。介護保険は契約の仕組みだが、それさえ出来ない人が増えている。以前は公的措置で対処されていたことが、地域の介護・福祉・医療に押し付けられている。
- ② 本来なら、日常生活自立支援事業で対応したい事例。しかし活用しづらい現状がある。また成年後見制度と社会福祉協議会（社協）の日常生活自立支援事業の制度間の隙間が大きい。
- ③ 家の住宅改修の是非と適正な工事費について。後々、本人が現住宅に住む意思がなければ改築の必要はないのでは？ 複数の業者から相見積もりしてみるのはいかがでしょうか。
- ④ 本人は困っていないが、足の踏み場もなく、小バエだらけの室内環境。本人が困っていない気持ちと援助する側の片付けたい気持ちの差を理解する必要がある。

本人は関わる人を役職や資格で差別して、接する態度が変わる

ヘルパーが入りやすいような環境作りをしていく。互いの信頼関係を構築した上で、対等であることを本人へきちんと伝えないといけない。

危惧しているケアマネの気持ちをどう長男に伝えるのか

- ① 本人が長男に連絡をとって相談したいと思っていることや、だまされたら長男にとっても不利になることを長男の身になって伝えていく必要がある。
- ② 大事にならないと介入が難しいのではないかと。まずケアマネが本人と信頼関係を構築する（地域包括支援センター・地区在宅介護支援センターも、金銭管理問題を含めケアマネをサポートできる）
⇒本人が有料老人ホームに入る際には契約者が必要となる。その際後見人は必要となることを再度説明してみてもどうか？
⇒介護保険導入時が大切。大事が起きてから問題処理を振られても介護保険事業者としては困る。（訪問介護）



Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 成年後見制度の周知から

- ① 大事に至る前に自分の身の振り方を勉強する老い仕度勉強会の開催。（相談協力員公開講座などで終活なども含める）
- ② 成年後見制度と自立支援事業の問題点の把握と改善点について。専門部会に社協の担当の人を呼び、権利擁護事業の実際を話してもらおう場を設けてはどうか。
- ③ 施設紹介を行っている人に専門部会に来てもらい、現状の説明と意見交換を交わす。

✓ 金銭管理の方法を整備する

- ① 医療・福祉・介護の連携を含めた認知症サポーターとの連携をどう作っていくのか。
- ② 成年後見制度にも自立支援事業等の制度にもつながらない人の金銭管理や見守り活動が必要。その隙間を埋める新たな組織が必要なのでは？
⇒地域住民の信頼を得た上で、金銭管理を責任持ち行う組織（介護事業者の他に銀行や警察等も加わるような組織）が必要。

視点

現場任せの金銭管理には限界がある

高齢者では、認知機能は比較的維持されており自立レベルに近い人が多い。しかし、判断力等が低下しているにも関わらず自尊心が高く、また頑固な性格等から相談すべき人物に相談することができない人がいる。したがって、悪徳商法や振り込め詐欺の被害に遭い、高額を支払いをしてしまう高齢者が少なくない。

このケースの場合、身内に長男がいるにも関わらず、関係が悪く相談することもできない。その内に本人の認知機能面、判断力等の低下は徐々に進行し、独居での生活が困難になった。キーパーソンとなる人物が不在なため、施設入所を検討しても前に進めていくことができない。

実際の多くの場面ではケアマネやヘルパー等が親身になって対応し関わる中で、大きなトラブルにならないように懸命に尽力している。それにも限界があり、現場任せではケアマネもヘルパーも疲弊しきってしまう。

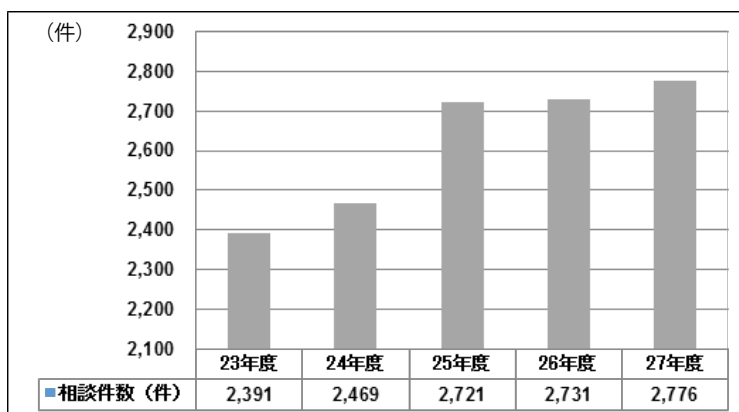
現在、成年後見制度や自立支援事業等の制度はあってもその制度にうまくつながらず、高齢者の金銭管理をケアマネがやむなく行っているケースも少なくない。このようなケースの金銭管理や、見守り活動をどうやって行っていくのか、行政や介護事業者、銀行や警察等も含め、協力して対応できる仕組みを構築していく必要がある。

悪徳商法…消費者被害の中でも特に悪質なものをさす。悪質商法ともいう。

（上田直生）



松戸市の消費生活相談件数（平成 23 年度～平成 27 年度）



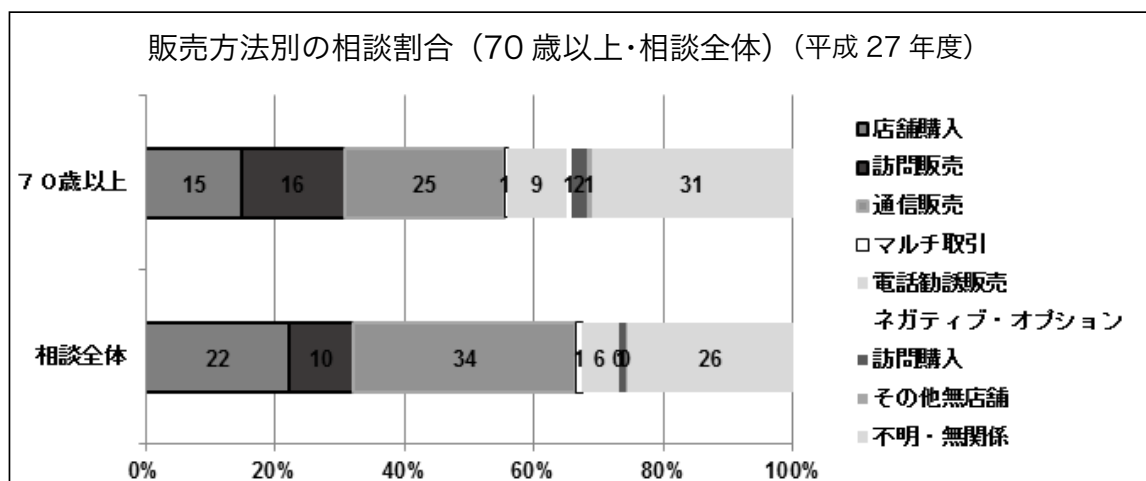
消費生活相談全体に占める高齢者相談の割合（平成 22 年度～平成 27 年度）

(単位：%)

年度 (平成)	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度
20 歳未満	3.0	2.8	2.3	3.0	2.6	2.7
20 歳代	9.4	9.9	9.9	8.2	8.7	8.9
30 歳代	14.9	14.2	14.5	13.1	11.8	11.2
40 歳代	14.0	14.4	16.5	13.5	17.3	15.5
50 歳代	10.9	10.7	10.1	9.8	11.1	10.7
60 歳代	12.8	12.7	12.7	12.4	13.8	12.4
70 歳以上	15.6	18.4	18.3	21.9	18.7	19.0
不明	19.3	16.9	15.6	18.0	16.1	19.7
割合	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
相談件数 (件)	2,405	2,391	2,469	2,721	2,731	2,776

高齢者の相談割合は依然として高水準である。

販売方法別の相談割合と件数（平成 27 年度）



70 歳以上の高齢者では訪問販売や電話勧誘販売の割合が多い。

(出典：松戸市)

■ 日常生活自立支援事業とは？

社会福祉協議会が実施主体。判断能力が不十分な方で、本契約の内容を判断できる程度の方に対して、福祉サービスの利用や日常生活の契約などを援助する制度。費用は低額で利用者が負担する。一般的には、成年後見制度まで至らない方を対象としている。ただし、判断能力がさらに衰えた場合には成年後見制度に移行せざるを得ないので、認知症の人では2段階の手続きが必要になることが多い。また、実際の契約件数も、極めて少ない。

【参考】松戸市の日常生活自立支援事業 契約者状況

	年度当初 契約件数 () 内は被保護者	高齢者		知的障がい者 精神障がい者		その他		計	
		新規相談 件数	契約締結 件数	新規相談 件数	契約締結 件数	新規相談 件数	契約締結 件数	新規相談 件数	契約締結 件数
平成 26 年度	67 件 (36 件)	108 件	17 件	22 件	3 件	18 件	2 件	148 件	22 件
平成 27 年度	79 件 (47 件)	85 件	5 件	32 件	5 件	15 件	0 件	132 件	10 件

(出典：松戸市役所高齢者支援課データ)



■ 成年後見制度の後見・保佐・補助の違いについて

類 型	概 要
後 見	ほとんど判断出来ない人を対象。自分の財産を管理・処分できないほどに判断能力を欠く常況にある。 (例えば、日常的に必要な買い物もできず、誰かに代わってしてもらう必要がある人)
保 佐	判断能力が著しく不十分な人を対象。 財産の管理・処分に当たって常に援助が必要なほどに判断能力が不十分。 (例えば、日常的な買い物程度はできるけれど、不動産・自動車の売買、自宅の増築・改築、金銭の貸し借りなど重要な財産行為はどれも自分ではできない人)
補 助	判断能力が不十分な人を対象。財産の管理・処分に当たって援助が必要である。 (例えば、重要な財産行為は自力でできるかもしれないけれど、できるかどうか微妙なところなので誰かに代わってしてもらった方がよい人)



生活保護を受けていながら高齡の母親の金銭をあてにし、介護関係者に脅迫行為を続ける息子を検討した事例

平成 27 年 7 月 16 日 事例提供者:ケアマネジャー

事例概要：80 代女性 **要介護 2** 認知症

■息子（40 代後半）と 2 人暮らし

認知症の診断はあるが年相応。2 年程前、同居している息子が足を怪我したとのことで仕事を休職し、その後うつ病の診断を受け無職となり現在は生活保護を受けている。1 年程前までは母親（当事例の本人）の妹から金銭的援助を期限付きで受けていた。その経済的援助が受けられなくなった頃から、「母親は自分（息子）が困っているのに何もしてくれない、このままだと母を殺しかねない」との発言があったため、お泊りデイサービスやショートステイを長期利用することで本人を息子から分離させることにした。この頃よりケアマネジャー（ケアマネ）や地域包括支援センター（地域包括）に対し、「話を聞いてくれない」「母のことを真剣に考えていない」等興奮気味に何度もクレームが来るようになった。

息子には外国に妻子がおり、本人の年金はその妻子への送金にあて、本人のためには使っていない。そのため本人の年金がなくなり、家賃や介護費用の支払いが滞り経済的虐待としての対応となった。本人は息子を溺愛し、息子から受けた暴力や暴言は時間がたつと忘れ、「自分の年金は息子に使わせたい、あの子はいい子、一緒に住みたい」とも発言していた。息子は本人の介護や受診の付き添いも行っていたが、生活保護を受ける際の質問から「虐待していると言われた」と思い込み激怒、その後ケアマネや地域包括職員に対し、警察を呼んだらケアマネを殺すなど恫喝を繰り返した。

事例検討のまとめと課題

経済的虐待があるにも関わらず、法的権限が無く財産保全困難

友人や家族の拒否があった場合、後見人制度に結びつきづらく、また制度につなぐまでの間に財産が使われてしまう。今後こういったケースが増えると考えられるため対処方法の検討が必要。

擁護者支援とは何か再検討が必要

- ① 就労は可能と思われる息子に寄り添い過ぎて、制度の悪用に繋がっていないか。
- ② 本人も息子も近所付き合いはなく孤立していた。孤立させない手立てが何かなかったのか。

事業所で行っている緊急体制について

福祉関係者は自己及び事業者として安全対策を行い、かつ警察や行政の保護が必要である。



Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 高齢者支援連絡会で取り組めることや具体策

- ① 息子の居場所や社会的な人間関係があれば
落ち着くのではないか。
- ② 過去の会社や人間関係を探ることなどから、息子の心をときほぐしていくことを目指していくべきではないか。
- ③ ケアマネ、地域包括の業務範囲を超えており、行政の指導が必要である。



✓ 常盤平地区に限らない全体的な課題

- ① 福祉関係者が暴力におびえている状況は異常である。事件になる前に行政のバックアップが必要である。具体的対策を市に提案。この事例検討後、市内各地域包括に監視カメラ設置の予算がついた。
- ② 虐待事例においては、虐待ばかりに目が向けられがちだが、本人や擁護者支援は常に中心になるべき課題である。



その後の経過

本人には成年後見人がつき、有料老人ホームに入居した。息子からの脅迫に関しては今現在なくなっているが、今後もないとは言い切れない。経済的虐待防止のため、成年後見制度の活用を進めていたところ、地域包括へ脅迫電話が頻回となり、その後相談窓口での恫喝行為に発展し、警察介入の事態となった。（警察相談3回）これを受け松戸市高齢者虐待ネットワーク会議において、地域包括職員の保護のための施策が話し合われ、監視カメラの設置が平成28年度に予算化され、各地域包括へ順次設置された。

視点

家族トラブルがからむ複雑なケースへの対応

ケアされるべき高齢者に対しての問題だけではなく、息子が母親（高齢者）の年金や叔母の金銭をあてにし続けたという経済的虐待の側面がある事例である。加えて、経済的虐待から当事者を守ろうとしたケアマネや地域包括職員が、その息子から脅迫行為を受けていたことに対して、どう対処していくべきか等が検討されていた。

金銭問題や家族関係の問題、息子の精神面での問題が複雑に含まれており、現在の介護保険制度や生活保護の制度、成年後見制度等、縦割りの制度での対応が困難であり、ケアマネや地域包括等

がその領域を超えて業務を行わざるを得ない状況になっている。結果的に監視カメラの設置に繋がってはいるが、より早い行政の対応が必要と思われる。

またこのような問題に対して、総合的に担うべき機関や組織が存在しておらず、結局直接関わっている現場のケアマネや地域包括がなんとかするしかないというのが現状である。今後は地域包括ケアシステムの中でこのような事例にどのようにして対応していくかが課題である。

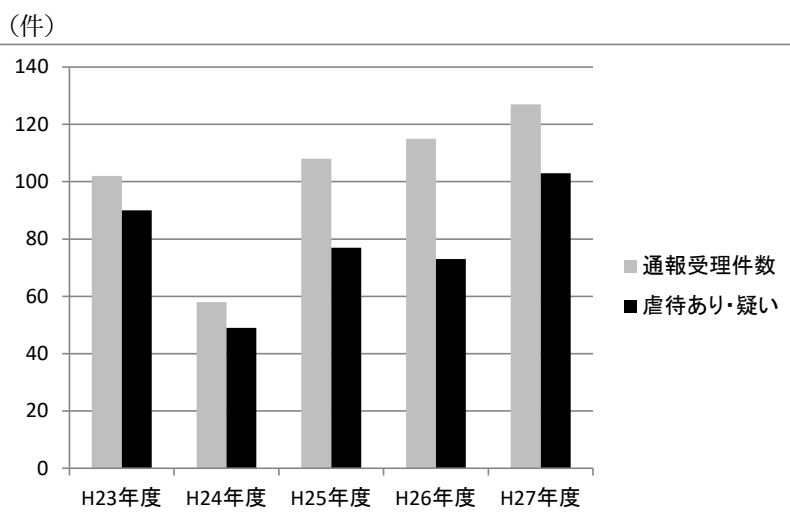
（上田直生）



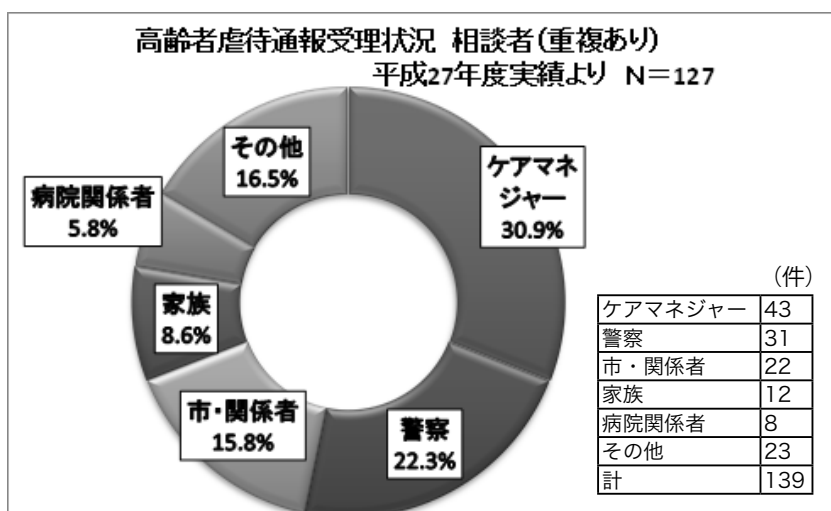
松戸市の高齢者虐待 受理件数と虐待あり・疑いの年次推移

(件)

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
通報受理件数	102	58	108	115	127
虐待あり・疑い	90	49	77	73	103
虐待あり・疑いと判断した割合	88.2%	84.5%	71.3%	63.5%	81.1%



高齢者虐待通報受理状況



◆通報～事実確認までの期間

24時間以内 37件 (29.1%)

1週間以内 53件 (41.7%)

その他* 37件 (29.1%)

*…高齢者本人・虐待者、内縁、知人、孫・兄弟等

(出典：松戸市役所高齢者支援課データ 平成28年11月現在)



介護申請のタイミングと区分変更申請の重要性

転倒して大腿骨を骨折し入院となり、手術、リハビリを経て在宅復帰する事例はとて多く見られている。このような事例でよくあることが、入院当初に介護申請をし、その時は寝たきり状態であることから、認定審査の結果要介護5の認定が降り、手術後リハビリを行い、歩行ができる状態となって退院となる。すると「歩行が可能で自立度が高い要介護5」の利用者が誕生する。

正直、利用者の状態像よりも介護度が高い分には利用者もケアマネジャー（ケアマネ）も困

ることがないため、認定更新までこの状態で進み、更新の結果要介護1や要支援相当まで介護度が下がる利用者もいる。あらかじめ認定更新で下がることを見込んでサービス導入していることもあり、いわゆる「大は小を兼ねる」という状況になっている。一見すると大きな問題はないように感じるが、介護保険の財源という視点では大問題である。

下の図は要介護1と要介護5のデイサービスの単価を比較したものである。

通所介護（通常規模 7 時間以上～9 時間未満、地域区分 6 級地、負担割合 1 割の場合）

	単位	単価（10 割分）	保険給付額（9 割分）
要介護 1	656	6,737 円	6,063 円
要介護 5	1,144	11,748 円	10,573 円
		差額	4,510 円

（平成 28 年現在）

表の通り、要介護1と要介護5ではデイサービス1回の利用につき4,510円もの差額が発生する。仮にこの利用者が週2回（月9回）、認定更新まで6ヶ月間デイサービスを利用し続けた場合、差額だけで243,540円となる。

【（4,510円×9回）×6ヶ月】

同じような利用者が100人、1,000人と存在すると考えると恐ろしい状態だ。

介護保険財政が厳しいと言われている中、現場で働く専門職がこのような無駄を是正しなければ、結局自分たちの処遇にも跳ね返ってきてしまう。

入院時の例を見た場合、介護申請をするタイミングとしては手術、リハビリの経過を見て、ある程度退院に向け方向性が見えてきた段階が良いと考える。介護申請が遅くなったことで退院に認定が間に合わなかった場合は、暫定利用をすれば良い。介護者が常時いる環境であれば、介護保険サービスを利用しなくても生活できる人もいる。その場合、介護申請自体が必要ない

かもしれない。

区分変更申請についても、介護度を高くするための申請は行われているが、介護度を下げたための申請はほとんど行われていない。ケアマネの見極めにより、状態像に見合った要介護認定がなされていなければ、こういった側面でもケアマネの質を問われてしまう。

ケアマネに託された介護認定の支援や給付管理業務は、介護保険財政を左右する重要な役割であることを自覚していきたい。（藤井智信）



強い自立心・被害妄想・認知症のある身寄りのない女性で、ケアマネジャーの負担や責任が大きく医療と介護の連携を検討した事例

平成 28 年 3 月 17 日 事例提供者：ケアマネジャー

事例概要：90 代女性

要介護2 認知症

■独居

アルツハイマー型認知症と老年期精神障害がある。生活保護を受給、URに住んでいる。被害妄想や介護拒否があり自立心の強さがかえって障害となっている。平成 19 年、夜間の物音など近隣トラブルがもとで、当時の在宅介護支援センターが関わり、時間をかけ介護保険を申請、訪問介護を開始したが、被害妄想などがあり事業所の変更を繰り返す。

平成 25 年、介護サービスや受診を拒否し一旦中止。2 年以上地域包括支援センター（地域包括）の見守りで過ごす。平成 27 年、外出先で転倒し下肢を打撲、思うように動けなくなり再度、介護保険の申請を行い、受診へとつなぐ。

その後も体力の回復と共に支援や受診、服薬の拒否があった。しかし転倒して右手首を骨折し、本人なりに支援の必要性を感じて主治医と相談、訪問診療と訪問看護を導入した。もともと血圧が高く不安定な状態が続いたが、医師と連携した粘り強い説明を受け、服薬を受け入れ改善。近隣の住民からは、夜間の物音が続けていると苦情はあるが、介護保険申請や医療の関わりを再開させていることを説明し、一定の理解を得ている。主治医を中心に定期的な担当者会議を開催しており、連携の取れる環境は整っていた。

認知症により判断力が低下しているが、希望や意思がはっきりしている。様々な行動を起こすが全てが中途半端となり、結果的に周囲を振り回し、ケアマネジャー（ケアマネ）の負担が大きくなっている。

事例検討のまとめと課題

身寄りもなく何かとケアマネジャーが中心となって動かざるを得ない。関係者間で負担が偏らず、役割分担や生活支援を行うにはどうしたらよいか

- ① 本人は強い意志があり誰にも迷惑をかけることなくここで暮らしたいと希望している。サービスを利用することが本当に本人にとって必要であるのか、おしきせになっていないか。
- ② ケアマネの範囲でないのに関わっているように思われる。生活保護受給者であり生活支援課にも関わってもらえばよいが、ケアマネの大切な時間をこの方一人に時間をとられてしまうのはどうかと思う。事業所としての費用対効果も考慮しなければならない。
- ③ 医療職は確実な服薬管理、安全の確保、出来る限りの見守りを求める。介護職は常に本人と向きあった支援、本人の意向に寄り添う支援の必要性を求め、両方で隔たりが生じることがある。
- ④ ケアマネと本人との信頼関係が出来ていることで、かえって毎回の訪問診療などに立ち会いを求められ負担が大きい。関係者間で負担が偏らず、役割分担や生活支援を行うにはどうしたらよいか。



Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 一線を引いて必要な社会資源につなげていく必要がある

- ① 出来ること出来ないことをしっかり示す。
- ② UR入居者の高齢化に対応した現制度の見直し。以前は若い世帯の住宅供給支援が主であったが実態は異なってきている。

✓ 市と連携し具体的な継ぎ目のない仕組みづくりのサポート

- ① 行政と管理事務所の相談協力体制作り。
- ② 無理に介護保険へつなぐことはせずに地域での見守り、専門職の援助状況を共有・報告の場を提供して欲しい。

✓ 地域の横の繋がりによる情報交換とサポート

- ① ケアマネを中心に専門職以外の関係者（民生委員、オレンジ相談員、配食業者、新聞配達員、コンビニの店員）などが集まる「拡大サービス担当者会議」を開催したらどうか。
- ② 行政や医師会など地域の横の繋がりを深める自立支援や啓発のバックアップ、見守り活動の交流会等で町会・民生委員・相談協力員などの相互の情報交換ができないか。
- ③ 専門職が医師に対して思っているもなかなか言えないことで「これだけは困る」ということを地域包括に提出し『べからず集』の形にして医師会員等にお知らせしたい。
- ④ 問題が発生する前に近所同士の良好な関係をどう作っていくか。他者を受け入れない人に対する地域との関わりと、実践活動の情報交換や地域住民向けの啓発の場を持つ。
- ⑤ 医療機関側で外来患者への緊急連絡先の聞き取り。（かかりつけ医であるカードの作成）警察による巡回でも情報が集められている。
- ⑥ 自助・互助・共助・公助のあり方、役割を住民目線で明確化する。
- ⑦ 地域の人が相談しやすい専門職を交えた話し合いが出来るよう情報の発信。

（藤巻園実）

Point



エチケット集を作る

柏市では、在宅療養の際の「多職種連携ルール」を作成している。松戸市でも「在宅医療・介護連携推進事業」の一環として、多職種間の基本的なルール（ローカルルール、エチケット集）を作成している最中である。お互いが少しの気遣いをすることで、負担を軽減し円滑なやり取りが可能なようにしたいと考えている。

【参照】（一）「在宅医療・介護多職種連携柏モデルガイドブック」



「閉じこもり」の人を見守るには専門職と地域住民との協働作業が有効

現在、「閉じこもり独居高齢者」が多数出現している。特に独居高齢男性を居宅から外に連れ出すことは至難の技といえる。こうした方々は、講演会や研修会などにお誘いしても、まず出てこない。そしてますます外界と孤立した生活になる。当地では、集合住宅の見守り活動を担当の民生委員児童委員と診療所看護師が協働で戸別訪問・見回り活動を2年余り行った経験がある。

この中には「閉じこもり」引きこもりがちな高年齢男性」の戸別訪問も行った。こうした方々にも「おばちゃん女性2人」が訪問し続けられ、自然に心を開いた対話が可能であった。地域の見守りの力（男性ではなく）「おばちゃんパワー」、「女性の活躍」だと痛感している。



現在のURでは、60歳以上の単身高齢者の入居では、緊急通報装置が設置義務とされている。ただし、これはNTTの固定電話回線を使用するもので有料である。

UR都市機構（旧公団）では、独自のサービスとして平成28年4月から「見守りサービス」を開始している。契約者の自宅にセンサーを取付け、活動が見られない場合は担当者が自宅へ連絡し連絡が付かない場合は緊急連絡先に通報するシステムである。新規加入では6590円+月々900円（税別）と高額である。なお本システムを利用するには固定電話への加入が前提となっている。そして「任意契約」とされているが、高齢世帯などが新規に入居する際には、この「見守りサービス」加入が半ば入居条件になっているという。



コーヒータイム



「意思決定困難な人に携わっている関係者による討論記録用紙」を書く

在宅や施設・救急医療などの現場では「自らの意思を表明できない人々」が多数生まれており、今後ますます増加する。これらの人々への対応方法として、図のような「意思記録用紙」を考案した。

これは、1人暮らしや認知症の人・超高齢の寝たきりの人など自らの意思決定が困難な人に、「後見人グループで対応しよう」と考えたものである。

成年後見制度は、そもそも金銭負担が大きい

上、弁護士や司法書士でも横領など犯罪が起きている。この根本原因は、誰が担当しても単独の判断や裁量では、必ず混乱や不正が起こりうるということである。そこで、常に"多人数・グループで要支援者の意思を確認"していこうという試みで、当地オリジナルのものである。

この用紙に関係者の考えや経過を記録して残すことで、複数人が共同で意思疎通を図り対応することを目指している。

(堂垂伸治)

意思決定困難な人に携わっている関係者による討論記録用紙 (No.)			
日常討論用		急変時用 (いずれかに○印をつけて下さい)	
氏名	年齢	歳 男性 女性	
記録年月日 (西暦)	記録 責任者	討論場所 (施設、居宅または病院名)	疾患名
意見陳述人 氏名	陳述内容(見解) (見解月日を文章の最後に記載しても可)		署名

事例7

妻の認知症の進行がストレスになっている家族に対し「地域で可能な支援」を検討した事例

平成 28 年 9 月 15 日 事例提供者：ケアマネジャー

事例概要：70 代女性 **要介護 2** 認知症

■夫と 2 人暮らし

本人は強い物忘れがあり、会話が成り立たず、意思疎通が困難。その妻の介護で主介護者の夫に強いストレスと身体的負担がある。夫には腰痛の持病がありスムーズに家事を行うことが出来ない。本人の病状についても理解が低く、サービス利用について消極的。(本人が準備しなくてデイサービスに行きたくなさそうだから…) また、ヘルパーの支援がないときは外食をしている。

夫自身も要支援 2 の認定を受けており、最近記憶力と理解力に低下が見られている。ヘルパーの時間やデイサービス利用日を忘れ、勘違いで激怒することが多くヘルパーに怒鳴ることも多々ある。近隣に住む次男も本人と夫の判断に任せる姿勢が強く、なかなかサービスにつながらない。

事例検討のまとめと課題

安易に施設への入所を考えるのではなく、夫の介護のストレスを取り除くために、地域でできること、社会資源の問題を考えることが大切なのではないか

- ① インフォーマルサービスの前に、夫が本人の病気に対して理解することが大切
- ② 夫自身も認知症で混乱しているとも考えられる。
- ③ 夫婦共に認知症の場合、インフォーマルサービスへの直接的な申し込みは難しく、地域包括支援センター（地域包括）が窓口となり認知症協力医や民生委員に相談すべき。そこから地域住民の方々との結びつきにつなげていくのがよい。
- ④ 地域の高齢者の問題を広いネットワークを作ることによって情報を共有したいが、個人情報保護法が関わり難しそう。
- ⑤ 地域の医療相談窓口（地域サポート医）に相談してみてもは？
- ⑥ 認知症の専門医による家族や地域への教育、啓発が必要ではないか。



Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 認知症の人をサポートする人を活用する

- ① 認知症家族の会を夫と息子に提案。
- ② オレンジ協力員を活用し、本人の傾聴をしてもらおう。このときに、夫は地域包括が行っている認知症カフェに行くことで、夫婦お

互いに離れた時間を設けることができる。また、オレンジ協力員だけでは大変なので、相談協力員にも手助けしてもらおうのはいかがでしょうか。

✓ 地域へ期待すること

地域の身近な医療相談窓口（認知症対応医療機関）の有効活用。認知症専門医が中心となり「認知症の家族の日常的な悩みを相談し合う窓口」や「家族会」の地域開設は可能か。

✓ ボランティアと相談者をマッチングする

- ① インフォーマルサービスは、夫婦共に認知症の場合や、生活にゆとりがなければ利用しにくい制度となっている。利用しやすい制度にするには、地区の会長や代表者が地域住民の人柄や体調面をしっかりと把握することが必要不可欠。
- ② 地域包括が、地域の全てのボランティアに登録し、「人と人をつなぐ（一種の）人材派

遣センター」のような機能を持つのはどうか。例えば、ボランティアが相談者のところに訪問する。仮に、良好な関係が築けない場合は別のボランティアがマッチングするまで対応する。ボランティアと相談者で良い関係が構築できれば、地域との交流の一步につながる。

Point



ポイント1 認知症カフェの例

常盤平7丁目にある喫茶店の跡を利用し、地域包括及びボランティア（オレンジ協力員等）が主催し運営している。毎週火曜日13時～15時に開店している。地域包括職員が1名以上参加していること、ボランティアが運営についても参画していることが特徴。参加者は毎回20名前後いる状況。認知症予備軍の方や、独居高齢者、日常に何らかのストレスを抱えている方が来店されている。（地域の方は誰でも来店可）今後は様々なイベントを企画している。



ポイント2 認知症対応医療機関について

松戸市医師会では、平成18年から「認知症研修会」や「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」などを開催し、「認知症協力医・窓口医」を作り上げてきた。これらは平成28年4月現在、「認知症対応医療機関」として65カ所を関係機関に公表している。他に平成29年3月時点で「認知症サポート医」が28人いる。



視点

地域のか、ボランティアについて

地域には、町会・自治会や民生児童委員・NPOなど、「自分たちが住んでいる地域を何とか良くしたい」というボランティア・意欲ある人々が少なからず存在する。専門職は、日々の仕事に追われ、自分たちの周囲にいるこうした人々と交流する機会が少ない。それぞれが「たこつぼ」でがんばっているのが実情である。

他方、「意欲ある人々」が地域で活用されず（お仕事が与えられず）、その人自身が高齢化し活動できなくなるのもしばしば見てきた。

今後の超高齢社会は、専門職間の連携だけではのり切れない。専門職とボランティア～地域住民組織の連携が不可欠となる。これらを地域ごとに横につなぎ、「人と人をつなぎ調整する」コーディネーター機能が必要となる。この機能を担う主役は、地域包括であろう。

地域包括を人材・資金の両面で充実させ、行政や諸組織も協力し、ボランティアが有効に活動できる体制を整えることが重要である。

(藤巻園実)

コーヒータイム



認知症カフェの予算不足

現在カフェ運営費は、施設利用料が地域包括支援センター（地域包括）受託費での支払いとして許可されないため、赤字となっている。運営費は主に賃貸料であるが、地域包括運営主体

の社会福祉法人が補てんしている。

カフェ継続のためには、赤字にならない体制が必要である。

(森下裕子)

収	項目	費用(円) * 内訳	備考
入	参加費	1人100円/回 合計5,600円 * 14人×4回として計算	飲み物お替り自由 お菓子付
支	喫茶室の利用料	8,000円 * 2,000円×4回	電気代・水道代込
	飲み物・お菓子・紙コップ他	10,000円	
出	合計	△12,400円	現在喫茶室利用料は 地域包括受託法人の持ち出し 今後寄付を募る方向

ゴミ屋敷と化した独居精神障がい者の問題で関係者が一堂に会し検討した事例

平成18年11月16日 事例提供者：在宅介護支援センター

事例概要：60代男性

経過的要介護 うつ病

■独居

※この事例では専門部会で何回も投げかけられたゴミ問題について地域関係者（町会長・民生委員・相談協力員）、市のゴミ担当者に参加していただき、地域問題として認識し事態解決のための話し合いを行った。

月2回の生活支援を中心に訪問介護サービスを受け在宅生活を送っている。住宅は築50年で老朽化が激しく、床の底が抜ける危険がある。家の中もゴミの山である。本人はリフォームしたい気持ちはあるが、ゴミを片付けない限り住宅改修はできない。きれいにしたい気持ちはあるが、病気のためなかなか踏ん切りがつかない状況である。65歳から厚生年金を受給し、以前より生活が楽になったが、リフォームするほどの経済的余裕がない。

専門部会では現住居と土地を売却し、終の棲家を探した方がよいのではないかとの意見も出た。病気のことやゴミ問題を解決するにあたり主治医、地域住民、関係機関などの連携が必要。また廃材などを利用したリフォーム会社はないかなどの意見もあった。その後も担当ケアマネジャー（ケアマネ）によるとあまり改善していないようであり、近所から苦情も出ている。最近高齢者のゴミ屋敷問題が地域共通の問題となっているため、再度ケアマネ、松戸市ゴミ担当者、民生委員、相談協力員、町会長などを含め、事態解決に向けた話し合いをしていきたい。

事例検討のまとめと課題

担当ケアマネ、民生委員と地域包括支援センター職員（社会福祉士）、地区在宅介護支援センター職員等で話し合いをもち、「当人が納得する」形をどう作るか

- ① ゴミ問題について市担当者は「個人の敷地内のゴミは個人の責任」という立場。
- ② 上記を踏まえ、本人と信頼関係のある方が交渉する。
- ③ 認知症や独居高齢者のゴミ出し問題をどう解決していくべきか？
- ④ 本人の同意が得られない緊急ケースについて、立場の違う関係者同士（主治医・地域関係者や介護保険事業者・行政）がどう情報を共有していくべきか？
- ⑤ ゴミ収集の時間が不便な場合が多いが、何とか解決できないか？



Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 市担当者や地域関係者を交えた担当者会議の開催を考える

それぞれの立場で可能なことを相談する。

✓ ゴミ屋敷問題を今後多発させない、啓発を含めた予防対策の検討

✓ 専門職を含めたゴミ出しボランティア（有志）の結成

✓ 独居でゴミ処理に難渋する方へのサポート

地域での声かけや見守りを充実させよう。

(小暮睦真)



Point

ポイント 1

市の戸別回収、松戸市家庭ごみ訪問収集事業について¹⁾

松戸市では、家庭ごみをごみ収集所に自らまたは他の協力を得て排出することが困難である世帯に対し、市が個別に訪問して家庭ごみを収集する「松戸市家庭ごみ訪問収集事業」を行っている。

問い合わせ先…環境部 環境業務課
TEL…047-366-7333

ポイント 2

ゴミ屋敷に関する市町村条例の試み

ゴミ屋敷に対処する条例の有無を県庁所在地と政令市、東京23区の計74市区を対象に毎日新聞がアンケートしたところ、条例があるのはわずか16%にとどまり、大半が高齢者であることがわかった²⁾。

ポイント 3

高齢者支援連絡会とは？

松戸市では市内にお住まいの高齢者が、住み慣れた地域で暮らし続けることができるように、「松戸市高齢者等見守り活動」を実施している。「自分達の地域の困りごととはできるだけ自分達で解決しよう！」をモットーに「相談協力員」「近所ボランティア」と呼ばれる地域のボランティアが地域の医療・介護・福祉の専門職等と連携

しながら活動している。

現在松戸市には高齢者支援連絡会が地区社会福祉協議会エリアで9か所ある³⁾。

ポイント 4

足立区がすすめるゴミ屋敷解決方法

足立区はゴミ屋敷問題を専門に受け持つ課（ゴミ屋敷対策係）を設置し、専属職員5人で解決を図る。住民や離れて暮らす親族を探し出して何度も接触し、片づけを促す。清掃後も再びゴミをためこまないように職員が頻繁に訪ね、認知症や精神疾患が疑われる場合は医療機関や地域包括などにもつなぐ。こうした手法で過去3年間に区内のゴミ屋敷問題61件を再発のない解決に導いた。

自治体によっては私有地でも強制退去ができる条例を設けたり、住民に撤去費用を支援する例もあるが、まずは病気がないかなど住民の状態を見極めることが重要。

【参照】

- (1) 松戸市役所▽松戸市家庭ごみ訪問収集事業について
- (2) 毎日新聞（平成28年10月23日付）より抜粋
- (3) 松戸市役所▽松戸市高齢者等見守り活動の実施について

事例 9

同居していたキーパーソンが居なくなりゴミ屋敷で生活、行政や他者への不信感が強く、生活保護・介護保険導入も拒否している無年金・独居の高齢女性の事例

平成 28 年 1 月 21 日 事例提供者：地域包括支援センター

事例概要：90 代女性

要介護 1（期限切れ）

■独居

子供たちは死亡し、孫と生活していたが、その孫も平成 28 年 1 月に自殺し、現在は独居。以前は裕福だったが、「市にだまされ土地やマンションを奪われた」とのことで行政への不信感が強い。

孫が生存し同居していた平成 25 年 9 月、本人より「生活保護を受けたい」と相談があった。しかし孫名義の住宅や財産があるため、生活保護は該当しなかった。平成 26 年、民生委員経由で相談があり、家の荷物を片づけたいが義息子のものなので勝手に片づけられないということだった。平成 27 年、警察から本人が万引きしたと連絡。その後、銀行から「孫の通帳を紛失したと何度も窓口に来ている。盗まれた等の発言もあり対応に困る。お金を下ろせず暴れている」と相談がある。孫名義の通帳から本人が下ろす場合、孫と本人の身分証明書と通帳・実印があれば下ろせるが、今回は本人が自身の身分証明書を紛失してしまったため、下ろすことが出来ないということだった。そこで支所に一緒に行き、後期高齢者医療保険証を再発行する。

平成 28 年、警察から、孫が自宅で自殺したと報告あり。前夫との間の娘と連絡がとれ、火葬などの手続きの協力は得られたが、今後、継続的な支援に対しては拒否的。

現在、介護保険・生活保護には強い拒否あり。孫名義の通帳は凍結されているため、今後お金は下ろすことが出来ず、今は現金十数万円が手元にあるのみ。

事例検討のまとめと課題

本人が制度や市、支援者に対して強い不信感がある。どのように必要なサービスに繋げることが出来るか

- ① フォーマルなサービスに繋がりにくい方。インフォーマルなサービスでどのような事が出来るか。
- ② 外にゴミは出していないが、家の中には義理の息子の荷物もありゴミ屋敷となっている。
- ③ ガス等を使って料理はしていない模様。お湯を沸かしてお茶を飲んでいると言っているが定かではない。お風呂は福祉センターで入り、買い物は自分で行っている。
- ④ 自分名義のお金はない、年金もない。孫名義のお金はあるが、凍結されている。マンションは孫名義である。資産は孫名義、相続権は義理の息子、現在本人は十数万円の現金しか持っていない。
- ⑤ 精神疾患があるというより、頑固なおばあさんなのは。権限を持った人が強力に介入しないと何が起こるか分からないのでは。介入を持つ権限の立場の人とは誰か。
- ⑥ 市への不信感が強く、お金がなくなっても市の助けは求めない、孫がいなくなったのでどうでもいいと言っている。支援を望んでいるのか。民生委員が訪問して心をほぐして話し相手になれば解決できるのではないか。



Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ どんな人でも寂しく、話し相手がほしい

これといった支援方法は出てこなかったが、町会長、民生委員、地域包括支援センター(包括)で見守り支援を行っていくしかない。医療機関への受診が出来ていないので、地域包括の中だ

けでの解決ではなく、連携できる機関、ほっとねっと(中核地域生活支援センター)にも相談して対応していくことが必要ではないか。

✓ 権限を持った人(所)が強力に介入を

民生委員も限界があるので行政機関での対応が良いのでは。ゴミ屋敷、生活保護の場合は、生活支援一課、二課が対応している。疾患の程

度に関しては、地域包括担当医(地域サポート医)が地域包括職員・松戸市とともに訪問することも考える。

✓ 「困った人」へのサポートシステムが必要

こうした「困った人」が地域に大量に生まれている。これを担当する介護関係者への(心のケアや実際の防御などの)「サポートシステム」が必要な時代である。



(小暮睦真)

Point

ポイント1

老人福祉センター

市内の各老人福祉センターは、60歳以上の市内在住の方に限り、入浴、機能回復訓練、教養娯楽等を無料で利用できる施設となっている。また、健康、生活相談も行っている。

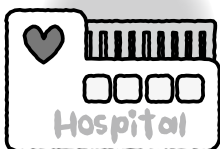
ポイント2

「地域サポート医」も含め、必ず複数人で対応する

地域には様々な人々が存在し、幾多の手段を講じても介入が困難な事例が存在する。その際のキーワードは「自分ひとり(単独の事業者)で背負い込まないこと」。

高齢者の中には、様々な疾患を伴っているが医療機関を受診しないがために「対処困難事例」となっている場合もある。そこで、松戸市医師会の協力で平成28年から市内の地域包括ごとに、相談担当医を一人以上配置している。これを「地域サポート医」と呼んでいる。このシステムは、地域包括等から要請があれば、医師も一緒に「アウトリーチ」(地域に訪問して解決を図る)するもの。これをきっかけに、地域の精神科医師の往診も含め、関係者が一体となった対応が可能となる。

地域で医療が必要な事例に遭遇した時、このような後ろ盾があるかないかで、事例に遭遇した者・地域にとっての安心感に雲泥の差がある。



ポイント3

精神障害者アウトリーチ推進事業

未治療や治療中断している精神障がい者等に、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種から構成されるアウトリーチチームが一定期間、アウトリーチ支援を行うことにより新たな入院及び再入院を防ぎ、地域生活が維持できるよう、平成23年度から試行的に実施している。

松戸では、平成24年1月より精神科専門の病院医療法人明柳会恩田第二病院が、アウトリーチ活動（おんだアウトリーチ）を行っている。

【参照】厚生労働省▽政策について▽精神障害者の地域移行について

ポイント4

精神疾患対応サービスについて

○「ほっとねっと」について

中核地域生活支援センター。松戸市では「ほっとねっと」の愛称で呼ばれている。千葉県が県内に13ヶ所設置する県指定の相談窓口。中核地域生活支援センターは24時間365日精神障がい者、知的障がい者、身体障害、高齢者などすべての障がい者の相談窓口となっている。松戸市では「はるたか会」が運営する「ほっとねっと」が活動している。

○ 認知症対応型デイ、小規模多機能デイの情報

(参考)：松戸市ホームページ)

○ 松戸市通所連絡協議会

(参考)：松戸市通所連絡協議会ホームページ。通所連絡協議会は立ち上がったばかりで現在は掲載されていないが、今後デイサービスの特徴など載せていくとのこと)

ポイント5

近年、ほっとねっとによせられた相談件数と相談傾向(障がい者と高齢者の同居世帯、多問題を抱えた家族環境)

平成28年1月～12月の1年間でほっとねっとが相談支援したケースを対象に調査をした。ただし、職員の異動や調査期間の関係もあり、全ケースの調査には至らず。

年間約800ケース中、498ケース(世帯)を調査した結果、精神障害の子供がいる世帯は48世帯(全体の10%)、知的障害9世帯、身体障害7世帯、障害疑い(グレーゾーン)13世帯。障害全体で64世帯(全体の13%)、障害疑いを含めると77世帯(全体の16%)という結果となった。





実習生がやってきた

ケアマネジャー（ケアマネ）になるためには、試験に合格した者が数ヶ月間の実務研修の受講を終了することが条件となるのですが、平成28年度からはその実務研修のカリキュラムの中に、実際の現場の居宅介護支援事業所へ、3日間の実習に行くことが課せられることになりました。27年度まではそのような現場での実習はなかったわけですが、「今後の超高齢化社会の進展に伴い、要介護高齢者の増加が見込まれる中、介護支援専門員の資質向上が不可欠⁽¹⁾」との趣旨により、新たに現場での実習が義務付けられるようになったわけです。

もともとケアマネになるための受験資格を満たす条件としては、医師・看護師・薬剤師や社会福祉士・介護福祉士、その他の国家資格、もしくは国家資格に準ずる資格の下で医療職や介護職等に5年以上従事していることが必要になります。そのような受講要件を満たした者が合格率15%程度（平成28年度は全国平均約13%）の試験に合格し、本来の自分の仕事に従事する合間に3、4ヶ月かけて実務研修を受講して、ようやくケアマネとしての資格を得るわけです。

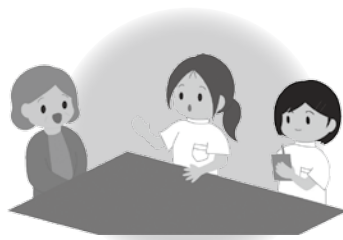
この3月にはその実務研修の中の3日間の実習を、当事業所でも初めて受入れをさせていただきました。介護支援専門員実務研修実施機関より実習受入れの依頼書が届いたのが、実習開始予定日のほぼ1週間前であり、今年はまだ依頼はないと油断していたため、大慌てで実習受入れのためのスケジュールを作り、無事2人の

実習生に対して3日間の受入れを行うことができました。

本来のケアマネとしての実務がある中で3日間実習生に時間を割くのは、正直かなり大変なことではありましたが、終わってみるとやはり、実習生に対しての思い入れが強くなり、立派なケアマネになってほしいと思うばかりです。

国の考えの中には、ケアマネが必要ないという「ケアマネ不要論」が消えてなくなることはないとの話も聞きます。しかしサービスを調整するだけがケアマネの仕事ではなく、むしろ利用者及びそのご家族に寄り添い、傾聴し、また共感や共有することが本来の仕事であり、そういった信頼関係がなくて、果たして要介護高齢者の自立支援が行っていかれるか疑問です。それは決してコンピューターに真似のできることはないと思っています。

こんなご時世の中、新しくケアマネを目指して頑張っている方へエールを送りたいと思います。
(上田直生)



[参照] (1)「平成28年度 千葉県介護支援専門員実務研修の手引き及び実習ノート」より

自殺企図があり介護保険を利用しているアルコール依存の男性で「居場所づくり」を検討した事例

平成 26 年 7 月 17 日 地域包括支援センター

事例概要：70 代男性 **要介護 2** うつ病 / アルコール依存症

■妻、娘と 3 人暮らし

本人は、自宅で電気工事等を営んでおり、3～4年前に息子に会社を譲っている。十数年前に知人の保証人になり、借金を負った。収入の一部を息子の稼ぎから返済している。家族構成は妻、娘と 3 人暮らし。妻、娘、息子との関係が悪く、家庭では孤立している。妻、娘は本人に対して「迷惑な言動が多い」と感じている。

平成 25 年 10 月、地域包括支援センター（地域包括）に妻が「夫の飲酒が始まると手が付けられなくて困っている」と来所、相談がある。夫は昔から奔放な人であるが、最近酒量が増えていること、また、飲酒することにより、家族の言うことを聞かなくなり、大きな声で、妻を恫喝するので困っているとのことだった。同日、地域包括に「助けてくれ。そのセンターは自分を助けてくれるのか、自分は家族から必要とされていないので死んでしまいたい」といった連絡が入る。名前等を聞くと、相談に来た妻の夫（本人）であることが判明。飲酒、自殺念慮があることから、即自宅に訪問となる。

不安感、服薬については、かかりつけ医に相談し、精神科病院への受診となるが、診察途中での受診拒否があるなど、精神科への受診及び断酒に強い拒否を示した。本人の精神的不安定の要因としては、①整頓の行き届かない自宅、②借金、③家族関係が悪い、ということから、根本的な解決は困難と予想される。

◇ ◇ ◇

また、アルコールに依存している状況があり、その結果、酔った状況で自殺企図が 2 回ある。1 回目（平成 25 年 11 月）は警察対応のみ。2 回目（平成 26 年 1 月）も警察対応するが、「23 条通報」にはならず。地域包括から保健所に報告するが、保健所からの積極的介入には至らなかった。本人は「静かに安心して生活したい、不安と不満のない生活がしたい」、家族は、飲酒し、恫喝される環境に精神的疲労を感じていることから、「アルコール依存の治療をしてほしい」とのこと。

今回の自殺企図をきっかけに、緊急的にショートステイ利用を調整。さらに、利用中にケアマネジャーが調整し、自宅退所時から同時にデイサービスを利用することになった。デイサービスは外出の機会を増やすことで、本人に気分転換を促すことを目的に利用。利用に際して拒否感はあるが、サービス開始となる。

なお、現状については、デイサービスの利用を継続しているが、アルコールの多飲は引き続きある。今後、本人の精神的状態が不安定になった場合には、自殺企図も再度考えられるが、かかりつけ医の処方により今は特に問題ある行動はない。



●●● 事例検討のまとめと課題 ●●●

介護保険サービス以外での解決方法を探る

- ① この人が60歳以下だったら介護認定は下りなかったのではないかな。こういう人は多い。
- ② 要介護度について、今後は要介護度が下がる見込みのため、介護サービスも多くは使えなくなる。
- ③ こういう人にデイサービスは無駄使いである。
- ④ デイサービスではなく喫茶店、居酒屋などのような所に行くことでの解決法はないか。介護保険を使ってではなくサロンのような所はないか。
- ⑤ 違う方向性（介護保険サービス以外）を見出さないといけな事例ではないか。

地域の中での役割と居場所を作る

- ① 地域の中で何か役割が持てるような老人クラブに参加できると良い。相談協力員にサービスを提供してもらえればよいが。
- ② 小さな集まりでその人の居場所があるような受け皿を作らなければならない。（カラオケ、麻雀等）
- ③ 自分で居場所を持ってない未熟な人が介護保険を利用するようになってしまっている。
- ④ 自分がデイサービスのボランティアをやるなど、自力更生が必要。

Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

高齢者支援連絡会で取り組めること、検討してほしいこと

- ① 2025年問題が迫る中、社会的関係が希薄な高齢者への新たな居場所づくりの必要性
- ② 自己完結できるパーソナリティを養うための支援。

行政や介護保険事業者・医療機関の連携

アルコール依存者の酒気を断ち切ることは非常に困難である。したがって、支援が必要な事態には医療機関や保健所、警察、高齢者支援課、地域包括等の連携が必要。

（森下裕子、豊崎政志）

Point



（警察官の通報）
第二十三条 警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

（昭和25年5月1日法律第123号）



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

夫への依存心が強く家族が対応に苦慮しており、 自殺企図があるうつ病高齢女性の事例

平成 27 年 1 月 15 日 ケアマネジャー

事例概要：70 代女性 **要介護 3** うつ病

■夫と 2 人暮らし

2 人の子供は結婚し長女は北海道、次女は東京に在住している。

62 歳の時にギックリ腰になりその時からうつ病の症状が出るが、家族はいつか治ると思い病院へは行かず様子を見ていた。ある日、家事を放棄するようになり事の重大さに気づき、近所の神経内科を受診するも後日、自宅の浴室内で自殺未遂を試み救急搬送となった。翌日退院し、ベッドが空き次第入院予定であったが、家族が入院に抵抗し入院には至らなかった。本人は、自殺未遂後まったく家事をしなくなり、トイレも自分一人では行けない状況となり、夫が全て家事を行うこととなった。

夫の負担が重くなったことを機に介護保険サービスで生活援助をしていくこととなり、次女とヘルパーの生活援助で状態も落ち着き、本人に笑顔がみられるようになった。しかし妻の夫に対する依存が強くなり、夫の外出すら強く反対し、外出できない状況となる。夫もストレスが増強し、本人に強い口調で攻めることが多くなり、自殺未遂の前の状態に戻りつつある。

事例検討のまとめと課題

うつ病の人の在宅生活に対する支援について

- ① 精神疾患に特化したサービスの利用。
- ② デイサービスは最初は嫌がるケースが多いが、きっかけを作って行き始めるとだんだん慣れてくる。医師からデイサービスを勧めてみるのはどうか。
- ③ 医師を含めたサービス担当者会議が必要である。問題を抱えた家庭環境においては、複数の支援機関と連携しながら支援することが必要。

入院拒否に対する対応

- ① うつ病で寝たきりであったが、入院につなげて 2 ヶ月入院して退院したら、規則正しい生活が出来るようになったという例もあるので、こういう成功例を伝えてあげたらどうか。
- ② 一昔前と異なりいつでもどこでも入院可能な時代ではなくなっている。特に、精神科入院が必要な患者さんでは入院にこぎつけるのは極めて困難な事情がある。市民に医療情報をしっかり訴えていく必要がある



夫のストレスに対する対応

傾聴ボランティアを活用し話をしてもらっている間に夫が外出するのはどうか。

(吉田貴行、小暮睦真)

Point

ポイント1
非認知症の精神疾患
による入院が難しく
なっている

平成16年9月に策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を推し進めており、統合失調症入院患者数を15万人に減少、長期入院患者の退院率を上げて精神病床約7万床減少を促進している。近年のデータでは統合失調症の入院患者数は減少している一方、認知症による入院は増加傾向である。その事からも非認知症の精神疾患による入院が難しくなっていると言える。

ポイント2
傾聴ボランティアに
ついて

常盤平団地社会福祉協議会（社協）では、「思いやりホームヘルプ事業」の一部で話し相手としての活動もしている。サービス提供者はボラ

ンティア13名で成り立っている。電話で申し込みをすれば、申し込みがあった方に合いそうな方を社協で人選して派遣をしている。サービス時間は2時間を限度に1時間500円で利用できる。

社協によると、現在このサービスの利用は掃除や通院補助といった日常生活の利用が多く、話し相手の利用は少ないという。

他に松戸市には、傾聴ボランティア「かざぐるま」がある。費用は交通費などの負担が必要だが、活動に対するものはない。社協経由で申し込みを行い、月1回の定例会で派遣の検討がされる。団体が受け入れを認めれば誰でも利用できる。

【参照】 常盤平団地自治会▽団地社協▽ホームヘルプ



コーヒータイム



居宅介護支援報酬の矛盾

要介護者の居宅介護支援費は現在要介護1・2と要介護3・4・5の2段階の設定となっている。もちろん要介護3・4・5の方が報酬は高い。これは要介護度が上がるにつれて支援の手間や対応の負担が大きくなるからという理由だと思うが、はたしてそうだろうか？

要介護5で家族が介護している利用者と要介護2の独居で認知症を発症している利用者であればどちらの負担が大きいだろうか？ ケアマネジャーであれば誰もが後者と言うはずである。しかし報酬は前者の方が高いのである。

そしてもう1点が、ケアマネジメントの結果として要介護度が軽くなり改善された場合の評価が何もないということだ。自立支援の取り組みにより状態が改善されることは大変評価され

べきことであるが、例えば、要介護3→要介護2、要介護2→要支援2と改善されればされるほど報酬は安くなってしまふのである。

2025年に向けて高齢者が増えていく中で、ケアマネジメントがどのように行われるかは財源に直結する問題であり、介護予防への取り組みはますます重要となってくる。自立支援に資するケアマネジメントが行われるためには、それに対応した報酬のしくみも必要ではないだろうか。

(藤井智信)



強いこだわりを持っており精神科受診につなげたい 独居高齢男性の事例

平成 17 年 6 月 1 日 在宅介護支援センター

事例概要：70 代男性

介護保険未申請

精神疾患

■結婚歴なし独居

平成 16 年 7 月に地域の「よろず相談」に本人が相談に行き、地区在宅介護支援センター（地区在介）に相談がきたことから関わるようになる。本人の話によると 20 歳頃、気胸の手術をしてから他人にうつすのではないかと不安で、他人の目が気になって仕方ない生活をしていたとのことだった。平成元年に松戸市に転居してから異臭が気になり始め、転居を繰り返すようになる。室内は整理整頓されているが、家中の隙間部分にガムテープを貼り付けている。異臭を訴えて相談をするも、誰からも信じてもらえず、異臭は日毎に強くなっていくと訴える。

兄弟は所在不明。現在月 1 回程度、地区在介職員として話を聞く程度だが精神症状がかなり強く見られ、本人との接し方及び専門医への受診に繋がるような関わり方について検討した。

事例検討のまとめと課題

医療介入について

- ① 以前かかっていた精神科クリニックに受診再開の協力をしてもらう。
- ② 耳鼻科で異臭は耳鼻科領域ではないと本人に認識してもらい、精神科への受診を促す。
- ③ 保健所の精神福祉保健相談を利用し精神科へ繋げる。

経過観察とする

他に危害を加える訳ではなければ、見守りの人を増やし経過観察も一考。

(吉田貴行)

Point

ポイント
1

地域にある相談機関

◇保健所

こころの健康、保健、医療、福祉に関する相談、未治療、医療中断の方の受診相談、思春期問題、ひきこもり相談、アルコール・薬物依存症の家族相談など幅広い相談を行っている。相談は電話相談、面談による相談があり、保健師、医師、精神保健福祉士などの専門職が対応する。

◇精神保健福祉センター

各都道府県・政令指定都市ごとに1か所ずつある。(東京都は3ヶ所)「こころの健康センター」などと呼ばれている場合もある。センターでは、こころの健康についての相談、精神科医療についての相談、社会復帰についての相談、アルコール・薬物依存症の家族の相談、ひきこもりなど思春期・青年期問題の相談、認知症高齢者相談など精神保健福祉全般にわたる相談を行っている。電話や面接で相談できる。

センターの規模によって異なるが、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、作業療法士などの専門職がいる。

【参照】厚生労働省みんなのメンタルヘルス

総合サイト



ポイント
2

公的機関に直接対応して もらうには

地域にある精神相談機関は、本人からの相談はもちろん家族・医療機関からの問い合わせでもアドバイスをしてくれる。しかしながら個人情報兼ね合いで相談機関が直接動くことは困難な事が多い。

個人情報を超えて公的機関に直接対応してもらうには、精神保健福祉法第22条¹⁾に従い必要事項を記載した申請書を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に提出すれば対応してくれる。

【参照】

(1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

(精神保健福祉法)

第二十二條

精神障害者又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、その者について指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。

2 前項の申請をするには、次の事項を記載した申請書を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に提出しなければならない。

- 一 申請者の住所、氏名及び生年月日
- 二 本人の現在場所、居住地、氏名、性別及び生年月日
- 三 症状の概要
- 四 現に本人の保護の任に当たっている者があるときはその者の住所及び氏名

緊急対応が必要な場合は、二十三条通報に則した対応が必要である。

コーヒータイム



地域包括ケアシステムとは？

現在、国は「地域包括ケアシステム」を提唱しています。「2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築」を目指としています。「地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要」というものです。

その中で「地域ケア会議」は、「高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法」と位置づけ、地域包括支援センター等が主催するものです。その具体的な内容は、以下の通りです。

- 1) 医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。
- 2) 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する。
- 3) 共有された地域課題の解決に必要な資源開

発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

当地では（最後の項目は未だ不十分ですが）上記3項目を2004年から先取りし実践してきたということになります。なお、平成27年度から「在宅医療・介護連携推進事業」が全国で順次実施され、松戸市でも多職種協働で具体的に進めているところです。

(堂垂伸治)

【参照】 厚労省のホームページより



障害者自立支援法の下、障がい者宅に訪問介護事業者が入っているが、ケアマネジメント業務がないため、訪問介護事業者自身に過剰な負担がかかる事例

平成 21 年 10 月 15 日 事例提供者：訪問介護事業者

事例概要：70 代女性

要介護 3 高血圧等

■息子 2 人と 3 人暮らし

夫は 3 年前より老人保健施設（老健）に入所。長男は 40 代後半で知的障害・自閉症があり、更生施設へ通所している。次男は 40 代半ばで現在は無職で腰痛あり。本人は高血圧、甲状腺機能低下症、心不全、狭心症などを患い、トイレに行くことができず、下半身裸で過ごすことが多くなった。立ち上がり困難で室内を伝い歩きのため、身の回りのことが十分にできずに室内が散乱している。物が捨てられない性分で、衛生面は陰臀部を拭いた紙さえ捨てておらず、きわめて不衛生な状況であった。

「ほっとねっと」（中核地域生活支援センター）のかかわりの他、訪問介護に 2 事業者が入り、週 7 日交代で服薬管理・排泄介助を行う。また入浴介助目的で訪問看護も受けていた。さらに、知的障害の長男に障害者自立支援法の訪問介護が入り、週 1 日の入浴を提供。

今年 7 月、本人の転倒が原因で入院。その後、夫と同じ老健への入所となり、兄弟だけの生活となった。兄弟はとても仲が良く支えあって生きているが、以前より室内の不衛生さが増し、大きなねずみが台所を走り回り、室内をゴキブリが飛び、食堂には購入した弁当の残飯が散乱している。主介護者は次男であるが、引きこもりがちでヘルパーが話しかけても「問題はない。できています」と言う。本人が入所し介護保険のケアマネジャー（ケアマネ）が担当しなくなり、障害者自立支援法の下、訪問介護事業者が奮闘して、行政を含めた多機関との連携調整役を担うようになった。生活環境の衛生面の改善や、危険なくヘルパーがサービスを提供するために今後の方向性について話し合いたい。

事例検討のまとめと課題

サービス提供事業者現場の負担がのしかかっている

- ① 障害者自立支援法の場合、市の障害福祉課の職員がケアマネに相当するが、職員体制が不足し実質的にはケアマネとして機能していない。そのためサービス提供事業者現場の負担がのしかかっている。
- ② このケースの場合、訪問介護サービス提供責任者がケアマネ代わりになり関係機関との連絡調整に携わった。このようなケースで介護保険制度にあるケアマネがいると助かる。
- ③ 行政など関係機関との役割分担の明確化が必要。
- ④ 介護保険、障害者自立支援法は併用すると介護保険制度のケアマネが軸になる。このように活動しているケアマネが結構存在する。

両親が高齢化し、障害を持った子供が生活困難ケースに陥っている

- ① 最近、障がい者を抱えた世帯でこのようなケースが増えている。親がしっかりしているうちは問題が表面化しない傾向がある。

- ② 両親は老健へ入所。在宅へは戻れないだろう。今後兄弟2人の生活はどうなるのか。兄弟達の生きがいについて。行政の制度では兄弟を分離して別々に引き取るのが最も良いが、当の兄弟は仲が良く、2人で今後も暮らしていきたいと思っている。本人達の希望と行政施策のギャップ。
- ③ キーパーソンは次男。提供責任者が自宅訪問時、仁王立ちし入居拒否をするのは何故か？(次男にとっての安全・安心とは?) 現在、次男にかかりつけ医はいるのか? 主治医に相談はできないか。
- ④ 自閉症の長男の通所施設等との連携ができないか。長男を担当している医師に実情を伝え相談する。保健所にも相談する。このようなケースで地域包括支援センターは関わってくれるのか。(検討の余地あり)

3 ヘルパーの働く環境を改善することが必要

訪問後、ヘルパーに足の裾から痒みが発生し、次の家庭を巡回訪問できない。ヘルパーの働く環境を改善しないとますます担い手が居なくなるだろう。(賃金の問題を含めた働く環境の全般的改善)

Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

☑ 関係者同士の役割や経過をより明確化する

(例:「どこまで障害福祉課がかかわれるのか」など) 同様の困難ケースに遭遇した場合、関係者が今後の教訓として役立てられないか。

Point



ポイント1 両親が高齢化し、障害を持った子供が生活困難ケースに陥っている

自宅で家族の介護を受けている障がい者の9割が親に頼っている。介護者の過半数は60歳以上で、障がい者を支える側の高齢化が深刻になっているが、介護者の半数近くは居宅支援サービスを利用していない。

こうした状況の中、障がい者の両親が高齢化するのに伴い、精神的・身体的・経済的負担が高まっている。両親に認知症状が見られるようになり、両親が先に亡くなったたりした場合、両親が先に亡くなったたりした場合、成年後見制度などの活用も必要となる。兄弟が親代わりになり支援可能な場合もあるが、本事例のように兄弟が関わることで、より一層複雑化する場合もある。

ポイント2

相談支援専門員

介護保険制度における介護支援専門員(ケアマネジャー)にあたるもので、障害のある人が自立した日常生活や社会生活を営むことができるように、障害福祉サービス等の利用計画作成や地域生活への移行・定着に向けた支援、住宅入居等支援事業や成年後見制度利用支援事業に関する支援など、障害のある人の全般的な相談支援を行う。

相談支援専門員が立案するケアマネジメントに対して、サービス利用支援費として初回月3カ月までと、その後は6カ月、12カ月のみにプラン料が支払われる。介護保険制度においては、サービス利用があった月に對して毎月支払われるのと違い、相談支援事業所として独立採算を見越すには、一人の相談支援専門員が80〜100件以上を持たないと維持していくことができないと言われている。

【参照】(一)WAMNET福祉の

しごとガイド▽障害者相談支

援専門員

障がい者のケアマネジメント

現在までのところ、障害者総合支援法（旧障害者自立支援法）のもとで行われる障がい者に対するケアマネジメントは、介護保険のケアマネジメントのように確立されていない。障がい者支援の従事者（相談支援事業者、サービス提供事業者、

行政担当職員）をはじめ民生委員や法定代理人など、対象の障がい者に関わる全体が、共通のケアマネジメントの考え方を共有して支援を行うことで、この事例のような問題の解決に結びつくのではないだろうか。

（原田信子）

コーヒータイム



介護保険を卒業するという視点

高齢になれば体力の低下や、足腰の弱り、記憶力の低下といった心身機能の衰えは誰にでも起こるものです。

ケアプランの目標に「下肢筋力の低下を予防する」「認知機能の低下を予防する」といった内容を目にしますが、これは高齢期を迎えた誰しものテーマであり、永遠に追い求め続けるものだと思います。

現在介護保険サービスを利用している方は、認定を更新しながら継続的に利用していることがほとんどだと思いますが、中には状態が安定し、介護保険サービスではなく、地域支援事業や地域の社会資源の活用、セルフケアでも十分生活が送れる方もいると思います。

社会保障費の増大、介護人材不足など多くの問題を抱えた中で、軽度の利用者を介護保険制度で支えていくことには限界が来ています。これからの視点で大切なことは、高齢期の永遠のテーマではなく、公的な支援が必要な状態であ

るかないかを見極めることではないでしょうか。そのためにはケアマネジャー（ケアマネ）のアセスメントが大変重要であり、この役割を果たせるかによってケアマネの存在意義が問われてくると思います。

特に要支援1.2といった介護予防を目的にサービスを利用している方には、予め「制度を利用して状態が改善したら介護保険から卒業する」という意識を持ってもらうことが大切です。介護保険サービスを利用し続けて新しい生活像が構築されるのではなく、「元々の生活を取り戻すため」の介護保険サービスであるということをケアマネ自身が認識し、利用者にも伝えていく役割を担って行くことが大切ではないでしょうか。「必要な方が必要なサービスを受けられる介護保険制度」を維持していくために、現場の私たちができることは何かを考えていきたいものです。

（藤井智信）



退院支援に思うこと

先日市内で医療ソーシャルワーカー(MSW)とケアマネジャー(ケアマネ)の交流会が行われました。

「どこまで在宅で看られるか」がテーマでした。グループワークでMSWは、ご本人の強い意志があれば独居でも認知症でも自宅への退院が可能だと話しました。私のみでなく他院のMSWも同じ意見でした。カンファレンスを行い、サービスの体制を整え、退院は可能と判断していますが、受ける側のケアマネは介護力(家族の協力が不可欠)と言います。

たまたまグループでの結果がそうであっただけなのかもしれません。個々それぞれに考え方の違いはあると思います。しかし「本人の強い希望で退院」は、送り出すほうの一人よがりだったのでしょか? 受ける側のリスクや労力は承知していたつもりでしたが、やはり病院側からお願いすると断れなかったりするのかと考える良い機会となりました。

当院では退院前のカンファレンスで状況を周知し、リスクも共通理解のうえ、退院していません。独居で予後1~2週間の方や、両下腿のない日中独居の方、独居で全く身寄りのない方、褥瘡がかなり深く訪問診療・受診を拒否される方など。

この場合、極力遠い親戚にも出てきて頂き、関係者に協力を得ながら退院しておりますが、必ずしも身寄りのある方ばかりではありません。

ご本人の尊厳をもっと尊重し、自己責任にしてもよいのではとつねづね思うところがあります。その人にとって本当の幸せ、希望は何かを考えてしまいます。きれいごとなのでしょうが…。

ただ、ご本人の強い意志のみならず、周りのサポートも必要であり、サポートする側のチームワークを強化するためには、退院前のカンファレンスは重要です。退院前に病院(医師)が様々なリスクを説明してご本人(認知症があっても何度も確認)、家族(遠い親戚)、ケアマネや関係者と共通の理解を得ることが重要です。その大きな役割は病院にあると思っています。(藤巻園実)



比較的若年発症で軽度の脳出血後遺症の要介護者について、リハビリなどの介護保険サービスや地域の社会資源を検討した事例

平成 26 年 9 月 18 日 事例提供者：ケアマネジャー

事例概要：50 代男性

要介護 1 脳出血後遺症

■娘と 2 人暮らし

大学卒業後、会社勤務。勤続 30 年。営業部長だった。妻が平成 20 年に他界。娘と 2 人暮らしになったが、出張も多く近くに住む義姉夫婦に助けられていた。

平成 25 年 3 月に脳梗塞発症、さらに続けて 12 月に脳出血を発症、悲観的になり「もう死んだほうがいい」と周囲に漏らしていた。しかしリハビリテーション（リハビリ）を繰り返すうちに、リハビリや社会復帰に対して前向きになってきた。脳梗塞発症時には社会復帰に焦ってしまったところがあり、今回はしっかりと治してから社会復帰することを考えている。

本人は、穏やかな性格でヘルパーの受け入れも良好。年頃の娘がいるために、女性に入浴介助をしてもらうことについて抵抗感があり、訪問介護は男性を希望している。ヘルパーに対しての拒否はなく、社会復帰への意欲がある。途中より、本人からの希望で入浴以外に（社会復帰へのリハビリも含めて）外出同行を追加した。他に、インフォーマルな支援として、家政婦（週 2 回）、リハビリ（週 1 回）、訪問看護を受けている。

左上下肢に麻痺があるも、左足に装具をつけ歩行可能。（訪問時は 40 分程度の外出が可能）年齢が若いため、高齢者が行くデイケアなどに抵抗感がある。初回訪問時に比べると、現在は入浴動作にも慣れ、日常生活の中で転倒している様子はない。

事例検討のまとめと課題

社会復帰に向けたリハビリ等を行うために、地域にどのような資源があるか？

- ① 再発予防と、もし再発してしまった時の今後必要になるであろうサービスは何か？
- ② 杖歩行ができる人は施設・病院にいる必要はない、自宅に帰るべきである。急性期病院では若い人のリハビリ先を探すことはあまりやっていないので、リハビリ病院にお願いする。
- ③ 第 2 号被保険者でも特定疾患に該当すれば介護保険の対象となる。介護認定を受けていると、制度上、社会復帰に向けた支援ができない。障害と介護保険では介護保険が優先される。
- ④ 仕事を進めていく上で障害になるようなものはないので、元の会社への復帰を目指して、自分に合った施設を選んでリハビリを継続することになるのではないかと。現在の状態では、リハビリによって機能向上を目指すのは難しいのではないかと。
- ⑤ 社会復帰（会社への復帰）に対して、娘の受験や収入の面で気持ちが焦ってしまい、しっかり治しきれなかった経緯がある。勤務していた会社に戻ろうと思えば戻れそうである。
- ⑥ 会社も復帰はダメと言っているわけではないのであれば、そこを目標にして、今のレベルを落とさずやっていくのが良いのでは。



地域で若い人のリハビリを受けてくれるところがあれば良いが、見当たらない

- ① 高齢者対応のリハビリやデイサービスはあるが、50代の人が利用できそうなサービスがない。
- ② 今後、地域の資源がもっと広がるよう期待したい。
- ③ 松戸市の若年性の認知症対策は、啓発活動と医療で対応している。

Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

- ✓ 制度に合致しない人への支援に関する情報提供や、地域で社会資源を創り出す
- ✓ デイサービス単独でない、チームアプローチによる社会復帰支援の実施
- ✓ 各施設・事業所が連携し分担して、多彩なサービスメニューを工夫すべき
- ✓ 若年性認知症の人の社会復帰～社会参加の支援態勢がとれると良いが…



Point



若年性認知症とは？

64歳以下の人でも介護保険の対象となる16の特定疾病の一つ。脳血管性型とアルツハイマー型の2つに大きく分けられる。まれに前頭側頭葉型やレビー小体型、頭部外傷後遺症やアルコール性のもも見られる。

症状としては、記憶障害や見当識障害、感情失禁などが見られる。また、脳血管性ではまだら型認知症になることが多いのが特徴。アルツハイマー型では失認や視空間失認が見られやすく、病識が薄いことが特徴。



(人)

松戸市の65歳未満要介護・要支援認定者のうち、認知症自立度Ⅱ以上の割合は、約300人となっている。

	平成26年	平成27年	平成28年	
人口	486,263	487,919	490,773	
65歳未満要介護・要支援認定者数	657	651	670	
	正常	217	212	226
	I	135	132	146
	Ⅱa～M	305	307	298
65歳未満要介護・要支援認定者数に占める認知症自立度Ⅱ以上の割合	46.4%	47.2%	44.5%	

(出典:松戸市役所高齢者支援課データ 平成28年11月現在)

がん患者の社会復帰の流れ

平成 24 年 6 月にがん対策推進基本計画が閣議決定され、全体目標に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が新たに加えられた。また重点課題として「働く世代へのがん対策の充実」が位置づけられるとともに、「がん以外の患者へも配慮し」「がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築」が目標とされた。報告書では「就労支援の取組」を各分野に求めている⁽¹⁾。

こうした流れの中で、がん患者の社会復帰の動きは、がん診療連携拠点病院（がん拠点病院）が中心的な役割を担って行われ、雇用する企業や国民全体への理解も進んできた。しかしながら、本事例のような「脳卒中の軽度後遺症」の人の復職については、これまでのところそれほど進んでいない。

脳卒中が発症した後、1 ヶ月以内に約 2 割が死亡し、2 割は自然回復し、2 割は機能的自立をす

ると言われており、残りの 4 割に対して積極的リハビリテーションが必要となる。軽症者には再発予防や発症危険因子に注意しつつ、就労支援が行われるが、約 3 割は再就労ができないまま離職を余儀なくされている。自然回復と機能的自立の患者以外では国内外、古今においても 30%の再就労率は、ほぼ同じくらいと言われている⁽²⁾。

今後、このような事例の人が増える可能性が高く、経済的なことを考えると、障害年金だけでは生活できずに、親のお金に頼らざるを得ない現実がある。このため「脳卒中の軽度後遺症」の人の就労（復職）を進めるためには、発症前に就業していた患者に対して、入院当初から再就労を念頭にしたりリハビリを行うことや、職場において高次脳機能障害や身体障害などに対する理解を促す専門職の配置、また、企業へはさらなる高齢者雇用の促進と、それに対する支援が求められている。

- [参照] (1) 厚労省>「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会報告書」平成 26 年 8 月 15 日 (原田信子)
 (2)「症例に見る脳卒中の復職支援とリハシステム」(豊永敏宏編、独立行政法人労働者健康福祉機構)

コーヒータイム



残薬 500 億円問題 健康被害と医療制度崩壊を防ごう

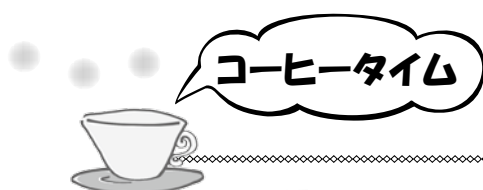
厚労省の報告によると、在宅での高齢者の残薬は年間 500 億と推計されている。すでに捨てられて推計に反映されない「見えない残薬」を加えるとその額は計り知れない。厚労省の調査では、飲まない理由は、忘れや自己判断での中止が上位に挙げられている。残薬の背景には、飲まない（飲めない）ことによる健康被害も存在する。

専門職は、それらの害から患者を守らなくて

はいけないが、患者自身も「保険を使いながら自らの健康を損なっている」という考え方を持つべきだ。現役世代は年々負担が増え、自身の老後は今のような医療を受けられるのか不安が募る。高齢者が、世界に誇れる日本の健康保険制度を次の世代に繋ぐ意識が必要である。

残薬問題は、自分だけ良ければいいでは済まされない、後世への影響も考えるべき大きな課題である。

(吉田貴行)



サービス担当者会議の開催頻度を柔軟にできないか

ケアマネジャー（ケアマネ）を取り巻く環境には、さまざまな理不尽なことや不合理なことがあります。今回はサービス担当者会議のお話です。

サービス担当者会議は、原則としてケアプラン作成・変更時、新規要介護認定時、要介護認定更新時、要介護認定区分変更時などに開催することが義務付けられています。当然、ADL低下や症状の進行などにより、開催が必要な時期は利用者によってそれぞれ異なります。

一方で、サービス担当者会議に際して担当ケアマネが事前書類の作成、各事業者との連絡調整、記録作成などをすべて1人で行い、事務処理に多大な時間と手間を要するため、頻繁に開催することは困難ですし、それに対する評価がないことを理不尽に感じるケアマネも多いのではないのでしょうか。ケアプラン見直しの必要性

を感じていても多忙な日々の業務の中でつい先送りにしてしまったり、なおざりにしてしまったりすることも起こりえます。さらには、状態が変わりやすい重度の利用者の新規受け入れを避けるような傾向が生じる可能性があります。

状態の安定しない重度の方や末期の方など、支援が大変な方に関わることはケアマネとしての力が試されますし、大きなやりがいにもつながります。しかし、特別な評価がない現状でこうした方を担当することは、日々の業務を圧迫し、自分の首を締めることになってしまいます。重度の方への支援の評価を高くするなど、どんな方にもゆとりをもって関わられるような報酬制度が求められているような気がしています。

(原田信子)

問題行動の多い認知症の母親に難渋する子と一緒に 対応を討論・検討した事例

平成 22 年 5 月 20 日 事例提供者：家族

事例概要：80 代女性

要介護 4 認知症

■長女夫婦と 3 人暮らし

本人が行方不明となり防災無線が流れる。家族や友人の協力により、近所で発見される。団地エレベーターの階数を間違えることがあり、外出時は目が離せない。本人は住所、電話番号を言えないので名札を身につけている。身体は健康。アルツハイマー型認知症の診断を受け、以前はアリセプトを服薬していたが、幻覚症状が現れ中止。見当識障害あり。現在、昼夜問わず独語が多く家族も眠れない。

娘の思いとしては、認知症患者（本人）へ怒ってはいけないとわかっていても怒鳴ってしまうことがある。認知症対応方法について知りたい、また家族の会の情報について知りたい。今後行方不明となった場合に、地域の認知症の理解について検討したいなどがある。

事例検討のまとめと課題

認知症による行動心理症状（BPSD）について

- ① 日中、独語がある。自分の住んでいる集合住宅の階がわからなくなる。ちょっと目を離した隙にいなくなる。娘は虐待しそうになる。おもわず本人を叩きたくなる。アリセプトを飲むと意欲が増幅、幻覚・妄想が生じる。アリセプトを止めると幻覚はなくなった。止めても独語はある。一日中動いているので、ショートステイから帰ってくるといびきをかいて寝ている。デイサービスやショートステイの利用により家族の負担が軽くなった。
- ② CTで脳の萎縮や脳室拡大はないようだが、一度専門医（神経内科）へ診てもらったほうがよいのではないか。かかりつけ医に相談し、適切な量でBPSD用の薬を用いることで家族がゆっくり休むことも必要ではないか。

家族は限界を感じている

- ①（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設申し込み済みで、現在待機中）娘は本人をつい怒鳴ってしまうが、本人は娘を「お母さん」と呼んでいる。元気な頃の母を思えばこそ、身内は怒鳴ってしまうし、受容できないのだろう。認知症は病気。見方を変え、その人の世界に入り受容してみる。相手の態度に激昂して反応せず、やさしく返してみると相手の表情も変わってくる。
- ② 認知症家族の会について——介護者同士の交流会については市内3地域包括支援センターで実施。



介護保険事業者（デイサービス・ショートステイ）から

職員へ暴言を吐く、厨房に入りお湯を沸かそうとしたり、目の前に虫が這っているという。目が離せず、自分が働いていると思っていて周りの人の世話をしてしまう。昔はとても働き者だった、それが認知症状にあらわれているのではないか、ショートステイでは本人は仕事をしていると思っている。

地域、近所の方との関係（外部に対し、周囲の人の理解について）

- ① 地域の友人、近所の方へ本人の認知症については知らせている。自宅で大声をあげてしまい、近所に誤解されるといけない。地域の人とは事を荒らだてず家族や本人との信頼関係をしっかりもち、問題を共有していく過程を大切にしないといけない。
- ② お互い助け合っていくためには知らせることも必要だが、周囲に知らせたがらない人も多い。火の元の問題や認知症の問題が大きくなると、表に出られなくなる。散歩が好きだったことが、現在の徘徊に現れているのではないか。地域にまず病気を受け入れてもらい、多くの接点を持つことが大切。
- ② 本人が怒るのは「不当な扱いをされたとき」という側面もあることを忘れないで辛抱強く接する。認知症の人は本能的に行動してしまうが、感情やプライドはきちんとある。本人・身内が事実を受容するよう共通認識が図れるような周囲のかかわりと、本人を怒らせないためには、周囲の対処や対応も大事。なんでも警察に通報せず、ある程度町ぐるみで支えあう方法はないだろうか。

警察の保護について

- ① 警察からのお願い：保護しても身元がわからない人がいる。洋服の襟や靴の中に名前をかいてほしい。
- ② 校庭等へ侵入した際、学校は最終的に警察に通報せざるを得ない。但し、学校でも認知症サポーターの一連の研修は行っており、認知症の方や身内への理解はある。

Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 地域、町ぐるみで認知症を支えあう

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ① 認知症の人は本能的に行動してしまうが、感情やプライドはきちんとある。 ② なんでも警察に通報せず、ある程度町ぐるみで支えあう方法はないだろうか。 ③ 認知症サポーターはまさにこのような人を | <p>支えるためのサポーターなのではないか。</p> <ol style="list-style-type: none"> ④ 行政・専門職としての認知症サポーター養成の普及啓発に関する実践報告会の開催、相談協力員との連携や合同勉強会開催。 |
|--|---|

✓ 患者さんとサポーターと専門職をどう結びつけるのか

松戸市認知症研究会や市とも知恵を出し合い、高齢者支援連絡会でも今回の事例のような人達をどう支えるのか認知症サポーターと共に考えていきたい。

✓ 地域、町ぐるみで認知症の方を支え合う

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ① 家族や友人が事例検討会へ参加し、心の対話を通じ成功例を伝え合っていくのはどうか。 ② 他市町村の認知症の取り組みなどの意見交換をする。 | <ol style="list-style-type: none"> ③ ご近所の底力を発揮できる相談協力員など、地域の草の根ボランティアの育成と養成。 |
|--|---|

✓ 重度の認知症の方の行き場について

現状では関わる人の理解がないと在宅は難しく、受け皿もない。民間事業者やNPO、新しいボランティアに期待するだけでなく、公的な制度のあり方をもう一度見直す必要がある。

(工藤和代)

主介護者の夫が施設入所で不在となった精神疾患がある方を、施設と地域包括支援センターが連携し支援しているが金銭や生活の管理等で難渋している事例

平成 27 年 9 月 17 日 事例提供者：ケアマネジャー

事例概要：60 代女性 **要介護 3** 精神疾患

■夫と 2 人暮らし

平成 20 年、統合失調症で入院していた A 病院（精神科）の医療ソーシャルワーカー（MSW）からケアマネジャー（ケアマネ）へ、退院後は自宅で生活を送るため、介護保険の利用を検討したいと相談が入る。同年 5 月から小規模多機能居宅介護サービスを開始する。また隣家の方による安否確認と民生委員の見守りも受ける。サービスは週 4 回（9:00～17:00）通所していたが、通所中から大声や幻聴がみられ、平成 21 年には自殺未遂行為があり、自宅内の刃物を全て片付けたが、通所が休みの日に左手首を包丁で切り救急搬送される。平成 22 年には幻聴が強く 3 ヶ月の入院となる。その後訪問看護を利用するが、何度か救急搬送されている。

平成 26 年 6 月、夫が金銭管理出来ていないことが発覚し、家賃の滞納が見つかる。夫は仕事に通うことも無理な状態となり、介護保険の申請を行い要支援 2 となる。自宅の家事や妻の世話もほとんどできず、夫も小規模多機能のサービスを利用する。受診も困難となり、夫婦で往診に変える。（ケアマネ立ち会い）

平成 26 年 11 月、夫が緊急入院となり、妻は小規模多機能の通所を毎日利用することになる。地域包括支援センター（地域包括）に相談し、地区の民生委員や隣家の方に状況を説明して安否確認の協力を頂く。成年後見制度も検討する。日中は毎日施設で過ごし、夜間自宅には寝るためだけに帰宅、食事や服薬も全て施設で管理する。自宅のガスは元から止めた。

平成 27 年、隣家から「夜間に何度も来て、お父さんはいないか聞かれ対応に困る」と相談があった。妻は歩行が不安定で食欲もなく幻聴が強いため主治医に相談すると、泊まりの利用を提案され実施したところ、状態は改善された。また、夫の面会支援を定期的に行っている。

事例検討のまとめと課題

夫が退所した時の在宅生活の支援方法について検討して欲しい

- ① 以前は、夫が全ての家事を行うことによって、2 人での在宅生活が成り立っていた。しかし、現在夫の状態は、本人の介護のみならず、自分の事も困難な状態になっている。
- ② 夫の身体は大分良くなっているので、自分だけならホームヘルパー、デイサービスを使って生活できそうであるが、夫婦 2 人になると生活は無理そうである。
- ③ 「精神科の患者はなるべく在宅へ」との流れがあるが、本人はどこかの施設に入所した方が、夫としてはのびのびと過ごせるのが実情。
- ④ 夫は自分の生活リズムを作れたとしても、自分の事だけで精一杯。夜だけ帰宅にしても実際現実的ではない。2 人での生活は無理ではないか。



日常生活自立支援事業と成年後見制度

- ① 日常生活自立支援事業での対応は、本人の判断能力がある程度残っていないと支援は出来ない。そのレベルまで達していない。夫は社会福祉協議会の訪問調査を受けた時に、自分の意思を示す事が出来ず、日常生活自立支援事業での支援が出来ないとの判断で成年後見の申請に至った。
- ② 成年後見人がまだつかないため、保証人や書類関係 支払業務等、関係者の負担がある。このようなケースの時の対応について検討して欲しい。
- ③ NPOを使って市民後見人の活用を図ることもあるが、金銭負担が大きい。また、成年後見はあくまでも財産管理を行う。

金銭管理するなら規約・ルールを作るべきである

- ① 金銭管理は地域包括（通帳管理）とケアマネ（印鑑管理）が分担して管理している。お金を引き出すときは、本人、地域包括職員、ケアマネが銀行同行で対応している。
- ② 夫婦共に頼りないケースはたくさんあり、ケアマネが善意で金銭管理を行っているが、収支記録は残しているのか、どのような形にすれば良いか検討する必要がある。
- ③ 認知症があつて管理が必要な場合は、まず地域包括に相談してもらうのが良い。
- ④ ケアマネの立場で仕方なくやっているケースはたくさんあると思うが、何か起きた時に、責任の所在が問題になる。介護者、ケアマネや、医師も含めた現場でのシステム作りが問われている。



Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

☑ 金銭管理は現状やむを得ないのではないか

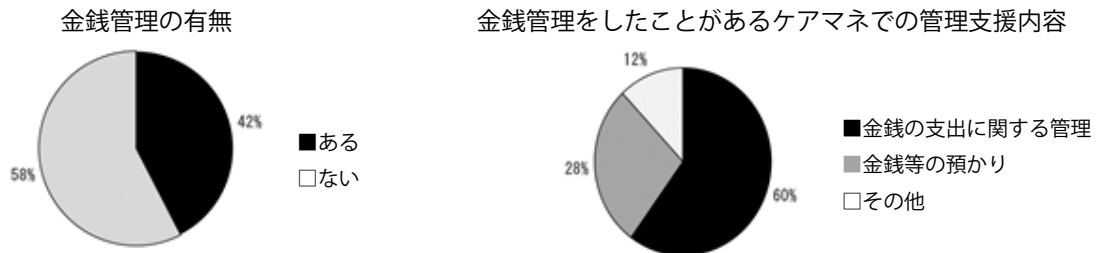
- ① 金銭管理に関わっている人はオープンにお互いにチェックし合い、グループとして記録に残すことが必要。
- ② 本人の財産を守る適切な支援方法については、ケアマネのみの支援では限界があるため、地域包括や在宅介護支援センターが介入し、その他介護保険事業所や金融機関、家族等の関係者も含めて支援体制を整えて支援していく。
- ③ 成年後見人以外の方が金銭管理するのは良くない。市としてもしっかりした制度に乗せたいと考えているところである。介護支援専門員協議会で、どの程度ケアマネが金銭管理をしているケースがあるのか、実態把握のアンケート調査を実施してはどうか。
(工藤和代)



ケアマネジャーの4割が金銭管理を経験

——松戸市のアンケート調査より

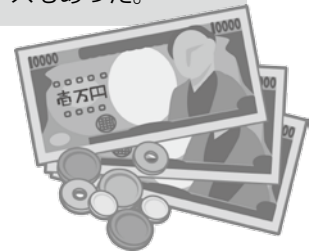
平成28年8月に、松戸市は市内134カ所の居宅介護支援事業所に依頼し、407人のケアマネジャー（ケアマネ）を対象とした「金銭管理に関するアンケート調査」を行った。回収率67%で、結果は以下の通りである。



約4割が金銭管理をしたことがあった。その内訳をみると

- ◇うち7割が最近2年間でも行っており、年々増加傾向だった。中には5～7年と長期管理しているケアマネもいた。
- ◇金銭の支出管理が6割で現金や預金通帳も管理していた。「本人に支援を実施」した場合と、「ケアマネ自身が実施」していた場合が半々だった。
- ◇預金引き出しは10万円以下が7割だったが、中には200万円以上のケースもあった。

以上のように、現場ではケアマネが「やむを得ず」要介護者の金銭管理に携わっていることが判明した。これはおそらく全国どこでも同じ状況だと考えられる。



ケアマネジャー等による金銭管理に関する法的解釈

現状は上記のように「現場の介護関係者が要介護者の身の回りの金銭管理を行っている」のが実態である。おそらくヘルパーも同様と考えられる。

ケアマネ等による金銭管理の「法的な位置づけ」はどのようなのであろうか。ある弁護士の方に相談したところ、次のような回答があった。

①契約介護者と利用者の介護契約における付随的義務と観念することは可能であるか。

利用者の介護と金銭管理は全く異質であること、介護契約においては、掃除、入浴介助、食事作りなど、介護項目自体限定して列挙して作成されていること、民法上も身上監護と財産管理は峻別されていること、に照らせば、介護契約の付随的義務として観念することは困難である。

②利用者と書面による金銭管理・支払委託契約を締結する。

委任契約を締結することは、介護契約者の立場に法的安定性をもたらすものであり望ましいと思われる。しかしながら、利用者がこのような契約を締結する行為能力を有するか問題となる。そうすると、依頼者の状態、契約内容により個別具体的に行為能力を検討することを要するが、そうなれば契約内容を定型化して一般的に広めることは不可能であること、ケアマネ等がこのような検討・判断することはできないであろうこと、を鑑みると、契約を締結することで解決できると安易に言うことはできない。

③民法の「事務管理」という概念を用いる。

事務管理は契約ではないので、利用者の行為能力は問題とならないこと、本人の意思に反して事務管理を行った旨の主張がされても、本人が現に利益を受けている限度において事務管理者の支出は保護されること、から、ケアマネ等が利用者の金銭管理を行うことに関しては、「事務管理」の適用により一定程度の法的な位置づけが得られるところではある。

しかしながら一方で、ケアマネ等は善管注意義務を負うことから、通帳現金の厳重な管理や支出の記録は必須であること、このような重くかつ煩雑な行為を、無償で、しかも一旦開始した以上は継続的に行う必要があることは、大きな問題点となる。

善管注意義務…業務を委託された人の職業や専門家としての能力、社会的地位などから考えて通常期待される注意義務。

■ ケアマネジャー等による金銭管理に関する対策試論

松戸市認知症研究会の場合でも、この「金銭管理の現状」について議論を重ねてきた。実際、成年後見制度下でも、弁護士や司法書士など公職の立場であっても、不正行為が後を絶たない。どんなに「崇高な理念」を有する職種であっても、一個人がこうした責任と権限を独占すれば、必ず不正が生じると考えた。そこで、現場からは、現状を鑑み、「一個人ではなくグループでの金銭管理」を提案してきた。

具体的には、

- ◇日常的な金銭管理について1週間ごととか定期的に関係者がグループで内容確認を行い情報の共有を行なう
- ◇さらに一定期間ごとに要介護者の通帳や現金状態を、グループで不正がないことを確認する
- ◇こうした「グループ管理」という行為に関してはグループの責任を明確にするため、一定の報酬を支払うべきである。(これは現行の成年後見制度での自己負担金より、はるかに少額で済むだろう)

というものである。現在、行政によっては、「NPOに財産管理責任を依頼している」ところもあるという。これは確かに現場の負担を軽減するものだが、実効性や費用対効果で疑問を感じている。もちろん、こうした議論に関しては国が最終的な判断を下すべきものとする。

(堂垂伸治)

☕ コーヒータイム



他職種が感じる「あれ？ちょっとおかしい…」は診断に役立つ情報!?

薬局で薬の理解が出来なかったり話が噛み合わなかったり「あ～認知症かも…」と感じる事がある。そこで、医師の協力によりこれらを報告する機会を頂きました。結果は、43名報告し新規の認知症薬物治療開始は7名いました。

7名は少ないと言われることがあるのですが注目すべきは、これらの情報が診断や治療に役立つということです。普段生活を見ているあなたの情報も実は、とっても重要な情報なのかもしれません。

(吉田貴行)

事例概要: 80 代女性 要介護 3 認知症

■独居

認知症は中等度あるが身体的には問題なし。歩行もしっかりしている。キーパーソンは長女。次女はほとんど関わりなし。

本人は 70 歳まで仕事をし、あまり近所付き合いをしていなかった。夫が他界した頃からちぐはぐな行動が出始めた。神経内科を受診し認知症の診断を受け、小規模多機能サービスを利用。もともと社交的な性格で、小規模に通うことが自分の居場所と考え定着している。日中は、ほとんど小規模多機能のデイサービスで過ごしている。徘徊するため、1 人にはできない状況。長女の職場（週 3 回勤務）が本人の自宅近くのため出勤前と出勤後に、必ず自宅に寄るようにしている。また週 1～2 回は泊り込んでいる状況で、長女も介護に疲れ気味である。

短時間でも 1 人になると勝手に出かけてしまい、駅や交番のお世話になっている。長女や小規模多機能だけでは対応困難な状況である。長女はグループホームに入所させることも考えているが、なかなか踏み出せない。母親の認知症を受容できず、家中「〇〇はダメ！」の貼り紙が貼りめぐらされている。地域との連携を図りながらどのように対応していけばよいか。

事例検討のまとめと課題

小規模多機能より、実際はグループホームの方が「管理」しやすい方

小規模でなるべくがんばりたいが、限界が近づいている。複数の身内が参加する担当者会議を開催し、見極めが必要。

本人の徘徊について

徘徊の特徴をつかむ。本人には自分なりの生活パターンがある。本人が好きなようにさせ、共に過ごすこと。行方不明になる時刻は朝が多い。その特徴をつかみ対処すると良い。

具体的な徘徊対策について

- ① 写真持参で事前に交番へ伝えておく。（警察への保護願い）24 時間対応できるのは警察だけ。

警察からのお願い 保護しても身元がわからない人がいる。洋服の襟や靴やカバンの中などに事前に名前を書いておいてほしい。但し認知症の方の写真が出回るのは危険。例えば認知症の人が不在時に、その自宅が中高生のたまり場になってしまったことがある。首からさげるものは本人の抵抗がある。

- ② 本人のよく徘徊するルートマップ化する。そのルート内の商店街などに事前に伝えておく。
- ③ 向こう三軒両隣の必要性。特に隣家や階下の方へ現状を伝え、出来る範囲でお願いはできないか。
- ④ 将来的には認知症の人の装着物に IC タグが必要？



Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 地域、町ぐるみで認知症を支えあう。商店街や小中学校などを対象にした認知症サポーターの養成

✓ 1人の目より2人の目をモットーに向こう三軒両隣の精神の啓発

自分のできる範囲で、ご近所のちょっとした協力を。「認知症サポーターのいる店」、「おもしろい認知症サポーターのいるお店」などの専用ステッカー配布の取り組みを市に期待したい。

✓ 地域の草の根ボランティアの養成と育成

✓ 防災無線を使った高齢者探索



(堂垂伸治)

Point



松戸市の認知症に対する市民ボランティアや専門職の態勢（下図参照）

松戸市では困った高齢者に声をかけ、高齢者を地域全体で温かく見守っていくことを目指した「松戸市あんしん一声運動」を展開している。

◎「認知症サポーター」
認知症について正しく理解し、偏見を持たず認知症の人や家族を温かく見守る地域の応援者。

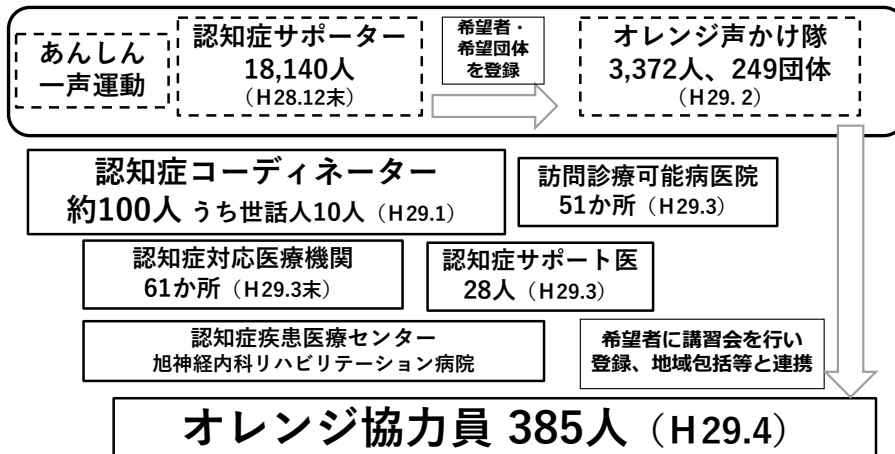
◎「オレンジ声かけ隊」
認知症サポーターで認知症サポーター養成講座を受け、市に登録した個人または団体。松戸市あんしん一声運動に参加するボランティア。

◎「オレンジ協力員」
認知症サポーターで、認知症の人に対して専門職と一緒に具体的な実践活動をするボランティア。

◎「認知症コーディネーター」
専門職を対象に「コーディネーター養成講座」を平成24年末から毎月計10回開催し、約1000人育つ。その後も毎年3回、認知症に関する各種の研修会を開き、現場で認知症の人に様々な支援を行っている。

松戸市の認知症対応

松戸市高齢者支援課資料を改変



ポイント2

「靴底にICタグ」の紹介

松戸市では(株)介護用品愛シヨップが「GPSインソール(シューズ)」を考案している。これは、徘徊する人が履く靴底に超小型GPSを内蔵したものである。スマホやタブレットで位置情報が直ちに確認でき、徘徊した認知症の人を実際に発見している。

ポイント3

「まちっこプロジェクト」の紹介

現在松戸市では、医師会の健康啓発委員会⁽¹⁾が中心になり、医師会員が小中学校に直接出向き「出前講座」を平成28年から行っている。講座の内容は生活習慣病・在宅医療・認知症・救急医療などで、生徒間のグループワークも取り入れている。子供たちが帰宅後、家族に講座の内容を話し、家族が問題意識を持ち行動変容を促すことも目指している。

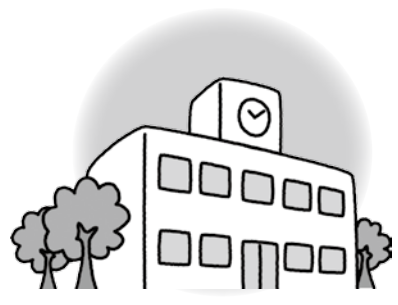
ポイント4

「相談協力員」について

松戸市では平成12年頃から、市内各生活圏域に高齢者支援連絡会を設置。この中から生まれた市民ボランティアが「相談協力員」として地域の見守り・声かけ・高齢者施設見学・地域住民向けの広報発行・研修会開催などの活動をしている

【参照】

(1) 松戸市医師会「まちっこプロジェクト」



[資料] 松戸市の高齢化率と認知症の現状

認知症の人を防災無線で探索する

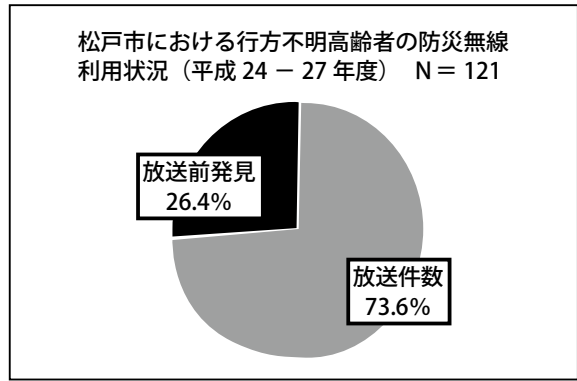
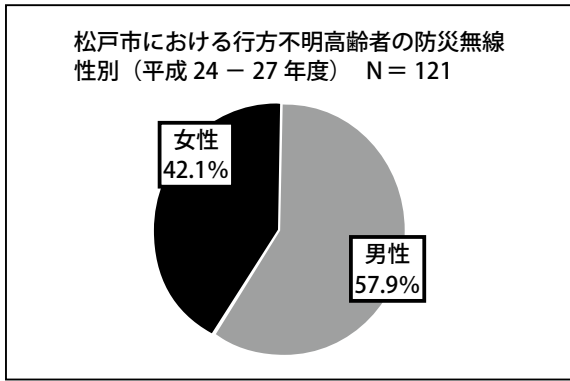
松戸市では、防災無線を使って認知症などで徘徊している人を探し出す事業を行っている。これは、徘徊した人を探したい家族や施設などが、警察に連絡、警察は松戸市に連絡する。その後、市内に張り巡らされた防災無線を使い、拡声器で直接市民全体に呼びかけるものである。実績は以下の通りで、現時点ではほぼ全員を発見している。

[松戸市における行方不明高齢者の防災無線件数]

	放送依頼件数			未発見	男	女	認定(有)	認定(無)
	再掲	放送件数	放送前発見					
24年度	35	28	7	0	16	19	22	13
25年度	27	23	4	0	15	12	22	5
26年度	30	16	14	0	18	12	20	10
27年度	29	22	7	0	21	8	24	5
合計	121	89	32	0	70	51	88	33

参考値：H28.11月現在

28年度	31	23	8	0	18	13	24	7
------	----	----	---	---	----	----	----	---



（出典：松戸市役所高齢者支援課データ 平成28年11月現在）

松戸市の65歳以上の10人に1人が認知症

（人）

	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	
人口	476,896	485,876	486,263	487,919	490,773	
高齢者数	101,395	107,298	112,228	116,769	120,125	
高齢化率	21.3%	22.1%	23.1%	23.9%	24.5%	
要介護・要支援認定者数	15,209	16,638	17,373	18,708	18,607	
認知症高齢者 日常生活自立度	正常	2,788	2,849	2,767	3,032	2,480
	I	3,789	4,217	4,412	4,761	4,264
	II a～M	8,632	9,572	10,194	10,915	10,950

松戸市の認知症の人の数は、平成28年4月1日現在、要支援・要介護認定者の認知症高齢者日常生活自立度II以上の人数が、10,950人である。これは65歳以上に占める割合が9.3%となっており、65歳以上の10人に1人が認知症と言える。下図【参考】のように、今後10年で認知症の人は約2.5万人になると推計されている。

- ※ 松戸市あんしん一声運動の開始年（平成22年）の高齢化率：19.7%
- ※ 将来推計 高齢化率：平成32年 26.3% 平成37年 27.2%

【参考】松戸市の高齢者人口と認知症の人の将来推計

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
（九州大学大学院教授 二宮利治）による認知症有病率により推計

	平成24年(2012)	平成27年(2015)	平成32年(2020)	平成37年(2025)
高齢者人口(松戸市)	104,518人	118,072人	125,650人	127,026人
認知症有病率が一定の場合人数/(率)	15,678人(15.0%)	18,537人(15.7%)	21,612人(17.2%)	24,135人(19.0%)
認知症有病率が上昇する場合人数/(率)		18,892人(16.0%)	22,617人(18.0%)	26,167人(20.6%)

- ※ 平成27年以降の高齢者人口は「いきいき安心プランVまつど」の推計値
- ※ 各年10月1日



身寄りも無くお金も無い独居高齢者で、行政・地域包括支援センターなどに相談するも解決せずケアマネジャーが難渋している事例

平成 20 年 11 月 20 日 事例提供者：ケアマネジャー

事例概要：70 代男性 **要介護 1** 脳出血後遺症

■独居

くも膜下出血で軽度の後遺症があるが判断能力はある方。杖歩行でなんとか生活できる。友人 A 宅に同居。友人の仕事の手伝いや警備員、友人の孫の世話などをしながら暮らす。

本人と友人 A 共に高齢になり、近所の一軒家を借りて住み替えるが、保証人だった A が引越後すぐに亡くなってしまった。今まで住んでいた借家は保証人がいないと貸せないとの理由で住めなくなる。担当ケアマネジャー(ケアマネ)の努力で特養のショートステイにその後 1 ヶ月間限定で入所できるようになった。本人はとにかく生きることになり弱気になっており施設入所を希望している。1 人での生活は年金が月 10 万円、貯蓄は皆無。特別養護老人ホームなどの入所施設が減少する中で、生活保護にも該当せず、家もなくなった高齢者は施設にも入れず一体どこに住めばよいのか。

このように介護面だけでなく本人の生活支援全般にかかわらなければならないケースは多い。ケアマネとしてどこまで対応すればよいのか？ 今後本人の状態が悪化した場合の相談もどうすればいいのか

事例検討のまとめと課題

「福祉の尻ぬぐい」を現場の関係者がおこなっている現実がある

担当ケアマネがついていても金銭問題解決までは 1 人では責務が重すぎる現状。どこまで関わればよいのか？

本人について

- ① 経済的な問題解決が先？ 生活扶助や介護扶助を単給で受給できないか？ もっと福祉事務所からのアドバイスはないのか？ 単給…8つの扶助(生活扶助、住宅扶助、医療扶助など)のうち1つを受給すること。
- ② 後見人が先？ 時間がかかるが、市長申し立て(64 ページ)は？
- ③ 今の身体状況だと日常生活自立支援事業か？ 身体状況が低下した場合は、施設入所となるが、身寄りがなければ特別養護老人ホーム(特養)入所は難しい。生活保護だとユニット型特養は不可能。多床室なら今の年金で十分対応可能だが、身元引受人が必要、また身寄りがなければ、今の身体状況で老人保健施設入所も難しい。

一度手放した家財道具の再調達について

施設・教会・NPOなどがバザーを行うためにストックがあるかもしれないので相談してみるのはいかがでしょうか。

現場で貧困の問題が多発している

今後同様のケースが多発せぬよう予防策が必要。年金を真面目に積んできた人の老後が苦にならないような打開策はないか？



Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 生活家具などの調達方法について——情報を一元化する方法

- ① リサイクル事業者と相談し活用を考える。
- ② 公的機関や施設などで、掲示板を通じ情報交換できないか。
- ③ 地域情報誌やインターネットによる情報掲載ができないか。

✓ 貧困対策

- ① 貧困や虐待問題を今後増やさない。老後を賢く生きるための早めの教育・啓発。地域における勉強会の開催。地域での講演会や相談協力員などの連絡会等を活用するのはどうか。
- ② 地域包括支援センター（地域包括）やケアマネだけで困難なケースを解決することは難しい。個別の地域包括では解決不可能なものもあるので、やはり「基幹型」の地域包括が必要。
- ③ 貧困のような困難ケースに対し表面的な問題解決（＝生活保護を支給すれば良い）を行うことだけが解決でない。生活困難な方々を組み込んで自立してゆく社会の仕組みづくりが必要。
(堂垂伸治)



Point

ポイント 1

松戸市では「基幹型地域包括」を平成29年4月に設置予定

「地域包括支援センター」は松戸市では現在「高齢者いきいき安心センター」と呼ばれ、平成29年4月から4カ所増え、市内に15ヶ所ある。かつ、松戸市役所本庁内に基幹型地域包括支援センターを設置し、高齢者施策全般や他の関連施策と密接に連携を行い、地域包括の総合調整や後方支援等を実施する。

ポイント 2

経済的弱者・生活保護について

①日本では「弱者」が経済から排除されているのが現状。経済の理論として、「比較優位の原理」というものがある。「弱者」を活用し経済・社会に取り込んだ方が、社会的コストが安くなる。リーマンショック以来、社会的弱者が急増している。排除ではなくこのような人々を組み込んで自立してもらう社会の仕組みづくりが必要。

②行政・国民は、実は社会的弱者を支えるために巨額なコスト（税金）を使っている。生活保護の人が働くと、働いた分が基礎控除となり、保護支給額が減らされる。行政のお金を出すシステムは労働意欲を欠くシステムになっている。労働意欲や自立が高められるような行政システムの見直しや改善を工夫する必要がある。

【資料】市長申し立てとは？



市町村長は、認知症高齢者（65 歳以上）又は知的障害者、精神障害者について、その「福祉を図るために特に必要があると認めるとき」は、法定後見開始の申し立てをすることができます。これは、身寄りのいない認知症高齢者などが、親族がいないために保護が受けられないという事態を防ぐために特に設けられたものです。

【参照】 千葉県＞成年後見制度市町村申立マニュアル＞市長申し立ての実務

松戸市と近隣市の後見制度等の申請状況

		松戸市	A市	B市	C市
人口（平成 28 年 9 月 1 日現在）		491,527 人	63 万人	48 万人	40 万人
市長申し立て件数	平成 26 年度 （ ）内は被保護者	16 件（0 件）	25 件（13 件）	14 件（1 件）	17 件（14 件）
	平成 27 年度 （ ）内は被保護者	17 件（3 件）	22 件（6 件）	4 件（3 件）	21 件（13 件）
報酬助成申請件数	平成 26 年度 （ ）内は被保護者	16 件（7 件）	39 件（32 件）	7 件（4 件）	21 件（10 件）
	平成 27 年度 （ ）内は被保護者	26 件（6 件）	54 件（38 件）	6 件（3 件）	31 件（18 件）

（出典：松戸市）

コーヒータイム



認知症対応のコツ

（当地の小規模多機能施設の施設長から一言）



1 事例 K 様（79 歳男性・介護度 5）

病歴	アルツハイマー型認知症 統合失調症
家族構成	妻 長男 長女の 4 人暮らし（主介護者は妻）
心理、行動症状	昼夜逆転 夜間不穏 歩行障害（車椅子自走）不穏行動（大声、尿意頻回） 自分勝手な行動
コミュニケーション	自分の意思の伝達は可能だが辻褄の合わない内容が多い。 物忘れがあるため、同様の会話内容を繰り返す。 場をわきまえた会話が難しく、大声や口調が強くなる。
介護力	妻は通院治療中。長男は転職したばかりで仕事に多忙。長女はうつ病の治療中。子供たちの介護力はほとんど期待できない。妻は長女のことにも気にかけている。
支援の目標	数カ所のデイサービスを利用してきたが、どこに通っても断られてしまった。 まずは、通所のサービスに慣れて自宅で夜間良眠出来る。 また、ゆくゆくは泊まりの利用も出来るようになる。



	本人の様子	職員の対応
初期	<ul style="list-style-type: none"> ・通所拒否、大声で怒鳴りベッドから出ない。 ・やっと通所に来て一日中帰宅願望が見られる。フロア内を車イスを自走して歩きまわり、大声を出している。全てにおいて介護拒否状態。 ・他者との口論で、他のお客様に影響が見られる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夫が通所拒否を毎回する姿を見て、妻は泣きだす「まずは1ヶ月頑張りましょう」と、妻を励まし、不安を軽減する。 ・行動パターンの把握を行い、ケア方法の検討を何度も行う。 ・職員間の情報の共有や対応を日々検討。(対応方法の統一) ・他のお客様への理解の促し。 ・居心地の良い空間作り(行動パターンから読み取る) ・本人の発語や行動からニーズを読み取る。 <p>※義歯の不具合の訴えや、歩けなくなった事への不安の発語が聞かれ早急に対応。(訪問歯科受診、訪問マッサージの利用を実施)</p>
3 カ 月 経 過	<ul style="list-style-type: none"> ・大声が減少しつつある。 ・本人から「ありがとう」が聞かれる。妻に対しても感謝の言葉を掛けるようになった。 ・介護拒否が減ってきた。 ・義歯が新しく出来たことで喜ばれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人に対しての言葉がけの統一を職員間で行う。 ・とにかく話の傾聴。 ・何かした時は「ありがとう」と、本人に声をかける。 ・出来そうな事をお願い「何々して下さいますか？」
6 カ 月 経 過	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅での夜間の睡眠がとれるようになってきた。 ・笑顔が見られるようになった。 ・本人から感謝の言葉が多く聞けるようになってきた。「お風呂に入れてくれてありがとう」「お世話様でした」「召し上がれ」という発語がみられた。 ・他者と会話の参加が出来る。 ・ゴミ捨てを進んで行う。 <p>※要介護5から要介護3になる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ話でも丁寧に傾聴。 ・コミュニケーションの機会を多く持つ。 ・本人の持っている能力を引き出す。 ・職員全員で常に誰かが対応。 <p>※他のお客様の理解が得られてきた。</p>

視 点

認知症の人と接するとき、まずは一人の人として接するように心がけます。話しかけるときは常に笑顔を忘れず、同じ目線で声のトーンや会話のスピードは相手に合わせます。会話内容は出来るだけ短文で、質問は二者選択で答えられるようにします。話し上手にならず聞き上手になり、すべてを受容と共感の気持ちで多くの接点を持つことを心がけます。

会話が成り立たない場合は、非言語的コミュニ

ケーションを使用したり、文章の最後の言葉を復唱します。復唱することにより「わかってくれている」という安心感を持ってくれます。介助的な場面では、誘導はメリットを伝えながら促します。

ただし何でも手伝うのではなく、出来そうなことは見極めて、出来たことへの達成感や充実感を実感してもらい、できることを増やし自信を持てるように支援します。また説明する際は、説得でなく納得出来ることを心がけています。

(工藤和代)

1. 事例は、まとめて上げたようなことを常に心がけて実践してきました。
2. 認知症の人に接する各施設で、上記のようなアプローチが可能な専門職が他の職員のロールモデルになることがポイントです。

事例概要：90 代男性 要介護 3 歩行障害（外傷後遺症）

■独居

幼少時に事故で身体障害あり、10 年くらい前から疼痛・歩行困難が強くなる。室内伝え歩きがやっとの状態です訪問診療され、週 6 回ヘルパーが入っていた。貧血と体重減少が進み胃がんを疑われたが、検査は拒否。激しい性格で、当初から血縁関係は希薄。更に、妻が直前に亡くなり独居となる。施設入所、成年後見制度を強く勧めるも拒否。住まいはマンション最上階で、エアコンが故障したがその修理も拒否し、夏場は始終窓を開けての生活だった。

ある日の夕方、本人が体調を崩し室内で倒れる。たまたま定期訪問していたヘルパーが発見。救急車を呼ぶが、救急隊到着時には意識消失、呼吸停止状態。ケアマネジャー（ケアマネ）・看護師・主治医にも連絡が入り、至急駆けつけた。現場で心肺蘇生を行うが呼吸再開せず死亡。結果として主治医が看取り、死亡診断書を作成した。

身寄りがなく、親族には連絡不能。現場に駆けつけた地域包括支援センター（地域包括）も含め関係者が、対処に困った状態になる。



●●●● 事例検討のまとめと課題 ●●●●

1 不測の事態への対応

- ① 1 人暮らしの高齢者ではいつでも急変する可能性がある。
- ② 今回、その後の手続きで、医師、警察や関係者が長時間滞在せざるを得なかった。
- ③ (24 時間対応の) 市の関係窓口への連絡方法を関係者が、事前に周知・共有すべきである。
- ④ 特に警察が情報を持っている場合がある。

2 その後の処理は？

- ① 残った資産や債務の管理はどうなっていくのか？ 預貯金は？ 自動引落しは？
- ② これらへの個別対応は関係者では無理。行政が責任を持って資産管理や遺族への対応など「事後処理」をしてもらいたい。

3 孤独死について

- ① 同居者がいれば、エアコンの修理・異常の察知・医療機関への連絡が可能であったろう。今回は結果的には「独居の在宅死」になった。
- ② 結果は変わらなかったかもしれないが、独居になったら「1 人暮らしあんしん電話」(71 ページ) を活用すべき。



その後の経過

- 1 警察に連絡、医師は事情聴取を受ける。事件性はなしとされ、検死とならず。検死となる場合は、松戸市ではその後「援護担当室」（現在は地域福祉課）に連絡することになる。
- 2 親族と連絡を取り、葬儀の了解を貰う。
 - ① 主治医・ケアマネ等が把握していた情報では親族が判明せず。
 - ② 警察が巡回の際に把握していた情報で、東北在住の親族とやっと電話連絡が取れ、葬儀の了解をもらえた。その後に地域包括から葬儀屋さんに連絡した。
- 3 その他
 - ① 警察が室内で部屋の鍵を捜したが発見できず。従って関係者が退去しようにも施錠できず。
 - ② 地域包括が旧知の鍵屋さんに連絡。ドアの鍵全体を壊して、部屋の鍵を交換。新たな鍵の保管管理を地域包括に託す。
 - ③ 最初の訪問から約6時間経過し、葬儀屋さんが到着。死亡診断書（在宅死）を手渡し、やっと関係者全員が退出可能となる。

（堂垂伸治）

【資料】利用者が孤独死になった場合にどう対処するか？



■ 身元不明や「孤独死」の場合のご遺体の対処法 — 常盤平団地孤独死予防センターより聴取

- ① 発見 ⇒ 警察に連絡 ⇒ 検死へ ⇒ 松戸市福祉事務所へ連絡 ⇒ 葬儀屋さんへ ⇒ 無縁仏
- ② 葬儀費用は約 20 万円（死者にお金がある場合はその分を頂く）
- ③ 関係者は事前に親族を把握しておくが良い。警察が把握している場合もある。
- ④ 血縁者がいても「借金があるかもしれない」、「関わるのが面倒」ということで、相続を拒否される場合も目立つ。
- ⑤ NPO法人を作り、会員には納骨や葬儀などのお手伝いを行う方向。可能なら行政等の公的な後ろ盾があった方が良い。

■ 突然死などの場合の銀行・郵便局などの資産の行方 — 某銀行より聴取

- <生前>
- ① 遺言・・・通常は証人2人以上を得て作成し「公証人役場」に保管する。
 - ② 遺言信託・・・実際はこの証人を集めるのが困難で、銀行が代行する方法がある。
 - ③ その内容は
 - ・遺言作成サポートサービス・・・財産台帳の作成等を行う。費用：約 79 万円
 - ・遺言信託・・・遺言書の作成や遺言の執行（他の銀行などの財産も見つけてくれる）等。費用：約 21 万円＋維持費 420 円 / 月＋執行報酬手数料（0.315～1.575%）

（金額はいずれも平成 22 年時点）

<死後> ・遺産整理業務・・・相続人がいる場合で銀行が代行してくれる。費用：執行報酬手数料

<相続人がいない場合や名乗り出ない場合>

- ・銀行は死亡を知った時点で預貯金の出入りはストップさせる。
（相続人が居る場合は、その承諾があれば支払い・入金等は継続される）
- ・その後、家庭裁判所が相続財産管理人（＝弁護士）を指定し、債権・債務を確認し、余ったお金は結局国庫に入る・・・つまり「身寄りのない方」のお金は何もしないで放っておくと、貯めておいたお金は国庫に入る。（行政の介入も限度があるため）預金があっても誰も引き出す事が出来ず、例えば入院中の支払い等で支障をきたす事も現実問題としてある。

身寄りのない高齢者の死亡に際して「尊厳」を考えた事例

平成 22 年 10 月 21 日 事例提供者：自治会長

事例概要：80 代女性 **要介護 2** 認知症

■独居

約 20 年前、夫が亡くなってから集合住宅に一人住まいの A さん。以後、兄弟と疎遠で付き合いが無い。親族は、他県に在住の兄弟の子供。平成 21 年から認知症、1 年前からちぐはぐな言動が目につくようになった。訪問介護が入り、平成 21 年末よりケアマネジャー(ケアマネ)・在宅介護支援センターなどが見守りしていた。平成 22 年春に入院、治療。親族は、胃ろうを拒否し後見人にならず。入院先には親族の見舞いもなかった。

[その後の経過]

A さん、死亡。週明け月曜日午前、担当となった市職員が A さん宅を訪問。葬儀業者へは当日午後での火葬が依頼された。ただし親族の立会いはなく、翌日にお骨を引き取りに来るだけとのこと。結局、お骨拾いは集合住宅の自治会長と斎場職員で、葬儀業者が一人立会ったのみの寂しいものだった。

同月下旬、家財道具などの処分。処分業者は候補数社を市より親族に提示し、親族が業者を決定。同じ建屋の住居者の後日談として、3 階の部屋から家財を放り投げるなど相当乱暴な扱いで撤去したようである。

●●●● 事例検討のまとめと課題 ●●●●

人とのつながりが希薄な昨今は同様のケースが多くなると思われる。こうした現実はどう対処し解決してゆくか

- ① 「最期の身の振り方」について、市民向け公開講座や「高齢者支援連絡会通信」で住民が高齢者問題を身近に感じる報告をしていく。
- ② 緊急連絡先の把握
警察官が各戸を訪問し、家族構成や緊急時の連絡先を把握しており、これは協力しておくべき。また日ごろから親族や子たちとのコミュニケーションが大事。
- ③ 今回の事例では、親族は居てもいわゆるキーパーソンは居なかった。そのため、成年後見人市長申し立ての方向で動いていたが、結びつける前に本人が亡くなってしまった。遠い親族では実際の医療保険や介護保険への対応はできないことが多い。そのため介入した在宅介護支援センターやケアマネが多大な努力を必要とした。

- ④ 介護保険は本人の意思による契約制度。このため、高齢者では本人が拒否すると介入できない事例も多い。特に資産や貯金通帳の管理を他人に依頼することなどは強い拒否感がある。成年後見制度の周知徹底なども唱えられているが、現場では活用が大変難しいのが実態である。社会福祉協議会の日常生活自立支援事業も人手不足という。もっと現場で使い勝手が良い制度が必要。それには、行政や銀行・NPO・ボランティアなどが一体となった機動的な支援組織が各地に必要なのではないか？ (堂垂伸治)





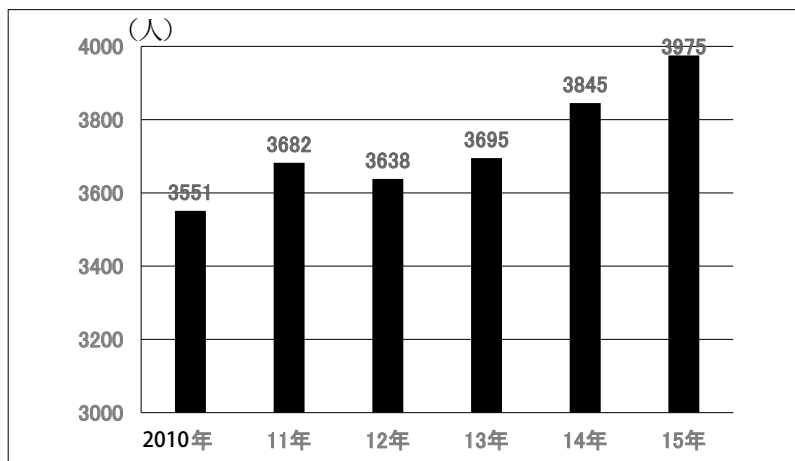
自宅死、孤独死、在宅死



1 松戸市の死亡数の推移



[死亡数推移 (松戸市)]

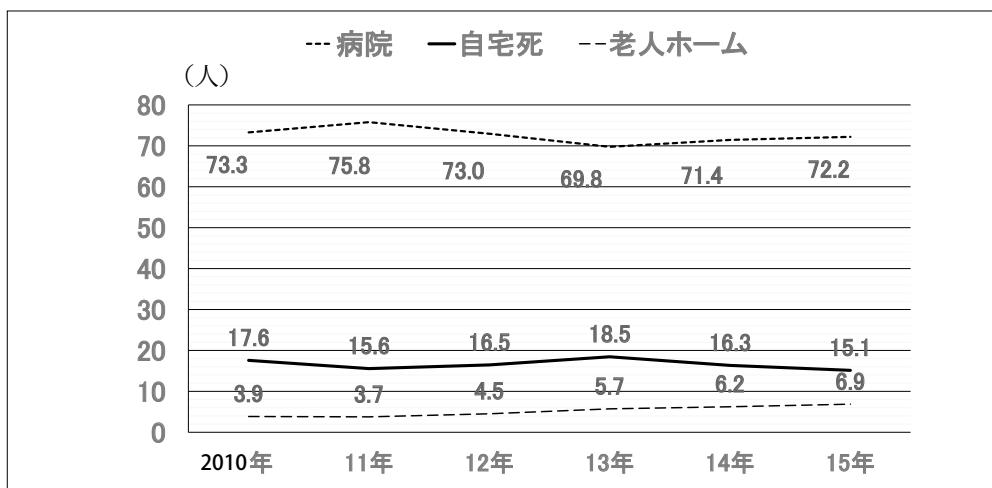


松戸市は人口約49万人で、首都圏の典型的なベッドタウンである。当地の最近6年間の死亡数の推移を図に示す。⁽¹⁾ 図からは、高齢化の進展とともに当然だが死亡数が増加している。

2 松戸市の「死亡の場所」分類の推移



[死亡の場所 (松戸市)]



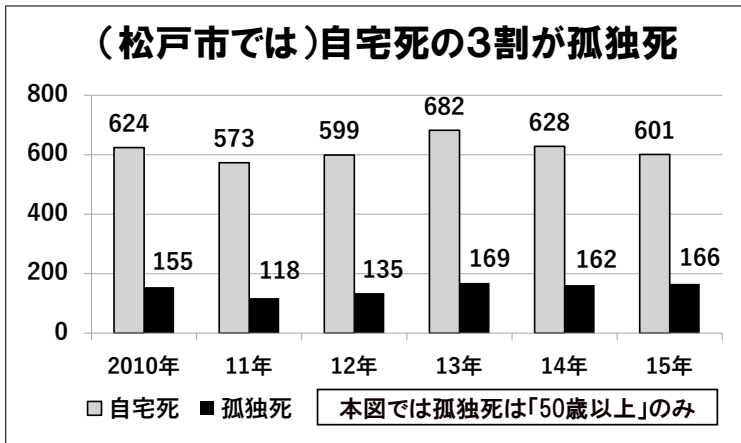
この図から以下のことがわかる。

- ① 松戸市の2015年(平成27年)の死亡者の「死亡の場所」では「病院」が72.2%、「自宅」が15.1%、「老人ホーム」が6.9%だった。ちなみに、全国では、それぞれ、74.6%、12.7%、6.3%⁽²⁾だった。なお、この「自宅」とは「(純粹)自宅」と「グループホーム」、「サービス付き高齢者住宅」での死亡を意味する。
- ② 「病院死」も「自宅死」もともに横ばいかやや低下しており、その分「老人ホーム死」が増加している。「老人ホーム」とは「特別養護老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホームなど」である。他に、「老人保健施設」での死亡数も、この6年間で3倍に増加(2015年が81人)している。つまり、この間ベッドタウンに盛んに増設されてきた様々の「施設」で、死亡数が増えていると言える。

3 松戸市の孤独死の現状



(人)

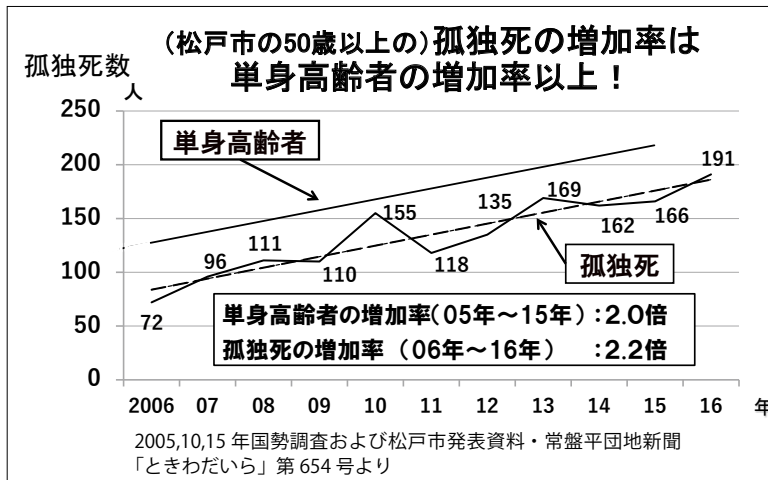


松戸市では、警察の協力を得て平成14年以来、市内の孤独死の全数調査を行っている。図は自宅死のうちどれくらい「孤独死」が含まれているかを比較したグラフである。それによると「50歳以上の孤独死」だけで自宅死の3割弱を占めている。直近に発表された平成28年の「40歳以上の孤独死」は218人となっている。首都近郊では「自宅死の3割が孤独死」ということになる。

4 孤独死は増加の一途



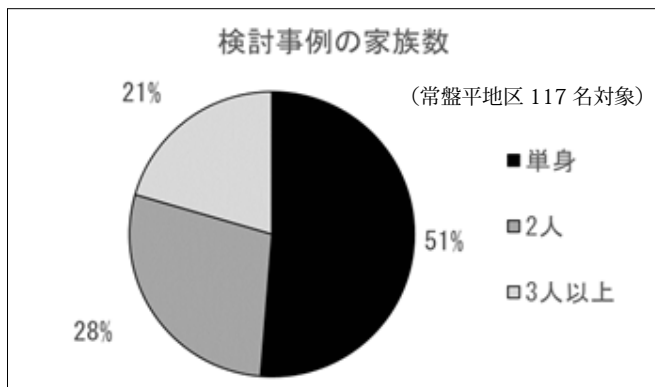
平成27年(2015年)の国勢調査では単身高齢者は全国で約600万人、松戸市では約2.5万人である。図は、松戸市における「孤独死の推移」と松戸市内の「単身高齢者数の推移」を比較したものである。点線は孤独死の推移を示し、実線は単身高齢者の推移を示す。2015年の国勢調査の結果も参照すると、松戸市ではこの10年間で単身高齢者の増加率が2倍だったのに対し、50歳以上の孤独死は2.2倍だった。



た。ベッドタウンの危機的状態が推定された。

ちなみに全国の孤独死の人数は、その定義も含めて諸説あるが、2~5万人と推計されている。交通事故の死者数は年間約4,000人(16年の松戸市では12人)である。松戸市では「40歳以上の孤独死が218人(うち男性は女性の2倍以上)」なので、単純には「孤独死は交通事故死の10倍以上!」と推定される。今一度この異常さを考えていただきたい。

5 地域での「対応困難事例」の半数は独居=単身高齢者である



松戸市常盤平地区(背景人口:5.3万人)では、「高齢者支援連絡会専門部会」が平成16年4月から「対応困難事例」を検討してきた。基本的に毎月1回開催され、平成28年度まで累積117例に及ぶ。

検討した117例の内訳は、男性対女性は半数ずつ、独居が全体の半数で、高齢夫婦のみを加えた2人以下の家族が全例の4分の3だった。「単身高齢者」は増加の一途で、今後正に「地域力」が試されて行くと感じている。

6 松戸市の「在宅死：看取り数」について



松戸市では比較的在宅医療が盛んに行われ、在宅死（＝在宅医による看取り）も多い。松戸市医師会在宅ケア委員会では、平成17年から全医師会員にアンケート調査を行ってきた。直近の平成28年の在宅看取り数は320人だった。他に、施設で約160人を看取っていた。同様に松戸市内の訪問看護ステーションは約200人の看取りを行っていた。松戸市内の医療機関が他市で看取りを行っていることもあるが、「自宅死の3～4割を在宅医が看取っている」ことになる。（同様の調査で千葉県が管理する「ちば医療なび」がある。この集計でも同程度の人数だった）

在宅医療が盛んな当地でも、①最近は在宅医療での看取りは停滞している、②様々の「施設での死亡」が増加している、というのが実情である。

7 「1人暮らしあんしん電話」について



当地では、平成20年3月以来1人暮らしの方の安否や健康状態の確認のため、「1人暮らしあんしん電話⁽³⁾」事業を行っている。これは、以下のようなシステムである。

- ① 診療所からPCに録音された音声で、(主に)単身高齢者に週1回定期的に自動的に電話連絡する。
- ② 電話の受け手の単身高齢者は、元気なら「*1」を、体調不良なら「*2」を、要連絡なら「*3」を押す。
- ③ 回答結果は診療所のPC画面に一覧で示される。
- ④ 回答結果への対応の殆どは診療所事務員が対応可能であるが、時に救急対応や往診で対処し、独居高齢者の健康管理・安否確認に役立っている。

本システムは、松戸市以外でも全国十数ヵ所で設置され稼働している。

松戸市では、現在7医療・介護・福祉施設を発信元として対象者数450人以上で稼働している。これまでの登録者累積人数は約700人になる。平成25年に松戸市医師会が後援し、平成27年には松戸市の助成事業となった。地域住民からは、「非営利型一般社団法人あんしん地域見守りネット」が立ち上がっている。「あんしん電話」システムを活用して市内の約60の町会・自治会など地域住民組織および見守りボランティアと、医療機関等の連携によるセーフティネット作り活動が展開されている。

相談先：「あんしん電話ほっとライン」 0120-386-117（火・水・木 10時～16時）
または「松戸市 高齢者あんしん100番」 047-366-1100（月～金 9時～17時）
（ともに祝日、年末年始は休み）



8 「孤独死」について



そもそも高齢者では突然の病状急変が起りやすい。したがって結果としての突然死が起りうる。単身高齢者で突然死すれば、それは「孤独死」に分類される。本人にとっては「無念な死」であり、親族や友人に哀しみが生じる。また発見が遅れると悲惨な状況となり、住居価値の低下など社会的な損失も生じる。

これまでの当院での経験では、医療機関にかかっていると突然死～孤独死は起りにくいですが、通院中の患者さんでも孤独死は経験する。そうした方の特徴は

- ① 普段から対人関係が少なく孤立して生活しがちな人
- ② 「自己管理能力」が乏しい人
- ③ 生活習慣病、特に高血圧の人

であった。したがって、孤独死を防ぐには上記の3点に介入することが必要だと言える。

9 孤独死を防ぐ＝「オバチャンの力」に期待する



現在、全国で約600万人の単身高齢者がいる。これらの人々に対するツールも様々なものが開発されている。私が開発してきた「1人暮らしあんしん電話⁽³⁾」もそのひとつである。この機器を開発するに至った趣旨は、「1週間に1回は自らの健康状態に気を使って頂きたい。おかしいときは医療機関に連絡してもらいたい」というものだった。

(上記8の)「孤立して生活しがちな人」を見守るために、地域ぐるみでも各地で孤独死予防の試みがされている。その各地の試みは、『孤独死を防ぐ』(中沢卓美・結城康博編著)にも紹介されている。

当地の常盤平団地では「孤独死ゼロ作戦」として活動しているが、残念ながら孤独死は減っていない。

先日のNHK・E TV特集で大山団地(立川市)⁽⁴⁾が紹介されていた。ここは1600世帯、約4000人が暮らしていて、10年以上「孤独死ゼロ」というのだから驚きである。その特徴は、多彩な人間関係が可能なように地域に様々な催しや仕掛けを配置していることにあるようである。つまり「生きたネットワーク」を作ることが必要なのである。「上からの講演会やイベント、勉強会」などは、やらないよりやった方がいいという程度で、地域に継続可能なシステムを作ることが重要である。実際、イベントなどは「いつも参加者は同じ」ということが多い。

孤独死予防の鍵は、「地域に網の目のような絆を張り巡らすこと」、「小規模サークルやインフォーマル・サービス、住民同士の共同活動を作り上げること」だと考える。

私は最近、地域のネットワーク作りという点では、やはり男性より女性の方が得意だと感じている。今の高齢者の年代では、男性はリタイアまでの人生を会社という「縦社会」で過ごしてきた「仕事人間」が殆どである。「上意下達・縦社会に慣れてきた男性」は、地域社会では時にその習慣が足かせとなり得る。

他方、女性は地域社会で過ごし、多彩なネットワークを培ってきた。この財産を活用しない手はない。地域でも女性が活躍し、男性はそれを邪魔しない方が望ましい。ただ余り事が進まない場合のみ整理役として登場すればいいのではないか。

先に述べた大山団地を牽引された自治会長が女性だった点は、示唆的である。地域では(良い意味で)「オバチャンの力」が求められている。



視 点

今日、在宅死が「在宅医療の成果」の指標のようにとらえられている。在宅医療では在宅死はあくまでも結果であって、目的ではないはずだ。

平成 28 年、厚労省は在宅医療のデータ集として「市町村別の自宅死亡割合」を公表し、マスコミも報道した。その趣旨は「自宅死の率が高いところは在宅医療が盛ん」というものだった。(70 ページの 3) で示したように、「自宅死」には「医師が在宅で看取った死」以外の孤独死や自殺や事故死なども含まれており、この見解は世論をミスリードするものである。

実は、現在の死亡診断書では、(医師が看取った)在宅死とそれ以外の区別がつきにくい。(69 ページの 2 の ①) で記載したように、「在宅死」に分類されるのは、「(純粹) 自宅」と「グループホーム」、「サービス付き高齢者住宅」である。そして

「特別養護老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム」での死亡はたとえ在宅医が看取ったとしても「老人ホーム」(施設医)に分類される。他方、介護保険法では「グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅」を在宅に区分している。

つまり、「(住宅型) 有料老人ホーム」の患者さんは、在宅医療中は在宅扱いにも関わらず、医師が居宅で死亡診断をすると、「在宅死」ではなく「老人ホーム死」として分類されるのである。現場ではそもそも「サ高住」と「有料老人ホーム」の区別もわかりづらい。これらの施設で、在宅医が関わり結局は看取ることも多くなっており、「在宅死」の人数を正確に把握するためにも、死亡診断書の記載欄の改変を望みたい。

- [参照] (1)「千葉県衛生統計年報」の各年の「第 7-2 表 死亡数、死亡の場所、性・保健所・市町村別」から作成 (堂垂伸治)
- (2)「千葉県衛生統計年報」と「政府統計の窓口>平成 27 年人口動態調査>死亡第 5.7 表「死亡の場所別にみた都道府県(21 大都市再掲)別死亡数」から作成
- (3) どうたれ内科診療所>1 人暮らしあんしん電話
- (4)「日本で一番住みたい団地~孤独死ゼロ・大山団地の挑戦~」
- (5) 厚労省>在宅医療の推進について>在宅医療にかかる地域別データ集
- (6) 死亡診断書記入マニュアル

コーヒータイム



孤独死の現場から

若いころは孤独死を発見してトラウマになることもありましたが、現在は以前ほど動揺しなくなりました。孤独死が疑われる場合、必ず 2 人以上で訪問し、一人で抱え込まずにすんでいるからだと思います。

一番記憶に残っているのは、民生委員から心配な高齢者がいると相談があり、訪問した身寄りのない 85 歳の女性でした。数ヶ月かかってようやくドアを開けて話してくれるようになりましたが、足腰が弱っており、介護保険申請のために必要な受診をすすめるも拒否があり、な

かなかサービスに結びつけることができませんでした。

そんな矢先、訪問しても応答がなく電気メーターが回っておらず、警察とともに自宅に介入すると泡を吹いて倒れていました。そのまま緊急搬送され、意識が戻らぬまま数日後に亡くなられたそうです。支援が必要にもかかわらず孤立してしまう現状、そうなる前に社会や地域とのつながりをもっていればと感じさせられました。

(小暮睦真)

利用者と前任ケアマネジャーと相互依存が強く正常な関係が損なわれていたため、後任ケアマネが苦勞している事例

平成 19 年 10 月 18 日 事例提供者：在宅介護支援センター

事例概要：70 代女性

要介護 4 パーキンソン病

■内縁の夫と 2 人暮らし

パーキンソン病の持病があり、現在薬効時間は 1 時間半程度。薬が切れると動けなくなり全介助が必要となる。内縁の夫が仕事を辞め介護にあたっており、本人の年金で 2 人が生活している。

平成 13 年より介護保険利用開始。体が動かしづらいときの散歩介助を週 2 回ヘルパー A さんが行っている。昨年介護保険法改正によりヘルパーの散歩介助が出来なくなったが、本人に周知されないまま前任のケアマネジャー（ケアマネ）から現ケアマネにケースが引き継がれた。

介護認定更新後にサービス担当者会議を開催し、法改正の説明、代替案（難病医療枠での訪問看護）を提示するが、受け入れてもらえず。本人・訪問介護事業者からサービスの継続を強く要望される。また A さんのヘルパー派遣以外は断る姿勢が強く見られた。内縁の夫が不在になることもあり、緊急時の対応にも課題がある状況。在宅生活継続の意向はあるが、制度上のできることでできないことと理解がなされないことで、ケアマネはサービス調整に苦慮していた。希望したサービスを利用するために介護保険制度はあるという意識が本人達には強くある。

また、内縁の夫が世話をするのは当たり前という意識があり、本人の年金で生活を送っていることで、内縁の夫は金銭的に弱い立場にある。内縁の夫を手放そうとしない本人に対し、介護負担が増えることも心配されていた。そのような状況の中、本人・訪問介護事業者が相談し、ヘルパーによる散歩介助の援助を容認してくれるケアマネを探し交代となってしまった。

事例検討のまとめと課題

ケアマネジメントの質に差異があり個人商店レベルに陥っていないだろうか

- ① 事業所間での相互討論はないのか疑問に感じる。
- ② 平成 18 年度介護保険法改正については市から事業者への説明はあったが、利用者への説明はなく、現場にまかせきりだった。現場の負担を軽減させることはできなかったか。
- ③ 介護保険ではできないことを依頼する利用者に対し、「お客様本位」として我がまます事業者が存在している。正当な対応をする事業者が「冷たい」「ひどい」などと悪者にされる現実がある。



Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

✓ 保険者（市）が介護保険法改正の説明を住民に周知させるべきではないか

介護保険の法改正内容を広報で発信したり、地域住民にもわかりやすいパンフレットを行政に作成してほしい。



✓ ケアマネジャーの自己研鑽が求められる

- ① ケアマネが相互討論や事例検討会等に積極的に参加し、自己研鑽することが求められる。
- ② サービス担当者会議実施の現状を把握し、関係者同士の質の向上、相互理解に役立てる術を検討する必要がある。

✓ 問題のあるケアマネジャーやサービス事業者に対して注意勧告するシステムが必要ではないか

利用者と癒着するケアマネジメントが蔓延しないよう、行政による事業者への指導・監督が求められる。

視点

「本来できない支援」はすべきではない

私たちは「法令」のもとに専門職としての地位があることを忘れてはいけない。本来同じ法律、制度のもとに専門職であれば、誰が担当であっても、どこで事業所であっても基本的な対応は同じはずである。しかし「利用者のため」という理由をつけて、「本来できない（やってはいけない）支援」をすることは、制度上の課題を見えなくさせるとともに、時に利用者の自立を阻害することにもなりかねない。いわゆる「お世話的なケア

ラン」になってしまう。

私たちにできることは法令を遵守することで生まれてくる「制度の矛盾」や「改善すべき事柄」を明らかにし、間違った制度を改正するように声を上げることだと思う。大本を正さずして、その場しのぎの法令違反ととれる対応は、たとえ（近視眼的には）利用者のためであったとしても間違いであると感じたいものである。

（藤井智信）



事例概要：年齢不明女性

要介護 1

■息子と 2 人暮らし（日中独居）

2 年前から身体状況の低下がみられ不調の訴えが増える。主治医が遠方のため訪問看護の導入を進めるが、すぐに利用には至らない。訪問介護を利用しているが、心を許す限られたヘルパーと緊密となり、訪問介護で対応できないことや、入らない時間帯（主に日曜・夜間）の要求が高まっていく。地域包括支援センターと連携をとるが、知らない人とのことで訪問に拒否がありつながらず、精神疾患の可能性について医師に相談したが、きちんとした診断が必要とこのことであった。その後も介護保険事業者へ対応困難な要求やクレームがつづき、デイサービス事業者に対して、「送迎時の運転が荒く身体が痛いから病院へ連れて行くべきではないか」と訴えたり、ケアマネジャー（ケアマネ）に対しても、訪問時に「体をさすってほしい」などの要求が相次ぎ、過度の要求には応えられないと伝えたところクレームになった。特に訪問介護のヘルパーへのクレームが多く、「冷蔵庫内のものが溶けた」、「掃除で扇風機が壊れた」等訴え、その度に事業者側が弁償するなど、ヘルパーの精神的負担が大きいことから事業者が撤退している。ケアマネはこのような状況について、契約を継続し難いほどの行為にあたるのか日々悩んでいる。

事例検討のまとめと課題

最近、利用者側のクレームがエスカレートしているように思われる

- ① クレームを告げる利用者や家族の思いについて：介護保険制度は利用者本意・本人の自己決定の尊重をうたっているものの、制度にあわせてサービスを提供しなくてはならない。使いづらい制度を少しでも自分仕様に使いやすくという思いがあることも一理ある。本人理解のためどんな社会背景や事情があるのか検討する必要がある。
- ② 契約書には事業者側からの契約解除の理由として「契約を継続し難いほどの利用者側の背信行為があった場合」の条項がうたわれている。事業者によっては「利用者様を優先する」として、契約を解除せず頑張る事業者もいるが、あまりのクレームや要求の多さに、事業者側としては「利用を遠慮してほしい」というのが本音の時もある。



プランの行方とみえない圧力について

- ① トラブルで現場担当者が交代しても、利用者にとって必要な介護サービスは継続するため、後を引き継ぐ事業者にとっては、現行の介護保険のルールとは異なるプランになっていく場合もある。現場サイドが利用者を含め、チームケアで支援の方向性を認識共有していることを理解した上で、顔

の見える連携が必要。

- ② 国の社会保障（皆の税金や保険料が財源の互助制度）を持続可能にするために、行政・専門職・利用者の立場がそれぞれ「必要な分を必要なだけ利用する」ことを認識していかないと、今後たちゆかなくなっていくと思う。サービスの充実だけでなく、モラルについても介護保険法改正に向け、何か改善策は必要ではないか。
モンスターシチズン…モンスターペアレントの市民版(造語)

クレームについて（現場の現状についての意見交換から）

訪問介護・デイサービス編

- ① 異性のところへ夜中1人で巡回する女性ヘルパー。2人でいくと事業者として採算があわない。
- ② デイサービス利用中、職員のお尻をさわったり、卑猥な言葉を発したりする男性利用者がいる。（全体の1%程度）
- ③ 不適切な行為について、ヘルパー → サービス提供責任者 → ケアマネへ報告するも、現場を押さえたいわけではないので、事実の証明が難しい。

施設編

- ① 外出支援など良かれと思いついて行っている施設独自の取り組みについても、人員不足の理由で行えなかった場合、逆に家族からのクレームにつながることもある。
- ② 在宅と違い施設に入居しているため、セクハラ・パワハラなどがあつた場合は、在宅に比べ、施設側のルールとして解決がしやすい面がある。
- ③ 一番困るのは、密室の中で明らかな証拠がない中、利用者と事業者が、言った言わない状況になること。泣き寝入りしていることも多い。

利用者や家族の気持ちについて

- ① さみしいという訴えではないか。それをどう関係者が関わっていくのかがカギ。当事者を安心させる魔法の言葉を見つけ出せるようになりたい。
- ② まずは傾聴。その人なりの言い分を聴くことが大切。
- ③ その人なりの生き様があつてのこと。こういう方はずっとそういう歴史をもっている。正論で反論しても伝わらない。関わる人がその人の持っている社会背景を知ること、なんらかの解決策をさぐることも大切。



サービス利用の継続か契約解除か狭間で悩む立場からの意見交換

- ① 介護保険は高齢者を性善説でとらえている（福祉概念はそもそも性善説から語られている）が、その見方だけでは対応できない人もいる。
- ② サービスを受ける側は、サービスを受ける権利や本人の自己決定の尊重というが、サービスを提供する側の権利や人権も考えるべきではないか。

チーム連携と管理者側・行政等第三者機関の対応について

- ① 個別対応でなく、利用者・家族を交えた現場でのチーム連携が大切。
- ② 第三者機関では双方の意見を聞く立場をとっているが、場合によって現場の職員を守れない場合もあるのが現状。

- ③ 地域の実力者が間に入るケースもある。1人だけに特別な対応をすることは、たくさんの「モンスターシチズン」を生み出すことになりかねない。
- ④ 学校や教育委員会も同様の問題を抱えており、一方通行に陥るのではなく円満な対処法のノウハウを持っているのではないか。

Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

- ✓ 地域における法律と生活相談（合同）の普及啓発と活用が必要
- ✓ 持続可能な社会保障のあり方やよりよい介護保険制度利用のための説明会などを開催検討していくのはどうか
- ✓ 国の社会保障制度を持続可能にするために、ヘルパーやケアマネジャーを守るシステムだけでなく、個人のモラルをどう引き上げていくかが課題
- ✓ クレームという問題を通じ、教育分野や法律家との意見交換が必要。個人のモラル引き上げやクレーム対処など有効な手立てを考えていく

(藤井智信)

Point



ポイント1
怒っている相手を落ち着かせる三変処理

- 人を変える…一般職から責任者、若手よりベテランなど
- 時間を変える…折り返しの連絡、訪問の約束など
- 場所を変える…窓口から個室 応接室など

同じ人が同じ場所でひたすら話を聞く状況は、怒っている相手にとっても息を入れるタイミングがありません。時間を置いて小休止させること、人や場所を変えることで特別感や自尊心が満たされ、怒りの感情がクールダウンすることもあります。本題の話は落ち着いた環境をつくってからすると良いでしょう。



ポイント2
燃え尽き症候群にならないために

やる気を高く保っていた人が突然のようにモチベーションややる気を失ってしまうのが燃え尽き症候群です。

その原因にはひとつに「頑張

り過ぎてしまうこと」があります。頑張ることは大事ですが、自分の限界を超えて頑張り過ぎてしまうと、疲労して心が折れてしまいます。これは真面目で一生懸命な人ほど陥りやすいものです。「疲れやすくなった」「仕事にやる気が出ない」と感じている人は注意しましょう。

対人援助職にとって「この人のために！」という熱い思いは大切ですが、それが燃え尽き症候群を引き起こす原因にもなります。「ほどほどに」「自分にとって無理のない程度」を意識することも大切です。

また一人で抱え込まず、上司や同僚に相談しチームで関わっていくことで「自分だけが背負い込まなくても良い」「助けてくれる仲間がいる」と感じれば気持ちも楽になります。





「高齢者の尊厳」も大切だが、働く人の尊厳も守る社会を

最近、各種業界の過酷な労働やブラック企業が話題になっています。大手広告会社の長時間労働と過労自殺死、宅配業界での長時間労働等々。これらをきっかけに「働き方改革」が言われています。私はこうした報道を見るたびに「便利さや快適さだけを求めた結果、労働強化が進んでいる」、「各人がほしいままに生きて、逆に人間が忙しくなっている」と感じてきました。つまり、人間が作り出したもの自体が人間に歯向かっているのです。これは典型的な労働疎外・人間疎外です。私たちが若い頃にはこうした社会を願っていませんでした。

実は医療業界も労働という観点で捉え返すと、ここ20年くらいで明らかに業務が密になり本業以外の連携作業や書類書きなどの“雑用”が多くなっています。介護保険業界でも報告書記載や研修会・講習会が多数あり、時間外労働や低賃金労働がまかり通っています。

介護関係の大多数の職員は他業種より月給が10万円低く年俸は300万円程度です。これでは生活維持に汲々とし、利用者にゆとりをもって接するのは困難ではないでしょうか。実際に介護職員による高齢者虐待も増えていると報道されています。首都圏では所帯を持つのも大変です。優秀な人材も集められません。

そもそも介護報酬は時間単位・要介護状態で報酬が決められています。そのため、職員報酬を上げれば経営が不安定になり、報酬を下げれば職員の生活が不安定になるという構造を持っています。さらに、介護報酬を引き上げれば介護保険料（国民負担）が上がるという相成り立たない関係もあります。

「地域包括ケア」の基本的な考え方は、高齢者介護研究会がまとめた「2015年の高齢者介護」にあります。この中では高齢者介護の基本

理念として、「高齢者の尊厳を支えるケア」が掲げられています。「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること」と記されています。この基本理念は現在も受け継がれています。

「高齢者の尊厳」は確かに大事な理念です。しかしながら、現役世代～生産年齢世代が低賃金労働で支えているとなると、私は少なからず「社会が倒錯しているのではないか」と感じています。

訪問診療で訪れる高齢者施設の殆どは火災に強く耐震構造の堅固な建物です。ここには膨大な税金（サ高住では1室当たり100万円）や介護保険料が注がれています。そして、この頑丈な建物も30年後には誰も入らない廃墟となりかねません。他方、高齢者を支えている職員たちは朝から晩まで一所懸命に働き、多くが“危ない住宅”に住んでいます。私は「このままで良いのだろうか」と疑問を抱きつつ在宅医療に携わっています。

（堂垂伸治）



事例概要：80 代女性

要介護 1 腰部脊椎症

■子 1 人と 2 人暮らし

他県で裕福な暮らしをしていたこともあり、プライドが高い。3 人の子の 1 人と同居。別居の 2 人の子とはほとんど行き来がない。同居の子は独身で出張が多くほとんど別居状態。

平成 21 年より現在のケアマネジャー（ケアマネ）が担当。前任ケアマネには 1 回の訪問後会うことを拒否される。担当開始時から支援に入っていた訪問介護事業所には「これ以上支援に入れない」といわれる。

平成 22 年「ヘルパーさんにパンツを盗まれた」との訴えがあり、「返せ」と騒ぎ、市役所・県にも電話する。ヘルパー事業者は「絶対盗っていない」とし、ケアマネから子に電話するも他人事であった。本人が警察に通報するも、盗られた物が増えたり変わったりするので被害届は受理されなかった。本人は怒りが収まらず、ヘルパー事業所に 1 日数十回、ケアマネにも毎日、警察にも電話し弁償を要求する。日に日に盗まれたものが増えてきた。

また介護保険外の掃除の要求が激しく、介護保険内での掃除を明記して過度な援助にならないよう何度も説明するが、ケアマネに毎日電話しヘルパーへのクレームを言う。2 人ヘルパーが入るとひとりを攻撃し、辞めさせることが続いている。

県も市も、行政から本人に指導することはなく「ケアマネに言っておくから大丈夫ですよ、ケアマネに相談してください」との対応だった。

事例検討のまとめと課題

本人に理解を求めるのは無理なのだろうか

無理な場合は今後どうしていけばいいか。成功例を含めた経験談など参加者と意見交換をしたい。



本人の心身状況や背景などについて

本人は人格障害か、認知症かは不明である。もともと潔癖症で几帳面な性格。手先も器用だった。

ケアマネジャーと事業者とのチームケアについて

- ① 比較的本人と信頼関係がとれている地域包括支援センター（地域包括）の職員（男性）の介入で最近、訪問介護事業所を変更したが、新しい事業者さんも辞めたがっている。
- ② このような方は医療受診をきちんと受けてメンタルケアを受けた方がよいのではないかな。

在宅の見極めについて

- ① インフォーマルの方（宗教の友人など）に掃除をしていただくのはどうか？

- ② 経済状況は年金受給者である。子と同居しているものの、家賃が支出の多くを占めており、やりくりは厳しい。
- ③ このような方はどこまで在宅でみればいいのか。周りの人にも精神的に害を与えている。
- ④ 世界は自分が中心で回っていると思っていて、お金を支払うことに非常に権利意識が高いなど対応困難。

あちこちにクレームを出す利用者について行政の対応

- ① 市の迷惑条例については、このようなケースに対応する条例はない。
- ② 行政としても、現場関係者同士で話し合っていたらいいという立場。

Check !

地域住民や専門職・行政が取り組めること

本人は話を聞いてほしく、掃除へのこだわりがある

経済的理由もあり、金銭面の支払いについてシビアである。今後同様のケースは増加すると思われる。このような対処困難ケースについての意見交換（自己と周りの人との関係づくり＝

相互コミュニケーション）を、今後とも高齢者支援連絡会、専門部会、相談協力員等で学び合いを続け、地域発信していく必要がある。

利用者＝顧客という意識ではなく、自立への啓発を

今後同様のケースは増加するだろう。自己中心の考え方や一割負担を支払っている利用者＝顧客という意識が強くなっている。国の社会保障制度のもと、本人もがんばって自立していく

ことを理解していただかないといけない。行政サイドが工夫し国民を教育・啓発することがますます必要である。

医療も介護も福祉もサービス化し、受ける側と提供する側の意識の差がある

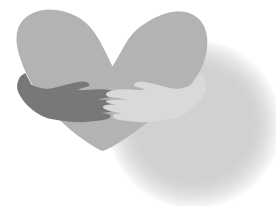
① 理性的な相互コミュニケーションが必要である。またサービスを受ける側＝国民への啓発活動も必要。国民からの過剰な要求は、過剰な検査や過剰なサービスの提供を生み負担増につながる。さらに、サービス提供者に疲弊・疲労感を生み、提供側が「立ち去り」、サービス全体を枯渇させかねない。

② これからの日本では「医療や介護は限りある資源」ととらえ、「サービスを受けられるのはもったいない」、「有難い」と言えるくらいの国民的合意が必要ではないか。さもないと国民自身が自らの首を絞める結果につながりかねない。

当事者の心の叫びにどう向き合うのか


心の向き合いをどうサポートしていくのか。関わる人の心のケアも必要である。

(守田加寿子)





 ポイント
1


 会議出席者による
私がかまくいって対応方法


 ケース1

以前、このケースの本人が外出中転倒し、地域包括に連絡が入り、本人の話を職員がじっと聞いたことがあった。それで本人は良かったらしい。



 ケース2

某デイサービスの職員より。このような方はうちのデイにもたくさんいる。まずその人のすべてを受け入れることが大事だと思っている。いろいろな人がたくさんいて、お互い時間をかけていくと、ある日、お互いがある程度は受け入れられるようになっていく。フィーリングが合う人が対応すると、信頼関係が成り立つ人もいる。そのようなプロセスで職員としても、人生の先輩方から教わることもある。


 ケース3

ケアマネより。以前、前任者から引き継いだケースでお料理が上手な利用者の女性がいた。ヘルパーも彼女の腕にはかなわない。このため、ヘルパーを交代させることがずっと続いていた。ある時、ケアマネから「あなたは一番料理が上手

で、その腕に敵うヘルパーさんはいない」、「1割負担を支払っていただけ恐縮だが、ヘルパーさんに料理の手ほどきを指導してほしい」とお願いした。以後、本人からヘルパーの交代依頼はなくなった。ヘルパーも本人から学んだ料理を別の高齢者へ披露するとお褒めの言葉をいただいたことを本人へ告げた。以後、本人ととても良い関係が続いた。担当ケアマネも料理の腕が上がり、家族に喜んでもらった。


 ケース4

参加者より。田舎で独居をしていた母を最近ひきとった。同居を通じ、母が妻や娘へ感謝を伝える一方で、息子である自分が悪者にされたが、関係が保たれた場合もある。


 ポイント
2

現場で苦悩する介護保険事業者

① 介護保険事業者の相談窓口の明確化
介護保険事業者向け研修会等で、相談先として、地域包括や介護保険担当課について周知し、早期に対応できる体制を



目指していく必要がある。

② 地域ケア会議の活用

介護保険事業者だけで抱えるのではなく、チームで対応したり、地域ケア会議を活用し、地域の課題として取り組むことや市の課題として捉える必要がある。

③ 市民への介護保険制度、理念について啓発を行う。

要介護状態となった場合でも、進んでリハビリテーションやその他適切な医療サービス及び福祉サービスを利用し、自身の能力の維持向上に努めなければならないことを、普及啓発していく必要がある。

「参照」

介護保険法 第一章総則
(国民の努力及び義務)

第四条

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。





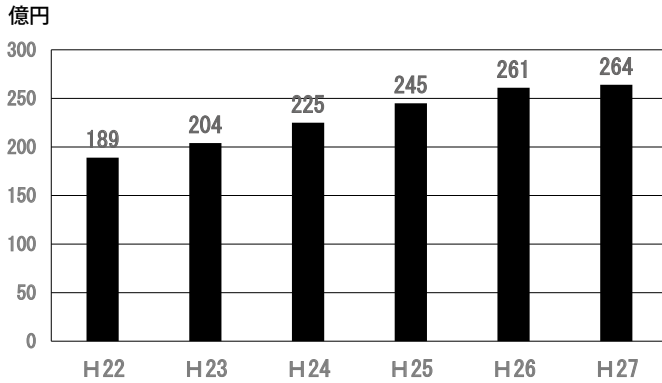
自分たちが置かれた立場を考えてみよう
 社会保障費は増加の一途、市民（国民）の
 負担金も増え続けている！



1 介護保険財政



[松戸市介護保険費用の推移]

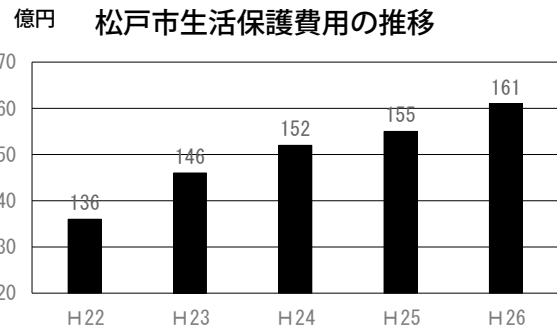
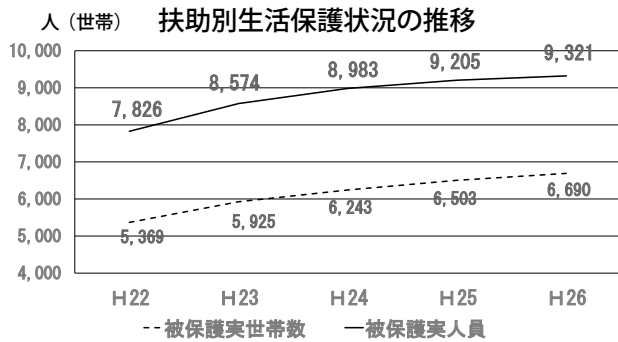


松戸市の介護保険費用⁽¹⁾は次第に増加している。

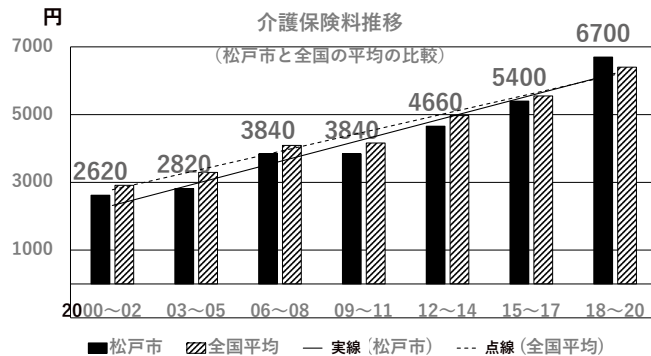
2 生活保護世帯数と人数およびその費用



生活保護の世帯数・対象人数およびそれにかかる費用も右肩上がりである。⁽²⁾



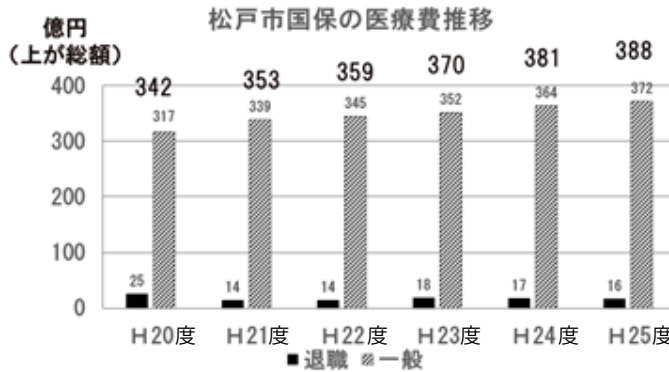
3 松戸市の介護保険料（市民の負担額）は全国平均より増加率が高い⁽³⁾



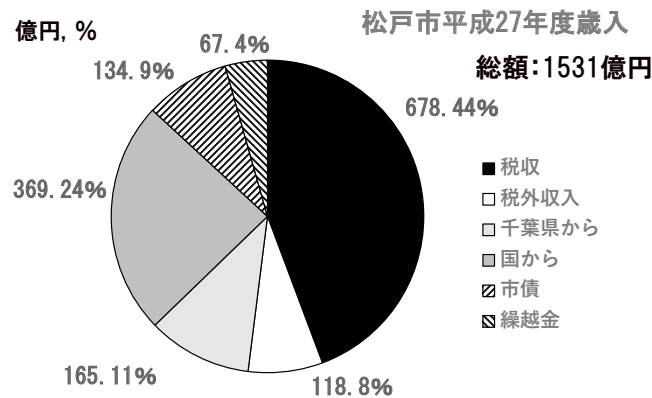
4 松戸市の国民健康保険の財政



松戸市の国民健康保険
(4)
の費用も増加している



5 松戸市の財政



松戸市の一般会計の予算規模は約 1500 億円程度である。他に、国と同様に「特別会計」があり、これが約 1300 億円、「企業会計」が約 30 億円ある⁽⁵⁾。私たちはもちろんこうした財政問題には素人だが図を見れば、「自治体自身の収入が半分程度」という極めて不健全な赤字財政である。国民・市民もこうした大枠を理解しておくべき時代ではないだろうか。

[参照] (1) 平成 28 年度第 2 回松戸市介護保険運営協議会資料 (堂垂伸治)
 (2) 松戸市>生活保護状況から作成
 (3) 厚労省>地域包括システム>介護保険制度を取り巻く状況
 および、松戸市「いきいき安心プランVまつど p107」から作成
 (4) 松戸市国民健康保険 保健事業実施計画 (データヘルス計画) から作成
 (5) 広報まつど No.1559 2016 年 11 月 15 日号から作成

平成 28 年度第 1 回常盤平地域包括ケア推進会議報告

松戸市常盤平地域包括支援センター

H 28. 11. 17 に常盤平市民センターで

地域包括ケア 推進会議が行われました。参加者 69 名

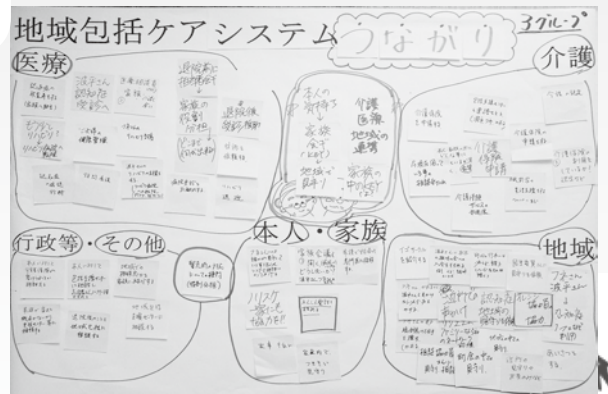
平成 26 年度に始まった地域ケア会議も回を重ね、推進会議は今回で 5 回目となりました。毎回多くの地域の方にご参加いただき大変感謝しております。

今回の参加者は、地域の町会・自治会長、民生委員、地域住民、医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャー等、総数 69 名の方々でした。今回は、地域の事例をサザエさん一家の一大事に重ね、いろいろな立場で何が出来かについて皆さんで考えていきました。話し合いの内容は、松戸市主催の会議に意見として提出させていただきます。

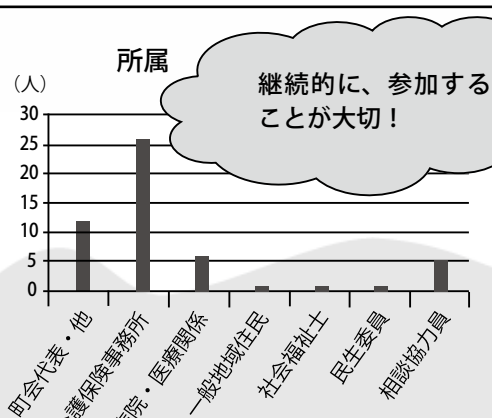
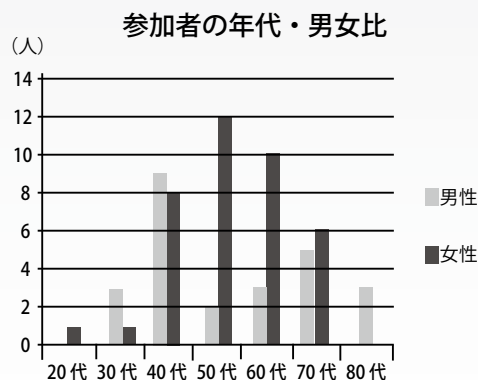
皆で意見を出し合い地域をより良く



あるグループで考えた内容



参加者の傾向



地域の代表者が多く参加!

アンケートの声

- ・他職種、地域の方といろいろな意見交換ができとても楽しかったです。次回も参加させていただきます。
- ・これだけ多くの方が真剣に取り組んでいることに感動しました。
- ・有名な家族が具体例になっていることから話を進めやすく良かったと思います。

編集後記

参加していただいた方々の熱心さが印象に残っています。毎回皆様から多くの意見をいただき感謝しております。

松戸市常盤平地域包括支援センター

〒 270-2261 松戸市常盤平 2-24-2 C5 TEL 047-330-6150

■ 地域ケア推進会議開催の工夫



1 常盤平地区地域ケア推進会議の特徴

- ① 参加人数が多く毎回70人前後で、いろいろな人（介護職・医療職・民生委員・ボランティア組織・地域住民）が参加し、特に町会長はじめ地域住民が毎回10人以上参加します。
- ② 今のところ、毎回グループワークを取り入れています。グループワークのルール説明を行ってから始めます。グループワークの初めに雰囲気をよくするためのアイスブレイクを入れます。
- ③ 各グループワーク時には推進役（ファシリテーター）を配置し、できればもう1人ファシリテーターを助ける役目に人を配置します
- ④ 終わった後は、どのような意見が出たかなどの結果を全員に返す報告書をニュースター風（85ページ）お知らせします。大切にしたのは、“親しみやすく読んでもらえること”でした。

2 地域ケア推進会議の内容



*平成27年度

第1回目は「地域は地域で守る」グループワーク：「今行っている地域活動について」

第2回目は「地域活動（ボランティアや見守り）の実践発表」グループワーク：「これから地域でやりたいこと・できそうなこと」

*平成28年度

第1回目は、「地域包括ケアシステムについての説明」グループワーク：「地域包括ケアシステムの中で自分ができること」

テーマは、個別ケア会議の共通課題から選択しました。

平成28年度の共通課題は「関係が希薄でも安心して暮らせるように」地域の中でいろいろなかわりについて一緒に考えましょうということになりました。

3 地域ケア推進会議に取り組む時に心がけたこと



- ① まず参加してもらい、顔の見える関係をつくること、そしてただ並ぶだけの会議ではなく一人一人が参加意識をもって、しかも楽しく発言してもらうこと。
- ② 結果をお知らせすることで、地域活動としてこの会議が、意義あるものと感じられ、次も出席してもいいなと思ってもらえることを目指しました。楽しく!! 継続です。



4 地域ケア推進会議に取り組む時、実際に行ったこと



- ① まずは参加してもらうために宣伝・個別の声掛け。大勢の前での発言に慣れていない人でも全員発言できるように考えグループワークを取り入れました。
- ② グループワークがうまく運び、楽しかったから次も出てもいいよと思ってもらえるようにファシリテーターの準備に力を入れました。
- ③ 結果を可視化つまり“見えるように”したかったし、読んでもらいたかったので、楽しい感じのニュースレター風の報告書を作成しました。
- ④ ファシリテーターができそうな人を選ばせていただき、事前準備では、ファシリテーターに、目的・目標・テーマを事前に知らせ、どのように行うか、簡単なマニュアルのようなものを用意し、マニュアルを事前にファシリテーターにFAXかメールで連絡しました。
- ⑤ そして当日は、20分早く来てもらって、方法の説明を行いました。

5 ファシリテーターマニュアル（一部抜粋）



- ① 自己紹介とアイスブレイク、1人1分以内で。
 - ② 司会、書記、発表者を決めます。（司会がファシリテーターでもよい）
 - ③ 今回はKJ法で行います。
 - ④ 付箋に個人個人のできること（テーマに対して）を記入いただき、書いた内容を話しながら模造紙に貼っていきます。
 - ⑤ 同じような意見は、近くにまとめグループになるように貼っていきます。
 - ⑥ この作業を相談しながら行います。
 - ⑦ ルールとして
 1. 質より量（とにかくたくさん）
 2. 批判なし
 3. 人の意見に便乗OK
 4. 全員が1回は発言
 - ⑧ まとめた意見のかたまりに見出しをつけます。
- *ファシリテーターが困らないように会場の前のスクリーンに、パワーポイントで大きくルールを投影しました。



KJ法…ブレインストーミングなどで出された意見やアイデアを1つずつ紙片に書き、それらをばらばらにして広げ、アイデアやヒントを発想させていく方法

6 第1回目の地域ケア推進会議の前の準備



- ① 介護予防教室や町会長会議など様々な集まりに宣伝にうかがいました。
- ② 休みの日に10分だけ出かけていくこともありました。
- ③ 地域をよくしていくための会議だと説明しました。
- ④ 気楽に相談できる顔の見える関係が大切だから、まずは参加をと呼びかけました。
- ⑤ すべての町会長に個別電話して、もっと説明してくれという町会長宅には説明に行きました。
- ⑥ 当地にはボランティア組織があるのですが、その人たちに一緒にやってもらえませんかという、会議の受付や案内・会場準備を手伝ってもらいました。

以上のような準備と工夫で、常盤平地区地域ケア推進会議は毎回多数の住民と専門職が参加しています。

（森下裕子、豊崎政志）

テーマ：地域の関係が希薄化する中でも、安心して暮らせるように地域の中でいろいろな関りについて考えていくことを、「医療、介護、行政等・その他、地域、本人・家族」の5つの立場から模造紙を用いてグループワークを行いました。

※グループワークにて発表された皆様のご意見をまとめてみました。

地域包括ケアシステム

医療

- 医師による訪問診療
- 看護師による訪問看護
- 薬剤師による薬の管理、配達
- かかりつけ薬局を決めておく
- レスパイト入院
- 退院前に医師、医療相談員、家族を含めた担当者会議
- 介護体制が整うまで、リハビリ病棟へ



本人・家族

- 家族会議でどう協力するか話し合う。
- 遠くからでも電話や金銭支援など出来ることをする。
- 本人の生活の希望を聞く
- 自分たちだけで抱え込まないようにする
- キーパーソンを決めておく
- 1日1回は電話をする（安否確認）
- 安心電話に加入する
- 本人の散歩や出かける範囲を把握する
- エンディングノートを作る
- 特養に入所したい（家族に迷惑がたくないから）
- ピンピンコロリで行けるよう運動や脳トレをする

行政等・その他

- 地域包括支援センターに相談する
- 介護保険申請を勧める
- オレンジ協力員制度の紹介
- 近くの小中学校で認知症の福祉教育
- 地区の高齢者相談員に話をする
- 認知症カフェ
- 警察との連携

介護

- 介護保険の利用
- ケアマネジャーの利用
- 通所サービス、訪問サービスの利用
- 階段や手すりなど必要な住宅改修の提案
- 車椅子、福祉カーの貸し出し
- 散歩や祭りなど地域の方と顔見知りになる機会を作っている
- 包括支援センターとの連携をとる

地域

- 近所の方の挨拶、声掛け、町会行事に誘う
- ゴミだし買い物等手伝い
- 老人会などの付き合い
- 地域の色々な活動の告知
- カフェやいきいきサロン情報提供、誘う
- 身内で介護されている方の気持ちを傾聴
- 本人の居場所づくり
- 包括など相談先の紹介
- 趣味の相手（囲碁将棋など）一緒に酒や茶を飲む
- 地域の使える資源の活用を進める（シルバー人材で草取り、配達してくれる店など）

まとめ

最後に、当地での 117 事例の「結論」をまとめて、以下に列挙しておく。

1 地域住民の協力が必要

事例の対象者には、しばしば無理解・非協力・独善的な人々が上がってきた。したがって、検討会では「住民自身が自立することが必要」、「地域の理解と協力が必要」、「住民への啓発が必要」という声が何度も聞かれた。その方策として、地域での宣伝や勉強会、また（当地で作成された）「高支連通信」の活用などが語られた。地域住民に行政がしっかり説明してほしいとの声も多かった。

2 地域にはほんの少しの手助けでやってゆける人がたくさん居る

事例の半数は独居・単身高齢者だった。松戸市は東京のベッドタウンとして戦後急速に発展し人口 49 万人になった。対応困難事例となった原因は、家族形態の変化＝核家族化の影響が大きい。

地域には、「キーパーソンが居ない人」、「居ても同居していない人」が多い。昔の大家族なら問題が表面化しなかったのに、今では直ちに問題化する状況になっている。

松戸市では、単身高齢者が約 2.5 万人、（潜在患者を含めた）認知症の人が約 2 万人いる。さらに「独居かつ認知症の人」は約 2000 人以上と推定されている。家族以外の「近所の（少しの）力」、「地域力のアップ」が大切である。

3 地域での居場所づくりが大切

対象者が居場所を持たないために様々な問題が生じている事例も多かった。例えば「妻に先立たれた男性の地域での居場所」、「閉じこもりがちなの居場所」などが問題となった。「高齢者の受け皿づくりが大切」、「高齢者が気楽に立ち寄れる場所＝たまり場やサロンなどの集う場が必要」などが語られた。



4 インフォーマルサービスが必要

地域には、既存の制度ではカバーできない問題がたくさんある。「制度の隙間を埋める社会資源の創造・活用」や「傾聴・見守りなど多様なボランティアの育成・組織化とその活用と運営」、「地域の資源マップ作り」などが必要だと語られた。

いわゆるボランティアの募集に関しても、今や工夫が必要な時代であろう。「『上から目線』で呼びかけ集めて研修する」という旧来パターンだけでは限界がある。希望者自身が企画・立案・実行という各工程を担ってゆけば、参加者意識や責任が育ち、継続や成長・波及力が生まれると考える。

これらの要として、行政や地域包括支援センター・社会福祉協議会などにはますます大きな期待がかかる。

5 専門職のレベルアップが必要

専門職も対応が未だ十分ではない点も指摘された。例えば「ケアマネジャーのレベルアップで多彩なサービス提供が必要」、「専門職の質の向上や多職種連携の推進」、「フォーマルサービスとインフォーマルサービスを有効に結びつけること」などが語られた。現場は多忙を極めるが、やはり原則的な研修や学習が必要である。

6 専門職間のスムーズな連携が必要

「専門職間の問題意識の共有化」、「多職種連携の推進」、「(関係者も含めた) 拡大サービス担当者会議の開催」などが有効と語られた。さらに連携をスムーズに進めるために「お互いが守るべきエチケット集が必要」との声が出た。

7 専門職と地域住民との連携も必要

超高齢社会には専門職だけでは対応できない。地域住民との連携が必須である。実は地域を何とかしたいと考えている住民の方々もたくさんいる。こうした方々の存在を、専門職は「たこつぼ」的になっており意外と知らない。行政だけでなく、地域の側も「縦割り」になっている。「専門職と町会・自治会・民生委員・ボランティア・NPOなど地域関係者との連携」、「事例対象者周辺の住民との連携」、「認知症サポーターと専門職をどう結びつけるか」等々、検討された。

この点では、現場の「需要と供給」を結び付けることが大切になる。つまり（人材派遣会社並みの）「迅速で適切なマッチング」が求められている。

8 行政のバックアップが必要

介護保険の保険者は地方自治体である。実は地域では介護保険制度自体の理解が意外とまだ行きわたっていない。「保険者である行政自身が介護保険制度など各制度の趣旨を住民に説明・周知すべき」、「無理難題を言う利用者に対して行政が厳しい対応で臨むべき」、「現場の事業者の負担が大きい」、「介護保険制度利用に対して住民に倫理啓発すべき」、「介護保険法改正の説明を住民に周知して頂きたい」等の訴えが多数出た。

行政は現場をしっかりとバックアップして頂きたい。実際、地域には「ケアマネショッピングを行う利用者」や「クレーム的な住民」も存在する。担当する関係者への心のケアや「サポートシステム」が必要な場合もある。もちろん国には介護職員の待遇改善を要望したい。

9 地域には既存制度では救い上げられない高齢者が多数存在している

例えば、認知症では「成年後見制度」や「自立支援事業」、「市長申し立て」などがある。しかし、これらの使い勝手は非常に悪く、負担金額も高い。ケアマネジャーやヘルパーが認知症の人の金銭管理を行わざるを得ない現実もある。高齢者の消費者被害も後を絶たない。

経済基盤が極端に弱いのに生活保護対象にならない人たちも多い。高齢者の貧困対策も重要な課題である。他方、生活保護制度の現状にも問題点が多々ある。

他にも、高齢者虐待や単身高齢者・孤独死の問題、精神疾患のある在宅高齢者や障がい者対策、ごみ屋敷の問題等々。これらの課題は今後増加することはあっても減少することはないだろう。

10 現状を注意深く見守ってゆく姿勢も必要

地域の事例を多数検討してきたが、中には「不測の事態が起こるまでは現在の生活を見守る」という選択肢もあった。「リスク管理をしつつ必要以上の関わりや過剰なサービスを導入しない」、「専門職として見守るということも支援方法のひとつだ」という結論が出たこともあった。

(堂垂伸治)



カテゴリー分類別目次

本人・家族・地域・医療・主たる困難

頁	事例	カテゴリー	本人関連		家族関連		地域関連		医療連携		主たる困難
			要介護度	疾病	家族数	主たる介護者	見守り	近所付き合い	かかりつけ医		
10	1	家族内で孤立し、かつ特にあてもなく日々を過ごす高齢男性への関わり方を検討した事例	自立	肺炎腫	4人	妻	無	有	無	無	居場所 役割
12	2	年金担保をし、金銭難・生活困難がある一人暮らし高齢者の生活と就労について検討した事例	未申請	腰痛	独居	無	無	無	無	無	金銭難
16	3	家族の管理が皆無で、消費者被害に遭い散財した80代男性の保護策を検討した事例	要支援1	高血圧等	3人	無	無	無	有	無	金銭管理
18	4	日常的な金銭管理が全く出来ず悪徳商法にもだまされやすい一人暮らし高齢者への対応を検討した事例	2	不明	独居	無	無	無	有	無	金銭管理
22	5	生活保護を受けていながら高齢の母親の金銭をあてにし、介護関係者に脅迫行為を続ける息子を検討した事例	2	認知症	2人	息子	無	無	有	無	虐待、脅迫
26	6	強い自立心・被害妄想・認知症のある身寄りのない女性で、ケアマネジャーの負担や責任が大きく医療と介護の連携を検討した事例	2	認知症	独居	無	有	無	有	無	被害妄想
29	7	妻の認知症の進行がストレスになっている家族に対し「地域で可能な支援」を検討した事例	2	認知症	2人	夫	有	無	有	無	夫婦共に 認知症
32	8	ゴミ屋敷と化した独居精神障がい者の問題で関係者が一堂に会し検討した事例	1	うつ病	独居	無	有	無	有	無	ゴミ 屋敷
34	9	同居していたキーパーソンが居なくなりゴミ屋敷で生活、行政や他者への不信感が強く、生活保護・介護保険導入も拒否している無年金・独居の高齢女性の事例	期限切れ	不明	独居	無	有	無	無	無	ゴミ屋敷、 多問題家族
38	10	自殺企図があり介護保険を利用しているアルコール依存の男性で「居場所づくり」を検討した事例	2	うつ病/アルコール依存症	3人	妻	有	無	無	無	アルコール 依存症
40	11	夫への依存心が強く家族が対応に苦慮しており、自殺企図があるうつ病高齢女性の事例	3	うつ病	2人	夫	有	無	有	(未受診)	入院拒否
42	12	強いこだわりを持っており精神科受診につなげたい独居高齢男性の事例	未申請	精神疾患	独居	無	有	無	有	(未受診)	精神医療 介入

頁	事 例	カテゴリー	本人関連		家族関連		地域関連		医療連携	主たる困難
			要介護度	疾病	家族数	主たる介護者	見守り	近所付き合い	かかりつけ医	
44	13	障害者自立支援法の下、障がい者宅に訪問介護事業者が入っているが、ケアマネジメント業務がないため、訪問介護事業者自身に過剰な負担がかかる事例	3	高血圧等	3人	無	無	無	不明	介護事業所への負担
48	14	比較的若年発症で軽度の脳出血後遺症の要介護者について、リハビリなどの介護保険サービスや地域の社会資源を検討した事例	1	脳出血後遺症	2人	無	無	無	有	若年者の受け皿が無い
52	15	問題行動の多い認知症の母親に難渋する子と一緒に対応を討論・検討した事例	4	認知症	3人	長女	有	有	無	認知症対応
54	16	主介護者の夫が施設入所で不在となった精神疾患がある方を、施設と地域包括支援センターが連携し支援しているが金銭や生活の管理等で難渋している事例	3	精神疾患	2人	夫	有	有	有	介護者不在
58	17	徘徊が顕著な独居の認知症の人への対応を検討した事例	3	認知症	独居	長女	無	無	有	徘徊
62	18	身寄りも無くお金も無い独居高齢者で、行政・地域包括支援センターなどに相談するも解決せずケアマネジャーが難渋している事例	1	脳出血後遺症	独居	無	無	無	有	生活困難
66	19	身寄りがない高齢者の突然死に立ち会った際の問題点	3	歩行障害(外傷後遺症)	独居	無	無	無	有	突然死
68	20	身寄りのない高齢者の死亡に際して「尊厳」を考えた事例	2	認知症	独居	無	無	無	不明	孤独死
74	21	利用者と前任ケアマネジャーと相互依存が強く正常な関係が損なわれていたため、後任ケアマネが苦労している事例	4	パーキンソン病	2人	内縁の夫	無	無	有	ケアマネが苦労
76	22	利用者からの不適切な要望や過度な要求、苦情に対して介護保険事業者が苦慮している事例	1	無	2人	無	無	無	不明	ケアマネが苦労
80	23	介護保険事業者に些細な事で執拗にクレームをつける高齢者の事例	1	腰部脊椎症	2人	子	無	有	不明	介護事業所への負担



□編集委員紹介

所属名	役職	資格	氏名	住所
どうたれ内科診療所	院長	医師	堂垂 伸治	松戸市常盤平 1-20-3
ファーコス薬局 常盤平	薬局長	薬剤師	吉田 貴行	松戸市常盤平 6-1-15
ガーデンコート 常盤平	管理者	主任介護支援専門員	工藤 和代	松戸市常盤平 1-13-7
五香松飛台地域包括支援センター		主任介護支援専門員	藤井 智信	松戸市五香西 2-35-8 齊藤ビル 1階
松戸市役所	主査保健師	保健師	守田加寿子	松戸市根本 387-5
エルダーホーム	管理者	主任介護支援専門員	上田 直生	松戸市常盤平 4-20-14
ケアマネサポテン六高台	取締役	主任介護支援専門員	原田 信子	松戸市六高台 3-77
常盤平地区在宅介護支援センター		介護支援専門員 社会福祉士	小暮 睦真	松戸市常盤平 7-5-2
三和病院	相談室長	社会福祉士 介護支援専門員	藤巻 園実	松戸市日暮 7-379
常盤平地域包括支援センター	センター長	看護師 主任介護支援専門員	森下 裕子	松戸市常盤平 2-4-2- C -5
常盤平団地地域包括支援センター	センター長	社会福祉士	豊崎 政志	松戸市常盤平 2-4-2- C -6

連絡先

堂垂 伸治

doutare@apricot.ocn.ne.jp

常盤平地域包括支援センター

tokiwadaira@happy-sunflower.or.jp



編集後記

本書は、松戸市常盤平地区高齢者支援連絡会（現、地域ケア会議）の専門部会（現、地域ケア個別会議）に携わっている各種専門職員が文章を作成し編集したものである。各人は最前線の現場で多忙に働いている。その本業以外に全くのボランティアで、専門部会に参加し議論し記録してきた。その上今回はこの編集作業を行った。こうした「現場の問題意識を反映していること」、「現場感覚でまとめられたこと」が本書の最大の特徴で存在理由でもある。

本書の作成に際しては松戸市高齢者支援課のご理解・ご協力を頂き、守田さんが積極的に編集会議に参加して下さった。各種の資料も提供された。高支連自体が行政と協働で推進されてきたのだが、本書の発行も協働作業で行えたことをここに深く感謝申し上げたい。

最後にこの無理難題な作業に付き合ってくれた東京創作出版の永島静香さんに、この場を借りてお礼申し上げたい。私たちの雑多な素材を元に見違えるような冊子にまとめて頂いた。もちろん勇美記念財団にはこうした書籍発行の機会を与えて頂き、大変感謝申し上げます。

（堂垂伸治）

必読！地域ケアの実践

松戸市常盤平地区事例集 この教訓を全国に

2017年5月26日 発行

制作責任者 松戸市常盤平地区高齢者支援連絡会専門部会
堂垂 伸治 医療法人緑星会 どうたれ内科診療所院長
千葉大学医学部臨床教授
〒270-2261 千葉県松戸市常盤平 1-20-3
Tel：047-394-0600 Fax：047-394-0610
doutare@apricot.ocn.ne.jp
<https://www.doutare.com/>

助 成 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

編集協力 東京創作出版
〒271-0082 千葉県松戸市二十世紀が丘山町 53-1
Tel：Fax 047-391-3685 <http://www.sosaku.info/>



制作／松戸市常盤平地区高齢者支援連絡会専門部会