

表 3. 退院支援スクリーニング表

患者氏名： \_\_\_\_\_

入院日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

日

記載日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記載者： \_\_\_\_\_

スクリーニング項目	ハイリスク群	
年齢	<input type="checkbox"/> 65歳以上	<input type="checkbox"/> 65歳未満
入院形態・入院状況	<input type="checkbox"/> 緊急入院（初回、再入院） <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内の同一疾患による再入院	<input type="checkbox"/> 入退院が頻回 <input type="checkbox"/> 予約
入院理由	<input type="checkbox"/> 社会的入院 <input type="checkbox"/> リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 治療・検査
入院時の介護保険状況	<input type="checkbox"/> 介護保険利用者	<input type="checkbox"/> 利用なし
疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸不全 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> その他の疾患 ( )
認知症の状態	<input type="checkbox"/> 高度～非常に高度	<input type="checkbox"/> なし～士 <input type="checkbox"/> 軽度～中程度
精神障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
継続的な医療行為の必要性	<input type="checkbox"/> あり（吸引、経管栄養、ストマ、酸素療法、麻薬使用、食事療法、持続点滴、服薬、注射、リハビリテーション、褥瘡処置、その他）	<input type="checkbox"/> なし
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> C：ほとんど寝たきり <input type="checkbox"/> B：かなりの介助が必要 <input type="checkbox"/> A：一部介助が必要	<input type="checkbox"/> J：ほぼ自立 <input type="checkbox"/> JJ：自立
尿便失禁	<input type="checkbox"/> 終日失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみ
コミュニケーション障害	<input type="checkbox"/> 意思疎通困難（どんな方法・手段を用いても）	<input type="checkbox"/> 意思疎通できる
ADLの低下	<input type="checkbox"/> 入院前より低下（食事、排泄、更衣・整容、清潔）	<input type="checkbox"/> 低下なし
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 同居人あり
家族・介護面の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢 <input type="checkbox"/> 介護者が病弱 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> 時間的余裕がない <input type="checkbox"/> 患者との人間関係が悪い <input type="checkbox"/> 介護の専任・代行・協力者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が疲労・役割緊張状態 <input type="checkbox"/> 経済的負担が生じる <input type="checkbox"/> 障害者や乳幼児が同居 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 課題なし
経済面の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 高額医療助成対象 <input type="checkbox"/> 医療費の滞納 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 課題なし
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅から転院・施設への入所希望がある <input type="checkbox"/> 退院後の行き先が無い、無くなりそう、患者・家族間で意見が食い違う <input type="checkbox"/> その他（ )	<input type="checkbox"/> 入院前と同じ (自宅、施設)
社会資源の利用	<input type="checkbox"/> 介護保険申請希望あり <input type="checkbox"/> 介護保険利用申請中	<input type="checkbox"/> 介護保険利用者 <input type="checkbox"/> 介護保険利用なし
備考（退院後に予測される問題や患者・家族の不安、生活面の課題や希望、医療機関としての見解等あれば示す）		
上記4つ以上ハイリスクにチェックがあれば医療相談入力する。 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 入力（ 月 日入力）		

#### 5) 地域との連携の現状～退院支援ケアカンファレンスの開催～

カンファレンスは、①在宅へ帰る際のサービスの調整をする ②在宅か転院か迷っている際、方向を確認する ③身内がない、お金がない、家もない・・・処遇困難事例の対応 ④治療往診（胃ろうの造設等）の説明や選択の際、家族とともに話し合う（場合もある）などの必要性がある場合に開催される。参加者は、本人（参加できる人）・家族・主治医・担当看護師・師長・ケアマネージャー・訪問看護師・デイサービス担当職員・介護職・行政関係（生活保護ワーカー・介護福祉課）・地域包括支援センター担当・福祉用具事業者など、ケースによってさまざまである。

話し合いの最後に、診療情報提供書、かかりつけ医への紹介状、看護サマリ、訪問看護指示書等の必要な書面を確認し、文書による連携を徹底している。表4に、2001年以降の退院患者数、新規相談者数、退院支援カンファレンス開催回数の推移を示す。

表4. 退院患者数、新規相談者数、退院支援カンファレンス開催回数の推移

	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度
①退院患者数(人)	11,452	11,159	11,218	11,653	11,447	11,758
②新規退院相談						
-実人数(人)	638	1283	1384	1659	1517	1699
-対退院患者割合(%)	5.6	11.4	12.3	14.2	13.3	14.4
③退院支援カンファレンス						
-開催回数(回)	0	135	195	175	222	234
-対退院患者割合(%)	0.0	1.2	1.7	1.5	1.9	2.0
-対新規相談者割合(%)	0.0	10.5	14.1	10.6	14.6	13.8
(参考)平均在院日数(日)	16.7	17.4	16.9	15.4	15.9	15.7

#### 4. 退院支援を効果的にすすめるために

##### 1) 事例からみた退院支援の現状と課題<sup>2</sup>

###### (1) 事例 No.5 (転院の問題を有する事例)

医療依存度の高い要介護高齢者の転院は、受け入れてくれる病院（施設）も限られる。そして転院に至るまでは、病院・施設の決定→家族の申し込み→紹介状の送付→入所判定会（受け入れの可否が決定）→ベッド待機という手続きを踏むため、時間がかかる。なお、本事例は、退院支援がスタートして間もない頃のケースだったので転院先の情報提供が適切でなく、転院までにかかり時間がかかっている。

###### (2) 事例 No.9 (多科受診の事例)

総合病院志向で、かかりつけ医がいない高齢者の外来受診状況は、本事例のように多科にわたる。介護保険の主治医意見書はどの科の医師が書くのか、ケアマネージャーは

<sup>2</sup> 各事例に対する退院支援経過に関しては、文末に掲載している「院内ニュース しおかぜ」を参照のこと。

どの科の医師に介護サービスの意見を求めたらいいか不明確である。処方も多剤になり、服薬管理も困難な患者も実際に多い。

### (3) 事例 No.33 (がん患者の事例)

家族の介護力も乏しく(夫とふたり暮らし)、毎日の輸液も欠かせない患者さんは、近くの開業医の先生が「引き受けましょう」と言ってくれた言葉が大きな後押しになった。入院中の治療が確実に開業医に引き継がれたことで、患者さんは在宅に戻ることができた。

### (4) 事例 No.10 (看護師さんからの情報発信の事例)

単独の「退院支援のクリニカルパス」ではなく、現在使っているクリニカルパスに退院に関する項目を加え、治療と並行して退院支援を進めていく必要性を看護師から発信した(4A病棟の脳梗塞のパス(前述)作成につながった)。

### (5) 事例 No.14 (行政窓口対応の問題を有する事例)

「制度の対象にはならない」「手続き上、無理である」「これは、当課の担当ではない」「前例がない」等の対応は役所の窓口で未だによく聞かれ、今まではそこで止まっていた。慣例となっている事柄を見直すことも仕事ではないかと、行政側に問題提起した。

### (6) 事例 No.47・No.53 (地域における包括的支援による退院事例)

少ない情報を頼りに、地域の関係者や行政機関とともに退院までこぎつけた独居高齢者。地域にある資源を総動員する経過を通して、病院と地域のお互いの関係づくりができた。

## 2) 退院支援を効果的にすすめるための課題

### (1) 医療連携をどうすすめるか (事例 No.5、No.9、No.33)

#### ① 医師のことば

「退院」という言葉は、要介護高齢者の家族にしてみるとかなりデリケートな言葉で、まず主治医から発すること・退院のゴール(時期・状態)を本人家族と医療者側と共有しておくこと・安易に「在宅は無理」と言わないこと・・・この3つは「退院支援」がうまく進むか否かを決める。

#### ② 転院(病病連携)について

転院には、手続き(段取り)が必要で、申込書と紹介状により転院先の「入所判定」を通らなければならない。転院先の受け入れの可否は、療養費に見合うか(医療処置、処方薬の種類・量、経管栄養剤が保険か食費か等)ということでもあるので、必要に応じ、病院主治医との連絡調整は行っている。それでも、現時点で受け入れ先を探すのが最も困難な状態は「神経難病(たとえばALS)」「緩和ケア」「看取り」「生活保護(医療区分1)」の3つである。

また、医療制度改革で、療養型病院の病床数は大きく削減されようとしているが、実態としては療養型病院へ転院する患者は増加している。在宅復帰が増えていない現状で、介護付き有料老人ホームへの退院が増えていくのだろうか。医旅依存度の高い要介護高齢者の行く末が今から気になる。

### ③ 多科受診について

総合病院志向で、多科にかかっている高齢者は多い。何時間待っても病院の先生にかかりたい患者で外来は溢れている。この状況は病院医師の負担が大きく問題である。要介護状態になって初めてかかりつけ医を探そうとすると、なかなか難しい。やはり「かかりつけ医の推進」は医師会と協働で市民啓発をしていかなければならない。多科にかかり、多種多剤を処方されて、うまく服用できていない高齢者もある。介護保険の主治医意見書も更新のたびに主治医が誰か悩む高齢者もある。多科受診が必要であっても、医療をコーディネートする存在(役割)を総合内科の医師に期待したい。

### ④ 在宅医療（病診連携）について

家族が在宅を決定するために必要なことは3つある。介護サービスの充実だけでは在宅には帰れない。やはり最大の安心感は医療の継続にある。

ア) 医療的な処置、痛みの緩和、食べられなくなった時の対処等さまざまな対応や、本人・家族の大きな不安感を支えてくれるかかりつけ医がいること

イ) 「夜中や休日、具合が悪くなったら、いつでも来ていいですよ」という救急の受け入れ体制が病院にあること

ウ) 介護者が疲れた時、具合が悪い時、レスパイトで受け入れてくれる病院・施設があること（これは介護保険（ショートステイ）で受け入れてくれないような神経難病や障害児の場合、とても重要である）

### (2) 看護連携をどうすすめるか（事例 No.10）

直近の看護師アンケートでは、「パソコンを相談活用し、医療相談と連携をとっている」95%、「退院支援ケアカンファレンスに参加したことがある」81%と答えており、退院への積極的な関わりがうかがえる。今後更に、関わりの質を上げるためには、入院時のスクリーニングシートやチェックリスト、連携パスを充実させていく必要がある。業務を標準化しておくことで、退院に必要な情報収集や家族指導・申請等の手続きが入院時から可能になり、退院というゴールに向かって家族と共に準備をする時間が確保されるからである。急性期の治療と並行し、すべての担当看護師が退院調整（パス）に関わることで、急性期病院としての機能が強化されていく。

また「看護サマリ」を検討する必要がある。既存の書式には在宅介護・看護職が必要とする情報が不十分な割に書かなくてはならない項目が多く、病棟の看護師は負担が大きい。アンケートからも「ケアマネージャーは安易に看護サマリを依頼してくる」という意見があったので、今後は記入内容を再検討することと同時に、その活用（運用）についても大まかなルールが必要かもしれない。入院時には在宅（施設）から持参するサマリ、退院時には病院へ渡すサマリが双方向で必要であろう。在宅での様子・入院による変化・引き続き課題となる看護上の問題等が、お互いの負担がなく記載できる共通の書式と運用ルールを共有化していきたい。

### (3) 介護・福祉・保健（行政機関）との連携をどうすすめるか（事例 No.14）

生活保護のケースワーカーや、（ケースによっては）福祉事務所長にカンファレンスに参加してもらい、申請書類だけではわからない困難な事情を共有してもらうことが必要

である。患者の疾患（要介護状態）だけが退院を困難にしているわけではなく、家族の問題・経済的な問題等、即刻解決が難しい問題を抱えたまま退院をしていく方は多い。医療相談の困難事例が、税金や保険料滞納者として把握されている場合も多い。

あらゆる行政機関への連絡は惜しまず行き、法律や要綱で決まっていると言われてもあきらめず、「当事者は困っている」という現実を知らせていきたい。

#### (4) 地域包括ケアの視点をどう持つか（事例 No.47、No.53）

「住宅がある」「それなりの年金がある」「健康な家族がいる」という高齢者は、退院の困難事例にはほとんどならない。身内はもちろん近所とのつきあいもない人が、たまたま倒れて発見された事例のような入院患者はまさしく処遇困難事例である。治療が終了し、たまたま元の生活に戻れたとしても同じ生活を繰り返せば、また入退院を繰り返すのは明らかである。生活保護ならまだしも、制度のすき間・行政機関のすき間に落ちこぼれたまま、その日暮らしをしている場合はそのリスクが本当に高い。

（患者に）「予防的」に関わるというスタンスは、「予防（＝保健）」領域にケース連絡をするということではない。生活の中の疾患に結びつくような要因を見つけ、そのサポートはどこが担うか・・・といった具体的な問題解決の話し合いこそが重要である。その役割分担は明確すぎるとすき間ができる。すき間ができないようにするためには、お互いが本来の役割よりちょっと幅を持たせて関わるという意識が必要だと思う。チームワークが良いとそれが可能になる。フォーマル・インフォーマルな地域の資源が、よい関係を保ち患者さんに関わっていくことで、すき間に落ちない（再入院しない）生活ができていく。処遇困難事例の関わりは私たちの学びの宝庫であり、地域のネットワークを確実にする最高の策である。体裁を整えた会議だけでは、このような信頼関係は作れない。現場での関係づくりがまちを変えていく～それを信じて現場（地域）を支える、それが病院でできる地域包括ケアであると考えている。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの  
在り方に関する実証研究」

研究報告書

#### 4-3. 寝屋川市地域包括支援センターの現状と今後に向けて

研究協力者 柴田知成 寝屋川市保健福祉部高齢介護室

大阪府寝屋川市は平成18年10月において、総人口が245,096人、65歳以上人口が44,535人、高齢化率が18.2%となっており、団塊の世代にあたる市民が多く、今後、高齢化が急速に進むものと考えている。

そのような中で、平成18年度の介護保険制度改正により創設された地域包括支援センター（以下「包括センター」）については、新たな機関であるため設置・運営のノウハウがなく、また、介護保険制度改正と設置時期が同時期であるため混乱が予想されることを踏まえ、市としての方法論・ビジョンを確立させること及び制度改正による混乱を最小限に食い止めることを目的に、直営（1ヶ所）による設置・運営を行なうこととし、将来的には委託による地域展開を図るものとした。

運営の基本的な視点としては、「個別ケースへの支援」及び「全体への支援（ネットワーク化）」の2つとし、両者を密接に連動させながら運営に取り組んでいる。

また、チームアプローチを実践するために、様々な職種が係わりあうこととしている。

活動実績としては、以下の4事業を実施している。①介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援、②総合相談・支援、③権利擁護、④包括的・継続的マネジメント支援。

今後、包括センターが地域包括ケアシステムの中核機関として機能していくためには、①ネットワーク化、②手法の確立・人材育成、③介護予防（改善事例の研究等）、④包括センターのバックアップ機能などの取組が必要となってくると考える。

#### A. 研究目的

地域包括ケアシステムの中核機関として、包括センターが機能していくために、包括センター設置・運営上の課題を整理し、それらを解決するための方向性の示唆及び今後の制度改正を見据えた提言を行なう。

#### B. 研究方法

関係者間で、包括センターの運営上の課題に関する意見交換を実施

(倫理面への配慮)

事例については、個人が特定されないよう一部修正を加えている。

#### C. 研究結果

包括センター運営上の課題は、制度・人材・理論等、多岐にわたることが明らかになった。

#### D. 考察およびE. 結論

一定の成果が上がっているとはいえ、課題も多く、その要因も制度、人材、手法等、多岐にわたっており、包括センターのみで解決が難しい課題もあるため、今後、包括センターでの実践を積み重ねながら、次期制度改正も見据え、包括センターのあり方を検討していく必要がある。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 第4章 地域包括ケアに向けた取り組み事例と制度改正への示唆

### 研究報告3. 寝屋川市地域包括支援センターの現状と今後に向けて

柴田一成（大阪府寝屋川市）

#### 1. 寝屋川市の概況

##### 1) 地域特性

本市は、大阪府の東北部に位置し、大阪市の中心部まで約15km、京都市の中心部までは約35kmとなっている。市域は、東部に生駒山地の丘陵地帯が、西部に淀川に面する平坦地帯が広がり、面積は、24.73km<sup>2</sup>となっている。

##### 2) 高齢化の状況

昭和30年代後半からの高度成長期に大阪市の衛星都市として人口が急増し、昭和35年から昭和45年の10年間で人口が45,000人から206,000人と約4倍になっており、平成19年10月1日現在、人口243,844人、65歳以上人口47,281人（高齢化率19.4%）となっている。また、認定者数は平成19年9月30日現在、6,958人（認定率14.7%）となっている。

高度成長期に衛星都市として、人口が急増したことから、団塊の世代の市民が多く、今後、急速に高齢化が進展するものと考えられ、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、平成42年（2030年）には、市民の約3人に1人が高齢者になるとされている。

表1. 高齢者数、認定者数等の推移

	総人口	65歳以上人口	高齢化率	認定者数	認定率
平成16年	248,613人	39,472人	15.9%	5,781人	14.6%
平成17年	246,482人	41,765人	16.9%	6,327人	15.1%
平成18年	245,096人	44,535人	18.2%	6,767人	15.2%

注. 各年10月1日現在、認定者数は各年9月30日

表2. 高齢者数、高齢化率の将来推計

	総人口	65歳以上人口	高齢化率
平成12年	250,806人	31,766人	12.7%
平成27年	228,607人	62,600人	27.4%
平成42年	197,014人	58,882人	29.9%

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所（平成15年12月推計）

#### 2. 寝屋川市の介護予防事業実施状況

##### 1) 介護予防事業

本市においては、地域支援事業における介護予防事業を、「元気向上事業」と位置づけており、特定高齢者については、運動器の機能向上事業を「からだ元気教室」、閉じこもり予防や認知症予防等の事業を「みんなで元気教室」として実施をしており、また、一般高齢者として、各種の事業を実施している。



表3. 介護予防事業等一覧表

事業名	対象者	事業目的等	実施回数及び定員	平成18年度実績
からだ元気教室	・65歳以上の一般高齢者及び特定高齢者	・高齢者がいつまでもいきいきと自分らしい生活が送れるようにするために、ストレッチ体操や筋力トレーニング、バランストレーニング等を実施し、生活機能の維持・改善を目指す。	・週2回グループ(月・木、火・金)各24回、定員20名、7教室/年 ・週1回グループ(火曜日)12回、定員15名、2教室/年	1,649
からだ元気体操教室	・65歳以上の一般高齢者	・身近な地域で、ストレッチ体操や筋力トレーニング、バランストレーニング等を実施し、介護予防の重要性を理解してもらうとともに、生活機能の維持・改善を目指す。	・月1回 年12回 定員20名 ・月1回 年10回 定員20名	平成19年度～実施
からだ元気フォローアップ教室	・からだ元気教室修了者(機能訓練対象者も含む)	・修了者が運動を継続しているかどうか、活動的な日常生活を送れているかなどを評価し、いきいきとした生活を継続していくためのきっかけづくりを目的とする。	・計6回	平成19年度～実施
みんなで元気教室	・65歳以上の一般高齢者及び特定高齢者	・人や社会との交流による心身機能の維持・活性化を図り、自己達成感を高め、積極的な生活や行動へと促す。	・一般高齢者:3ヶ月間 ・特定高齢者:6ヶ月間 ・機能訓練:6ヶ月間 各曜日ごと定員20名 ※特定高齢者の状況により一般高齢者を対象に実施	1,092
地域で元気!教室～コミュニティセンター版～	・65歳以上の一般高齢者	・身近な地域で多くの市民が、「介護予防」に取り組み、その理解を深める。	・年4回コース(4月18日、4月25日、5月16日、5月23日) 定員30名	平成19年度～実施
地域で元気!教室～いきいきサロン版～	・アンケートにおいて希望された、いきいきサロンの参加者(一般高齢者)	・「介護予防」についての知識を広め、正しい理解を促す。	・各会場年1回	平成19年度～実施
ことばの教室(構音障害グループ失語症グループ)	・40歳以上の市民で、脳血管疾患等の後遺症により運動性構音障害または失語症がある方	・他者との交流を通して、コミュニケーション意欲の増進を図る。また、健康面や様々な活動へも目を向けることにより、社会参加への動機づけを行う。	・各グループ月1回の9回コース 定員20名	159
認知症予防と健康講座	・65歳以上の一般高齢者	・広く認知症についての知識を広め正しい理解を促すことにより、健康増進と疾病の予防(早期発見・早期予防)を目的とする。	・年1回 定員40名	平成19年度～実施
もの忘れ予防教室	・65歳以上の一般高齢者	・認知症予防について正しく理解し、認知機能を刺激する運動や料理、音楽療法などのプログラムを実施する。小集団教育で働きかけることにより、参加者同士の相互支援を促し、コミュニケーションを活発にする。日常生活の中でできる認知症の予防の方法を提示する。	・年3コース 各4回 各定員15名	199
湯ったり介護予防	・65歳以上の一般高齢者	・公衆浴場において、介護予防事業を実施することにより、在宅高齢者の健康の増進を図り、もって高齢者福祉の増進に資する。	・月1回 定員20名	65
介護予防教室	・65歳以上の一般高齢者	・在宅高齢者が要介護状態等にならないよう予防し、住み慣れた地域で、できるだけ自立した生活を継続できるようにする。	・年間(H19.7～H20.3) 延べ30回までとする。 *概ね各施設年6回程度 *定員30名	平成19年度7月～実施
出前講座(みんなで介護予防)	・概ね65歳以上の団体(老人会、いきいきサロン、自治会、自主グループ等)	・高齢者の生活機能向上のための体操や閉じこもり予防のためのレクリエーションなどを提供することにより、地域でのグループ活動を支援する。	・各団体年2～3回程度	961
気功・太極拳(高齢者健康体操事業)	・65歳以上の一般高齢者	・身近な地域で自主的な健康体操を通じた健康づくりや仲間づくりができるよう、その環境調整を図り、当該高齢者等の介護予防に資するとともに、地域とのつながりを持った生活が続けられるよう支援する。	・各会場年 回程度	
ボランティア養成研修事業	・65歳以上の一般高齢者	・身近な地域で、介護予防や「からだ元気体操」の普及・啓発を行う人材を養成し、いきいきサロンや自主活動グループ等の支援活動を行う。	・定員:20名 ・講義、実技:3回 ・実習:9回以上	平成19年度11月～実施

### 3. 寝屋川市地域包括支援センターの運営状況

#### 1) 同センターの位置づけ

地域包括支援センター(以下「包括センター」)は、介護保険制度改正により、創設された機関である。

これから団塊の世代を中心としたベビーブーム世代が高齢者になり、市民の約3人に1人が高齢者になる超高齢社会を迎えるにあたり、介護が必要になっても、住み慣れた地域で暮らすことができる仕組み、すなわち地域包括ケアシステムの構築が急務である。そのため、市にとっての最重要課題は地域包括ケアシステムを構築することであり、そのための手段として、包括センターの設置・運営があると考え、以下のような検討を行った。

◆ 包括センターは、制度改正により創設された機関である

当然、市や委託した場合の委託法人に運営のためのノウハウ等はない。したがって、設置当初は、試行錯誤での運営が予想される。委託での設置・運営をした場合、市にとって未知の領域になるため、委託法人に対して、適切な指導・助言を行えない可能性が高い。また、委託法人も、初めての業務であり、混乱が予想される。

◆ 設置時期が制度改正と同時である

包括センターを設置・運営する平成18年度は、介護予防重視型システムへの転換等、大幅な制度改正をした改正介護保険法の実施時期でもあり、包括センターの立ち上げの混乱に加え、介護保険制度自体が混乱する可能性が高い。

上記の論点を踏まえ、市として出した結論は市全域を担当圏域とする直営（1ヶ所）での設置・運営である。直営で実施することにより、市として包括センター設置・運営のノウハウや経験を積み上げて行く。また、包括センター立ち上げ時の試行錯誤や制度改正の混乱についても、直営であれば、現場の情報が集まってくる場所と決定権を持つ場所を近づけることができ、問題解決のレスポンスや実効性が上がり、結果として混乱を最小限に抑えることができると考えた。直営での設置・運営を行い、ノウハウ・経験を積み上げ、市としての方法論やビジョンを確立させた上で、将来的には委託による地域展開を図るものとした。

2) 同センターの活動状況

(1) スタッフの状況

スタッフについては、多様な雇用形態で確保をしている。具体的には市職員、臨時的任用職員（アルバイト）、人材派遣で確保しており、平成19年9月現在、29名である。人材派遣については、主任ケアマネジャーを在宅介護支援センター運営法人より派遣をしていただいている。これは、在宅介護支援センター運営時のノウハウ、経験やネットワークを包括センターに活かすためであり、また、行政の職員と一緒に仕事をする事により、双方が、今まで培ってきた経験や価値観等が融合し、互いに気付き・学ぶことが多いと考え実施しているものである。このことにより、森も見て木も見られると言った、広い視野の持った職員を育成できると考えている。

委託による地域展開は公募により法人を選定することになると思われるので、在宅介護支援センター運営法人が受託するかどうかは未定であるが、少なくとも今後の寝屋川市を考えた時に、そのような広い視野を持った専門職が市や地域に存在することは、貴重な社会資源になると考える。

(2) 実施状況

① 運営の視点

包括センターを運営するにあたっては、2つの視点を持って行っている。一つ目は「個別ケースへの支援」であり、二つ目は「全体への支援（ネットワーク化）」である。

「個別ケースへの支援」は言うまでもなく、個々の市民や利用者に対しての支援であるが、「全体への支援（ネットワーク化）」については、個別ケースを支援するために、地域が包括的に関わられる仕組みづくりが必要であると考え行っている。

両者を密接に連動させ、「個別ケースへの支援」の中での連携や問題提起を、個別ケースで終わらせることなく、「全体への支援」へ反映し、「全体への支援」での成果を「個別ケースへの支援」に反映することとしている。つまり、「個別ケースへの支援」の成果が「全体への支援」に、

「全体への支援」の成果が「個別ケースへの支援」に還元されるスパイラル構造となるよう努めている。

平成18年度はセンター運営の初年度及び介護保険制度改正の時期であったため、「個別ケースへの支援」を中心に行い、センターの基礎を固めることとした。平成19年度からは、引続き個別ケース支援に取り組むと共に、積上げた実践の中で明らかになってきた課題等を整理し、全体への支援を行っていくこととした。

その中で、特に「地域福祉活動」と「医療」の重要度が高く、かつ事業効果も高いと考え取り組むこととした。「地域福祉活動」は市社会福祉協議会（以下「市社協」と）、「医療」は市医師会と、それぞれ定期的に会議の場を持ち、仕組みとして連携を担保するものを検討している。市社協とは、市社協と包括センターとの連携とはなにかを議論し、一般的なケース検討ではなく、連携の部分に着目し、時系列で追うことで、見えてくるものがあるかもしれないと考え、各々がケースを提出し、ケース検討を行った。結果として、お互いの組織の性格や目的、有している機能やその強み、弱みを理解することができた。最終的には、顔の見える関係作りや、信頼関係などが重要である事が確認できた。

信頼関係の構築など、連携するためには、当たり前のことではあるが、お互いが、会議を通じて確認することができたプロセスが重要であると考えている。また、信頼関係を構築し維持していくために、定期的にケース検討会を行うことを合意できたなど、非常に有意義な会議であると考えている。市医師会については、今まで個別ケースで、個々の医療機関とは関わってきたが、全市レベルでの連携を検討することは、今まで行ったことが無く、どのような形で会議を進行していけばいいのか、手探りであったが、まずは、お互いに、共通した現状認識を持つために、ケアマネジャーと医師に同じ内容のアンケートを実施し、現状把握を行うこととした。

## ② チームアプローチ

包括センターのスタッフは、職種及び職歴が多岐に渡っている。そのため、互いに得意な分野があるので、スタッフが互いにサポートすることで、市民や利用者には質が高く包括的なサービスが提供できるよう努めている。

例えば、介護予防支援などにおいて、権利擁護的なアプローチが必要な利用者には、社会福祉士が保健師等のサポートを行ったり、高齢者虐待のケースで、介護保険サービスが必要な場合には、主任ケアマネジャーが社会福祉士をサポートするなどを行っている。

また、包括センターの業務は、介護予防マネジメントを始め、新しいものが多く、考え方や手法が確立されていないことが少なくない。そのため、スタッフがどのような形で、支援を行っていけばよいかなど、悩むことが多いもの事実である。

そのような場合に、本市の包括センターは、30名近いスタッフがあり、前述のように、様々な職種があるので、いろいろな視点からの議論をすることができる。3人寄れば文殊の知恵ではないが、このような議論から導きだされる結論は、非常に厚みのあるものであり、方法論を確立しなければいけない時期に、このような議論を行うことは非常に重要なことである。

また、高齢者の生活を支援していくためには、非常に質の高い人材が求められるが、このような議論を通じて、幅広い視点や知識を身につけられる場合は、人材育成の観点からも重要であると考える。

#### 4. 寝屋川市地域包括支援センターの活動実績

##### 1) 介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援

平成18年4月の介護保険制度改正にともない、包括センターを中心に介護予防マネジメントを展開している。

包括センターでは、保健師・看護師・介護支援専門員・社会福祉士等、現在17名で担当している。市内を6つの生活圏域(コミュニティセンター)に分け、エリアごとに複数の担当者を配置して対応している。担当件数は、経験年数等により、包括センター内でもばらつきはあるが、担当数の多い担当者で約40件、平均して35件くらいである。平成19年9月末現在の介護予防プラン作成件数は1,278件、うち包括作成件数は417件である。

##### (1) 介護予防マネジメントチームの取り組み

###### ① 全体ミーティング

発足当初より、毎週1回の定例ミーティングを開催(現在は月に1~2回に変更している)。内容は、i)連絡事項、ii)事例検討、iii)学習会(社会保障制度等)、iv)研修報告など。

###### ② 研修会・施設見学

###### ◇研修会

- ・包括内研修、関係機関からの外部研修等に積極的に参加している
- ・研修受講者は、ミーティングで研修報告をし、参加出来なかったメンバーにも研修内容を共有出来るように取り組んでいる。

###### ◇施設見学

平成18年4月開設当初、利用者にとって適した事業所選びを行えるようにと、市内の全通所介護事業所(当時25事業所)・全通所リハビリテーション事業所(当時8事業所)を訪問し、施設内の見学(施設設備や利用者の様子)と事業所での取り組みの説明を受けた。また、特別養護老人ホーム・グループホーム・ケアハウス等の見学も積極的に行った。その後も、新規開設事業所等の情報収集に努めている。

###### ③ 包括内のチームアプローチの実行

介護予防ケアマネジメント業務をすすめていくなかで、利用者の権利擁護の視点より、社会福祉士と同行訪問に行ったり、対応困難な利用者においては、主任ケアマネジャーのアドバイスを受ける等々、包括センター内での、各専門職が連携・協働の体制を取りながら、利用者支援を行っている。

###### ④ 関係機関等との連携

市社協を通して、地域と協力しあい、利用者を支えていくために、市社協と包括の連携が必要なケースは、連携して支援している。

##### (2) 実務における視点・実践していること

- ・介護予防の視点を持って、利用者に働きかける
- ・利用者の生活を整えていく手段として、高齢者施策等の利用も検討していく
- ・インフォーマルな社会資源(移送サービス・ボランティア等)も活用していく

以上三点をふまえ、利用者ができる限り自立した生活を送れるように支援(自立支援)していく。また、支援の中では、単に利用者の運動機能や栄養状態などの特定な機能の改善だけを目指すのではなく、これらの心身機能の改善や環境調整を通じて、利用者一人ひとりの『生きがい』

や『自己実現』のための取り組みも含めた支援を行なう事により、生活の質（QOL）の向上を目指している。

支援の中で、「していなかった事・出来ていなかった事」を「している事・出来る事」へと変えていくにはどうしていくのか、を一緒に考え、具体的な方法（道具の工夫）を提案し行うことで、利用者自らが「出来る事」を増やしていった事例（事例1）や、自分でしていなかった事をヘルパーに補助してもらいながら一緒に行なっていく中、モニタリング時に、自分で出来る事が増えていった過程への評価を確認していく事で、本人の自信へと繋がり、その事がサービスの利用終了に至るに止まらず「何か他人のために出来る事はないか」と考え、ボランティア活動への参加に繋がった事例（事例2）がある。また、包括内のチームアプローチ・関係機関（病院・社協・地域）との連携で支援をすすめた事例（事例3）がある。

### (3) 今後の課題について

介護保険制度の改正と共に包括センターが設置され、介護予防マネジメント事業を担当する事となった。改正による制度の変化への対応や、介護予防マネジメントを担当する職員の職種も保健師・看護師・介護支援専門員・社会福祉士等、多職種にわたること、また、それぞれの持つ経験も多岐にわたる中で、試行錯誤しながら行なってきた。その中で、課題として考える事を述べる。

#### ① 運営上の課題

##### ア) 人材確保の困難

包括センター開設時、3名の担当者でスタートしたが、現在では17名の職員で対応出来ている。開設当初より、職員（人材）確保はかなりの困難を要した。また、今後も高齢者数や、認定者の増加に伴い引き続き人材確保の必要性がある。人材確保の困難さは当センターだけの抱える問題ではないと感じており、また、今後運営していく中でも常に抱えていかねばならないと感じている。

##### イ) 人材育成への取り組み

制度改正に伴い、職員の職種が多職種となった事は、介護予防マネジメントにおいて、i) それぞれの専門性を生かしたマネジメントが出来ること、ii) 担当者間でそれぞれの専門性を生かした意見交換やアドバイスが出来ること、等々マネジメント上の利点は大きい。

介護予防マネジメント業務を担当する職員は、介護保険サービスの利用調整だけには止まらないため、介護保険外のサービス・社会保障制度、地域の資源等々、多様な支援方法を展開させていける力も必要である。『地域に暮らす高齢者が、住み慣れた地域の中で、自立した生活を続けていくこと』への支援が出来る人材の育成をしていく事を引き続き取り組んでいきたいと考えている。

#### ② 社会事情を現す問題点・課題

##### ア) 家族基盤の希薄さ

###### i) 独居高齢者の増加

家族の協力・支援が受けられない高齢者も多く、相談出来る人が少ない事や万が一の時への不安を抱える独居高齢者は多い。例えば、入院。入院中の洗濯物や支払い等をしてもらえる人がいない。

###### ii) 初期の認知症の早期発見が困難な場合がある

初期の認知症により日常生活への支障を来しているにも関わらず、本人が気づいていな

い事で、早期の発見が遅れ、周りが気づく時には、何かトラブル等が起こってからとなる。具体的には、「水道が止められている」とサービス事業所から連絡が入り、担当者が確認に行き原因を分析すると、『支払いが自力で出来なくなっていた』事で発見出来た事例があった。また、遠方に住む家族が訪問した時に、冷蔵庫の中の隙間がないくらい刺身を購入していた事を発見したが、『本人は購入した事を忘れて同じ物ばかり買ってくる』事例もあった。

#### イ) 閉じこもり生活

閉じこもりとなっている要支援認定者に対して、介護保険サービス(通所介護等)や介護保険サービス外(地域のサロン・老人会等)への参加を促している。その中で、家族や包括職員の働きかけで、利用をすすめていける場合も多くある。しかしながら、中には、訪問介護のみの利用で自宅にこもった生活を送り続けている利用者が少なくないのも現状である。このような利用者の多くが、「デイサービスを利用するのは年寄り、自分は対象でない。」という意見を持ち、また、「生きている楽しみがない。後は死を待つだけ。」と話す。

しかし、「生きている楽しみがない。後は死を待つだけ。」という言葉の裏に何が隠されているのか。ただ生かされているだけのように感じ、「することがない」事や「必要とされている実感」を持たないことが生活を虚しくさせているのではないかと感じてならない。たとえ、年をとっても、そのときのその人の『生きがい』『生きている実感』『誰かに必要とされている』事を見つける事、持てる事が大切なのではないかと感じており、利用者が「生きていて良かった」と思えるような『生きがい』を少しでも見つけていけるような支援も求められているのではないかと考えている。

長年にわたって限られた空間(自宅)と限られた人間関係(主としてヘルパー等)を保つ生活を続けていることで、閉じこもり生活の改善は極めて困難であり、支援に悩む。ただ、このような状態でも、本人との信頼関係を構築していく中で、「この人が言うなら、外に出てみようか。」と心が動いた利用者もあり、職員の関わりが本人の意欲向上へとつながる事を大切にしていきたいと考える。

#### (4) 最後に

走り出して1年6ヶ月を過ぎ、介護予防マネジメント事業については、『本人が出来る事を出来るかぎり本人が行う』ことを基本とし、利用者や関係機関(サービス提供事業所・医療機関・地域等々)とともに『高齢者の自立』を支援していけるような、働きかけ、プラン作成に取り組んでいる。事業を展開していく中で、『地域に暮らす高齢者が、住み慣れた地域の中で、自立した生活を続けていくこと』への支援を行うには、介護保険サービスの調整にとどまらず、高齢者が安心して自立した生活を送れるように、介護保険以外のサービスや制度を幅広く把握し、必要時に情報提供出来る事や、市社協・地域・医療機関等関係機関とのつながり、連携を大切に、共に支えていく姿勢が大切である。今後も取り組んでいきたい、と考えている。

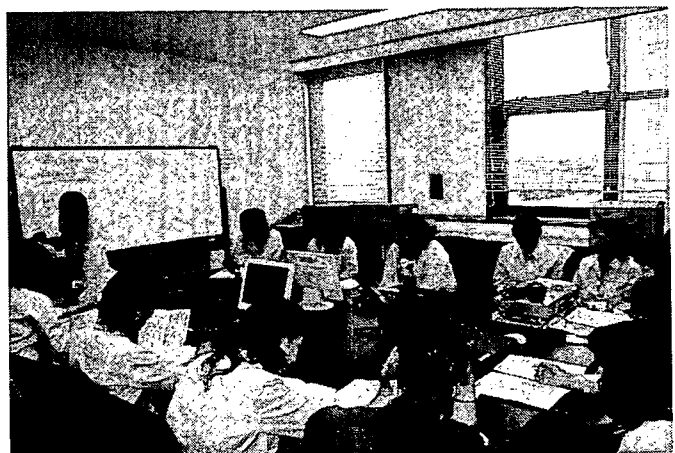


図1. ミーティング風景

## ○ 具体的な取り組み事例

### 事例1) 掃除道具の工夫で、出来る事・している事が増えた事例

81歳 女性 独居 約30年前に夫死亡、実子は行方不明で頼れる身内いない。生活保護受給。  
平成19年5月1日より、要支援1と認定。

既往歴) 両側人工膝関節置換術・腰部椎間板ヘルニア術施行。胸部から腰部にかけてのコルセットを常時使用している。

介護保険改正前より、週2回、1回15時間訪問介護サービスを利用していた。本人は、「自分が出来ない部分をヘルパーさんにしてもらっている。」と話していたが、担当の訪問介護事業所に聞くと、「毎回、折りたたみベッドを上げて、掃除機をかけ、畳の水拭き、から拭きをしている。また、埃が気になるようなので、家具類や室内の掃除をして欲しいと要望が強く、本来なら本人が出来る事までヘルパーができてしまっていた。」と情報を得たため、サービス担当者会議を開き、本人・訪問介護事業所・包括担当で、介護予防の説明等をし、今後の生活の中で、①自分で出来る事は何か②出来ない事は何か③現在ヘルパーがしている事で、自分で出来る事は何か、を話し合った。話し合いでは、本人は「今迄してくれていたのに何故してもらえなくなったんや。」と立腹していたが、自分で出来る事と出来ない事、していなかったけど工夫すれば出来るのではないかと検討出来る事、を明確にしていき、どのように工夫すれば出来るようになるか、具体的な掃除方法(道具の工夫)を提示し、時間をかけて話し合う中で、本人も納得し、訪問介護の利用を週2回、1回1時間に短縮出来た。サービス開始当初は、「自分で出来る事は自分でするように言われたから仕方ない。」と愚痴をこぼしていたが、開始3ヵ月後、生活保護が廃止となり、それを機に本人から、「週1回でいい。自分でなんとか出来るから。」と申し出があった。その時点で、再度本人と話し合うが、「出来るけどしていなかった事」について、掃除道具を工夫して利用する事で、「自分で出来る事」に変わっていた。そこで、週2回の利用から週1回の利用に回数を減らした。その一年後、再び生活保護の受給が開始となったが、本人は訪問介護の利用回数を増やして欲しいとの希望はなく、以前よりも工夫して自分の出来る事を増やしている。

### 事例2) サービスを利用する側から、人のために行動する側に変った事例

74歳 男性 独居 5ヶ月前に妻が死去。子はいない。家事の一切を妻がしていたため、全くわからず困っている。これまでは、近所の人に聞いて何とかやってきたが、持病もあり介護申請をした。今回要支援1の認定が出たことで、訪問介護を利用したい、と本人が直接包括に相談に来所した。

現病歴) 先天性心房中隔欠損・喘息性気管支炎・変形性膝関節症・腰椎ヘルニア

自分でしていなかった事をヘルパーに補助してもらいながら一緒に行き、出来る事を増やし、独りでの自立した生活を継続していく事を目的に、週1回、1回1時間で訪問介護サービスを開始した。モニタリングでは、主に本人が出来るようになった事を中心に確認していった。自分で出来る事が増えてきた事と、心配事や困った事に対して包括担当者に関わる事、で独居生活に不安感を持っていた本人も、自立した生活への意欲が高まり、サービス開始4ヵ月後には、サービスの利用を終了するに至った。その後約1年が経過するが、現在も利用はしていない。

サービスの利用終了後も、本人からは、定期的に包括担当者へ状況報告や相談事の連絡が入っている。最近になり、「自分も何か他人のために出来る事はないだろうか?」と相談があったため、市社協の個人登録ボランティアの話しをした。話を聞いた本人は「やってみたい。」と意欲的であったため、一緒に

市社協に出向き市社協職員から説明を聞いた。本人は「まだまだ自分にも役に立てる事がある。」と登録を希望し、現在、小学生の囲碁・将棋教室のボランティアや知的障害者のサークル活動の補助のボランティアに参加しており、また、地域でも、小学生の登下校時の見守りボランティア活動にも参加し、積極的に地域活動に参加している。

### 事例3) チームアプローチ・関係機関との連携で支援をすすめた事例

68歳 女性 夫が平成14年に死亡し、独居となる。夫婦間に一人息子がいるが、10年前に失踪し以後行方不明である。平成2年から生活保護受給していたが、平成18年10月に本人の事情で保護廃止となった。無年金であり、保護の廃止となったため、収入は全くない。そのため、知人男性宅に居候している。11月末に体調を崩し、寝たきり状態となる。同居人は就労しているため、知人が昼間本人の介護を行っていたが、介護者となった知人の負担が大きくなり、同居人の男性に相談するが、介護サービスを利用することや医療を受けることに対する費用負担を拒否、最低限の金銭的援助(食事代)しか行わなかったため、「もう介護出来ない」と、知人から包括センターに相談が入った。介護認定要支援1。強度の難聴のため、電話での会話は出来ない。対面での会話も殆ど聞こえていない。大事なことは筆談で行う。

現病歴) 肝硬変・肝臓がん(末期)

介護が必要な状態であるが、本人に収入がなく、同居人も経済的な支援を寝食以外は拒否している事より、医療・介護サービスを利用する事が出来ない。本人を哀れんで知人が介護してきたが、見通しのつかない支援が知人の負担を増強させていた。その知人から包括に相談があり、訪問して本人・知人と面談をした。面談で、本人の現状の確認をし、解決すべき問題点を整理し、解決への支援について、包括社会福祉士とともに検討をしていく事とした。

〈検討事項と具体的な支援〉

#### ① 生活保護の廃止による経済的な問題

社会福祉課(生活保護担当)へ保護の再受給が出来ないか相談したが、再受給は極めて困難であった。

#### ② 身体状況の悪化があるが、必要な医療が受けられない

同居人と相談し、往診が受けられるようにした。また、主治医・病院師長との連携を図った。

#### ③ 介護問題(日中の介護者がいない)

同居人と話し合いの場を持ち、本人への今後の支援について話し合う。同居人は、寝食以外に、国民健康保険料・介護保険料の支払いと月2回の主治医の往診費は支払うと約束した。本人の食事については、昼食は出勤前に同居人が用意し、夕食は帰宅後用意する。掃除・洗濯等の身の回りの事は同居人がする。ただし、医療費は入院した場合は支払わない。介護保険サービスは同居人が身の回りの事をするため必要がないため利用しない、が同居人の意向であった。

#### ④ 地域(市社協・民生委員等)との連携を図る

医療については、往診を受けて治療を続けて行く事となるが、日中、本人が独りとなる。身体状況悪化のため、一日寝たきりの状態であるが介護サービスを受ける事が出来ない。また、強度の難聴のため電話での会話が出来ない。そのため、市社協を通して、地域(民生委員・校区福祉委員・自治会)に相談した。地域・市社協・包括センターとでケース会議を持ち、本人・同居人とも面談した後、地域での見守り(安否確認)が開始となる。



## 2) 総合相談・支援

### (1) 相談実績

包括センターでは、平成18年度で月平均88件、平成19年度(9月末)で月平均100件の相談を受けている。市に1箇所ということで、電話番号などの周知がしやすいこと、また、寝屋川市立保健福祉センターという市の福祉行政部門や市社協等も集まった建物の中にあり、介護保険の申請等に来てそのまま相談に立ち寄れるという場所にある。

### (2) 相談内容

介護保険制度などの情報の提供、不安を抱えてこられた方の生きる力を引き出す面接(エンパワメント)がある。また、総合相談から、権利擁護や高齢者虐待としての相談につながっていくこともある。これらの業務は保健師等、主任ケアマネジャーとも連携をとりながら5人の社会福祉士が対応している。

### (3) 情報の提供

#### ◇ニーズをしっかりと探り出す

包括センターへの期待されている役割の一つとして、ワンストップサービスの機能がある。これはただ聞かれた情報を伝えるということではなく、相談者からの話をしっかりと聞きニーズをつかんでから、情報を伝えるサービス機能と理解をしている。

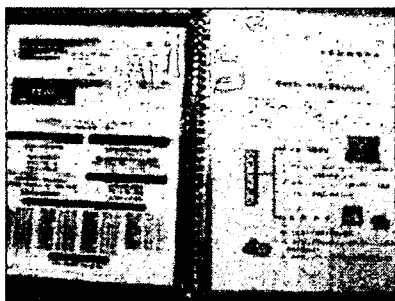
相談に来られる方の中には、話が聞き取りにくい高齢者の方や「なんだかわからないけどここに電話しなさいと言われた。」という家族の方など、相談に来て、自分の聞きたい事がわからなかったり、また制度の中の言葉を知らなかったりするという方も多い。まずは「なぜここに相談に来られたのか」というニーズをどれだけしっかりと探り出すかということが大切になる。その上で、伝える情報もその方に応じて考えていく。電話番号だけ伝えればよい場合と、相談者に代わって関係機関へ連絡をとることもある。何もかもをすべて代わるのではなく、相談者の能力を見極めながら、その方が自己決定をしていくための情報の提供をどのように行なっていくのかという視点が必要だ。

#### ◇対応能力をあげる

情報の提供が、いつも完璧にできるわけではない。相談を受けていく中で、まだ包括センターが情報としてもっていないものや必要だと感じるものなどを1つ1つ集めていきながら、対応能力をあげていくことも大切な仕事になる。

朝の5分で前日の総合相談のミーティングを行い、そのなかで新しい情報があればお互いに交換するようにしている。情報も個人でもつのではなく、全員が共有できるようにファイルに分類する方法をとっている。

図2. 情報のファイリング状況



#### (4) エンパワメント (\*エンパワメント・一人ひとりの生きる力を引き出す)

##### ◇問題解決していく準備

相談者の中には、大きな不安や困惑を抱えていることもあり、ワッと泣かれたり、怒りをあらわにされたりすることもあり、面接時間が1時間~2時間ぐらいかかることもある。感情の整理がされていない段階で情報のサポートや助言をしたとしても、なかなか届かず、逆にますます不安を増すこともある。まずは、しっかりと話を聞き、感情を表現してもらうことが大切になってくる。

本人、家族、民生委員等の場合で、それぞれ内容は変わってくる。例えば、本人の場合は、加齢や病気に伴う身体的不安に関する事、また、家族との関係があまりうまくいっていないというようなものも多い。家族の相談では、病気を抱えた高齢者との生活をこれからどのように考えたらいいのかということなどに加え、自分自身に起こっている不安なことを話されることもある。

いろいろな不安感を抱えているな、と思うときは、相談者をエンパワメントしていくことを意識しながら、目の前で起こっている事を感情も含めていっしょに整理していく時間を共有していく。そうすると、相談者自身が、少しずつ、事実に向かっていきこうという力がでてきて、主体的に問題解決していく準備ができる。

総合相談において、ワンストップサービスの機能を果たしていくためには、いろんな情報提供をするということだけではなく、相談に来られた方自身が情報等を使いこなす準備ができているかということを見極めていくことも求められている。

##### ◇面接技術の向上

相談に来られた方をエンパワメントしていくためには、日頃からの面接への振り返りがかせがない。定期的なミーティングで逐語録を用いた振り返りの時間を確保している。

##### <家族へのエンパワメントの事例>

「どうして私がこんなことをしないといけないのですか！」娘さんの相談は怒り口調で始まった。主任ケアマネが継続的に相談を受けていた方で、認知症がひどくなった父親の今後の金銭管理も含めて、成年後見制度の申請の手続について社会福祉士も相談に同席したときのことだ。この相談日の日程調整をするための連絡がなかなかとれなかったことから、「いろいろとお忙しそうですね。それにお父さんのことも重なって大変ですよ。」と声をかけると、自分が経営する仕事がうまくいかなくて夜も眠れていないこと、父が私にお金を盗られたといただいたときに私のことを誰も信じてくれなかったこと、この間、施設に預けたので気になって見に行ったら、廊下で座って排便をしようとしてその姿を見て愕然としたこと、などをいっしょに話だし、そのあとしばらく泣かれていた。落ち着いたところで「しっかりとしたお父さんだったのですか？」と聞くと「はい、母が早くになくなったので、昔はよく2人で花見や食事にいったのです。……私が(手続を)やるしかないのですね。……この書類を見たのですが言葉が難しくて。」「私たちもお手伝いできますよ。2回ぐらいいっしょにすれば、ここの書類は揃えられると思います。」と伝えると、「よろしく願います。」という言葉が聞かれた。2回目に来られたときに「この前、本当に久しぶりに、父といっしょに食事に行きました。」と言われていた。その後、書類をそろえ娘さんが家庭裁判所へ成年後見制度の申立を行なった。

### 3) 権利擁護

総合相談の中で、訪問（アウトリーチ）が必要だと判断したときは、権利擁護の視点をもったの介入が必要である。

相談の中身としては、独居の場合、又は家族がいたとしても、縁がきれていたり、家族自身が精神疾患等をもっていたりと普通の生活を継続していく力がない場合がある。また、抱える問題が大きすぎて次にどうしてよいのかわからないということもある。

#### ◇コーディネート機能

ここでいう「普通の生活」とは、公共料金を払う力、ごみを分別して出す力、必要なときにSOSをだす力などのことであり、これらは、一度は獲得していたと思われるが、何かをきっかけにできない、あるいはできにくくなっていることがある。このため、本人に代わって生活にかかわるあらゆる機関とのやりとり（コーディネート）が必要になってくる。表4は平成18年度、19年度（9月末）に社会福祉士がかかわった権利擁護の業務の実績である。本人や家族への電話や訪問の回数よりも、関係機関との調整の回数の方がはるかに多くなっている。これは、包括センターが直接的なサービスを提供するのではなく、いろんな機関や制度との連携を通して、本人にとっての最適な支援チームをいかに作れるかというコーディネート機関としての役割を担っているということを示している。

表4. 権利擁護事業の実績

年度	件数	本人又は家族等との面接等					関係機関との連絡調整等					
		電話	来所	訪問	他	合計	電話	来所	訪問	会議	他	合計
平成18年度	61	254	62	223	9	548	621	87	218	64	71	1,061
平成19年度（9月末）	63	279	17	243	0	539	479	57	129	30	13	708

注. 来所・・包括の窓口で対応 訪問・・包括職員が出向いて対応

#### ◇虐待の対応ではなく権利擁護の視点で対応

抱える問題が大きすぎるものとして、始めの相談は「虐待通報」として入ってくるが、事実確認に行くと、重度の認知症による暴力行為ということがある。重度の認知症であるにもかかわらず、専門の医療機関や介護保険のサービスなどにまったくつながっていないことがある。この場合は、虐待の対応ではなく、本人や家族を含めて、認知症に対する支援が必要になってくる。

#### ◇事例検討会の課題

重度になってからの相談ではなく、早期に相談機関につながるために、認知症の啓発や家族のSOSをだす力を地域でどのように高めていくのかななどを、評価、検討していくことも大きな仕事の一つになる。

月1回の事例検討会の中では、その事例への対応方法とともに、今後のシステムとしての課題なども検討している。

### 4) 高齢者虐待の早期発見防止

#### ◇初期対応が重要

高齢者虐待への相談については、まず初期対応が重要になってくる。相談者（通報者）が誰からなのかで、客観的事実の聞き取り方の対応が変わってくる。

例えば、ケアマネジャーからの相談では、介護保険のサービスが入っているため、本人の状態や養護者の状態がつかみやすい。また身体的虐待などがある場合も、写真などで客観的事実が集めやすく、その後の対応についての検討する材料が得られやすい。しかし、市民からの相談では、そのときの「物音」や「大声」、また日ごろのその家族の印象などによることもあり、なかなか客観的事実がつかみにくいこともある。事実確認の訪問をしてみると、こちらが推測していたこととちがうということもある。

このように、「誰からの相談(通報)か」というのは、初期対応において、どのような方法で事実確認をとり、対応していくかということに大きく影響されてくる。また、相談に来た方は、本人はもちろん周りからだとしても「ほんとうに相談に来てよかったのだろうか」とおびえてきていることもあり、そのため想像がふくらんでいることもある。相談者が安心して相談ができる面接場面を設定することも求められている。

#### ◇複合的で広範囲の問題

高齢者虐待は、介護負担という問題だけでなく、今までの家族歴が関係しているもの、親世代への年金の依存、3世代同居の世帯での高齢者だけでなく児童も含めた複合的な問題など、かなり広範囲にわたっている。また、虐待までにははいたっていないが、このままだと虐待につながっていくだろうと予測されることもあり、予防的な介入としての仕事も重要になってくる。

#### ◇包括センターの後方支援体制

今まであまり関わりのなかった関係機関や制度との連携、また家族への介入技術が要求され、どいう方向性を考えていくのがよいか迷うこともある。このため、後方支援として、大阪弁護士会、大阪社会福祉士会に助言等をお願いしている。

今後は、緊急で受け入れ先を探そうとしても、介護保険の施設側は2ヶ月前からショートステイの予約を入れており、連絡を受けてすぐに受け入れるというのが難しいなど、対応の介入技術等とともに、緊急時のネットワークシステムをどのように構築していくのかなどが課題となっている。

#### ＜高齢者虐待・・家族関係を再構築した事例＞

市民の方から包括センターに通報があり、近所のおじいちゃんが雨の中外に出されていて、顔にあざがあるということだった。事実確認をするためにすぐに訪問をすると、本人は70代男性で、顔、手、足などに殴られたり蹴られたりしてできたあざがあった。娘夫婦と暮らしており、娘の夫が「こいつのせいで眠られないのや」と怒鳴っていたため、本人、娘と話をし、その日のうちに緊急で本人をシェルターにつれていった。別にすんでいる長男に電話し、引き取ってもらうよう話し合いをすすめ、1週間後、長男が自分の家へ本人を連れて帰ることになった。しかし、認知症からくる混乱があり、本人から元の家に戻りたいと言われたため、娘夫婦の家に戻ることになった。その後、介護保険のサービスを使いながら、娘夫婦宅で長男家族の援助も受けながらすごしていた。娘の夫は認知症を理解するのが難しく、どうして本人が言われたことができないのかイライラすることもあったが、以前のようにたたくことは少なくなった。在宅で過ごしていたが、本人の認知症がすすみ、また娘夫婦の介護力も限界と思われたため、通報から8ヵ月後、入院から長男宅近くの老人保健施設に入所した。