

# 3.

## 専門職と住民の協働による 実践事例

# 3. 専門職と住民の協働による 実践事例

※以下の事例は、モデル地域の検討事例を参考にして、報告書のために作成したものである。

※実際の検討事例は、個人情報のため報告書への掲載は割愛している。

## 3.1 高齢障害者の地域における心地よい一人暮らしの継続を目指した事例

### 3.1.1 事例のポイント

#### 1) これまでの経過

○60歳代女性、要支援2

○本人は知的障害があるが、10代後半から現在の借家で一人暮らしを続けている。金銭管理は他市に住む妹が支援しているが、身辺は自立しており、普段の買い物・食事等も自分でできる。

○人とのかかわりは嫌いではなく、日中は、ほぼ毎日通所介護か障害の事業所に通っている。しかし、障害特性から思ったことをすぐに口にしてしまうため、利用者間トラブルが起きている。

○隣家の人に早朝から大声で声をかけるなど生活に干渉するため、大家に苦情が寄せられている。一方で、地域には、民生委員や反対側の隣家の人など、本人を気にかけてくれる人もいる。

○こうした高齢障害者の本人がこれからも地域で一人暮らしを続けるために、モデル事例検討が行われた。

#### 2) モデル事例検討の概要と専門職・住民の協働の視点から見たポイント

○事例検討では、障害者相談支援専門員から、本人は地域で一人暮らしができる力を持った人であること、表面的な行動だけをみると「よく分からない迷惑な人」に映るかもしれないが、これは障害特性に起因するものなので対応の方法があることと、そのポイントが伝えられた。

○これに対して、民生委員からは、本人の行動の背景が理解できたし、一緒に動いてくれる専門職がたくさんいることが分かったので、「これからは安心して見守りを続けていける。苦情が出ている隣家にも、本人のために見守りに協力してもらえよう声をかけてみる」との発言があった。

○また、民生委員から、苦情が出ている隣家との関係について、「同じ住民としての立場で見ると、障害の有無は関係なく、この人はただ寂しくて構ってほしいだけではないか」との指摘があり、専門職側に「見方を変えれば、本人は毎日隣家の高齢者の安否確認をしてくれる見守り支援者と位置づけられるかもしれない」との気づきが生まれた。

○さらに、これまで全く別々に動いていた障害福祉、介護保険の事業所職員が、事例検討で顔を合わせたことをきっかけに、本人に対する支援目標や具体的な関わり方を統一するために定期的なカンファレンスを開くことが決まった。これを通じて、利用者間トラブルを減らすことができれば、本人が日中心地良く過ごせる場所を確保することが期待できる。

### 3.1.2 事例概要

#### 1) 基本情報

本人の状況	在宅・入院又は入所中( ) 男・女 (67) 歳	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：平成27年〇月〇日～28年〇月〇日（前回の介護度 要支援2）	
障害等認定	身障( )、療育(B1)、精神( )、難病( )	
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無	
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護	
家族構成		
家族関係等の状況	独居。 他市に妹がいて、妹が金銭の管理や契約等の立会いを行っている。	

#### a. 介護予防に関する事項

今までの生活	10代後半のとき入所施設を出て現在の家で一人暮らしを始める。療育手帳所持。以前は地元企業で働いていたこともあったが、現在は障害福祉サービス事業所に毎日通い、簡単な作業をしている。		
現状の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	65歳で介護保険に移行してから、それ以前から通っていた障害の就労継続支援B型事業所に加え、週2回、入浴目的で通所介護を利用。通所介護に行かない日は障害事業所に通っているため、昼間はほとんど在宅していない。		
	時間	本人	介護者・家族
			友人・地域との関係 なかなか周囲と良好な人間関係を築くことができずトラブルが多い。

#### b. 現病歴・既往歴と経過

年月	病名	経過	治療中の場合は内容
昭和2x年〇月	てんかん	治療中・経観中・その他	
平成8年〇月	神経症	治療中・経観中・その他	
平成10年〇月	高血圧症	治療中・経観中・その他	

#### c. 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険：通所介護（週2回）、訪問介護（週3回）</li> <li>障害：就労継続支援B型（週4回）、移動支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特になし。</li> </ul>

## 2) 生活状況

### a. 現在の生活状況

世帯状況	単身世帯 ・ 65 歳以上夫婦のみ世帯 ・ 本人と単身の子どものみ世帯 ・ その他	
介護者	同居の介護者有 ・ 別居の介護者有 ・ 無 ・ 介護者は不要	
日中独居	有→週( )日程度 ・ 無 ・ 該当しない(単身世帯)	
家族の健康状態、仕事、役割、関係等	他市に妹がいる。金銭の管理(支払いや通帳の管理)や、契約等の立会いなどは妹が行っているが、月 1 回程度の訪問のため、日常的な支援はしていない。	
ふだんの暮らし、週単位以外の活動	日中は通所介護か、障害の事業所に通っているため、ほとんど在宅していない。 片付けや掃除ができないため、訪問介護で支援している。	
ADL(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など)	身のまわりのことはほぼ自立している。 入浴は自宅で入ることは嫌っており、通所介護にて入浴している。	
IADL(電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬管理、金銭管理など)	電話は使用可能。 金銭管理は妹が実施しており、妹から日々の食費や生活費をもらう。 調理は苦手だが、自分で買い物ができるので、食事は買ってきたもので済ませている。買い物内容には偏りあり。	
社会生活	日頃の会話頻度(電話・メール含む)	毎日 ・ 2~3 日に 1 回 ・ 1 週間に 1 回 ・ それ以下
	外出頻度	月( 31 )日程度 ※毎日
	地域の活動(町内会・老人会・婦人会など)	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	趣味やスポーツ	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	友人との付き合い (その他特記事項)	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない 通所介護で思いついたことをすぐに口にしたり、隣家の人に早朝から大声で声をかけるなど生活に干渉するため、周囲とのトラブルが絶えない。
生活上の楽しみ・特技		

### b. 現在の生活を支える環境

公的な制度・サービスの利用状況	(介護保険サービス)通所介護・訪問介護 (障害サービス)就労B・移動支援(外出同行)
住民・地域の支えあい、見守り等の実施状況	周囲とのトラブルはあるものの、民生委員や反対の隣家の人は気にかけてくれている。
病気の時や一人でできない家の周りの仕事で頼れる人 (その他特記事項)	同居の家族 ・ 別居の家族 ・ 近所の人 ・ 友人 ・ その他 ・ いない

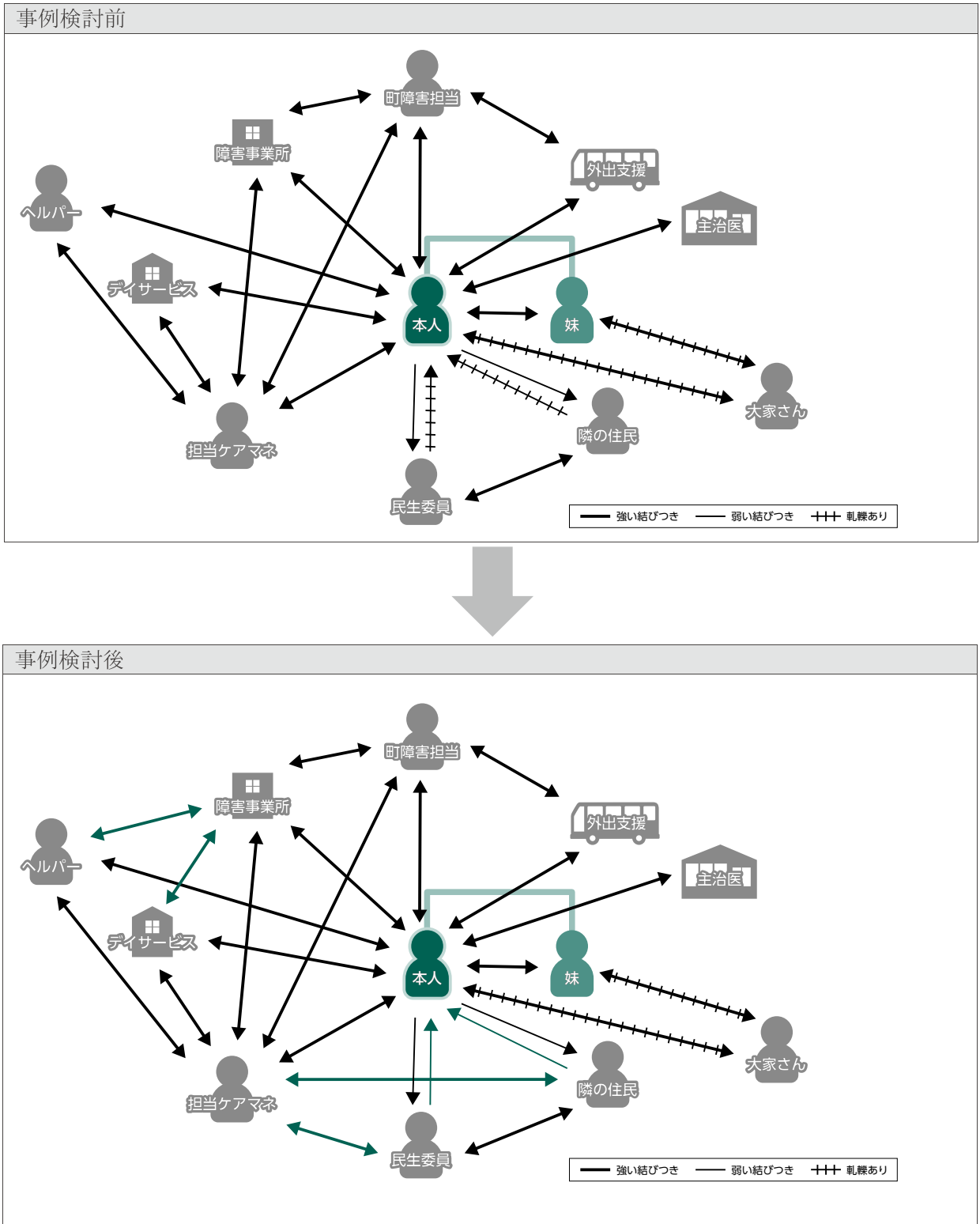
### c. 本人・家族・関係者からの要望(支援を必要としている理由・内容)

本人	大家さんや近所の人に文句を言われなくて生活したい。 歩いて買い物に行くことは続けたい。 デイサービスや、障害の事業所に通うのは好きだから続けたい。
家族	今の健康状態を維持してトラブルないように生活してほしい。
関係者(専門職)	できるだけ、同じサービス利用者としてトラブルを起こさないように過ごしてもらいたい。
関係者(地域住民)	大家さんは、隣家からの苦情や家の周りが片付かないことが続くようなら、早く出て行ってほしい。

### d. 本人が居住している地域の状況

地域の特徴	住宅地。商店や大きなスーパーもあり、買い物などには便利な場所。
周辺の地域福祉活動や社会資源の状況	地域ボランティアや、老人会などの活動も盛ん。
近隣関係等	

e. 社会資源関係図（エコマップ）



### 3) 生活支援のあり方検討

#### a. 本人、周囲の強み、弱み

	強み(プラス面): 良いところ、できること、得意なこと等	弱み(マイナス面): 今はしていないこと、不十分なこと、困っていること等
本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人との関わりが嫌いではない(かまってほしい)。</li> <li>・一度会った人の名前は忘れない。</li> <li>・興味のあることはすすんで取り組む(障害事業所での作業など)。</li> <li>・毎日食事の買い物は欠かさない。食事は作らないが、近所のコンビニまで買いに行ける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分が気に入らない相手にはほとんど反発する。思ったことをすぐ口にするためトラブルが絶えない。</li> <li>・物事をしっかりと覚えているため、気分を害したことについてはいつまでも責める。</li> <li>・片付けが出来ない。物にこだわりがあり、ものが増える一方。</li> <li>・調理は多少はできるが、好きではないため、しない。</li> </ul>
周囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・商店や大きなスーパーもあり、買い物などには便利な場所に住んでいる。</li> <li>・民生委員などの見守りの目がある。</li> <li>・密接する貸家群に住んでいるので、隣もよく見えるし、自分の家も近所からよく見える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マイペースな暮らしぶりのため、近所からの苦情も多い。それが続くと「今の場所から出て行って欲しい」と声があがることもある。</li> <li>・密接する貸家群に住んでいるので、隣もよく見えるし、自分の家も近所からよく見える。</li> </ul>

#### b. 今後の生活支援の在り方の検討

No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、困っていること)	②現在の対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	③検討結果をふまえた望ましい対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	④現在の対応と変えた、または、変えなかった理由
1	現在の場所で住み続けたい。	<p>○介護や障害のサービス利用で毎日関わりがある。</p> <p>■家の周囲をちらかしたり、隣家の住民の生活に大声で干渉したりするため苦情が多い。</p>	<p>○障害、高齢のコアメンバーによるカンファレンスを行う。</p> <p>■民生委員：本人の障害特性等、行動の背景も理解した上で、見守り支援を行う。隣家の住民に本人の状況について説明を続け、見守り側になってもらえるよう促す。</p>	<p>本人に対する対応や説明の方法を統一し、本人が混乱しないようにする。</p> <p>隣家の住民に「自分が万が一のときの通報者になってもらえるかもしれない」という、本人に対する共生の思いが少しずつ生まれてきている。</p>

### 4) 事例検討の振り返り

#### a. 関係者に期待される変化

本人	「現在の場所で住み続けたい」という思いは変わらないが、同じ目標に向けて専門職や地域の人が同じように説明することから、自分のことをたくさんの人が見守ってくれているという安心感が得られているのではないかと。
家族	別居の妹はあまり手も口も出さないが、現在の周りの支援を知ってもらうことで、家族の立場から自分ができるところを考え始め、以前に比べて積極的に関わりも持とうという姿勢が見られている。
関係者 (専門職)	介護保険、障害福祉の事業所は別々に動いていたが、直接相談する関係ができあがった。このことで、本人に対する専門職の関わり方を統一することができはじめています。
関係者 (地域住民)	本人の生活歴や障害特性を認識したことで、なぜ近隣とうまく付き合えないのか理由が分かり、支援しよう、見守ろうという方向に関わり方が変化してきている。

## b. 協働で期待されるメリット、効果

関係者の話し合いの中で、人に構ってもらうことが大好きな本人の性格を共有し、関係者が変わっても同じ対応をとれるように対応方法を決めて関わることによって、本人は「自分のことをたくさんの人が見守ってくれている」という安心感が得られ、これが本人のストレス解消にもつながるのではないかと。その結果、友人・地域とのトラブルとなるような言動が少しでも減り、本人が居心地良く今の地域で暮らし続けられるとよい。

## c. 今後関係者が実施しなければならないこと、解決しなければならない課題

本人の障害の特性を理解した上で対応方法を考える必要がある。  
本人の身元引受人となっている他市に住む妹にも、今の本人をとりまく支援の状況を理解してもらい、共に考えていく機会をつくる必要がある。

### 3.1.3 事例考察

(専門職の知識やスキルの住民への伝達)

- この事例では、思いついたことをすぐ口にしたり、朝早くから隣人に大声で声をかけ様子を見に行ったりという表面的な行動だけをみると、住民にとって、本人は「よく分からない迷惑な人」になっていた。しかし、障害者相談支援専門員や医師等の専門職が、本人の障害特性について説明し、「この行動の意味は…なので、…と対応すればよい」と対応ポイントを伝えたことで、本人の行動の背景が理解できて「よく分からない」ことに起因する不安が解消され、「この人も地域で暮らす自分たちと同じ住民の一人」と視点の切り替えができた。
- このように、本人にとっては障害特性に起因する当たり前の行動が、近隣住民から「よく分からない迷惑な行動」と捉えられている場合にその状況を変えるためには、専門職は「本人」に働きかけるだけでなく、「本人を取り巻く環境」に働きかける必要があるという気づき、発想の転換が必要である。

(専門職と住民の活動・役割についての相互理解)

- 民生委員は、住民にとって地域の身近な相談相手であるために、本来は専門職が対応すべき相談まで寄せられ、「自分がこの対応を丸抱えしなければならないのだろうか」という不安や負担感を持つことがある。
- この事例では、事例検討会で民生委員が20人近い専門職と一緒に支援のあり方を検討したことで、初めて「自分にはこれだけ多くの専門職が仲間としてついていて」と実感でき、住民である民生委員の活動と専門職の役割は違うので、住民で対応しきれないことは専門職につないで対応してもらえばよいと安心することができた。
- 専門職は、事例検討会のように具体的に目に見える場を設けるだけでなく、日頃から、「何かあればすぐに言ってほしい」と繰り返し伝え、困ったことがあれば専門職がしっかり相談にのり、対応できる準備をしている姿勢を示すことで、民生委員や地域住民の不安や孤立感をなくし、住民も安心して支援にかかわれる雰囲気づくりを進める必要がある。

(専門職間の連携)

- この事例は障害高齢者の事例で、障害福祉サービス、介護保険サービス双方の専門職が本人に

かかわっているが、両者の支援方針が十分共有されておらず、また、障害側の本人の障害特性をふまえた支援のノウハウ等が高齢側に十分伝達されていなかった。専門職と住民との協働を進めるうえで、その前段階として、専門職側の誰が本人の生活全般のマネジメントをするか、専門職間で役割を整理するとともに、それぞれが持つ情報、支援のノウハウ等を共有するなど、専門職間の連携をとる必要がある。





## 3.2 妻が入院して高台に一人で暮らす男性の当面の生活支援と住み替えを検討した事例

### 3.2.1 事例のポイント

#### 1) これまでの経過

- 80歳代男性、要支援1
- 本人は、リタイア後にもともと別荘にしていた高台の住まいに妻と2人で移住してきた。家事や近所づきあいは妻に任せていたが、妻の入院に伴い一人暮らしとなり、生活支援が必要になった。
- 道路から自宅玄関まで75段の急な階段を昇降しなければならないが、毎日、妻の病院までお見舞いに出かけ、その帰りに惣菜等を買って家で食事するという生活パターンができています。整容や入浴、更衣等は年齢相応にでき、元大企業の会社員ということもあって、金銭管理や契約行為もしっかりできる。
- 民生委員は精力的に訪問活動をしているが、それ以外の住民とは丘陵地という地形的な影響もあり、なかなかつながりにくい。
- 妻は体調面から退院しても自宅に戻ることは難しいため、有料老人ホームへの入居を検討している。
- こうした状況で、本人がこれからもこの家で一人暮らしを続けるとしたらどのような支援が必要か、モデル事例検討が行われた。

#### 2) モデル事例検討の概要と専門職・住民の協働の視点から見たポイント

- 事例検討で、担当ケアマネジャーは75段の急な階段という住環境をマイナス要因と捉え、これ以上の一人暮らしは難しいのではないかと課題提起したが、民生委員からは「階段や坂が多いのは、この地域では当たり前の環境。本人は階段を昇降して何とか生活できている」というコメントがなされた。
- そこで、当面、本人がこの家で一人暮らしを続けていくことを前提に、これまでの民生委員の見守りに加えて複層的な見守り体制を築くこととし、地形的に不利な条件はあるものの、隣家の住民が夜に電気がついていないか確認し、新聞配達員がポストに新聞がたまっていないか確認することになった。
- また、食事の確保のために社協の配食サービスを利用していたが、本人は惣菜を買って来られることが確認できたので、配食サービスは中止し、ホームヘルパーが栄養バランスや健康面に配慮した食材の選び方や調理法についてアドバイスしながら、本人が自分で食事を整えるように変更した。
- 担当ケアマネジャーからは、妻の施設入居の検討が進められる中で、本人自身もいずれ施設に入居することになるのだろうか、今暮らしている家にはもう帰れなくなるのだろうかと不安がっているとの情報も提供された。これに対しては、民生委員が「近くの施設であれば、帰りたいたときはいつでも送り迎えするよ」と申し出て、施設に入所しても地域とのつながりが切れるわけではないことを地域住民の立場から本人に寄り添って伝えることになった。

### 3.2.2 事例概要

#### 1) 基本情報

本人の状況	在宅・入院又は入所中( )		男・女	(84)歳
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限:平成27年〇月〇日~28年〇月〇日(前回の介護度 初回申請のためなし)			
障害等認定	身障(-)、療育(-)、精神(-)、難病(-)			
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無			
経済状況 家族構成	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			
家族関係等の状況	<p>◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)</p>			
	妻は今年7月に心不全で入院し、現在も入院加療中。 息子はアメリカ在住。			

#### a. 介護予防に関する事項

今までの生活	在職中は、大企業の会社員として欧米への海外赴任が多かった。妻が英語講師をしたり、息子がアメリカに20年以上住んでいるなど、バイリンガル一家。 現在の住まいは、もともと別荘だったが、定年退職後に定住を始めた。		
現状の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	午前中は自宅で過ごすことが多く、午後から妻の病院を見舞う生活を送る。お見舞いには毎日欠かさず行っている。		仕事を75歳まで勤め上げた。 特定の趣味等はない様子。
	時間	本人	介護者・家族
	6:00	起床・朝食	友人・地域との関係 会社時代の友人宅を訪れることはあるが、近所付き合いは地区民生委員が気にかけてくれている程度。
	11:00	お見舞い	
	23:00	就寝	

#### b. 現病歴・既往歴と経過

年月	病名	経過	治療中の場合は内容
平成14年〇月	前立腺癌、前立腺肥大	治療中・経観中・その他	
平成27年〇月	老年症候群	治療中・経観中・その他	

#### c. 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
・訪問介護(家事援助)(週2日)	・社協配食サービス(週3日、月・木・金)

### 2) 生活状況

#### a. 現在の生活状況

世帯状況	単身世帯・65歳以上夫婦のみ世帯・本人と単身の子どものみ世帯・その他
介護者	同居の介護者有・別居の介護者有・無・介護者は不要
日中独居	有→週( )日程度・無・該当しない(単身世帯)

家族の健康状態、仕事、役割、関係等	妻は今年7月に心不全で入院し、現在も入院加療中。退院後は、自宅には戻らない見込みで、有料老人ホームへの入居を検討している。妻の入院をきっかけに家事等をするようになった。	
ふだんの暮らし、週単位以外の活動	毎日お昼前後に自分で車を運転して妻の病院を訪れお見舞いをしている。午後は妻の病室(個室)で過ごすことが多く、17時頃帰宅。帰宅途中のスーパーで惣菜等を買って帰る。	
ADL(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など)	道路から自宅玄関まで75段の急な階段を昇降しなければならず、身体への影響が大きい。本人は、最近階段の昇降がきつくなってきた、動きが緩慢になってきたとのこと。 食事は社協配食や出来合いの惣菜が中心。整容や入浴、更衣等は年齢相応に行えている。	
IADL(電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬管理、金銭管理など)	元大企業の会社員ということもあり、金銭管理はしっかりしている。介護保険サービスを利用するために利用料の口座引き落としの契約をする際、記入の仕方や個人情報保護について厳しく注文する場面もあり。	
社会生活	日頃の会話頻度(電話・メール含む)	毎日・2~3日に1回・1週間に1回・それ以下
	外出頻度	月(31)日程度
	地域の活動(町内会・老人会・婦人会など)	している・ときどきする・あまりしない・していない
	趣味やスポーツ	している・ときどきする・あまりしない・していない
	友人との付き合い(その他特記事項)	している・ときどきする・あまりしない・していない 現在居住している自宅周辺は丘陵地のため、近所の人との行き来が少ないものと思われる。 もともと海外生活が長く、会社員時代はマンション住まいだったため、近隣の人との交流は少ない。
生活上の楽しみ・特技	現在の楽しみは、妻のお見舞いに行くこと。	

### b. 現在の生活を支える環境

公的な制度・サービスの利用状況	介護保険を今年8月に申請し、「要支援1」の認定を受ける。その後、週2回訪問介護を利用(主に掃除や洗濯、買い物等)。
住民・地域の支えあい、見守り等の実施状況	民生委員の訪問や声かけが介護保険サービス利用につながった経緯がある。民生委員の声かけや見守りをとてもありがたく思っている。
病気の時や一人でできない家の周りの仕事で頼れる人(その他特記事項)	同居の家族・別居の家族・近所の人・友人・その他・いない 民生委員が、本人の状態を把握するアンテナ役になっている。また、現在は、ヘルパーによるサービスも入っていて、定期的な状態把握がなされている。状態の変化等への対応については、フォーマル・インフォーマル両面から見守りがなされている。

### c. 本人・家族・関係者からの要望(支援を必要としている理由・内容)

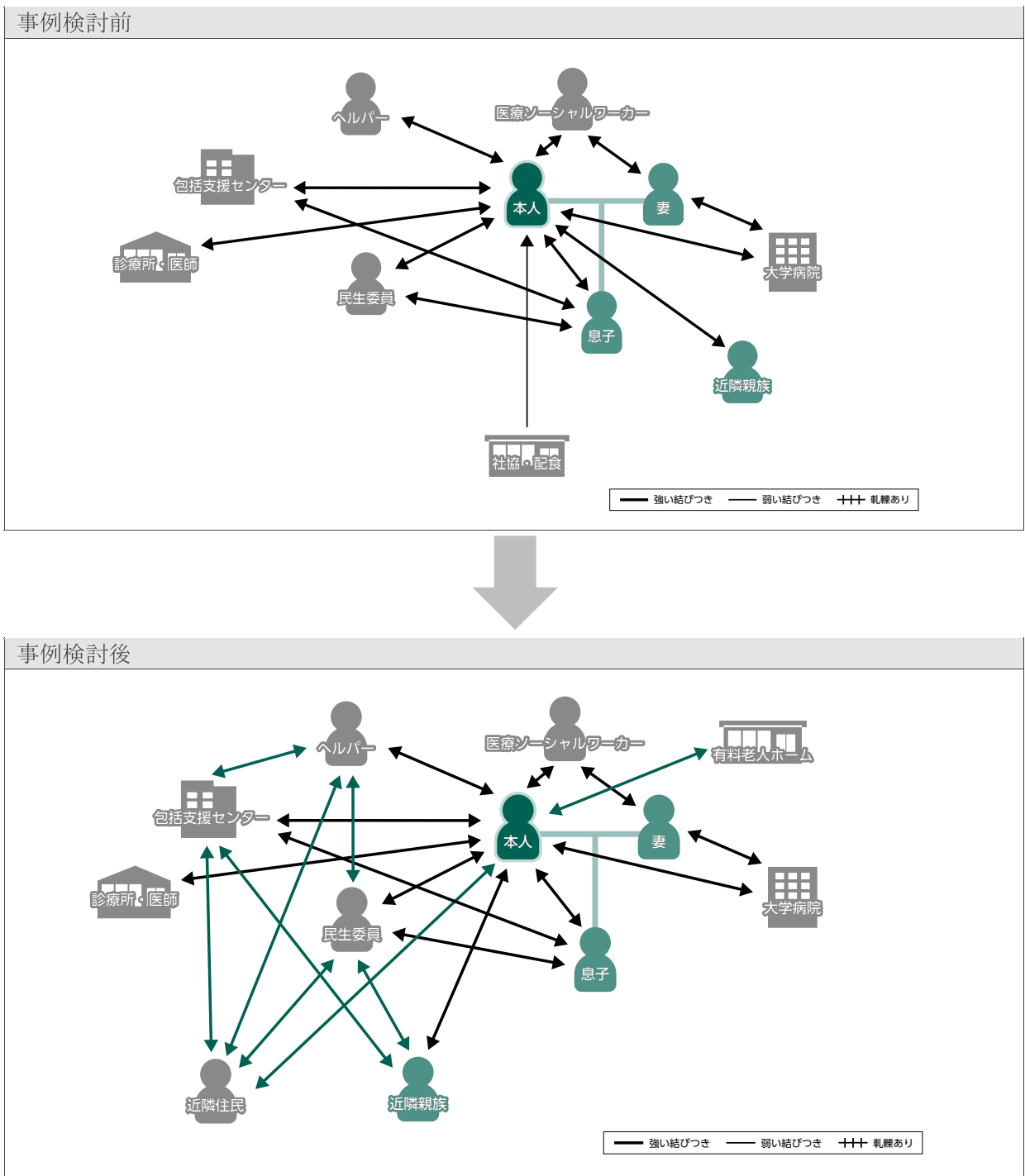
本人	今まで家の中のことは妻に任せてきたので、掃除や洗濯が行き届かない。ヘルパーさんにやってもらえることはとっても嬉しい。
家族	妻の意向は確認できていない。 海外居住している息子は、本人は高齢でもあり、妻が家事全般を行っていた点等を考慮すると、一日でも早く施設(有料老人ホーム・特定施設でも可)に入所してほしい。できれば妻と一緒に施設を希望したいとのこと。
関係者(専門職)	年齢的なことや家事全般を行う機会が少なかったこと等の個人因子的要素はあるものの、環境因子へのアプローチを行うことで、住み慣れた自宅で末永く暮らしてもらいたい。しかし、妻の退院後の暮らしという不確定要素があるため、今後の住まいのあり方については答えが出せていない。
関係者(地域住民)	近隣住民は、本人がサービス利用を受け入れたことについて比較的好意的に思っている様子(ヘルパーが訪問途中で声をかけてもらえることから推測)。し

かし、支援者の動きを見ているということは、本人の在宅生活の限界点を見定めているのではないかと考えられる。

d. 本人が居住している地域の状況

地域の特徴	別荘等が多い丘陵地のため、一軒一軒の距離が離れており、また、高低差があつて多数の階段や坂を上らなければ、生活ができない。身体が健康でなければ、生活維持は難しい。
周辺の地域福祉活動や社会資源の状況	民生委員が精力的に訪問活動等を実施している。しかし、地域ぐるみでの福祉的な取り組みがされているとは考えにくい。
近隣関係等	地形的な影響から、積極的な近隣関係は築きにくい。また、自宅内での出来事に関して他者が関与しにくい状況にある。

e. 社会資源関係図（エコマップ）



### 3) 生活支援のあり方検討

#### a. 本人、周囲の強み、弱み

	強み(プラス面): 良いところ、できること、得意なこと等	弱み(マイナス面): 今はしていないこと、不十分なこと、困っていること等
本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅までの75段の階段が昇降できる。</li> <li>・自動車の運転ができる。</li> <li>・入院中の妻のお見舞いに行けることで、心の安定がある。</li> <li>・軽いものであれば買い物ができる。</li> <li>・昔の経験を活かし金銭管理や契約行為も十分行える。</li> <li>・訪問介護等、市場サービスを購入(利用)できる。</li> <li>・自分ができないことを素直に認め、他者の支援を求めることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・惣菜等の買い物は健康に気を付けたものではなく、嗜好に偏りがちである。</li> <li>・本人希望の掃除箇所は大掃除的要素が強いため、自分では対応できない。</li> <li>・買い物や掃除等、生活上の行為が、先を見越してのものではなく、場当たりのになっている。</li> </ul>
周囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民生委員の声かけ等がある。</li> <li>・近隣住民は、遠巻きではあるものの、本人の存在(妻が入院し一人暮らしで頑張っている等)は把握している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急連絡先となる親族はいるが、直系家族ではないため、有事の対応等に不確定要素が多い。</li> <li>・妻の身体状況によって今後の住まい方が変わってしまう等、自分ではどうしようもない不確定要素がある。</li> <li>・本人の安否確認を行う人が限定的で、ご本人の生活を複数の地域の目で見守ることができていない。</li> </ul>

#### b. 今後の生活支援の在り方の検討

No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、困っていること)	②現在の対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	③検討結果をふまえた望ましい対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	④現在の対応と変えた、または、変えなかった理由
1	自宅での生活を継続したいが、掃除や洗濯に困っている。	○介護保険による訪問介護サービス	○介護保険による専門的支援の継続 ■民生委員を中心に積極的な声かけ	地域ケア会議に民生委員が出席することで、役割が明確になった。
2	バランスの良い食事をしたい。	○社協での配食サービス利用	○食の確保と言う観点だけでなく、生活者としての支援 ■民生委員を中心に、ヘルパーとコミュニケーションを図り、それぞれの立場で支援	地域住民からヘルパーに、お店の情報提供や本人が日頃の生活で話していた内容等を伝える等、専門職と地域住民が一体となって、しかもそれぞれの立場でご本人を支える体制を構築する。
3	妻の退院後の居住先を決めたい。	○大学病院ソーシャルワーカーと包括が連携して施設を含めた居住先の選定	○ソーシャルワーカーによる居住選定 ■民生委員によるアドバイス	民生委員の「ホームに入っても、帰りたいときはいつでも送り迎えしてあげる」という一言が本人の不安を解消させた模様。

## 4) 事例検討の振り返り

### a. 関係者に期待される変化

本人	今までは妻を通して「地域」とつながっていた感があるが、自らを「地域での生活者」として位置付け、主体的に地域で暮らす意味を考えることができたのではないかな。
家族	海外に居住する息子は、近隣住民に支えられながら「地域」で暮らす親の姿を見ることで、「高齢者＝施設」一辺倒ではなく、地域で暮らす可能性についても考えられるようになるのではないかな。
関係者 (専門職)	本人を支援するのは専門職だけと考えがちだったが、「地域」を意識することで、近隣住民等も「傍観者」ではなく「支援者」になりうるということに気づききっかけになる。 また、地域の物的資源としての「入所施設」をどう活用するか、自宅との二項対立でない形で考えるきっかけになる。
関係者 (地域住民)	専門職と民生委員を中心とした地域住民の役割分担が明確になることで精神的負担感が軽減され、身の丈にあわせて自分ができることをすれば、それがそのまま本人の支援になることを実感できるのではないかな。 本人との距離だけでなく、専門職との距離も縮まり、他のケースでも専門職にすぐに助けを求められる基盤づくりの第一歩になるのではないかな。

### b. 協働で期待されるメリット、効果

関係者それぞれと役割と位置関係が明確になったことで、支援を面としてつないだり、支援が重複することを防いだりして、本人の地域生活を中心に置いたより効果的な支援が展開できるようになる。  
また、今回の事例を通じて、専門職と住民相互に、どうつながり協働すればよいか体験できたので、今後同じようなケースが発生した場合でも、初動対応やチーム構成が容易になることが期待される。

### c. 今後関係者が実施しなければならないこと、解決しなければならない課題

今回の事例では、専門職が、階段や坂が多い、妻が入院中で先の見通しが立てにくいといった「環境因子」に気をとられ、本人を「生活者」としてアセスメントすることを怠っていた。事例検討を通じて、本人を「要支援者」としてではなく、地域の「生活者」として捉え直すことができた気がする。  
また、「別荘居住者＝地域と疎遠」という先入観にとらわれ、本人や地域の力を過小評価したことが、結果的に本人の地域での生活をあきらめる方向での支援計画立案につながった。本人や地域を評価する際には、それぞれの課題だけでなくストレングスにも着目し、また相互の関係性に目を配ったうえで評価を進めるべきであると感じた。  
今後、関係者、特に専門職が実施しなければならないことは、本人を「力のある」「生活者」として評価すること、また、この評価の視点を本人にかかわる専門職全員で共有することである。

## 3.2.3 事例考察

(地域づくりへの意識)

- 専門職は、この事例の「住まいまでに階段が多い」という住環境をマイナス要因と捉えていたが、事例検討会では、民生委員から「住まいまでに階段や坂が多いのは、この人に限らず当たり前の生活環境である。本人は階段を昇降して生活できている」という指摘があった。
- しかし、この事例は夫婦での有料老人ホーム入居が視野に入っていたため、民生委員の指摘を受けても、専門職は「高齢者が階段や坂が多い地域で生活を続ける」ことを、地域に共通する課題として受け止めきれなかった可能性がある。専門職は、そこに暮らす住民から見えている「地域」のありようを大切に、施設入所が視野に入っている要支援の人も、現実にこの地域で生活し続けていることをふまえて、「高齢者が階段や坂が多い地域で生活を続ける」ことを「地域で先送りできない課題」と捉え直し、住民に投げかけ、地域での助け合い活動や身近な居場所づくり等につないでいけるとよい。

(本人を中心に、それまでの暮らしと連続した支援)

- 本人は、もともと自宅と別荘の2つの家で暮らしており、今後も、有料老人ホームと現在の自宅(元別荘)の2つの家で暮らす見込みである。民生委員の「ホームに入っても、帰りたいときはいつでも送り迎えしてあげる」という言葉は、本人が2つの家で暮らすという生活スタイルを維持できるという見通しを持つことに大きな力となり、ホーム入居の不安解消につながった。
- 専門職は、こうした民生委員の支援があることを大切にし、本人のそれまでの生活スタイルを尊重しながら、一方で、現実的に、現在の自宅をどうするか、ホーム入居後の建物管理、家財の整理等について、本人が計画的に考えるよう促すことが望まれる。

(要支援者にも住民としての役割を)

- 施設入所等で住み替えをした後に自宅の整理をどうするかは高齢者に共通する課題で、この事例は先行するモデルケースともいえる。本人は大企業の元社員として様々な知見を有しているので、地域の住民に対して、住み替え先を選ぶときのポイント、契約時の心得、住み替え時の財産整理、遺言書の作り方等を先輩として話してもらおう等、地域とつながるためのプラスの材料に活かしていけるとよい。

(サービスありきでない専門職の役割)

- この事例では、バランスの良い食事をしたいという本人ニーズに対して、当初、とりあえず食事の確保ができればよいという視点で社協の配食サービスが提供されていた。しかし、事例検討会で、本人は「健康に気を付けたものではなく嗜好品を買うことが多いが、軽いものであれば買い物ができる」という強みが明らかになったため、地域住民が買い物内容に応じたお勧めのスーパーや惣菜の価格の相場感等の情報を提供し、ホームヘルパーは栄養バランスや健康面に配慮した食材選びや調理法についてアドバイスすることで、嗜好に偏らずバランスよく惣菜を買ったり、簡単な調理をしたりできるようになった。
- 専門職は、サービスありきではなく、本人の力を引出し、生活の主体として地域で暮らし続けることをサポートするという姿勢が重要である。

### 3.3 骨折で地域や友人とのつながりが切れそうになった一人暮らし女性に支援を追加し生活を維持した事例

#### 3.3.1 事例のポイント

##### 1) これまでの経過

○70歳代女性、要支援1

○本人は、25年前に夫を亡くしてから一人暮らしをしている。姉・弟とは関係が良好で、趣味の大正琴の仲間や毎日通う接骨院の顔見知り等とも楽しく人づきあいをしていた。また、足が悪く杖歩行ではあるものの、自分でできない重いものの買い物等は近隣ボランティアの助けを借りながら、ほぼ自立した生活ができていた。

○しかし、今年10月に足を骨折したことをきっかけに、大正琴の講座にも接骨院にも通えなくなり、近くのコンビニへの買い物や地域でのゴミ当番（集積所の片付け）もできなくなった。

○そこで、本人のこれまでの地域や友人とのつながりを維持できるよう、どのような支援を追加すればよいか、モデル事例検討が行われた。

##### 2) モデル事例検討の概要と専門職・住民の協働の視点から見たポイント

○事例検討では、担当ケアマネジャーから、買い物が困難になったので、毎日配食サービスを利用し、バランスの整った食事と専門職の見守り体制を整えたことの報告があった。

○続いて、「本人は地域のゴミ当番ができないことをとても気にしている」という課題提起がなされた。これを受けて、町内会の役員からは「骨折しているのだから、ゴミ当番は免除したらよいのではないか」という提案があったが、民生委員からは「本人は支援を受けることに気兼ねしているところがある。本人から役割を取り上げたら、さらに落ち込まないだろうか」という懸念も示された。

○そこで、担当ケアマネジャーが「本人の骨折の状況からみて、何とか集積所まで出かけることはできそう。本人ができない片付け作業と一緒に手伝ってもらえないか」と専門職としての見立てを伝えたところ、近隣ボランティアが協力してくれることになった。

○また、骨折が治るまでは趣味の大正琴や接骨院には通えないため、担当民生委員がこれまで以上に気かけ、声かけなどを頻回にしてくれることになった。

#### 3.3.2 事例概要

##### 1) 基本情報

本人の状況	在宅・入院又は入所中( )		男・女	(75)歳
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限:平成27年〇月〇日～28年〇月〇日(前回の介護度 なし)			
障害等認定	身障( )、療育( )、精神( )、難病( )			
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・遺族年金			



家族構成	<p>◎=本人、○=女性、□=男性          ●■=死亡、☆=キーパーソン          主介護者に「主」          副介護者に「副」          (同居家族は○で囲む)</p>
家族関係等の状況	夫は25年前に他界。子どもはいない。 市内に姉と弟が住んでいる。

### a. 介護予防に関する事項

今までの生活	市内生まれ。21歳で結婚し、事務員の仕事をしていた。 現在の住居には約30年前から住んでおり、転居後、しばらくして夫は他界し、一人暮らしをしている。		
現状の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	杖歩行。		<ul style="list-style-type: none"> <li>趣味:大正琴(福社会館で1回/2週の頻度、今秋からお休み中)</li> <li>楽しみ:歩くこと(散歩)</li> <li>特技:習字</li> </ul>
	時間	本人	介護者・家族
	5:00	起床	
	6:00	朝食 ラジオ・テレビ	
	12:00	昼食 ラジオ・テレビ・散歩	
	17:00	夕食	
	20:00	就寝	
			友人・地域との関係
			近隣に友人は少ない。 遠方にある福社会館には友人がいるが、今は行けていない。 高齢者ふれあい給食会(1回/2月)など地域の行事には参加している。

### b. 現病歴・既往歴と経過

年月	病名	経過	治療中の場合は内容
平成16年○月	高血圧症 高脂血症	治療中・経観中・その他	
平成21年○月	糖尿病	治療中・経観中・その他	
平成27年9月	転倒	治療中・経観中・その他	
平成27年10月	右足小指等骨折	治療中・経観中・その他	

### c. 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
・介護保険の訪問介護(週1日)	<ul style="list-style-type: none"> <li>配食サービス(毎日)</li> <li>重たい買い物時の近隣ボランティア</li> </ul>

## 2) 生活状況

### a. 現在の生活状況

世帯状況	単身世帯 ・ 65歳以上夫婦のみ世帯 ・ 本人と単身の子どものみ世帯 ・ その他
介護者	同居の介護者有 ・ 別居の介護者有 ・ 無 ・ 介護者は不要
日中独居	有→週( )日程度 ・ 無 ・ 該当しない(単身世帯)
家族の健康状態、仕事、役割、関係等	25年前に夫を亡くす。子どもはいない。市内に姉・弟がおり、姉とは毎朝メールのやりとりをしている。弟や弟嫁とも交流はある。
ふだんの暮らし、週単位以外の活動	午前中は、毎日接骨院に行っていたが、10月に右足小指等を骨折し、接骨院は休んで、整形外科へ通院となる。 自宅からバスで1時間くらいの福社会館で、大正琴の講座に通っていたが、9月の転倒以降休み。

	日中はラジオ・テレビを視聴し、夕方ごろ杖をついて自宅周辺を散歩していた。	
ADL(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など)	ほぼ自立。足が悪く、立ち上がりに時間がかかる。動作もゆっくり。 外では、杖歩行。杖がないとふらつく。家の中では、家具等に掴まり歩行。 入浴は誰かがいる時でないとは湯船には入らず、一人のときはシャワー浴。	
IADL(電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬管理、金銭管理など)	ほぼ自立。買い物は近くのコンビニが主。今回の骨折後は、コンビニには行けていない。重いものの買い物は、近所のボランティアをお願いしている。	
社会生活	日頃の会話頻度(電話・メール含む)	毎日 ・ 2~3日に1回 ・ 1週間に1回 ・ それ以下
	外出頻度	月(31)日程度 ※毎日
	地域の活動(町内会・老人会・婦人会など)	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	趣味やスポーツ	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	友人との付き合い	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	(その他特記事項)	近隣での友人付き合いは少ないが、人と接すること自体は好きな人である。 姉・弟とのつながりはきちんとある。
生活上の楽しみ・特技	大正琴、歩くこと、習字。	

#### b. 現在の生活を支える環境

公的な制度・サービスの利用状況	月1回自費のヘルパーを利用していたが、骨折に伴い、今後は、介護保険で週1回ヘルパーを利用(掃除・買物)、配食サービスを利用することになった。
住民・地域の支えあい、見守り等の実施状況	担当民生委員との関わりに加えて、同学区内の他の民生委員と昔からの知り合いで相談など気軽に乗ってもらっている。ボランティアに買い物を時々依頼している。 ふれあい給食会にも楽しく参加している。
病気の時や一人でできない家の周りの仕事で頼れる人	同居の家族 ・ 別居の家族 ・ 近所の人 ・ 友人 ・ その他 ・ いない
(その他特記事項)	

#### c. 本人・家族・関係者からの要望(支援を必要としている理由・内容)

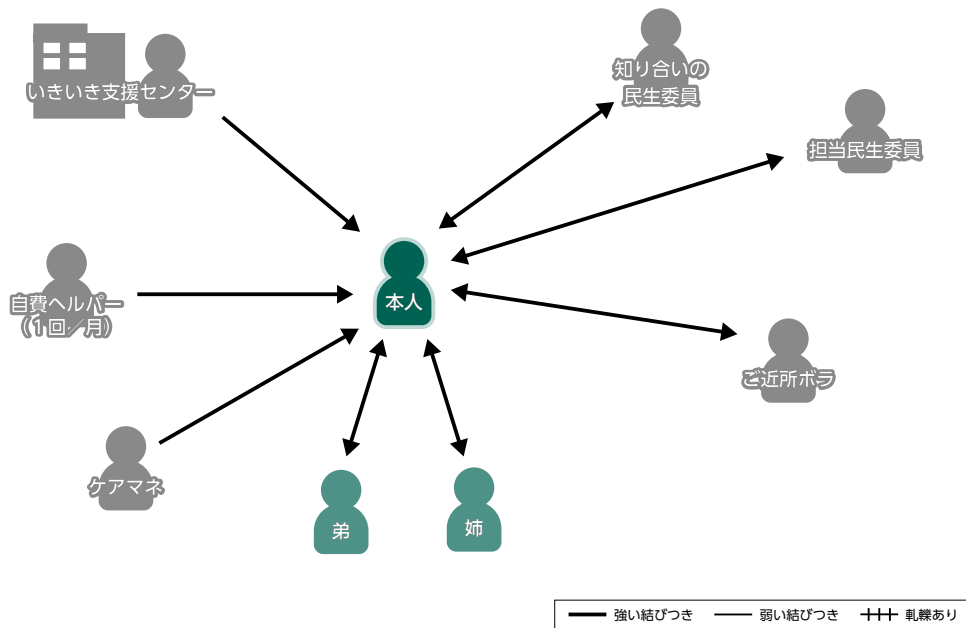
本人	よく転倒する。足の調子が悪く、すぐに立ち上がれない。 重いものは持てない。 ゴミ当番ができない。しなければいけないと思っているが、一人では困難。
家族	
関係者(専門職)	制度の狭間のサービス(ちょっとした困りごとなど)を住民福祉サービスで支援されると安心して過ごせると思う。
関係者(地域住民)	住民の支援はあるが、本人は気を遣っているところもある。

#### d. 本人が居住している地域の状況

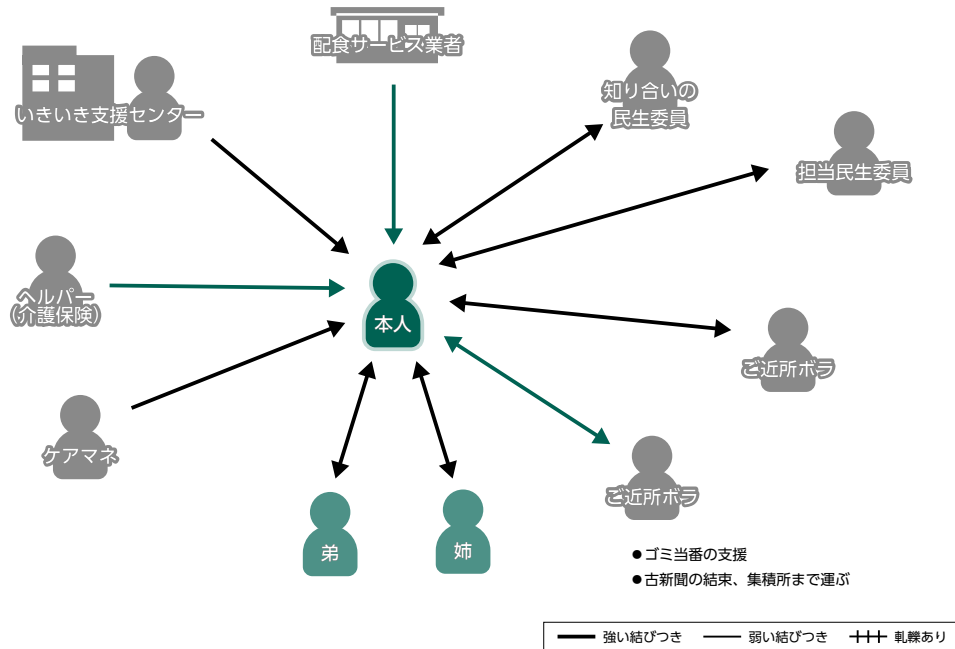
地域の特徴	区を南北に縦断する国道があり、東西で生活圏が分かれる。 近隣には、コンビニはあるが、スーパーがない。
周辺の地域福祉活動や社会資源の状況	民生委員の一人暮らし高齢者の訪問や、ふれあい給食会が開催されている。 学区として、地域支えあい事業を実施している。
近隣関係等	近隣での交友関係は少ない。

e. 社会資源関係図（エコマップ）

事例検討前



事例検討後



### 3) 生活支援のあり方検討

#### a. 本人、周囲の強み、弱み

	強み(プラス面): 良いところ、できること、得意なこと等	弱み(マイナス面): 今はしていないこと、不十分なこと、困っていること等
本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ずっと続けている好きな趣味がある。(大正琴・習字)</li> <li>・人当たりがよく、お話好き。</li> <li>・近くのコンビニまでなら買い物に出かけられる。</li> <li>・歩くことが好き。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・よく転倒する。</li> <li>・歩行にふらつきあり。</li> <li>・立ち上がりに時間がかかる。</li> <li>・重いものが持てない。</li> <li>・ごみ当番ができない。</li> <li>・支援を受けることに気を遣ってしまう。</li> </ul>
周囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご近所に重い買い物支援をしてくれるボラがいる。</li> <li>・地域のふれあい給食会に参加している。</li> <li>・担当民生委員以外にも、昔からの知り合いでもある民生委員がいて、気軽に相談にも乗ってくれる。</li> <li>・姉・弟ときちんとつながっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣での友人は少ない。</li> <li>・趣味活動の場である福祉会館が遠方である。</li> </ul>

#### b. 今後の生活支援の在り方の検討

No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、 困っていること)	②現在の対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	③検討結果をふまえた 望ましい対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	④現在の対応と変えた、 または、変えなかった理由
1	健康のため、安全に散歩を行いたい。	特になし。	○介護保険サービスでのリハビリ	整形外科での歩行指導で近隣を散歩できるようになったため、現時点で介護保険でのリハビリは未利用。
2	できない家事(買い物、掃除等)がある。	○自費ヘルパー利用 ■ちょっとした買い物のボラ	○介護保険でのヘルパー利用 ■臨時・緊急的な買い物支援	本人の身心ともに負担を軽減するため。
3	年数回の住宅のゴミ当番を一人では困難と感じている。	特になし。	■一緒に、ゴミ当番を実施。	本人の地域での役割を続けたいと思う気持ちを大切に感じたため。このことには、ご本人が一番喜んでいる。
4	新聞などをまとめられず、また、集積所に持ち込めない	○新聞などのまとめ	■集積所に新聞の束を運ぶボラ	本人の身心ともに負担を軽減するため。

### 4) 事例検討の振り返り

#### a. 関係者に期待される変化

本人	住民活動としての民生委員、ボランティア、専門職としての地域包括支援センター職員、ケアマネ、ヘルパー、配食サービス事業者と関わる人が増え、感謝している。これまで、地域の人をお願いすることに対し、気を遣っていたところもあったが、元気になっていつかボランティアとしてお返しをしたいという気持ちの変化が現れた。
家族	
関係者 (専門職)	これまで以上に地域住民活動をよく理解することができた。 地域包括支援センターと地域住民との連携が、これまで以上に深まった。
関係者 (地域住民)	専門職との話し合いにより事例対象者に対する全体での支援体制が把握できた。

## b. 協働で期待されるメリット、効果

専門職は、ふだん本人や家族から本人の状況を聞くことが多いが、今回、地域住民からの聞き取りによって、ふだん以上に対象者の生活状況を幅広く把握できた。

また、住民は、介護保険サービスなどの利用状況を把握することにより、住民主体の福祉活動の範囲や役割を理解したうえで、福祉活動が実施できるようになった。

専門職と住民が協議・連携を深めたことにより、対象者の支援体制が明確になりかつ、支援に対する厚みが増した。

## c. 今後関係者が実施しなければならないこと、解決しなければならない課題

この地域は住民福祉活動の基盤が概ね整った地域だったため、専門的援助と住民主体の福祉活動の協働がうまくなされたが、基盤が整っていない地域での協働には課題を感じる。

今回は、地域住民による相談窓口が専門的援助と住民主体の福祉活動の両者をつなぐ場となり、社会福祉協議会が専門職と住民の橋渡しを行うことができたが、今後、こうした場を他の地域でも確立していくことが求められている。

### 3.3.3 事例考察

(本人ができることを大切にす)

○この事例では、ゴミだし当番が身体的に負担になり始めたが、地域住民の役割として続けたいという本人の思いを汲んで、当番を免除するのではなく、一緒にやってくれるボランティアをマッチングした。

○住民の助け合い活動が進んでいる地域では、住民が本人のために良かれと思い、先回りして本人ができることまで取り上げていくことになるおそれがある。住民同士ではその危険性に気づかなかったり、気づいて指摘すると反発が出て気まずくなることがあるので、専門職が「本人ができることは自分でやって、できないことを住民に助けてほしい」と説明すると、本人も住民も自らの強みを発揮し、地域で自分らしく生活を続けていくことができる。

(要支援者にも住民としての役割を)

○この事例では、本人には、ゴミだし当番を手伝ってもらう一方では気を使うし心苦しい、お返しに何か地域の役に立ちたいという思いがあった。本人は、大正琴や習字等ができるので、サロンで演奏してもらったり、地域の行事の看板や広報誌で字を書いてもらう等、地域とつながり貢献できる場を専門職がうまく用意できるとよい。

○このように能力の高い住民は、要支援者として地域から一方的に見守られ支えられるだけでなく、その能力を活かして地域で活躍できる場を用意し、住民同士が互いに役立ちあう仕組みを作っていけるとよい。

○専門職も地域に戻れば一住民なので、住民の助け合い活動等がこれから立ち上がる地域では、立ち上がりの原動力として、住民として専門職を活用し、協力を得ることも一案である。

(専門職と住民の活動・役割についての相互理解)

○この事例は、住民として、担当民生委員、担当ではないが顔見知りの民生委員、時々買い物を依頼するボランティア等、専門職として、地域包括支援センターの職員、ケアマネジャー、ホームヘルパー等がかかわっている。今回の事例検討会で、本人を支える多様な主体が顔を合わ

せ、それぞれの役割を確認するとともに支援の全体像を共有できたことで、今後はより効果的な支援が展開されることが期待できる。



## 3.4 手厚い介護保険サービス利用の一方で住民による重層的な支援が明らかになった事例

### 3.4.1 事例のポイント

#### 1) これまでの経過

- 80歳代女性、要支援2
- 本人は、ADL、IADL はほぼ自立して、市内に暮らす長女の助けも得ながら一人暮らしをしている。ただ、腰痛や下肢筋力低下を抱えているため、外出の機会が少なく閉じこもり傾向にある。
- こうした本人の生活を支えるため、介護保険サービスとして週2回の通所介護と週3回の訪問介護が導入されているほか、電話でも気軽に相談できる民生委員による見守り体制が構築されている。
- 今回は、この事例のような心身の状態像の要支援者が地域で暮らすための支援として、現在のサービスは適切かについてモデル事例検討が行われた。

#### 2) モデル事例検討の概要と専門職・住民の協働の視点から見たポイント

- 事例検討では、民生委員から「長女と民生委員は良好な関係にあり、連絡を取り合いながら本人を見守っている」、近隣の夫婦から「訪問介護のヘルパーさんがゴミ出しをするプランになっているが、実際にはご近所の自分たちがゴミ出しをしている」といった、担当ケアマネジャーが知らなかった本人の生活を支える様々な情報が寄せられた。
- また、担当ケアマネジャーはこの地域にはサロンがないと考え、地域から離れた通所介護をプランニングしていたが、町内会長から「喫茶店での自然発生的な集まりがあり、本人も時々顔を見せている」「学区内のお寺がサロンを立ち上げようとしている」といった情報も寄せられた。
- 本人は5年以上介護保険サービスを利用しており、今後も継続を希望しているため、すぐに利用をやめることは難しいが、担当ケアマネジャーは地域から寄せられた本人を直接支える人的資源、本人が暮らす地域に潜在する社会資源の存在をふまえ、支援計画の中長期的な見直しの必要性を住民から気づかされる結果となった。

### 3.4.2 事例概要

#### 1) 基本情報

本人の状況	在宅・入院又は入所中( )	男・女	(89)歳
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限:平成27年〇月〇日~28年〇月〇日(前回の介護度 )		
障害等認定	身障(3)、療育( )、精神( )、難病( )		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護		

家族構成	<p>◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)</p>
家族関係等の状況	夫と長男は亡くなっている。亡くなった長男の嫁とは折り合いが悪い。長女は健在で関係良好、支援も受け入れている。

### a. 介護予防に関する事項

今までの生活	<p>21歳で結婚し、専業主婦として過ごす。夫が定年退職後は、夫婦で国内各地を旅行するなど穏やかな生活だった。</p> <p>平成8年に重い荷物を持った時に腰痛が出現し、整形受診を続けたが回復が見られず、脊椎専門医から手術を勧められ、翌年実施。3ヶ月程の入院リハビリで歩行は多少改善され、今日に至る。</p>		
現状の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	<p>6時に起床。朝食後洗濯など家事を行う。入浴後、22時に就寝。</p> <p>ひとり暮らしで人と話す機会が少ないためか、ヘルパーや民生委員などが訪問すると色々話をする。</p>		娘や孫が来てくれること。
	時間	本人	介護者・家族
			<p>近隣に住む民生委員に困ったことや不安なことがあると電話で相談し、支援してもらっている。</p> <p>近所付き合いは夫が積極的に行い、本人はあまり付き合いがなかった。</p>

### b. 現病歴・既往歴と経過

年月	病名	経過	治療中の場合は内容
平成12年	第12胸椎圧迫骨折	治療中・ <u>経観中</u> ・その他	
平成18年○月	両膝変形性関節症	治療中・ <u>経観中</u> ・その他	
平成23年○月	頸椎症	治療中・ <u>経観中</u> ・その他	

### c. 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
週2回:デイサービス(火・金) 週3回:ホームヘルプ(月・水・土) 福祉用具貸与(スロープ・歩行器)	民生委員による見守り・支援 地域支えあい事業によるゴミ出しボランティア

## 2) 生活状況

### a. 現在の生活状況

世帯状況	<u>単身世帯</u> ・65歳以上夫婦のみ世帯・本人と単身の子どものみ世帯・その他
介護者	同居の介護者有・ <u>別居の介護者有</u> ・無・介護者は不要
日中独居	有→週( )日程度・無・ <u>該当しない</u> (単身世帯)
家族の健康状態、仕事、役割、関係等	夫と長男は死去。 市内在住の長女が主介護者だが、他市でフルタイムで働いているため、平日は忙しい様子。親子関係は良好。



ふだんの暮らし、週単位以外の活動	下肢筋力低下などにより、外出の機会が少ない。家の中で一人で生活している。本人は以前から動くのを億劫に感じる事が多く、閉じこもり傾向が見られる。最近では、玄関の鍵をかけるのにも歩みが遅くなり苦労しているとのこと。	
ADL(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など)	過去に脊椎の手術をしたり、下肢筋力が低下しているため、家の中には手すりや踏み台など歩行を支援する環境が整っている。家の中では転倒をしないよう気を付けながら移動している。 ポストに行く足下が不安定なので、工事をしてもらったところ。 その他のことも1人でやっている。	
IADL(電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬管理、金銭管理など)	負担の大きい家事(居室・浴室・トイレの掃除や買い物)は、基本的にはヘルパーが行うが、自分でできる身の回りのことは自分で行う。 ガスコンロは火の始末が危ないためIHに変える手配をしている。これにあわせて、調理台の高さも本人に合った低いものに変える予定。 電話は自分で使い、気になることがあると家族などの支援者に連絡をしている。	
社会生活	日頃の会話頻度(電話・メール含む)	毎日 ・ 2～3日に1回 ・ 1週間に1回 ・ それ以下
	外出頻度	月(10)日程度
	地域の活動(町内会・老人会・婦人会など)	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	趣味やスポーツ	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	友人との付き合い(その他特記事項)	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない 近隣に住む民生委員に、何かあると電話をかけ相談をしている。 美容院や近くのドラッグストアにシルバーカーで1人で出掛けることもある。
生活上の楽しみ・特技	娘や孫の来訪を楽しみにしている。 お話し好き。	

#### b. 現在の生活を支える環境

公的な制度・サービスの利用状況	介護保険で、週2回(火・金)のデイサービスと週3回の訪問介護(月・水・土)、福祉用具貸与でスロープと歩行器を利用。
住民・地域の支えあい、見守り等の実施状況	担当民生委員の見守り 地域支えあい事業によるゴミ出しボランティア
病気の時や一人でできない家の周りの仕事で頼れる人(その他特記事項)	同居の家族 ・ 別居の家族 ・ 近所の人 ・ 友人 ・ その他 ・ いない

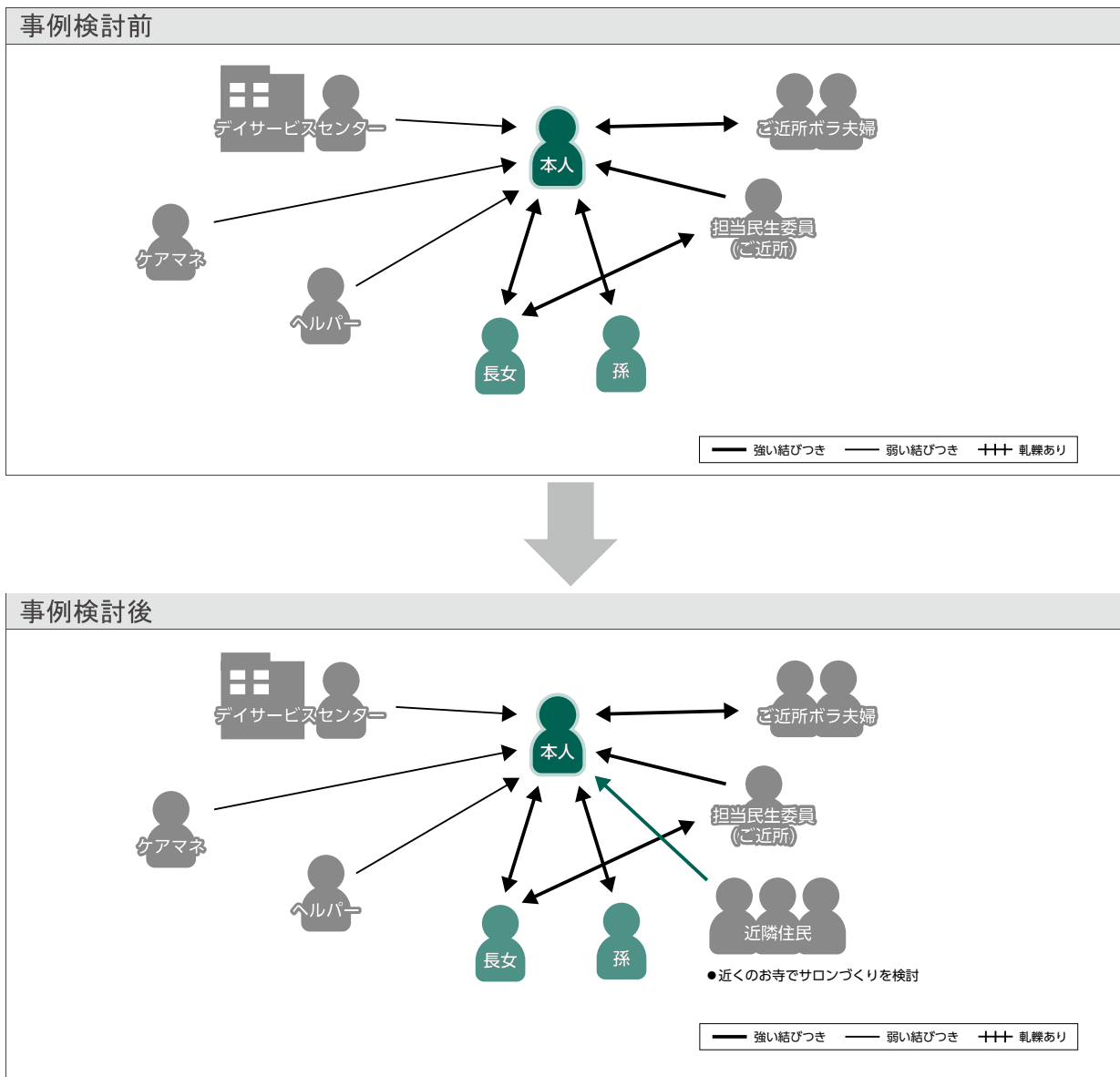
#### c. 本人・家族・関係者からの要望(支援を必要としている理由・内容)

本人	色々な支援を受けながら、転倒に気を付けて、自宅で暮らしていきたい。
家族	
関係者(専門職)	外出機会が減って筋力低下や閉じこもり傾向があるため、デイサービスには出来る限り休まないよう利用して、リハビリを行ったり他の利用者とは話をする機会を作る。
関係者(地域住民)	

#### d. 本人が居住している地域の状況

地域の特徴	旧来からの古い街並み、新しく開発された高層住宅地等、新旧入り交じっている。また、田んぼや畑もあちこちで見ることができる。旧来から居住している住民は、学区への思い入れが強く、地域のために動いてくれる人も多い。
周辺の地域福祉活動や社会資源の状況	近隣住民が集まるたまり場は2か所あるが、仲間同士のクローズドな集まりとなっているのが現状。近くのお寺が交流イベントを行うなど地域開放の傾向がある。学区のコミュニティセンターは遠い。
近隣関係等	ご近所としての見守り関係はあるが、頼りにできるほどの仲の良い友人はいない。

e. 社会資源関係図（エコマップ）



### 3) 生活支援のあり方検討

#### a. 本人、周囲の強み、弱み

	強み(プラス面): 良いところ、できること、得意なこと等	弱み(マイナス面): 今はしていないこと、不十分なこと、困っていること等
本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・まじめ</li> <li>・用心深い</li> <li>・器用</li> <li>・話好き</li> <li>・行動力がある</li> <li>・小物作りが好き</li> <li>・リハビリを続けたい気持ちが強い</li> <li>・携帯電話に興味がある</li> <li>・一人で出かける場所がある(床屋、ドラッグストア)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒の不安が大きい</li> <li>・気になったら確かめないと気が済まない</li> </ul>
周囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見守ってくれるご近所ボランティア夫婦がいる。</li> <li>・長女が協力的(家族の関わりがある)</li> <li>・民生委員と長女の連携ができています</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・亡くなった長男の嫁と折り合いが悪い</li> </ul>

#### b. 今後の生活支援の在り方の検討

No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、困っていること)	②現在の対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	③検討結果をふまえた望ましい対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	④現在の対応と変えた、または、変えなかった理由
1	外出したい	○デイサービス	○デイサービス ■ふれあいいいききサロン	○長年の利用で関係も深く、リハビリを続けたい本人の希望が強いため、このまま利用したい。 ■現在は近くにない。 →今後近くのお寺でサロン開設に向け、住民による協議・調整をする。
2	話したい	○デイサービス ■ご近所での話し相手	○デイサービス ■ふれあいいいききサロン	○長年の利用で友人関係も深く、このまま利用したい。 ■現在は近くにない。 →今後近くのお寺でサロン開設に向け、住民による協議・調整をする。
3	ごみが出せない	○訪問介護	■ご近所ボラによるごみ出し	○ヘルパー派遣の時間に収集時間が合わず、友好的関係が築けているご近所ボラがいるため対応。
4	ちょっとした困りごとに対応できない	■民生委員の訪問による対応	■民生委員の訪問による対応	■友好的関係が築けているため継続。

### 3.4.3 事例考察

(本人の生活実態をおさえる)

○本人の状態像をふまえると、ここまで公的サービスを入れなくても生活できるのではないかと  
思われる事例である。本人は、民生委員による見守りやゴミだしボランティアの支援を受けて、  
近所のドラッグストア等に一人で行けるなど、地域の中で体調に折り合いをつけながら生活  
できているにもかかわらず、専門職がその生活実態を押さえないまま、デイサービスやホーム  
ヘルプを導入し、サービスを入れるほど本人が地域から遠ざかっていってしまっていることも  
考えられる。

○この事例から、専門職がかかわることは、それまで本人が地域で営んできた暮らし、住民をは  
じめとした社会関係、人間関係の代替にはなりえないことを再確認したい。「外出したい」と  
いう本人ニーズに対して、近くのお寺でサロンの立ち上げにむけた協議が始まっており、今後、  
民生委員以外にも地域でのつながりが広がることが期待される。

(地域の再アセスメント)

○本人は主婦だったので、デイサービスの友人以外にも PTA や地域とのつながりは持っている可  
能性がある。専門職の持つ断片的な情報で決めつけるのではなく、地域とのつながりという視  
点から、本人の自宅近隣 30m 圏内や自治会、班の構成がどうなっているか等を確認し、住民か  
ら「本人は昼間全く家にいないから、つながりようがない」という気づきの言葉が引き出され  
ば、そこから「本人が昼間家にいてつながれる場があったらよい」という気づきにつながり、  
住民主体でのサロン等の資源開発へも展開しうる。

## 3.5 糖尿病患者個人の服薬管理の課題から地域全体での糖尿病対策の取り組みが提案された事例

### 3.5.1 事例のポイント

#### 1) これまでの経過

- 70歳代女性、非該当
- 糖尿病の本人と糖尿病と交通事故の後遺障害を抱える要介護の夫の高齢者夫婦のみ世帯である。身辺は自立しており、毎日セニアカーで買い物に出かけたり、時々友達と食事やカラオケに出かけている。
- 隣に住む長男家族は毎日頻繁に様子を見に来てくれるし、隣接市に住む長女家族も時々訪問してくれる。
- 夫婦そろって糖尿病があるが、服薬やインスリン注射がきちんと行えていない。この地域では糖尿病の有病率が高い傾向にあり、糖尿病患者が安心して生活できる地域づくりについてモデル事例検討が行われた。

#### 2) モデル事例検討の概要と専門職・住民の協働の視点から見たポイント

- 事例検討では、地域包括のケアマネジャー、夫が利用している訪問看護ステーションのスタッフ、長男夫婦が相談して、専門職と家族双方から定期的に、夫婦に対する服薬等の声かけ・見守りを行う方針が確認された。
- この夫婦の個別の服薬管理とは別に、参加していた地域住民からは「糖尿病は地域の課題。皆で糖尿病向けのレシピを作ってはどうか」「そのレシピを使って料理教室を開いてはどうか」といった提案が寄せられた。
- こうした提案を実現すれば、地域の糖尿病患者が広く食事に気を付けるようになり、料理をすることの大切さを知ることができる。また、レシピを見て考えながら買い物をし、料理をすることで認知症予防にも効果があるのではないかという前向きな意見も出された。
- そこで、地域包括のケアマネジャーは、公民館で糖尿病予防・対策のためのサロンを立ち上げるべく、準備を始めた。

### 3.5.2 事例概要

#### 1) 基本情報

本人の状況	在宅・入院又は入所中( )		男・女	(70)歳
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～ 年 月 日(前回の介護度 )			
障害等認定	身障( )、療育( )、精神( )、難病( )			
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			

家族構成	
家族関係等の状況	夫と二人暮らし。隣に長男家族が住んでいて、孫たちも毎日訪れ、夫婦で面倒を見ることもある。長女家族も隣接市に住んでおり、時々訪れる。

### a. 介護予防に関する事項

今までの生活	結婚を機に現在の住まいで暮らし始め、専業主婦をしてきた。5年前に夫が要介護状態になり、本人が身の回りの世話や介護をしている。		
現状の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	炊事や洗濯の他。近くの店まで日に何度か買いものに出かけたり、夫の世話をしている。		友人とモーニングや食事、カラオケ等に出かけること、園芸が好きである。
	時間	本人	友人・地域との関係
		介護者・家族	良好

### b. 現病歴・既往暦と経過

年月日	病名	経過	治療中の場合は内容
	糖尿病	治療中・経観中・その他	内服薬、インスリン注射、栄養指導
	右大腿骨骨折	治療中・経観中・その他	

### c. 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
・特になし	・地域のサロンに2, 3か月に1回

## 2) 生活状況

### a. 現在の生活状況

世帯状況	単身世帯・65歳以上夫婦のみ世帯	・本人と単身の子どものみ世帯・その他
介護者	同居の介護者有・別居の介護者有	・無・介護者は不要
日中独居	有→週( )日程度	・無・該当しない(単身世帯)
家族の健康状態、仕事、役割、関係等	夫は糖尿病や交通事故の後遺症から要介護認定を受けている。隣に長男家族が住んでいて、長男夫婦や孫たちが頻りに様子を見に来てくれる。長女家族も時々訪問してくれる。	
ふだんの暮らし、週単位以外の活動	1日に何度か、近くの商店やうどん屋までセニアカーで買い物に行っている。時々、友達とモーニングやカラオケに出かけている。	
ADL(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など)	室内では徒歩や何かにつかまり、屋外は杖を使用して歩行している。地区への外出は電動セニアカーで移動。食事、更衣、入浴や排せつも自立。浴室は手すり設置やシャワーチェアあり。	
IADL(電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬管理、金銭管理など)	洗濯や買い物、調理は行っているが、家事はあまり好きではない。通院や外出は隣に住む長男の嫁の運転かタクシー。携帯電話も持っているし、金銭管理は行っている。糖尿病に関しては夫より状態が悪いが、服薬やインスリン注射をきちんと行っていない。	

社会生活	日頃の会話頻度(電話・メール含む)	毎日 ・ 2～3日に1回 ・ 1週間に1回 ・ それ以下
	外出頻度	月( 31 )日程度 ※毎日買い物
	地域の活動(町内会・老人会・婦人会など)	している ・ <u>ときどきする</u> ・ あまりしない ・ していない
	趣味やスポーツ	している ・ <u>ときどきする</u> ・ あまりしない ・ していない
	友人との付き合い (その他特記事項)	している ・ <u>ときどきする</u> ・ あまりしない ・ していない
生活上の楽しみ・特技	友人と食事に出かけたり話したりすること。近所のカラオケに行くこと。花が好きである。	

b. 現在の生活を支える環境

公的な制度・サービスの利用状況	なし
住民・地域の支えあい、見守り等の実施状況	サロンへの参加
病気の時や一人でできない家の周りの仕事で頼れる人 (その他特記事項)	同居の家族 ・ <u>別居の家族</u> ・ 近所の人 ・ 友人 ・ その他 ・ いない

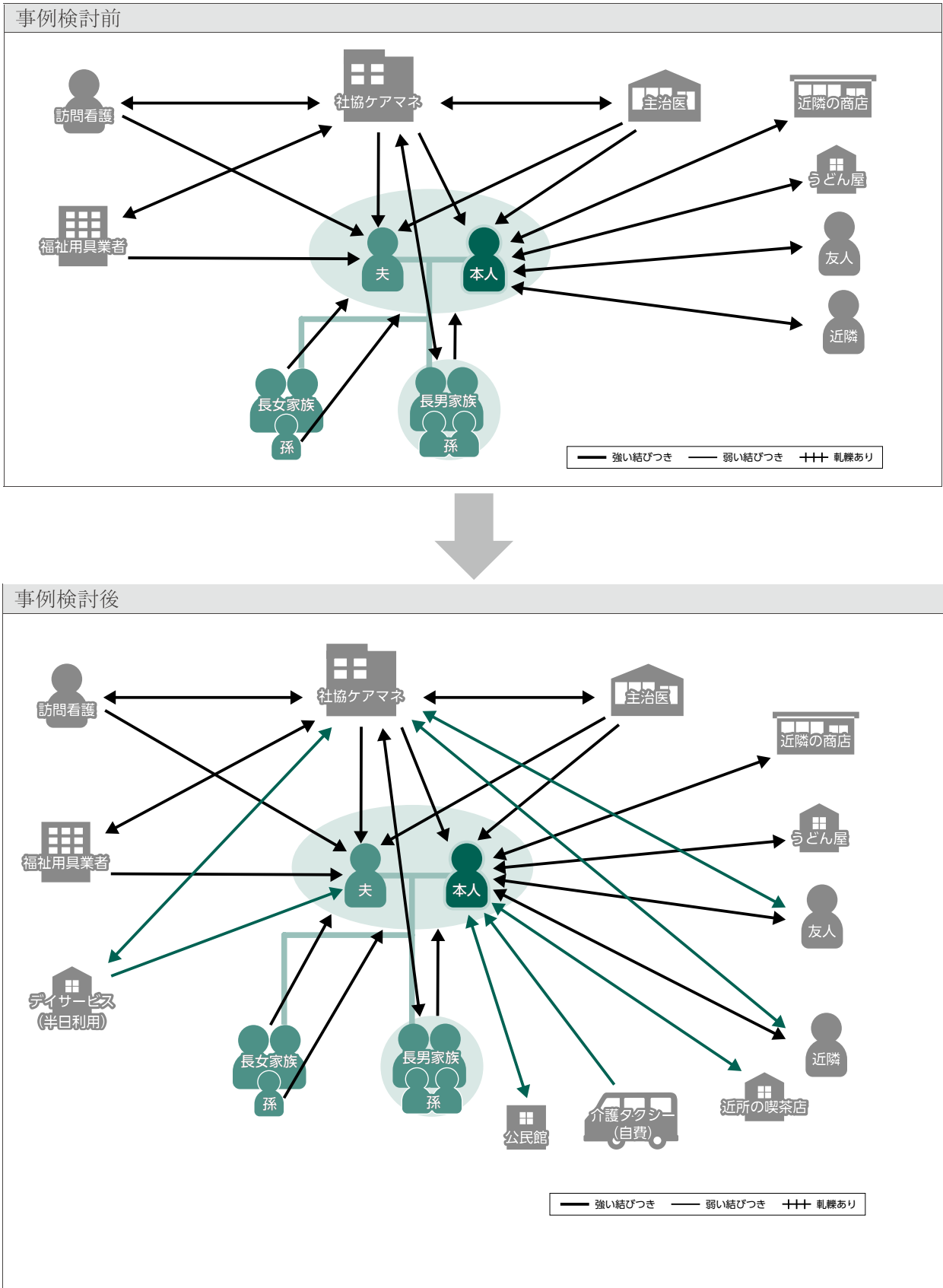
c. 本人・家族・関係者からの要望(支援を必要としている理由・内容)

本人 家族	家にいるより、外へ出かけたい。
	お母さんが元気でいてくれないと、お父さんが困る。
関係者(専門職)	夫婦2人の病気(糖尿病)の管理をきちんと行ってほしい。
関係者(地域住民)	夫の世話や家事が十分にはできていない。

d. 本人が居住している地域の状況

地域の特徴	農家が多い。小さな商店とうどん屋があるくらいで買い物は不便である。
周辺の地域福祉活動や社会資源の状況	ボランティアグループ、地区見守りネット、婦人会、JA 地域女性部、サロン
近隣関係等	近隣との関係は良い。

e. 社会資源関係図（エコマップ）





### 3) 生活支援のあり方検討

#### a. 本人、周囲の強み、弱み

	強み(プラス面): 良いところ、できること、得意なこと等	弱み(マイナス面): 今はしていないこと、不十分なこと、困っていること等
本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・セニアカーに乗れる</li> <li>・友達とモーニングやカラオケに行っている。</li> <li>・花が大好き、カラオケが好き。</li> <li>・楽観的な性格</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬の飲み忘れがある。</li> <li>・面倒くさいことが苦手</li> <li>・インスリン注射ができていないことがある。</li> <li>・主人の世話が大変。</li> <li>・家事が苦手。調理が苦手</li> <li>・大雑把な性格</li> </ul>
周囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長男家族が隣に住んでいる。</li> <li>・サロンに参加している(2、3か月に1回)</li> <li>・孫の出入りが頻繁。</li> <li>・友達がいる。</li> <li>・よく知っている親戚がいる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昼間は隣の長男家族がいなくなる。</li> <li>・長男が仕事から帰ってからの訪問は難しい。</li> <li>・近隣に買い物するところがない。(小さい商店はある)</li> <li>・夜間になると孫が訪問できない(暗いと危険)</li> </ul>

#### b. 今後の生活支援の在り方の検討

No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、困っていること)	②現在の対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	③検討結果をふまえた望ましい対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	④現在の対応と変えた、または、変えなかった理由
1	友人と食事やカラオケに行きたい。	■たまに行っている。 ■サロン	○■公民館を活用した居場所づくり(糖尿病レシピづくり、料理教室)	毎日外出している方なので、居場所の必要性を感じ、人と接する機会を増やすことで、生きがいを作るため。
2	薬の飲み忘れがある。	○夫の訪問看護スタッフが声かけしている。	■見守りと声かけ ■長男家族による声かけ	薬は非常に大事なもので、関係者間に声をかけた。
3	インスリン注射のし忘れ	○夫の訪問看護スタッフが声かけしている。	■見守りと声かけ ■長男家族による声かけ	夫の訪問看護スタッフに声かけ。

### 4) 事例検討の振り返り

#### a. 関係者に期待される変化

本人	定期的な見守りや声かけを行うことにより、本人の薬の飲み忘れが改善される。自分の病気への理解を深めることができ、食生活に気を付けることができる。居場所ができることにより友人が増え、自分の趣味をより楽しむことができる。
家族	本人の薬の飲み忘れが防止するという自分の役割を認識し行動することで、本人の健康と家族の安心につながる。
関係者(専門職)	地域住民との連携ができ、さらに同じような人への情報をより早く入手でき早期対応に繋がる。試行結果は、自分たちで気づけなかったことが、地域の方たちと事例検討を行うことにより支援の幅が広がったと思う。
関係者(地域住民)	支える側としての役割ができ、自分たちの健康づくりに向けた意識づけにもつながる。

#### b. 協働で期待されるメリット、効果

<p>介護保険非該当者の今後の支援をどうしていくか、専門職は制度の枠組みの中で考えてしまいがちだが、地域住民と事例検討することで支援の幅が広がったと思う。住民からは自分たちの特技を活かした「糖尿病のレシピを作ることができる」「一緒に料理を作ったらいいのでは」などの意見が活発に出たの</p>
---

で、それらが今後の見守りや声かけに繋がり、住民で支えあう仕組みができるのではないかと感じた。  
非該当者への見守り、声かけの仕組みづくりは他地区への波及効果が期待され、住民主体のまちづくりが推進できるきっかけとなっていく。

### c. 今後関係者が実施しなければならないこと、解決しなければならない課題

居場所づくりの仕組みを作る。  
食生活改善推進協議会との連携・協力を促す。  
見守り・声かけのグループを作る。(協力者の呼びかけ)  
事例検討を行うに当たって、よく知っている地域住民は、「この人はこういう人だから」などと決めつけた上での検討になってしまった。こうした住民の先入観をなくし、専門職と住民と一緒にこの人を支えていこうという気持ちに向けるまでが難しい。

## 3.5.3 事例考察

(住民活動と「まじりあう」姿勢)

○地域で大きなトラブルもなく安定した生活が送れている事例である。こうした事例には、うまくいっていない事例の解決のヒントが含まれている。一方で、地域の中で住民同士が互いに顔なじみで、昔からここに暮らして世帯の状況をよく知り合っている中で、「この人はこういう人」という住民の先入観について協働にむけての課題として指摘されている。専門職には、地域で暮らす住民の流儀に波長を合わせつつ「一緒に支えよう」という方向に向けて、生活実態に即して支援を考える姿勢が求められている。

(地域づくりの意識)

○この事例では、住民から、糖尿病予防は自分たちの健康づくりにもつながるので、皆で糖尿病食のレシピを作り、一緒に料理教室を開いてはどうかというアイデアが出てきた。  
○専門職には、こうした住民の声を丁寧に拾い具体的な住民活動につなげる側面的な支援が求められている。住民が自分たちに何ができるのかを考えるきっかけをつくり、住民がそれぞれの強みを生かして行動を起こし、地域での見守り、声かけ、住民で支えあう仕組みに発展していくことが期待される。

(専門職の連携)

○専門職が地域に働きかけるか否かにかかわらず、地域には住民の日々の暮らしがあり、様々な住民活動が存在している。こうした活動は、制度を前提にした専門職のサービスの代替ではない住民活動ならではの特性や役割を有しており、本人の力を引き出したり、本人が望む生活につながる価値を持っている。こうした視点に立って、住民が作り上げた貴重な活動を専門職は個別支援に位置づけているか改めて振り返るとともに、専門職同士が連携してその活動から見えてきた地域課題に対応する新しい資源開発等につなぐことが求められている。