

● ● ● 第 5 章 ● ● ●

# 社会資源

(平成21年12月現在)

care management  
handbook



# 社会資源の活用

社会資源は多種多様です。

介護支援専門員は、利用者が利用できそうな社会資源に関する適切な情報を提供するとともに経済的な生活の見通しが立つように援助することが重要な役割といえるでしょう。

利用者は援助を受けるにあたり、介護支援専門員と共に生活課題を解決するために、主体的に解決策を探すことに参加し、社会資源の有効性や限界を共に認識しなければなりません。

介護支援専門員は社会資源を活用していく中で、利用者の生活困難な状況を解決するための力を引き出し、社会資源を活用して資源相互の調整や連結をマネジメントしなければなりません。

## 1. 定義

社会資源とは、人々の生活の諸要求の充足や、問題解決の目的に使われる各種の施設、制度、機関、知識や技術などの物的、人的資源の総称

## 2. 目的

目的は保健・医療・福祉制度、ボランティア等が提供するサービスを利用して、利用者を取り巻く家族の生活の質を高める支援を行うこと

何を指しているか

①	共同体としての地域資源	地域住民が利用する公民館等の共有・公共の施設等
②	施設・設備などの物的資源	介護保険施設等 日常生活用具等の福祉用具や福祉機器など
③	法律・政策としての制度的資源	上記を管理する法律や制度
④	個人・集団の人的資源	家族的な支援、友人、仲間など
⑤	組織の機構的資源	専門的知識や技術を持った人たち、行政組織など
⑥	財産・資金などの財的資源	個人的財産、公的財源など

私たちの支援の対象となるのは、一個の人格を持ち続ける人間である以上、いかに上述の①②の物的資源が充足されても、生活し続けるには限界があります。生活課題を最終的に解決するのは、人の手や心やふれあいです。

そこで④や⑤のような人的社会資源が必要とされるわけです。また経費⑥は、本人を支える重要な社会資源です。

これらの物的社会資源や人的社会資源が利用者に複合的に連動することで、一人ひとりの「生活の質（QOL）」が維持・向上されることとなります。

### 3. 社会資源の分類と特徴

社会資源の分類法としては各種ありますが、ここでは提供主体別に資源を分類しました。

〈提供主体と社会資源の特徴と分類〉

提供主体	特 徴	分 類
① 利用者本人	自分の力は本人は知らないことが多く、介護支援専門員は力を見出し、引き出すことが重要です。	本人の思い・ストレングス(※1) エンパワメント(※2)
② インフォーマル	柔軟な対応が可能です。専門性に低く安定した供給には難があります。しかし、情緒面での支援に大きく貢献できます。	家族・親戚・近隣・友人・同僚・ボランティア
③ ノンフォーマル	均一な能力や機能ではなく、また利用者との個人的な経緯により、利用が左右されることもあります。	地域の団体・組織
④ フォーマル	画一的なサービスとなり易いですが、最低限のサービスが保障され、経済的能力に応じた安価なものになるといった公正性があります。	民生委員・行政・社会福祉法人・企業・医療法人・民間非営利法人(NPO)・法律・制度・介護支援専門員

※1. 本人の持っている力・本人の中から引き出されるエネルギー

※2. その人の持つパワーを強化し状況や生活を改善していく過程

### 4. フォーマルな分野とインフォーマルな分野の連携の必要性

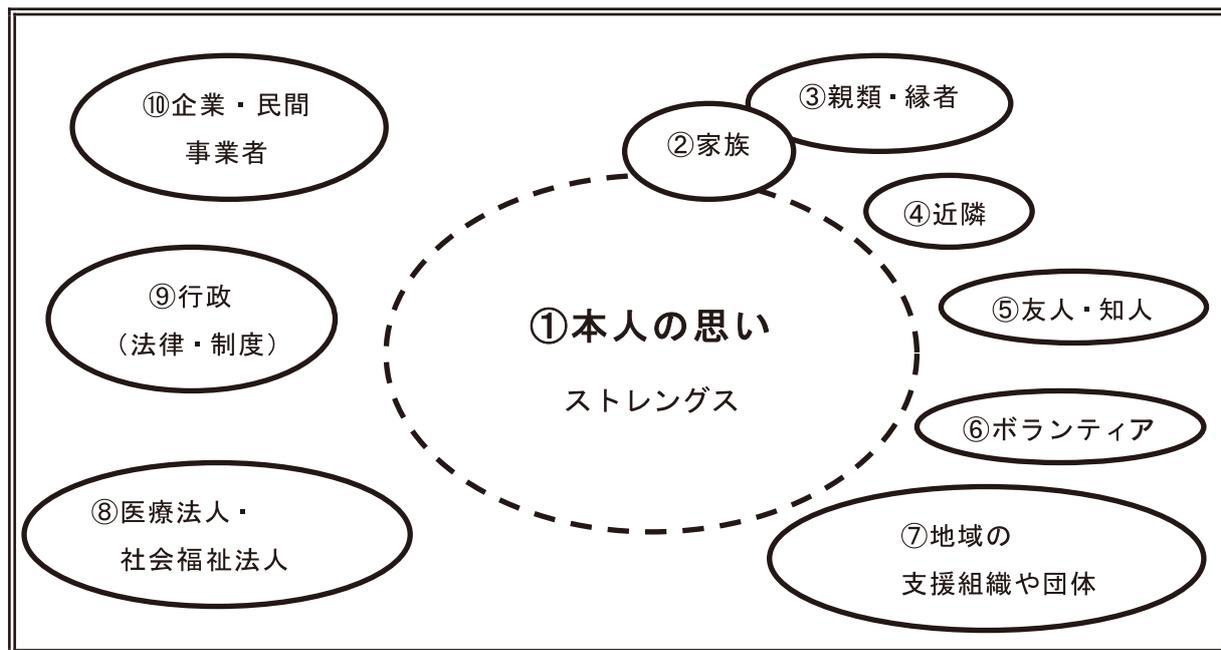
1. サービスはフォーマルサポートとインフォーマルサポートを組み合わせると提供主体が多数となり、要介護者等の多様なニーズに対応できるようになります。
2. それぞれの社会資源が長所と短所を持っているので最適な組み合わせが求められます。これらの資源は利用者に具体的なサービスや支援を直接提供できますが、有効に活用していくための調整が必要になります。調整役である介護支援専門員もフォーマルな社会資源のひとつです。
3. 社会資源を活用するのは、利用者本人・インフォーマルサービスへの負担が大き過ぎる部分を補うものでなければなりません。
4. 利用者・家族が自己決定できるように社会資源の内容を明確に提示する必要があります。

### 5. 介護支援専門員が活用する社会資源

1. 介護支援専門員は、地域に存在する社会資源について理解しておく必要があります。又、社会資源以外にも内的資源(要介護者等自身の能力、資産、意欲)も活用することが大切です。
2. 介護支援専門員は、介護保険の給付のみならず、年金や生活保護制度などの所得保障サービス、市町村の保健福祉サービス等のフォーマルサービスについても理解が必要です。

**本人が最大の社会資源 - 見つめ直そう、あなたも私も社会資源 -**

## 6. 社会資源の相互関係



本人の思いを中心に、支援関係のとりやすいものを、その距離によって表した表です。本人や家族の思い（ニーズ）を充足するために、この10の社会資源を活用します。どの社会資源が優先されるかは、本人や家族の地域社会的環境や経済的状况によって判断が必要です。しかし介護支援専門員は、そのニーズの充足のための選択肢に、これらの視点での情報提供が不可欠であることは言うまでもありません。常に地域の社会資源情報を収集しその提供がなされなければならないのです。

\*この距離は本人の感じ方（思い）によって、近くなったり遠くなったりします。

\*いうまでもなく順番にこだわる必要はありません。そこに提供される支援体制が、本人にとっていかに満足でき、こころやすまるものであるかが重要だからです。

\*前述の説明のように、担当する介護支援専門員は、単にこの相関図によって社会資源を調整するだけではなく、まずは本人の思いを知ることから、その支援体制を創り上げていくこととなります。

このような社会資源の活用にあたっては、日頃の業務において、この社会資源の相関関係図を思い浮かべていただければと思います。本人の思いを中心にすえて、それを支援する体制がどのような関係で調整されているかが、視覚的に理解できるのではないのでしょうか。

## 7. 地域支援の活用推進のために

自立支援のために社会資源を有効に活用するには、地域の機関・団体が組織化（ネットワーク）され、さらに実務者によるサービス担当者会議及び代表者による社会資源の計画立案機能となる代表者会議が必要です

**サービス担当者会議**：介護支援サービスを円滑に実施するためには、サービス担当者会議において社会資源の修正を求める機能が必要です。

また、要介護者を代弁する機能といえます。

（ケース・アドボケイト）

### \* ケースアドボケイト

援助者が制度を理解し、資源を有効に活用することで利用者の権利が尊重でき、より良いサービスにする。

**\* クラスアドボケイト** 援助者が制度改革し、資源創出することで人々の権利が尊重でき、より良いサービスにする。

**代表者会議**：地域の機関・団体・施設の代表者会議を設置し、累積された事例をもとに社会資源を開発・改善し、さらには量的確保を図るように対応していく機能です。（クラス・アドボケイト）

### < 参 考 >

**アドボカシー** 人の権利や利益を守る為に闘うこと。「権利擁護」

**アドボケイト** 味方になって闘う人「援助者」

地域社会生活に視点を持ったケアプランを作成するとき、

- ① ケース発見、スクリーニング、インタビュー
- ② アセスメント（情報収集、生活ニーズの把握）
- ③ 目標設定・ケアプランの作成（本人の望む暮らしへ向かう旗印）
- ④ ケアプランの実施（サービス担当者会議→各担当者の介護計画の実施展開）
- ⑤ モニタリング（状況の変化の確認と新しいニーズの発見）
- ⑥ 終結

という展開で進んでいきます。その中で②アセスメント期、③プラン作成期、⑤サービス確認期等で、フォーマルサービスに限定されないインフォーマルサービス等の社会資源を配慮することが不可欠です。これによって本人のQOLの変化し、より充実した社会生活がおくれるようになります。

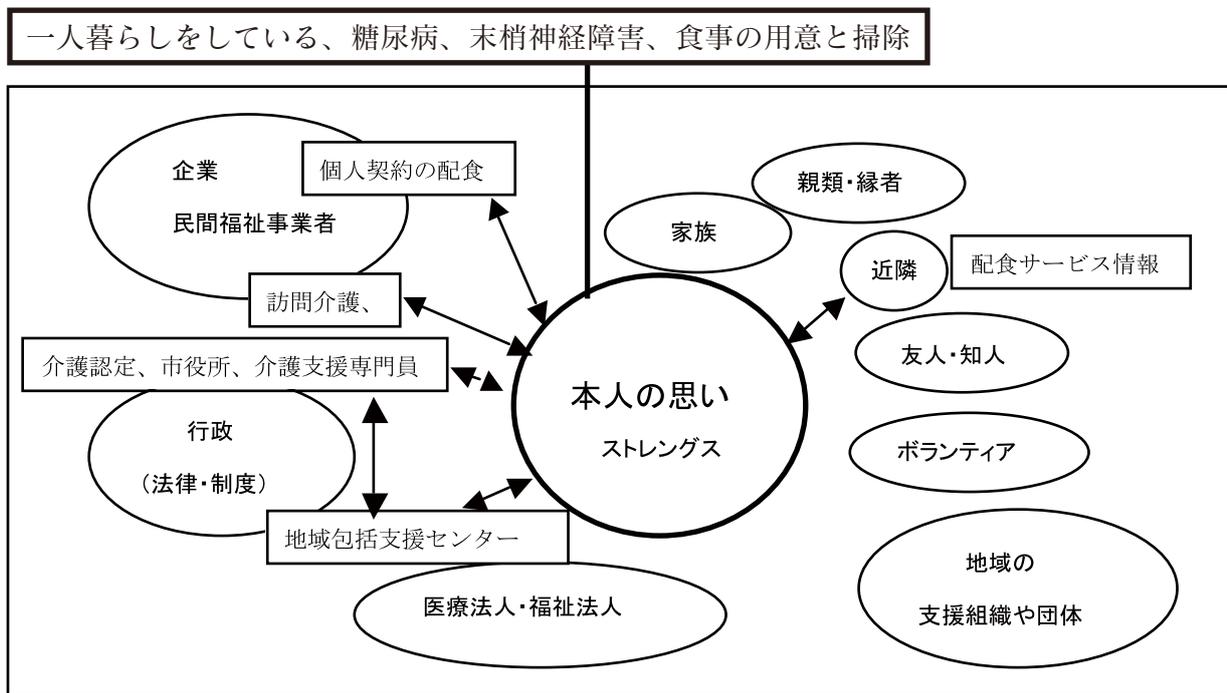
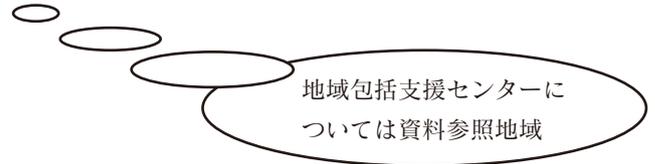
社会資源の情報収集を確実に行き、ニーズに合ったものを選択、幅広く提案、提供することを忘れてはいけません。本人の変化に気づき、保険サービスに限定されない支援体制を構築することで、その「人らしさ」「望む暮らし」を実現するためのケアプランを作成し、実施できるのです。

## 1. 配食サービス活用例

60歳のAさんは一人暮らしです。Aさんは糖尿病で末梢神経障害があり、掃除や食事の用意が上手く出来ないので介護保険を申請し、訪問介護のサービスを受けるようになりました。ある日、隣の1人暮らしの方（高齢者）が減塩食のお弁当を配達してもらっている事を知りました。早速、Aさんは市役所に問い合わせをしたら、対象者は65歳以上で炊事や買い物が困難な人、同居世帯でも昼間独居の方で対象と認められれば利用出来ることが分かりました。



そこで、Aさんは介護支援専門員に相談してみました。介護支援専門員は地域包括支援センターに確認をすると、個人契約であればAさんも糖尿病の治療食を配達してもらえ、依頼すれば安否確認も行ってくれる事業所があると分かりました。ケアプランの中に、訪問介護と個人契約の配食を組み合わせることができ、Aさんは今後も一人暮らしを続けていく自信がもてました。



概ね65歳以上が対象となります。

## 2. 緊急通報システムの活用例

Bさん（62歳）は一人暮らしです。心疾患があるので定期受診し、内服治療中ですが、時折呼吸が苦しくなったり、胸痛等の訴えがあり発作が起きた時のことを思うと不安で夜も眠れない状態です。心配した娘さんから、民生委員に相談がありました。

相談を受けた民生委員は地域包括支援センターを紹介し、担当者から緊急通報システムについて、説明をしてもらいました。双方の話し合いでは、本人の不安解消の為に、受信センター方式が良いと思われました。近所で2名の協力員も得られ夜間の不安については、よろず相談機能がついているこの方式を設置することにしました。

介護保険の種類と特徴については資料参照

受信センター方式・警備員方式があります。  
生計中心者の所得額に応じた費用負担です。

## 3. 介護保険サービスにつないだ活用例

Cさんは数年前に夫を亡くし一人暮らしです。最近、夕方になると不安になったり、目まいで立てなかったりと体調がすぐれません。病院で検査を受け、自宅での生活を心配した主治医より介護保険の申請を勧められ、要支援2の認定が取れました。

Cさんは、近くの地域包括支援センターに相談に行きました。主治医よりメンタルケアを中心に訪問看護や通所介護等を利用してはと助言があり、サービスを利用することになりました。徐々に精神的不安も軽減し、落ち着いた生活を取り戻すことが出来ました。

介護保険申請対象者は、1号被保険者、  
2号被保険者があります。

## 4. 住宅改修費の助成（すみよか事業）活用例

Dさんは妻との2人暮らしで、年金暮らしです。Dさんは要介護2の認定を受けています。左半身麻痺があり、介護支援専門員に手摺の取り付け・室内と玄関段差の解消・和式トイレを洋式トイレの取替えをしたいと相談しました。見積もりを取ってもらったところ、介護保険の住宅改修では、予算オーバーとのことでした。

介護支援専門員は、地域包括支援センターに『すみよか事業』の相談をしました。地域包括支援センターはDさんが対象者であるかの確認を介護保険課にしたところ、事業の対象になり申請出来る事が分かりました。介護保険の住宅改修の申請と違う点があり、地域包括支援センターと協力しながら本人の希望する住宅改修を行なう事が出来ました。

生計中心者の市県民税及び前年度所得税課税年額が非課税の世帯であることが支給条件となります。

※助成額上限は30万円まで（介護保険と合計すると50万円まで）

すみよか事業は2号被保険者・  
身体障害1・2級も対象となります

## 5. 福祉用具活用例

Eさんは脳梗塞による左半身麻痺で、住宅改修で自宅の環境整備を行ない、ベッド（2モーター）と車椅子（自走式）を利用し長女と生活しています。最近、起居動作や車椅子への移乗が困難になってきた為、医師・介護支援専門員の勧めもあり通所リハビリを開始しました。



P Tの指導で訓練を行うと同時に福祉用具の見直しが行われ、ベッド（3モーター）・車椅子（モジュール）に交換しました。また入浴時の補助として、シャワーベンチ・バスボードの活用でより安全・安楽に自宅入浴ができました。Eさんの身体状況に適した福祉用具の活用で、住み慣れた自宅での生活が続けられるようになりました。

モジュール製品とは使用条件や身体状況に応じ部品設定が豊富でEさん特性に合わせることができました。

## 6. 施設より在宅復帰した活用例

Fさんは身寄りがなく一人暮らしです。民生委員の訪問時室内で倒れ、足を痛がり歩けなくなっていました。救急車にて病院に搬送後、右大腿部の骨折の為手術入院となり、しばらく治療を続けましたが、まだ在宅生活が困難であるため老人保健施設に入所する事になりました。老健入所後3ヶ月程たち、杖での歩行もできるようになり、Fさんは「自宅に帰りたい」と強く希望し、施設の支援相談員に相談しました。



支援相談員は、Fさんとの面接でこれまでの一人暮らしが長かったため、自宅内は物が散乱し住める状況ではないことがわかりました。そこで、支援相談員は民生委員や地域包括支援センターと一緒にあって対応策を検討し、在宅生活への準備を行いました。その後Fさんは民生委員の訪問や地域包括支援センター、介護支援専門員のサポート、近隣の声かけ・見守りによって生き生きと自宅で生活出来るようになりました。

## 7. 認知症デイサービスの活用例

89歳のUさんは通所介護を週3回利用しています。しかし、自宅で行なっていた手芸、盆栽への散水等をしなくなり一日中居眠りして過ごすようになってしまいました。このままでは認知が進むのではと家族は心配されデイサービスの利用回数増を介護支援専門員に相談しました。



介護支援専門員は、毎日自分の衣類を洗濯していることに着眼し、通所介護の回数を増やすのであれば、家庭的な雰囲気の中かで、残された本人の能力が十分発揮できる認知症デイサービスの利用を提案。現在、週2回利用され、調理の手伝い、洗濯物たたみ、野菜作り等本人の能力に応じた支援を行なうことで、自宅での洗濯も続けられています。

## 8. 認知症高齢者の在宅支援活用例

84歳のHさんは奥さんとの2人暮らしです。要介護1の認定を受けています。ここ最近物忘れが酷くなり、半年の間に車同士の接触事故を4回起こし、奥さんは人身事故を起こすのではと心配していました。



介護支援専門員は道路交通法に「認知症と診断され、過去一年間に交通違反歴」があれば運転免許証の保留や取り消しができることを家族へ説明しました。家族より主治医へ相談し、認知症の診断書を警察に提出し申請を行いました。しかし運転免許証が取り消されると本人の日常生活のリズムが狂うことが心配されるため、介護支援専門員は公共交通機関を利用しての外出支援（目的地まで介護支援専門員の車で行き、公共交通機関を利用して帰宅してもらう）を行ない、事前に練習を行なったことで生活のリズムが保たれ、運転免許証が取り消された現在はバス、JR、徒歩にて外出が行われています。

地域医療連携室・相談室については資料参照

## 9. 地域医療連携室・医療相談室の活用例

Iさんは（妻・息子一家と同居中）大腿部頸部骨折後に通所リハビリを利用していましたが、脳梗塞になり入院。その後右半身麻痺になってしまいました。意識明瞭なIさんは在宅復帰を強く希望しリハビリ意欲も低下しています。家族はこのままの状態では在宅生活は困難と考え、施設入所を望んでいます。病院も長期入院は難しいようです。本人と長男の間に挟まり悩んだ妻は、担当介護支援専門員に相談しました。



入院時点で介護支援専門員は医療連携室の医療ソーシャルワーカー（MSW）又は医療関係者と連携をとり入院前の状態や介護度や有効期間伝えて連携しておくことで病院側も治療計画が立てやすくなります。今後の方向性についても、入院時からIさん、家族の意向、医療関係者の専門的意見踏まえながら一緒に考えていきます。すぐにでも家に帰ることを望むIさんに試験外泊をしてもらったところ、自分でも在宅生活は難しいと理解できたのか、落ち込んでしまいましたが同時に問題点もわかりました。介護支援専門員は、介護老人保健施設の役割を説明して、ワンクッションおいて在宅復帰を提案。主治医からの薦めもあり、入所してからは介護老人保健施設で目標持つてリハビリに取り組むようになりました。施設の理学療法士と連携し、住宅改修についても検討に入りました。

## 10. 障害福祉サービス（精神）活用例

Jさんは72歳で療育手帳Bをもつ次女と2人暮らしです。本人も精神疾患と認知症で思うように家事が出来ないので、次女にばかり負担がかかり、いつも些細なことで怒鳴ってばかりでした。民生委員が様子を見に行ったり、近所の方が食事を届けたりしています。次女が落ち着いた時に話をすると、私が世話しなければいけないと言いますが、興奮している時は、施設入所させないと自分が潰れてしまうと訴えます。Jさんは入院も入所もしたくないと泣いて、お互い精神不安定となり負の連鎖が起こります。経済的な余裕なく介護保険サービスも最小限にして欲しいと訴えます。



このままでは虐待に発展する可能性もあると考えて地域包括支援センターに相談しつつ、Jさんのことを主治医（精神科）の精神保健福祉士に相談し、受診してもらった結果、精神科の重度認知症デイケアを平日利用できるようになりました。重度認知症デイケアは自立支援医療により経済的な負担も軽くなり、精神保健福祉士がJさんのサポートに入ることになりました。次女に対しても社会福祉協議会の相談支援専門員やハローワークの障害者担当がジョブコーチと連携し就労に関する相談・支援を行うこととなり、以前より安定した精神状態を維持できるようになりました。精神科が休みの時は、介護保険で認知症対応型通所介護を利用するようになりました。近所の方や民生委員との関係は今まで通りで、毎日外部とのかかわりを欠かさないようにし、何かあればかかわっている関係者と情報共有することで、各部門が専門性生かした対応が出来るようになりました。

※ジョブコーチ…独立行政法人高齢者・障害者雇用支援機構で各都道府県に設置された障害者職業センターに所属し、障害者が円滑に就労できるように職場に無料で派遣し支援を行う者。障害者の状況により、期間を区切り目標を立てて支援していく（最大7ヶ月）。職業斡旋は出来ないのでハローワーク経由で相談受けることが多い。福岡障害者職業センター（福岡市中央区 / TEL 092-752-5801 相談要予約）

支援費制度については資料参照  
支援費サービスの内容については資料参照

## 11. 障害者福祉サービス活用例

Kさん（70歳）は夫と2人暮らしです。視力障害があり、身体障害者手帳1級を持っています。食事の準備は夫が何とかしていますが、掃除や通院等の外出の付き添いは、夫も高齢で無理ができず負担も大きい為、訪問介護を利用しながら在宅生活を送っています。Kさんは同じ障害を持つ友人からピアくるめで障害者レクレーションや小旅行（日帰り）点字教室などがあると聞き、自分も参加したいと思いました。



介護保険による訪問介護では余暇活動での利用は難しいので、障害者福祉課に相談しました。支援費制度のなかに余暇活動等、社会参加のための外出をする場合は移動介護（ガイドヘルプ）があると教えて貰いました。早速Kさんは支援費支給申請の手続きを行い、現在は移動介護を利用している所に出かけるようになりました。以前に比べ表情も明るくなり楽しみや生きがいを見つけいきいきとした生活を送っています。

一定の上限を超えると、利用者負担額が払い戻される制度

## 12. 高額介護サービス費払い戻し制度の活用例

しさん夫婦は年金での2人暮らしです。夫は要介護3、妻は要介護1の介護認定を受け、サービスを利用しながら何とか生活しています。先月から夫妻とも限度額一杯のサービスを利用しています。



介護支援専門員は、高額介護サービス費払い戻し制度があることを説明しました。さっそく家族が介護保険課へ行って調べたところ、払い戻しを受けることが出来そうでしたので、直ぐに申請手続きをしました。

### ※【高額医療・高額介護合算制度】

平成20年4月から、医療と介護の自己負担が著しく高額になる場合の負担を軽減するために、医療と介護の自己負担額を合算したときの年額の自己負担限度額が設けられました。詳しくは、市役所にお尋ねください。

## 13. アルコール依存症への支援活用例

Mさんは67歳の一人暮らしです。介護保険の訪問介護と配食サービスを利用しています。アルコール依存の為、酒が入ると大声で叫んだりするため、近所から苦情がたえず民生委員も困っていました。食事も摂らない日が多くなり、サービス日も飲酒するなど、訪問介護事業所からも相談を受けていた介護支援専門員は地域包括支援センターに相談しました。



地域包括支援センターは、長寿支援課と連携をとりながら、関係者（民生委員、訪問介護サービス事業所、介護支援専門員）を招集し、主治医の意見も得て市役所で担当者会議を開催しました。その結果、在宅生活をこれ以上続けていくことは限界であり、まずは入院治療が必要という事に意見がまとまりました。治療後の在宅での支援体制を約束し、Mさんの同意を得た後、受け入れ先の病院を探し、一時的に入院となりました。2ヶ月後、体調が安定し、在宅復帰となりました。入院先主治医からの在宅生活上の注意点を基に、本人も交えてサービス担当者会議を開催し、今後の生活について話し合いを持ちました。今では訪問介護とデイサービスを利用し、前向きに在宅生活を続けています。入院中に知り合った断酒の会会員に誘われ、月1回交流会にも参加しています。

※入院に際し、本人の拒否等が見られる場合には、保健所も含めたところで支援する場合もある。

## 14. 難病ホットライン活用例

Nさん（70歳）は妻と息子一家の5人家族です。1年程前から足がすくんだり、歩幅が小さくなり、突進的な歩行が目立つようになりました。かかりつけ医より、大学病院を紹介され受診、パーキンソン病と診断されました。Nさんと家族は、神経難病と聞き「今後病気とどう向き合って生活していけばいいか」と大きな不安を抱きました。Nさんは看護師に「もっと病気に対して認識を深め、生活面でのアドバイスが受けられる場がないか」と相談しました。看護師より福岡県保健福祉環境事務所の健康対策課で難病相談や医療給付に関する相談窓口と電話相談窓口（難病ホットライン）があると情報を得ました。



Nさんはホットラインへ相談し、パーキンソン友の会があることを知りました。医療講演会・会員相互の交流会で生活と介護面でのアドバイスが得られるなど、本人・家族が病気に対する認識を深める機会があることを知りました。Nさんは家族の理解と協力を受けながら、病気と付き合えそうな勇気がわいてきました。難病に関する患者・家族の会は、パーキンソン病友の会の他にも32団体があります（小児難病は別です）。

## 15. 難病支援事業の活用例

Oさん（65歳）は夫・娘と暮らしています。四肢の筋力低下がみられるようになり、かかりつけ医より、大学病院を紹介され受診しました。筋萎縮性側索硬化症（ALS）の診断を受け介護保険と特定疾患の申請を勧められました。



### 【導入期】

介護支援専門員は、全関係スタッフに声をかけてOさんの自宅でケア会議を開きました。主治医（往診医）、保健福祉環境事務所の難病担当保健師、訪問看護師、福祉用具事業所、住宅改修業者と本人・夫が参加しました。その中では、利用したいサービスの検討の他に、将来を見据えた住環境の整備、緊急時受入医療機関の確保、医療チーム間の連携についても話し合われました。

### 【維持期】

病気の進行に伴い、Oさんの身体機能は大きく低下していきました。人工呼吸器の装着した後は、日常生活用具給付制度による意思伝達装置や吸引器を設置し、家族とともに操作方法を学びました。訪問看護・訪問リハビリなどの医療系サービスは特定疾患医療証により公費で行い、訪問入浴や介護タクシーは介護保険で対応しています。自宅療養が長くなるにつれ、家族の介護疲れが問題になってきました。保健師は大学病院の医師と連携してレスパイト目的での受入病院を確保しOさんは4泊5日の入院をしました。これにより夫と娘は心身ともにリフレッシュすることができました。Oさんと家族は、これからも各専門職・関係機関と相談や情報交換をしながら、これからも在宅生活を続けていきたいと考えています。

## 16. 低所得者の被爆者の例

Sさん（86歳）は一人暮らしです。広島で被爆し、被爆者手帳を持っています。足・腰の痛み、手指の変形があり、掃除が困難です。また定期受診が月に3～4回あり、大学病院への通院と、院内の移動が困難で不安に思い、市役所の介護保険課に相談をしてみました。



Sさんは介護保険課で介護保険の説明を受け、すぐにでもサービスを利用したいと思いその場で申請しました。近くの居宅介護支援事業所へ相談に行き、週2回の掃除と通院介助、デイケアを利用することにしました。サービスの自己負担についてSさんは低所得者と被爆者手帳保持者であるため、負担金がないということがわかりました。

## 17. 久留米市健康診査の活用

78歳のQさんは夫と二人暮らしで、認知症があります。夫は心臓病があり入院をすすめられていますが、Qさんを家に置いて入院は出来ないし、どうしたらいいのか民生委員に相談しました。民生委員はQさんに介護保険の申請を勧めましたが、医師の意見書が必要なことを説明すると、Qさんは「私はどこも悪くないので病院へは行きません。それに病院はお金がかかるでしょう！」と病院に行く気は全くありません。困った民生委員は地域包括支援センターに相談しました。



相談を受けた地域包括支援センターは、民生委員と情報交換を行い、Qさんにある提案をしてみる事にしました。ちょうど久留米市で行なっている健診の時期であり、健康診査は病気がない人が受けたほうがいいし70歳以上は無料です…と説明しました。夫が通院している病院で健診を受け、夫から事情を聞いていた医師は今回の健診で介護保険の意見書にも必要な診察をしました。認定結果を待ってQさんはグループホームへ一時入所し、夫は安心して入院しました。

## 18. 経済的困難事例への活用例

ある日、地域包括支援センターに、病院の地域医療連携室より高齢者夫妻のことで相談がありました。夫のRさんはまもなく退院ですが、ガンの末期で、妻は持病の股関節痛で外出は押し車で行くのがやっとの状態です。地域包括支援センターは、介護保険の申請、経済的負担の軽減を考え介護保険料減免の手続きを行いました。若干の年金収入はありましたが、家賃の滞納があり、医療費の負担も大きく今後の生活のことで地域包括支援センター職員は生活保護課に相談に行きました。生活保護の申請を行い、扶助が受けられることになりました。



Rさんは退院した後お金がかかるからと、介護保険サービスを利用していませんでした。関係者（医療連携室・保護課・介護支援専門員・地域包括支援センター）からのアドバイスを受け、往診と医療保険の訪問看護により状態管理をしてもらうことになりました。また、訪問介護のサービスを利用することになり、妻にかかっていた介護負担も軽減されました。子ども・親族共に近くにはいないため、地域包括支援センターは民生委員へ地域での見守りを依頼し、訪問時変化があった時は連絡をとり合うようにしました。

## 19. 生活保護の活用例

90歳のSさんは市営住宅で一人暮らしです。国民年金をもらっていますが、生活が苦しく、生活保護で生活扶助・介護扶助・医療扶助・住宅扶助を受けています。介護保険で通所介護や訪問介護を利用していますが、一人暮らしに不安を感じるようになり、親戚からも施設入所を勧められています。「今の生活で金銭的な余裕がほとんどなく、施設の費用はとても出せない」と悩んでいることを介護支援専門員に相談しました。



介護支援専門員は保護課の担当ケースワーカーに連絡し、生活保護指定を受けている施設の情報をSさんに提供してもらうことにしました。

## 20. 民生委員との連携例

Tさんは息子さんとの2人暮らしです。息子さんは仕事があり日中Tさんは独居状態。閉じこもり気味で認知症もあり、食事の準備の際に鍋こがし等の火の不始末も出てきている状況でした。近隣からの不安の声が民生委員にあがってきました。



民生委員は息子さんに連絡を取り、本人を交えた面談を行いました。状況を把握するとともに、今後の生活に不安を感じていた息子さんに居宅介護支援事業所へ相談するように助言を行いました。後日、連絡を受けた介護支援専門員が訪問を行い、介護保険の申請と配食サービス（自費）を利用できるように調整しました。その後も民生委員が時々訪問しては介護支援専門員と連絡をとってくれ、Tさんは今ではデイサービスの利用も受け入れられるようになり、地域のなかで安心した生活を送られています。

\* 民生委員・・・地域住民の立場に立ってその要望を関係機関に伝えると共に、一人暮らしの高齢者や障害者等の訪問、相談等住民が安心して暮らせるような支援を行う。

## 21. 在宅で独居寝たきりの方の成年後見制度の活用例

80歳のUさんは脳出血の後遺症で右半身麻痺・言語障害があり障害者手帳を持っていました。一人暮らしで、身内（妹）は遠方にしかいないため2～3ヶ月に一回の訪問があるくらいです。Uさんはリハビリに消極的で左半身の廃用性の機能低下があり、ほとんどの時間をベッド上で過ごしています。本人の希望する在宅生活『夫の思い出が残る家での生活』を続けるには介護保険サービス（要介護5）・高齢者福祉サービス・支援費制度だけではどうしても時間的な面で希望に添わない部分があり、また財産管理に対しての不安もありました。



Uさんは住み慣れた家での生活を続けられる様に妹、介護支援専門員、民生委員と相談し、家政婦に来てもらうことにしました。移乗、食事、排泄、更衣、入浴など日常生活のすべてにおいて介助が必要な状態ですが、家政婦の介護サービスを利用したことで、本人が希望された在宅生活が送れています。心配していた財産管理については、成年後見制度を利用するようになりました。判断能力が低下しているため任意後見制度で契約を交わしています。

※成年後見制度は、知的障害・精神障害・認知症などにより判断能力が十分でない方が不利益を被らないよう、家庭裁判所に申し立てをして、その方を援助してくれる人を付けてもらう制度です。

## 22. 「来街支援」活動を利用した外出支援の活用例

Vさんは車椅子が必要な状態で、デイケアに週2回通っています。リハビリや仲間と過ごす時間は確保されましたが、美容室へ行ったり買い物をしたりといった機会がなくなり、気分転換できない状態が続いていました。知人より、六角堂タウンモビリティ（来街支援）のことを聞き、説明を受けた後に登録し、利用してみることにしました。



タウンモビリティの登録は無料、利用料は1回500円でした。予約当日はリフト車が自宅まで迎えに来てくれたので、Vさんは安心して目的地の美容室まで行くことができました。タウンモビリティステーションでは、数名の高齢者の方々がテーブルを囲み、なごやかに談笑しながら昼食をとっているところでした。Vさんは今度、デイケアが休みの日曜日にこのサロンに来てみようかと計画しています。利用実施日は毎週木・土・日曜、利用時間は10時30分～16時です。

## 23. 高齢者支援（福祉タクシー）の活用例

要介護2のWさんは、脳梗塞発症後左上下肢麻痺はありますが杖歩行は可能です。移動時は見守りや介助があったほうが安全な状態です。Wさんは同窓会に出席する為、ヘルパーに同行を依頼しましたが、訪問介護事業所より、介護保険ではサービス提供が難しい旨の説明があり、どうにか成らないかと介護支援専門員に相談しました。



介護支援専門員は自費契約でのヘルパー同行・ケアタクシー（運賃プラス500円）やボランティアの移送サービスなどの情報提供を行ないました。Wさんはケアタクシーの利用を選択し、同窓会で楽しいひとときを過ごすことができました。

## 24. 福祉用具無償貸し出しの活用例

Xさんは、室内で杖歩行がやっとの状態です。生活全般を家族の支援と介護保険サービスで支えられています。ある時、Xさんから「気分転換に、たまには外を散歩したい」と相談がありました。そこで、外出用に車椅子が必要になりました。しかし、介護保険のサービスは限度額一杯です。介護支援専門員はAさんと家族に説明すると「これ以上、お金の負担は出来ません」と言われました。



介護支援専門員が、車椅子での散歩を何とか実現できないかと考え、地域包括支援センターに相談しました。地域包括支援センターは久留米市在住であれば社会福祉協議会が無償で貸してくれると教えてくれました。早速その情報を家族に伝え車椅子を借りてきて貰い、ヘルパーさんと家族と共に車椅子での散歩を実現することが出来ました。今では、近くの店まで買い物に行けるようになり、表情がとても明るくなりました。



## 25. 日常生活自立支援事業の活用例

Yさんは一人暮らしです。主治医が本人の服薬管理や曜日が分からないことに気づき、担当の介護支援専門員に連絡しました。連絡を受けた介護支援専門員は、サービス提供を行っている訪問介護事業所に情報提供を依頼しました。その結果、金銭管理も出来なくなっていることが分かりました。



介護支援専門員は親族に現状報告を行い、サービス担当者会議を開き、日常生活自立支援事業の提案をしました。本人と親族の希望により連絡を受けた社会福祉協議会の専門員は制度の説明をし、契約に至りました。Yさんは生活支援員や介護保険サービスを利用し、安心して生活を送ることができるようになりました。

\*日常生活自立支援事業…判断能力が不十分な方が、自立した生活を行えるように、日常的な金銭管理等について援助を行う事業で、地域福祉権利擁護事業から名称変更（2007年4月）となったものです。

## 26. 消費生活相談の活用例

Zさんは一人暮らしです。最近物忘れが、少しずつ進んできていました。他人に対して警戒心がなく、初めて会う人ともよく話しこれまでに浄水器・健康食品などを高額で購入しています。ある日ヘルパーが訪問し掃除をしていると、見慣れない布団があることに気がつきました。尋ねると昨日訪問販売で数十万円のローンを組んで購入したそうです。他にも未使用の布団はあるし返品することにしました。



ヘルパーから報告を受けた介護支援専門員は、本人・家族と話し合い、消費生活センターへ行ってもらうことにしました。消費生活センターの相談員から、訪問販売はクーリングオフが適応されることを聞き、説明を受けながら手続きを行いました。また、相談員の調査の中で、今回の商品の返済は宅配で販売元の着払いが出来ることも分かりました。

消費生活センター（えーるピア1階）については資料参照

## 27. 小規模多機能居宅介護を利用した事例

85歳のYさんは息子さんと二人暮らしです。数年前から認知症の症状がみえ始め、現在要介護4の認定を受けています。デイサービスとショートステイを利用されていました。自宅でも施設でも訴えが頻繁で、特に夜中には5分おきに「トイレに連れて行ってくれ」、「起こしてくれ」などと大声で呼ばれて少しの時間も待つことができませんでした。夜中も一時も目が離せない状態で、息子さんは仕事をしながら母親の介護を続けようとされますが在宅生活をいつまで続けられるか悩んでいました。



介護支援専門員は、固定された時間にとらわれることなく、本人の状況や介護者の都合に合わせて、サービスの提供時間や方法を変化させることができる小規模多機能居宅介護施設を息子さんに説明しました。そこには認知症ケア専門士の資格を持った専門職もいることの情報提供もしました。早速、体験利用をされ利用開始となりました。小規模多機能居宅介護を利用することでYさんの生活は大きく変わりました。小規模多機能居宅介護の介護支援専門員は、住み慣れた地域でこれまでと同じ生活出来るように働きかけました。

足が悪いYさんは、若い職員に「もうそろそろご飯の準備だろ」「テーブルは拭いたか」などと食事づくりや掃除の仕方の指図をされたり、自分から不自由な手で野菜を切られます。昼間の心身の活動が活発になり満足されると、自宅へ帰ってからのトイレの回数も少なくなり、夜間の訴えもほとんどなくなりました。ときどき泊まりを利用しながら自宅での暮らしが続いています。

認知症ケア専門士  
認知症を理解し、日々の暮らしの中で認知症の人と出会ったときに適切な対応をすることができ、認知症の人と介護する家族を温かく見守り応援する人