令和３年度　第２回愛西市地域ケア推進会議　会議録（概要）

会議名称	愛西市地域ケア推進会議
開催日時	令和４年２月１７日（木）　午後２時００分から午後３時３０分まで
開催場所	愛西市文化会館　第２会議室
出席委員	平井正　鷲野明美　三和田篤　堀知宏　山内嘉丈　杉浦笑子　浅野弥生 日高由紀　山中誠治　栗畑由紀夫　五藤陽子　井上圭子
欠席委員	山田景子　横井三千雄　東元子
事 務 局	保険福祉部長 小林徹男、保険福祉部参事 松本繁、高齢福祉課長 井戸田悦孝、高齢福祉課 城安代、保険年金課 山田文枝、社協地域包括支援センター　中野重利、社協佐織地域包括支援センター　鷲尾和軌
協議事項等	会議内容 （１）市内の高齢者を取り巻く地域課題の検討 （２）その他
公開/非公開の別	公開
非公開の理由	
傍 聴 人	なし
会議資料	・次第 ・愛西市地域ケア推進会議名簿 ・市内の高齢者を取り巻く地域課題の検討

審 議 経 過

発言者	内　容
	・開会 ・資料確認 ・委員長あいさつ
委員長	それでは、次第に基づき議事を進行させていただきます。 議題（１）の市内の高齢者を取り巻く地域課題の検討　を議題といたします。 事務局より説明をお願いいたします。
事務局	『市内の高齢者を取り巻く地域課題の検討』説明
委員長	ただいま、事務局より説明がありました。ご質問がございましたらお願いしたいと思います。何かございますか。
副委員長	説明にありました事例に関わる経緯について教えてください。
事務局	平成３０年４月に息子から物忘れのことや金銭管理、消費者被害の相談をきっかけに支援を始めました。
委員長	ありがとうございました。 それでは、この事例は直営の地域包括支援センターとのことですが、社協地域包括支援センターでは、このような事例はありますか。
事務局	６４歳男性一人暮らし、かかわりは２年ほど前になります。妹と叔母が来庁し、身の回りのことができない、言うことを聞いてくれない、ごみ屋敷状態になっている、何とかならないか、と相談がありました。認知症や精神疾患の疑いがあったため、専門医を受診、認知症と診断を受け、介護認定の手続きを行いました。その後、ヘルパーが日常の掃除から入っていきたいところだったが、本人が拒否したり、精神科への受診拒否するなど、医療や介護サービスにつなげられないが、妹と叔母、駐在さんが見守ってくれているケースがあります。
委員長	佐織社協地域包括支援センターにおいて、このような事例がありましたらお願いします。
事務局	高齢者の２人暮らし、夫の部屋だけごみ屋敷になっている状態にあり、妻から支援の相談がありました。スーパーに出かけ、酒を買い、ごみがたまるため、スーパーの方に買い過ぎないよう支援していただくよう相談しました。また、夫は健康面にも不安を抱えてたため、頻回に保健師と訪問し健康観察を行いました。はじめは面会を強く拒むことが続きましたが、徐々に会話ができるようになるまで信頼関係を作りましたが、夫が体調を崩し入院となり、それを機に介護保険を申請するに至りました。今後は介護サービスにつなげるなどの支援をする予定です。
委員長	セルフネグレクト分野が広くて、つかみどころがないが、精神科領域でもこの問題を取り上げていて、うつ病、認知症などでセルフネグレクトになることもあります。この事例にも、親族がいる状態の中で、どのように支援していくかが課題とされます。

委　員	医療については、かかりつけ医がいるなら、助言をもらいながら、認知症疾患医療センターや精神科に結びつけたり、認知症初期集中支援チームがアウトリーチし、受診に結び付けるのも手立てとして挙げられます。
委　員	あまさぽは、高齢社会時代に向けて、地域包括ケアシステムの枠組みを作っていく組織です。個別の困難ケースあるいは、自発的な受診に意思のない方にアウトリーチや、サポートの手を差し伸べていくことは難しいが、在宅医療を必要としている方、訪問診療の確保が課題として挙げられます。身近な地域でどのような医師が在宅支援をやっていて、どういった医療処置をしているか把握しているので、個別で支援をすることもあります。また、ケアマネジャーが支援困難と感じる難病疾患、精神疾患のある方への介入が課題として挙げられます。
委　員	リハビリ職、理学療法士、作業療法士、言語療法士が今のところセルフネグレクトの方に直接的にかかわる社会資源は持っていません。それは、制度上医師の指示のもと動く形を取るため、直接援助、訪問診療の医師が入るためです。その段階でこういったことが必要ではないか、メンタル的なケアが必要ではないかと考えられる場合に、我々がそこに出向き支援することはあります。他には、医師を介さずに、行政とそういった取り組みをして、こういった方が発覚した時にリハビリネットワークに相談があれば、包括と連携して支援にあたります。 今回のケースでは、社会的に孤立されている、まず孤立した状態を打開しなくてはならないと考えます。
委　員	社会福祉協議会支援係は、断らない相談を目指して、様々な相談を受けています。引きこもりとか生活に困難を抱えている方の相談が多くあり、訪問、面談を通じて信頼関係を築きながら、就労支援が必要であれば、自立支援相談機関へつなぎ、少しずつ何か生活を改善していけるよう支援します。 他の自治体の社会福祉協議会を調べたところ、セルフネグレクトの事例があるようで、訪問を拒否される方が多いですが、何度も足を運んで、健康状態が心配なことを説得し続け、本人の支援のために協力できる自治会の役員、民生委員、近隣の住民を集め、関係機関が集まるような調整会議を開催し、その方が地域の中で暮らしていけるように、住民を交えて、解決を行っていく活動をしている例もあります。本会では、住民を交えてというところまでできていないが、そういう形を取っていかなければならないと考えています。
委　員	市内の包括で、以前このような事例でごみをため込んでいる高齢者の話があり、総合事業の訪問型サービスBで地域住民が団体を作っている例があります。その団体の住民がごみを撤去したことがありました。その時はコロナ前で、実際住民も今同じことをしてくれるのは、なかなかままならないところも現状にあります。例えば、行政が手を加えてごみを片付けた後の住環境の維持という面では、住民たちの見守り活動や自治会の見守り活動はできるのではないかと考えます。
委員	訪問型サービスBは、簡単なゴミ出し、掃除、家事援助等を支援の主としています。粗大ごみも出してほしいとお願いされて、ボランティアで引き受けてくれ

	た例もあります。
委　員	拒否から支援というのは、導入は難しいと考えます。実際、「ケアマネジャーとは何をする人だ」と信用できないと追い返されたケースもあります。サービスを拒否される方に「何をする人なのかわからない」という心理があったり、心の壁を作って拒否される方もいたり、かかわりをどのように進めていけば良いか難しいと感じています。事例の方も、まず室内の片付けをしていくことが介入の一歩なので、「何をする人なのか」がわかりやすい方が、最初にかかわる必要があります。例えば、身近な郵便屋さん、新聞屋さんは何をする人かよくわかる人なので協力いただき、会話の機会を持ってもらい、そこから本人の思いを少しずつ引き出すことができると良いです。 お一人暮らしの方は、構えられる方が多いと思います。ご家族と同居されている方は、ある程度スムーズに受け入れていただけると思います。
委　員	デイサービスセンターでは、最初にご自宅に行った時、「あんたたち誰？」「私は行かない」と拒否されたりすることがあります。私たちは情報という部分が大事で、疾患云々ではなく、何に困っているとか、何のために来るのかケアマネジャーの情報を元に行いますが初期の頃は拒否されます。でも、デイサービスに行ってほしい家族は、本人をどうしようということで、一旦は来ますが、つなげるところでは信頼関係しかないと思います。「デイサービスは何をするものなの」「幼稚園の延長か」と思われたりすることもあります。困難なセルフネグレクトのある方は、個別援助技術的で優れた人材でその人を理解して、理解しながら、１回ではなく、２、３回訪問する、というところで信頼関係を築かなければサービスにつながりません。とは言え、その人に対して時間を多く費やすことが、一人だけではないので時間的にも厳しいところがあります。こういう拒否される方に対してケアマネジャーの立場として何度も繰り返し訪問し、信頼関係を作らない限りはサービスにつながらないし、課題は解決しないと思います。可能であるなら、存在しないサービスがあるなら、スーパーバイザー的な、本当のマインドマネージャー的な感じの物のそういう人があって、何でも心を開かせて、その人たちが主治医の先生、サービス、ケアマネジャーにつなげたりできると良いと考えます。
委　員	実際、このようなケースはないですが、入所された時に介護拒否といいますか、誰にも関心がない方がいて、もともと入所されても部屋にいることが多くて、何か行事に誘ってあげたりしても首を振られるだけの方が、たわいもない話を色々して、そういうことを繰り返しやっていく中で「この人には聞いてもらえるかな」という感じが徐々に感じられ、冗談を言ってくれるようになった方もいるので、時間をかけて、繰り返し、信頼関係を築くには、時間がかかるかもしれませんが「あなたのことを大事に思っているよ」というのが伝わるような努力をしていくと上手くいくと考えます。
委　員	施設入所に後ろ向きで、無理やり入所させられ方で、ほとんどの介護を拒否する方がいました。部屋から出ないで、シーツ交換やお掃除も自分でやると言われましたが、結局、お部屋は汚いままでした。ある時探し物をしていたので、一緒に探すことができました。特養なので、その方の１日の生活が見れるので、その人が困った時に手を

	差し伸べてあげると、受け入れていただけることが多いと感じています。
委　員	ケアマネジャーは本来介護保険サービスのマネジメント、サービスの調整役と思いますが、非常に困難なケースであればあるほど何でも屋になっていることがあります。家族代理、受診同行、診察の付き添いをして家族の代りに話を聞くこともあります。 地域ケア会議は、個別ケースの問題解決になったり、地域の実情を把握したり、そこで新に支援策の掘り起こしをすることが目的と思いますが、この地域の問題ではなく国のレベルの問題だと思います。
副委員長	私から気づいた点、考えたことをお伝えできたらと思います。 １つ目はアウトリーチが必要ということです。 これまで福祉と介護の病気ではアウトリーチ、自分から出向いて行く。対象者のところに出向いて行って必要な相談とか支援をするということが必要とされているが、ぜひ医療の方でも、どうしても家族が医者に連れて行くことができなくて困っている方が多くいますし、相談業務を行っている中でも、本人が行かないと言ったら何がなんでも行かない、といった医療が必要な時に、医師が１回でも訪問してみていただけると良いと思いました。 2 つ目は、気長にかかわって、タイミングを見る。なかなか今日のようなケースの場合、本人が困っていない、病識がないといった中で、あきらめるわけにはいかないから、気長にかかわる中で、本人に困った状況が起こった時に介入する。気長にかかわってタイミングを見ることが必要と改めて思いました。 ３つ目は、ネットワークを組んで役割分担をしながらかかわっていくことの重要性を教えていただきました。 役割分担の中で、誰が何をするかというところで、信頼関係のある方にかかわってもらったり、かかわる中で信頼関係を構築していく重要性を感じながら、例えば医師、民生委員に声をかけられると応じるとか、住民の方にもネットワークの中に入っていただいて、専門職とは違った立場で見守ってもらうことが大事と思いました。 気長にかかわる中で信頼関係を構築することで、私の考えになりますが、信頼関係の構築は、３つの要素が必要です。「かかわりの質」「時間」「期間」が必要です。「かかわりの質」と言ったところで、じっくり時間をかけて、多分個別援助の基本では傾聴、受容、共感をじっくりする中で「かかわりの質」が上がっていくのではないかと考えます。 ご本人の目線に立って考えるということで、ご本人はどういう気持ちなのか、どう生きていきたいのか、ご本人が主人公として、ご本人がどういう気持ちなのか、どういうふうに暮らしていきたいのか、ストレングスの視点で支援し、社会参加ができるようになると良いと思います。 最後に、私たちは対人援助をする時に、ミクロレベル、メドレベル、マクロレベルと言います。ミクロレベルというのは、対個人、家族に対してどういうことができるか、メドレベルは、地域に対して、マクロレベルは制度、政策レベル。この問題を一

	個人の問題として捉えるのではなく、色々なレベルから課題分析をし、対応していくことが必要だと思いました。
委員長	色々皆さんにお話ししていただきました。 議題１に対して終了しても良いですか。 議題２のその他ですが委員の方からありますか。 昨年度、高齢者の見守りステッカーの配布事業が実施となって、利用している方が保護された例があったと聞きましたが、この事業について事務局より説明してください。
事務局	高齢者見守りステッカーの説明
事務局	以上をもちまして、本日の会議を終了いたします。皆さん本当にありがとうございました。