

①-1 フードバンク山梨\_ホームレス等生活困窮者に対する新たな食のセーフティネットを活用した生活自立支援のあり方に関する研究事業

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
A	女	不明	○夫あり。 ○猫を飼っている	○アパートで夫婦二人暮らし生活。	○収入審査の段階では月額7万円。	○家賃は42,000円。 ○うちは住宅扶助を受けている。	○不明	○資格はヘルパー2級を10年前に取得。ヘルパーの仕事は大変だった。 ○夫の前職はプレスの仕事。	○現在は生活保護を受けている。10月後半に申請に行き、12月前半でやっと受給することが出来た。 ○生活保護を受けるまでの2ヶ月間は生命保険の解約と失業保険でやりくりし、フードバンクの援助を受けていた。	○B市により車2台の処分と生命保険の解約をしなければ生保が受けられないと言われた。 また病院に幾つも通っているため、かかり過ぎだと言われている。	○夫は年末から無呼吸症候群で機械を付けたり、狭心症などの病気になる。 ○訪問日は38.9度の熱があり、寝ていた。病院までバスで通院。 ○Aさん自身は障害手帳2級。	○不明	○不明	○食糧不足からフードバンク利用。 ○生活保護の受給が決定しフードバンクの支援を終了。 ○最近はたまに炊き出しに参加し、時々お米やお菓子を貰っている。 ○食品支援ではシリアルなど硬い物が苦手だった。お米も足りなかった。 ○乾麺や調味料はとても活用できた。特にマヨネーズは嬉しかった。	○昨年パソコン教室の見習いに2週間ほど行った。パソコンには興味があり、覚えたい気持ちがある。 ○以前3週間で、食品が2箱届いた時に、1週間で食べ終わってしまった。もう少し量が多いと嬉しい。
B	女	44	○中学生の娘あり。 ○4度目の離婚。 ○祖母が近くに住んでおり祖父は57才の時に喘息で亡くなっている。 ○前夫はC県におり、母が先にC市に入り、娘は小学校があったため卒業と同時にC市に来る約束で祖母と暮らしていた。 ○娘は中学になっても友達と離れたくない為に、C市に行かず、その後暴走族と付き合いようになり祖母の家に留まっていた。	○今年1月に近くに知人が経営するアパートに敷金礼金無しで引っ越した。娘と2人暮らし。	○児童扶養手当・子ども手当あり。	○不明	○不明	○仕事はこれまでに、冠婚葬祭業(3年間)、老人ホームの調理補助、日帰り温泉施設、など。 ○ヘルパーの仕事も考えたが大変なわりに収入も少なく、椎間板ヘルニアでもあるので難しいと思った。 ○1ヶ月前には百貨店でバイトをしたが、合わずに3日で辞めてしまった。	○生活保護には抵抗がある。社協でお金を借りられると市より言われたが借金は絶対したくないので何とかやりくりしている。 ○冷蔵庫や洗濯機、ガスコンロもなくカセットコンロで対応している。	○祖母より相談を受け、C市へ一緒に連れて行った。C市では夫の暴力が度々あり、娘を顔が曲がるほど殴ったため離婚を決意し、夫の隙を見て市より紹介された一時保護施設に逃げ込んだ。それから実家のあるD県に戻り、アパートに入居できた。	○不明	○子育てに不安があり、不登校という事もあって仕事を始めると時間的拘束があり心配。 ○支援者は児童相談所へ一度相談することを勧める。また、生活保護を受けても働けたり、給食費等も免除になることを伝える。	○不明	○市の窓口でフードバンク山梨の事を聞いた。1月の引っ越しと同時に、食糧不足からフードバンクの支援を受け始める。本当に助かっている。 ○同じものばかり入っていると思うが、バランスが良く驚いた。お菓子は子どもがとても喜んでる。 ○子どもはお菓子にとっても喜んでおり、インスタントもありがたい。缶詰は嫌がって食べないが、うまく組み合わせて調理している。 ○鍋でお米を炊いている。	○現在職を探しており明日も面接がある。 ○運送業が自分に向いており、ハローワークでK社を紹介してもらい昨日履歴書を送った。 ○ボランティア活動に興味があり先日も震災復興のボランティアに娘と行こうかと話していた。

①-2 フードバンク山梨\_ホームレス等生活困窮者に対する新たな食のセーフティネットを活用した生活自立支援のあり方に関する研究事業

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
D	男	不明	○9歳年下の妻がいたが離縁している。	○アパートで一人暮らし。	○障害年金を受給しており、2ヶ月に1度28万円程受け取っている。(月に14万円)。	○国民保険は加入しているが18,000円でとても負担になっている。 ○移動はバスだが、タクシーも利用する。炊き出し会場まではタクシーで2,000円で行ける。	○不明	○職歴は、パン職人5年、ゴト師も経験有り。前職は新聞配達員。	○不明	○2/2市内で引越しをした。3度目の引越し。その前はA町に住んでいた。引越す理由は全て人間関係。 ○市の受け入れ態勢について不満があり、今回引越した場所がうまくいかなかったらもうここには住まない。	○新聞配達員。配達作業の休憩中でシャワーを浴びている最中に倒れ、妻が発見した。 ○その後右手と右足が麻痺。言葉が上手く話せない時期もあった。 ○現在は1時間程度であれば歩いても問題無く、調理も立ちながら作業できる。毎日出かけている。	○炊き出しは2、3回来ている。その際に片手でお盆を持っていたところ両手で持つようにと言われたが、自分は右手が使えず、心に残っている。色んな人がいるという事も配慮して欲しい。	○現在はパチンコにもよく行く。訪問日には終了後パチンコ屋に送って欲しいとの要望有り。 ○サークルなどの集まりにもあまり参加しない。気を使う事や男性も苦手。たばこは大好きだがお酒は飲まない。	○市議とは2、3回やりとりがあり、フードバンクを紹介してもらった。食糧不足からフードバンク利用 ○手紙はとても良かった。フードバンクの支援以前は1週間食べない日もあった。 ○食品は2週間分だが4日で食べ終えてしまう。その他に知人が差し入れを持ってきてくれる。 ○自炊はしており、野菜はキャベツかレタスを購入して食べている。 ○醤油が2本届いたことがあった。マヨネーズ、バターなどの調味料、インスタントラーメンが出来れば欲しい。	○食品以外のマスクなどはいらないが、タバコは欲しい。野菜もいらぬ。その他、生ものが嫌い。
E・F	女	不明	○8人避難してきたうちの4人がA市に住んでいる。インタビュー中は娘と孫2人は公園に行っていた。	○B市で3/11の震災に遭い、3/14よりC避難所に1週間いた。その後親戚がD市に別荘を持っていたためそこに1週間いさせてもらった。 ○Eの知人がA市在住の方を紹介してくれたため、色々手助けしてもらいA市の団地に住めることとなった。その知人には神社に連れて行ってもらった。とてもお世話になっている。	○夫と娘の旦那さんからの仕送り内職でやりくりしている。支援前もお金があり、食料に困ったことは無かった。	○不明	○不明	○Fさん夫婦は自営業を営んでおり、娘の旦那さんはGの下請会社に勤めている。	○娘夫婦は昨年8月に新築を建てたばかりで半年で震災に遭ってしまった。売ればいいが、価値は低い。	○原発の自主避難地域になっており、帰ろうと思えば帰れるが、子どもが生活するのに制限がある為心配で帰れない。例えば、上の孫が4月から行く筈だった小学校では親が必ず送迎をしなければならない。学校を一番に除染してくれたが、現在でも外に出る時間が制限されている。	○不明	○不明	○Fさんは娘と内職で縫い物(子供服の縫い付け)をしている。月3万円程だが自分に合っていて楽しい。	○当初、4月には戻りたいと思っていたが、まだ帰れる状況ではなく、A市のG小学校へ入学を決めた。現在は幼稚園に通園している。義援金を国と県から第1・第2回は貰った。賠償金の申請は未だしていない。 ○H県へ避難してきてすぐにフードバンクを紹介してもらった。 ○ご近所との関係も良好で、引越した当初は生活用品だけでなく鍋や生活用品などもいただいていた。今も野菜などを良く貰っている。	○現在は8人から4人になり、食品が食べきれない。 ○3才の孫が卵アレルギーなので食料の成分が分かるようにしてもらえると嬉しい

①-3 フードバンク山梨\_ホームレス等生活困窮者に対する新たな食のセーフティネットを活用した生活自立支援のあり方に関する研究事業

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
G	男	51	○老母あり。Gさんは51才で3人兄弟で末っ子。 ○一番上の兄はB町に夫婦と子ども2人で住んでおり、心配してよく差し入れなども持ってきてくれる。 ○次男は10才以前に交通事故で亡くなった。父は仕事をせず、酒を飲み、暴力もあった。	○借家、母と2人暮らし	○収入は母の年金が月に7万円。	○月のうち家賃が4万円で後の3万円で母のデイサービスやリハビリに通い、光熱費と食費をやりくりしている。	○失業保険や退職金もなく貯金もない。	○Gさん自身は78年前まで職人をしており（主に住宅基礎）会社が倒産し、職を失った。	○破産宣告歴有り。スナックのママに騙されて名前を貸してしまい500万円の借金を負ったため。	○現在職を探しており面接にはかなり行っているが歳等を理由に断られてしまう。資格は原付のみ。学歴は中卒。 ○生活保護は受けていない。これまでに2度相談に行ったが、受けられなかった。母がいるからだと思ってる。	○5年ほど前に脳梗塞になる。また、42歳の時にひき逃げに遭い、5ヶ月間も入院していた。 ○老母のデイサービスは毎週月水金、リハビリは火木。母は左手と足が不自由で障害手帳2級。D病院へ通っている。	○フードバンクの支援を受ける前は食べ物が無い日が多くあった。 ○今は本当に助かっている。箱が届くととても嬉しい。フードバンクからくる手紙を読むと心がジーンとして、あるのとないのでは全然違う。 ○調理が母がし、野菜だけ安売りしている時間に買い、栄養のバランスを良くしている。要望は何もない。量も丁度良く、100%完璧。	○不明	○支援者はある方を通じて相談したが、本人が行けば生活保護を受給できる可能性が高い。今後、C保健福祉事務所へ相談に行くように伝える。	
H	女	50	○家族構成は3兄弟と3男の嫁（Hさん）の4人。 ○長男のCさんは57歳。次男は55歳。Hさんは50歳。27歳の時に嫁いだ。 ○兄弟の両親はHさんが嫁いですがすぐに亡くなった。 ○4人の食事はHさんが作っている。	○4人暮らし。 ○家の前には畑（50～100）もある。そこでじゃがいもやナスなど野菜を少し育てている。 ○現在はE町の方に持ち家あり。車は軽トラックと軽自動車がある。	○不明	○不明	○不明	○職歴についてはCさんはアルバイトで農業をしていた。 ○次男は現在も時々アルバイトしている。 ○兄弟はアルバイトしか働いたことが無い。Hさんも中卒で運転免許も無いため仕事を探しているが見つからない。 ○3兄弟は高卒で運転免許も有り。 ○Hさんは高校時代いじめに遭いあまり通う事が出来なかった。（高校中退のため学歴中卒）	○国保は払っていない。 ○おばさんにお金を借りている。	○電気、ガス、水道などは止まりそう。 ○E市では生活保護の相談に行ったが断られた。車もありまだ働けると言われた。それからは不安で相談には行けなかった。	○Cさん（長男）とHさんの夫（3男）は手・口など神経に障害がある。手が震えるなど。20歳前後から。 ○CさんはD病院に通っているが、Hさんの夫は病院が嫌いで通院していない。足も悪く、筋が痛いと言いつい近所位しか歩けない状態。 ○2人とも障害手帳なし。	○住んでいる場所は農業振興地域に入っている。1日2回しかバスは通らないので車が無いととても移動が困難になる。	○炊き出しは本当に助かっており、とても楽しみにしている。	○フードバンクから届いた食品は3日で食べ終わってしまう。とても足りない。 ○調味料なども使うので嬉しい。	○不明

②-1NPO 法人 自立支援センター ふるさとの会 ホームレス等配食活動・緊急居住・相談事業

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
A	男	60代後半	○不明	○ホームレス生活	○不明	○不明	○不明	○1 県生まれで、20 歳で上京、その当時はサラリーマンとして働いていた。 ○その後、30 年程日雇いで生活を送る。	○6-7 年前までは山谷のドヤで日雇いの仕事をしながら生活していたが、高齢になり、仕事が減り収入が減ったため、ドヤ生活が困難になる。	○生活困窮から路上生活を始めるに至る(テント生活は5-6年)。 ○生活保護を勧めた際に、Aさんは「興味がある。生活保護を受けたい。」と積極的に話してくる。まず、流れ(福祉事務所に行くまでや、その後の生活の内容等)を説明する。彼は話を聞いていたが、表情が晴れず、曇った顔をする。 ○じっくりとAさんの話を聞いていると、行政や、支援者の活動に不安や不信があることがわかった(「夕方に福祉事務所に行ったら、相手に舐めていると思われるのではないか?朝一番でいかないと保護を受けてくれないのではないか?」等)。	○不明	○不明	○不明	○翌週、また翌週と、時間をかけて毎度、世間話を交えながら、流れの説明や支援者の活動等を説明し、Aさんとの信頼関係を築いていった。社会との壁を持つ路上者は多いが、Aさんもその一人であった。こういった活動をすることで、壁を取り除いていき、ようやく保護申請に至った。 ○生活保護受給開始後、当法人の施設に入所し、夏祭りなど、当法人が催すイベントに参加をしていった。 ○社会との関係も徐々に築き、生活も安定していることから、Aさんは現在、当法人の施設から転宅してアパートでの生活を送っている。	○不明
B	男	70代後半	○妻あり(不在)	○ホームレス生活。テントでなく段ボールを敷いた上で、生活を送っていた。	○時折、奥さんのいる地方に年金(お小遣い程度)をもらいに行っていた。	○不明	○不明	○中学校卒業後、建材関係の仕事場に就職する。その後は会社員として輸出関係を行う。 ○最終的には、とび職をし、60歳過ぎまで仕事をしていたが、職が無くなり、路上生活となる。	○不明	○奥さんと連絡が取れなくなる。見に行くと、奥さんの住んでいたビルが取り壊しになっており、どこに行ったかも分からなかった模様。困り果て、路上生活を続ける。 ○目が見えにくくなったことと、路上生活をしていた際に、高校生に石を投げられ自転車を壊されてしまい、炊き出しにもいけなくなる。	○当初、「手が痛い。」という体の不調の訴えから、Bさんとの関わりが始まった。 ○年齢もあり、体の不自由さも気になった。	○当法人施設の入所中の生活から、認知症の気があり、生活面での支援が必要であると考えた。	○不明	○Bさんは我々と毎週関わるごとに、慣れてきたのか、表情もだんだんと柔らかくなっていき、身の上(奥さんがいること、年金があること等)の話をし始める。Bさんが生活保護を受けた後は当法人施設の入所が決まった。 ○支援者はアウトリーチ中のBさんの様子が入所中の生活から、介護保険が必要であると施設に提言し、介護保険を受けるに至った。 ○結果として、介護が必要なBさんを路上生活から安心した生活へと支援することができた。 ○Bさんは現在も、そこで見守りの中、落ち着いた生活を送っているが、今後も生活支援を継続していきたいと考えている。	○不明

②-2NPO 法人 自立支援センター ふるさとの会 ホームレス等配食活動・緊急居住・相談事業

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
C	男	80	○身寄りがない。	○アパートで一人暮らし生活。	○不明	○不明	○不明	○集団就職で上京してから、長く墨田区に暮らし、パチンコ店などで働いてきた。 ○70代に入ってから仕事なくなる。	○不明	○「たまゆら」の被災者である。 ○収入が無くなったことによる生活保護の受給と認知症に対する介護保険サービスの利用に対するそれぞれ申請の支援を行う。	○生活保護を申請した頃から認知症を抱え、アパートで失禁をするようになった。	○不明	○不明	○2007年に福祉事務所のケースワーカーの取り計らいで「たまゆら」に入所。現在も短期記憶の障害は重いが、「たまゆら」の火災のことはよく覚えている。 ○火災後に墨田区内の「自立援助ホーム」に転居。24時間常駐のスタッフによる生活支援（Aさんの場合は食事、服薬の見守り、医療や介護サービスなどのコーディネートなど）、訪問診療、訪問介護（要介護2）などのサポートを受けながら、安定した生活を送っている。	○「（新しい）人の名前も道も覚えられない。できればずっと同じ場所で暮らしたい」と語っており、公園の清掃や草むしりを日課にしている。近隣の人のお付き合いも良好である。
D・E・F・G	男	D65・E70・F67・G75	○隅田川のテラスで一緒に暮らしていた65歳から75歳までの4人の高齢者。	○居住の安定の為に公園から東京都の借り上げアパートに移る事業（ホームレス地域生活移行支援事業）に参加 ○墨田区内のアパートに移った（X年とする） ○転宅後も友達づきあいを続け、各自の自宅を歩き来したり、法人が運営する施設に来ることもあった。	○Eさん 年金（後にDさんが管理） ○Gさん 生活保護	○不明	○不明	○Dさん（65歳、元調理師） ○Eさん（70歳、元電気工） ○Fさん（67歳、元酒屋店員） ○Gさん（75歳、定職歴なし）	○（X+2年）DさんがGさんを引き取り、自宅で生活させたこともあったが、Gさんはその後も行方不明になり生活保護が打ち切られてしまった。	○同右	○4人がアパートに移った（X年）後、4人全員の3年あまりまでのあらし。 ○はじめに病気に罹ったのは、しっかり者で世話役のDさんで、胃がんだった。 ○（X+1年）次に、入退院を繰り返すDさんの世話をしていたEさんが脳梗塞で倒れ、車いす生活になった。 ○（X+2年）Dさんの癌の転移が判明する。Eさんは車いすのため、Fさんが頻繁にお見舞いに行ってくれた。GさんもEさんやDさんの世話をしてくれたが、失踪癖があった。 ○（X+2年6ヶ月）Dさんが入院し、久しぶりに南さんを含め4人揃うが、入院して4ヶ月後にDさんは緩和ケア病棟で亡くなった。 ○さらにDさんの火葬の日、Fさんから「参列できなくなった」と連絡があり、後日Fさんにも肺がんが見つかったことがわかる。 ○（X+3年）Eさんが2度目の脳梗塞を起こし入院。Gさんが面会に通う。面会の足で晃荘に寄るので、リビングでコーヒーを飲む姿はさながら晃荘の一員だった。Eさんはその10日後に心筋梗塞を起こし、入院先で亡くなった。	○（X+2年）Fさんは何度もリビングに同行しては、「Gさんの支援をお願いします」と支援者に頼んできた。	○不明	○（X+1年）Eさんが転院したりハビリ病院のソーシャルワーカーからは都外の有料老人ホームを勧められたが、ちょうど区内で高齢者向け自立援助ホーム「ふるさと晃荘」3が開設したため、Eさんはそこに住み替えた。 ○（X+1年）Eさんに世話をされていたDさんが今度はEさんの車いすを押してリビングに連れていってくれるようになった。Eさんの年金の管理もDさんが引き受けてくれた。 ○（X+2年6ヶ月）頃、GさんがEさんの住む晃荘に日常的に出入りし、頻繁に喫茶店などへ外出するようになるが、路上生活のため、ふるさとの会の宿泊施設に入居して生活保護を再開した。 ○（X+2年6ヶ月）スタッフの記録によると、Gさんのこと（路上生活）が心配でなかったEさんは、「（安心して）真っ赤な顔で涙腺を緩ませた」という。	○不明

②-3NPO 法人 自立支援センター ふるさとの会 ホームレス等配食活動・緊急居住・相談事業

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
H	女	80代	○連絡を取れる家族はない。	○区内の自立援助ホームに一人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○中卒後、旅館の仲居や清掃などさまざまな仕事についてきた。	○不明	○70歳の時に路上で倒れているところを保護された。ホームレスの為、福祉事務所がアパート設定をしたが、生活保護費をなくしてしまうため成年後見制度の利用申し込みをした。 ○入居後も迷子になっては職員が迎えに行くことを繰り返した。入居中は、夜間の徘徊や、他人の物を盗んでしまう（自覚はない）ため他の入居者とのトラブルも度々生じた。	○アルツハイマー型認知症、生活保護受給、要介護4。	○地域の協力で支えてきたが、迷子になることが増え、また昨年の猛暑で食中毒を起こすなど独居生活に危険が伴うようになったため、サポートセンターを通して区内の自立援助ホームに入居した。	○不明	○介護保険サービスのほか、民生委員、社協、地域包括、ケアマネージャー、配食サービス、地域のスーパー、ふるさとの会のサポートセンターなど、地域の協力で支えてきたが、独居生活に危険が伴うようになったため、サポートセンターを通して区内の自立援助ホームに入居し、生活を維持しながら特養待機した。 ○住み替えの支援と、他者との関係性の支援に重点を置いたケースであった。	○不明
I	男	90	○連絡の取れる家族はいないが、同じ団地で気にかけてくれる人はいる（サービス担当者会議にも参加）。	○都営住宅でひとり暮らし。	○生活保護受給。	○不明	○不明	○不明	○不明	○認知能力と食欲が低下し、日常生活に支障が出ていた。	○既往症は胃癌、高血圧、認知症。 ○夏に入院してから布団を敷かず床で寝るなど認知能力と食欲が低下。	○足が痛く一人では外出できないため、通院の時以外は部屋を出ることはない。	○不明	○地域包括、ケアマネージャーなども関わっている。 ○サポートセンターの関わりは、お話し相手（宗教の話など）、土日の安否確認など。 ○デイサービスへの通所は拒否。	○気軽に立ち寄れる地域の居場所がほしい
J	男	40代	○不明	○失業、ネットカフェ、路上生活を経験。	○不明	○不明	○不明	○大卒後、銀行に勤めるが、家業を継ぐため退職。 ○その後失業、家族との不和などが原因で路上生活になり、福祉事務所でふるさとの会の仕事を紹介された。	○不明	○40代半ばで支援されてる側から支援する側である介護事業NPOの職員となったケース。 ○失業前は職人の仕事をしていたので、ハローワークに通っていたときも、介護の仕事はたくさんあったがまったく興味はなかった。だが、40代で再就職は難しい。資格があっても仕事はない。彼自身も採用する側にいたから分かるそうだが、40代というだけで履歴書を読まれない。ヘルパーはそういう条件はなかったが、住所がないと信用されない。 ○東京都の「緊急就労・居住支援事業」に参加し、主に高齢者が暮らす宿泊所の補助要員として採用されたが、本人へのインタビューでは、最初の一週間は仕事に行くのが嫌だったという。	○不明	○路上生活の時の気持ちを聞くと、最初、福祉事務所に相談に行くことには迷いがあったという。落ちぶれると思ったそう。しかし野宿はきつい。眠れないし、精神的に追い詰められ、食事もできなくなった。何とかしないと、という焦りばかりが増幅する。	○不明	○（緊急就労は）保護より仕事だったので入りやすかった。福祉事務所にすぐに電話してくれたのもよかった。 ○最初は嫌だったという宿泊所の仕事だが、入居者と会話を重ねるうちに、自分の変化を感じたそうである。「こう言っているかわからないが、爺さんたちが『かわいい』と感じるようになった」。 ○ではどのように接しているのか。彼はこんなエピソードを話してくれた。「たとえば『巨人はどう？』と聞くと、新聞を出して説明してくれる。すると、浅草の演芸の宣伝が載っていたりして、聞けば昔の話をしてくれる。それで考えてみたら、自分はおばあちゃん子だった。学生時代はおばあちゃんの家が近くて、授業の合間に遊びに行くと、こたつでみかんを食べながら夕方の水戸黄門をみたりしていた。だから、10時には暴れん坊将軍、4時からは水戸黄門とか、お年寄りの生活リズムを身近に感じる…」。	○不明

③北九州市「いのちをつなぐネットワーク事業」の地域支援機能に関する研究報告書

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
A	男	63	○家主がAの親戚らしい。 ○子どもは、行方がわからない。連絡もないとの事。	○アパートで独り暮らし。雨戸を閉め切っている様子が見えない。	○年金月5万円ぐらい。	○不明	○不明	○不明	○不明	○民生委員が前から気になっているケースで、以前、隣の担当世帯（高齢者夫婦）に訪問した際に、当ケースの事を聞いた。 ○60歳前後の男性が住んでいるが、雨戸を閉め切っている様子が見えない。近所付き合いもなく、生活実態不明。 ○家主はAさんの親戚らしいが、Aさんは家賃を滞納していて、Aさんの様子が見えるどころか、逆に民生委員に尋ねる。 ○今までに何回か訪問するが、面接できていない。 ○その後の民生委員宅訪問状況の確認及び共有「依然、Aとは面接できていない」 ○民生委員と家主の家賃督促を理由に家主・民生委員と一緒に鍵あけていちどA宅に入ることを検討。 ○民生委員がA宅の隣の要援助世帯を訪問した際に、A宅のドアが半開きになっているのに気づき、すかさず声を掛け、ようやくAと面接成功。 ○Aは、寝ていたのかパンツ一丁で、体調は悪い。買い物は週一回くらい。 ○子どもは、行方がわからない。連絡もない。お金もあまりない。以前生活保護は断られた。民生委員が再度訪問の約束と連絡先をメモして帰った。	○体調不良の訴え。	○不明	○不明	○民生委員へ「Aさんの生活保護相談履歴なし」、「収入状況」等と連絡。親戚（家主）等と連絡をとって様子を見てみることを指導する。 ○民生委員は当初の心配であった孤独死（餓死）に対して非常に心配していたので、なんとか生活はできているような収入状況であることが分かったので少し安心した。 ○一度来所させ、生活保護等の相談を検討。その後、民生委員がAを連れて来所。 ○経済的困窮及び体調不良の訴えがあるため、保護課面接相談係長に引き継ぐ。 ○「63歳男性 アパートに一人暮らし、近所との交流なく（生活実態不明）、真夏でも雨戸を閉め切っている」→本事業のイメージする孤独死防止にぴったりな状況であった。結果的に、本人と面接→経済的困窮の要因解消（生活保護適用） ○支援の後日談としてつい先日、近くを訪問していた民生委員さんがAさんに声を掛けられた。 ○Aさんは明るい声で「これ、持って帰って」と、家庭菜園で作ったナス、きゅうり、トマトを手渡した。見てみると、立派な家庭菜園がアパートの裏に出来ていたの、「立派やねー。上手やねー。」と声をかけたら、笑顔をみせていたとの事。	○不明
B	男	75	○Bさんの妻が4年前に亡くなった後、親族は遠方に弟が一人いるのみ。	○持ち家で一人暮らし。	○経済的な困窮はなし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○H21年1月自宅にて倒れているところを近隣住民が発見し、救急搬送された。 ○退院後、地域で見守っているが介護保険サービスの導入を受け入れようしないため、地域に負担が出始めている。また、室内はゴミだらけという情報あり。 ○同様の相談が民生委員からも寄せられ、地域で問題となっていることが伺われた。 ○これまで、地域からの援助や支援を受け入れようとせず、近所づきあいはほとんどなかった。気難しい性格で、プライドも高い。 ○統括支援センター、いのちネットの職員が訪問し、本人と面接した際も自宅訪問は断られ、喫茶室での面接となる。 ○今、一番困っていること（ニーズ）を聞き取り。現在、ゴミ出しが苦勞しているとのこと。 ○日常の行動を縛られたくないと、定期的な訪問を拒否。	○持病があり、手の震えや歩行困難など最近悪化している様子。	○不明	○不明	○地域は一戸建てが並ぶ住宅街で経済的に恵まれている家庭が多く、住民の意識も高い。 ○関係者（統括支援センター、介護事業者、民生委員、いのちネット）でカンファレンス開催。今後の支援方法を話し合う。介護保険認定されるまで、ゴミ出しのため自費によるヘルパーを週1回導入。 ○人間関係を築きながら、他サービスへ広げようとするも、本人が、当日突然サービスを断わるなど計画通りに進まず。	○不明

④-1 NPO 釜ヶ崎支援機構\_会報 45号「あたらしい社会保障をめざして」(2011年「大阪希望館(住まいをなくした人の再出発支援センター)」の相談者

※親世帯との関係に問題があるというコミュニケーションが低い家庭環境の中で、高いコミュニケーションスキルを要する職業への就労困難事例

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
A	男	20代	○父親と2人暮らしだったが、父親が仕事がなくって生活に困り、知り合いの女性のところを頼ったため、最初は3人で暮らしていたが居づらくなって家を出た。	○ネットカフェで生活していたが仕事は見つからずに困窮、相談に来て希望館に入居した。	○不明	○不明	○不明	○Aさんは、高校を中途退学した後は、スーパーのバイトを4カ月程度しただけの職歴しかなかった。 ○希望館に入居後、精神的自立と、正規就職に持ちこたえられるだけの自信が必要と判断して、「社会に出す」ための支援を開始した。 ○かなり勉強量が多い訓練だったが、がんばって終了、身につけた自信と表現力をもとに、積極的に就職活動をしてアパートもかまえ、何回もの就職活動の後、清掃関係の正規職を見つけることができた。入居から卒業まで9カ月を要した。	○不明	○おとなしくて、自己表現をするのが苦手、みんながいる場では緊張してうまくしゃべれない。 ○「どんな仕事をしたい?」と聞いても「スーパーの仕事」と答える。それは、たぶんイメージできる仕事が、その仕事だけだったのだろう。	○不明	○不明	○不明	○希望館の就労意欲継続訓練の後、住之江公園・住吉公園の就労体験を活用し、まず働くこと、働く場で他の人と打ち解けて自分を表現できるようになることを目指した。 ○その合間に、専門職であるキャリアカウンセラーとの相談、公的機関の心理判定員のボランティアでの相談を入れていった。できるだけ多くの人と話し、コミュニケーションの力をつくるためである。 ○そうして、ようやく就職に向けて進めるために基金訓練(職業訓練)に入った。そこでも「販売士」養成講座、セールスマンになるというよりも、社会性とコミュニケーション能力を高めるためである。 ○Aさんと関わって思うのは、親・学校という世界からアルバイトに入っていたとしても、そこで求められる社会性やスキルと、正規職に求められる社会性やスキルとのギャップはきわめて大きいこと。 ○親や企業という支えがない時、精神的自立と社会性の自立もふくめた就労支援がなければ、いくら若くても正規雇用の入り口にも立たせてもらえないということだ。 ○住むところを失った、そこからの再出発だけでなく、社会への出発自体を支援していかなければ、こうした若者を自立に向けて支えていくことができない事例。	○不明
B	男	30代	○不明	○簡易宿泊所から希望館入所	○会社都合で雇用保険ももらえなかったが、住民登録ができないために申請することができなかった。	○不明	○不明	○製造派遣で会社の寮で暮らしてきた。 ○ラインに立ち、同じ作業を毎日繰り返してきても苦にはならず、いくつかの現場を会社の都合で変わったことはあるが、自分でやめることもなく10年間続けてきた。 ○事態が変わったのは2008年秋のリーマンショック。その年末に仕事を失った。 ○Bさんは「物相手の仕事をしてきたので、今後は人相手の仕事をしたい」とヘルパーを希望していた。失業手当をもらいながら職業訓練でヘルパー講習を受講。よく頑張ったので、資格を取って、失業手当をためた金でアパートを借りて就職活動を開始した。 ○生活リズムとモチベーションを回復するために、「おおよど縁パワーネット」事業の訓練生として、昨秋から雇用。仕事にはしっかり出てきて活動している。	○不明	○仕事を失い、わずかの持ち金をもって、最終的には釜ヶ崎の簡易宿泊所に泊まるようになった。 ○派遣の仕事を探すときの就職活動や面接と、ハローワークを通しての介護ヘルパー求職活動や面接はまったく違い、そこでのプレッシャーやなれない世界への挑戦で、すぐに部屋にこもる生活になってしまった。 ○製造業で物相手に10年間働き続けることができたスキルと、介護ヘルパーとして人を相手に仕事をするスキルの違いに戸惑い、立ち止まり、うまくいかない就職活動の中で、自分に自信をなくしていった。	○精神的肉体的にも疲弊して体の状態が悪くなり、就職活動もできずに困窮していった。	○不明	○不明	○相談に来て、2010年1月末に希望館に入居。まず住民登録をして失業手当を申請した。ただ、合同就職面接会の当日には、まったく寝つけず、結局参加することができなかった。 ○Bさんは、ある会で次のように言っていた。「何より自分に家がないことを、嘘をつかずに話せるようになったことでずいぶん気持ちが楽になりました。派遣で働いているときには、普通に帰る家があり、そこには両親や家族がいるような顔をしていたので、しんどかったです。」 ○Bさんも親との関係が成り立たなくなって、ひとりで派遣の寮で暮らしてきた人だった。希望館に入って、同じ境遇に置かれた同年代の仲間と知り合うことで、はじめて自分の居場所をもつことができた。 ○おおよど縁パワーネットで雇用したのは、苦手としてきた対人関係やはじめての人とのコミュニケーションスキルを、地域の住民活動を手伝う中で身につけて自信をもってもらえるようになるためである。	○不明

⑤-1 ニッセイ基礎研究所\_セルフ・ネグレクトと孤立死に関する実態把握と地域支援のあり方に関する調査研究報告書 孤独死の事例

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
A	男	80代	○頼りにしていた長男が病死。	○賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。近隣の交流あり。朝方まで風呂場の電気が点いていることを近隣者が不審に思い、民生委員に連絡。風呂場での死亡を発見。死後1日経過。 ○「孤独死と捉えるべきなのでしょうか」との記述あり。	○不明	○一人暮らし生活を大変不安に感じており、近隣の民生委員が毎日見守り支援をしていた。	○不明	○死亡当日～死後1日目までに発見された事例。	○不明
B	男	70代	○長男あり。	○賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。近隣の交流あり。玄関先で倒れているところを近隣住人が発見した。死後1日経過。	○死因は急性大動脈解離。	○介護サービス（訪問、通所）が週5回であったため、生活環境は良好であったが、長男が市外に住んでいたこともあり、寂しいと話していた。 ○精神的には孤独であったのかと思う。	○不明	○死亡当日～死後1日目までに発見された事例。	○不明
C	男	70代	○親族あり。	○賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。近隣を始め他者との交流を持たず。自宅の居間の布団の上で死亡しているのを在宅介護に訪れた者が発見した。死後半日経過。 ○介護サービス以外は孤立状態。	○循環器系疾患の疑い。	○在宅介護サービスの利用により、心身の状態や生活環境の改善が見られていた。しかし、親族との交流はなく、他者との関わりを持とうとしなかったため、本人の暮らしに関わりの深かった人はホームヘルパーのみであった。	○不明	○死亡当日～死後1日目までに発見された事例。	○不明
D	女	80代	○家族はいない。	○賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。近隣との関係良好。訪問介護サービス利用日で、いつもなら鍵も開けて待っていてくれるが、玄関が閉まっていた。電気は灯いているが応答なく、異常に気づいた。浴場で溺死。死後半日経過。	○不明	○Dさん自身には家族がいないが、近隣との関係が良く、人の出入りは頻繁にあったが、あまり迷惑をかけたくないという気持ちがあり、一人で無理をする傾向にあった。	○不明	○死亡当日～死後1日目までに発見された事例。	○不明
E	女	60代	○市内に住む姉あり。	○賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。サービス提供日に訪問したヘルパーが、家に鍵がかかっていた為、市内の姉に連絡し、鍵をあけて入ったところ、浴槽内での死亡を発見。死後1日経過。 ○姉はEさんのことを心配していたが、サービス導入時には負担感も訴えていた。	○不明	○Eさん本人は当初サービス利用を拒否していたが、家族と事業所の関わりでようやく訪問介護を受け入れ、開始したばかりであった。 ○それまでの自宅内はゴミだらけであったが、少しずつ清潔になっている途中だった。	○不明	○死亡当日～死後1日目までに発見された事例。	○不明
F	男	70代	○親族との交流はなし。	○古い賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。近隣を始め他者との交流を拒絶。近隣住民より「異臭がする」と民生委員に連絡。警察に通報して発見。死後3日経過。 ○生活は自立。地域包括支援センターへ自分から連絡することもあり、月1回程度のやりとりあり。呼吸苦、心疾患あったが、気が向けば受診するという感じで、必要な治療には至らず。	○病死。	○もともと対人関係に拒否的で、近所つきあいをせず、大きなトラブルはないが、周囲からも「つきあいくい」と思われていた方。	○不明	○死後2日から3日目までに発見された事例。	○不明
G	男	70代	○子供あり。	○古い賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。隣人が臭いの異変に気づき、警察に通報。警察官の立ち入りで発見。死後3日経過。 ○家族や近隣から孤立した状態の上数年前からマンション管理費を滞納するようになり、マンション内でも「問題のある人」という見方をされ、更に孤立化。 ○地域包括支援センターが関わり始めた頃には、第三者の関わりはなく、包括職員も数回会うことが出来たのみ。	○1年程前の火傷を治療せず、入浴ができなくなり悪臭あり。	○妻と別れ、子供とも交流がない状態で、近隣住人と接することなく孤立した状態で生活。	○不明	○死後2日から3日目までに発見された事例。	○不明

⑤-2 ニッセイ基礎研究所\_セルフ・ネグレクトと孤立死に関する実態把握と地域支援のあり方に関する調査研究報告書 孤独死の事例

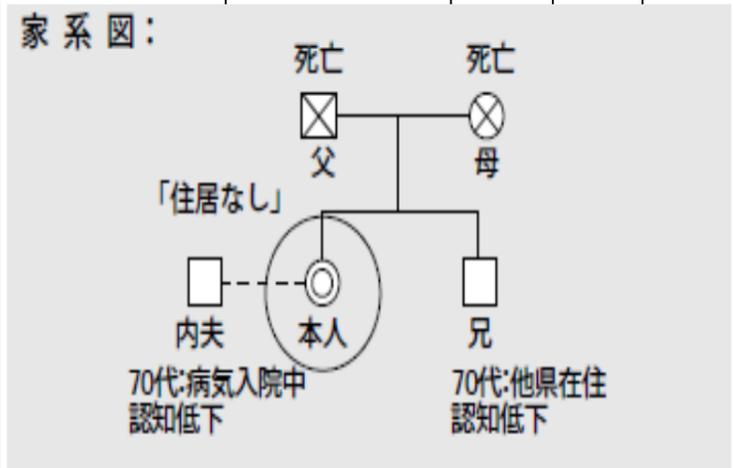
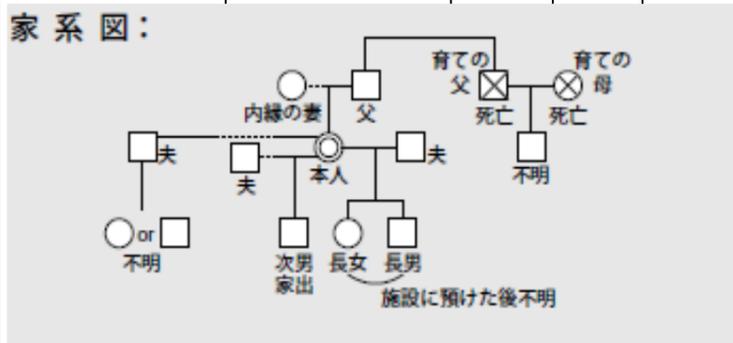
氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
H	女	80代	○遠方の親戚による月1回以上訪問あり。	○同居の妹を亡くし賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。数日前より具合が悪いと聞いていたため親戚が訪問したところ死亡していた。死後3日経過。 ○50年以上定住していた他県より本市へ転入して20年になるが、本人は転居地でとけこめず、未だに現居住地の地理も分からない。知人の多い前居住地が恋しいと言っていた。	○死因は熱中症と急性心不全と推定。	○親戚は遠方居住のため緊急時への不安感あり。 ○近隣住人との交流が上手くいかず、同居の妹を亡くし、心の拠り所がない状態であったと思われる。	○不明	○死後2日から3日目までに発見された事例。	○不明
I	女	70代	○独身。 ○親族(兄弟)と疎遠。	○賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。新聞が郵便受けにたまっていることを不審に感じた新聞配達員が、民生委員経由で地域包括支援センターに連絡。親族や近隣に不在の連絡もなく、警察立会いで確認し室内での死亡を発見。死後5日経過。 ○包括職員や役場職員が訪問してもドア越しに会話ができる程度で生活の様子が伺えず。福祉サービスの利用も「大丈夫」と拒否。	○不明	○近隣との関係は悪くなく交流はあったが、独身で親族(兄弟)と疎遠。	○不明	○死後4日から7日目までに発見された事例。	○不明
J	女	60代	○施設に入所している夫あり。 ○半年に1度くらい訪問する妹あり。	○賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。近隣住民より悪臭がすると訴えがあり、警察と家主が立ち入り死体を発見。死後5日経過。 ○長く施設に入所している夫を見舞いに行くことが他者との交流の機会であった。半年に1度くらい妹が訪問。	○体調は悪かったが病院に行くことを嫌っていた。	○日々の暮らしには問題はないが他者との交流を好まない様子。	○不明	○死後4日から7日目までに発見された事例。	○不明
K	男	80代	○近くに住む息子夫婦あり。	○賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。近所に住む息子が、顔が見えないので訪問し発見。死後4~5日経過。 ○年金が入ると全てアルコールへまわして、家に閉じこもる。近所の方への対応がしつこいところがあった。 ○少しの間、福祉サービスを利用していたが、金銭的な問題で中止。その後の利用はなし。 ○本人の行動から近隣との関係は疎遠であったが、すぐ近くに息子夫婦が居たので、安否確認はできていると思っていた。	○不明	○近隣住人との交流が上手くいかず。	○不明	○死後4日から7日目までに発見された事例。	○不明
L	女	70代	○婚姻歴なし。 ○子供なし。 ○兄弟との交流も途絶。	○賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。連絡のためケアマネージャーが訪問した際、ポストに新聞がたまっており、鍵の開いた玄関下に倒れて死亡しているのを発見。死後11日経過。 ○不衛生な状況。他人の関わりには強い拒否が見られ、必要な医療や介護サービスは受けず。時々外出するも近隣の声かけに応じず。 ○プライドが高く、徐々に状態が低下する自分の姿を他人にさらすことに強い抵抗があった様子で、周囲との関係も次第に疎遠に。婚姻歴なし。子供なし。兄弟との交流も途絶。 ○近隣や家主は心配し、民生委員に相談。区、地域包括支援センターに相談があり、訪問している中での死亡。	○Lさん本人は汚れた衣類を身につけ、長く入浴していない様子が伺え、強い尿臭がするなど不衛生な状況。	○近隣を始め他者との交流を拒絶。最近以前より受け入れ拒否が見られ周囲は心配していた。	○不明	○死後8日以上経過して発見された事例。	○不明

⑤-3 ニッセイ基礎研究所\_セルフ・ネグレクトと孤立死に関する実態把握と地域支援のあり方に関する調査研究報告書 孤独死の事例

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
M	男	70代	○ほぼ毎日電話で連絡をとりあっていた妹あり。	○賃貸アパートに1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。ほぼ毎日電話で連絡をとりあっていた妹が、連絡がとれなくなって心配して訪問し風呂場での死亡を発見。死後11日経過。	○急性心不全（糖尿病）で病死。	○生活は自立、必要に応じて自ら市役所へ来庁、電話があり、コミュニケーションはとれていた。しかし、玄関横の窓が開いて異臭がするにもかかわらず、近隣からの通報がないことから、つき合いが希薄だったことが推測される。	○不明	○死後8日以上経過して発見された事例。	○不明
N	男	80代	○認知症の妻あり。 ○連絡を取り合っていた娘あり。 ○介護をしていた弟あり。	○賃貸アパートに妻と同居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○孤独死。県外に住む娘から「連絡が取れない」と電話があり、安否確認のため訪問し居間での死亡を発見。死後約2週間経過。 ○妻の徘徊問題もあり、地域包括支援センターで関与し、介護保険サービス利用を勧めるも利用には至らず。	○不明	○弟の介護のため県外より本人の実家へ転居。親戚は殆ど県外、地域住民との関わりも乏しい状況で、弟を看取った後は認知症の妻の介護をしながら生活。	○不明	○死後8日以上経過して発見された事例。	○不明

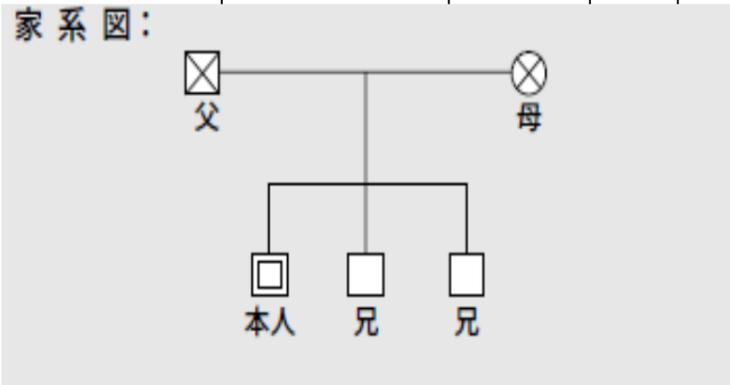
⑥-1 社会福祉法人南高愛隣会「都道府県地域生活定着支援センター」の円滑な運営に関する実践的研究 矯正施設等からの退所した元犯罪者への支援事例

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
A	女	50代	<p>○両親からの虐待を受け、10代で家を出た。</p> <p>○20代で結婚。離婚後長男・長女・両親と同居。</p> <p>○生活が乱れ長男・長女は施設に預ける。その後不明。</p> <p>○30代で交際中の男性との間に男子出生。男性と別れ、子供を連れてA市に戻る。</p> <p>○家系図参照</p>	<p>○両親との同居から死別によりホームレスへ。</p>	○不明	○不明	○不明	<p>○20代でホステス。</p> <p>○更生保護施設へ入所した後、家政婦の仕事を“約束の給料より安い”という理由でやめる。</p>	<p>○生活資金がなく、頼る親族はいない。</p>	<p>○学校にはほとんど行かず。暴走族、シンナー吸引、万引き等の非行歴あり。</p> <p>○母の死亡により他県へ行きホームレスに。食料品等を万引きし逮捕。執行猶予で更生保護施設へ。</p> <p>○家政婦の仕事を退職後、再びホームレスに。</p> <p>○仲間との縁を切るためA市に戻り、友人宅に泊めて貰うが、食べ物がなく言われるままにスーパーで万引きし、逮捕・受刑。</p> <p>○受け入れ先事業所の自室で煙草を吸ったことを施設長より注意を受け、所在不明になる。再発防止に「合同支援会議（ケア会議）」を実施し、問題が出た場合には指定更生保護施設での「再訓練」を考慮する。</p>	<p>○IQ相当値：52（CAPASによるIQ検査法）</p> <p>○糖尿病、高血圧。</p>	<p>○住民票はA市に残っているが、住まいはない。</p> <p>○知的障がいがあるが、療育手帳の取得はない。</p>	○不明	<p>○出身：○県A市</p> <p>罪名：窃盗</p> <p>入所回数：2度（今刑：△県B市刑務所）</p> <p>刑期：懲役1年10ヶ月</p> <p>満期出所</p> <p>○住民票が残っていたA市を窓口として協議を開始。A市が援護の実施を了解する。療育手帳の申請手続きと障がい福祉サービスの申請手続きを同時に進める。療育手帳取得。</p> <p>○A市国民年金係へ障害基礎年金を申請し取得。</p> <p>障害者基礎年金のA市の相談支援事業所へ相談依頼→A市内の他の法人の「グループホーム（共同生活援助）」を紹介いただく。</p> <p>○受け入れの内諾。受け入れ先事業所日中：知的障害者通所授産施設生活：グループホーム（共同生活援助）</p> <p>○受け入れ先事業所も内定したことで、引継ぎについての確認・調整について「合同支援会議（ケア会議）」を開催する。</p> <p>○本人と共にA市役所にて転入・福祉の手立て等を行い、受け入れ先事業所の担当者に申し送る。</p>	<p>○一人で落ち着いた生活がしたい。</p> <p>○住む場所は九州内ならどこでもいい。</p> <p>○働きたい（お手伝い・掃除婦・調理関係等）。</p>
B	女	70代	<p>○事実婚の内夫あり。</p> <p>○兄あり。</p> <p>○家系図参照</p>	○不明	○不明	○不明	○不明	<p>○20代で就職（住み込みの工場）。</p> <p>○内夫と出会い事実婚後A市にて内夫と共に自営業等を営む。</p>	<p>○生活資金がなく、身寄りもない。（実兄・内夫からの支援は、期待出来ない）。</p>	<p>○中学（普通学級）卒業後、20代で就職（住み込みの工場）のためA市へ転居。そこで、内夫と出会い事実婚。A市にて内夫と共に自営業等を営む。</p> <p>○60代の時に内夫が病気で倒れ入院。生活費が入らなくなり、知人にお金を借りてその日暮らしをしていたが、家賃滞納でアパートを追い出される。</p> <p>○生活に困りホテルに無銭宿泊し逮捕されるが「保護観察付執行猶予」。</p> <p>○保護観察中に寸借詐欺を行い、逮捕・受刑に至る。</p>	<p>○IQ相当値：48（CAPASによるIQ検査法）</p>	<p>○住民票は◇県G市に残っていたが、帰る家がない。</p> <p>○知的障がいの疑いがあるが、療育手帳の取得はない。</p> <p>○高齢である。</p>	○不明	<p>○出身：◇県F市</p> <p>罪名：詐欺</p> <p>入所回数：1度（今刑：△県B市刑務所）</p> <p>刑期：懲役2年11ヶ月</p> <p>満期出所</p> <p>○住民票が残っていたG市を窓口として協議を開始。「障がい者福祉」「高齢者福祉」では、福祉の手立てを講じることが出来ないため、「生活保護を受給し、救護施設へつなげる」手立てを具体的に検討していく。</p> <p>○◇県F市の社会資源を当たっていく中で「教会」が一時的な受け入れを快諾。</p> <p>○退所後の居所が「教会（F市）」に確定したことで、「合同支援会議（ケア会議）」を行う。</p> <p>○現在、「救護施設からの次の出口を見据えた支援（養護老人ホーム入所等）」を、救護施設職員、H市ケースワーカー、H市高齢福祉課、長崎県地域生活定着支援センターとの4者間で適宜連絡・調整をしながら行っている。</p>	<p>○「もう一人では生きていけない。助けて下さい」。</p> <p>○「出来ることならふるさと◇県F市に帰りたいが、そう無理は言えないので◇県に帰りたい」。</p>



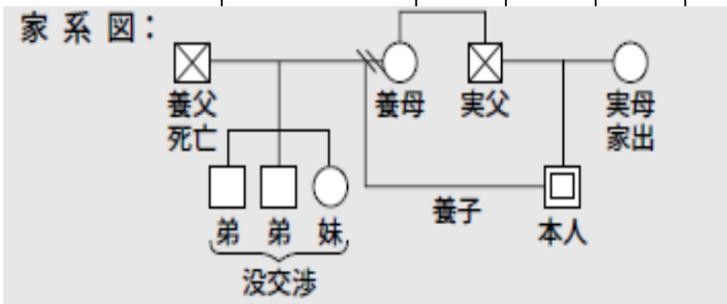
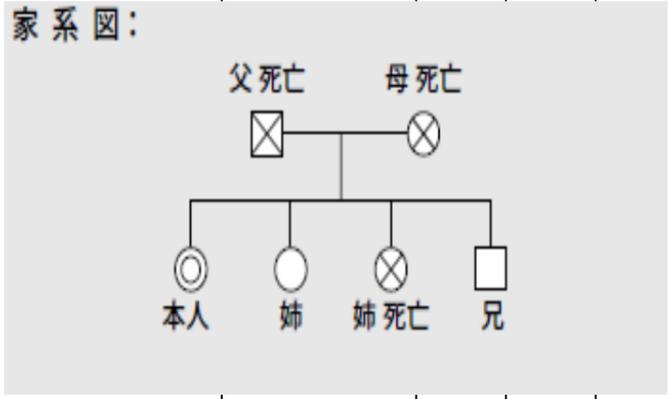
⑥-2 社会福祉法人南高愛隣会\_「都道府県地域生活定着支援センター」の円滑な運営に関する実践的研究 矯正施設等からの退所した元犯罪者への支援事例

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
C	男	60代	<p>○生後すぐに児童養護施設に預けられたため、両親の名前も知らず身寄りとなる家族は誰一人いない。</p> <p>○家系図参照</p>	<p>○賃貸アパートに1人暮らし。近隣住人の交流を持たず。</p>	<p>○年金(2ヶ月分：約20,000円)</p>	○不明	○不明	<p>○定職には就かず、職を転々とする。</p>	<p>○所持金がない。</p>	<p>○施設で生育し小学校へ入学するも、小学校低学年から登校せず、中学校も未修了。</p> <p>○10代で自転車窃盗で保護観察。</p> <p>○16回の受刑歴以外は、そのほとんどが路上生活であり、人生の大半を刑務所か路上で生活していた。</p> <p>○作業報奨金(約5,000円)を元に、住み慣れた△県E市へ自分で帰る。わずかな年金(2ヶ月分：約20,000円)を引き出し、所持金を旅費や食費等で消費してしまう。</p> <p>○生活に困り△県E市生活保護課に行ったが、「アパートを借りてきたら、申請を受け付ける」と言われ、市内の不動産を廻ったが、保証人の問題があり、結局どこも借りられなかった。</p> <p>○保護カードを持って△県保護観察所に出頭(本人の所持金：300円)。△県保護観察所より金品の支給を受ける。</p> <p>○△県保護観察所に再出頭(本人の所持金：200円)。△県保護観察所が県内の更生保護施設へ受け入れ調整を行うも、知的能力の問題等により受け入れ不可。救護施設の調整を図ったものの受け入れ不可。</p> <p>○「更生緊急保護」により指定更生保護施設(○県C市)入所。更生保護施設における生活において、徐々に自己中心的な不平不満が表れるようになり、職員や他の利用者への一方的な暴言等が日を追うごとにエスカレート。所在不明も頻繁となる。</p> <p>○課題改善に向けた取り組みを行うが、結果的に本人の暴力行為がエスカレートしていき、自ら福祉的支援も遮断し、所在不明となる。</p>	<p>○IQ相当値：39(CAPASによるIQ検査法)</p> <p>○高血圧の薬の服用あり。</p> <p>○矯正施設入所中に服用していた高血圧の薬が、退所後数週間が経過し切れてしまったため体調不良を訴える。</p>	<p>○帰る場所が無い。</p> <p>○家族等がない。</p> <p>○知的障がいの疑いがあるが、療育手帳の取得はない。</p> <p>○過去にトラブル等を地域で起こしていたことにより地域から排除されている。</p>	○不明	<p>○出身：○県A市</p> <p>○罪名：建造物侵入、窃盗</p> <p>○入所度数：16度(今刑：○県A市刑務所)</p> <p>○刑期：懲役6ヶ月</p> <p>○満期出所</p> <p>○本人とのアセスメントを元に△県E市に問い合わせをしたところ、過去本人が入所していた更生保護施設があったE市に住民票があることを確認。</p> <p>○△県E市→○県C市(指定更生保護施設所在地)へ住民票の移動→○県C市で国民健康保険証を申請・取得。</p> <p>○高血圧の受診回数の増加によりC市へ生活保護の申請を行い、受給決定。</p> <p>○本人の希望が「ふるさと(△県)での生活」であったため、あくまで住民票があり本人の希望であった△県内の社会資源への早期の移行を目指し調整に入る。</p> <p>○更生保護施設利用2か月後から徐々にCさんの課題が顕在化したためCさんの状態等から移行計画(受け入れ先の検討)を、「施設(集団生活)から個(単身型の生活)」へシフト。「障がい者福祉」ではなく「高齢者福祉」での受け入れ調整に切り替える</p> <p>○Cさんの様に課題が複雑な場合、一定着支援センターのアプローチや市町村レベルの調整だけでは支援が進まなかったため、県レベルでの協議を依頼する。</p> <p>○これまで同様、徐々にエスカレートする本人の言動から、精神病院PSWとも連携を図り、精神病院への受診を開始。</p> <p>○その後、弁護士、ケースワーカー、精神病院医師及びPSW、警察、定着支援センター等も交えた「合同支援会議(ケア会議)」を複数回実施したが、所在不明。</p> <p>○しかしその数週間後、Cさん自ら△市生活保護課へ再度支援依頼。</p> <p>→現時点では、設置された△県地域生活定着支援センターと連携を図りながら、支援継続中。</p>	<p>○生まれ育ったふるさとのどこかで暮らしたい。</p> <p>○もう昔のように野宿生活は体力的に出来ない。福祉の力を借りたい。</p> <p>○もう刑務所には行きたくない。残された人生を真面目に生きたい。</p>



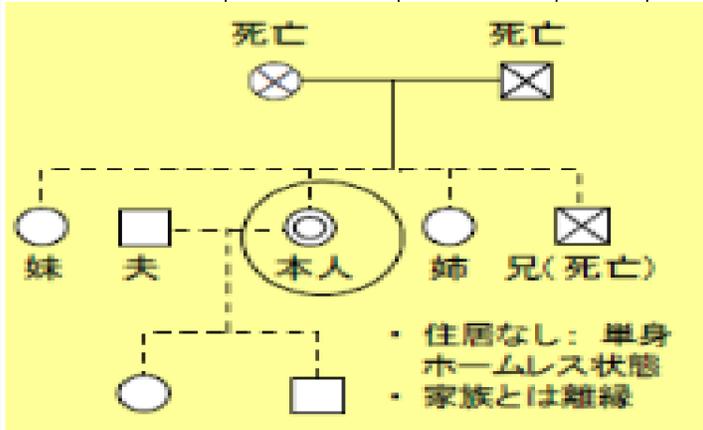
⑥-3 社会福祉法人南高愛隣会「都道府県地域生活定着支援センター」の円滑な運営に関する実践的研究 矯正施設等からの退所した元犯罪者への支援事例

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
D	男	60代	<p>○実姉が2人と兄がいたが姉1人は死亡。兄、姉共に高齢で、遠くに住んでいる。</p> <p>○家系図参照</p>	<p>○住居を転々としてつつ就労困難からホームレスへ。</p>	○不明	○不明	○不明	<p>○中学卒業後、職を転々として、中々定職には就けず、10代～50代までの間で働いていたか、はっきりしない。</p> <p>○50代から、駅周辺でホームレス生活を重ねる。その過程で所持金もなく窃盗（万引き）。住所も転々したが最終住所地は出身地から遠い口県D市になっている。</p> <p>○実姉が2人と兄がいたが姉1人は死亡。兄、姉共に高齢で、遠くに住んでいることもあり、帰る場所も頼る人もいない状態である。</p> <p>○「孤立一生活苦」で窃盗を繰り返し刑務所に6回入所。最後の犯罪は「チーズケーキ1個（100円）」を窃盗。</p>	<p>○生活資金がなく、身寄りもない。(実兄・実姉からの支援は期待できない)</p>	<p>○IQ相当値：36 (CAPASによるIQ検査法)</p>	<p>○住民票は口県D市に残っていたが、帰る家がない。</p> <p>○知的障がいの疑いがあると思われるが、療育手帳の取得はない。</p> <p>○刑務所ではオムツをして過ごしていたということもありADLは自立していない。</p>	○不明	<p>○出身：口県B市</p> <p>罪名：窃盗 入所度数：6度（今刑：口県B市刑務所）</p> <p>刑期：懲役1年6ヶ月 満期出所</p> <p>○満期出所までの時間がないことと、福祉サービスを調整するのに時間がかかることから指定更生保護施設（口県C市）で受け入れ、その間に福祉の手続きを整うこととする。</p> <p>○住民票が残っていた口県D市から、今後住みたいという本人のふるさとであり、矯正施設の所在地でもある口県A市に移動する。</p> <p>○療育手帳の取得。矯正施設入所中に障害基礎年金の取得に向けて矯正施設側で取り組んでいただくが、手続き途中で退所となったため、出所後に更生保護施設と協力して年金取得のための手立てを行う。</p> <p>○精神科を受診し脳血管性認知症の診断を受ける要介護認定の申請が通る。</p> <p>○更生保護施設入所後に生活保護の医療扶助の申請。更生保護施設入所中は、生活保護の医療扶助のみ受給し、新しい居住地となる「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」では引き続き、生活保護を受給（障害基礎年金で不足する部分の補充）。</p> <p>○指定更生保護施設の職員と共に、入所した「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」に行き、更生保護施設での生活状況を踏まえ新たな疑問点などに答えて、フォローアップを行う。</p>	<p>○出来たら本籍があり、出身地である口県B市に住みたい。</p>	
E	男	60代	<p>○幼少に実母が家出し、父方伯母に預けられ養子となる（その後縁組解消）</p> <p>○歳が離れた弟・妹がいるようだが没交渉。</p> <p>○30代で結婚するも離婚し、子供はいない。</p> <p>○家系図参照</p>	○ホームレス。	○不明	○不明	○不明	<p>○所持金がない。</p>	<p>○20代に養父が事故死し、そのことから飲酒・ギャンブルに耽溺。</p> <p>○徐々に生活が崩れ、30代より窃盗・詐欺を反復し受刑歴を重ねる。</p> <p>○前刑満期出所後、頼るべき身寄りや知人もいないため野宿生活を送っていたが、空腹を満たすために△県S市内の焼き鳥店にて無銭飲食を行い受刑。</p> <p>○県保護観察所より特別調整協力等依頼。刑期終了までわずか3か月しかない。</p>	<p>○IQ相当値：61 (CAPASによるIQ検査法)</p> <p>○アキレス腱断裂による右足伸展不良。</p>	<p>○住民票が不明。</p> <p>○知的障がいの疑いがあると思われるが、療育手帳の取得はない。</p> <p>○過去に身体障害者手帳を取得していたようだが定かではない。</p> <p>○身寄りがいない。</p> <p>○帰る場所がない。</p>	○不明	<p>○出身：△県A市</p> <p>罪名：詐欺 入所度数：12度（今刑：口県A市刑務所）</p> <p>刑期：懲役1年8ヶ月 満期出所</p> <p>○住民票は削除されていたので「法務省矯正局長昭和36年通達」を応用し「矯正施設所在地」の口県A市に住民票を設定。</p> <p>○入所中に「身体障害者手帳」の申請は出来ないため矯正施設退所までの時間がわずかになったことを勘案し、措置施設である複数の「救護施設」を探る。</p> <p>○受け入れ先が決まらなかったため、「更生緊急保護」により入所</p> <p>○身体障害者手帳から療育手帳の申請に切り替え、指定更生保護施設のSWと連携して療育手帳取得。現在故郷（△県）への移行を目指して福祉サービスの調整中。</p> <p>○最大6か月の更生緊急保護の期間中に、本人が希望する故郷の△県の更生保護施設へ移管し、そこでの福祉サービス調整が可能か、関係機関（福祉、行政、司法）と複数回協議をしている。</p>	<p>○一人では生きていけないから助けてほしい。</p> <p>○暮らせるならばどこでもよいが、可能であれば故郷で暮らしたい。</p>	



⑥-4 社会福祉法人南高愛隣会「都道府県地域生活定着支援センター」の円滑な運営に関する実践的研究 矯正施設等からの退所した元犯罪者への支援事例

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
F	女	50代	<p>○23歳で結婚、しかし夫との生活に嫌気をさし26歳で家出。</p> <p>○家系図参照</p>	○ホームレス。	○現在は障害基礎年金と生活保護費を受給	○不明	○不明	○不明	<p>○生活資金がなく、身寄りもない。</p> <p>○両親が「女に学問はいらぬ」という考えであった為、小学5年から学校には通わず農業や家事手伝いをしてきた。</p> <p>○23歳で結婚、しかし夫との生活に嫌気をさし26歳で家出。その後、日雇いの生活等をしながら生活するものの長続きせず、野宿状態。</p> <p>○この頃から空腹や寒さを我慢できず、食料品や衣服等を盗むようになる。1990年以降、前科5犯、服役は2回。罪名は全て窃盗。</p> <p>○刑務所1回目出所後、付き合いの60代男性は極道だった。風俗で働くよう言われ、薬を打たれた。監禁されたこともある（本人の話では家出中に薬を打った男性と同一人物。その時は極道の人と知らなかった）。</p>	<p>○両親が「女に学問はいらぬ」という考えであった為、小学5年から学校には通わず農業や家事手伝いをしてきた。</p> <p>○23歳で結婚、しかし夫との生活に嫌気をさし26歳で家出。その後、日雇いの生活等をしながら生活するものの長続きせず、野宿状態。</p> <p>○この頃から空腹や寒さを我慢できず、食料品や衣服等を盗むようになる。1990年以降、前科5犯、服役は2回。罪名は全て窃盗。</p> <p>○刑務所1回目出所後、付き合いの60代男性は極道だった。風俗で働くよう言われ、薬を打たれた。監禁されたこともある（本人の話では家出中に薬を打った男性と同一人物。その時は極道の人と知らなかった）。</p>	<p>○IQ相当値：40（CAPASによるIQ検査法）</p> <p>○家出した後、覚せい剤を打たれたが、注射は合わなかったのか吐いた。刑務所1回目出所後、60代の人と付き合い、再び覚せい剤を打たれる。</p> <p>○療育手帳・B取得。</p> <p>○障害程度区分3。障害基礎年金2級。</p>	<p>○帰る場所がない。</p> <p>○知的障がいがあるが、療育手帳の取得はない。</p>	○不明	<p>○出身：○県A市</p> <p>罪名：常習累犯窃盗</p> <p>入所度数：3度（他県B市刑務所）</p> <p>刑期：2007年12月～2009年3月（仮出所：2008年10月1日）</p> <p>出所形態 支援組織常務理事を身元引受人としての仮出所による受け入れ。</p> <p>○住民票が残っていたA市に住民票の確認をするとA市の住民票が「職権削除」されていることが判明。矯正施設所在地（B市）へ住民票を設定する。</p> <p>○援護の実施がB市に決まったことで、受刑中に「療育手帳」「障害基礎年金」「障害福祉サービス利用」の申請・取得。</p> <p>○「矯正施設」「保護観察所」「C市（障害福祉課）」「サービス利用事業所（社会福祉法人南高愛隣会）」「地域生活定着支援センター」との4者で定期連絡会議を行う。</p> <p>○アセスメントの結果、窃盗の罪を繰り返してはいるものの、本人を取り巻く環境が罪を犯さざるを得ない状況にしまったと判断。生活環境さえ整えば施設入所ではなく、直接地域で受け入れが可能と思われる。日中活動は就労を目指し体力の維持・増進を図る。</p> <p>○生活環境づくり</p> <p>○貴重品の管理の徹底。</p> <p>○日中活動の職員と連携を図るため、職員間で本人の毎日の申し送りファイルを作成。</p> <p>○生活の場は複数あるケアホームの中から、直接、地域のケアホームで受け入れた。周囲にスーパーや駅といった本人を刺激しかねない因子はあるものの、人里離れた地ではなくバックアップ施設が近くにあり、近隣にベテランの世話人さんも多く住んでいるという「本人を支える人的環境」を手厚く整えることで、矯正施設から直接、住宅街の真ん中の地域のケアホームでの直接受け入れが可能になった。</p> <p>○体力がついてきたことから、日中活動の場所を就労継続支援B型へ移行。ホームでは他の利用者との交流の中から、「母親的存在」に。「同年代がいるグループホームに住みたい」という希望が出てきたため、休日の体験利用を開始する。</p> <p>○グループホーム、就労移行支援への移行を目指す、体調不良になり、現在入院中。</p> <p>○現在は障害基礎年金と生活保護費を受給し生活している。就労継続支援B型利用により1ヶ月15,000～18,000円の工賃受給</p>	<p>○福祉サービスなんて利用したことがないから不安もあるけど、安心して暮らせるならそれが一番良い。</p> <p>○他人に迷惑をかけない生活ができる様になりたい。</p> <p>○自立して一人で生活したい。→グループホームで生活したい。仕事が見たい。</p>





⑦-1 日本訪問看護振興財団\_介護予防事業の円滑実施・地域包括支援センター支援に関する調査研究事業 報告書

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
A	不明	70代	○不明	○一人暮らし生活。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○心疾患への不安もあり、状態が不安定になることで生活にも支障が出ている。 ○心疾患、膝痛もあることで活動量が落ちてきており、筋力低下、転倒の可能性がある。	○脳梗塞、僧帽弁狭窄症で人工弁置換術を受けている。状態は安定している。月1回の定期受診は欠かしていない。	○両膝が悪く、杖歩行。ADLが下がってきている。 ○独居で、1ヶ月間に受診と親族の訪問以外の安否確認を希望。 ○症状は安定しているが、一昨年は救急車を呼んだこともあり不安を感じている。	○不明	○目標 ・病気の状態を見てもらえ、心配事を話せることで、支援を受け安心して生活できる。 ・転倒せず筋力が落ちないように安全に活動する機会がある、またその方法を学ぶ。 ○具体的な指導内容 ・専門職に定期的に病気の事を見てもらい、相談する。 ・食事についても相談でき、弁当なども検討する。 ・体調が良い時は出来るだけ家事をする。 ・弟妹に掃除や買い物など支援してもらう。 ・歩行器を利用し移動する。 ・受診や買い物など現在の活動は体調を見て続ける。 ・下肢へのリハビリの機会を待つ。また自分でできる運動など学ぶ。 ○アセスメント結果 ・筋力低下予防の方法を理解できた。 ・病状や生活全般の不安を相談できた。 ○終了後の対応 ・独居の為地域包括支援センターで継続支援。	○不明
B	男性	70代	○妻あり。	○夫婦同居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○病気のことを十分理解しているつもりだが、日常生活での注意が守れず、心臓に負担のある活動になっている。	○2年前に急性拡張型心筋症を発病。現在は服薬により普通の生活を送ることが出来る。	○自分の容態に合わない行動(遠方までの散歩、1人のドライブ等)をとるため、見守る妻の不安が大きい。	○不明	○目標 ・病気の症状や治療、日常生活の注意点を正しく知り、心臓に負担のかからない活動が出来る。 ・病気に対する精神的な不安の減少できる。 ○具体的な指導内容 ・日常生活についての注意事項を説明し、質問や不安に答える。 ○訪問指導の内容 ・急性拡張型心筋症によって体力が急激に低下したことに対して、気持ちがついていっておらず、本人も家族も疾患と上手く向き合えないでいる状態。 ・そのため、互いの思いと行動が一致せず、本人のストレスとなっている。 ・心負荷をなるべくかけない生活に繋がるよう指導することに。 ・医師からの指示、生活行動に伴う症状の程度、内服状況等を把握した上で、生活上の心負荷を避ける(禁煙、軽い運動、急な動きや力を入れる行動を避ける)ことや1人で外出する際は行き先を告げることを指導。 ・あわせて家族にも症状を説明し、理解を得ることで家族が本人に掛けているストレスの軽減も図る。 ○アセスメント結果 ・病状の理解ができた。 ・家族の不安に対する指導が出来た。 ○終了後の対応 ・がんが見つかったため入院。	○不明

⑦-2 日本訪問看護振興財団\_介護予防事業の円滑実施・地域包括支援センター支援に関する調査研究事業 報告書

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
C	不明	80代	○不明	○一人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○高齢にもかかわらず家事、インスリン注射を自分で行う等 ○運動不足、口腔内ケア、物忘れ予防。	○糖尿病や高血圧、高コレステロール血症などの持病があるため、機能低下を予防し体調を自己管理する必要がある。	○入院中に糖尿病管理の指導をきちんと受けていない。自己注射は看護師の手技を見よう見真似で行っている。 ○食事は市販の本を購入して勉強。	○不明	○目標 ・病気の状態を見てもらえ、心配事を話せることで、支援を受け安心して生活できる。 ・転倒せず筋力が落ちないように安全に活動する機会がある、またその方法を学ぶ。 ○具体的な指導内容 ・受診、服薬を確実に行う。 ・インスリンの自己注射を確実に行う。 ・塩分を控えバランスを考えて食事をとる。 ・楽しみを持ち生活リズムを整え安定した生活を送る。 ・転倒を予防するため散歩や外出を継続し筋力をつける。 ・家事など自分の出来る事を継続する。 ○訪問指導の内容 ・糖尿病の療養指導を充分に受けておらず、自学して自己流の管理をしていた。 ・適切な自己管理ができるよう、まずは疾患の理解を深めるところから開始。 ・加えて、摂取カロリー管理の為、食事摂取の状況を食品交換表で記録し計算するように指導。 ・また、インシュリンは1日4回自己注射していたが、高齢であることから負担も大きいため、主治医に回数について相談するように助言し、必要があれば訪問看護師が主治医への相談をサポートする旨伝える。 ○アセスメント結果 ・糖尿病の自己管理ができるようになった。 ・受診の支援ができた。	○不明
D	不明	80代	○不明	○一人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○肺気腫のため日常生活が不活発になり、下肢の筋力低下や食欲低下、体重減少など悪循環がある。	○肺気腫。 ○病気の理解が不十分で日常生活上の管理が自己流になっている。	○病気の相談窓口の捜索不能等 ○容体は安定しているが、本人は今後どのような転帰を辿るのか不安を抱えている。	○不明	○目標 ・肺気腫の病気がどのような病気か理解できる。 ・肺気腫による日常生活の悪循環を食い止め、改善する。 ・日常生活上の注意事項を知る。 ・病気に対する不安を相談できる窓口を知り、活用する。 ○具体的な指導内容 ・訪問看護師から、病気の症状や余後、病気の管理に関する説明を受ける。 ・呼吸器リハビリを覚えて、自宅で出来る運動をする。 ・体重が減らないように食事の指導を受ける。 ○訪問指導の内容 ・写真を用いて肺気腫の病態や現在の状態を説明し、疾患の知識を深めることで予防行動の意欲を高め、食事量の維持と時間をかけた食事の方法について理解を得る。 ・D氏から「だから、先生がこの病気は死ぬまで持って行って下さいといったのか」という言葉を引き出すことが出来た。 ・また、散歩やストレッチなどを含めた運動療法の具体的な内容も伝えた上で、本人が現在行っている体操に加えて毎日続けられるよう提案。散歩の中で脈拍や SP02（血中酸素飽和度）を測定しながら運動療法の効果を実感。 ○アセスメント結果 ・疾患の理解ができた。 ・食事療法と運動療法が習慣化できた。 ○終了後の対応 ・医療保険の訪問看護を希望。	○不明

⑦-3 日本訪問看護振興財団\_介護予防事業の円滑実施・地域包括支援センター支援に関する調査研究事業 報告書

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
E	不明	70代	○娘あり。	○娘と同居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○同じ薬を3か所の病院からもらって飲んでい るため、喘息の薬による人格の 変化がみられる。	○喘息。	○精神的な不安が強く、複数の 病院の受診により薬の重複による 副作用の可能性 がある。 ○薬を整理して減らすことが 必要。	○不明	○目標 ・娘の支援を受けて、受診が出来るようにする。 ○具体的な指導内容 ・医療機関を受診し薬の重複投与をやめる。 ・インスリンの自己注射を確実に 行う。 ・社会福祉課との連携をとり、娘 が受診できるようにすすめる。 ○アセスメント結果 ・薬の処方 を1病院にまとめることができた。 ・精神的に安定するようになった。 ○終了後の 対応 ・地域包括支援センターで継続 支援。	○不明
F	不明	不明	○夫婦。	○夫婦同居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○配偶者も糖尿病のため食事 管理が大変である。 ○知識不足に関連した非効果 的 自己健康管理(食事療法、情報 の誤った解釈等が見られる)。	○糖尿病、糖尿病性腎症第2期、 高血圧、高コレステロール。	○糖尿病になって25年と長い が、最近になって食事制限に たんぱく質摂取制限が加わった。	○不明	○目標 ・自己管理行動の具体的な目標 を挙げる事ができる。 ・異常の早期発見と対応を行う。 ○具体的な指導内容 ・食事療法(特にたんぱく質)の 知識を確認し、行動に移せるよ うにする。 ・糖尿病に対する知識の再確認 を行い、今後の療養の目標をも ってもらおう。 ○アセスメント結果 ・食事療法を理解し、実行でき るようになった。 ・異常を早朝に発見し、相談が できた。	○不明
G	女性	80代	○不明	○家族と同居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○腰痛あり。 ○加齢に伴う両下肢筋力の低 下 がみられ、活動性が低下する 可能性 がある。	○糖尿病、高血圧。 ○心臓疾患があるため定期健 診、 内服治療中。服薬の管理は出 来 ていない。 ○血圧計を保有しているが自己 測 定ができない。 ○食事療法を行っているが便秘 傾 向。	○腰痛もあり疼痛緩和のため整 形外科受診中。	○不明	○目標 ・自分自身で体調管理を行い、 転ばないようにして外出できる。 ○具体的な指導内容 ・訪問看護による生活指導を受 ける。 ・自分で血圧測定ができるよう に指導する。 ・体調が良い時は出来るだけ家 事 をする。 ・疾患の認識不足による悪化が 考 えられるので、疾患や合併症の 説 明を行う。 ・便秘に対して食事療法や運動 療 法を促す。 ○訪問指導の内容 ・試行事業開始当初は食事療法 に 自信を持っていたが、聞き取り を 行う中で、8年前に受けた指導 内 容を基にしているため、現在の 状 態からすると適切でない方法 も 含まれたことが判明。 ・糖尿病があるため、低血糖症 状 のパンフレットで症状や合併症 を 説明し、血糖コントロールや食 事 療法を指導。 ・家族にも疾患の理解が得られ た ことで、食事療法への協力が得 ら れ、栄養状態や便通が改善。ま た、 自己血圧測定も習慣化し、ノー ト に記録するようになった。 ○アセスメント結果 ・食事指導により、栄養状態と 便 通の改善がみられた。 ・血圧を測定する習慣がついた。 ○終了後の 対 応 ・医療保険の訪問看護を希望。	○不明

⑦-4 日本訪問看護振興財団\_介護予防事業の円滑実施・地域包括支援センター支援に関する調査研究事業 報告書

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
H	男性	80代	○妻あり。	○持ち家。夫婦同居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○運動不足、物忘れ予防、うつ予防。 ○疾患に対する理解が不十分で自己管理が出来ていない。 ○専門的な助言指導、相談が必要。	○肺気腫のため動くと呼吸苦が出る。 ○喫煙あり。 ○定期検診や内服管理が出来ていない。	○屋内は杖なし歩行だがふらつきあり ○自宅ではテレビを見て過ごすことが多い。 ○家族以外の関わりが無く、外出の機会も少ない。 ○下肢筋力の低下、体力、意欲の低下が生じている。 ○夫婦のみ世帯。妻は要介護1で家事はほとんど出来ない。	○不明	○目標 ・疾患についての理解を深め、自己管理や定期検診ができる。 ○具体的な指導内容 ・バイタルサインのチェック、疾患についての説明と助言（内服、吸入）。定期検診の声かけを行う ○アセスメント結果 ・定期検診するようになった。 ・服薬管理ができるようになった。 ・禁煙は出来なかった。 ○終了後の対応 ・必要であれば医療保険の訪問看護を提供。	○不明
I	男性	70代	○妻あり。	○夫婦同居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○運動不足。 ○転倒の危険性があり、日常生活での活動性が低下しているが、機能訓練による歩行の安定と筋力の維持・向上の可能性がある。 ○病院、買い物以外で外出することが殆ど無く、閉じこもりがちであり、デイサービス等を検討する必要もある。	○脳血栓後遺症、高血圧症、痛風、下肢痛があり定期受診中。	○すり足気味でつまづくこともあり、外出時は杖歩行。 ○妻はリウマチであり調理動作が負担になっている。 ○本人は調理経験が無く、社協の配食サービスとコンビニ弁当、店屋物を利用。	○不明	○目標 ・食事に注意することで疾病の悪化が予防できる。 ○具体的な指導内容 ・食事や運動などへの関心を高め、栄養バランスや適度な運動などを取り入れる。 ○アセスメント結果 ・屈伸運動を少しは行うようになった。 ・外出の必要性が十分に理解されなかった。 ○終了後の対応 ・整形外科を定期検診。	○不明
J	男性	80代	○不明	○1人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○運動不足、物忘れ予防、閉じこもり予防。 ○朝食（パンと味ご飯）、昼食（餅2個入りうどん）を毎日摂取 ○配食以外の夕食は惣菜を温めて摂取している。栄養バランスの偏り、塩分過多により高血圧症や糖尿の悪化が懸念される。	○大病を繰り返す（腎臓結核にて左腎摘出、胆嚢摘出、前立腺腫瘍、脊髄カリエス、大腸がん） ○定期検診、内服管理はできている。	○膝関節症で屋内外ともに杖歩行、腎性貧血から転倒の危険がある。 ○独居。簡単な調理は行う。 ○週3回は社協の配食サービスを利用。配食の弁当は味に満足していないが、体の事を考え利用している。	○不明	○目標 ・栄養バランスの取れた食事が摂取でき、病状が悪化しないよう意識を高められるようにする。 ○具体的な指導内容 ・訪問時にはバイタルチェックと、食事指導を主に行う。 ○アセスメント結果 ・食事療法を実行するようになった。 ・体調が安定するようになった。 ○終了後の対応 ・要介護認定で要支援1と判定。	○不明

⑧-1 成年後見センター・リーガルサポート\_高齢者虐待防止及び高齢者の権利擁護実践における、成年後見制度活用を中心とした法律専門職の役割と連携課題に関する研究

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
A	女	80代	○2人の男子(兄弟)と養子縁組を結んだが上の子が成人したのを期に養子縁組を解消。 ○姪あり。	○グループホームに入所。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	<p>○Aさんは若い頃、子どもを授からなかったことから、2人の男子(兄弟)と養子縁組を結んだ。かわいがって育てたが、Aさんの夫が子どもたちに暴力をふるっていたことから、上の子が成人したのを期に養子縁組を解消した。しかし、その後もAさんとの交流は続いており、特に弟はAさんの金銭管理をしたり、Aさんが認知症を発症した後、グループホームの入所契約をするなど、近くにおいてAさんの世話を行っていた。</p> <p>○しかし、弟は県外に住む兄が金に困っているからと、Aさんの通帳から兄宛てに、3年間で300万円を送金していた。偶然その話を耳にしたグループホームの職員が管理者に報告し、管理者から市虐待対応担当部署に相談が寄せられた。</p> <p>○市虐待対応担当部署は兄弟と面接をしようとしたが、弟は明日市役所に行くと言ったきり、連絡が取れなくなった。兄とも連絡がとれない。</p> <p>○市虐待対応担当部署は、弁護士からの助言にもとづき、親族調査を行い、Aさんの姪に連絡を取った。しかし、姪は申立て人、後見人候補者になることを拒否したため、市長申立てを行った。</p>	○認知症を発症。	○不明	○不明	<p>○現在は親族関係にない男性から、経済的虐待を受けていた女性(80歳代)の事例。法律専門職が高齢者虐待防止法で規定される定義について、解釈を行った。</p> <p>○市虐待対応担当部署は戸籍を調査し、Aさんと兄弟が養子縁組を解消していることを確認した。そのうえで、弁護士に対し相談した。</p> <p>○弁護士からは、当該事例については、戸籍上は養子縁組が解消されているため、兄弟ともに高齢者の親族に該当しない。しかし、弟は高齢者の金銭管理やグループホームの入所契約を行っており、Aさん本人も認知症を発症する前、特に弟を自分の子どもだと周囲に話しているなど、実際上の関係は継続していたことから、高齢者虐待防止法で定義される養護者に該当する。そのため、当該事例は、養護者による経済的虐待に該当すると考えられる。という助言がなされた。</p> <p>○その後、司法書士が成年後見人に就任し、弟に連絡を取り、300万円を返還してもらう手続きを開始した。</p>	○不明
B	女	80代	○別居の娘(50歳代)あり。	○賃貸アパートに一人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	<p>○娘はBさんの年金管理を行い、月1回、生活費を持って様子を見に来ていた。だが、県外に自身の夫と3人の子どもと住む娘は、自身の生活費や子どもの教育費、住宅ローンなどを抱えているらしく、3か月前から姿を見せなくなった。</p> <p>○同時に、その頃から、Bさんが住むアパートの家賃や生活費、光熱費、介護サービス利用料などの支払いがなされなくなり、ヘルパー事業所や介護支援専門員が何度連絡をとってもつながらない。</p> <p>○Bさんは自身で買い物や炊事ができないため、ヘルパーを利用できなくなると、生活ができなくなってしまう。対応に苦慮した介護支援専門員が、市虐待対応担当部署に相談を行った。</p> <p>○市虐待対応担当部署も娘や他の親族に連絡をとるが返信がなかった。また、市虐待対応担当部署が行ったその後の調査で、Bさんは食材を買う金もなく、近所から米や野菜をもらっていたり、明日には電気・水道が止められる状況にあることがわかったので、Bさんを緊急ショートで保護した。</p>	○後に認知症を発症。	○不明	○不明	<p>○認知症の母親であるBさん(80歳代)に対して、別居の娘(50歳代)が経済的虐待及び介護・世話の放棄、放任を行っていた事例。市長申立ての書類作成方法について助言を行った。</p> <p>○Bさんを緊急ショートで保護した後、介護支援専門員やヘルパー事業所、司法書士も交えた会議で、「Bさんの財産と今後の生活を確保する方法について」相談。</p> <p>○司法書士からは、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Bさんの年金を確保するため、通帳の再発行と振込先変更の手続きを行う必要がある。その間、施設での保護が必要。</li> <li>・Bさんの判断能力が低下しており、また虐待事例でもあることから、成年後見市長申立てを行うことが適切である。</li> </ul> <p>という助言がなされた。</p> <p>○Bさんの今後の生活については、年金を確保し、健康の回復状況をみて再度検討することを、会議の参加者で確認した。</p> <p>○その後も娘と連絡が取れなかったため、Bさんを保護したことや、今後の年金管理などについて、市虐待対応担当部署が手続きを踏んで出した判断であることを伝えるために、書留内容証明郵便で通知した。</p> <p>○市虐待対応担当部署は、市長申立てを行うにあたり、Bさんの精神科受診に同行し、後見相当との診断を受けた。</p> <p>○市長申立て後、後見人に就任したD司法書士が医療機関の受診に同行し、身体的には問題ないが、認知症が進んでいるため、施設入所が望ましい状況であることが確認された。司法書士は、医師の診断を受けて、グループホームを探した。</p>	○不明

⑧-2 成年後見センター・リーガルサポート\_高齢者虐待防止及び高齢者の権利擁護実践における、成年後見制度活用を中心とした法律専門職の役割と連携課題に関する研究

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
C	女	70代	○夫は死去。 ○息子（40歳代）あり。	○一人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	<p>○数年前に父親（Cさんの夫）死亡後、Cさんの息子は近くにアパートを借り、週に数回、Cさんの様子をみるために実家に帰っている。息子がCさんの金銭管理を行っているが、Cさんの年金を息子自身の生活費や借金の返済に充てているため、Cさんが住むアパートの家賃や介護サービス利用料等の支払いが適切に行われていない。</p> <p>○そのため、週1回利用のヘルパーが自宅を訪問すると、排泄の失敗でベッドに尿が溜まり背中まで濡れたままになっていたり、自宅に食材がないために、食事を作れないこともあった。</p> <p>○介護支援専門員が息子に対して話し合いの機会を設けるよう働きかけるが、仕事が忙しいことを理由になかなか応じてもらえないと、市虐待対応担当部署に通報が寄せられた。</p> <p>○市虐待対応担当部署は、Cさんと面談。Cさんは金銭管理や自分の世話は息子に任せていると言い、家賃や介護サービス利用料の支払いが行われていないことの認識はなかった。また息子とも話し合いの機会をもつが、息子はその場ですぐに滞納分の支払いについて約束するが、その後も事態は変わらず、その後、連絡が取れなかった。</p>	○認知症を発症。	○不明	○不明	<p>○認知症の母親であるCさん（70歳代）に対して、別居の息子（40歳代）が経済的虐待及び介護・世話の放棄、放任を行っていた事例。法律専門職が養護者支援の必要性についても助言を行った。</p> <p>○市虐待対応担当部署は、介護支援専門員やヘルパー事業所、A司法書士も交えた会議で、「本人の財産と今後の生活を確保する方法について」相談。</p> <p>○A司法書士からは、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の年金を確保するために、年金振込先の変更が必要。</li> <li>・本人の判断能力の低下が疑われ、虐待事例でもあることから、成年後見市長申立てを行うことが適当。また、今後、息子による介護は期待できないことから、後見人等が選任されるまでの間、介護サービスを利用して、高齢者の生活を維持する必要がある。そのため、同時に審判前の保全処分申立てを行い、早急に本人の生活環境を整える必要がある。</li> <li>・一方、本人の年金を確保したことによる息子の生活困窮が考えられるので、養護者支援として、息子の債務整理を行うことも必要。</li> </ul> <p>という助言がなされた。</p> <p>○高齢者の今後の生活については、年金を確保し、後見人等が選任された後、本人の意向と在宅生活の可能性を考慮したうえで、再検討することを確認した。A司法書士からの助言を受けた市虐待対応担当部署は高齢者の精神科受診に同行し、保佐類型との診断を受けた。また年金振込先の変更手続きと、審判前の保全処分と保佐類型による市長申立てを行った。</p> <p>○数週間後、審判前の保全処分申立てにより、母親の財産管理者に選任されたB司法書士は、介護支援専門員やヘルパー事業所と調整し、介護サービスを利用して母親の在宅生活を再開させた。その数週間後、保佐人としての選任を受けたB司法書士が、母親の希望も考慮し、軽費老人ホームを探して入居させた。</p> <p>○市虐待担当部署は債務整理の支援を行う手段として、息子に法律専門職団体を紹介できるという働きかけを行った。息子は法律専門職団体から派遣された弁護士の支援を受け、債務整理を進めることとなった。</p>	○不明
D	女	70代	○夫は死去。	○有料老人ホームに入居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	<p>○Dさんは早くに夫を亡くし、5年前から有料老人ホームに入居している。ある日、別の入居者の家族から「親の見舞いに行ったところ、職員がある特定のおばあさん（Dさん）にいつも大きな声を出している。怒られているようで、そのおばあさんは目をそらしたり、下を向いている。何度も目にしているので心配になった。」と市の介護保険担当部署に通報が寄せられた。</p> <p>○市虐待対応担当部署は、介護保険担当部署とともに、対象別に面接調査や各種記録の確認を実施。Dさんは「よくおぼえていない。そんなこともあったかねえ。」というだけで、具体的に、誰から、どのような状況で、何回くらい言われたのかについて、確認はとれなかった。</p>	○認知症を発症。	○不明	○不明	<p>○有料老人ホームの職員から、心理的虐待を受けた疑いのある女性Dさん（70歳代）の事例。養介護施設従事者等による虐待（疑い）への事実確認方法について助言を行った。</p> <p>○介護保険担当部署は、養介護施設従事者等による虐待を疑い、高齢者虐待担当部署に情報を報告した。市虐待対応担当部署は、養介護施設従事者等による虐待に関する事実確認をどのように行ったらよいかについて、弁護士に相談。</p> <p>○弁護士からは、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「いつ、どこで、誰が、誰から、何をされたか」を明らかにする必要がある。</li> <li>・その方法として、対象（高齢者本人、有料老人ホームの管理者、虐待を疑ったことが疑われる職員、その他の職員、その他の入居者）別に面接調査と各種記録（介護サービス計画やアセスメント記録など）の確認を行う必要がある。</li> </ul> <p>という助言がなされた。</p> <p>○有料老人ホームの管理者や担当フロアの職員は「あの方（Dさん）は耳が遠いので、自分たちは耳のそばで、ゆっくり話をすることを全員で共有しています。でも、そのことを大きな声を出していると受け止められたのかもしれない。」と回答した。他の入居者からも「あのおばあさんは耳の近くで話さないとだめなんだよ。」ということが聞かれた。また、当該高齢者の介護サービス計画にも、「認知症による記憶障害が見られ、繰り返し同じことを聞くことがある。」「耳が遠い。」といった症状と、その対応として「ゆっくり大きな声で話すこと」が記載されており、高齢者の心身状況に配慮したサービスがなされていることを確認した。</p> <p>○事実確認の結果、通報内容は通報者の誤解であることを確認した。その後、介護保険担当部署は、当該ホームの職員からなされる行為を不快に感じている入居者や家族がいることは事実であるため、さらなるサービス向上や苦情処理体制の強化に努める必要があることを助言し、ホーム側も了承した。</p>	○不明

⑧-3 成年後見センター・リーガルサポート\_高齢者虐待防止及び高齢者の権利擁護実践における、成年後見制度活用を中心とした法律専門職の役割と連携課題に関する研究

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
E	男	70代	○妻は死去。 ○娘(40歳代)あり。	○賃貸アパートで親子同居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	<p>○Eさん父娘ともに統合失調症で、妻(母親)はすでに他界しており、アパートで2人暮らし。娘は服薬により症状を抑えているが、Eさんが適切な服薬や通院をしないために、娘は病状が安定せず、入退院を繰り返している。</p> <p>○また、Eさんは病識がなく、同じアパートの住民宅のポストを金づちで壊したり、公共の場を全裸で走り回るなどの問題行動を繰り返していたため、アパートの住民から何度も警察に通報されていた</p> <p>○金銭管理が難しく、年金を無計画に使ってしまうEさんがお金を貸してほしいと市役所を訪れた。市虐待対応(福祉)担当部署はEさん親子の生活状況を調べるうちに、Eさん親子ともに統合失調症であることや数々の問題行動歴を確認した。</p> <p>○またアパートの管理会社から、Eさん親子に対して、退去を促す催告書や裁判手続きに移行する旨の警告書が出されていたことも確認した。</p> <p>○市虐待対応担当部署が管理会社と話し合いの機会を設けるよう依頼するが、管理会社はEさん親子と管理会社間の契約の話なので、市役所には関係ないと言って取り合わない。</p>	○父娘ともに統合失調症。 ○Eさんは病識がない。	○不明	○不明	<p>○父親であるEさん(70歳代)に対して、同居の娘(40歳代)からの介護・世話の放棄・放任がみられた事例。高齢者が生活する環境を整えるための助言を行った。</p> <p>○ケース会議に参加するA司法書士に対して、「①Eさん親子の代理人として管理会社と交渉する手段について」、「②Eさん親子の生活場所の確保方法について」相談。</p> <p>○A司法書士からは、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・親子ともに判断能力の低下がみられるため、成年後見制度を利用し、後見人等が親子の代理人として管理会社と交渉することが適切。またEさん親子の判断能力から、成年後見市長申立てが適切である。</li> <li>・ただ、後見人等の選任までには時間がかかるため、市長申立てと同時に、審判前の保全処分申立てを行い、財産管理者が早急に管理会社と交渉する必要がある。</li> <li>・同じアパートの住民からEさん親子に対する苦情が出ていることに対しても、市虐待対応担当部署をはじめとする関係機関が責任を持ってEさん親子の生活を支援することを説明し、理解を求める必要がある。</li> </ul> <p>という助言がなされた。</p> <p>○市虐待対応担当部署はA司法書士からの助言をもとに、Eさん親子の精神科主治医に親子の判断能力の程度を確認したところ、Eさんは後見相当で在宅生活は困難、娘は補助相当で在宅生活が可能との返答を得た。そこで、審判前の保全処分と、後見、補助類型による市長申立てを行った。また、アパートの住民に対して説明を行い、理解を求めた。</p> <p>○数週間後、審判前の保全処分申立てにより、Eさんの財産管理者に選任されたB司法書士は管理会社と交渉の機会を持ち、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Eさん親子はアパートを退去して別の生活場所を確保すること</li> <li>・ただ、Eさんの入院手続きや娘の生活場所を確保するまで時間がかかることが予測されるので、その間は引き続きアパートに住まわせてほしいこと</li> <li>・後見人就任後に、未払い分とアパートを退去するまでの家賃を支払うことを説明し、裁判に移行する手続きの中止を了承させた。その後、B司法書士がEさんの後見人に就任し、Eさんの精神病院への入院手続きを行った。</li> </ul> <p>○また、娘の補助人に就任した社会福祉士は市の障害担当部署と連携し、娘の今後の生活場所を探した。1か月後、娘はアパートを退去し、市営住宅で福祉サービスを利用しながら在宅生活を開始した。</p>	○不明

⑧-4 成年後見センター・リーガルサポート\_高齢者虐待防止及び高齢者の権利擁護実践における、成年後見制度活用を中心とした法律専門職の役割と連携課題に関する研究

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
F	男	80代	○娘夫婦は死去。 ○孫（20歳代）あり。	○持ち家での孫と同居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明。	<p>○孫は幼い頃に両親が離婚、母親の実家であるFさん宅に3人で暮らしていたが、母親が1年前に他界。以降、Fさんと孫の2人暮らしが続いていた。孫は高校生の頃からFさんに暴力をふるって年金を取り上げるようになり、母親の死後は、Fさんの年金が振り込まれる通帳を自分にしかわからない場所に隠し、自分の遊興費に使っていた。</p> <p>○Fさんは2年前に脳梗塞で倒れた後、認知症の症状が見られるようになった。また、左半身に麻痺が残り、思うように体が動かないため、介護サービスで食事の用意や洗濯、掃除をまかなっていたが、孫からの年金搾取により費用の支払いができなくなっていた。</p> <p>○サービス事業所から利用料の未払いについて連絡を受けた介護支援専門員が、Fさん宅を訪問。孫はきまぐれに菓子パンやカップラーメンなどを買ってくるだけで、Fさんは栄養失調状態に陥っていた。</p> <p>○また、仕事や人間関係でストレスを抱える孫は、はげ口として祖父に暴力をふるうこともままあるとのことで、Fさんの全身にはあざが確認された。</p>	○脳梗塞で倒れた後、認知症の症状が見られるようになった	○左半身に麻痺が残り、思うように体が動かないため、介護サービスで食事の用意や洗濯、掃除をまかっていた。	○不明	<p>○祖父であるFさん（80歳代）に対して、同居の孫（20歳代）が身体、経済的虐待及び介護・世話の放棄、放任を行っていた事例。法律専門職が家庭裁判所への申立てに同行して説明を行った</p> <p>○緊急性が高いと判断した介護支援専門員から、市虐待対応担当部署に通報が寄せられた。</p> <p>○市虐待対応担当部署はやむを得ない事由による措置により、高齢者を特別養護老人ホームに緊急保護した。また、主治医から保佐類型として作成された診断書を得、成年後見市長申立ておよび審判前の財産保全処分を申し立てることとした。</p> <p>○弁護士は、市虐待対応担当部署が行う家庭裁判所への申立てに同行し、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Fさんの判断能力は保佐類型との診断を受けている。</li> <li>・左半身に麻痺が残り、自ら外部に対して助けを求めるのは難しい。</li> <li>・今後も孫からの身体、経済的虐待および介護・世話の放棄、放任の継続が予測される。</li> </ul> <p>ことから、2親等以上の親族に対して申立てに関する意見照会を行っている余裕がないことを説明し、審判を早急に行うよう求めた。その結果、家庭裁判所から数日で審判開始の決定が出され、司法書士が保佐人に就任した</p> <p>○市虐待対応担当部署は、その間に、高齢者本人の同意を得て、年金振込先の変更も同時に行った。</p> <p>○保佐人に就任した司法書士は、Fさん本人から孫と離れて暮らす希望を確認したため、市虐待対応担当部署は保佐人も交えてケース会議を開催。やむを得ない事由による措置を解除し、契約による施設入所への移行手続きを行うことについて確認した。</p>	○不明

⑧-5 成年後見センター・リーガルサポート\_高齢者虐待防止及び高齢者の権利擁護実践における、成年後見制度活用を中心とした法律専門職の役割と連携課題に関する研究

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
G	女	80代	○夫は死去。 ○息子（40歳代）あり。	○持ち家での息子と同居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	<p>○Gさんは認知症もなく、自立。夫と2人、自営業で築いた財産があり、息子がわいさから自由気ままにさせていた。</p> <p>○息子は家業を手伝うでもなく、外で働くでもなく、親の財産を無心して生活していた。夫（父親）の死後、家業は閉じたが、息子は生活を変えることもなく、親の金をあてにし、散財を重ねていた。</p> <p>○そのうち貯蓄も少なくなってきたために金銭を出し渋るGさんに対して、息子は殴る蹴るの暴力をふるったり、暴言を吐くようになった。</p> <p>○市虐待対応担当部署がGさんと面接。最初は息子をかばい、自分が我慢すればいいという言動がみられたが、数か月後、頬を腫らし、足を引きずりながら市役所に来所し、「このままでは息子に殺される。もう家を出る」と、自ら保護を求めた。</p>	○不明	○不明	○不明	<p>○母親であるGさん（80歳代）に対して、同居の息子（40歳代）が年金搾取と暴力、暴言を行っていた事例。自立高齢者の代理人として虐待者との交渉にあたった。</p> <p>○A弁護士に対して「①Gさんに対する必要な対応について」相談。A弁護士からは、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・Gさん本人は自立しているが、暴力を受け、生命、身体に重大な危険があることから、緊急に保護する必要がある。</li> <li>・息子が本人を探す可能性があることから、保護先を知られないように、関係機関の協力を得る必要がある。</li> <li>・また、息子は生活費をGさんの年金に依存していることから、年金振込先の変更が必要。という助言がなされた。</li> </ul> <p>○市虐待対応担当部署は、A弁護士の助言にもとづき、Gさんを緊急ショートで保護するとともに、市虐待対応担当部署と地域包括支援センター、関係機関で、息子から問い合わせがあっても保護先を知られないように対応を一本化することを確認した。</p> <p>○同時に、年金振込先の変更も行った。その後、複数の関係機関から、息子が生活費に困り、Gさんを執拗に探し回っているという話が寄せられた。</p> <p>○Gさんは施設で心身ともに落ち着きを取り戻し、年金を確保できるようになった。そのため、市虐待対応担当部署は母親と再度面会し、今後の生活について意向を確認した。Gさんは「自分は施設で生活するから、家と土地は売却する。お金は息子の好きにすればいい。」と言った。</p> <p>○そこで、改めてA弁護士に対して「②Gさんの意向を尊重するにはどうしたらよいか。」について相談。A弁護士からは、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・亡夫の遺産分割として、息子が家から退去し、家と土地を売却することについて、息子の理解を得る必要がある。息子がそれに同意すれば、売却代金から高齢者の生活費を確保したうえで、息子の取り分を渡す方法がある。</li> <li>・当該事例は虐待ケースであり、Gさんと息子を会わせることで、生命、身体に重大な危険が及ぶ可能性が考えられるため、代理人を選任して、代理人を通じて息子と交渉する手段がある。</li> </ul> <p>という助言がなされた。</p> <p>○その後、市虐待対応担当部署から話を引き継いだB弁護士がGさんと代理人契約を結び、上記手続きを行った。自分の取り分の資金が手に入った息子は、その後、Gさんを執拗に探し回ることにはなくなった。</p>	○不明

⑨日本社会福祉士会\_社会福祉士の専門的な実践力の向上と活動領域の拡充に関する調査研究事業 住宅ソーシャルワーク支援事業

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
A	男性	50代前半	○婿養子に入り二児を設けるが、婚家の義父母と折り合いが悪く35歳頃離婚。  ○実家の父や同胞とは、以前から相性が合わず、離婚を期に一人の妹以外の同胞とは連絡を絶つ。  ○遠方に住む妹は癌を患い療養中。	○ホームレス。	○廃品の売買で、月3万円程の収入。	○不明	○不明	○40代前半まで漁師生活。  ○その後塗装工として日雇いの仕事に従事10年近く従事。	○借金(100万円)の返済を逃れるためにホームレス生活になった。  ○25歳で、乗船していた船が船火事を出し、マグロ船の会社が倒産したことをきっかけに、知人を頼り漁場を転々とする生活が始まる。人間関係で揉め、嫌気が差し辞める事も多かった。30歳頃、網元の娘と出会い結婚。婿養子に入り二児を設けるが、婚家の義父母と折り合いが悪く35歳頃離婚し、以来音信不通。実家の父や同胞とは、以前から相性が合わず、離婚を期に一人の妹以外の同胞とは連絡を絶つ。  ○40代前半、漁師生活に限界を感じ知人を頼って上京。塗装工として日雇いの仕事に従事し、その頃出会った女性と10年近く同棲生活を送るが、女性と別れる事になり、住んでいたアパートは女性の契約物件だった為、住居を追われる。しばらく友人宅に身を寄せていたが、長期にわたって頼ることも難しく、居所を無くし、路上生活となる。河川敷に元々ホームレスが生活していたブルーシートの住居を見つけ、定住することになり、以後、5年程過ごす。金や金属、廃品を拾って売り、収入を得て生活していた。  ○本事例は当初の段階で以下のような課題を抱えていた。 ① 本人は長年のホームレス生活の中で、継続的飲酒によると考えられる腹痛、下痢、血便が続き体調不良を訴え、健康に大きな不安を抱えていた。 ② 長年のホームレス生活の中で、社会体験が限定されてきたことや本人の理解力の問題もあり、諸手続き(受診手続き、アパート申し込み手続きなど)への苦手意識が強く、時には強い怒りを支援員にぶついたり、投げやりになったり、時には依存関係を強めるなど、不安定な心理状態にあった。漢字が上手に書けないことに対する恥ずかしさと苦手意識からと興奮し怒りをあらわにする様子も見られた。 ③ アパートを借りる場合の連帯保証人や緊急連絡先がないなど、多くの社会的不利を抱えていた。 ④ 住民票がないため(前住所地では職権削除)、市民としてのサービスをうけることができなかった。また、携帯電話などの購入ができなかった。  ○その後の支援中に新たな生活課題が浮かび上がってきた。 ① 借金(100万円)の返済を逃れるためにホームレス生活になった。 ② 自分で課題を解決しようとする意欲と主体性がかなり低下している。 ③ 面接を重ねる中で、理解力を疑うような出来事が複数見られた。  ○福祉事務所・宿泊所からの意見 長年のホームレス生活により、本人の生活能力や金銭管理能力が不明である。事実確認をしながら、どのような支援や対応を行えば本人が地域で落ちついて生活が出来るか考え支援して欲しい。  ○支援員の意見 明るく、人好きするキャラクターで、人に対する思いやりが深い。長らくのホームレス生活で生活スキルの低下が見られ、本人の苦手意識から拒否感が強い。人に相談したり、解らない事をそのままにしてしまう傾向がある。	○腹痛・下痢・血便・鼠蹊部のヘルニア。  ○アルコール性慢性肝炎。飲酒を続けることと肝硬変・肝ガンへ移行するリスクが高く、断酒をしないと治らない、と医師より指導を受ける。	○酒を控えなければならぬのは解るが、どうしても飲んでしまう。  ○毎日自転車どこかしらに出かけてる。	○野菜が好きで鍋物や野菜炒めを作って良く食べる。  ○塗装工をしている時も仕事には厳しく、子分もいた。今でも慕ってくれる。地元には知り合いが多い。面倒な事もあるけどありがたい事もある。うまく距離をとって付き合っている。	○河川敷で5年間のホームレス生活をしてきた50代前半の男性の支援事例である。地域で暮らしてみようかとホームレス巡回相談事業の巡回相談員および県土整備事務所職員の再三の働きかけにもかかわらず、ホームレスの生活を続けてきた。しかし、体調を崩し(腹痛・下痢・血便・鼠蹊部のヘルニア)、ホームレス生活を続けることに強い不安を持ち、アパートでの生活を希望する。巡回相談員の住民登録のため市役所市民課に同行訪問、福祉事務所への同行等の働きかけで生活保護を申請し、福祉事務所からの依頼でシェルター(一時宿泊施設)に入所したケースである。シェルターの入居期間が最大、1ヶ月と定められていることから、シェルターの入所と同時に、前述の埼玉県生活保護受給者チャレンジ支援事業「住宅ソーシャルワーカー事業」の支援員がアパート設定の転居支援を行い、転居後の地域生活安定のための支援をした。  ○物件探しのため、不動産業者へ同行。物件契約に向け、緊急連絡先が必要となるため、連絡先になる同胞がいるかを確認。郷里に妹がいて、仲の悪い兄弟のなかで唯一心が許せる存在だった、と話す。本人の妹の連絡先を大事に所持しており、6年間程連絡を取っていない妹に電話連絡を行う。妹は電話口で泣きながら本人からの連絡を歓迎し、病気で連帯保証人にはなれないが、緊急連絡先なら是非に、と承諾する。  ○病院へ同行。検査結果はアルコール性慢性肝炎。飲酒を続けると肝硬変・肝ガンへ移行するリスクが高く、断酒をしないと治らない、と医師より指導を受ける。本人は大変ショックを受けた様子で断酒を宣言する。その後も完全な禁酒は難しかったが生活が安定するに伴い精神的にも落ち着いてくるようになると酒量を抑えるようになった。大腸内視鏡検査と結果に対し恐怖を感じている本人の思いに対し受容・傾聴を続けていくうちに、本人が落ち着いて自ら必要性について考えることが出来たのか、自身の判断で検査と大腸ポリープの手術を受ける。  ○金融機関へ家賃の振込に同行。ATMから振込の作業を行うが支援員に代行を依頼。興奮し怒鳴る様子が見られた。そこで支援員から、自分のお金は自分で管理するという意識が重要であること等をいつもより強い口調で本人に伝える。本人は今までなかったような支援員の態度に驚いた様子で、銀行員に教えてもらいながら、本人がATMを操作し振込を行う。作業終了後、汗をかき真っ赤な顔で照れ笑いを浮かべる。この日を境に、本人の行動や、態度に積極性や主体性が現れる。  ○本人から「借金」について、相談の電話を受理本人から連絡が入る。友人の連帯保証人になったものと自分で借入れをしたものの利子を含め100万円の借入。借金の取り立てが怖くて、昼間は家から出て過ごしている、と話す。借金取りが来ても、弁護士に相談をしているので弁護士を通すように、それ以上なにかあれば警察へ届けるようにと助言を行う。法テラスに同行。弁護士へ他の債務も含め相談する。本人が希望し弁護士へ債務整理を依頼する。法律的な解決が出来ることが判り、本人は心から安心した様子で「ホームレス生活して隠れてたのは、借金から逃げたかったからなんだ。取り立てが怖かったし、金がないから返せないし。どうしていいかわからないから、もう逃げるしかなかった。」と、ホームレスを始めたきっかけについて語った。  ○今後、本人が地域で生活していく上で、安心して相談が出来る関係機関を確保する必要性についてケースワーカーと協議。本人に承諾を得て、地域包括支援センターに相談を行う。『本人は本来地域包括支援センターが支援対象としている年齢に達していないが、本人の話の理解力と、長いホームレス生活をしてきたという点から、地域生活者としての力の不安定さを感じた。今後も継続的に見守りを行っていきたい。』と話し、今後の本人への関わりと住宅ソーシャルワーカーの支援員との連携を承諾してもらう。  ○地域で生活を始め、課題が解決に向かいつつある今、本人の生活に新たな生きがいや目標を見つけることも必要となつて来ていると感じた。その後、地域包括支援センターでは本人の好きなことややりたいことを聞き出し、社会参加を促していきたい、と継続的に投げかけを行って来ている。「困ったら相談が出来る場所・自分を見守ってくれている場所」の一つとして地域包括支援センターの相談員や福祉事務所の担当ケースワーカーとの関係性との間には良好な関係が構築されている。	○借金の督促や取り立てが怖くて逃げたくて、ホームレス生活をした。今は解決をしたいと望んでいる。  ○ホームレス生活していた時は廃品をゴミから拾って来て売って稼いでいた。警察から咎められた事もあるし、悪いことだからもうやらない。ちゃんとした仕事をしてみたい。  ○病名が解るまでは怖かった。今は手術も済み、肝臓の数値も下がって良かった。  ○ホームレスの生活は過酷だった。長年の疲れが溜まっていた。落ち着いて生活したい。	

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
A	男性	91	○妻あり。 長男は北海道在住、次男は練馬区在住。 ○長男は定年後に同居する意思はあるも、定年までは北海道に在住予定。 ○次男は自営業。	○持ち家 同居 妻と二人暮らし。	○家賃負担 いもの夫婦の年金のみ。	○費用負担 は、世田谷区 1 割 + 訪問看護。 通常では 1 日複数回の利用は無理であるが、包括払いとなり複数回の利用が可能となった。	○不明	○20代から精神疾患あり、社会生活困難になり閉じこもりの生活。妻への暴力があり、大声を出したりして強制入院した事もあり、定期的な通院・服薬無く現在まで至る。 ○年齢と共に身体機能低下し、布団上での生活となる。 ○平成 21 年妻も高齢になり、腰痛が悪化したことにより、地域包括支援センターに相談。介護保険申請し、要介護 2 となる。 ○認定後精神科の医師の往診が始まり、看護師によるバイタルチェック・入浴介助のサービス開始。それ以前は何十年も入浴せず。訪問看護によるサービスは開始したもの、拒否が強く入浴には至っていない。 ○平成 23 年に入り、下肢筋力低下に伴いトイレでの排泄ができなくなる。オムツ着用。オムツ交換時の拒否が強く、変えられない日もあり要介護 4。 ○妻は食事の準備と、配膳下膳以外には関われない。腰痛と本人の暴力があり、半径 2m 以内には近寄れない。妻に対しての暴力が強く、下肢筋力は低下しているが上肢の力はある、側によると殴りかかれる。次男に対してはおとなしくオムツ交換に応じられる。 ○皮膚にトラブルは無いものの、オムツ交換の回数が極端に少なく、居室内尿臭が漂って衛生環境が悪い状態。 ○妻も次男も介護によるストレスがピークに達していたが、24 時間地域巡回型訪問サービスで複数のヘルパーが入ることに対しての拒否があった。妻は夫の介護を行いたいが本人の拒否があるためできないこと、また自分の腰痛で思うように介護が行えないことにストレスを感じていたため、複数の人間（特に女性）が関わることに難色を示した。 ○訪問看護同行の際も拒否が強く、次男が手を押さえ看護師がケアに当たる状況であった。看護師より「暴力が出たらサービス継続は難しいので手を出さずに退出してください。」との指示が出る。 ○初回訪問時はふすまを開けただけで暴言をはかれ、側にはいけない状況。挨拶のみで退出。	○昭和 39 年統合失調症。 ○平成 10 年認知症。 ○食事摂取は自立。	○次男は自営業であることから、比較的に時間の融通がきき、頻繁に通っているが、毎日の通いになると仕事に影響が出て、自営業の継続が困難になる。	○不明	○本人と家族のタイプから複数のヘルパー訪問に抵抗があること予想されたため、サービスの理解を家族にしてもらうため、介護支援専門員と訪問。次男は通いで排泄介助に毎日通っているが、精神的・肉体的にもピークに達していたため、排泄介助のストレスが軽減できるのであれば利用してみたいとの意向で、次男が母親を説得し、導入。 ○サービス担当者会議を開催し事業説明を行う。導入前に多職種による合同カンファレンスを開催。 ・ 検討内容に①拒否時の対応。②主介護者の妻が本人に少しずつ関わりが持てるような接し方で検討を行い、導入前に訪問看護の同行訪問を行い、指示を仰ぐこととなる。 ・ 長年精神疾患で定期的に専門医の治療を受けることなく閉じこもり、妻と生活してきたが、高齢になり夫婦だけで在宅生活することが困難になってきた。主治医からも介護サービスの導入は進められており、次男も今後毎日通いで排泄介助を行うことは困難なので、定期と随時の対応で排泄の介護負担軽減と、医療との連携で在宅生活が継続できるよう支援する。医療ニーズは訪問診療の先生から把握した。 ・ 訪問入浴・福祉用具は 24 時間地域巡回型訪問サービス導入が本人に与える影響を確認しながら今後検討していく。 ○情報をとりまとめる人が必要。インフォーマルなところまで関わるとなるとつなぐ必要が出てくる。日々現場で忙しいので、そのつながりやってくれる人がいないときつい。それが介護支援専門員の役割。 ○「ニーズ：自宅で健康管理したい」「長期目標：健康管理し、安心して自宅で生活できる」「短期目標：家族ができない介護支援を受け、安心して生活できる」とし、ヘルパーにおける身体介護支援と緊急時のヘルパーによる介護支援の位置付け。 ○本人の一日の流れを聞き取りし、介護サービスが必要である、本人が起きている時間に定期サービスを集中的に導入していく。 ○他の社会資源はそのまま継続。医療系のみしか入っておらずそのまま継続し連携を図る。 ・ 他のサービスは、訪問看護、在宅の精神の往診月 1 回。 ・ 居宅療養管理指導。 ・ 訪問看護サービス提供体制加算。緊急時訪問看護加算。 ・ 定期訪問時に本人の身体状況確認、異常時にはオペレーションセンターへ連絡し状況報告。 ・ オペレーションセンターから、訪問看護に連絡し、主治医へつなぎ指示を仰ぐ。 ○2 回目訪問時に排便あり、暴言をはかれるも近くに行っても暴力は無かったことから、サービス続行。更衣の際に少し暴力はあるも、本人はオムツ内が気持ち悪かったのか力強い拒否はなかった。オムツ交換がスムーズに行えたことから訪問してサービスを受ければ快適になることに納得したのか、顔拭き、手浴・足浴も行えるようになり、シーツ交換・更衣が徐々に行えて環境整備ができて快適に生活が送れるようになり、一人の時は歌を歌ったり、ラジオを聞いて穏やかになった。 ○6 名のヘルパーで複数回訪問し、サービスに当たっていたが、どのヘルパーにも拒否無く、カーデックスを運用して、本人の状況把握に努め訪問していたため、前回できなかったことは次回に回すことで、本人の一日を支援。随時サービスも排便時度々利用し、排泄に関する短期目標は達成された。 ○定期往診の主治医より血液検査の結果が悪く、2~3 週間入院とのことで、サービスはいったん中止。入院中は以前強制入院されたときは拒否が強かったが、今回の検査入院は、24 時間地域巡回型訪問サービスで人馴れされていたこともあり、家族が驚くほど入院中に拒否が無く治療もスムーズに進んだ。入院から 2 ヶ月で感染症発症により、永眠された。	○不明		

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
B	女性	85	○夫とは 30 代で死別している。 ○姉あり。	○高齢者用公的賃貸住宅シルバーピアに独居、姉とは連絡を取りあっていたが、関係悪化して一切の関わりを拒否され介護者不在。	○年金のみ。	○不明	○不明	○不明	○年金収入はあるが、手元にあると使ってしまう貯金ほぼない。 ○被害妄想があり他者の関わりが困難。 ○自宅は生活環境すら整っていないが、本人の物を捨てさせない執着もあり、介護者不在のため本人以外の判断で導入ができない。 ○歩行不安定・環境不備で転倒の可能性高い。独居・介入拒否で生活が見えない。 ○本人に具合が悪いという認識がない。 ○24 時間地域巡回型訪問サービス利用前の介護の状況 ・ シルバーピアのワーマン（管理人）による見守り。地震や漏電により支援を試みても、拒否強く自宅に誰も入れなかった。 ・ あんしんすこやかセンター職員による手続き支援・保健センターによる成年後見制度の利用準備 →認知症により本人の判断能力不十分、キーパーソン不在。	○左肩骨折後、自宅近くで転倒・骨折したことが介入のきっかけ。 ○レビー小体型認知症、要介護 2、高血圧症。 ○1 日 2 回服薬。高血圧と向精神薬。 ○立ち上がり・動き出し時のめまい（起立性低血圧）、歩行のふらつきあり。 ○排泄は自立。	○不明	○不明	○自宅近くで転倒・骨折したことが介入のきっかけ。肩の骨折は軽度であったが、自宅で安静にできる環境になく、転倒してさらに怪我が増える可能性もあるため、リハビリを兼ね介護体制を整えるために入院となった。 ○地域包括支援センター相談員、保健センター職員、ワーマン、介護支援専門員にてカンファレンス→入院による服薬管理で精神的に安定した状況あり、自宅に戻っても服薬を適切に行うために支援が必要。 ・ 本人の自宅での生活状況を把握し、本人が求める支援を明らかにする。 ・ 転倒や急な疾患の発生の早期発見をする。→短時間サービスであれば、本人が支援を拒否したとしても最低限安否確認できる。 ○歩行不安定・環境不備で転倒の可能性高い。独居・介入拒否で生活が見えない。 →本人へは独居で退院直後の生活が心配なので定額で見回りに行くと説明（本人は骨折が治ればひとりですべてできると思っていたため）。 ○この事例における介護支援専門員の関わり方。 ・ 食事の提供と服薬管理をすることで、心身状態の安定を図る。→定時の訪問が毎日行われることで、生活サイクルをつくられる。 ・ 本人が何をどこまで自力でできたかを知ることができる。 ・ 本人に具合が悪いという認識がない。回復するまでという話でサービスを入れている。入浴はデイサービス。 ・ ねらいは、服薬を含め、生活リズムを整えるためのサービス利用。 ○医療・看護との連携。 ・ 現在調整中。 ・ 降圧剤と抗精神薬の管理を月 1 回の通院で診ている。 ・ キーパーソン不在などで具体的な体制作りが難しい状況あり。 ○ひとりしていると被害妄想（お金がない、勝手におろされた、物を盗られた）が見られるが、介護スタッフと会話することで落ち着く→お金が財布に入っていること確認する、連絡をすると話す。 ・ 着替えや洗濯は自分でやろうとしているので、補助的な支援で足りる。 ・ 食事や生活必需品を揃えつつ、無駄な出費を抑えられる。 ○成年後見制度申立て準備中。	○不明	

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
C	男性	83 歳	○独居・娘が二人。 ○長男夫婦も関係は良いが遠方であり介護は次男が担っている。	○日中独居、主介護者の次男と二人暮らし。 ○全面的に主介護者を頼りにしている。	○夫の遺族年金はあるが主介護者が管理し自由になるお金はない。しかし全面的に主介護者を頼りにしている。	○不明	○不明	○不明	○不明	○歩行のふらつきがあり室内歩行がかるうじて可。転倒の危険性大。 ○過去に肺の病気を患っており、風邪を引きやすく発熱しやすい。 ○認知症で時間的な観念が薄れているので食事、量、服薬確認、水分補給が必要。 ○皮膚が弱く皮膚トラブルを防ぎたい。 ○一日中ソファにすわりテレビを見て人と話す機会がない。 ○近くに娘が住んでいて時々顔を出しているが介護力はない。 ○デイサービス 週 2、3 回だが何度デイサービスを勧めても いったんは了承するがすぐやめてしまう。訪問介護も同様で一人では難しいにもかかわらずサービスの拒否もあり。 ○もの忘れが酷くなり時間の観念が薄れ、屋食や服薬、水分補給、体温調節が難しくなり、発熱することも多くなった。主治医からは家族に頻繁にショートステイに出すよう促されたが、主介護者は本当に暑い時、1 週間ほどのショートを希望、主治医との認識の差があり。	○脳出血・硬膜下血腫(2 回) ○アルツハイマー型認知症、要介護 3。	○不明	○不明	○家族と主治医に 24 時間地域巡回型訪問サービスの導入を相談。主治医は本当にこの夏を越せないと思っていたらしく、短時間ながらきめの細かいサービスの良さを再認識。 ○家族と相談しながら最小限のサービスにて様子見。ちょっとした環境の変化で体調の変わりやすい状態の気づきが早く、対応も早くできる。 ○健康管理を行い、本人の希望である自宅での生活が維持できるように支援する。(訪問サービスの屋食の用意、服薬確認、水分補給、体調確認、清式等) (ケアコール機による服薬確認、水分補給の促し)。 ○ 24 時間地域巡回型訪問サービスは週間計画の上において大きなウエイトを占め、在宅生活を維持するため必要不可欠。 ・ 生活するうえで必要な食、服薬の確認、水分補給、清潔の維持、体調をみての外出と環境の美化。ケアコール機による服薬の確認と水分補給の促しや緊急時の対応等。 ○他サービスとの併用パターン。24 時間地域巡回型訪問サービスでは入浴は無理。以前のサービスは訪問介護での入浴介助、週 2 回のうち半分以上はキャンセルがあり週 1 回にして清潔を保つため清拭を導入する。 ○医療・看護との連携。 ・ 通常時：定期的に主治医が月 2 回訪問診療し、主介護者が会社の帰りに診療結果と処方箋を頂き薬を用意する。介護職員が服薬の確認。 ・ 緊急時：救急車にて関東中央病院へ搬送、または主治医に連絡し指示を仰ぐ。主治医は時間外も対応可。家族への連絡。事務所への連絡。 ○日中独居で物忘れが酷く時間的な感覚がなく、屋食や服薬、水分補給の確認が難しい状態だったがこのサービスを導入することにより室内温度の管理、屋食、服薬確認、水分量の把握、バイタルチェック(健康状態の見守り)、清拭による身体の清潔の維持が保たれ、家族、主治医、事業所、との連帯も密になり、主治医からの評価も良い。 ・ 自己申告で当初体温が 35.8 度とのことだったが、実測により平熱が 1 度高いことがわかり主治医にも連絡。 ・ 水分量と温度、検温、エアコンの室温調整が重要であるため、1 日 3 回、チェック表を作成。コールおよび訪問者も勧め、飲ませた。 ・ 介護支援専門員を通じて医師との連携が密になり、急変時に連絡可能。 ○ 24 時間地域巡回型訪問サービスは週間計画の上において大きなウエイトを占め、在宅生活を維持するため必要不可欠。 ・ 生活するうえで必要な食、服薬の確認、水分補給、清潔の維持、体調をみての外出と環境の美化。ケアコール機による服薬の確認と水分補給の促しや緊急時の対応等。 ○他サービスとの併用パターン。24 時間地域巡回型訪問サービスでは入浴は無理。以前のサービスは訪問介護での入浴介助、週 2 回のうち半分以上はキャンセルがあり週 1 回にして清潔を保つため清拭を導入する。 ○医療・看護との連携。 ・ 通常時：定期的に主治医が月 2 回訪問診療し、主介護者が会社の帰りに診療結果と処方箋を頂き薬を用意する。介護職員が服薬の確認。 ・ 緊急時：救急車にて関東中央病院へ搬送、または主治医に連絡し指示を仰ぐ。主治医は時間外も対応可。家族への連絡。事務所への連絡。	○不明

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
D	男性	90	○主介護者の妻が平成23年1月にご逝去。  ○娘2人は30代・40代の娘で子どもがまだ小さい。	○独居・娘が二人（名古屋と千葉・月に数回訪問）。	○不明	○週1回の訪問看護（服薬管理等）・掃除・買い物（週1回程度）・夕食の確保（配食サービス）・通院に関しては、月1回（娘が対応）。	○不明	○不明	○不明	○主介護者の妻が平成23年1月にご逝去。それに伴い、名古屋・千葉の娘が頻りに訪問する必要が生じる。経済的負担の拡大。24 時間地域巡回型訪問サービス利用前の介護の状況 ・通所介護（週3 回） ・訪問看護（週1 回） ・指定訪問介護（週3 回、入浴介助・そうじ・買い物）。 ・配食弁当（毎日）。 ・定期的な通院（月1 回）は娘が対応。今までの入院先である病院とのつながりを確保したいとの希望があり、訪問診療は導入されていない。 ・夜間対応型訪問介護（コール端末が設置されているが利用実績はない）  ○もともと几帳面な正確であったが、ADL の低下に伴いパジャマ・普段着への着替えを定期的に行うことができなくなった。同じ服を長期間着るようになった。  ○更衣の声掛け（朝・夜の毎日）と転倒リスクがあり、転倒時の随時対応。今まで3 回、自宅で転倒し朝のヘルパーが訪問するまで倒れていたことがあり、見守りの頻度を上げる必要性があった。就寝の準備に煩わしく、日中と同じ服装で寝起きをしている。秋口は体臭が気にかかる状態であった。合わせて、皮膚トラブルもあった。  ○日曜日に入ることのできる事業所がなく、家族の訪問が余儀なくされていた。このことによるストレスがあった。家族が訪問することができない時に「お泊りデイサービス」の利用を試行したが、導入にいたらず。	○アルツハイマー型認知症、要介護3。  ○介護力に関しては、主介護者である娘も離れて住んでいることに加え、不安が大き。	○今まで3 回、自宅で転倒し朝のヘルパーが訪問するまで倒れていたことがあり、見守りの頻度を上げる必要性があった。  ○介護力に	○不明	○介護支援専門員より本人・娘に紹介。介護支援専門員による再アセスメント。モデル事業サービスを導入することで、就寝準備と起床の声掛けを行うことで、生活のリズムを整えることを家族に提案。合わせて、見守りの頻度を上げ、離れて暮らす家族の安心も狙いにした。ケア内容・ケア時間の確定・居宅サービス計画・介護保険サービス全体のマネジメント・総合的な援助の方針の策定・各関係機関からの情報の集約。 ・短時間サービスによる自立支援。 ・声がけと一部介助のみを短時間で行い、自立支援を促す。 ・家族の安心と家族に迷惑をかけたくないという本人の希望を尊重し、在宅生活の可能性を拡大させる。 ・皮膚トラブルの改善。 ・24 時間の生活リズムに合わせたタイミングの検討。 ・パジャマの洗濯が必要になり、指定訪問介護と連絡し対応を依頼・連携。 ・夜間対応型訪問介護の中止。 ・日曜日の13：00 あたりに短時間の見守りのための定期巡回を追加。 ・指定訪問介護では居宅サービス計画に沿って介護計画を作成したが、本サービスでは、サービス提供責任者が主体的に利用者の24 時間の生活を考え、提案（共同マネジメント）することが求められる。ケア内容・ケア時間・頻度を介護支援専門員に提案し確定する。  ○アルツハイマー型認知症に関して、入院中の検査にて発覚。初めは受け入れることができなかったが、認知症をうかがわせるトラブルが発生し、家族も認知症を理解しようと努めることができた。 ・今後、もしもう一度倒れるようなことがあれば、一人暮らしは諦めるとの意向あり。娘の自宅近くの特別養護老人ホームへの申し込みやサービス付高齢者住宅の見学など、家族が次の住まいに関して、情報収集をしている状態。介護支援専門員からも情報提供。  ○医療・看護との連携。 通常時の連携体制 ・連絡ノートの活用・看護から介護支援専門員経由での連絡・相談によりサービスの見直しを行う。 ・介護支援専門員とは、介護記録を共有することで、迅速な情報共有を行っている。 緊急時の連絡体制、対応手順 ・訪問看護ステーション・主治医の連絡先の把握。 ・家族の連絡先の把握と連絡優先順位の事前確認。 ・アセスメント時に緊急対応（随時対応）ニーズの把握と対応方法の確認を実施。 介護支援専門員との連携手順 ・指定訪問介護での連携手順に準じ、報告・連絡・相談を実施。 ・日々の利用者の状況によりサービス内容の提案を実施。  ○24 時間地域巡回型訪問サービス導入後の評価 利用者の状態変化とその要因 ・毎日更衣を行うことができるようになった。 ・皮膚トラブルの改善。 ・人が来る楽しみが増えた。 家族等の介護負担（身体的負担）の変化とその要因 ・家族が遠方に住んでいるため、介護負担に変化はない。 ・しかし、日曜日のサービスが安定して毎週入ることにより、計画的に2 人の娘が訪問することができ、負担は軽減した。 家族の精神的負担の変化とその要因 ・一人で過ごす時間が短縮されたことで、遠方に住んでいるが今まで以上に安心することができている。 ケアマネジメント目標の達成状況 ・ほぼ達成 上記について介護支援専門員が関与したことによる効果・利点など ・全体的なサービスをマネジメントすることにより、24 時間地域巡回型訪問サービス・デイサービス・訪問看護等の要になり、統一の目標に向かいサービス実施することができた。 ・利用者の24時間生活のあらゆる面でケアチームとして関わり、大きな安心を得てもらうことができた。	○家族からは、「不安なのは、夜と朝の時間。本人に説明し、本人が納得するのであれば、ぜひ導入して欲しい。私たちの安心にもなる」との言葉をもたらした。

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
E	男性	86	○高齢（要支援2）の妻あり。  ○前妻との子どもがいるが交流はない。  ○親戚も近くにはいない。	○夫婦2人暮らし。	○不明	○訪問介護（週12回）訪問看護（週1回）訪問診療（月2回）訪問入浴。	○不明	○不明	○経済的に余裕がない状態。  ○通院に関しては以前より妻が代理受診をして、処方を受けていた。今まで妻の嚮傾向を端発し、訪問診療医師の交代したことあり。訪問看護・訪問診療を利用しており、連携の必要がある。  ○24時間地域巡回型訪問サービス利用前の介護の状況は指定訪問介護（週12回）訪問看護（週1回）訪問診療（月2回）訪問入浴。  ○家族の介護力評価、急変時の家族の対応力の評価 ・ 主介護者である妻も高齢であり、介護力に不安がある。特に排泄介助に関しては、パットの交換がなんとかできる状態である。緊急時に関しても同様に、対応力には不安がある。 ・ 急変時に1番頼りにしているのは訪問診療医で、何かがあれば連絡をすることができる。	○排便対応を妻ができない場合に緊急コールの可能性あり。基本的に排泄・入浴等以外は全て妻が担当している。特に1日複数回の排泄介助の負担が大きかった。排泄介助（おむつ交換・陰部洗浄）を朝・昼・夜間を毎日。 ・ 1日の最後の訪問介護（排泄介助）が夕方であり、その後は妻がパットの交換のみを実施。朝の9:00まで15時間ケアが入らない状態であった。 ・ 夜間帯に排便があった場合、夜間対応型訪問介護を利用（月2～3回） ・ 妻の特に夜間の介護負担が大きい。  ○24時間地域巡回型訪問サービス導入後の評価 利用者の状態変化とその要因 ・ 緊急コールの減少（以前は夜間対応型訪問介護の緊急コールを月に2～3回・深夜帯に利用していたが、23時の定期巡回を導入することで、緊急コールは0回）。 家族等の介護負担（身体的負担）の変化とその要因 ・ 訪問回数を重ねることで、主介護者からの信頼を得ることができ、介護者にケアを任せることができ、介護負担の軽減につながった。 家族の精神的負担の変化とその要因 ・ 介護負担を軽減することで、主介護者が精神的な余裕を持って、本人に向き合うことができた。 経済的負担の変化とその要因 ・ モデル事業の導入により、指定訪問介護のサービスをモデル事業に振替、自己負担の軽減につながった。 上記について介護支援専門員が関与したことによる効果・利点など ・ 経緯を知る介護支援専門員が入ることで、サービスの導入を円滑に行うことができた。 ・ 指定訪問介護や訪問看護等の全体の調整を介護支援専門員が行うことで、生活全般を多職種間で支える体制を構築することができた。 ・ 妻のプランとのバランスを考えた調整を行うことができた。	○脳梗塞後遺症左麻痺・大腸がん・下血・廃用性症候群。  ○日常生活自立度（障害Cと認知症Ⅲ）。	○妻は気持ちの浮き沈みが大きく、精神状態によって介護への関わり方が大きく変化する。	○不明	○以前より夜間に排泄介助のニーズがあったが、介護保険給付限度額の問題でこれ以上のサービス導入を諦めていたが、モデル事業の紹介を受け、期間限定であるが、妻に相談を実施する。全体的なマネジメントを担当。家族の意向の確認（入院するか？在宅継続するか？）を行う。利用者・家族の代弁者として、ニーズの把握を行い、適正なタイミングで適正な量のケアが実施されるよう全体を把握する。 ⇒嚮傾向の妻とケアや負担額の了解を得、モデル事業者とのケア時間の調整を実施。他のサービスとの調整に関しては、介護保険での調整と同様に実施。介護支援専門員が利用者・家族の生活に対する意向と目標に向けたサービスを実施するための「要」となった。 ニーズの確認（再アセスメント）介護支援専門員一妻。 ・ 金銭面でのメリットを一番に感じた。経済的に余裕がない状態であるが、夜間のサービスの必要性あるとのことで、導入に向けての調整がスタートする。 ・ 妻は介護・看護にサービスを利用しながら自宅までできるだけ、ご主人を見ていきたいという希望。しかし、妻は気持ちの浮き沈みが大きく、精神状態によって介護への関わり方が大きく変化する。それらに関する情報源、認識のプロセス。 ・ 医師からの病状説明（訪問診療）・看護師より日々の療養に関するアドバイスと情報提供（訪問看護）・介護支援専門員より生活全般に関するアドバイスと情報提供。 ・ 8時、14時、23時の定期巡回・随時対応サービスの導入による24時間安心できる生活の実現。 ・ 経済的負担の軽減。 ・ 24時間安心できる。 ・ 深夜帯のサービス導入で妻の負担の軽減、随時対応の減少も狙う。 ・ 指定訪問介護サービスをモデル事業サービスに移行。 ・ 妻のプランもご主人のサービスとともに変更を行う。 ・ 変更に関しては介護保険サービスのプラン変更と同様の手順をとり、調整を行った。 ・ 顔なじみにヘルパーのサービス（指定訪問介護）の一部継続を実施。 ・ 主介護者の妻は介護の経験は長く、ご自身のこだわりがある。 ・ 介護者も妻に介護の方法を確認しながら、介護を行うアプローチを行うようにしている。ともに介護を行いながら、介護に係るアドバイスを実施。  ○医療・看護との連携。 通常時の連携体制 ・ 連絡ノートの活用し、連携を図る。事前に訪問看護担当看護師・訪問診療医師とコミュニケーションを図ることで、日々の連携を円滑に行えるよう、工夫を行う。 緊急時の連絡体制、対応手順 ・ 訪問看護ステーション・主治医の連絡先の把握。 ・ 家族の連絡先の把握と連絡優先順位の事前確認。 ・ アセスメント時に緊急対応（随時対応）ニーズの把握と対応方法の確認を実施。 介護支援専門員との連携手順 ・ 指定訪問介護での連携手順に準じ、報告・連絡・相談を実施。日々の利用者の状況によりサービス内容の提案を実施。  ○24時間地域巡回型訪問サービス導入後の評価 利用者の状態変化とその要因 ・ 緊急コールの減少（以前は夜間対応型訪問介護の緊急コールを月に2～3回・深夜帯に利用していたが、23時の定期巡回を導入することで、緊急コールは0回）。 家族等の介護負担（身体的負担）の変化とその要因 ・ 訪問回数を重ねることで、主介護者からの信頼を得ることができ、介護者にケアを任せることができ、介護負担の軽減につながった。 家族の精神的負担の変化とその要因 ・ 介護負担を軽減することで、主介護者が精神的な余裕を持って、本人に向き合うことができた。 経済的負担の変化とその要因 ・ モデル事業の導入により、指定訪問介護のサービスをモデル事業に振替、自己負担の軽減につながった。 上記について介護支援専門員が関与したことによる効果・利点など ・ 経緯を知る介護支援専門員が入ることで、サービスの導入を円滑に行うことができた。 ・ 指定訪問介護や訪問看護等の全体の調整を介護支援専門員が行うことで、生活全般を多職種間で支える体制を構築することができた。 ・ 妻のプランとのバランスを考えた調整を行うことができた。	○妻は介護・看護にサービスを利用しながら自宅までできるだけ、ご主人を見ていきたいと希望。

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
F	女性	83	○夫は死別。 ○東京郊外にお住まいの長女あり。	○持ち家。身体の不調を訴えるときもあったが、愛猫と共に独居生活を継続。	○不明	○入院中も差額ベッド代の負担があり、実質、家政婦を導入しながらの介護で負担額は増えた。	○不明	○不明	○不明	○もともと一人暮らしをしていたが、平成23年8月に肝臓の数値が悪化し、医師の判断により入院。その後、肝臓が進行し、9月の時点で余命3ヶ月の申告を受ける（本人には告知されず）。  ○入院前までは、通所介護週2回と指定訪問介護1日1回・配食弁当・訪問リハビリテーションを利用しながら、その他の部分は自分のペースで行いながら自立した生活。以前は家族の方が通院介助を行っていたが、腎盂腎炎で入院を繰り返すようになり、訪問診療に切り替え。  ○退院後は東京郊外にお住まいの長女が9:00~21:00 通いで介護を行うことになる。通いの時間が大きな負担になることが予想されるが、最期のひと時を住み慣れた自宅で過ごして欲しいとの家族の強い希望により在宅復帰を検討される。  ○癌ターミナル期であり、1日1回もしくはそれ以上の看護ニーズがある。状態の変動があり、その時々医療的判断を要する。  ○その他日常生活動作全般に介助が必要。夜間に関しても定期的な排泄介助が必要。  ○肝臓に数値が悪く（一部しか機能していない状態のため）老人保健施設の受け入れも困難。介護療養型病床も現在いっぱいとのこと。	○肝臓癌末期・糖尿病・高血圧症・骨粗鬆症・慢性C型肝炎・腎盂腎炎・尿路感染症。  ○要介護4日常生活自立度(障害Cと認知症II)		○不明	○平成23年8月脱水の疑い（連日の点滴・腎臓の数値の悪化）で入院を訪問医から勧められ、入院に至る。本人のデイサービスに行きたいという気持ちと家族も住み慣れた自宅で最期の限られた時間だけでも過ごして欲しいとの希望もあり在宅復帰が検討される。世田谷区モデル事業の存在をプロモーション活動していたモデル事業担当スタッフから得る。その情報を基に再アセスメントを実施。介護支援専門員は、今までの生活・本人の性格の代弁者としての役割を果たし家族の希望や要望（今後の再入院・在宅生活の継続に掛かる意思決定）を介護支援専門員の関わりの中で決定することができた。 ・ 居宅サービス計画の中にある本人の生活の対する意向である「病院には入院したくない。もっと体力がついたらデイサービスに行きたい。皆に会いたい」という希望を叶えるため、介護支援専門員が「要」となり、居宅サービス計画の取りまとめを行なった。在宅復帰ということもあり、今まで慣れ親しんだ訪問介護員による指定訪問介護やデイサービス・訪問入浴を計画上に位置付け、身体状況を鑑みなら、迅速な対応ができる体制を構築。 ・ 体力の低下が著しくデイサービスへの通所は困難な状況であったが、介護支援専門員は通所を可能にするための課題分析を行い、具体的な解決策を講じた。 ・ 夜間に関しては、家政婦対応が決まり、日中帯にモデル事業を利用しながら、通いで介護を行う家族の介護負担を軽減しながら、入院中のケアを再現できないかと長女に提案。不安の大きかった長女も在宅復帰を決意することができる。 ・ 退院前に介護支援専門員・長女・モデル事業担当者として事前打合せ。具体的な身体状況の聞き取りと入院中の生活を参考に、介護支援専門、長女と協議を行い、サービス内容と時間を設定する。しかし、終末期ということもあり看護師からの見解をサービス内容に落とし込む必要があり、退院直後の訪問看護サービスならびに訪問診療時に同席し、サービス内容の擦り合わせを実施することになる。 ・ 排泄の介助・陰部の清潔介助・薬の塗布・状態観察と各機関との連携。ターミナルということもあり、身体状況の変化が大きく、状況に合わせた負担の小さな介護が求められる。例えば、排尿の状況によれば5分でのサービスの終了。  ○医療・看護との連携。 ・ 今回の事例においては、モデル事業サービスの依頼に至るまでに再アセスメント。素案を作成し、新しい社会資源を織り込んだプランを提案。 ・ その後、モデル事業者がアセスメントを実施し、具体的なサービス内容・サービス時間を提案し、居宅サービス計画に落とし込み、居宅サービス計画が確定した。今回の事例は、その後、訪問看護師・指定訪問介護サービス提供責任者・モデル事業者・介護支援専門員によりサービス担当者会議を実施し、サービス内容と目標の共有を行い、1つの目標に向けたサービスを実現させた。 ・ 利用者と家族の生活パターンに沿った視点が今回に事例の特徴。家族の通いで介護の負担を居宅サービス計画に十分に反映させることができた。 ・ 共同ケアマネジメントを順調に行うことができた要因は、訪問看護・訪問診療による医療視点の大きなバックアップ。病状や予後に関しては、入院前より訪問診療を受けていた医師からの助言が大きい。加えて、退院後は医療保険による訪問看護が実施され、日頃の介護や身体に関する相談は看護師が大きな役割を果たした。介護支援専門員とモデル事業者との間のみの「共同」では、終末期を迎える本人を支えることは難しく、医療的な判断が加わり、医療・介護・介護支援専門員との3者が共同することで共同ケアマネジメントが成立した。  ○24 時間地域巡回型訪問サービス導入後の評価 利用者の状態変化とその要因 ・ 1日複数回の排泄介助により皮膚トラブルの悪化を最小限に留めた。 ・ 社交的な性格で訪問時に介護スタッフとの会話を楽しむことができた。 ・ 在宅復帰することができた。 家族等の介護負担（身体的負担）の変化とその要因 ・ 排泄介助・軟膏の塗布を介護スタッフに任せることができ、その他の介護に集中できた。介護スタッフが頻りに訪問することで本人の身体状況で不安な点がある場合もタイムリーに相談できた。 ・ 医療と介護が連携しながらサービス提供を実施でき、安心感の大きなサービスを提供できた。 家族の精神的負担の変化とその要因 ・ 緊急コール（随時対応サービス）は実施されなかったが、コール端末を押すことでいつでも相談でき、必要ときは随時対応が利用できることで、人といつでも繋がっていることから、大きな安心感を得られた。 ・ 東京郊外からの通いで介護生活であったが、24時間安心できる居宅サービス計画があり、負担に軽減につながった。 経済的負担の変化とその要因 ・ 入院中も差額ベッド代の負担があり、実質、家政婦を導入しながらの介護で負担額は増えたが、それに以上に大きな満足を得ることができた。	○本人のデイサービスに行きたいという気持ちと家族も住み慣れた自宅で最期の限られた時間だけでも過ごして欲しいとの希望あり。

⑩-7 日本介護支援専門員協会 24 時間地域巡回型訪問サービス提供体制におけるケアマネジメントのあり方の調査研究事業 介護保険総合ケアセンター いずみの園

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
G	男性	88	○妻あり。 ○同敷地内に長女夫妻居住。 ○次女は県内にいるが介護力ない。 ○親戚も近くにはいない。	○妻と同居。	○不明	○不明	○不明	○不明	○Gの介護が経済的にも大きな負担。	○排泄清拭移動介助モデル。1日に午前2回・午後2回の計4回。認知症対応通所ショートを利用。一人での排泄が困難になり、常時失禁状態。妻も認知症の為その介護ができないが、出来ないことが理解できない状態。 ○長女も働いている。1日2回見守りはするが、オムツ交換はしない。また通院は長女が調整。（朝8時・夕方5時台は見守り出来る）。 ○長女の出入りは本人の妻が受け入れないことが多く長女も思うような関わりが困難な状態。長女は介護経験がないが、ヘルパー派遣時間以外で失禁があると思うことはある。定期的な支援は困難・受診は長女が行う。 ○発熱や腰痛の訴えあり、医療機関への搬送必要。 ○介護保険利用は週2回。デイ週2回、ショートは3泊4日、毎週。今まで介護保険では17時の時点でヘルパーが確認し、それ以降は認知症夫婦2人の生活。夜間訪問をしたら、夜間は暴力、暴言が見えた。当初は、21時に排泄に入って、尿とりを設置していたが、その時間にヘルパーが入ることに拒否が激しく、時間を変更した。当初は1人派遣であったが、暴れるので2人派遣とし、20時15分に早めた。	○高血圧症 腰椎ヘルニア 膀胱癌 皮膚疾患。 ○35年前 仕事で左膝下切断の為 義足装着。 ○要介護4・障害自立A2・認知度Ⅲb。 ○発熱や腰痛の訴えあり、医療機関への搬送必要。	○Gの介護が精神的にも大きな負担。 ○妻は認知症状が顕著で、排泄介助も行うが、適切には行えない。	○不明	○認知症状がある二人暮らしの中、住み慣れた我が家で、地域で暮らすことが継続できるように、目標達成のためADL・IADLの確立を支援。 ・総合的なケア目標や目的は介護支援専門員の大きな役割で、利用者の長期・短期目標とサービス利用内容は居宅サービス計画に沿って事業所が介護計画を作成する。 ・アセスメントにおいては、介護支援専門員提出分と責任者が収集したアセス表を作成する。また訪問を重ねて新しい情報を収集する。介護支援専門員と責任者でアセスメントし、非常勤ヘルパーにも確認。 ・短時間訪問を行うので、より詳しいアセスメントの必要性がある。 ・体調や環境を早く報告を受け、スピーディに対応することが重要。 ・夜間、随時にいくヘルパー、モデル事業で入るヘルパーにも月2回の会議の中で変更等を共有している。誰が行ってもわかるように情報共有。 ・モデル事業を始めるにあたって細かいものに変更。（インフォーマルの支援、本人の状態を細かく。1時間おきぐらい。） ・アセスメントシートは電子化。オペレーションセンターに顔写真、環境、キーボックスの位置、暗礁番号等。紙でもシステムでも確認可能。 ・事業所からの報告より、急激な身体状況の悪化、生活環境の変化等を察知し、事業者間で情報共有、解決へ導くチームケア体制を早期に整備。 ・予測をたて、1つ先のことまで指示を出しながら協力して夜間の安全、安心な対応にあたっている。 ・状態の変化、介護量、限度額管理、医療機関との連携、サービス担当者会議・マネジメントなど。 ・家族、介護支援専門員、事業所との連携を重視。情報を伝える、お願いごとなどメモなどを通して細かいことを伝えながら関係をつくる。 ・家族ががんばっていることを認める。家族もチームの一員としての関わりも深まる、介護力も向上する。 ・自分たちでできることは自分で行うよう支援の体制を整える。本人・家族の日常生活全般への支援である。 ・他のサービスの変更はない。 ○医療・看護との連携。 ・個別対応マニュアル、緊急カードを作成し、スタッフに周知している。 ・通常の訪問介護訪問において、特に日中訪問時の不穏や身体状況等変化があった場合の連携を行う。 ・介護支援専門員との連携も同様。 ○24時間地域巡回型訪問サービス導入後の評価 ・24時間地域巡回型訪問サービスを導入したことで、今まで見えなかった生活パターンや昼間と夜間の本人の精神状態の違い、排泄では、朝の起床時の尿汚染の軽減による身体状態悪化、発熱が減少。 ・家族が排泄に関われない為24時間地域巡回型訪問サービスの導入は介護の負担、身体的介護負担の軽減に繋がっている。 ・介護保険では経済的負担が大きい。 ・家族との連携を密にし、関係機関との連携にて在宅で穏やかに、暮らせている。家族との連絡調整や各機関との連携は効果がある。 ・夫婦で暮らしていて、二人とも認知症である利用者の生活の様子は、わかりにくく、介護拒否などの問題点を1つ1つ解決していきながら、夜間の訪問まで結びつけることができた。 ・できるだけ生活の様子を知ることと連携の重要性を感じる。 ・家族・介護支援専門員・関わる他職種との連携で、認知の方でも24時間見守ることで、在宅で暮らせる。	○不明

⑩-8 日本介護支援専門員協会 24 時間地域巡回型訪問サービス提供体制におけるケアマネジメントのあり方の調査研究事業 介護保険総合ケアセンター いずみの園

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
H	女性	76	○夫とは死別。 ○隣の市に一人息子夫婦がいる。	○一人暮らし。	○不明	○不明	○不明	○不明	○不明	○排泄・清拭・移動介助・起床介助・服薬・掃除・洗濯・調理・配膳。 一人暮らしで生活全般に支援必要。24 時間365 日 夜間の排泄から安否確認に至るまで介助必要。歩行がままならない。やっとベッドからポータブルに移乗できる。 ○身体的にホルモンバランスが悪く肥満であるため、心臓や高血圧等の持病がある。経済的にも困窮している為精神的にも苦しい状態。 ○長男夫妻は市外に住み、仕事も多忙で常時の介護は担えず、介護経験は無く専門職に委ねている。買物、金銭管理を担っている。 ○24 時間地域巡回型訪問サービス利用前の介護の状況は通所サービス週 2 回。・介護 8:00 から 30 分 モデル 8:30 から 30 分 週 7 回。・モデル 12:45 から 30 分 週 7 回。・訪問介護 16:00 から 30 分 モデル 20:00 から 30 分 週 7 回。・長男 受薬 週 1 回。 ○生活全般に援助必要であるが、介護度 3 の為サービスの充実は図れず、入退院の繰り返しをしていた。	○高血圧 症 変形 性膝関節 症・心房 細動。 ○身体的 にホルモ ン balan スが悪く 肥満であ るため、 心臓や高 血圧等の 持病があ る。 ○要介護 3・障害自 立 A2・認 知自立 II b	○不明	○本を読むのが好き。 手先が器用で裁縫もする。	○生活全般に援助必要であるが、介護度 3 の為サービスの充実は図れず、入退院の繰り返しをしていた。そこで安定したサービスで安定した日常生活を送り、在宅生活を継続できるよう支援する。 ・ 退院にあたり医療機関からの情報提供は受理し、生活改善に向けての指示を受け、モデル事業を提案。 ・ サービス担当者会議において、本人・家族の意向を代弁し、事業所間で情報共有し、支援の方向性・目標をケアプランに立案。 ・ モデル事業に対して適宜事業所より情報を収集し効果的に評価する。 ・ 介護支援専門員との連携は、日々の支援報告や身体的な異常時の報告 ・ 月に 1 度のモニタリング報告を行う。 ・ 総合的なケア目標や目的は介護支援専門員の大きな役割で、利用者の長期・短期目標とサービス利用内容は居宅サービス計画に沿って事業所が行う。 ・ アセスメントにおいては、介護支援専門員提出分と責任者が収集したアセス表を作成する。また訪問を重ねて新しい情報を収集する。 ・ 短時間訪問を行うので、より詳しいアセスメントの必要性がある。 ・ 体調や環境を早く報告を受け、スピーディに対応することが重要。 ・ 個別援助計画を作成、ヘルパーに周知。 ・ デイへの申し送り、報告しあい、変化に対応できるようにする。 ・ 生活全般の支援が必要な一人暮らしの方のサービスでは、長期・短期目標を周知し、出来ないところの支援と、自分で出来るところの支援を判断。 ・ 他サービスの変更は無い。 ○医療・看護との連携。 ・ 個別対応マニュアルを作成してスタッフに周知している。 ・ 緊急カードの作成。 ・ 日中の身体状況や不穏行動等変化があった場合の報告、連携。 ・ 介護支援専門員との連携も同様。 ・ 主治医はかかりつけ医。本人・家族とは相談ができる関係。心不全のため入院が危惧される。 ・ 月 1, 2 回の受診の際、必要であれば同席。緊急時には病院に入院を引き受けてもらえるはず。家族と連絡を密にとり、病院に関する情報共有。 ○24 時間地域巡回型訪問サービス導入後の評価 ・ 24 時間地域巡回型訪問サービスを 1 日 3 回 (08:00/12:45/20:45) 行い、介護保険では対応できない部分を訪問することで、栄養バランスを考えた食事の提供と定期的な排泄の支援を行えるようになった。 ・ その結果体調の変化の把握や管理がしっかり行え、状態が安定し、入院することなく在宅での生活が継続出来ている。 ・ ヘルパーの支援により家族の負担が軽減され、モデル事業では経済的にも負担が無く、ケアマネジメントの目標達成につながった。 ・ 適切なプランにより効果がみられ定期巡回の必要性は大きい。 ・ 現行の介護保険制度では、在宅で安心して安全に生活を続けるには、不十分。24 時間の定期巡回が今後の生活を支えるために必要不可欠。 ・ 在宅生活を支えるには、様々な支援者が連携を図り報告し、安定した支援を提供することで可能にしている。 ・ 対象者は、夜間は対象外。通常の訪問介護は利用してもよい。通常の訪問介護を使いながら。モデル事業は限度額への影響はない。 ・ 限度額がいっぱいの中でのモデル事業。通所が増えた事例もあった。買い物、調理を 30 分にした。買い物、お味噌汁と卵焼きを作り、食べていただき、下膳まで 30 分でできた。安否、暖房の確認も。排泄と食事が在宅で確保できてきているので、安定したサービスにつながっている。 ・ モデルは生活援助。ヘルパーの時給の関係もあるので、30 分を 1 つの単位として、60 分、90 分とした。15 分で終わっても生活全体を見て 25 分、5 分で記録を書く。	○不明

氏名	性別	年齢	家族	居住形態	収入	支出	貯金	就労	経済的な不安	困窮の要因	健康状態	生活面での不安	楽しみ	支援後の生活状況	今後の希望
A	女性	67	<p>○母がいるが別居。</p> <p>○姉は2人いる。1人は癌により死別している。</p> <p>○息子がいるが離れて暮らしている。43歳。国民健康保険は息子の扶養家族になっている。</p> <p>○息子夫婦は子育て真っ最中。孫は3人で一番上が現在小学4年生。</p>	<p>○独居。国民年金と息子夫婦からの家賃補助で友達が探してくれた平屋の2DKの一軒家に住んでいる。講座の為に道具を置くスペースが必要だった。</p> <p>○ここではカフェのみんなや近所の人があると収穫した野菜などの食べ物を分けてくれるので食べ物には困らない。</p> <p>○講座の無い時はほぼ毎日コミュニティカフェにておしゃべりと癌患者の為に帽子作りをしている。</p>	<p>○国民年金で月50000円。</p> <p>○息子夫婦に頭を下げて家賃分35000円を毎月支援して貰っている。</p> <p>○自分で開いている講座の参加費は1人500円で参加人数は10人位。</p> <p>○講習料は公民館などでは1時間5000円。交通費くらいで殆どくない所が多い。多い所で時給1000円で、毎月ある訳ではない。</p> <p>○県に依頼されて講座を行った時は1000円頂いた。</p>	<p>○参加費は講座を行うのに必要な経費の半分を占める材料費で全て消えてしまう。</p> <p>○講座のアシスタントを友人がやってくれているが、家庭があるので5000円収入あったら時間給で3000円位は手伝い料を払わなければならない。</p> <p>○がん保険の保険費が1ヶ月7000円。</p> <p>○講座の連絡で電話代が月1万円以上はかかる。</p> <p>○電気代等の光熱費。</p> <p>○アパート入居時普通車を手放したので息子が中古の軽自動車を買って持ってきた。自動車税はそちら持ちだが車検代やガソリン代等はこちら持ち。</p>	<p>○貯蓄が無い。</p> <p>○車検に備えて費用を細々と積み立てているがそれだけ。</p>	<p>○自分で開いた講座を持っていて、様々な所に教えに行っている。</p>	<p>○講座は教材の材料を仕入れなければならず赤字か良くてちょうどトントン位であり全く儲からない。</p>	<p>○大都市に近い所の大農家に嫁いだ夫が酒乱でうつ病にかかった。息子が成人したのを機に離婚したが、夫の親である家長が家の財産全てを所有しているため、離婚時にも1銭も貰えなかった。</p> <p>○16年前に離婚して大都市から生まれ故郷に引っ越してきてからは、15年間実家に同居していたが、まだ50代だったので収入が無く、癌でそれまでの蓄えを使い果たしてしまった。姉からも友達が沢山お祝い、付き合いが盛んなことをねたまれ、「癌で働けず家賃が払えないのにこの家にいつまでいるつもりなのか、Aさんの子どもはAさんの事を考えてないのか」と言われ家を出て、一人暮らしを余儀なくされた。いかざるおえなかった。実家では手芸を教えたがそれも中止になってしまった。</p> <p>○離婚して実家に戻った時に大都市にいた友達との関係は全て失ってしまった。家族関係の苦しさから役所に相談に行ったが分かってもらえなかった。</p> <p>○自分で開いている講座の僅かな収入ででなんとか年金をもらえる年齢までこぎつけたが、一人暮らしをすることは出来なかった。国民年金だけでは暮らしていけない。息子夫婦に頭を下げて家賃分35000円を毎月支援して貰ってるが本当に心苦しかった。</p> <p>○1度癌に罹ってから5年以上経過し抗がん剤治療も受けていても、他に糖尿病や高血圧が無い場合、一生入るがん保険があったので加入した。費用は1ヶ月7000円で今年で3年目。大変だが入っておかないと今度再発した時は息子に丸っきり負担になってしまう。</p>	<p>○8年前に足の癌を患った。</p> <p>○癌の家系で、父も母も癌で亡くなった。母は今年100歳で生きているがやはり癌。</p>	<p>○今でも夜不安になることがあり薬を貰ってはいる。息子に電話することもある。</p> <p>○自分で車が運転できるうちにはいいが、運転できなくなると買い物もできず、講座も無理になってしまふ。</p> <p>○いずれ講座も運転も出来ずどうにもならなくなったから生活保護をお願いすると民生委員にも頼んでいる。</p> <p>○車を無くせば受給できると聞くが、やることがパチンコ位しかすることが無くなり頭がおかしくなってしまう。何もできなくなるのに金額的には年金よりもらえる制度が甘い。</p>	<p>○地元に戻り5,6年間組合に勤めた後、辞めて収入が無くなり姉と一緒に趣味を活かすつづつ足が癌なので座って出来る事という事で自分で講座を始めた。大都市から越えてきて15年ずっとやっている。みんなでお茶をしながらしゃべるのが大好き。</p> <p>○講座等を通して、人と接することが楽しい。</p> <p>○好きだからというのと待っている人がいて続ける。講座は1時間位で終わるがその後みんな1時間位話す。単に自分の事を話さずらいことも含めて話しているだけなのだがそちらの方を楽しみにしている人も多い。</p> <p>○講座も実際大変なので、講座自体はもっと若い男性などがやってくれて自分が教えるだけになればもっと楽しんでできるのだが。</p>	<p>○家族関係の苦しさから役所に相談に行ったが分かってもらえなかった。本当に苦しくて死にたい時に隣にある郵便局に住宅変更に来た時にカフェの管理人に声をかけられた。(カフェと事務所は郵便局の隣だった)</p> <p>○ここで色々な出会いがあり元気になれた。地元の昔からの本当に古い友達が支えてくれた。家族の家から出てきたので息子も気兼ねなく会いに来れるようになった。</p> <p>○コミュニティカフェへは一週間に3、4日通っている。楽しみである講座を開く日以外はほぼ毎日ここに通っている。時間的には9:00から16:00まで、ほぼ朝から晩まで通っている。昼食もここで食べる。</p> <p>○コミュニティカフェまでは自分で車を運転してくる。所要時間は片道10分程。</p> <p>○今私に何が出来るのか考えた。癌に苦しんでいる人が一杯いてその人達の為に私が出来る事として元気づけるために帽子作りを始めた。</p> <p>○そしたらみんなが集まって協力してくれた。私がいてくれる事が嬉しい、私がいないと嫌だと言ってくれる。帽子をタダで配っていたらこんなに良い帽子なら買っていきますと言ってくれた人がいた。今までに300か所ほどの病院に届けたが、その事がラジオやTVに掲載されて紹介された。</p> <p>○むしろ経験者として癌で困っている人にお医者さんにも話せない悩みを聞いたり話してあげることが出来るのが嬉しい。同じ悩みを持った人間同士だから通じ合える。</p> <p>○何かをやる一歩を踏み出すのもみんなの支えがあるからできる。実際遠くに親戚より近くの他人で子ども達も大変だからこれ以上は頼れない。持つべきものは友達で、近くにいる人には助けられる。もし要介護状態になったら気心の知れたこの人達に世話をしてもらいたい。みんなでお茶をしながらしゃべるのが大好き。自分は心をあけつづらげにして話をする、見たっきりのままだから人と繋がれる。自分より生きてきた人には色々教えていただける。</p>	<p>○将来はどこか農家の空き家なんかの広い家を借りたい。そこでみんなをお茶に呼んだりして楽し暮らしたい。</p> <p>○自分だけじゃなくそういう事が出来る世の中になって欲しい。車が無いと買い物に行けないし、見ず知らずの人からの配食を嫌がる人もいるので、交通の利便性をもっと整えれば、地域で暮らし続ける人もドカッと増えると思う。</p> <p>○家族に迷惑はかけたくない。友達と一緒に過ごしてピンピンコロリが理想。お金の無駄だからお葬式もなくていいと言っている。生きているうちが花なのだからお墓もいらない。</p>