

第5章 高齢者虐待に関する事例

高齢者虐待に対応した事例について、市町の職員及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員より実際の対応方法等についての事例を掲載しています。

また、虐待予防に関する事業として認知症予防教室の取り組み事例・家族介護教室の開催について掲載しています。

1 虐待対応事例

- (1) 地域ネットワーク体制の中で支援した事例
息子夫婦から虐待を受けている母親
- (2) 医療ケアの必要な要介護者の虐待支援について
- (3) デイサービス事業所で発見した認知症の虐待事例への対応
- (4) 虐待を発見した場合に適切に対応できるシステム作りについて

2 虐待予防事業事例

- (1) 財田町における介護予防(脳リハビリ教室)の取り組み
- (2) さぬき市における家族介護支援事業の取り組み

地域ネットワーク体制の中で支援した事例

- 息子夫婦から虐待を受けている母親 -

A 町役場 保健師

【ケース紹介】

(ケース) 60歳 女性 要介護認定なし
軽度知的障害があり、読み書き計算は十分できないが身の回りのことはできる。

(家族構成) 息子と息子の妻の3人暮らし。
(生活状況) 息子は、24時間交代勤務に従事。短気でよく大声で本人を怒鳴っているため、近所の人は怖いイメージをもっている。嫁は、仕事につかず、全く家事もしないため、家事は本人が行っている。夫生前中は、父親(夫)の威厳もあり、夫に頼り問題なく生活していた。老人車を押して町内をよく歩き、スーパーのベンチに腰掛けて時間をつぶしていることも多い。夫他界後は、息子が夫の遺族年金のすべてを管理している。

【虐待発見時の状況】

H16.1月下旬(ある女性から役場福祉課へ電話)

住宅の庭で嫁のような人が母親を「洗濯干し用のたこ足」で殴っている。母親は、口唇が切れている。近所の人々が母親に声をかけるが嫁らしき人は、「転んだんじゃがな。」と言い出て行った。発見者に警察へ通報するよう依頼するが、自分からは、通報したくない。とにかく、母親がかわいそうだから役場で調べて欲しいとの要望を伝え電話が切れる。

【その後の経過】

H16.2初旬(保健師が自治会班長と面接)

1月下旬の状況の確認と生活状況の情報収集を行う。夫の死亡後、年金も全部息子に渡している。「朝から何も食べていない」とフラフラしているのでパンを渡したこともある。以前か

ら息子や嫁が大きな声で怒鳴っていることがある。

(保健師が高齢者訪問という旨で本人宅訪問)
声を掛けると、口唇は腫れているがその他は変わりなく元気そうである。「役場の・・・」と挨拶をすると面倒なことを言われるのかと不安そうな顔をして息子を呼ぶ。息子には、「高齢者宅を介護保険の説明で巡回している。必要になれば相談するように。」説明する。息子は、「はいはい。」とめんどくさそうに返事をする。

(地区民生委員と交番へ連絡)

民生委員宅に、嫁に「お湯がぬるい。」と怒鳴られ、湯をかけられたことがあると本人からの情報が入っている。交番へは民生委員より30日の事件について通報する。交番の対応は、息子夫婦に注意し地域のパトロールを強化すると返答がある。

H16.2月初旬(班長へ今後の対応について連絡)

- 1 警察官による地域パトロールの強化
- 2 近隣の方も暴行などの状況を確認した場合は交番へ通報

H16.3月初旬(民生委員より連絡)

本人の顔が腫れていると近所の人々が騒ぎ「どうしたのか」と尋ねても殴られたとは言わない。

H16.7月初旬(本人、亡夫の友人、民生委員来庁)

本人より「嫁に殴られた」「夫死亡後、息子の留守に嫁から暴行を受けている」「嫁は、感情の起伏が激しく、ヒステリックになる。家事は一切せず。パチンコやボートに行っている」

「年金も息子が取り、小遣いもない」「暴行を受けることに耐えられない。殺してやると首を絞められたこともある。安全な生活を送りたい」と訴える。左上腕の内出血、左前腕の腫れあり。

(本人の了解を得て交番へ連絡、来庁)

警察官より、1月の警察の介入後、嫁の暴行が収まらないのであればエスカレートする可能性がある。被害届を本人が出せば嫁を加害者として、事情聴取できると説明あり。本人より、「家族から前科者を出すことに抵抗を感じ、自分では判断できない」と被害届を出すことをちゅうちょする。

(町より保護について)

・養護老人ホーム、町生活支援ハウスの入所・女性相談センターにおける一時保護は困難なことについて説明。

H16.7月中旬 生卵を嫁に頭にぶつけられたと本人は友人宅に避難。

H17.8月初旬(近隣者から民生委員へ電話)

昨夜、本人を息子と嫁が殴って、庭で泣き喚いていた。警察官通報は、息子の仕返しが怖くてできない。

H17.8月後半(本人、亡夫の友人、民生委員来庁)

昨夜、嫁と口論になり「出て行け」と言われ「出て行くわ」と言い、家を出た。一晩中町中をウロウロし、明け方友人宅へ避難した。

(今後の対応について)

- ・交番へ被害者として相談に行く。
- ・息子に施設入所の意志表示をする。
- ・民生委員からは、行政が介入し、年金の通帳の取り戻し、施設入所への支援を早急に行うよう意見がある。

(保健師による自宅訪問)

息子は、夜勤で就寝中。嫁による暴行を息子

に伝える。息子は、「母親は、知的に低く、けんかは、よくある嫁姑のけんか。お世話になりました。」と頭を下げる。

H16.10月 「右手が痛い」と友人宅避難

病院受診にて左肘打撲。本人は「自分で転んだ」と言う。外来にて三角巾で肘固定をする。

H16.11月 三角巾も外れ、いつものスーパーのベンチで腰掛けているケースを見かける。

民生委員、友人、近隣者、警察、町職員で本人を見守っている状況である。

【今後の課題】

本事例は、町の保健師・介護保険・福祉・町営住宅担当職員、民生委員、自治会関係者、近隣者、友人、警察官等多くの関係者が関わりながら、支援し、嫁からの暴力行為という根本的原因を解消するにはいたらなかったが、何かあれば地域で支えていくネットワークの体制は築くことができた。

施設入所を希望していても息子へ意志表示できない状況や警察への被害届を出すことをちゅうちょしている場合、法的根拠が無い現時点での行政の対応には、限界を感じる。

殴られても「自分で転倒した」と家族をかばう高齢者、高齢者を措置し施設に入所させることが虐待から救う最善の方法ではなく、あくまで虐待が解消され、良い家族関係を取り戻しその中で高齢者が生活できることが一番大切なことであり、真に高齢者が望んでいる支援と感じる。

今後益々高齢者虐待についての相談も多く寄せられるであろう。行政として、虐待の状況調査を行い、関係機関からの情報収集、サービス調整を図っていかなければならない。

保健師は、「相談窓口・情報分析」「高齢者本人・家族との信頼関係づくり」「関係機関の調整」などの役割を担い、虐待の状況を調査する

とともに、措置の緊急性を見極めていく専門的能力が求められている。高齢者、家族の置かれた状況、関係機関の連携状況を把握し、介入のタイミングをつかむことが重要であり、介入後も関係者と連携しながら支援を続ける役割がある。

行政と地域、各種関係団体がサポートネットワーク体制を構築し、虐待予防の啓発から取り組み、連携を強化し、緊急性のある対応ができることが問題の早期発見・早期解決に役立つと考える。

医療ケアの必要な要介護者の虐待支援について

B市役所 保健師

【ケースの紹介】

(ケース) 45歳 男性 要介護5

H14年12月脳幹出血を発症し、H15年7月退院する。その際、病院より気管切開、胃ろうからの注入等医学的管理が必要なため施設入所を勧められるが、家族より「施設は年寄りばかりでかわいそう」ということで、訪問診療・訪問看護・訪問リハ・訪問入浴・福祉用具レンタルを利用しながら在宅での療養生活開始となる。

病状は、右側完全麻痺、左側不全麻痺、コミュニケーション手段は、左手で文字盤を指して行うという状況である。

(家族構成): 妻(主介護者で、夜アルコールを飲んだ時に夫へ暴力を振るう)と2人の息子(長男は魚屋勤務 次男は自室に閉じこもり、両親に乱暴な態度で接する。2人とも介護協力はしない。)の4人暮らし。父は、ケアハウスに入所。長女は市外に嫁ぎ育児中、妹は隣市で自営業にて介護援助は求めにくい。

【ケースの発見】

H16.8月 ケアマネジャーより町の介護保険担当に相談がある。

訪問看護師より「5月頃よりあざ・傷が見られるようになった。寝たきり状態なのに本人の頭にこぶができていたり、体にあざや引っかき傷ができています。痰の吸引が十分されていなかったり、流動食の注入が3回のうち2回しかできてなかったりする。また、呼び鈴が本人の手の届かない所に置

いてあることもある。このままでは危険である」の連絡が入っているが、どう対応していいか相談にのって欲しい。

妻の介護負担の軽減のため、老人保健施設ショートステイの利用につなげるが、夜間のナースコールが40回あり、施設から今後は受け入れられないと言われ、訪問看護を3回に増やし対応している。サービス担当者会議において、妻の支援・精神的サポートを共通の認識に支援している。

【関わりの経過】

H16.9月 妻の暴力は、以前に比べ落ち着いてきた。何かあった時のために本人希望で、老人保健施設への入所申請していたが、施設側より十分な説明がないまま受け入れを拒否する。

H16.12月 訪問看護師に「妻が暴言を吐いたり、左目、頭を叩く」と訴える。訴えは、妻がいない訪問看護利用中にあるため、訪問看護を4回に増やすとともに、妻の介護負担の軽減のため、1月からS身体障害者療護施設のデイサービスを利用することにする。

H16.12月下旬 地域ケア会議(ケアマネ・主治医・サービス担当者・町介護保険担当・福祉担当・健康づくり保健師出席)にて今後のかかわりを検討する。

介護保険・支援費両方のショートステイ、デイサービスを勧め介護負担を軽減する。

連絡体制の確認。サービス担当者からケアマネに。治療が必要な場合主治医に。ケ

アマネから町の保健師へ。

妻へのカウンセリングの体制を整えば、町保健師が介入する。

翌日、訪問看護師よりケアマネに連絡。本人より「暴力を受けていることは言わずに、自分が家族に迷惑をかけるからという理由で施設に入りたいので来て欲しい」と言っている。

ケアマネジャーの訪問により、本人、妻のショート利用の同意が得られたが、S施設より年末年始家族・親戚がいるからということで正月空けの利用開始で了解となる。
H17.1月 S施設のショートへ。妻はほとんど毎日面会に来ている。支援費担当課よりS施設のショートは緊急避難であり介護保険優先のため、今後どのようにするかの話し合いを求められた。その結果、本人がリハビリを希望している理由で受け入れ可能な介護保険施設等を探す。2月から市内の病院へ入院する予定だったが、十分なりハビリが受けられないということで家族から断わってくる。

H17.2月 妻を引き離すという理由で、S施設と老人保健施設のショートを併用する。3月中旬には介護保険施設へ移る予定であったが、本人が「家に帰りたい」と言い出す。受け入れ可能施設が家族の望む施設でない（距離・費用面）ため本人・家族の了解が得られず。

H17.3月中旬 妻を除いた関係者（長男・長女・妹）が「家に帰りたい」という強い本人の希望を含め、今後どうするかについて話し合う。

長女・妹は、「本人と家族のことを考える

と自分たちが希望する施設がない」といい、長男は、「父が帰りたいのであれば帰らせればいい」ということであった。S施設と老人保健施設のショートステイと訪問看護を利用しながら、夜は、長男と一緒に寝ることで同意する。

H17.3月中旬 在宅療養開始となる。妻が義妹の勧めでカウンセリング（次男のことを相談するという理由で）に通い始めだす。

【事例における課題】

- 1 本人・妹の希望で、「母親の暴力を息子に話しても母親を責めるだけで解決につながらない。息子には母親の暴力のことを話さないでほしい」と言われ、虐待者の意思を尊重しながら、家族介入し、家族関係の修復に関与することは難しい。
- 2 援助者は、妻のケアの必要性を感じながらも、妻は、夫の介護に対する精神的負担を口にせず感情を表出しない、夫より「妻に暴力のことを話さないでほしい」という依頼があれば、より踏み込んだ関わりが難しい。

【虐待問題における課題】

- 1 気管切開・胃ろう等医療的管理の必要な人を緊急的に一時受け入れ可能な施設がない。また、在宅においても受け入れ可能な通所サービスがほとんどない。
- 2 児童虐待のように制度・体制が整っていない。「やむを得ない措置」が法的にはあるが、利用者の意思等を配慮していくと措置にいたる手続きを踏んでいくには、二の足を踏んでしまう。

デイサービス事業所で発見した認知症の虐待事例への対応

〇在宅介護支援センター 介護支援専門員

【ケースの紹介】

(ケース) 80歳代 女性 要介護2

認知症があり、平成14年から介護保険でデイサービス、家族が不在時は短期入所を利用。

(家族構成) 息子夫婦と同居しているが、夫婦ともに仕事をしており日中は、いつ訪問しても本人のみで、家族は不在で普段から連絡がとりにくい状況であった。

(生活状況) 本人は指示や見守りがあれば何とか生活できるが、判断力に欠け長時間一人で過ごすことはむずかしい。しかし、家族にはそこまでの認識がなく、デイサービスの日は食事と飲み物をおいて、外出していることが多かった。自分で判断して飲食できないので、脱水状態で緊急受診することもたびたびあった。

家族に対しては、長時間一人で過ごせるような状態ではなく、事故や身体的な問題にもつながりかねないので本人の環境を整えるように検討してほしいことを度々説明したが、明確な答えがもらえないままであった。

【経過及び関わり】

2年経過するうちに認知症は徐々に進行し(要介護1→2)、家族の指示に反抗したり、失禁していてもリハビリパンツの交換を拒むという相談が、家族から再三出るようになった。

その一方で、デイサービスでの集団行動は問題なく行え、介護者の誘導で時間を過ごすことができるため、24時間介護が受けられる環境に本人を置くことも検討してほしいと、

施設利用の検討を家族に提案したが、結論はもらえないままであった。しかし、将来のことを考えて入所申し込みだけは行ってもらっていた。

ある日、デイサービス職員がサービス中にわき腹のひどい打撲を発見、緊急受診し肋骨骨折と診断された。ほかに外傷がない、家族に聞いてもはっきりしない、本人は「痛い」とは答えるが、その他の問いには家族の顔を見て答えない等からサービス部門や主治医と協議の結果、「早急に環境を変え安全を確保したほうがいい」との結論に至った。

家族には「認知症の程度が進行しており、日中一人では何があるかわからない。このような『事故』から生命の危機に陥ることもあるので、傷の回復まで定期的に短期入所を利用してはどうか」と勧めると、同意が得られ隔週で短期入所とデイの利用に変更した。

短期入所施設では「はじめは元気がないが、週半ばころからは元気が出て、自分から冗談を言ったりもする。しかし、帰る日になると元気がなく、『もう少し居たい』と訴える」とのことで、施設での生活のほうが本人も安心できるのではないかと思われた。

2ヶ月後、デイサービスの職員に「リハビリパンツの交換も本人がいうことをきかないので家庭では無理。介護の限界を感じている」と家族より相談があった。その情報が、介護支援専門員に入り、施設入所についての意向を家族に再度確認し「お願いしたい」とのことで、入所となった。

虐待を発見した場合に適切に対応できるシステム作りについて

D 居宅介護支援事業所 介護支援専門員

介護支援専門員が担当しているケースにおいて虐待が起きていた。それを発見した介護支援専門員としてどう動けばよいかを各機関へ相談を行いながら対応を行った。その経過を通して今後のシステム作り等の要望などをここで行いたい。

【ケースの紹介】

(ケース) 70歳代 女性 要介護2
認知症(中等度) 下肢骨折後歩行障害、
糖尿病
(家族構成) 本人、長男の2人暮らし、
娘は県内に嫁ぎ、毎週末に様子を見にくる。
(在宅サービス)

- ・ デイケア 週6回
- ・ 訪問介護 週6回 朝・夕(食事・
身体介護)

【虐待の背景として】

約4年前より、本人が内科疾患で入退院を繰り返すようになり、その対応に長男が追われるようになった。元々生真面目な性格であった長男は、本人の介護と仕事の両立ができなくなり、仕事を解雇される。その精神的ストレスから長男は失踪し、4ヵ月後に山奥の廃屋で心神耗弱状態での保護され入院。約2ヶ月身体的治療を行い自宅に戻った。その後より、飲酒して本人にひどく暴言を吐くようになった。長男の言い分は「自分がこれだけしてやっているのに、親父は息子を馬鹿にして自分と口もきかない。それが許せず腹が立って仕方ない。」とのことを延々と訴えていた。

【経過】

毎月介護支援専門員(以後ケアマネ)が自宅訪問するたびに長男は本人との折り合いの悪さを延々と訴え続け、本人への暴言、自身のアルコール依存がひどいことを話す。介護負担を軽減する方法として短期入所などの方法を提案するも「何をしても同じだ」と考えようとしなかった。

その後も長男の精神状態は悪化し、1日中酒びたり、不眠、耳鳴り、ひどい感情不安定が出現するなどの状態であった。ケアマネより病院受診を勧めるも拒否。

このような経過の中、本人が顔面や胸部、腕など青あざだらけ、唇裂傷状態でデイケアに参加することが続いた。長男に確認をすると虐待を認め「殴ったことの反省はしているが、自分ではもう制限が出来ない。留置所でも入る覚悟はいつでもできている。」と話す。訪問介護担当者からは、自宅では緊迫感が強くヘルパー自身も自宅内に入ることに恐怖感を持っているとの報告が上ってきた。娘に連絡するも「恨まれたら怖い。」と言って動こうとしなかった。

【対応の経過】

ケアマネ一人での判断することは困難であったため、行政機関への相談を行いながら対応策を検討した。

まず居住地の担当保健師に相談 現在

の問題は、長男の精神状態であると思われるので保健福祉事務所に相談して欲しいと返答がある。

保健福祉事務所に相談 保健福祉事務所は基本的に本人が支援を求めてきた時には対応するが強制的に関わることは自傷他害現場の通報を受けた時以外は難しいと返答がある。

県長寿社会対策課に相談 町の窓口へ措置を含めた相談に行くこと。長男以外の家族に連絡し、対応してもらえないか相談するよう返答がある。

結果として具体的に実践できる返答はどこでも得られることができなかった。

その後は、ケアマネが毎回長男の訴えを傾聴することを通して関係形成を深め、長男の病院受診や、保健福祉事務所の酒害相談を利用するという経過をたどることができ、何とか在宅生活を継続している。

【考察】

体の不自由な要介護者に対してどんな理由があれ暴力を振るうことは間違った行為である。本人に関わるサービス担当者からは「何かあった時では手遅れではないか、何とか本人の安全を守る方法はないか」と声があがったが、高齢者虐待への明確な対応策が表示されておらず、状況を見守ることと、その都度長男に介入していくしか方法はなかった。今回のケースは幸いなことに、大きな危険に至る前に状況改善を行うことができたが、今後虐待が発見された場合に適切な処置を取れるシステムができ、

早急に対応できるようになることを願いたい。

また、この関わりを通して、虐待という行動を起こすまで追い詰められた介護者の苦しみにも直面する機会となり、その精神的支援も必要であった。今後、要介護者への支援のみではなく、それを支える介護者の支援等、生活全般を支えるケアをネットワークを築きながら行っていくことの必要性を感じた。

財田町における介護予防(脳リハビリ教室)の取組み

【はじめに】

財田町は、人口 4,749 人、高齢者 1,449 人で高齢化率 30.6%(平成 17 年 1 月 1 日現在)の町である。

介護保険制度施行により、認定調査や実態把握でより深く地域住民の情報を収集するにつれ、財田町では認知症高齢者が多いのではないかという意見がサービス事業所や調査員から寄せられた。

そこで、平成 12 年度から平成 13 年度にかけて認知症高齢者対策に取り組み、講演会によって全体的な周知、生きがいデイサービス・老人会・モデル地区高齢者・民生委員会・婦人会・食生活改善推進協議会などの地区組織への健康教育、総合窓口として健康相談などにより、認知症についての理解をもってもらい、学習の動機づけとなるよう保健師が中心となり、意識的に住民に関わってきた。

平成 15 年度・16 年度と地域ぐるみで認知症に対する介護予防の活動として介護予防(脳リハビリ)教室を展開し、住民からも認知症相談が気軽に行われるようになったり、地区組織でも情報交換ができるようになり、早期発見の必要性や、脳の活性化に関する理解も得られるようになってきた。

【 目的】

住民に認知症予防についての知識が浸透するとともに、認知症予防行動を実践することで、軽度の認知症の高齢者が正常レベルへ、また正常レベルの高齢者は脳がより活性化し、体系的に認知症高齢者が減少し、

健やかで豊かな老後を過ごすことができる。

【 方法】

第 1 段階：脳の若さ調べ(早期の認知症判定テスト)4 つの自治会をモデル地区として、その地区の 65 歳以上全高齢者に案内し、一次スクリーニング(集団でのかなひろいテスト)と認知症予防の健康教育を実施。

年度	案内数	参加者数	平均年齢
15 年度	200 人	男 36 人 女 63 人	75.3 歳
16 年度	144 人	男 27 人 女 40 人	77.4 歳

第 2 段階：教室対象者の選定方法

第 1 段階のかなひろいテスト結果から、80 歳以下の軽度認知症判定者に個別訪問し、より詳細な MMS と生活実態の聞き取り調査を行い教室への参加を呼びかけた。

第 3 段階：脳リハビリ教室の実施

1) 期間：10 月～12 月の 3 ヶ月間

毎週 1 回(13:30～15:30)12 回

2) 実施内容

簡単な一桁の計算・音読を全員で毎回 10 分ずつ行う。

グループ座談会、自分史づくり、写真撮影、ちぎり絵、グランドゴルフ、ウォーキング、ゲーム、写真展、体操、打楽器演奏、クイズ 等を毎回取り合わせて行う。

毎回宿題(簡単な計算のプリントを毎日 1 枚ずつ計 7 枚)を配布。次回に確認。

【 結果】

	参加人数	出席率
15年度	24人	80.2%
16年度	20人	82.9%

教室参加前後のテスト結果の平均

	かなひろい		MMS	
	前	後	前	後
15年度	前	13.7	前	26.8
	後	20.7	後	28.3
16年度	前	16.1	前	26.4
	後	18.9	後	27.0

教室前後のテスト結果を平均は、15年度では、かなひろい平均7.0点、MMS平均1.5点上がり、平成16年度では、かなひろい平均2.7点、MMS平均0.6点上がった。

教室の参加の様子では、回を重ねるにつれ着るものがおしゃれになり、整髪や化粧品にも気を配ってくることがスタッフの意見として上がった。

また終了時のアンケート結果では、認知症の予防に何が大切かがわかった(100%)

家族と話題ができた(97.7%) 生きがいができた(93.2%) 笑う回数が増えた(93.2%) 友人が増えた、やる気・意欲が出た、寂しさが解消された(90.9%)などの意見が出た。

『自宅で宿題をしていると、普段はあまり話をしようしない孫が関心を示し、話がはずむ』『生まれて初めてカメラで写真を撮ることを教えてもらい、やってみたら楽しい。この年で趣味ができた』『近所でも挨拶程度で話をあまりしたことがない人とゆっくりと話ができてうれしい』などの意見も聞くことができた。

【 考察】

脳リハビリ教室前後のテスト結果から、毎週1回、集団に対して日ごろ行わないであろうと思われるメニューを提示し、働きかけていくことで、高齢者の脳の活性化がはかれたと思われる。

また、参加者の表情も回を重ねるたびに生き生きとし、脳リハビリ教室をとおして家族との会話が増えた、新しい趣味や生きがいが見つかったという意見から、脳リハビリ教室が高齢者の動機づけとなった。

この取り組みをはじめた当初は、3ヶ月限定で脳リハビリ教室を行い、終了後は参加者が自ら認知症予防行動がとれるよう、『自立支援である』ことを毎回参加者に強調しながら関わった。

しかし、実際にはリーダー的な存在の人が体調を崩し、集まる機会を失ったり、きっかけが作れず集団での自立にむけた行動がしにくいなど、教室終了後に地域で何かをするまでには至っていないことが追跡調査で確認された。今後は、脳の活性化のために継続して関わることのできるような地域における支援体制づくりが必要であると思われる。

以上のことから、今後は継続して住民が気軽に参加できる脳リハビリ教室が行える体制づくりをしたいと考えている。

【おわりに】

高齢者の3割が何らかの認知症であると言われる現状で、本事業の取り組みは非常に重要である。2年間のモデル事業の経験を活かし、今後も地域で継続して行える認知症予防プログラムを実施していきたい。

さぬき市における家族介護支援事業の取組み

さぬき市基幹型在宅介護支援センター

さぬき市では、平成 14 年の合併と同時に策定しました「さぬき市老人保健福祉計画・介護保険事業計画」により、市内 6ヶ所の地域型支援センターを地域の高齢者等の地域ケア推進の担い手としての総合的役割を果たす機関として設置しました。当センターを介護予防の拠点として位置づけ、民生委員や社会福祉協議会、ボランティア等とお互いに協力体制をとりながら、家族介護支援事業や介護予防事業を市の委託事業として展開しています。

【家族介護支援事業の現状】

さぬき市は、介護を必要とする高齢者(65歳以上の人および介護保険法の認定を受けた40歳以上65歳未満の人および身体障害者手帳の交付を受けている人)を家庭で介護されている家族の方々に対して、身体的・精神的・経済的負担を軽減し、介護が必要な高齢者等の在宅生活の継続と向上を図るため、4種類の家族介護支援事業を実施しています。

家族介護教室の開催

介護を必要とする高齢者をかかえる家族などを対象に、介護方法や介護予防、介護者の健康づくり等の知識や技術を習得していただく教室の開催

家族介護者交流事業の実施

高齢者を居宅において介護している家族の方を対象に、介護者相互の交流を通じて長期介護による心身の疲労を癒し、新たな気分で介護に取り組んでいただけるよう交流事業の実施

紙おむつ給付事業

在宅のねたきり高齢者および痴呆性高齢者を介護している家族の方に対して、紙おむつを給付することにより経済的・

精神的負担の軽減をはかる事業の実施

家族介護慰労事業

介護保険法の要介護認定4または5の認定を受けながら、介護保険サービスを利用しなかった過去1年間利用しなかった市民税非課税世帯の高齢者を介護している家族の方に対して、介護を行っていることへの慰労として金品を贈呈する事業の実施

【家族介護支援事業の実績】

家族介護教室

年度	開催回数	参加者数
14年度	19回	のべ425人
15年度	15回	のべ287人
16年度	14回	のべ337人

家族介護者交流事業

年度	開催回数	参加者数
14年度	5回	156人
15年度	6回	139人
16年度	6回	128人

紙おむつ給付事業

年度	給付人数
14年度	のべ669人
15年度	のべ1,408人
16年度	のべ975人

家族介護慰労事業

14年度・15年度 0人

【事業展開と今後の課題】

との運営については、地域型が行っている高齢者実態把握や地域のネットワークを活用しています。合併当初は、地域型の取組みにばらつきがありましたが、三年を経過した今では、エリアの特徴を生かしつつも、お互いの活動を参考にし合い、良い所は取り入れながら事業に取り組むことができています。

事業展開としては、一つの地域型だけで委託事業を展開していくのではなく、複数の地域型が協働で事業展開していくことにより、小さなエリア内だけでなく、市内全体としての活動や家族会また、自主運営組織へと発展していくことができるようにと考えています。

市町の合併当初より、認知症高齢者の介護者から、介護者間の交流、癒しや支え合いの場が欲しいとの強い要望があり、以前から取り組んでいた地域型の活動を核として、ボランティアを巻き込んだ自主運営組織へと支援の輪を広げて行こうと取り組んでいます。

については、要介護認定4または5の認定者のみでなく、市独自の対象者を拡大し、証明者はケアマネジャー・地域型担当者・民生委員・保健師として、広くサービスの利用を促進しています。3ヶ月毎に自宅に配送されるため、高齢の介護者や就労介護者には好評を得ています。

サービスや知識の提供の場のみではなく、介護の大変な思いの共有できる“ソフト面での支援”を重視した対応を目指し、家族を支える会への支援など地域のネットワークづくりに取り組んでいきたいと考えています。