

江田島市社会福祉協議会

総合相談支援体制強化推進事業事例集

～「地域生活サポートセンターともに」の歩み～

令和3年度～令和4年度



目 次

1. はじめに	1
2. 基礎情報	2
3. 「社協総合相談支援体制強化推進事業」の推進について	3
4. 総合相談件数 相談経路 相談内容データ考察	6
5. 総合相談支援の取り組み事例	
【事例1: ある日突然、独りで生活することになった障害のある方への支援】	9
【事例2: プレハブ小屋で生活している独居高齢者への支援】	12
【事例3: 多額の負債を抱え、生活に困窮している独居高齢者への支援】	17
【事例4: ごみ屋敷で暮らす身寄りのない独居高齢者への支援】	24
【事例5: 複合的課題が要因で地域から孤立している方への支援】	30
6. まとめ	36

1. はじめに

江田島市社会福祉協議会では、複合的な福祉課題を抱える方々への支援体制を強化することを目的に、2019 年度に組織編制を行い、くらしサポートセンターえたじま(生活困窮者自立支援事業)、障害者生活支援センター、権利擁護センターえたじま(権利擁護事業)を地域福祉課 生活福祉係に集約しました。

生活福祉係では、それぞれの制度に沿って当事者の特性や個別のニーズに対応した支援を行ってききましたが、生活課題の要因には社会的な孤立や、本人のみならずその家族が抱える課題等が複雑に絡み合っている場合が多く、こうした状況に対応するためには、制度の枠を超えた包括的な支援体制が求められていることを実感しました。

そこで、2021 年度より広島県社会福祉協議会から指定事業「社協総合相談支援体制強化推進事業」を受け、さまざまな相談を受け止め、複合的な課題を抱える世帯等への総合的な支援を進めることを目的に、「地域生活サポートセンターともに」を立ち上げ、分野を横断した江田島市社協内の総合相談支援体制の強化に取り組んでいるところです。

この総合相談支援事例集～「地域生活サポートセンターともに」の歩み～は、2021 年度から2年間の総合相談として関わってきた支援内容をまとめたもので、1件1件のケースを分析し、振り返ることで、今後の総合相談支援業務の一助になればと作成しました。

実践事例の積み重ねが「断らない相談支援」の実現に繋がることを信じ、江田島市社協職員一丸となって地域福祉の推進に努めてまいります。

令和5年1月

江田島市社会福祉協議会 事務局長 平谷 康明

2. 基礎情報

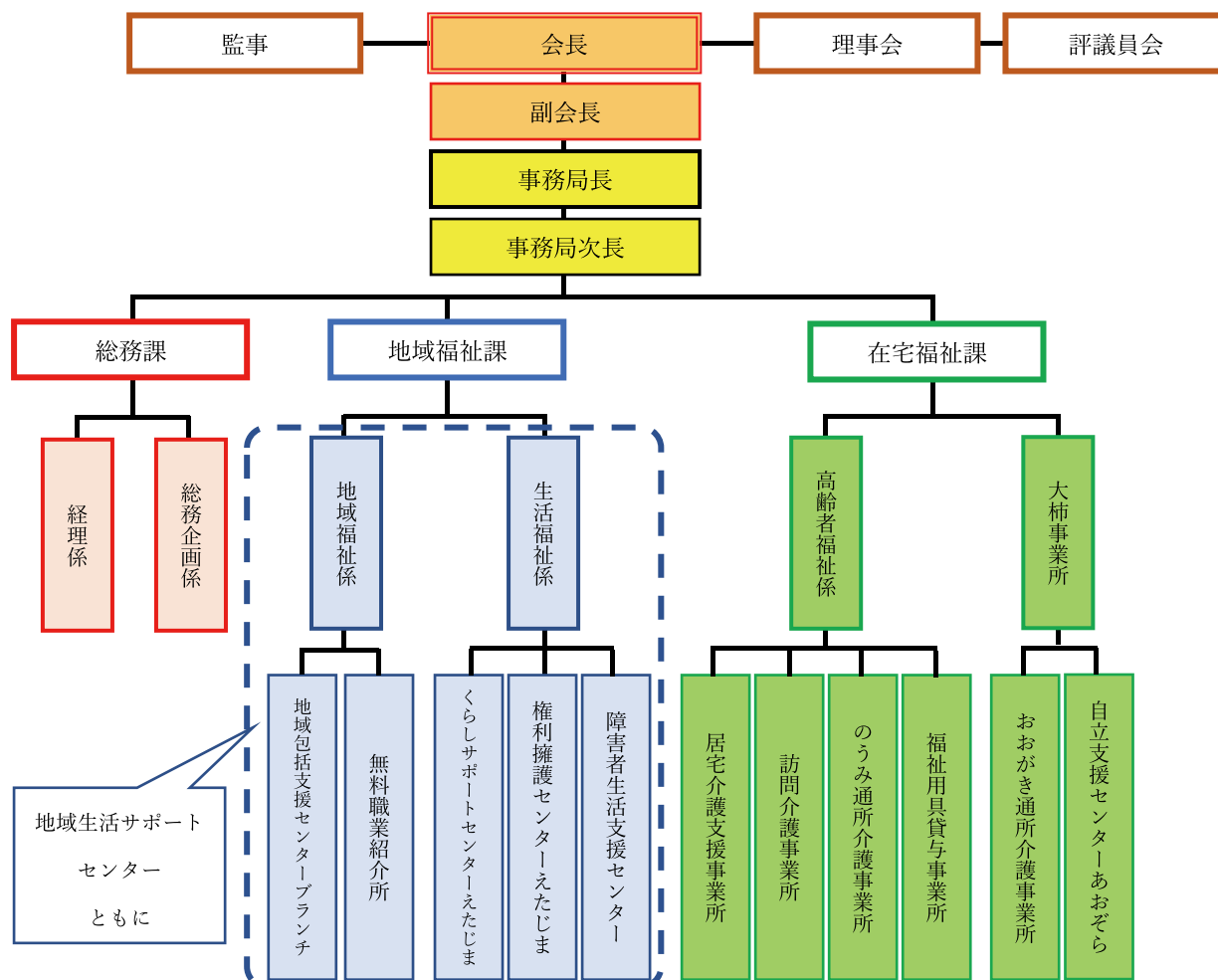
【江田島市基礎情報】（令和3年4月現在データ）

- 人口：22,356 人 ●世帯数：12,254 世帯
- 年齢別人口比：0～14 歳（7.6%）、15～64 歳（48.3%）、65 歳以上（44.1%）
- 地区社協：13 カ所 ●自治会数：31

【江田島市社会福祉協議会基礎情報】

- 職員数：101 名（正職、準職、嘱託含む）
- 組織（所属職員数）
 - ：総務課（8 名※江田島市への出向 2 名を含む）
 - ：地域福祉課（16 名）
 - ：在宅福祉課（77 名）

●江田島市社会福祉協議会 組織図



3. 「社協総合相談支援体制強化推進事業」の推進について

◆本事業推進の背景

①複雑化・多様化する生活課題への対応

高齢化・過疎化の急速な進行、社会的孤立や生活困窮など新たな課題が発生する中、複合的な生活課題を抱える方へ制度の枠を超えた包括的支援が求められている。

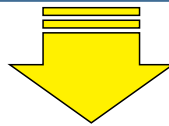
②地域共生社会の推進

「支える側」「支えられる側」という一方向の関係ではなく、「地域に生きて暮らしている以上、誰もが支え・支えられるものである」という考えのもと、地域の資源や人の多様性を活かしながら、人と人、人と社会がつながり合う取り組みが生まれやすいような環境を整える。

(2016「ニッポン一億総活躍プラン」 厚生労働省)

③重層的支援体制整備事業の推進

既存の相談支援等の取り組みを活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくり」を一体的に実施する



国が政策として「地域福祉」の推進を市町に求めている中、これまで「地域福祉」を推進する組織であると定められていた「社会福祉協議会」の存在意義が問われている。

◆現状の課題

①組織（江田島市社協）として横の連携が充分とは言えない・・・

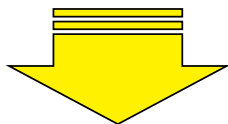
- 担当者同士の連携はあるが、その内容等を他の職員は知らない。
- 担当業務を超えた生活課題の共有化が必要。

②職員が課題を抱えたまま、どうしていいか悩んでいる・・・

- 具体的な支援について組織的に動けていない。
- 把握した生活課題に対して、既存のサービスのみで対応しようとしている。

◆本事業のねらい

さまざまな相談を受け止め、複合的な課題を抱える世帯等への総合的な支援を進めるため、分野を横断した江田島市社協内の総合相談体制づくりや、社協外の支援機関や住民等のネットワークづくりを推進する。



「困ったことがあれば社協へ」という総合相談支援機能の確立

「総合相談」とは

～様々なルートからの問題発見→ネットワークを生かした解決～

「総合相談」≠「総合案内」・・・窓口の一本化ではない

- ①近隣住民、民生委員、専門職等とのネットワークからの地域の生活課題の把握
- ②フォーマル・インフォーマルネットワークを生かした課題解決の取り組み



どこからでも相談を受け付け、様々な方面からの協力を得ながら解決へ動くこと
(組織が一丸となって相談に向き合うことが大切)

◆具体的な取り組み方針

①社協内のケース会議の強化

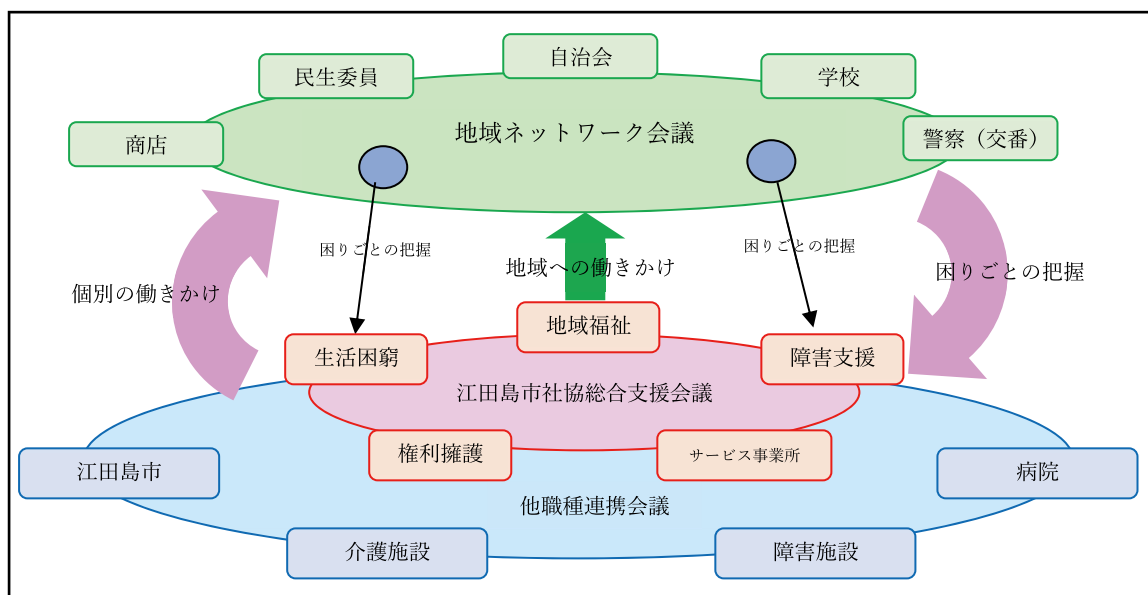
- 多くのアンテナで受けた相談をまず社協内で共有化し、それぞれの業務に反映させる
- 共有化することで、自分が担当していない相談ケースについても対応の疑似体験をすることができる(職員個々のアンテナの精度を上げていく)

②小地域ネットワーク会議の開催

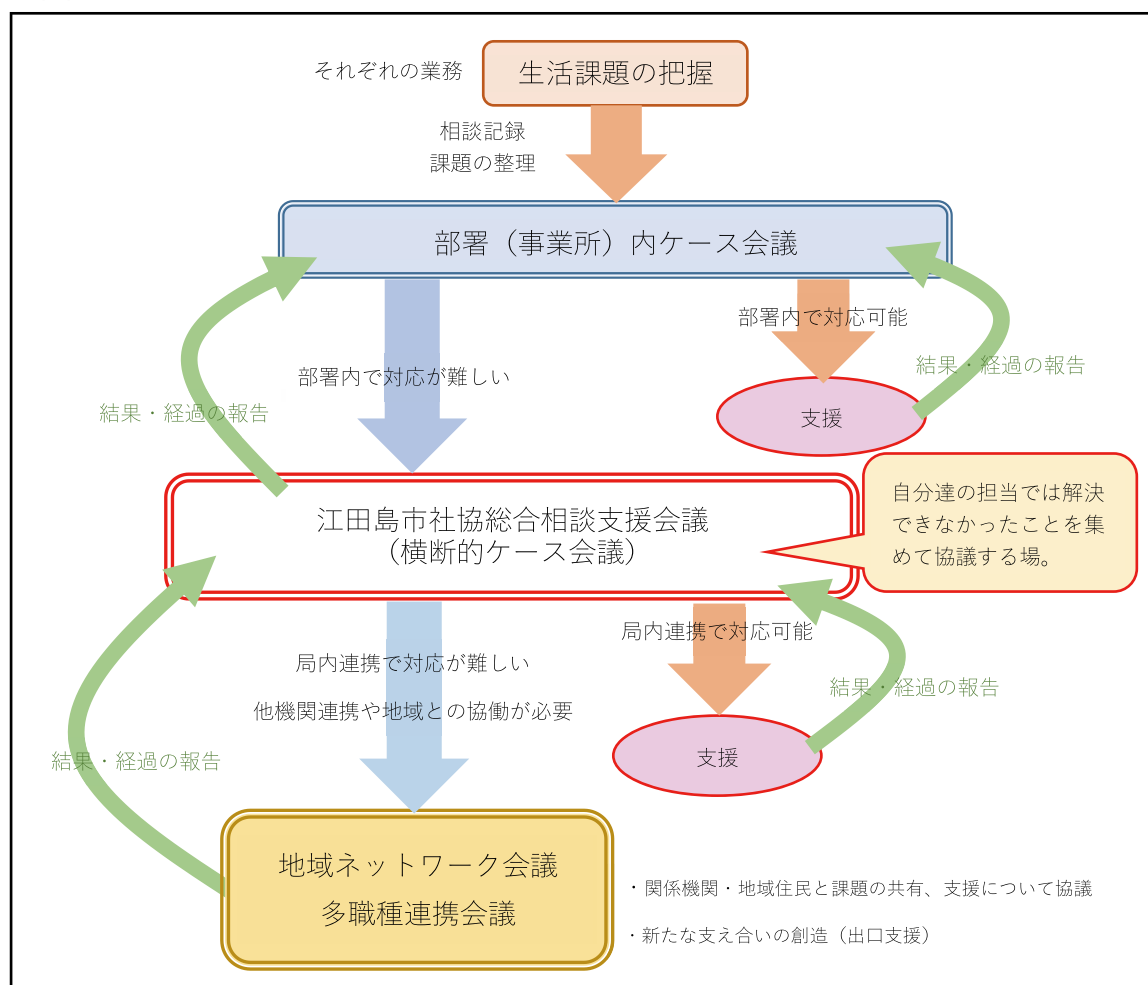
- 「個人の困りごと」を「地域の困りごと」として捉え、地域内で把握した困りごとについて「地域ネットワーク会議」で共有し、支援について協議する
(困りごとを地域に返していく、地域の福祉力 UP、出口支援を作る)

◆総合相談のイメージ

(1) 江田島市社協総合相談体制の全体イメージ

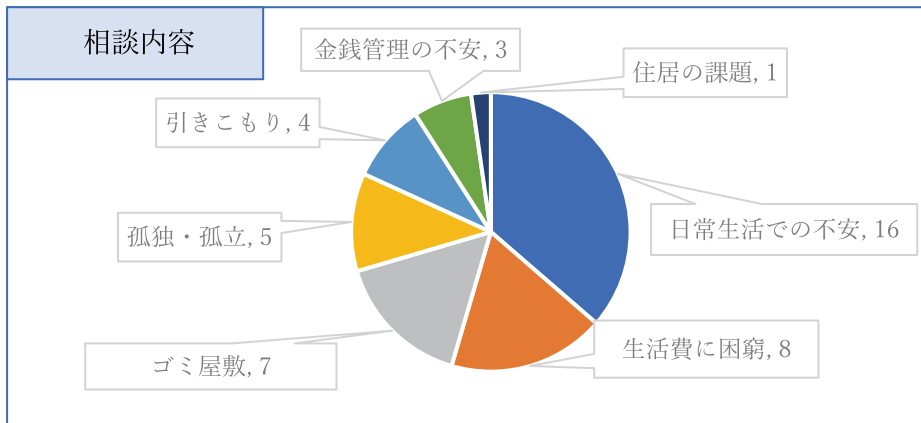


(2) 階層別ケース会議の構造イメージ

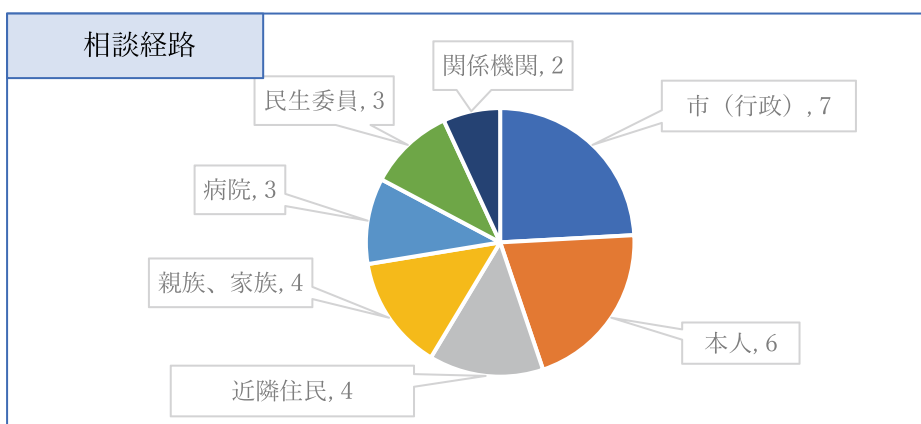


4. 相談件数 相談経路 相談内容データ考察

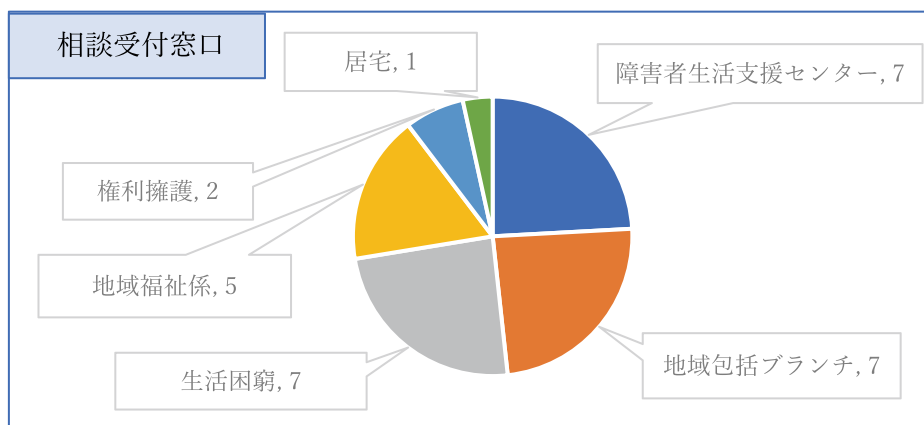
令和3年4月～令和5年1月までに「江田島市社協総合相談」として取り扱ったケースは29件で、その内容の考察については以下のとおりです。



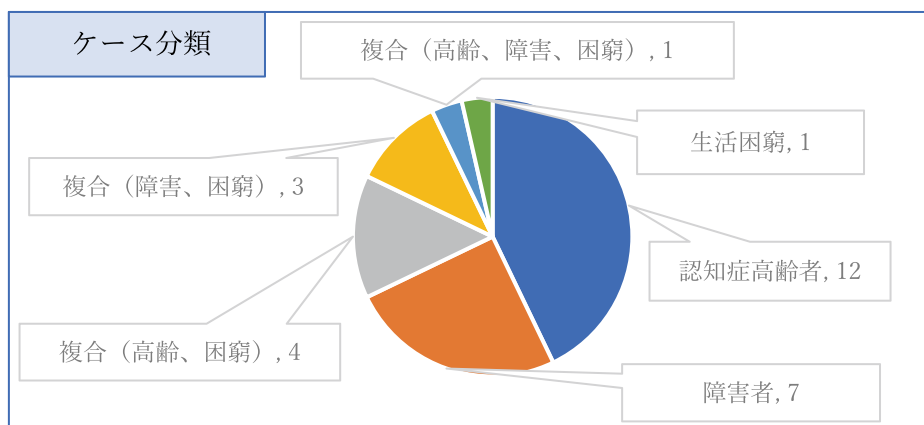
- ・相談内容は、「日常生活の不安」が16件と一番多く、安否確認、外出（買い物、通院）、食事、掃除等について、何等かの支援が必要な方が多かった。
- ・2番目に多かったのは「生活費に困窮」で、コロナ禍の影響で収入が減少された方もいたが、大半が高齢や障がいの為、働くことが困難で困窮されている方が多かった。
- ・相談内容の大半が複合的に絡みあったものであり、単独の部署（制度）では支援が困難なケースが多く、複数の部署（制度）が連携を取りながら支援に関わる必要があった。



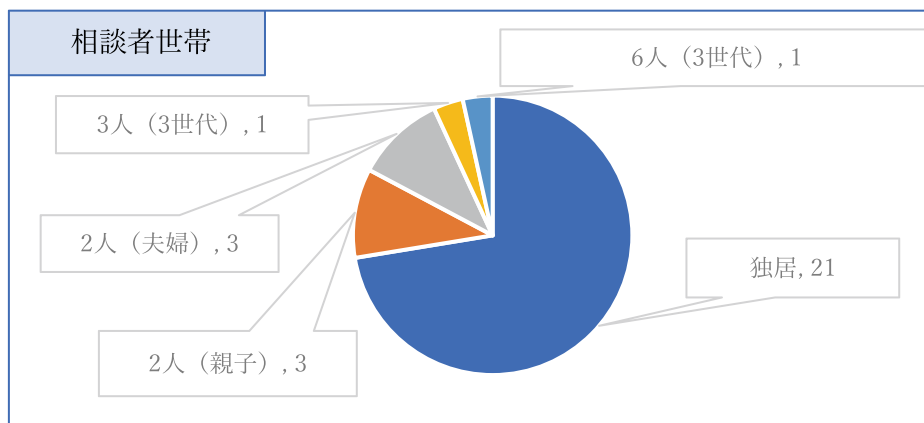
- ・一番多かった市からの相談経路は「市民センター」「包括支援センター」「会計課」等、多岐に渡っており、行政に対して社協の役割が認知されていることが伺える。
- ・2番目は「本人」からで6件。周囲に頼れる人が少ない方が増えているのではと考察される。
- ・コミュニティソーシャルワークの観点から、社協が取り組む総合相談には、もっと地域住民からの相談件数が増えていかなければならないと感じる。



- ・相談受付窓口は、障害、包括ブランチ、困窮が全体の7割を占めおり、障害のある方や困窮に陥ってしまった方、介護についての悩みがある方は複合的な生活課題を抱えておられることが多いと伺える。
- ・大半の窓口が「地域生活サポートセンターとに」内の事業所で、社協組織全体が相談受付窓口として機能しているとは言い難い現状がある。



- ・ケース分類については「複合的な課題」を抱えておられる方を「総合相談」として対応しているので、ここからの分析は難しいが、「認知症高齢者」が一番多く、認知がある方が一番「暮らしにくさ」というものを感じておられるのではと思われる。
- ・子育て世代、児童に関するケースを社協の総合相談で対応した実績がなく、高齢・障害分野以外の連携強化が今後の課題と考察される。



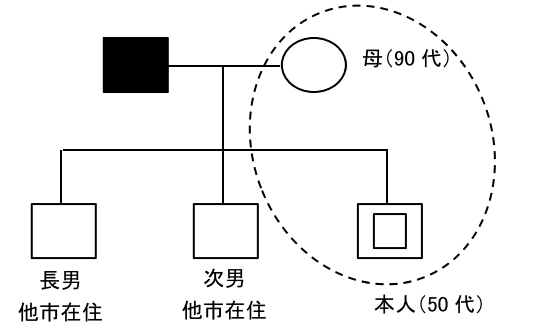
・相談者世帯は「独居」の方が 29 件中 21 件と大半を占めており、地域からの孤立、家族・親族からの孤立が福祉的な課題を生み出す大きな要因であることが伺える。

5. 相総合相談支援の取り組み事例

【事例1：ある日突然、独りで生活することになった障害のある方への支援】

①対象者概要

(1)家族概要

 母(90代) 長男 他市在住 次男 他市在住 本人(50代)	・高齢の母親と2人暮らし。 →母親の介護で、週1回ヘルパーを利用していた。 (担当:市地域包括支援センター) ・長男、次男は母親が高齢なこともあり、今後の生活を考えて本人のグループホームへ入居の準備を進めていた(他市のグループホーム)
--	---

(2)本人概要

- ダウン症で、視力が低く、耳も聞こえにくい。
- 包丁を研ぐことが趣味(?)包丁を研ぐことで落ち着く。危険性はない。
- 障害年金を受給しており収入面での不安はない。

②支援のきっかけ

R3年5月中旬:母親の体調不良に近所の方が気づいて、社協(障害者生活支援センター)に連絡があり緊急搬送となった。その後は本人が自宅に一人となるのでグループホームへの入所を促したが本人が暴れるなど強い拒否を示して断固として動かない。兄も一緒になって説得にあたってくれたが、本人の強い拒否により断念。(兄は仕事もあるため同居は難しい…)

グループホーム側は受入の準備が出来ており、いつ来てもらっても大丈夫とのことだが、入所についてあまりにも難しい事態が発生したら自宅に帰ってもらうこともある旨の説明を兄が受けていて、無理やり連れて行っても結局自宅に戻ることになる恐れがある。

とりえず、当面の生活を維持するために、翌日から社協の訪問介護事業所へ依頼して、買い物、調理、見守りを目的として毎日訪問に入ってもらおうよう調整した。さらに、このケースには地域住民と連携した見守り支援体制が必要と判断したので、総合相談で対応することとした。

③本人及び関係者の意向

(1)本人

- ・「自宅での生活を続けたい」という思いが強い。現在母親がいらないことを理解しているが納得はできていない状態にあり。「そこにお母さんがいる」など幻覚症状が出始めた。

(2)家族

- ・「グループホームで安心した生活をしてほしい」と家族全員が思っているが、本人の意思を

尊重しすぎあまり話が進まない……。母親は、自分が入院した今は、本人がグループホームに入居したと思っている。(事実を知ると無理やり退院しかねない)

(3)近隣住民

・「一応気にかけて様子をみているが」というが、「兄がなんとかすべきでは?」「刃物が怖い……」等の声がある。

④支援の流れ

【ケース会議から支援方針の決定】

ケース会議で課題の共有と今後の支援方針について協議した結果、「本人の意思を尊重し、可能な限り在宅での生活を支える!」ことを目標に、毎日2回(朝、夕)訪問介護サービスを利用し、民生委員や近隣住民に協力を要請して見守り活動を調整した。また、兄達も毎週末は帰省してくれることとなり、グループホームへ入所する説得を続けていくこととなった。

しかし、訪問介護については、提供する食事を摂ってくれない、身体を触らせてくれず清拭が来ない、など本人の強い拒否により支援が満足に出来ず、日に日に衰弱していく様子が見受けられるが何もできないもどかしい状況が続く。

【2回の緊急搬送が失敗】

6月初旬、職員が訪問した際、布団から起き上がることが出来ない状態となっていた。食事、水分が満足に取れていないことでの低栄養が衰弱の原因と予想されるので救急搬送を試みるが、本人から強い拒絶がある(暴言や手が出る等)ので対応に苦慮。救急隊員から警察の介入を要請してもらうことで、なんとか本人を救急車に乗せることに成功し、病院へ搬送。しかし、病院でも本人が暴れるなど強い拒否を示し、治療が困難とのことで自宅へ戻されることとなった……。

その2日後、ヘルパーから「寝たまま、反応が良くない」との連絡があり、兄へ連絡。兄が様子を見に来て「返答もおぼつかない」との連絡があり救急車を呼ぶも、受け入れ先の病院が決まらず搬送不可となった。また、このごろ近隣でトラブル(別件)が立て続けに発生しており、パトカーや消防車、救急車に対して近隣住民がうんざりといった様子で、周囲の目も冷ややかになっていることを感じる……。

2回の緊急搬送が空振りに終わったことを踏まえ、行政、警察、消防等の関係者からアドバイスをもらい「緊急時の対応調整」と「事前に受入先の病院の調整」について動くこととした。その後、兄に同行して他市の精神科病院へ相談に行き、6月中旬の入院について調整を行った。

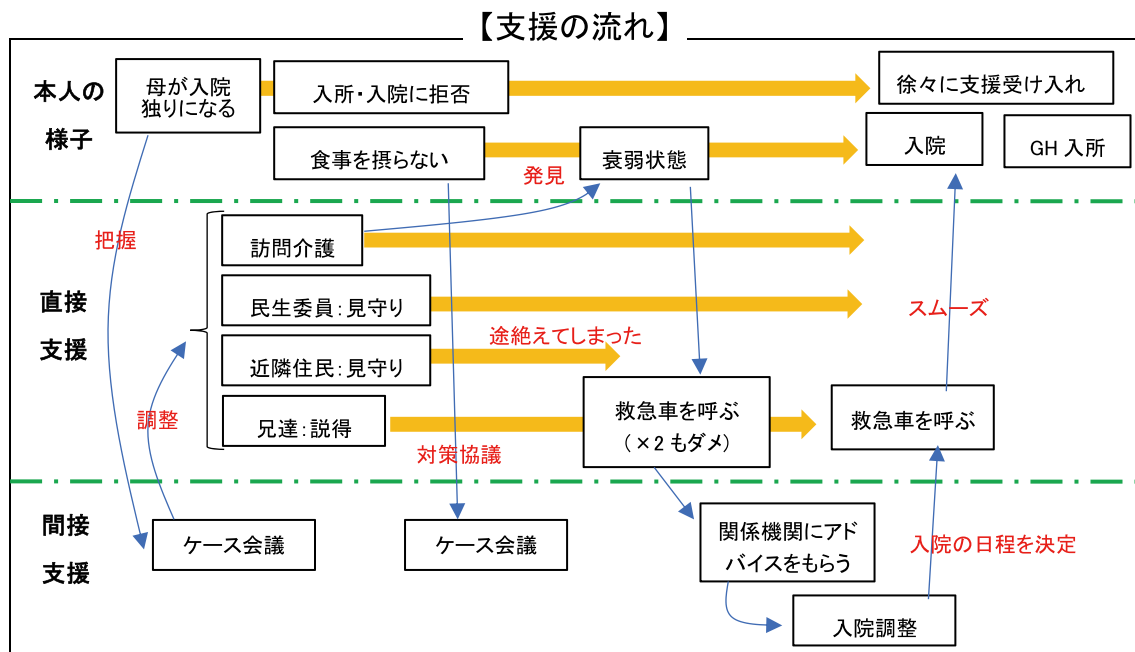
【入院からグループホームの入所へ】

入院予定日に、兄から救急へ連絡し、予定していた市外の精神科病院に搬送され、そのまま入院となった。その際は、事前の調整があったのでスムーズに事を運ぶことが出来た。

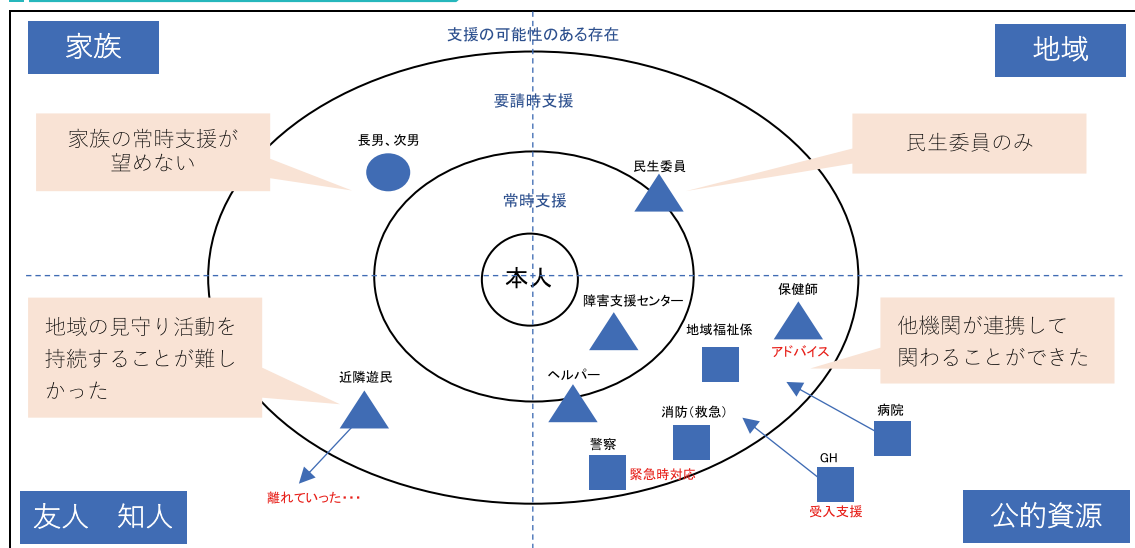
入院後は、少しずつではあるが食事を摂れるようになり、入院期間中に、かねてから入所予定であったグループホームの相談員が定期的に本人と面会し関係を構築してくださったことで、退院後

はスムーズにグループホームの入所へと繋がる事ができた。

グループホーム入所後は落ち着いている様子で、食事を摂り清拭や着替え等の支援を受け入れてくれているとのこと。



⑤ソーシャルネットワーク分析



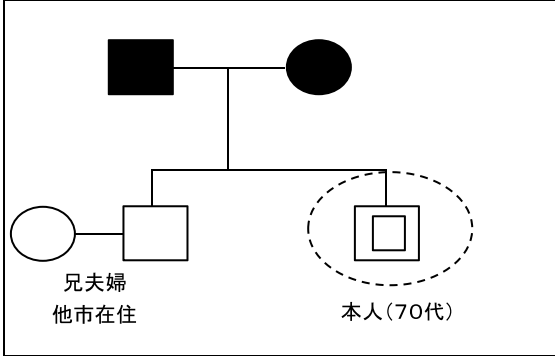
⑥まとめ

支援について強い拒否を示す方への対応について、どこまで本人の意向を尊重すれば良いのかが今後の課題となった。また、精神に疾患のある方が摂食障害によって衰弱状態となった際の、緊急搬送時の対応や、受入先の病院の調整については、今回の経験を基に今後の支援に活用していきたい。

【事例2：プレハブ小屋で生活している独居高齢者への支援】

①対象者概要

(1)家族概要

 兄夫婦 他市在住 本人(70代)	・本人の住所地は他市(住民票+アパートあり)だが、江田島市にある実家の跡地にプレハブ小屋を建てて生活をしている。 ・兄夫婦は他市在住(本人の住民票所在地と同じ市) ・金銭管理は兄夫婦が担っているが、体調面に不安があり積極的な関わりが困難。
--	---

(2)本人概要

●主病名「アルツハイマー型認知症」

→幻覚・妄想症状があり「自宅アパートの2階住民が虫を落としてくるので、家に住めない」との訴えがある。(江田島市で生活している原因?)

→短期記憶や見当識は保たれている。

●プレハブ小屋で生活

→電気・水道(外)・設置型の簡易トイレがあるが、台所、風呂、冷蔵庫、冷暖房はない。

→2年前から実家跡地にプレハブ小屋を建て、住所地(他市)と江田島市を行き来していたが、最近はずっとプレハブ小屋で過ごしている。

●趣味は畑仕事

→プレハブ前に畑があり、本人は野菜を育てることが生きがいと話す、実際にはADLの低下もあり畑や庭の管理が出来ておらず、日中はプレハブ内で横になって過ごしている。

●野焼きで近隣トラブル

→敷地内で野焼き(ゴミや草等を燃やす)を頻繁に行い、近隣住民が不安になっている。

●年金収入があり、生活費には困窮していない

→金銭管理は兄夫婦に依存しており、必要な時に現金を受け取っている。

◆居住しているプレハブ小屋



プレハブ小屋の外観



プレハブ小屋の中の様子

生活環境は良いとは言えない・・・

②支援のきっかけ

近隣住民がプレハブ小屋で生活する本人を心配して、食事(調理したもの)を差し入れしていたが、このままだと心配なので民生委員へ相談。その後、民生委員から社協(地域包括支援センター・ランチ)に連絡があり、担当職員が訪問して生活状況などの聞き取りを行った。聞き取りの結果、住所地(他市)で介護認定を受けており、担当のケアマネ(住所地の地域包括支援センター職員)がいることが分かった。以後、担当ケアマネと連携を取りながら安否確認を兼ねて定期的に本人の様子を伺うこととなった。

③本人及び関係者の意向

(1)本人

- ・江田島市では好きな畑仕事ができるが、住所地(他市)では楽しみがない。自分が元気な間は、今の場所で好きなことをして暮らしたい。

(2)兄夫婦

- ・自分たちは高齢で体調面に不安があるので、弟(本人)への支援は難しい。
- ・可能な限り本人の思うままに生活してもらえない。

(3)近隣住民

- ・食事のおすそ分けをしているが、冷蔵庫やエアコンの無い環境で食中毒にならないか心配。
- ・野焼きについて何度も注意をするが止めてくれないので困っている。

④支援の流れ

【支援方針の決定から情報収集】

ケース会議で課題の共有と今後の支援方針について協議した結果、「本人の意向を尊重し、プレハブ小屋で生活を続けるため、地域関係者による緩やかな見守り体制を構築する」とこととした。

まず、警察と消防に連絡して「野焼き」等の課題について情報提供を行い定期的な巡回を依頼。また、近隣への聞き取り調査を行ったところ、食事のおすそ分けをしてくださっている方、近隣の商店による気かけ、車に乗せて買いものに連れていってくれる方がいる等、意外と多くの方々がすでに関わってくださっていることが分かった。

これらの情報を、担当ケアマネへ伝え、本来の居住地における居場所づくりとサービス調整について依頼した。

【支援ネットワークの形成】

7月初旬、本人に関わってくださる方々(住民、商店、警察など)を集め「支援ネットワーク会議」を開催し、それぞれの情報共有と今後の支援で不安に思うこと等の整理を行なった。会議参加者には「見守りカード」を配布し、市包括へ依頼して「命のバトン」(緊急時の連絡先などを記載したもの)を作成してもらった。

また、担当ケアマネ調整のもと、本人と兄夫婦と今後の生活について話し合いを行ない「お盆の

時期を目途に本来の住所地での生活に切り替えていく」ということになり、その旨を見守りに関わって下さる方々で共有し、お盆の時期を目途に具体的な支援活動がスタートした。

◆支援ネットワーク会議の様子



【支援活動が開始】

7月下旬、8月上旬と2回、本人が食あたりによる体調不良になり、道端でうずくまっているところを民生委員が発見。社協に連絡があり病院への受診を促す。以後、職員による見守り回数を増やし(2日に1回)様子を伺うこととした。このこともあり、食事をおすそ分けしてくださっている方から「自分たちが差し入れたもので食中毒になったら迷惑をかける・・・」と心配の声があがる。

また、敷地内に雑草が生い茂っており、近隣からマムシや猪の出没が心配との声があったので、社協の「自立支援センターあおぞら」(就労継続支援B型事業所)に除草を依頼した。

【目標のお盆を過ぎるも・・・】

当面の目標であった「お盆の時期」が過ぎても、本人が住所地に戻ることはなく江田島市での生活を続けている。このことに対し、見守り等に関わってくださっている近隣住民からは「いつまでこの生活を続けるのか？」との声が出てきた。さらに、除草しても相変わらず「野焼き」を止めることがないので、近隣住民の不安は解消されないまま。そこで、本人に対し江田島市に住民票を移し、生活環境の整った住居で暮らすことを提案するも「その気はない」と拒否されてしまう。

【ボランティアに協力してもらって環境整備】

食中毒を警戒してか近隣住民による差し入れは途絶えたが、相変わらず本人はプレハブ小屋での生活を継続。職員が定期的に安否確認を行い、敷地内の除草や担当ケアマネと連携して受診を促す等の支援を行う。12月初旬に「野焼き」対策としてドラム缶を設置するも、本人が上手く活用できず、軽いボヤが発生してしまい、危険を察知した近隣住民が水を掛けて鎮火した。そこで対策として、少しでも燃やすゴミを減らす為にボランティアに協力してもらいながら、プレハブ内の環境整備とドラム缶の改善を行った。その際、通りかかった地域住民から色々と言を掛けてもらえる場面もあり、地域の中で緩やかに見守られていることを実感できた。

◆プレハブ小屋環境整備の様子



ボランティアに協力を要請



本人と確認しながら捨てる物の確認



活動前のプレハブ内の様子



整理後のプレハブ内の様子

◆ドラム缶の設置

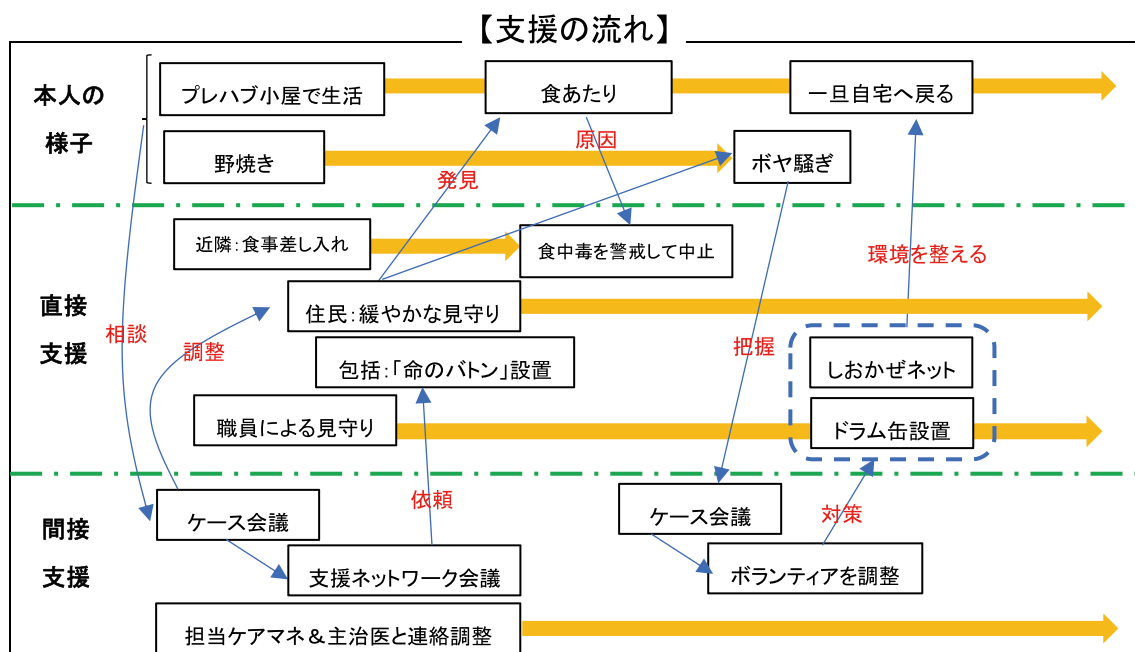


※ドラム缶の中で燃焼しやすいように、コンクリートブロックで底上げをして、本人に使い方を説明。近隣住民にも改善した旨を報告。

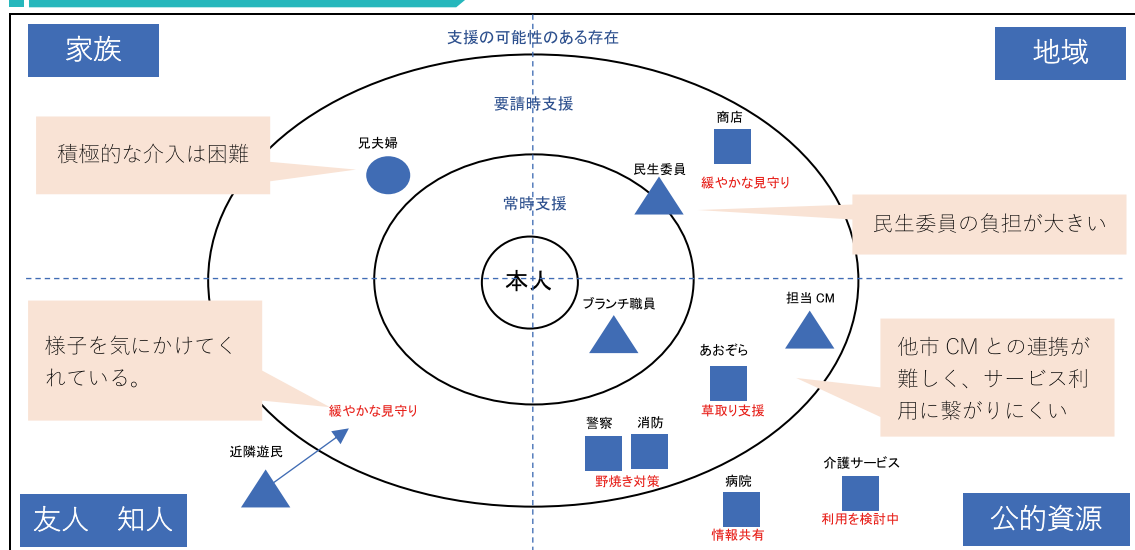
【その後・・・】

年末に掃除をしたので、プレハブ内が寒くなったことが原因なのか、年末年始は自宅アパートに戻って生活をしていましたが、春になり暖かくなった時期には、再びプレハブ小屋での生活に戻る。その間も担当ケアマネと連絡を取りながら本人の様子を確認。本人曰く「地域の皆さんに片付けを手伝ってもらったことは感謝している」とのこと。

その後は、定期的に安否確認を目的に職員が訪問して、服薬管理や通院への促し等の声掛けを続けている。近隣住民との関係性については、積極的な関わりではないが「電気が点いているか」「どこかへ出かけているか」等、緩やかに見守りをしてくださっている様子なので、関わりを切らせないような支援を心がけていきたい。



⑤ソーシャルネットワーク分析



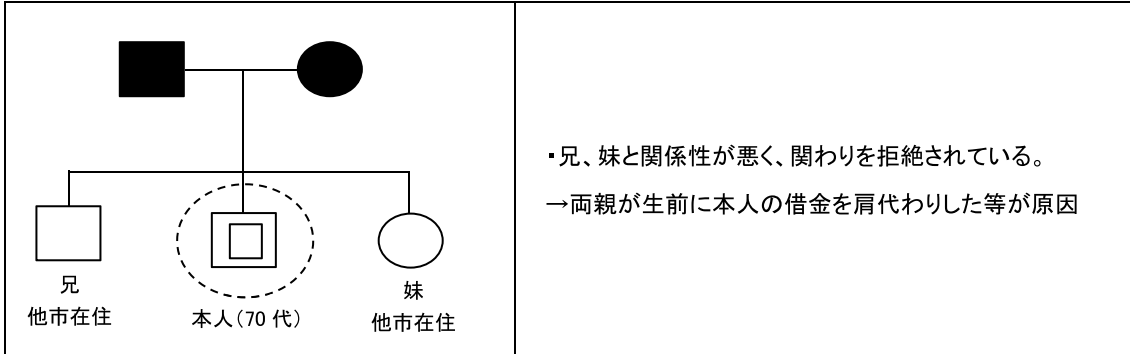
⑥まとめ

本来の住所地ではない場所で生活しているため、フォーマルな支援調整について難しさがある。本人の意向を尊重する方向で支援をしているが、地域で生活する以上は近隣住民の意見も聞く必要があり、支援者として板挟みに悩むことがある。このような方が地域で排除されないような地域づくりを進めていくためにも、今後も根気よく地域への働きかけを継続していきたい。

【事例3：多額の負債を抱え、生活に困窮している独居高齢者への支援】

①対象者概要

(1)家族概要



(2)本人概要

●清掃業を営んでいる(従業員はおらず独り)

→知人から仕事を斡旋してもらい、他市にあるビル清掃等を数件請け負っているが、実際には上手いかず報酬が減額になることもしばしば…。(清掃業の収入は月2万～3万円程度)

●毎月家計が赤字になる

→年金収入があり(月額:約5万円)、清掃業の収入と合わせて1ヶ月平均は7万～8万円だが、借金返済等があり、公共料金の支払いもままならない状況。

●ライフライン(電気、ガス、水道)が維持できない

→滞納しており、相談時はガスが停止、電気、水道も督促状が届いている状況。

→家賃(土地代)を1年以上滞納している。(地主は近隣に住んでいる)

●車を所持しているが整備不良個所が多い

→タイヤのワイヤーが露出、ブレーキランプは切れている状態だが、困窮しているため修理できない。また、車検が数か月後にあるが、車検費用を捻出できる状況にない。

→仕事に通うため車を手放せない。(車がないと他市まで通えない)

●生活環境が劣悪

→掃除ができておらず、家の中は「ゴミ屋敷」状態。

→ガスが止まっており、調理と入浴が出来ない。

→トイレは「汲み取り式」だが、数年間汲み取りをしてなく、外で排泄をしている。

●体調面に不安がある

→頻尿&失禁の症状があり、いつも尿臭がする。

→お酒を止められず、歩行にふらつきが見受けられる。

②支援のきっかけ

令和2年6月頃、本人が江田島市民センター(旧市役所江田島支所)へ「資金貸付」の相談に訪れ、社協(くらしサポートセンターえたじま)に相談が繋がる。相談内容は「コロナの影響で収入が

減少したので生活福祉資金のコロナ特例貸付を利用したい」とのこと。

緊急小口資金、総合支援資金、総合延長と、生活福祉資金の特例貸付を利用すると共に、自立相談支援、家計再生プランに同意を得て、定期的な収支確認や、フードバンクによる食料提供を行なう等の支援をしていたが、欲求を抑えられず「酒」「タバコ」を止められない、ギャンブルにお金を使ってしまう等、こちらの助言を受け入れてもらえず、収支のバランスが改善されない赤字の状況が続く。また、本人への見守り・声掛けについて、担当地区の民生委員に依頼をしていたが、令和3年7月頃から頻繁に本人から民生委員へ「お金がない」との相談が来るようになる。

その様な状況の中、本人の言動から認知の疑いが出てきたので、権利擁護や介護サービスの利用を視野に入れて総合相談として取り組むことになった。

③本人及び関係者の意向

(1)本人

- ・収支のバランスを整えて生活を安定させたい。

(2)妹

- ・兄には昔から迷惑をかけられているので関わりを持ちたくない。

④支援の流れ

【行き詰る生活からの脱却を目指して】

11月上旬、本人から「生活保護を受給したいが、どうしたら良いかわからない」と相談を受け、自分の意思で市へ伝えることを助言する。しかし、生活保護を受給するには車を手放さなければならない事が判明し、生活保護の申請について難色を示す。車を手放すことが嫌な理由は「仕事に行けなくなる」「買い物が出来なくなる」等だったが、数ヶ月後の車検費用を捻出できない経済状況の中、維持することが困難である事と、整備不良のまま走行すること自体が違反である事、買い物に関しては介護サービスやボランティアで対応可能である旨を、再三に渡って説明することでなんとか納得してもらえた。

そこで、改めて市へ生活保護の申請を行うと共に、他法人（地域包括支援センターブランチ）へ繋いで介護認定の申請、社協の権利擁護部門へ繋いで「かけはし」の契約を進めることになった。

【まずは家の片付けからスタート】

これらの手続きを進める段になって初めて自宅内に入ることが出来たが、足の踏み場もない「ゴミ屋敷」状態であった。そこで、ボランティア担当者、権利擁護担当者、介護サービス担当者を集めてケース会議を開催し、今後の支援方針の決定と情報共有を行い、手始めに「しおかぜネット」を活用して家の片付けを行うこととした。（同時期に訪問介護で買い物支援開始）

片付けには、しおかぜさん（有償ボランティア）だけでなく、担当民生委員や近隣住民にも声をかけて一緒に手伝っていただけるよう調整し、本人とコミュニケーションを取りながら活動した。片付け作業中、家の前を通りかかった住民から声を掛けられることも多く、皆さん口々に「ここは人

が住んどったんか？」と驚かれており、これまで本人が地域の中で孤立していた様子が伺えた。しかし、それらのことがきっかけになり近隣住民にも本人の現状を理解してもらえ、今後の繋がりづくりへと活かすことができた。

◆片付け前



玄関



居室 1



廊下



居室 2

◆片付け後



玄関



居室 1



廊下



居室 2

【新たな生活課題の把握】

様々な方面からの支援を受けながら、自宅内の片付けを進める中で、新たな生活課題を把握することができた。

「新たな生活課題」

- ①ゴミだらけの中で、電気ストーブ2台と石油ストーブを使用しており、火災リスクが高い。
- ②電気ストーブ2台を常時使用しているため、電気代が高額になっている。
- ③テレビのアンテナとDVDプレイヤーが故障しており、娯楽がなく暇を持て余している。
- ④トイレの汲み取りが数年間溜まっており、使用できない状態。(外で排泄している原因)
- ⑤家の周囲を草木が覆いつくしており、電線まで浸食されていた。

そこで、くらしサポートセンター（生活困窮）が管理している、住民からの寄贈品（コタツやDVDプレイヤー等）を付与して火災リスクの軽減、電気代の節約等を図り、「かけはし」でトイレの汲み取り業者へ依頼をし、トイレを使用可能な状態にする等の対応をした。

家の周囲の草木については、地主さんに協力してもらって雑草や木の伐採等を行い、住環境については一定の環境を整えることができた。

◆火災リスク等の問題を改善



改善前



改善後

【改善前】 電気ストーブの周囲にゴミと電気配線があり、毛布には焦げ跡もあった。

【改善後】 電気ストーブを撤去し、寄贈品のコタツと DVD プレイヤーを付与した。

◆家の周囲の環境整備



活動前



活動後

【様々な繋がりを構築】

その後、片付けに関わってくださった近隣住民の方が、訪問介護サービスと連携しながらゴミ捨て支援に関わって下さることとなった。（ゴミの日にごみステーションまでゴミを運ぶ）

さらに、地区の自治会長へ相談して、地域の一斉清掃の際に本人宅の周辺清掃を手伝ってもら

うことと、地区社協活動の友愛訪問（見守り訪問活動）の対象者として支援してもらうこと等を依頼し、本人を取り巻くソーシャルサポートネットワークを構築していった。

また、今後の施設利用や通院に関する保証人が必要になるので、妹と姪を交えてケース会議を開催し、これまでの支援の経緯と現状について説明を行った。妹と姪は、本人に対する良い感情を持っていない様子だったが、支援に関わった地域の皆さんには感謝しており、施設入所や手術に関する保証人を引き受けてくださる運びとなった。

【急変する本人の状態】

2月下旬、本人が突然激しい腹痛に襲われ、救急車を呼び市内の病院に搬送される。前立腺肥大による影響で尿が出なくなっていることが痛みの原因と判明し、カテーテル処置を受けその後は自宅療養となった。その後、「しおかぜネット」で通院支援しながら治療を続けるが、容体は一向に回復せず、手術をするしかないという医師から告げられる。

また、この頃から急激に認知機能が低下し、頻繁に社協や民生委員に電話をかけてきたり、ヘルパーが準備した数回分の食事を1回で食べきってしまう等の症状も見受けられるようになる。

さらに自宅の老朽化も酷く、雨漏り等が発生してしまうことから、担当ケアマネが「これ以上は在宅での生活は困難」と判断し、要介護度を上げ、施設入所を視野にいった介護プランを策定した。

手始めに、ショートステイを利用して自宅以外での生活に慣れてもらおうとしたが、ショートステイ利用中に他の利用者とトラブル等があり、再度の利用については「もう行かない！」と、強い拒否を示したため、手術入院までは在宅で生活することになった。

【薄れる地域との繋がり】

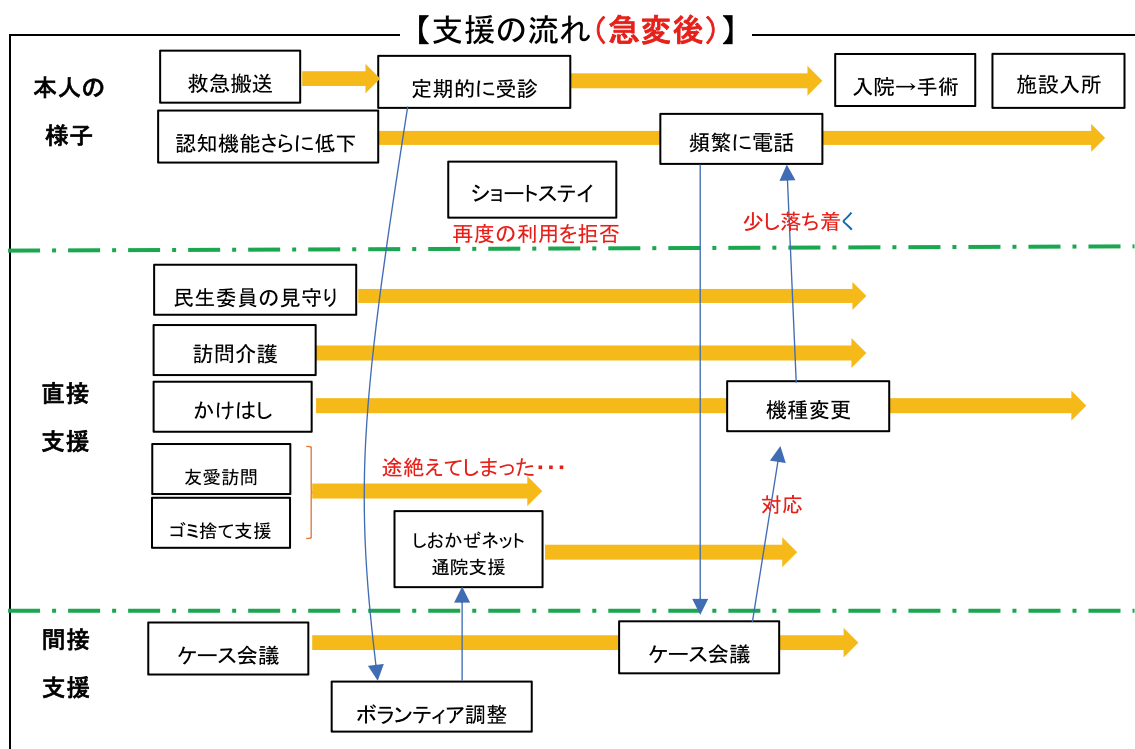
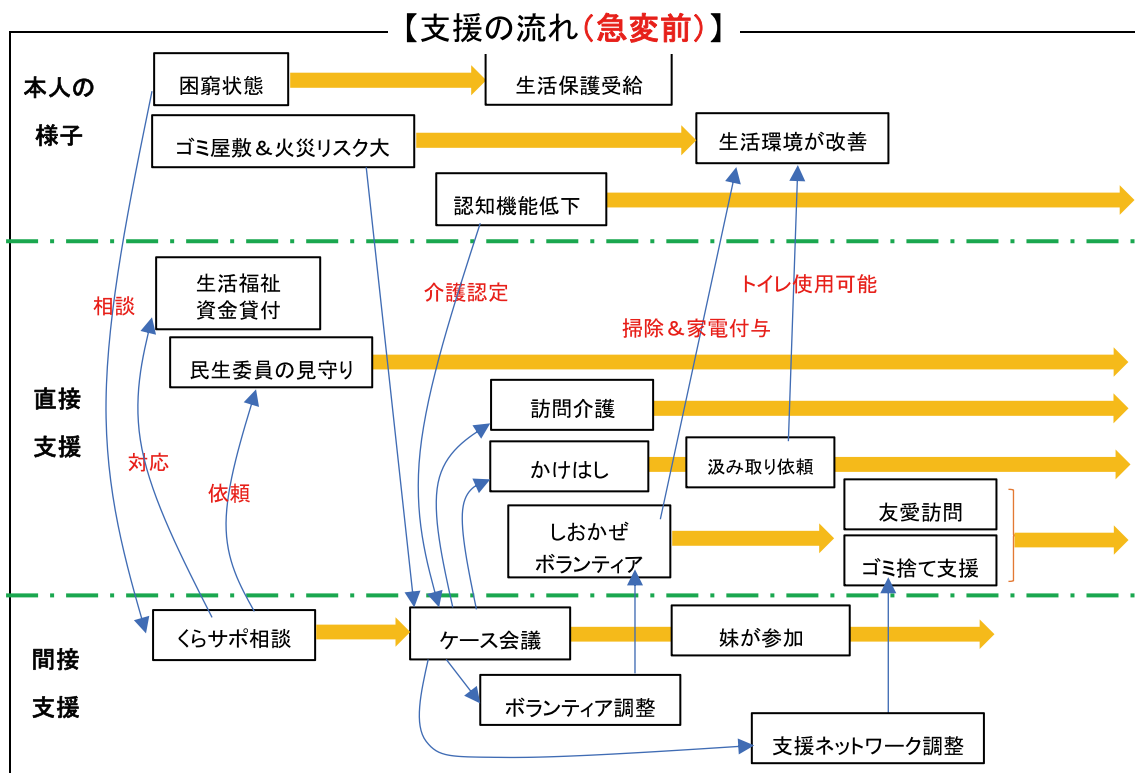
当初の予定では手術入院後に施設入所となるはずだったが、手術前の検査で血圧が非常に高いことが判明し、このままでは手術ができないとのことで、しばらくは在宅で血圧を下げる治療に専念することになってしまった。

しかし、ゴミ捨て支援として関わって下さっていた近隣住民の方から「独身男性の家に出入りすることで近所の目が気になる…」と、支援を辞退する旨の申出があったり、「施設入所するなら地域の見守りは必要なくなる」との理由で、見守り対象者から外されてしまうなど、本人と地域との関係性が徐々に薄れてしまった。

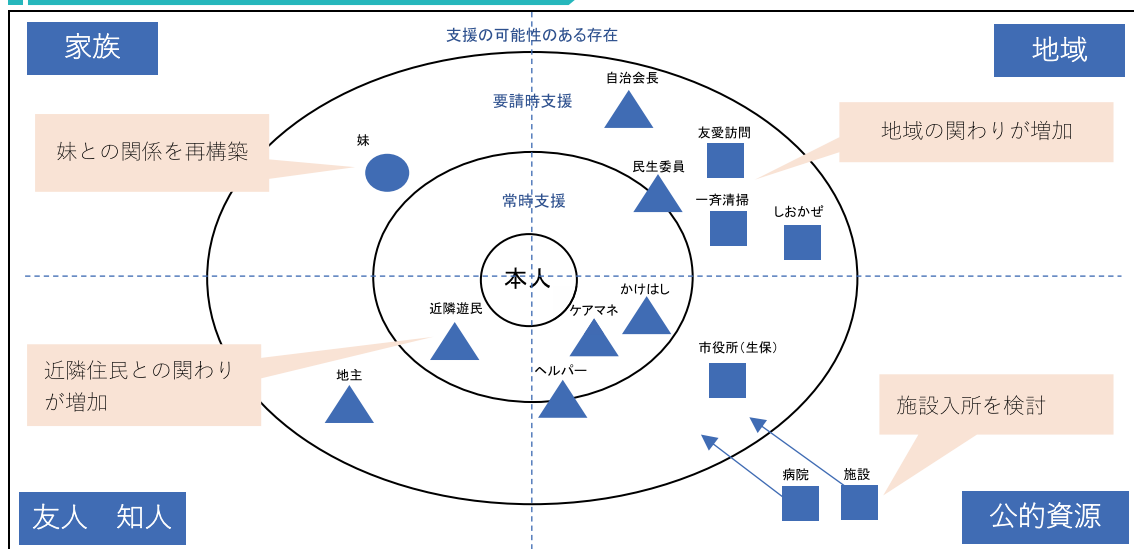
【その後】

カテーテル処置をされたままの在宅生活は不安なので、毎日訪問介護サービスを利用しながら、定期的には支援員が訪問するという生活が約3ヶ月間続く。その間も頻繁に、社協と民生委員へ電話をかけてきて、酷い時には午前3時頃から着信が入ることもあった。理由としては将来への不安もあるが、スマートフォンの液晶が故障しており、どこに電話しているのか本人も理解していない状態だったので、かけはし支援員が同行して携帯電話の機種変更を手伝った。

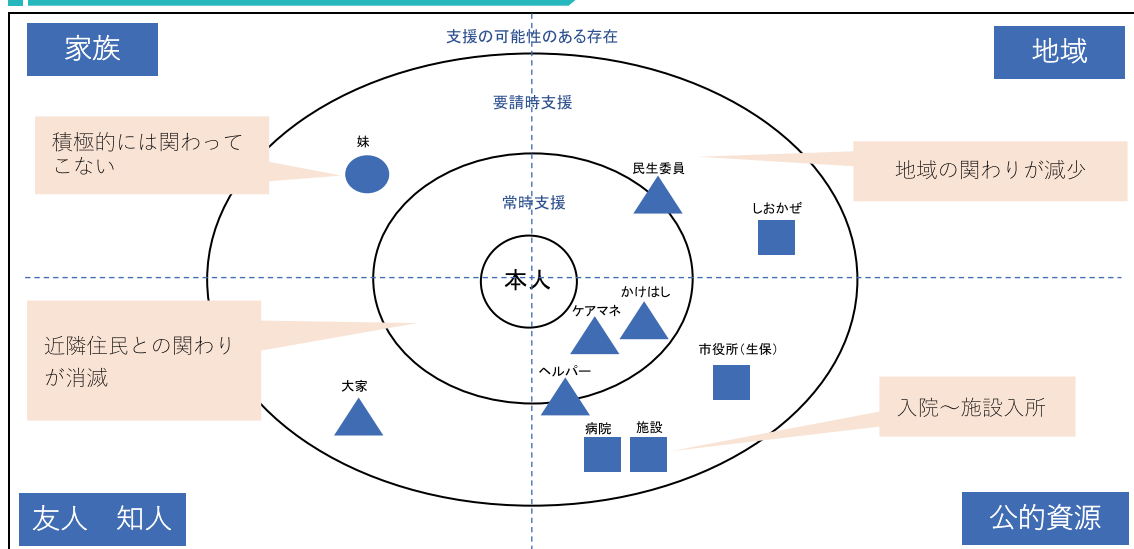
令和4年5月末に、市内の病院に入院が決まり、そのまま手術～施設入所となる。



⑤ソーシャルネットワーク分析 (急変前)



⑤ソーシャルネットワーク分析 (急変後)



⑥まとめ

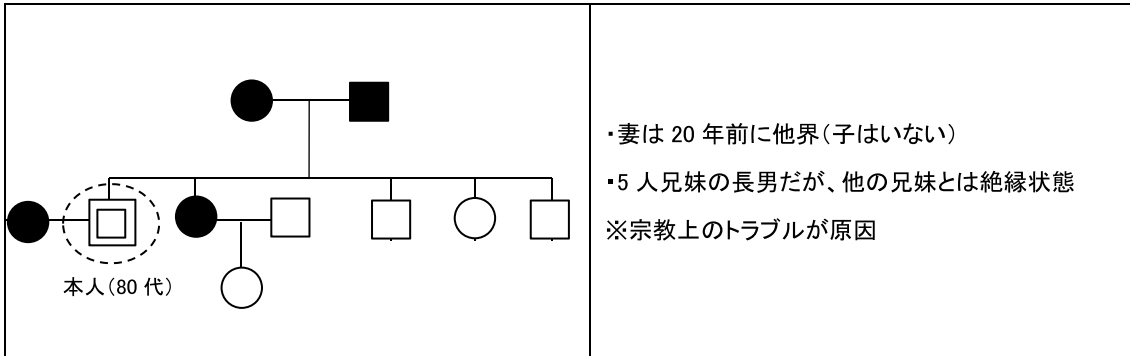
相談受付がくらサポ(生活困窮)で、当初は金銭的な支援で対応していたが、関わりの中で様々な生活課題を把握することで複数の部署が連携しなければ対応できないケースだということが判明した。総合相談支援として介入し、自宅内の環境整備等を通して地域との関わりを少しずつ繋いでいくプロセスは上手くいったと思っていたが、本人の状態が急変し、施設入所を視野に入れた時点から、地域との関わりが薄くなってしまったことは残念。

「生活課題を抱えている方は施設に入れたら良い」ではなく、ソーシャルサポートネットワークを構築し、地域の一員として住み慣れた自宅での生活を続けられるような支援を心がけていきたい。

【事例 4：ごみ屋敷で暮らす身寄りのない独居高齢者への支援】

①対象者概要

(1) 家族概要



(2) 本人概要

●宗教活動に熱心

- 地域内に同じ宗教の仲間がおり、気にかけて支援をしてくれている。
- 体調面の不安もあり、最近は活動に参加できていない。

●身体面・健康面に不安

- 軽度の認知症、前立腺肥大あり(服薬管理に不安)
- 左手の 3.4.5 指欠損(身体障害者手帳2級:業務中の事故による)
- 下肢筋力低下により自宅で転倒することが増えた。
- 視力は緑内障の影響で低下しており、軽度の難聴もある。

●生活面の不安

- 買い物はセニアカー(電動)を運転して片道 30 分以上かけて行っている。
- 自宅の中がゴミで溢れている。

●年金収入があり充分な生活費を確保している。

- 預貯金も十分あるが、金銭管理に少し不安がある。

②支援のきっかけ

令和元年 12 月頃、知人(同じ宗派の方)から、本人の支援について社協(地域包括支援センター・ブランチ)に相談があり、担当職員が訪問してお話を伺う。状況から見ると明らかに介護認定が必要であったが、本人が介護サービスの利用について消極的であったため、介護申請はせず、担当民生委員に依頼して、職員と連携しながら見守り活動を行っていた。(玄関先での安否確認)

令和3年8月中旬、大雨警報で避難指示が出たので避難を促すために訪問するも避難所まで行くことを拒否。その際、自宅内の様子を見ることができたが、かなりゴミが蓄積しており、転倒のリスクが非常に高い状況だった。また、ADL も以前より低下してることから、介護サービスの利用を含めた支援について総合相談で対応することになった。

◆自宅内の様子



③本人及び関係者の意向

(1)本人

- ・自宅で安心して生活が出来ないので、自由のある施設に入所したい。
→猪が家の近くまで来るので怖い・・・。
- 目標は 100 歳まで自由に暮らすこと。

④支援の流れ

【まずは関係者への聞き込み】

本人と支援者の関係性を整理するため、情報提供して下さった知人(同じ宗派の方)と本人から聞き込みを行ったところ、以下の情報を把握できた。

①A さん(情報提供者)

- ・月に1回訪問して、宗教関係の資料を手渡している。本人のことを色々と気にかけてくれており、避難所まで連れていくことは難しいが、避難所での生活支援は可能とのこと。

②B さん

- ・本人の自宅へ定期的に訪問して、ゴミ捨て支援をしていたが、現在は病氣療養中で関わりが難しくなっている。

③C さん

- ・同じ町内に在住で、色々と気にかけてくれる。

④D さん、E さん(兄弟)

- ・定期的に訪問して、庭木の剪定や庭の草取りをしてくれている。
※(本人は「勝手に作業して料金を請求してくる」と困惑している様子)

そこで、本人には気にかけて様子を見に来てくれる関係者が複数名存在することが分かった。さらに、これまでゴミ捨て支援に関わってくれていたBさんが動けなくなったことが、ゴミ屋敷になってしまった大きな原因であることが分かった。

【自宅の清掃から新たな生活課題の把握】

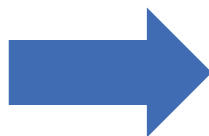
介護サービスの利用に向けて、令和3年8月下旬から「しおかぜネット」を利用して社協職員と一緒に自宅の清掃をすることとした。これまで玄関先までしか入ることができなかったが、掃除を進めることで自宅内の奥深くまで入ることができ、新たに様々な課題を把握することができた。

「新たな課題」

- ①お風呂が故障しており、何年も入浴が出来ていない。
- ②洗濯機まで水が来ないので洗濯が出来ていない。
- ③冷蔵庫の中に賞味期限切れの食材がある。(10月頃、食あたりになってしまった…)
- ④服薬管理が出来ていない。(薬が室内に散在している)
- ⑤トイレが使用できず、いたるところで放尿していた。(前立腺肥大の影響&和式で屈めない)
- ⑥ゴミの中で、電気配線が「タコ足」状態になっており、火災のリスクが高い。

とりあえず、約2ヶ月間(5回活動)掃除を続け、ゴミを片付けながら洗濯機を使用できるようにして、冷蔵庫の中を整理し、電気配線を整理するなど、新たに把握できた課題の解決に努め、自宅内の環境は一定の状況まで回復させることができた。

◆土間(洗濯機周辺)



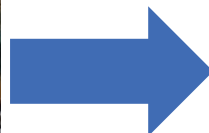
片付け
&
洗濯機を使用可能に



◆台所



清掃前



清掃後

◆玄関～廊下



※オムツゴミを除去して、ゴミ箱を設置 & シートで養生

◆寝室



清掃前

※ゴミの中にタコ足配線が...



焦げたコネクター



清掃後

※配線を整理して火災リスク軽減

◆居室



清掃前

※ゴミだけでなく、洗濯物やオムツが蓄積



清掃後

※洗濯機を使用可能にしたことで改善



【支援体制の構築～サービスの受入】

掃除を終えて自宅内の環境は整ったが、このままだと再び元の状態に戻ってしまうことが懸念されるので、その後の支援体制を整えるために、介護保険を申請して担当ケアマネが決定した後、にケース会議を開催した。ケース会議で協議した支援計画は以下のとおり。

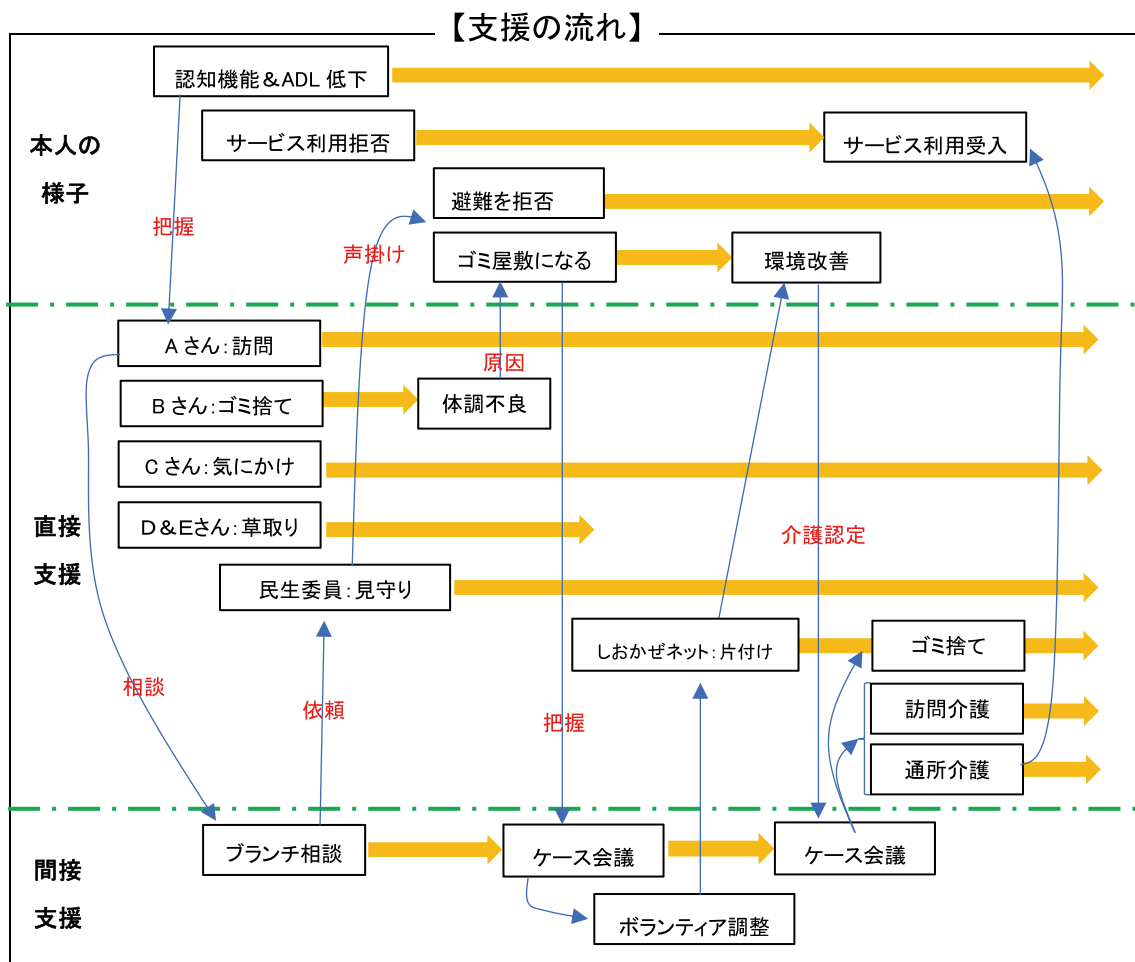
「フォーマルな支援」

- ①通所介護サービスを利用・・・入浴、他者との交流 など
- ②訪問介護サービスを利用・・・掃除、冷蔵庫の中を確認、服薬管理 など
- ③福祉用具・・・ポータブルトイレを設置

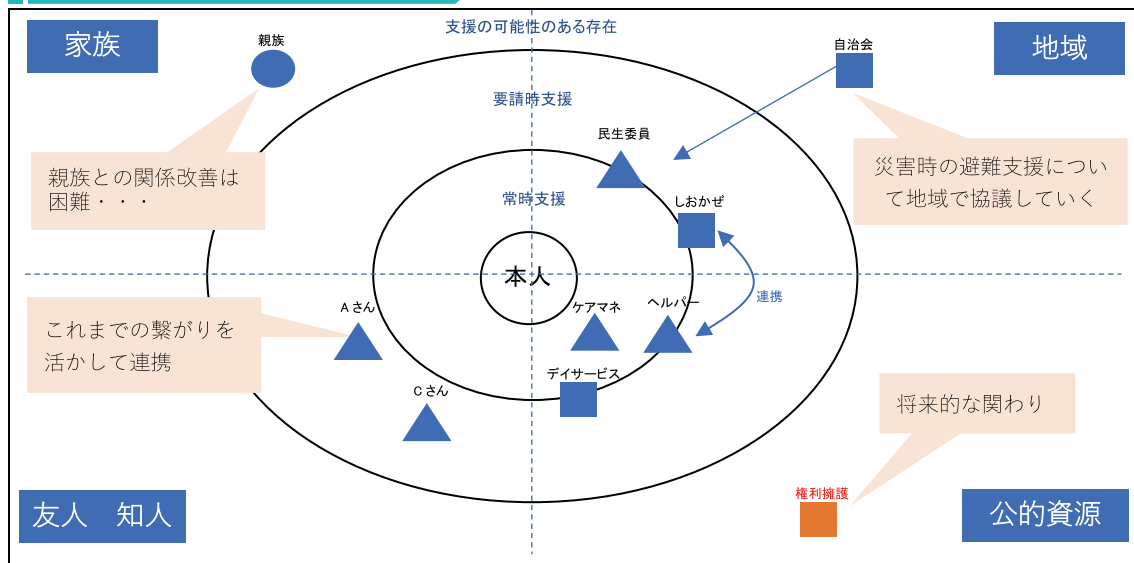
「インフォーマルな支援」

- ①しおかぜネットを利用・・・掃除、ゴミ捨て（訪問介護サービスと連携）
- ②地域住民による見守り・・・民生委員、Aさん、Cさんと連携

実際に通所介護サービスを利用してみると、「何年かぶりに風呂に入った、気持ちがええもんじゃ」と、とても満足してもらえた様子。また、偶然にも通所介護サービス利用者さんの中に昔の知り合いがおり、その方との旧交を深めることもできたことで、以前は利用に関して否定的だったサービスを受け入れてくれるようになり、現在も在宅での生活を維持できている。



⑤ソーシャルネットワーク分析



⑥まとめ

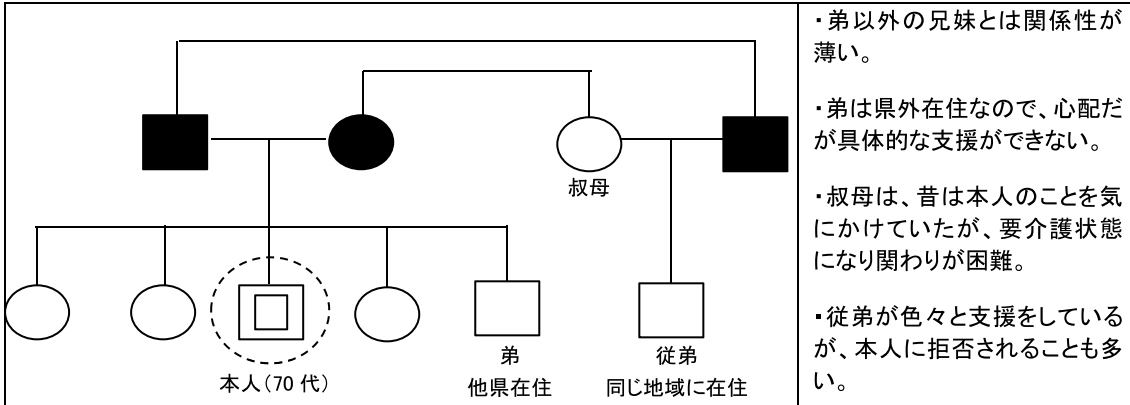
本人宅がゴミで一杯になってしまった原因は、これまで関わってくださった方が動けなくなったことにあるが、関わってくださっている皆さんがお互いの動きを共有できていなかったことも原因の一つとして考えられる。さらに、介入のキッカケが知人からの心配の声だったこともあり、これまで繋がりがあった方々との関係性を大切にしたいソーシャルサポートネットワークの構築を心がけた。

現在は、介護サービス・ボランティア支援・地域からの関わり等で在宅での生活を維持できているが、認知症状による金銭管理の不安や災害時における緊急避難等、いくつかの生活課題は残っている。金銭管理等の課題については、本人の意向を尊重しながら権利擁護の介入を視野に入れ、災害時の緊急避難については、個別課題ではなく地域課題として捉え、自治会や民生委員等と連携しながら地域ぐるみで対応していきたいと思う。

【事例5：複合的課題が要因で地域から孤立している方への支援】

①対象者概要

(1)家族概要



(2)本人概要

- お酒をよく飲み、買い物以外はほとんど自宅内で過ごしている。
→買い物は歩いて行ける近隣商店に限られる。
- アルコール依存の疑いがあるが、受診に繋がらず確定診断まで至っていない。
- 自宅内はゴミ屋敷状態になっており、至るところに便汚れもあって非常に不衛生。
- 身なりに無頓着で、汚れたままの衣類を着用している。
- 基本的に下着を着用せず、前が閉まらないズボンを穿いているので、下半身を露出したまま外出してしまっている。(※意図的に露出している訳ではない)
- 年金収入があり、生活費には困っていない。(定年まで勤めていた)
- ライフラインの滞納があり、ガス・水道が止まっている。(電気は大丈夫)

②支援のきっかけ

R3年5月中旬：県外で暮らす弟さんより「本人に連絡が取れず心配なので、様子を確認してほしい」旨の連絡が、市(地域包括支援センター)に届く。その後、市の保健師が自宅へ訪問して本人と面談をしたところ、上記「本人概要」にある内容を把握することができた。そこで何等かの支援が必要と判断し、その後も定期的に市と他法人(地域包括支援センターブランチ)の職員で連携しながら、安否確認を兼ねた訪問を行っていたが、肝心の本人に「困り感」がなく、なかなか具体的な支援を受け入れてくれない状況が半年以上続いていた。

しかし、市の保健師が訪問を繰り返し、本人へ粘り強く関わり続けたことで、「家の掃除だけでもしてみませんか？」という提案に了承を得ることができ、社協に「しおかぜネット」で掃除の手伝いを支援して欲しい旨の連絡が届いた。

③本人及び関係者の意向

(1)本人

- ・「わしは何にもこまっとらんよ」

(2)弟

- ・兄のことを気にかけているが、他県在住で具体的な支援ができない。

(3)従弟

- ・心配で色々と支援しているが、本人から拒否されることも多く、関わりが難しいと感じている。

④支援の流れ

【自宅の掃除からスタート】

R4.3 月中旬:「しおかぜネット」を利用して市職員(地域包括支援センター)と社協職員(地域福祉係)と一緒に本人宅の掃除を行った。掃除をする中で様々な生活課題を把握することができ、それらの解決のため社協の総合相談支援で関わることとした。

「把握した新たな課題」

- ・居間の机の上に、小銭が山盛りになった茶碗が数個あり、金銭管理に不安がある。
→紙幣でしか買い物ができず、おつりの硬貨を積んでいる様子。
- ・玄関に郵便物が蓄積しており、請求書等の書類を管理できていない。
- ・水道が止まっているので、入浴や洗濯が出来ていない。
- ・昔飼っていた犬の写真と散歩用リードを大切にしている。(寂しさがあるのか?)

掃除をしたことが、本人にゴミ捨での意欲を喚起させることに繋がり、また、市(地域包括支援センター)の介入で水道を復旧させることができたので、次の段階として「近隣関係の確認」と「介護認定を申請するための病院受診」を進めることとした。

【まだまだ出てくる新たな課題】

本人の普段の様子を把握するために近隣商店等へ聞き取りを行ったところ、「下半身を露出して来店されるので、他のお客さんの迷惑にならないか心配」、「購入されるものは、お酒とツマミ(刺身、総菜等)ばかり」とのこと。

病院の受診については、本人が整容しなければ受け入れられないとのことだったので、社協施設で入浴をしてもらい、住民から寄贈していただいていた衣服を本人へ提供した。

また、この頃、下半身露出の件で警察に通報があり、本人へ出頭要請の通知が届いていたが、普段から郵便物を確認しないため通知に気づけず、逮捕されてしまう可能性があったことが判明。しかし、そのことを知った市(地域包括支援センター)職員が検察庁へ同行して事情を説明したことで事なきを得ることができた。

【ケース会議を開催し、支援の方向性を確認】

これまでの本人との関わりの中で、様々な課題が浮き彫りになり、改めて支援についての方向性を確認する必要が出てきたので、コアなメンバーによるケース会議を開催した。

◆ケース会議の様子(R4.5.23)



「参加者」

- ・市職員(地域包括支援センター)
- ・他法人職員(担当地区生活支援コーディネーター)
- ・社協職員(地域福祉係)

ケース会議で協議した結果、本人の課題を整理して、支援のゴール(長期目標)を、「地域に見守られながら在宅生活を継続(孤独死、孤立死の防止)」と定め、本人を中心としたソーシャルサポートネットワークを構築していくために、担当ケアマネが決定し、介護サービスを調整するタイミングで、地域の関係者や関係機関に集まっていただいて地域ケア会議を開催することとした。

【サービス利用の準備が進む】

整容して病院を受診し、介護申請を行ったところ「要介護2」の認定結果が出たので、市内の居宅介護事業所と契約をして担当ケアマネが決定した。

また、この時点で最初の掃除から2ヶ月が経過しており、自宅内のゴミが増えていたので、社協の「自立支援センターあおぞら」(就労継続支援 B 型事業所)に依頼して、施設外就労として掃除を請け負ってもらった。

掃除では、かなりの量の空缶・空き瓶が出たが、全て処分したことで本人は大変喜んでおり、訪問介護サービスを受け入れる準備が整った。

【1回目の地域ケア会議を開催】

当初の予定どおり、担当ケアマネがインテークを実施し、介護サービスの調整に入った段階で、地域包括支援センターを中心に関係者に声を掛けて地域ケア会議を開催した。

◆第1回地域ケア会議の様子 (R4.7.5)



「参加者」

- ・市職員(地域包括支援センター)
- ・社会福祉法人職員(担当ケアマネ、地区 SC)
- ・社協地域福祉課職員(ボランティア担当)
- ・自治会長
- ・民生委員
- ・江田島警察署(生活安全係)

地域ケア会議では、本人の現状と今後の支援方針について共有を図り、それぞれの役割分担について協議することができた。また、会議の中で本人の金銭管理が課題としてあったので、社協の権利擁護担当者が「かけはし」の説明をして、利用に繋げていくということになった。

【本格的な支援ネットワークがスタート】

地域ケア会議の後、社協の権利擁護担当者が担当ケアマネと同行訪問し、「かけはし」の制度について説明を行ったが、本人が必要を感じないとのことで利用には繋がらなかった。

介護サービスについては、転倒予防として福祉用具レンタルの手摺を玄関先に設置し、週3回の訪問介護で家事援助(買物、掃除、洗濯、入浴)を利用することで、ある程度生活環境を整えることができた。

また、従弟さんの協力で、トイレが利用可能となり、机の上にあった大量の小銭を本人口座に入金することができた。また、バリカンや髭剃りを購入してくださったことで、散髪、髭剃りが可能になり、本人の整容をサポートすることができた。

その他、民生委員による訪問や警察による訪問も開始し、本人を中心としたソーシャルサポートネットワークが本格的に動き始めた。

【やはり金銭管理に不安が・・・】

そのような最中、R4年8月上旬に金融機関から、本人の件について市(地域包括支援センター)へ以下の相談があった。

- ・キャッシュカードの暗証番号を忘れてしまい、カードが使用不可能になった。そこで再発行手続きを行ったが、本人がそのことを認識できておらず、何回も出金を失敗している。
- ・現在は窓口に来てもらって、通帳と印鑑で出金してもらっているが、多い時は午前中に6回も来店することがあり、たまに通帳ではなく保険証を提示されることもある。

そこで、再度「かけはし」の説明を社協職員が行ったが、本人の反応は「そりゃあ、暗証番号を忘れることもあるじゃろう」とのことで、相変わらず本人に困り感がなく利用には繋がらなかった。

【2回目の地域ケア会議を開催～広がるネットワーク】

前回の地域ケア会議から3ヶ月が経過し、その間に行われた支援の共有と金銭管理の課題について協議するために、前回のメンバーと新たに金融機関と従弟さんを交えて2回目の地域ケア会議を開催した。そこで共有できた本人の様子については以下の通り。

○近隣からの声(商店など)

「福祉の皆さんが関わることで凄く変わった(身なり等)」

「以前は会話もなかったが、本人から話しかけてくれるようになった」

「ズボンはたまにズれることもあるが、下着を身に付けているので少し安心」

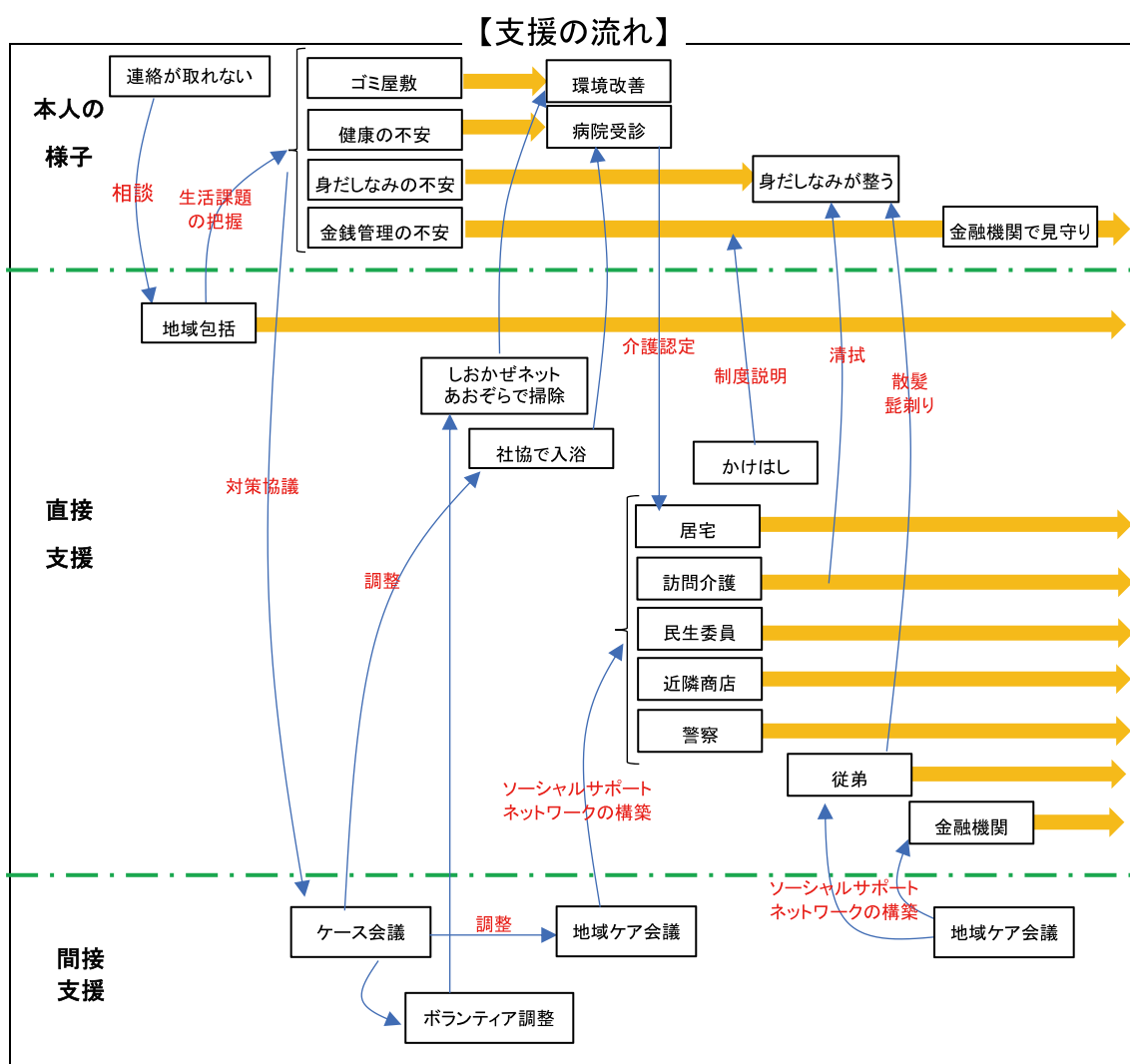
○民生委員からの声

「こちらから話しかけても拒絶はなく、色々と話ができた」

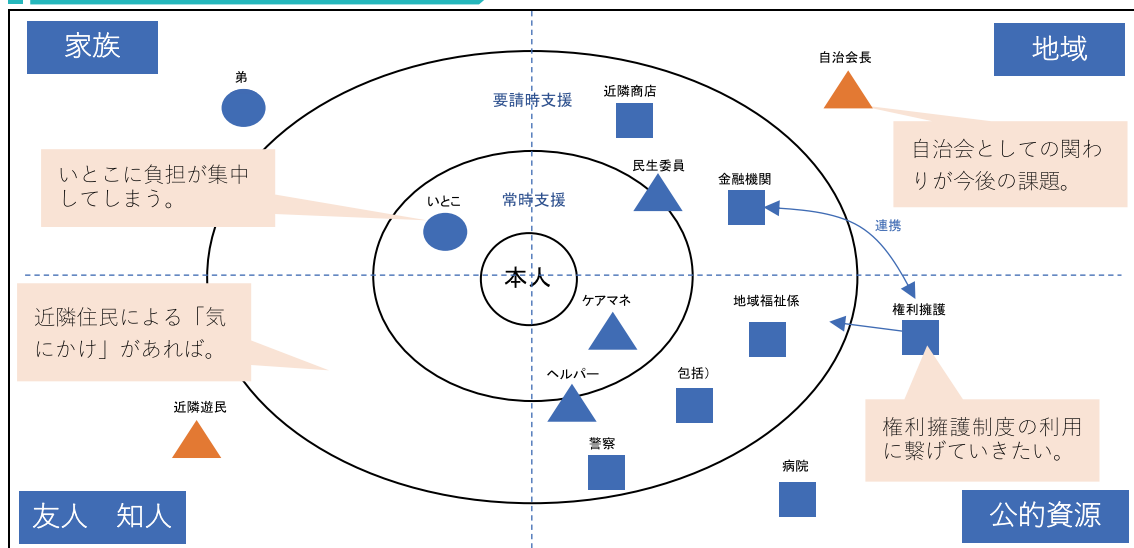
○警察からの声

「自宅内も綺麗になっていて、衣類も着用できており、とても社交的だった」

これらの情報を共有することで、今回初めて地域ケア会議に参加した金融機関に、ソーシャルサポートネットワークの有効性を認識してもらうことができ、最終的には「ATM を利用するより、窓口で対応する方が本人の様子を気にかけることができるので、今後は職員が声掛けをしながら見守りをしていく」「窓口で明らかに異変を察知した際には、社協の権利擁護センターに連絡する」「その他にも認知が疑われる方がおられるので、かけはしのパンフレットを窓口付近に置かせていただく」など、金融機関もソーシャルサポートネットワークの一員として協力してもらえることとなった。



⑤ソーシャルネットワーク分析



⑥まとめ

関わり始めの頃は、髪も髭も伸び放題で異臭があり、下半身を露出したまま外出してしまい、家の中はゴミで溢れ、公共料金も滞納してライフラインの確保も困難、という状況でありながら、肝心の本人に困り感が無く、介入が難しいケースになるという印象が強かった。しかし実際に、本人と接してみると、人当たりも良く温かな性格で、本人の特性など個人的な要因もあるが、周囲からの孤立等、社会的な要因によって身なりや住環境に無頓着になり、飲酒量が増えたことで健康状態が悪化してしまったことが伺えた。そこで、本人を中心としたソーシャルサポートネットワークを構築し、社会との関わりを増やしたところ、整容が整い、自ら他者へ話しかけることができるようになるなど、大きな変化が見られた。しかし、依然として金銭管理の不安、飲酒量が多い、近隣との関係性が少ないなど課題はあるので、今後も関わり続けながら様子を見ていきたい。

6. まとめ

～2年間の取り組みを振り返って～

江田島市社会福祉協議会
地域福祉課長 河内 邦大

これまで江田島市社協内で制度や部署を超えた連携が全く無かった訳ではありませんが、その内容について組織内で共有されることがなく、ケースを担当する職員個人の力量に左右されてしまうことが課題だと感じていました。

そこで、まずはケースを個人で抱え込まず、組織として共有することから始めようと考え、「事例共有シート」を活用した階層別のケース会議を開催して、1つ1つの事例を職員全員で考えることから始めました。そうすることで、独りでは気づくことの出来なかった生活課題が見えてきたり、担当者が支援の方向性について自信が持てるようになったりと様々な変化がありましたが、一番の変化は、会議以外の場でも日常的にケースについての意見が交わされるようになったことです。事例の内容や支援の経過を共有し、支援に関わる職員を増やすことで、少しずつではありますが、個人ではなく組織として相談支援に関わることができるようになりました。しかし一方では、組織内連携だけでは十分に対応できないケースもあったという課題もあり、2年目からは、組織外との連携を意識して取り組むことにしました。基本的にはこれまでと同様の進め方になりますが、ケース会議を我々や専門職だけでなく、地域住民や関係機関、時には本人や親族を交えて開催することで、より効果的な支援ネットワークを構築することができたと思います。

これらの取り組みの中で一番印象的だったことは、ある地域ケア会議が終了した時に、参加者の方から「以前は仙人のような風貌だった人が急に身綺麗になっていて、そのことを不思議に思っていたが、この会議に参加してその原因が分かった！」と言ってもらえたことです。この言葉で、支援の輪を広げることで理解者が増え、その積み重ねが地域づくりに繋がっていくことを実感できました。

このように、当初は組織内の連携強化を目的として取り組んだ総合相談ですが、ケースを積み重ねていく内に地域を含めた組織外との連携へ広がり、個と地域への支援を一体的に進めていく必要性等について学ぶ良いきっかけとなりました。まだまだ、児童分野との繋がりが希薄なことや、介入を拒む方へどのように関わっていけばよいのか等課題もありますが、今後も総合相談支援体制の強化に取り組み、支援の輪を広げていきたいと思っています。

