

Q4 認知症や精神疾患、あるいは本人が希望しないなどでなかなか支援に繋がらない孤立した高齢者に対して、普段どのようにアプローチしていますか。

当院では、行政部門の保健師が隣接した棟内にいるため連携は図りやすい状態にあります。なかなか支援に前向きでない方でも支援やフォローは必要ですので、何かの事象時には対応が求められます。とにかく焦らず、根気強く声掛けや見守りを重ね、関係作りに取り組みます。その中で、ご本人が信頼している人、例えば主治医などに話をさせていただくことで、好転する場合もありました。

また、高齢者障害者分野の関係機関（認知症初期支援チームなども含め）と連携しながら支援する場合があります。

【病院：看護師】

三原市では、地域包括支援センターを中心に、孤立した高齢者との信頼関係を築き、民生委員などとも協力しながら支援につなげています。認知症や精神疾患のある方には専門職が個別訪問を行い、医療・福祉サービスへの橋渡しを図っていますが、支援を拒否される場合は、つながりが難しいのが現状です。

相談のハードルを下げる取り組みとして、「誰にでも相談できる窓口がある」をキャッチフレーズに掲げ、ポスターやリーフレットの作成、広報紙での連載などを行っています。

ポスターは、日常生活の中で目にとまりやすいよう、コンビニなどの商業施設に配付し、地域共生センターや行政窓口への相談につながるよう、周知・啓発に努めています。

【三原市：行政職員】

支援につなげられないケースについては、心理的、身体的、あるいは環境的な要因など様々な背景があるため、まずは否定をせずしっかりと傾聴を行っています。その中で、信頼関係を構築し、本人の受け入れやすいことや関心のあることなどから介入を行っています。また、本人が頼りにしている人などの情報も収集し、一緒に訪問をしたりケース会議に参加をしていただいたりと本人をとりまく関係者にも支援チームとして協力をいただいています。

また、様々な支援を行っても介入が難しい方もおられます。そういった方については、いつでも支援が出来ることを伝え、時間をおいてアプローチを行うなど長期的な視点を持ちながら支援を行っています。

【世羅町：行政職員】

実態把握訪問を重ね、関係性を築き、受診やサービスにつなげるよう少しずつアプローチしている。つながらない場合、地域ケア会議を開催し、課題や解決方法を協議しています。

地域包括支援センターでは、身寄りのない高齢者の支援に関わることが増えています。地域で孤立し、支援を希望しない高齢者に対し、地域から心配の声が上がります。そのような時には、センターとして健康相談と称し「実態把握」訪問を繰り返し、関係性を築き、少しずつ受診やサービス利用に向けてアプローチをしています。利用につながらない場合には「地域ケア会議」を開催し、地域の支援者を交え、課題や対応方法を協議しています。解決策はなかなか見出せませんが、関係者が情報共有することで地域の見守りに繋がり、緊急時に備えることができていると考えています。

三原市では令和7年度より、「わたしの未来ノート」を活用することで、ACPや緊急時の啓発活動、「終活登録事業」の紹介を行っています。

【三原市終活情報登録事業】

<https://www.city.mihara.hiroshima.jp/soshiki/14/182025.html>

【地域包括支援センター：介護支援専門員】

実際の状況やケースにより異なるため、一概に説明することは難しいですが、地域包括支援センター等が開催する「地域ケア会議」、複合多問題を抱えるケースについては重層的支援体制整備事業における「おのまる個別ケース会議」等で、地域の方や専門職を含めて、かかわりや支援について検討等を行います。

また必要に応じて、認知症初期集中支援チーム、こころサポート事業等によるアウトリーチ対応を行っています。

いずれにしても、その方の思いを大切にしつつ、必要な支援や制度につなげるためにも、本人と信頼関係を作りながら意思決定支援を丁寧に行うこと、必要に応じた本人の権利擁護を行うことが大切だと考えます。

【尾道市：行政職員】

歯科治療に関しては、痛みが我慢できない、食事がとれない等の症状があるため、希望がある場合が多いですが、ご近所の方、民生委員等の近い方が日頃より声掛け等でコミュニケーションが取れる関係を作っておくことが重要と考えております。歯科医師会としては、猫の手手帳に往診対応窓口と往診できる歯科医院を掲載し対応しております。

【歯科医院：歯科医師】

ケアマネや、民生委員の方々のご努力で、介護保険の申請まで話をご本人と付けて下さっていただければ、介護保険の手続として物忘れテストを行いますね、といった切り出しから、HDS-R のスコアを出し、そこから MRI 検査、治療あるいは他院への紹介へと結び付けられることもありますが、途中で通院内服が中断し、更新申請までお目にかかれないということもよくあるのが現実です。

【診療所：医師】

入院後、支援が必要な方に対しては早期より介入し、介入が困難な事例に対しては、本人が信頼している支援者がいれば連携を図り対応しています。また、今後支援が必要になると判断した際は、地域包括支援センターへ相談し一緒に介入をすすめています。

支援対象となる患者の中には、病院職員の介入を拒否される場合があります。そのような時は外部の関係者に協力を得ながら対応しています。地域包括支援センターと相談して成年後見の手続きをすすめた事例もありました。

【病院：看護師】

認知症・精神疾患保持者支援について担当したケースでは、包括支援センターから支援依頼を受け訪問。しかし、本人は他者訪問受け入れが困難。誰かが本人宅を訪問するなどには行えず、本人と適度な距離を置き、まず（何かをしてくれる人かな）（安心できる人だ）という思いを持っていただけるよう対応します。他方で本人のこと・特性・親戚関係などを知るために大事なコミュニケーションを図る為、自宅付近を通る際挨拶する、何気ない会話を繰り返し否定しない心配りを行いながら日常生活を垣間見、生活スタイルを推察します。そのうち、本人がリラックスできている時間を見定め、信頼関係を築き、物事に対する選択能力（本人が言いたいことや、何を望んでいるか）等を把握します。ケアマネジャーのみでは支援は困難であることから、医療関係者・行政・社会福祉協議会・民生委員などとも進展段階ごとに情報共有し、徐々に本人が自分の思い・考えをまとめられるように支援を行います。必要に応じて医療・福祉チームとともに、本人にとり最善の利益に結び付くよう後見制度の利用へとつないでいきます。後見制度では、資力の問題もあるが、本人の安心感の獲得・意思形成支援につながるとともに最後の手段にもなることを踏まえ、対応しました。途中、本人が理解できなくて決定が覆ることも屢々ありましたが、本人の思い・決める力を拝見しながら結果的には最終手段になりました。

【居宅介護支援事業所：介護支援専門員】

随時訪問を行い関係を築くことから始め、民生委員や近所の人、金融機関等の事業所と可能な範囲で情報共有を行ったり、認知症初期支援チームや行政保健師等と連携を取りながら必要な支援に繋がるよう対応しています。

病識や本人の困り感等、本人の状態により長い関りが必要になるケースが多いかと思えます。

【地域包括支援センター：保健師】