

WAM モデル事業

「小規模多機能の包括的支援機能強化事業」

主催 NPO 法人コレクティブ



山井助成

独立行政法人福祉医療機構 社会福祉振興助成事業

介護サービスと地域づくりをつなぐ

研修・意見交換会 in 大牟田

開催日 10月30日 午後1時30分～4時30分

会場 リフレスおおむた 会議室 参加費 無料

プログラム

1. 本事業の目的と制度提案について

2. 加賀市での取り組み

加賀市相談支援課

課長 西 ミキ氏

社会福祉法人共友会

理事長 岩尾 貢氏

3. 実践報告と行政を交えた意見交換

月の丘 とめさん家(福岡市)

岡崎 藍氏

いつでんくるばい(山鹿市)

稲富慎一氏

リビングアエル(大牟田市)

中島知己氏

個別給付と地域支援事業をつなぐ

包括支援型・包括報酬型の地域ケア拠点 「地域ケアステーション(丸ごとセンター)」(仮称)

についての提案

「介護サービスと地域づくりをつなぐ フォーラム in 加賀」にて

【現状認識】

- 介護給付： 個別給付は、地域で暮らすこと・生活を支える視点より、如何に報酬を取れるかになっている
 - 総合事業： 多様な力を集めることを図ろうとしたが、形だけで相当サービスの恒常化となっている
 - 地域づくり： 介護事業所の力は生かすことになっていない
 - 地域包括支援センターもパンク状態
- 高齢化35%以上となっている地方都市では介護人材不足で、介護事業所の閉鎖が始まっている。
- 高齢化が45%以上の過疎地域では、既に介護事業所が撤退している。
- 大都市部では、家族機能は低下し、互助も少ない。
- これから急速に高齢化が進み、介護ニーズが高まるが地域を支える拠点がいないため、施設整備への圧力が高まるが、財源的にも人的にも整備は困難になる。

「包括報酬型在宅サービス」の可能性 (地域包括ケア研究会報告書:抄)

WAMモデル事業

包括報酬型在宅サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護

柔軟な対応ができ、
多様な心身状態に対応できるサービス群

目的: この実践事例を創る

「包括報酬型」在宅サービスの拡充	包括報酬型在宅サービスのさらなる包括化 新たな複合型サービスの開発	共通機能を持つ3つの包括報酬型在宅サービスの垣根を越えた地域担当方式を模索できないか? 看護小規模多機能型居宅介護以来、新しい類型が開発されていない複合型サービスを開発してはどうか?
「包括報酬型」在宅サービスと地域社会の融合	生活支援と人とのつながりを「包括報酬型」在宅サービスにどのように組み込むか 地域との親和性が高い小規模多機能型居宅介護	家族が傍らにいない後期高齢者増の中、心身を支えるだけでなく、社会的・文化的な生活を支える支援を混合介護も含め組み込むことが一層重要に。 元気だった頃の生活を「在宅から引き連れてサービス事業者にやってくる」地域との継続性の高いサービス。
事業者の参入を促進するための方策	小規模多機能型居宅介護を地域づくりの拠点と考える 安定的な経営は、参入の重要要件 大都市部での参入促進策	地域包括支援センターよりも、より小地域との連続性を保ちつつ、地域づくりの拠点として機能する可能性も。 地域の一定のサービス基盤を維持していることに対する包括報酬の支払い(地域包括報酬)も検討できないか? 設備基準の緩和や多機能化による経営の安定策、または中心市街地での小多機を中心とした地域拠点のモデル事業の検討を推進すべき。
保険者による独自施策の可能性	現在の規制においても、「公募制」や「市町村協議制」、「市町村独自報酬」など、包括報酬型在宅サービスの普及を促進するための諸施策が用意されている。保険者はこれらを積極的に活用すべきではないか。	

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

MUFG

WAMモデル事業の実践の中から見えてきたこと

- 生活全般を支えるために、現在の介護保険の個別給付だけでは支えきれないことである。
- 一方で地域に根差した介護事業所では、対象外の方々を支えること、地域ニーズに応えることが行われている。
- しかし、この実践に対してほとんど評価されていない。事業者の持ち出しとなっていて、継続は困難になる可能性もある。

○これからの介護は、

- 加賀市の取り組みのように、地域密着型事業所に相談・支援と地域コーディネート機能を持たせ、介護人材不足の中、メゾを想定した支援の在り方を介護保険に組み入れることが必要。
- 個別給付と地域への取り組みを併せ持つ地域の拠点が必要

小規模多機能の実践は <すごい!> もちろん全部ではない(少数?)

現在の支援だけでも介護給付の枠を超えている

「目の前の一人の方を支えることから始まった実践」の進化

デイやヘルプと比較すると明らか

支え方

自由さ、柔軟さ 利用者の生活を支える
「軒先マップ」を使った 地域資源を活用した支援

本人の周りへも支援している

登録者（利用者）以外が抱える複合的な課題に向き合っている

地域づくりも

事業所のある地域に対する取組みも行っている

しかし評価されていない!

スタッフは厳しいけど楽しい!の声

小多機が取り組んでいる多様な支援

小規模多機能の複合的課題&地域への支援

本人の周り

登録者（利用者）以外が抱える複合的な課題

- ①経済的困窮
- ②介護者の病気
- ③家族関係・家族の問題
- ④ダブルケア（介護と子育ての両立）
- ⑤ヤングケアラー
- ⑥世帯内のメンタルヘルスの課題
（うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）
- ⑦障害（手帳あり）
- ⑧その他 居住支援等

地域

事業所のある地域に対する取組み

- 総合事業
- 生活支援
- 予防
- 登録者以外のサロン
- 認知症カフェや喫茶、食堂
&銭湯（浴室の解放） / 移動支援(車両の活用)
- 困りごとの相談
- つなぎ
- ワンストップの支援

- 地域づくり

小規模多機能ならではの相談・支援

➤ 現在の小規模多機能の相談・支援

- ・対象者は、目の前の登録していただいた利用者(家族)
- ・**相談を受け⇒即支援**(通い・訪問・宿泊等の機能、運営推進会議等の地域との繋がりがある)
- ・その支援は、**生活を支える支援**
生活を支えるために、介護保険のサービスのみで支援しない
これまでの暮らし方を地域でのつながりの中で支援
- ・利用者(家族)にパートナーとして伴走し続ける
- ・可能な限りご本人の「〇〇したい」を実現し、生活を取り戻していく。
その人のライフ(生活、これからの暮らし、命)全体を支える
- ・ご本人のこれまでの暮らしで培ってきた地域の資源は、本人にとって必要不可欠のもの。暮らしを支えるために当然生かすもの。
- ・支え方は、それぞれの方に合わせて、多様。支えきる。
- ・ケアマネ、ケアワーカー、看護職員が**チーム**で支援に当たっている

➤ 【比較:包括支援センター】

- ・対象者は、地域の高齢者
(小規模多機能より広域な地域)
- ・相談を受け、介護事業所等へ支援を任す
- ・任したら一件終了が多い
- ・相談処理機関+介護予防プランセンターとなっているところが多い
- ・地域に密着しているところは少ない
- ・地域の資源は「一般的」(いろいろある)であり、本人支援に結びついていないところが多い
- ・三職種配置されているが、分担制となっているところが多い



※全ての小規模多機能ができている訳ではない
地域に根差した小規模多機能の利用者支援の実践がベース

配置されて
いない
ところも
ある

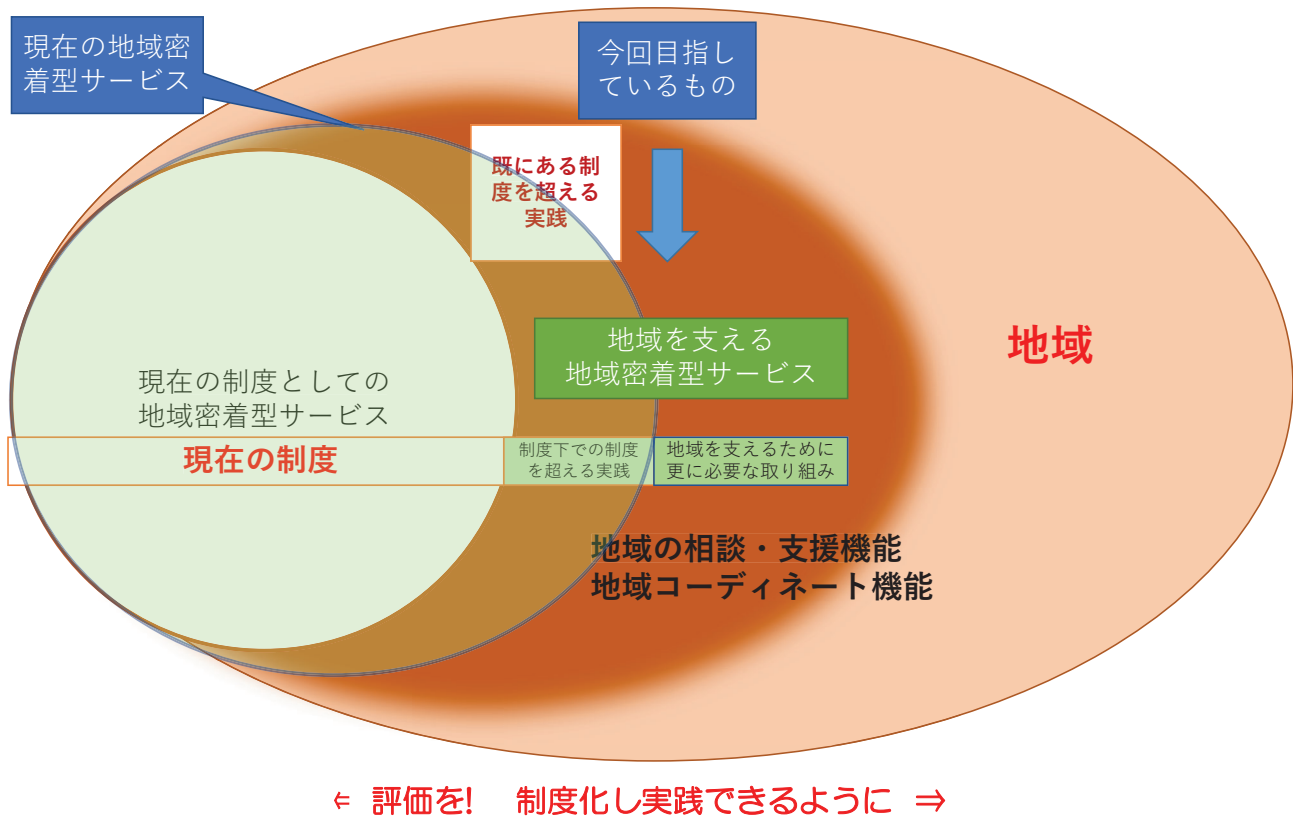
➤ この事業で目指している包括的支援

- ・対象者が**地域の支援が必要な方**に変わる
- ・支え方の基本は変わらない
- ・よって小規模多機能だからこそ可能な支援の在り方がある

WAMモデル事業はこれの実践

ミクロ(個)とメゾ(地域)をつなぐ

- ・地域づくりに事業所の力を生かす仕組みの第一歩に成り得る
- ・地域密着(包括より身近)
- ・包括報酬(支え方の自由さ、柔軟さ、即時性)
- ・生活の支援



1 個別給付と地域支援事業をつなぐ提案の背景

○介護人材および介護サービス基盤不足は深刻

○そのことを克服する地域デザインを描くにも、バラバラではなく、**核になる拠点が必要**

○その拠点は、個別給付のみではなく、**地域を支える機能が必要**

○先進的事業者や自治体での取り組みから、全国で取り組める仕組みが必要

2 要素は

- 地域密着(地域包括支援センターより身近)
- 包括報酬(支え方の自由さ、柔軟さ、即時性)
- 生活支援を含む

バラバラではなく統合化

- 地域の相談・支援機能と地域コーディネート機能が必須
- 家族の支援
- 地域への「夜勤者」機能
- ※見守り・家族への情報提供・通報等にはICTを最大限活用

3 提案 地域の実情に即した展開

包括支援型・包括報酬型の地域ケア拠点を圏域単位に計画的に整備し、その拠点に、地域包括支援センターより地域に密着した地域の相談・支援機能と地域コーディネート機能を持たせ、地域の一般高齢者～要介護5までの人々の支援に当たる。

この拠点を「地域ケアステーション(丸ごとセンター)」(仮称)と称す。

そのことで、個人支援+地域支援=地域全体の人的・物的資源を活用する「地域マネジメント」を推進する。

- 地域デザインの柱となる
- 介護保険の枠内で可能

- 保険者機能の強化
市町村が主導して、圏域ごとに計画的に整備。

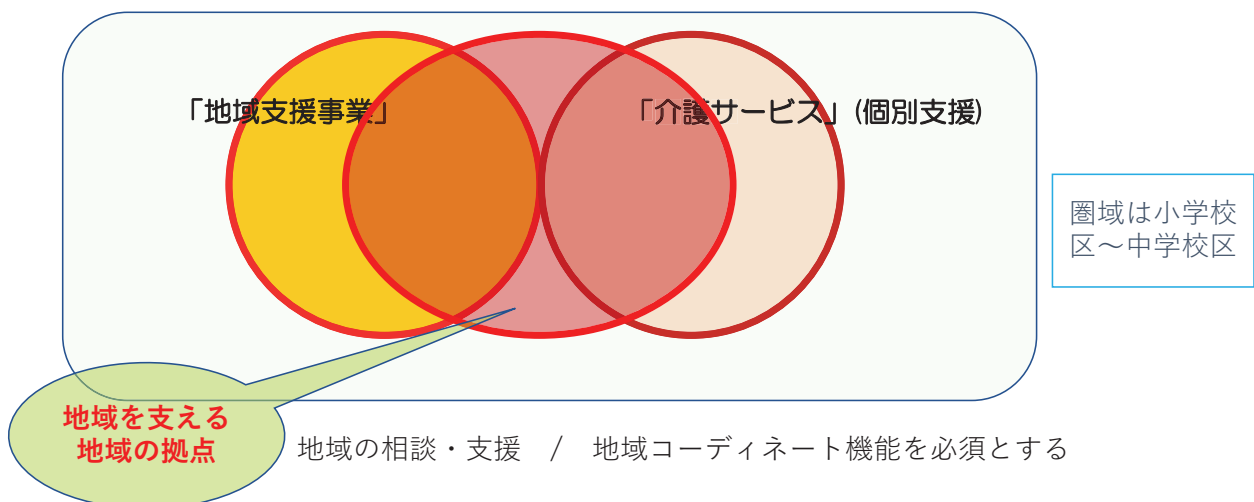
4 方向性

- モデル事業を行い、エビデンスを集める。
- 「新××サービス」より「できる仕組み」を積み上げる。
 - ・加賀市のように地域密着型事業所に相談・支援と地域コーディネート機能を持たせる取組みを行うことができるようにする。
 - ・あったかふれあいセンターのような仕組みを介護保険に組み入れる。
- ・ただし、追加の人的配置が不要になるように

これからの構想

ミクロ(個)とメゾ(地域)をつなぐサービス拠点

地域のコーディネートを行う機能(相談支援の機能と合わせて)を持つ、地域の拠点
「地域ケアステーション(丸ごとセンター)」(仮称)を創る



加賀市の 地域包括ケアシステムについて ～地域密着型サービスとの地域づくり～



石川県 加賀市相談支援課 西 ミキ

1

本日の内容

- 1 加賀市の紹介
- 2 加賀市の整備計画について
- 3 加賀市版地域包括ケアシステムについて

Ⅰ 加賀市の紹介

3

加賀市の位置・アクセス



東京から飛行機で1時間30分

東京から北陸新幹線で3時間30分



2024年春
北陸新幹線
加賀温泉駅
が開業予定



位置：石川県の南西部
福井県との県境に位置
面積：306km²
人口：64,588人(2021年10月1日現在)

加賀温泉郷

個性が異なる
3つのいで湯



5

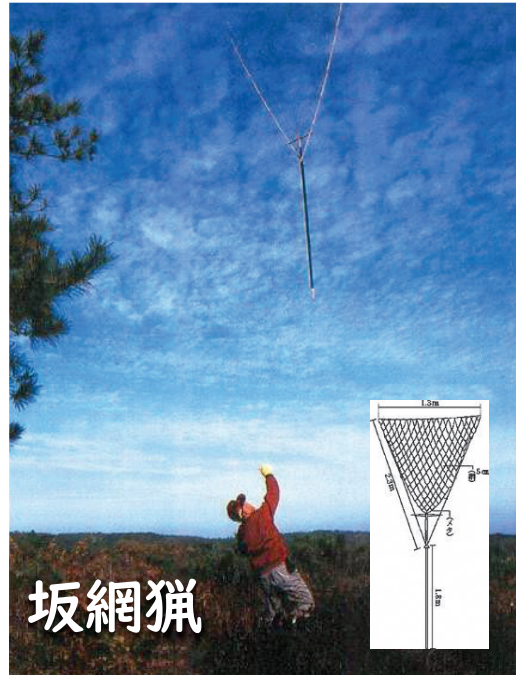
伝統工芸



10

6

食文化



7

加賀市の状況

1. 人口：64,588人（令和3年10月） 住民基本台帳
2. 高齢者数：22,699人（高齢化率35.1%）
3. 認定者数：3,723人（1号認定率15.3%）
（事業対象者239人、要支援731人、要介護2,753人）
4. 認知症高齢者数：2,539人（1号認知症高齢者率11.1%）
5. 介護保険料：月額6,400円（第8期）
第5期は5,550円 第6期5,900円 第7期6,300円
6. 日常生活圏域：7圏域
7. 地域包括支援センター：直営で1か所
サブセンター医療機関にH28.4より設置
ブランチ16か所設置（R3.10）

市の体制

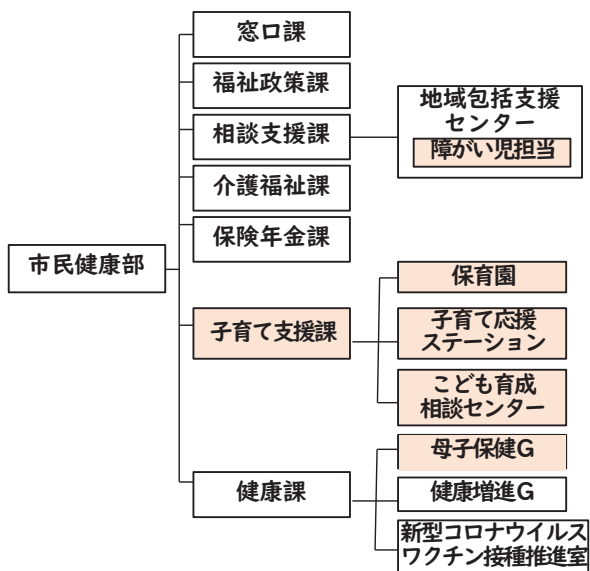
○令和3年度の体制

障がい者、高齢者だけでなく、生活困窮者支援（生活保護）など、18歳以上の相談支援体制の集約・強化。

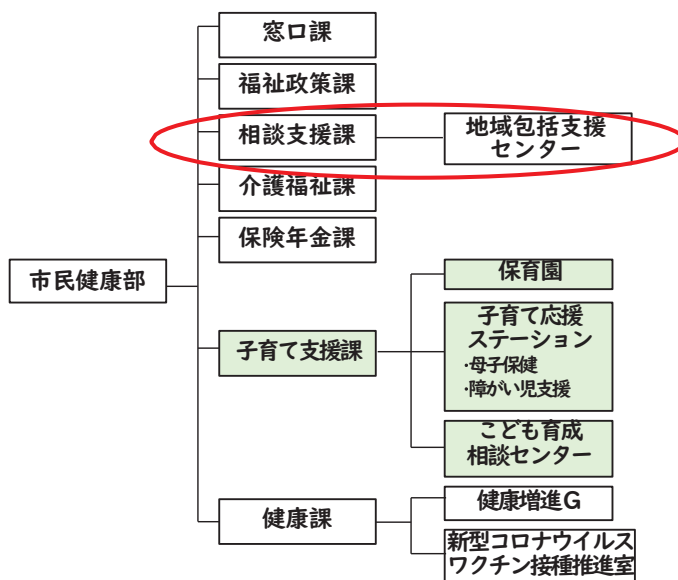
○令和4年度の体制

保育、障がい児支援、母子保健を一元的に所管し、出生時から子育てまでのこどもに関する相談支援体制を集約・強化。

令和3年度



令和4年度

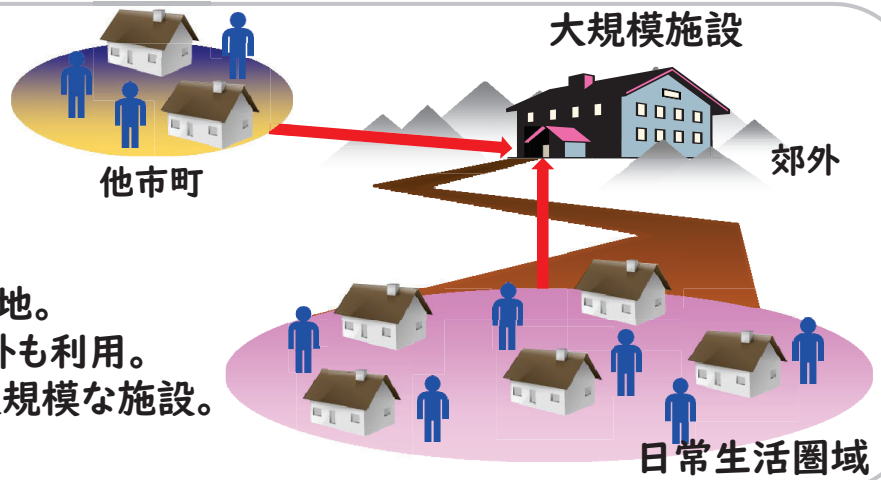


(※Gはグループ)

9

2 加賀市の整備計画について

第2期まで…

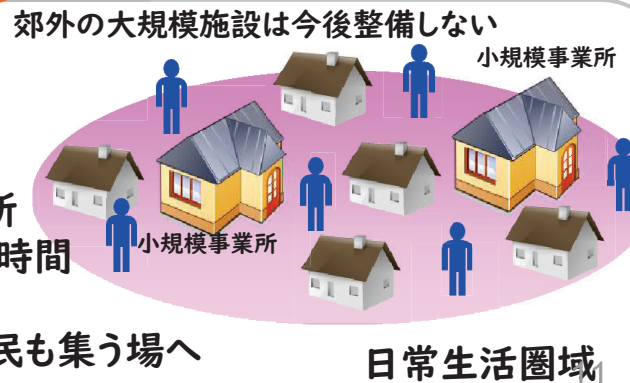


- 自宅から離れた郊外の立地。
- 県が指定し、加賀市民以外も利用。
- 定員100人規模などの大規模な施設。

地域密着型サービス事業所の整備

第3期以降 (2006年)…**

- 生活圏域の中で事業所を整備。
(自宅の近くの住み慣れた地域で利用)
- 少人数単位の介護を行う小規模の事業所
- なじみの場所で、なじみの職員による24時間
365日の切れ目のないサービス
- 要介護者のみが集まる場でなく、地域住民も集う場へ



加賀市介護サービス基盤の整備及び運営指針

これまでの生活の継続

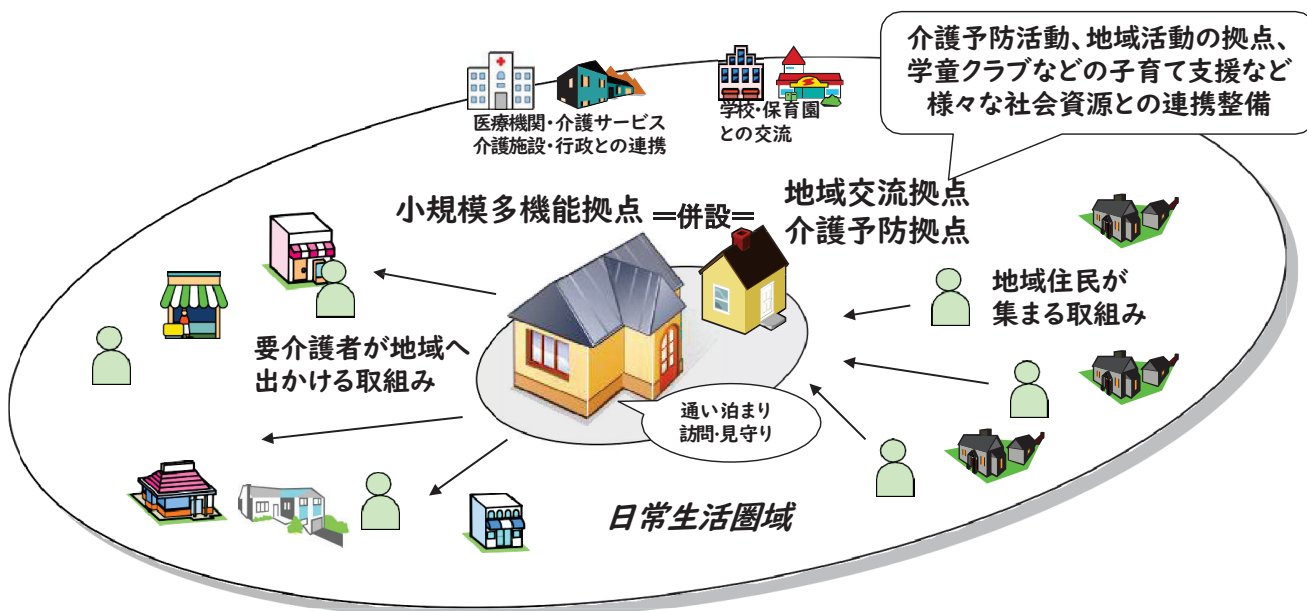
高齢者が要介護状態になっても、「地域や家族と離れずに暮らす」ための支援を行うものでなければならない。

地域の資源としての役割

要介護高齢者のみが集まる場所でなく、地域住民、子供など、様々な人達が集える場へ。

地域密着型サービス・地域交流拠点（介護予防拠点）

- 生活圏域の中で事業所を整備。（自宅の近くの住み慣れた地域で利用）
- 地域密着型サービスと地域交流拠点（介護予防拠点）を併設整備
- 要介護者のみが集まる場でなく、共生型の様々な地域住民が集う場へ



13

○「介護サービス」は本人の生活を支援するためのツールの一つにすぎない。

○地域の中に存在する様々な資源を活用しながら、いかに本人の望む生活（これまでの暮らしの継続）ができるかを考える必要がある。

地域密着型サービス事業所とは・・・

行政と連携して共に『地域づくり』を進めるパートナー

地域介護・地域交流の拠点としての役割

地域包括ケア体制の構築

もしも、自分が認知症、介護が必要な状態になったら、

- 生活スタイルを変えなければならない？
- 家族と離れて、暮らさなければならない？
- 他人と同じ部屋で暮らさなければならない？
- 家族は介護にかかりきりにならないといけない？
- 家族の生活スタイルを変えなければならない？

めざすべきは…

○認知症になっても、介護が必要な状態になっても、本人も家族も今まで通りの暮らしが継続できること。

○行政や事業者がすべきことは、出来る限り今までの暮らしが継続できるように考えること。(地域でケアを受けられる環境を整えること。暮らしやすいよう、地域の理解者を増やすこと)

○本人や家族が地域から引き離すことが前提の施策は今後、行うべきでない。

15

加賀市の人財育成について

どんな人材になって欲しい?なりたい?

- 相手の立場で考えることができる人
 - 頼りになる存在
 - 職員どうし相談しあえる関係(知識、技術、気軽に聞ける関係性)
 - 本人の「できること」を見れる人
 - 家族を巻き込める人
 - 本人の意向をつらぬき支援できる人
 - あきらめない覚悟のある人
 - 決断できる人
 - 予後予測できる人
 - 他機関を巻き込める人
 - 予防の視点のある人
 - 危機察知能力のある人
- などなど

17

研修体系

新人(1~3年)

- 接遇** ○人として(倫理) ○**職業人として**
- メンタルヘルス** ○介護保険制度 ○認知症の基礎知識 ○介護技術
- 認知症ケア(センター方式) ○コミュニケーション能力 ○**面接技術**

中堅(4~10年)

- 接遇** ○人として(倫理) ○**職業人として**
- メンタルヘルス** ○本人本位・かかわり ○介護予防 ○権利擁護
- 家族介護支援 ○チームの一員として ○ケアマネジメント ○ライフサポート
- リスクマネジメント ○担当者会議の在り方 ○記録の取り方 ○**面接技術**
- 理念 ○自身の実践の振り返り

中堅(主任)

- チームについて ○人材育成(リーダーとは) ○リスクマネジメント(管理)
- 振り返り(コーチング、スーパービジョン) ○会議・運営力(人に伝える力)
- ※中堅にプラス

管理者

- メンタルヘルス** ○チームについて ○人材育成 ○リスクマネジメント(管理) ○
- 職業人として ○組織管理(チームマネジメント) ○ケアマネジメント
- コーチング

16

18

3 加賀市版地域包括ケアシステム について

19

基本理念と基本方針

基本理念

高齢者が住みなれた地域で支えあいながら、その人らしく、自立した暮らしを継続できる社会を実現する。

基本方針

・本人本位

本人がしたいことやそれまでの当たり前の暮らし、その人らしい生活、なじみの関係を重視した支援を行う。

・住民主体

行政の発意やアイデアによる活動を地域で実施するのではなく、地域住民の共感やアイデアを尊重し、地域活動の多様性を促す。
地域の関係者（住民・事業者・行政）が全員参加で関わる。

・個から出発する地域づくり

地域住民の一人ひとりの困りごとと得意なことを出発点に地域づくりをすすめていく。顔がみえる距離感で地域づくりをデザインしていく。

基本目標

I 本人の「したいこと」を支援する仕組みづくり …その人らしく、自立したいきいきと暮らし続けることができるよう、自分が「したいこと」を知り、自分が決めて、自分で行うことを支援する仕組みをつくります。

II 地域で安心して生活し続けることができる体制づくり …住み慣れた地域でたとえ認知症やどんな状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができる体制をつくります。

III 地域での支えあいの体制づくり …支えあいながら安心して住み続けることができる地域のために、地域住民が自らできることを考え取り組める体制をつくります。

21

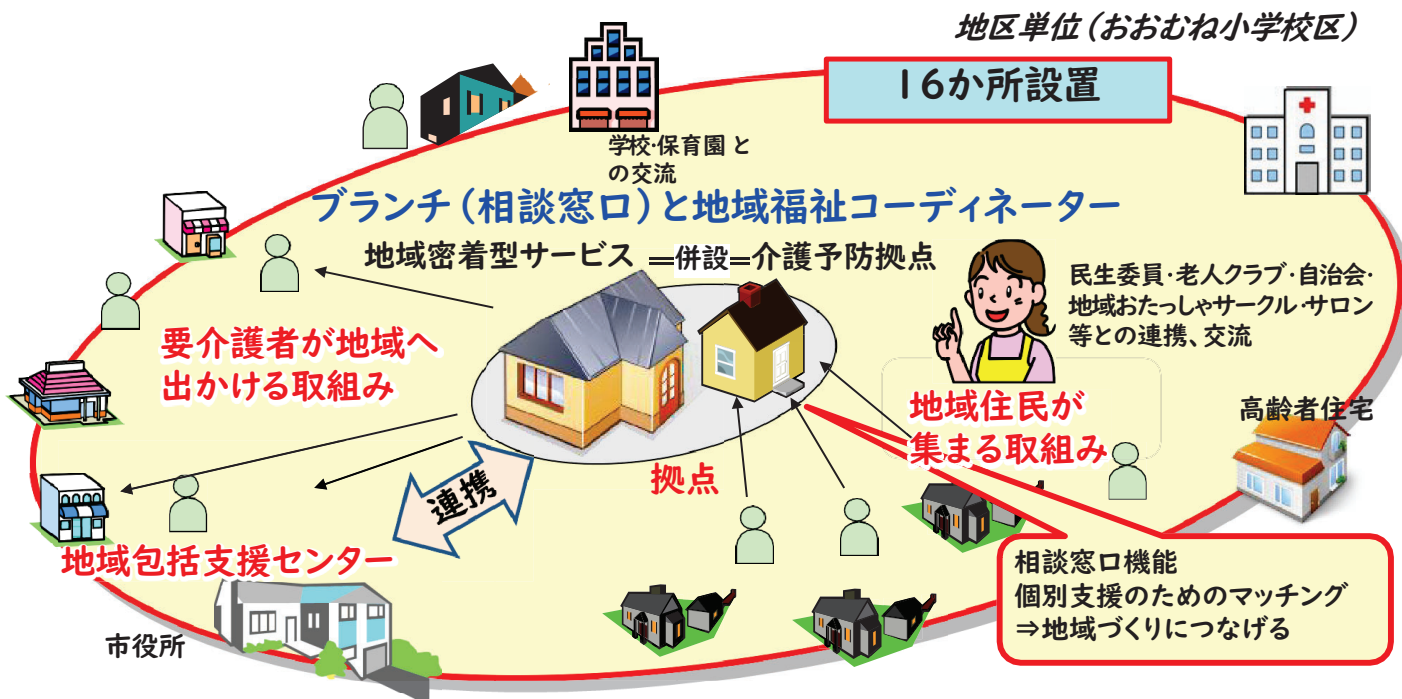
加賀市が目指す地域包括ケアシステムとは

- ①これまで生活している生活圏域で可能な限り、継続して生活していく体制づくり
- ②地域の高齢者の生活課題をその地域が解決していく体制づくり
- ③介護予防事業の充実だけでなく、介護保険サービス以外の生活支援を図る



相談窓口・地域福祉コーディネーターについて

○地域包括支援センターの相談窓口（包括ブランチ）を地域密着型サービス事業所に設置し、地域福祉コーディネーターを配置



◆高齢者の相談において、多くの課題を抱えた世帯が多い。その課題を解決して支援していくためには、**多くのネットワークが必要不可欠**である。

◆これから考えていくべきことは、ブランチ・地域福祉コーディネーター機能を活かして、**全世代型の相談窓口機能**が求められる。その為には、他分野との連携は欠かせない。 23

地域包括支援センターブランチの機能

1. 身近な相談窓口機能

ブランチ業務

- 地区高齢者の個別相談、支援
- 24時間365日の対応
- 緊急時宿泊

2. 地域づくり機能

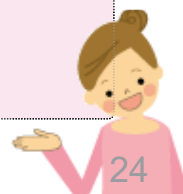
地域福祉コーディネート業務

- 地域資源の把握、開発、担い手育成、活躍する場の確保
- 交流活動の開催支援
- 高齢者と地域資源をマッチングするためのコーディネート機能

3. 健康づくり機能

介護予防と健康づくり（疾病予防・重症化予防）業務

- 地区高齢者の生活習慣病の重症化防止（個別支援）
- 地域へのフレイル予防と生活習慣病予防の啓発普及



令和4年度 加賀市地域包括支援センター体制

1. ブランチ業務

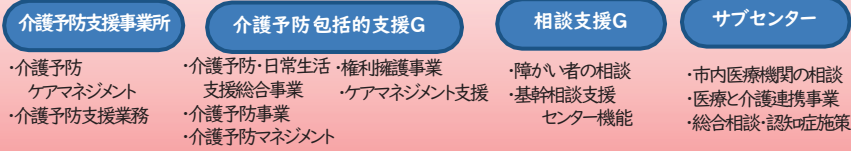
- 地区高齢者の個別相談、支援
- 24時間365日の対応 ○緊急時宿泊

2. 地域福祉コーディネート業務

- 地域資源の把握、開発、担い手育成、活躍する場の確保
- 交流活動の開催支援
- 高齢者と地域資源をマッチングするためのコーディネート機能

令和4年度 地域包括支援センターの設置状況

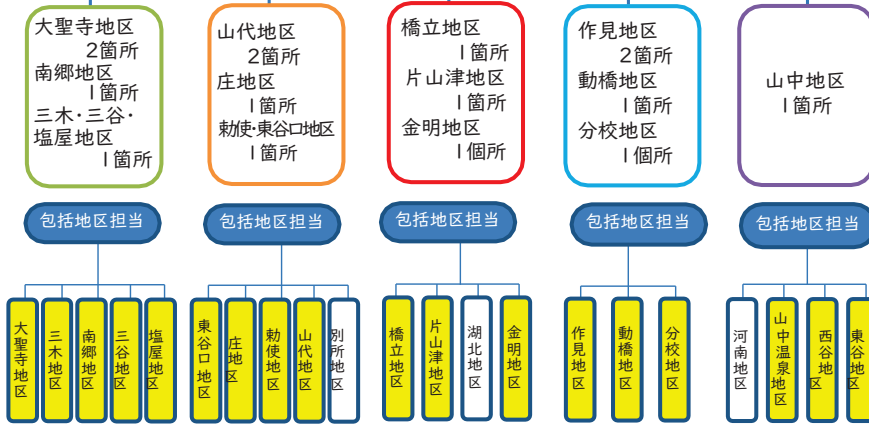
地域包括支援センター（直営）



3. 介護予防と健康づくり（疾病予防・重症化予防）業務

- 地区高齢者の生活習慣病の重症化防止（個別支援）
- 地域へのフレイル予防と生活習慣病予防の啓発普及

地域包括支援センターブランチ 16箇所



3つの機能を一緒にすることで、

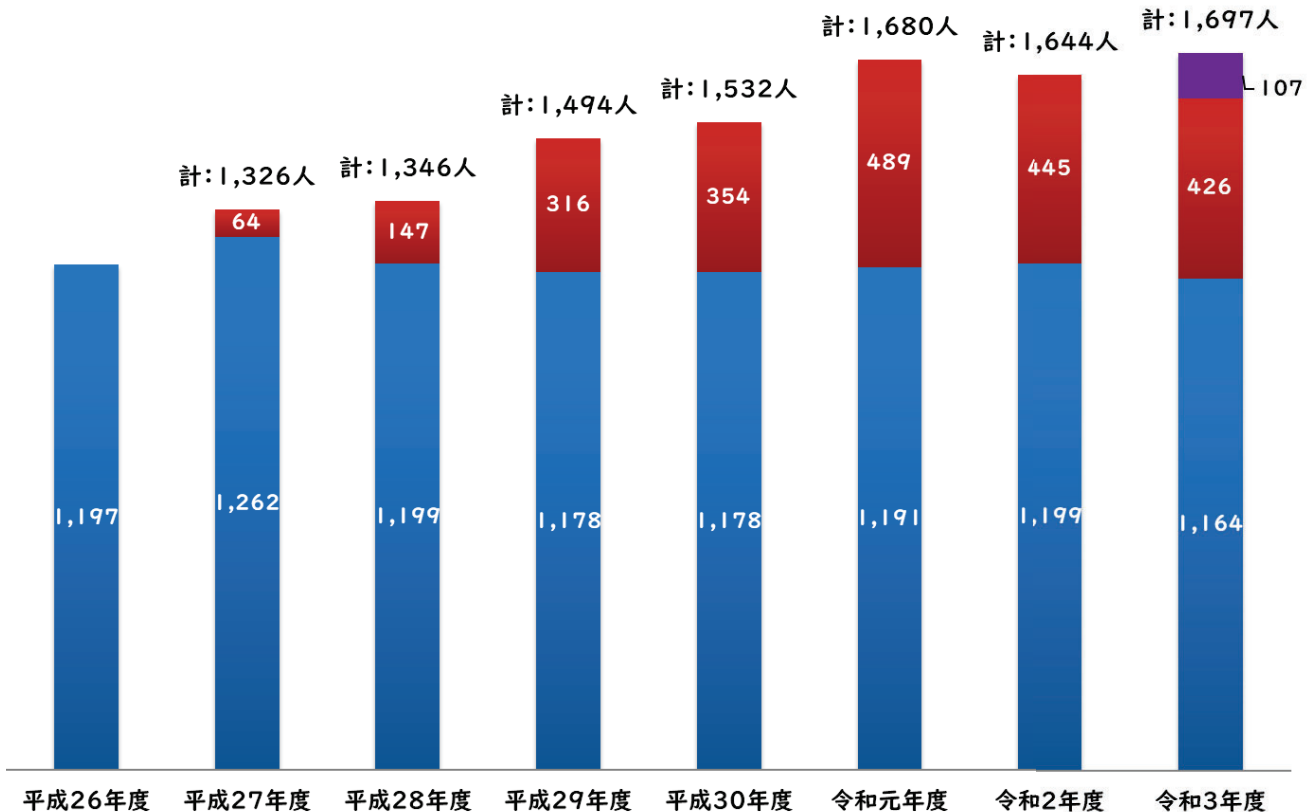
① **早めの出会いと身近で相談しやすい拠点に**
⇒地域での身近な相談対応やすぐに駆け付けられる体制

② **どんな状態になっても地域で暮らし続けられる体制へ**
⇒介護保険サービス利用の有無にかかわらず「柔軟性」「緊急時対応」「訪問機能の充実」が必要。

③ **地域で住民主体の生活支援の体制構築へ**
⇒介護問題を住民が自身のこととして捉えられるような地域全体で支える仕組み、機会の創出へ。

地域包括支援センター 相談実件数

■ 基幹型実人数 ■ ブランチ実人数 ■ 障がい実人数



※H27より基幹型及びサブセンターの集計

これからの加賀市版地域包括ケアシステムについて

ランチ及び相談支援事業所が核となり、地域を住民と一体的に考え取り組む体制を市の相談支援課がバックアップする体制を強化

【加賀市相談支援課】

- 生活保護 ○生活困窮者支援 ○消費生活センター
- ひきこもり支援 ○孤独・孤立支援 ○行政相談 など

【加賀市基幹型地域包括支援センター】

- 総合相談支援 ○包括的・継続的ケアマネジメント支援
- 権利擁護
- 介護予防ケアマネジメント業務 ○在宅医療・介護連携推進
- 生活支援体制構築 ○認知症総合支援事業
- 障がいのある人の相談窓口 など

【市直営の強み】

- 他課とのネットワーク、つなぎ
- 他分野とのネットワーク
- 各種施策との連動

連携

- 介護福祉課
- 建築課（市営住宅）
- 税金課
- 教育委員会
- 子育て支援課
- 健康課 など



支援方針やつなぎ先の窓口などの相談



バックアップ（同行訪問やケース会議支援、研修会）

【地区地域包括支援センター（ランチ）】

委託先：市内16の地域密着サービス事業所

【機能】

身近な相談窓口機能

ランチ業務（個別援助業務）

- 地区高齢者の個別相談、支援 ○24時間365日の対応

地域福祉コーディネート業務

- 地域資源の把握、開発、担い手育成、活躍する場の確保
- 交流活動の開催支援

地域づくり機能

介護予防と健康づくり（疾病予防・重症化予防）連動

- 地区高齢者の生活習慣病の重症化防止（個別支援）
- 地域へのフレイル予防の啓発普及

健康づくり機能

連携

【相談支援事業所】

指定先：市内6事業所

【機能】
障がいのある人の相談窓口機能

- 個別援助業務
- 地区の障がいのある人の個別相談、支援
- 24時間365日緊急時等の対応

- 社会福祉協議会
- 民生児童委員
- NPO法人 など

高齢者に限らない相談が増えている

【地域】

高齢者、ひきこもり、就労支援、健康、認知症、統合失調症や躁うつ病、アルコール依存症等精神疾患、身寄りのない方、医療につながっていない人などの相談など。



もしも、自分が認知症、介護が必要な状態になったら...

予防

障害分野と高齢分野との 協同した取り組み

はしたてランチ×はしたて生活支援センター

ケースの概要

【家族構成】

84歳 女性
精神疾患のある息子（50代）と2人暮らし
娘は市内在住

【介入する背景】

本人が食事をとらなくなり、息子が本人を心配し、
仕事に行けなくなっていた

【連携の流れ】

息子が通院先（精神科病院）で「母親の介護負担
でイライラする」と悩みを話す。
病院→包括→ランチの経路で相談が入る。

家族の状況

本人	<ul style="list-style-type: none">・ 認知症の診断は有り（1回／月受診、娘と息子が同行）・ 食事は息子準備（一人で食べる食事が嫌い）・ 排泄は布パンツ（失敗あり）・ 入浴はしたくない・ 衣類の着脱は介助が必要・ 円背があり、歩行速度は遅い（短距離であれば独歩可能）・ 掃除、洗濯、買い物、調理、金銭管理は息子が行っている
息子	<ul style="list-style-type: none">・ 統合失調症（初診時30歳、1回／月受診、妹（娘）が同行）・ 相談支援専門員は、はしたて生活支援センター戸石・ 就労継続支援B型事業所 5日／週 利用中・ プライドや体裁を気にし、「大丈夫」「出来る」と言う・ 理解度は少し乏しい（面接の際は、常に妹同席）・ 常時、幻聴や幻覚あり（幻聴に行動が左右されることもあり）
娘	<ul style="list-style-type: none">・ 以前は1回／2日程度、食事用意や家事などで自宅に来ていたが、夫の転職を機に自宅に出向く機会が減った。しかし、兄（息子）の介護負担を心配し、毎晩、電話をかけている

初回訪問（R4.1.17）

息子の障がい特性を加味し、すでに世帯へ関わりがある相談支援専門員と高齢者支援のランチが同行訪問。（介護の申請手続きをおこなった）

認定調査（R4.2.14）

認定調査時、ランチと相談支援専門員の2名が同席。娘は、電話にて参加。言語化が苦手な息子へのフォローを行った。

介護度の決定（R4.3.24）

息子より「介護認定の結果がでたし、利用するサービスについて話を進めていきたい。自分だけだと頭がぐちゃぐちゃになるので妹と一緒に話を聴きたい。都合がつくのであれば戸石さんも一緒に来て欲しい」と相談あり

サービス調整（R4.3.30）

ランチと相談支援専門員が同行訪問。サービスの説明を行い、今後の方針について話し合いを行った（小規模多機能型居宅介護に決定）。

引継ぎ・契約（R4.4.12）

小規模多機能居宅介護の管理者と相談支援専門員が同席。娘不在の為、息子から娘に説明しやすい様、メモ作成をするなど工夫した

これまでの課題

ブランチ

障がいのある方を含む世帯への支援は、今回が初めてだった。そのため、障がいのある方への対応や注意すべき点など、支援に不安があった。

相談支援専門員

以前より、息子から母親（本人）の物忘れについて困っていることを聞いていた。相談支援専門員として、ブランチへ繋ぐ試みをしたこともあった。しかし、息子が新たな支援者の介入することに抵抗感があり、支援が進まない状況であった。

今回の取り組みを通して

ブランチ

- ・ 事前に相談支援専門員から息子との接し方の注意点などについて助言をもらうことで、障がいを持っているということに必要以上に身構えることなく、初回の面談を行うことができた。
- ・ 同行訪問する事で、**ブランチと相談支援専門員がお互いの強みを生かし、フォローしあいながら支援をしていく事が出来た。**
- ・ 今回のケースを通じて、介護・障害福祉のそれぞれのサービスについての知識を得ることができ、**支援の引き出しが増えた。**
- ・ 今後も、お互いが、気軽に相談しあいながら、支援していけたらと思う。

相談支援専門員

- ・ 支援が進まずにいた世帯であった。しかし、ブランチに繋がる事によって、一気に支援体制を整えることが出来た。
- ・ **連携を取り一緒に動くこと（協同すること）により、障がいのある方への支援のみでなく、世帯全体で包括的に捉えながら支援体制を整える事が出来た。**
- ・ （同法人内という事もあるが）ブランチ連絡会やブロック連絡会などで顔の見える関係であった事が、**連携を取る際の役割分担や互いのフォローのしやすさにつながった。**

【メリット①】

■ブロック連絡会

- ・ランチの応援団が増えたので心強い。
- ・高齢と障がいの垣根が低くなり、お互いに相談しやすくなった。
- ・障がい分野の捉え方や想像力が新鮮に感じる。
- ・アセスメント力やコミュニケーション能力がハイレベルで勉強になる。
- ・障がいと高齢お互いのサービスやしきみなど学びあえている。
- ・資源の幅が広がった。
- ・利用者を主体で考えており、前向きな姿勢が勉強になる。
- ・意見をはっきり言われる。
- ・高齢、障がいお互いの悩みや状況など話し合えて大変なのはお互いだと励みになった。
- ・金銭管理の面等、初期段階で情報交換ができるため、高齢になる前に対応できるケースもある。
- ・その方の生涯を通して予測や検討ができる。
- ・事例検討会では幅広い意見が聞けるようになり、自分たちの視野も広がった。

【メリット②】

■ランチ連絡会

- ・情報の共有ができる。

■運営推進会議

- ・相談支援専門員から直接業務や活動内容について説明があり、地域住民の方にも知って頂けた。
- ・災害時の訓練等を情報共有できる。

【今後について】

- ・相談支援専門員が加わったため、障がいが絡んだ話を中心にした方がいいのか悩みもある。
- ・ランチ同士の悩み、お互いの進捗状況等、ざくばらんに話ができる場も必要と考えている。
- ・まだ個別ケースを一度も同行訪問する機会がないため、実際どのような連携の体制になるのかがわからない。

【メリット】

■ブロック連絡会

- ・事例検討会に参加してもらうようになり、質疑応答の内容を聞き、視点が広がりすごく勉強になった。
- ・他の会議に比べ背伸びしなくてもよく、ざっくばらんな内容(共通の課題でもある人手不足等)を話せるため、
相談支援専門員も楽しく参加できてる。
- ・ランチについて知ることができ、ランチに対する垣根が低くなったと感じる。その結果、担当地区以外のランチにも相談しやすくなり、つながることができた。
- ・顔の見える関係になってたことで躊躇せず電話できるようになった。
- ・担当地区以外の相談支援事業所から包括を通さなくても直接電話で相談を受けた。
- ・ケース支援を通して、ランチへの相談は高齢のサービスにつなぐことありきではなく、情報提供や迷ったときの整理に付き合ってもらおうというような「何かあった時に「相談してもいい」と思えるようになった。

■運営推進会議

- ・初めて運営推進会議に参加した際に、地域の方々から「あの建物が何かと思っていた」と言われ、障がい福祉事業所については知られていないことが分かった。同時に、地域に知ってもらうきっかけになったと思った。
- ・ランチが今まで培ってきた土壌と一緒に参加させてもらい、障がい分野の紹介等もできることで情報交換できる機会が増えたと思った。

【今後について】

個人情報の問題はあるが、気になる家族世帯をマッピングしていく時間をブロック連絡会で出来たらいいと思う。
事前に情報共有する事で何かあった時に対応しやすく本人や家族にとって安心に繋がるのではないかな。

高齢分野から障害分野への シームレスな連携

～片山津圏域の取り組み～

連携とは

れん-けい【連携】

同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり、協力し合って物事を行うこと。「両者一して推進する」「一を強める」

広辞苑より



第3段階

施設の壁を越えて同一組織のように包括的に活動する

「Full integration (統合)」

第2段階

計画的な情報共有やケアマネジメントがなされている

「Coordination (調整・協調)」

第1段階

ニーズがある人を必要なサービスにつなげる

「Linkage (つながり・連携)」

これまでの課題

ランチ

訪問先に障がい者がいる世帯も増えていた。
…が、「障がい」と聞くと管轄外なので「市役所に相談に行ってきたらいかがでしょうか?」と、どこか他人事になっていた。そもそも誰が障害福祉の担当なのか、顔も事業所も知らなかった。

相談支援専門員

これまでも他機関から障害福祉の相談はあった。しかし、引継ぎの過程※で、スムーズな支援につながらないことが多かった。

(※例：障害福祉の前提がなく引き継がれ、当事者に面接すると「障がい者ではない」と介入ができなかった。何の相談なのか(主訴が不明)不明なまま支援がつながれた 等)

事例を通して

インテーク

ランチによるチェックリスト訪問

初回面談

本人と面接する中で、同居の娘の話題になる。本人より「娘は、難病(筋ジストロフィー)」「障害のある娘の入浴支援が大変になってきている」と主訴が出る

モデル事業を思い出し「障害福祉に詳しい人と改めて来るね」と次回のアポを取った

引継ぎ

前回の流れ(障害福祉の前提があり)で、娘へのスムーズな支援が可能になる。筋力が落ち風呂に入りにくくなってきている現状・課題、障害福祉サービスによる入浴支援など具体的な支援内容まで話をすることができた

過去に家族が市役所へ住宅改修の相談に行くも、次につながっていなかった…

現在

相談支援専門員が定期訪問(1回/月)し、事業所の見学、区分認定を実施さらなる連携として、リハビリセンターにも依頼し、住宅改修の実施に向けた評価も実施している

実践して感じたこと

ランチ

ランチ連絡会の時に相談支援専門員と顔合わせをしていたことや相談支援専門員の役割を知っていたことで、家族からの主訴を聞いた時点で、迷わず相談支援専門員に相談することができた。

相談支援専門員

初回訪問の時に難病（障害）について話をふれ、「次回は、障害分野の専門職を紹介に来る」という前提があったので、相談支援専門員としても支援が入りやすかった。ランチが明確な主訴（入浴支援）を聞いてくれていたこともあり、スムーズに支援を行うことができた。

今後に向けて

ランチ

複合課題を抱えた世帯が増えてきている。障害分野も高齢分野も垣根を超えた支援をしていきたい

相談支援専門員

- もっとタイムリーな支援を目指し、事業所・法人を超え、事業所が一つになるくらいの連携をしていけると良い。お互いが気兼ねなく、相談・連携していきたい。
- 課題の複合化・複雑化した世帯には、支援者が複数人いる。誰がトータルマネジメントするか整理し、世帯支援していくことが重要だと感じる。

介護サービスと地域づくりをつなぐ 研修・意見交換会in大牟田

社会福祉法人「共友会」
理事長 岩尾 貢

加賀市の地域密着サービス事業所はなぜランチ・コーディネーターを受けたのか

- 事業所の強い要望として包括支援センターの民間委託を強く反対していた
- 現場感覚、実践感覚を行政にも共有してほしかった
- 抱え込みを防ぎたかった
- 研修体制を継続してほしかった

もともと加賀市は制度にポリシーを持っていた

- 事業者に明確なメッセージを発していた
- 基準に合っていればよいということではなく理念や市民とのかかわりや関係性を事業者に求めた
- マニフェスト方式・コンペ方式(いろいろな外圧を避けた)
- 徹底した研修を実施(まず人づくりから始めよ)(全体の底上げ)
- 直営包括支援センターに民間の専門職を活用した(市には専門性が欠けていた)
- 権利擁護の徹底

現場は面白かった

- まず研修
- センター方式(加賀市は義務化)
- 運営推進会議(市職員と包括支援センターは必ず出席)
- 包括職員の現場研修
- 特養の小規模化(地域参加型)
- 地域交流室(大牟田方式)

研修例

- ~したいの実現
- 「NHKのど自慢に出て歌いたい」
- 「奥飛騨の秘湯に行きたい」
- 「馬に乗って海岸を走りたい」
- 「プールの滑り台から滑ってみたい」
- 「ハワイでサーフィンをしたい」
- 「もう一度自動車の運転をしたい」
- 「今すぐ市長に会って話がしたい」
- 「富士山に登りたい」
- 「東本願寺の納骨堂にお参りに行きたい」

なぜ、加賀市方式は存立するのか

- 加賀市独自の加算
- 職員の継続性(3年で移動する)
- 市職員の熱意は並々ならぬものがあった
- 現場の実践力が経営側に勝った
- 意識的に組織化を図った(事業者連絡会)

結果(現在)

- メゾレベルからマクロな取り組み(GHの共同デイやS・Sの特区)
すでに実績はある
WAM事業の影響は大い
市町村の総合事業や地域支援事業への関心
- 経営者側の意向より実践者の意向
- 活動支援にシフト(生活支援から働く支援)
地域包括の進化・深化

小規模多機能事業所がアンテナ機能を持つ

①個別相談(訪問、来所、電話、ケア会議等)

- 地域住民や家族、関係機関から介護や生活に係る相談を受ける(24時間365日)
- 相談支援事業所を併設。年齢や障害の種別に関わりなく、地域住民の誰もが福祉や介護等の相談を身近な場所のできる総合相談窓口として機能。



②地域活動等への参加

- サロン活動等に参加
- 自治会、まちづくり推進協議会、民生委員協議会、各町内会等へ定期的に参加
- 地域住民と顔なじみになることで、談窓口として充実を図る。



③資源マップづくり

- 区長や民生委員、その他住民の方々と、地域で気になる人・場、あるいは橋立で暮らしていく上で重要な人・場等を確認、共有するために地域の地図を広げ、「資源マップ」づくりを実施
- それぞれの「人」同士や「人」と「場」との関係性について理解を深める機会



④事業所を地域の拠点として

- 事業所が地域の方にとって馴染みの場所となるよう、また事業所の利用者や地域住民がお互いの交流の場となるよう、事業所が人の集まる場(トポス)として機能。(おでん屋、手芸サークル、法話等)
- 運営推進会議が要



訪問先で声かけられる、区長会や民生委員会に参加して相談される、運営推進会議で地域課題について話題が及ぶ等、事業所は地域ニーズをキャッチする「アンテナ機能」を有している。



事業所に遊びに来た地域の人の声

- 限界集落なためリーダーが不在だった
- 月二回は来るところができた（法話、おでんの会）が、交通の便がないので送り迎えをして欲しい
- 介護のことをもっと知りたい
- 手続きはどうする
- 認知症にならないためにはどうすれば
- 健康講座をして欲しい

おでんの会での地域の人の声

- 介護予防の元気がつらつ塾に行きたいが、近くにない
- 元気な地域の人が家の中に閉じこもっている。誘い合って出かけたが集まる場所がない
- 自分で健康に気を使って自己流で家の中で体操したいと思うが、ひとりでやっても長続きしない。
- ここに来れない人もいる。
- 一人暮らしの高齢者や障害者で、食事に困っている人もいるのでは



運営推進会議での町内の声

- よその地区に包括支援センターのランチが出来た
- この地区にも作らないと拠点が消える
- 小学生の登下校の見守り隊をしてくれる人が減って困っている
- 免許返納して、年寄は気軽に買い物も行かれない

地域に応じた多様な取り組み

（例 一人暮らし高齢者等への見守りを兼ねた宅配弁当）

- 地域の一人暮らしの認知症高齢者や障害者の食事の確保が課題としてあった。
- 家族が遠方に暮らしている場合、体調等の見守りを必要としている家族も多くいた。
- ゴミ捨てや電球の交換等、暮らしのポイントポイントで支援さえあれば、地域で暮らし続けられるのに、施設入所になる高齢者もいた。
- 一方で、事業所のご利用者の中には、「まだまだ役に立ちたい」「仕事をしたい」と考える人も多くいた。
- そこで、一人暮らし高齢者や障害者を対象にした宅配弁当事業を行い、その弁当作りや宅配にはご利用者に仕事として携わっていただくこととした。

（始まりは、小松市で実施した2年間のWAM事業）


（その後、加賀市の2つの事業所にも展開）



(例 地域食堂の立ち上げ支援)

- 地域の子育て世代ママのグループが
「近所のお年寄りに、おかずの差し入れをしたら喜ばれた！孤食の人は他にもいるのでは？」
「顔を見たら、どこの誰とわかるくらいの関係が近所の人と作れると、子どもも親も安心」
「地域食堂を立ち上げたら、地域の人と交流ができるのでは？」
といった思いを持っていることをキャッチ
- 地域の区長さんや民生委員さん、育児を支援するNPO法人等、事業所が持つ社会資源につなげ、立ち上げを応援

子育て世代ママのグループ



小規模多機能ホームはしたて


- 「地域食堂」では、地域の高齢者に、協力者で活躍してもらえるといいのでは？
- 障がいを持っている人、家族も参加できると、地域での支えあいにつながるのではないか？
- 「地域食堂」ではいろんな事が出来そう！

- 近所のお年寄りに、おかずの差し入れをしたら喜ばれた！孤食の人は他にもいるのでは？
- 顔を見たら、どこの誰とわかるくらいの関係が近所の人と作れると、子どもも親も安心！
- 地域食堂を立ち上げたら、地域の人と交流ができるのでは？

橋立まちづくり協議会

育児等を支援するNPO法人

地域食堂オープン



(例 町内のボランティア【地域見守り隊・町内清掃・美化活動等】)

- 運営推進会議で、「小学生の登下校の際に交差点に立ったり、町内に不審なことがないか見回ったりする、『地域見守り隊』のなり手がいないと相談を受けた。
- 事業所のご利用者の「まだまだ役に立ちたい」と考えている方や、外出が好きな方、子どもが好きな方等に相談し、一緒に行くこととした。
- また、町内清掃や美化活動等のボランティア活動にも参加している。



(例 地場産業とコラボ)

- 当法人のソーシャルワーカーが、商工会議所から「小松イ草」の農家である「宮本農産」を紹介された。
- 寒い地域では栽培が難しく、イ草栽培の最北端である石川県で1カ所になった農家が「小松イ草」が少しでも認知されるよう、畳を作る際に出た端材でしめ縄や正月飾りが作れないか検討しているところだった。
- お年寄りには簡単に縄が編め、従事する方の生きがいになるのではと、しめ縄づくりを開始。
- 今では加賀市の事業所でも実施しているが、小松市内の地域包括からも、「この取り組みを他の圏域に広げられないか」と相談があり、検討中。



イ草農家さん・花屋さんコラボ



小多機のご利用者等にとって、縄編みは懐かしい仕事で、ご利用者同士助け合って作成



道の駅等で販売



約60名の方にお給料のお渡し



「あら～！うれし～」

(例 町の保健室)

- 事業所に集う地域の方々から、看護師に健康相談をされることや、健康づくりのポイントを教えてほしいと、講習会を開催することが度々あった
- 地域サロンで血圧測定や骨密度測定をし、看護師が健康づくりのアドバイスをしたら、喜ばれた
- 加賀市地域包括支援センターランチである「小規模多機能ホームはしたて」で「町の保健室」と称し、気軽な健康相談窓口を開設



事業所内での講習会



サロンで血圧測定、健康相談

橋立地区 「町の保健室」

- 橋立地区の皆さんが健康で暮らせるよう、看護師がお手伝いをします
- 医療や健康面の予防の相談ができ、生活面と医療面の両方から相談をお受けします
- 気軽に立ち寄ってください
- こちらからご自宅に伺うこともできます



加賀市保健 高輪南こころまちセンター 保健師 田中 聖也
橋立地区 高輪南こころまちセンター 看護師 田中 聖也
橋立地区 高輪南こころまちセンター プランニング責任者 西崎 佳穂

これから取り組むべきこと

- 「地域包括ケアシステム」を深化させていくには、**高齢者のみならず全ての住民を包摂した視点**が重要。
- 今後、サービス事業所が、「地域包括ケアシステム」の推進を担う拠点として展開していくためには、地域の身近な**総合相談窓口機能**や、福祉ニーズを抱えた住民と関係機関を結ぶ**ハブ機能**、更には**地域づくり機能**の充実等、**地域のニーズを捉え「多機能化」**させていく事が求められる。
- サービス事業所は「**共生社会**」の実現に向け、「**高齢者**」、「**子ども**」、「**障害者**」等も含め、年齢や障害の有無に関わらず、地域の全住民がこれまで積み重ねてきた「**歴史**」、「**伝統**」、「**習慣**」、「**風土**」等を重視し、**一人ひとりが活躍でき支え合える「場」**や、**地域に必要な「機能」**を共に検討していく役割がある。
- 「**共生**」を「『**高齢者**』と『**障害者**』」等、限定的な切り口で捉えるのではなく、**地域の人、物、場、機能、情報、財源等、あらゆる社会資源の可能性に注目し、協働していく姿勢**が重要である。



月の丘 とめさん家

有限会社 筑後優友舎

月の丘 とめさん家 事務長 岡崎 藍

【 福岡市 】

- 福岡市の人口は現在163万人、高齢化率22.2%

【福岡県の高齢者人口及び高齢化率の推移 (R4.4.1)】より

- 市内の包括支援センター数 57か所

- 小規模多機能数 50か所 【福岡市版ハートページ】より



★福岡市博多区

【 とめさん家 】

- 博多第4圏域（月隈・東月隈・席田小学校区 高齢化率24.9%）

福岡市博多区には8つの圏域があり、第4圏域は博多区の東南部に位置します。

圏域内に福岡空港があるため、区内で1番目面積が大きい校区です。

東と南は他の市に隣接し、住宅や工場などが多い地域です。

認知症等で生活に課題がある利用者と同居する息子の世帯全体を支援した事例

**Aさん親子（親：80代 女性 要介護3
子：50代 男性 診断なし）**

- 娘から「母が認知症で身の回りのことができなくなった。息子が同居しているが、人と関わるのが苦手で、母の世話はできない」ととめさん家に相談があり、支援開始。
- Aさんの支援で訪問すると、息子は逃げるように自宅の2階に上がり、コミュニケーションが取りづらい印象だった。
- 年金や支払いなど世帯の金銭管理を息子が担っていたが、水道光熱費の支払いが滞り、ライフラインが止まる。都度、娘夫婦が立て替えることを繰り返していたが、娘夫婦より「これ以上金銭援助はできない、関わりたくない」と、今までしていた食事作りや金銭の立て替えも打ち切り、絶縁に。

担当者会議を開くと息子は黒いブリーフ1枚で出席。息子の借金や昔からの金銭の問題などが明るみに。
「母さんとは一緒に暮らしたい。次は気を付ける。」
など発言あるも具体的改善案はなし。

特定のスタッフに慣れてくる。そのスタッフが「通いのときはパン1個、通いでないときはパン2個」と朝食頼むとその通り用意する。

伝えればできるというのがわかる。うまくいかない部分は息子自身もうまくできずに困っているのでは？

息子を含めた世帯全体への支援が必要と考えた

利用登録者(高齢者)以外の世帯での課題を抱えている場合

一般的介護サービス

- 本人（対象者）の安全
- 本人（対象者）を課題から離すこと
- 本人（対象者）が安心して暮らしていける環境作り
- 本人（対象者）のフォロー

とめさん家

- 本人（対象者）の安全
- 本人（対象者）の思い
- 課題の分析
- 本人（対象者）以外の関係者との関係構築
- 支援チームづくり
- 世帯でのハッピー/ベター・エンドを目指す
- 決断したあとのフォロー体制

現在

自宅の老朽化等で認知症で介護が必要なAさんが暮らす環境ではなかったため、GHへの入居となった。

息子は小多機、Aさんの後見人、司法書士と一緒に生活課題を整理、解決していく中で、Aさんに対して無関心だったわけではなく、自分の課題解決が精一杯で余裕がなかったことがわかった。

現在、息子は経済的に生活が落ち着いてくると、母が暮らすGHに月1回訪問。お菓子や服など差し入れをするように。また、うまく生活できない原因を相談するため、病院受診の意思が出てきた。

とめさん家が病院を紹介したり、債務整理の司法書士と生活の様子を聞いたりしている。

物理的には離れたが、親子の新たな形での関わりができています。

【経過】

・スタッフは訪問時に息子との関係づくりに努めた。その結果、スタッフが母の服薬介助を行おうとすると、コップに水を入れて準備してくれる等、交流ができるようになった。

・関係づくりにより、息子は兄と父親の建設業を継ぐも倒産し、残った借金やパチンコで30代で自己破産していることや、現在は弁当工場でアルバイトの給与を前借りしてパチンコに通い、残りの給与の半分は借金返済に充てていること等を知った。

・息子、母とも「親子で一緒に暮らしたい」と希望していたが、一方で息子としては家計が立ち行かなくなっていることが何よりの不安であることがわかった。息子、Aさんとも相談し、Aさんの金銭管理をしてくれる後見人制度の利用をすることとした。

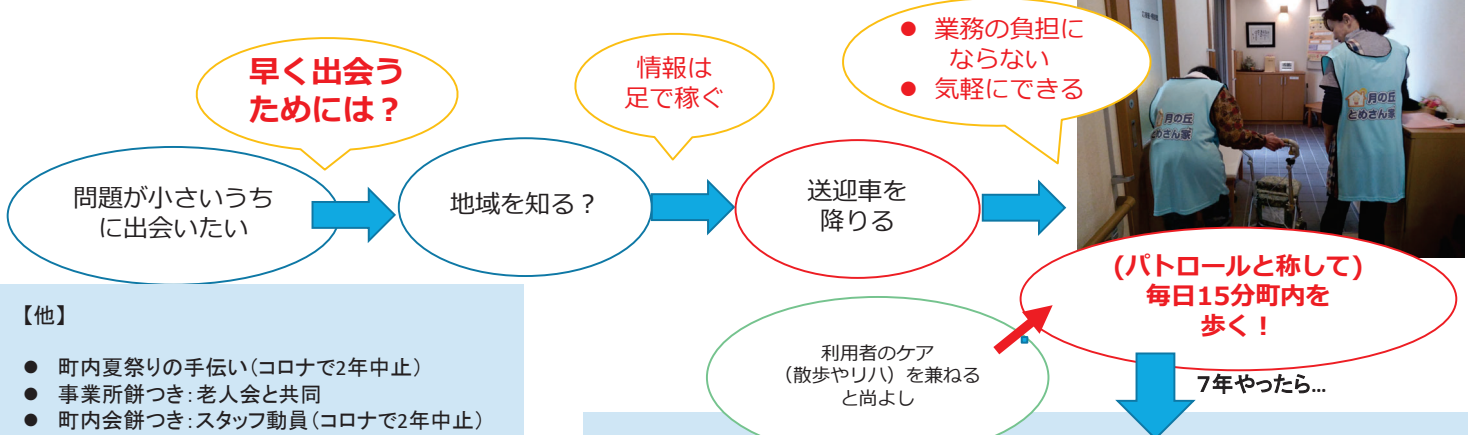
・後見人制度を利用することにより、後見人が、息子・娘夫婦との間に入り関係の改善が見られた。また、息子には司法書士を紹介し債務整理を行った。

【世帯分離してAさんの保護だけすれば解決なのか？】

仮にAさんが入所をすると息子は誰も関わらず、生活がうまくいかない可能性がある。

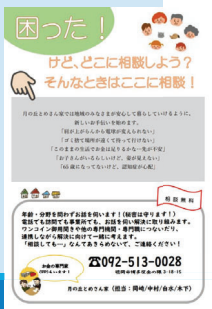
小規模多機能ならAさんを通して息子を支援ができる。

【問題は小さいうちに】



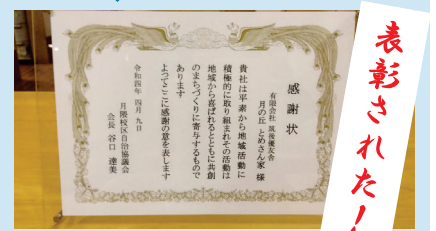
【他】

- 町内夏祭りの手伝い(コロナで2年中止)
- 事業所餅つき: 老人会と共同
- 町内会餅つき: スタッフ動員(コロナで2年中止)
- 野菜市(事業所催し物: 年1回)
- ワンコインサービス(2~3件/月)
- 新型コロナワクチン接種の送迎
- 総菜の販売(3~4件/日)
- 登録外の方の緊急対応
- 福祉相談(高齢者以外あり)
- 災害時の避難所の福祉対応(避難所に職員が出向く)



【起こったこと】

- **ネグレクト家庭の見守り** 2年間
- **ネグレクト家庭の子どもの保護** 1件(2年間)
- **迷っていた高齢者の保護** 3件



表彰された!

～世帯全体を支えるには～

- 人員換算+余剰人員（時間）が必要な場合がある
- 介護以外の専門知識が要る
- 24時間365日相談可(問題が起きるのに平日休日は関係ない / 17時に収まることもない。

どこかにしわ寄せがいく
・行政/事業者など分けるのではなく
『使えるものは何でも使う』
と知恵を出し合うときに来ていると感じる。



「パトロールって
家の中まで
わからないんだよね。
コロナで孤独にならない
ようにするには、
どうしたらいいかなあ」
(スタッフ)

「子どもと遊ぶ方が
リハビリになる！」
(利用者)



立ってるものは〇〇でも使え！！



「私、趣味も何もなく
ずっと働いてきたの。
独り身だし働かなきゃ」
「…じゃあ働く？」
(若年性認知症GH入居者)

住民主体の法人 「一般社団法人やまがの恩送りの会」 を核にした地域づくり

小規模多機能ホームいつでもんくるばい

山鹿市での介護サービスと地域づくり

➤ 取り組み経過

- ◆2019年度 熊本県より「小規模法人ネットワーク事業」の委託を受け、活動開始
 - ・ 5回の研修会と生活支援員の育成
- ◆2020年度は、山鹿市が窓口となって、2年目の事業実施
 - ・ 4回の研修会と生活支援員の育成
 - ・ WAMモデル事業での地域コーディネーターの配置
- ◆2021年度 熊本県が窓口となって、3年目の事業実施中
 - ⇒9月14日「山鹿の介護を考える集い」の開催
 - ・ 市長を交えて、介護人材不足の状況確認
 - ・ 事前に勉強会:服部氏(川崎市等の事例)、および加賀市地域包括及び事業者との意見交換
 - ・ 5回の研修会
 - ・ WAMモデル事業での地域コーディネーターの配置

➤ 市への提案 早期からの相談・支援と地域づくりを行うことが必要

現状 包括は、土日祭日休みで相談してもすぐには応えてもらえない

提案 ・ 地域包括のランチを市内各圏域に

1ヶ所・2ヶ所から始め、モデルをつくり全市内へ広める

・ 一般介護予防の開始

地域の相談窓口と地域コーディネーター

⇒しかし、山鹿市では「新しい取り組みは行わない」

そのため

- ・法人独自の「何でも相談窓口」の開設
そこに地域コーディネーターの配置
- ・第2層生活支援コーディネーターも

その活動のひとつとして、一般社団法人 やまがの恩送りの会
との協働(事務局を担う)

一般社団法人 やまがの恩送りの会

設立

令和4年6月25日



<http://yamaga-onokuri.com/>

山鹿市の介護のこれからは？

- 職員募集を行っていても、求職者 0
- 若い方々は、熊本市内や他県へ行く
- 介護が必要な方は、しばらくの間増加する
- しかし、介護を担う人材は減少する
- 既に訪問介護では利用者の受け入れが困難になってきている
- スタッフ不足で事業所を閉鎖するところも出てきている

➤ 介護人材は確保できるのか?!

- 現在10名で行っている介護を6名で行う世界へ
- これから山鹿市では、「要介護になりました。介護保険のサービスを受けたい」となっても「サービスは一杯です。受けられません」となる可能性がある。

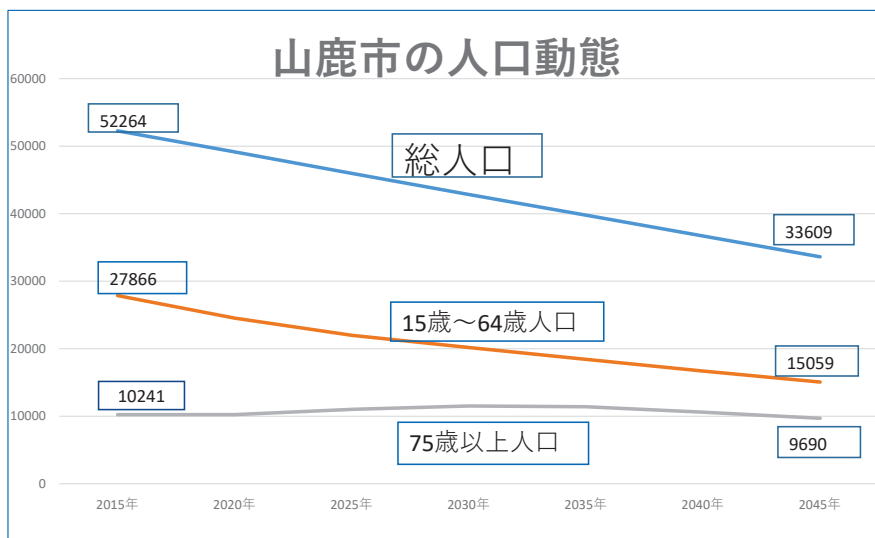
➤ 介護崩壊???

※事業者は自らの事業所を守るために、不採算のところは切捨て、確保できているスタッフでできることのみを行う
地域の介護を守ることはできなくなる・・・

⇒ **地域の介護を守るために事業所・住民・行政が協働した取組が必要**

- 要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は2030年にピークを迎え、以降は減少。
- 生産年齢（15-64歳）人口は急速に減少し続け、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。

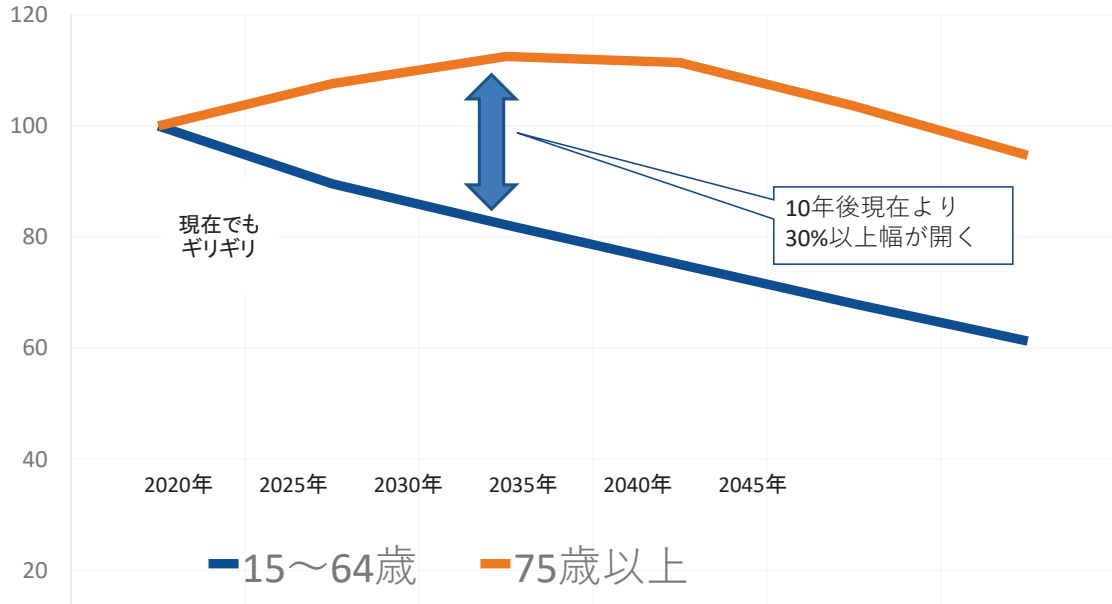
山鹿市の人口	
人口	49,596人
男性	23,461人
女性	26,135人
世帯数	21,980世帯
令和4年9月末現在	



（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年3月推計）」

これからの介護を どうするのか？

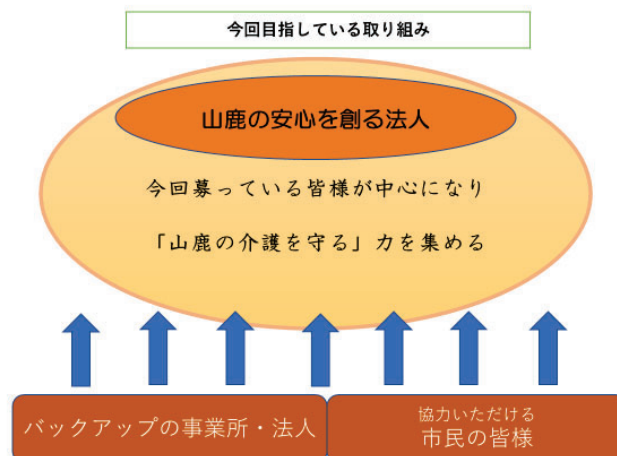
働き手が少なくなり、現在10名で支援しているところが6名～7名となる



一般社団法人 やまがの恩送りの会

・設立目的

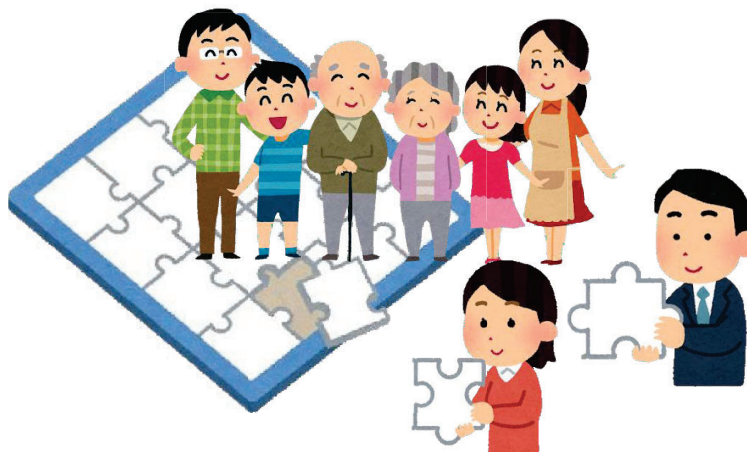
少しでも山鹿が安心して暮らせる街になるように、皆様のお力を集める。 想いのある方であれば、何の条件もありません。



地域の課題は、地域が解決する

個人の悩みは、地域の悩み

その解決は、地域を変える



3 - 3

こんなにあったのか！高齢者の困りごと

買い物

付き添い
代行



掃除・洗濯

換気扇、窓ふき
浴槽、トイレ
エアコン



ごみ出し

可燃、不燃
資源ごみ
仕分け
ごみ出し



食事の準備

下ごしらえ
調理
調理補助



庭・自宅まわり

草とり、水やり
庭木の簡単な枝落とし
観葉植物の株分け、
間引き
家庭菜園の作業補助



その他なんでも

敷物の交換
カーテンの取り付け
物置小屋の簡単な修理
突っ張り棒の取り付け
重い家具・荷物の移動
郵便物の投函代行
振込手続き
郵便物の仕分け
声かけ（服薬等）



外出同行

外出付き添い
通院同行
病院受診支援



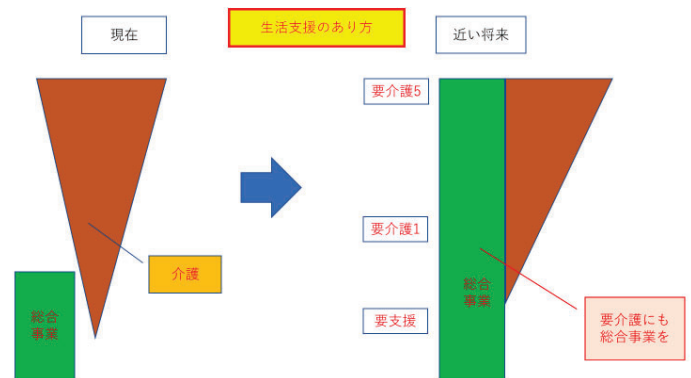
活動内容⇒生活支援を担う法人へ

生活支援活動

- 配食・会食サービス
- 買い物支援、掃除・洗濯等の家事援助
- 見守り活動

地域づくり活動

- 生涯現役社会を支えるための健康づくり
- 学びの縁がわ
- その他 担い手の育成



本年度は熊本県の「地域福祉総合支援事業」の補助金等で活動資金を確保

問題提起

➤行政 「地域デザイン」なし が多いのでは？

➤担当者:目先の1~2年しか考えない

➤全国で取り組める仕組みが必要

➤具体的には

• 地域支援事業に明記

• 地域包括のランチ・地域コーディネーターの配置

←ただし、スタッフの増員にならないように

(現在でも地域のいろんな相談を受け、支援している)



サービスづくりから地域づくりへ

リビングアエル小浜の取り組み



リビングアエル

1

福岡県大牟田市の概況

～やさしさとエネルギーあふれるまち・おむた～



福岡県大牟田市

かつては炭鉱のまち
(平成9年三池炭鉱閉山)
今、大牟田は
人にやさしいまちへ

(令和4年4月1日)

- 人口: 109,405人 ←約210,000人(昭和35年)
- 高齢者数: 41,124人 (高齢化率: 37.6%)
- 後期高齢者数: 21,556人



重要港湾 三池港

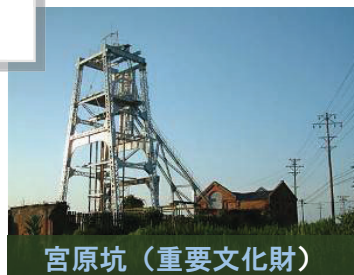
事業所のある大牟田市や地域について話します。

地域福祉計画の基本理念

誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるまちづくり



大正時代の七浦坑



宮原坑 (重要文化財)

「三池炭鉱関連施設」が、H27.7.5世界文化遺産に登録されました！！

2

介護職員不足 担い手不足

この事業を
行っている
理由

現在、介護事業者は介護職員の不足により供給力低下に直面しています。介護事業所は人材的にも経営的にも中重度要介護者へシフトしていくことを迫られている。軽度者向け支援や地域の困りごと対応などは、地域側で自発的な仕組みの構築が必要と考えました。

地域包括支援センターも、業務範囲が広く、介護予防プラン作成などが重くのしかかり地域活動や地域の困りごとの相談などにリソースを割けなくなっている。

① 地域の困りごと相談

何でも相談会の開催

地域包括支援センターとの連携による相談支援

② 地域交流の場づくり～

地域交流スペースを利用した、サロンや基準緩和通所介護

地域自治組織主体のサロン創出の支援

老人会や地域サロンの底上げ

地域交流の場づくり



【基準緩和通所介護&自立者向けサロン】
小規模多機能事業所に併設している地域交流で行っているサロンを、基準緩和型通所介護として指定を受け開催している。事業対象者、要介護者、地域住民が分け隔てなく参加し参加者の互助により成り立つような運営に努めている。また介護サービスの提供にならないように注意ながら運営している。ここで得られた知見を地域のサロン活動に提供していく。

地域包括支援センターのブランチ事業

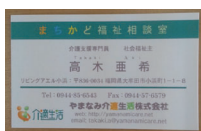
- 大牟田市中心地区包括支援センターと<制度によらない>ブランチ事業協力について検討



- 相談経路の確認【一般的に介護事業所は介護の利用目的がある場合相談があるため、地域の困りごと・高齢者の相談は包括へ相談が多い】
- 相談ケースの同行依頼→情報共有方法、その後の支援について。
- 地域包括支援センターと運営やケースなどについて会議をおこなう。【相談ケースの情報共有・なんでも相談会の企画・校区内の活動についての協議】
- なんでも福祉相談会の開催 →身近な相談場所の創出、地域の自治・福祉組織との接点づくり。

なんちゃってブランチ事業
相談支援の
試行

まちかど相談



まちかど福祉相談室立ち上げ

名称を「小規模多機能事業所〇〇ではない名称を」
&名刺→「まちかど福祉相談室」
登録者以外の町の住人からの様々な相談を受け付け
支援を行う。

何でも相談室の開催

大正校区内にある市営住宅団地にて相談会を開催。
今後は校区内にある公民館を巡回する。



何でも相談室の開催

- 広報活動は民生委員や福祉委員の協力が得られた。
- 直接的な相談は少なかったが、自治会長や民生委員、福祉委員との接点があった。
- 相談会に合わせて来場したくなるような企画を開催することを検討。
- 今後は大正校区を分割しローテーションして、より地域に近い場で開催を計画
- 場所は自治公民館 →地域の役員さんも巻き込む

