



独立行政法人福祉医療機構
社会福祉振興助成事業

WAM モデル事業

「小規模多機能の包括的支援機能強化事業」

介護サービスと地域づくりをつなぐ

フォーラム in 加賀

当日資料① 実践報告

【当フォーラム協力：加賀市、加賀市介護サービス事業者協議会】

【開催の趣旨】

介護人材および介護サービス基盤不足は深刻となっている。さらにコロナ禍で地域のつながりも途絶えてきている。

また、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。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。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。

この現状を切り拓くために、地域包括ケア研究会(2019年)報告があります。その実践をWAMモデル事業として2年間行ってきました。※

先進的なひとつのモデルである石川県加賀市に集って制度化について検討します。

※WAM助成モデル事業とは、社会課題が一層複雑化するなか、これまで民間福祉活動団体が培ってきたノウハウや連携体制をもとに、事業を通じて新たに明らかとなった課題や社会的に認知が進んでいない課題に対応し、国や自治体において政策化・制度化を目指す新たな「モデル」となり得る活動とされています。

【プログラム】

9:50	10分	オリエンテーション	【全体司会】中野 裕紀 氏 (加賀市介護サービス事業者協議会会長)
10:00	15分	開会	○本事業実施団体 あいさつ ○石川県知事 馳 浩 様 ご挨拶 ○加賀市長 宮元 陸 様 ご挨拶
10:15	115分	実践報告 (現場実践)	○ 現場の実践報告 ぐるんとびー(神奈川県藤沢市) 菅原 健介氏 月の丘とめさん家(福岡市) 岡崎 藍氏 心のひろば(東京都青梅市) 鈴木 雄生氏 桜井の里(新潟県弥彦村、燕市、新潟市) 佐々木勝則氏 くれよんルーム(香川県善通寺市) 田畑 浩一氏 わが家(長野県宮田村) 大石ひとみ氏 リビングアエル(福岡県大牟田市) 中島 知己氏 共友会(加賀市、小松市) 西 邦子氏 コーディネーター：社会福祉法人 地域でくらす会 いくのさん家(鳥取市) 竹本 匡吾氏 コメンテーター：厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課 課長補佐 岸 英二氏 〃 佐藤 俊彦氏
12:10	40分	昼休憩	弁当

12:50	100 分	自治体の戦略～地域デザインを考える～ 包括支援型・包括報酬型の地域ケア拠点をつくるために	○加賀市の取り組み 加賀市相談支援課課長 西 ミキ氏 〃 事業者 社会福祉法人共友会 岡安 努氏 ○パネラー 高知県健康政策部在宅療養推進課課長 都築 一元氏 大牟田市 福祉課課長 松枝 芳昭氏 川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室 中村 肇氏 鎌倉市 市長 松尾 崇氏 コーディネーター：医療経済研究機構 主任研究員 服部 真治氏 コメンテーター：厚生労働省老健局 介護保険計画課課長 日野 力氏
14:30	10 分	休憩	
14:40	40 分	国の動向	○厚生労働省の課題と取り組み 厚生労働省 事務次官 大島 一博 氏
15:20	90 分	制度提案 地域包括ケア研究会 報告(2019)から制度化へ	○制度化に向けた意見交換 【問題提起】 ～WAM モデル事業からみえてきたもの～ 実施団体：特定非営利活動法人コレクティブ 理事長 川原秀夫 【パネラー】 地域包括ケア研究会 座長 埼玉県立大学理事長（介護給付費分科会座長） 田中 滋氏 委員 社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 理事長 山田 尋志氏 事務局 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング東京本部 経済 社会ユニット・共生・社会政策部長 主席研究員 岩名 礼介氏 日本社会事業大学専門職大学院客員教授 (元厚生労働事務次官) 蒲原 基道氏
16:50	10 分	閉会	○フォーラム全体のまとめ 社会福祉法人共友会理事長 岩尾 貢氏

※講師は、Web 参加になることがあります。



地域を一つの大きな家族に

福祉事業を通じたまちづくり

株式会社ぐるんとびー

会社概要



株式会社ぐるんとびー

代表取締役	菅原健介
設立	2015年3月23日
従業員	役員 3名 / 社員数64名 (正社員 33名 / パート 31名 ※2022年4月現在)
所在地	本社 (小規模多機能型居宅介護ぐるんとびー駒寄内) 〒251-0861 神奈川県藤沢市大庭5682-6 パークサイド駒寄3-612
グループ	特定非営利活動法人ぐるんとびー

ぐるんとびーの沿革



介護
保険
事業

2015年03月
株式会社ぐるんとびー
創業



2015年07月
小規模多機能事業所
開所



2017年11月
訪問看護
ステーション開所



2019年11月
ケアプランセンター
開所



2020年04月
看護小規模多機能
事業所 開所



受賞・
表彰
歴



2018年11月
第6回神奈川福祉
サービス大賞 大賞 受賞



2020年07月
第1回「アジア健康長寿
イノベーション賞」
国内最優秀賞 受賞



2020年11月
アジア太平洋地域の
「高齢者ケア・
イノベーション・
アワード」
最優秀賞 受賞



2021年12月
第7回神奈川福祉
サービス大賞 大賞 受賞



2022年3月
スギ薬局グループ 創設
第11回 杉浦地域
医療振興賞 受賞

原点は災害支援 2011.3.11



『困っても何とかなる！』

そんな『人』がいる『まち』をみんなで創りたい！

神奈川県藤沢市
人口 426,162人
高齢化率 23.49%

高齢化率
こどもの生活支援率
藤沢1位

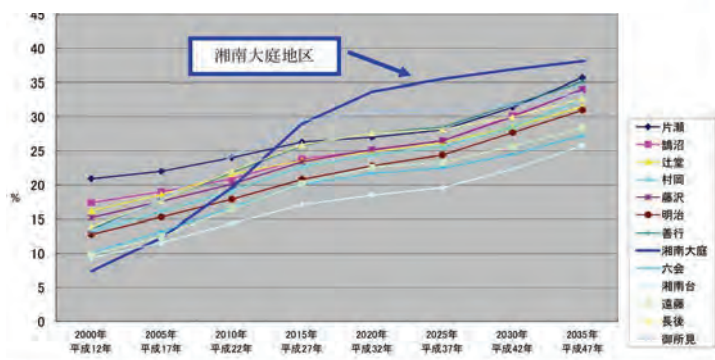


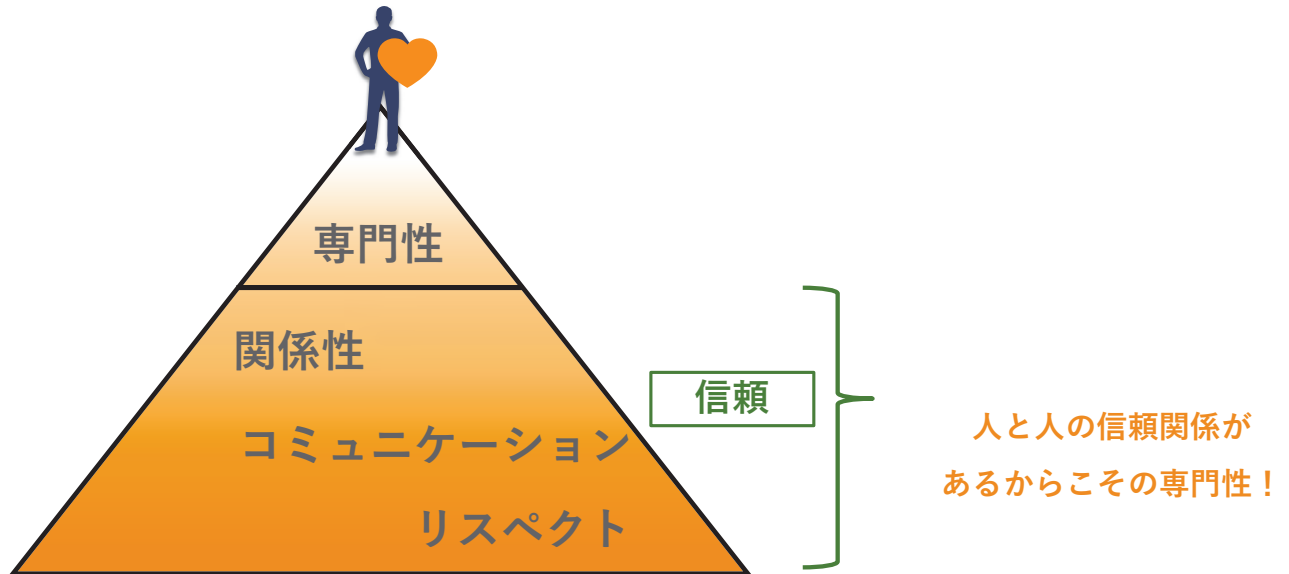
図-1 藤沢市の地区別の高齢化率の推移（％）

【出典：藤沢市の将来推計人口について】





福祉事業所である前に、住民として大切にしたい 専門性の前にある“信頼関係”



介護事業からどんどん派生していった

地域活性化/まちづくり事業



介護保険事業と連携。地域との接点を自社のリソースを活かして増やす。

まちかど御用聞き

まちかど健康相談

まちかど法律相談



地域活性化/まちづくり事業



住民が繋がり、生まれる「顔の見える関係」が助け合える地域へ。

スポトレ



理学療法士が地域の子どもたちに向けて、スポーツトレーニング教室を展開。運動能力向上に加え、不登校の子たちが繋がり、社会参加を学ぶ機会に。

街かど八百屋



団地のエントランスで八百屋を展開。団地住民だけでなく、地域の人々が行き交い、健康相談や繋がり作りを通して、孤立や孤独を予防。

ママトレ



産後のママを対象としたケアやヨガを定期的開催。地域のお母さんの健康維持だけでなく、気軽に悩みシェアできる憩いの場に。

ぐるんぴーの事業について

NPO活動/自治会活動



営利ではなく、地域に住む一人として、市民として豊かな繋がり創る

防災活動



地域の住民・介護事業所の利用者も巻き込んで防災訓練や勉強会を定期開催。

地域イベント企画



クラウドファンディングを駆使し、団地の集会所や公園でたくさんの人が楽しめるお祭りイベントを企画・運営。

自治会などの役員



自治会の委員として、ぐるんぴーのスタッフが積極参加。活動を通して、地域の人々の暮らしを支えます。

結婚式、葬式～格闘技まで



全ての活動は『信頼関係』の土台の上にある





**介護保険制度だけでは支えきれない
災害は常に起こり続けている**



ケアのレスキュー



包丁で変形



年間200回
警察に保護



玄関前に120キロのブロック
ベッドには手錠



夜中の訪問
夜23時からの泊り対応
『全て断らず受けきる』



鍵屋さんがレスキュー







あきらめず、逃げず、一緒にいる存在
(行政とも連携した)
福祉 & レスキューの拠点が必要



ベッドも交換



誰も信じられなくなってしまうところからのスタート。初期はパワーが必要

	月	火	水	木	金	土	日				
7:00	泊り						泊まり				
8:00											
9:00	通い×訪問 (社用車利用)	ケアラー支援、障害(アスペルガー)性の支援まで内包 包括報酬だから可能 昼10～12時頃に息子さん									
9:30											
10:00											
10:30											
11:00											
11:30											
12:00											
12:30		通い×訪問 (社用車利用) + 家の掃除 (トイレ)	通い×訪問 (社用車利用) + 家の掃除 (トイレ)	通い×訪問 (社用車利用) + 家の掃除 (トイレ)	通い×訪問 (社用車利用) + 家の掃除 (トイレ)	通い×訪問 (社用車利用)	通い×訪問 (社用車利用)				
13:00											
13:30											
14:00											
14:30											
15:00											
15:30											
16:00											
16:30											
17:00											
17:30	17:30～21:00 自宅で就寝介助					泊り+入浴	泊り				
18:00											
19:00											
20:00											
21:00											

介護保険だけでは“環境因子”にはアプローチできない

要介護5 36,217単位			
◆訪問(2時間863単位)		◆泊り	
		週2日、月10日間	
		マンツーマン対応 15時間×10	
月間約270時間		月間150時間	
①訪問だけで単位相当のケアが必要		②泊りの時の訪問で26,520単位が必要	
訪問 139230単位 相当のケアを提供			
息子さんのケア(月 60時間を菅原が対応:42,000単位相当/理学療法士として対応したとして)			
アセスメントの結果、介護保険にすると145,013単位を越えてサービス提供			
◆現時点で警察が保護している費用 年間200回 1回平均2時間×2人 バトカー出勤含め1回1万円として 200万円以上かかっている			
◆精神病院に入れた場合にかかる費用 月額106万			

なぜ、ここまでやるのか？

誰も助けないから

“見て見ぬふり” “仕方ない”

と自分たちに言い訳をして

その場を離れていくから

Grundtving Next Action 2030

社会において孤立する人の家族性を拡張する

Grundtving Next Action 2030

Vision

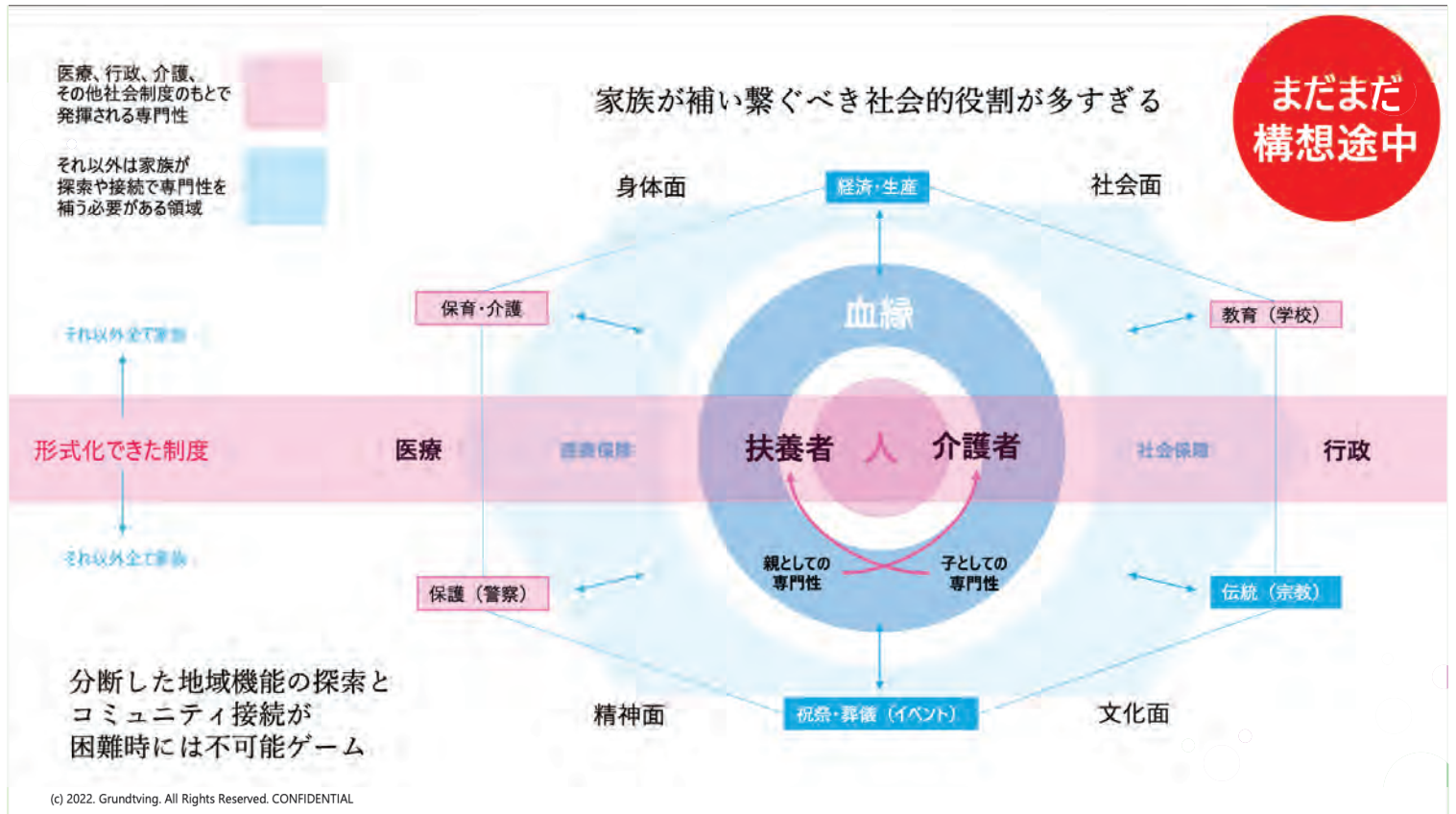
絶望が持続しない（希望が無くならない）社会を創る

Mission

ぐるんとびーは、
本気で“あなた”を気にかけて、理解する人との出逢いを増やす
“あなた”が絶望から脱出するチャンスの選択肢を増やし続ける
“あなた”という存在が誰かの人生を豊かにする実感を増やす

Value

社会において孤立する人の家族性を拡張する（地域をひとつの家族に）



仮説：ぐるんとびーの“これまで”と“これから”

だれかひとりでも分かってくれる人がいる
一生懸命、何とかしようしてくれる、その想いに救われる

↓

日本では専門性の足りない“家族”にその責任を押し付けてきた

↓

ぐるんとびーは現代家族が担えない扶養、介護、保護の役割を代替し
身体的、精神的、文化的、社会的な尊厳を守ってきた

↓

この“家族の役割”は地域でシェアして補い合うことで強化される

↓

だから、ぐるんとびーは

社会において孤立する人の家族性を拡張する
(その仕組みを世の中に広める)

地域をひとつの家族に。

社会において孤立する人の家族性を拡張する「ぐるんとアクション2030」(仮称)

地域の力で
新たな家族を
育む仕組み
(地域共生プラットフォーム)



福祉な次世代
人材をまちに増や
す教育事業
(e-learning×
メタバース)



困った時に
助け出すを接続
する人の輪
(福祉事業の
専門性強化)

ルームシェアによる多世代共生

みんなで冠婚葬祭

新しい住まい方をシンボリックに体现する

まちとひとに祝祭をデザインする

※保育や教育、介護福祉の価値転換

※幸せに生きる人生観の復興

※家族の役割をシェアする

サービス業への福祉教育(高齢化)

スポトレ(幼年期)/産後リハ(出産前後)

デンマーク福祉ツアー(閉塞感)

社会福祉法人の再生(経済転換期)

※適切なタイミングでの福祉観教育



資本社会での経済課題との接続

小規模多機能

看護小規模多機能

居宅/訪問看護

クリニック(医療法人が必要)

ぐるサポ(行き当たりばったりで役割必要)

NPOぐるんとびー(同様)

※福祉領域のレスキュー専門性

地域共生プラットフォームとe-Learningへの想い

KAMAKURA / Manifest 2025

鎌倉 マニフェスト 2025

子どもから高齢者まで安心して暮らせる
共生社会のまちを実現する

鎌倉市長 中道 正人

鎌倉市は、平成30年12月18日（水）「未来のまちづくり」をテーマに、市民と行政が一体となって、未来のまちづくりを推進する。この中で、未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。

共生社会の実現を目指す

（中道市長の言葉）

未来のまちづくりは、市民と行政が一体となって、未来のまちづくりを推進する。この中で、未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。

未来のまちづくりは、市民と行政が一体となって、未来のまちづくりを推進する。この中で、未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。

鎌倉市未来ビジョン2025

子どもから高齢者まで安心して暮らせる
共生社会のまちを実現する

未来のまちづくりは、市民と行政が一体となって、未来のまちづくりを推進する。この中で、未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。

地域共生プラットフォーム（仮称）

未来のまちづくりは、市民と行政が一体となって、未来のまちづくりを推進する。この中で、未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。

福祉コミュニティを活用した鎌倉モデル

未来のまちづくりは、市民と行政が一体となって、未来のまちづくりを推進する。この中で、未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。

鎌倉市未来ビジョン2025

子どもから高齢者まで安心して暮らせる
共生社会のまちを実現する

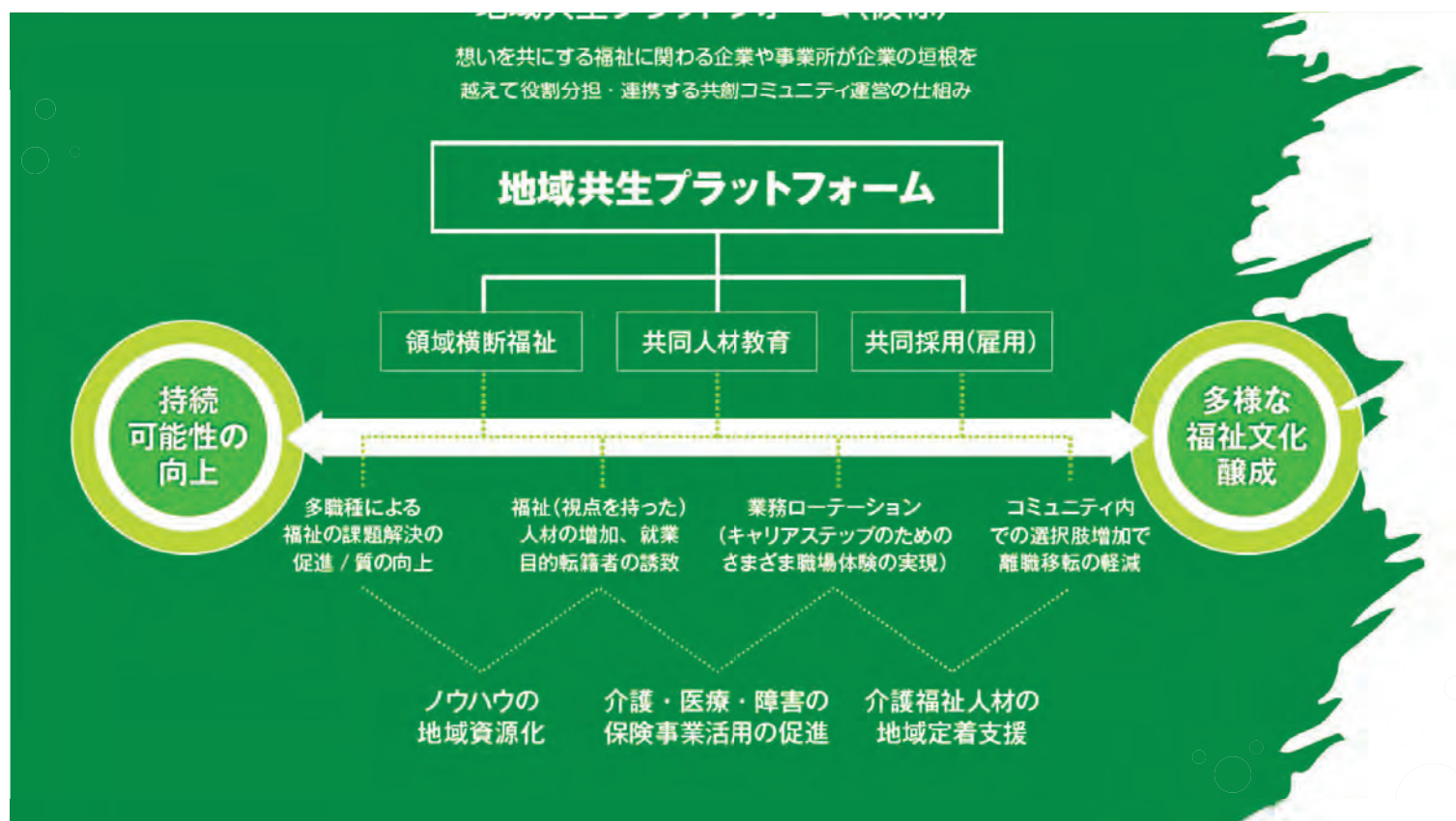
未来のまちづくりは、市民と行政が一体となって、未来のまちづくりを推進する。この中で、未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。

鎌倉マニフェスト2025

未来のまちづくりは、市民と行政が一体となって、未来のまちづくりを推進する。この中で、未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。

未来のまちづくり

未来のまちづくりは、市民と行政が一体となって、未来のまちづくりを推進する。この中で、未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。未来のまちづくりの方向性を示す。

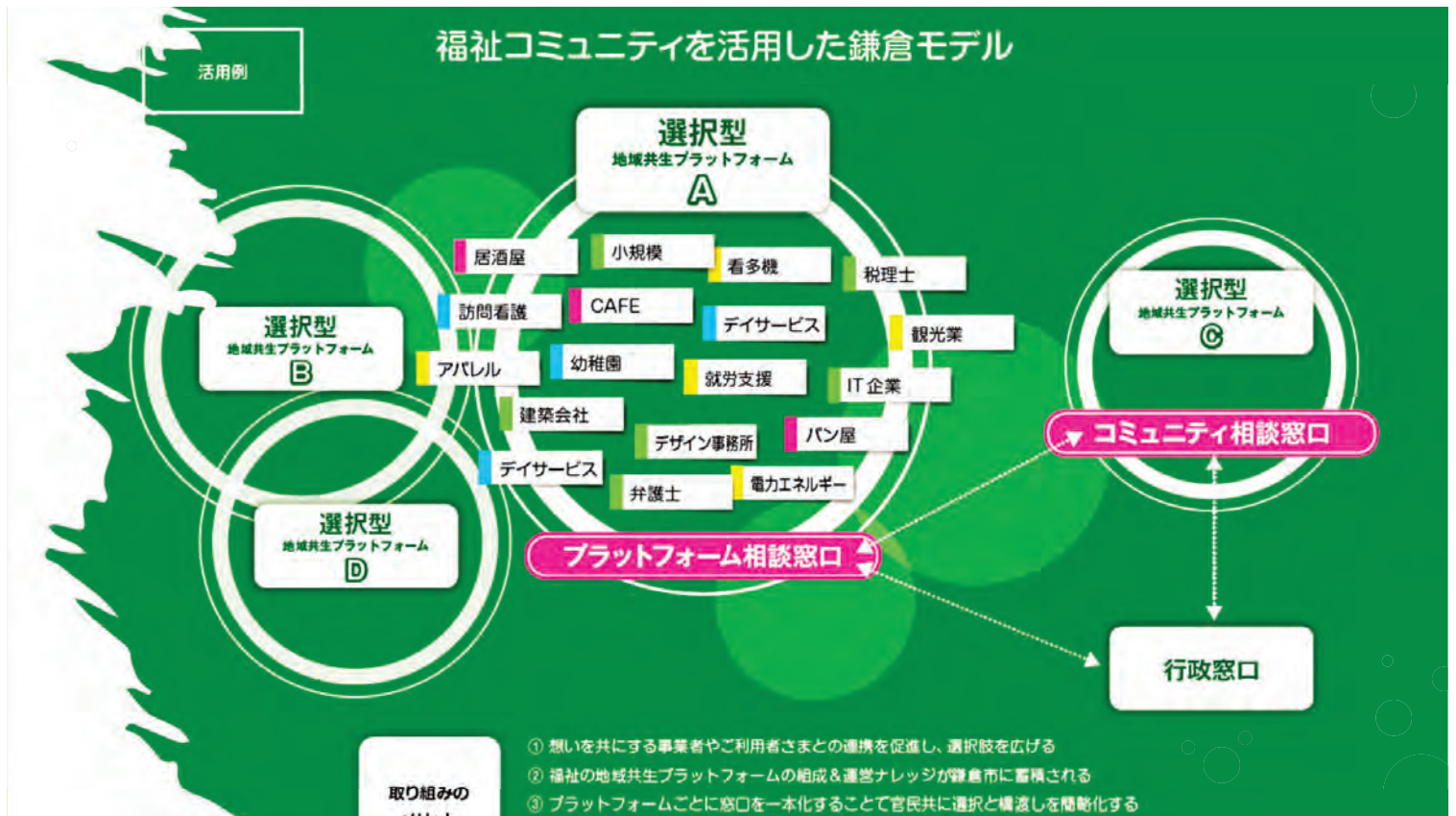


サービス業の全ての人が福祉ケア理念を持つ社会

(教育×意識×制度＝理念)



福祉ケア理念のある人材は地域で大切にする





地域をひとつの家族に。



目の前の人を置き去りにしないためには

有限会社 筑後優友舎

月の丘 とめさん家 事務長 岡崎 藍

【 月の丘とめさん家 概要 】



●博多第4圏域（月隈・東月隈・席田小学校区）

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。

博多区の中でも土地価格が安いので、介護施設が乱立しています。

『最期は病院』という考えが住民に強く、新型コロナウイルスの流行により施設入所への流れが近年加速したように感じます。

特別養護老人ホーム 3か所（博多区全体 11か所）
老人保健施設 2か所（博多区全体 4か所）
グループホーム 4か所（博多区全体 13か所）
有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅 15か所（博多区全体 34か所）
他 ケアハウス 1か所 介護医療院 2か所

③年代別人口割合(令和元年)

	15歳未満 (%)	15～64歳	65歳以上
月隈 校区	13.9	61.2	24.9
博多区	10.9	71.1	18.0
福岡市	13.5	64.9	21.6

出典:福岡市市民局 コミュニティ推進部
コミュニティ推進課「校区データ集」2020

平成24年 福岡市博多区にGH・小規模多機能併設「月の丘とめさん家」開設

- GH: 2ユニット (登録数 18人/定員数 18人)
- 小規模多機能 (登録数 13人/定員数 25人 通い15人)

平均要介護度 3.4

通い 228件/訪問 231件/泊り 89件 (延べ数)

【令和4年4月実績】

朝方、家を出ちゃうAさん

Aさん親子（本人：60代 女性 要介護3 認知症
夫：70代 男性 肺がん末期）

- 夫婦2人暮らし
- 子ども絶縁し音信不通
- 生活保護世帯
- 夫は肺がんの末期で余命3カ月と宣告される

本人は認知症のため意思疎通難しい状態。歩行は自立だが、他日常生活動作に介助が必要。夫が治療のため入院することになり、夜間帯本人1人で過ごすことに。保護世帯のため、泊りの利用料を捻出すること難しい。

生活サイクルを把握し、起床介助～通い～就寝介助まで通い＆訪問でカバー。夜間帯は22時、0時に訪問し様子を見ることに。夫より「朝まで起きない。万が一起きても鍵は開けられない」とのこと。（実際確認済み）

夫入院し、1週間は順調。その後朝訪問すると家におらず、近くの駅前で発見される。その日より毎朝6時頃家から出ていってしまう。

- 夫の治療の目標は「また母ちゃんとくらす」
- なぜ出てしまうのか調べるため毎朝4時から家の前で張り込みすることに

包括や役所に理解を得られず、入院中の家族を傷つけることに。

【悔しさを繰り返さないために】



行政書士、司法書士、弁護士、SW、Dr、Ns、リハビリ、配食、他事業所スタッフ・・・などの専門職
民生委員・町内会・ご近所の方々、電気屋さん、FP、葬儀屋さん、コンビニ、看板屋さん、魚屋さん、お風呂屋さんなどなど

事例① 内縁のご夫婦で認知介護

妻：登録者70代（要介護3） 夫：余命1か月入院中（要介護5）とめさん家との契約なし

金銭管理は夫、多額の債務があり。ライフラインが停止、夫はこのままでは余命ないが、妻認知症で判断能力乏しく夫側の家庭に子どもはいるが連絡不通。ただし、夜中に自宅に入ってきて家財道具を持ち出すなどする。病院側より夫の治療方針や死亡後の手続き、支払いなど事業所に頼まれる。

→後見人市長申し立て断られ、弁護士に相談。アドバイスもらいながら、夫の件、妻の後見人手続きする。

② 認定期間切れの高齢者世帯

妻：80代 夫80代（認知症あり）

夫婦ともに認定有効期限切れ。夜中に夫が転倒、妻が介助中圧迫骨折。救急搬送で入院することに。

民生委員より連絡あり、夫認定申請と同時に緊急の泊まり（もしくは訪問）利用開始。同様のケース数回あり。

いざという時に
間に合うためのチームを
自分でつくるしかない

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」ととめさん家に相談があり、Aさんを支援することとなった。
- 娘からは「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」と話があった。
- 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。
- 息子は母の通帳を管理する等、世帯の金銭管理を担っていたが、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、娘婿が「これ以上金銭援助はできない」と、食事作りも光熱費立て替えも打ち切り絶縁に。

- 長女夫婦・とめさん家から2名参加の担当者会議に黒いブリーフ1枚で出席。
- 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」と朝食頼むときっちり用意する。

息子さん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

【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。Aさんを通して息子を支援できないか？

【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勤務していること、給与を前借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。

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し、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、病院受診の意思表示あり。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る。

【問題は小さいうちに】



「そんなにがんばらなくてもいいんですよ」?

事業所単体で支援にあたるには、人員が厳しかったり、専門的知識が不足している場面に直面し、行政や他の事業所に相談することがあります。

決まって言われるのは

「そんなにがんばらなくてもいいんですよ」のひと言。

がんばらなくて本当にいいですか?

がんばらなかつたら目の前のこの人達はどうかになりますか?

問題が起きるのに平日休日は関係なく、17時になったら一旦収まることでもありません。地域包括支援センターの利用時間に合わせてはくれません。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ます。



「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)



WAMモデル事業

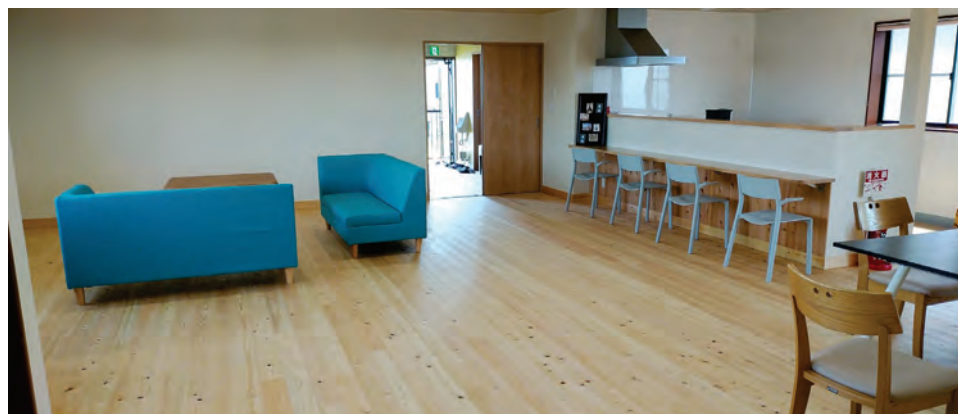
東京都 青梅市
有限会社 心のひろば
地域ケアサポート館 福わ家
鈴木 雄生



地域ケアサポート館 福わ家

東京都 青梅市
2006年開設
小規模多機能型居宅介護
(定員29名)

2010年開設
認知症対応型共同生活介護
(定員9名×2)



青梅市の現状

- ・青梅市は全国トップクラスの施設サービス及び精神科病床が多い地域（特養24／老健3／介護療養型4／精神科8）
 - ・本人または介護者が施設入所を望めば望みは叶いやすい地域
 - ・一方で認知症の人が在宅生活を望んでもそれを支える受け皿が少ない（地域密着型サービス事業所等）
 - ・青梅市人口約131,000人、面積約103.3km²、日常生活圏域3区域、中学校11校に対して、小多機2事業所・看多機1事業所（今年度看多機1整備）
 - ・包括支援センターの担当区域が広すぎて細部への支援が行き届いているとは思えない
- （人口：57,878 高齢者数：15,655）

取り組んできた三本柱

★生きがいサロン活動★

思い出の写真から当時のエピソードを聞かせてもらい、本人が大切にしている想いや、希望、こだわり、**こうありたいと望む暮らし**を形にしてお渡しします。

★生きがいパートナー支援★

本人が地域の中で生きがいを持って安心した生活を送ることができるように、**その地域、その人ごとのコンセンサスチーム（家族・友人・ご近所・コンビニ等）**を目指します。 提供者主体 < 本人主体のチーム形成

★BPSDケアチーム★

本人が在宅で生きがいをもって安心した暮らしを継続することが出来るよう、生きがいサロン活動を生かし、コンセンサスチームと協力しながら、BPSDケアプログラムの実践を行う。

★生きがいサロン活動★

【80歳代女性】

出会い：2021年10月サロンへ参加

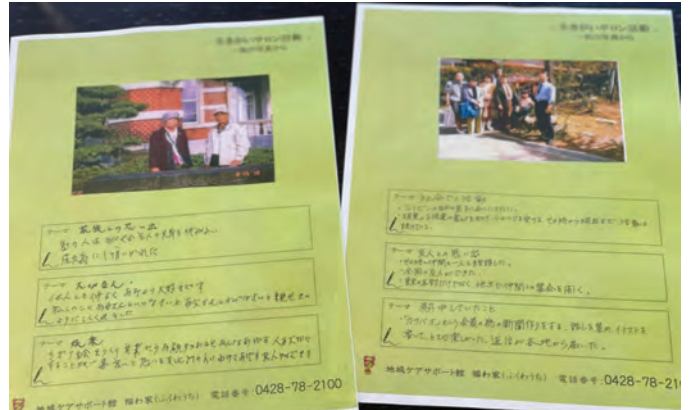
住まい：福わ家徒歩3分

家族：ご主人と二人暮らし

・サロン参加をきっかけに畑で取れた野菜を度々福わ家に届けてくれる

・2022年4月たまたま連絡を入れたら自宅で転倒したの話を聞き様子を見に行く⇒シルバーカー貸出

・毎月ここひろ通信を届けながら交流を深め、困ったときに気軽に相談できるよう備える



★生きがいパートナー支援★

【68歳男性、アルツハイマー型認知症、要介護1】

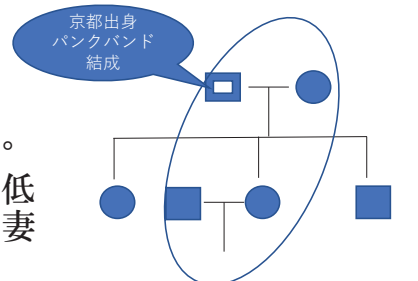
《2022年4月》多摩若年性認知症総合支援センターより相談入る

・ガソリンスタンドで深夜アルバイトをしていて車で通っている。

・最近ゴルフ仲間が亡くなり、そのショックから更に認知機能が低下してきた。イレギュラーなことがあると対応できずイライラし妻にあたることが増えてきている。

・現在月9日かしか働いていないため時間を持て余している。やりがいのある活動ができると良い。

・介護申請はしていて結果待ち。結果次第で小多機利用に繋げて欲しい



・妻は我慢強く弱音を吐かない。
・息子は介護従事者
・妻、長女、息子の妻はそれぞれ看護師

【事例経過】

・相談を受け早々に本人に会いに自宅へ伺う。とても気さくに受け入れて下さり会話も弾む。

・本人より**社会奉仕がしたい**という言葉が何度か聞かれたので、福わ家へボランティアとして来て欲しいことを伝えたと前向きな返答ある。LINE交換をして連絡を取り合うこととする。

《5月》妻と二人でボランティアに来はじめる。自宅に帰ると機嫌よくしゃべりっぱなし。

・その後も数回ボランティアに来るが、**家を出るまでに機嫌が悪くなるが増えてきた**。背景として、ガソリンスタンド退職や車の処分・運転免許の返納も考えられる。

●俺ね最近体調悪いんだ。もう行けないよ。社会貢献はしたいけど何かあったときに迷惑かけたらいけないなと思って…



【事例経過】

《6月～7月》

本人の役割作りのためにボランティアへ誘うよりも、今は私たちが**本人にとって信頼できる人になるための**関りに重点をおくこととする（こまめに電話とたまに顔を見に行く）

《小多機登録はせず地域住民としての関係を優先する》

●そろそろ行きたいなあって思ってるんですけどね、ここのところ体調がよなくて。いつも気に掛けてくれてありがとうね。嬉しいよ（日中）

●あそこは悪徳業者だ。行ったらダメな場所なんだ（夜間）

●奥さんが仕事に行こうとすると静止する、大声をあげることが度々でてきた。

本人の望む暮らしを支援するためのチーム作りが必要と感じ、多職種連携に向けたコーディネイト役を福わ家が担うこととする。

（本人・家族／友人／若年性認知症総合支援センター／認知症地域支援推進委員／認知症支援コーディネーター／生活支援コーディネーター／小多機）

実践を振り返って思うこと

- 誰に相談したらいいのか分からないという言葉をよく聞く。
事業所を拠点とした活動からも、ワンストップサービス（出会い→信頼関係→適切なサービスとの連携）として伴奏型の総合的な関わりをもつことはできる
- 気軽に相談できる場所が身近にあることが望ましいが、相談を受けることの目的がサービスに繋げることになってしまっては本人の望む暮らしを見失いかねない

相談＝サービスの選定に引っ張られないことが出発点

地域で共に暮らすために・・・

～くれよんルームからの発信～



医療法人社団 功寿会
くれよんルーム(グループホーム)
小規模多機能くれよんルーム
副管理者 田畑 浩一

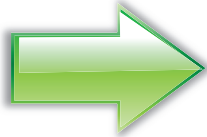
(介護支援専門員・介護福祉士)



地域での防犯活動

青色防犯 パトロール

地域のためにもっと活動したい！
運営推進会議からの依頼で活動開始される
青パトとして警察に法人の車を登録



利用者、職員による巡回活動
下校時の見守り
神社、地下道 等

三世代交流の場に～地域に盆踊りの復活を～

夏祭り

利用者と共に企画、準備
プログラム、屋台 等
「利用者はお客様」から
地域の方をもてなす側へ



地域の方々と集える場づくり

ぴっぴ屋
(うどん屋)

平成23年～

民家を改修し、利用者と共にうどん屋を始める

日常生活の活性化が図れる
利用者の就労支援の場
地域の人達と付き合える場

地域の方々と集える場づくり

認知症
カフェ

県・市からの支援(補助事業)

民家を改修し、交流の場を提供

平成27年4月 竜川オレンジカフェオープン

利用者の方の就労支援
パン作り教室(利用者が講師)
民生委員、同窓会、子育てサークル等の会合の場
歌声喫茶(地域の方々が楽しく集える場)

地域の方が集える場、認知症を学べる場

☕ ご利用者と地域の方との交流の場(学びの場)

☕ 地域の民生委員や同好会、子育て支援サークルの
会合の場

☕ ギタークラブによる「歌声喫茶」



カフェでの仕事の効果

- ・お金が入る(自分達が働き自由に使えるお金ができる)
- ・ホームと仕事の場所が違う(気が晴れる)・・・生活のメリハリ
- ・満足感、達成感が得られる(仕事後のコーヒーが美味しい)
- ・明日、しなければならないことがある
- ・共通の話題ができる(利用者同士、職員と利用者)
- ・利用者と職員は仕事仲間
- ・お互いに「お疲れ様」の挨拶
- ・頼りにされる(今も現役！)・・・嬉しい 等

やさしいまちづくりに向けて パート1

SOS ネットワーク

行方不明者の早期発見、保護のための協力
普段から見守り、支え合うネットワークづくり
いざというとき迅速に動くネットワークづくり
認知症になっても安心して暮らせるまちづくり

善通寺市社会福祉協議会とくれよんルーム
(旧くれぱす)が事務局となって対応
市内の住民、事業所が参加している



現在は市に委託(高齢者課の担当)

やさしいまちづくりに向けて パート2

住み慣れた まちで

高齢になり認知症になっても、地域の協力体制のもと、自分の力を発揮しながら、行きたいところに出かけられる

馴染みの場所で、馴染みの人たちと出会える

本人が行きたい場所の地図を作成
公共交通機関として、市内巡回バスを使用

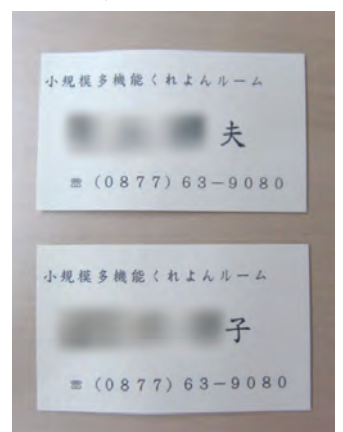


運営推進委員、民生委員、
地域の方(ボランティア)に協力を仰ぐ



職員が目的地までの危険箇所等について確認し
協力者に伝える

本人用名刺



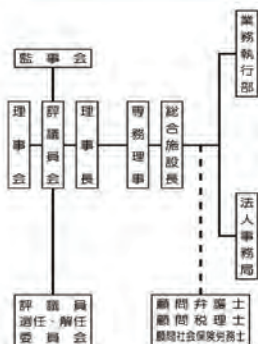
地域の役に立つ事業所として ～法人・事業所は地域の共有財産～

(福) 桜井の里福社会
専務理事 佐々木勝則

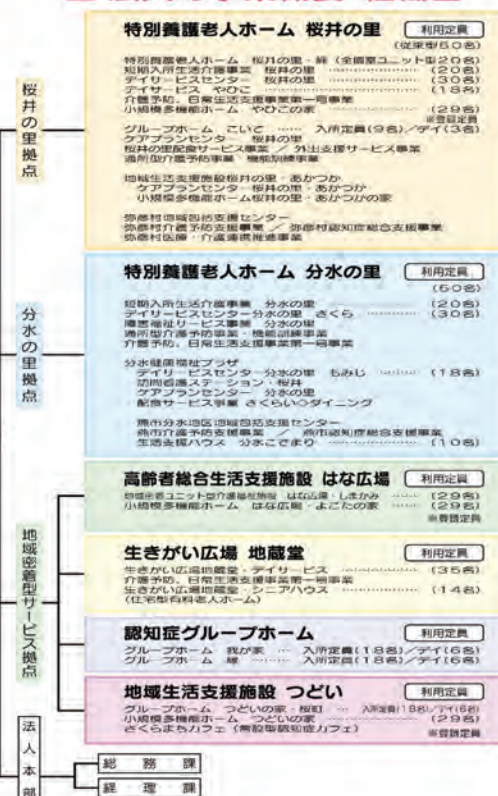
4. 法人組織図

県央地区、弥彦村
黒市、新潟市西区赤塚にて
4つの拠点
46事業
を展開

当法人では基準該当サービスの登録により、積極的に障がい者(児)の利用を受け入れております。



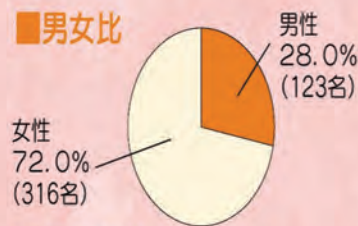
■ 法人の事業概要・組織図



職員DATAあらかると (令和1年10月時点の在籍ベース)

職員数439名

男女比



平均年齢

平均年齢42.8歳

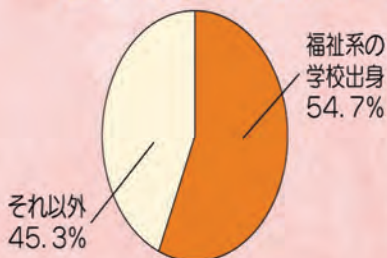
働いている職員の職種等

保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、はり・きゅう・マッサージ師等の機能訓練指導員、管理栄養士、調理員、生活相談員、介護支援専門員、計画作成担当者、施設管理職員、生活支援員、運転員、介助員、事務員等

63.3%が介護職員 (278名)

※他職種との兼務含む

福祉系の学校出身の介護職員・生活相談員の割合



福祉・医療分野の主だった資格取得、研修受講状況 (単位=人。1人で複数資格取得も有)

介護福祉士	保健師	看護師(准看護師含む)	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	社会福祉士	精神保健福祉士
229	3	38	12	5	2	11	45	3
はり・きゅう・マッサージ師	介護支援専門員	認知症介護指導者研修	認知症介護リーダー研修	小規模多機能居宅介護計画作成担当者研修	認知症介護実践者研修	認知症介護管理者研修	喀痰吸引指導者講習	喀痰吸引等研修
1	85 (うち、主任介護支援専門員 13)	9	21	17	90	17	14	67

法人・事業所は地域の共有財産 —地域の利益になることを行う—

法人で行っている主な地域活動事業

- 一か所のデイサービスを公衆浴場（住民の希望から）
- 学童登下校見守り、居場所づくり（運営推進会議から）
- 基準該当サービスで障がい者も受け入れ
（長時間、土日受け入れ事業所がない、宿泊事業所が遠いなど）
- 一次福祉避難所機能（災害時の積極的受け入れ）
- 職員の地区消防団加入促進（給与として手当支給）
- コロナワクチン接種支援（移動支援、手続き支援、周知支援）
- 行政と一体となったワクチン接種支援（入居者職員共に事業所内接種、看護職員の地域の集団接種時業務で派遣、法人送迎車両で職員が移送サービス必要な人の送迎）
- フードバンク事業（地域になかったから）
- 災害時DCAT（DWAT）の常設隊編成（現在30名登録）
- 住民と共に365日配食（現在は発展型として配食センター事業を兼ねる）

法人・事業所は地域の共有財産 —地域の利益になることを行う—

地域活動事業を行う時意識していること

- 住民がこの場所に事業所があってよかったと思ってもらえるように
- 必要なことを住民の声を聞きながら、仕組みを作っていく
- 地域利益につながると思えること
- 事業所の地域特性を生かす（学校の近く、定期市の近く、大学生の活動と連動、旧役場の跡地など）
- 行政とはチームを組んだり、バックギヤが入らないように事前に話をつけておいたり
- 行政とはそれなりに良い関係（それ以外に事業所用地を無償譲渡受けたり、無償貸与受けたりなど）
- 住民よし、行政よし、法人よし（近江商人の三方よし??）を意識して

小規模多機能居宅介護支援事業所の 概要と地域活動ー1

- 小規模多機能ホームよこたの家（地域密着型特養合築・燕市）
 - ・事業所内消防団（消防庁2019年表彰）
 - ・地域サロンの場の提供と送迎支援
 - ・夏休み地域ラジオ体操の場としての活用
- 小規模多機能ホームつどいの家（認知症グループホーム合築 燕市）
 - ・毎日誰でもカフェ（不定期食堂）
 - ・ワクチン接種移送支援事務局（専用ダイヤルで対応）
 - ・フードバンク燕・弥彦事務局

小規模多機能居宅介護支援事業所の 概要と地域活動ー2

- 小規模多機能ホームやひこの家（特養併設 弥彦村）
- 小規模多機能ホーム桜井の里・あかつか（居宅支援事業所 併設 新潟市）
 - ・キリンカフェ（大学生サークル、地区民生委員と共に、高齢者と隣接の小学校の子ども達の居場所作り）
 - ・運営推進会議での話から夕方の学童横断歩道見守り（セイフティースタッフ）支援
 - ・家電バンク（新潟市西区社協、大学サークルと共に）
- R4年度建設（仮称）燕市柳山地区小規模多機能ホーム（単独 燕市）
 - ・小学校隣接のため「外から自由に入れる子どもの集まり場所」「地域と協議の上、敷地内に通学路を整備」

小規模多機能居宅介護地域活動と ご利用者の生活

- セイフティースタッフから：下校中の子ども達に「さよなら」と声をかけたり、頭をなでたりしている。子ども達も顔なじみで「さよならおじさん」などと言葉を返してくれている
- キリンカフェから：「宿題を教えることはできないけど話し相手はできる」とてもうれしそう
- *いずれも地域の高齢者とともに参加しており、高齢者同士のつながりも深まってきていると実感できている

他の事業所のご利用者の変化

- 基準該当サービスから：重度障がい児がDSを利用する中で
ご利用者の言葉の変化、「ここは年寄りが来るところだ、
何故かわいそうな子たちを連れてくるんだ」
⇒「来週この子の誕生日を祝いたいから、DSの曜日をこの日に
変更してほしい」に変化
- 外出型DSから：「銀行に行きお金をおろしたい、家族には
内緒でね！」
- 定期市から：「ずっとここに買い物に来ていた、もうあきらめていた
けどまたこれるようになってうれしい」
- 定期市から（業者さんの声）：市でこんなに買ってくれる人がいて
うれしい（たまにしか来れないので大人買いする人が多い）・・・など

何故地域の役に立つ存在になることが必要か

○地域共生はあらゆる価値や立場と向かい合う必要があると思う
私たちはあまり難しく考えず、それぞれの地域で多くの住民の
「利益」がある活動を進めていきたいと思っている

- ・「仲間に入れてください」思想からの脱却
⇒住民にとって役に立って初めて関係性が保てる
- ・地域が潤ってこそ事業所がある意味がある
⇒住民説明会で「私もその風呂に入りたい」に応えるが始まり
- ・消防団加入者の減少の一助に
- ・「Win-Winの関係」づくりになることを目的
- ・災害対策は地域との関係性を築くために有効
（特に一次福祉避難所機能）

地域のよろずや わが家です！！



2022. 8. 28
有限会社わが家
代表取締役 大石 ひとみ

長野県 上伊那郡 宮田村



宮田村の特徴1

生活圏が半径2.5km
降雪が少なく、晴天率が高い。
災害がほとんどない

宮田村の特徴2

子育てするなら、宮田村！！
R4,4から保育園給食費無料化！誕生祝金
子育て4人家族最大200万円お得！

宮田村の特徴3

高齢者施策の充実…
介護保険サービスメニューほぼ網羅！



有限会社わが家事業内容

- ・ 1.介護保険指定 訪問介護
- ・ 2.介護保険外 訪問介護・通所介護・宿泊
- ・ 3.宮田村高齢者等緊急時短期宿泊事業（高齢者・障害者・児）
- ・ 4.タイムケア事業（心身障害児・者）
- ・ 5.障がい者総合支援法支援法 居宅介護・行動支援
- ・ 6.託児事業（0歳児～小学生）
- ・ 7.宮田ママサポート事業
- ・ 8.地域生活支援事業（移動支援、日中一時支援）
- ・ 9.配食サービス
- ・ 10.一般旅客自動車運送事業
- ・ 11.トラベルヘルパーの養成と派遣
- ・ 12.人材派遣業
- ・ 13.福祉有償移送事業
- ・ 14.生活介護（基準該当 伊那市・駒ヶ根市・宮田村）
- ・ 15.生活訓練（基準該当 伊那市・駒ヶ根市・宮田村）
- ・ 16.自立生活体験事業
- ・ 17.地域密着型事業 小規模多機能型居宅介護
- ・ 18.住宅型有料老人ホーム
- ・ 19.よろず相談
- ・ 20.飲食業
- ・ 21.食品加工販売
- ・ 22.一般日用品雑貨販売
- ・ 23.不動産賃貸及び管理



訪問介護 わが家



オヒサマの森



宅幼老所あずま家河原町・メゾン河原町



宅幼老所わが家



福祉に関する困りごと、
何でもご相談ください!

子育て 介護 障がい

1人で悩んでいませんか?

子どもが不登校・引越もめりし... どうしたらいいの?

中途離れがいらなくなったり、どうやって生きていけばいいの?

一緒に考えて行動してほしい!

子育ての悩みや不安、誰かに相談したい...

うちの1人暮らしのおじいちゃんがつまらなく、相談したい!

生活していけるのだろうか...?

どこに相談すればいいかわからない!

家庭内の問題、人間関係、DV等どこに相談すればいいの?

お気軽にご相談ください

「え!そこまでやるの!? お!そんな事までやるの?」
私たちは、福祉に関連した身近な地域の課題、問題、困りごとに対して、柔軟に対応できる「パートナーシップ事業所」です。
何でもお気軽にご相談ください。

〒399-4301 長野県上伊那郡宮田村7612-11
宅幼老所 わが家
TEL 0265-84-1075

〒399-4301 長野県上伊那郡宮田村7576-8
宅幼老所 あずま家
TEL 0265-85-1015

〒399-4301 長野県上伊那郡宮田村3378-1
宅幼老所 あずま家 河原町
TEL 0265-96-7130

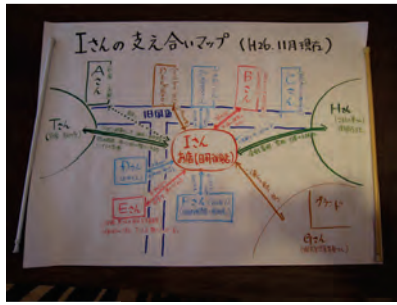
平成29年度からの長野県の取組

●宅幼老所機能強化事業（3年間）

令和4年現在60事業所よろず相談所として機能する

研修区分	会場	日程	研修の目的	参加者数 (延べ人数)
基礎研修	地域支援機能編 (研修時間: 5時間)	長野市 伊那市 7月20日 7月23日	地域の課題様々な困りごとを、地域にあるものを使って協同で解決していく考え方を身につける	41名
	共生ケア機能編 (研修時間: 5時間)	長野市 伊那市 8月22日 8月23日	宅幼老所の本来の目的であった、「老いも若きも誰でも」の精神である「共生ケア」の基礎を学ぶ	50名
	認知症支援機能編 (研修時間: 5時間)	長野市 伊那市 9月20日 9月21日	認知症の方が地域でより良く暮らすために、宅幼老所は何かできるか、という視点で認知症ケアを学ぶ	42名
応用研修	生活支援計画作成研修 (研修時間: 5時間×3日)	岡谷市 安曇野市 10月26日 11月21日 12月26日	介護計画の領域だけでなく、人ひとりが「より良い生活」を送るための総合的プランの作成の観点を学ぶ	109名
	共生ケア研修 (研修時間: 5時間×3日)	安曇野市 松本市 1月25日 2月26日 3月6日	高齢者の支援だけでなく、地域に根差した具体的な「子ども支援」「障がい者支援」について学ぶ	113名
	生活支援コーディネーター研修 (研修時間: 4時間15分)	塩尻市 11月8日	生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)として、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることのできる体制の整備について学ぶ (実施主体: 長野県)	38名

愛しき！あわやのおばさん！！Tさん



2014年からの付き合い！！

長年商店を営み、独居での生活をしてきたTさん。
「自宅で生きる！」と宣言され
私たちと出会いました。
要介護1ですが何でもできました。

週2回お風呂に来る以外住み慣れた
自宅での生活。



あずま家
訪問部隊！

地域に放たれた
世話焼きおばさん隊



商店街の人々対象で
サポーター研修って
どうかな？・・・



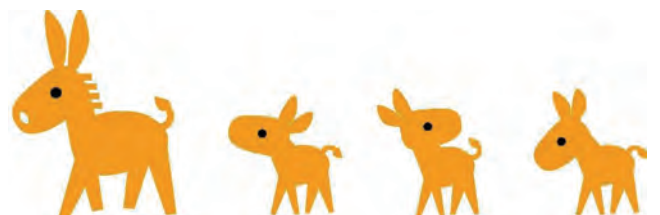
2017年、商店を一部改装し、
誰でも来れるサロンにする
看板娘！！

2019年介護度2になり物忘れも加速し
周りの方々から頻繁に事業所に
連絡が入るようになる。

認知症サポーター研修
商工会・商業部8名



認知症サポーターって
子供でもいい？？
教育委員会を説得しカリキュラムとして
小学校4年生にサポーター研修を受けてもらえることになる。



宮田村サービス事業所連絡会

■目的

第1条 本会の目的を次のように定める。

2011年から活動

1 保健、福祉、医療現場が手を携えて住みよい村から住んでみたら宮田村づくりをめざします。

①複合福祉施設ブラムの里

- ・居宅介護支援事業所
- ・小規模特別養護老人ホーム
- ・介護老人保健施設
- ・通所リハビリテーション
- ・有料老人ホーム（混合型）
- ・訪問リハビリテーション

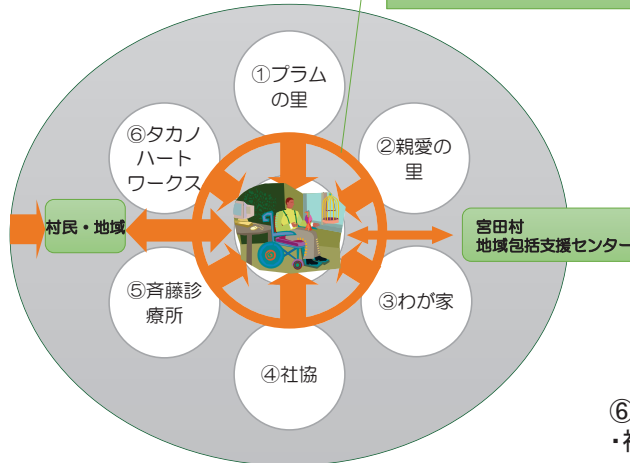
②親愛の里

- ・就労継続B型
- ・生活訓練

③有限会社 わが家

- ・訪問介護
- ・小規模多機能型居宅介護
- ・緊急ショートステイ
- ・基準該当生活介護
- ・基準該当短期入所
- ・有料老人ホーム（住宅型）

他職種事業連携による
生活継続支援インフラ



④宮田村社協

- ・居宅介護支援事業所
- ・訪問介護
- ・通所介護

⑤斉藤診療所

- ・訪問看護
- ・居宅療養管理指導
- ・通所介護
- ・短期入所療養介護
- ・基準該当生活介護
- ・医療型短期入所

⑥タカノハートワークス

- ・福祉用具販売・貸与

Copyright © 2013ブラムの里 All Rights Reserved

宮田村サ事連実際の取り組み2017～

宮田村小学校4年生94名対象の認知症サポーター研修

かわいいサポーターたちの誕生です。
毎年、行い今年で5年目！！

4・5・6年生のかばんには、
オレンジリングがついています。
子どもたちにできる役割・・・
それは、温かい見守りと声がけ・・・
2022現在、宮田村には500人以上の
小・中学生サポーターがいる



小学校から中学へ・・・



キャリア教育の一環4年目になります。
サポーター研修を受けた子供たちが
職場体験学習として現場をみて
福祉、介護も**将来の選択肢の一つ**と
捉えてくれています。

その先へ・・・

- ロータリークラブの依頼を受け地元高校の
キャリア教育のお手伝い（SDGsの取り組み）

- 東京電機大学未来科学部建築学科
<https://pjcatalog.jp/archives/2185>

PROJECTS' CATA-LOG -Projects' case and tag log-



2020年、サンダル履きで外を歩いていた
おばさんは、つまずいて転倒、骨折して
しまいました。入院リハビリに6ヶ月**要介護4**・・・
さすがに、一人暮らしは難しい・・・



馴染みのスタッフがいる有料老人ホームに入居💖💖

あわや商店は空き店舗となってしまいました。

空き店舗再生なら
「わが家」さんに
任せたら・・・



2022年、現在**要介護3**。
この二人、実は叔母と姪！！❤️

その他にも、商店街の仲間、
ご近所さんと
このおばさんには、訪ねてくる方が
たくさんいます。

現在商工会商業部会
にて空き店舗対策を
思案中・・・



まとめ

宅幼老所＝小規模多機能型居宅介護＝よろず相談所
よろず拠点

地域の核

HUB(中心・中核)

他業種連携で一般社団法人立ち上げ
運営のコミュニティースペース

困ったら・・・「わが家さんに行きな！！」合言葉＝愛言葉

偶然の出会い・・・利用者さん
おたがいさま・・・情報収集
いろんな人を巻き込む

他業種連携

スタッフ一人一人が地域コーディネーター

営業マン・御用聞き

キーワード

有限会社わが家 社是

地域に根差した利用者本位のサービスの提供
それが高齢者であり、小さな子供であり
障がい者であり、健常者でもある。

私たちは、この村の福祉のよろずやでありたい



ご清聴ありがとうございました





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



介護職員不足 担い手不足

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ます。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は業務範囲が広く、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ます。

① 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

② 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



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。

地域サロン支援

大正カフェ

日 時: 11月28日(日) 10:00~12:00
参加費: 100円(お菓子、飲料水など)
場 所: 大正まち協ミセン(大正小プール横)

男子会も
女子会も
和気藹々♪

美味しいお茶もあるよ~

誰でも来てよかよ~

※私たちは、新型コロナウイルス感染症対策に取組んでいます。
※マスクの着用、手洗い消毒の徹底
※発熱状態の方の入場制限、等
上記のご協力をお願いいたします。



81歳女性 独居

夫死別後に脳梗塞を発症し、左半身に軽度の麻痺が残る。要支援認定を受けていたが、介護保険サービスは利用せずに6年前からサロンを利用開始する。その後、様々な介護予防教室や集いの場に参加を増やしている。

2019年水害が発生した際には住んでいた家屋が半壊し、市営住宅に転居する。生活環境が変わったがこれまで通り、なじみのサロンへ継続的に参加し、加齢に伴う衰えは見られるものの自立した生活を継続できている。来年には隣市に住む息子、夫婦宅へ転居を検討しているが、これまでの関係が途切れることが悩みのタネ。

介護サービスを使わずとも、関係作りの支援や生活上のアドバイスをすることで自立した生活を継続することができる高齢者は多い。専門職が継続的に関わることで、変化を見逃さず適切な支援につなげていくこともできる。

介護保険を受けるとなじみのサロンに行けなくなるから頑張る！



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」と名刺→「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。



「まちかど福祉相談室」への相談の多くは、チョットした困りごとが多く、アドバイスや一度だけの関わりで解決することも多い。中には介護サービスや専門機関とつなげる必要があるケースも発生する。

Bさん77歳、障害のある娘と二人暮らし。明かな認知症の症状はあるが支援を拒み続けるため、直接的な支援はおこなえていない。定期訪問することで関係性や関わっている機関を把握しながら安否確認をおこなっている。Bさんにとって支援対象である娘の入院をきっかけに混乱し支援が必要となる。別居している娘からは介護サービスにて支えて欲しい旨依頼されるが、本人がかたくなに拒否する。医療機関と調整し娘さん入院中は同室に同じく入院することとなる。退院後はこれまでの生活に戻っており、不完全ながら継続できている。

これからも定期的に訪問しながら必要な支援を提供していく。

既に地域内の医療機関など様々な機関と繋がりを持っている地域の事業所が相談支援機能を持つことで、迅速な連携を図ることができる。地域に近い場所にいることで、フットワークも軽く民生委員など支援者とも顔の見える関係の中で支援を構築できる。

娘がいなくなった！
帰ってこない！





令和4年8月28日
介護サービスと地域づくりをつなぐ
フォーラムin加賀

地域密着型事業所が地域包括ケア拠点となるために ～メゾレベルへの働きかけに係る有効性と課題～

社会福祉法人共友会
小規模多機能ホームきんめい
管理者 西 邦子

1. はじめに 1) 共友会事業所概要

加賀市（人口：63,838人 高齢化率：35.4%）
※2022.7.1現在

小松市（人口：106,617人 高齢化率：28.7%）
※2022.7.1現在

小規模多機能ホームはしたて

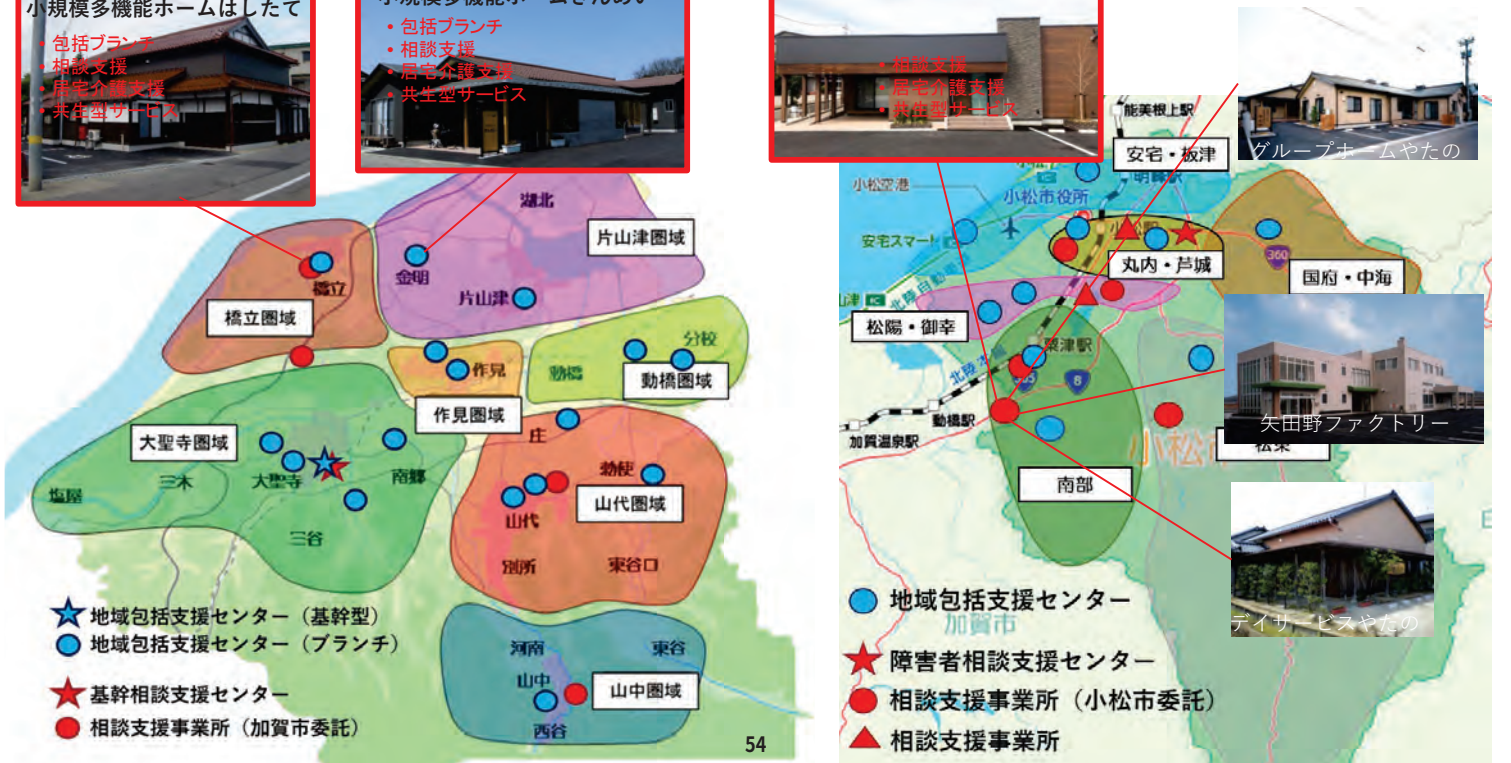
- ・包括プランチ
- ・相談支援
- ・居宅介護支援
- ・共生型サービス

小規模多機能ホームきんめい

- ・包括プランチ
- ・相談支援
- ・居宅介護支援
- ・共生型サービス

小規模多機能ホームやたの

- ・相談支援
- ・居宅介護支援
- ・共生型サービス



1. はじめに 2) 実践報告の趣旨

【現状】

- 小規模多機能型居宅介護事業所（以下、「小多機」という）は、地域住民のこれまでの暮らしの継続性を大切に、24時間、365日の在宅での暮らしを支援するため、**地域とのつながりを重視した多様な取り組みがされてきた。**
- 当法人の小多機においても、小多機等の登録者だけでなく、事業所のある**地域で暮らす高齢者や障害者等の様々なニーズについても、何らかの支援を事業所に求められる場合が多くなった。**
- また**加賀市においては、市内にある15カ所の小多機や認知症グループホーム等に、地域包括支援センターランチを委託している。**
- そのため登録者に関わらず、**地域住民の相談に幅広く応じ、地域づくり（メゾレベル）に関与する実践が市内全体に広がってきた。**



ランチ活動を通して、**地域密着型事業所におけるメゾレベルへの働きかけに係る有効性と課題を整理し、今後の地域包括ケアを担う拠点として充実させていく実践の在り方について検討したい。**

2. 実践報告～ランチ活動全体

（取り組みの実際）

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、訪問やケア会議等を実施。（24時間365日）
- ・本人や関係機関の持つ、地域での繋がりを断ち切らない、あるいは結びなおす等の支援を心掛け、これまでの暮らしの継続や本人・家族の自己実現を重視。
- ・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でできる総合相談窓口として機能。

②地域活動（サロン・サークル）への参加

- ・サロン活動等に参加し、地域住民と顔なじみになることで、地域の身近な相談窓口として充実を図る。
- ・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し、地域の様々な課題から事業所として地域に貢献できることがないか共に検討する機会に。

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地域の拠点づくり

- ・地域住民の「お茶でも飲みながら旦那の愚痴を言いたい」「最近、あの人の顔を見ないけどどうしているかな」「ちょっとした体操をしたい」「隣のサロンまで行っているが、もっと近くにあったら良いのに」等の声を基に、サロンづくりを支援



⑤事業所を地域の

新たな拠点として

- ・ランチが地域の方にとって馴染みの場所となるよう、また小規模多機能の利用者や地域住民がお互いの交流の場となるよう、ランチが人の集まる場（トポス）として機能。（おでん屋、手芸サークル、法話等）

⑥歴史や風土を理解する

- ・ランチでかかわる住民や小規模多機能の利用者の生きてきた時代背景を知るために、町の歴史について文献を調べる、町にある資料館を訪問する、地域の方々に講義いただく等した。
- ・地域の風土を大切に、歴史を継承していく活動や、観光を盛り立てる活動ができないか等、まちづくりに如何に貢献できるかを検討していくことも重要。

2. 実践報告～地域のサロンづくり支援①

「小規模多機能ホームきんめい」に集う 登録者の方や地域の方の声



(登録者)

- ・ 畑仕事をしなくなってから、外にもあまり行きたくなくなった
- ・ たまにする外出は事業所へお風呂に入るときぐらい



(地域の高齢者)

- ・ 限界集落ばかりなので「いきいきサロン」がない
- ・ お達者サークルなどしてくれる人がいない
- ・ 介護予防の元気はつらつ塾に行きたいが足がない（交通の便は何もない）
- ・ 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

皆さんの声から、何かできないだろうか

◆住民が主人公の場や機会を

事業所で体操やおでんの会のように、事業所を集いの場にする 것도大切だが、住民が自ら必要だと思ふことを、自分たちの力を発揮し、自分たちでできることから始め、住民が主体的に活動していくことができる場も大切なのではないかな。

◆場所にこだわる

事業所に来ることに抵抗がある住民でも、町民会館なら昔からの馴染みの場であり、行きやすいのではないかな。

町の真ん中にあり住民のなじみの場である町民会館を使って何らかの活動の場を立ち上げられないかな。

◆向こう三軒両隣の関係を大切に

事業所行事に住民が参加することで、事業所のご利用者は疎遠になっていた住民に会うことができるようになった。しかし、そこには介護を受ける人、お手伝いする人といった上下の関係になりやすい。

一方、町民会館で交流が始まると、そこでは誰もが地域の一員として住民同士の関係に戻る。

住民が自分たちの思いを実現する「場」「機会」が重要

どうしたら町民会館を使って活動の場を立ち上げることができるだろうか…

住民が町民会館を使って主体的にサロンを立ち上げるために① (地域の人たちの意見が交わされる期間)

①地域の人たちとマッピング

- ・ 地域で要になっている人や人が集まる場を視覚化し、共有した。
- ・ 改めて「町民会館」が、今は使われていないが、立地や地域住民の「馴染み度合い」といった観点から、新たな集いの場として活用しやすいことを認識



地域の人たちと
地域課題把握のための
マッピング

②運営推進会議で相談する

- ・ 「小規模多機能ホームきんめい」でキャッチする、地域住民の声を共有
- ・ 町内に集いの場をつくれないうか相談



運営推進会議

③「声」をあげている住民と、様々な場所で一緒に考える

- ・ ことある毎に、地域での活動について水を向けると
「利用者さんに折り紙教えてあげようか？これなら私得意なんや」
「こんな頭の体操のプリントがあるよ」
「体操や茶話会のようなことは、町民会館がイイ。地区会館は遠い」
等と、活動のアイデアや、活動場所について提案をしてくれた。

(一方で)
「自分達にはできない」
「場所も、いろいろなことを
いう人もいるから、難しいの
では」
「『きんめい』でしてくれる
のが良い」

住民が町民会館を使って主体的にサロンを立ち上げるために② (地域の人たちの気運が高まっていく期間)

④他町での活動を紹介

- ・ 地域の方からは「実際にはこんな風にしとるんか」「知らなかった」
- ・ 活動のイメージが明確になった

⑤近隣のサークル活動を続けている人から話を聞く

- ・ 実際に話を聞くと「どうしたらそんなに長続きするん？」「どんなやり方をしてるんや？」と興味深々な様子

⑥市役所の担当職員から話を聞く

- ・ 事業として実施する場合の方法や予算について確認
- ・ 「市に登録すると、お金は出るけど、書類が面倒だな」とする声も

「私たちでもできるかもしれないね」
「最初は一緒にやってね」
「書類の書き方とか、教えてほしい」
といった、前向きな声が増えていった

住民が町民会館を使って主体的にサロンを立ち上げるために③ (実現に向けて具体化していく期間)

◆実行に向けた会議

①これまでの経緯や、住民の方たちの意見の確認

- ・ 住民からは「町民会館を使ってサロンをしたいんや」「わしたちでできることからやりたいんや」
- ・ 区長さん民生委員さんからは「住民が自分達で活動する場なら、町民会館は使って良いのでは」「町民会館は皆のもので町のお年寄りがいつまでも元気であるために使うなら賛成」

②具体的な内容の検討

- ・ 開催頻度
- ・ 参加者集め
- ・ 活動内容
- ・ 世話人代表は
- ・ 開催日の連絡方法



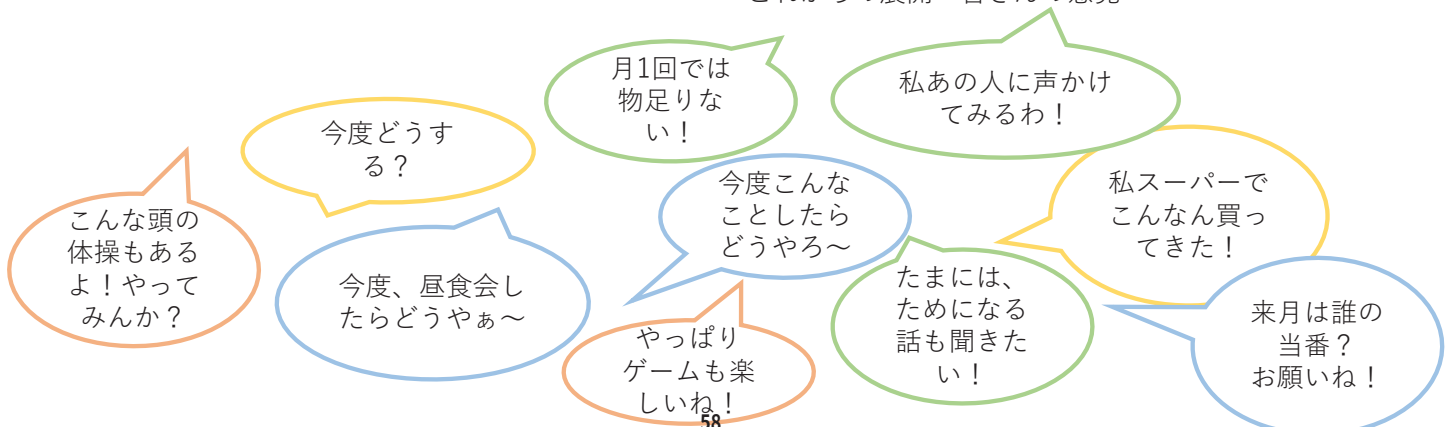
住民が町民会館を使って主体的にサロンを立ち上げるために④ (ミヤノ健康クラブの立ち上げと、今後の展開)

サロンの実際

- ・ 「ミヤノ健康クラブ」と命名
- ・ 毎月2人ずつ当番を決めその日の段取りをする
- ・ 1ヶ月に1回開催
- ・ 次回の開催日は当日決める
- ・ 次回なにをするかは皆で決める
- ・ 住民への開催日の連絡は口コミと町民会館に掲示するチラシ、町内放送



これからの展開～皆さんの意見～



3. 地域密着型事業所におけるメゾレベルへの働きかけに係る有効性と課題

有効性

- 事業所は運営推進会議等において、日常的に住民の声をキャッチする機能を有していることや、各町のサロンや健康づくりの場に参加する等の地域展開をしていることで、住民のニーズを把握しやすい。
- 日頃からの町内会組織や行政、その他専門機関等との関係力を活かし、地域づくりのコーディネート機能を担いやすい。
- 地域住民にとって有益な社会資源の創造は、結果的に事業所の登録者にとって参加の機会が増え生活の質が向上することや、家族にとって介護負担の軽減や自己実現につながる等の効果もある。

課題

- 事業所スタッフが把握した個々のニーズを集約し、チームで地域全体のニーズとして如何に捉えられるか。
- 事業所としてキャッチした地域ニーズが、真に地域の人たちにとってのニーズかどうか、地域住民と一緒に考える取り組みが求められる
- 具体的な取り組みについて検討を重ねる過程では、事業所も主体として、時にこちらの考えを伝えることもあるが、基本的には地域住民が主体的に取り組めることを支援する姿勢が求められる。
- 地域住民との関係づくりを意識し、これまでの地域活動の経緯や住民の感情等を重視して、事業所の独りよがりの活動にならないよう留意。

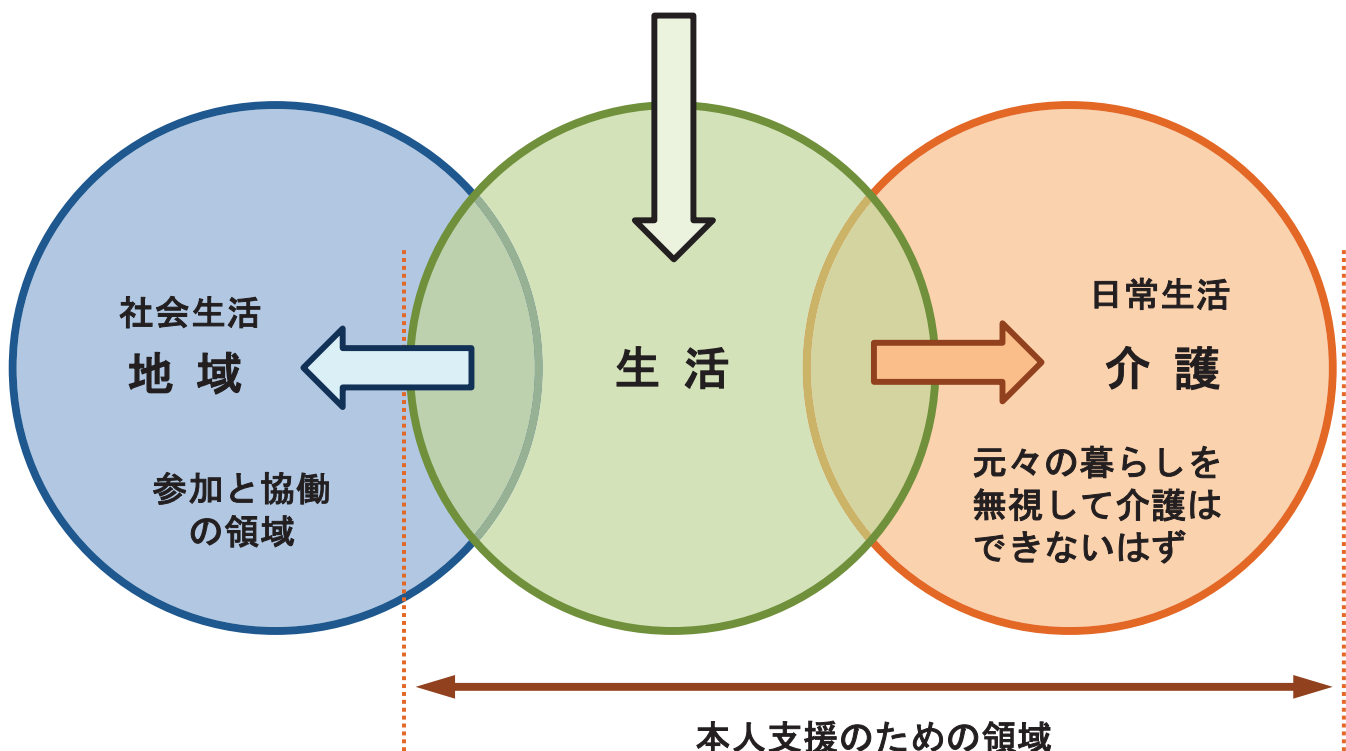
まとめ

- 事業所は地域包括ケアの拠点になり得る底力を有しており、地域ニーズに応じてチャレンジしていくことで、地域づくりに向けた役割を果たしていくことができると考える。

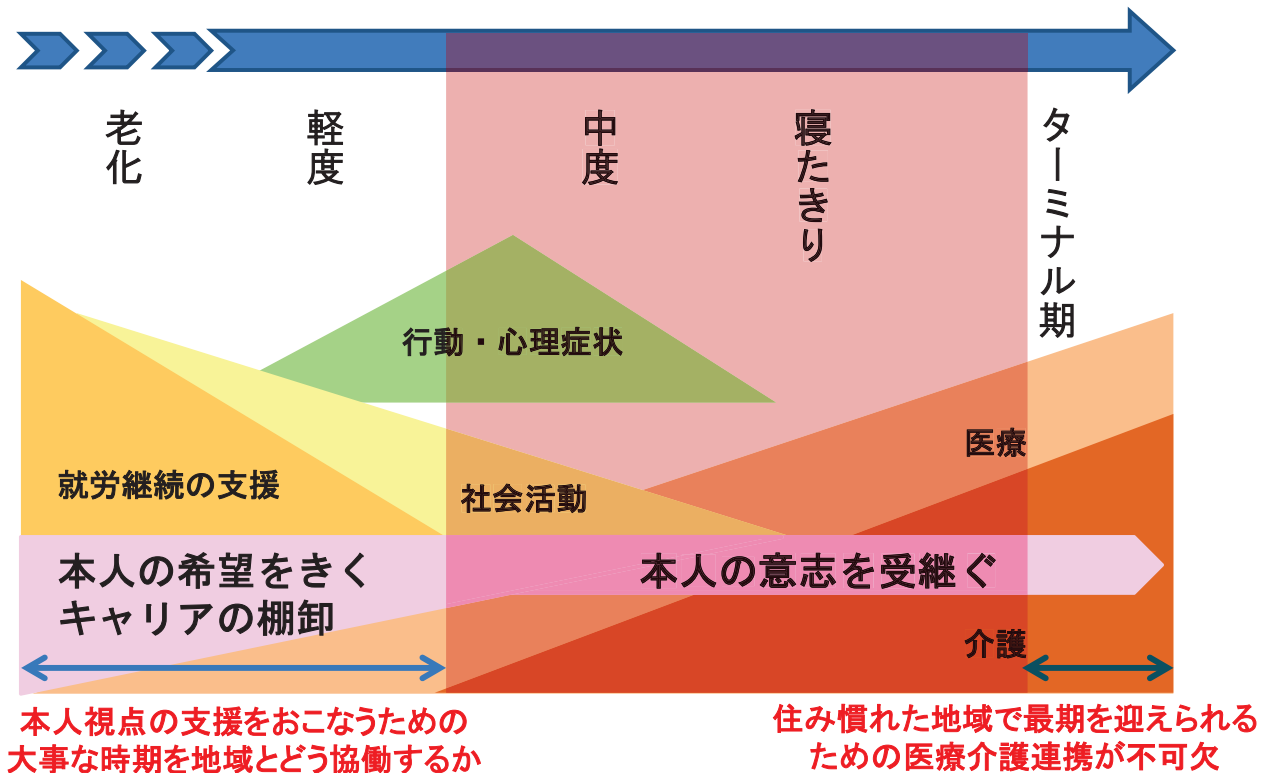
補足資料

事業所の支援に求められる領域

本人の側からとらえ直してみると

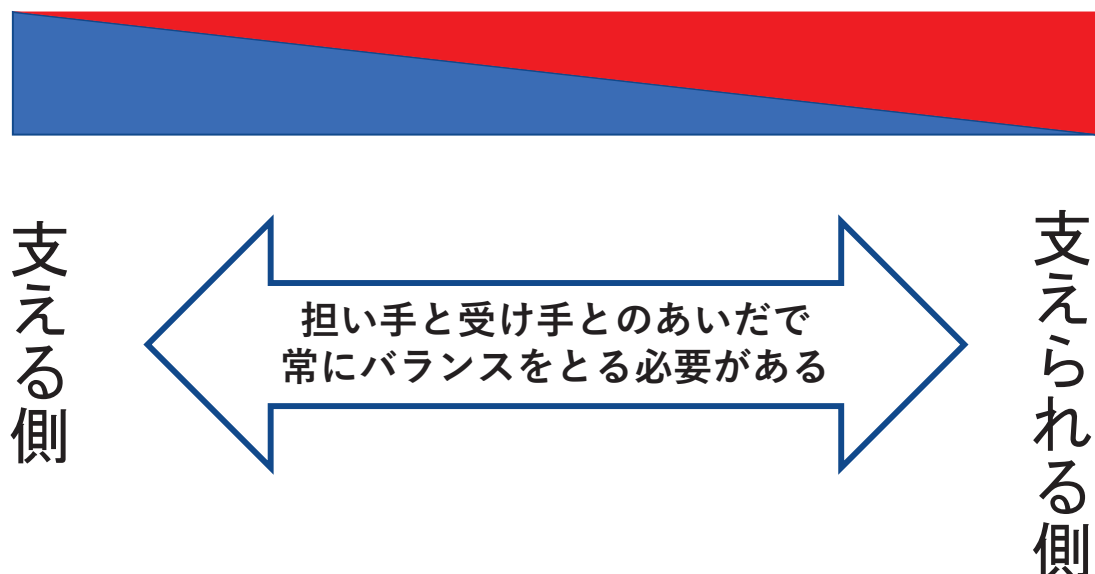


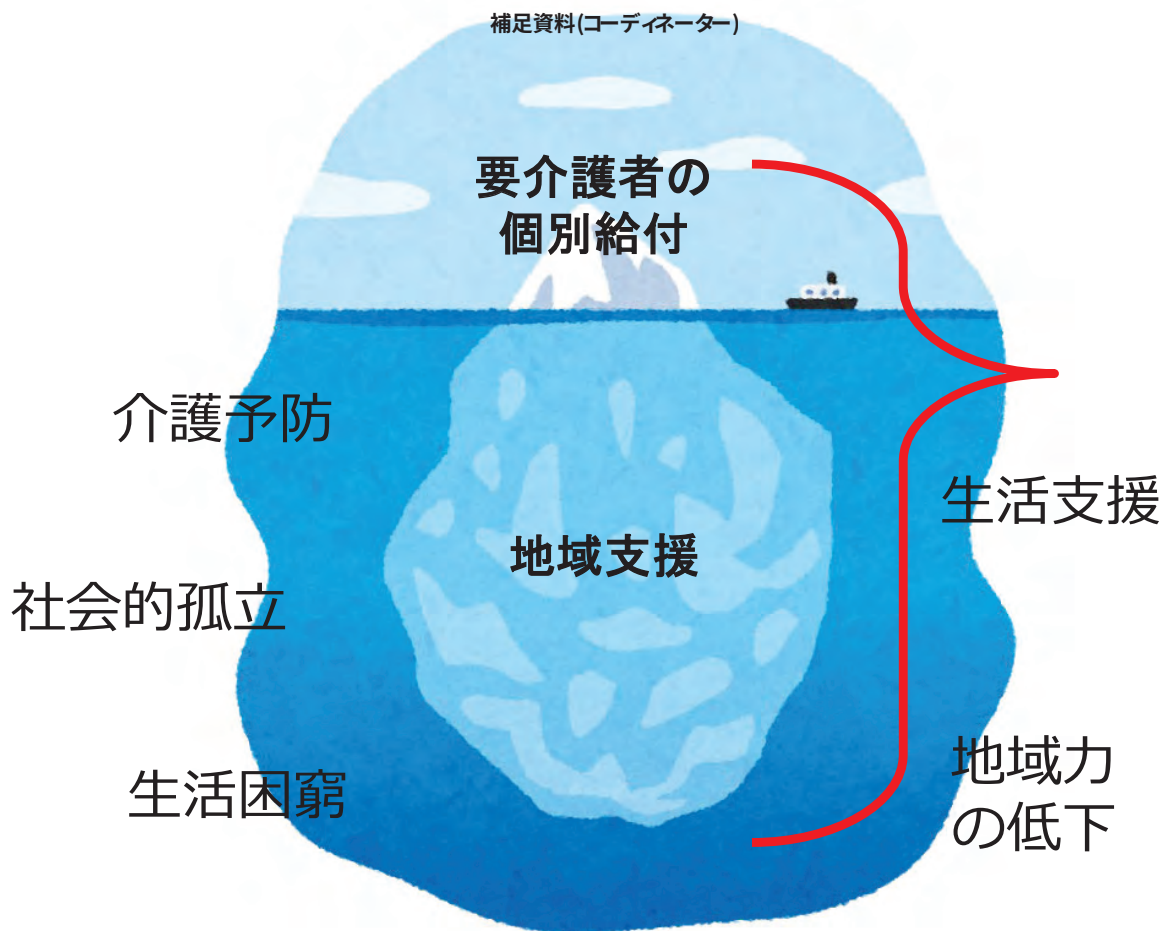
必要なのは「地域一貫ケア」



若年性認知症問題にとりくむ会・クローバー (K-1) 資料を改変

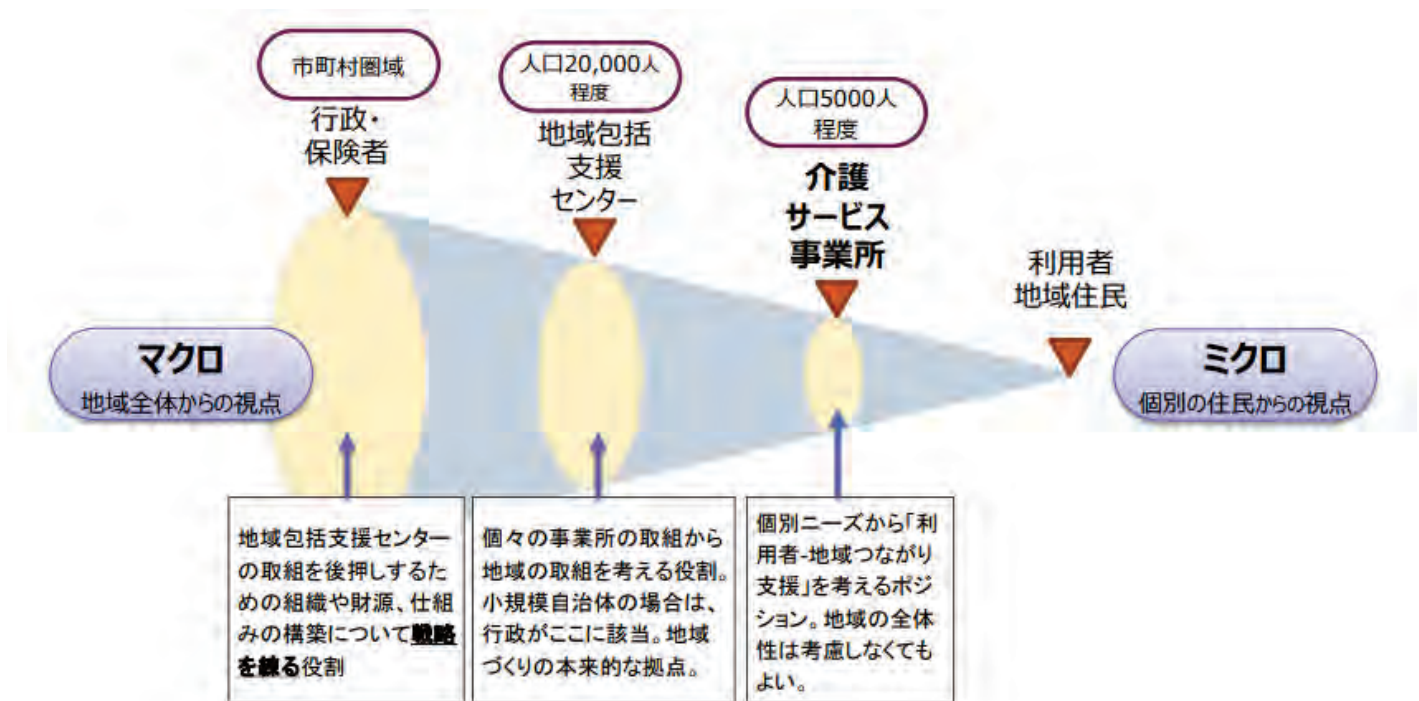
「住民」と「利用者」の違い



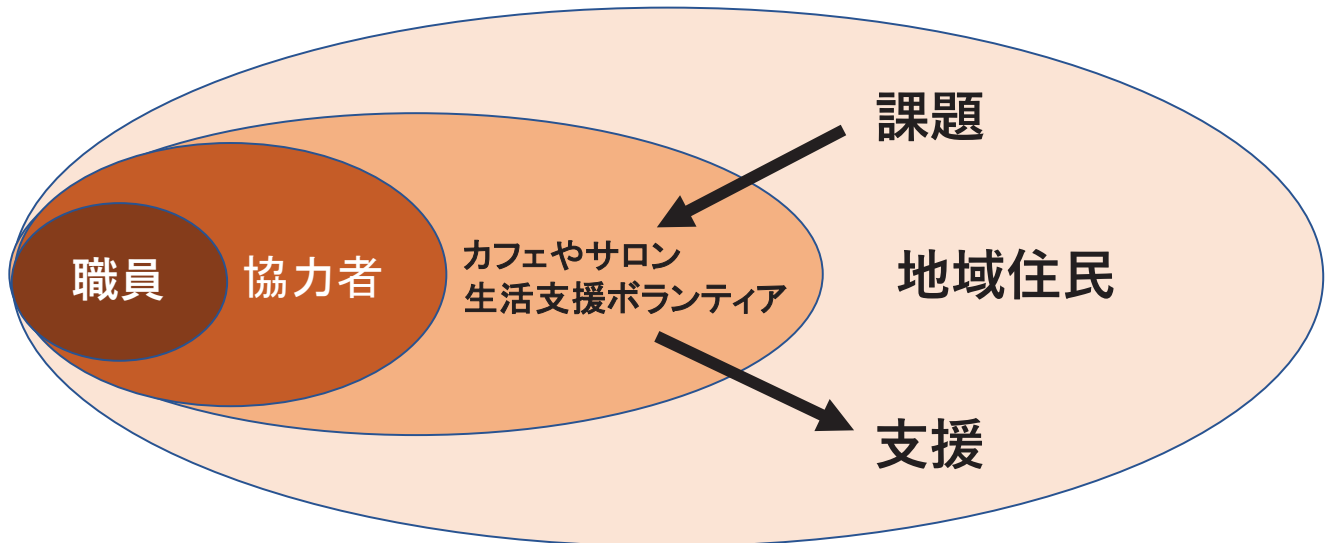


いま地域に求められるのは複合的課題への解決力

運営推進会議は「第3層協議体」

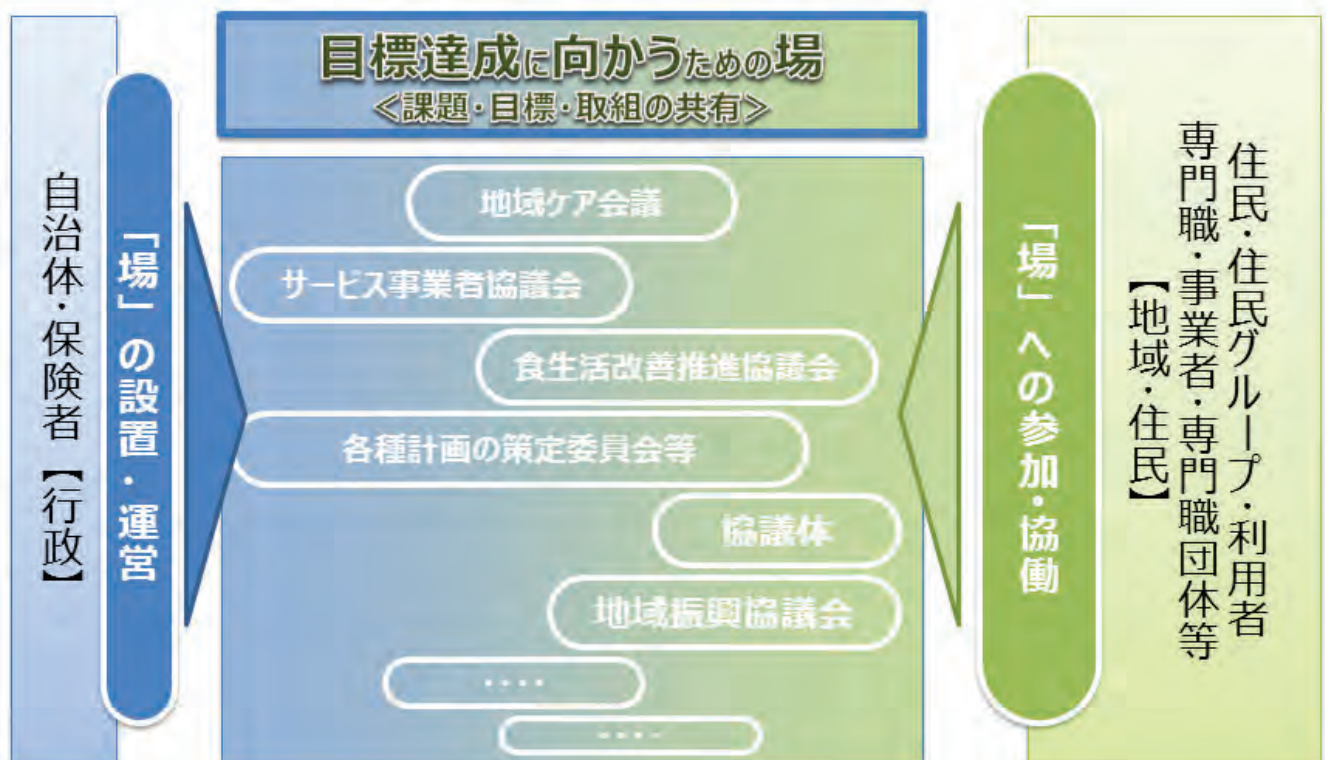


第3層であるための仕掛け

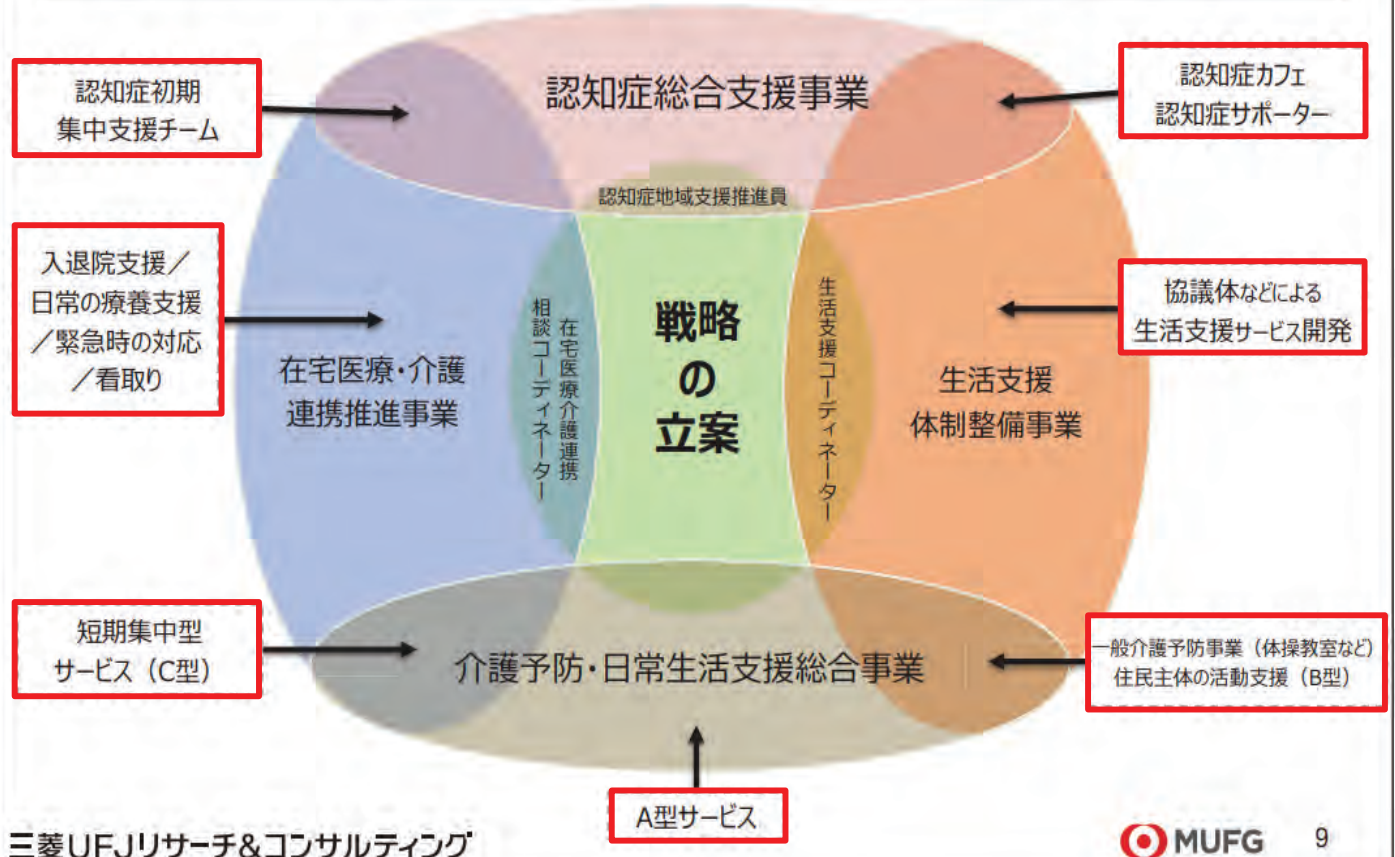


事業所が地域の支援拠点となるためには、利用者の暮らしに目を凝らし、共に課題に取り組む**協力者**と**縁側が不可欠**

求められる「参加と協働」



地域支援事業に落とし込むと ～大切なことは「重なりしろ」の部分にある



求められる地域支援拠点としての機能強化

- 小多機の夜間は夜勤＋宿直（自宅待機可）
- 宿泊者は夜勤が対応、訪問は主にイレギュラーの対応として宿直者や責任者が担う場合が多い
- 在宅で最期まで中重度を支えるためには、**夜勤者による訪問**が不可欠ではないか
- 地域支援の観点から、登録の有無に関係なく緊急対応をしていくことも必要

地域に夜勤者を配置するイメージ



目の前の高齢者の暮らしと地域の課題に向き合うこと
まさに地域包括ケアシステム、地域共生社会の実践です



WAMモデル事業 「小規模多機能の包括的支援機能強化事業」 2年目報告書より

特定非営利活動法人コレクティブ
及び連携団体

見えてきた「小規模多機能の包括的支援機能」

- ミクロ(個)とメゾ(地域)をつなぐ必要
- すなわち個別給付と地域づくりをつなぐサービスを創る
- 地域包括ケア研究会「2040年：多元的社会における地域包括ケアシステムー「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会ー」(平成30年度老人保健健康増進等事業)で問われた「小規模多機能型居宅介護を 地域づくりの拠点と考える」このことの実践事例
- 介護給付: 個別⇒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る
- 総合事業: 多様な力を集めることより、形だけ⇒相当サービスの恒常化
- 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

➤ コロナ禍で確認された小多機の有効性

➤ 実践事例は特別なものではない

よく〇〇法人だからできる △事業所だから可能

地域に出向いた事業所の一步一步の実践

⇒ 普遍化できる

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

介護保険の仕組みは個別給付が基本、それゆえ地域で暮らすこと、生活を支える視点より、如何に報酬を取れるかになる。しかし小多機は生活支援を

そもそも「助けてほしい」と気軽に言える人は少ない。わざわざ相談窓口を訪れるといった相談のハードルを下げる必要がある。

小多機は、常日頃、高齢者に本人やそのご家族と関わる機会を有する。そこでの関わり合いの中でこそ、言える困り事、気づける。

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有る)
- ・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ない訳ではない
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

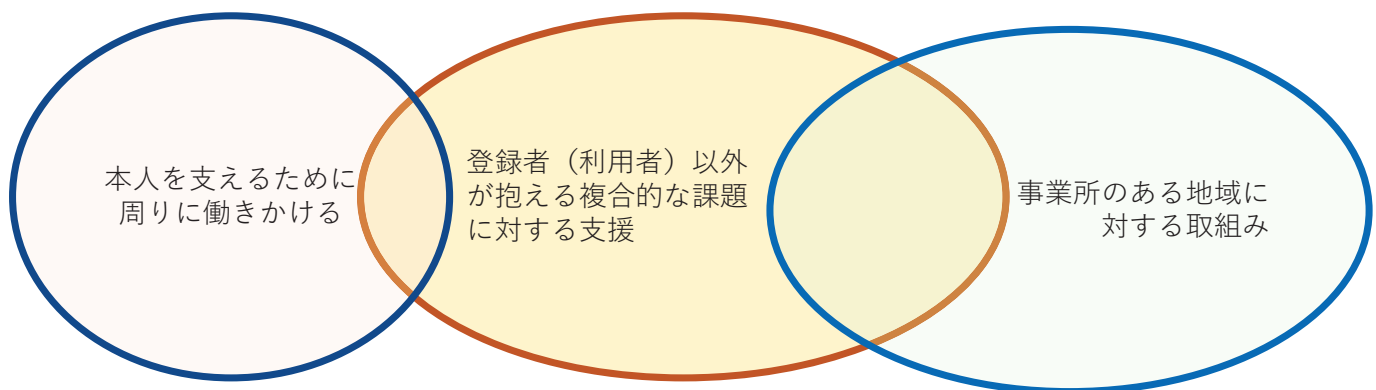
配置されて
いない
ところも
ある

➤ 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

小規模多機能の実践事例の分類



A 制度下での実践

B 多様なニーズ対応機能

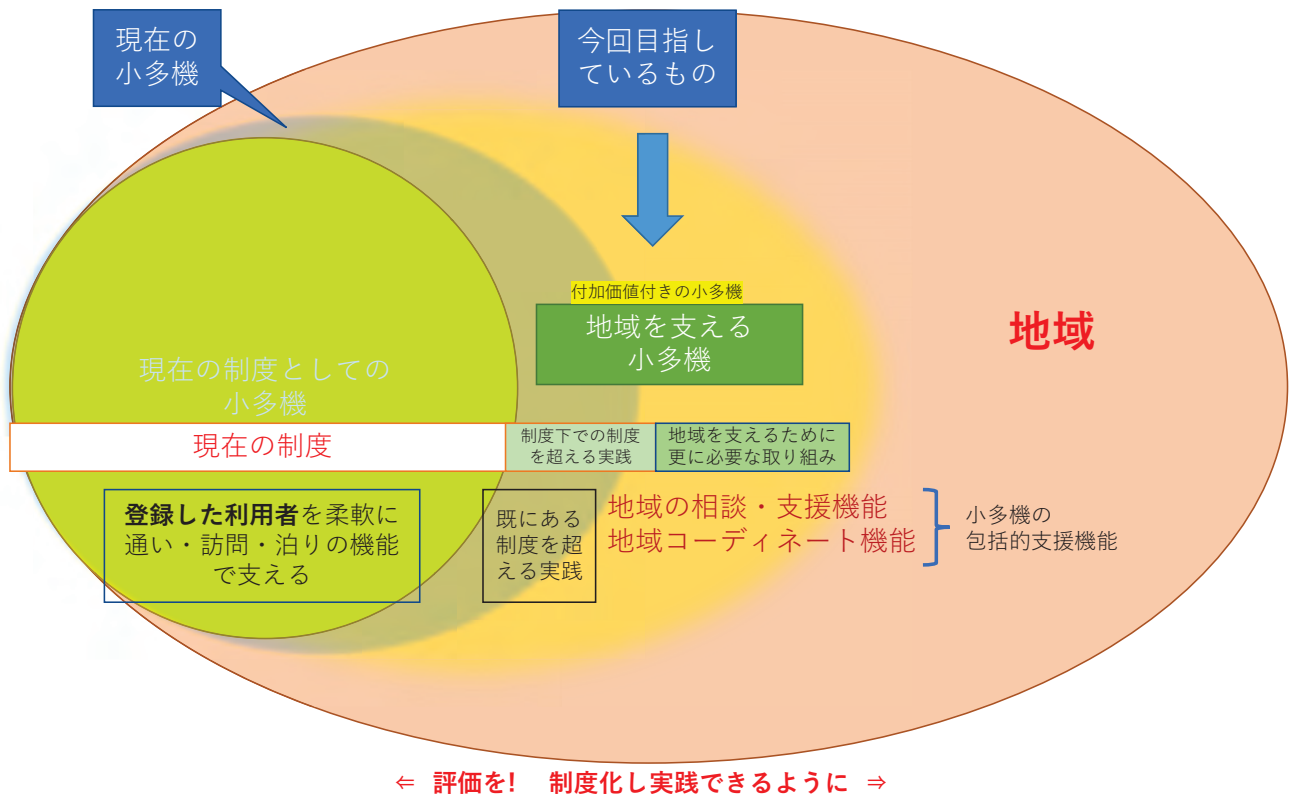
C 地域ニーズ対応機能

E その他の実践(働くことの支援、住民とのプラットフォームづくり等)

⇐

D 地域の総合相談・支援機能

⇒



1年目
報告では

当法人と各連携団体の実践から抽出された
地域を支えるために必要な要素

地域に根差した小規模多機能の利用者支援をベースに

Point 実践による地域の皆さんからの**信頼**があってこそその要素

- ① **地域包括のランチ**
/地域コーディネーターの配置
相談即支援のワンストップ機能
つなぐ・連携・協働
- ② **軽度から重度まで** 地域一貫
介護予防/参加/地域づくり
- ③ **生活支援サービス**
- ④ 地域の安心拠点：**地域ケアステーション**
バラバラではなく統合化/地域に夜勤者も

2年目
の検討

チームで行うコーディネート機能

➤一人の有資格者が行うものではない

- ・ 小規模多機能は、ケアマネ、看護職、介護福祉士、(社会福祉士、精神保健福祉士)、(PT.OT)、等の専門職がチームをつくっている
- ・ ソーシャルワーク、コミュニティワークが問われる

➤相談と支援が一体(ワンストップ)で行える、専門へつなぐ

➤事業所に人材が必要

- ・ 事業所のリーダー向け研修が必要

➤地域の人材にもなり得る

- ・ 地域包括ケアシステムの構築を担う市町村にとって、地域に最も近いところで地域を知り支援するパートナーとなりえる

【コーディネート機能の研修 (例)】

- ・ 講義・演習
 - ①地域コーディネート機能の必要性とこれからの地域支援
 - ②相談援助の基本のき、地域への入り方
 - ③地域に関わる制度の理解と地域生活継続のための地域資源とその活用
 - ④生活場面における医療・リハ知識の活用の実際・連携
 - ⑤認知症の方々の生活支援： 当事者発の視点
 - ⑥チームマネジメント 地域の皆さんとのチームづくり
 - ⑦地域コーディネート機能の実際とその留意点、実践に向けて
- ・ 視察・実践
 - ⑧視察研修
 - ⑨自事業所での実践研修

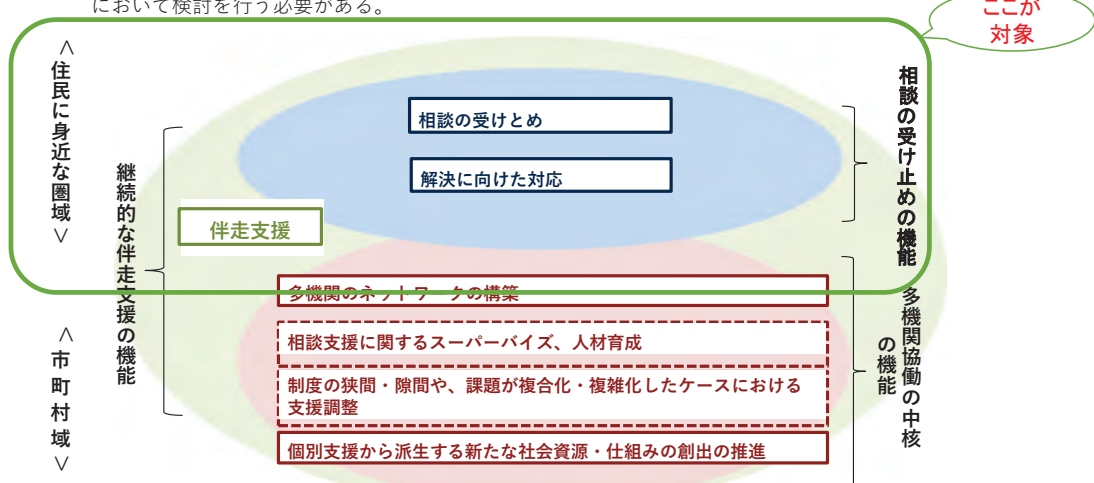
「京都市コミュニティケアワーカー育成事業」「加賀市でのランチ研修」を参考に
熊本県地域密着型サービス連絡会が作成し熊本県へ提案分

具体的には次年度試行・検討

地域包括より
身近な地域

圏域について

- 「断らない相談支援」を行う場として明示するところも含め、市町村域全体で「断らない相談支援」の体制を確保することを念頭に、既存の機関も活用しつつ、地域の実情に応じて市町村において検討を行う必要がある。



- ※ 都道府県は、DVや刑務所出所者など、地域からの排除や偏見の対象に陥る可能性があるために住民に身近な圏域で対応しがたい場合や、専門的な相談が求められる場合に対して、広域的な観点からバックアップ等を行う必要がある。
- ※ 介護、障害、子ども、困窮のそれぞれの圏域の違いに留意する必要がある。

介護給付事業と総合事業をつなぐ 地域づくりとつなぐ 制度が

必要

➤現在の介護

- ・ 介護給付: 個別⇒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る
- ・ 総合事業: 多様な力を集めることより、形だけ⇒相当サービスの恒常化
- ・ 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

バラ
バラ

➤これからの介護

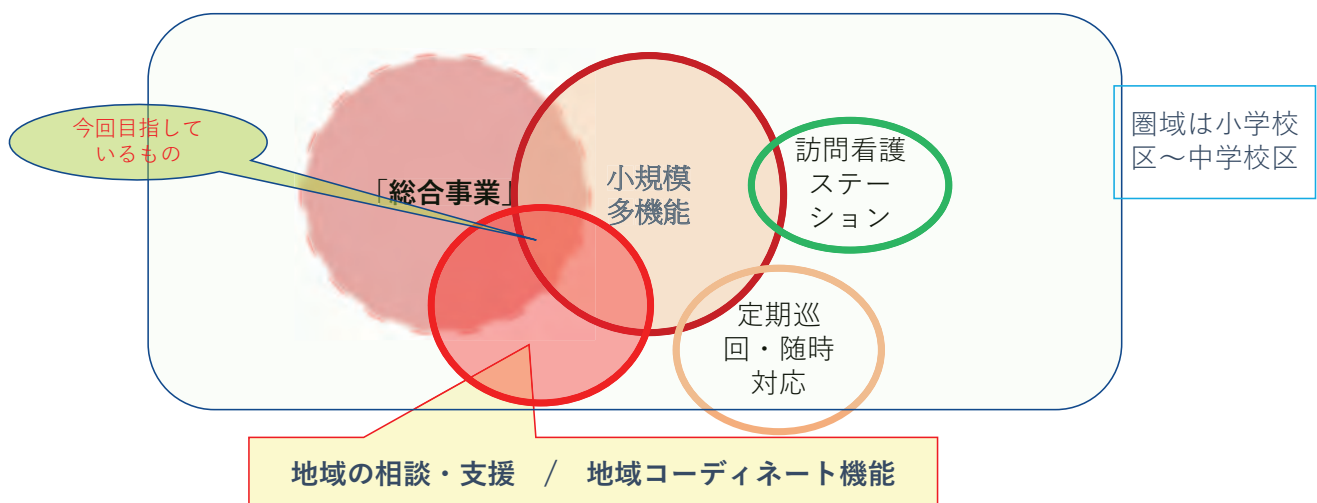
- ・ 加賀市の取り組みのように、地域密着事業所に相談・支援と地域コーディネート機能を持たせ、地域包括支援センター(可能なら直営)と有機的につながる
(これは、現在の小多機全部に対してではなく、実践できる事業所のみ:類型化)
- ・ 介護人材不足の中、メゾを想定した支援の在り方を介護保険に組み入れる
- ・ 個別給付と地域への取り組みを併せ持つ地域の拠点が必要
- ・ 地域共生社会づくりを想定した仕組みへ

統合化

今回のモデル実践後の構想

ミクロ(個)とメゾ(地域)をつなぐサービス

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)を持ち、地域の拠点を創る実践を行う圏域を支えることのできる付加価値付きの小規模多機能



WAM助成モデル事業について

WAM助成モデル事業とは

モデル事業は、社会課題が一層複雑化するなか、これまで民間福祉活動団体が培ってきたノウハウや連携体制をもとに、事業を通じて新たに明らかとなった課題や社会的に認知が進んでいない課題に対応し、国や自治体において政策化・制度化を目指す新たな「モデル」となり得る活動を募集します。

対象事業：次の（１）又は（２）のいずれかの事業であり、かつ、通常助成事業と同様の助成テーマに該当し、要望団体が自ら主催する事業とします。

（１）地域連携活動支援事業

助成先団体が関係機関との継続的・相互的な連携体制の構築を通じて、政策化・制度化を目指すことをもって、地域における面的な成果の広がりを目指す事業



（２）全国的・広域的ネットワーク活動支援事業

助成先団体が幹事的役割を果たし、各地域のNPO等との継続的な連携体制の構築を通じて、政策化・制度化を目指すことをもって、全国的・広域的なセーフティネットの充実を図る事業



当 福祉医療機構助成モデル事業 タイムライン

1年目	2年目	3年目
「包括的支援の実践」を全国6ヶ所で行い制度化すべき要素を抽出	抽出された地域を支える小規模多機能の「包括的支援の実践」を実践	小規模多機能の「包括的支援の実践」を継続全国へ普及、制度化へ
【モデル実践】 当法人と連携5法人でのモデル実践。 それぞれの条件下で、「包括的支援」を試行し、実績を積み上げる。 【報告書づくり&報告会】 実践の中から、小規模多機能での「包括的支援」の在り方を探る	【モデル実践】 1年目の中から抽出した方向性に向けて、当法人と連携法人でモデル実践。 実績を見える化し、データを集める。 【報告書づくり&報告会】 実践から、小規模多機能の包括的支援の制度化に向けた枠組みを創る	【モデル実践】 継続 【全国へ波及】 全国の事業者と行政・関係者向けに働きかけ、制度化の必要性を広める 【成果報告書&報告会】 制度化に向けた実践の見える化と行政・事業者への働きかけ
地域共生社会づくりに向け、新たな包括的な支援に取り組み、地域を支える(付加機能付きの)小規模多機能を創る		

1年目・2年目報告書は、www.kinasse.jpを参照ください

～介護サービスと地域づくりをつなぐ～

フォーラム in 加賀

当日資料① 実践報告

○開催日時：令和4年8月28日（日）10時～17時

○会場：ホテルアローレ（加賀市片山津温泉）

WAM モデル事業連携団体

社会福祉法人共友会(石川県加賀市、小松市)

社会福祉法人地域でくらす会(鳥取市)

心のひろば(東京都青梅市)

やまなみ介護生活(福岡県大牟田市)

筑後優友舎(福岡市)

熊本県地域密着型サービス連絡会

チーム福祉くまモン

WAM モデル事業実施団体

特定非営利活動法人コレクティブ

<http://www.kinasse.jp>

熊本市東区戸島西 1-23-63

Mail: info@kinasse.jp

Tel 096-285-6312 / Fax 096-285-6342