

人生100年時代を支える住まい環境整備モデル事業

# 介護サービスと地域づくりをつなぐ

## 研修会

○開催日時：令和5年12月9日（土）14時～18時30分

○会場：熊本市国際交流会館 第3会議室

一部 14:00～15:50

地域で介護するということ  
～相談支援の実際～

まち全体で見守る、地域資源とのネットワークづくりの実践

講師 鞠の浦さくらホーム 石川裕子さん

実践から提案 人生100年時代を支える住まい環境整備モデル事業

地域支援事業と個別給付事業を併せ持つ地域密着型サービス事業所を

特定非営利活動法人コレクティブ 山下力、川原秀夫

3年間のWAMモデル事業での実践から、本年度老健事業「地域密着型サービス事業所の拠点機能を活用した地域包括支援センターの効果的な運営に関する調査研究事業」へ

二部 16:00～18:30

加賀市の取り組み

地域密着型サービス事業所を活用した地域包括プランチ ～行政と事業者双方にプラス～

講師:石川県加賀市 相談支援課 課長 西ミキさん

社会福祉法人共友会(石川県加賀市・小松市) 理事長 岩尾貢さん

(主催:特定非営利活動法人コレクティブ)



## 相談支援の実際

地域で介護すること  
——まち全体で見守る、地域資源との  
ネットワークづくりの実践——

鞆の浦・さくらホーム

<http://www.tomo-sakurahome.net/>

石川裕子

### 自己紹介：石川裕子

社会福祉士・主任介護支援専門員  
民藝、俳句を通して日常をみつめる  
岡山大学修士課程で文化人類学に触れる  
「わたし」が町と事業所とまじり合っている

- ① トラブル三昧で飽きない日々
- ② 曖昧さ・越境することの面白み



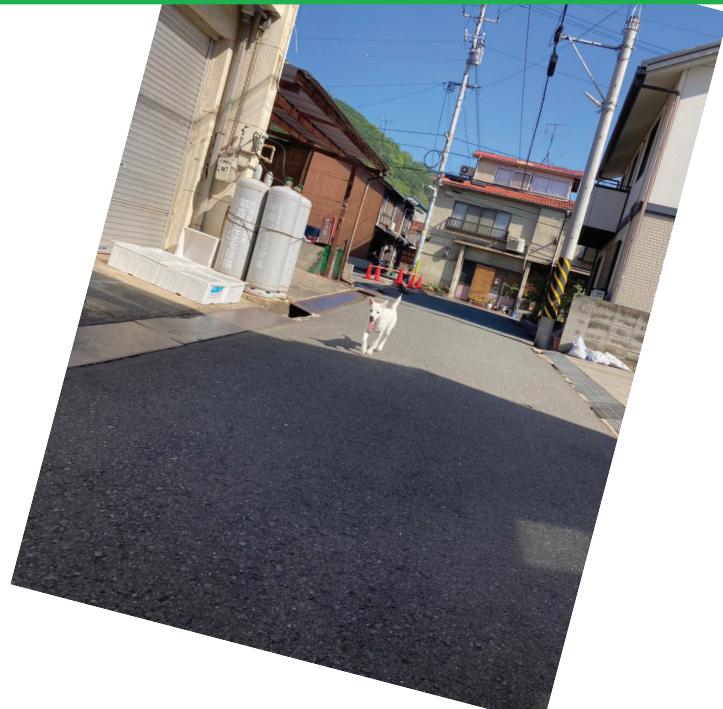
## 百歳の誕生日の迎え方



## 認知症の利用者さんとの早朝散歩



## 認知症の利用者さんとの早朝散歩



## 認知症の利用者さんとの早朝散歩





大腿骨骨折術後退院して1ヶ月の  
たみこさん（99歳）の暮らし

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
06:00							
08:00	訪問						
10:00	通い	通い		通い	通い		
12:00			訪問			訪問	訪問
14:00							
16:00	訪問						
18:00							
20:00	訪問						
22:00							
24:00							
02:00							
04:00							



同級生の清水さん  
とおしゃべり



大腿骨骨折術後退院して1ヶ月の  
たみこさん（99歳）の暮らし

近所の人がスタッフに。  
買い物は行きつけの八百屋で

	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
06:00						
08:00						
10:00						
12:00	同級生との 昔話	入浴	(常夜灯での 休憩やお茶)	同級生との 昔話	入浴	
14:00						
16:00		休憩		寄り道	休憩	
18:00						
20:00						
22:00						
24:00						
02:00						
04:00						



❖サービスありきでなく、  
生き方を捉える視点

家の前のたま  
り場で休憩を！

もらったおやつを  
鈴木さん孫に届ける

時には一緒に、常夜灯へ、  
病院・お茶屋・ぜんざい屋へ行こう



人は介護サービスだけでは幸せになれない

尊厳のある豊かな暮らしに必要なものは、

その人の人生・地域のなかの  
一人ひとりが持つネットワークにある

## 質問

「地域」で介護するということって、どういうことですか？？



今日の「問い合わせ」

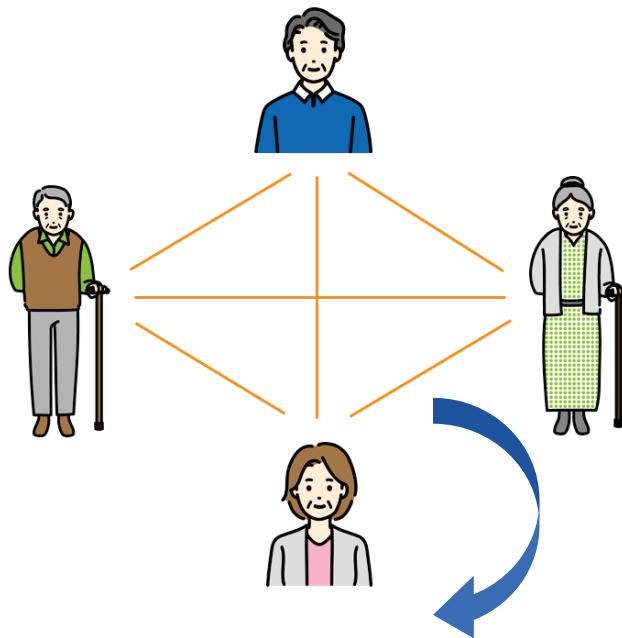
①法人の概要・展開事業の紹介

②鞆の浦の地域性

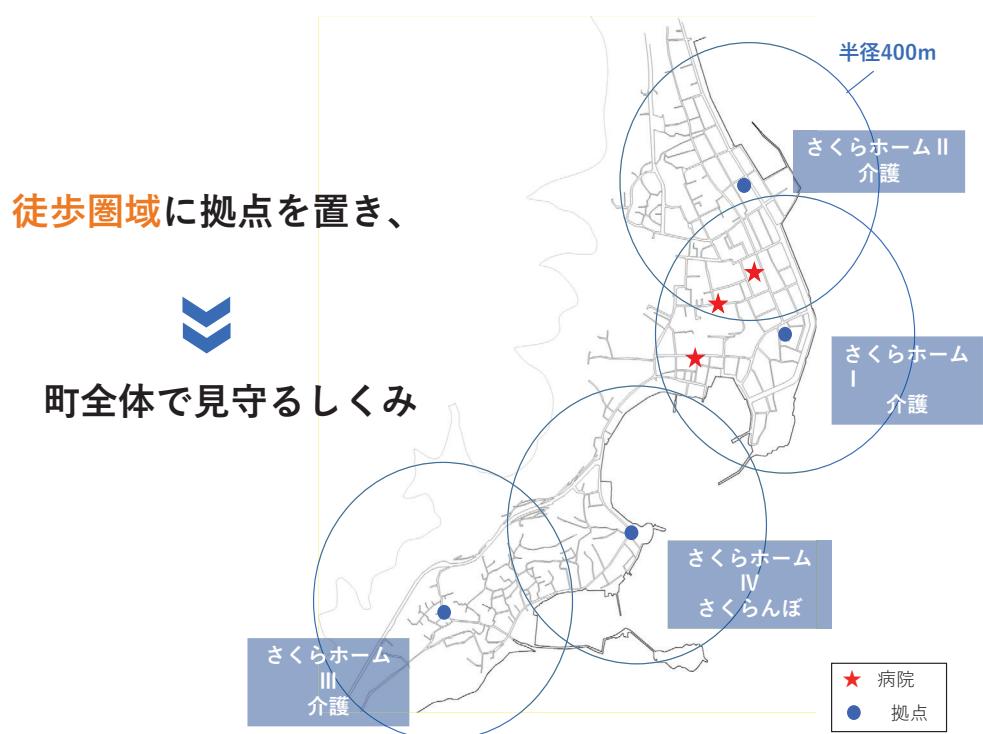
③利用者さんの生き方

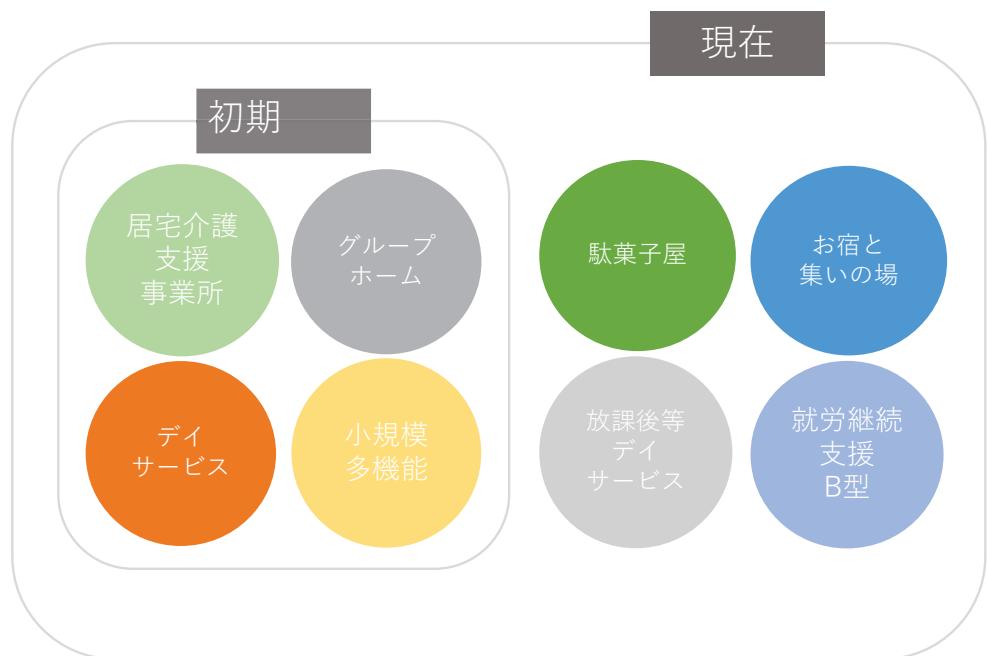
(個人を支える過程と地域をつくる過程)



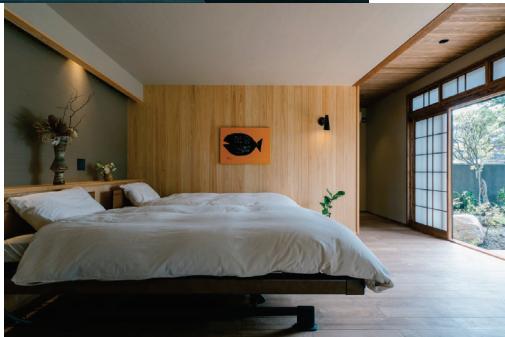


福祉専門職がつなぎ役となり、  
人々が分断しないよう暮らしの中で  
ネットワークを広げる





## 燧治～お宿と集いの場所～



# クランク ~カフェのある公園~

## 就労継続支援B型



**クランクの秋祭り**

2022年 9月24日(土)17:00-20:00

※当日チケットをご購入下さい

食べ物・飲み物

- 缶ビール & 酒ハイ
- ジース
- クリームソーダ
- フライドポテト
- フランクフルト
- キューバサンド
- 射的
- ヨーヨー
- かたぬきなど

ゲーム

会場

沼名前神社

吉本電器店

小島神社

至 福山駅→

バスセンター

ファミリーマート

沼の津ミュージアム

来春オープンのカフェ予定地にて、小さな秋祭りを開催します！

今までお世話にならせて顶いたが、沼名前神社に向かうあの「クランク」のそばには、豊かなお店があったんですね！お庭？いや、公園にいらっしゃる広場…もしここを「カフェのある公園」にできたら、新しい街の魅力のひとつになるかも、そんな事を願い、まずは誰もが楽しめる「小さな秋祭り」を企画しました。ぜひお気軽にお越しください。

【運営元】さくらんぼ・さくらホーム【連絡先】090-7130-4701(羽田和剛)

駐車場はありません

準備・運営は「放課後等ディイサービス」の子どもたちと



受付は「グループホーム」  
入居者さんと一緒に

鞆小学校の5年生と鞆中学校の有志が公園づくりに参画  
(今年度の授業の一環で)





# 広島県福山市



人口 46万人  
(中核都市)  
高齢化率 28%

地域包括支援センター 15ヵ所

## 広島県福山市鞆町

- 空き家・路地中心の風景 (図1)
- 人口減少・少子高齢化(図2)



図1 2020年平地区の空き家の位置  
(白地図に加筆、黒色で示す)

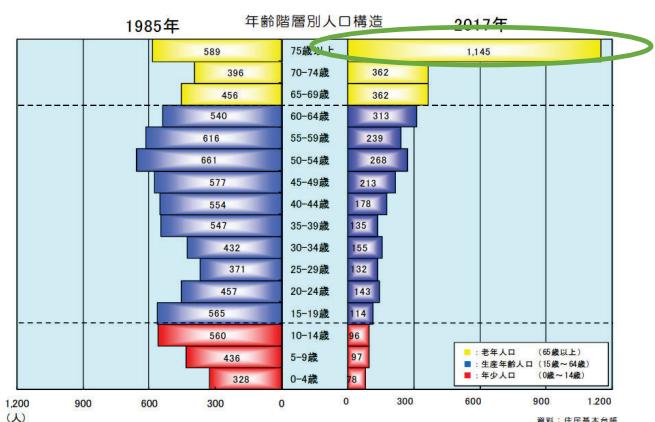
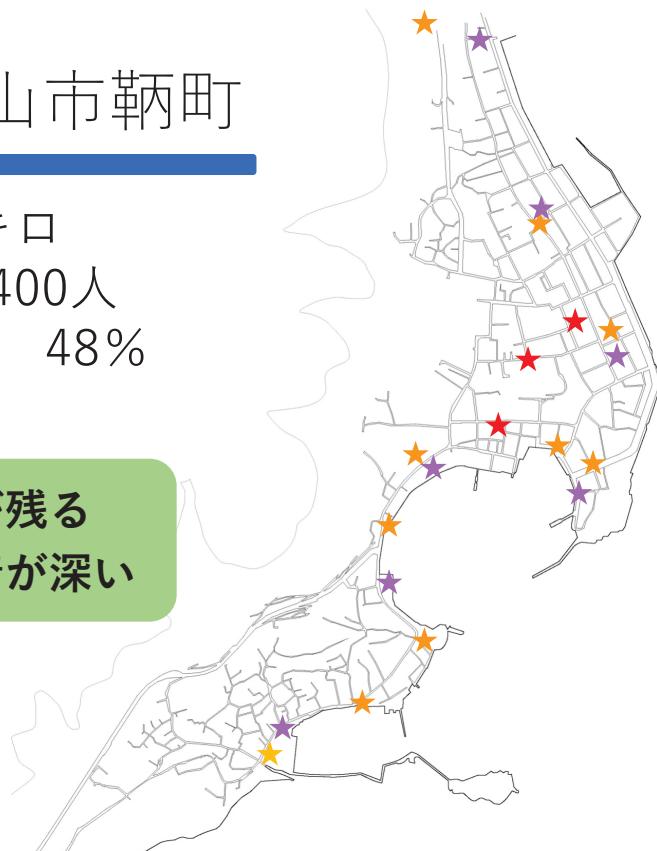


図2 鞆町年齢階層別人口構造  
(出典:福山市都市計画課「鞆町の現状」2017)

# 広島県福山市鞆町

半径2.5キロ  
人口 3,400人  
高齢化率 48%

地域コミュニティが残る  
住民は地域への愛着が深い



- ★病院
- ★既にあるたまり場
- ★新たに作られたサロン

25

【お店にて】  
必死の形相で来るご近所さん



- ★病院
- ★既にあるたまり場
- ★新たに作られたサロン

26

【地域のサロンにて】  
サロン終了後に、  
個別女子会オープン



★病院  
★既にあるたまり場  
★新たに作られたサロン

27

【自宅にて】  
途方にくれてる利用者さんと  
お向かいさん。。



★病院  
★既にあるたまり場  
★新たなサロン

+自宅

28

地域のやりとりを認識し、  
下支えすることが大切



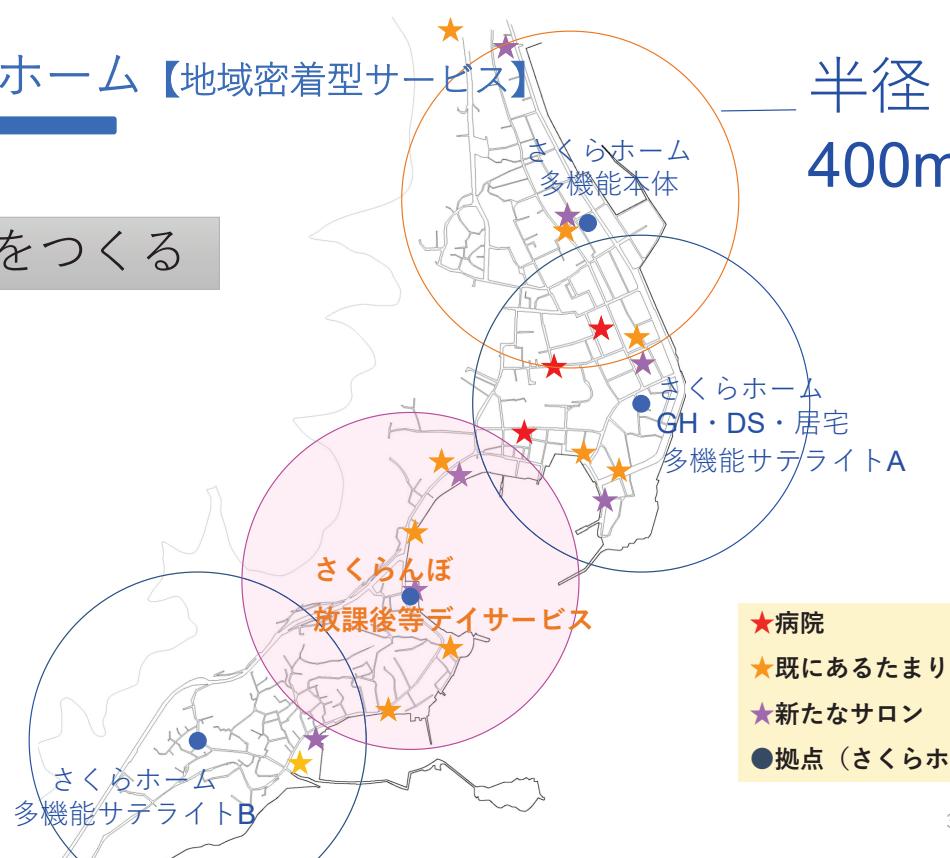
★病院  
★既にあるたまり場  
★新たに作られたサロン  
☆自宅

29

## 鞆の浦・さくらホーム【地域密着型サービス】

徒歩圏域に拠点をつくる

半径  
400m



★病院  
★既にあるたまり場  
★新たなサロン  
●拠点（さくらホーム）

30

## 鞆の浦・さくらホーム【地域密着型サービス】

### - 訪問回数の多さ (表1)

- サービスの枠におさまらない動き
- 地域内に住むスタッフの割合の多さ

表1 さくらホーム小規模多機能型居宅介護2020年4月実績

	実人数/登録定員	通い	訪問	泊まり
本体	29/29人	410回	1579回	166回
サテライトA	12/12人	97回	386回	0回
サテライトB	12/12人	100回	609回	0回



### 今日の「問い合わせ」

- ①法人の概要・展開事業の紹介
- ②鞆の浦の地域性
- ③利用者さんの生き方  
(個人を支える過程と地域をつくる過程)

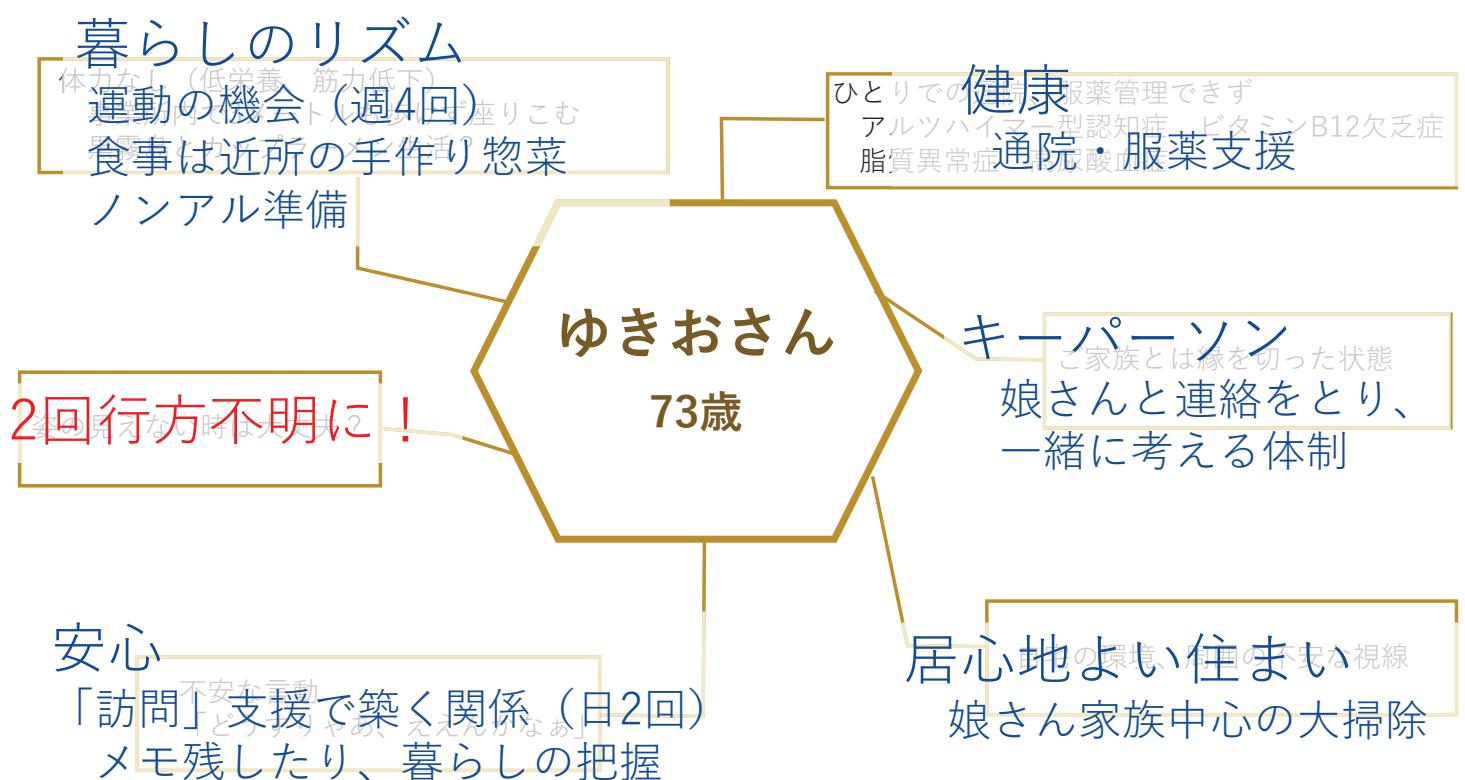
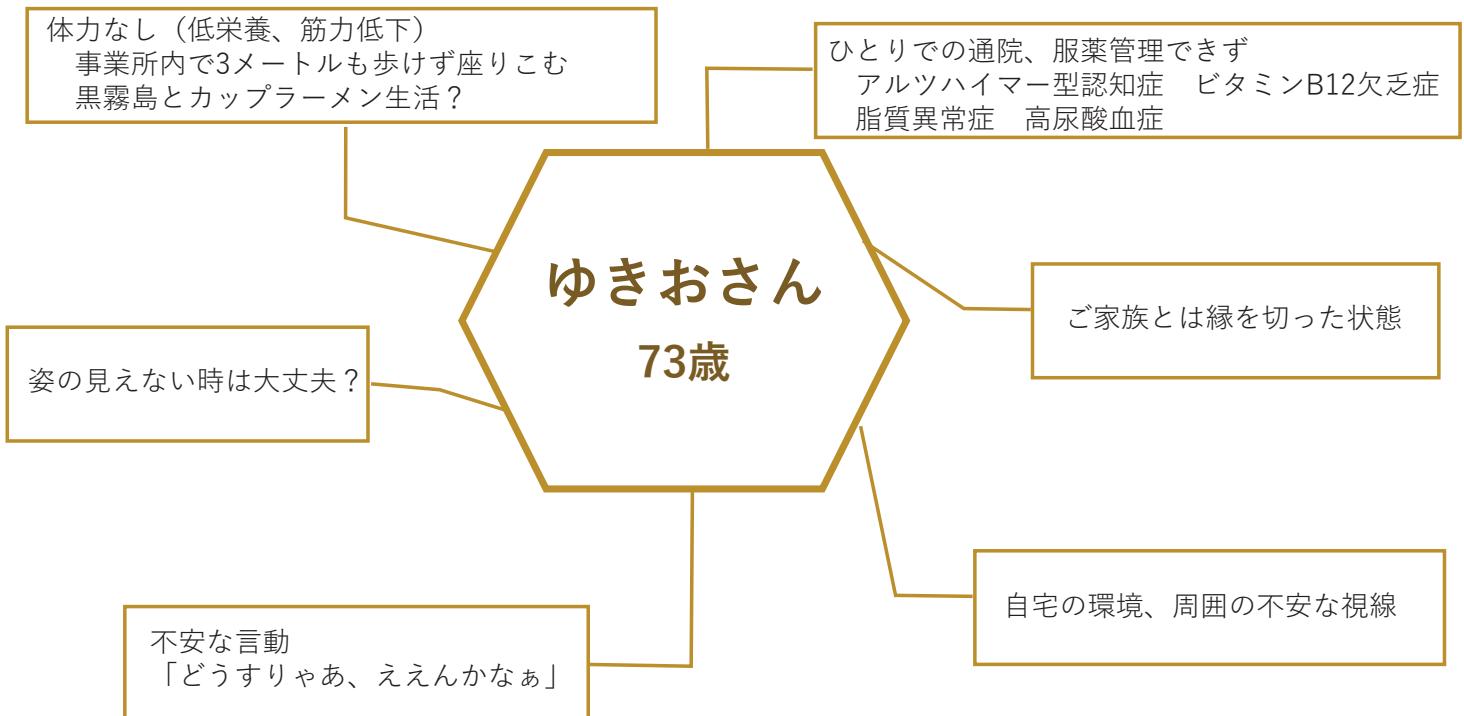
### ③利用者さんの暮らし(ゆきおさん)

33

平成29年夏 自宅からの異臭が強くなり、警察・包括支援センターに苦情が入る

施設入所がよいと思うけど、、、







ゆきおさん、娘さん家族、  
スタッフ、スタッフの家族、  
近所の人たちも参加

さらに、、、  
★町のなかを歩いているゆきおさん  
→『1日2回会えたらよいことがある』  
小学生のあいだで噂が広まる

★「死なせてくれんかなあ」と  
発言するゆきおさん  
→「そりゃあ、さくらホームに行って  
みない！」地域の人が促す

ゆきおさん  
「長生きしてもよいかな」  
ことばが変化してきている

## ゆきおさんのまとめ

いわゆる「孤立者」も、支援の過程で  
あらたなネットワークを構築する可能性がある

### ③利用者さんの暮らし(たけこさん)

39



たけこさん (仮名)

74歳 要介護 3

アルツハイマー型認知症 (HDS-R13点)

高血圧症 ビタミンB12欠乏症

独居

40

### ① 本人の不安は？

「私において、家族がいなくなつた」

→なるべく同じスタッフが伺う  
長年の仕事・洋裁（ワンピースづくり）を依頼



### ② 室内は荒れ放題

足の踏み場のない荷物や猫

→訪問のたびに片付けつつ、  
本人・町内会長さんと共に大掃除

スタッフと大掃除するたけこさん  
(2011年9月撮影)

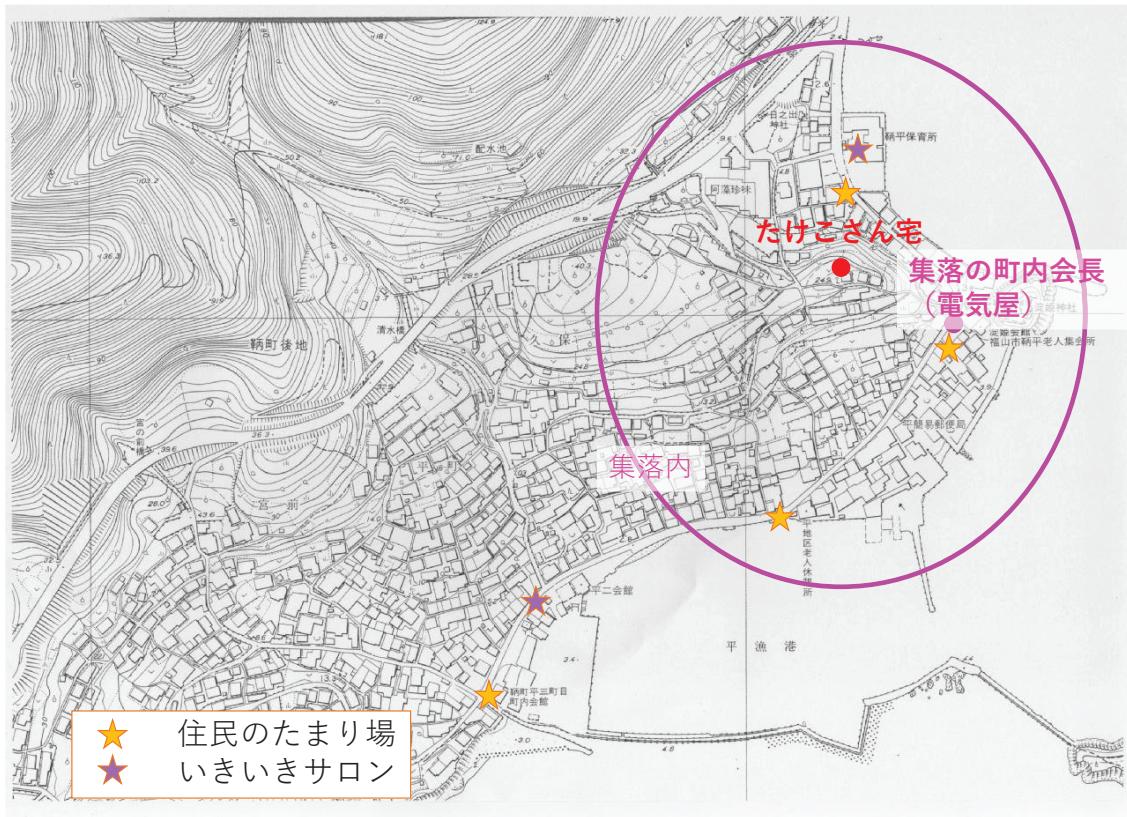
### ③ 命の危険性は？

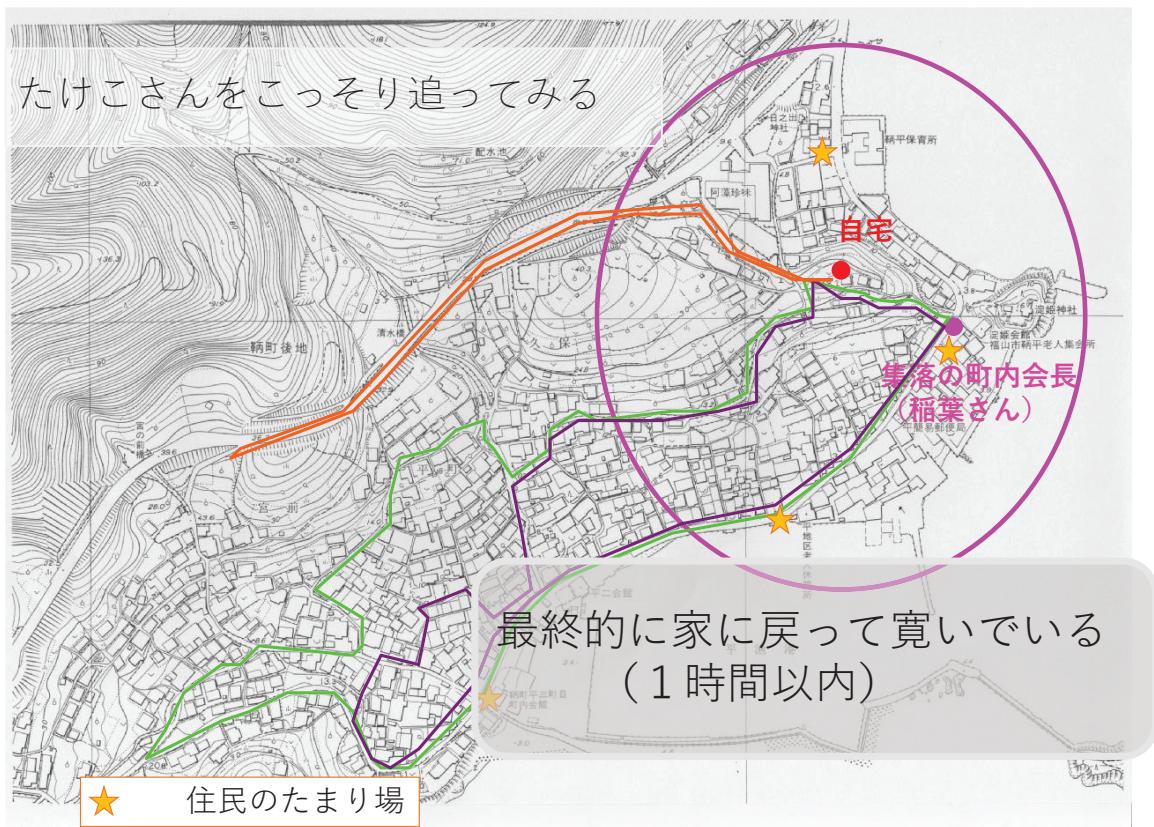
体調 ボヤ

家族を探し出かけるときはどうなつてる？

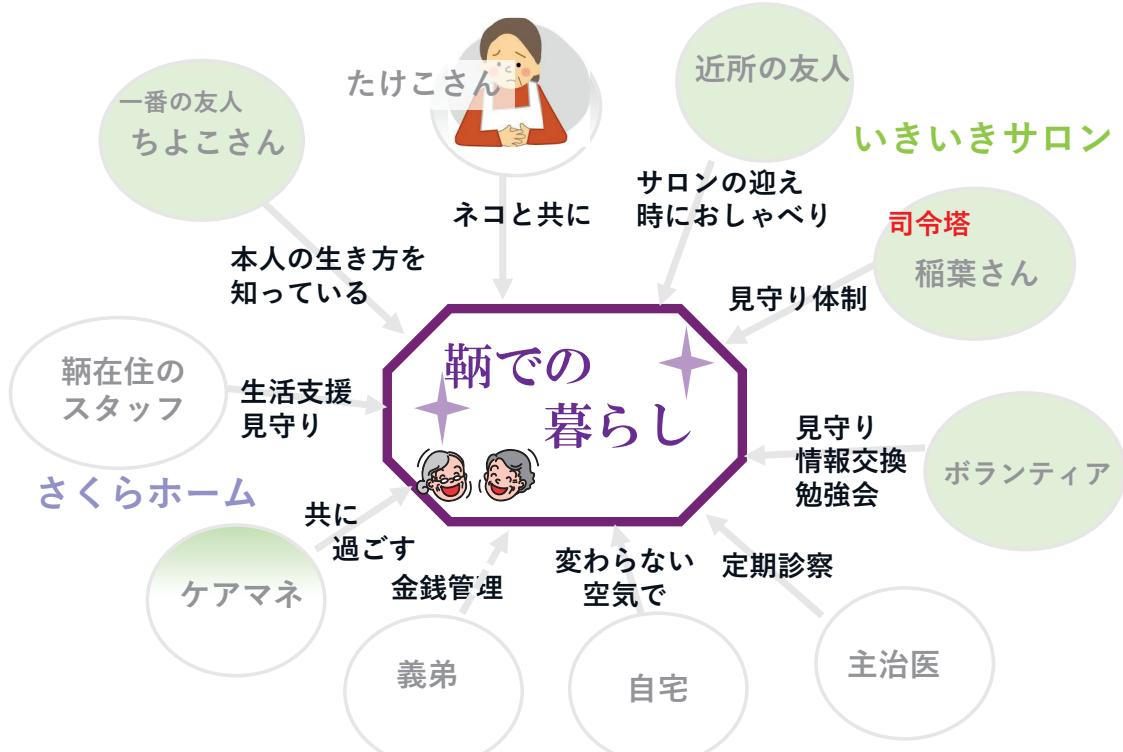
→ 通院、服薬の支援  
ロウソク・マッチの処分、自動消火器の設置

「徘徊」？「散歩」？無事に帰られるの？？？

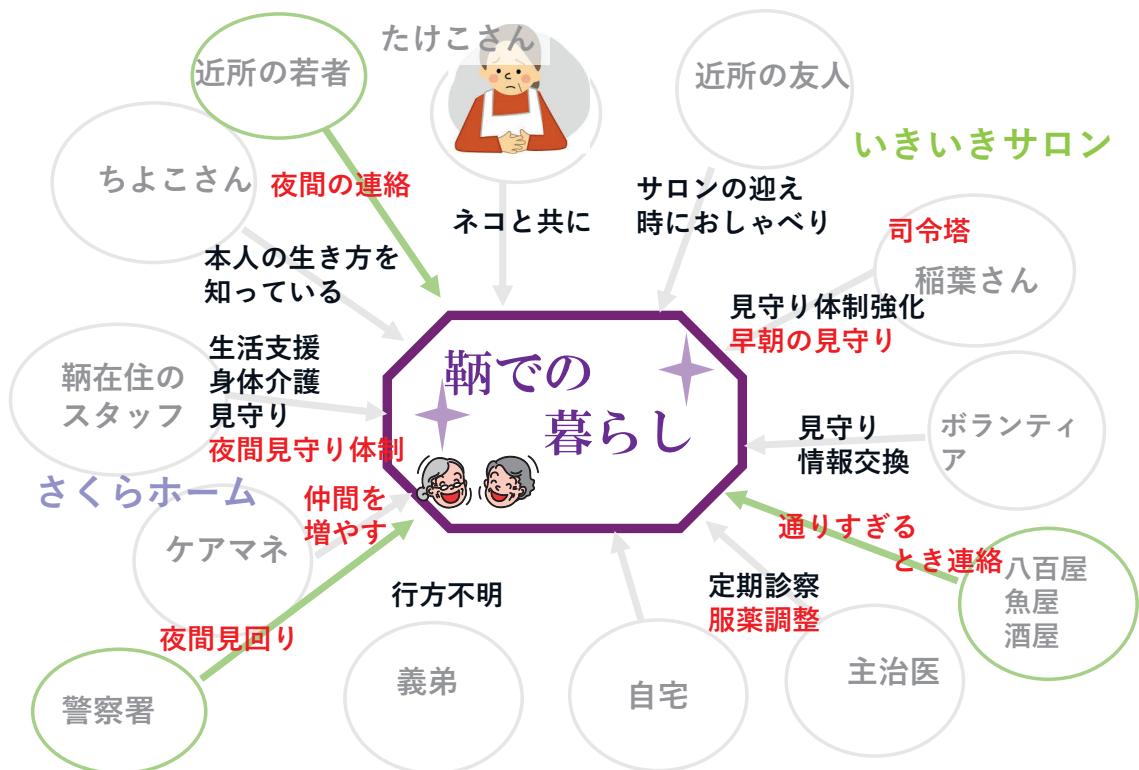




## たけこさんらしい鞆での暮らしを共有しよう 1 「サロン」篇



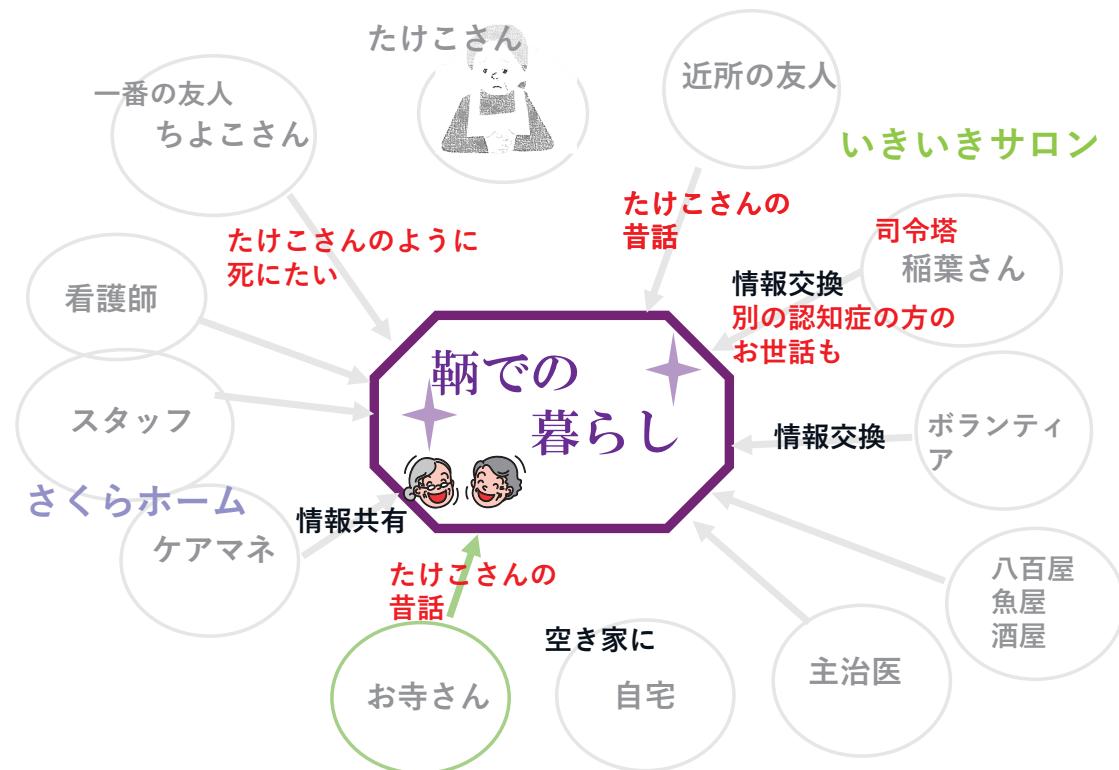
## たけこさんらしい鞆での暮らしを共有しよう2「夜間・コース外散歩」篇



## たけこさんらしい鞆での暮らしを共有しよう3「看取り」篇



## たけこさん生きあとも続く「鞆での暮らし」



## たけこさんのまとめ

最期まで地域にとどまり暮らしきった  
認知症高齢者が、亡くなった後も語られる



地域のなかでのシンボルとして（生き続ける）

### ③利用者さんの暮らし(たかおさん)

49

#### たかおさん



74歳 独身男性  
要介護4認定  
肺がんの脳・骨転移（終末期と診断）  
パウチ・バルンカテーテル・麻薬貼り薬管理

「退院して帰りたい」

# 支援経過

## 利用当初の週間計画



## 3週間後の週間計画

日曜	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
訪看	看	看	訪看	看	看	看
				往診		
ス	ス	ス	ス	ス	ス	ス

日に2回の訪問支援 (AM 看護職対応)  
病院の往診、訪問看護ステーションとの連携  
電動ベッド、馬蹄型歩行器、スロープレンタル

日曜	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
ス	ス	ス	ス	ス	ス	ス
訪看	看	看	訪看	看	看	看
					往診	
ス	ス	ス	ス	ス	ス	ス
ス	ス	ス	ス	ス	ス	ス

日に4回の訪問支援 (早朝、夕方 訪問追加)  
エアマットレンタル追加

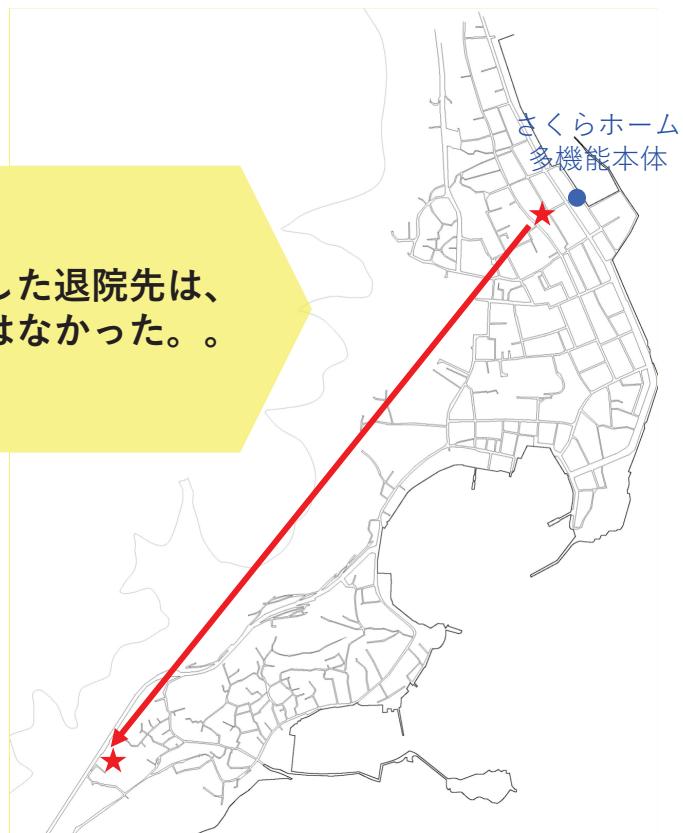
たかおさんの希望した「暮らし」

- ★ ゴミ屋敷じゃない家での生活
- ★ ベルーナの通販・おせち料理
- ★ 缶酎ハイ「ストロングゼロ」
- ★ 時代小説・中国新聞・テレビ

・・・

本人にとって、尊厳のある豊かな人生なのだろうか

たかおさんの希望した退院先は、  
住み慣れた自宅ではなかった。。



53

不愛想なたかおさんから、ポロリと出た話題は、

生まれ育った集落

身内のこと・仕事

同級生・友人らの  
名前

## 身内のこと・仕事

姪さん、本人双方におもいを伺う  
半年前まで一級建築士として仕事  
(兄の家、葬儀場もたかおさんが設計)  
・施設入所した兄夫婦との再会

自宅に荷物を取りに行った際、  
幼ななじみに声をかけに寄る  
・連絡先を交換する  
集落の子（看護師）も  
「訪問」支援に入る  
集落の忘年会を開くよう調整する

## 生まれ育った集落



名前の出た人たちと一緒に寄る

- ・別の友だちも、自由に遊びに寄る
- ・友だちから料理が届く  
(すき焼き、イカ焼き、  
お好み焼き、どら焼きetc)



### 同級生・友人らの 名前

### 最期の日のできごと



- ・専門職に加え、友人も集まる
- ・主治医との「看取りの未契約」事件
- ・「ハンバーグ」「お供え団子」事件
- ・呼吸停止を発見したのは、友人

## たかおさんのまとめ

後日、、、寡黙な幼ななじみからお礼を言われる  
↓

たかおさんを通して、新たな人との関係構築  
一緒に支えた、一緒に悩んだ記憶の共有

⑤利用者さんの生と死(はるえさん)



家族の要望に寄り添いたいけど

わたし達の支援って、どうすればいいの？



嫁さん

おばあちゃん、混乱してしまって。（涙）  
できれば、毎日でも「通い」や「泊まり」を利用してもらいたいです。。

第1期

夫の急死による、混乱の増幅

通ってもらうために、自宅に伺っても断られる  
はるえさんも私たちも、困り果てる

救世主現る！

（自宅で地域の人たちと出会う）

本人のことを教えて

一緒に支えて…

バイクでの事故で入院中、全身打撲で痛みがあり、看護師さんに止められても便所まではふく前進して行きよーたわ

大正生まれのおじいさん（夫）のほうが、「はるえー、はるえー」と後ろをついて歩きよーた

鉄工所で働きよーる時、一緒に、よう若いもんをおちょくりよーた～

声が高うて大きいじゃろう。歌がうまかったんで！

必ず朝日晚、夫婦でサンや柱、畳など拭き掃除をしょーたおじいさんが圧迫骨折しても、しょーた

原付バイクで18キロ先の息子宅まで、魚を持っていきよーた

しゃんしゃんよ～あんたらが勝てるわけがない あはは



お金の貯め方について、隠し場所について、よう教えてもらうたやあ

戦後韓国から戻り…母親も妹らも、「姉ちゃん」「姉ちゃん」と一番頼りにしょーたんで

そりやあ、もう。じゅんならんかったでー

## 地域の支え

- ：一緒に自宅で過ごし、「通い」にも同行する
- ：「通い」の声かけや、家に連れて帰る
- ：見かけたら声をかける
- ：見かけたら、家に連れて帰る



### 認知症の進行・家族の負担感の増加

### 「通い」「泊まり」中心の支援体制

- ・事業所での「泊まり」でなく、自宅「泊まり」
- ・「泊まり」利用に向けての家族での旅行
- ・『はるえさんスペシャル』勤務体制
- ・入浴までに4年
- ・介護家族の集まり、、

### + 地域との関係調整

うわさ話の対象に…  
尊厳について考える

### 地域の支え

- ：夕方など、時に顔を出す
- ：スタッフからのSOSがあると「通い」の声かけをする  
夜間の状況など、スタッフへ報告する



はるえさん  
膵臓癌末期と診断

長年介護してきた息子さん夫婦の希望  
「ここまでやってきたのだから、最期は自宅で看取りたい」

看取りをチームで支援

最期まで、安心できるように

お付き合いしてきた  
人たちも一緒に

帰宅直後に、姉妹友人が立腹される

〈迷惑〉

「調子が悪うなって追い出すはどういうことか」

「どこでもええけえ、入院させちゃる」

「嫁さんが倒れたら、どうするんな」

↓

「そんなふうに言われたら、無理に自宅では看取られない」

専門職が「親戚」に個別アプローチ

息子さん夫婦のおも  
いを伝える

はるえさんらしい生き方の確認

専門職・主治医の支  
え方を伝える

周囲の人たちの不  
安へも対応

はるえさん

2か月：自宅と事業所とを行き来する

最期の2週間：自宅にて過ごす



妹さんらと寛ぐはるえさん  
(2012年1月撮影)

### 姉妹・友人

毎日、はるえさんの自宅に顔を出した。  
本人のそばで昔話をし、盛り上がる  
(亡くなる前夜には、悪口大会に)

## はるえさんのまとめ

- ①専門職だけでは人の支援はできない
- ②地域の人全員ではない。でも、好きな人たちと一緒にかかわることの幸せ
- ③その後も、その人たちとの関係は切れず

妹さんが、数年後さくらホームの利用者となる

## はるえさんの亡くなったあとも引き継がれる

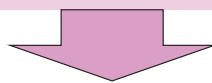


### 10年後の異なる「場」でのできごと

- ・はるえさんの妹さんの看取りの姿に研修生が衝撃を受ける
- ・妹さんを通して、はるえさんが語り継がれる
- ・「次は私も頼むね」姪さんのことば



利用者さんが地域で暮らすことで  
「ケアする人」／「ケアを受ける人」  
という視点から  
「共に生きる人」へと  
住民の意識が変容していきます。



地域共生社会へ

これからは社会福祉から地域福祉へ

制度によるサービスを利用するだけでなく、  
地域の人と人がつながりを大切にし  
お互いに助けたり、助けられたりする関係や  
その仕組みを作っていくこと



## 質問

「地域」で介護するということって、どういうことですか？？



ひとりの人がどんな人生を歩むのが  
その人らしいかを、  
地域の人たちと一緒に考え、支え、  
共有することです。

教育：ひろげる  
介護：削いで閉じて、統合する  
**本質は向き合うこと**

**専門職だけでなく、みんなができる**

## 令和4年度スマートウェルネス住宅等推進事業 住まい環境整備モデル事業

人生100年時代を支える住まい環境整備モデル事業とは

国土交通省が所管する「スマートウェルネス住宅等推進事業」の一つである「人生100年時代を支える住まい環境整備モデル事業」における提案事業にあって、評価委員会による評価を踏まえて国土交通大臣の選定を受け、そのうえで、補助金の交付申請をし、交付決定を受けて実施する事業です

# 丸ごとセンター(地域ケアステーション) 整備事業計画

代表提案者 特定非営利活動法人コレクティブ

共同提案者 医療法人 フロネシス

居住福祉空間研究所

近畿大学 建築学部 居住福祉研究室

## 丸ごとセンタープロジェクト

WAMモデル事業 小規模多機能の包括的支援機能強化事業(R2~R5年度)より

### ■事業内容(モデル実践事業)

#### ①現在の介護保険の枠を超える実践の収集

・認知症カフェ、働く場、困りごと相談センター、地域包括支援センターのブランチ機能、地域コーディネーター機能

#### ②地域包括支援センターのブランチ・地域コーディネーターの実践

#### ③地域を支えることができる制度の提案



### ■上記の事業から導かれた成果(見えてきた地域課題・政策課題)

#### ①介護事業所と地域をつなぐ必要性(人を支えるから地域も合わせて支えるへ)

#### ②統合化された地域ケア拠点(バラバラにある拠点の統合)

#### ③生活支援の重要性(暮らしていくための支援がなくなると生活できない)

→地域ケアステーションの整備が必要

## 「丸ごとセンター(地域ケアステーション)」整備プロジェクト

プロジェクトを責任をもって遂行する推進委員会を代表提案者と共同提案者の各代表で行う(最低月1回) その下に担当を置く。担当はこれからを担う若手が中心となる。

更に推進委員会の下に本事業の事務局を置く。(代表提案者の事務管理部門が担当し、税理士が監査する)

### 推進委員会

行政との関係づくり

事務局

日程調整・経理等

相談・支援事業  
地域人材発掘事業

地域住民に対する意  
識調査事業

地域ケアステーション  
整備事業  
建築の設計

主担当 代表提案者 NPO法人コレクティブ

主担当 共同提案者 居住福祉空間研究所

共同提案者 医療法人 フロネシス

共同提案者 山口健太郎(近畿大学)

他団体との協働 要素の抽出と広報

協力研究者 佐藤 哲(熊本県立大)

地域住民との協働

地域住民、県立大生の参加

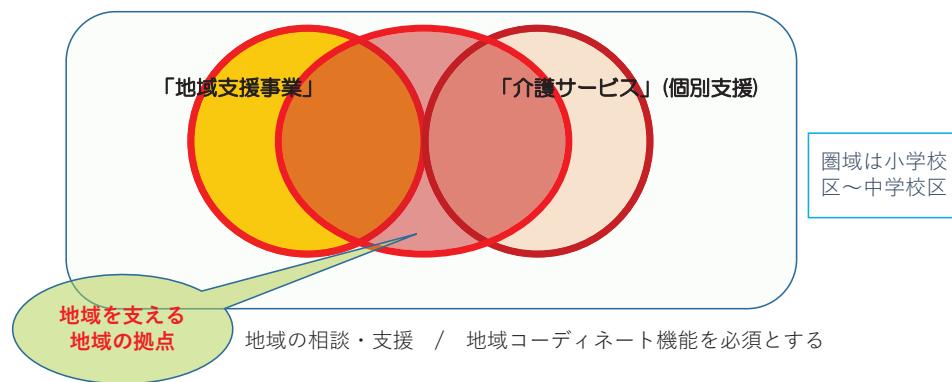
## 今回の計画に向けて 視察を行った事業所

- マギーズ東京、暮らしの保健室(東京)
- 春日台センターセンター(神奈川)
- シェア金沢(石川県)
- ケアセンターきたおおじ(京都)
- 亀山ベース(広島)
- 鞆の浦さくらホーム(同)
- 尾道のおばあちゃんとわたくしホテル +小多機ゆずっこホームみなり(同)
- アンダンチー(宮城)
- つむぎ八幡平(岩手)
- 美瑛慈光会(北海道)

## これからの構想

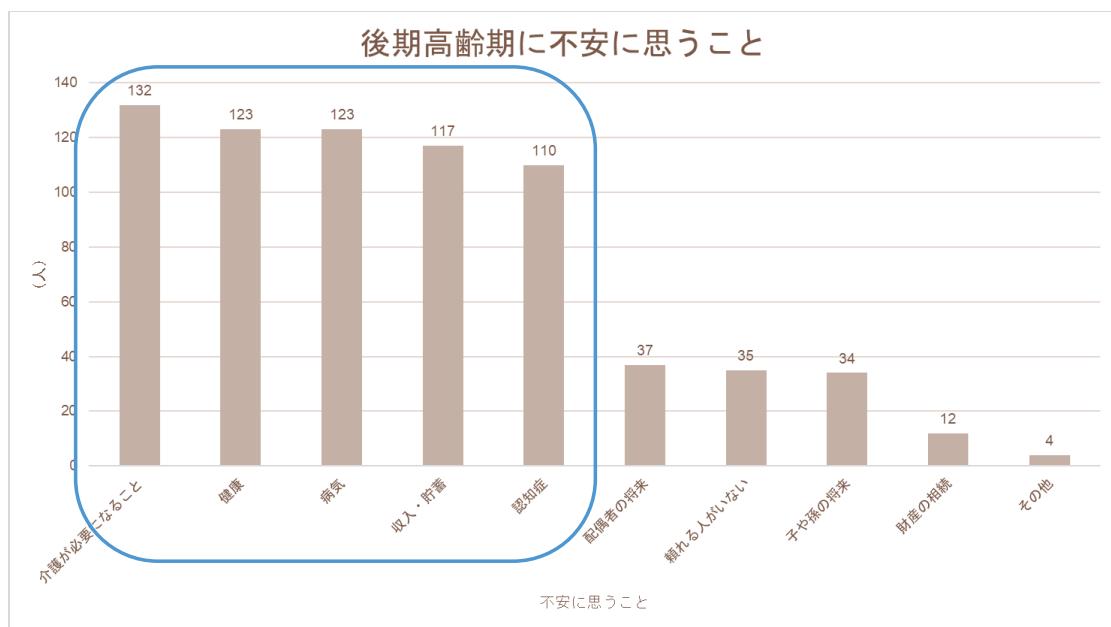
ミクロ(個)とメゾ(地域)をつなぐサービス拠点

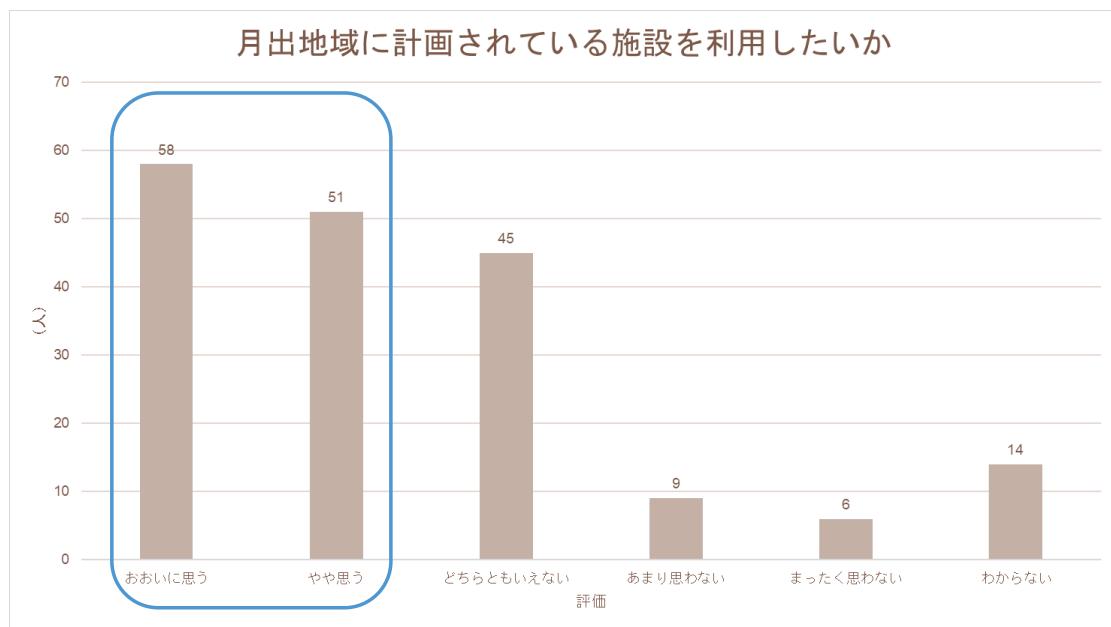
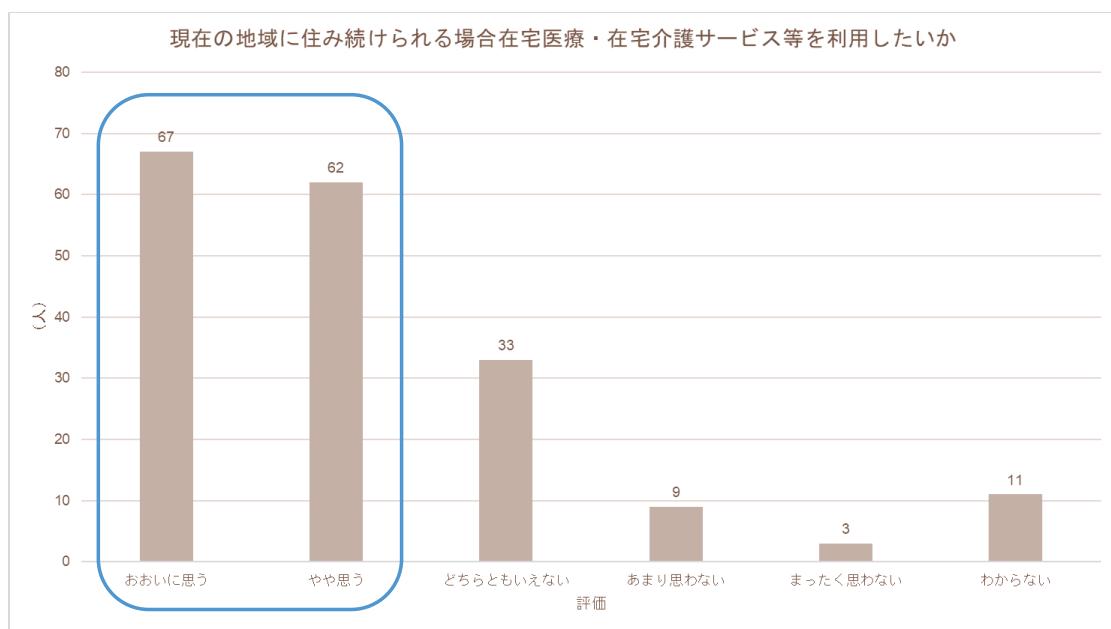
地域のコーディネートを行う機能(相談支援の機能と合わせて)を持つ、地域の拠点  
「地域ケアステーション(丸ごとセンター)」(仮称)を創る

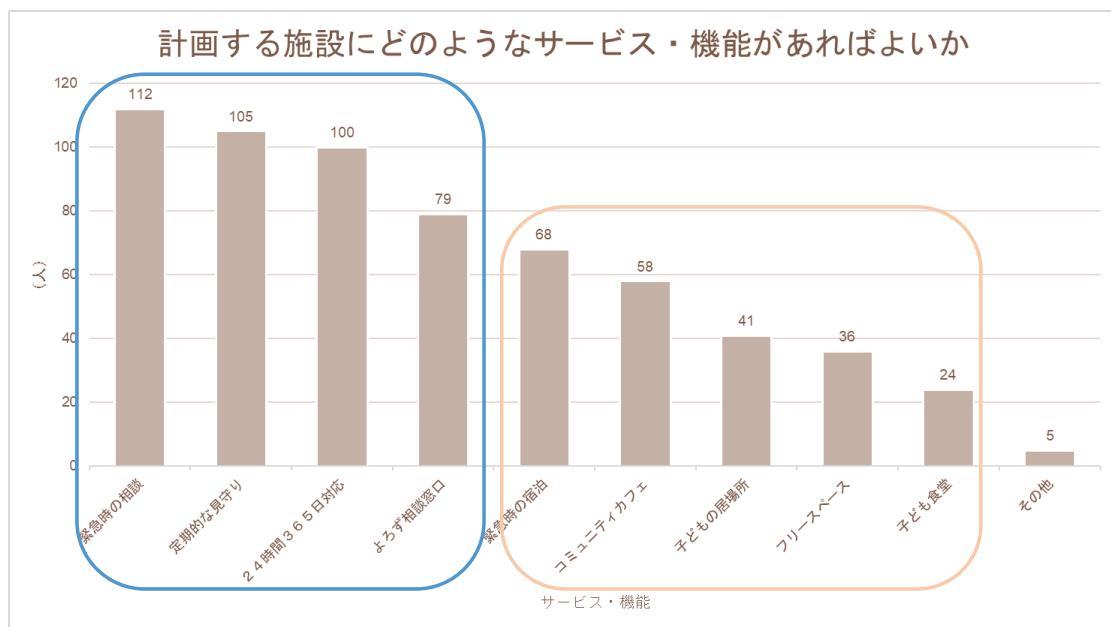
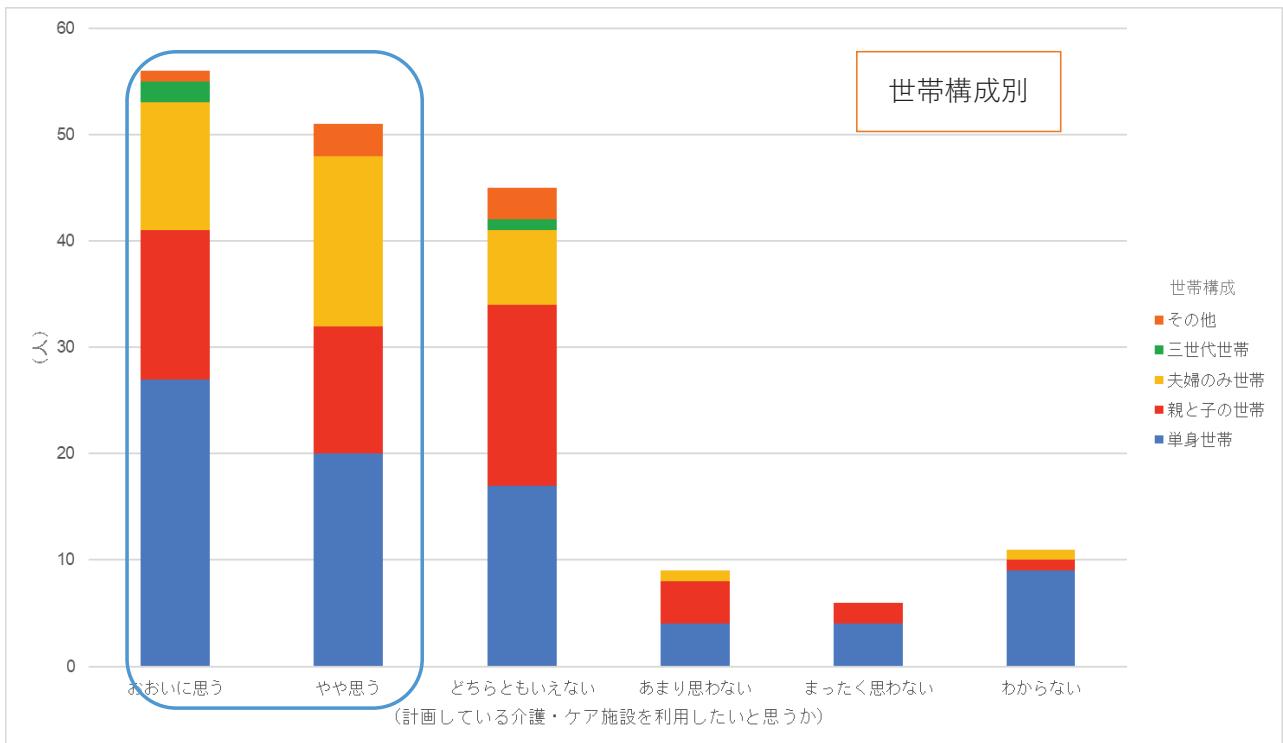


住まいと地域環境評価 2023年11月実施アンケート抜粋 (協力 県立大佐藤教室)

地域の  
ニーズ  
調査

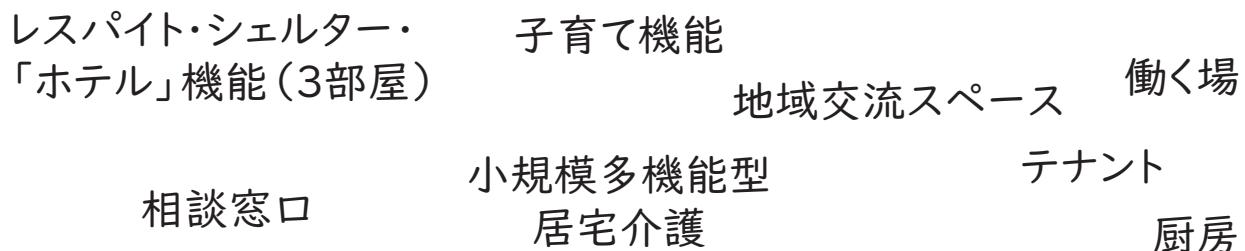






地域ケアステーションとしての「丸ごとセンター」  
24時間365日の対応支援

■完成イメージ 今回の事業後に建設予定の施設機能

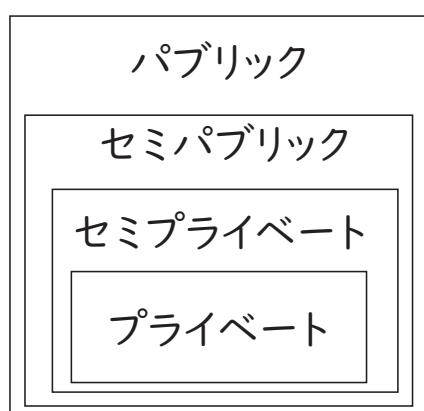


■将来構想 +

ホームホスピス(10住戸)

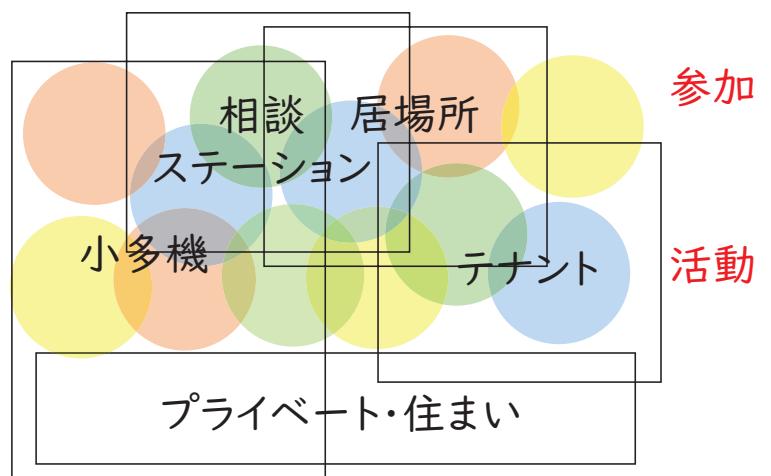
空間イメージ

地域の人々



従来の福祉施設  
の構成

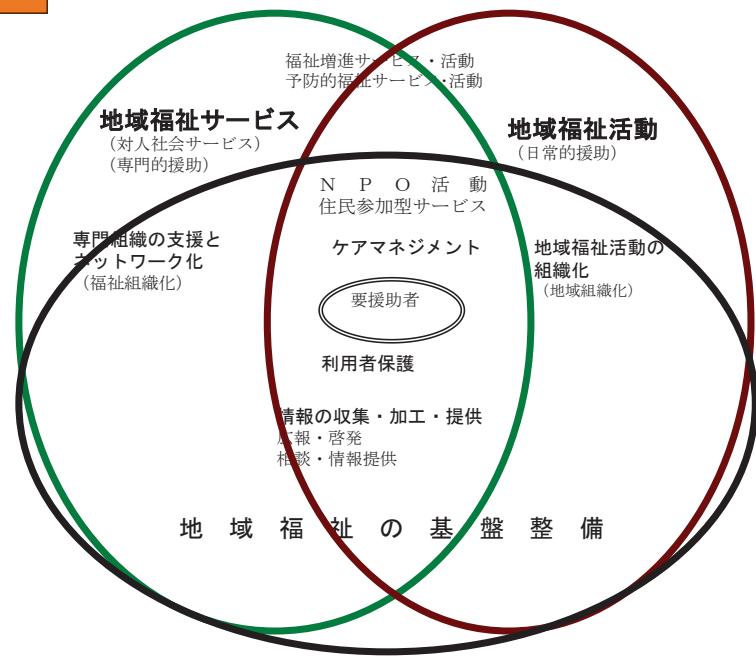
地域の人々



丸ごとステーション

## サービスと活動を統一する取組へ

## 私たちの想い



亡き当法人理事 元学園大学・元立教大教授 森本佳樹氏による概念図

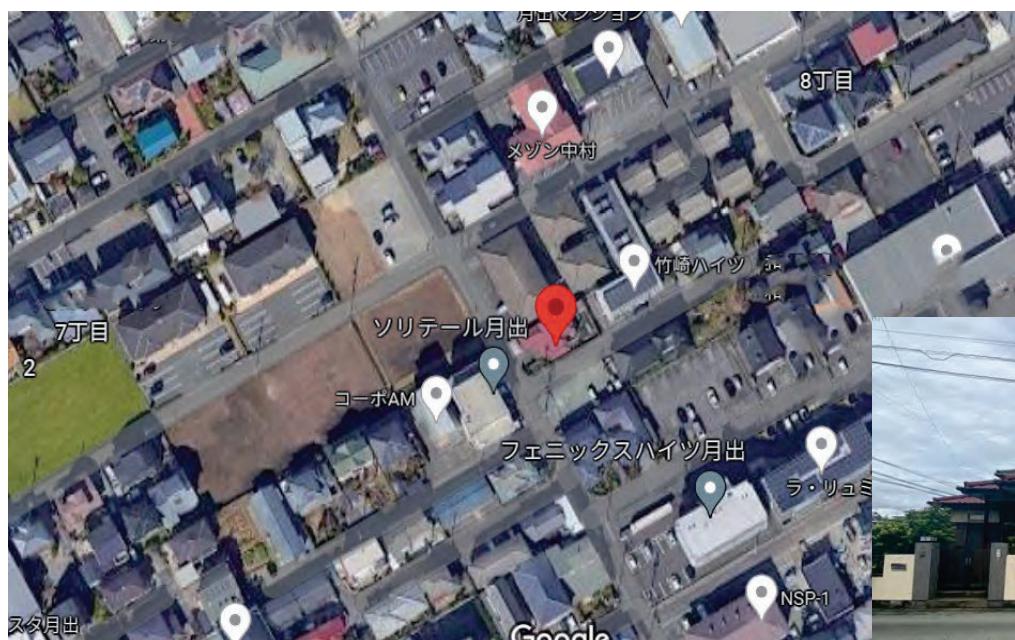


## ■立地の概要

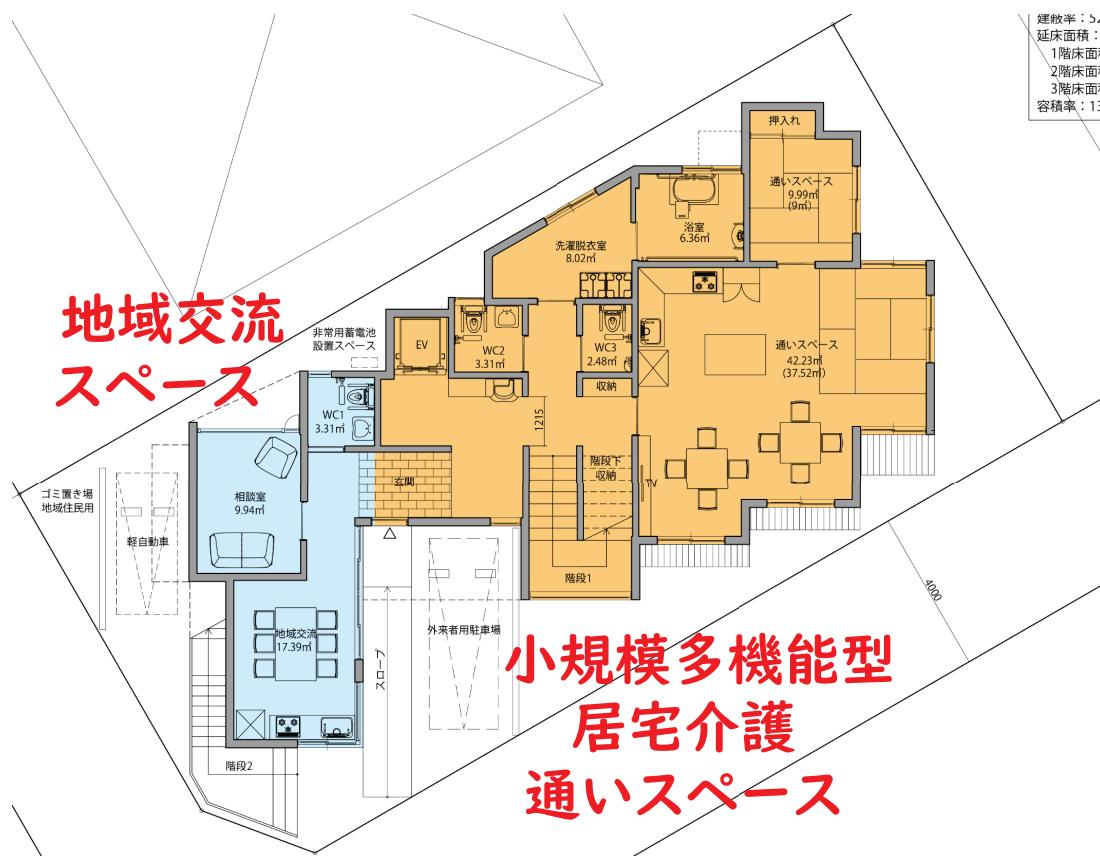
### 敷地広域地図



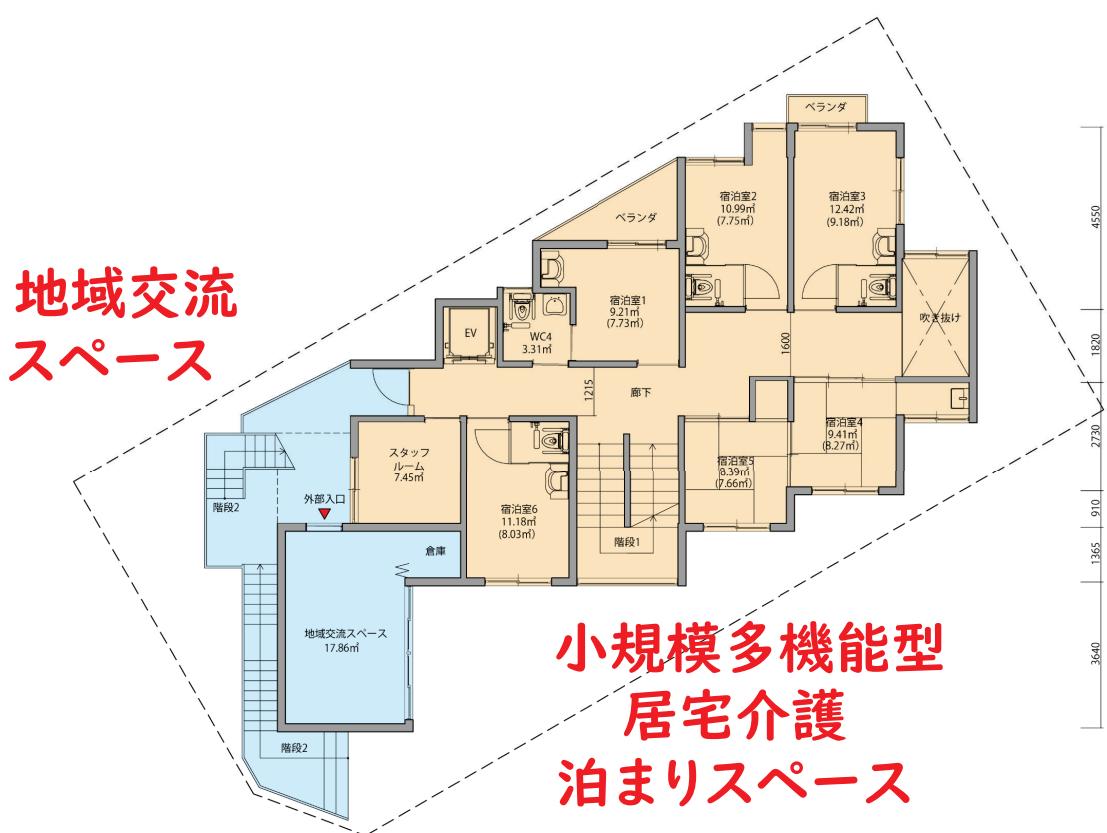
## ■立地の概要



1階



2階



# 3階



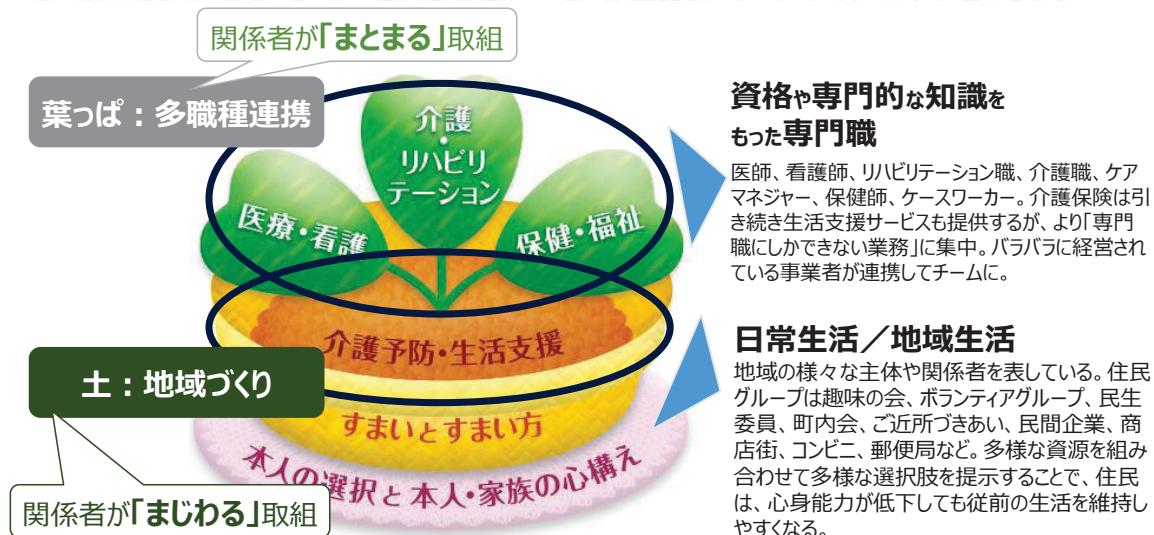
## 小規模多機能とは

H18年前後のスライド

- ・ どんなにすばらしい宅老所やグループホームでも本人の願いからは遠い
- ・ 認知症の人でもその人らしく暮らすこと **認知症のケア**
- ・ 地域の中で普通に暮らすこと **コミュニティ(地域)ケア**  
**可能性としての共生ケア**
- ・ この縦糸と横糸を丁寧にねばり強く紡いでいくこと
- ・ そのケアは、自ら折り合いを付けて暮らし続けることを支えるケア

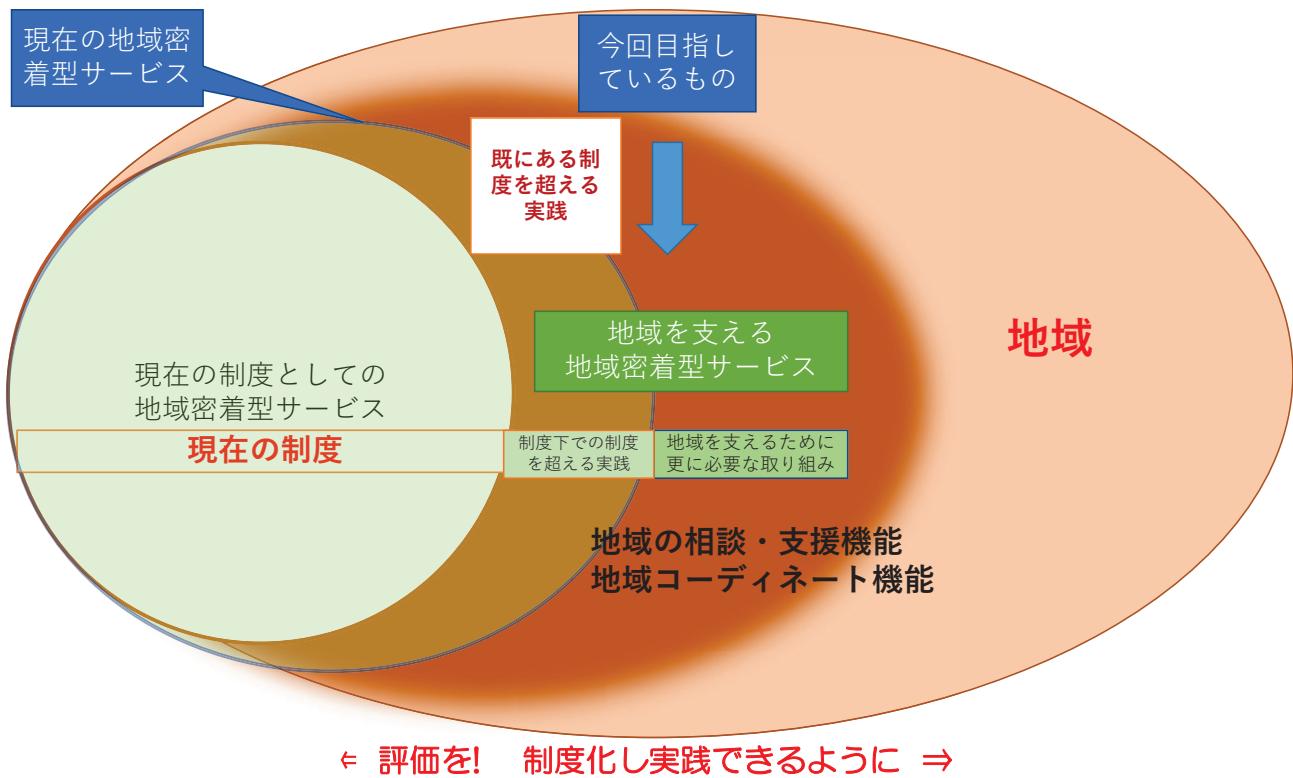
## 地域包括ケアシステムにおける役割

### 地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢



出所：植木鉢の絵：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」（地域包括ケア研究会）、平成27年度老人保健健康増進等事業。

実践  
から  
制度提案へ



## 介護給付事業と総合事業をつなぐ 地域づくりとつなぐ

必要

### ▶ 現在の介護

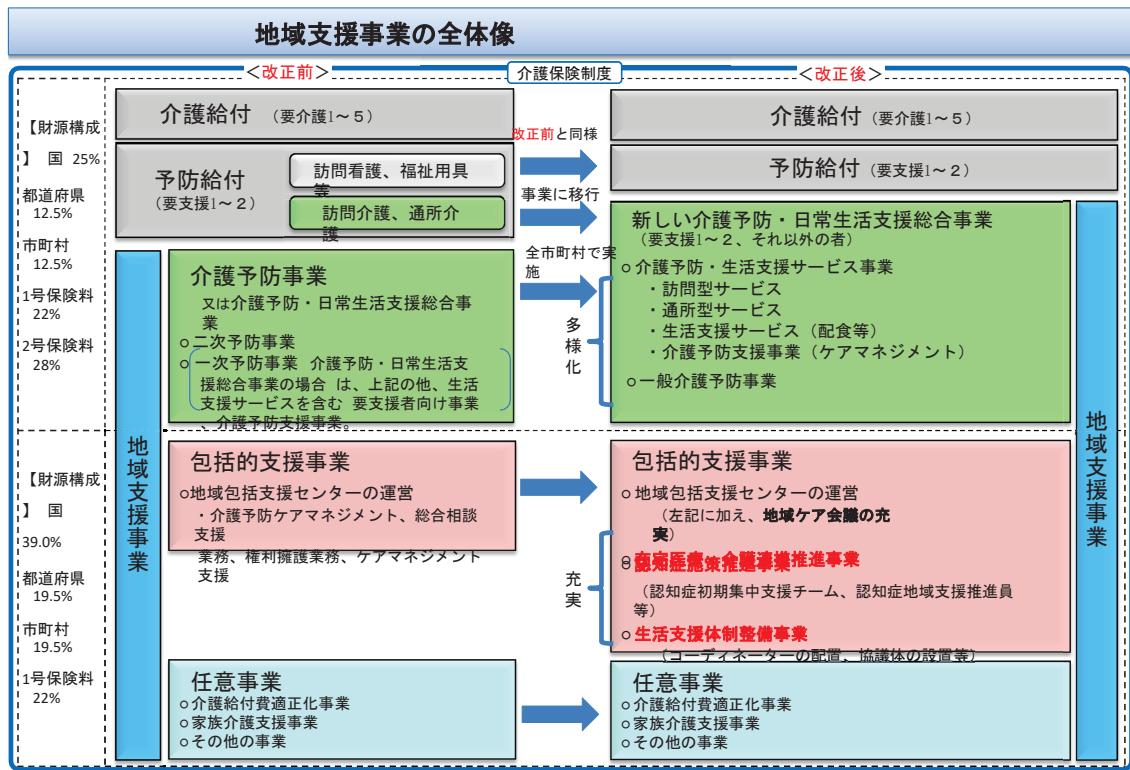
- ・ 介護給付: 個別⇒地域で暮らすこと、生活を支える視点より、如何に報酬を取れるかになる
- ・ 総合事業: 多様な力を集めることより、形だけ⇒相当サービスの恒常化
- ・ 地域づくり: 介護事業所の力は生かすことになっていない

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)
- ・ 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を

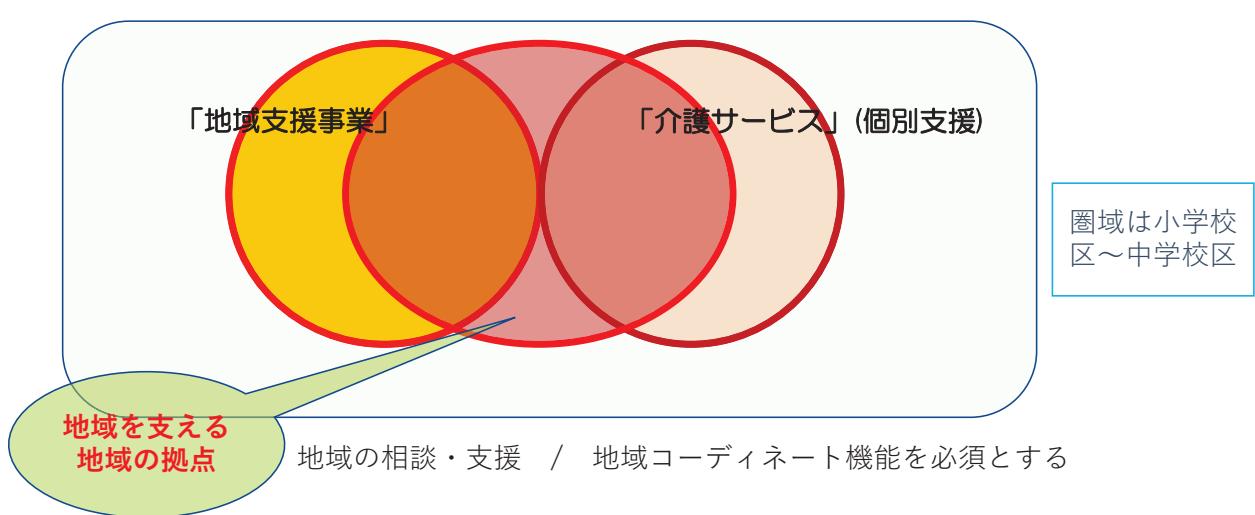
統合化



※厚生労働省資料を一部改変

## 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



# 老健事業

「地域密着型サービス事業所の拠点機能を活用した地域包括支援センターの効果的な運営に関する調査研究」事業

当法人が受託

## 【事業目的】

- ・介護保険法改正法案では、地域包括支援センターの総合相談支援事業を活用した地域ネットワークの構築や地域の高齢者が身近な場所で相談を受けられる体制整備を進める観点から、指定居宅介護支援事業所等に総合相談支援事業を一部委託することを可能とすることが盛り込まれている。現在、石川県加賀市では、小学校区にある小規模多機能型居宅介護事業所やグループホーム、地域密着特別養護老人ホームなど地域密着型サービスに地域包括支援センターのブランチを委託し身近な相談窓口として地域の多様な相談に対応しているが、こうした地域包括支援センターと地域密着型サービス事業所の連携事例は全国的にはいまだ少ない状況にある。
- ・本事業では、市町村・地域包括支援センターと地域密着型サービス事業所が連携しながら総合相談支援業務を行うことの各主体にとっての効果や具体的な手法（制度・財源・連携内容の合意形成プロセス、運営推進会議の活用、医療・介護連携の取組等）を検討し、地域密着型サービス事業所の拠点機能を活用し地域の相談支援を行うマニュアル（ハンドブック）を作成する。

## この老健事業の意味するもの

- ▶先ずは相談支援から
- ▶介護人材不足の中、メゾ（地域）を想定した支援の在り方を介護保険に組み入れる
- ▶地域のプラットホームづくりが必要  
地域づくりに関わる諸々の皆さんのがバラバラではなく、統合した取り組みへ  
←熊本県でも

# 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  
令和5年12月9日

---

## 本日の内容

- 1 加賀市の紹介
- 2 加賀市の整備計画と人財育成
- 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

## 加賀市の位置・アクセス



位置 : 石川県の南西部  
福井県との県境に位置  
面積 : 306km<sup>2</sup>  
人口 : 62,720人(2023年10月1日現在)

# 加賀温泉郷

個性が異なる  
3つのいで湯

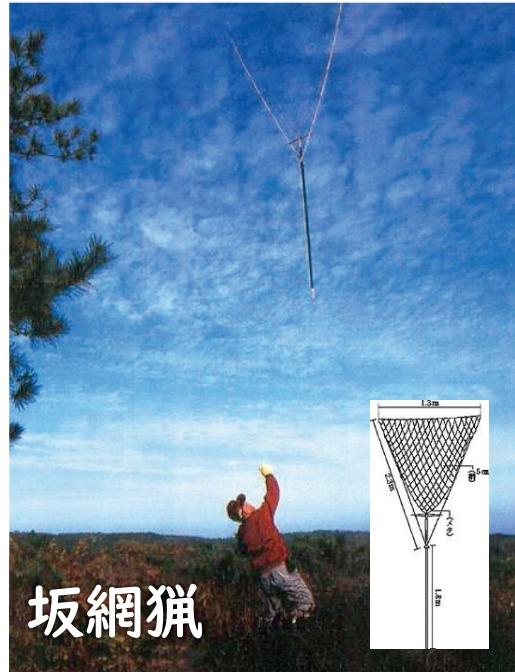


# 伝統工芸





# 食文化



## 加賀市の状況

1. 人口：62,720人（令和5年10月） 住民基本台帳
2. 高齢者数：22,402人（高齢化率35.7%）
3. 認定者数：3,710人（1号認定率15.4%）  
(事業対象者256人、要支援705人、要介護2,749人)
4. 認知症高齢者数：2,575人（1号認知症高齢者率11.5%）
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より）

# 市の体制

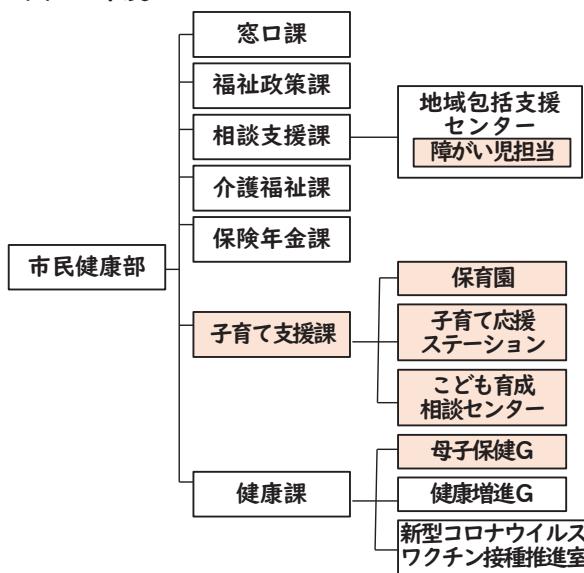
## ○令和3年度の体制

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。

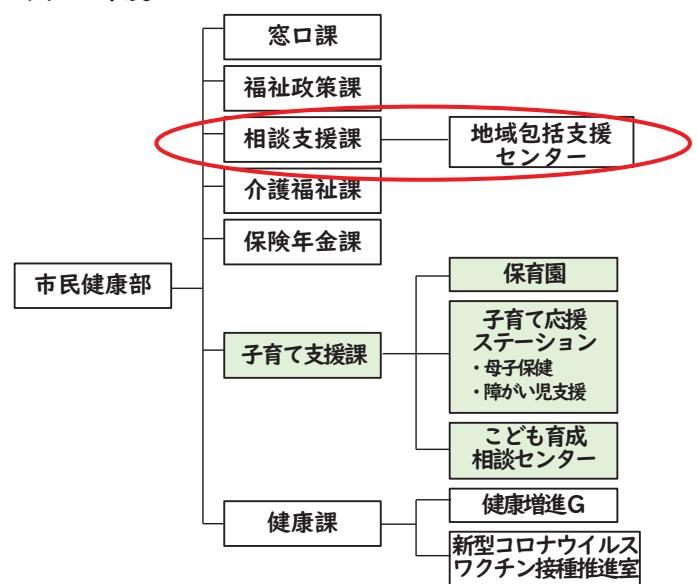
## ○令和4年度の体制

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



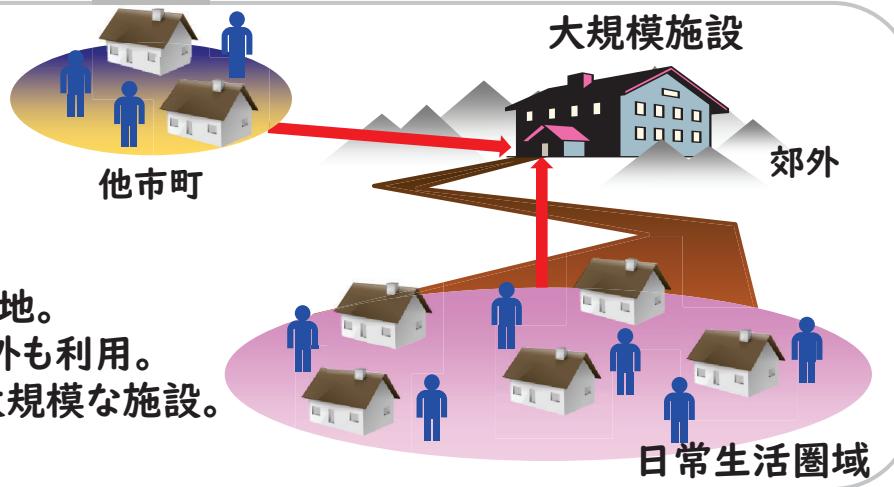
令和4年度



(※Gはグループ)

## 2 加賀市の整備計画と人財育成

## 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

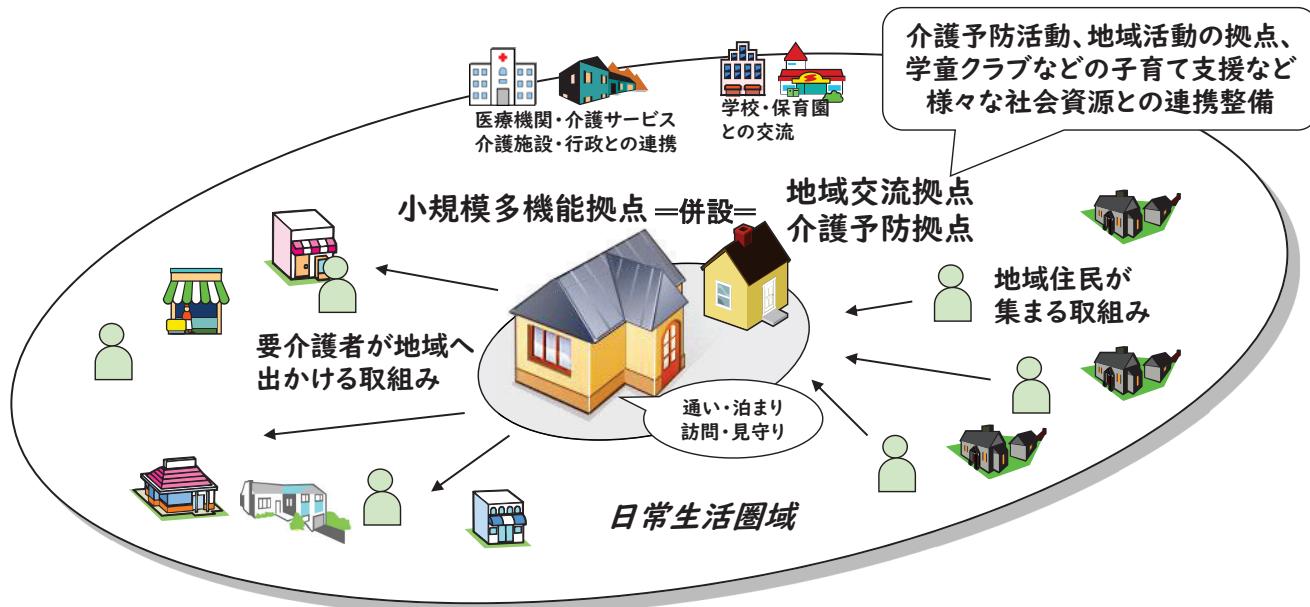
高齢者が要介護状態になっても、「地域や家族と離れずに暮らす」ための支援を行うものでなければならぬ。

## 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



## 小規模多機能ホームきょうまち

### <大聖寺圏域>



改修

### 歴史的建物の再活用



改修前 明治13年建築

平成19年10月開所

改修後

- ・大聖寺圏域の高齢者が生まれ育った旧城下町の趣を残した町屋を活用
- ・建設部の町屋再生事業との連携事業



# 動橋ひまわりの家（小規模多機能ホーム）

## ＜動橋圏域＞

## 空き店舗の改修 平成20年5月開所



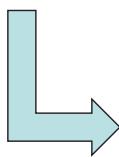
改修



道向かいに診療所、同じ通りに銀行、郵便局。JRの駅、交番、小中学校にも近接。



## 平成23年度新規オープン事業所



## 小規模多機能型居宅介護支援 事業所 すみれの家

## 小規模多機能ホームいらっしゃ湖城

## ＜片山津圏域＞

- ・民家を改修
- ・住宅街、公民館、喫茶店、コンビニなど近接

- ・国民宿舎を改修
- ・総湯、神社、住宅街 など近接

- 「介護サービス」は本人の生活を支援するためのツールの1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。

# 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

# 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



認知症の人のためのケアマネジメント(センター方式)普及研修



認知症の人や家族による講演会



認知症実践研修・実践者研修

### 3 加賀市版地域包括ケアシステムについて

そもそも…

総合相談業務に追われ  
ているな…

予防プラン作成に追われ  
てる…。??

地域包括支援センターの機能、  
役割は果たせてるの？

地域包括支援センター  
がでて、民生委員か  
らは相談できる場所が  
でて良かったと言わ  
れてるけど…



## 地域包括ケアシステムとは何か

地域包括（介護保険サービス以外の資源も含めて）ケアシステム（支援する仕組み）が必要となる。  
⇒つまり、**地域生活を継続できるような社会**を作ること。**普通のくらし。**

### 【地域包括ケアシステムにおける5つの構成要素】

「介護」、「医療」、「福祉」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「介護予防・生活支援」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。



出典：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「地域包括ケアシステムと地域ケアマネジメント」<地域包括ケア研究会>（平成28年3月）

★土が豊かにならないと、専門職は専門職でなければ提供できないサービスに集中することができず、葉は枯れてしまう。

（本人の選択と本人・家族の心構え）

●地域生活の継続を選択するにあたっては、本人の選択が最も重視されるべきであり、それに対して、本人・家族がどのような心構えを持つかが重要。

（すまいとすまい方）

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人のニーズに応じた住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

（介護予防・生活支援）⇒**土壤は専門職以外も交わって介護以外の人とも！**

●セルフマネジメントや地域住民・NPO等の多様な主体の自発性や創意工夫による、介護予防・社会参加支援と生活支援を一体的に行う。  
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。

（介護・医療・予防）⇒**葉っぱは専門職**

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・福祉」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。**ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。**

## 第6期計画においては…

○市民意識調査、法人アンケート、家族介護調査、高齢者聞き取り調査等から下記の3つのニーズが分かった。

### 本当の「ニーズ」は何だろう

#### ①「施設」が欲しいのではなく「安心」が欲しい

⇒「そりや～自宅がいいに決まっている」「ひとりだし、でも自分のことが自分で出来なくなったら仕方ない」

#### ②「サービス」が欲しいのではなく「つながり」が欲しい（困ったときに助けてくれる相手、親身になってくれる相手、気に留めてくれる存在がほしい）

⇒「今は近所の人が気に留めてくれるけど、いざというときはどうなるのか。」「どうにもならない」「考えないようにしている」

#### ③自分のことはできるだけ自分で選択し、決めたい（前提としての早めの幅広い情報、身近な相談相手、希望は持っているがあきらめている）

⇒「出来るだけ世話をにはりたくない」

# ～高齢者の暮らしを支える中核機関として 地域包括支援センターが求められていること～

早期のかかわりによる予防的な支援(早めの出会い)、相談機能、緊急時機能、必要時生活支援機能、その他個々のケースの応じたマネジメント機能が加われば地域の様々なニーズに対応が可能



身近な地域でのいつでも相談できる拠点や人がいることが重要!  
「地域包括ケアシステム」の地域の拠点として期待!

## ①地域の身近な相談窓口

- ・相談機能、ニーズ把握、つなぎ支援

## ②地域の地域福祉活動拠点機能・地域づくりの担い手として

- ・必要な情報を発信、住民と共に考え住民活動拠点等後方支援機能

## ③ 安心をお届けできる緊急時対応可能な機能(急なお泊りや訪問対応)

## ①②から 地域包括支援センターブランチ機能の検討

平成26年度第3回分科会資料より

予防のピンポイントだけで施策展開してきたが、予防と生活支援がセットでなければ地域生活は継続できない

## 介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン案(骨子)

### 第1 総合事業に関する総則的な事項 (P1~)

- 事業は、要支援者の多様なニーズに、要支援者の能力を最大限活かしつつ、多様なサービスを提供する仕組み。
- 生活支援の充実、高齢者の社会参加・支え合い体制づくり、介護予防の推進、関係者間の意識共有と自立支援に向けたサービスの推進等を基本に事業を実施。
- 住民主体のサービス利用、認定に至らない高齢者増加、重度化予防推進により、結果として費用の効率化。

事業の具体的な内容

### 第2 サービスの類型 (P20~)

- 市町村が基準・単価等を定める際の参考例を提示。
- 現行の訪問介護等に相当するサービスのほか、緩和した基準のサービス、住民主体の支援等の多様なサービスを想定。

### 第4 サービスの利用の流れ (P54~)

- 認定を受けずに、チェックリストにより、サービスを利用可能。
- ケアマネジメントで、利用者に適切なサービスを提供。

### 第6 総合事業の制度的な枠組み (P92~)

- 直接実施や委託のほか、指定事業者による実施や、事業者に対する補助による実施が可能。
- 基準・単価等は、国の基準や単価の上限を踏まえ、設定。
- 市町村の事業費の上限は、移行分をまかなえるよう設定。

基盤整備

### 第3 生活支援・介護予防サービスの充実 (P27~)

- コーディネーターや協議体等を通じ、地域の支え合い体制づくりを推進。
- 担い手の知識・スキルの向上のため、研修実施。
- 市町村で行われているボランティアポイントも活用可能。

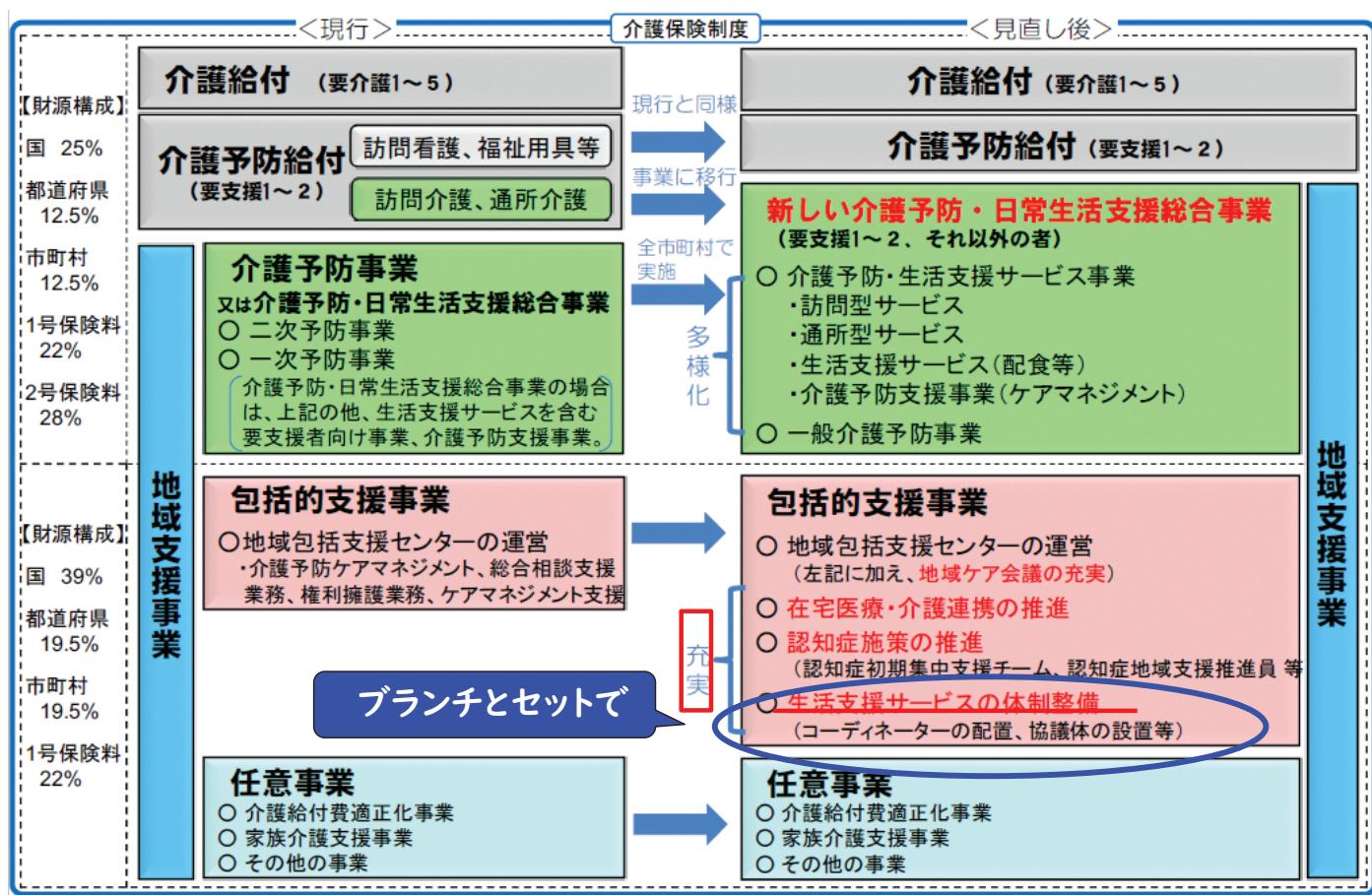
### 第5 関係者間の意識共有と介護予防ケアマネジメント (P74~)

- 一步進んだケアマネジメントに向け、関係者の意識共有や、短期集中アプローチで自立につなげるケアマネジメントを推進。

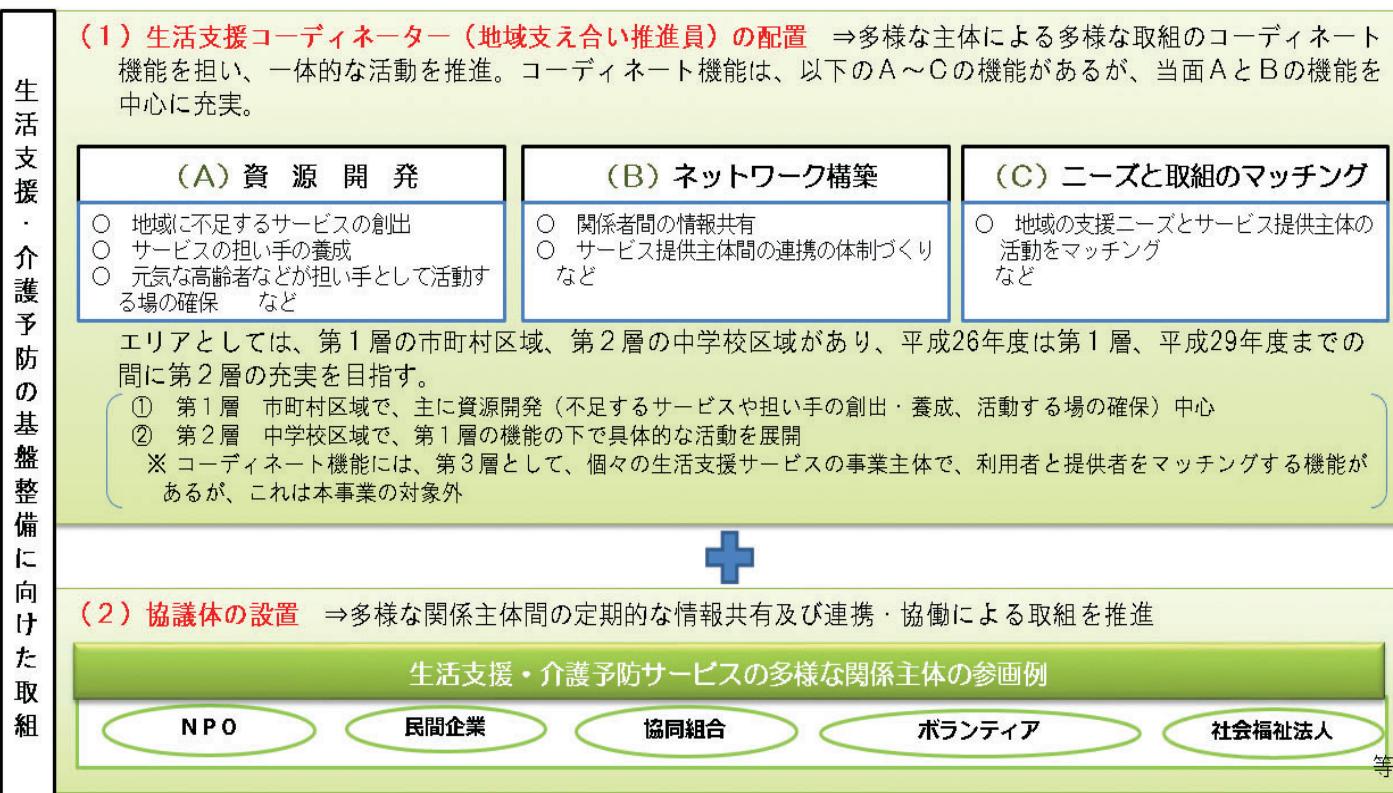
### 第7 円滑な事業への移行・実施 (P132~)

- 事業は29年4月まで猶予可能。市町村は、早期から総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等に一定の時間をかけることも選択肢。
- エリアごとなど、段階的な実施も可。

# 介護予防・日常生活支援総合事業の構成



## 【参考】生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割



※1 これらの取組については、平成26年度予算においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。

※2 コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

## 1. 地域福祉コーディネーターだから、協議体ってどうしてるの？

①運営推進会議に合わせて実施。(地域包括支援センター職員参加)

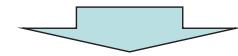
▷第1部:運営推進会議、第2部:第2層協議体のようなイメージで一体的に実施。

地域課題を考える場=第2層協議体で、相談件数や相談内容など報告。

地域の高齢者の困りごとや地域の実態を共有することで、住民に知ってもらい、共に考え実践していくしくみへ。



地区地域ケア会議へ



地域で解決できないことは市の第1層協議体で施策として展開する。

## 2. 協議体とは…

・地域福祉コーディネーターを応援する応援団。一緒に考えるパートナー。  
(ブランチの軒下マップで見える化)

\*軒下マップって:地域とのつながりや本人中心のパーソナルサポートネット

## 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

参考

## 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。

## 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

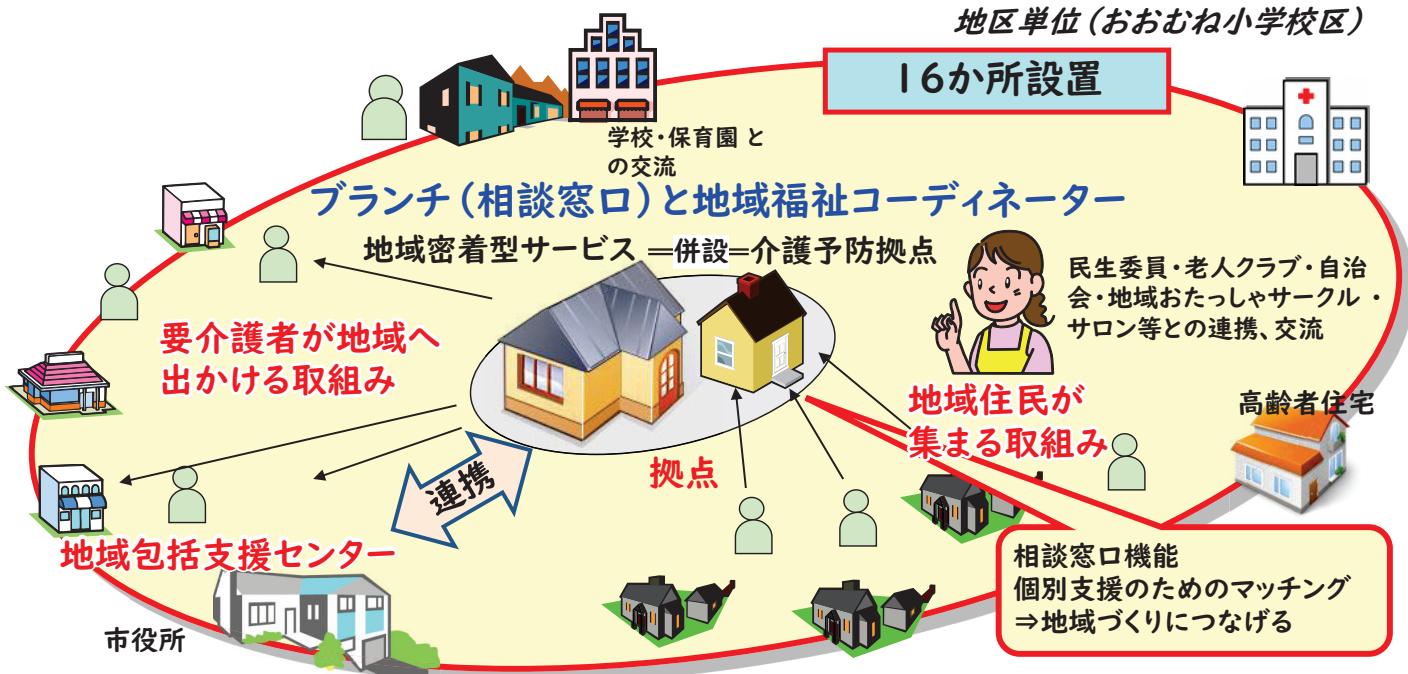
②地域の高齢者の生活課題をその地域が解決していく体制づくり

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（包括プランチ）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。

## 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

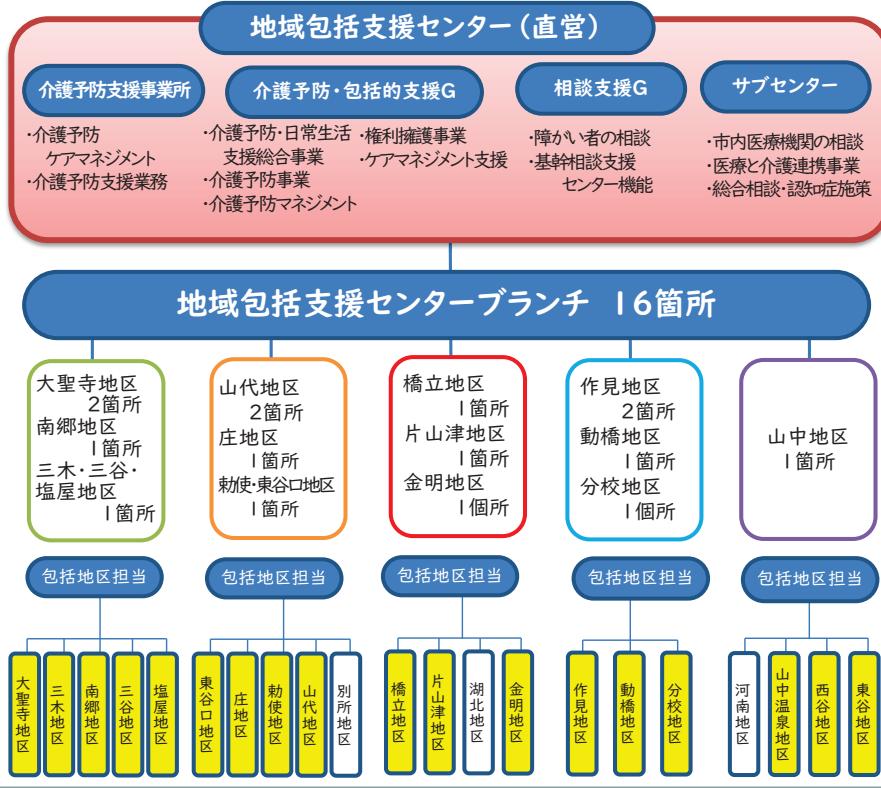
## 1. ブランチ業務

- 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



## 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

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

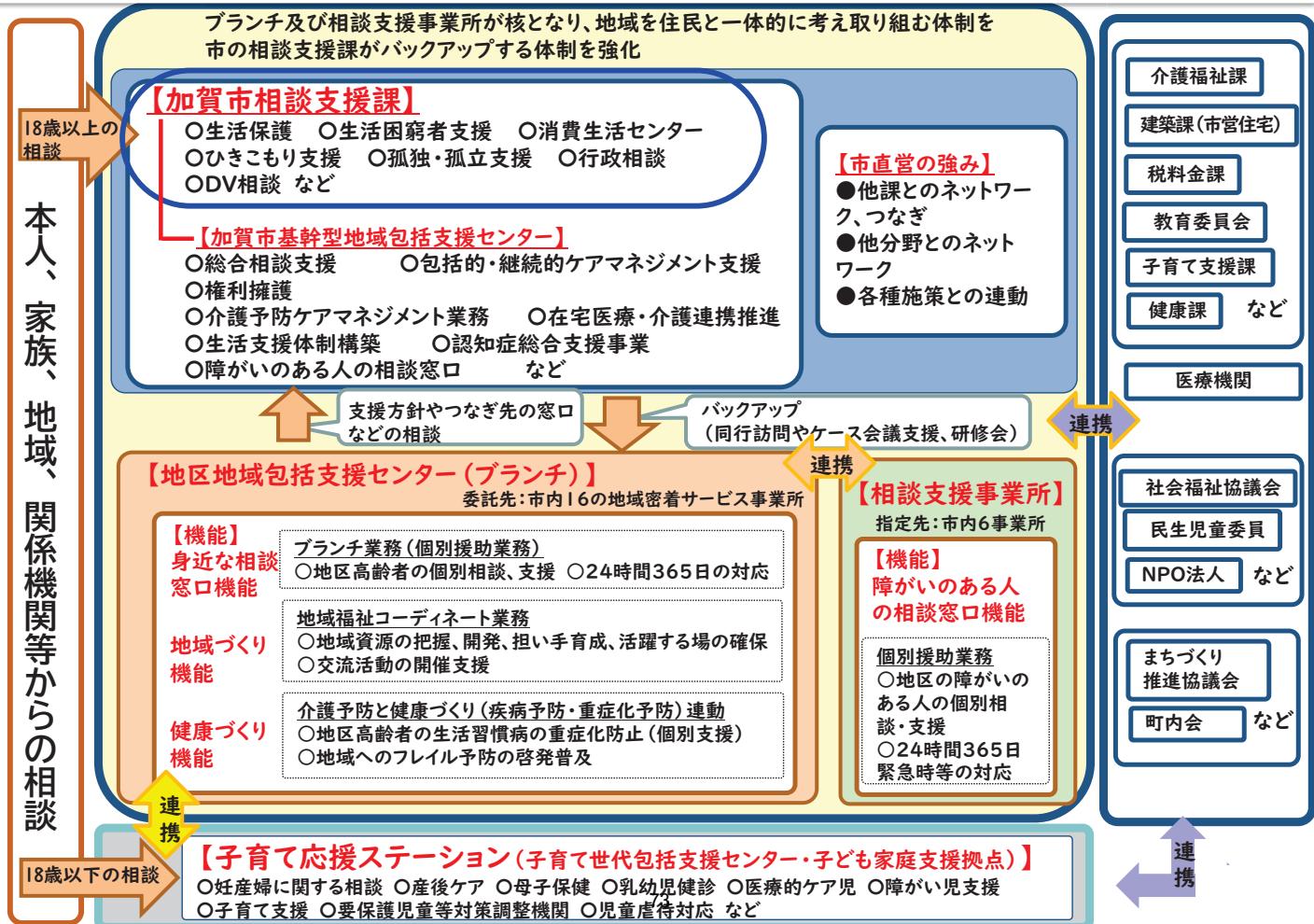
### ②どんな状態になっても地域で暮らし続けられる体制へ

⇒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。

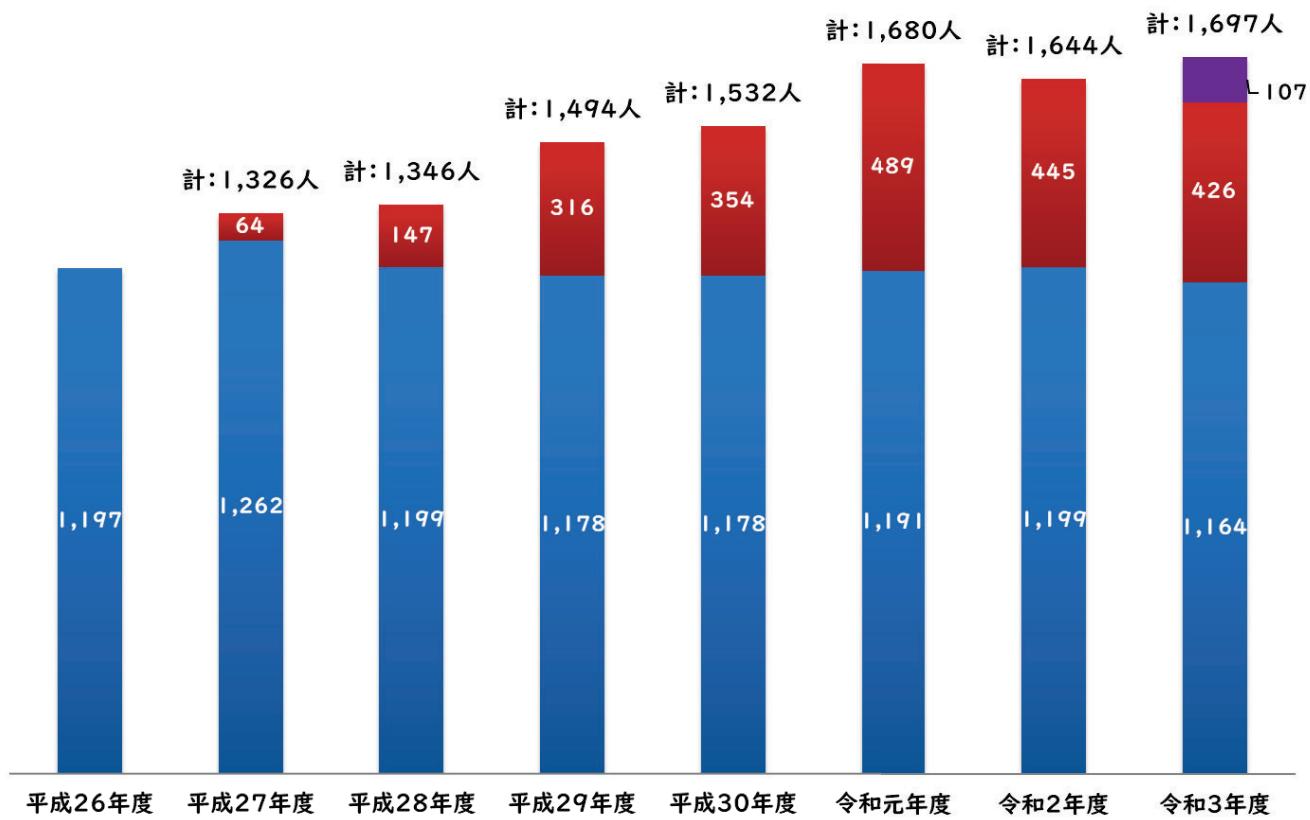
## 全世代型 加賀市版地域包括ケアシステムについて



## 地域包括支援センター 相談実件数

参考

■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

## ブランチと相談支援事業所の連携事例の紹介

# 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「市役所に相談に行つてきたいかがでしょうか?」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つた。

## 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つた。

(※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)

# 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

## ブランチ

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・法人を超えて、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。



加賀市の取り組み  
地域密着型サービス事業所を活用した地域包括プランチ  
～行政と事業者双方にプラスへ～

社会福祉法人「共友会」  
理事長 岩尾 貢

私の市(市町村)では無理

- ・こうした言葉をよく聞く
- ・それはあなただから出来た
- ・私の事業所では無理
- ・本当に無理なのか？
- ・加賀市を通して考える

## 加賀市の地域密着サービス事業所はなぜ ブランチ・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地域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
- ・しかし、市全体のニーズをきめ細かく掌握するには限界がある
- ・各地区に点在するサービス事業者の活用  
地域コーディネーターやブランチによる有効性

## 結果(現在)

- ・メゾレベルからマクロな取り組み(GHの共同ディイやS-Sの特区の経験)  
すでに実績はある  
WAM事業の影響は大きい  
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
- ・ケア論から活動支援にシフト(生活支援から働く支援)  
地域包括の進化・深化
- ・ブランチの有効性

# 小規模多機能事業所等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で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。

## 介護実践から考える地域密着の付加価値としての4つの機能

### ① 地域の総合相談窓口機能

ハブ機能

プランチやコーディネーター機能（加賀市モデル）

### ② 共生型サービス

基準該当等による複合的支援

ピアサポート

### ③ 地域ニーズ対応機能

メゾシステム

福祉避難所 学童安全確保 カフェと子ども食堂 お出かけ支援

### ④ 多様なニーズ対応機能

入院後、自宅での生活が困難になった方が認知症GHへ入居し、その後、併設する小多機と連携し在宅復帰支援に取り組んだ事例

# 認知症に関する基本的理解

- ・認知症の人の声
- ・行動の意味
- ・パーソン・センタード・ケア、ユマニチュウドにとらわれない  
単純化した指針
- ・かかわりを重視する実践
- ・知識にとらわれない(百人百様だから)
- ・介護は医学ではない

## 認知症とともに生きる希望宣言((一社)日本認知症本人ワーキンググループ)



「認知症とともに生きる希望宣言」は、わたしたち認知症とともに暮らす本人一人ひとりが、体験と思いを言葉にし、それらを寄せ合い、重ね合わせる中で、生まれたものです。今とこれからを生きていくために、一人でも多くの人に一緒に宣言をしてほしいと思っています。この希望宣言が、さざなみのように広がり、希望の日々に向けた大きなうねりになっていくことをここから願っています。それぞれが暮らすまちで、そして全国で、あなたも、どうぞいっしょに。

日本認知症本人ワーキンググループ  
代表理事◆藤田和子

わたしたちは、「認知症とともに生きる希望宣言」をもとに、全国で「希望のリレー」プロジェクトを展開していきます。

一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ  
hope@jdwg.org◆http://www.jdwg.org

**JDWG**

2018年10月

一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ

### 認知症とともに生きる希望宣言

- 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
- 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

## 共生社会の実現を推進するための認知症基本法

- ・目的:認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進  
⇒ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に發揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現を推進
- ・基本理念:認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。
  - ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人**として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
  - ② 国民が、**共生社会の実現を推進**するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
  - ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁となるものを除去**することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関する意見を表明する機会及び社会の**あらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に發揮**することができる。
  - ④ 認知症の人の**意向を十分に尊重**しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
  - ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が**地域において安心して日常生活を営む**ことができる。
  - ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
  - ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

## 介護における多様性と将来性

- ・人手不足は介護の現場だけではない
- ・地域と介護事業所の協働の有効性
- ・障がい者や子供、地域にある様々な課題を介護事業所が支援
- ・これからの認知症ケアは世話や介護ではなく生活支援(活動支援)

# ブランチの効果

- ・事業所
  - 地域における立ち位置の明確化
  - 役割の多様化の理解
  - 住民参加
  - メゾへの取り組み
- ・スタッフ
  - 事業所のある地域の特性を理解する
  - 地域にある「ひと・もの・ばしょ・ことがら」を知る
  - 住民が**より身近な存在**になる

地域

「なんでも相談できる」→相談・支援機能  
「一緒に考え、動いてくれる」→ブランチ→地域包括支援センター

## 地域密着型サービスの果たす役割

- ・小規模特養や認知症グループホーム等への実践の拡大
- ・いざれ来る事業の縮小化
- ・受け皿としての地域密着型サービス
- ・介護事業だけでは成り立たない現実
- ・事業の複数化は避けて通れない

# これから取り組むべきこと

## ・全世代型社会保障

- ・「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。
- ・人生100年時代を見据えた複線型人生
- ・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。

## まとめ

- ・共生型サービスを展開するには単一のサービス同士を連結するのではなくすべての資源を有機的につなぐ機能が求められる
- ・そのため「共生社会」を理念に掲げている「地域包括ケアシステム」を深化させ、障害者、高齢者のみならず地域も含めた全ての住民ニーズを包摂した視点が求められる。
- ・例えば、基準該当でも宅配弁当でも、単にサービスを提供して終わりではなく、住民同士のつながりを重視して活動している。「共生型サービス」と聞くと、高齢者と障害者が同じ場所でサービスを受けられるだけのイメージを持たれがちだが、それは本意ではない。誰もがお互いに支え合える関係が築ける場を企図していくことが、「共生サービス」の本質。
- ・サービス事業所は、**ワンストップ機能**を持ち**「総合相談窓口機能」**や、**「ハブ機能」****「地域づくり機能」**を充実させ、**地域のニーズ**も含め**「多機能化」**させていく事が求められる。
- ・地域密着サービスの地域展開は無限な可能性を秘めている
- ・事業所のもつ専門性や人材は「共生社会」の実現に向けて、多様な機能を持っているし、地域展開していくことは事業所の有効な援助機能である。
- ・**「共生」**をあらゆる社会資源の可能性に注目し、協働していく**姿勢**が求められる。