

平成24年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

地域密着型サービスの質の向上の取組に関する
調査研究報告書

平成25年3月

特定非営利活動法人
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
<http://www.shoukibo.net/>

はじめに

現在小規模多機能型居宅介護は、地域密着型サービスとして「地域での暮らし」そのものを支援するところまで進展してきている。その小規模多機能型居宅介護の質の確保は、「地域での利用者の暮らしを如何に支えているか」を問うものでなければならない。

介護保険でのサービスだけでは地域での暮らしは支えきれない。サービスだけで支えようとするすると直ぐに通いの利用回数は多くなり、宿泊も多くなる。これは、ご本人の暮らしを継続することとは逆になり、地域から切り離してしまうことになる。「自己決定」「生活の継続」「自立支援」の介護の三原則が今まさに問われている。質の確保の論点にも、この三原則が実現されているかを中心に据えなければならない。

質の確保は、ひとつの要素だけでできるものではない。本年度は三点のポイントに絞って調査研究事業を行った。一点目は、「地域包括ケアの中で、小規模多機能がすすめる地域ケアパス」についてである。地域包括支援センターや市町村レベルよりもっと身近なところで、地域に密着した支援のあり方である。二点目は、「地域ケア会議」である。こちらもケアパスと同じで、一人ひとりの利用者を支えるための地域でのケア会議のあり方である。三点目は、「地域からの評価」である。地域密着型サービスでは運営推進会議が義務付けられているが、運営推進会議が成熟すると、運営推進会議を活用した外部評価も可能になるものと考えられる。この三点の調査・研究で、今後の小規模多機能型居宅介護の質の確保についての方策を、実践事例や実際の試行の中から検討してきた。

次年度以降に課題を引き継ぐ内容となった報告書であるが、地域の中でだれもが安心して暮らし続けられるための質を問うものの一歩になればと考える。

この研究事業には、厚生労働省をはじめ全国の自治体および事業者の皆様のご協力をいただきました。また現地調査では、多くの事業所、行政の皆様にお力をいただきました。ここに深く感謝申し上げます。

平成 25 年 3 月 31 日

特定非営利活動法人
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
理事長 川原 秀夫

目 次

要約

1. 研究の背景と目的	5
2. 結果概要	6

本編

第1章 研究の背景・目的と概要

1. 研究の背景・目的	25
2. 概要	26

第2章 地域密着型サービスが目指すサービスの質

1. 小規模多機能型居宅介護のケアパスの検討	31
(1) 地域の中で初期から関わること	
(2) 事例および取り組み事例の検討	
(3) 小規模多機能における本人発のケアパスとは	
2. 小規模多機能型居宅介護のケア会議の検討	46
(1) 諸々のケア会議の意味	
(2) 本人視点のケアの積み上げ、そのための会議の実際	
(3) ケア会議で大切にしたいこと	
3. 小規模多機能型居宅介護の地域からの評価の検討	61
(1) 現在の外部評価の状況	
(2) 地域からの評価の試行	
(3) 地域からの評価で地域密着型サービスの質を向上させるために	

第3章 事業所のフィールドワークから見えてきたもの

(1) 立ち上げから地域と共に取り組む 社会福祉法人美瑛慈光会(北海道美瑛町)	69
(2) そのときどきのケア会議 小規模多機能ホーム「はしたて」(石川県加賀市)	86
(3) 丁寧な関わりから見えた周囲への間接支援の重要性 鞆の浦さくらホーム(広島県福山市)	101
(4) 認知症になっても、住み慣れた地域(自宅)で 暮らし続けられるための種まき めおといわ「ゆい」(福岡市)	115
(5) アウトリーチ型小規模多機能型居宅介護へ いつでんくるばい(熊本県山鹿市)	127

第4章 まとめ	139
---------	-----

要 約

1. 研究の背景と目的

地域包括ケアを実現するために、小規模多機能型居宅介護においても単なる介護保険サービスの提供が目的にはならない。地域の中での暮らしそのものを支えるため、小規模多機能型居宅介護では、従来の通い、宿泊、訪問に加え、配食、食事会等の支援やインフォーマルサービスの開発・育成といった暮らしを守るための複層的支援を実践している事業所も出てきている。

本事業では、小規模多機能型居宅介護の質を高めるための「ケアパス」「ケア会議」「地域からの評価」のあり方について調査・研究し、地域包括ケアの実現に向けた小規模多機能型居宅介護の質の確保を明らかにすることを目的に実施した。

【目的】

- (1) 地域の中で認知症高齢者を継続してどのように支えられるか
(地域生活を継続させるための地域の資源を活用した認知症連携ケアパスの検討)
- (2) 地域住民とともに地域生活のあり方を考える
(地域生活の支援のための地域の資源を活用した地域ケア会議のあり方)
- (3) 生活の質を主眼に置いた地域からの事業所評価
(一過性の評価ではない継続した地域からの評価)

【内容】

委員会で出された意見やフィールドワークにおいて抽出された認知症連携ケアパス及び地域ケア会議のあり方等の整理検討する。

地域住民、事業者、自治体との協働の先駆的取り組みをする地域を選定し、フィールドワークを継続して実施する。

*北海道、石川県、広島県、福岡県、熊本県の5か所で実施

*フィールドワークの内容

- ①認知症地域支援連携ケアパスについての検討
- ②住民を取り込んだ小規模多機能をモデルとした地域ケア会議のあり方
- ③ケアパスおよび地域ケア会議でのライフサポートワークを活用した事例
- ④運営推進会議等を活用した地域から評価についての検討
- ⑤地域からの評価の試行

2. 結果概要

(1) 小規模多機能型居宅介護のこれからの姿

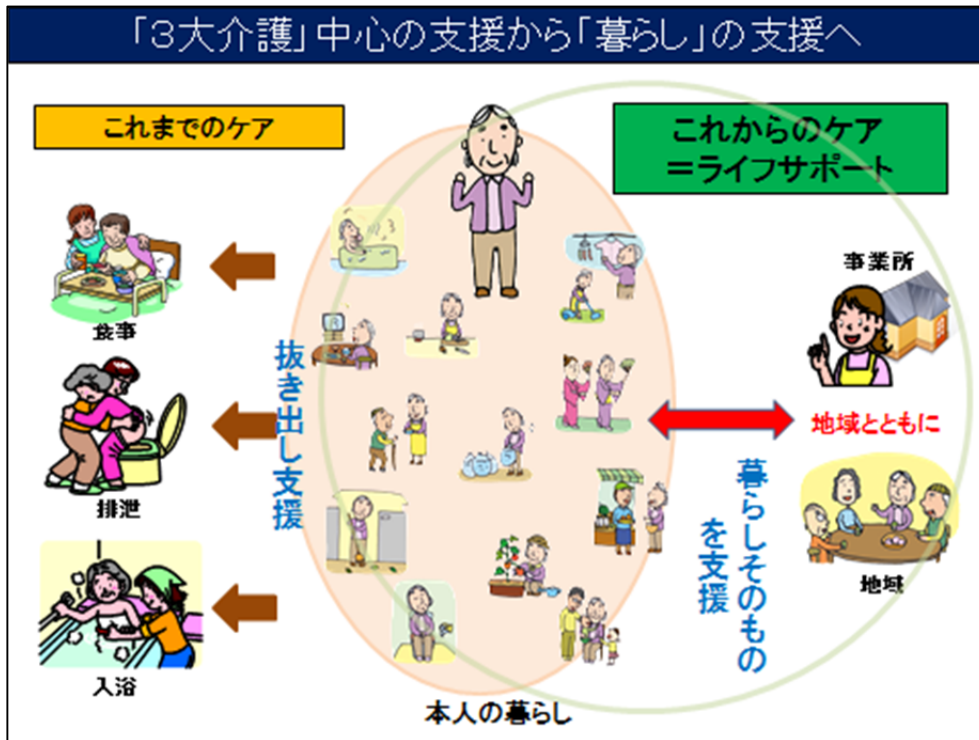
これまでの介護は、生活の一部の直接介護の部分しか支えてこなかった。自宅や地域での安心した生活を支援するためには、生活そのものを支援する（ライフサポートワーク）の視点が必要である。介護事業者はこれまで介護を必要としている人に対しては丁寧にかかわり、本人の望み（ニーズ）は何なのかということを探るべくかかわりを持ってきた。

一方で周囲の人たち（地域住民）に対しては、協力していただければありがたいが、本人の介護が優先で、地域とのかかわりは時間があるときにといった程度にしか考えてこなかった。全国取り組みからは、地域とのかかわりはサービス提供の余剰時間で取り組むべきものではなく、利用者（本人）や本人の培ってきた関係や環境（居場所）とともに考え、一緒に取り組むことが、本人のライフスタイルを貫くことにつながるものであり、生活の継続性を担保するものであるということが見えてきた。

本人の望む「これまでの暮らしを継続する」ためには、本人と同様に本人を気にかかけたり、心配している周囲の人の思いに深く関わり、その思いを周囲へ伝える代弁機能と、それを調整し具体的な行動につなげることが求められる。地域包括ケアの推進の中で、小規模多機能型居宅介護のこれからの姿は、利用者や家族・介護者の生活拠点がある地域に、より密着した生活そのものの支援である。

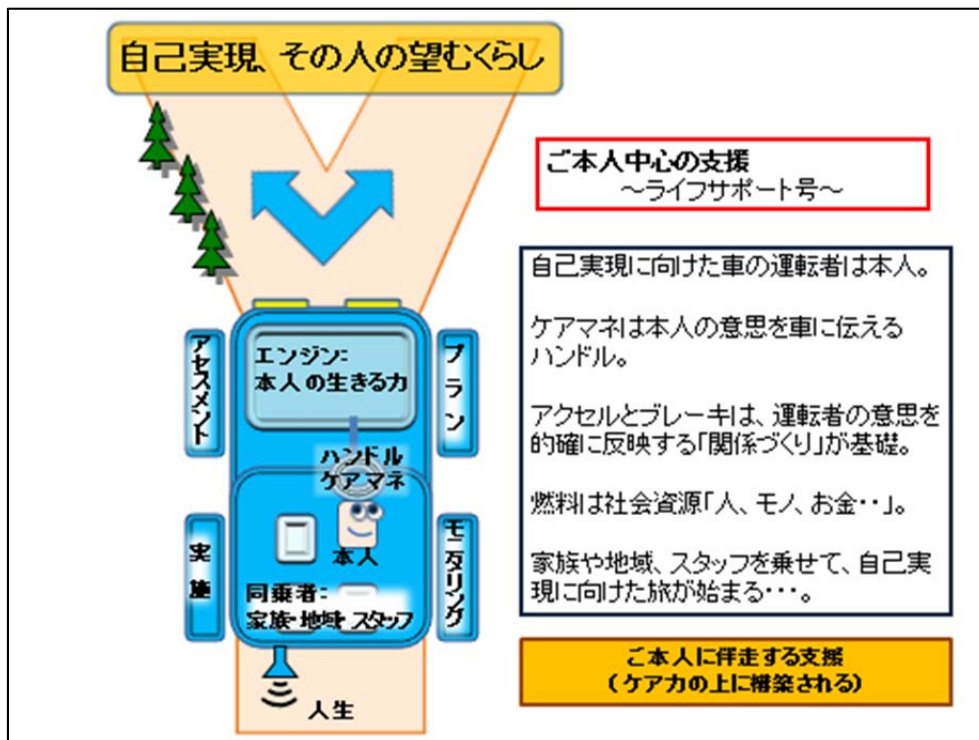
このたびの調査・研究では、地域生活支援として、ご本人を中心に、地域での生活を支援していくプロセスとしての「ケアパス」「ケア会議」を小規模多機能型居宅介護の立場からひもとき明らかにしている。また、そうした取り組みは、利用する生活圏域の住民からの評価として明らかになる。これからの小規模多機能型居宅介護は、利用者、家族・介護者の生活の質や地域の福祉課題を解決するための方策など、地域での暮らしをトータルに捉えていくことが求められる。生活圏域での利用者の暮らしを支援することは、地域とともに暮らしそのものを支援することが問われてきている。

これからのこうした介護のあり方を変えていく拠点となることが、小規模多機能型居宅介護のこれからの姿である。



(2) 小規模多機能型居宅介護におけるケアパスの検討

小規模多機能型居宅介護は、地域の中でご本人のニーズ応え、生活を支援している。
小規模多機能型居宅介護におけるケアパスは「本人発」でなければならない。



①地域の中で暮らしている高齢者、特に認知症を生きる人たちからの視点

地域の中で暮らしている中で、障がいを持ちあるいは認知症を抱えるようになり支援が必要になった時、実際の諸々の支援がスムーズに切れ目なく連続して入り、ターミナル時まで途切れなければ在宅で暮らすことができる。

しかし、現状は「切れ目のない連続したケア」は言葉だけになっている。特に認知症を生きる人たちへの支援は、最初から途切れている。初期の段階からの支援があれば、持てる力が多くある時には「どこで・どのように・どんな支援を受けて暮らすのか」自己決定ができる。ご本人の持てる力を活かすことも、可能な限り地域の中での暮らしを継続し、認知障害による不安・混乱も少なくできる。

また、早期発見・早期治療が言われ、かかりつけ医の研修や認知症専門医の研修、認知症疾患センターの整備も行われているが、診断後のサポートの不在（投薬のみ）で、診断は「告知」ではなく認知症という絶望的な病気にかかった「宣告」になっているのが現実である。

さらに「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」が行われていて、認知症サポーターの数は、平成24年12月31日時点で3,902,790人になっているが「認知症だけにはなりたくないという認知症イメージ」は払しょくされてはいない。

②本人からみた初期の課題

地域での現状を実践の中から見てみると「相談できない人」や「相談から見放される人」がいる。事業所に相談があるのは「もう大変、施設に入れようとしたが空きがないから小規模多機能型居宅介護でできるだけ長く泊まらせてくれ」というご家族や関係者の方からの相談が多い。この時点から関わって「自宅へ帰る」取り組みをも丁寧に行っているが、そこには、多大な時間と大変な力が必要となっている。もっと早くから関われば、こんな支援にならずに済むと現場スタッフは感じている。生活そのものが壊滅している段階からの出会いはお互い不幸である。

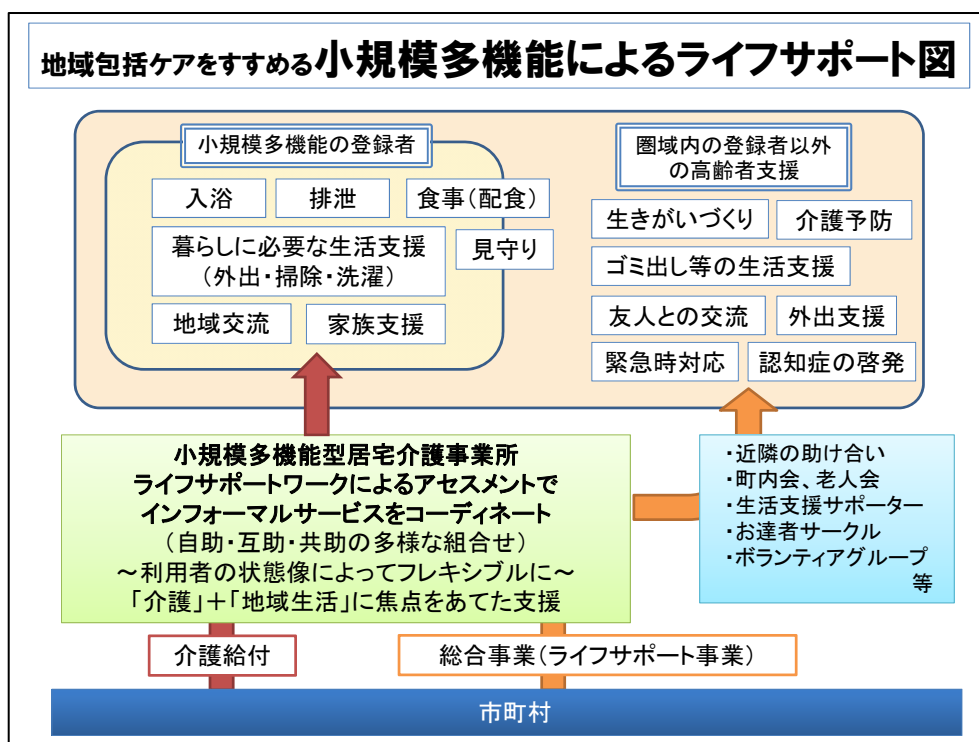
地域で暮らす独居や孤立、支援拒否等の方々は、なかなか相談につながらない。これが初期の段階での第一の課題である。

また、相談につながっても、実際の支援から疎外される人が多くいる。「本人が外には出ようとしなない」「もともと人付き合いの悪い人」などの理由で放置されてしまう。さらに初期の段階ではサービスも少ない。これが初期の段階での第二の課題である。支援する側の意識と不安を感じ始めた当事者との意識には大きな差がある。介護サービスの事業者や居宅介護支援事業者は、介護報酬が発生する要介護・要支援になってしかサービスにつながらない。「もっと早くからの関わり」ができないだろうか？もっと初期の段階からこれからの道筋がみえれば本人にとっても、家族・介護者にとっても安心につながる。

なお、地域ケア会議での事例検討はいわゆる困難事例に焦点が当てられているが、初期事例を中心に検討していくことが必要である。

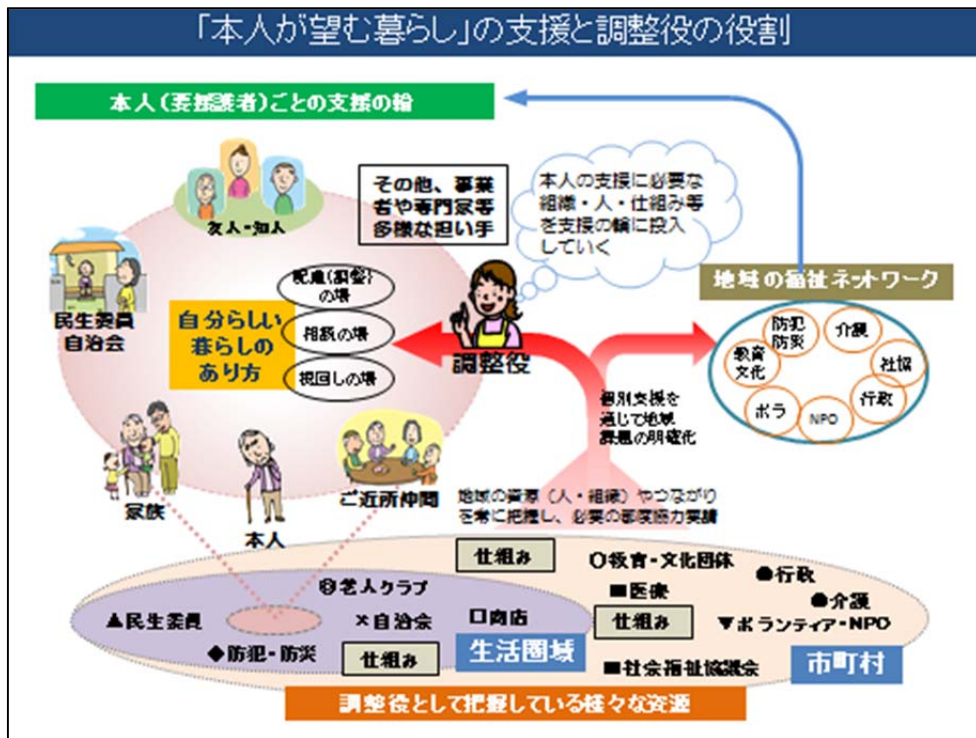
③初期からの支援

この初期の段階から支援できるようにすることが、小規模多機能型居宅介護におけるケアパスの出発点となる。次の図は、小規模多機能型居宅介護が生活圏域での登録者以外の支援を図るイメージ図である。小規模多機能型居宅介護の登録者を地域の中で地域の諸々の資源を活かし支援しようとする、地域を知り、地域の関係をわかり、地域の資源をつなぐことが問われる。この力は小規模多機能型居宅介護の実践（ライフサポートワーク）の中で培われてきている。



地域包括ケアを実現するために大切にすべき視点は、本人を心配する周囲の方々と一緒に支援していくという視点である。よく周囲へ協力をお願いする場合、具体的に「本人へ〇〇してください」とお願いし協力してもらうことがある。これは事業者と協力者という主従関係になってしまい、結果的に事業者からの指示になってしまう。

しかし、「本人の培ってきた支援の糸（命綱）」を生かすという視点に立てば、協力してもらうべきは、具体的方法（指示）ではなく、本人の「助けてほしい」声を周囲へ伝え、周囲がどのように助けてあげればよいか、それはどのタイミングかを協力者一人ひとりが自分自身で判断し、行動に移すことができるようにするための情報提供であり、お膳立てである。そうすると、これまでの周囲と本人の関係により、かかわり方は一人ひとり違って来る。ときには、対応のばらつきにより本人が混乱してしまう場合もある。その時に必要なのは、本人を中心につながっている糸をもつ周囲の協力者を交えての「作戦会議（＝本人のなじみの関係支援）」である。手段・方法の違いはあれ、かかわる一人ひとりが本人の望み（＝目標）を共有し、役割分担をする。このときに地域でのつなぎ役（コーディネーター）が必要になる。



本人（要援護高齢者）を丸ごと受け止め、本人がこれまでの人生の中で培ってきた人間関係や地域との関係を受け止め、生かすためのつなぎ役がいなければ、選択することができず、決定することが出来ないがために、資源があっても地域や自宅で暮らせないことになってしまう。特定の一人のためのネットワークを一人ずつ構築し、一人ひとりとつながる糸を丁寧につむぎ、支えることがつなぎ役に求められる。

また、こうした取組みは、地域の受け皿を創っていく。熊本県の「地域の縁がわ」や大牟田市で小規模多機能型居宅介護に併設した介護予防拠点の取り組みである。要介護・要支援になる前から、人のつながりを創っていくものである。

④問われる支援者の力量

更に、支援につながっても、支援者の力量で進む道が大きく変わっている。ケアを受ける側（認知症の人と家族）の要因もある。複合的家庭要因や BPSD を生み出す環境、身体疾患の合併、あるいは若年性・初期認知症について知られていないこと等である。ケアを提供する側（医療、ケア、地域等）の要因で最も大きいのは、自分たちだけで支援しようとする（抱え込み）ことである。介護サービスだけで支援しようすると介護保険のサービスを張り付ける。限度額がオーバーすると、ギブアップである。医療も抱え込み入院させてしまう。（本篇事例参照）

また、事業所が多くなり、それぞれの事業所の力量に差が生まれていることも明らかである。真のニーズの支援には知識や技術、コミュニケーション能力が求められるが、それらが欠如している支援者は些細な利用者からの求めに対して困難な感情を抱

くことが多い。「ケアの限界」が簡単に到来する。昨年「今後の認知症施策の方向性について」が出されたが、これまでの不適切な「ケアの流れ」を生み出していたのは介護現場でもある。

さらに、何が「良い認知症ケア」なのかについてのコンセンサスが問われている。小規模多機能型居宅介護では当事者がどのような病態であろうが、事情があろうが、当事者が望む住み慣れた家や地域で如何に継続した暮らしの支援ができるかが問われる。このことができるようにするためには、高齢者の持つ、生活のしづらさ、生きがいの喪失、病気などの悲観要件、人間関係の希薄、経済的窮乏など真に高齢者の望む支援に向き合うことが必要である。そこでは、高齢者の価値観に共感する援助のあり方が問われている。どのような価値観を持とうが高齢者のありのままに付き合うのが生活支援の本質である。高齢者が自己実現へ向けて、どのように価値観を成熟させていくかの支援である。地域での暮らしの支援では、面接技術や危機介入の手法、資源活用やコミュニティケア、家族支援、チーム、グループワークなどを援助技術として習得しなければならない。さらにビジネスモデルに惑わされることなく公平公正に実践し、あくまでも当事者の側に立った支援を旨とすべきである。

こうしたことのできる力量が事業者に問われ始めている。そして、地域の安心を提供し、資源活用や地域のニーズに基づいた支援を行うことができることで、小規模多機能型居宅介護は地域の拠点となり得る。

⑤支援の手法は、アウトリーチ（訪問・出前）という方法が必要である。

自宅での、地域の中での暮らしを支えようとする、通い中心では支えきれない。自宅から離れて、ほぼ毎日のように通うと地域から次第に切り離される。これまでつながりのあった地域の方々は「施設に行っているから安心」となっていく。通い中心は、意識しようとしまいと結果は地域から切り離すことになる。小規模多機能型居宅介護は「通いを中心に随時訪問や宿泊を組み合わせて」支援するサービスとして創設されたが、地域での暮らしを支援するためには、住んでいる場に出向いていくことが問われる。訪問で自宅へ行くこと、あるいは地域に出向くことである。出向くことは必ずしも自宅でなくてもよい。地域の中の集える場であれば、これまでのつながりを切らずに交流や支援が図れる。オレンジカフェや縁がわ、介護予防拠点等も出前による支援である。

◆本人発のパスの例

「私のアルバム」（霧島市：認知症連携ケアパス）

本人発のパスの一つに「私のアルバム」がある。単なる介護サービスを一方的に提供するものではなく、本人に支援が必要になっても、これまでの暮らしを住み慣れた地域で継続できるように支援していくことが求められている。そのためには、本人がこれまでどのような暮らしをしてきたのかを知ることが必要であり、その人の地域での役割や自ら築いてきた関係性を奪わない、断ち切らない、繋ぎ続けるこ

とが必要である。

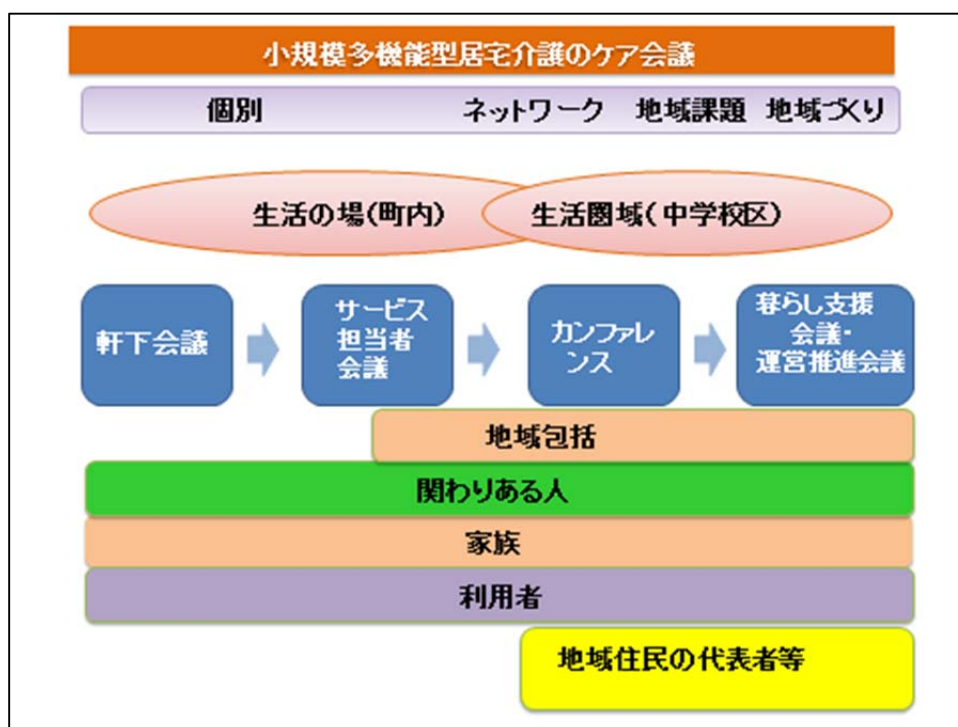
認知症連携ケアパスでは、高齢者がこれまでの人生や思い出を書き綴ることにより、やがての時(認知症になり自分の意見や希望を言えなくなった時)に家族や友人等の周囲の人や事業所の人に自分の思いを伝え、尊重してもらうための、最後まで自分が主人公の人生を送ってもらいたいという意思を込めて作成する私の「アルバム」である。

(3) 質を高める手立てとしての地域ケア会議

小規模多機能型居宅介護におけるケア会議は、事業所におけるミーティングやケア検討会、本人や家族・介護者、専門職、関係者が集まったカンファレンス、そして地域ケア会議等がある。地域ケア会議は、地域包括支援センターか市町村が主催するとして5つの機能が明らかにされている(25年2月14日付Q&A)が、小規模多機能型居宅介護におけるケア会議のあり方を、先進事例でのケアの積み上げのプロセスから明らかにした。

①いろいろなケア会議

利用者の地域での暮らしを支援している現場のケア会議の実際を、現場の事例から分類すると下記のような図になる。



ア. その時々ケア会議（軒下会議）

暮らしは日々継続的に流れているものであることから、メンバー全員を一堂に会するような担当者会議では、手遅れになってしまったり、また一堂に会すが故に、課題が別方向に行ったり、不安や不満が大きくなるようなことがある。状況によっては、メンバー全員が集まらなくても事足り、そちらの方がスムーズな支援に結び付くことも多々ある。更に周囲の人たちにも思いがあり、ニーズがある。それらの思いを理解し、どこかで合意できないか調整することをしなければ、互いの主張は平行線をたどり、結果として本人の思いよりも周囲の思いが優先されてしまう。そのために、必要な時に、必要なことや役割を、身近な関係者で確認をし合ったり、役割分担しあったりすることが必要である。

ここで、つなぐ・調整することが行われる。言い換えるとやりくりや根回しである。このことが、実際の支援には必要かつ有効である。ポイントは、対象者の地域のなかでの縦糸・横糸を見つけ、糸を強化することである。軒下会議では情報を共有したり、実際の困りごとを把握したり、関係が悪化しないように根回しが行われる。

イ. サービス担当者会議（カンファレンス）

介護保険でサービスに関係する者が集まって行うのがサービス担当者会議である。小規模多機能型居宅介護ではカンファレンスとして位置付けている。福祉用具や訪問看護等の利用がなければ、小規模多機能型居宅介護の事業所だけで行うことになりかねないので、ご本人・ご家族、地域の関係者、専門職が集まって一緒に支援の方向性を検討する場である。ここでのポイントは、代弁機能が問われることである。特に本人のアドボカシーとエンパワーメントの視点が必要である。

（注）事業所内でスタッフが集まり日々行うものをミーティングとして分けている。

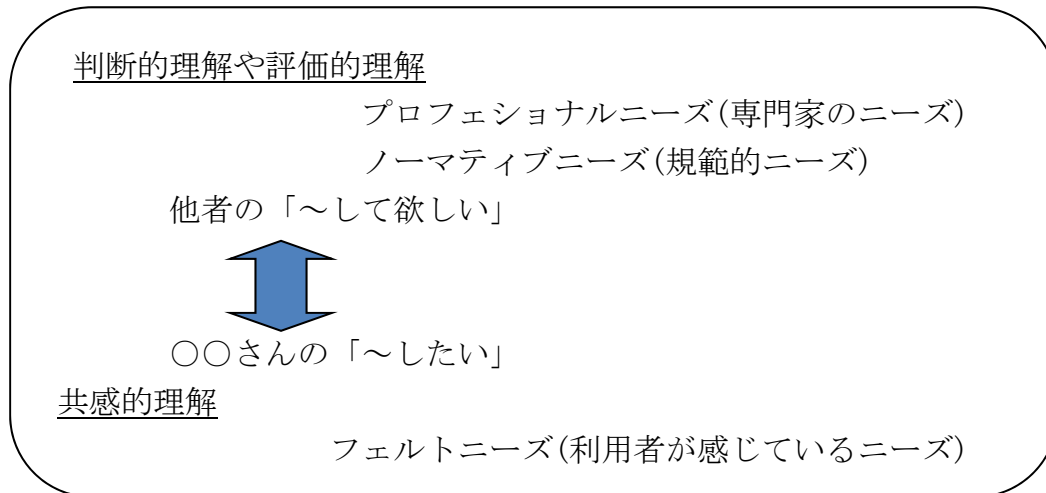
ウ. 運営推進会議

小規模多機能型居宅介護やグループホーム等の地域密着型サービスにおいて、おおむね2か月に1回の開催が義務付けられている運営推進会議は、事業者自らが設置し、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的としている。

この運営推進会議で事例検討が行われ、地域づくりに発展している事業所も数多くある。運営推進会議での事例検討から一人の認知症のある方を地域の関係づくりで支える取り組みが構築される。ある事例検討の一場面で、事例を匿名で報告すると、次のような会話になる。

②ケア会議を行うときの視点

ケア会議は、本人、家族・介護者、地域の方、関係専門職、事業所が一緒になって、目標を確認し合いながら、共感的理解のもと課題(本人を支援する)を実現するために話し合う場である。共感的理解とは、専門家や常識的意見ではなく、ご本人が感じているニーズに応えることである。これまでは、専門家や常識的見方により、対応されていたが、本人視点で会議を行わないと、周りの意向で方向性が決まってしまう。



ケア会議の「試行」から見てきたことは、介護のみを考えるための会議では成り立たない。これまで、ケアプラン＝ケアをするための計画、ケア会議＝直接援助をするメンバーが集合しケアの方法を話し合うなど、サービス提供者側の視点でのみ物事が進められてきたことがあまりにも多かった。本人の望む暮らしは週間計画表に明記されたサービス提供だけでは当然実現できない。本人が望んでいることは、介護サービスを利用することが主たる目的ではなく、あくまでもこれまでどおりの暮らしであり、今の暮らしの継続である。

○だれが参加するのか

本人もしくは代弁者が必ず必要なことは言うまでもない。これまで本人抜きの場合があまりに多すぎ、本人中心になっていないことを改める必要がある。

本人の暮らしを支援する会議であるために、参集するメンバーも専門職のみならず、本人の身近に暮らす方々の参加が必要。これまでの暮らしぶりから本人の思いを押し量り、支える・支えられるという主従的な関係ではなく、その地域とともに暮らす住民として本人の思いを代弁し、身近にいるからこそ即時的に必要な事を決定し実行できる方々である。

○考えないといけないこと

進行者で方向性が決まる。本人のニーズや感じていることから出発しないと、発言力が強い方(医療や介護の専門職や地域のリーダー等)の意向で方向性が決まる。しかも一定の時間で結論を出すことも要求される。進行者の力量が問われる。

(4) 質を確保・向上させるための地域からの評価

年に1回の外部からの確認(現行の外部評価)では、地域の皆様からは「とんでもない事業所」「毎日鍵をかけていて閉じ込めている事業所」「地域から孤立している事業所」等の評価がある事業所が、外部評価ではすばらしい事業所と公表されることへの矛盾がある。このことを解決しない限り地域密着型サービスの外部評価の意味は薄く、信用性も低い。そこで現在の外部評価のあり方については、このままでは意味をなさなくなっているとして、新たに地域からの評価についてアプローチしたところである。

外部評価制度は、事業者が行うサービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを狙いとしているが、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準でも第七十二条の2で「指定小規模多機能型居宅介護事業者は、自らその提供する指定小規模多機能型居宅介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。」とされているところである。そこで、自己評価を前提に、この定期的に外部の者による評価のあり方を、地域の皆様が参加する「地域からの評価」にできないかを検討した。

①現在の外部評価の課題

外部評価の仕組みは、事業所が費用を払い、1年に1回外部評価機関に評価してもらう仕組みとなっている。外部評価機関も「営業」し、評価を受ける事業所を探すことになる。

ここから、次の点が課題となる。

- ◇一年に1回訪問して何がわかるのだろうか。地域の皆様からは「とんでもない事業所」「毎日鍵をかけていて閉じ込めている事業所」が外部評価では「優れた事業所」として評価される。その日だけの対応だけで評価する危険性がある。
- ◇また、例え外部評価で課題が見つかったとしても、事業所は外部評価機関にとって「お客様」である。厳しい評価を行えば、次年度からの評価の依頼はなくなる。どうしても、表面的な美辞麗句が並ぶことになる。
- ◇更に、外部評価の料金は評価機関ごとに変わる。その結果、事業所は、どうしても「費用が安くて」「評価の甘い」機関に集まることになる。構造的な欠陥となっている。

②本年度の試行

運営推進会議を活用した「地域からの評価」と運営推進会議メンバー以外の地域住民も参加した「地域からの評価」を施行した。

それぞれの運営推進会議メンバーに地域住民(研修を受けた認知症サポートリーダー、キャラバンメイト)の参加パターンは運営推進会議があまり機能していない場合を想定してのものである。

◇運営推進会議があまり機能していない理由

- 事業所（施設長や管理者）の運営推進会議の捉え方・取り組む姿勢の違い
- 構成メンバーの考え方や理解の違い



事業所と参加メンバーの関係性および上記の相乗効果により会議の雰囲気や方向性が変わる

- ・会議の目的が共有できていない→「地域密着」のありかたへの理解
- ・家族や本人の役割が生かされていない→意見が言いにくい雰囲気
- ・当て職での人選には課題も多い→会議の構成メンバーに対する研修も必要
- ・進め方や内容の違いはあっていいが、会議を適切な方向へ進めていく役割の人が必要（地域包括支援センターや行政職員の力量も必要、ただし、行政主導になってもダメ）

試行した外部評価のメンバー

小規模多機能ホームはしたて（石川県加賀市）

利用者家族2人、ご近所、区長、民生委員、市役所2、（地域の方）、事業所

※やたの（グループホーム）

小松市、地域包括支援センター、町内会長、民生委員、地域協力者2、利用者家族2人、地域密着型特別養護老人ホーム、事業所

小規模多機能ホームかほく（熊本県山鹿市）

利用者家族2人、ご近所、区長、民生委員、市役所1、ボランティアの方、地域サポートリーダー2人、事業所

小規模多機能ホームいつでんくるばい（熊本県山鹿市）

利用者家族1人、利用者2人、区長、民生委員、市役所1、警察署生活安全課、地域サポートリーダー2人、事業所

◆意見の出た項目（現行のサービス評価項目より）

2. 事業所と地域のお付き合い
3. 運営推進会議を生かした取り組み
5. 身体拘束をしないケアの実践
6. 運営に関する利用者、家族等意見の反映
7. 運営に関する職員意見の反映
8. なじみの人や場との関係継続の支援
13. 緊急時等の対応
16. 災害対策

◆意見の出なかった項目

4. 市町村との連携
10. チームでつくる介護計画とモニタリング
11. かかりつけ医の受診支援

◆事業所の考えを聞くことになる項目

1. 理念の共有と実践
12. 重度化や終末期に向けた方針の共有と支援
15. 夜間及び深夜における勤務体制

【結 果】

地域の皆さん（ご近所、区長、町内会長、民生委員等）は、よく事業所を見ておられ、場（機会）があれば、見ていること・感じていることについて意見を出すことができる。外部評価機関ではなく、地元だからこそという意見が聞けた。

事業所にとっては、これまでの外部評価より意味のある意見が多くある。

例：事業所の玄関が入りにくい、玄関で待っていても職員さんが気づいてくれない

地域の方が重荷に感じるようになってしまっただけではない。町の人全部が協力的なわけではない。地元のつながりを大切にしていかなければならない。

ホームに行ってよいのか悪いのかわからない。用事がないのにいけない。自由に来て良いと言われてもわからないのでは。

参加者の感想：その事業所のことを知っている人たちが集まって評価することの大切さが本来の形だと感じました。もう一つはこれを繰り返すことで、地域の方の視点が変わってくるのではないかと感じています。

地域や家族とのつながりが重要なので、こういった機会は大切。話し合いを通じて、共通認識ができることが良いと思う。

【課 題】

地域の皆さんによる評価を、今回運営推進会議を活用して行ったが、いくつかの課題も明らかになった。

○評価項目

地域の方々が見える項目と見えない項目がある。項目の検討が必要。

○時間

今回の2時間程度が限度。数回に分けるか項目を絞る必要もある。

○自己評価のプロセスが適切か。開設者や管理者だけで実施していたら意味がない。

今回も自己評価がベースである。地域の中での暮らしの支援が実際にできているかどうかを問うことが必要。項目の検討が必要。

○運営推進会議のメンバー次第では、事業所の都合の良い「御用評価」になる可能性がある。小規模多機能型居宅介護事業所には運営推進会議の開催が義務付けられているが、メンバーの選定は事業所に任されている。よって事業所に都合の良い

い人々のみメンバーにしていると評価できない。生活圏域内の利害のない地域の方々の参加を図ることも必要。

少なくとも市町村職員か他法人の包括支援センターが参加すべき。

この取り組みは、常に事業所と関わりのある地域の皆さんの目があり、決してその場限りの対応はできない。事業所にとっては、地域からの評価が一番気になるものであり、その評価は事業所の質の向上にとって有効である。

○年に一日だけの断面ではなく、24時間365日の取り組みが評価される。

○職員全員で取り組まざるを得ないので職員の意識が高まる。表面的なことでは地域の方に指摘される。

○地域の皆様の理解がすすむ「こんなことまで努力しているのか」など。

○地域の皆さんと一緒に改善プランを作成するので、地域の中での取り組みができやすくなる。

本 編

第1章

研究の背景・目的と概要

1. 研究の背景・目的

地域包括ケアを実現するために、小規模多機能型居宅介護においても単なる介護保険サービスの提供が目的にはならない。地域の中での暮らしそのものを支えるため、小規模多機能型居宅介護では、従来の通い、宿泊、訪問に加え、配食、食事会等の支援やインフォーマルサービスの開発・育成といった暮らしを守るための複層的支援を実践している事業所も出てきている。

本事業では、小規模多機能型居宅介護の質を高めるための「ケアパス」「ケア会議」「地域からの評価」のあり方について調査・研究し、地域包括ケアの実現に向けた小規模多機能型居宅介護の質の確保を明らかにすることを目的に実施した。

【目的】

- (1) 地域の中で認知症高齢者を継続してどのように支えられるか
(地域生活を継続させるための地域の資源を活用した認知症連携ケアパスの検討)
- (2) 地域住民とともに地域生活のあり方を考える
(地域生活の支援のための地域の資源を活用した地域ケア会議のあり方)
- (3) 生活の質を主眼に置いた地域からの事業所評価
(一過性の評価ではない継続した地域からの評価)

2. 概要

(1) 事業実施体制

本事業の事業目的の検討のため、学識経験者、事業者等で構成する検討委員会を設置し、検討した。規模多機能型居宅介護を取り巻く状況をこれまでの歴史を振り返って整理してみると以下のとおりとなる。

No.	氏名	所属	備考
1	森本佳樹	立教大学コミュニティ福祉学部	委員長
2	岩尾貢	金城大学短期大学部	
3	西邦子	社会福祉法人共友会 小規模多機能ホームはしたて	
4	川原秀夫	特定非営利活動法人コレクティブ	
5	安倍信一	社会福祉法人美瑛慈光会	
6	党一浩	小規模多機能ホームめおといわ「ゆい」	
7	石川裕子	鞆の浦さくらホーム	
8	稲葉好晴	厚生労働省老健局振興課	オブ ザーバー

(2) 内容

委員会が出された意見やフィールドワークにおいて抽出された認知症連携ケアパス及び地域ケア会議のあり方等の整理検討した。

地域住民、事業者、自治体との協働の先駆的取り組みをする地域を選定し、フィールドワークを継続して実施した。

＊北海道、石川県、広島県、福岡県、熊本県の5ヶ所を実施

北海道…社会福祉法人美瑛慈光会（美瑛町）

石川県…社会福祉法人共友会（加賀市）

広島県…鞆の浦・さくらホーム（福山市）

福岡県…めおといわ「ゆい」（福岡市）

熊本県…いつでんくるばい（山鹿市）

*フィールドワークの内容

①認知症地域支援連携ケアパスについての検討

事例検討を通じた、本人発のケアパスの検討

5ヶ所での事例検討および霧島市認知症ケアパス(私のアルバム)、「京都文書」の検討から小規模多機能型居宅介護が取り組むケアパスのポイントを明らかにした。

②住民を取り込んだ小規模多機能をモデルとした地域ケア会議のあり方

ケア会議(ロールプレイによる)を住民中心1回、小規模多機能型居宅介護の事業所4回、地域包括支援センターで1回実施した。

また、フィールドワーク5ヶ所での事例と合わせて、小規模多機能型居宅介護のケア会議の整理を行った。更にケア会議を行う時の視点を検討した。

③ケアパスおよび地域ケア会議でのライフサポートワークを活用した事例

全国5か所でのフィールドワークから事例を通して、小規模多機能型居宅介護のケアとこれからのあり方を明らかにした。

④運営推進会議等を活用した地域からの評価についての検討

現在の外部評価の課題の抽出、運営推進会議で評価は可能か、試行の方法についての検討

⑤地域からの評価の試行

4か所での運営推進会議をベースとした地域からの評価の実施

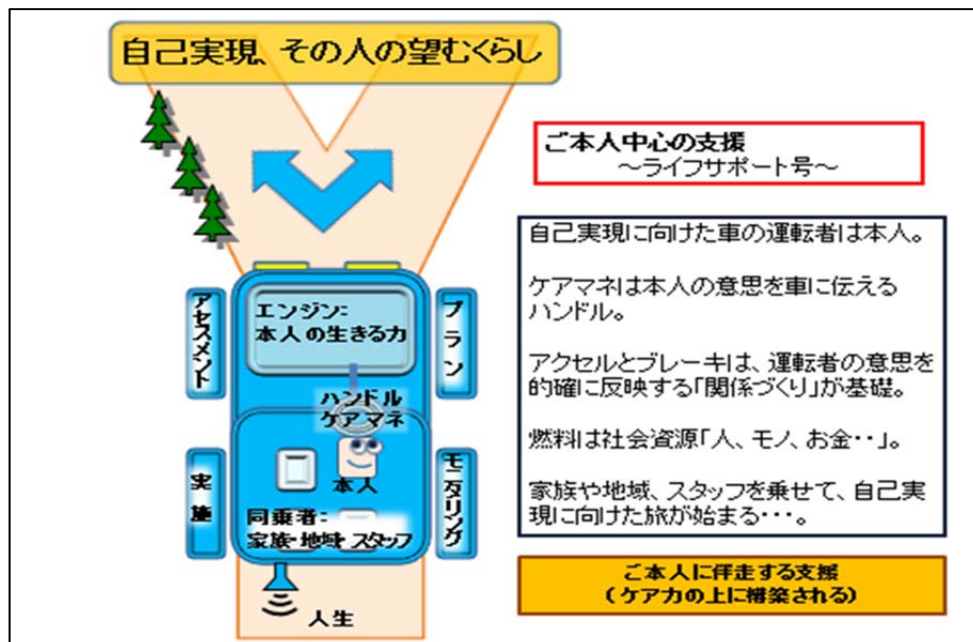
第2章

地域密着型サービスが目指すサービスの質

1. 小規模多機能型居宅介護のケアパスの検討

(1) 地域の中で初期から関わること

小規模多機能型居宅介護は、地域の中でご本人のニーズ応え、生活を支援している。小規模多機能型居宅介護におけるケアパスは「本人発」でなければならない。



①地域の中で暮らしている高齢者、特に認知症を生きる人たちからの視点

地域の中で暮らしている中で、障がいを持ちあるいは認知症を抱えるようになり支援が必要になった時、実際の諸々の支援がスムーズに切れ目なく連続して入り、ターミナル時まで途切れなければ在宅で暮らすことができる。

しかし、現状は「切れ目のない連続したケア」は言葉だけになっている。特に認知症を生きる人たちへの支援は、最初から途切れている。初期の段階からの支援があれば、持てる力が多くある時には、「どこで・どのように・どんな支援を受けて暮らすのか」自己決定ができる。ご本人の持てる力を活かすことも、可能な限り地域の中で暮らしを継続し認知障害による不安・混乱も少なくできる。

また、早期発見・早期治療が言われ、かかりつけ医の研修や認知症専門医の研修、認知症疾患センターの整備も行われているが、診断後のサポートの不在（投薬のみ）で、診断は「告知」ではなく認知症という絶望的な病気にかかった「宣告」になっているのが現実である。

さらに、「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」が行われていて、認知症サポーターの数は平成24年12月31日時点で、3,902,790人になっているが、「認知症だけにはなりたくないという認知症イメージ」は払しょくされてはいない。

②本人からみた初期の課題

地域での現状を実践の中から見ると、「相談できない人」や「相談から見放された人」がいる。事業所に相談があるのは、「もう大変、施設に入れようとしたが空きがないから小規模多機能型居宅介護で、できるだけ長く泊まらせてくれ」というご家族や関係者の方からの相談が多い。この時点から関わって「自宅へ帰る」取り組みをも丁寧に行っているが、そこには、多大な時間と大変な力が必要となっている。もっと早くから関われば、こんな支援にならずに済むと現場スタッフは感じている。生活そのものが壊滅している段階からの出会いはお互い不幸である。

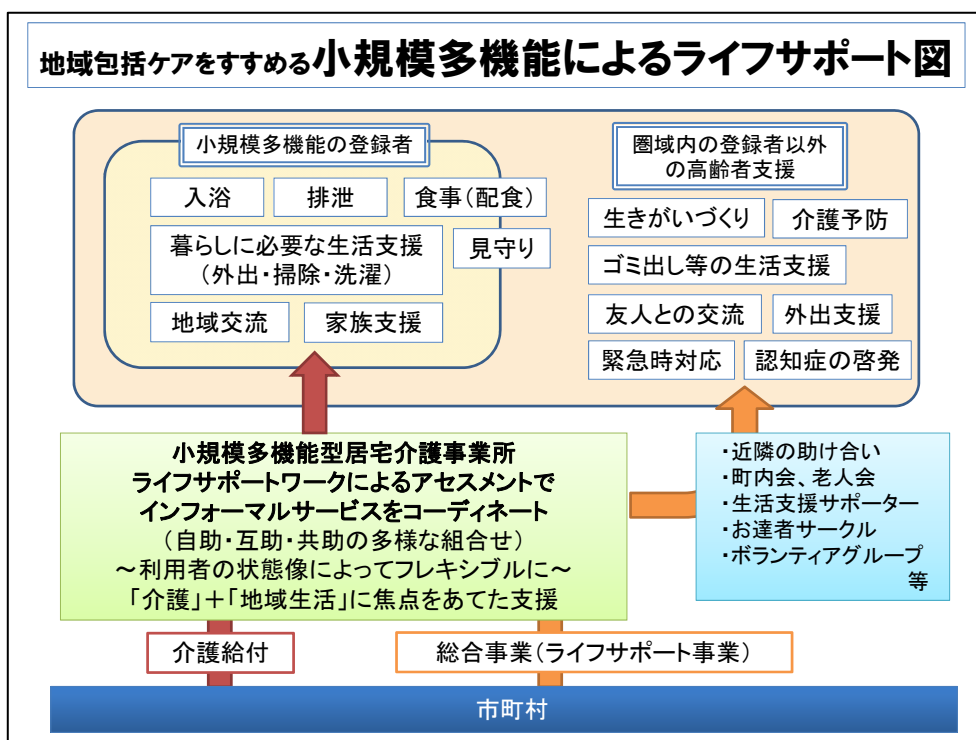
地域で暮らす独居や孤立、支援拒否等の方々は、なかなか相談につながらない。これが初期の段階での第一の課題である。

また、相談につながっても、実際の支援から疎外される人が多くいる。「本人が外には出ようとしなない」「もともと人付き合いの悪い人」などの理由で放置されてしまう。更に初期の段階ではサービスも少ない。これが初期の段階での第二の課題である。支援する側の意識と不安を感じ始めた当事者との意識には大きな差がある。介護サービスの事業者や居宅介護支援事業者は、介護報酬が発生する要介護・要支援になってしかサービスにつながらない。「もっと早くからの関わり」ができないだろうか？もっと初期の段階からこれからの道筋がみえれば、本人にとっても、家族・介護者にとっても安心になる。

なお、地域ケア会議での事例検討はいわゆる困難事例に焦点があてられているが、初期事例を中心に検討していくことが必要である。

③初期からの支援

この初期の段階から支援できるようにすることが、小規模多機能型居宅介護におけるケアパスの出発点となる。次の図は、小規模多機能型居宅介護が生活圏域での登録者以外の支援を図るイメージ図である。小規模多機能型居宅介護の登録者を地域の中で地域の諸々の資源を活かし支援しようとする、地域を知り、地域関係を判り、地域の資源をつなぐことが問われる。この力は小規模多機能型居宅介護の実践（ライフサポートワーク）の中で培われてきている。



(2) 事例および取り組み事例の検討

小規模多機能型居宅介護におけるケアパスを検討するために、事例検討と取り組み事例の検討を行った。

①若年性認知症のHさんの事例

男性、50歳代前半、未婚

両親は他界し一人暮らし

兄は近隣の市に在住、妹は県外に在住

喘息の持病がある

◇平成24年10月

兄嫁から地域包括支援センターに最初の相談が入る。

喘息の治療のためにかかりつけ医に入院中で、CTを撮り前頭葉と海馬に萎縮が見つかる。

兄嫁は春頃から電話での話し方に異変を感じていた。

仕事はしておらず、遺産と貯金で生活している。

車の運転をしており、毎日10時頃には出掛け、弁当を買いに行っている。兄嫁が同乗してみたが、今のところ交通ルールは守り、怖さはなかった。

お金を総額100万円程、知人に貸している。

通帳にお金があると、すぐに引き出してしまう。

現在は兄夫婦が金銭管理をし、週に1回本人に渡している。

隣人は協力的

◇平成24年11月

本人宅を訪問する。

あいさつをすると「はい、はい」と返答される。話しかけても「はい、はい」の返事を繰り返され、オウム返しであったり、語彙が少ない。

家の中は比較的片付いている。

隣人より、1年くらい前から現在のような話し方になったと聞く。

◇平成24年11月

認知症疾患センターを受診

前頭側頭葉型認知症の疑いが強く、確定診断のために1週間後、認知症疾患センターへの入院予定となる。

◇確認した情報

以前は、パチンコ屋に勤務

排泄→出来ている

入浴→分からない

洗濯→出来ている

更衣→暖房が効いていない家の中でTシャツ1枚。出掛ける際には上着を着る。

電話→携帯電話を所有。困ったことがあれば兄嫁へ電話できる。

落花生を栽培している。(パチンコ屋勤務以前は実家で農業)

決まった時間に決まった場所へ車で買い物へ行く。給油ランプが付いた状態であったが最寄りのスタンドへ同乗していた兄嫁が寄ろうと言っても寄らず、いつも行っているスタンドへ行った。

掃除機の場所が分からず兄嫁へ電話する。数日前に兄嫁が掃除機を使い別の場所に片付けていた。場所を伝えるが探し出すことが出来ず。

◇11月17日、入院予定の朝、兄夫婦が本人宅へ行く。会うなり認知症疾患セン

ターには行かんと言って、本人は車で出掛けたために、兄夫婦は昼前に帰宅。

21時ごろ、本人が知り合いへ「家まで送って」と電話してくる。現在地を聞くが答えることが出来ず。知り合いが兄嫁へ連絡。兄嫁から本人へ電話。「車のバッテリーが壊れた」というが場所は言えず。その後電話に出なくなり、本人からも掛かってこない。

警察へ通報、車が隣の市で見つかる

18日午前1時頃、携帯電話の電波を隣の市で拾うが電話は繋がらず。

午後、一般の方から兄へ電話が入り、15時ごろ発見される。

◇この事例の検討から

○一人暮らしで、認知症の症状がすすむまで放置されていた

たまたま、喘息の治療時CTで見つかったが、兄嫁の話にあるような、行動が

生じていた。

一人暮らしのために、生活に支障が出ても気づく人がいなかった。

若年性ということで、周りも認知症とは思わない。

車に乗ることができる等、本人に多くの力がある。

本人にも生活のしづらさ等があったと思う。

⇒初期の段階から相談にのる（発見し関わる）方策はないのだろうか。

隣人は変化に気づいていた。こうした情報が入る方策はないのだろうか。

○本人は入院することを拒否して出かけた

本人の気持ちはどうだったのだろうか。

入院して病名が確定しても絶望しか感じないのではないだろうか。

⇒診断が絶望になってはいけない。

常に本人からの視点がないと、専門家の意見で方針が決まってしまう

新しい場の創出（オレンジカフェや縁がわ）があれば、受け皿になるのでは。

②困難事例とされたTさんの事例

いつでんくるばい（熊本県山鹿市）の事例

大正14年生まれ 87歳

既往症：アルツハイマー型認知症、高血圧症、弁膜症の手術歴あり

要介護3（障害高齢者自立度 A1、認知症高齢者自立度 III a）

独居

◇利用経緯

以前は、車で10分ほどの他の小規模多機能型居宅介護事業所を利用していた。

そこでは週3回夕方までの通いと、他の日は訪問にて対応されていたが、通いの間も飛び出して行ったり、家からは毎日1人で出かけ、警察に保護されることがたびたびあり、対応に苦慮していた。その事業所から地域包括支援センターへ対応困難との相談がある。入院か施設入所はできないかとのことであった。

そこで自宅から近いこともあって、いつでんくるばいに事業所を移すこととなった。

本人は、利用の前から、どこかに行く途中でいつでんくるばいに立ち寄ったり、朝1人でいるところを見かけたスタッフが声をかけて見守りをしたりしており、利用開始時にはすでに顔見知りになっていた。そのため、事業所の変更については本人も家族も特に心配されることなく、移行となった。

◇現在の支援

8:20頃、朝の迎えに行き、起床の声かけ。一緒に布団をたたむ。トイレを流し、掃除。カーテンを開け、戸締りをする。毎日、寝ている時もあれば、起きて庭の草取りなどをしている時もある。もっと早い時間に1人で歩いて来る時もある。

時には、いつでもくるばいを通り過ぎて歩いているところを地域の人が見つke、連れてきてくれることもある。

いつでもくるばいにて朝食後、スタッフと一緒に食器を洗ったり、掃除をする。その後も、できることをしたい時に行いながら過ごす。実家に行って兄夫婦と会い、仏壇にお参りしたり、自宅の掃除をしたり、買い物に行ったりと、本人の希望に合わせて過ごしている。

日中自宅に帰る際は、同じ道順を通り、できるだけ歩くようにしている。自宅まではいくつかのルートがあるが、いつも同じ道を通っていれば、ご自分で来る時も迷わないのではないかと考え、スタッフ全員で実践している。また、時々休憩しながら歩いていると、ご本人の知り合いやご近所の方にもよく会う。スタッフも挨拶をし、時には様子を尋ねられたりすることもある。認知症であることを知っていて、気にかけておられる方は多く、そういった地域の方に見守られながら自宅で過ごしている。

また、本人のなじみの商店があり、スタッフと毎日そこへ買い物に行く。お元気な頃から行っていた店で、顔なじみの店員さんと会い、話をしている。店員さんもTさんのことはよくわかっているため、好みの物を勧めてくれたり、話を合わせてくれたりする。スタッフは、いつでもくるばいを利用していることや連絡先を伝えているので、時にはお店から、「1人で来らしたよ」と連絡が入り、スタッフが迎えに行くこともある。

自宅では調理ができないため、夕食もいつでもくるばいで食べてから帰宅する。スタッフが送り、お茶と、その日に購入したパン等をテーブルに置いておく。布団を敷き、明日の朝、迎えに来るまで待っていてほしいと伝える。

21時頃訪問し、就寝しているか確認をする。

◇この事例の検討から

○一人暮らしで、認知症の症状が進むまで放置されていた。

大変な状態になってからサービスに結びついている。

⇒もっと早くからの支援であれば、本人の混乱も少なかったのではないだろうか。

○事業所が簡単にギブアップしている。

以前利用していた小規模多機能型居宅介護の事業所で、サービスの貼り付けしか行っていない。結果、不在から警察に保護となっている。

直ぐに困難事例として入所・入院させようとしている。

⇒職員に24時間支援する意思がない。通所介護と同じ感覚。

スタッフの対応の仕方がバラバラ。

本人がどのような暮らし何をしたいのか、何に支障を感じているのか等アセスメントができていない。

地域の中での暮らしを支援する視点がない。

大変になったら次に送ることが普通になっている。
○いつでもくるばいの支援では
歩いて利用できる。
利用前から顔なじみになっている。
Tさんの地域とのつながりを把握しようとしている。
本人の〇〇したいを直ぐに実現しようとしている。
24時間を支援しようとしている。
地域の力を結び付けようとしている。
地域の資源を知ろうとしている。
⇒常に本人から出発するために、かかわりが重要
(本人発の視点・代弁することができる)
本人を中心とした「関係図」を描くことができる
(本人の関係力を生かすことができる)
地域の資源マップ(リスト)を持っている
(本人に必要な資源をつなぐことができる)
→だれが、いつ、どこで、どのようにして、何を、どの程度、支援すればよいか、
具体的に示せて実践できるようになる。

③取り組み事例の検討

◆認知症の疾病観を変える

(京都式認知症ケアを考えるつどい／京都文書／平成25年2月)

認知症の疾病観を変えることから始める

家族介護とそれが限界を迎えたときの入院・入所しかなかった時代、既に多くのものを失ってからしか医療やケアとの出会いはなかった。そんな従来の認知症の疾病観は極論すれば、認知症の終末像を中心に構築されたとすることができる。しかし、終末像のイメージしか持たない疾病観というものはアイデアとしての貧困であり、医療にとってもケアにとっても、ときとして有害である。

(・・・中略)

癌などの他の疾病が「死の宣告」から「生きるための告知」に転換していった過程にならって、初期の疾患イメージが変わることが重要になる。

(・・・中略)

多くの疾患がそうであったように、初期の疾患イメージと手当の方法が確立すると、終末期の姿が大きく変化していく。認知症の人が今よりももっと豊かな人生を生きることができるようになることで、認知症の疾病観は確実に変わっていく。

大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけ

大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけに過ぎない。そして、この大変な時期は想像されるよりもずっと短い。横断面での大変さについて目を奪われがちになるが、縦断的な視点を持てるようになると治療もケアも自信を回復できる。一時的に地域ケアの外に置かれることはあっても、再包摂する経験を積むことによって、医療もケアも、そして社会も、認知症の全体像を獲得していくことが可能になる。このように手当の方法が確立していけば、若年性認知症を含め認知症の疾病観の変更も可能となり、終末期の姿も大きく変化していく。

認知症を生きる人たちからみた地域包括ケア、それは認知症の人を地域から排除しないケアのことでもある。

○医療やケアの提供の仕方を転換する

診断・評価も「待ちの体制」から「出向く仕組み」へ（アウトリーチ）
初期集中支援チームの形成

○見方が変われば見え方が変わる

- 1) 私たちが垣根を越える（彼らではなく）
これまでは彼・彼女にそれを求めた（根こそぎ）
ケアスタッフの「入り口問題」への回答
その先に「ケアの連続性」を展望する
- 2) 私たちが「水」になる
これまでは彼・彼女にそれを求めた（排除の問題）
フレンドシップの精神（武地先生）
認知症という障害に対する理解と技術
多様性の受容
- 3) 「ケアの原型」と「ともに生きる者」（辻先生）
新しい社会とケアのあり方を示す雛型
そこには医師・看護師・ケアスタッフも・・・

○認知症の疾病観を変える

起点から始めて疾病過程に順行して全経過をフォローするべき
多くの疾患がそうであったように、初期の疾患イメージと手当の方法が確立すると、終末期の姿が大きく変化していく

○認知症の人を地域から排除しないケア

認知症を生きる人たちからみた地域包括ケア、それは認知症の人を地域から排除しないケアのことでもある。私たち一人一人の力を合わせれば認知症ケアを変えることができる。

亡き小澤勲氏は「痴呆老人からみた世界」（1998年）で次のように述べている。
痴呆老人からみた世界はどのようなものなのだろうか。
彼らは何を見、何を思い、どう感じているのだろうか。

そして、彼らはどのような不自由を生活しているのだろうか。

(痴呆老人からみた世界、まえがき)

これまで痴呆を病む人が私たちを、そしてこの世界をどう見ているかにこころを寄せるという視点が欠けていたのではあるまいか。とすれば、これまでの痴呆ケアは、痴呆を病む人たちにとってどこかのはずれになっていたに違いない。

(自閉症、統合失調症の時代から一貫した視点)

◆本人と周囲とをつなぐ「認知症連携パス」《私のアルバム～やがてのために～》
鹿児島県霧島市での取り組み

介護が必要になった時、他人が介護をするために様々な情報を必要とする。これまで、介護をする側が必要とする情報を収集していた。トイレに自分で行けるのか？食事は、入浴はなど。

特に認知症になるとこれまでの自分の生活やこだわりを伝えることが難しくなる。だから介護する側のペースに委ねることが多いのである。

「認知症になっても自分らしい生活が送れるように」との思いから地域密着型サービス連合会が中心となって、霧島市包括支援センター、認知症の人と家族の会、居宅介護支援事業所、認知症疾患医療センターの医療ソーシャルワーカー、行政の方々と共に約2年間勉強会を重ね、認知症連携パス『私のアルバム～やがてのために～』を作成した。

これは、認知症をキーワードに、霧島市内のすべての高齢者が、利用するサービスが変わるごとに基本情報や生活歴、ADL の状況等を毎回説明(聞き取られる)するのではなく、本人(利用者)とともに情報も伝わっていく仕組みができないかというものである。

高齢者が、これまでの人生や思い出を書き綴ることにより、やがての時(認知症になり自分の意見や希望を言えなくなった時)に家族や友人等の周囲の人や事業所の人に自分の思いを伝え、尊重してもらい、最期まで自分が主人公の人生を貫き通す為に作成する当事者自身のアルバムである。



年月	年齢	暮らしの場所	一緒に暮らしている人	暮らしの本	私が好きなこと	今の私が	私が今	私が	私が今	その他 知らせてほしい事 (つぶやき)	記入日	記入者
H17年	60歳	始良町	妻と三女の三人暮らし	◆私は単人暮らしのグループホームで管理者とケアマネジャーの仕事をしている ◆妻は看護師として地元の病院で働いている ◆長女が結婚して初孫が生まれた ◆次女は看護師になって鹿児島市内の病院で働いている ◆三女は鹿児島市内の短大に通っている	①家族が一番 ※仕事を増強したのは妻や子供の理解と支えがあったから ②水彩画や似顔絵を描くこと ③カメラをぶら下げて野山を散策するのが好き ④ケーキやお菓子の甘い物やコーヒーが大好き ⑤妻が作る煮しめとカレーライス ⑥あこがれの偉人は坂本龍馬 ⑦学生の頃からビートルズが大好き	①家族から「父(ちち)」友人から「ひろくん」と呼ばれている。 ②小学生の頃からチョコの採集と飼育に熱中した ③④写真を撮ったり絵を描くのが趣味	①②写真を撮ったり絵を描いて過ごす時間 ③④収集したチョコの本やカメラ機材 ⑤仕事柄、人と触れ合うのが好きで、関わりを大切にしている ⑥20年以上愛用している、こだわりの金縁眼鏡	①困っていること ②苦手なこと ③心配なこと ④支障って欲しいこと ⑤今、暮っていること	私が今、 周囲の人にして欲しいこと	◆健康のためにそろそろタバコをやめようかな ◆妻から見捨てられて熟年離婚したらどうしよう？	H17.6	私
H22年7月	65歳	霧島市	妻と二人暮らし	◆年近80歳	①家族が大好き ※いつの間にか孫がアに増えた ②妻が「一番物」 ③大好きな妻の事を自分で作れるようになった	④家族や孫たちと野山に見学採集や写真撮影に志がけする ⑤遠征後は軍用掃除機・洗濯・調理などを手回している	⑥家族や孫と作った写真をアルバムに整理して大事にしている	⑦⑧遠征後は趣味に没頭したいが、遠征金は老後のために蓄えておかない心配 ⑨いつ、妻や自分が病気になるか心配 ⑩趣味を続けられる範囲で仕事を続けたい		◆妻のため、自分のために家事をこなさんぶいかんなく ◆妻より奥に奥の世に選んだ方がいいかも ◆お葬式は身内だけで済ませたい	H22.7	私

私たちの人生は自分自身が主人公であり、その時その時を一本の線に結んで生きています。その線の上でさまざまな選択や人との出会い、関わりという枝が広がり、夫婦、家族、友人、職場、地域など、たくさんのつながりの中で、自分にとって心地良い居場所をつくっているのです。

人間は皆、老いの時を迎え、いつの日か旅立っていきますが、このことは誰も避けることはできません。そして、旅立つまでの間に自分がどのような状態になるのか…誰もが不安を抱きます。「家族に迷惑をかけたくない」「認知症になりたくない」「寝たきりになりたくない」…誰もがいろいろな思いを持っていますが、誰の手も借りずに最期を迎えることが難しくなっています。

認知症になって介護が必要になった時、周囲の人の都合や思い込みで、自分らしい生き方そのものを諦めてしまうことはあまりにも悲しいことです。

これまでどおり自分らしく暮らし続けるためには、どこでどのように暮らし、誰といると居心地が良くて幸せでいられるのか？ “やがてのために”、これまでの自分の人生や思いを書き綴って、周りの人がその思いを大事にしてくれたら、最期まで主人公であり続けられるのではないのでしょうか。

日本は、世界有数の長寿の国となり、最近では“人生90年時代の到来”とまで言われるようになりました。

霧島市に暮らす皆さんが、これまでの人生を振り返り、この『私のアルバム』を作ることで、これまで以上に自分自身を大切にしながら、共生・共助のまち霧島市で、いつまでも自分らしく暮らしていけることを願っています。

【参考】

霧島市「在宅高齢者を24時間支えるための体制づくり検討事業」報告書より

高齢者が安心して自宅や地域で暮らし続けるためには「本人発」のネットワークを構築することが求められる。霧島市すこやか支えあいプラン2012においても、「生活者を起点に考えた地域包括ケア体制」が謳われ、その概念図が示されている。

ここでは、さらに具体的な霧島市の目指すべき姿を具現化する。日々の生活を一番身近で心配し、支えとなっているのは家族であり、近隣の方々である。

これら協力者の協力なしに、本人の自宅や地域での生活は成り立たない。よって、本人が人生でつむいできた「糸」をつむぎ直し、支援の輪を構築することが第1段階である。支援の輪を構築するメンバーは、いわゆる「会議」のために召集されるメンバー構成ではなく、本人がこれまで培ってきた友人、知人やご近所づきあいしていたの方々であり、本人の一番の理解者であり協力者である。

本人を取り巻く支援の糸は、これまでの本人と周囲とのかかわり（人間関係、地域との関係）の延長線上にある。支援を必要とする状態になった時に、その糸は、事業者からは見えにくくなっていて、また切れてしまっている場合もある。本人の一番身近でその人の生き様まで見てきた周囲の方々は、認知症やADLの低下に伴い、自分の意志を言語化できなくなった場合も、本人のこれまでの行動や生き様に思いを馳せ、いつ、どこで、何をしたいか、本人だったらどのような道を選択するかを代弁することができる。

地域包括ケアを実現するために大切にすべき視点は、本人を心配する周囲の方々と一緒に支援していくという視点である。よく周囲へ協力をお願いする場合、具体的に「本人へ〇〇してください」とお願いし協力してもらうことがある。これは事業者と協力者という主従関係になってしまい、結果的に事業者からの指示になってしまう。

しかし、「本人の培ってきた支援の糸（命綱）」を生かすという視点に立てば、協力してもらうべきは、具体的方法（指示）ではなく、本人の「助けてほしい」声を周囲へ伝え、周囲がどのように助けてあげればよいか、それはどのタイミングかを協力者一人ひとりが自分自身で判断し、行動に移すことができるようにするための情報提供であり、お膳立てである。そうすると、これまでの周囲と本人の関係により、かかわり方は一人ひとり違ってくる。ときには、対応のばらつきにより本人が混乱してしまう場合もある。その時に必要なのは、本人を中心につながっている糸をもつ周囲の協力者を交えての「作戦会議（＝本人のなじみの関係支援）」である。手段・方法の違いはあれ、かかわる一人ひとりが本人の望み（＝目標）を共有し、役割分担をする。

日々の生活の中にこそ日常では見えない支援の輪があり、定期的集まるものではなく、必要の都度、必要なメンバーが相談し、支援する。以前から本人を知

る方々だからこそ、本人に思いを馳せ、本人が望むことを代弁することができるものである。これまでの本人の暮らしぶりを知っているからこそ、臨機応変な対応や柔軟な対応を可能にするもので、援助する・されるの一方通行の関係ではなく、かかわることによって得られる双方向の関係がそこにはある。必要な議題に対して必要なメンバーが集まり、その場で結論と成果を出すことができる。

本人（要援護高齢者）を丸ごと受け止め、本人がこれまでの人生の中で培ってきた人間関係や地域との関係を受け止め、生かすための調整役がいなければ、選択することができず、決定することが出来ないがために、資源があっても地域や自宅で暮らせないことになってしまう。特定の一人のためのネットワークを一人ずつ構築し、一人ひとりとつながる糸を丁寧につむぎ、支えることが調整役に求められる。

調整役は、本人から見て一番身近なネットワークである「本人のなじみの関係の支援」を核とし、本人の代弁者でありコーディネーターとなる存在である。これまで介護保険サービスを提供することで生活の一部は介護保険サービス事業者が把握していたものの、24時間の生活すべてを把握できておらず、把握していない時間や関係は要介護状態にある本人の力量に任せられたままであった。まずは、本人の担当エリアの民生委員や地域福祉アドバイザーを把握し、ご近所づきあいや友人関係、身近に心配し見守ってくれる住民の存在を生かす、24時間365日の生活を継続的につむぐことこそ、調整役に求められる役割である。

本人に代わって様々な人々の多様な支援を調整する「調整役」を担う核になりうるのは霧島市内の24時間の暮らしを支えようとしている介護保険サービス事業者である。住民も、医療もそれぞれ報酬や役割で動くのではなく、人としての「倫理観」をもって、本人のために早朝から深夜まで支援している。介護サービス事業者も、その報酬や評価の有無で判断するのではなく、生活支援をその役割とするからこそ「調整役」が可能であり、適任である。24時間の暮らしを支えようとしている介護保険サービス事業者は、率先して調整役を買って出るべきである。自分自身が覚悟をもって最期まで見離すことなく繋がり続ける「調整役」が大きな鍵となる。この調整役を育て、拡充すべきである。

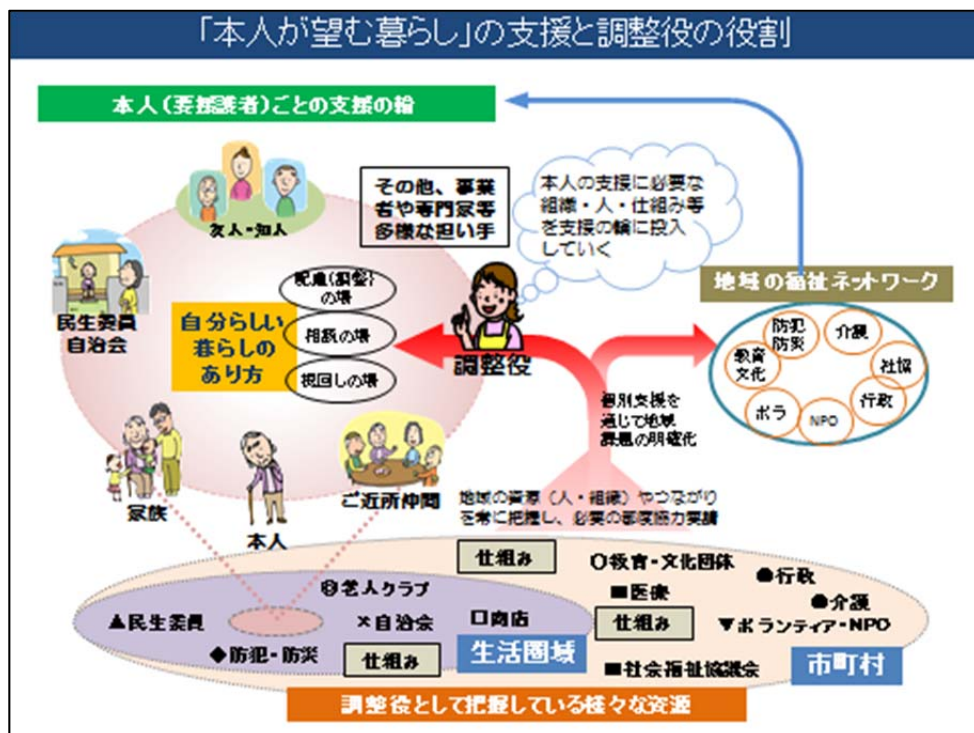
「つなぐそして、最後まで見離さない」ことを実際に

霧島市において『在宅生活を24時間支えるための体制』を作るには、本人のこれまでの暮らしを大切にし、その方のもつこれまでのつながりを核として、身近に今ある「霧島市の力」を必要な時・必要な人・必要なもの・必要な量を繋いでいくことで、本人らしい暮らしを実現することである。『在宅生活を24時間支えるための体制』とは、形式的な連携でもなければ、単に介護報酬になるから取り組むことではない。在宅での暮らしそのものを支え続ける取り組みであり、そのことが継続し広まることである。霧島市での体制づくりは、形式ではなく、実

際に支えされる実践を大事にすることである。こうした取り組みをまずモデルとして取り組み、それを広めるべきである。

(3) 小規模多機能における本人発のケアパスとは

地域包括ケアを実現するために大切にすべき視点は、本人を心配する周囲の方々と一緒に支援していくという視点である。よく周囲へ協力をお願いする場合、具体的に「本人へ〇〇してください」とお願いし協力してもらうことがある。これは事業者と協力者という主従関係になってしまい、結果的に事業者からの指示になってしまう。しかし「本人の培ってきた支援の糸（命綱）」を生かすという視点に立てば、協力してもらうべきは、具体的方法（指示）ではなく、本人の「助けてほしい」声を周囲へ伝え、周囲がどのように助けてあげればよいか、それはどのタイミングかを協力者一人ひとりが自分自身で判断し、行動に移すことができるようにするための情報提供であり、お膳立てである。そうすると、これまでの周囲と本人の関係により、かかわり方は一人ひとり違ってくる。ときには、対応のばらつきにより本人が混乱してしまう場合もある。その時に必要なのは、本人を中心につながっている糸をもつ周囲の協力者を交えての「作戦会議（＝本人のなじみの関係支援）」である。手段・方法の違いはあれ、かかわる一人ひとりが本人の望み（＝目標）を共有し、役割分担をする。このときに地域でのつなぎ役（コーディネーター）が必要になる。



本人（要援護高齢者）を丸ごと受け止め、本人がこれまでの人生の中で培ってきた人間関係や地域との関係を受け止め、生かすためのつなぎ役がいなければ、選択することができず、決定することが出来ないがために、資源があっても地域や自宅で暮ら

せないことになってしまう。特定の一人のためのネットワークを一人ずつ構築し、一人ひとりとつながる糸を丁寧につむぎ、支えることがつなぎ役に求められる。また、こうした取り組みは、地域の受け皿を創っていく。熊本県の「地域の縁がわ」や大牟田市で小規模多機能型居宅介護に併設した介護予防拠点の取り組みである。要介護・要支援になる前から、人のつながりを創っていくものである。

① 問われる支援者の力量

さらに、支援につながっても、支援者の力量で進む道が大きく変わっている。ケアを受ける側（認知症の人と家族）の要因もある。複合的家庭要因やBPSDを生み出す環境、身体疾患の合併、あるいは若年性・初期認知症について知られていないこと等である。ケアを提供する側（医療、ケア、地域等）の要因で最も大きいのは、自分たちだけで支援しようとする（抱え込み）ことである。介護サービスだけで支援しようすると介護保険のサービスを張り付ける。限度額がオーバーすると、ギブアップである。医療も抱え込み入院させてしまう。（本篇事例参照）

また、事業所が多くなり、それぞれの事業所の力量に差が生まれていることも明らかである。真のニーズの支援には知識や技術、コミュニケーション能力が求められるが、それらが欠如している支援者は些細な利用者からの求めに対して困難な感情を抱くことが多い。「ケアの限界」が簡単に到来する。昨年「今後の認知症施策の方向性について」が出されたが、これまでの不適切な「ケアの流れ」を生み出していたのは介護現場でもある。

更に、何が「良い認知症ケア」なのかについてのコンセンサスが問われている。小規模多機能型居宅介護では当事者がどのような病態であろうが、事情であろうが、当事者が望む住み慣れた家や地域で如何に継続した暮らしの支援ができるかが問われる。このことができるようにするためには、高齢者の持つ、生活のしづらさ、生きがいの喪失、病気などの悲観要件、人間関係の希薄、経済的窮乏など真に高齢者の望む支援に向き合うことが必要である。そこでは、高齢者の価値観に共感する援助のあり方が問われている。どのような価値観を持とうが高齢者のありのままに付き合うのが生活支援の本質である。高齢者が自己実現へ向けて、どのように価値観を成熟させていくかの支援である。地域での暮らしの支援では、面接技術や危機介入の手法、資源活用やコミュニティケア、家族支援、チーム、グループワークなどを援助技術として習得しなければならない。さらにビジネスモデルに惑わされることなく公平公正に実践し、あくまでも当事者の側に立った支援を旨とすべきである。

こうしたことのできる力量が事業者に問われ始めている。そして、地域の安心を提供し、資源活用や地域のニーズに基づいた支援を行うことができることで、小規模多機能型居宅介護は地域の拠点となり得る。

②支援の手法は、アウトリーチ（訪問・出前）という方法が必要である。

自宅での、地域の中での暮らしを支えようとする、通い中心では支えきれない。自宅から離れて、ほぼ毎日のように通うと地域から次第に切り離される。これまでつながりのあった地域の方々は「施設に行っているから安心」となっていく。通い中心は、意識しようとしまいと結果は地域から切り離すことになる。小規模多機能型居宅介護は、「通いを中心に随時訪問や宿泊を組み合わせる」支援するサービスとして創設されたが、地域での暮らしを支援するためには、住んでいる場に出向いていくことが問われる。訪問で自宅へ行くこと、あるいは地域に出向くことである。出向くことは必ずしも自宅でなくてもよい。地域の中の集える場であれば、これまでのつながりを切らずに交流や支援が図れる。オレンジカフェや縁がわ、介護予防拠点等も出前による支援である。

◆本人発のパスの例

「私のアルバム」（霧島市：認知症連携ケアパス）

本人発のパスの一つに「私のアルバム」がある。単なる介護サービスを一方的に提供するものではなく、本人に支援が必要になっても、これまでの暮らしを住み慣れた地域で継続できるように支援していくことが求められている。その為にはその本人がこれまでどのような暮らしをしてきたのかを知ることが必要であり、その人のその地域での役割や自ら築いてきた関係性を奪わない、断ち切らない、繋ぎ続けることが必要である。

ケアパスでは、高齢者がこれまでの人生や思い出を書き綴ることにより、やがての時（認知症になり自分の意見や希望を言えなくなった時）に家族や友人等の周囲の人や事業所の人に自分の思いを伝え、尊重してもらうための、最後まで自分が主人公の人生を送ってもらいたいという意思を込めて作成する私の「アルバム」である。

認知症連携ケアパスでは、高齢者がこれまでの人生や思い出を書き綴ることにより、やがての時（認知症になり自分の意見や希望を言えなくなった時）に家族や友人等の周囲の人や事業所の人に自分の思いを伝え、尊重してもらうための、最期まで自分が主人公の人生を送ってもらいたいという意思を込めて作成する私の「アルバム」である。

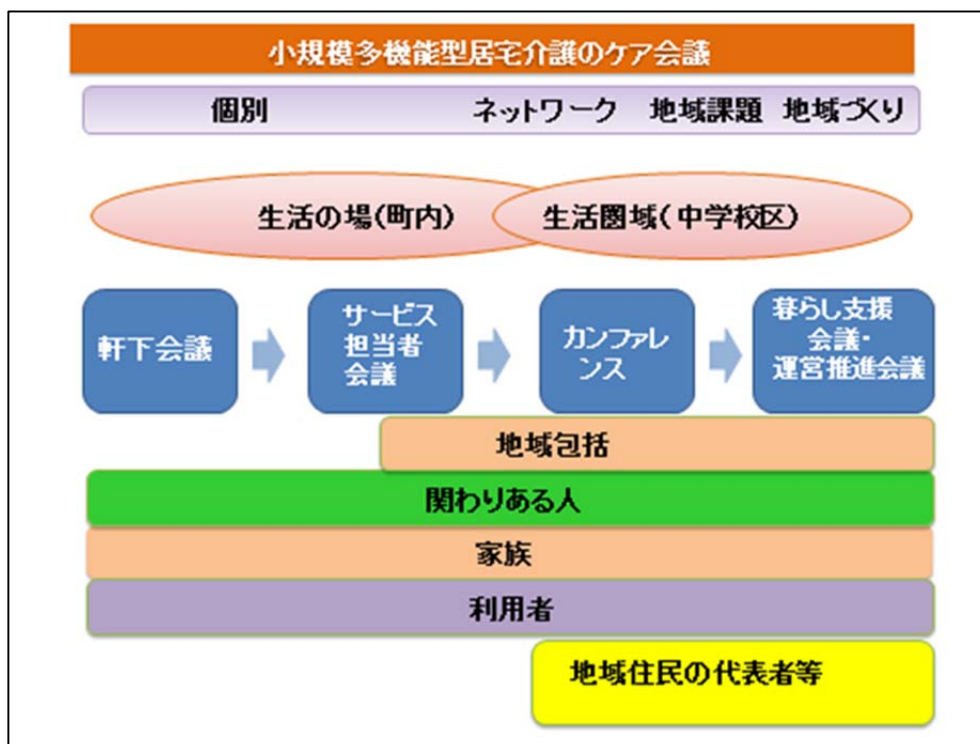
2. 小規模多機能型居宅介護のケア会議の検討

小規模多機能型居宅介護におけるケア会議は、事業所におけるミーティングやケア検討会、ご本人やご家族、専門職、関係者が集まったカンファレンス、そして地域ケア会議等がある。地域ケア会議は、地域包括支援センターか市町村が主催するとして5つの機能が明らかにされている（25年2月14日付Q&A）が、小規模多機能型居宅介護におけるケア会議のあり方を、先進事例でのケアの積み上げのプロセスから明らかにした。

（1）諸々のケア会議の意味

①いろいろなケア会議

利用者の地域での暮らしを支援している現場のケア会議の実際を、現場の事例から分類すると下記のような図になる。



ア. その時々のケア会議（軒下会議）

暮らしは日々継続的に流れているものであることから、メンバー全員を一堂に会するような担当者会議では、手遅れになってしまったり、また一堂に会すが故に、課題が別方向に行ったり、不安や不満が大きくなるようなことがある。状況によっては、メンバー全員が集まらなくても事足り、そちらの方がスムーズな支援に結び付くことも多々ある。さらに周囲の人たちにも思いがあり、ニーズがある。それらの思いを理解し、どこかで合意できないか調整することをしなければ、互いの主張は平行線をたどり、結果として本人の思いよりも周囲の思いが優先されてしまう。そのために、必

要な時に、必要なことや役割を、身近な関係者で確認をし合ったり、役割分担しあったりすることが必要である。

ここで、つなぐ・調整することが行われる。やりくりや根回しである。このことが、実際の支援には必要かつ有効である。ポイントは、対象者の地域のなかでの縦糸・横糸を見つけ、糸を強化することである。軒下会議では情報を共有したり、実際の困りごとを把握したり、関係が悪くならないように根回しが行われる。

イ. サービス担当者会議（カンファレンス）

介護保険でサービスに関係する者が集まって行うのがサービス担当者会議である。小規模多機能型居宅介護ではカンファレンスとして位置付けている。福祉用具や訪問看護等の利用がなければ、小規模多機能型居宅介護の事業所だけで行うことになりかねないので、本人、家族・介護者、地域の関係者、専門職が集まって一緒に支援の方向性を検討する場である。ここでのポイントは、代弁機能が問われることである。特に本人のアドボカシーとエンパワーメントの視点が必要である。

（注）事業所内でスタッフが集まり日々行うものをミーティングとして分けている。

ウ. 運営推進会議

小規模多機能型居宅介護やグループホーム等の地域密着型サービスにおいて、おおむね2か月に1回の開催が義務付けられている運営推進会議は、事業者が自ら設置し、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的としている。

この運営推進会議で事例検討が行われ、地域づくりに発展している事業所も数多くある。運営推進会議での事例検討から一人の認知症のある方を地域の関係づくりで支える取り組みが構築される。ある事例検討の一場面で、事例を匿名で報告すると、次のような会話になる。

Aさん：「あの方は昔っからよく知っとるよ。最近物忘れがあるみたいやもんね〜。

ご主人が長年自治会長しててみんなお世話になったけん、よく知っとるよ」

Bさん：「このまえ挨拶したら同じことを繰り返して言いつてたもんね」

民生委員：「ふれあいサロンに通ってたけど半年前頃から来なくなった。物忘れが目立ってきて来なくなったもんね。また来てくれるようになってくれるといいけど・・・。」とここから地域の中での支援が始まる。

地域住民や行政職員とかかわる機会が増えたことで、事業所の取り組みや地域の認知症の人を支えるために「必要なこと」や「課題」も明らかになる。このような取り組みは、結果として事業所を知ってもらうことにつながり、地域から良い評価を得ることにつながっていく。このような変化は、スタッフの仕事に対する思いや熱意、やりが

い等につながり、またそのことが利用者への支援につながる好循環が生まれるのである。

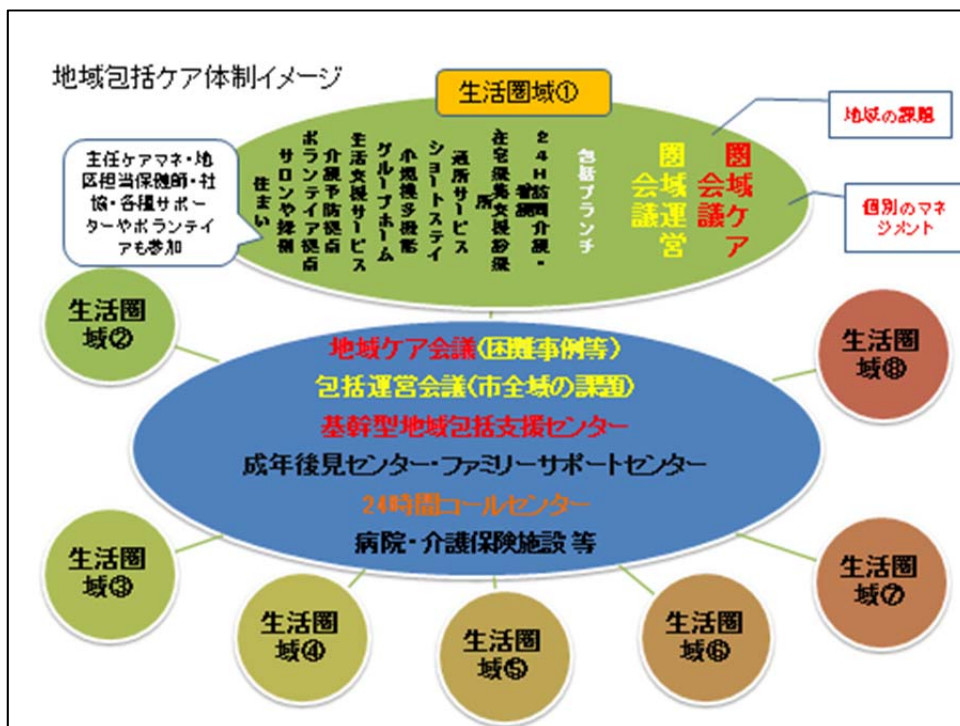
エ. 暮らし支援会議（生活圏域ケア会議、ライフサポート会議）

生活圏域単位でのケア会議である。主催者は事業所でも地域包括支援センターでも構わない。地域の代表者等が入って行う運営推進会議でのケア会議も、暮らし支援会議のひとつである。一人の人を支えるケア会議だけでなく、地域のネットワークづくり、地域課題の解決、地域づくりについて検討する場である。

オ. 地域ケア会議（市町村または地域包括が主催）

暮らし支援会議は、事業所主催でも可能であるが、地域ケア会議は地域包括支援センターもしくは市町村が主催することになる。

※地域ケア会議については、2月14日Q&Aが出ている



(2) 本人視点のケアの積み上げ、そのための会議の実際

ケア会議（ロールプレイによる）を住民中心1回、小規模多機能型居宅介護の事業所で4回、地域包括支援センターで1回実施した。

①事例その1

山鹿市サポートリーダー研修でのケア会議

下記の事例をロールプレイでケア会議を実施。1チーム8～9名、6組で実施。

木下礼子（仮名）さん

77歳・女性

独居 要介護：Ⅱ

寝たきり度：自立

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

主な生活歴：山鹿市生まれで、地元の学校を卒業後、小学校で教職に就く。定年退職後は、地域の役職を務め民生委員や地域の各種団体の役員を務める。3年前に夫が病死後一人暮らし

利用者・家族の希望と主訴：利用者は「自宅で人の役立つことを続けて暮らしたい」。家族は「在宅はもう限界ではないか。心配なので、できるだけ早く入所できるところを探したい」

経済状態（1カ月に負担可能な費用）：共済年金が月20万円、持家のため年金すべてを本人の生活費と介護費用に充当可

家族構成：夫は3年前病死。子供は、長男、次男の2人。長男・次男は東京在住。

地域：木下さんが住む地域は、山鹿市の住宅地に位置し、自宅の前を国道が通り、交通量が多い。山鹿市は病院、施設とも全国水準を大きく上回る数・量となっている。木下さんの住む地域は、地域自治会や老人会の活動も活発で、ボランティア組織やふれあい型のサロン等もあり、認知症サポーターも多い。

これまでの経過

地域包括支援センターに、認知症の方の困難事例として、対応できないかB民生委員から相談がある。その時点では居宅のケアマネジャーが関わり、デイサービスを週2回利用のプランが作られていたが、利用を拒否することが多く、サービスにつながっていなかった。

隣家に「ご飯を食べていない。ご飯をお願いします」と朝6時に訪ねたり、「外出」し自宅へ帰れなくなり警察のお世話になるようになっていた。家の中も失禁の跡や尿臭で汚い状態で、鍋は黒く焦げ、食事も作れない状態になっていた。心配したB民生委員からの電話で急遽休暇をとり帰省した長男が、隣家や近所からの話を聞き「在宅生活はもう限界、入所できるところを探して」とB民生委員に相談したもの。

木下さんは、「特に困っていません」「ここで暮らし続けたい」「これまで民生委員やボランティアをしてきた。地域に役立つことを続けたい」。

長男は、「近所にご迷惑をかけているようなので入所させたい」と話される。「入所がすぐにできないのなら、可能な限りサービスを入れてください。本人の年金は全て介護に回しても構いません」。地域包括支援センターでは、入所申請をしても直ぐには入所できないのでサービスに繋がりたいと、当小規模多機能型居宅介護事業所に相談があったもの。

状況

木下さんは、「これまで人のための仕事をしてきた。私の生きがいは、人の役に立つこと」と話される。生活は「困ることはない、コンビニで弁当を買って食事はできるし、お店の皆さんもやさしい」。一方で「一人で寂しい」。

認知症のある木下さんの話は、同じことを何回も話され、また今のことか過去のいつのことかが判らない。

ご近所の方々は、「本人の時間で暮らしているの、夜中や早朝でも訪ねてこられる。寝ているとき起こされるのは辛い」「以前鍋焦がしがあり、火事が心配なので電磁調理器に変えてもらったが、それから火を使う料理はしていない」「集金で払ったお金を盗まれたと言って大騒ぎする」「入浴、着替えをしていないので異臭がする」等心配しながら話してくれる。

地域の方は、「心配していたけど、余計なことと思われなかと遠慮していた」「今のサロンは木下さんが始めた」「私も年取ったから、自分のことばかり考えていたが、一緒にまた頑張ろうね」等々の話

ニーズ

「人の役に立ちたい」

しかし民生委員を辞した7年前から地域での役割はなくなってきている。合わせて3年前の夫の病死以降、認知症の進行があり、実際は地域の中で「一人で寂しい」状況になっている。

「近所の人たちが変わってきた」

早朝・夜間構わず近所に訪ねていくため、迷惑がられている。以前は近所の皆さんも心配して声かけしてくれたが、毎回続くので距離を置き始めている。行きつけのコンビニは木下さんが毎日買物してくれるお客さんなので、優しくしてくれている。

「身の回りのことができない」

服を着ることが難しい、洗濯や掃除もできない、助けてほしい。服装は汚れた服を着ていて、部屋も失禁のため臭いがしている。順序立てた行為ができなくなっている。一人では「家のことは何もしたくない」と言われている。

ロールプレイ 参加者

本人
家族
地域包括支援センター（自治体職員）
事業所のケアマネジャー
医療・看護関係者
民生委員
自治会長
隣の方
ボランティア（地域のサポーター）

ロールプレイの前に関係図（ソシオグラム）で、それぞれの立場を確認し、それぞれの立場を理解し演じることとした。

ケア会議（ロールプレイ）によって見えてきたこと



- ・本人の言葉を聞こうとしているチームは、方向性がはっきりと見えてくる。
- ・一方で参加者全員の意見を同じように聞いているグループは、「困ったね」「専門家に任せたら」等バラバラの意見でまとまらない。
- ・地域の人の方針でも方向性は決まる。「私の問題として」意見を述べるとプラスにすすむ。
「困っているの、どうにかしてくれ」だとマイナスの方向に進む。
- ・進行者の力量で、ある程度の結論が出せるチームとまとまらないチームが出てくる。

ロールプレイ後の感想

- ・地域での支援について
だれが、いつ、どこで、どのようにして、何をどの程度、支援すればよいか 具体的にわかることができた。

- ・ 家族の変化

家族役だったが、実際に認知症の夫の介護をしているので、このようなケア会議で支援が検討されるのであれば、在宅で夫と一緒に暮らしていける。会議の中で、「大変なのに」から「無理せずに頑張れる」に変わってきました。

- ・ 本人の安心

本人役をして、私が認知症になったとき、このようにして一緒に考えてくれるのであれば、「認知症は怖くない」と思いました。

下記はこの事例の実際の経過である

◎支援の開始からケアプラン作成までの経過

木下さん宅にB民生委員および地域包括支援センターのC社会福祉士と小規模多機能型居宅介護事業所のD計画作成担当者が訪問し、本人および長男さんと面談する。木下さんは、「特に困っていません」「ここで暮らし続けたい」「これまで民生委員やボランティアをしてきた。続けたい」と話される。長男は、「近所にご迷惑をかけているようなので入所させたい」と話される。「入所がすぐにできないのなら、可能な限りサービスを入れてください。本人の年金は全て介護に回しても構いません」とのこと。小規模多機能型居宅介護の説明を行い、登録されることになる。

事業所では、先ず翌日から本人のことを知ろうと自宅への訪問で、一日見守りお付き合いです。その中で、木下さんの思いを聞き、また近所の方から木下さんの普段の生活の状況について情報収集する。木下さんは「これまで人のための仕事をしてきた。私の生きがいは、人の役に立つこと」と話される。生活は「困ることはない、コンビニで弁当を買って食事はできるし、お店の皆さんもやさしい」。一方で「一人で寂しい」と訴えられる。ご近所の方々は「本人の時間で暮らしているのに、夜中や早朝でも訪ねてこられる。寝ているとき起こされるのは辛い」「以前鍋焦がしがあり、火事が心配なので電磁調理器に変えてもらったが、それから火を使う料理はしていない」「集金で払ったお金を盗まれたと言って大騒ぎする」「入浴、着替えをしていないので異臭がする」等心配しながら話してくれた。

そこで、即時的なプランを作成し、支援を開始する。

即時的なプランは、①木下さんとの人間関係を創ろう、②近所の不安を解消しよう、とした。そのために事業所からの訪問を先ず一日4～5時間5日間継続して行う。そのうえで利用開始後1週間目にカンファレンスを行い、ケアプランの作成となる。

◎ケアプラン作成やサービス提供について

①木下さんの持つ関係性の把握

認知症のある木下さんの話は、同じことを何回も話され、また今のことか過去のいつのことかが判らない点が問題となった、そのことについては、Dケアマネが中心に

なり木下さんとの関係づくりが行われることにより、多くの話が聞けた。その話の確認をB民生委員や友人の話、長男さんの話を合わせることで全体像が見えてきた。

②家族と切らない支援

家族は不安で「近所の迷惑になっているので、施設に入所させたい」との要望が強く、その要望と木下さんの「自宅で暮らしたい」希望とをすり合わせる事が難しい。まだ木下さんの力が多く残っていること、何より「人の役に立ちたい」意欲があること、当面は何かあれば事業所で泊まることもできるので責任を持った支援を行うこと、等を説明した。包括支援センターのC社会福祉士の「しばらく地域での支援を行って入所でも遅くないでしょう」の意見もあり、在宅での支援になる。このときに家族からも可能な限り電話してもらおうことにする。

③地域の資源の状況と繋がり

地域のサロンやボランティア組織、自治会や老人会等の資源について、B民生委員や包括支援センターのC社会福祉士から情報を得るが、実際の把握ができていない。また関係が全くできていないので支援に結びつく取り組みにはならない。

このことについては、木下さんのこれまでの地域との関係を活用し、またB民生委員と木下さんと一緒に地域まわりをすることで、事業所と地域との繋がりをつくる。

◎具体的な支援

①について…まず、これまでの地域の知人や友人宅に木下さんと同行して訪問した。

そこで木下さんのまだ「人の役に立ちたい」想いを伝え、協力を依頼する。それぞれ「心配していたけど、余計なことと思われぬかと遠慮していた」「今のサロンは木下さんが始めたのに、声かけず申し訳ない」「私も年取ったから、自分のことばかり考えていたが、一緒にまた頑張ろうね」等々の話がある。そこで、週1回のサロンに参加することになる。

②について…小規模多機能型居宅介護の事業所へ「ボランティア」として通うことにする。(通いの利用であるが、木下さんの「人の役に立ちたい」想いを生かす)

まだ身体はお元気なので、職員や他の利用者と一緒に食事作りや片づけができる。

③について…サロンや通いの前に、職員がついて一緒に着替える。徐々に「出かけるときには身支度するもの」という感覚が出てくる。

◎支援のあり方について

小規模多機能型居宅介護は、在宅で包括報酬となったことで、通いを週何回、訪問を週何回、宿泊を何日とサービスを貼り付け支援することから自由になった。地域での生活そのものの支援を地域の力、本人の力を生かして支援しようとするものとなる。

この事例は、認知症が進み、近所からも迷惑がられ入所申請に至ろうとしていたものであるが、事業所の職員との関係づくりから、地域との繋がりを切らず、地域とつながり支援していったものである。通いや訪問をどのように入れるかではなく、本人の思い(ニーズ)に応えることで生活そのものを支援していった。木下さんの元民生委員

や地域の役職だった経歴を踏まえ、「人の役に立ちたい」という「本人の〇〇したい」の実現を図った。そのときに、事業所だけで行うのではなく、認知症があるも木下さん本人の持つ力を生かし、地域に支援を求めたものである。

カンファレンス記録

利用者氏名: 木下礼子さん

NO.

参加者	本人、長男、知人、隣人、B民生委員 ケアスタッフ、ケアマネジャーD 計 7名		
年月日/項目	本人	家族・介護者	地域
	このまま自宅で暮らしたい	長男	B民生委員
2010年6月20日	「人の役に立ちたい」	可能なら施設に入所させたい	民生委員の大先輩。サロン活動の中心だった。支援を考えたい
	「周りの人たちが変わった」	毎日サービスを利用させたい	中心だった。支援を考えたい
	「一人は寂しい」	可能なら毎日泊めていて欲しい	友人 認知症が出てきたみたいで心配
	「いろいろできなくなってきた」	近所の迷惑になることが心配	できることは支援したい
	「助けてほしい」		隣人 心配している
			これまで私の方がお世話になった
			できることは支援したい
考 察	目標は、「自宅で暮らし続ける」で確認できた。本人の「人の役に立ちたい」との願いに応えることが良い生活の循環をつくるのではないか。最終的には事業所に対応するがご本人や家族、地域の方がそれぞれできることをやることにする。		
確認事項	1. 「人の役に立つこと」を探そう これまでの経歴から、以前活動していた地域のふれあいサロンに参加しよう。 また、自分が利用者になることは拒否されるが、他の人の支援「ボランティア」であれば参加。通いの場に参加しよう。 このことで生活そのもののリズムを確立しよう。 2. 身の回りのことを助けてほしい (隣人・近所の方に見守りを頼む。また、息子からの定時の電話で安心してもらおう。しばらくは事業所の職員が着替えや入浴など一緒に支援する。できるようにすれば、地域の皆さんで見守ってほしい)		
本人(代理人)確認	22.6.20 木下礼子(代理:長男)	ケアマネジャー	22.6.20 D

小規模多機能型居宅介護のライフサポートプラン① 作成 22年 6月20日				確認欄	H22年6月20日 木下礼子(代理:長男)
利用者名	木下礼子 殿	生年月日 S9年 12月 5日	住所 A市		
事業所名・介護支援専門員名	小規模多機能型居宅介護事業所きなっせ 川野正夫				
認定日	21年 9月 19日	認定の有効期間	21年 9月 19日～ 22年 9月 18日	要介護状態区分 III	
個々の目標(ゴール)	自宅で人の役立つことを続けて暮らす				
審査会の意見					
当面の目標・ニーズ	「人の役に立ちたい」を実現しよう				
	「身の回りのこと」を支援してほしい				
目標を達成するための具体的プロセス/課題	本人	家族・介護者	地域	事業所	具体化 (いつorいつまで、だれが、どのようにして)
「人の役に立つこと」を探そう	知人・友人を訪ね 支援を頼む	息子 夜電話する 帰省した時には 近隣へ挨拶する	A民生委員 サロンへ誘う 隣人 夕方見守り 友人 家に訪ね 見守り話し相手	通いに誘い 「ボランティア」を 頼む。 夜間落ち着きない ときに訪問	2ヶ月間 それぞれ サロン、通いの場で 本人の「人の役に 立ちたい」を支える
「助けてください」と言おう	「助けて」と言う 一緒に着替えよう	不安な気持ちを 電話で聞く	身嗜みの声かけ 見守り	一緒に着替え、 入浴	2ヶ月間 事業所 友人 身の回りの生活訓練 を行う 見守り・声かけ
他の介護保険サービスの必要と具体的課題					
モニタリング	H22.8.18 サロンには定着してきた。周りの方の理解が欲しい。通いで「役に立つ」ことができたときには自宅でも安心して休むことができている。ときどき周りの関わりによっては、不安になっている様子。関わり方を統一して、あと1ヶ月継続する			確認欄	木下礼子(代理:長男)

ライフサポートプラン②		氏名 木下礼子さん	作成日 平成 22年 6月 20日	更新日 平成 22年 8月 18日	介護支援専門員 D				
時間	私の暮らしの流れ	暮らしの中でのこだわり	できること	できないこと	支援してほしいこと				
	以前の暮らし方	本人・家族の意向	できること	できないこと	内容	場所	物品等	関わる人	モニタリング
5:00									2010/8/18 日々の生活は薄ら 書いてきている。 一日のリズムもで きて早朝・夜間の 近隣への訪問もす くなくなった。 一日の支援の中で 地域の皆さまの方 での支援の方向を 探りたい。毎日の 通い・サロン活動 で「疲れ」がみられ る。自宅での訪問 の検討が必要にな る。
6:00									
7:00	起きる		自分で起きれる						
8:00	朝食								
9:00	散歩	健康のために歩く	自分で 食べることができる	食事づくり 着替え	食事	コンビニ		コンビニの店員 またはスタッフ	
10:00	サロン活動	人の役に立ちたい	外出	洗濯 ときどき 帰れなくなる	洗濯 サロン活動または通い	自宅 公民館 事業所		友人 またはスタッフ 民生委員 またはスタッフ	
11:00	各種会議など								
12:00	昼食								
13:00	友人宅や知人宅で 話し合い	人との交流が大事	行きつけの店へ 買物に行く	食事づくり 金銭の管理	食事づくり サロン活動または通い 「役割の發揮の場」として	サロンの事業所 公民館 事業所		友人 またはスタッフ 民生委員 スタッフ	
14:00					買物	行きつけの店	金銭の授受	店の店員	
15:00									
16:00									
17:00	買物	好きなものを買う							
18:00	夕食								
19:00	TV	ニュースは欠かさず視聴	電話に出る	食事づくり 覚えておくこと	食事づくり 「声かけ(安心 安否確認)	自宅 自宅		友人 またはスタッフ 隣人	
20:00									
21:00	入浴	寝る前に入浴	自分で入れる	着替え	電話(安心 安否確認)	自宅		息子 不安時はスタッフ	
22:00	寝る	入浴したらすぐに寝る	自分で寝れる (自分のベッドであれば)						
23:00									
0:00									
1:00									
2:00									
3:00									
4:00									
日々以外の事柄						確認欄	22年 6月20日		2022年8月18日
毎週水曜日はサロン活動								木下礼子(代理:長男)	木下礼子

②事例その2

小規模多機能の事業所の職員各8名、計4回同一の事例でケア会議を実施。

また、山鹿市の地域包括支援センターの協力で、山鹿市の地域ケア会議をロールプレイで実施。

同一事例で5回ケア会議を実施した。

Aさんについて

自分の担当している利用者が、スーパーで何回かお金を支払わずに帰って来てしまい、警察沙汰になっている。家族から「もうグループホームか施設に入所させたい」と相談を受けているが、担当マネジャーとしては、まだ地域の関係者の理解と簡単な見守り支援があれば、今の家での生活を継続できるのではないかと思っている。

1. 本人の状況：平成23年1月認知症を理由として要介護1と認定される(レベルⅡb)、80歳女性。訪問販売被害、店でレジを通さず品物を持ち帰る等の支障が出ている。
2. 家族の状況：日中独居。三男と同一世帯であるが、三男は仕事の関係で週2〜3

日週末のみ帰宅。認知症状が出てからは、三男不在の平日は次男が泊まる。長男と本人は折り合いが悪いが、長男の嫁は役所の手続きや通院支援など手伝う時もある。夫は35年前に死亡。

3. スーパーで金銭を支払わずにトラブルをおこす：平成22年10月ころにスーパーから『お金を払わずに商品を持って出て行こうとした』と警察署に通報があり、警察から三男に連絡があったことが発端。

そのころ、同じ事の繰り返し発言などもあり、不審に思って近くの診療所を受診し、認知症と言われ要介護認定の申請をした。

4. サービスの利用：買い物以外に興味や周りの人との交流を楽しんでもらうことを期待して、デイサービスを月・水・金の週3回利用のケアプランで利用されていた。

しかし、デイサービス利用後も同様の行為があり、日中家族が不在のため、警察署から地域包括支援センターに相談が入った。

今回生活全般の支援が必要ではないかとデイサービスから小規模多機能の利用となっている。

5. 他の困りごと：ゴミ出し日を間違えて近所から苦情を本人が言われることも時々あるようだ。

6. 主治医の所見：アリセプトが処方されている。2週間に一度の受診と言われているようだが、定期的な受診はできていない様子。確定診断名は聞いていない。家での服薬は確認が難しいので、明確に把握していない。週末は三男が飲ませていると聞いている。

7. スーパーでのトラブルについて：食料品売り場の品物が殆どだと聞いている。いつも支払わないということではなく、実際は、お金を払うときが多い。

次男が通帳の管理をして、1週間に1万円程度を適宜Aさんの財布に補充していると聞いている。息子さん達はお金に困っていない。

本人の体格は中肉中背で特別痩せているという印象はない。調理はある程度はできている。ただ、最近失敗が多くなり落ち込んでいる。生活の状態についての把握はまだできていない。運動は公園の散歩をよくしている。

8. トラブルの背景を探る：認知症になって社会のルールを忘れ、欲しい物を直感的に手にしてそのまま帰るのではないかと考えている。本人に『万引き』という意識はないと思う。

9. 近隣の反応：スーパーからは店に来ないようにしてくれと強い抗議がきている。近隣の住民、町内会や民生委員は、ゴミ出し日の間違いの件などがあり不快感を持ってはいるが、これまでのAさんとの交流もあり、苦勞して息子さんたちを育ててきたことも知っている人たちがいるので、最近サークル活動に参加しなくなったAさんを心配していると思う。

ケア会議（ロールプレイ）によって見えてきたこと

- ・進行者次第で、方向性が違ってくる。進行役をやった職員が、本人主体・本人視点に拘っていると、結論も本人支援の方向が見える。
- ・進行役が、専門職の意見に引っ張られると、その方向に進んでしまう。
- ・進行役の回し方で、ある程度の結論が出せるチームとまとまらないチームが出てくる。
- ・本人の言葉を聞こうとしているチームは、方向性がはっきりと見えてくる。
- ・一方で参加者全員の意見を同じように聞いているグループは、「困ったね」「専門家に任せたら」等バラバラの意見でまとまらない。
- ・地域の人々の姿勢でも方向性は決まる。「私の問題として」意見を述べるとプラスにすすむ。
「困っているの、どうにかしてくれ」だとマイナスの方向に進む。
- ・地域包括支援センターでの地域ケア会議でも、全く同じ結果となった。

ロールプレイ後の感想

- ・地域での支援について
だれが、いつ、どこで、どのようにして、何をどの程度、支援すればよいか、具体的にイメージすることができた。
- ・事業所の職員の視点と、本人の視点、あるいは地域の人たちの視点の違いが明らかになった。
- ・これまで、支援する側の視点で考えていた。それぞれの立場はあるが、本人のニーズが何か聞き、それを大事にすることで支援の道筋が見えてきた。
- ・みんなで意見を出し合い、そして決めることが大事。
- ・よく話し込めば、ご家族もプラス思考になる。そうすると支援しやすい。

下記のプランは、事業所のチームでプランまで作成したものである。

小規模多機能型居宅介護のライフサポートプラン①				作成 年 月 日		確認欄	
利用者名 A 殿		生年月日 S. 6 年 月 日		住所			
事業所名・介護支援専門員名							
認定日 年 月 日		認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日		要介護状態区分		要介護1	
個々の目標(ゴール)		今までのように息子と暮らしたい					
審査会の意見							
当面の目標・ニーズ		#1 三男の食事の用意をしたい					
		#2 以前のように近所の人とつきあいたい					
目標を達成するための 具体的プロセス/課題	本人	家族・介護者	地域	事業所	具体化 (いつorいつまで、だれが、どのようにして)		
#1 買い物に行く	スーパーで食材を 選び支払いをする	・お金の用意 ・昼間は仕事のため 一緒には行けません ・近所の人には家族 から協力をお願いする	(スーパー・店員) 支払いしていない時 は声かけ (近所の人) 見かけたら声をかける	(CM・包括) ・本人・家族の了解を もらい、店に事情を 伝え、協力してもらう ・地域の人に、何か 困ったことがあれば 連絡をしてもらうよう 伝える	支払いができ ていない時 行きたい時	スーパー・店員 近所の人 (Bさん・Cさん) 本人	支払うよう声をかける 買い物に行き、支払い をする
#2-① ゴミ出しをきちん とできる	ゴミを出す	ゴミ出しの日の朝から 声かけ	間違っている時に 持ち帰ってもらうよう やさしく声かけ	(CM) ・家族に支援の方法 を提案 ・近所の人に、協力を お願いする	ゴミ出し日まで ゴミ出し日	家族 CM 本人 家族(次男) 近所の人	ゴミ出し表を作る 住民に説明し、理解・協力を してもらう ゴミを出す 朝から声かけをする 間違えていれば声かけ (状況に応じて)
#2-② サークルに参加 する	道具を準備	・申し込みをする ・一緒に行ってもら ようお願いします	(Dさん) ・一緒に行こうと誘 いに行く ・分らない所は フォローする	(CM) 地域の人に協 力を依頼	サークルの ある日	本人 Dさん 家族	参加する 一緒に行く 申し込みをする
他の介護保険サービスの 必要と具体的課題							
モニタリング						確認欄	

これまでのケアマネジメントにおいて本人のニーズについて周囲へ丁寧に説明をしてきたでしょうか？ニーズは本人と共に明らかにしてきたが、そのニーズが導き出された過程やこだわり、これまでの人生の歩みのなかで譲れないものなど、他人が侵してはいけない大事なものがご本人にはあることを周囲に説明してきたでしょうか？説明が不自由分であったり、本人に対する関わりが浅かったりするためにニーズが持つ強い思いを伝えきれていない。

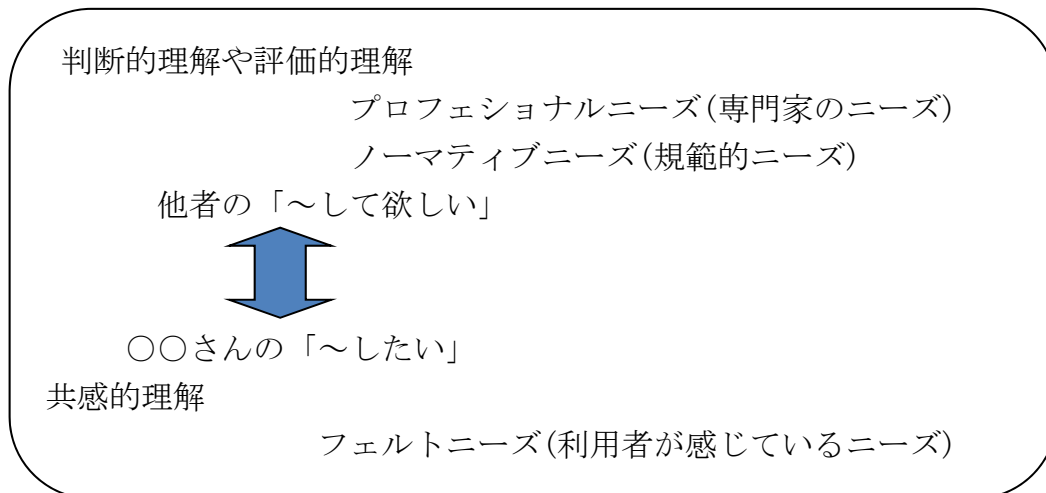
本人に向き合い、本人視点で、本人の言葉・表情を大切にすることから、地域で暮らす一人の人を支援することができる。

(3) ケア会議で大切にしたいこと

ケア会議を行うときの視点

ケア会議は、ご本人・家族・地域の方・関係専門職・事業所が一緒になって、目標を確認しながら、共感的理解のもと課題(本人を支援する)を実現するために話し合う場である。

共感的理解とは、専門家や常識的意見ではなく、ご本人が感じているニーズに応えることである。これまでは、専門家や常識的見方により、対応されていたが、本人視点で会議を行わないと、周りの意向で方向性が決まってしまう。



ケア会議の「試行」から見えてきたことは、介護のみを考えるための会議では成り立たない。これまで、ケアプラン＝ケアをするための計画、ケア会議＝直接援助をするメンバーが集合しケアの方法を話し合うなど、サービス提供者側の視点でのみ物事が進められてきたことがあまりにも多かった。本人の望む暮らしは週間計画表に明記されたサービス提供だけでは当然実現できない。本人が望んでいることは、介護サービスを利用することが主たる目的ではなく、あくまでもこれまでどおりの暮らしであり、今の暮らしの継続である。

○だれが参加するのか

本人もしくは代弁者が必ず必要なことは言うまでもない。これまで本人抜きのこと

があまりに多すぎ、本人中心になっていないことを改める必要がある。

本人の暮らしを支援する会議であるために、参集するメンバーも専門職のみならず、本人の身近に暮らす方々の参加が必要。これまでの暮らしぶりから本人の思いを押し量り、支える・支えられるという主従的な関係ではなく、その地域とともに暮らす住民として本人の思いを代弁し、身近にいるからこそ即時的に必要な事を決定し実行できる方々である。

○考えないといけないこと

進行者で方向性が決まる。本人のニーズや感じていることから出発しないと、発言力が強い方（医者などの専門職や地域のリーダー等）の意向で方向性が決まる。しかも一定の時間で結論を出すことも要求される。進行者の力量が問われる。

周囲の人たちにも思いがあり、ニーズがある。それらの思いを理解し、どこかで合意できないか調整することをしなければ、互いの主張は平行線をたどり、結果として本人の思いよりも周囲の思いが優先されてしまう。コーディネート力が必要。

3. 小規模多機能型居宅介護の地域からの評価の検討

年に1回の外部からの確認(現行の外部評価)では、地域の皆様からは「とんでもない事業所」「毎日鍵をかけていて閉じ込めている事業所」「地域から孤立している事業所」等の評価がある事業所が、外部評価ではすばらしい事業所と公表されることへの矛盾がある。このことを解決しない限り地域密着型サービスの外部評価の意味は薄く、信用性も低い。そこで現在の外部評価のあり方については、このままでは意味をなさなくなっているとして、新たに地域からの評価についてアプローチしたところである。外部評価制度は、事業者が行うサービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを狙いとしているが、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準でも第七十二条の2で「指定小規模多機能型居宅介護事業者は、自らその提供する指定小規模多機能型居宅介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。」とされているところである。そこで、自己評価を前提に、この定期的に外部の者による評価のあり方を、地域の皆様が参加する「地域からの評価」にできないかを検討した。

(1) 現在の外部評価の状況

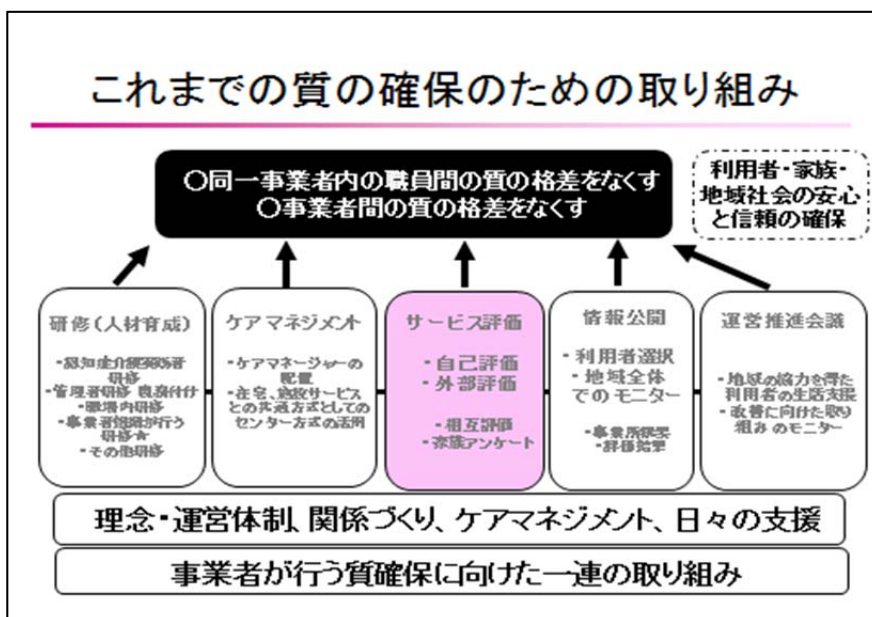
質の確保のための現在の仕組み

小規模多機能型居宅介護が平成18年に制度化されるときに問われたことは、小規模が故に周りから実態が見えなくなる、質の担保が困難になるという点であった。そこで、①事業運営をオープンにすることが問われ、外部の目の導入(サービスの外部評価及び情報開示の義務づけ)と運営推進会議の導入が図られた。

②また、認知症高齢者ケアに関する確かな知識と力量がなければ、主に認知症に対応したサービスの適切なケアが確保できないとして、開設者研修と管理者および計画策定担当者(介護支援専門員)の研修が義務づけられた。

③更に、実地指導や監査も

質の確保は、単に一方面で可能になるものではなく、幾層の取り組みが合わされて可能になるものである。しかし、ひとつの核になる外部評価は課題を抱えている。



小規模多機能型居宅介護事業所及び 認知症対応型共同生活介護事業所に係る 自己評価及び外部評価の評価項目

- ・ 理念に基づく運営
- ・ 安心と信頼に向けた関係作りと支援
- ・ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント
- ・ その人らしい暮らしを続けるための日々の支援
- ・ アウトカム(サービスの成果)

厚生労働省老健局計画課 課長通知(2009年3月27日)、別紙1より

現在の外部評価の課題

外部評価の仕組みは、事業所が費用を払い、1年に1回外部評価機関に評価してもらう仕組みとなっている。外部評価機関も営業し、評価を受ける事業所を探すことになる。

ここから、次の点が課題となる。

- ◇一年に1回訪問して何がわかるのだろうか。地域の皆様からは「とんでもない事業所」「毎日鍵をかけていて閉じ込めている事業所」が外部評価では「優れた事業所」として評価される。その日だけの対応だけで評価する危険性がある。
- ◇また、例えば外部評価で課題が見つかったも、事業所は外部評価機関にとって「お客様」である。厳しい評価を行えば、次年度からの評価の依頼はなくなる。どうしても、表面的な美辞麗句が並ぶことになる。
- ◇更に、外部評価の料金は評価機関ごとになる。その結果、事業所は、どうしても「費用が安くて」「評価の甘い」機関に集まることになる。構造的な欠陥となっている。

(2) 地域からの評価の試行

本年度の試行

運営推進会議を活用した「地域からの評価」と運営推進会議メンバー以外の地域住民も参加した「地域からの評価」を施行した。

それぞれの運営推進会議メンバーに地域住民（研修を受けた認知症サポートリーダー、キャラバンメイト）の参加パターンは運営推進会議があまり機能していない場合を想定してのものである。

※運営推進会議があまり機能していない理由

- 事業所（施設長や管理者）の運営推進会議の捉え方・取り組む姿勢の違い
- 構成メンバーの考え方や理解の違い

↓

事業所と参加メンバーの関係性および上記の相乗効果により会議の雰囲気や方向性が変わる

- ・会議の目的が共有できていない→「地域密着」のありかたへの理解
- ・家族や本人の役割が生かされていない→意見が言いにくい雰囲気
- ・当て職での人選には課題も多い→会議の構成メンバーに対する研修も必要
- ・進め方や内容の違いはあっていいが、会議を適切な方向へ進めていく役割の人が必要（包括や行政職員の力量も必要、ただ行政主導になってもダメ）

試行した外部評価のメンバー

小規模多機能ホームはしたて（石川県加賀市）

利用者家族2人、ご近所、区長、民生委員、市役所2、地域の方、事業所

※やたの（グループホーム）

小松市、地域包括支援センター、町内会長、民生委員、地域協力者2人、利用者家族2人、地域密着型特別養護老人ホーム、事業所

小規模多機能ホームかほく（熊本県山鹿市）

利用者家族2人、ご近所、区長、民生委員、市役所1人、ボランティアの方、
地域サポートリーダー2人、事業所

小規模多機能ホームいつでんくろばい（熊本県山鹿市）

利用者家族1人、利用者2人、区長、民生委員、市役所1人、警察署生活安全課、
地域サポートリーダー2人、事業所

◆意見の出た項目（現行のサービス評価項目より）

2. 事業所と地域のお付き合い
3. 運営推進会議を生かした取り組み
5. 身体拘束をしないケアの実践
6. 運営に関する利用者、家族等意見の反映
7. 運営に関する職員意見の反映
8. なじみの人や場との関係継続の支援
13. 緊急時等の対応
16. 災害対策

例) 事業所の玄関が入りにくい、玄関で待っていても職員さんが気づいてくれない
地域の人が重荷に感じるようになってしまっはいけない。町の人全部が協力的なわけではない。地元のつながりを大切にしていかなければならない。
ホームに行ってよいのか悪いのかわからない。用事がないのにいけない。自由
に来て良いと言われてもわからない。

◆意見の出なかった項目

4. 市町村との連携
10. チームでつくる介護計画とモニタリング
11. かかりつけ医の受診支援

◆事業所の考えを聞くことになる項目

1. 理念の共有と実践
12. 重度化や終末期に向けた方針の共有と支援
15. 夜間及び深夜における勤務体制

（3）地域からの評価で地域密着型サービスの質を向上させるために

地域の皆さん（ご近所、区長、町内会長、民生委員等）は、よく事業所を見ておられ、場（機会）があれば、見ていること・感じていることについて意見を出すことができる。外部評価機関ではなく、地元だからこそその意見が聞けた。

事業所にとっては、これまでの外部評価より意味のある意見である。

参加者の感想：

- ・地域や家族とのつながりが重要なので、こういった機会は大切。話し合いを通じて、共通認識ができることが良いと思う。・ご家族や地域の方の意見が聞けることはなかなかいいのではないかと思います。知らない人が来てするよりも、いいと思います。
- ・地域の人から外部評価の項目に沿って意見をいただくより深く知っていただける機会となるので、いい機会になるのではと思いました。
- ・昨年の3月まで県の社会福祉協議会にいましたが、そこは評価機関をしていました。今日は参加してごまをすっているわけではないですが本当に頭が下がる思いです。緻密でいいことだと思い聞いていました。評価機関に居たものが言うのはどうかと思うのですが。
- ・今日参加させていただいて、二つのことを感じました。一つは外部評価だということを見ると、専門家が来て評価をするということがあるのですけれども、その事業所のことを知っている人達が集まって評価することの大切さが本来の形だと感じました。もう一つはこれを繰り返すことで、地域の方の視点が変わってくるのではないかということを感じています。

課題：

ただ、地域の皆さんによる評価を、今回運営推進会議を活用して行ったが、いくつかの課題も明らかになった。

○評価項目

地域の方々が見える項目と見えない項目がある。項目の検討が必要。

○時間

今回の2時間程度が限度。 数回に分けるか項目を絞る必要もある。

- 自己評価のプロセスが適切か。開設者や管理者だけで実施していたら意味がない。今回も自己評価がベースである。地域の中での暮らしの支援が実際にできているかどうかを問うことが必要。項目の検討が必要。

- 自己評価は、スタッフ全員が先ず評価表について理解し、それぞれで自らの取り組みと事業所の現状を評価する。

そのうえで、事業所のほぼ全員が参加する評価会議を実施。

事業所の現状について合意形成(事業所のモニタリング・アセスメント)がなされた後、自らの改善課題を明らかにし、その改善のためのプランを作成する。

- 運営推進会議のメンバー次第では、事業所の都合の良い御用評価になる可能性がある。小規模多機能型居宅介護事業所には運営推進会議の開催が義務付けられているが、メンバーの選定は事業所に任されている。よって事業所に都合の良い人々のみメンバーにしていると評価できない。生活圏内の利害のない地域の方々の参加を図ることも必要。

少なくとも市町村職員か他法人の包括支援センターが参加すべき。

この取り組みは、常に事業所と関わりのある地域の皆様の目があり、決してその場限りの対応はできない。事業所にとっては、地域の評価が一番気になるものであり、その評価は事業所の質の向上にとって有効である。

○年に一日の断面ではなく、24時間365日の取り組みが評価される。

○職員全員で取り組まざるを得ないので職員の意識が高まる。表面的なことでは地域の方に指摘される。

○地域の皆様の理解がすすむ。「こんなことまで努力しているのか」など。

○地域の皆さんと一緒に改善プランを作成するので、地域の中での取り組みができやすくなる。



地域の皆さんの参画による評価の様子

第3章

事業所のフィールドワークから見えてきたもの

1. 立ち上げから地域とともに取り組む

社会福祉法人美瑛慈光会（北海道美瑛町）

（1）美瑛町の概況

美瑛町は北海道のほぼ中央部、大雪山系のふもとに位置する農業の町である。人口は10,900人ほどであるが、高齢化率はすでに33%を超え、一人暮らしや老夫婦のみの高齢者世帯も増え続けている。要介護高齢者の数は721人にのぼり、毎年、20人程度増加していく傾向がある。

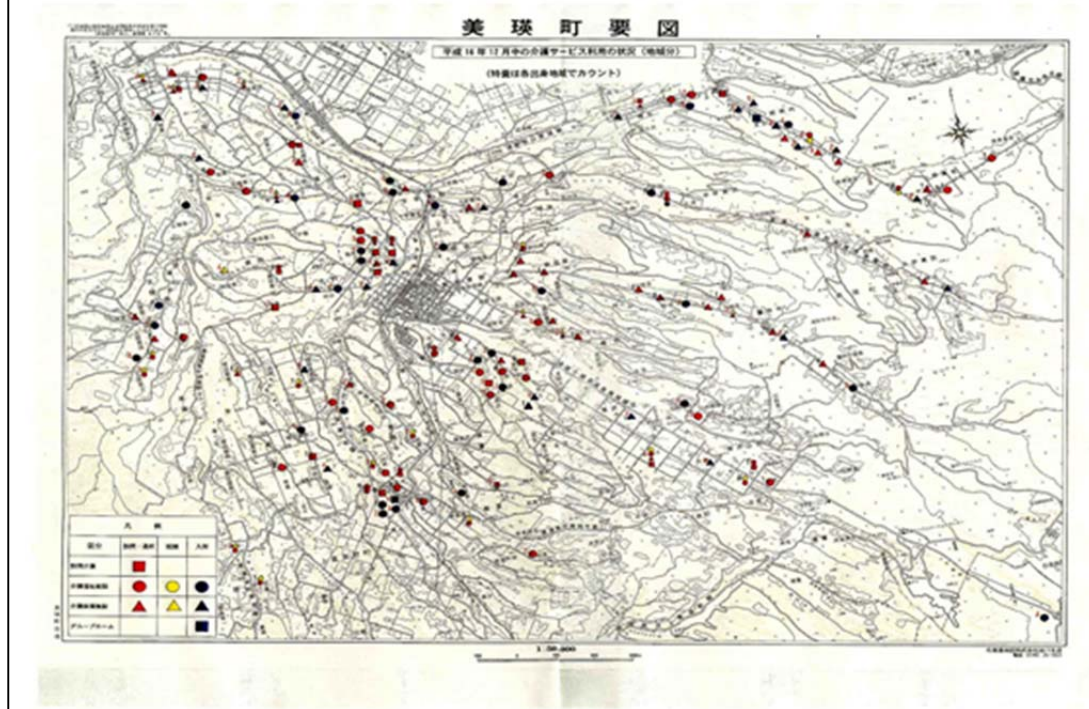
また、この町の特徴はその広さにある。面積は677K㎡と東京23区に匹敵する面積を持ち、地域の主な産業が農業や林業、酪農といった住（住まい）と職（仕事）をともにする暮らしであることから、市街地だけでなく、町内各所に住居も広がり、要介護高齢者たちは町の周辺部分にも数多く暮らしていることとなっている。



この町の在宅（自宅や地域）での生活を考えるときに、問題となるのは常にその広さである。特に周辺地区には住居もまばらで商店がないところも多く、介護が必要になることでの介護サービスの必要性だけでなく、買い物や通院などのための移動手段が困難な状況（交通弱者）になっても、介護サービスが必要になる側面が挙げられる。よって、高齢になり自ら車の運転ができなくなれば、タクシーを利用するか、スクールバスなどの利用など、交通手段が限定される（タクシーは高額となり、ほとんど利用できない）。

併せて、真冬ではマイナス20度を超える厳しい寒さや、2メートルを超える積雪を記録するなど、積雪寒冷の地であるこの地で、特に町の周辺地域で暮らす高齢者の暮らしはことさら厳しく、かつては施設や病院での「越冬入所」や「越冬入院」という言葉があったほどである。（参考：美瑛町の介護サービス利用状況（市街地を除く））

美瑛町の介護サービス利用状況（市街地除く）



介護保険サービス導入後の平成13年に行われたケアマネジャーによる「地域ニーズ調査」では、現在の「地域包括ケア」で謳われているような生活圏域を意識したニーズが数多く挙げられていた。

- ① 通所系サービスについてニーズの多様化が伺える。
- ② 認知症対策としてグループホームを望む声も聞かれているが、通所系サービスにおいても普通の民家のような家庭的な雰囲気の中で提供される通所サービス＝宅老所のニーズが特に市街地周辺に多い。
- ③ 『認知症』の高齢者の在宅を支えるためには、利用回数や利用時間の柔軟性を持つ自由度の高い『通い』やその延長での『泊まり』の機能を持った介護サービスが求められている。
- ④ 市街地では、デイサービスやデイケアで介護を受けるのではなく生きがい活動を含めた自主的な交流と活動の場が求められている。
- ⑤ 町の周辺部ではサテライトデイのニーズが高い。周辺部では送迎の負担軽減や、より身近な場所での交流の意味からもサテライトデイのニーズが高まっている。
- ⑥ 虚弱化した一人暮らし高齢者の住み替えのための、生活支援サービス付きの『住居』の必要性が高まっている。

平成13年度に行われたケアマネジャーによる地域ニーズ調査より

(2) 根本的な課題解決のために

平成 18 年の制度改正と第 3 期介護保険事業計画策定に向けて、町福祉課を中心に事業者、住民代表を交えて突っ込んだ意見交換が繰り返し行われた。

その中では、『圧倒的な面積を占め過疎化が進む、周辺地域で暮らす要介護高齢者たちをどのように支えるのか』が議論の中心になり、最終的に次の 3 つの基本方針の基に第 3 期介護保険事業整備計画が立てられることとなった。

今後の介護・高齢者施策の展開

1. 市街地かを拠点とした一極型の介護サービス提供から生活圏域ごとのサービスへの転換が必要
2. 高齢者が地域での在宅生活を継続できるための基盤整備が必要
3. 地域住民との協働による支え合う地域づくりの推進

この 3 つの柱の中で、第一にこれまで町の中心部に集中していた介護機能を、より住民の近くに出向いていくことが示され、地域に分散していく方針が打ち出された。第二に、「生活の継続性」を主眼に置いた「在宅生活を継続できるための基盤整備」が打ち出された。第一のサービス拠点が中心部に集中していたため、これまでサービスを必要とする状態になると、自宅や住み慣れた地域を離れざるを得ない状況があったことを鑑み、サービスを軸に考えるのではなく、生活者（高齢者）を軸に政策を推進していく柱が示されたことになる。注目すべきは第三の「地域住民との協働による支え合う地域づくり」が打ち出されたことになる。これまで、役場が政策・方針の設計をし、住民は受け手となっていた構図を「協働」の概念を導入し、そこに住む住民と一緒に考え、進めていくことを決めたのである。これは、地域密着型サービスにおいて設定する生活圏のわけ方についても次のような考え方が表現されている。

◆生活圏の考え方

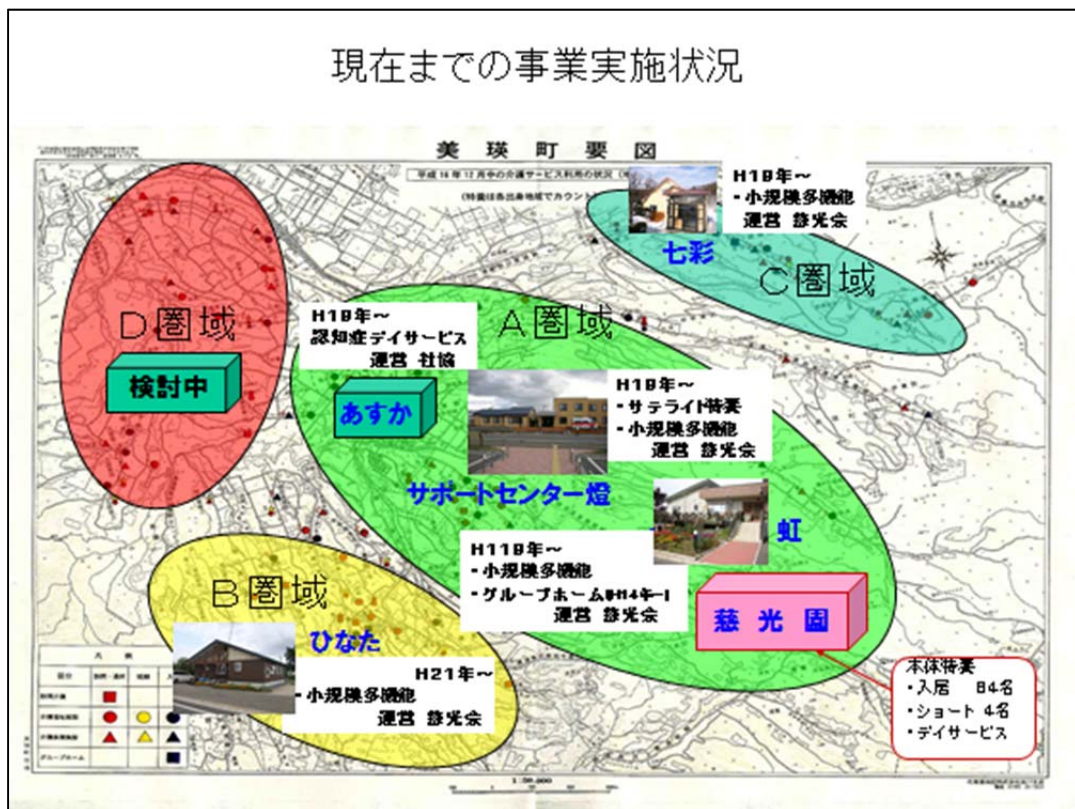
- ア) 市街地を中心としたサービス提供ではカバーすることが困難な地域に介護サービス拠点を設置。
- イ) 圏域の設定においては、中学校区、市街地からの距離、地域の生活形態などを考慮して検討。
- ウ) 地域の介護拠点においては、小規模多機能型居宅介護を整備し、認知症高齢者等の在宅生活を支える。
- エ) 高齢者や地域住民の参画による地域コミュニティの推進。

こうした考え方にに基づき、作り上げられた美瑛町の第3期介護保険事業計画(整備計画)は次の通りの内容となった。

(美瑛町の整備計画の概要)

生活圏域 (案)	地域密着型サービスの整備予定	整備の考え方
A圏域	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模特養 1 か所 ・小規模多機能 2 か所 (うち1か所は認知デイから転換) ・認知症対応型通所介護 1 か所 	<p>既存の介護保険施設に加え、新たに小規模特養を本体施設のサテライトとして整備(施設整備に併せて小規模多機能型居宅介護を併設)し、市街地の一部と周辺地域の一部をカバー。</p> <p>認知症対応型通所介護の新設と既存の認知症通所介護を小規模多機能型居宅介護に転換し、市街地の認知症高齢者等を支える。</p>
B圏域	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能 1 か所 	<p>圏域の中心地域に介護拠点として小規模多機能型居宅介護を整備し、地域住民との連携により、配食サービスや訪問サービスなども組み合わせて、在宅高齢者を支える。</p>
C圏域	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能 1 か所 	
D圏域	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能 1 か所 	

また、地図で上記を表すと、以下のとおりとなる。



(3) 住民参画型の地域コミュニティづくりの推進（開設準備会の継続的開催）

当事者から見て介護サービスとは『目的』ではなく、『手段』の一つにすぎないのではないだろうか。その本質は、あくまで本人なりの地域生活を送るために必要となるものを『補完』するものではないのか？ これまでは、仕組みやサービスが優先され、利用者側の立場に立った政策やサービスは推進されてこなかった。そうした視点に立ち、事業所に期待される役割や機能を考えるとき、次の言葉が良く理解できる。

『これまでの介護保険だけでは地域での暮らしは支えきれない。調整役は支援を要するご本人の力、周りの力、地域の力を合わせて、更に医療・看護・介護を必要に合わせて支援する必要がある』。またそのために『その繋ぎ結ぶ役割をする調整役として(コーディネーター)が必要であること、そしてそれは、24時間の支援を行っている者がそれを担うべきである。』

(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 代表 川原秀夫)

広大な過疎地域を抱える美瑛町の場合、計画段階で事業所に対して上記と同様の役割や機能があらかじめ期待される声が、地域住民からも挙がっていた。従って、新たに立ち上がる事業所においては、それをどのように作り上げていくか、が当初からの課題となっていた。

前ページの図のとおり、現在の美瑛町は町内全域を4つの生活圏に分けて、拠点となる事業所を整備している。

周辺地区BとCに整備された小規模多機能型居宅介護の『ひなた』『七彩』については、どちらも事業所が立ち上がる2年前頃より、地元の住民たちによって構成される『開設準備会』が組織されていた。

開設準備会では「リハビリできる場所」「急用ができたときに、泊まりの介護を受けることができる場所」「気軽に健康相談できる場所」などの介護に係る意見だけでなく、「地域の行事・催しに積極的に参加したい」「地域で収穫した作物を利用させてほしい」「趣味のことができる場所」「送迎してほしい」など、福祉や介護だけでなく、幅広い意見が毎回のように出された。事業所側としても、出された意見が介護に直接結びつかないからといって切り捨ててしまうのではなく、出された意見を解決するために、どのようにすればよいかの話し合いを継続していった。意見を出す側（住民）も意見を具現化する側（事業所）も、意見を制度化する側（行政）も、それぞれが、介護サービスを利用する拠点づくりが目的ではなく、この地域に住み残ることが共通の目的だと認識していたからである。

例えば、C圏域の準備会が行ったアンケートである。

①事業所となる空き家を探そう！

→老人会、婦人会、行政区会議などに呼びかけて、広報活動への協力

②一人暮らしのTさんの見守り、声かけ、除雪の協力

- 野菜畑の提供
- 収穫物のおすそ分け
- 民生委員さんと一人暮らしのお年寄りのところへ同行訪問
- 集落の行事への誘い
- 学校の協力（子供たちが毎日のように遊びに来るようになった）

このような成り立ちを持つ『七彩（C地区の拠点）』では、開設後も様々な形で地域住民の参画のもと、運営されている。現在の運営推進会議のテーマは「町立病院まで通うのが大変なので、出向いてもらうことができないか」を、開設準備会の延長で設置された運営推進会議で議論しており、市街地にある整形外科の医師が往診してくれるなどの成果も上がっている。

準備会の中で、上記のような事業所のあり方や地域とのかかわりが、住民たちと議論され、出された意見に対して、参画している一人ひとりが解決策を探る。誰かのせいと責任転嫁するのではなく、実現するために自らも出来ることは何か。議論を継続することで妙案が生まれることもあれば、解決しないことも残る。それでも、その内容を反映する形で事業所が立ち上がることが、議論を一過性のものにしなない軌跡として、また、住民の活動拠点としての意味を持つ。小規模多機能型居宅介護の質を問うとき、事業所内で取り組まれる基礎介護の質を問う一面もあるが、自宅や地域で住み続けることを望み願う認知症の高齢者にとっては、住み続けることができ初めて質を問うことが始まるのではなかろうか。開設準備会やその後の運営推進会議は、コミュニティケアの側面からみれば「地域コミュニティの推進」を図るための機関ととらえることもできるが、小規模多機能型居宅介護事業所側からとらえると、事業所の質を向上させるための「推進エンジン」としての役割を担っていると考えられる。

（４）旭、北西地区準備会の活動内容について

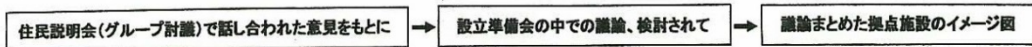
こうした住民たちの参加のプロセスが、事業所の質を向上させるための「推進エンジン」としての役割を担うことを、図の中で検討中とされているD圏域での『準備会』の活動を以下に紹介する。

D圏域では、これまでの対象別の拠点や機能のあり方から、農村部等では、従来は学校が担ってきた「みんなが寄ってこられる場所」「地域の結びつきの場所・役割」が、少子高齢化、人口の減少、小学校の統廃合により担えなくなった代替え機能としての「地域の学校」を目指すものとして取り組まれている。だからこそ、より多くの地域住民の参加してもらい、議論を進めているのである

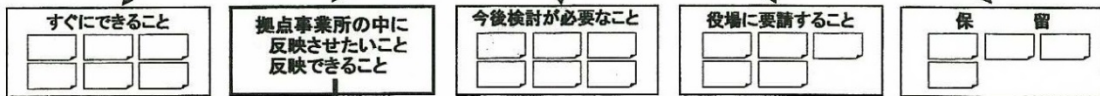
第一回の説明会では、行政区長、町内会役員、老人会長、民生委員、近隣住民など総勢50名が集い、開催した。役場から担当課長及び係長にも参加いただき、これまでの3圏域での実施状況等についての説明がなされた。第二回説明会では、40名の方にご参加いただき、グループごとに地域で困っていることや事業所をつくるにあたっての意見など、自由な意見が出された。参加した皆さんからは、事業所への期待をはじめ、地域、隣近所のつながりがなくなっていることを危惧する意見、子育て支援のこと、交通手段の確保、子どもからお年寄りまで気軽に集まれる場所がほしいという意見、コンビニや赤ちょうちんなど様々な意見が出された。また、出された意見参加された方だけでなく、より多くの住民にお伝えしていくための手段として、設立準備会事務局を担う美瑛慈光会において、「旭北西地区小規模通信」と題し、毎回発行され、配布されることとなった。

出された意見をもとに、設立準備会の中で継続的に議論・検討された。

住民から出された意見は、一つの内容を一枚の付箋紙に記入し、参加者とともに整理していく参加型集約方法(KJ法)によって整理していった。



住民説明会で話し合われた意見						
子供たちのために	こんな事業所に	こんな場所があったら	こんな施設欲しい	生活の中で...	地域について..	移動が大変...
子育てサロン、保育所、学校が終わってから預かってくれる所	若くても利用したい 夫婦で入れる施設	酒が飲める所がいい	コンビニがほしい	安い施設	死ぬまで元気でいたい	バチンコ屋まで移動したい
地区の農家に畑で来るのは、都会から来るので、つながりがないので、子供を預ける場所	登録してなくても利用したい	飲み物や小物づくりができる場所	温水プール等、運動施設	年中、大規模、安い、町内	親の介護が必要になった時に、	雨まで歩いていけない、足の...
学校が無くなり、子供がいなくなった、お祭りや事業所でもやれば、子供が来るかもしれない	長期に泊まれる部屋	カラオケができる所	マクドナルドがほしい	年金で入所できる施設	元気なうちは家庭菜園やっている、冬は家にいることが多い	足腰が悪くなった後の移動手段は?
学校が無くなり、子供がいなくなった、お祭りや事業所でもやれば、子供が来るかもしれない	介護が必要になっても、子供とふれあえる事業	ゲートボールができる所	まわりの施設が充実したらよい(ランド)	地域の中にも施設があったらよい	一人暮らしの人は元気がない	独り暮らし高齢者の方々を歓迎して、事業所で遊ばせてほしい
伝統的にしていた、相撲(こども)を事業所でやってほしい	しきいが高いとだめ	目的なくても集まれる場所	図書館のようなもの	年寄りや年寄りを見る体制なのでカバーできるような施設	老人クラブ、友人同士で車に乗せて、遊びに連れて行く場合、事故の保険などが心配	気軽に集まって、送迎があるといい
たこあげをする	とけこみやすい	気をつかわなくても行けるような所が欲しい	歩いて買い物いける場所	気がねなく参加できるような施設	除雪、片方はお金を払い、一方は専任。家族がいるのに、どこまでやっていいのかわからない	足腰元気がない方がいいが弱ると移動が大変
子供と百人一首をする	遠いよりは、総合的に利用できた方がよい	宿泊できる所があわせてあればよい(長期に)	映画見れるような場所	町内に作ってほしい、田舎ではなく	マッサージに来てほしい	車がなくて交通手段がなく移動が不便
子供が遊べる場所が少ない	知り合いや友達がいると行きやすい事業所に	住み慣れた地域で最後を迎えることができるような場所にしてほしい	映画見れるような場所	介護スタッフに...	マッサージに来てほしい	現在、スクールバスで移動
子供カルタをする	家族が安心	元気な人も集まれる場所(子供から大人まで)	売店があったらよい(生活用品)、自分で作った物が売れる	職員給料を上げてほしい	寒いから涼み(こ)きたい	送迎ができる
	カラオケ設備を置いてほしい	楽しい事ができる場所(サロン活動)地域活動等	パークゴルフ場、ゲートボール場を近くに作ってほしい	職員に頑張ってもらいたい	3.6まで移動、飲みにいききたい	
	高齢になると車を使わなくなる、徒歩でも通える場所を作ってほしい	車の運転もできなくなった時、元気な高齢者でも行く場所がない	ずつと住む場所がほしい	施設にいきたくないようにしてほしい	旭川に飲み運んで行ってほしい	その他の意見
	福祉寮を併設してほしい			三次介護をしっかりとしてほしい	定員はすぐ割れてしまうのか?	本当に可能なのか?(距離、人員)
	小規模の隣にアパート住みたい			子供より、親と仲良し(スタッフが)	給食の配達	施設をつくりすぎる
					将来的にどこまでやってくれるのか	今ある、施設、事業所を見に行きたい
						女性の意見を多く聞いてほしい



子供たちのために	こんな事業所に	こんな場所があったら	こんな施設が欲しい
子育てサロン、保育所、学校が終わってから預かってくれる所	登録してなくても利用したい	酒が飲める所がいい	気がねなく参加できる施設
地区の農家に畑で来るのは、都会から来るので、つながりがないので子供を預ける場所がない	長期に泊まれる部屋	ゲートボールができる所	生活の中で...
学校が無くなり、子供がいなくなった、お祭りや事業所でもやれば、子供が来るかもしれない	介護が必要になっても、子供とふれあえる事業所がよい	目的なくても集まれる場所	配食サービスがあったらいい
学校が無くなり、子供がいなくなった、お祭りや事業所でもやれば、子供が来るかもしれない	しきいが高いとだめ	ヒマな時に、ふらっと行ける場所になればいい	地域について..
伝統的にしていた、相撲(こども)を事業所でやってほしい	とけこみやすい	交流できる場所	看護師が地域をまわって定期的にバイタルチェックをしてほしい
たこあげをする	保育所の子供と交友をもてるような場所にしてほしい	気をつかわなくても行けるような所が欲しい	一人暮らしには定期的にまわっていただける体制があったらいい
子供と百人一首をする	カラオケ設備を置いてほしい	宿泊できる所があわせてあればよい(長期に)	介護スタッフに...
子供が遊べる場所が少ない		住み慣れた地域で最後を迎えることができるような場所にしてほしい	施設に行ってもらえる支援を
子供カルタをする			三次介護をしっかりとしてほしい

「旭北西地区小規模通信」第3号より一部抜粋

また、整理された意見の中を、「すぐにできること」「拠点事業所の中に反映させていこと、反映できること」「今後検討が必要なこと」「役場に要請すること」「保留」の5段階に再整理した。特に「拠点事業所の中に反映させていこと、反映できること」としては、4つの項目に集約することができた。

◆拠点事業所の中に反映させていこと、反映できること

- (1) 子どもたちのために
- (2) こんな事業所に
- (3) こんな場所があったら
- (4) こんな施設がほしい

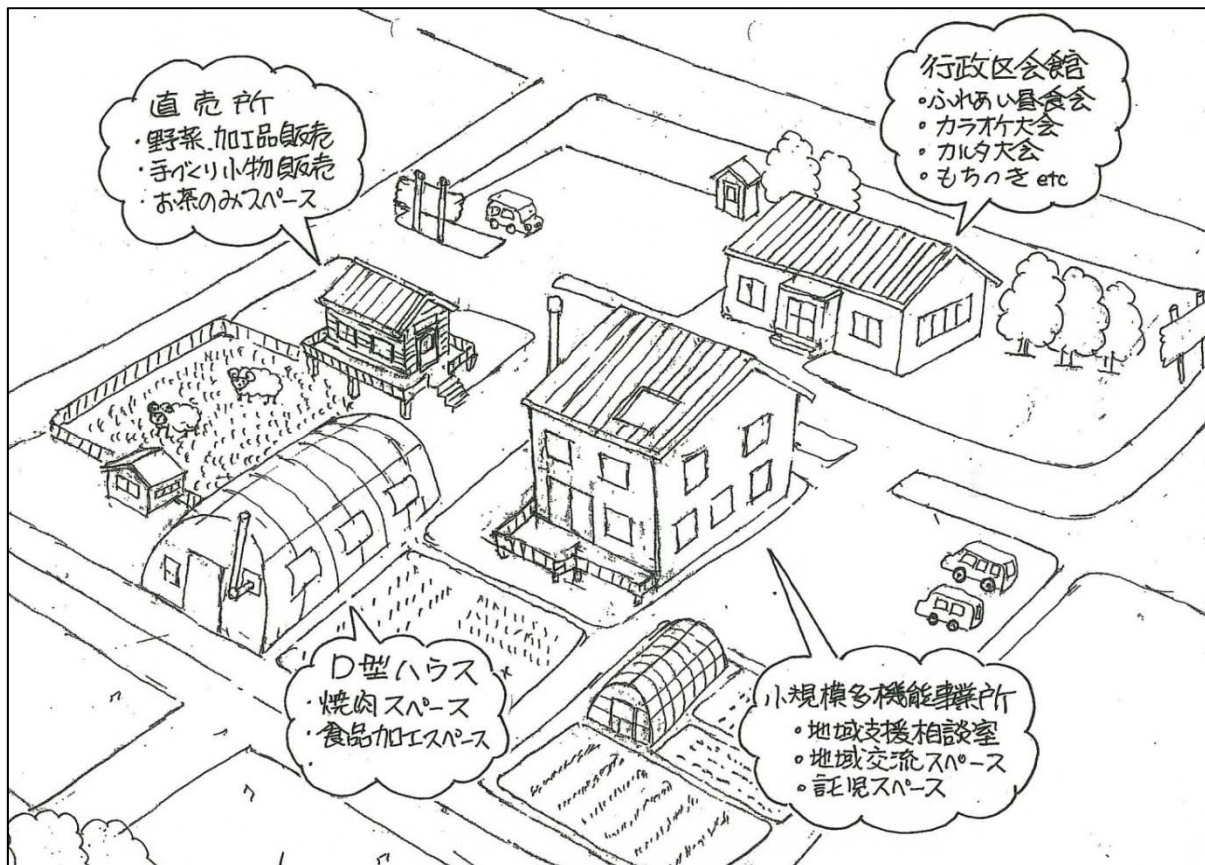
例えば「子どもたちのためには」という項目に整理された意見では、「地区の農家に嫁いでいる嫁は、都会から来ており、つながりがないので子どもを預ける場所がない」との意見や、「子育てサロン。保育所、学校が終わってから預かってくれるところ」などの声が集められた。また「こんな場所があったら」の項目では、「酒が飲めるところがいい」「ゲートボールができるといい」「映画を見られるような場所」「図書館のようなもの」など、子どもからお年寄りまでが楽しめるような意見も出された。

拠点事業所の中に・・・反映させたいこと、反映できること（具体的項目／見出し）

- 子育てサロン
 - ・ 託児・学童保育
 - ・ 農家に嫁いだお母さんたちのたまり場
- 子どもたちが、集まる場所
 - ・ お祭り、相撲、たこ揚げ、かるた大会
- 気兼ねなく集まってこられる場所
- ふらっと寄れる、暇つぶしができる場所
- 楽しいことができる場所（サロン・地域活動）
- 長期の泊まれる部屋
- 酒が飲めるところ
- 売店がある
 - ・ 生活用品、自分で作ったものが売れる
- 歩いて買い物に行ける場所 移動販売車？
- ゲートボール、パークゴルフができる
- 図書館のようなもの、映画がみられる場所
- カラオケ設備がある
- 配食サービス、給食サービス
- 看護師が定期的に地域を回ってほしい
 - ・ バイタルチェックをしてほしい
- 一人暮らしの方への定期訪問
- 介護サービス体制の充実

第三回設立準備会では、すでに開設している他地区の拠点（七彩（朗根内）、燈（南町1丁目）、ひなた（美馬牛））の見学会を実施し、第四回設立準備会では、具体的な建設場所についても議論された。拠点としての機能だけでなく、建設場所についても設立準備会において説明してから決定となる流れで進められている。

みなさんの意見や思いを開設準備会で取りまとめた地域拠点のイメージ図



(5) 先行して立ち上げられた各事業所の運営推進会議の活動から、質の向上に資する実践を俯瞰する

上記のような設立準備会から出された意見は、開設後の拠点（小規模多機能型居宅介護事業所）において、少しずつではあるが実を結んでいる。

A圏域の拠点となる「燈」では、地域交流スペースを中心に「つどいの場」づくりが進められている。旭北西地区でも住民から指摘されていたような「日中、出向いていく場所」であり、「子どもたちが遊べる場所」といった意見の具現化としての喫茶店（サロン活動）である。

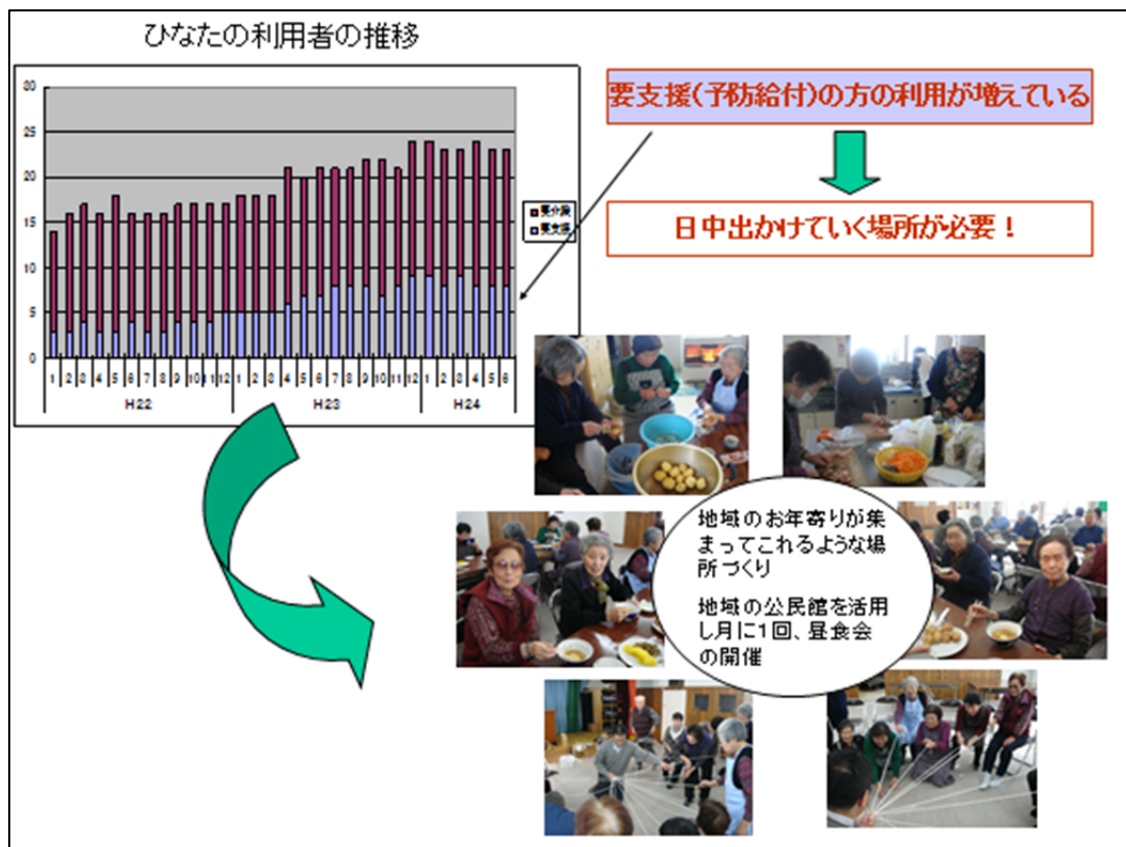


喫茶店（サロン活動）の運営には、設立準備会るとき声を出された地域の方や運営推進会議の委員さんなど、様々な方が主体的に参画している。これまでは「事業所ががんばって支える」という発想だったものが「事業所・地域が協力し合って支える仕組みづくり」へ変化している。実際に始まったの効果は、以下のとおりである。

◆喫茶店（サロン活動）の効果

- 地域の方と顔なじみになれる。
- 地域状況の情報を得ることができる。
- 何かあったときに協力してもらえらる。
- 閉じこもりがちな住民が外に出るきっかけになる。
- 事業所内の利用者も地域の方と交流・共生できることで、地域の中で生活するという感覚を得られる。

また、B地区の拠点である「ひなた」では、ふれあい昼食会を開催している。これは「地域のお年寄りが集まってこられるような場所」という声を具現化したもので、食事をとることと併せて、楽しむこともできることを大切にしている。これは、小規模多機能型居宅介護の登録者のうち、当初は要介護認定者が多くを占めていたが、経過年数とともに予防給付の登録者が増え始めたのである。言い換えれば、登録せずに、自宅や地域で済み続けるためには、日中の活動場所や機会となるような機能が求められているという現れでもありと捉えたからである。

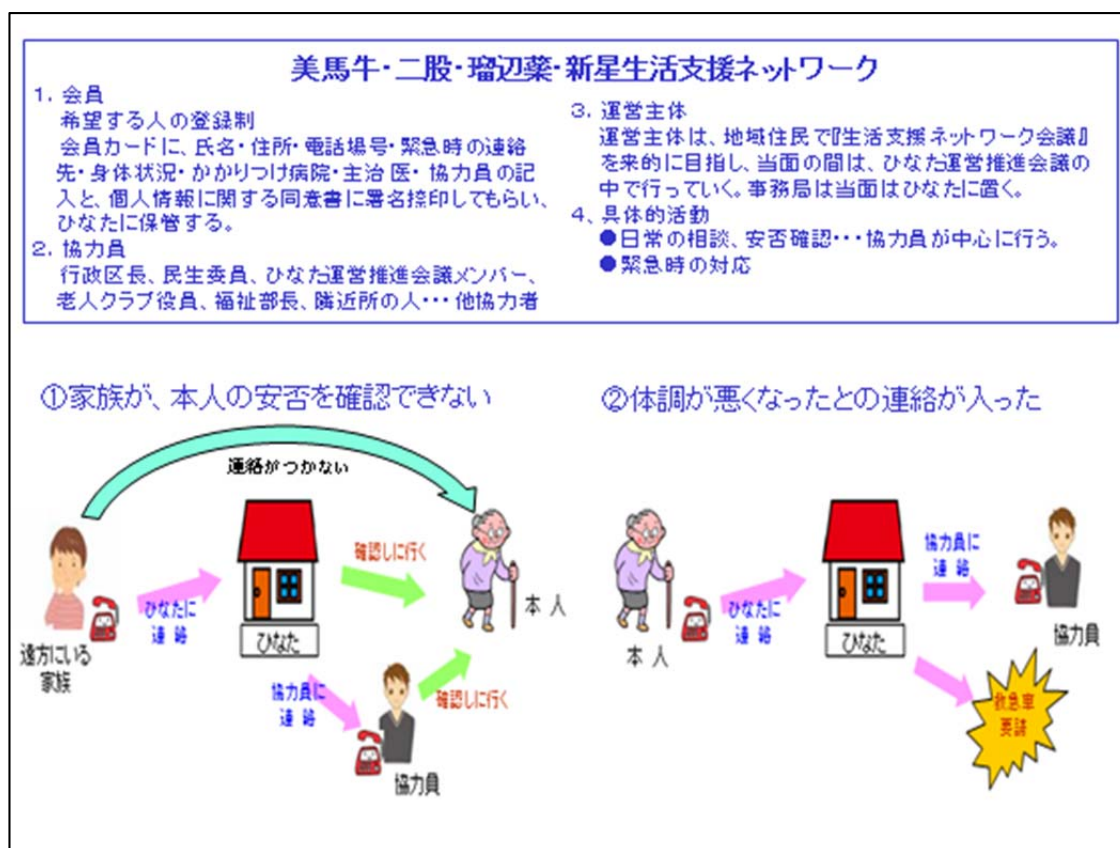


「ひなた」では、運営推進会議の委員さん（民生委員も兼ねる）から「住み慣れた地域で最後まで生活できるネットワーク」を作りたいとの提案をいただいた。

◆運営推進会議委員（民生委員）より

- 以前は、3～4世代、多くの家族に囲まれていました。子供も老人も、多くの家族に見守られて生活していました。
- 最近では、少子高齢の社会になり、老人世帯や一人暮らしの老人が増加してきました。隣の近い市街地とは違い、農村部では隣の明かりも見えず、専業農家の多くなった農村では、本人の姿を何日もみないことが多くなってきました。まわりの人たちも多忙になりました。
- 本人たちは、できる限りこの地で住みたいと願っているのが本心です。老人を手助けできる方法、できることがあるのではないのでしょうか。
- キーワード
 - ・普及してきた携帯電話・地域密着型の老人介護施設ができた
 - ・行政、介護施設、地域と遠方にいる家族との交流
- 1つの提案
 - ・人と人との繋がり是对面の話し合いでした。それを携帯電話で日常的にできないのでしょうか。

◆運営推進会議で提案された内容を具現化したネットワーク



遠方にいる家族から本人（高齢者）へ、ほとんどの家族が携帯電話を持たせている。しかしながら、電話しても出ないことが多い。そのときに「ひなた」が仲介し、顔な

じみのご近所さん（協力員）が確認しに自宅へ出向く（事業所の場合もあり）、遠方の家族へつなぐ。

また、本人から事業所へSOSのコールがあった場合も、まずは顔なじみのご近所さん（協力員）が自宅に出向く仕組み。

（6）まとめ（考察）／『質の向上』の取組みに向けて

◆運営推進会議の仕組みづくりと町づくりの計画

美瑛町での実践は、圏域の地域拠点の立ち上げプロセスへの住民参画をきっかけとして生活圏域ごとの「生活・福祉課題」が可視化され、話し合いが始まる（テーブルが用意される）。「テーブル」での話し合いは、介護にとどまらず、生活全般の話題が取り上げられ、地域の困りごとが可視化される。継続的な論議は、運営推進会議の繰り返しの中で「誰かの困りごと」から「私たちの地域の困りごと」へ、そして「我がこと」として継続的に検討される。

困りごとが「すぐできること」「今後検討すること」「役場に要請すること」のように取り組みやすさで細分化されることで、ふれあい喫茶や独居高齢者の安否確認、買い物支援や除雪の手伝いなど、計画と実行が並行して進んでいく中で、多様な形のふれあいや実践の取組みが協働で少しずつ始まっていく。

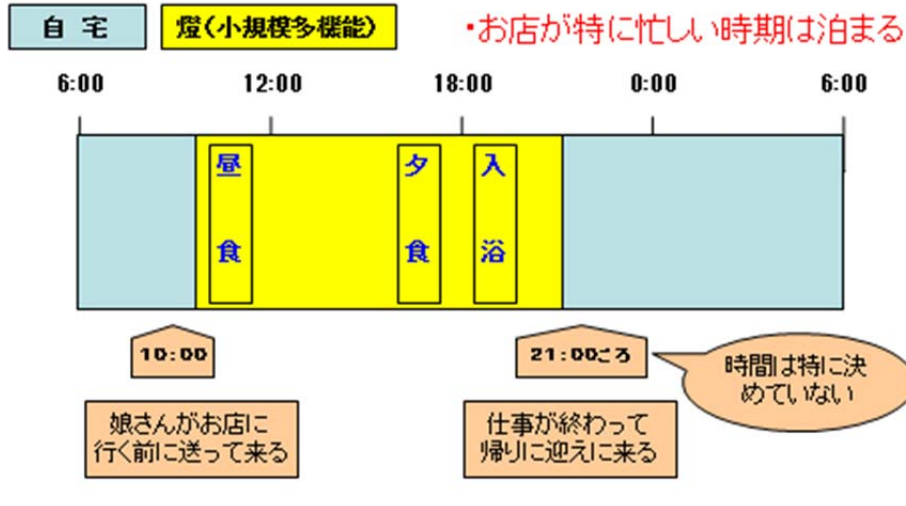
自治体は、この動きを福祉計画や介護保険事業計画（政策）に反映させ、普及普遍化を支援していく。

このような取組みは、現在、国が進めている「地域ケア会議」の最先端にあるのではなかろうか。地域包括ケアで謳われている「日常生活圏域」をひとつの基礎単位とし、圏域の生活福祉を向上させていくエンジンとして運営推進会議が活用されていく。旭・北西地区の取組みは、まさに「PDCAサイクル」のPlan（プラン）とDo（実行）の繰り返しであり、すでに拠点化されている美馬牛地区や朗根内地区の運営推進会議では、Check（点検・評価）やAct（処置・改善）が取り組まれている。

具体的には、これまで地域の中で支えることが難しかった認知症の人たちを、小規模多機能型居宅介護を中心にどのように支えることができるようになるのかを、次のような具体例をもって住民たちに示している。

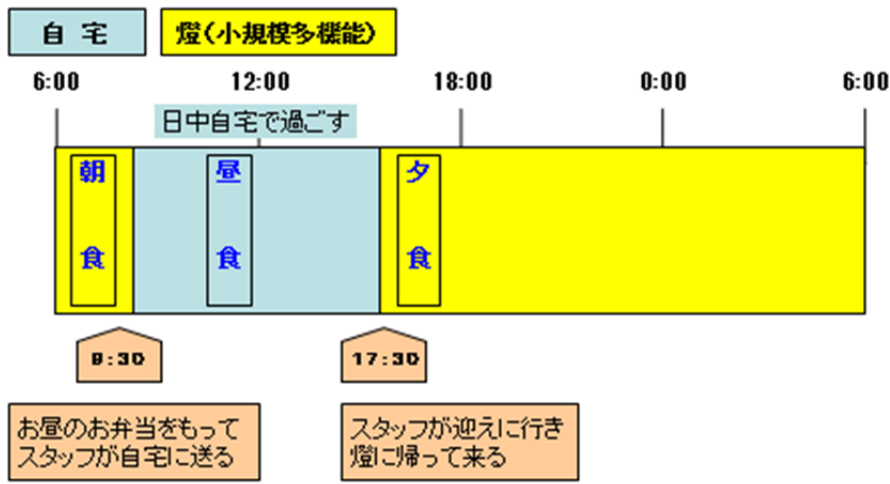
◆自営業の娘さんと同居のBさんの場合◆

92歳、女性 腰痛のため歩行は伝い歩き。
体調も不安定なため、日中一人でいるのは不安。娘さんがお店を経営しており、帰宅時間が不規則。



◆一人暮らしのAさんの場合◆

87歳、女性 町の中の一軒家で一人暮らし。いきいきデイサービスを利用していたが、要介護状態となって、いきいきデイの利用中止となり、本人が入浴のサービスを希望して灯に来られる。
対外的にはしっかりしているが、物忘れがひどくなり、また腰痛など身体的にも大変になってきている。本人は自分の家に帰りたが、子供達も一人暮らしは無理だ、高齢者福祉住宅か施設入居を希望している。

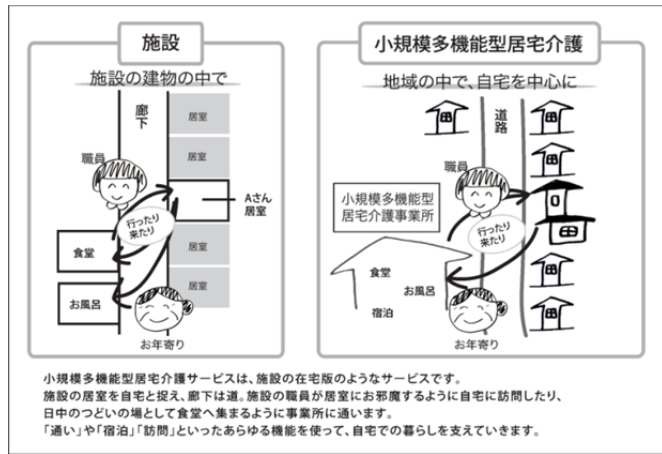


運営推進会議の中で、認知症やその家族だけでなく区長や民生委員、地域住民が、認知症になっても、事例のような暮らし方ができることを理解し、小規模多機能型居宅介護があることによって、どのような支援が受けられるのか、どのような暮らしぶりができるのかを顔の見えるご近所さんであった利用者を通じて理解することができるのである。言い換えれば、美瑛町版の認知症ケアパスの「流れ」を普及していることにもつながる。

また、その成果は、具体的な形となって表れている。町内3か所ある小規模多機能型居宅介護のバックアップ施設として30年の歴史を持つ特別養護老人ホーム美瑛慈光園（以下、「慈光園」という。）の入居待機者が変化してきているのである。

昨年、8月の調査では、

「慈光園」の入居希望者は144名であるが、そのうちの町内待機者120名の希望を見てみると、すぐにでも入居を希望されているのは1割（12名）、要介護3以上は7名に減少している。小規模多機能型居宅介護の利用者も9名が希望されているが、残りの40名は「慈光園」への入居を希望していないという結果となっている。



出典：小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント（2009年3月）

慈光園の待機者総数144名のうち町内待機者120人の状況 平成24年8月2日現在

居場所 \ 介護度	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	変更中他	計	早期入所希望
老健施設	5	9	12	10	2		38	1
自宅	8	24	9	5	2	1	49	9
病院	4	4	6	5	4	1	24	1
グループホーム	2	1				1	4	0
ケアハウス	1				1	1	3	1
高齢者福祉住宅	2						2	0
計	22	38	27	20	9	4	120	
早期入所希望者	1	4	3	2	2			12

図早期入所希望の自宅待機者9名の状況
 小規模多機能型居宅介護⇒6名
 短期入所の繰り越し利用 ⇒1名
 通所介護 ⇒1名
 認知症対応型通所介護 ⇒1名

図別に町内の老人保健施設60床の待機者は？
 8月の退所(予定)者⇒8名うち在宅復帰6名
 8月の入所(予定)者⇒7名(病院4、在宅3)
 残る入所希望者は⇒4名(病院1、老健1、在宅2)

美瑛町において小規模多機能が果たしてきた役割を考えると、自宅や地域を離れて介護サービスを利用するよりも、自宅に居ながらにして介護サービスを利用すること

ができれば、大切にしてきた自宅や畑とも離れずに済む暮らしを手に入れることができること、そうした支援が現に可能となっていることが浸透してきた結果であろう。

◆日常生活圏域では「住民」が主人公(なぜ地域評価なのか？それを成り立たせるもの)

これまで、地域包括ケアや地域ケア会議など「地域」という言葉で表現されるかわりには主に事業所や専門機関にとっての地域を指す場合が多かった。行事や会議を開催し、地域の方にも参加してもらうことや、地域主催の行事に事業所側が参加すること等である。

もちろん事業所と地域との関係づくりが不必要ということではない。しかしながら、その「地域」に住む高齢者や住民が望んでいるのは事業所が主人公の地域ではなく、自宅や地域での生活の継続を表す「本人にとっての地域」である。

高齢者本人の培ってきた人間関係や地域とのかかわりを生かすことはもとより、地域住民も協力したくないわけではない。地域住民からすれば、長年ご近所づきあいしてきた隣人を心配もすれば、気にもかけている。ちょっとしたきっかけやかかわり方がわからないだけである。地域住民と一緒に考えていくために事業所がすべき役割は、主人公である住民の出番をつくることである。

『地域評価』についても同様のことが言える。地域の課題を共有し合うことから事業所との関わりが生まれ、支援すべき人たちの暮らしの課題や支援内容そのものへの関心や関わりも深まっていく。その延長線上に出番としての地域の評価も自ずと登場してくることになる。そのような形の中で、我々事業者に問はれることになるのは常に『主人公は誰か？誰のために何をするための介護サービスなのか』ということになるだろう。そうした住民たちとのやり取りを通して始めて、住民の手による評価が実効あるものとして、事業所の『質の向上』を支える仕組みとして機能していくのではないだろうか。

旭・北西地区での取り組みは、まだ始まりに過ぎないが、設立準備会によって出された意見が、事業所開設後、どのように実現されているのか、そのプロセスも含めて、住民が主体となる運営推進会議による地域からの評価が問われるところである。その地域評価の項目も、専門職の視点ではなく、地域住民が専門家となり得る「地域生活の継続性」に焦点を当てた住民からの意見が評価すべき項目となる。

このように、役場が町全体を対象とした「地域ケア会議」を主催する前段階として、生活圏域ごとに住民が主人公となった「運営推進会議＝住民ケア会議」があることで、より厚みを増し、生活課題を拾い上げる機能や政策提言につながる意見を掘り起こしていく役割を運営推進会議では持っているのではなかろうか。

2. そのときどきのケア会議

小規模多機能ホーム「はしたて」(石川県加賀市)

小規模多機能型居宅介護が支える利用者像の特徴のひとつとして、一人暮らしの高齢者(独居世帯)や老夫婦世帯(夫婦二人世帯)が全体の41.5%を占めることにある。

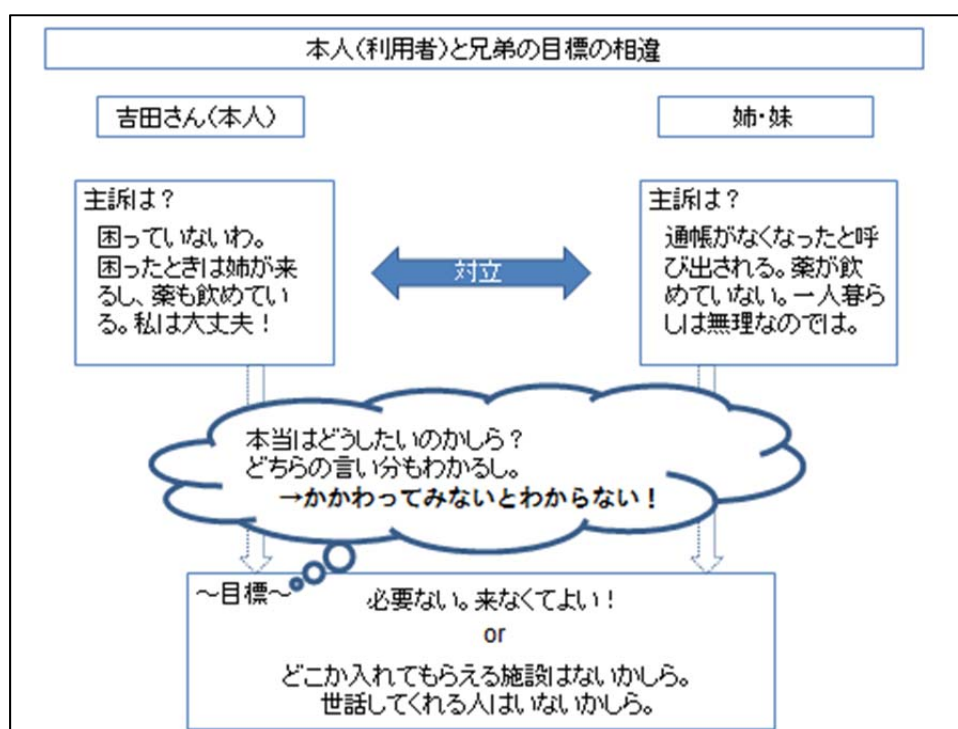
このたびの小規模多機能ホームはしたての事例も、高齢になり近居の親族はいるが独居で暮らされている高齢者をどのように支えているかを、支援の視点や流れ、地域での暮らしを支える近隣のかかわり(ネットワークづくり)を通じ、検討する。

◆吉田さん(仮名)

(1)「かかわり」から始まる本人支援

当初、地域包括支援センターに相談があった際、本人と近居の姉妹との目標が相違していた。本人は介護保険サービス利用の必要性を感じておらず、何のために専門機関(地域包括支援センターや小規模多機能型居宅介護)が訪問してくるのかの意味も分からなかった。一方、姉妹からすると、服薬管理ができず呼び出されたり、早朝から通帳がなくなると呼び出されるなど、90歳を超える姉が自転車で駆け付けるような日々を過ごす中での相談であった。

この時点で、本人や姉妹の要望は全く別々の方向に向いていた。本人はその必要性も感じないことから、サービス利用を望んでおらず、姉妹は、施設入所を望んでいた。



姉が指摘するとおりに、認知症状が進み服薬がうまくできないため、全く薬を飲まない日や1回で何日分も飲んでしまうこともあることが「訪問」によってわかった。本人は、小規模多機能ホームの職員が何度か訪問して面識があるはずにもかかわらず初

対面のような態度で接する。しかし、かかわりを拒否するような姿は見られなかった。本人からは「父ちゃんは死んでしまったけれど、散髪屋（自営）もあるし、畑もあるし、この家を守っていきたい」と言われ、自分の役割や今後の暮らしについてはっきりとした言葉で語ることもできた。

支援者の役割は、本人や家族の一方的な話に耳を傾け、支援することではない。どちらの声にも耳を傾け、本人の望む暮らしを実現することである。特に認知症高齢者においては、サービスや支援の必要性を感じていない高齢者も多い。一方で、家族や介護者に対する負担は大きなものであり、大きなストレスを感じている場合が多い。吉田さんの場合も、本人と家族の声（要望）の間には大きな隔たりがある。小規模多機能ホームはしたてでは「かかわり」を重視している。認知症の高齢者やその家族が、認知症や介護負担によって、現在置かれている状況や希望を自分の言葉で説明できないことも多々あり、丁寧なかかわりによってしか引き出せない場合も多い。

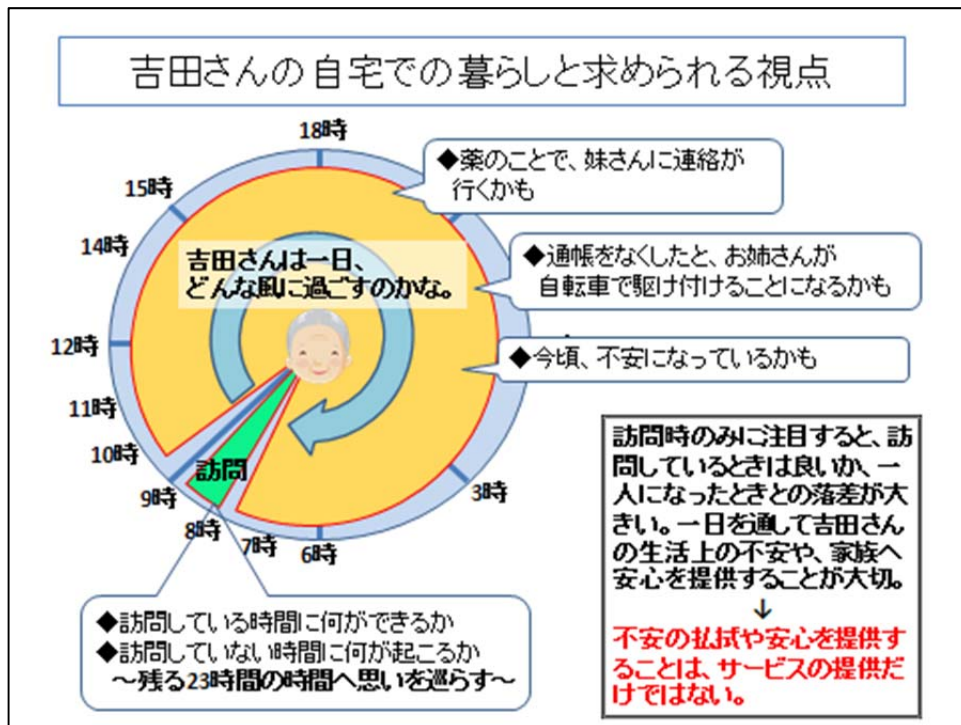
また、心配でかかわっている高齢の姉や妹が「施設に入れたい」と言っても、認知症状が進んだ高齢者がどのような支援を得られるのかを理解していない状態で「介護してくれるところ＝施設」と表現されているのかもしれない。幾度ものかかわりによって、施設に入れてほしいと表現されていることが、本当に数ある選択肢の中で一番望まれていることなのかどうかを探る必要がある。このときに、姉や妹の抱える負担（呼び出されて自転車で駆け付けること、通帳がなくなったと言って何度も電話がかかってくること）を少しでも取り除きながら、姉や妹へのかかわりが継続しないと、冷静に判断することはできない。小規模多機能ホームはしたてでは、家族に対するアプローチ（相談援助）と並行して、本人へのアプローチ（直接支援）も行っている。

本人へのかかわりとしては、吉田さん本人が支援を必要としないと思っても、服薬管理がままならなければ病状を悪化させることにつながる。よって、支援者は本人のできること、できないことを見極めていくことが求められる。さらには、同じ動作が、事業所内ではできていても、自宅ではできない場合や、今日はできたことが翌週にはできなくなっている場合もある。継続的なかかわりによってしか得られないものも多い。小規模多機能ホームはしたてが「かかわり」を重視するのは、高齢者本人や家族の一断面を把握するためのアセスメントではなく、継続的なかかわりによって得られる信頼関係の構築や、継続的なかかわりによってしか把握することができない日々の「変化」でありその「変化」を大切にする視点を持っているからである。また、この日々の変化に柔軟に対応することで、家族の負担を軽減しつつ、家族が本人に向き合える（冷静に考えることができる）機会や時間をつくることを大切にしているとも言える。

（2）即時的な対応

吉田さんとのかかわりにおいて、日々の変化に対応していくことの重要性については前項で触れたが、対応と一言でくくっても、そのあり方はさまざまである。小規模多機能型居宅介護では、その特徴として「柔軟性」や「即時性」が挙げられるが、特

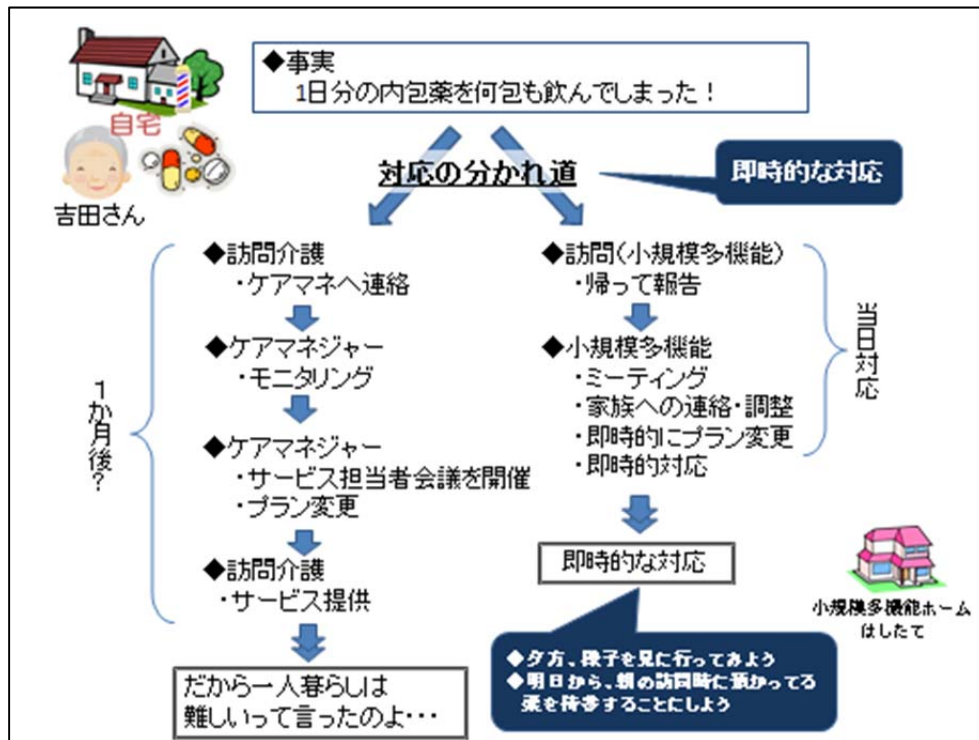
も、事業所に戻ってすぐ、ミーティングを開催し、対応すべき事柄かどうかを話し合い、対応策を練る。夕方のミーティング（申し送り）やケースカンファレンス（事例検討会）の機会を待たずに、その場その時に、必要なメンバーを集めて議論する。介護者である妹さんが参加できなくとも、相談の必要性を勘案し、電話連絡にて確認し、調整する。いわば、本人中心のスケジュール（状態像）で動き、本人の状況に合わせ、支援のあり方を変化させる。



大切なことは、かかわりを持っている時以上に、かかわっていない時間（独居状態）で何が起こるかを想像し、本人や家族の気持ちを推し量ることである。ケアプランに明記されているのは、かかわる時間や内容、サービス量についてだけであるが、吉田さんにかかわる全員のスタッフが、吉田さんの独居という状態を理解し、自分たちがかかわっていない時間に何が起ころうとしているのかを常に思い巡らせることである。それは、小規模多機能型居宅介護の24時間365日という強みであり、今後起こり得ることを予測し、次善の策を練ることでもある。「人と状況の全体性」を見る（把握）からこそ、吉田さんだけでなく、吉田さんの起こす行動から予測できる周囲への影響にも目向けることで、電話連絡先である妹さんへの調整や合意形成（目的や手段の確認・共有）を図る動きが求められる。

小規模多機能ホームはしたての対応と、従来の居宅サービスの対応の比較から見ると、ケアマネジメント機能と「訪問」（そのほかに「通い」「宿泊」機能もある）という手段が同一の建物で提供されていることにより、即時的な対応が可能になっていることがわかる。本人中心という視点に立った対応を基本とし、常に吉田さんの中

心に同じスタッフがかかわることで、必要なときに必要なかわりかかわりがもてるというメリットが生きてくるのである。これまでの居宅サービスでは、事業所ごとに担当（サービス）が分かれていることで、本人中心と考えながらも、事業所間の調整や、システムの問題（状況確認のためのケアマネジャーによるモニタリング等）により、敏捷性に欠ける部分がうかがえる。



(3) できること、できないことそして、支援してほしいことの見極め

かかわりの深度とともに、本人のできること、できないこともわかってくる。吉田さんの場合、自らができると判断することも多く、本当にできることと、支援すべきこととの見極めがかかわりの中で必要となってくる。本人のできることを奪うことが支援でもなければ、事業所がやりたいことが援助ではないからである。

ケアマネジメントの一連のプロセスとして、かかわり当初の初期アセスメントを重視する見方がある。もちろん、初期アセスメントも重要であるが、継続的なかかわりの中だからこそ、見えてくる状況もある。よって、介護保険では、初期アセスメントと区別して、継続的なかかわりにおいて把握することを「モニタリング」と呼び、継続的なかかわりから見られる変化を評価することを重視している。だからこそ、継続的なかかわりのなかでアセスメントとモニタリングは連動したものである。

小規模多機能型居宅介護の強みとして、「通い」「宿泊」「訪問」のすべての機能をすべてのスタッフが担うことで継続的なかかわりができると捉えると、サービス提供時間帯のみの本人理解ではなく、本人の24時間を主軸に捉え、いつでも必要なときにアセスメント（モニタリング）ができる点もある。

また、アセスメント（モニタリング）で重要なのは「事象の評価」だけでなく、ま

ず事実を理解し、理解した事実を「客観的に評価」することである。

◆小規模多機能型居宅介護において大切なアセスメント（モニタリング）の視点

- (1) アセスメント事象の評価（課題分析）をとらえる前に、事実を「理解する」
- (2) 事実を理解し、分析をかけるためには、「チームアプローチ」が必要
- (3) チームアプローチを具現化するためにミーティングが重要（多面的な本人理解）
- (4) アセスメントは継続的に行われるものでありかかわりによって事実理解が進む

下記は、訪問によって得られた事実を、スタッフはどのように理解し、支援しているかを一覧にしたものである。例えば最下部のゴミ出しの記述では「ゴミ出しができない」という分析結果にこだわるあまり、本人に代わってゴミ出しをしてしまうことがある。しかしながら事実を目を向けてみると、「自宅に資源ごみがある。『ゴミは自分で出す。自分でしないとできないようになる』と話される」ことが事実であり、支援すべきことは自らの手でゴミを出すことができるようにするために、支援者としてすべきことは何かを考えることである。よって、支援してほしいことは「回収時の声掛けをする」となる。

事 実	ミーティング（考察）	できること	支援して ほしいこと
		できないこと	
（訪問時）納税組合の書類をチェックされている。「水道料金が高いのよ」と話される。	<ul style="list-style-type: none"> ・水道料金を支払っていることがわかっている。 ・水道代が高いことがわかる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・書類が水道代に関するものであることがわかる。 ・水道代が高いことがわかる 	直接的な支援はなし
		<ul style="list-style-type: none"> ・できないことなし 	
朝食は、ご飯を炊き「ほうれん草やカボチャを煮たりして、ご自分で食べている」	<ul style="list-style-type: none"> ・ご自分で朝食を用意され、食事されている。 ・食材を認識し、調理することができる ・茶の間の炊飯器を使っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・炊飯器が使用できる ・ほうれん草を茹でることができる ・かぼちゃを煮て、味付けすることができる ・ガス台を使用できる 	直接的な支援はなし
		<ul style="list-style-type: none"> ・できないことなし 	
長男・次男夫婦が帰省するので、子どもたちのために、寝具を用意される	<ul style="list-style-type: none"> ・長男・次男夫婦が帰省することが楽しみ ・子どもたちのために、寝具を用意している ・会うことが楽しみなのかな 	<ul style="list-style-type: none"> ・布団を準備できる ・気遣いができる ・布団を持ってくる力がある 	直接的な支援はなし
		<ul style="list-style-type: none"> ・できないことなし 	

事 実	ミーティング（考察）	できること	支援して ほしいこと
		できないこと	
自宅に資源ごみがある。「ゴミは自分で出す。自分でしないといけないようになる」と話される	<ul style="list-style-type: none"> ・可燃ごみは裏の畑で燃やしている ・新聞紙はそのままだになっている ・次男さんからゴミ出しの依頼あり ・朝の訪問時に、まだ回収されていないか（回収場所・回収時間の確認） ・誰が出してくれる人はいないか 	<ul style="list-style-type: none"> ・可燃物を畑に持っていき、焼却すること ・可燃物と新聞紙の分別 	回収時に声掛けをする
		<ul style="list-style-type: none"> ・新聞紙を束ねる ・回収場所に置きに行く ・回収時間に間に合わせる 	

本人にとって代わることは簡単だが、あくまでも自立した生活を送ることを大切にするならば、従来の生活上の課題を明らかにする以前に、事実の中から本人のできることを生かす・尊重する視点が重要である。まずは事実をしっかり捉え、のちに事実を分析することによって「できること」が浮かぶ。アセスメントの流れの中では、計画作成担当者であるケアマネジャーや管理者など、ある特定の個人が利用者や家族と対面し、頭の中で考え、分析をする場合が多いが、一人だけの考えでは「価値観」や「視点」に偏りが出てくることもあることから、事業所内において「チーム」で考えてみることで「利用者の理解」や「これからの関わり」が深まる。また、できることやしたいことは常に変化するものである。今日はできていても、明日はできないこともあるかも知れない。常に、利用者にかかわり、その時々の変化に対して一緒に考えていくことによってさらに理解が進むものである。

（４）ライフサポートは「～したい」の自己実現

訪問数回目から、吉田さんは「父ちゃんは死んでしまったけど、散髪屋もあるし、この家を守っていきたい」ということをおっしゃっている。元々、お父さん（夫）が理髪師であり、夫婦で切り盛りしていたことから、散髪屋である自宅を守り続けることがお父さんを大切に思う気持ちであったり、夫婦の絆を大切にすることの象徴とも捉えられる。

吉田さんが主人公である人生のゴールは、この「父ちゃんは死んでしまったけど、散髪屋もあるし、この家を守っていきたい」を暫定の個々目標（ゴール）としておさえることとした。

当面の目標・ニーズには同じく本人の「裏の畑でりんごやみかん、柿の木を見なが

ら「カラスがくる」「(実が) なるのが楽しみ。植えたりりんごを食べるまでは死ねない」と常々おっしゃっていることを捉え「りんごの木が大きくなるのが楽しみ。毎日見たい」という言葉を表現した。

暫定プランを立てる際に、これまでのケアプランの流れでは、当初の課題分析、介護サービス計画（ケアプランの原案作成）、サービスの調整・仲介の検討、サービス担当者会議、初動的介護サービス計画（初動ケアプラン）の作成、サービスの調整・仲介の実施という流れになる。居宅サービスにおけるケアプランでは、この暫定プランを作成するために大きな労力を割いている。ケアマネジャーからしてみれば、初めてお会いした高齢者の今後の人生を左右する計画を即日もしくは数日のうちに作成しなければならないプレッシャーも大きい。

小規模多機能型居宅介護では、仕組みとしては居宅のケアマネジメントと同様に暫定プランが必要ではあるものの、暫定プランを立案することにあまり比重を置いていない。本人の発する特徴的な一言や意向を仮置きし、かかわりの中から真のニーズとなる意向を探るプロセスに重点を置いている。

(5) 地域での暮らしは常に見守られている(本人が培ってきた人と人とのつながり)

◆身近で気にかけてくれている人がいる

訪問の際に、吉田さんの自宅に駐車場がないことから、近所の八百屋の駐車場に停めさせてもらえないかお聞きした。八百屋さんでは「店舗用の駐車スペースは困るが、裏に自家用の駐車場があるので、そこに停めても良い」との話をいただいた。ここで、吉田さんの交友関係の第一歩を把握することになる。八百屋さんの方から「吉田さんは昔からよく知ってるよ。亡くなった父ちゃんとも仲が良かった。奥さんもティッシュペーパーやら何やらをよく買いに来るよ」との話を聞くことができた。

◆ゴミ出しをきっかけに「軒下会議」の始まり

ゴミ出しがうまくできないことをきっかけに、可燃ゴミの回収時間と向かいの檻（ゴミすて場）は、どなたが管理しているのが八百屋さんで伺う。八百屋さんの方からは「吉田さんは昔から裏の畑で紙類を燃やしている。皆、火事にならないか心配している」「回収時間は8時30分前には来ている」「向かいの檻はだれが入れても良いが、管理をしている雑貨店さんに言っておいてあげる」「民生委員は、ここらへんは他町の人だし、めったに来ていない」などの話を伺うことができた。

後日、雑貨店へ名刺を持ってあいさつに伺う。ゴミ置き場（檻の使用）についてお願いする。雑貨店に買い物に来ているかお聞きする。「畑の肥料を買っていくよ」とのこと。

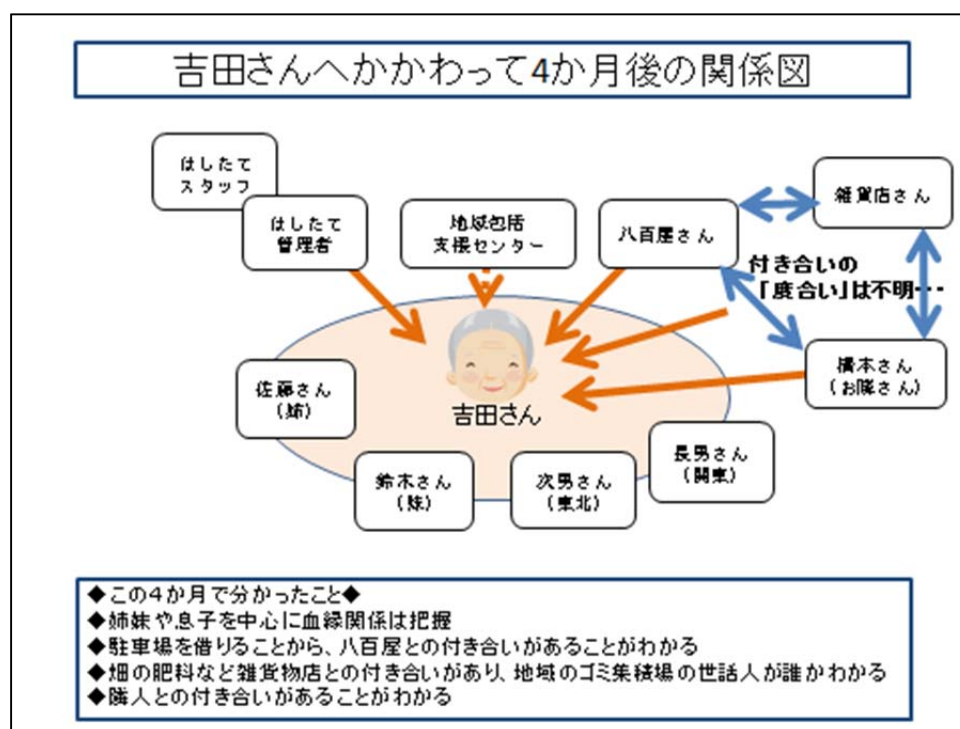
事業所から、変わった様子がないか聞くことは、あえてしなかった。吉田さんのことを聞くことで吉田さんが大変なことになったのではないかと心配されるのは、今は

得策ではないと判断してのことである。また記録には「この方だったら、聞かなくとも何かあったら言ってこられそうな様子」と追記されている。

1か月後、吉田さん宅へ訪問した際に、不在のため裏の畑に回ってみると隣の橋本さんと話をされている姿を見かけた。橋本さんには「はしたて」のスタッフである旨を、名刺を添えてあいさつし「よろしく申し上げます」と言葉を交わすことができた。

ここでは、八百屋の方と雑貨店の方、隣人とを個別に話を進めている。吉田さんの暮らしは、そもそも様々な人との関係性の中で作られてきており、成り立っている。そして、本人がこれまでの暮らしの中で、多くの人とつながり、そのつながった関係性が今なお継続していることが把握できたのである。しかしながら事業所では、吉田さんと関係先とのかかわりの内容や密度はまだ把握できていない。よって事業所の取組みでは、把握する幅を広げることであっても、事業所が関係を知りたいという理由では一堂に会するような場はつくりたくない。地域での人と人とのつながりは、複雑で単純には割り切れない。吉田さんの場合も、八百屋、雑貨店、隣人、橋本さんと吉田さんとのつながりは確認できたが、それぞれがそれぞれとどのようにつながっているかは現時点では不明である。事業所が吉田さんに介入したことで、四者の関係やバランスを崩してしまうかもしれない。だからこそ、吉田さんと各人との関係をつなぐ支援は力を入れても、それぞれをつなぐことには時間をかけている。

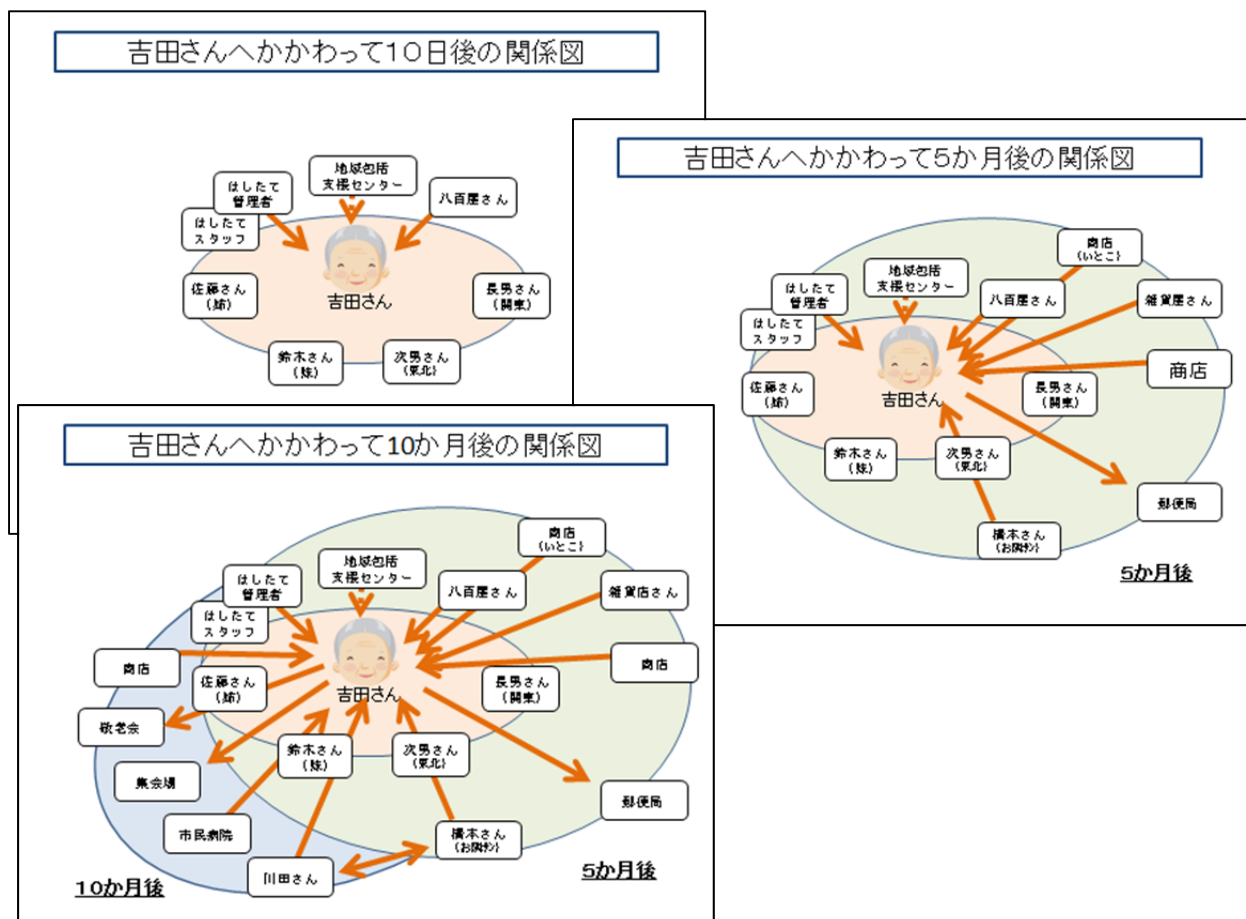
これまでのケアマネジメントにおいては、「本人を支援する」という目的で関係者を一堂に集めてしまいがちであるが、それが本人のためになるかもっと深く考える必要がある。



吉田さん自身も付き合いの中で自分自身の存在感を感じたり、誰かのために何かをしたい、他者に受け入れられている、どこかに所属しているなど、承認されたり、所属している欲求が満たされる。人と人との繋がりは吉田さんが生きていく上で欠くことの出来ない重要な力なのである。この繋がりの力=関係力は、根拠性が低く、現実的には目に見えないため、ケアマネジメントのプロセスでは、重要視されてこなかった。そのために、周囲の判断や都合でその本人の暮らしの場は変えられ、本人が培ってきた関係性は断ち切れ、関係力は奪われてきた。特に認知症の方においては住み慣れた自宅から施設入所をすると、リロケーションダメージという新たな環境に適応できず身体機能や認知機能が低下すると言われてきた。そもそもそれまでに本人が培ってきた関係力が奪われることによって、人として生きる上で重要な本来の欲求が満たされず、生きる力が失われ身体機能や認知機能の低下を引き起こす場合も多い。

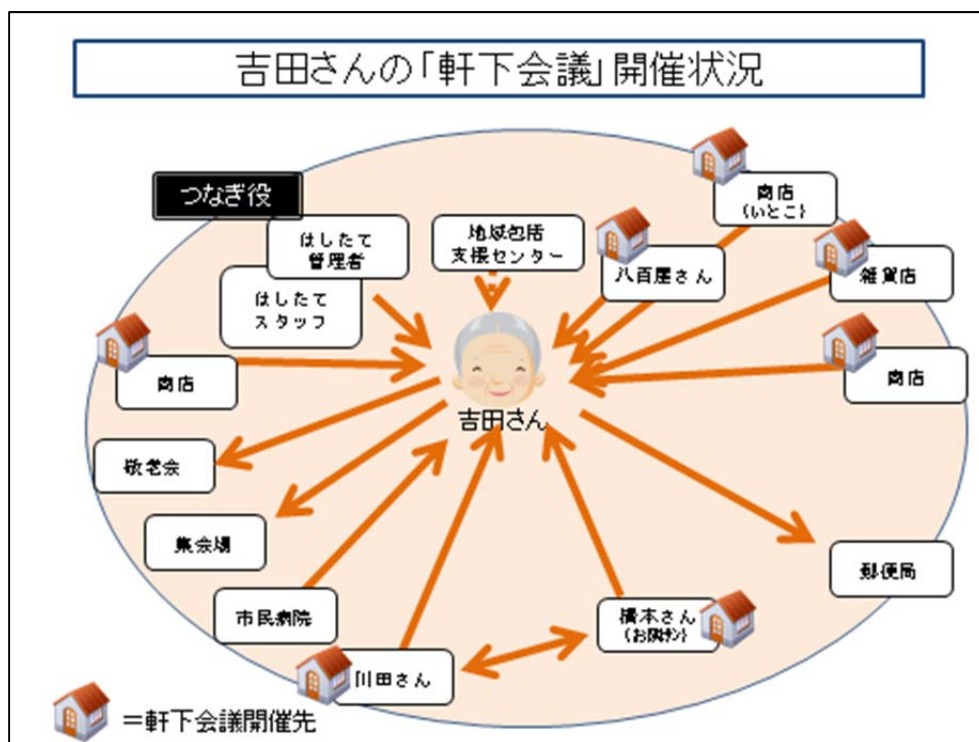
したがって、ケアマネジメントの視点として、身体機能や認知機能にだけ捉われるのではなく、その本人の関係力を活かす視点が求められている。つまり、そのためにも住み慣れた地域での暮らしの継続がカギとなる。

また、このようなかわりに性急さを求めるのは禁物である。吉田さんが数十年かけて築いてきた人脈であり「専門性」を掲げて介護サービスが介入することで壊してしまう関係も多い。小規模多機能ホームはしたての実践で、吉田さんを取り巻く状況を10日後から10か月後までの推移を並べてみると以下のとおりとなる。



(6) 地域での暮らしは常に見守られている（軒下会議）

これまでのケアマネジメントでは、インテーク→アセスメント→プラン→担当者会議→実施→モニタリングという流れが通例とされてきた。特に、在宅支援における担当者会議では、まさにサービス担当者会議であり、関係するサービス担当者がサービスを提供する時間や曜日、内容等の確認のみが行われてきたのが実態ではないだろうか。このような会議においてはサービスを提供する側の視点でだけで、サービスの調整が行われるだけであって決してその人の暮らしを軸にした目標設定や支援のあり方の検討にはならないのである。大切な事はあくまでもその方の望む暮らしの実現であり、サービスを提供することではない。吉田さんの場合、専門職だけでなく、吉田さんを心配したり、気配りしていただいている方がたくさんいる。介護保険サービス提供のずっと以前より、専門職よりも丁寧に本人へ声掛けをし、かかわってくれていた方である。小規模多機能ホームはしたてでは、このような以前の暮らしからのかわりを大切にするため「軒下会議」を開催している。吉田さんがお付き合いされている方の軒先を必要の都度まわり井戸端会議の延長のような形で「吉田さんと付き合っていて最近気になることはないか」とか「気になることがあればいつでも連絡ください」など関係が切れないように糸をつむいでいるのである。言い換えると、吉田さんを支えているチームは専門職だけのチームではなく、これまでの付き合いの延長線上にいる地域住民も重要なチームの一員として、必要な情報を必要な方だけに提供しながら「動き回っている」ことで「つなぎ役」の役割を事業所が果たしているのである。



吉田さんの暮らしの身近にいる方々も参加していただけるチームを作っていく、近所で気にかけている方の不安を払拭していく。吉田さんの生活支援に手を貸すことで、

手を貸した個人に責任を押しつけないようにすることや、何をすることが支援になるのかわからない方へ対するお手伝いの仕方のアドバイスにもある。また、暮らしは日々継続的に流れているものであることから、メンバー全員を一同に会する会議では、手遅れになってしまったり、状況によっては、メンバー全員が集まらなくても事足りることも多々ある。その本人の暮らしを継続的に支えていくためには、必要な時に、必要なことや役割を、身近な関係者で確認をし合ったり、役割分担したりする軒下会議がとても有効であることがこの実践事例から実証されている。

(7) 小規模多機能型居宅介護らしい地域ケア会議

(暮らし支援会議＝ライフサポート会議)

小規模多機能ホームはしたての事例からわかるとおり、介護のみを考えるための会議は行われていない。これまで、ケアプラン＝ケアをするための計画、ケア会議＝直接援助をするメンバーが集合しケアの方法を話し合うなど、サービス提供者側の視点でのみ物事が進められてきたことがあまりにも多かつたのではなかろうか。本人の望む暮らしは週間計画表に明記されたサービス提供だけでは当然実現できない。本人が望んでいることは、介護サービスを利用することが主たる目的ではなく、あくまでもこれまでどおりの暮らしであり、今の暮らしの継続である。小規模多機能型居宅介護らしい地域ケア会議とは、前述の「軒下会議」が集合する場であり、本人の望む暮らしを支援するための暮らし支援会議（暮らし支援会議）である。本人の暮らしを支援する会議であるために、参集するメンバーも専門職のみならず、本人の身近に暮す方々を交え関係を構築する場である。これまでの暮らしぶりから本人の思いを押し量り、支える・支えられるという主従的な関係ではなく、その地域とともに暮らす住民として本人の思いを代弁し、身近にいるからこそ即時的に必要な事を決定し実行できる機能がある。また、この本人発の暮らし支援会議が機能し、身近な地域でネットワークが広がり、関係性が構築されれば、本人のみならず誰もが安心して暮らし続けられる地域を創ることへと効果を広げていくことも考えられる

(8) 考察

小規模多機能ホームはしたての事例を通して考えると、まず事実の確認から介入を試みていることである。ややもすると介護現場は当事者の現象に目を奪われて解決を急ぐ傾向があるが、まず当事者の感じていることを自らの言葉で語ってもらうことにより客観的に理解しようとし、さらに家族の感じている課題と照らし合わせながら事実に基づくこと、推認することなどから介入されていることである。その上で当事者や家族が希望していることの確認が行われている。そこでは相反するデマンドが存在していた。

インテーク場面において当事者が最初に希望することは十分な情報を得た中で行われるわけではない。「施設に入れて欲しい」とする家族の心情と「希望することはない。援助者もいない」とする当事者の望むものは相反する要求で、現実的にはど

う関わればよいのか困惑する援助者は多い。小規模多機能ホームはしたての事例はまず客観的事実の確認のため、とにかく当事者のところに訪問している。そこでは振り回されている家族の存在が確認されているし、そして、本人の言い分も望んでいることも当事者の言葉で確認されている。その上で小規模多機能のスタッフによる情報の確認と当事者の思いを共有することが試みられている。情報の得方はスタッフにより違ふし、関係性によっては偏りが生じる。そこでチームケアの手法により誰が支援しても事業所として質や手法に大きな隔たりがない工夫が必要となる。そのためライフサポートワークはケアマネジメントのプロセスにおいてミーティングやカンファレンスを状況に合わせて即時的に実施している。はしたての実践で重視されていることの一つである。そこでは情報の共有だけでなく支援の内容についても検討され、堅苦しい会議というより縁側や軒下に関係者が集まってどう支えるかの身近な生活支援として話し合いが行われている。このことが地域の関係者や馴染みの人たちの参加を可能とし多様な効果を生み出している。特に本人主体の生活支援を実現していくためには、自己決定の原則や家族支援、街づくりなど多様な機能の存在があった。こうしたことは小規模多機能型居宅介護が単に「通い」「宿泊」「訪問」といった支援だけでなく、当事者や家族、地域のニーズによって即応的な支援をするという多機能性の進化といっても良い効果が現れている。このような実践が可能になった背景には、すべてのスタッフに共通した視座としての「かかわり」の実践であった。そこでの小規模多機能の実践は「柔軟性」や本人を主体とした「即時的」支援、変幻自在な支援、臨機応変な対応が存在した。特に日常での変化を察知し、服薬上の問題を発見し、ゴミ出しや食事の用意、家族への思いなどが報告され速やかにミーティングやカンファレンスを行い、支援の有無も含め、即時性を持った支援が行われているのは小規模多機能型居宅介護ならではの実践と言える。このことは従来のケアマネジメントの流れにこだわるとタイムリーな支援が確立できないことを意味している。その鍵となる概念が「かかわり」である。ここでいうかかわりとは当事者との関係性を深めるために十分な時間を使い、寄り添い、生きがいや役割として協働した暮らしを作り、出来ることは自分でし、必要な支援だけを行うために、見守り機能を十分に働かせる、こうした実践をここでは「かかわり」という。かかわりとは支援関係における相互関係である。故にかかわることに意味がある。そこでは一方的関係は存在せず、支援者が利用者に対して一方的に介入するものでもない。関わりにおける相互関係は、支援者と利用者が相互に影響しあい人としての触れ合いを通して理解を深めることでもある。そこには、徹底的に寄り添う、あきらめない実践があり、社会的機能のある側面がその人にとってどのような意味をもつのかに焦点を当てたかかわり(ブトゥリム)があり、人間関係の温かさと安定感が元気づけられ支持される(パールマン)。こうした小規模多機能の持つ相互作用こそ生活支援の魂と言える。

小規模多機能型居宅介護においては、現状を把握するため当事者を理解するには社会との関係も含めて全体的な状況を把握理解する。それをアセスメントと位置づけている。それゆえ、当事者の声だけでなく家族や地域の声も時系列で記録し、関わるス

スタッフもどう対応しているかも記録することによって支援計画が立てられる。小規模多機能型居宅介護のアセスメントでは(1)課題分析にとわれることなく、事実を「理解」し(2)分析において「チームアプローチ」を必要とし(3)具現化するために、ミーティングを重要し多面的な本人理解を試み(4)継続的なアセスメントを行うことにより、真のニーズの表出を可能にした上での支援計画(ケアプラン)が可能となる。

こうしたことを重視すると表面的な現象にとられるのではなく、タイムリーな記録とミーティングが重要になり、カンファレンスなどによる分析を行うことにより当事者の思いをチームによって共感的に理解することが実現する。その時のメンバーは固定しておらず、むしろ必要な人が軒下で会議をするような柔軟性を持つ即時的な取り組みでもある。そこでは出来ることやできないこと、当事者が支援してほしいことが客観的に評価されている。

共感的理解が重視される中でデマンドとニーズについて関わりの中から真のニーズをキャッチしようとするのも小規模多機能型居宅介護の特徴とも言える。そこには時間の概念が存在する。私たちは出会いの「今」を大切にするが、その時に当事者のすべてがわかるわけではない。関わり続けて時間を使うことによって真のニーズに到達する。こうしたことから小規模多機能は受け入れてもらえることから支援する。薬の確認などがその例で、自己決定の原則は不変な実践として存在する。こうした実践は生活の中から課題を見出そうとし、その結果、社会との関係の中で当事者を理解するという視点が必要となる。私たちは社会との関係で生活している。その関係性が地域で暮らすことができるかどうかのキーワードになる。吉田さんも八百屋、雑貨屋、橋本さん、商店など継続した支援の中でどのような繋がりがあったのか、またどう繋いでいけば良いのかによって地域での暮らし方に大きく影響している。それゆえ、小規模多機能の重要な機能の一つとして資源との関係性も含めて「つなぐ支援」が重要であることが報告からもわかる。そのことは人には社会との関係も含めて様々な背景があり、その理解なしでは真の支援などありえないという「人と状況の全体性」に基づくアセスメントが重要であることを物語っている。それゆえ私たちが提供しようとするサービスは介護保険を中心とした制度に連結するだけでなく、社会の中でのインフォーマルな資源も含めて必要なポイントの支援が重要になり、この実践こそが不必要な入院や施設入所を避けることができることを事例は示している。それゆえ軒下会議による見守りは想像以上に効果があることが報告でもわかる。小規模多機能における「地域ケア会議」の一形態と考えても良い。そこではプロフェッショナルニーズよりも当事者が暮らす上での「～したい」という望むことの重視がある。ライフサポートワークにおいて最も重視する視点で自己実現を究極の目標にした支援である。そのためにいかに資源を活用開発し当事者と繋いでいくかが課題になるし連結の仕方は様々である。はしたての取り組みは、その一事例として評価できる。今後の小規模多機能の強みを活かす実践を考えると、実践の評価としてすべての小規模多機能型介護が一般化した実践のありかたの進化を期待すべきである。はしたての取り組みは一生懸

命の大切さはわかるが観念論だけでは説得力がない。情緒は大切だが説得力のある実践にさらに進化することを求めたい。

小規模多機能型居宅介護は、介護保険サービスの一類型として捉えると、単なる介護サービスのひとつと捉えることができるが、別の側面から見るとそれ以上の可能性を秘めている。生活全体を捉える視点や本人の生活を軸に関係をつなぐ支援等の実践は、直接援助のとどまらないソーシャルワークの視点であり、本人の生活に関係者（近隣、友人、商店等）を巻き込んでいながら支える様は、地域福祉の拠点としての機能も兼ね備えていることにもなる。今後、このような伸び代を生かすための小規模多機能型居宅介護の「開発」が求められる。

3. 丁寧なかかわりから見えた周囲への間接支援の重要性 鞆の浦・さくらホーム（広島県福山市）

老々介護（認知症の妻と夫）

高齢者2人住まいで妻が認知症。夫の声掛けや見守りで生活ができていたが、夫が入院。そのため残された認知症の妻は一人暮らしになってしまう。

小規模多機能型居宅介護にて一人暮らしとなったひろこさんの生活を支えた実践を報告する。

（1）事例概要

ひろこさん（仮称） 74歳 女性 認知症自立度Ⅲa 要介護2

転倒にて左足小指を骨折。そのため要介護認定（初回）を受ける。本人自覚症状なく歩行する。

この時は、夫が同居しており通所介護（週2回）で支えていた。

3か月後夫が脳梗塞にて入院。そのため通所介護のみでは生活を支えられないという事で、同一法人の小規模多機能型居宅介護サービスへ移行する。

（2）小規模多機能型居宅介護に関わる視点（①本人視点）

ひろこさんが通所介護を利用していた時は、ひろこさんの生活はご主人が支えていた。

しかし、生活を支えていた夫が入院したことでその役割が担えなくなってしまう。

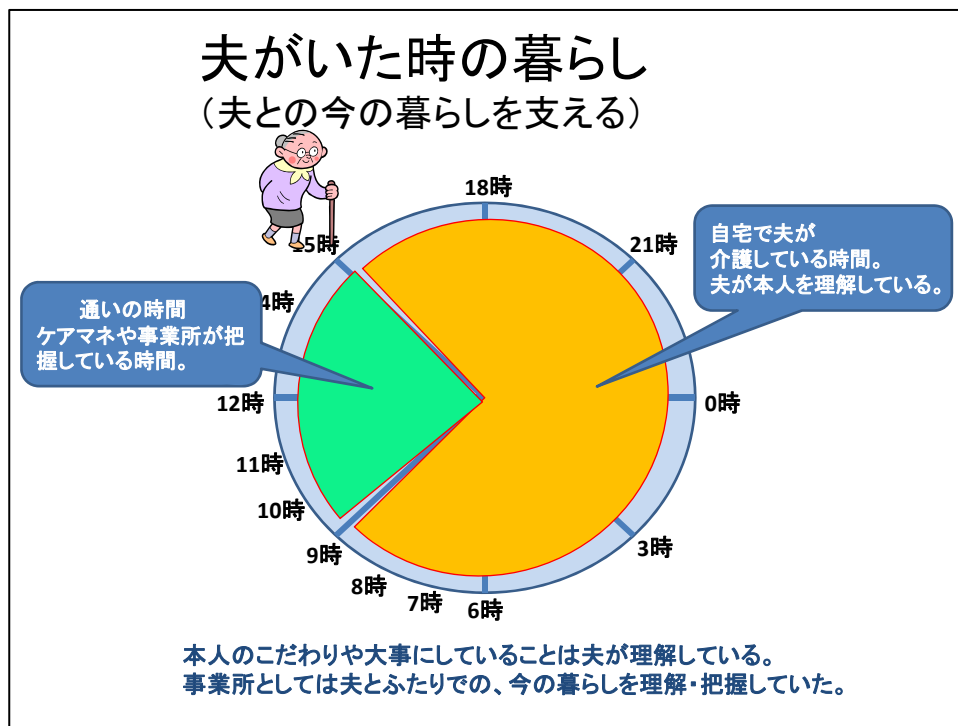
通所介護や訪問介護など、時間に縛りがあるサービスではひろこさんの生活を支えることが難しいと判断し、小規模多機能型居宅介護「さくらホーム」へ移行する。

通所サービスを利用していた時のひろこさんの支援は、夫との二人での生活を支えるという視点での関わりであった。

具体的には「ひろこさんのこれまでの生活」は介護者であり同居している夫がよく理解していることから、ひろこさんの今の生活の維持に視点を当てた関わりであった。

今を支えるための「ひろこさん」へのケアであり、「今のひろこさんの生活の維持」のために主介護者である、夫を支える関わりを行っていた。

生活の主体者はひろこさんであり、ひろこさんを支えている中心は夫だった。その夫を支えることを、通所サービスを利用して行っていたのである。



しかし、独居となったひろこさんがこれまで通り自宅での生活を継続するためには、今までのような通いの時間だけを理解していても在宅で生活を支えることが難しい。なぜならば、通い以外の時間をひろこさんがどのように過ごしていたかがわからないからである。

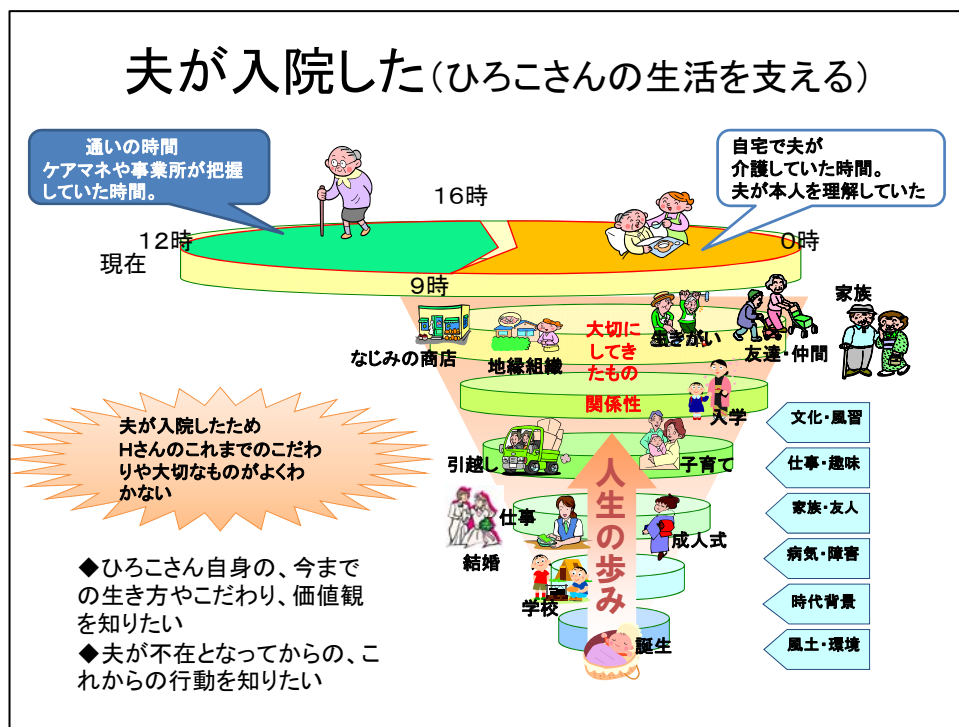
「さくらホーム」では、在宅での生活を継続するためには、IADLのような、できないこと、できることといった評価だけでなく、ひろこさんのこれまでの生活の流れやこだわり、大事にしていることや価値観など、ひろこさんの生活の全体を知ることが重要であると考えた。

また、これまで通りの自宅での生活は、自宅内だけの生活にとどまらず、外出先や人間関係などの「地域での暮らし」も含めたひろこさんの生活を丸ごと理解するという視点が必要である。これを「自宅内だけの生活」と限定して捉えてしまうことは、ひろこさんの生活の一部だけの把握であって、自分で立てたスケジュール（習慣）にそって、行きたいところに行き、会いたい人に会うという、これまでどおりの自宅での生活を送ることにはならないのである。

言いかえれば、これまで夫が介護していた時は、今の生活を中心に現在ひろこさんが必要なつながりや、ひろこさんを支えている夫のつながりを知ることが主体としてきたが、1人での生活になったひろこさんを「これまでどおりの生活」を継続するためには今だけではなく、過去から現在へ継続している関係や価値、大事にしていることを知ることが「ひろこさんの生活を継続する」ために必要なことである。

それは、認知症があり1人暮らしになるひろこさんは、適切に周囲に自分のことを

伝えることが困難な場面が訪れることは、これまでのかかわりから予測できた。だからこそ、周囲が理解しづらい行動の意味を理解するために、ひろこさんの今までの価値観や生き方を知る必要があると考えたからだ。



サービス移行をするに当たり、ケアマネや通所介護事業所から書面や聞き取りを行ったが、事業所やケアマネからの情報の多くは専門家が関わったことでの評価であり、かかわり方やサービスの提供方法によって情報（評価）が変化するものなので、本人とともに過ごしながら、自分たち「さくらホーム」のかかわりから把握することが大切であると考えた。

「さくらホーム」では事前情報で本人のニーズや支援方法を決めつけることはせずに、夫が入院してからの生活状況やひろこさんの不安や生活のしづらさがどこにあるのか確認することを目的に、時間や回数にとらわれることなく何度も「訪問」し、ときには一緒に外出することも含め、ひろこさんを理解することから始めた。

ひろこさんのところへ訪問し同じ時間を共有するという事は、自分たちがどのようなサービスを提供すればよいのか？という提供者側の都合からのかかわりではなく、ひろこさんのこれまでの生活にお邪魔させてもらい「さくらホーム」がひろこさんに当面どのように関わればいいのか、かかわりからのアセスメントを意識し、ひろこさんを「理解しよう」とした。

これまでの介護事業所では、本人のニーズを満たしているかどうかではなく、サービスを提供していることで、利用者の生活を支えているという思いに陥りやすく、生活を支えている主体は介護事業所であると錯覚を起こしてしまう傾向が強かった。ま

た、周囲も介護事業所が関わることで「専門家が関わってくれて安心」「事業所（ケアマネや介護事業所）がどうにかしてくれるだろう」と考えてしまいがちである。

生活をしている主体は本人であるはずが、事業所や家族、周囲の方々の要望が尊重され、主体が本人のニーズから周囲の要望へと無意識に変化してしまうことは少なくない。

このことは結果として本人を地域や周囲から切り離してしまう結果になりかねない。

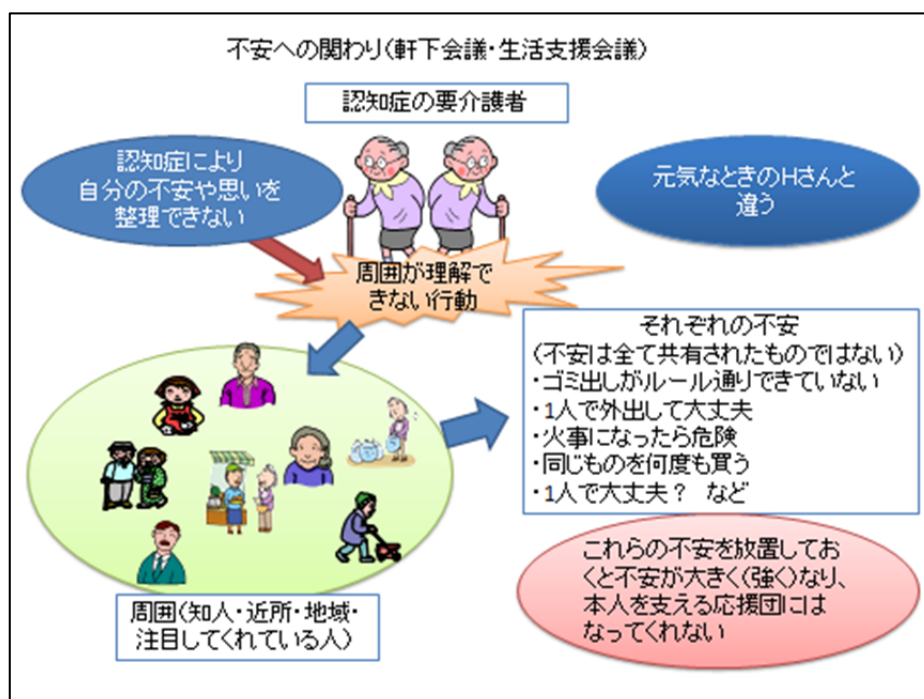
生活の中心にひろこさんの据え、これまでひろこさんが築いてきた関係が途切れてしまうことのないよう関係を作り支援することが必要なのである。

「さくらホーム」では事業所に「お任せ」されるのではなく、これまでのひろこさんが営んできた生活全体を丁寧に理解（人間関係や価値観、外出先など）していくことが大切であると考えひろこさんや周囲との関係づくりを行った。

（3）周囲とのかかわり

「さくらホーム」では初期のかかわりのなかで、これまでひろこさんが持っている周囲との関係を活かすために、娘が把握・理解しているご近所や生活の中で活用している関係（店舗等）を知ることを行った。また、ひろこさんと一緒にいることで見えてきた人や地域との関係や、事業所が持っている資源（これまでの関係）を活かし、足を運んで現状を伝え、直接話をすることでひろこさんの行動や関係を知ることができた。

「さくらホーム」が「知る」こととは情報収集ということではなく、ひろこさんのこだわりを理解し、ひろこさんのニーズをより客観的に理解するための「知る」である。そして、ひろこさんを主人公として私たち周囲がどのように関わればいいのかを考えるための基となる関わりである。



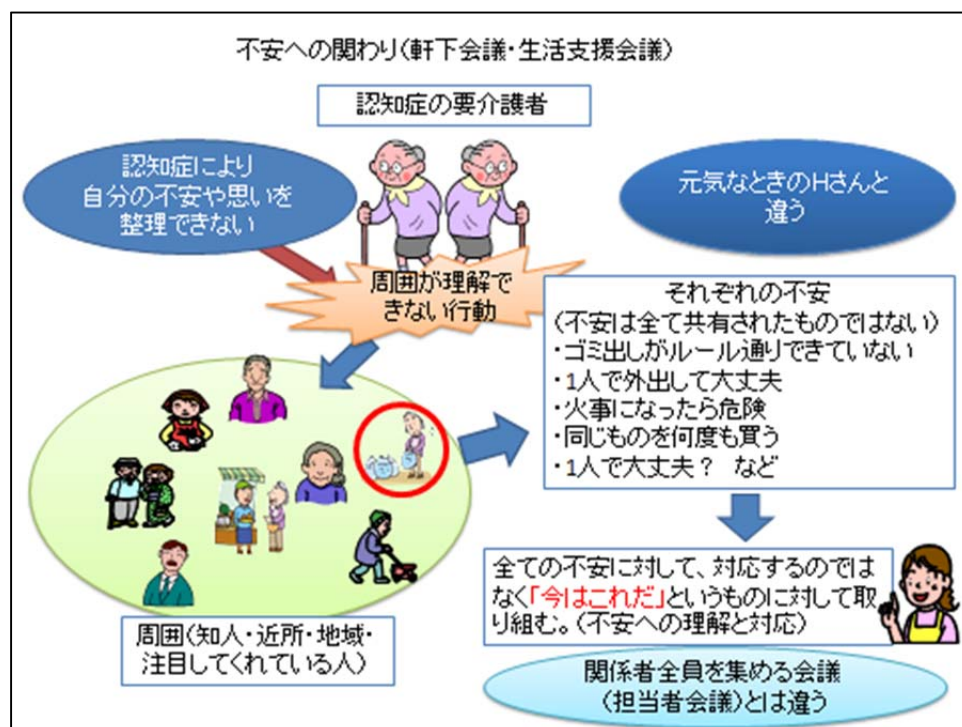
ひろこさんを知り、関わるなかで周囲からの心配事や不安や不満を聞くことができた。この不安や不満は、認知症の人の周囲が理解できない行動にどのように接したらいいかわからないことに対する不安であり、ひろこさん自身への不満というよりもむしろ、ひろこさんに「起こっていること」に対する不満であると推測される。

また、認知症の方の支援において周囲が不安や不満を抱えているということは少なくないが、その不安や不満は、見方を変えれば、不安や不満を抱くほど注目しているということであり、認知症の人に関心を持っているという意味にも取ることができる（ストレングス）。

この周囲の関心（不安や不満）をひろこさんにかかわる力に変え、認知症の人を支える応援団へと変化させていくことが、事業所の役割であり、認知症の人の在宅生活の継続にはとても大事なことである。

周囲が理解できない行動でも、認知症の人にとっては大いに意味のある行動である。認知症の人の「行動の意味」を知ることで、何かを伝えたい、訴えたい、何かをしたいことが理解できるのだが、専門職であっても多くの場合「行動の意味」を理解・知る前にあきらめてしまい、場当たりの対応を取ってしまうのである。そして、認知症の人の行動がますます理解されないという悪循環に陥ってしまう。

また、その行動に対して「どうすればいいかわからない」「解決する手段が見当たらない」という不安や不満が大きくなると「自宅での生活は無理」「これ以上は大変」「施設への入所」と周囲が本人の在宅生活をあきらめてしまうことに繋がりがねないのである。認知症の人の不安も解決・解消されず、周囲が認知症の行動に対して不安や不満を抱いてしまう。そして、それが本人の継続した生活の実現には障害となってしまうのである。



ない。その人自身の生活や価値観の全体を捉えて、すべてに気遣い「かかわる」ことが継続した生活を支える上でとても大切な要素の一つなのである。

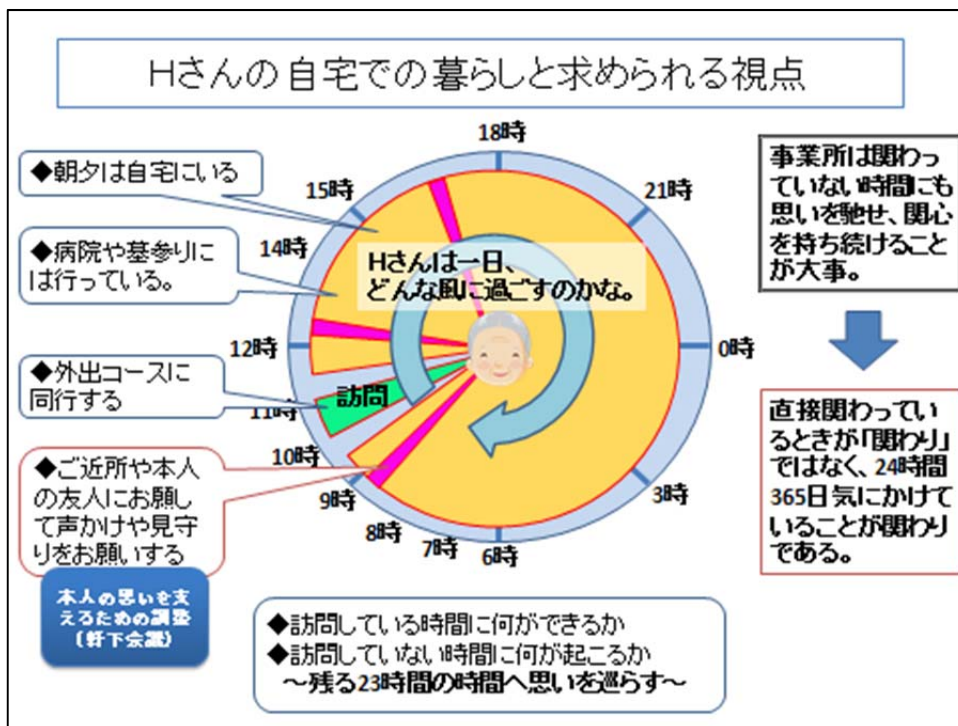
また、すべてに気遣うこととは、すべてに介入するという意味ではなく、生活の時々において本人が築いてきた関係（資源）を修復したり、補ったり、新たな関係を構築するなど間接的な支援も「かかわり」なのである。

ゴミの分別についてCさんが不満に感じているのであれば事業所が全て行うという選択肢もあった。しかし「さくらホーム」では、一部分だけのゴミの分別の支援に留めた。それは、ひろこさんとCさんにゴミの分別ということを通じてつながりを断ち切らないためだ。そしてCさんの不満からCさんの友人DさんにCさんを支えるようお願いした。ゴミの分別を事業所が全てやってしまうと「ひろこさん⇄Cさん⇄Dさん」という関係は構築されない。今回のゴミ問題を通して新たにDさんという繋がりができたのである。

不満や不安は認知症の人に注目している表れであり、そのことを通じて話すことは、ひろこさんのことを考えることであり、ひろこさんの「認知症」について考えることでもある。

さくらホームでは、このような認知症の理解の場を随時、意図的に作っている。それは、これまでの認知症理解のための介護教室のような一堂に会する場面ではなく、一人ひとりがひろこさんに対して思っている不安や不満に違いがあることから、個別に、また問題が起こった時にすぐに行っている。ひろこさんにかかわっているCさんもDさんも、漠然とした認知症の話よりも、身近なひろこさんが起こしている行動を丁寧に説明することには、耳を傾けてくれる。また相手の不安や不満を具体的に聞くことで、認知症の何が理解されないのか、不満や不安を言っている人の思いはどこにあるのか、といったことも理解することができるのである。ひろこさんの行動に対してCさんの理解を得ることはもちろんこと、Cさんの不満に対しても事業所は耳を傾け、ねぎらい、Cさんの苦勞に理解を示す。認知症の理解は誰かの理解が進むことだけでなく、かかわっている人の肩の荷を引き取ることでもあり、誰かにおすそ分けをすることでもある。まさに双方向の関係が重要である。

そして、それは結果として認知症の理解につながり、一人ひとりの理解の深まりが、ひろこさんを取り巻く輪となり、認知症の人を支える地域の輪へと変化していくのである。



介護事業所は直接利用者に介護サービスを提供しているときだけが利用者との関わりではない。

介護事業者はサービスを提供することで、その人の生活を支えているという思いに陥り、生活を支えているのは自分たち介護事業所であると錯覚を起こしてはいないだろうか。周囲も介護事業所が関わることで「専門家が関わってくれて安心」「事業所（ケアマネや介護事業所）がどうにかしてくれるだろう」と考えてしまう傾向にないだろうか。もしもそうだとしたら、今一度自分たちのかかわりを見つめなおす必要がある。

介護事業者は、本人の生活にお邪魔させてもらう、参加させてもらうという立ち位置での関わりを認識すべきである。そしてこれまでの本人が持つかかわりに参加させてもらい、そこで専門的な力を発揮するのである。介護を提供することだけが専門性ではない。

しかし、高齢になり、認知症や体が動かなくなることにより、これまで持っていた人間関係が見えづらかったり、失われたり、消えかけそうなものもあるだろう。それらの関係を丁寧に見つけ出し、つなぎとめたり、つなぎなおしたり、新たな形に変化させたりすることが必要なのである。そのために専門職は、その人の暮らしの身近にいる方々が離れないようつなぎとめ、参加していただけるネットワーク（チーム）を作っていくことがその役割となる。また、暮らしは日々継続的に流れているものであることから、付き合いが濃くなったり、薄くなったりと日々変化することに合わせ、柔軟に対応することも必要となるのである。

ができていたからである。

その日は、通いの日であったがスタッフの迎えに来る前に「ちょっと出てくる」とひろこさんが夫に告げて外出。夫はいつものことと思い特に気にならなかった。

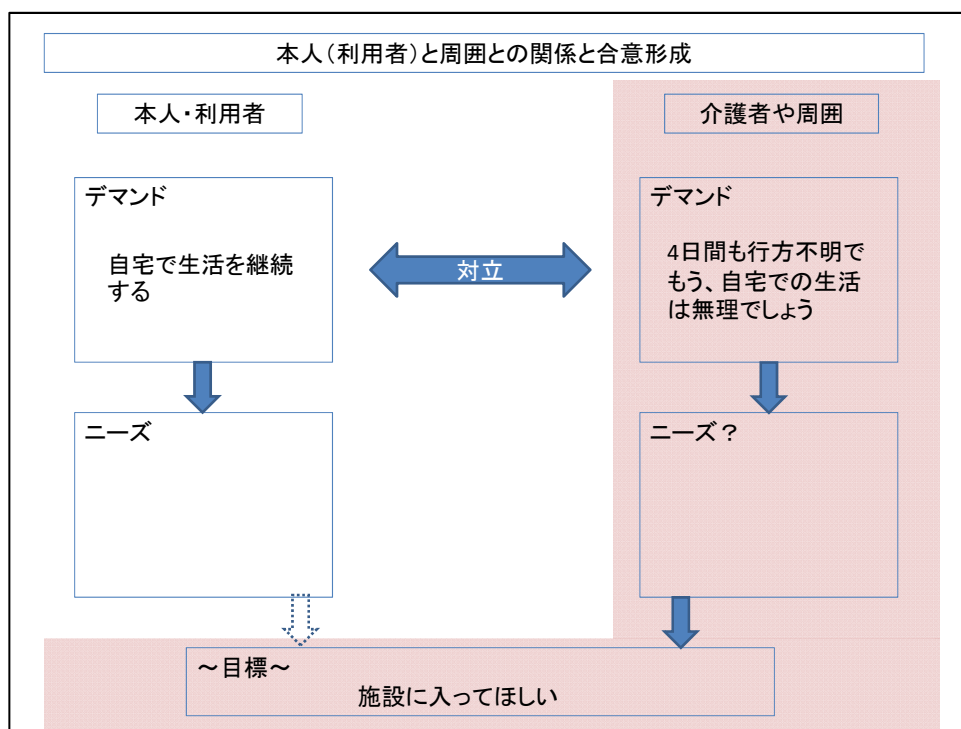
事業所が迎えに行くと「外出した」ということで、いつものように外出ルートをたどる。いつもであれば5分から10分後に出会うはずが、見つけることができない。他の外出先等も確認するが、見当たらないため、夫に連絡する。

結果として4日間行方不明となる。

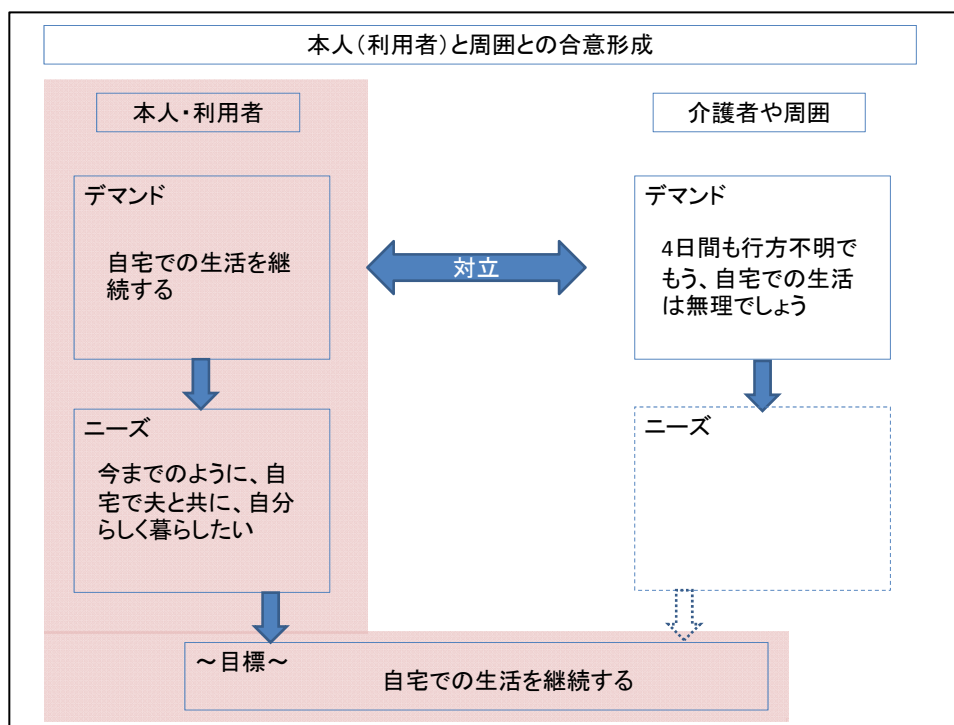
その間、警察や地域の人たちと近隣を隈なく搜索する。もうダメかもしれないという思いは誰もが感じていたが、4日目に近所のホテルのボイラー室にいるところを無事に発見することができた。



一般的には周囲を巻き込む（迷惑をかける）ような大きな出来事が起こると、在宅での生活を断念してしまうことは少なくない。それは、家族も含め周囲が不安や不満を感じてしまうからである。



このような場面では、本人の希望よりも周囲の要望に耳を傾けてしまう介護支援専門員も少なくないのではないだろうか。「さくらホーム」では、このような出来事でもまずは「ご本人」を中心に今後について考えた。



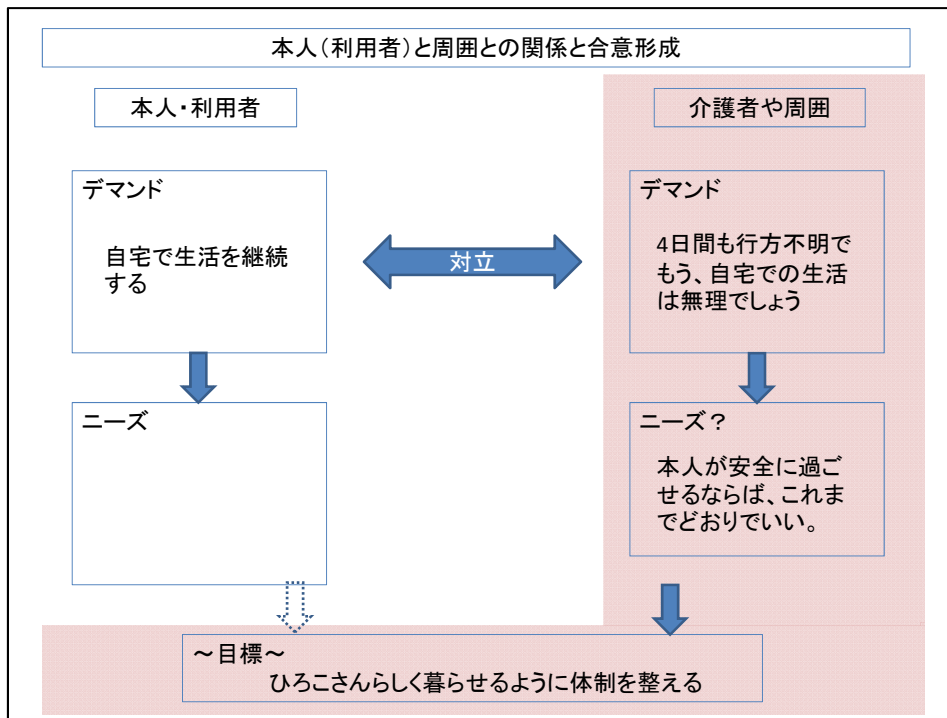
ひろこさんは「これまでの通りの自宅での生活」を希望しており、施設への入所などは希望していない。

ここでは、介護保険は本人の保険だから本人のニーズが優先であり、周囲の要望には耳を傾けなくて良いということを述べたいのではない。これまでの介護保険ではどちらか一方の意見に耳を傾け、もう一方の意見に対して説得を試み、片方のニーズのみが優先される様な支援のあり方についてどうなのか？ということ考えてみたい。

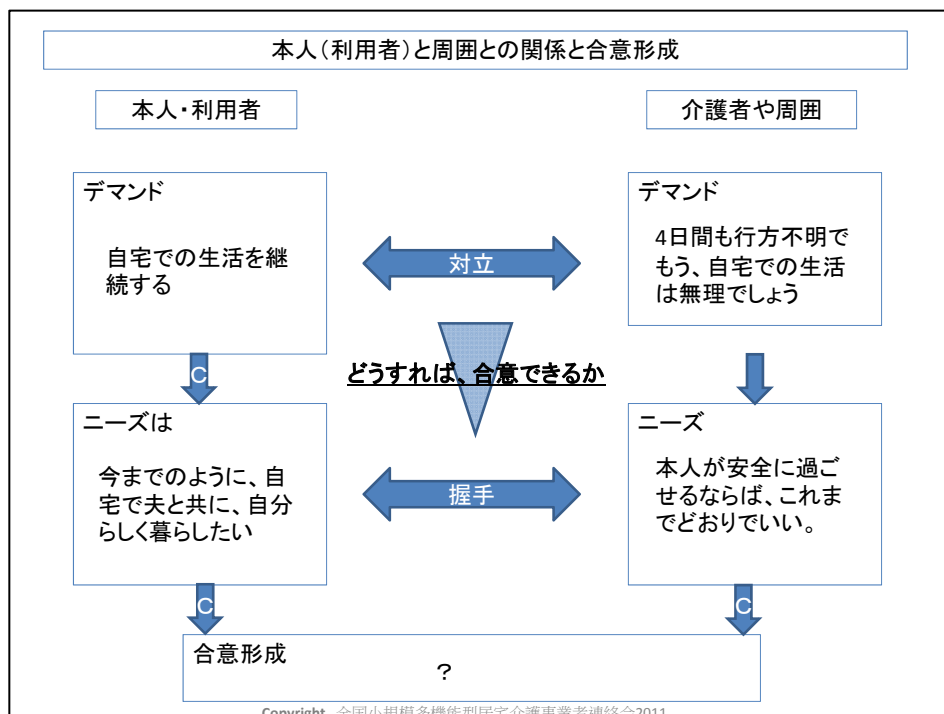
「さくらホーム」では一方だけの意見ではなく、本人や家族、これまで支えてくれた周囲の人の意見を聞いた。そして、表出されている要望ではなく「ニーズ」が何なのか深めて行ったのである。今回のケースではひろこさんは一貫して「自宅での継続した生活を送ること」がニーズであったため、今回の出来事で揺らいだ周囲の人たちの「デマンド」→「ニーズ」を考えてみた。

周囲は「また同じことがあったら大変。心配」という思いが「施設」で解決すると考えている。施設に入ればひろこさんが行方不明になることはないかもしれないが、ひろこさんらしい暮らしができなくなることへは、思いを巡らすことはできてない。

そこで、これまでひろこさんを支えてくれたCさんをはじめ周囲の人たちにそのことを伝えると「施設に入るとひろこさんらしくなくなるね」「施設に入れるのもかわいそうだね」という声が聞こえてきたのである。

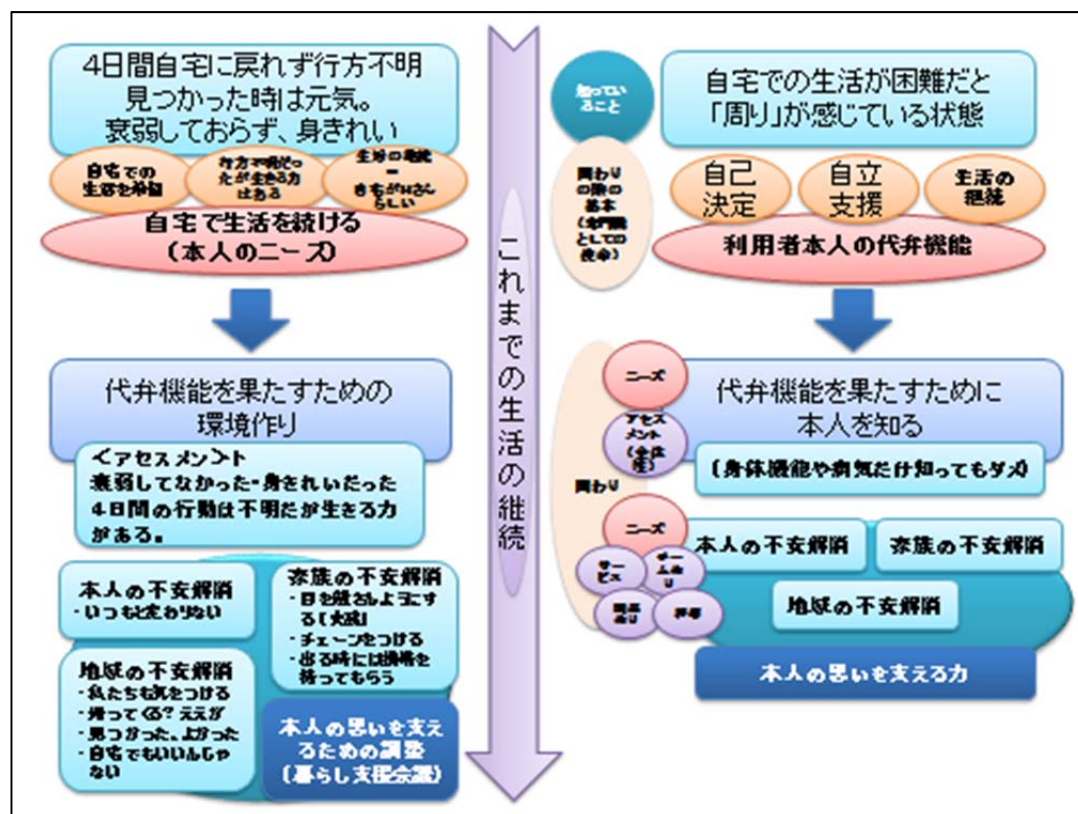


そこで、周囲のニーズは上記のように「本人が安全にすごせるならば、これまでどおりでいい」と整理した。



お互いのニーズがわかれば、あとはどこで合意ができるかの調整である。少なくとも「自宅での生活の継続⇔施設入所」という対立の構図ではなくなった。

今回はこれまでの取り組みの土台があったため、周囲の人たちが「ひろこさんらしい暮らし」をイメージしやすく、ひろこさんのこれまでの思いを尊重して自宅での生活を継続することに対する理解を得ることは難しいことではなかった。



これまでのケアマネジメントにおいて本人のニーズについて周囲へ丁寧に説明をしてきたでしょうか？ニーズは本人と共に明らかにしてきたが、そのニーズが導き出された過程やこだわり、これまでの人生の歩みのなかで譲れないものなど、他人が侵してはいけない大事なものがご本人にはあることを周囲に説明してきたでしょうか？

説明が不自由分であったり、本人に対する関わりが浅かったりするためにニーズが持つ強い思いを伝えきれていないのである。

また、周囲の人たちにも同様に思いがあり、ニーズがある。それらの思いを理解し、どこかで合意できないか調整することをしなければ、互いの主張は平行線をたどり、結果として本人の思いよりも周囲の思いが優先されてしまう結果となるのである。

ニーズを導き出すためにはアセスメントが必要である。ここで言うアセスメントとは、チェック方式で、できないことを探し出すアセスメント表の活用ではなく「その人とのかかわりから知り得ること」である。

それは本人の能力、思い、価値観など本人の持っている力を「知ること」であり「信じること」である。

「さくらホーム」では本人や周囲の思いや気持ちを知るために、一日に何度も時間を変えて本人宅を訪問したり、ひろこさんの隣人や友人の軒下をまわりながら、丁寧に「かかわって」いた。行方不明になっても「自宅での暮らしを続けたい」と願うひろこさんの思いと「行方不明になると心配だ。私たちに心配をかけないで欲しい」という周囲の思いとは、決して対立しているものではない。言い換えると、行方不明にならずに、ご近所や友人に心配をかけないようにするためにどうしたらよいかを探っていたのである。

夫は「戻ってきたら、目を離さん。玄関にチェーンをつける。出るときは携帯をきちんと持ってもらうにする」とできることを話し、一番気にかけてくれている友人も「私も気をつけるよ。ひろこさんは、私の言うことなら良く聞くしね。しっかり言っておくよ」と言ってくさる。また、別の友人も「帰ってくるの？よかったね」「みつかって、よかった」と口を揃えて言ってくれた。また、偶然ではあるが、GPS機能が一部使えないエリアが町内にあったものがこの時期ちょうど解消したこともあり、緊急時の備えを万全にすることでひろこさんを取り巻く主要な方々が自宅での暮らしの継続に合意したのである。これまでのさくらホームによる「軒下会議」での丁寧なかかわりの積み重ねが、ひろこさんを中心とした暮らし支援会議として生きた瞬間でもある。

私たちは、小規模多機能型居宅介護として何をしているのだろうか。食事や排せつ、入浴など、目に見えてわかりやすく、援助者としてできなければいけないことはもちろんのこと、本来、地域密着型サービスの専門性とは、支度や地域で生活し続けたいと願う、本人や周囲の思いを実現することではなからうか。

4. 認知症になっても、住み慣れた地域（自宅）で暮らし続けられるための種まきめいとわ「ゆい」（福岡県福岡市）

めおといわ「ゆい」は、平成18年5月に福岡市で開設された。開設当初から、利用者が住み慣れた地域（自宅）での暮らしが継続できるためには何が必要なのかを模索しながら実践を重ねてきた。

24時間365日を支えるための小規模多機能型居宅介護サービスであったとしても、事業所のサービスだけで支えることは、利用者が望んでいることなのか？また、介護事業所だけで在宅生活を支えることが本当にできるのだろうか？と疑問に感じていた。

そもそも介護保険サービスのみで在宅生活を支えることができるのであれば、これまでの「訪問介護」「通所介護（デイサービス）」「短期入所生活介護（ショートステイサービス）」で支えることができたはずである。しかし、実際は約42万人の特別養護老人ホームの「待機者」＝在宅生活困難者がいることを考えると、在宅生活の継続が難しい状況が存在しているといえる。

小規模多機能居宅介護サービスの特徴である「柔軟性」「即時性」のあるサービスを提供することだけでなく、利用者と周囲との関わりをつなぐことこそ「利用者が地域（自宅）で継続して生活するため」に欠かせないものの一つであると考えた。

そこで、めおといわ「ゆい」では、これまでの7年間で、要介護高齢者を地域で支える素地づくりとして運営推進会議を活用してきた。

（1）運営推進会議を活かす「動機」

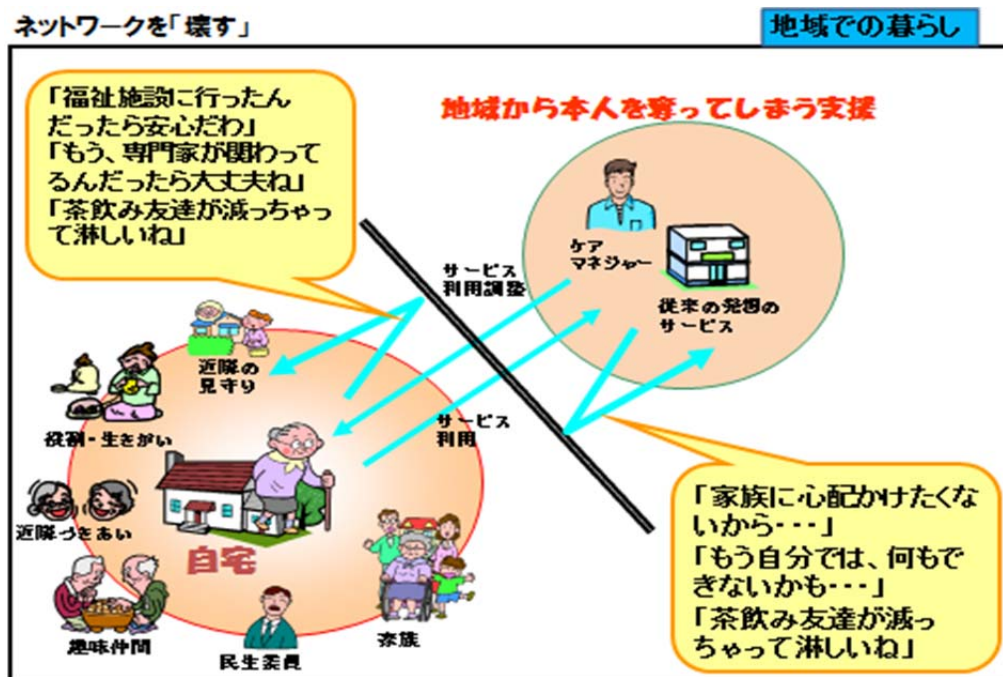
「利用者（本人）が望む自宅での暮らしを支える」ことの実現がゴールである。

しかし、サービスを提供する事業者側からすると距離など物理的な問題があり、利用者の自宅での暮らしを24時間365日、事業所のみで支え続けることには限界があると感じていた。

また、経験上多くの利用者はこれまでと同じような暮らしを継続することを望んでおり、事業所が過介入することで、それまで築き上げてきた生活リズム（時間）や場所とのつながり（空間）が変化することは望んでいないということを感じた。

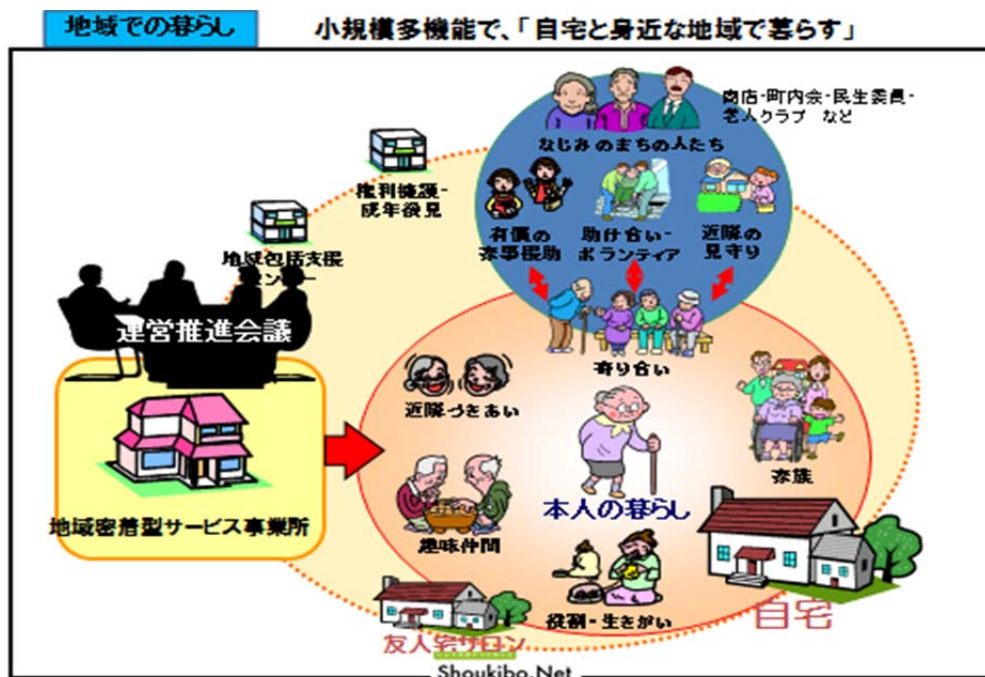
これまでは「介護が必要になったら専門家にすべて任せればいい」「認知症になったら一人で生活することは無理だから施設に預けよう」【資料1】と周囲の人は考えてしまう。

【資料1】



これまでと同様に自宅で生活を継続するために必要なことは、介護サービスのみで24時間365日を支えることだけではなく「人や場所」「途切れかけた、もしくは途切れた周囲とのつながり」を再構築し、人や場所との関係性を維持することがこれまで実現が難しかった自宅や地域での暮らしを実現できるのではないかと考えた。【資料2】

【資料2】



そして、利用者（本人）の周囲に理解者・協力者を増やしていくことが必要であると考えたのである。

そのためには運営推進会議を有効活用し、地域において介護や認知症へ関心を持ってもらい、他人事ではなく、自らのこととして周囲の意識が変化していけば、本人が望まない施設への入所を防げるとともに、本人の望む暮らしが実現できるのではないかと考えた。

それは、単に介護や認知症の知識を深めるということだけではない。

地域の方々が事業所と一緒にあって利用者（本人）を支えるためのチームになり、その方たちが利用者（本人）の「味方」になってくれるための活動である。



**めおといわ「ゆい」
運営推進会議の様子**

【参加者】
利用者、家族、自治会長、前自治会長、
民生委員(複数)、公民館長、行政(市役
所・区役所・校区担当保健師)、社会福
祉協議会、認知症介護指導者、近所の
事業所・ケアマネなど

【会議の内容】
・運営状況等の報告
・事例報告/検討
・それぞれからの情報発信
・意見交換
・「ゆい」にできること
・「地域」にできること
など・・・。



(2) 運営推進会議を活用した「種まき」

まず、地域の方々がどのように考え、何を思っているのかを確認することから始める。

○年老いたとき、やがて介護が必要になった時どこでどのように暮らしたいか

○もし、自分が認知症になったら・・・。

○たとえば、入所や住み替えを余儀なくされた場合、自分の意思とは無関係に周りの意思で決定された場合どのように思うか

○そのようなことをこれまで考えてきたことはあるか

そこから見えてきたものは、

- 自分は認知症にならない
- これまで通り自宅に住み続けたい

○周囲に迷惑をかけないのであれば自分の家で暮らし続けたいが、家族や周りに迷惑をかけるのであれば施設に入るしかない」

○どのような介護サービスがあるかわからない。施設を見に行ったことはない
(知らない)

○どうなるのかよくわからない。その時考える。などの漠然とした不安
といったものであった。

地域にはこれまでも介護サービス事業所があり、周囲に介護保険制度を利用している人が多くいたにもかかわらず「よくわからない」という声が多く、また「迷惑をかけるようであれば施設しかない」という意見も多く聞かれた。

しかし、認知症になり介護が必要となっても「これまでと同じように自宅で暮らし続けたい」という声も多く聞かれたのである。

事業所では周囲がこの様な意識では、認知症になり介護が必要になって周りに迷惑をかけるような人がいると「施設に入所」しないといけないという雰囲気になってしまふと考えたのである。

一方で「これまで通り自宅で暮らし続けたい」という思いを持った方も多くいる。そこで、認知症の知識や介護制度、サービスの理解をすることだけでなく、自らのこととして「自分が自宅で暮らし続けることを実現するためには何が必要なのか」ということをみんなと一緒に考えることで、周囲の意識や認識が変化していくのではないかと考えたのである。

そして、直接的に介護に関与していない運営推進会議のメンバーやその他、地域住民に対して、老いることや認知症のことなどのイメージを持ってもらう取り組みを行っていった。

そのために開設当初から運営推進会議の場で事例の報告や支援形態の報告、自宅で暮らし続けられる可能性、それに伴う効果や変化といったものを身近な利用者(住民)の事例等を通して発信していった。

(3) 運営推進会議で「当事者の声を発信」

めおといわ「ゆい」での特徴的な取り組みとして、参加されている利用者家族から在宅介護の現状や事業所を利用してみての率直な感想を伝える場として運営推進会議を活用した。

この取り組みで、時には家族から「もっと事業所が支えて欲しい」「事業所のサービスがよくない」といった事業所の苦情を運営推進会議の参加者にも知られるという、事業所にとってはつらい一面もあった。

Aさん：「あの方は昔っからよくしっとるよ。最近物忘れがあるみたいやもんね～～。
ご主人が長年、自治会長しててみんなお世話になったけん、よくしっと
るよ」

Bさん：「このまえ挨拶したら同じことを繰り返して言ってたもんね」

民生委員：「ふれあいサロンに通ってたけど半年前頃から来なくなった。物忘れが
目立ってきて来なくなったもんね。また来てくれるようになってくれると
いいけど・・・。」

すると運営推進会議に参加している方々から、まさ子さんとの関係について様々な意見が出されたのである。このことは、事業所がこのような効果を期待してまさ子さんの事例を報告したわけではなく、自然の流れからこのような意見が出されたことに事業所は驚き、感動した。

めおといわ「ゆい」では「周囲との関係が利用者の自宅での生活の継続に必要」であるとの考えからこれまでの取り組みを行ってきたが、このように運営推進会議において参加者から積極的に利用者との関係の話が出ることは稀であった。

事業所がまさ子さんの現状を運営推進会議で報告したのは、事業所として今後どのようにまさ子さんに関わればよいのか？地域の意見を参考にしようという何気ない提案であった。しかし、参加者からは情報だけでなく「私たちも、まさ子さんを支える」と地域の人たちも支える側に積極的に参加してくれたことは大きな変化であった。

そして、まさ子さんを取り巻く様々な周囲の心配事や提案がなされた。このことは、これまでまさ子さんと事業所の関わりで見えてこなかったことを知る機会になるとともに、周囲は事業所が考えている以上にまさ子さんを心配して注目していることが判明したのである。

我々事業者は、認知症の人に対する周囲の不安や心配から表現される「火事になったらどうするの」「なにかあったら大変」「施設に入れないといけない」という声をそのまま受け止め、時には在宅生活を継続する上での障害のように感じることもあった。しかし実は周囲のその声は「その人を見ている」という表現の一部であり、その周囲の心配事を丁寧に関わり、紐解くことで、その人を支える力へと変化することに気が付くべきである。

めおといわ「ゆい」では、それぞれの心配事や提案を運営推進会議において取り上げ「まさ子さんの暮らしが継続するために」という目的を事業所と地域住民が共有することができたことで、まさ子さんの暮らしを支援するための場（会議）へと変化したのであった。

この変化は、運営推進会議に事例を提案すればいいということではなく、それまでの地域への種まき（認知症になっても大丈夫な町づくり）があったからこそであり、この道のりには6年を要したのである。

繰り返しになるが、目的の共有とは単なる情報の共有とは違う。運営推進会議に情報提供して情報を共有したとしても、そこから導かれる具体的な行動（支え方、見守り方等）を共有できなければ「聞いただけ」で終わってしまう。これまでの「種まき」によって素地づくりが行われ、地域の人たちも自らのこととして認知症になったご近所さんであるまさ子さんを支える。支えるといっても専門職のすべきことを住民にやらせるのではなく、ご近所に住むなじみの自分たちだからこそできる「ちょっとしたサポート」をする。自然と住民だからできること、事業所だからこそすべきことといった役割分担が話し合われることが共有することであり、具体的な行動につながるものである。

<具体的な取り組みとして決まったこと>

- ・これまで利用されていたふれあいサロンに地域の人たちが誘い、お連れして一緒に活動を行う。
 - ・商店との支払いの困りごとについて、地域の人からも声をかけてもらい、まさ子さんがこれまで通り間違えながらも買い物ができるように見守る。
- という2点が実行されるのである。

そして、まさ子さんの日々の暮らしのなかで、何か問題が起これば事業所の責任として「いつ、どこで、何が起こっても駆け付ける」ことを約束した。

この約束は地域の人たちの安心感につながる。「地域の人たちが決めたことだから」と事業所が一步引いて傍観するのではなく「まさ子さんを支える」ために、一部を地域の人たちにお任せする。そして何か困ったことや行き詰ったことがあれば、また一緒に考える。問題が起こった時に事業所が責任もって行動するという姿勢を示すことが、地域の人たちが安心してまさ子さんに関わることができる拠り所となる。地域の人たちにまさ子さんのお世話も責任もでは、専門職でもない住民にとっては、そんな重責は担えないということになる。それは、地域の人たちもどのように関わっていけばいいのか「思い」はあっても具体的な行動への自信はまだ持てていないからである。

事業所は、まさ子さんを支える地域の人たちを支えるということが、まさ子さんの暮らしの継続という視点で見ると有効なのではないかと考え「何かあったらいつでも連絡してください」と地域の人達と約束をしたのであった。



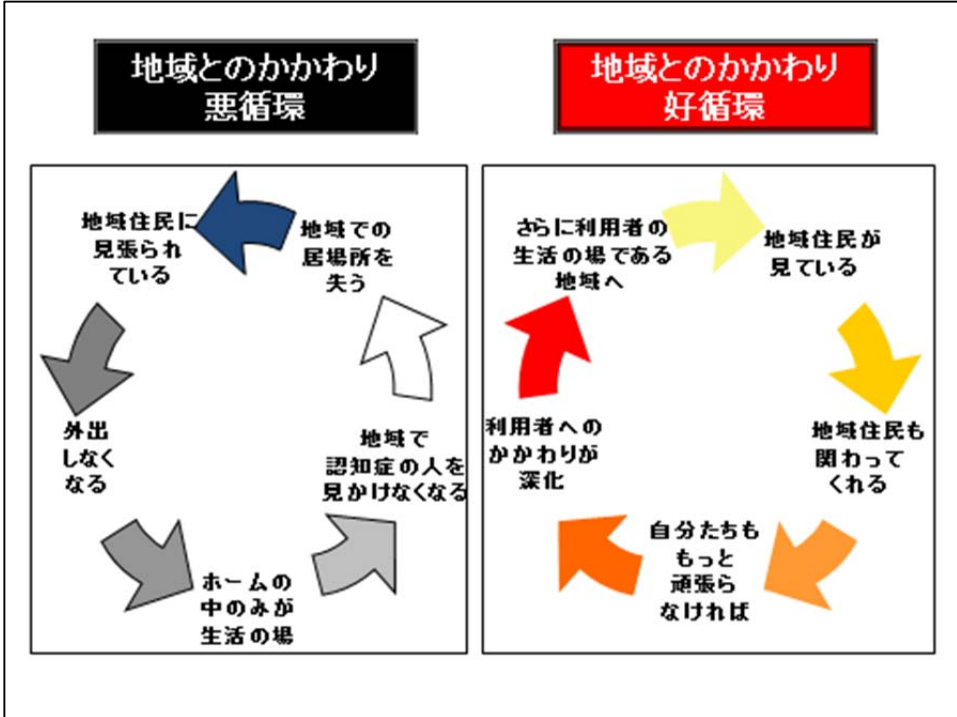
ふれあいサロンへ
でかける

途切れかかった
人との再会



(5) 運営推進会議の関わりが事業所に及ぼしたもの

地域住民や行政職員とかかわる機会が増えたことで、事業所の取組みや地域の認知症の人を支えるために「必要なこと」や「課題」が明らかになった。このような取組みは、結果として事業所を知ってもらうことにつながり、地域から良い評価を得ることにつながっていった。



事業所が周囲に認識されることで、時には利用者と一緒にいるスタッフへ声をかけてくれたり、事業所へ周囲の方々が訪ねて来てくれたり、困ったことがあれば助けてくれたりと様々な反応が現れたのである。

このような変化は、スタッフの仕事に対する思いや熱意、やりがい等につながり、またそのことが利用者への支援につながる好循環が生まれたのである。

このことは、スタッフが地域に出ている時は周囲が自分達を見ているという意識にもなり、地域の人たちとの会話がより重要なものと認識し、記録やミーティングで地域の声や反応が重要視され（「隣のあの人がこんなことを言っていた」「訪問中にこんな人が来て、こんなやりとりがあった」「お店の人はちょっと迷惑そうな顔をしていた」など）大切な情報のひとつであることが認識されるのである。これまでの介護サービスを提供するだけの関係でなく、その人の周囲に起っていること全てに関心を持ち、その人を支えるための情報になるのではないかということにスタッフも意識が変わっていったのである。

そしてその取り組みが「認知症になっても大丈夫な町づくり」としての地域の自身に繋がっていったのである。

（6）考察

小規模多機能施設めおといわ「ゆい」の取り組みから見えたものは「利用者の望み」と「周囲の将来への希望」を近づけた取組みにあると考える。

地域住民は当初「認知症になったらどうする？」という質問に対し、以下のような思いを持っていた。

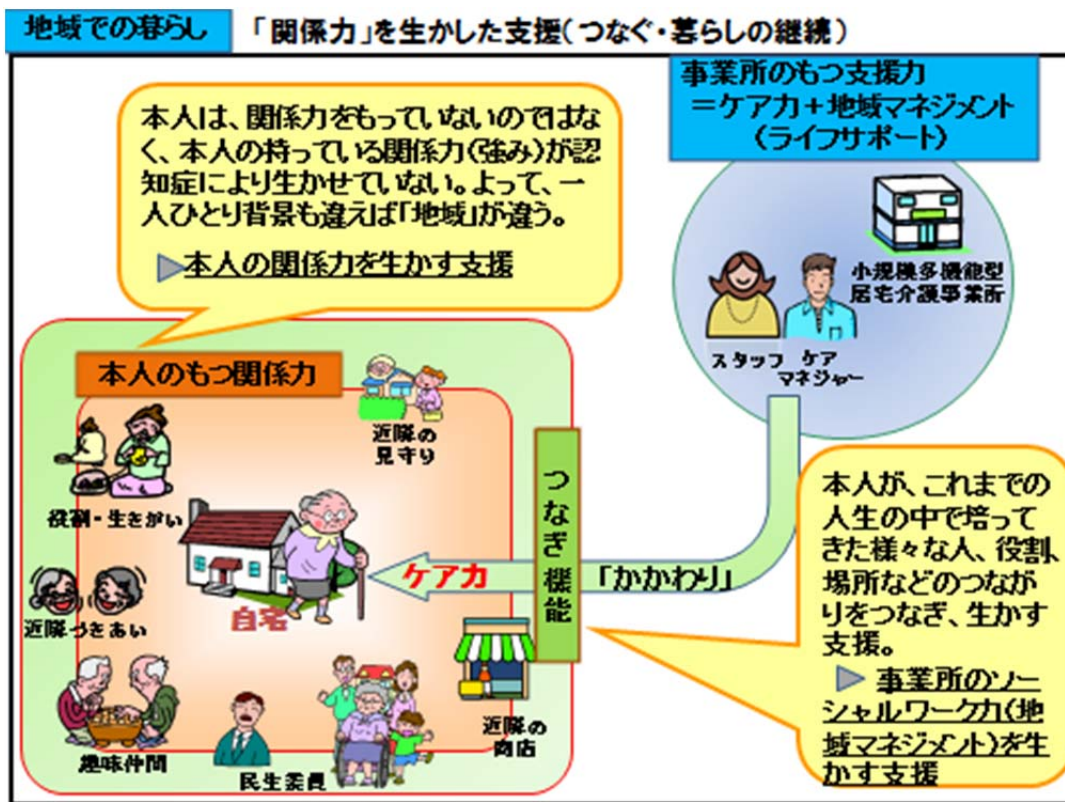
- ・ 周りに迷惑をかけるようであれば施設へ入所しないといけない
- ・ 専門家に全てを任せれば安心

これは、自身が認知症になったらというような「自分のこと」としてではなく、他人が認知症になったら「専門家に任せて施設に入った方が本人にとって安心である」というこれまで蓄積された社会の一般論からの応えであった。

「では、みなさんが認知症になったら施設に入りますか？」との問いに対して「自分は認知症にならない」「これまで通り自宅で暮らし続けたい」というような声が聞かれ「施設に入りたい」という声は聞かれないのである。

この周囲の人々の「自分自身の希望」を叶えることが、現在の認知症の人を支えることにつながるのではないかと、この考えから運営推進会議という場で「これまで通り自宅で暮らし続ける」ことがみんなの望みでもあるということ、運営推進会議を通じて、共有する過程と、そのために何が必要かを考えるという2つの過程を住民と一緒に考えてきたのである。

そのひとつの方法として、自分たちが知っている身近な人から認知症介護の現状や認知症の人の思いを聞くことで、より当事者性を増し、他人事ではなく自らのこととして「認知症になっても大丈夫な堤地区づくり」へとつながり、このことが地域のケア力になったのである。



そして、そのことが「利用者の望み」を支える大きな力になったことは言うまでもない。

介護事業者はこれまで介護を必要としている人に対しては丁寧にかかわり、本人の望み（ニーズ）は何なのかということを探るべくかかわりを持ってきた。

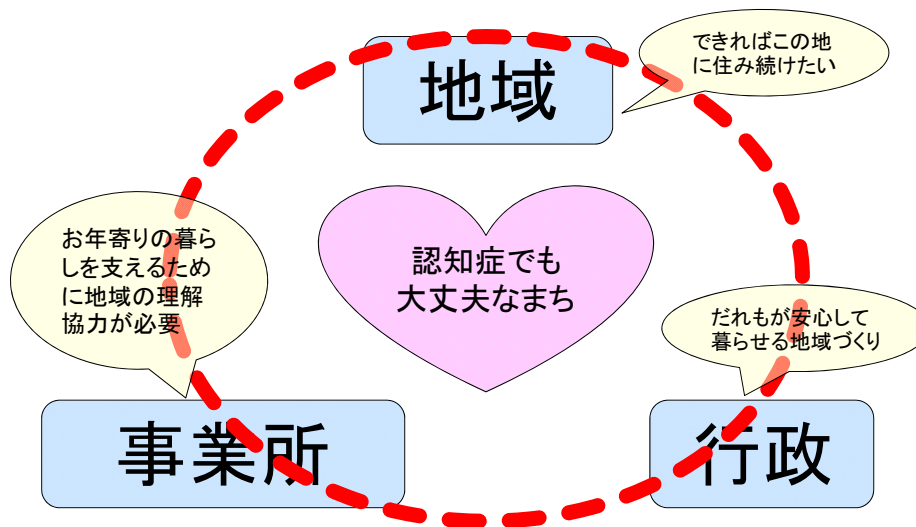
一方で周囲の人たち（地域住民）に対しては、協力していただければありがたいが、本人支援が優先で、地域とのかかわりは時間があるときにといった程度にしか考えてこなかった部分も否定できない。このたびの取組みでは、地域とのかかわりはサービス提供の余剰時間で取り組むべきものではなく、利用者（本人）や本人の培ってきた関係や環境（居場所）とともに考え、一緒に取り組むことが、本人のライフスタイルを貫くことにつながるものであり、生活の継続性を担保するものであるということが明らかとなったといえよう。

本人の望む「これまでの暮らしを継続する」ためには、本人と同様に本人を気にかかけたり、心配している周囲の人の思いに深く関わり、その思いを周囲へ伝える代弁機能と、それを調整し具体的な行動につなげることが求められる。

めおといわ「ゆい」での取組みは、事業所だけでなく地域と行政と一緒にあって取り組んだ成功事例といえよう。しかし、三者が集まれば何かが解決されるということではない。当初から「利用者（本人）が望む自宅での暮らしを支える」ためということを長期間ぶれることなく考え続けたからこそ、地域や行政と一緒にあって考え実現したものである。そして、そこまで意識の変化や目的を共有するまでには開設以降 6

年という長い年月がかかって実現したものである。地域づくりは一朝一夕にはできない。地域の一員として小規模多機能型居宅介護が地域に認めてもらい、ともに歩いていくためには丁寧なかかわりと時間が必要である。

三位一体 (目的を明確化する)



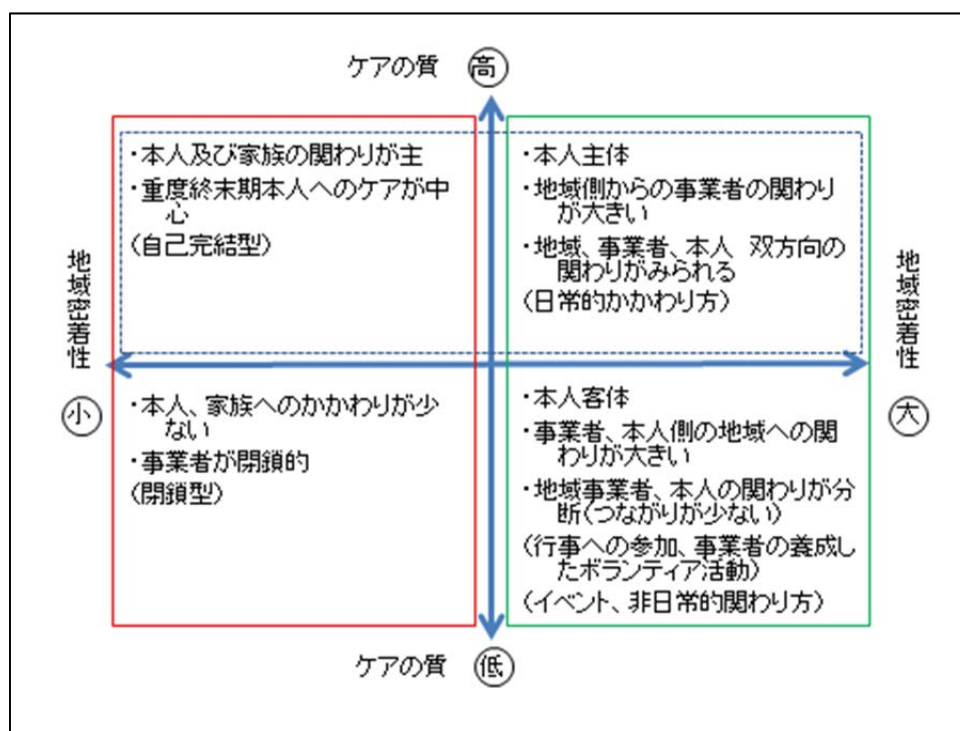
5. アウトリーチ型小規模多機能型居宅介護へ いつでもくればい（熊本県山鹿市）

地域密着型サービスの質とは、何であろうか。2本の柱があるのではないか。ケアの質と地域密着度ではないかと考える。

ケアの質の尺度…ケアの三原則（自己決定、生活の継続、自立支援）ができてい
かを問わなければならない。単に安全なように支援していること、排せつ・入浴・
食事を満たしていることでは、人の暮らしは支援できない。本人が「どこでど
のように暮らしたいか」を本人の力を活かし支援することではないか。

地域密着性の尺度…連携尺度（地域包括支援センターや他機関）＋地域尺度（地域
と事業所の関係、利用者と地域の関係）で捉えられないか。地域にあり、地域と
ともに、地域の未来を一緒に、地域を創ることではないだろうか。

地域密着型サービスの質の向上は、ケアの質を確保することと、地域に如何に密着
しているか、から見なければならぬように感じる。



(1) 地域に密着した取り組みを創る

「地域から見たら事業所が特別な場所になっている」ことを反省し、山鹿市での取り組みを開始したのが平成15年であった。それ以降「障がいを持ったとき、認知症になったとき、どこで、どのような暮らしを送りたいですか」「あなたは、人生の最期はどこでどのように迎えますか」を山鹿市では問い続けている。

自宅で生きかつ死ぬるためには、安心を保障できるかかりつけの医師が必須、でも医師一人で24時間365日は困難、だから24時間365日の訪問看護と家族に頼らなくても支えることのできる24時間365日の介護と地域の支援が必須。しかし、「現在は

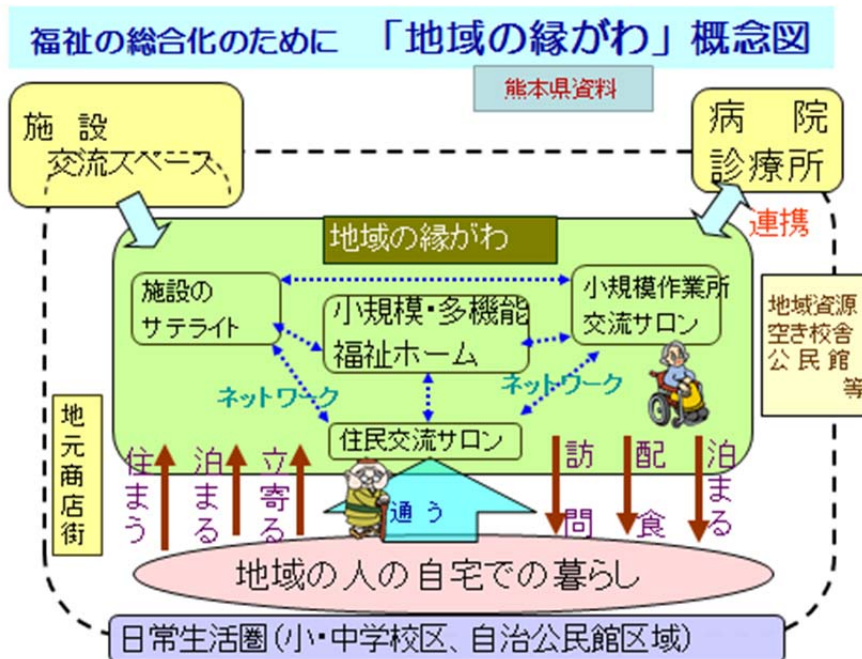
困難」。ではどうしたら可能になるのか一緒に考えましょうから地域での取り組みは始まった。

地域での暮らしは、介護保険のサービスだけでは支えきれない。では、地域に如何に密着するか、しかし私たちは、介護のプロであって地域づくりのプロではない。

(2) 地域の交流と安心のための地域の縁がわ、地域ふれあいホーム

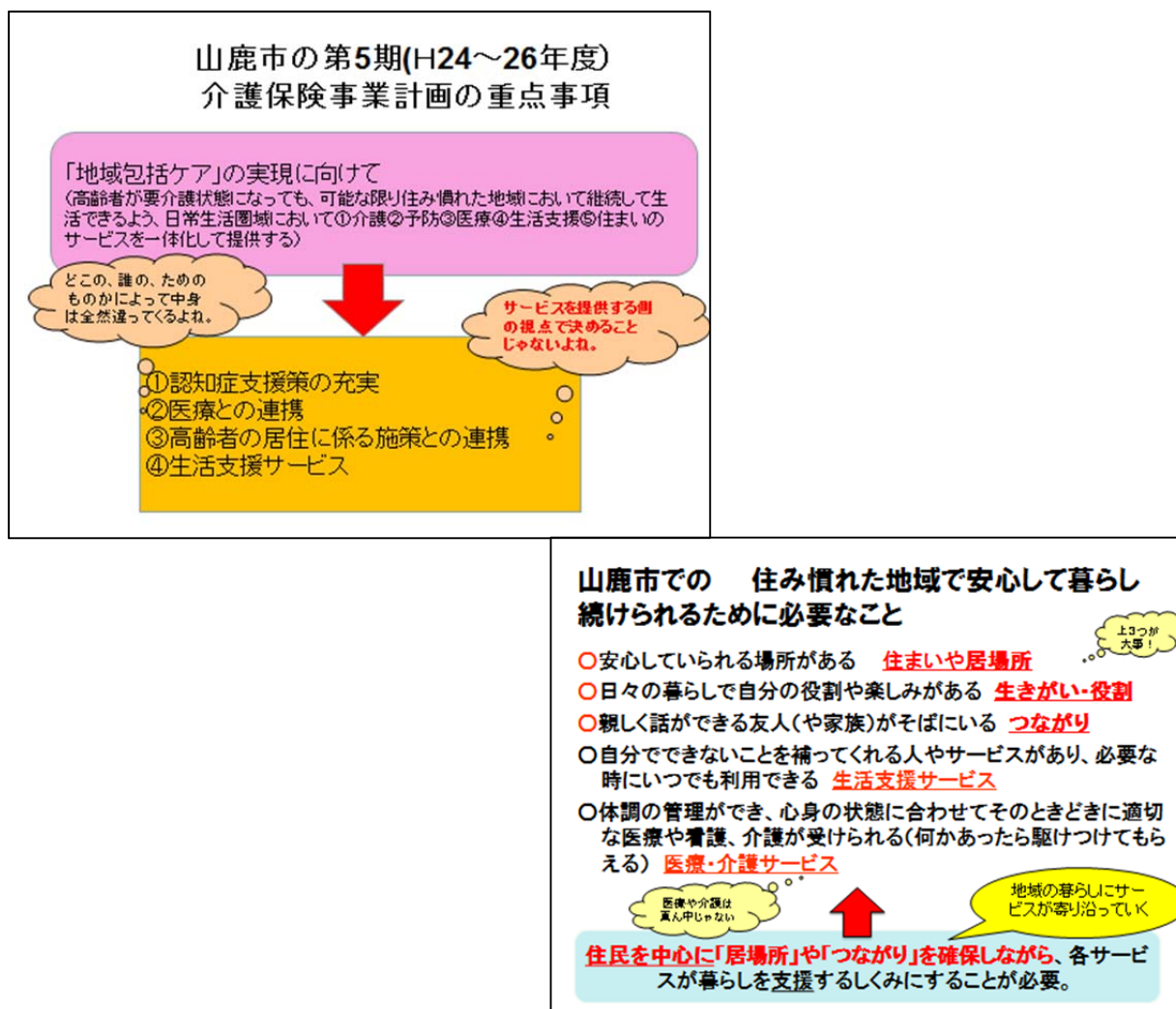
高齢者しかも認知症の方々のみを支援することは、特別の世界を創ることになる。地域には、いろいろの人たちがいる。子ども、障がい、お年寄り、だけでなく、地域の誰もが安心して暮らことができることを目指すことが特別な世界を創ることではなくなる。特に、これからの団塊の世代の力や子供の力を生かし地域を創ること、そのつなぎ役なら私たちにできるのではないか。

地域の中で、地域の人による、地域のための、安心拠点づくりが、住民自らの手で始まっている。それを行政、事業者が一緒になり取り組む。



(3) 20年後の山鹿市はどうなっている？

10人のうち4人が高齢者、その4人のうち3人は75歳以上、その4人のうち1人は一人暮らし、高齢者の介護保険料は月額・・・万円？



(4) 私たちの暮らしている山鹿市での介護保険サービスにおける現状と課題

- 介護保険施設の定数は国の平均を上回っているが、認知症高齢者や単独世帯の増加により待機者は減らない。待機の理由は「介護者がいない、いても介護できない」→待機者を減らす、ではなく待機しないで暮らせるようにすることが必要。
- 在宅サービス利用者では、中重度者でも対支給限度額比率は60%未満。介護者の負担感がある一方で必要なサービスと利用できるサービスのミスマッチ（夜間対応、訪問看護、緊急時に使えるショートステイ等が不足）がある。また経済的理由でサービスを制限する人もいる。→利用者のニーズに対応できるサービスをつくる、増やす。在宅での低所得者対策を充実する。
- 当市の高齢者の多くは持ち家であり在宅での生活を望んでいるものの、独居や高齢者のみの世帯が多く夜間や緊急時の不安が大きい。また交通の不便や買い物ができ

ないなどの理由で生活支援を必要として介護認定を望む高齢者が増加している。→生活の不安や不便を軽減できる支援やサービスの再構築が必要。

(5) 本当の高齢者の願い

<自分のことは自分で選択し、決めたい。>

→自己選択の保障（前提としての幅広い情報提供体制、身近な相談相手）

<（本当は）孤立したくない。>

→ゆるやかなつきあいでも、いざと言うときにつながる相手（場所）を確保

これらを実現していくためには、それぞれの地域ごとに可能な方法を選び、やってみるしかない。（一律のシステムには乗らない。）地域性、住民感覚を大事にする。専門職による支援も、住民が選び、つくることがあっていい。

そのためには、地域の中で・地域の人による・地域のための・安心拠点づくりが必要である。

①学び、参加し、体験する機会を提供

（当事者意識、共感）

②つながり、共に動く仲間づくり

（既存の組織が活用可能かも検討）

③つながりの場づくり＝地域の縁がわ、介護予防拠点

（「場」は以前はコミュニティの中に存在していたかもしれないが、今は意識的につくる必要がある。）

地域の拠点づくり

**地域拠点整備と活動支援
(地域密着型サービス・介護予防拠点等)**

地域密着型サービスは認知症の人を地域で支えるための有効なサービス拠点。
日常交流や相談窓口、徘徊模倣訓練の拠点、サポートリーダーの実習施設としても活用。

介護予防拠点も重要な活動拠点。
(地域密着型事業所・障がいの事業所・学童施設等との併設)

多様な場の設定による資源の開拓

出会う機会がなかった人同士のつながりや新たな関係性が生まれる






認知症サポートリーダーの活動内容

- ・ サポートリーダーは1年間の講座を受講し、それぞれの地域での活動を展開(1～5期生約450人)
- ・ 身近なところで認知症の人や家族のサポート役
- ・ 地域でキャラバンメイトとしての啓発活動
- ・ こどもサポーター養成講座教室への参加(グループワークのファシリテーター)
- ・ マップ作成総練と協力者を増やす活動
- ・ サロン、地域の縁がわの実施
- ・ 認知症の人と家族のつどいの開催
- ・ 地域密着サービス事業所の運営推進会議への参加
- ・ 地域の見守り活動や徘徊者の捜索協力
- ・ 活動拠点づくり(法人や事業所の立ち上げも)
- ・ 民生委員や福祉協力員と連携した個別訪問
- ・ 継続して研修に参加、友人や職場への声掛け



(6) 地域に密着したサービスとは

小規模多機能型居宅介護は、通い中心のサービスとして制度化された。しかし、通いが多くなると、自宅から切り離してしまう。「通い中心」ではなく、ご本人の暮らしの支援を行うことが問われる。地域での暮らしそのものを支えるライフサポートワークの実践が必要である。

「新しい認知症ケアを確立させる作業は、医療やケアに留まらず、地域や社会の在りようを問う作業でもあります。職種や立場の垣根を越えたすべての人の叡知とエネルギーの結集が必要です」（「京都文書」より）

（7）地域と支える本人らしい暮らし 日々関わりながら変化する支援

Mさんのケース

要介護度 要介護 1

認知症高齢者の日常生活自立度 II a

障害高齢者の日常生活自立度 自立

病歴 アルツハイマー型認知症、胃潰瘍

生活歴 もともと奔放な性格。夫の死後はビジネスホテルや温泉の清掃員などで生計を立てる。また70代ではシルバー人材に登録し仕事をする。子どもが2人いたが事情があり音信不通になっている。

Mさんは、10年ほど前から、一人暮らしになった。現在、一軒家で独居となっている。3年ほど前からもの忘れが始まったようで、しばらくすると金銭管理ができなくなる。多量に衣服や食料を買い込み、月末には食料に事欠くようになる。

Mさんは生活保護を受給しており、お金がなくなると毎日のように生活保護費を受け取りに行く行動が見られるようになった。日時の見当や判断力も衰えつつあるなか2012年1月に介護保険を申請し、要介護1の認定を受ける。介護申請の際、アルツハイマー型認知症と診断、胃潰瘍の既往歴も判明した。

相談の経緯

最初の相談は地域住民から包括支援センターに連絡が入る。認知症で在宅での暮らしは困難なのではとの話であった。

相談から介護申請まで地域包括支援センターの担当者（認知症地域支援推進員）が関わりを持ちながら、本人の生活状況の把握につとめていたが、かかわるにつれて更衣がされていないことや、不規則で偏った食事（1日にまったく食べない、または多量に買い込み1度に食べる）、通院が必要なのにできていないことがわかり、具体的な支援が必要となり介護保険申請し、サービス利用に結びつき、小規模多機能型居宅介護の利用となった。

支援経過

地域包括支援センター担当者とともに顔みしりになることを目的に訪問を繰り返す。訪問していく中で本人は「近くの温泉に2日に1回は行ってます」「そのコンビニに行ってパンとかよく買ってます」など本人の思う暮らし方が見えてきた。

Mさんは難聴が重度で、耳元で比較的大きな声で話しかけないと内容が伝わらない、そのために自分の都合のよいよう解釈してしまうことが多く意思疎通の面でも課題

があった。スタッフはできるだけ端的に分かりやすくコミュニケーションを取ること
で理解してもらうよう気をつけた。

◇即時的プラン（とりあえずの支援）

スタッフが当初当面の支援としておこなったことは、本人の暮らしを知り、1日に
2～3度訪問し、食べ物の状況や入浴の状況を把握しながら関係を築くこと、そのとき
に生活に支障があれば配食等の支援することであった。

顔を覚えてもらうまでには日数はかからないで「昨日も来たでしょう？」と答えて
くれるようになり、なじみの関係になっていった。

また金銭については、生活保護費を受け取った次の日にはまったく持っていないこ
とや、しばらくたったらお金を持っているようなことがあることが分かった。自身で
しまい込み、それを忘れてしまうのではないか。訪問すると家の中をめちゃくちゃに
して探していることなどから、Mさんにも「どこにやったかわからなくなった。人に
盗られたのかな」などの不安があった。

Mさんには胃潰瘍があり通院と服薬が必要な状態であったにも関わらず、主治医に
面会すると自覚がない時期は全く通院していない状況も続いていた。

また訪問時、タッパーや茶わんに手作りの料理が置いてあったり、食べている途中
であったりしたためスタッフがたずねると「隣の奥さんがくれた」「いつももらうと
よ」などの発言がきかれていた。

隣人に話を伺うと本人の話の通り、ほぼ毎晩余ったおかずなどを差し入れしている
とのことであった。隣の住人は、以前本人から「財布を取った」と警察をよばれたこ
ともあるという。しかし以前からの付き合いもあるし、放っておけないとの思いもあ
り、晩に食事を持って行くようになったとのことであった。このようなこともありM
さんが住んでいる地域にはMさんを取り巻く様々な人間関係を把握していく必要も
あると考えた。

◇地域周り 地域の声を聴く

スタッフが近隣地域を訪問していくと、本人に対しさまざまな思いをもった地域住
民がいることが分かってきた。なかには「もうあの家に住むのは限界だと思います。
食事もまともに食べてないようだし、夜中に外にでていることもあるんですよ。」「ご
飯を貰いにきたこともある。ご飯をあげるまで帰ってくれない。はっきり言って困っ
ている。施設に入ったほうがMさんのためだと思います」など本人を心配しながらも
今の暮らしはもう無理なのでは、という見方をもった住民も多くいることがわかった。

◇本人の思い

Mさんは「老人ホームになぜ行かなければならないのか。ここに何十年も住んでい
るんだから、ここが一番いいに決まっている。いずれは兄妹をここに呼ぶつもりなの
でここを離れるつもりはない」と一貫して発言している。

◇ミーティング

そこでスタッフ間でどのように支援していけばMさんの望む自宅での生活が可能になるのかを日々のミーティングで検討していった。

いままでスタッフが把握した本人ができること、支援があればできそうなことを話し合った。ここで、本人のストレングスが見えてくる。

○本人が自信を持っていること、できていること、

1. 気が向いたら（おなかが減ったら）近くの店に買い物に行く（3か所ほど）。お金を支払うことができる。
2. 隅々の掃除はできないが、大方の整理はできる
3. 温泉の場所やなじみの病院の場所は知っているし、本人が行きたいと思えば行ける。
4. ある程度の記憶は2日くらい保たれている。
5. 昔から住んでいる家なので周囲に知り合いが多くいる。など

○本人が不安なこと、できていないこと

1. 決まった日時に通院することや薬を飲むこと
2. お風呂に行くこと、洗濯すること
3. 細かな掃除、ゴミ出しはできたりできなかったり
4. 複雑なことを覚えておくこと
5. お金を計画的に使うこと
6. 足があがりにくくなっており、坂が多いこともあり時々転ぶ

具体的支援：出向くこと

できていること、支援が必要なことは何かわかってくるにつれ、当初は通いや配食でMさんの生活が成り立つと考えてきたスタッフも、Mさんがこれまでできていた生活を事業所がかかわることによって失われつつあることを認識した。自宅から通いで連れてくることではなく、自宅へ出向き、できないことを本人の力を活かした支援と地域の支援で成り立つようにしようと支援計画を作成した。

金銭面は社会福祉協議会と連携し地域福祉権利擁護事業を説明してもらう。本人にも漠然とした不安があったため説明を聞くと「これで盗られることもなくなる。お願いしたい」と前向きに了承される。毎週一定金額を本人に渡すことを試行していくが、時おり生活保護費を受け取りにくいなどの行動があったため、そのつど権利擁護担当者スタッフで説明し3カ月ほどで徐々に理解された。

夕食を差し入れてくれる隣の住人には可能な日だけ夕食をお願いし、無理な時はいつでも事業所に連絡してもらい、その時は事業所が配食をする。民生委員さんや近隣住民に地域包括支援センター担当者とともに訪問し、本人のここで暮らしたいとの思いをすこしずつ伝えていき、また事業所が関わっていることを知ってもらいながら困難なケースに直面したときはいつでも連絡してもらおう体制を構築していった。

転倒の不安があり、買い物や温泉に行かなくなっていることから、本人が行きたい

ときにはスタッフがともに歩いて同行する。朝食のパンや昼食食べたいものなどを購入する等々を本人と少しずつ話し合いながら支援した。その際、スタッフはMさんの地域資源を増やすことや繋ぎなおすことを考えながら名刺を持ち歩き、協力してもらえよう根回ししていった。

また本人の支援マップを作り、行きたいところや地域住民との関係を、スタッフや関係者みんなで共有することに取り組んだ。

最近では近隣住民から、「夜にこんなところで見かけた」や「Mさんを訪問したけどこんな不安があるみたいだ」など多くの情報をいただけるようになってきている。

今後

現在は行政、社会福祉協議会、地域包括支援センターなどとともに、地域の方々と井戸端会議的に関係づくりをおこなっているところである。もちろん「Mさんはこのまま地域で暮らすのは難しいのでは」との意見を言われる住民のかたもおられるなかで、今後の事業所の取り組みは地域や各関係機関との連携が重要になってくると考えている。各担当者とはMさんの「このまま自宅で住み続けたい」という思いを地域の方と共有できるよう取り組んでいきたい。

※「いつでもくばい」とは、いつでも行きます（訪問します）の意味。通い中心の小規模多機能から暮らしの場へ出向いて支援することを実践し始めている。

10年後の高齢者ケア 地域包括ケアの行方

「じいちゃんはどんな暮らしをしたいの」と若いスタッフから声をかけられて、「そりゃ、ここでこれまでのように暮らし、ここで死ぬことだよ」と応えている。そうした望みが自然に叶うようになって欲しい。10年後の私は後期高齢者に近づいている。10年後に自信を持って「ここで暮らし続ける、ここで死にたい」と言えるか、地域包括ケアの行方は他人ごとではなく私自身の問題である。

地域包括ケアは、「住居の種別にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを、24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になる」ことを目指している。そのためには「どこに暮らしていても同じ安心と介護を受けることができる」ようになることが必要である。しかし、現在の制度は、特養、老健、グループホーム、デイサービス、訪問介護、小規模多機能、などと複雑に分かれている。それぞれに基準があり、また加算や減算が付いている。専門家でも詳細に制度を把握しがたい状況になっている。利用者には当然内容は判らない。このように制度は、これまでの仕組みの上に接ぎ木を繰り返しているものであり、整合性が無くなっている。

地域包括ケアを推進するためには、そろそろ複雑化した制度をシンプルにして、同じケアには同じ報酬になることが必要と考える。小規模多機能型居宅介護は在宅の包

括報酬のサービスである。今回複合型サービスや定期巡回随時対応型サービスが包括型で制度化された。これからは、施設も在宅もなくなる。報酬がシンプルになれば、例えば小規模多機能と住まいとしてのグループホームの組み合わせもあり得る。もう私は「〇〇サービスを行っている」ではなく「Aさんを支えている」「Bさんに責任を持って支援している」の積み上げになってほしい。

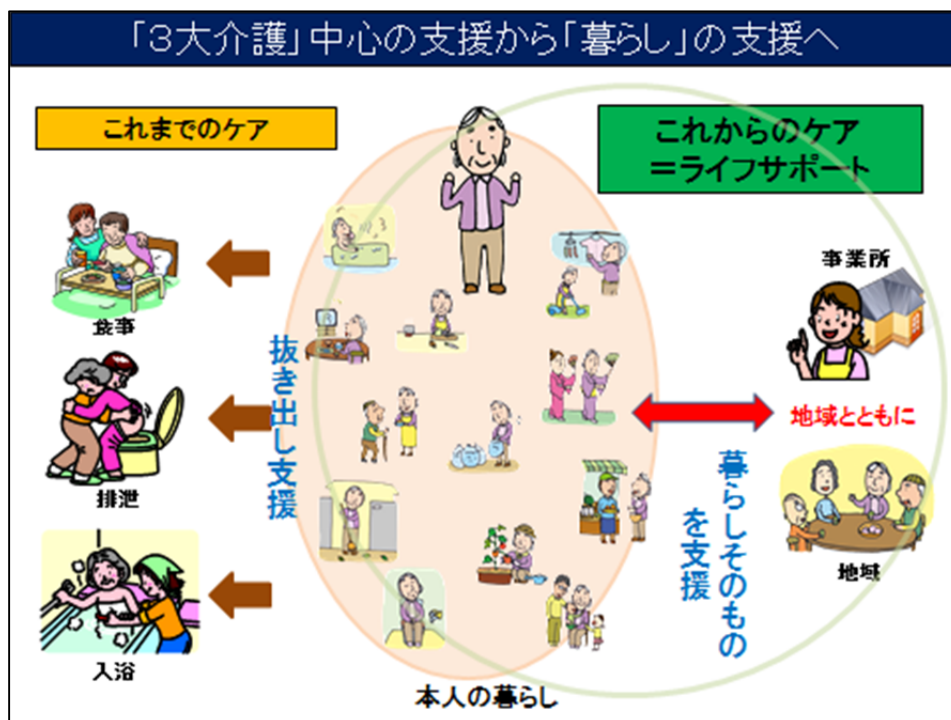
このときに問われることが、ご本人の暮らしの支援である。地域包括ケアとは「住み慣れた地域」で暮らせるシステムである。地域で「これまで」暮らしてきた人が、介護が必要になった「これから」もその暮らしを継続できるために、その暮らしに関わりのある諸々の力を集めて支援する、すなわちライフサポートワークとして表現している「地域での暮らしそのものの支援」が必要である。そのためには、ご本人と地域を知らねばならない。地域に出向かなければ、地域に密着しないことには一歩も前にすすまない。

第4章

まとめ

(1) これまで通り住み慣れた地域（自宅）で暮らしを継続するために事業者はこれまで介護を必要としている人のみに集中してかかわり、本人の望み（ニーズ）は何なのかということを探ってきた一方で、周囲の人たち（介護者・家族、地域住民等）に対しては、協力してくれればありがたいが、本人の介護が優先で、周囲との関わりは時間がある時にといった程度にしか考えてこなかった。

暮らしの継続のためには、どちらか一方だけのかかわりではなく、本人の培ってきた関係（人・物）や環境（居場所）へ丁寧に関わり、ともに取り組むことが本人のライフスタイルを貫くことにつながるものになり、生活の継続を担保するものであるということに気が付くべきだ。



(2) ケアパスの検討

ケアパスは「本人発」でなければならない。

専門職のために必要な情報をつなぐものではなく、本人の地域（自宅）での役割や自ら築いてきた関係性を奪わない、断ち切らない、繋ぎ続けることができる、その人の「思い」が詰まったものでなければならない。

(3) 認知症の人たちは初期からのかかわりが課題

医療において早期発見、早期治療が言われているが、診断後のサポートの不在（投薬のみ）で、診断は「告知」でなく認知症という絶望的な病気にかかった「宣告」になっている現状がある。

介護においては、介護度が重度の人と軽度の人を比較した時、重度の人の方がはる

かに関わりが丁寧である。それは介護事業者がケアを提供することを目的としてしているため、ケアの量が多い重度の人にかかわりが多くなるのである。

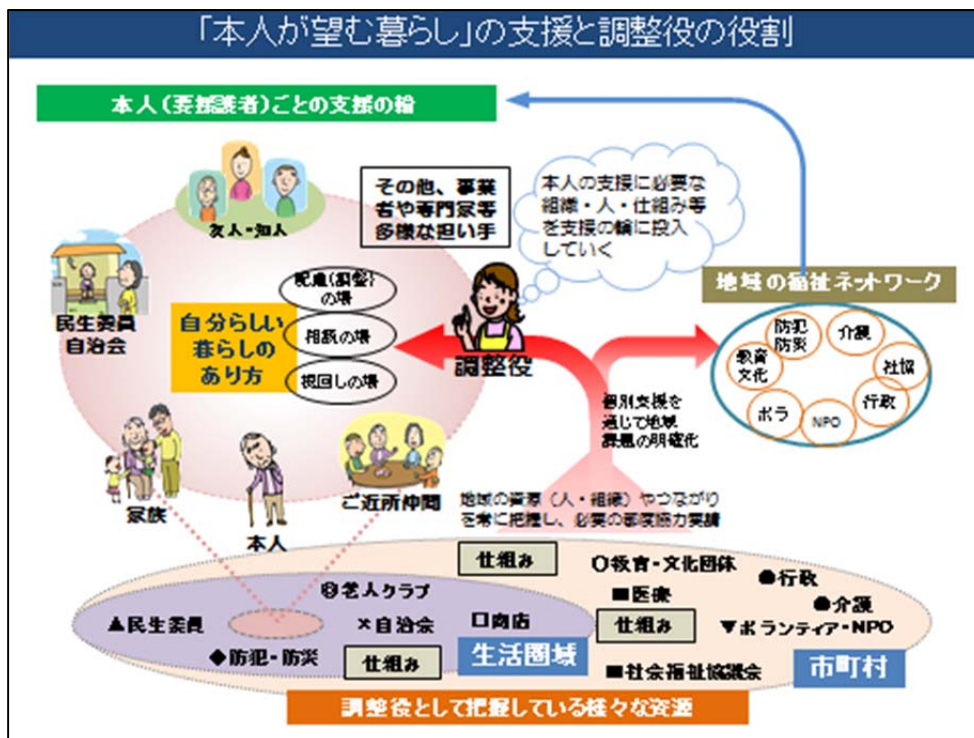
しかし、認知症の初期段階から丁寧に関わることができれば、本人が持てる力が多くあるため「どこで、どのように、どんな支援を受けて暮らすのか」自己決定ができる。しかしこの段階においてはケアの量が少なくても生活ができるため、かかわりが少ないのである。

(4) 初期からの支援

初期段階から支援できるようにすることが、小規模多機能型居宅介護におけるケアパスの出発点となる。

本人と本人を心配する周囲の方々と一緒に支援していくことが「本人が望む暮らしの実現」につながっていくのである。

そのためには、特定の一人のためにネットワークを一人ずつ構築し、一人ひとりと繋がる糸を丁寧に紡ぎ、支えることができる繋ぎ役（コーディネーター）が重要である。



(5) 支援の手法とケア会議

自宅での、地域の中での暮らしを支えようとする、通い中心では支えきれない。通い中心のケアは、結果的に地域から切り離すことになる。地域での暮らしを支援するためには、住んでいる暮らしの場に出向いていくことが問われる。

ア. その時々ケア会議（軒下会議）

暮らしは日々継続的に流れているものである。支えている周囲の人たちにも思いがあり、ニーズがある。それらの思いを理解し、どこかで合意できないか調整するのが「その時々ケア会議（軒下会議）」である。この会議では、必要な時に、必要なことや役割を、身近な関係者で確認をし合ったり、役割分担しあったりすることである。ここでのポイントは、つなぐ・調整することである。言い換えるとやりくりや根回しである。対象者の地域のなかでの縦糸・横糸を見つけ、糸を強化することで、情報を共有したり、実際の困りごとを把握したり、関係が悪化しないように根回しを行うことである。

イ. サービス担当者会議（カンファレンス）

介護保険でサービスに関係する者が集まって行うのがサービス担当者会議である。小規模多機能型居宅介護ではカンファレンスとして位置付けている。ご本人・ご家族、地域の関係者、専門職が集まって一緒に支援の方向性を検討する場である。ここでのポイントは、代弁機能が問われることである。特に本人のアドボカシーとエンパワメントの視点が必要である。

（注）事業所内でスタッフが集まり日々行うものをミーティングとして分けている。

ウ. 運営推進会議

事業者自らが設置し、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的としている。

エ. 暮らし支援会議（生活圏域ケア会議、ライフサポート会議）

生活圏域単位でのケア会議である。主催者は事業所でも地域包括支援センターでも構わない。地域の代表者等が入って行う運営推進会議でのケア会議も、暮らし支援会議のひとつである。一人の人を支えるケア会議だけでなく、地域のネットワークづくり、地域課題の解決、地域づくりについて検討する場である。

オ. 地域ケア会議（市町村または地域包括が主催）

暮らし支援会議は、事業所主催でも可能であるが、地域ケア会議は地域包括支援センターもしくは市町村が主催することになる。

（6）質を確保・向上させるための地域評価

現行の外部評価は、事業所の取組みと評価結果が乖離している。

今後は、常に事業所と関わりのある地域住民が評価することが必要であり、地域のニーズに応えられているか？事業所の都合だけで運営を行っていないか？など、日々

関心を持たれ、決してその場限りの対応では評価できない仕組みが必要である。事業所にとっては、地域からの評価が一番気になるものであり、その評価は事業所の質の向上にとって有効であると考ええる。

(7) 今後に向けて

小規模多機能型居宅介護の支援は、本人（利用者）中心の視点から出発する。本人の生活を支えるため、本人がこれまで培ってきた様々な人や商店、町内会や老人クラブといったつながりなど、本人を支援しようとするほど、地域へ足を運ぶことになる。地域住民も、それまでは他人事として遠い存在だった介護が、隣近所の認知症高齢者の出現で、身近な存在のものとなる。

これまで、地域で起こる様々な事柄への対処は、地域特性によって異なるものの、どうにか地域社会の中で対応してきた。講や結、消防団、町内会、自治会等といった地域社会の結びつきによってである。しかしながら経済成長を優先する中で、地域での世話役は減少し、つながりが薄れてきたことも否めない。そして、医療や介護サービスなど専門家や制度にお任せし、介護が必要な人が地域（自宅）での生活をあきらめてしまうことも少なくない。

小規模多機能型居宅介護において、本人を支援するため、様々な地域の方々とのつながりに触れ、介護サービスとしての通い、宿泊、訪問に加え、縮小してきた地域社会のつながりを再構築するための「よろず相談機能」「拠り所（たまり場）機能」「人材育成（開発）機能」「コーディネート機能」を求められる場面が増えてきている。

このような地域の世話役機能を果たしている小規模多機能型居宅介護はまだまだ少ない。また、そのようなことは小規模多機能型居宅介護の役割ではないという意見も存在する。それでは誰が取り組むべきなのか。

今後、小規模多機能型居宅介護という介護保険サービスに求められる機能として、介護サービスを提供するだけでなく、日常生活圏域での豊かな暮らしを実現する小規模多機能型居宅介護のあり方、地域での役割・拠点機能を明らかにする必要がある。

平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分
地域密着型サービスの質の向上の取組に関する調査研究報告書

平成 25 年 3 月

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

〒105-0013 東京都港区浜松町 1-19-9 井口ビル 3 階

TEL03-6430-7916 FAX03-6430-7918

<http://www.shoukibo.net/> E-mail info@shoukibo.net