

第6分科会 「地域共生社会分野」

今日におけるケアマネジメントには2つの支援軸があります。

一つは、障がい支援、生活困窮者支援などを含め、かつ地域社会の活性化までも範囲を広げて考えていかなければならないことです。

もう一つは、地域社会の主体者としての被支援者は、孤立を防ぐ手段を賄っておくことです。このように、自助、共助、公助を含めた総合的な視点から、皆さんと一緒に地域共生社会を考えたいと思います。

キーワード：地域共生、障がい支援、生活困窮者支援、社会貢献、自助、共助、公助など

抄 録

- (1) 「地域包括支援センターの業務執行整理と求められる力」
～立ち上げから2年を振り返る～
- (2) 「通所型サービスBが地域に普及するために」
～保険者、事業所双方の調査から～
- (3) 「地域共生社会における介護支援専門員の役割」
～高齢化するマンション・自立した住民パワー～
- (4) 「介護離職ゼロを目指して」～アンケートからみられる家族の介護離職の現状～
- (5) 「堺市西区地域における認定率推移と居宅介護支援事業所の受託意識と今後の考察」
- (6) 「事例検討会を通して地域の介護支援専門員実践を支援する」
～介護支援専門員が8050問題に対してできること～
- (7) 「専門職のマインドチェンジに向けた実践」
～交野市の新たな可能性を生み出す多職種協働らぼ～
- (8) 「介護保険サービスと障がい福祉サービスの併給について」
～事例から見えてくる問題点～
- (9) 「食支援とはその人らしさを支援すること 地域に必要な食支援とは」
- (10) 「ケアマネジャーのネットワークから地域への小さな発信」

地域包括支援センターの業務整理と求められる力

～立ち上げから2年を振り返る～

大阪府 八尾市地域包括支援センター 久宝寺愛の郷

○ 管理者・主任介護支援専門員・社会福祉士

鶴 健二

主任介護支援専門員 福原 隆子

保健師 澤田 法子

【 はじめに 】

八尾市では、平成29年4月にひとつの中学校区に1か所ごとの地域包括支援センター設置を目指して、校区整理と地域包括支援センターの増設を図った。新設センターの立ち上げから2年を振り返り、地域包括支援センターの業務や立ち位置について学びがあったので報告する。

【 倫理的配慮 】

個人を特定できる内容ではない。

【 取り組み 】

校区整理のもと、既存の地域包括支援センターより久宝寺地区を引き継ぐ形で業務開始となった。同法人は特別養護老人ホームを平成26年より開設、グループ系列の総合病院が長年運営してきた土地で、地域に望まれて開設した施設であった。

地域活動に関しては、既存地域包括支援センターと一緒に参加することで、スムーズに移行することができた。その内容は、地域で開催されているひとり暮らしの給食サービスや機能回復訓練教室に参加し、血圧測定や健康相談、運営サポートを実施する。地域包括支援センターで開催している介護予防教室等の開催を案内し、地域包括支援センターの名称や活動内容、スタッフの顔を覚えてもらう活動を実施する。地域拠点であるコミュニティーセンターでの地域住民向けのコミセン祭り等に参加して、幅広い啓発活動や顔を知ってもらう活動を地道に行う。

要支援者の担当に関しては、一時的に市運営の直営地域包括支援センターが原案委託先として半年間担当して、半年後に一括して本センターに移行を実施した。平成29年10月に153件の要支援プランが一括移行することになった。契約書から計画等の確認を実施し、利用者や家族、地域の介護支援専門員と地域包括

支援センターにとって、非常に短期間での事務処理が膨大になった。

相談ケースに関しては、15件程度の困難事例を既存地域包括支援センターより書面と口頭で引き継ぎ、業務していく中で、情報の共有や再相談していくこととなった。相談件数は、平成29年4月は47件だったのに対して、同年10月は191件と約4倍となった。主な相談経路は介護支援専門員であり、相談内容は介護予防サービスであった。

【 考 察 】

長年に渡って、地域活動してきた総合病院の実績は大きく、同グループということで、地域からの受け入れは非常に良かった。最初の印象は、大きな障壁であり、スムーズに移行するための大きな要因である。

地域活動の運営側の人材確保や活動を支えていくことが課題である。地域包括支援センターとしても活動を支えていきたいが、3名体制での運営では、十分な活動支援ができていないのが現状である。地域全体の課題であるが、活動の在り方や運営を支える人材発掘の方策の検討が必要である。

要支援者プランの一括移行は、件数的に非常に大きな負担であった。利用者や委託される介護支援専門員にとっても、非常に乱雑で大きな業務負担になった。移行時期の分散は必須で、今後の移行方法の課題である。また、介護支援専門員との連携も運営や地域課題を解決していく上で重要な要素である。介護支援専門員と地域包括支援センターで一緒にケースを考える機会が少ない。共同での事例検討会等は有効な機会確保になる。

認知症サポーター講座に加えて、河内音頭健康体操の立ち上げ支援やおさらい月間、認知症初期集中支援チームの窓口や訪問介護の上限を超えるケースの自立支援会議への参加等、業務の拡大は止まることがない。加えて、既存の

介護予防・家族介護教室の開催や実態把握での訪問、徘徊高齢者家族支援事業の取り組み等の業務は継続して実施することが必要である。

相談ケースに関しては、採用しているパソコンシステムが共有化していないので、紙媒体での作業であった。短い期間での引き継ぎ作業では限界があり、センター開始後に再相談していくことが多くあった。利用者の台帳作成も最初からの作業であり、業務負担が大きかった。市全体地域包括支援センターでの、システム共有化が有効だと考える。

【 まとめ 】

今後、どこの地域でも少子高齢化は進むことはデータ的にも顕著である。高齢化とともに認知症高齢者や要介護高齢者の増加も予測される。地域包括支援センターの役割が、増大することも明白であり、効率的かつ有効に機能強化を図るためには、複数の課題整理が必要である。以下の三つの点を提案する。

一つ目は、要支援の担当を地域の介護支援専門員に全面的に実施してもらい、介護支援専門員と地域包括支援センター双方の負担軽減を図ることが有効だと考える。居宅介護支援事業所の経営を考慮すると、現状の要支援プラン料では経営的に難しく、単価を介護プラン料に近づける必要がある。地域の介護支援専門員と地域包括支援センターが、要支援プランではなく、困難事例や事例検討等で関係性を持つことで、より対等でお互いが切磋琢磨できる関係作りに繋がると考える。

二つ目は、同市でも地域特性は異なり、地域に応じた業務を効率的に実施していくことが有効である。認知症対策等の市全体で取り組む内容と、個別の地域課題を地域ごとに取り組む内容の選別が必要である。地域ごとに取り組むためには、地域をより知る力が必要である。地域活動に積極的に参加して、地域と地域包括支援センターが、お互いに役割や能力を知ること、より地域課題と一緒に取り組むことができると考える。

三つ目は、人材発掘は地域と地域包括支援センターともに喫緊の課題である。地域は、全体的な活動を通してボランティアに強く依存しているので、有償化等の対策が必要である。地域包括支援センターの3職種確保も課題である。福祉人材は、地域包括支援センターだけの課題ではなく、法人全体で資格取得に向けた支援等の対策が有効である。人が人を育てる環境作りが必要であり、より良い人材育成を通し

て、地域力や地域包括支援センターの力は増大していくと考える。

昨今、A I の能力が注目されて、将来的にA I が担う部分が増える社会が待っている。しかし、人の力が必要な部分は必ず残り、対人援助を中心に人の力こそ地域包括支援センターに求められる力ではないかと考える。目先の業務を丁寧に行いつつ、数年後先を見越した政策提言の視点を持ちつつ、センター運営をしていきたい。

「通所型サービスBが地域に普及するために」

～保険者、事業所双方の調査から～

大阪府 ケアプランセンターブドウ 主任介護支援専門員 ○里中 美都子 橋本 順子
大阪府 ケアプランセンターつむぎ門真 主任介護支援専門員 古正 由美

【目 的】

A市およびA市の近隣6市における通所型サービスBの実施状況について調査し、通所型サービスBが普及するための課題を考察する。

【はじめに】

通所型サービスBは、平成29年に日常生活支援総合事業が開始されたことに伴い創設された。公益財団法人長寿科学振興財団は、通所型サービスBは、「ボランティア主体（住民主体）で、通いの場を設け、体操、運動等の活動等を行うサービスである。住民主体による要支援者を中心とする自主的な通いの場づくりとして、体操、運動等の活動、趣味活動等を通じた日中の居場所づくり、定期的な交流会、サロン、会食等が事業内容。」と定義している。¹⁾

A市において、日常生活支援総合事業が開始して1年半経過した今でも、通所型サービスBは他の通所型サービスと比較すると、全くといっていいほど普及していないのが現状である。

【倫理的配慮】

今回の研究発表にあたっては、研究の主旨、個人や地名が特定されることがないように配慮する旨を調査対象者に説明し、同意を得ている。

【方 法】

以下の方法で、調査を行った

1) 保険者への聞き取り

A市および近隣の6市のホームページで、通所型サービスBに関する情報を収集した。収集した内容を基に、通所型サービスBの実施状況、事業所数、実施主体、助成額等について、各市介護保険担当部署で聞き取りを行った。

2) 事業所での事業内容の聞き取り

実際に通所型サービスBを実施している事業所を訪問し、実施状況、事業内容、利用者数、利用料、財源、介護予防ケアマネジメントの種類、事業を行った効果等について聞きとった。

【結 果】

事業所の調査においては、通所型サービスBは単なる高齢者の居場所としてではなく、心身機能の維持や仲間作りだけでなく、住民が互助活動を行うことで、介護保険の歳出を抑えられていることが明らかになった。また、生活上の問題を早期に発見し、必要な機関に繋ぐことができるという点で、非常に有用な社会資源であると思われる。

しかし、通所型サービスBを実施している事業所がA市および近隣6市で数事業所しかないという結果が調査により明らかになった。

【考察】

通所型サービスBが普及しない原因としては、主体（担い手）不足が挙げられる。

担い手不足の因子としては、①財源不足（助成金のみでは、事業の運営ができない）、②ボランティアとしての業務が荷重である（事故対策、守秘義務、担当者会議への参加）が考えられる。

今後、介護予防や相互扶助の機能を果たす社会資源として通所型サービスBが普及していくためには、①事業が運営できる財源の確保、②ボランティア育成過程の充実、が必要であると考えられる。

【引用】

1) 公益財団法人長寿科学振興財団ホームページ
<https://www.tyojyu.or.jp/net/kaigo-seido/chiiki-shien/houmon-kaigo-yobou.html>

【参考文献】

『ボランティア・市民活動実践論』、岡本榮一、ミネルヴァ書房、2019年

『みんなの介護⑦ 介護とボランティア』、奈良環、法研、2000年

『住民流福祉の発見』、木原孝久、簡井書房、2001年

『大阪キリスト教社会館65年のあゆみ』、大阪キリスト教社会館65年のあゆみ編集委員会、2015年

地域共生社会における介護支援専門員の役割

～高齢化するマンション・自立した住民パワー～

大阪府 ケアプランセンターすずらん 主任介護支援専門員
小北 玉子

目 的

日本社会は高齢化率が上昇していく中で、それぞれの時代に必要な対応を進めてきた。2000年に創設された介護保険制度においては、2006年には地域密着型サービスが誕生し、2015年には新・総合事業がスタートし地域包括ケアシステムを提示してきた。時代とともに制度が変化する中、私たち介護支援専門員に求められる役割もまた変化している。今後、超高齢化の進展と人材不足が顕著となる時代において、介護支援専門員に求められる役割について考えたい。

方 法

2016年5月より当事業所は、隣接区の築40年分譲マンション200戸「Aコーポ」の住民で構成されている「Aクラブ」の活動の1つである、月1回の「セルフ喫茶」（13時30分～16時）での介護相談を依頼され、毎月の参加を行っている。きっかけは、「Aクラブ」の世話人Bさんから、「病気で障がいを負っても、介護が必要になっても、認知症になっても、住み慣れた家で過ごしたい。それをマンション全体で可能としたい」との依頼であった。その思いが多職種連携へと広がり、自助・共助・協働の地域を作り上げようとしている。その活動を紹介する。

結 果

「Aクラブ」は自治会の老人会ではなく自主的に作ったグループである。町会役員の高齢化により負担が大きくなり、毎年夏の恒例行事だった「BEER PARTY」が中止となったことから、2011年に発足、その翌年から「一品持ち寄りPARTY」が開催された。名前の通り参加者が1品を持ち寄り、飲み物は近所の酒屋にビールジョッキ1杯300円で依頼し来てもらっている。その後、「Aクラブ」はマンション集会所を使用して、様々な活動を展開していくことになる。

「認知症」に関しては、保健所に相談し2012年から高齢者用の集団認知機能検査ファイブコ

ブを集会所で年1回行っている。次年度からはファイブコブを行った後に、個別で保健師から昨年との違いと日常生活における助言を行っている。

「運動」に関しては、近隣の公立高校で地域住民向けに開催されていた体操教室に参加していた世話人が、自分たちの集会所でできないかと2014年からスポーツトレーナーに依頼し月2回1回500円/人でスタートした。今では参加者が増え2部制となり、月2回木曜10時～11時と11時～12時に各15名、合計30名の参加がある。

「住民どうしのつながり」では、2012年から「セルフ喫茶」を開催。毎月第3木曜13時30分～16時。コーヒー1杯50円。おしゃべりを楽しむ人、将棋やマージャンをする人、困りごとについて相談に来る人と様々である。介護相談では、介護保険制度だけでなく、高齢・障がい制度や施策について理解するところから始まり医療や多職種との連携の必要性、さらに地域包括ケアシステムにおよぶまでの理解を得、2018年5月から介護相談とは別に、2か月に1回、日曜10時～11時30分「楽しい在宅医療勉強会」がスタートした。世話人Bさんを含む住民5名が中心となり、知りたいことをテーマとし、講師を決定する。ケアマネジャー、医師、看護師社会福祉協議会の生活支援コーディネーター、そこに住んでいる大学の教授が専門職として加わっているが、住民の力で企画運営し、専門職は脇役に徹し、住民の主体性を確保している。

○「楽しい在宅医療勉強会」について

第1回 H30年5月27日 参加者25名

「これからの地域医療・在宅医療」

講師：医師

第2回 H30年7月8日 参加者22名

「病院のかかり方、医師とのつきあい方」

講師：医師・生活支援コーディネーター

ケアマネジャー

第3回 H30年10月14日 参加者23名

「介護が必要になった時、あなたは どうします

か？」

講師：ケアマネジャー

第4回 H31年1月27日 参加者14名

「認知症？もの忘れ？と日常生活の困りごと」

講師：NPO法人C市の高齢社会をよくする会

の理事、医師、生活支援コーディネーター

第5回 H31年3月24日 参加者25名

「認知症で、どんな病気？—LEGOで認知症を学ぶ」

講師：医師

第6回 R1年6月26日 参加者34名

「自宅でも大丈夫—がんと緩和ケアの実際」

「先輩から学ぶ—家族を看取った体験から」

講師：医師、マンション住民のDさん

第7回 R1年9月22日 参加者27名

「在宅ホスピス—住み慣れた自宅で最後まで」

講師：E市記念財団の理事長、看護師

第8回 R1年11月10日 参加者29名

「シニアのための貯筋トレーニング」

講師：元公立高校体育科首席教諭のスポーツトレーナー

さらに「楽しい在宅医療勉強会」から派生してマンション内でお互いの負担が無く助け合えるように、1回1コイン（100円〜）と、あえて少額でも「有償」にした「有償ボランティア」の仕組み作りが進められている。現在のところ、電球交換、包丁研ぎ、ビン・缶開け、自転車のパンク修理・散歩の付き添い、安否確認、その他可能な範囲で相談に応じるとしている。ボランティアも8名から22名と、どんどん増えている。

また、障がいをもった人も集会所なら参加しやすいだろうと、区在住の歌手の方に依頼し、月2回「コーラスA」が今年9月発足。月2回、参加費月1000円/人でスタートし、毎回30人の参加がある。

今年10月に住民の声を受け開催された、ボランティアによる「初めてのスマホ教室」では、30歳代の夫婦の参加もあった。

集会所を利用しているいろいろな活動の中で、共通の話題が増え、住民同士のコミュニケーションが活発になっている。男性一人暮らしの方が増えてきているが、将棋や麻雀、飲み会等の交流が深まっている。

考 察

困りごとを相談していた受け身であった地域住民が、自ら何を学びたいのかを提案し、専門職

を巻き込み、学び、参加と協働のサイクルを構築しつつある、この「Aコーポ」の取り組みは地域に住む個人のニーズの充足のみならず、地域全体のウェルビーイングを高めていると言える。

少子化が進み、小人数世帯・高齢者単身世帯が増加し、またマンションなどの集合住宅も増加するなど、社会の変化とともに、人々の暮らしや働き方、価値観は多様化している。介護保険のケアマネジメントという位置づけであった介護支援専門員も、その環境変化に応じて変化することが求められている。平岡¹⁾は地域コミュニティはソーシャルポリシーとソーシャルワークが会う場であり、社会福祉の最前線であると述べている。その最前線に関わることも介護保険施行20年を経て、介護支援専門員に求められる新たな役割ではないかと考える。主体である本人・地域に大きな価値が生み出されることで、介護支援専門員の価値も向上する。

また、ウェンガー、マクダーモット、スナイダー²⁾は、あるテーマに関する関心や問題、熱意などを共有し、その分野における知識や技能を、持続的な相互作用を通じて深めていく人々の集団を「コミュニティ・オブ・プラクティス(実践コミュニティ)」と呼んでいる。「Aコーポ」の取り組みは、この「実践コミュニティ」と言える。「実践コミュニティ」を育成することも、私達、介護支援専門員に求められているのではないだろうか。

(引用・参考文献)

三菱UFJリサーチ&コンサルティング：平成30年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究報告書「2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム」

https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_17.pdf（令和1年10月閲覧）

1) 平岡公一・杉野昭博・所道彦・鎮目真人(2011)『社会福祉学』有斐閣

2) エティエンヌ・ウェンガー、リチャード・マクダーモット、ウィリアム・M・スナイダー（2002）『コミュニティ・オブ・プラクティス：ナレッジ社会の新たな知識形態の実践』翔泳社

介護離職ゼロを目指して

～アンケートからみられる家族の介護離職の現状～

大阪府 医療法人はあとふる 介護サービスセンターはあとふる 主任介護支援専門員

○ 林恵美子 遠藤千鶴 前中久美子

【はじめに】

2014年労働調査会の佐藤、矢島は、「仕事と介護の両立の為の取り組みを、本人、企業、社会のあらゆるレベルでスタートさせることが必要」と述べている。

【目的】

少子高齢化が進むなか、家族介護者の介護離職が年間10万人と発表されている。家族介護者の離職は、経済的な負担の増加や、社会参加の機会が減少し、8050問題の要因の一つとも言われている。国の対策として、介護を行う労働者が利用できる制度や給付はあるが、利用率が低く、利用せずに離職する人が多いと言われている。そこで、わたしたちは家族介護者が離職すること無く、仕事と介護を続けていくために、家族介護者にどのようなニーズがあるかを調べた。その結果を分析し在宅のケアマネジャーとして今後できることを明らかにする。

【方法】

アンケート調査

自宅訪問時に担当ケアマネジャーから手渡し、郵送にて回収した。

調査期間は2019年8月1日から9月30日
アンケート対象者は2019年7月に当事業所の居宅介護支援を利用した利用者と家族の189件である。

倫理的配慮

個人が特定される事が無いように無記名とし、アンケート依頼文にアンケート結果を研究発表に使用することを記載し同意を得る。

【結果】

アンケート回収率 69.3% (189件中131件)

①家族介護者の就労割合 就労 42%
非就労 48.9% 介護のために離職 4.6%
自由記載で、就労している家族から「継続して就労出来るように支援してほしい」と記載あり。
②介護休暇などの制度利用について
利用が 3.6% 未利用が 81.8%
わからないが 10.9%であった。
自由記載で「制度があっても知らなかったり、

形骸化している」と記載あり。

③制度利用のために必要なこと 複数回答あり。

制度の周知が 34.4%

手続きの簡素化が 21.5% 職場理解が 40.9%

自由記載にて「一部の人が、あまりいい顔をしないこともあるので、社会全体で認められるようになってほしい」と記載あり。

④就労しながら介護を続けるためにケアマネジャーに求めること 複数回答あり。

本人の介護状態の改善 23.9%

サービス利用のしやすさ 34.1%

介護休暇などの制度の情報提供 34.1%

自由記載で「今は離職せずに生活出来ているが、介護をしながら正規の仕事をこなすことはストレスもたまり難しいです。そして職場の雰囲気も気になります。ケアマネさんや周りの人々の助けで働けることを感じています」と記載あり。

【考察】

①家族介護者の就労割合については、就労しながら介護を行う方が半数近くおられ、事前に担当ケアマネジャーが把握していた数と一致していた。今後、介護者が安心して在宅介護を継続するための支援が必要である。

介護のために離職した 4.6% (6件) の家族にも、今後、再就労を希望している方がいないか確認が必要である。

②制度利用率について

2012年の就業構造基本調査では介護休業法の利用率は 15.7%で今回の調査では 3.6%と低く、制度についての理解や利用を促進するような支援が必要である。

③ 制度利用について必要なこと

2012年の厚生労働省の委託調査によると、今後5年以内に家族に介護が必要になると考える人が 40%いる。この事から、家族に介護が始まる早い時期から職場で介護についての相談を行い理解を得るように助言が必要である。また、社会全体で家族の離職を防ぐために制度の利用や相互の協力が必要と提言し、家族やケアマネジャーなど自らも制度利用しやすい職場環境を作

っていく。

④ 介護を続けるためにケアマネジャーに求める事については、介護休暇などの制度の利用がしやすいように、事業所内で育児・介護休業法等についての勉強会を行い、利用者家族向けにパンフレットを作成し情報提供を行う。

【結論】

在宅生活を継続していく上で家族の存在は重要である。安定して就労や介護を続けていくために、一部企業では社内での相談機能として「産業ケア」の設置を検討している動きもある。そして、わたしたち在宅のケアマネジャーは本人、家族の身近な相談先として、本人、家族が安心して暮らせるように、寄り添い、共に本人の望む暮らしを支えていきたい。

【課題】

労働政策研究・研修機構の池田は「介護が長期化した場合、その全期間を在宅で対応しながら仕事を続ける事は容易ではない。現状では、在宅介護から施設介護への移行によって就業継続困難を回避していることが調査からうかがえる。しかしながら、更なる高齢人口の増加にともなう要介護者の増加が予想される今後、これまでと同じように施設介護を利用できるとは限らない。在宅での介護を基本としつつ仕事と介護の両立を可能にする支援のありかたについて検討を重ねる必要がある。」と述べている。このような課題に対応出来るように地域包括ケアの実現に向けて役割を果たしていく必要がある。

【引用、参考文献】

- ・労働政策研究・研修機構
「仕事と介護の両立に関する調査」
- ・三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
「仕事と介護の両立に関する労働者アンケート調査」
- ・厚生労働省「改正育児・介護休業法参考資料集 総務省平成24年度就業構造基本調査」
- ・「介護離職から社員を守る」
佐藤博樹 矢島洋子 2014年11月 労働調査会

堺市西区地域における認定率推移と 居宅介護支援事業所の受託意識と今後の考察

○くろひげケアプランセンター

ケアプランセンターお結び

ケアサービスはるかぜ

タイヨウビジネス

ベルアンサンブル介護相談センター

津田 知子

加藤 伸介

東野 華子

松波 奈津子

高野 雄史

【目的】

堺市の 65 歳以上の高齢者数は、2017 年 9 月末時点で約 23 万人となっており、総人口に高齢者が占める割合は 27.4%である。

また、要介護等認定者数も増加し続け、2025 年には 6.4 万人、認定率は 28.3%になると見込まれている。そのような状況の中、昨今の介護支援専門員の合格者数は大阪府下において一昨年度は 2271 人、昨年は 312 人と制度改定の影響もあり激減している。

当地域では居宅介護支援事業所数及び介護支援専門員の数も横ばいの状態であり、利用者受け持ち人数に制限がある現状では要支援利用者の受け入れには二の足を踏むことになりかねない。今後、当地域でも受け皿のない「介護難民」の発生懸念されることから、居宅介護支援事業所の現状調査を行い、現況と可能性を検討した。

【方法】

令和元年 7 月 22 日～8 月 13 日、堺市西区（以下、当地区）の居宅介護支援事業所に対して電話にて趣旨を説明、訪問または FAX でのアンケート調査を実施、結果の分析を行った。

【結果】

57 事業所中、37 事業所（65%）から回答を得た。特定事業所（Ⅰ～Ⅲ）においては 20 事業所中、17 事業所（85%）、通常事業所 37 事業所中 20 事業所（54%）から回答を得た。

現在、当地区での介護支援専門員一人あたりの利用者数は平均 要支援 8 件、要介護 21 件であり、最大受け持ち可能数の 62%であり、全体としては余力のある状態であるが、事業所毎に事情は異なっている。最大受け持ち可能数の 96%を担当している 10 年以上の古参の事業所から 12%の 1 年未満の開業し始めの事業所まであった。つまり 2019 年 8 月時点、アンケートから西区地域における介護支援専門員の数は約 193 名、在宅介護保険サービス利用者数の約 6,000 名に対して、1,600 名程度の余力がある状況であった。

しかし、2025 年の当地域における介護保険人口予測と照らし合わせると、2019 年の時点で受け持ち件数に偏りはあるものの充足しているが、2025 年、団塊の世代が後期高齢者（75 歳以上）に達する頃には、当地域で活動している介護支援専門員全員が 100%稼働しなければ、介護難民が発生する可能性がある。今後、退職や転勤等により介護支援専門員数が減少することがあれば、介護支援専門員が不足し、介護難民が生まれてしまうという結論に至った。

【考察】

当地域で「今後、介護難民が発生するのではないか」との懸念から調査を開始したが、受け皿としての機能は現段階では維持できている。当地域の介護支援専門員が担当する利用者数は、全体として余裕があるものの、今後の要介護等認定者数の増加、介護支援専門員の成り手が減少している状況のなか、当地域で介護支援専門員を増やす為には、処遇を含め、魅力ある職業としなければならず、地域の介護ニーズにこたえていくためにも、ケアプランの質そのものを高めて、やりがいを感じる事の出来る職種でなければならないと考える。

介護保険制度そのものが変遷していく中で、私たち介護支援専門員が今後どのように対応・対策を講じるかを検討していくにあたり、今回の調査で十分な結果・結論を得たとは言い難い。市内の一地域のみの検討ではなく、市内全域での「地域力」をテーマに具体的な活動に繋げていきたい。

参考文献：堺市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（平成 30（2018）～32（2020）年度）

平成 30 年度 第 2 回 堺市地域包括ケアシステム審議会 資料

平成 30 年度 第 3 回堺市地域介護サービス運営協議会 資料

事例検討会を通して地域の介護支援専門員実践を支援する

—介護支援専門員が8050問題に対してできること—

大阪府 C-STUDY 主任介護支援専門員

○渡邊和美、園部いづみ、田村満子、野村明美、蓬生あゆみ

【目的】

私たちは、大阪府中央区の主任介護支援専門員連絡会に参加してきた。

連絡会では年間を通して、様々な研修や事例検討会によって課題に取り組むことができ、意義ある活動を行うことが出来ている。研修の中で成年後見制度や精神障がいを抱える利用者・家族へのアプローチを考える中で、「8050問題」に関して介護支援専門員として、どこまで関与する必要があるのか？どこまでできるのか？また、つなぎ先は何处でどうやってつなぐのか？そもそも「8050問題」として意識して実践しているのか？などの課題が上がってくるがそれぞれを、じっくり深めていく機会を確保することは難しい状況にあった。

そのような中で、主任介護支援専門員の有志が集まり事例検討会を立ち上げ自己研鑽を行うとともに、地域の中の各事業所へフィールドバックでき地域づくりの視点を持った人材育成に寄与したいと取り組んだ活動について報告する。

【方法】

事例検討会は、地域の介護支援専門員に「8050問題」についての事例検討会開催の通知を各事業所にFAXし参加を呼びかけた。

A事例についての検討会実施。

11名の参加者、A・B、2事例の検討を行った。この事例検討会は「地域ケア会議」とは、その目的や方法が異なるものである。参加者は、主任介護支援専門員のみインフォーマルな自己研鑽で参加は自由である。

事例検討会では、参加者全員が異なった多数の質問を重ね多面的なアセスメントを実施でき、ひとつのケースの中に存在する複数の課題を見落とすことなく深さと広がりを持った検討を心がけ「根拠ある実践」を目指した。

A事例については引き続き検討を行い9名の参加があり、前回の事例のその後の報告と「8050問題」について基本的な考えや制度についての勉強会を行った。

国や行政のひきこもり施策のリーフレットを用い政策の確認を行い斎藤環氏の著書「ひきこもり救出マニュアル」を用いて実際の解決策に導くためのポイントを学んだ。前回の事例の報告については、検討会后、ひきこもる当事者が体調を崩すアクシデントがあり家族が介入せざるを得ない状況となった。その際、介護支援専門員が8月に開催した事例検討会で情報整理・再アセスメントのプロセスを通して得た課題に取り組むことを明確に意識し積極的にかかわった結果を報告した。

【結果】

「８０５０問題」を検討した結果「８０５０問題」と称される問題であっても、その背景には生活困窮、精神疾患などがあると言われているが、この地域に関して言えば生活水準、社会的地位が高いために社会から隔離することで問題の発覚が遅れ、深刻化するケースがあることがわかった。

先にふれた事例でも、ひきこもる本人以外の家族・親族が医療関係者であるにも関わらず、ひきこもる本人の状態を直視せず積極的に改善することを行わなかった。

介護支援専門員自身もひきこもる当事者に対して苦手意識があり向き合うことを避けてきた。ひきこもる当事者が体調を崩すアクシデントをきっかけに家族が積極的に介入を行い、介護支援専門員もひきこもる当事者に声をかけ今後についても深い話し合いを行うことができた。その結果、家族があえて触れてこなかった「これから発生していくことが予測される問題」について目をそむけることなくきちんと問いかけるなど変化が見られた。このような変化は、事例検討会を通して多面的に捉える再アセスメントを行い課題の背景にある複数要因の関係性を考慮した上で支援アプローチの活用ができた結果と言えるだろう。これはこの事例検討会が目指している「根拠ある実践」につながると考えられる。

【考察】

事例提供者以外の参加者からも成果が語られた。その中から３点をあげる。１つ目は、情報を共有し疑似体験していくことで担当ケースに関して「８０５０問題」に関連がないか意識した実践ができるようになった。事例検討会を経験するまでは「子供も親も

まだ若い」という捉え方をしていたが「５０２０の時期」であっても放置しておくことでいずれ「８０５０問題」に発展するかもという考えできるようになった。２つ目は、それぞれの家庭が地域の中で暮らしていく時にライフステージを考慮しながら利用者自身のアセスメントと共に家族全体をアセスメントしていく視点を意識するようになった。３つ目は、連続して事例提供者が同じケースを報告、課題提起することで同じようなケースを担当することになってもクライアントとその家族を支えるために地域の中でチームを形成することを具体的にイメージすることができた。

これは、事例検討会に参加することが単純な疑似体験にとどまらず、地域の社会資源の活用方法や他領域の制度について学ぶ場になったということである。

【結論】

介護支援専門員が担当するクライアントとその家族、例えば８０５０と言われている課題を具体的にどのように解決していくのかということは単独の介護支援専門員だけでは地域の社会資源も限定的でこれまでの実践では、介入がうまくいかず課題解決が難しい場合があった。その点からも今回、報告した課題を焦点化した事例検討会でひとつの事例を連続的に丁寧に検討することで地域の中の資源・連携の方法「介護支援専門員はどこまでやるのかという」問題の解決にも寄与できると考えている。

今後、継続的に焦点化した課題について検討会を重ね新たな課題と解決法を明らかにしていきたい。

専門職のマインドチェンジに向けた実践

～交野市の新たな可能性を生み出す多職種協働らぼ～

大阪府 まちふらす
主任介護支援専門員 ○西 徹、山村 久子

【はじめに】

2025年に向けた動向はもちろんのこと、人口減少など社会構造やその価値観が急激に変容している状況で既存のシステムでは対応できない危機感を抱いた。しかしシステムの再構築が求められる中、地域包括ケアシステムの推進や総合事業の理想だけが先走り、現場の意見が反映されないこともあり、現場で働くケアマネジャーのモチベーションの低下や疲弊していく姿、また人材不足を含めた事業所の経営不安定の声を聞くようになった。再び、やりがい（働きがい）や業務のやり易さ（生産性向上）や経営の安定さらにケアマネジャーを含めた業界の魅力アップを可能にするには専門職の在り方について、従来のお世話型の福祉支援からの脱却を専門職の意識変革＝マインドチェンジから行う必要があると考え、今回の実践に至った。

【目的】

制度や事業に振り回されるのではなく、専門職として専門性を変えろという意味を持ち「地域」や「専門性」、「個人の幸せの実現」というワードをもっと具体化し身近なものとして受け身の支援から先制的な支援の構築を行っていく必要がある。上辺の「顔が見えてるだけの関係」「つながろう会」「勉強会」ではなく、職種にとらわれない対話の仕組みづくりを目的とした実践を報告する。

【方法】

本市における専門職による対話をベースとしたプロジェクトを発足するにあたり、ケアマネジャー、リハビリ職、社協職員、包括職員、介護職員、看護師、福祉用具相談員、施設職員、市福祉職員など市内の介護に関わるステークホルダーが集結している職能団体である大阪介護支援専門員協会交野支部を主体とした。また、これからの地域福祉において「住民が以前の状態に戻る姿の実現」を目指し活動している本市地域リハビリテーション連絡会とパートナーシップを組み、福祉職だけの対話ではなく医療と介護の両輪での議論の展開を行った。メンバー（以

下らぼメンバー）は20名ほどで市内の専門職に声をかけ、想いをもって集まった。それぞれの抱えている課題、組織での課題を出し合った。課題を問題と捉えるのではなくチャレンジや可能性を話し合うことに注力しプロジェクトチーム名称「交野×らぼ」とネーミングし、それに伴う理念「多職種で課題を追求し試しながら協力して交野に新しいものを創り出す」の共有化を図った。らぼメンバーのスタートの想いの違いはあったが3、4回と対話の場を持つ中で互いが事実を受け止め今年の目標を「マインドチェンジ」と設定し、お世話型支援から自立に向けたケアへ専門職のマインドチェンジから始め、地域住民のマインドチェンジを図っていくことを共有した。行動を前提とした試みの対話を重ねたことですぐにらぼメンバー個々のマインドチェンジが日々の業務に現れていた。本市の専門職に対しマインドチェンジの第一アクションとして令和元年6月21日に「地域住民が少し幸せになった事例」をプレゼン、グループワークでは事例を共有した上で可能性をぶつけ合える対話の場を企画した。形式じみた事例検討会ではなく、簡易フォーマットを作成した。アプローチ前→アプローチ内容→アプローチ後→事例のマインドチェンジポイントといった5分程度でプレゼンできるようにした。それぞれの日々の業務を振り返り、気づきを精査し、明日からでも取り組める3事例をピックアップした。らぼメンバーが各グループに着席しファシリテーターとしてマインドチェンジの伝道師を担って頂くことにした。あえてワークのルールは決めず、フリートークで可能性を引き出すことに留意した。実際の研修会では①「交野×らぼ」の取り組みを紹介②事例1→グループワーク③事例2→グループワーク④事例3→グループワーク⑤グループワークの共有、の流れを設定した。1事例目が終わった対話ではまだまだ探り探りという様子でお互いの出方を伺っており消極的な意見を話す専門職もいた。2事例目が終わった対話では少しずつ場が温まり、自分の職

場での取り組みや心がけなど想いを語る人も徐々に増えていった。3事例目では実際に自分たちが明日からでもできることは何か、やりたいことは何か、グループ間で互いにモチベーションを上げていく様子が見て取れた。規定通りのグループワークではなく、答えが無いからこそ1つの目的に向かっての対話において

●「そこはもっと、包括やケアマネが頑張ってチャレンジしないと！」とリハ側が述べる。

●一方、「そこはそうしよう。それならここはリハがもっと〇〇しないと！」と包括やケアマネ側が述べる。

表面的ではなく、互いに「ぶつかり合っている」対話姿勢の重要性と対話から生まれる専門職の可能性の大きさを改めて認識することができた。

【結果】

今回の企画アンケート抜粋。「組織中心の考えにならず、まずは1人の利用者の人生を考え枠を超えた話し合いができて良かった」「多職種で何でも言える関係の第一歩と感じた」「少し自分が変わることによって利用者の生活が変わるんだということに気付いた」「前向きな気持ちになれました」「自分を変えていくことの大切さを学びました」等の感想が得られた。また普段の講義形式の研修では30人ほどの参加人数であるが、今回の研修では80名ほど参加された。専門職として対話への関心と意識を変えたいと思っていると実感した。

【考察】

私たちソーシャルワークを実践する専門職は対話のプロフェッショナルということを再認識する必要がある。「らぼ×市」、「らぼ×住民」のように多くの対話を促していくことも専門職のソーシャルアクションとしてミッションと考える。専門職はどうしても制度の枠にとらわれる傾向にあり、「連携」という言葉を誤解し、相手の専門性も理解せず専門職自身にとって都合の良い支援をしているものを多く目にする。今回の実践ではほとんどの事業所の専門職を巻き込み、マインドチェンジせねばならないという雰囲気を作り出すことに成功したように考える。

【結論】

福祉分野では制度が後追いすると言った事例は数多くある。まずは行動すること、そして実績を示して行政を巻き込み、制度を変えと言った視点も重要ではないかと考える。専門職が決まりごとを受けるだけの行政主導ではなく、私たちケアマネジャーの未来を生み出せるのは私たち1人1人だと実践を通して強く感じている。付度のない「対話」こそが多職種協働であり、

地域ケア会議の本来の姿だと言えるだろう。常に主役（住民である利用者）を見失わない、課題を問題と捉えずチャレンジとして考える前向きな想いこそが今後の専門職に必要な視点だろう。これからも対話を繰り返し、時代に合ったマインドにアップデートしていかなければならない。馴れ合いの専門職集団ではなく、モチベーションを高め合える「交野×らぼ」の存在意義が増していくことになるよう、もっとスピードをあげてマインドチェンジの仕掛けを行っていかないと本当に私たちが行わなければならない支援ができなくなることの警鐘を鳴らしながらも「私たちが地域の未来を作るんだ」という意義を掲げていきたい。

介護保険サービスと障がい福祉サービスの併給について

～事例から見てくる問題点～

大阪府 アミィ介護サービスあべの居宅 主任介護支援専門員

○田中 孝博

小川 美紀

目的

『介護保険対象者で、障がい福祉サービスを利用される方のケアプラン作成に関しては、原則として、計画相談の受給は認められず、ケアマネジャーが包括的に支援しなければならない。』

介護支援専門員と、障がい福祉サービスの相談支援専門員を兼務しながら働く中で、介護保険サービスと障がい福祉サービスの併給事例に焦点を当て、その支援の中で感じた達成感だけでなく、疑問・問題点も挙げることで、障がいを持つ高齢者への支援に誰もが積極的に取り組めるような環境づくりのきっかけになりたい。

方法

介護保険サービスと障がい福祉サービスの併給事例を通して、ケアマネジャーが包括的支援を行う上での必要な障がいに対する知識などをピックアップし、併せて問題点も明らかにする。

事例

事例①Aさんのケース

79歳女性。脳梗塞による右片麻痺。要介護5。身体障がい者手帳1種1級。独居。脳梗塞を発症後、一時期施設に入所していたが、本人の強い希望で在宅復帰。住宅改修し、在宅生活を再開。当初はまだ多少体が動き、介護保険だけで賄っていたが、徐々に衰えが見られ、介護保険サービスだけでは在宅生活を継続する上でのサービス量が不足してしまい、障がい福祉サービスの併給を行うことになった（区分6）。

⇒『最期まで在宅生活を続けたい。』というAさんの気持ちを汲み、ヘルパーについてはほとんどを障がい福祉サービスに回して、デイサービスや福祉用具、訪問リハビリなどで介護保険を最大限活用した。

問題点及び注意点：ケアマネジャーにとっての労力としては、障がい福祉サービス申請手続きに加え、障がい福祉サービスのセルフプランの提出が必要となる。その際、ヘルパーの利

用量の計算方法が介護保険と異なり、単位数計算ではなく、時間数計算となり、さらに介護と障がいのヘルパー時間数の総計が障がい福祉サービスの区分認定に応じた支給限度内に収まるよう計算しなければならない。

疑問点：非常に手厚い支援のケースだったが、あくまで障がい者手帳を持っていたためであり、見方を変えると、障がい者手帳を持っていない方は、こういった支援を受けることができないということである。これは一種の不公平を生みださないか？

事例②Bさんのケース

71歳男性。独居。要支援1。視覚障害（1種1級）を持ち、ガイドヘルパーの利用と家事サービスの増回を希望。（区分2）

⇒同行援護の申請と、家事支援の増回のために障がい福祉サービスの申請を行った。同行援護については、視覚障害専門の事業所を選定し、紹介した。

問題点及び注意点：同行援護については、聞き取り調査のみで受給可能だが、家事援助については障がい福祉サービスの申請が必要。もし、ケアマネジャーにその同行援護に対する知識がない場合、提案自体が難しい。

疑問点：65歳以上の障碍者に関しては、相談支援専門員の併給が基本的にできない。介護予防プランのため、報酬が少ないにも関わらず、ケアマネジャーの労力が大きい。

事例③Cさんのケース

60歳女性。要介護5。ALSを患い、同居の夫が献身的な介護をしてきたが、急速に状態が悪化し、手足の力が入らなくなり、夫も常時の介護により腰を痛め介護力が低下してきたため、障がい福祉サービスを申請（区分6）。近くに子供家族も住んでおり、いざというときの支援は見込める。

⇒障がい福祉サービスの申請前：障害年金の申請を提案を行い、ご家族の手続きにより受給できるようになられた。また、当時は特殊寝台の貸与をしていなかったが、椅子から車いすへの移乗のために移乗ボードを必要とされたが、

特殊寝台付属品であるという理由でレンタルできなかった。しかし、障がい者支援の福祉用具給付制度にて給付が可能となった。

問題点及び注意点：障がい福祉サービスの併給だけでなく、障害年金や福祉用具の支給など、介護保険で賄えなかった支援を提案し、つなげることができた。

事例④Dさんのケース

51歳男性。脳梗塞後遺症による肢体不自由（2種6級）。要支援2。まだ年齢的にも若く、可能な限り就労したい。

⇒リハビリ型デイサービスと訪問リハビリ（言語聴覚士）の介護保険サービスを利用しながら、就労・生活支援センターを紹介し、同時に就労支援利用のために障がい福祉サービスの申請を行った。

問題点及び注意点：就労支援という障がい福祉サービス特有のサービスなので、それに対する知識を有するケアマネージャーが少ない。知識がない場合は、相談支援専門員の併給が認められる可能性が高い。しかし、担当するケアマネージャーが相談支援専門員の資格を有している場合、その知識を有しているとみなされ、相談支援専門員の併給が認められない。

疑問点：このケースの場合、就労支援の手続き等についてもケアマネージャーが一人ですべてに対応しなければならず、しかも予防居宅介護支援の報酬のみとなる。受講料を支払い、時間を費やして相談支援専門員という資格を取ることで、報酬なしで仕事量が増えるという事態を招いてしまっている。

事例⑤Eさんのケース

67歳男性。脳性麻痺による体幹機能障害（1種2級）、知的障害（B2）。要支援2。兄と同居。毎日作業所（就労支援B型）に通い、時々移動支援を利用。歩き出すとそれなりの距離を歩けるが、狭い場所での方向転換などが苦手。とにかく今の生活を変えたくない。

⇒64歳の時に相談支援専門員として支援開始。65歳になるときに要介護認定を受けたが、介護保険サービスは使うことなく作業所と移動支援のみ利用だったため、しばらく相談支援専門員として支援を継続した。67歳の時に、移動がさらに不安定となり、歩行器のレンタルを希望され、介護保険サービスの利用を開始した。作業所の利用は継続で、障がい福祉サービスとの併給である。

問題点及び注意点：65歳問題が特に混乱もなくスムーズに解決できた事例と思われる。作業所については、計画相談がなくなり、セルフプランになってしまったが。

考察

・65歳になるときに、急に介護保険のみとなりますから。と役所に言われる。ケアマネが急にきて、時間ではなく単位です！と説明されても理解できない。ケアマネも前の制度（障がい福祉サービス）をあまり分かっていないから、余計にわからない。

・利用者としての視点：障がい者手帳を持っている人は、必要に応じて、障がい福祉サービスの併給が可能となるが、同程度のADLにも拘らず障がい者手帳を持っていない人は、障がい福祉サービスの併給ができない。不公平ではないか？

ケアマネージャーとしての視点：ケアマネとして、担当利用者に対しては介護保険制度の居宅介護支援だけの支援しかイメージがなく、障がいのある方、難病等を有する方＝相談支援専門員や障害サービス提供事業者、訪問看護や医療相談員に、専門的な支援を行っていただくものという解釈・理解。自立支援給付を受けるための、支給決定手続きに関して、併給サービスであれば、障がいサービス・ケアマネジメント料が出ないことが、余分な仕事と考えてしまっているのではないかと感じてしまう。

相談支援専門員を兼務するケアマネージャーとしての視点：計画相談業務として他にも様々な利用者にかかわってきているので、そこで培った経験や知識、人脈を使い、障がいを持った高齢者への支援にも臆することなく取り組める。しかし、介護・障がいに対してどちらにも対応できるよう二つの資格を取得しているにも関わらず、そこに対する報酬対価が一切ない。

結論

・障害を持った高齢者に対する支援において、障がい福祉に関する知識は必須であり、ケアマネージャーはその知識を得る努力が必要である。

・相談支援専門員の資格を取得し、相談支援事業所としての指定を受けることができるのなら、まだまだ不足している相談支援事業所の助けともなり、顕在化してきている65歳問題、8050問題などの解決に向けた方向になりうると考えられる。

・障がい者手帳の有無による不公平、ケアマネの負担増大という点については、行政による改善が必要となるが、そのためには、私たちケアマネージャーが常に行政に向けて声を上げ続けるしかない。

食支援とはその人らしさを支援すること

地域に必要な食支援とは

大阪府 居宅介護支援事業所万年青 主任介護支援専門員
○上 麻紀、高橋 智

【目的】

「食べることは好きですか。」

食事とは、私たちの生活から切り離せないものである。それは空腹を満たすためだけではない。人はそれぞれ食事に対して様々な思いがあり、食事はその人の歴史や文化まで反映する。そんな食事は生活の中の楽しみの一つでもある。だからこそ食べる事が好きな人には最後まで食べることを好きであって欲しいし、最後まで食べたいものをおいしいと感じて欲しいと考える。きっかけは、ケアマネジャーとして支援している中で食べたい物を食べられず苦しむ人やその家族に出会い、支援した事に始まる。その支援では、食事のおかげで身体的に健康になっただけではなく精神的にも健康になり、生活を支える生きがいへと繋がった。そのような食支援ができたことをもっと広く啓発する必要があると感じ、地域で多職種連携促進のために開催している勉強会で事例の紹介と討論会を実施した。

倫理的配慮として発表にあたり、事例検討会参加者や事例内容の当事者個人が特定されないように配慮している。

【事例紹介】

事例 1. 予防のアプローチ

80 代男性 要介護度：要支援 1

疾患：糖尿病、両変形性膝関節症

生活環境：要介護 3 の妻を介護しながら慣れない家事全般を担っている。特に妻を介護するまで調理をしたことがなかった。60 代で糖尿病を発症し 4 回/日のインシュリンを行っている。配食サービスを依頼するが意向に合わず、2 回事業所を変更したところで中止となる。惣菜を購入する日々が続く。

主訴：食べると血糖値が高くなる。食べないと血糖値が低くなる。何を食べればいいのか分からず、食事が苦痛になっている。

そこで私は、本人と食事についての対話を繰り返し苦痛に感じている原因を一緒に考えた。本来食事は楽しいものなので、苦痛にならない楽

しい管理をしてみようと言った。

管理栄養士による指導を開始し、血液検査結果に改善が見られたところで管理栄養士と一緒に調理を開始した。調理から離れていた要介護 3 の妻も手伝うようになり、一緒に調理をするようになった。

結果：

支援開始半年後 血糖値 300 mg/dl 以上→100 mg/dl 台へ

支援開始 1 年後 HbA1c 9.7%→8%へ

感想：制限をされるのだらうと思っていたら、逆に食べ物を勧められた。自分でもできる調理方法を教えてくれたので、妻が調理を再開する事ができた。

事例 2. 家族へのアプローチ

80 代男性 要介護度：要介護 5

疾患：鎖骨骨折、誤嚥性肺炎

4 か月入院し、胃瘻造設を拒否し末梢静脈栄養のみで自宅退院。

生活環境：娘家族と妻と同居。介護される環境は整っていた。

入院先の病院では経口摂取を禁止されていたが、家族が面会時にこっそりプリンやゼリーを食べさせていた。退院時も経口摂取は中止のままで、嚥下評価は行われなかった。

在宅では管理栄養士、在宅医、歯科医、訪問看護、PT、ST、福祉用具貸与、訪問入浴がそれぞれの立場から協働し、末梢静脈栄養と並行で経口摂取を段階的に進めた。

主訴：妻が作った料理を食べたい。

日に日に変わる状態について、多職種間で情報共有を徹底し、その都度不安や希望を確認した。嚥下評価の必要性やリスクについて専門職が家族に説明を行ったあと、家族の理解の確認など丁寧におこなった。食べたいと思う食事の思い出も聴いた。

結果：4 か月後には点滴を抜去。経口摂取のみとなる。

【結果】

上記の事例を用いた検討会終了後、参加者の

中からもっと深く内容を知りたい、自分たちの事業所にも伝えて、活動につなげたいとの声が上がった。そしてその事業所に赴き、個別に勉強会を開催した。そのことがきっかけで、その事業所では新たに食支援のプロジェクトが立ち上がり、地域で支援活動ができるようになり取り組みが開始された。

【考察】

ケアマネジメントにおける食支援の重要性は誰もが理解しやすいものである。特に今回の検討会では、比較的食支援を必要とされやすい疾患を事例に挙げたことで、参加者も事例を想定しやすかったのではないだろうか。この勉強会では食事を口から食べることができ、カロリーを摂取するだけに終わらない支援、つまり本人、家族の食事に対する想いや価値観、人生の歴史を大切にしながらの支援ができたことを伝えられた。そのことに共感を得られたからこそ、次の活動に繋がったのである。しかし食支援は難病患者や嚥下機能が低下した高齢者だけでなく、ほとんどの高齢者に必要な支援であるにも関わらず、まだまだ地域では食支援へのアプローチは難しい。

その理由は、管理栄養士による指導がどのようなもので、どれほどの効果があるのか、その認識が専門職の間でも十分には浸透していないのではないかと考えられる。どんな人に栄養指導が必要なのか、疾患ごとの注意点など食支援に関する情報は、まだ見過ごされがちになっているのではないだろうか。

高齢者やその家族にとって食事は毎日3回もあり、食事回数が維持できていれば「食」が満たされていると感じてしまう。それが日常であるため、栄養が不足しているかどうかまでは思いが至らない。

しかしリハビリを行うにしても、栄養を摂らずには筋力も体力も身につかない。食事は、まず何よりも先になくてはならないものなのだ。その食支援を地域に広め、実践していくために必要なものは何か。まずは「食」を通した対話ではないだろうか。食事は単なる栄養であるだけでなく、人にとって生きる喜びや力となるからである。

【結論】

当然のことだが、私たちの体は食べたものでできている。そして何より忘れてはならないことは、食事では人は元気になれる、ということである。

今回、地域で食支援について広める活動を行ったことで多くの参加者が興味を持ち新たな事

業も開始されたということは、誰もが食についての重要性を感じているという事である。それと同時に、食へのアプローチが少なく実際の取り組みは多くはないことの現れでもある。これからさらに食支援を広めるためには本来の食の楽しさ、喜びを伝え、対話を深めていくことが大切となる。好きなものが食べられて、なおかつ健康になれるのであればもっと取り組みやすいと思えるものになるはずである。また、訪問だけで行うのではなく、通所系のサービスでも食支援はできる。そうやって食支援の意識を持った担い手を増やすためにも対話を広げていきたい。「その人らしさ」を理解した専門職だから提供できる、食支援の可能性と方法を検討していくことは、次の時代を見据えた地域包括ケアへと自ずと繋がっていくのではないだろうか。

そのことを心に留めながら、今後も食支援の素晴らしさを伝える活動を続けていく。

ケアマネジャーのネットワークから 地域への小さな発信

大阪市

○坂本 明美 株式会社虹色のりんご、八木 恵子 有限会社八木介護保険事務所、
金城 郁子 スカイケアプランセンター

【はじめに】私たちが活動する地域に専門職たちと法人・行政・町会が協力し合う、コミュニティカフェ（以下カフェ）が増えているが、もっと小さなエリアでカフェ活動を行うことで地域の強み・弱みを知り、何らかの協力・援助が出来る体制づくり、またこの取り組みの波紋が広がることで安心できる『まちづくり』となるのではないかと考えた。

【目的】地域の参加者のニーズを探り、それに応じた新たな価値を見つけ、『おたがいさま』の観点から共に考え実行できると考えた。また、同じ町に生活・仕事する『ひと』として『ぬくもりのある住みよいまち』づくりに意図的に参加することで地域力の強化となる事を目的とした。

【対象と方法】①対象者：近隣住民（興味を持った方々）、②・協力者：専門職

【取り組み内容】喫茶店という誰もが入りやすい場所で店舗営業時間外・定休日を活用し対象者が自由に参加する形式をとった。開催時には参加者それぞれにインタビューを行った。インタビュー内容については①自身の仕事や役割、②仕事や役割を担っている時の悩みや障害、③役割を果たした時の結果やご褒美、の3項目とした。インタビュー内容に応じて次回開催時に話題提供等を行った。

このカフェ活動の名称を『まったりカフェ』とし、昨年1年間で合計7回のカフェ活動をおこなった。

【説明と同意】参加者（参加者家族も含む）、協力者には事前に介護支援専門員協会研究大会に発表すること、プライバシーの配慮については個人が特定できないようにすることを口頭と文書で伝え同意を得ている。

【結果】

（参加者インタビュー）①「自身の仕事や役割」については「趣味教室や地域でのお世話役」「家事・家族の手伝い」②「仕事や役割を担っている時の悩みや障害」では「実行しなければならぬはずの内容を忘れてしまった」「他の用事を優先し出来なかった」「短時間しか作業出来なかった」③「役割を果たした時の結果やご

褒美」については「他者からの良い評価や感謝の言葉がほしい」「いつまでも若々しいと思ってもらいたい」「楽しんでいる実感を持ち続けたい」「助け合える友人知人の存在」「交流の場での役割を持ちたい」「少しの報酬がほしい」等様々な意見が出た。

（協力者によるアイデアの抽出）「カフェが提案できる商品（サービス）」では、「食卓を囲む」「大広間（リビング）」「健康教室」「異世代・多文化交流」「本の朗読」「制度の説明会（医療、介護、成年後見人制度、虐待）」「防災訓練」「ペットシッター（散歩）」など様々な意見がでた。

【考察】市・区での大きな枠組みではなく、小さな地域（例：○丁目○番地）こそ、参加者と協力者との意見交換や、新たな提案ができる場や仕組みが必要である。今回のインタビューはカフェ開催時に毎回、参加者に聞き取って次回カフェでの話題提供と実践を行った。

当初は参加者であった方が回数を重ねるごとに協力者となり、協力者であった専門職が参加者となりお互いに持ちつ持たれつ『おたがいさま』の関係となってきた。地域のニーズを基に、それぞれの考えた価値を伝え可能性を見つけ、実現へ向けて取り組むことが小さなカフェには特に必要条件だと感じた。

【結論】1年程度の活動を振り返ると、改善すべき点は多々ある。①開催日の定着、②役割分担、③話題提供の内容、④参加者・協力者の増員（案内も含む）、⑤開催場所への謝金、などがあげられる。古き良き時代の縁側、様々な情報や話題のある井戸端会議に誰でも参加できる場所を目指すとともに、地域からの発信を行っていく。また、現在、協力者として参加している専門職たちがそれぞれの地域で、このような活動の輪を広げていくことであろう。小さな波紋が広がるとともに、大きな輪となることを期待したい。