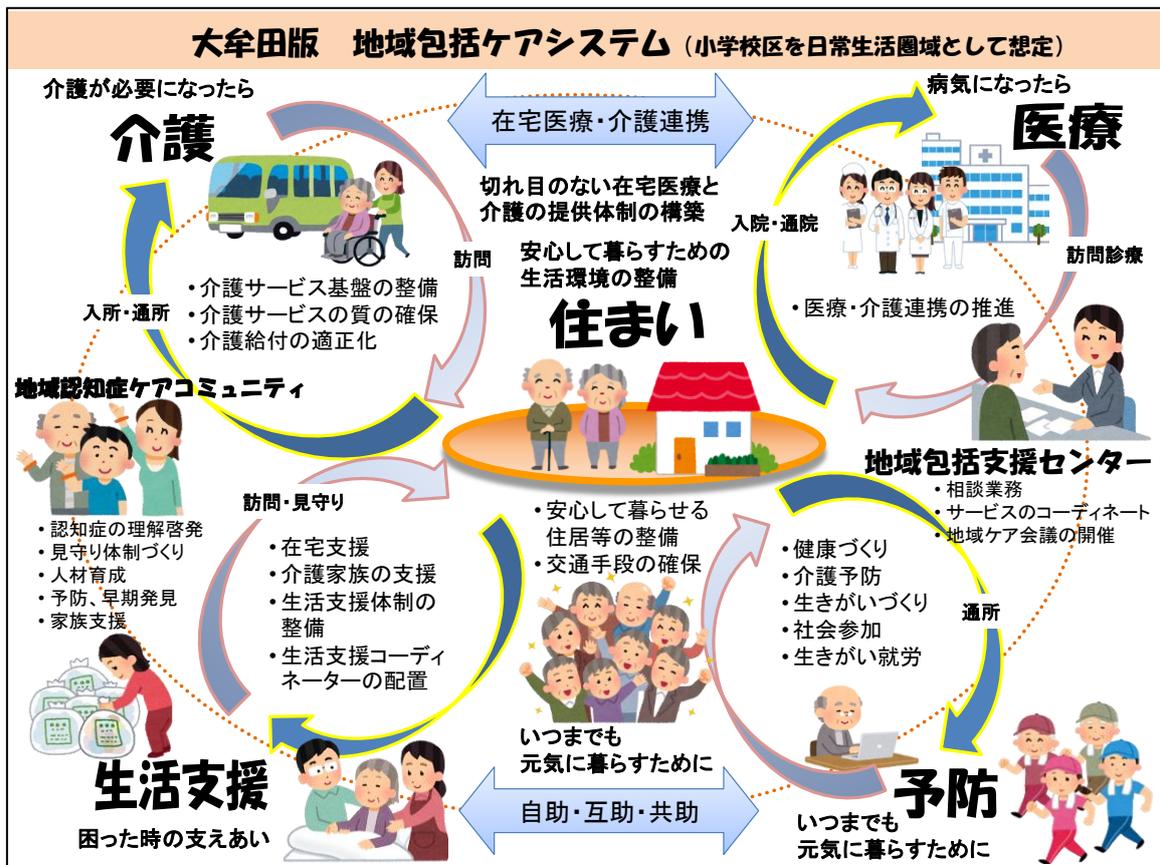




# 利用者を地域で支える

## 基盤づくり

### 1. 大牟田市版地域包括ケアシステム



#### ～地域包括ケアシステム～

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まいを中心に医療、介護、介護予防、生活支援のサービスがその人の状態に合わせて一体的かつ体系的に提供される地域包括ケアシステムを構築する必要があります。

どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制の整備、取り組みが進められています。

また、自立支援・重度化防止のため、高齢者自身が健康づくりなどに関する意識を高め、地域・社会活動、健康増進や介護予防の活動など地域や社会に参加して、人との関わりを持ちながら、いつまでも生きがいを持って元気に活躍できる環境づくりが進められています。

## ～大牟田らしい地域包括ケアシステム～

地域包括ケアシステムの構築には、医療や介護サービスだけではなく、たくさんの機関や人との連携が必要となってきます。ケアマネジャーとして、その人の生活全体を支える上で、こうしたネットワーク作りが今後さらに重要となると考えられます。

大牟田市の各地域包括支援センターには、地域の資源をよく知り、地域ごとのニーズに合わせて様々な活動をしている職員（生活支援コーディネーター・地域共創サポーター）が配置されています。

### 【生活支援コーディネーターとは】

高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に社会資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす。

生活の困りごと（ニーズ）と既存のサービスや活動（地域資源）をつなぐ（マッチング）役割がある。

### 【地域共創サポーターとは】

相談支援、多様な参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施することにより、地域住民の複雑化・複合化したニーズに対応する包括的な支援を行う。

新たな活動の立ち上げや、担い手の発掘・育成をお手伝いしたり、地域の支え合い活動に貢献したりする。

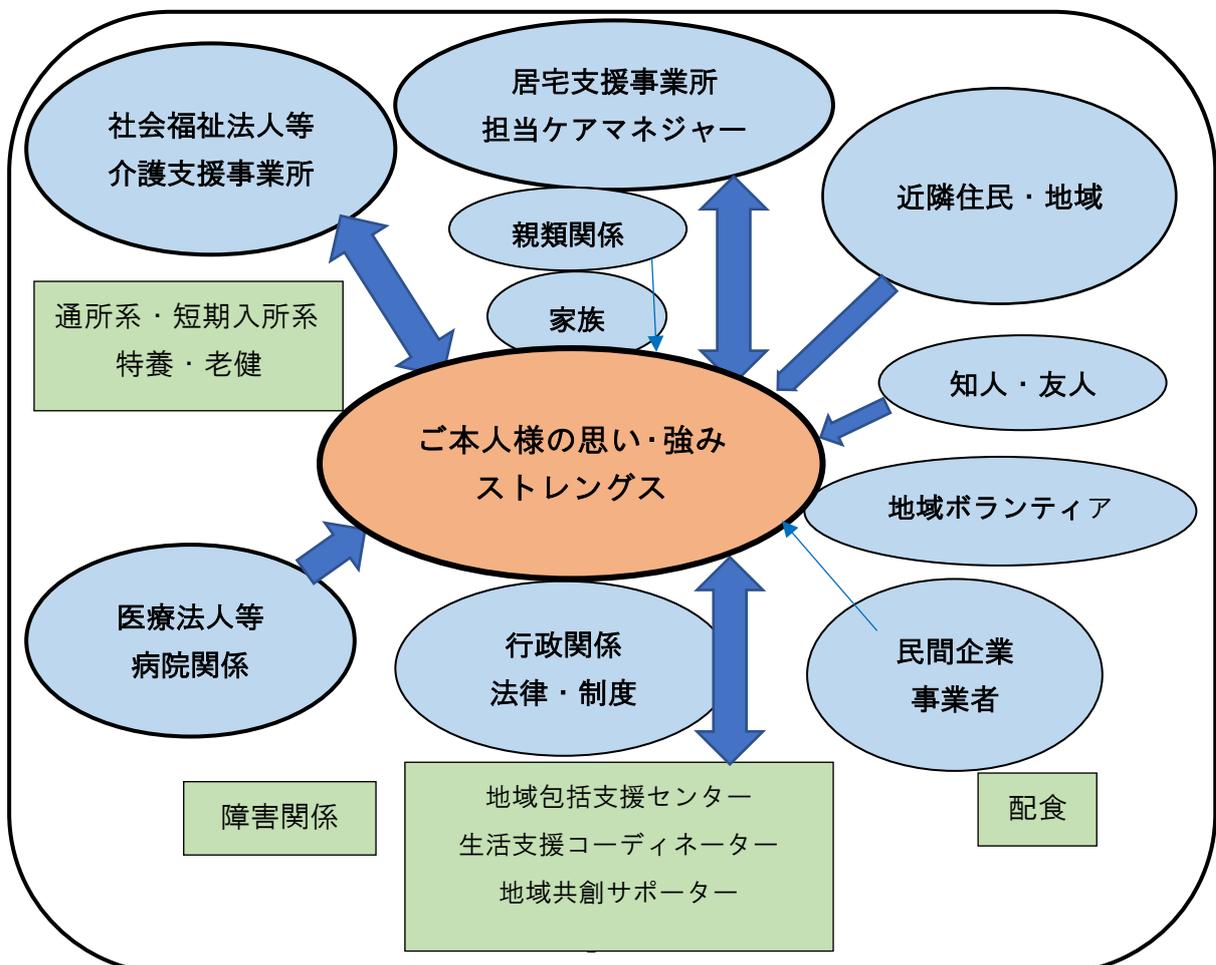
生活支援コーディネーターや地域共創サポーターに、「社会資源について知りたい」「こういう社会資源があったらいいな」等、相談をしながら地域について知り、社会資源を活用する事で、住み慣れた地域でより豊かな人生を過ごして頂くお手伝いができます。

## 2. 地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員の役割

「地域包括ケアシステム」は医療・介護・予防・住まい・生活支援を包括的に構築していくことを目的としている事もあり、そこでの介護支援専門員の役割がより重要になってきます。ご利用者の暮らしを支える上で、フォーマルサポートである介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサポートとして様々な社会資源との繋がりや関わりを知る事も大切であり、それらを活用する事が介護支援専門員の重要な役割です。

そうしたフォーマルサポートとインフォーマルサポートを組み合わせると、提供主体が多数となりご利用者の多様なニーズに対応できるようになります。反面、それぞれの社会資源が長所と短所を持っているので最適な組み合わせが求められます。これらの資源はご利用者に具体的なサービスや支援を直接提供できますが、有効に活用していくための調整が必要になります。その調整役である介護支援専門員もフォーマルな社会資源のひとつとして考えられます。ご利用者・ご家族が自己決定できるように社会資源の内容を明確に提示する必要があります。そしてご利用者本人が一番の社会資源と考え、自己資源（ご利用者自身の能力・資産・意欲）も活用することが大切です。また介護保険のサービスのみならず、年金や生活保護制度などの所得保障サービス、市町村の保健福祉サービス等のフォーマルサービスについても理解が必要です。そうしたご利用者様の**支援内容をマップにて書き出し視覚化**する事で、調整がより明確化されます。

支援マップ例



### 3. 社会資源の活用

「**社会資源**」とは、利用者がニーズを充足したり、問題解決するために活用されるフォーマル、インフォーマルな人的、物的、制度・機関などあらゆるものをさして言います。すべての人が住み慣れた地域で尊厳ある生活を継続するために、連携することのできるもののすべてが社会資源といっても過言ではありません。

「社会資源」と一言と言っても、多種多様です。

介護支援専門員は、利用者が利用できそうな社会資源に関する適切な情報を提供し、住み慣れた地域で長く生活できる様に支援することが重要な役割といえるでしょう。

介護支援専門員は、的確なアセスメントに基づき、利用者が何のためにどのような社会資源を必要としているのかを明確にしなければなりません。そして、解決すべき課題に有効な社会資源を探し、利用者の望む暮らしの実現や「生活の質（QOL）」の維持・向上に向けて結びつけていくことが大切になります。

それには、利用者が活用できる社会資源の存在、その機能、対象者、力量を発揮するとともに、介護支援専門員自身も社会資源との関係づくりに努める必要があります。

#### (1) 定義

社会資源とは、人々の生活の諸要求の充足や、問題解決の目的に使われる各種の施設、制度、機関、知識や技術などの物的、人的資源の総称

#### (2) 目的

保健・医療・福祉制度、ボランティア等が提供するサービスを利用して、利用者を取り巻く家族の生活の質を高める支援を行うこと

#### (3) 社会資源の把握

##### ① フォーマルサービス

社会資源のなかで、公的な制度や市町村の各種相談窓口など、公的な供給主体によって提供される機能などは、フォーマルサービスとして位置づけられています。

フォーマルな社会資源は業務として行われていることから、基本的に一定の水準で機能しているといえます。しかし、範囲を超えた関わり方ができるかという課題があります。また、介護保険制度だけでは、利用者の多様なニーズに対応することができないために、さまざまなサービスを組み合わせ考え出すことが必要になります。

##### ② インフォーマルサービス

- ・利用者固有の人的つながり

地域で生活する利用者にとって、最も大切にしているのが、利用者固有の人的つながりです。最も身近な存在は家族です。さらに、近隣の人たちとの関りも重要です。ちょっと様子を見に来てくれる人、ゴミ出しを手伝ってくれる人、一緒にサロンに行ってくれる人

などの情報を知る事が大切になります。

・住民主体の各種活動、ボランティア

住民主体の活動には、老人クラブやサロン、サークル活動などさまざまな活動があります。また、民生委員や福祉委員による見守り活動、有償ボランティアなども挙げられます。

サロンとは・・・高齢者の集い・通いの場です。地域住民が主体となって運営・参加を行い、どなたでも参加のできる地域交流の場です。

#### (4) 社会資源のアセスメント

社会資源は、その多様さから、すべての内容をアセスメントすることは難しいものです。その場合と同じ居宅介護支援事業所や他の居宅介護支援事業所の介護支援専門員からの情報提供や、地域包括支援センターの生活支援コーディネーター・地域共創サポーターからの情報提供を活用しましょう。

介護支援専門員は、サービスを単に利用者につなげるだけではなく、利用者のニーズを解決する機能を持っているサービスを活用するために、社会資源のアセスメント能力が求められていることの理解が必要です。

#### (5) 解決すべき課題への対応

利用者の生活の継続性を考えるうえでは、利用者の活動性を上げ、社会の一員としての役割をもつこと、つまり、地域とのつながりを維持することができるような援助の視点が必要です。家のなかで、安心安全に暮らしていきたいという希望は、一見素晴らしい内容に思えるかもしれませんが、しかし、家のなかで過ごすことが、住み慣れた地域のなかで暮らすことと同じことを意味していません。

利用者のニーズの変更に応じて、必要となる社会資源も変わっていくことになるため、ケアプランの変更を利用者・家族に十分に説明し、同意してもらうことで、利用者が望む暮らしにつながっていくことになります。

利用者の自立支援を目指すためには、社会性の維持が重要であることを、絶えず念頭におく必要があります。

フォーマルサービスとインフォーマルサポートの組み合わせは、ケアプランを作成するうえで必ず位置づけることが求められています。居宅においても施設においても、全く同じことが求められている理由は、利用者本人の意向を考えたときに、住み慣れた地域社会の一員として、介護保険サービスの利用だけでは、尊厳を保持することができないからです。

## **(6) 地域づくりへの参画**

### **① 社会資源リストの活用**

各地域包括支援センターには地域の社会資源の情報が 있습니다。生活支援コーディネーター・地域共創サポーターに気軽に相談できる関係性を作る事で社会資源を把握することができます。

### **② ネットワークの必要性**

同じような状況であっても、実際には一人ひとり必要とすることが異なるということを理解して、支援ができる人がどこにいるのかを探していくことが欠かせません。

つまり、個別の事例の支援を通して、人脈を形成していく必要があります、そうした人々がつながっていくことがネットワークです。社会資源リストなどによって社会資源を知っていても、組織と組織をつなげるだけでは、実際には機能していきません。

### **③ 社会資源開発への協力**

介護支援専門員には、地域ケア会議への参加などを通じた、地域課題の解決に向けた社会資源の開発への協力が求められています。どの地域にも同じ社会資源が存在しているわけではありません。自分が活動する地域に、必要とする社会資源が不足している場合には、共通のニーズをもった利用者を意識する事、地域包括支援センターと必要な社会資源について協議する事も大切になります。

## 4. 大牟田にある社会資源および活用例

### (1) 健康づくりに関する支援

事業名	よかば〜い体操
事業概要	家庭でできる筋力トレーニングで大牟田市独自の介護予防体操。主に地域交流施設で実施されている。 若しくは高齢者団体から概ね10名以上からの申し込みにて専門の指導員を派遣する。
窓口	大牟田市役所 福祉課健康対策担当

事業名	排尿トラブル予防教室
事業概要	排尿・排便に関する悩みに対処する為に講話や体操等を実施する（男女別） また今は排尿・排便に関して悩んでいない場合でも、教室に参加する事で今後排尿・排便トラブル予防にも繋がる。
窓口	大牟田市役所 福祉課健康対策担当

事業名	歯にかみ巡回教室
事業概要	歯科衛生士を派遣して口腔機能向上に関する正しい知識やセルフケアの普及を実施する。 ① 1回教室 講話を中心に簡単な実習を実施（無料） ② 3回教室 実習を中心に講和を含め実施（300円）
窓口	大牟田市役所 福祉課健康対策担当

事業名	転倒予防教室
事業概要	理学療法士により講話や運動指導を行う。
窓口	大牟田市役所 福祉課健康対策担当

事業名	こころの健康相談
事業概要	「眠れない」「何もする気がおこらない」等の心の悩みやひきこもり、アルコール等による問題などについて専門医、保健師が相談に応じる。 毎週第3水曜日 午後1時30分～2時30分まで（要予約）
窓口	福岡県南筑後保健福祉環境事務所
事業名	こころリフレッシュ相談

事業概要	日常生活の心配事や困り事で思い悩み、心の健康に不安を感じている方に対して臨床心理士・心理士が相談に応じます。 毎月第1・3火曜日 午後1時～3時まで（要予約）
窓口	大牟田市役所 福祉課総合相談担当

\*詳細は大牟田市発行「高齢者の暮らしを応援します」を参照ください。

## 健康づくりに関する支援を活用した事例

### 自宅に引きこもり体を動かす機会がなくなっている為、「よかば〜い体操」を紹介したケース

担当のAさん宅を訪問時、同居の夫の変化の相談を受ける。夫は最近まで高齢者の民生委員として熱心に活動されていたが、数か月前昔からの親友の死にショックを受け自宅に引きこもる様になった。運動する機会も全くなりこのままだと寝たきりになるのではないかと心配していると相談がある。そこで自宅近所の地域包括支援センターへ相談に行く。



対応した地域包括支援センター職員も日頃から運動する機会が必要であると判断し、大牟田市独自の介護予防体操である「よかば〜い体操」を紹介した。近所の地域交流施設で実施されていた為、月に一回行かれるようになり少しずつ元気になってこれ、Aさんも安心された。

### 排泄トラブルに悩みがあり、「排尿トラブル予防教室」を紹介したケース

70歳のBさんは、介護を必要としている妻と2人暮らし。妻は夜間オムツを使用しているが、毎朝尿漏れがありシーツが汚染してしまい、毎回シーツ交換等介護の負担が多く困惑していてどうにか解決したいとの思いがある。またBさん自身も今後自分の排泄トラブルも十分予想されるので、今の内に勉強してみたいと相談があった。



「排尿・排便トラブル予防教室」を紹介。今回のBさんのケースの様に、今は排泄に関して悩んではいないが、教室に参加する事で、今後、排尿・排便トラブル予防にも繋がる事をBさんに伝えた。また動画でも勉強が出来る様になっていた為、Bさんの息子さんにも理解を深めて頂く為にその動画を紹介した。

Bさんは排尿排泄に関する介護方法を教室で学ばれ、Bさんの妻に対して朝シーツが濡れなくなり、介護疲れもなくなってきている。

### 嚙む力や飲み込む力が低下した為、「歯にかみ巡回教室」を紹介した ケース

68歳のCさんは年齢とともに嚙む力や飲み込む力が低下したり、唾液の出が悪くなってきて、最近誤嚥する様な事もでてきたと相談を受ける。今後口の中の状態が悪くなり、虫歯、歯周病、口内炎などを招くばかりでなく、誤嚥（ごえん）性肺炎など全身の健康をおびやかすことが予想される。



口と全身の健康を保つための「歯にかみ巡回教室」を紹介する。コースは二つあり詳しい説明を希望された為、大牟田市役所福祉課健康対策担当へ相談した結果、3回教室を選ばれ講習を受けられる事となった。

その後Cさんは少しずつではあるが食欲が増し誤嚥する事も以前に比べ少なくなってきた。

### 悩みがあり不眠傾向で、自宅に閉じこもりの生活を送っている為、「こころリフレッシュ相談」を紹介したケース

72歳一人暮らしのDさん。要支援の認定を受けているが通所サービスにはまだ繋がっていない。閉じこもり傾向で不眠に悩んでいると言われるが、専門医の受診を勧めても「病院には行きたくない」と受診に対しては抵抗がある。



様々な悩み等を保健師が相談に応じる「こころリフレッシュ相談」を紹介する。

色々な悩みを担当の方に聞いて頂いて、今後も相談できる窓口があるだけで少し安心したご様子。また、その後は通所サービスに繋がった。

## (2) 認知症に関する支援

事業名	脳の健康チェック・もの忘れ相談会
事業概要	認知症の早期発見と予防相談窓口としての相談会 一次・二次スクリーニング検査
窓口	大牟田市役所 福祉課総合相談担当・各地区地域包括支援センター —

事業名	認知症なんでも相談室
事業概要	認知症に関して何でも相談できる窓口
窓口	大牟田市役所 福祉課総合相談担当・各地区地域包括支援センター —

事業名	認知症カフェ
事業概要	認知症ご本人やご家族の悩みや相談ができ、気軽に交流できる。 月1回、市内数か所で開催されている。認知症の方やその家族、 地域住民など誰もが安心して参加をし、交流や勉強会の場となり、 また専門職に相談もできる。
窓口	大牟田市役所 福祉課総合相談担当・各地区地域包括支援センター —

事業名	大牟田市行方不明等のおそれのある認知症高齢者等事前登録
事業概要	自宅等から行方不明が発生している状態の場合“大牟田市行方不明等のおそれのある認知症高齢者等事前登録”を活用して関係団体へ迅速に情報提供できるほっと安心ネットワークを活用していく。(認知症等行方不明のリスクが高い人の情報を整理して事前に登録する制度)
窓口	大牟田市役所 福祉課総合相談担当・各地区地域包括支援センター —

事業名	その他大牟田市独自の活動
事業概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症在宅介護者の会「つどい・語らう会」</li> <li>・DLB サポートネット大牟田（レビー小体型認知症）</li> <li>・若年性認知症当事者の会「ぼやき・つぶやき・元気になる会」</li> <li>・認知症医療センター（独立行政法人国立病院機構大牟田病院）</li> <li>・ほっと安心ネットワーク模擬訓練・絵本教室など</li> </ul>

\*詳細は大牟田市発行「高齢者のくらしを応援します」参照

## 認知症に関する支援を活用した事例

### 認知症の予防・早期発見の為、「脳健康チェック・もの忘れ相談会」を紹介したケース

73歳のEさん。要支援で独居。身の回りの事はある程度できる。最近物忘れが出てきており、同じ話の繰り返し、日付がわからない等の症状があり別居ご家族から相談がある。物忘れは早期発見が望ましいが、本人が病院受診に抵抗感がある為連れて行けないとの事。



認知症の早期発見と予防相談である「脳健康チェック・もの忘れ相談会」を紹介する。参加費も無料の為、イベント感覚で気軽に参加されてはと、ご家族様へ説明。後日相談会にご本人様とご家族で参加された。その相談会の中で、市内にある忘れ専門外来を紹介され、専門の病院へ受診する事ができ、定期的にサポートして頂ける様になった。

### 認知症の介護に対する悩みがあり、「認知症なんでも相談室」を紹介したケース

78歳Fさん。要介護1。娘さんより「最近週2回自宅へ介護に行っているが、“娘はお金を盗んでいる。誰も信用できない。家に誰も入れたくない”と不穏が出ていて日を追うごとに悪化してきている様に思っている。どう接したら良いのか分からないと不安になってきた」と訪問時に玄関先で相談を受ける。



ご本人、ご家族等、誰もが認知症に関して何でも気軽に相談できる「認知症なんでも相談室」を紹介する。相談窓口では、専門的な知識を持った相談員が応じる事、また電話での相談も可能な事、必要に応じて訪問や医療機関へ連絡調整も行ってくれる事を伝える。その後定期的に相談を継続され、娘さんの不安が軽減した。

### 自宅から外に出て行かれ、行方不明が発生している為、「事前登録」を紹介したケース

81歳 Gさん女性。以前は営業関係の仕事をしていた事もあり良く外出していたが最近自宅に帰れず、警察より保護されるケースが多くなってきている。そこでご家族からどうしたら良いのか相談があった。



担当の地域包括支援センターへ相談して、「大牟田市行方不明等のおそれのある認知症高齢者等事前登録」を活用する事となる。

上記の登録を行っていた事で Gさんが行方不明になった時、情報を基に各関係機関へ素早く伝達され、捜索をして頂き、結果近所の公園にて早期発見され無事に自宅へ帰宅される。

### 認知症の対応について悩まれている家族に、「認知症在宅介護者の会」を紹介したケース

最近訪問時に介護者である息子嫁の介護疲れが顕著になっている。介護者は自分しかおらず相談者がいない状態である。利用者は遠い親戚からの電話にはきちんと答えられ、被害妄想もあり「息子の嫁が自分に冷たくあたる」と言われている様子。

そうした事もあり遠い親戚からは電話にて「きちんと介護しているのか」「虐待しているのではないか」という意見も受けて精神的に追い込まれている状態。

ご家族様の介護方法や生活における様々な悩みがあり。相談、気軽に交流できる場の提供が必要ではないかと感じた。



認知症在宅介護者の会を紹介して、介護をしているご家族同士認知症や介護について学びあい、情報交換できる場として活用して頂いた。

自分だけ辛い思いをしているのではないのだ、困ったら助け合う仲間がいるのだと思ったら気が楽になり、その結果ストレスや思いが共有でき、以前より精神的にも介護に対して向き合えるようになった。

**認知症の方で自宅に閉じこもり外出の機会がない為、「認知症カフェ」を紹介したケース**

Hさんは軽度の認知症があり、妻と夫婦2人暮らし。自宅に籠ってしまい、妻に対して暴言を吐く事もある。家の外に出る事もなく、人との交流も少ない。



自宅の近くで開催されている認知症カフェを紹介し、誰もが安心して相談できる場である旨をお伝えする。“妻と一緒になら”とHさんは参加される事となり、回数を重ねる度に色んな方と交流でき、気の合う仲間もできて、今では参加が待ち遠しい状況となれる。

**(3) 権利擁護に関する支援**

事業名	日常生活自立支援事業
事業概要	判断能力が不十分な方（認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者等であって、情報の入手、理解、判断、意思表示を本人のみでは適切に行うことが困難な方）で、本事業の契約内容について判断し得る能力を有していると認められる方と利用契約を締結し、本人の同意を得ながら福祉サービスの利用援助及び日常生活費（金銭管理）等を行うもの。
窓口	大牟田市社会福祉協議会 権利擁護センター

事業名	成年後見制度
事業概要	判断能力が不十分な方（認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者等）であって、財産管理（不動産や預貯金などの管理、遺産分割協議などの相続手続など）や身上の保護（介護・福祉サービスの利用契約や施設入所・入院の契約締結、生活状況の確認）などの法律行為を本人に代わってもしくは本人の同意を得ながら行い、本人の財産や権利を法的に保護し支援するもの。 成年後見制度には、法定後見制度の他、任意後見制度がある。
窓口	大牟田市社会福祉協議会 権利擁護センター

## 権利擁護に関する支援を活用した事例

### 認知症によりお金の管理ができずに支払いが滞った為、「日常生活自立支援事業」を紹介したケース

80歳のIさん。要介護1で独居。遠方の娘さんより、「最近物忘れがひどくなり、ガス代や電気代を滞納したりスーパーに財布を忘れてきたり頻繁にするようになった。近隣にお手伝いしてくれる親戚がないので困っている。今後の金銭管理をどこかにお願ひできないか。」と相談があった。かかりつけ医に相談し検査を受けたところ認知症と診断された。



大牟田市社会福祉協議会権利擁護センターに相談する。訪問調査の結果、日常生活自立支援事業の対象者と認められ、Iさんから利用同意を得て契約を締結する。Iさんと一緒に作成した計画書に基づいて計画的に生活費を渡すなどの金銭管理を行った結果、大金の紛失や支払いが滞ることが無くなった。

### 認知症状が進み、訪問販売の被害にあった為、「成年後見制度」を紹介したケース

85歳のJさん。要介護2の独居で身寄りがない。1カ月前に夫が亡くなり、その後から認知症が急激に悪化し判断能力や理解力が低下された。最近、訪問販売で不要な布団を買ったり、複数の新聞社と契約したり、また、契約したことを忘れてトラブルになるということが続いている。介護保険の契約や財産管理ができなくなってきた。



大牟田市社会福祉協議会権利擁護センターに相談する。

成年後見制度の申し立てを行い、家庭裁判所より後見人が選定され、主に後見人とケアマネジャーで本人の在宅生活を支える。しかしある日、自宅で倒れているところをヘルパーが発見し救急搬送される。徐々に回復し病状も安定したが、自宅での1人暮らしは難しいと判断され、後見人により有料老人ホームの利用契約を行うとともに住んでいた自宅を売却し、入居一時金へ充当した。入居後は穏やかに過ごされている。

#### (4) 生活困窮に関する支援

事業名	生活困窮者自立相談支援事業
事業概要	生活の困りごとや不安を傾聴し、どのようなサポートが必要なのかを相談者と一緒に考え、動きながら自立に向けた支援を行うもの。（但し、生活保護世帯は除く） 事業メニューとしては①自立相談支援事業②住宅確保給付金事業③学習支援事業④一時生活支援事業⑤アウトリーチ支援強化事業⑥家計改善支援事業を実施している。
窓口	大牟田市社会福祉協議会 生活支援相談室

事業名	大牟田市社会福祉法人地域公益活動協議会
事業概要	市内に住む人々が抱える制度の狭間にある問題解決に向け、市内の社会福祉法人が協働し、人材、資金、資材、情報を共有し、制度の狭間を解決する地域貢献活動とした「生活困窮者レスキュー事業」の実施及び政策提言を行うことを目的として活動している。
窓口	大牟田市社会福祉協議会（大牟田市社会福祉法人地域公益活動協議会事務局）

事業名	生活福祉資金貸付事業
事業概要	低所得者や高齢者、障がい者等の世帯に対して各種資金の貸し付け相談を行い、ケースによっては民生委員等の協力を得ながら、借受世帯の自立に向けた指導や支援を行う。（原則として生活保護世帯を除く）
窓口	大牟田市社会福祉協議会 生活支援相談室

## 生活困窮に関する支援を活用した事例

### 支払いが滞り家計が回らなくなった為、「家計改善支援事業」を紹介した ケース

70歳のKさん。事業対象者。Kさんから弟さんについて相談あり「弟は毎月の携帯電話料が高く、食費もかなりかかっている様子。しかも、最近債務を持っていることが分かった。毎月赤字の様子なのでとても心配している。どこか相談するところはないのか。



大牟田市社会福祉協議会総合生活支援へ相談する。家計改善支援事業の相談員が面談を行い、弟さんとともに家計の見直しをおこない、家計表等を作成。家計再生のアドバイスをもらい、支出の見直しを行った結果、安定した生活を送ることができた。

### 自宅に物が溢れ、自分で片づけることができない為、清掃の支援を受けた ケース

75歳男性のMさん。民生委員から「敷地外にも物が溢れ異臭がするのでどうにかできないかと近隣住民から苦情が出ている。何度も介護保険の申請を勧めているが応じられない。頼れる身寄りもないみたい。」と相談あり。訪問すると自宅内外に物（ゴミ？）が山積されており不衛生で足の踏み場がない。自分で片づけることができないし業者に頼むお金もないとのこと。



大牟田市社会福祉協議会（大牟田市社会福祉法人地域公益活動協議会事務局）へ電話で相談する。清掃対象者と認められ、一緒にMさん宅を訪問し状況を確認される。Mさんへ清掃に関する同意をとられ、清掃の日程やゴミの捨て方等の段取りを一緒に行う。清掃当日は、大牟田市社会福祉法人地域公益活動協議会に加入している法人の職員とともに一斉清掃を行った。また、並行して介護保険申請を行い要介護1の認定がでたため、清掃後は、訪問介護を利用し清潔な環境を維持できている。

※「生活困窮に関する支援を活用した事例」の記載例はあくまでも一例のため、詳細については必ず大牟田市社会福祉協議会生活支援相談室へ相談してください。

(5) その他の支援

事業名	緊急通報システム事業
事業概要	65歳以上の一人暮らしで、健康状態に不安があり（高血圧、心疾患、脳血管性疾患など）、日常生活を行ううえで常時注意を必要とする方や、身体障害者手帳の交付を受け、障害の程度が1級または2級であって常時注意を必要とされる方が簡単な操作により受信センターへ通報できる機器を貸し出しします。また、事業者が電話による安否確認を月1回行うもの。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・機器の設置にかかる費用…5,000円</li> <li>・毎月の利用料金…所得に応じた金額</li> </ul>
窓口	大牟田市役所 福祉課健康対策担当

事業名	配食サービス
事業概要	自宅に弁当を配達してもらえるサービスのこと。事業所によっては安否確認もされている。（事業所一覧は大牟田市のホームページで紹介されている。ホームページ閲覧ができない場合は、福祉課の健康対策担当でもらうことができる）
窓口	各配食事業所

事業名	介護用品（紙おむつ）給付事業
事業概要	対象者世帯が市民税非課税で要介護3以上の認定を受け、在宅で生活している65歳以上の人で、概ね3か月以上寝たきりの状態または認知症を有し常に失禁状態と認められる人に一定量の紙おむつを届けるもの。
窓口	大牟田市役所 福祉課総合相談担当

事業名	福祉収集
事業概要	訪問介護を利用されている人で、ゴミ捨て場まで行くことが困難となられ、近くにその支援をしてくれる人がいない方が利用できるもの。
窓口	大牟田市役所 環境業務課

## その他の支援を活用した事例

### 心疾患による発作の不安がとても強い為、「緊急通報システム事業」を紹介したケース

85歳のNさん。要介護1。独居で持病の心筋梗塞があるためいつ発作で倒れるか分からず不安が強い。子供は遠方に住んでいるためすぐには駆け付けられない。なにかあったときは誰に頼ればいいのか。



緊急通報システム事業を紹介し、Nさんから申し込みしたいと希望あり。大牟田市役所福祉課健康対策担当に申請し許可が下りたため自宅に機器を設置。その後は安心して自宅で過ごせるようになった。

### 食事の準備が億劫になり、不規則になった為、「配食サービス」を紹介したケース

77歳のOさん。要支援2で独居。若い時から主に妻が食事を準備してくれていたが、その妻が数カ月前に急に亡くなった。別居の息子から「父は母が亡くなり気力を失っている。台所に立つのもきつく、食事を作ることは難しい。自宅に弁当を届けてもらえるようなところはないのか。」と相談あり。



大牟田市内の配食サービス事業所一覧を渡し、一番近い事業所に弁当の配達を頼まれる。毎日決まった時間に弁当が届き、しっかり食事を摂ることができている。また、配達員の声かけ（安否確認）が楽しみとなられ表情が明るくなられた。

### 寝たきりで常時紙おむつが必要となり、「介護用品（紙おむつ）給付事業」を紹介したケース

90歳のPさん。妻と二人暮らし。妻から「4カ月前に脳梗塞を発症し寝たきり状態で常時失禁となっている。入院中に介護保険申請を行い要介護4の認定がでており来月退院の予定となった。退院後は紙おむつの費用が心配…」と相談あり。確認すると非課税世帯であり給付の対象者である。



大牟田市役所福祉課総合相談担当へ相談し、介護用品（紙おむつ）給付事業の申請を行う。書類・訪問審査の結果、事業該当者と認められ、毎月低料金（年度により料金変動あり）で一定量の紙おむつが自宅に届き助かっている。

### ゴミ捨て場まで行くことが困難となった為、「福祉収集」を紹介したケース

83歳のQさん。要介護1で独居。ゴミ捨てに行く途中の道端で転んでしまい足首を捻挫する。その後から歩行状態が悪くなりゴミ捨て場まで行くことができなくなった。市内に家族はおられず、手伝ってくれる知人も居ないので困っている。



大牟田市役所環境業務課に相談し福祉収集の申請を行う。環境業務課職員が自宅で利用者とケアマネと面談される。その後審査し事業利用の許可が下りる。許可後は自宅前にゴミを捨てることができるようになった。

#### (6) 人とのつながりに関する支援

名称	民生委員
活動内容	厚生労働大臣から委嘱され、担当する地域に暮らす身近な相談相手として、地域住民からの生活上の心配ごとや困りごと、医療や介護、子育ての不安などの相談に応じる。そして、その課題が解決できるよう、必要な支援への「つなぎ役」になる。また、地域の見守り役として定期的な訪問などを通じて高齢者や障がい者世帯、子どもたちの見守りをおこなっている。子どもや子育てに関する支援を専門に担当する民生委員（主任児童委員）も活動している。 民生委員・児童員共に法による守秘義務がある。
窓口	大牟田市役所 福祉課総務企画担当

名称	福祉委員
活動内容	大牟田市社会福祉協議会から委嘱された住民サポーターで、一人暮らし高齢者や障がい者等が、地域で孤立することなく生活できるように、民生委員・児童委員と連携して声掛け・見守り・訪問活動等を行う地域福祉活動の推進者。見守りの他にも、ふれ合いサロンや子供地域食堂、地域行事等に参加して住民との交流や地域福祉の推進を図るほか、福祉を必要としている方へ情報を届けたり、困り事を抱えた住民を関係機関へ繋いだりする。
窓口	大牟田市社会福祉協議会

名称	医療機関の地域医療連携室
活動内容	地域医療連携のために必要な業務を行う部署のこと。地域の医療や介護、福祉施設との連携を図り、様々な相談に応じている。 具体的には、入院相談・調整、地域の医療機関への繋ぎ、退院支援（在宅療養や施設入所など）、介護保険や障害サービスの紹介、経済的な問題への相談などを行う。
窓口	各病院の地域医療連携室

名称	サロン
活動内容	高齢者や子育て中の人で支援が必要な人達を対象に、気軽に、無理なく、楽しく利用できる‘地域の中の居場所として市内全域に設置され、地域の世話役の方によって運営されている。高齢者や子育て中の人なら誰でも自由に参加できる。また、活動の中で利用者が時として「運営の担い手」になれる。 活動場所や内容、日時はサロンにより異なるが、地域の公民館や交流施設、集会所などで開催されている。
窓口	大牟田市社会福祉協議会（※社会福祉協議会登録サロンのみ） 各地域包括支援センター

## 人との繋がりへの支援を活用した事例

### 外出の機会がない為、サロンへの参加に繋がったケース

Tさんは長男夫婦と同居。介護認定を受けているが、通所サービスの利用は拒否があり利用に至っていない。年と共に家事動作も時間がかかる様になり、一切を嫁に任せる様になった。家庭での役割もなくなり、一日中テレビを見て過ごしている。もともと、人と話すのは好きな方だったが、外に出な事で交流もなくこのままでは心身ともに低下が懸念されている。



社会福祉協議会へサロンについて問合せたところ、近くの公民館で月に2回サロンがっていると情報を頂いた。まずはお嫁さんと一緒にサロンを見学され、以前は交流があった顔見知りの方が参加されている事が分かり、その後参加する様になった。サロンでは、顔見知りだった方との交流や、同年代の新たな友人もでき、お茶くみの手伝いを積極的にする様になり、役割を持つ事ができた。サロンに行く為に元気でいたい、と意欲も見られる様になった。

### 一人暮らしで、民生委員による定期的な見守りを依頼し、連携を図ることができたケース

Rさんは女性の一人暮らしで、近所に親しい友人もいない。最近、足腰が弱くなった事でデイサービス以外での外出の機会も減り自宅で過ごす事が多くなった。話し相手がない寂しさや、一人暮らし色々な不安をケアマネジャーが訪問する度に訴える様になった。Nさんの家族は遠方に住んでおり、毎日電話をしているが、難聴で電話に気付かない事もあり、家族も心配に思っている。



担当の地域包括支援センターを介して担当の民生委員と連絡を取り合う事ができた。情報共有を図り、民生委員より地域で月に1回行われているお茶会に誘って頂き、地域の方と交流する時間を持つ事や楽しみができた。また民生委員と福祉委員による定期的な訪問の継続にて状況の確認ができ、家族に報告して頂く事で、本人・家族共に安心して過ごされている。民生委員と連絡を取りながら何かあれば一緒に対応をしている。

### 主治医との連携で、服薬管理ができるようになったケース

Sさんは1人暮らしの男性。認知症にて、薬の管理が充分できず、残薬が多く見られている。定期的な受診は行かれており、その際に主治医には「薬はきちんと飲んでいきます」と言われており、実態が伝わらない状況であった。ケアマネジャーより本人に薬の話をするも、「大丈夫」となかなか聞き入れてもらえない。訪問看護やヘルパーの利用に関しては拒否があり導入ができない状況。



主治医へ面談し、在宅での状況を報告。主治医より、居宅療養管理指導の導入を本人に提案。「家に人が来るのは嫌」と再三拒否をされていたが、主治医の助言は抵抗なく受け入れられ、その後薬剤師の定期的な訪問指導にて、服薬管理ができるようになった。また、この事がきっかけで、主治医とも連携を図りやすくなった。

### 近隣住民と疎遠になっていたが、関係性が再構築できたケース

夫婦二人暮らし世帯。二人とも軽度の認知症がある。ゴミ出しの日を間違えてしまったり、地域の草取り当番の日を忘れる事が最近見られる様になった。

忘れない様にカレンダーに印をつけたり、ヘルパーによる声掛けを行っているが、なかなかうまくいかない状況であった。



時々声をかけて下さる近隣住民に、隣近所の人たち数人による声かけ、見守りにより、ゴミ出しを一緒にして頂く事ができないか、相談した。

皆さん気にはなっていたが、ヘルパーさんが来ている様なので余計な事はしない方が良いのでは、とっていたとの事だった。ご本人たちと一緒にお願いをして、ゴミ出しの日には声かけをして頂き、草取りなどの地域行事には誘いに行ってお下さる様になり、地域との繋がりを保つ事ができている。

A様（82歳女性）1人暮らし

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の動作	
6:00								時間をかけて着替える 杖を使用しトイレへ行く	
7:00								テーブルで椅子に座って ブドウパンを食べる。	
8:00									
9:00		ヘルパー ゴミ出し、買い物						買い物リストを作る	
10:00	デイケア 入浴、リハビリ 昼食、カラオケ  楽しみ♡			デイケア 入浴、リハビリ 昼食				ポストから新聞を取って 読む	
11:00		民生委員来訪 (1回/月程度)			ヘルパー 買い物、掃除	サロン 公民館で「よかばい体操」	楽しみ♡	(土) 体操の後に近所の方 とお茶を飲んでおしゃべり	
12:00							長女・孫が来訪 一緒に昼食、相談相手 買い物		
13:00									デイケアで入浴（月・木）
14:00					宅配受け取り・注文 食料品、日用品等				〇〇コープから玄関に荷 物が届く
15:00									
16:00	配食届く (安否確認)	配食届く (安否確認)	配食届く (安否確認)	配食届く (安否確認)	配食届く (安否確認)	配食届く (安否確認)		配達のお兄ちゃんと話す	
17:00								夕食をテーブルで椅子に 座って食べる	
18:00		長男から電話 相談相手							
19:00									
20:00								杖を使用しトイレへ行 き、ベッドで寝る	
21:00									
22:00									
23:00									
0:00									
1:00								夜中は2回程度トイレに行 く	

赤…地域のつながり 緑…家族 青…企業 黄色…介護保険サービス