
7. 相談時の対応フローチャート、天城町版ケアプラン様式

(案) を活用した業務内容の再検討

～鹿児島県天城町 地域包括支援センター～

【本事例の主なポイント】

1. 相談のあったケースについては、平成 18 年度から問い合わせや照会以外は全件訪問し、必要な支援につながるように対応している。その結果、大きな問題は減ってきており、訪問回数も減ってきている。
2. 県が実施している地域活性化事業（65 歳以上が登録・活動するとポイントが付き、貯めたポイントは町内の商店街で使える商品券（1 ポイントで 1,000 円）と交換可能）を活用した高齢者の見守りグループがある。高齢者は 3 人以上 1 組でグループを作り、ボランティアグループ同士で勧誘、話し合い等がされている。
3. 天城町版ケアプラン様式（案）として、本人の生活者としての出来る能力を引き出す ICF の考え方（健康状態・活動・心身機能・参加・環境・個人因子）をアセスメント項目の柱にすえ、国の標準項目 23 を活用した本人の課題分析シートを作成し、これを基にできていることと本人の生活者としての出来る可能性のある能力に焦点をあて、どこに課題（阻害因子）があるのかを見える化している。
4. 相談時の対応フローチャートを独自に作成し、相談対応のスタッフ全員で流れを共有している。本人の状態の確認や申請の必要性、地域の事業の活用等を検討でき、初めての職員でもこれに沿って業務遂行ができるようになっている。

【取り組みの背景等】

相談時の対応フローチャートは、職員が変わると対応が変わってしまうため、令和 2 年 4 月に作成した。初めての職員でもこれに沿って業務遂行ができるようになっており、相談対応の職員全員で流れを共有している。

■ 天城町の状況

総人口	5,975 人	
世帯数	2,623 世帯	
65～74 歳人口	751 人	
75 歳以上人口	1,244 人	
高齢化率	33.4%	
要支援者数	17 人	
要介護者数	311 人	
認定率	15.6% (県平均 19.6%)	

※平成 27 年国勢調査

※要支援者数、要介護者数、認定率は令和 2 年 3 月末現在

■ 天城町所在の医療・介護資源の状況

医療機関	病院（0箇所）	有床診療所（0箇所）
	無床診療所（2箇所）	歯科診療所（2箇所）
介護サービス事業所	訪問介護（3箇所）	訪問入浴介護（0箇所）
	訪問看護ステーション（1箇所）	通所介護（1箇所）
	通所リハ（1箇所）	特定施設入居者生活介護（0箇所）
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護（0箇所）	
	小規模多機能型居宅介護（0箇所）	
	看護小規模多機能型居宅介護（0箇所）	
	介護医療院（0箇所）	介護老人保健施設（1箇所）
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（1箇所）	
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（3箇所）	
	居宅介護支援（2箇所）	

※令和 4 年 3 月 1 日現在

■ 地域包括支援センターの状況

運営形態	自治体直営	委託先（委託の場合）	—	
職員配置状況	保健師	1 人	社会福祉士	1 人
	主任介護支援専門員	1 人	看護師	2 人
	介護支援専門員	0 人	その他の職員	1 人

※令和 4 年 3 月 1 日現在

■ 参考：地域包括支援センターに対する鹿児島県の主な支援策

【地域包括ケアシステムの構築・深化】

○市町村の支援体制の充実：地域包括支援センターの職員等に対し必要な知識及び技術の習得を支援する研修を実施、事業評価をもとにした適切な人員配置やPDCAサイクルの充実による効果的な運営への助言等による市町村におけるセンターの機能強化を支援

【認知症の早期診断・早期対応の体制強化】

○認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携強化を支援し、認知症疾患医療センターを拠点とする関係機関相互のネットワークの形成を促進

【認知症に対する理解促進と普及啓発】

○地域包括支援センターや認知症疾患医療センター等の相談窓口の一層の周知に努める

【高齢者虐待防止の推進】

○介護施設等の管理者・従事者及び市町村・地域包括支援センター職員に対する高齢者権利擁護意識の向上を図るための研修を実施

【中重度者等の在宅生活を支える介護サービス基盤と家族介護者支援】

○家族介護者支援のため、市町村や地域包括支援センターにおいて介護支援専門員や民生委員等からの気付きの情報を早期に把握し、子育て・障害福祉・学校教育等の関係部署や関係機関、専門職等との連携による相談支援体制の充実が図られるよう、市町村への情報提供や助言等に努める

【介護サービスの提供に係る質の向上】

○地域包括支援センターが地域包括ケアシステムの中核的な役割を果たすために必要な機能強化が図られるよう、市町村への情報提供や助言等、必要な支援を実施
○夜間・早朝の窓口（連絡先）の設置など、介護に取り組む家族等に対する相談体制の充実のため、市町村への情報提供や助言等、必要な支援を実施

【消費者被害の未然防止】

○市町村における地域包括支援センター等での消費生活関連を含めた各種相談への対応や、高齢者に接する機会の多い方々を対象とした消費生活講座の開催、啓発チラシを配布するなど、地域での見守り活動を支援

※出典：「鹿児島すこやか長寿プラン 2021 令和3年度～令和5年度（令和3年3月）」より一部抜粋・加工

(1) 事業及び運営内容

<概要>

- 介護予防として、町内 14 集落のうち 12 集落で地域サロンを実施している。健康チェック・筋膜マッサージ・脳活性化体操・レクリエーション等を行っている。相談では全件訪問を実施、高齢者福祉係とも連携している。生活支援コーディネーター等から相談があった時点で訪問し、実態把握することで早期の発見を心掛けている。本人や家族と「目指す姿」を共有し、地域資源と合わせてサービスを展開。プラン作成検討会等を通して意思統一を行っている。自立支援の考えを地域住民と共有している。
- 独居高齢者や子どもが島外という方が多く、甥・姪等が介護しているケースもある。島外からの問い合わせにも訪問を行い、対応している。困難事例としては、本人の子供と連絡が取れないケースもある。

①介護予防ケアマネジメント業務

<現状>

- 介護保険事業計画では介護予防支援がわずか 6 名となっているが、サロンの影響が大きく要支援者 1 名、総合事業 2 名。地域サロンの中でデイサービス対象のような人もいる。
- 短期入所生活介護の計画が増えているが、これは特養に増床がありショートステイが増えたことによる影響である。これまでは他の町のショートステイを利用していた。施設が増えれば需要も増えるということで計画は増えている。
- 要支援 1、2 で継続して介護福祉用具を使用する人があまりいない。原因となる疾患等にもよるが、リハビリをして地域に帰っていくケースがほとんど。気になるケースはサロンスタッフ経由で見守りを行っている。自主サロンもあることから、他のサロンに出向く等の回数が増えている。

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 常に自立支援の理念を意識し、対象者の生活の改善を目指すプランを作成し、サービス提供を行っている。
- 1 か月に一度サービス利用票をお渡しする際に現状確認を実施、3 か月に一度目標に対しての現状評価を行っている。（ご本人と目標の再確認を行う。）

<課題等>

- 対象者・ご家族、事業所と目標（事業利用終了）の共有。
- 総合事業では介護申請せずに短期集中で通所・訪問リハビリサービスの利用が可能だが、サービス利用により身体機能の改善が図られ当初の目標が達成されても継続的にサービスの利用を希望する方の対応に困ることがあり、再アセスメントの重要性を感じる。

②総合相談支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○相談時の対応フローチャート

- ・相談時の対応フローチャートを町独自にて作成し、相談対応のスタッフ全員で流れを共有している。本人の状態の確認や介護保険申請の必要性、地域の社会資源の活用等を検討できるフローチャートとなっている。作成したのは令和2年4月であり、初めての職員でもこれに沿って業務遂行ができるようになっている。（福祉と関係のない部署で勤務していたが、フローチャートによりスムーズに業務に入れた。）
- ・包括支援センターにおいて活用できる地域資源を中心のサービス一覧としているため要介護1～5のサービス等の詳細は省略している。

○相談のあったケースについては、問い合わせや照会以外は全件訪問し、必要な支援につながるように対応している。訪問するのは1日約4件でほぼ毎日訪問している。平成18年度から全件訪問していて、相談が遅れてしまったために大きな問題に発展するケースは減ってきている印象がある。

○介護保険制度では賄えない支援が必要な高齢者や、要介護状態でない高齢者を地域の資源等を活用して支えられるよう、相談内容を吟味し必要な支援につなげる。相談内容については、包括スタッフで情報共有し支援の方向性を共有している。

<課題等>

○人員確保。

③権利擁護業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○高齢者虐待事例においては、ケースに応じ、長寿子育て課、他関係機関と連携して対応する体制ができている。

○身寄りのない方等の対応策として、在宅医療介護連携推進会議（島内の3町合同で実施、居宅事業所の担当者・保健所・医療機関等が参加、会議の本体は年2回、各町の会議は年1～2回）でエンディングノート（意思確認の内容含む）の作成、エンディングノート活用のシステム作りに取り組んでいる。

<課題等>

○成年後見制度の研修会や普及啓発活動ができていない。個別で案内することがあるが、活用まで至っていない。（手間や選定先、費用面）

○身寄りのない方への対応（本人意思確認できない時の判断）。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○天城町版ケアプラン様式（案）の活用

・天城町版ケアプラン様式（案）として、本人の生活者としての出来る能力を引き出す ICF の考え方（健康状態・活動・心身機能・参加・環境・個人因子）をアセスメント項目の柱にすえ、国の標準項目 23 を活用した本人の課題分析シートを作成し、これを基にできていることと本人の生活者としての出来る可能性のある能力に焦点をあて、どこに課題（阻害因子）があるのかを見える化している。

・新規要支援認定者は全て対応、要介護から要支援になったときは既存のプランを基本に本人宅訪問を行い本人の目標達成状況・評価を確認し、引き続き居宅支援事業所に委託するケースもある。居宅介護支援事業所のケアマネジャーが目標達成状況に応じて地域移行ケースもある。（要介護から要支援への移行時のフローチャートを作成し、包括と居宅介護支援事業所との確認作業時に活用予定）

・ケアマネジメント検討会は、3 町と居宅介護支援事業所が参加、2 か月に 1 回の頻度でほぼ 10 年間実施していたが、現在は各町での実施となっている。

○令和 2 年度は徳之島島内の全居宅介護支援事業所の主任ケアマネや管理者に参加いただき、自立支援についての意見交換会を開催。今後、徳之島地区の自立支援について理念を作り出す作業が必要と考えている。

<課題等>

○上記の流れを現任が実施していける体制整備。

<「認認介護」、「8050」への取り組み>

○件数は年に 1 件ずつ程度。生活支援コーディネーターが独居の高齢者等を回ると情報が上がってくる。認認介護は介護サービスが必要だと思っても、家族の意向でサービスに繋がらないケースもあった。そのような場合は見守っているケースもある。

○息子が 60 歳で精神疾患があり、刃物を持って暴れたということで、隣人からの情報により介入したケースがあった。

⑤小規模自治体にあることで他の自治体と比較して恵まれている点、及びその理由

<恵まれている点及びその理由>

○平成 18 年度の包括支援センター設置当初から、介護予防に関わるスタッフや関係者（ケアマネジャー、事業所代表、住民代表等）と自立支援の考え方を共有しながら事業を展開しており、自立を望む考え方が住民に浸透しているように感じる。

○ゆいゆいサロン（地域サロン：基本的には各集落週 1 回、血圧測定や健康チェック、認知症予防体操、オセロ等を実施）の参加者から「できるだけ人の手を借りずに生活できるように。」「元気で居続けられるように。」「困った時はいつでも相談できる。」との声が多く聞かれる。平成 18 年度は、元気な高齢者が通所に行きたいというよう

な要望があったが、地域サロンでの介護予防が浸透し毎週サロンに通うのが楽しみとなり元気高齢者が増えている。

○高齢者の見守りグループ

- ・11グループが存在し、定期的に動いているのは5グループ。参加者は65歳以上の元気な方。
- ・鹿児島県では、65歳以上が登録・活動するとポイントが入る事業（地域活性化事業：貯めたポイントは町の商店街で使える商品券（1ポイントで1,000円）と交換）を活用した見守りグループがある。高齢者は3人以上1組でグループを作り、ボランティアグループ同士で勧誘、話合い等がされている。
- ・包括支援センターの運営協議会に参加し、自分の地域に見守りグループがないということを知ってグループを立ち上げた人がおり、また行政側は把握していないが自然に見守りの互助活動をしている人もいる。

○集落区長、民生委員、地域のお世話役、サロンスタッフ等から、気になる（身体の状態や生活状況に変化がある）高齢者について早い段階で連絡が入る。

○1島3町で人口規模がそれほど大きくないため、3町で連携して実施できる事業がある。

- ・認知症初期集中支援チーム員会議：年3回程度で、参加者は3町の包括、認知症サポート医1名。各町から困難事例等をまとめて事例検討を行い、意見をまとめている。年3回の会は町の持ち回りで、基本のチーム員会議はケース会議と助言、対応の結果報告を繰り返している。その他、認知症カフェ、相談会等を実施している。リアルタイムで相談を受けている場合は独自で解決できることも多く、終了後のケースを持ち寄っているような状況である。認知症の分類を分けており、相談に対してのフローチャートや枠組みができるのではないかと考え、実行している。最近の会議では、件数は各町から新規が1件ずつ、経過報告が3件で合わせて6件であった。
- ・在宅医療介護連携推進事業

⑥小規模自治体にあることで他の自治体と比較して不便な点、及びその理由

<不便な点及びその理由>

○住民のサービス利用が島内全域となるため、事業所やケアマネジャーから利用できるサービスについて3町で統一するよう要望があるが、介護予防サービスの提供については町ごとの考え方があるため、完全に統一することは難しい。

⑦運営形態の違いによる運営面での強み（効果的なこと）、及び課題

<強み（効果的なこと）>

○地域住民についての情報が直接入るため、早い段階で対応できる。

○住民生活と社会資源の状況が直接把握できるため、課題・対策が見つかりやすい。

○本庁に地域包括支援センターがあり保健センターは出先となるが、窓口での対応は

フローチャートを使いながら役場で対応できる。

<課題等>

○異動がある。人員確保。

○元々は1つの課内（保健福祉課）にあった地域包括支援センターと高齢者福祉部門が2つの課（けんこう増進課・長寿子育て課）に分かれているが、連携が図れたら良いと感じる。組織編成は令和2年度からであるが、メリット・デメリット両面ある。高齢者福祉部門に専門職がいないため、キャパシティが小さくなっている。

⑧地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報の取り扱い、ICTの活用状況等

<地域や対象者の実態把握の具体的方法、及び工夫>

○生活支援体制整備事業で、第2層生活支援コーディネーターの活動として65歳以上高齢者の実態把握のための訪問活動を行っている。（3年で全戸訪問を繰り返している）また、訪問活動で得られた内容を地域包括支援システムに入力し、支援が必要となった際に活用している。

○今年で3年目になるが、回り切れていないので延長する予定。人数が限られた中で、3年のスパンが短いのか長いかわからない。優先度を決めて短い期間で行く方がよいと思う。介護保険事業計画の策定にあたり高齢者全世帯回ることもあり、実際のデータと住民からの声を反映するため3年に一度としている。

○第1層生活支援コーディネーターは社会福祉協議会に委託、2層は町が直接やり取りし、65歳以上の生活実態把握をしている。2層からの訪問情報を基に、1層に買い物支援等の必要なサービスの情報収集・発信、開拓などの活動してもらっている。今年は社会福祉協議会の担当者が辞職したために第1層の委託ができなくなり、対策を考えている。

○聞き取り調査の内容は決まっている。（家族構成や日頃の生活の情報、社会参加の状況等17項目を聞き取り）生活支援コーディネーターがいて助かったケースでは、親族の方が近くにいるか等も聞いてもらえており、密な情報が得られていると思う。なお、報酬については時給で支払っている。

○情報の入り方は、ボランティアグループからの活動報告書、ゆいゆいサロンのスタッフ等からの報告書により把握することがある。保健センターに健診受診データがあり、必要時に情報提供を依頼している。

○地域サロン（天城町14集落中12集落でそれぞれ週1回開催）の実施報告書に参加者、血圧とスタッフが気になる高齢者の記録が残るため、状態や生活状況に変化（悪化）が確認された場合は、包括スタッフにて訪問し実態把握を行っている。

<個人情報の取り扱いの具体的方法、及び工夫>

○上記の65歳以上高齢者の実態把握のための訪問活動では、生活状況等詳細な聞き取りを行うため、生活支援コーディネーターに対し、活動実施に伴う個人情報に関して

の守秘義務の説明と誓約書提出をしていただいている。

<ICT の活用状況の現状、及び工夫>

○住民の個人情報に関して、特に ICT は利用していない。

○事業の周知に関して、けんこう増進課（保健予防係）保健センターの公式ラインのタイムライン機能の利用を試みたことがある。

(2) 連携状況

①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況

<特に工夫していること>

- 国の方向性が一次介護予防、特定高齢者介護予防事業との変遷があり、そのたびに事業の見直しをし、介護予防事業を地域に根付かせることを目指し集落委託までの基盤をつくりあげた。
- 民生委員定例会の際に、事業の紹介や気になる高齢者がいた場合、包括支援センターに相談するよう周知している。（ボランティアグループの一員で民生委員をされている方も多い）
- ポイント事業を活動してのボランティア組織（65 歳以上の元気な方が参加）については活動報告の提出があるため、その際に連携を図ることができる。また、ボランティアグループと生活支援コーディネーターが集う協議体（地域支え合い会議：昨年度から設置、生活支援コーディネーターが参加し年 1 回実施）があるため、地域活動をしている支援者同士の交流の場がある。令和 3 年 12 月の会議で理念について話し合いを行い、活動方針の再確認を行った。

<課題等>

- 地域活動に従事する住民が増えているが、様々な役割を兼任していることが多く、次の世代（新規・後任）の発掘・育成が必要。地域サロンの運営の中でスタッフになることはあるが、町として新しい人を見つける活動はできていない。地域で頑張っている人の情報をもらい、アプローチしている。活動のための学習会を行っており、立ち上げ当初からのスタッフは現在 1 名となっている。
- 介護保険サービスと地域ボランティアの活動の間の支援（生活支援・買い物・病院受診）が必要な対象者への対策。経済状況によってはサービス（有償ボランティア・有料ヘルパー・介護タクシー）があっても利用が難しい。

②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況

<特に工夫していること>

- 小規模自治体であるため、徳之島地区として問題・課題に取り組む必要があり、対策を講ずるために近隣町（徳之島町・伊仙町）、県（徳之島保健所）と協議する機会があるため、連携を図っている。徳之島地区で足りない資源や講師がある場合、3 町で協力はするが資源の共有はない。
- 徳之島地区介護支援専門員協議会に参加し、顔の見える関係づくり、現状の共有を図っている。事務局を居宅及び施設が持ち回りで持っており、本会が 1 回、研修会が 1 回となっている。なお、ケアマネジメント検討会は、包括が中心となり介護支援専門員の後方支援の視点からケアマネジメント能力を高めるための検討会であり、介護

支援専門員協議会とは全く別のものである。

○個人の相談対応のため、医療機関、介護サービス事業所等と随時連絡を取っている。

③これから連携を取りたいと考えている組織、及びその理由

○社会福祉協議会や高齢者福祉部門等と連携を図り、介護保険サービスと地域ボランティア活動の間の必要な支援について共有し、社会資源の創出をしてもらいたい。

○NP0

(3) 人材の確保及び育成

<現状、及び特に工夫していること>

○自治体としては専門職が増えてきている。保健予防、介護予防、福祉等配置部署が限定されている中、業務内容・個人の力（新任～管理期）に合わせ、配置・異動の流れができればと感じている。

○職員異動の周期は決まっていないが、専門職間では3年を目安に業務間異動をした方がいいという意見がでている。天城町全体で保健師6名、看護師2名、社会福祉士2名、主任ケアマネ1名である。

○人員が少ないからこそ、総合的な取組ができるメリットはある。

○研修会への積極的参加等

<課題等>

○人員確保。訪問、その後の対応や事務処理に時間を要し、時間外勤務が多いため、あと1～2名程度必要と感じている。

○過去保健師の募集をしているが応募はなかった。ケアマネの次世代等についても危惧している。

○町の規模が小さく重層的支援等で一本化しようという事業があるが、動いていない。

○町として保健予防活動に従事する専門職が入職して歴史が浅いため、課題も多いが、人員も確保されてきており、今後の取組の充実に期待もできる。

(4) 小規模自治体の地域包括支援センターとして特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等

○包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

・主任ケアマネ、管理者はもちろん、プラン作成にかかわるケアマネジャーと自立支援についての考え方の共有が必要。

○ポイント事業を活用した高齢者の集いの場、高齢者支援グループの増加に力を入れており、今後も充実を図りたい。