



プログラムに参加して 意識の変化、取り組んだこと、今後の取り組み

～自分らしくいきいきと元気に過ごせる地域づくりを目指して～

2021年2月3日

桑名市

坂田 幸枝



プログラム参加当初の課題認識

令和2年4月～『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』事業
取組開始

令和2年9月～人材育成プログラム参加

<参加前>

- ・『事業』を実施することにより高齢者のフレイル対策ができる。
- ・『事業』をどう組み立て進めるべきか。全日常生活圏域への横展開。
- ・『事業』を進めることが『地域課題の解決』となる。

一方通行
主役は誰？



<参加後>

- ・『事業』としてすすめていくことと、『地域課題の解決』は別。
- ・『事業』で関わる高齢者は、地区の高齢者の一部(サンプリング)。
- ・通いの場の健康課題は、地区の共通課題の可能性（仮説）
- ・住民と対話することにより『地域課題』を見つけよう
- ・住民と『地域課題』を共有、解決に向け住民と共に考える
- ・横展開は一律でなく、地区に応じた支援が必要。

問い・気づいたこと・わかったこと(1)

①地区の課題と思うことを出し合う中で地区全体の課題や仮説が見えてきた

- ・ 通いの場参加者の分析：運動・転倒リスク有、運動習慣少ない。
- ・ 現状： 通いの場は、概ね徒歩圏内に1か所ずつ設置あり。
運動要素は少ない。
頻度は月1回程度（増加は見込めない）

問い：通いの場以外の機会をつくる必要がある？
住民は望んでいる？

気づき：健康教育目的の訪問
時は生活実態や住民の思いの
聞き取りはできていない

気づき：

通いの場参加者を含めた高齡者全体の生活実態の把握が不十分

問い・気づいたこと・わかったこと(2)

②あらゆるデータを集めることでその地区がより見えてくることを実感

- ・ 通いの場の参加者とゆっくり対話する時間をとることで初めて得られた生活実態の情報
「ラジオ体操を集まってしているが冬季は休み」
「移動販売車が来ることになった、助かる」 等
- ・ 気づき：通いの場に参加していない人の情報は聞き取りきれない。通いの場に参加している高齢者は多度圏域高齢者の一部（約7%）。



③通いの場に参加していない人の実態把握が必要だということが見えてきた

傾向をつかむための手段として、
「高齢者ニーズ調査」を介護部門と連携し
分析開始

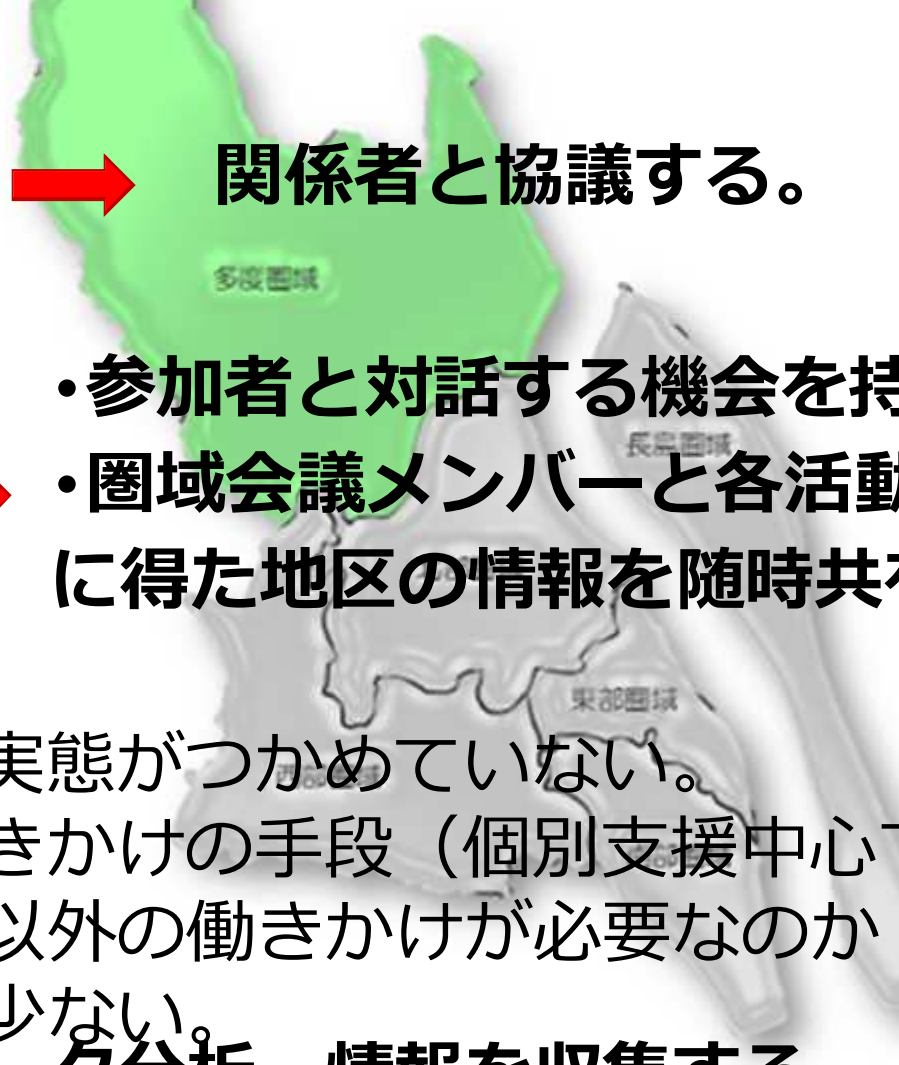


わがまちの目指す姿・課題・打ち手（１）

目指す姿

高齢者になっても自分らしくいきいきと元気に地域で過ごせる

課題（解決すべきこと）

- 
- ①通いの場以外の支援方法や資源等、何が必要なのか把握しきれていない → **関係者と協議する。**
- ②通いの場に健康教育以外で参加ができていない。
通いの場参加者の生活実態把握不足 → **・参加者と対話する機会を持つ。
・圏域会議メンバーと各活動時に得た地区の情報を随時共有。**
- ③通いの場に参加していない高齢者の実態がつかめていない。
また、地区の優先順位や地区への働きかけの手段（個別支援中心でよい地区なのか、地区への通いの場以外の働きかけが必要なのかどうか等）を検討するための情報が少ない。
→ **データ分析、情報を収集する。**

わがまちの目指す姿・課題・打ち手（２）

打ち手

- ①：すべてを一気に取り組むのは困難。通いの場の情報、各部署の
日頃の活動情報も取り入れ検討。

➡ 圏域の中でさらに細かく 3つの地区に絞る。

- ②：3つの地区の通いの場に対して健康教育以外に参加して日頃の
生活状況、地区の資源等の情報収集。

- ③：ニーズ調査の分析。約 90 問ある質問項目より、3つの地区の
課題比較をする項目を絞る。

（自分の部署で検討⇒圏域会議で検討⇒包括の協力により分析）

➡ 通いの場に参加していない人も含めた課題比較。

➡ 働きかけ、通いの場以外の資源の必要性、住民周知検討。

PGを通じて自身やまちに起きた変化

参加前と比べて自分自身の変化（意識・考え方・行動など）

- ▶ 住民の生活の視点を大切にしよう、対話から聞き取っていきこう、既存の資源、方法だけにとらわれないようにしようという意識の変化があった。

関係者や地域に起きた・起きそうな変化

- ▶ 関係機関とは、地域の課題について積極的に意見を出し合い、次までに自分の部署でできることを準備しよう、何ができるか？他になにがあるとよいか？ということをお互いに考えることができるようになった。
この検討を重ね、地域への働きかけを行い、地域住民にも課題が伝わり、解決に向けてすすんでいければと思う。

参考資料（１）課題解決シナリオ検討シートの最終版（桑名市）

	これまでの検討を踏まえて 現時点での設定	なぜ？ （裏付ける具体的事実とともに、文章で説明）
目指す姿	<p>多度圏域の市民が、高齢者になっても自分らしくいきいきと元気に地域で過ごせる。</p>	<p>（なぜそれを目指したいのか） 多度圏域の健康課題として、市全体と比較して生活習慣病リスク、運動機能低下リスクが高いことがわかった。 自分らしい生活のためには、それだけでは決してないものの、上記リスクを減らすことも必要と考えたため。</p>
現状	<p>（目指す姿に対する現状）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 困難を抱える個人の視点 ・ それを支える人や地域全体の視点 <p>①多度圏域全体の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健康課題として、市全体と比較して生活習慣病リスク、運動機能低下リスクが高い。 ・ サロン（通いの場）開催頻度が月１回、運動要素がないところが多い。 <p>②多度圏域のサロン参加者（高齢者の約7%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者の質問票の結果にて、要連携者となった方は、包括へつなぎ、包括より個別訪問を実施。訪問を実施した人以外の個人の細かい生活実態の情報は少ない。 ・ 要連携者は運動リスクを抱えている人がほとんど。 <p>③サロンに参加していない高齢者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 細かい生活実態が見えていない。 ・ サロンの対象者となりうる地区の高齢者（元気高齢者～要支援２までの人数）の割合がわかっていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ なぜそうなっているのか <p>①について：運動リスク→地理的状況（山間部）、交通手段がない、車に乗れなくなると閉じこもる可能性が高い。 サロン開催頻度・内容→サロンの歴史（合併前からの設立）、地区ごとのサロン設置で地区越えしての参加が難しい、担い手の負担、不足あり、サロンの開催頻度を増やすことは難しい。</p> <p>②について：健康教育の目的で地区に出向く時は、１対１で対話する時間が限られており、生活実態の情報が得にくい。包括訪問の状況結果報告を受ける、圏域会議で情報交換を行うことはしている。</p> <p>③について： 高齢者ニーズ調査（65歳以上の元気高齢者～要支援２までが対象。３年で全数調査）市全体、日常生活圏域別、小学校区別の結果はあるが、サロン単位別の地区の結果分析ができると、サロンの対象者となりうる地区の高齢者（元気高齢者～要支援２までの人数）の割合と、サロンに参加していない高齢者の実態の傾向がつかめると考える。 ニーズ調査の全体の元データは他部署にあるため、これまで自治会別の細かい地区の傾向分析はされていない。</p>

参考資料（２） 課題解決シナリオ検討シートの最終版（桑名市）

これまでの検討を踏まえて 現時点での設定

なぜ？ （裏付ける具体的事実とともに、文章で説明）

課題

- ・ 目指す姿と現状のギャップを埋めるために取り組むべきこと
- ①について：サロン以外の支援方法や資源等何が必要なのか把握しきれていない。→関係者と協議する。
- ②について：サロンに健康教育以外参加できていない。サロン参加者の生活実態把握不足。→参加者と対話する機会を持つ。圏域会議メンバーと、各活動時に得た地区の情報を随時共有。
- ③について：サロンに参加していない高齢者の実態がつかめていない。地区の優先順位や地区への働きかけの手段（個別支援中心でよい地区なのか、地区へのサロン以外の働きかけが必要なのかどうか等）を検討するための情報が少ない。→データ分析、情報を収集する。

- ・ なぜそう考えたのか
- ①について：多度圏域の健康課題の一つ、運動機能低下リスクを減らすためには、サロンの資源だけでは上記現状の理由より不十分と考えたため。
- ②について：健康教育で呼ばれていない普段のサロン活動を一緒に参加しながら、参加者と話をすることで、日頃の生活状況、困りごとなどが自然に聞けるのではないかと考えた。
- ③について：地区の高齢者はサロンに参加していない人がほとんどであり、参加していない人の生活実態を知ることが目指す姿に向けた働きかけの手段を検討するために必要な情報。一人ずつの聞き取りができれば一番よいのだが、まず地区全体の傾向をつかむうえで、二ーズ調査分析が必要と考えた。

打ち手

- ・ どこから手をつけるか、それによって誰の何が変わっていくのか
- 打ち手①：課題①について、どの地区からまず取り組むかを検討⇒多度圏域から、サロンの他、各部署の日頃の活動時の情報も加味し、3つの地区に絞る。
- 打ち手②：課題②について、絞った3つの地区のサロンに、健康教育に参加して、日頃の生活状況、地区の資源等の情報収集を行う。（1か所は済）
- 打ち手③：高齢者二ーズ調査の分析。約90問ある質問項目より、3つの地区の課題比較をする項目を絞る。（自分の部署で検討⇒圏域会議で検討⇒包括の協力により分析）それにより、各地区のサロンに参加していない人も含めた課題比較。働きかけ、サロン以外の資源の必要性、住民周知検討。

- ・ なぜそれが有効だと思うのか
- ・ 打ち手①：すべてを一気に取り組むのは困難。働きかけが必要（またはできそう）な優先順位を決めていく必要があると考える。
- ・ 打ち手②：1か所済。今月から地区に宅配車が週1回来ることになった情報、お寺に毎朝集まりラジオ体操をしていたのは、今月から冬季休みにしたこと、普段の買い物先、普段の食事について、地区の高齢者と子どもたちとの関わりの状況、サロンに参加していない男性の会の活動内容について等、住民の生の声、情報を得ることができた。⇒生の声、情報を集約し、今後の地区への働きかけの手段に活かしていけると考える。
- ・ 打ち手③：3つの地区の高齢者の実態、課題比較ができ、優先順位および働きかけの手段検討に活かせると考える。

以下 資料編

参加前の認識（参加のきっかけ）

令和2年4月～『**高齢者の保健事業と介護予防の
一体的実施**』の取組開始

事業主担当課：保健医療課（保健センター：健康づくり部門）

○企画・調整等担当の医療専門職（保健師）：1名

○地域担当の医療専門職：保健師、理学療法士、管理栄養士 他

＜一体的実施における坂田の担当業務＞

- ・ポピュレーションアプローチ(フレイル対策)の主担当
- ・多度圏域の副担当

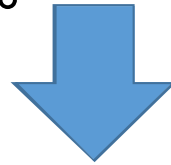
（今年度、6 日常生活圏域のうち多度圏域で実施）



プログラム参加当初の課題認識

<担当者としての思い>

- ・ 初年度試行錯誤しながら事業を進めていけないといけない
- ・ 評価方法をどうしたらよいか悩む
- ・ 限られたマンパワーで次年度以降の他の日常生活圏域への展開も考えたい。



この研修プログラムでヒントが得られるかもしれない



参 加

調べた中で出てきた具体的なエピソードや事実について

①地区の課題と思うことを出し合っていこう

9月17日 課内担当者検討会（T地区について検討）

現状について（抜粋）

- ・高齢化率が約35%と高い地区ではあるが、サロン参加者は65～74歳の前期高齢者が多い。
- ・後期高齢者質問票より、ほとんどの方が運動・転倒リスクあり。
- ・サロン開催は月1回。サロンではラジオ体操を実施。運動の必要性や効果については、過去にも説明済。その一環で、市オリジナル健康体操（筋トレ要素を含む）の実施をすすめたが、「見本がないとやれない」「難しいからやれない」等で、実施に至らず。
- ・サロンは、代表者が企画した、季節の催し物があり、お楽しみ要素が多く、参加者はお客様的な参加。



**仮説：比較的若いサロン参加者であっても運動リスクが高く、運動習慣もない。
この地区全体の課題ではないか？**

10月 2日 課内担当者検討会（B地区について検討）

現状について（抜粋）

- ・ サロン参加者への質問票からの要連携者（※）の全員が、運動・転倒リスクあり。

（※）（解説）

- ・ サロン開催会場は集会所の2階、階段に手すりなし。
- ・ 山奥の地区であり、車の手段でないと、集会所に来ることも困難。参加者は乗り合わせをしながら全員車で来ている。
- ・ 月1回開催。運動内容のない回がほとんど。



**サロン参加者も運動習慣がない。サロンに来られなくなると、運動習慣だけでなく、閉じこもりのリスクも考えられる。
サロン参加していない人はどうしているんだろう？**

北部西圏域会議（以下 圏域会議）

・ 多度圏域と北部圏域の一部の地域課題検討の場。月1回実施。
メンバー：生活支援C o、包括職員、保健医療課保健師、理学療法士

終了したポピュレーションアプローチの結果（参加人数、要連携者数、当日の状況等）一覧をもとに圏域会議にて、サロンの課題だけでなく、その**地区の課題**や、**現状等の意見交換**を行う。（意見の抜粋）

- ・ **Tサロンの要連携者の訪問**に包括職員が行くと、朝6：30～7：00に**友達と散歩**しているという人が**複数名**いた。
- ・ 個人的に歩く人もいる一方、身近な、**歩いて行けるところで集まって運動する機会があれば**行ってみたいという声も日頃の活動の中で時々聞く（C o）。歩いていけるところに運動できる機会があるのが一番いいけれど、**例えば、多度圏域の中心部**で運動する機会をつくるのもいいのか？しかし**望んでいるのか**どうか？
- ・ **B地区**は、運動面、交通手段的に不便など課題のある地区だが、地域の主な人との関わりがあり、情報収集や、運動するメリットを地区の方に伝える機会をつくるなど、**声をかけやすい地区**か？
- ・ どの地区のどこに資源があるのか、どこに不足しているのか等、可視化するため、地図に起こしてみるというのも一つか。

調べた中で出てきた具体的なエピソードや事実について

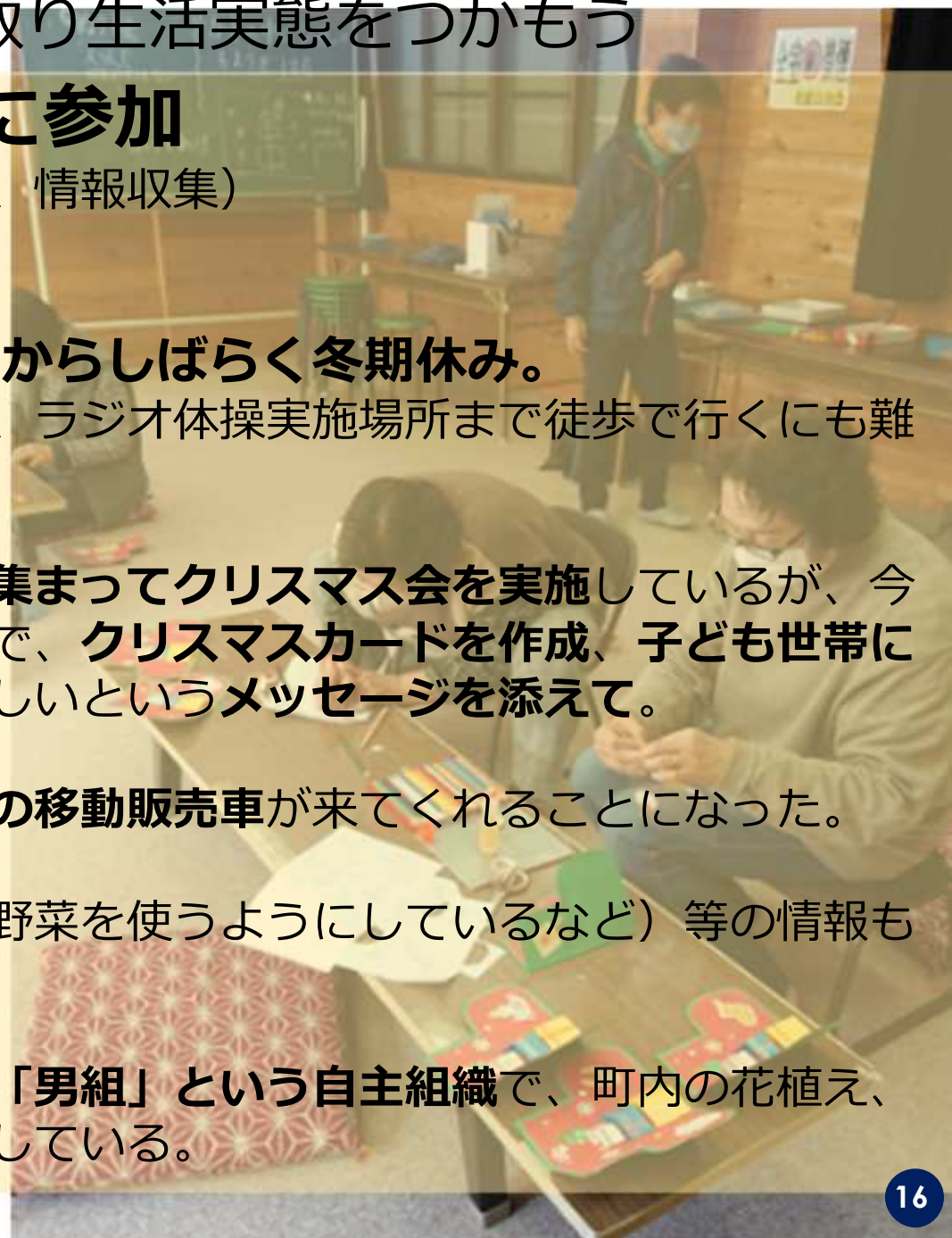
②地区高齢者の生の声をもっと聞き取り生活実態をつかもう

12月19日 B地区のサロンに参加

(健康教育の機会ではなく、通常のサロンに参加、情報収集)

得られた生活実態の情報 (抜粋)

- ・ **毎日朝6:30からのラジオ体操は、今月からしばらく冬期休み。**
(当日、数日前に降った雪が残っていた。冬季は、ラジオ体操実施場所まで徒歩で行くにも難しそうであることも確認してきた。)
- ・ **毎年B地区では、地区の子どもたち、高齢者が集まってクリスマス会を実施しているが、今年是一同に会することができず、今回のサロンで、クリスマスカードを作成、子ども世帯に配布予定。地区で出会ったらあいさつをしてほしいというメッセージを添えて。**
- ・ **地区内のお寺に今月から毎週土曜日、食料品等の移動販売車が来てくれることになった。**
- ・ **普段の買い物は車で〇〇へ、食べているもの(野菜を使うようにしているなど)等の情報も聞く。**
- ・ **サロン参加者は全員女性。**地区の男性5名程で「男組」という自主組織で、町内の花植え、しいたけの菌打ち等を不定期に呼びかけし活動している。



調べた中で出てきた具体的なエピソードや事実について

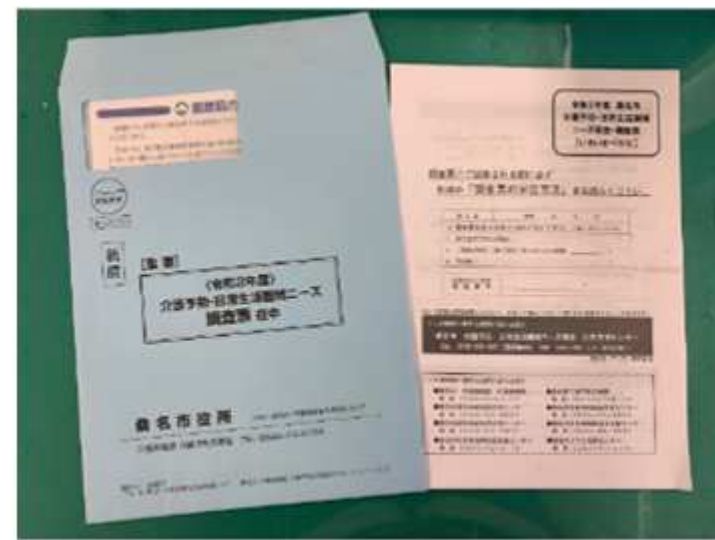
- ③高齢者ニーズ調査を細かい地区で
分析してみよう、
地区全体の実態の傾向をつかもう。

桑名市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 (いきいき・くわな)

対象：65歳以上の元気高齢者～要支援2まで
3年間で全数調査

現状：ニーズ調査結果（データ）は介護部門にあり、市全体、
日常生活圏域、小学校区別の結果が出されている。
自治会単位別の細かい地区の傾向分析はされていない。

仮説：自治会単位の分析ができると、サロンの対象者となる
高齢者（元気高齢者～要支援2）の割合と、サロンに
参加していない高齢者の実態の傾向がつかめる。

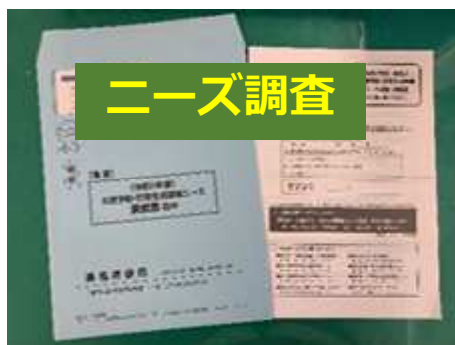


課題のエビデンス整理

多度地区課題				
40歳	50歳	60歳	70歳	
<ul style="list-style-type: none"> 運動しない(歩かない)割合が高い 生活習慣改善意欲がない人が多い 生活習慣改善意欲があっても地味でない人が多い 				
<ul style="list-style-type: none"> 眼科、歯科の受診率が高い 肥満の割合が高い 生活習慣病関連の医療費が高い 				
<ul style="list-style-type: none"> 健康を気にしていない人が多い 健康リスクがあっても来診が多い 生活習慣病の重症化した入院が多い (糖尿病、高血圧、心臓病、脳血管、腎臓病) 				
<ul style="list-style-type: none"> 介護認定率が高い 要介護1以上の対象者が多い 				
<ul style="list-style-type: none"> 運動機能低下のリスクが高い 閉じこもりのリスクが高い 物忘れのリスクが高い うつ病のリスクが高い 外出手段が、自動車がない人が多い 				
主要な課題				
<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病リスクが多い 運動機能リスクが高い 車に乗りこなせないと、より閉じこもりの可能性が高まる 				

自分の部署で検討⇒絞った3つの地区の人口関係、健康課題エビデンスの整理、自分の部署には足りないが、必要なデータ、情報は何かの検討

ニーズ調査



ハザードマップ



人口関係



項目考察

項目	内容
1	食生活について
2	運動について
3	健康について
4	地域での生活について
5	家族の状況について
6	外出について
7	健康について
8	健康について
9	健康について
10	健康について
11	健康について
12	健康について
13	健康について
14	健康について
15	健康について

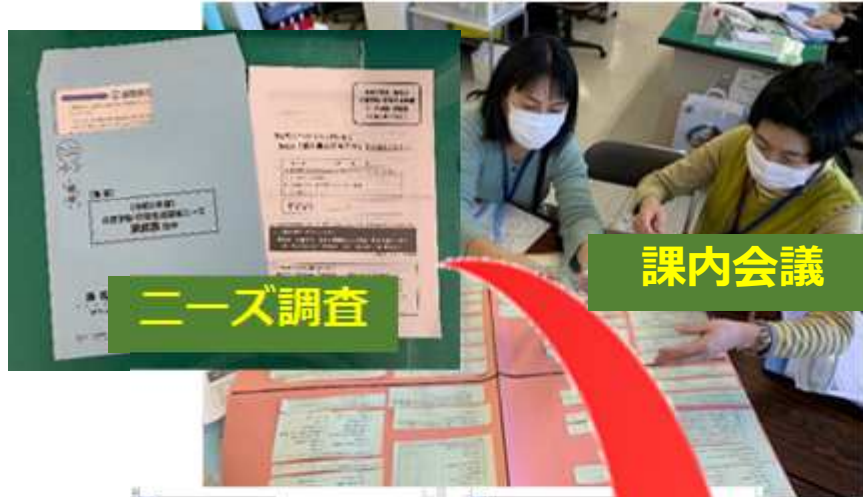
3地区比較

		B地区	K地区	T地区
人口関係	総人口	292	502	259
	3区分別			
	年少人口 (0~14歳)	36	43	22
	生産人口 (15~64歳)	167	271	146
高齢者数	老年人口 (65歳以上)	89	188	91
	前期高齢者数 (65~74歳)	45	103	45
	後期高齢者数 (75歳以上)	44	85	46
	高齢化率	30.5%	37.5%	35.1%
世帯数 関係	世帯数	112	185	90
	1世帯当たり人数			
	高齢者夫婦世帯数			
	65歳以上単身世帯数			
介護保険、要介護認定者数およびサービス利用者数	50~64歳の1人暮らし男性世帯			
	息子と父親2人暮らし世帯			
	要介護認定者数			
	サービス利用者数			
健診	国保加入者数			
	国保加入率	190		269
	健診受診率 (国保)	23.9		22.2
	健診受診率 (後期)			
サロン関係	サロン参加者数 (人)	14	23	12
	サロン参加率 (%)	15.7	12.2	13.2
	要連携者数 (人)	9	10	8
	運動リスク有人数	9	9	8
ニーズ調査関係				
市内29地区中		多度西	多度南	
健康診断関係	【後期高齢者】			
	1. 健診受診率	市に比べ低い	市に比べ低い	
	2. BMI 有所見率	多度では1番低い	市に比べ低い	
	3. 血糖・脂質	7位	27位	
	4. 血糖・血圧	1位 (同率)	1位 (同率)	
	5. 血圧・脂質	3位	3位	
	6. 糖尿病入院	23位	4位	
	7. 高血圧入院	1位	29位	
	8. 脂質 入院	1位	29位	
	9. 脳血管疾患入院	4位	27位	
	10. 心疾患入院	1位	10位	
	11. 腎不全入院	4位	29位	
	12. 精神入院	2位	12位	
	13. 1人あたり糖尿病外来医療費	1位	29位	
	14. 1人あたり高血圧外来医療費	24位	3位	
	15. 心疾患外来	29位	4位	
健康診断関係	【国民健康保険】			
	1. 健診受診率	市に比べ低い	市に比べ低い	
	2. メタボ該当者	多度では1番低い	市に比べ低い	
	3. 非肥満高血糖	4位	25位	
	4. 脂質	3位	2位	
	5. 血糖・脂質	2位	24位	
	6. 血糖・血圧	2位	28位	
	7. 1人あたり医療費 内科・歯科共	1位	23位	
	8. 糖尿病入院	市や多度と比較し	市と比較して高い	
	9. 精神入院	3位	2位	
	10. 新生物入院	1位	25位	
	11. 歯科外来	2位	19位	
	12. 脂質異常の入院	1位	13位	
	13. 脳血管疾患入院	14位	5位	
	14. 腎不全入院	14位	3位	
	15. 心疾患外来	26位	5位	

ニーズ調査を分析



今後項目を絞って介護部門と、包括の協力を得て分析予定



! 自分の部署で把握できるデータがわかってきた。

! 他に必要なデータがわかってきた。

! 他の部署で出せるデータがわかってきた。



あらゆるデータを集めることで、
その地区がよりみえてくることを実感



圏域会議

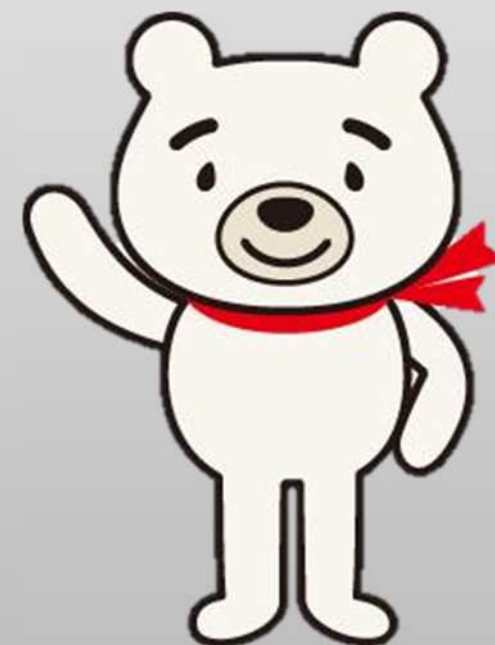
令和2年度 実践型地域づくり人材育成プログラム
成果報告会

一人ひとりが自分らしい暮らしを 選択できるまち

2021年2月3日

長久手市

藤井 厚宏



長久手市広報ナビゲーター
クーデシガーナ

プログラム参加当初の課題認識

当初

目指す姿：多世代が共生するまち。

現状：それぞれの世代が独立して生活しているまち。

本当の課題：市民が多世代の共生を必要としていない。高齢者しか集まらない。

- ・ **【目指す姿－現状＝課題】を常に意識し、一から情報を集めなおす。→手段から考えない！！**
- ・ **【目指す姿】を設定するにあたり、【私が高齢者になったらどうなっていたいのか】を考えた。**
- ・ **【なぜ】をとことん突き詰める意識を忘れず行動。**

現状①

包括職員への聞き取りより、要支援者が意欲的になれる、主体的になれる場があればそれを案内するが、現状なかなか見つからない。よってデイサービスを案内しがちであることがわかった。



デイサービスの利用が多い要因の一つではあるが、包括に相談する前段階で意欲的・主体的になれる場を自由に選択できる環境がない・・・

現状②

②長久手市の要支援者の方が通っているデイサービスランキングトップセブン

第一位	リハビリフィットネス長久手	39件	市内
第二位	きたえるーむ名古屋藤里	19件	市外
第三位	デイサービスはなのき日進	18件	市外
第四位	デイ・トレーニング パウ	14件	市外
第五位	デイサービス ゴジカラ村	12件	市内
第六位	リハビリライフさくら通所介護事業所	10件	市外
第七位	アクポデイサービス日進竹の山	8件	市外
	ツクイ長久手作田	市内 8件	市内

長久手市の要支援者のほとんどが、市内の運動型短期型デイを利用していることがわかった。

現状③

デイの管理者さんへの聞き取りより、デイ利用者の興味があること、よく話にあがることは就労関係が多いことがわかった。また、デイに熱心に通う人は、目的があり、コミュニティがあることがわかった。

デイ利用者への聞き取りより、利用者の中には意欲的に通えている人と、そうでない人がいることがわかった。意欲的な人はその大きな理由の一つに、趣味という好きなものがあり、それを継続、もしくは再開するといった目標のために頑張っていることが分かった。

目的となり得るもの（趣味・就労等）やコミュニティがあれば、意欲的・主体的になれる。そのような場が選択肢としてフォーマルにも、インフォーマルにもない人がいる・・・

現状④

要支援者へお話を聞く中で「望む暮らし」を尋ねると、「趣味を続けたい」「お友達と旅行に行きたい」「家で編み物をしていたい」というように、望むものは十人十色だった。

[illegible]

目指す姿

望むものは
十人十色。

そんな人た
ちが自分ら
しい暮らし
を**選択**して
生きていけ
たら幸せ

現状

包括に相談する前段階で意
欲的・主体的になれる場を
自由に選択できる環境がな
い・・・

目的となり得るもの（趣
味・就労等）やコミュニ
ティーがあれば、意欲的・
主体的になれる。
そのような場が選択肢とし
てフォーマルにも、イン
フォーマルにもない人がい
る・・・

課題

高齢者が望む、
十人十色の幸せに
沿う（意欲的・主
体的になれる）こ
とができ、
自由に選べる選択
肢がフォーマル・
インフォーマルを
含め少ない。

例えばこんな打ち手はどうだろうか

フォーマル（制度）を変えることはすぐにはできないので、
インフォーマル（制度外）に活路を見出していく必要がある。



十人十色の幸せ

高齢者にとっては、居心地がよく興味があることをやれること。
紹介側にとっては、何をどのように行っているかが明確なこと。

十人十色の選択肢を増やす

行政だけでは限界がある。方法の一つとして、地域貢献に熱心な
会社・団体のコンテンツを活用させていただく。



十人十色の幸せに沿える多くの選択肢を、
地域貢献を希望する会社・団体と協力して作る。

長久手市の総合事業

藤井のイメージ

フォーマル

インフォーマル

第一号事業

委託事業

デイサービス

介護保険事業

市民、企業等々

従前型

~~A型~~

~~B型~~

~~C型~~

買い物
リハビ
リ(半C型)
※参考資料1

介護予防
教室
(サロンへの
講師派遣等)

市民
サロン

ケアプランいる

いない

いない

いない

送迎ある

ある

ない

ない

公費ある

ある

ある

ない

ここに何か作れないかな

ここに何か作れないかな

PGを通じて自身やまちに起きた変化

参加前と比べて自分自身の変化（意識・考え方・行動など）

「目指す姿－現状＝課題」もっと早く知りたかった。今後は仕事上だけでなく、私のこれからの人生にも当てはめて考えていきたい。

自分の思考過程を、だれが見ても同じ様に理解してもらえるように文字に起こすことの難しさ。
自分の思考過程を人に聞いてもらう恥ずかしさ。
何事も正しい方法を会得する大切さ。に気づく。

包括職員、コーディネーター、CSW、デイ管理者等々、今回関係した人々との絆が深まった。

ターゲットをしっかりと絞り、その人たちにどうなってほしのかを想像し、**仮説**を持って現状を調査する。なぜこうなったのかを十分に考え次へ向かう。こうして思考を深めていくことで、より洗練された課題が見つかる。

打ち手から考えてしまう自分・・・考える時、常に【目指す姿－現状＝課題】を念頭に考えることを癖づける。思考方法が身についたならば、打ち手から課題、課題から打ち手を考えていけるようになれば最強。

包括職員、デイ管理者、デイ利用者、コーディネーター、CSWへの聞き取り・・・**現場の声、生々しい声**がとても大切。

個人に目を向けて考えることが最も重要だと気づく。当市地域ケア会議へ参加し、個人について考える時間を増やし、自分を成長させていこうと考えている。

PGを通じて自身やまちに起きた変化

関係者や地域に起きた・起きそうな変化

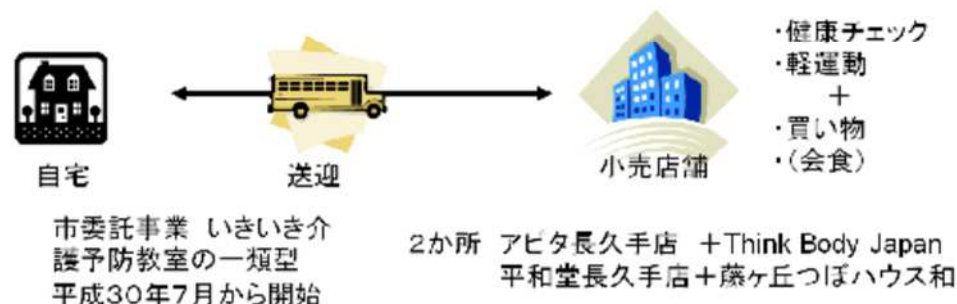
正しい思考過程で考えられていなかったのは私だけでなく、コーディネーター等、関係者みな同じ。今後このプログラムでの学びを広め、地域づくり関係者の大幅なレベルアップが期待できる。

今まで打ち手から作られてきたイベント等について、もう一度その**目的や課題を考え直す**良い機会となった。**真の課題**が特定できれば、おのずと打ち手は出てくるもの。

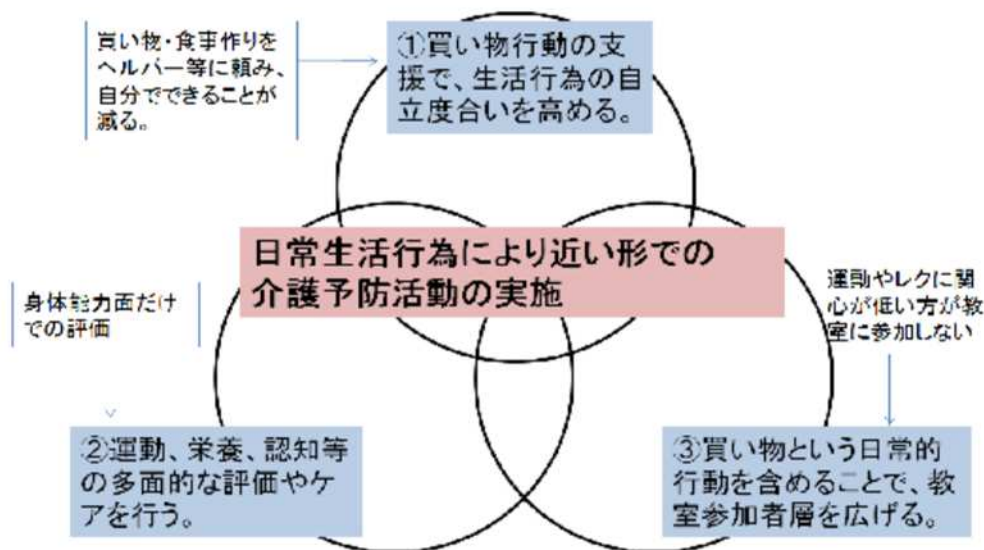
<div> <div>まとめ</div> <div>これまでの検討を踏まえて 現時点での設定</div> </div>	<div> <div>なぜ？</div> <div>（裏付ける具体的事実とともに、文章で説明）</div> </div>
<div> <div>目指す姿</div> <div>○一人ひとりが自分らしい暮らしを選択できるまち</div> </div>	<div> <div>（なぜそれを目指したいのか）</div> <div>●要支援者へお話を聞か中で「望む暮らし」を尋ねると、「趣味を続けたい」「お友達と旅行に行きたい」「家で編み物をしていたい」というように、望むものは十人十色だった。そんな人たちが自分らしい暮らしを選択して生きていけたら幸せであり、私が考える目指す姿だから。</div> </div>
<div> <div>現状</div> <div> <div>（目指す姿に対する現状）</div> <div>・困難を抱える個人の視点</div> <div>・それを支える人や地域全体の視点</div> </div> <div>○デイサービスの利用が多い要因の一つではあるが、包括に相談する前段階で意欲的・主体的になれる場を自由に選択できる環境がない・・・</div> <div>○目的となり得るもの（趣味・就労等）やコミュニティがあれば、意欲的・主体的になれる。そのような場が選択肢としてフォーマルにも、インフォーマルにもない人がいる・・・</div> </div>	<div> <div>（なぜそうなっているのか）</div> <div>●長久手市の要支援者のほとんどが、市内の運動型短期型デイを利用していることがわかった。</div> <div>●包括職員への聞き取りより、要支援者が意欲的になれる、主体的になれる場があればそれを案内するが、現状なかなか見つからない。よってデイサービスを案内しがちであることがわかった。※コーディネーター、CSWとの定期的な情報交換がなされており、地域資源の把握は概ねできている。</div> <div>●デイの管理者さんへの聞き取りより、デイ利用者の興味があること、よく話にあがることは就労関係が多いことがわかった。また、デイに熱心に通う人は、目的があり、コミュニティがあることがわかった。</div> <div>●デイ利用者への聞き取りより、利用者の中には意欲的に通っている人と、そうでない人がいることがわかった。意欲的な人はその大きな理由の一つに、趣味という好きなものがあり、それを継続、もしくは再開するといった目標のために頑張っていることが分かった。</div> <div>●利用者家族は、フォーマルは安心でき、送迎もあり、安く通えるから良いという考えがあることがわかった。</div> </div>
<div> <div>課題</div> <div> <div>（目指す姿と現状のギャップを埋めるために取り組むべきこと）</div> <div>○高齢者が望む、十人十色の幸せに沿う（意欲的・主体的になれる）ことができ、自由に選べる選択肢がフォーマル・インフォーマルを含め少ない。</div> <div>また、インフォーマルでは要支援者に紹介できる安心でき、送迎があり、安く通えるものがない。</div> </div> </div>	<div> <div>（なぜそう考えたのか）</div> <div>●目指す姿－現状より</div> </div>
<div> <div>打ち手</div> <div> <div>（どこから手をつけるか、それによって誰の何が変わっていくのか）</div> <div>○要支援者が望む十人十色の幸せに沿える多くの選択肢を、自分の力で行くことができる距離に、地域貢献を希望する会社・団体の力を利用して作る。</div> </div> </div>	<div> <div>（なぜそれが有効だと思うのか）</div> <div>●フォーマル（制度）を変えることはすぐにはできないので、インフォーマル（制度外）に活路を見出していく必要がある。</div> <div>➡●安心・・・高齢者にとっては、居心地がよく興味があることをやれるところ。 紹介側にとっては、何をどのように行っているかが明確なところ。</div> <div>●送迎・・・自分の足でいくことのできる距離にあれば送迎は問題なくなる。 （離れた場所にあっても、公共交通機関で行きやすい場所なら問題なし） （場所に限らず、ICTを活用して参加できるようにすれば距離は関係なし）</div> <div>●安い・・・地域貢献を希望する会社・団体のコンテンツを利用する。</div> </div>

長久手市買い物ハビリテーションとは

- ①介護・健康増進等事業者と小売事業者とが連携し、
- ②介護予防と買い物支援を有機的に組み合わせた、
- ③送迎対応ありの生活機能低下高齢者向け教室



買い物ハビリテーションのねらい



アピタ長久手店

毎週水曜日 午前 2階南出入口付近のホワイエ
10:30~11:00 健康チェック、ストレッチ、筋トレ
11:00~12:00 買い物
12:00~12:20 集合・交流



- 1 いろんな買い物ができる (たくさん歩ける)
- 2 落ち着いた場所のできる
- 3 「歩く」力をつけるプログラム

平和堂長久手店

隔週木曜日 午前・午後 1階中央付近の休憩所
10:00~10:50 健康チェック、体操、ラダー
10:50~11:20 買い物
11:20~12:20 移動・昼食・交流 (午前の場合)



- 1 昼食の交流会付き
- 2 にぎやかで、通行人も飛び入り参加
- 3 多様な楽しさで自立を促すプログラム

成果

- 1 これまで介護予防事業や介護保険を利用しなかった人が活用するようになった。
- 2 高齢者の買い物をサポートすることで、自立度合いの維持・改善につながっている。
- 3 多様な生活機能度合いの方が教室を通して交流する機会が増えた。

課題

- 1 介護予防・自立支援効果の客観的な検証 → 拡大に向けた普及啓発
- 2 教室参加者の卒業先をつくる取り組みの不足
- 3 事業の安定性の確保(介護保険のように事業者指定ではなく、ケアマネもない)

包括職員さんにインタビュー（デイサービスランキングを踏まえて）

・仮説 第一位は意外にも長久手市のリハビリフィットネス長久手（以下A）。ダントツ。半日型のリハビリに特化したデイ。何が魅力的なのか、理由が必ずあるはず。Aはコンビニを改装して令和元年にオープンしたデイ。広さは一般的なコンビニ程度で、中には運動器具が置いてある。包括職員さんからして案内しやすい理由があるのか・・・わからない。

→包括職員さんに聞いてみよう。

包括職員：そもそも運動器具が置いてあるデイが長久手市内にこれまで存在しておらず、それが理由で市外のデイを利用する人が多かった。そこに昨年Aができたことで利用者が集中した。

療法士が2, 3人駐在している安心感（疾患を持つ人でも適切なプログラムを組んでもらえる）。Aの管理者はケア会議にも参加しており、信頼できるため案内することが多くなる。

→ただ案内しやすいだけでなく、安心感と信頼を勝ち取っている。

次に、なぜインフォーマルではなく、デイを紹介するのか聞いてみた。

→一番の理由は足があるからデイを紹介する。じゃあ足があれば要支援者はインフォーマルに行くのか・・・行かないと思う。ある程度段取りしてくれて、本人にとって楽なのはデイサービスだから。本人が意欲的になれる、主体的になれる場があればそちらを案内するが、現状なかなか見つからない。

⇒長久手市の現状、要支援者がデイを利用しがちになっている要因の大きな一つに、やはり包括職員さんがデイを案内しがちであることがわかった。（本人にとって楽だからデイを案内することが本当に本人のためになっているのか・・・とまでは突っ込めず）

また、包括職員さんが紹介したくなるようなインフォーマルが少ない現状もわかった。

つまり、要支援者が意欲的になれる場をインフォーマルで提供できればよいのではないかと・・・

いや、意欲的にデイを利用している人もきっといて、その人はOK。意欲的にデイに通えていない人に着目していくことが重要なのではないかと・・・Aデイの管理者に話を聞いてみよう。

デイサービス管理者さんにインタビュー

Q デイに通っている方の中で、意欲的にデイサービスを利用している人、意欲的に利用できていない人はどのような人だと管理者さんは考えているのか。

→意欲的な人：正しい運動指導を受けて自分で運動したいと考えている人。（元ドクターや教師などが比較的に多い）。
ありたい姿があり、それを目的に運動できる人。最初は家族に連れて来られてなんとなく通い始める中で、運動への意欲が芽生えた人。＝積極的にデイに通う動機がある

デイの中でコミュニティーが完成している人。管理者さんとしても、ハード面の工夫はもちろんだが、利用者同士の関係性を十分に考慮して、コミュニティーができるように工夫して時間を組んでいる。（共通点がある人を同じ時間帯にしている）＝コミュニティーがある

→意欲的でない人：家族からすすめられてデイの利用を始めただけの受動的な人。例えば、まだまだ一人で元気に動ける認知症気味の方を見てほしい目的で、ご家族が入所を求めている場合は、半日型デイには向いていない。

生活の中に何か不満があり、デイを利用し始めたが、その何かを解消できなかった人。

デイの中でコミュニティーができなかった人。

・その他

デイ利用者の興味があること、よく話にあがることは就労関係が多い。働きたいと考えている利用者への就労支援を考えている。

⇒次に、管理者さんから見てデイに意欲的な人とそうでない人に、どんな生活を送っているのか聞いてみた。

デイサービスを利用している人にインタビュー

意欲的な人

Aさん(84歳、女性、要支援2)

- ・デイサービスの利用は一週間に2日の合計月**24時間**。・保険外サービスの利用は一か月に1日の合計**3時間**。
- ・趣味の時間は、一か月に8日の合計**40時間**。※趣味は大正琴、着物の着付け
- ・その他の時間はテレビ、病院、自発的に運動、息子娘との時間。
- ・困っていることは買い物。病気をきっかけに入院し、体が弱ったことで自由に買い物に行けなくなった・・・やはり目で見て買い物をしたい。
- ・デイサービスで筋トレの方法を学び、ゴムチューブを購入し、自宅で筋トレ。現在は歩行が時々ふらついたり、腰が痛かったりして不安があるが、趣味を楽しんでいた以前の生活に戻りたい。
- ・状態が戻ったら、**趣味の琴と着付けの教室を再開したい**。毎年出場していた琴の大会に出場したい。
- ・これからもデイを利用していきたい！！ ⇒趣味を続けたいという目標に向け、デイを頑張っている。

意欲的でない人

Bさん(75歳、男性、要支援1)

- ・デイサービスの利用は週に1日の合計月**12時間**。・保険外サービスの利用は0。・妻のすすめでデイへ。
- ・楽しみは車の運転だった(現在免許返納済)。
- ・趣味は特にないが、半年に一回大学時代の美術部OB会に参加。
- ・免許返納前はどこに行くにも車を使っていたので、運動する習慣がなく、返納後はデイと通院以外ほぼ家にいる。
- ・お話を聞いていると、運動は週に1回デイで十分だと思っている様子・10年くらい前に長久手市に引っ越してきた。そのため近隣に知り合いがあまりいない。

⇒デイに通う目的が自分の中にある。そして、デイの中にコミュニティーもない。

認知症になっても役割を 持って暮らせるまちづくり

2020年2月3日

広陵町

松川 多希



プログラム参加当初の課題認識

第1回課題研修

地域づくりにおける課題意識
(それぞれの事業の関連付け)



一般介護予防事業



生活支援体制整備事業



認知症総合支援事業

それぞれの事業で抽出された課題を地域ケア会議で検討し、今後各事業に繋げていく体制の構築が必要。

住民の協力者と連携し、課題を解決する仕組みが必要。

第2回課題研修

○これから取り組みたいこと

わがまちの

③本当の課題（解決すべきこと）

ソフト面

- ・ 困りごとを感じている本人の声やニーズが把握できていない
- ・ 正しい理解がまだ普及できていない
- ・ 周りに関わる人もどう対応していいかわからない
- ・ 理解していても行動出来ない

ハード面

- ・ 早期発見、早期受診出来ていない
- ・ 地域での見守り、支援体制が構築されていない
- ・ **マンパワー不足**



一般介護予防事業・生活支援体制整備事業・認知症施策それぞれにおいて、地域づくりは共通しており、一つの事象を広い視野で捉えていきたい。

3

Before

地域支援事業全体の漠然とした複雑な課題を捉えていた

目指す姿

「子どもから高齢者まで広陵町に住む全ての人が、心身共に健康で、医療や介護が必要な状態になったとしても社会資源を活用しながら生きがいを持って自分らしく生活できる町づくり」

After

より具体的で解決可能な課題にフォーカスし、取り組む。

目指す姿「認知症になっても、役割を持ち、仕事や趣味の活動を続けられる」

2

問い・気づいたこと

「課題とは」

担当者が出来ていないこと、ないものねだり・・・をしていた。

「課題解決とは」

真の課題を見つける前に打ち手、解決策探しをしていた。

⇒目の前の困りごとを整理することすら出来ていなかった。

プログラムで得た問い

なぜ？なぜ？繰り返すことで解くべき課題が見えてくる。

まず事業を通して見えている現象を整理し、取り組むべき課題に、優先順位をつける。

ミクロな視点・マクロな視点

対話

薪拾いはキャンプ場外へ

「真の課題を見つける作業が大切」

見極める習慣をつけることが第1歩。

地域の価値を見つけ、地域の力を信じ、活かす。

「ないものねだり」から「あるものさがし」へ。

基礎自治体職員としての専門性、役割、価値を自覚する。



わが町の認知症の現状は どうなっているのか？



- ・ 認知症で困っている人は町内のどこにどれだけいるのか。
- ・ どのように対応し、関わってきたのか。
- ・ どのような生活をし、何が困っていることなのか。

⇒このことから、わかったこと・・・

【本人の現状】

- ・在宅での生活を継続し、デイサービスやショートステイなどの利用が増えている。
- ・認知症当事者は、農作業や趣味の継続など、今まで通りの生活を望まれている。
- ・地縁の繋がりが認知症の症状によって薄れ、認知症の方が孤立しやすい。しかし、繋がりが全くなくなるわけではなく、近隣の人や友人など支援してくれる人がいる。
- ・道に迷ったり、近隣でトラブルが起こり、警察に保護されることが増えている。

【地域の現状】

- ・認知症高齢者が地域に増えている。
- ・地域住民の認知症への知識や理解が不足している。
- ・家族は関わり方に困りながらも、本人に異常行動が現れてから、相談されるケースが多い。
- ・地域包括支援センターや認知症相談窓口を知らない人が多い。

【専門職の現状】

- ・窓口申請・相談時や介護認定調査時、地域包括との契約時など、本人の思いを聞く場面はあるが、聞ききれていない。認知症本人の声やありたい姿を正確に確認出来ていないことが多く、次の更新まで支援を検討することにも繋がっていない。
- ・本人の希望を専門職や家族で把握し、共通理解が出来ていれば、適切な支援が出来ている。
- ・医療専門職の支援を受ける体制はあるが、活用しきれていない。
- ・認知症疾患医療センターに相談窓口を設置しているが、他市町村に比べ相談件数が少ない。

目指す姿

認知症になっても、役割を持ち、仕事や趣味の活動を続けられる。

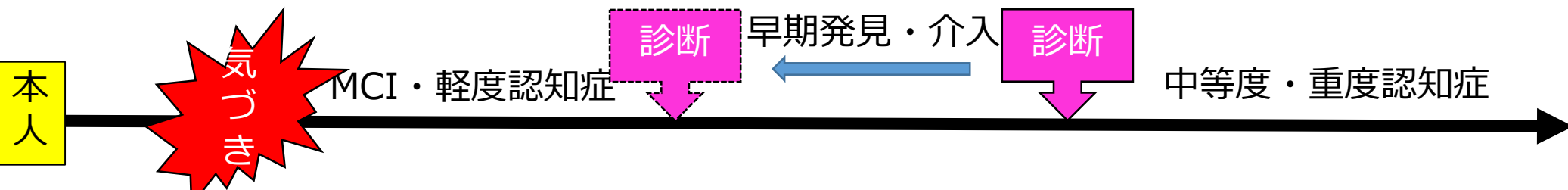
課題

【本人】 認知症当事者が、今まで生活していたように仕事や趣味の活動などで役割を持てる。

【地域】 認知症について困っている住民が相談しやすい環境を整え、内容を把握し、地域で必要な支援が出来るようにする。

【専門職】 本人に必要な介護サービスを提供できる。

必要な取り組みが何かを整理し、打ち手を考える。



	予防期	気づきから 診断までの期間	在宅ケア期	急性増悪期	在宅 ケア期
事業展開	大学との連携 通いの場の充実 物忘れ相談 PG導入	かかりつけ医との連携 ケアパスの周知 相談窓口の周知・充実 初期集中支援 チーム充実	専門職の技術向上 認知症地域ケア会議	ICTによる見守り導入 介護サービスの充実 徘徊SOSネットワーク	
地域活動	脳トレ普及 啓発	本人・家族に相談 窓口の紹介 地域包括支援 センターとの繋がり	生活支援 (ささえ愛との連携) (ゴミ出し・買い物・ 見守り)	町内生活関連企業との 連携	
	チームオレンジの活動（認知症サポーター養成講座・ステップアップ講座の実施）				
	ひまわりカフェ（内容の充実）				

【地域側】 認知症相談窓口の充実と社会資源の構築

0 1

認知症相談窓口を周知する。

- ・ ケアマネジャーや地域のボランティア、サポーターにケアパスをもとに周知する。
- ・ 広報以外に地域住民に広く周知する方法を検討する。

0 2

相談方法を充実させる。

- ・ 当事者、家族が相談しやすい場所で相談窓口を開設する。（図書館や公民館など）
- ・ 窓口来所だけでなく、電話やオンライン相談など相談方法を増やす。

0 3

認知症サポーターステップアップ講座を実施する。

- ・ 認知症サポーターの中で、地域で認知症の人への支援のために活動いただく支援者をみつける。
- ・ 認知症の人の支援ニーズなどを把握し、専門職と連携する。

【地域側】 認知症相談窓口の充実と社会資源の構築

その結果として…

- ・ 相談方法を充実させることによって、早期に支援が必要な人を把握し、その人への理解を深めることが出来る。
- ・ 認知症初期の段階で、支援があれば認知症当事者・家族のQOLが上がる。
- ・ 地域の中で、支援者を見つけることで、家族に負担をかけず、当事者の今後の生活に対し、必要なサポートが出来るようになる。

打ち手【専門職側】 専門職の技術向上

0 1

要支援者・事業対象者の新規契約時に、本人が今までどのような生活をされていて、今後どのような暮らしを望んでいるか必ず聞く。

- ・新規契約時に確認するアセスメントシートの中で、本人の今後の生活における目標を必ず、本人に確認し、記載する。
- ・新規の要支援・事業対象者の目標について、担当ケアマネジャーと地域包括職員で確認し、適切なサービスを提供する。
- ・新規利用者は、必ず直営包括ケアマネジャーでプラン立案する

0 2

認知症の人が抱える生活上の問題について、把握でき、対応策を検討し合うような研修会を、多職種連携会議において実施する。

- ・相談窓口で受けた相談を認知症初期集中支援チーム検討委員会で分類わけする。
- ・認知症対応の好事例などを紹介する。
- ・社会資源の情報を共有し、活用方法や足りない資源について考える。

【専門職側】 専門職の技術向上

その結果として…

新規利用時のプランを複数で確認することで、認知症当事者が求めている生活、それを行う上での困難さが分かり、生活を継続する上での打ち手をさらに具体的に考えられる。

本人の今後の生活に対する目標を聞き出し、家族・ケアマネジャー・サービス事業者など支援に関わる人で共通理解し、ケアに関わることで、本人の目標に合わせた支援がぶれることなく、支援の充実を図ることが出来る。

ケアマネジャーは、一番多く、当事者や家族の相談者となるため、聞き取りやすい項目を準備し、アセスメントしやすくすることで本人の主たる思いを聞き取りやすくなるのではないかと考えた。

認知症の課題を専門職間で共有することで、支援者の役割分担ができ、本人のありたい姿をサポートし、介護者の負担軽減にもなるのではないかと考えた。

PGを通じて自身やまちに起きた変化

【参加前と比べて自分自身の変化（意識・考え方・行動など）】

将来
推計

高齢
化率

要介
護認
定率

個別
事例

大変だ～
何とかしなきゃ。
解決策を考えなくては...
でも、人もいない、資源もな
い、どうしよう。

漠然とした不安はある



なぜこの要介護認定率なのか
どこにどれくらいの困ってい
る人がいるのか。
うまく解決してきた事例はな
いか。何から取り組めるか。

事実を積み重ねた根拠がある

【関係者や地域に起きた・起きそうな変化】

認知症の人が抱える課題を整理し、関係者と課題を共有することで
同じ目指す姿を、役割分担をして目指せるように…。

ひとりの認知症の人のありたい姿を実現する。

地域住民
の
支援



専門職
の
支援

地域全体の「認知症は自分事だ」と捉えられるよう
意識の醸成に取り組む必要がある。

参考資料

	これまでの検討を踏まえて 現時点での設定	なぜ？ (裏付ける具体的事実とともに、文章で説明)
目指す姿	認知症になっても、役割を持ち、仕事や趣味の活動を続けられる。	<ul style="list-style-type: none">・高齢者人口9,083人、高齢化率26.0%、後期高齢者割合の増加。要支援・要介護認定者に占める、認知症高齢者割合84.4%。4年間で12.4%増加し、実人数で119人増加している。 →認知症高齢者の増加がある。・認知症自立度Ⅰ以下の64.9%が居家で生活されているが、ショートステイやデイサービスの利用者も増えている。・農作業や趣味の活動など今まで通りの生活を望まれていても、生活が介護サービスにシフトしている。もう少し、周囲の支援があれば、今まで通りの生活を継続できるケースも少なくない。・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果では、認知症への不安が少しでもある人67.3%、認知症の相談窓口を知ってる人24.3%、認知症への準備をしている人6.5%であった。加えて、窓口相談記録を確認すると、認知症について不安を抱えている人、困っている人がいることが分かった。 →住民の多くは漠然とした不安を抱えながらも、具体的な対策は実施できていない、想定できていない状況。
現状	<p>【本人】</p> <ul style="list-style-type: none">・在宅での生活は継続されているが、デイサービスやショートステイなどの利用が増えている。・認知症当事者は、認知症でも農作業や趣味の継続など、今まで通りの生活を望まれている。・地縁の繋がりが認知症の症状によって薄れ、認知症の方が孤立しやすい。しかし、繋がりが全くなくなるわけではなく、近隣の人や友人など支援してくれる人がいる。・道に迷ったり、近隣でトラブルが起こり、警察に保護されることが増えている。 <p>【地域】</p> <ul style="list-style-type: none">・認知症高齢者が地域に増えている。・地域住民の認知症への知識や理解が不足している。・家族は関わり方に困りながらも、本人が行方不明になるなど行動が現れてから、相談されるケースが多い。・地域包括支援センターや認知症相談窓口を知らない人が多い。 <p>【専門職】</p> <ul style="list-style-type: none">・認知症について、窓口相談に来ているが、窓口申請・相談時や介護認定調査時、サービスの利用がない場合の地域包括との契約時など、本人の思いを聞く場面はあるが、聞ききれていない。認知症本人の声やありたい姿を正確に確認し、記録に残していないことが多く、次の更新まで支援を検討することにも繋がっていない。・事業対象者、要支援者について、カルテを確認したところ、約400人のうち、約8%の人は住宅改修以外、なにもサービスを受けていないということが分かった。・本人の希望がはっきりして、専門職や家族で把握し、共通理解が出来ている時は、本人の目標に合わせた支援が出来ている。・医療専門職の支援を受ける体制はあるが、活用しきれていない。・認知症疾患医療センターに相談窓口を設置しているが、月5件ほどの相談である。（他市町村に比べ少ない）	<p>【本人】</p> <ul style="list-style-type: none">・地域で認知症への理解が深まっていないため、家族や地域で支えることができていない。なので、介護サービスの利用に至っている。・認知症当事者の思いや今後の生活への希望や目標が、表出できていない。または、表出されていても受け止められていない。・当事者も家族も認知症への対応が分からず、早期に必要な支援や関りが出来ていない。 <p>【地域】</p> <ul style="list-style-type: none">・認知症サポーター養成講座を地域に出前講座しているが、知識の普及啓発として十分ではない。そのため、家族も対応や相談窓口がわからず、相談が遅くなりっていると考えられる。・認知症相談窓口の周知は町の広報や認知症サポーター養成講座でしているが、周知しきれていない。・地域住民の認知症の人への関わり方も戸惑いがあり、認知症の方が孤独になっていると考えられる。 <p>【専門職】</p> <ul style="list-style-type: none">・窓口申請は家族が多く、家族の意向は聞き取りやすいが、本人の思いが聞き取りにくい。・認定調査の時も、本人の要望を聞くことはあるが、目標や今後の生活に対するイメージを確認することが不足しているため、必要なサービスを導入できていなかったり、家族負担の軽減のためにサービス利用が多くなっているのではないかと考えられる。・住宅改修や福祉用具の購入などを希望されると業者に繋いでその後の聞き取りが不十分な場合がある。・本人が今後の目標がはっきりしていて、家族や専門職が把握し、共通理解が出来ている場合は、ケアプランに反映させやすく、個別性のある支援が出来ていると考えられる。地縁の繋がりによるサポートがあったり、ケアマネジャーが介護サービスに繋ぐことが出来ている。・初期集中支援チームなどの医療的受け皿が機能していないのは、支援チーム間での連携不足が原因であると考えられる。

課題	<p>【本人】 認知症当事者が、今まで生活していたように仕事や趣味の活動などで役割を持てる。</p> <p>【地域】 認知症について困っている住民が相談しやすい環境を整え、内容を把握し、地域で必要な支援が出来るようにする。</p> <p>【専門職側】 本人に必要な介護サービスを提供できる。 ・ケアマネジャーなど専門職の本人の希望を聞き取る技術を向上させる。また聞き取りやすい仕組みを作る。 ・ケアにおいて本人の声を聞く必要性を理解する。（意識の醸成） ・互いに認知症当事者の気持ちを学びあう機会をもつ。</p>	<p>【本人】 ・農作業や趣味の活動など今まで通りの生活を望まれていても、生活が介護サービスにシフトしている現状があり、そのことが本人のQOLを低下させていると考えたため。</p> <p>【地域側】 ・本人の今後の生活や目標は、個人の今までの生き方によって多様であり、多様性に対応するためには、家族だけでは負担が大きく、地域でひとりひとりの生活を支援できるような取り組みが必要であると考ええる。そのためにはまず、認知症当事者たちの現状を知り、地域における対応策と一緒に考えてもらうことが必要だと考ええる。 ・地域で支援していくためには、その人を理解してもらう必要がある。そのためには軽度認知障害（MCI）や軽度認知症など早期に関わりを開始することが有効であると考ええるため、家族や本人に早期に相談に来ていただけるように必要があると考えたため。</p> <p>【専門職側】 ・認知症初期の場合は、鬱傾向があったり、本人が自分の目標や今後の生活を考えたり、表出できない時があり、聞き取り手の技術が必要である。現在、家族の困り感や負担感を聞くことは出来ており、サービスが家族負担の軽減のために利用されていることも多く、本人の思いや目標を聞き取る技術の向上やアセスメントに必要な聞き取り項目の検討などが必要であると考ええる。 ・本人の希望を聞き取り、家族と地域住民や専門職が共通認識を持って関わり、適切な支援が出来ているケースもあり、専門職同士でケースや対応方法の共有を実施し、学び合う機会を持つことで技術の向上に繋がると考えたため。</p>
打ち手	<p>【地域側】 認知症相談窓口の充実 1 認知症相談窓口を周知させる。 2 相談方法を充実させる。 ・当事者、家族が相談しやすい場所で相談窓口を開設する。（図書館や公民館など） ・窓口来所だけでなく、電話やオンライン相談など相談方法を増やす。</p> <p>社会資源の構築 3 認知症サポーターステップアップ講座を実施する。 ・認知症サポーターの中で、地域で認知症の人への支援のために活動いただく支援者をみつける。 ・認知症の人の支援ニーズなどを把握し、専門職と連携する。</p> <p>【専門職側】 専門職の技術向上 1 要支援者・事業対象者の新規契約時に、本人が今までどのような生活をされていて、今後どのような暮らしを望んでいるか必ず聞く。 ・新規契約時に確認するアセスメントシートの中で、本人の今後の生活における目標を必ず、本人に確認し、記載する。 ・新規の要支援・事業対象者の目標について、担当ケアマネジャーと地域包括職員で確認し、適切なサービスを提供する。 ・新規利用者は、必ず直営包括ケアマネジャーでプラン立案する。 2 認知症の人が抱える生活上の問題について、把握でき、対応策を検討し合うような研修会を、多職種連携会議において実施する。 ・相談窓口で受けた相談を認知症初期集中支援チーム検討委員会 で分類わけする。 ・認知症対応の好事例などを紹介する。 ・社会資源の情報を共有し、活用方法や足りない資源について考える。</p>	<p>【地域側】 相談方法を充実させることによって、早期に支援が必要な人を把握し、その人への理解を深めることが出来る。認知症初期の段階で、支援があれば認知症当事者・家族のQOLが上がる。地域の中で、支援者を見つけることで、家族に負担をかけず、当事者の今後の生活に対し、必要なサポートが出来るようになる。</p> <p>【専門職側】 新規利用時のプランを複数で確認することで、認知症当事者が求めている生活、それを行う上での困難さが分かり、生活を継続する上での打ち手をさらに具体的に考えられる。 本人の今後の生活に対する目標を聞き出し、家族・ケアマネジャー・サービス事業者など支援に関わる人で共通理解し、ケアに関わることで、本人の目標に合わせた支援がぶれることなく、支援の充実を図ることが出来る。ケアマネジャーは、一番多く、当事者や家族の相談者となるため、聞き取りやすい項目を準備し、アセスメントしやすくすることで本人の主たる思いを聞き取りやすくなるのではないかと考えた。 認知症の課題を専門職間で共有することで、支援者の役割分担ができ、本人のありたい姿をサポートし、介護者の負担軽減にもなるのではないかと考えた。</p>

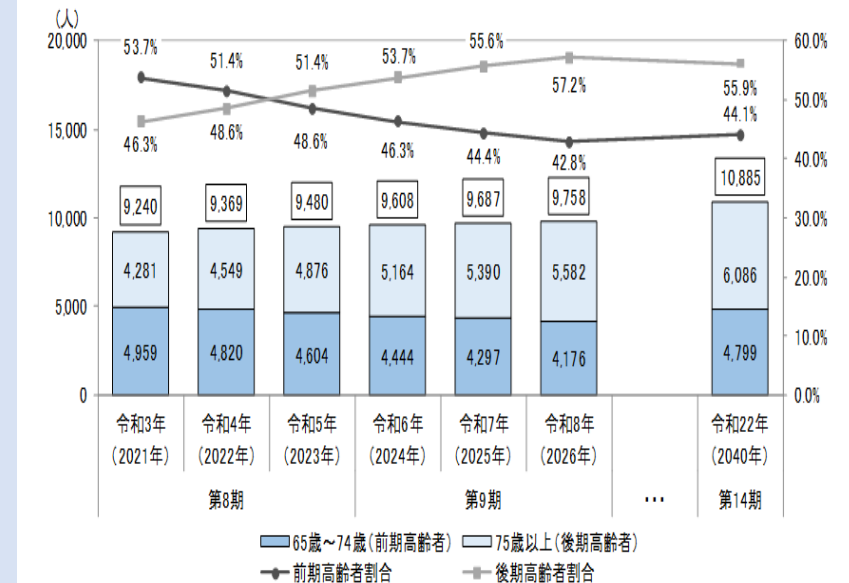
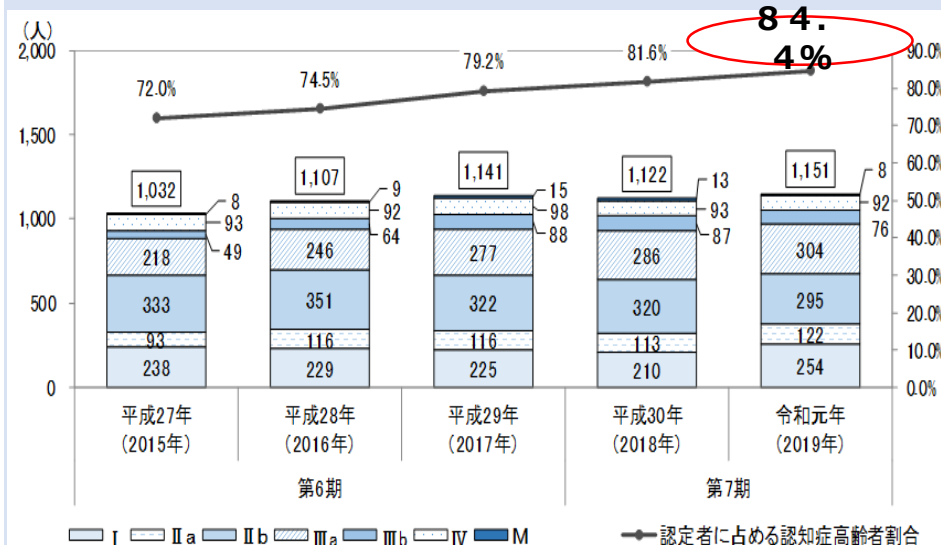
参考資料（マクロな視点）

8期計画策定にて得た情報整理

人口 34,973人(令和2年9月時点)

高齢者人口 9,083人(高齢化率26.0%)

後期高齢者の割合が増加



認知症高齢者数の推移

4年間で、要支援・要介護認定者に占める認知症高齢者の割合が**12.4%**増加。

実人数で**119人**増！

ショートステイ利用数 ↑ ↑

認知症の人は要介護度は高くない。

(ADLは自立しているから)

でも見守りが必要。家族が留守や用事があるとき、一人にしておけない。家族だけでは支援が難しい。

⇒ショート・デイ利用が増えた↑↑となっているのでは？

※資料：厚生労働省「介護保険総合データベース」 各年10月末日現在

※本指標の「認知症自立度」は、認定調査と主治医意見書に基づき、介護認定審査会において最終的に決定された認知症高齢者の日常生活自立度を指す。

住民の認知症への認識 (要介護認定を受けていない65歳以上の人 全高齢者の14%の回答)

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査にて(R2.2実施)

【認知機能に関する質問】

- 物忘れが多いと感じている 43.4%
(自分で電話番号を調べて掛けられない 12.7%)
(今日の日付が分からない 20.2%)

漠然とした不安
加齢による物忘れか、
認知症か…

- 認知症に関する不安が少しでもある 67.3%

➡認知機能は低下していなくても、物忘れが多いと感じたり、
認知症に関して不安だと感じたりしている人が多い。

- 認知症の相談窓口を知っている 24.3%
- 認知症への準備をしている 6.3%

認知症に関する
知識が不足
認知症になったらどうなるの
か、どうしたら良いのか…

➡何を準備したらよいのか分からないし、相談窓口も知らない人が多い。

事業対象者・要支援者で、認知症自立度がⅠ以上で、サービスの利用がない人65人の情報整理

➡ ケアハウスにいる人、ケアマネが家族についている人、福祉用具を借りている人など

何かしら専門職に繋がっている人

33人

住宅改修以外 何もサービスのない人

32人

うち通いの場にいる人は2人。

後の30人は何を
してる？どこ
にいる？

1月からはじまるアクティブ教室（短期集中通所・訪問サービスC）の対象者選定にリストアップ。
30人のうち、閉じこもりがち、数ヶ月の間で筋力低下が著しいなど申請時に情報があつた人13人。
⇒13人を介護予防検討会議にて検討。

（月1回開催、参加者：課長補佐、作業療法士、社会福祉士兼主任CM、保健師）

認定調査、主治医意見書、契約時の聞き取りを整理したが…

「本人がどうありたいか」の視点がないので、本当の生活課題が見えていない。

本人に直接、アクティブ教室をアプローチしてみる。⇒希望されたのは**3人**

後の10人は？
コロナが怖い、手術
予定がある、今はいい…

**どの時点で本人の気持ちを聞き取ることが出来るのか。
そもそもなぜ申請したのか、今はいい…じゃあ、いつならいい？何ならいい？？**

・ 第3回終了後のアクション

地域包括支援センター総合相談の内容を確認

令和2年4月～10月

79件中、23件が認知症についての相談

本人から1件、家族から8件、警察6件、近隣者3件、関係機関5件

銀行でお金が
引き出せない、
話のつじつま
が合わない…

見かけない高齢
者が自宅前に
座っている。家が
分からないよう
だ…

財布が見当たらな
い…
数分前に伝えたこ
とを覚えていな
い…



相談に対して、それぞれ、どのように関わっているのか。

参考資料（ミクロな視点）

事例の深掘り 第2回で取り上げたSさん

性別	年齢	住まい	続柄1	要介護度	障害高齢者自立度	認知症高齢者自立度	申請者	申請理由・特徴	住環境	世帯構成	身長体重	本人が望む暮らし	家族の思い	関係者の思い	生活課題
1 女性	79歳	従来地域	世帯主	—	—	—	申請未	通いの場やサロンの代表者から物忘れがひどく、気分のムラもある。別居の家族（娘）に状況を伝えても構わないで欲しい様子だった。	戸建て	一人暮らし（10年以上に夫他界）		今まで通り生活したい。認知症にならないようにしたい。	受診には同行、認知機能の低下も心配している。毎日電話で連絡している	物忘れが酷くなっている。サロンや通いの場などで見守りはするが、対応には不安がある。	認知症悪化防止、見守り体制、支援者同士の連携不足

体操教室やサロンと一緒に通う相談者との雑談にて



以前は手芸とか一緒にされたり、交流があったのに、何が問題で薄れていってしまったのか？

Sさんは手先が器用で、カバンとか習いに皆で家に集まったりしていた。だんだん、金銭的なことにシビアになってきて「お金預かったかな？」って何度も聞くようになった。参加していた人が、少し関わりがややこしいと感じて引いていった。でも、以前からの付き合いがあるし、気になっている。体操教室と一緒に通いながら、変わりがあれば、地域包括に連絡します。



物忘れにより、金銭トラブルが起きた。地縁の繋がりはまだ途切れていない。見守り体制もあることがわかった。でも、認知症への理解がなければ、どんどん繋がりが途切れてしまう。

事例の深掘り Fさん（要介護1）

	性別	年齢	住まい	要介護度	障害高齢者自立度	認知症高齢者自立度	申請者	申請理由・特徴	住環境	世帯構成	身長体重	本人が望む暮らし	家族の思い	関係者の思い
2	女性	90歳	UR	要介護1	J1	Ⅲb	姉	物忘れが酷くなっている。妹はひとり暮らしで、身寄りがない。自分たちも年老いて、世話が焼けない。	UR 2階	ひとり暮らし	身長 146cm 体重 37kg	夫と暮らしたこの家にいたい。デイサービスなどは行きたくない。近くのスーパーで買い物したり、ずっとこのままいたい。	姉（95歳）東大阪市から、電車でお金の管理などを師に来ていたが、限界。後見人など探したが、いい。デイサービスとか行った方がいい。	近隣住民 一人で心配。電気代も払えてないとかかわいそう。

本人、家族（姉）、近所の人から同時に相談があり、介護申請、成年後見相談、にて、後見人、担当ケアマネジャー、ヘルパー、訪問看護、往診医と連携を取り、在宅生活を支援。



その後、近所の方に会い、雑談。心配してくださっていた皆さんはどのように感じているか。

ケアマネさんにもよく会う。以前同様、見守りは続けている。窓が開く音で、今日も元気にされているな、とか。買い物している姿を見かけたり。住民でサポートするだけでは不安だったが、専門職が関わってくれていると思うだけで安心する。



専門職によるサポートと地域によるサポートを連携させることで、在宅生活をより支援できる。

参考資料

それによって気がついたこと・分かったこと

地域でサポートできること

住民の生活の中で、**負担感がないレベル**で、出来るサポートは何かを考える。

遠慮しないレベルで見守られる方法を考える。

(負担になると不安になる...)

例えば、体操教室・通いの場・サロンに参加できているかを確認する見守り。散歩途中の声かけ、好きなことを一緒にするなど。

協議体や介護予防リーダー（ボランティア）民生委委員など、地域で活動している人たちと考えるべき課題



住民力でサポートできないところは専門職へ繋ぐ。

専門職でサポートできること

金銭管理・ご近所トラブルなど

専門性を活かして、**地域での生活を支援**する。

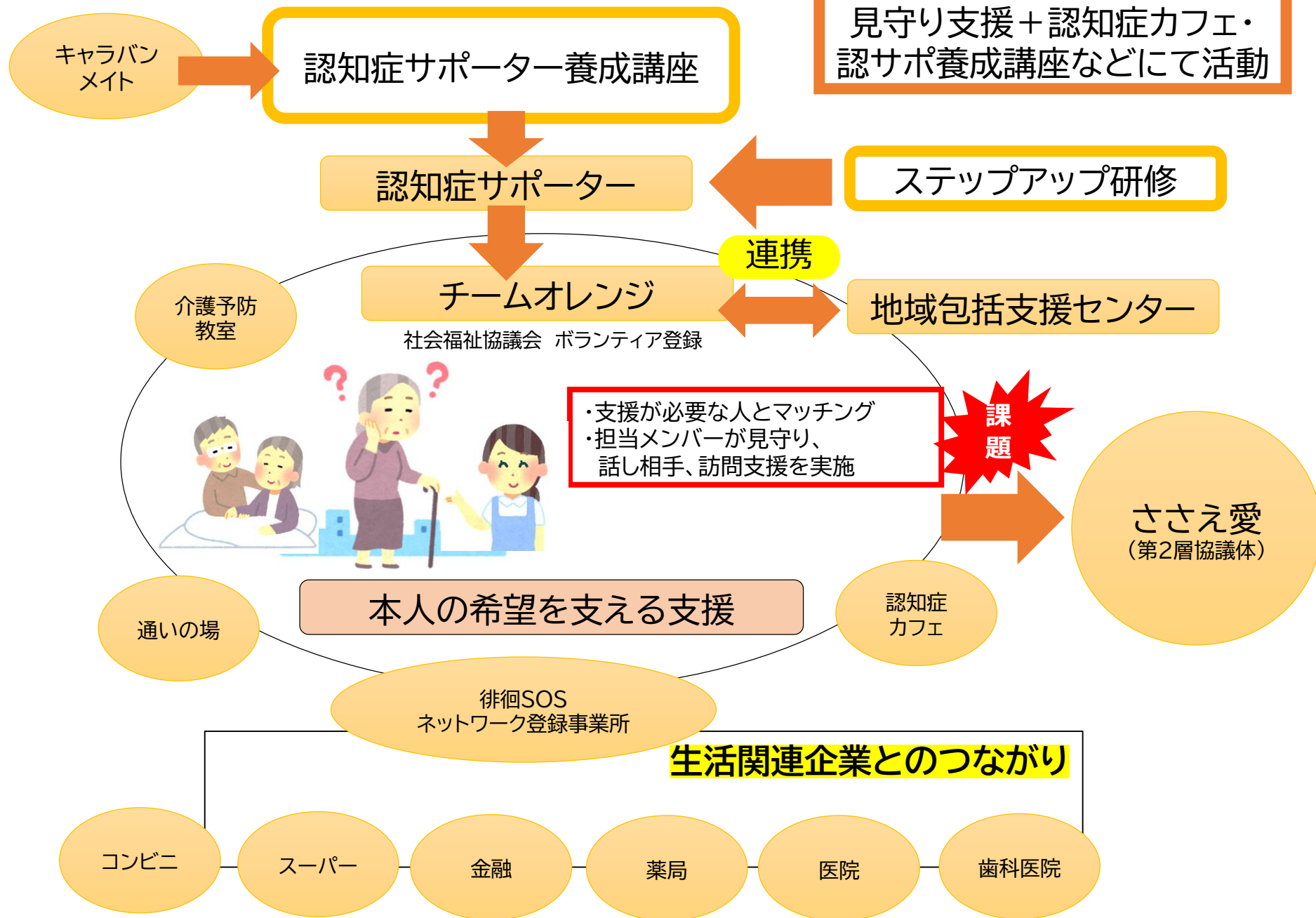
連携できるチームが必要。（医療職・福祉職・介護職・リハ職など）

認知症初期集中支援チームや認知症初期集中支援チーム検討委員会、多職種連携会議で考えるべき課題

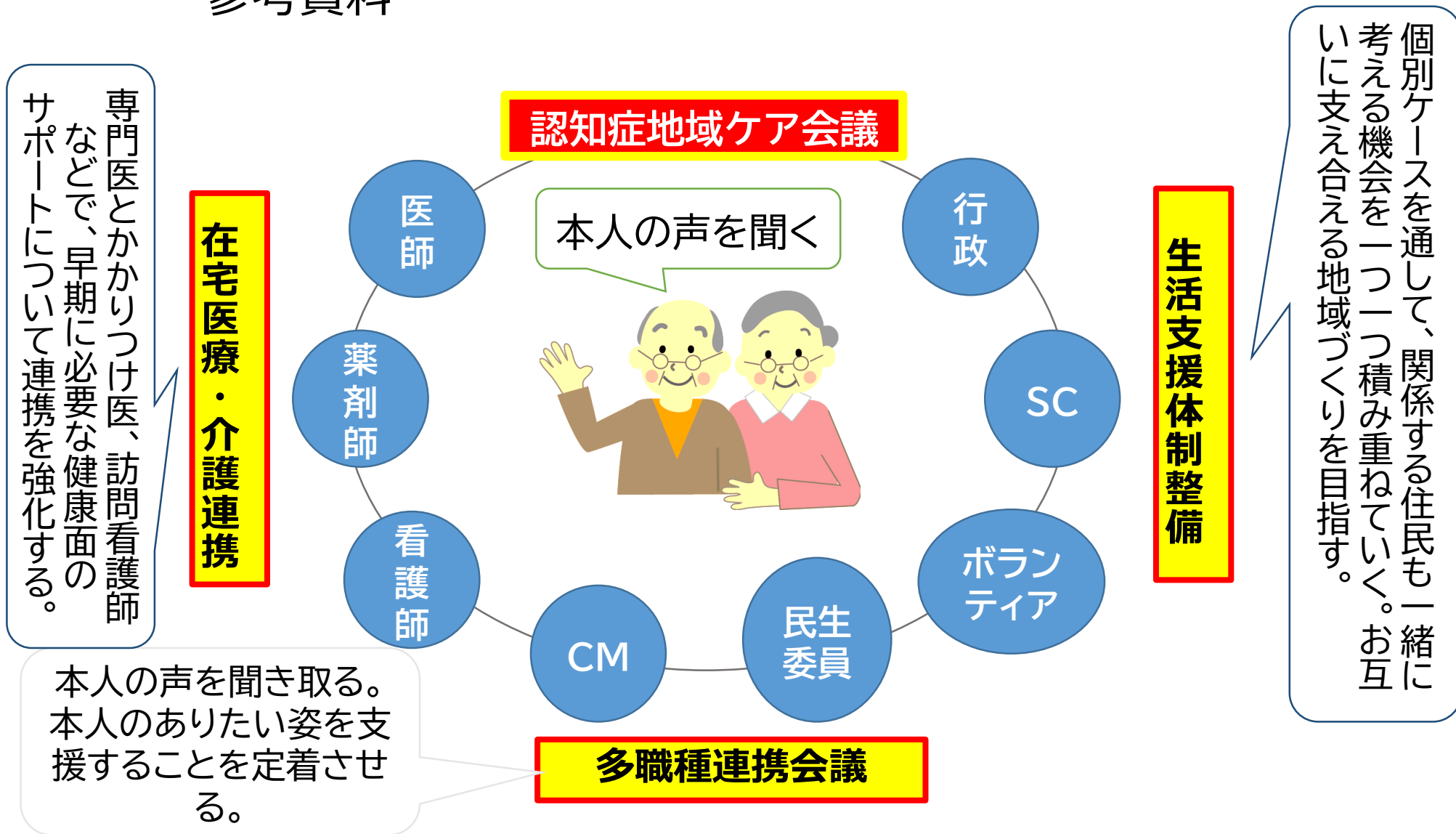
誰と考える課題か、役割を考えることが必要。

参考資料

チームオレンジ活動イメージ図



参考資料



認知症に関する地域ケア会議を行い、地域における認知症の理解を培っていきたい。

地域の実情に応じた 持続可能な住民のつながりの検討

2021年2月3日

北上市保健福祉部長寿介護課

高橋 直子

プログラム参加当初の課題認識

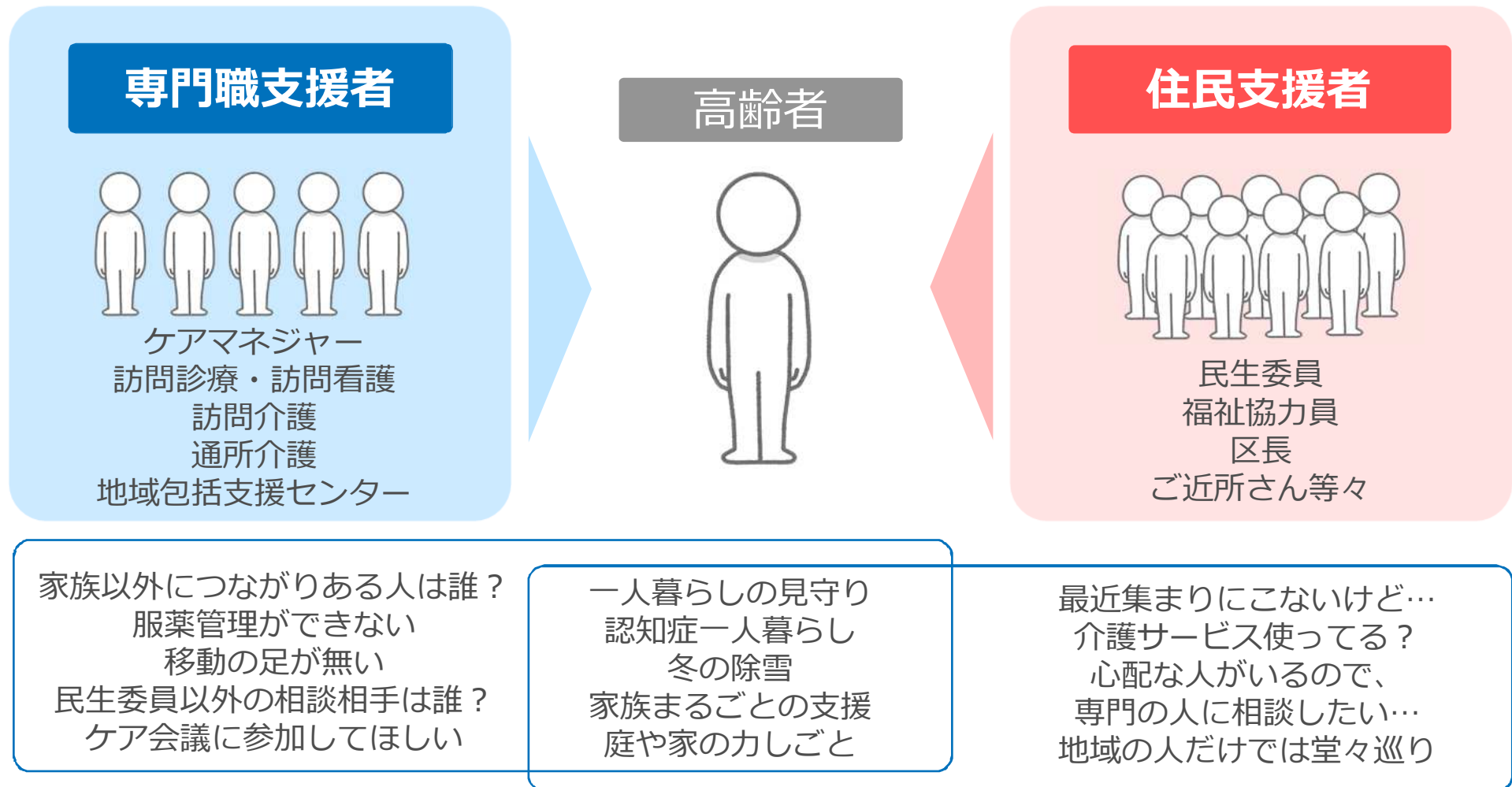
当初の課題認識

- 高齢者の暮らしを支えている、【専門職支援者】と【住民支援者】が直面している困りごとは共通しているが、十分な連携ができていないので、分担して解決できるようにしたい。
- 人口が減少し高齢化が進み、共同体の在り方が変化していく中でも、人とつながりあう関係性を守っていききたい。

当初の課題解決イメージ

- 地域の支援者(民生委員、互助の担い手等)と専門職支援者(包括、介護・医療関係者)が対話しやすい環境を整え、今よりも生活課題の解決策の選択肢が多い地域ケア体制づくりができないか？

プログラム参加当初の課題認識



間をつなぐ地域包括支援センターの役割が年々増大
高齢者の困りごとを、双方一緒に解決できないか？

問い・わかったこと・気づいたこと

問い

- 高齢者の暮らしの困りごととは何か？それをどのように解決しているのか？

わかったこと（本人）

- 要支援認定者の21%は、サービスを利用していない。
- 介護保険サービスで何でも解決できるという思い込みがある。
- 要支援認定者の暮らしの困りごとは、「人との交流・つながりが欲しい」「ちょっとした見守り」が多い。
- 高齢者の暮らしの困りごとは、「家の力仕事」「除雪」「人とのつながりの減少」が多い。
- 介護保険サービスで解決できない困りごとは、地域の互助に支えられていることが多い。

問い・わかったこと・気づいたこと

わかったこと（支援者）

- 家族や支援者が望む支援と、本人が望む支援には差がある。
- 地域ケア個別会議で最も多く挙げられる地域課題は、「高齢者を支える地域住民の不足」
- インフォーマルサービスとして、「地域住民による見守り」「地域の通いの場」に支えられている人が多い。
- 介護認定の有無に関わらず、身近な暮らしの困りごとは、ご近所の住民支援者によって支えられている。
- 住民の高齢化により、住民支援者自身も高齢者という状況の中で、今後の地域の互助に不安を抱えている。
- 住民支援者は、固定化している傾向にあり、特定の支援者に負担が集中しがち。

問い・わかったこと・気づいたこと

印象的な気づき（各種ヒアリングの中で）

- 高齢になると、友人、知人が順番に亡くなっていき、交流する人が減ってしまう。
- 親しい人がいなくなる心の喪失感、老化による自信の喪失、高齢になってから新たな関係性をつくることへのハードルの高さから、きっかけがなければ自然と閉じこもりがちになる。



- 高齢者の「困りごと」と「介護保険サービスで解決できること」にはギャップがあり、すき間を地域の互助が支えている。
- ニーズの高い困りごとには、「つながり」が関係している。

わがまちの目指す姿・課題・打ち手

目指す姿

- 高齢期になっても、人とのつながりが途切れず、望む場所で安心して暮らし続けることができる。

課題

- 高齢化が進み、支えが必要な人が増加しても、特定の支援者に負担が集中しすぎない持続可能な見守り体制をつくる。
- 高齢期になって、生活環境や交友関係に変化があっても、地域や人とのつながりが途切れない関係性を保つ。

打ち手

- 専門職支援者と住民支援者が、互いの専門性を理解する。
- 高齢期になってもつながりを得やすい、交流支点をつくる。

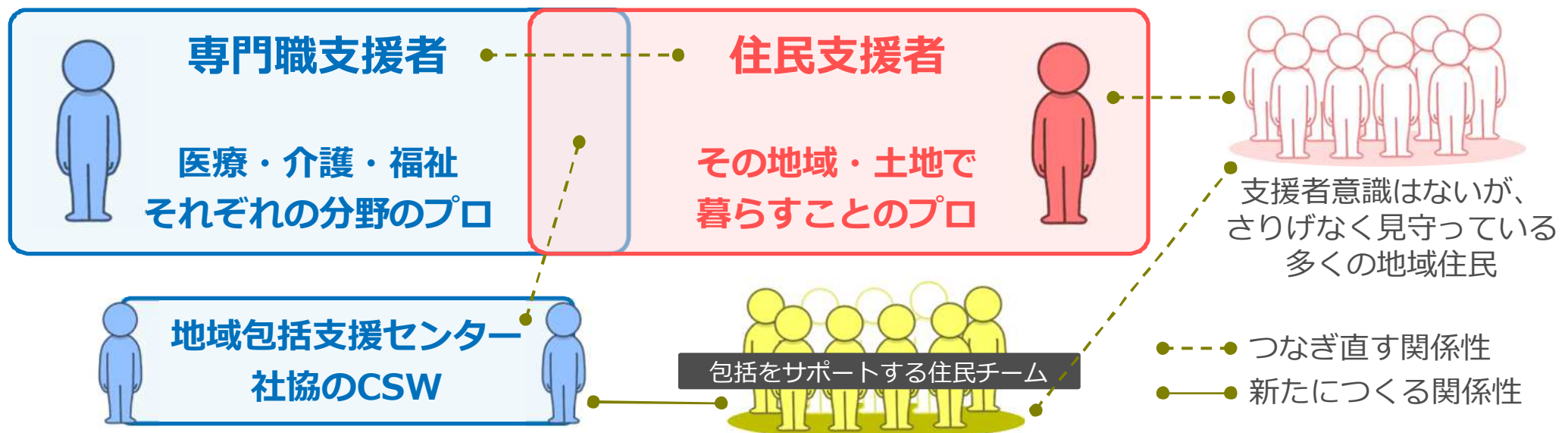
わがまちの目指す姿・課題・打ち手

打ち手 1 専門職と地域住民が連携した見守り体制づくり

地域の互助で支えていることを分解→構造化→分担

- ①地域住民が支える → 毎日の声かけ、目配り、年中行事、結
- ②専門職が支える → 専門性が必要なこと
- ③相互に補完し合う → ①②相互に相談できる関係性をつくる

特定の支援者に負担がかかりすぎず、持続可能な体制をつくる



わがまちの目指す姿・課題・打ち手

打ち手2 誰でもいつでも参加できるつながりの場づくり

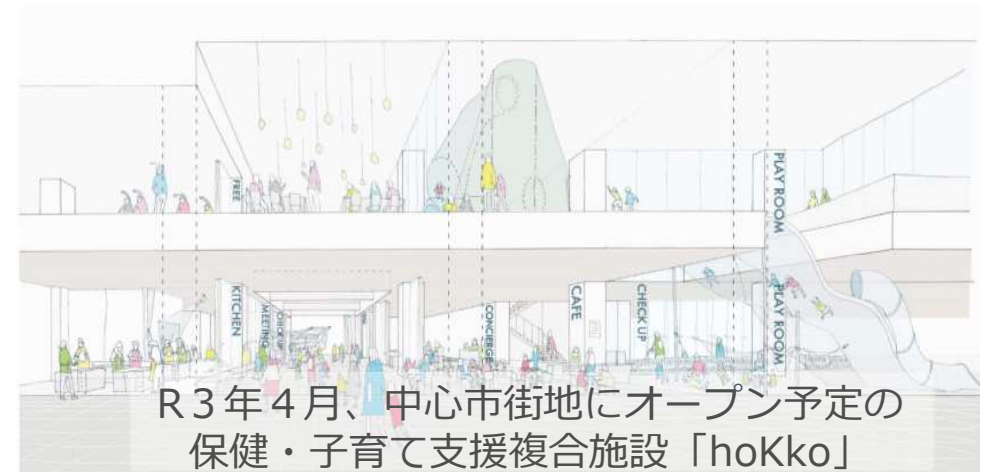
現在、市が関わっている高齢者の健康づくり・介護予防の場は、約9割が居住地の属性に縛られるもののため、居住地・年齢問わず活動できる資源を増やす。

①新たに作る

4月に、新しい「保健・子育て支援複合施設」がオープンするので、常設型の運動教室・生涯学習の場をつくる。H29～養成している住民ボランティアの活躍の場を目指す。

②あるものを編集する

市内には、生涯スポーツ団体、芸術文化グループ、趣味のサークル等が多数あるので、60歳を過ぎてから関心のある活動に参加しやすい入口づくりを支援する。

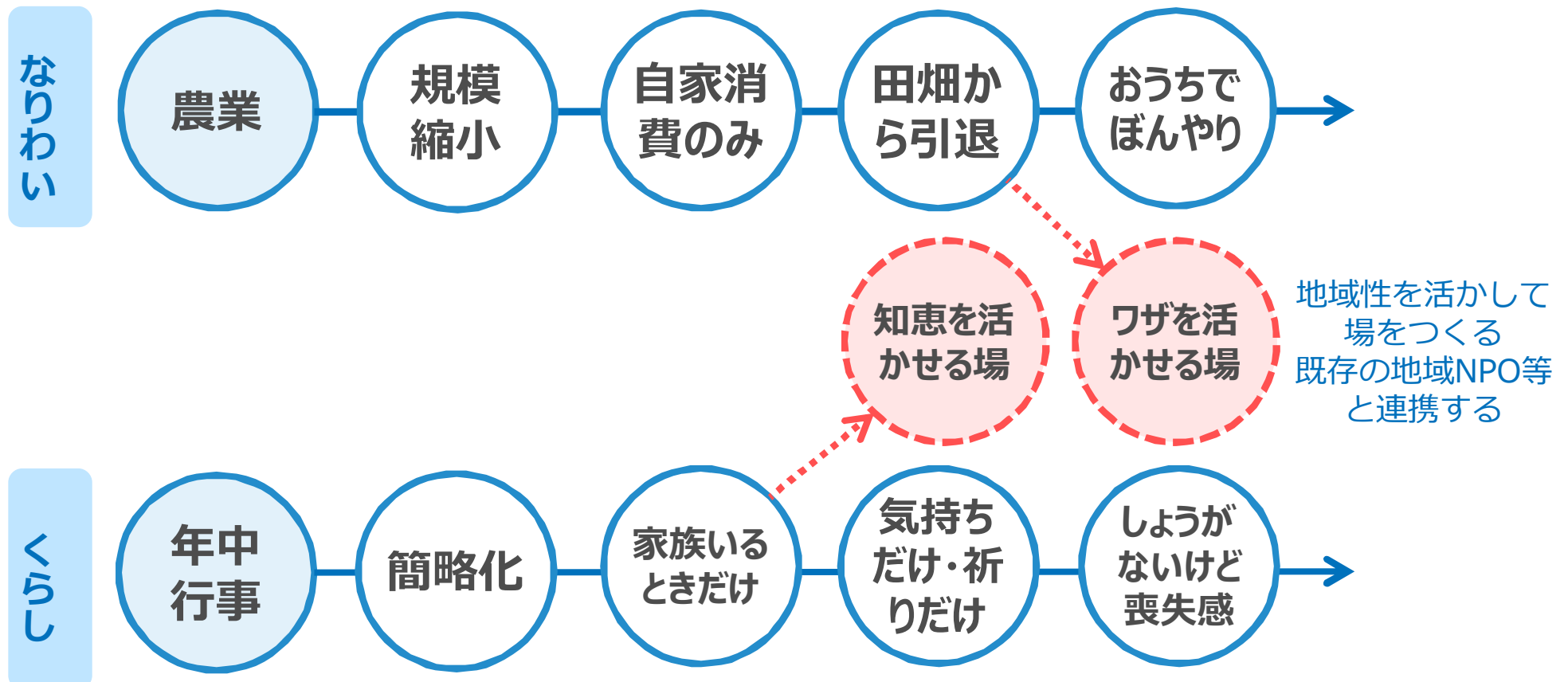


R3年4月、中心市街地にオープン予定の
保健・子育て支援複合施設「hoKko」

わがまちの目指す姿・課題・打ち手

打ち手③ 田畑から引退した先輩たちの活躍の場づくり

農村地域の高齢者の定番ライフサイクルに選択肢を増やす。
生きる知恵の宝庫である先輩たちの力を活かすしくみをつくる。



PGを通じて自身やまちに起きた変化

私の変化

- 個別課題から地域課題を導き出す基本の型を身につけた。
- 「私の(あなたの)専門性は何か」を問う姿勢を得た。

係・課内の変化

- 地域支援事業の相関関係が分かってきたことで、各事業の役割が明確になり、手段に振り回されない思考が身についた。
- 高齢者の暮らしを支えるためには、支援の入口から出口まで各担当が連携して業務にあたる必要性を課内で共有できた。

起こしたいまちの変化

- 持続可能なつながり、これからの相互扶助のあり方について、対話する人を増やす。

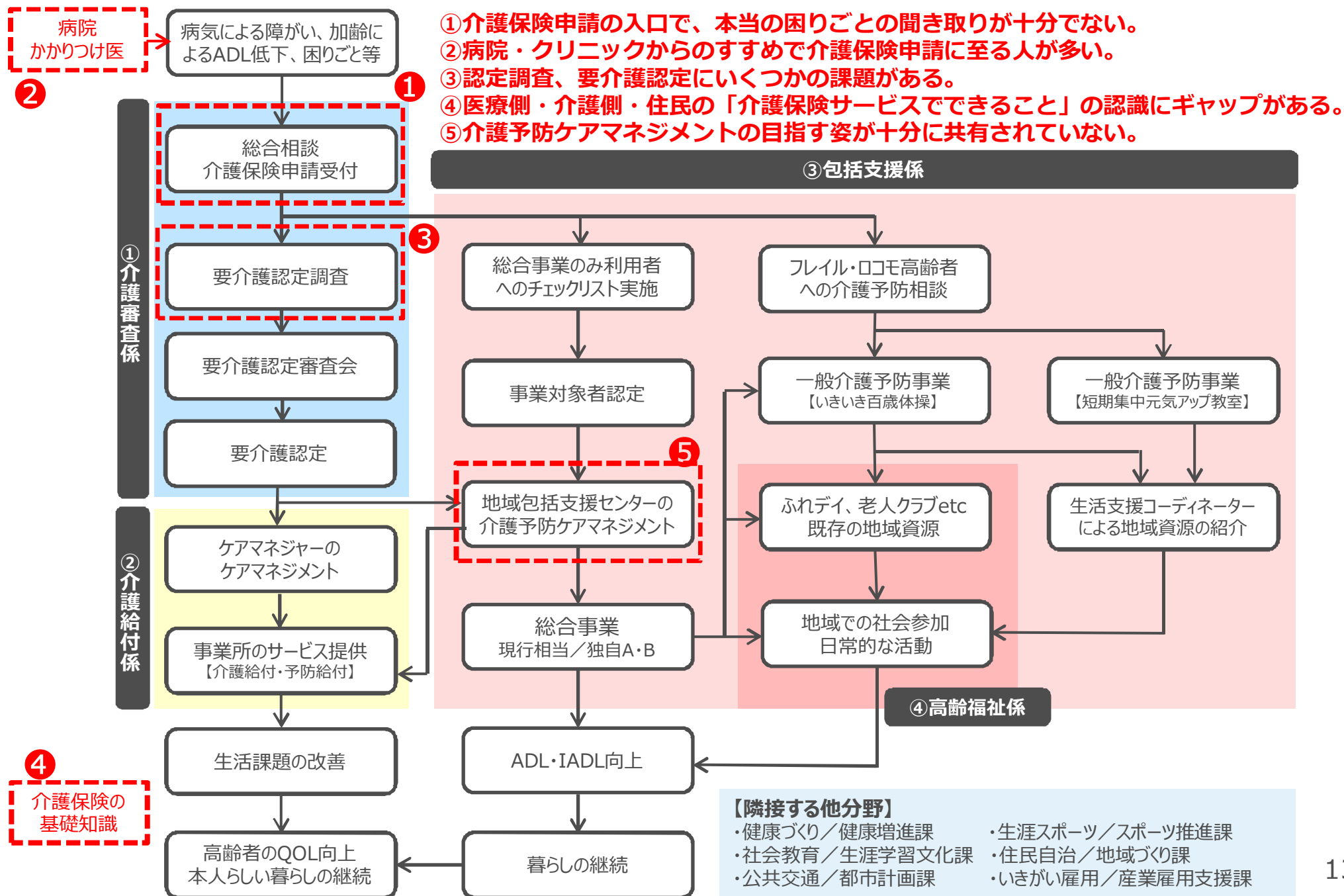
参考資料

	これまでの検討を踏まえて 現時点での設定	なぜ？ (裏付ける具体的事実とともに、文章で説明)
目指す姿	<p>高齢期になっても、人とのつながりが途切れず、望む場所で安心して暮らし続けることができる。</p>	<p>人生の最期までなるべく住み慣れた地域、自宅で暮らし続けたいと希望する市民が多い。しかし、高齢期になると、友人、知人が順番に亡くなっていき、年々社会や人とのつながりが希薄化していく。歳を重ねても、安心感を持って自分が望む暮らしを継続できる生活環境を守りたい。</p> <p>* アンケート調査／54%が在宅生活を希望 予防プランヒアリング／喪失感、不安</p>
現状	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の生活課題の解決手段が介護保険サービスに偏っているが、介護保険サービスでは解決できない生活課題が存在する。 ・ 介護保険サービスで解決できない生活課題は、地域住民の関係性の中で解決されるものがある一方、解決できていないものもある。 ・ 家族や支援者が望む支援と、本人が望む支援にはギャップがある。 ・ 高齢期になると、新しい交友関係が築きにくい。 ・ 地域住民の高齢化が進み、特定の個人に地域の見守り活動や支えの負担が集中しつつある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢期の生活の困りごとを解決するために介護保険サービスを申請するが、実際に解決したい困りごとと介護保険サービスで解決できることにはギャップがあり、認定を受けてもサービスにつながっていない人がいる。 ・ 農村部の高齢者は、既存のデイサービスとの親和性が低い。 ・ 高齢期になり、親しい人がいなくなる心の喪失感、老化による自信の喪失、高齢になってから新たなつながりをつくることへのハードルの高さから、きっかけがなければ自然と閉じこもりがちになる。 ・ ヘルパー需要の大半は見守りであり、多くは地域住民に支えられている。 ・ 高齢化率の高い地域では、民生委員、区長、福祉協力員等、特定の個人(地域のリーダー的支援者)に見守りの負担が集中してしまう。 <p>* R2. 6～7月新規申請ケースの包括ヒアリング結果、地域ケア個別会議結果</p>
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険サービスでは解決できていない高齢者の生活課題を、解決できるようにする。 ・ 地域住民の高齢化が進み、支えが必要な高齢者が増加しても、特定の個人に負担が集中しすぎないしくみをつくる。 ・ 高齢期になって、生活環境や交友関係に変化があっても、地域や人とのつながりが切れないゆるやかな関係性を保つ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険認定を得ていても、生活課題を解決できていない高齢者がいる。 ・ これまでは地域の互助やお互いさまで解決してきたことが、地域住民の高齢化や人口減少、家族形態の変化、生き方の多様化等により、地域内の相互扶助では解決できなくなっている。 ・ 寿命が伸び人生が長くなってきているが、地域内の相互扶助のしくみは何十年も変化していない。 ・ 高齢になると、友人、知人が順番に亡くなっていき、交流する人が減ってしまう。
打ち手	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の地域の見守り活動で支えていることを棚卸しして、①地域住民が支えることと、②専門職が支えること、③相互に補完し合うことの整理を行い、地域住民に負担が集中しない見守り体制をつくる。 ・ 高齢期になっても、人とのつながりがつくりやすく、つながりが途切れにくい環境をつくるため、地域性(農村部／都市部)を考慮した新しい交流支点をつくる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の地域住民の見守り活動は、年々見守りの内容が高度化、複雑化しており、住民の負担感が増しているため、地域で支えるものと専門職が支えるものの役割分担を行い、地域住民の見守り活動が継続できる環境を整える必要がある。 ・ 1地域の人口が減少しているため、住民属性やテーマ別に組織をつくり維持することに限界がきている。 ・ 自治協議会が全地区で動き始めて15年が立ち、地縁の良さ(安心感)と生きにくさ(閉塞感)の両面がある。次の10年は、地縁の良さを強めるしくみと地縁に固執しない相互扶助のしくみが必要な時期にある。

【参考資料】人材育成プログラム参加中の取り組み


	係内の取り組み 私、保健師2、SC1	実施事業の改善・実験	
		総合事業・介護予防ケアマネジメント	生活支援体制整備
第1回 9月	<ul style="list-style-type: none"> ・各地域支援事業の課題意識の共有 ・目指す姿の目合わせ ・各担当事業の課題の洗い出し ・スケジュール調整 	介護予防ケアマネジメント、総合事業の見直しの方向性検討開始	地域ケア会議の結果分析、サービスBの利用者属性分析、サービスBの実施団体分析
第2回 10月	<ul style="list-style-type: none"> ・給付実績データ分析 ・包括支援センターヒアリング ・高齢者の生活課題の洗い出し(ヒアリング、地域ケア会議、アンケート結果) ・仮説の再設定 	総合事業セミナー開催 (対象:包括、予防プランを担当している居宅ケアマネ)	人生100年時代の地域づくり学習会 (市内12か所)
第3回 11月		見直しの方向性固める	
第4回 12月	<ul style="list-style-type: none"> ・仮説検証 ・論点整理、課題の特定 ・打ち手の方向性の検討 ・関係者(包括、連携拠点)とのコミュニケーション ・第8期計画事業の検討 	多職種合同ケアカンファレンス@豊明 見学①(係内)	生活支援事業の方向性検討、サービスBの在り方検討、生活支援コーディネーターの活動の方向性再検討、人材育成事業の再検討
		多職種合同ケアカンファレンス@豊明 見学②(係内)	
		多職種合同ケアカンファレンス@豊明 見学③(包括、医療介護連携拠点)	
第5回 2月	<ul style="list-style-type: none"> ・次年度事業に向けた今年度事業の軌道修正 ・次年度事業立案 	介護予防ケアマネジメント研修会(市、包括、医療介護連携拠点)	

【参考資料】支援のプロセスと課題の所在



【参考資料】新規要支援認定者の申請のきっかけ

令和2年6～7月に新規申請のあった103件の、介護保険申請のきっかけを地域包括支援センターにヒアリング。主な傾向を5項目にまとめた。

病院のすすめで 介護保険申請	<ul style="list-style-type: none"> ・入院と同時に介護保険申請を促され、本人の状態や予後がわからないうちに、家族が申請する。 ・病棟看護師や連携室からの説明を家族が十分に理解できず、「病院に言われたから申請」する。 	→在宅医療介護連携推進事業の入退院支援部会で取り組む
医師のすすめで 介護保険申請	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医が、患者が高齢になると「そろそろ介護保険申請をした方が良いのではないかと」すすめる。 ・認知症の診断と同時に、医師から介護保険申請をすすめられる。 	→在宅医療介護連携推進事業の医師会との連携で取り組む →認知症施策の、認知症専門医との連携で取り組む
家族がデイサービスに行かせたい	<ul style="list-style-type: none"> ・「1日中家でテレビを見ている」「1日誰とも話さない」等、社会との交流不足を理由に、家族がデイサービスの利用を希望する。 ・「認知機能や筋力が低下してきた」ことを理由に、家族がデイサービスの利用を希望する。 	 今回取論点にするテーマ
私もデイサービスに行きたい	<ul style="list-style-type: none"> ・友人や親戚がデイサービスに行っているから、自分も同じように利用したい。 ・友人や知人に、「一緒に行かないか」とすすめられたからデイサービスを利用したい。 	
見守りのためのヘルパー利用	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーのニーズは、大半が見守り ・軽度認知症の人の支援として、服薬管理、定期的な訪問を目的としてヘルパーを利用したい。 	

【参考資料】地域性・生活環境別の傾向

「デイサービスに行きたい・行かせたい」がきっかけで申請するケースの背景を、居住地域の特性と生活環境で分類した。

	一人暮らし	同居家族あり
農村部	<p>【特性】 農業共同体で共同作業を行い、自然と共に生きてきた。田畑や農作業、山仕事、手仕事に対する関心が強い。生業からの農業からは引退しても、自宅近くの田畑で野良仕事をするのが生活習慣になっている。</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症になっても、できるだけ住み慣れた自宅で暮らし続けたい意向が強い。 ・地縁的なつながり、帰属意識が強く、地域住民がおたがいさま精神で助け合っている。 ・デイサービスやヘルパーサービス、地域の見守りに支えられながら、「いよいよ自宅で暮らすのは難しい」という段階になるまで自宅で暮らす。 	<ul style="list-style-type: none"> ・農業から引退する年齢になると、家でボーっとしてほしくない(このまま弱ってほしくない)という家族の意向から、デイサービスに行ってもらいたい。 ・本人は事業所のデイサービスには行きたがらない。高齢の人ほど抵抗感がある。 ・家族と本人の気持ちにギャップあり、認定後、サービス利用につながらないことも多い。
まちば (都市部)	<p>【特性】 同年代を生きてきたことへの共感意識強い。カルチャーセンター的なつながりがつくりやすい。新しい人間関係や場に対する抵抗感が少ない。</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・地縁的なつながりは希薄で、地縁以外のつながりに支えられて暮らしている人が多い。 ・地域のおせっかいが少なめなので、本人の社交性や志向が交流機会の多少と直結する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の希望でデイサービスに行くことになっても抵抗感が少ない。環境に順応しやすい。 ・友人、知人のすすめでデイサービスに行きたがる人が多い。
共通	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢になると、友人、知人が順番に亡くなっていき、交流する人が減ってしまう。 ・親しい人がいなくなる心の喪失感、老化による自信の喪失、高齢になってから新たなつながりをつくることへのハードルの高さから、きっかけがなければ自然と閉じこもりがちになる。 	

【参考資料】見守り(＝困りごと)の解決方法

「見守り」を希望して申請するケースの、具体的な見守りニーズと、実際の支援の担い手について分類した。

	介護保険サービス	地域の見守り	地域包括支援センター
服薬管理	○	×	×
話し相手	×	△ (全ての希望は叶わない)	×
声かけ	×	○	×
一人で外出する不安	×	△ (地域ごとに差があり)	×
定期的な訪問	×	○	○ (お元気訪問)

地域住民が担っているものが多い

【参考資料】地域の見守りを支えている人

●地域住民のしくみ

	基礎情報				地域づくりのしくみ			地域福祉のしくみ						
No.	地区	面積(km ²)	人口(人)	高齢化率	自治協議会	行政区	自治公民館	社協支部	福祉委員会	小地域ネット	協力者	圏域	包括	2層SC
1	黒沢尻西	10	9,074	25.8	黒沢尻西	9	9	黒沢尻西	9	26	41	①	本通り	1
2	黒沢尻東		12,079	23.0	黒沢尻東	9	14	黒沢尻東	9	43	89			
3	黒沢尻北		12,649	22.8	黒沢尻北	6	6	黒沢尻北	6	44	98	②	いいとよ	1
4	飯豊	23	10,993	24.9	飯豊	10	47	飯豊	10	27	57	③		
5	二子	10	3,512	30.5	二子	8	14	二子	8	11	12	④	展勝地	1
6	更木	12	1,086	46.8	更木	7	9	更木	7	16	37			
7	黒岩	10	945	35.7	黒岩	3	9	黒岩	3	2	6			
8	立花	4	1,954	37.3	立花	3	9	立花	3	13	26	⑤		
9	口内	31	1,456	46.8	口内	9	9	口内	9	3	6			
10	稲瀬	15	809	39.4	稲瀬	4	6	稲瀬	4	18	27			
11	相去	19	8,102	25.0	相去	11	18	相去	11	42	89	⑥	北上中央	1
12	鬼柳	10	5,628	25.5	鬼柳	5	23	鬼柳	5	7	16			
13	江釣子	18	11,948	25.0	江釣子	17	17	江釣子	17	31	55	⑦	わっこ	1
14	和賀	168	4,473	40.0	和賀	9	27	和賀	9	71	216	⑧		
15	岩崎	81	2,600	41.0	岩崎	7	18		7					
16	藤根	25	5,237	29.7	藤根	8	16		8					
					合計	125	251	合計	125	354	775	8	5	5

●地域住民以外のしくみ

- ・配食サービス（社会福祉法人、民間サービス）
- ・高齢者見守り安心ネットワーク（民間企業の協力）
- ・認知症サポーター

・**地域包括支援センターのお元気訪問** →実態把握よりも見守りの役割が強くなってきている。
定期的な訪問が必要な高齢者が年々増加している。

+ 民生委員が地域の見守りの
主な担い手