

# 人とつながり楽しく暮ら すしくみ

2020年2月3日  
笛吹市  
雨宮香織



# プログラム参加当初の課題認識

- ・通所C卒業後、通える場がほしい。週1回、歩いて行ける通いの場がほしい。(通いの場の補助金制度を活用して)
- ・介護予防事業に参加する人は、リピーターが多いので、新規参加者がほしい。
- ・男性の参加者が少ないので、男性参加者を増やしたい。  
→通いの場の設置数ばかり考えていた。  
今、思うと・・・ないものねだり。  
定量データ・定性データをみていなかった。  
本当の真因は何かをみていなかった。

# 問い・気づいたこと・わかったこと

いろいろなデータや情報を収集した結果……

- ・農業従事者割合が高いC町⇒農業をすることで健康維持できている。

- ・通所C参加者のアンケートから、週に1～2回、家を尋ねてくれる人が31%いた。⇒通わなくても人との交流ができる方法があった。

- ・一人暮らし割合が高いG町⇒昔ながらの近所づき合いで生活していた。

- ・一人暮らし割合が高いA町⇒近所より知人とのつき合いがあり、その人と縁が切れると困りごとがでてくる。

⇒通いの場を作ることが課題ではなかった。設置数が大事ではなく、困ったときに助け合える関係づくりが大切である。

⇒一人暮らし割合が高いA町とG町の調査をした。7つの町には特性がある。それに応じた支援方法がある。

# わがまちの目指す姿・課題・打ち手

目指す姿：温泉街や山の奥地、どんなところに住んでいても一人暮らしになったとき、いろいろな人とつながって、楽しく生活ができる。

課題：

- ①高齢になっても楽しく生活できるように身体機能の維持ができる。
- ②社会資源を知って、元気なときから、いろいろな人と関係がつかれる。
- ③要支援や要介護になって介護保険サービスを利用しても、元気なときと変わらない人づき合いができる。

# わがまちの目指す姿・課題・打ち手

## 打ち手:

- ・7町の地域固有の事情や特性、社会資源を把握して、情報を整理し、それに応じた支援のあり方法を考える。それぞれの町の特性や社会資源を高齢者やケアマネ、民生委員などに情報提供し、いろいろな人とのつながりをつくる。
- ・介護予防は、体操教室だけではなく、農業や温泉街などで働くことも健康寿命の延伸につながることを市民や医療、介護関係者に伝え、身体機能を維持していく。
- ・介護保険サービスを利用して地域行事などに参加し、近所とのつながりを守るようにケアマネなど関係者に伝え、社会資源を知ってもらう。

# PGを通じて自身やまちに起きた変化

- ・WhyとSo Whatで考えてみる。まず、真因を探る。
- ・定量データ、定性データをみること。エピソードが語れること。
- ・住民にサービスの代替えのような説明をしてはいけない。
- ・今回のPGを担当内、地域包括担当に復命ができた。豊明市の多職種連携カンファレンスを包括支援センター、第1層SC、第2層SCとオンライン視聴できた。
- ・関係機関と自立支援について考えていきたい。

# PGを通じて自身やまちに起きた変化

同じ市内なのに、地域(7つの町)によって、高齢者を取り巻く環境が異なっていた。そこに住む高齢者もまた異なる生活を送っていた。



サービスのあり方を行政の視点からのみとらえ、画一的に提供するのでは、地域やその方の実情に合わせたあり方を展開していく必要があることに気づいた。



今後はこのような取り組みをしていきたい。

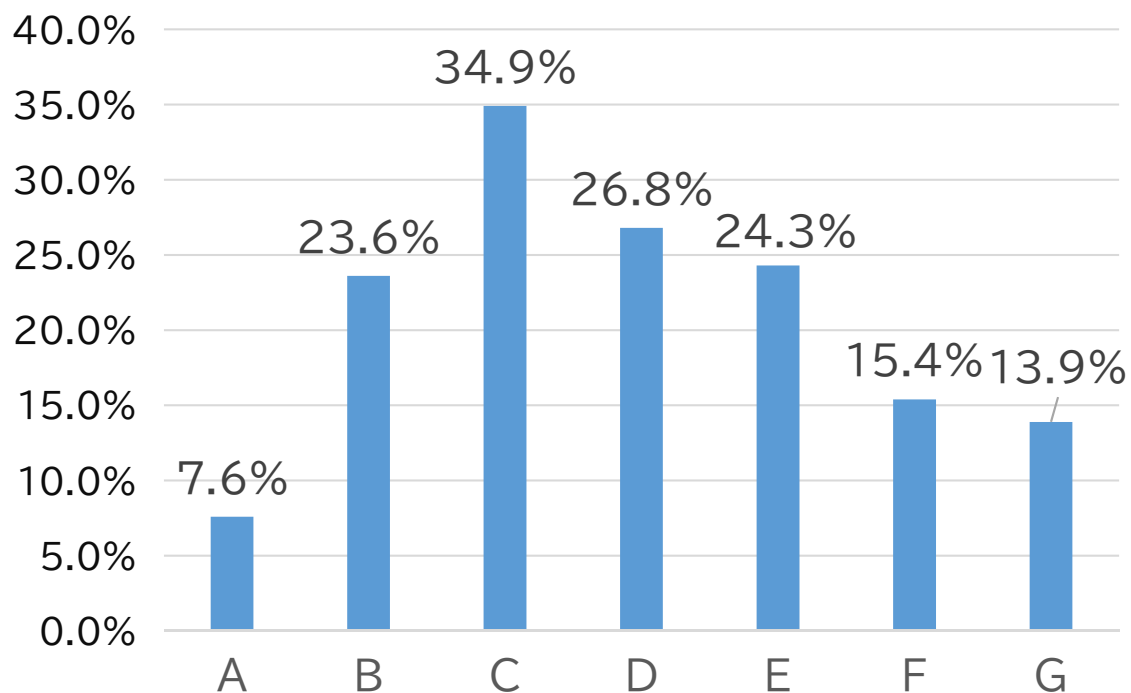
# 参考資料

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	温泉街や山の奥地、どんなところに住んでいても一人暮らしになったとき、いろんな人とつながって、楽しく生活ができる。	町別に高齢者割合や通いの場参加率などをみたら、7つの町にそれぞれ特徴があることがわかった。特にA町とG町は、一人暮らし高齢者割合も高く、それぞれの町で人とのつき合い方に特徴があることがわかった。そこで、笛吹市のどんなところに住んでいても人とつながって楽しく生活ができることを目指したい。
現状	A町は、知人や大家、雇用主とのつながりが多い。病気などで仕事を失ったとき、人間関係が途切れる。そうなると、ゴミ屋敷になっても頼れるところがないのでボランティアに相談がくる。G町は昔ながらの近所との付き合いがあるが、認知症などの理由で生活ができなくなると施設を利用したいという思いがある。	認定率ではA町は、22.88%と市内で一番高い。一人暮らし高齢者割合は、A町31.8%、G町35.3%と高い。さらにA町の一人暮らしの94.7%は転入してきた人だった。A町は温泉街ということもあり、仕事を求めて転入してきていることがわかった。さらに、A町の一人暮らしの状況は、未婚や離婚が多く、包括支援センターへの相談では、経済面の相談も多い。G町は、認知症や病気などで生活ができなくなると施設へいくという思いがあり、贅沢をせずお金を貯めているので、経済面の相談はあまりない。
課題	①高齢になっても楽しく生活できるように身体機能の維持ができる。 ②社会資源を知って、元気なときから、いろんな人と関係がくれる。 ③要支援や要介護になって介護保険サービスを利用しても、元気なときと変わらない人づき合いができる。	身体機能を維持することで、人とのつき合いができ、農業や温泉街で働くこと、好きなこともできる。元気なときからいろんな人と知り合い、お互いのことを気にかかけあうような仲になれば一人暮らしになっても誰かに助けてもらえる。また、介護保険サービスを利用すると近所とのつき合いが途切れてしまうことがある。サービスを利用しても以前と同じように近所や知り合いとの人づきあいを維持していくことで一人暮らしになっても楽しく生活できると考えた。
打ち手	・7町の地域固有の事情や特性、社会資源を把握して、情報を整理し、それに応じた支援のあり方を考える。それぞれの町の特性や社会資源を高齢者やケアマネ、民生委員などに情報提供し、いろんな人とのつながりをつくる。 ・介護予防は、体操教室だけではなく、農業や温泉街などで働くことも健康寿命の延伸につながることを市民や医療、介護関係者に伝え、身体機能を維持していく。 ・介護保険サービスを利用しても地域の行事などに参加し、近所とのつながりを守るようにケアマネなどの関係者に伝え、社会資源を知ってもらう。	・7町には、それぞれ地域固有の事情、特性があった。7町のいろんな社会資源を知り、7町の特性に応じた支援を考える。地域の行事などに参加することでいろんな人と知り合いになれる。より多くの人とつながることで、たくさんのお互いさまの関係ができる。また、高齢者だけではなく、関係者にも知ってもらうことで、高齢者に勧めることができる。 ・C町の高齢者は、農業に従事している人が多い。A町は、旅館などで働いている。働くことも健康寿命の延伸につながっている。身体機能を維持するために医療関係者や介護関係者に知ってもらい、さらに社会資源を知ってもらうことで自立支援につながっていく。 ・介護保険サービスを利用しない時間、しない日は、地域の行事や通える場所にいくことで地域の人とのつながりが切れない。

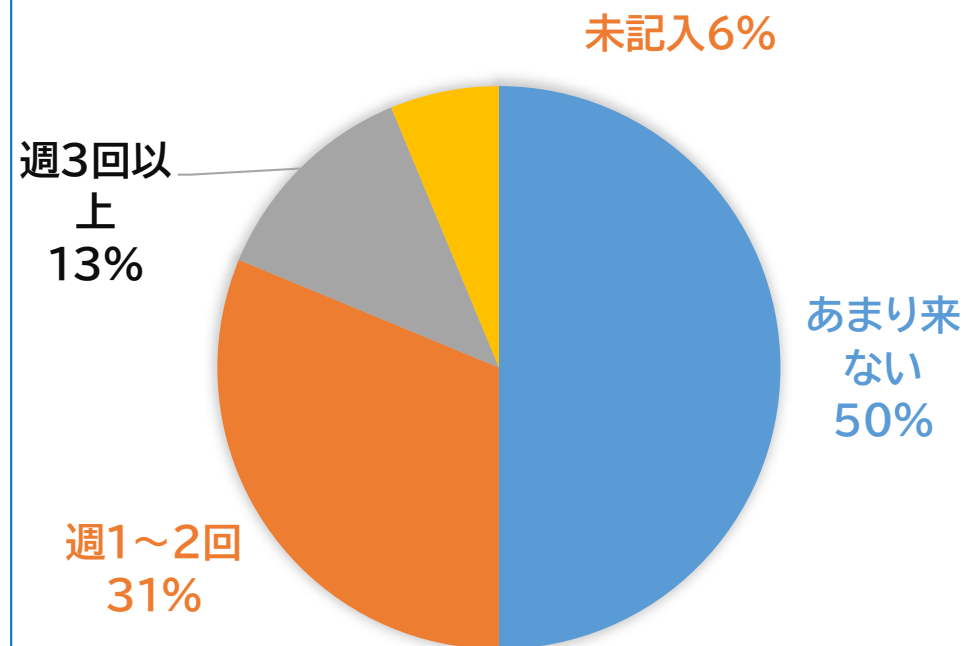


# 参考資料

①農業者割合  
(2015年農林業センサスより)

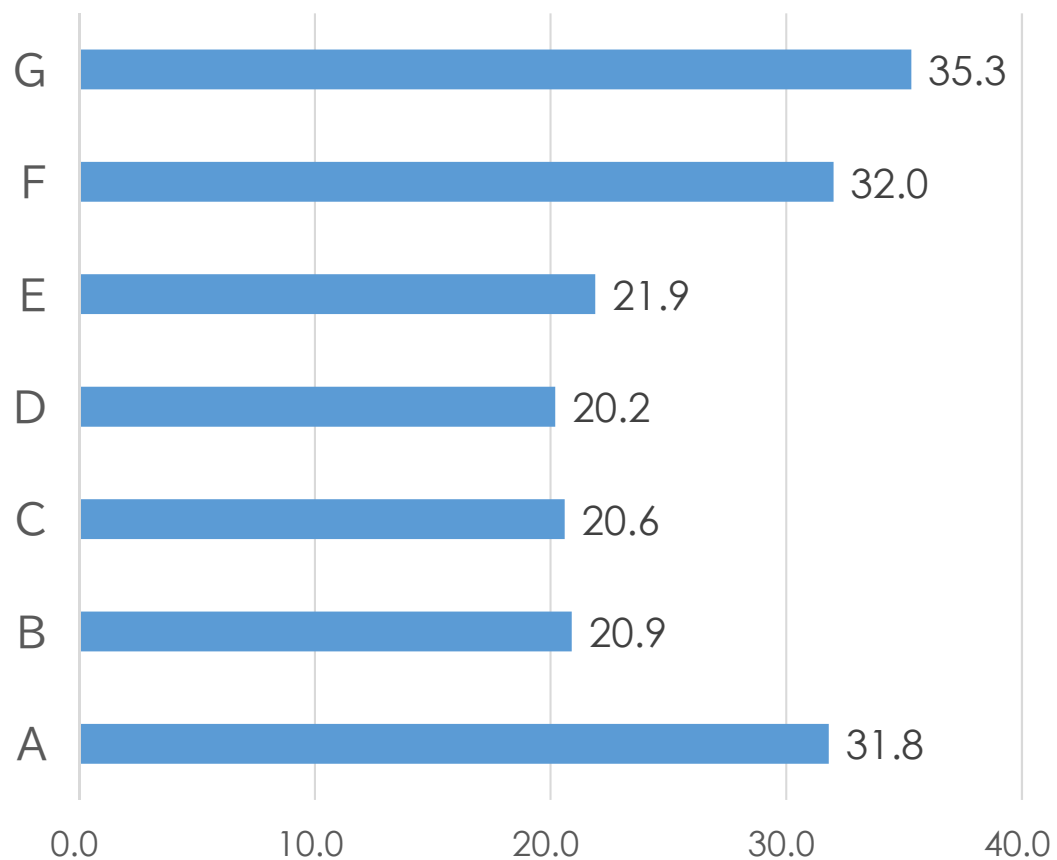


②親戚や友人が来る回数  
(通所C参加者アンケートより)

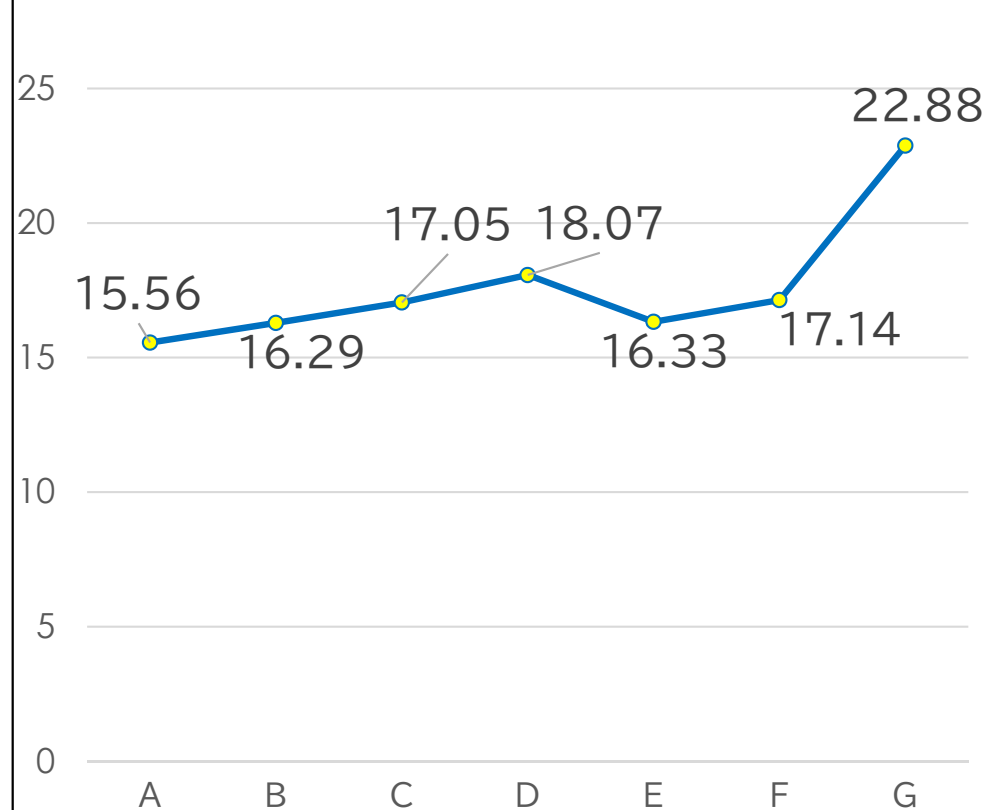


# 参考資料

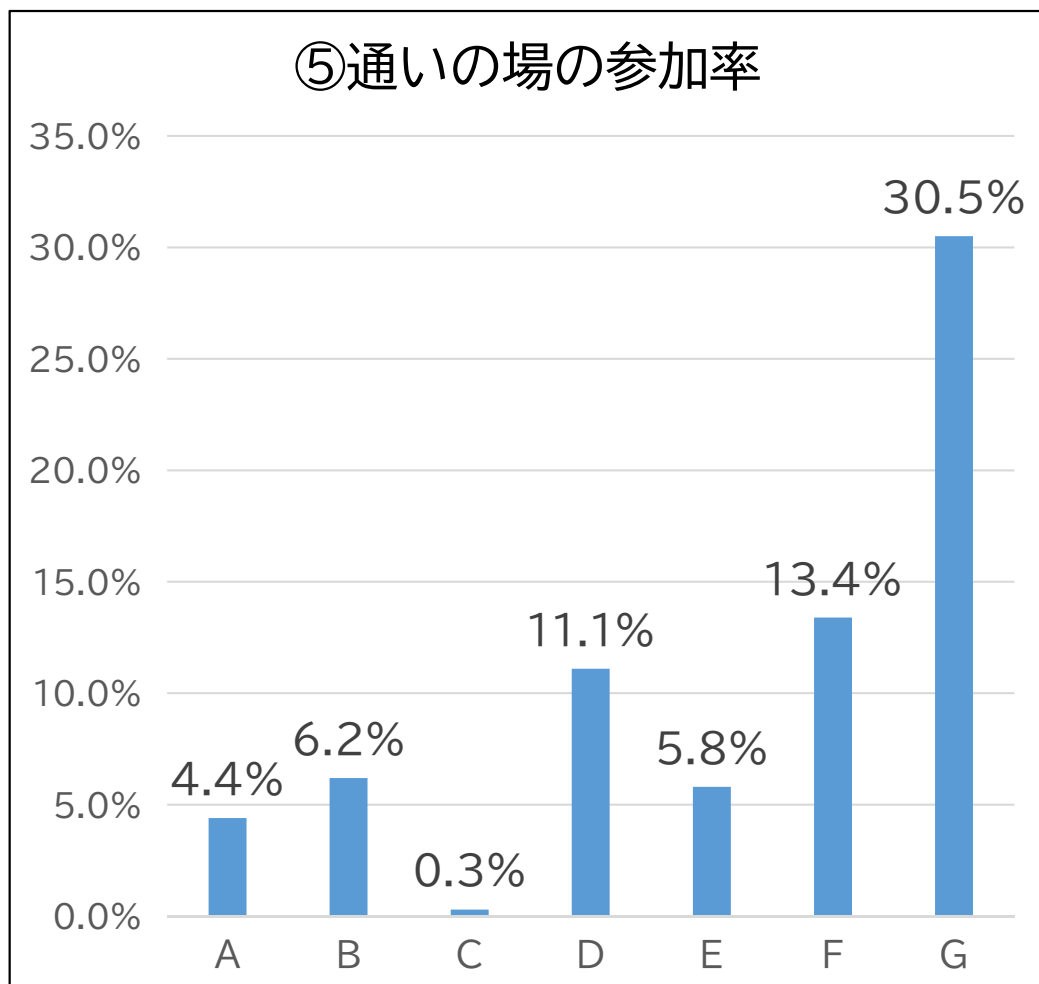
③一人暮らし高齢者割合(R2年4月末現在)



④町別認定率(令和2年4月1日時点)



# 参考資料



## ⑥包括支援センターへのインタビュー

	A	G
一人暮らしの状況	未婚、離婚が多い	死別が多い
経済面の相談	相談多い	あまり相談がない
近所との付き合い	近所より、知人、大家、雇用主との付き合い	昔ながらの付き合いがある

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 (2021年2月3日)

# 洲本市役所

## 理学療法士 生活支援コーディネーター

# 畑山 浩志



すもとに 住もっと。  
SUMO

健康寿命の延伸と健康格差の縮小  
ともに支え合い人にやさしい地域社会の実現

閉じこもり傾向にある高齢者の実態調査での変化





# PG当初の「気づき」と「変化」

市役所各課・各係で  
なぜ**壁**があるのか？  
なぜ**意欲**がない？  
健康寿命の延伸と健康格差の縮小

**ONETEAM**にならないと  
「ともに支え合い人に  
やさしい地域社会の  
実現」  
なんてムリでは？

対話

壁

福祉課と協議

民生委員さんの調査一人暮らし

「ほぼ外出しない、

月に2・3日程度」297名

健康増進課・保険医療課

とも協議

壁

対話

自分自身

「森」

だけ伝えていた  
または  
伝えてたつもり

グランド  
デザイン

「森」

伝わって  
なかった

「閉じこもり傾向に  
ある高齢者の  
実態調査をしたい！」

声

意欲

住民と  
対話

1人ではなく  
長寿支援係の  
小チームで  
考え取り組む

対話

壁

声

どうする？  
誰が いつ  
どこで 何を  
なぜ

「コロナ禍  
閉じこもり  
傾向にある方  
大変では？」

# 閉じこもり傾向にある高齢者の実態調査

(参考資料②～⑥)

★1 電話に出ない方、その他の方→民生委員さんに確認

令和元年度民生委員  
実態調査データ

ひとり暮らし 高齢者
閉じこもり傾向 にある高齢者 「ほぼ外出しない」 「月に2・3日程度」
297名

サービス利用なし  
介護度内訳

要支1	12名
要支2	6名
要介1	5名
要介2	6名
要介3	4名
要介4	1名
要介5	-
計	34名

サービス利用なし	34名
サービス利用あり	141名
施設	10名
グループホーム	1名
転出	1名
死亡	6名
計	193名

調査対象者
83名
(調査後) 介護申請 入院等
21名
計
104名

実態調査  
質問票を用いて  
訪問電話調査

調査対象者	訪問調査	電話調査	電話調査 拒否
男	7名	2名	1名
女	41名	8名	11名
合計	48名	10名	12名

介護申請	入院	死亡	転出
1名	2名	2名	1名
包括	民生委員	民生委員連絡×	訪問予定
1名	2名	4名	1名

地域課題  
由良地域が問題

個別支援が必要※	10名/58名
(個別支援) 再度訪問	6名/58名
(個別支援) 再度訪問 予定	1名/58名

★3 来年度は由良地域を重点地区

福祉用具のみ  
利用介護度内訳

要支1	1名
要支2	2名
要介2	1名
要介3	1名
計	5名

受診勧奨



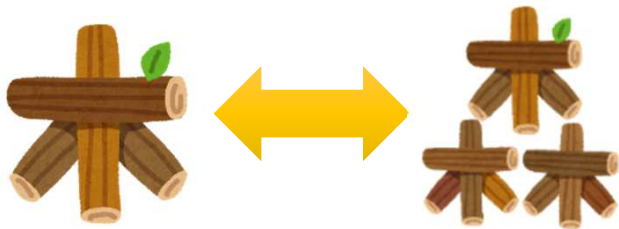
通いの場への  
参加勧奨



専門職による訪問相談



★2 34名+1名+5名=40名→調査対象を拡げて追加調査



## マンツーマンディフェンス

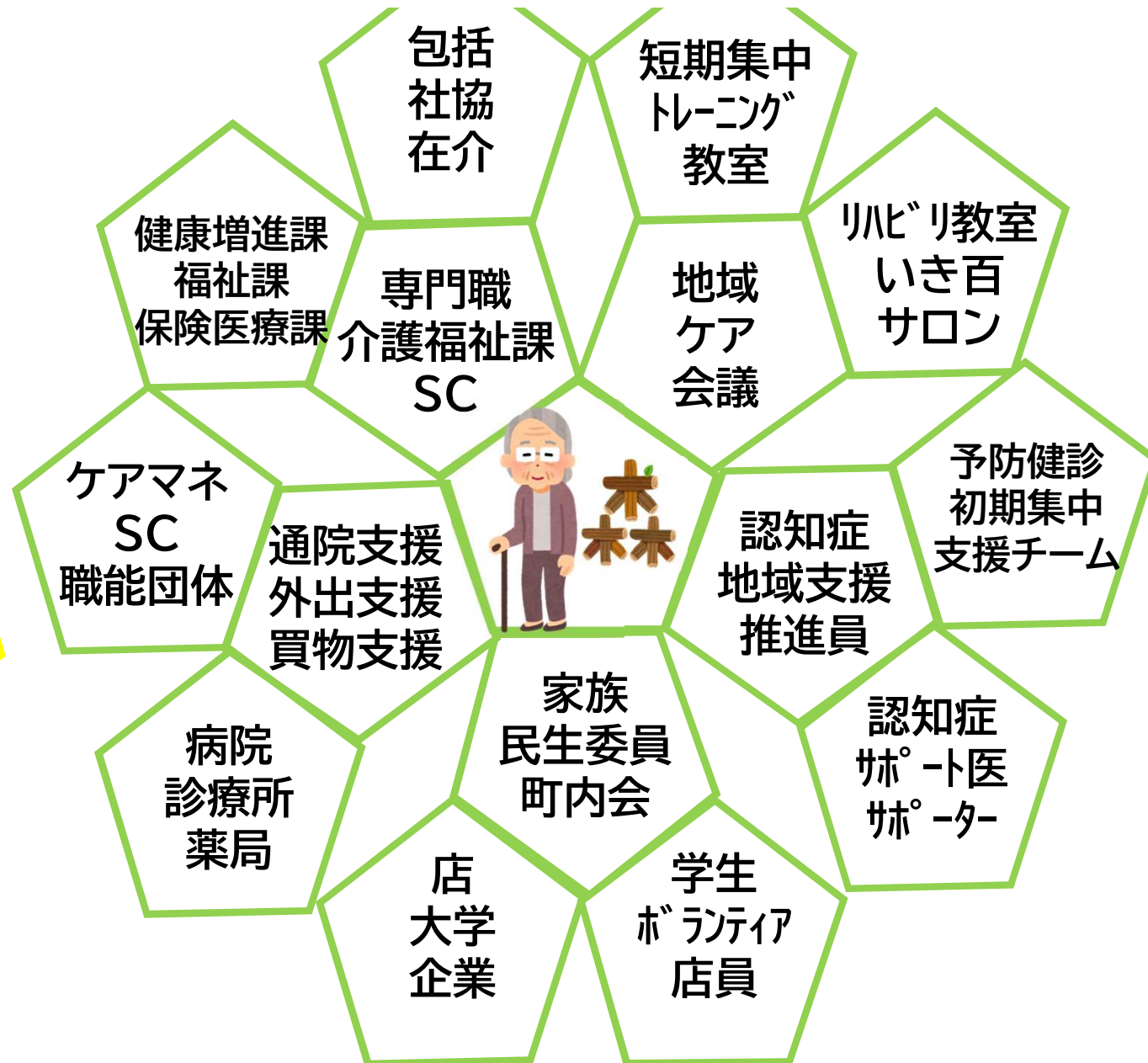
洲本市役所  
専門職・生活支援コーディネーター

管理栄養士

歯科衛生士



## ゾーンディフェンス 洲本市全体 (ONETEAM)



# PGを通じて自身や周囲に起きた変化

つもりで動いていた  
一人でしていた

コンセンサス  
根拠・意見集約

対話  
不足

みんな  
意欲ある

「やりたい」  
をカタチに

地域  
づくり

ともに支え合い  
人にやさしい  
地域社会の実現  
(地域共生社会)

あるべき姿

関係団体・施設  
との連携不足

庁内連携不足

個人プレイ

なぜ？なぜ？

医師会・歯科医師会  
在介、社協など  
話し合いの場

庁内の各課  
話し合いの場

チームプレイ

◇地域ケア会議  
(医療介護連携部会)  
◇地域づくり協議体

◇高齢者の保健事業と  
介護予防の一体的  
実施事業PT会議

◇チーム検討会

問題点＝ギャップ

現状

縦割り  
庁内連携が不足

COVID-19  
心身機能が低下  
生活機能が低下  
外出の頻度が低下

課題（仮説）

(COVID-19)  
独居で閉じこも  
り傾向の方大変

暮らしを  
知らない

民生委員との  
連携不足

なぜ？なぜ？

解決策（打ち手）

福祉課と協議  
令和元年度  
民生委員実態調査

独居で閉じこも  
り傾向の高齢者を  
特定し調査が  
できないか協議

実行

◆閉じこもり  
傾向にある  
高齢者の  
実態調査

◇民生委員との  
連携会議

みる・わかる・きめる・うごく

プレイヤーはでき少しずつできた あとは リーダーが必要



# 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

～ともに支え合い人にやさしい地域社会の実現～



要支援等高齢者

一般等高齢者

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業

- ・高齢者の生活と心身状態の実態把握調査  
→生活支援コーディネーター、関係職によるチーム検討会  
→閉じこもり傾向にある高齢者の実態調査

ハイリスクアプローチ

- ・生活課題の抽出とアセスメント
- ・目標設定・モニタリングと評価  
→ケアマネジメント支援会議  
→自立支援型地域ケア個別会議

- ・期間限定の生活行為障害の課題解決型  
→GENKIすもっとトライ教室  
→専門職による訪問相談

- ・継続的に参加することで重度化防止
- ・再発予防、健康管理  
→リハビリ教室

- ・容易に通える範囲の通いの場での社会参加
- ・住民主体の体操等による状態の維持  
→いきいき百歳体操、ふれあいサロン・給食、ミニデイなど

GENKIすもっとプロジェクト

- フレイル予防事業
- オーラルフレイル予防事業
- 健康安全運転講座
- 健康づくり出前講座
- GENKIすもっと体操
- GENKIすもっとサポーター
- すもトーク
- スマホ・スマートウォッチ健康管理事業
- フットケア、就労
- 熱中症、感染症予防
- 防犯、防火、防災
- 多様な通いの場を構築したい

ポピュレーションアプローチ

元気な高齢者の増加

互助  
生活支援

認知症総合支援事業

在宅医療  
介護連携  
推進事業

地域  
ケア  
会議

生活支援  
体制整備  
事業

介護予防・日常生活  
支援総合事業

地域ケア  
会議

推進会議

医療・介護  
連携部会

リハビリ  
専門職部会

ケアマネジメント  
支援会議

洲本庁舎部会  
五色庁舎部会

自立支援型  
個別会議

地域課題  
地域診断

介護予防  
ケアマネジメント

短期集中  
トレーニング教室

継続実施  
トレーニング教室

地域づくりによる  
介護予防



「に」を「と」へ

そして「も」へ



洲本市だからこそできる取組を

これまでの検討を踏まえて 現時点での設定		なぜ？
目指す姿	ともに支え合い人にやさしい地域社会の実現（健康寿命の延伸・健康格差の減少） 外出・通いの場に 「行きたい」町をつくる	少子高齢化（高齢化率36.1%→将来推計ピーク43.6%） 介護の担い手が減少、介護予防・疾病重度化防止が必要 生活機能の維持、生活支援（互助）の推進 高齢者が週に1回通える場所があることで、心身機能の維持、見守り、楽しみにつながっている
現状	職員間の認識の相違 目指すべき姿が不明確 個人プレーや業務の縦割り 業務の多様化、業務量の増 住民の意見を聞けていない	会議をするだけ、通いの場をつくることだけ、教室を行っているだけになっている。いまの業務をこなすことでいっぱいになっている・住民の意見を聞いているつもり、住民の生活を理解しているつもりでいる。 現に閉じこもり傾向の高齢者がいる。
課題	職員間の対話 目指すべき姿がバラバラ 未来予想図がわかりにくい 業務整理と生産性向上 住民との対話	（このP Gを通じて） 課題の共有や掘り下げをしていないことに気づく 課題が明確になっていないため、次の一手がなかった 課題は時代によって変化することに気づく（未来を考える） 対話不足、意欲の向上のしかけ、なぜを繰り返す
打ち手	閉じこもり傾向にある高齢者の実態調査を実施し、その結果を職員や民生委員、住民と共有する	職員・住民との対話をするために話し合いの材料がいる 調査を通じて、そこで暮らしがイメージしやすくなる 個別支援から集団支援を検討することができる（会議） 次の一手を検討することができ、新たな課題がみえる

人口：43,646人 高齢者人口：15,341人 高齢化率：35.1%

【平成31年4月時点】

ひとり暮らし高齢者：2,384人/15,341人 **15.5%**

うちほぼ外出をしない：114人/2,384人 うち月2・3回程度：183人/2,384人

「ほぼ外出をしない」+「うち月2・3回程度」を閉じこもり気味高齢者とする

閉じこもり傾向の高齢者：106人+179人=**297人**/15,341人 **1.9%**

297人のうち介護保険認定者と入院の方214人を除く **83人**を対象



・ **83人中** 訪問調査48人 電話調査10人 電話拒否12人 その他13人

・ 調査できた58人うち 個別支援が必要な方：**10人**（参考資料②）

個別支援の必要でない方：48人（参考資料③・④）

・ 個別支援が必要な方に再度訪問（マンツーマン）→そして（ゾーン）へ

・ 介護保険認定者は本当に大丈夫？電話でない方本当に大丈夫？

・ サービス利用なし34人、住宅改修のみ1人、福祉用具のみ5人 **40人**追加調査に

地区	①	②	③	由良地区	⑤
高齢者人口	4740人	3186人	2478人	<b>1511人</b>	3426人
調査対象者	10人 (0.2%)	12人 (0.3%)	20人 (0.8%)	<b>17人 (1.1%)</b>	24人 (0.7%)

## (ハイリスク者) 個別支援の抽出基準

訪問実施後、閉じこもり担当の専門職3名にて質問票と状況等を踏まえて検討

### 1. 身体面、精神面、認知機能面

(動作、歩行状態、表情、話の内容、受け答え、服装等)

### 2. 転倒歴 (年に何回転倒があったか、転倒後の対応、経過等)

### 3. 病院受診の有無、服薬状況 (病院先、病名、服薬できているか等)

### 4. 移動手段 (病院や買い物が行けているか等)

### 5. 居室の環境 (ゴミ溜めになっていないか、清潔を保っているか、室温等)

### 6. 支援者の有無 (支援できる子どもや親戚が島内か島外か、支援の頻度等)

### 7. 本人の訴え (困っていること、知りたい情報等) など



## 本人の状況

独居。淡路島で生まれ1歳のとき父親が他界。母は実家に帰り、淡路島で祖父母に育てられる。大阪で就職。**6年前に淡路島に帰ってくる。妻を癌で亡くし、1人息子も他界している。**島内に交流の深い友人が4人いたが、そのうち2人が他界、1人は東京へ引っ越し、現在は淡路市に住んでいる友人1人のみ。

**近隣住民との交流はなし。**身の回りのことはできている。**野菜作り、写真（野鳥）、カラオケ、ウクレレが趣味。**

## 閉じこもり調査での訪問

後期高齢者の質問票を実施。ADL自立しているが、質問票での①**あなたの健康状態はいかがですか→よくない**⑮**体調が悪い時に身近に相談できる人はいますか→いいえ**と回答。

話をきくと「**身寄りがなく、何かあったとき、どうしたらいいか不安。民生委員さんにも迷惑かけたくない**」といった訴えがあった。

↓  
相談先に地域包括支援センターの地区担当へ繋げ、同行訪問を予定する。

## 地域包括支援センター職員と訪問

## 以下聞きとり内容

## 【健康】

BP=126/69 **脊柱管狭窄症による臀部から大腿部にかけてのしびれあり。**畑や庭の作業は1時間以内にしている。以前メニエール病での入院あり。身寄りないため、**自分が亡くなったあとの家の始末や葬式等の情報を希望。**

## 【運動】

独歩。運動はしていない。友人の教で自宅横で**野菜作り**を始めた。病院でのリハビリなし。令和2年3月より**車は手放しバイクに変更。**洲本市方面でのバイク移動はしんどいため、淡路市の病院やスーパーに変更している。

## 【栄養・口腔】

**1日3食、自炊している。**買い物は淡路市。お茶や汁物でむせることもなく、固い物も食べることはできている。今年の7月に虫歯のため、歯科受診あり。

## 【その他】

**野鳥の写真を趣味**とし、自宅に数十枚飾られている。自分の自宅**いきいき百歳体操を開きたい**と思っている。

## 自立支援型地域個別ケア会議にて検討

## 検討内容からのアドバイス

- ①しびれ
  - 市の訪問相談（理学療法士）を利用
  - 市のリハビリ教室
- ②自分が亡くなったあとのこと
  - 地域包括支援センターのSWに相談
- ③いきいき百歳体操の立ち上げ
  - 単発でのイベントやサロンにする
  - 友人のいる淡路市のいき百に参加
  - 公民館や五色地区への参加
- ④見守り →民間の配食サービスの利用

## 再度、自宅に訪問

- ①市（長寿支援係）の理学療法士と保健師が訪問を実施。身体の状態を確認後、自宅で出来る運動をアドバイス。
- ②死後の後始末については地域包括支援センターのSWからの情報を保健師から訪問時に伝えた。（死後事務委任、空き家相談等）
- ③担当地区の生活支援コーディネーターと情報を共有し次回、訪問を予定。
- ④民間の配食サービスや自費の見守りサービスの情報を提供

## 現在は個別支援が必要ではないと判断した理由

訪問実施後、閉じこもり担当の専門職3名にて質問票と状況等を踏まえて検討

1. 支援者（子どもが来訪している頻度が多い、支援内容等）
2. 病院に定期的に受診（病院先、疾患、服薬管理ができている等）
3. 趣味活動（家庭菜園、通いの場への参加、運動等）
4. 日用品や食品などの購入（宅配・移動販売、スーパーの利用、頻度等）
5. 家の環境（掃除やゴミ捨てができている等）
6. 近隣の住民・民生委員との関わり                      など

# 自分らしい普通の暮らしをしている方々

## 事例 1

S氏 95歳 五色 男性

独居。**近隣に息子家族**が住んでいる。現在は息子に牛の世話と畑を任せているが**牛の世話**に関しては本人も手伝っている様子。買い物は孫に頼んでいるが、**食事や掃除、洗濯など身の回りの家事は自分**で行っている。**病院への受診も定期的**に行っており、**服薬管理**もできている。玄関には牛の品評会で獲った**金賞の賞状**が多く飾られており、話の中でも牛について語られることが多く、現在も牛の世話を生きがいに行っている。また本人から「**自分のこと、身の回りのことはしている。**」といった言葉が聞かれた。

このことから、買い物などできにくい部分は家族の手を借り、家事など自分でできることはしている他、牛の世話といった生きがいを持っている様子から、95歳と高齢ながらも自立されている様子が感じられた。

## 事例 2

S氏 81歳 由良 女性

独居。子供はいないが、**近所に兄弟や義理の妹**が住んでおり、お互いの家を行き来して**安否確認**をしている。以前は、旅館と定食屋を夫婦で経営されていたが不況の為、店を閉める。天気の良い日には手作りの竿を持って近所の浜まで**釣りに行き**、アジやイカ釣りを楽しんでいる。近所の友人や親戚が持ち寄った食材で、**おでんやカレーなどを大鍋で炊き**、定食屋をしていたスペースで**友人たちに振舞っている**。買い物や通院への**移動手段も友人の支援**があり、月に2回程、市内に出かけている。

訪問時、入れ歯の不具合の訴えがあり、歯科衛生士より歯科受診を勧めた。「近々、受診してみます。」とのことで後日、電話にて確認すると「**あの後すぐに歯医者さんに行きました。入れ歯を調整してもらって、変わらず元気です**」とされていた。

## 事例 3

M氏 90歳 安乎 女性

元酒屋を経営されていた。**毎朝息子が嫁の作った食事を届けており、一緒に昼食**を食べている。また、病院も息子の送迎で受診。コロナにより通いの場が中止となったが、**近隣住民との交流**もあり、5~6人が訪問し、**お菓子などを食べながらおしゃべり**をしている。難聴ではあるが、補聴器を使用し、会話は困難ではない。ストレッチなどの体操も、朝20分自宅で行っている。

私たちが訪問するとのことで、少しでも喜んでもらえたらと玄関の木の枝に**色とりどりの折り紙で花を作り**、飾られていた。**折り紙が趣味**。機会があれば折り紙を習いに行きたいと話される。







# 個別支援から重度化防止 に向けた取り組み ～自分らしい生活を支える支援～

2021年2月3日

中央市

長寿推進課 地域包括支援センター 長沼なつ美

# プログラム参加当初の課題認識

- ・ 公民館サロンが増えていかないことが地域の課題である。
- ・ 行政内で横の連携が取れていないことが課題である。



なぜ、公民館サロンが必要なのか？  
住民が求めているのか？  
その課題は、行政の目線？

## 参加後

- ・ 現状から重度化防止をもっと機能させなければいけない。
- ・ 現状として、自宅での生活を支える視点が弱い。
- ・ サービスありきではなく、その人に合った資源を届けることが、「その人が自立した生活」を続けていけることにつながる。

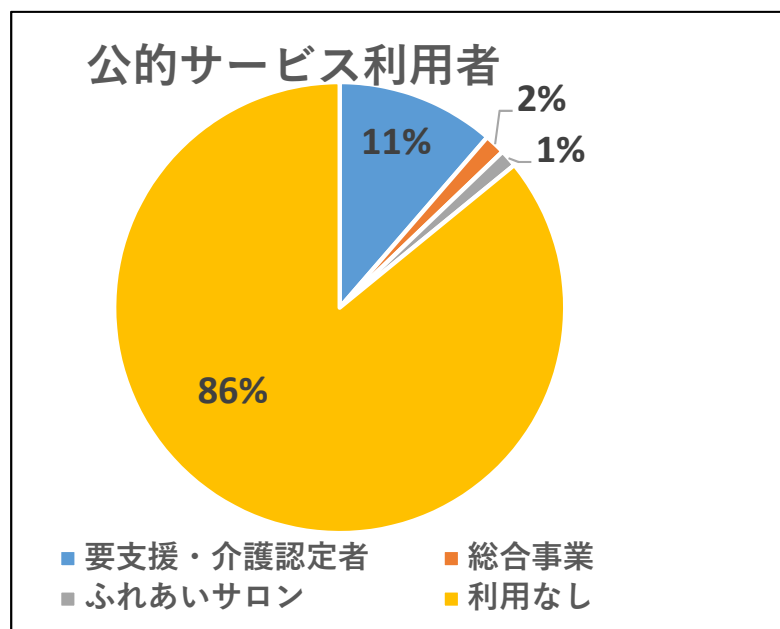
# プログラムでの問い

- ・総合事業を利用することで、その人らしさが生まれるのか？  
利用することでみんな幸せか？重度化していないか？本当は、別の支援が必要な人が通っていないか？
- ・サービス利用だけでなく、自分らしい生活を支える支援とは？
- ・包括での相談対応は、適切だったのか？

## 現状と気づき

①介護保険や総合事業を利用しているのは、高齢者人口の14%。

86%（6640人/7730人）は、公的なサービスを利用せずに日常生活を送っている。



①高齢者人口のうち 要介護・要支援認定者＋総合事業利用者＋一般介護予防事業サロン（送迎付き）利用者の人数

R2.4.1現在

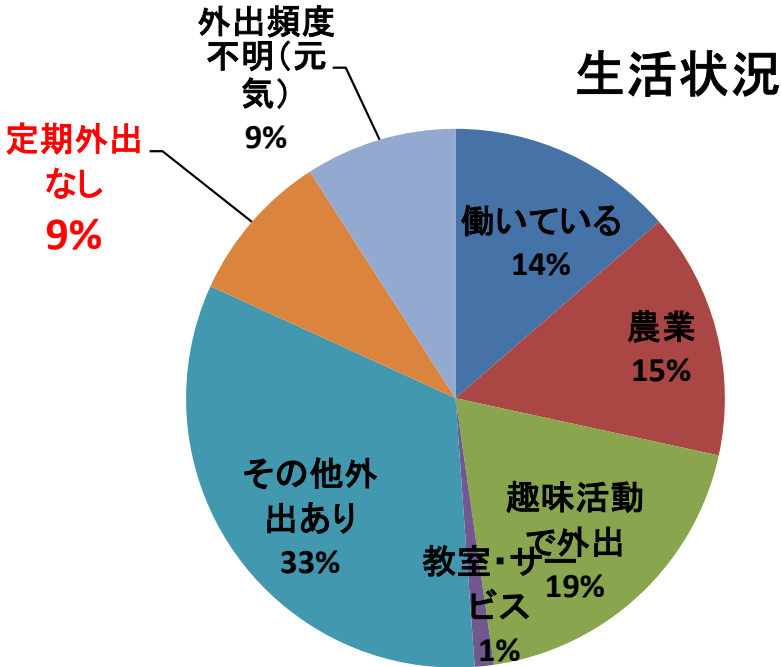
65歳以上人口	7730
要支援・介護認定者	878
総合事業	115
ふれあいサロン	97
利用なし	6640

## ②市内のA自治会で75歳以上の高齢者宅を訪問した際、約1割（105人中8人）が人とのつながりがなく、定期外出をしていない人がいることがわかった。B自治会でも同様の結果が得られた。

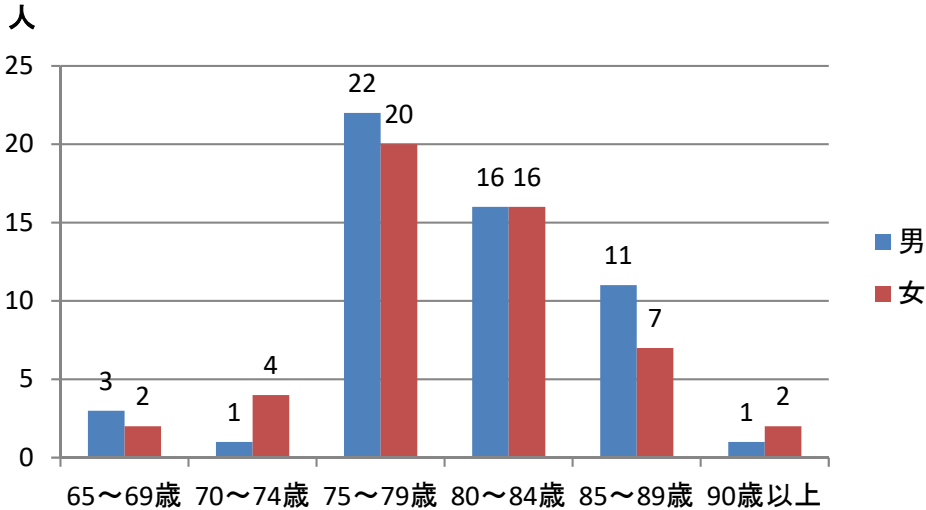
- ・ A自治会で75歳以上全員、65歳以上チェックリスト該当者に訪問調査の結果

訪問対象者

	男	女
65～69歳	3	2
70～74歳	1	4
75～79歳	22	20
80～84歳	16	16
85～89歳	11	7
90歳以上	1	2
計	54	51



啓発訪問対象者の年齢



### A自治会（訪問年度のデータ）

- ・ 65歳以上人口：295名、75歳以上人口：135名
- ・ 高齢化率：31.5%（中央市：22.3%、玉穂：18.7%）
- ・ 要介護認定者数：（1号）33名（うち19名が認知症）、（2号）2名
- ・ 要介護認定率：11.2%（中央市：11.1%玉穂：13.6%）
- ・ 総合事業利用者：6名

### R3.1月現在

定期外出なし 8人中2人（要介護4・5）、2人死亡  
 その他 97人中11人（要介護認定）、4人死亡

# ③総合事業と一般介護予防サロン（送迎付き）利用で卒業する人は、H31年利用者では、195人中1人。

## 総合事業と一般介護予防事業サロンの利用者

【中止の理由】 ※H31年の対象者195名

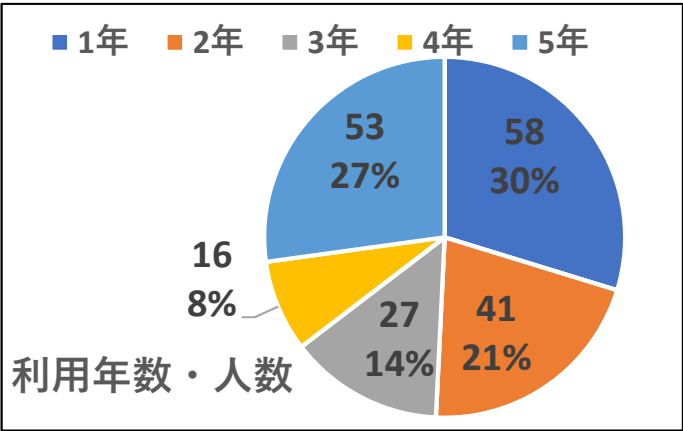
		総合事業	一般介護予防 サロン	計
介護1		1	2	3
介護2		5	4	9
介護3		2	0	2
介護4		0	0	0
介護5		0	0	0
死亡		6	1	7
卒業		1	0	1
その他		4	0	4
その他の再掲	入院	3	0	3
	サービス変更 (ふれあいサ ロンへ)	0	0	0
	利用なし	0	0	0
	転出・特例に つき介護度不 明	1	0	1
合計		19	7	26

介護申請＋入院

平均年齢 87.7歳

死亡

平均年齢 83.7歳



1年未満の3人

申請理由：認知症

	1年	2年	3年	4年	5年以上	計
介護1	1	0	0	0	2	3
介護2	2	2	2	0	3	9
介護3	0	0	0	0	2	2
介護4	0	0	0	0	0	0
介護5	0	0	0	0	0	0
死亡	2	2	2	0	1	7
卒業	0	0	1	0	0	1
入院	0	1	0	1	1	3
転出	0	0	0	0	1	1
合計	5	5	5	1	10	26

## ④地域資源を介護保険の分野だけでとらえない。

### 地域資源の把握

- ・ 個人的な集まり：外部の人を受け入れない、限定的  
（無尽、地元の商店での集い、畑での交流 等 たくさんある。）  
他にも 習い事、運動教室、移動販売、ボランティア活動 等
- ・ 公民館サロン：誰でも参加OKの場所や限定的なところもあり様々
- ・ 公的なもの：誰でも参加OK

子育て支援課：いきいきふれあい広場

健康増進課：ウォーキング教室、姿勢改善教室

長寿推進課：げんき体操会、さくら会

社協：健康塾、まなびや 等

教育委員会：まごころ学園、単発の教室、ふるさとウォーキング、

子ども見守り隊 等



⇒地域資源は探せば探すほどたくさんあることに気づかされた。

⑤「その人らしい生活」を考えるときには、役割や生きがい、趣味など、自宅での生活を具体的にイメージでき、充実させる必要があると気づかされた。また、本人のやりたいことのために利用場所の選択が正しいのか疑問に感じる人もいた。

○一般介護予防事業サロン（送迎付き）利用者インタビュー 6名

○公民館サロン利用者インタビュー 5名

#### 内容

①通うきっかけ ②通いの場への望み ③利用日以外の過ごし方 ④役割・生きがい・趣味 ⑤困っていること ⑥やりたいこと ⑦ADL・IADL ⑧家族構成

#### <インタビューを通して感じたこと>

公民館サロンに通っている人は生きがい、役割を持ち、機能低下が起きていなかった。一方、一般介護予防事業サロン（送迎付き）に通っている人も生きがいや役割を持ち続けていたが、IADLの低下がみられた。また、転倒歴がある方もおり、運動機能が落ち始めている人が通っているのではないかと感じた。

⑥包括内でのケアマネジメントが介護保険・総合事業等のフォーマルサービスにつながることが当たり前になっていた。

地域包括支援センター相談実績（令和2年10月分 34人）

介護 申請 相談		26		認知症	6
	内 介護申請	18		転倒・骨折	4
	内 総合事業	3		癌	2
	内 対応中	1		関節	2
	内 家族以外の相談	2		脳梗塞	1
	内 退院未定	2		心不全	1
				呼吸器	1
				廃用	1
			18人（入院7人）		
サービスを知りたい				新規訪問（総合事業か介護申請か悩むケース）	5
認知症				サービス紹介のみ	1
アルコール				支援につながらず	3
その他					

R2年10月時は相談を受け、総合事業か介護保険サービスのどちらの利用を行うのか訪問して検討する人が5人。通常は、訪問は1人で行う。フォーマルサービスの導入を目的としての訪問となっている。



## わかったこと

中央市民のほとんどの人は、自分で楽しみを見つけて、自分らしい生活を送れている。しかし、身体機能の低下、身近な人の喪失、病気等で、当たり前だった生活が失われてしまう時がある。その際に、家族・友人・近所の人等、誰かと自らつながっていることで、重度化せずに虚弱の段階で気づいてもらうことができる。

当たり前だった生活が失われてしまい支援を必要としている人が介護保険サービスや総合事業等のフォーマルサービスを利用している。その人たちが、以前のような当たり前の生活を取り戻すためには、本人の望む暮らしに向けて必要な場合は、適切なサービスの導入ができ、失った役割の再獲得や、生きがい、趣味など、自宅での「生活」を具体的にイメージできるように支援することが必要である。しかし、現状としてはサービスにつなげる支援が中心であった。

自宅での生活を支援することで、サービスからの卒業や自立支援につながり、介護予防・重度化防止につながる。

# わがまちの目指す姿・課題・打ち手

## 目指す姿

人とつながり、自分の役割や楽しみを持ち、生活ができる



## 課題（解決すべきこと）

その人にあった「自分らしい生活」を続けるための支援をする

## 打ち手（直接、住民と接する立場だからこそ、まず初めに取り組むこと）

◎総合事業利用希望者に「こうありたいという思い」を実現できるように支援

- ・新規利用者のアセスメントの際には、可能な限り家族も同席してもらう。
- ・困りごとではなく、「望む暮らし やりたいこと 続けていきたいこと」を聞き取り、そのために必要な支援を検討する。（望む暮らしシートの活用等を考え中）。サービスにつなぐだけの支援としないようにする。
- ・初回訪問時は、包括職員2人体制で対応し、目標とする生活のためにフォーマルサービスの必要性の有無、必要な場合は、どのサービスの利用が適切か相談し判断する。
- ・やりたいことが「特にない」という場合は、一緒にみつける。
- ・地域に資源がない場合は、支援してくれる仲間（住民・企業等）を増やして、地域で取り組み、地域資源として作る。

# PGを通じて自身やまちに起きた変化

## ①個別支援の変化

インフォーマルは、地域の資源（通いの場所）につなげるだけでなく、自分の生きがいや役割もインフォーマルだと気づかされた。「この人らしい暮らし」を支える思考が身についた。さらに、今後は、個別の事例から地域課題を検討していきたい。

## ②データ分析の必要性

エピソード+データを示すことで、感覚ではなく、事実として伝えることができる。話し合いの際も説得力ができた。

## ③事業を行う根拠・必要性の検討

なぜ？を常に考え、事業や会議等を行うことで住民にどうなって欲しいのかを検討し実施するようになった。

## ④チームで話し合う

包括内だけでなく、介護保険担当とも市が抱えている課題や今後の取り組みについて話し合いができた。

## ⑤他課や関係者、住民を巻き込む

介護保険の分野だけではなく、様々な人たちと話し合いや連携をとることで、視点や視野が広がるため、今後も話し合う機会を作っていきたい。

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

人とつながり、自分の役割や楽しみを持ち、生活ができる

(なぜそれを目指したいのか)  
自分の役割や楽しみ、生きがいを持つことで、元気で過ごせ、自分らしい生活が続けていくことが幸せな生活だと考える。しかし、ずっと、今の当り前の生活が続けていけない。その「もしも」の時に家族や友人、近所等、誰かと自らつながっていることで、気づいてもらうことができ、自分の安心につながるができる。

現状

(目指す姿に対する現状)  
・高齢者の大半の人が公的なサービスは利用していない。  
地域の中で色々な人とつながりを持ち自分らしい生活が続けている。  
・一部の人で、地域とのつながりもなく、定期的な外出しない人もいる。  
・総合事業利用者はほとんど卒業していない。  
・包括職員が地域資源を活かしていない。

(なぜそうなっているのか)  
中央市民のほとんどの方は、自分で楽しみを見つけて、自分らしい生活を送れている。しかし、一部の人は支援を必要としており、地域や人とのつながりもなく過ごしている人である。地域とのつながりを途切れさせないでいると自然な形での見守りが継続できる。支援を必要とする際には包括職員が一人に対応しており、判断に悩むことも多い。そのため適切な資源を結びつけられていないのかもしれない。また、「インフォーマル」についても包括職員内でも考え方が統一されていないため、活用に差がある。

課題

(目指す姿と現状のギャップを埋めるためにとりくむべきこと)  
その人にあった「自分らしい生活」を続けるための支援をする

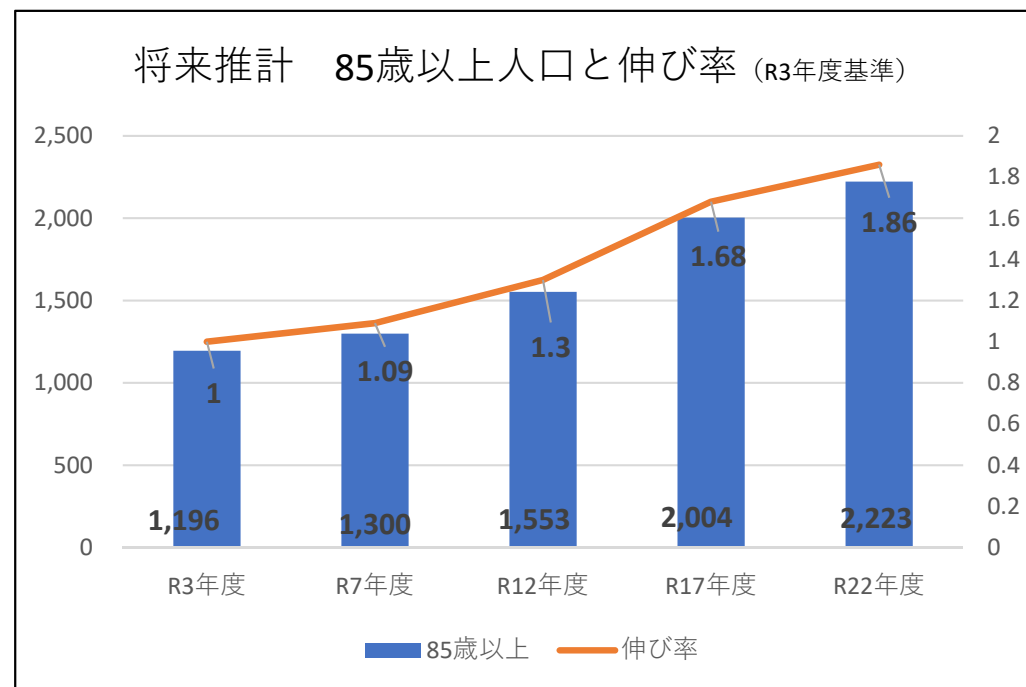
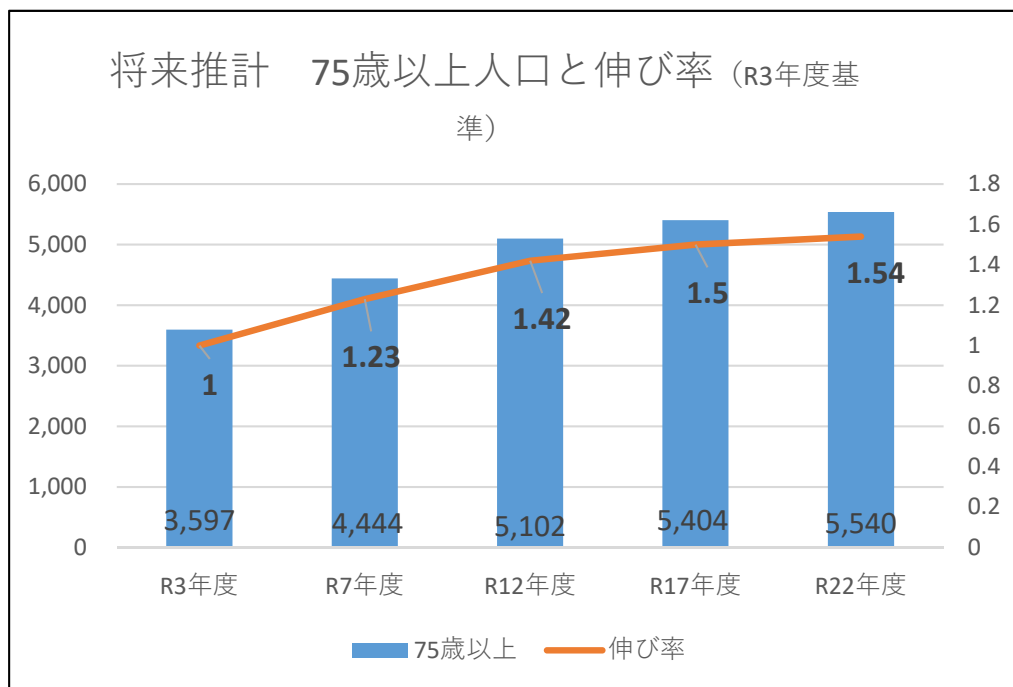
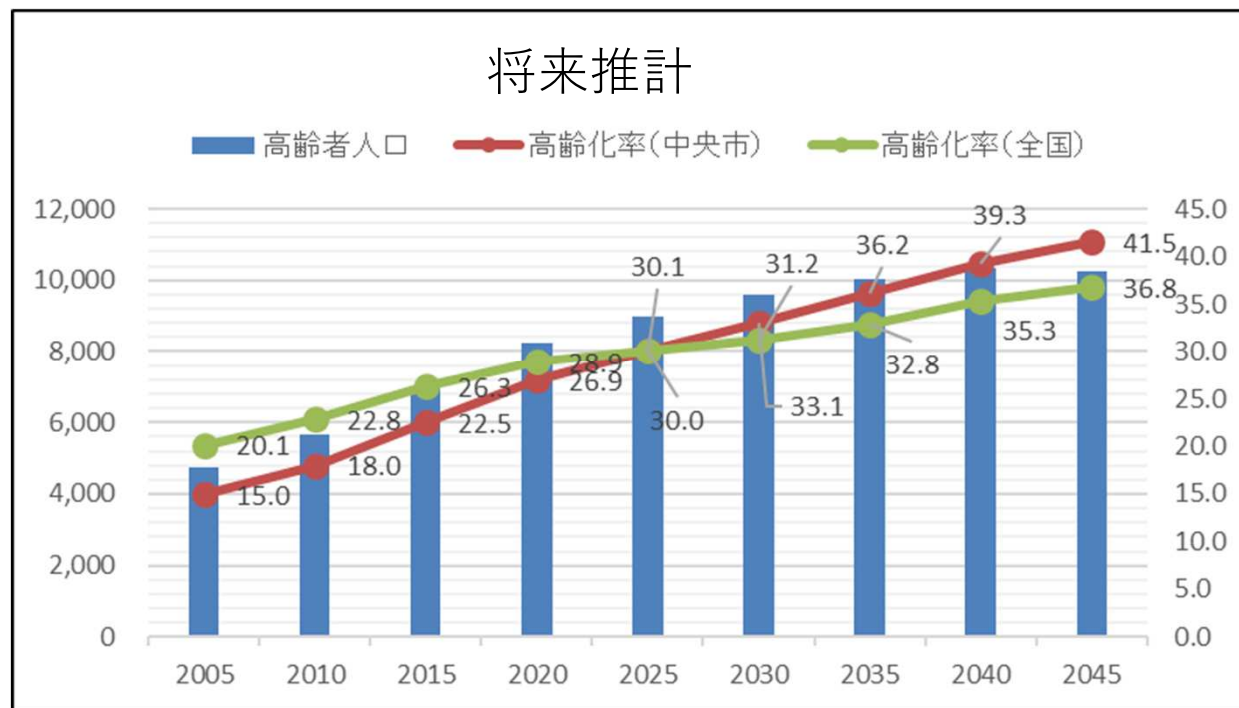
(なぜそう考えたのか)  
「自分らしい生活」とは、それぞれ人によって、様々である。役割や楽しみ、生きがい、続けていきたいことが続けられている生活だと考える。その生活が実現できるように支援することで、生きがいが生まれ、自身が前向きになり、自ら努力を行うことで、介護予防・重度化防止につながるものと考え。また、フォーマルサービスを必要とする際にも「何の目的のために利用する」という目標が本人や家族、サービス提供事業所にもはっきりする。

打ち手

◎総合事業利用希望者に「こうありたいという思い」を実現できるように支援  
・困りごとではなく、「望む暮らし やりたいこと 続けていきたいこと」を聞き取り、そのために必要な支援を検討する。(望む暮らしシートの活用等を考え中)  
・初回訪問時は、包括職員2人体制で対応し、目標とする生活のためにフォーマルサービスの必要性の有無、必要な場合は、どのサービスの利用が適切か相談し判断する。  
・「特にない」と言う場合は、一緒にみつける。  
・地域に資源がない場合は、支援してくれる仲間(住民・企業等)を増やして、地域で取り組み、地域資源として作る。

(なぜそれが有効だと思うのか)  
まずはじめに、包括職員の考え方が「その人らしい生活」に戻ることを目指して支援していくようになる必要がある。そのためには、今までの支援を振り返ることや「その人らしい生活」を考えられる視点やツールが必要だと思った。初回の訪問等で住民の人に関わる場合に今は、1人に対応していたが、2人体制で関わることで、職員間での共通の視点が持てるようになる。職員間でも安心して関わるができ、住民にとっても、職員にとってもよい方法で実現可能な有効な方法だと思った。  
望む暮らしややりたいことの個別の事例の中から、必要な地域資源として住民を巻き込みサロン等が立ち上がることが理想的なまちづくりだと思った。プログラム参加当初に考えていた「公民館サロンを増やしたい」がここに繋がった気がする。

# 参考資料



		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	H29年度 末	H30年度 末	R元年度 末
中央市	65～74歳	0.1%	0.5%	1.2%	3.1%	3.7%	2.1%	2.0%	12.7%	3,995	4,019	4,149
	75～84歳	0.2%	0.6%	2.0%	8.8%	11.2%	5.6%	2.6%	31.0%	2,261	2,399	2,442
	85歳以上	0.0%	1.3%	3.6%	13.4%	18.2%	10.9%	8.8%	56.3%	1,061	1,095	1,127
	計	0.3%	2.4%	7.8%	25.3%	<b>33.1%</b>	<b>18.6%</b>	<b>13.4%</b>	100.0%	7,317	7,513	7,718
山梨県	65～74歳	0.5%	1.0%	1.6%	2.2%	1.5%	1.2%	1.0%	9.1%	118,039	117,304	118,099
	75～84歳	1.8%	3.3%	5.9%	6.8%	5.7%	3.5%	2.6%	29.6%	80,998	83,929	84,215
	85歳以上	2.1%	5.1%	10.1%	14.0%	13.4%	10.1%	6.5%	61.3%	45,456	45,792	46,820
	計	4.4%	9.4%	17.6%	23.0%	20.6%	14.8%	10.1%	100.0%	244,493	247,025	249,134

### ＜まとめ＞

山梨県全体よりも、65～75歳、75～84歳の要介護認定者の占める割合が高い。原因疾患として、要介護3～5の認定でみると1位が脳血管疾患となる。また、新規認定者65～74歳で脳血管疾患の割合が高い。75～84歳でも同様の傾向がある。脳血管疾患を起こさないように生活習慣病の予防や悪化の防止の取り組みが必要。

要支援1～要介護2の認定者では、1位が認知症であるが、2位が転倒・骨折である。認知症予防、生活習慣病の予防や悪化防止だけでなく、筋力を維持向上させる取り組みが必要。



## 包括職員への地域資源の活用と課題についてインタビュー

- ・ 地域サロン等の地域の資源を知っていても、紹介したり、つないだことがある人はほとんどいなかった。
- ・ 通所サービスが目的となっていて、生活を見る視点が弱い。
- ・ 卒業を意識し、本人や家族と関りを持っている職員は少なかった。
- ・ 卒業というキーワードを出すこともあるがプラン作成後に本人や家族に関りがもてていない。
- ・ 卒業を意識して伝えても、本人や家族が卒業したがない時もある。

⇒地域資源を知っていてもつながる人がほとんどいない。

使う対象ではないとの思い、フォーマルサービスを検討してしまう。

サービスを利用することが目的で、何のために利用するのか、包括、本人、家族が理解できていないため、サービスに頼ってしまう。卒業するケースがほとんどいない。



# 支援が必要になっても なじみある生活を諦めないために



2020年2月3日  
ふじみ野市  
大久保 由実



# プログラム参加当初の課題認識

## 【介護予防担当者としての悩み】

- ・通いの場の数は増えている一方、参加者が減少しているグループがある。通い続けられる人だけが通い、通えなくなったら離れてしまう。
- ・通所型サービスC、訪問型サービスCの利用者が増えない。
- ・介護予防普及啓発の運動教室や栄養教室などを開いても、来る人は毎回同じ。もともと関心がある人には響くが、関心が低い人を巻き込めない。

これは行政の悩み。地域の本当の課題とは？

必要としている人に必要な支援が届いているのか？



どうして通いの場を増やしたいのか？参加している人の暮らしは？  
参加していない人はどういう暮らし？

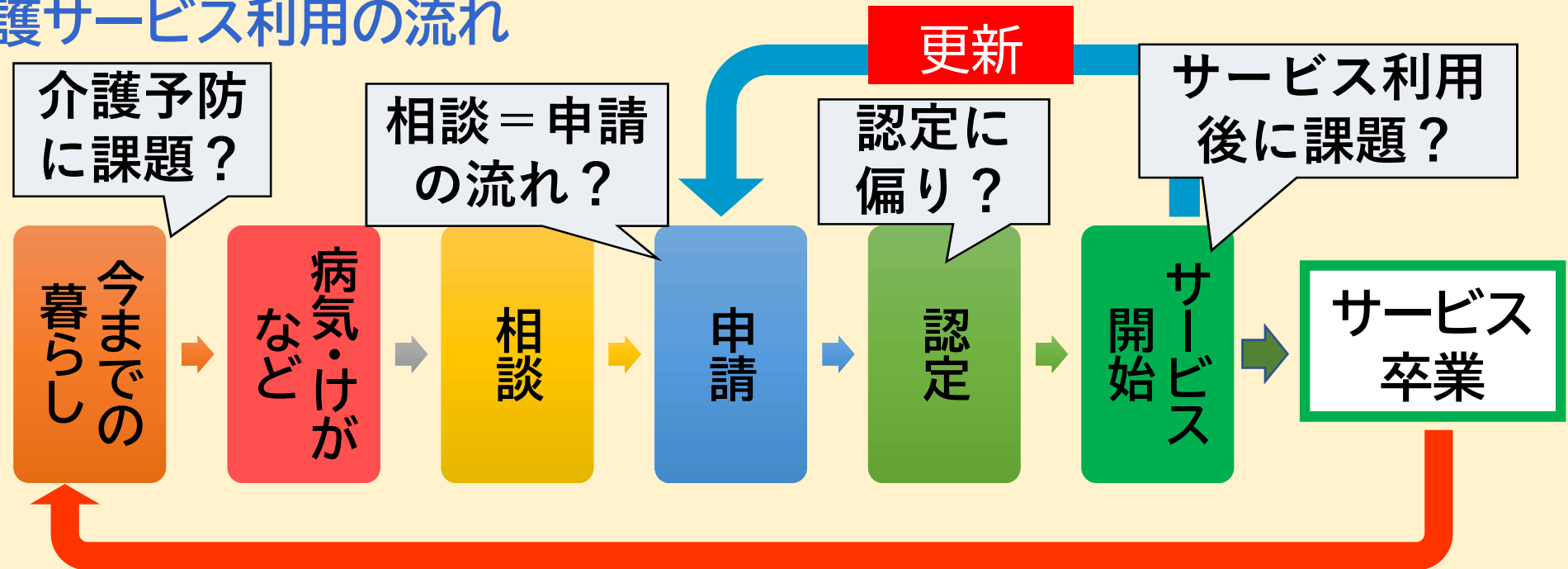
# 問い・気づいたこと・わかったこと

過程その① ふじみ野市の特徴(現象)から仮説をたてる

- ・介護認定者について、**軽度者が多く、重度者が少ない**  
(見える化システム、調整済み重度認定率・軽度認定率の分布から)

なぜ？

## 介護サービス利用の流れ

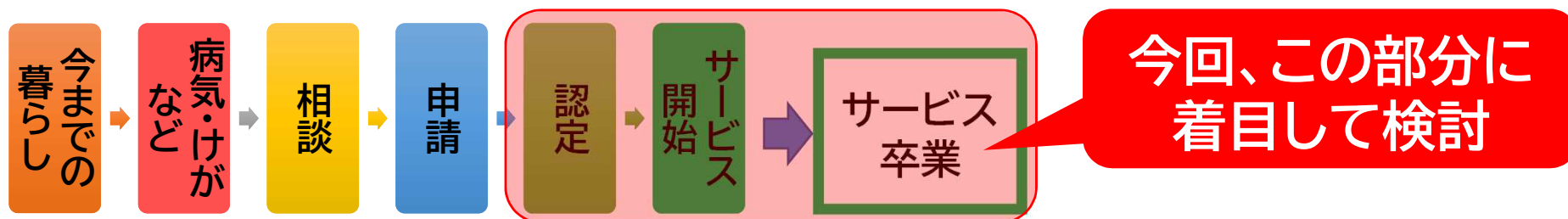


軽度者(要介護2以下)のうち、**要支援認定者に限定して考察**

・平成30年度、令和元年度の要介護(要支援)認定者数の申請内訳(新規・更新・区分変更等)を比較⇒新規申請は減少している。

**仮説**

介護予防サービスの利用が長期・永久化している。  
自立に向けた支援が十分でない。



### 最初の問い

- ・要支援になった人がどんな思い(目的)で申請したのか？
- ・要支援者は介護予防サービスなどによって、自立に向かっているのか？成果が出ているのか？

## 過程その②仮説が正しいかどうか検証

### 調べたこと・分かったこと・気づき

#### 介護保険の認定状況などのデータを見直す

- ・医師からのすすめで申請しているケースが多い中、実際に要支援認定者のうちサービスを利用しているは約6割。
- ・高齢者独居世帯数が年々増加。その本人や家族からの相談・申請が多い。
- ・要支援者のうち、新規認定後、約4割は重度化している。
- ・インフォーマルサービスの事例が少ない(地域ケア会議の事例から)

公的なサービスで対応しようとする相談対応  
サービス利用すると、その生活が本人の暮らしへ。  
(今までの暮らしから介護保険サービスありきの生活へ)

失敗から  
の気づき

そもそも収集する情報範囲が狭い  
課の中で分かる情報は一部でしかない

1  
回  
目

2  
回  
目

## 調べたこと・分かったこと・気づき

### 実際に地域の人たちの声を聞く。生活ぶりを知る

- ・生活支援コーディネーターが実施した地域勉強会での意見。  
→仲間づくり、生活支援に関するニーズが高い。
- ・介護サービスを受けず、地域住民の支えで生活できている高齢者がいる。  
通いの場参加をきっかけに役割が生まれている。
- ・閉じこもりで家がゴミで散乱状態だったAさんと、ケアマネさんとの関わりからの学び  
→Aさんの課題は、ごみを片付けることではない。

目指すべき姿が地域には少なからずあるが多くない。

Aさんが上手くいった理由→見えている問題≠課題  
課題を見極めるケアマネジメントが重要！けれど難しい

# わがまちの目指す姿・課題・打ち手

## わがまちの目指す姿

支援が必要になっても、なじみある地域の中で、本人らしく、幸福感が得られる暮らしができる。

## 課題(解決すべきこと)

- ・要支援のサービス利用者のケアプランが市民の望む生活や、本人のこれまでの生活に視点をおいたケアマネジメントが出来ていなく、本人の望んだ生活が築けていない。
- ・ささいな困りごとを介護保険サービス以外の方法で解決できる可能性に目が向かず、活かせそうな資源を活かせていない。
- ・この人の“本当の課題”を見極めるケアマネジメントができていない。

## 打ち手

- ・支援者の自立支援型のケアマネジメントの理解を深める  
⇒ 自立支援型地域ケア会議による、事例を通じた学び、考え方の共有
- ・ケアマネが課題をアセスメントする際、多職種と相談・協働できる仕組み

# PGを通じて自身やまちに起きた変化

## 自分自身の変化

- ・介護保険あたま、制度あための殻を破る！制度の枠の中だけでどうにかしようとしなない。（講師の方が何度も殻にひびを入れてくれた）
- ・目に見えていることではなく、真の課題は何かを考える姿勢が意識化された。
- ・もっとふじみ野市の高齢者のことを知らないことに気づいた。市の強み・価値にも目を向けること。知ることが面白くなった。
- ・事業ではなく、生活課題の目線での課題意識に変化。

## 課・まわりの変化

- ・事業が全部つながっていることに気づき、別の係がどんな情報を知っているのか、どんなことを知りたいのかの共有ができた。  
⇒係を超えて関係者で総合事業について学び合う場がスタート
- ・個別事例からみえる課題、や気づきが重要であることの認識。



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	支援が必要になっても、なじみある地域の中で、本人らしい生活と幸福感が保てる。	年齢を重ねたり、病気やけがによって、今までの生活から介護保険などのサービス利用が開始されると、大半がサービスを継続し、「サービスありき」の生活スタイルに高齢者自身が変化することを余儀なされてしまっている。ニーズ調査からも、今までの馴染みある生活や馴染みの関係を重要とする声が多い。 本人の状態が変化しても馴染みの生活が続けられる、または一時的に離れてもまた帰ってこられる暮らしを目指したい。
現状	<ul style="list-style-type: none"><li>・軽度認定者が多く、経年的にも増加傾向である。</li><li>・軽度認定者の約半数が重度化しており、サービスにつながっても、生活が維持、または改善されていない。</li><li>・軽度者のケアプランが公的サービス中心のマネジメントになっている。それによって、あるサービス(公的サービス)の限られた中で選択するため、本人らしさがまもられにくくなっている。</li><li>・目指したい事例があった。 →地域とつながったことで外出や心身機能が上がり、担い手側につながった人がいる。その人との関わりがきっかけとなり、地域の支え合いも生まれている。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・利用者側は、介護保険サービスを受けていることで安心感を得ている一方、今までの生活への諦めが生まれ、意欲が高まらない。</li><li>・ケアマネジメントが「困っていること」を公的サービスで埋めるような思考で作成されている。プラン作成側に、公的サービス以外の選択肢や方法が根付いていない。</li><li>・市、包括などと本来の「ありたい姿」のイメージの共有が出来ていない。ありたい姿の具体例、生活実態が分かっていない。</li><li>・地域にある資源が高齢者の生活を考えるうえで重要な要素として捉えられていない。</li></ul>

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

- ・要支援のサービス利用者のケアプランが市民の望む生活や、本人のこれまでの生活に視点をおいたケアマネジメントが出来ていなく、本人の望んだ生活が築けていない。
- ・ささいな困りごとを介護保険サービス以外の方法で解決できる可能性に目が向かず、活かせるような資源を活かせていない。
- ・この人の“本当の課題”を見極めるケアマネジメントができていない。

- ・軽度者が介護保険サービスを開始すると、サービス中心の生活にシフトし、それが長期化しているのは、サービス前提のケアマネジメントになっているからであり、生活主体・本人主体のケアマネジメントができていれば公的サービスだけのプランにはならないと考えたから。
- ・地域とのつながりによって、本人の能力だけでなく地域の意識も高まったケースがあった。上手くいったのはなぜかを考えると、関わったケアマネがその方の課題を「ごみの片づけ」と捉えず、「社会的孤立」が課題と捉えたところにあると考えたから。

打ち手

- ・支援者(まず包括)の自立支援型のケアマネジメントの考え方の徹底を図る。具体的には、自立支援型地域ケア会議の中で繰り返し考え方や目指す例を共有していく。
- ・ケアマネのアセスメントをサポート  
→ケアマネ同士、または多職種に相談できる体制づくり

利用者本人の意識づけも重要であるが、まずはそれに関わる支援者らが同じ意識や同じ方向を目指すことが先であり、また実現可能だと考えた。また、概念を共有していくよりも、具体例から入り実感できることの方が今後に生かしやすい、本人らしさを見ることの視点においては個別事例で考えないと意味がないと考えた。

## 平成29年度要支援認定者の次回更新時(1～2年後)の認定状況

### 要支援1

44%近くが重度化

	更新後の区分	人数	割合	重度化
更新申請あり	要介護3以上	16	3.9%	悪化
	要介護1・2	91	22.0%	悪化
	要支援2	74	17.9%	悪化
	要支援1	125	30.2%	維持
	非該当	1	0.2%	
更新申請なし	事業対象	9	2.2%	改善
	認定なし	57	13.7%	改善
	死亡	33	8.0%	
	転出・他	8	1.9%	
計		414	100%	

### 要支援2

36.9%が重度化

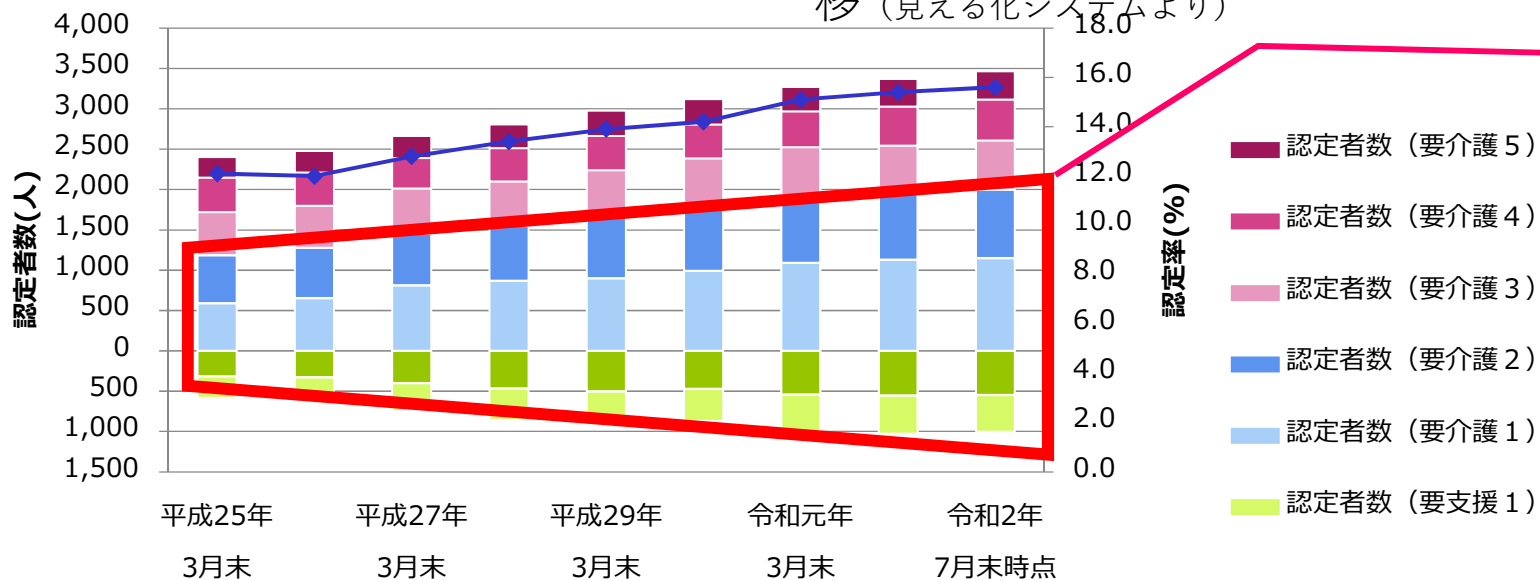
	更新後の区分	人数	割合	重度化
更新申請あり	要介護3以上	43	8.7%	悪化
	要介護1・2	139	28.2%	悪化
	要支援2	158	32.0%	維持
	要支援1	46	9.3%	改善
	非該当	0	0.0%	
更新申請なし	事業対象	3	0.6%	改善
	認定なし	47	9.5%	改善
	死亡	49	9.9%	
	転出	8	1.6%	
計		493	100.0%	

## 要介護度別介護給付(予防給付)の利用率(令和元年度末)

認定区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	全 体
利用率	52.6%	69.4%	80.5%	90.4%	91.8%	89.1%	84.4%	80.8%

軽度者のサービス利用率は約 6 割

ふじみ野市の要介護（要支援）認定者数、認定率の推移（見える化システムより）



要支援・要介護1・2の認定者数が経年的にも伸びている

（出典）平成24年度から平成30年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和元年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」、令和2年度：直近の「介護保険事業状況報告（月報）」

## 第2層協議体・地域勉強会から

望んだ過ごし方を送るために何が必要ですか？

生活支援・介護予防に  
関するニーズが高い

医療

信頼できる主治医 4位  
病院（診療所）  
薬  
訪問診療・訪問看護  
家族  
急患の対応が迅速に  
運ばれる地域

健康な体	1位
お金	2位
つながり	3位
趣味	4位
友人・仲間	4位
家族	5位
居場所	6位
自分の意欲	7位

ご近所・友人  
エンディングノート  
環境

本人

住まい

バリアフリー 6位  
環境

介護

制度  
介護サービス  
自分の事は自分で  
できる  
相談できる

生活支援

介護予防

（第2層協議体立ち上げに向けた）かすみがおか圏域での地域勉強会 グループワーク結果から

# 望んだ過ごし方を送るために何が必要ですか？ 参加メンバー(市民)からの具体的意見

- 1 なんでも相談に乗ってくれる定期的訪問相談員
- 2 運動広場(屋内外)に連れて行ってくれて、運動を指導してくれる組織
- 3 最期まで歩ける事、そのための介護
- 4 健康な体を保てるサービス
- 5 ボタンを押すだけで来てくれるタクシー
- 6 地域中にボランティアがあふれている
- 7 見守りして欲しい
- 8 スマホ、携帯、PCの波についていけない

介護保険サービス  
内だけでは解決で  
きないことばかり

(第2層協議体立ち上げに向けた) かすみがおか圏域での地域勉強会 グループワーク結果から



## 閉じこもり一人暮らしのAさんと地域との関わりからの学び



1 日中家で誰とも話さない。昼間から飲酒。家はゴミで散乱。

自主グループに参加し始めると、**自ら身だしなみにも気を配る**ように

好きな囲碁でボランティア活動を

Aさんが自宅の庭に防草マットを敷きたいと相談をしたところ・・・

地域の皆さんが集まって、防草マットを敷く作業を手伝ってくれた。

作業を手伝った方の声↓

「**これくらいのことなら**みんなでやればすぐだし、業者に頼むまでのことでもない。」

