

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

地域のつながりの中で 「これまでの生活」が続けられるまち

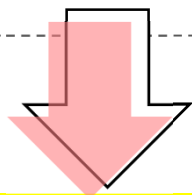


2021年2月3日
岐阜県 各務原市 和田 佳子

プログラムに参加して 課題認識の変化

当初の課題認識

- ・ 通いの場の後継者育成
…現在の通いの場の主催者が高齢化「私たちは見守ってもらえるのかな」
- ・ 「今ある資源」の活用方法
…地域資源とは何か？新たに作り出さなくても、今ある資源を活用することで生活支援を生み出せないか
- ・ 高齢者へのアプローチの模索
…必要な人へ必要なアプローチを



現在の課題認識

各務原市の総合事業を持続可能な制度とするため、
本人の生活課題の把握やサービスの終了を前提とした
ケアマネジメントとサービス提供体制を作る

特に印象に残った問い

01. 自分の専門性は何か？（行政の価値とは？）

事業全体を俯瞰して、情報を集約できる立場。
今後の事業（展開）を見据えて、調整・軌道修正する。

02. 考えたこと（考えていること） それは課題か？

誰が困っているのか？ 誰が不満なのか？
今やっていることは課題の打ち返しか？
一歩先の問題へ手を打っているのか？

03. なぜ基礎自治体が課題やその解決に関わるのか？

自治体は、地域住民の毎日の暮らしに近い存在。
個人を見ることも、地域全体を見ることもできる立場。
だから課題設定やその打ち手を考えられる。

気付いたこと

01. 自分の思考のクセ 「感覚で話す」

情報（薪）を集める大切さ

…課題を検討するための情報は十分か？

思考が進まないのは情報が足りないから

▲失敗

- ・ 集めた情報が全く燃えない・くすぶり程度にしかならることが多かった。しかし、失敗しても情報を集め続けると、良い情報（燃える薪）を集める感覚が鍛えられるから、情報を集める経験を積み続けることが必要
- ・ 実際に数字を拾ったら、違う側面も見えてきた
- ・ 第4回PGで、自分の情報収集の足りなさに驚愕。もっと情報を集めておけばよかったと後悔

気付いたこと

02. 常に戻る原点（問い）を作っておく重要性

「住民が困っている・不満に感じている」ことが出発点
「個人を見る」・「全体を見る」を繰り返す大切さ

▲失敗

第4回PGで、包括支援センターと自分の関係だけで課題を考えており、原点を見失っていたことに気付く。自分が立ち止まっていたこと・進めてきたことが学びと反していることに気付いた

03. 人と人の関わりで幸せができています

「その幸せは、まちづくりとつながっているか？」を
常に問い続ける

▲失敗

「人と人の関わり」を作るための環境を作りだそうとしたけれど、私の思考は「幸せ」や「まちづくり」につなげられていなかった

わかったこと

**01. 最初から課題が見えているわけではない。
課題を検討するために十分な情報が必要**

今やっていることは課題の打ち返しか？
一歩先の問題へ手を打っているのか？

**02. クリティカルな課題を解決するために、
小さな成功体験を積み重ねる**

**03. 関係者には、
相手の困りごとを入口にして語りかける**

共感を得るような地域の変化を想像する。
相手の立場・考えを踏まえた上で、語り掛ける言葉・内容を考える。

目指す姿

**事業対象者や要支援 1・2 の高齢者が、
一時的な機能低下の状態になっても機能を取り戻し、
地域のつながりの中で
「これまでの生活」を続けることができる**

各務原市の現状とこのままでの将来見込み

各務原市の高齢者

現状 | 8割を超える高齢者は公的サービスを受けていない
大部分の高齢者は、住み慣れた地域で自立して生活している

将来推計 | 高齢者人口は微増だが、高齢化率は6.7%上昇
高齢者を支える世代は大幅に減少

公的サービスを必要とする高齢者は増加

10年間で
要支援1.31倍
要介護1.37倍

総合事業

現状 | 28年度以降、費用・件数ともに増加、ケアプラン件数も増加
デイサービスが「通いの場」と化しているのではないかな…
ケアマネジメントは公的サービスの継続が前提
生活支援の提案が弱く、地域資源を十分活かせていない
介護サービス事業所の人員は不足

将来見込 | 要支援者の増加に伴い、**費用・件数の更なる増加が予想**

課題

**各務原市の総合事業を持続可能な制度とするため、
本人の生活課題の把握やサービスの終了を前提とした
ケアマネジメントとサービス提供体制を作る**

具体的には…

【市】 サービスの終了を前提とした事業モデルの提示

【包括】 業務過多の解消

予防プラン収入に頼らない安定的な経営の仕組み

**【事業所】 質が高く機能の回復を支援できるサービスの提供
サービスを終了させたとしても経営の安定を担保**

打ち手

- 01** | 危機感の共有と短期集中で機能回復を図るサービスの提案（市内部）
- 02** | 危機感の共有と短期集中で機能回復を図るサービスの提案（包括支援センター・サービス事業所）
- 03** | 包括支援センター業務のスリム化
生活支援コーディネーターとの情報共有の促進
- 04** | 包括支援センター業務委託の仕様の見直し
- 05** | 公的サービスの終了を前提とした地域ケア会議（多職種ケアカンファレンス）の開催

PGを通じて自身やまちに起きた変化

自分自身の変化

- ・ 感覚で話す前に、少し立ち止まれるようになった 《まだまだ》
- ・ 「事実を集める」「数字で見せる」面白さを知った
- ・ 「この先どうなっていくのか」と漠然とした不安を抱くのではなく、短期的・中期的・長期的な視点で考えられるようになった
《まだまだ不十分》
- ・ 「相手の困りごとを入り口にして語りかける」の意味を身をもって感じ取ることができた 《主張をそのまま話してきた自分を反省》

関係者や地域に起きた変化

【包括】 「一緒に考えていく」土壤ができつつある 《としたい…》

【地域】 《まだそこまでは…。小さな成功体験を積み重ねていきたい》

これまでの検討を踏まえて 現時点での設定

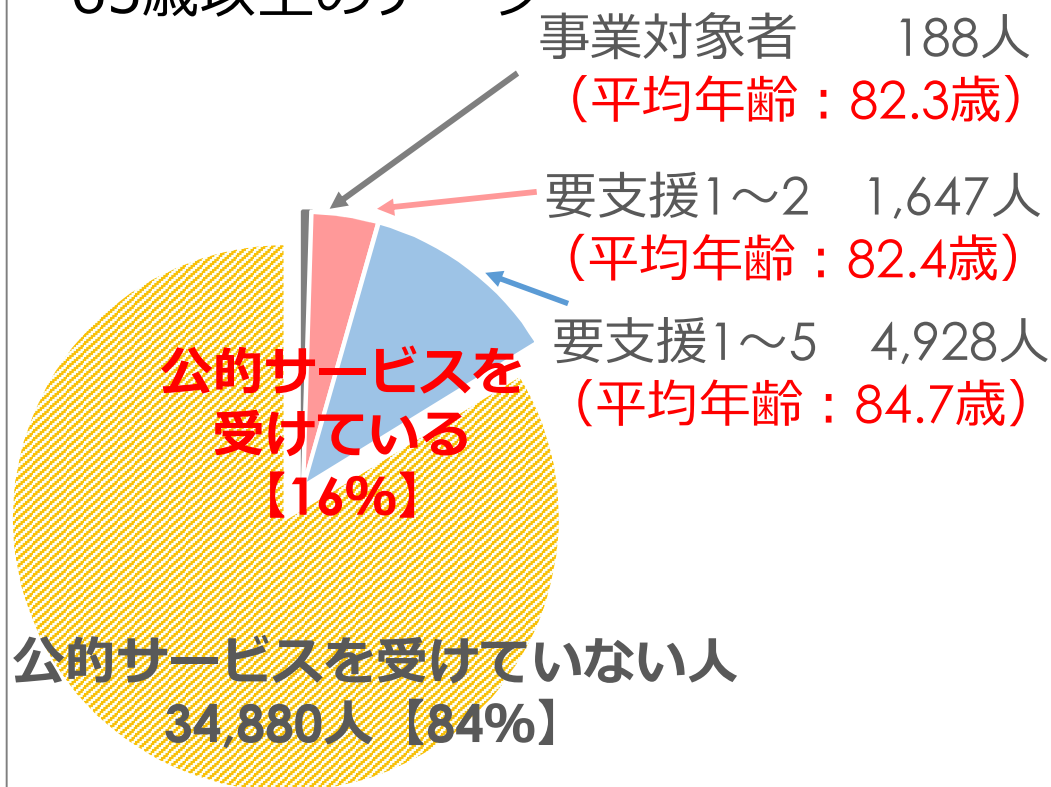
なぜ？ (裏付ける具体的事実とともに、文章で説明)

目指す姿	事業対象者や要支援1・2の高齢者が、一時的な機能低下の状態になっても、機能を取り戻し、地域のつながりの中で「これまでの生活」を続けることができる	今後、市内の高齢化率は上昇し、総合事業・介護保険サービスの対象となる高齢者が増加していくが、住み慣れた地域で暮らし続けたいと望む市民は多い。一方で、依然できていたことができなくなり、友人や知人が亡くなったり、交流が少なくなったりすることで、「毎日の生活に充実感が感じられない」「楽しんでできていたことが楽しめなくなっていく。年齢を重ね、一時的に機能低下の状態になったとしても、質の高いサービスを提供することで、機能を回復させ（回復に近付け）、「これまでの生活を続けられる」幸せや喜びを感じながら暮らせる環境を、行政や地域包括支援センター、介護サービス事業所と共に作っていききたい《アンケート調査／事業対象者チェックリスト／人口ピラミッド／人口推計》
現状	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者は、自分の趣味・し好に合った公的サービスを受けられる（又はその要望を聞いてもらえる）ケアマネジメントを受けているが、サービスの終了を前提とした事例は少ない。 ・買い物や移動などの生活課題を抱えているが、ケアマネジメントは生活支援の提案が弱く、地域資源をケアマネジメントに十分活かすことができていない事例が多い。 	<p>【市民】総合事業を始めるきっかけ（特に事業対象者）は「人と交流したい」が7割を占めるが、多くは有効期間を更新している。申請では、特に身体に特筆すべきことがなくても、デイサービスを継続している例が多く、サービスの終了を前提とせず、「通いの場」となっている状況がうかがえる。</p> <p>【包括】ケアプラン件数は増加傾向にあり、業務の多忙原因の一つでもあるが、サービスの終了を前提としたケースは少ない。マネジメントの成功事例を聞くと、「本人の望むサービスにつないだ事例」であったが、全て公的サービスの範囲内であり、「これまでの生活に戻す」支援をしていない。</p> <p>【事業所】総合事業はプラスにならない事業であるが、症状が重くなった（要介護）ときに引き続き事業所を利用してもらうために、サービスを実施する側面がある。また、介護人材の確保は長年の懸念事項。</p> <p>【市】低額のサービスAを設定することで利用者の経済的負担を抑え、費用の伸びは抑えられているが、サービスの終了を前提とした事業を提示していない。地域ケア会議は公的サービスの継続が前提であり、インフォーマルサービスや生活支援は+αの認識に留まっている。また、生活支援コーディネーターの情報を包括支援センターや地域ケア会議で共有する仕組みがない。《事業対象者申請書／ヒアリング／地域ケア個別会議》</p>
課題	高齢者が地域のつながりの中で暮らし続け、各務原市の総合事業を持続可能な制度とするために、 本人の生活課題の把握や、サービスの終了を前提としたケアマネジメントとサービスの提供体制を作っていく	<p>今後、現在と同様に公的サービスを供給していけるかは不透明であり、包括職員やサービス事業所の専門性をより多くの高齢者が享受できるよう、事業の在り方（仕組み）を見直す必要がある。</p> <p><u>【行政】サービスの終了を前提とした事業モデルの提示</u> これまでサービス終了を前提とした事業モデルを提示していない。一度は公的サービスを受けた高齢者であっても、回復可能な高齢者は「これまでの生活に戻る」ことができるよう、サービスの終了を前提としたケアマネジメントやサービス提供を行う仕組みを作る。</p> <p><u>【包括】業務過多の解消。予防プラン収入に頼らない安定的な経営の仕組みを構築</u> サービスの終了を見据えるからこそ、インフォーマルサービスや生活支援が高齢者の生活課題を解決する重要な手段となり、地域ケア会議の目的も「本人の生活全般のマネジメント」と明確になる。</p> <p><u>【事業所】質が高く機能回復を支援できるサービスの提供／サービスを終了させても、経営の安定を担保</u></p>
打ち手	<ul style="list-style-type: none"> ①危機感の共有と短期集中で機能回復を図るサービスの提案（市役所内部） ②同（包括支援センター・介護サービス事業所等） ③包括支援センター事業のスリム化、生活支援コーディネーターとの情報共有の促進 ④包括支援センター業務委託の仕様の見直し ⑤公的サービスの終了を前提とした地域ケア会議（多職種ケアカンファレンス）の開催 	<ul style="list-style-type: none"> ①②従来の総合事業の在り方を転換することになるため、市役所内部や関係者の理解を得る必要がある。その上で、短期集中で機能回復を目指すサービスの創設（サービスCやサービス単価上限の弾力化を活用）を提案する。 ③インフォーマルサービスや生活支援の視点を強く反映したケアプランの作成は、従来よりも負担が大きくなるため、事業を整理・統合すると共に、生活支援コーディネーターとの情報共有を促進させる。 ④包括業務は社会福祉法人と業務委託契約を締結しているが、継続的なケアプラン収入を差し引いた仕様となっている。そのため、ケアプラン料を継続的な収入としてサービスを継続させる側面があるため、ケアプラン収入を差し引かない仕様へと見直す必要がある。 ⑤地域ケア会議で、生活課題の把握とサービスの終了を前提としたマネジメントを関係者で検討し共通理解を進める。

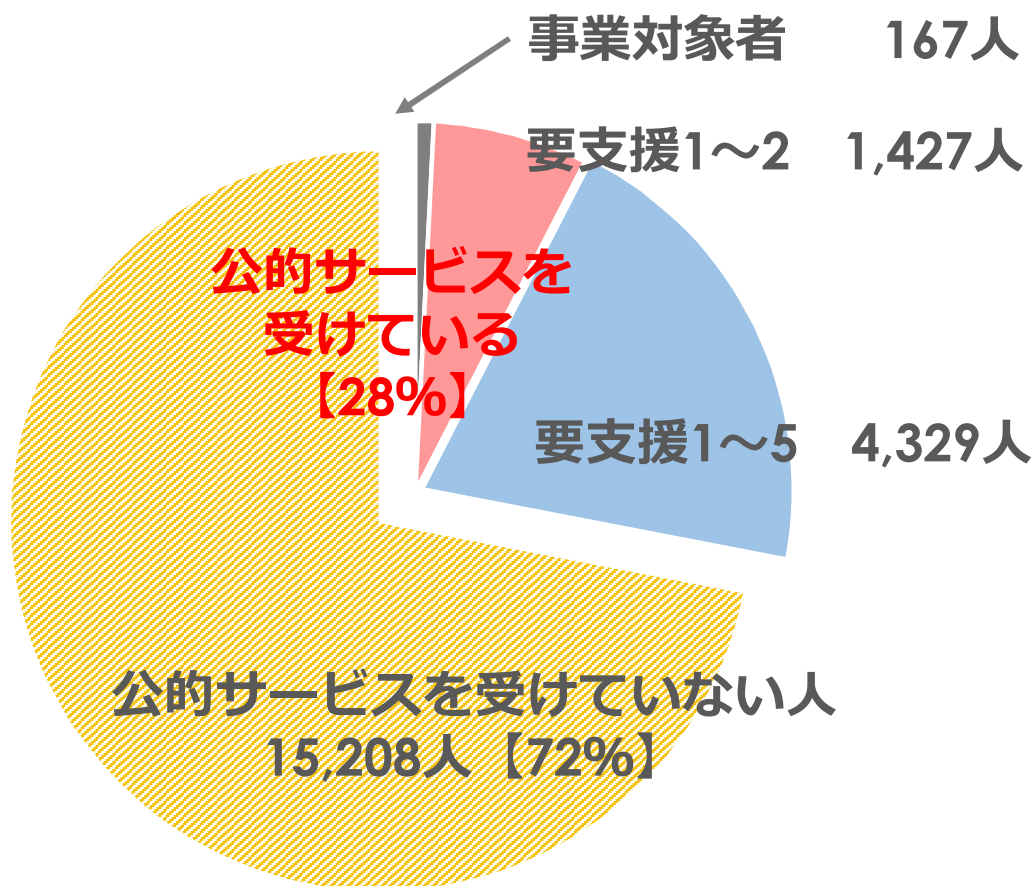
各務原市の高齢者

住基データ・介護保険システムから
(令和3年1月1日現在)

65歳以上のデータ



75歳以上のデータ



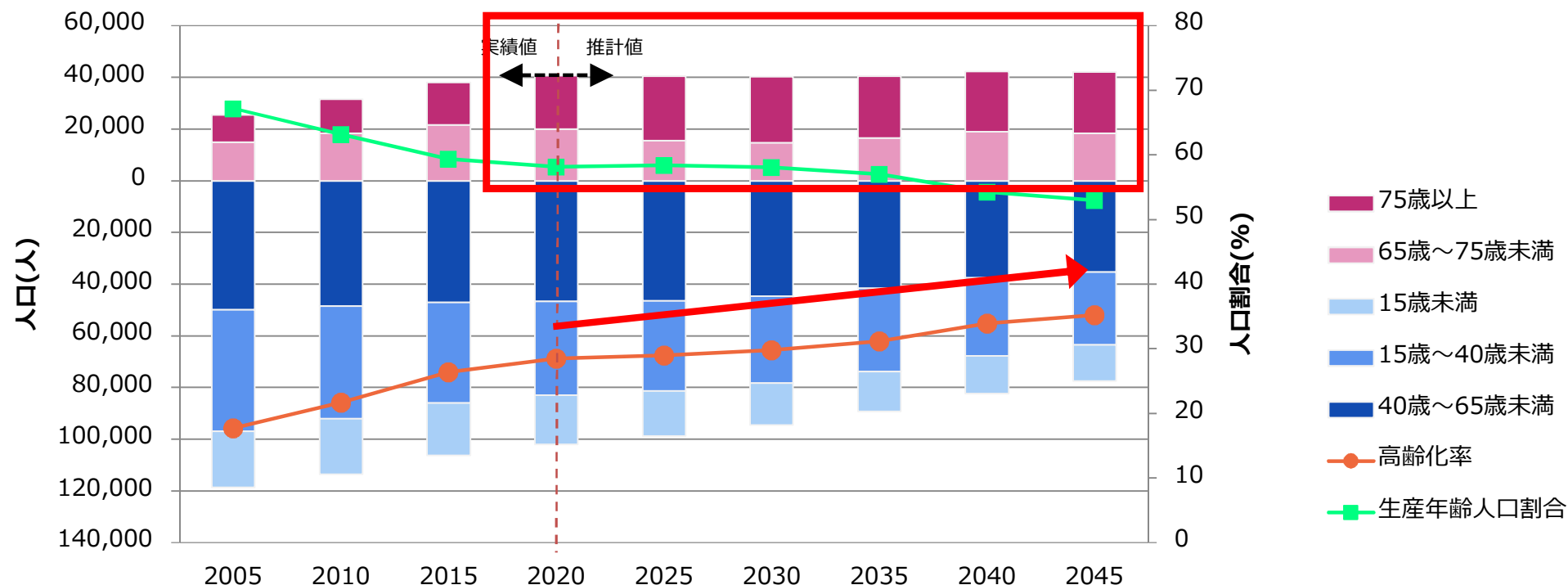
8割を超える高齢者は公的サービスを受けていない (75歳以上でも7割超)

➡ 大部分の高齢者は**住み慣れた地域の中で自立して生活**

各務原市の高齢者

見える化システムから

各務原市の人口の推移



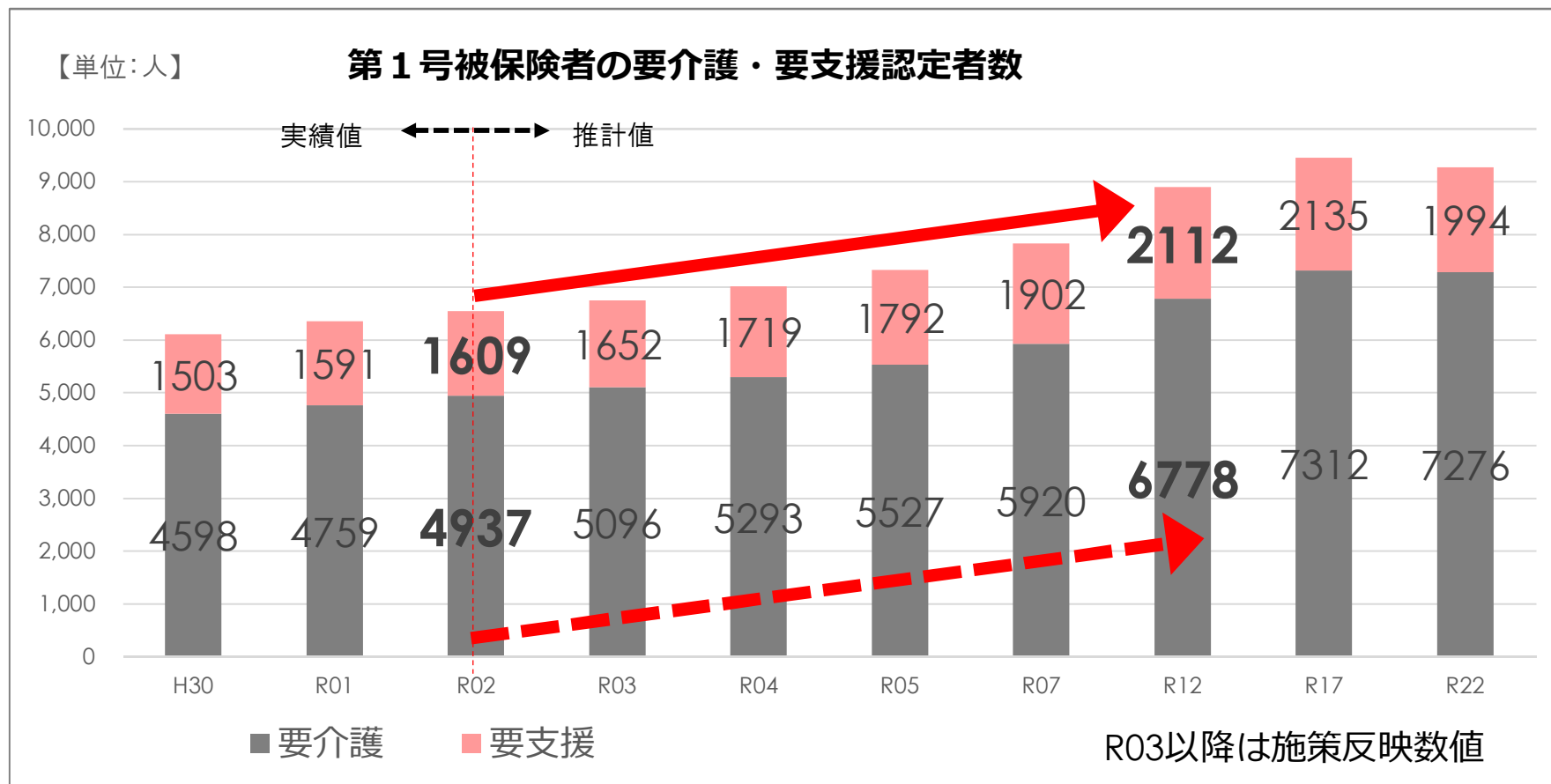
(出典) 2000年～2015年まで：総務省「国勢調査」

2020年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

高齢者人口は**微増**だが、高齢化率は**6.7%**上昇
 高齢者を支える年代は**大幅に減少**

各務原市の高齢者

見える化システムから



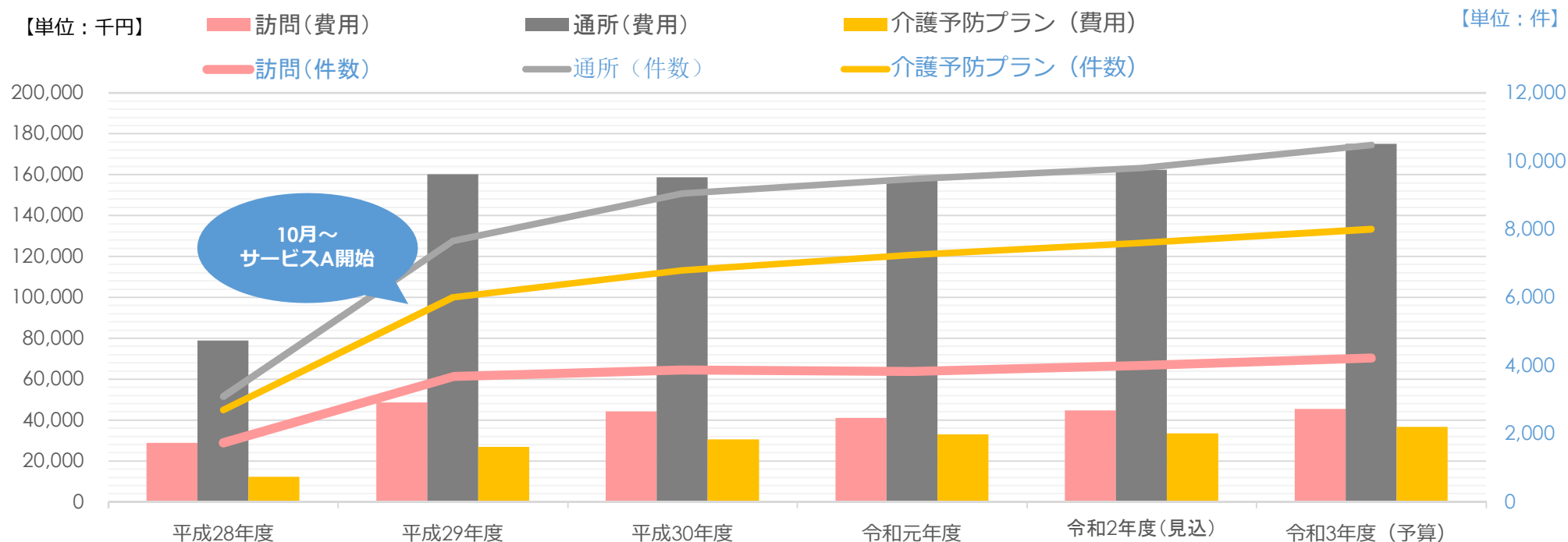
介護保険サービスを必要とする高齢者は**増加**

10年間で、要支援認定者は**1.31**倍、要介護認定者は**1.37**倍

総合事業の現状は...

各務原市総合事業の現状

総合事業の費用・件数



総合事業は28年度開始から、費用・件数ともに増加
29年度に低額のサービスAを開始したことから、件数の伸びに対して、費用の伸びは抑えられている。

支援を必要とする高齢者は増えていくことが予想されていることから、
費用・件数は伸びていくことが予想される。

各務原市総合事業の現状

事業対象者の申請から（令和2年4月～12月）241人を調査

区分		希望するサービス				
昨年度繰越 195人	事業対象者で なくなった人 57人	更新なし（サービス利用なしのため）		15人		
		要支援・要介護		35人		
		転出・死亡		7人		
	12月末現在、 有効期間中 102人	通所 74人	交流・運動	身体等に理由あり	30人	
				特記事項なし	38人	
			交流・運動／入浴		6人	
		通所・訪問 2人	交流・運動／掃除・洗濯		2人	
		訪問 26人	買物／掃除・洗濯／調理など		26人	
	更新申請 36人	通所 27人	交流・運動	身体等に理由あり	11人	
				特記事項なし	16人	
		通所・訪問 2人	交流／買い物／掃除・洗濯		2人	
		訪問 7人	買物／掃除・洗濯／調理など		7人	
新規申請 46人	通所 40人	交流・運動	身体等に理由あり	11人		
			特記事項なし	27人		
		交流・運動／入浴		2人		
	通所・訪問 3人	買物／掃除・洗濯		3人		
	訪問 3人	掃除・洗濯		3人		

出てきた懸念事項

▲デイサービスが「通いの場」と化しているのでは…

▲車を運転できる人もいる。デイサービス以外の提案はできなかったのか？

▲サービスを受け始めたら「受け続ける」が常態化しているのでは…

▲事業対象者で左記の状況。より症状の重い要支援者であれば、サービスを受けることが常態化しているのでは…

「自立」に向けた支援とは
どういうものだろう？

各務原市総合事業の現状

包括支援センター職員からの聞き取り「うまくマネジメントできた事例」

【要支援1→2・女性（80代後半）、娘と二人暮らし】

認知症だった夫を介護して看取った後、日中は1人で過ごす。気持ちは沈みがち。

介護をしていたときは動いていたが、動く機会が減り、足腰は弱ってきた。

娘から「サービスを受けてはどうか」の相談あり。もともと社交的だったため、本人も乗り気になった。

目標は「転ばないで過ごすこと」。デイサービスでは、工作の時間があるが、手先が器用で、**周囲からも誉められる**ため、前向きになった。今は、**友人や孫との旅行を楽しみにしている**。**現在もサービスは受けている**。

【要支援2・男性（50代後半）、一人暮らし】

相手に寄り添った支援は
できているが...

糖尿病の透析を受けており、目が見えない。配食と掃除のヘルパーを利用。**囲碁や健康マージャンが好き**で、コロナ以前は、タクシーを使ってでも会場に行って、楽しんでいた。しかし、コロナで開催されていない。毎日、やりたいことができずに過ごさざるを得ない状況の中で、**本人に楽しみが必要**と考えた包括職員が、「同じ趣味の人が集まり、リハビリもできる」デイサービスを提案し、通い始めた。本人が提案に応じて通い始めた。会場への交通手段の心配もなく、**現在も通っている**。

出てきた懸念事項

「自立」に向けた支援とは...？

総合事業の制度趣旨は、本人の生活全体をマネジメントすること。公的サービスを受け続けるのではなく、地域のつながりの中で、自立した生活を送れるように支援する必要があるのでは...

各務原市総合事業の現状

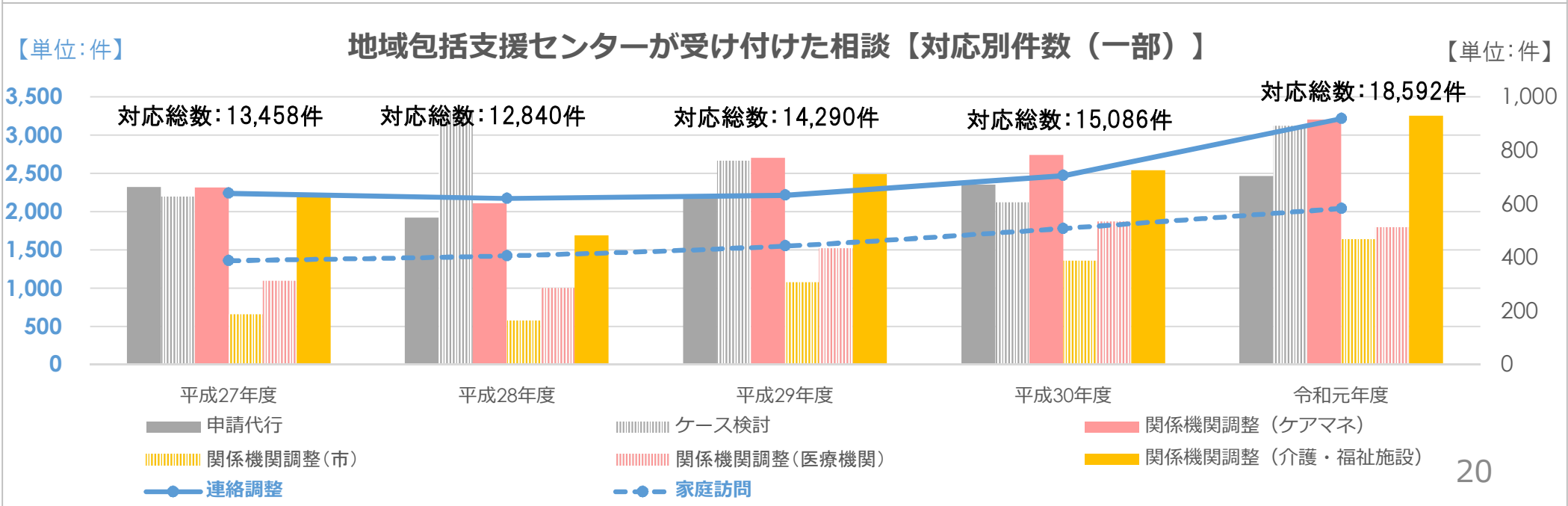
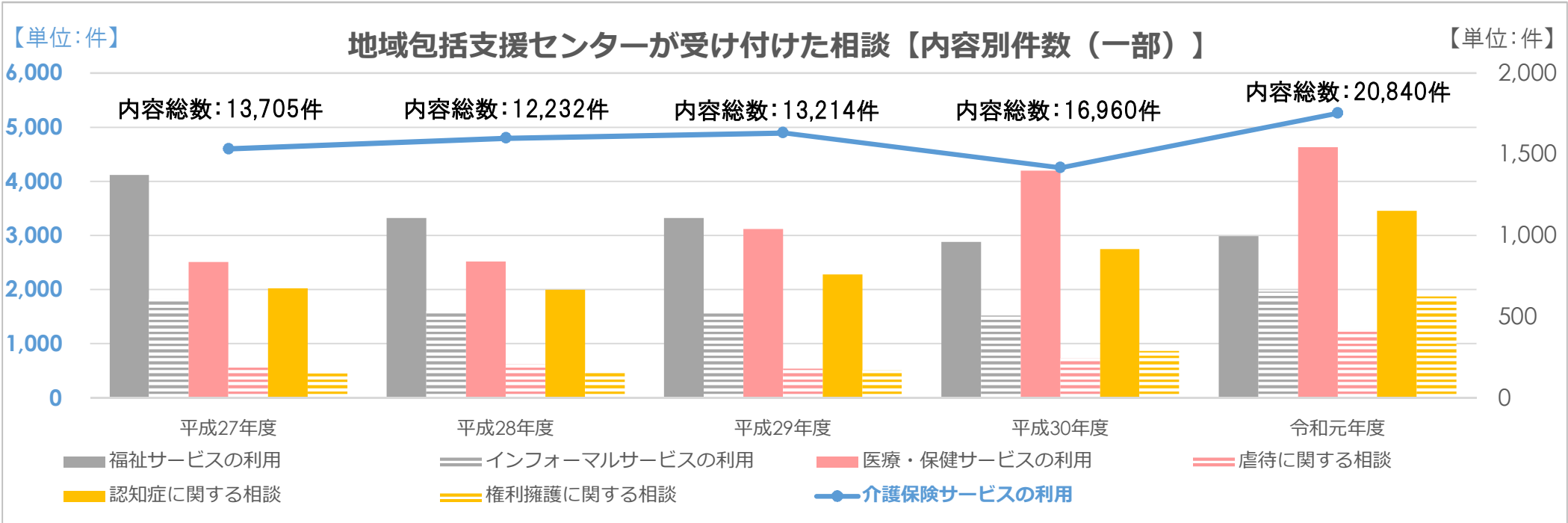
地域ケア個別会議の状況

令和元年度に実施した100件の内5件を抽出し、豊明市のカンファレンスの様式に入力（最終欄については「会議の内容」に変更）

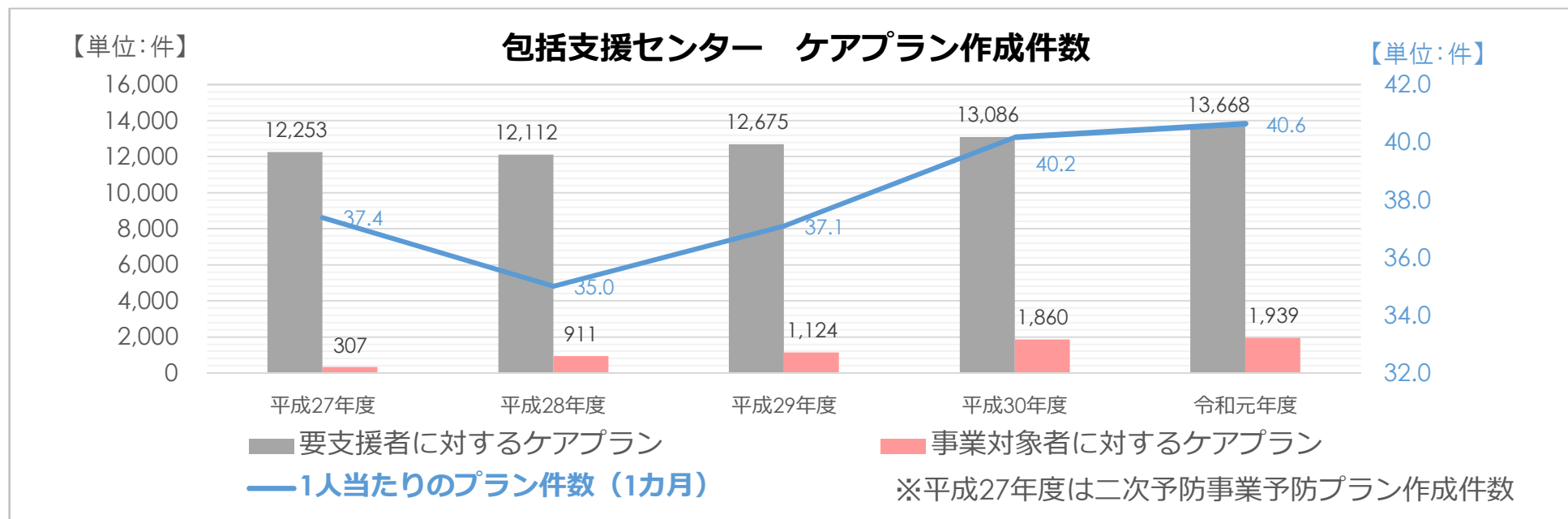
担当 包括	年 齢	性 別	障害 自立	認知 症	要介護 区分	特徴	住環境	世帯構成・家族状況	医療情報	申請・相談の きっかけ	生活課題	望む 暮らし	解決すべきこと	フォーマル サービス	インフォーマル サービス	会議の内容
A	84	女	自立		支援2	意欲低下		独居 (夫は4年前に死亡) 子どもは関東・関西	高血圧 高コレステロール血症 肩関節周囲炎 H30.9～11月 体調・精神面が不安定	(H30.11月)	・徒歩圏内に 商店がない ・物を持って 長距離移動は 難しい	一人暮らしを 継続したい	・移動手段がないこと ・精神的な不安の軽減	・訪問A（週2回、買 い物・調理・掃除） ・緊急通報システム	・近くに住む知人とお 茶や買い物で外出（毎 週に出かける ・宅配弁当 週5回	・本人の不安要素の1つ である移動手段はバス利 用を提案 ・回覧板・ゴミ出しの確 認等、本人の安心感を得 られる方法を検討
B	74	女	自立	自立	事業 対象者	筋力低下	戸建	夫婦二人暮らし 息子：関東 娘：中部 (長期休みに帰省)	・骨粗しょう症 ・右膝痛 ・白内障手術後	(H30.4月)		・自宅でのセ ルフとトレ ニングの習慣 をつけたい	・前屈姿勢の改善	・通A（週1回） ・鍼灸（週1回） ・整形（週1回）		・デイに通っているが、 改善が見られない。本人 は習字の通信教育を受け ようと思っていたが断念 した。身体的な問題だけ でなく、本人の意欲低下 の原因を探る必要もある のでは。
B	78	男	J2	I	支援1	筋力低下	戸建	夫婦二人暮らし 息子：関東 娘：中部 (長期休みに帰省)	H27 脊柱管狭窄症 (慢性的な腰痛) H31.4 慢性硬膜下血腫 H31.12 転倒	(H31.4月) 慢性硬膜下血腫 での入院をきっ かけに、主治医 の勧めで申請		立ち止まらず に近所の公園 まで歩く	・歩行の安定を図り、転 倒リスクを軽減させるこ と	・通所A ・玄関アプローチ・外 階段に手すり		・歩行の不安定さの原因 を明確にする。 ・ノルディックタイプの 杖や足首・つま先装具の 提案
C	86	女			支援2	意欲低下		夫婦、長男夫婦と同居 (嫁との関係) 実妹：町内で独居	H30.11 右大腿骨転子部骨折 H13.1退院後、整形への定 期通院と外来リハ ・糖尿病、高血圧	(H31.3)		妹と旅行をし たい	・リハビリに積極的にな れない理由（痺痛や力を入 れることへの不安）の 説明 ・身の回りのことに対す る本人と家族の考えの違 いを解消	・通所A（週1回） ・ショートステイ（随 時）	・妹との外出（花壇づ くりが趣味） ・100m程離れた友人	・リハビリに積極的にな れない理由は何か。 ・本人と家族との考えの 相違をいかに解消するか
D	86	男	つか まり 歩き	あり	支援2	意欲低下		夫婦と・娘夫婦で4人	H21 人工関節置換術 H24 脊柱管狭窄症 腰痛、子関節痛、膝痛、肩 関節痛 高血圧・認知症、緑内障		本人が外出を 楽しめる場所 の確保	痛みを軽減し、 空手教室に通 う	・自宅で意欲的に運動を 継続するための動機付け をすること ・	・通所A（週2回） ・歩行者・スロープ貸 与 ・医療リハビリ	・空手を30年継続 (以前は月2回空手の 指導を楽しみにしてい た)・洗濯をたたくの は本人の役割	・体の痛みを伴いながら、 在宅でできる持続可能な 運動や意欲を高めるため の働き掛け

出てきた懸念事項 共通するのは、「サービスの継続」が前提
「これまで（サービスを受けていなかったとき）の生活戻る」ことを目指したケースが少ない。
生活支援の提案が弱く、地域資源をケアマネジメントに十分活かすことができていない。

参考資料 地域包括支援センターの業務状況（相談）

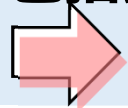


地域包括支援センターの業務状況（ケアプラン）



- ・ 包括支援センターの相談業務は件数が増え、内容も複雑化・複合化
- ・ ケアマネジメントはサービスの継続が前提となっている
(一方で、恒常的なケアプラン収入を確保している側面もある)
- ・ 要支援者・事業対象者に対するケアプラン件数は増加
(職員の1人当たりの作成件数(1カ月)も、平成28年度以降増加)

今後、支援を必要とする高齢者の増加が予想されていることから、包括支援センター作成のケアプラン件数の増加が予想される。



増加する「支援を必要とする高齢者」に対応できる体制を整備する必要

各務原市の介護人材

「介護サービスの職業」 有効求人倍率 **4.83倍**
(2020年11月分)

*ハローワーク岐阜【参考値：各務原市内容を独自集計】

【厚生労働省 職業安定業務統計】 * 常用（含パート）

「介護サービスの職業」 有効求人倍率 **3.88倍** (2020年11月分)

国平均値と比較しても、各務原市の介護人材は不足
⇒**介護サービス事業所の人員が不足**している

【介護事業所の声（一部）】

総合事業は、経営的にはプラスにならない事業。それでも、総合事業を行うのは、症状が重くなった（要介護状態）ときに引き続き事業所を利用してもらうことができるから。

現状のサービス体制で、サービスを終了させるということは、収入が少なくなり、事業所の経営状態が悪化する。一方で、利用者を受け入れようとすると、介護人材も必要になる。しかし、介護人材は不足状態にあり、苦しい状況にある。何とかしたいが...

各務原市の持続可能な総合事業のために

これまでの情報から

今後も、現状と同じケアマネジメント・サービスの提供では、
制度を維持することは非常に難しい

各務原市の総合事業を持続可能な制度とするために…

課題

高齢者が地域のつながりの中で暮らし続け、
各務原市の総合事業を持続可能な制度とするため、
本人の生活課題の把握やサービスの終了を前提とした
ケアマネジメントとサービス提供体制を作る

各務原市の持続可能な総合事業のために

打ち手

【市】これまで、サービスの終了を前提とした事業モデルを提示していない

➡ 一度公的サービスを受けても、集中して機能回復を図り、サービス終了（これまでの生活に戻す）の事業モデルを提案

【包括】職員の専門性をより多くの高齢者が享受できるようにするために

➡ ・業務過多の解消。生活課題の把握・地域資源を活用し、サービスの終了を前提としたケアマネジメントを実施
・予防プラン収入に頼らない安定的な経営の仕組みを構築

【サービス事業所】貴重な介護人材を、よりケアが必要な高齢者に割くために

➡ ・短期集中で機能回復を図る良質なサービスの実施
・サービスを終了させたとしても経営の安定を担保



いつまでも自立して過ごせるまちに ～要支援者の現状を知る～

2020年2月3日

東郷町

岡田彩

プログラム参加当初の課題認識

■ 総合事業を開始するも、明確な課題が掴めないまま、大きな見直しもなく継続されている

→本当に住民にとって有益なもの・必要なものなのか…？

■ 具体的に目指したい町の姿を設定・共有できていない

→地域の現状の把握が十分に行えていないことも要因

■ 地域包括支援センター職員の考えや意識を把握できておらず、町の目指す姿も共有できていない

→地域包括支援センターとの連携がうまくできていない…

問い・気づいたこと・わかったこと

地域包括支援センターについて

【問い】

- ・ 地域包括支援センターはなぜ疲弊しているのか

【調べたこと】

- ・ 相談件数・内容(年間)、ケアプラン作成数・委託数(年間)の推移
- ・ どのような業務に多く時間をかけているか等、地域包括支援センターの職員にヒアリング

【分かったこと】

- ・ 相談件数は年々増加している。
- ・ 要支援者の増加に伴い、ケアプラン作成数も増加している。
なお、委託率は35%前後で推移しており、要支援者の委託を受けてくれる事業所は少ない。
- ・ 困難事例やサービス未利用者の支援に時間を要することが多い。

新規申請者・デイサービス利用者について

【問い】

- ・なぜ要支援者数・ケアプラン数が増加しているのか

【調べたこと】

- ・新規申請者（要支援・非該当）の分類や申請の理由
- ・デイサービスの利用者の推移、継続利用年数
- ・分析結果について地域包括支援センター職員にヒアリング

【分かったこと】

- ・「機能低下・疾病」に分類される人は全体の8割近くに。要因では、「転倒・骨折」「脳血管性疾患」が上位となった。
- ・総合事業開始(H28.7)からデイサービスの利用者数は増加し続けている。H30以降、要支援者数等の伸び率以上に、利用者数の伸び率が大きい。
- ・40%以上が1年以上継続。全体の2割以上が2年以上継続利用している。
- ・送迎がある・友達ができたなどの理由から、回数を減らす人はいても、辞める(卒業する)人は少ない。

わがまちの目指す姿・課題・打ち手

わがまちの目指す姿（ありたい姿）

地域の高齢者が、いつまでも自立して自宅で過ごせるまち

わがまちの本当の課題（解決すべきこと）①

■元気な高齢者を増やしたい一方で、要支援者が増加していること

- 後期高齢者数の伸び率に比べて、要支援者数の伸び率が大きい
- 新規申請の多くは「機能低下・疾病」に分類され、申請理由に多い「転倒・骨折」「脳血管性疾患」をいかに予防するか

わがまちの目指す姿・課題・打ち手

わがまちの本当の課題（解決すべきこと）②

■町の厳しい現状とその未来を関係者と共有すること

- 現在、地域包括支援センターの業務は多岐に渡り、既に疲弊している
- 現状のままでは、5～10年後にはさらに地域包括支援センターは苦しくなり、地域住民に対して専門性が発揮できなくなる
（住民の幸せにつながらない）

わがまちの打ち手（どのように課題を解決するか）

■元気な高齢者や要支援者を介護予防の機会につなげる

■地域包括支援センターとの対話続ける

- 対話のための材料として、共感できるエピソードや目に見える数字
（薪たち）を集める

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／関係者や地域に起きそうな変化

- 目の前にある問題や課題ばかりに目を向けて動いていたが、「本当の課題は何なのだろう？」と意識するようになった。
- ヒアリングを通じて、地域包括支援センターの職員の生の声を聞くことができた。
- 数値データを収集・分析して現状を見える化したことで、課内や地域包括支援センターと現状の一部を共有することができた。
- 地域包括支援センターと共にケアマネジメントのあり方を見直すきっかけとなりそう。



御清聴
ありがとうございました



東郷町イメージキャラクター トッピー

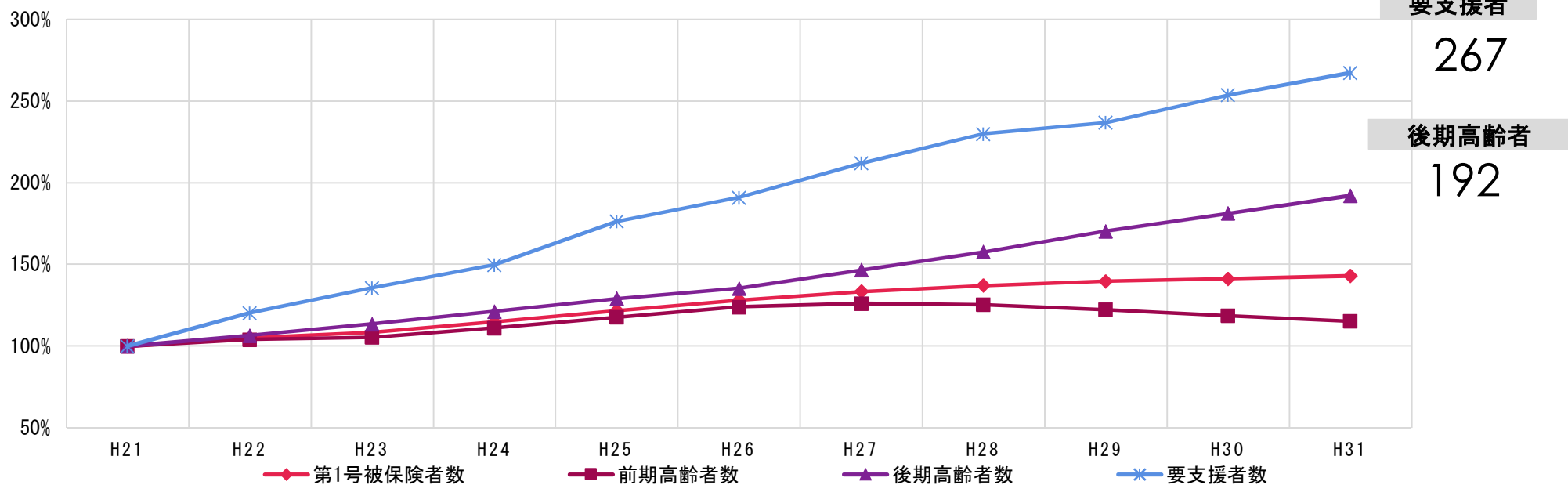
これまでの検討を踏まえて 現時点での設定

なぜ？ (裏付ける具体的事実とともに、文章で説明)

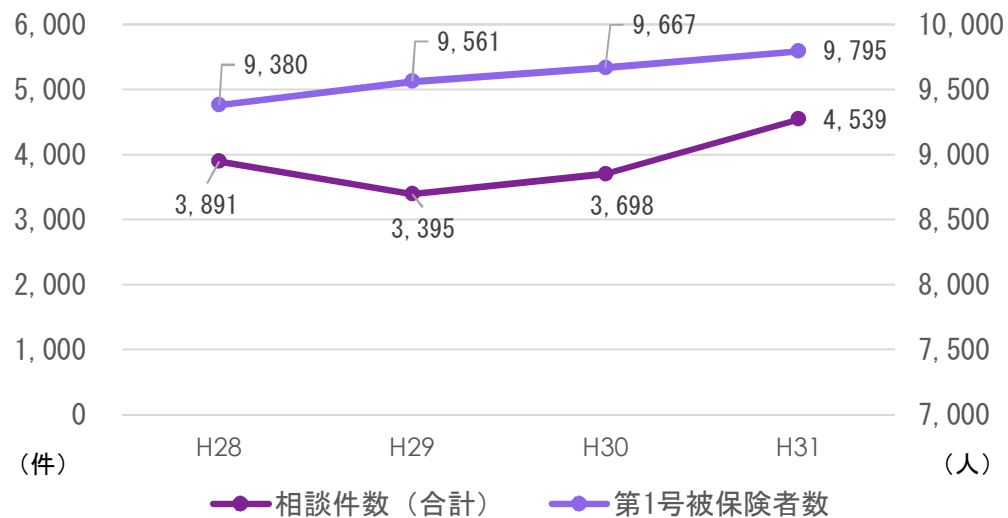
目指す姿	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の高齢者がいつまでも自立して自宅で過ごせるまち 	<p>(なぜそれを目指したいのか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いつまでも自分のやりたいことがやれる生活をしてほしい。 ・要介護(支援)状態になっても、自宅で生活したい人は多い。 <p>(R1在宅介護実態調査(n=613)で約7割が今後自宅での生活を希望していた)</p>
現状	<p>(目指す姿に対する現状)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・困難を抱える個人の視点 ・それを支える人や地域全体の視点 <ul style="list-style-type: none"> ・行政と関係者(地域包括支援センター等)が同じ方向を向けていない ・厳しい状況に置かれている(後期高齢者人口がここ5年で1.4倍に、今後10年で1.3倍になる等) 	<p>(なぜそうなっているのか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同じ方向を向くための材料が揃っていない ・R2.9の85歳以上の認定者数は認定者全体の47.2%であり、町の85歳以上人口は、全体の2.8%である <div data-bbox="1747 486 2139 861"> <p>現在 ここで 約50% →</p> <p>5年後から この山が くる</p> </div>
課題	<p>(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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・元気な高齢者を増やしたい一方で、要支援者が増加していること ・東郷町の厳しい現状とその未来を関係者と共有すること 	<p>(なぜそう考えたのか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者数の伸び率(1.92倍)に比べて、要支援者数の伸び率(26.7倍)が大きい。 ・現状のまま目の前の事をこなしていると、5～10年後には地域包括支援センターが苦しくなる。 →地域に住む人の困り事に対して、専門性が発揮できない。 →住民の幸せにつながらない。
打ち手	<p>(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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・元気な高齢者や要支援者を介護予防の機会につなげる ・地域包括支援センターとの対話を続ける(対話のための材料を集める) ・地域包括支援センターと共にケアマネジメントのあり方を見直すきっかけを作る 	<p>(なぜそれが有効だと思うのか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規申請の約8割は「機能低下・疾病」に分類され、申請理由では「転倒・骨折」(27.8%)、「脳血管性疾患」(14.8%)が多いため、いかに予防するかが肝心。 ・行政と包括が同じ方向を向くために、包括と対話をするため、共感してもらえるような具体的なエピソードが必要。 ・自分の価値観を伝える以外の形で、危機感を伝え、ケアマネジメントのあり方を見直すきっかけになると良い。

参考資料

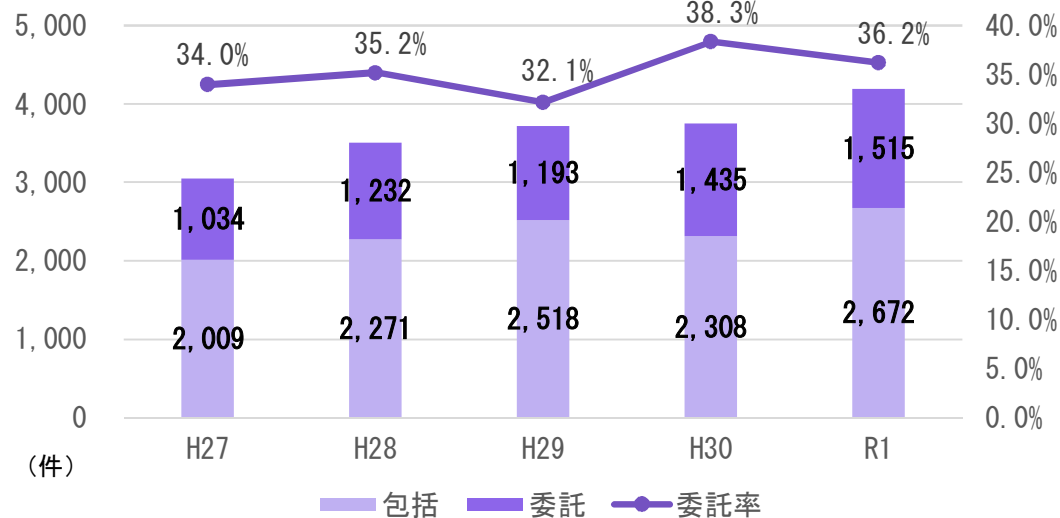
東郷町の高齢者と認定者数の推移（H21を1とする）



年間相談件数（件）と高齢者数（人）の推移



ケアプラン委託率の推移



参考資料

R1. 10～R2. 1の新規申請者（要支援・非該当）（n=54）

<分類>

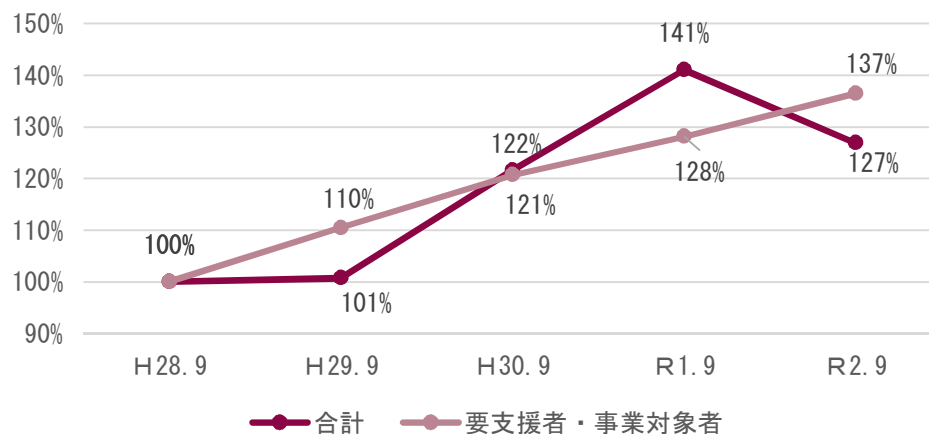
機能低下・疾病	79.6%
気分転換	9.3%
認知症	7.4%
レスパイト	3.7%
ロコミ	1.9%
その他	1.9%

<要因>

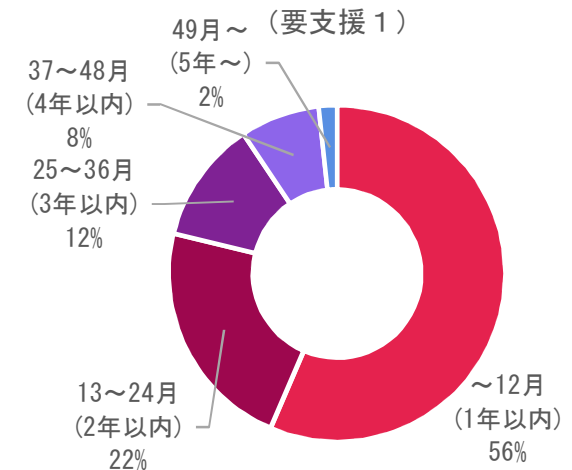
転倒・骨折	27.8%
脳血管性疾患	14.8%
がん	9.3%
関節疾患	9.3%
神経系疾患	9.3%
その他の疾患	7.4%
認知症	5.6%
高齢等による衰弱	5.6%
心疾患	0.0%
その他	11.1%



通所型サービス利用者と要支援者等の伸び率
(H28を1とする)



H28. 7（総合事業開始）からR2. 9までの期間内で
通所型サービスを利用した人のサービス利用月数
（年数）※要支援1のみ



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

目指す姿を実現するために ～第1歩は地域ケア会議から～



A100
One for **A**, **A** for One.
2021年、足利市制100周年へ

2021年2月3日
足利市 金子 詩織

足利市

人口（R2.10.1現在）	146,324人
高齢化率（R2.10.1現在）	32.34%
要介護認定者数 (R2.9月末現在)	7,775人
要介護認定者率 (R2.9月末現在)	16.4%
地域包括支援 センター数	7か所
面積	177.76km ²
東西	18.8km
南北	19.1km

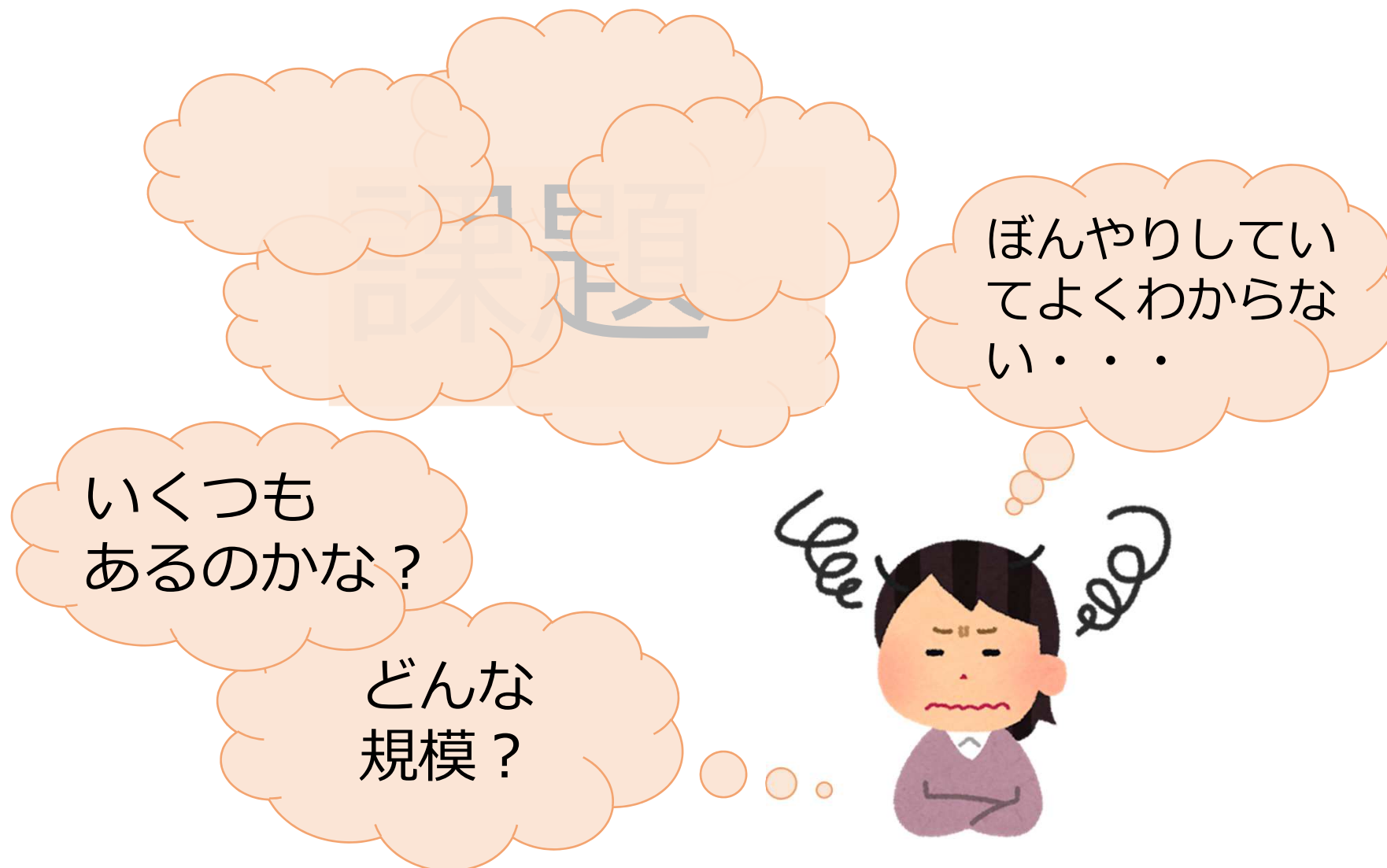
<自分が所属している担当の業務>

- ・高齢者福祉に関すること
- ・地域包括支援センター支援
に関すること
- ・介護予防・日常生活支援総合事業
に関すること



参加当初の課題認識

課題はありそうだけど・・・



プログラムでの問い・気づき



- ・なぜ地域づくりが必要なのか・・・
→自治体職員として住民の幸せを守る必要がある
- ・「目指す姿・現状・課題」を地域と共有し、共に取り組むことが大切
- ・「やっててよかった」とみんなが思えることが大切



「目指す姿」とはどういう姿だろうか？
住民含め関係者間では「目指す姿・現状・課題」
を共通理解したうえで、取り組めている？

**自分が「目指す姿・現状・課題」をわかっていない！
必要な情報をたくさん集めなければ！**

行ってきたこと・わかったこと①

行ってきたこと	わかったこと
職場内での共有 ・ 目指す姿 ・ これからの取り組みについて	● 目指す姿には2つの要素があり、それぞれの現状を把握の必要がある ● 現状把握できるようなアンケートを様々な部署でとっている
事業の結果報告等の読み直し ・ 相談対応記録 ・ 地域ケア会議に関する記録 ・ 協議体の会議結果	● 自分の望む生活を送れていない人がいる ● 事業の成果を得られたのか分からないという意見がある ● 会議実施目的そのものが不明確という意見がある
アンケートの振り返り ・ 市民アンケート ・ 日常生活圏域二エズ調査	● 幸せを感じている人は多い ● 「市民と行政の協働」への満足度が低い
地域包括支援センターへの聞き取り	● 支援者が高齢者の望む生活を置き去りにしていたこともあった ● 包括職員は、高齢者の自立、その人が望む生活が送れるよう支援したいと考えている ● 包括職員は、事業の成果や効果が地域へ広がっていくようにしたいと考えている ● 「市に言われたからやる」という意識もある

行ってきたこと・わかったこと②

「目指す姿」に近づくためには、関係者間で高齢者が望む生活を把握し共有することが必要！

事業を実施する上での目的を共有し、同じ方向を向いて共に取り組んで行けるようにすることが必要！



現在、事業の見直し中であり、様々な方が集まる**地域ケア会議**で取り組めるのでは？



「目指す姿」に近づく手段の一つとして
地域ケア会議を掘り下げてみよう！！



わがまちの目指す姿

高齢になっても、日々幸せを感じながら、地域で自分らしい生活を送れるよう、地域住民、関係機関、市が連携して取り組むまち

具体的には、地域ケア会議の検討をとおして、参加者が高齢者が望む生活に向けたケアマネジメントをできるようになる

課題

地域ケア会議の目的が参加者全員と共有できていない。



高齢者の望む生活（高齢者の自分らしい生活）を把握できていない、できていても共有していない。



高齢者の望む生活に焦点化されていないため、真の困りごとが見えない。



本人にあった助言ができず、支援に繋がらない。



参加者が会議をやってよかったと思えない。



打ち手

- **包括と地域ケア会議の目的や運営方法を共有。**
- **本人の望む生活や会議での論点が会議の参加者間で共有しやすいように、包括職員と合意形成しながら書式を検討。**
- **当面は、準備の段階から包括と会議を作り上げるようにした。（課題の整理を包括職員と共に行う）**
- **地域ケア会議の運営が目的に沿っているか、包括と定期的に確認し合う。**

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：自分が何のために仕事に取り組んでいるのか常に考えるようになった
何事にも「目指す姿」と「現状」はどうか？を考えるようになった
関係者と同じ思い（高齢者のために、地域のために）があると確信が持てた

行動：住民、関係者等と対話を大切する

情報を得るため、共有するためにしっかり動く

【関係者や地域に起きた・起きそうな変化】

職場の声：「なぜ？」を繰り返し、深堀していくことが大切と気づいた
「目指す姿」を関係者と共有し、同じ思いをもつ事が大切であると気付いた

包括職員から：「相談したい」と言われることが増えた

「本人の望む生活を具体的に把握することが大切なんですね」という声が包括職員より聞かれた

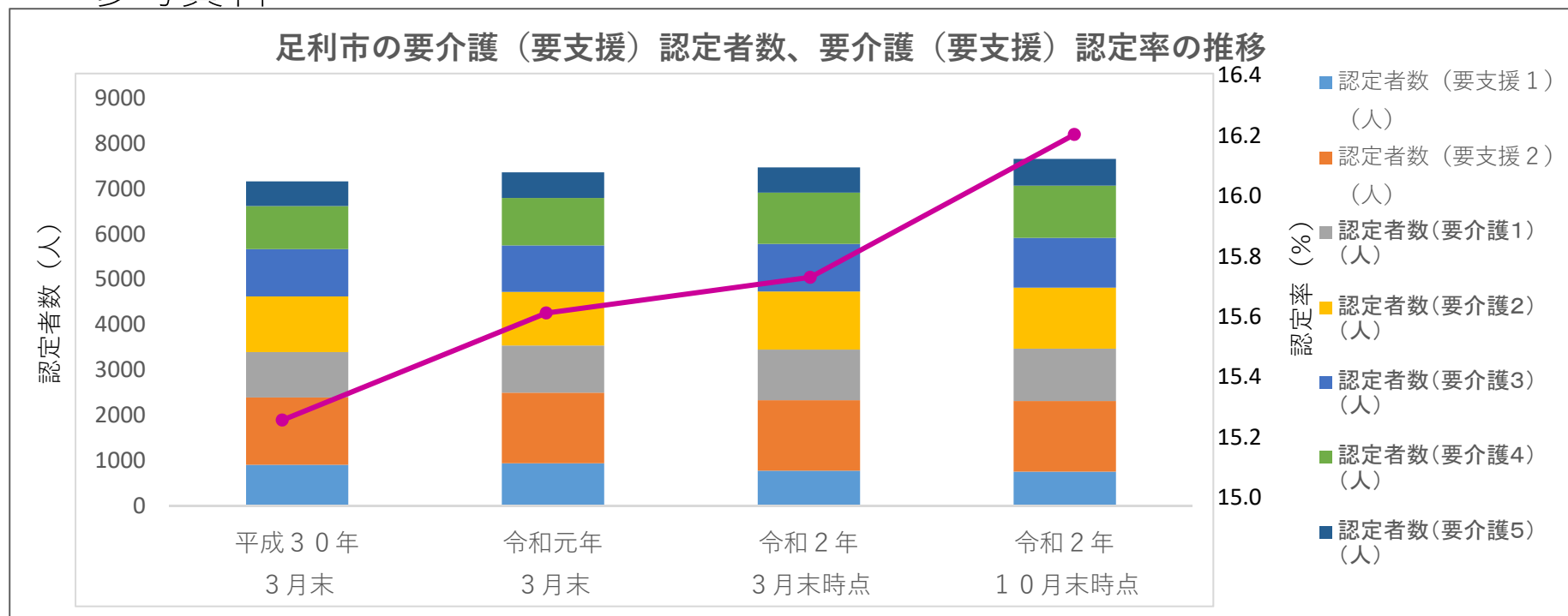
< 参考資料 >

	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>高齢になっても、日々幸せを感じながら、地域で自分らしい生活を送れるよう、地域住民、関係機関、市が連携して取り組むまち</p> <p>具体的には、地域ケア会議の検討をとおして、参加者が高齢者が望む生活に向けたケアマネジメントをできるようにする</p>	<p>(なぜそれを目指したいのか)</p> <p>自分自身、高齢になっても日々幸せを感じながら、自分らしい生活を送りたい</p> <p>参加者自身が高齢者が望む生活に向けたケアマネジメントを出来るようになることで、高齢者の真の困りごとが見えてきて、本当に必要な支援も明らかになると考えられるため</p>
現状	<p>(目指す姿に対する現状)</p> <p>～地域ケア会議に関する聞き取り等でわかったこと～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目的の理解や認識が参加者間で異なっている ・ 会議の目的そのものが不明確という意見がある ・ 「自立支援に資するケアマネジメント」について、言葉としての理解はあるが、どういうことか、どう行っていくのか、共通の理解ができていない ・ 地域で自分の望む生活を送れていない人がいる ・ 支援者が高齢者の望む生活を把握していないことがあった ・ 支援者が高齢者の望む生活を把握していても、会議の場で共有できていなかった ・ 会議参加者から、会議の成果が得られたのかわからないという声がある ・ 包括に、「市から言われたからやる」という意識もある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ なぜそうなっているのか <p>地域ケア会議発足にあたり、会議の主旨等を説明していたが、どのように理解していたか、どこまで理解していたか、各地域包括支援センターごとの確認が不十分であった</p> <p>これまでの地域ケア会議では、「高齢者の望む生活」に焦点があたっていなかった</p> <p>「高齢者の望む生活」に焦点があたっていなかったために、適切な支援につながらないこともあった</p> <p>委託されているという立場がある</p> <p>共に取り組んできたという成功体験が得られていない</p>

< 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)
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 地域ケア会議の目的が参加者全員と共有 ・ 高齢者の望む生活（高齢者の自分らしい生活）を把握し、共有すること ・ 高齢者の望む生活を踏まえて、真の困りごとを見つけること ・ 地域ケア会議での検討内容が、高齢者の支援に繋がるようにすること ・ 参加者が会議をやってよかったと思えるようにすること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ なぜそう考えたのか <p>参加者間で、何のために会議を開催するのか共有できないと、どのように会議を進めていくのか分からない ゴールが分からないから達成感も得られない 高齢者本人の思いをしっかりと踏まえないと、真の課題が見えてこないし、支援も本当にその人に必要な支援を行えない 参加者みんなで「やってよかった」と思えることは、連携の成功体験となる</p>
打ち手	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 包括と地域ケア会議の目的や運営方法を共有。 ・ 本人の望む生活や会議での論点が会議の参加者間で共有しやすいように、包括職員と合意形成しながら書式を検討。 ・ 当面は準備の段階から包括と会議を作り上げるようにした。（課題の整理を包括職員と共に行う） ・ 地域ケア会議の運営が目的に沿っているか、包括と定期的に確認し合う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ なぜそれが有効だと思うのか <p>同じ方向を向いて支援するためには、参加者が会議の目的等を共有することが必要で、地域ケア会議を実際に運営していく地域包括支援センター職員と、会議の目的、運営方法を改めて共有することで、会議の認識のギャップを埋めていく、また、会議の成果を得られやすくする 本人の望む生活を参加者間で共有できるようになる 資料作成の流れやポイント、会議進行の準備に必要なこと大切なことを一緒に確認、共有していける 実際に運営、司会進行していくなかでの困難さの共有ができ、資料作成や、司会進行の準備における改善の必要性も確認していける 継続して、同じ方向を向いて、共に取り組んでいけるようにする</p>

< 参考資料 >



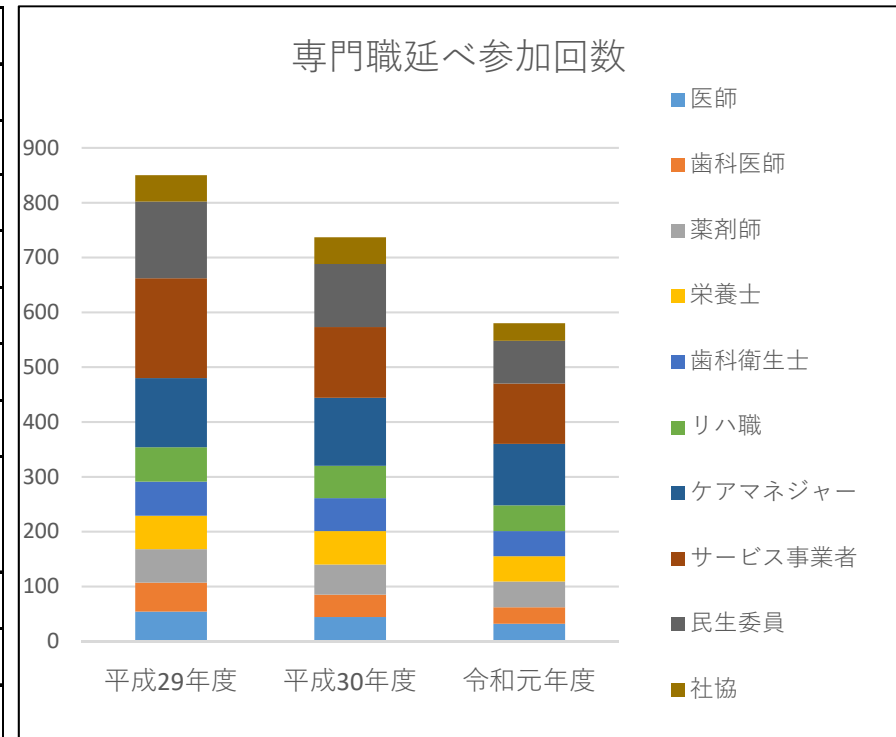
		平成30年 3月末	令和元年 3月末	令和2年 3月末時点	令和2年 10月末時点
認定者数	（人）	7,160	7,361	7,470	7,659
	認定者数（要支援1）（人）	907	938	776	754
	認定者数（要支援2）（人）	1,484	1,558	1,555	1,558
	認定者数（要介護1）（人）	1,001	1,043	1,116	1,158
	認定者数（要介護2）（人）	1,229	1,182	1,284	1,347
	認定者数（要介護3）（人）	1,045	1,027	1,050	1,096
	認定者数（要介護4）（人）	949	1,046	1,132	1,153
	認定者数（要介護5）（人）	545	567	557	593
認定率	（％）	15.5	15.8	15.9	16.3
認定率（栃木県）	（％）	15.5	15.7	15.8	16.0
認定率（全国）	（％）	18.0	18.3	18.5	18.6

< 参考資料 >

【地域ケア会議実施状況等】

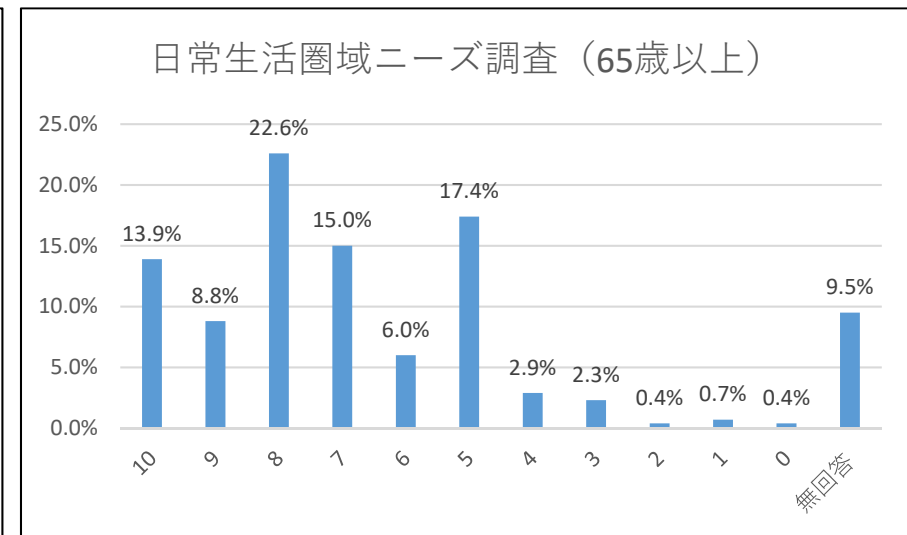
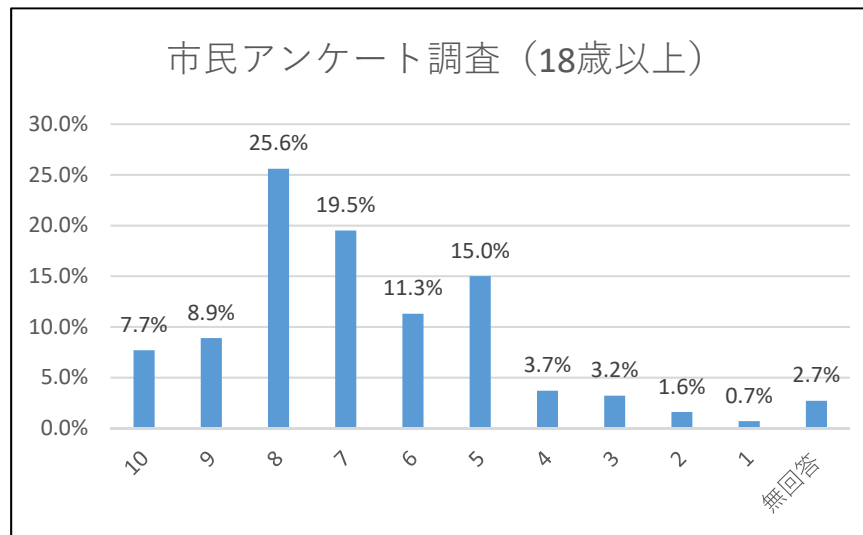
	実績		
	平成29年度	平成30年度	令和元年度
地域ケア会議 開催数	63回	42回	33回
検討数	126件	82件	79件

	専門職延べ参加回数		
	平成29年度	平成30年度	令和元年度
医師	54	44	32
歯科医師	53	41	30
薬剤師	61	55	47
栄養士	61	61	46
歯科衛生士	62	60	46
リハ職	63	59	47
ケアマネジャー (内主任ケアマネ)	126	124 (37)	112 (30)
サービス事業者	182	129	110
民生委員	140	115	78
社協	48	49	32



< 参考資料 >

●令和2年足利市民アンケート調査及び日常生活圏域ニーズ調査の結果から幸福感の傾向



とても幸せ→10点 とても不幸→1点 とても幸せ→10点 とても不幸→0点

8点以上：市民アンケート調査 42.2% 日常生活圏域ニーズ調査 45.3%

5点以上：市民アンケート調査 88% 日常生活圏域ニーズ調査 83.7%

●令和2年足利市民アンケート調査の結果から満足度の傾向を確認

→「生活習慣病や介護の予防」という項目は、全年齢（18歳以上）では20項目中4番目に満足度が高く、60歳代、70歳代以上では20項目中3番目に高かった。また「市民と行政との協働」という項目では、全年齢での満足度が20項目中15番目となっていた。

ひとりの安心が保障された 地域づくり

2020年2月3日

和歌山県 串本町

地域包括支援センター 保健師 中 まどか



プログラム参加当初の課題認識

プログラムに参加前

このままではいけない動物的勘

「誰でも困りごとを共有・対話できる安心できる場所が確保されていない」

プログラムに参加後

動物的勘から、情報(薪)に基づいた視点へ

高齢者の望む生活をどう叶えるか。「ひとりの安心」を保障できるシステムがない。

何もしなければ変わらない「今」始めることで串本町は変わる！

問い・気づいたこと・わかったこと

問い

串本町は高齢者が多く介護認定率が高いことが課題（安心できない）の原因は何なのか？今高齢者が抱えている困難な状況ってなんだろう

気づいたこと

高齢者の望む生活にフォーカスしたことがなかった

望む生活を脅かす高齢者の困難な状況を言語化したことがなかった

資料 受け持ちケースから聞き取り

- 80歳代 要支援 独居 女性
- 毎日息子家族の訪問がある
- ディサービス 1回/週、ヘルパー 2回/週
- サービス導入のきっかけはディサービス利用のため。
ヘルパー導入のきっかけは、圧迫骨折の影響でかがむ・見上げる動作ができず掃除が難しくなってきたため。
- 友達付き合いも多く、趣味の俳句会でお出かけもしており息子が休みの時はお寺巡りなど楽しんでいる。
- 歩いて20m程のところに知り合いの営むパン屋さんがありその買い物は続けたいと思っている。
- 昔話をしたいと思っても、みんな亡くなってしまった。
- ディサービスの利用者同士での交流もあり次回のディサービスの時の約束をしたりしている。

資料 インボディ結果と将来起こり得るリスク

対象者：町内で町が関わる運動教室に参加されている（元気高齢者）方 n = 115

高齢者の
望む生活を
脅かす要因

筋力低下・
フレイル

平均年齢	74歳
女性	105名
男性	10名

項目	人数	%
たんぱく不足	49人	43%
ミネラル不足	28人	24%
BMI 18.5以下	9人	8%
25以上	19人	17%
筋肉量不足 右手	19人	17%
左手	22人	19%
体幹	22人	19%
右足	42人	37%
左足	49人	43%
SMI基準値以下	41人	36%

将来起こり得るリスク

低栄養・たんぱく不足による筋力低下による易介護状態 フレイル状態の発生

SMI基準値以下である人が36%おりフレイル状態がすでに発生していることが考えられる。

町立病院摂食嚥下障害認定看護師の話
入院患者のアルブミン値を調べてみたところ平均3.0g/dl（基準値 3.9～4.9）という結果であった。
在宅中からの低栄養状態が懸念され、入院後も栄養状態改善から始めないといけないので回復が遅くなってしまう。

資料 11月の介護認定審査会 n = 101

高齢者の
望む生活を
脅かす要因

• 平均年齢 83.2歳

新規申請 15件 (14.8%)

新規申請の平均年齢 78.8歳

新規申請の中身

平均年齢	78.8	
1次判定	非該当	1 認知症1件 (県外娘心配して)
	要支援1	3 ヘルプ・住宅改修希望1件、認知症1件、整形疾患1件
	要支援2	3 精神1件、内服コンプライアンス不良1件、入院中1件 (転倒)
	要介護1	2 認知症2件
	要介護2	1 入院中 (骨折1件)
	要介護3	2 入院中2件 (脳梗塞2件)
	要介護4	3 入院中3件 (がん、骨折)
	要介護5	0

申請時の所在

()内入院前の所在

所在		人数	%
自宅	独居	47(50)	46.5
	夫婦2人	16(19)	15.8
	子供と2人	5(6)	5.0
	その他	11(13)	10.9
施設入所中		9(10)	8.9
入院中		11(1)	10.9
不明		2	1.9

独居 利用サービス

新規申請	7
利用なし	9(3)
ヘルパー	23
住宅改修	13
訪問看護	2
デイサービス	12
福祉用具	7
小規模多機能	1

認知症

骨折

独居

問い・気づいたこと・わかったこと

わかったこと

高齢者が多いことが問題ではなく、独居生活をしている
高齢者が不安を抱えながらも生活していることが課題

高齢者の望む生活

今の生活を
維持したい

生活を脅かすかもしれない要因を遠ざけ
たい

不安に感じている状況

漠然とした
不安

ADL低下
病気

筋力低下・
フレイル

骨折

認知症

独居

本人が不安に感じている

周囲が不安に
感じている

疾病コントロール・介護予防・ケアマネジメント

地域づくり 7

介護サービス資源について

12月ケアマネジメントの状況

	予防請求件数
包括ケアマネA	66
包括ケアマネB	67
包括ケアマネC	53
包括3職種	3
委託事業所（町内）	30
委託事業所（近隣町外）	40
委託事業所（県外）	2
	261

11月認定審査会の利用サービス（n = 101）

ヘルパー	32件
ディサービス	24件
福祉用具	14件
訪問看護	4件

介護保険サービスを利用しようとしても、すぐに利用ができない状況

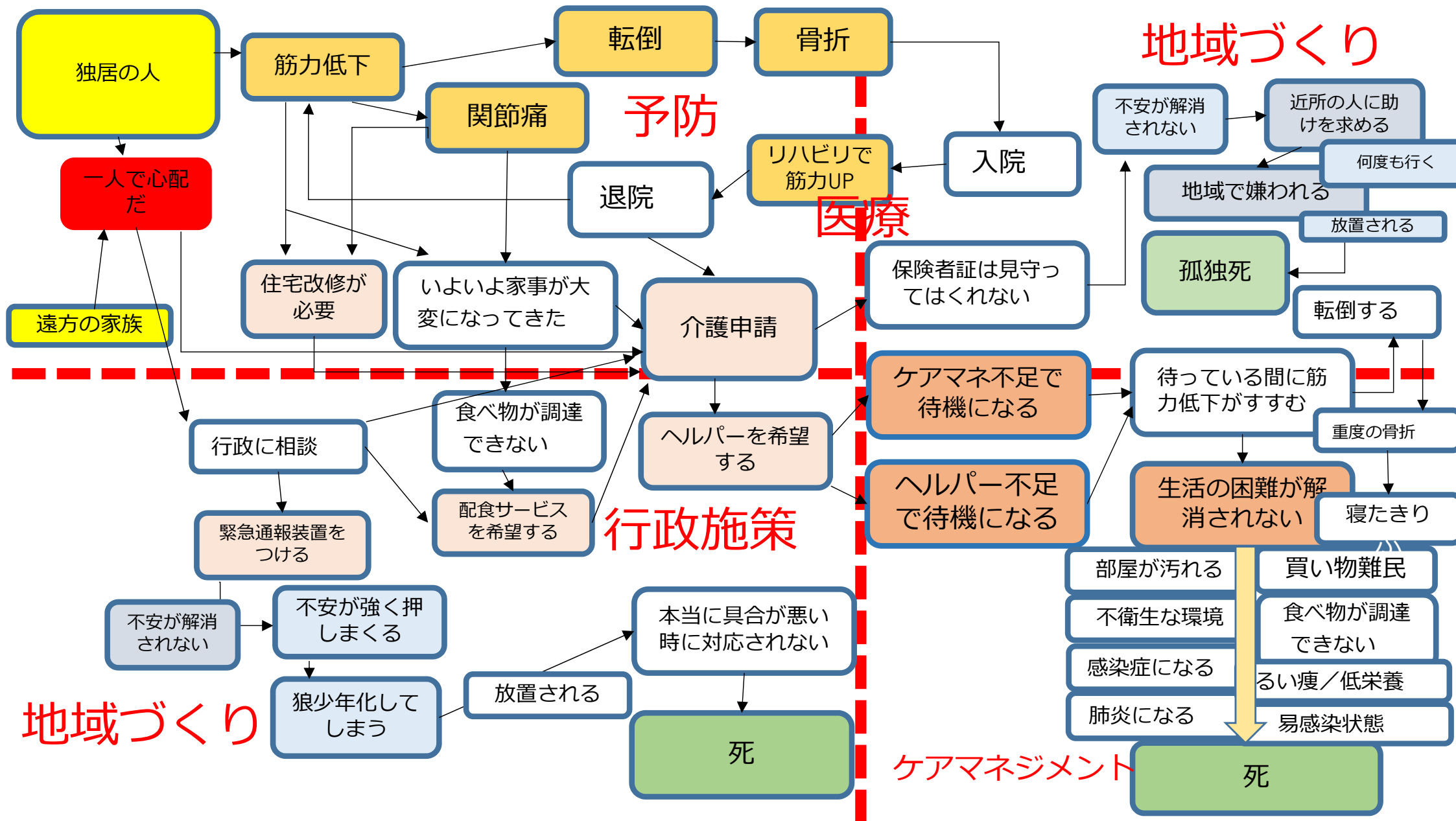
新規としてケアマネジメントを実施したかったがケアマネージャーの状況により対応できなかった（待ちが発生した）ケースもあった。

※最大 3件の待ちが発生

ヘルパー利用が最も多かった。

- ヘルパー事業所の声
人材確保が難しく、一人の退職をカバーすることに苦勞しており人材不足の中で土日も対応している
- 利用するときに利用者の希望が通るのか
事業所が訪問できる時間で設定されることも多い。最近では、掃除支援が18時以降になるといわれたケースもあった。

独居高齢者の不安が解消されない世の中だったら…



わがまちの目指す姿・課題・打ち手

目指す姿

ひとりの高齢者の安心が守られ保障される町

課題（解決すべきこと）

独居生活をしている高齢者が不安を抱えながらも生活している

打ち手

- 地域の見守りの目を網の目状に育むために住民活動を支える専門職としての役割を全うする。

（ＳＣの活動への期待、よく顔を合わせる住民との対話、民生員や公民館員等とのケース検討や勉強会）

ＳＣが訪問先で 90代女性独居サービス利用なしだが「一人でも心配じゃないよ」と言ってる人がいたという話
近所の民生委員の見守りやおかずの差し入れ、親戚のフォロー、毎日子供が見回ってくれる方は不安なく在宅生活を楽しんでおられた。
この方のように不安なく生活してほしいねそんな願いをＳＣと共有できたことが宝物になりました。

PGを通じて自身やまちに起きた変化

●自分自身の変化

数字を拾い集めてくる、根拠の拾い集め（薪拾い）が課題の輪郭をはっきりさせる感覚。説明材料になっていく。

事業を増やすことは、人材が不足している中では得策とも言えないことに気が付き現状の手の内で出来ることを中心に考えるようになった。

専門職として、一人一人の個別ケースを大切にしていくと・周りでサポートしてくれる人達を大切にすることが未来につながっていくのだという自信につながった。

●関係者の変化

生活支援コーディネーターと参加できたことで関係性がぐっと近くなり、持ち帰ってきた薪について話をする機会が増えた。（3回目以降くらいから特に）

他県の実践を聞く機会になり、包括内で抱えていた事業への変換ができ歯車がそろい切らずに止まっていた時計が動き出すような感覚があった。

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	<ul style="list-style-type: none"> • ひとりの高齢者の安心が守られ保障された町 	<ul style="list-style-type: none"> • なぜそれを目指したいのか 誰もが、住み慣れた家で暮らし続けたいという願いを持っている。コミュニティの中で守られ誰かとつながっている安心感を本人・家族が持ちつづけられる町に自分も住みたいと思ったから。(安全の保障)
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 • 独居高齢者が3割、子供は遠方で「なにかあったら」と不安感から介護申請をするケースがある • scから90代女性の訪問ケース、周囲の見守りサポート(家族・地域)がしっかりしており不安を感じていない人もいたが近所づきあいしていなさそうな人がきになった。 • 話をしたいと思っても、友達との死別や入所により新しい人関係の構築が難しい • それを支える人や地域全体の視点 • 支え手の高齢化、不足 • 地域の祭りの支え手は県外に移住した元串本町民 • インフォーマルの見守りサポート、社協の支え合い事業も人員不足で今はやっていない 	<ul style="list-style-type: none"> • なぜそうなっているのか • 高齢化により支えてとなる人も高齢化している(民生員、地域の住民) • 見守りサポートを受けられる仕組みがなく、困っても相談する場所がわからない • 11月介護申請結果では独居が46.5%、高齢夫婦を足すと全体の60%程度が高齢者のみ世帯だった • 利用しているサービスはヘルパーが半数いた • ヘルパーは買い物・掃除を利用する方が多い • 新規申請は、15件あり7件が入院中、次いで4件が認知症による申請であった • 見守り等インフォーマルで支える仕組みがないため配食サービスの利用が多い • 民生員が不在の地区が存在している • 包括支援センターの認知度4割、包括も専門職不足、ケアマネも不足
課題	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 独居高齢者が不安を抱えて生活している。 	<ul style="list-style-type: none"> • なぜそう考えたのか • 不安に対する打ち手が介護保険審申請になっている。生活を脅かすイベントが発生したときに適切なタイミングでサポートするチームに繋がれる仕組みがないためどうしてよいかわからない住民がたくさんいる
打ち手	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 会議の活用(民生員、運営協議会、医療介護連携福祉課等) • scとの密な情報共有 • 一般介護予防教室に来られる元気な高齢者の方とのコミュニケーションを増やす 	<ul style="list-style-type: none"> • なぜそれが有効だと思うのか • 行政関係者や専門職等の会議を活用しながら全体の困り感を共有していき目指すべき方向が同じ方向をむくようになる。 • scの活動は住民直通の生活の中身が見える貴重な人材であり、介護サービス外の事例をたくさん知っている。良いも悪いも共有することでインフォーマル部分に風穴をあけられるのではないと思う。 • 介護予防教室は自主の活動として運営されているので「それぞれの暮らし」「地域の暮らし」に直結している。相談先がわからない不安を減らすために顔を売りに行くことが有効だと思う。

参考資料

死因	死亡率（人口）10万対		
	串本町	和歌山県	全国
悪性新生物	490.2	357.3	300.7
心疾患	438.6	242.2	167.6
肺炎	193.5	107.4	76.2
脳血管疾患	148.4	89.9	87.1
老衰	135.5	133.0	88.2

和歌山県東牟婁振興局健康福祉部串本支所作成令和2年度事業概要より
選択死因別死亡数・死亡率（人口10万対）

SMR	男性	女性
悪性新生物	108.1	102.6
心疾患	146.9	111.8
肺炎	117.9	150.0
脳血管疾患	83.1	90.6
老衰	102.4	97.2

和歌山県東牟婁振興局健康福祉部串本支所作成令和2年度事業概要より
主要死因別標準化死亡率（SMR）

死亡原因は男性は心疾患、女性は肺炎多い男性もまあまあ多い



ヘルスの部門でお願いします



予防で介入できそう

国保システムより医療費分析（令和1年）
 保健者当たり疾病別**入院**医療費点数ランキング

順位	疾病分類	生活習慣病分類
1位	統合失調症	がん
2位	関節疾患	精神
3位	肺がん	筋・骨格
4位	大腸がん	脳梗塞
5位	脳梗塞	脳出血
6位	大動脈瘤	糖尿病
7位	骨折	狭心症
8位	慢性腎臓病（透析あり）	脂質異常症
9位	肺がん	動脈硬化症
10位	不整脈	高血圧症

国保システムより医療費分析（令和1年）
 保健者当たり疾病別**外来**医療費点数ランキング

順位	疾病分類	生活習慣病分類
1位	慢性腎臓病（透析あり）	がん
2位	糖尿病	筋・骨格
3位	高血圧症	糖尿病
4位	関節疾患	高血圧症
5位	貧血	精神
6位	脂質異常症	脂質異常症
7位	肺がん	狭心症
8位	統合失調症	脳梗塞
9位	大腸がん	高尿酸血症
10位	白内障	動脈硬化症

痛み系→一般介護予防や予防ケアマネジメントで介入できそう

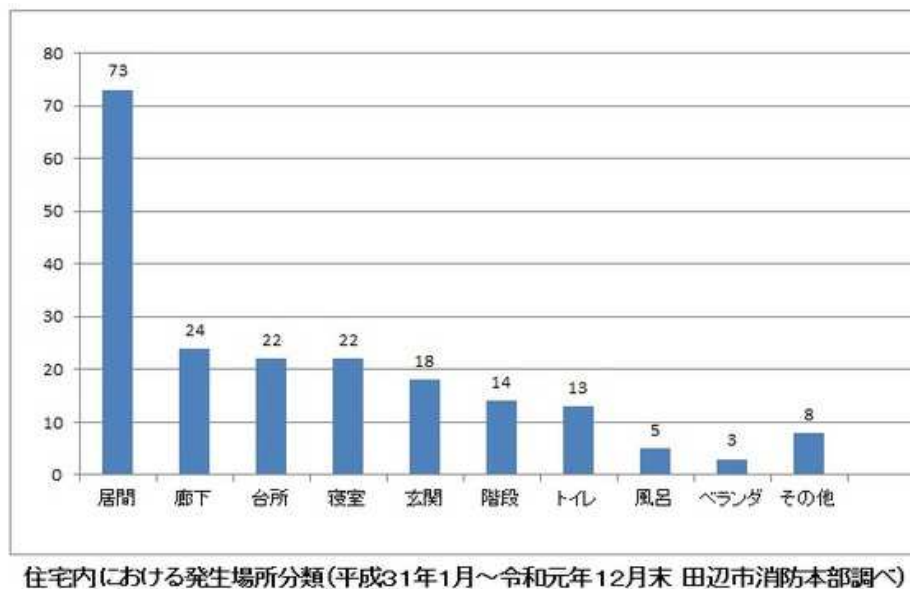
血圧・血圧コントロール系→特定健診・健康増進ヘルス部門

がん系→がん検診・健康増進ヘルス部門

高齢者の怪我ということで消防に聞いてみた

近隣市でみかけた高齢者の怪我の統計

転 倒	398
落 下	70
切 創	8
溺 水	5
打 撲	4
熱 傷	1
その他	80
計	566
平成31年1月から令和元年12月末 田辺市消防本部調べ	



残念ながら、串本消防では同様の数字は集計していなかった。

消防職員から

- 外傷は1400件ほどあり「つまづいてこけた（転んだ）」という内容がまあ感覚的に100件くらいはあるかなあ。そうなると大体、足の付け根が痛いといい大腿骨骨折を疑うケースが多い。
- 時間帯は、明け方のトイレ移動時が多いように思う。

介護認定率・介護認定者数推移

	平成29年	平成30年	令和元年	令和 2 年 12月5日時点
介護認定率	22.5	23.6	24.5	-
非該当				14(9)
要支援 1	223	262	279	154(57)
要支援 2	278	276	281	143(44)
要介護 1	217	248	257	151(60)
要介護 2	308	314	293	165(42)
要介護 3	273	278	282	111(23)
要介護 4	216	211	240	85(18)
要介護 5	137	133	136	45(17)
合計	1,652	1,722	1,768	868(270)

() 内新規申請数

約3割が新規申請者