

総合事業のふりかえりを通して

2021年2月3日

豊島区

岡崎 真美



プログラム参加当初の課題認識

1. 人口密度日本一の豊島区は、
一人暮らし高齢者の割合も日本一。
一人暮らしは「社会的孤立」を生みやすく、不健康や消費者被害、生活の質の低下につながりやすい。どうアプローチするか？
2. 支えあいの地域づくりが根付きにくい。
具体的な実践方法は？
3. 地域ケア会議や協議体などを通じて地域づくりを実施してきたが、地域はよくなっているか？評価は？



～総合高齢社会プロジェクト～

高齢者人口に占める一人暮らしの割合

75歳以上全国ランキング1位

平成27年国勢調査（町村行政区除く）

75歳以上	
①豊島区	37.0%
②渋谷区	35.4%
全国平均	19.8%

3つの柱（30のアプローチ）

- ①社会的孤立 0
- ②100歳健康
- ③一人暮らしでも安心



プログラム参加後の課題認識

**要支援者（事業対象者）に対する総合事業の体制が不十分。
自分の望む暮らしを選択できない。総合事業をふりかえり・見直しが必要。**

1. 自立支援に資する総合事業の利用が進まない。
(ビジョンの欠如、包括との認識のずれ、サービス不足、利用しにくいサービス・ケアマネジメント体系) **総合事業全体**
2. 他自治体よりも、プレフレイルの割合の多い本区では、コロナフレイルが深刻。
今後総合事業の需要が継続的・大幅に増加し、サービスの提供が不足する恐れ。
介護予防・自立支援
3. 独居高齢者の多い本区で、本人が希望する在宅生活の維持を図るには、早期のハイリスク者の把握と階層化及びリスクに応じた支援のつながりにより、一人一人のセルフマネジメント力の向上、自分事化が重要。
介護予防・自立支援
4. 地域の互助はないわけではなく、育成も必要だが、馴染まない区民層も一定数いる。多様な価値や背景の区民が混在し、複合的問題を抱えている方も多い。
5. 総合事業のHH不足。地域での生活を支えきれない。
生活支援

問い・気づいたこと・わかったこと

本区の強み

フレイルの普及啓発

- ・フレイルの周知度17.5%→33.9%
- ・フレイルチェックの実施（70歳・75歳の方には無料チケット送付）

地域の担い手の継続的育成

- ・介護予防リーダー、介護予防サポーター、フレイルサポーターの育成

保健医療福祉ネットワークの強固な連携

- ・ICT（MCS）による情報共有、在宅医療連携推進会議
- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施も令和3年度より開始
糖尿病予備群や低栄養対象等へのハイリスク・ポピュレーションアプローチ
令和3年度開始の歯科検診（オーラルフレイル予防）との連動

フレイル予防の全区展開

- ・高田介護予防センター、東池袋フレイル対策センター
- ・区民ひろばへのフレイル測定機器の設置（22か所）
- ・フレイルチェック要フォロー者はまちの相談室（保健師、リハ専門職、管理栄養士、看護師等）で個別フォロー開始

問い・気づいたこと・わかったこと

本区の弱み

独居高齢者の増加

- ・平成27年時点33.8%、東京都平均24.6%より高く、全国平均17.7%の2倍

フレイル率が高い

- ・要フォロー者全国15%、本区21.3%（令和元年度）→34.4%（令和2年度）
コロナフレイルの進行（外出、筋肉量、活舌悪化）

多様な価値観・複合的な問題を抱えている区民

- ・ニーズ調査にて、1割は外出頻度週1回以下、なんらかのリスク保持者72%
- ・希薄な近所づきあい。要介護認定者調査（独居）の思い→悪化しても自宅が1位

○総合事業（介護予防プラン・生活支援）のサービスが不十分。崩れかけた時、自分の望む生活を選択できない。

- ・生活支援のサービスの偏り、量の不足、従事者育成研修の就労率30%
- ・介護予防のサービスにおいても、量的に少なくタイムリーに提供できていない。

○支援者の中にあるバイアス（総合事業のビジョンの共通理解の不足）

- ・「包括にくる方はもう予防プランや総合事業の対象ではない…」という言葉。
いつまでも高齢者を庇護の対象ととらえていないか。もう、高齢だからと支援者自身があきらめ見逃していないか。自立支援に資するケアマネジメントとの乖離。

わがまちの目指す姿・課題・打ち手

わがまちの目指す姿

地域とのつながりがあってもなくても、自分らしく選択して
生活していける地域づくり～ちょっと前の自分にもどる～

現状

生活が崩れかけた時助けられない！選択できない。総合事業の体制が不十分。

課題

- ①総合事業に関するビジョンの確立と関係機関との共有
- ②崩れかけた時（プレフレイル）の早期発見、適切な自立支援の仕組み
- ③崩れても自分の望む生活を維持できるように、生活支援の多様なサービスを選択できる地域づくり

打ち手

- ①総合事業のビジョンの確立→課内及び包括と総合事業のふりかえりの会の実施
- ②介護予防→プレフレイルの把握→階層化→適切な支援
ケアマネジメント方法の見直し、都通所C型モデル事業の実施
- ③生活支援→家事従事者育成研修で就労に結びつかなかった方への調査の実施
民間やNPOの支援状況の把握
区民の社会参加の促進（就労的支援コーディネーター検討）

PGを通じて、自身に起きた変化

1. 意識

- ① 勘、経験、度胸（思い）では実践的な施策立案は難しい。足場を固め、確実に事業を展開していくためには、状況を正しくデータで把握し、課題設定、目標設定すること。**データ分析の重要性をメンバーで共有**すること。
- ② 係同士や他課、関係機関、区民とうまく関係性を築き、**ネゴ・調整しながら事業全体の調整**を行う。信頼関係と安心感が重要。区の課題に対して、重要なことであれば、自分のグループの範囲を超えて、検討する当事者意識の大切さ。
- ③ **チームビルディング**。共に考え、走り、協力し、貢献し、激励する関係を作る事。

2. 考え方

- ① 個別事例の思いを大切にする事。個別の問題点から始まるが、その課題に対して問いをたて薪を集めながら検証し、課題を俯瞰し、全体の最適化・調整を行う。
- ② 異質から学ぶ。自分のフィールド以外の薪も拾う。

3. 行動

- ① コミュニケーションは意思疎通のことであり、「お互いの理解や認識を共有すること」そして、**意思疎通を成立させるためのキーは「受け手」基準**であること。
- ② 相手に理解してもらうように努力し、「相手がわかってくれない」ではなく、**「わかってもらう努力がたりない」と一旦とらえてみる**。受け手に伝わらないコミュニケーションはただの意味のない音波。
- ③ **仕事を面白がる**。プラスのストロークでメンバーにも返す（たまには弱気もOK）

PGを通じて、自身に起きた変化（他参加者）

1. 意識

- ① 主観的感覚ではなく、数値データに基づいた分析をしたうえで現状評価、課題認識するようになった。
できなかったこと、上手くいかなかったことに対し「なぜ」と原因を分析し、改善に向ける意識を持った。

2. 考え方

- ① 自身の所属するグループではないグループが管轄する事業であっても、課内で横断して課題抽出、実施計画を立て、関係各所と調整を進めることの必要性を理解した。
- ② 同じ方向を目指す仲間づくりを丁寧に実行することが必要だと理解した。

3. 行動

- ① 「目指す姿」「現状」「課題」「打ち手」の考えに沿った思考をするようになった。
- ② 相手のために一人で考えるのではなく、協力して一緒に考えるようになった。8

PGを通じて、まちに起きそうな変化

1. 関係者（包括・課内）

- ① 8包括の聞き取り調査を実施して、総合事業の見直しをするという区の意志を少し理解してもらえた。
- ② 包括に分かりやすく情報を共有することで、区の総合事業に対して、前向きな発言が出てきた。
- ③ 課内で総合事業の振り返りを実施したことで、共通理解が生まれ、第8期に向け、取り組んでいこうという機運が醸成された。
- ④ 医師会、歯科医師会より、一般介護予防・総合事業について、もっと情報交換を実施し、一緒に考えていこうという言葉があった。地域全体で介護予防の連携も考える介護予防連携推進会議等も視野に。

2. まちに起きそうな変化

- ① 利用しやすく効果のある総合事業サービスの構築（都のモデル事業の実施）
- ② 一人ぐらしの高齢者を支える生活支援サービスの再検討で、自分らしい生活を選択でき、地域で生活できる期間が少しでも長く延びる。
- ③ プレフレイルを早期発見し、早期支援する事により、自立した生活をおくる高齢者が増える。担い手も増える。
- ④ 保健的側面及び介護的側面の両面からのアプローチによる、重症化予防、孤立防止につながる。
- ⑤ 自立した生活を取り戻せた高齢者の一部が、介護予防や生活支援の担い手となっただけかといういいな…

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	・地域とのつながりの有無にかかわらず、自分らしい生活を選択し、生活していく高齢者が増加する。 ① 必要時、適切な地域資源につなぎ、自分らしい、自立した生活（心理面含む）をおくれるよう、自分の意思に基づき選択できる高齢者が増える。 ② プレフレイルの高齢者を早期に把握し、セルフマネジメント力の向上を図る。	(なぜそれを目指したいのか) ・独居高齢者の増加33.8%（全国17.7%） ・フレイル率高い 21.3%→34.4%（全国15%） ・総合事業のサービスが不十分 ・独居高齢者の多い本区で、本人が希望する在宅生活の維持を図るには、早期のハイリスク者の把握と階層化及びリスクに応じた支援のつなぎにより、セルフマネジメント力の向上が重要。 ・他自治体よりも、プレフレイルの割合の多い本区では、コロナフレイルが深刻。今後総合事業の需要が継続的かつ大幅に増加し、サービスの提供が不足する恐れ。 ・介護予防・生活支援のサービスの種類及び量に課題あり。
現状	(目指す姿に対する現状) ・<u>困難を抱える個人の視点</u> サービスを選べない、適切な時期に提供されない総合事業。 ・<u>それを支える人や地域全体の視点</u> ① 総合事業、ケアマネジメントが上手く機能していない。 ② 関係者と総合事業（介護予防、生活支援、社会参加）におけるビジョンの共有が不十分。 ③ 1人暮らし高齢者が要支援になった時、生活支援のサービスが少なく、生活を支えられない。 ④ 基本チェックリストの実施件数も伸びず、タイムリーに介護予防サービスが利用できない。	(なぜそうなっているのか) ・フレイルの周知度17.5%→33.9% ・要介護認定中一人暮らしの高齢者の今後の希望は在宅が35.4%と一番高い。 ・フレイルチェックにて、健康無関心層へのフレイルの自分事化は、継続的健康づくりに効果的。 ・一般介護予防においては、フレイル対策を主軸に置き、フレイルチェックや専門職の個別フォロー、区民ひろばへのフレイル機器設置等体制を拡大してきた。 ・一方、総合事業においては、制度設立時、包括等と十分なすり合わせが実施できず、本区としてもビジョンが示せなかった。その後も、区に対する不信感は継続し、自立支援に資する総合事業への理解、利用が進まない。結果として俯瞰的に今後の総合事業について、本区の現状と課題に向き合えなかった。

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 総合事業に関するビジョンの確立
- ② 総合事業のフレーム、ケアマネジメントの再構築。より効果的なPDCAをまわせる仕組みづくり。
- ③ 生活支援体制の再検討を行い、崩れても自分の望む生活を選択できる多様なサービスがある町づくり。
- ④ プレフレイルの方が重症化する前に、動機づけ支援、伴走型支援の実施。
- ⑤ 高齢者の社会参加の促進。

(なぜそう考えたのか)

- ・ 包括等と総合事業に関する共通認識をもたなければ、適切な運営が実施できない。
- ・ 8包括に聞き取り実施。暫定プランの自己負担発生や、使いにくいケアマネジメント、サービス量の不足指摘。
- ・ 基準緩和型サービス従事者育成研修の就労率約30%→HH不足
- ・ 区は国が示したガイドラインを尊守するあまり、現実的で利用しやすい地域のサービスとして落とし込めていない。区のサービス体制の再構築が必要。
- ・ 1人暮らしの高齢者の多い本区は、生活支援サービスの充実や自立支援に資する介護予防サービスの確立が重要であるが、選択メニューが限られている。
- ・ フレイル率が高い本区、今後コロナフレイルの増加が懸念。

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)

- ① 区の総合事業に関する振り返りの会開催。ビジョンを一緒に考える。
- ② ケアマネジメント方法の見直し。
- ③ 生活支援サービスの調査及び検討(令和3年度)
- ④ 都通所c型モデル事業の実施。
- ⑤ 基本チェックリスト方法の見直し。
- ⑥ 一体的実施やフレイルチェックとの連動。
- ⑦ 高齢者の社会参加や介護予防リーダー等担い手の支援などを行う就労的支援コーディネーターの検討。

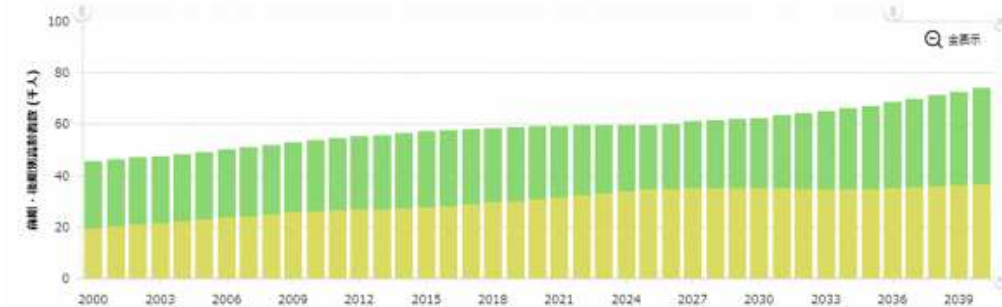
(なぜそれが有効だと思うのか)

- ・ 第8期介護保険事業計画実施に向けて、総合事業の負のスパイラルのリセットを行いたい。第7期の反省と今後のビジョンを関係職種と共有することが円滑な総合事業の運営につながる。
- ・ 区民が選択、利用しやすいサービス体系への検討。
- ・ 今後不足が予想される生活支援体制について、サービス従事者育成研修修了者への聞き取りや、ケアマネージャーからの聞き取り調査を実施し、体制を検討する。
- ・ プレフレイルの方を拾い上げる仕組みづくり、階層化及びアウトリーチを実施し、重症化する前に対応する体制の整備。
- ・ 都モデル事業を実施することで、プレフレイルの方が重症化する前に対応する区の自立支援に資するサービスモデルとしたい。
- ・ 高齢者自身がより参加しやすい社会参加の体制の検討が必要。元氣あとおし事業、リボンサービス、介護予防リーダー養成等社会参加の仕組みについてより柔軟な活用で、担い手の幅を広げる。

豊島区の現状

前期・後期別高齢者数

前期高齢者数 後期高齢者数



〔出典〕厚生労働省「豊島区」
〔出典〕総務省「国勢調査」および「国定社会保険・人口動態調査」「日本の地域別将来推計人口」

24

新規要支援者・要介護者の年齢階級別分布 2018

	豊島区	東京都	千代田区	葛飾区	足立区	練馬区	板橋区	荒川区	北区	杉並区	中野区
65-69歳	7.8	8.0	3.8	8.3	9.1	7.8	8.6	9.4	8.3	6.5	8.3
70-74歳	11.1	12.6	12.7	12.9	13.4	11.6	12.8	11.7	12.1	11.7	11.1
75-79歳	20.6	21.4	18.9	21.4	24.6	20.4	20.9	22.0	21.4	20.1	20.0
80-84歳	27.2	27.8	26.3	28.6	29.3	28.5	28.2	26.9	27.5	27.4	26.4
85-89歳	23.2	21.0	25.1	20.2	17.6	22.4	20.3	20.1	21.7	22.3	22.9
90歳以上	10.1	9.3	13.3	8.6	6.0	9.3	9.2	9.9	9.1	12.0	11.4

渋谷区	世田谷区	大田区	目黒区	品川区	江東区	墨田区	台東区	文京区	新宿区	港区	中央区
6.4	7.5	8.0	6.8	0	7.9	8.6	8.5	7.3	7.3	6.9	8.0
11.4	12.0	13.7	12.2	0	14.2	13.8	13.7	11.8	12.2	11.8	13.1
17.7	19.0	20.8	19.1	0	23.9	22.1	22.3	18.2	19.7	22.1	19.0
27.4	28.4	26.9	26.5	0	28.2	26.1	28.3	27.1	28.2	26.5	29.0
23.8	22.1	20.8	23.9	0	18.0	19.7	19.0	23.6	20.7	23.5	22.5
13.2	11.0	9.8	11.5	0	7.8	9.7	8.2	12.0	11.9	9.2	8.4

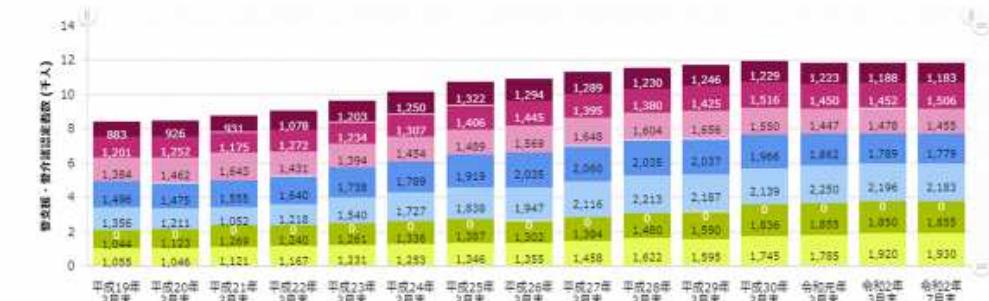
〔出典〕厚生労働省「介護保険総合データベース」（平成31年4月10日時点データにて集計）および厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」
※本指標は自治体向けのため取扱いに注意してください。

28

豊島区の現状

要支援・要介護認定者数（要介護度別）

要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5



〔出典〕厚生労働省「豊島区」
〔出典〕厚生労働省「介護保険事業状況報告」

	平成19年度	令和2年度	倍率
要支援1	1055	1930	1.83倍
要支援2	1044	1855	1.78倍
要介護1	1356	2183	1.61倍

豊島区の現状

通所型・訪問型サービス（実績は元年度）

サービス類型	訪問型	通所型
従来相当	開始時期 平成28年度 のべ件数 1,169	開始時期 平成28年度 のべ件数 12,059
基準緩和（A型）	開始時期 平成30年度 のべ件数 8,828	開始時期 令和3年度予定
住民主体（B型）	開始時期 平成29年度 利用実人数 27	開始時期 令和元年度 参加実人数 27
短期集中（C型）	開始時期 平成28年度 利用実人数 107	開始時期 令和元年度 利用実人数 26

基準緩和サービス従事者育成研修

	29年度	30年度	元年度
修了者数	74	109	89
就労者数	33	33	28
就労率	45%	30%	29%

基本チェックリスト実施件数

	29年度	30年度	元年度
実施数	42	78	80

12

36

総合事業について包括ヒヤリング

1. 総合事業全体として

- ① 豊島区らしい**総合事業の理念がない**。

2. ケアマネジメントについて

- ① 暫定プラン時、**認定結果が見込み違いになると自己負担になる**。
 ② サービス量が少なく、サービスが適切な時期に提供できない。
 ③ **ケアマネジメントが上手く機能できていない。期間や手続きの簡素化が必要**。
 ④ **地域支援への結びつけが進まない。現状も十分把握できていない**

【要因】

1. 総合事業制度設立時、包括をはじめ関係者に対して本区のビジョンがわかりやすく示せなかった。
 2. また、包括と対話の機会が少なかったことにより、相互理解が不十分であったことから自立支援に資する総合事業の制度の理解・利用が進んでいなかった。
 3. 生活支援体制整備事業との連動が進まなかった。

46

豊島区の現状

フレイル予防の全区展開

フレイル測定機器の設置

フレイル測定機器設置のご紹介

介護予防センターと11か所の区民ひろばにフレイル測定機器を設置しました。基本セットと、AまたはBのいづれかセットが設置されています。



高田介護予防センター、
東池袋フレイル対策センター
↓

区内22か所の区民ひろばへ、フレイル予防の全区展開

まちの相談室の実施

1. 区民ひろば22か所に月1回
専門職の巡回指導開始
 2. 個別相談＋集団指導
 3. 保健師、管理栄養士、
PT、OT

- ・ ずっと誰かに相談したいと思っていた。
 ・ 専門職に聞いてもらえて安心した。
 ・ 病院に行くほどではないが、気になっていることを相談できる。

41

総合事業について包括ヒヤリング

3. サービス（事業メニューについて）

- ① 必要なサービスが選べない。（近くにない、担い手不足）
 ② 通所C・B等のサービスが少ない。（自立支援に資する支援につなげられない）
 ③ 移動サービスがないため、自立支援に資する総合事業に繋がりにくい。
 ④ ヘルパー不足は深刻。生活支えられない。
 ⑤ 1人暮らし高齢者が要支援になった時、生活を支えられない。

介護予防

介護予防

生活支援

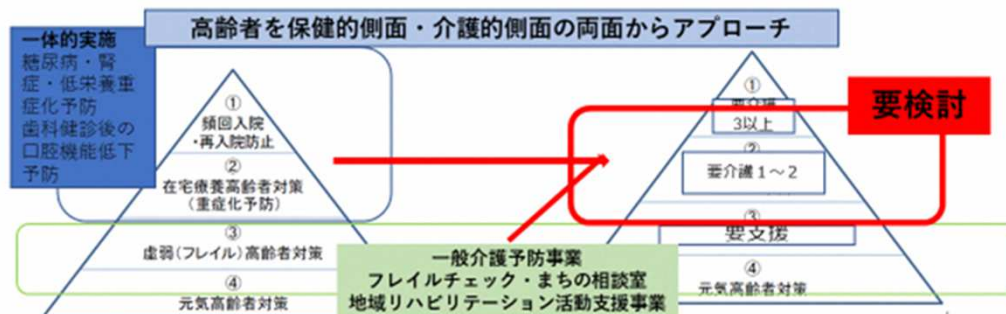
生活支援

【要因】

- ① 短期集中通所型サービス等が少なく、徒歩圏外では利用困難。
 ② 基本チェックリストの実施数が少ない。総合事業の対象者の抽出（早期に対象者を把握し適切な支援につなぐという視点が、低い）
 ③ 指定事業所の単価が低く抑えられているため、要介護者の利用が優先されがち。
 ④ 人材育成研修修了者が、独自サービスの担い手として就労に結びつきにくい。（約30%しか結びついていない）
 ⑤ 訪問サービスの人材不足。ヘルパー以外の生活支援サービスがない。

総合事業（介護予防）にむけた方向性（案）

- ・ ケアマネジメント方法の見なおし、区の総合事業におけるビジョンの提示
- ・ 基本チェックリスト実施方法の見なおし
- ・ 総合事業通所Bの担い手の育成・・・地域の担い手の育成
- ・ 総合事業通所Cの再構築→都モデル事業の実施
- ・ 一体的実施（健診結果による階層化）やフレイルチェック（要フォロー者）との連携強化
- ・ 関係機関（地域区民ひろば課、4 師会、リハ専門職等）との連携強化



13

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、
フォーマルとインフォーマルの
2つの視点で支えること

2021年2月3日

御代田町

柳澤 早知

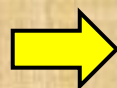
プログラム参加当初の課題認識

- ①行政任せの住民意識をどう変えるか。
- ②似たような会議（地域ケア会議や協議体）をどうすみ分けるか。
- ③行政内の連携をどう図るか。別部署に理解してもらい、協力を得るにはどうしたらよいか。
- ④今あるサービスや資源を、いかに有効に使っていくか。



第2回

町の資源を把握、整理し、必要な人が必要な時に使えるようコーディネートする。



第3回

- ①職員の意識を変える。
- ②介護サービスではない資源を作る。



第4回

- ①職員のアセスメント不足（望む暮らしが見えていない）。
- ②サービスに代わる地域資源、活用するための方法がない。
- ③地域資源や地域とのつながりを把握できていない。



問い・気づき・わかったこと

- 『課題』があることで困っているのは誰か？
⇒当初の課題は、『行政側の困りごと』であった。
- 仮説を証明する情報は持っているか。
⇒仮説を裏付ける実態把握が不十分であった。
⇒仮説と実態は違っていた。
- サービス卒業者の行き先は別のサービスだけ？
⇒地域のつながり＝総合事業の利用と考えていたが、それだけではないと気付いた。



各回終了後に実態調査を実施
(参考資料)

御代田町の目指す姿

一人一人が、過ごしたい場所やなじみの環境
の中でしたいことを続けることができ、困っ
た時にはお互いに支え合うことができる。



課題

- ①職員の課題アセスメント、日常生活アセスメント能力を向上させる。
- ②本人、家族、関係者への提案能力をつけ、合意形成できるようにする。
- ③介護保険では解決できないニーズを、地域の皆さんと共有し解決する。

打ち手

①アセスメント方法を見直す

- ・課題アセスメント、日常生活アセスメントの2種類のアセスメントシートを作成し活用する。
- ・定期的に係内でカンファレンスを実施する。（隔週）

②提案方法等について検討し、実施する。

- ・アセスメント情報をまとめ、現場で経験を重ねる。
- ・専門職の協力を得る。

③地域資源が活用できるよう整備する。

- ・介護保険担当者と話し合う時間を持つ。
- ・地域ケア会議や協議体を通じ、地域の代表の方々に町の現状、目指す姿を示し、一緒に解決方法を考える。
- ・協議体の中で視察等を行い、今ある資源が活用できるか検討する。

自身に起きた変化

- 問題点を見つけた時、物事を考える時に、『なぜ』を深堀するようになった。
- サービス以外で支える方法はないか、積極的に考えるようになった。
- 関係者に対し、押し付けではなく、一緒に取り組んでいく方法を考えるようになった。

関係者や地域に起きた・起きそうな変化

- 時間を作り、定期的なケースカンファレンスを行うようになった。
- サービス以外の方法を考えるようになった。
- SCさんも、今まで以上に協力的になった。
- サービス以外の資源が作れるかもしれない。

参考資料 課題解決シナリオ検討シートの最終版

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

一人一人が『過ごしたい場所』や『なじみの環境』の中で『したいこと』を続けることができ、困った時にはお互いに支え合えることができる
(普段関りがなくても、いざというときのつながりがある)

第3回後の実態調査を通じ、サービスを利用しなくとも、隣近所でちょっとした見守りや助け合いができることで、その人の“普通の生活(今までの生活)”が続けられることがわかった。地域のつながりを切らず、お互い(住民同士だけでなく、もちろん必要な部分には行政も介入する)が支え合える町が理想であると考えた。
また、中にはつながりを持ちたくない人、積極的な介入を拒否している人もいるため、積極的な介入をしなくとも、周りがそれとなく見守りを行い、いざというときは助け合える町でありたい。

・デイサービス(入浴あり)利用者、サービス未利用者の生活状況聞き取り
⇒デイサービス利用者12人に聞き取り、うち7人は自宅、公共施設での入浴が可能であることがわかった。
⇒隣近所との交流、家族との交流がある人が多い。
⇒交流はなくとも、自分なりの楽しみをもって過ごしている。
⇒地域資源(商店、美容室、近所)などでちょっとした支援が行えているケースがある。
・行政の介入を拒否する独居高齢者への支援
⇒近くのコンビニと連携。見守り体制ができた。
⇒積極的な介入はないが、隣近所で見守ってくれており、何かあれば連絡がくる体制が取れている。

現状

①困難を抱える個人の視点
・特定のサービス以外の提案がされず、本人にとって不利益となっている可能性がある。
・現状ではつながりがあっても、「あの人はデイサービスに行っていて家にいないから」と少しずつ近所との関係が希薄化している。
②それを支える人や地域全体の視点
・軽度で入浴サービスを利用する人が増加し、事業所を逼迫している。(本当に必要な人の利用が難しくなっている)

支援者が課題の掘り下げ、目指す姿の掘り下げができておらず、また、地域資源の把握もできていなかったため、入浴希望=デイサービスの利用につなげていた。しかし、現状では介護サービス以外の方法がない状態。
また、近隣や住民主体の団体は、介護サービスを利用する人=介護が必要な人=自分たちでは支えられない...と誤解してしまっている。

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

- ①職員の課題アセスメント、日常生活アセスメント能力を向上させる。
- ②本人、家族、関係者への提案能力をつけ、合意形成できるようになる。
- ③介護保険では解決できないニーズを、地域の皆さんと共有し解決する。

- ①初回相談が『自宅で入浴できない』の場合、なぜ入浴できないのかなど課題分析ができていなかったため。また、実際は自宅で入浴できている人も入浴サービスを利用している現状があり、その方の普段の生活や目指す姿が把握できていなかったため。
- ②アセスメントができて、本人や家族に提案し、合意形成を結ぶのが難しいため。
- ③現状では、サービスに代わる地域資源がないため。

打ち手

- ①アセスメント方法を見直す。
 - ・課題アセスメント、日常生活アセスメントの2種類のシートを用意し、活用する。
 - ・共通のアセスメントシートを使うことで、アセスメント方法を定着させ、職員のスキルアップにつなげる。
 - ・定期的に係内でケースカンファレンスを実施する。（2週に1回実施）
- ②提案方法等について検討し、実施する。
 - ・アセスメント情報をまとめる。
 - ・リハ職と同行訪問するなど、専門職の協力を得る。
 - ・実際に提案しながら、経験を重ねる。
 - ・定期的に係内でケースカンファレンスを実施する。
- ③地域資源が活用できるよう整備する。
 - ・介護保険担当者と、定期的に話し合う時間を持つ。（月1回実施予定）
 - ・地域ケア会議や協議体を通じて、地域の代表の方々に町の現状、目指す姿について発信し、解決方法を一緒に考える。
 - ・協議体の中で、町内にある入浴施設へ視察に行く。
 - ・移送支援の活用について、実施可能かどうか検討する。
 - ・通所施設の車を使えるかどうか、事業所と話し合いを行う。

- ①2種類のアセスメントシートを使うことで、それぞれをより深く掘り下げていくことができるようになる。掘り下げを行うことで、本当の課題、目指す姿が明確となり、必要なサービスや資源を提案できるようになると考える。また、定期的にカンファレンスを行うことで、他者のアセスメント方法等を知る機会となり、よりよい方法を係全体で検討していくことができる。
- ②情報をまとめ、それを実際に提案してみるようにしていく。例えばうまくいかなくても、うまくいかない原因を探り、また、うまくいった場合は成功体験として係内で共有していく。専門職の協力を得ることで、本人、家族への説明もより具体的なものになると考える。経験を積むことで、自身の能力向上にもつながっていく。
- ③地域資源が整備されることで、相談後に提供できる情報も多くなり、個人にとってよりよい支援につながるようになる。また、介護保険の担当係と連携することで、それぞれの立場から現状を把握し、よりよい方法について検討することができると思う。

実態調査

◆対象者◆

- ①通所サービスB、訪問サービスB、Dを利用している高齢者（9名…内1名は元NPO法人の担い手）
- ②上記サービスを担っているNPO法人（1事業所）
- ③ケアマネ（1事業所）
- ④総合事業創設時の町担当者

◆調査内容◆

- ①高齢者…利用サービス・本人の現況、本人の思い（不安や希望）、担当者としての見解
- ②NPO法人…担い手としての思い
- ③ケアマネ…ケアマネとしての思い（要介護認定者の地域とのつながりについてなど）
- ④事業創設時の担当者…立ち上げの経緯や、創設者としての今の思い

◆調査結果◆

- ①高齢者…「教室に行って地域の友人に会えるのがうれしい」「家族はいるけど、地域の人だから話せる話題もある」「地域とのお付き合いができなくなるのは寂しい」→総じて今後も地域との関りを希望。また、一緒に行っていた仲間が要介護認定を受け参加できなくなったので、自分も行っていないという方もいる。
- ②NPO法人…「いつかは自分も支援を受ける側になる、これからの自分のためと思い活動している。」「せっかく通ってきていた方が、要介護で通えなくなるのは残念。しかし、介護が重い方では、住民レベルでの支援では限界もあるので悩ましい。」
- ③ケアマネ…「要介護認定者でも、地区のサロンなどに通い続けられるとよいと思う。」
- ④事業の元担当者…「認定率が県内で上位であり、何とかしなければという思いがあった」「当時は、町長含め、町と担い手側との思いがすべて合致し、流れに乗って作ることができた」「使い勝手は変わっても、住民主体の活動は続けてほしい」

②（高齢者の現況・思い）

利用者	利用サービス・本人の現況	本人の思い(不安や希望)	担当者としての見解
A	通所B、訪問D、B…要介護認定により終了 通所A、訪問A、見守り事業、訪看(医療)、民生委員によるゴミ出し支援 独居。妻の死去後うつづきみとなり、その後認知症を発症。 通所Bが唯一地区での集まりの参加になっていたが、要介護認定に伴い利用できなくなる。また、訪問Dにて支援者と一緒に買い物に出ていたが、それも利用できなくなる。	男だから近所に出ていくということもない。1人だと1日が長く寂しい。人が来てくれるのは嬉しい。(総合事業が中止となり)今はデイサービスだけが楽しみ。それだけが唯一の楽しみ。できるならもう一日利用したい。	妻が亡くなって以降閉じこもりぎみとなっていたが、通所Bの利用で地区の公民館に出て近所の友人たちに会うことで、少しずつ表情が明るくなっていた。現在、デイサービスの利用で外出はできているが、デイサービスでは本を読んでいることが多く、他社との交流という部分では課題が残っている。また、通所Bが中止となり『地域とのつながり』が途切れてしまっている。本人にとって、デイサービス以外の楽しみが必要ではないかと考える。
B	通所B、訪問A 独居。近くに息子が住んでおり、ほぼ毎日夕食などを作って持ってきてくれる。歩行時ふらつきがあるが、「歩かないとだめになってしまう」との思いから、移送サービスの利用は拒否している。近所の友人と歩いて通所Bに通っていたが、友人が要介護となり一緒に通えなくなり、本人も休みがちになっている。	みんな年をとって、会いたいときに会いに行けなくなった。居室へ行くのも、前は近所の友達が誘いに来てくれたので2人で歩いて行っていたけど、今はそれがないので出るのもおっくうになってしまう。みんないなくなってしまうのは寂しい。	以前は近所の友人が迎えに来てくれ、それによって本人も教室に出ることができていたが、友人が要介護となり教室へ通えなくなってしまったことで、迎えがなくなり本人も休みが続いている。現状要介護者は通所Bが使えないが、本人はまた友人と一緒に歩いて参加することを希望している。
C	通所B 息子と2人暮らし、日中独居。	友人に会いたくても、出かけて行くことが難しくなった。家に来てくれると嬉しい。教室へ行くと、地区の友人や昔の友人に会えるので嬉しい。今は、その教室に来ている人で目標にしている人がいる。自分のその人のように元気でいたいし、これからもこの教室に通い、地域との関り続けていきたい。	
D	長男、長男妻、孫と同居だが、自室で1人で過ごすことが多い。通所B利用中。10月～通所A利用開始。	自宅では若い人たちと話すこともあるが、若い人の話についていけない。老人会やサロンにも参加しているがコロナで中止になってしまっていることが多い。デイサービスのようなところに行って話すのもいいが、ご近所や地域の関りはなくなってしまうとつまらない。地域の人だから話せる話題や会話もある。	7月に行き来のあった姉が他界し気持ちの拠り所がなくなってしまった、と。もともと話し好きの方が、デイサービスのような施設利用と、近所での集まりやつながりではまた違った楽しみがある様子。ご家族としても、本人の状況に関わらず地域とのつながりは持ち続けたいとの思いあり。
E	独居 通所B・通所独自(週2)・訪問A・訪問B・見守り・自費ベッド	元々地域ボラをやっていたし、地域のつながりは大事にしてきた。今は利用者(受け手)であり、まだ自分のことはできるが、これから介護になっても利用したい。はつらつBでは自分の地区(馬瀬口)とは違う地区(西軽)に参加、開拓の歴史や文化の話が聞けて楽しい。はつらつサポーターの存在はいいこと。	元々ボランティアの担い手として地域のかかわりを生かがいとしてきたため、加齢や要介護状態になってもつながり続けたい意向は、当然であろうと思われる。
F	独居 訪問B	1人で何でもやってきましたが、包括のやや強引な提案に最初は義理立てして利用しましたが、実際サービスを受けると温かい料理が食べられ、担い手の方との何気ない会話もうれしく、今では来訪を楽しみにしております。介護の状態になつたらず一人では無理なので施設に入るしかないと思うけど、たまに会いに来てくれたらうれしいと思うがどうなるか先ことはわからない。	集団行動への適性は低く、サービスの受け入れ拒否気味であったが、地域の方がボラで担い手になることでサービスに徐々に慣れた。サービス利用に抵抗がある方も、早い段階から徐々に導入できれば適応能力も上がり、介護状態になっても環境変化に不適合を起こし、急激な機能低下を予防することができると感じる。
G	通B豊昇/ブラッシュアップR2.04～R2.09	どんな状況になってもずーっと今の皆さんと交流していきたい。外で働くこと、動くこと、歌もお話しも好きなので皆さんと会うのが楽しみになっています。孫8人ひ孫2人いて家族にもぎやかでよいが知人とののお付き合いもとても楽しくて無くなるととても寂しいと思う。	地域交流の場を提供することだけでも大変なことですが、「参加したくなる内容」「関心を興味をそその内容」などを目指すことで集まり交流の輪や機会が自然と広がり易くなり、ひいてはフレイル防止になるよう工夫や挑戦を行っていければと思います。
H	通所B、C(コロナにより中止) 夫婦二人暮らしで、地区のサロン(若葉会)を立ち上げたり、法人化する前ははつらつサポーターでボランティアをしているなど、地域をずっと大切にしてきた。現在も塩野ふれあいサロンの役員をされていると同時に、はつらつ介護予防教室へ受け手として参加している。	要介護になっても、体が動くうちはサロンなどの場所には出ていきたいと思っているしそう思うと思う。その点でははつらつサポーターは自分が関わっていたころとはやっていることが変わってしまったと感じる。世代間の変化なのかもしれないが、やっぱり運動とかをするよりはみんなで何か持ち寄ってやり方を教えあつたり、集まって知恵を絞って自分たちで場を作っていくことがいいと思う。	世代間の考え方のギャップを感じておられるようです。教室への参加も今まで携わってきたものへの気持ちの部分が大きいようで、制度の部分も必要だけどそうではない、住民が主体になって集まり知恵を絞り一つのものを作るような、効率を重視しない場が必要というお考えでした。
I	独居。7月に100歳を迎えた。敷地内別棟ぬに息子が住んでいるが、生活は別。電球交換とゴミ捨てのみやってくれらる。草むしりや畑を一人でやっている。近所の商店への買い物にも出かける。息子が何もやってくれないことが、自分が長生きできている秘訣だと思うようにしていると…。 通所B 通所A	生きている限り、自分のことは自分でやりたい。同世代の仲間にはほとんど他界してしまい、近所付き合いもなくなってしまったため、はつらつの教室やデイは楽しみと。今後も元氣な限りは参加して行きたい。はつらつに参加し、スタッフの方に声をかけてもらえるとう元氣になると。	通Bのような地域に密着した比較的小集団の交流の場は、スタッフとも参加者間においても距離が近い。お互いを心配し合ったり、慣れ親しんだ関係性を、介護が付いたから切り離してしまうことは、ケースバイケースだが、その人にもたらず影響は大きいと感じる。

第2回後実態調査①（まとめ）

実態調査内容							
認知症 の診断	専門医 の受診	日常生 活自立 度	インフォーマ ルサービス・ 資源	プラン への落 とし込	通所独自利用者		
					サービス利用の 理由	代替策	利用日以外で の入浴状況
有/無/ 疑/MCI	有/無	自立～	（記載）	有/無	（記載）	（記載）	（記載）
全体人数（介護予防・総合事業サービス利用者）…244名							
①通所独自サービス利用者の状況 ・利用者数…39人（全体の約16%） ・理由…住居環境、身体機能の低下、本人・家族の不安、要介護の時から利用 ・代替策…住居環境を整備し自宅で入浴、家族・ヘルパーによる見守りにて自宅で入浴（うち、現状自宅入浴できている方もいる） ②インフォーマルサービスについて ・家族、友人等以外のインフォーマルサービスを把握し、プランに落としているケースは少ない。 ③事業対象者・要支援者の認知症（疑い含む）、MCIの人数 ・24人（全体の約10%） ④総合相談の中での認知症に関する相談件数（H31年度、システムに入力のあったもの） ・実人数48件/延べ件数109件（全体：1220件/2541件・・・全体の約4%）							

②（高齢者の状況一部抜粋）

氏名	区分	認知症の診	専門医の受	日常生活自立度	インフォーマルサービス・資源	プランへの落とし込み	所	サービス利用の理由	代替策	利用日以外での入浴状況
A	支援2	無	無	自立	家族		通独自	昨年1月に転倒以降、湯船の出入りが困難で転倒リスクが高く、利用開始。	自宅入浴可（家族の見守り必要）	
B	事業対象者	無	無	I	家族		通独自	昨年10月の肋骨骨折以降自宅での入浴が痛みにより困難となり利用開始。	自宅入浴可	
C	事業対象者	無	無	自立	娘		通独自	浴室がタイルで転倒リスク高いため	湯船の出入り困難。シャワー浴可（家族の見守り必要）	なし
D	事業対象者	無	無	自立	近所に住む知人が、家事や買い物支援してくれる。	無	通独自	アパード。ユニットバス。湯船の高さ高く、手すりない。昨年湯船から起き上がれなくなって以降家では入浴していない	現状では困難。	月に1度程度権現の湯に連れて行ってもらっている。
E	支援1	無	無	自立			通独自	アパード。ユニットバス。湯船の高さ高く、手すりない。昨年湯船から起き上がれなくなって以降家では入浴していない	自宅入浴可	
F	支援2	無	無	自立			通独自	浴槽狭く転倒歴あり	自宅入浴可（HH）	
G	支援2	疑	無	II a			通独自	ソソにて振戦やフリーズあり、専門職の介助	自宅入浴可（HH支援付）	
H	事業対象者	MCI	無	II a			通独自	視力障害あり、家人も対応に自信なし	自宅入浴可（HH支援付）	
I	事業対象者	疑	無	II a			通独自	家族の支援を拒否	自宅入浴可（嫁か孫の見守り）	
J	事業対象者	有	無	II a			通独自	不可（湯舟深く、狭小）	浴室とHHの介助が必要	
K	事業対象者	無	無	自立			通独自	不可（湯舟深く、狭小）	浴室があれば行為は自立	
L	事業対象者	有	無	II a			通独自	家人の支援は受け入れず、入浴嫌い	自宅入浴可（嫁の見守り）	
M	事業対象者	無	無	自立			通独自	浴槽が深く、マタギが困難	自宅入浴可（HH）息子は支援不可	
N	事業対象者	無	無	自立			通独自	浴槽が深く、マタギが困難	自宅入浴可（HH）息子は支援不可	
O	事業対象者	無	無	I			通独自	介護の時よりデイでの入浴が定着	自宅入浴可（息子の見守り）	
P	事業対象者	有	有	I			通独自	自宅の浴槽がない（町住）	浴室とHHの介助が必要（HOT）	
Q	事業対象者	無	無	I			通独自	狭窄症があり、浴槽のマタギが不安定。家人の支援を拒んでいることもあり危険性高いため	自宅入浴可	なし
R	事業対象者	無	無	自立	息子	無	通独自	下肢痺れがあり、歩行不安定のため、浴槽への跨ぎに不安あり。	現在、自宅入浴している。	現在、自宅入浴している。

第3回後実態調査①（地域ケア会議）

事例

80代男性Aさん。昔ながらの家に独居で、浴槽が深く自宅での入浴は困難。車の運転ができるため、自分で某運動施設に通い入浴を行っていたが、コロナの影響で運動施設が休館し、入浴できなくなってしまった。

男性が困っていることに気づいた友人Bさんは、自分のケアマネに相談。ケアマネから、デイサービスに通うことを提案される。

＊Aさんは、本当にデイサービスの利用が望ましいでしょうか？

＊サービスの利用以外で、Aさんを支える方法はないでしょうか？

出された意見

- デイサービスに通うほどではない。
- 自宅でできる工夫をまずは介護保険でしていく。
- 周囲の人（近所、親戚、ボラ）が手助けをする。
- 施設、建物（公共温泉施設、宿泊施設、知人宅、空き家）を利用。
- 町と連携し入浴券のようなものがあればいい。
- 施設と連携し、空き時間に一般開放してもらい活用。

実際の対応

近所にある入浴施設に相談。Aさん宅にあったシャワーチェアを置かせてもらうことで、Aさんは自分で入浴施設に行き、自分でお風呂に入ることができた。

②（高齢者の生活状況1）

利用者名	サービス	サービス利用時以外の普段の生活の様子(なるべく詳しく)	地域資源(人、もの、場所、空間etc…自分が資源と思うものも可)
A	通所独自	・毎日、散歩へ行き、自分がお茶に来てくれるのを待っている友達の家に寄っていく。 ・塗り絵が大好きで、デイサービスへ行く度に、用紙をもらってくる。 ・畑を息子さんと一緒にやっており、雑草を抜くのが自分の役割。 ・町内に住んでいる娘が家に寄ってくれ、顔を出してくれる。 ・自宅で入浴している。	○近所のお茶飲み友達。 ○自分が乗せていくから、サロンに行こうと誘ってくれる友達。 ○漬物を漬けること。
B	通所独自	・サービス利用しない日は自宅で入浴している。 ・10時頃起床。息子夫婦は仕事で不在のため、朝食はパン。 ・洗濯は室内にある自動洗濯機は汚れがきれいにならないので、外の2槽式洗濯機です。風呂の残りをポンプでくみ出す。お湯が残っていない時は洗面所でバケツにお湯を組み、風呂場の窓から洗濯槽にお湯を入れる。 ・昼食は14時頃。夕食は配食(主食は自分で炊く) ・お風呂に早く入れと息子に言われるが、19時半～歌番組が見たいので、終了後22時頃入浴。 ・料理をするが、鍋を焦がすことが多く、息子に怒られる。	○現在はしていないが、近所に同年代の一人暮らしの方がいた時は、作ったお惣菜を届けていた。 ○洗濯を二槽式でないときれいにならないというこだわり。 ○デイサービスの利用者から聞いてくる、地域の情報。 ○送迎してくれるM美容室(二ツ谷)
C	通所独自	・デイサービス利用日や病院へ行く日は5時、それ以外は7時に起床。起床後はトイレを済ませ、毎日30分程度体操を行う。 ・歯をみがき顔を洗いご飯を食べ…としているとあっという間に時間が過ぎる。 ・日中は昨日の日記の続きを書いたり、テレビ体操も欠かさず行う。洗濯ものも、取り込んでもらったものを自分の着やすいようにそろえてしまう。 ・夕食前に日記をつける。 ・朝昼はほぼ毎日食べるものが決まっている。 ・自宅での入浴は身体が大変(気力も起きない)ので入っていない。 ・普段、家族以外の人と行き会うことは全くない。 ・週1回孫やひ孫と電話をする。(会えないので寂しい)	○孫やひ孫との電話や文通 ○絵手紙(最近は描く気力がないが、切り抜きをノートにまとめている) ○毎日の体操(朝の体操30分、テレビ体操) ○身の回りのことでできることは自分で行うこと(洗濯物を自分で片づけることなど) ○20年続けている日記 ○包括の訪問(楽しみにしていてくれる)
F	通所独自	・圧迫骨折以後の入浴は週2度となっており一回は自宅で自分で入る、骨折以前は毎日入浴していた。 ・自分の身の回りの事は伝え歩きにて行うが炬燵にすることも多い。 ・一人で裏の畑に出かけて野菜を育てている。来春の農業再開に向けて新聞の折作業などを手伝う。	○孫一家(養子にて嫁がキーパーソンとなって面倒みている) ○孫夫妻は農業にて、冬季は家族の在宅の時間が長くなる。 ○集落の家が密接しており近隣との密な交流の可能性あり。

③（高齢者の生活状況2）

I	通所独自	・食事の準備は嫁で、食事の時間が決まっているため、その時間になると、食卓に行き、家族と食事を食べる。 ・普段は、自室で生活していて、自室(2部屋)の掃除機掛けなどは自分でやっている。 ・園芸を家族で営んでいるため、夏はハウスでカーネーションの芽摘み。冬場は花を束ねる紐を作ったりと、自分でできる手伝いをしている。 ・サービス利用しない日の入浴は自宅で、転倒リスクもあるため、嫁が見守り、声掛けしながら入浴している。	○同居の長男夫婦が食事や身の回りのできないことをしえんしてくれる。 ○家族で営んでいる園芸会社で、自分でできることを手伝える環境にある。
J	通所独自	・サービスのない日は、簡単な調理、洗濯干しなどを自分でやっている。掃除は週末に来所する息子がやっている。 ・アパートでユニットバスのため、転倒リスク高く自宅では入浴できない。月に1度くらい、公共入浴施設に友人が乗せて行っている。 ・自宅でテレビを過ごしていることが多い。	○町内に住む息子が週1で掃除に来てくれる。受診に連れて行ってくれる。 ○佐久市に住む孫がたまに顔を出して、食料を持ってきてくれる。 ○立科に住む兄弟が温泉などに連れて行ってくれる。 ○近所の知人が、できない家事や買い物支援をしてくれる。
L	通所独自	・首から腰、膝が痛いけど歩けなくなるのが怖いから散歩は欠かせない。大体2時間は歩くよ。老人車をついてただけだね。5分歩いて10分休む・・・を繰り返す。 ・毎日新聞を読むのが楽しみ。隅から隅まで読んでいる。その後散歩がだいたいの決まり。 ・それと日記もずーっとつけている。 ・最近亡くなった妻のスマホをもって出かける。操作がまだわかんないけど歩数計もついているので励みになっている。 ・お風呂も息子は心配するけど自分で暖かい日の土曜日の午後に入浴に決めている。まだデイは週一で大丈夫。 ・畑で野菜作りもまだできる。 ・以前は通販でサプリメント(グルコサミンやコンドロイチン)を買っていたが息子に止められ、薬局で買ってきてもらう。やっぱり飲んでいると違うよ。	○隣の工場(自営)に孫が手伝いに、学校帰りに孫が「じいちゃん！」と飛びついてくるのでうれしい。ほんとはひいじいちゃんだけどね。 ○病院は今までは歩いて行っていたけど、寒くて体が冷えて病院でおもらしをしてしまって・・・それからは息子か孫がついて行ってくれる。 ○もっと歩けた時は老人会にも入っていたけど、今はやめている。ぽつんと一軒家なので地域との付き合いはできないけど、その分、孫やひ孫が来てくれる。 ○本人の好きなサプリメントは息子が薬局で買ってくる。

④（高齢者の生活状況3）

利用者名	利用	サービス利用時以外の普段の生活の様子(なるべく詳しく)	地域資源(人、もの、場所、空間etc…自分が資源と思うものも可)
D	通所独自	・日中は娘が買ってきてくれる脳トレのドリルをやったりテレビを見て過ごしている。 ・食事はご飯だけ炊いて、同敷地内の長男嫁が持ってきてくれるものを温めなおして食べている。 ・土曜に長女が来るので、デイから帰ってきてから掃除と洗濯と一緒にやっている。 ・浴槽が深いことと気力がわからないことから、入浴はデイの日のみ。	○長女…性大市在住だが、食事や生活のことを何かと気遣ってくれ、病院への送迎もしてくれる。 ○長男嫁…同敷地内で、おかずを作ってきてくれる。
E	通所独自	・天気がいいときは散歩をするが、緩い坂を上がるだけで息切れするようになった。 ・家事や通院は全て自分でする。 ・施設入所中の妻へ着替えを届けたり、隣組のことや家事などいろいろやっていたら時間が過ぎる。 ・何もない時はテレビを見たり、CDを聞いたりする。 ・同敷地内の次女には煮物なんかを作ればおすそ分けする。孫が来た時に持たせるのが楽しみ。 ・サロンのサロンは今はお金だけ出している状態。	○孫へ作った料理を持たせる。 ○妻の入所先へ通う。 ○隣組の新年会。 ○カラオケ…デイでのカラオケ
H	通所独自	・家事、買い物など身の回りのことを一通り行っている。 ・夏は畑仕事、現在は畑の片付けを行っている。 ・普段は人との集まりの場所へ出かけていく事はほとんどない。 ・ラジオやテレビを見て過ごすことが多い。 ・先月より通所独自の利用を始めたが「人の集まりへ出かけていくので身なりをきれいになければ」との気持ちがあるようで、デイの前日は積極的に入浴しようとしたりと、準備をしっかりとっている。 ・今までは妻の食事の用意なども行っていたが、半月ほど前に妻が本入所になり、行ける時に面会に行く。(コロナのため頻回には行けない)	○坂城在住の長女が週に1回程度訪問し支援する。 ○車の運転や畑仕事はあと3～4年はやりたいとの意向。 ○兄が兄におり頻回に訪ねてきてくれる。 ○大古に住む次女とも連絡を取り合う。(コロナ以前は訪問支援あり) ○デイやはらうの教室など人との集まりに出かけていく事で身なりをしっかりとするなど良い刺激になっている。 ○妻と会えること(面会)が1番の楽しみ。
G	通所独自	・入浴後に体調を崩したりは体調が悪く1～2週間入れないときがある。 ・畑に昼食を運んだり家族分の食事の用意をしている。 ・難聴なのでお付き合いは少なく自宅では体操など自分では行わない。 ・夏場は毎日、10分ほど歩いて小さなハウス畑の様子を見に行っている。	○同居長男夫妻が日中の畑以外は衣食の面倒見が厚い。 ○デイサービスを妹さん過ごすのをとても楽しみにしている。 ○

⑤（高齢者の生活状況4）

K	通所独自	・4月より見守り事業に変更になったことで、昼食は自炊。炊飯し、レンチンできるレトルトを温め、食べている。牛丼やカレーなどが多い。ヘルパーに何を買ってもらおうか考えるのも楽しみ。今では、全部配食だったけど、自分で作れ安くできるし、温かくおいしい。 ・毎日ラジオを聴くのが楽しみ。3時から音楽のイントロクイズがある。 ・通販でサプリを買うのも楽しみ。ちょっと小遣いもあがったので余裕がある。 ・テレビは水戸黄門しかみないよ。	○ゴミ出しは町営住宅のKさんについてにお願いしている。快く引き受けてくれて助かっている。 ○受診は〇〇〇〇〇、男性に最近変わったが、具合の悪い時にも電話をすれば、包括につながるので安心。 ○保佐人は毎月生活費を届けてくれる。墓も買ったし、あとはいつ死んでもいいけど、もう少し生きていきたい。 ○町営住宅に住めなくなった時のことを考えると不安になるけど、保佐人と包括がいるから大丈夫と思っている。 ○雪かきは民生委員 ○電気製品の購入や修理はY商店のNさん
N	通所B	・3食しっかり食べる。 ・昼間は、自室や居間でテレビやラジオを聞きながら過ごす。 ・横になって手足の体操をしたり、座位でストレッチをしたりする。 ・地区のサロンでもらった歌詞カードを見ながら、歌をうたうこともある。 ・杖をつきながら、家の周りをぐるぐる歩く。途中イスに座って休憩し、その後再度歩く。 ・たまには友人と電話をすることもある。 ・日中誰もいない時は留守番をし、訪ねてきた人の対応をする。 ・夕食後に入浴し、その後ベッドに入る。	○嫁の作るご飯 ○テレビやラジオ ○自己流の体操やストレッチ ○杖 ○庭、裏のハウス ○地区サロン、歌詞カード ○友人との電話 ○留守番 ○自分でできる家事
M	通所リハ	・洗濯、食事作り、夫の手伝い(野菜の収穫)、犬の世話など、家のできる家事をして忙しく過ごしている。(通所リハの継続により回復) ・友人が訪ねてきてくれればお茶出しをする。 ・電話でのやり取りも多い。 ・庭の往復をしたり、近所を歩いたりしている。 ・週2回グランドゴルフに参加。調子がよければマレットにも参加する。 ・コロナ発生前は、地区のサロン、カラオケ教室(月2回)、友人とのカラオケ(月1回)にも出かけていた。	○カラオケ教室(コロナの関係で辞めた) ○カラオケと一緒に通っていた友人…今でも交流あり、漬物を付けて持ってきてくれたり、お茶飲みをしたりしている。 ○夫…一緒に野菜の収穫をする。買い物に連れて行ってくれたり、グランドゴルフやマレットゴルフも一緒に参加する。 ○地区の友人…訪ねてきてくれたり、電話でのやり取りも多い。 ○グランドゴルフやマレットゴルフ ○犬の世話 ○庭…歩く練習の場になっている。 ○散歩コース…いろいろな道があるので歩く練習になっている。人と行き会えば話をしている。 ○本人自身…本人、夫とも人柄がよく、人が集まってくる。訪ねてくる友人も多い。

17

⑥（高齢者の生活状況5）

O	通所B新規	・自宅の家事、掃除など一通り行っている。 ・夫が左手麻痺があり不自由なことがあるため夫の食事の準備や見守りなど行っている。 ・庭仕事や畑も行っている。 ・二世帯で孫がいるため相手をして賑やかに過ごしている。 ・夫と一緒に犬の散歩に行く。	○月に数回食事に行く仲間と、一緒に旅行へ行く仲間がいる。人と集まったり出ていく事が好きで息抜きになっている。 ○孫からは元気をもらえる。 ○犬の散歩 ○夫が何事もなく元気で過ごせていることが1番大切なこと。 ○細かなことは息子家族の支援あり。
P	通所B 通所C(終了)	・家族分の洗濯や簡単な掃除、娘と交代で食事作りを行う。 ・庭掃除や、自家用野菜を作ったりもする。 ・あとはテレビを見て過ごす。 ・郵便局や役場、接骨院や公民館、美容室など行ける範囲はポールを使って歩いて行く。 ・老人会の活動(花壇の手入れ、新年間や年2回の旅行)に出かけたり、月1回民謡の会にも参加している。 ・月1回程度、娘と旅行(日帰りや泊り)に出かける。 ・夕食後に入浴し、その後自分なりに体操をするようにしている。 ・普段近所との行き来はなく、外で会えば話をする程度。 ・コロナ前は、毎年国技館まで相撲を見に行っていた。	○家事仕事…洗濯、食事作り、庭掃除、野菜作り。 ○テレビ…相撲が好き。 ○娘…毎月旅行に連れて行ってくれる。 ○ポール…ポールのおかげで歩いて外出ができています。 ○M接骨院…自費の体操に参加。顔見知りの友人もできた。 ○Y指圧鍼灸院・整骨院…月2回ほど娘の車で通っている。 ○老人会 ○民謡の会…月1回公民館で実施。7人が参加。先生は沖縄から来た人で、三味線を弾くことができる。 ○相撲…毎年国技館まで行くのを楽しみにしていた。 ○エコールの介護予防教室
Q	通所C(終了)	通所（入浴有）利用者 12人中7人は自宅で入浴できている。（うち1人は公共施設にて入浴）	
R	なし	通所（入浴有）利用者 12人中7人は自宅で入浴できている。（うち1人は公共施設にて入浴）	
		○近所のNさんという方が、ヘルパーを借りてリハビリのための集まりをやっているらしい。そこまで歩くことも運動だからと、送迎はあえてなしにしているとのこと。その方は運動のため毎日500円を貯金しに、西郷井原の自宅から郵便局まで歩いている。 ○Sさんという方(西郷井原)が自分の土地をマレットゴルフ場にしていて、近所を集めてマレットゴルフをしているらしい。お茶請けを持ち寄り、その後はお茶会をしているとのこと。 ○豊昇地区の公民館では、カラオケ月1回、書道月2回を実施。 ○豊昇では活動する人が3人以上集まると、区からの助成がある。 ○歩こう会を発足予定で、現在18名集まった。 ○ゴルフ大会の参加者も募集中。 ○年間行事として、十寒夜、獅子舞、どんど焼き、お十九夜、組ごとで忘年会。 ○Oさん宅では麻雀ができる別宅があり、友達限定だが、定期的に集まって麻雀をしている。	

⑦（地域資源）

①SCさんからの情報提供

- ・様々な場所で行われている活動一覧（計45活動）をいただく！
例：運動系、音楽系など
- ・協議体での取り組みを相談…快く引き受けてくださる！
→案内文に、地域資源把握用の紙をつけてくださった。

②民生委員さんからの情報提供

- ・飲み屋、床屋は情報を持っていると情報をくださる！
- ・持ち帰っていろいろな人に聞いてきてくださり、結果をいただく！
例：サンポ会（ポールウォーキング）
→1/w、100円、自由参加OK
かばんの会
→1/w、1000円、自由参加OK

③協議体で出された意見

- ・喫茶店の一角を借りて、手話の会（有志）を週1回行っているよう。たまには手芸をしたり、おしゃべりも楽しみのひとつになっているみたい。
- ・廃業した空き工場が、立地、内装含め良い感じなので、何かに使えればと検討中。
- ・移転してきた地ビール工場は、フロアが平面で使い勝手がよさそう。駐車場も広い。移転当時マルシェも検討していたようなので（コロナで中止）協力が得られるかも。
- ・暇そうな喫茶店がある。何かに使えないか。
- ・公共施設（図書館やホールを所有）の中に、常設のカフェを検討している。障害を持った方が、作業の一環でウェイトレスをやる予定。その施設が常時使えるようになれば、他にも居場所として使えるのではないかな。

アセスメントシートの見直し

『困りごと』『目指す姿』を追加

アセスメントシート				
運動・移動	室内歩行	できる	一部できる	できない
	屋外歩行	できる	一部できる	できない
	運転	できる	一部できる	できない
	運動習慣	できる	一部できる	できない
日常生活	買い物	できる	一部できる	できない
	調理	できる	一部できる	できない
	掃除	できる	一部できる	できない
	洗濯	できる	一部できる	できない
	ゴミ捨て	できる	一部できる	できない
	金銭管理	できる	一部できる	できない
社会参加・コミュニケーション	視力	支障なし	やや支障あり	支障あり
	聴力	支障なし	やや支障あり	支障あり
	意思疎通	支障なし	やや支障あり	支障あり
	認知	支障なし	やや支障あり	支障あり
健康管理	入浴	できる	一部できる	できない
	更衣	できる	一部できる	できない
	食事	できる	一部できる	できない
	口腔	できる	一部できる	できない
	排泄	できる	一部できる	できない
	服薬	できる	一部できる	できない

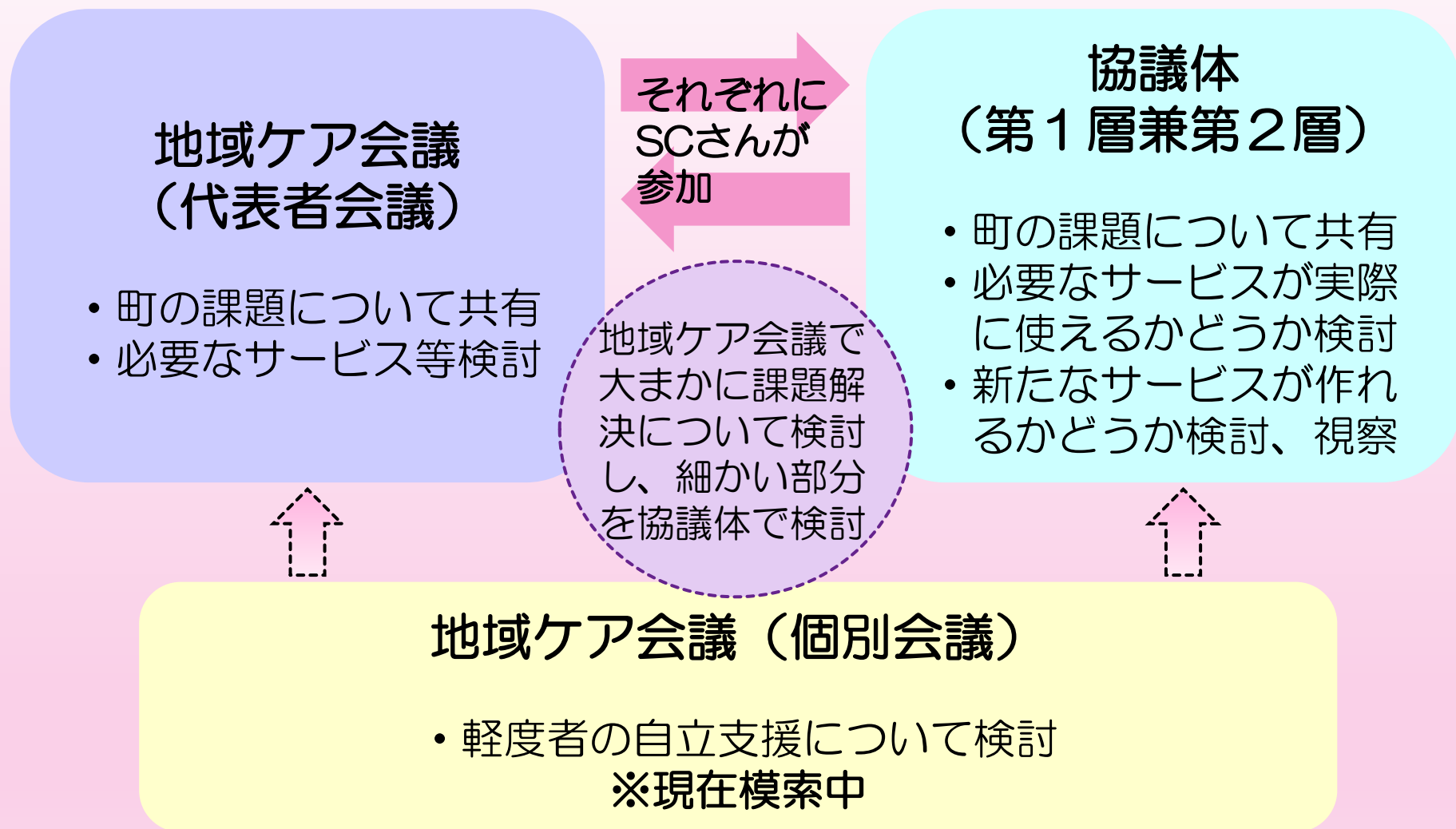
課題アセスメント、日常生活アセスメントを分けたものに変更。実際に使ってみながら、再検討していく。

アセスメントシート(課題)					アセスメントシート(生活)					
困りごと					目指す姿					
目指す姿					目指す姿					
課題分析(何が、なぜできないのか)					個人因子		環境因子			
運動・移動	室内歩行	できる	一部できる	できない	個人因子	環境因子	課題分析			
	屋外歩行	できる	一部できる	できない			地域交流	できる	一部できる	できない
	運転	できる	一部できる	できない			新聞、読書	できる	一部できる	できない
	運動習慣	できる	一部できる	できない			日記	できる	一部できる	できない
日常生活	買い物	できる	一部できる	できない	個人因子	環境因子	趣味・嗜好	できる	一部できる	できない
	調理	できる	一部できる	できない			掃除	できる	一部できる	できない
	洗濯	できる	一部できる	できない			金銭管理	できる	一部できる	できない
	ゴミ捨て	できる	一部できる	できない			趣味活動	できる	一部できる	できない
健康管理	入浴	できる	一部できる	できない	個人因子	環境因子	1日(または1週間)の生活・過ごし方			
	更衣	できる	一部できる	できない			生活状況が聞き取れるよう基本情報に落とす内容を追加			
	食事	できる	一部できる	できない						
	口腔	できる	一部できる	できない						
	排泄	できる	一部できる	できない						趣味・楽しみ・特技(過去にやっていたことも含む)/日々取り組んでいること
	服薬	できる	一部できる	できない			友人・地域との交流			
本当の課題										

『個人因子』『環境因子』を追加

『本当の課題』を追加

地域ケア会議と協議体（イメージ）



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



本人の意思を理解し実現できるまちへ

日進市 桑島 萌

プログラム参加当初の課題認識

○通所型サービスC（運動器機能向上）について

総合事業移行後、平成28年10月にサービスが始まったが、参加者のリピーターも増えてきた。今年度はコロナ禍で事業がストップすることも。

⇒事業の見直しが必要なのではないか…という課題認識があった。

＜当初、C型事業をどう考えていたか？  ＞

- ・ 要支援までの軽度者を要介護者に悪化させない役割を担う介護予防事業。
- ・ C型卒業後は、一般介護予防事業や地域のつどいの場などへ行けるようになる。ご自分の力で無理なく生活できるようになる。
- ・ 理学療法士の指導のもと、日常生活動作の改善を図る。

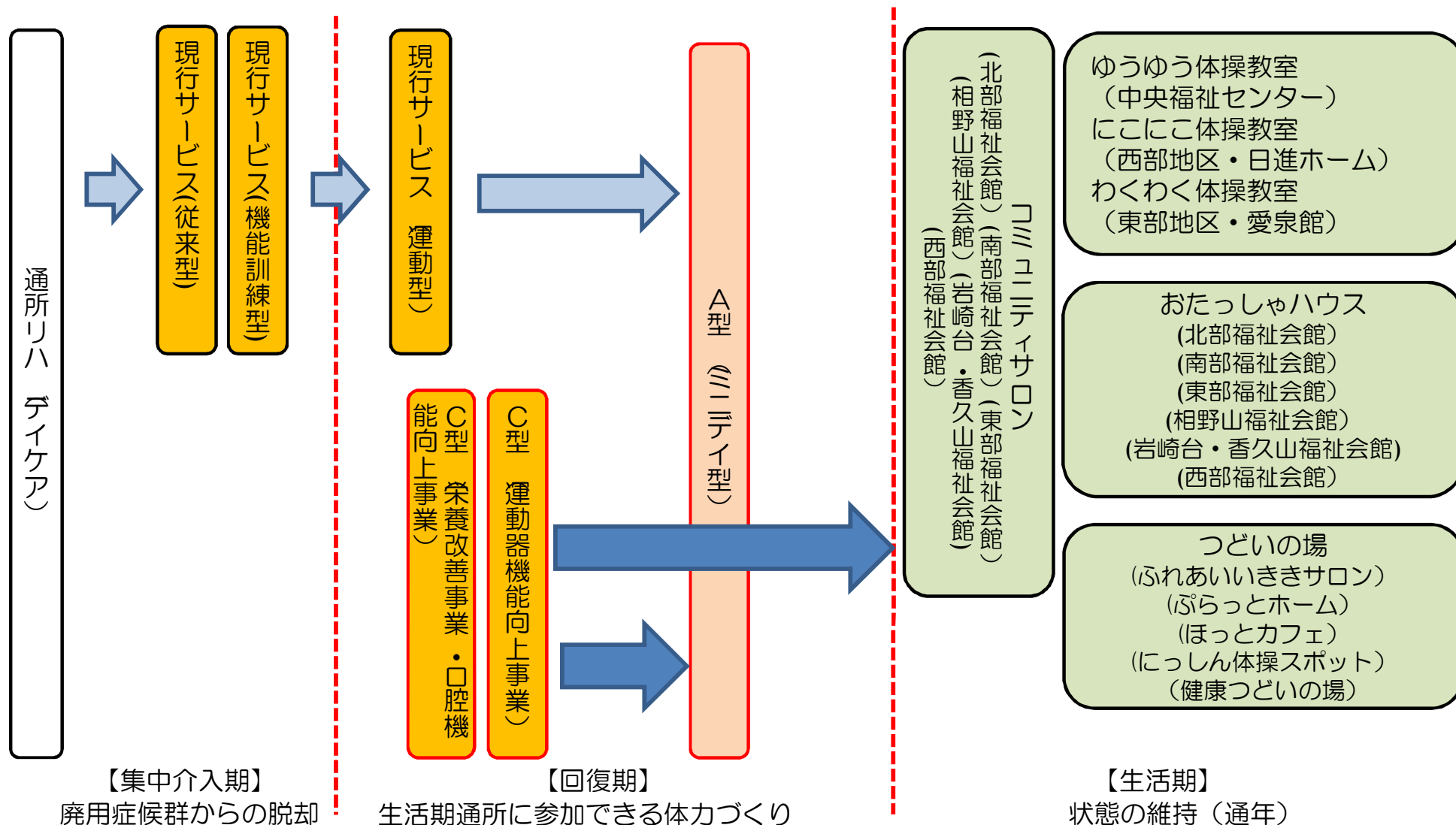


【参考】総合事業に係る事業展開のイメージ



＜介護予防・生活支援サービス事業＞

＜一般介護予防事業＞



課題検討の中での気づき

○課題検討のために取り組んだこと

【C型教室参加者について調査】

方法：ケアプラン、認定調査票を確認。包括から聞き取り。

項目：当初の困りごととは何か？本人のやりたいこと何か？

卒業後の暮らしは？など

対象：教室参加経験者9名をピックアップ

課題検討の中での気づき

【参考資料】

C型運動教室 参加者	当初の困りごとは？	本人の意欲・意思	1年後の状況
①83歳男性	両下肢しびれ。歩行後疲れが出るので、長距離歩けない。物忘れ自覚あり。 本人：足にしびれがあるのが辛い。	週4日仕事に出かけている。	【悪化】要介護1 7月に転倒、骨折。9月に心筋梗塞。 物忘れ悪化。
②81歳女性	両膝変形性膝関節症にて通院治療中。ひざの痛みで散歩に出かけなくなった。 認知症。本人：物忘れがひどくて困っている。	書類の整理が好き。	【悪化】要介護1 認知症進行。
③84歳女性	腰や両膝の痛み。本人：ウォーキングは膝が痛くなってやめた。 （日常生活について）高齢とともに、細かいことをするのがおっくうになってきた。	ウォーキングやめてしまった。再開できる自信をつけたい。	行っていた体操教室が休止。運動型デイへ。
④78歳女性	転倒経験があり、不安がある。調理がおっくう。刺繍などが趣味だったが、最近は集中力がない。	疲労に注意しながら家事は続けていきたい。	友人と体操教室へ行くことを続けている。
⑤86歳女性	腰部脊椎管狭窄症で前傾姿勢での歩行。長時間の立位困難。痛みで掃除機がかけられない。	コンビニまでは何とか歩いて出かけているため続けたいと思っている。	運動型デイ。掃除・買い物援助入れた。

課題検討の中での気づき

【参考資料】

C型運動教室 参加者	当初の困りごとは？	本人の意欲・意思	1年後の状況
⑥81歳女性	くも膜下出血後、やや歩行時ふらつき、外出に自信なくなった。	買い物は生協で助かっているが、自分の目で見て選びたい。	バスに乗って外出。福祉会館での習い事を続けている。
⑦88歳男性	下肢筋力の低下、歩行時にふらつき。歩くスピードが落ち、長距離の歩行ができなくなった。	銀行や郵便局まで往復できるようにになりたい。	通っていた地域のサロンが休止。本人、運動する機会がないと言う。
⑧85歳女性	腰痛があり、つかまりながらの歩行。腰痛が出てから外出機会が減っている。	地域のサロンや以前の仲間と会って話をするのが楽しみ。続けていきたい。	通っていた地域のサロンが休止。状態は維持できている。
⑨82歳男性	妻の介護もあり、以前より運動量が減っている。体力・筋力の低下。歩くことが好きだったが、出かけることが減った。	喫茶店でコーヒーを飲みながら新聞を読んでいるときがよい。	体力低下は依然感じているので、近所を歩くようにしている。

課題検討の中での気づき

〇気づき

【これまでの考え方】



C型卒業後に地域のつどいの場などに通えるようになるといい。
できることが増えたらいい。



本人の暮らしを「以前からのなじみの関係が続けられているか？」の視点で見ると…

「本人の意思で続けていること」こそ、暮らしの中で大切ではないか？

生活の場（地域）へ戻っていくので、事業ひとつだけで考えるのではなく、わがまち全体で支えていくためにどうしたらよいか？という視点が必要。

課題検討の中での気づき

〇気づき

【個別事例調査から】

「おっくう」という言葉が多く聞かれた。

暮らしの中の「おっくう」を放っておくと、生活の中の困りごとになっていくのではないか。

困りごととは…続けていたことができなくなった、通っていたところへ通えなくなったなど。



介護予防と生活支援で支えていくことが必要。

わがまちの目指す姿・課題・打ち手

○目指す姿

本人が続けてきたことやなじみの関係を失わず、本人の意思を実現できるまち

○課題

- ・「本人の意思を理解し、実現する」という共通認識を持つこと。
- ・C型につなぐべき人を取りこぼさない。
- ・地域に戻ったあと、どのような暮らしをしているか把握し、困りごとを抱えたときに地域で何ができるかを関係者間で継続的に検討していくこと。

○打ち手

【包括】

ケアマネジメントについて部会で検討。（本人のやりたいことは何か、それができなくなったときに困りごとをどう解決していくか、を軸に検討していく。）

わがまちの目指す姿・課題・打ち手

○打ち手

【C型】

卒業後の参加者に関する実態把握を行う。入口、出口部分での訪問を検討。また、退院後、軽度者で戻った人をC型につなげる仕組み（医療機関との連携）づくりができないか。

【地域】

困りごとを解決するような仕組みや地域資源を整理し、地域に戻ったあとの支援を考える。

PGを通じて自身やまちに起きた変化

【考え方】

これまで「現状が〇〇だから課題は■ ■だ」



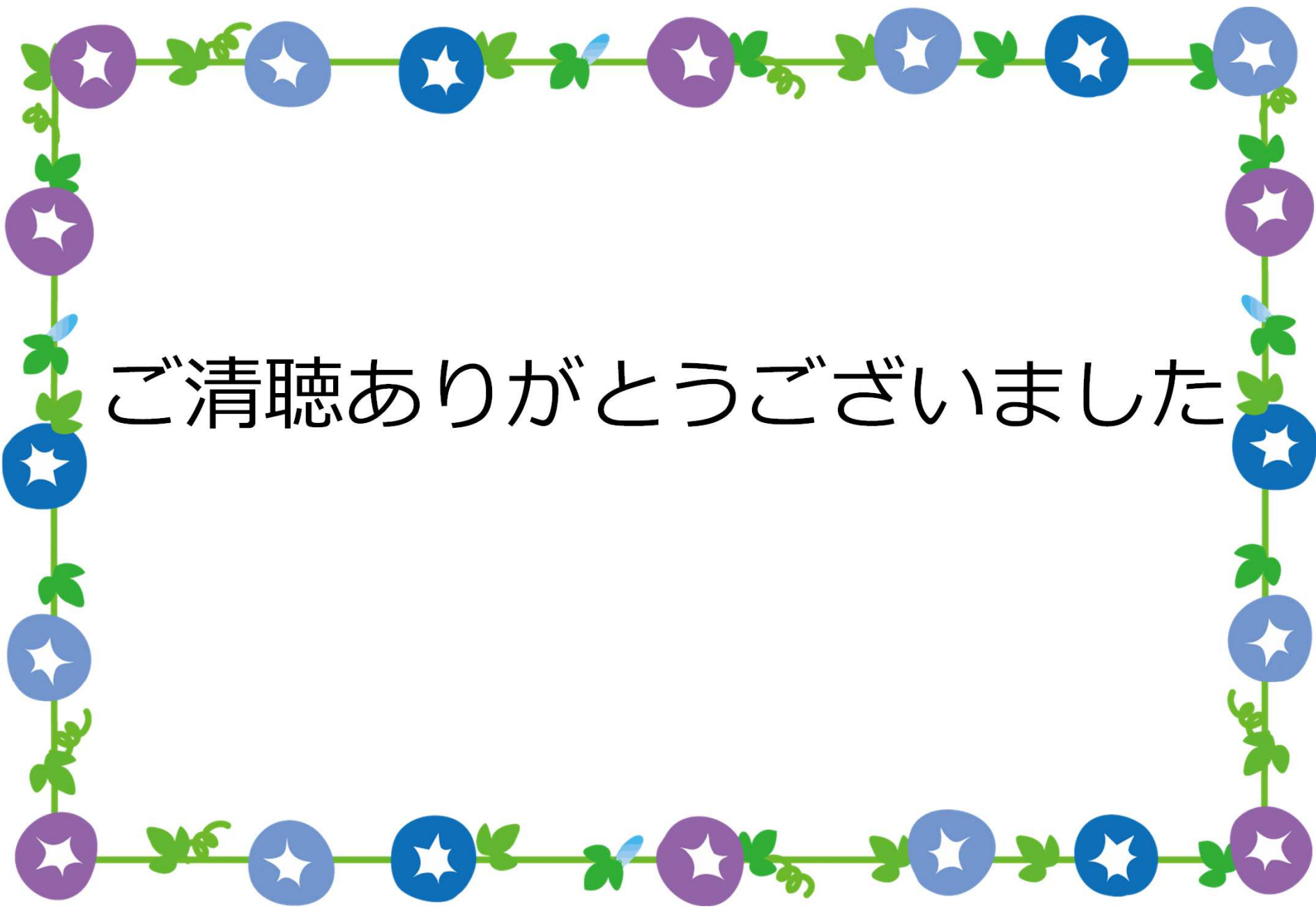
現在 目指す姿➡現状➡課題の順番に考えるようになったことで、課題と必要な情報が明確になった。

【その他の変化】

課題と必要な情報が明確になったことで、関係機関と話しやすくなった。
こういう情報を持っていたらよい！という感覚が掴めた。

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	本人が続けてきたことやなじみの関係を失わず、 本人の意思を実現できるまち	(なぜそれを目指したいのか) 個別事例を追っていく中で、本人の意思で続けていることが暮らしの中で重要であると気づきがあった。本人の意思を尊重しながら、続けていたものが続けられなくなったときには支援できるようなまちにしたいため。
現状	(目指す姿に対する現状) ・ 本人の意思を理解できていない。 ・ c型卒業後、困りごと（おっくうになっている部分）が解決できたか不明。 ・ c型卒業後、なじみの関係を続けられる人とできない人がいる。	(なぜそうなっているのか) ・ c型卒業後のフォローアップができていない。 ・ 誰がどこから事業につながり、地域のどこに出ていくのかを把握できていない。
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) ・ 「本人の意思を理解し、実現する」という共通認識を持つこと。 ・ c型につなぐべき人を取りこぼさない。 ・ 地域に戻ったあと、どのような暮らしをしているか把握し、困りごとを抱えたときに地域で何ができるかを関係者間で継続的に検討していくこと。	(なぜそう考えたのか) ・ 関係機関で共通言語、共通認識がない。 ・ 地域での暮らしを追っていくことで、出口のフォローアップに生かしていきたい。
打ち手	【包括】ケアマネジメントについて部会で検討。 (本人のやりたいことは何か、それができなくなったときに困りごとをどう解決していくか、を軸に検討していく。) 【c型】卒業後の参加者に関する実態把握を行う。入口、出口部分での訪問を検討。また、退院後、軽度者で戻った人をc型につなげる仕組みづくりができないか。 【地域】困りごとを解決するような仕組みや地域資源を整理し、地域に戻ったあとの支援を考える。	(なぜそれが有効だと思うのか) ・ 事業ひとつではなく、介護予防や生活支援、地域での支え合い等の中で、本人がどのように暮らしていったら、本人の意思を実現できるかを考えられるようになるのではないか。

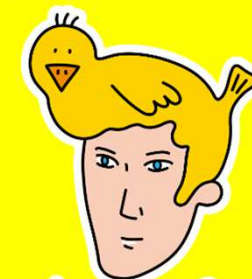


ご清聴ありがとうございました

暮らしを取り戻す 支援を目指して



それ、鳥取市だよ



★トットリー氏★

2021年2月3日
鳥取市 長寿社会課 藤原 輝仁

プログラム参加当初の課題意識



【現状】

- ・ デイサービスが通いの場となり永続的に利用されている
- ・ ヘルパーが家事代行的に永続的に利用されている

【担当者の思い】

- ・ 保険事業として望ましい状態ではない
- ・ サービスからの卒業を目指して取り組んでほしい



ジレンマに苦しむ日々…

- ・ 利用者はサービスのある暮らしに満足しているから別にいいのではないか？



講師からの問いを受けての気付き

【地域ケア会議の事例の確認】

- ・ 家庭内の役割がなく不活発になっている人がいる
(意欲低下・廃用の恐れ)
- ・ 本人はできる・したいのに家族や近所が制限している例がある
(火の扱い⇔火事の不安、外周掃除⇔事故の不安)

【プログラム中の講師の言葉】

- ・ 実際にデイサービスの利用者から話を聞いてみたら？
- ・ 課題が見えないのは**圧倒的な情報不足、やるかやらないか！**

役所内の情報や関係者の意見だけでものごとを考えよう
としていた、という反省…

利用者の声を通して見えてきたこと

デイサービスが楽しい！
運動ができ、人と喋ると
元気が出る！

家では疲れてじっとしている。
家族は毎日会いに来てくれる
訳でない…

公共交通はあるが特に行き
たい場所はない。弱った姿
を見られたくない…



歳をとるのに元気になる訳
がない。認定があればサー
ビスを受ける権利がある！
卒業なんてとんでもない！

- ・ デイサービスに行く＝予防という意識が強く、サービス利用のない日の過ごし方（活動量）の大切さに意識が向いていない
- ・ サービスはプロの仕事という安心感があり家族や知人の支援を受けるよりも 気兼ねなく利用できる
- ・ 元々していたこと（会いたい人に会う、行きたい場所に行く）はどこか諦めておりサービスのある暮らしが日常となっている

地域ケア会議を通して見えてきたこと



【サービス利用のきっかけ】

- ・ 要支援2の女性、関節疾患があり主治医の勧めで申請

【意向・目標】

- ・ 夫と旅行に行きたい、夫と買い物に出かけたい

【利用サービス】

- ・ デイサービス（週2回）、歩行器、手すり

【直近のモニタリング】

- ・ 人に見られたくないから車の中で夫の買い物が終わるのを待つ
- ・ 歩容があまり改善しないためまだ旅行には行きたくない

意向・したいことが叶わない現状をなんとかしたい！

鳥取市の目指す姿と課題



【鳥取市の目指す姿】

- ・ 支援を受けるに至っても、それ以前にしていた暮らし方（行きたいところに行く・会いたい人に会う等）が実現できる

【解決すべき課題】

- ・ 「高齢者」＝「機能低下していくもの」という固定観念の変容
- ・ 「軽度者支援」＝「以前にしていた暮らしを取り戻す支援」で日々の活動量を上げることが大切にする考え方の徹底
- ・ 生活機能の改善可能性に焦点を当て、できることを増やしていく関わりができるような環境づくり
- ・ 専門職の支援がないと悪化するという不安を払しょくする工夫

課題解決に向けた打ち手



【窓口対応の見直し】

- ・介護申請受付時、対象者のニーズを把握する仕組みを作る

【インテーク時の手法の統一】

- ・「暮らしを取り戻す」「できることが増えると専門職のサービスは減る」「日々の活動量が最重要」という旨を必ず説明し、合意を得ていくようパンフレット等の記載内容を修正する

【課題分析の支援】

- ・課題分析や支援方法の検討を同じ指標で効果的に行うために、アセスメントシートの共通様式を作成する
- ・リハ職のアセスメント同行訪問や新規のケアプランを多職種で検討する場を拡充し、解決すべき課題の明確化を支援する

課題解決に向けた打ち手



【C型サービスの拡充】

- ・ C型サービスの供給量を増やすよう関係機関と調整する

【事例を通して学ぶ機会の拡充】

- ・ 地域ケア会議やケアプラン点検等を活用し、支援方法の妥当性やアイデア等を検討する機会を増やす
- ・ 生活支援コーディネーター、包括職員とともに本人の暮らしや支援に活用できる社会資源の把握・共有を行う

【事例の共有】

- ・ 生活機能の回復や趣味の再開等に至った事例を研修等の機会でも共有し、高齢者でも回復するという実感を持てるようにする

自身やチームに起きた変化



【自身の変化】

- ・相手の立場や価値観を知るために行動するようになる
- ・相手に合わせた伝え方の工夫を考えるようになる
- ・考えるだけでなく考えを伝えることを重視するようになる

【周囲の変化】

- ・●●に困っている、▲▲が問題だと思っているということを教えてくれる、何とかしてと訴えてくれるようになった
- ・軽度者支援＝暮らしを取り戻すための支援という共通認識ができ、その考え方を周知、引き継いでいこうという機運ができた
- ・地域ケア会議に限らず個人情報をもったケースで事例検討をしたいという地域のリハ職からの声が聞けた

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	支援を受けるに至っても、それ以前にしていた暮らし方（行きたいところに行く・会いたい人に会う等）が実現できる	(なぜそれを目指したいのか) 支援者側が「下肢筋力の低下を防ぐ」「転倒を防ぐ」「閉じこもりを予防する」等、終わりのない目標をのめとサービス提供を継続しており、本人や家族はサービスに満足しているが、「最近趣味を辞めてしまった」「歩容が良くならないから旅行に行きたくない」など本人の意向が叶っていない事例があるから
現状	(目指す姿に対する現状) ・住民はサービス利用を前提に相談に来る ・介護申請の受理の際、理由や意向は確認しない ・支援者は生活課題を特定する前に事業所選定等サービスの調整に入る ・本人の困りごとに保険事業のみで対応している ・既にできていることや終わりのない目標を掲げたまサービス利用が継続している ・本人の家族等は本人の活動を制限しがち ・結果サービスのある暮らしが日常になっている	(なぜそうなっているのか) 【サービス利用者、包括職員聴き取り、ケア会議の事例から】 ・総合病院や主治医から勧められると介護申請しないといけないという気持ちになる ・窓口委託の事務フローに申請受付時に「生活の困りごと」や「希望するサービス」等を確認する項目がなく、申請者から相談がなければ包括に繋がらない ・4領域及び23項目の情報収集を踏まえた解決すべき課題の設定に難しさがあり、●●できないという現状が目立ち、サービスで補ってしまいがちになる ・転倒リスクや疾病の増悪・再発リスク等、なくなるリスクに対しセルフケアだけでは心配で専門職が定期的に関われば大丈夫という理屈が働いてしまう ・本人・支援者ともにサービスがなくなると身体機能が落ちてしまうという不安がある ・サービス提供事業所はお客様に喜んでもらえるよう関わるのは自然なこと。サービスが終了すると次の顧客が決まるまでの期間は減収となる ・本人の気持ちよりも事故や誰かに迷惑をかけることの方が重大だと考えている ・本人は家族や近所に世話になることが申し訳ないという気持ちがあり、家族や地域の人と関わることを控えてしまう ・サービスは気兼ねなく利用でき、送迎があれば強い動機がなくても通うことができる
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) ・「高齢者」＝「機能低下していくもの」という固定観念の変容 ・「軽度者支援」＝「以前にしていた暮らしを取り戻す支援」という基本的な考え方の徹底 ・生活機能の改善可能性に焦点を当て、できることを増やしていく関わりができるような環境づくり ・専門職の支援がないと悪化するという不安を払しょくする工夫	(なぜそう考えたのか) ・「認定非該当」＝「サービスが利用できない不幸なこと」という訴えがある ・「人に迷惑をかけてしまう」後ろめたさにより人前に出ることを遠慮する方が多い ・パチンコ屋に行けた、バスに乗ってスーパーに行けたなど、意向が叶うことで生活意欲を取り戻し、自信を持って卒業したケースは存在する ・解決すべき課題かを分析する方法（様式含む）が担当者でバラバラであり、相談・助言・検討がしづらいという悩みを持っている ・どんな支援をすれば本人の意欲が湧くのか、その具体的な方法・事例を知らないため実践できないという支援者側の悩みがある ・C型サービスの終了前会議では、ほとんどのケースで「サービスが終わると（専門職の関与がなくなると）悪くなってしてしまう」という不安の訴えがある

	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)
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) 【窓口対応の見直し】 ・介護申請受付時、対象者のニーズを把握する仕組みを作る 【インテーク時の手法の統一】 ・「暮らしを取り戻す」「できることが増えると専門職のサービスは減る」「日々の活動量が最重要」という旨を必ず説明し、合意を得ていくようパンフレット等の記載内容を修正する 【課題分析の支援】 ・課題分析や支援方法の検討を同じ指標で効果的に行うために、アセスメントシートの共通様式を作成する ・リハ職のアセスメント同行訪問や新規のケアプランを多職種で検討する場を拡充し、解決すべき課題の明確化を支援する 【C型サービスの拡充】 ・C型サービスの供給量を増やすよう関係機関と調整する 【事例を通して学ぶ機会の拡充】 ・地域ケア会議やケアプラン点検等を活用し、支援方法の妥当性やアイデア等を検討する機会を増やす ・生活支援コーディネーター、包括職員とともに本人の暮らしや支援に活用できる社会資源の把握・共有を行う 【事例の共有】 ・生活機能の回復や趣味の再開等に至った事例を研修等の機会で共有し、高齢者でも回復するという実感を持てるようにする	(なぜそれが有効だと思うのか) ・認定申請時に生活課題をある程度把握し、多様な対応方法やサービス利用の目的を共有する機会があれば、本人・家族の意識を暮らしに向けやすいため ・サービス利用の前に、課題が解決されればサービスは減ることに合意をとることで、サービス終了は権利のはく奪という誤解が生じにくくなる考えるため ・サービスを通じて日々の活動量を上げていくことが大切だという考え方に予め理解を得ないとサービスを使っていれば安心という誤解を生み、活動量の低下を招くため ・課題分析の技術を向上させるには、様式や手法がバラバラなままにするのではなく、同じ指標を持って研鑽に努めた方が教える方も教わる方も理解が深まりやすいという意見をもらったため ・アセスメントで得た情報から解決すべき課題を抽出することが一番難しいという悩みを支援者は抱えており、そこに多職種で相談できれば悩みを解決できるうえ、今後に活かせる学びにもなるため ・個々の暮らしを取り戻しサービス終了となった事例を生み出しているC型サービスの効果は実感しているが、年20数ケースと供給量が少ないため ・個別事例について、解決すべき課題や支援方法の妥当性、様々な支援方法やセルフケアにつなげる工夫等を多職種で検討する場があれば、支援者側の自信になったり、今後に活かせる学びにもなるため ・本人や家族の役割・活動がたくさんあるケースは介護度が改善したり5年以上維持したりしており、本人の活動につながる資源を多職種で考えたり実際に資源につなげるケースを増やしていくことは重要だと考えるため ・交流が人それぞれの中、支援者側もどんな支援が正しいのかが分からず悩んでおり、どんな課題があってどんな支援をして何が解決したか、好事例を共有することで支援者にイメージが湧くと、今後の支援にも活かすことができるため



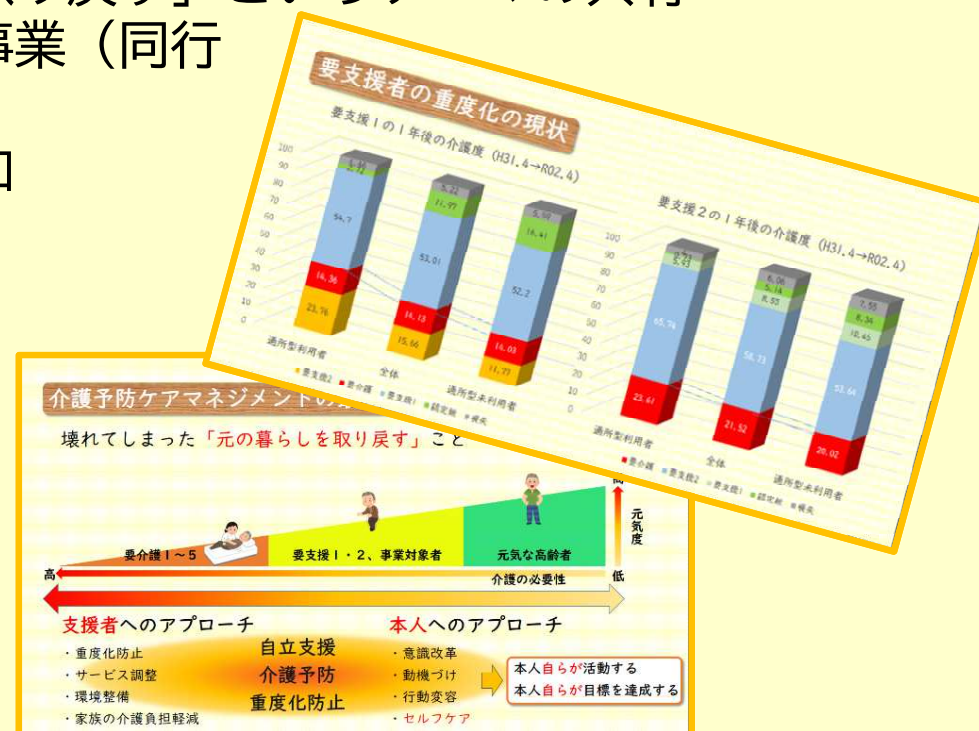
【課題解決に向けた現在の取組状況】

- ・ 課題を整理して終わりにならないよう、**伝える！動く！！**
- ・ 包括支援センター所長会で共通アセスメントシート作成について合意 ⇒ 作業中
- ・ 包括支援センター職員研修で「暮らしを取り戻す」というテーマの共有
- ・ リハビリテーション専門職連絡会と派遣事業（同行訪問等）に関する相談
- ・ 地域ケア会議に司会やメンバーとして参加

⋮



地域ケア会議



包括研修資料（イメージ）