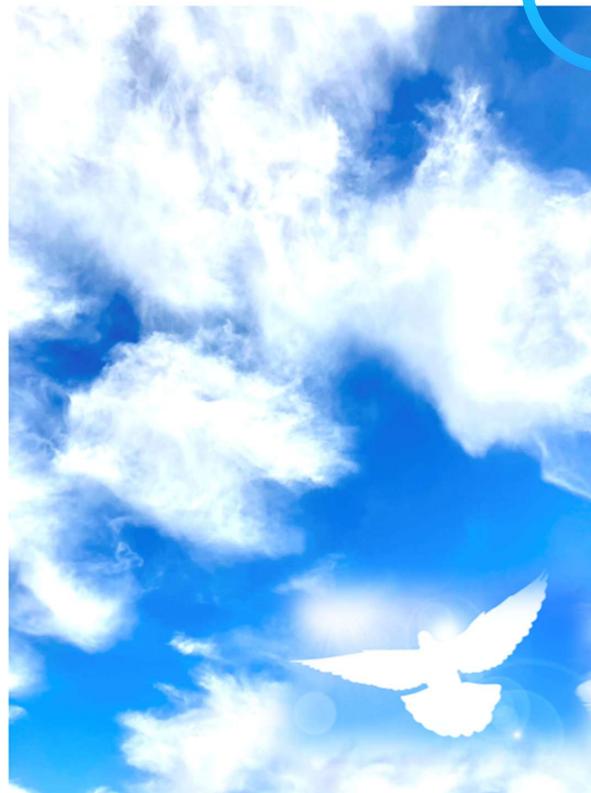


あきらめない 元気復活プロジェクト始動!

いつまでも、高齢者の「自分らしい暮らし」を応援できるまち

2026年2月6日
裾野市
葛城 五月



1チームメンバー紹介



マスコットキャラ すそのん & デビルすそのん



富士山と水ぎょうぎの妖精だよ

行政	深沢 晋也	介護保険課 主任保健師
	葛城 五月	介護保険課 主任保健師
	小澤 真土	介護保険課 主任・事務
包括	市川 雅子	裾野市地域包括支援センター センター長 社会福祉士
	早坂 いずみ	裾野市地域包括支援センター 保健師
	松浦 和喜江	裾野市北部地域包括 支援センター センター長 主任CM
	中村 祐子	裾野市北部地域包括 支援センター 保健師
社協	柏木 宏介	社会福祉協議会 1層SC 社会福祉主事

裾野市 富士山の麓、自然と先端技術が調和するまち

静岡県の北東部に位置
富士山や箱根の麓から広がる**中山間地域**
 (標高は78.5~2,169m)
広大で豊かな自然と共に、大きな**企業団地**を有する
自然とものづくりのまち



- 主な観光地**
- ・サファリパーク
 - ・スキー場
 - ・ゴルフ場
 - ・牧場
 - ・広大な自然公園
 - ・遊園地
 - ・キャンプ場
 - ・別荘地 etc



1 裾野市の概要

- ・ **人口** : 48,352人 高齢者数 : 14,143人 (R7.12.1現在)
- ・ **高齢率** : 29.3%
- ・ 日常生活圏域 : 4 圏域 (須山・富岡地区は合わせて1圏域)
- ・ 地域包括支援センター (委託) 2 か所
- ・ 生活支援コーディネーター : 1 層 1 名、2 層 4 名 (1 層兼務 1 名)



山の包括

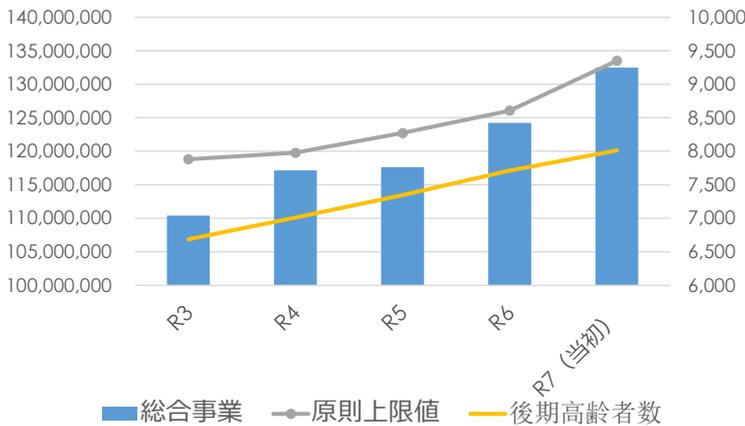
- A. 裾野市北部地域包括支援センター**
- ・ 65歳以上人口 : 6,216人(高齢化率 **31.9%**)
 - ・ 担当地区面積が広く、利用者が点在
 - ・ バスもなく、隣家までも距離がある
 - ・ サービス提供可能な事業所も限られる

平地の包括

- B. 裾野市(南部)地域包括支援センター**
- ・ 65歳以上人口 : 7,927人(高齢化率 **27.5%**)
 - ・ 隣接する市町も含めてサービス提供事業所が比較的多いことと、大きな県営住宅(団地)があり、独居高齢者多いことから、**要支援認定者が特に急増している**

右肩上がりが増え続ける総合事業費

総合事業費と原則上限額



- 上限超過はもう目の前
- 超過したらどうなるの？
- 軽減する見込みないけどどうなるの？
- 介護人材増える見込みもないけどどうなるの？
- 「団塊の世代」の介護認定が顕在化してきているけどどうなるの？
- 高齢者数のピークは2040年頃
「え？もっと増えるの？」

裾野の介護はどうなるの？

「なので、自治体は総合事業を充実させて頑張ってください」 By 国

2 課題検討過程（参加動機）

- 年々高まる「総合事業を充実させよ」という国からの圧
- 前任者の異動
- 総合事業難しすぎ…「自治体独自に」の高すぎる壁
- 「行政は失敗してはならない」プレッシャー。失敗するくらいなら手を出さない役所文化
- 何から手をつければいいのかわからない（課題は山積）



焦り・不安

そんな時、本プログラムの無料相談 「漠然としたモヤモヤ」まさに！！

【無料相談】元気な人に手間とお金使ってる、介護は供給が需要を呼ぶ。
住民同士の送迎もサポートできる仕組みがある などなど
たった1時間で、前より視界が開けた。

**これ、しっかりプログラム受けたら、もっとわかるかも！
私たちでもできるかも！→行政が勝手にエントリー**

(日々の業務に忙殺される中、このPGの時間を捻出できるかギリギリまで悩みました。)

2 課題検討過程（プログラム参加時）



さて、何に取り組む？

包括「新しいことなんて始める余裕ない！その前にまず**包括のケース数何とかしてよ！**」

行政「それは裾野だけでなくどこも高齢者数は増加してるから…。増員の根拠が…」

「総合事業費がやばいし将来的なことも考えて、**リエイブルメント**をやりたい」

包括「卒業した後の**通いの場**は？」「そこまでの**移動**は？！」「そんな状況じゃ無理！」

行政「じゃあ移動支援が先かな…（SCチラッ）」

SC「今もバスがないわけじゃないし、そもそも作ったって乗らねえんだよなあ（遠い目）。

デマンドタクシーの実証だって不発。**ボランティアポイント**とか楽しいことやろうぜ」

行政「まずは受け皿作りで通いの場から…？それとも**訪問B？生活支援体制整備事業…？**」

結局、何から始めればいいのか！（迷走）

行政と包括、SCでそれぞれ視点が違う。課題意識も温度感も違う

行政の感じている課題が、本当に地域の課題なのか？**本当の課題とは？**

うちの市だけスタートラインにも立ててなくて大丈夫？！

7

2 課題検討過程（メンタリング開始）

メンター「優先度が高いターゲットは？」

「裾野市の、普通の高齢者の暮らしは？」

「体が弱ってきて、裾野市の多くの高齢者が、**本当に望んでいる暮らしは？**」

裾野市の
普通の高齢者？

何につまづいて
介護申請に来るの？

一般的な「要支援
（事業対象者）」とは？

介護申請に来る前の
高齢者の暮らしとは？

本当に望んでいる暮らし…

わかるようなわからないような、モヤモヤ…

私たちが知っているのは、通いの場に来る元気高齢者と、介護申請が必要な状態になった高齢者で、その間の暮らしを本当は知らなかったのかも…

だったら実際の市民に聞きに行こう！



8

2 課題検討過程（薪拾いから見出したペルソナ）

運動教室参加者
20人に聞きました！

「体が弱ってきてても、あなたが続けたいこと、望む暮らしは
なんですか？」

「習字！」「コーラス！」「運転」「フラダンス」「歩く」「編み物！」
「家のこと」「散歩！」「体操教室」などなど。



→わかりました。

市は、皆さんがそういう活動が続けられるように応援すればいいですね。

習字が2人、コーラスが1人、歩くが2人…。じゃあ、家のことしたいって人は？（挙手）

「違うわ。歩けるのと、家のことができるのは、みんな誰しもの願い。

それができた上で、余裕があれば、その他もやりたいってことよ！」

「歩いて、家のことができる自分でいさせて欲しいの！」

そうか！！みんなの共通の願いは、

「歩けること」と「家のことができること」なのか



9

2 課題検討過程（メンバー間の目線あわせ）

「こういう暮らしを守ってあげればいいのか」

「ここでいう歩けるってのは近所を歩けるってことだよな」

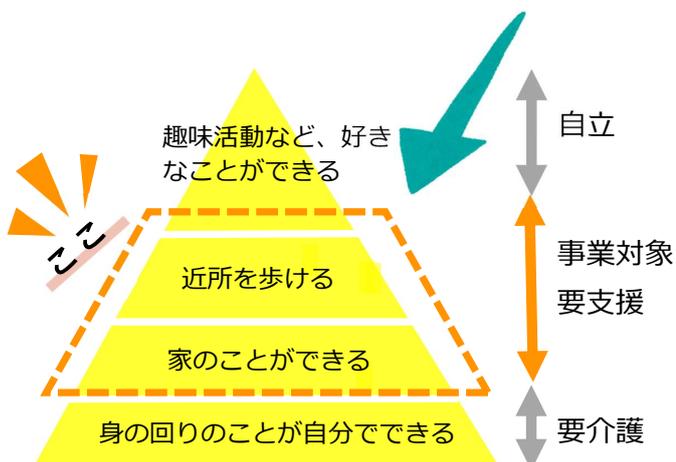
「近所が歩ける人は、家の中のことはできるよね」

「でも、まずは最低限の身の回りのことが自分でできなきゃでしょ」

「まあそこまでいくと要介護じゃない？」 **ん？…そうか！！**



「つまり、事業対象者と要支援者ってのは、この範囲の人たちなんだ！」



確かに、
家のことができなくなった、
近所を歩けなくなった、
趣味の場に行けなくなった、
で相談来る人確かに多いね。
あるあるだね

ペルソナ爆誕



10

2 課題検討過程（問題意識の変化）

【見出したペルソナ（要支援・事業対象者像）】

加齢に伴う心身の機能低下や家庭での役割の変化により

- ・元々の趣味活動ができなくなった
- ・近所を歩けなくなった
- ・家のことができなくなった

確かにこれらの困りごとを一括りに「デイ行きましよう」は違うかもね



どこかに出かけさせなければってことに、縛られ過ぎていたのかも

「自助」って考えてなかったかもね

困りごとによって、すべきことは違う

それならリハ職の支援は絶対欲しいよね。だって私達じゃわからないもんだからリエイブルメントってことなんだね

でも…理屈ではわかるけど、そんなこと本当にできるの？
想像できないし、

包括の業務量はどうなるの？ 今でもいっぱいいっぱい



11

2 課題検討過程（裾野市の本当の課題）

フォローアップで気づいた

裾野市の**包括職員が抱えるケアプラン数のあまりの多さ**（40～60件/人）

（近隣市町との委託率比較 裾野市：35%、A市：63%、B町：73.5% C町：94.5%）

原因は**ケアマネ不足**&中山間地域でコストに合わないため**委託に出せない**

その上で総合相談、認知症施策、困難ケース対応、地域ケア会議の運営…

もういっぱいいっぱい。

地域づくりまで手が回らない。

「それがいちばんの裾野市の課題では？」



ケアプラン・給付管理沼

12

2 課題検討過程（裾野市の本当の課題）

裾野市が取り組むべき課題

ケアプランに溺れかけている包括を救う

裾野市の高齢者（要支援者）は2040年頃まで、増加していく
ケアマネが増える見込みはない

包括の業務量を減らす = **軽度者を再自立（卒業）させていくしかない**



ケアプラン・給付管理沼

そのために、リエイブルメントに取り組む
だからこそ、一時的に増加する業務量から、包括を守る必要がある
そこを忘れずに、事業化を目指す（業務を包括に丸投げは絶対NG!）



リエイブルメントの実現は、包括にとっても、**市民にとっても良い**
あわせて、総合事業費も下がってくることが期待される。介護人材の不足の問題にも

13

2 課題検討過程（新たな気づき）

リエイブルメントの視点を持って、相談や新規申請を受け付けると

母が、**足腰が弱って**、ハーモニカ教室に行けなくなってしまい、そこから閉じこもりがちな生活になり、最近横になってばかりで心配

前は近所を散歩していたのに、最近それも行かなくなってますます**筋力が低下**したので、デイサービスにでも行かせたい

浴槽を跨ぐのが大変になってきたので、お風呂に入れるところに行きたい



この人も
フレイル…

など、「この人リエイブルメントいけそうだな」という人が実際結構いることに気づき、**「今、リエイブルメントがあったらな」**と残念な気持ち

必要としている人が目の前を通り過ぎていく…

その人達のためにも、早く事業を始められるようにしなくては



14

2 課題検討過程（裾野市が目指すもの）

「一度、生活につまづきを感じた高齢者が、再び自分らしい暮らしに戻っていけるまち」

	対象者ごとの、それぞれのありたい姿
高齢者本人	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 少しつまづいても、車がなくても、自分で行ける距離に楽しみな活動（通いの場や趣味）を持ちながら、自分らしい暮らしができる ▶ サポートを得ながらセルフマネジメントに努め、自信と意欲を失わずに生活できる
家族	家族が大きな負担を負わずに、本人が本当に望む暮らしをそばで応援できる
事業者	軽度者の再自立に真に効果的なプログラムを提供できる
包括	利用者個々の望む暮らしをかなえるための予防プランを、個別性を持って作成できる
地域	自分たちにできることを考え、互いに小さく支え合える
行政	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 地域課題に即した多様なサービスの創出が出来る ▶ 連携の主軸となり、既存のサービスや事業の選択肢を提示できる ▶ 「必要な人に必要なだけ」メリハリをつけた事業の提供ができる

では、そうなっていないのはなぜか？
なぜ、高齢者は一度介護サービスを利用し始めたら再自立を目指さないのか？

真因分析「高齢者が介護サービスに依存するのはなぜか？」

15

高齢者が介護サービスに依存するのはなぜか？

誰に	現状が生じている根本的な原因は何か【真因】	誰にどんな働きかけを行うと解決できそうか【打ち手】
本人	<ul style="list-style-type: none"> ・身体機能(体力・筋力) 低下により行きたいところまで歩けない ・近くにどんな活動(サロン・趣味) の場があるかわからない ・家族や地域の中で役割を失った ・バスがあっても乗ったことがなくて乗れない ・機能回復のために自分ができることを知らない ・「デイに行って介護予防！」と社会からずつと言われてきた ・免許返納後の生活のイメージを持たないままに返納する 	<ul style="list-style-type: none"> ・フレイル予防に関する知識の普及 ・再自立を目指せる事業 (リエイブルメント型) ・サロンなどのマップ、一覧を作る ・役割を持つことの意義を伝える ・バスに乗る経験、乗り方教育 ・デイだけじゃなく、日々の過ごし方の重要性啓発 (講座や広報) ・返納後の生活をイメージできるような教育、パンフレット作成
家族	<ul style="list-style-type: none"> ・他の選択肢を提示されない ・フレイル予防や機能回復についての知識不足 ・介護サービスなしで生活や機能維持できるイメージが持てない ・本人の本当に望む生活を知らない、そのために出来ることを本人や支援者と話していない 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援者が介護サービス以外のものも提案できるようにする ・(家族向け) フレイル予防や機能回復のための知識の普及 ・本人 & 支援者とともに本当に本人が望む暮らしやそのために出来ることについて話せる
事業者	<ul style="list-style-type: none"> ・卒業させるメリットがない ・収益を確保しなくてはならない ・再自立(回復) させるための知識不足 ・今やっていることで十分だと思っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・メリットを感じる価格設定でサービス参入を狙う ・事業説明会や研修会を開催する
包括	<ul style="list-style-type: none"> ・卒業を意識した予防プランを作っていないかったから ・「再自立」というイメージを持ってない ・デイやヘルパーでモニタリングしてくれたら楽だから × ・インフォーマルな社会資源をあまり知らないから ・人員不足 ・重層的支援体制が不十分で、困難ケースを包括が抱えざるを得ない ・ケアマネ不足で委託に出せない × ・本人 & 家族を卒業に向けて動機付けできない 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 卒業をイメージしたプラン作成に関する勉強会開催 ▶ モデルケースやってみる ▶ 一覧やマップの作成 (再掲) ▶ 適正な人員配置 ▶ 重層的支援体制の構築 (他課主管なのでバス) ▶ 同行訪問アセスメント

16

誰に	現状が生じている根本的な原因は何か【真因】	誰にどんな働きかけを行うと解決できそうか【打ち手】
地域	<ul style="list-style-type: none"> ・中山間地域で車がないと生活できない（目的地遠い）× ・公共交通がない（バス少ない）× なぜならみんな乗らないから&バスがあることを知らない ・タクシーもない（1社のみ）× ・自分たちに出来ることを協議する機会がない、動機付けがない ・地区の課題が十分に共有されていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・バスの乗り方教育、路線図等の周知 ・地域のキーパーソンや民生委員と話し、市が目指すビジョンや課題の共有し、自分たちでできることを考える機会を持つ
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・デイやヘルパー以外の社会資源があることを知らない、そんなことまで覚えてもらえない 	<ul style="list-style-type: none"> ・市が目指すものや、課題について伝える。 （せめて、「デイに行っただ方がいい」ではなく、「出来ることがあるかもしれないから、相談にいらして」という勤め方にしてもらえますか？）
行政	<ul style="list-style-type: none"> ・知識&経験不足により政策デザインが出来ない ・地域ケア会議を活用できていない ・包括&SCとのコミュニケーションが足りていなかった ・地域の人の声を十分に聴けていない（外に出てない） ・他課の事業を把握&連携していない ・事業対象者の期限がない ・利用制限がない （歯科と栄養の項目でチェックリスト該当でも、デイサービス行ける） ・利用料は月額制（1回しか使用してなくても、1か月分） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ロジックモデル活用する、アドバイザーを持つ ・ケア会議のやり方を見直し、意味のある推進会議を開催する（ケアマネにも進捗を共有する） ・2層SCと意見交換の場を持つ、協議体に出席する ・地域のキーパーソンや民生委員と話し、市が目指すビジョンや課題の共有 ・他課が所管するの介護予防に資する事業を把握し、連携を図る ・期限や、ルール、日割り制にする（←これは今後追々考えます…今はバス）

本当の原因と、切るべき手札（打ち手）が目の前にズラーーっと並んだ感じ

いっぱいある…これは単なるリエイブルメントだけでなく、市の介護予防（総合事業）全体に対する打ち手という感じ

よーく見ると、手札（打ち手）の色は3色に分けられる（黒字は除外）

17

2 課題検討過程（真因に対する打ち手の整理）

見出された打ち手をカテゴリーに分けてみた

- (1) 要支援者・事業対象者が回復を目指せるサービス(リエイブルメント)提供体制の構築
- (2) 高齢者のセルフマネジメント能力の向上（フレイル予防）
- (3) 困り事を抱えた高齢者を小さく支え合える地域づくり



私たちが作るロジックモデルは3枚！！

いきなり全部は無理だから、まずは優先度が高い（1）から

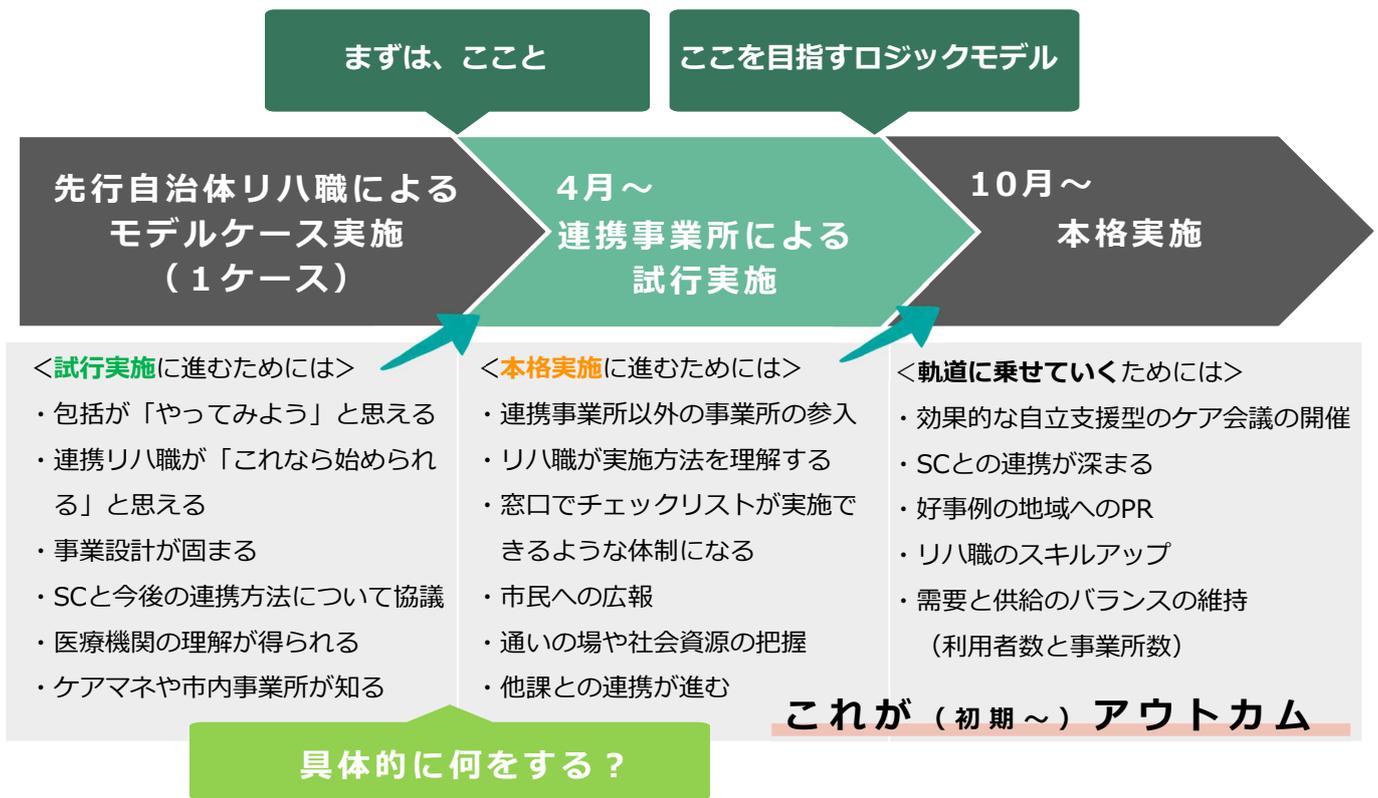
行政「引き継いだ人が、これを見ながら事業を進められるような解像度で作る！」

包括・SC「自分がインプット先になったつもりで、初期アウトカムの状態になるために、行政が必要なアクティビティを考える！」

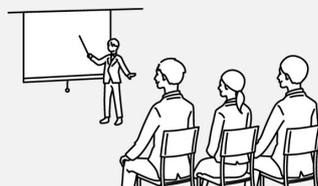
18

3 実行プラン

(第1章) リエイブルメント型サービス提供体制の構築に向けた大まかなスケジュール



誰に	アクティビティ どう働きかける	具体的方策・工夫
包括	<ul style="list-style-type: none"> ✓ リエイブルメント型サービスの事業全体のイメージができて、「これならできそう」「やってみよう」と思えるようにする ✓ 業務量の増加に対応できる体制を整える 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 帳票様式の検討・決定 ・ 全職員向け全体説明会の開催 ・ モデルケース見学の調整 ・ 請求の流れの調整・決定 ・ モニタリング方法の検討 ・ 手順フローの作成・共有 ・ 増員 (委託料増額) ・ 通いの場等の社会資源マップの提示 (9月まで)
連携リハ事業所	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 4月からの試行実施を始められるようにする ✓ 10月以降の本格実施に向けて実施方法を見直せる体制を作る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先行自治体リハ職によるモデルケースの見学のための調整 ・ 帳票様式の検討、契約等手続き検討 ・ リハ職向け研修の開催 ・ 事例検討会やリハ職の意見交換の場を設ける
その他 リハ職在籍 事業所	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 参入を促す働きかけ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所がメリットを感じる価格設定 ・ リハ職在籍全事業所に事業説明 (見込みの対象者数) ・ モデルケース見学の希望調査・調整 ・ リハ職向け研修 ・ 事務手続き・報酬の説明 ・ 帳票様式の書き方の説明



誰に	アクティビティ どう働きかける	具体的方策・工夫
1層SC	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 通いの場や社会資源をマップ化してもらえようように依頼 ✓ 地区サロンでの出前講座の開催依頼 ✓ 今後の連携体制について具体的に検討する 	<ul style="list-style-type: none"> • 1層SCを通して、2層SCも含めたSCへの説明会・検討会を開催（3月頃） • 他課事業については、介護保険課から他課に働きかけて把握する
ケアマネ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ リエイブメント型サービスについて説明 	<ul style="list-style-type: none"> • 地域調整会議で説明（R8.2月：概要、4月：事業詳細）
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 「介護申請してデイサービスに行ったほうがいいよ」ではなく「できることがあるかもしれないから、包括（市）に相談してごらん」と言ってもらえるように働きかける 	<ul style="list-style-type: none"> • 運営協議会(2月)、在宅医療介護連携会議(3月)、保健連絡会(6月)での説明 • KPとなる医師（在宅医療・介護連携推進委員医師3名）に医療機関への説明方法について相談する
介護保険課	<ul style="list-style-type: none"> ✓ リエイブルメントに関わる関係者の規範的統合や、質の向上に向けた支援体制ができる ✓ 窓口でチェックリストが実施できるような体制整備 ✓ 市民への広報に向けた準備 	<ul style="list-style-type: none"> • 自立支援型地域ケア会議を毎月～隔月1回開催し、よくある事例やリエイブルメント実施ケースについて検討する • 課内職員向けマニュアルやフローの作成、説明会 • 市民向けリーフレットの作成 • H Pへの掲載 • 広報誌への掲載（本格実施前の8～9月号で2P程度の特集記事の掲載を調整）

3 次なる改善のための方策

誰が	初期アウトカム 働きかけた相手の望ましい変化	モニタリング方法 次なる改善につなげるため、変化を確認する方策
包括	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 包括職員がサービスCのイメージができて、「とりあえずやってみよう」と思える ✓ 「この人リエイブルメントできそうじゃない？」と相談してくれる 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ AGメンバー職員からの聞き取り ✓ AGメンバーではない職員からの聞き取り ✓ リエイブルメント試行実施ケース数
連携リハ職	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 「これなら4月から施行実施できそう」と言ってもらえる ✓ 市内リハ職に対する研修会や意見交換会について計画が立てられる 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 連携PTからの聞き取り ✓ 市内リハ職意見交換会の企画状況
その他リハ事業所	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 10月からの本格実施に向けて、問い合わせや参入の意向が聞かれる 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 事業説明会での反応 ✓ 事業所への聞き取り
SC	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SCが通いの場や社会資源の把握に動き出す ✓ 複数の地区サロンで講座開催 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1層SCへの聞き取り
ケアマネ 医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ✓ C Mや医師がサービスCが始まることを知る 「ふーん、そうなんだ」程度でいいので反対されない 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 事業説明会での反応 ✓ 主任ケアマネや、在宅医療介護連携推進会議委員の医師への聞き取り

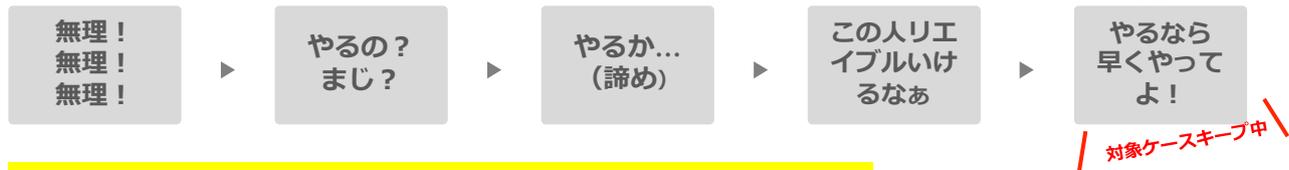


誰が	初期アウトカム	モニタリング方法
	働きかけた相手の望ましい変化	次なる改善につなげるため、左記変化を確認する方策
介護保険課	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 市民からリエイブルメントについての問い合わせや利用希望がくる ✓ 課職員が、事業の概要と大まかな手順を知る（フローにない細かい部分についても質問が出てくる） ✓ 自立支援型のケア会議ついて、方法（参加者や対象ケース等）を見直し、毎月～隔月の頻度で開催計画が立つ 	<ul style="list-style-type: none"> • 問い合わせ件数 • リエイブルメントを紹介した時の市民の反応 • 課職員からの聞き取り • 日程表 • 包括との打合せ内容



4 振り返り 包括職員（AGメンバー）の思いの変化

開始時



ケース1: 「庭の手入れが出来るようになりたい」という女性

視点の変化	そうか、この人をずっとデイにしばらく続けなくていいんだ…。
支援の変化	「冬の間だけデイでリハビリをして、春になったら評価しましょう」 デイにも卒業を見込んでの支援を依頼

ケース2: 「デイになんて絶対行きたくない」という男性

視点の変化	そういえば外出機会ってデイだけじゃなかったな…
支援の変化	地区サロンを紹介 「行ったらすごく楽しかったよ! 別のところも紹介してよ!」



確かに本人もそっちの方が楽しそうだよなあ…



4 振り返り 参加メンバーの思い

本当にやってよかった（涙）・・・by 全員 (大変だったけど)



行政

- **やるべきことがわかった。** 視界が開けた。
- 総合事業は高い高い壁だと思っていたが、細かく分解したら戦えるサイズになった（難しいが、使いこなせたら相当使いやすい&面白い事業だと知った）
- 対面で向かい合って話し合うより、同じものを見ながら考えることで目線が合う。
- ロジックモデルは、0→1を生み出す大変さはあるが、一度作れば長く使える。
- **ロジックモデルが活用できれば、自分が異動しても大丈夫**と思えた
- 疑問にすぐ返答してくれるから助かった。
- スタートから沢山みんなが集まれて、コミュニケーション取れてよかった。
- **アジャイルPGがなければ、リエイブルに関して、包括と同じ方向を向くの無理だった。**

- **政策形成の手法がわかった。他のどんな事業にも応用可能で、一生使える。**
- **「無謬性神話」からの脱却！！！！**

25

4 振り返り 参加メンバーの思い

包括

- **政策形成に関われたのは貴重な財産。** 新規事業産みの苦しみ。いい経験ができた。
- ロジックモデルをもっと色々な課が活用してくれたら、異動があっても助かるのにな。包括の思いも反映してもらえるのにな。
- メンター&事務局からいろんな情報もらったから、行政からもわかりやすい説明してもらえた。
- この事業やれだけ言われたら抵抗感感じるが、**経過が分かってるから「よし、やれ！」**って思えた。
- 本来、**包括の役割「まちをどうしていくのか」**をやっていきたいという思いはあった。リエイブルメントはその中の一つ。包括の役割って、そういうことだよな、ってというのが再認識できた。**「こんなことやってみたいよね」**が包括からもできてきた。**希望が出てきた。**
- 両包括が一緒になって定期的に事業や業務に関して情報共有する機会なかった。密にやりとりできてよかった

SC

- 元気な高齢者を作っていくってことに一緒に関わってよかった。
- **SCの役割や意義を感じた。やる事が明確になった。**
- **みんなで話し合えたその過程が良かった。**
- 「市としてこうしていきたいよね」ということは、今後もみんなで集まったらいい。



ここまできても、まだまだ不安はあるけれど・・・

メンバーの思いもまだそれぞれ。完全に一致はしていない。
不安に思っているメンバーもいる。包括みんなが賛成しているわけでもない。

行政も不安

本当にこれで、包括のプラン数や、総合事業費が減るくらい効果が出せるだろうか？



チーム唯一の行政マン

でも、必要としてる人がいるのは
確かで、改善できる人は絶対いる。
少ないとしても、ゼロじゃない。
それだけで、やる意味はあるよね。

自信はやってみないと掴めない

不安はあるけど、「**やってみよう**」と決めた

メンターからの最後のメッセージ
「これで空は飛べそうですか？」

27



一歩踏み出し、大空に飛び出す

自信と結果は後からついてくる・・・はず

～元気復活プロジェクト始動！いつまでも、高齢者の「自分らしい暮らし」を応援できるまち～

ご清聴ありがとうございました

課題解決ストーリー（ロジックモデル）【効果発現経路】

タイトル：高齢者が自分で行ける活動範囲の中で、楽しい活動を持ちながら、自信と意欲を失わずに自分らしい暮らしが続けられる（第3章：互いに小さく支え合える地域づくり編）

仮説	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト	
課題仮説	誰に	どう働きかける	実施結果	相手はどう変化する（まず誰がどうなって、その結果本人（高齢者等）がどうなる	ありたい姿	
現状 ▶ 高齢者でない高齢者ばかり ▶ 制度まで活用サービスに不足 ▶ 心身の機能低下から意識・自覚も低下 ▶ 本人に事象にならなくてもいいと思うも、自分らしく、介護サービスしか頼るものがない ▶ 制度に、再自立（回復）のためのサービスが提供されていない ▶ 事業費増額によりサービス（予約プラン）に考えている ▶ 多様なサービスが前向きに提供されておらず、正誤問題 ▶ 高齢者本人、介護サービスに不足 ▶ 何でもかんでも介護サービス任せが（認知・共助はどうした？） ▶ 関係性・ネットワークが部分的に不足している 真田 ▶ 身体機能（体力・能力）低下により行きたいところまで歩けない ▶ 「デイで行って介護予防！」と社会からずっと責められてきた ▶ 機能回復のために自分ができることを知らない ▶ 近くどんな活動（サロン・趣味）の場があるかわからない ▶ 家族や地域の中で役割を失った ▶ 生活活動後の生活のイメージを持たないままに活動する ▶ 他者の期待を押し付けられない ▶ フォーム予約や機能回復についての知識不足 ▶ 介護サービスなしで生活や機能維持できるイメージが持てない ▶ 本人の本当に望む生活法を知らない ▶ 再自立（回復）させるための知識不足 ▶ やっていることで十分だと思っている ▶ 卒業させるメリットがない ▶ 卒業を意図した予約プランを作っていない ▶ 「再自立」というイメージを持っていない ▶ インフォーマルな社会資源を知らない ▶ 本人も家族も卒業に向けて動機付けできない ▶ 人員不足 ▶ 意図的支援体制が不十分で、困難ケースを包括が抱えざるを得ない ▶ 自分たちも出席することを協議する機会がない、動機付けがない ▶ 地域の課題が十分に共有されていない ▶ デイのメンバー以外の社会資源があることを知らない、そんなことまで考えていない	総合福祉課 ✓ 民生委員に市の課題や方向性を知ってもらおう 民生委員総会で周知の機会が欲しいことを依頼	民生児童委員総会でR8年度中に1回実施	民生が市の目指す方向性について知り、インフォーマルサービスについて興味を持つ（行政・社協・包括に問い合わせがくる）	地区単位のちょっとした声かけや見守り体制、サポートの工夫ができるようになる 住民同士の見守りや声かけの個別事例が増える	生活に困りごとを感じている高齢者を、地域で互いに小さく支え合える	
	SC ✓ 地区の支え合いの取り組みの好事例のPR（個別事例や、ラジオ体操での地域の見守り体制等） ✓ 2層協議体で市の課題や方向性を共有 ✓ 民生児童委員協議会でも、支え合いの視点から助言をしてもらう	・ 広報誌で好事例の記事掲載（R9年度） ・ 2層協議体へ出席（R8年度） ・ SC向け説明会（検討会）で依頼（R8.9月までに実施）	2層協議体メンバーが、市の方向性について知る（「そういうことやっていた方がいいよ」と言ってくれる） 市民が、支え合いの好事例を知り「こういうのいいな」という声がかえってくる	市民や協議体メンバーが自分たちも何かやってみようと思う 市民が、自分が利用できるインフォーマルサービスについて知る		多様なサービスだけでなく、多様なサービスを利用しながら生活が維持できる体制ができる
	商工会 ✓ インフォーマルサービスの把握依頼 ✓ 出張・宅配サービスの把握依頼	R8.9月までに依頼（R8年度中の完成） R9年度中に実施	R9年度中に実施	✓ すでに実施していることの情報が集まり、一覧が作成される ✓ 自分たちにもっとできることがないか考え始める		多様な主体によるサービス創出に向けて、調整が進む
	シルバー人材 ✓ 要介護・要支援認定者もサービスを利用できる体制に向けて検討（訪問A）	R9年度中に実施	R9年度中に実施	担い手の確保の協力も含めて、サービス利用対象者の拡大について、前向きな返答が得られる		「おたがい様サービス」を利用したい人に対し、その周りの協力者に声をかけ、担い手が個別に確保される
	市内生活施設 ✓ 事業連携についての働きかけ スイミングスクールの送迎バスと、通いの場としての活用について協議	R8年度中に協議の場をもつ	R8年度中に協議の場をもつ	スイミングの送迎バスを活用した高齢者向けサービスについて関心を示す		「おたがい様サービス」で困りごとが解決される人が増えるとともに、地域で声を掛け合うきっかけになる
	社協 ✓ おたがい様サービスの普及についての検討（生活支援体制整備事業との調整）	R8.10月までに協議（出席者は1層SCに相談）	R8.10月までに協議（出席者は1層SCに相談）	担い手の確保や、その程度市民への普及が可能か等、具体的に検討される（現時点でのキャパ・どのような		地区での協力者や参加希望者があられ、包括やSC等の支援を受けながら通いの場が発足する
包括 ✓ 通いの場のニーズについての把握（第2章より再掲）	包括・SCとの定例会（R8から開催予定）で検討	包括・SCとの定例会（R8から開催予定）で検討	ニーズや実現性が最も高い地区（まずは1か所）について、具体的に検討される	地区単位の小さな通いの場が、見守りや支え合いの場の拠点となる		



つまづく前の生活に 戻れると思えるまち を目指して

2026年2月24日

さくら市
鈴木 麻由



メンバー紹介



【メインメンバー】

さくら市役所 高齢課	課長	君島 昌彦	
	課長補佐	山野 義典	
	見守り福祉係 係長	安達 恭子	
	介護保険係 係長	佐藤 美冴	
	地域包括ケア 推進係	係長	鈴木 麻由
		保健師	格和 佳那子
		事務・理学療法士	佐藤 充

【サブメンバー】



地域包括
支援センター
エリム

主任ケアマネジャー	見目 雅美
社会福祉士	北岡 伸一
保健師	村上 杏実
看護師	水谷 まりな
社会福祉主事	石川 博

地域包括
支援センター
而今

主任ケアマネジャー	金岩 周平
看護師	高久 友美子
社会福祉士	国府田 美春
社会福祉士	坂和 由紀
ケアマネジャー	大竹 文子



さくら市の概要



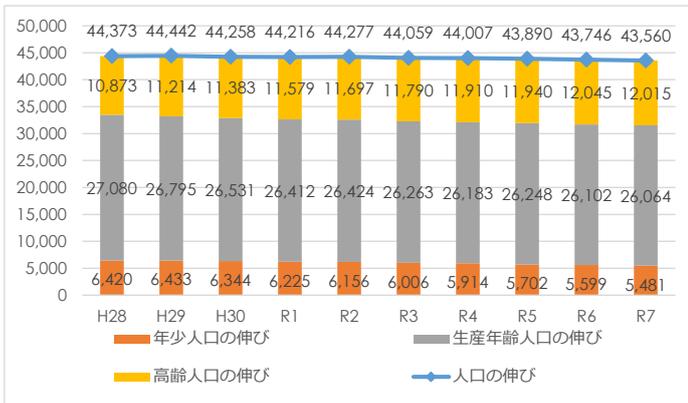
人口 43,560人 (R7.4.1現在)
 65歳以上 12,015人、75歳以上 6,566人
 高齢化率 27.6%
 認定率 16.6% (栃木県16.6%、全国19.7%)



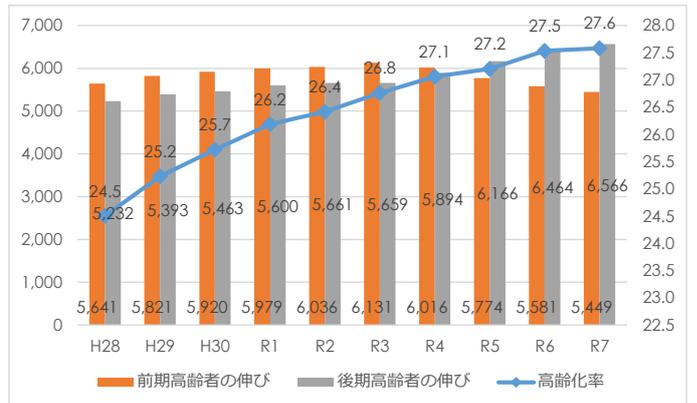
さくら市は、平成17年3月に氏家町と喜連川町が合併し誕生しました。緑豊かで自然に恵まれ、市名の通り桜の名所が多くあり、春にはにぎわいを見せます。また、日本三大美肌の湯である喜連川温泉が有名です。

3

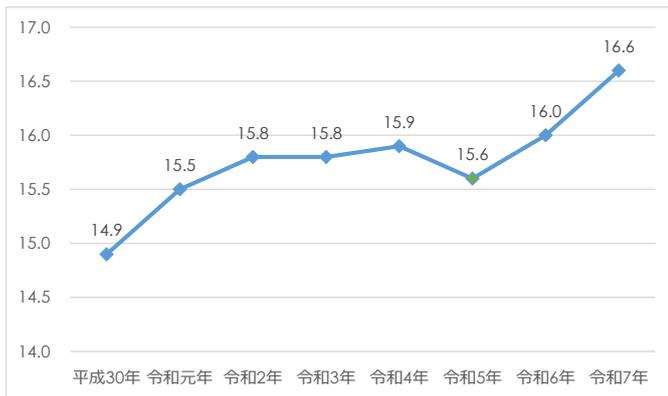
人口推計



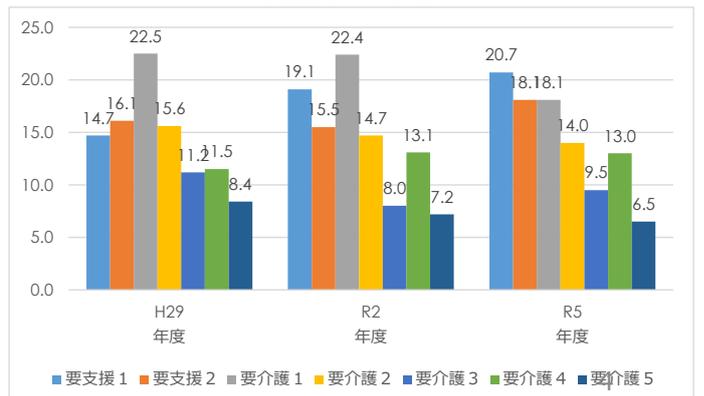
高齢者人口・化率の推移



認定率

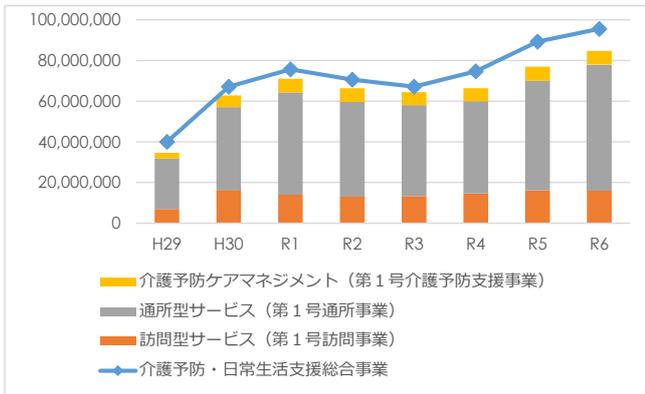


介護度別 認定率



アジャイルプログラムに参加しようと思ったきっかけ

一番困っていたのは、地域支援事業交付金の**上限超過**をしていること



通所型サービス従来型・Aの給付費が年々増加…

さくら市は、通所型サービスC、訪問型サービスB（住民主体の生活支援サービス）、桜ささえあいポイント、通いの場、一般介護予防事業（おおぞら元気塾、脳わか教室、水中ゆうゆうウォーキング）、第1・2層協議体、医介連携、地域ケア会議などなど、自立支援のための事業をたくさん実施しているのに、いまいち効果が見えない…

それに…

どの事業も、担当職員が関係機関と連携しながら一生懸命やっているけれど、職員も、SCも、ケアマネも、介護事業所も、包括も、認知症地域支援推進員も、その他関係機関も、何となく見ている方向や目指しているものが違う？バラバラで、まとまりがない感じ…

でも…
何から手を付ければいいのか、わからない…
この頃の自分がいつもつぶやいていたこと

どうすればいいのかなあ…



そんなとき聞こえてきた声

アジャイルPG
良いですよ～！

by つくばみらい市

自分だけではやれる自信がないし、無理だとあきらめていたけど…

アジャイルPGに
参加したらわかるかも！
ヒントをもらえるかも！



5

1 課題検討過程（紆余曲折）

① 高齢課でチームを作って参加

◎ チーム構成

君島課長、山野課長補佐、安達係長、佐藤係長、鈴木係長、格和保健師

◎ 高齢課チームの課題感

上限超過を解消するために…

要支援認定受けた人には回復してもらいサービス卒業をしてほしい → 回復したいなんて思っていない、サービス使い続けたい！

包括やケアマネには回復・卒業できるプランを作ってほしい → 状態維持できれば御の字、サービス卒業なんて考えない！

事業所には回復・卒業できるような支援をしてほしい → 卒業したら収入減、サービス卒業なんてとんでもない！

課長と補佐にも声をかけて、
高齢課一丸となって
プログラムに取り組むことに。



早速、大きな壁！

高齢課が望んでいることを
だれも望んでない！？

◎ さくら市の現状

【通所C】

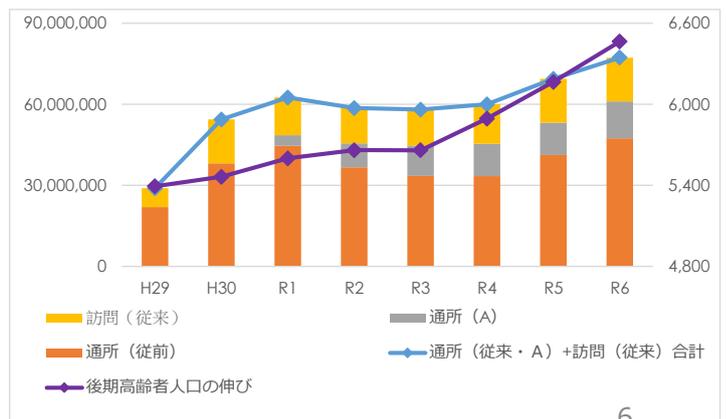
要支援1・2の人がほとんどいない。みんな事業対象者。しかも、わざわざ事業対象者に認定して利用している！

【上限超過】

総合事業は予算主義。上限超過しているということはコントロールできていないということ。

【75歳以上の人口と総合事業の給付費の伸び】

人口の方が急増しているけど、どちらも結構右肩上がり…。



6

「さくら市が要支援1・2の人に望むことって何？」

本人のやりたいように生活できる、とか？ →「デイサービスに行きたい」は本人のやりたいことでは？
うーん、なんだろう…？ →答えられない

メンタリングで指摘

さくら市の考えが
ふわっとして固まってない！

どんな人の
どんな困りごとを
どんなふうにしたいのか

確認するためには

さくら市の高齢者は普通どんな風に暮らしている？（現状）
何がきっかけでつまずく（なぜ普通のことができなくなった？）
つまずきはどうすれば戻れる？

ちゃんと考えたことなかった。つまずくきっかけは何だろう？なんでサービスを希望するんだろう？？

そもそも要支援者って？

=介護認定審査会では、介護予防サービスが効く人を「要支援者」として認定している。
つまり、要支援者は、**予防が効くということ！**
→ 予防が効くということは**元に戻れる（リエイブルメントの可能性はある）**ということ！

→そして要支援認定は、ADLは自立しているが、IADLに支援が必要な方



★R7.6~8に新規申請かつ非該当・要支援認定を受けた人（44人）を対象に確認
→申請者の47%が歩行能力低下、13%が認知機能低下を理由に、要介護認定を申請していた。

見立てと全然違っていた！
思い込みだけで話してはだめだ！

要支援新規認定者が希望するサービスは…

<高齢課の見立て>

歩行困難になってきた人は、リハビリや機能訓練を受けたくて、デイサービスなどを希望していると思う！

<実際>

歩行困難になってきた人は、安全確保のために手すりやベッドレンタルなど環境整備を希望している人が圧倒的に多い！
デイサービスは、認知機能の低下が見られてきている人が、他者との交流を通して認知機能低下防止をしたくて希望していた！

他にもつまずくきっかけがあるのかも？つまずきからどうやったら戻れるんだろう？

包括をアジャイルPGに呼ぼう！薪拾いだ！

…でも……



包括にも聞けけれど、まずは高齢課チームで、要支援1・2の人について考えてみよう！

要支援1・2の人の現状って？

- 家族が心配しすぎている
- サービス卒業で本人も家族も不安になる
- ケアマネが家族のプレッシャーに負けてしまう
- 回復できるかわからない、しているかわからない

ずっと使い続ければ、デイサービスもその人の「居場所」にはなるかも。
でも最初の最初、高齢者は本当にデイサービスへ行きたいと思っている…？
「夢はデイサービスへ行くことです！」と言う人なんている…？

**元気になって、
医療も介護も必要なかった頃に戻れるなら、
それが一番いいはず！**…ただけ…

さくら市の課題

結果、過剰にサービスを利用する＝サービスに依存してしまう

つまり「一度サービスを使い始めたら、ずっと使い続けてしまう」問題がある

要支援1・2の人たちのありたい姿・あってほしい姿は？

選択肢の幅が広い、選択肢がたくさんある

- 「認定を受けたらサービス」ということしか知らないのかも？誰も提示していないのかも？
- 包括やケアマネは、本人を訪問する前に認定情報を見て、認定申請時に何のサービスを希望していたか確認できている
- 認定が出る前に、既にサービス利用が始まっていたり見学していたりすることも
- 本人や家族の「相談内容＝打ち手」になっていることに気付かず、そのまま受け入れてしまうこともあるのかも？

不安なく過ごしている

望む生活ができています

→望む生活？デイサービス望んでいたら行けたらHappyでは？→そうじゃない！

元に戻れる

→元って？→介護サービスを知らない頃、介護が必要じゃない頃？

身体に不自由を感じない

→かなり前じゃない…？40代で、もう肩や腰に辛さが…

好きな場所に行ける

つまずく前は？

→介護サービスも知らないし、自立しているし…

**そうだ!!
つまずく前!!**

**要支援1・2の認定を受けた人には
つまずく前に戻ってほしい！**

つまずく前に戻るために、要支援1・2の人のあってほしい姿は？

- 戻ろうと思っている、考えている
→思っていれば良い？そしたら行動してくれる？
- 「戻りたい」と、「戻れる」は違う。「wish」と「can」じゃ全然違う。
- 「戻ることができる」と思っていないと、頑張りえない。
- 「戻れる」と思えるくらいに、専門職からも説明をしてあげてほしい
→納得しないとやらないし…

高齢課チームの考える要支援1・2の人のあってほしい姿は
「つまずく前の生活に戻れる」と思える！

たくさん不安やもやもやを聞いているとだんだん無理なのかな...と思えてくる

悩

旗振り役が高齢課なのはわかっているけれどこんなに言われたらついて来てと言えない...

悩

できると言ってもらえないと不安が大きくなる
できないのかもしれないと自信がなくなってくる

悩

どうすれば...とモヤモヤする一方、悩みながら気付いたこと

やっぱり「つまり前の生活に戻れると思えない」現状は、間違っていないかった

本人や家族だけでなく、包括も高齢課もできるか自信がない。
根底にあるのは様々な「不安感」。

- ・本人のやる気を引き出せる自信がない
- ・ケアマネが協力してくれるか不安
- ・家族に理解してもらおうのが難しい
- ・介護事業所が心配 などなど...

すぐに不安が解消できるわけじゃない
でも、何もしなければ不安は不安のまま

そして、アジャイルPGを通して見えてきたさくらの課題は山積み！

- ・通所Cを使って本当に回復してほしい人が利用していない
- ・今後高齢者人口がどんどん増加する一方、支援者は不足してしまっていて支え手がなくなってしまう
- ・要支援認定を受けた人は回復できるのに、回復の支援がちゃんとできていない
- ・支援者が不安だらけで、支援できると言えない状況 などなど...

どうにかなくてはと思った

包括に仲間になってもらうために

どうやって、包括の不安を軽くできる？

さくらの現状をちゃんと知ってもらおう

「できそう」と言葉に出せるくらいになってほしい

包括の協力は絶対必要

高齢課がいつまでもグダグダしてはダメ

包括の不安をしっかり受け止めよう

高齢課も一緒に包括だけじゃない

高齢課がしっかり方向性を示そう！

話しやすい雰囲気にしてみよう

通所Cの卒業生のことを話してもらおう

包括の不安に揺らいだけれど

さくらの高齢者は元気になれると信じてる

さくらの高齢者のためにはこの方法が一番良い

ついてきてくれないならその時は仕方ない

高齢課だけでもやる

包括が仲間になってくれなかったとしても

わかってもえなくてもやる

さくらの高齢者が回復できると思えないなんて寂しすぎる

どうしてもできないなら、リエイブルメントできると言える別の包括を探す覚悟も必要



「どうにかなくては」から「どうにかする」という覚悟へ
(高齢課チーム)

そんななかで包括から聞こえてきた小さな声

リエイブルメントできそうな気がします

不安はあるけどやってみようと思えます

不安は拭いてないけど
同じ方向が向けてきた？意識合わせができてきた？
覚悟が伝わった...？

だんだんワンチームになれてきた？

11



不安を少しでも小さくなるように、まず確かめてみよう！

つまり前の生活（元の暮らし）に戻れるのかどうか！

→ **戻れたら、「つまり前の生活に戻れる」とみんなが思えることになる！**



試してみることにしたのは、**リハ職との同行訪問**

高齢課の理学療法士（PT）に依頼して、予算をかけずにやってみよう！

目的	<p>【対象者】 自分で介護予防するためにはどんな生活習慣を身につければよいのかを学習してもらう。 サービスには依存せず「自分でやっていく」という意識を持ってもらう。</p> <p>【高齢課・地域包括支援センター】 リハ職が介入して「大丈夫！回復しますよ！戻れますよ！」と希望を見せることで、本人がつまり前の生活に戻れると思えるのかを確認する。</p>
対象者	原則、要支援1・2の認定を受けた方。（限りなく要支援2に近い要介護1も可。）

同行訪問で、本人・家族と接するなかで、「もう少し介入すると、「つまり前の生活に戻れる」と思ってくれるかもしれない！」という気持ちむくむく

→ じゃあ、**プレ訪問型サービスCをやってみよう！**

サービスの類型	市単独事業。 (訪問型サービスCの内容だが、高齢課のPTが実施するので、介護給付の対象とはならない。経費も0円。)
内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 週1回程度自宅を訪問。1回60分程度。短期集中型で、6～9回でサービスを卒業する。 ● 面談が中心。セルフマネジメントシートを使用し、今週の活動を振り返ったり、次の週の目標を設定したりする。 ● 目標を達成するために、何をしたら良いかを本人が考えられるように支援や提案をする。 ● 最終的にセルフマネジメントができ、活動量が増え、本人に自信がいたら終了。

12

【プレ訪問C ①】

【Aさん】

年齢・性別	80代前半・女性
要介護度区分	事業対象者
家族情報	夫と2人暮らし
病歴	脊椎分離症（22歳～）、肝臓がん（R5オベ）、骨粗しょう症、腰椎圧迫骨折、左膝蓋骨骨折（R7保存）、 高血圧、間質性肺炎
日常生活動作	【ADL】自立 【IADL】自立（車の運転可能）
生活状況	【自宅】主な家事、畑（草むしり程度） 【サロン】まちなか保健室、社協サロン、地域サロン、一般介護予防教室（体操教室） 【趣味】友人と食事・旅行、コンサート鑑賞、ハーモニカ演奏（3～4年前まで）
本人・家族の意向	【本人】駅（500m）くらいまで歩くと息が切れる、疲れてしまう。市役所（1～1.5Km）くらいまでは、歩いて行きたい。

【リハ職同行訪問】

身体状況、動作能力を確認

- 肺の伸張性は低下しているため、胸郭のストレッチと呼吸筋のトレーニングで呼吸機能の改善が見込めそう。
- 本人は友人も多く、地域資源とのつながりもあり、何より意欲的。サロン活動等はそのまま継続を！

提案した運動

- 胸郭ストレッチ（腕を開きながら胸まわりの筋肉を伸ばす）
- 呼吸トレーニング（1枚にめくったティッシュを壁にあてて、息を吹き付ける）

近い位置から始めてOK！
姿勢よく、おなかから吐き出すように！



1週間後

【本人の状況】

- 毎日、取組目標を行えており、呼吸時間も初回4～5秒程度であったが、2回目には8～9秒まで伸びた。
- 万歩計で歩数も記録できている（平均して2,000～3,000歩程度）。
- 設定した目標以外にも、「お風呂でこうやったら伸びるかなと思ってやってるの」といった発言や「また歌も練習しようかな」と前向きな発言もあり、取り戻したい生活の獲得に向けて意識した行動を行えている。

さらに1週間後

【本人の状況】

- 先週、友人と温泉旅行へ。旅館の舞台上で歌も歌ったが、久しぶりに歌ったから声が出にくかった。
- 万歩計はガラケー機能を使用。屋内では携帯電話を常備していないため、実際よりは歩数が多くなる。
- お風呂場や寝室で歌や口笛の練習をしている。

【セルフリハ】

- 歩数の目安を4,000歩（ガラケーで測定）に設定。ウォーキング時、腕を後ろに大きく振ること・早歩きをアドバイス。

さく★リハ セルフマネジメントシート

氏名	取り戻したい生活	その為にやるべきこと！			
	歩数新記録を歩き出し	背反力を付ける			
この目標(も)のために、自宅で！自分で！毎日コツコツ取り組むこと(=セルフマネジメント)					
目標回数	①	②	③	④	日記・感想
プラン内容	箱根	歌の練習	公園一周	スクワット	
11/27	0	X	0	0	歩数新記録を歩き出し
28	0	X	X/2	0	歌の練習
29	0	0	0	0	
30	0	0	0	0	歌の練習後1.5km
12/1	0	X	X	0	サロン
2	0	X	0	0	保健室 同僚の会
3	0	0	0	0	
本人・家族のコメント	スタッフからのメッセージ・アドバイス				

【セルフマネジメントシート】

さらに2週間後

【本人の状況】

- 駐車場で車を停めるときは少し遠いところに停めて歩くようにしている。
- 家事をしながらながら体操をしている。
- ハーモニカを久しぶりに出して弾いてみた（なかなか息が続かなかった）。
- 友人からカラオケの誘いがあったため、行ってみる。
- 電車で旅行に行きたい。



活動的な生活が健康につながることを十分に理解し、セルフマネジメントを行えるようになった
介入初期より改善がみられ、本人も夫も効果も実感。

つまずく前の生活に戻れることを実感！

【プレ訪問C ②】

【Bさん】	
年齢・性別	80代半ば・女性
要介護度区分	要支援2
家族情報	夫と2人暮らし
病歴	脊柱管狭窄症・坐骨神経痛（臀部から足先までしびれ・痛み）、心肥大（動悸、息切れ）
日常生活動作	【ADL】自立（床からの立ち上がりも可、トイレ・段差は手すり使用（住宅改修済み）） 【IADL】自立（夫の運転で買い物も実施）
生活状況	【自宅】主な家事（洗濯はハンガーがけまでは本人、物干しにかけるのは夫）、庭の手入れ 【趣味】散歩かな？（休憩しながら30分程度。夫が誘ってくれるので行く。）、庭の手入れかな？以前はご近所の方とのおしゃべりしたり交流があったが、今は会うことがなくなってしまった。
本人・家族の意向	【本人】腰から下のしびれと痛みがひどい、腰が疲れて立ってられない。散歩、洗濯、料理など楽に動けるようになりたい。近くにスーパーが建設中なので、開店したら行ってみたい。 【夫】一緒に散歩ができるようになったらいいね！

【リハ職同行訪問】

身体状況、動作能力を確認

- 脊柱（背骨）が右側に湾曲している。姿勢の悪化防止のため、体幹の伸展筋力、関節の可動性拡大が必要。
- 自分の体重を支えるとすぐに疲労感や筋肉痛が出てしまうため、座位や伏臥位の運動からはじめ、徐々にステップアップする方が負担が少なそう。

初回

- 腰を伸ばす運動（やや前傾姿勢で腰を伸び上げる、上げた後にリラックス）
- うつ伏せ運動（リラックスした状態で左右に腰を捻る）

伸びて緩めてを繰り返し、徐々に筋肉の動く範囲を拡大！



1週間後

【本人の状況など】

- 座位での伸び上がりは痛みが出てできないときがあるが、毎日運動し日記まで記入できている。
- 天気やその時の調子に合わせて量の調節もできている。
- 全体的な調子に大きな変化はないが、現メニューは少し余裕があり、負荷量を増やすことに。

【セルフリハ】

- 運動中の痛みは筋性疼痛で、筋に作用している。少ない数でちょっとずつ行うようにアドバイス。
- 玄関でステップ付きの手すりを使用して背筋を伸ばして荷重する運動・左下肢で昇段する運動を追加。

【初回るとき】



さらに1週間後

【本人の状況】

- 毎日意識的に取り組んでいるが、寒い日が増え、散歩の継続に不安を感じている。
- 大型スーパー内を何周も見て回り、半日がかりのいい運動を夫婦で実践。
- 立ち座りしやすいように、いす式のこたつを購入。

さらに2週間後

【本人の状況】

- 前回までの目標を継続できている。今まで1日1回実施だったが、2回実施できている日が増えた。
- 「背筋が伸びやすくなった」「動きやすくなった」と効果を実感。モチベーションも向上している。



【3回目るとき】

さらに3週間後

【本人の状況】

- プレ訪問Cの効果を「背筋が伸びやすくなった」と実感し、表情も明るい。
- シルバーカーのグリップの高さを夫に上げてもらい、上体を起こして歩けるようになった。
- 今まではPTが帰るときに見送りに来られなかったが、今回はスムーズに立ち上がり、玄関まで素早く移動できるようになった。
- セルフマネジメントの習慣が定着しており、動作能力の向上も見られている



【実施結果】

- ・ 訪問当初は、本人も「回復できる」「今より少しでも良くなる、できるようにになりたい」と、なかなか思えなかった。
- ・ でも、PTの訪問や家族等の一言がきっかけとなり、「もしかしたら?」「やってみようかな?」と思い、行動する力があつた。
- ・ 心の奥底では「良くなりたいな」と思っている、「でも、痛くて…」「疲れちゃって…」と二の足を踏んでしまう方も多かつた。だからこそ…、

支援者や家族が信じてあげることが、本人の力になる！支援者や家族の勇気づけ、動機づけが必要になる！

そして、まだ少人数だけど、プレ訪問Cを通して、

本人・家族だけでなく、包括・高齢課も、つまずく前の生活に戻れると思えた

→ さくら市でも、リエイブルメント支援できた！

少しだけ
不安が解消できた

ありがたい姿

つまずく前の生活に戻れると思える

現状

自分の悪い様態を見て、つまずく前の生活（元の暮らし）に戻れると思わない・知らない

真因

みんな不安だから（本人：暮らしていけない、専門職：手を離したら暮らしていけなくなる）

取り組むこと

さくら市全体でリエイブルメント支援をする
でも、高齢課と包括がマスターできていないものを、関係者（ケアマネや介護保険事業所など）にお願いできない！

**第1章 リエイブルメント支援をするときに関係する人たち（高齢課、包括、リハ職、SC）でまずやってみる
やって、実績を積む**

第2章 関係者（ケアマネや介護事業所）等にもリエイブルメント支援してもらえるようにアプローチする

17

2 実行プラン

【高齢課に】

アクティビティ どう働きかける

- ①【高齢課・包括が】
さくら市の目指すリエイブルメント支援の定義（方針）を定め、関係者（市役所内部）と共有する。
◆ 盛り込む内容：対象者像、目指す姿、各関係機関の役割 etc…
- ②【高齢課が】
市の現状説明と、リエイブルメント支援のための協力者づくり（関係機関への働きかけ）をする。

具体的方策・工夫

- R8.3までにポンチ図（A4・1枚）の作成
→資料を基にした勉強会・説明会の開催（課内→部内→市長）
- 高齢課職員（PT・1名）によるアセスメント同行・プレ訪問Cの機会の提供（R8.6までに月3ケース対応）
- R8.3までに自立支援型地域ケア会議の見直し（R8.4から新体制）

【地域包括支援センターに】

アクティビティ どう働きかける

- ①【高齢課・包括が】
さくら市の目指すリエイブルメント支援の定義（方針）を定め、関係者（包括）と共有する。
◆ 盛り込む内容：対象者像、目指す姿、各関係機関の役割 etc…
- ②【高齢課が】
リハ職（PT）と同行訪問・プレ訪問Cにより、本人の望む暮らしについてのアセスメントを支援する。
- ③【高齢課・包括が】
自立支援型地域ケア会議の見直し
- ④【SCが】
SCの活動について関係機関（包括）にPRする。
地域のサロンなどの社会資源の紹介。

具体的方策・工夫

- R8.3までに高齢課のポンチ図作成作業への協力、それを元にした説明会・勉強会の開催（説明者側）
- R8.6までに、新規で要支援認定を受け、包括に相談があつたすべてのケースについて、リエイブルメント支援の実践（各職員2ケース以上実践する）
- 包括定例会等での実践報告・事例共有
- R8.3までに自立支援型地域ケア会議の見直し（R8.4から新体制を目指し、先進地視察→実施方法検討→トライアル→変更のアナウンス）

18

【本人・家族に】

アクティビティ どう働きかける

- ①【高齢課・包括が】
介護予防やリエイブルメントについての周知をする。
● 複数の媒体（通知同封物、HP、広報紙など）を用いて、リエイブルメントの考え方を周知する。
- ②【高齢課・包括が】
窓口や相談を受けた際に、リエイブルメントの説明をする。
● 窓口に来庁した申請者（相談者）に対し、サービス利用の目的・理由とサービス利用で目指したい生活を聞く。
➢ 新規相談の際「デイサービスを使いたい」と言われたら「なぜですか？」と理由を聞いてみる。
➢ 交流目的でのサービス利用希望なら、サロン・通いの場を、リハビリ目的なら通所C、その他代替えできるサービスを紹介してみる。
➢ 新規で担当する方へ「元気になれます」「サービス卒業を目指しましょう」と言ってみる。
- ③【包括・リハ職・SCが】
リハ職と包括で、同行訪問する。
● 不安に思っている本人・家族に対しては、包括への相談や、リハ職の訪問を提案する。
➢ 以前の生活状況を聞き、リハ職に一度相談してみましよう！と言ってみる。
➢ 「回復・予防を意識したサービス利用を目指しましょう」とリハ職と一緒に本人・家族に説明する。
● 同行訪問等による回復の働きかけと、サービス終了後の生活の具体的な目標設定を支援する。

具体的方策・工夫

- R8.4～ 市HPの掲載内容の見直し
- R8.4～ 市広報紙への掲載
- R8.4～ 認定通知・65歳到達時等の同封物の見直し
- 社会資源に関するパンフレット等の提供
- フローチャートを活用した対象者把握に基づく相談対応
- 本人と社会資源のマッチング支援

19

【SCに】

アクティビティ どう働きかける

- ①【高齢課・包括が】
さくら市の目指すリエイブルメント支援の定義（方針）を定め、関係者（SC）と共有する。
◆ 盛り込む内容：対象者像、目指す姿、各関係機関の役割 etc…
- ②【高齢課が】
リエイブルメント支援とサービス卒業のための、SCの役割について説明する。
- ③【高齢課・SCが】
個別ケース支援等に積極的な参加を促し、社会資源のマッチング支援を強化する。

具体的方策・工夫

- ポンチ図（A4・1枚）を基にした勉強会・説明会の開催
- 地域ケア会議、包括定例会への出席
- 通C教室参加や同行訪問、サービス担当者会議等への出席
- 通いの場等の訪問
- 地域資源に関する情報収集（新規開拓）
- 通いの場などの団体紹介・日常生活圏域ごとのサロン情報等をまとめたパンフレット・マップの作成、それらのHPへの掲載

【リハ職に】

アクティビティ どう働きかける

- ①【高齢課・包括が】
さくら市の目指すリエイブルメント支援の定義（方針）を定め、関係者（リハ職）と共有する。
◆ 盛り込む内容：対象者像、目指す姿、各関係機関の役割 etc…
- ②【高齢課が】
通所Cの事業拡大（既存事業所の受け入れ人数拡大、新規委託事業所の開拓）の協力依頼。
- ③【高齢課が】
アセスメント時の同行訪問の協力依頼（地域リハ事業の活用）。

具体的方策・工夫

- リハ職（本人＋所属事業所）対象とした説明会・意見交換会の開催（必要に応じて個別訪問）
- 通所C・アセスメント同行訪問の見学の機会の提供

20

3 次なる改善のための方策

誰が	初期アウトカム 働きかけた相手の望ましい変化	モニタリング方法 次なる改善につなげるため、左記変化を確認する方策
高齢課が	<p>① さくら市の目指すリエイブルメント支援について、関係者と認識の共有ができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● さくら市のリエイブルメント支援について定義が決まる。 <p>● コアメンバーが、リエイブルメントについて、同じ内容で説明できる。</p>	<p>⇨ 窓口・相談の場で本人・家族に伝えている内容が、他の職員が聞いても「自分もそう伝える。」と思える</p> <p>⇨ 包括定例会で、リエイブルメントの考え方に基づく発言が聞かれる</p>
包括が	<p>① さくら市の目指すリエイブルメント支援について、認識が共有できる。</p> <p>包括職員が、リエイブルメント支援について、同じ内容で説明できる。</p> <p>② 包括が対象者の整理をできる。</p> <p>リハ職の同行訪問必要性が判断できる。</p> <p>リエイブルメントプランが作成できる。(明確な目標と卒業時期の設定)</p> <p>③ 包括が「事例提供してみたい」と思う。</p> <p>④・⑤ 包括がインフォーマルサービスをもっと知りたいと思い、自分で調べたり、SCへ相談するようになる。</p>	<p>⇨ 窓口・相談の場で本人・家族に伝えている内容が、他の職員が聞いても「自分もそう伝える。」と思える</p> <p>⇨ SCへの相談件数</p>

21

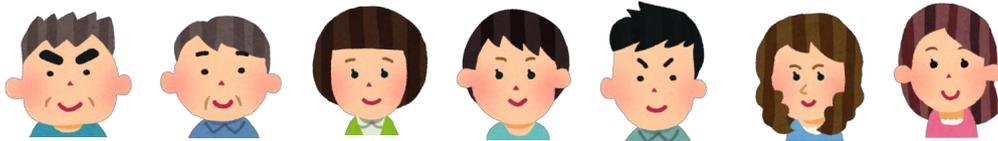
誰が	初期アウトカム 働きかけた相手の望ましい変化	モニタリング方法 次なる改善につなげるため、左記変化を確認する方策
本人・家族が	<p>① さくら市のリエイブルメント支援について説明を受けた（HP等を見た）人から反応がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本人・家族から「自分（家族）も回復できるだろうか、利用できるメニューはあるだろうか」と質問・相談がある。 ● 「詳しい話を聞きたい」と包括に問い合わせがくる。 <p>②・③ 関係者の支援（声掛け・励まし等）で、「できるかな、やってみようかな」と思う。回復のイメージが持てる。</p> <p>通いの場などの提案された資源の利用に興味を持つ（詳細の問合せ・見学相談など）。</p>	<p>⇨ 窓口来庁者や出張PU参加者に声掛けて確認（例：広報紙を読んだか、など）</p> <p>⇨ 相談件数</p> <p>⇨ 同行訪問・プレ訪問Cの参加者数</p> <p>⇨ マッチング提案の件数</p>
SCが	<p>①・② さくら市の目指すリエイブルメント支援について、認識が共有できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● SCが、リエイブルメント支援について、高齢課職員と同じ内容で説明できる。 ● SCとしてできることを想像する。 ● 過去のケースを振り返って、「この人だったらリエイブルメント支援の対象になったかも」と考える。 <p>③ SC 1人につき1ケース以上、個別のマッチング支援を試みる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● パワーアップ教室（通所C）の卒業時の支援などで、提案した社会資源について見学等の相談がくる。 	<p>⇨ 窓口・相談の場で本人・家族に伝えている内容が、他の職員が聞いても「自分もそう伝える。」と思える</p> <p>⇨ リエイブルメントについての相談等が、SCからコアメンバーに相談がくる</p> <p>⇨ SCがマッチング提案をしたケースに同行した件数</p>
リハ職	<p>① さくら市の現状と、市が目指すリエイブルメント支援について、リハ職本人・事業所と認識が共有できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 賛同が得られる。 <p>● 同行訪問・通所Cに関する具体的な質問が出る。</p> <p>● 見学してみたいという希望が出る。</p>	<p>⇨ 直接、説明を聞いたリハ職に感想を聞く、説明会でアンケートを取る</p> <p>⇨ 問い合わせ件数</p> <p>⇨ 見学希望者数</p>

22

4 振り返り (全体)

【参加後の変化など】

- 悪いところに目がいきがちだったけれど、本人の良いところ・できるところを意識するようになった
- 事実を集めて、事実で話すために、薪拾いをするようになった
- 巻き込まれ感やらされ感から、自分たちがやるんだという覚悟を持てた
- なかなか簡単に不安は払拭できないけれど、そのためのアクションは色々ある
- 関係者間で話すこと、関係機関とのコミュニケーションの重要性
- 決断は市がする、ついて来て！と言うのも市
- 深掘りすることで自分でも気付いていなかった問題に気付くことができた
- お互いに声かけするようになり、訪問の後などに「どうだった？」と聞き合うようにもなった
- なんでこうなんだろう？と考え、薪を拾いに行くクセがついた
- リエイブルメント支援をして良かったケースの話を聞いて、みんな嬉しくなった
- またリエイブルメントをやってみようと思うようになった



23

4 振り返り (高齢課)

「なぜなぜ？と考えること」「こうなって欲しいと具体的にイメージすること」が身に付いた！半年前の私では、考えられなかった。そして、この考え方をみんなと共有できるので、楽しいと思った♪

何をすべきかわからないけれど、「何かしたい・同じ方向を見たい」というふわっとした考えのまま参加したアジャイルPG、半年間はあっという間でした。メンタリングではズバリ指摘されて、課題感や打ち手ばかりで、何も考えてなかったことに気付かされ、他市町の立派さに落ち込みました。でもPGを通して、なんでだろうと深掘りするようになり、さくら市のなりたい姿も具体的に考えられるようになりました。印象的なのは、最終的には市が決断をするんだと言っていたことです。途中まで順調だったのが、まさかの展開になったとき、さくら市のメンバー全員で取り組んでいると意識づけたくて、あえて「みんな」という言葉を何度も使いました。でも、「みんな」を大切にせずぎてもだめなんだと学びました。とても良い経験になったと思います。自分たちがロジックモデルをつくれると思わなかったので嬉しいです。まだまだ荒削りですが、これから実践しながら育てていきます。

真因の整理がつき、点で行っていた各事業が線や面で繋がっていることを強く感じました。それと同時に、方向性が真因に向かっていない事業も見えてきた気がします。また、チームで同じ方向をみて取り組んでいる感覚があり、モチベーションも高まりました。

職員から「アジャイル型プログラムに参加して地域支援事業を見直したい」という要望があり、参加したところですが、当初は理解が出来ず、また職員間の考え方が異なったため、精神的に疲れました。しかし、メンターさん（特に同じ自治体職員である松本課長のリーダーシップ）やパートナーさんのフォローにより、職員が諦めずに前進できたことは良かったと思います。

アジャイルを通して、深く考える方法を学ぶことができました（なぜなぜ、薪を集める・・・）。チームで対話することで、新しい考えが生まれ、具体化されていき、対話することの大切さを強く感じるようになりました。

半年間、考える作業をすごく濃密に行なったと思います。考えて、話して、手を動かして、他の自治体を見て焦ったりないものねだりをしたり落ち込んだり・・・プログラムについていくのは大変でしたが、これから自分たちでこれを続けていくのはもっと大変そうなので、頑張らないと思っています。メンターの先生方の支援のありがたさと思うと、「なぜ高齢者がフォーマルサービスを卒業したらないか」身をもって実感しています（笑）。

アジャイルPGを通じて、これまで以上に積極的に薪（情報）を集めるようになり、課内のいたるところで、その薪を基に議論をしている姿が多く見られるようになりました。「なぜなぜ」「真因」「ツルツル」「ザラザラ」等は課内の公用語になりつつあります。

24

4 振り返り (地域包括支援センター)

市との距離感が縮まった。ここま
で本音でぶつかることは無かった
ように思う。

これまでは改善というよりも維持
を目的としたアプローチが中心で
あった。今回、参加し、改善可能
性のある方に対しては、リエイ
ブルメント支援を行っていくように
意識するようになった。

2025年、2040年問題について危機
感が強くなった。このままでは財
源も人員も不足し、破綻してしま
う。

初回の面接時に頭の片隅に置きな
がら考えるようになった。

包括の雰囲気は悪くない。話し合
いや苦楽を共にしているので、意
識の統一は出来ると思う。

市、包括、市民、事業所が同じ方
向を目指していかなければいけな
いが、ロジックモデルを活用して
いく事で、(具体的に誰が、何を、
どのように、期間は?) うまく進
めていけそうである。

プレのPTと同行訪問したことで、
その人の今後がイメージしやす
くなった。

職員間でも、やらなければいけ
ないと思いと、うまくできるのか不安
であるという葛藤はあるが、現状
で対象者に対する自立支援に向
けたアプローチを一人ひとりして
いくという意識は持っている。

- ・できないことや疾患を見るこ
とも大事だと思うが、その人ので
ることや背景を知ることがアセス
メントしていくうえで大事だと思
う。
- ・具体的な目標を利用者と共有
するようになった。

- ・「利用者自身が自分の体と向き
合い、自分の体にもう一度自信を
持ち、社会参加できるように支援
すること」を意識して対応してい
こうと思うようになった。

ALPがもっと普及すればいいと
思った。

- ・自身の取り組みとしてはまだまだだが、リエイ
ブルメントを意識するようになった。
- ・真因を探っていくと、自分自身の意識が要因と
気づかされた。
- ・リエイブルメントを意識して、高齢者やケアマ
ネージャーや包括内外の事業所職員などに話すよう
になった。(昨年5、6月くらいにリエイブルメ
ントという単語を聞いてもピンとこなかった)
- ・部署が違うメンバー同士が目標に向かって進む
ということが体現できた。
- ・これが今後も継続して、包括・行政以外の部署
とも連携して進めていってほしいと思う。さくら
市は社会資源(人・団体など)がいろいろあるか
ら、さらに連携が進むと良いと思っている。

- ・新しい取り組みなので、一朝一夕に好結果が得
られるとは思えないが、まずはやってみようとい
う気持ちになった。
- ・リエイブルメントを意識した。介護保険サー
ビスの利用だけではないと思うようになった
- ・今後やるべきことがわかり、やってみようとい
う気持ちになる。同じ目標に向かって進んでい
こうという意欲が出てきた。

- ・改善できる可能性を支援者としてあきらめては
いけないと改めて気づき、利用者に声掛けを行
うようになった。
- ・包括内での情報共有でリエイブルメントを意識
した会話がされるようになった。

25

課題仮説	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト	
課題仮説	誰に	どう働きかける	実施結果	相手はどう変化する(まず誰がどうなって、その結果本人(高齢者等)がどうなる	ありたい姿	
<p>現状</p> <p>さくら市の自立支援が うまくいっていない</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 申請(サービス利用の相談)の時点で、本人・家族が「利用したい」というと、本当ならサービスでなくていいかもしれないケースも、サービス利用につなげてしまう。⇒家族が心配し過ぎている・包括やケアマネが家族のプレッシャーに負けてしまう。 ➢ 一度、サービス利用につなげた人は、サービスを利用することが当たり前になってしまっている。⇒初回申請時から状態が回復していたとしても、サービスの利用を見直すことができない。⇒利用開始時に「回復する(できる)」「回復出来たら卒業」と伝えずにスタートしている。サービス卒業するのは、本人も家族も不安になる。 ➢ デイサービスに行く(つなげる)ことがゴールになってしまっている。 ➢ 要支援認定を受けた高齢者の割合の増加が、高齢化率の増加を大きく上回っている。⇒早期に必要な支援につなげることが出来ないことではないけれど、つなげたい目的(回復)が目指されていない場合がある。 ➢ 地域支援事業(一般介護予防事業、一般会計での高齢者福祉関連事業を様々な展開しているが、必ずしも介護予防(認定者数や給付費額の抑制という目に見える成果)につながっていない。 <p>◀真因は次ページへ▶</p>	<p>高齢者</p> <p>包括</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① さくら市の目指すリエイブルメント支援の定義(方針)を定め、関係者(市役所内部)と共有する。【高齢課・包括】 ◆盛り込む内容: 対象者像、目指す姿、各関係機関の役割 etc... ② 市の現状説明と、リエイブルメント支援のための協力者づくり(関係機関への働きかけ)をする。【高齢課】 ③ リエイブルメント支援を含む市総合事業実施体制の見直し準備【高齢課】 ➢ トライアル実施を含む課内体制の確保 ➢ 予算の確認 ➢ 要綱等の見直し(従来型と緩和型を、新ガイドラインに沿った形にする。) 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ R7.12開催の集団指導でのアナウンス ➢ R8.3までにボンチ図(A4・1枚)の作成→資料を基にした勉強会・説明会の開催(課内→部内→市長) ➢ 高齢課職員(PT・1名)によるアセスメント同行・プレ訪問Cの機会の提供 ➢ R8.6までに月3ケース対応 ➢ R8.3までに自立支援型地域ケア会議の見直し(R8.4から新体制) ➢ 説明会・同行訪問等の状況から想定事業規模を設定→参考仕様書の作成→見積依頼 	<ol style="list-style-type: none"> ① さくら市の目指すリエイブルメント支援について、関係者と認識の共有ができる。 ➢ さくら市のリエイブルメント支援について定義が決まる。 ➢ コメンタリーが、リエイブルメントについて、同じ内容で説明できる。 ② 市の働きかけに対し、肯定的な反応を示してくれる。 ➢ 説明会の参加や訪問の受入をしてくれる。 ➢ 市の現状とこれからの取組(リエイブルメント支援)について理解し、興味を示してくれる。 	<p>相談に来る本人・家族から、市のリエイブルメント支援の取組について、「やっている(やったことのある)人の話を聞いたことがある(または知っている)」という声がかかれる。</p> <p>➢ 周知・相談のためのツールを適切に使用し、対応できる。</p> <p>➢ 市職員(PT)による包括職員との同行訪問やプレ訪問Cの実施を通じて得た経験から、「要支援認定状態から、回復できる(そういうケースがある)」と言える。</p> <p>➢ 市高齢課・包括が成功体験を積み、好事例について共有できる。</p>	<p>高齢課が、リエイブルメント当たり前に支援ができる</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 周知体制の確立(説明資料、HP等による広報)が行われ、1号保険者とその家族に対し、市のリエイブルメント支援の実施に関する情報へのアクセスが容易に行える状態になっている。 ➢ 包括がリエイブルメント支援を実施するために必要な資源(同行訪問・通所Cに協力してくれるリハ職・実施場所)が確保できている。 ➢ 入口(申請・相談受付時)と出口(リエイブルメント支援終了後の生活のための支援体制)の両方の必要性が、関係者間で共有されている。 <p>包括が、当たり前にリエイブルメント支援ができる</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 相談(申請相談、認定後のアセスメント)対応時に、介護保険利用の目的と、リエイブルメントについての説明が、本人・家族に対して当たり前に行われている。 ➢ 新規の要支援認定者については、原則、包括がプラン作成を担当する。 ➢ サービス利用が「元の生活に戻る(近く)ための手段」と理解し、説明できる。 ➢ 本人・家族の表面上の希望だけでなく、真に望む暮らしを聞き出す(本音・意欲を引き出す)アセスメントができ、関係機関と協力して多様な選択肢を提示できる。

仮説 課題仮説	インプット 誰に	アクティビティ どう働きかける	アウトプット 実施結果	アウトカム 相手はどう変化する(まず誰がどうなって、その結果本人(高齢者等)がどうなる)	インパクト ありたい姿	
<p>《現状は前ページに》</p> <p>真因 みんな不安！！</p> <p>➢「サービスを使っているから“維持”できている」と思っているのに、一度利用し始めたサービスを終了(減量)することは、本人も家族も包括も事業所も不安 ⇒回復できるなんて信じられない!</p> <p>➢一度専門職(サービス)につなげたケースが、専門職の手から離れる(サービスを使わなくなる)ことは不安。</p> <p>➢本人の持っている能力・望む暮らしを思えば、サービス以外の多様な選択肢があるはずなのに、できないことが目を見て、「お世話型」のプランになってしまっている。</p> <p>➢本人・家族のネガティブな言動に抗って「回復を目指しましょう」と言い続けたり、サービス以外の選択肢を提案したりするのは、自傷もない不安。</p> <p>➢本人の「望む暮らし」についての十分なアセスメント(本音・意欲を引き出す)ができていない。</p>	本人・家族	<p>①介護予防やリエイブルメントについての周知をする。【高齢課・包括】</p> <p>➢複数の媒体(通知同封物、HP、広報紙など)を用いて、リエイブルメントの考え方を周知する。</p> <p>②窓口や相談を受けた際に、リエイブルメントの説明をする。【高齢課・包括】</p> <p>➢窓口に来庁した申請者(相談者)に対し、サービス利用の目的・理由とサービス利用で目指したい生活を聞く。</p> <p>・新規相談の際「デイサービスを使いたい」と言われたら「なぜですか?」と理由を聞いてみる。</p> <p>・交流目的でのサービス利用希望なら、サロン・通いの場を、リハビリ目的なら通所C、その他代替えできるサービスを紹介してみる。</p> <p>・新規で担当する方へ「元気になります」「サービス卒業を目指しましょう」と言ってみる。</p> <p>③リハ職と包括で、同行訪問する。【包括・リハ職・SC】</p> <p>➢不安に思っている本人・家族に対しては、包括への相談や、リハ職の訪問を提案する。</p> <p>・以前の生活状況を聞き、リハ職に一度相談してみましょう!と言ってみる。</p> <p>・「回復・予防を意識したサービス利用を目指しましょう」とリハ職と一緒に本人・家族に説明する。</p> <p>➢同行訪問等による回復の働きかけと、サービス終了後の生活の具体的な目標設定を支援する。</p>	<p>➢R8.4～ 市HPの掲載内容の見直し</p> <p>➢R8.4～ 市広報紙への掲載</p> <p>➢R8.4～ 認定通知・65歳到達時等の同封物の見直し</p> <p>➢社会資源に関するパンフレット等の提供</p> <p>➢フローチャートを活用した対象者把握に基づく相談対応</p> <p>➢本人と社会資源のマッチング支援</p>	<p>① さくら市のリエイブルメント支援について説明を受けた(HP等を見た)人から反応がある。</p> <p>➢ 本人・家族から「自分(家族)も回復できるだろうか、利用できるメニューはあるだろうか」と質問・相談がある。</p> <p>➢ 「詳しい話を聞きたい」と包括に問い合わせがくる。</p> <p>②・③関係者の支援(声掛け・助申し等)で、「できるかな、やってみようかな」と思う。回復のイメージが持てる。</p> <p>➢ 通いの場などの提案された資源の利用に興味を持つ(詳細問合せ・見学相談など)。</p>	<p>➢ 本人や家族が、自立や回復に向かうことが選択肢に入る。</p> <p>➢ 本人・家族から「元気になりたい(なってほしい)!!」「サービス卒業を目指したい(目指してほしい)!!」と相談がくる。</p> <p>➢ インフォーマルサービスをもっと知りたいと思ひ、SCへの相談・問い合わせが増える。</p>	本人・家族が、不安が軽減され、ポジティブな考えや行動・発言がみられる。 <p>➢ サービスが「元の生活に戻る(近づく)ための手段」と理解して利用できる。</p> <p>➢ 元気になったら「卒業しても大丈夫」と言える。</p> <p>➢ 保険サービスだけでなく多様な選択肢から、サービス等を利用しないことを含めて、主体的に選択できる。</p>

つまづく前の状態に戻れると思える

仮説 課題仮説	インプット 誰に	アクティビティ どう働きかける	アウトプット 実施結果	アウトカム 相手はどう変化する(まず誰がどうなって、その結果本人(高齢者等)がどうなる)	インパクト ありたい姿	
<p>《真因続き》</p> <p>➢ケアマネや事業所が理解・協力・実施してくれるのが不安だし、反発されるのはもっと不安。</p> <p>➢本人・家族へリエイブルメント支援をするためには、関係者の理解と協力が不可欠だが、前述の様々な不安から「お世話型」サービスになり、サービス卒業もできていない状況で、どこまで理解・協力してもらえないかがわからない。</p> <p>➢反発されたときに、自分たちが相手を説得できる自信がない。</p> <p>《現状は1ページに》 《真因は2ページに》</p>	SC	<p>①さくら市の目指すリエイブルメント支援の定義(方針)を定め、関係者(SC)と共有する。【高齢課・包括】</p> <p>◆盛り込む内容:対象者像、目指す姿、各関係機関の役割 etc...</p> <p>②リエイブルメント支援とサービス卒業のための、SCの役割について説明する。【高齢課】</p> <p>③個別ケース支援等に積極的な参加を促し、社会資源のマッチング支援を強化する。【高齢課・SC】</p>	<p>➢ ボンチ図(A4・1枚)を基にした勉強会・説明会の開催</p> <p>➢ 地域ケア会議、包括定例会への出席</p> <p>➢ 通C教室参加や同行訪問、サービス担当者会議等への出席</p> <p>➢ 通いの場等の訪問</p> <p>➢ 地域資源に関する情報収集(新規開拓)</p> <p>➢ 通いの場などの団体紹介・日常生活圏域ごとのサロン情報等をまとめたパンフレット・マップの作成、それらのHPへの掲載</p>	<p>①・②さくら市の目指すリエイブルメント支援について、認識が共有できる。</p> <p>➢ SCが、リエイブルメント支援について、高齢課職員と同じ内容で説明できる。</p> <p>➢ SCとしてできることを想像する。</p> <p>➢ 過去のケースを振り返って、「この人だったらリエイブルメント支援の対象になったかも」と考える。</p> <p>③ SC1人につき1ケース以上、個別のマッチング支援を試みる。</p> <p>➢ PUの卒業時の支援などで、提案した社会資源について見学等の相談がくる</p>	<p>➢ SCが1人は在席しているように動員調整する。</p> <p>➢ 出席した会議等での発言(資源の紹介、マッチング提案)が増える。</p> <p>➢ 資源探しをしてみようと考え、外へ出ていく回数が増える。</p>	SCが自発的に関係機関(包括、ケアマネ、サロン等)と連携を密にとるようになる。 <p>➢ 社会資源の必要性が関係者と共有され、リエイブルメント支援にあたってサロン等ができることや現在抱える課題が整理される。</p>
	リハ職	<p>①さくら市の目指すリエイブルメント支援の定義(方針)を定め、関係者(リハ職)と共有する。【高齢課・包括】</p> <p>◆盛り込む内容:対象者像、目指す姿、各関係機関に求める役割 etc...</p> <p>②通所Cの事業拡大(既存事業所の受け入れ人数拡大、新規委託事業所の開拓)の協力依頼。【高齢課】</p> <p>③アセスメント時の同行訪問の協力依頼(地域リハ事業の活用)。【高齢課】</p>	<p>➢ リハ職(本人+所属事業所)対象とした説明会・意見交換会の開催(必要に応じて個別訪問)</p> <p>➢ 通所C・アセスメント同行訪問の見学の機会の提供</p>	<p>さくら市の現状と、市が目指すリエイブルメント支援について、リハ職本人・事業所と認識が共有できる。</p> <p>➢ 賛同が得られる。</p> <p>➢ 同行訪問・通所Cに関する具体的な質問が出る。</p> <p>➢ 見学してみたいという希望が出る。</p>	<p>➢ 協力リハ職が、2人以上出てくる。</p> <p>➢ 事業所が、リハ職派遣を理解してくれる。</p> <p>➢ 高齢課とリハ職・所属事業所の連携が密になる。</p>	本人・事業所が、リハ職と協働して課題を解決できる。

つまづく前の状態に戻れると思える