



地域の高齢者を孤立させない お互い様の暮らしを叶える 地域づくりに挑戦！

2024年2月14日

北海道深川市 鎌塚 聡子

深川市



こめっち

ふかにん



ライパーくん

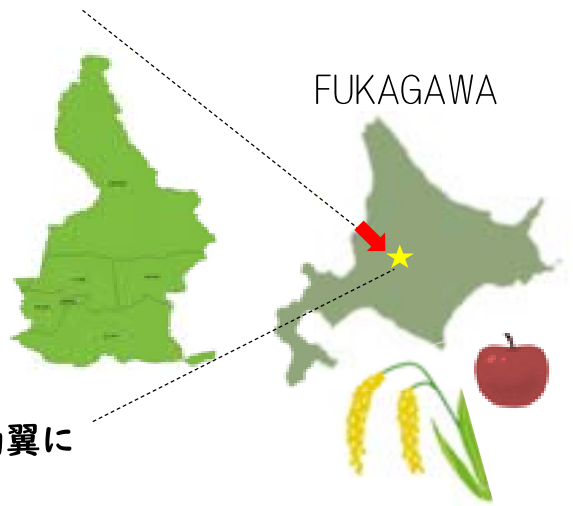


分類	所属	部署名	役職・職種	氏名	チームの特徴
チーム メンバー	深川市	高齢者支援課 介護予防係	係長（保健師）	鎌塚 聡子	<p>深川市のチームは係を中心とした黒一点メンバーで構成された“チーム鎌塚”です。地域住民の顔がみえるからこそ、チームリーダーから湧き出てくる「こんなことやあんなことがやりたい！」がたくさんつまったロジックモデルとなりました。また、本プログラムへの参加を通して高いポテンシャルを持ったチームメンバーの感度が高まり、チーム内で気兼ねなく意見を出し合い全員参加で取り組んでいます。</p>
			主査（事務）	茂野 哲也	
			主査（管理栄養士）	末岡 幸	
			主任（保健師）	及川 詩織	
			保健師	野原 明穂	
			保健師	大貫 友梨	
			保健師	三嶋 美喜子	
	SC	三好 真美			
深川市社会福祉協議会	SC	加藤 篤子			

深川市

場所・大きさ・特徴

北海道のほぼ中央に位置し、面積は約530平方km、東西22km、南北47kmの縦長のまち。北部から南に雨竜川が、南部には、北海道第一の長流石狩川が貫流しています。この両河川を中心に両翼に開ける平地に市街地と水田、畑が形成されています。



FUKAGAWA

人口

18,761人 (令和5年12月末時点)

高齢化率 約43.4%

特産品

おこめ りんご 黒米 そば



参加した動機



深川市では急速な少子高齢化・人口減少
近い将来フォーマルサービスだけでは住民を支えきれない可能性も

「人にやさしい
まちづくり」



深川市 田中昌幸市長

お互いさまの関係ができ、住民が誰一人として取り残されることなく、住み慣れた場所で安心して暮らせるまちを作りたい

住み慣れた場所で安心して暮らすためには市民の困りごとに対応する生活支援のしくみが必要なのは・・・

除雪や移動支援、買い物支援などの困りごとに対応できる住民主体の生活支援の支えあいのしくみを作りたい！

モデル地区への働きかけ

来てくれてありがたい…!!!!



ニーズ調査で地域の顔見知りの方やコミセンの管理人さんや集いの場や介護予防事業参加者から情報収集

→調査の中で複数から要望のあった運動体験会を行う

あけぼのをモデル地区として選定→協力依頼

地域に出向いたことを喜んでいただいた!



- ・あけぼの町内会役員に支えあい活動の取り組みを広げたいと役員会に出向いた
- ・あけぼの地域のみなさんに向けた支え合いの研修会の開催を相談



- ・やれることは町内会でやっているこれ以上何をすればいいんだろう?
- ・人のために活動したいという人はどれくらいいるのだろうか…



取り組みに賛同していただけたと思ったが期待した反応とは違った…



5

私たちが考えていた反応と違ったことを振り返り…

【役員一人一人にあらためてお話をさせていただき、気づいたこと】



- ・研修会や座談会という手段を先に伝えてしまい、どうしてやりたいと考えたのか、今の町内会の取り組み状況に合わせて伝えられていなかった
- ・地域福祉については、町内会でも役割としてやらなければと、さまざま取り組みを継続してきており、できることはやっているという役員の思い
- ・私たちがニーズ調査で聴いた『地域や自分のために、自分のできる範囲のことは取り組んでみたい』という地域のみなさんのお声を伝えられていなかった(元民生委員さんの思い、グループでやってみたいことなど)

チームの目指すもの、思いをお伝えしたら…



町内会でも目指していることは一緒一緒に取り組もうという姿勢に感謝個人のできる範囲で協力したい

それぞれの立場でできることや研修会の周知に協力してくれた

お互い様の暮らしを考える研修会



自分の助けで少しでもためになることがあったらぜひやりたいです。

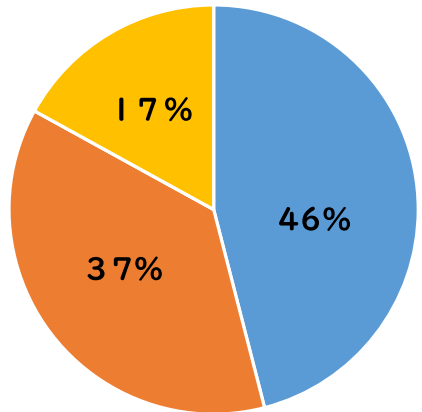
目指す姿の共有に手ごたえあり

これから少しでも支えあいの取り組みに関心を持ちたいです。

研修会の内容は地域の実情に合うように、地域の方等のお声を取り入れた

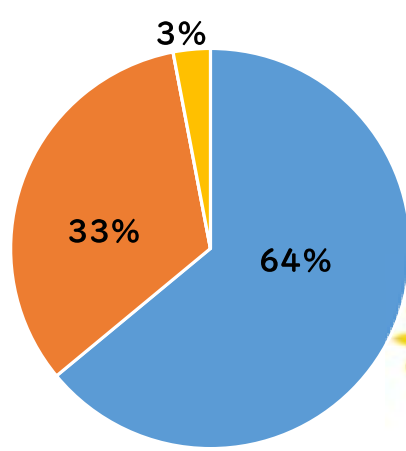
お互い様の暮らしを考える研修会の結果

自分のできることや興味のあることでそれを活かせる取り組みがあれば参加したいですか



■ 参加したい ■ 時期によって参加 ■ したくない ■ 未回答

今後、講座等があれば参加したいですか



■ 参加したい ■ 時期によって参加 ■ したくない ■ 未回答

手ごたえあり!



自分たちが困りごとのハードルを上げていた

これまで考えていたこと

- ・ ニーズ調査で聞き取った困りごと…除雪、買物や受診の移動支援、草取りなど
- ・ 住民中心の支えあい活動の仕組みづくりをイメージ
- ・ 個別で活動できそうな人の顔は浮かんでいる



💡気が付いたこと

- ・ 住民の困りごとには、神棚おろし、漬物樽の移動、ズボンのゴム通しなどすぐに解決できそうな困りごとにもたくさん聞かれていた
- ・ 住民の「やりたい・できる」の発信はキャッチしていたのに、大きな課題に着目しコーディネートも住民同士と考えていて、実践にはつながらなかった
- ・ 困りごとのある人でも、内容によってはお手伝いする側になれる

住民から行動してくれることを待っていたが、一緒に取り組んでみよう！
ちょっとした困りごとは直ぐにでもお願いできそうという手ごたえ！
まずは地域の人と実践してみよう！



9

具体的な困りごとを聞いてみた



友の会(小集団)



シルバークラブ



さくらの会(自主グループ)

ちょっとした困りごと

網戸外し
草取り
手が届かないところの掃除等



聴き取りの中で住民の「これならできる」の想いも知れた!

いざ
実践①

住民の
「これならできる」
の発信をキャッチ

まずは
やってみよう!

すべては
網戸はずしから
始まった!!



おやすいごよう!!

困っていること
に気付かない
でいた。
今度は声かけ
て~!

夢のよう・・・!!!

複数人 での草取り



13

一人でやるのは大変だけど
みんなでやると負担が少なく
楽しくできた!

解決すると思ったら安心できた。
今日は、みなさんありがとう!

手が届かない 場所の掃除



15

私にできることが
あって良かった!
私もこんなふうに将来
助けてもらえると心強い。

今度景品が当たる町内会の
行事には私も参加するので
お誘いに来ます!

これから町内で見かけ
たら、また頭を下げて
お礼を伝えたいです。

コーディネートする上で工夫したこと

コーディネートの実践をする際に気を付けたこと

- ・近所の人だと言いつらい、知られたくないことがある
- ・男性、女性など性別なども考慮がいる
- ・1人では負担の大きい作業がある
- ・ハチの駆除など、専門性の高いものを頼まれたときは適切な関係機関につなぐ
- ・お手伝いできる人に完璧な作業は求めない



みんなの反応から

実践してわかった「コーディネートに必要な機能」

- ・1人の人に負担がかからないようにいろんな人に割り当てる
- ・1人で負担になることはみんなでする
- ・できる範囲の活動で解決できないことは適切な関係機関等を紹介する
- ・支えあいにはプロではないことを理解してもらう働きかけが必要
- ・お互いの生活状況や性格の相性を考えながら、丁寧に縁結びする
- ・住民任せにするのではなく、行政と共に行っているという安心感が必要

17

令和6年 team鎌塚のやることリスト



時期	内容	評価ポイント
<input checked="" type="checkbox"/> 2月～	困りごと聞き取り用紙(困りごと具体例一覧)の見直し SCの紹介(相談窓口)の周知チラシ作成 お試し実践の積み重ね	お試し実践の感想や意見を聞き実践する方法を検討
<input type="checkbox"/> 5月頃	ざだん集会inあけぼの「杖をついてもできることがある」開催(お楽しみ抽選付き)	広く支えあい活動を知ってもらうために、活動の実践結果を報告アンケートや聞き取りで評価
<input type="checkbox"/> 6月頃	あけぼの地区ご近助サポーター養成講座の開催	支えあい活動を実施するうえでの心得を伝える。お手伝いしてくれる方の登録人数を評価
<input type="checkbox"/> 8月頃	地域の夏祭りに参加	地域のイベントに足を運び、地域の多世代の参加状況や市が協力できそうなことを把握
<input type="checkbox"/> 9月頃	多世代活動プロジェクト(未定)	これまで聞き取った内容から住民と協力しあって今後発展につながりそうなことを企画

実行プラン

R6年5月予定



第1弾

ざだん集会在あけぼの
【杖をついてもできることがある】

目的

支えあい活動のお試し実践報告。無理のない範囲の支えあい活動について意見交換し、支えあいを自分事として捉えることができる

わくわくも大事!
おたのしみ抽選会付き



目指す望ましい変化

お手伝い できる人



- ・他の人と自分が同じ思いだった。仲間がいれば自分にもできそう
- ・自分の無理のない範囲なら、ちょっとした困りごとの対応ができそう
- ・支えあい活動が広がれば、数年後に自分が困った時も安心
- ・改めて、あけぼの地区の人同士の繋がりを実感

困りごと のある人



- ・生活の中のちょっとした困りごとを人に相談していいことがわかった
- ・直接は人をお願いしづらいが、市が間に入っていると安心
- ・気兼ねなくお願いできる
- ・改めて、あけぼの地区の人同士の繋がりを実感

19

実行プラン

R6年6月予定



第2弾

あけぼの地区
ご近助サポーター養成講座

目的

支えあい活動に必要な心得を確認。支えあい活動をイメージでき、意見交換を通して実際に支えあい活動を実践するための一員となる

目指す望ましい変化

お手伝い できる人



- ・自分にできることがあれば対応できるので何かあれば声をかけて欲しい
- ・自分が対応できなくても他者が対応すると聞けば安心して一員になれる
- ・〇〇さんであれば、ふだん付きあいの中で困りごとがないか声かけできる
- ・「自分の班の範囲であれば」「徒歩圏内であれば」「普段通る道の人であれば」「あけぼの地区であれば」…対応できるので私でよければ声をかけて欲しい
- ・今は、忙しいため対応できないけど活動に興味はあるから一員になっておきたい

10

20

支え合い活動を深める

あけぼの地区

地域に出向き、住民とつながり続け
その後の変化を受け止める

対象者

町内会・民生委員等地域の活動者
支えあい活動お試し実践者
グループインタビューに協力いただいた集いの場参加者

内容

- ・あけぼの地区で実施されている支えあい活動についての思いを聴く
- ・時間が経過し、改めてそれぞれが感じていることを聞き取り、その後の変化を受け止める
- ・実践しながら改善できることがないか共に考える

目指す望ましい変化

住民からアイデアや改善点・気づき・意見が聞かれ、
やってみたい活動を共に考えられる



21

支えあい活動を全市的に広げる

高齢者に関わる 専門職

目指す姿の共有
困りごと収集の協力依頼



内容

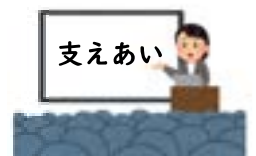
- ・モデル地区で行ってきた支えあい活動の取り組みについて、地域ケア会議等の機会に伝える
- ・事例検討を通して専門職からもちょっとした困りごとについて相談が集まるような働きかけを行う

目指す望ましい変化

支援している高齢者のちょっとした困りごとについての相談が入る

全市民

お試し実践の結果を
住民に伝える



内容

モデル地区で行ってきた支えあい活動の取り組みについて、
市広報や地域の健康教育の機会に伝える

目指す望ましい変化

取り組みの話を知りたい・見学したいという声が聞かれ、
自分の地域でも支えあい活動の取り組みを広げるための相談が入る

22

振り返り (チームや個人に起きた変化)

チームメンバーとの共有

- ・目指す姿や現状や、住民との対応からの手ごたえや望ましい変化の過程を言葉で伝えられ、話し合えるようになった
- ・これまで、共有しきれなかった事業や訪問活動等の望ましい変化のイメージがチームで共有できた
- ・半年前から比べると、チームメンバーの感度が上がり積極的に考えを発信し、行動するようになってチーム力がパワーアップした

目指す姿を共有する！

それは関係者も地域住民の方も一緒

- ・目指す姿を共有することにより、これまで参加者だった住民が協力者となって、その方々が気づいたことやアイデアを教えてもらい可能性がひろがった
- ・住民任せにせず一緒に取り組むことで、何のためにやっているのかを共に考えることができた
- ・ねぎらいや感謝を伝えることが大切。それは関係者も地域住民も一緒



見えてきた成果 (アウトカム)

- ・住民が仲間になってくれたという手ごたえ
- ・相談のこたばをそのまま受け止めるのではなく、相談者のありたい姿をイメージし、願いや思いは何かということを聴けるようになった
- ・住民が、協力できそうなことは何かを考える視点を持ち、住民から自然に「こんなことをやってみてはどうか」と声が上がリ、楽しく企画できるようになった

今日からまた始めます！

1人ではなくチームで走りながら考え続けます！

まずは

やってみよう！



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	まずどうやって	何が変わる	ありたい姿
<p>現状</p> <p>①現状にできることは何かないかと思っている人はいるが、活動する機会や場がない。</p> <p>・支えあい活動に関する情報に触れる機会がなかった。</p> <p>・近づくに高齢者の立ちよったことと関係していることに気づかない。</p> <p>・自分の健康づくりや介護予防に関心を持つ方は増えている。</p> <p>②ちょっとした困りごとがあってもあきらめて相談しない人がいる。</p> <p>③町内会活動に熱心に取り組む方がいるが高齢化で活動への負担感や次世代への継承は簡単ではない。</p> <p>・地域活動と支えあい活動を一体的に取り組んでいる。</p> <p>課題</p> <p>➢住民が支えあい活動を知り、高齢者の生活に関心をもつ</p> <p>➢誰でもできる支えあい活動の場が充実する</p> <p>➢それぞれの得意なことを生かして支えあえる側にも支えられる側にもなる</p> <p>➢支えあうを行うための取り組みやすい活動がある</p> <p>➢ちょっとした困りごとに合わせて気軽に相談できる</p> <p>➢困りごと解決方法がわからないため相談が必要</p> <p>原因</p> <p>①交流の機会が少なく、近づくに高齢者が立ちよったことと関係していることに気づかない。</p> <p>②困りごとを抱えた高齢者の生活を自分事として想像するきっかけが少ない。</p> <p>➢手伝いしてもらいたいと思っても手伝われる側にとっては負担になるのではと考える</p> <p>➢誰でもできる活動があることに気づいていない</p> <p>➢自分だけが手伝うには責任や負担を感じ取り組みがすすまない</p> <p>③ちょっとした困りごとがあっても近所の人や家族相談してに迷惑をかけたくないと思ってしまう</p> <p>➢困りごとに合わせて相談先を知らない</p> <p>➢困りごとを相談するほどではないと思ってしまう</p> <p>③住民が行政に期待する支えあい活動に対する役割を市が捉えきれていない。</p>	<p>町内会役員・民生委員・民生士</p> <p>あけほの地区の住民</p> <p>お手伝いできる人</p>	<p>①地域の情報を教えてもらう方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢民生委員や町内会の役員等の自宅や集まりの場に訪問する ➢町内会役員やPTAの管理人に町内会の行事や見守り活動について聞き、日頃の活動を伝えようとする ➢民生委員等が困りごとのある人や地域の不便な点を把握したら、市や生活支援コーディネーター（以下SC）に提供してもらうよう伝える <p>②支えあい活動に関する目的や取り組みを伝える</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢サロンやシル（グループ）内・町内会行事等に出向く ➢SC中心になって実施した困りごと・抱い手調査の結果を伝える ➢地域に必要な支えあいを広げる取り組みについて相談する ➢町内会の活動が市で目指す支えあい活動に共通しているものであり、地域の今までの活動の成果や現在の各活動を尊重していることを伝える ➢イベントを企画する際には事前に相談する ➢地域のイベントに足を運ぶ、よかったことを主催者に伝える <p>③お手伝いできる人を探す（継続）</p> <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢介護予防事業参加者でお手伝いできる可能性がある人の自宅へ訪問 ➢自主グループなど集まりの場へ訪問 <p>確認点</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢今やっている活動や得意なこと、関心のある事を探る ➢お手伝いをお願いできるか、どんなことに協力してもらえるか確認する <p>➢お手伝いできそうな仲間が他にいないか</p> <p>④お互いの暮らしを考えると気づき</p> <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢地域の拠点であるコミュニティセンターを会場として、お互いの暮らしを考える研修会の開催（予定） ➢市の課題や現状（高齢化率など）、社会参加の必要性、支えあい活動についての講話（外部講師に依頼） ➢自分の好き・得意なことを把握するためのワーク ➢お話し実践の体験者インタビュー <p>➢お話しで困りごと解決のための活動をお手伝いできる人と一緒に組み重ねる</p> <p>内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢網戸はすし、草とり、手が届かない場所の掃除など、SCや保健師、栄養士が来てくださった困りごとのある方とお手伝いできる人 ➢自分で解決できないちょっとした困りごとのある方とお手伝いできる人をSCが互いの考えや性格の相性を考えながら丁寧に紹介する ➢お話し実践の感想や意見を聞き、お互いが遠慮や負担を感じずに支えあい活動を実践する方法を検討する <p>➢一人でやるのが負担な場合は複数で楽しくやってみる</p> <p>④地域で行った支えあい活動の事例を伝え共有する</p> <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢支えあい活動を発展させるためのざん集会「杖をついてもできること」開催（予定） <p>内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢広く支えあい活動を知ってもらうために、活動の実践結果を報告 ➢お話し実践の体験者インタビュー ➢参加者同士で意見やアイデアを出し合うグループワーク <p>工夫点</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢報告会が終わった後に感想や意見を個別に聞き取る <p>⑤支えあい活動を実施するための具体的な方法などを伝える（予定）</p> <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢あけほの地区ご近所サポート養成講座の開催 <p>内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢個人情報取り扱い、コミュニケーション方法、支えあい活動をする上での心得を伝える <p>工夫点</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢お手伝いするにあたって疑問や不安に思うこと等丁寧に聞き取り、安心して支えあい活動ができるよう伝える 	<p>①地域の情報収集を行った</p> <p>②支えあい活動に関する目的や取り組みを伝えた</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢電話（件数） ➢自宅やコミュニティセンターに訪問（件数） ➢来庁で面談（件数） ➢町内会の集まりに参加（回数） ➢困りごとや不便な点などの内容 <p>③お手伝いできる人を探すことができた</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢自宅へ訪問した（件数） ➢自主グループへ訪問した（件数） <p>④お互いの暮らしを考えると気づき</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢参加人数 ➢アンケート結果、参加者の意見・感想（内容） <p>⑤地域の実践の感想・意見を共有した</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢参加人数 ➢アンケート結果、参加者の意見・感想（内容） ➢お話し実践の感想・意見を共有した人数 ➢お話し実践の感想・意見を共有した人数 ➢不安の内容 <p>⑥ざん集会を開催した</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢参加人数 ➢アンケート結果、参加者の意見・感想（内容） <p>⑦あけほの地区ご近所サポート養成講座を開催した</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢参加人数 ➢アンケート結果、参加者の意見・感想（内容） ➢支えあい活動に協力してくれた方的人数 ➢不安の内容 	<p>保健師・栄養士・SCが身近に感じ</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢困りごとのある人や地域の不便な点を把握した際に、市に連絡をくれる ➢地域のイベントに誘ってもらえるようになる ➢市の事業に参加してくれるようになる ➢地域の事業に誘われる ➢役員等が個人としての本音を伝えてくれる <p>住民が住民に支えあいについて説明するようになり口コミが広がる</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢町内会報や直接の声掛けで研修会等の取り組みを周知してもらえ ➢市の活動や支えあいについて地域住民同士の中で話題にあり、そのことを保健師やSCに伝えてくれる <p>自分でもできるお手伝いがあることがわかる</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢自分にも何かできることはないかと聞いてくれる ➢お手伝い、小さなことでもいいんたね、という声聞かれる <p>負担を感じずにお手伝いできる</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢複数でやる楽しさ、自分のためになる、という声聞かれる ➢感謝する人ために役に立ってよかったという声聞かれる <p>お話し実践した方が、自分でもできる範囲のお手伝いがあるに気づく</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢誰かのお手伝いがしたいという声聞かれる ➢支えあい活動が自分のためにもなったと言ってくれる <p>自分でもできるお手伝いがあることがわかる</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢身近なお手伝いが必要か、声をかけるようになったという声聞かれる ➢自ら声をかけて、お手伝いを行ったことを伝えてくれる <p>支えあい活動に参加してくれる住民が増える</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢無理のない範囲で困りごとを相談する人が増える ➢またお手伝いを求めているようい声聞かれる ➢支えあい活動ができる人を紹介してくれる ➢市企画にアイデアを出してくれる 	<p>自分が元気であり続け、社会参加や支えあいの大切さを知った住民が増える</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢地域の高齢者の生活を気に掛ける住民が増える <p>特定の人に負担がかりすぎない支えあい活動が継続できる</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢支えあい活動の実践数が増える <p>顔の見える人同士の支えあい活動が増える</p>

支えあいのしくみができ、住み慣れた地域での生活を続けられる

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	まずどうやって	何が変わる	ありたい姿
<p>現状</p> <p>①現状にできることは何かないかと思っている人はいるが、活動する機会や場がない。</p> <p>・支えあい活動に関する情報に触れる機会がなかった。</p> <p>・近づくに高齢者の立ちよったことと関係していることに気づかない。</p> <p>・自分の健康づくりや介護予防に関心を持つ方は増えている。</p> <p>②ちょっとした困りごとがあってもあきらめて相談しない人がいる。</p> <p>③町内会活動に熱心に取り組む方がいるが高齢化で活動への負担感や次世代への継承は簡単ではない。</p> <p>・地域活動と支えあい活動を一体的に取り組んでいる。</p> <p>課題</p> <p>➢住民が支えあい活動を知り、高齢者の生活に関心をもつ</p> <p>➢誰でもできる支えあい活動の場が充実する</p> <p>➢それぞれの得意なことを生かして支えあえる側にも支えられる側にもなる</p> <p>➢支えあうを行うための取り組みやすい活動がある</p> <p>➢ちょっとした困りごとに合わせて気軽に相談できる</p> <p>➢困りごと解決方法がわからないため相談が必要</p> <p>原因</p> <p>①交流の機会が少なく、近づくに高齢者が立ちよったことと関係していることに気づかない。</p> <p>②困りごとを抱えた高齢者の生活を自分事として想像するきっかけが少ない。</p> <p>➢手伝いしてもらいたいと思っても手伝われる側にとっては負担になるのではと考える</p> <p>➢誰でもできる活動があることに気づいていない</p> <p>➢自分だけが手伝うには責任や負担を感じ取り組みがすすまない</p> <p>③ちょっとした困りごとがあっても近所の人や家族相談してに迷惑をかけたくないと思ってしまう</p> <p>➢困りごとに合わせて相談先を知らない</p> <p>➢困りごとを相談するほどではないと思ってしまう</p> <p>③住民が行政に期待する支えあい活動に対する役割を市が捉えきれていない。</p>	<p>町内会役員・民生委員・民生士</p> <p>あけほの地区の住民</p> <p>お手伝いできる人</p>	<p>①様々な機会でお困りごとを聞く（継続）</p> <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢積極的に自宅や集まりの場に訪問し、名刺やチラシを渡し、名前や連絡先、SCの役割を伝える <p>工夫点</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢相談できる困りごとや連絡先が分かるチラシ（写真や具体例を載せたチラシ）を作成する ➢名前や連絡先がわかる人以外にも配布できるようにする <p>②お互いの暮らしを考えると気づき</p> <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢地域の拠点であるコミュニティセンターを会場として、お互いの暮らしを考える研修会の開催（実施済） <p>内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢市の課題や現状（高齢化率など）、社会参加の必要性、先進地の支えあい活動事例についての講話（外部講師に依頼） ➢自分の好き・得意なことを把握するためのワーク ➢お話し実践の体験者インタビュー <p>➢お話しで困りごと解決のための活動をお手伝いできる人と一緒に組み重ねる</p> <p>内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢網戸はすし、草とり、手が届かない場所の掃除など、SCや保健師、栄養士が来てくださった困りごとのある方とお手伝いできる人 ➢自分で解決できないちょっとした困りごとのある方とお手伝いできる人をSCが互いの考えや性格の相性を考えながら丁寧に紹介する ➢お話し実践の感想や意見を聞き、お互いが遠慮や負担を感じずに支えあい活動を実践する方法を検討する <p>➢一人でやるのが負担な場合は複数で楽しくやってみる</p> <p>④地域で行った支えあい活動をお話しし事例を伝え、共有する</p> <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢支えあい活動を発展させるためのざん集会「杖をついてもできること」開催（予定） <p>内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢広く支えあい活動を知ってもらうために、活動の実践結果を報告 ➢お話し実践の体験者インタビュー ➢参加者同士で意見やアイデアを出し合うグループワーク <p>工夫点</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢報告会が終わった後に感想や意見を個別に聞き取る <p>⑤支えあい活動を実施していく上での心得を伝える（予定）</p> <p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢あけほの地区ご近所サポート養成講座の開催 <p>内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢個人情報取り扱い、コミュニケーション方法、支えあい活動をする上での心得を伝える <p>工夫点</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢お手伝いするにあたって疑問や不安に思うこと等丁寧に聞き取り、安心して支えあい活動ができるよう伝える 	<p>①困りごとを聞くことができた</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢自宅や集まりの場への訪問（件数） ➢困りごとの発信者（本人・家族・近隣住民・専門職など） ➢困りごとの相談件数、内容 ➢お互いの暮らしを考えると気づき ➢研修会を開催できた ➢参加人数 ➢アンケート結果、参加者の意見・感想（内容） ➢地域の実践（回数） ➢活動の実践（回数） ➢活動の実践者の感想・意見 <p>②支えあい活動の心得を伝えた</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢伝えた人数 ➢伝えた人の反応 <p>③地域の実践の感想・意見を共有した</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢参加人数 ➢アンケート結果、参加者の意見・感想（内容） ➢お話し実践の感想・意見を共有した人数 ➢お話し実践の感想・意見を共有した人数 ➢不安の内容 <p>④地域の実践の結果を共有した</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ざん集会の実践（回数） ➢活動の実践者の感想・意見 ➢ざん集会参加者の感想・意見 <p>⑤支えあい活動の心得を伝えた</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢伝えた人数 ➢伝えた人の反応 <p>⑥地域の実践の感想・意見を共有した</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢参加人数 ➢アンケート結果、参加者の意見・感想（内容） ➢お話し実践の感想・意見を共有した人数 ➢お話し実践の感想・意見を共有した人数 ➢不安の内容 	<p>あけほの地区の住民が解決した困りごとを相談していい気持ちになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢手伝ってくれた人や関わった人に動かした、ありがとうなどの感謝の気持ちを伝えてくれる ➢何かあったら相談するねと声を聞かれる ➢自分でも何かできることがあったら立ちたいとの声聞かれる <p>自分でもできるお手伝いがあることがわかる</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢自分にも何かできることはないかと聞いてくれる ➢お手伝い、小さなことでもいいんたね、という声聞かれる <p>自分でもできるお手伝いがあることがわかる</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢身近なお手伝いが必要か、声をかけるようになったという声聞かれる ➢自ら声をかけて、お手伝いを行ったことを伝えてくれる <p>支えあい活動に参加してくれる住民が増える</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢無理のない範囲で困りごとを相談する人が増える ➢またお手伝いを求めているようい声聞かれる ➢支えあい活動ができる人を紹介してくれる ➢市企画にアイデアを出してくれる 	<p>自分が元気であり続け、社会参加や支えあいの大切さを知った住民が増える</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢地域の高齢者の生活を気に掛ける住民が増える <p>特定の人に負担がかりすぎない支えあい活動が継続できる</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢支えあい活動の実践数が増える <p>顔の見える人同士の支えあい活動が増える</p>

支えあいのしくみができ、住み慣れた地域での生活を続けられる



参考資料

旭区（1か所目のモデル地区）

講演会「お互い様の暮らしを考える会」

お互い様の暮らしを考える会

参加無料

地域で活動していることのヒントになる内容です！

日にち：令和5年10月13日（金）

時間：13:30～15:15

場所：老人いこいの家 講義室

お問い合わせのうえ、ご参加ください

申込期限：10/12

申込先 厚川市高齢者支援課介護予防係 26-2644



すでに活動をしている方向けに活動のモチベーションになるようなお話や、先駆的事例の紹介等をしていただきました。

「人にやさしく 地域にやさしく」



※研修会の内容は地域の実情に合うように、地域の方等のお声を取り入れた

「地域の高齢者を孤立させないために」

参考資料

あけぼの地区 講演会「お互い様の暮らしを考える会」



初めて地域づくりに関する講話を聞く方向けのお話です。自分のために、人のために何かやってみようかなと思えるようなお話をさせていただきました。

男性の地域での「健康づくりと生活の知恵を学ぶ」集まり支援

西町男塾 ～ 年1～2回調理実習を通じて集う →コロナで活動中止→今後の活動の在り方考える

「他者との会話が大事だと実感」「自分の病気を通して健康の大切さを痛感」「生きがいを求めて生きるかが大事」
⇒気楽に集まれる場、特技を誰かに伝える場、顔なじみの方と集まって情報交換できる場、みんなが主役となる場

活動テーマ ～学ぼう！健康と生活の知恵！～に決定 活動再開 (R5.12/5収穫祭実施 R6～月2回開催)

打ち合わせの様子



活動再開 第1回目集いの様子



やりたいをきっかけに！調理プロジェクトの様子



みなさんにふるまった料理



参考資料

西町男塾立ち上げ (2023.9.30 北海道新聞掲載)



31

参考資料

男塾番外編 運動教室×調理
(2023.9.30 北空知新聞掲載)



活動したい方への支援出来ること考え、活動応援 ⇒ こども食堂を企画したいグループの方への支援

子ども食堂・朝活キリ準備会

～朝食提供の子ども食堂を開くための活動 →持続可能である場所が見つからない →まずは活動を知ってもらうための企画
⇒「朝食の大切さを知ってもらいたい」「自分で食事を用意する力を持ってもらいたい」「挨拶・返事ができる子になってもらいたい」
子ども食堂の約束事（スローガン）：元気にあいさつ、元気にへんじ、元気に朝ごはん

食堂開設に向けた活動（夏休みランチ会、夏休みラジオ体操後の朝活、児童センターへ通う児童向けのキッチンクラブ）



児童センターへ通う児童向け
キッチンクラブスタート



夏休みランチ会・ラジオ体操後の朝活 みんなの活動の様子



保健師・SC
児童センター・社協と
企画の打ち合わせ
(11/1)をして
キッチンクラブ始動
(11/15)スタート

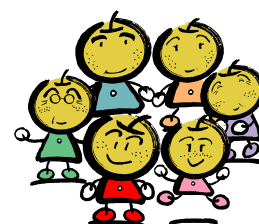


やりたい！に近づくためのさまざまな活動を応援しています！

つまづきを経験しても、自分らしい もとの生活を取り戻せる支援を目指して

2024年2月14日

白井市
加藤多恵



市マスコットキャラクター
なし坊ファミリー

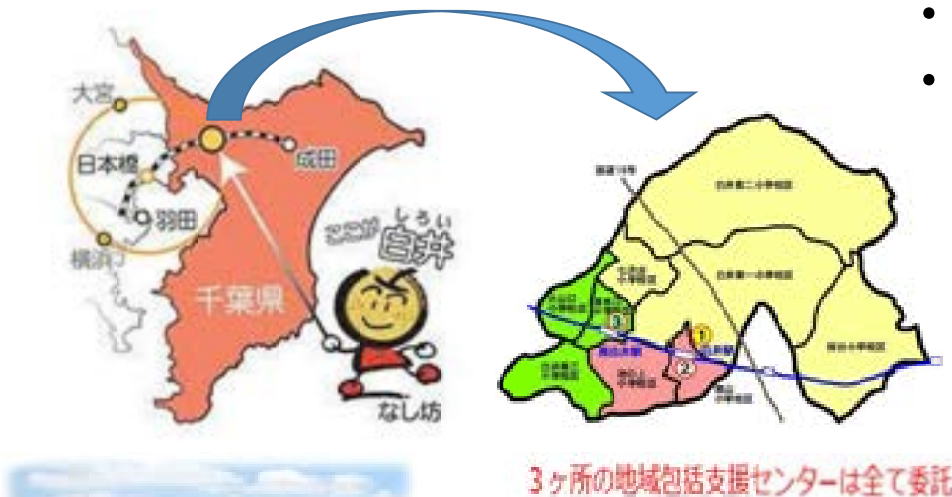
白井市



メンバー情報

所属	部署名	役職・職種	氏名
白井市役所	高齢者福祉課	課長	竹内 崇
〃	〃	係長	安岡 紹子
〃	〃	主任主事	増田 晶子
〃	〃	主任保健師	加藤 多恵
白井駅前地域包括支援センター		センター長	櫻田 奈美子
白井市社会福祉協議会		生活支援コー ディネーター	鈴木 茉奈

白井市の概要



- 人口 62,646人
- 高齢化率 28.1%
東京のベッドタウン「千葉ニュータウン」として整備、
閑静な住宅街と豊かな自然が残るまち



北総線 羽田と成田
を結ぶ鉄道路線

3ヶ所の地域包括支援センターは全て委託



生産量県内一
「しろいの梨」

2

アジャイルPGに参加した動機

- これまで地域包括ケアシステムの構築を目指して、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業等に取り組んできた。

基準緩和した通所型・訪問型サービスの創設
通いの場の新規立ち上げ支援や継続支援
自立支援型地域ケア会議の開催
介護予防ケアマネジメント研修 などなど

- それぞれ一定の成果は上げつつも、なんだか上手く行っていない現状があり、
サービス終了となる数はごくわずか。一度使い始めると終わらない
サービスを利用する生活が当たり前の生活になっている
要介護区分前年比悪化率は全体で19%、要支援者のみの場合21.2%と全体の悪化率を上回っている
フレイルハイリスク男性の介護予防事業への参加が少ない
地域包括支援センターが担当するケアプラン数も増加の一途
自立支援型地域ケア会議での提案がどう反映されたか、ケースの変化が把握できていない
自立支援の概念を研修ですっと伝え続けているけれど・・・
- このままだとマズいなあ、事業が連動しあって成果につながっている実感もないし、
評価もしっかり出来ていない。

当初の問題意識

- これからますます後期高齢者数の増加が見込まれるなか、介護予防の重要性が増していくが、介護予防事業の参加者層に偏りがあるため、フレイルリスクハイリスク者への効果的な事業展開について検討したい
- 「自立支援の意識づくり」（市民・支援者どちらにも向けて）に取り組みたい

今振り返ると、
ちょっと恥ずかしい

5

1 課題解決に向けた取り組み

①現状を知る

「この人の、この状態何とかしたいなあ」（望ましくない状況）事例を集める

②ありたい状態・めざす姿を考える

「誰が」、「どんな状態」になったらいいのか

③真因を追求する

「ありたい状態」であればよいのに、なぜ「現状に」なってしまっているのか

④課題を考える

チームとして解決に向けて取り組むべきことは何か

⑤実行プランをたてる

これから「誰に」、「どんな働きかけ」をするのか

⑥初期アウトカムを設定する

働きかけた相手に、どんな望ましい変化を期待しているのか

アジャイルPG
で辿ってきた
道のりだよ。
平坦な道のり
ではなかった
けれど・・・



6

①現状を知る

「この人の、この状態何とかしたいなあ」と思う事例を集める

事例1) 妻が他界して、ひとり暮らしになったAさん(87歳)

- ・家事は妻に任せていたため経験が無く、また以前から腰と膝に痛みがあったことから、調理と掃除の支援(週2回訪問型サービス)を利用して8年が経過。
- ・パチンコが趣味で、通り道にあるコンビニで店長さんと話をするのが日課でしたが、パチンコ店が閉店し、コンビニ店長さんも交代したため話し相手がいなくなり、次第に出かけることが少なくなってしまいました。
- ・ケアマネジャーはデイサービスの提案をしましたが希望はなく、訪問型サービスを増やしてほしいと希望があり、現在は週3回のサービス利用しています。Aさんはヘルパーとの他愛のない会話を楽しみにしている様子が見られます。



Aさんの楽しみや
興味があることは
何だろう？

ケアマネジャー

7

事例2) 変形性膝関節症を患い、人工関節置換術を受けたBさん(89歳)

- ・病院での通院リハが終了したのち、患肢の状態の改善を求めてリハビリを続けたいと希望され、デイケアの利用(週1回)が始まりました。
- ・友人とのおでかけが再びできるようになることを目標に、自宅でも積極的に運動に取り組み、半年でサービス卒業することを目指していました。
- ・ところが、友人の運転する車でのお出かけについて、事故を心配する家族から反対されてしまいました。お出かけの代替手段として、生活支援コーディネーターからバスの利用を提案されますが、結局利用しませんでした。
- ・友人との交流機会が減ってしまい、また思うように回復しない膝の状況もあり、Bさんはデイケアの利用継続を希望し、デイケアに通うことが生活の一部となっています。



元の生活に戻れること
を目指していたのに...
Bさんはなぜバスを
利用しなかったんだろう。



地域包括支援センター職員

8

出来なくなってきたことに対して

最初から、あきらめている人はいないよね！

本人
「自分で何とかしようと思う」

自己流で、運動に取り組む



- ・これで良いのかという不安
- ・間違った方法で、身体に負担をかけてしまう



専門職からの的確な助言・正しい方法の修得

本人
デイサービスに通う

介護サービスを利用するようになった受け止め様々あると思うが・・・



- ・いつのまにやら生活の一部に
- ・楽しみ・交流の場になっている



目標達成に向けたサービス提供

本人
「何もやらない」
「断念する」

出来る方法を知らないから、やらない。やれない。やる気がおきない。



- ・あきらめ



出来るようになる方法（代替案）の提案

現状、誰に、どんな望ましくない状況があるのか

【高齢者】

- サービスの利用が、望む生活・元の生活を取り戻すための有効な手段になっていないことがある。
- 高齢者がつまづきを経験したときに、自分で何とかしようと思うが適切な方法でないことから余計に悪化したり、改善につながらないのであきらめてしまう。
- 出来ないことが増えていく状況であり、したいことが出来るようになると思えず、自信が持てない状態になる。

【家族】

- 高齢者の家族は、安心のためにサービスを使わせたい。

【ケアマネ】

- ケアマネも、介護保険サービスの利用につなげることで安心を得ている。

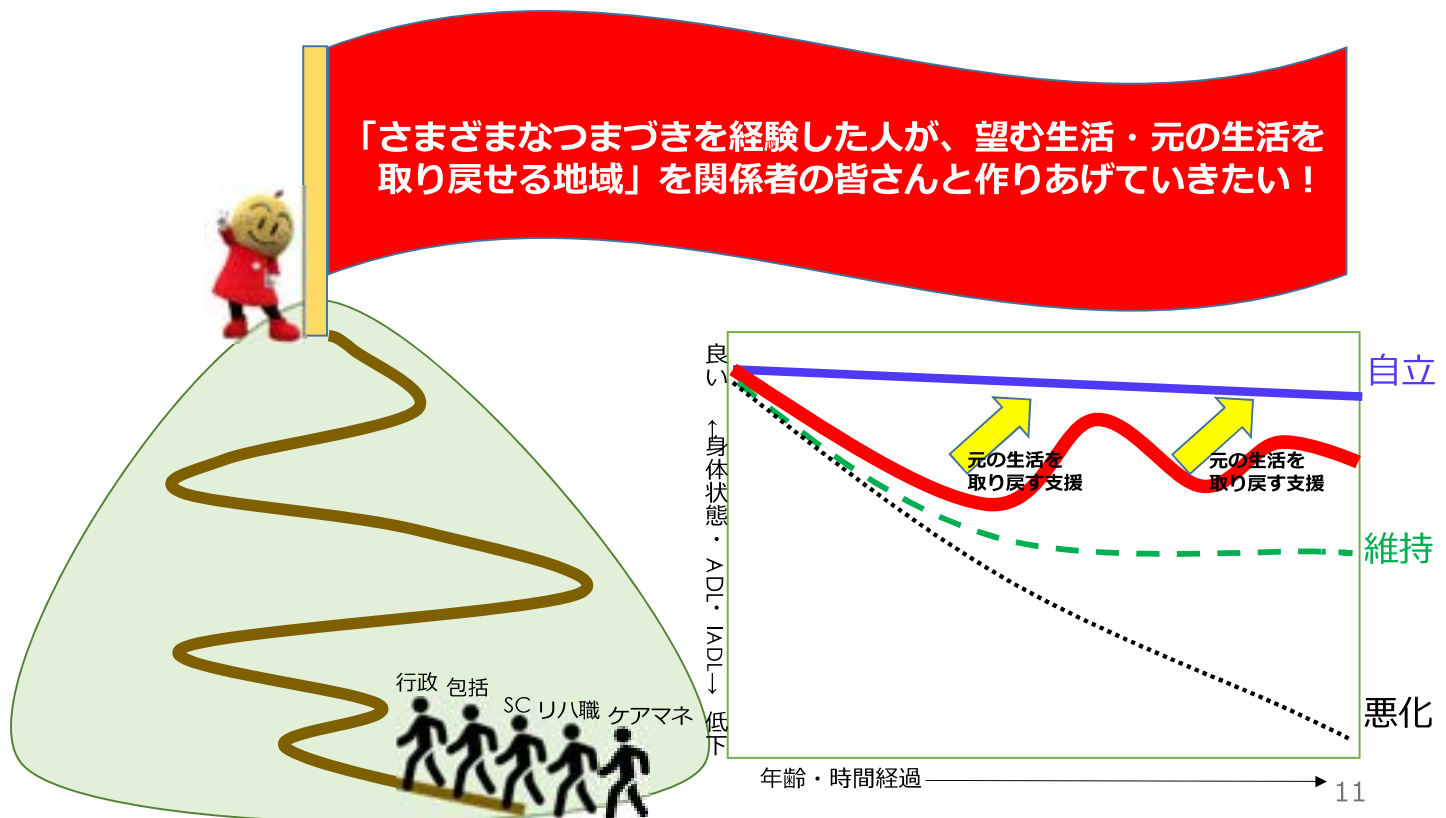
【医療機関】

- 病院は、入院患者・家族に対し、一律的に介護保険申請を進めている。



② ありたい状態・めざす姿を考える

「誰が」、「どんな状態」になったらいいのか



③ 真因を追求する

「ありたい状態」であればよいのに、なぜ「現状に」なってしまうのか

【高齢者・家族】

- つまづきを経験したときに、相談できる場所を知らない。また、元の生活を取り戻すための手段として、介護保険サービスしかないと思っている。様々な資源があることを知らない。
- 家族は、何かがあったらと心配が先に立ち新たなアクシデントを防ぐため行動に制限をかけてしまう。また、躓いても再び望む生活を送れるようになることが信じられない。

【ケアマネ・包括】

- ケアマネやサービス提供者は改善していく人を見ることが少なく、改善するイメージを持ちにくい。また、要支援者等はもともと自立度が高く、「改善」に向けた目標設定が難しい
- 包括・ケアマネは、元の生活に戻るために必要な支援の選択肢が多くないと感じている。
また、介護保険以外のサービスの魅力や効果を伝えることが難しい。



【医療機関】

●病院は、望む生活・元の生活を取り戻す手段として介護保険サービス以外の選択肢を知らない。

【行政】

●市は、事業対象者、要支援認定者の状況把握がデータとして不足しており、現状を関係者と共有できていない。

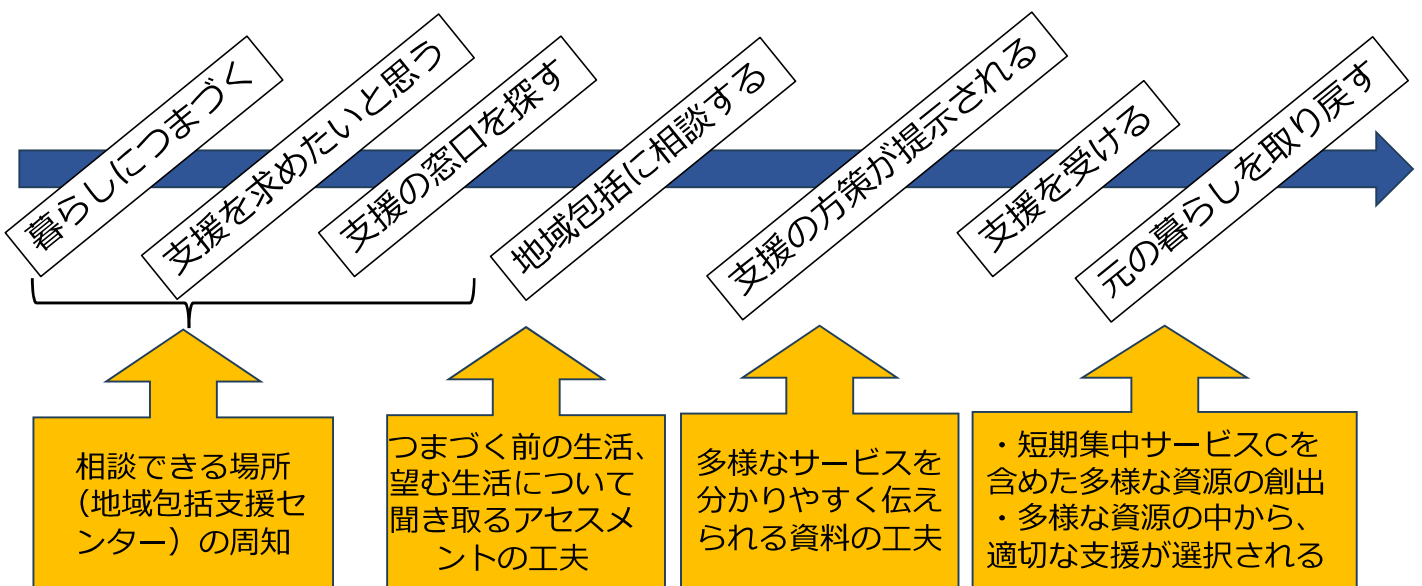


13

④課題を考える

チームとして解決に向けて取り組むべきことは何か

「ある1人の高齢者が暮らしにつまづいてから、元の生活を取り戻すまでのフローと取り組むこと」



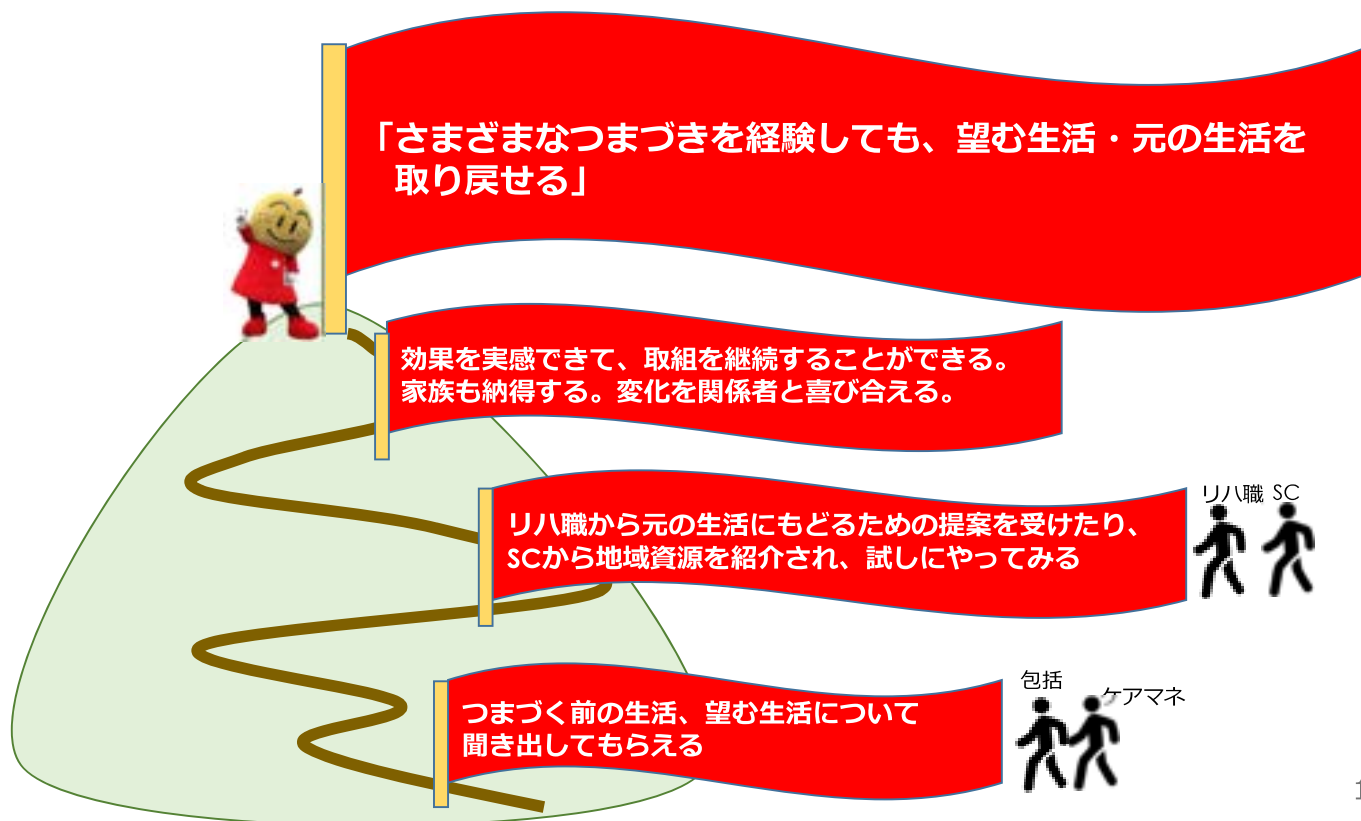
⑤ 実行プラン 誰に・どんな働きかけをするのか

	アクティビティ	アウトプット
高齢者 福祉課	地域包括支援センターの業務を理解するために座談会を開く	年1回、高齢者福祉課職員が各地域包括支援センターに出向いて話を聞く
包括 ケアマネ	標準的なアセスメントが行えるよう、アセスメントツールを包括職員と一緒に作成する	好事例を把握するため、地域ケア会議やリハ職同行訪問ケースの3か月後モニタリングを行い、会議等で好事例を共有する
リハ職	改善可能性を実感できるよう、好事例を集めて共有し、アプローチをお互いに学ぶ	アセスメントツールが完成し、活用に向けた研修会を実施する
生活 支援 コーディネーター	サービス利用判断における入口整理のためのフロー作成、地域資源をまとめた資料作成	フローや説明資料が完成し、包括職員やリハ職等に配布される
本人・ 家族	お揃いのポロシャツを着て地域に出向いて、情報を集める	市民や関係者は、SCが地域に出向いていることに気付く 生活支援情報がまとまる
	改善につながる多様な支援や資源があることを伝える	本人の望む生活について聞き出してもらえ、改善可能性について専門職の評価を受けられる

⑥ 初期アウトカムとその確認方法

	初期アウトカム	確認方法
高齢者 福祉課	包括職員が、つまづきを経験した高齢者や家族への支援で苦労していることを語れるようになる	包括職員が、つまづきを経験した高齢者や家族への支援で苦労していることを語ってもらえたか
包括 ケアマネ	良い事例を共有するようになる 高齢者が改善する変化をみんなで喜び合えるようになる	好事例についての話題が登るようになったか、連絡調整会議で確認する アセスメントツールやフロー作成して3か月後に、使ってみての本人・家族の反応や包括職員の思いを確認する
リハ職	アセスメントツールを実際に使ってみて、ツールの内容修正等の提案がされる	「窓口で説明しやすくなった」「地域資源を知ることができて良かった」と反応がある
生活 支援 コーディネーター	「窓口で説明しやすくなった」「地域資源を知ることができて良かった」と反応がある	医療機関と訪問リハビリ事業所のリハ職に地域資源情報紙を配布し、3か月後に活用状況を確認する
本人・ 家族	市民や関係者から声がかかるようになる。生活支援情報を「活用した」「もっと詳しく知りたい」といった連絡が入る	毎月の定例会や月報で、誰からどんな相談がきたのかを把握する
	地域資源の利用も含めた包括からの提案に対して、「やってみようかな」との声が聞けて、試しにやってみる人が増える	地域包括支援センターシステムで、多様な資源の利用に至った人数を集計する

結果的に、「高齢者の課題はどう解決するのか」



17

2 アジャイルP G参加を通じて、チームや個人に起きた変化

- 色々な立場の人と対話をしながら進めていくことの大切さを再認識した。
- 参加当初はメンバーとどのようなことを話してよいか分からず、また、自分の思いを話すことに対して不安を抱いていた。話し合いを重ねていく中で、メンバーの今まで知ることのなかった思いを聞くことができ、これまで以上に市の取組みに対して手触り感を持つことが出来た。
- 今までは行政から言われておしまい、聞かれたことに答えるだけだったが、自分なりに思うこと・感じていることを伝えられる機会も増えた。市職員から事業の成り立ちや思いを聞かせてもらったのを機に、相手の立場・言い分を知ろうとできるようになった。
- 事業評価として初期アウトカムの設定「起こってほしい良い変化」をしておくことで、本当の意味でのトライアンドエラーになることに気づけた。なんとなく行き当たりばったりで対応していたように思うので…。
- 真因を見出したうえでの目指すゴールが定まったことで、内部・外部問わず自信をもって伝えることができるようになるようになった。

タイトル：様々なつまづきを経験した人が、望む生活・元の生活を取り戻すことを支える体制づくり

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	まずどうなって	何が変わる	ありたい姿		
<p>現状</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者がつまづきを経験したときに、自分で何とかしようと思うが適切な方法でないことから余計に悪化したり、改善につながらないのであきらめてしまう。 介護サービスの利用が元の生活を取り戻すための有効な手段になっていないことがある。 家族は、安心のために介護サービスを使わせたい。 ケアマネも、介護サービスの利用につなげることで安心を得ている。 病院は、本人・家族に対し一律的に介護保険申請を進めている。 <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 相談できる場所の周知（本人・医療機関） 元の生活を取り戻すための多様な選択肢の充実・提示・周知・活用（本人・医療機関・ケアマネ） 本人に対する改善可能性の見極め？改善可能性の追求？改善可能性を実感できるような支援技術の修得 本人の望む生活を聞き取るアセスメント力の向上、元の生活に関するアセスメント力の向上 	<p>高齢者</p> <p>福祉課</p> <p>包括・ケアマネ</p> <p>リハ職</p>	<p>①地域包括支援センターの業務を理解する</p> <ul style="list-style-type: none"> 包括職員と話をする機会を年1回設ける <p>②改善可能性を実感できるようになる</p> <ul style="list-style-type: none"> 好事例を集める 好事例のアプローチをお互いに学ぶ ありたい姿と課題について、関係者と共有する 要支援者の改善・維持・重度化分布等のデータ分析を行う <p>③標準的なアセスメントが行えるようになる</p> <ul style="list-style-type: none"> 包括職員と検討を行う 標準的なアセスメントが取れるツールを作成する 研修の開催 <p>④フロー・説明資料の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス利用判断における入口の整理（フロー作成） リハビリや地域資源をまとめた説明資料の作成 	<p>3か所の地域包括に担当職員が年1回出向き、内容を共有する</p> <p>好事例を集めるために、ケア会議と同行訪問ケースの3か月後モニタリングを行う。結果を関係者にフィードバックする。</p> <p>包括連絡調整会議（月1回）やSC定例会で好事例を共有する。</p> <p>R6.2月 包括・ケアマネ対象の研修会を1回実施</p> <p>アセスメント項目が定まり、アセスメントツールが完成する</p> <p>活用に向けた勉強会が実施される</p> <p>チェックリスト活用状況を把握する。（申請窓口対応職員：包括・市）</p> <p>フローが完成する</p> <p>説明資料が完成する</p>	<p>苦労していることを語れるようになる</p> <p>良い事例を共有してくれるようになる</p> <p>高齢者が改善する変化をみんな喜び合える</p> <p>「元の生活」を取り戻す支援を充実させてほしいという声がある</p> <p>アセスメントツールを実際に使ってみる</p> <p>追加項目などの提案がされる</p> <p>「窓口で説明がしやすくなった」「地域資源が知れて良かった」と反応がある</p> <p>「介護保険以外の参加の場に行ってみよう」という反応が増える。</p>	<p>市職員は、包括の課題を理解できるようになる</p> <p>「改善への支援」の理解が進み、サービスCの実施に向けた検討</p> <p>市が目指す姿（ゴール）の共有をすることで、包括やケアマネ個々の「改善への支援」の捉え方（レベル）を知ることができる</p> <p>「元の生活」についての話が聞きやすくなった。」という反応がある</p> <p>利用者が求めている支援や解決すべき課題を捉え、地域資源の利用も含めた提案ができ本人が選択できる</p>	<p>課題の解決に向けて、包括職員と一緒に考える</p> <p>サービスCのモデル実施</p> <p>レベル別に研修を行うことで、ゴールの共有を全員で行うことができる。</p> <p>ケアプランにインフォーマルサービスやセルフケアの記載が増える。ケアプランの目標設定が、望む生活・元の生活を送るための具体的な記載が増える。</p> <p>介護保険サービスだけが選択肢ではないと広く認識されるようになる</p>	<p>様々なつまづきを経験した人が、望む生活・元の生活を取り戻せる地域</p>

タイトル：様々なつまづきを経験した人が、望む生活・元の生活を取り戻すことを支える体制づくり

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	まずどうなって	何が変わる	ありたい姿
<p>真因</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人・家族は、つまづきを経験したときに、相談できる場所を知らない。また、元の生活を取り戻すための手段として、介護保険サービスしかないと思っている。様々な資源があることを知らない。 家族は、何かがあったら心配が先に立ち新たなアクシデントを防ぐため行動に制限をかけてしまう。また、願っても再び望む生活を送れるようになることが信じられない。 ケアマネやサービス提供者は改善していく人を見ることが少なく、改善するイメージを持ちにくい。 また、要支援者等ともともと自立度が高く、「改善」に向けた目標設定が難しい 病院は、望む生活・元の生活を取り戻す手段として介護保険サービス以外の選択肢を知らない。 包括・ケアマネは、元の生活に戻るために必要な支援の選択肢が多くないと感じている。また、介護保険サービス以外の魅力や効果を伝えることが難しい。 市は、事業対象者、要支援認定者の状況把握がデータとして不足しており、現状を関係者と共有できていない。 	<p>S</p> <p>C</p> <p>本人・家族</p>	<p>④地域に出向き情報を集める</p> <ul style="list-style-type: none"> おそろいのポロシャツを作成し、高齢者が活用できそうな場や地域ケア会議などに出向く 包括との定例会議で既存の生活支援情報一覧を用いてどのような情報を盛り込むことが必要か打合せ、各団体等から必要な情報を収集する <p>⑤作成した資料を用いて説明を受ける</p> <ul style="list-style-type: none"> つまづきには改善可能性があり、そのための支援ができることを伝える。 介護保険のデイ以外にも参加できる場があることを伝える 	<p>市民関係者はSCが地域に出向いていることに気づく</p> <p>生活支援情報一覧が完成する</p> <p>SCに市民や包括以外の関係者から連絡が入るようになる。</p> <p>支援者から個別支援の検討の場に声がかかる。</p> <p>支援者からSCに対して「活用してみた」や「ここについてより詳しく知りたい」「こういうことはできないのか」といった連絡が入る</p> <p>包括からの提案に「リハ職にきてもらったほうがいいのか」「そっこのほうがいいのか」との声がきける</p>	<p>地域住民や関係者とのネットワークをもとに地域資源の開拓や資源の活用方法について説得力をもって語りかけることができる</p> <p>必要な生活支援について情報収集する</p> <p>「困っている人がいるなら・・・」「それなら自分にはできるかも」という思いで助け合い活動に参加したいと思う市民・関係者が増える</p> <p>活用しやすい生活支援情報が充実してくる</p>	<p>様々なつまづき（骨折などのアクシデントや疾患による身体機能の低下、身内の不幸などの人生の転機）を経験した人が、望む生活・元の生活を取り戻せる地域</p>

ここで生きていく

—小さな町の大きな挑戦—

Izumozaki Town
出雲崎町
Niigata Pref.
新潟県

2024年2月 出雲崎町 松永

チームメンバー情報

出雲崎町保健福祉課 介護高齢係

松永 佐和子



係長
社会福祉士
介護支援専門員
係：10年目

佐藤 理絵



主任
事務職
係：3年目

細野 宏一郎



主事
事務職
係：2年目

出雲崎町の概要

- 人口 3,996人
- 高齢化率 44.8%
(R6.1.1現在 住基情報)
- 要介護・要支援認定者数
314人(認定率17.5%)
- 介護保険料 5,700円
- 生活圏域1、包括1か所(委託)



素材も製造も、すべてが日本製。国内唯一の手作り軽風船。



3

参加の動機

町の高齢者の暮らしに必要なものって何だろう。

少子高齢化が進行、高齢者人口がすでに減少。これから高齢者が増える自治体と同じようにはいかない。

「保険者の判断です」それはそうだけど…。担当3人ではもう限界。誰か一緒に考えてほしい。

地域包括ケアシステムって何をどうすればいい？

もやもや

うつつ

町の良さ、強みがわからない。・・・あるの？

社会資源が少ない

医療機関、介護事業所
専門職
商店、交通手段…
役場職員も

うじうじ

めそめそ

何もかもうまくいっていない感じがする！

誰か助けて！

1 課題解決ストーリー ～町の紆余曲折～

【当初の課題】

時代は“介護予防、自立支援”→また自分でできるようになる！
そうすれば、自分の暮らしが続けられるはず。改善してサービスから卒業してもらおう！



でも高齢者の実際は「ヘルパーさんからやってもらいたい」「人と会いたいからデイサービスに行きたい」が目的。良くなって卒業するはほとんどない。卒業の話をするとう「寂しいから取り上げないで」と言われてしまう。

簡単にサービスが利用できて、何でもやってあげている。サービスが自立を阻害しているかも。総合事業を見直そう。軽度者の利用に条件を設けてみたらどうだろう。



でもそれだと高齢者の“共感”得にくいよね・・・
データと現場の両方から状況を確認してみよう！

5

【薪拾いをして見えてきたこと】

高齢だけど自立していた！（R4年度）

平均自立期間（要介護2以上）男性80.8歳 女性85.1歳

介護認定申請初回平均年齢 87.0歳 （新潟県82.7歳、国81.7歳）

家事、畑、近所づきあい…工夫して上手に生活している。

資源が限られている。でも軽度者が利用できるキャパはまだあった。

事業所と保険者の関係性いいよね～。

よかった！
いいところも
あった！



高齢ゆえに、様々なことが不安になる

一人暮らし、高齢者のみ世帯…それだけで不安。

自分も周りの人も年をとっていく寂しさ。

子ども・親族も不安。離れていればなお不安。

年をとっていく本人を目の当たりにする不安。

本人がどうやって生活しているのか見えない。

支援している側も不安

自立支援の考え方を理解してもらいにくい。

自立支援はわかるけど、高齢だから「自分で」って言いにくい。

個人の「寂しい」「不安」に町がどう
取り組めばいいんだろう？

そもそも「寂しい」「不安」ってどこ
から来る？具体的には何だろう？

「寂しい」「不安」を分解...
なぜなぜなぜ...脳みそ沸騰！



6

ある日お会いした方から、大事なことに気づかされる。

今までここで生きてきたんだ。
これからもここで生きていければ、それが一番いいさ。



この人に、出雲崎で一日でも長く暮らせるように、安心して年をとってもらいたい。
そのために私たちは仕事をしているんだっ！
これからも暮らし続けてもらうためには何が必要か考えてみよう！

町の高齢者は上手に工夫して素敵に暮らしているよね！
それってもっと誇っていいことなんじゃないかな？

あれもない、これもだめと思っていたけど、意外と出雲崎の強みありましたね。

何かあってから関わると、家族も地域も支援者もみんなが大変！
早いうちに自分や家族で解決できたり、支援者は予防的に関われないかな。

高齢者を支える取り組みはあるけど、知られていないものも多いかも。
「知ってるだけでも安心」ってあるよね。



そういえば私たち自身も見方、考え方が変わってきたよね！

劇的に変わるんじゃなくて、ちょっと変わるの積み重ねなら理解得やすいかも。

7

【町の目指すところが決まる】

「住民が自分の暮らしに誇りをもって、安心して出雲崎町で年を重ねられる」ように

① 高齢者・地域住民に、町の高齢者の生き生きした暮らしを発信しよう

→出雲崎で年を重ねていくポジティブなイメージが持てる

それなら自分も！と動き出す

高齢者の暮らしを応援したくなる住民が増える

② 暮らしを支えるための情報にアクセスしやすくしよう

→自分で調べて自分で解決できることが増える

知っているだけでも安心できる

③ 離れて暮らす家族に高齢者の暮らしを見える化しよう

→これならまだ出雲崎で暮らせるよね。って思ってもらえる

離れていても本人を支えるチームの一員になってもらえる

何か大きく変えることはやめよう。
今やっていることの見方・考え方をより住民目線することで、高齢者の暮らしを認め、寄り添っていこう。



8

2 実行プランと確認方法

① 高齢者・地域住民に、町の高齢者の生き生きした暮らしを発信する

今までは	これからは
町の取り組みの紹介、制度の案内、住民から問い合わせがあった事項で広く周知する必要があると感じたもの	高齢者が様々な工夫をしながら暮らしを継続していることを記事にする 暮らしを支える手立てとなる制度について、タイミングや使い方などを紹介する

具体的手法	期待する変化	目指す姿
広報いずもぎき（5月・8月・11月・2月号）で連載する ・高齢者が様々な工夫をしながら暮らしを継続していることを意識的に集める ・小規模で顔が見える町だからこそ、「〇〇さんの暮らしの工夫」で住民の心をくすぐる	町の高齢者の生き生きした暮らしを知って心が動く ・町で話題のネタになる 「見たよ！」 「やってみたよ！」 「私はこうしてる！」 ・若い世代から「町の高齢者ってイネ！」と言われる	年を重ねることに希望が持てる ・年だからと諦めず、またできたを体験 ・自分の暮らしを話したくなる ・自分はこので暮らしたいんだと家族に言える

9

② 暮らしを支えるための情報にアクセスしやすくする

今までは	これからは
町が住民に知ってほしい内容を盛り込んだガイドブックを作成 HPに介護・福祉のタブはあるが、中身は事業者向けのものと混在	高齢者の暮らしの視点でガイドブックを作成する 知りたい情報へアクセスしやすいように使う人の視点で情報を整理する

具体的手法	期待する変化	目指す姿
高齢者ガイドブック見直し・全戸配布 ・新ガイドブックが完成（R6年度中） ・追加ページを作成する（第9期中） 町HPにバナーを作成する 「GOOD AGING！IZUMOZAKI」（仮） ・情報だけでなく、出雲崎の高齢者の暮らしぶりも発信する ※この人に聞いてみようと思われるように写真付きで作成する	知りたいときに知りたい情報が活用できる ・アクセスしやすい方法で必要な情報を得ている ・見ているだけで楽しい、面白いと手元に置いておく ・住民から声が聞かれる 「次あれも載せて」 「これ見て電話してみたよ」	町全体が高齢者の暮らしに興味を持ち始める ・今の不安、少し先の不安に手立てがあることがわかる ・高齢者の暮らしに関わりたい人が増える



③ 離れて暮らす家族に高齢者の暮らしを見える化する

今までは	これからは
家族から相談があった時や支援者が気になった時に本人の様子を伝える	本人の暮らしの様子や支援してくれている人との関りなど、日々を伝える気になること、心配の種を映像付きでタイムリーに伝える

具体的手法	期待する変化	目指す姿
LINEやZoomを活用して情報発信する <ul style="list-style-type: none"> ・ 取り組みに協力してもらえるように事業所に説明する（R5年度～R6年度初め） ・ 本人・家族に取り組みの内容を説明する ・ 希望する家族に写真や動画付きの訪問レポートを送る。 ・ オンラインを活用したサービス担当者会議を開催する 	家族が親の暮らしぶりを知る <ul style="list-style-type: none"> ・ 我が家も登録したいと申し出がある ・ LINEを見て...と家族から支援者へ連絡が入る 	家族の不安が減る <ul style="list-style-type: none"> ・ 離れていても親を支えるチームの一員でいられる ・ 「できた」や「心配」がタイムリーに共有できる

11

3 振り返り（チームや個人に起きた変化）

チームの変化		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 出雲崎の良いところが見えるようになった。 ・ 出雲崎は出雲崎でいいんだと思えるようになった。 ・ チームで話し合う回数（会話）が増えた。 ・ 他の職員から「介護高齢係いい感じだよね」って言われた！ 		
松永	佐藤	細野
若手2人が急成長！ 2人の発言から気付かされることも多くなりました。 出雲崎の未来への強みがひとつ増えました。 訪問先では高齢者それぞれの暮らしのいいところ探しをするようになりました。	変化が起きたタイミング（入院、免許返納、物忘れの症状、家族との別れ）で家族や本人の立場にたった必要な情報を、必要なタイミングで届けていきたいと感じた。	「町は高齢化率が高くお年寄りがたくさんいて業務が大変だ...」という感情から、「高齢者が元気なことが町の資源であり良いところなんだ！」「高齢者は町の宝だ！」と気づいた。 常に高齢者の立場にたち、本人や家族の不安や心配に寄り添うようになった。



実行プラン

アクティビティ	具体的手法	モニタリング方法
① 町の高齢者の生き生きとした暮らしを発信する	<p>☆出雲崎での自分の暮らしに誇りをもってもらえるようにする</p> <p>広報いずもぎき（5月・8月・11月・2月号）で連載をする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 高齢者が様々な工夫をしながら暮らしを継続していることを記事にする ✓ 暮らしを支える手立てとなる制度について、タイミングや使い方などを紹介する ✓ ゆくゆくは動画も撮ってHPにのせる（HPと連動する） 	<ul style="list-style-type: none"> ・記事に対する意見や感想（高齢者から、若い世代から） ・地域の集まりの場で話題のタネになる「見た」「やった」「私はこうしてる」
② 高齢者の暮らしを支えるための制度、情報にアクセスしやすくする	<p>☆高齢者の暮らしの視点でガイドブックを作成</p> <p>☆知りたい情報へアクセスしやすいように使う人の視点で情報を整理する</p> <p>高齢者ガイドブックの見直し・全戸配布</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 第9期計画中に書き換え作業を行う。 ✓ 第9期中はできた部分をパンフレット等でお知らせしながら、第10期に1冊のガイドブックにまとめる。 <p>町HPにバナー「GOOD AGING！ IZUMOZAKI」(仮)を作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 情報だけでなく、出雲崎の高齢者の暮らしぶりも発信する。（広報と連動する） 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用した方からの声「次あれも載せて」「これ見て電話してみたよ」 ・ガイドブックが電話の横にある ・バナーへのアクセス回数
③ 離れて暮らす家族に親の生活を見える化する	<p>☆映像を活用し本人を中心として家族とのつながりを強める</p> <p>希望する家族に写真や動画付きの訪問レポートを送る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 本人の日々の暮らしぶりや、関わっている人との様子、本人や家族が気になること、心配の種を映像付きでタイムリーにお知らせする ✓ Zoomなどを活用したサービス担当者会議等の開催。 	<ul style="list-style-type: none"> ・別居の家族の反応 ・支援者の手間や負担感と効果のバランス ・地域から聞こえてくる声



自分の幸せのかたちは自分が決める！

～一人ひとりの価値観を大切にできる地域を目指して～

新潟県上越市 坪井 裕章

1 上越市の概要



○人口：184,082人

○高齢化率：33.58%

(令和5年4月1日現在)

○面積：973.89km²

(東京都23区の1.55倍)

- ・上越市は、平野部、山間部、海岸部と変化に富んだ地形を有し、美しい景観や多様な自然に恵まれています。四季の変化がはっきりしており、冬期には大量の降雪がある全国有数の豪雪地帯です。
- ・平成17年1月1日に14の市町村（上越市、安塚町、浦川原村、大島村、牧村、柿崎町、大湊町、頸城村、吉川町、中郷村、板倉町、清里村、三和村、名立町）が合併しました。
- ・11カ所の地域包括支援センターは全て委託です。

2 チームメンバー



坪井 裕章

職名：主任
職種：社会福祉士
前職：理学療法士



小酒井 和美

職名：主任
職種：保健師
好きな飲み物：醤油



佐藤 麻由子

職名：上席保健師長
職種：保健師
趣味：筋トレ



岩井 美晴

職名：主任
職種：社会福祉士
朝食：パンと味噌汁

3 参加動機

【現状】

上越市では、今後、後期高齢者が増加していく。
介護保険認定率は、新潟県内でも高い数値で推移している。



きっと持続不可能...
漠然と、何かやらなきゃと思う。

【市がやるべきこと】

介護予防・自立支援に向けた取組



言葉ではまとめてみた。
介護予防のための地域ケア個別会議や、支援者向け研修会も開催してきた。でも、このままで大丈夫かなあ...

【危惧していたこと】

今の取組は、介護予防や自立支援につながっているのか。
介護保険サービスの利用ありきの支援になっていないか。

4 課題解決ストーリー

①仮説 ➡ 高齢者に、不要な介護保険サービスがあてがわれることがあるのではないか？

パターン①「高齢者が、使いたくない介護保険サービスを使わせられている。」

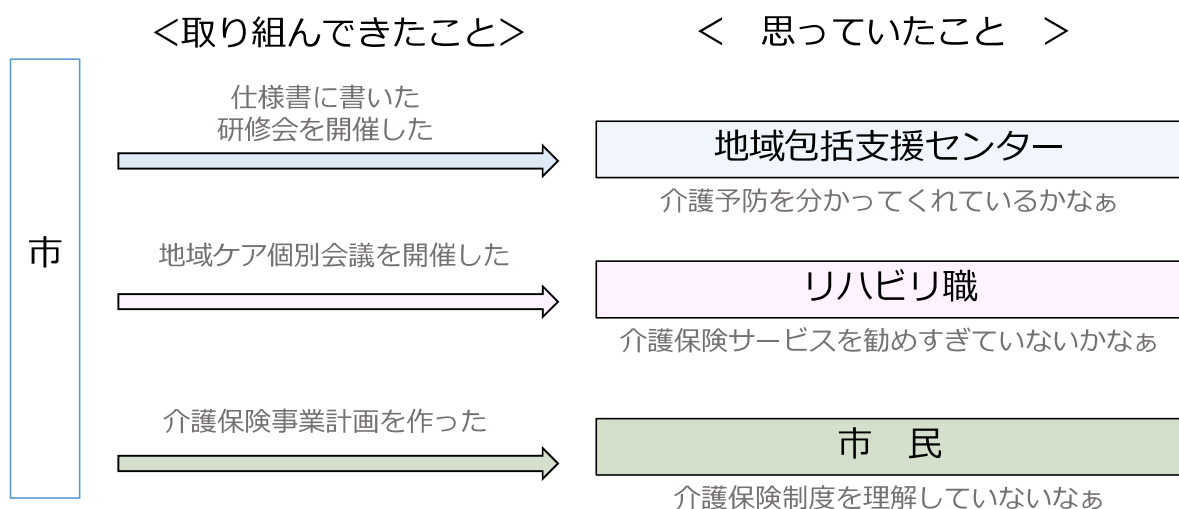
例) ケアマネジャー：〇〇さんにデイサービスに行ってほしいんですよね。
本人：本当はデイサービスに行かないでも良いと思うんだけど、また
転んで息子に迷惑かけても悪いからねえ…。

パターン②「高齢者が、本来目的とは違った形で介護保険サービスを使いたがっている。」

例) 本人：私も〇〇さんが通っている体操教室(運動特化型デイサービス)に行きたいわ！
ただし、ダンスクラブや水泳クラブがない曜日にしてちょうだい！

4 課題解決ストーリー

②仮説を立てた当時の自分たちの思考



地域包括支援センターやリハビリ職は、
どんな気持ちで高齢者と向き合っ
ているんだろう…。



うちはやることやってるし…。
でも、成果出てないかも…。

4 課題解決ストーリー

③仮説を確認するため、実態を探ってみた！

家庭訪問を試してみた

～「介護予防のための地域ケア個別会議」に出された事例のお宅へ～

- ・女性 82歳 要支援1 ひとり暮らし
- ・疾患名：変形性膝関節症（膝痛、肥満）
- ・利用サービス：シニアカーのレンタル
- ・地域包括支援センターが、運動のために(本人が望まない)デイサービスを使わせたがっていた。

でも本人は…

広大な畑をひとりで耕していた！



デイサービスを使わなくても、幸せな暮らしを送っていた！

「友達が遊びに来てくれるし、毎日楽しいよ～」

「幸せだよ～」

「ずっと畑をしてきたの。これまでの普通の暮らしを、これからも続けていけたらいいわねえ。」

➡ **この出会いが、「私たちの考える市民のありたい姿」を描く転機になった！**

4 課題解決ストーリー

③仮説を確認するため、実態を探ってみた！

地域包括支援センターやリハビリ職と、(初めて)語ってみた

「分かってきたじゃな～い！坪井ちゃ～ん❤️」

【地域包括支援センター】

- ・高齢者には、子どもの希望を優先する親心とか、後ろめたさってあるのよ。
- ・(不要と思われる)介護保険サービスの利用について、リハビリ職の提案は覆せないよ。
- ・「どんな暮らしをしたい？」じゃなくて、困りごとの解決を中心にした「パッケージ支援(入浴できない → デイサービス)」になりがちかも。

4 課題解決ストーリー

③仮説を確認するため、実態を探ってみた！

地域包括支援センターやリハビリ職と、(初めて)語ってみた

【リハビリ職】

- ・最近入院期間が短いから、本人のために介護保険サービスにつなぐことで、自分たちが安心できるんです。
- ・不要なサービスなら、地域包括支援センターが調整してくれるんでしょ？
- ・えええ～！！！！1か月くらいで返却すると思ってた4点杖、律儀に3年間も使ってるんですかああ！！??

- ➡ 地域包括支援センターやリハビリ職と語り合い、一緒に悩むことができた。
- ➡ 地域包括支援センターもリハビリ職も、本人の幸せを真剣に考えていた。そして、やむを得ず介護保険サービスにつなぐジレンマを抱えていた。

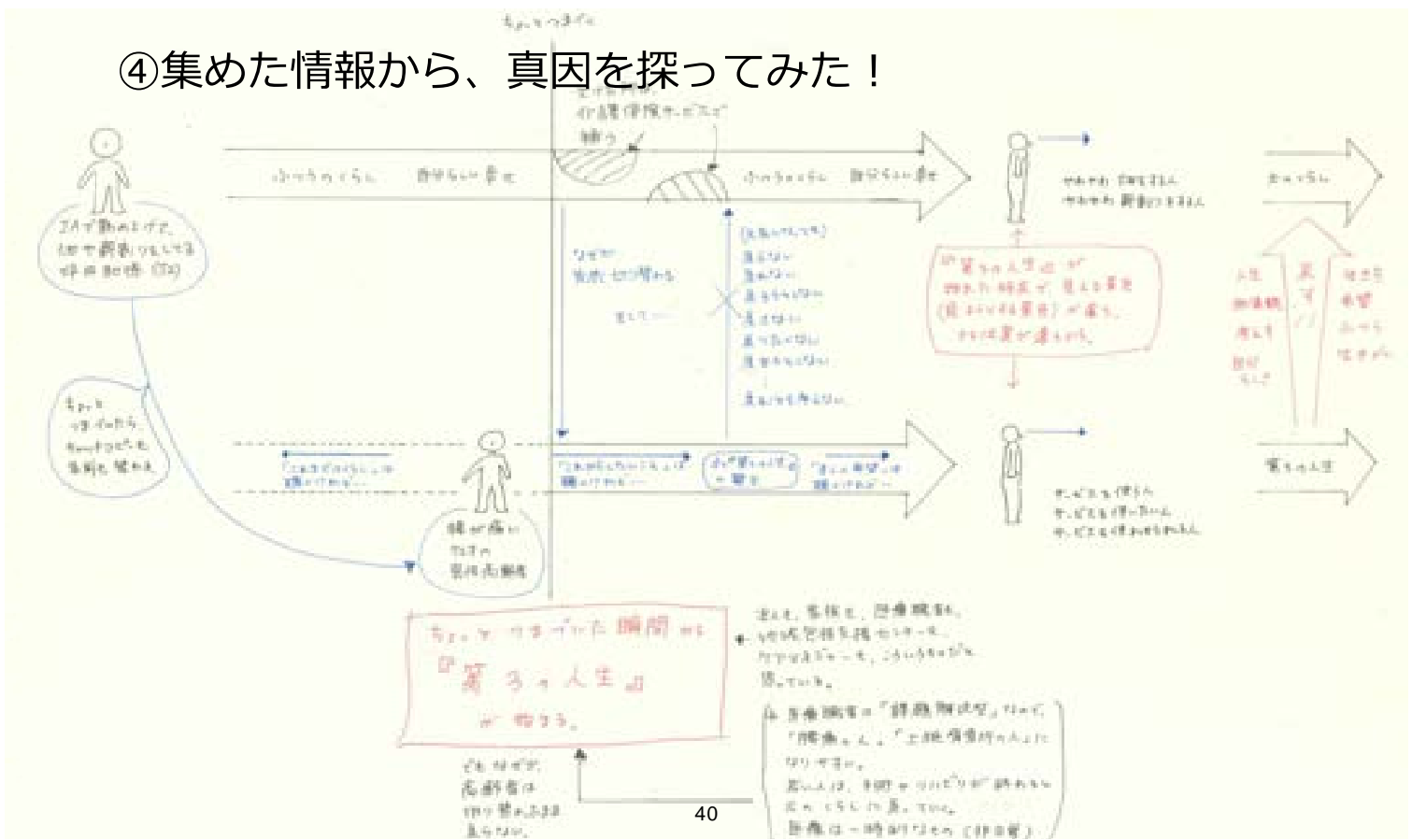
4 課題解決ストーリー

④集めた情報から、真因を探ってみた！

- ・(介護保険制度が定着した現状の中で)困りごとの解決を中心にした支援になることで、「どのような介護保険サービスをあてがうか」という発想につながっているのではないか。
- ・支援者が介護保険サービスの利用を考える際、本人の価値観やこれまでの暮らしよりも、年齢、介護度、疾患名等を重視して語られてはいないか。
- ・ちょっとつまずいて「支援を受ける人」という存在になることで、「JAを勤め上げた坪井和徳さん 72歳」が「膝が痛い72歳の男性高齢者」に替わり、個人の尊厳が失われていくかのような状況になっていないか。
- ・本人・家族・支援者の中でも、「お風呂に入れえないからデイサービス」、「膝が痛いから通所リハビリ」、「90歳だからベッドのレンタル」というようなパッケージが、無意識に存在しているのではないか。

4 課題解決ストーリー

④集めた情報から、真因を探ってみた！



4 課題解決ストーリー

⑤課題に辿り着いた！

課題：高齢者がちょっとつまずいたことをきっかけに、本人、家族、地域包括支援センター、リハビリ職の中で無意識に起こる「人生の舞台が切り替わる」という弊害

➡ このことを解決するためには…

本人、家族、市、地域包括支援センター、リハビリ職が、「人生の舞台を切り替えず、これまでの普通の暮らしを継続していこう」という『**同じ思い**』を持つことが大切！

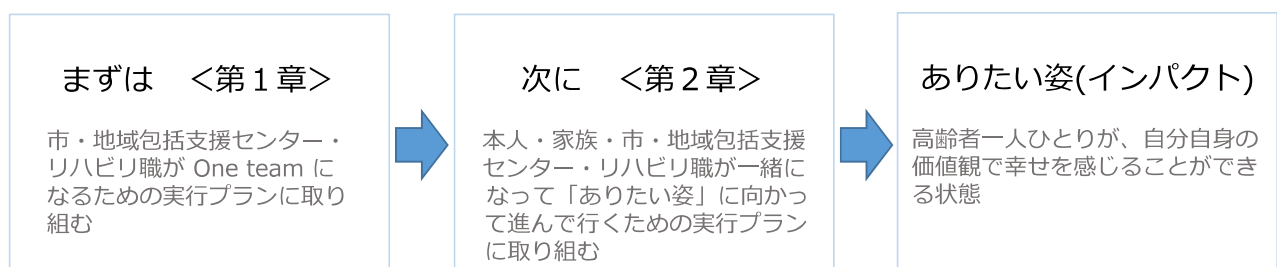
4 課題解決ストーリー

⑥課題解決に向けたロードマップ

<ありたい姿（インパクト）>

高齢者一人ひとりが、自分自身の価値観で幸せを感じることができる状態

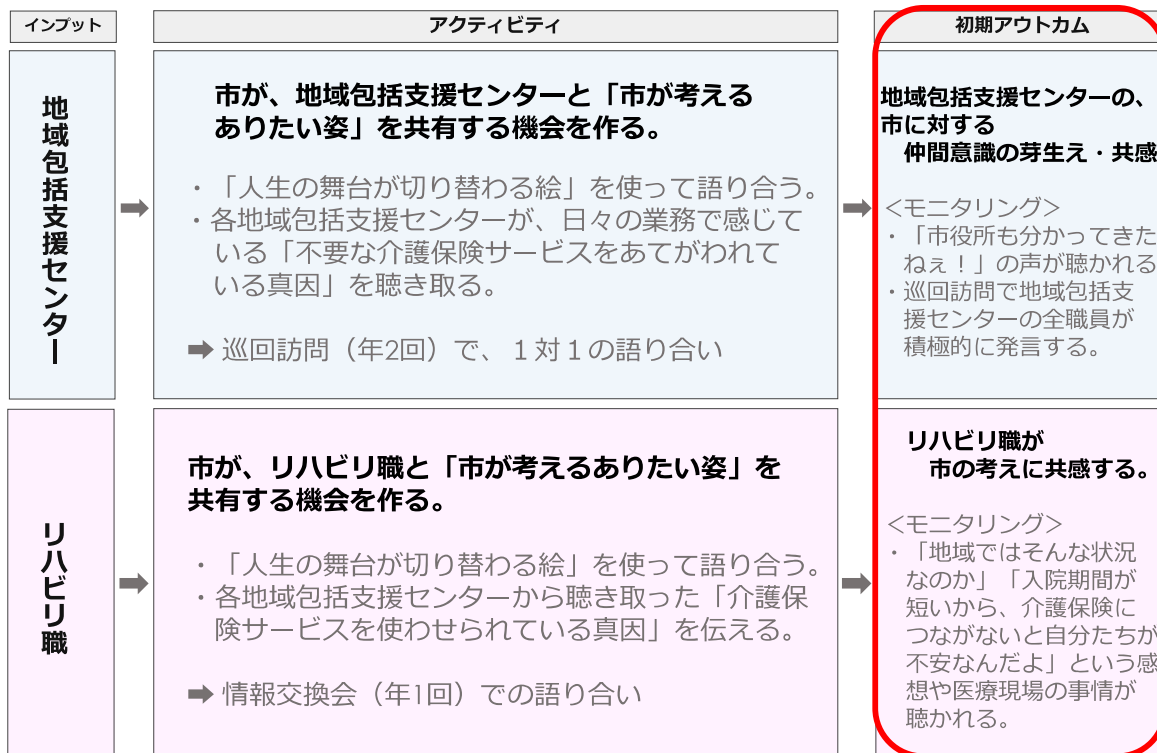
市・地域包括支援センター・リハビリ職が One team になって、これまでの普通の暮らしを続けることの大切さや、無意識に「人生の舞台が切り替わる」弊害を本人や家族と共有し、みんなで「ありたい姿」に向かって進んで行く必要がある。



5 実行プラン<第1章>

市・地域包括支援センター・リハビリ職が One team になるための実行プラン

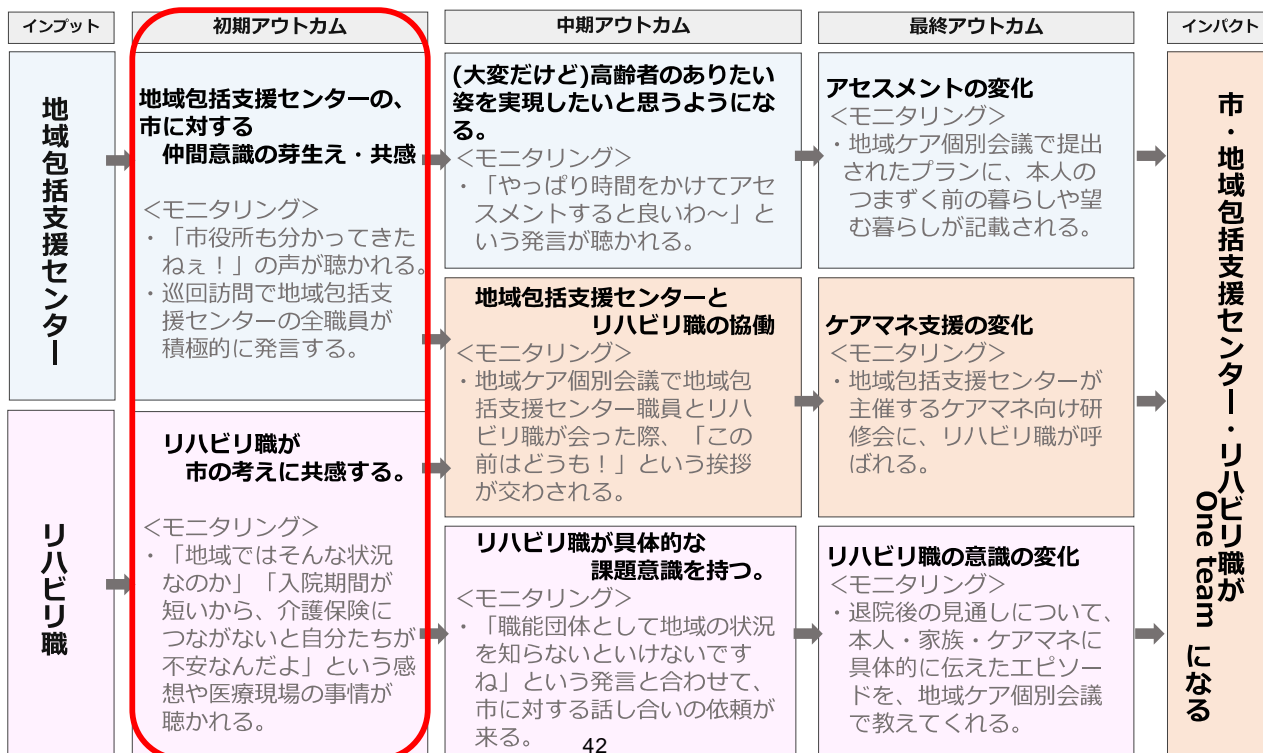
～ まず「誰に」「どう働きかけるか」～



6 アジャイル型政策形成の仕掛け<第1章>

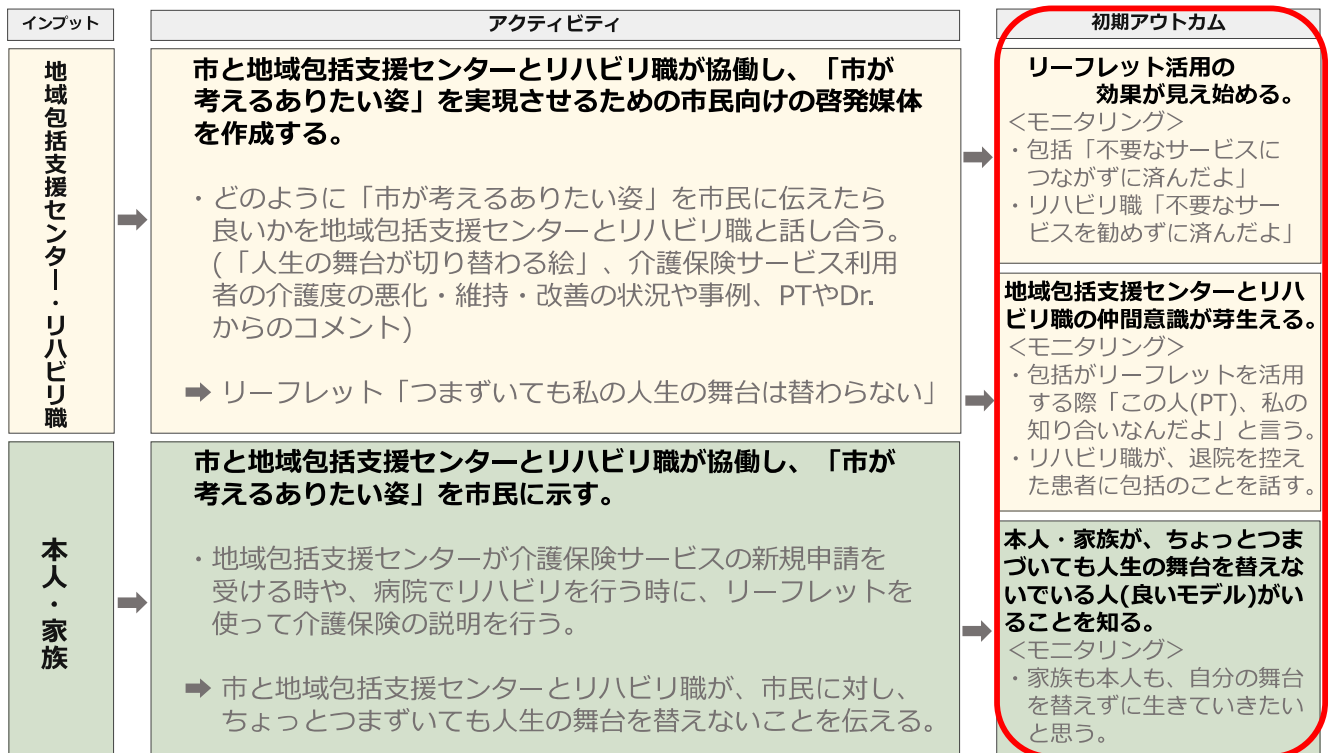
市・地域包括支援センター・リハビリ職が One team になるための実行プラン

～ 働きかけた相手に期待する変化とモニタリング～



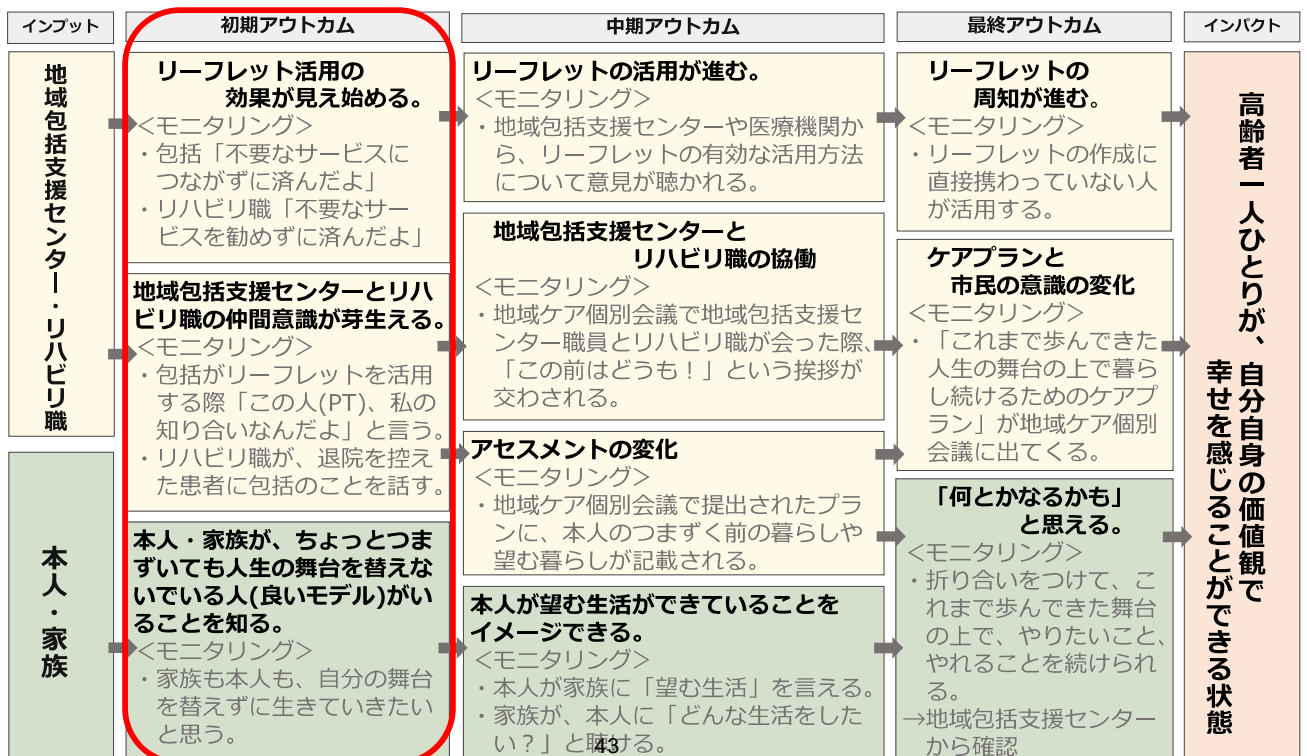
7 実行プラン<第2章>

本人・家族・市・地域包括支援センター・リハビリ職が一緒になって「ありたい姿」に向かって進んで行くための実行プラン ～そして「誰に」「どう働きかけるか」～



8 アジャイル型政策形成の仕掛け<第2章>

本人・家族・市・地域包括支援センター・リハビリ職が一緒になって「ありたい姿」に向かって進んで行くための実行プラン ～そして「誰に」「どう働きかけるか」～



⑤ 課題解決ストーリー（ロジックモデル）【打ち手】

【第2章】 ちょっとつまずく前の「普通の暮らし」が継続できる地域の実現

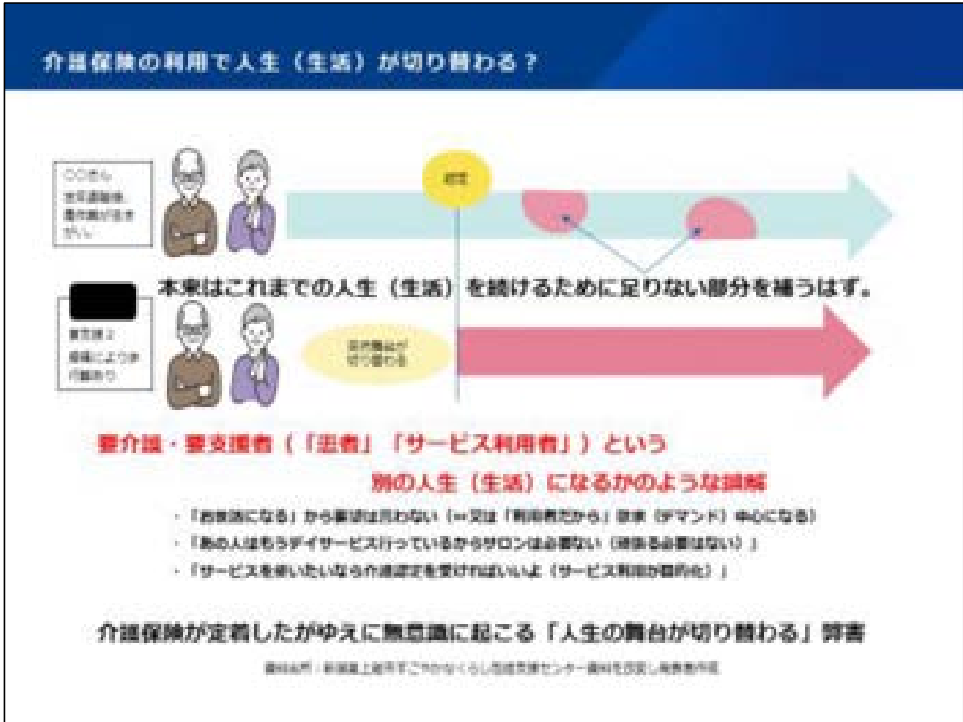
仮説	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト		
課題仮説	誰に	どう働きかける	まずどうなる	何が変わる	ありたい姿		
<p>現状</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者が、使いたくない介護保険サービスを使わされている。 高齢者が、使わなくても良い介護保険サービスを使いたがっている。 <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人・家族・支援者が「支援を受ける(提供する)暮らし」を選択している意識の改革、および「これまでの普通の暮らし」に戻る(戻す)ことを考える思考の浸透 運動や食事といった生活習慣の見直しや、サービスで補いながら「これまでの普通の暮らし」を再獲得・再構築するという、本人・家族・支援者の意識の醸成 地域包括支援センターの後ろ盾となる介護保険サービスガイドブックの発行やリハビリ職等の介入 <p>真因</p> <p>【高齢者】</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族への後ろめたさや自信の無さ 家族に対する気遣い 身体が弱ることへの不安 知人に対する同調意識 <p>【家族(市民)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者に元気でほしい思い 自分自身の安心感 <p>【リハビリ職】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険制度の誤認識 医療職自身の安心感 <p>【地域包括支援センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> 不要な介護保険サービスをあてがわざるを得ないジレンマ 本人・家族・支援者が、「支援を受ける(提供する)暮らし」の獲得や構築という発想・考えにとらわれている現状 	<p>地域包括支援センター</p> <p>リハビリ職</p> <p>本人</p> <p>家族</p>	<p>市と地域包括支援センターとリハビリ職が協働し、「市が考えるありたい姿」を実現させるための市民向けの啓発媒体を作成する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険サービス利用者の介護度の悪化・維持・改善の状況を高齢者支援課から収集し、包括と医療機関と共有する。 介護保険サービス利用者のうち、介護度が改善した事例、悪化した事例を地域包括支援センターから聴き取り、リハビリ職と共有する。 「坪井和徳の絵」と上記の情報を基に、どのように「市が考えるありたい姿」を市民に伝えたら良いかを地域包括支援センターとリハビリ職と話し合う。 「市が考えるありたい姿」を市民に伝えるための啓発媒体を地域包括支援センターとリハビリ職と考える。(「坪井和徳の絵」、介護保険サービス利用者の介護度の悪化・維持・改善の状況や事例、PTやDr.からのコメント) <p>市と地域包括支援センターとリハビリ職が協働し、「市が考えるありたい姿」を市民に示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「市が考えるありたい姿」を市民に伝えるための啓発媒体を、地域包括支援センターや医療機関、市の窓口を設置する。(「坪井和徳の絵」、介護保険サービス利用者の介護度の悪化・維持・改善の状況や事例、PTやDr.からのコメント) 地域包括支援センターが介護保険サービスの新規申請を受ける時や、病院でリハビリを行う時に、啓発媒体を使って介護保険の説明を行う。 広報上越で、「市が考えるありたい姿」を掲載する。(介護サービスを卒業した人、新しい幸せを見つけた人) 市民に対し、ちょっとつまずいても人生の舞台を替えないことを伝える。 	<p>「市が考えるありたい姿」を実現させるための市民向けの啓発媒体(リーフレット)が完成する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 市民向けの啓発媒体が完成する。 市の窓口でリーフレットが設置されるほか、地域包括支援センターや医療機関にリーフレットが配布される。 地域包括支援センターがリーフレットを使って市民に説明する。 リハビリ職がリーフレットを使って市民に説明する。 リーフレットの活用が広がる。 <p>市民(家族・本人)が、リーフレットや広報上越を目にする。</p> <ul style="list-style-type: none"> 広報上越を通じて、「市が考えるありたい姿」を目にする。 地域包括支援センターの相談をしたり、リハビリを受けた際に、リーフレットを使用して説明を受ける経験をする。 	<p>リーフレットの効果が見え始める。</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターから「リーフレットのおかげで、不要と思われる介護保険サービスにつながらなくて済んだ」という発言が聴かれる。 リハビリ職から「不用意に介護保険サービスの利用を勧めずに済んだ」という発言が聴かれる。 <p>地域包括支援センターとリハビリ職の仲間意識が芽生える。</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターがリーフレットを活用する際、「この人(PT)、私の知り合いなんだよ」と言う。 リハビリ職が、退院を控えた患者に対して包括のことを話す。 <p>市民(家族・本人)が、ちょっとつまずいても人生の舞台を替えないでいる人(良いモデル)がいることを知る。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「坪井和徳の絵」を見て「なるほどね」と思う。 周りで介護保険サービスを使っている人を見出し、「自分はどうなりたいかなど考えるようになる。 自分や家族も人生の舞台を替えずに暮らしていきたいなと思う。 	<p>リーフレットの活用が進む。</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターが、ケアマネ支援の場面でリーフレットを紹介・活用する。 リハビリ職以外でもリーフレットを活用し始める。 地域包括支援センターや医療機関から、リーフレットの有効な活用方法について意見が聴かれる。 <p>地域包括支援センターとリハビリ職の協働</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターがアセスメントに悩んだ際、リハビリ職に気軽に電話相談する。 地域ケア個別会議の場面で「この前はどうも！」という挨拶が交わされる。 <p>アセスメントの変化</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ケア個別会議に出されたケアプランに、本人がこれまで歩んできた普通の暮らしや望む暮らし、本人の楽しみや趣味が記載される。 <p>本人が望む生活ができることをイメージできる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「舞台を替えない生き方」をイメージできるようになる。 本人がどんな生活をしたいか、譲れないことは何かを考えるようになる。 家族から本人に「どんな暮らしをしたい?」と聴くようになる。 本人が家族に「自分はこんな暮らしがしたい」と言えるようになる。 地域包括支援センターから確認 	<p>リーフレットの周知が進む。</p> <ul style="list-style-type: none"> ケアマネや高齢者支援課など、リーフレットの作成に直接携わっていない人がリーフレットを使う。 <p>ケアプランと市民の意識の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターが本人と協働してケアプランを作る。 ケアプランに具体的な到達目標や利用期間が記載される。 地域ケア個別会議に、「元気になるためのケアプラン」、「これまで歩んできた人生の舞台の上で暮らし続けるためのケアプラン」が出てくる。 <p>「何とかなるかも」と思える。</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族が、本人の望む暮らしを応援できるようになる。 本人が、今後の暮らしに対して、何とかなるかもと思える。 家族への不安や後ろめたさが減る。 本人が、家族や支援者に対して、「こんな暮らしがしたい」と希望を言える。 折り合いをつけて、これまで歩んできた舞台の上で、やりたいこと、やれることを続けられる。 	<p>高齢者一人ひとりが、自分自身の価値観で幸せを感じることができている状態</p>

参考資料

J Aを勤め上げて、畑仕事や薪作りに勤しむ 坪井 和徳 (72)



厚労省老健局総務課 菊池 一 氏 が講師を務められた研修会で、
チーム上越市が考えたイメージ図をご活用いただきました！



誰も取り残さない鳥取市を目指して

～最初の一步は、地域・行政・専門職が繋がり合うこと～

2024年2月14日

鳥取市

中嶋

チームメンバー情報

所 属	職氏名
福祉部長寿社会課 鳥取市中央包括支援センター	主事 山口里佳
〃 鳥取市中央包括支援センター	主任(事務) 中嶋克枝
〃 鳥取市中央包括支援センター	保健師 西村葉子
〃 医療介護連携係 ※事務所は東部医師会内に所在	主事 塩谷航平
福祉部地域福祉課（重層的支援事業担当部署）	主幹(事務) 西谷慎也
市民生活部協働推進課コミュニティ支援係	主事 小川雄司
鳥取市社会福祉協議会地域支え合い支援課	係長(SC) 株本裕成
健康こども部健康・子育て推進課健診推進室	主任(保健師) 田中琴子
鳥取県社会福祉協議会地域福祉部 副部長兼生活福祉資金室長	川瀬亮彦

鳥取市の概要

【鳥取市の特徴】

- ・ H16.11/1に1市6町2村が合併。
- ・ 市域が広く、車で約2時間かかる
- ・ 中核市となり、保健所が設置された
- ・ 冬は山“陰”らしく、風が強く曇りや雪(雨)の日が多い。



【基本情報】

- ・ 人口： 181,786人
- ・ 高齢化率： 30.5%
- ・ 面積： 765.31km²
- ・ 日常生活圏域（中学校区）： 18圏域
- ・ 公民館区： 61区
 - ※地域活動は公民館区ごとに行われることが多い。
 - ※公民館区単位ごとに保健師の担当区域がある
 - ※包括の担当圏域も公民館区が基準
- ・ 地域包括支援センター数：
地域担当(委託)10カ所
基幹包括(直営)1カ所
 - ※地域支援事業や虐待対応、地域担当包括の後方支援業務を行う

3

鳥取市の参加の経緯

- ・ 最初のきっかけは、地域支援事業全般の行き詰まり感
各種事業を実施しているが、それぞれに問題を抱えていた
→特に、包括支援センターが担当する
自立している高齢者～要支援認定者や認知症本人
の社会参加や地域づくり
- ・ 包括支援センターとしては、虐待には当たらない支援困難ケース（主に8050ケースや精神保健分野）や虐待対応の過程での養護者への対応・支援に困難さを感じていた
- ・ 長寿社会課内では、何をテーマに検討しても
地域づくりにたどり着くのではという話があり、
広く「社会参加」「地域づくり」を意識して参加申込みした
- ・ 関係課と調整し、若手職員中心となるチーム構成とした
- ・ 参加にあたっては「（上手くいかなくても）失うものはないから」と送り出された

検討の経過 1

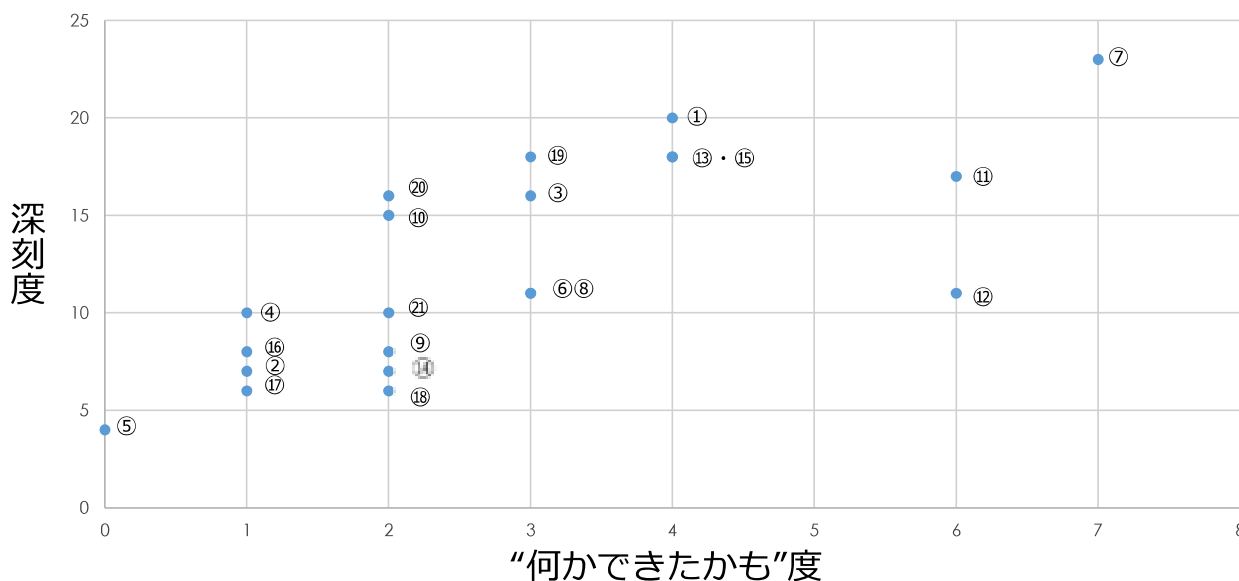
- 参加者の所属が多岐にわたるため、高齢者福祉や介護保険そのものにテーマを寄せないこととした
- 併せて、介護保険担当部署の長寿社会課がなぜ“地域づくり”“社会参加”に関心を持っているのか説明した
- チーム内での打合せの結果、すべての部署に関係のある内容として、“相談”を検討していくキーワードに決定した。また、各部署が対応した21事例を持ち寄って共有し、「深刻度」と「何かできたかも度」の2つで分析した。

チーム内で相談し、下記の基準で評価した。

- ①本人が介入・支援を拒否している
- ②当てはまる制度がない、制度の狭間にいる
- ③問題が放置されている
- ④問題が把握されていない、地域との繋がりがない
- ⑤多くの人が困っている

5

検討の経過 2



- 21事例の分析結果のうち点数の高い事例7と11を、「どんなことが、できていたら良かったか？」という視点から検討し、問題点が繋がっているのではないかと考えた。

6

検討の経過 3

○ 21事例から考えたこと

地域の中で、困りごとを抱える人の存在が知られていても、周りの人に迷惑がかかる、命の危険があるなど
大事にならないと市役所にわざわざ相談しないのでは？

○ さらに、チームに加わった保健師が関わっている事例が健康不安のある両親、精神保健的な問題を抱える子という世帯で、今後の対応について悩みを抱えていた。 この事例から、以下のように考えた。

事例を把握し、将来の生活破綻が予見されたとしても、本人たちからのSOSや支援に入るきっかけがないと、どうしたらいいか分からず関わりが途絶えてしまう。
長期的な伴走支援を続けるためにはどうしたらいいのか？

⇒この2つから、目指す姿が明確になった。

7

目指す姿

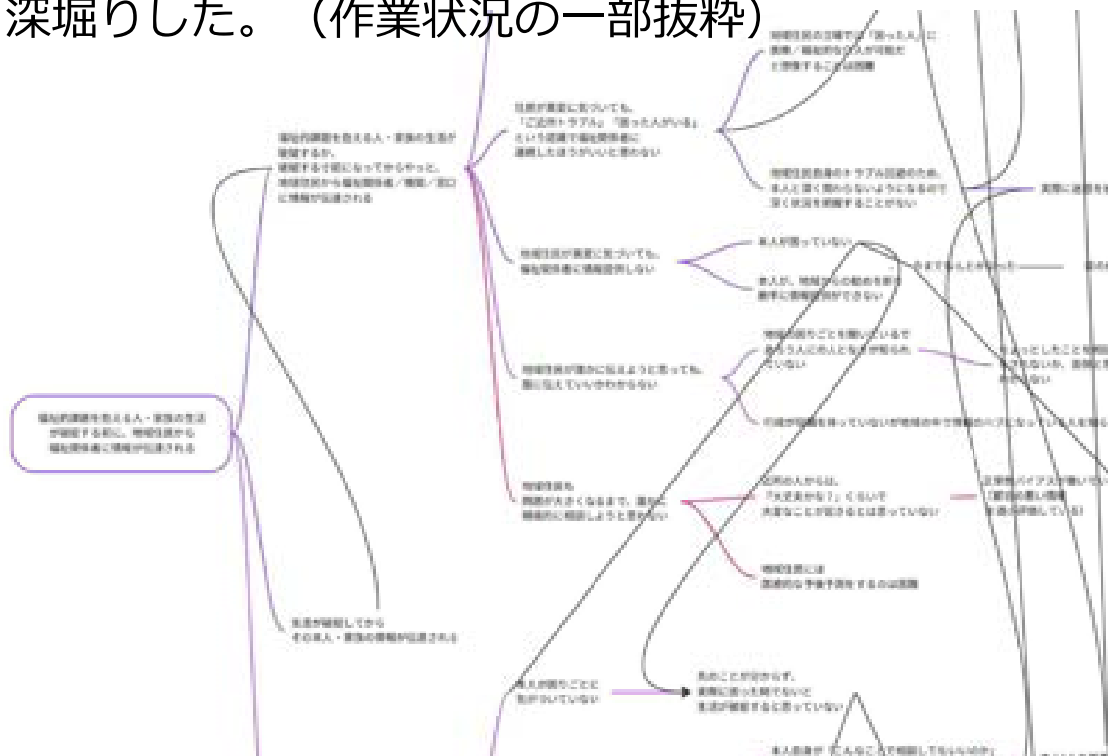
福祉的課題を抱える人・家族の生活が破綻する前に、その状況を把握することができる。

また、チームとして中長期的な見通しをもって関係構築に取り組み、生活の破綻や家族の分断を防ぐことができる。

- 福祉課題を抱える人・家族の生活が破綻する前に、地域住民（公民館などの地域の出先機関、民生委員、地区社協、近所の人など）から、福祉関係者に情報が伝達される。
- 福祉関係者が得た情報が、関係部署・組織に共有され、チームが形作られる。また、そのチームに地域住民が参加することが当たり前になる。
- 共有された情報が、チーム内外で更新され、定期的に再共有される。
- チームの中での役割分担がある程度明確になり、複数機関で協働して対応する習慣ができる。
- 福祉課題を抱える人・家族の支援のきっかけになりそうな動きが、（地域住民や訪問してる専門職、家族に関わっている福祉関係者から）チームに伝達され、介入のきっかけを逃さずに関わることができる。

検討の経過 4

○ 目指す姿を書き起こした後に、なぜそうなっているのか深掘りした。（作業状況の一部抜粋）



解決したい問題

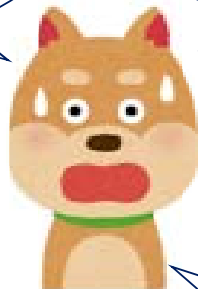
- 地域でも市役所でも対応が難しい、苦慮する事例はたくさんあるが、大事になってから発覚することも多い
- 大事になってから見つかり、**どうしたらいいの!?** 家族を引き離さなければいけなかったり、それぞれ施設入所して、家族がバラバラになってしまう
- 早めに対応できたかもしれない事例も、家族それぞれの抱える問題や年代が異なると、それぞれの部署で対応が異なったり対応されないため、上手くいかない

何とかならないの!?

今の状況① どうして相談してくれないの？

どうしてこんなになるまで、
抱え込んでいたんだろう？
もっと早く分かっていたら、
もう少し何かできたかも……

地域の人には知っていたみたい。
どうして教えてくれなかったんだろう？
市役所には来にくいのかな



じゃあ、会いに行ったら
話してくれるのかな？
急に来た人に話すかな？

でも、会ったことが
ある人が知っていたよね……
どうして教えてくれなかったの？

もしかして、

- **会ってはいるけれど、**
話してくれるほどには
信用されていない！？
- 私たちは、ちゃんと
話を聞いて受け止めていた？？
- 何を相談したらいいか
分からないのかも！？

11

今の状況② 上手く連携できないのはなぜ？

向こうの担当者は
何をしているのかな。
一緒に訪問したり
一緒に考えたり
できたらいいのに。

担当者って誰？
えっ、変わったの！？

こういう時ってどうする？
たくさん問題があって
何からどうしたらいいか
分からない！
全部するの！？



今できることがないから
会いに行きませんって
どういうこと？

もしかして、

- そもそも会ったことない
から **誰が誰か知らない？？**
- 他の事例をどうしているか
知らないから、**どうしたらいいか**
分からないのかも……。
- **何もできないこともあるけど、**
それも向き合い方の一つじゃない？？

12

具体的取組①

誰に	何をする
民生委員 公民館職員 地域住民など	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 「相談してほしい状況」を伝える <ul style="list-style-type: none"> ・地域に出た職員がわかりやすい例（「大声を出している人」、「何日も同じ服を着ている人」等）を出して、相談してほしい状況を伝える ・また、「気になっている人がいたら教えてほしい」、「相談してほしい」、「話を聞かせてほしい」ということを伝える。
生活支援コーディネーター	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 地域に出向いて地域に溶け込む中で、地域の人の好きなことや困りごと、地域の様子を把握する <ul style="list-style-type: none"> ・SCが地域へ出かける頻度を増やす ・SCが地域の情報通を見つける ・地域でのいつもの生活をイメージし、SCが地域住民の話をじっくり聞く ・その様子を中央包括職員が定例会で聞く
地域に出かける職員、 専門職 （地区担当保健師・地域包括・中央包括職員など）	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 困っている人や気にかかる人がいないか意識して観察する <ul style="list-style-type: none"> ・訪問や事業の直接の対象者以外の家族や地域住民の様子を気に掛ける ・サロン等の関わりの中で、参加者と話をする ・集まりの核となっている人や気になる人とじっくり話をする。
行政全体 （地域福祉課など）	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 福祉的課題を抱える人・家族の発見のための行政の役割（相談体制の構築）を検討する <ul style="list-style-type: none"> ・各相談機関でどんな事例に対応しているか把握する ・相談してほしい状況を整理する

13

具体的取組②

誰に	何をする
生活支援コーディネーター 地区担当保健師 地域包括支援センター職員 （圏域担当） 中央包括支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 地域連絡会を定期的に、継続して開催する <ul style="list-style-type: none"> ・各地域担当が、普段の業務や地域活動の状況、地域からの声、相談されたり対応中の事例を共有する
パーソナルサポートセンター：重層的支援会議主催担当課、生活困窮相談担当機関 ケース担当者	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 重層的支援会議を開催し、複合課題を抱える事例を検討する <ul style="list-style-type: none"> ・ケース担当者が対応困難な事例について情報共有し、関係部署同士で何ができて何ができないか整理する ・パーソナルサポートセンター・ケース担当者ができるだけ負担のない開催方法の検討する（日程調整・進捗管理）
地域福祉課 中央包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 重層的支援会議の開催方法を一緒に検討する <ul style="list-style-type: none"> ・地域福祉課・中央包括が会議に参加し、事例の検討経過や効果的な会議になっているか把握する ・パーソナルサポートセンターと一緒に、会議の開催方法等を検討する

14

何から始めよう？①

市役所と地域支え合い推進員（SC）の風通しを良くする

【具体的には】

- ・ SCの定例会に出席する
- ・ 地域で何ができたかではなく、どんな人と会ってどんな話をしてきたか、面白いことや大変だったこと、これからできそうだと思うことややりたいことを積極的に聞く



【どうなりたい】

- ・ 定例会でSCが口々に地域の話をしてくださって、盛り上がる
- ・ SCにとって、市役所の人が会議にいることが当たり前になる（緊張したり気を使ったりしない、いつもいる人の扱いになる）
- ・ SCが集まりや会議を設定して、呼んだ方がいいか分からない時に「とりあえず声をかけておこうかな」と思ってもらえるようになる
- ・ 困った時にちょっと話を聞いておこうと思ってもらえ、話ができる関係になる

15

何から始めよう？②

地域連絡会で地域の話ができるようになる

【具体的には】

- ・ 連絡会を継続的に開催する
- ・ 普段どんな業務を担当しているのか話す、お互いに知る
- ・ 高齢者の話に限らず、地域のどんな場所に行ったか、どんなことが起きたか、どんな活動をしたか／できなかったか共有する
- ・ 無理に参加者を広げたり、会の中での成果を出そうと焦らない



【どうなりたい】

- ・ 地域担当者同士が顔見知りになり、顔と名前が一致し、会議以外でも話しかけられるようになる
- ・ 他の担当者の話を「そんなことしてるんですか！？」「今の仕事とは関係ないけど、面白そう！」と興味を持って聞くことができる
- ・ 促さなくても、それぞれが発言したい時に発言できるようになる
- ・ 他の地域担当者と一緒にサロン等に訪問できるなど、連携できる

16

期待する変化①

誰に	何をして	どうなってほしい
民生委員 公民館職員 地域住民など	▶ 「相談してほしい状況」を伝える	<ul style="list-style-type: none"> ・「あの人のことかな？」とイメージできる ・「こういう人はどう？ あんな人は？」と質問が返ってきて、具体的な相談に繋がる
生活支援コーディネーター	▶ 地域に出向いて地域に溶け込む中で、地域の人のお好きなことや困りごと、地域の様子を把握する	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の人から「ちょっと聞いて～」と声をかけてもらえるようになる。住民さんとの会話が増える ・「SCさん」ではなく「●●さん」と名前を呼んでもらえる場面が増える ・思い立って（事前の打合せしなくても）出かけられる場所が増える
地域に出かける職員、専門職	▶ 困っている人や気にかかる人がいないか意識して観察する	<ul style="list-style-type: none"> ・困っている人がいると認識できて、周りの人に「こんな人がいたんですけど…」と相談できる ・また会って様子を確認できる状況を作れる
行政全体（地域福祉課など）	▶ 福祉的課題を抱える人・家族の発見のための行政の役割を検討する	<ul style="list-style-type: none"> ・問題が起きた時に対応しやすい状況が分かる ・相談してほしいタイミングを説明できるようになる



こういうことを積み重ねたら...

地域の人と顔を合わせた時に「気になっている人がいるんだけど」と声をかけてくださったり、困っていそうな人がいた時に普段の様子を尋ねたりして、早めに情報をキャッチできるようになる

はず！¹⁷

期待する変化②

誰に	何をして	どうなってほしい
生活支援コーディネーター 地区担当保健師 包括支援センター職員（圏域担当・基幹）	▶ 地域連絡会を定期的に、継続して開催する	<ul style="list-style-type: none"> ・地域担当者同士が顔見知りになり、顔と名前が一致し、会議以外でも話しかけられるようになる ・他の担当者の話を「そんなことしてるんですか！？」「今の仕事とは関係ないけど、面白そう！」と興味を持って聞くことができる ・他の地域担当者と一緒にサロン等に訪問できる
パーソナルサポートセンター ケース担当者	▶ 重層的支援会議を開催し、複合課題を抱える事例を検討する	<ul style="list-style-type: none"> ・ケース担当者が次にすることが分かったり、状況を整理することができて、出してよかったと思う ・一度事例を出した担当者が、他の担当者に「出したらいんじゃない？」と言ってくれるようになる ・様々な部署から積極的に事例が提出される
地域福祉課 中央包括支援センター	▶ 重層的支援会議の開催方法を一緒に検討する	<ul style="list-style-type: none"> ・会議開催の主担当者自身が「相談して考えていこう！」と思う ・会議開催までの見通しが立ちやすくなり、ケース担当者に会議までの流れを説明できるようになる。事例提出を勧めやすくなる



こういうことを積み重ねたら...

担当者同士が連携して動きやすくなり、対応に苦慮する事例でも対応を相談したり、何から働きかけていくか整理することができる

はず！¹⁸

プログラムに参加して

- ▶ 初対面同士の人もいたのが最初はぎこちなかったが、少しずつ活発に意見が言い合えるようになった。徐々にチームとして考えることができるようになり、このプログラムが終わっても、この関係性を継続していきたいと思えるようになった。
- ▶ 課や職種、立場は違うけれど、皆で話合うことでお互いの業務や、その中での苦勞を共有することができるようになったと感じた。
多機関協働という言葉はよく聞いていたけれど、担当課に繋いだり会議に出るとイメージだった。実際に一緒に課題を考えてみて、部署によって地域に対する考え方や認識が大きく違うということを実感した。
- ▶ 同じ方向性を向くきっかけがあれば職員同士で負担感を分担していい仕事ができるのではないかと思った。また、他の課はどんなことに困っているのかを知ることで、お互いがフォローし合えるようになれば良いと考えることができるようになった。
- ▶ 半年前と比較すると、今まで参加していなかった場所に参加しようと思えたり、問題となっていることの真意は何なのか掘り下げて考えられるようになった。一旦立ち止まって考える大切さに気付けた。

19

タイトル：：誰も取り残さない鳥取市を目指して ～地域の困りごとを見つける繋がりづくり～

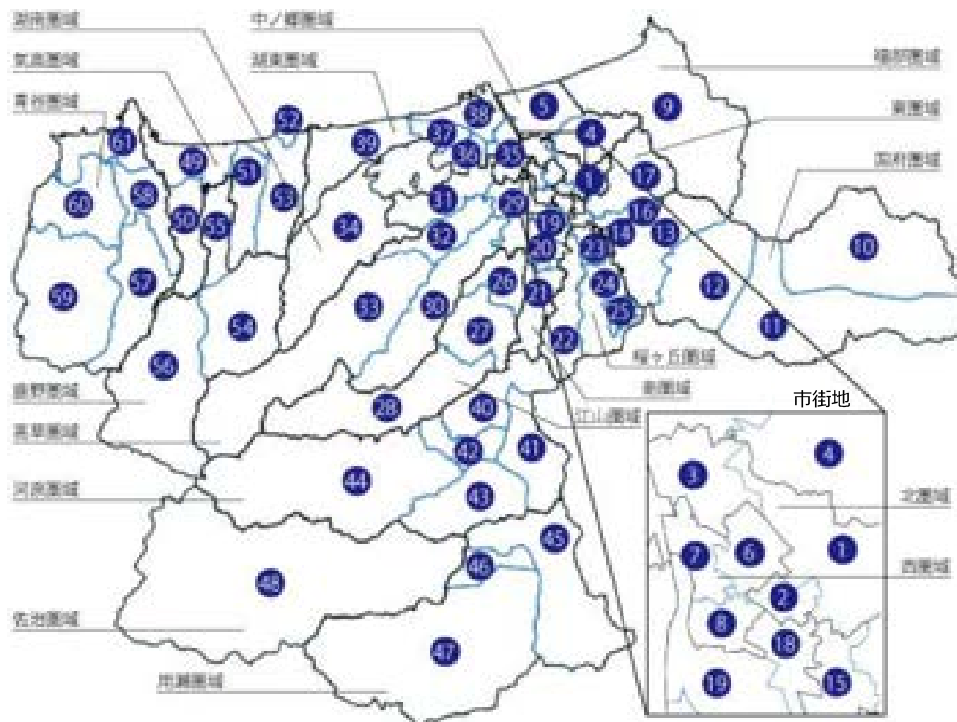
仮説	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト	
課題仮説	誰に	どう働きかける	まずどうなって	何が変わる	ありたい姿	
<p>現状</p> <ul style="list-style-type: none"> 福祉的な課題を抱える人・家族の生活が破綻するか、破綻する寸前になって地域の住民から福祉関係者等に相談が持ち込まれる。 本人・家族・地域から福祉関係者に情報が発信されない。 早期に発見され、介入できれば破綻が防げた事例は今後も増える見込み。 <p>要因</p> <ul style="list-style-type: none"> 行政と地域・住民や福祉関係者との関係が断続的である。 地域に出るハードルが高い/出られない。 どんなことを相談していいかわからない。 住民が緊急性よりも本人や地域との関係を優先し、情報を共有しない。 住民や地域が今後生活がどうなっていくか想像できず、現状が維持されると思う。 対応内容が地域・住民に知られていない。 <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域に気軽に出かけ幅広い地域の話を聞く重要性が理解され、後押ししてもらえる環境づくり 行政と地域・住民の間で双方向のやり取りが行われる継続的な信頼関係づくり 「相談してほしい状況」を行政・地域・住民間で共通理解できる 相談を受け止めることのできる相談体制の構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 民生委員 ・ 住民 ・ SC ・ 保健師 ・ 地域 ・ 包括 ・ 行政（地域福祉課等） 	<p>①「相談してほしい状況」を伝える</p> <ul style="list-style-type: none"> 共通の媒体(スライド)を作る 視覚的に分かりやすい状況を例に出す 気になっている人がいたら教えてほしい、相談していいんだよ、話を聞きますよ、というメッセージを伝える <p>②地域に向き地域に溶け込む</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域に出かける頻度を増やす 地域の情報通を見つける <p>③地域の人と話す中で、好きなことや困りごと、地域の様子を把握する</p> <ul style="list-style-type: none"> SCが普段の地域での生活をイメージし、地域住民の話をじっくり聞く。 <p>④困っている人や気にかかる人がいないか意識して観察する</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問や事業の直接の対象者以外の家族や地域住民の様子を気に掛ける サロン等の関わりの中で、参加者に積極的に声をかける。集まりの核となっている人や気になる人とじっくり話をする。 <p>⑤福祉的課題を抱える人・家族の発見のための行政の役割を検討（相談体制の構築）</p> <ul style="list-style-type: none"> 各相談機関で対応困難に苦慮する事例を含め、どんな事例に対応しているか把握する 相談してほしい状況を整理する 	<p>実際に伝える</p> <ul style="list-style-type: none"> 共通の媒体を利用して、普段の業務で出かける場所で説明する 民生委員や公民館職員に対してや、地域の会合などでも伝える <p>地域に頻回に出かける</p> <ul style="list-style-type: none"> 人が集まる場所へ継続的に出かける 奥まった場所やあまり行かない集会所へも意識して出かける 特定の人だけでなく、いろんな人と話をする <p>普段の業務で意識する</p> <ul style="list-style-type: none"> 赤ちゃん訪問、健診（乳幼児・成人）、子育てサークル 高齢者サロン、カフェ、地域食堂、訪問した時の近隣の人 介護予防教室 市役所窓口に来た人（他課窓口など） <p>どの相談機関にどんな相談があるか聞き取る</p> <ul style="list-style-type: none"> 書面ではなく、対面で 難しい事例だけでなく、よくある事例や対応しやすい事例も聞きとる 	<p>相談してほしい人が想像できる</p> <ul style="list-style-type: none"> あの人のことかも？イメージでき、こういう人？あんな人のこと？と質問され、相談に繋がる <p>地域にいて当たり前の人になる</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の人から名前を呼んでもらえることが増える 「ちょっと聞いて～」と声をかけてもらえる <p>困っている人がいると認識できる</p> <ul style="list-style-type: none"> 表情の暗い人やイライラしている人、ヨロヨロしている人、着衣の汚れたままの人など 「こんな人がいたんです」と帰って周囲の人に相談できる また会って話せる状況を作る <p>相談してほしいタイミングが分かる</p> <ul style="list-style-type: none"> 対応しやすい状況が分かる 相談してほしいタイミングを説明できる 	<p>地域で生活する人の状況に関心を寄せられるようになる</p> <ul style="list-style-type: none"> 福祉的課題を抱えている可能性のある人や家族の存在を気にかけるようになる <p>SCに聞いたら地域の人のことが分かる</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の情報通を紹介してもらえる 一緒に地域に出かけられる 個別事例の支援で、SCに話を聞いておくようになる <p>見つけた気になる人の話を、関係機関に相談できるようになる</p> <p>相談を受けた時にいったん受け止めることができる</p> <ul style="list-style-type: none"> 誰に伝えたらいいかわからないとき、「帰って相談しますね」と言える 相談を受けた人自身に相談できる相手がいる/場がある（地域連絡会等） どの関係機関に伝えるか分かる 	<p>相談が継続的に寄せられるようになる</p> <ul style="list-style-type: none"> 顔を合わせたら、「顔になっている人がいて」と声がかかる 困っている状況に、地域住民や以前相談したことがある人が、相談の後押しをしてくれる 既存の相談機関も活用される 気になる人に声をかけるようになる <p>相談があった時に地域の人に様子を聞くことができる</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の状況を理解する 個別ケースの地域での様子を聞ける 話を聞ける相手が思い浮かぶ <p>福祉的課題を抱える人のことを関係機関と共有できる</p> <ul style="list-style-type: none"> 共有する相手がある どんなことを伝えたらいいかわかる 相談がたらい回しされることがなくなる 訪問等の初期対応を一緒にできる

タイトル：誰も取り残さない鳥取市を目指して～地域や福祉関係者との関係づくり～

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	まずどうなって	何が変わる	ありたい姿		
<p>現状</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員1人では中長期的・包括的なリスク評価が難しいが、単一部署・担当職員で抱え込んでいる。 相談や事例を急いで解決できないといけないと思ひ、できない場合は遠ざけてしまう。 多機関で課題解決することが習慣化されておらず、情報共有されていない。他部署の視点が得られない。 <p>真因</p> <ul style="list-style-type: none"> 各職員が全て1人で抱え込んでしまう。 すぐに解決しようと急ぐ、対応に時間がかかる等他機関協働を選択しない。 近くにチームで対応した職員がいない。 <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員同士が情報交換しやすい雰囲気・場づくり 事例を共有するプラットフォームづくり 多機関によるチーム支援をした職員の増加と、経験の蓄積 すぐに解決できない事例があることを知る 	<p>SC</p> <p>中央</p> <p>地域</p> <p>地区担当</p> <p>保健師</p> <p>パーソナルサポーター (会議主催者)</p> <p>ケース担当者</p> <p>地域福祉課</p>	<p>⑥地域連絡会を定期的に開催する</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域活動の状況や地域からの声、相談された事例を共有する 各地域担当者が普段どんな活動をしているか聞き、把握する 地域活動や個別/困難事例の情報を共有する 他機関の動きを知る <ul style="list-style-type: none"> ▶ 普段の業務（母子・成人保健含む）や地区活動や困っていること・ケース等を共有する <p>⑦重層的支援会議を開催し、複合課題を抱える事例を検討する</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 対応困難な事例について情報共有し、関係部署同士で何ができて何ができないか整理する。 ▶ できるだけ負担のない開催方法の検討（日程調整・進捗管理）。 <p>⑧⑦の重層的支援会議の開催方法を一緒に検討する</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 会議に参加し、事例の検討経過や効果的な会議になっているかを把握する 	<p>各日常生活圏域で年1回以上開催される</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域資源情報以外の地域住民との関わりを伝えられる 各回職員が1名は参加し、保健師は担当圏域の会に年1回以上参加する 地域作りや地区活動について話せる 目的をもって継続して出席することができる <p>複合的な課題を抱える事例が提出され、会議が開催される</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ケース担当者から事例が提出される ▶ 事例に直接関与しない人、機関の参加がある（ごみ/ペット/税金担当等） ▶ 職員が各回に参加する ▶ 会議開催にあたっての課題を検討する場を持つ 	<p>地域担当同士が顔見知りになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 地域担当同士のやり取りが増え、連携しやすと感じられる ▶ 個別事例や各公民館単位の動きが把握できる ▶ 他の地域担当と一緒にサロン等に訪問できる ▶ 会議での発言や質問が増える ▶ SC等へ連絡できる <p>困難事例を共有・検討する場所があると認識される</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 各ケース担当者が次にすることが分かり、出して良かったと思える ▶ 様々な部署から積極的に事例が提出される ▶ 会議開催までの(日程・方法の)見通しが立ち、ケース担当者に事例提出を勧められる 	<p>連絡会を通じて地域ネットワークができる</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 連絡会の参加者が増える ▶ 会議以外でも顔を合わせ、情報共有し、協働できるようになる ▶ 地域がやりたいことが分かり、実現に向かえる ▶ ネットワークに地域住民も緩やかに参加する <p>今後の予測が立てられるようになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 各事例について今後どのような変化が起き、どのような経過をたどるか想定できる（病状が悪化し入院を要する、等） <p>事例検討会が継続的に開催され、検討事例数が増える</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 多数での検討や情報共有が役立つと認識され、多面的な視点を得ようと思うようになる ▶ 1回限りでなく、同じ部署から別の事例が提出される 	<p>地域で察知された異変が共有される</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 察知したい変化を地域の人に伝えられる ▶ 地域にさりげない見守りが依頼できる <p>中長期的な見通しを持つことができる</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 変化に応じてどう対応するか予め検討できる ▶ 伴走支援の体制を整えられる <p>チームで事例に向き合うことが習慣化する</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 特別な会議がなくてもチーム化する ▶ 初期対応後に一人で悩まず、相談できる 	<p>チームとして、中長期的な見通しをもつて、地域や福祉関係者との関係構築に取り組み、生活の破綻や家族の分断を防ぐことができる。</p>

参考資料

- 鳥取市全域図（北が日本海、南が中国山地）



※番号は次頁の公民館区に対応

公民館区ごと人口・高齢者人口・高齢化率

包括	日常生活圏域	公民館区	人口	高齢者人口	高齢化率	包括	日常生活圏域	公民館区	人口	高齢者人口	高齢化率	
鳥取北	北	1 久松	4,834人	1,550人	32.1%	湖東	湖東	35 千代水	5,101人	1,058人	20.7%	
		2 遷喬	2,134人	793人	37.2%			36 湖山	6,988人	1,643人	23.5%	
		3 城北	7,132人	1,565人	21.9%			37 湖山西	5,967人	1,390人	23.3%	
鳥取西	中ノ郷	4 中ノ郷	3,737人	1,000人	26.8%	鳥取市南部	河原	38 賀露	5,020人	1,414人	28.2%	
		5 浜坂	8,570人	1,912人	22.3%			39 末恒	5,252人	1,773人	33.8%	
		6 醇風	5,742人	2,087人	36.3%			40 河原	2,419人	759人	31.4%	
鳥取市東部	福部	7 富桑	3,488人	987人	28.3%	鳥取市西部	気高	41 国英	1,025人	439人	42.8%	
		8 明德	3,266人	1,101人	33.7%			42 八上	565人	251人	44.4%	
		9 福部	2,686人	986人	36.7%			43 散岐	1,285人	558人	43.4%	
鳥取東	東	10 大茅	152人	90人	59.2%	鳥取市西部	鹿野	44 西郷	1,024人	516人	50.4%	
		11 成器	445人	232人	52.1%			45 用瀬	1,021人	432人	42.3%	
		12 谷	1,383人	588人	42.5%			46 大村	1,074人	397人	37.0%	
鳥取南	南	13 宮下	3,570人	872人	24.4%	鳥取市西部	青谷	47 社	1,067人	504人	47.2%	
		14 あおば	2,500人	607人	24.3%			48 佐治	1,586人	879人	55.4%	
		15 修立	3,926人	1,154人	29.4%			49 浜村	4,341人	1,345人	31.0%	
桜ヶ丘	桜ヶ丘	16 岩倉	6,590人	2,049人	31.1%	鳥取市西部	青谷	50 逢坂	847人	357人	42.1%	
		17 稲葉山	4,494人	1,553人	34.6%			51 瑞穂	1,122人	438人	39.0%	
		18 日進	5,386人	1,513人	28.1%			52 酒津	371人	169人	45.6%	
高草	江山	19 美保	10,842人	2,695人	24.9%	鳥取市西部	青谷	53 宝木	1,378人	604人	43.8%	
		20 美保南	7,797人	1,789人	22.9%			54 鹿野	1,420人	608人	42.8%	
		21 倉田	1,940人	727人	37.5%			55 勝谷	1,570人	561人	35.7%	
高草	高草	22 米里	3,452人	1,171人	33.9%	鳥取市西部	青谷	56 小鷲河	370人	215人	58.1%	
		23 面影	6,779人	1,897人	28.0%			57 日置	830人	447人	53.9%	
		24 津ノ井	3,788人	1,052人	27.8%			58 日置谷	780人	335人	42.9%	
高草	湖南	25 若葉台	4,182人	1,028人	24.6%	鳥取市西部	青谷	59 勝部	459人	262人	57.1%	
		26 美穂	1,648人	611人	37.1%			60 中郷	1,005人	409人	40.7%	
		27 大和	849人	372人	43.8%			61 青谷	2,179人	953人	43.7%	
高草	高草	28 神戸	606人	313人	51.7%							
		29 大正	5,385人	1,478人	27.4%							
		30 東郷	603人	303人	50.2%							
高草	高草	31 松保	3,810人	1,110人	29.1%							
		32 豊実	915人	449人	49.1%							
		33 明治	1,028人	477人	46.4%							
高草	湖南	34 湖南	1,837人	830人	45.2%							