令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

ソーラーアーク

ロームカウチ作

高齢者の暮らしを守る
“チームあんぱち 大作戦！”

2023年2月13日

安八郡広域連合　岐阜県安八町
西脇 雅子

チームメンバー

宇野比登美
福祉課
地域包括支援センター長
保健師　主任ケアマネ

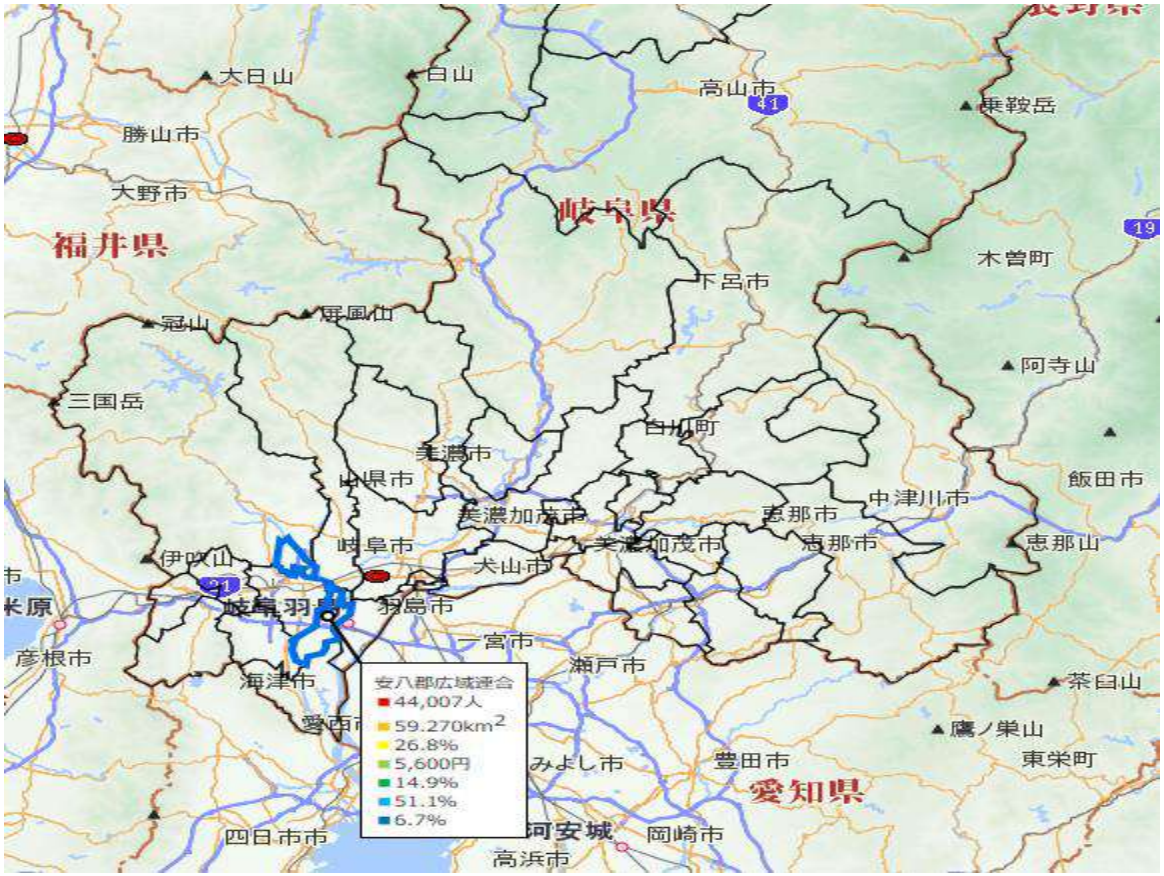
日比弘康
安八郡広域連合係長
（安八町より出向）

西脇雅子
福祉課　課長補佐
地域包括支援センター
保健師　主任ケアマネ

アンビー

2

安八郡広域連合紹介



神戸町
輪之内町
安八町　3町で構成

人口　　42,425人
高齢化率　30.2%
(R4.12.1現在)

平成11年に介護保険の
保険者を郡で一本化
安八郡広域連合を設立

安八町の概要

人口	１４，５１６人
高齢化率	２８．９％
要介護認定率	１４．０％
面積	１８．１８ｋ㎡
直営包括	1箇所
生活支援コーディネーター	1名(社協委託)

（R4.4.1現在）

4

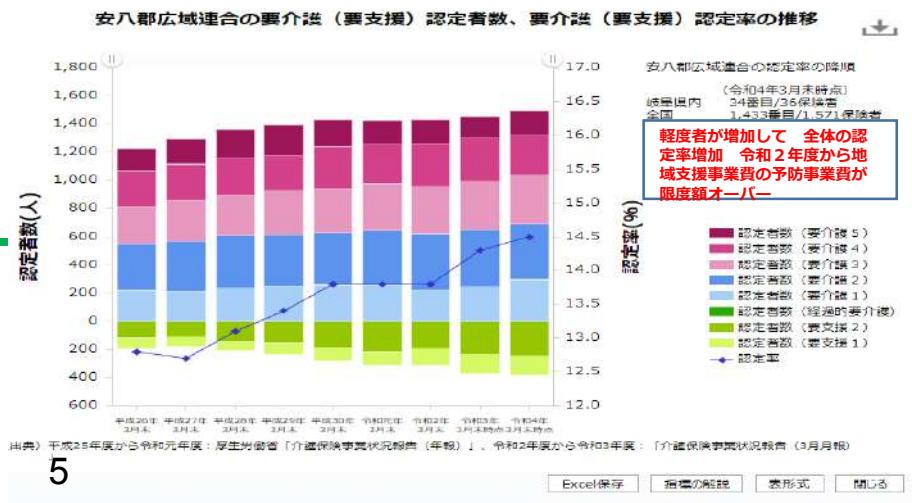
ＰＧ参加前の課題認識（広域連合全体）

取り組みたいこと

様々なデータを活用し課題を把握。その上で、課題に即した介護予防事業を計画し展開したい
広域連合は必要な情報を構成町に提供し、事業全体がバランスよく実施できるように支援して行きたい

現状

・要介護認定率が約１４％で県や全国と比較して約４％低い
・軽度者が増加しており、全体の認定率は増加傾向（表）
・調整済み認定率（要介護3～5）が
全国平均より高く、施設サービス利用者
が多い



5

安八町の現状

- フレイルチェック参加者が少ない（65歳以上の約10%/年）
- ハイリスク者が通所型サービスＣにつながらない（年2～3人）
- **フレイル予防会議（介護予防のためのケース会議）がうまく行かなかった**

フレイルチェックを中心としたPDCAサイクルのイメージ図

STEP1

老人クラブ・サロンなど

＋

フレイルチェック

サポーターによる
フレイルチェック
と一次スクリーニング

STEP2

地域包括・保健センター保健師らによる
二次スクリーニング

後期高齢者健診
さわやかロ腔検診
医療レセプト
介護データ

STEP3

フレイルのリスクによって振り分け

赤シール7枚以下

地区サロン、介護予防教室、老人クラブ活動など

赤シール８枚以上・事業対象者

フレイル予防会議

支援の方法・方向性を話し合い、目標を設定する（個別支援計画立案）

サロンや介護予防教室、
老人クラブ活動などを紹介
介護申請、医療機関受診勧奨
総合事業通所C型・栄養個別指導

STEP4

フレイル予防会議等において進捗状況確認

STEP5

６ヵ月後フレイルチェックの実施

メンターの皆さんから問いかけられたこと（第1回）

・住民の声を生かせていますか？
・地域資源を把握できていますか？
・教室に出てこない高齢者はどうしているの？
・虚弱な人の課題をどう解決して行きますか？
・フレイル予防会議はどうしてうまくいかなかったの？
・フレイル予防をどう考えているのか？

現状調査はこの４つ

①住民の声から問題の関係性を整理
②通いの場調べ
③新規申請者の疾患分類調べ（軽度者）
④フレイル予防会議の検証

7

現状調査　①住民の声から問題の関係性を整理

「生活の様子　不安に感じていること　望む生活は・・・？」

96歳女性　家族と同居。週1回いきいきサロンに参加。自宅から、いきいきサロン会場までは約５００ｍ。毎回自転車で行く。普段は畑で野菜作りをしている。耳が遠く、大きな声で話しかけないと聞こえない。畑に夢中になると、時間を忘れてしまうためいきいきサロンに遅れることがある。（遅れたときには、サポーターが畑に呼びに行く）家族は忙しいので、サロンはとても楽しみにしているのでこれからも続けて行きたい。

83歳女性　独居。介護予防教室や自宅サロンで友達と交流し楽しく生活していた。コロナになり自宅サロンは閉鎖。同時期に仲良しの友人が突然死去しとても落ち込んでいた。この頃から服薬管理ができないなど徐々に認知機能低下が見られ始めたが、車に乗って友人と喫茶店に行く、教室に参加するなどは継続していた。
1ヶ月ほど前に交通事故で車を失ったことから生活意欲が低下し、「もう私もだめだ」と発言することが多い。巡回バスに乗る方法が分からず教室参加できない。

90歳男性　息子と同居。　1年ほど前にバイク免許返納した。バイクに乗っていた頃は、毎日喫茶店と温泉に行くのが日課だった。今は、自転車に乗って喫茶店に行く日課は続けている。10月からヘルメット着用が義務付けられたので娘の休みにスーパーに連れて行ってもらい、ええヘルメットを買ってもらった。喫茶店に行けばいつもの仲間といろんな話をしている。地元のことや、畑の野菜の話やいろいろ。年をとったので、あんまりあちこちしないが、娘や息子が買い物とか助けてくれるから何も不自由ない。これからもこんな生活を続けて行きたい。

79歳男性　高齢夫婦世帯　慢性的な腰の痛みがある。以前は車に乗れていたが危なくなってきたので乗らない。リハビリに行きたいが、リハビリのある病院まで自力で行けない。近所の人にリハビリできる施設（半日型のデイサービス）のチラシ（新聞折込）をもらった。その施設に電話したら、福祉課に手続きしてもらうように言われた。自分もそこに行きたいのでお願いします。

77歳女性　高齢夫婦世帯　以前からサロンサポーターをしていた。社協SCさんに声をかけてもらい、生活支援・介護予防教室・フレイルのサポーター活動もしている。お年寄りの支援はとても大事だと思ってます。自分の健康に自信がないので、何をすればいいか教えてもらえれば何でも協力します。近所の80代認知症独居男性の支援を友達と一緒にしています。私達と一緒に喫茶店に行ったりすることを楽しみにしているのでこれからも続けて行きたいけど、自分たちも家庭や体のことが心配だからほどほどに、と思っています。

50代女性　コーラス講師　コロナ禍で２年位教室を休止していた。この春から久しぶりに再開したところ、参加者のうち数人が要介護状態になっていて来れなくなっていた。来て下さる参加者も、歌が覚えられない・音が取れないなどあり高齢化の波を肌身に感じた。
自分は歌の仕事をしてきたので、なんとかコーラスのメンバーだけでなく町民の皆さんの健康に歌で力になれないかと思っている。

ＳＣと一緒に情報収集をしました

この他多くの皆さんにご協力いただきました

現状調査　①住民の声から問題の関係性を整理

見えてきたこと

【本人】

あきらめ、迷惑かけとる、変化が受け入れられない、人の世話になりたくない、生活の見通しが立たない、お金のこと、プライド

【地域社会】

関心が薄い、自分ごととして考えない

【行政・専門職】

目先の業務に追われている、行政の思いを住民に伝えていない、望む暮らしを意識していない・聞いていない、サービスありき

9

現状調査　②通いの場調べ

ＮＰＯ
ほっとらいふワークス

・運動系

介護予防教室　15教室（8割女性）NPO主催含む

運動サークル　　２教室（ほぼ女性）

ゲートボール　　１チーム（男性多）　ほとんど80歳以上

グランドゴルフ　　８チーム（男女半々）ほとんど80歳以上

・ボランティア

小学校安全サポーター　　20名（ほぼ男性）

百梅園・アンヒルパーク清掃ボランティア（月2回　男女半々）

・文化系サークル

フォークダンス、写真、フラダンス、書道、茶華道、手芸など約30団体　コロナ禍以後活動頻度が半減（月4回→月2回）

・企業OB会

・生協

ＳＣと一緒に情報収集をしました

10

現状調査　②通いの場調べ

AM１０時　雨の日でも駐車場には車が・・・

全員ＳＣの顔見知り

ここに来たら誰かおるでええわ
みんなにいろんな事教えてもらうんやて

ＳＣの顔見知り

いらっしゃいませ

喫茶店は町内に21ヶ所　900㎡に1つ
早朝から営業　1日中モーニングサービス
軽トラ・自転車・シルバーカーで行ける
要介護認定者も一人で行ける
体の相談や給付金などの**情報交換**
ママも独居高齢者で客が見守り隊

ここは大切な通いの場

現状調査　③新規申請者の疾患分類調べ（軽度者）

新規申請者の疾患分類調べ

◎要支援１～要介護１

要支援１	男	6	19
	女	13	
要支援２	男	5	24
	女	19	
要介護１	男	17	39
	女	22	
合計	男	28	82
	女	54	

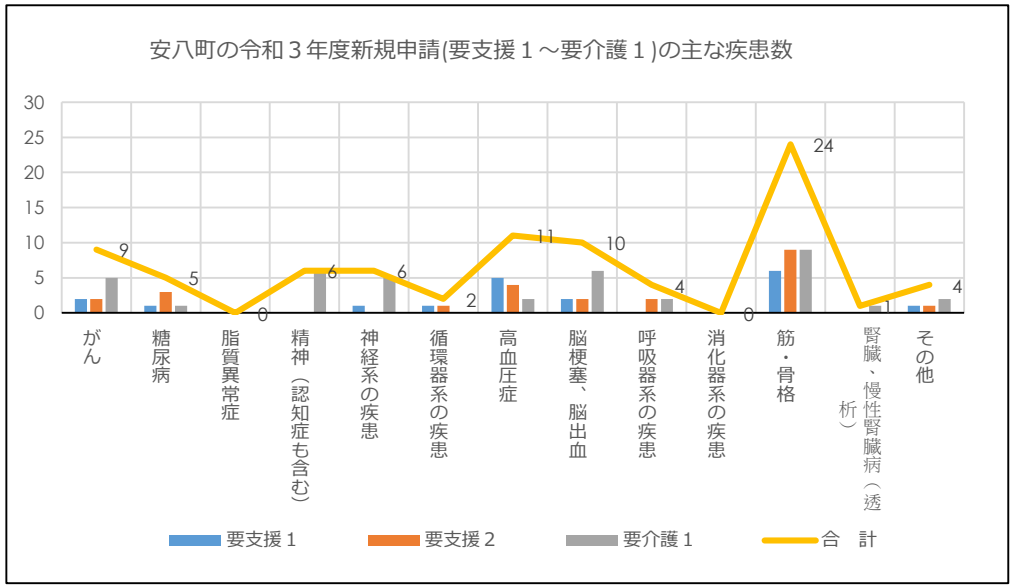
		要支援１		要支援２		要介護１			
～５９歳	男						1	0	1
	女					1		1	
６５歳～６９歳	男					2	3	2	3
	女					1		1	
７０歳～７４歳	男	3	3		1	2	6	5	10
	女			1		4		5	
７５歳～７９歳	男		3	1	4	1	7	2	14
	女	3		3		6		12	
８０歳～８４歳	男		6	3	8	6	10	9	24
	女	6		5		4		15	
８５歳～８９歳	男	3	7	1	8	3	5	7	20
	女	4		7		2		13	
９０歳～９４歳	男				3	3	6	3	9
	女			3		3		6	
９５歳～９９歳	男						1	0	1
	女					1		1	
			19		24		39		82

	要支援１			要支援２			要介護１			合　計		
疾患	男	女		男	女		男	女		男	女	
がん		2	2		2	2	2	3	5	2	7	9
糖尿病	1		1	2	1	3	1		1	4	1	5
脂質異常症			0			0			0	0	0	0
精神（認知症も含む）			0			0	1	5	6	1	5	6
神経系の疾患	1		1			0	2	3	5	3	3	6
循環器系の疾患	1		1		1	1			0	1	1	2
高血圧症	1	4	5		4	4	2		2	3	8	11
脳梗塞、脳出血	1	1	2	1	1	2	4	2	6	6	4	10
呼吸器系の疾患			0	1	1	2	1	1	2	2	2	4
消化器系の疾患			0			0			0	0	0	0
筋・骨格	1	5	6	1	8	9	3	6	9	5	19	24
腎臓、慢性腎臓病（透析）			0			0		1	1	0	1	1
その他		1	1		1	1	1	1	2	1	3	4
	6	13	19	5	19	24	17	22	39	28	54	82

○新規申請者の主な疾患名

筋骨格系が最も多い

→**リハ職の腕の見せどころ**



12

現状調査　④フレイル予防会議の検証

どうしてうまくいかなかったのか？どんな視点が必要なのか？

1．ケアマネジャーがフレイル予防講座を聞いた後の発言

・本人が外出したがらない
・本人の趣味がない
・その場所に行けない
・目的作りが難しい
・デイがない日の過ごし方が難しい
・元気サポーターの支援はどこまでしてもらえるのか
・元気百梅クラブで元気をもらっている
・教室の後のお茶会を楽しみにしている
・教室に来ない人や送迎がなくこれない人はどうすればいいのか

楽しみ探し　友達づくり

ケアマネジャーは、本人が外出や趣味の活動を通して、元気になれると思っている

2．ケアマネジャーが予防プラン作成時に考えていること

・短期目標設定は、モチベーション維持のため叶えやすいものにしている
・生活の中に役割が持てるように作っている
・気持ちが後ろむきになっていないか気をつけている
・閉じこもっていないか
・大病後は特に体力も低下し外出ができないので、気にしている
・近所の声かけをしてほしい
・教室にいくまでに調整しておくことがある
・本人は言葉にしないが、したいだろうなと思ってる事を目標とする表現力の難しさ
・〇〇はできるね、と伝えることの大切さ

意欲向上　周囲の協力

ケアマネジャーは、本人の意欲や気持ちを向上させたいと思っている。
周囲にも、本人が自信がもてる声かけをしてほしいと思っている。

ケアマネの支援になっていなかった

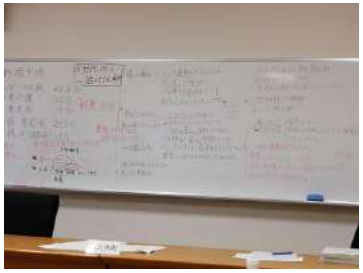
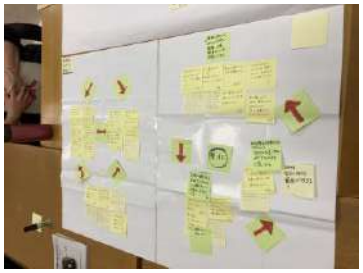
3．フレイル予防会議での医療専門職の発言内容

・高脂血症、高血圧に加え、おそらく糖尿病もあると思われる
・体重2キロ減の割に、同じ食べ物を食べている
・口腔機能は噛む力もあり問題ない
・いつ何を食べているのか食事内容がわからない
・ふくらはぎの周径はあるが、筋肉の層は薄いのかもしれない
・膝が痛むならエアロバイクを使って運動してはどうか
・ゴミ当番やクリーン活動は参加できているのであれば、そこは自信がもてるようにしてほしい
・毎日喫茶店で友達と話しているが、ﾌﾚｲﾙﾁｪｯｸでは赤シールとなっている
・本人がやりたいことをイメージできるように

病気や身体に着目した発言となっている。
本人の意欲向上にむけた助言がない。
本人のしたいことを話し合いたいのにそれに対しての助言がない

本人の生活を上げるという視点は？

現状調査　①住民の声から問題の関係性を整理

調査内容	束ねた薪	なぜ	現状
住民の声 **「生活の様子　不安に感じていること　望む生活は・・・？」**  	**・身体の変化が見られたときに制度・お金・終末について不安になる** →本人はその時に考えればいいと思っている→まさか自分がそんな状態になるとは思っていない →専門職行政は情報を知らせていない→知らせなくてもいい→必要性を感じていない→関心が薄い **・足腰が弱くなると買い物やゴミ出しなど人に頼らないと出来ないと思っている** →自分はもうだめだ　良くなりっこない→何とかしたいけどどうすればいいのか分からない→あきらめたほうがいい **・介護サービスを利用すると今までの友達づきあいができないと思っている** →本人は世話になることは迷惑だという劣等感→自分はまだ出来るはずだ→でもどうしたらいいのか分からない →友達はなんとなくは知っている→どうしてるかな。誘ったらだめだよね		→本人は、足腰が弱った時に自分の望む暮らしを誰にどのように伝えたらいいかわからない →専門職行政は本人の望む暮らしに注目する意識が低い →家族や友人は、高齢者の体の衰えや生活の困りごとに気づいても対処の仕方がわからない →地域住民・専門職・行政ともに、困っている人の暮らしぶりへの関心が薄いため、自分ごととして考えられていない →行政は、目の前の業務に追われ、自助互助の大切さを地域住民に伝えていない

14

「めざす姿」

足腰が弱っても、仲間とのつながり・交流があればそれが支えとなって、自分の望む暮らしができる

差

課題（取り組むべきこと）

・高齢者自身は、自分が望む暮らしを、家族や友人・専門職に伝えられる
・地域住民は、自分が元気であっても足腰が弱っているなど困っている人の生活に関心を持つことができる
・専門職は、表面上の困っていることや要望ではなく、高齢者本人の望む暮らしを考える
・行政は、自助互助の大切さを地域住民・専門職に伝え、地域を支えるネットワークづくりができる

つまり

現状

・高齢者本人は、足腰が弱くなった時に自分の望む暮らしを誰にどのように伝えたらいいかわからない

・家族や友人は、高齢者の体の衰えや生活の困りごとに気づいても対処の仕方がわからない

・地域住民・専門職・行政ともに、困っている人の暮らしぶりへの関心が薄いため、自分ごととして考えられていない

・専門職・行政は本人の望む暮らしに注目する意識が低い

・行政は、目の前の業務に追われ、自助互助の大切さを地域住民に伝えていない

なぜ？

真因

・本人・家族・地域住民・専門職・行政は、支援の本質は「本人の望む暮らしを実現する」ことだと認識できていない

・地域住民・専門職は、それぞれの方法で支援しているが、各々の役割を調整されていないため、チームとしての支援ができていない

・行政は、地域のネットワークを構築しないと本人の望む暮らしの支援にならないことを地域住民や専門職に伝えていない

ではどうするか（打ち手）

15

課題から見えてきたすべきこと

課題（取り組むべきこと）

・高齢者自身は、自分が望む暮らしを、家族や友人・専門職に伝えられる
・地域住民は、自分が元気であっても足腰が弱っているなど困っている人の生活に関心を持つことができる
・専門職は、表面上の困っていることや要望ではなく、高齢者本人の望む暮らしを考える
・行政は、自助互助の大切さを地域住民・専門職に伝え、地域を支えるネットワークづくりができる

喫茶店は大事な通いの場

フレイル予防会議失敗の課題が見えてきた

疾患からの困り事にリハ職が生きる！

私たちのすべきことはこれ！

①仲間（ケアマネやリハ職）と計画時から思いを共有する

②フレイル予防会議実施に向け綿密に策を練る

③喫茶店など通いの場にスポットライトをあてる

16

足腰が弱まっても本人が望む暮らしを可能にする“チーム”づくり

チーム あんぱち 作戦マップ

1．主任ケアマネ・ケアマネ

①フレイル予防会議の在り方を検討する
・楽しみ探し
・友達づくり
・意欲向上
・周囲の協力
　生活者の目線で考える
②ケアマネへの研修方法
③ケース検討の進め方
・医療介護職から必要な助言を得る方法
・ＳＣから必要な助言を得る方法
→ケアプランにインフォーマルな通いの場や地域資源者が登場する
→支援の実施による満足度があがる

2．生活支援コーディネーター

①活動内容の見える化
・通いの場のリーフレットづくり
　通いの場を見える化し、地域の活動が誰もがわかる状態にする
・高齢者のエコマップづくり
　ＳＣが関わる高齢者のエコマップを作成し地域の関わり方を探る手立てとする
②ＳＣがケアマネジャーからの相談に対し、提案がしやすい状態にする
→新たな通いの場やサポーターを見つけようとする
→ｹｱﾏﾈや地域からの相談に答えようとする

専門職と
地域がつながる

チームあんぱち

地域力の
底上げ

3.理学療法士

①主任ケアマネ会と協働し、フレイル予防会議での医療専門職の関わり方を検討する
②ケアマネや要支援者にＰＴが直接助言できる方法を検討する
③ＰＴと地域の関わり方について検討する
・フレイルチェック、出前講座での集団への関わり
・住民が自ら地域で運動習慣を広める仕組みづくりを検討する
→ケアマネや住民からの相談が増える
→出前講座やフレイルチェックの件数が増える

4．元気サポーター・民生委員

①活動内容の見える化
・通いの場のリーフレットづくり
・高齢者のエコマップづくり
②包括とＳＣが、地域資源者と共にリーフレットやエコマップ作りをし、地域からの相談が受け取りやすくする体制づくりをする
→新たな通いの場を見つけようとする
→地域に関心を持ち困り事の相談先が分かる

高齢者自身が、自分の望む暮らしを周りや専門職に伝えると、これまでのつながりや交流のみでなく新たな関係も生まれ、今までの生活が維持できる

４つの実行プラン

その１ 【フレイル予防会議再開】

①**主任ケアマネ会**で会のあり方を検討（～３月）（資３、豊明市動画視聴）

②主任ケアマネ会に理学療法士も加わり、さらに会での**医療専門職の関わり方**について検討　また、**モニタリング方法**についても検討する（～６月）

③第1回フレイル予防会議（7月）では、大学講師の講義を実施し町の考えを伝える（資料４）
「テーマ：第9期ニーズ調査の分析結果と通いの場の重要性について」 **【専門職にはデータで訴える】**

その２ 【通いの場の洗い出しと活用】

・元気サポーター・サロンサポーターにつながりの大切さを伝え、「通いの場」を洗い出したいことを伝える　通いの場の情報収集（4月）
・収集した情報をＳＣとともに地図上に落とす　場所・内容・時間なども把握（４月～６月）
・ＳＣが**リーフレットを作成**（7月～8月）
・**「あんぱちの地域包括ケアを考える会」**開催（8月）つながり作りを学ぶため、区長・民生委員・老人クラブ役員・サポーター・一般高齢者を参加者とし、大学講師の講演会を実施
・会では、**元気サポーターが**リーフレット作りを通して感じたつながり作りについて**報告**　さらにマップの使い方やその他の情報収集についてなどを提案
・フレイル予防会議で**ＳＣが**専門職へリーフレットの紹介と活用を勧める

18

４つの実行プラン

その３ 【医療専門職が通いの場に関与】

・ケアマネや要支援者にＰＴが直接助言できる方法を検討
・住民が自ら地域で運動習慣を広める仕組みづくりを検討
・ＳＣ協力のもと各地区サロンでの年2回フレイル予防出前講座（フレイルチェックとミニ講座）の実施を計画
・老人クラブ会長会でフレイル予防出前講座を周知（4月）
・元気サポーター会議で野田ＰＴの講座を実施（年2回）
・元気サポーター・サロンサポーターへ、シルバーリハビリ体操指導士候補を募る（８月締め切り　9月～12月養成）
・集いの場でシルバーリハビリ体操を導入（Ｒ6.1月から）

その４ 【独居高齢者のエコマップを作成し、民生委員らと共有】

・コーディネーター会議で、SCが関わる独居高齢者（80名）の生活の困りごとを、一人づつ洗い出し**エコマップを作成**する（４、5月）
　〇ゴミだし、買物、掃除、通院、服薬管理は誰がしているのか
　〇定期的な訪問者はいるのか（家族や地域との関わりはあるかなど）
　〇家族や地域との関係性をエコマップ化
・民生委員定例会で、**SCとの交流会**を実施し（6月・12月）、支援者の担当民生委員・担当SC・担当包括が**顔の見える関係**を作り、**情報交換**

19

アジャイル政策形成の仕掛け

（次なる改善につなげるための方策）

相手	自分たちのとった働きかけに対する相手の反応や、次なる改善点をどうやって確認できるか、その方策（モニタリングの方法）
ケアマネ	フレイル予防会議に参加、発言、感想（内容、数） 担当ケースに関し、ＳＣへ相談する（件数） 担当者会議にＳＣに参加を促す（件数） ケアプランにインフォーマルサービスが組み込まれる （生活支援サービス・通いの場の利用数）
ＳＣ	フレイル予防会議に参加、発言（内容、数） 担当者会議にＳＣが出席する（件数） インフォーマルサービスへのマッチング（件数） 地域の高齢者の困り事とそのつながりの整理（件数） 支援者から地域の高齢者の困りごとの相談（件数） 地域に出て通いの場を見つけ出す（件数） 担い手であるサポーターが増加（人数） 通いの場リーフレット作成、情報更新（社協だより内容）
理学療法士	フレイル予防会議に参加、発言（内容、数） 住民に通いの場の大切さを説明（リーフレット配布数） 地域の高齢者の困り事をＳＣへ相談 通いの場での助言（件数） 運動習慣を広める（フレイルチェック参加者数、出前講座件数・人数、シルリハ養成人数・導入箇所数）

20

アジャイル政策形成の仕掛け

（次なる改善につなげるための方策）

相手	自分たちのとった働きかけに対する相手の反応や、次なる改善点をどうやって確認できるか、その方策（モニタリングの方法）
民生委員 元気サポーター	あんぱちの地域包括ケアを考える会に参加、アンケート内容 ＳＣへ地域の高齢者の困りごとを相談 自分の通いの場へ高齢者を誘い仲間になる（通いの場の件数、頻度、内容）
介護・医療専門職	フレイル予防会議に参加、発言内容（内容、数） 住民に通いの場を紹介（リーフレット配布数）
地域住民 （友人・隣人・家族）	あんぱちの地域包括ケアを考える会への参加、アンケート内容 通いの場の専門職への相談（件数） 通いの場への参加（参加数、件数、頻度）

21

ロジックモデル①

タイトル：**足腰が弱まっても本人が望む暮らしを可能にする“チーム”づくり**

仮説（課題仮説）

現状

➢本人は、足腰が弱くなった時に自分の望む暮らしを誰にどのように伝えたらいいか、わからない。
➢家族や友人は、高齢者の体の衰えや生活の困りごとに気づいても対処の仕方がわからない。
➢地域住民・専門職・行政ともに、困っている人の暮らしぶりへの関心が薄いため、自分ごととして考えられていない。
➢専門職・行政は本人の望む暮らしに注目する意識が低い。
➢行政は、目の前の業務に追われ、自助互助の大切さを地域住民に伝えていない。

課題

➢高齢者自身は、自分が望む暮らしを、家族や友人・専門職に伝えられる。
➢地域住民は自分が元気であっても足腰が弱っているなど困っている人の生活に関心を持つことができる。
専門職は、表面上の困っていることや要望ではなく、高齢者本人の望む暮らしを考える。
➢行政は、自助互助の大切さを地域住民・専門職に伝え、地域を支えるネットワークづくりができる。

真因

➢本人・家族・地域住民・専門職・行政は、支援の本質は「本人の望む暮らしを実現する」ことだと認識できていない。
➢ 本人に関わる地域住民・専門職は、それぞれの方法で支援しているが、各々の役割が認識されていないため、チームとしての支援ができていない。
➢行政は、地域のネットワークを構築しないと本人の望む暮らしの支援とならないことを地域住民や専門職に伝えていない。

インプット（誰に）

- ケアマネ
- 医療専門職
- ＳＣ
- 地域資源者
- **地域社会**
- 友人・隣人
- 家族
- 本人

アクティビティ（どう働きかける）

➢ １．フレイル予防会議再開の向けた準備
・包括内で町の方針・フレイル予防会議の実施内容について概要を決める。（2月）
・主任ケアマネの会（社協２　ゆとり１包括２）で町の地域包括ケアの方針を伝え、フレイル予防会議の意義を説明。主任ケアマネとしてどのように関われるか考えてもらい議論。ともに納得できる方法を導き出す。（２月～3月）
・理学療法士らとの打合せ
・ｼﾙﾊﾞｰﾘﾊﾋﾞﾘＰＴ・ﾌﾚｲﾙﾄﾚｰﾅｰＰＴらとリハ職の介入方法・役割分担を検討する。（3月）
・Ｙクリニックの院長・通所リハ管理者ＰＴへ通所Ｃ及びフレイル予防会議について説明し、会議への参加を促す。（広域連合とともに）
・運動機能に関する課題があるハイリスク者に対しては、PTによる訪問指導を行う仕組みを作る。（4月～6月）
・主任ケアマネが担当の予防支援プランで、本人のしたい暮らしや地域の通いの場を組み込んだプランを作成するとともに、主任ケアマネ・理学療法士とともにフレイル予防会議のモニタリング方法について検討する。（4月～６月）
・参加者（医師・歯科医師・薬剤師・栄養士・歯科衛生士・主任ケアマネ・ケアマネ・ＰＴ・ＳＣ・衛生ＰＨＮ・包括）へ案内をする。（７月）
・第1回フレイル予防会議（７月）開催し、大学講師の講義を実施（ニーズ調査の分析と通いの場の重要性について）フレイル状態になってもつながりの重要性を説明し、ケアマネには意識的にプランに組み込むよう促す。年間予定を共有し参加を促す。
・毎月1回開催し、自立支援のためのケアマネジメントについて参加者がそれぞれの立場で提案できるよう発言を促す。
・会議においてＳＣが完成した通いの場リーフレットを紹介（9月）

アウトプット（まずどうなって）

➢ケアマネ、地域の医療専門職、SCが集まることができる。
・定期的に会議が開催できる。（月1回）
・主なケアマネ事業者からのケアマネが参加する。（5事業所）
・地域の医療専門職が参加する。
・参加する専門職がＳＣの役割を知る。
・町内に多様な通いの場があることが分かる。
・通いの場が自分の支援者に必要なのかどうか考える。
①参加ケアマネ数増
②参加医療専門職増
③開催回数

アウトカム（何が変わる）

➢ケアマネがSCとつながる。
・ＳＣとつながり、生活上の課題について相談する。
①SCへの相談件数増
②SCのサービス担当者会議出席件数増

➢専門職は、フレイル予防会議で支援者が本人らしく暮らせる生活について、発言ができる。
①会議での発言内容の変化（プランの指摘ではない）
②望む暮らしへの発言数の増

➢専門職はフレイル予防会議でお互いの専門性について学び合う。

➢ SCはケアマネとつながり、生活上の課題解決のための提案ができる。
・サービス担当者会議にＳＣが参加し、生活上の課題解決に向けて話し合う。
①SCへのケアマネからの相談件数

➢ケアマネは予防支援プランが本人の望む姿が目標となり、インフォーマルサービスを取り入れたケアプランとなる。
①要支援・要介護認定者の生活支援サービス利用数の増
②要支援・要介護認定の通いの場利用者数増
③要支援・要介護認定者を受け入れる通いの場数増
④ケアマネの満足度があがる

➢a専門職は、自分の支援者に安八町の取組が活かせないか検討する。
①住民に健康維持のための通いの場の大切さを説明する件数増。
②リーフレットの配布数増

➢b専門職は、自分の支援者がSCや地域資源者とつながれるよう働きかける。
①SCへの相談件数増
②フレイル予防会議の参加者増

➢ SCが、様々なケースを通して、サービスや通いの場と支援が必要なケースとをつなげることができる。
①生活支援サービスや通いの場へのマッチング数

➢c本人の望む暮らしを、医療・介護・地域の専門職と地域住民のネットワークで支えることができる。
・本人のこれまでの暮らしを守る体制が取れる。
・地域資源者と専門職がチームで支援にあたることが出来る。
・主任ケアマネ会は定期的に以下をモニタリングする。
①認定1年後の増悪率
②ケアプランにｲﾝﾌｫｰﾏﾙな通いの場や地域資源者の登場件数増（支援するチーム員数）
④会議での町の地域課題の提言内容

インパクト（ありたい姿）

足腰が弱っても、仲間とのつながり・交流があればそれが支えとなって、自分の望む暮らしができる

ロジックモデル②

タイトル：**足腰が弱まっても本人が望む暮らしを可能にする“チーム”づくり**

仮説

課題仮説

現状

➢本人は、足腰が弱くなった時に自分の望む暮らしを誰にどのように伝えたらいいか、わからない。
➢家族や友人は、高齢者の体の衰えや生活の困りごとに気づいても対処の仕方がわからない。
➢地域住民・専門職・行政ともに、困っている人の暮らしぶりへの関心が薄いため、自分ごととして考えられていない。
➢専門職・行政は本人の望む暮らしに注目する意識が低い。
➢行政は、目の前の業務に追われ、自助互助の大切さを地域住民に伝えていない。

課題

➢高齢者自身は、自分が望む暮らしを、家族や友人・専門職に伝えられる。
➢地域住民は自分が元気であっても足腰が弱っているなど困っている人の生活に関心を持つことができる。
専門職は、表面上の困っていることや要望ではなく、高齢者本人の望む暮らしを考える。
➢行政は、自助互助の大切さを地域住民・専門職に伝え、地域を支えるネットワークづくりができる。

真因

➢本人・家族・地域住民・専門職・行政は、支援の本質は「本人の望む暮らしを実現する」ことだと認識できていない。
➢ 本人に関わる地域住民・専門職は、それぞれの方法で支援しているが、各々の役割が認識されていないため、チームとしての支援ができていない。
➢行政は、地域のネットワークを構築しないと本人の望む暮らしの支援とならないことを地域住民や専門職に伝えていない。

インプット

誰に

- 医療・介護専門職
- SC
- 地域資源者
- **地域社会**
- 友人・隣人
- 家族
- 本人

アクティビティ

どう働きかける

➢ ２．さまざまな主体の通いの場の洗い出し
・元気サポーター会議・サロン会議で中村先生の資料を使って再度つながりの大切さを学び、「通いの場」を洗い出したいことを伝える。（4月）
・元気サポーター・サロンサポーターに情報を収集してきてもらい、地図上に場所を示し内容をＳＣが聞き取る作業をする。（４月～６月）
・「集いの場」の場所、内容、時間頻度がわかるものにする。（7月～8月）
・「あんぱちの地域包括ケアを考える会」開催（8月）つながり作りを学ぶため、区長・民生委員・老人クラブ役員・サポーター・一般高齢者を参加者とし、中村先生の講演会を企画。
・元気サポーターがリーフレット作りを通して感じたつながり作りについて会で報告。そこでマップの使い方やその他の情報収集についてなどを提案する。
・フレイル予防会議でSCから、リーフレットの紹介をする。

➢ ３．医療専門職が通いの場に関与
・ＳＣ協力のもと各地区サロンでの年2回フレイル予防出前講座（フレイルチェックとミニ講座）の実施を計画。
・老人クラブ会長会でフレイル予防出前講座を周知し（4月）実施。
・元気サポーター会議で野田ＰＴの講座を実施。（年2回）
・元気サポーター・サロンサポーターへ、シルバーリハビリの指導者候補を募る。（８月締め切り　9月～12月養成）
・集いの場でシルバーリハビリ体操を導入（R6.1月から）

アウトプット

まずどうなって

➢専門職は、scと元気サポーターの活動内容を知り、安八町の取組に関心を寄せる。
・専門職は、自分の支援者の地域にどれだけ通いの場があるのかわかる。
・専門職は、自分の支援者と地域とのかかわりはどうだろうかと考える。

➢地域の通いの場をまとめたリーフレット第１版の作成と周知
・住民には広報誌とともに回覧する。（9月）
・医療介事業所（約30ケ所）には窓口に設置してもらうよう説明する。
・フレイル予防会議参加者には、SCが会議で紹介する。
・年3回の社協便りでＳＣが最新情報を更新し活動の様子を発信する。
・区長や民生委員、老人クラブ役員は、さまざまな通いの場が自分の地区にあることを知る。
・「考える会」に参加した者は、虚弱になっても人と集うことが健康につながっているとわかる。

➢住民は、通いの場にいる専門職は、自分の健康について、助言してくれる人だと知る

アウトカム

何が変わる

➢a専門職は、自分の支援者に安八町の取組が活かせないか検討する。
①住民に健康維持のための通いの場の大切さを説明する件数増。
②リーフレットの配布数増

➢b専門職は、自分の支援者がSCや地域資源者とつながれるよう働きかける。
①SCへの相談件数増
②フレイル予防会議の参加者増

➢c本人の望む暮らしを、医療・介護・地域の専門職と地域住民のネットワークで支えることができる。
・本人のこれまでの暮らしを守る体制が取れる。
・地域資源者と専門職がチームで支援にあたることが出来る。
・主任ケアマネ会は定期的に以下をモニタリングする。
①認定1年後の増悪率
②ケアプランにｲﾝﾌｫｰﾏﾙな通いの場や地域資源者の登場件数増
③会議での町の地域課題の提言内容

➢ｄ民生委員など地域支援者は、地域のために自分が何ができるか考える。
・家族や友人に、健康づくりにはつながりを持つことが大切だと話す。
・地域資源者から、SCや包括に、地域で困っていることの相談がある。
①「考える会」のアンケートにつながりの大切さが書かれている。
②地域からの相談件数増

➢ｆ地域資源者は、自分の通いの場に、友人・近隣者を誘い参加する。
①一人の通いの場の頻度増
②一通いの場の開催回数増
③通いの場での内容の変化（運動の可否）

➢ｇ自分の地域に通いの場が少なければ、増やそうとする。
④少なかった地域に新たな通いの場ができた数
⑤リーフレット第2版ができる。（情報の更新）

➢e民生委員など地域資源者は自分の地域の中に通いの場がどこにあるのか探す。
・住民からSCに新たな通いの場の報告がある。
①通いの場の箇所数増
②通いの場の参加者数増

➢住民は、自分の通いの場に、友人・近隣者を誘い参加する。
①出前講座依頼件数増
②出前講座参加者数増
③ﾌﾚｲﾙﾁｪｯｸ参加者数増
④ｼﾙﾊﾞｰﾘﾊﾋﾞﾘ開設数

➢ｈ本人のこれまでの仲間とのつながり・交流に加え、新たな人との関係づくりで今までの生活が維持できる。

➢住民は、通いの場で自分や家族・友人の健康について、専門職から助言を得ようとする。
①PTへの相談件数増

インパクト

ありたい姿

足腰が弱っても、仲間とのつながり・交流があればそれが支えとなって、自分の望む暮らしができる

ロジックモデル③

タイトル：**足腰が弱まっても本人が望む暮らしを可能にする“チーム”づくり**

仮説

課題仮説

現状

➢本人は、足腰が弱くなった時に自分の望む暮らしを誰にどのように伝えたらいいか、わからない。

➢家族や友人は、高齢者の体の衰えや生活の困りごとに気づいても対処の仕方がわからない。

➢地域住民・専門職・行政ともに、困っている人の暮らしぶりへの関心が薄いため、自分ごととして考えられていない。

➢専門職・行政は本人の望む暮らしに注目する意識が低い。

➢行政は、目の前の業務に追われ、自助互助の大切さを地域住民に伝えていない。

課題

➢高齢者自身は、自分が望む暮らしを、家族や友人・専門職に伝えられる。

➢地域住民は自分が元気であっても足腰が弱っているなど困っている人の生活に関心を持つことができる。

専門職は、表面上の困っていることや要望ではなく、高齢者本人の望む暮らしを考える。

➢行政は、自助互助の大切さを地域住民・専門職に伝え、地域を支えるネットワークづくりができる。

真因

➢本人・家族・地域住民・専門職・行政は、支援の本質は「本人の望む暮らしを実現する」ことだと認識できていない。

➢ 本人に関わる地域住民・専門職は、それぞれの方法で支援しているが、各々の役割が認識されていないため、チームとしての支援ができていない。

➢行政は、地域のネットワークを構築しないと本人の望む暮らしの支援とならないことを地域住民や専門職に伝えていない。

インプット

誰に

- ケアマネ
- 医療専門職
- SC
- 地域資源者
- 地域社会
- 友人・隣人
- 家族
- 本人

アクティビティ

どう働きかける

➢ 4．コーディネーター会議で、独居高齢者のエコマップを作成し、民生委員と「高齢者の地域との関係性」の情報共有をする。

・4～5月の会議では、SCが関わる独居高齢者（80名）の生活の困りごとを、一人づつ洗い出しをする。

〇ゴミだし、買物、掃除、通院、服薬管理は誰がしているのか

〇定期的な訪問者はいるのか

（家族や地域との関わりはあるか）

〇エコマップにし、家族や地域との関係性を図に示してみる。

・民生委員定例会で、SCとの交流会を実施し（6月・12月）、支援者の担当民生委員・担当SC・担当包括が顔の見える関係を作り、情報交換する。

1～4から

アウトプット

まずどうなって

➢SCと包括、民生委員は高齢者の老いに対する心の不安や生活のしずらさに思いを馳せることができる。

・独居高齢者の困りごとがわかる。

・家族、地域の関わりの程度がわかる。

・支援者の優先がわかる。

・誰が誰につながっているのかわかる。（つながっていないかもわかる）

➢本人の望む暮らしができにくい事を早く相談できる。

・自分の思いを家族や友人に伝えることができる。

アウトカム

何が変わる

➢ SCはケアマネ・地域資源者とつながる必要性がわかる。

・民生委員と必要時すぐに連絡ができる。

・ケアマネジャーに地域の関係性の情報を伝えることができる。

・新しい見守り先がないか探すことができる。

①サポーター数の増

②通いの場の件数の増

➢ SCが、様々なケースを通して、生活支援サービスや通いの場と支援者をつなげることができる。

①SCの担当者会議出席件数増

②SCへのケアマネからの相談件数増

③新たな生活支援の増

④生活支援や通いの場へのマッチング数の増

➢ｄ民生委員など地域支援者は、地域のために自分が何ができるか考える。

➢e民生委員など地域資源者は自分の地域の中に通いの場がどこにあるのか探す。

➢ｆ地域資源者は、自分の通いの場に、友人・近隣者を誘い参加する。

➢ｇ自分の地域に通いの場が少なければ、増やそうとする。

➢不安感が減り、なんとかしたいと思える。

・専門職からの提言で我慢しなくてもいいと思える。

➢これまでの仲間とのつながりや交流を再開する。

・専門職の支援で本人がもう一度友人隣人地域社会とかかわりが持てる。

➢ｈ本人のこれまでの仲間とのつながり・交流に加え、新たな人との関係で今までの生活が維持できる。

・コーディネーター会議では以下の事についてモニタリングする。

①生活支援依頼件数増

②サポーター数の増

③新たな通いの場の増

④通いの場での実施内容の変化（運動の取り入れ数）

⑤通いの場の継続件数

⑥支援するチーム員数増

インパクト

ありたい姿

足腰が弱っても、仲間とのつながり・交流があればそれが支えとなって、自分の望む暮らしができる

実行プラン①

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
１　フレイル予防会議再開に向けた準備 インプット先：医療介護専門職 ＳＣ	・包括内で町の方針・フレイル予防会議の実施内容について概要を決める。（2月） ・主任ケアマネの会（社協２　ゆとり１　包括２）で町の地域包括ケアの方針を伝え、フレイル予防会議の意義を説明。主任ケアマネとしてどのように関われるか考えてもらい議論。ともに納得できる方法を導き出す。（2月） ・理学療法士らとの打合せ ・ｼﾙﾊﾞｰﾘﾊﾋﾞﾘＰＴ・ﾌﾚｲﾙﾄﾚｰﾅｰＰＴらとリハ職の介入方法・役割分担を検討する。（3月） ・Ｙクリニックの院長・通所リハ管理者ＰＴへ通所Ｃ及びフレイル予防会議について説明し、会議への参加を促す。（広域連合とともに） ・運動機能に関する課題があるハイリスク者に対しては、PTによる訪問指導を行う仕組みを作る。 ・主任ケアマネが担当の予防支援プランで、本人のしたい暮らしや地域の通いの場を組み込んだプランを作成するとともに、主任ケアマネ・理学療法士とともにフレイル予防会議のモニタリング方法について検討する。（3月） ・参加者（医師・歯科医師・薬剤師・栄養士・歯科衛生士・主任ケアマネ・ケアマネ・ＰＴ・ＳＣ・衛生ＰＨＮ・包括）へ案内をする。（4月） ・第1回フレイル予防会議（4/20）開催し、大学講師の講義を実施（ニーズ調査の分析と通いの場の重要性について）フレイル状態になってもつながりの重要性を説明し、ケアマネには意識的にプランに組み込むよう促す。年間予定を共有し参加を促す。 ・毎月1回開催し、自立支援のためのケアマネジメントについて参加者がそれぞれの立場で提案できるよう発言を促す。 ・会議においてＳＣが完成した通いの場リーフレットを紹介（9月）	地域ケア会議推進事業

実行プラン②

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
２　さまざまな主体の通いの場の洗い出し インプット先：区長・民生委員・老人クラブ役員・サポーター・一般高齢者・ＳＣ	・元気サポーター会議・サロン会議で中村先生の資料を使って再度つながりの大切さを学び、「通いの場」を洗い出したいことを伝える。（4月） ・元気サポーター・サロンサポーターに情報を収集してきてもらい、地図上に場所を示し内容をＳＣが聞き取る作業をする。（４月～６月） ・「集いの場」の場所、内容、時間頻度がわかるものにする。（7月～8月） ・「あんぱちの地域包括ケアを考える会」開催（8月）つながり作りを学ぶため、区長・民生委員・老人クラブ役員・サポーター・一般高齢者を参加者とし、大学講師の講演会を企画。 ・元気サポーターがリーフレット作りを通して感じたつながり作りについて会で報告。そこでマップの使い方やその他の情報収集についてなどを提案する。 ・フレイル予防会議でSCから、リーフレットの紹介をする。	生活支援体制整備事業 地域介護予防活動支援事業

実行プラン③

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
３　医療専門職が通いの場に関与 インプット先：区長・民生委員・老人クラブ役員・サポーター・一般高齢者・ＳＣ	・ＳＣ協力のもと各地区サロンでの年2回フレイル予防出前講座（フレイルチェックとミニ講座）の実施を計画。 ・老人クラブ会長会でフレイル予防出前講座を周知し（4月）実施。 ・元気サポーター会議で野田ＰＴの講座を実施。（年2回） ・元気サポーター・サロンサポーターへ、シルバーリハビリの指導者候補を募る。（８月締め切り　9月～12月養成） ・集いの場でシルバーリハビリ体操を導入（Ｒ6.1月から）	生活支援体制整備事業 地域介護予防活動支援事業 一体的実施事業
４　支援が必要な要援護者の生活に目を向ける **インプット先：民生委員・ＳＣ**	・4～5月の会議では、SCが関わる独居高齢者（80名）の生活の困りごとを、一人づつ洗い出しをする。 〇ゴミだし、買物、掃除、通院、服薬管理は誰がしているのか 〇定期的な訪問者はいるのか（家族や地域との関わりはあるか） 〇エコマップにし、家族や地域との関係性を図に示してみる。 ・民生委員定例会で、SCとの交流会を実施し（6月・12月）、支援者の担当民生委員・担当SC・担当包括が顔の見える関係を作り、情報交換する。	

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

高齢者が「元の生活」を取り戻し

自分らしい暮らしを続けるためにできること

2023年2月13日

大井町
嶋村 由香

チームメンバー情報

直営地域包括支援センター職員

２年目の参加となりました。それぞれが「気付き」を発見できる、よいプログラムでした。アジャイルしていく大井町、乞うご期待！！

髙野澤　祐子

福祉課 主幹・保健師・主マネ
包括及び介護保険業務統括

目指す姿を共有し、関わりの方向性が見えたことで、他業務も統一感を持ち行えました。アジャイルの流れを、メンバーで共有でき嬉しいです！

三留　奈津子

福祉課 主査・保健師・CM
認知症施策・一般介護予防事業

動きだすことで次の課題が見えきて、終わりがないことを実感します。目的を見失わずに、×1.001でもプラスになる仕事をしたいです！

嶋村　由香

福祉課 保健師・CM
介護予防事業全般

今回のプログラムを通じて、新たな気づきと目標を持つことが出来ました。新年度の担当替えがないことを願うばかりです。

小川　宏行

社協 主幹・社会福祉士
生活支援コーディネーター

現場の動きや考えを知り、何が課題かを考える機会となりました。プログラムが終了した後の動きこそ大事だと感じます！

小島　将史

福祉課　主査・事務職
給付、適正化、指定・管理他

毎回、付いていくのがやっとでしたが、これから行政で働く上で、大切な考え方を知ることが出来ました！

鈴木　永都

福祉課 主事・事務職
認定、住改・用具申請事務他

大井町の概要

■ 神奈川県南西部、東京都心から70km圏に位置
町の6割東側は丘陵地、4割西側は平坦地

■人口　17,200人
　高齢化率　28.5%
　前期高齢者　2,295人
　後期高齢者　2,607人

■日常生活圏域　１圏域

■地域包括センター　直営1か所

■生活支援コーディネーター　１人（町社協）

■要介護（要支援）認定者数

要支援１	要支援２	計
84	67	151

要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	計
138	138	101	113	68	709

認定率　13.9%（R4年10月）

■総合事業対象者数　71人

※データはR4年12 月末

参加動機

H28年に総合事業を開始　2次予防事業で実施していた事業を当て込むかたちで
「はつらつ倶楽部」（通所C）を開始
↓
短期集中型とうたいつつも、「はつらつ倶楽部」参加者は継続し続け、「通所Cのデイサービス化」が起こる。
保健師・マネジメント側の認識は、「デイサービス希望なら、給付が発生しないはつらつ倶楽部を利用する方がよい。」
↓
総合事業の交付金が上限を超過し、何とかしなければとは思うが、どうしていいか分からないまま、事業継続・・・
↓
R3年に人材育成PGを受講し、「給付」と「事業」の違い、総合事業本来の目的を学び、これまでの認識の間違いに気が付く
↓
本来**改善可能性のある事業対象者・要支援認定者が、「元の生活」を取り戻し、自分らしい暮らしが続けられる**よう、「はつらつ倶楽部」を中心に総合事業全体の見直しと、自分たちにできることを探すため、今回のPGに参加

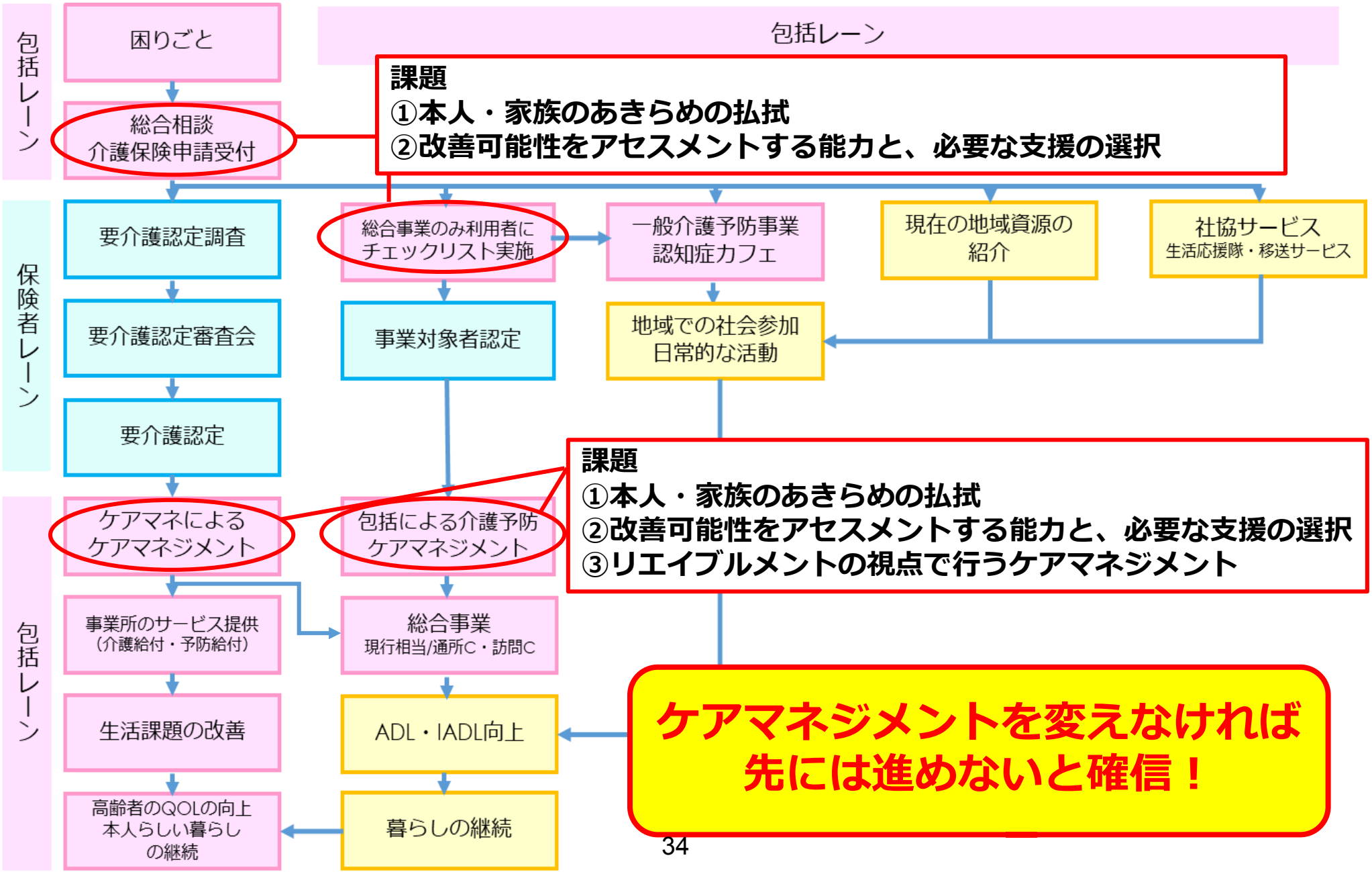
「目指す姿」 ー　現状　＝　課題

目指す姿	高齢者が「元の生活」をあきらめず、フォーマル・インフォーマルの支援を適切に選択し、 自分らしい暮らしをできるだけ長く続けることができる。
現状	➢「元の生活」につまずいた時に、これまでの自分らしい生活を、本人も家族もあきらめてしまう。 ➢漠然と「高齢なのだから、介護保険を利用すれば良い」と考えている。 ➢本人・家族と共に、つまずきに気がつき、自分らしい生活を続けられるよう支援する体制が整っていない。（マネジメント、Ｃ型サービス、地域の活動の場） ➢行政と関わりのある高齢者以外にアプローチする仕組みがない。 ➢基本チェックリスト配布により事業対象候補となったが、本人の希望なしなどでサービスに繋がらなった人へのアプローチを継続していない。（令和４年度からは、該当者への通知なしの訪問で、事業対象者の申請をする方が増えている。） ➢要支援認定されるも、サービス利用の希望がなく連絡がない方へアプローチしていない。 ➢必要性がないにも関わらず、病院からすすめられて介護申請に来る方が一定数いる。
課題	**①本人・家族のあきらめの払拭** **②改善可能性をアセスメントする能力と必要な支援の選択** **③リエイブルメントの視点で行うケアマネジメント** **④Ｃ型事業の意義の共有** **⑤セルフマネジメント力を獲得できるはつらつ倶楽部（通所Ｃ）** **⑥地域における活動の場の充実** **⑦地域でのささえ合いの意識の醸成**

課題とその真因は

課題 クリアできれば「目指す姿」に近づける！	真因 そうならないのは何故!?
①本人・家族のあきらめの払拭	本人・家族のつまずきからの回復に対する無知
②改善可能性をアセスメントする能力と必要な支援の選択	支援者の、高齢者の改善可能性に対する理解不足
③リエイブルメントの視点で行うケアマネジメント	リエイブルメントの視点の欠如
④Ｃ型事業の意義の共有	リハビリ専門職の専門性に対する理解不足と事業内容のノウハウ不足のため、確信のあるＣ型事業の展開が出来ていない
⑤セルフマネジメント力を獲得できるはつらつ倶楽部	
⑥地域における活動の場の充実	地域における活動の場の必要性に対する理解不足
⑦地域でのささえ合いの意識の醸成	住民が地域で起きている高齢者の困り事を、自分事として捉えていない

業務フローを作成し、改善すべき点を洗い出す



課題を解決するために「誰」に働きかけるか

課題 クリアできれば「目指す姿」に近づける！	誰に
①本人・家族のあきらめの払拭	本人 家族
②改善可能性をアセスメントする能力と、必要な支援の選択	包括 CM
③リエイブルメントの視点で行うケアマネジメント	包括 CM
④Ｃ型事業の意義の共有	包括 CM ＰＴ ＳＣ
⑤セルフマネジメント力を獲得できるはつらつ倶楽部	ＰＴ ＳＣ
⑥地域における活動の場の充実	ＳＣ
⑦地域でのささえ合いの意識の醸成	地域社会

「働きかけ」た結果、想定する「望ましい変化」とモニタリング①

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
包括	**支援が必要な高齢者を把握する** ▶サービス未利用の事業対象者へのお元気チェックリストの送付 ▶事業対象者に該当する高齢者へのアポなし訪問を継続する ▶既存の場へ来なくなった高齢者の現状を把握する（元気会名簿チェック） ☆既存の場へ来なくなった高齢者の現状を把握する（福祉の会・自主グループ等からの情報提供） **地域の支援者に、リエイブルメントの視点を定着させる** ➢介護予防担当者会議・地域ケア会議では、本人の「元の生活」、「望む暮らし」、その実現のための「本当の課題」は何か、を話し合えるよう、事例提供シートの工夫やディスカッションのリードをする **高齢者が元の生活を取り戻す視点でアセスメントし、必要な支援に繋げる** ▶事業対象者・支援認定アセスメントシートを活用して、ＣＭのアセスメントの質を担保する ▶新規認定者のＣＭのインテーク訪問に同行する ▶元の生活が聞き取れる支援方法に悩む場合は、積極的に専門職への助言を求める	➢ サービスありきの支援から、本人にとって本当に必要な支援を選択できるよう支援者の思考が変化する ➢ 地域ケア会議で、C型事業利用者の事例を地域支援者に共有し、C型事業の価値に気づいてもらう ➢ C型利用者の声など、「元の生活」を取り戻した事例を広報誌を通して共有できる

働きかけがうまくいっているかモニタリング

□ 支援が必要な高齢者が見つかった　□ 会議で事例検討できた

□ インテーク同行訪問できた　□ 「元の生活」を聞けた

「働きかけ」た結果、想定する「望ましい変化」とモニタリング②

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
ケアマネ	**高齢者が元の生活を取り戻す視点で情報収集・アセスメントする** ▶包括とのインテーク同行訪問 ▶「元の生活」について聞き取る ▶ケアプランの中に「元の生活」や「本人の望む暮らし」を記載する ▶介護予防担当者会議や地域ケア会議で、他者・他職種からの助言を受けアセスメントの視点を増やす **支援方法に悩む時は、専門職からの助言を求める** ▶訪問運動を活用し、支援の方向性について助言を受ける	➢ サービスありきの支援から、本人にとって本当に必要な支援を選択できるよう支援者の思考が変化する ➢ ケアマネジメントにおいて、C型事業を積極的に利用するようになる

働きかけが
うまくいっているか
モニタリング

□新規ケースのインテーク同行訪問した（件数、新規に対する訪問率）

□「元の生活」をきけた

□ ケアプランに、「元の生活」や「望む暮らし」を記載した

□ アセスメントの視点が増えた

□ 訪問運動を活用した

ケアマネジメントの変更

✕ 目下の困り事にサービスを当て、デイに通い**維持出来ていればOK！**

↓

○ 「元の生活」や「望む暮らし」を聞き、
「元の生活」を取り戻すためのマネジメント にシフト

⇒マネジメントを変え始めると、現状と次に取り組むべき課題が見えてきた

- 通所Ｃのデイサービス化で「元の生活」を取り戻す支援が大井町にはない！？
- 通所Ｃを終了したとして、受け皿は？元気会？ふくしの会？
- 訪問Ｃも月４枠で少ないし、フォローしきれないのでは？
- 通所Ｃ終了したとして、その後のＣＭとしての関わりは？手を離していいの？

⇒上記を受けて、はつらつ倶楽部の内容を検討した

「働きかけ」た結果、想定する「望ましい変化」とモニタリング③

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
専門職	**他職種へ専門的視点から助言する** ▶地域ケア会議での事例検討での専門的助言 ▶ＣＭからの支援方法の選択などについての相談に応じて助言 ☆ＣＭと同行訪問する **各種事業において、「元の生活」を取り戻す支援を行う** ▶通所Ｃ（はつらつ倶楽部） ▶訪問Ｃ ▶住改・福祉用具訪問事業 **地域資源について知る** ▶地域ケア会議に参加する ▶SCから情報を得る	➢ セルフマネジメント力獲得にむけた支援が実施されている ・元の生活の把握 ・課題の見極め ・実現可能で「元の生活」を取り戻すために有効な短期目標の設定 ・終了後の生活を見据えた地域資源の提案 ・本人にとって適切な住宅改修が実施される ・福祉用具の必要に応じた導入と、継続の判断

働きかけが
うまくいっているか
モニタリング

- □ 地域ケア会議で助言した（回数）
- □ はつらつ倶楽部を実施した
- □ 住改・福祉用具訪問で助言した
- □ 地域資源になり得るものを探せた
- □ ケアマネと同行訪問した（件数）
- □ 訪問Cで訪問指導をした

はつらつ倶楽部（通所型サービスＣ）の現在

１クール１１回の教室型（午前の部、午後の部）　年間３クール実施
健康運動指導士、管理栄養士、歯科衛生士が介入
クールの前後で評価はするものの、ほとんどの参加者が継続

- Ｒ４年度から通所Ｃ事業委託を町内デイサービス事業所に変更
  - 午後の部を短期集中型に特化
  - 委託先ＰＴと、高齢者が**「元の生活」を取り戻し、セルマネジメント力を獲得できる**よう、支援内容を検討し開始
  - 訪問Ｃとの連動

毎回面談の時間を設けて
本人の「ありたい姿」を達成できるよう支援

開始前のアセスメントを1枚に集約
本人が見ても分かる様式に
終了時にも同様にとる

セルフマネジメント力獲得の助けとなる
本人用「はつらつノート」を作成

本人が目標を立てる
↓
目標を達成するために
取り組むことを決める
↓
自宅で実践
↓
実践を記したノートをもとに
ＰＴと1週間の振り返りと
次の1週間の目標を決める

はつらつ倶楽部（通所Ｃ）の今後の改善点

□ Ｒ５年度からの改善点

・１クール１１回の教室型（年間３クール実施）でクール途中の開始が出来ない
⇒いつでも開始できるよう通年化し、タイムリーな支援を実現

・通所型なので、自宅の様子をＰＴが直接確認出来ない
集団での初回アセスメントに時間がかかりすぎる
⇒委託仕様書に自宅への訪問を組み込んで設計

□ 「まずは、はつらつ倶楽部！」と選択されるように

・高齢者は、つまずきからの回復可能性があることを知らない･･･
⇒はつらつ倶楽部での好事例を広報などで発信、出前講座の開催

・はつらつ利用者のＣＭは直営包括ばかり･･･
⇒地域ケア会議などでの好事例の共有により、委託ＣＭからも選ばれる
はつらつ倶楽部に！

□ なるべく多くの改善可能性のある高齢者に体験して欲しい

・改善可能性のある高齢者を見逃している可能性あり
⇒既存の場へ来なくなった高齢者の現状を把握し「元の生活」へ向け支援
（元気会名簿チェック、福祉の会・自主グループ等からの情報提供等）

「働きかけ」た結果、想定する「望ましい変化」とモニタリング④

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
生活支援コーディネーター	**多職種との繋がりを持つことで必要な連携が出来る** ▶リハ職、CM、事業所、行政と情報交換する ▶総合事業等の理解を促す ▶ケア会議への参加を促す ▶専門職と交流会開催し連携強化する　ex)福祉職集まれ	➢ 関係者からのSCとしての認知度の高まりと個別ケースでの連携ができる
	「元の生活」を取り戻すための、高齢者のニーズを把握する ▶はつらつ倶楽部に来所し、参加者の課題や目標について知り、終了後に必要な支援について知る ▶地域ケア会議や介護予防担当者会議での事例検討を通じて、地域の高齢者のニーズを知る ▶ニーズ調査の実施	➢ ニーズに応じて地域での活動の場に橋渡しができる
	地域に出向き、既存の場の活動内容や参加者の現状を把握する （開催頻度、参加者の人数や概要、中心者、行かないとと分からない雰囲気）	➢ 住民とのネットワークが広がる

働きかけがうまくいっているかモニタリング

□ 地域活動の場へ出向いた　□ 既存の場の現状が把握できた

□ 高齢者のニーズを把握した　□ 専門職交流会で多職種との繋がりがもてた

□ 個別ケースで多職種と連携した（件数）

「働きかけ」た結果、想定する「望ましい変化」とモニタリング⑤

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
本人・家族	**つまずいても「元の生活」を取り戻す回復可能性があることを広報する** ▶広報誌（保健師memo等）でつまずきからの回復可能性や、高齢者の閉じこもりが心身の機能低下を来すこと、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることのメリットなどについて啓発する	➢ つまずいている現状やその原因を認識できる ➢ 適切な取り組みで、自分らしい生活に戻れることを知る ➢ 「元の生活」や「望む暮らし」を思い描き、取り戻すための目標を持てる

働きかけがうまくいっているかモニタリング

□ つまずきからの回復可能性があることを知り、つまずき早期の相談が増える（新規認定者の相談記録の内容確認）

□ 広報の掲載回数　□ 電話やメール、投書での掲載に対する反応

誰に	どう働きかける ☆これから取り組む　▶現在進行形　☑過去	想定する望ましい変化
地域社会	**高齢者を取り巻く大井町の現状について住民に広報する** ▶出前講座の活用（介護保険、地域の見守り、認知症） ▶広報誌（保健師memo等）でつまずきからの回復可能性や、高齢者の閉じこもりが心身の機能低下を来すこと、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることのメリットなどについて啓発する	➢ 隣近所に住む高齢者の様子について意識する住民が増える ➢ 地域活動へ参加する住民が増える

働きかけがうまくいっているかモニタリング

□ 出前講座の活用が増えた

□ 広報の掲載回数　□ 電話やメール、投書での掲載に対する反応

アウトカムが出始めた！
はつらつ倶楽部参加者から

★福祉用具を卒業したケース

変形性股関節症の手術後で、筋力低下と歩行に不安のあったＳさん。当初の目標は、手すりを使わずに階段を昇ること。「平凡な日常生活に戻り、自由に不安なく歩きたい。」
個別プログラムを受け、クール中盤にはフリーハンドで階段昇降できるようになった。先日、レンタルしていた手すりを「もう必要ないから！」と笑顔で返却された。

★地域活動に復活するなど活動性が上がったケース

６年前大井町に転居し、友人が少ないNさん。自治会館での「おーい！元気会」（一般介護予防事業）に車で乗せて行ってくれていた友人が都合で参加しなくなり、一緒にフェードアウト。
長い距離（自治会館まで）の歩行ができ、活動の幅を広げることを目標に参加。専門職の個別の関わりはもちろんだが、はつらつ倶楽部での「女子会（サロン活動）」で活気を取り戻す。終了後は、元気会に復活！友人と久しぶりの温泉旅行に行くことになったと報告してくれた！

★はつらつ倶楽部の必要性を感じてくれたケース

３クール目に参加中のＫさんは難病を持つ元Ｎｓ。はつらつ倶楽部を経験し、隣町の母親にも同様の事業を受けさせたいと申し出たところ、そういった事業はないと言われた。「はつらつ倶楽部があれば母も元気になれると思うのに残念。とてもいい事業だと思う。」と話してくれた。

好事例の共有で

高齢者・家族には、あきらめなければ「元の生活」は取り戻せると啓発！

支援者には、手ごたえを感じてもらい、よりよい支援に繋げたい！

タイトル：落ちかけた高齢者が「元の生活」を取り戻せる・近づくことができる仕組みづくり

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

現状
- 「元の生活」から落ちかけた時に、これまでの自分らしい生活を、本人も家族もあきらめてしまう。
- 漠然と「高齢なのだから、介護保険を利用すれば良い」と考えている。
- 本人・家族と共に、つまずきに気がつき、自分らしい生活を続けられるよう支援する体制が整っていない。（マネジメント、Ｃ型サービス、地域の活動の場）
- 行政と関わりのある高齢者以外にアプローチする仕組みがない。
- 基本チェックリスト配布により事業対象候補となったが、本人の希望などなどでサービスに繋がらなった人へのアプローチを継続していない。（令和４年度からは、該当者への通知なしの訪問で、事業対象者の申請をする方が増えている。）
- 介護申請し支援認定となったが、サービス利用の希望がなく連絡がない方へアプローチしていない
- 病院から申請をすすめられて窓口に来るが、介護保険サービスの利用が必要でない方もいる
- 本来、支援が必要だが、どこも繋がっていない高齢者がいる

課題
- 「元の生活」から落ちかけた高齢者を見つける仕組み
- 本人・家族の諦めの払拭
- 支援者が、高齢者の回復可能性を適切にアセスメントし、必要な支援を選択する能力
- リエイブルメントの視点で行うケアマネジメント
- Ｃ型事業の意義の共有
- 高齢者がセルフマネジメント力を獲得できるはつらつ倶楽部
- 地域における活動の場の充実
- 地域でのささえ合いの意識の醸成

真因
- 本人・家族のつまずきからの回復に対する無知
- 支援者の、高齢者の回復可能性に対する理解不足
- リエイブルメントの視点の欠如
- リハビリ専門職の専門性に対する理解不足と事業内容のノウハウ不足のため、確信のあるＣ型事業の展開が出来ていない。
- 地域における活動の場の必要性に対する理解不足
- 住民が地域で起きている高齢者の困り事を、自分事として捉えていない
- 包括のマンパワー不足で、把握している住民にさえ対応出来ていない。

包括

支援が必要な高齢者を把握する
- サービス未利用の事業対象者へのお元気チェックリストの送付
- 事業対象者に該当する高齢者へのアポなし訪問を継続する
- 既存の場へ来なくなった高齢者の現状を把握する（元気会名簿チェック、福祉の会・自主グループ等からの情報提供）

地域の支援者に、リエイブルメントの視点を定着させる
- 介護予防担当者会議・地域ケア会議では、本人の「元の生活」、「望む暮らし」、その実現のための「本当の課題」は何か、を話し合えるよう、事例提供シートの工夫やディスカッションのリードをする

高齢者が元の生活を取り戻す視点でアセスメントし、適切な支援に繋げる
- 事業対象者・支援認定アセスメントシートを活用して、ＣＭのアセスメントの質を担保する
- 者のＣＭのインテーク訪問に同行する
- 元の生活が聞き取れる支援方法に悩む場合は、積極的に専門職への助言を求める

支援が必要な高齢者が見つかった（回収率）

会議で事例検討できた（件数）

インテーク同行訪問できた（訪問率）

「元の生活」をきけた

ケアマネ

高齢者が元の生活を取り戻す視点で情報収集・アセスメントする
- 包括とのインテーク同行訪問
- 「元の生活」について聞き取る
- ケアプランの中に「元の生活」や「本人の望む暮らし」を記載する
- 介護予防担当者会議や地域ケア会議で、他者・他職種からの助言を受けアセスメントの視点を増やす

専門職からの助言を求める
- 訪問運動を活用し、支援の方向性について助言を受ける

新規ケースのインテーク同行訪問した（件数、新規に対する訪問率）

「元の生活」をきけた

ケアプランに、「元の生活」や「望む暮らし」を記載した

アセスメントの視点が増えた

訪問運動を活用した

専門職

他職種へ専門的視点から助言する
- 地域ケア会議での事例検討での専門的助言
- ＣＭからの支援方法の選択などについての相談に応じて助言や同行訪問する

各種事業において、「元の生活」を取り戻す支援を行う
- 通所Ｃ（はつらつ倶楽部）
- 訪問Ｃ
- 住改・福祉用具訪問事業

地域資源について知る
- 地域ケア会議に参加する
- SCから情報を得る

地域ケア会議で助言した（回数）
ケアマネと同行訪問した（件数）

はつらつ倶楽部を実施した
訪問Cで訪問指導をした
住改・福祉用具訪問で助言した

地域資源になり得るものを探せた

ＳＣ

多職種との繋がりを持つことで必要な連携が出来る
- リハ職、CM、事業所、行政
- 総合事業等の理解促進
- ケア会議への参加促進
- 専門職との連携強化（専門職交流会の開催　ex)福祉職集まれ）

「元の生活」を取り戻すための、高齢者のニーズを把握する
- 通所Ｃ参加者の課題や目標について知り、終了後に必要な支援について知る
- 地域ケア会議や介護予防担当者会議での事例検討を通して、地域の高齢者のニーズを知る
- ニーズ調査の実施

地域に出向き、既存の場の活動内容や参加者の現状を把握する
- 開催頻度
- 参加者の人数や概要
- 中心者

専門職交流会で多職種との繋がりがもてた

個別ケースで多職種と連携した（件数）

高齢者のニーズを把握した

地域活動の場へ出向いた

既存の場の現状が把握できた

本人・家族

つまずいても「元の生活」を取り戻す回復可能性があることを広報する
- つまずいている現状やその原因を認識できる
- 適切な取り組みで、自分らしい生活に戻れることを知る

地域社会

高齢者を取り巻く大井町の現状について住民に広報する
- 出前講座の活用（介護保険、地域の見守り、認知症）
- 広報誌でつまずきからの回復可能性や、高齢者の閉じこもりが心身の機能低下を来すこと、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることのメリットなどについて啓発する

つまずきからの回復可能性があることを知り、つまずき早期の相談が増える（新規認定者の相談記録の内容確認）

出前講座の活用が増えた

サービスありきの支援から、本人にとって本当に必要な支援を選択できるよう支援者の思考が変化した結果

新規の要支援者・事業対象者のC型事業の利用者が増える

支援目標・支援内容が３ヶ月で評価できるケアプランになっている

C型事業の価値を支援者や町民に伝えられるようになる
- 地域ケア会議で、C型事業利用者の事例を地域支援者に共有し、C型事業の価値に気づいてもらう
- C型利用者の声など、「元の生活」を取り戻した事例を広報誌を通して共有する

必要な支援を提供するための既存事業の見直しと新たな事業の創出

サービスありきの支援から、本人にとって本当に必要な支援を選択できるよう支援者の思考が変化した結果

新規の要支援者・事業対象者のC型事業の利用者が増える

支援目標・支援内容が３ヶ月で評価できるケアプランになっている

「元の生活」を取り戻す高齢者が増える
- 本人・家族の気持ちや行動の変化をモニタリングし、支援を継続する
- C型事業を積極的に終了出来る（事業終了時の評価）
- 取り戻した「元の生活」を継続出来る高齢者が増える（事業終了後のフォローアップ）
- 地域活動に参加する高齢者が増える
- 住宅改修や福祉用具の利用で、「元の生活」を継続できる高齢者が増える

軽度者の支援にやりがいを見出す
- 包括CMのやりがいを感じる

「元の生活」と自信を取り戻し、自分らしい生活を継続するための選択が出来る（セルフマネジメント力を獲得する）
- 活動性の維持
- 活動の場への参加
- 必要な社会・地域資源の選択
- 必要なときにSOSが出せる

＊認定率
＊軽度者の認定の経過
＊主観的健康観

支援の方針やケアプランに専門職の助言が反映されている

セルフマネジメント力獲得にむけた支援が実施されている
- 元の生活の把握
- 課題の見極め
- 実現可能で「元の生活」を取り戻すために有効な短期目標の設定
- 終了後の生活を見据えた地域資源の提案
- 本人にとって適切な住宅改修が実施される
- 福祉用具の必要に応じた導入と、継続の判断

関係者からのSCとしての認知度の高まりと個別ケースでの連携ができる

ニーズに応じて地域での活動の場に橋渡しができる
- 住民が活用しやすい社会資源一覧表の作成・配付
- 利用者と直接の繋がりが持てる

不足している活動などの新たな資源の開発（ニーズに応じた新たな活動の場やインフォーマルサービスの創出）
- 社会資源一覧表の活用の拡大
- 既存サービスの利用者増加
- 買い物支援の充実（わくわくショッピング、移動販売）

活動の場を維持・拡大するために、住民活動の後方支援や課題解決に一緒に取り組むことができる
- やりたいこと、できること、難しいこと、助けが必要なことが何か
- マンパワーの現状把握と確保のための啓発
- 負担の少ない運営方法について一緒に考える

住民とのネットワークが広がる
- 地域活動の場へ出向き、住民とつながりを持つ
- 地域のキーパーソンが誰かを知る
- 地域のいろいろな場に出向き、地域での困り事や強みを知る

「元の生活」や「望む暮らし」を思い描き、取り戻すための目標を持てる
- ケアマネさと一緒に、「元の生活」を取り戻すための目標を決められる
- はつらつ倶楽部に参加し、専門職と「元の生活」を取り戻す目標を決められる

支援を受けながら目標に向けて意欲的に取り組むことができる
- 自ら取り組むことの大切さに気付く

隣近所に住む高齢者の様子について意識する住民が増える
- 包括や民生委員に相談が入る

地域の課題を共有する場が持たれ、地域の課題を自分ごととして捉え、解決に向けて行動できる住民が増える

地域活動へ参加する住民が増える
- 自治会活動、福祉の会、老人会等への参加増

社協にボランティア登録する住民が増える
- 生活応援隊、移送ボラ、傾聴ボラ

高齢者の暮らしを見守り、支え合える地域となる

高齢者が「元の生活」をあきらめず、フォーマル・インフォーマルの支援を適切に選択し、自分らしい暮らしをできるだけ長く続けることができる。

3　実行プラン

	アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
包括	**支援が必要な高齢者を把握する**	➢ サービス未利用の事業対象者へのお元気チェックリストの送付 ➢ 事業対象者に該当する高齢者へのアポなし訪問を継続する ➢ 既存の場へ来なくなった高齢者の現状を把握する（元気会名簿チェック、福祉の会・自主グループ等からの情報提供	介護予防把握事業
包括	**地域の支援者に、リエイブルメントの視点を定着させる**	介護予防担当者会議・地域ケア会議では、本人の「元の生活」、「望む暮らし」、その実現のための「本当の課題」は何か、を話し合えるよう、事例提供シートの工夫やディスカッションのリードをする	地域ケア会議推進事業
包括	**高齢者が元の生活を取り戻す視点でアセスメントし、適切な支援に繋げる**	➢ 事業対象者・支援認定者のＣＭのインテーク訪問に同行する ➢ 元の生活が聞き取れるアセスメントシートを活用して、ＣＭのアセスメントの質を担保する ➢ 支援方法に悩む場合は、積極的に専門職への助言を求める	訪問型サービス事業 地域リハビリテーション活動支援事業 任意事業￥その他支援事業
ケアマネ	**高齢者が元の生活を取り戻す視点で情報収集・アセスメントする**	➢ 包括とのインテーク同行訪問 ➢ 「元の生活」について聞き取る ➢ ケアプランの中に「元の生活」や「本人の望む暮らし」を記載する ➢ 介護予防担当者会議や地域ケア会議で、他者・他職種からの助言を受けアセスメントの視点を増やす	地域ケア会議推進事業 介護予防ケアマネジメント事業 包括的支援事業
ケアマネ	**専門職からの助言を求める**	訪問運動を活用し、支援の方向性について助言を受ける	訪問型サービス事業

3　実行プラン

	アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
専門職	**他職種へ専門的視点から助言する**	➢ 地域ケア会議に参加し、事例検討での専門的助言を行う ➢ ＣＭからの支援方法の選択などについての相談に応じて助言や同行訪問する	地域ケア会議推進事業 訪問型サービス事業
専門職	**各種事業において、「元の生活」を取り戻す支援を行う**	➢ 通所Ｃ（はつらつ倶楽部）の実施 ➢ 訪問Ｃの実施 ➢ 住改・福祉用具訪問事業の実施	通所型サービス事業 訪問型サービス事業 地域リハビリテーション活動支援事業 任意事業￥その他支援事業
専門職	**地域資源について知る**	➢ 地域ケア会議に参加することで、他職種から情報を得る ➢ SCから情報を得る	地域ケア会議推進事業
ＳＣ	**多職種との繋がりを持つことで必要な連携が出来る**	➢ リハ職、CM、事業所、行政 ➢ 総合事業等の理解促進 ➢ ケア会議への参加促進 ➢ 専門職との連携強化（専門職交流会の開催　ex)福祉職集まれ）	生活支援体制整備事業
ＳＣ	**「元の生活」を取り戻すための、高齢者のニーズを把握する**	➢ 通所Ｃ参加者の課題や目標について知り、終了後に必要な支援について知る ➢ 地域ケア会議や介護予防担当者会議での事例検討を通じて、地域の高齢者のニーズを知る ➢ ニーズ調査の実施	生活支援体制整備事業
ＳＣ	**地域に出向き、既存の場の活動内容や参加者の現状を把握する**	地域に出向いて、活動の実際を知る ➢ 開催頻度 ➢ 参加者の人数や概要 ➢ 中心者　　などについて把握する	生活支援体制整備事業
本人・家族	**つまずいても「元の生活」を取り戻す回復可能性があることを広報する**	➢ つまずいている現状やその原因を認識できる ➢ 適切な取り組みで、自分らしい生活に戻れることを知る	
地域社会	**高齢者を取り巻く大井町の現状について住民に広報する**	➢ 出前講座の活用（介護保険、地域の見守り、認知症）を促進する ➢ 広報誌でつまずきからの回復可能性や、高齢者の閉じこもりが心身の機能低下を来すこと、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることのメリットなどについて啓発する	

「広報おおい 保健師memo」での啓発

添付資料

保健師 memo

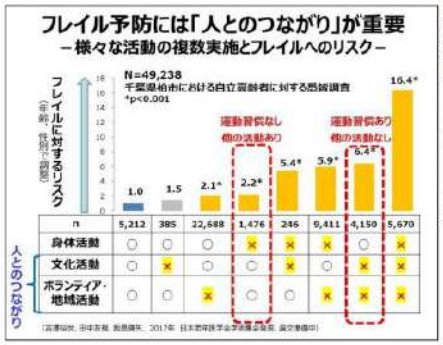
いつまでも自分らしい生活を

元気なうちから介護予防に取り組みましょう Vol.2

今月は、大野祐子保健師です

先月号に引き続き、介護予防についてお伝えします。今回は、介護予防の取り組みを生活の中に取り入れる「生活リハビリ」についてと、コロナ禍で希薄となった、「人とのつながり」の大切さについてお伝えします。

「生活リハビリ」とは、生活そのものをリハビリとして捉えることを言います。介護が必要な状態になることを防ぐためには、週1回以上の適度な運動が良いと言われていますが、病気や加齢により週1回の運動が難しい方には「生活リハビリ」が効果的と言われています。例えば、「朝起きたら着替えをすること」「食卓でご飯を食べること」「トイレで排泄すること」など、皆さんが日常生活で当たり前に行っている日常生活そのものを、自分の力で取り組むことを「除」や「洗」も「生活リハビリ」と聞くえてもらうすが、住み少しでも長り前に送っ自分でできることは自分で行うような生活を送る「生活リハビリ」を実践していくことが重要となります。



◀図（引用「tayorini」）

重要なのは、「文化活動や地域活動に参加して、忙しく毎日を過ごすこと」かもしれません。

コロナ禍で、文化活動や地域活動が減少している現状ですが、いつまでも自分らしい生活を送るために、自分でできることは行う「生活リハビリ」を実践し、正しい感染症対策をした上で「人とのつながり」を持つ社会参加を実践しましょう。参加する趣味活動や地域活動が思い当たらない方は、ぜひ町内自治会館などで実施している「おーい！元気会」に参加してみてください。

保健師 memo

いつまでも自分らしい生活を

元気なうちから介護予防に取り組みましょう

今月は、嶋村由香保健師です

高齢期では、生き生きと自分らしく過ごすために、病気や持病の悪化予防に加え、心身の機能が衰えないようにすることが重要です。

「最近よくつまづくようになった」「入れ歯が合わなくて食べる量が減った」などの「衰えのサイン」をそのままにしてしまうと、心身の機能は徐々に低下し、要介護状態に近づいてしまいます。

図1は、健康な状態から要介護状態に至るまでの経過を示しています。「健康」な状態から、「プレ・フレイル」「フレイル」と経過していますが、心と体のちょっとした衰え（プレ・フレイル：前虚弱）にいち早く気付くことが大切です。そして、自分事として前向きに捉えて行動することで、健康な状態に戻ることができ、その後の効果も大きいと考えられています。

大井町の

の方なら誰

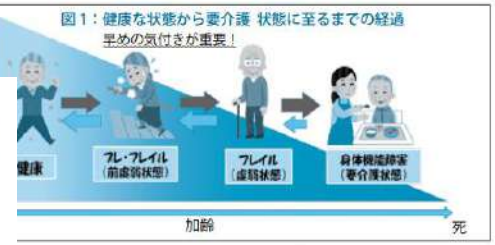
い！元気会

とそのご家

についての

くために介

います。



また、基本チェックリスト（図2）で介護予防・生活支援サービス事業対象者となった方や要支援認定者を対象に、理学療法士や歯科衛生士、栄養士などの専門職により、短期集中型で運動、口腔、栄養の指導を受けられる事業も実施しています。

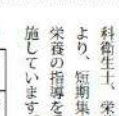
図2：基本チェックリスト（一部抜粋）

- □ 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか
- □ 6カ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか
- □ 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか
- □ 週に1回以上は外出していますか
- □ 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか

保健師 memo

いつまでも自分自身が望む生活を送るために

今月は、三留奈津子保健師です



大井町の介護認定率は13・5％（2022年3月末）で、県内では低い状況にあり、介護保険料も4800円（基準額／月）と県内では低い水準にあります。しかし、大井町の高齢化率は2020年28・4％、2040年34・7％と上昇する見込みとなっており、それに合わせて認定率や保険料も上昇することが見込まれます。介護保険制度を利用してサービスを利用することが必要になる前に、介護保険の制度やサービスの内容、地域の資源について知り、自分がどのように生活したいか備えておくことが必要になります。

▼リエイブルメントとは

Re-ablement（再び自分でできるようにする）、自らの力で、望む生活を再獲得するための専門職による支援です。

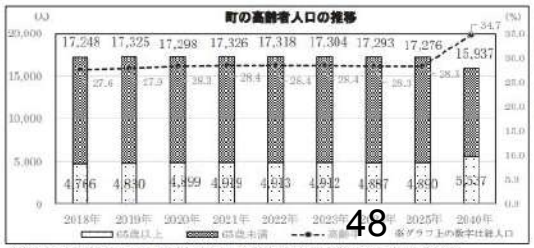
けがや、急性の病気にかかり一度体力が低下すると、けがや病気が回復しても以前の状態より体の機能が低下してしまうことが多くあります。またフレイル（虚弱状態）といって、「最近よく躓くようになった」、「入れ歯が合わなくて食べる量が減った」など健康な状態から、気が付かないうちに徐々に心身の機能が衰えていることがあります。

特に高齢者に対しては、身近な人も、心配する気持ちから本人のできることをやりすぎてしまい、逆に能力を低下させてしまうことが多々あります。

体の機能の回復を目指すリハビリテーションの概念とは別に、リエイブルメントという考え方が求められています。本人ができていることを支援し、自らの力で行えるという自信を取り戻し、自立を支援します。

リエイブルメントの視点を大事に行っている事業の一つに、通所型介護予防事業（はつらつ倶楽部）があります。「はつらつ倶楽部」は専門職による、運動・口腔・栄養指導を3カ月間（全11回・3クール）行うサービスです。「家の外に楽に出かけられるようになりたい」「以前のように○○がしたい」など3カ月間の短期的な目標を設定し、理学療法士を中心に本人が望む生活を専門職が伴走支援します。短期間で目標に向かって取り組むことで、家の外に楽に出かけられるようになったり、以前できていたことをまた再開できるようになったりと、変化が表れている方も多くいます。はつらつ倶楽部は、基本チェックリストにより、一定の身体機能の低下が認められる方が利用できます。

いくつになっても自分が望む生活を送るために、大井町地域包括支援センターでは、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーが高齢者の支援を行っています。からだの相談や心配事、町の各種事業や制度などについてお気軽にご相談ください。



「大井町第8期高齢者保健福祉計画・介護保険計画」より

令和４年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

「食べることは生きる力」を支える地域づくり ～中津川～

中津川市健康増進キャラクター
「けんぱちくん」

2023年2月13日

中津川市高齢支援課・地域包括支援センター
丹羽・古井・西尾・長谷川・神原

【チームメンバー情報】①

所属	役職・職種	氏名
高齢支援課 地域包括支援センター	**主任技術主査 介護支援専門員 歯科衛生士**	**丹羽　香織**
【今までの経験や現在の業務内容など】 公立病院の歯科衛生士として、病棟の口腔ケア業務などに従事。組織編成にて令和元年度の人事異動で高齢支援課へ異動。その後、ケアマネジャーとして予防プランを持ちながら、口腔の介護予防事業、老人クラブ事業などを担当している。		
高齢支援課 地域包括支援センター	**主任技術主査 主任保健師**	**古井　貴子**
【今までの経験や現在の業務内容など】 旧川上村では母子から高齢者までの相談業務、健診、機能訓練等を実施。合併後H19年より健康医療課に配属され、母子保健事業、特定健診・がん検診・健康づくり教室事業、相談業務を実施。H30年に高齢支援課に異動となり、介護予防事業・高齢者相談・認知症みまもりのわ事業・敬老祝事業を担当している		
高齢支援課 地域包括支援センター	**主任保健師**	**西尾　明日美**
【今までの経験や現在の業務内容など】 中津川市健康医療課に配属され、母子保健事業、特定健診・がん検診・健康づくり教室事業、相談業務を実施。その後市民保険課へ配属され、保険者の保健師として特定健診・後期高齢者健診の業務等を担当。その後令和４年高齢支援課に異動となり、高齢者相談、認知症に関する事業を担当している。		

【チームメンバー情報】②

所属	役職・職種	氏名
高齢支援課 地域包括支援センター	**主任保健師**	**長谷川　有里**
【今までの経験や現在の業務内容など】 病院にて看護師、保健師として勤務。R1年度に人事異動にて高齢支援課へ異動。主に介護予防事業を担当している。		
高齢支援課 地域包括支援センター	**社会福祉士**	**神原　美咲**
【今までの経験や現在の業務内容など】 大学卒業後、R3年度に社会福祉士として高齢支援課に配属。主に、高齢者虐待関係・成年後見制度関係・地域の支え合いマップを担当している。		

【中津川市の概要】

- 人口　75,743人
- 高齢化率　33.3％
- 平成17年に旧中津川市と恵那郡恵北6町村、旧長野県山口村が合併し、総面積676.45㎢の新中津川市が誕生

栗きんとん
が有名です

【PG参加に至った経緯】

当初の問題意識

持っている能力をフルに活用することが可能になる。

尊厳ある自立した生活を送ることが可能になる。

中津川市で、ビジョンを持って厳しい状況に立ち向かう人々が多い。

中津川市の検討会議に参加し、自分たちの地域の活性化を図ることが出来ない。

迅速に、かつ、しっかりと、地域の活性化を図ることが出来ない。

「これは何故？」「支援や資源が不足しているから？」「何故？」

「支援や資源が不足しているから？」と感じ始め、先輩方が参加されたこのプログラムの存在を知り、自分たちも気付きを得て改善策を検討したいと参加しました。

現在の状況

中津川市は地域差が大きいため類似した地域を絞って「困り事やあきらめている事など」を比較、その中でも、ある地域の食支援のニーズが高いことを把握し、そこに対する対応策の検討を始めて現在に至っております。

【中津川市の高齢者の食の現状を把握】

・北の加子母地区から南の阿木地区まで地域差が大きい。
地区によっては食支援を必要としている高齢者に十分な食が提供できていない現状がある。

一番北から南までの移動時間は車で１時間55分

◆地域の商店が少ない
◆移動販売の回数が少ない
◆買い物へ行く移動手段がない
◆自分で選んで買いたい
◆認知症や心身状況などで調理行為が難しい
◆独居世帯、高齢者世帯が多くなり支援者がいない

結果

・食事以外は菓子やパンなどを食べている（栄養状態が不良となる）
・遠方に住む家族の介護負担が大きくなる（在宅介護が困難となる）
・介護保険の食支援のサービスの必要性が高くなる（介護給付費の増大）

食支援が充足していないため地域の高齢者が住み慣れた地域で在宅生活を送ることが困難となってくることが予想される

【何故、食が十分に供給できていないのかを分析】

要因1

協力者のマンパワー不足

・地域の商店が少ない（地域性がある）
・配達が負担となっている
⇒　協力者の状況確認、声を聞く
　　効率的な配達方法を確立する

要因2

高齢者のニーズを十分に捉えられていない

・地域の高齢者が食に対してどのようなニーズがあるのか
・弁当が欲しいのか、食材の確保が困難なのか
⇒　ニーズを正しく把握するための方法を検討する

要因3

配食サービスの利用制限

・安否確認を課しているため、介護保険サービス利用で安否が確認できている場合は利用ができない
⇒　配食サービス制度の位置づけの見直しを検討する

要因4

協力者側とのニーズの共有が不十分

・高齢者がどんな点に困っているのか、何を必要としているのか情報共有ができていない
⇒　どこを誰が担うのか明確に役割分担をする

【食支援の協力者の状況をエリア毎に把握】

	中津・坂本・苗木地区	神坂地区	阿木地区	落合・蛭川地区	坂下・川上地区	加子母地区	付知地区	福岡地区	山口地区
配食サービス					**社協委託** ⇩	**社協委託** ⇩	**社協委託** ⇩	**社協委託** ⇩	**社協委託** ⇩
調理事業者	ディアクック（弁当調理だけであれば増量可）	社会福祉法人（上限8食まで）	NPO法人	だんろ	・Aコープ ・あさひ ・辰巳 ・大屋	かねいま食品	・さのや ・ひだまり㊊ ・準坊池、亀利屋㊍	みかわや	あさひ
配達の協力者	ディアクック（拠点までの配達なら可）	社会福祉法人	NPO法人	だんろ	民生委員 社協パート	かねいま食品	社協職員	社協パート	ボランティア
料金の内訳	弁当個数分業者へ	弁当個数分業者へ	弁当個数分業者へ	弁当個数分業者へ 	Aコープ、あさひ450円 辰巳500円 大屋420円 630円から弁当代を引いた分が社協へ	弁当個数分業者へ 	弁当一律500円 630円から弁当代を引いた分が社協へ	弁当500円 630円から弁当代を引いた分が社協へ	弁当550円 ボランティア配達１食50円 社協事務費30円
移動販売									
その他の配達サービスの状況	地域の店から移動販売車が出ているとくしまる　など	地域の店から移動販売車が出ているとくしまるなど	地域の商店が配達サービスを行っているJAなど	地域の店から移動販売車が出ているとくしまるなど	地域の商店が３店舗ほど配達サービスを担っている	弁当業者やJAが配達サービスを担っている	地域の商店２店舗ほど配達サービスを担っている	地域の商店が宅配や弁当配達をしている	地域の商店が3店舗ほど配達サービスを担っている

【では、どうすれば良いのでしょうか？】

食支援を必要としている高齢者に**確実に食が提供できる仕組みつくりが必要**

お弁当がほしい・・・

食材を選んで買いたい・・・

買い物に行く手段がない・・・

どう働きかけるか

地域の商店

●配達についてのやりにくさなどを共有

●広く弁当や移動販売を行うことは可能なのか確認

●高齢者が食べやすい物の提供を検討

生活支援コーディネーター

●地域のネットワークやコミュニティの確認（商店と地域住民の橋渡し役）

●食のニーズと供給のバランスを確認、共有

●地域資源の活用方法の検討

有償ボランティアなど

●食が確実に届けられるように手段を考える

●食支援について担える状況があるのか確認

行政組織

●食の確保に困窮している高齢者の声を共有
（ニーズ調査、ボリュームの把握）

●事業の位置づけの検討

●財源の見直し

【結果、どのような変化が起き、課題はどう解決するのか？】①

地域の商店

●配達についてのやりにくさなどを共有

●広く弁当や移動販売を行うことは可能なのか確認

●高齢者が食べやすい物の提供を検討

まずは・・

地域の商店

●地域の高齢者の食のニーズに対して何が必要かを知ることができる

●必要な食支援の取り組みを検討できる

●地域の高齢者に必要な食支援の提供が行える

結果

＊高齢者が必要な食事を確保することができる

＊食に対しての喜びや満足感が得られる

生活支援コーディネーター

●地域のネットワークやコミュニティの確認（商店と地域住民の橋渡し役）

●食のニーズと供給のバランスを確認、共有

●地域資源の活用方法の検討

生活支援コーディネーター

●地域の高齢者の食の供給について検討できる

●互助や地域での見守りの機会を提案できる

●地域の状況について情報共有ができる

＊地域住民や関係者が役割分担を行うことで、互助や見守りの多層化が期待できる

＊地域の関係性の構築につながる

【結果、どのような変化が起き、課題はどう解決するのか？】②

有償ボランティアなど

●食が確実に届けられるように手段を考える

●食支援について担える状況があるのか確認

まずは・・

有償ボランティアなど

●地域の高齢者の食の供給について検討できる

●ボランティアとしての役割について担える部分を整理できる

●SCや住民と地域の状況について情報共有ができる

結果

＊関係者が役割分担を行うことで、互助や見守りの多層化が期待できる

＊地域の関係性の構築につながる

行政組織

●食の確保に困窮している高齢者の声を共有
（ニーズ調査、ボリュームの把握）

●事業の位置づけの検討

●財源の見直し

行政組織

●現行のサービスについて適切であるか在り方の検討ができる

●社会資源としてのサービス活用の場が広がる

●利用制限なくサービスが提供できる

＊食支援目的で利用していた介護保険サービスの利用が減る（サービスに頼らなくても良くなる）

＊家族の介護負担軽減につながる

【加子母地区の食支援の仕組みつくりフロー】

中津川市は地域差が大きいため、まずは食支援の問題が明らかとなった加子母地区をモデル地区として対策を検討する

食に関するニーズ調査実施（別紙参照）

現在の課題を関係者と共有した上で更にボリュームを把握するために行います

食に対するニーズの把握

- 配達サービスが少ない
  - 配達サービス等のニーズを地域の商店と有償ボランティアに共有
    - ・配達サービスのルートについて地域の商店に相談
    - ・移動販売車へ対応を相談
      - 大手宅配業者への依頼も検討
- 食材を買いに行けない
  - 定期的な弁当配達を地域の商店に依頼
    - 配達手段について
      ・SCへ地域の協力者を確認（配食サービスボランティア活動の推進など）
      ・有償ボランティアへ協力依頼
- 食事の準備が出来ない
- 配食弁当の回数が少ない
  - 地域の商店へ対応を依頼（金額、地域などを踏まえて）
    - 配食サービス事業の見直し（対象者、回数、金額、配達方法）
      - 大手宅食業者への依頼も検討

食のニーズ調査票（加子母ver.）

食に関する調査　　**加子母地区**

当てはまる所に〇をつけてください

独居・高齢者世帯・その他（　　）　　60歳代・70歳代・80歳代・90歳以上

地区名：例）万賀　　介護保険認定の有無　　有　・　無

① 現在の食事についてお困りのことはありますか？

あてはまる物全てに〇を付けてください

・食材を買いに行く事　　・食事の準備　　・配食弁当や配達サービスの回数が少ない

・その他（　　）

② 現在の食事に困っている方は 1 個 540 円～600 円のお弁当は毎日でも届けてほしいですか？　　はい　・　いいえ

いいえの方の理由は何ですか。当てはまる物全てに〇を付けてください

・金額が高い　・　毎日のお弁当は飽きる　・おかずのみが欲しい

・その他（　　）

③ 食材を持って来てくれる配達サービスがあれば利用したいですか？

はい　・　いいえ

④ その他、食に関してのご要望等あればお聞かせください。

- 65歳以上を5歳刻みで無作為に抽出（それぞれ10名前後）
  65歳以上人口1,094名のうち1割とした。
- 要介護度
  非該当～要介護3まで
- 地域別に抽出する

【モニタリング方法】

1. **配食サービスの利用制限によって使えなかった方がどのように改善したか？**

＊　介護保険サービス（デイ、ヘルパー）を利用している方の食のニーズを担当ケアマネに確認する（諦めていた食に対してのニーズがどの様に改善されたか）

2. **食支援目的の介護保険サービス利用状況に変化があったか？**

＊　訪問介護や通所介護利用、施設入所等の推移を把握する

3. **検討から対策実施後の食に対して変化はあったか？**

＊　在支や包括の実態把握

＊　食に関するニーズ調査の再調査

4. **協力者(地域の商店など)の状況に不都合が生じていないか？**

＊　協力者の状況を把握（やりにくさや採算など）

5. **地域での仕組みつくりが上手くいっているか？**

＊　SCや有償ボランティアの活動実績

＊　地域での支え合いの状況把握

【今後の展望】

●地域差が大きい事を踏まえた上で、**其々の地域毎にデザイン**をしていく

●中津川市中心部より外れた旧郡部から着手し、その後**全市へと展開予定**

●食が確実に提供できる事で**栄養状態が改善**し、**フレイル予防に繋がる**ことを目指したい

（管理栄養士、保健師、歯科衛生士の介入検討）

食の確保が必要な高齢者を確実に支援できる仕組みつくり（在宅生活の継続を目指して）

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
＜現状＞ ➢ 食支援を必要とする高齢者が十分なサービスを受けられておらず、食の確保がなされていない。 ＜課題＞ ➢ 栄養状態の不良やフレイルが加速する恐れがある。 ➢ 食支援目的の介護保険サービスの利用頻度が高くなる。 ＜真因＞ ➢ 配食サービス事業の利用制限 ➢ 配食サービス事業の位置づけ（食支援ではなく見守り支援） ➢ 高齢者のニーズを十分に拾えていない ➢ 地域商店のマンパワー不足、商店の不足 ➢ 配達手段の効率化が図られていない ➢ 商店側が対象者の現状を把握できていない	地域の商店 生活支援コーディネーター 有償ボランティア等 行政組織	**①高齢者の食のニーズに対する対応方法の検討** ➢ 高齢者が食べやすい物の提供は可能か協力を相談する ➢ 配達手段についてのやりにくさを共有する ➢ 供給を拡大することは可能なのか確認する ➢ 配食以外の食支援についての対応を確認する **②地域の商店や地域住民との意見交換の場を設定** ➢ 地域の食のニーズと供給のバランスを確認し共有する ➢ 地域のネットワークやコミュニティの確認 （地域商店と地域住民との橋渡し役） ➢ 地域資源の活用方法の検討を行う **③地域の高齢者の食の確保について現状を一緒に把握する** ➢ 食が確実に届けられるように手段を考える ➢ 食支援について担える現状があるのか聞く **④食支援が必要な高齢者へのサービス体制の見直しを検討する** ➢ 食の確保に困窮している利用者の声を共有する （ニーズ調査、ボリュームの把握） ➢ 事業の位置づけの検討や財源の見直しを行う	**高齢者の食のニーズについて気付きが得られる** ➢ 食支援を必要としている高齢者を把握できる ➢ 高齢者の食の好みを把握できる ➢ 効率的な配達手段を検討する **地域の高齢者の食の供給を検討できる** ➢ 地域住民が互助の支援を意識できる ➢ 地域での見守りや安否確認の機会となる ➢ SC、ボランティア、地域住民で情報共有ができる **配食サービス事業の在り方を検討する** ➢ 現行の配食サービスに関して、適切であるか現状の把握を行うことができる	**ニーズに沿った食支援の取り組みが提案できる** ➢ ニーズの対応について商店へ打診する （配食弁当や移動販売など） ➢ 地域ごとの対応方法が整理できる **地域の食支援の支え合いの意識が高まる** ➢ 互助の支援が増える ➢ 地域での見守りや安否確認が可能となる ➢ 担い手のすそのが広がり、個人への負担軽減につながる ➢ 食支援が必要な高齢者が身近で食を確保することができる **配食サービス制度の見直し** ➢ 食支援の社会資源としてサービス活用の幅が広がる	**高齢者に必要な食の提供が行える** ➢ 高齢者が必要な食事を確保できる （弁当や食材の確保） ➢ 食に対しての喜びや満足感が得られる **地域の商店と住民が協力して必要な支援を行える** ➢ お互いの役割分担について検討できる ➢ 高齢者の食のニーズに対応できる事が増える ➢ 地域での見守りや関係性の構築につながる **食が必要な高齢者を確実に支援できる** ➢ 利用制限なく必要としている高齢者へ食が提供される	**個々の必要性に応じて食支援の方法を選択することができる** ➢ 個人の状態において適切な協力者で対応することができる ➢ 支援者側の役割分担を行うことでそれぞれの負担軽減につながる ➢ 高齢者が食のニーズに対して諦めることが少なくなる **地域全体での見守り支援の確立** ➢ 互助の支援の継続性 ➢ 見守りの多層化ができる ➢ 高齢者の安心へと繋がる **食のニーズに対する介護保険給付の適正化につながる** ➢ 食支援のために利用していた介護保険サービスの利用が減る ➢ 家族の介護負担軽減になる	●在宅高齢者の栄養状態が改善し、在宅生活の限界点を上げることができる ●地域の高齢者が、求めている必要な食支援が受けられる

3 実行プラン①

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
①地域商店等 高齢者の食のニーズに対する対応方法の検討 ➢ 高齢者が食べやすい物の提供は可能か協力を相談する ➢ 配達手段についてのやりにくさを共有する ➢ 供給を拡大することは可能なのか確認する ➢ 配食以外の食支援についての対応を確認する	✓ 商店とＳＣとの合同意見交換会を実施する（一緒に声を聞く） ・商店が感じている高齢者の食についての考えを聞く（配達や移動販売で普段関わっている高齢者に対して思うことや感じている事等） ・配食サービス以外でお弁当の配達をどれだけしているのか ・把握している高齢者の食についての生の声を伝える ➡情報共有した中で何ができるのか一緒に検討する ✓ 商店に高齢者が食べやすい弁当内容の協力依頼を行う ✓ 商店に配達手順を確認する ✓ 協力者の負担となっている部分についての対応方法の検討（幅広く配達するにはどこがネックとなっているのか確認する） ✓ 実際に動いてみて、３か月後に再度集まって情報共有する	
②SC 地域の商店や地域住民との意見交換の場を設定 ➢ 地域の食のニーズと供給のバランスを確認し共有する ➢ 地域のネットワークやコミュニティの確認 （地域商店と地域住民との橋渡し役） ➢ 地域資源の活用方法の検討を行う	✓ 地域の食のニーズと供給のバランスはどうか、把握している情報共有（SC・商店・有償ボラ・行政）の場を設ける ✓ 地域の食支援を協力してもらえる資源の活用方法を検討する また一緒に発掘していく ✓ 地域でのコミュニティによって食支援の協力ができる部分があるのか情報共有する（地域資源と高齢者の橋渡し役）	地域介護予防活動支援事業

3 実行プラン②

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
③有償ボランティア等 地域の高齢者の食の確保について現状を一緒に把握する ➢ 食が確実に届けられるように手段を考える ➢ 食支援について協力できる現状があるのか聞く	✓ 有償ボランティアやNPOから、日ごろの活動の中で感じている、高齢者の食についての意見を求める ✓ 現在活動している、有償ボランティアやNPOへ現在の高齢者の食支援に対するニーズを伝える ✓ 食支援について対応ができる部分はどんなところかを確認する ✓ SCと協力し地域住民の声を共有する機会を持ち、有償ボランティアやＮＰＯの活動周知や協力体制について検討する	地域介護予防活動支援事業
④行政組織 食支援が必要な高齢者へのサービス体制の見直しを検討する ➢ 食の確保に困窮している利用者の声を共有する（ニーズ調査、ボリュームの把握） ➢ 事業の位置づけの検討や財源の見直しを行う	✓ 食の確保が必要な高齢者がどのくらいいるのかニーズのボリュームをエリア毎に把握する ➡現在の利用者のアセスメント確認、ケアマネ、包括等からの情報収集、ニーズ調査　など ✓ アセスメント項目の見直しを行う ➡アセスメント票の点数化など公正に判断できるツール作成 ✓ ニーズのボリュームに対して配食サービスの見直しが必要であれば制限なく必要な分だけ食を提供できる事業へと変換を検討する ✓ 要介護認定者以外の利用者の食支援の方法を検討する ➡現行の配食サービスは、要介護認定者以外でも対応ができているため事業が変換となれば、その対象者をどこで対応していくか検討する	地域支援事業（任意事業）又は市町村特別給付で要検討

参考資料（配食サービス事業実績）令和3年度末

（１）配食サービス事業

ひとり暮らし高齢者、高齢世帯、高齢者と重度心身障がい者のみの世帯に栄養のバランスがとれた食事の配食と安否確認を行う。

利用回数　　週３回まで　　利用者負担　１食　３３０円

利用実績

（単位：人・食）

地区	利用者数	配食数
※中津川地区	138	10,827
山口地区	6	828
坂下地区	18	1,212
川上地区	3	76
加子母地区	15	901
付知地区	30	2,030
福岡地区	15	509
蛭川地区	14	972
合計	239	17,355

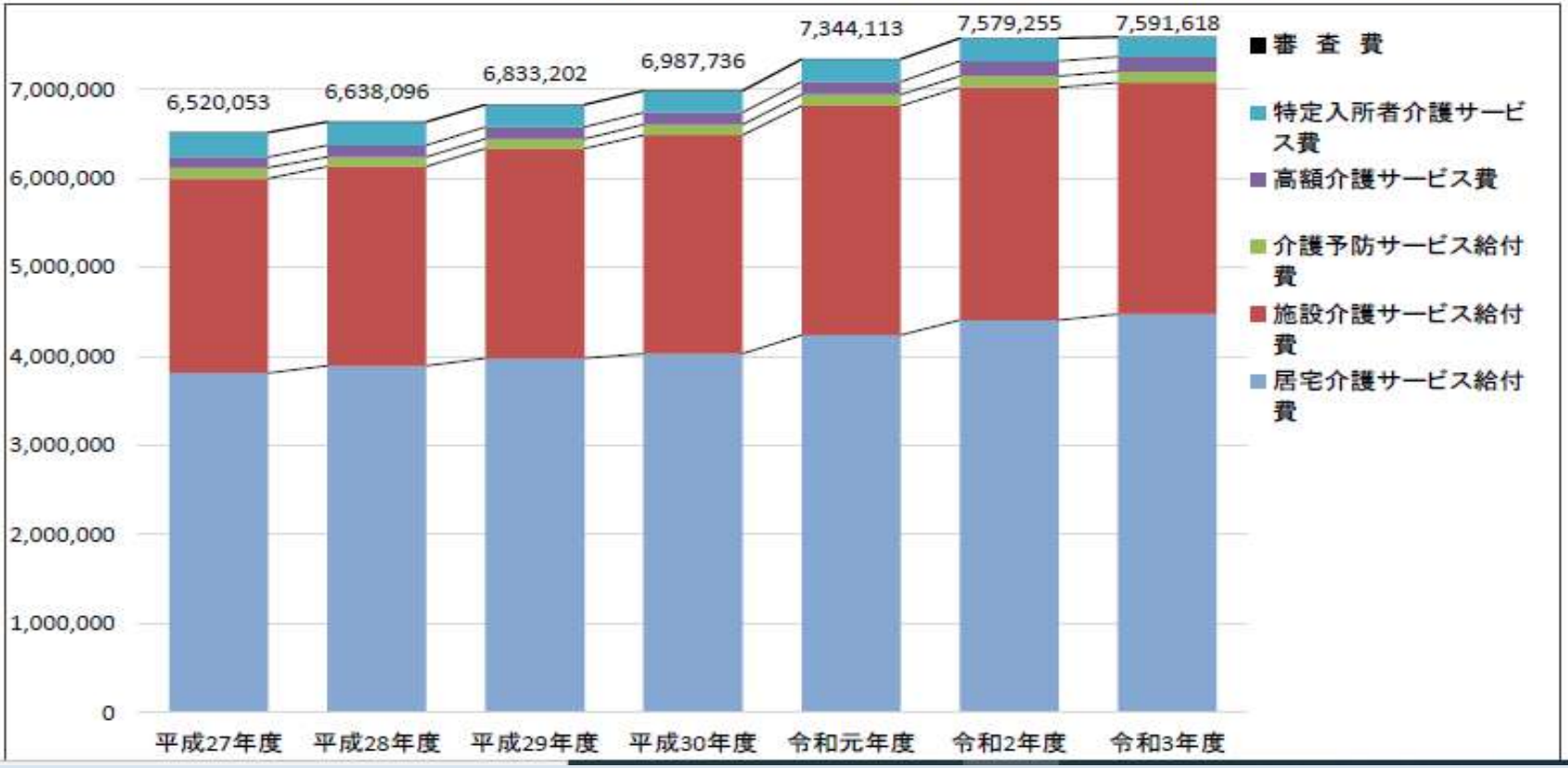
※平成31年4月1日付け行政区統合により、馬籠地域は神坂地区（中津川地区）へ計上

参考資料（介護サービス給付費の状況）令和3年度末

３ 介護サービス給付費の状況

（単位：千円）

区　　分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
居宅介護サービス給付費	3, 813, 264	3, 894, 503	3, 980, 845	4, 029, 267	4, 239, 876	4, 408, 580	4, 474, 322
施設介護サービス給付費	2, 186, 038	2, 238, 896	2, 354, 723	2, 456, 275	2, 577, 553	2, 614, 079	2, 601, 136
介護予防サービス給付費	120, 674	108, 871	107, 805	116, 331	125, 726	125, 760	127, 364
高額介護サービス費	119, 066	128, 030	132, 945	137, 228	144, 219	168, 543	163, 223
特定入所者介護サービス費	273, 645	261, 581	249, 188	241, 719	249, 962	254, 237	217, 453
審　査　費	7, 366	6, 215	7, 696	6, 916	6, 777	8, 056	8, 120
合　　計	6, 520, 053	6, 638, 096	6, 833, 202	6, 987, 736	7, 344, 113	7, 579, 255	7, 591, 618



参考資料（加子母地区配達サービスチラシ）

『ごめんね』から『ありがとう』へ
～ここに居てもいいと思えるシマづくり～

２０２３年2月１３日

鹿児島県大島郡宇検村
浅尾　晋也

チームメンバー情報

	職名	氏名	担当業務
保健福祉課	保健師	浅尾　晋也	地域支援事業・重層的支援体制整備事業に向けた移行準備事業
	保健師 （課長補佐兼包括支援センター長）	古島　敦子	母子保健（子育て世代包括支援センター） 地域包括支援センター統括
	保健師	川畑　美由紀	保健事業（国保・後期高齢・一体化事業含む）
	介護保険係	ブルマ　葉月	介護保険全般（認定・適正化・給付・予算等）
	保健師 （会計年度任用職員）	林　智子	保健事業（国保・後期高齢・一体化事業含む）

宇検村の概要

項目	数
人口	１，６５３名
世帯数	９４８世帯
高齢化率	４４．７％

・集落が点在している
・自治組織は集落単位が基本
・移動手段は基本、車

集落	人口数（名）	高齢化率（%）	世帯数（世帯）
宇検	９２	２９．３	４４
久志	４０	４０．０	２２
生勝	５６	４２．９	３１
芦検	２４３	５１．９	１３２
田検	１５５	３６．１	７２
湯湾	４６４	３９．９	２４０
石良	７３	５８．９	５５
須古	１７６	５３．４	１３７
部連	２６	８８．５	２０
名柄	１００	４５．０	６０
佐念	２７	６３．０	１６
平田	８２	５７．３	６１
阿室	５８	２７．６	２９
屋鈍	６１	３２．８	２９

・奄美市名瀬まで
車で約１時間
・奄美空港まで
車で約２時間
・鹿児島本土まで
名瀬からフェリーで
約１２時間

・役場、村営診療所、社協、社会福祉法人は湯湾・須古に集中
・社協・社会福祉法人（特養）はやや集落から離れたところに立地している

宇検村の保健・医療・福祉資源

		提供内容
行政	保健福祉課 　地域包括支援センター 　子育て世代包括支援センター	
医療	村営診療所	内科　外来・訪問診療・往診
	薬局	調剤　居宅療養管理指導
	歯科診療所	歯科　外来・訪問診療
高齢者	社会福祉法人	特別養護老人ホーム、短期入所、通所介護、居宅介護支援
	社会福祉協議会	通所介護、訪問介護、居宅介護支援
障害	社会福祉法人	施設入所支援、短期入所、共同生活援助／共同生活介護、生活介護、自立支援（生活訓練）、就労継続支援B型
	合同会社	就労継続支援B型
子ども	村立保育所	
	村立小学校① 村立中学校① 村立小中学校③	別途村営で学童クラブ（１箇所）

当初の問題意識（参加動機）

小規模多機能型居宅介護が必要だ！！

→在宅ケアの限界点の向上・事業所整備・地域の支え合い互助・
　我が村に即した共生型ｻｰﾋﾞｽの検討

＊世代や障がいの有無問わず、顔を合わせて話をして・・・
というシマの日常をつくりたい＊

でも実際は・・・

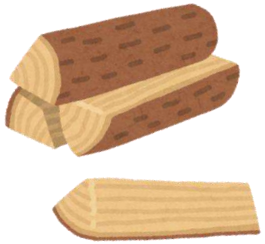
要介護３になると施設入所が当たり前
元気な状態のときに内地の子どものところに行く
→これは**本当に本人の望んでいた暮らしなのか？**

いろいろ薪拾いをやってみた！！が・・・

＜家族(遠方に居住)と地域住民の関係性＞　★シマのおせっかい力を最大限に引き出すための一つの要因？？

・本人の家族（子ども）と近くに住む住民（やや遠い親戚）との関係性が本人へのサポートに影響　・遠方の家族がシマで暮らしていなければ、誰が区長・民生委員かもわからないし、どう関わっているかもわからない

＜地域住民の対応＞・・・「どこまで頼んでいいの？？」という葛藤　★住民といえども血縁関係・全くの他人には支援内容に差が出そう？？



・ガス漏れ、鍋焦がしなどへの対処　・みかんの皮の投げ捨てを掃除　・農作物をとられたりするけど黙認

・介護サービスが入ると周囲も手を引くというか、関わりが減るような感覚はある

・住民としての見守り（なんとなく見守り）　・親戚としての見守り（夜中の様子を見に行く、緊急時の対応）

・同じ集落に住む独居高齢者が亡くなった後、住民の関わり方が変わったような気がする　←　★1人の高齢者の事例で住民が変化、日々の関わりを変化させた

＜施設入所を考えたポイント＞・・・★要介護３待ちの理由→『空きがないから早めに』の考え方もありそう

・本人の身体的な危険性が高まったと感じた時（体調面、横になる時間が長くなる、危険な場所に行く等々）　・支援してくれている親族の焦り

・施設入所した方が良いのでは？というのは、近隣住民・民生委員・事業所職員から言われた経験あり

・介護３になったら早めの申し込み（空きがない、入所が必要となったときに空いているとは限らないための対策）

・以前からの習慣をしなくなった（認知機能の低下とともに変化、自宅を認識していないと感じるようになった）　・本人の経済状況（自己負担発生するなら入所）

・地域住民、民生委員、利用していたサービス事業所職員から言われた→でもそれで決めることはしなかった

＜生活支援＞　・・・「気になるから動かざるを得ない」　★隙間を埋めている支援に該当する？？

・診療所・歯科診療所受診同行（ケアマネ）・範囲外の部屋の掃除・衣がえ（ヘルパー）

・服薬管理（民生委員・・・家族から頼まれた）・弁当配達（佐和ちゃん弁当・・・見守りもかねる）

在宅の限界点を探ってみたけど、どう整理すれば良いかわからず薪は散乱、大混乱…

＜ケアマネが不安に思っていたこと＞　★独居高齢者に対する専門職の不安→施設に入所するかにも影響する？

・今日会って、次会ったときにもしものことが起こらないか、サービスの入らない夜間・日曜日をどう埋めるのか

高齢者から聞こえる２つの言葉

『寂しい』

『ごめんね』

今までは・・・

『寂しい』→人との交流！

『ごめんね』→気にしなくていいよ！

だった・・・

なぜこのような言葉が出てくるのか？
このような言葉が意味するものは一体何なのか？
を深掘りすることに・・・

アジャイルPGの経過

第１回

- 『小規模多機能型居宅介護が必要』と思った理由は？
- 在宅ケアの『限界点』ってどこ？

今は家で暮らしたいと言えている環境？
施設入所の選択をすることが悪ではない。
望んでいないのに、その選択しかできないことが課題？

第２回

- 『寂しい』と話す高齢者、なぜ『寂しい』って言葉になる？
- 『いられる』はずなのに『いられない』高齢者、なぜ？？

『寂しい』＝『人と交流したい』
だっけ？**交流の先にあるもの**って？
居られなくなる心理って何？

第３回

- 高齢者がシマに居るということの価値があるのでは？
  →あまりにも役割・機能に重きが置かれていないか
- 狭いコミュニティだからこその『ありがとう』のハードルの高さ

濃いコミュニティの中で、**お返しができなくなっている自分。シマに居づらい**と考えてしまう？？

第４回

- 高齢者が自身の存在価値に気づけないことにより、自身の幸せを求めることを諦める、というところが今回の問題意識
- じゃあそれに対して我々ができることってなんなのか？

どのような状態でも、自己肯定感を高める支援はできる。
そのために私たちができることは何か？

『ごめんね』の背景

加齢に伴う現象

加齢や疾患による心身機能の低下、認知機能の低下
介護サービスや他人の世話になること

自分は
周囲に迷惑をかける存在
他人に世話をされるだけの存在

『ごめんね』と言いながら、暮らす日々
でも無理はずっとは続けられない・・・

過剰なお礼、お金などの
物質的な『お返し』

できなくなると、シマには居られない

濃厚な関係性だからこそ、当たり前に
『ありがとう』が言えない・済ませられない

脈々と流れる空気感

何か提供できるものがあってこそシマの一員
例：ゆいわく、結など
　　労働力 ⇄ 分け前（ある意味ギブアンドテイク的な感じ）

高齢者の自己肯定感低下に至るプロセス

（シマに居られない）

プロセス	高齢者にみられる現象（事例より）	生じる困りごと
心身機能の低下、認知機能の低下	身近な人の死、突然の入退院などのイベント	相談しない・相談できないことによる支援開始の遅れ
今までできていたことができなくなる 億劫になったり、困難になってきている	車の運転や移動範囲の狭小、外出の頻度の減少が見られる	
以前のような元気な姿でないことを 知られたくないという気持ちが出てくる	以前から参加していた身近な知人と顔を合わせる集まりや、グループ活動への参加頻度が減少 人に誘われても行かないことが増加する	自らつながりを断ち、孤立に向かってしまう心理
自分は世話をされる人で、他人に迷惑をかけてしまう存在だという気持ちが出てくる		
必要以上に萎縮をしながら暮らしている 日々の活動量が低下	『ごめんね』という言葉を、身近な人たちへ発することが増加する	早期にシマでの暮らし・幸せを求めることを諦める
困ったことが起こっても人に頼めない 人に頼みにくい状態になっている	自ら相談することができない 必要だと思われる支援を自ら拒否する	ケースによって生じる本人や地域、専門職、家族の分断
『シマには居られない』という 気持ちが出てくる	遠方の家族には困った時に連絡が行くが、それが重なるくらいなら引き取ろう、となってくる	

本当はもっとシマでも暮らせるし、暮らしたいと本人も思っているにも関わらず
シマでの暮らしは諦めて、早期の入所や内地の家族の元での暮らしを選択する

２つの言葉の意味するもの

『寂しい』

孤立・孤独感
つながりの希薄さ
『ありがとう』と
言われる機会の欠如

『ごめんね』

自己肯定感の低下
『ありがとう』と
言えず萎縮した状態

世話をされる自分、と言う認識
人からの世話に対して、何も『お返し』できない自分
無理してでも物を渡す、お金を渡す・・・
『ありがとう』のハードルの高さ・萎縮した状態で
シマの暮らしや幸せを追い求めることを諦めてしまう

高齢者本人が、シマの暮らしや幸せを求めることを
諦めないで済むために、私たちは何ができるのか？？

考え方・視点の変化

高齢者がシマで暮らし続けるために、
小規模多機能型居宅介護サービスをつくって、選択肢を広げる
（**給付で支える**）

↓

高齢者がシマの暮らしや幸せを求めることを諦めないための取り組み
高齢者がシマに居てもいいと思える取り組み
（**あらゆる資源で支える・チームで支える**）

①高齢者やそれを支える人や地域にとってどんな望ましくない状況があるのか（現状）

- 心身機能の低下、認知症の発症等により、自己肯定感が低下し、『ごめんね』と萎縮しながら暮らす高齢者
- 親しい人の喪失体験、自身の心身機能の低下により、他者とのつながりの機会が減少し、『寂しい』と感じながら暮らす高齢者

②本当はどうあってほしいか、うまくいっている状態はどんな姿か（目指す姿）

- 『ごめんね』が『ありがとう』にかわるシマ
- フレイルや認知症、暮らしのつまずきが、様々な場所でキャッチされる
- どのような状態の高齢者（当事者）も今までの暮らしをある程度続けることができる
- 今の暮らしを諦めることなく、シマで暮らすことを選択できる

③つまり、解決すべき問題は何か、取り組むべきことは何か（課題）

- **『ありがとう』のハードルを下げる**
- つまずきに早期に気づき、つながる丁寧な支援
- どのような状態でも大事にしてきたつながりを保つこと
- 高齢者が今できることを認識し、幸せを感じること
- 遠方の家族も高齢者の暮らしぶりを知らない不安の払拭
- 地域(シマ)、専門職、家族（遠方の家族を含む）のチームによる支援

④なぜ今は目指す姿の状態になっていないのか、根本的な原因は何か（真因）

- 以前の暮らしを取り戻せる、100%ではなくても近づくことができる、という希望を持てない
- 今の状態でできることや、居るだけでよいということを伝えられていない
- 何か役割を果たせないとシマに居づらい
- 濃密な人間関係だからこそ、『ありがとう』『お返し』のハードルが高くなっている
- 『何かすることが当然』という空気感

『ありがとう』のハードルを下げるために必要なこと

本人	家族	地域(シマ)	専門職
• 今の自分を受け入れている	• 地域(シマ)や専門職とともに支援に携わることができている	• シマにとっての高齢者の存在価値を認識している	• 自己肯定感を高める支援を自信を持って実践できる

実行プラン（アクティビティ）で働きかける
そのためには、自分たちも改めて高齢者が『シマに居ること』の価値を
再認識する必要がある。

実行プラン① 『シマに居ること』の価値の認識

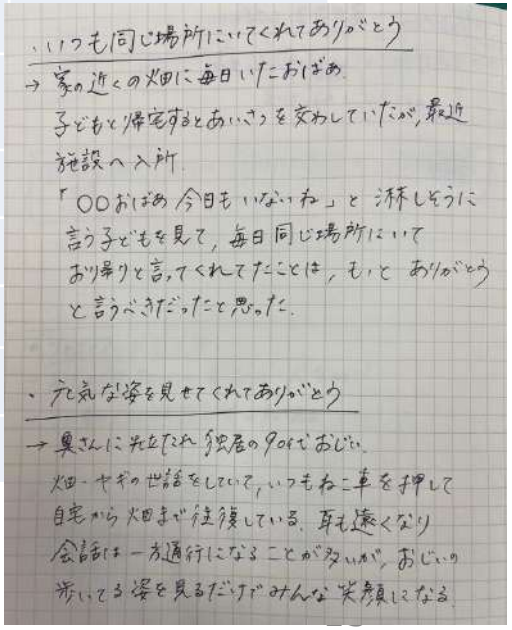
『ありがとう』リストの作成

1. 高齢者実態調査訪問やその他の情報把握により得た情報から、『高齢者が日常でやっていること』をリスト化
2. それらを地域ケア会議や自立支援型個別ケア会議で専門職と共有（アセスメントの視点として取り入れる）
3. 本人や家族にも見てもらい、自身の暮らしぶりに気づくためのツールとする

自分たちが原点回帰できるための
アクティビティ

イメージ図

	概要	居住集落	名人	『日常』『得意』『好意のお返し』エピソード
1	夫が要介護状態となった80代女性	名柄	焼き芋づくり	担当ケアマネが訪問するのに合わせて、石焼き芋を準備、とってきた石を使って作る。どぅくさ体操に遅刻してもシール配りなどを続けている。
2	80代独居男性	名柄	機械いじり	以前は集落内の草刈機の修理などもお願いされていたり、ハブ取り棒を作ってうけん市場に出荷していた。
3	認知症の妻を介護している80代男性高齢者（脳梗塞既往あり）	名柄	農業（畑名人）	畑は欠かさず通い、綺麗にしている。できたものは親しい人に譲ったりしている。
4	内地の子どもに引き取られた90代男性高齢者	名柄	農業（畑名人）竹籠細工	竹籠づくりが得意。竹がとれなくなっても同集落の男性がとってきてくれ、作った竹籠は色々な人にプレゼントしていた。
5	配食サービスを受けている高齢者	名柄		見守りボランティアが配食で訪問すると、弁当代と一緒にお返しのジュースが置いてあった。
6	どぅくさ体操グループ	名柄		
7	認知症70代女性高齢者	田検	裁縫ミシン	
8	知的障害のある60代男性高齢者	生勝	絵を描くこと褒め上手	
9	90代女性高齢者（息子を亡くしている）	湯湾	農業（畑名人）	
10	90代軽度認知障害のある女性高齢者	湯湾	餅づくり	
11	70代女性高齢者（息子を亡くしている）	湯湾	漬物名人	
12	70代女性高齢者	湯湾	麻雀名人	


・いつも同じ場所にいてくれてありがとう
→ 家の近くの畑に毎日いたおばあ
子どもと帰宅するとあいさつを交わしていたが、最近
施設へ入所
「○○おばあ 今日もいないね」と淋しそうに
言う子どもを見て、毎日同じ場所にいて
おり帰りと言ってくれてたことは、もっと ありがとう
と言うべきだったと思った。

・元気な姿を見せてくれてありがとう
→ 奥さんに先立たれ 独居の90代おじい
畑・ヤギの世話をしていて、いつもねこ車を押して
自宅から畑まで往復している。耳も遠くなり
会話は一方通行になることが多いが、おじいが
歩いてる姿を見るだけでみんな笑顔になる

実行プラン② 問題意識を専門職や関係機関へ伝える

地域ケア会議
１月３０日（月）
１８時～１９時２５分
宇検村役場第１会議室

＜参加者＞
診療所医師
社会福祉協議会事務局長
特別養護老人ホーム施設長
地域包括支援センター主任介護支援専門員
消防署所長
在宅医療連携支援センターSW
大島郡医師会事務次長
保健福祉課長
地域包括支援センター長
地域包括支援センター保健師

出席者のリアクション

役割って大事。
役に立てると思えることって
大事だよね。

短歌教室や子どもの見守り活動。
あらゆる場所で高齢者が活躍し
てる。みんなありがたい存在。

以前の部署で寂しいや、ごめん
ねという言葉をよく聞いていた。
何か引っかかるって思ってた。
共感、納得した。

自分の母も『寂しい、
ごめんね』と言って
いるかも。

所感：『ごめんね』から『ありがとう』の説明が難しい・・・

実行プラン③

自己肯定感を高める支援　～『ごめんね』から『ありがとう』への変容～

アクティビティ	誰に	具体的手法	働きかけた後のモニタリング 評価指標・視点
自己肯定感を高めることの意義を事例から学ぶ	**専門職（通所C・訪問Cスタッフ、包括職員、SC）**	✓ 自立支援型個別ケア会議にて、フレイルからの回復事例を共有する ✓ 事例の共有から、効果的な支援のポイントについて学ぶ	➢ 件数 ➢ 事例検討から上がってきた支援のポイント一覧
高齢者の今できることに目を向け、把握する	**専門職（通所C・訪問Cスタッフ、包括職員、SC）**	✓ 実行プラン①の『ありがとう』リストを使って、アセスメントを行う ✓ 本人に伝えるためのツール開発・運用方法の検討（交換日記のようなもの）	➢ 『ありがとう』リストを見た際の本人の反応 ➢ ツールの仕組み
高齢者のできていることを本人や家族、地域住民へフィードバックしている	**専門職（通所C・訪問Cスタッフ、包括職員、SC）** **地域住民** **家族** **本人**	✓ 上記のツールを使い、できていること、回復していることを具体的に伝え、本人や家族と共有 ✓ 家族以外の身近な支援者とも、本人のできることや頑張りを共有する場の設定（ご近所ケア会議（仮）） ✓ 写真や動画を見て高齢者の暮らしについて話す機会	➢ ツールを見た際の家族や地域住民の反応 ➢ 本人・家族を交えたご近所ケア会議（仮）の開催件数 ➢ 写真や動画を見た際の話の広がり

実行プラン④

遠方の家族も安心して支援に携われるアプローチ

アクティビティ	誰に	具体的手法	働きかけた後のモニタリング 評価指標・視点
遠方に住む家族の抱える心理について知る	**専門職（居宅ケアマネ、包括職員、介護事業所職員）**	✓ 専門職や関係機関と遠方の家族の抱える想い（シマに高齢者を残す後ろめたさなど）に関する検討 ✓ 専門職や関係機関と、遠方の家族と地域住民がうまく関係性が築けている事例の共有	➢ ケアマネが抱えている遠方の家族への期待・要望の内容 ➢ 事例から学べる効果的な支援のポイント
家族に伝えたい高齢者の何気ない日常を拾いあげる	**専門職（居宅ケアマネ、包括職員、介護事業所職員）**	✓ その人らしさを感じる日常の瞬間を、写真や動画に残す ✓ 高齢者の日常の写真や動画を、遠方の家族への『贈り物』として届けるための運用の検討	➢ 写真・動画 ➢ 遠方の家族との連絡手段・運用ルール
定期的に本人の暮らしを知る機会がある	**専門職（居宅ケアマネ、包括職員、介護事業所職員） 地域住民 家族 本人**	✓ LINE・ZOOMを使った担当者会議やケア会議の開催	➢ 遠方家族の反応 ➢ 支援者の手間や負担

アジャイル政策形成の仕掛け
（次なる改善につなげるための方策）

地域ケア会議（年４回）

- 事例検討の積み重ねを定例化
- 特に要介護状態の高齢者に関する自己肯定感を高める支援の在り方について共有
- それに伴い、参加委員以外の専門職の参加についても検討（場合によっては別途場を設定）

自立支援型個別ケア会議（年１２回）

- 自己肯定感を高める支援に関する積み重ねを進める
- 地域ケア会議にて支援ポイントを定例報告
- 参加専門職の幅を広げ、誰でも参加できるようにする

行政内部の共有のためにも、今回のロジックモデルを元に、
第９期介護保険事業計画の整理を行う。

ここにいる1人ひとりに価値がある。
『ごめんね』ではなく、『ありがとう』が交換される日常。
このような“日常”こそ、宇検村が目指す“地域共生社会”の姿。

高齢者（当事者）が『ここに居てもいい』『何となく幸せ』と思えるシマづくり　ver2.2

仮説（課題仮説）

現状
- 心身機能の低下、認知症の発症等により、自己肯定感が低下し、『ごめんね』と萎縮しながら暮らす高齢者
- 親しい人の喪失体験、自身の心身機能の低下により、他者とのつながりの機会が減少し、『寂しい』と感じながら暮らす高齢者

課題
- 相談しない・できないことによる支援開始の遅れ
- 自らつながりを断ち、孤立に向かってしまう心理
- 早期にシマの暮らしを諦める選択
- 遠方の家族が持つ、高齢者の暮らしぶりを知らないことにより生じる不安
- ケースによって生じる、本人や地域、専門職、家族の分断

真因
- 以前の暮らしを取り戻せる、100%ではなくても近づくことができる、という希望を持てない
- 今の状態でできることや、居るだけでよいということを伝えられていない

地域特性
- 何か役割を果たせないとシマに居づらい
- 濃密な人間関係だからこその、『ありがとう』『お返し』のハードルの高さ
- 『何かすることが当然』という空気感

インプット（誰に）

- 行政
- 専門職
- 関係機関

アクティビティ（どう働きかける）

①『シマに居ること』の価値を再認識する
- 互いの顔をみて、何気ない言葉を交わす"シマの日常"にこそ価値があり、そこにはどのような状態の人であろうと、その人の存在自体に価値があることを再認識する仕組みや場をつくる
- シマのありがとうリストをつくる（③④⑧と連動して進める）

②問題意識を専門職や関係機関に対して伝える
- なぜこう考えたのか、なぜこれを重要視しているのか、を地域ケア会議・自立支援型個別ケア会議にて共有する
- 何を大切にしていきたいか、という話し合いを重ねていく
- 委縮しながらフレイル等に陥る事例と、早期に介入したことで身体機能・意欲が回復した事例について共有する
- 専門職がキャッチした気になる高齢者を地域包括支援センターで受け止める仕組みを作る

③高齢者の今できることに目を向け、把握する
- どのような状態の高齢者の今できていることや、地域とのつながり、暮らしぶりについて把握する
- 把握した内容を元に、シマの高齢者の暮らしぶりや日常について多職種で話をする機会をもつ

④自己肯定感を高めることの意義を事例から学ぶ
- フレイルからの回復事例を共有する
- どのような状態でも自己肯定感を上げる支援ができることを理解する

アウトプット（まずどうなって）

理念を共有するため働きかけ続ける
- この理念を会議の最初に必ず説明する
- 自分たちの行動指針として活用される

関係者の共感が引き出される
- シマの日常の価値について改めて見直す
- 高齢者の日常を意識できる

自己肯定感の低下に至るシグナルに気づく
- 専門職から『ごめんね』と言い出した高齢者の情報が包括に提供される

高齢者が暮らしの中でやっていたこと、今できることの価値を理解する
- その人本来の暮らしや、その人自身の持っている力を知るために、本人に丁寧に聞く

遠方の家族への伝え方について見直す
- 遠方の家族が、シマの暮らしの"当たり前"が分からない、ということに気づく
- シマの暮らしを知る方法について話し合う
- LINEやZOOMなど、コミュニケーションの選択肢があることを認識する

アウトカム（何が変わる）

自己肯定感の低下に至る情報が早期に集まる
- 高齢者のシグナルが集まる
- シグナルを出す高齢者のリスクを掴む

高齢者のできていることに気づこうとする
- ありがとうリストと照らし合わせて存在価値を認識する

その人自身の力を信じて支援にのぞむ
- その人が今できることやできるようになったことに気づく

家族へ高齢者の日常を伝えようとする
- 専門職が家族に対し、困っていることだけではなく、日常の何気ない場面やシマの人たちとの関わりを地道に伝える
- LINEやZOOMを活用する

つまずきに気づき関わった事例を積み重ねる機会がある
- 自立支援型個別ケア会議にて、専門職や関係機関と支援が必要な高齢者の状態像と効果的な支援について共有されている

早期に支援が開始されている
- 専門職や関係機関が予防的に早期に関わることができている

高齢者の自己肯定感について、アセスメントができている
- ツールを用いて適切にアセスメントしている

高齢者のできていることを本人や家族、地域住民へフィードバックしている
- できていること、回復していることを具体的に伝え、本人や家族とも共有できている（交換日記的なもののツール？？）
- 家族以外の身近な支援者とも、本人のできることや頑張りを共有できている（ご近所ケア会議（仮））
- 写真や動画を見て高齢者の暮らしについて話す機会がある

フレイルや認知症、暮らしのつまずきが、様々な場所でキャッチされる
- 互いに気にかけ、必要な時期に必要な支援につなげられている

どのような状態の高齢者（当事者）も今までの暮らしをある程度続けることができる
- 『ありがとう』と言いながら暮らすことができる

今の暮らしを諦めることなくシマで暮らしている
- 意に沿わず、早期に入所したり、内地の家族の元に行くことがない

インパクト（ありたい姿）

高齢者（当事者）が『ここに居てもいい』『何となく幸せ』と思えるシマづくり

高齢者（当事者）が『ここに居てもいい』『何となく幸せ』と思えるシマづくり　ver2.2

仮説（課題仮説）

（再掲）

現状
- 心身機能の低下、認知症の発症等により、自己肯定感が低下し、『ごめんね』と萎縮しながら暮らす高齢者
- 親しい人の喪失体験、自身の心身機能の低下により、他者とのつながりの機会が減少し、『寂しい』と感じながら暮らす高齢者

課題
- 相談しない・できないことによる支援開始の遅れ
- 自らつながりを断ち、孤立に向かってしまう心理
- 早期にシマの暮らしを諦める選択
- 遠方の家族が持つ、高齢者の暮らしぶりを知らないことにより生じる不安
- ケースによって生じる、本人や地域、専門職、家族の分断

真因
- 以前の暮らしを取り戻せる、100%ではなくても近づくことができる、という希望を持てない
- 今の状態でできることや、居るだけでよいということを伝えられていない

地域特性
- 何か役割を果たせないとシマに居づらい
- 濃密な人間関係だからこその、『ありがとう』『お返し』のハードルの高さ
- 『何かすることが当然』という空気感

インプット（誰に）

地域（住民・学校・保育所等）

家族（特に遠方に居住）

高齢者（当事者）

アクティビティ（どう働きかける）

⑤高齢者が元の暮らしを取り戻すことの可能性や、つまずくきっかけについて伝える
- 『寂しい』や『ごめんね』と発する高齢者が、どのような暮らしづらさを抱えているかを共有する
- 高齢者が元気になった事例を用いながら、村の専門職や通所C・訪問Cの存在について周知する
- 入院や身近な人の死などによって、誰でもフレイル等に陥るリスクが上がることを伝える

⑥人が集う”場”や“つながり”の良さを伝える
- 参加できる場や活動の把握
- 人と人とをつなぐコーディネーターの養成・配置
- ただ居るだけでよい“場”づくりの実践（SCの伴走支援）

⑦遠方に住む家族の抱える心理について知る
- 専門職や関係機関と遠方の家族の抱える想い（シマに高齢者を残す後ろめたさなど）を関係者で話し合ってみる
- 専門職や関係機関と、遠方の家族と地域住民がうまく関係性が築けている事例について共有する

⑧自分の暮らしぶりについて、他者に話す機会がある
- 自分の興味や関心、今していることを他者に話せる機会や場がある
- ちょっとした暮らしの困りごとも人に話してみる

アウトプット（まずどうなって）

高齢者が元の暮らしを取り戻す方法があることが分かる
- 『もしかしたら元気になるかも』と思える高齢者に気づくことができる
- 自分がそのような状態になった時に利用できる資源があることを知る

気軽に集える“場”や“機会”があることを知る
- シマの暮らしや活動の価値に気づくことができる
- そのような“場”や“機会”が大切だと分かる

家族に伝えたい高齢者の何気ない日常を拾いあげる
- その人らしさを感じる日常の瞬間を、写真や動画に残す
- 高齢者の日常の写真や動画を、遠方の家族への『贈り物』として届ける準備をする

今の自分の暮らしの中でできていることに気づく
- 暮らしの中で何気なくしていることも、誰かの役に立っていることに気づく

アウトカム（何が変わる）

高齢者のつまずきの情報が集まる（地域からver）
- 参加が少なくなった高齢者やちょっとした変化について包括に相談があがる
- 入院や退院の情報が包括につながる

“場”や“機会”に参加してみよる
- また行きたいと思える
- 日課が増える

定期的に本人の暮らしを知る機会がある
- 本人のシマでの暮らしぶりについて、写真や動画で目にする機会がある
- LINE・ZOOM等で顔を合わせる機会がある

できないことの代わりにできることがあることに気づく
- 『好意』を返す方法がいくつもあることを知る

つまずきをキャッチし、包括につなぐ人や場所がシマの中にある
- 活動に参加しなくなった人を気にかけている
- 気にかけた人の情報を、専門職に相談しながらも関わる

身近な場所に自分がいてもいいとおもえる場所がある
- 居てもいいと思える場所があり、参加している
- 行きたいと思える場所がある

遠方の家族が専門職や地域住民とつながりながら、安心してつながっている
- 家族がシマの人たちや専門職に気兼ねなくコミュニケーションがとれている
- 家族の感謝の気持ちが周囲の人にも伝わっている

自分ができることややれていることで、『ありがとう』と言われる機会がある
- 自身が何かしら役に立てていると実感する機会や場がある

フレイルや認知症、暮らしのつまずきが、様々な場所でキャッチされる
- 互いに気にかけ、必要な時期に必要な支援につなげられている

どのような状態の高齢者（当事者）も今までの暮らしを続けることができる
- 多少人の手が必要だとしても、何となく幸せを感じながら暮らしている

今の暮らしを諦めることなくシマで暮らしている
- 意に沿わず、早期に入所したり、内地の家族の元に行くことがない

インパクト（ありたい姿）

高齢者（当事者）が『ここに居てもいい』『何となく幸せ』と思えるシマづくり

個別事例(参考資料)

突然の入院でフレイル状態となっていたが、早期で介入し回復した事例

- 民生委員より「最近外に出ていない」と包括に相談、訪問し通所Cを紹介、利用を開始
- 利用する中で、自身の興味・関心ごとの聞き取りがあり、それを利用者やスタッフに紹介する場があった
- 通所Cの利用中の変化を担当ケアマネや通所Cスタッフも実感。地域住民（民生委員等）も感じ取っていた
- 自身は以前のように集落の中を歩いたり、外出する姿も戻ってきている
- 「あのときは自分でも信じられないくらい元気がなかった」「今はだいぶ元気になった」と話す姿もみられている

本当はシマに居られるけど、本人の意思の反して色々なことができなくなった事例

- 遠方家族の過剰な心配から、買い物の制限、畑仕事の禁止など、今までしていたことができない状況になっていた
- 村内に居住する親戚は、まだ住み慣れたシマで暮らせるのではないかと思っていたが、強くは言い切れず
- 遠方家族が引き取ったりすることも多くなり、暮らす場所が転々としている状況が続いた
- 本人は『シマに帰りたい』と話していたが、今自分がどこにいるかも曖昧な状況になってきた