

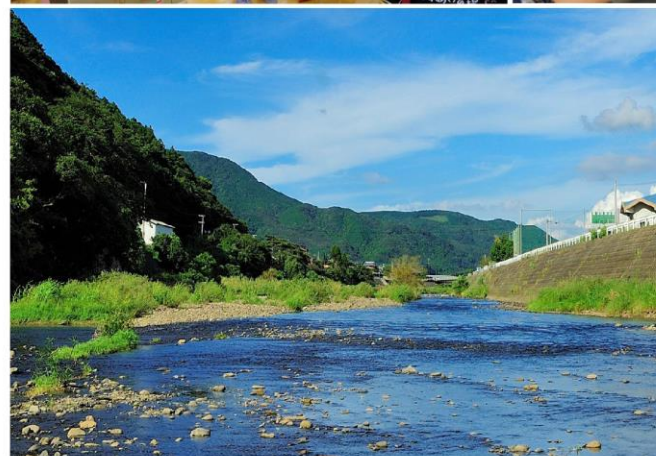
「自分らしく生きていきたい」
その思いを叶えるために

佐々町における
住民主体による地域づくり

佐々町役場
多世代包括支援センター
保健師 江田



老いも若きも笑顔で集まるその場所は
誰もが役割を持っている。
柔らかな小さな手は、みなぎる生命力と未来への可能性を語り、
歴史を刻んだ丸い背中が、生きることのすばらしさを伝えている。
誰もが誰かのために生きている。



佐々町

この町の人は、隣の人がどうしているのか
気になってしかたがない。
この町の人は、支えられる人も支える人である
ことを知っている。
ありがたいことに、この町の子育て世代の
9割がこの町で子どもを育てたいと思っている。

平等に、あまたの命を育む川が、この土地で
寄り添って暮らすことを教えてくれた。

この町が好きだ。



佐々町概要

	R3.4	R4.4	R4.10
人口	14,009人	13,973人	14,084人
世帯数	6,084	6,105人	6,189人
65～74歳	2,143人	2,140人	2,071人
75歳以上	1,791人	1,832人	1,909人
高齢者合計	3,934人	3,972人	3,980人
高齢化率	28.1%	28.4%	28.3%

地域包括支援センター職員配置

職種	人数
保健師	3
主任介護支援専門員	5
介護支援専門員	1
作業療法士	1
介護認定調査員	2
計	12

介護認定状況（第一号被保険者） 令和4年4月

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	11	37	107	115	117	93	61	541
割合(%)	2.0	6.8	19.8	21.3	21.6	17.2	11.3	100



佐々町総合福祉センター(北松浦郡佐々町市場免23-1)



- ①健康相談センター
- ②子育て支援センター

- ③地域包括支援センター
- ④障がい相談支援センター

佐々町多世代包括支援センター(R4度新設)

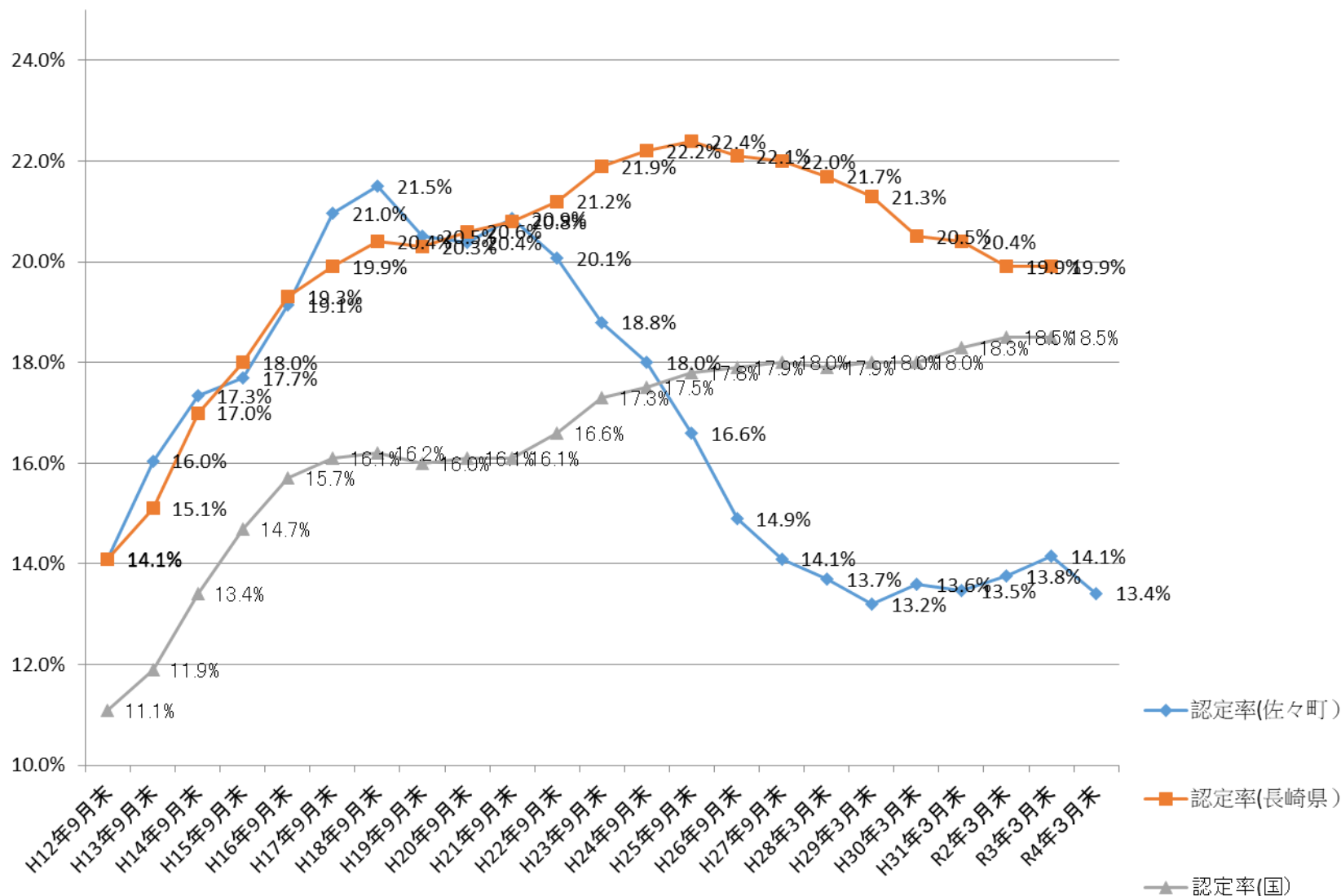
～R3年度 : ①②は保険環境課、③は住民福祉課の出先機関として位置づけ。
④の相談機能は住民福祉課(本庁舎)に位置づけ。

R4年度～ : ①～④の窓口を統合し、多世代包括支援センターへ！

佐々町社会福祉協議会

社会福祉法人

平成12年度からの認定率の推移



5

第7回健康寿命をのばそう!アワード (介護予防・高齢者生活支援分野)

厚生労働大臣最優秀賞 受賞報告会

平成30年12月12日 福祉センター2階和室にて



現在の活動(介護予防活動)を始めようとしたきっかけは？
退職後、自分の身体の不調などにあれ？と思う始めたことが

今までの取り組みの中で、大変だったことは？
地道な取り組みの中で、みなさんの身体は健康になっていった

「最優秀賞」受賞を聞いてのご感想は？



地域活動ボランティア代表
宮島初枝さん

去る12月12日町民の皆様に向け、今回の受賞の報告と共に日頃の活動を語り、今後の活動の発展を記念し「健康寿命をのばそう!アワード」最優秀賞「受賞報告会」を開催しました。また、地域活動ボランティア代表、宮島初枝さんに活動の様子などをインタビューしました。

これまでの取り組みをして来られて、よかったことは？
12、3年ほど前から町内会で活動をしてきたのですが、なかなか人が集まらないことが悩みでした。しかし、8年前に地域包括支援センターの支援により、みんなが集まれる場所ができたことにより、ステップアップすることができました。大勢で集まって、自分のペースで運動をしていただくことにより、身体も心もハツラツと元気をいただけることに感謝しています。

これからどのような佐々町であって欲しいですか？
今のまま、官民一体の取り組みをぜひ、ずっと続けていってほしいと思います。また、佐々町民みなさんが、健康で長寿の町とだけ町内外の方にも知っていただける町になって欲しい。佐々町に住んでよかったと思える町になったらいいなと思います。

るのは間違いないことだと思えます。しかしながら、心の健康は目に見えない分、手助けできているのかどうか正直わかりません。みなさんには、ご自分のペースで休みたい時には休みながら、無理をしないよう伝えていきます。

佐々町が 「健康寿命をのばそう!アワード」において 『厚生労働大臣最優秀賞』 を受賞！



佐々町は、厚生労働省主催「健康寿命をのばそう!アワード」において「介護予防・高齢者生活支援分野」で各県から推薦された全国55の自治体、企業、団体の中から「最優秀賞」に選ばれました。昨年11月19日に厚生労働省で開催された受賞式に町長が出席しました。
佐々町は2010年から高齢者の住み良い地域づくりとして、住民が中心となって介護予防活動を進めており、今回の受賞において「社会保障における住民主体の介護予防等の自助努力が最も促進されている」として評価されたものです。

ずっと在宅で過ごしたい、介護保険サービス以外にこんな支援があればなあ・・・

佐々町の高齢者・介護関係者よりこんな声がありました

介護状態になっても以前、通っていた仲間のいる地域デイサービスに行きたい。でもそこまで一人で歩けない・・・

タクシーに乗り込む時にちょっと手伝ってくれたらなあ

一週間、誰とも話さないことがある。それならデイサービスに来なさいって言うけど人の中は苦手、話相手がほしいだけなの・・・話を聞いてくれるだけで安心する

ゴミって重たいのよね・ゴミ分別も難しい・・・ゴミ出し手伝ってくれないかなあ

受診時の足がない・・・病院を巡るバスかタクシーがあればなあ

独居の人に伝えたいことがある時、近所に伝言してくれる人がいればなあ

介護者のちょっとした留守中に、見守りボランティアさんなんかあったらいいな

いつまでも元気でいるには運動や交流が大事よね、うんうん。集まる場所は設備云々より、歩いて行けて顔なじみの所がいいな！

高齢世帯が転入してきた時、誰か早めに声かけしてほしい

散髪したいけど床屋さんまでなかなか行けなくて・・・

買い物をちょっと頼みたい、その為にヘルパーさん頼まなくてはいけなから・・・配達してくれる店ってどこにあるの、そんなのが分かる一覧表があったら便利『地域支え合いマップ』みたいな！

家族がいた時はお花見も行っていたけど・お花見など、いっしょに連れて行ってくれる人いないかな

交通安全など高齢者が子供たちを見守ってくれた代わりにPTAや子供たちが高齢者に還元できることはないだろうか

関係者に現場の声を伝え、なにか良い方法はないか考えていきます！

佐々町の高齢者支援における取り組み

住み慣れた地域で過ごして頂くために、必要な人には必要なだけの介護サービスを十分に利用してもらいたい
佐々町住民の保険料が必要な人に適切に使われているか、現在のサービスは権利尊重だけのサービス支援になっていないか
介護保険法第4条 国民の努力及び義務の再確認
「できない事の支援」ではなく「できている事の継続や改善可能な部分の支援」へのこだわり
多様化する高齢者ニーズに介護保険制度だけでは対応できない
自立となったのちも不安なく在宅で過ごせるための地域支援体制の整備が必要

給付の適正な利用

- * 認定率を2015年までに国平均レベルに近づける
(軽度者数減を指標に!) = **自立した高齢者割合の増加**
 - * 要介護2～5の施設・居住系サービス利用者割合の減を目指す
= **在宅生活者割合の増加**
1. 介護認定新規申請事前点検の徹底
(介護保険制度・地域支援事業の説明)
 2. 認定者でサービス利用のない方への訪問活動
 3. 『地域ケア会議』における**自立支援型ケアマネジメント支援**
と給付適正化事業を実施
 - 生活行為評価導入
 - 介護サービス利用に関して廃用症候群・認知症の予防・改善に
重点を置く

介護予防を含む地域支援体制の確立

- * **75歳以前からの介護予防(身体機能維持・認知症予防・閉じこもり予防等)が重要**
 - 佐々町の介護保険制度の現状とビジョンを伝える出前講座
 - 地区集会所を活用した介護予防活動の推進・介護予防ボランティア育成
 - 団塊の世代を対象とした『地域デビュー講座』
 - 総合福祉センターを活用した介護予防事業のメニューの拡大
- * **インフォーマルサービスの確立・推進**
 - 「こんな支援があれば、まだ在宅ひとり暮らし大丈夫！」というような支援体制の確立(見守り・生活支援・外出支援など)
- * **認知症になっても安心して過ごせる地域づくり**
 - 認知症サポーター養成、全町内会・小中高生へ
 - 町立診療所(もの忘れ外来)との連携
- * **地域力の向上**
 - 地域ネットワーク情報交換会(毎年全町内会32ヶ所)
 - 地区割り担当制の導入
 - 地域支援連絡会議(医療・介護連携 毎月会合)
 - 分野・世代を超えた住民主体の通いの場づくり「元気カフェ・ぷらっと」

【将来のビジョン】

「住み慣れた地域でいつまでも暮らしたい」そんな願いを叶える、
地域で支えることによって安心して過ごせるまち、佐々町を目指します！

介護認定新規申請事前点検の徹底 (介護保険制度・地域支援事業の説明)

介護認定申請の窓口は・・・

申請受付窓口ではない、あくまで介護相談窓口である。

生活機能評価表による聞き取りをし、介護サービスが即必要であるか、介護予防事業やインフォーマルサービス等が必要であるかを見極める。后者であれば、地域包括支援センターにつなぎ、訪問。介護予防事業へと展開する。(介護通所サービス希望であっても軽度の方には、介護予防教室の体験を優先的に薦めるなど)

介護保険事務班と地域包括支援センターにおける
目標・具体策に向けた連結した取り組みの徹底

認定者でサービス利用のない方への 訪問活動

- サービス利用ない方の割合・・・2割も

なぜ、サービスを受けないの？

なぜ、認定申請をするの？

認定調査費用、
一件あたり1.2
万円近くかか
るんだけど・・・

訪問で実態把握してみると・・・

介護者が
受けさせな
い・・・虐
待？

経済的に
無理

なにか頼りたいん
だけど、サービス
利用しても・・・

念のため。
お守り代わり。

いざという時の
ため。
ひとり暮らしは
不安でね・・・

サービス利用していない方＝サインを出している方には、地域包括支援センターが向き合わなくてはいけない様々な問題があった。

介護認定者と一般高齢者との間に隠れてたこの方々にしっかり関わっていくことが、介護予防や適切な支援へとつながる。

不安から介護申請に至るケースには定期訪問による介護予防を兼ねた見守り支援が重要！

『地域ケア会議』(H22年～)における 自立支援型ケアマネジメント支援・生活行為評価導入

- ◆「生活行為復活」に向けての意欲目標の設定
- ◆「何をしてほしいですか」→「何ができるようになりたいですか」
- ◆「期間的自立支援」か「永続的自立支援」の判断
- ◆「切れ目ない支援」を目指す地域包括ケアの実現

介護関係者のスキルとは・・・

介護の専門化として、将来を予測し、
自立支援に向けての目標設定・方法を提案できること。

要望解決型プランでは意味がない。

『地域ケア会議』は、保険者と介護関係者がチームとなり、
自立支援と地域包括ケアへの方向性を見出し、確認し合う場。

*** その後の本人・家族への合意形成能力も重要！**

介護状態になら
れる前の地域で
のお姿、そして
可能性は！

GH入所後も、
以前楽しんでい
た地域のサロン
に通えないかな

医療側へ、認定
申請時期の再認
識必要では

給付適正の意
味合いが強く
なることも・・・

事業所のうり
の再発見！

本人の希望どおり、買い物をでき
ることを目標にしています！
以前、金銭管理ができず、タク
シー会社に滞納が・・・
目標設定検討しましょうか。

この場で解決
策出ない時は
地域支援会議
にかけてみよう

何年もかけて夫・ヘルパーに
依存、通所は嫌！身体機能
はなるがまま落ちている。
長年、放置してきたこの状態
を、どこから打開していくか。
みんなあきらめていた・・・

地域ネットワーク情報交換会 (H23年～)

町内会長会・民生児童委員協議会や老人クラブ連合会・福祉協力委員等と連携を図り、地域支援に関する情報交換会を定例（各地区年1回）で行い、日頃の支援体制の強化を図る。

地域包括支援センター・健康相談センター・社会福祉協議会との協働事業となる（R1年～）

個の支援 ⇒ 地域づくり

点の支援から、
線の支援・面の
支援へ

地域づくりのきっかけの場



地域課題整理表

地 域 課 題 整 理 表						
	介護予防の取組み	支え合いの取組み	強み	課題としている点	包括の取組み	開催日・参加者
北	・地域デイサービス 第2(木) ・すこやか体操 第1・3・4(火) - 参加費 月200円 ・3B体操 毎週(水) - 参加費 月1500円 ・楽書会(習字同好会) 第1・3・4(木) - 参加費 月200円 ・すみれ会 (土)不定期 小物作り折り紙 塗り絵 その月に誕生日の人がいたら誕生会を行う。	・一人の認知症の人への対応をととして認知症について理解しようとしている。 ・地域で支えようとしている。 ・町内会長との協力体制ができています。	・支援者が楽しみながら支援している。 ・分かりやすい支援計画 - 各家庭に毎月の活動予定表を配布 認知症の人には、その人に合った予定表を配布 ・個人の細かいことまで把握し、早めに対応できている。	①若い世代を活動に参加させたい。参加年齢が広がれば、いろんな事ができる。集会所に本や遊具を置いたり、イベントを回覧板で知らせたらどうだろうか？	①いきいき百歳体操の提案 福祉センターでいきいき百歳体操に参加されている方をリーダーとして各地区で広げていくことの提唱。また、若い世代対象の認知症サポーター養成講座の開催を計画	H28.7.14 ○○町内会長 △△民生委員 □□福祉協力員 江田 上村 松尾 大浦
	・地域デイサービス 第1(金) ・いきいき百歳体操 毎週(木) ・わくわく体操 第3(金) 男性参加 ・一日会 老人会	・主になって支援している人たちが、日常的に見守りを行い、早期に変化に気づいている。 ・集会所での活動への参加を促している。 ・参加者が増えるように、魅力的な活動内容を常に考え、実行している。	・支援者が意欲的で、地域を盛り上げるために、次々と新しいことに取り組もうとする意欲がある。 ・何かあった時、すぐに相談できる。➡包括との連携が取れている。	①いきいき百歳体操実施から1年経過。定着し、効果も出てきている。今のメンバーからどう広げていくか？ ➡町内会長から広げていこうか？ ②大型テレビの活用 ➡カラオケ等 ③虐待かと思われるケースの報告	①いきいき百歳体操に男性の参加を促す提案 ・男性リーダーの発掘 男性が運営・呼びかけて成功した地区の紹介 ・男性が参加しやすい雰囲気づくり 体操のみの参加ができる設定 ③地区担当の見守り強化	H28.7.21 ●●民生委員 ▲▲町内会長 ■■福祉協力員 江田 上村 松田 大浦
芳ノ浦	・敬老会 - 地域デイサービス等の集会所活動はない。			①高齢化 地域の活動に参加できないと、町内会に入らない人もいる。年を取って町内会とどう付き合っていくのか？町内会脱会者を誰が見守るのか？町？	①いきいき百歳体操の勧め	H28.7.25 ◇◇町内会長 ■■民生委員 江田 上村 松瀬 大浦
鴨川	・地域デイサービス 第4(月) ・老人会 毎月3日 ・カラオケ (金)	・徘徊高齢者を日常的に見守っている。	・65歳以上の高齢者が多く、元気高齢者が多い。 ➡いきいき百歳体操実施可能ではないか？	①町内会に入っていない人を敬老会に誘うのか？どこまで支援するのか分からない。	※いきいき百歳体操の勧め ➡10月体験講座開催予定 男性リーダー発掘の提案	H28.7.25 ○○○町内会長 ▽▽民生委員 ■■町内会長 江田 上村 松瀬 大浦
市瀬						H28.7.25 ○○○町内会長 ▽▽民生委員 ■■町内会長 江田 上村 松瀬 大浦
						13

地区割り担当制の導入(H25年~)

地域住民のやる気に十分に responding いくために！
7人の職員で32か所を、
高齢者人口の同等規模を分けて受け持つ。

「高齢者は変化しやすいのが特徴」
「住民は縦割りではない」

「本人の望む暮らし」の実現に向けて関係機関
への調整や橋渡しをする役割を担う。

○高齢者見守りネットワーク情報交換会
○総合事業対象者・予防給付利用者のプ
ラン作成はもちろん
○ケアマネ支援
○イキイキ百歳体操支援
○担当地区の相談はなんでも対応

など

「生活支援コーディネーター的役割」

町内会長さんや民生委員さん、地域の
方々としっかりつながってます。

「私がこの地区の担当です。
まかせて下さい(*^_^*)」

- ☆ 初期の段階での問題解決に大きな効果
- ☆ 職員の地域づくりへの自覚が芽生えた。各職員が個の支援から地域づくりを考え
るようになった。
- ☆ 地域づくりに関与し地域力を体感することにより、地域住民への尊敬の念が
より一層深まった。

地域によって職員が育つ



『地域は縦割りではない』
分野を問わないアウトリーチを強化した相談支援

佐々町元気カフェ・ぷらっと

- ☆ ぷらっとサロン
- ☆ ぷらっと生活支援
(含む外出支援)

あたたかい雰囲気の中、人と人が寄り添い
語り合う、ほっとくつろげる場
ぷら～っと寄って見てください。
みんなの笑顔があなたを待っています。



事業の目的及び必要性

年齢・障がいの有無を問わず、それぞれの生涯現役を目指し、また人と人とのつながりの場を通じて支え合う地域づくりの貢献に寄与する。

対象者

どなたでも

事業内容

福祉センター2階ロビー及び和室にて、コミュニティカフェを展開することにより、下記内容を目的とした活動を行う。

①誰でも気軽に利用できる寄り合いの場の提供

* 和室において、運動や趣味活動による介護予防活動を行う。

②住民同士の支え合い活動

* サロンにおいては、サービスを利用する側、提供する側の双方における支え合い活動とする。家庭での困りごとには訪問による生活支援を行う。

③世代間交流のきっかけとなる活動

* 定期的なイベントやワークショップを開催することにより、地域づくりにおける興味や関心を広げ、新たな活躍者を発掘する。

④関係機関と連携した総合相談

* 様々な団体とネットワークをつなぎ、問題解決の糸口となる活動を行う。

実施場所

福祉センター2階

実施時期・頻度

平成28年6月1日開始 火・水・金曜(10:30～15:00)

実施体制

実施主体: 佐々町元気カフェ・ぷらっと 会員45名
連携支援: 食生活改善推進協議会・社会福祉協議会
老人福祉施設虹の里・老健施設煌きの里

効果・目標

高齢者や障がい・介護の有無を問わず、誰もが生涯現役の生きがいを感じられる活動の場をつくり、また、誰もが安心して集うことができる居場所をつくることで、町民が未来に明るい希望を持ち、笑顔で幸せを感じられる拠点をつくと共に、移住・定住の促進を図る。

この拠点における取り組みが地域に広がっていくことで、町民みんなで支え合い助け合い、世代間の交流をしながら、地域の課題を地域で解決していく、持続的な地域づくりに資することを目標とする。

訪問型サービスB（ぷらっと生活支援）

内 容：ボランティア団体「元気カフェぷらっと」により掃除や買い物などの生活支援を実施。
また、生活支援の延長として、外出支援や外出先での買い物支援等も行う。
(対象者の身体状況及び生活環境に応じて担当者が計画を作成し、「ぷらっと」へ依頼、ボランティアのマッチングを行う。)

利用料：30分 ぷらっと券1枚(200円券)

※備考)ボランティアには1ポイント(200円)付与

長崎新聞

9月4日ダイジェスト

サービスの1つというだけでなく
地域の支えあい活動の1つとして実施。

地域の声かけや生活の延長の支援が
本人の自立支援、支援者の役割の創出につながる！！



↑ぷらっと
券

いつも ありがとう
助かるばい！
でも最近、腰のいたか…

お変わりなかったですか？



腰のいたかとですか。
包括の(地区担当の)〇〇さんに伝え
ますね。



地域支援会議（H16年～）

【目的】 佐々町内外の医療・介護関係者間の情報交換および各個人の専門職としての資質向上を図り、**地域の人々を支え地域づくりの推進を図る。**

【主要メンバー】 佐々町内外の介護保険事業所、医療関係者、保健所
個別地域ケア会議アドバイザー、地域包括支援センター、行政関係 等

【開催頻度】 1回／2月

（H16年より1回／月 居宅事業所間でスタート ⇒ H18年より地域包括支援センターが参加
⇒ H21年10月よりメンバー枠拡大 ⇒ **R2年より障がい分野も参加**
⇒ R3年10月より1回／2月）

- * 事例報告による成功体験の共有化
- * 顔の見える関係づくり
- * 個々の地域包括ケアをとおして、佐々町の社会資源の発見、開発



障がい支援会議（R3年～）

【方針】

地域と事業所、行政が繋がり、障がい者・児のさまざまな状況に向き合い、一人ひとりの課題や地域課題の解決を図る

【主要メンバー】

障がい者（児）関連事業所
行政の関連部署

【部会】

就労支援部会
子ども部会

＊地域移行支援については
個別地域ケア会議にて対応

【開催頻度】 1回／2月



テーマは連携～障がい支援会議
（障がい分野の連携体制の構築、介護分野との更なる連携）～

介護保険制度や医療保険制度、障害福祉サービスの中に
住んでいる人ではない、地域の中に住んでいる人。
まずは地域から支援体制を考える。

【専門職の役割とは】

- 健康寿命の延伸を推進する重要な役割。（老いの受容も含めて）
- 老いや障がいを持つ方の社会復帰を支えるエキスパート。その為の土壌づくり

【課題と展望】

- 医療と介護の文化の違いを受入れ、在宅（地域）へのこだわりを考える
- 地域の中のその人をイメージした在宅復帰に向けてのケア
- 医療・介護・障がいの現場から、その方の在宅生活のイメージ・目標の共有化
- 人の幸せを支える専門職同士が力を合わせ、最善のサポート体制を築く。



お互いの役割を認め、尊重し、高め合う
多職種が顔の見える関係づくり
成功体験の共有化

～地域に立ち戻って、ケースを通じて～

介護認定を受ける状態になったら、元の生活に戻ることは無理。・・・と
介護度に合わせたサービスをあてがっていませんか。

あなたや家族のその思い込みから、本人の「したい」思いを奪っていませんか。
諦めさせていませんか。

『したいこと』は本人の状態に応じて日々変わってくる。
その贅沢でもない当たり前のを聴こうとしていますか。

『わがまま』ではない
『自分にとって当たり前の生活』に戻りたいだけ

目指す姿

『したいこと』を続けながら自分らしく暮らせる

「できないからしてあげるといふ支援からの脱却」
「本人の能力を活用して、活動的な生活を目指す」



したいことを選ぶ＝自分らしさ

より多くの選択肢を提供することが大切

多様なニーズに応えていける地域づくりをしていこう



本人を取り巻く関係者が本人の思いを受け止め、できることを応援していく。手伝ってほしい人がいるから、活躍できる人がいる。皆が声を出し合い求め合ったら、地域は活性化し温かいものとなっていくのではないのでしょうか。

自立支援に向けた地域ケア会議

要支援の方で健康だと感じている方は「自分のしたいことを思い通りできて、それに満足している方が多い」という研究データ（津山市 安本OT）

【目指したいケアプラン】

主役は本人、地域は主役の伴走者。
ケアプランは両者のつなぎ、
本人の「したい」を実現する為に、
地域を含めた多くの力を結集しよう。

さわやか財団 2021いきがい・助け合いサミット 13分科会



◇ 本人の「したいこと」がケアプランの中心に

本人自身が望む「本人のしたいこと＝いきがい」を実現していくプロセス支援はとても大切であり、それを計画的に動かすツールとして期待できるものがケアプランである。

◇ ケアマネージャーはケアプランを動かす為の「つなぎ役」であることを意識しよう

「したいこと」とは奥深く、それを引き出すこと、それを関係者と共有し、実現していくことはとても難しい。ケアマネージャーは、一人で抱え込まず、多くの応援者と繋がりながら活動してもらいたい。また、それを大きくサポートする為に**地域ケア会議**が重要な役割を持っている。愛を持って展開していこう。

◇ 「したい」を実現する為に地域を含めた多くの力を結集しよう

「本人のしたいこと」はこれまでの生活や地域の関係性の中にある。それを実現する為には、本人をよく知り、地域を含めた多くの力を巻き込むことが大切。「本音が言える、その人をよく知る人がいる、応援する人がいる」**地域づくり**を、一人ひとりを大切にしながら展開していこう。

事例①
一番望んでいるのは
これまでの関係性

転倒骨折の繰り返し、軽度認知症
家に帰りたい！強い意志で帰宅した独居「介護4」
ほぼ寝たきりのKさん

帰宅して一番最初に電話したのは、
「あんたの佃煮食べたかあ」とお隣さんでした（笑）



とても一人暮らしの自宅では生活できないと専門職みんなが
口をそろえて言いました・・・が、Kさんの頑固ぶりはすごかった！
でも、もっとすごかったのは、家に帰ってきたと聞いて、すぐ佃煮を炊いて
訪れた近所の人たち。
そこでのやりとりは、普通の自然な井戸端会議。
あらら、会話も成り立って！困っていることを聞き出している！
数日で再入院だろうと思われていたKさん、日々在宅日数更新中。
地域力、見せつけられてます（汗）

【地域の人たち】おしゃべり相手、鍵あずかり、災害時の見守り 等
【介護サービス】ヘルパー毎日3回/日、デイサービス週2回



在宅支援の限界点を決めているのは、誰？専門職？制度をつくる国？
本人・地域の可能性を見出し、可能性にかけた展開が望まれています。

事例② 元気にしたのは 地域の人々

退職後、大阪から越してきたYさん、以前、民生委員をしていた経験を活かし地域サロン立ち上げたりして、地域を盛り上げていました。それから10年後、脳梗塞発症、入院リハビリを経て、介護1で帰宅したYさん、発語障害等もあり、以前の気力はありません。



ケアマネは、デイサービスとヘルパーを設定しましたがKさんには笑顔はなく、不安な表情と涙ばかり。

そこに、帰宅後の状況を聞いた近所の人たち、

「戻らすとを待ってたのよ。この地域をつくってきた人の末路が淋しいなんてあってはダメ。『ずっと安心して暮らせる為に！』って、みんなで繋がろうってがんばってきたんだから。

サロンに戻れば元気にならずはず。私たちが送迎するわ！」

【地域人たち】地域サロン週2回(送迎支援)、買い物や銀行行き、花見などの生活支援、災害時の見守り等

【介護サービス】週1回デイサービス、週1回ヘルパー



Kさんに、笑顔が戻りました。Kさんを救ったのは、顔なじみの人たちでした。

どんな状態でも大丈夫！と手をさしのべた地域の人たち。

私たち専門職は、「本人・地域」を主軸にネットワークを組んでいるでしょうか。

高齢分野の地域包括ケアの推進から見えてきたもの

住民主体の地域づくり

この活動を次世代に
どうつないでいくのか

障がいを持つ方の
就労事業所以外の
居場所って？

民生委員や町内会
は縦割りでない、
地域丸ごとの支援
を考えている

複合的な課題を
抱えた世帯

どこがどう解決
を進めていくの

分野ごとの活動や
強みや課題を共有
する機会がない。
お互いを知らない。

把握したケースを担
当部署につないでも
解決していない。
温度差がある・・・

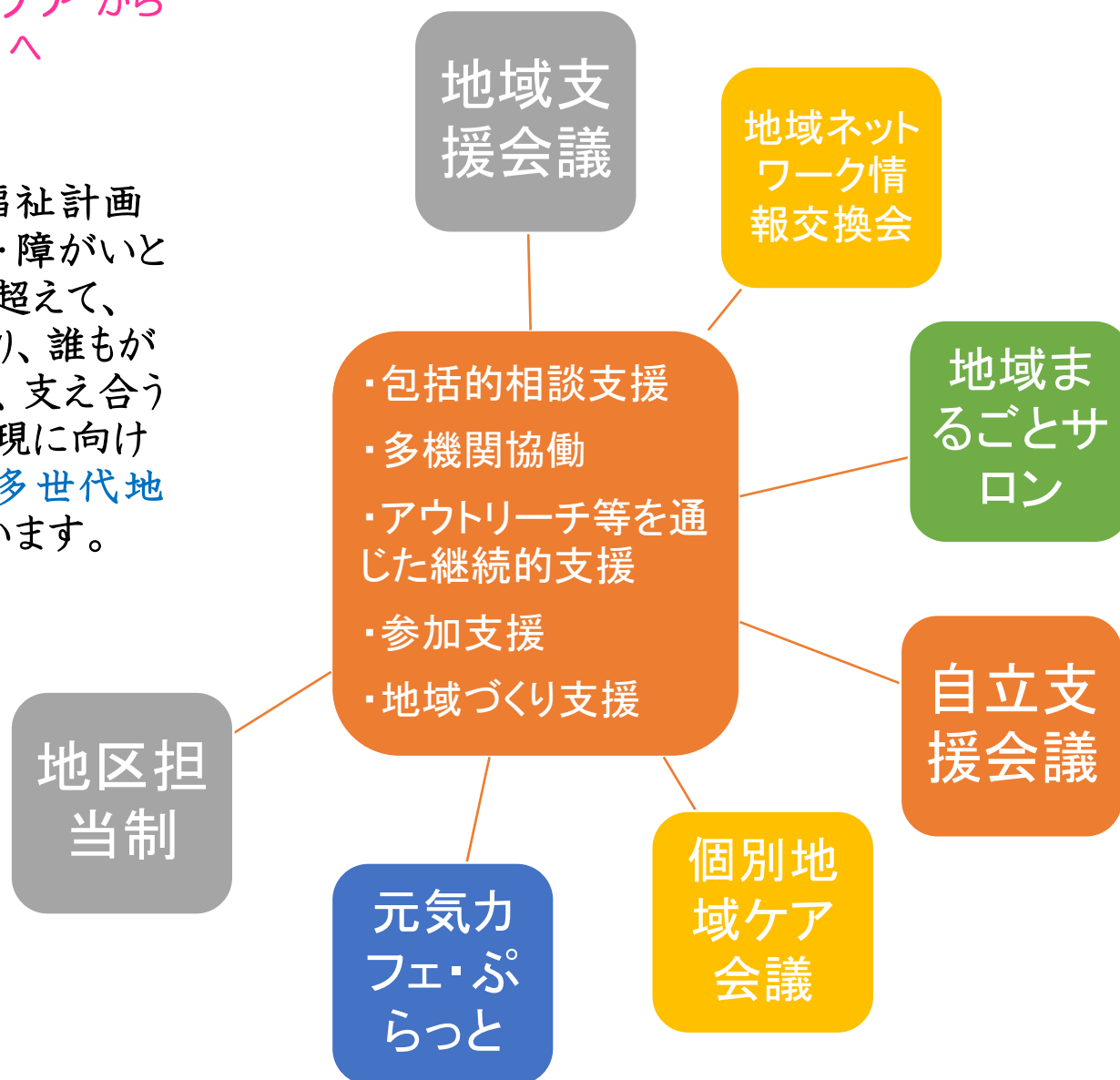
8050・・・
約30世帯把握
ひきこもり支援
どこがするの

高齢者の経験や
時間を活かせば、
いろんな分野の
支援ができそう

分野を超えた動きができる体制づくりをしなくては！
～属性・世代を問わない相談・地域づくり～

高齢分野の地域包括ケア から 多世代地域包括ケア へ

佐々町では、地域福祉計画において、子ども・高齢・障がいという従来の制度の枠を超えて、人と人と社会がつながり、誰もが生きがいや役割を持ち、支え合う「地域共生社会」の実現に向けた『地域まるごとケア＝多世代地域包括ケア』を掲げています。



制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「まるごと」繋がることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会。

佐々町
総合福祉センター
(多世代包括支援)

- 高齢者支援
- 健康づくり支援
- 子育て世代支援
- 生活困窮者自立支援
- ひきこもり支援
- ボランティア支援
- 就労支援
- 障害者(児)支援

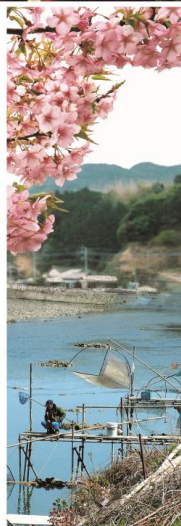
世代も障がいも超えて、支え合い、
共に暮らすことを大切にしてきたこの町の住民が、
2022年春『多世代包括支援センター』を生み出した。
繋がることで互いを認め合い、
住民も専門職もひとつになって前に進もう。



未来を引き継ぐ子どもたち
自然豊かなこの町で
のびのびとおおらかに
育つほしい
子は宝 地域の大切な宝



私の「したいこと」を聴いてくれる人
どんな時もずっと寄り添ってくれる人
先を見通せる安心感を生き抜く力を与えてくれた



佐々で暮らす

生きることを、学ぼう。

URL <http://matsura.jp/movie>

佐々で暮らす

検索

※右上のメニューボタン「佐々動画」にて閲覧できます。

佐々町

10年後...20年後...30年後も
この姿が引き継がれていきますように

私は、この町で長生きしたいと
思っている。
君もこの町で幸せに生きてほしい。





20230126 地域づくり加速化事業 北海道ブロック別研修会

ふつうに暮らせるしあわせをどう守り支えるか

多様な主体の協働による地域包括ケア「豊明モデル」

愛 知 県 豊 明 市

略歴

松本 小牧（まつもと こまき）

豊明市 市民生活部 市民協働課 課長 （前 健康福祉部長寿課長補佐）

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 客員研究員

入庁以来、市民協働所管部局で地域づくりや地域課題解決に向けた住民、自治会、NPO、民間企業等との協働事業の経験を多く積む。

2012年介護保険制度担当、2015年より高齢社会に対応する地域づくり（地域包括ケアシステム）を担当。民間企業等と数多くのヘルスケアビジネスやシニア向けサービス、公的保険外サービス、移動支援事業（MaaS）などを企画、事業化。2020年日経BP全国視察ランキングにおいて総合1位となるなど、地域包括ケアシステムの「先進モデル」成長。

厚生労働省の研究事業にも数多く委員として参画。民間企業にはシニア顧客の潜在的ニーズの発掘や新たなビジネスモデルの構想支援、都道府県、市町村に対しては地域包括ケア政策立案支援、医療介護関係者の人材育成等を中心に取り組んでいる。2021年4月より現職。

（厚生労働省 研究事業委員）

- ・介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する調査研究事業（H30～）
- ・介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールに関する調査研究事業（H31～）
- ・ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取り組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業（H31～）
- ・都市型の生活支援ネットワーク構築に関する調査研究（R4～）
- ・地域包括ケアシステム構築の加速化に向けた推進基盤に関する調査研究（R4～）



目次

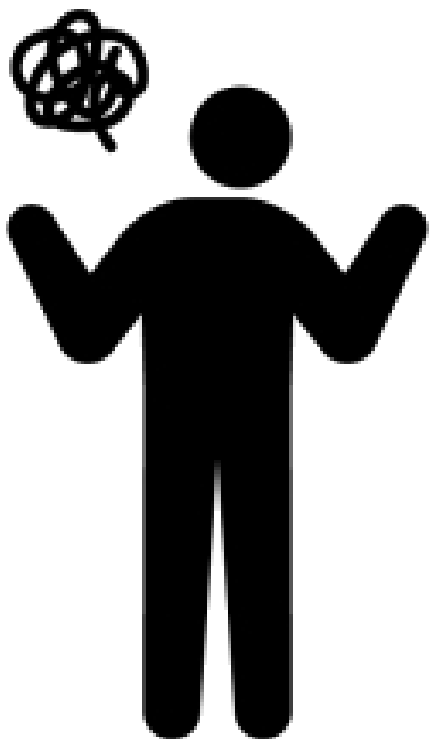
- 1 目指す姿を描く
- 2 個人の課題から地域の課題へ
- 3 あるものを活かす

A市「協議体を開催しても地域課題は解決しません」

- 地域包括支援センターに圏域ごとに年5回の協議体の実施を委託しています
- 話題は、**移動支援などの壮大なテーマや要望ばかり**で、支えあい活動なんて生まれません
- **毎年同じことを話し合ってるだけで一向に解決せず、達成感を感じられません**



B市「多様なサービスの利用が増えません」



- 機能訓練デイサービスの利用希望に歯止めが効かず、プラン件数は増加しています
- 通所C（短期集中）を作りましたし、通所B（住民主体サービス）も運営補助しています
- しかし**結局、従前相当の利用ばかりで、多様なサービスの利用が増えません**

地域包括ケア構築において陥りがちな失敗①

**国が実施を求める事業に振り回されて
目的を見失い、関係者が疲弊する**

本当に必要なのかを考えず事業の**実施ありき**で進めて
事業が**形骸化**し、職員や関係機関が**疲弊**する

事業実施ありきで考えない
わがまちにおいて、必要性を感じないなら
やらないほうがよい

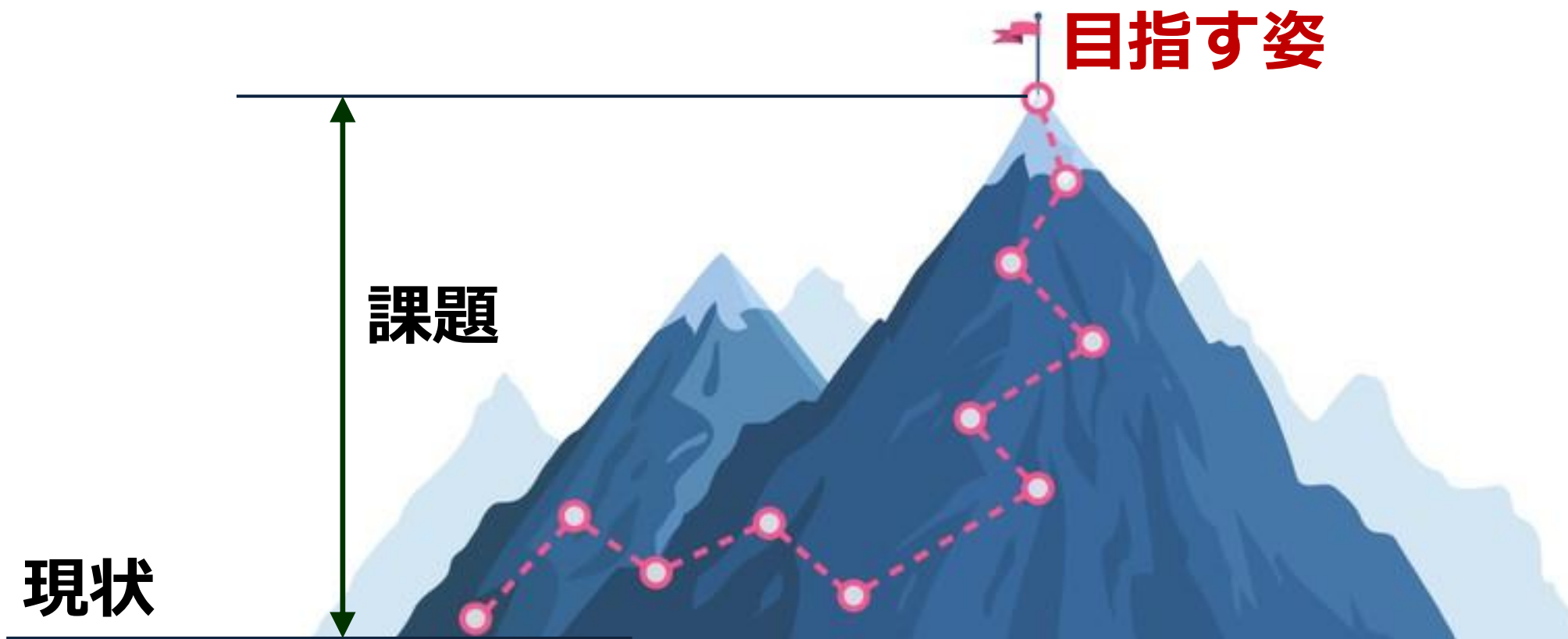
地域包括ケア構築において陥りがちな失敗②

我がまちの「課題」が見えていない

「解決すべきこと」が何か分からなければ
それがわがまちに必要な事業かどうかの見極めができない

地域包括ケアの構築は山登りに似ている

山頂までの道はいくつもある



あらためて
地域包括ケアって何？
あなたなら、どう説明しますか？

地域包括ケアシステムが目指すもの

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

第1条

地域包括ケアが目指すもの

「地域包括ケアシステム」とは、

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、**住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、**

医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、**住まい**及び自立した**日常生活の支援が包括的に確保される体制**をいう。

地域包括ケアの定義

地域包括ケアシステムが目指すもの

自宅・地域



リハビリ



通所



病院・施設

入院



入所



あなたは、日々の暮らしの中で
どんな時に「健康」や「幸せ」を感じますか？



「おだやかな暮らし」「ささいな幸せ」「真の豊かさ」
ふつうに暮らせるしあわせ を いかに守り支えるか

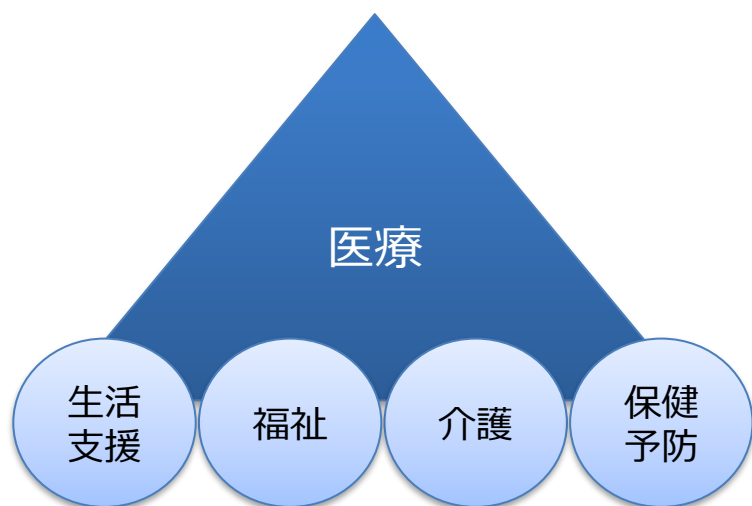


地域包括ケアの本質は生活モデル化

医学モデル

- ・健康とは医学的な意味で病気でないこと
- ・病気を取り除くことが医療の目的

CURE志向（医療）



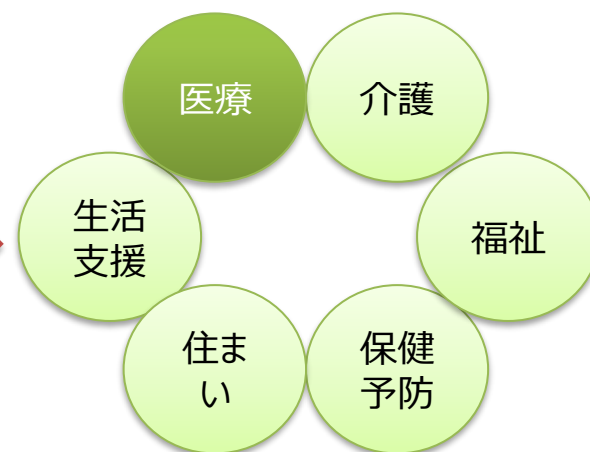
健康概念の転換

生活モデル

- ・健康とは生活の質の高さ
- ・健康とは当事者の健やかな生活がもたらされること

CARE志向（福祉）

ヘルスケアシステムの
転換



ふつうに くらせる しあわせ
それを支えるすべてがケア

できるだけ本人の「普通の暮らし」を守る そのためには？

再入院・施設入所リスクを防ぐ



廃用・重症化予防

- 本人の「よくなりたい」という意欲を引き出す
- 廃用予防(運動、リハビリ)、医学的管理(通院・服薬)、栄養管理(食事・水分)を指導

自宅での生活が成り立っている



生活支援・自立支援

- こんな生活をしたいを実現するため、できないところだけを支援
- 制度になくても生活に役に立つものを見つける、探す、創り出す



目次

- 1 目指す姿を描く
- 2 個人の課題から地域の課題へ
- 3 あるものを活かす

地域包括ケア構築において陥りがちな失敗③

個別ケースで見えてきた気づきから
うまく地域課題を捉えられていない

基礎自治体は、個別ケースの積み重ねから得られる地域
課題のヒントは無限にあるがその強みを活かしてきれていない

課題とは何か？

「セブンイレブンに行きたいのですが
どっちに行けばいいですか？」



課題とは何か？

「この近くのセブンイレブンは
どっちに行けばいいですか？」

「まっすぐ行って、次の信号を右に曲がって
500mぐらい行くと左手にあります。」

これは正しい答えでしょうか？

課題とは何か？

この女性は
なぜ セブンイレブンに
行きたかったのだろうか？

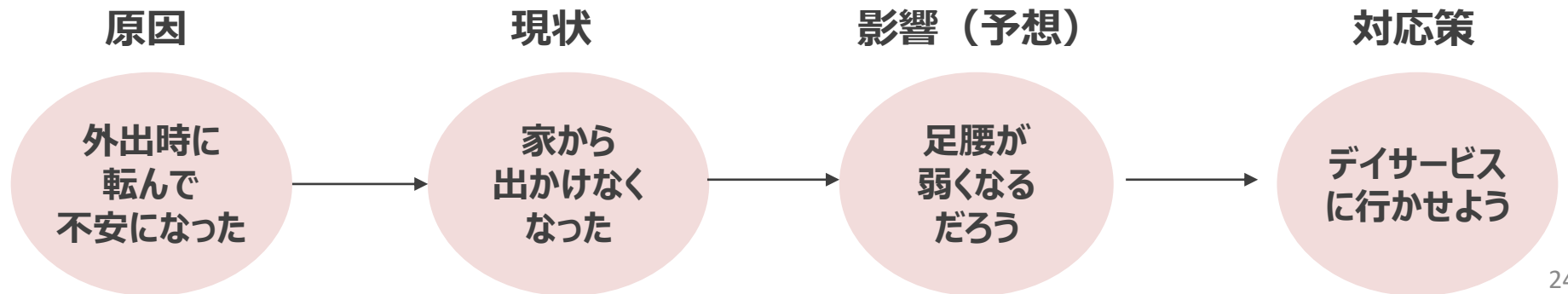


課題とは何か？

住民は必ずしも「課題」を
語っているわけではない

「要望」と「課題」
同じではない

個別ケースから「課題」を考える (因果)

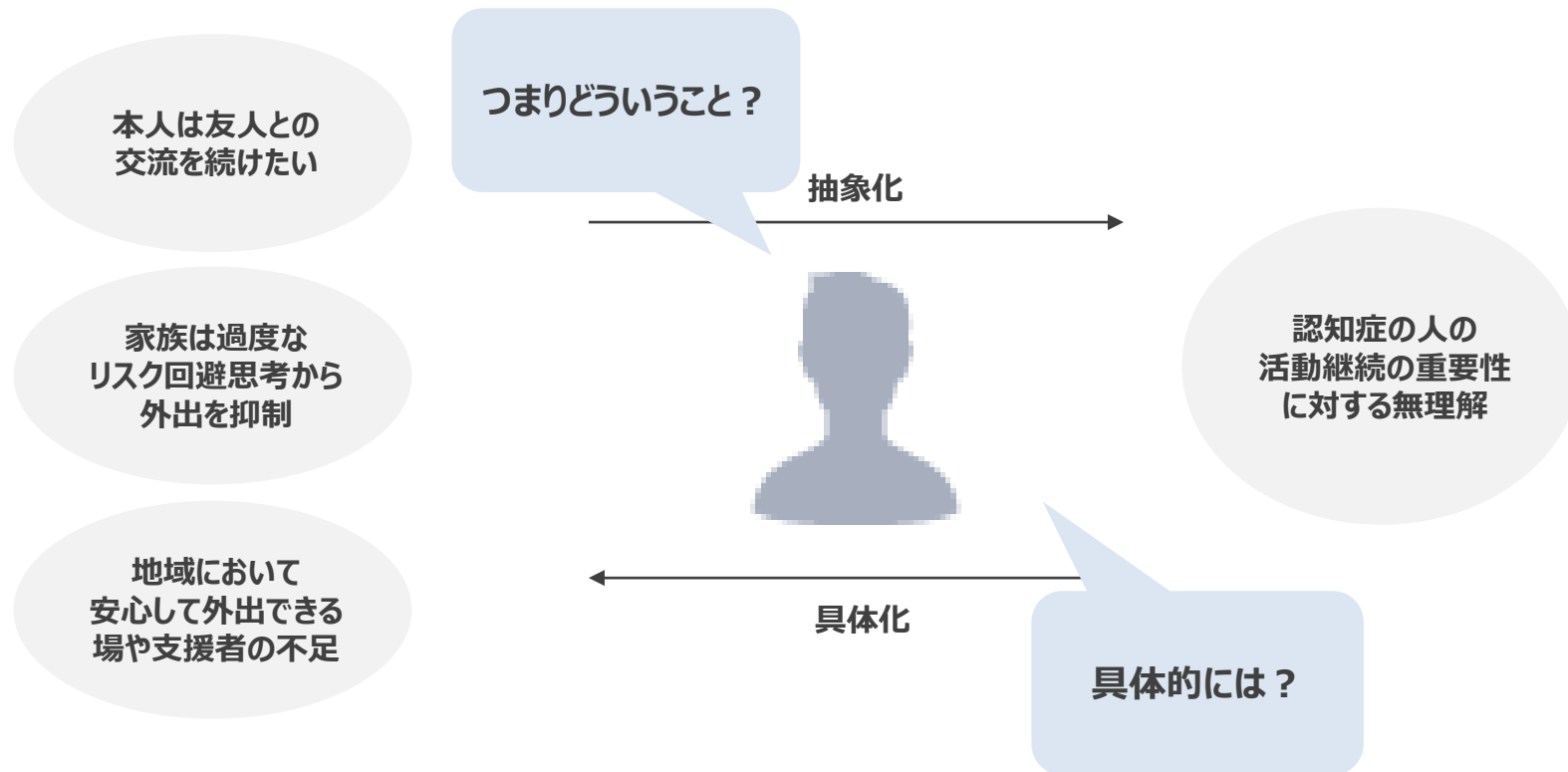


地域課題の解決策を考える

スーパーへ行きたいけど
そこまでの交通手段がない
移動サービスを作ってほしい

どうしますか？

個別ケースから地域課題を考える (具体化⇔抽象化)



地域課題の解決策を考える

〇〇へ行きたいけど
そこまでの交通手段がない

誰が、何をできなくて
困っているのか

		Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
どこへ 行きたいのか		スーパー	かかりつけ医	公民館	駅前	墓園
何ため？		食料品の 買い物	受診	趣味サークル 参加	映画鑑賞	墓参り
頻度		週1回	月1回	月2回	年に数回	年2回
今は どうしている のか		徒歩	家族の送迎	友達の送迎	コミュニティバス	タクシー
課題設定	個人の 課題 として 捉える例	Aさんが 食料品を 手に入れるには	Bさんが 定期的な受診が できるには	Cさんが 趣味を続けること ができるには	Dさんが 好きな映画鑑賞 ができるには	Eさんの 墓の管理が できるためには
	地域の 課題 として 捉える例	市民の安価な外出手段を確保するには				
		地域の高齢者が 食料品を手に入れ ることができるには	身近な かかりつけ医を持ち 適切に疾病管理 ができるためには	免許を返納しても 多様な趣味を継続できるには		世話が 難くなった 墓の管理を 地域でどう支えるか

地域課題の解決策を考える

課題の大きさ、影響度

課題の深刻度

使えるお金の額

などから

よりベターな方法を考える

個別ケースから考える

どんな高齢者の何を解決したいのかを
具体的にイメージすること

医療介護連携に関する政策研究～退院経過実態把握

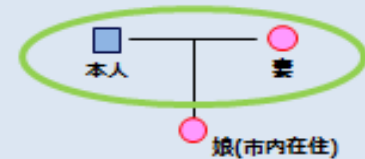
入院を契機に、新規に介護保険の要介護認定申請した患者について、医療・介護保険レセプトを分析し、患者動向、療養経過を追跡調査

- 介護サービスなしでケアマネが
おらず、**自宅と病院を行き来し、
重度化**していくケース
- 多科、複数医療機関に**同時
受診し、主治医が誰なのか分か
らない**ケース
- 自宅で**同一疾患を繰り返して
発症し、何度も再入院**するケース

退院支援地域連携実証事業 ケース2 入退院を繰り返したケース

■ケース概要(No.8)

- ・ 本人状況 Bさん 89歳男性 妻と2人暮らし
入院経緯：誤嚥性肺炎 (7/26～)
- ・ 介護申請 申請者：娘(市内在住) 申請日：7/31
※ケースワーカーより勧められ申請
- ・ 診療科 保大HP消化器内科



■申請時、娘さんからの聞き取り

- ・ 病院でリハビリ中。リハビリを受けて歩けるようになるといい。
- ・ 住宅改修も必要かも知れない、と思っている。
- ・ 前立腺肥大による排尿障害がある。

■認定調査結果 (一部抜粋)

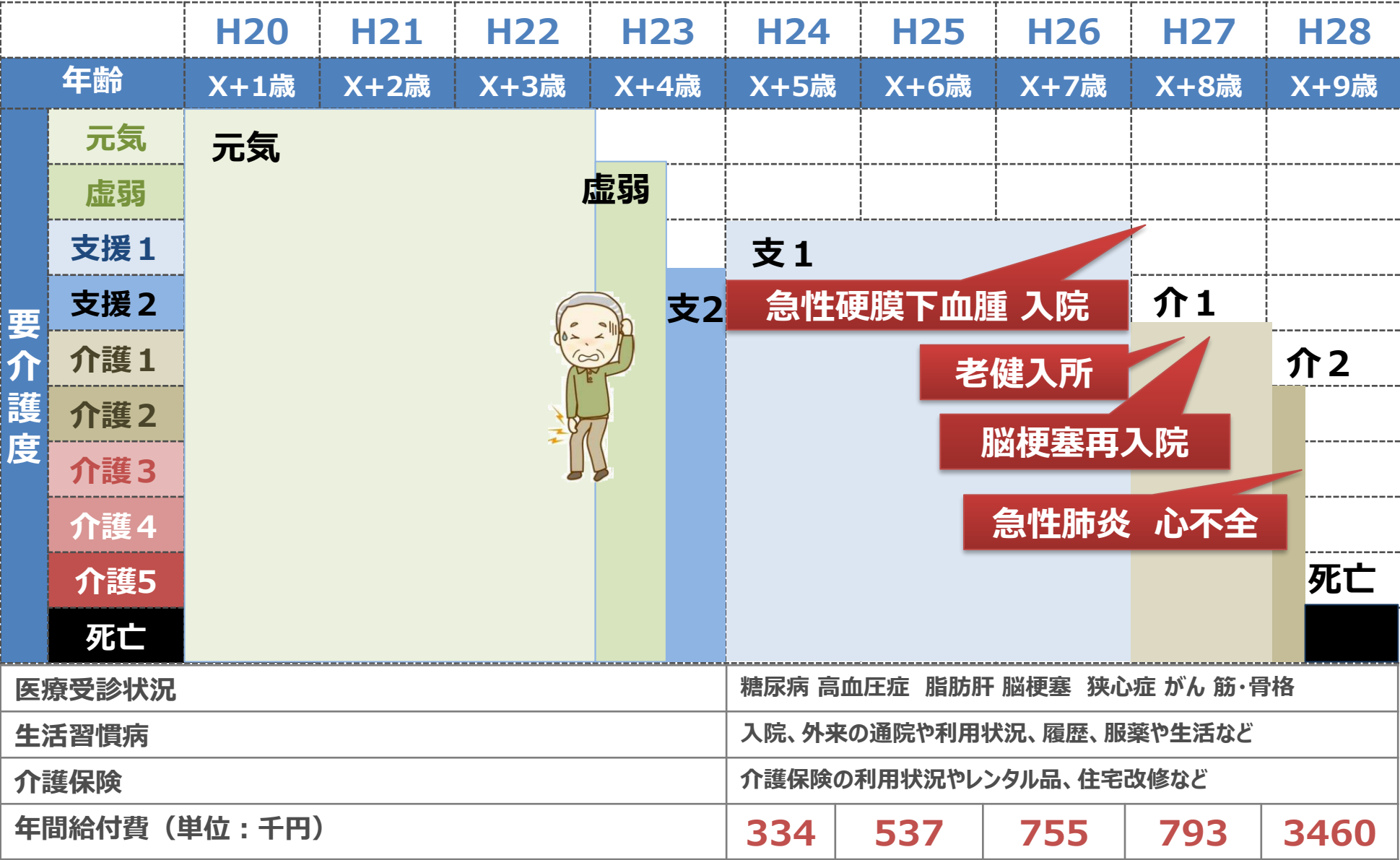
	身体機能 (ADL)				生活機能 (IADL)		
	○できる	△つかまれば可	×できない		○自立	△一部介助	×全介助
着脱		△		移動		○	
起き上がり		△		移動		見守り等	
座位保持		△		咀嚼		見守り等	
立位保持		○		食事摂取		見守り等	
歩行		△		排泄・排便		×	
立ち上がり		△		洗顔		△	
				着脱		△	

■入院から現在までの動向と支援状況

居場所	保大HP			自宅			保大HP	自宅	保大HP	相主山HP
事項	・入院	・申請	・調査	・退院	・認定		・再入院	・退院	・再入院	・転院
日付	7/26	7/31	8/11	8/13	9/1		9/26	10/8	10/29	12/7～
経日数	0日	5日	16日	17日	35日		60日	72日	93日	101日～
本人状況	・誤嚥性肺炎				・要介護2		・誤嚥性肺炎		・誤嚥性肺炎	・嚥下訓練
本人・家族支援				↑ 8/14 ・包括訪問	↑ 8/17 ・包括訪問 →居宅紹介 ☆居宅サービス開始			↑ 10/8 ☆居宅サービス		

レセプト分析

医療・介護のレセプトから高齢者の療養経過の実態把握



切れ目のない支援とはということなのか？

病院医療



退院

自宅

退院後の過度な安静



重症化



誤嚥



救急搬送

転倒



再入院

何のための多職種連携なのか

今、落ちました
救急車をお願いします



今、治療終わりました
崖の上に上げます



多職種合同ケアカンファレンスの様子

【参加者】

地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス事業所（看護師、リハ職、相談員等）、MSW
医師、歯科医師、薬剤師、PT、OT、ST、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、司法書士、
生活支援コーディネーター、障がい者基幹相談支援センター、生活困窮自立生活相談センター
権利擁護支援センター、大学病院実習生、民間企業 ほか



多職種合同ケアカンファレンスが貫く ただひとつの理念



「おだやかな暮らし」「ささいな幸せ」「真の豊かさ」
ふつうに暮らせるしあわせ を いかに守り支えるか



グランドルール 3Ground Rules

①オープンカンファレンス式

参加自由（無報酬）アドバイザー不在（対等な関係）
それぞれの専門分野の英知の結集

②ケーススタディ型

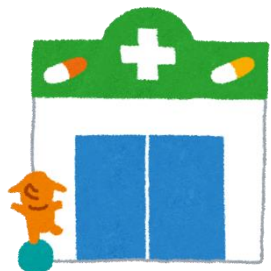
よくある症例を検討 この方「で」考える 次に活かす

③「生活モデル」に基づくディスカッション

暮らしを支える視点で検討 議論ではなく対話重視

多職種間の専門性の技術移転

気にする「目」がないと・・・



相談窓口を設けても
ケアマネからの相談がない



在宅ケアをやりたいが
依頼がこない

カンファレンスの効果

歯はどこ
が残って
いる？

これは薬
の
副作用？

スーパー
までの距
離は？

体重
減少？



しなく
なった活
動は？

よく転倒
してる場
所は？

薬が
多すぎ？

水分不
足？

気にしてもらえるようになって初めて依頼や相談がある

多職種合同ケアカンファレンスで出てくる「あるある」

免許を返納して、移動の足がないので、デイサービスをやめたらほかに行く場所がない

買い物は自分の目で見
て買いたい。
でも、荷物を持って歩
いて帰れない

友達が通っているあの
●●デイサービス（機能
訓練デイ）に行きたい

本人は外出意欲がないが、
家族は、このままだと体
力が落ちるので、なん
とかデイサービスにでも
行ってほしい



地域の通いの場に通いた
くても、認知症がある
ので、日にちを忘れるし、
一人では行けない

本当にデイサービスやヘルパーで課題は解決するのか
本人にとって「何が課題」でサービスによって「何をを目指す」のか？

包括ケアとは何か？

生活課題	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん	Fさん
下肢筋力低下	○	○	○			○
心肺機能低下	○			○		
政策① 認知症の進行	○	○		○	○	
低栄養・体重減少		○		○		○
政策② 意欲低下		○				○
外出手段	○		○		○	
政策③ 社会交流少ない	○	○	○	○		
服薬管理	○			○		
独居・遠方家族			○	○	○	○
痛み・しびれ	○			○		
難聴		○				○ ₄₀

生活ニーズが分かってはじめて これまで見えていなかった「資源」が見えてくる

事例で磨かれた「勘」

昔カラオケが
好きだった

買い物したい
が、袋を持っ
て帰れない

送迎付きの
お出かけ先

自分で歩いて
行ける場

これ使えるかも



生活支援コーディネーター





目次

- 1 目指す姿を描く
- 2 個人の課題から地域の課題へ
- 3 あるものを活かす

総合事業開始後の支援イメージの変化

「卒業しなくてもいい」ふつうの暮らしに戻す支援

一時的な
活動追加

PLUS 集中介入期(非日常)

元気アップ集中リハビリ
(公的保険サービス・総合事業)



日常生活へ移行



BASIC 基本メニュー(日常)

- ・まちかど運動教室・サロン
- ・趣味のサークル、友人づきあい
- ・普段の家事等の役割
- ・市場サービスの利用
(フィットネスクラブ、ショッピング、娯楽、喫茶店、温泉、旅行)



以前の暮らし
普段していたこと
しなくなったこと

専門的支援Start

3~6Month

1Year

公的保険サービスと保険外サービスを当初から併用利用で支援開始
暮らしの場における外出を促すことで活動量を増やし、普通の暮らしへ戻していく

生活行為を獲得し日常の暮らしの場へ戻す



使える資源は地域に無数にある

公共関係	地域・NPO	協同組合	民間企業	
場所 集会所・公民館など 公園・池・史跡 ゴミ置場など	健康 地域の集い 老人クラブサークル	交流 空き家改修 地域拠点	食事 喫茶店・居酒屋・回転すし ファミレス・牛丼屋	宅配 弁当・すし・ピザ
健康 貸館施設の定期活動 まちかど運動教室	健康 ウォーキングG ノルディック 史跡巡り 朝のラジオ体操	健康 たまり場 サークル活動	食料品 コンビニ スーパー 八百屋 果物屋 菓子店 たまご・お米・牛乳屋	美容 理美容院 クリーニング屋
移動 市のバス停・ルート 福祉バス停・ルート	生活支援 自立生活支援 ボランティア	生活支援 おたがいさまシート くらしたすけあい	薬・生活用品 薬局・ドラッグストア めがね屋・補聴器 100円ショップ	趣味 楽器・カラオケ店 本・ビデオ・カメラ屋 花・ ペット屋
学び 出前講座	交流 各種地域イベント 夏・秋祭り、文化祭 おこしもん・餅つき	食事 けやきの森 地産地消食堂	健康・学び フィットネスクラブ スイミングスクール カルチャー教室 公文	生活支援 家事代行・便利屋 ゴミ処理 警備・見守り
お金 各課助成金 人材 シルバーセンター アクティブシニア	防災 避難所マップ 各区情報マップ	広報 健康のとも	移動 各民間バス停ルート タクシー会社料金表 セニアカー 自転車屋	その他 ゼンリン タウンページ 新聞店 文具屋

協同組合を核としたニーズと支援のマッチングのしくみ 豊明市おたがいさまセンター「ちゃっと」



南医療生活協同組合



事業内容

地域組織と一体となった「おたがいさま」の復活
サービスではなく住民の互助活動として展開
ちょっとした困りごとを住民が手助けする
「互助」のコーディネート（30分以内250円）

ちゃっとコーディネーター

6名

サポーター登録人数（令和4年4月末現在）

367名

活動状況（令和4年4月分）

利用者数 96名（延べ308名）※
活動サポーター 90名（延べ320名）

※参考

同月の要支援の従前相当訪問介護利用者数 76名



日常生活支援

調理



ごみ出し



掃除

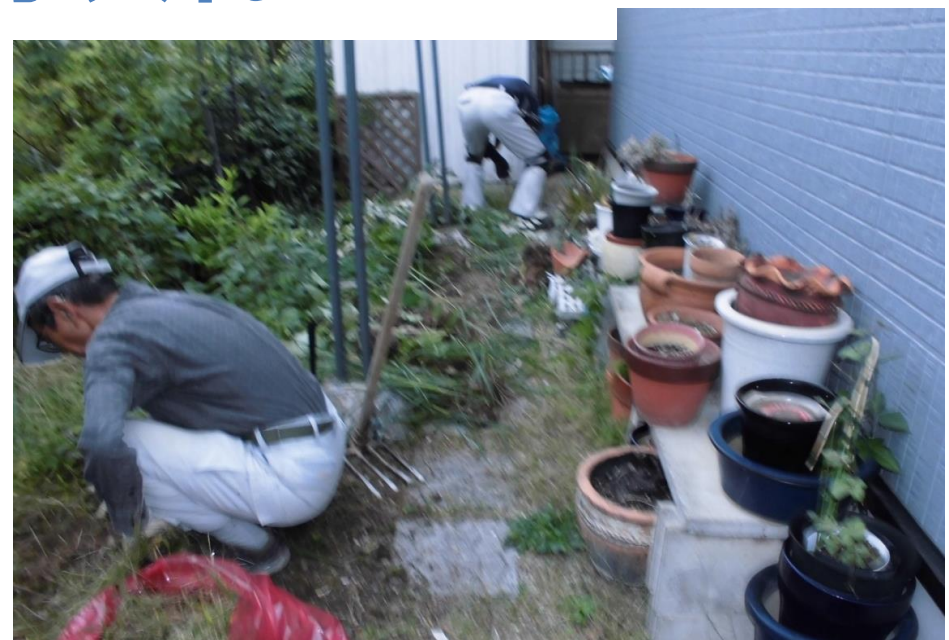
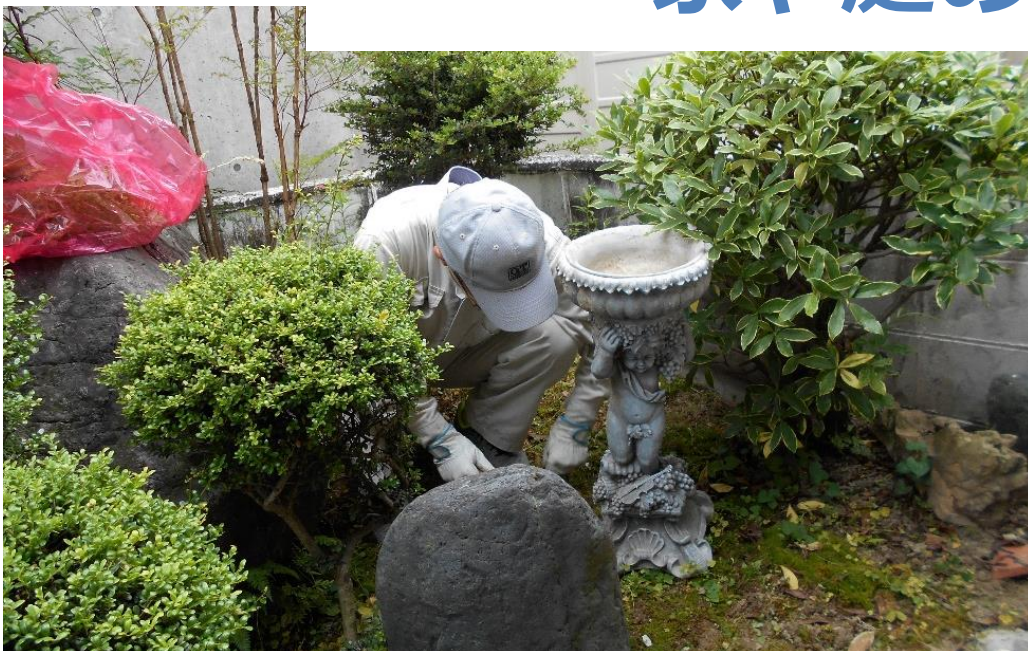


買い物





家や庭の手入れ



送迎を伴う生活支援

令和2年9月から、送迎を伴う生活支援として
通院同行、買い物等の支援を実施



地域包括ケア構築において陥りがちな失敗④

介護保険の受け皿として 住民主体の活動を利用しようとする

本来住民の意思による自治活動・互助活動
公的サービスの代替手段という意識では
住民の共感は得られない

どのようにしたら
支える人、支えられる人の役割が固定化せず
支援の循環（おたがいさま）は生まれるか

困りごとがある方



お手伝いできる方



協同組合を核としたニーズと支援のマッチングのしくみ 豊明市おたがいさまセンター「ちゃっと」



南医療生活協同組合



生活協同組合
コープあいち

事業内容

地域組織と一体となった「おたがいさま」の復活
サービスではなく住民の互助活動として展開
ちょっとした困りごとを住民が手助けする
「互助」のコーディネート（30分以内250円）

ちゃっとコーディネーター

6名

サポーター登録人数（令和4年10月末現在）

386名

活動状況（令和4年10月分）

利用者数 129名（延べ376名）※

活動サポーター 114名（延べ417名）

※参考

同月の要支援の従前相当訪問介護利用者数 72名



R3 おたがいさまセンターちゃっと 年間活動実績

活動時間 **3,414**件 延べ**3,314**時間

利用者

実人数**221**名

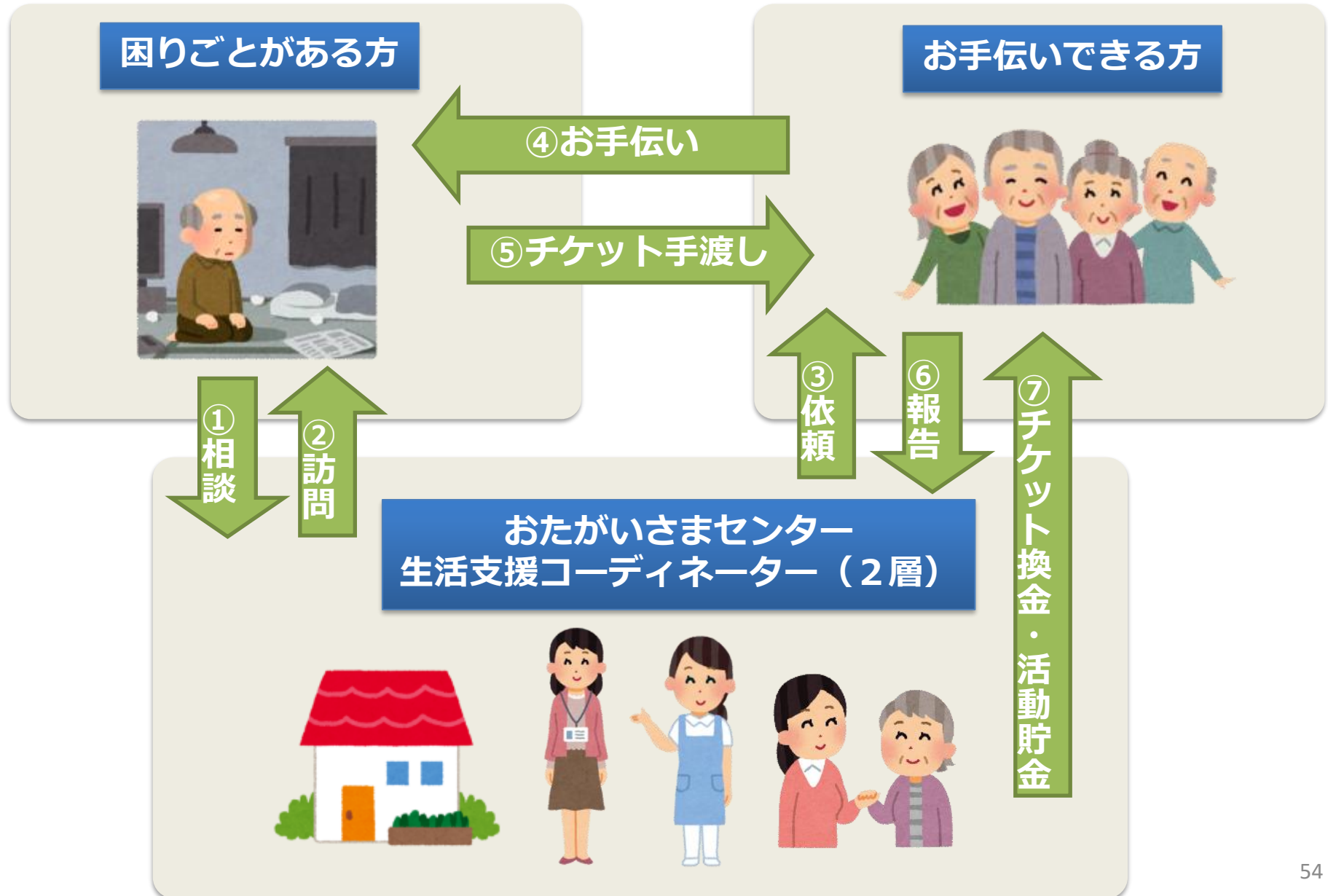
うち要介護認定者

148名(66.9%)

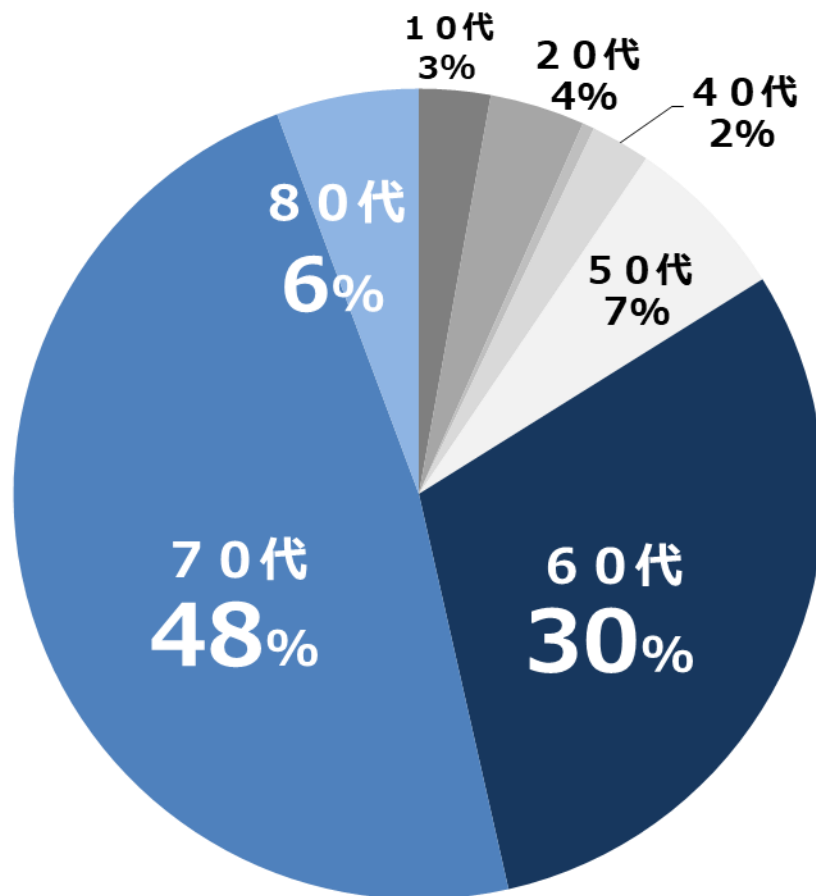
サポーター

登録**366**名

豊明市おたがいさまセンター「ちゃっと」のしくみ



サポーターの年齢構成からみる事業意義



サポーターの年齢構成
60歳以上が **8割** 強
他者の生活支援×自身の介護予防



各地区に出向いて実施する「おたがいさま講座」



こんなにあったのか！高齢者の困りごと おたがいさま活動の例

買い物

付き添い
代行



掃除・洗濯

換気扇、窓ふき
浴槽、トイレ
エアコン



ごみ出し

可燃、不燃
資源ごみ
仕分け
ごみ出し



食事の準備

下ごしらえ
調理
調理補助



庭・自宅まわり

草とり、水やり
庭木の簡単な枝落とし
観葉植物の株分け、
間引き
家庭菜園の作業補助



その他なんでも

敷物の交換
カーテンの取り付け
物置小屋の簡単な修理
突っ張り棒の取り付け
重い家具・荷物の移動
郵便物の投函代行
振込手続き
郵便物の仕分け
声かけ（服薬等）



外出同行

外出付き添い
通院同行
大学病院受診支援

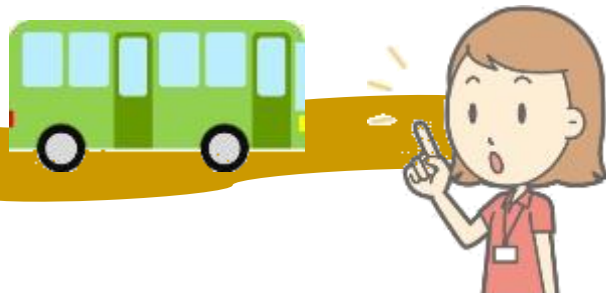


地域包括ケア構築において陥りがちな失敗⑤

ないものねだりに陥り
すでにあるものに気づかない

事業を実施するのではなく
高齢者の生活課題を解決するために
役立つもの（あるもの）を見つける

民間サービスの活用 of 取組のきっかけ①



市外温泉からの無料送迎バス



(株)ナカシロ



隣接市（名古屋市緑区）の複合温泉施設の送迎バスが、豊明市内の一部の地域を走っているのを職員が発見。しかし乗車率が非常に悪かった。



送迎バスがある民間施設は、高齢者が毎日外出できる場所になり得ると考え、すぐに市からアプローチ。バスの乗車率向上の協力(住民への周知)を申し入れた。



定例ミーティングを重ね、送迎バスのチラシ、販促用の割引チケット等を共同で制作。地域住民が集まる場で、職員が直接配布し、効果を検証した。



民間サービスの活用 of 取組のきっかけ②



買った商品を無料配送するスーパー



団地プロジェクトで、買い物は**自分の目で見て選びたい**が、買った商品を持って階段を昇ることが難しく、一度に**たくさん購入できない**というニーズを把握。

駅前に店舗を構えるコープに市からプロジェクト会議への参加を依頼。従来の個人宅配の使いにくさ等、高齢者のニーズを共に検討、**新たなサービスの検討を重ねる。**

店舗で購入した商品を無料で**その日のうちに配達**する「ふれあい便」をスタート。その後電話注文も対応。サービスを使った**買物方法を市がケアマネジャーや住民に周知し利用を促した。**





生活協同組合
コープあいち

ふれあい便

受付



セット



保冷



配送

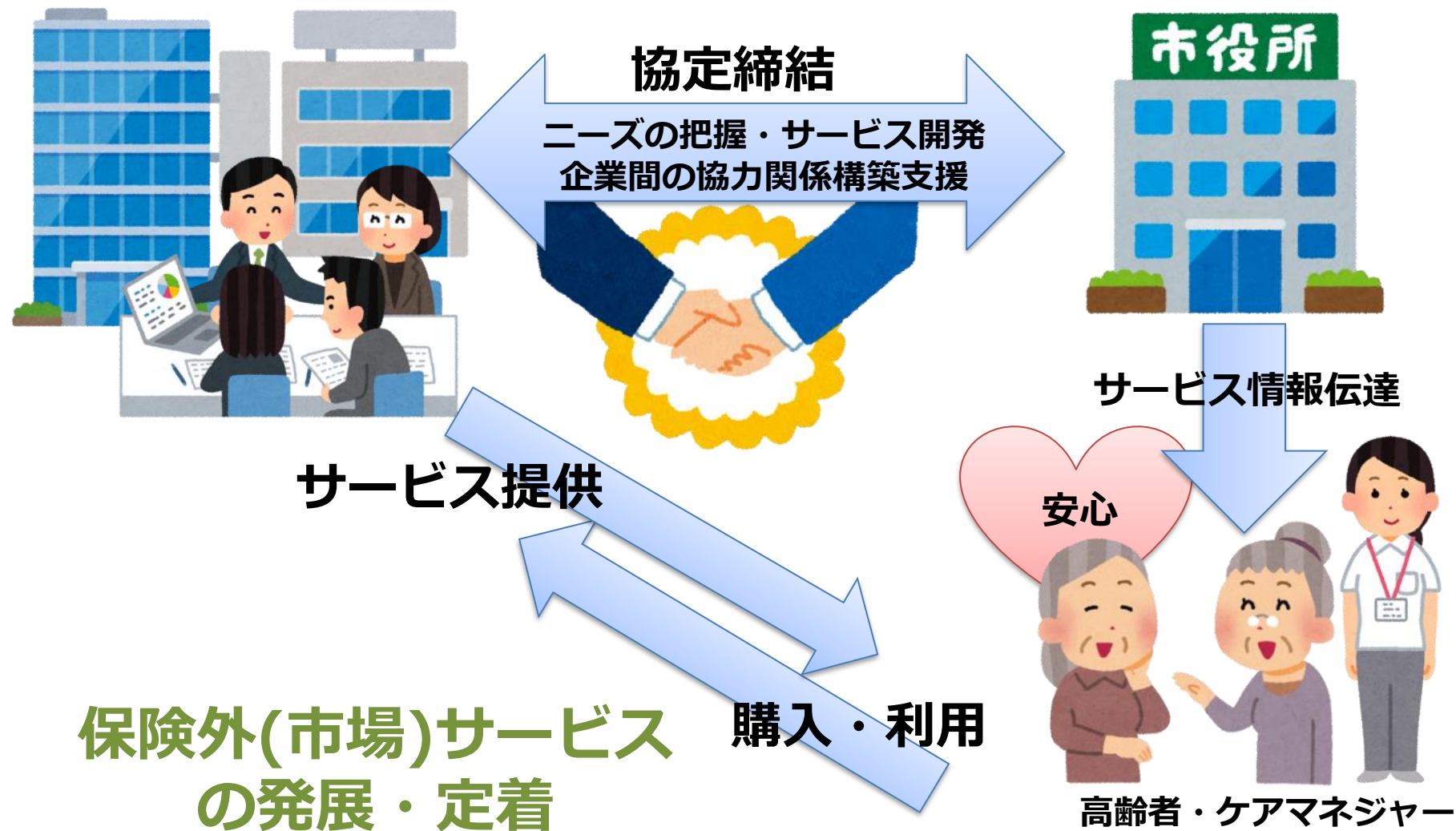


お届け



民間企業による 高齢者向けサービスの開発

自治体による サービス創出・活用支援



地域のあらゆる資源を活用した「通いの場」



無料送迎バスで天然温泉が通いの場
楽の湯みどり店(株)ナカシロ



高齢者が毎日通う喫茶店での見守り
市内70店以上の喫茶店



お寺のお堂で、男性が多く参加する健康麻雀
曹源寺



自動車販売店の商談スペースで毎日体操
名古屋トヨペット(株)豊明店

民間企業と連携し創り出す多様な「通いの場」



自動車販売店の商談スペースで毎日体操
名古屋トヨペット(株)豊明店



カラオケボックスを利用した体操教室
(株)東海第一興商



高齢者が毎日通う喫茶店での見守り
市内70店以上の喫茶店



専門職による健康チェックと体操で薬局を通いの場に
(株)スギ薬局 豊明三崎店・沓掛店

豊明市が目指す地域包括ケアの方向性



できるだけ本人の「ふつうに暮らせるしあわせ」を支える
そのために役立つものを見つける、探す、無ければ創り出す



多職種合同ケアカンファレンスから政策へ

見えてきた課題

利用者や家族が自立支援を理解してくれない

ケアマネのアセスメントの技量の差が大きい

訪問による栄養指改善指導をしてほしい

送迎つきで負荷が少ない運動の場が必要

送迎つきで、一人でも楽しめる外出先がないか
自分で買い物したいが、行き帰りが辛い

男性や知的な活動を好む方が
参加したくなる通いの場がない

連携強化

リハ職によるケアマネ同行訪問
(地域リハビリテーション活動支援事業)

他の職種が把握したい項目を網羅
した共通アセスメントシート作成

公的制度化

市町村特別給付の創設

送迎付き一般介護予防事業の創設

資源発掘

民間企業との連携
保険外サービスの創出・活用促進

健康麻雀、プレミアムサロン等

多職種合同ケアカンファレンスですべてがつながる

わがまちの
地域包括ケア
目指す方向の共有
(規範的統合)

高齢者の
生活課題の把握
(地域ケア会議)

専門性の技術移転
専門性の多角的向上
(医療介護連携)

多職種合同
ケアカンファレンス
(地域ケア個別会議)
の効果

制度の創出・修正
(政策立案)

自立支援型
ケアマネジメント
(総合事業)

足りない資源の気づき
(生活支援体制整備)

インフォーマル資源
の共有
(生活支援コーディネーター)

認知症の
アセスメント力向上
参加できる場の確保
(認知症地域支援)

地域包括ケアを創るための手順

資源・情報・力を集め

集約



地域へ広げ

分散



使いこなす

個別化

ケアの目的を共有
地域全体が同じベクトルへ



市民生活部 市民協働課 課長 松本小牧

E-mail : kyodo@city.toyoake.lg.jp

TEL : 0562-92-8306

豊明市新田町子持松1番地1

<https://www.city.toyoake.lg.jp/>

**地域づくり加速化事業
令和4年度 北海道ブロック別研修会**

住民主体の地域づくりについて

2023年1月26日（木）

**特定非営利活動法人 全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）
出版・販売グループ グループ長 宇城絵美**

NPO法人全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）とは

- 宮城県仙台市に本部のあるNPO法人です。
- 高齢者及び障害者、子どもなどが自立した生活を営むために必要な支援を実施する団体や、それらの団体のネットワーク組織を支援することにより、「だれもが地域で普通に」暮らし続けることのできる地域社会の実現を目指して、1999年夏に任意団体として設立、2001年2月以降はNPO法人として活動を行っています。
- セミナーや研修を担当する企画・事業グループ、厚生労働省などから委託を受けて地域づくりの研究を担う調査・研究グループ、書籍の編集・出版・販売を担当する出版・販売グループ、総務グループのほか、24時間365日断らない緊急一時受け入れ施設「ひなたぼっこ」の運営をしています。
- 当初は、高齢者ケアを担う職員や先駆的な実践のネットワークづくりに取り組んでいましたが、東日本大震災発災以降、被災地で活躍する支援員のスキルアップから、生活支援体制整備事業などをはじめとした地域づくりに携わる職員の方たちの学びの場の提供や、各地にお邪魔して地域のみなさんと一緒に、地域づくりと一緒に考える機会を多くいただいています。

簡単に自己紹介

- 宇城 絵美（うじょう えみ）と申します。
- 実家は栃木県宇都宮市。「宇城」は、広島出身の夫の姓です。
- 出版・販売グループ グループ長を拝命しています。
- 現在は、和歌山県（県生活支援専門アドバイザー）、沖縄県、長野県木曾町、愛知県一宮市、和歌山県みなべ町から生活支援体制整備事業の業務委託をいただき、定期的にお邪魔しています。
- コロナ下において、「つながりを切らない」情報・交流ネットワークを立ち上げ、ネットワーク発行の「つながる通信」を発行。コロナ下でもつながり続ける各地の工夫を80か所以上紹介しています。

2020年1月15日、国内最初の感染が伝えられて以降、
毎日毎日、新型コロナウイルスのニュースが放送され、
はや3年…

新型コロナウイルス感染症は「災害」

人の命や、**つながり** さえも奪う、
恐ろしい災害だと思うのです



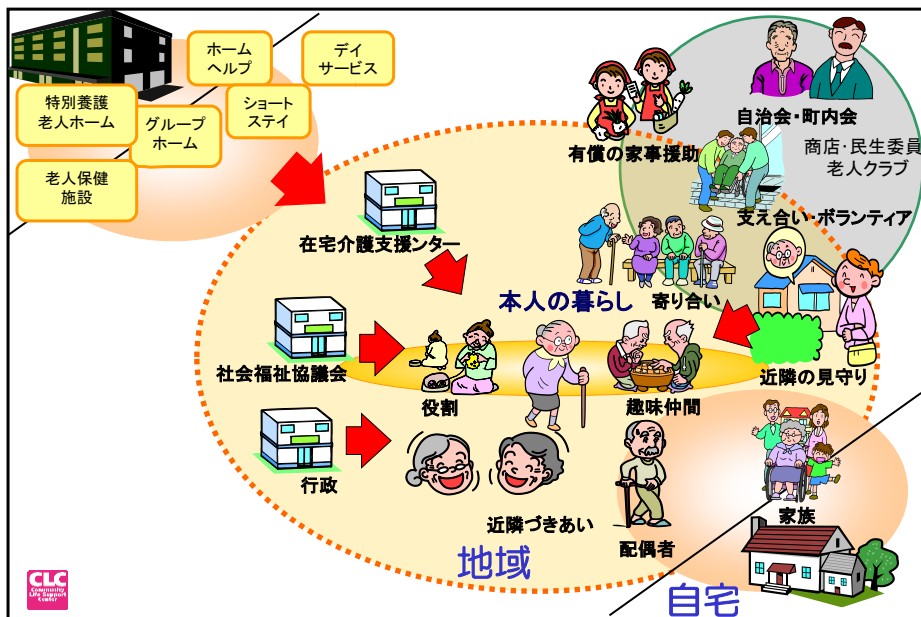
気づけば「つながりの貧困社会(関係性の貧困)」に?!

- **社会的孤立(無縁社会)・社会的排除** ⇒ 生活困窮者自立支援法(2015)
⇒ 単身化・「孤立する家族(個人)」増加 ⇒ コロナ禍・自殺増加→孤独・孤立対策担当大臣(2021)
- **(つながりの)断捨離** ⇒ 「孤立は万病のもと」つながりが切れるところから課題が拡大
―「年賀状じまい」やお中元お歳暮をやめるなどの「終活」、家族葬、
町内会・老人クラブ・子ども会などからの脱退・解散などなど…
…施設入所で「つながり」を終える関係
- **ひきこもり**(内閣府・中高年・半年以上状態推計61.3万人/2019、若者推計54.3万人)
(斎藤環筑波大学教授によれば20年後に1,000万人/AERA,2019.8.26,No.38)
「8050(問題)」→7040、→9060⇒7010、⇒805020、⇒80502001
- **つながり孤独** ⇒ ヤングケアラー実態調査(2018)、連携支援プロジェクトチーム(2021)
―「**つながっているのに孤独**」シェリー・タークル著(渡会圭子訳/ダイヤモンド社)
「**人間関係リセット症候群**」(テレビ朝日・羽鳥慎一モーニングショー/2021.12.21)
― **60年後の後期高齢者のつながりは…**(「スマホ持っている」小6・22%、中1・65%
70歳代・41%/NTTドコモ)

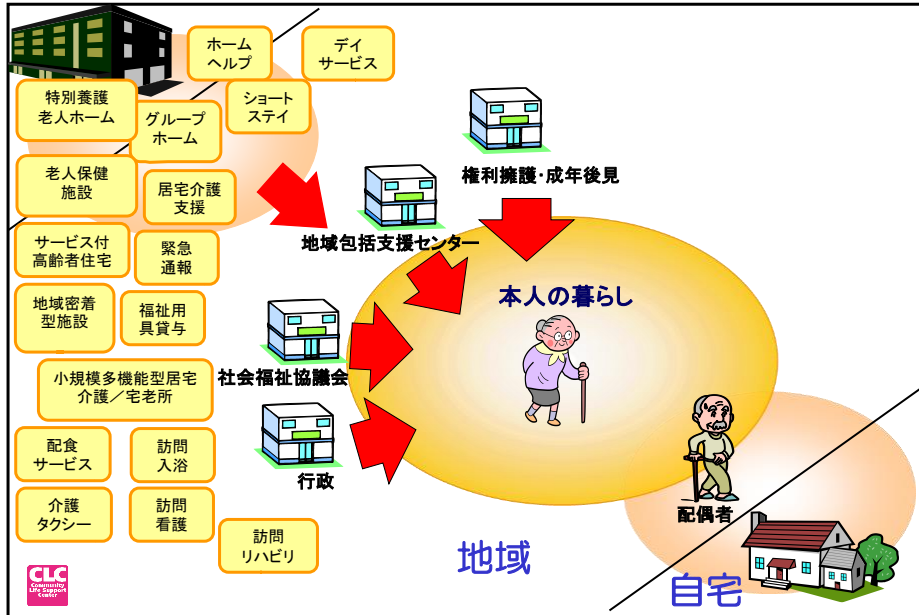
身近な地域での「つながり」が重要だ!と認識していても、
知らず識らずのうちに「つながり」が希薄になる暮らし方を選択!



「介護保険前『**本人と支え合う多様なつながり**』があった」

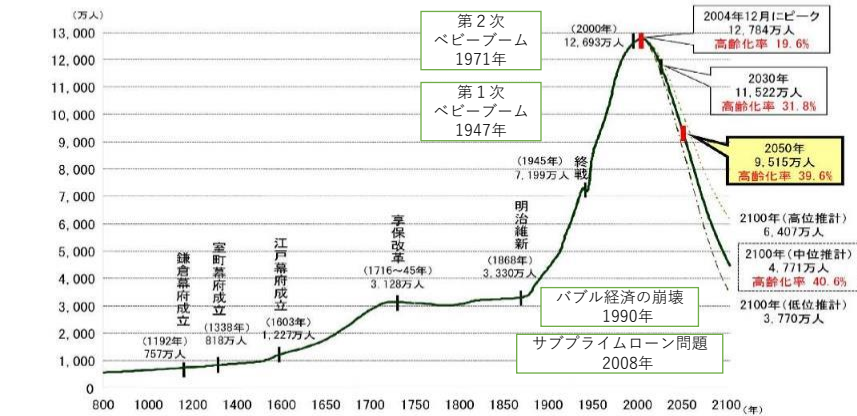


「介護保険制度の導入で『制度・サービス』は整ったけれど…」



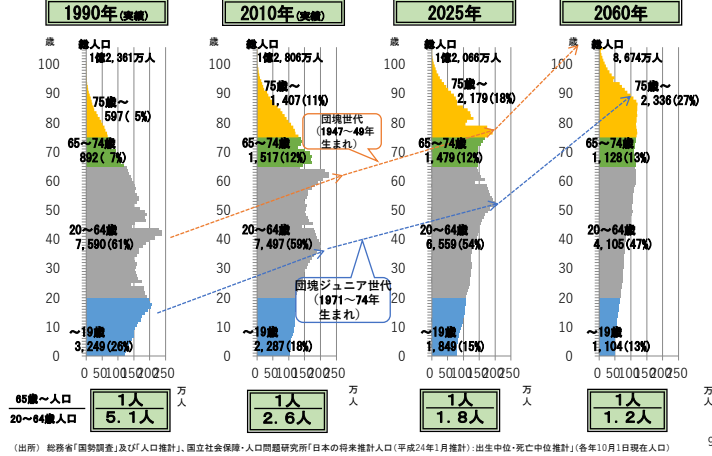
我が国における総人口の長期的推移

○ 我が国の総人口は、2004年をピークに、今後100年間で100年前（明治時代後半）の水準に戻っていく。この変化は、千年単位でみても類を見ない、極めて急激な減少。



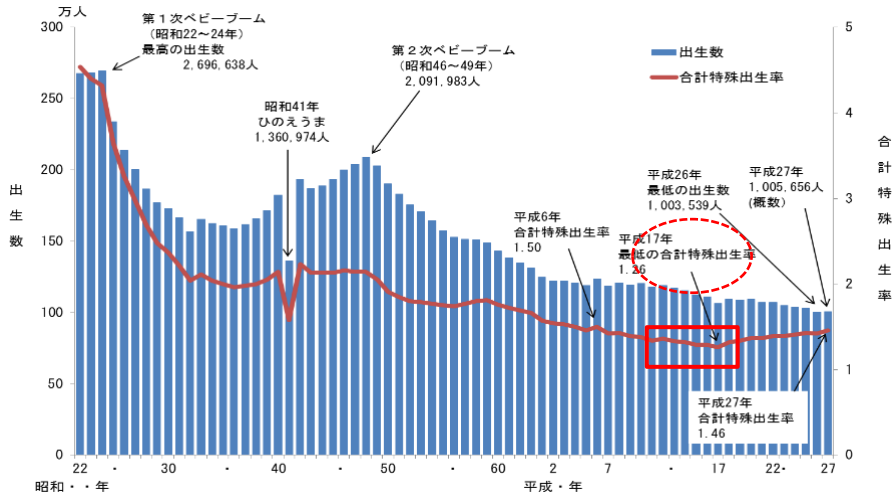
人口ピラミッドの変化（1990～2060年）

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

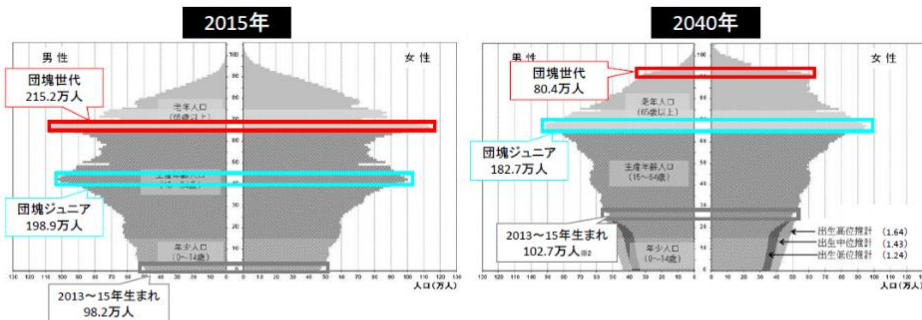


出生数及び合計特殊出生率の推移

- 出生数・出生率は、1970年代半ばから長期的に減少傾向。
- 合計特殊出生率は、人口置換水準(人口規模が維持される水準)の2.07を下回る状態が、1974年以降、40年以上続いている。



資料:厚生労働省「平成27年 人口動態統計月報年計」等



	出生数	2015年※1	2040年※1
団塊の世代 1947～49年生まれ	267.9万人 ～269.7万人	215.2万人 66～68歳	80.4万人 91～93歳
団塊ジュニア 1971～74年生まれ	200.1万人 ～209.2万人	198.9万人 41～44歳	182.7万人 66～69歳
【参考】 2013～15年生まれ	100.4万人 ～103.0万人	98.2万人 0～2歳	102.7万人※2 25～27歳

※1 2015年、2040年の各世代人口は各年齢の平均を記載。

※2 日本の将来推計人口は、国籍に関わらず日本に在住する総人口を推計の対象としており、国際人口移動率（差）を考慮して推計を算出している。

出典：出生数は厚生労働省「人口動態統計調査」から作成。
2015年、2040年人口は「日本の将来推計人口（平成25年度版）」（国立社会保障・人口問題研究所）から作成。

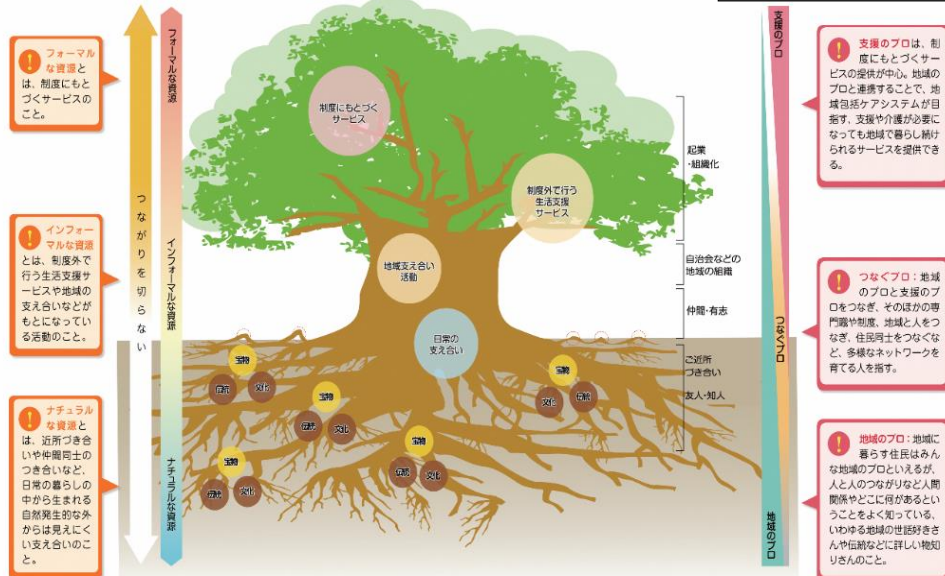
・「住民を、主体的に地域づくりに 参加させる方法を教えてください」

・地域は、そこに住まう「住民のもの」

「住民参加の○○」 → 専門職の地域参加
「住民を巻き込んで」 → 地域にまぜてもらおう

地域づくりの木

第5回 地域共生社会推進検討会
池田昌弘構成員 提出資料（抜粋）①



「宮城県高齢者保健福祉計画（第8期みやぎ高齢者元気プラン）（P49掲載図）」

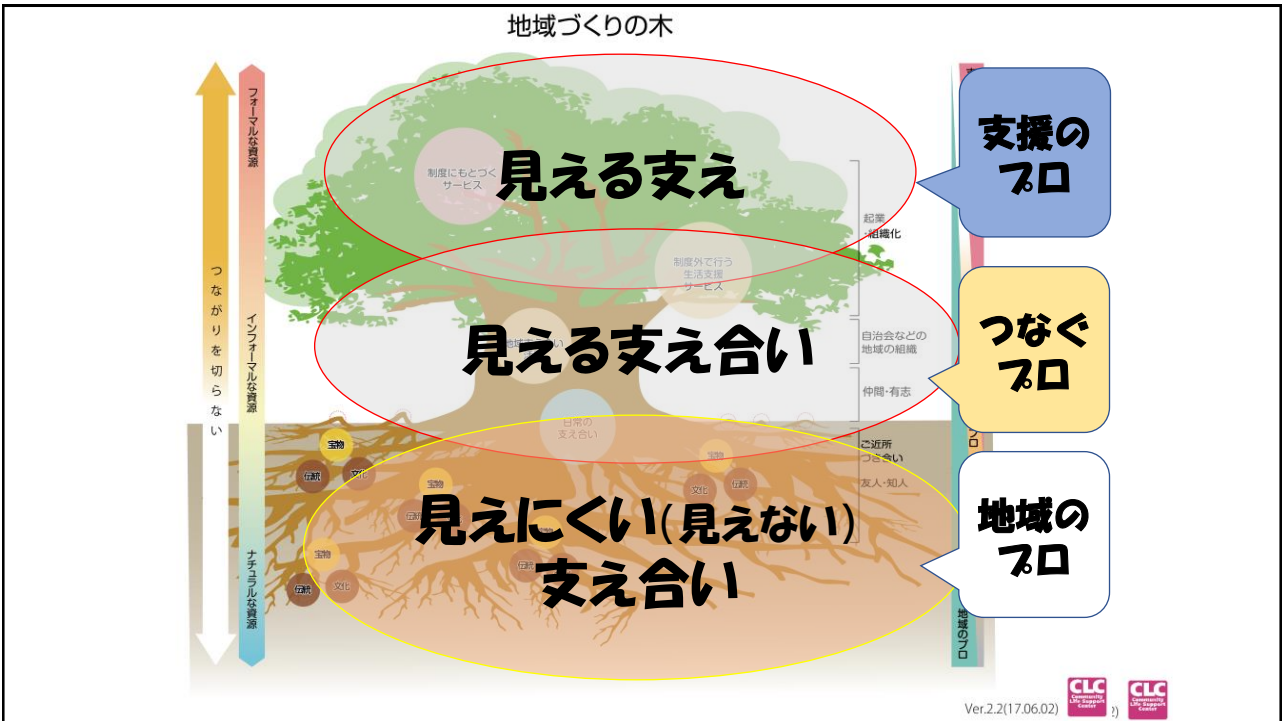
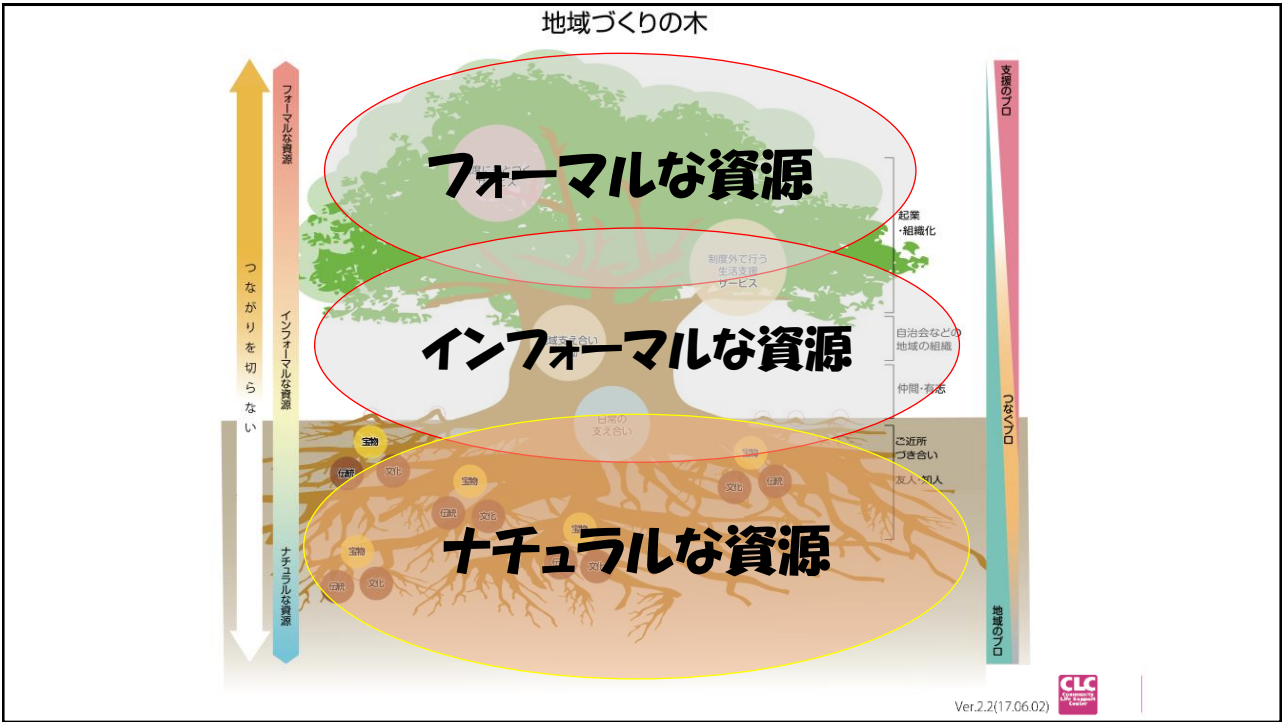


「地域住民同士のケア・支え合う関係」には、「インフォーマルな資源」と「ナチュラルな資源」があり、「ナチュラルな資源」の意識化が重要。

第5回
地域共生社会推進検討会
池田昌弘構成員
提出資料（抜粋）②

- ・ 地域基盤を維持強化していくためには、地域住民の支え合い（互助）をベースとした地域づくりを進めていくことが重要となる。
- ・ 「地域づくりの木」の図のとおり、地域を支える社会資源は、「枝葉」・「幹」・「根っこ」に分かれていて、それぞれフォーマルな資源（制度に基づくサービス）、インフォーマルな資源（制度外サービスや町内会やボランティアによる活動等）、ナチュラルな資源（近所づきあいや、そこから発展した日頃の生活の支え合い等）に分類される。
- ・ 地域づくりの木で、枝葉や幹が茂るには、根っこの部分が大きく広がり、枝葉や幹をしっかり支えていることが重要。ナチュラルな資源は、日常の営みとして、特段意識されずに行われていることが多いため、住民も専門職も、このたいせつさに気づかない場合が多い。
- ・ これを「地域のお宝」と呼び、地域づくりを進めるためには、地域の宝物を知ること、見つけ出すことから始め、これを見える化、見せる化し、住民相互で共有するプロセスを継続していくことが重要。
- ・ 地域づくりは、「地域のプロ」である住民と「支援のプロ」である専門職を、「つなぐプロ」である自治会長や民生委員等の地域のリーダーと生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）等がつなぎ、一緒になって進めるもの。
- ・ 高齢者が増え、介護保険や医療保険等が増加することで「枝葉」は大きくなり、一方で地域のつながりが弱くなって「根っこ」が縮小するとこの木は倒れるが、この木を倒さないようにするためにも「枝葉」は適切に伸ばし、「根っこ」は厚くしていくことが求められる。





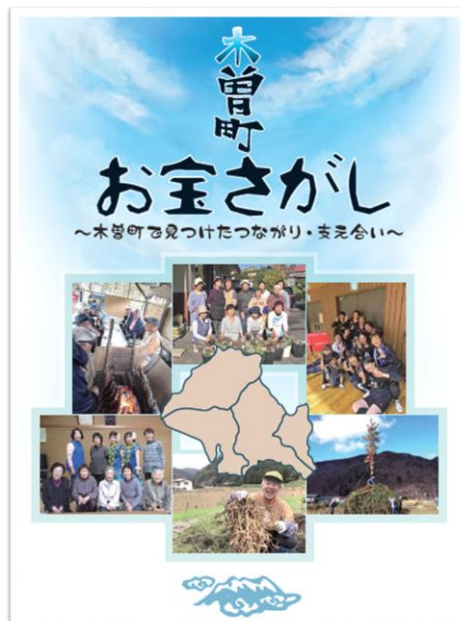
長野県木曽町

長野県南部

「日本で一番美しい村連合」
2005年に木曽福島町・日義村
・開田村・三岳村が合併発足。



人口
10,336人
世帯数
4,806世帯
(R4.4.1)
高齢化率
42%
(R2国勢調査)



木曽町における生活支援体制整備事業の変遷

- ・2016年、地域包括支援センターにSCを2人配置
- ・2018年より、CLCとともに地域の**お宝探し**を実施
地域住民に暮らしぶりを教えてもらいながら、地域のつながりを知る
- ・2019年、町社協にSCを3人配置
- ・2021年、地域包括支援センターに1人のSCを配置
- ・2021年、社協SCと商工会の
見守り協力体制の構築に向けた取り組みが始まる



私たちの視点

どこが気になる？どこに目がいく？

生活課題
地域課題

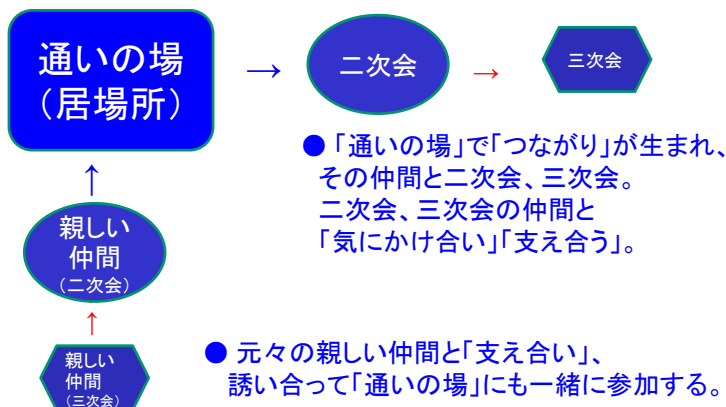
「課題」はくっきり見えるが、
「できていること」はぼんやりとしか見えない

しかし、「おおよそはできている」
暮らしの中にあること、地域のなかにあるもの



そのことを活かす、という視点がたいせつ。

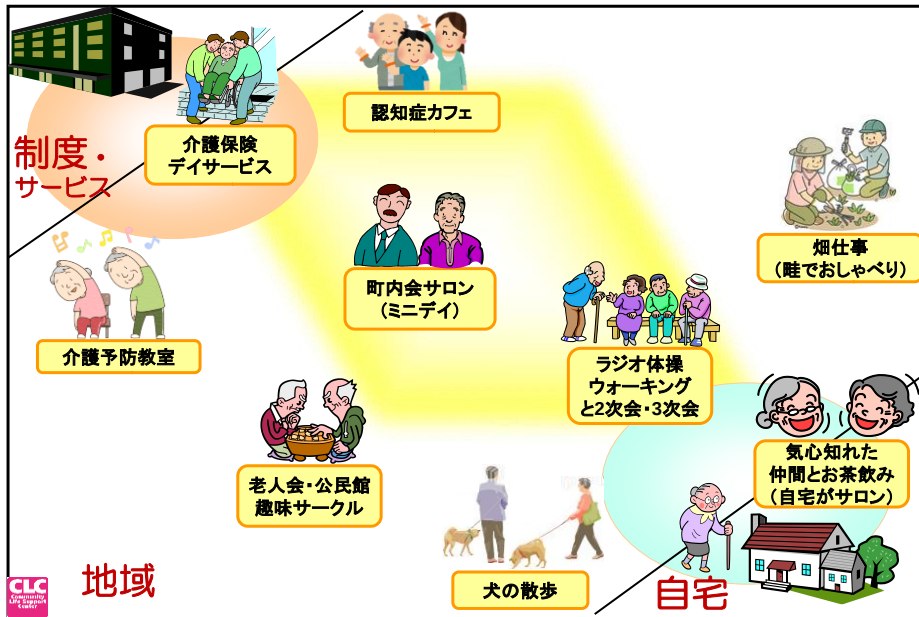
自治会等が主体となって開かれる「通いの場」は、
「孤立させない」「排除しない」「地域でみんな仲良く」など、
「つながる」きっかけの場となるが、
実際の「支え合い」は、0次会や二・三次会の仲間として！



「0次会」や「二・三次会」にこそ、目を向けてみる！



「通いの場」は多様、無数に存在する！



「通いの場」は多様、無数に存在する！

サロンや介護予防教室だけではない

- 自宅などでのお茶飲み(住み開き)
- 挨拶やその際のちょっとした立ち話
- グループでのラジオ体操、ウォーキング、犬の散歩
- 地域の小売店(移動販売)や飲食店(喫茶店)、理美容店、診療所など、スーパーマーケットでも
- 子ども会、女性会、自治会、老人会、消防団などと、その二次会、三次会、そのOB会
- 地域のお祭りとその準備のための寄り合い、練習など
- 子どもの同級生の親同士(ママ友・パパ友)など
- 居酒屋などの常連、銭湯など



「通いの場」を「何地区何か所で何回開催し何人参加した」という「数値」だけでなく、
「通いの場を通じてつながり、なんからの支え合いが広がった」という

「気にかかけ合う地域(地域のお宝)」の活動評価こそ重要！

人と人が「(顔を合わせる機会が増え)つながる」ことから、
「**気になる存在**」が生まれ、
それが「**気にかける仲**」となって、
ちょっと困ったことがあると、
「**支え合い(支えたり支えられたり)の関係**」へと
発展していく姿に気づく！



- ご近所(向こう三軒両隣)が気になる
 - いつも顔を合わせる仲間(サロン仲間・趣味仲間など)が気になる
 - 毎日のように電話で話す、ちょっと離れた友人・知人や子ども・孫が気になる
- ★(寝込んでいたら・・・、亡くなっていたら・・・、出火したら・・・と気になる
だから、「声がけ」や「おすそ分け」などで見守る)

★「支え合い」は、嫌いな人とは行われていない★
ーしかし、嫌いな人ほど、気になるもの！



**支え合いには「見える支え合い」と、
「(他者には)見えにくい支え合い」があって、**

(「自宅のなかに招き入れるような、気の置けない人」などとの)

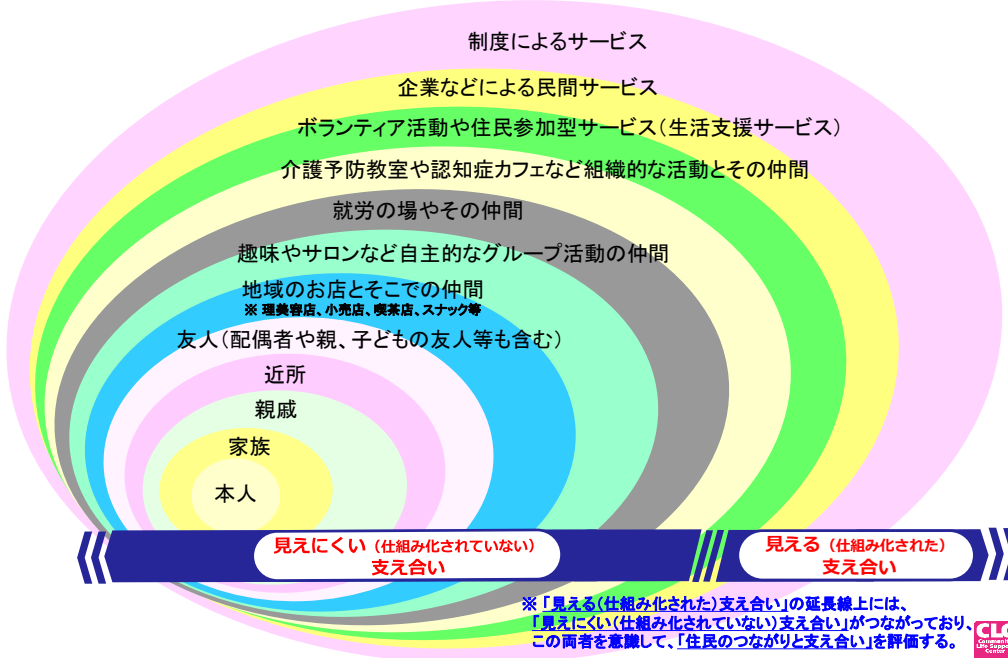
**「見えにくい支え合い」こそが
支え合いの基盤となっている！**



「見えにくい支え合い」は「支え合いがない」のではなく、
「見えない支え合い」を「見える化」して、
その意味や価値が認識できるようにすることがたいせつ！



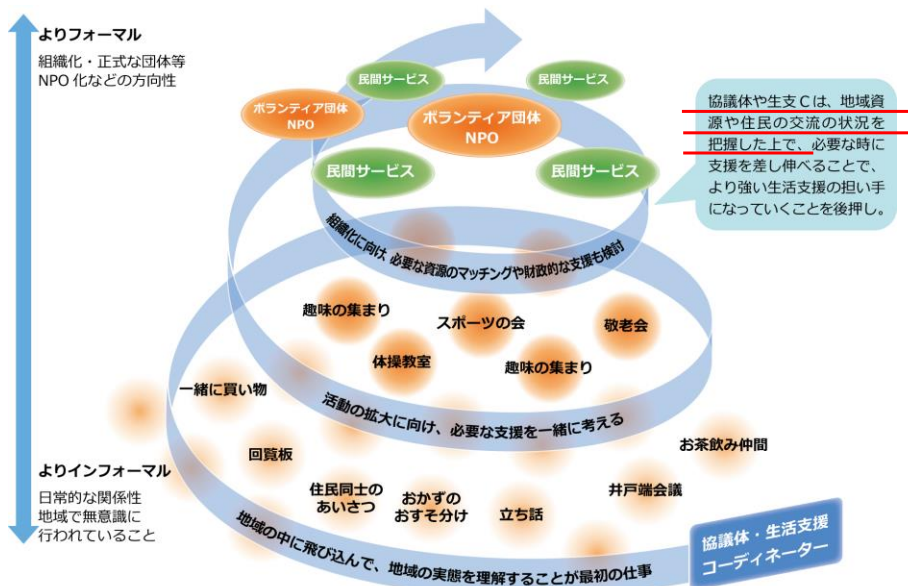
「支え合い」には、「見えるもの」と「見えにくいもの」がある！



IV 総合事業は地域づくりです

(参考) 三菱UFリサーチ&コンサルティング作成資料

地域で生活支援体制を構築していくために【総合事業における地域づくり②】



「課題探し」からの出発は、行き詰まる！

○ 「課題探し」は、その後に「課題解決」という流れがあり、住民にとっては、「やらされる恐怖」「やらされた体験」が先に立つ。

○ まずは、『できていること(あるもの)』を「見える化・見せる化」して、その「できていることの意味や価値をみんなで共有する」ことから始める。



「あるもの探し」と「あるもの紹介」は、住民の元気と意欲につながる！
専門職も住民の思いに気づいて、前向きになれる！
こうしたプロセスが、住民の主体形成へとつながる。



地域づくりのポイント

○ 「楽しいから参加するし、継続する！」

※ 「課題探しから始めない」「楽しいことのなかに課題解決も散りばめられている」

○ 「専門職も、暮らしにまぜてもらおう」

※ 「住民の気かけ合う関係を壊さない」「住民を巻き込むのではなく住民に巻き込まれる」

○ 「住民だけでなく専門職も楽しくないと続かない！」

※ 「専門職が楽しめないものは、住民も楽しくない」「課題探しは行き詰まる」

○ 「住民のできることを奪わない、じっくり待つ」

※ 「急かさない。急かすと、どうしたらいいかを専門職に委ねることにつながる」

○ 「『主役は住民』でないと意味がない」

※ 「主体はその地域に暮らす住民」「『住民主体でどうやらせるか!』の不思議」

※ 生活支援体制整備事業で訪問した地域で聞こえてきた住民の声

「役所や社協、包括の人たちがニコニコして地域にやってきましたら

気をつけろ!また何かやらされる話だぞ!」



ご清聴ありがとうございました。



本人の声を起点にした認知症施策の展開

スターチスの花言葉

「変わらぬ心」

「途絶えぬ記憶」

「永久不変」



御坊市市民福祉部介護福祉課 谷口泰之

御坊市について

- 紀伊半島海岸部のほぼ中央部
- 総面積：43,91km²
- 日高川を境に河北、中央、河南エリアに生活圏域
河北：地元の方と移住の方が混在。
中央：官公庁や商業施設が集中。
河南：農業や漁業が盛ん。2世帯同居が多く残る
- 昼夜間人口比率：115%



令和4年3月31日現在

総人口	65歳以上人口	高齢化率	日常生活圏域	認知症地域支援推進員
22,030人	7,233人	32.8%	6圏域	8人
要介護認定者数 (第1号被保険者)	認知症日常生活自立度Ⅱ以上	第8期介護保険料 基準額	地域包括支援センター数	
1,846人	1,094人	7,500円	1（直営）	

配置先は
・直営包括
・在宅介護支援
センター
・認知症デイ
・小規模多機能

認知症サポーターが
たくさんいるまち？

認知症カフェが
いっぱいあるまち？

認知症にやさしいまち
って、どんなまち？

誰も見守って
くれるまち？

“ならない”
予防を
推進するまち？

御坊市の認知症施策

本人の声に耳を傾け、本人の視点に立ち、
本人とともにこれからの暮らしを考える。
その先に、認知症になっても自分らしく暮
らせるまちをつくるのために、多くの仲間
（本人含め）と地域づくりに取り組む。

本人視点の重視

認知症の人の視点で 条例制定

市の責務と使命、そして理念を条例に

さまざまな場面で認知症の人たちが地域で活躍している。認知症にやさしいまちって何なのか？誰もがより良い暮らしができる地域をつくるという**市の責務と使命を表明するために条例をつくらう！**

認知症の人の視点で、ともにつくる！

なぜ、条例が必要なのか？

施策の内容は変化していくけど、
認知症の人の視点重視は
変わってはならない。

そのための「**エンブレム**」のようなもの。

御坊市認知症の人とともに築く 総活躍のまち条例

平成31年4月1日施行

条例の理念

市、市民、事業者及び関係機関は、次に掲げる基本理念に基づき、認知症の人が暮らしやすいまちづくりを推進するものとする。

①自分らしく

認知症になってからも希望と尊厳を保持し、自分らしい暮らしができること。

②いつまでも挑戦

認知症の人がその意思によりできることを安心かつ安全に行え、いつまでも新たなことに挑戦できること。

③それぞれが活躍

認知症の有無にかかわらず、全ての市民が暮らしやすいまちとなるためにそれぞれが活躍できること。

認知症の人の役割

条例に「認知症の人の役割」を明記

- 認知症の人は、暮らしやすいまちを築くために、**自らの希望、思い及び気づいたことを身近な人、市、関係機関等に発信する**ものとする。
- 認知症の人は、地域の一員として、**自らの意思により社会参加及び社会参画**するものとする。

「私たちが、言っているんだね。なんか、
色々とやりたいことが出てくるよ！」

認知症施策推進のための協議体に**認知症の人の参加**を位置づけ。

事業者の役割

- 事業者は、認知症の人が安心して自らの意思や力に応じて**働くことができるよう**、その人の特性に応じた配慮を行うよう努めるものとする。
- 事業者は、認知症とともに暮らしていくことに関する知識や対応力を深めるため、**従業員に対し必要な教育を実施**するよう努めるものとする。
- 事業者は、認知症の人が**暮らしにかかわる必要なサービスや支援を安心して利用できるよう環境の整備に努める**ものとする。

条例の基本理念を具現化するために

認知症施策推進基本計画

第5次御坊市総合計画とシームレスな連携で
10年後を見据えた長期的な視点で策定

御坊市第5次総合計画

R3年度

10年間の最上位計画

R13年度

高齢者福祉計画・介護保険事業計画

第8期

第9期

第10期

認知症施策推進基本計画

第1期

第2期

第3期

計画は

何のため？誰のため？

7つの指針

条例の基本理念を実現し、認知症の人もそうでない人も住み慣れた地域で希望を持って暮らすことができるために、認知症施策推進基本計画で7つの指針を示す。

最重要！

- ① 認知症・認知症の人への先入観の払拭
- ② 認知症の人を起点とした地域協働による「よりよい暮らし」の実現
- ③ 認知症の人にとっての暮らしやすさの向上（さまざまなバリアの解消）
- ④ 地域ぐるみの暮らしの支え合いの質の確保と向上
- ⑤ アクションプラン実施のためのフォーメーションづくり
- ⑥ 市民にわかりやすい情報発信
- ⑦ 柔軟な評価と実践

①認知症・認知症の人への先入観の払拭

先入観が払拭できれば
各取り組みが進展する

各取り組みが進展すれば
先入観が払拭できる

- ②認知症の人を起点とした地域協働による「よりよい暮らし」の実現
- ③認知症の人にとっての暮らしやすさの向上（さまざまなバリアの解消）
- ④地域ぐるみの暮らしの支え合いの質の確保と向上
- ⑤アクションプラン実施のためのフォーメーションづくり
- ⑥市民にわかりやすい情報発信
- ⑦柔軟な評価と実践

先入観の払拭のために「希望大使」誕生！



大使に任命された山際さん（前列左）と塩路さん（同右）

認知症と診断された後も希望を持ち自分らしく活躍している姿を発信し、認知症の人やこれから認知症になるかもしれない人たちに「希望のリレー」を繋げられるよう、山際裕三さん（82歳）と塩路京さん（95歳）を地域版認知症希望大使「**あがらの総活躍希望大使**」に任命しました。

※「あがら」は方言で、自分たちという意味

あからの総活躍希望大使任命証

塩路 京殿

あなたは認知症になっても自分らしく
いつまでも活躍できることを自ら実践し
認知症と診断された人や市民に対し
勇気と希望を与える活動をされており
これからもその希望のริレーを多くの方に
届けることを期待しここに

あからの総活躍希望大使に任命します

令和三年二月十七日

御坊市長 三浦源吾



現在、特技を活かしてシルバー人材センターで「筆耕」のお仕事をされています

「日々、自分らしく生きていく。つづけていこう、希望の道を。」

令和3年度認知症普及啓発事業メッセージ動画 厚生労働省



動画再生はこちらの2次元バーコードから



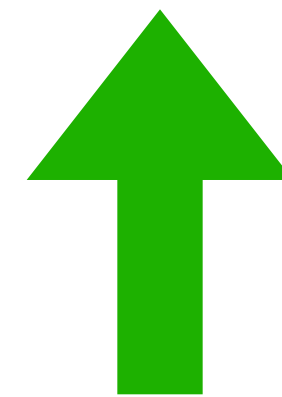
指針⑦柔軟な評価と実践

計画の評価と実践の目的

「オレンジ」に染まることで行政や推進員の自己満足にならないように・・・

数値目標や事業実績が評価の対象？

認知症の人、市民の誰にとっても暮らしやすいまちになっているか



「認知症の人の視点」で
評価をすることが重要

計画の実践・評価イメージ

総活躍のまちづくり



ともに地域づくり
日常的な評価

認知症コーディネーター会議

医療・介護・保健・行政等の立場で
情報共有や具体施策づくり

情報共有
相互の評価

認知症施策推進庁内連携会議

市役所内（出先含め）の各部署から1名
参加し全庁ワンチームでの連携体制づくり

持続発展的な 計画に

計画に基づき実施した
取り組みを報告

認知症施策推進協議体

認知症の人を含めたメンバーで構成し、
認知症の人にとって暮らしやすいまちに
なっているか評価し、必要な施策に
ついて協議する

協議体の評価から
施策の継続・発展・見直し

**条例・基本計画の「本人視点」を
意識して地域を見る**

事例①

買い物に関する
本人の気持ち

買い物での本人の気持ち

毎日買い物に行っているが、
いつもお札で支払い。
自宅には小銭がいっぱい。

レジで小銭を使えるように
店員が配慮するほうがいい？
「スローレジ」の設置??

本人は・・・

「後ろの人に迷惑かけるから」

「(レジ等) そんなことされたら恥ずかしいよ」

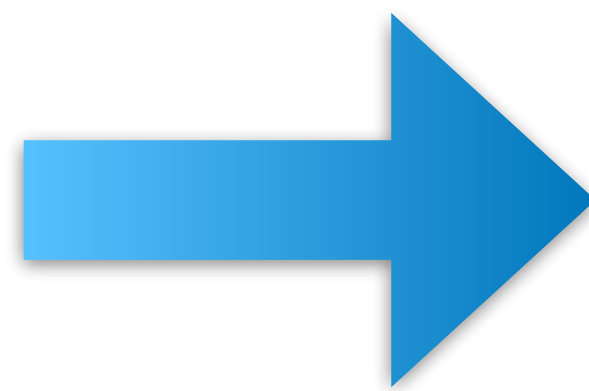


「恥ずかしいと思わない」 社会の実現が先か

今の認知症の人の暮らしなのか

本人の視点抜きに、まちづくりを先走ると

本人の自尊心を傷つきかねない



宅配弁当利用時に、小銭で支払い

本人：小銭を消費 宅配業者：お釣りの用意不要

課題として捉えるのではなく・・・

自宅に小銭がたくさんあることが強みになる！

事例②

認知症が進行しても
(周囲が) 諦めない関わり



市役所の公用車のブレーキランプが故障し、元バスの整備士が活躍

同行したGH職員

市役所からブレーキランプ取り替えの依頼があったとき、正直無理だと思いました。
でも、本人の作業している姿を見て、胸が熱くなりました。

本人が諦めているのではなく
周囲が諦める環境をつくっていないか

「できない」という先入観

認知症の人の視点で 街が変わっていく

事例③

スーパー銭湯の ボトル

ごぼうホッとサロン[🔥]

スーパー銭湯の事業者とともに本人が交流できる場を



みんなで食事しながら語り合う



職員も入浴、風呂上がりのひととき



風呂上がりの一杯

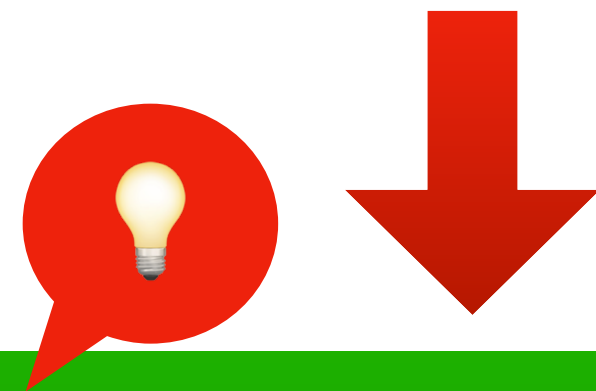


ひ孫と参加し、ゴロ寝

本人が気づき、そして活躍！

●本人が銭湯で

「シャンプーとか石鹸(ボディソープ)とか、どれがどれなのかわからへん。もっとわかりやすく"頭"、"体"、
みたいに書いてくれたら、間違わへんと思うよ」



その声を聞いた市職員が銭湯に伝える

●銭湯側

「実は、スタッフ間でも、お客様が容器を間違っているのを見て何か解決策がないのかと話していたのです。貴重なご意見ありがとうございます！」

目を凝らしてよく見ないと間違ってしまう



子どもから大人までわかりやすく！



スーパー銭湯動画

間違う人が激減！

認知症の人の視点から、**ユニバーサルデザイン**に！

©御坊市

事例④

郵便局だと
わかるデザイン

郵便局に行こうと思って道に迷っている人が・・・
「いつもと違う道から来てしまって、わからへん」



いつもの道から見ると郵便局がある！



迷った日は、こちらから見ていた・・・



なぜいつも行く郵便局がわからなかったのか？



「こうなればいいな！」
本人の声から、住みやすい地域を考える

市内の郵便局長と意見交換

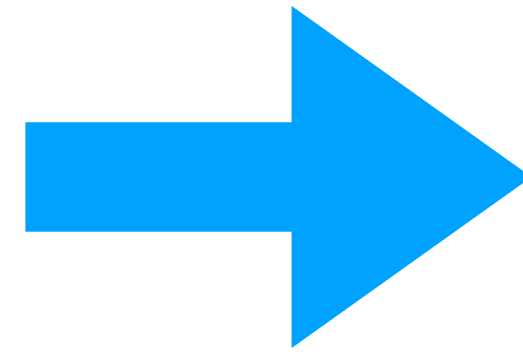
市内の郵便局と「高齢者等の見守り協力に関する協定」を締結していることもあり、懇談会の際に今回の事例を本人視点からの動画を見ていただきながら紹介。



郵便局側

確かにこれはわかりにくい。認知症の方だけじゃなくて、ドライバーにもテマークあるとわかりやすいね。持ち帰って検討します！

実現しました！！



後日、郵便局の人たちに聞いた話ですが・・・

あの本人視点の動画が
我々にとって気づくきっかけだった！

当事者の声を聞かなければ
わからなかった



郵便局動画

バリアフリーやユニバーサルデザインは 気がつけばいつの間にか街にあるもの



街の変化に意外と気づかない??

事例⑤

コロナ禍だからこそ
つながりを

コロナ禍だからこそそのアイデアで！

得意な楽器で地域に出て演奏をしていたのに、コロナ禍でその機会が激減。

こんなときだからこそ、オンラインで繋がるう！

推進員が趣味でやってる「リモートセッション」で、それぞれの演奏動画を集めて「希望のリレー楽団」結成！

演奏動画は右のコードを読み取りご覧ください。



日本認知症本人ワーキンググループ
YouTubeチャンネル



1人のピアノ演奏から始まり、全国各地の仲間につながる

皆さまへメッセージ

行政職員の立場上、「中立性」の視点から、1人の人の声を聞いたり支援をすることは「不公平だ」と言われることがあるかと思います。

でも、1人の人を支援しないということは、**誰1人支援できない**ことになります。1人の関わりから出てきた課題は、市民全体が抱えている課題かもしれません。それを市民全体で共有することが「公平」に繋がると思います。

私も同様の悩みを抱えたとき、上記の言葉のある地域の大先輩からアドバイスをいただき、この言葉をいつも思い出しながら今の自分があります。

ぜひ皆様も、ご無理なさらず、まずは目の前の1人の声を聞いてみることから始めてみましょう！

形を先につくるのではなく、
まずは本人の声を聞く。

その声からこの地域に何が
必要なのか検討する。

1人で頑張らず、仲間とともに。