



我がまちの地域包括ケア推進に向けた 地域づくりへの市町支援について

滋賀県健康医療福祉部
医療福祉推進課

本日本話すること

1. 滋賀県の在宅医療の現状
2. 滋賀県の地域包括ケアの推進に向けた地域づくりへの市町支援
3. 今後の取組



1. 滋賀県における在宅医療の現状

二次保健医療圏と高齢化率

5年後

区分	構成市町数	総人口(65歳以上)	高齢化率	2025年 高齢化率 推計
大津圏域	1市	342,034人(90,773人)	26.8%	28.5%
湖南圏域	4市	344,781人(74,365人)	21.9%	22.9%
甲賀圏域	2市	143,538人(38,300人)	26.8%	28.9%
東近江圏域	2市2町	227,134人(62,514人)	27.7%	28.9%
湖東圏域	1市4町	155,420人(39,870人)	25.9%	27.5%
湖北圏域	2市	152,002人(43,553人)	29.1%	29.8%
湖西圏域	1市	46,694人(16,723人)	35.9%	36.4%
全県域	13市6町	1,411,603人(366,098人)	26.2%	27.5%
* 75歳以上人口;183,381人 割合;13.1%				
全国(概算)		12,596万人(3,605万人)	28.6%	



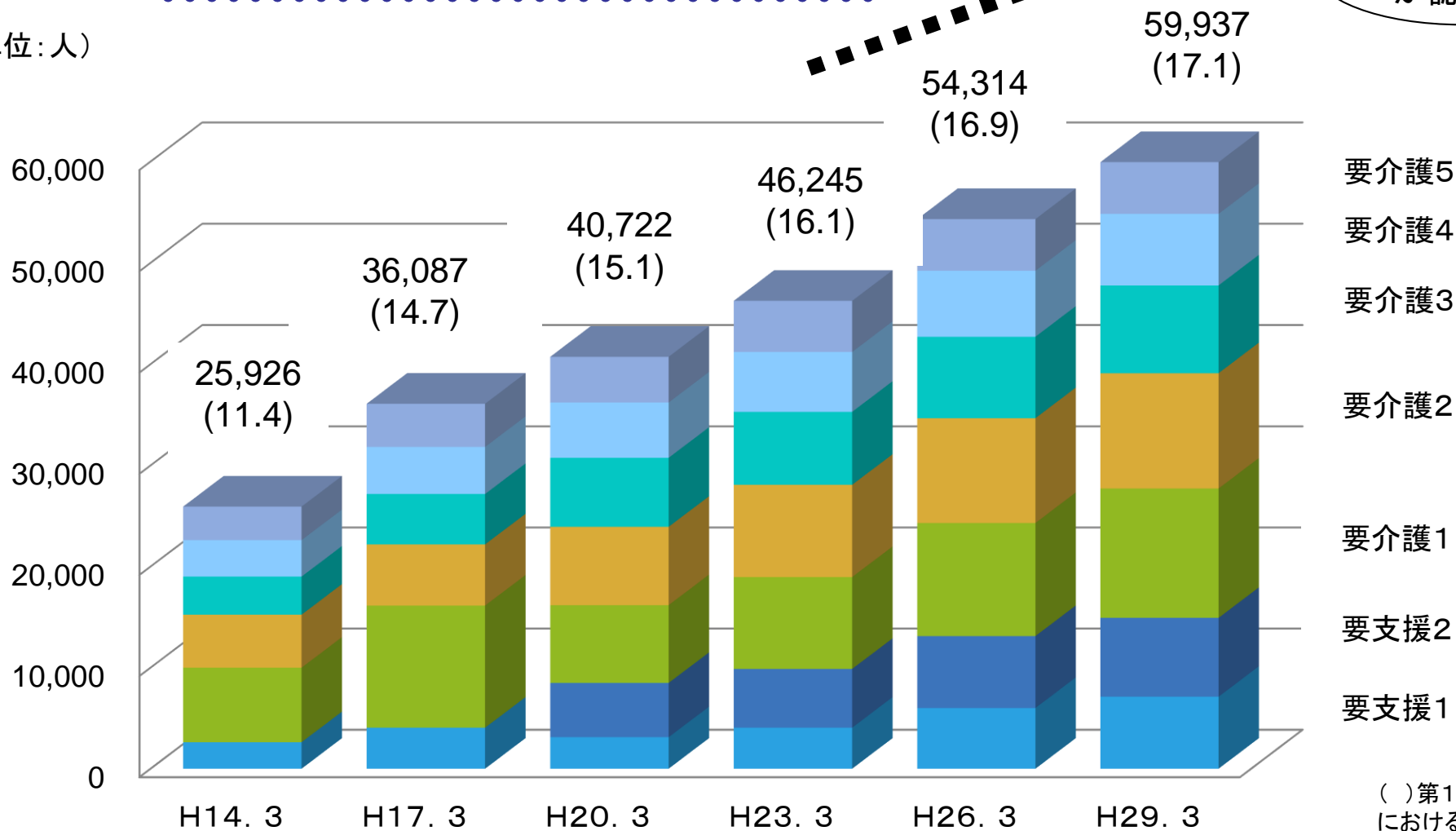
(令和2年(2020年)4月1日現在)

滋賀県における要介護度別認定者数⁵

6年間で約14,000人増え、今後も増加！！

約半数の方が認知症

(単位:人)

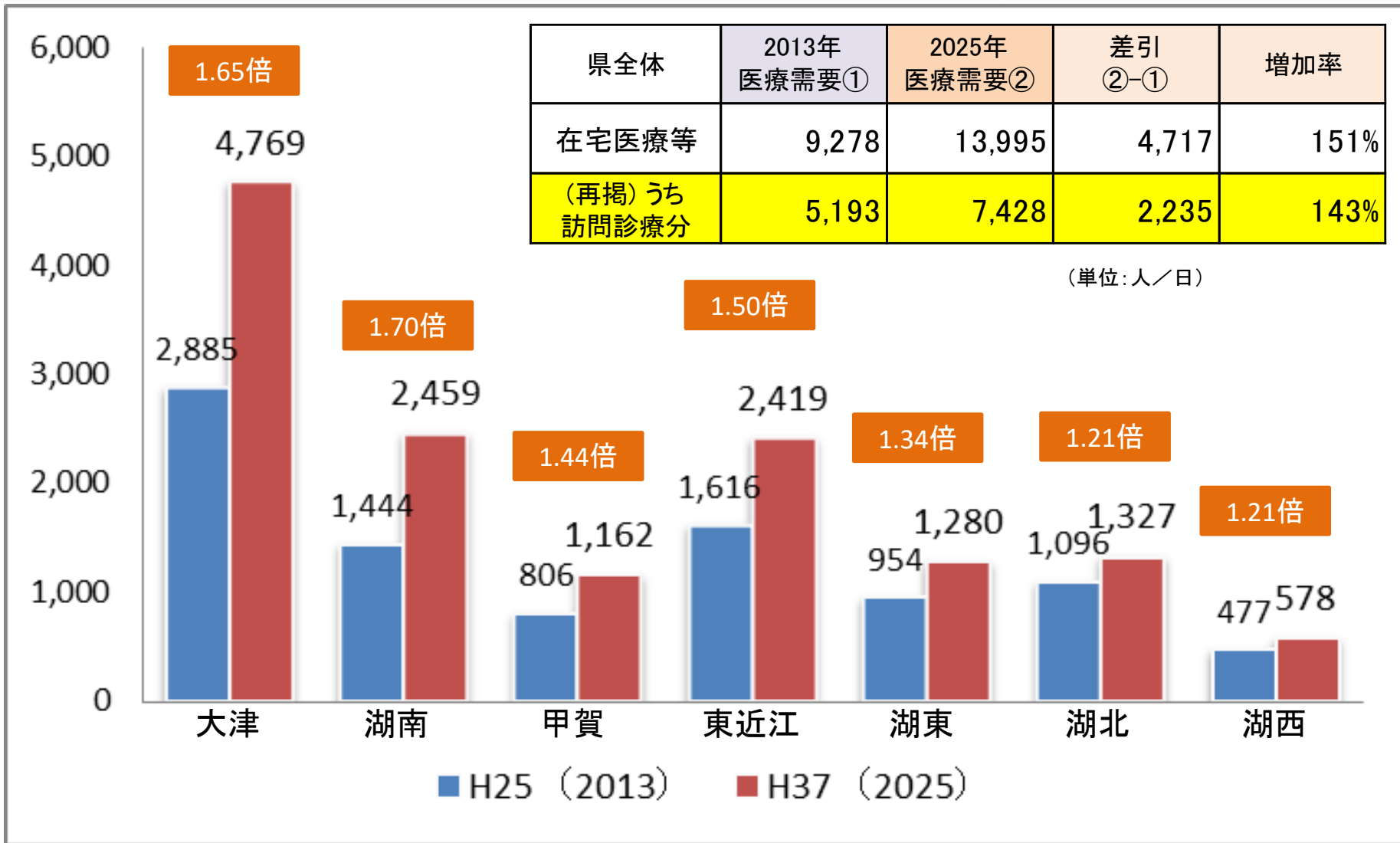


() 第1号被保険者
における認定率(%)

● 医療・介護の需要&供給

- * 医療介護需要増減予測
- * 医療介護供給状況
- * 県民意識調査の結果

在宅医療等 医療需要 – 「地域医療構想策定支援ツール」より

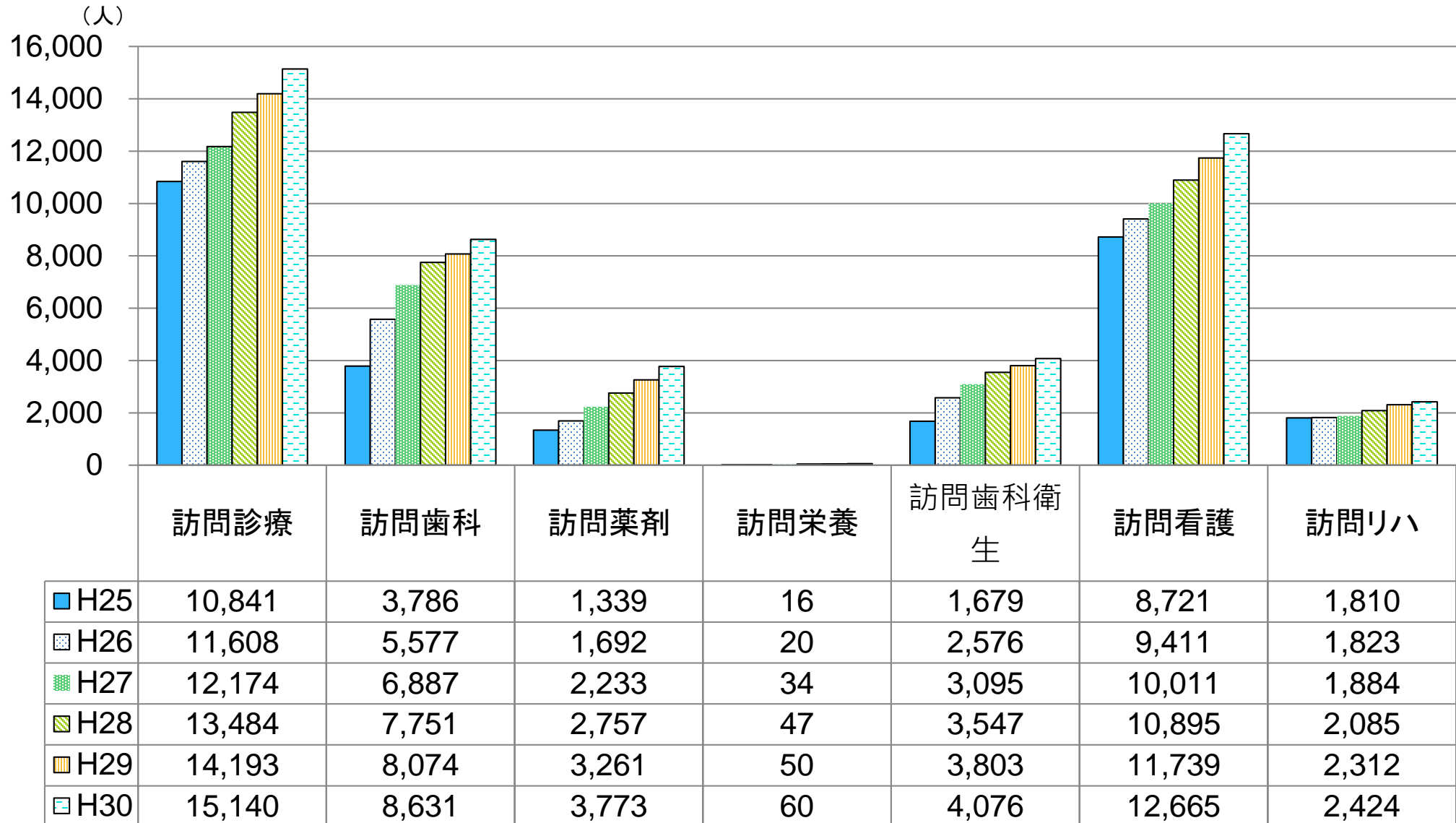


※在宅医療等の推計には以下の患者が含まれている

- 訪問診療を受けている患者
- 老健施設の入所者
- 療養病床入院患者のうち、医療区分1の70%および地域差解消分
- 一般病床入院患者のうち、医療資源投入量(患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値)175点未満の患者

※医療機関所在地ベース・慢性期パターンBによる推計

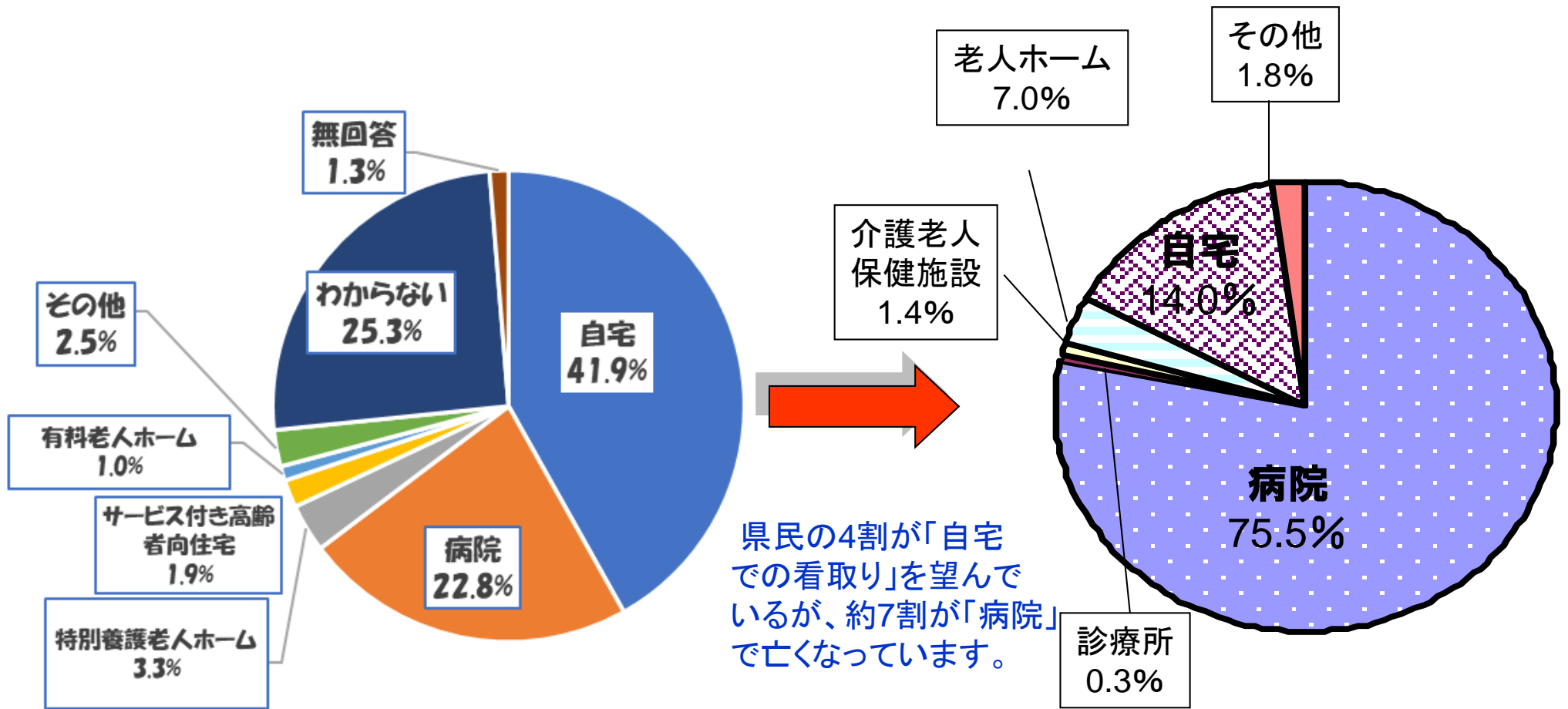
医療・介護保険の在宅医療関連サービス利用実人数 ～ 経年変化 ～



滋賀県民の看取り 理想と現実のギャップ⁹

どこで最期を迎えたいか？

実際に最期を迎える場所

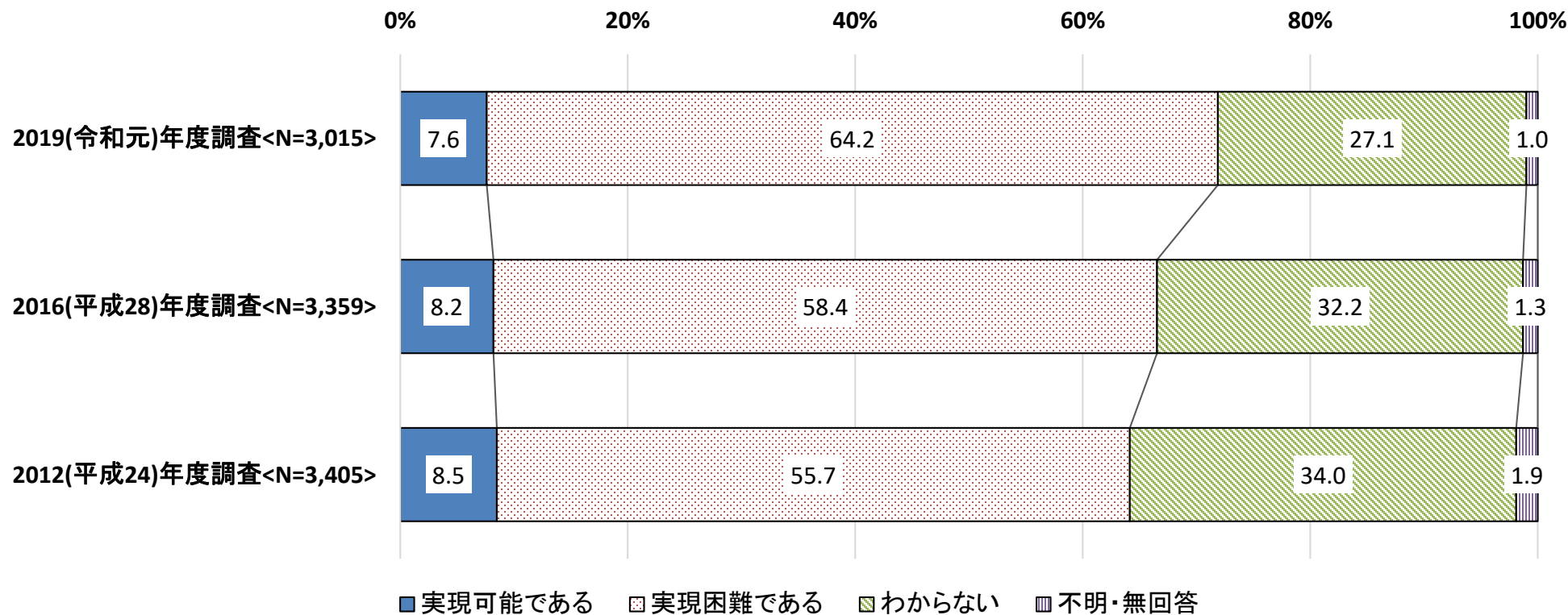


(左グラフ) 滋賀の医療福祉に関する県民意識調査(令和元年度)

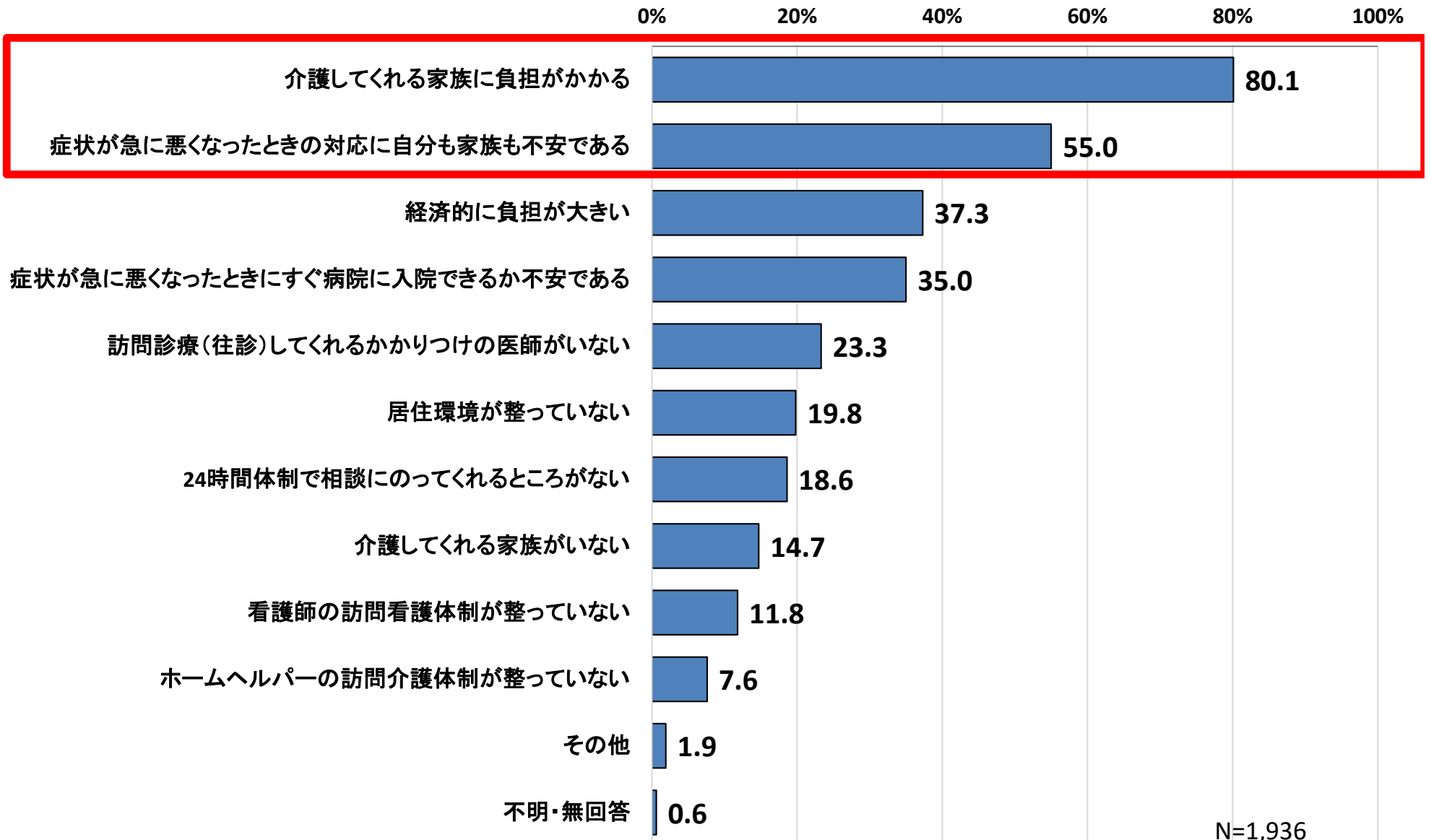
(右グラフ) 平成30年滋賀県死亡数(場所別)厚生労働省人口動態統計を元に作成

一方、自宅で最期まで療養するのは困難

- 自宅で最期まで療養できるかは、「実現困難である」が64.2%で、「実現可能である」の7.6%を上回っている。
- 平成28年度調査と比較すると、令和元年度調査では「実現困難である」と回答した割合は5.8ポイント増加している。



自宅療養が実現困難な理由



N=1,936
(複数回答)

2. 滋賀県の地域包括ケアの推進に向けた地域づくりへの市町支援

- 滋賀の在宅医療の推進
 - * 滋賀県における在宅医療推進のための基本方針
 - * 令和2年度在宅医療福祉推進にかかる施策

[第1版]平成20年7月

[第2版]平成25年3月

[第3版]平成30年3月

滋賀県における 在宅医療推進のための 基本方針

- 【内容】
- 1 滋賀県における在宅医療等の現状
 - 2 滋賀県における在宅医療の課題
 - 3 基本的な方向および目標、施策の内容
 - 4 推進体制と評価

滋賀県における在宅医療推進のための基本方針(第3版) 全体像

滋賀県保健医療計画

基本理念 目指す5つの姿

① 県民一人ひとりがそれぞれの地域で自分らしく健康的に暮らしている

② 高度・専門医療の充実により、効果的な医療サービスが提供されている

③ 医療機能の分化・連携が図られ、その人に応じた医療サービスが提供されている

④ 高度急性期から在宅医療・介護、そして看取りまで切れ目なくサービスが提供されている

⑤ これらのサービスの提供を支える地域の医療福祉の体制が整備されている

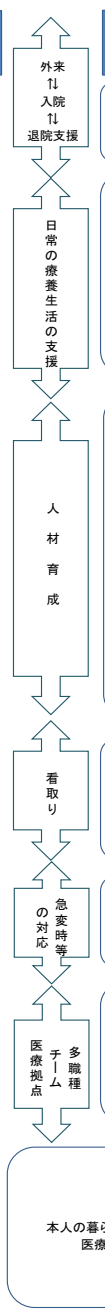
健康な生活を送るための医療福祉の推進と地域包括ケアシステムの深化

在宅医療の目指す姿

県内どこに住んでも、高齢になっても、病気になる時も、障害があっても、住み慣れた家庭や環境で生活を送ることができ、【QOLの維持・向上】

★ 馴染みの人に囲まれて最期を迎えることができる【QOLの実現】

県民の願いの実現



基本的な方向・目標

【1】 入院後在宅療養との切れ目のない円滑な連携の促進

【2】 在宅療養を支える医療資源の整備・充実とネットワーク活動の促進

【3】 新たな在宅ニーズに対応できる人材の育成とスキルアップの仕組みの構築

【4】 本人が望む場所での日常療養から人生の最終段階ケア、看取りが可能な体制の整備

【5】 病院の在宅医療バックアップ機能の推進

【6】 在宅療養を支える多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能の充実

【7】 本人の暮らしを中心に据えた医療福祉の推進

施策・取組み事項

A 病院における入退院支援機能の充実
イ 病院と在宅を繋ぐ入退院支援ルールの効果的運用
ウ 地域連携クリティカルパスの推進

A 在宅医療を担う診療所・歯科診療所を増やす
イ 地域看護力の強化
(在宅支援に関わる看護職の増加と専門機能の充実強化)
ウ 在宅医療を担う薬局を増やす
エ 在宅療養者の機能向上、自立に向けたリハビリテーションの提供
オ 在宅医療ニーズに応じたマネジメント能力を持つ介護支援専門員の増加
カ 生活資源としての医療・介護サービスの提供と充実
キ 関係者のネットワーク化を促進する
ク 認知症施策を推進する
ケ 訪問栄養指導を行う栄養士の確保と関係者への活動の周知

A 在宅医療に携わる医師、歯科医師の増加
イ かかりつけ医の確保・定着・育成支援
ウ 訪問看護の質と量の確保(機能強化、人材確保、キャリアアップ)
エ 診療所、介護施設看護師の実態把握と研修
オ 訪問看護師の実践力向上研修、特定行為を行う看護師の育成、医療的ケアを行う介護職員の養成
カ 介護支援専門員の医療的ケア知識向上研修
キ 歯科医師、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション専門員、歯科衛生士など関係機関・団体の一体的となった人材確保と育成
ク 在宅医療チームケア教育プログラム開発、研修
ケ 医療と介護の相互理解のためのOJT機能の充実
コ 地域の人、職種、機関、団体のコーディネート人材の育成
コ 地域リーダー活動のステップアップと継続
サ 認定・専門看護師や大学との協働による地域看護力向上研修、随時相談、現地指導の実施
シ 対応困難事例等、日常療養に関わる随時教育体制の確保

A 二次医療圏ごとに多職種協働による地域特性に応じた支援体制づくり
イ 医療福祉関係者に対する意思決定支援知識や技術の向上
ウ 施設介護職員の看取り介護技術向上や精神的負担軽減のための研修開催や情報交換の場の設定
エ 地域の医療人材・機関が介護施設での看取りに関する助言や支援ができる体制構築に向けた関係者間調整

A 急変・災害時に対応できるような個別計画を立てる
イ 施設-病院-診療所間連携や主治医-副主治医制によるレスパイト等の在宅医療後方支援体制の構築
ウ 24時間対応可能な連携体制づくり

A 地域医師会と市町との協働のもとで、各市町単位の在宅医療拠点を明確(役割、機能等)にする
イ 市町取組の把握と市町間の情報・意見交換の場の設定
ウ 医療福祉推進アドバイザー派遣による市町取組支援
エ 保健所を中心に、地域の医師会、関係機関・団体との連携体制づくり
オ ICTを活用した多職種・多機関情報連携の基盤づくり支援

A 住民自身が在宅医療、在宅看取りについて考えられる機会の提供(啓発)
イ 日常療養-急変時の行動など住民が具体的イメージを持って安心して療養できるよう、在宅医療チームによる支援を行う
ウ 地域の多職種による出前講座の開催など、必要時に住民が地域の多職種に相談できる関係性の構築の促進
エ かかりつけの医師、看護師、薬剤師等を住民が持つことの重要性の理解を推進する

推進体制(主として取組む機関・団体)

	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	介護士	福祉士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	市町行政	保健所
医師	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
歯科医師	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
薬剤師	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
看護師	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護士	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
福祉士	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
理学療法士	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
作業療法士	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
言語聴覚士	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
市町行政	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

評価の指標

ストラクチャー

項目(指標)	現年度	前年度	前々年度
訪問看護が提供されている病院	55	100%	100%
訪問看護-訪問診療が連携している病院	35	100%	100%
地域連携クリティカルパス実装病院	67%	70%	80%

在宅医療推進状況

項目(指標)	現年度	前年度	前々年度
訪問看護を行う病院数	9	10	12
訪問看護を行う診療所数	22	26	29
在宅医療後方支援施設数	8	7	7
在宅医療チーム診療所数	137	170	179
訪問看護を行う診療所数	332	370	414
在宅医療後方支援施設数	85	72	80
訪問看護診療所数	125	144	160
訪問看護スタッフ数	101	110	122
24時間対応型訪問看護ステーション数	90	92	102
地域連携型訪問看護ステーション数	4	7	7
柔軟な対応型訪問看護ステーション数	50	62	65
訪問看護診療所(増減)	607/6	662	735
訪問看護スタッフ数(増減)	664/8	675/9	90/9
在宅医療チーム数	23/3/1	40/6	30/3
在宅医療チーム数(増減)	3/7/6	0/6	1/6
在宅医療チーム数(増減)	117	164	167
介護福祉士との協働型訪問看護ステーション数	95/6	100/6	100/6
介護福祉士に関する意識調査の実施回数	1/0/0	1/2/0	1/0/0
認定看護師数	335		
在宅医療支援センター数			
医師・介護士連携コーディネーター数			
医師・介護士連携コーディネーター数			
多職種協働の集まりの回数	6/0/0		

評価の指標

プロセス

項目(指標)	現年度	前年度	前々年度
訪問看護が提供されている病院	55	100%	100%
訪問看護-訪問診療が連携している病院	35	100%	100%
地域連携クリティカルパス実装病院	67%	70%	80%

アウトカムの視点

【在宅医療周知度】

	H24	H28	増減
訪問介護	59.8%	60.3%	↑
訪問診療	54.5%	60.1%	↑
訪問看護	46.1%	47.8%	↑
訪問リハ	28.2%	27.1%	↓
訪問歯科	18.1%	23.4%	↑
訪問栄養	10.2%	12.9%	↑
訪問薬剤	8.2%	12.8%	↑

【希望する介護の場所】

	H24	H28	増減
自宅	35.5%	29.1%	↓
施設	19.3%	20.3%	↑
高齢者住宅	12.6%	11.6%	↓
病院	18.8%	9.8%	↓

【人生の最終段階で希望する療養場所等】

	H24	H28	増減
自宅を中心に必要時ケアを受けたい	67.3%	61.2%	↓
延命治療を望まない	51.3%	54.0%	↑
延命治療をどちらでも構わない	31.6%	29.0%	↓

【人生の最期を迎えたい場所】

	H24	H28	増減
自宅	48.0%	41.9%	↓
病院	22.6%	22.5%	↓
介護老人保健施設	1.8%	1.8%	↑
特別養護老人ホーム	1.9%	5.1%	↑

【自宅で最後まで療養できるか】

	H24	H28	増減
実現可能	8.5%	8.2%	↓
実現困難	55.7%	58.4%	↑
わからない	34.0%	32.2%	↓

在宅(自宅+老人ホーム)実用数

項目(指標)	現年度	前年度	前々年度
在宅(自宅+老人ホーム)実用数	2,474	2,351	2,823
	19.8%	23.5%	28.2%

【高齢期の生活への思い】

	H24	H28	増減
不安をおおいに感じる	33.5%	40.0%	↑
多少感じている	44.7%	43.1%	↓
あまり感じない	17.5%	12.5%	↓

【不安の内容】

	H24	H28	増減
自分の健康	68.9%	74.2%	↑
年金・介護・看護などの社会保障	70.8%	72.5%	↑
税金や社会保険料の負担	48.6%	52.0%	↑

【かかりつけ医を決めている】

	H24	H28	増減
決めている	76.4%	75.7%	↓

【エンディングノートの周知度】

	H24	H28	増減
既に書いています	3.6%	4.2%	↑
いずれ書くつもり	49.0%	42.0%	↓
書くつもりはない	12.0%	13.8%	↑
考えていない	34.2%	38.9%	↑

【シート作成】

	H24	H28	増減
既に書いています	3.6%	4.2%	↑
いずれ書くつもり	49.0%	42.0%	↓
書くつもりはない	12.0%	13.8%	↑
考えていない	34.2%	38.9%	↑

人材育成*多職種チーム医療拠点

日常の療養支援 → 生活を分断しないケア → 看取り

入退院QOL支援 → QOL変時の対応

令和2年度在宅医療福祉推進にかかる施策(医療福祉推進課分)

「マイペースで
気楽な生活」が
できるという
ことですよ。

「自分らしい
生活」って
何ですか？



- 県内のどこに住んでいても、高齢になっても、障害があっても、
- ★「住み慣れた家庭や環境で自分らしい生活を送ることができる。【QOLの維持・向上】
 - ★「なじみの人に囲まれて最期を迎えることができる。【QODの実現】

目指す姿

【外来 ⇄ 入院 ⇄ 退院支援】

1. 入退院と在宅療養の切れ目のない円滑な連携の促進

- 病院における入退院支援機能の強化・充実
- 病院と在宅をつなぐ入退院支援ルーラーの効果的運用
- 地域連携クリティカルパスの推進



【日常の療養生活支援】

2. 在宅療養を支援する医療資源の整備・充実とネットワーク活動の促進

- 在宅療養支援診療所の整備・充実
- 在宅療養支援病院等の整備・活動支援
- 訪問看護ステーションの開設・運営相談、機能強化
- 訪問看護支援センターの運営支援
- **市町が実施する在宅医療・介護連携事業に対する支援(医療福祉推進アドバイザーの派遣、多職種・多機関連携を推進するための研修・情報交換会の開催など)**
- 高齢者の生活機能の回復を促す排泄支援のモデル実践・排尿管理実践力向上人材育成
- 病診連携、診診連携による訪問診療体制を強化するモデル実施



【看取り】

4. 本人が望む場所での日常療養から人生の最期の段階におけるケア、看取りが可能な体制の整備

- 二次保健医療圏域での多職種連携による意思決定支援等の体制づくり
- 医療福祉関係者を対象とした意思決定支援にかかる研修
- 介護職員看取り介護技術向上研修
- 施設看取りに対する訪問看護師等の相談・協力体制の構築
- 医療福祉・在宅看取りの推進に向けた県民啓発活動の実施

【急変時】

5. 病院の在宅医療バックアップ機能の推進

- 二次保健医療圏域での職種連携による支援体制づくり(再掲)
- 在宅療養支援病院等の整備・活動支援(再掲)

【人材育成】

3. 新たな在宅医療ニーズに対応できる専門職人材の育成とスキルアップの仕組みの構築

- 在宅チーム医療に取り組む医師の確保・育成(在宅医療セミナー、訪問診療体験、総合診療医の養成プログラムへの支援)
- 訪問看護支援センターの運営支援(再掲)
- 訪問看護師の確保・キャリアアップ(新卒訪問看護師定着支援、ステップアップ研修、圏域単位での看護実践力向上研修、認定看護師資格取得支援)
- 介護施設看護師を対象にしたスキルアップ研修
- 病院看護師の訪問看護体験研修
- 医療的ケアができる介護職員の養成
- 在宅医療推進サポート事業(チームケア教育の開発検討、多職種連携共通人材育成研修など)
- 介護事業所へのリハビリテーション専門職派遣による介護職のスキルアップ
- 利用者等からのハラスメントや暴力行為への対応マニュアルを活用した研修、事例相談の実施
- 病院看護師の訪問看護ステーションへの派遣・出向事業

【多職種・多機関連携の推進】

6. 在宅療養を支援する多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能の充実

- 在宅医療・介護連携をコーディネートできる人材の育成
- **地域包括ケアの推進・深化に向けた各市町の取組支援(多職種・多機関連携を推進するための研修・情報交換会の開催(再掲)、医療福祉推進アドバイザーの派遣(再掲)、データを活用した地域分析等支援事業、生活支援体制の整備など)**
- 介護予防のための地域ケア個別会議の実践支援(県健康福祉事務所やリハビリテーションセンターの専門職の参画など)
- 介護予防にかかる市町の地域マネジメント力向上支援
- 二次保健医療圏域での職種連携による支援体制づくり(再掲)
- 退院支援・地域医療連携モデル拠点の整備

【県民意識の醸成】

7. 本人の暮らしを中心に据えた医療福祉の推進

- 住民自身が在宅医療、在宅看取りについて考えられる機会の提供や情報発信
- 多職種・多機関の連携による在宅医療・介護を実践していくための勉強会や研修会の開催
- 「滋賀の医療福祉を守り育てる月間」(11月)における関係機関・団体等と連携した広報・啓発活動の実施

※下線の項目はR2からの新たな取組

滋賀県在宅医療等推進協議会による施策の推進・進捗管理



地域包括ケアの推進に向けた地域マネジメント

自治体における地域マネジメント

重要

理念

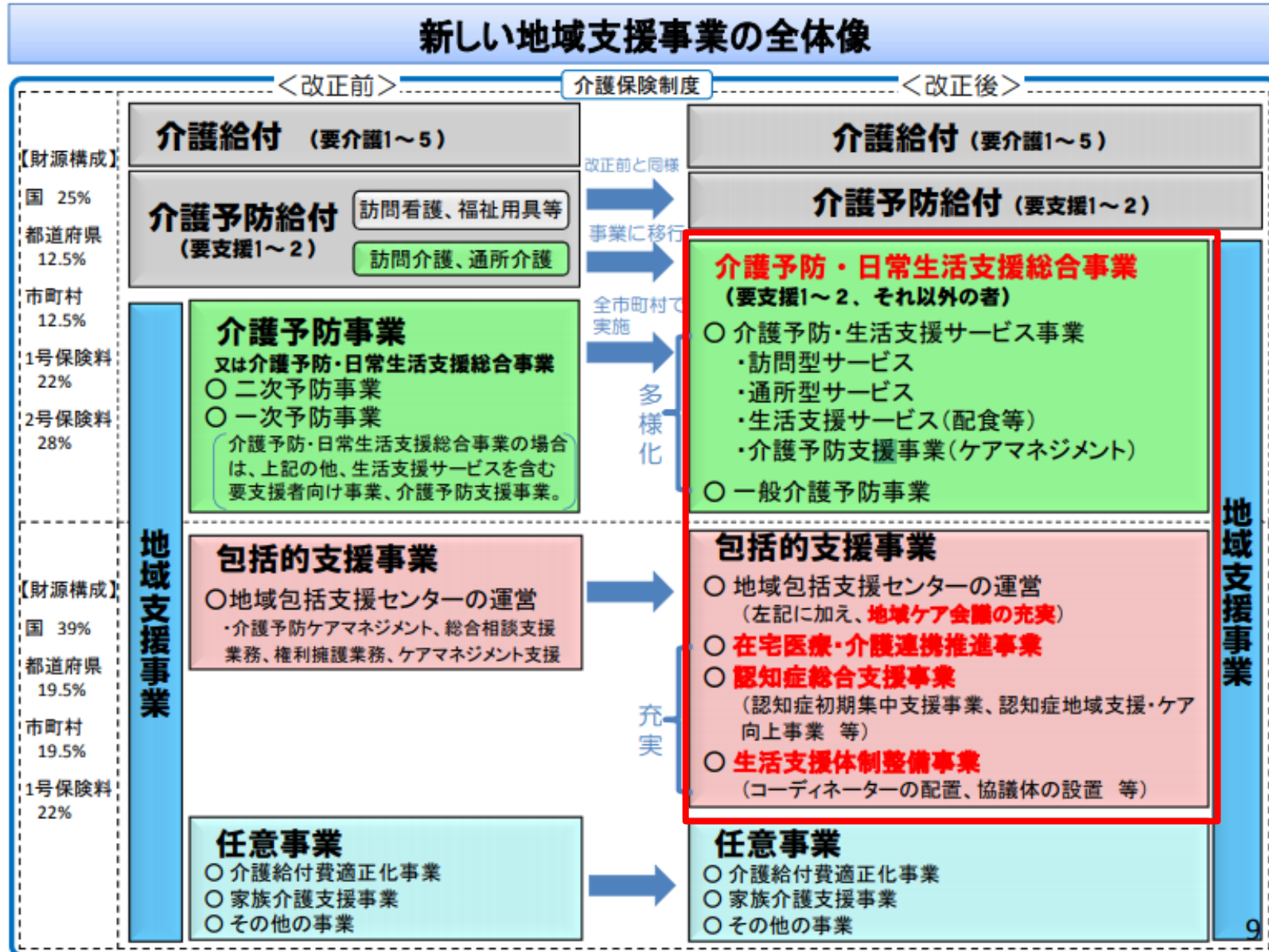
「どのような地域社会を作りたいか」⇒我がまちの目指す姿

進捗評価

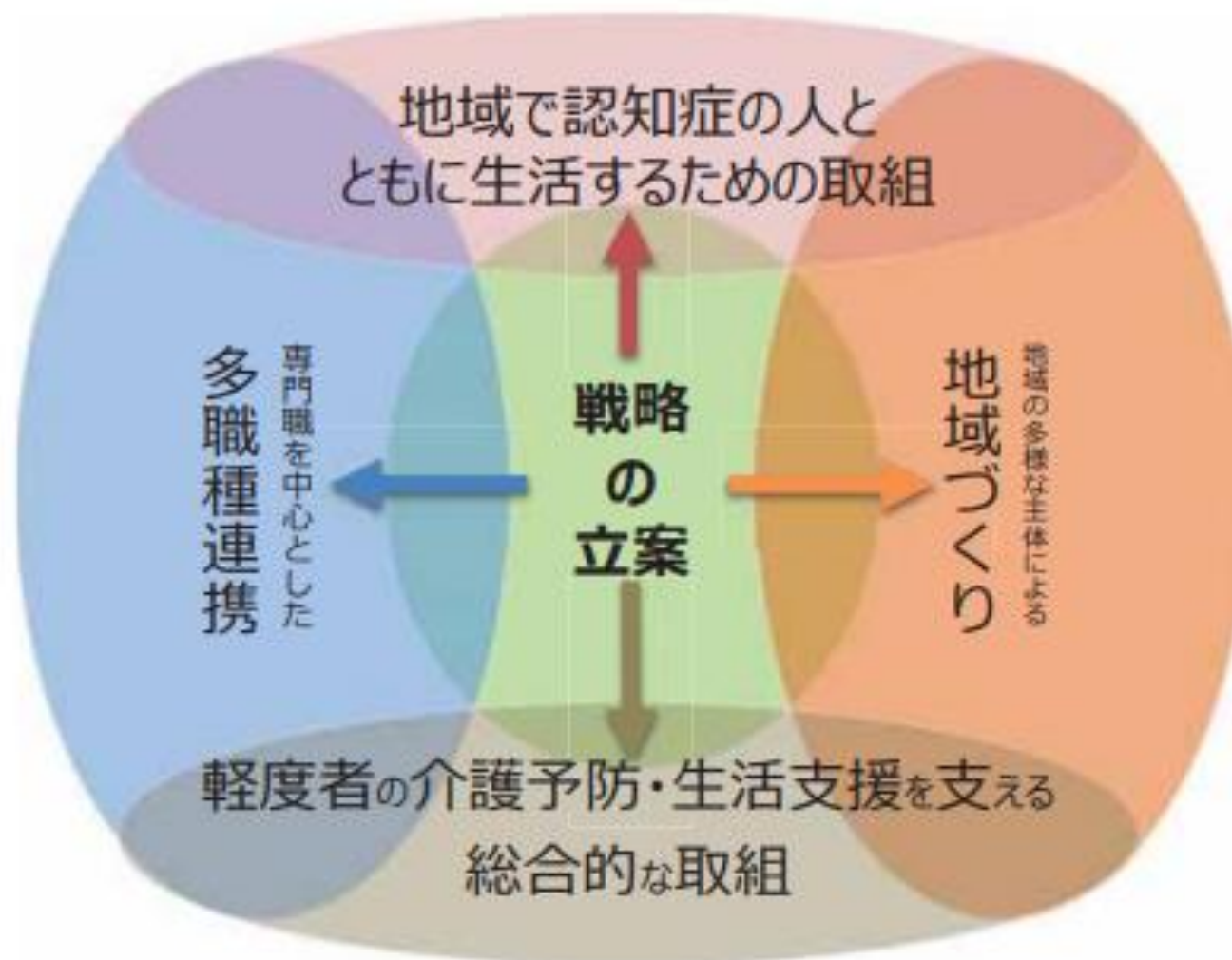
「目標と指標の設定」



地域支援事業の全体像

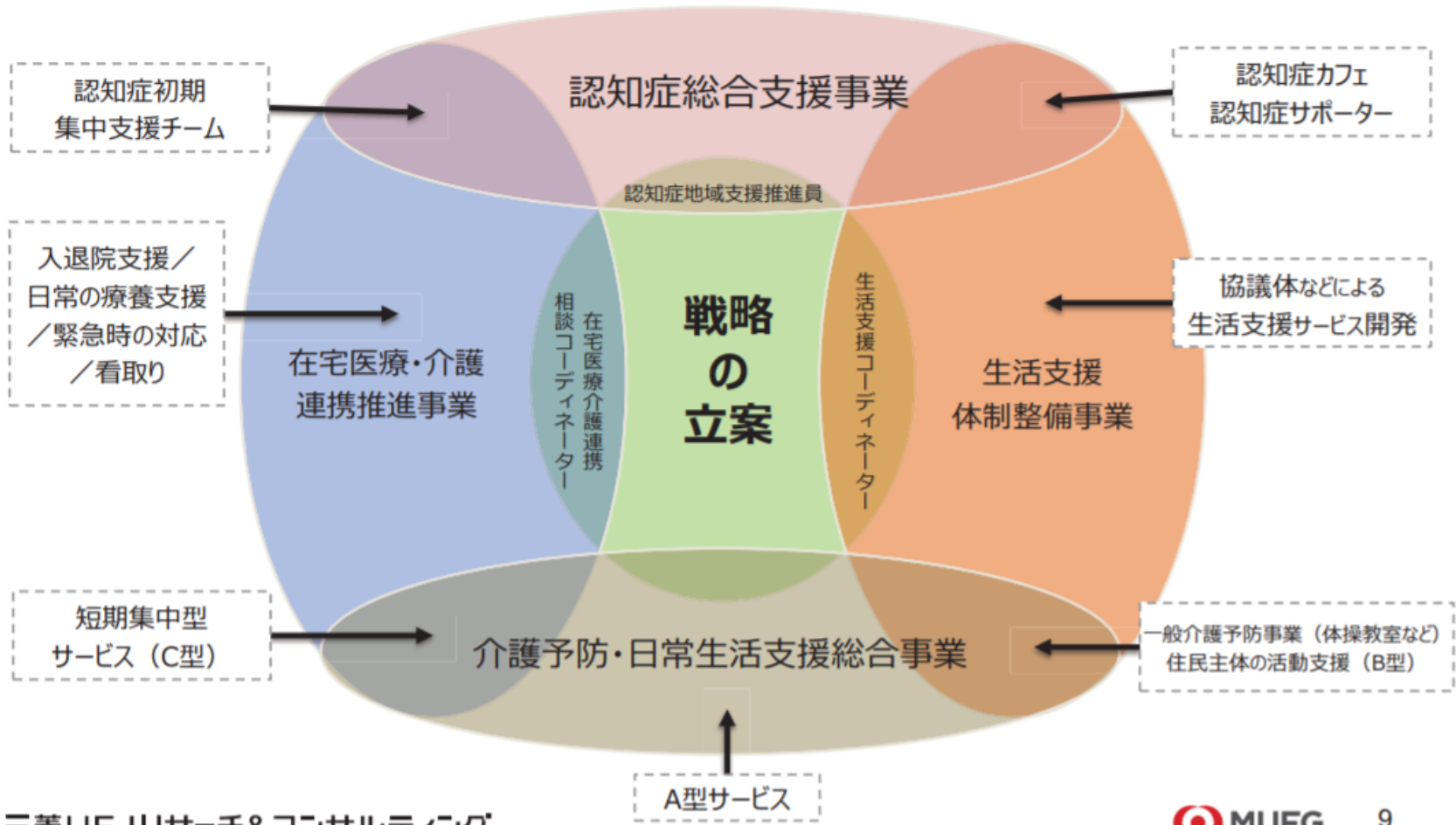


地域包括ケアシステムの構成要素



地域支援事業間の連動性を意識する

地域支援事業に落とし込むと ~大切なことは「重なりしろ」の部分にある



参考資料：なぜ「地域支援事業」は、なかなか成果がでないのか？ https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_05/houkatsu_05_3_2.pdf
 図出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング平成30年度老人保健事業推進費等補助金「地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業」
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_15.pdf

令和1年度～

「我がまちの地域包括ケア」を考える
研修会

1. 目的

我がまちの目指す姿の実現（目指す姿が実現できるまちづくり＝**地域づくり**）に向け市町担当者、各コーディネーターが協働できる。
（**協働の地域づくり**）



県内のどこに住んでいても、高齢になっても、病気になっても、障害があっても「**住み慣れた家庭や望む環境で生活を送ることができる**」
実現できる地域づくり

対象者

- (1) 市町担当者（認知症総合支援事業、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業等）
- (2) 市町認知症地域支援推進員、市町生活支援コーディネーター、市町在宅医療・介護連携支援コーディネーター
- (3) 市町県健康福祉事務所担当者等

2 目標

R
1

- (1) 各コーディネーターの役割、活動が理解できる
- (2) 各コーディネーター・市町担当者と地域の現状、目指す姿が共有できる
- (3) 各コーディネーター・市町担当者と目指す姿を実現するための目標が共有できる
- (4) 各コーディネーター・市町担当者と目標を実現するために必要な取り組み(アクションプラン)が共有できる

R
2

- (5) 各コーディネーター・市町担当者が目標の実現に向け協働できる。(実践)
- (6) 各コーディネーター・市町担当者が、評価をもとに計画の見直しができる。

我がまちの地域包括ケアを考える研修会

令和元年度

協働の基盤整備

・我がまちの
目指す姿・実
現に向けた目
標・取組計画
の共有

令和2年度

協働の実践・ 評価

・我がまちの目
指す姿・目標に
対する評価計画
の共有

令和3年度～

PDCAサイク
ルにより「我
がまちの目指
す姿」の実現
状況のモニタ
リングと取組
計画への反映

我がまちのゴール

我がまちの
目指す姿

令和元年度
第1回「我がまちの地域包括ケア」
を考える研修会

プログラム

	日 時	会 場	内 容
第 1 回	令和元年 7月24日 (水) 13:30~ 16:30	湖東信用金庫 近江八幡支店 (住所) 近江八幡市鷹飼町 148番地24	<p><全体> 市町担当者、各コーディネーター（認知症、生活支援、医療介護連携）が「我がまちの地域包括ケア」の「ありたい姿」「現状の姿」「なりたい姿：目標と戦略」を共有し「行動：アクションプラン」が立案・実践できる。</p> <p>○講義 「我がまちの地域包括ケアの目指す姿を描く」 滋賀県医療福祉推進アドバイザー 櫃本 真 津 氏</p> <p>○グループワーク 「我がまちの地域包括ケアの目指す姿の実現に向けたアクションプランの作成」 滋賀県医療福祉推進アドバイザー 松本 佳子 氏</p> <p>GW1「市町担当者、各コーディネーターが互いの役割・活動、地域の現状の共有」 GW2「我がまちの地域包括ケアの目指す姿を共有」 ○講師による助言・コメント</p>
第 2 回	令和元年 8月～9月	*各市町単位	<p><個別> ○各市町アクションプランに対する個別アドバイス</p>
第 3 回	令和2年 2月5日(水) 13:30~16:30	草津市立市民交流プラ ザ 大会議室 (住所) 草津市野路1丁目15番 5号 フェリエ南草津 5階	<p><全体> ○実践報告会 ○グループワーク「我がまちの地域包括ケアの実現に向けた今後の取り組み」 ○助言・コメント</p>

グループワーク1

地域の現状と活動を共有し、
互いの役割について理解を深めましょう

1. 日頃の活動について

- ・ 目指していること（対象とする住民にどうなって欲しいか）
- ・ その実現のために取組んでいること、取り組みたいこと
- ・ これまで手ごたえを感じた取組みとその理由

2. 地域の現状について

<共有のポイント>

- ・ **住民の姿**（住民がどういう健康・活動・生活状況にあるか）
- ・ **資源**（地域にどんな施設、事業所、人材、場があるか）
- ・ **活動**（資源がどのくらい活動しているか、連携しているか）

- ## 3. 2を踏まえて、地域の現状の「強み（≡できているところ）」 「弱み（≡これからの課題）」を意見交換・まとめる

グループワーク 1

コーディネーターとして

○地域の現状と活動を共有し、互いの役割や仕事について理解を深める

グループワーク 2

わがまち

として

○地域の目指す姿を共有する

1 目指す姿	2 地域の現状		5 目指す姿	7 目指す姿を実現するための目標 (資源・活動のあるべき姿)	目標を達成するために実現するために必要な取り組み		
					8 現在の取り組み	9 これからの取り組み	10 協働できること
在宅医療・介護連携支援 コーディネーター * 目指していること * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)	強み 3	5 6	7 6	8	9	10
	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)	弱み 4					
生活支援コーディネーター * 目指していること * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)						
認知症地域支援推進員 * 目指していること * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)						



目指す姿の実現に向けて必要なこと

○地域の現状と活動を共有し、互いの役割や仕事について理解を深める

1 目指す姿	2 地域の現状
在宅医療・介護連携支援コーディネーター * 目指していること * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 強み 3 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)
生活支援コーディネーター * 目指していること * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 弱み 4 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)
認知症地域支援推進員 * 目指していること * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)

各事業のコーディネーター・担当者から報告ください。

1. 日ごろの活動について
 - ・ 目指していること
(対象とする住民にどうなって欲しいか)
 - ・ その実現のために取り組んでいること、取り組みたいこと
 - ・ これまで手ごたえを感じた取組みとその理由

2. 地域の現状について

- ・ **住民の姿**
(住民がどういう健康・活動・生活状況にあるか)
- ・ **資源**
(地域にどんな施設、事業所、人材、場があるか)
- ・ **活動**
(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)

※コーディネーターが欠席の場合や、地域に配置されていない場合は、該当する事業の担当者（もしくは行政担当者）が報告をお願いします。

※該当する事業以外にも「地域包括ケア」に関して地域で重要な役割の方がおられれば、その方も報告OK。

○地域の現状と活動を共有し、互いの役割や仕事について理解を深める

○地域の目指す姿を共有する

1 目指す姿	2 地域の現状	目指す姿	目指す姿を実現するための目標 (資源・活動のあるべき姿)	目標を達成するために実現するために必要な取り組み		
				現在の取り組み	これからの取り組み	協働できること
在宅医療・介護連携支援 コーディネーター * 目指していること * その実現のために取り組ん でいること、これまで手ごたえ を感じたこと、取り組みたいこ	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、 場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、 連携しているか)	5	7	8	9	10
生活支援コーディネーター * 目指していること * その実現のために取り組ん でいること、これまで手ごたえ を感じたこと、取り組みたいこ	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人 材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、 連携しているか)					
認知症地域支援推進員 * 目指していること * その実現のために取り組ん でいること、これまで手ごたえ を感じたこと、取り組みたいこ	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、 場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、 連携しているか)					

2をふまえて

「強み (≒できているところ)」

グループで意見交換し、まとめます。

 ※「地域包括ケア」に関して他に重
要な事項があれば、事業に関わらず
追加してください。

「弱み (≒課題と思われるところ)」

グループワーク2

地域の目指す姿について共有しましょう。

1. 地域の目指す姿について

地域包括ケアによって最終的に達成が望まれる**住民の姿**

※余力があれば、

「地域の目指す姿」を実現するために必要な資源・活動・住民（の意識や行動）の目標をあげてください。

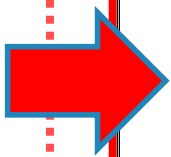
2. 「地域の目指す姿」を実現するために、やりたいこと、やってみたいこと、面白そうなことを、思いつくまま、自由に、たくさん、あげてください。

○地域の現状と活動を共有し、互いの役割や仕事について理解を深める

○地域の目指す姿を共有する

1 目指す姿	2 地域の現状		5 目指す姿	7 目指す姿を実現するための目標 (資源・活動のあるべき姿)	目標を達成するために実現するために必要な取り組み		
	3 強み	4 弱み			8 現在の取り組み	9 これからの取り組み	10 協働できること
<p>在宅医療・介護連携支援コーディネーター</p> <ul style="list-style-type: none"> 目指していること <p>その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p>	<p>住民の姿</p> <p>資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p> <p>活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)</p>	<p>3</p>	<p>5</p>	<p>7</p>	<p>8</p>	<p>9</p>	<p>10</p>
<p>生活支援コーディネーター</p> <ul style="list-style-type: none"> 目指していること <p>その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p>	<p>住民の姿</p> <p>資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p> <p>活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>7</p>	<p>8</p>	<p>9</p>	<p>10</p>
<p>認知症地域支援推進員</p> <ul style="list-style-type: none"> 目指していること <p>その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p>	<p>住民の姿</p> <p>資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p> <p>活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>7</p>	<p>8</p>	<p>9</p>	<p>10</p>

グループワーク1を
ふまえて



「地域の目指す姿」

= 地域包括ケアによって最終的に達成が望まれる**住民の姿**

について、グループで意見交換し、まとめます。

※すでに地域で設定されている場合はそれを共有いただくことでもOKです。

○地域の現状と活動を共有し、互いの役割や仕事について理解を深める

○地域の目指す姿を共有する

1 目指す姿	2 地域の現状		5 目指す姿	7 目指す姿を実現するための目標 (資源・活動のあるべき姿)	目標を達成するために実現するために必要な取り組み			
	3 強み	4 弱み			8 現在の取り組み	9 これからの取り組み	10 協働できること	
在宅医療・介護連携支援コーディネーター ＊目指していること ＊その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)							
生活支援コーディネーター ＊目指していること ＊その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)							
認知症地域支援推進員 ＊目指していること ＊その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)							

地域の目指す姿を実現する

そのために

余力があれば、、、

「地域の目指す姿」を実現するために必要な資源・活動・住民(の意識や行動)の目標(あるべき姿)

グループワーク1をふまえて

○地域の現状と活動を共有し、互いの役割や仕事について理解を深める

○地域の目指す姿を共有する

1 目指す姿	2 地域の現状		5 目指す姿	7 目指す姿を実現するための目標 (資源・活動のあるべき姿)	目標を達成するために実現するために必要な取り組み			
					8 現在の取り組み	9 これからの取り組み	10 協働できること	
<p>在宅医療・介護連携支援コーディネーター * 目指していること</p> <p>* その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p>	<p>住民の姿</p> <p>資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p> <p>活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)</p>	<p>強み</p> <p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〇〇医院の◆◆先生は在宅看取りに熱心 ・町での看取り例が数例出てきた。 ・認知症サポーターが広がり、次に活かしたいと声。 ・お寺への信頼が厚い 	<p>5</p> <p>〇〇町で人生最期まで幸せに暮らすことができる</p>	<p>7</p> <p>そのために 豊かな看取りを専門職・住民の連携で支えることができる</p>	<p>8</p>	<p>9</p>	<p>10</p>	
<p>生活支援コーディネーター * 目指していること</p> <p>* その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p>	<p>住民の姿</p> <p>資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p> <p>活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)</p>	<p>弱み</p> <p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護は町外の事業所から対応 ・病院へ入院すると町へ帰ってくる住民は少ない。 ・独居、老々介護、認知症で家族介護力が弱い ・通いの場で毎回のテーマに困っている 						<p>6</p> <p>目指す姿の実現に向けて必要なこと</p> <p>医師・看護師だけではなく、ヘルパーや、住民も看取りの支える</p>
<p>認知症地域支援推進員 * 目指していること</p> <p>* その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p>	<p>住民の姿</p> <p>資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p> <p>活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)</p>							



グループワーク1

コーディネーターとして

□地域の現状と活動を共有し、互いの役割や仕事について理解を深める

目指す姿

地域の現状

在宅医療・介護連携推進
コーディネーター
*目指していること
ICMが中心

住民の姿

在宅で暮らしたい
本人も家族も不安がある
病院に入院すれば
話し合いができる

働き

- わたおまわしと連携して専門職の力を上げよう
- 顔の見える関係を作ろう
- 地域に同世代の総合病院がない
- 連携ができていない

個人に合わせて支援体制が組める

活動（資源がどのくらい活動しているか、連携しているか）

資源（地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか）

*その実現のために取り組んでいること、これほですごな意義を感じたこと、取り組みがいつまで

→ 地域で個別介護
地域で介護連携
わたおまわし
在宅医療・介護連携推進

在宅医療コーディネーター
*目指していること

形の中見えないところ
を話し合いがたかさんある

働き

- 民間事業者への委託は弱い
- 医療機関との連携が不十分
- 意思を交換するための専門職のコーディネーターが必要

ここで暮らしたいと
選べるものが
たくさんある地域
(おまわしと連携
ものでない)
一人一人が力を出し
合える。→ おまわし会

認知症地域支援推進員
*目指していること

認知症が特別な
ものではなくなる地域
→ キョウバンメイト連合会
認知症カフェ

グループワーク2

として

□地域の目指す姿を共有する

目指す姿

目指す姿を実現するための目標
(資源・活動のあるべき姿)

現在の取り組み

目指す姿

在宅医療
ICMが中心
軽けり

在宅で暮らす環境
病院のスタッフと在宅で暮らす
同じ目標を共有できる

- いっしょに自分
らしく暮らす

在宅で暮らす環境
在宅で暮らす環境

- 自分らしく暮らす
環境（在宅医療）
口に出せる

在宅で暮らす環境
在宅で暮らす環境

- 認知症が原因
のものはなく
地域

在宅で暮らす環境
在宅で暮らす環境

- 生活しやす
い地域で健康

在宅で暮らす環境
在宅で暮らす環境

目指す姿の実現に向けて
必要なこと

令和元年度
第2回「我がまちの地域包括ケア」
を考える研修会

アクションプランの立案

グループワーク 1

コーディネーターとして

○地域の現状と活動を共有し、互いの役割や仕事について理解を深める

1 目指す姿	2 地域の現状	
在宅医療・介護連携支援コーディネーター * 目指していること * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)	3 強み
生活支援コーディネーター * 目指していること * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)	4 弱み
認知症地域支援推進員 * 目指していること * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと	住民の姿 資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか) 活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)	

グループワーク 2

わがまち

として

○地域の目指す姿を共有する

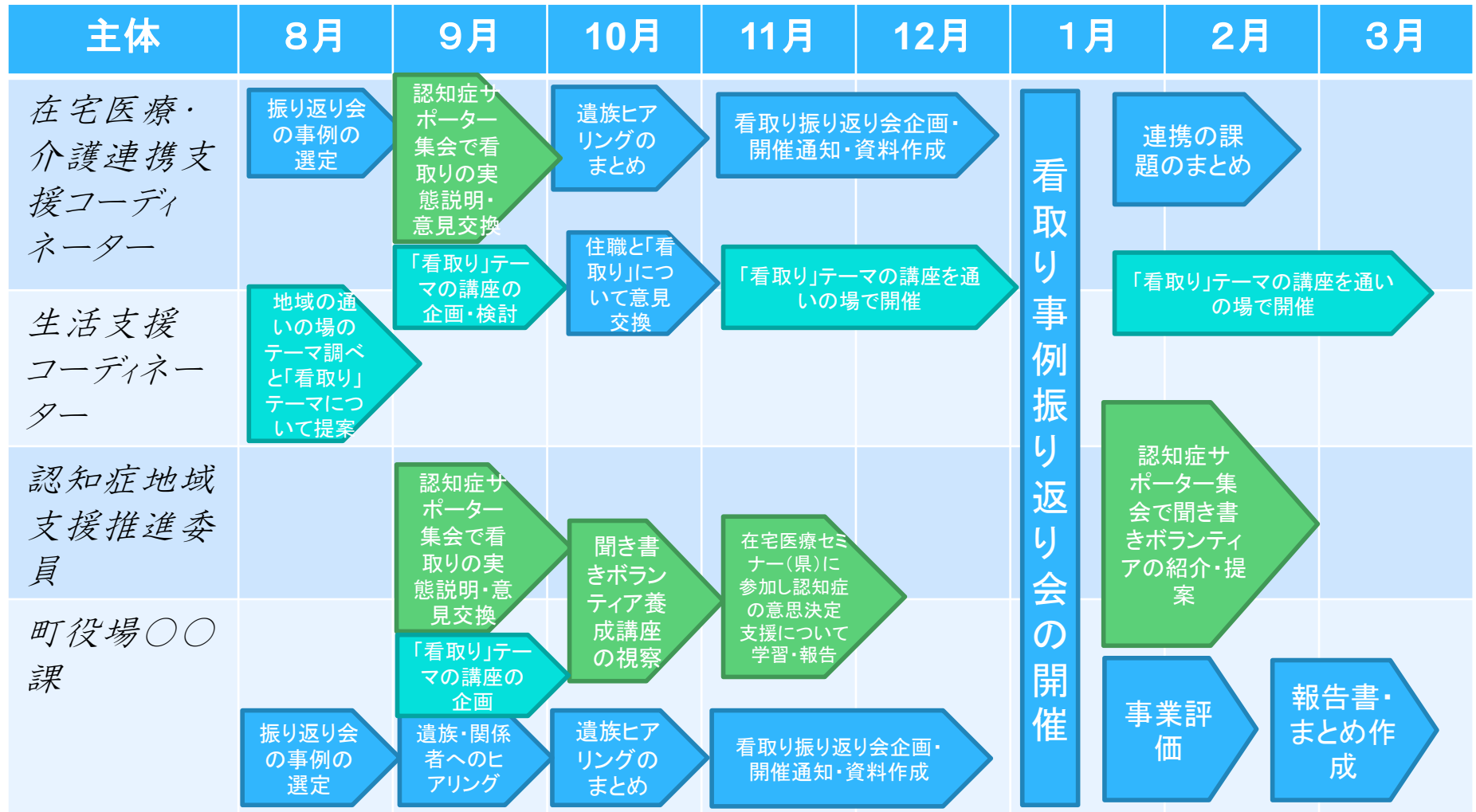
5 目指す姿	7 目指す姿を実現するための目標 (資源・活動のあるべき姿)	8 目標を達成するために実現するために必要な取り組み		
		9 現在の取り組み	10 これからの取り組み	協働できること
		目的・目標 → 実現するために皆さんが取り組むこと グループワーク2のアイデアを種に、 「必要な取り組み」 「効果が期待できる取り組み」 をあげます。		
	6 目指す姿の実現に向けて必要なこと			

そのために

だからこうなる

アクションプランの例

今年度の取組み目標: 豊かな看取りを専門職・住民の連携で支えられることを実現するために、①ヘルパーと住職、各コーディネーター、認知症サポーターが出席し看取りの振り返り検討会を開催する。②人生最期の過ごし方をテーマに通いの場が開催できる。



令和元年度
第3回「我がまちの地域包括ケア」
を考える研修会

キーワード

- 目指す姿の共有
- 目指す姿の実現に向けた目標の共有
- 目指す姿の共有から協働へ（支援者間）
- 目指す姿の共有から協働へ（住民との協働）
- 住民のセルフケア力を引き出す
- 地域支援事業間の連動性
- 地域マネジメント PDCA

ステップ1

目指す姿の共有から協働へ（支援者間）

長浜市

いいね！ポイント👍

☆目指す姿「人生の最期まで、自分らしく支え支えられ、自分の望むところで暮らすことができる」

☆協働チームのパートナーシップの形成

メンバー(3Coと行政担当者)間の相互理解、メンバー間の情報共有と合意形成の機会をつくる

(1) 目指す姿の共有: 目指す姿が伝えられる 見える化

(2) 各コーディネーターの役割、活動の理解: お互いの活動の実際を知る

(3) 協働: 3Coで協力できることを検討

⇒「目指す姿の共有から協働へ」

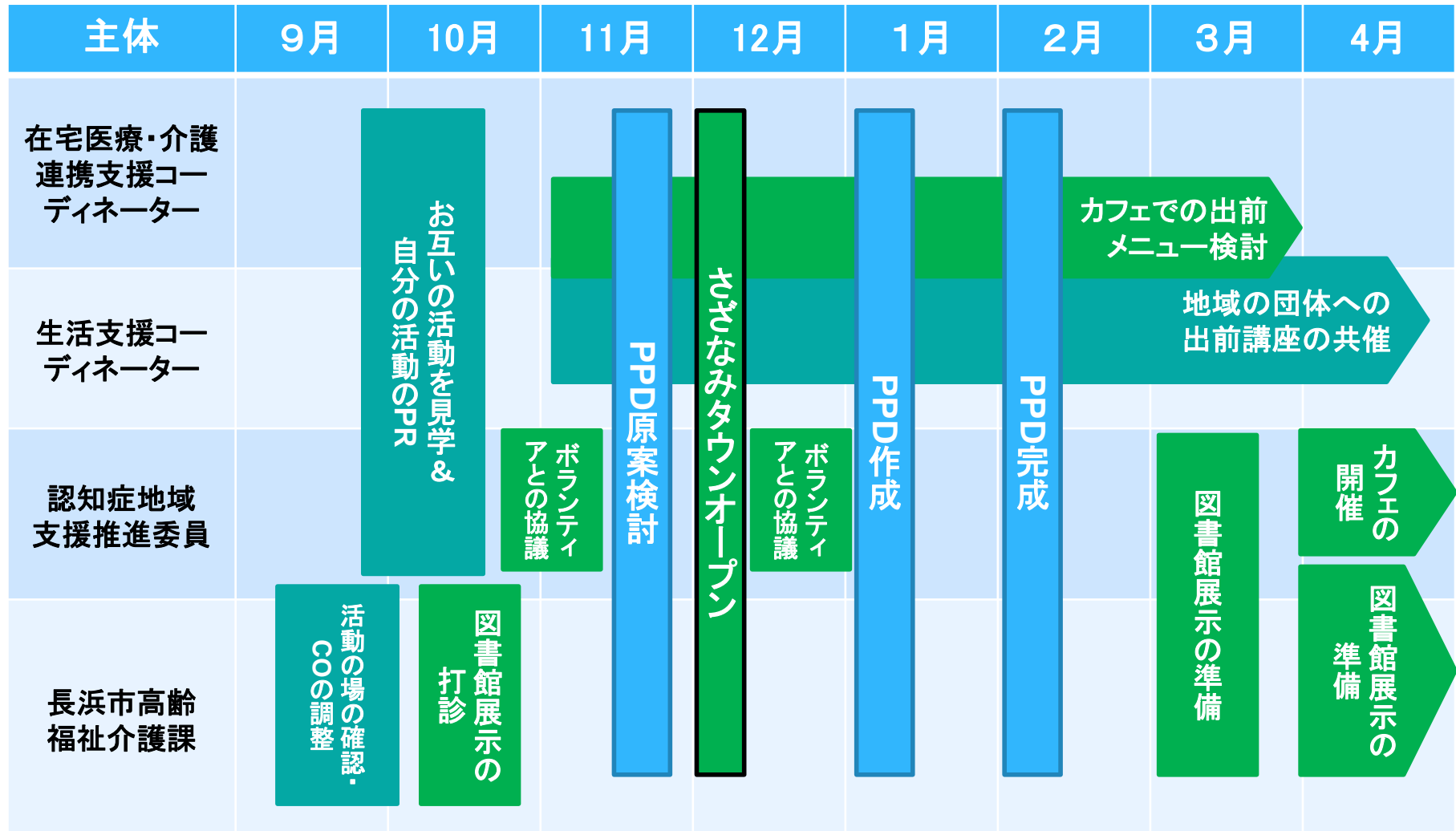
グループワーク 1		グループワーク 2	
コーディネーターとして		わがまち 長浜市として	
○地域の現状と活動を共有し、互いの役割や仕事について理解を深める		○地域の目指す姿を共有する	
1	2	3	4
目指す姿	地域の現状	強み	弱み
<p>在宅医療・介護連携支援コーディネーター</p> <p>* 目指していること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療と介護の連携がスムーズに行えるようなシステムづくり ・人生の最終段階を自分らしく迎えることができる市民の増加 <p>* その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・湖北ルールの活用推進により入退院時の連携がスムーズになった。 ・多職種連携研修会による顔の見える関係の構築が行えた。 ・市民への周知活動を促進したい。 	<p>住民の姿</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市内に総合病院があり、病院で何とかしてもらえると考えている市民が多い。 ・3世代同居もあり、自分の人生の最期は子どもにおまかせという人が多い。自分ごとという意識はなかなかない。 <p>資源（地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長浜米原地域医療支援センター ・医療機関、サービス事業所、地域包括支援センター <p>活動（資源がどのくらい活動しているか、連携しているか）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関は医師会を通じて連携中 ・サービス事業所はサービス事業所連協を通じて連携 ・地域包括支援センターは今後連携を検討 	<p>強み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3世代同居はまだある。 ・昔からの地域では、隣近所のつながりが強い。 ・おせっかいな人がいる。 ・地域の活動（自治会、老人会）が残っている。 ・サロンや転倒予防教室自主Gが多く活動している。 ・人柄がよい。 ・自分で何とかしようと努力する。 ・総合病院が多い。（医師は少ない） ・認知症サポーターが3万人を超えた。 ・在宅看取り率は県内でも高い。 	<p>弱み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・世間体を気にする。 ・相談するのが遅い。 ・若い世代が自治会に入らない。 ・車がないと移動が不便、公共交通機関が少ない。 ・北部は積雪が多く、冬季の活動が制限されやすい。 ・北部は医療機関が少ない。 ・診療所の医師が高齢化している。→往診できる医師が少なくなっている。
<p>生活支援コーディネーター</p> <p>* 目指していること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市民との顔つきを、地域のことを教えてもらう姿勢で地域に入っていく。 ・自分の地域を自分たちの力で何とかしようと思ってもらう。 <p>* その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症で行方不明者があった地域で、行方不明捜索訓練に取り組んだ。その取組を他の地域に報告すること、他の地域にも取り組みが広がってきている。 ・何でもコーディネーターに相談してもらえる。 	<p>住民の姿</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コーディネーターに何でも相談してくれる。地域によって温度差がある。 ・これまでの地域での活動の歴史があるので、それを十分理解して地域に入る必要がある。 <p>資源（地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・民生委員、福祉委員 ・地区社協 ・地域のボランティア団体 <p>活動（資源がどのくらい活動しているか、連携しているか）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・活動している人が、それまでの経歴を生かしながら活動されている。 ・地域のこれまでの活動の歴史により、活動内容に差がある。 	<p>強み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症地域支援推進員が増える。 ・認知症になっても地域でくらし続けることができる。 	<p>弱み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の症状を正しく理解できず、対応に困っている市民がいる。 ・近所や地域に、認知症の家族がいることをオープンにできない偏見や地域の意識がある。
<p>認知症地域支援推進員</p> <p>* 目指していること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症について正しく理解している市民が増える。 ・認知症になっても地域でくらし続けることができる。 <p>* その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包括センターの入り口に認知症に関する啓発物品を掲示 ・認知症カフェ開催の協議を開始 ・認知症サポーター養成講座の受講勧奨 ・認知症の正しい理解の啓発 	<p>住民の姿</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の症状を正しく理解できず、対応に困っている市民がいる。 ・近所や地域に、認知症の家族がいることをオープンにできない偏見や地域の意識がある。 <p>資源（地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター ・認知症カフェ（1か所） ・認知症疾患医療センター ・認知症初期集中支援チーム員 ・家族会 <p>活動（資源がどのくらい活動しているか、連携しているか）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症地域支援推進員が地域包括支援センター職員なので、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターとの連携は十分である。 	<p>強み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症地域支援推進員が増える。 ・認知症になっても地域でくらし続けることができる。 	<p>弱み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の症状を正しく理解できず、対応に困っている市民がいる。 ・近所や地域に、認知症の家族がいることをオープンにできない偏見や地域の意識がある。

グループワーク 2		わがまち 長浜市として	
○地域の目指す姿を共有する		○地域の目指す姿を共有する	
5	6	7	8
目指す姿	目指す姿の実現に向けて必要	目標を達成するために実現するための必要な取り組み	現在の取り組み
<p>人生の最期まで、自分らしく、支え支えられ、自分の望むところで暮らすことができる長浜市民</p> <p>（支え支えられ、自分らしく、大福を食べて死にたいから毎日歯磨きをやる。）</p>	<p>目指す姿の実現に向けて必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お互いさん精神 ・自分のことが気軽に話ができ、認め合う関係 ・認知症への偏見をなくす→正しく理解すること ・これから高齢期を迎える若世代も我がこととして考えてもらうこと ・高齢期の世代も、我が事として考える機会があること ・3世代の交流により、お互いの世代のことが理解できやすくなる ・地域で活躍できる人がいるとよい。 ・学校に負担をかけないで、高齢者のことを理解してもらう機会 	<p>①地域の市民に地域の課題を知り、自分たちができる活動から取り組んでもらう。（生活支援CO）</p> <p>②地域のサロンの支援を行っている。（生活支援CO）</p> <p>③認知症カフェの活動を支援している。（認知症地域CO）</p> <p>④認知症のことを正しく理解してもらうため、地域でサポーター養成講座開催を支援している。（認知症地域CO）</p> <p>⑤人生の最終段階を自分らしく過ごすための啓発を実施している。（在宅医療介護CO）</p> <p>⑥それぞれのCOを知らずにそれぞれで活動していた。</p>	<p>①-1 地域の課題に、医療や介護、人生の最終段階のことをについて話を聞いてもらう機会があるとよい。</p> <p>①-2 地域の各世代の活動を一緒にやってみる。</p> <p>②誰もが参加しやすいサロンづくりをする。</p> <p>③たくさんの人に集まってもらうために、薬局やドラッグストア、コンビニで開催してみる。</p> <p>④若い世代にも認知症を正しく理解してもらいたい。</p> <p>⑤我が事として考えてもらう必要がある。</p> <p>⑥このような機会を年数回開催できるとよい。「目指す姿」をどのCOがどこの啓発に行っても同じ目指す姿を伝える。</p>

我がまち長浜市のアクションプラン

今年度の取組み目標:

- ①3コーディネーターで目指す姿を伝えられるPPDを作成できる。
- ②お互いの活動の実際を知る。
- ③さざなみタウンでの(認知症)カフェの開催に向けて準備ができる。



別紙 実践報告様式

長浜市の目指す姿	人生の最期まで、自分らしく支え支えられ、自分の望むところで暮らすことができる長浜市民
取り組み目標	<p>①3コーディネーターで目指す姿を伝えられるPPTを作成できる。</p> <p>②お互いの活動の実際を知ることができる。</p> <p>③さざなみタウンでの(認知症)カフェの開催に向けて準備ができる。</p>
取り組み結果	<p>■企画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3COで目指す姿を市民に伝えることができるように、市民に説明する機会に目指す姿を伝えるPPTを共同で作成する。 ・3COで協議して今年度中に作成する。 <p>■実施結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行政担当でPPT原案作成 ・12/23 共有できるPPT案を提示、COに意見聴取 ・1/7 PPT修正案をコーディネーターに提示 <p>■評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3PPTの原案について、3COで修正案を検討することができた。
次年度の取組み(予定)	<ul style="list-style-type: none"> ・各COが共有PPTを活用し、3COが目指す姿を市民に周知していく。

別紙 実践報告様式

長浜市の目指す姿	人生の最期まで、自分らしく支え支えられ、自分の望むところで暮らすことができる長浜市民
取り組み目標	<p>①3コーディネーターで目指す姿を伝えられるPPTを作成できる。</p> <p>②お互いの活動の実際を知ることができる。</p> <p>③さざなみタウンでの(認知症)カフェの開催に向けて準備ができる。</p>
取り組み結果	<p>■企画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各COが活動する場面を実際に見ることで、それぞれの活動への理解を深める。 <p>■実施結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行政担当でそれぞれのCOの活動予定を把握、各COに情報発信 ・10/25 在宅医療COの出前講座に認知症COが出席 <ul style="list-style-type: none"> ⇒市民に分かりやすくエンディングノートの意義(これからどう生きるかを考えるきっかけ)を説明されていた。COの経験を踏まえた内容だったので、市民に伝わりやすかった。 他の認知症地域支援推進員や生活支援COも受講できると、在宅医療COの活動の理解やエンディングノートの意義などを理解できるのではないか。 ・12/10 認知症COのキャラバンメイト活動(中学生対象)に在宅医療COが出席 <ul style="list-style-type: none"> ⇒講座を受けて、中学生が認知症のある人に対して自分ができることを具体的に考えるよいきっかけになっていた。 このような講座以外にも、小中学生対象に「がん教育」が行われている。「人生会議」やエンディングノートのこともこのような場で話することもよいかもかもしれない。

別紙 実践報告様式

長浜市の目指す姿	人生の最期まで、自分らしく支え支えられ、自分の望むところで暮らすことができる長浜市民
取り組み目標	<p>①3コーディネーターで目指す姿を伝えられるPPTを作成できる。</p> <p>②お互いの活動の実際を知ることができる。</p> <p>③さざなみタウンでの(認知症)カフェの開催に向けて準備ができる。</p>
取り組み結果	<p>・生活支援COは他のCOの活動に参加できなかったが、生活支援COの活動のなかで、認知症に関する市民の意見やエンディングノートに対する思いなどを深く聞くことができた。</p> <p>避難所設定ゲーム開催 ⇒避難してくる人の中には認知症のある人もいる。そこでどういう対応が必要かを参加者に理解してもらうことも大切だと感じた。</p> <p>■評価</p> <p>・お互いの活動を見聞きする機会を得ることで、別のCOの活動方法を知り、自分の活動を振り返ったり新しい取り組みを検討するきっかけづくりができた。</p>
次年度の取組み(予定)	<p>・今回の研修会に参加していない他のCOにもそれぞれのCOの活動を理解する機会を検討する。</p>

別紙 実践報告様式

長浜市の目指す姿	人生の最期まで、自分らしく支え支えられ、自分の望むところで暮らすことができる長浜市民
取り組み目標	<p>①3コーディネーターで目指す姿を伝えられるPPTを作成できる。</p> <p>②お互いの活動の実際を知ることができる。</p> <p>③さざなみタウンでの(認知症)カフェの開催に向けて準備ができる。</p>
取り組み結果	<p>■企画(目的)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症CO 図書館など多くの人が入り出るさざなみタウンで開催し、子どもから高齢者まで幅広い対象が参加できるカフェを開催する。 ・在宅医療・介護連携支援CO 居場所としてのカフェで、エンディングノートの周知や人生会議についての相談できる機会を設ける。 ・生活支援CO 地域の認知症のある人やその家族への周知 認知症のある人やその家族の思いを理解する場にしたい カフェ以外の地域の通いの場が、認知症のある人や家族が通いやすい場となるような工夫を見つける。 <p>■実施結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開催主体のキャラバンメイトの会場見学実施、キャラバンメイトの意向確認 ・3COの協議実施(12/23)、4月開催を予定、3COの目的・役割確認

別紙 実践報告様式

長浜市の目指す姿	人生の最期まで、自分らしく支え支えられ、自分の望むところで暮らすことができる長浜市民
取り組み目標	<p>①3コーディネーターで目指す姿を伝えられるPPTを作成できる。</p> <p>②お互いの活動の実際を知ることができる。</p> <p>③さざなみタウンでの(認知症)カフェの開催に向けて準備ができる。</p>
取り組み結果	<p>■評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カフェの開催に向けて、3COで協力できることを検討できた。 ・具体的な開催までのスケジュール検討までには至らなかった。
次年度の取組み(予定)	<ul style="list-style-type: none"> ・4月開催に向け、3COでスケジュールや内容の確認を行う。

協働により気づいたこと、新たな発見、よかったこと

- それぞれのコーディネーターがつながっていないことが分かった。
- 誰が、どんなことをしているのか分かっていなかった。
- **目指す姿について意見交換し、整理し文字化して共有することができた。**
- それぞれのコーディネーターの活動を理解することができた。
- 生活支援コーディネーターの存在を知ってもらえた。
- 生活支援コーディネーターが得意とする地域課題だけでなく、個別の課題にも目を向ける機会となった。
- 連携先やコーディネーターの顔が分かるようになった。

ステップ2

地域支援事業間の連動性

東近江市

いいね！ポイント👍

☆目指す姿「誰もが孤立せず生きがいを持って安心して暮らせる」
実現に向け住民と専門職がつながって連携できる場を設ける土壌
づくり

『各会議体の関係性と地域づくりのイメージ図』の作成

⇒「地域支援事業間の連動性」

☆社会福祉協議会との連携

グループワーク 1		グループワーク 2					
コーディネーターとして		わがまち 東近江市として					
○地域の現状と活動を共有し、互いの役割や仕事について理解を深める		○地域の目指す姿を共有する					
1	2	5	7				
目指す姿	地域の現状	目指す姿	目指す姿を実現するための目標 (資源・活動のあるべき姿)				
		目標を達成するために実現するために必要な取り組み					
		現在の取り組み	これからの取り組み				
		協働できること					
<p>在宅医療・介護連携支援コーディネーター</p> <ul style="list-style-type: none"> * 目指していること ・多様な生き方を選べる * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと ・自分のこととして考えられる「啓発」 	<p>住民の姿</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅死亡率約3割 ・施設に入るときも住み慣れた地域で <p>強み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・話し合いの風土がある ・地域に「動いてくれる人」が多い ・関係者が協力的 <p>資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・移動支援の団体がある <p>活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)</p>	<p>3</p>	<p>7</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多様な生き方・暮らしができる ・役割・生きがいがある ・安心して心豊かに暮らし続けられる 	<p>8</p> <p>在宅医療・介護連携支援コーディネーター</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種勉強会の支援 ・地域ケア個別会議を通じて関係者の理解を深める。 ・市民啓発 ・コミュニティセンター単位の講座で在宅医療講座を開催 75歳到達者に「わたしの生き方」朗読して終活について考えていただく機会とする。 <p>生活支援コーディネーター</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第1層協議体「いっそう元氣！東近江」の運営 ・第2層協議体の設置・運営 	<p>9</p> <ul style="list-style-type: none"> ・企画する側も参加する側もわくわくできて楽しめる事業を企画 	<p>10</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多様な主体と目標を共有し役割を分担する 	
<p>生活支援コーディネーター</p> <ul style="list-style-type: none"> * 目指していること ・だれもが活躍できる ・地域づくりのメンバー間での目標の共有 * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと 	<p>住民の姿</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ぎりぎりまで助けてと言えない ・田舎なので隠そうとしてしまいがち ・孤立している人が多い(家族と同居でも) ・地区によって生活困窮の人が多く <p>資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p>	<p>4</p>	<p>6</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の情報を共有し発信する ・自分のこととして考えてもらえるポジティブな「啓発」 ・多職種、色々な人が同じ目標を持ってつながれる 	<p>6</p> <p>目指す姿の実現に向けて必要なこと</p> <p>認知症地域支援推進員</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援者や協力機関の見える化とネットワークづくり ・若年性を含む認知症の人が活躍できる場づくり 			
<p>認知症地域支援推進員</p> <ul style="list-style-type: none"> * 目指していること ・認知症になっても暮らし続けられる地域づくり * その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと ・図書館での居場所作り ・認知症キャラバンメイトの啓発活動(サロン・小中学校) ・初期集中支援 ・ものわずれ相談室など 	<p>住民の姿</p> <ul style="list-style-type: none"> ・田舎なので隠そうとしてしまいがち ・愛東、湖東、永源寺、蒲生あたりは地元のもの忘れ相談室への参加が少ない。 <p>資源(地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症カフェ ・図書館(脳活イベント、市の図書館職員が認知症サポーター) <p>活動(資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)</p>	<p>弱み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・移動手段に困る ・ぎりぎりまで助けてと言えない ・田舎なので隠そうとしてしまいがち ・孤立している人が多い(家族と同居でも) ・地区によって生活困窮の人が多く 	<p>5</p> <p>だれもが孤立せず生きがいを持って安心して暮らせる</p>	<p>7</p>	<p>8</p>	<p>9</p>	<p>10</p>

別紙 実践報告様式

東近江市 の目指す姿	誰もが孤立せず生きがいを持って安心して暮らせる
取り組み目標	誰もが孤立せず生きがいを持って安心して暮らせるために、①地域ケア推進会議や、②認知症見守りネットワーク協議会への参画をとおして、住民と専門職がつながり連携できる場を設ける土壌づくりをめざします。
取り組み結果	<p>取組のプロセス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・企画(方法と3コーディネーター・行政担当者の役割分担) ・実施結果 ・評価 <p>(別添)各会議体の関係性と地域づくりのイメージ図</p>
次年度の取組み (予定)	それぞれのコーディネーターが、協働・連携のきっかけとなる情報共有の機会が必要であることから、次年度は定例的に集まれる場を設ける。 定例会では、各取組における情報共有や検討を通して、協働・連携できる可能性を探っていきたい。

自治会（小地域）

見守り・支え合い
困りごとに気付く
困りごとをつなぐ

暮らしの
お手伝い

見守り
会議

サロン
集いの場

- ・自治会
- ・民生委員
- ・福祉委員
- ・有志
- ・サロンV
- ・集いの場
参加者

地区（14地区）

- ・地区社協
- ・住民福祉活動推進会議
- ・まち協
- ・自治連
- ・民児協
- ・生活支援サポーター
- ・地区VC
- ・各種団体

第2層協議体
地区の支え合いの
地域づくりについて話し合う

- ・コミセン
- ・医療の専門職
- ・福祉の専門職
- ・社会福祉法人
- ・民間の商店
- ・企業
- ・農家
- ・思いをもつ人

東近江市（市域）

高齢者保健福祉推進会議
介護保険運営協議会
地域包括支援センター運営協議会

地域福祉計画推進委員会

第1層協議体
『いっそう元気！東近江』
東近江市に今必要なことを見出し、豊かに暮らせる地域づくりについて話し合い実践。



東近江圏域

事業やサービスの
進捗管理・評価

医療と福祉を
地域から考える
東近江懇話会

三方よし
研究会

働きかけ
課題提起

働きかけ
課題提起

進捗報告
課題提起

進捗報告
課題提起

連携・協働

連携・協働

課題提起

課題提起

協働により気づいたこと、新たな発見、よかったこと

- 各コーディネーターの取組内容は異なるものの、めざすべき方向性は同じであり、それぞれがつながることで、より効果的な働きかけが期待できると感じた。
- 地域の情報を持っている社協と協働することで、事業の啓発においても、地域の実情に合わせた対応ができると再認識できた。
- 地域にある話し合いの中に、専門職やコーディネーターが入ることも地域ケア個別会議の形ではないかなと感じた。
- 市が作成中の「見守りガイドブック」と趣旨を同じくするものを社協でも作成していることが分かった。互いに情報共有しながら役割分担ができると良いと考えている。
- どの事業においても、市民への見守り・支え合いの意識啓発を進めている共通性から、このことが協働・連携のヒントになる可能性を感じた。
- 医療や福祉の専門職の日々の活動は、市民が地域で暮らしていくための支援であり、このこと自体が心豊かに暮らし続けるための「地域づくり」であることに気づいた。

ステップ3

地域マネジメント PDCA

日野町

いいね！ポイント👍

☆日野町の地域支援事業等の連動モデルを作成

☆PDCA(評価のしくみ)

話し合いの場⇒制度設計(細やかな企画)⇒取り組み実践⇒振り返り

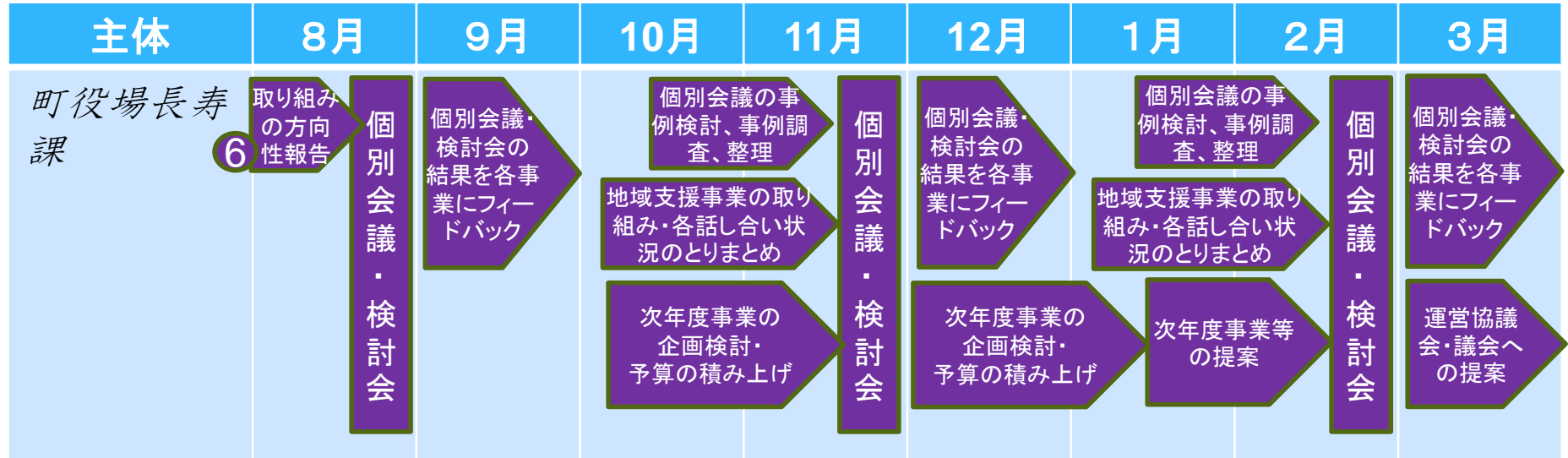
☆庁内連携(横断的アプローチ)

⇒「目指す姿の実現に向かうための地域マネジメント」

グループワーク 1		グループワーク 2	
コーディネーターとして		わがまち 日野町 として	
○地域の現状と活動を共有し、互いの役割や仕事について理解を深める		○地域の目指す姿を共有する	
1	2	目指す姿	目指す姿を実現するための目標 (資源・活動のあるべき姿)
<p>在宅医療・介護連携支援コーディネーター</p> <p>* 目指していること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域で暮らし続けるため、個人に合わせた医療・介護の支援体制が組める。 <p>* その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア個別会議 ・地域ケア推進会議 ・在宅医療介護連携推進会議 ・わたむきねっと検討会 ・わたむきねっと研修会 ・居宅介護支援事業者連絡会 ⇒ これらの運動を意識して実施してきたこと <p>生活支援コーディネーター</p> <p>* 目指していること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ここで暮らしたい！と思える地域。与えられるのではなく、自分自身が選ぶ。ひとりひとりが力を出し合える。 <p>* その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の人の手で、支え合いや身近な居場所をつくるため、生活支援コーディネーター・社会福祉協議会・行政が一体的に地域へ入っていき、話を聞き、一緒に考え、応援している。 <p>認知症地域支援推進員</p> <p>* 目指していること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症が特別な病気ではなく、暮らし続けることができる地域になる。 <p>* その実現のために取り組んでいること、これまで手ごたえを感じたこと、取り組みたいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キャラバンメイトによる、地域への啓発活動 ・認知症カフェ ・キャラバンメイト連絡会 → キャラバンメイトが、いろいろな意見を出してくださっていること 	<p>地域の現状</p> <p>住民の姿</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスを利用しながらも自分らしく暮らしている。 ・本人や家族は、退院し、在宅で過ごすことに、不安を持っている。 ・在宅で亡くなることに、不安を持っている。 <p>資源 (地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の中核病院 (日野記念病院)、かかりつけ医、開業医、介護事業所 ・わたむきねっと・わたむきねっと検討会 ・協力的な専門職の存在 <p>活動 (資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア個別会議等での検討とわたむきねっとで研修を重ねることで、介護保険事業所・居宅介護支援事業所・かかりつけ医等との連携の意識が強くなっている。 <p>住民の姿</p> <ul style="list-style-type: none"> ・互いに見守り、支え合う関係がある。 ・公民館を中心に、人権や福祉などの団体が活動しており、生涯学習やスポーツに活発に参加している。 ・農業 (田んぼ・畑) をしている人が多い。 <p>資源 (地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サロン、公民館の取り組み (社会教育や地区社協、趣味の活動など)、老人クラブ、おたっしや教室・グラウンドゴルフ・ゲートボール・男性の運動教室・男性の料理教室など <p>活動 (資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)</p> <p>地域の人や、ボランティアが中心になって、運営してくださっている。</p> <p>住民の姿</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族介護者が抱え込んでいる。 ・心配な時に、すぐに専門医の受診がしづらい。 ・認知症の人の受け止めは、地域によってばらつきがある。 <p>資源 (地域にどんな施設・事業所、人材、場があるか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域に気楽に参加できるサロンがある。 ・認知症カフェ (グループホーム内と図書館) ・キャラバンメイト連絡会、すまいるひの 出前講座 <p>活動 (資源がどのくらい活動しているか、連携しているか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・気軽に利用できる地域のサロンで、認知症の人を、自然に受け入れている。 ・キャラバンメイトが地域のことを考え、行動している。 ・脳いきいきゲームリーダーが自主活動をしている。 	<p>目指す姿</p> <p>5</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いつまでも自分らしく暮らし続けることができる。 ・住み慣れた地域で暮らし続けることができる。 ・自分が「暮らしたい場所」「死にたい場所」が選べる。 ・自分の困ったことを気軽に相談できる。 ・認知症になっても、特別なものではなく、受け入れることができる地域になる。 ・暮らしただけで健康になるまちなになる。 <p>7</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院のスタッフも、在宅の支援者も、「本人を主役にした」同じ目標を持てる。 ・本人の在宅での生活を支えるチームが作れる。 ・誰もが力を発揮できる場所がある。 ・民間事業者を巻き込んだ取り組みができる。 ・認知症の人が、本人の力を引き出せるような居場所がある。 ・子どもの時から、誰もが健康に関心を持ち、行動に移せる。 ・スポーツや運動に取り組みやすい環境がある。 <p>6</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院と地域の支援者 (ケアマネジャー等) との連携 ・在宅生活を支援するための専門職。地域の取り組み ・誰もが、生きがいや社会的役割を持てる場を探す・作る。 ・保健センター (健康推進員) の取り組みを、計画的に地域へ広げる (ロコミ・民間事業者との連携等) ・健康に関心を持ちにくい・時間を作りにくい世代に対して、子どもを中心とした、健康づくりの取り組みを進める。 	<p>目標を達成するために実現するために必要な取り組み</p> <p>現在の取り組み</p> <p>8</p> <ul style="list-style-type: none"> ・わたむきねっと、わたむきねっと検討会 ・地域ケア個別会議、地域ケア推進会議 ・専門職の在宅生活への助言・訪問 (リハ職、管理栄養士、歯科衛生士など) ・地域の支え合い活動 (高齢者交流サロン・おしゃべり会・おしゃべり食堂・おたっしやカフェなど) へのSC、社協、町による伴走 ・老人クラブ ・公民館での趣味の活動・運動教室 ・認知症キャラバンメイトの活動 (出前講座・認知症カフェ)、キャラバンメイト連絡会 ・認知症初期集中支援チーム ・健康や介護予防に関するボランティア活動、ボランティアの養成 (健康推進員・おたっしやサポーター・脳いきいきゲームリーダー・キャラバンメイト等) ・健康推進員の活動 ・健康診断・がん検診・結果お返し会 ・減塩や野菜摂取に関する、ポスター等での啓発 ・スポーツの普及啓発 ・農業、田畑での活動を活かした農村生活体験・民泊 <p>これから取り組み</p> <p>9</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅への復帰、在宅での生活のための退院支援 ・在宅生活を支えるための専門職の相談・訪問の強化 (チームアプローチ) ・地域の支え合い・助け合いの他地区への展開 ・生きがいづくり・社会的役割を持てる地域づくり ・民間事業者による地域生活の支援 (連携の強化) ・認知症になった本人の活躍の場をつくる ・住民・地域の認知症への理解・協力を深める取り組み ・認知症サポーターの役割・活躍の場 ・認知症本人・家族の受診の支援 ・認知症疾患医療センターと認知症相談医、かかりつけ医との連携を深める ・民間事業者を巻き込んだ健康づくり ・子どもの健康づくり (⇒ その後の人生や親世代へつなげる健康づくり) ・スポーツや運動に取り組みやすい環境の整備 <p>協働できること</p> <p>10</p> <ul style="list-style-type: none"> ・わたむきねっとの研修会に (医療介護以外も含めた) 民間事業者も巻き込んでいく ・生活支援体制の取り組みと生涯学習、まちづくりとの連携 (支え合い ⇒ まちづくり、まちづくり ⇒ 支え合い) ・認知症カフェと地域のサロンとの運動。健康推進員や地域のこどもたちとの交流 ・認知症当事者による、保健センターの事業 (乳幼児健診・離乳食教室など) でのボランティア活動 ・町の総合病院の医師等による健康づくりの連携 ・健康推進員の研修会に、高齢者支援の視点を盛り込む ・小学校のグラウンド等の健康づくりへの活用

我がまち日野町のアクションプラン No.2

今年度の取組み目標: ①退院連携のモデルケース作成、②在宅支援のチームアプローチのパターン化、③支え合いの話し合いの推進、④認知症本人が暮らし続けられる地域づくり、⑤健康づくりについての庁内連携、⑥①～⑤のトータルマネジメント



認知症総合支援事業

住民・地域の認知症への理解・協力

認知症サポーターの活躍の場 ⑤

認知症本人の活躍の場

認知症家族のサポート

地域での認知症本人の居場所づくり ④

民間事業者による支援・民間事業者との連携

地域の支え合い・助け合い

生活支援体制整備事業

人推協など社会教育団体

他地区への展開

東桜谷おしゃべり会

おしゃべり食堂
おやすけカゴヤ
(移動支援、訪問型D)

生きがいづくり
社会的役割 ③

おたっしや教室
男性の運動教室

高齢者交流サロン

脳いきいきゲーム教室

老人クラブ

食事会

スポーツ

趣味

農業(田んぼ・畑)

農村生活体験・民泊

スポーツや運動に
取り組みやすい環境

すまいる日野

男の料理教室

おたっしや教室
サポーター連絡会

健康推進員

スポーツ推進員

スポーツの普及啓発

健康づくりの啓発

子どもの健康づくり

民間事業者を巻き込んだ健康づくり

健康づくり・介護予防事業 ① ②

キャラバン
メイト連絡会

心理士

保健師

認推進員

民生委員
児童委員

NS

ケアマネ
連絡会

介護保険
運営協議会

地区社協

SC

社協

公民館

運動指導士

保健師

OT

栄養士

歯科衛生士

歯科医師

医療介護C

医師

認知症初期集中支援チーム

認知症相談医、認知症疾患医療センターとの連携

認知症本人・家族の受診支援 ⑥

わたむきねっと検討会
(地域ケア個別・推進会議
/在宅医療・介護連携推進
会議/第1層協議体)

わたむきねっと
(多職種による
学びと連携)

中核病院

かかりつけ

在宅医療・介護連携
推進事業

在宅復帰のための
入退院支援

専門職の在宅生活への派遣(訪問型Cなど)

在宅生活を支援するための
予防事業(リハ職、
運動指導士)

健康診断・検診

栄養相談

民間事業者による支援・民間事業者との連携

生活支援体制整備事業

人推協など社会教育団体

他地区への展開

東桜谷おしゃべり会

おしゃべり食堂
おやすけカゴヤ
(移動支援、訪問型D)

生きがいづくり
社会的役割 ③

おたっしや教室
男性の運動教室

高齢者交流サロン

脳いきいきゲーム教室

老人クラブ

食事会

スポーツ

趣味

農業(田んぼ・畑)

農村生活体験・民泊

スポーツや運動に
取り組みやすい環境

すまいる日野

男の料理教室

おたっしや教室
サポーター連絡会

健康推進員

スポーツ推進員

スポーツの普及啓発

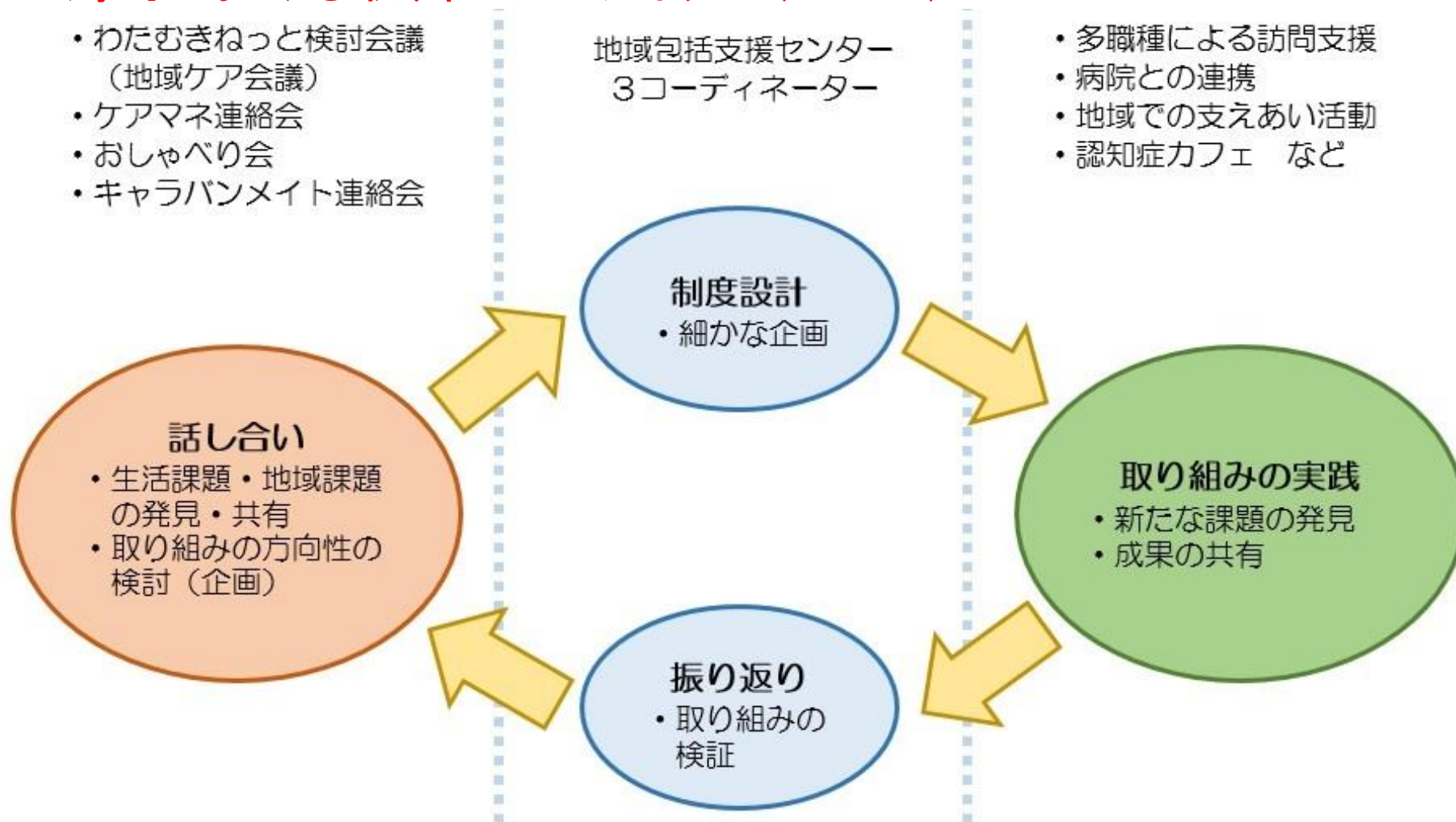
健康づくりの啓発

子どもの健康づくり

民間事業者を巻き込んだ健康づくり

健康づくり・介護予防事業 ① ②

日野町における取り組みのサイクル(PDCA)



庁内連携(横断的アプローチ)

- 庁内関係課での協議
 - ・次年度予算に向けた福祉部門の庁内協議(住民課、福祉保健課、保健センター、長寿福祉課)
 - ・保健事業と介護予防の一体化等についての協議(総務政策主監、企画振興課、生涯学習課、住民課、福祉保健課、保健センター、長寿福祉課)
- 福祉関係計画の一体的策定
 - ・令和3年度が始期となる「地域福祉計画」「高齢者福祉・介護保険事業計画」「健康づくり・食育計画」について、一体的策定に向けた取り組み中(福祉保健課、保健センター、長寿福祉課)
 - ⇒現状や課題、方向性を共有し、そのベースをもとに各計画を一体的に策定していく
- 今後の取り組み予定
 - ・福祉関係計画の一定的策定にあわせて「いきがい」「支え合い」「運動」「食」などについて、テーマごとに、担当者レベルの話し合いを進めていく

協働により気づいたこと、新たな発見、よかったこと

- 目指すべき姿から考え、取り組みを進めていくと、互いの取り組みが重なっていること、また、重なっていくことに気がついた
- 目の前の1人の生活を中心にして考えると、結局、生活全体を捉えて、連携していかないといけないことが見えてきた
- **地域・住民へのアプローチなど互いに協働できることが分かった**
- 地域の住民さんが自分たちの生活の中で、それぞれに役割・想いを持って取り組まれていることが分かった

評価（研修後アンケートより）

○住民の姿や地域の資源（強み・弱み）の再発見

・本当の住民の声をきちんときけていなかった。机上で地域を見ていたように思う。同じ目標に向けて、市、コーディネーター、住民で同じ方向を向いて頑張りたいと思いました。

・コーディネーターや認知症地域支援推進員としての現場の声を聞くことができ大変勉強になりました。いろいろな視点からたくさんの意見、アイデアが出て、アドバイザーの方の助言もあり、とてももりだくさんのすばらしいアクションプランになったと思います。

地域資源の有効活用へ

評価（研修後アンケートより）

○各Coの役割や活動を知ることにより目標達成に効果的な取り組みの自然なコラボレーションが生まれる

- ・このように具体的に視覚的に自分たちの今すべきことを整理することが今までなかった為、また、他コーディネーターさんと交流することも今までなく、役割も漠然としたものであったが、この機会に理解が深まりました。
- ・まず各コーディネーターの具体的な役割、動きを理解し、その上で協働できることを話しあうことができたことは非常に良かった。一緒に何ができるかをディスカッションすることに意義があった。
- ・各コーディネーター・市担当者それぞれの活動や課題を聞く中で、共通するところやコラボできるところなどに気づくことができた。また、市として目指す姿も見えてきたことにより、取り組みについても具体的に考えられると感じられた。

地域支援事業間の連動への一歩

評価(研修後アンケートより)

○目指す姿、目標、取組を見える化し共有することで、各Coの活動の位置づけ、それぞれの果たす役割、今後の取り組みの方向性が明確化

- ・日々業務していると目の前のことにとらわれがちになるが、今回、目指す方向性や自分の活動が、“これでいいんだ”と確認できた。
- ・認知症推進員としての取組みを評価してもらえたことで、不安の面もあったが、やっていることが間違いではないということを書いていただき、気持ちが楽になり自信につながった。
- ・町として目指す方向だけでなく、それぞれの職員、コーディネーターがそこに向けて何をしたいのか、どう考えているかを率直に発言し、アドバイザー、県から、助言を頂き、取組みの方向性が明確になり、また、モチベーションアップにつながりました。保健センターの保健師・栄養士も参加でき、有意義でした。
- ・「何をするか」でなく「何をめざすか！」について語ることでチームワークが上がる！
- ・このように皆が考えることで、チーム連携として全体で動くことの意識が強くなると感じた。一人一人の取組みを大切にし、ふり返り、ひき出しを増やしてスムーズに連携をとれるようにしていきたい。

各Co、市町担当者のエンパワメントへ

3. 今後の取り組み

我がまちの地域包括ケアを考える研修会

令和元年度

協働の基盤整備

・我がまちの
目指す姿・実
現に向けた目
標・取組計画
の共有

令和2年度

協働の実践・ 評価

・我がまちの目
指す姿・目標に
対する評価計画
の共有

令和3年度～

PDCAサイク
ルにより「我
がまちの目指
す姿」の実現
状況のモニタ
リングと取組
計画への反映

我がまちのゴール

我がまちの
目指す姿