

その人の希望を
みんなで形に

高齢者自身が主体的に
生活できるよう支援する
ガイドブック

も く じ

はじめに		2
第 1 章	持続可能な介護保険制度にしていくために	4
	介護保険制度の直面している課題	4
	介護保険制度の前提には自立（自律）支援の考え方	6
第 2 章	自立（自律）を促す支援事例	8
	事例1 多職種での継続意欲への働きかけにより、 自発的に生活範囲が広がった事例	10
	事例2 自宅での生活を把握しセルフマネジメントを促したことで、 生活機能が改善し、サービス利用終了に繋がった事例	11
	事例3 趣味の再開を目標とすることで、 地域活動への参加に繋がった事例	12
	事例4 未来予測から作成した生活指針によって 介護サービスの卒業に至った事例	13
	事例5 多職種の協働により 認知症が進むひとり暮らし高齢者を支援する事例	14
	事例6 通所サービス利用日の調整によって 地域活動に参加し意欲の向上に繋がった事例	15
	事例7 近隣の見守り体制を構築することで 社会参加ができ、気持ちの安定を図れた事例	16
	事例8 本人の望む暮らしをかなえるために、 地域の見守り体制を作った事例	17
第 3 章	地域での暮らしを支えるケアマネジメント	18
	支援のキーワードはwell-being	18
	サービス利用前…入口で目指す姿を共有する	20
	サービス利用中…本人の「したい」を支える	22
	サービス利用中…地域資源、多職種と連携する	24
	未来に向けた支援	26
第 4 章	参考情報	28

川越市が目指しているもの

「本人の望む暮らし」の実現

はじめに

本市では、すこやかプラン・川越（川越市高齢者保健福祉計画・第9期川越市介護保険事業計画）において、住み慣れた地域で、見守りながら、支え合いながら、健幸で安心して暮らせるまちの実現という基本方針を定め、様々な施策を展開しています。

その施策のひとつとして、自立（自律）を支援するための介護予防ケアマネジメントの支援を進めることとしています。

このガイドブックは、本人（高齢者の方）がどのように暮らし続けたいかの視点に立ち、介護サービスの提供だけにとどまらず、インフォーマルな地域資源の活用や、地域につながりをつくるケアマネジメントに役立つ内容（自立（自律）支援）を掲載しております。

本市は、今後、2040年にかけて65歳以上の人口が増加していくことに伴い、介護が必要な高齢者の方の人数も増加すると見込まれています。

その一方で、介護サービスの担い手である15歳から64歳までの人口は減少傾向であり、介護サービスの提供体制の維持も困難な状況となっていくことが懸念されています。

そのため、医療・介護に係わる皆様の御協力を得まして、自立（自律）支援に取り組み、高齢者の方の本人の望む暮らし（well-being）を実現していきたいと考えております。

そして、その実現が、困難な課題を抱えている介護保険制度におきましても持続可能な制度としていくことに寄与できるのではないかと考えております。

このガイドブックを通じまして、医療・介護に係わる皆様との間で、自立（自律）支援や、その実践について共通認識を図っていきたいと考えておりますので、皆様の御協力をお願い申し上げます。

ガイドブックが目指すもの

このガイドブックは、本人の望む暮らしの実現を図るため、市内の医療・介護の関係者が、共通の価値観をもって行動＝【働きかけ】することを目指すための手引きです。

本人がどのように暮らし続けたいかの視点に立ち、インフォーマルな地域資源の活用や、地域での活動につながるような支援について、関係者で共通認識を図ることを目的としています。

「働きかけ」とは？

支援が必要な高齢者ひとり一人の状態像は、非常に多様です。そのため、介護サービスだけでは高齢者の多様なニーズに対応することは困難です。この多様なニーズに対応するためには、地域

にある多くの資源を把握し、高齢者の生活と地域の資源を結びつける働きかけが必要となります。

介護サービスの利用をきっかけに、それまで参加していた地域にある様々なサービス・活動が大きく制限されてしまうと、地域とのつながりの希薄化や、日々の意欲や活動量の低下につながるものが懸念されます。

医療や介護は、本人にとっては非日常の中の出来事です。できる限り、なじみの人や環境で、気兼ねなく、住まいを中心とした居心地の良い暮らしを長く続けられるよう、活動的に生活し、重度化を防ぐための習慣を身につけてもらえるように支援することを目指しています。介護サービス以外の多様な地域の資源を利用できるよう、様々な地域の資源や活動の関係者に働きかけをしていただきたいと思います。

ガイドブックの使い方

このガイドブックは、市内の医療・介護の関係者の皆様が、手に取って、読んで、実践してもらえるガイドブックを目指し、作成しました。

本人の望む暮らしを実現するため、このガイドブックで自立（自律）支援の考え方を知っていただき、本人の元気度アップとモチベーションの向上を図り、継続した支援ができるよう、活用していただければ幸いです。

1

“とりあえず要介護認定の更新申請をしてデイサービスの利用を続ける” “介護サービスの利用の継続が目標” “介護サービスは卒業できない” “サービスの終了は気の毒だ”などの考え方を変えてみましょう！

2

支援の入口の段階で支援の出口も考えてみましょう！
（入口戦略・出口戦略のあるケアマネジメントの実施）

3

川越市内の関係者で「本人の望む暮らし（Well-being）」の実現を図る「働きかけ」を共有し、高齢者全体の元気度の底上げを図っていきましょう！

1

介護保険制度の 直面している課題

2040年の川越市の未来予測として、人口の減少が見込まれる中、85歳以上の人口が急増することが見込まれており、また、85歳以上の約半数は要介護認定を受けると予想されます。

介護保険制度を維持していくためにも、支援者一人ひとりが川越市の高齢者を取り巻く環境を理解しておくことが大切です。

■ 図1 川越市の2040年 未来予測

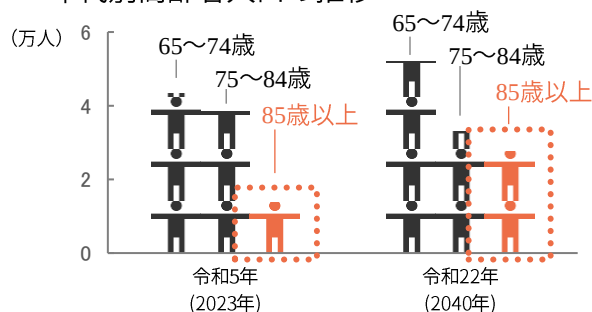
本市の高齢化率の推移

	令和5年 (2023年)		令和22年 (2040年)
人口	353,183人	➡	348,958人
高齢化率	27.0%	➡	32.3%

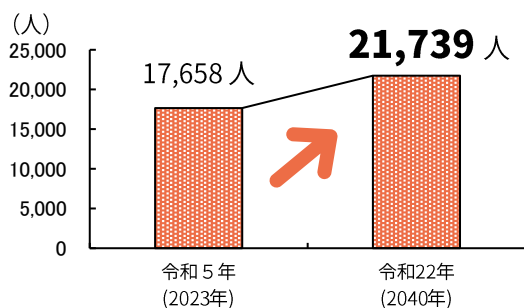
人口減に反して、高齢化率は**5.3ポイント増加**

85歳以上の高齢者が急激に増え、**約2倍**に

年代別高齢者人口の推移



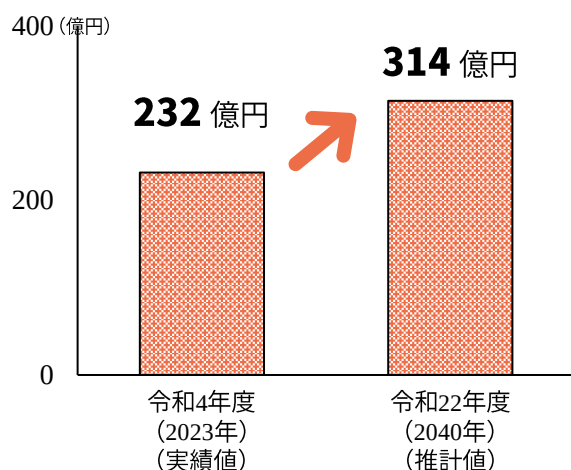
要介護（要支援）認定者の将来推計



要介護（要支援）認定者は**約1.2倍**に増加

■ 図2 川越市の介護給付費の将来予測

本市の介護給付費の将来推計



要介護（要支援）認定者の増加に伴い

82億円増加

需要 ↗

高齢化率の増加、特に85歳以上人口が増え要介護（要支援）認定者は増加

↓
必要なサービス量及び介護給付費の増加

供給 ↘

生産年齢人口は減少

↓
介護サービス需要は増加するのにも関わらず、提供できるサービス量は減少

**介護保険制度の維持のためにも、
自立（自律）支援・重度化防止に
取り組む必要性がある**

2

介護保険制度の前提には 自立（自律）支援の考え方

介護保険法の理念では、いわゆる「お世話型介護」ではなく、高齢者自身の自己実現を目指した「自立（自律）支援」が謳われています。

2040年の川越市の未来予測から、自立（自律）支援の考え方を進めていくにあたり、誰に対してどんな働きかけを行うと特に効果的かを認識することが求められます。

自立（自律）支援とは

このガイドブックにおける自立（自律）支援は、本人を中心にして、関係者が手を取り合い、本人の望む暮らしを応援することをイメージしています。

自立（自律）支援とは、高齢者自身が住み慣れた地域において、その能力に応じて自立（自律）した日常生活を送ることができるよう支援するものです。本人や家族との対話を通じて、本人の「〇〇したい！」という意欲や想いを引き出し、その実現に向けての支援をする必要があります。

川越市には、介護サービス以外にも、社会参加への選択肢がたくさんあります。介護サービスを使い始めたら、その介護サービスのみを使い続けていくという考えをチェンジして、本人の「〇〇したい！」を支えてくれる多様な資源による広がりのある支援を目指しています。

できないことを、代わりにやるという意味ではなく、可能な限り自分でできることは自分で対応し、できないことを可能な限り、できるようにするための支援を提供しようとするものです。

この考え方は、介護保険法において法の理念としても謳われています。

介護保険法（抜粋）

第1条（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、[略]これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、[略]

第2条（介護保険）

[略]保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない。



本人主体の自立に資する支援を行うことが原則

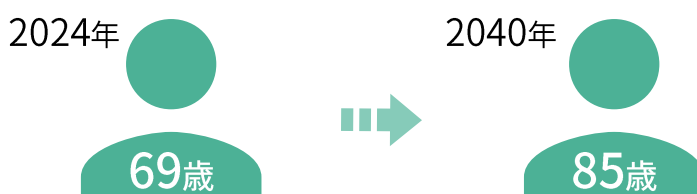
■ 図3 誰にどんな働きかけを行うと効果的か

川越市の現状と未来予測から、 誰にどのような働きかけを行うと効果的か



現在の60歳代からの働きかけが効果的

2024年に69歳の方は、2040年には85歳



軽度の要介護者を増やさない働きかけが効果的

令和元年と令和5年度で比較すると、要介護認定者数の増加率の上位は軽度者

要介護認定者数増加率（令和元年度から令和5年度）

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
127.8%	111.6%	130.0%	102.7%	122.1%	116.7%	102.7%



軽度者の重度化を防止する働きかけが効果的

継続的に認定を受けている者の重度化率が高いのも軽度者

平成28年 ▶▶ 令和元年 1位 要支援1 2位 要介護1

令和元年 ▶▶ 令和4年 1位 要支援1 2位 要支援2

POINT

自立（自律）を促す視点を持ち、
支援をしていくことが求められます

事例

「良かれと思って」かかわった結果、逆効果となった事例

事例

79歳 / 女性 / 変形性膝関節症、軽度認知症
娘夫婦との3人暮らし。交通量の多い地域に在住。
身辺動作は自立。料理やグラウンドゴルフが趣味。
友人との交流あり。
最近、見守りや予定の確認が必要になってきた。

経過

本人が外出先で転倒しケガをしたことをきっかけに、
娘が全ての家事を行うこととなる。
外出時は、家族が同行することとなる。



1 か月後

本人の元気がなくなっていく

- ・ 活気・食欲がなくなり、食事のむせ込みが増える。
- ・ 認知機能の低下が進んでいる。
- ・ 歩行中に、ふらつきが始まる。

3 か月後

介護サービスの利用を開始

- ・ 家族が要介護認定申請を行い、通所型サービスの利用を週2回開始。
- ・ 通所型サービスの日程とグラウンドゴルフの日が重なり、地域との交流機会がなくなる。
- ・ 友人は、本人の体調を考慮し、連絡を控えるようになる。

1 年後

施設への入所を検討する

- ・ 通所型サービスを週5回利用する。
- ・ 本人の心身機能が著しく低下。通所型サービス以外は、寝て過ごす。
- ・ 家族は、手厚い介護を受けてもらうために、施設への入所を検討。

Point!!

本人の望む暮らし

地域との交流機会を持ちながら、住み慣れた自宅で暮らし続けたい。

娘の声かけ

「家事は私がするから、座ってテレビでも見ていてね。」
「危ないから、家から出るのは私と一緒にの時だけね。転んだらどうするの」

生活の変化

これまで当たり前に行ってきた家事や趣味を行えず、することがなくなった。
友人と会う機会が減った。

介護サービスの利用目的

「介護サービスを利用すること」が目的となって、利用を継続している。

介護サービス中心の生活

通所型サービスの利用頻度が増え、徐々に手厚い介護を受ける事が目的となる。

家族の「良かれと思って」行った「お世話型介護」が、本人の心身機能の低下を招いた。介護サービスの利用をきっかけに、地域とのつながりがなくなり、意欲や活動量の低下につながった。結果的に、本人の望む暮らしとは、かけ離れた生活となった。

地域包括ケアアニメ ～自分らしく、いつまでも～

埼玉県は、「地域包括ケアシステム」について理解を深めるアニメを公開しています。
アニメは、地域包括ケアシステム、介護予防、生活支援、地域ケア会議をテーマとした、自分らしい暮らしを続ける高齢者とその暮らしを支える地域の皆さんの物語です。



出典：埼玉県ホームページより

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/chiikihoukatukea/careanime.html>



地域包括ケア漫画 ～みんないつかは年をとる～

埼玉県は、「地域包括ケアシステム」について理解を深める漫画を公開しています。
漫画は、高齢者の社会参加や認知症の理解、介護者支援などをテーマとした全11巻の物語です。



出典：埼玉県ホームページより

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/caremanga.html>



事例

1

多職種での継続意欲への働きかけにより、 自発的に生活範囲が広がった事例

76歳 / 女性 / 要介護1 / パーキンソン病
夫とのふたり暮らし
病状により、歩行が不安定で転びやすい。
外出を不安に思い、自宅に閉じこもりがちな生活。
自宅では、座って漫然とテレビを見て過ごすことが多い。
買い物に行きたいが、行くことができず、夫に任せている。

総合的課題 日中の活動量低下 外出意欲の低下

目標 自宅から500m先のコンビニまで歩いて買い物に行く

《通所型サービス事業所を週1回利用》

- ・アセスメント、ADL・IADL評価の実施
- ・日常動作訓練（歩行動作）、応用動作訓練
- ・多職種による本人・家族への声掛け
- ・自宅でのセルフケアの指導（宿題カレンダー、日記帳）

⇒継続した生活習慣・運動習慣を身につける



事例

3
か
月
後

歩行能力の向上、外出意欲の向上

（目標達成）コンビニまで歩いて買い物に行けるようになる。
さらに、近所を散歩することや配膳の手伝いをするようになる。
外出した際の写真をスタッフや他利用者に見せるようになる。

1
年
後

生活機能の改善・生活範囲の拡大

目標達成が成功体験となり、さらに意欲が向上する。
友人や夫と電車に乗って外出するなど、積極的に過ごすようになる。
さらに、故郷（富山県）に電車とバスを使用して、夫と行くことができた。

Point!! 

利用開始前

疾患の特性上、予後を不安視され、意欲が低下していた。しかし現状を共有し、今できることの可能性を提示したことで、行動変容のきっかけとなった。

本人との対話

実家が遠方の富山県のため、この6年間帰省できず淋しい。

スタッフからの声掛け

「以前より歩行が安定しましたね。応援しています！」

プログラムの合意形成

「こうなりたくない」を共有し、目的に合わせたプログラムに更新。継続意欲に働きかけた。

対話から目標へ

スモールステップの成功体験を重ね、過去に聴取した帰省の可能性を本人・夫と協議するに至った。

多職種の支援者が目標及び本人の変化を共有し、本人が「ひとりでできるかも」と思えるよう、生活全般の意欲を高める働きかけを継続的に行った。
本人の里帰りしたい思いを引き出し、本人の「やりたい」を目標に設定し、モチベーションを保つことに寄与した。結果的にサービス利用のない日の行動変容にも繋がった。

自宅での生活を把握しセルフマネジメントを促したことで、生活機能が改善し、サービス利用終了に繋がった事例

78歳 / 女性 / 要支援2 / 変形性膝関節症、脊柱側弯症
ひとり暮らし / 市内に住む娘が週に2回、援助をしている。
側弯のため、左側に傾き姿勢が不安定。本人は自覚していなかった。
歩行を不安に思い、自宅に閉じこもりがちな生活。
自宅では、左側に傾いた姿勢でテレビを見て過ごすことが多かった。
家事や買い物ができず、娘に任せている。

総合的課題

課題認識の低下 日中の活動量低下
活動意欲の低下

目標

自宅から1km先のスーパーと郵便局まで歩いて行く

《通所型サービス事業所を週2回利用》

- ・ アセスメント、ADL・IADL評価の実施
- ・ 認知運動療法（運動感覚の学習）
- ・ 多職種による本人・家族への声掛け
- ・ 自宅での正しい姿勢の指導

⇒正しい姿勢・運動感覚・生活習慣を身につける



身体機能の向上、外出頻度の増加

500m先のコンビニまで歩いて買い物に行けるようになる。
料理をすることが増える。近所を散歩するようになる。
「自分の状態が改善することが、他利用者への貢献になる」という
気持ちの芽生え

自信の回復、介護サービスの卒業

散歩中や買い物時に近所の友人とお話するなど、積極的に過ごす
ようになる。
家事をはじめ役割を再獲得でき、娘の援助は週1回に減少した。
スーパーと郵便局に行けるようになり、サービス利用終了。

Point!!

利用開始前

契約時の自宅訪問にて生活課題を共有し、その場で生活指導を実施。自宅で過ごしている間の自己管理を促した。

課題認識の促し

利用中・自宅にて鏡を用いて姿勢の確認機会を持っていた。自分で姿勢を気にする習慣づけの支援を実施。

スタッフからの声掛け

「姿勢が良くなりましたね」
賞賛を通じた意欲の向上を促した。

他利用者への波及効果

外出の報告や自身の体験を他利用者に伝えるピアサポートの関係が生まれ、他者への貢献を感じられるようになった。

終了前～終了後

終了前は直接かかわる機会を意図的に減らし自己管理をさらに促した。終了後は、送迎中に見かけた際には挨拶を交わす関係を保っている。

利用前の早い段階で傾いた姿勢で自宅で過ごしている現状を把握し、介護サービス利用日以外の日常でのセルフマネジメントを促した。
専門職との依存関係を作らず、卒業に向けたガイドを行った。

事例

3

趣味の再開を目標とすることで、 地域活動への参加に繋がった事例

81歳 / 女性 / 要介護2 / 大腿骨頸部骨折術後、
変形性膝関節症、両肩関節炎
夫とのふたり暮らし。夫も同デイサービス利用中。
肩に痛みがあり、両腕が上がらない。
膝に痛みがあり、長い時間立位がとれない。
外出を不安に思い、自宅に閉じこもりがちな生活。
趣味の料理ができなくなり、落ち込みあり。市販の惣菜中心の生活。

総合的課題

身体機能の低下 日中の活動量低下
活動意欲の低下

目標

趣味の料理を再開する

《通所型サービス事業所を週1回利用》

- ・アセスメント、ADL・IADL評価の実施
- ・日常動作訓練（歩行動作、挙上動作）
- ・生活リハビリテーション（調理動作）
- ・多職種による本人・家族への声掛け
- ・自宅でのセルフケアの指導

⇒負担の少ない料理方法と健康管理を身につける



Point!!

利用開始前

「私は肩が痛くて腕が上がらないんです」
部分的な課題ではなく、
「では生活で何に支障をきたしているのか」生活課題を主語に会話。

本人との対話

以前は、料理サークルに参加し、おしゃべりも楽しんでいた。
「煮物を作りたい。負担の少ない料理の方法を教えてください」

役割・社会参加の再獲得

対話から伺えた本人の料理再開への希望を実現するため、自宅での調理再開に向けたかかわりを実施。
料理の再開から、買い物や、友人との付き合いの再開にも展開できた。

地域活動への橋渡し

デイサービススタッフが料理サークルの再開を勧め、サークルの情報を提供した。

3
か月後

身体機能の向上、自信の回復から活動量が増える

両腕が上がり、長く立てるようになり、料理をすることが増える。
近所の散歩を通じて、外出への不安が軽減し、友人と演歌のコンサートへ行くことができた。
スタッフや他利用者に料理を教えるようになる。

6
か月後

意欲の向上、介護サービスの卒業

（目標達成）趣味の料理を再開する。煮物も作れるようになる。
スーパーに買い物に行き、食材を選ぶようになる。
料理サークルに月2回参加し、おしゃべりも楽しめるようになる。

本人の「したい」を聴取し、目標設定を行い、意欲の向上を図った。
役割の再獲得から社会貢献を思う本人の気持ちを尊重し、ピアサポートに繋がった。
介護サービス以外に、本人のやりたいことに合わせた地域活動への移行支援を行った。

未来予測から作成した生活指針によって 介護サービスの卒業に至った事例

77歳 / 男性 / 要介護1 / ギランバレー症候群
妻との2人暮らし
手足の筋力低下、痺れあり。
字が上手に書けない。20センチの段差が登れない。
発症から約半年入院し、退院2か月後に通所型サービスの利用を開始。

総合的課題 日中の活動量低下 外出意欲の低下

目標

ホームセンターに行きDIY道具を揃えたい。ロードバイクに乗りたい。孫や妻とサービスエリアで食事したい。

《通所型サービス事業所を週2回利用》

- ・アセスメント、ADL・IADL評価の実施
- ・平行棒跨ぎ（自転車乗降を想定）
- ・自転車の運転
- ・多職種による本人・家族への声掛け
- ・セルフエクササイズ（駅階段昇降、ラジオ体操、散歩）の指導

⇒継続した生活習慣・運動習慣を身につける



1年
後

生活機能の改善・生活範囲の拡大

（目標一部達成）バス、電車を利用できる。
自転車でもホームセンターに行くことができる。
納得のいく字を書ける。

1年
半
後

介護サービスの卒業

（目標達成）ロードバイクに乗れるようになる。
本人の申し出により、介護サービスを卒業する。
「ハンドブックのお陰で、元気になりました」と本人より感謝の言葉あり。

Point!!

利用開始前

ケアマネジャーと開始前から予後予測と利用期間について協議。
終了を目指す方向で、利用を開始した。

かかわり方

セルフケアはできる方のため、リハ専門職が触れることはせず、行動変容を促す支援を実施。

本人との対話

ケアマネジャーとPTより卒業を提案するが「専門職から離れることは不安」と本人は納得されず。

終了前～終了後

PTが未来の指針となるハンドブックを作成し提供。
PTの分身として利用してもらい、サービス卒業への不安を軽減させていった。

支援開始前の入口の段階で、出口を考えた支援を行った。

「触れない支援」により、自立（自律）に向けた行動変容を目指した。
支援者が本人のかけがえのない存在にならないような支援を行った。

事例

5

多職種の協働により 認知症が進むひとり暮らし高齢者を支援する事例

85歳 / 女性 / 要支援2 / アルツハイマー型認知症
ひとり暮らし / 市外に住む娘が、週に1回家事支援のため訪問している。

老人クラブのメンバーが本人の異変に気づき、地域包括支援センターに連絡。下肢筋力の低下のため、歩行時ふらつきあり。
自主グループ活動、老人クラブ活動を楽しみにしている。
認知機能の低下により、物忘れあり。曜日感覚は、乏しい。
民生委員によるひとり暮らしの見守りを受けている。

総合的課題 認知機能の低下、下肢筋力の低下

目標

住み慣れた自宅で、気ままなひとり暮らしを続けたい
今までどおり自主グループ、老人クラブ活動を続けたい

《通所型サービス事業所を週1回利用》

- ・アセスメント、ADL・IADL・認知機能の評価の実施
- ・日常動作訓練（歩行動作）
- ・生活リハビリテーション（調理動作）
- ・多職種による情報共有
- ・老人クラブメンバー、民生委員による見守り、声掛け

⇒継続した生活習慣・運動習慣を身につける



6
か
月
後

生活機能の改善、生活範囲の拡大

（目標達成を継続）老人クラブ活動とひとり暮らしを継続できる。
さらに、老人クラブメンバーと毎日ウォーキングを開始する。

1
年
後

生活機能の維持、生活範囲の維持

（目標達成を継続）老人クラブ活動とひとり暮らしを継続できる
しかし、認知機能は悪化し、通所介護の利用は週2回となる。

Point!!

地域資源の活用

老人クラブを通じて、介護保険サービス以外の支援や、見守りを日常的に得られる強みがあった。

クラブ活動中のかかわり

老人クラブメンバーは活動日に毎回声掛け支援を実施。次回の活動日を一緒に確認。

クラブ活動時以外のかかわり

定期的な老人クラブ開催以外に、老人クラブのメンバーとの交流機会の中で、見守り体制がある。

多職種でのかかわり

ケアマネジャー、老人クラブ、家族、事業所、民生委員、生活支援コーディネーターで定期的に情報共有を実施。

本人の望む生活を把握し、介護サービス漬けにしない支援を行った。
多職種が協働するチームでの支援により、本人を支えた。

通所サービス利用日の調整によって 地域活動に参加し意欲の向上に繋がった事例

男性 / 79歳 / 要介護1 / 心不全、慢性閉塞性肺疾患
妻とのふたり暮らし

入院を機に、週1回の通所型サービスを利用。

地域の体操と曜日が重なってしまったが、通所型サービスの利用を優先することとなった。

総合的課題 退院後の生活リズムの再構築

目標 地域活動に参加し、地域の友人との付き合いを続けたい。

《通所型サービス事業所を週1回利用》

- ・多職種による生活状況の聴取と情報共有
- ・通所での体操、トレーニング
- ・スタッフや他利用者とのコミュニケーション

Point!! 

本人の価値観

地域の友人との付き合いを大事にしたい。

本人の変化への気づき

日常から、対話を十分に行い、スタッフ間で共有していたことで、本人の変化に気づくことができた。



気持ちの落ち込み

利用中の表情が暗くなっている日が多くなっていた。

「地域の体操に参加することはもうできないのかな」

本人との対話

「地域の体操でしか会えない友人と会えなくなってしまった。できるなら体操に参加したい」

気持ちの落ち込みの原因を知り、意欲の向上を図る

日々のかかわりの中で、本人の様子の変化をスタッフ間で共有し、理由を探る。

日頃の会話から「実は、地域の体操に行かなくなって友達と会えないから寂しいんだよね」と、精神面の変化の理由を伺うことができた。

〈事業所の対応〉

地域の体操にも参加できるよう、利用曜日の調整を実施。

⇒表情が明るくなり、前向きに過ごすことが増えた

地域への参加へ

本人が望む暮らしを実現できるよう、事業所側として配慮した。

利用中の対話から本人の価値観・幸福感を知り、暮らしの中の優先順位をつけることができた。

トレーニングの実施ではなく、意欲の向上により、自分でできることに対して積極的に取り組むきっかけとなった。

事例

7

近隣の見守り体制を構築することで 社会参加ができ、気持ちの安定を図れた事例

82歳 / 女性 / 要支援1 / ひとり暮らし / 廃用症候群
元々、要支援認定を受け、介護サービスを利用しながら生活。
家族は遠方に住んでおり、直接的な支援を受けにくい環境。
精神的に不安定な傾向があり、自ら何かに取り組むことや、自分
から他者に声をかけることは少なかった。
他者から声をかけられると、しっかり対応されている。

総合的課題

ひとり暮らしで社会的フレイル状態であり、
心身機能の低下が危惧される。

目標

住み慣れた地域で、近隣の見守りを受けながら、
ひとり暮らしを続けたい。
近隣の方にも、本人のことを知っていただく。

〈ケアマネジャーによる働きかけ〉

- ・ 他者から声をかけてもらう機会をつくる。
- ・ 近隣の方に、本人を見かけたら声をかけていただくことを
お願いする。
- ・ 本人には、近所の方から声をかけられたら、お話しされてみて
はどうか提案。

⇒ 近隣による見守り体制構築と、本人の社会参加の
機会の提案



気持ちの安定と社会参加

- ・ ゴミ捨ての際や、買い物に出かけた際に近所の方から声をかけら
れ、その場で話をする機会を持てるようになった。
- ・ 「お元気そうですね」と前向きな声掛けをしてもらうなど賞賛の
機会を得た。
- ・ ひとり暮らしは続いているが、近隣の方との声掛けの中で安心感
を感じることができた。

Point!!

ケアマネジャーのかかわり

介護サービスのマネジメン
トを行うのみでなく、
住まわれている地域の力を
得るための評価や関係づく
りが、前段階として整って
いた。

近隣とのかかわり

本人の性格を考慮し、本人
に何かを勧めるのではなく、
外部からの接点を持てるよ
う、周囲に働きかけた。

社会とのつながり

近隣の方と自宅前や買い物
先などで会い、会話を交わ
すことで、運動ではなく社
会参加の面から、フレイル
対策を講じることができた。

特にサービス利用のない日常の中で、安心感を得られる方法として、近隣住民の協力を
得ることができた。

週間サービス計画表（第3表）にて、「近所の方と話す」日常を盛り込むことに
繋がった。

会話を通じて他者から安心感・賞賛を得ることが、自信やモチベーションになり、
ひとり暮らしを継続できる動機づけとなった。

本人の望む暮らしをかなえるために、 地域の見守り体制を作った事例

82歳 / 男性 / 要支援1 / 脳梗塞後遺症
妻・息子との3人暮らし（息子は日中不在）。
通所型サービスを利用中。
自分で「何かをしなくては」という気持ちが強い。
通所型サービスの利用の際、片道は自分で歩いて行きたいと強い希望あり。

総合的課題

自宅から通所先までの道中の安全性を高めたい

目標

地域での見守り体制を構築する

〈地域包括支援センターの働きかけ〉

- ・ 担当者会議にて、リハビリとして徒歩で通所することへの共通理解を深めた。
- ・ 近隣の商店等に徒歩で移動している本人の見守りを依頼した。

⇒地域での見守り体制の整備



徒歩での移動を開始し、さらなる自身の獲得へ

- ・ 道中の商店は、本人が通る曜日と時間に見守りを開始。
- ・ 本人は、安全に徒歩で通所できるようになった。「やりたいと思っていたことができて、嬉しい」
- ・ 本人が自ら商店に声を掛けるなど交流が生まれた。

Point!!

近隣とのかかわり

本人の意向を尊重しつつ、
いかに安全性を高められる
か、地域の協力も仰ぐこと
を試みた。

近隣とのかかわり

本人を見守る地域の目が日
常的にある環境作りを行っ
た。
本件を通じて、商店と地域
包括支援センターの繋がりが
生まれた。
商店側としても、見守りが
必要な方への対応の術を知
ることとなった。

その方の望む暮らしを実現するために、地域全体で見守り、支える体制作りを行った。
結果として、本人は「支えられる側」ではなく、歩いて通所先に向かう「地域で日々
生活されている人」として、地域社会に溶け込んで生活を送られるようになった。

1

支援のキーワードは well-being

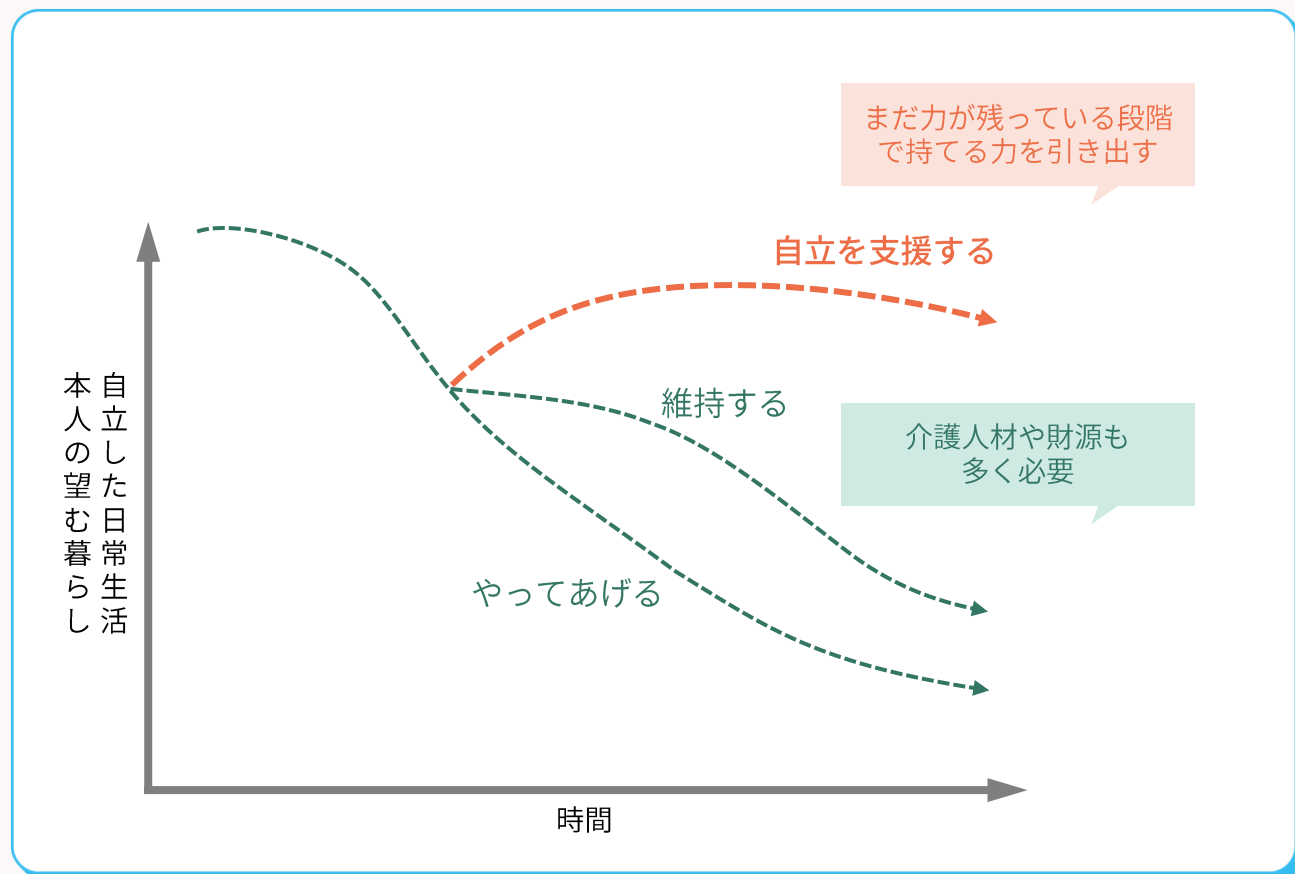
第2章の事例から見えることとして、本人が望む暮らしを実現するには、関係者一人ひとりが高齢者本人と向き合い、持続的な幸福「Well-being」を重視した自立支援が必要です。意欲を引き出す関わりを目指し、その人らしい暮らしを支え、「このことは続けたい」「こんなことを始めてみたい」という前向きな気持ちを育てていきましょう。

本人の望む暮らしの実現に向けて

川越市では、「本人の望む暮らし」を、住み慣れた地域で、人と人、人と地域がつながり、お互いに見守りながら、支えあいながら、高齢者一人ひとりが健康で、生きがいを持ち、日々の幸せを感じながら、いきいきと安心して暮らし続けるこ

とと考えています。支援が必要となった高齢者の生活は、徐々に介護保険のサービスによって支えられる割合が高まることが多くなります。それでも、それまでの近所のお付き合いや、友人との交流などが、なるべく続けられるよう支援していくことが、その人らしい生活を継続することにつながります。

■ 図4 望む暮らしの実現に向けた支援のイメージ



■ 図5 well-beingから考える支援のヒント

「本人の望む暮らし」
と言ってみよう...



キーワード **Well-being** から考えてみましょう

well-being ウェルビーイング

“Health is a state of complete physical, mental and social **well-being** and not merely the absence of disease or infirmity.” WHO（世界保健機構） 1946

健康とは、身体的、精神的、社会的に満たされた（**well-being**）状態であり、単に病気がないとか虚弱でないということではない

Happinessは、感情的で一瞬しか続かない幸せのこと。

well-beingとは、持続的な幸せを意味しています。



高齢者本人の前に...

皆さん自身にとっての well-beingとは、どんな状態のことでしょうか？

ことが続けられる状態



食べたい物を
自分で入手して
食べる

笑顔で
いられる

人に必要と
されると
実感できる

好きなこと
を学ぶ

不安がない

朝、今日も
一日頑張ろう
と思える

考えてみましょう



では、高齢者一人ひとりにとってのwell-beingとは何でしょうか？

それを支援するには、どうしたらよいのでしょうか？

そして、「したいことなんて何もないんだ」と話す言葉の中に隠れる言葉にならないことばを聴きながら、本人の思いを感じ、再び「こんなことを始めてみたい」と意欲が持てるように導くには？

2

サービス利用前… 入口で目指す姿を共有する

自立（自律）支援を促進するためには、サービス利用前の初期段階で「目指す姿」を明確にすることが重要です。そのためには、アセスメントを通じて「その人らしさ」を理解し、傾聴と共感による目標設定と合意形成を図ることが求められます。このプロセスを丁寧に進めることで、本人が主体的に取り組みやすい環境を整え、持続的な自立（自律）支援につなげることが可能となります。

目指す姿を明確にする必要性

生活機能の改善を目指す取り組みでは、まず「現状」と「目指す姿」を明確にし、それを本人や家族、関係者で共有することが重要です。

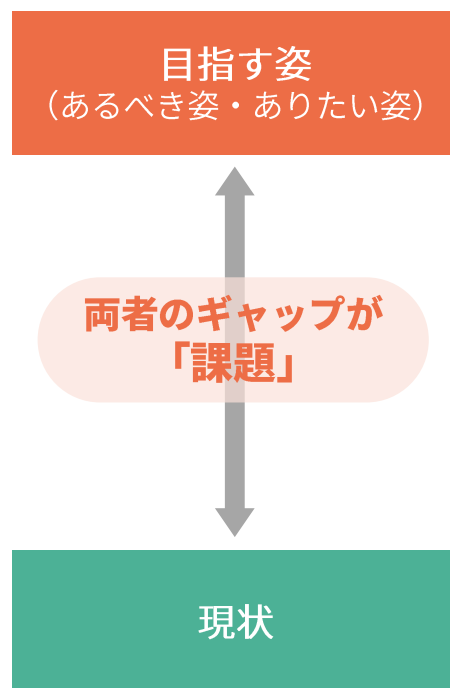
「目指す姿」は、本人が理想とする状態や目標を指し、一方の「現状」は現在の能力や状況を示します。この2つの間にあるギャップを課題として明らかにすることで、具体的な解決策を計画しやすくなります。解決策を見つけるためには、本人との対話を通じて価値観やニーズを把握し、また関係者チームによるアセスメントを通じて現状を正確に評価することが欠かせません。例えば、目指す姿を山頂、現状を出発点に例えると、目標達成までのルートを計画するには、出発点の状況やゴールとの距離をしっかりと理解する必要があります。このように、目標と現状の共有、課題の具体化、適切な解決策の計画を丁寧に進めることで、関係者全員が同じ方向に向かい、生活機能改善をより確実に達成することが可能となります。

課題を明確化するポイント

困りごとを把握する際には、「何か困りごとがありますか？」と漠然と尋ねるのではなく、具体的な場面に切り分けて質問することがポイントとなります。質問の幅を少し狭めることで、本人（高齢者の方）は自身の状況をより具体的に思い浮かべやすくなり、困りごとを言葉にしやすくなります。

例えば買い物をテーマにすると、①自宅からお店に行く、②お店で買い物をする、③お店から自宅に帰る、というように一連の流れを分け、それぞれの場面で困りごとがないかを確認する方法が効果的です。このように具体的な場面ごとに課題を掘り下げていくことで、表面的な問題だけでなく、より深いニーズや背景が見えてきます。

■ 図6 課題とは何か



【出典】川越市地域包括支援センター合同介護支援専門員研修会「ケアマネジメントの基本とあるべき展開方法について」川越雅弘氏 を参考に作成

また、本人の話をしっかりと聞く姿勢は、単に情報を得るだけでなく、信頼関係の構築につながります。この信頼が、本人の行動変容や問題解決の第一歩となります。その人らしさを理解し、共感しながら話を聞くことで、本人自身も自分の状況を整理できるようになります。傾聴と共感のプロセスを通じて、一緒に合意形成を図ることができれば、支援の方向性を共有し、具体的な解決策へとつなげることが可能になります。

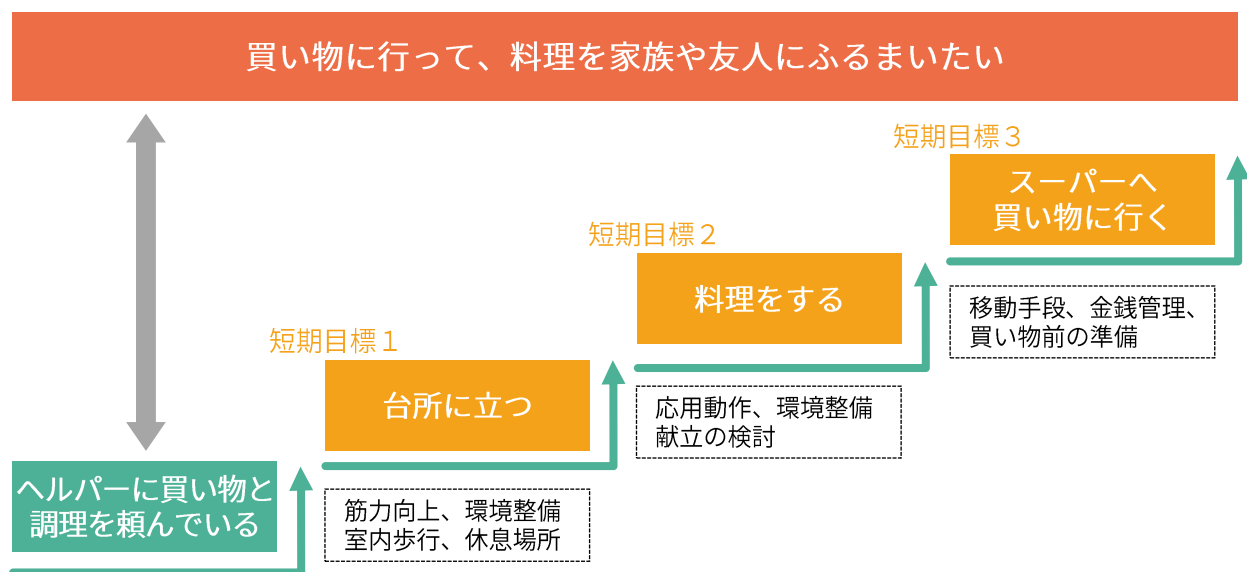
聞き取りや提案時のポイント

本人の希望「〇〇したい」を引き出すためには、まず「話をしっかり聴く」ことが重要です。本人の言葉に耳を傾け、その人の歴史や背景を理解し、その人らしさを大切にしましょう。高齢者は、日々の生活に忙しく、未来のことを考える余裕がない場合があるため、何気ない会話から本人の目

指す姿を拾い上げることが効果的です。本人が自然に話す中で、その人の目標や希望を見つけ出すことが求められます。また、本人の「趣味に共感」することも大切です。趣味や興味は、その人の個性や価値観に密接に関わるため、共感を示すことで、よりオープンに希望を話しやすくなります。デイサービスの職員やヘルパーは、日々本人と接する中で、本人の細かな声や希望を拾いやすい立場にあります。本人との関係性を築き、自然に日常的な会話の中からニーズを見つけることができます。一方、ケアマネジャーは、家族との連携を深め、家族の声を拾いやすい立場にあります。家族の意見や考えをしっかりと理解し、支援に反映させることが大切です。本人や家族の声をしっかりと聞き取り、共感を持って提案を行うことで、より効果的な支援やサービス提供が可能となります。

■ 図7 段階的な目標の設定

【例】料理の再開を目指す場合



課題を明確にするために

- ① 目指す姿をよく聞き、② よく話し合うこと（対話）
- ③ 本人が利用できる支援策を検討し、選択していただく。
- ④ その後は、「やってみる」。

【出典】川越市地域包括支援センター合同介護支援専門員研修会

「ケアマネジメントの基本とあるべき展開方法について」川越雅弘氏 を参考に作成

3

サービス利用中… 本人の「したい」を支える

本人の「したい」を実現するには、関係者チーム全員での働きかけを行うことが鍵です。スモールステップで成功体験を重ねることで自信を育むこと、対話を通じて動機づけを行い、努力の過程を賞賛することで継続意欲を高めること、そしてセルフマネジメントを促すツールを活用することなどの働きかけにより、日々の生活を積極的に楽しめるよう支援し、関係者で共通認識を持ちながら支えることが求められます。

やる気を引き出す働きかけ

本人がその気になるような応援は、関係者チーム全員で行います。そして、本人が望む暮らし＝目標は、より具体的であることが望ましいです。目標がより具体的であることで、スモールステップを踏みながら成功体験を積み重ねやすくなり、自信を獲得しながら進むことができます。本人が「これをしたい」と仰った時、「なぜそれをしたいのか」、本人の根底にある事情を把握しながらアプローチを進めることが必要です。そこには、本人の生活や人となり背景として関係していることがあるからです。

目標が決まったら、本人への継続支援として、対話による動機づけを行います。セルフマネジメント（自律的に生活を管理する）力の向上を通じて、結果だけでなく、取組の過程を讃える（賞賛する）ことが大切です。これにより、継続意欲の向上や、自身への動機づけになります。

変化の実感を共有する働きかけ

かわりが始まると、本人との対話を通じて、「できることが増えた」「生活が変わった」など生活機能の変化を共有します。目指す姿をゴールとすると、その状態がどこに位置するのか、現状の把握と今後に向けてを本人・関係者チームでの共通認識とします。この時、今後の方向性の検討・共有や数値的な変化については、プラスのフィードバックを関係者全体で行いましょう。自身の状態の改善を実感できることで、継続意欲の向上につながります。

セルフマネジメントを促す働きかけ

セルフマネジメントは、目指す姿を鮮明にするための武器になります。目指す姿になるために、自分は何をすることが必要なのか、どう過ごしたらいいのか考えていただくことにつながります。セルフマネジメントを促すツールの例として、宿題カレンダーやスケジュール表の可視化が挙げられ、これらは介護サービスの利用がない日をより積極的に過ごすことを目的としています。支援者がいなくても、介護サービス利用前の生活で行ってきたことを再開できるよう、働きかけます。この時、潜在的なやりたいことや興味があることを把握することが大切で、方法として興味関心チェックシートを介して「会話」の糸口を広げていきます。

関係者で共通認識を持つ

多様な事業に関わる関係者全体で対話と検討を重ね、支援プロセスを共通言語と共通認識に基づいて進めることが大切です。具体的には、支援の入口から目指す姿までの取り組みを共有し、支援者の働きかけを共有する姿勢を持つことが、チーム全体での共通認識につながります。

また、関係者チームは本人に対して意欲向上や賞賛、承認、動機づけを目的とした声かけや関わりを実践し、日々の生活の細かな変化を共有することが求められます。

さらに、サービス担当者会議を活用して共通認識を深め、支援者は自身の役割を十分に果たしながらチームとして本人を支える取り組みを進めることが重要です。

サービス担当者会議は共通認識づくりに活用できる良いチャンス！

事業管理者
社会福祉協議会
地域包括支援センター職員
健康運動指導士
リハビリテーション専門職



対話やセルフマネジメントを促すツールの例

別紙様式 3-1

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動(町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お祭り・宗教活動				旅行・温泉			
その他()				その他()			
その他()				その他()			

出典：興味関心チェックシート（厚生労働省）

10月『体操カレンダー』

氏名

自分の目標

「 」

	いもっこ体操	ウォーキング	検温	その他の運動
○をつけてください				
10/11 金	○	分	度	
10/12 土		分	度	
10/13 日		分	度	
10/14 月		分	度	
10/15 火		分	度	
10/16 水		分	度	
10/17 木		分	度	
10/18 金		分	度	
10/19 土		分	度	
10/20 日		分	度	

出典：いもっこ体操教室資料より（川越市）

4

サービス利用中… 地域資源、多職種と連携する

望む暮らしを実現するためには、介護サービスを利用するだけでなく、多様な地域資源を活用したインフォーマルなサービスを組み合わせ、本人のやりたいことに合わせた生活の支援が求められます。そのためには多職種が連携し、それぞれの専門性を活かすことで、支援の幅を広げていく必要があります。



地域資源を活用し、多様な取組を連動させる働きかけ

多様な地域資源の提示と本人のしたいことへの橋渡し(つなぎ)をしましょう

望む暮らしの実現に向けて、介護サービスの利用のみではなく、本人のしたいことに合わせた移行支援とフォローアップを行いましょう。この時、組み合わせるのは介護サービスのようなフォーマルサービスだけでなく、インフォーマルのサービスも活用します。介護サービス漬けにしない自立(自律)支援のアプローチを行うことで、地域の「資源」が見えてきます。

本人の目指す姿に合わせて、多様な地域資源との連動・協働、移行支援を行いましょう

インフォーマルなサービスにつなぐためには、情報をとれているか否かで支援の幅に差が出てきてしまいます。支援者は、継続的に多様な地域資源の情報収集と、地域の資源の成り立ち、地域で活動している人の想いを知ること努めましょう。

地域資源については、地域に配置されている「生活支援コーディネーター」と連携することで、地域の活動を更に知ることができます。また、「地域資源マップ」(生活支援コーディネーター作成)では、高齢者の地域の活動先を一元化しています。他にも、川越市在宅医療・介護事業者情報検索システムで、医療・介護・インフォーマルのサービスを検索することができます。

さりげなく地域との関係性づくりを進めましょう

地域との関係性を持つために、本人に役割を担ってもらい、役割を頼むという働きかけが大切です。事前に通いの場などでの取り組みを本人に提示し、通いの場で行っている活動(茶話会、工作、体操など)を取り入れ、参加に向けた準備を進めます。活動のリーダーや参加者との交流を後押しして、参加する場に一歩踏み込む支援をさりげなく行います。

多様な地域資源を提示し、したいことを自ら選択してもらいましょう

多様なサービスを組み合わせる支援するケアプランモデルを提示しましょう。インフォーマルサービスを含めることで、本人が輝ける場所を創り上げる幅が広がります。川越市内にある多様な地域資源を活用しましょう。

多職種と連携し、多角的な視点を取り入れましょう

様々な相談窓口やケアマネジメントの過程から、多様な支援につなぐことができます。また、地域の事業所からの情報提供により相談窓口を紹介すると、より早期からのかかわりが可能となります。ケアマネジャーをはじめとする各専門職はスーパーマンではありません。全職域が自らの職域を発信し、各々の強みを発揮し、多職種と連携していくことで、支援の視野が広がり、更に強みを増していきます。

■ 図8 地域資源と連携したアプローチ

介護保険サービス漬けにしない自立支援アプローチ

単なる介護保険サービスだけを組み合わせたり、介護保険サービスに利用者を当てはめたりする支援から脱却し、その人に本当に必要な場所や生活を支えるサービスを介護保険に限定せず、幅広く探し、無ければ地域で創り出す発想へ



出典：「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」豊明市の介護予防事業を通じた地域づくり戦略 豊明市 健康福祉部 健康長寿課 作成

フレイルドミノ

「社会とのつながり」を失うことがフレイルの最初の入口といわれています。



～社会とのつながりを失うことがフレイルの最初の入口です～

出典：東京大学 高齢社会総合研究機構「フレイル予防ハンドブック」飯島勝矢、田中友規ら（Tanaka T, Iijima K, et al. GGI2022）

地域資源マップ



<http://www.kawagoeshi-syakyo-or.jp/news/detail.php?id=529>

出典：川越市社会福祉協議会ホームページ

5

未来に向けた支援

介護サービスの利用者が依存せずに自立（自律）を目指すため、卒業後の不安を解消する多様なガイドや行き先を提示し、日常生活の幸せを長く続ける支援を提供します。医療・介護は、本人にとっては「非日常」です。居心地の良い暮らしを長く続けられることが「日常」と意識しましょう。

未来を見据えた支援のあり方

介護サービスを利用し始めた方が、依存せずに自立（自律）を目指すためには、いくつかの重要な視点があります。まず、専門職が利用者にとって「かけがえのない存在」とならないようにし、依存関係を避けることが大切です。次に、介護サービスの卒業に向けて、本人と共に未来を見据える姿勢を持つことが求められます。さらに、卒

業後の不安を解消するために、多様なガイドや行き先を示すことが重要です。介護サービスを卒業した後も、本人が立ち寄れる「楽しい」場所や、社会の中で活動できる場所、そして人の役に立ちたいと考える方が活躍できる場所を提示することが必要です。これにより、本人は卒業後の生活に対する不安を軽減し、前向きに新たなステージへと進むことが可能になります。

■ 図9 支援者の行動の流れフロー

サービス利用開始前

目標設定と合意形成

- 本人の望む暮らしの聴取
- 介護保険の説明
- 利用目的・生活課題の明確化
- 専門職によるアセスメント

サービス利用中

行動変容に向けた動機づけ、移行支援

- できない、ではなく「ここまではできる」
- 「してさしあげる」支援は逆効果
- スモールステップでの成功体験を積み重ねる支援
- 依存させず、主導権を奪わない関係づくり

サービス利用終了前

地域への橋渡し、卒業への不安軽減

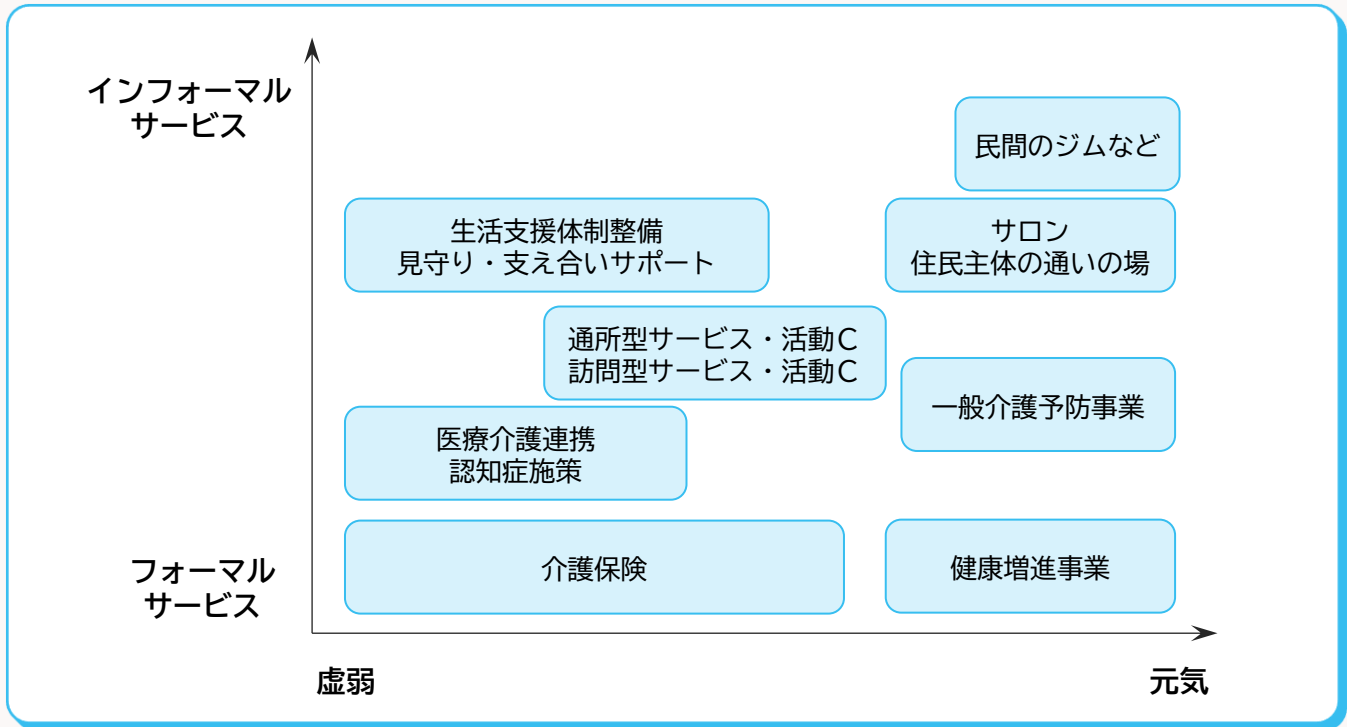
- トレーニングだけにならない自己管理の促し
- ちょっと楽しい・忙しい毎日になる暮らしへの橋渡し（第3表の活用など）
- 安心して終了を迎えるガイド

サービス利用終了後

フォローアップ

- 卒業後の「望む暮らし」を送れているか、生活状況を確認

■ 図10 多様な地域資源の提示と「したいこと」への橋渡しのイメージ図



【出典】 令和6年度埼玉県地域リハビリテーション専門職育成研修事業
地域リハビリテーション推進事業に関与するリハ専門職育成（実践コース① - 1）駒井敦 氏作成より一部修正

関係者	地域包括支援センター、ケアマネジャー、事業所
場所	自宅
目的	サービスの利用目的にならない目標設定をすること
関係者	事業所（スタッフ）、地域包括支援センター、ケアマネジャー
場所	事業所
目的	多角的な支援、支援者がかけがえのない存在にならないこと
関係者	事業所（スタッフ）、社会福祉協議会、地域包括支援センター、ケアマネジャー
場所	事業所・自宅
目的	介護サービス以外の地域資源の利用、サービス利用のない日が生活の軸となること
関係者	地域包括支援センター、ケアマネジャー、事業所
場所	自宅
目的	かかわりの意味や効果を振り返る、事業所間の連携を深めること

老年期のころを理解する

高齢者の方から、目がみえにくくなる、耳がとおくなる、筋力が落ちる、言葉が出にくくなる、物忘れをするなどの「老い」の現象は、「年をとって初めて分かった」という言葉をお聞きします。

この「老い」は、突然始まるものではなく、時間の経過とともに、誰にでも訪れる自然現象です。平均寿命が80歳を超え、多くの人が長生きするようになり、「老いる」という、今まで経験したことのない現実を迎えることとなります。

この時の身体の感じや、心理状態など、高齢者がどのような思いで生きていらっしゃるのか、「老いを生きる」とは、どういうことなのか、今一度、考えていただく機会をもつことが大切です。

「老い」の代表的な現象

老年期の抑うつ

「老い」は、しわや白髪、病気などの様々な形で現れます。高齢者は、変化していく現実を理解しながらも、「まだ老いていない」という気持ちも抱えており、なんとも言えない「不安」や「抑うつ」が生じることがあります。

死の現前化

老年期には、様々な不安が生み出されますが、不安を強めている原因のひとつは、「死の現前化」です。これは、死を恐れているということではなく、人生に残された時間が限られていることに対する不安であると言われています。

いつかは自分に、その順番が来るかもしれないということを意識して生きる…これも「老い」の心の特徴のひとつです。

喪失体験

老年期の喪失体験は、「失ったもの」の代わりを手に入れることが難しいため、とても重要な意味を持ちます。

孤独

孤独は、不安や緊張、そして、抑うつをもたらしますが、それらは決して病的なものではありません。年をとるということは、孤独に耐えることでもあります。

老年期における配偶者との死別や離婚などで、一人暮らしになった高齢者が、非精神病的な幻覚や妄想（対人接触欠損パラノイド※）を示すことがあります。

※ 対人接触欠損パラノイド

ドイツの精神科医（ヤンツァーリク）が報告したものです。被害妄想、体感幻覚、盗られ妄想などを呈しますが、統合失調症とはこととなります。特徴的なことは、人との接触が回復すると、薬物を用いなくて回復することで、孤独が幻覚や妄想を引き出していたことが分かります。

適応・不適応

抑うつや喪失体験、孤独などは、老年期の大きな課題です。これら避けることはできないので、それぞれに対して「適応」しながら、「老い」を生きていくことになります。

上手く適応できない場合は、「不適応」といいますが、これもひとつの生き方といえます。

紹介

地域ケア会議

川越市では、月1回の頻度で自立支援型地域ケア会議を開催しています。自立支援型地域ケア会議では、要支援の認定を受けた方などの個別の事例について、ケアマネジャー、介護サービス事業者、リハビリ等の専門職のアドバイザーによる検討を行い、高齢者の自立支援、QOL（生活の質）の向上を図るとともに、事例を通じて地域に必要な資源や課題の抽出を行っています。

かかりつけ薬剤師

利用者に選ばれた薬剤師で、利用者が困ったことがあった時、相談しようと思ってもらえる信頼関係ができている薬剤師です。川越市薬剤師会では、在宅・相談対応薬局リストを2025年作成予定です。

支援者のみなさんにとっての、かかりつけ薬剤師を持ちましょう。

患者が主に利用する薬局に所属し、患者の薬の管理や健康に関する相談に応じる薬剤師のことです。

主な役割：服薬管理、健康相談、薬物治療の調整 情報提供 予防医療

生活支援コーディネーター

地域において、介護予防・生活支援サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす調整役のことです。

川越市では、川越社会福祉協議会が生活支援体制整備事業を受託し、生活支援コーディネーターの配置や、地域住民が主体となって取り組む助け合い・支え合い活動の推進などを行っています。

地域資源マップ

生活支援コーディネーターが高齢者の地域の活動先の情報を一元化したマップです。各地区ごとに、自主グループやたすけあいの会、サロン、ラジオ体操、オレンジカフェ、老人クラブ、子ども食堂について作成しています。川越市社会福祉協議会のホームページにも掲載しています。



めぐり逢エールかわごえ

川越市社会福祉協議会が開催している川越市内で活動する個人や団体など、多様で幅広い人々が把握している困りごとや取り組みを共有し、それぞれが持っている力や資源を合わせてお互いに応援し合い、新たなしくみ作りや困りごとの解決につなげる場です。地域の個人や団体等が持っている力や資源を合わせ、お互いに応援し合い（エール）、困りごとの解決につなげるために、めぐり逢う場所とすることをコンセプトに実施しています。



第 3 表（週間サービス計画表）を活用する

その人の社会が、「介護サービスだけ」になっていませんか？

地域の様々な支援を週間サービス計画表（第 3 表）に反映すると、支援される側、そして、支援する側も共に元気になります。



- ① 介護サービス以外の情報が書いてあるか？
- ② 元々ある生活習慣の記載がされているか？
- ③ 介護サービスの利用日以外は何をしているのかという意識を持っているか？
- ④ 本人の「〇〇したい」という願いを叶える生活習慣が記載されているか？
- ⑤ より効果的な頻度・量・時間帯が加味されているか？

楽しみに思える未来の予定を一緒に考える



- ① 毎日の予定：良くなる可能性
 - ② 毎週の予定：量の確認
 - ③ 毎月の予定：楽しみ、動機づけ
- 可能性を予測できる（良くなる・悪くなる）

第3表

利用者名 殿

作成年月日 年 月 日

時間	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜 4:00								
早朝 6:00								
午前 8:00								
10:00	訪問介護							
12:00		通所介護			訪問介護			
午後 14:00								
16:00								
夜間 18:00								
20:00								
深夜 22:00								
24:00								
夜 2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

介護サービスだけの第3表

充実した第3表

第3表

利用者名 殿

作成年月日 年 月 日

時間	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜 4:00								
早朝 6:00	新聞をとる	新聞をとる	新聞をとる	新聞をとる	新聞をとる	新聞をとる		
8:00	散歩	散歩		散歩	散歩		散歩	
午前 10:00	家族と電話	掃除・洗濯		掃除・洗濯	買い物		掃除・洗濯	
12:00	訪問介護		通所介護		訪問介護	日帰り旅行	自治会活動	
午後 14:00		友人とランチ		通いの場				
16:00	体操	買い物			体操		体操	
18:00	植木に水やり		植木に水やり		植木に水やり		植木に水やり	
夜間 20:00						夕食		
22:00								

フレイル（虚弱）になっていくこと

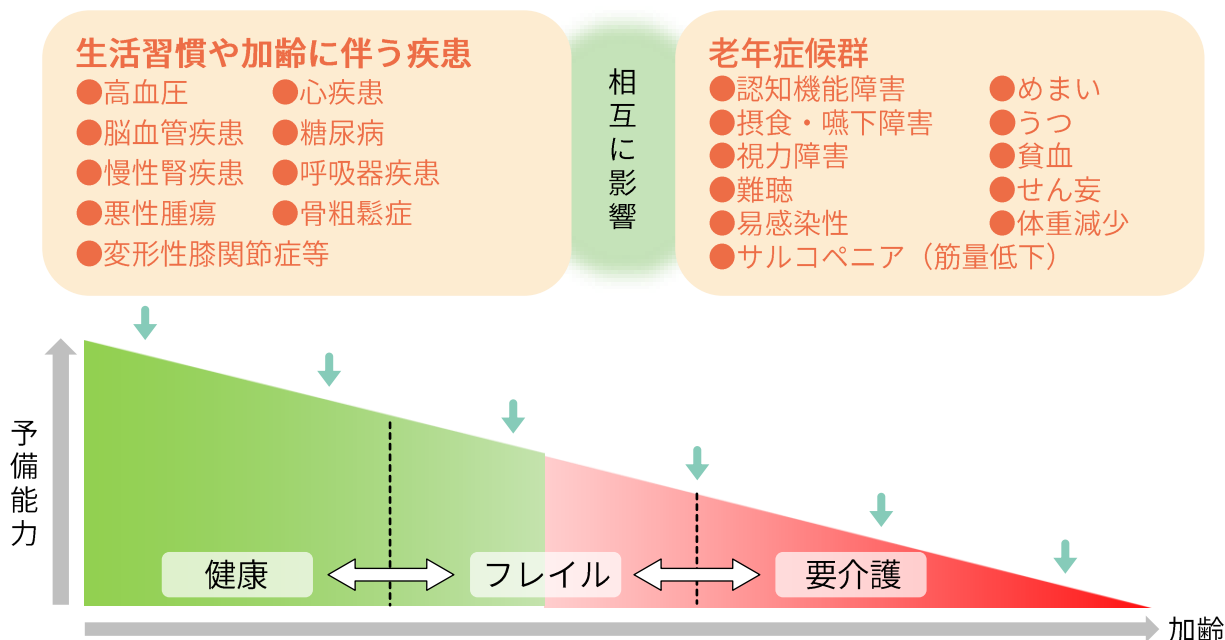
高齢期の特徴に「フレイル（虚弱）」があります。フレイルは、心身ともに機能が低下し、知らず知らずのうちに全身の機能が下り坂になってしまい、要介護（要支援）状態に近づいてしまう状態です。フレイルは、高齢者本人に自覚がないことが多く、非常に多くの方がこの状態にあります。加齢による変化として、視覚・聴覚の低下、循環器や呼吸器などの内臓機能の低下、口腔機能の低下や、これに伴う栄養状態の悪化、骨・筋萎縮による易転倒・骨折など様々な変化が起こります。

軽度認知障害（MCI）の場合には、適切な対応を受けることで約半数は認知症の進行を防ぐことができます。

早めの気づきと適切な支援により、自立した生活を送り、一度、あきらめていた趣味や社会参加を取り戻すことができるということを本人・家族・関係者にも理解してもらうことが大切です。

フレイルが及ぼす生活への影響の例

- ・ 口腔機能 話しにくい、しっかり噛めない、むせこみ、誤嚥
- ・ 栄養状態 活動性の低下、低血糖・貧血によるふらつき、生活習慣病、疼痛
- ・ 運動機能 筋力低下、易転倒、骨折、とじこもり
- ・ 聴覚機能 コミュニケーションへの恐怖心、とじこもり
- ・ 社会参加 心身機能の低下による上記リスクの増大、とじこもり



フレイルは、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。

出典：「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版」（厚生労働省）を加工して作成

元気度チェック（基本チェックリスト）

基本チェックリストの使い方

アンケート形式で採点し、下記の点数でフレイルリスクの有無を判定できます。該当した項目ごとに受診や専門職のアセスメントにより、課題を具体化します。

No	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長（ ）m・体重（ ）kg（BMI※＝ ）	18.5未満	18.5以上
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	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	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ
26	人の話が聞き取れないことがありますか	1.はい	0.いいえ
27	テレビの音が大きいと言われたことがありますか	1.はい	0.いいえ
28	電話が聞き取りにくいことがありますか	1.はい	0.いいえ

※ BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）

①	様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
②	様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③	様式第一の質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
④	様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤	様式第一の質問項目No.16に該当
⑥	様式第一の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦	様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

オーラルフレイルのセルフチェック表

オーラルフレイルのセルフチェック表の使い方

アンケート形式で採点し、合計の点数でオーラルフレイルリスクの有無を判定できます。3点以上に該当した方には、歯科受診や、かかりつけ医に相談するように勧めてみましょう。

質問事項	はい	いいえ
☐ 半年前と比べて、堅い物が食べにくくなった	2	
☐ お茶や汁物でむせることがある	2	
☐ 義歯を入れている※	2	
☐ 口の渇きが気になる	1	
☐ 半年前と比べて、外出がすくなくなった	1	
☐ さきイカ・たくあんくらいの堅さの食べ物を噛むことができる		1
☐ 1日に2回以上、歯を磨く		1
☐ 1年に1回以上、歯医者に行く		1

※歯を失ってしまった場合は義歯等を適切に使って堅いものをしっかり食べることができるよう治療することが大切です。

合計の点数が

0～2点	オーラルフレイルの危険性は低い
3点	オーラルフレイルの危険性あり
4点以上	オーラルフレイルの危険性が高い

出典：東京大学高齢社会総合研究機構 田中友規、飯島勝矢

出典：公益社団法人日本歯科医師会リーフレット「オーラルフレイル」

FAI (Frenchay Activities Index)

FAIの使い方

アンケート形式で採点し、合計の点数で日常生活動作の活動度を評価できます。日常生活の中でも応用動作や社会生活における活動を全15項目で評価していきます。各項目が0～3点となっており、最低点が0点（非活動的）、最高点が45点（活動的）です。この評価は、面接調査で3ヶ月間又は6ヶ月間の行動を評価するものです。対象者は、自宅などの住み慣れた場所で生活できている高齢者でIADLを評価するために用いられます。

付録1 日本語版 FAI (Frenchay Activities Index) 自己評価表

※普段の生活の様子に関する15の質問に対して、最も近い回答を選びその番号（0, 1, 2, 3）を〔 〕内に記入してください。

◎最近の3か月間の状態（問1～問10）

合計得点〔 〕

0：していない 1：週1回未満であるがしている 2：週1～2回程度している
3：ほとんど毎日している

1. 〔 〕 食事の用意：実際に献立、準備、調理をすること
2. 〔 〕 食事の片づけ：食器類を選び、洗い、拭き、しまう

0：していない 1：月1回未満であるがしている 2：月1～3回程度している
3：週1回以上している

3. 〔 〕 洗濯：手洗い、コインランドリーなど洗濯方法は問わないが、洗い乾かすこと
4. 〔 〕 掃除や整頓：モップや掃除器を使った清掃、衣類や身の回りの整理・整頓など
5. 〔 〕 力仕事：布団の上げ下ろし、雑巾で床を吹く、家具の移動や荷物の運搬など
6. 〔 〕 買い物：品物の数や金額を問わないが、自分で選んだり購入したりすること
7. 〔 〕 外出：映画、観劇、食事、酒飲み、会合などで出かけること
8. 〔 〕 屋外歩行：散歩、買い物、外出などのために、少なくとも15分以上歩くこと
9. 〔 〕 趣味：園芸、編物、スポーツなどを行う。テレビで見るだけでは趣味に含めない。自分で何かをすることが必要である

10. 〔 〕 交通手段の利用：自転車、車、バス、電車、飛行機などを利用する

0：していない 1：週1回未満であるがしている 2：月1～3回程度している
3：少なくとも毎週している

11. 〔 〕 旅行：車、バス、電車、飛行機などに乗って楽しみのために両行をすること。出張など仕事のための旅行は含まない

0：していない 1：ときどき、草抜き、芝刈り、水まき、庭掃除などを行っている 2：定期的に行っている 3：定期的に行っている。必要があれば、掘り起こし、植え替えなどもしている

12. 〔 〕 庭仕事：

0：していない 1：電球その他の部品の取り換え、ネジ止めなどとしている 2：ペンキ塗り、室内の様様替え、車の点検・洗車などとしている 3：家の修理や車の整備をしている

13. 〔 〕 家や車の手入れ：

0：していない 1：半年に1回程度読んでいる 2：月1回程度読んでいる
3：月2回以上読んでいる

14. 〔 〕 読書：通常の本を対象とし、新聞、週刊誌、パンフレット類はこれに含まない

0：していない 1：週に10時間未満働いている 2：週に10～30時間働いている
3：週に30時間以上働いている

15. 〔 〕 勤労：常勤、非常勤、パートを問わないが、収入を得るもの。ボランティア活動は仕事に含めない

※備考欄

(Holbrook, M. et al. :An Activities Index For Use with Stroke Patients. Age and Ageing.,12:116~170. 1983)

出典：一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 ホームページより

DASC-21

DASC-21（認知機能・生活機能障害のアセスメント表）の使い方

アンケート形式で採点し、合計の点数で、「認知機能」と「生活機能」の障害を簡単、短時間に評価できます。また、暮らしに密着した分かりやすい項目であることから、認知症の疑いがある方や家族にも理解しやすく、認知症の人を支援する専門職と本人・家族との「共通言語」として広く活用することが可能です。

原則として、研修を受けた専門職が、対象の方をよく知る家族や介護者に、対象の方の日常生活の様子を聞きながら、使用します。

The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items (DASC-21)

記入日	年	月	日	生年月日	年	月	日	歳	男・女	独居・同居
ご本人の氏名:				記入者氏名:				(所属・職種:		
本人以外の情報提供者氏名:				(本人との関係:				備考欄		
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	4. とても感じる	4. とても感じる	4. とても感じる		
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	4. とても感じる	4. とても感じる	4. とても感じる		
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがあります	1. まったくない	2. とどときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	近時記憶	
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがあります	1. まったくない	2. とどときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	記憶	
3	自分の生年月日がわからなくなることがあります	1. まったくない	2. とどときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	遠時記憶	
4	今日が何月何日かわからなくなることがあります	1. まったくない	2. とどときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	時間	
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがあります	1. まったくない	2. とどときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	場所	
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがあります	1. まったくない	2. とどときある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	4. いつもそうだ	道標	
7	電気がガスや水道が止まっていたときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	問題解決	
8	一日の計画を自分で立てることができ	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	問題解決	
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	社会行動力	
10	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	買い物	
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	家庭外のIADL	
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	交通機関	
13	電話をかけることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	金融管理	
14	自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	電話	
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことはできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	食事の準備	
16	入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	4. まったくできない	家庭内のIADL	
17	着替は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	入浴	
18	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	着替2	
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	排泄	
20	食事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	髪容	
21	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	食事	
		1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	4. 全介助を要する	移動	

DASC 21: (1~21項目まで)の合計点

点/84点



地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント(DASC-21) ©栗田主一 東京都健康長寿医療センター研究所

令和6年度

川越市自立（自律）支援応援ガイドブック作成部会

（五十音順・敬称略）

阿久澤 直樹	公益社団法人 埼玉県理学療法士会
阿部 亘佑	地域密着型通所介護 きらめきリハビリデイサービス 機能訓練指導員
伊東 雅子	公益社団法人 埼玉県歯科衛生士会
大野 将人	川越市社会福祉協議会 第2層生活支援コーディネーター
梶原 祐美	地域密着型通所介護 GENKINEXT川越砂 管理者兼生活相談員
北村 裕子	医療法人瑞穂会 川越リハビリテーション病院 言語聴覚士
近藤 剛	川越市機能強化型地域包括支援センター 理学療法士
佐々木 政子	川越市地域包括支援センターみなみ センター長
渋谷 正弘	通所介護 さわやか小堤リハビリデイサービス 管理者
清水 克子	公益社団法人 埼玉県歯科衛生士会
高梨 雅子	川越市社会福祉協議会 第1層生活支援コーディネーター
田口 明子	公益社団法人 埼玉県栄養士会
中間 浩一	認知症対応型共同生活介護事業所 園 管理者
伏木 涼太	医療法人瑞穂会 介護老人保健施設 瑞穂の里 理学療法士
益子 政江	特定非営利活動法人 小江戸川越ケアマネジャー協会 代表理事
松田 幸子	一般社団法人 川越市薬剤師会
宮坂 悟史	地域密着型通所介護 きらめきリハビリデイサービス西川越 管理者兼生活相談員
村田 賢弘	川越市地域包括支援センターにし センター長
山内 大輔	一般社団法人 川越市薬剤師会 会長
山崎 弘美	公益社団法人 埼玉県歯科衛生士会
山崎 美由紀	公益社団法人 埼玉県栄養士会

企画・発行	川越市
	〒350-8601 埼玉県川越市元町1-3-1
	介護保険課 電話：049-224-6404
	地域包括ケア推進課 電話：049-224-6087
制作	埼玉県地域リハビリテーション・ケア サポートセンター霞ヶ関南病院（川越比企圏域担当）
	《令和7年3月発行》

