

私の認定介護福祉士養成研修のテーマ

自信を持つために学ぼう。

職場外の状況も知ろう。

自分の為に行動する事が、他者の為になるのなら、相乗効果で良い作用になるだろう。

認定介護福祉士の目的

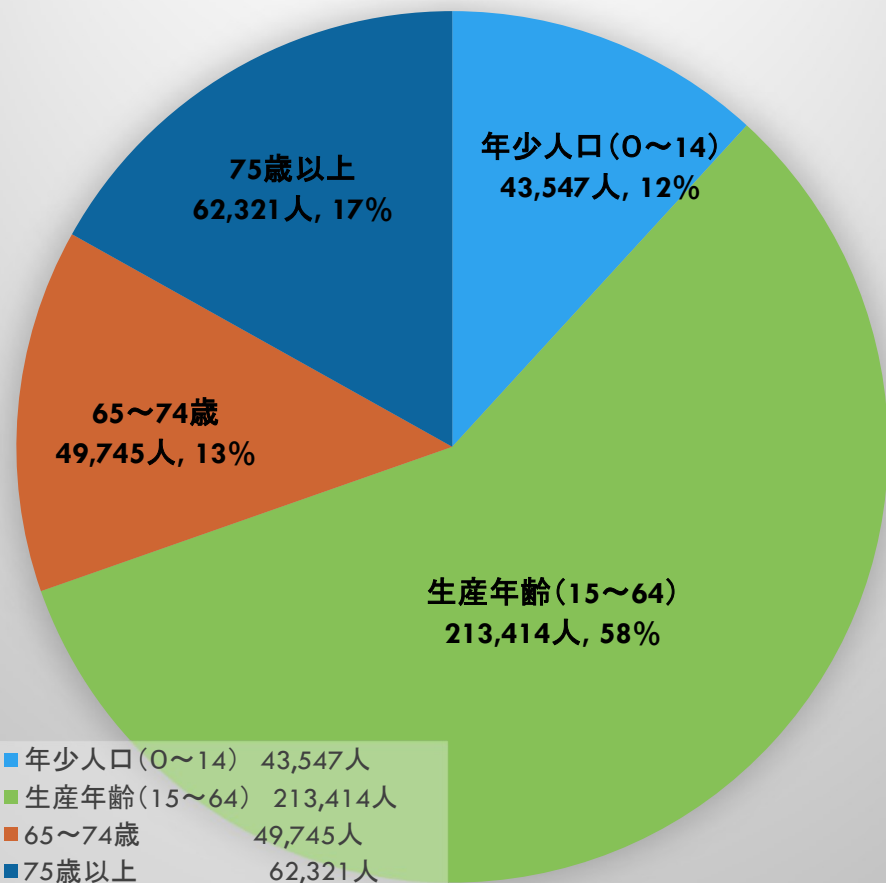
- ①サービスの質の向上を行う事で、利用者のQOL向上。
- ②効果的・効率的な運用で介護人材不足の解消。
- ③介護サービスにおける連携で地域包括ケアの推進と、利用者、事業所、地域に効果をもたらす事。

認定介護福祉士養成研修
Ⅱ類 地域における介護実践の展開

長野市の福祉的課題 を考える

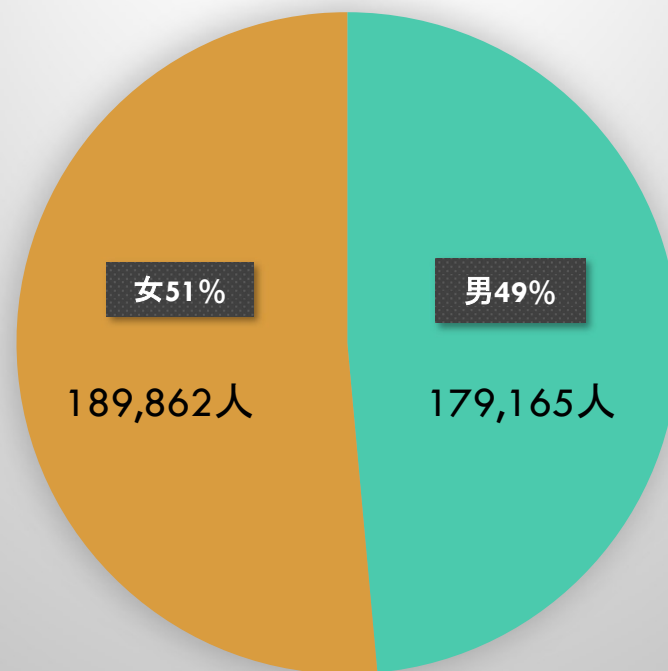
長野県介護福祉士会北信支部
長野医療生活協同組合 在宅総合ステーションながの訪問介護室
箕浦周子

長野市総人口369,027人 (令和4年12月1日)



世帯数 = 164,122世帯 **高齢化率 = 30.7%**

長野市人口男女比



	合計	男	女
年少人口(0~14歳)	43,547 (11.8%)	22,290 (12.4%)	21,257 (11.2%)
生産年齢人口(15~64歳)	213,414 (57.8%)	108,008 (60.3%)	105,406 (55.5%)
高齢人口(65歳以上)	112,066 (30.4%)	48,867 (27.3%)	63,199 (33.3%)
60歳以上	134,692 (36.5%)	60,006 (33.5%)	74,686 (39.3%)
75歳以上	62,321 (16.9%)	24,952 (13.9%)	37,369 (19.7%)

福祉課題の整理

(参考:長野市あんしんいきいきプラン21・第2次長野市障害者基本計画・長野市高齢者サービスガイド)

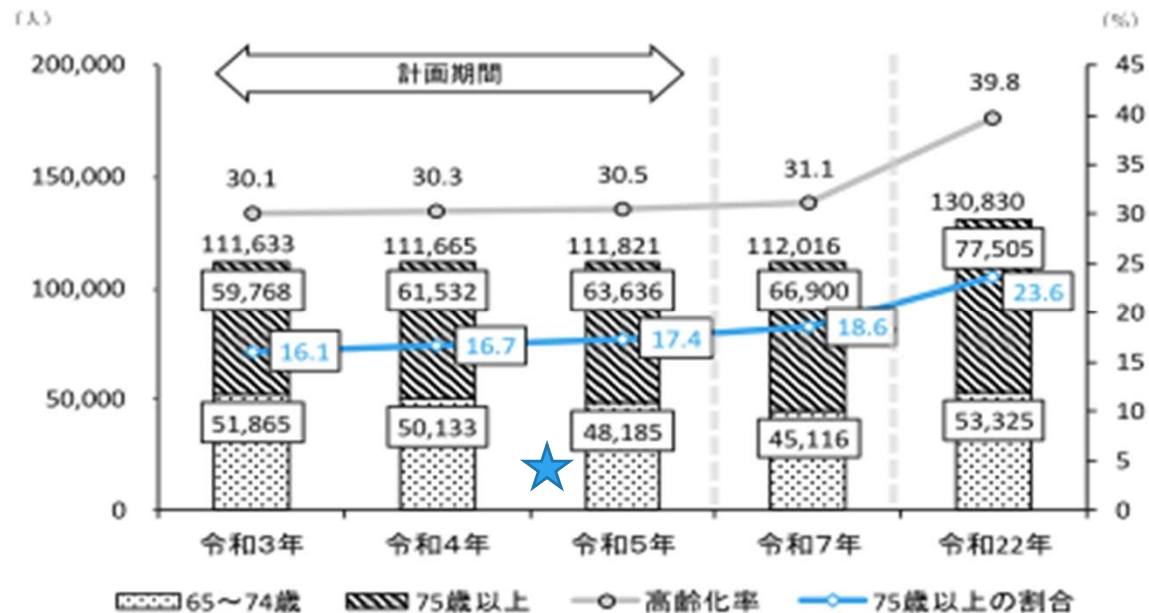
長野市あんしんいきいきプラン21

計画期間における人口を推計すると、計画の最終年度である令和5（2023）年には高齢者数が111,821人、高齢化率が30.5%と見込まれています。

また、団塊の世代が後期高齢者となる令和7（2025）年には、前期高齢者が更に減少する一方で、後期高齢者数が66,900人になると推計されており、いわゆる団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22（2040）年には、前期高齢者が再び増加するとともに、後期高齢者も増加し、高齢化率が4割近くになると推計されています。

実際は2022年で高齢者人口112,066人
高齢化率30.7%

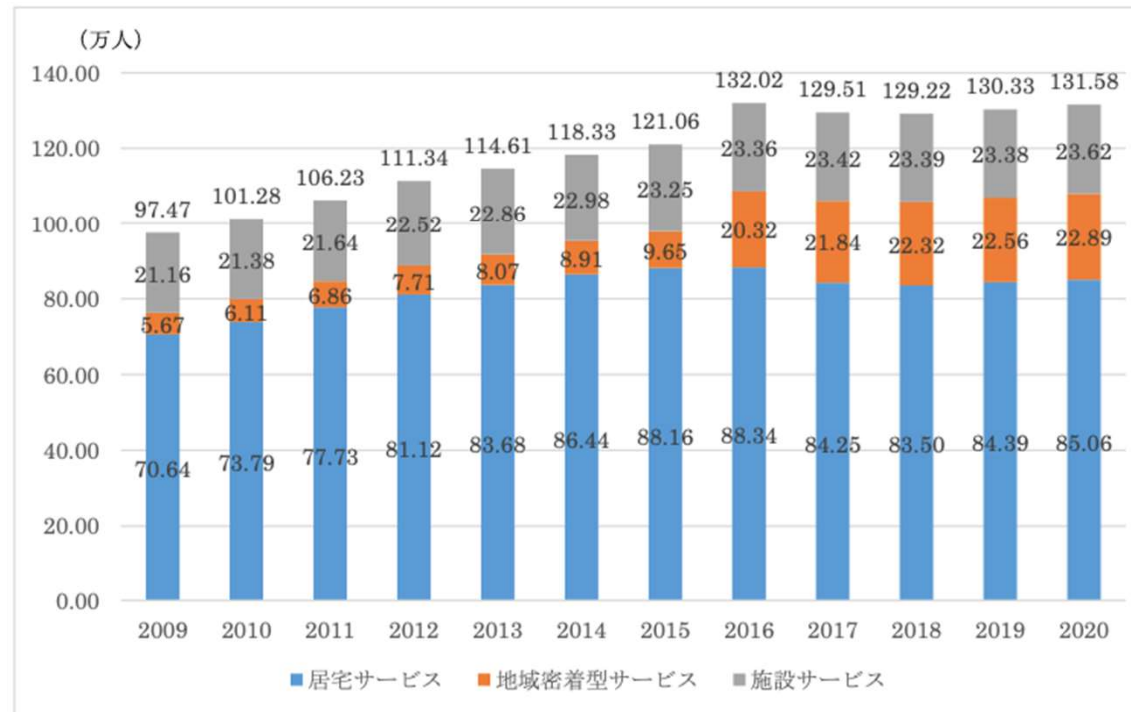
■ 計画期間中の高齢者数（高齢化率）の推計



② 介護サービスの利用状況と介護給付費の推移

長野県の介護サービス（予防を含む）を利用する人数は「居宅サービス」が最も多く、増加傾向にあります。「施設サービス」の利用者数の状況はほぼ横ばいですが、「地域密着型サービス」は定員18人以下の小規模通所介護が2016年（平成28年）4月から地域密着型サービスへ移行したことにより利用者数が大きく増加しています。高齢化の進行等により介護サービスの利用者数の増加が見込まれ、長野県の介護給付費も今後さらに増加することが見込まれています。

図 13 介護サービス利用者数（年度累計）の推移



厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」

※各サービスを重複して利用する場合があるため、実人数は一致しない

あんしんいきいきプラン21とは、長野市の高齢者の福祉及び介護に関する総合的な計画の基本的方針となるものです。(令和3年～令和5年)

基本理念

住み慣れた地域で支え合い 自分らしく 健やかで 生きがいを持って 安心して 生活できるまち“ながの”

■ 「第五次長野市総合計画」の方向性

- 保健福祉分野における目指すまちの将来像
「人にやさしく
人がいきいき暮らすまち “ながの”」
- 高齢者関連の進めるべき政策
「生きがいのある豊かな高齢社会の形成」

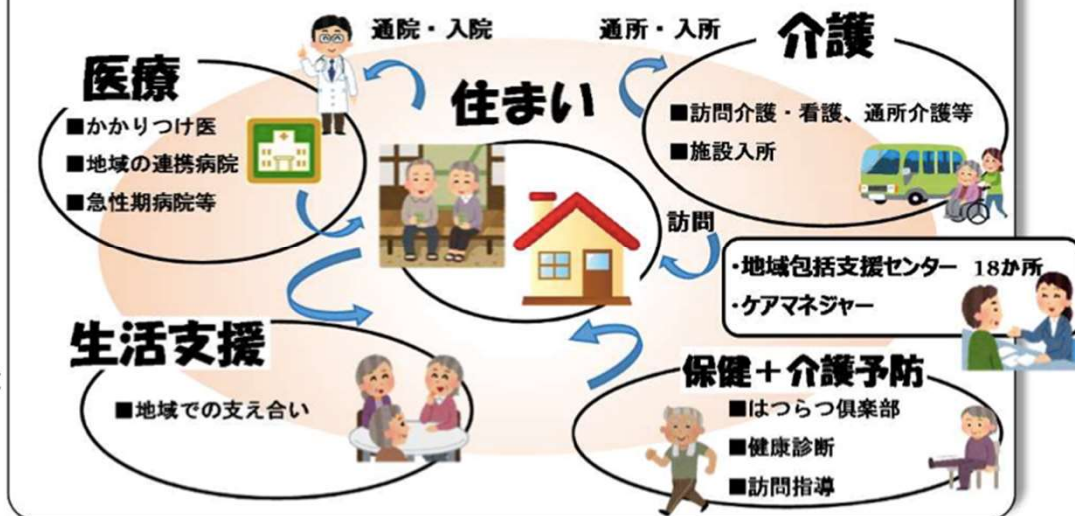
■ 主な関連計画

- 第三次長野市健康増進・食育推進計画
(ながの健やかプラン21)
「すべての市民が支え合い、健やかで心豊かな暮らしを実感できるまちを目指して
～健やか未来都市“ながの”～」
- 第三次長野市地域福祉計画
「一人ひとりが自分らしくいきいきと、安心して暮らしていけるように、
認め合い、支え合い、活かし合いながら共に生きていく地域社会」

基本理念の実現

長野市版 地域包括ケアシステムの目指す姿

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、保健・介護予防、生活支援が一体的に提供されることを目指します。



No.	指標名	現状値 (R2年度)	目標値 (R5年度)	重点項目 I	重点項目 II	重点項目 III	政策目標 1	政策目標 2	政策目標 3	政策目標 4
★	★自職場に関係あるの									
1	社会参加している60歳以上の市民の割合	81.4%	84.0%	●			●			
	目標値の設定根拠 高齢社会対策大綱（平成30年2月16日閣議決定）「社会的な活動を行っている高齢者の割合」の数値目標と本市の実績値を基に算出									
2	健康寿命 （日常生活動作が自立している期間の平均）	男性81.49 女性84.43 （令和元年度）	平均自立期間の増加	●			●	●		
	目標値の設定根拠 国の「健康寿命の在り方に関する有識者研究会報告書」を参考に設定									
3	要介護ではない高齢者の割合	86.8%	87.1%	●			●	●		
	目標値の設定根拠 平成29年以降横ばい 介護予防の効果により0.1Pずつの増加を目指す									
4	脳卒中を発症したことによる 要介護認定を受けている人の割合 （国民健康保険加入者 40～74歳）	9.9%（脳出血） 26.2%（脳梗塞） （令和元年度）	減少 減少	●	●		●			
	目標値の設定根拠 脳卒中の発症の原因である高血圧の未受診者が多いため、早期治療につなげることで、発症の減少を目指す									
5	介護予防に資する介護予防の場への 高齢者の参加率	400か所 6,100人	520か所 7,800人	●	●		●	●		
	目標値の設定根拠 高齢者の通いの場への参加率 令和7年度の国目標値8%を目指す									
6	在宅等での看取り率	10.9%（自宅） 11.7%（老人ホーム） （平成30年度）	11.0%（自宅） 13.3%（老人ホーム）			●		●	●	●
	目標値の設定根拠 自宅死は、全国・県ともに横ばいで推移 老人ホーム死は増加傾向。老人ホームでの看取り対応施設を増やす									
7	成年後見支援センターにおける 高齢者の相談件数	772件 （平成26年度～ 令和2年度平均値）	856件			●		●		
	目標値の設定根拠 772件（平成26年度～令和2年度相談件数平均値）×1.058（広域化による増加率）=817件（令和3年度） 817件×高齢者人口伸び率（R4→1.0104、R5→1.0156）									
8	介護従事者が充足していると感じている 介護サービス事業所の割合	36.2%	50.0%				●		●	●
	目標値の設定根拠 労働者人口が減少し、多くの産業において人材不足が発生している中、前回調査結果（H29 43.5%）を勘案し、目標として全体の半数と設定									
9	ご近所の高齢者を温かく見守り、 必要ときには手助けしている人の割合	54.7%	上昇			●		●		
	目標値の設定根拠 長野市総合計画のアンケート指標。高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられる環境に関する質問の結果を指標としたもの。現状値よりも5ポイント以上の上昇を目指す									
10	介護・介助者が認知症状への対応に 不安を感じる割合	24.8%	減少			●		●		
	目標値の設定根拠 認知症の人数は増加していくが、認知症疾患医療センターなど医療面の充実と、チームオレンジなど地域の支え合いの充実により減少を目指す									
11	高齢者が住み慣れた地域で 暮らし続けられる環境が 整っていると思う市民の割合	45.1%	上昇			●		●	●	●
	目標値の設定根拠 長野市総合計画のアンケート指標。市民の実践状況に関する質問の結果を指標としたもの。現状値よりも5ポイント以上の上昇を目指す									

3つの重点項目

- ① フレイル予防や介護予防・健康づくり施策の充実、推進
市民の健康づくりを支える保健事業と一体的に進める。
- ② 認知症施策の推進『共生』と『予防』
早い段階で認知症の芽に気づき、専門家の支援を受ける。認知症の理解を深め、認知症サポーター養成強化。認知症カフェを充実拡大させ、地域の企業と連携したオレンジカフェの創設を進める。
- ③ 令和7年（2025年）令和22年（2040年）を見据えた持続可能な基盤整備
介護ニーズが高くなるため、施設・居住系サービスの適正化、介護福祉現場の人材確保に努めるなど、高齢者が住み慣れた地域で生活できるような、持続可能なサービス基盤、人材基盤の整備に取り組む。

②事業所間、役所との連携

地域包括支援センター18ヶ所

内9ヶ所と連携... 支援困難ケースの対応 認知症ケースの対応

身寄りのないケース対応 オレンジカフェの支援 介護予防ケアプラン

長野市... 介護保険実地指導 オンライン視聴指導 介護ケース確認

実施状況の開示報告

職場の地域活動... 公園掃除後のお茶飲み場 施設内交流ルーム陽だまり使用

祇園祭 神輿担ぎ 夏の地域行事蚤の市参加 地域の幼稚園・小学校との交流

きずな塾(無料学習支援) オレンジカフェ

医療生協組合員活動 介護ウェブ

長野市福祉マップ 長野市北部

- ★自事業所
- 高齢者在宅事業所
- ◎=高齢者住宅 有料ホーム
- 訪問介護事業所 市内92
- 障害者事業所
- 地域包括支援センター
- ◆福祉事業所



地域包括支援センターにしつるが範囲

長野市民病院方面

長野市南部

- ★ 自事業所
- 高齢者在宅事業所
- ◎ = 高齢者住宅 有料ホーム
- 訪問介護事業所 市内92
- 障害者事業所
- 地域包括支援事業所
- ◆ 福祉事業所



第2次長野市障害者基本計画

障がい者が地域で住まう為の
事業目標。

■目標設定事業一覧

本計画に掲載した179事業のうち、17事業を目標設定事業としました。それぞれの目標値については、基本的にこれまでの利用実績や推移、市民・障害者等アンケート結果やヒアリング実施団体の意向等を踏まえて設定しています。

目標設定事業	指標	実績値 (令和元年度)	目標値 (令和8年度)
1 長野市障害者にやさしいお店登録制度（新規）	登録店数	67店	1,000店
2 障害者権利擁護サポートセンター事業	相談件数	66件	300件
	研修会参加者数	773人	2,000人
3 成年後見制度を利用しやすい環境の整備	全体	1,362件	1,644件
	認知症高齢者	667件	884件
	知的障害者・精神障害者等	695件	760件
4 市職員研修の実施	参加者数	—	5,000人
5 障害者相談支援専門員等スキルアップ研修	研修参加者数	164人	240人
6 障害者相談支援体制再構築	障害者	15,653件	21,000件
	障害児	2,514件	3,500件
7 コミュニケーション支援事業	手話通訳者 要約筆記者 派遣件数	1,094件	1,500件
8 地域移行支援・地域定着支援	地域移行支援	4（人/月）	7（人/月）
	地域定着支援	12（人/月）	25（人/月）
	1日当たり		

★やさしいお店登録制度はコンビニやお店にポスターが貼られ増えている。

★成年後見制度：財産管理や身上保護などの法律行為を一人で行うことに不安や心配のある人が、契約や手続きをする際に、後見人が支援する制度。

★18歳以上の悩み事は『健康や身体のこと44.7%』『自分の老後のこと40%』

★悩み事の相談先は『家族や親族が67.4%』『病院や診療所29.2%』
相談体制への希望は『どこに相談したら良
いかわかりやすくして欲しいが52.6%』
『身近な地域で相談できるようにして欲しい
24.7%』

長野県障がいのある方の実態調査 令和5年3月
長野県健康福祉部障がい者支援課

8 地域移行支援・地域定着支援	地域移行支援	4 (人/月)	7 (人/月)
	地域定着支援	12 (人/月)	25 (人/月)
9 児童発達支援	1月当たり延べ利用人数	194人	320人
10 特別支援教育巡回相談員	相談回数	1,339回	1,422回
11 発達支援あんしんネットワーク事業	園訪問相談延べ園児数	1,033人	1,250人
12 就労継続支援B型事業所における平均工賃の向上	一人当たりの平均工賃月額	16,019円	20,000円
13 市による優先調達の促進	調達件数	200件	180件
	調達金額	29,942千円	15,000千円
14 障害者スポーツ振興事業（拡充）	各種大会イベント等参加者数	966人	2,350人
15 移動支援（外出支援）	移動支援利用者数	395人	400人
	同行援護利用者数	66人	72人
	行動援護利用者数	57人	78人
16 災害時における応援協定	応援協定締結数	7	13
17 あんしん歩行空間事業	歩車道の段差解消箇所数	384箇所	415箇所

★福祉タクシーの台数に限りがあり、透析患者は月間予約制。
★障害者が雪の日のタクシー予約が難しく、受診が出来ない事がある。



令和4年4月1日から『障がいのある人もない人も共に生きる長野県づくり条例』（障がい者共生条例）を施行。

長野県は『障がいの社会モデル』の考え方を広め、障がいのある人が安心して暮らせる社会を目指す。

障がいの社会モデルの考え方とは、

『障がい』個人の心身機能の障害と、社会的障壁の相互作用によってつくり出されているものであり、その社会的障壁を取り除くのは、社会の責務であるという考え方。例えば、車椅子使用の方が、入口の幅が狭い、バリアフリールートのご案内がないなどによって、お店に入れなくて困っている場合、障がいの要因はその方個人ではなく、お店の環境づくりにあるとする考え方。

地域資料での発見や気づき

介護予防対象者の新規の問い合わせの当事者は、特定疾患患者や精神疾患がある場合が多く、その先を見据えた専門的関わりを感じる。訪問介護は自立支援での卒業者も多い状況。

研修を通して地域理解を考える中、地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）の中の社会資源発掘に目が止まった。そして、『社会保障制度改革国民会議報告書』を読み進める中、全世代型の社会保障へ転換し持続可能にする努力を求めるとある。そして地域の持つ生活支援機能を高める意味で『21世紀型のコミュニティの再生』『多元的社会における地域包括ケアシステム』が必要。

要介護1・2の生活援助サービスを総合事業へ移行👤

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)



同じ生活の悩み事を同じ境遇の者同士で問題解決をする事は相互扶助活動になりやすい。

*子供に対しての支援の繋ぎ役は親である。

*高齢者や単身者を支援者に繋ぐ役割はやはり密接に本人を理解している人が行う事。

介護福祉士としてできる事は『支援者である事』と

繋ぎ役『コーディネーション機能』

の両面である。

訪問介護の視点で、地域との課題を考える

～ゴミ出しという生活動作から読み取れる事～

長野市は、ゴミ削減を目的に現在の8分別収集を開始し13年経過しているが、障害などにより、それが出来なくなる人がいる。

『地域で住まう』という

大切な思いと、支援を必要とする人。



独り暮らしの場合、

ゴミステーションへ

- ①重い紙ゴミやかさばるビン・缶を身体的に運ぶ事が大変な人。
- ②分別、収集日や時間が理解できなくなる人。



ヘルパーは家事支援（身体介護の見守りの的援助）と一緒にゴミをまとめる事や生活援助で分別しまとめる事はできる。ゴミを出すという行為を介護保険サービスで行う場合は、（身体介護の見守りの的援助）で共に行う家事として一緒に出しに行く事）や30分以上1時間未満の生活援助行為が必要。

短時間で済むゴミ出しのみを必要とする利用者がいて、他の支援を要さなければ、方法としては、ボランティア・友人知人・町内会での対応・有償サービスなどの調整となる。

有償サービスの例として、長野市社協が『地域たすけあい事業～地域住民参加型の有償在宅福祉サービス～』を開始している。地域の協力会員が利用会員に対して家事援助（1回1時間以内/500円）や福祉移送（1時間以内600円）の2種類の助け合い事業。



ヘルパーの気づきや認知症等の専門的な対応スキルを活かし、地域と連携する事ができると良いのではと考えた。

ヘルパーが本人と共にゴミの分別をし、まとめる事で協力会員の負担感を取り除く事はできるだろうか。



ヘルパーの取り組み～ゴミ出しという生活動作から見える事例

①分別は本人できるが、外へ運び出す事ができない人：社協のたすけあい家事援助が介入していたが、ゴミ出しだけでは済まされない状況に負担感をもち、やめてしまい、後任支援がないまま過ぎ、ゴミが自宅内に溜まってしまっていた。

(たすけあい支援者は、週一回の可燃ゴミ出し支援で訪問。資源ゴミを個人宅へ持ち帰っていた様子)

解決策：有償サービス事業者による介入開始。本人から希望時に分別ゴミを出す事で解決した。

ヘルパーの取り組み～ゴミ出しという生活動作から見える事例

②身体的にゴミ出しが出来なくなり、ゴミが溜まり、見兼ねてヘルパーがゴミを持ち帰ってしまった。

解決策：サービス提供責任者が別居の家族へ支援をつなげる事ができた。

(家族は本人の状態に気づいていなかった。理解するようになった)

ヘルパーの取り組み～ゴミ出しという生活動作から見える事例

- ③分別できない人：ヘルパーと共にゴミ分別を開始。
本人も理解し始める。
資源ごみは毎週出す内容が変わるので、出す準備を玄関先にする事で、本人が当日出す事ができるようになった。

ヘルパーの取り組み～ゴミ出しという生活動作から見える事例

④分別も出す事もできない人

ヘルパーが家事支援でまとめておき、本人が近所の知人に支援を希望して、当日に本人に声かけをし、出して下さるようになった。

ゴミを出すだけの無理のない関係は今も続いている。



ヘルパーの取り組み～ゴミ出しという生活動作から見える事例

⑤地域の人からの発信

紙ゴミが収集日でない日に出されていた。地域の人が何度も注意するが、守られず別居の家族へ報告。ケアマネを介してヘルパー利用開始。同居の家族が他界し、独居となり認知症状が進行している事がわかった。
ヘルパーと共に出す事を繰り返し行う支援。



事例の様に、ゴミ出しという生活動作から
色々な事を読み取る事ができるのです。♻️

環境省環境再生・資源循環局廃棄物適正処理推進課が平成30年度令和元年度調査し令和2年3月資料「高齢者ごみ出し支援制度導入ガイダンス・事例集」をまとめている。

令和3年3月に「高齢者のごみ出し支援制度導入手引き（案）」が出され、各地方公共団体が地域特性に応じた制度設計と制度の円滑な導入・運営を行う上での実践的な手引きになるように作られている。日本各地のごみ出しについての困り事に対し各自治体でモデル事業を開始している。

「誰が行うか」「有償か無償か」が課題であり、費用の発生状況も様々。

本人と地域支援者をどう結びつけるか。

代替え方法はないか？

家族。社会資源は。

自職場は医療生活協働組合。身近な社会資源がない場合は、地域の組合員さんにつなげる事も有効か。

対象者は介護保険サービス利用者。ケアマネージャーとの連携も不可欠と考える。

地域で住まう利用者を支え、今後も地域との連携を考えたい。

地域課題のまとめ

- 地域を知る事、自治体がどんな地域を目指そうと計画し実践中なのか、自職場の運営や経営に大きく絡む事も実感した。
- 訪問介護事業所の人材不足は直近の課題。
- コロナ禍で過ぎたこの3年は2040年問題の道半ばである。生活者側（在宅ケア）が川上で非日常の医療が川下という講師の考えもその通りだと私も思う。しかし、生活様式が変化し疾病の憎悪で、家に居たい思いの人が在宅を離れる様子が伺える。チームで専門的ケアが行われる中、介護福祉士は何ができるのか、他の専門職へ伝えられる事が大切。また、その人らしさを支える、個別介護支援計画による、介護過程の展開と介護実践をする事が根拠となる様に。

介護福祉の地域づくりをするのは

私たち介護福祉士の役割。

発表にあたり、職場と利用者様にご理解とご協力をいただきました。感謝いたします。

