

# 浜田市チームS・O・S

## (周布地区、大麻地区・お助け・ステーション)の 取り組み

浜田市健康医療対策課  
(浜田市地域包括支援センター)  
竹本弘子



# 浜田市高齢者人口等の推移について

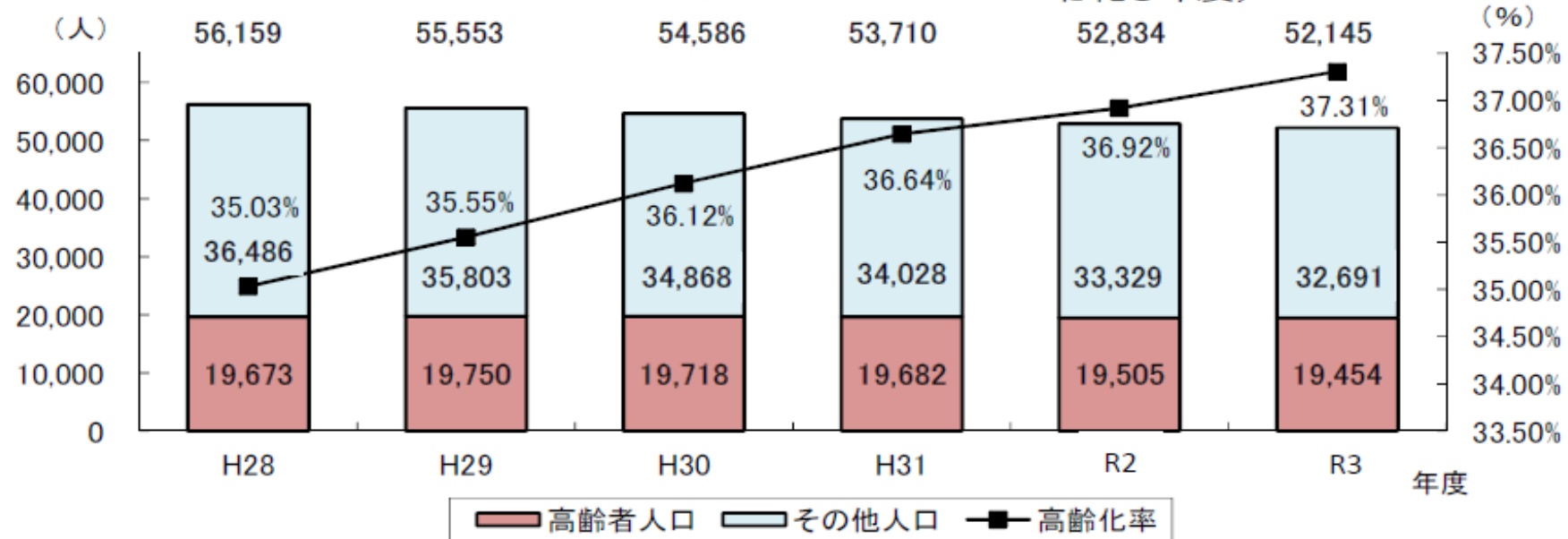
## 1 浜田市の高齢者人口及び高齢化率などの推移

(各年度4月1日現在)

年度	人口	高齢者人口	高齢者以外人口	高齢化率(%)	高齢者の世帯状況(人)		
					独居世帯	高齢者世帯 構成員数	その他世帯 構成員数
H28	56,159	19,673	36,486	35.03%	6,052	7,744	5,877
H29	55,553	19,750	35,803	35.55%	6,124	7,914	5,712
H30	54,586	19,718	34,868	36.12%	6,151	8,062	5,505
H31	53,710	19,682	34,028	36.64%	6,210	8,125	5,347
R2	52,834	19,505	33,329	36.92%	6,242	8,161	5,102
R3	52,145	19,454	32,691	37.31%	6,334	8,184	4,936

(%は小数点以下第3位を四捨五入)

人口と高齢化率の推移 (平成28年度～ 令和3年度)

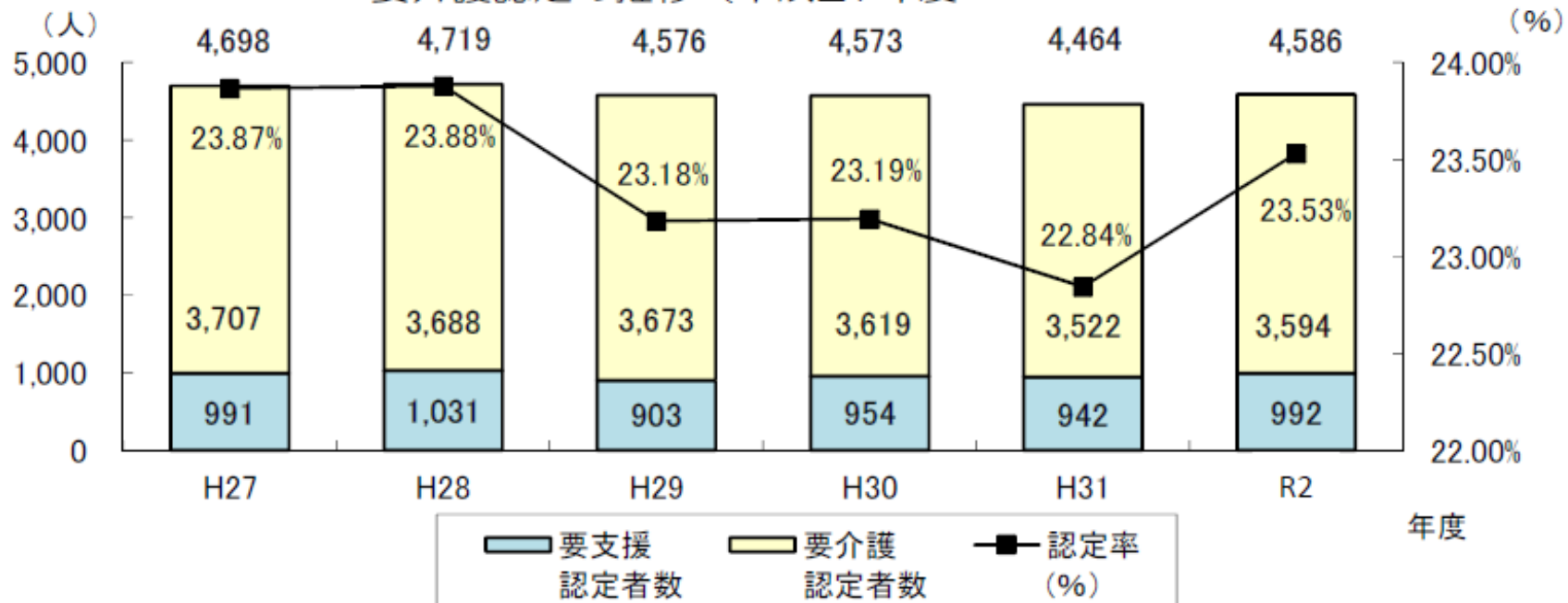


## 2 浜田市の要支援・要介護認定の推移（各年度3月末現在）

年度	第1号被保険者数	要支援認定者数	要介護認定者数	認定者数	認定率(%)	令和2年度自治区別内訳			
						要支援・要介護認定者数	第1号被保険者数	認定者数	認定率(%)
H27	19,685	991	3,707	4,698	23.87%	浜田	13,566	3,083	22.73%
H28	19,762	1,031	3,688	4,719	23.88%	金城	1,684	385	22.86%
H29	19,739	903	3,673	4,576	23.18%	旭	1,119	321	28.69%
H30	19,716	954	3,619	4,573	23.19%	弥栄	616	179	29.06%
H31	19,541	942	3,522	4,464	22.84%	三隅	2,504	618	24.68%
R2	19,489	992	3,594	4,586	23.53%	合計	19,489	4,586	23.53%

(%は小数点以下第3位を四捨五入)

### 要介護認定の推移（平成27年度～ 令和2年度）





周布・大麻地区 (R3.4.1現在)

世帯数: 2.410 男性: 2.459 女性: 2.688 合計: 5.147

65歳以上 男性: 758 女性: 960 合計: 1.718

(高齢化率: 33.38)

# 本日のお話

- I 浜田市地域ケア会議について
- II 周布地区地域ケア会議の二度の転換期
- III 住民の思いを形にする「チームオレンジ」への取り組みについて
- IV 「チームS・O・S」について

# I 浜田市の地域ケア会議

支所単位では、これまで開催されていた個別利用者情報交換や、いわゆる困難事例を通して地域課題の抽出を行っていた。

平成29年度より

本庁及び各支所単位で定例の地域ケア会議  
(令和2年度から本庁は2カ所で開催)

# 浜田地域（本庁）の地域ケア会議

☆周布・大麻地区における地域ケア会議（2Mに1回）

## 目的

高齢者に対する自立支援の充実と地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を行なう。

## 参加者

医療介護専門職・社協（生活コーディネーター）・**民生委員（R元年度より）**・保健所等

## 事例検討対象者

例えば交通・買い物難民に対して、担当課や生活整備体制との連携を行う。



# Ⅱ 周布地区地域ケア会議の 二度の転換期 ①

## ① R元年度「民協と地域ケア会議合同意見交換会

(周布民協から声が上がっていた)





## 【意見交換(GW)】 活発な意見が多く出ました

### 意見交換の3つの柱

- ① 自己紹介を兼ねて、自己PRすることで、多職種(相手)を理解しよう
- ② 日頃の活動から感じていることの共有
- ③ 今後、連携を築くためにはどうしたら良い？

(具体的な意見)

- \* サロンに行くように声かけしてよい関係ができた。敷居を低く。
- \* 転居してきた人に声かけをしたら、「とてもうれしかった」と喜ばれた。
- \* それぞれが持っている人脈やスキル・知識を多いに活用し、連携を築く。
- \* これまでの関わりが他の人間関係や連携につながってくる。
- \* どこに相談したらいいのかわからない。



## ★地域の人々が相談できる場所、つながれる場が必要

地域の人々が困っている事、知りたい事等の声を拾いあげる

⇒必要な支援や専門職につなげる場。近所とつき合いを大事にする。

## Ⅱ 周布地区地域ケア会議の 二度の転換期 ②

② 令和2年度はコロナ禍での開催（浜田地域でもう一か所）

- ・ 地域包括支援センターから事例提供  
（これまでの事例は参加者※主に居宅CMから提出）
- ・ 第8期介護保険事業計画策定にむけた  
目標設定や課題の抽出
- ・ 居所変更実態調査／在宅生活改善調査 の活用  
（浜田地区広域行政組合による調査）

# 令和2年度の地域ケア会議のビジョン

## 【地域が目指すビジョン】

介護が必要になっても、**転々とした生活ではなく**、「なじみの人間関係」のなかで、「マイペースに生活ができる」

## 【目的レベル】

「**転々としさない**」ことを目的とする

調査結果の活用などを通じて、**目的の見える化**を行う

## 【アクション】

「**転々とせず住み続ける**」ために、**何とかしなないといけないターゲットを定め**、協力者とつながっていく。  
(小さな成功体験を積み上げる)

# 「住み続ける」ために何とかしなくてはいけない人は？

## ・「転倒を繰り返す」

低栄養・軽度認知症が引き金？衣食住を含めた体調管理（水分・栄養・服薬の副作用）と地域の見守り 等

## ・「同居していた家族が突然死」

本人の希望を叶えるために、服薬管理を含めた医療との連携及び地域を含めたミニケア会議の開催 等

## ・「今の生活を続けたいと希望するご夫婦の支援」

病状変化に翻弄。チームアプローチが必要な事例 等

## ・「アルコール大好き！脱水症で緊急入院。主治医は在宅無理！！と言われたけど・・・」

アルコールに走る原因は？？人との関わりが、人生を変えられるかも・・・！！等

## 事例から見えてきた対応策

- \* **本人の強みや意向**を確認しながら、  
体調管理・重度化予防を**チームアプローチ**できる**関係性**  
(**専門性の高い助言**)

### ★公的支援と地域資源との融合

社会資源・福祉サービス事業も一つの地域の機能として共有する

- 「地域でできること」「生活の幅・充実した生活」提供

例えば縁側活動など

- 「**地域でも個別のミニケア会議**」が開催できる関係

例えば見守りや支え合いのために情報交換ができる仕組みづくり



## Ⅲ 住民の思いを形にする「チームオレンジ」への取り組みについて

### 【地域ケア会議参加者からの声】

- 地域に残りたい、このまま暮らしたいと思える地域づくりを。
- 本人の生きがいづくりや地域とのつながりが生きる意欲につながるのでは？
- 地域でも個別のミニケア会議が開催できるような雰囲気作りを。
- 訪問して散歩に誘い話をしてみよう。
- 縁側活動などお茶のみ仲間を作ってみよう。
- 専門職の関わりがある中での地域への参加を促してみよう。

- **「認知症の方を何とかしたい！」**という熱い想いと、「どう関われば？」とのジレンマの中で葛藤されている皆さんの声を受けて

⇒ 「チームオレンジ」とは・・・の勉強会を開催

(地域ケア会議のあとに意見交換)

- **「まずは出来ることから始めてみよう！」**の声をを受けて

⇒ 「ステップアップ研修」の企画立案

【ステップアップ研修にて】  
(私・わたしたちにできる事は？ やりたいことは？)

最終目標

「一人でも安心して暮らしていける地域」

\* ちょっとした変化に気付けるため、コミュニティの形成。

(小さい単位でのサロン、小さな単位●●町内)

\* 受け皿作りを周布地区で作りたい。

(新聞販売店などと連携)

\* 一人では対応難しいのでチームで関わりたい

(自分一人では気が重いこともある・・・)

\* 相談しやすい馴染みの関係を探っていく。

(専門職とも繋がりたい)

# 研修後の流れ

\* 活動内容を整理する

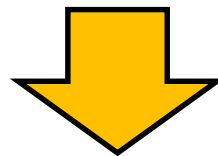
(自分たちのできそうなことは?)

\* 協力してくれる意向のあるチーム員候補者を募る

(認知症の本人もうまく巻き込むこと)

(チームリーダーを選出する)

\* 活動回数・活動拠点・チーム名等を決定する 等



認知症の人やその家族に役立つ  
と思う社会資源のイメージが固  
まったら・・・



認知症サポーター活動促進事業の根拠作り

(事業実施要綱等)

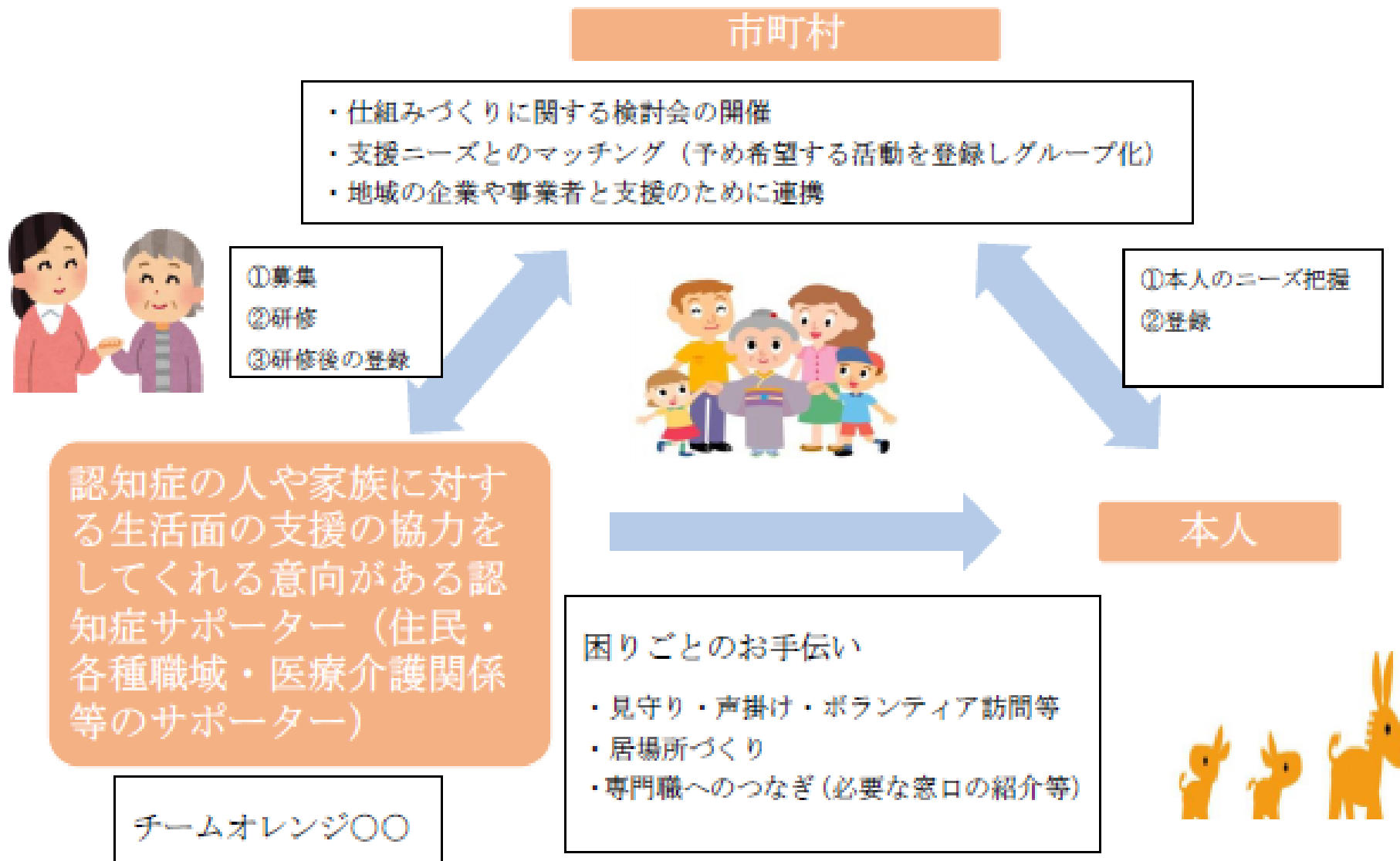


事業計画を作成し活動スタート

(行政とチーム員が一緒に作成した)



# 認知症サポーター活動促進事業（チームオレンジ）イメージ図



## IV 「チームS・O・S」について

\* 「チームSOS(周布地区・大麻地区おたすけステーション)」

令和3年4月9日 浜田市のチームオレンジとして認定

\* 構成人員

発足当時 26名 (うち認知症と思われる人数 4名)

R3.10月23日現在 40名 (うち認知症と思われる人数 8名)

\* 活動内容

認知症等高齢者のお困りごとに対して、傾聴・声かけ・見守り・  
出前支援等を行なう

# チーム S・O・S

## 構成人員／活動内容



9月25日付 高根県広報誌 春える風吹(認知症特集) 全5歳カラー



**認知症の方やその家族を支える**  
**We Are "チームオレンジ"**

オレンジ色は  
認知症家族の  
イメージカラーです。

認知症の方やその家族の悩みの解決、身近な困りごとなどへの支援をおこなう「チームオレンジ」。認知症に関する知識と理解を持つ認知症サポーターを中心に、認知症の方やその家族もメンバーの一員として参加するチームです。県と市町村では、チームオレンジの立ち上げや、認知症カフェの運営、ボランティア防犯などの活動を支援しています。誰かの力になりたい方、役割を持っていざいざと活動したい方は、ぜひ参加してみませんか？

**「チームオレンジ」の活動** (※地域別)

浜田市では、「チームS・O・S(周布地区・大麻地区・お助け・ステーション)」が今年4月からチームオレンジとして活動しています。  
認知症の方やその家族のお困りごとに対して、視察、声かけ、見守り、出前支援(買い物、草刈り支援等)などを行っています。  
認知症の方も役割を持ち、一緒になって活動しています。

 認知症サポーターキャラバン  
「ロバ隊員」  
問い合わせ先 高根県高齢者福祉課 TEL:0852-22-6341

【R3.9.25 山陰中央新報にも掲載されました】

## チーム S・O・S 周布地区・大麻地区・お助け・ステーション

ちょっとしたお困り事ありませんか？  
そのお困り事お助けします！

認知症の人や家族を地域で支えていくための活動をします。

認知症について正しく理解したチームメンバーが認知症の人と一緒に活動したり、温かく見守ったり、困り事のお助けをするチームです。



例えば **見守り・声かけ・話し相手**  
**出前支援・その他の相談に応じます**  
**必要に応じて専門機関とも繋がります**

# 模索しながら活動を行っています！

本人の家族構成	相談の内容	活動内容	結果
独居	本人から買い物に行けないので困っていると相談。	尿取りパッド等の購入して届ける。	対応すると落ち着かれ、お礼を言われる。
独居(地域ケア会議の事例)	独りで、日常の買い物に行けないので困っていると相談。	1回/W 一緒に買い物に行く。	笑顔も見られ、元気になられた。(県外の家族ともチーム員は情報共有出来ている)
独居	食事を作るのが難しくなったと本人より発信があった。	宅配弁当を情報提供し、お弁当のパンフレット等を持って行った。	実際の注文にはなっていないが、引き続き様子を確認していく。
独居	「わたしの所に肥料が届かない」と本人が血相描いて相談。	注文書が回覧されたが、記載されていなかった。家族に連絡し、本人に確認してチーム員が注文。家族の依頼もあり、今は注文を一緒に行う。	安心して、畑仕事をされている。(畑仕事の合間に、声かけ・見守りも忘れずに)
娘と二人	本人が公民館のフラワーアレンジメントに行きたがっているがどうすれば良いかと娘より発信。	一緒に参加。指導者と作品作成のフォローをする。	ステキな作品が完成し、満足して帰られた。

模索中です！

- 毎月1回のチーム員と包括の振り返り検討会
- 7月に地域型認知症疾患医療センター（西川病院）のご協力でフォローアップ研修の開催



『介護が必要になっても、  
転々とした生活ではなく、  
なじみの人間関係のなかで、  
マイペースに生活できる』

地域を目指して！

ご静聴ありがとうございました!!

