

表10 痴呆高齢者グループワークの経過

- 1994年8月
 - 入浴サービス開始
 - 対象:長期臥床者
 - 場所:老人福祉センター(温泉)
 - 温泉にリフト設置し、入浴困難者の入浴支援
- 1996年
 - 痴呆高齢者の増加
 - B型デイサービスで対応困難
 - ヘルパー訪問の対応困難
 - 入浴困難な痴呆高齢者
 - 時間延長と回数増の要望
 - 個別ケアの必要性
- 1998年1月
 - 痴呆グループワーク開始
 - 登録者10名
 - ボランティア、保健婦、介護支援センター、福祉専門員によるチームケア
- 1999年6月
 - 介護保険への対応準備
 - デイサービスに組み込み
- 2000年10月
 - E型デイサービス「ひだまりの家」開設

表11 ボランティアの学んだもの

- 痴呆高齢者の個別性
 - 人生の重み、病前性格、痴呆の病状・重症度
- 痴呆高齢者の感情変化
 - 急激に変化する感情、感情変化にあわせた対応
- 老いの受容
 - 痴呆・老いの意味、自らの老いとの重ね合わせ
- 地域でともに生きる
 - 共に生きられる地域の基盤づくり
 - 介護保険計画策定委員、ボランティア(高齢者施設、ミニデイサービス)

図28 佐田町健康なまちづくり
エンパワーメント

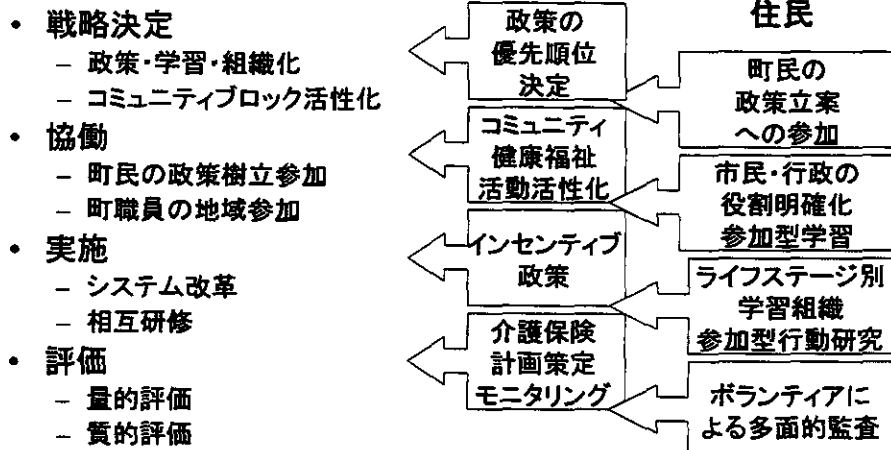


図29 高齢者の健康福祉課題

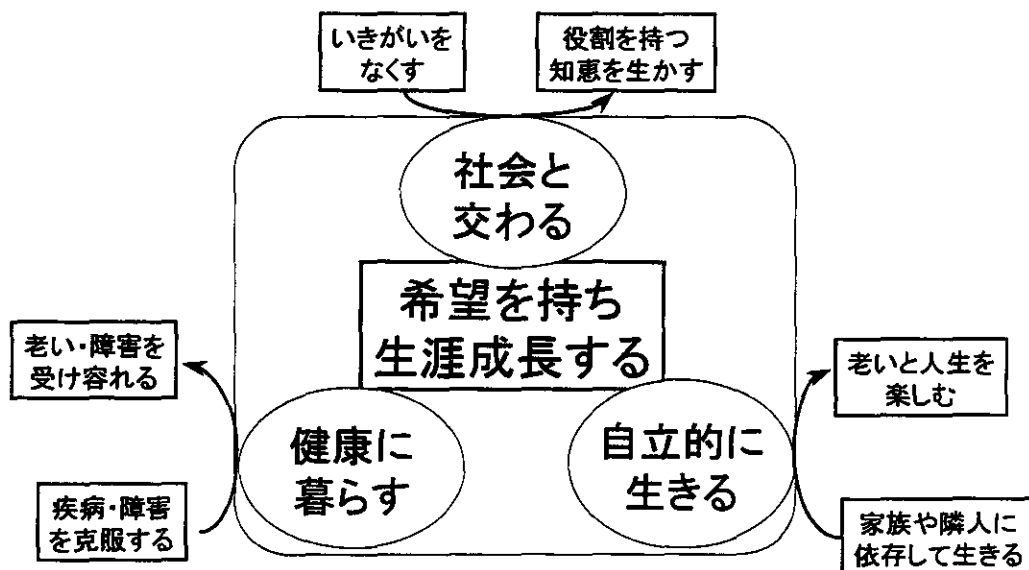


図30 出雲市の健康医療福祉資源(2000)

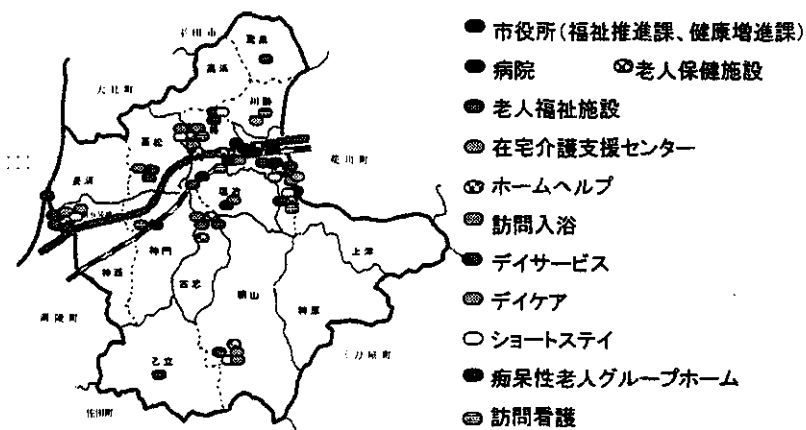


表12 出雲市介護認定結果(2000.10)

	40-64歳	65歳以上	計
要支援	4	159	163 (7.7%)
要介護1	17	432	449 (21.1%)
要介護2	27	369	396 (18.6%)
要介護3	17	397	414 (19.5%)
要介護4	18	360	378 (17.8%)
要介護5	15	309	324 (15.3%)
計	98	1,654	2,124

表13 要介護度についての一次判定と二次判定の関係

性別	一次判定	二次判定					合計	
		要支援	要介護1	2	3	4		5
男	非該当	4	1					5
	要支援	30	5					35
	要介護1	9	91	36	5			141
	要介護2	1	3	82	23	5		114
	要介護3			1	79	26		106
	要介護4				2	72	10	84
	要介護5					3	79	82
	合計	44	100	119	109	106	89	567
女	非該当	11						11
	要支援	98	19	4				121
	要介護1	19	256	63	27	1		366
	要介護2		11	149	61	9		230
	要介護3			1	123	53	3	180
	要介護4				2	153	24	179
	要介護5					3	152	155
	合計	128	286	217	213	219	179	1242

図31 痴呆専門認定審査会

- ・ 医療・保健・福祉の各分野で痴呆性高齢者と接した経験をもつメンバーで構成

2次判定変更割合

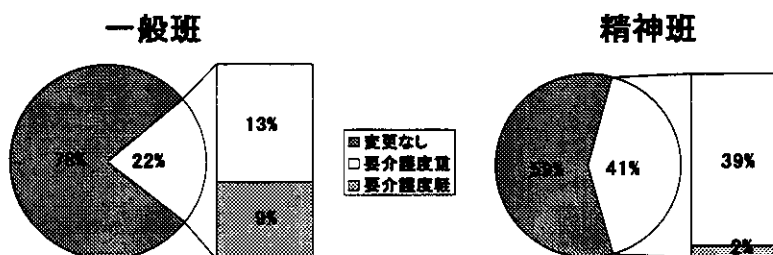


図32 要介護者の痴呆症度 (2000.2)

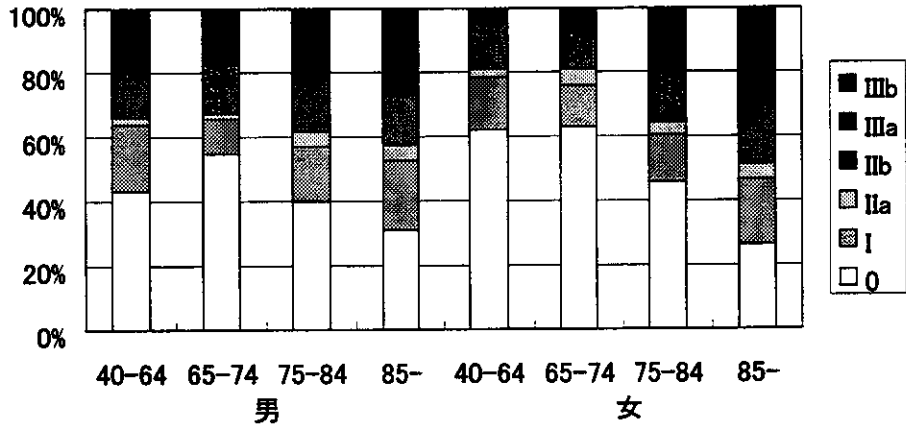


図33 要介護者の介護場所 (2000.5)

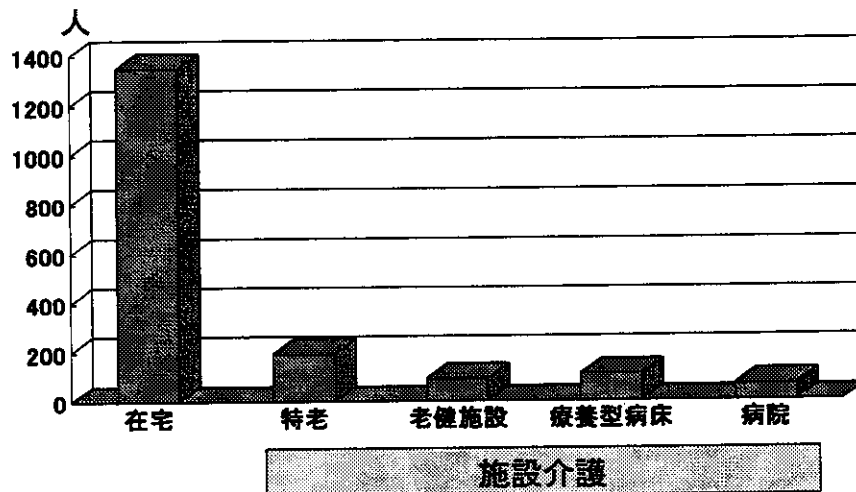


表14 地域特性別在宅福祉サービス
利用状況 (2000.2)

		市街地	新興住宅地	平地農村	農山村
訪問介護	男	25%	20%	22%	21%
	女	28%	20%	16%	18%
訪問看護	男	23%	19%	15%	23%
	女	14%	11%	10%	14%
通所介護	男	35%	32%	35%	48%
	女	31%	39%	45%	51%
通所リハ	男	19%	23%	17%	11%
	女	15%	21%	15%	18%
短期入所	男	13%	9%	7%	13%
	女	12%	8%	12%	12%

図34 出雲市介護保険サービス
システム



図35 出雲市高齢者ケアシステム

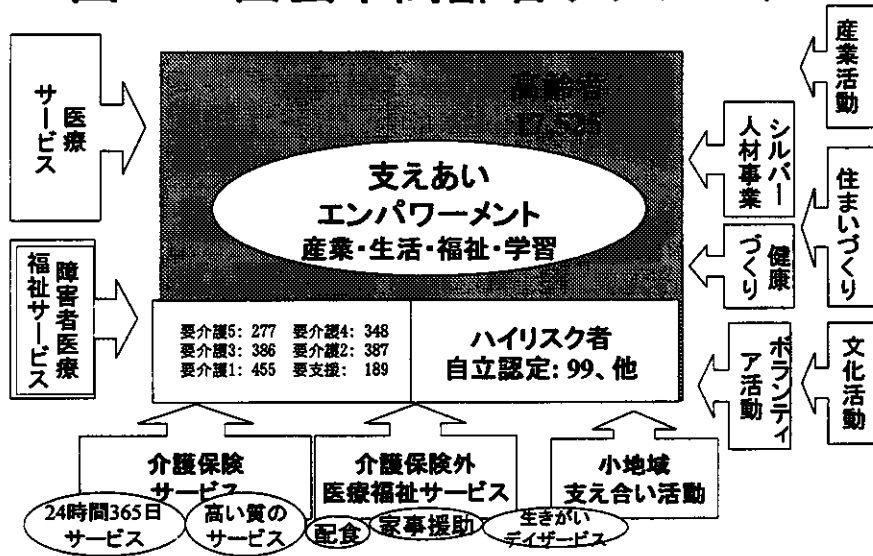


図36 佐田町産業保健会共同健診
受診者の推移

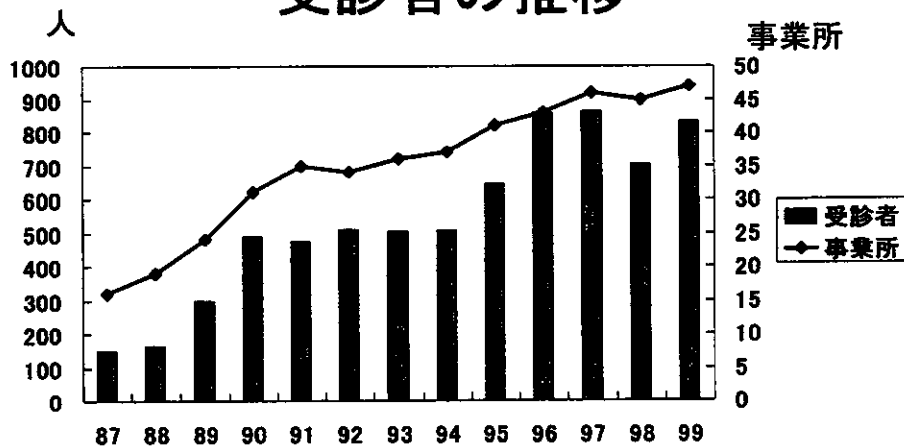


図36 健康リスクの重なり(男, 2000)

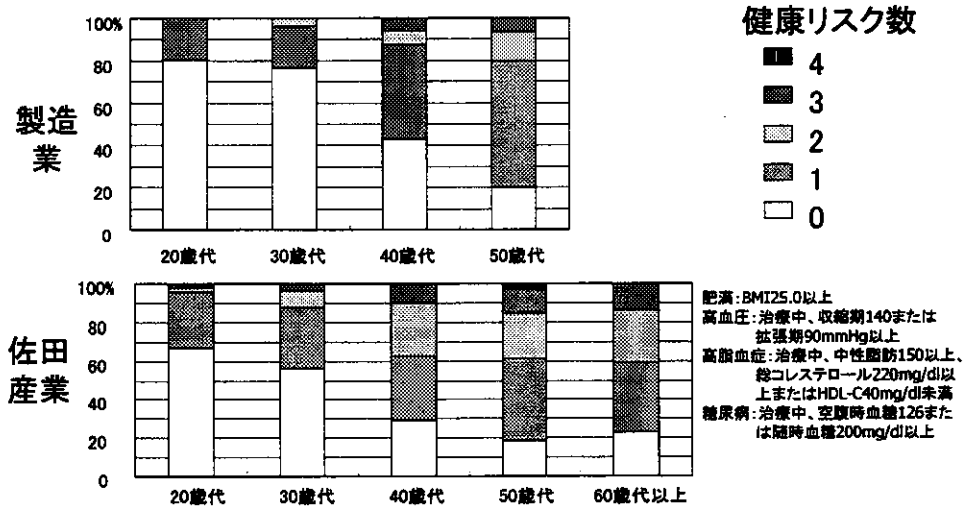


図37 健康リスクの重なり(女, 2000)

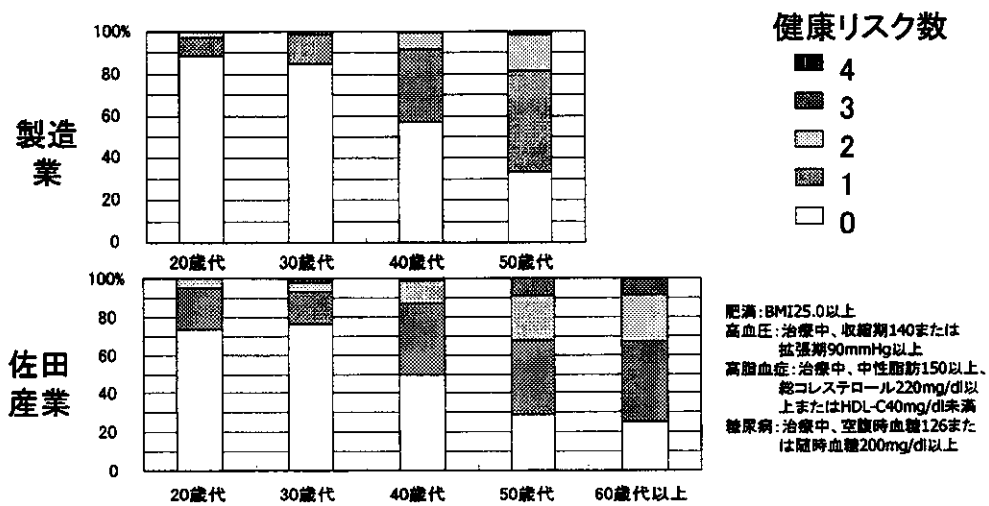


図38 健康学習と自己決定に基づく行動変容プログラム

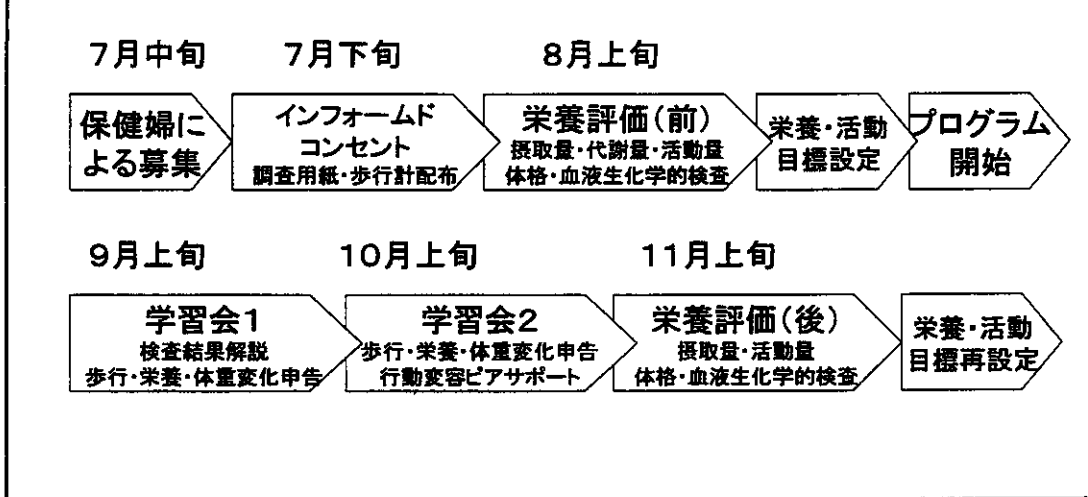


図39 生活習慣病予防の戦略

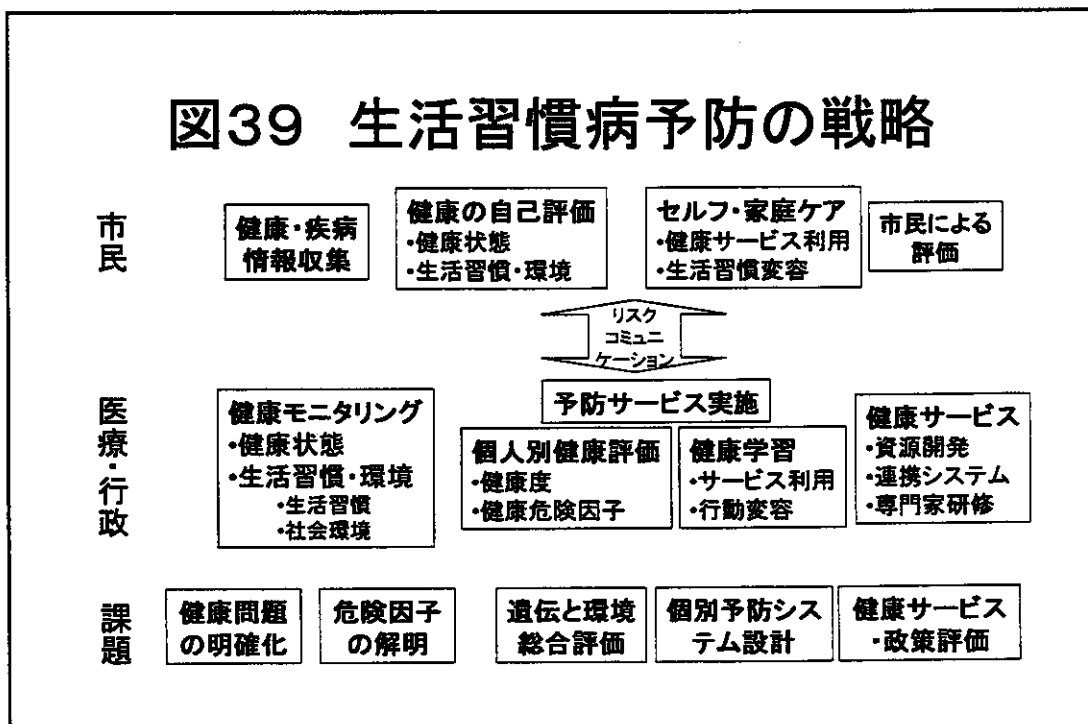


図40 健康福祉活動における
行政と市民の役割

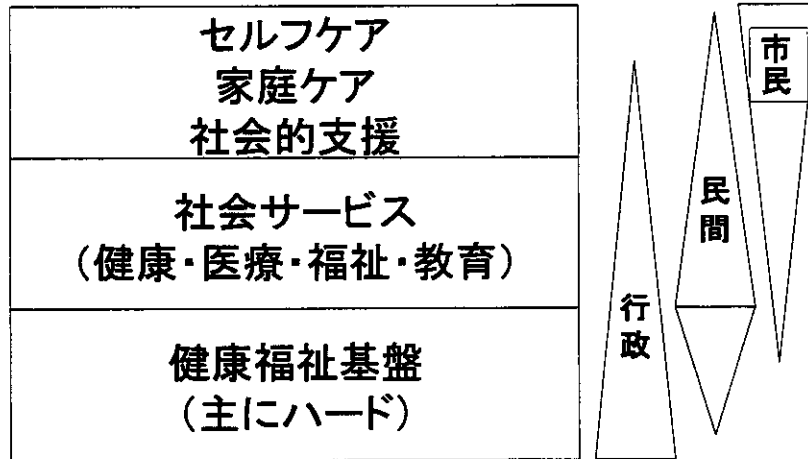


表15 問題解決型思考と問題分析
型思考

思考	問題解決	問題分析
レベル	決定	情報
目的	特定	自由
論理	方法	因果
発想	発明的、構想的	発見的、実証的
条件	複合化	単純化
合意	主観性、多面性	客観性、一般性
疑問	Who, How	What

(松下圭一:政治・行政の考え方, 1998を一部改変)

表16 出雲地域における 参加型行動研究

- 市民参加の調査活動
 - コミュニティで市民が行っている広義の健康福祉活動を収集
 - その課題について、市民が中心となって、研究者や行政職員と協力し、より良い生活の実現のために学び、働く
- 参加型行動研究の特徴
 - 研究調査そのものが、立場を超えて行動する問題解決過程
 - 量的・質的分析の一体的な進行
 - 市民参加の社会システム、サービス政策、協働組織などへの発展志向
 - フィードバックによる解放的研究手法
 - 参加者の創造・変革促進

表17 住民・スタッフの エンパワメント

- 政策立案や実施段階で関係する市民やスタッフのエンパワメントが重要
- 市民や専門家がボランティアとして参加するネットワークを各健康福祉分野毎に組織し、自由な発想による活動支援
- 市民参加による調査研究や健康福祉学習深化のために、学会・研修会などの研究活動への市民参加促進

表18 羅針盤としての健康福祉政策

目標・夢の設定

- 多くの住民や専門家が長年にわたって健康福祉活動に関わるためには、羅針盤として目標や夢が重要

• それらをまとめた総合政策

- 健康日本21地方版

- 住民とともに作るわかりやすい政策
- 数値目標ともに達成するための方法の明確化
- 住民参加の立案段階で、地域活動の立ち上げ