

出会い・語り合い・ともにはたらきながら、 わがまちの地域共生を、息長く育てる ～「声」から生きたつながりをひたすら広げる～

新潟県湯沢町健康増進課（湯沢町地域包括支援センター）

認知症地域支援推進員 國松明美

アクション農園倶楽部担当 林 君江



ACCESS ●交通のご案内

お車で（関越自動車道 湯沢IC）

東京―月夜野 約1時間25分（苗場まで約50分）

東京―湯沢（167km）約1時間50分

新潟―湯沢（131km）約1時間30分

金沢―湯沢（339km）約4時間



面積：357.00km²（ほぼ94%を山林が占める）

群馬県境の苗場まで町の中心部から車でおよそ30分

（湯沢地区、神立地区、土樽地区、三国地区、三俣地区）

気候：初雪11月中旬 雪解け4月中旬 積雪量 3m前後 約半年は雪との生活

湯沢町の紹介



湯沢町（ゆざわまち）は、平安末期から続く温泉場があり、川端康成の小説『雪国』の舞台。近年ではフジロック・フェスティバルの開催される苗場スキー場など登山やウィンタースポーツを中心に人気を集めている豊かな自然に抱かれた町。

人口：7960人 高齢者：3140人 高齢化率 39.45 %（令和4年3月末）
マンション人口は総人口の約1割強、増加傾向

介護保険（第1号被保険者）認定率（令和3年3月末）：12.3%

認定率順位 新潟県内30番目／30保険者

全国1550番目／1571保険者

介護保険料 5200円／月 県平均6237円30番目／30保険者

介護保険事業所（町内） 通所介護2、認知症通所介護1、訪問介護1、特養1、小規模多機能1、認知症共同生活介護1、短期入所1、療養型（介護26床 医療24床）

医療機関：湯沢町保健医療センター（公設民営）サポート医1（管理者）
包括ケア病棟50床

認知症地域支援推進員 7人

（内訳：直営包括 6人、介護保険事業所（小規模多機能）1人）
初期集中支援チーム 1 （直営包括内、推進員がチーム員兼任）

報告の内容

1. 湯沢町の推進員の位置づけと役割（現時点）
2. 湯沢町の認知症施策と推進員の歩み
3. 出会い・ともににはたらく場を育て続ける * アクション農園倶楽部
4. 本人視点でまちにあるものを一緒につなぐ * 湯沢町お役立ちかわら版
（認知症ケアパス）
5. これから: 本人視点で、「こうだといいね」に素朴に取り組む

湯沢町総合福祉センター

健康福祉部
健康増進課 福祉介護課

保健

福祉

社会福祉協議会

介護

医療

湯沢病院



平成15年度
湯沢町地域医療・福祉・保健三位一体構想



1. 推進員の位置づけと役割(現在)

湯沢町健康福祉部

健康増進課: 保健センター(健康づくり、母子保健、食育、がん対策、歯科保健 国保特定保健指導 高齢者保健介護一体事業)
地域包括支援センター(介護保険地域支援事業) 介護保険認定調査
町立病院管理

認知症地域支援推進員 7人 (全員兼務 但し子育て支援課へ異動1)
行政: 保健師4人、主任ケアマネ1人、看護師1人、
民間: 小規模多機能1人

地域資源がほとんどない地区に居住

推進員の役割

- ・認知症施策全体を担当し地域支援体制を築く人
- ・担当事業、担当地区、自身の生活の中で、
ともにめざす方向に向けて進んでいくための推進役を担う人

地域ケア会議、事例検討、認知症カフェ、ケアマネ業務、地区組織、他

地域で暮らす最も大事な資源である認知症の本人とその家族の思い願いを
かなえる資源を増やし、つなげることで、認知症の人が安心して暮らし続ける
ことができるようにする

福祉介護課: 障害者福祉、生活保護、介護保険、高齢者福祉

包括内の推進員 6名
・保健師・主任ケアマネは
事業と地区を担当

民間(小規模多機能)1名
・ケアの現場・地域に根差して
活動を展開

個人・家族・地域に関わ
ることは、課を超えて
継続的に関わっている



2. 湯沢町の認知症施策と推進員の歩み

[illegible]

サポーター養成
や様々な事業を
やっているけど、
安心して暮らせ
ていない...

認知症施策の
補助金で、誰もが
安心して生活でき
る地域づくりが
できないかな？

推進員研修に参加
→包括職員が順次

何からはじめたら
いいのか・・・？
アクションミーティングを

ケアパス動画

ケアパス 改定

湯沢町の認知症施策

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく生活をするために
～立場を越えたアクションミーティングを積み重ねて～

アクションミーティング



行政と専門職、そして地域住民が共に考え、動き出すために

23年度から開始

認知症の人と、家族と
ともに暮らせる地域をめざして

それぞれが声かけあって集まってみる
話し合ってみる

☆立場を越えて

行政の関係者、介護・医療職の関係者、
地域の仲間・知人、同級生、などなど

伸びのびと
話合う

出会い、アイディア、力、つながり、元気、
安心、希望、自分たちで生み出す

やりたいことが一致した人がチームを組んで
できることから、いっしょにアクション！

参加者の声を
フルに活かす取り組み

どんなテーマ（事業）でも、アクションミーティングをエンジンに進めてきている



行政・推進員の呼びかけで、仲間を誘いあって集まったら
予想を超えた様ざまな人たちの
出会いが生まれた。

H.23年度のアクションミーティング後、H.24年度から始まった活動・・・続ける

アクション
農園倶楽部

高齢者お役立ち
かわら版

認知症ケアパスへ発展

おひさまの会
傾聴とはところをよせること
かたり湯(今はお休み中)

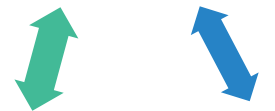


農園の団長
マンション管理人



アクション農園倶楽部
毎週火曜日 午前中 自由に

安心につながる場所



つながり
あい

笑顔

本人の思い 願い

受け止める側の意識
目の前にいる人の声

推進員は、週1回、いつもここにいる人、まぎってほたらいてる人

3. 出会い・ともににはたらく体験をともにする場を育てつづける

★アクション農園倶楽部

認知症の人、地域の人たち、専門職は、それぞれすごい力を秘めている！



物忘れはあるけれど、
できること、わかることも沢山！



知恵や技をたくさん伝授。



畑に子供たちや若い親も。
ママは畑でリフレッシュ
子供を、認知症の人が見守る。



仕事の後は腹ごしらえ。



通りがかりの人も・・・
ちょっと一緒に。戸外ならではの
思わぬつながりが生まれる。



畑に来たい本人のために
ちょっと送迎を手伝おう。

農園を続ける：自然なカタチで＜社会参加－本人が活躍・発信－啓発・理解の深まり－連携・協働－チームでの支えあい＞

★大事にし続けていること

本人・家族・地域・支援者の声を聴く。共有する。活かす。

写真とノートで毎
回記録
部内回覧

アクション農
園の記録
1年1冊

アクション農園倶楽部

H27年度

H28年度

H29年度

令和3年度

H30年度

個人の変化
取組の変化
忘れてしまいがち
な大事な情報

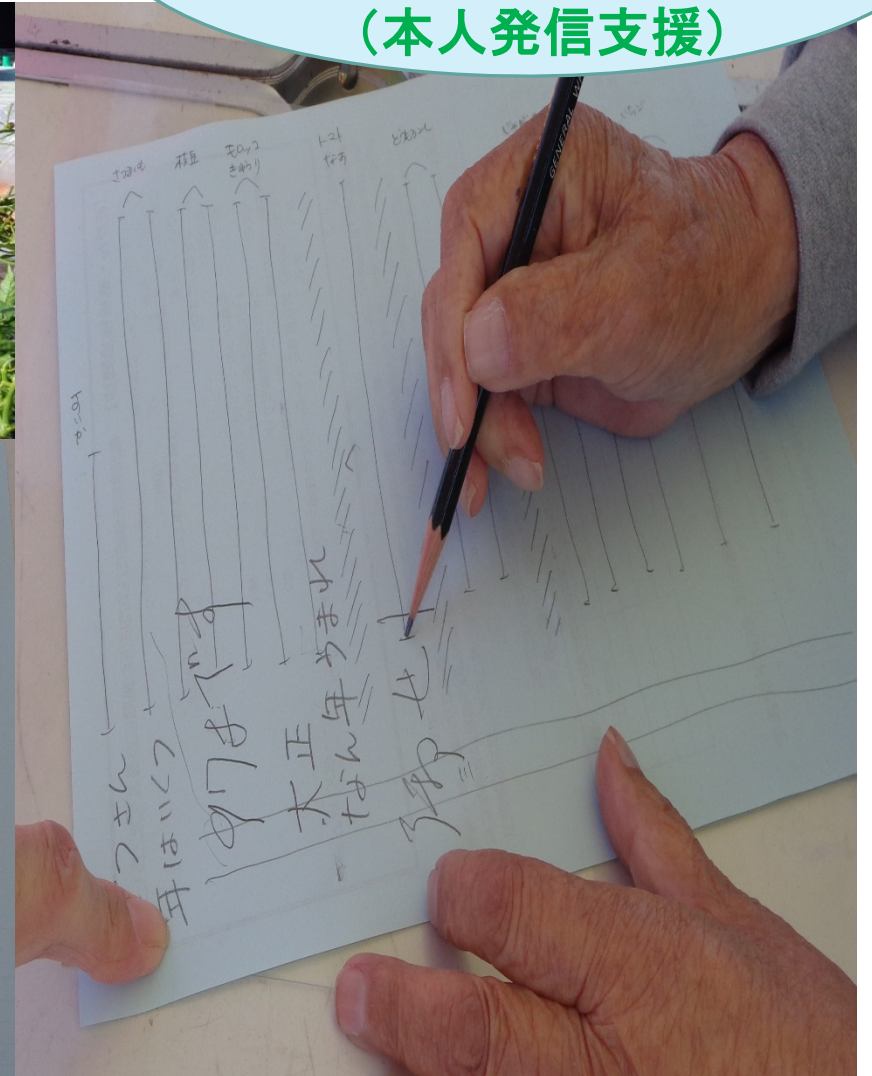
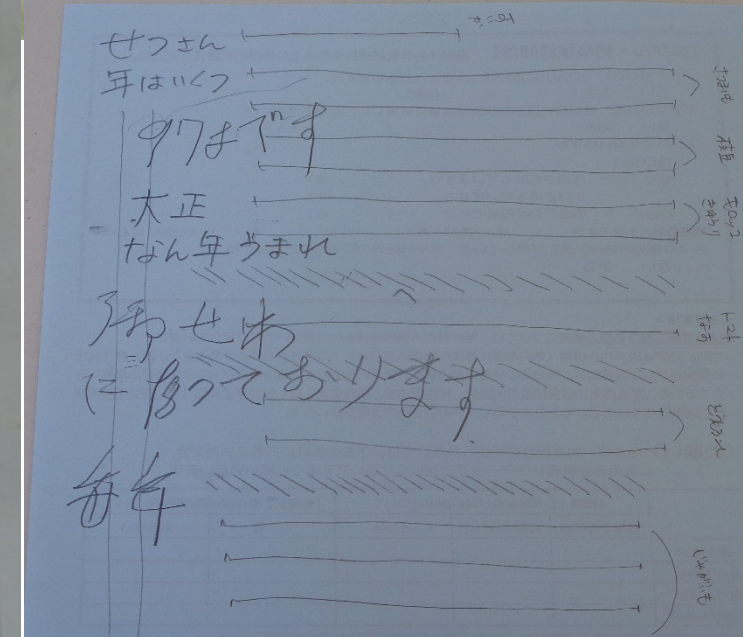
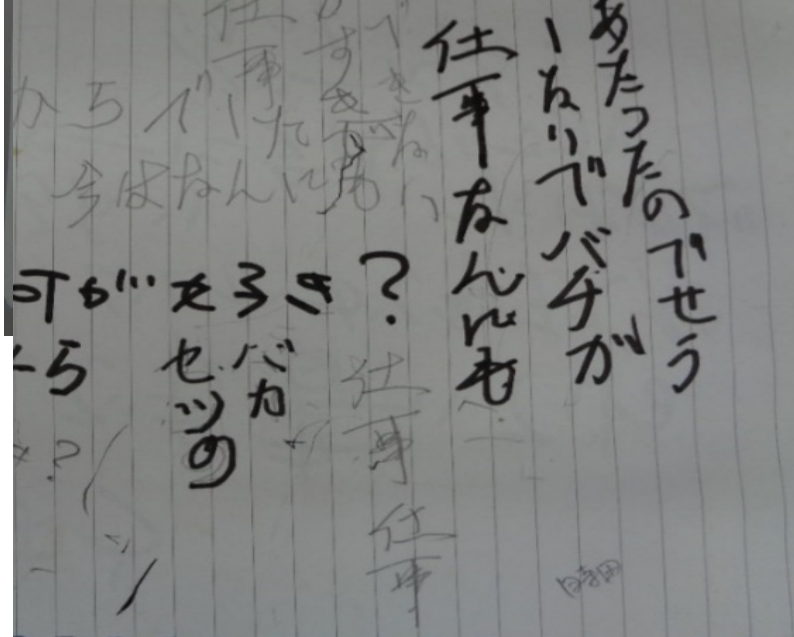
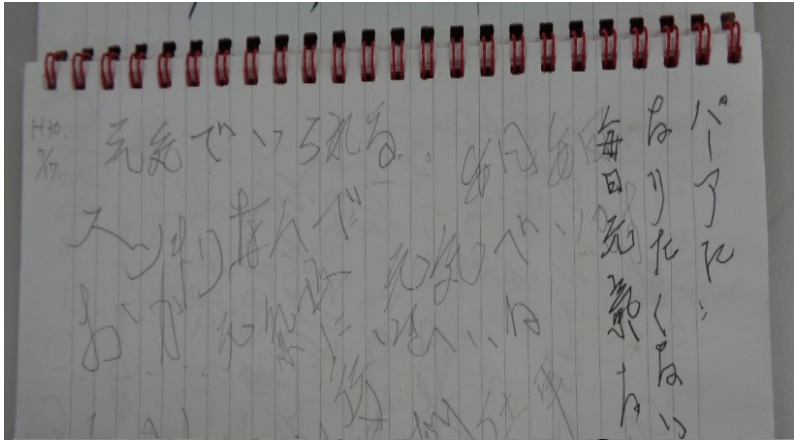
声 態度 行動
様々な思いが詰
まっている

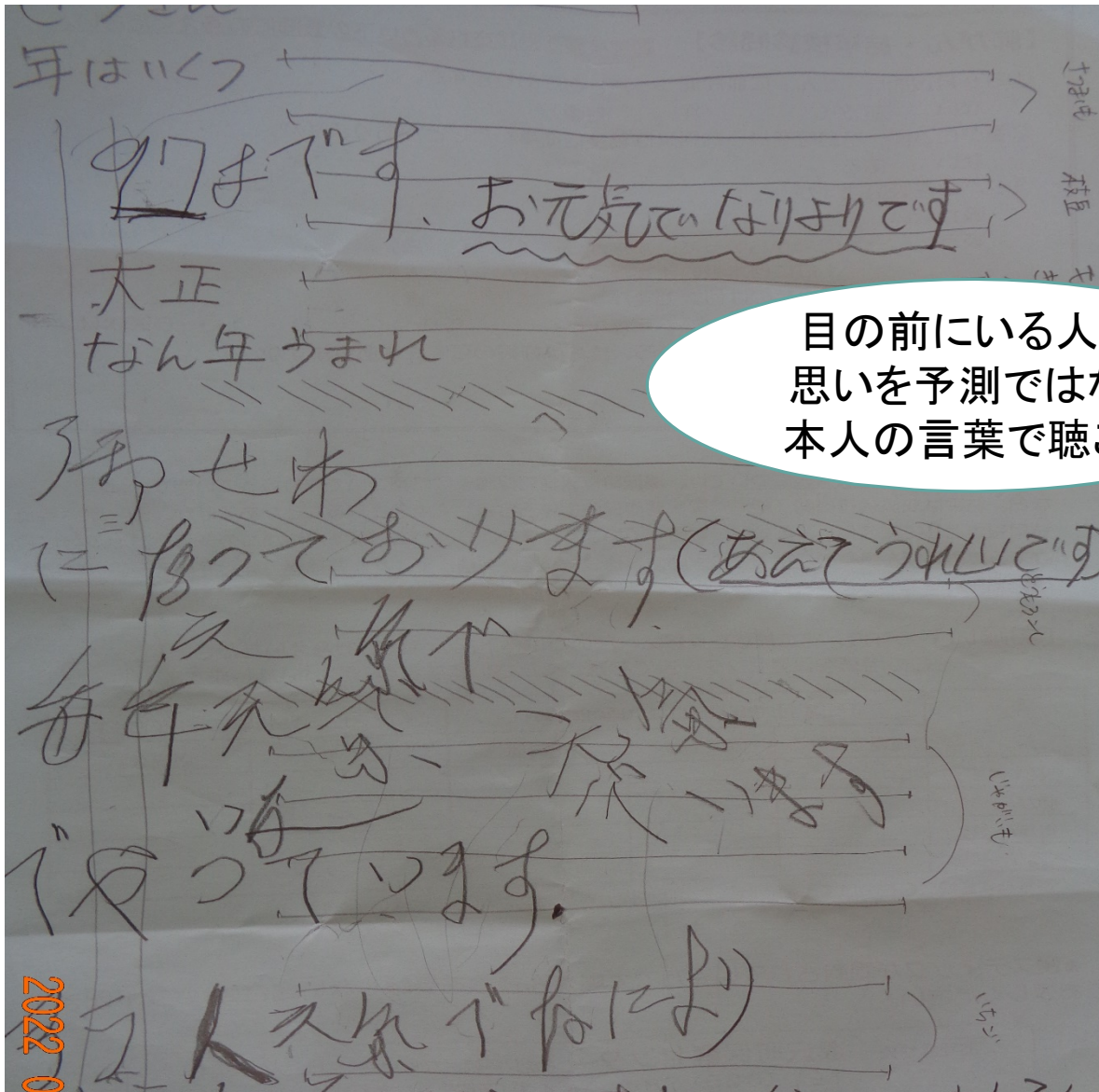
施策につなげる
情報共有・気づき
の共有

★大事にし続けていること

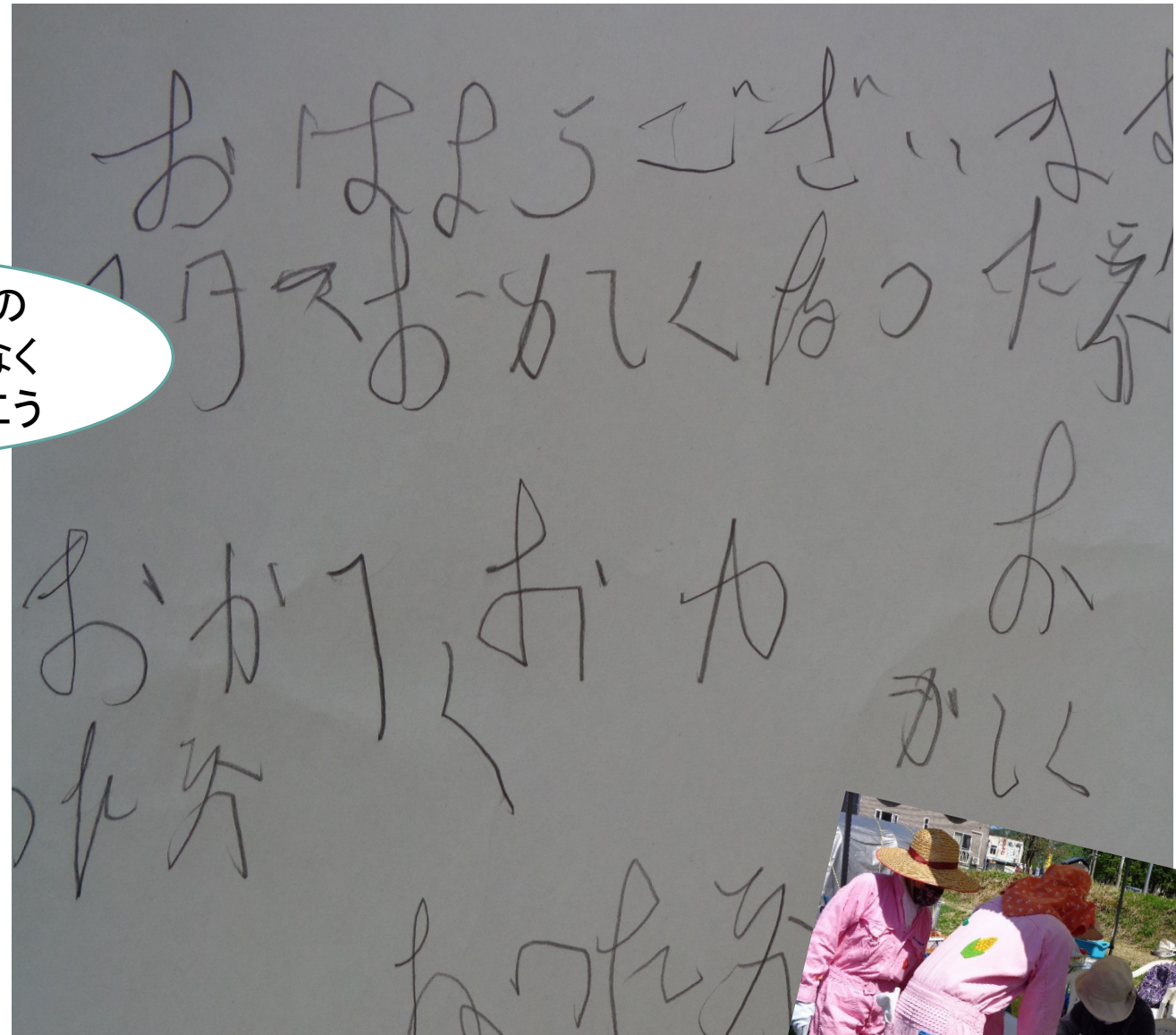
本人・家族・地域・支援者の声を聴く。共有する。活かす。

特に、本人の声！
本人が自分の思いを
表せるように
(本人発信支援)



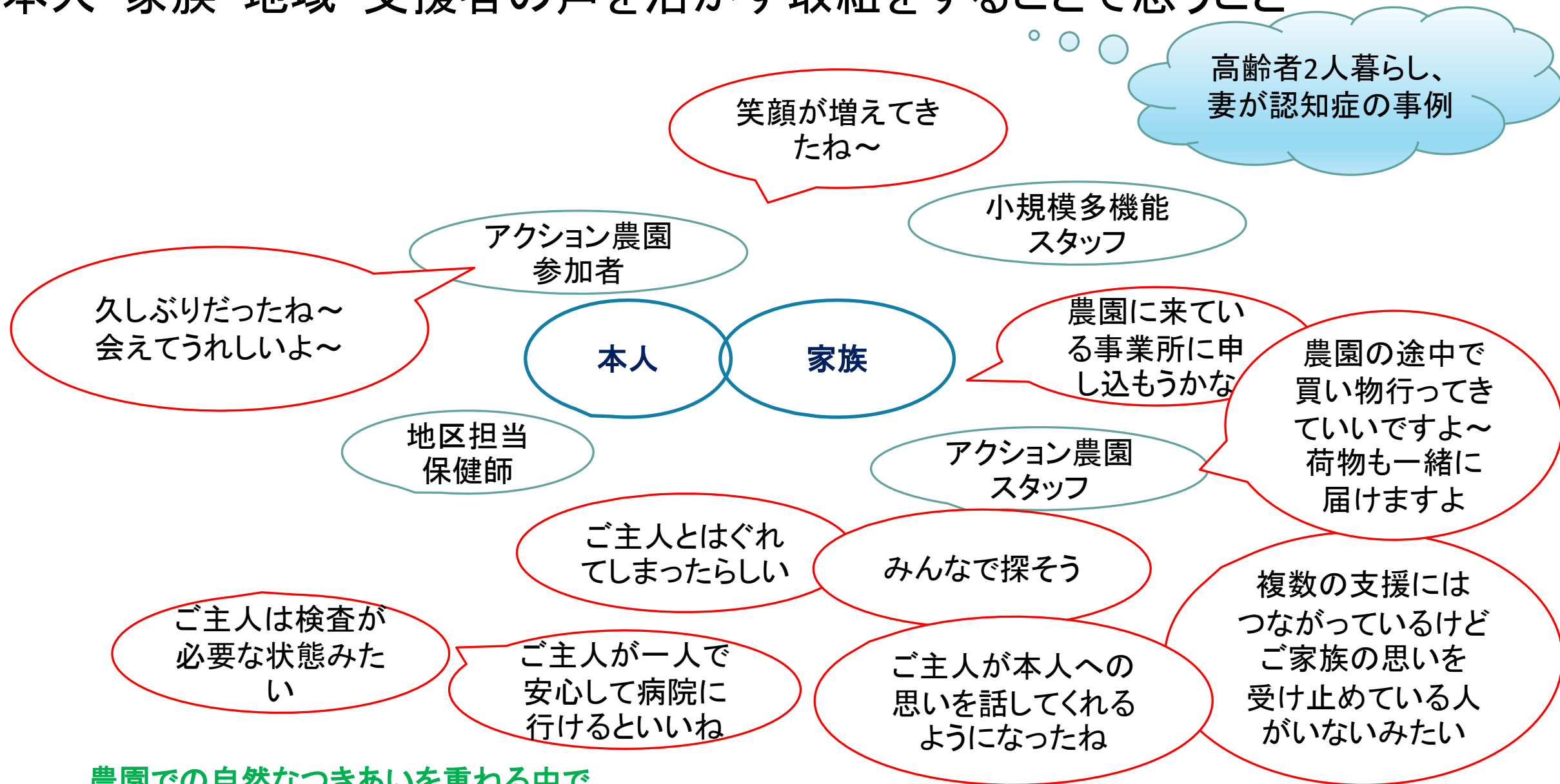


目の前にいる人の
思いを予測ではなく
本人の言葉で聴こう



99歳 農園に来て、筆談で思いを伝えてくれます。時々とびきりの笑顔を見せてくれます。本人にとって楽しい場所になっているようです。農園に行くと何か違うようで家族も喜んでくれます。農園に参加しているみんなにとっても、本人が居てくれるだけで、ほっとする大事な存在です

本人・家族・地域・支援者の声を活かす取組をすることで思うこと



農園での自然なつきあいを重ねる中で、

その人の生活がわかるから 思いがわかるから いろんな気づきが、行動につながっていく

15

本人・家族・地域・支援者の声を活かす取組をすることで思うこと

本人・家族・地域・支援者の声(思い)が繋がると何がいいの？

- ・思いをわかっているから、その時、その場でどうしてほしいのか分かって行動ができる(急な対応が必要な時も)
- ・先を予測し、先々のためにどうしていったらよいか、みんな(本人や家族も含め)と一緒に考えて前に進んでいける
- ・本人と家族を見守る意識が積みあがっていく、共有されていく
- ・サービスにつなげることをゴールとせず、日々の生活を意識して本人に何ができるか、周りにいる自分に何ができるかを考え行動するようになる
- ・関わっている誰もが見守ってくれている、理解してくれているという思いが生まれる(うれしいことも心配なことも) チームがある、仲間がいる、安心できる、信頼できる

湯沢町の希望の地図

農園の楽しさ・喜びをともにして生まれたつながり
→立場や職種を越えた自然で楽しい、支えあえるふだんのつながり
→いざという時に、声かけあい助け合える生きたつながり

*マンション住民・会社も、
町に自然と溶け込んで
*マンション住民・会社ならではの
つながり・力を活かしながら

★推進員
★推進役



4. 本人視点にたって、地域にあるものをみんなでつなぐ 湯沢町お役立ちかわら版（認知症ケアパス）

～位置づけ～

認知症かな？ 認知症と診断された

どうしよう！困った！何にもわからない！誰に相談したらいいんだろう

認知症が進行してきた。将来どうなるんだろう。どんな支援がある？サービスは？費用は？

自分のために、家族のために、周囲の人のために利用できる資源を知っていたい



**認知症について意識した人が最初に手に取り、行動を起こす時に活用でき、
認知症の進行や生活の変化に合わせて、わかりやすい、利用しやすいもの**

1. 認知症が気になった時、症状の進行に合わせてどうしたらいいか、どんな支援資源があるかを解りやすく伝えるもの
「認知症の人の生活・流れ・道 (Pathway)」
2. 「情報連携・情報を引き継ぐボタン (Pass)」

湯沢町 お役立ちかわら版(認知症ケアパス) ～位置づけ～



湯沢町お役立ちかわら版(認知症ケアパス)について

かわら版2ページより

今回作成したお役立ちかわら版（認知症ケアパス）は認知症について意識した人が最初に手に取り、行動を起こす時に活用できる情報を掲載しています。

認知症の対応はひとりひとり違います。個々の状況にあった具体的な対応は盛り込んでいませんので詳しいことはご相談ください。

湯沢町の中にも認知症の相談ができる機関や人がたくさんいます。認知症を予防するための事業もあります。まずは自分がここなら相談できそうかなと思えるところに話してみましよう。

湯沢町 お役立ちかわら版(認知症ケアパス) ～作成のプロセス～

「認知症ケアパス」作成アクションミーティング

(企画案26年2月17日課内会議資料)

目的:

1.認知症になっても住み慣れた地域(町)で自分らしく生活し続けられる(本人の意思が尊重され住み慣れた地域で暮らし続けられる町をつくる)ための一つの手段としてケアパスを作成する。

認知症の状態に応じ、適切な支援が得られる、資源につながる、自分の思いが叶えられるために、ケアの流れ、資源がわかりやすく、アクセスできるもの。

2.認知症支援に関わる関係機関、住民、家族等が認知症ケアパスを作成するプロセスを協働することで有効な関係ができる。

安心につながる情報を
届けられる人材を
多くつくる

湯沢町 お役立ちかわら版(認知症ケアパス) ～作成のプロセス～

「認知症ケアパス」作成アクションミーティング

(企画案26年2月17日課内会議資料)

目標

- 1.現在ある様々な社会資源(フォーマル・インフォーマル)を明確にする
- 2.現在ない資源、必要な資源を検討し、できることから始められる
- 3.現在ある資源の見直しと内容をより有効なものになるよう検討し、改善の取組みが始まる
- 4.本人・家族・地域住民が認知症ケアパスの内容を理解し、活用、アクセス、人に伝えることができるようにする

アクションミーティングをすることの効果

- 1.資源関係者がミーティングプロセスを通して自身の役割に気づき担当している資源を見直し改善する
- 2.資源関係者がミーティングプロセスを通してお互いの機能役割を理解できる
- 3.資源関係者がミーティングプロセスを通してつながりを深め、連携(情報共有・支援のネットワーク)が本人を意識したより有効なものになる
- 4.地域資源関係者の所属する施設が地域の相談支援の窓口(より所)になる
- 5.資源を活用する人(本人、家族、地域)にとって“このパスがあってよかった、わかりやすい、安心”と思えるものができる

湯沢町 お役立ちかわら版(認知症ケアパス) ～作成のプロセス～

アクションミーティングメンバー

所属

認知症地域支援推進員	地域包括(住民)
認知症に特化した研修の修了者(認知症実践研修、認知症ケア専門士)	病院、グループホーム(住民)
介護予防事業担当	保健、包括(住民)
介護予防事業、認知症行方不明訓練参加者	(住民)
権利擁護担当(成年後見、日常生活自立支援事業、虐待)	社協、包括
こころの施策担当	保健、包括
医療関係者	病院(療養病棟介護職)(住民) 医療連携室相談員(住民)
居宅介護サービス	特養居宅(住民)、社協(キャラバンメイト、認サポ受講者)(住民)
居住系	特養・グループホーム職員(住民)
介護者	介護者のつどい参加者(住民)
介護保険外(生活支援・つながり・見守り事業)	介護保険係長(住民)
認知症事業担当	包括(住民)

本人と家族の意見を
元に、支援者と介護
者が一緒に

湯沢町 お役立ちかわら版(認知症ケアパス) ～作成のプロセス～

ワーキングの流れ

第1回	6月16日(月)13時30分～15時30分	現状把握と課題共有
第2回	6月23日(月)13時30分～15時30分	社会資源の洗い出し
第3回	7月7日(月) 13時30分～15時30分	社会資源の洗い出し
第4回	7月14日(月)13時30分～15時30分	ケアパスの作成



社会資源シートに資源を整理する

メンバーが認知症の生活機能障害レベルに合わせ現状の社会資源(支援内容)を機能別に分類する

- ・社会資源(支援)の目的内容を話し合いながらポストイットを使用しシートに整理する
- ・話し合いのプロセスで語られた不足する資源、内容の見直し等の気づきを整理する
- ・社会資源(支援)の要綱や周知資料をメンバーが持ち寄り参考資料集を作成する



湯沢町 お役立ちかわら版（認知症ケアパス） ～ケアパスミーティングで大事にしてきたこと～

情報を届けるのは誰か

認知症の人や家族の必要としている情報は相談援助職が伝えたい情報と同じだろうか

地域にある社会資源について、

あるもの、あっても希望を持って暮らせる支援になっているか、あっても知られていない？必要なのに無いものはないか・・・

認知症の人の容態（自立、MCI,ほぼ自立、見守りがあれば自立、手助け、常に、最期）に合っているか

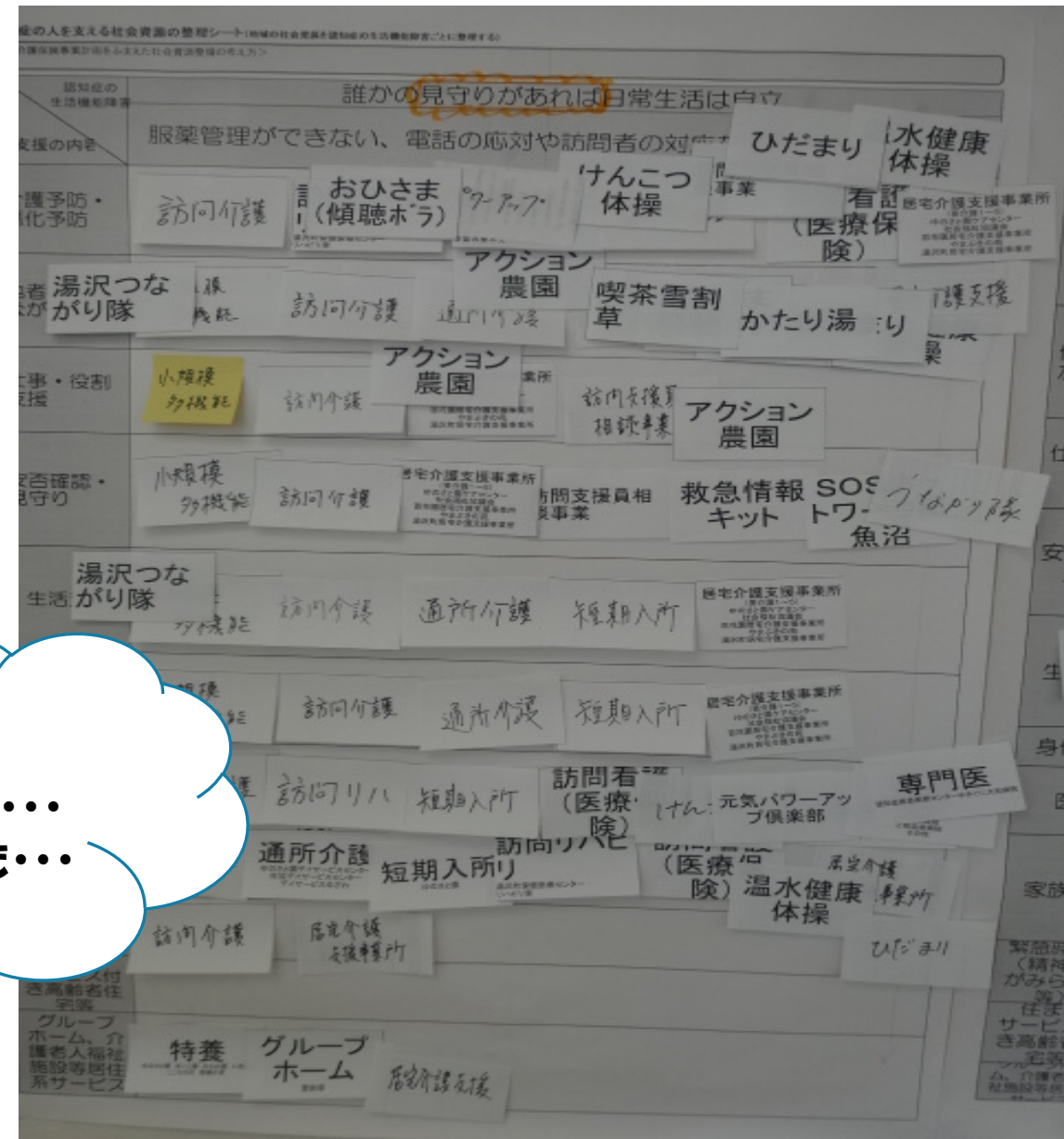
じっくり話し合うことから始める

町にどんな資源（サービスや施設）、それぞれがどんな内容なのか、どんなことをしてくれるのかよくわからないと思います。まずは、今ある資源を知ること、認知症の進行に合わせて整理することから始めてみましょう。そして、皆さんにとって必要な情報がわかりやすく得られるケアパスを検討していきましょう。（ケアパスミーティング初回資料）



認知症の人や家族の必要としている情報は
相談援助職が伝えたい情報と同じだろうか



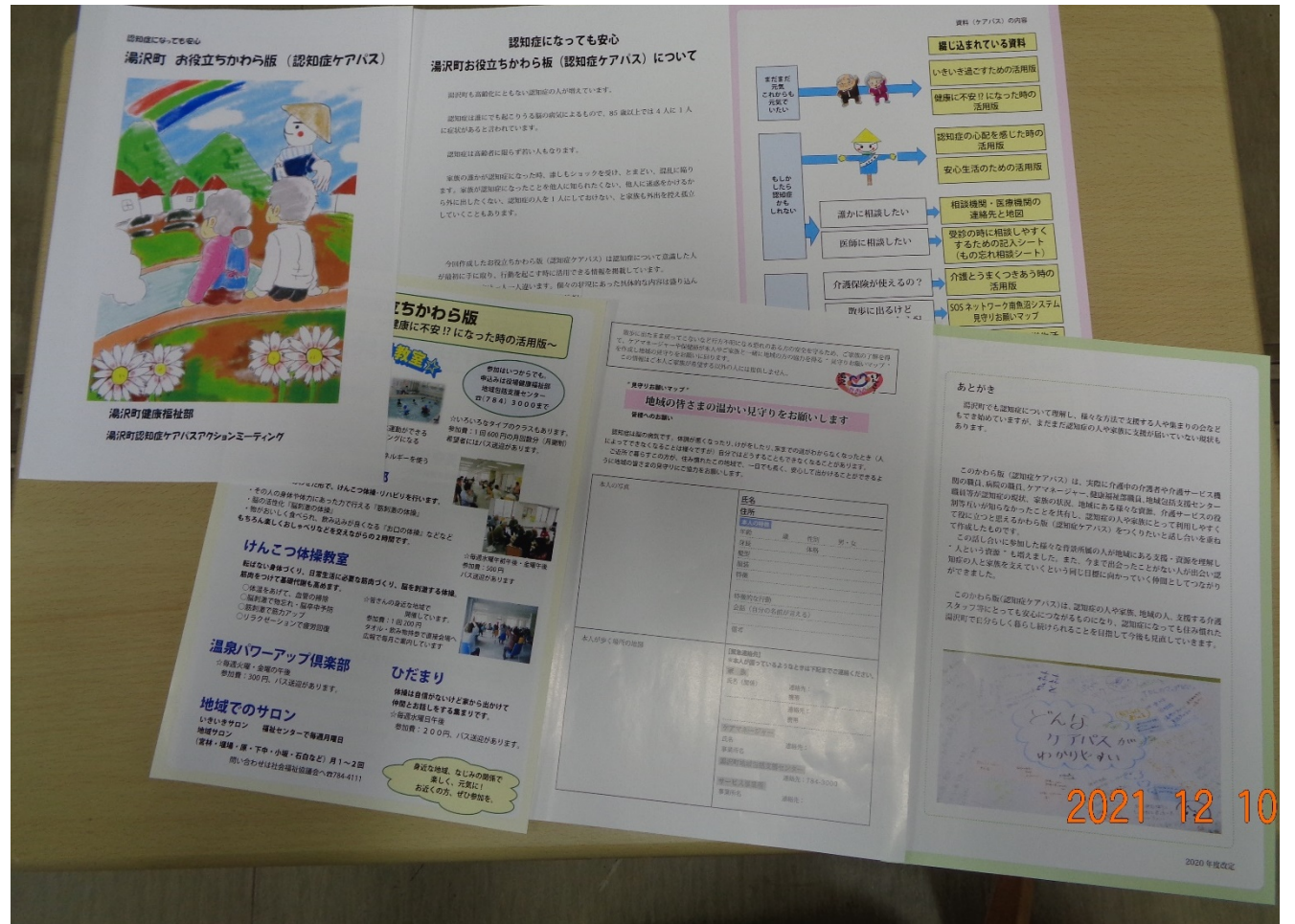


認知証の人を支える社会資源の整理シート					
	認知証の疑い	認知証を有するが日常生活は自立	誰かの見守りがあれば日常生活は自立	日常生活に手助け・介護が必要	常に介護が必要
	物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等を含め、日常生活は自立している	買い物や事務、金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者の対応などが一人では難しい	着替えや食事、トイレ等がうまくできない	ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である
介護予防・悪化予防	訪問介護・訪問リハ・おひさま・パワーアップ・ボランティア・ひだまり・けんこつ体操・通所介護・温水健康体操・訪問支援員相談事業・介護予防居宅介護支援事業所・アクション農園	訪問介護・おひさま・訪問リハ・通所リハ・パワーアップ・通所介護・ボランティア・ひだまり・訪問支援員相談事業・けんこつ体操・温水体操・訪問看護・居宅介護支援事業所・アクション農園・介護予防居宅介護支援事業所	訪問介護・訪問リハ・おひさま・パワーアップ・けんこつ体操・通所介護・通所リハ・ひだまり・温水健康体操・訪問支援員相談事業・ボランティア・訪問看護・居宅介護支援事業所・アクション農園	訪問介護・訪問リハビリ・通所リハビリ・通所介護・おひさま・訪問看護・居宅介護支援・パワーアップ・介護予防居宅介護支援事業所	訪問リハビリ・通所リハビリ・通所介護・訪問介護・居宅介護支援・介護予防居宅介護支援事業所
他者とのつながり支援	小規模多機能型・湯沢つながり隊・おひさま・訪問介護・通所介護・パワーアップ・かたり湯・ひだまり・けんこつ体操・温水体操・喫茶雪割草・訪問支援員相談事業・介護予防居宅介護支援事業所	湯沢つながり隊・小規模多機能・訪問介護・通所介護・おひさま・かたり湯・パワーアップ・ひだまり・居宅介護支援事業所・訪問支援員相談事業・喫茶雪割草・温水体操・アクション農園	湯沢つながり隊・小規模多機能・おひさま・訪問介護・通所介護・喫茶雪割草・居宅介護支援事業所・パワーアップ・かたり湯・ひだまり・けんこつ体操・温水健康体操・居宅介護支援事業所・おひさま・喫茶雪割草・	つながり隊・小規模多機能型・訪問介護・通所介護・居宅介護支援・ボランティア・アシスト・救急情報キット・	
仕事・役割支援	小規模多機能型・訪問介護・短期入所・訪問支援員相談事業・介護予防居宅介護支援事業所・アクション農園	小規模多機能・訪問介護・訪問支援員・アクション農園		居宅介護支援・	居宅介護支援
安否確認・見守り	つながり隊・小規模多機能・訪問介護・通所介護・ボランティア・緊急装置の貸与・SOS・SOSネットワーク南魚沼・救急情報キット・123・民生委員・サポーター・夕食宅配たなごころ弁当・高齢者配食サービス・安心安全見守りネットワーク事業・介護予防居宅介護支援事業所・訪問介護支援員相談事業	小規模多機能・OS・訪問・急情報キット・123・配食サービス		支援・ボランティア・アシスト・救急情報キット・	居宅介護支援・高齢者配食サービス・夕食宅配たなごころ弁当・SOSネットワーク
生活支援	成年後見制度・湯沢つながり隊・小規模多機能型・訪問介護・通所介護・短期入所・123・民生委員・日常生活自立支援事業・夕食宅配たなごころ弁当・住宅除雪援助事業・介護予防居宅介護支援事業所	湯沢つながり隊・訪問介護・民生所・居宅介護当		訪問介護・短期入所・居宅介護・家族介護用品の支給・成	居宅介護支援・夕食宅配たなごころ・成年後見制度・家族介護用品の支給・クリーニング援助事業・住宅除雪援助事業
身体介護				機能型・訪問介護・通所介護・短期入所・訪問看護・居宅介護支援	通所介護・訪問入浴・短期入所・居宅介護支援
医療	通所介護・訪問リハ・短期入所・介護予防居宅介護事業所・パワーアップ・けんこつ・プール・医療・専門医	通所介護・訪問リハ・短期入所・訪問看護・居宅介護支援・けんこつ・温水体操・パワーアップ・専門医・医	訪問介護・訪問リハ・短期入所・訪問看護・けんこつ・パワーアップ・専門医・医療・温水体操・居宅介護支援事業	通所介護・訪問リハ・短期入所・訪問看護・居宅介護支援・医療・専門医 パワーアップ	通所介護・訪問リハ・訪問入浴・短期入所・訪問看護・居宅介護支援・医療・専門医
家族支援	訪問介護・通所介護・短期入所・訪問リハ・プール・民生委員・サポーター・介護者のつどい・SOS・ひだまり・介護予防居宅介護支援事業所・居宅介護支援事業所	訪問介護・通所介護・短期入所・訪問リハ・訪問看護・居宅介護支援・温水体操・ひだまり・SOS・介護者のつどい・民生委員・サポーター	訪問介護・通所介護・短期入所・訪問リハ・訪問看護・温水健康体操・居宅介護支援事業所・SOS・民生委員・サポーター養成・介護者のつどい・ひだまり	訪問介護・通所介護・訪問リハ・短期入所・在宅寝たきり者等介護手当支給事業・訪問看護・居宅介護支援・SOS・民生委員・サポーター・介護者のつどい	在宅寝たきり者等介護手当支給事業・通所介護・訪問リハ・訪問入浴・短期入所・訪問看護・居宅介護支援・SOSネットワーク
緊急時支援 (精神症状がみられる等)	訪問介護・介護予防居宅介護支援事業	訪問介護・居宅介護支援	訪問介護・居宅介護支援事業所	訪問介護・居宅介護支援	居宅介護支援・介護者の集い
住まい サービス付き高齢者住宅等	ケアハウスゆざわ・サービス付き住宅・介護付き有料老人ホーム	ケアハウスゆざわ・サービス付き高齢者住宅・介護付き有料老人ホーム	ケアハウスゆざわ・サービス付き高齢者住宅・介護付き有料老人ホーム	サービス付き高齢者住宅・介護付き有料老人ホーム	サービス付き高齢者住宅・介護付き有料老人ホーム
グループホーム、介護老人福祉施設等居住系サービス		グループホーム・居宅介護支援	特養・グループホーム・居宅介護支援	特養・グループホーム・居宅介護支援	特養・グループホーム・居宅介護支援

ポストイットを表に整理すると
 こんな感じ

小さくて見えないのでイメージ
 を感じていただければ・・・

湯沢町 お役立ちかわら版（認知症ケアパス）



抜粋です。必要な情報だけ取り外したり、情報を随時更新するためスライドファイルにしています。
全体をご覧になりたい方は湯沢町ホームページにアップされています。

アクションミーティングでお役立ちかわら版を作成した効果



ミーティングメンバーが

- お役立ちかわら版の存在を伝えている
- お役立ちかわら版が手元になくても内容を伝えている
- お役立ちかわら版の中から必要な資料を抜き取り、渡している

(見守りマップ登録、介護予防事業の紹介)

- 行方不明訓練、認サポなどで活用(作りっぱなしではなく)
- 病棟、外来、薬局に配置(いつの間にかなくなっている)
- 連絡を取り合うことが増えた(都度都度、何度も、些細なことも)

アクションミーティングでお役立ちかわら版を作成した効果

アクションミーティングに参加した人が、ケアパスの内容を伝えられ、相談できる“人”という資源になった。

アクションミーティングに参加した人が、職場や身近な人にケアパスの内容を伝えることで“人”資源がさらに増えている。

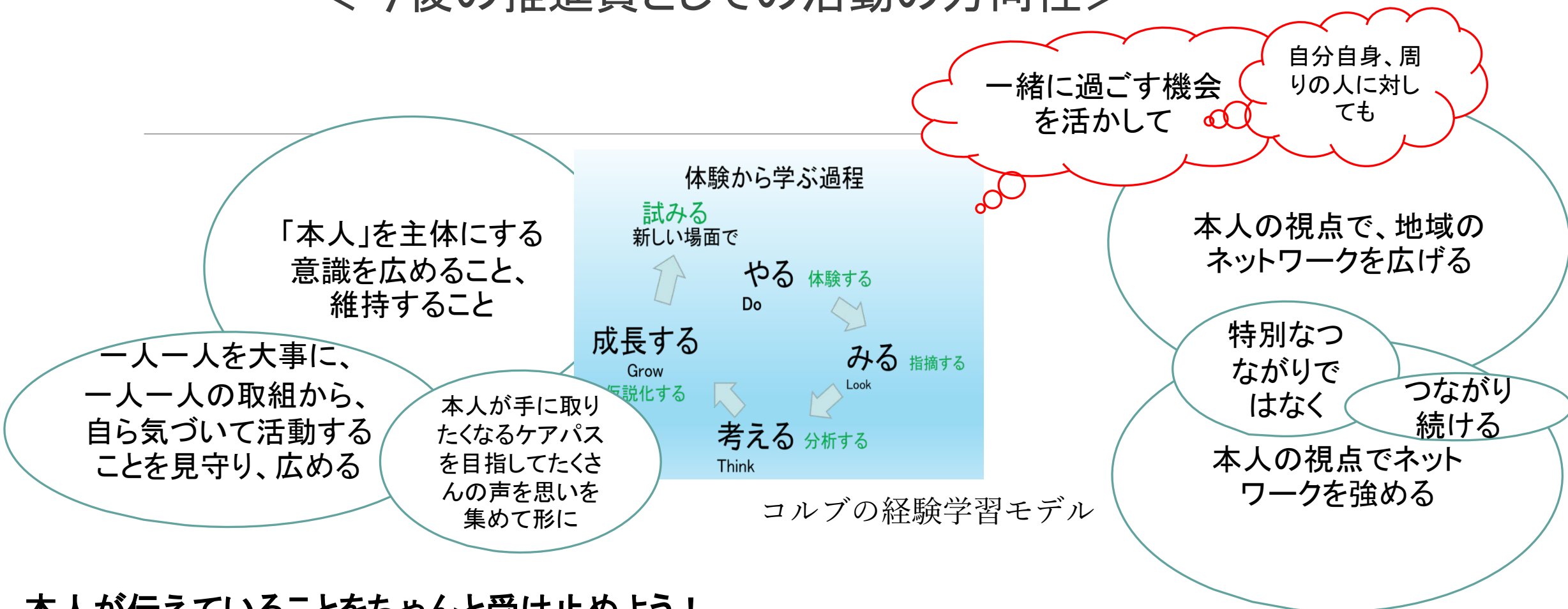
地域に認知症に**なって暮らしていくこと**の理解者が増えた
資源につなげる人が増えてきた、つながる人が増えてきた

5. これから

＜今後の推進員としての活動の課題＞

- ケアパス作成ミーティングは社会資源の一つひとつを見直す機会にはなったけれど、その時の気づきや思いは変わらないかな
- 常に主体は誰か意識しているかな
- 声を聴いたり、活かそうとはしているけど、施策検討の場に「本人」がいない。本人がその場において意見を言える機会を作れないかな
- 「本人が伝えていること」をしっかりと受け止めている人と今一つの人と・・・
まだまだ意識は広がっていないかな

<今後の推進員としての活動の方向性>



本人が伝えていることをちゃんと受け止めよう！

本人が伝えていることを受け止めて、たくさんの人で共有して、たくさんのヒントを集めて、
“しょうがないよね”で片付けず、できそうなことから本人と一緒にやってみよう

認知症推進員が活躍していけるために

- 推進員・推進役の人が、複数・多様な場にいるフォーメーションを
 - * 小さなまちでも、本人の傍らで、地道に活動している人とともに
- 自分自身が無理せず、声をかけやすい人と話せる時間をつくって
 - * 自分ができないことから、ともに活動・活躍してくれる仲間が増えていく
- 本人の声・思いをそのまま人に伝えていく * 人が動き出す
- “なんのために” “何をを目指すのか” を繰り返し話し合って共有して
 - * 本人や家族と、生活を共にする地域の人と、相談支援専門職と、互いの思いを受け止め、理解しあい、目指す方向を同じに、合意したことが違わないか
何度も確認し、言葉にしながら（見える化）
- 一つの取組みを続け、本人視点で人や事業をつなぐ
- すぐに期待した結果が出なくても 焦らず 種まき いつか芽が





一人ひとりが、この町を舞台に、思いと力を伸びのびと。



- * 行政や医療・介護の専門家じゃなくても
(ないからこそ)できることはたくさんある。
- * ふだんからのつながりが、いざという時の力に。

この活動を次の世代につないでいきたい。
一緒に活動を行っていききたい住民・推進役の
人たちとつながり、一緒に色々な意見を出し合い
ながら、お互いが安心して元気に暮らせる町を、
これからも目ざし続けていきたい。

この町でこれからも一緒に。

自然に、楽しく、息長〜く。



ご清聴ありがとうございました。