# 阪神医療生協のくらしの支えあい ～つながる･ささえる･ひびきあう～

## 一人の困りごとを地域でささえあう 支えあいシート を活用しませんか？

話し相手がほしい、病院についてきてほしい、ゴミ出しなどちょっとしたことを
手伝ってほしい・・・どんな小さな困りごとも、その人にとっては大事なことですよね。
～一人の困りごとを地域で支えあう～
そんな困りごとを、阪神医療生協の仲間やご近所さん同士で、言い合える関係はありますか？
阪神医療生協は、一人の困った！にも目を向けながら、地域・自治体やさまざまな団体と
おたがいさまの支えあいで、困りごとを解決していきたいと考えています。

一人の困りごとを解決する

## 支えあいシートの流れ

**1** 困っている本人や、関係する人が
困りごとを支えあいシートに記入。
（誰が書いても大丈夫です）

### 支えあいシートを提出!!

**2** ☆近くの診療所・事業所にも出せます。
☆地域活動サポートセンター員へ直接
渡したりセンターへファックスもOK。
身近なところへ出して下さいね。

**3** 支えあいシートが
地域活動サポートセンターに届きます。

この人にとって、
どんな解決方法が
いいだろう？

センター員が話し合い、一番良い方法
で地域や専門家につなぎます。

**4** 地域や支部、診療所・事業所の
協同で困りごとを一緒に解決！

≪お問い合わせ　地域活動サポートセンター≫
〒661－0972　尼崎市小中島3－13－16
TEL　06－6491－8822　FAX　06－7711－8866

# 一人の困りごとを地域で支える
# ～おたがいさまのまちづくり～

## 支えあいシートを使ってみませんか？

身近な人がちょっと困っていたら…
わかる範囲でかいてみましょう。
みんなで解決を目指します。

2015年度からはじめたおたがいさま運動で「一人の困ったによりそい、小さな困りごとから大変な困りごとまで、組合員と職員の力で、一緒に解決できることはないか？」と、協同の助けあいにとりくむシートです。
～南医療生協　おたがいさまニュース27号より～

## 南医療生協のおたがいさま事例

**「80歳代以上高齢者訪問で発見**
**～組合員さんは亡くなられ、ご主人は…～」**

東海市ブロックでは、80歳以上の高齢者をリストアップし、支部長さんと地域ささえあいセンター職員とで訪問を実施しています。

訪問してみると、組合員さん本人はすでに亡くなられていたり、空き屋になっていたりと言う変化が判明します。

今回も、加入されている名義の組合員さんは亡くなられており、そのご主人さんらしき方の言動がおかしいことに気づきました。
「認知症？一人暮らし大丈夫？」
さっそく“おたがいさまシート”に記入。
診療所のケアマネさんに依頼しました。

ケアマネさんは看護師でもあり、2人でご自宅を訪問。

お話した結果、息子さんが診療所に通ってみえる方であったことや、今のところはご自分で生活ができる様子と判明しました。
「何かあったら相談に行きます」と、ご本人。
☆診療所とつながりがもてました。

**「ゴミ出しができなくて困っている」**

一人暮らしの１さんが週２回のゴミ出しができなくなり困っているとのシートに、組合員さんとセンター員は、「ご近所のお宅をお尋ね」して、お願いしたところ快諾。そこは、組合員さんではない、はす迎えのお宅。
☆シートの解決は組合員さんの枠を超えて!!

**「奥様が亡くなってさみしい。**
**～医師よりシート～」**

78歳の男性を、奥様が亡くなられ寂しく、娘さんも少し精神的に調子がよくない状態とのことで、組合員活動にお誘いしてほしいと医師からシートが出されました。

運営委員さんが地域で行われている給食会に関わっておられ、ご存じだったこともあり、支部のバスハイクにお誘いしたところ、参加されたそうです。

今後も、継続的に関わっていけると、地域のつながり＋組合員のつながりができ、そのうち気持ちが元気になられると良いなと思います。

一人の困りごとを地域で支えあう

# 支えあいシート

どなたがどのような事で困っているのか具体的に記入しましょう。
ご本人またはキーパーソンの了承をいただき、地域活動サポートセンターへ提出、またはＦＡＸ（０６－７７１１－８８６６）で送付してください。　※個人情報の取扱いには注意しましょう。

阪神医療生活協同組合

つながる
ささえる
ひびきあう

記入日:　　年　　月　　日（　　）

## ≪①情報提供者欄≫

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ①情報提供者 | フリガナ<br>名前 | | 関係など | |
| | 住所 | | TEL | |

## ≪②～⑧本人情報欄≫

②シート記入について本人、家族の同意　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ③困っている方は | フリガナ<br>名前 | | 組合員本人　・　家族　・　未加入 | |
| | 生年月日 | .　.　歳 | 住所 | |
| | 性別 | 男　・　女 | TEL | |

④困っている方の状態（健康状態や家族構成など）

⑤困っていること、お願いしたいことなど

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑥キーパーソン1<br>一番関係する人<br>担当者（ケアマネ）等 | フリガナ<br>名前 | | TEL | |
| | | | 本人との関係 | |
| ⑦キーパーソン2<br>一番関係する人<br>担当者（ケアマネ）等 | フリガナ<br>名前 | | TEL | |
| | | | 本人との関係 | |

⑧その他の情報（緊急連絡先など）

| | センター長 | センター員 | センター員 | センター員 | センター員 | センター員 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 受付確認欄 | | | | | | |

## ↓≪⑩地域活動サポートセンターへ提出≫

**TEL06－6491－8822　　FAX06－7711－8866**

**…★お近くの診療所や事業所などに提出いただいても大丈夫です。**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑩受付（担当）者 | フリガナ<br>名前 | | 受付日 | 年　月　日 |
| | | | 依頼日 | 年　月　日 |

## ↓≪⑪～⑭対応支部などグループ・事業所へ相談・依頼≫

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑪対応者名（支部やグループ、事業所など） | | | 受付（担当） | |
| | 連絡先 | | | |
| ⑫対応した内容 | | | | |
| ⑬今後 | □継続して対応する　□経過をみる　□終了 | | | →継続して（経過を見て）対応する場合は、経過報告書へ記入する |
| | □その他 | | | |

## ↓　≪依頼者・地域活動サポートセンターへの報告≫

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑭対応報告 | 依頼者へ | 年　月　日 | センターへ | 年　月　日 |

| | センター長 | センター員 | センター員 | センター員 | センター員 | センター員 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 終了ﾌｧｲﾙ移行確認欄 | | | | | | |