

キーワード 支えあい体制づくり、協働、地域・コミュニティづくり、NPO 活動

NPO法人による住民参加型の生活支援サービスの取り組み

愛知県 名古屋市

【この事例の特徴】

- NPO法人による持続的な事業モデルとして、地域社会に根ざした“助け合い”の理念に基づく包括的な生活支援が展開されている
- この取り組みを通じて「住み慣れた地域で、家族とともにいつまでも安心して暮らし続ける街づくり」につなげている



《検討WGからの推薦メッセージ》

地域包括ケアシステム構築の過程で住民参加を重視したことで、与えられる支援から「参加する支援」へつなげている取り組みです。

地域概要

総人口:	2,247,645 人	要介護要対応認定者数:	87,520 人(17.4%)
65歳以上人口:	501,961 人(22.3%)	第5期介護保険料:	5,440 円
75歳以上人口:	238,060 人(10.6%)		

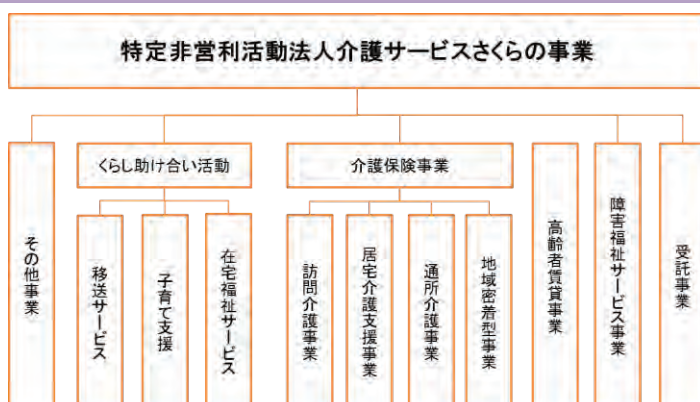
実施主体

・特定非営利活動法人介護サービスさくら

取り組みの背景・課題認識

- ・ 名古屋市では要支援・要介護高齢者数が約 8 万人に達しており、名古屋市中期戦略ビジョン(平成 22 年 11 月策定)の施策展開として、①介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で生活するための支援、②在宅での生活が難しい高齢者への支援、③介護サービスの向上、が掲げられている。
- ・ こうした背景のもと、助け合う、学び合う、育ち合うを基本理念として「住み慣れた街で、家族とともにいつまでも安心して暮らし続けたい」と願う人たちが集まり、「介護サービス さくら」が誕生した。この“助け合い”の輪を広げるために、有償ボランティア活動からはじまり、現在、くらし助け合いサービスをベースに、デイサービス、居宅介護、訪問介護、地域密着型事業を複合的に多地域において展開している。
- ・ また、行政との協働として、福祉施設の指定管理、高齢者向け改善住宅の巡回員などを行っている。

取り組み内容



介護サービスさくらでは、左のような事業の全体構成により、高齢者生活支援サービスを展開している。

詳細は、以下で紹介する。

【くらし助け合い活動】

- ・ 移送サービス、庭の草取り、産前産後のお手伝い、子育て支援、スーパーへの買い物、話し相手、掃除、洗濯、散歩など、介護保険ではできないことをお手伝いする。これらの助け合いサービスは、協力会員（ヘルパー）による支援を得ながら提供。
- ・ 移送サービスについては、事業開始当初からボランティア・ヘルパーによる提供をしてきたが、平成16年からは道路運送法による福祉有償運送として提供。
- ・ 入会金1,000円、年会費個人6,000円、法人・団体10,000円。利用料は1時間1,250円（消費税等は別途）。現在、150～160人が登録している。



【地域密着型事業】

- ・ 小規模多機能型居宅介護にグループホーム、サービス付き高齢者住宅を組み合わせ、地域に密着した複合型施設を提供。通所利用者は車で片道20分程度の地域から集まっている。
- ・ 利用者及びその家族のニーズ・ライフスタイルに応じて、通い・訪問・泊まり・住まいを組み合わせながら、在宅生活を継続できるよう、専門スタッフの提供する各種生活支援サービス、介護サービス、医療機関との提携等、ソフトウェアの充実を図っている。
- ・ 特に福祉拠点「さくら一番館」は、色彩・インテリアが人に与える心理作用を癒しの空間創りとして活かすデザインを導入している。
- ・ 「デイサービスさくら100」では、古民家を活用（改修）することで、和やかで温かい雰囲気を生み出すとともに、初期投資の低減を図っている。



【受託事業、その他】

- ・ 国や名古屋市等からの受託事業として、福祉会館の指定管理、市営住宅の見守り（高齢者向け改善住宅巡回員）を実施している。
- ・ 平成20年4月から名東福祉会館、平成24年4月から中川福祉会館を運営する指定管理者となった。福祉会館は、地域に住む高齢者が、心身健康で仲間と楽しく集うことのできる“居場所”である（趣味や教養を深めたい、健康を求めたいなどの講座や同好会が37クラス）。「わくわくクラブ」は、虚弱で閉じこもりがちな高齢者を対象として、介護予防や自立した生活の支援と仲間づくりなど、健康増進活動やレクリエーション活動などを行っている。
- ・ また、本地荘（市営住宅）では、安否確認表示盤によって安否確認を行い、ランプがついていないお宅に訪問確認するなどの見守り活動を展開している。



取り組みの経緯

年	月	取り組み
昭和 63 年	8 月	愛知県立高等技術専門校のヘルパー科の研修生で、有償ボランティアムライ介護サービスを設立(名古屋市ではもっとも古い時期から地域福祉に根付いた活動を開始)
平成 3 年	8 月	介護サービスさくら改名
平成 12 年	8 月	介護保険法のスタートに伴いNPO法人認証
	10 月	介護保険事業所オープン 通所介護、居宅介護事業、福祉用具販売・レンタルと事業拡大
平成 16 年	4 月	市営住宅の安否確認開始
平成 20 年	4 月	名東福祉会館運営の指定管理開始
平成 23 年	10 月	小規模多機能ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を併設した「さくら一番館」をオープン
平成 24 年	4 月	中川福祉会館運営の指定管理開始
平成 25 年	4 月	小規模多機能ホーム「よつたも〜れ熱田」をオープン

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 地域高齢者の外出・社会参加への意識が向上している
- ・ 地域高齢者に対する安心・生活支援サービスが提供されている
- ・ 住み慣れたまちでの生活の維持を可能としている
- ・ 高齢者がいつまでも安心して暮らし続けるまちづくりが進められている

◆ 取り組みが活かされた個別事例

≪多世代ふれあいによって高齢者が元気を取り戻した事例≫

小規模多機能型居宅介護「さくら一番館」では、地域に開かれた拠点として、地域住民とのふれあいの場をつくっている。一例として、地域の未就園児およびその母親と、小規模多機能型居宅介護やグループホーム、サービス付き高齢者住宅の入居者がふれあうイベント「赤ちゃん先生教室」を開催した。

参加した高齢者は、子どもたちとふれあうことで過去を思い出して、元気を取り戻したり、生きる意欲の向上につながる、「守るべき小さな命のために自分も役に立ちたい」という役割意識の芽生えにつながるという効果が見られている。特に認知症の場合に、目の前にいる子どもを笑顔にさせよう、遊んであげようという思いで、症状が安定するといった状況も見られている。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 地域住民の巻き込みによるインフォーマルな“助け合い”(=地域力の向上)を基本とする。
介護保険事業は点のサービス、くらし助け合いサービスで面の展開を図っている。“助け合い”のはじめは勉強会から。70歳になっても誰かのために動く気持ちが大事である。NPOという仕掛けと“場”の提供で、こうした人たちを受け入れてニーズとマッチングする。下町、新興住宅地、商店街、工業地帯、それぞれの地域特性によって地域住民のつながり方は違うことを意識する。
- ・ 家族への安心を提供し、家族もサービス提供に参加してもらう。
例えば、施設での行事等に積極的に参加してもらうことで、サービスの提供には家族も抱き込む。家族も一緒に参加して介護するという意識をもってもらうことが重要である。
- ・ NPO 法人として事業の持続性を意識する必要がある。
例えば、小規模多機能型居宅介護にはグループホームを組み合わせることで経営の安定を図る。多地域に面展開することのメリット(営業コストの削減、人材のリクルーティング・研修・育成、施設間の交流)を意識する。
経営者は時代の先を読むこと。利用者ニーズに対して政策的にやるべきことに先手を打ってサービス化する。良いことをやっているから満足ではサービスが向上しない。経営者と現場管理者(事務局)との役割分担をし、後者は組織運営をしていく要となってもらう。
- ・ 地域包括ケアの担い手としての人材確保が重要である。
スタッフについては、育児との両立など勤務体制に自由度を持たせる他、採用時に条件(目標収入やライフスタイル)をしっかりと聞いてから、仕事内容とマッチングする。スタッフ同士の支えあいも大事である。
- ・ 行政とNPOの連携を図る。
まちづくりは、行政とNPOがお互いの特性を理解しあい、対等な立場で連携・協働していくことで、より一層充実したものとなる。民間サービスに行政サービスを組み合わせて複合的なサービスを展開する。

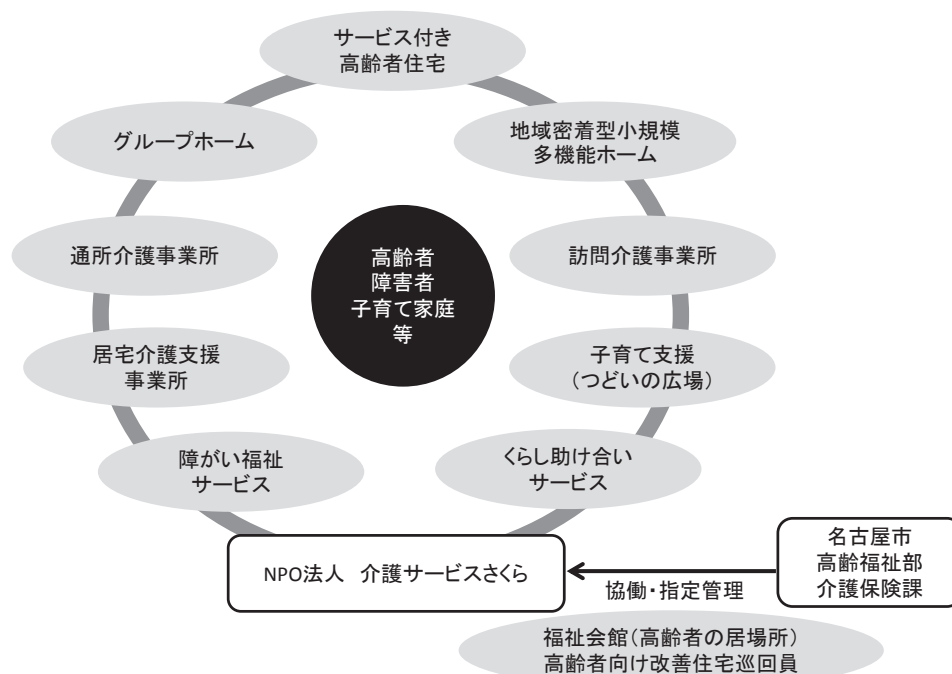
2. 自治体

- ・ 名古屋市中期戦略ビジョン(平成22年11月策定)では、地域密着型サービスとしての小規模多機能型居宅介護を平成24年度の55カ所から平成30年度には100カ所まで増やす必要があり、事業者への積極的な働きかけを行っている。例えば、グループホームの採択の際には、小規模多機能型居宅介護を行っていれば優先(加点)する等の配慮をしている。

これから取り組む皆さまへ ~まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ 地域住民や家族に対する“助け合い”の意識喚起と活動への参加を促しましょう
- ✓ 面的な拠点展開、人材確保・育成、体制内の役割分担などで持続可能な事業モデルを構築しましょう
- ✓ 行政との連携を図ることでサービスの複合化を進めましょう

【参考】事業推進体制・職員体制



【参考】URL、連絡先

- ・ 特定非営利活動法人介護サービスさくら 本部 052-788-2390
<http://www.kaigo-sakura.com/index.html>

キーワード 支えあい体制づくり、マネジメント、地域・まちづくり

南医療生協がすすめる協同のまちづくり

愛知県 名古屋市

【この事例の特徴】

- ▶ 地域のくらしのささえあい・たすけあいの協同を医療生協がマネジメントすることで、総合病院を中心としたくらしのネットワークを構築し、まちづくりにつなげている
- ▶ 基本理念「みんなちがってみんないい ひとひとのいのち輝くまちづくり」。医療・保健・福祉といった施設内の活動にとどまらず、日常生活の改善にまで活動の対象を広げている



《検討WGからの推薦メッセージ》

従事者、利用者とも、生活協同組合の手法を活用し、医療・介護・福祉にとらわれず、生活の場としてのまちづくりに取り組んでいる事例です。

地域概要

総人口:	2,247,645 人	要介護要対応認定者数:	87,520 人(17.4%)
65歳以上人口	501,961 人(22.3%)	第5期介護保険料	5,440 円
75歳以上人口	238,060 人(10.6%)		

実施主体

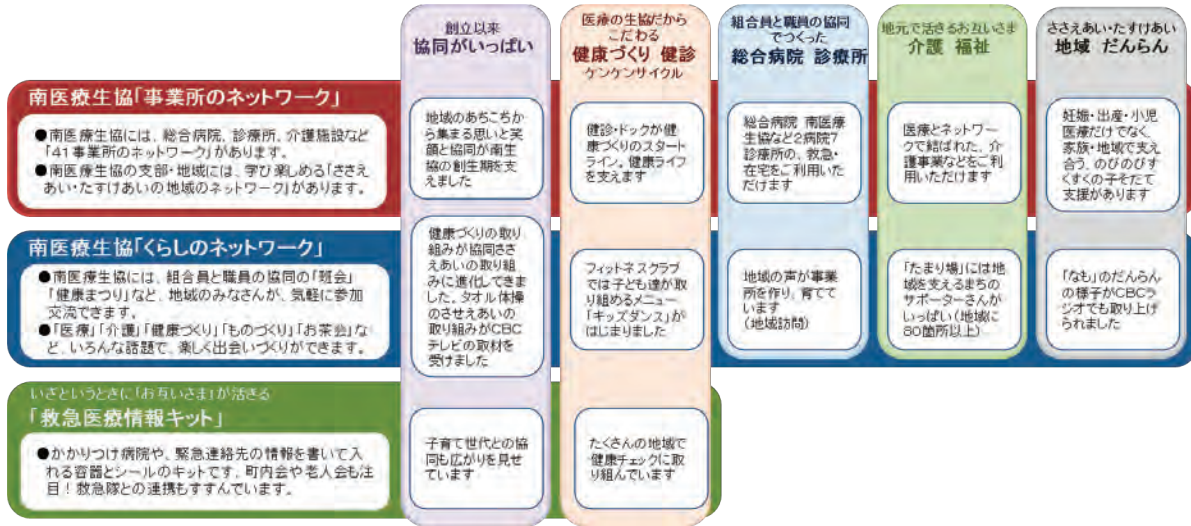
・南医療生活協同組合：組合員数約71,500人(2013.12 現在)の協同組織。

取り組みの背景・課題認識

- ・ 1959年、伊勢湾台風の影響を受けた名古屋市南部の被災地で、全国からの救援活動に参加した住民たちが中心となって、安心して暮らせるまちづくりが始まった。被災から2年後の1961年に、308名の組合員の創意(出資金)によって南医療生活協同組合が設立され、みなみ診療所がオープンした。
- ・ その後、5ヵ年ごとに「長期計画」をつくり、1997年からの5年間では在宅医療の充実や介護保険に対応した療養型のかなめ病院を建設。「組合員と多くの市民の協同でつくる健康なまちづくり支援病院」をつくろうと、2010年には南生協病院を新築移転。現在、医療事業、介護事業、くらし助け合い事業などで56の事業所を運営し、くらしのネットワークを拡げている。

取り組み内容

南医療生協では、下図のような全体構想に基づき、協同のまちづくりを推進している。詳細は、以下で紹介する。



【医療事業】

- 現在、総合病院 南生協病院など2病院7診療所を開業している。
- 南生協病院は、ベッド数313床、常勤職員数371人、救急病棟、緩和ケア病棟（ホスピス仕様）、人工透析施設、総合的な健診・ドックセンターなどを有し、敷地は約5,400坪（17,878㎡）。市民の協同でつくる健康なまちづくり支援病院である。病院敷地内には、一般保育施設、病児保育、院内保育、助産所、オーガニックレストラン、多世代交流館、石窯天然酵母ベーカリー、雑貨ショップ、カフェ、旅行代理店、フィットネスクラブ（メディカルフィットネス、理学療法士・管理栄養士もサポート）などが立ち並び、病院らしくない街並みをつくっている。通院や買い物、イベントへの参加などを通じて、子どもから高齢者までが交流を広げている。



【介護・福祉事業】

- 協同組合らしい、まちにとけこみ・まちとふれあう介護事業所づくりが進められている。現在、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問リハビリステーション、ヘルパーステーション、デイケア・デイサービス、ショートステイ、老健、小規模多機能ホーム、グループホームのほか、多世代共生住宅、その他の施設を展開している。
- 生協ゆうゆう村は、デイサービス・ショートステイ・多世代共生住宅・地域交流施設の複合施設で、敷地600坪以上。地域でご近所同士が助け合いながら暮らす。福祉移送サービスや墓参・散歩・買い物などの暮らし助けあい事業も提供。
- グループホームなもは、組合員が自転車で地域を回り（チャリンコ隊）、見つけ出した空き家を改修して「まちにとけこむ」介護施設とした。2012年度も介護甲子園大会優秀賞を2年連続で受賞。
- 老健施設あんきは、29床・全室個室の小規模型で、老朽化した星崎診療所の新築移転とセットで併設した。生協のんびり村は、地元組合員からの土地の提供を受け、グループホームから喫茶・畑まで多角運営している。敷地800坪以上。ここで目指すのは多世代の方が気ままに集える「地域だんらん」。



【生活支援事業、その他】

- ・ 暮らしとまちづくりを考える単位が「支部」(84支部)であり、そのなかに、くらしでつながる「班」(約980班)がある。支部が地域ごとに、くらしの協同、事業の協同を進めており、学び楽しめる「ささえあい・たすけあいの地域のネットワーク」を構築している。班会メニューは多彩で、「病気の話・保健予防の話」「健康づくり・体操」「茶話会・食事会」「ちぎり絵・絵手紙」「健康チェック・健診お誘い」など、自宅や集会所、生協の事業所、街なかで開催している。こうした「たまり場」で地域の人たちが楽しく出会い、気軽に交流できる。
- ・ また、病院・診療所・介護事業所に「ささえあいシート」を配布し、南医療生協の事業所の利用者からの「お助けメッセージ」を受け取る仕組みにより、くらしを支えあう。サービスは生協ですべてをカバーできないので、地域の人たちの力を借りて対応する。
- ・ 認知症サポーター養成講座の受講者にオレンジリングを授与し、サポーター地図を作成するなど、組合員だけでなく、組合員でない人も暮らしの輪の中に入れる取り組みをしている。

取り組みの経緯

年度	制度の 動向	事業の推移		
		医療事業	介護・福祉事業	生活支援事業、その他
1961年		南医療生活協同組合の設立総会、本部設置		
		みなみ診療所開設		
1965年 ～95年		星崎診療所開設、たから診療所開設、みなみ子ども診療所開設、南生協病院(162床)開設、みなみ歯科診療所開設、富木島診療所開設、桃山診療所開設、有松診療所開設、南生協病院リニューアル		院内学級あすなる開設
1996年 ～98年			みなみ訪問看護ステーション開設、ありまつ訪問看護ステーション開設、訪問看護ステーションいずみ開設	
2000年	介護保険導入	かなめ病院開設	ヘルパーステーションかなめ開設、訪問看護ステーションももやま開設	
2001年			介護支援事業部開設、ヘルパーステーションいずみ開設	
2002年		ひまわり歯科開設	ヘルパーステーションあじさい開設	
2003年		南生協病院リニューアル	ヘルパーステーションほしざき開設、ヘルパーステーションわかば開設	
2004年			病児保育施設にこにこ開設、㈱ライフネットみなみ設立、グループホームなも開設、ヘルパーステーションわたぼうし開設	
2005年			グループホームいりやあせ開設、デイサービスいりやあせ開設、生協ゆうゆう村きままでんぐ苑ショートステイ・デイサービス開設	生協ゆうゆう村集会施設がやが家開設、(有)みなみツーリスト設立
2006年			生協ゆうゆう村多世代共生住宅わいわい長屋開設	福祉有料移送サービス開始
2007年			小規模多機能ホームもうやいこ開設	
2008年			生協のんびり村グループホームほんわか開設、小規模老人保健施設あんき開設	
2009年			生協のんびり村小規模多機能ホームおさぼり・多世代共生住宅あいあい長屋開設	生協のんびり村せいちゃん農園・集会施設おひまち開設
2010年		南生協病院新築移転 コープ健診ドックセンター開設	小規模多機能ホームみんなのざいしよ開設、グループホームみんなのざいしよ開設	コープフィットネスセンター wish 開設、助産所はあと開設

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 地域住民の相互ささえあい・たすけあい・コミュニティ活動への参加意識が醸成されている
- ・ 医療・保健・福祉サービスの充実と日常生活における質の向上が図られている
- ・ 安心して暮らし続けることのできるまちづくりが進められている

◆ 取り組みが生かされた個別支援

● 医師も班会に参加しています。ある組合員さんは、大腸がん検査(便チェック)で陽性になり、「心配ない」と開業医に言われましたが、班の皆さんに相談し、精密検査を実施し、早期がんを発見できました。

● 「ささえあいシート」は診療の場とくらしをつなぐシート。病院・診療所・介護事業所からの、言わば「お助けメッセージ」です。南医療生協の事業所を利用される方たちの、くらしを支え合う取り組みに利用されています。

(事例1) 65歳女性、独居「ひとりなので心細い。話し相手が欲しい。肝臓が悪く疲れやすいので、近くにたまり場を紹介できないでしょうか」⇒支部「支部で検討をし、毎月開いている「よってって相談」に顔を出していただくようお願いをしています」

(事例2) 83歳女性、独居「近隣とのつながりががないので、孤独死するのではないかと本人が心配。顔を見せてくれるとうれしい」⇒支部「「健康の友」配布時にひと声かける。配布者いわく「私、お話し好きだから、犬の散歩の時などにも声かけする」ことになりました」

(事例3) 79歳女性、独居「定期受診中。ひとりぐらしが不安」⇒支部「地元の食事会にお誘いした。現在お住まいの住宅の家賃があまり変わらなければ、わいわい長屋で、みんないっしょにくらす

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域(NPO法人)

- ・ 班会(組合員が3人以上集まると班になる)を基礎単位として地域コミュニティを活性化している。班会は、健康でいたい、住みやすいまちにしたい、安心できる社会保障制度になってほしいなどの地域の要求を持ち寄り、実現するための基礎単位である。組合員と職員の協同による班会、そして健康まつりなど、地域の人たちが気軽に参加交流できる場が設定され、活発なコミュニティ活動につなげている。
- ・ 徹底した議論を通じて地域住民(組合員)のニーズをサービスに反映させている。介護福祉事業の推進について検討する「百人会議」、南生協病院の新築移転を検討する「千人会議」(45回開催、延べ6千人が参加)、50周年記念事業の具体化を検討する「6万人会議」、近未来構想づくりを行う「10万人会議」。組合員が徹底したこうした議論に参加し、自らの意見を実現させている。
- ・ 地域ボランティアの活用で助け合いの輪を広げている。地域の人たちの暮らしを支える生協ならではの取り組みとして、いくつも互いの支えあいの場があり、多くのボランティアが活発に動いている。それぞれの事業所運営にもさまざまな場面で組合員がボランティアとして参加し、助け合いの輪を広げている。

- ・ 地域ボランティアとの協力で医療・介護事業などの品質づくりをめざしている。
- ・ 行政との信頼関係は、近隣の自治体に波及するだけでなく、地域の自治会や企業・NPOなどとの連携も広がる。まちづくりを進めるためには、JAなど他の協同組合や行政、市民団体などとの協力がさらに求められることとなる。

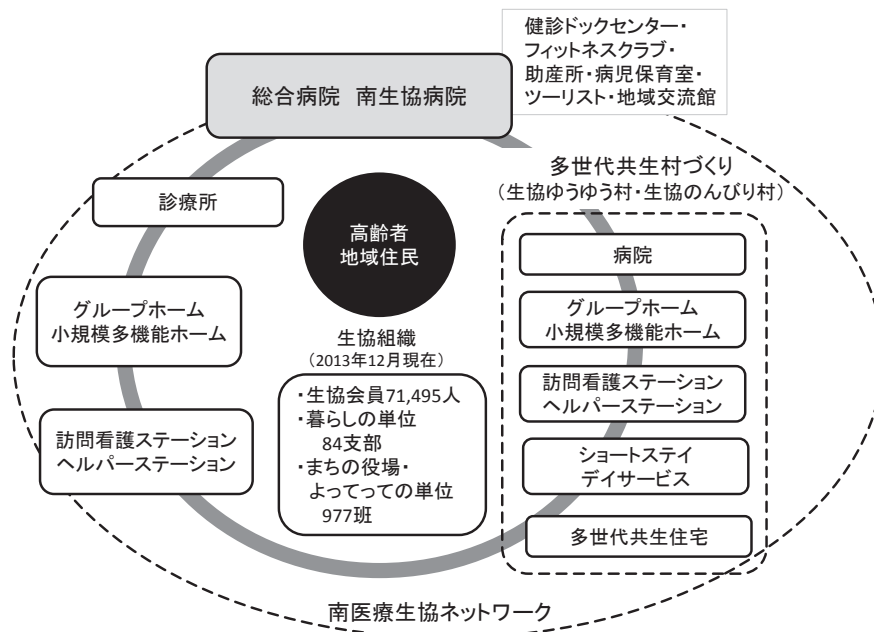
2. 自治体

- ・ JR南大高駅前の市有地に、高齢化に対応する事業を含む施設づくりを計画。地域包括を具体化できる事業者を求めて事業者へ声がけを実施。結果、南医療生協が当該事業を担当することとなった。

これから取り組む皆さまへ ~まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ 地域住民の相互ささえあい・たすけあいの意識を醸成しましょう
- ✓ 地域住民が議論し、気軽に要望(ニーズ)を持ち寄ることができる“場”を設定しましょう
- ✓ 地域住民のニーズに合わせたサービスの組み立て、サービスネットワークの構築を進めましょう

【参考】事業推進体制・職員体制



【参考】URL、連絡先

- ・ 南医療生活協同組合 代表 052-625-0620
<https://www.minami.or.jp/index.php>

キーワード

医療・介護連携、協働、連携、まちづくり、市職員の専門性

住民活動との協働による、互いに支え合うまちづくり

滋賀県 東近江市

【この事例の特徴】

- 二次予防事業対象者が減少し、卒業生は一次予防事業に移行して参加を続けることで介護予防が図られている
- 多様な関係者間での顔が見える関係を土台に、住民がやりたいと思ったことに対して、行政だからこそできる支援を行い、活動の具体化やさらなる展開につなげている



《検討WGからの推薦メッセージ》

思いをもつ人たちの勉強会は協働の苗床。そこから地域に協働の場が増殖していったことがよくわかります。

地域概要

総人口:	116,603 人	要介護要介護認定者数:	4,082 人(15.9%)
65歳以上人口:	25,657 人(22.0%)	第5期介護保険料:	4,150 円
75歳以上人口:	13,183 人(11.3%)		

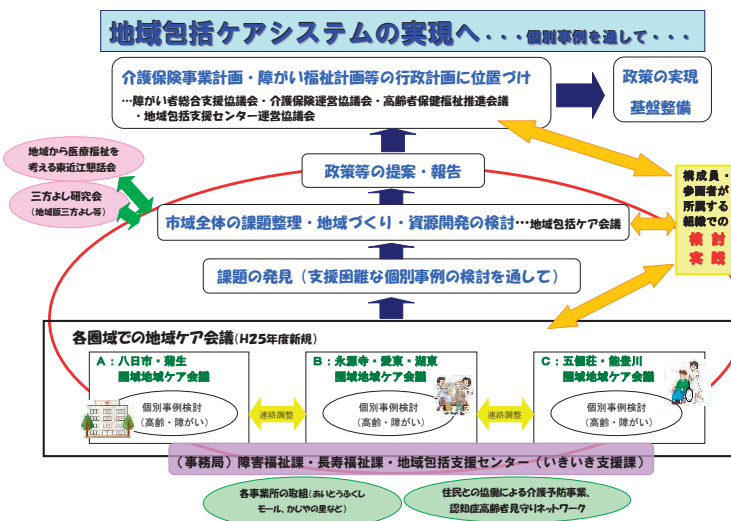
実施主体

- ・東近江市いきいき支援課(地域包括支援センター)、長寿福祉課、支所等
- ・あいとうふくしモール運営委員会
- ・NPO かじやの里 等

取り組みの背景・課題認識

- ・二度にわたる1市6町の合併に伴って広い市域(388.6km²)に市街地と農村地域を抱えることとなり、住民や地域の多様性を踏まえてサービスや地域資源の整備・活用を進める必要があった。
- ・また、ひとり暮らしの高齢者や認知症高齢者が増える中で、住み慣れた地域で暮らし続けるための取り組みが必要な一方、行政のスリム化が求められており、市職員の高い専門性の担保、及び様々な関係者との連携を行う必要があった。

取り組み内容

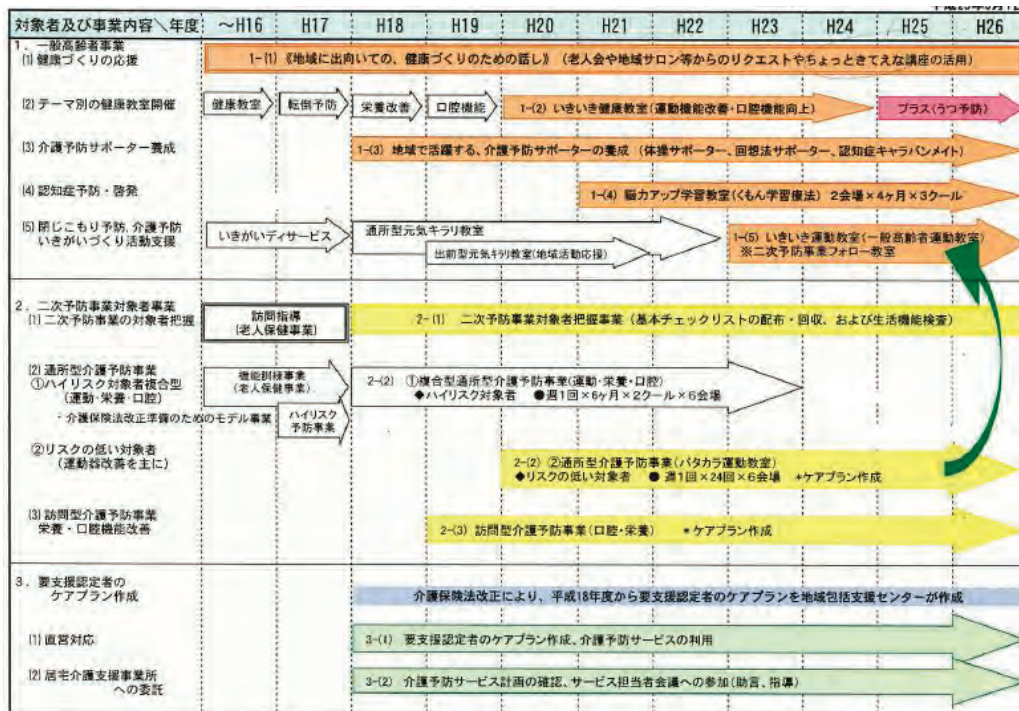


東近江市では、市域を三つに分けて開催している「圏域地域ケア会議」、住民や事業所等による取り組みを核にしつつ、多様な関係機関や検討の場と連携して基盤整備を進めている。

詳細は、次頁で紹介する。

【介護予防事業と住民主体のフォローアップ活動】

- 対象者の状態像に合わせた多様な介護予防事業を組み合わせる展開。企画・運営には地域包括支援センターの理学療法士が関わっている点も特徴である。
- 二次予防事業としてハイリスク対象者の「複合型通所型介護予防事業」(平成 18～23 年度)を実施したところ、その効果で該当者が減ってきたため、よりリスクの低い対象者向けの「通所型介護予防事業(パタカラ運動教室)」(平成 20 年度～)に軸足を移して実施している。
- さらに、パタカラ運動教室の卒業生を中心に、フォローアップとして「いきいき運動教室(一般高齢者運動教室)」(平成 23 年度～)が住民主体で行われている。内容はパタカラ運動教室の講師による指導(謝金は参加費で賄う)やビデオの活用など各自で工夫している。市は会場確保を支援している。



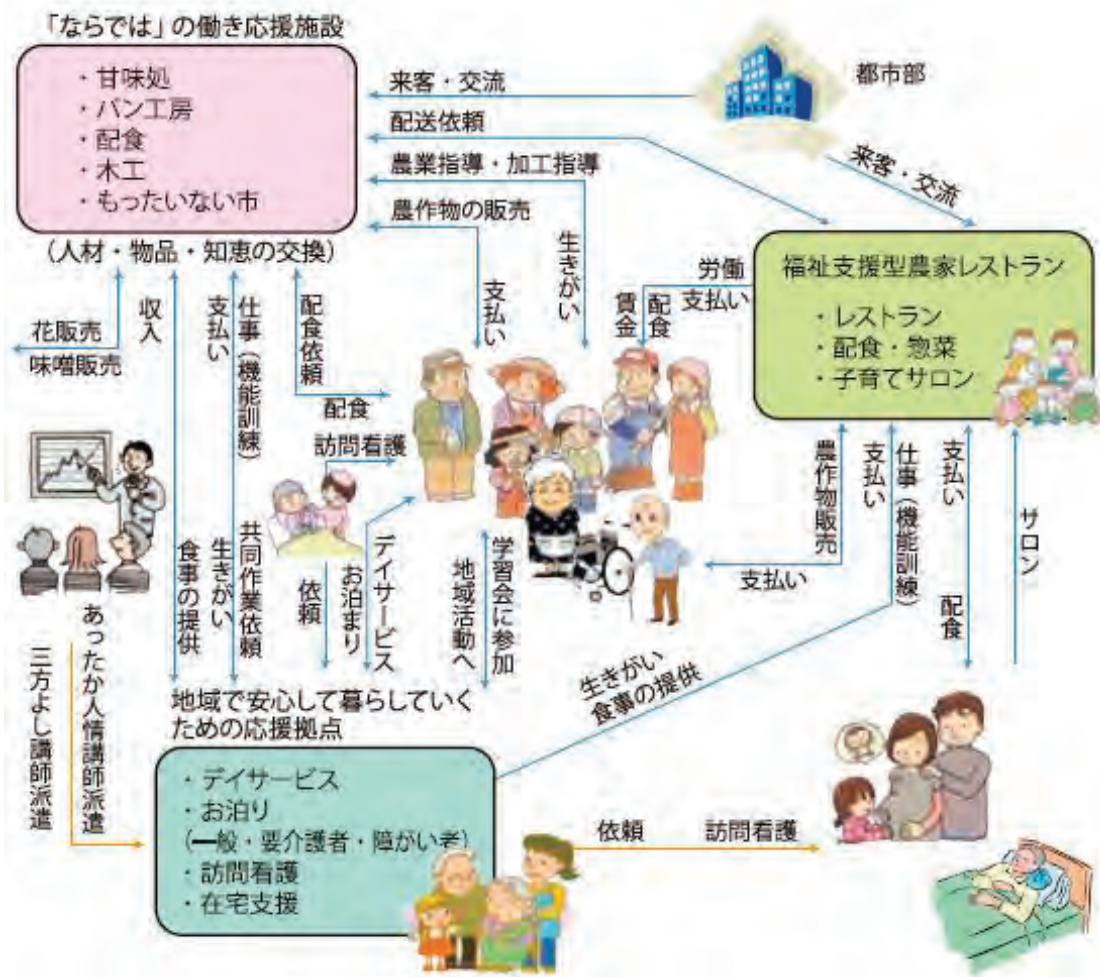
【地域密着型事業所を核とした「認知症高齢者見守りネットワーク」づくり】

- 地域密着型事業所が、認知症支援の専門性を活かして認知症の人と家族を支える地域づくりに向けた取り組みを行う事業。他市の視察等を通じて、圏域単位よりもさらに身近な地域で認知症高齢者を見守る取り組みが必要だと感じたこと、また地域密着型事業所が持つ認知症ケアのノウハウを地域づくりに活用したいと考えたことがきっかけで、平成 23 年度から実施。平成 25 年度は 12 事業所に委託。
- 取り組み内容は、認知症理解のための研修会・家族会・相談会の開催、地域住民・組織等によるネットワーク会議の開催、SOS ネットワーク体制の整備、徘徊模擬訓練の実施等。
- 地域と事業所が関わりをつくるには、まず事業所側から地域に向向いて垣根を外してもらう必要があり、積極的に取り組みを進めている事業所では、住民や派出所とのつながりができつつある。地域密着型事業所の運営基準や公募の要件には「地域との連携」が定められており、事業所としても本事業を実施することが地域に対する PR になっている。

【予算】委託料は新規委託事業所が 20 万円、継続委託事業所が 10 万円

【高齢者や障害者の暮らしの支援拠点 ～あいとうふくしモール】

- ・ 高齢者や障害者が地域で安心して暮らせる拠点づくりとしての「福祉モール」構想を具体化したもの。知的障害者の働く「ならではの働き実践施設」(田園カフェ、もったいない・やりとり市、薪工房)、介護を必要とする方や家族の暮らしを応援する「地域で安心して暮らしていくための応援拠点施設」(デイサービスセンター、訪問看護ステーション、ケアプランセンター)、「福祉支援型農家レストラン」(地元食材を活用したレストラン、配食サービス、高齢者や子育てサロン)の3つの施設から成る。
- ・ 平成 21 年 5 月から「地域から医療福祉を考える東近江懇話会」の委員を中心に、コンセプトを具体的な形にする議論を進めた。その過程で市にも相談が持ちかけられ、法律や制度との関係への助言、助成制度の紹介などの側面支援を行った。
- ・ 平成 24 年に「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金」を活用して整備を行い、平成 25 年 4 月にオープン。



(出典)あいとうふくしモール HP

【地域密着型事業所のボランティアからまちづくりNPOへの展開 ～かじやの里】

- ・ 小規模多機能型居宅介護事業所「かじやの里の新兵衛さん」は、築180年の古民家を旧能登川町社会福祉協議会が買い上げ・改修して開設。理念として「もちつもたれつ」「地域に育ててもらふ施設」「認知症の啓発」「庭を守る」を掲げ、地域の人の出入りが活発な事業所づくりを実施。
- ・ 理念に賛同する地域住民が「かじやの里の新兵衛さんを守る会」を結成し、ボランティア活動を行ってきた。また地域活動の担い手を養成する「滋賀県レイカディア大学」(運営:滋賀県社会福祉協議会)の学生や卒業生が実践の場として関わりを持つようになった。
- ・ それらの経験を通じて、趣味や生きがいを活かして住みやすい地域づくりを進めたいという思いが生まれ、守る会のメンバーが中心となって「NPO 法人かじやの里」を設立。会員の特技を生かした「かじや村民大学事業」(寄せ植え教室、パンお菓子教室等)や、「かじやの里の新兵衛さん」を支援する事業を行っている。
- ・ その後、「かじやの里の新兵衛さん」の隣の旧家をまちづくりに活かしたいという話が市に持ちかけられ、「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金(3,300万円)」を活用して「かじや館」を整備し、NPOの活動拠点になった。開設2年目にして5,000人が集まるような吸引力のある場として成長している。

(参考資料)京都新聞社会福祉事業団「ふれあい福祉」、平成24年5月13日滋賀報知新聞

【地域医療連携に関する重層的なネットワーク～三方よし研究会から各日常生活圏域の勉強会まで】

《三方よし研究会(東近江地域医療連携ネットワーク研究会)》

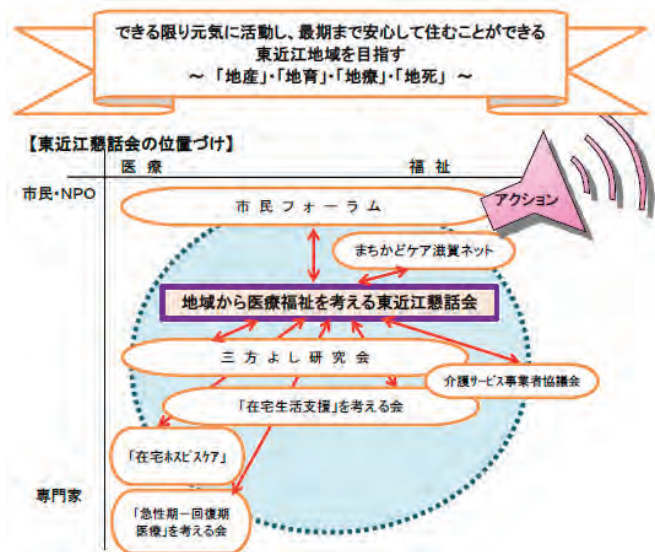
- ・ 東近江圏域(東近江市、近江八幡市、日野町、竜王町)における医療・保健・福祉・介護の関係機関の機能分担と連携のあり方を検討する場。
- ・ 脳卒中の連携パスの検討をきっかけに平成19年に発足。毎月1回、圏域内の病院・診療所・介護施設・公共機関などの関係者約100人が参加し、車座になって自己紹介、学習会、多職種連携の事例報告を行うことで「顔が見える関係づくり」を進めている。

《地域から医療福祉を考える東近江懇話会》

- ・ 東近江地域のあるべき総合的な医療福祉の検討、その実現に向けた協働を進めるため、市民・医療・介護・行政関係者や有識者等が集まって提言活動を行う場(平成20年12月に発足)。
- ・ 東近江懇話会での議論をきっかけに、市の能登川図書館における健康医療情報コーナーの開設、「福祉モール」構想、地域医療講演会「いのちの作法」上映会の開催など様々な活動が行われている。

《日常生活圏域ごとの勉強会》

- ・ 三方よし研究会や東近江懇話会などの広域的な取り組みを踏まえつつも、実際の連携を強化するには、より地域に密着したネットワークが必要という問題意識から、現在では日常生活圏域(≒旧市町)ごとに自主的な勉強会が定期的開催されているところもある。




取り組みの経緯

平成 17 年

- 1 市 4 町が合併し、東近江市が誕生
- 「かじやの里の新兵衛さん」開設

平成 18 年

- 2 町と合併し、現在の東近江市となる
- 合併と介護保険法改正を受けて、旧市町における介護予防に関する取り組みを引き継ぎ、新市の地域包括支援センターで介護予防事業を開始

 **新市として、多様な地域を抱える中で介護予防や地域医療連携を進める必要があった**

平成 19 年


- 「三方よし研究会(東近江地域医療連携ネットワーク研究会)」が発足

平成 20 年

- 「地域から医療福祉を考える東近江懇話会」が発足

平成 21 年

- 「福祉モール構想」の検討が始まる

 **顔が見える関係をベースに、具体的な活動内容を議論し、実践し始めた**

平成 22 年

- 「NPO 法人かじやの里」設立

平成 23 年

- 認知症高齢者見守りネットワーク事業を開始
- いきいき運動教室を開始

平成 24 年

- 「かじや館」開設

平成 25 年

- 「あいとうふくしモール」開設
- 圏域地域ケア会議の開始

 **協働による活動や日常生活圏域ごとのネットワークが広まる中、並行して地域課題を集約する体制整備を進めつつある**

**新市における
体制整備の時期
(平成 17~18
年度)**

**多様なネットワー
クが生まれた時期
(平成 19~22
年度)**

**協働による活動
を実施し、市民へ
の浸透が進んだ
時期
(平成 23 年度~)**

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 二次予防事業を通じて参加者の機能が向上している
- ・ 介護予防につながる多種多様な機会がある
- ・ 協働による活動を通じて、地域の担い手や、高齢者の生きがい、居場所が創出されている

◆ 成果の例

《介護予防事業の参加者の変化》

一般高齢者事業の「脳力アップ学習教室」や「いきいき運動教室」は、認知症予防や閉じこもり予防といった元々の趣旨に加えて、交流や仲間づくりの場になっているが、それ以上に「自分に自信が持てた」という声が多く挙がっている。地域との関わりが少ない、横のつながりが少ない参加者が自信を持つことで、「心が動いて体が動くようになる」という効果が得られている。

《二次予防卒業→一次予防卒業→多様な地域活動への参加》

かつてハイリスク対象者で「複合型通所型介護予防事業」に参加していた人たちが、よりリスクの低い対象者向けの「通所型介護予防事業（パタカラ運動教室）」や、「いきいき運動教室（一般高齢者運動教室）」を経て、予防事業から卒業している。また地域には、農業、市民活動、まちづくり協議会、老人クラブ、スポーツ、文化活動等、様々な取り組みがあり、その相乗効果もあって、認定率は全国平均よりも低くなっている。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ もともと村落の自治や環境活動などが活発な地域だが、都市部では近隣とのつながりがない人も増えている。そのような状況で、介護や福祉分野のみに留まることなく「地域にはいろんな人が混じっている」という認識に立って、例えば環境活動をやりつつ福祉にも関わるといった「結び目となる人」たちが動くことでネットワークが繋がっていった。
- ・ 自治会やまちづくり協議会、介護サービス事業者が核となりつつ連携しあって、介護や医療に関する勉強会、体操教室、認知症徘徊高齢者早期発見保護訓練などを行うことで、より身近な地域で住民がそのような機会に参加することができつつある。

2. 自治体

- ・ 地域包括支援センターは、職員同士で専門性を高め合うことを重視し、直営1ヵ所として職員を集約し、地区担当制を敷いている。それにより職員間で助け合いや指導の関係をつくることができている。また職員の大半は専門職で、行政職が配置された場合も相談業務の経験を積んで社会福祉士等の資格を取得することが多い。
- ・ 職員が「制度をきちんと使いこなせる」ことで、地域住民や、経験を積んだ介護支援専門員や介護サービス事業者からも相談したい先として信頼されるよう努力を続けている。

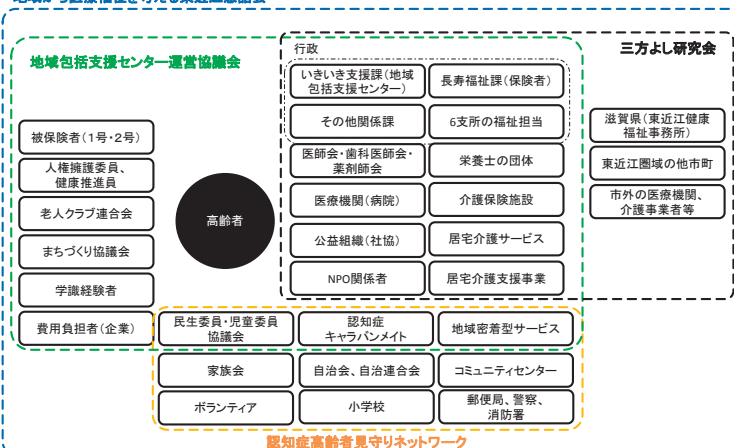
- ・ その一方、広い地域をカバーしなければならないが人材は限られており、「地域の人たちとつながり、その人たちに主体的に動いてもらうほかない」と考えている。そのため市職員から直接出会いに行く、何度も電話をするといった積極的な関わりをしている。
- ・ また住民や民生委員が最初に相談する窓口は、身近にある支所の場合が多い。地域包括支援センターの職員が地域に出向く際は、支所の職員から事前に情報を聞く、訪問に同行してもらう等の連携を取ることで、地域の状況に応じた動き方ができている。
- ・ 地域包括支援センターは本人や家族の意見を引き出し、いかに制度を活用するかという視点で関わる。そのような立場から、介護や障害等の制度を所管する他課に働きかけることで、制度のより良い活用方法について庁内で検討し合うことができている。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ **地域包括支援センターの地域から見た役割、庁内での役割を明確にしましょう**
- ✓ **市職員自ら顔が見える関係づくりの中に入りこみましょう**
- ✓ **制度・仕組みに関する助言等、市だからこぞできる支援を行きましょう**

【参考】事業推進体制・職員体制

地域から医療福祉を考える東近江懇話会



【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	1カ所
直営	1カ所
委託	0カ所
ランチ数	0カ所
サブセンター数	0カ所
地域包括支援センター 職員数	22人
保健師	4人
社会福祉士等	5人
主任介護支援専門員	3人
その他の専門職員	9人
その他の事務職員	1人
【所管課】	
いきいき支援課 職員数	31人

【参考】URL、連絡先

- ・ 東近江市 いきいき支援課 0748-24-5641
http://www.city.higashiomi.shiga.jp/soshiki/5-2-0-0-0_1.html

キーワード 認知症高齢者の支援、人材育成、チーム体制、地域づくり

認知症になっても安心して暮らせる市民協働によるネットワークづくり

福岡県 大牟田市

【この事例の特徴】

- 認知症の行動・心理症状が見られた場合でも、在宅生活を継続できている
- 地域住民にも、自主的に見守りを実施するなど、認知症に対する意識の変化が見られている
- 認知症ケアのための人づくり・チームづくり・地域づくりが、長期的視点で段階的に展開されている



《検討WGからの推薦メッセージ》

認知症への取り組みを大きな旗印としつつ、住民相互の助け合いや、安心・安全や地域づくりにつなげている事例です。

地域概要

総人口:	123,109 人	要介護要支援認定者数:	7,531 人(19.6%)
65歳以上人口:	38,341 人(31.1%)	第5期介護保険料:	5,480 円
75歳以上人口:	21,383 人(17.4%)		

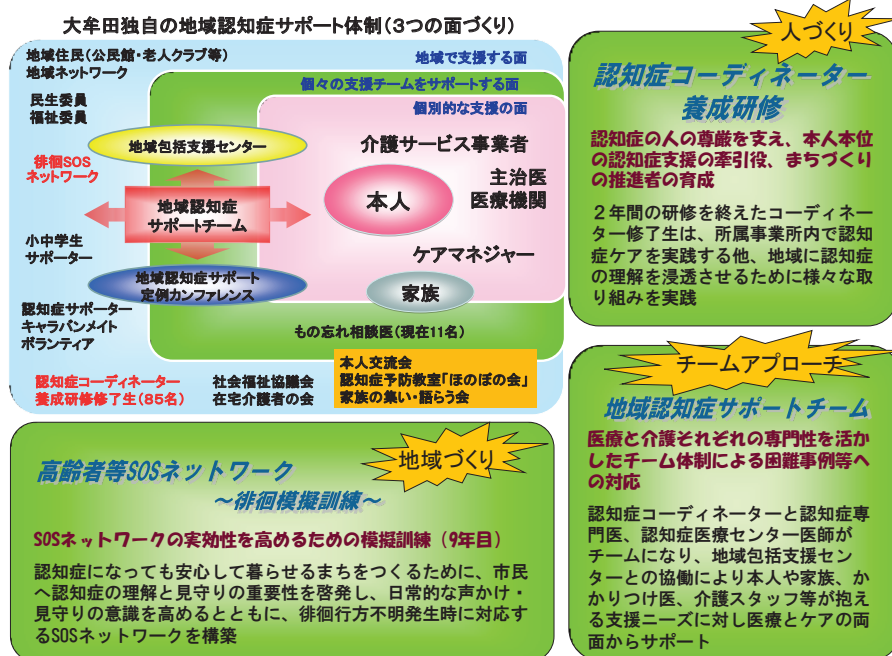
実施主体

- ・大牟田市長寿社会推進課
- ・大牟田市介護サービス事業者協議会

取り組みの背景・課題認識

- ・ 介護保険制度開始当初は、認知症の人へのケアがまだ手探り状態であったため、介護サービス事業者が認知症ケアを体系的に学ぶ機会としての勉強会をスタート。制度運用に当たっては、行政のみの努力では限界があり、行政と事業者、専門職とが協働により進めなくてはならないと考えていた**市の担当者が勉強会に参加**。「認知症になっても安心して生活できる環境整備」を市全体で進める必要性を認識し、**事業者と市で課題認識を共有**。
- ・ 平成 13 年に事業者協議会の中に「認知症ケア研究会」(現:認知症ライフサポート研究会)が発足、認知症ケアの質向上に向けて実践的な活動を開始。

取り組み内容



大牟田市では、左のような全体構想に基づき、認知症ケアを推進している。

詳細は、以下で紹介する。

【地域づくりを推進する人材の養成 ~認知症コーディネーター養成講座】

- 大牟田市と認知症ライフサポート研究会が連携し、認知症ケアに関わる人材育成を開始。「パーソン・センタード・ケアの理解と理念の醸成」「権利擁護の徹底理解と日々のアドボケート」「課題分析と適切な医療とケア・生活支援」「協働のまちづくりの推進」が到達目標。
- 2年間 386 時間のカリキュラムで、10 人程度の少人数制。2013 年 6 月時点で、85 名の専門職が修了。上記研修で養成した修了生のうち、認知症の人や家族を支援するうえでスーパーバイズができる者を「認知症コーディネーター」と位置付けている。



【予算】 認知症コーディネーター養成研修等 3,358 千円(平成 25 年度 大牟田市予算)

【チームで支える体制整備 ~地域認知症サポートチーム】

- 認知症ケアに関わる医療と介護の専門職が、個別事例に対しチームとして対応することが必要だと考え、認知症専門医と認知症コーディネーターが主体となり地域認知症サポートチームを結成。地域包括支援センターとも連携しながら、取り組みを進めている。
- サポートチームに相談が入ると、まずは認知症コーディネーターが地域の支援者と協力しながら、本人や家族に関する情報収集を行い、緊急的な医療やケアの調整・支援等を行う。また、必要に応じてチームの医師に相談し、ケアマネジャーや地域包括支援センター等と連絡調整を図る。
- 行政内に認知症連携担当者を 1 名配置し、チームの運用面を担当している。

大牟田市地域認知症サポートチーム

メンバー構成

- 専門医(精神科・老年内科：4名)
- 認知症医療センター医師(神経内科：2名)
- 介護・看護職(認知症コーディネーター：6名)
- 認知症連携担当者(長寿社会推進課：1名)

役割

- いけゆる困難事例へのスーパーバイズ
- FTD、若年性、高度BPSD、要診拒否自動車運転
- かかりつけ医との医療連携
- 認知症何でも相談窓口(週一回、於大牟田市保健所)
- 介護サービス事業者へのアドバイス・指導、連携
- 事例検討会(月一回)
- もの忘れ相談検診・予防教室の結果解析
- 予防教室・参加者のフォローアップ
- 本人交流会、家族交流会のコーディネート
- 啓発活動、予防教室の活動立案、資源マップ

【専門職による情報連携とケアの質向上の場づくり ～地域認知症サポート定例カンファレンス】

- ・ 地域認知症サポートチームをはじめ、地域包括支援センターやその他の専門職のケアの質向上と情報連携を目的に、毎月 1 回、認知症の事例に関する定例のカンファレンスを開催。多角的な視点での検討による課題の整理や参加者同士の連携促進を目指している。
- ・ 事例検討後、継続的にフォローが必要と判断された場合は、担当コーディネーターを選定、継続的な支援を行う。



【予算】 地域認知症サポートチーム、定例カンファレンス等 5,632 千円(平成 25 年度 大牟田市予算)

【地域住民主体で見守り・支える取り組み ～徘徊 SOS ネットワーク模擬訓練】

- ・ 当時 24 あった小学校区の中の駒馬南校区において、住民自身が主体となって、認知症の人を地域で支えるために必要なことを話し合う「日曜茶話会」から、徘徊模擬訓練が開催。
- ・ 訓練では、認知症の人が道に迷い、自宅に帰れなくなった(徘徊)という想定で、地域住民や郵便局、タクシー会社、バス会社等の関係機関に情報を伝達し、捜索、保護までの流れを実際に行う。
- ・ 1 小学校区で始まった取り組みが、現在では全 21 校区にまで拡大。各校区にて実行委員会を立ち上げ、それぞれの校区の実情に応じた訓練や情報伝達網の構築を行っており、地域コミュニティ再構築の機運醸成にも寄与している。



取り組みの経緯

平成 12 年

- ・介護保険制度の導入を機に、「介護サービス事業者協議会」「介護支援専門員連絡協議会」を設立

平成 13 年

- ・介護サービス事業者協議会のなかに「認知症ケア研究会」が組織され、認知症ケアに対する取り組みが開始



行政が事業者に働きかけ、協議会の事務局を担うなどバックアップ体制を整えた

平成 14 年

- ・「痴呆ケア実践塾 in 2001」を実施、その翌年から、「認知症コーディネーター養成講座」が開始



国・県等の補助金・助成金を申請・活用、人材養成を起点にした行政による仕掛けを行った

平成 16 年


- ・住民が主体となって「はやめ南人情ネットワーク」発足。「ほっと・安心(徘徊)ネットワーク模擬体験ウォーク」をきっかけに第1回徘徊模擬訓練を開催。

**活動の基盤をつくった時期
(平成 12～13 年度)**

**人材育成と地域づくりの端緒が見られた時期
(平成 14～17 年度)**


平成 18 年

地域密着型サービスが市町村指定となったことを受け、指定の要件として、認知症コーディネーター養成講座修了者の配置と、介護予防・地域交流施設の併設を義務化

 市として、地域密着型サービスの充実を積極的に働きかけるとともに、その中心を担う人材配置や地域とのつながりづくりといった活用方針を明確化した

平成 19 年

・認知症コーディネーターの活用に向けて、ワークショップ形式で「認知症ケアサポートチーム」のあり方検討を実施（市から認知症ケア研究会に委託）

 認知症ケア研究会にあり方検討を委託、専門職による課題の整理を支援した


・1 校区で実施した模擬訓練が市内全域に拡大

 校区の町内公民館連絡協議会、民生委員児童委員協議会、社会福祉協議会など、関係団体への丁寧な説明を実施した

平成 21 年

より継続的・包括的な支援のため、「地域認知症サポートチーム」試行事業を実施、翌年新たなサポートチームの運用を開始

チームの運用開始にあわせて、行政内に認知症連携担当者を 1 名配置

 事業の PDCA サイクルの実行にあわせて、自治体内部での職員の役割を明確化した

平成 22 年

俳諧模擬訓練を全ての校区で実施

平成 24 年

徘徊 SOS ネットワークの広域化

平成 25 年

認知症コーディネーター養成講座、地域認知症サポートチーム、徘徊模擬訓練を市の地域支援事業として介護保険特別会計に明確に位置づけた

 事業として定着が見られた

人材育成が
チームづくりへ
つながるととも
に、地域づくりが
本格化する時期
(平成 18~20
年度)

PDCA の実行と
さらなる事業
拡大の時期
(平成 21~25
年度)

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 認知症高齢者の徘徊行動による行方不明をきっかけとした地域住民による徘徊模擬訓練が、現在では全校区で開催されるなど、認知症の人と家族の地域で見守り支える意識づくりが確実に進んでいる
- ・ 地域住民とケアマネジャー、地域密着型サービスの連携により、認知症の症状を持ちながら在宅生活が続けられる事例が増えている
- ・ 認知症をきっかけとして、市民レベルでのコミュニケーションが向上し、地域コミュニティの再構築の機運が醸成している

◆ 取り組みが活かされた個別支援

《認知症コーディネーターを中心に地域での見守りで、認知症であっても在宅継続できている事例》

「軽い物忘れ」はあるものの、日常生活は特に問題なく妻と二人で暮らしていた A 氏であったが、実姉の葬儀の際に突然暴れ出し、家族はこの時、本人の認知症を確信した。その後、妻が夫を介護するかたちで生活を送っていたが、妻の介護負担が過重になったために、長女が 30 年務めた会社を辞めることとなった。また、本人が長女を「妻の隠し子」と疑い、娘を家から追い出すなど、妄想や拒否的な行動が目立つようになったため、家族から地域包括支援センターに相談が行われた。

その後、もの忘れ予防・相談検診をきっかけに認知症専門医につながり、「レビー小体型認知症」と診断され、地域認知症サポートチームによる支援が入ることとなった。サポートチームに所属する認知症コーディネーターが担当制で介護保険サービスが開始されるまでの空白期間をカバーするために初期対応を行うとともに、特に不安を抱える家族に対して、家族向けの学習会や集いを活用しながら認知症の正しい理解を伝えたり、抱え込まない介護方法を教えるなどの家族支援を行った。現在は、認知症コーディネーターを中心に、定例カンファレンスで情報の共有を行いながら、さらに警察署を中心に構成している徘徊 SOS ネットワークによる見守りとも連携を取り、支援の仕組みを整えている。

A 氏は現在、認知症専門医の医学的管理のもと、介護保険サービスを利用中であり、認知症コーディネーターや近隣者との協働支援によって、妻・長女と一緒に穏やかに在宅で過ごしている。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 介護サービス事業者協会や介護支援専門員連絡協議会などにより、勉強会が継続的に実施されており、顔の見える関係性ができ上がっていた。
- ・ 認知症ケアについて諸外国の取り組みに精通している事業者や専門職がおり、法人の枠を超えた講演会を開催するなど、事業所間のネットワークにより互いに切磋琢磨していこうという機運があった。
- ・ 大牟田医師会長が介護サービス事業者協会の会長を兼ねるなど、医療と介護の連携がとりやすい環境があった。
- ・ 徘徊模擬訓練や小中学校絵本教室など、最初から全市的な取り組みを行うのではなく、比較的意識の高い地域や学校からスタートし、それを徐々に広げていった。

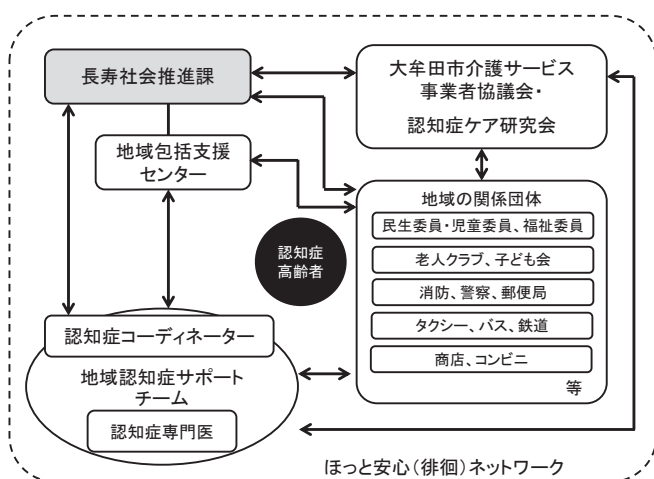
2. 自治体

- 行政から事業者へ積極的な働きかけにより、協議会を設置した。
- 市が事務局を担当し、事前準備や資料作成など円滑な会議運営を進めるとともに、研修会やイベントの開催にあたっては一丸となって活動した。
- 市として、「介護保険推進全国サミット」や「地域密着型福祉全国セミナー」といった全国規模の大会を開催するとともに、全国に先駆けて「認知症の人とともに暮らすまちづくり宣言」を出すなど、進むべき方向性を明示した。
- 国・県などの補助事業やモデル事業を活用し、事業者や地域自らの発意による活動を積極的に支援した。市から事業者側に委託する場合も、事業者側との綿密なやり取りを実施し、方向性の擦り合わせを行った。
- 保険者として、市が持つ権限を最大限有効活用して、向かうべき方向性に政策誘導を行った。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ 行政と医療・介護の事業者団体や専門職が交流する場をつくり、個々のケースの課題を共有しましょう
- ✓ 市と事業者が参加する定期的な勉強会や意見交換会を開催するとともに、行政が事務局を行うなど、行政と事業者が一体となって活動を継続していく体制を整えましょう
- ✓ 取り組みには人材育成が欠かせないため、地域にどのような人材が必要かを明確にしましょう

【参考】事業推進体制・職員体制



【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	6カ所
直営	0カ所
委託	6カ所
ブランチ数	10カ所
サブセンター数	10カ所
地域包括支援センター 職員数	70人
保健師	10人
社会福祉士	23人
主任介護支援専門員	9人
その他の専門職員	28人
その他の事務職員	0人

【所管課】

長寿社会推進課 職員数	63人
-------------	-----

【参考】URL、連絡先

- 大牟田市 長寿社会推進課 0944-41-2672
http://www.city.omuta.lg.jp/hpkiji/pub/List.aspx?c_id=5&class_set_id=1&class_id=130

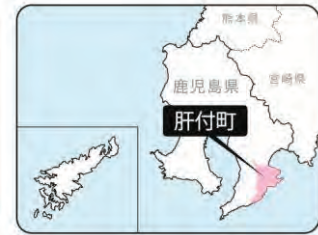
キーワード 支えあい体制づくり、ICT活用、ボランティア

人口減少集落での自助意識の啓発と地域づくり

鹿児島県 肝付町

【この事例の特徴】

- 地域住民に自助意識が生まれており、住民同士の交流が生まれることで意欲の改善につながっている
- 地域包括支援センターの保健師を中心に、社会福祉協議会と連携を取りながら、地域全体をマネジメントできている



《検討WGからの推薦メッセージ》

いわゆる限界集落で、独居高齢者が多い地域において、地域包括支援センターが組織体制の整備を図り、地域の実情に応じてサブセンターに業務委譲を行った。その結果、住民自身が「地域のよいところ」を再確認し、活性化につながっている。

地域概要

総人口:	17,026 人	要介護認定者数:	1,599 人(23.7%)
65歳以上人口:	6,293 人(37.0%)	第5期介護報酬:	5,500 人
75歳以上人口:	4,003 人(23.5%)		

実施主体

- ・肝付町地域包括支援センター
- ・肝付町社会福祉協議会

取り組みの背景・課題認識

- ・ 地理的に孤立した限界集落が多く、独居高齢者が多い。また、高齢世代と壮年世代の分布に地域的な偏りがあり、高齢化率 100%近い僻地地区では集落維持のために、数少ない壮年世代の負担が増大。人口減少の中での集落の維持、および集落の消滅も想定した対応が必要として、取り組みが開始。
- ・ 豪雨災害の経験から、密集地は川沿いで浸水しやすく、過疎地は集落が孤立しやすいことが判明。東日本大震災の際、住民の状況確認、避難連絡に苦慮したことを踏まえ、災害対応の取り組みを開始。

取り組み内容

肝付町僻地地区ITネットワーク及びボランティア現任研修

テーマ: 交流人口の増加とネットワーク維持



肝付町では、IT ネットワークとボランティアによる見守り・交流を軸に取り組みを進めている。

【地域見守り体制の整備 ～地域づくりと地域支え合い検討会・地域支え合いマップ・徘徊模擬訓練】

- ・ 認知症対策をきっかけに、小中学生対象のボランティア育成を行っていた社会福祉協議会と、地域包括支援センターの連携が強化。
- ・ 継続的な地域支え合いのための学習の場として、各地区で「地域づくりと地域支え合い検討会」(以下、検討会)を新たに設置。「自分たちの地域の良いところ」を再意識化するグループワークからスタート。
- ・ 検討会で、地域支え合いマップ(「おたがいさマップ」)を作成。地域資源をマップにプロット、高齢化によってキーパーソンがいないこと、自治会役員や民生委員の負担が大きいことなど、地域の現状を認識し、自分たちのできることは自分たちでやるという意識が生まれた。
- ・ 検討会における住民同士の話し合いから、徘徊模擬訓練を開始。平成 21～25 年の 5 年間で訓練を行い、5 年目に住民自身による実行委員会が立ち上がり、行政からの自立を検討する段階になった。



【集落同志の支え合い促進 ～集落間交流による広域支援】

- ・ 高齢化が進んだ集落では、集落内での助け合いだけでは対応が難しいため、集落同士の広域的な助け合いの取り組みを開始。
- ・ 集落間が空間的に離れているため、最初はバスをチャーターして集落間の住民の移動を支援。その後は、道が分かって人の顔がつながるため、住民同士の自主的な見守り・交流につながっている。
- ・ 外から人を迎える側の集落でも、自主的な体調管理に対する意識が生まれたり、住民が寄り合うきっかけになるなど、集落内の活気づくりや意欲向上に役立っている。
- ・ 訪問する側の集落でも、高齢者の進んだ他の集落の現状を見たり、話を聞くことで、今後の自分たちの集落の行く末と方向性を考えるきっかけとなっている。



【ICT を活用した地域のつながり構築 ～テレビ電話導入事業】

- ・ 東日本大震災をきっかけに、状況確認や避難連絡を一斉に行うことができるよう、ICT を活用したテレビ電話を導入。関係機関と、高齢化が進んだ集落の利用者宅をネットワークで結んでいる(利用者宅は、2 地区 25 世帯、関係機関は、役場・社会福祉協議会・町立病院 5 施設)。
- ・ 現在、85 歳以上の高齢者が頻繁にテレビ電話を利用し、お互いに見守りあいを行っており、集落の見守りの役割を担っている自治会役員や民生委員などの負担軽減にも役立っている。
- ・ 生活リズムをつくるアプローチとして、ボランティアが企画・出演した介護予防教育ビデオを 10 時と 15 時に配信しており、高齢者が楽しみに一緒に体操をしている。
- ・ 今後は、肝付町全域への拡大を検討しており、段階的な iPad の活用を検討。
 - － 第一段階: 新しいものに触れてもらうことで、人のつながりづくりに役立てる。
 - － 第二段階: iPad を使った写真撮影等で集落内を動くことで、地域内見守りと介護予防につなげる。
 - － 第三段階: iPad をケアスタッフの連絡帳として活用することで、利用者の日頃の小さな出来事のケアスタッフ間での共有と横のつながりを支援する。




【予算】 地域包括支援センター機能強化事業(IT 化推進事業) 9,916 千円 (平成 23 年度)

取り組みの経緯

平成 19 年

- ・地域包括支援センターにおいて、防災と助け合いを切り口にした見守りネットワーク台帳を作成した

 **顔の見える関係性が重要であることが確認されたことで、課題の整理がなされた**

平成 20 年

- ・認知症啓発の演劇をきっかけに、地域包括支援センターと社会福祉協議会の連携を強化した

 **事業推進体制が整備された**

平成 21 年

- ・「地域づくりと地域支え合い検討会」が設置された
- ・認知症徘徊模擬訓練が開始された

 **住民自身が地域のことを考える場がつけられることで、住民の自助に対する意識が生まれ始めた**

平成 22 年

- ・介護予防支援者育成事業、地域ネットワーク構築事業を、自治体から社会福祉協議会に委託し、集落間の交流事業が開始された

 **集落間の交流が生まれ、住民の意欲の向上が見られた**

平成 23 年

- ・東日本大震災をきっかけに、IT ネットワークを活用したテレビ電話事業が開始された

 **テレビ電話を活用し、住民同士が負担なくつながることができるようになった**

平成 25 年

- ・認知症徘徊模擬訓練について、住民自身による実行委員会が立ち上がった

 **住民が組織をつくり、行政から自立して、自主活動を模索し始めた**

- ・テレビ電話による住民のつながりづくりの取り組みについて、iPad の活用による地域全体への拡大を検討

 **事業の評価と拡大**

**課題整理と事業
推進体制の確立
の時期
(平成 19~20
年度)**

**住民自身による
自助の意識と意
欲が生まれ始め
た時期
(平成 21~22
年度)**

**災害をきっかけに
新たな取り組みが
始まった時期
(平成 23 年度)**

**住民自身の行政
からの独立模索
と事業の拡大の
時期
(平成 24~25
年度)**

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 地域住民が自分たちの地域の良いところや課題、自分たちの地域の行く末を再認識し、自分たちでできることは何かという自助の意識が生まれてきている
- ・ 集落間交流や ICT を使って、自治会役員や民生委員、行政など関わる領域が減って、住民自身によるお互いを見守りが実施できている。また、地域住民の意欲向上につながっている

◆ 取り組みが活かされた個別支援

《テレビ電話の活用によって、状態改善と見守り負担軽減が見られたケース》

A 氏は、白内障による視力障害と下肢筋力低下により集落内での行き来ができなくなり、徐々に閉じこもりがちになっていった。こうした中、テレビ電話を活用するようになってからは、友人と顔を見て話ができるようになり、交流が戻ってきたことで抑うつ傾向が改善した。同様の効果が、特に 90 歳前後の広い集落内を自力歩行で行く体力のなくなったケース(3 名)に確認されている。

また、A 氏を支える振興会長兼民生委員の B 氏は、これまで安否確認のため個別に訪ねていたが、テレビ電話の導入により見守りが楽になったと話している。

《集落間交流によって、意欲向上や社会参加が見られたケース》

高齢化率町内 3 位の一ツ末集落より、「今後の集落の行く末を考えたい」という依頼があり、社会福祉協議会が間に入って、高齢者率町内 1 位の大浦集落との交流が行われた。共同作業で昼食を作った後、昼食後の座談会ではお互いの集落が抱える課題などについて話し合いが行われた。受け入れ側の大浦集落の C 氏は、「いつも一人でいることが多いため、人の話を聞いたりするのが楽しい」ということで交流会への参加が生きがいとなっている。また、訪問した側の一ツ末集落の住民からは、「水道の維持管理や町道の草刈りはどうしているのか」など集落の維持に関する具体的な質問が行われ、生活上の学び合いの機会にもなっている。一ツ末集落の D 氏は、「今後も一人で訪れて、何か手伝いをしたい」ということで、住民同士による継続的な見守りにつながっている。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 伝統的に、地域住民に支え合いの素地があった。特に集落ごとの結びつきが強く、自治会長がリーダーになって、地域活動を実践してきた経緯があった。
- ・ 社会福祉協議会が主体となって、中高生に対するボランティア育成活動やサロン活動の実績があった。市町村合併以前は、社会福祉協議会の局長が行政の福祉担当部署の長を兼務していたなど、関係団体間で課題認識の共有をしやすい環境があった。

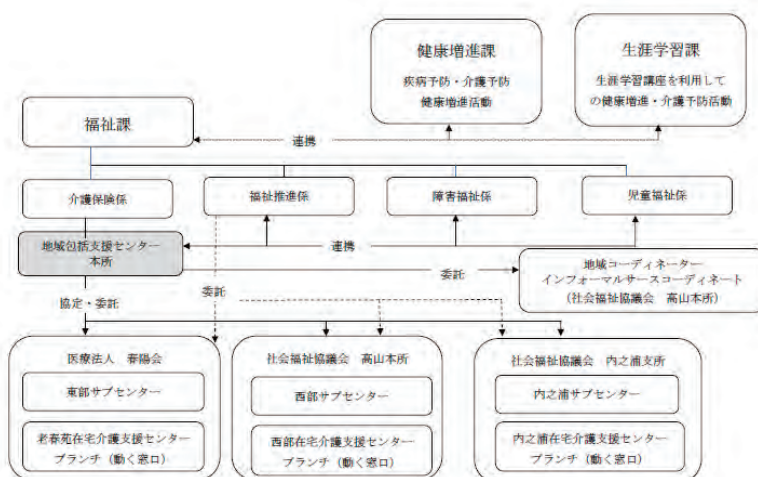
2. 自治体

- ・ 地域包括支援センターの地域づくり業務に関する組織体制の整備を図り、サブセンター担当者への業務委譲を行った。各サブセンターでの地域住民との信頼関係構築のバックアップ、地域住民との直接対話、サブセンター主導による事業企画立案など、段階的なアクションプランを立てて実行した。
- ・ 各年度の取り組みから、新たな課題を見つけて次の事業につなげた(PDCA サイクルの実施)。例えば、地域のつながり再生のために認知症模擬訓練を開始、つながり再生が難しい場合の集落間交流の支援、集落のキーパーソンへの負担軽減のために ICT 活用、など相互に関連性を持って事業を実施した。
- ・ 自治体所管課が、日常的に他部署との連携を図っていたことにより、ICT 活用のテレビ電話導入に関わるノウハウを得ることにつながった。

これから取り組む皆さまへ ~まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ 「地域の良いところ」を地域住民自身で取り戻すグループワークなどを実施しましょう
- ✓ サブセンターとの役割分担など、組織・チームで業務を進めるためのアクションプランを立てましょう
- ✓ 他部署の事業に関心を持って、日常的な情報収集のアンテナを張っておきましょう

【参考】事業推進体制・職員体制



【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	1カ所
直営	1カ所
委託	0カ所
ブランチ数	3カ所
サブセンター数	3カ所
地域包括支援センター 職員数	14人
保健師	2人
社会福祉士	2人
主任介護支援専門員	1人
その他の専門職員	7人
その他の事務職員	2人

【所管課】

福祉課介護保険係 職員数	6人
---------------------	----

【参考】URL、連絡先

- ・ 肝付町 福祉課介護保険係 0994-65-8413
<http://kimotsuki-town.jp/2018.htm>