

キーワード NPO 法人による自主サービスと公的サービスの一体的な提供、コミュニティ喫茶

NPO 法人による自主サービスと公的サービスの一体的提供

大阪府 大阪市

【この事例の特徴】

NPO 法人が主体となり、高齢者支援（配食サービス、グループハウス、移動サービス、介護保険事業、見守りサービス、等）、地域交流支援（コミュニティ喫茶、たすけあい活動、サークル、行事、等）、子育て支援（子育て親子のつどいの広場、幼児一時預かり、等）、障害者支援（総合支援法事業、就労困難者等支援、等）、多様な対象者に対して包括的なサービスを実施している。利用者数は約 600 名、従事者は約 100 名である（2013 年 7 月現在）。

地域概要

総人口:	2,663,467 人
65 歳以上人口:	623,805 人(23.4%)
75 歳以上人口:	298,947 人(11.2%)
要介護要援認定者数:	140,477 人(22.5%)
地域包括支援センター数:	66 カ所
第5期介護保険料:	5,897 円



背景・経緯

【経緯】

- NPO 法人フェリスモンテは、親の介護に悩む 50 代の主婦を中心に活動を開始。悩みを話しあったり、仲間同士で親の介護を交換して実施したりするなどして、お互い助け合って介護をしていこうという取り組みを開始した。
- 悩みは、移動、食事、排せつ、掃除、娯楽など多様であり、活動内容も、ヘルパー派遣やサロン活動、勉強会など多岐にわたる事業を実施してきた。その後、介護保険法が制定されたときに、ヘルパー派遣やデイサービスが公的サービスとして実施されることになり、それまでの任意団体ではなく、NPO 法人格を取得し、それまで実施してきたサービスを自主サービスと公的サービスとに分けて提供していくこととなった。ヘルパー派遣も介護保険法に基づいて提供するものと、個人の要望によって法人の自主サービスとして提供するものとに分かれ、高齢者が集まる機会も、デイサービスと高齢者サロンとに分かれるかたちとなった。
- 現在では、ヘルパー派遣、デイサービスに加え、ケアプラン事業所、福祉有償運送、配食サービス、コミュニティ喫茶、子育て親子のつどいの広場、就労困難者支援など、様々な事業を実施している。対象も高齢者や要介護者に限定されるものではなく、障害者や子育て世代、就労困難者など、様々である。このいずれも、身近な誰かの困りごとを解決しようという生活者視点の思いが、取り組みのきっかけとなっている。

取り組み内容と方法

【概要】

- 地域の中にある、漠然としたニーズに対応するのではなく、目の前にいる特定の誰かの困りごとを解決するという姿勢が、フェリスモンテの基本姿勢である。
- 現在では、ヘルパー派遣、デイサービスに加え、ケアプラン事業所、福祉有償運送、配食サービス、コミュニティ喫茶、子育て親支援など、住み慣れた地域で暮らしやすいよう、「お互い様のたすけあい活動」として、種々のサービスを展開してきたが、時代の流れとともに介護保険法や総合支援法が制定され、一部はこれらの法に則った活動にスタイルを変え、法に則らない活動は当法人の自主事業(一部は市町村の委託事業)として活動を継続している。

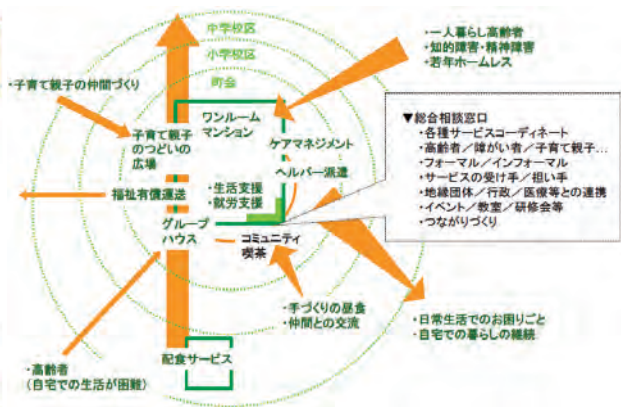
《現在サービス展開している事業》

- ◇ 公的事業…介護保険事業、障害者総合支援法事業、福祉有償運送
- ◇ 委託事業…配食サービス、子育て親子のつどいの広場
- ◇ 自主事業…グループハウス、見守りサービス、たすけあい活動、コミュニティ喫茶、サロン、サークル、各種行事、幼児一時預かり、就労困難者等支援

フェリスモンテの活動内容



コミュニティ喫茶の関わりと各サービス



《事例》

- ◇ Aさん(80歳):約6年前、コミュニティ喫茶開設時、当該地域の町会長として、コミュニティ喫茶開設の応援をしていただいた。Aさんが暮らす市営住宅が建て替えのため、違う地域の市営住宅へ引越し。それを機に地域活動に参加しなくなり、自宅に引きこもりがちになる。妻と二人暮らしだったが、約2年前に妻が緊急入院。Aさんの認知症が急激に進む。当グループハウスで1週間程度のお泊りをし、妻が自宅に復帰したのち、Aさんも自宅へ戻る。配食サービス、ヘルパー派遣、福祉有償運送等を利用して自宅での生活を継続する。認知症が進行し、妻への暴力が出るようになり、約半年前に当グループハウスへ転居。慣れ親しんだスタッフやご近所と顔を合わせ、穏やかに暮らしている。

- ☆ Bさん(47歳):約6年前、障害者支援施設での搾取被害に合い、支援機関により、当ワンルームマンションへ転居。配食サービスの配達ボランティアをするようになる。生活管理ができておらず、体調が悪化、マンション隣人に救急通報をしてもらう。それを機に、地域の障害者支援事業所と連携し、ヘルパーが入り、生活支援を行うようになる。また、身体的負担の大きい配達ボランティアから、コミュニティ喫茶のスタッフや、グループハウスの見守りボランティアをするようになる。当ワンルームマンションに暮らす、障害手帳を持った約10名の人たちのリーダー的存在として過ごしている。

取り組みの成果と課題

【成果】

- 現在では、ヘルパー派遣、デイサービスに加え、ケアプラン事業所、福祉有償運送、配食サービス、コミュニティ喫茶、子育て親自主事業が多種にわたって展開できているのは、介護保険事業等での余剰資金を還流させたことによるが、「お互い様のたすけあい活動」を基本理念とし、お互いが助け合い、できない部分はスタッフがお手伝いをするという形式をとっていることも重要である。なかでも「コミュニティ喫茶」を展開したことによる人的交流の効果は大きく、「子育て親子のつどいの広場」を隣地に開設することができ、3世代、4世代の交流の場となるとともに、喫茶の配膳や調理は、軽度の知的障害者や精神障害者の方に担っていただいている。
- 今後も制度や事業では解決できないことがらは自主的な活動として実施していくことに変わりはなく、人的支援においても、障害の有無だけではなく、70代、80代の高齢の方をはじめ、20代、30代の若者、元ニート、セクシャルマイノリティ、在日コリアンなど多様な人々が、それぞれの役割を担いながら、その人に応じた働き方をマッチングしつつ、サービスの担い手が受け手になったり、受け手になりながらもできることに取り組んだり“顔の見える関係”での自立支援を大切に、お互い様の助け合いの活動を継続的に実践していく。

【課題】

- 当法人は、「個」を中心に据えたサービス展開をしてきたが、今後「地域包括ケアシステム」が展開された場合、新しく制度に取り込まれる方が存在するとともに現在の制度から漏れる方々も出てくることが現実であり、単純に制度で人を分断するのではなく、いかに生活の中から出てくるニーズを吸い上げた上で制度化するか、また、サービス展開をどのように変化させていくかは今後、法人としても大きな課題である。

参考 URL、連絡先

- NPO 法人 フェリスモンテ
<http://www.otasha.jp/>
06-6958-0011

キーワード 医療・介護情報の活用、中山間地域、遠隔支援、緊急通報、ICT 活用

医療・福祉の情報共有・緊急通報システム等の情報基盤「すさみ町地域見守りシステム」の構築

和歌山県 すさみ町

【この事例の特徴】

町内イントラネットを使い、すさみ病院、社会福祉協議会、すさみ町役場をつないだ回線で、医療、介護、保健等の情報の共有を図っている。また、緊急通報システムを利用しているひとり暮らし高齢者等の見守りも共有基盤で確認することができる。登録者は約 2,600 人で町民の半数以上に上る。医師・看護師・ケアマネジャー・介護保険事業所・保健師などの議論を経てシステムを構築し、住民に対し情報共有の必要性を説明して登録を呼びかけている。共有された情報を住民サービスにつなげている。

地域概要

総人口:	4,691 人
65 歳以上人口:	1,971 人(42.0%)
75 歳以上人口:	1,212 人(25.8%)
要介護要介護認定者数:	439 人(22.3%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所
第5期介護保険料:	4,960 円



背景・経緯

【背景】

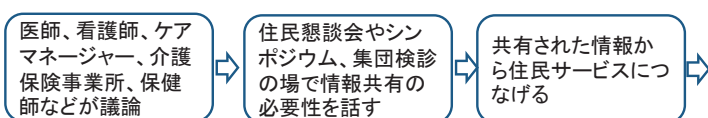
- すさみ町は、高齢化率が40%を超えており、地域によっては隣の家との距離が遠いなど、高齢者の見守りについて様々な課題がある。中心市街地から放射線状に山間部に集落が点在する典型的な中山間地域であり、山間部集落の高齢者人口比率は50%を超える。
- 効率的に利用者宅を回れるよう、地域単位で担当保健師を配置するなどの工夫を行ってきた。しかし移動も含めた稼働を考えると医療・介護の人的資源は依然として不足している。
- このような背景を踏まえて、少ない人員や自治体の財政状況を前提とした効率的な医療・介護・福祉・保健のサービス提供を支援する見守りの仕組みをIT技術により構築した。
- 医療資源は、病院が1施設(国保すさみ病院)、診療所が5施設(町立が3院、民間が2院(無床。Drは各1名))、歯科診療所が3施設である。薬局は町内に1ヵ所で、町外の事業者の支店である。
- 訪問看護事業所が1ヵ所、居宅介護支援事業所が3ヵ所、訪問介護事業所が3ヵ所、デイケア・デイサービスが各2ヵ所、介護老人保健施設が1施設、介護老人福祉施設が2施設である。
- すさみ町社会福祉協議会が、居宅介護支援、デイサービス、訪問介護を手がけるほか、移動サービス等の福祉サービスも行っており、介護サービス提供の中心的な役割を担っている。
- 町外の事業者もサービス提供を一部行っているが、山間部は山道の移動が困難で、家同士の距離も離れているため、沿岸の国道沿いの集落居住者へのサービス提供が中心である。

【経緯】

- 平成 21 年度経済産業省 地域見守り支援システム実証事業、平成 22 年度経済産業省 地域見守り創出調査研究事業、平成 24 年度厚生労働省事業 在宅医療連携拠点事業 に採択されている。
- 平成 21 年度に情報共有基盤「すさみ町地域見守り支援システム」を構築した。また、緊急通報システムを希望する独居老人等世帯に設置し、押しボタンによる緊急通報や、センサーによる見守りを行っている。平成 22 年度以降は、情報共有基盤の改良、センサーの解析による未然の事故防止等を試行的に行っている。
- 医師・看護師・ケアマネジャー・介護保険事業所・保健師などの議論を経てシステムを構築し、住民に対し情報共有の必要性を説明している。共有された情報を住民サービスにつなげている。
- 住民に医学知識を持ってもらい、自分の身体は自分で守るという意識を持てもらうとともに、システムについての住民の理解を得るために、出前講義を平成 20 年 6 月から開始した。平成 20 年の開催は 27 地区、22 回に上った。出前講義の受講者は 634 人に上り、当時の人口 5,079 人の 12.5%にあたる。
- 身近な話題を中心に医学知識を持てもらうことを目標として、町広報の活用による啓発も行った。

21年度

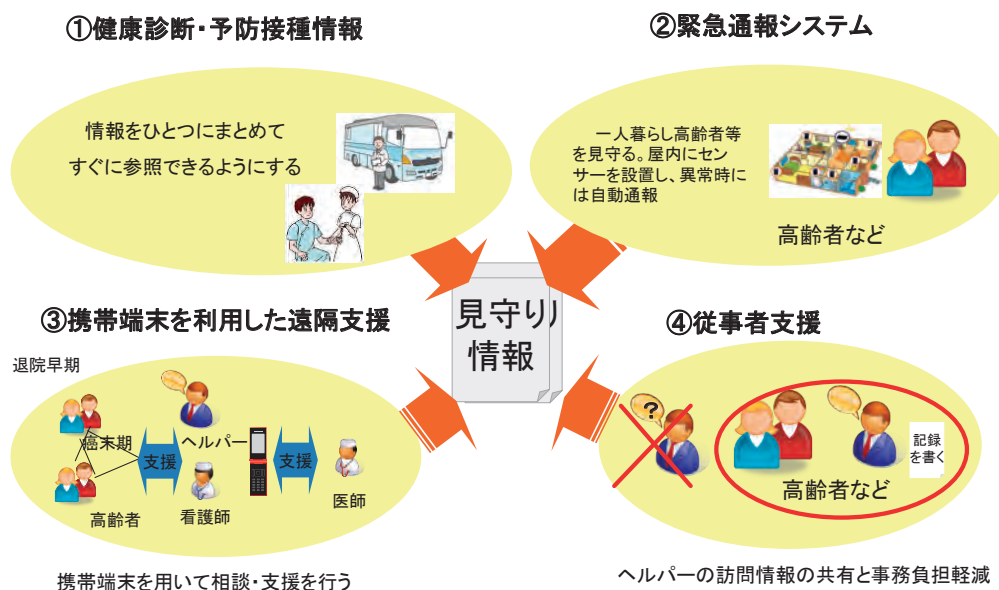
24年度



取り組み内容と方法

【概要】

- 町内イントラネットを使い、すさみ病院、社会福祉協議会、すさみ町役場をつないだ回線で、医療、介護、保健等の情報の共有を図っている。具体的には、処方・注射・検査などの情報、介護情報、見守りセンサー、訪問看護の情報のほか、掲示板機能も有している。
 - また、緊急通報システムを利用している一人暮らし等の見守り情報も共有基盤で確認することができる。
- システムの全体像

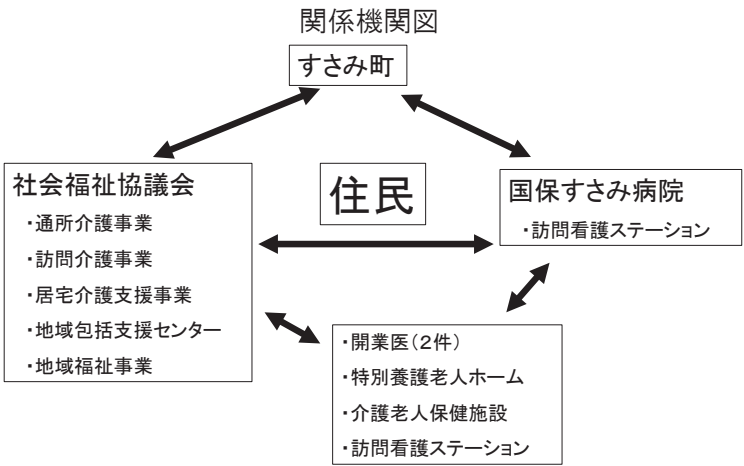


【予算等】

- すさみ町:システムの維持費など年間約 2,600,000 円の支出がある
- 国:平成 21 年度経済産業省 地域見守り支援システム実証事業
(会議費等約 2,800,000 円。システム等の費用は不明)
- 国:平成 22 年度経済産業省 地域見守り創出調査研究事業(38,000,000 円)
- 国:平成 24 年度厚生労働省事業 在宅医療連携拠点事業(19,900,000 円)

【関係機関】

- 利用者:すさみ病院(医師等)、行政(保健師、住民福祉課長等)、社会福祉協議会(ケアマネジャー、地域包括支援センター職員等)
- 登録者:町民約 2,600 名
- 実施主体は、すさみ町。連携先として、町立国保すさみ病院、すさみ町社会福祉協議会。



【取り組み方法】

- すさみ病院、社会福祉協議会、すさみ町役場を繋いだ回線で、医療、介護、保健等の情報を共有し、共有された情報を住民サービスにつなげている。

情報共有とサービスへの活用

	処方	注射	検体	細菌	画像	看護	ケアプラン	介護記録	健診	保健指導	...
医師	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	
看護師	○	○	○	○		◎	◎	◎	○	○	
ヘルパーなど	○					○	○	○			
保健師	○						○	○	◎	◎	

※など医療・介護・福祉・健康に携わる関係者

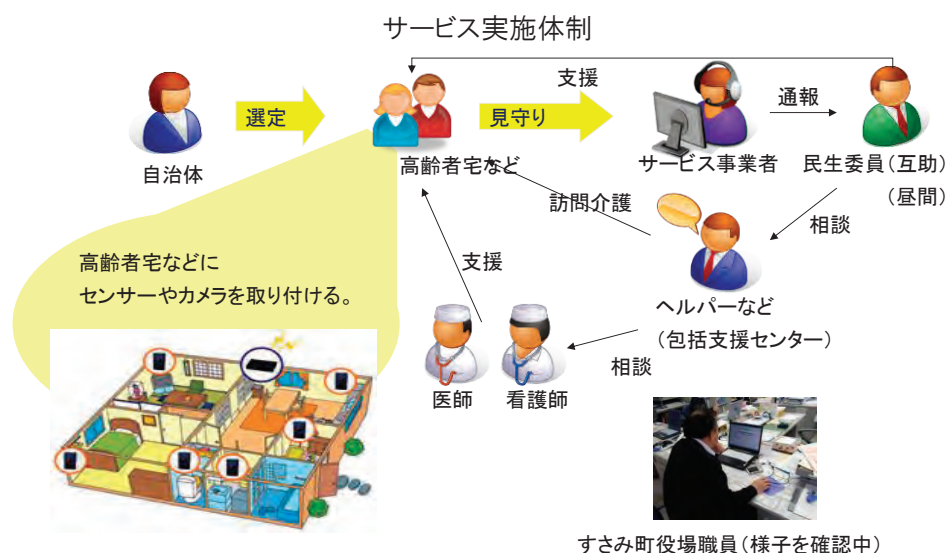
日常生活を踏まえた診断

処方と合致した介護指導

看護記録を用いたケアプランの検討など

ケアプランを用いた看護計画の立案

栄養指導に沿った食事介護



取り組みの成果と課題

- このシステムを構築したことで、多職種間の連携が緊密になったと同時に、構築にあたって、会合をくりかえしたことにより各部門の意思疎通が良好となった。
- 情報システムの構築ならびに住民の啓発活動により、休日・時間外受診者数は平成 17 年に比し、平成 18 年 77.5%、平成 19 年 65.5%、平成 20 年 68.6%、平成 21 年 60.1%と減少した。啓蒙を行った町内の休日・時間外受診者数は平成 17 年に比し、平成 18 年 76.8%、平成 19 年 60.1%、平成 20 年 65.0%、平成 21 年 60%と啓蒙を行わなかった町外受診者数に比べて大きく減少し、啓発活動は有効であった。町内の救急搬送数は減少したものの救急搬送後の入院数に大きな変動はなく、適正利用がなされるようになった。
- 継続して運用できるように、運営・維持費用は可能な限り抑えたため、システムは必要最小限とし、オプションの増設が容易に行えるように設計している。初期費用はかかるものの、財政規模の小さい自治体でも継続運用は容易である。マイナンバーなどの導入は必要であるが、このシステムが複数地域で運用できれば、互いを連結することにより低価格でシステムダウンに強い広範囲なネットワークの構築が可能である。
- 今後は、町内の開業医や施設、近隣の総合病院とも情報共有できるように改良が必要と思われる。

参考 URL、連絡先

- すさみ町地域包括支援センター
0739-55-4670
- 厚生労働省 関連ウェブサイト
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/zaitaku/seika/dl/booth2-11.pdf
- 平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業所 活動発表会 資料
(国立長寿医療研究センター ウェブサイト)
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/07069207.pdf

キーワード	地域密着型サービスの推進や活用、小規模多機能型居宅介護、共生ホーム、次世代育成
-------	---

小規模多機能居宅介護が地域に開かれた拠点に

鳥取県 米子市

【この事例の特徴】

県が運営を支援する複合型施設で、登録人数 25 名、通所定員 15 名、宿泊定員 5 名の小規模多機能型生活介護と、定員 10 名の認可外保育施設を併設している。地域に開かれた拠点とするため、小学生を対象とした介護・保育体験事業、地域の老人会や自治会を対象にした地域講座、地域住民が講師を務める教室の開催などを行っている。

地域概要

総人口:	149,773 人
65 歳以上人口:	37,661 人 (25.1%)
75 歳以上人口:	19,501 人 (13.0%)
要介護要介護認定者数:	7,506 人 (19.9%)
地域生活支援センター数:	7 カ所
第5期介護保険料:	5,436 円



背景・経緯

【背景】

- 鳥取ふれあい共生ホーム「照陽の家(てるひのいえ)」がある地域は、米子市の中でも高齢化率が10%近く高く、独居の高齢者も多い。
- 共生ホームは高齢者だけでなく、児童や、地域の住人やボランティア団体等様々な人々が入り出できる施設であり、様々な世代の人々が、協力して支えあいの地域をつくっていくことで「高齢者」のみが住みやすい地域ではなく、誰もが何時までも気持ちよく暮らしていける地域がつくられていくと考えた。照陽の家は平成23年5月の開設以来「認知症になっても住みやすい地域づくり」を目指してきた。
- 鳥取県では住み慣れた地域において、高齢者、障害児・者及び児童等のみならず、地域住民の誰もが集い、多様なサービスや活動で互いを支え合う場として「共生ホーム」の整備を支援している。平成26年1月時点で、県内に21カ所の共生ホームがある。施設によって異なるが、小規模多機能型居宅介護・通所介護などの介護保険サービス、基準該当生活介護・基準該当デイサービスなどの障害者・児サービス、認可外保育施設などの保育サービスを併設していることが多い。



(資料) 鳥取県ウェブサイト <http://www.pref.tottori.lg.jp/secure/426696/kyouseiho-muime-ji.pdf>

【自治体からの支援(予算等)】

- 平成 22 年度鳥取ふれあい共生ホーム整備促進事業費補助金(整備費 5,000 千円)
- 平成 23 年度鳥取ふれあい共生ホーム整備促進事業費補助金(運営費 2,000 千円)
- 平成 25 年度鳥取ふれあい共生ホーム整備事業費補助金(2,000 千円)

事業者と地域住民が協力して地域の課題解決に取り組む「地域連携型」の実施事業者として、補助金を活用して地域との連携・協働を推進

- 市からの財政的支援はなし

取り組み内容と方法

【概要】

- 照陽の家は「通所」、「訪問」、「宿泊」、「訪問看護」サービスを利用できる複合型サービスを中核として高齢者・障害者(児)・子どもが、住み慣れた地域で家庭的な雰囲気のもと、きめ細やかなケアを受けながら第 2 の我が家のようなイメージで利用することを目指している。具体的には、登録人数 25 名、通所定員 15 名、宿泊定員 5 名の小規模多機能型生活介護と、定員 10 名の認可外保育施設を併設している。

【地域に開かれた拠点とするための取り組み】

1. 次世代育成

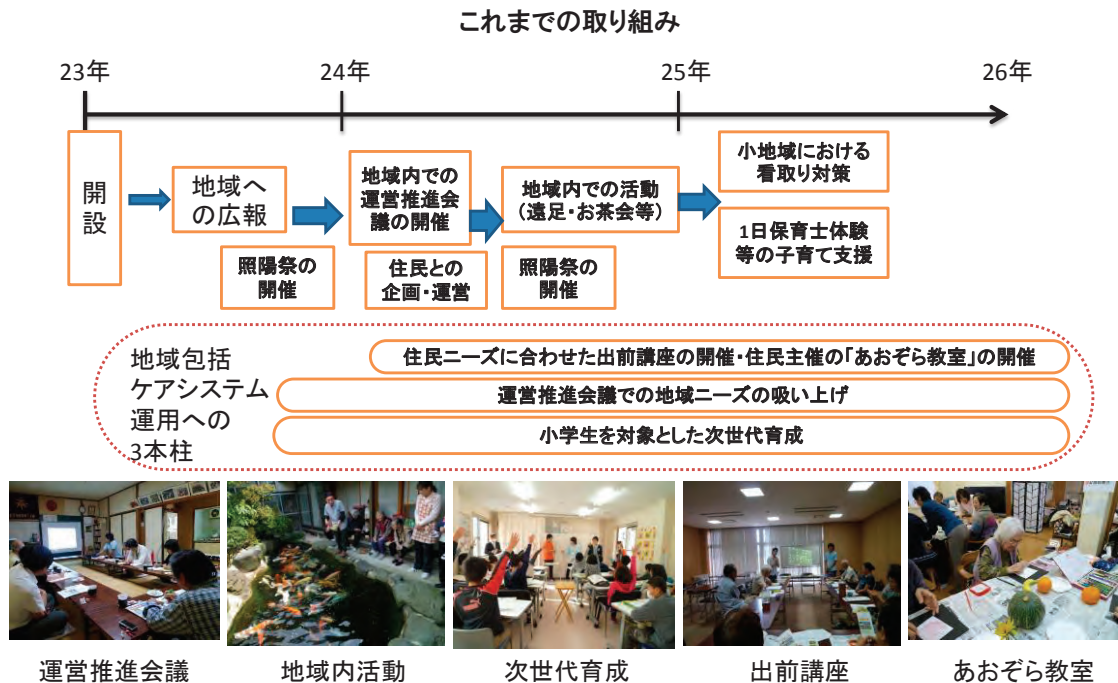
- 地元の小学校と連携し、小学 5 年生を対象とした「福祉に触れる」授業を開催。実際に現場を見学した後、自らが介護を受ける、実際に食事をする、職員と会話をしてみる等の体験を通して、介護を必要としている人々の気持ちを体感してもらう。さらに園児との触れ合いを通じて、「自らが大切にされてきたこと」を実感してもらう。
- この授業を体験した 5 年生の生徒が、1 年後に「今、自分たちにできること」と称して、照陽の家でのイベントを企画・開催してくれた。個々で伝え方は違い、様々であったが(演劇、ゲーム、ダンス、歌等)その中には必ず「私たちがいるから、大丈夫。皆で頑張ろう」というメッセージが込められていた。

2. 地域力の強化

- 施設スタッフが講師となり、地域の老人会や自治会を対象に地域講座を開催。講座の内容は運営推進会議で住民から募集し、日程なども住民との話し合いで決め、「認知症予防」「介護予防」「食育」「薬の基礎知識」「栄養管理」「体調管理」等、生活に密着したものが多く開催された。また、地域の住民には施設のイベント開催に直接携わってもらい、運営を通して地域ニーズの掘り起こしや解決を行っていった。

3. 住民活動の活発化

- 地域住民が講師となって教室の開催を行った。教室では「絵手紙」「押し花」「布草履」等、多岐に渡り、施設の高齢者だけでなく、地域の住人、保育園の父兄、地域の小学生等が参加した。
- 教室の中には「救急救命」という教室もあり、この講座では元赤十字の住民が中心となり、利用者や地域住民、職員、保育所の利用者を対象とした救命法の講座を開催している。



取組みの成果と課題

【成果】

- このような取組みを行っていくことで、地域住民がお互いに顔を合わす機会が増え、また「一つのこと」に挑むことで住民同士に絆が生まれたように感じる。現在では施設の広報誌配りも地域の住民が手伝ってくれるなど、地域で運営する施設へとつながっている。
- 高齢化の著しい地域において、住民同士が顔を合らし、お互いの状況や地域の情報を交換できる場が提供できたこと。地域力の強化によって、地域ニーズの掘り起こしと解決策の模索ができたこと。以上の2点により、地域ネットワークの確立と強化を行えたことは非常に大きな成果だと感じている。また、次世代育成における取組みでは、小学生が自ら考え、伝えるという形でイベントを企画・開催してくれたこと。その後も施設へと関わっていることも大きな成果であると思う。

- しかしながら、この取り組みは1年ですぐ達成できたものではない。開設から3年間という時間の中で、少しずつ関係が構築されていった結果である。事業所が地域の3年先、5年先を意識して、事業所運営を行うことで、少しずつ成果が表れるものである。この地域づくりでは共生ホームを取り巻く環境だけでなく、利用する被保険者にも影響を及ぼした。照陽の家では要介護4～5の重度の方が増えつつあるが、認知症を持つ高齢者であっても、地域の理解や地域が受け入れる力があれば、生活することができる。

参考 URL、連絡先

- 鳥取ふれあい共生ホーム「照陽の家(てるひのいえ)」
〒683-0812 鳥取県米子市角盤町3-124-3 TEL:0859-21-8151
- 米子市 福祉保健部 長寿社会課
<http://www.city.yonago.lg.jp/1160.htm>
TEL:0859-23-5131
- 鳥取ふれあい共生ホーム 紹介ページ
<http://www.pref.tottori.lg.jp/122522.htm>

キーワード 地域通貨を活用したボランティアの取り組み、高齢者サロン

地域通貨を活用した交流拠点「サロン・なんだ村」

岡山県 岡山市

【この事例の特徴】

高齢者や障害者が社会で孤立するのを防ぐため、NPO 法人が運営するサロンで、各種教室や交流事業などを行っている。サロンにおけるボランティア活動に対して施設内で使用できる地域福祉通貨を支払い、地域通貨を入材料や送迎料として利用してもらうことで活動の活性化につなげている。

地域概要

総人口:	701,923 人
65 歳以上人口:	160,856 人(22.9%)
75 歳以上人口:	79,570 人(11.3%)
要介護要支援認定者数:	33,611 人(20.9%)
地域包括支援センター数:	6 カ所
第5期介護保険料:	5,520 円



背景・経緯

【背景】

- サロン・なんだ村がある岡山市南区宗津は平成 17 年に岡山市と合併した旧児島郡灘崎町にあり、旧灘崎町は岡山市域の南端に位置し、町域の大半が干拓地で農地が広がっている。
- このような地域環境のなかで、合併による周辺部の地域福祉の後退を防ぐため、活動が始まった。

【経緯】

平成 18 年 5 月 : なんだ村運営母体「NPO 法人ホッと灘崎ボランティアネット発足」
 平成 19 年 10 月 : 福祉有償運送事業を開始
 平成 20 年 4 月 : なんだ村開村。月・水・木・金が開村日。なんだ村への送迎を実施(有償)。

取り組み内容と方法

【概要】

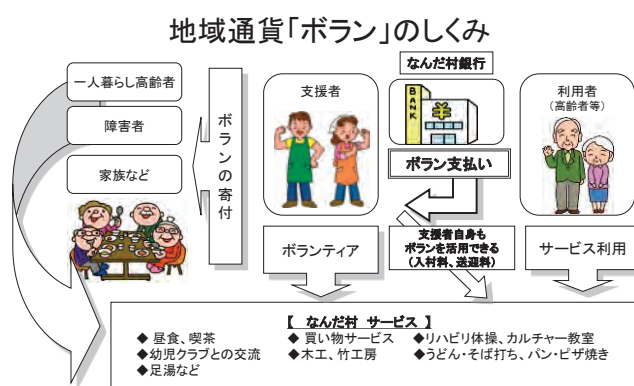
- 閉じこもりがちな一人暮らしの高齢者や障害者が社会で孤立するのを防ぐため、高齢者サロン「なんだ村」では、以下のような誰もが楽しく気軽に参加できる様々な活動を行っている。
 - ◇ 昼食や喫茶の提供
 - ◇ 買い物サービス
 - ◇ リハビリ体操、カルチャー教室、介護相談、詩吟、歌、合唱などの各種教室
 - ◇ 幼児クラブとの交流
 - ◇ 木工、竹工房
 - ◇ こだわり工房として、うどんやそば打ち、石釜でのパンやピザ焼き
 - ◇ 冬場には足湯など

【実施主体】

- NPO 法人ホッと灘崎ボランティアネット

【取り組み方法：地域福祉通貨の活用】

- サロン『なんだ村』では、ボランティア活動に対する報酬として、施設内で使用できる地域福祉通貨『ボラン』が支払われる。
- ボランは、入材料や送迎料へ利用可能である。
- ボランは、支援者自身が使用する以外に、家族や近所の高齢者、障害者のために使用（寄付）することも可能で、新たなサロン利用者、ボランティアの拡大が期待できる。
- 支援者の意欲や事業の継続性が向上することで、利用者に対して、安定的に充実したサービスが提供可能となる。



取り組みの成果と課題

【活動実績】

- 利用者の資格要件は無く、平成 24 年度は延べ約 4,000 人の利用があった。
- その活動を支える支援者は全てボランティアである。（常勤 3 名、ボランティア活動登録者約 30 名）

【成果】

- 積み立てた地域福祉通貨「ボラン」は融通（寄付）可能で、本人が利用しない場合でも、家族や近所の高齢者、障害者のためにボランを使用することも可能で、利用者の拡大を図るとともに、支援者の意欲の向上、事業の継続性も高めている。
- これらの活動が、高齢者等の外出意欲、閉じこもり解消につながっている。また、初期の認知症の方にとっても快適な居場所として活用されている。

【今後の展望と課題】

- 開村から5年が経過し、ボランティアの方も高齢になりつつあり、新たな人材確保が課題となっている。
- 今後はサロン・なんだ村を地域の交流の場としてだけでなく、避難所の機能を持った、福祉、環境、防災の総合的な拠点として整備していく。

参考 URL、連絡先

- 岡山市 保健福祉局 高齢者福祉課
http://www.city.okayama.jp/hofuku/kourei/kourei_00113.html
086-803-1230

キーワード	医療・介護等のサービス拠点、病院を核にした保健・医療・福祉・介護の統合、健康文化の里づくり推進員、有償ボランティア、地域ケア会議
-------	--

病院と保健福祉支援センター併設による医療と保健・介護の連携

高知県 梼原町

【この事例の特徴】

病院・保健福祉支援センターを拠点として、保健・医療・福祉・介護を一つの建物で提供しており、多職種の連携につながっている。また 35 年の歴史のある「健康文化の里づくり推進員」の活動によって健診受診率は約 73%と県内第 1 位である。地域ケア会議・ケアプラン会を定期的実施している。

地域概要

総人口:	3,750 人
65 歳以上人口:	1,566 人 (41.8%)
75 歳以上人口:	1,011 人 (27.0%)
要介護要認定者数:	286 人 (18.3%)
地域包括支援センター数:	1カ所
第5期介護保険料:	3,824 円



背景・経緯

- 梼原町は昭和 46 年に無医地区になった経緯があり、医師確保が困難な状況を経験した。それ以外にも伝染病の経験などもあり、安定した医師確保及び疾病予防、健康づくりの重要性という住民と行政の思いが一緒となり、梼原病院及び保健福祉支援センターの開設、住民と連携した地域保健・地域福祉の推進、地域ケア会議・ケアプラン会の実施などを進めてきた。

取り組み内容と方法

1. 梼原病院(国診協)と梼原町保健福祉支援センターの併設による医療・保健・福祉・介護の連携

- 以前は保健・医療・福祉に関する機能が役場や診療所などすべて別の建物に分かれていたが、これを一つの建物に集約し、保健・医療・福祉・介護を統合したのが梼原病院及び保健福祉支援センター（平成 8 年建設）である。同一建物内に梼原病院、保健福祉支援センター（介護医療係、福祉係、健康増進係、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等）、高齢者生活ハウス、デイサービスセンターが入っており、デイサービスにきた後に病院受診する、病院受診後に医療保険等の手続きや相談をする等、保健・医療・福祉・介護が一つの建物で提供できることが特徴である。

2. 住民と連携した地域保健、地域福祉の推進

- 健康文化の里づくり推進員
 - ✧ 梼原町では住民の健康づくりを積極的に推進するため、各組織の推進母体となり、町内各地区での保健・福祉・環境の向上に努めることを目的として、昭和 33 年に「衛生組織連合会」が発足した。
 - ✧ 衛生組織連合会は町内全戸で組織され、6 区の自治組織ごとに衛生委員長がいる。衛生組織連

合会には「健康文化の里づくり推進員」がおり(前身:保健衛生推進員、健康ふれあい推進員)、健診の受診勧奨や協力、各区の相互交流活動などを行っている。推進員は「自分の健康は自分で守る」を合言葉に活動し、20戸を1人が担当するとの考えで1期75人が選出される。

☆ 名称は変化したが推進員制度が始まり35年経った現在、総勢1,334人(再任可のため実人数/平成25年4月現在)が推進員を経験した。

- つむぎあい活動

☆ 梶原町いきいきふれあい活動運営協議会が行っている有償ボランティアで、介護保険サービス外の軽微な困りごと(電球の交換、ゴミ出し、布団干し等)に対してボランティアしてもらった場合、1回につき1枚100円のつむぎあい券を渡す。

☆ 町内6つの自治組織をつなぎあわせる、お互いに助け合うシステムをつくろうというねらいで始めた。

☆ つむぎあい券は、ボランティアによるサービスを利用した際の支払いに利用可能。換金もできる。

3. 地域ケア会議、ケアプラン会の実施

- 地域ケア会議

☆ 月1回の定例会として平成8年から高齢者サービス調整会議を行っているが、障害者等についても会議の対象とすることから、平成12年4月から「地域ケア会議」と名称を変更した。

☆ 目的は、①地域において、高齢者等の生活全体の質を確保していくため、健康づくり、生きがいくくり、生活の自立等の広い視点から多様なニーズを的確に把握し、ニーズに沿った保健・医療・福祉・介護等の各サービス間の総合的な調整を図ること、②地域全体で支え合う地域ケア体制を住民とともに創造し、推進する必要があることから、住民と保健・医療・福祉・介護等各分野のスタッフが目的意識を共有し、高齢者等のニーズに沿った地域ケア体制の推進を図ることである。

☆ 地域ケア会議の参加者は、梶原病院医師、看護師、理学療法士、ケアマネジャー、保健師、福祉担当者に加え、民生児童委員協議会長、介護サービス事業者などである。

☆ 地域ケア会議の主催者は保険者であり、司会進行等は保険者が行っている。

- ケアプラン会

☆ 平成8年から検討ケースがある場合に会議を行っていたが、共有の遅れによる退院支援等に課題が出てきたことから、保健・医療・介護・福祉関係者による定例会として平成20年度から週1回のケアプラン会を定例開催している。

☆ ケアプラン会は、保健・医療・福祉・介護関係者が、梶原病院入院者(町内住民に限る)の情報を共有し、施設や在宅生活への移行支援をスムーズにすること、在宅者で気になるケースの共有等を目的として実施している。

☆ ケアプラン会の参加者は、梶原病院医師、看護師、理学療法士、ケアマネジャー、保健師、必要に応じて栄養士や福祉担当者などである。

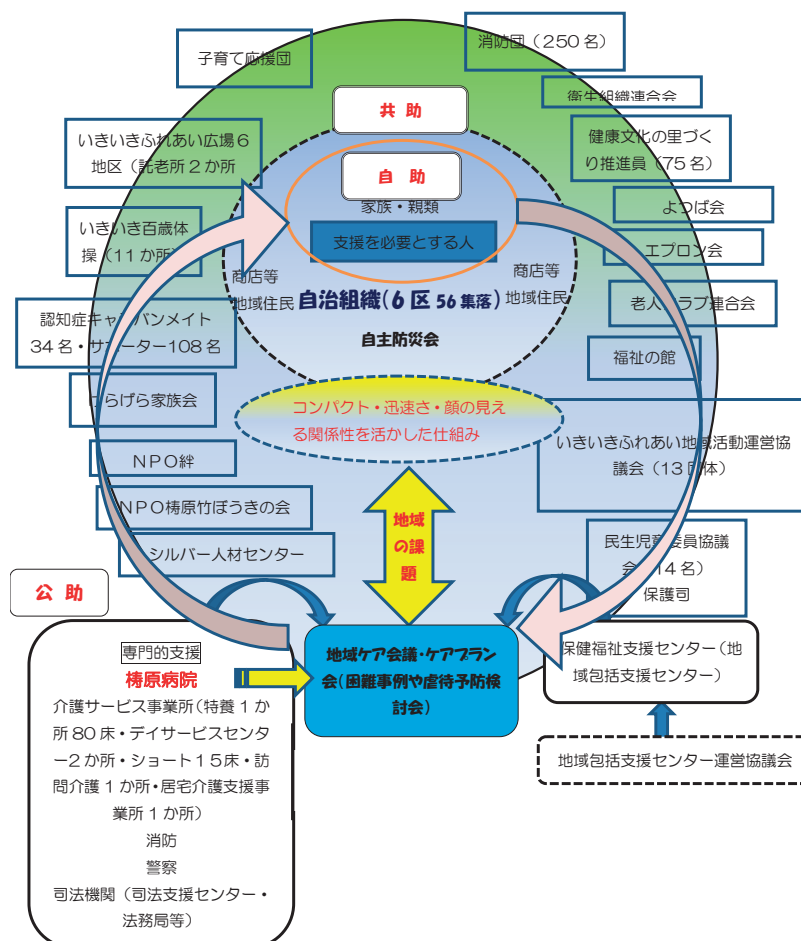
☆ ケアプラン会の主催は保険者であり、司会進行、資料の準備等を行っている。

☆ ケアプラン会で検討後、養護老人ホーム等の申請や、介護サービスのみでは不十分な場合等に町単独事業を利用するなどして、地域ケア会議で検討する場合もある。

4. お腹の中から高齢者までライフステージ全般に関わる総合施策の実施

- IP 電話…町内無料で電話でき、高齢者の閉じこもり防止や安否確認に役立っている
- 緊急通報システム…ボタンが押されたら登録者に対し放送またはメールが届く
- 見守りセンサー…概ね 80 歳以上の独居高齢者等の自宅にセンサーを設置し、朝 4 時から 11 時半までの間に動きがなかった場合、保健福祉支援センターおよび登録者にメールが届く
- 雲の上いきいきチケット…75 歳以上の高齢者等の外出支援のため、タクシー初乗料金を補助
- 在宅生活おうえん事業…
 - ◇ ヘルパー: 要介護認定「自立」や障害者、要介護認定を受けていてもサービスが不足している場合、介護保険と同じく 1 割負担で訪問介護を利用できる
 - ◇ 住宅改修・福祉用具: 要介護認定を受けていない高齢者や障害者を対象に、軽微な住宅改修(上限 6 万 3 千円)及び福祉用具購入(上限 2 万 7 千円)を補助
 - ◇ 在宅生活おうえんチケット: 要介護 3 以上もしくは認知自立度Ⅲa 以上及び身体障害者 1・2 級などの介護者に対し、デイサービスおよびショートステイ利用時の自己負担額を月 5 日分まで補助
- 思いやり家庭支援金…在宅生活おうえんチケットと同じ対象者に対し、月 1 万円支給(オムツ代等)。
- NPO 法人「絆」…民間サービスがない地域で過疎地有償運送・配食事業を実施
- 介護職員初任者研修: 学生から成人まで幅広く対象として無料で受講可能

橋原町地域包括ケアシステム



取り組みの成果と課題

【成果】

1. 梶原病院(国診協)と梶原町保健福祉支援センターの併設による医療・保健・福祉・介護の連携

- これにより住民は一つの建物でニーズを充足できる利点がある他、病院・保健福祉支援センターの職員がお互いにすぐに相談や連絡ができ迅速かつスムーズなサービス提供ができるよう取り組んでいる。また定期的に関係者で情報共有や検討できる場を設けることできめ細やかな支援が可能になった。
- 職員がお互いにすぐに相談や連絡ができることについて、職員の満足度が高い。

2. 住民と連携した地域保健、地域福祉の推進

- 推進員制度によって、高知県で1位という高い健診受診率(約73%)が成果の一つといえる。一人がひとりを誘う運動などの地道な活動と、地域から途絶えることなく推進員を選出してきたことで、推進員の意識が変わり、それが地域の健康づくりにつながったと考えている。

3. 地域ケア会議、ケアプラン会の実施

- 地域ケア会議では、医療や介護関係者等への、町独自の介護や福祉サービスの理解が得られたこと、町独自の介護や福祉サービスの利用決定の検討の機会とともに、情報の共有化が行えることが成果として挙げられている。
- 平成24年度はケアプラン会を52回開催した。
- ケアプラン会では、各サービス間の隙間を少なくし、きめ細やかな支援が可能となったほか、町単独事業(有償ボランティア)等の活用や近隣住民との見守り体制の構築等につながるケースもある。

【課題】

- 梶原病院(国診協)と梶原町保健福祉支援センターの併設による医療・保健・福祉・介護の連携については、職員の満足度は高いものの、成果を可視化できていないことが課題であると認識している。
- 推進員制度については、過疎化が進行し、集落によっては推進員をできる人が限られ、他集落と比べると負担が大きいなどの問題が出てきている。推進員も含めた衛生組織連合会は各地区で運営していますが、地区によっては複数の集落の中から推進員を選出するなど、臨機応変に対応している。
- ケアプラン会について、評価方法を確立できておらず、成果を可視化することが課題と言える。平成25年にはケアプラン会参加者にアンケート調査を行い、会の運営方法も検討した。引き続き、評価方法を模索し、住民にとって価値のある会となるよう取り組んでいく。

参考 URL、連絡先

- 梶原町 保健福祉支援センター
<http://www.town.yusuhara.kochi.jp/staffblog/center.php>
0889-65-1170

キーワード	介護予防に関するボランティアの養成、介護予防推進連絡会、通所型・地域型・訪問型介護予防
-------	---

「佐々町介護予防ボランティア」の地域デビューを促進する介護予防事業の展開

長崎県 佐々町

【この事例の特徴】

介護予防ボランティアを養成し、登録希望者を「佐々町介護予防ボランティア」として登録している。介護予防ボランティアは、福祉センター、地元地区集会所、訪問型などの活動に参加している。またボランティアの情報交換や知識習得のための佐々町介護予防推進連絡会を組織している。介護予防ボランティアを活用し、より身近な地域で、介護予防の地域づくりを展開している。

地域概要

総人口:	13,767 人
65 歳以上人口:	3,181 人(23.1%)
75 歳以上人口:	1,647 人(12.0%)
要介護要介護認定者数:	530 人(16.7%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所
第5期介護保険料:	5,990 円



背景・経緯

【背景】

- 佐々町の介護保険制度に関して、以下のような問題意識を持っている。
 - ◇ 住み慣れた地域で過ごしていただくために、必要な人には必要なだけの介護サービスを十分に利用してもらいたい
 - ◇ 佐々町住民の保険料が必要な人に適切に使われているか、国民の共同連帯の理念に基づいた利用のされ方となっているか
 - ◇ 介護保険法第4条 国民の努力及び義務の再確認
 - ◇ 「できないことの支援」ではなく「できていることの継続や改善可能な部分の支援」へのこだわり
 - ◇ 多様化する高齢者ニーズに介護保険制度だけでは対応できない
 - ◇ 自立となったのちも不安なく在宅で過ごせるための地域支援体制の整備が必要
- 問題意識を受けて、①給付の適正化と②介護予防を含む地域支援体制の確立に取り組んでいる。
- ①「給付の適正化」のために、以下のような目標を掲げた。
 - ◇ 自立した高齢者割合の増加
認定率を2015年までに国平均レベルに近づける(軽度者数減を指標に！)
 - ◇ 在宅生活者割合の増加
要介護2～5の施設・居住系サービス利用者割合の減を目指す

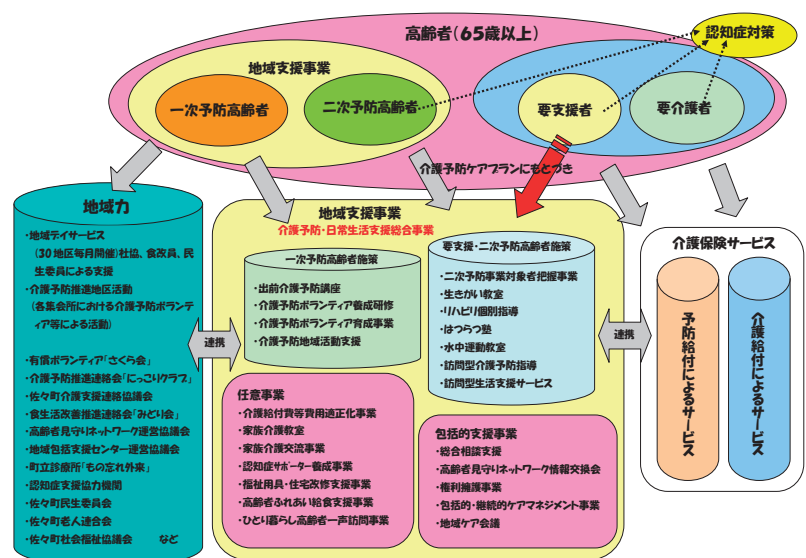
- 上記の目標を達成するために、以下のような取り組みをしている。
 - ◇ 要介護認定の申請時の理由確認の徹底（介護保険制度・地域支援事業の説明）
 - ◇ 認定者でサービス利用のない方への訪問活動
 - ◇ 『地域ケア会議』における自立支援型ケアマネジメント支援と給付適正化事業を実施（毎週 1 回）
生活行為評価の導入、介護サービス利用に関して廃用症候群・認知症の予防・改善に重点を置く
- ②「介護予防を含む地域支援体制の確立」のために、以下のような取り組みをしている
 - ◇ 75 歳以前からの介護予防（身体機能維持・認知症予防・閉じこもり予防等） が重要
 - ・ 佐々町の介護保険制度の現状とビジョンを伝える出前講座
 - ・ 地区集会所を活用した介護予防活動の推進・介護予防ボランティア育成
 - ・ 団塊の世代を対象とした『地域デビュー講座』
 - ・ 総合福祉センターを活用した介護予防事業のメニューの拡大
 - ◇ インフォーマルサービスの確立・推進
 - ・ 「こんな支援があれば、まだ在宅ひとり暮らし大丈夫！」というような支援体制の確立（傾聴・家事支援・中学生登校時ゴミ出しなど）
 - ◇ 認知症になっても安心して過ごせる地域づくり
 - ・ 認知症サポーター養成、全町内会へ（地域支援連絡会にて福祉劇団）
 - ・ 町立診療所（神経内科）と密接な連携を図る

【介護予防の取り組みの変遷】

- 平成 18 年 地域包括支援センターの稼働とともに、一遍通りの介護予防を住民に投げかけても何の変化もなかった 2 年間。その間に合併問題が浮上。地域サロンは全地区で月 1 回程度、定例で開催されていたが、専門職の関与がないと成り立たない状況であり、合併とともに消失する可能性が生じた。
- 平成 20 年 「介護予防ボランティア養成講座」をスタート、地域サロン参加者に自分たちでもできる介護予防の習得を目的に開催。現在 6 年目、団塊の世代を対象に地域包括支援センター・健康センター・社会福祉協議会と協働し、「地域デビュー講座」として継続中。
- 平成 20 年に、養成講座の修了生による「地域型介護予防推進活動」がスタート。

当初は 8 か所立ち上がり、現在 14 地区。今後、全町内会（30 地区）開催を目標に展開中。
要支援・二次予防高齢者向けの介護予防事業にも「通所型介護予防推進活動」として活躍。
要支援・二次予防高齢者向けの生活支援サービス「訪問型介護予防推進活動」として稼働開始。

佐々町の高齢者を支える地域支援体制図

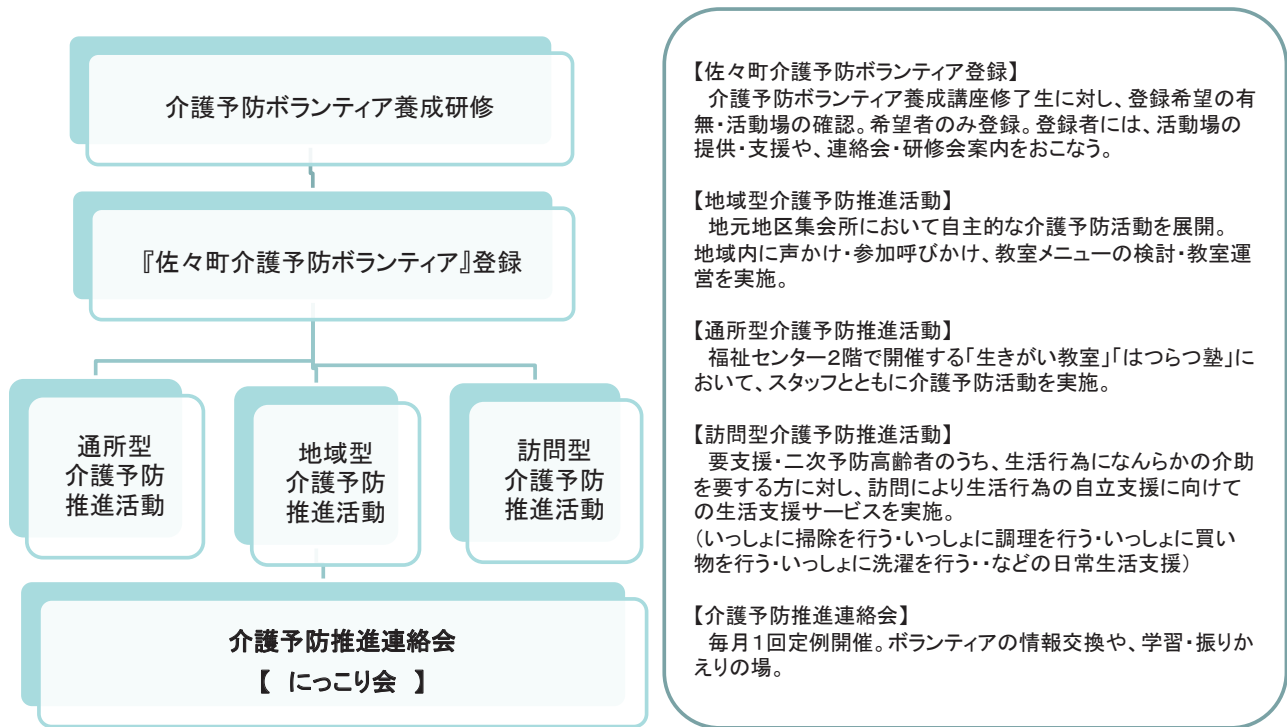


取り組み内容と方法

【概要】

- 介護予防ボランティアを養成し、登録希望者を「佐々町介護予防ボランティア」として登録する。ボランティア活動としては福祉センターでスタッフとともに実施する「通所型」、地元地区集会所における「地域型」、要支援・二次予防高齢者宅を訪問して一緒に家事等を行う「訪問型」の活動がある。

介護予防ボランティア組織図



【通所型介護予防推進活動の活動例】

- 生きがい教室 運動・口腔体操、昼食・入浴、囲碁将棋・映画など 5 時間
- はつらつ塾 手作業クラブ・カラオケクラブ など 2 時間
- おとこ料理クラブ 健康相談センター調理室にて開催
- カントリークラブ 農作業を展開



生きがい教室



はつらつ塾



おとこ料理クラブ



カントリークラブ

【取り組み方法】

- 介護予防ボランティアの育成を行っている

介護予防ボランティア養成講座の開催実績

	内 容	修了生
平成 20 年 度 (2 回)	○介護予防における佐々町の取り組み ○心身における介護予防！～運動実践～ ○口腔機能における介護予防！ ○高齢者の栄養について ○グループワーク「各地区での取り組み状況について」 〃 「今後の介護予防ボランティアの活動について」	56 名
	特定高齢者施策『元気アップ教室』卒業者を『介護予防ボランティア養成講座』 修了生と認める	20 名
平成 21 年 度 (4 回)	○介護予防における佐々町の取り組み ○心身における介護予防！～運動実践～ ○口腔機能における介護予防！ ○高齢者の栄養について ○グループワーク「各地区での取り組み状況について」 〃 「今後の介護予防ボランティアの活動について」 ○認知症サポーター養成	33 名
平成 22 年 度 (6 回)	○脳と身体の健康寿命を永く保つために ○口腔機能における介護予防！ + ワークショップ ○心身における介護予防～運動実践 + ワークショップ ○高齢者の栄養について + 佐々町の介護保険の現状 + ワークショップ ○高齢者の介護問題について(介護者の会合同研修) ○認知症を正しく理解しよう！～認知症サポーター養成 ワークショップ「今後の介護予防ボランティア活動について」	60 名

- 佐々町介護予防推進連絡会『にっこり会』

☆ 介護予防ボランティアをはじめとした関係者間が相互に連携し、情報交換および介護予防に関する知識の習得を行い、地域における介護予防の推進を図ることを目的として平成 21 年 2 月に設立した。現在、登録会員数は 45 名。

☆ 毎月第 4 水曜日に定例会を開催し、そこで得た元気や知識を地域に持ち帰り、運動や脳レクレーションなど介護予防活動を推進している。新規メニュー紹介（運動／脳レク／手芸など）、各地区の情報交換・活動報告などを行っている。

- 専門職の関与

☆ 養成講座で佐々町の現状・方向性を皆で明確にし、共有している。

☆ 「介護予防推進連絡会」を月 1 回開催し、介護予防ボランティアのみではなく、介護予防事業担当者や地域サロン担当者も参加している。佐々町における介護予防の方向性の統一化および個々のケースの切れ目ないケアの実現を図っている。

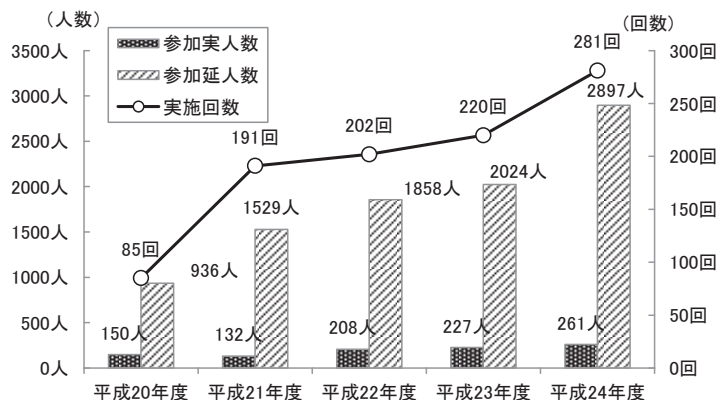
☆ 町全体の介護予防への取り組みの方向性がぶれないよう、定期的に住民や各関係団体へビジョンを確認し、成果を報告している。

取り組みの成果と課題

【成果】

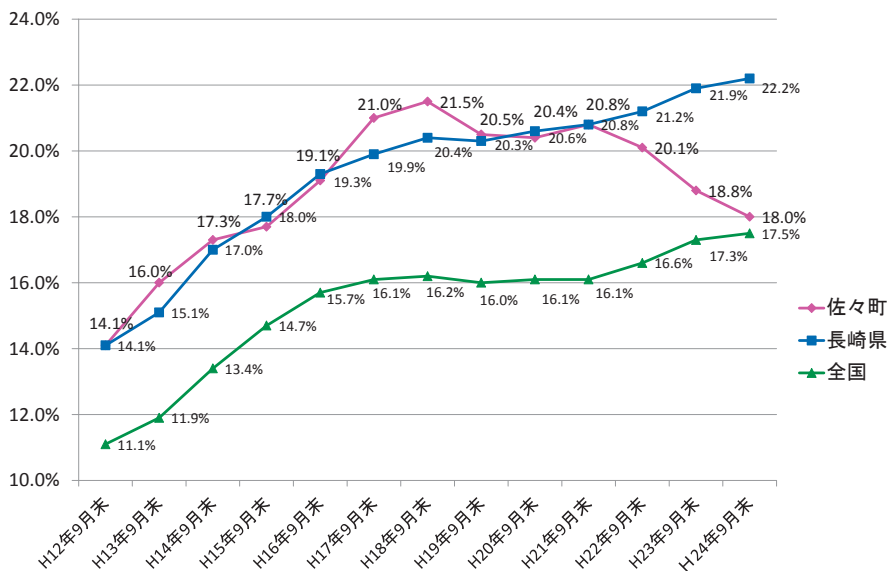
- 活動回数・参加者数が着実に増加している。
 - ◇ 介護予防ボランティア地域活動の参加者数は、平成20年度に実人数150人、延べ人数936人であったのが、平成23年度には実人数362人、延べ人数2024人と2倍以上に増加した。
 - ◇ 介護予防ボランティア地域活動の活動回数も、平成20年度の85回から、平成23年度には220回と、3倍近くに増加している。

介護予防ボランティア地域活動実績の推移



- 参加者からの満足の声が聞こえてくる。
 - ◇ 椅子に座って自分ができる運動を一諸に行われる。皆に会えるのが嬉しい。(93歳女性)
 - ◇ 我が家でも自分の為と思い、毎日運動する習慣ができました。(90歳女性)
 - ◇ 思わぬ所で怪我をしそうになったが大事に至らずよかった。これも運動していたからだよね。(88歳女性)
- 要介護認定率が、全国よりも高い水準にあったが、急激に下がってきている。

要介護認定率の推移



【課題・今後の目標】

- 後継者に苦慮している。若い人に声をかけているが、なかなか参加につながらない。
- 今後の目標は、介護予防ボランティアによる介護予防の推進活動を全町内会 30 地区に展開し、町内における介護予防の知識普及や実践拡大を図ることである。住民と行政がひとつになって「自ら介護予防に取り組み、みんなで支え合う佐々町！」を目指している。

参考 URL、連絡先

- 佐々町地域包括支援センター
電話:0956-62-6122
- 厚生労働省 関連ウェブサイト
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/dl/kyouka2_4.pdf

キーワード	在宅での看取り、デスカンファレンス
-------	-------------------

在宅看取りができる地域づくりのための「玉東町デスカンファレンス」の開催

熊本県 玉東町

【この事例の特徴】

玉東町地域包括支援センターを事務局として、町内の在宅療養支援診療所、介護福祉事業所、社会福祉協議会が協働し、“看取り地域包括ケアシステム”の構築をめざして、看取りを行った経験を共有するデスカンファレンスを開催している。平成 24 年度は 4 回の事例報告が行われている。

地域概要

総人口:	5,625 人
65 歳以上人口:	1,727 人(30.7%)
75 歳以上人口:	968 人(17.2%)
要介護要支援認定者数:	325 人(18.8%)
地域包括支援センター数:	1カ所
第5期介護保険料:	5,160 円



背景・経緯

- 平成 20 年に町内に 1カ所の在宅療養支援診療所院長が、在宅の看取りを行った関係者等で“デスカンファレンス”を開催したことが契機となっている。
- 行政の立場からも、この活動を重視し一部の事業所に留まらない町全体の医療・福祉・介護保険関係者並びに地域住民も参画する在宅療養推進体制構築への一歩と捉え積極的な支援をした。平成 23 年度には関係者の熱い要望を受け、事務局を当地域包括支援センターへ移し、同年「玉東町デスカンファレンス運営会議」を発足した。

取り組み内容と方法

【取り組み方法】

- 玉東町が直営する玉東町地域包括支援センターを事務局に、町内の在宅療養支援診療所、介護福祉事業所、社会福祉協議会が協働し、“看取り地域包括ケアシステム”の構築をめざしている。協働の場は「玉東町デスカンファレンス」とその開催を支える「玉東町デスカンファレンス運営会議」である。
- まず、事務局(行政)は、運営スタッフに「玉東町デスカンファレンス運営会議」の日程調整をし、運営会議開催する。ここでは、事例の確認や発表者の協議が主である。会議前後の詳細な調整も不可欠で、以下のことを具体的には実施している。
- 看取りの介護に係わった多くの関係者に、具体的なケアの内容や当事者や家族の様子を話してもらえるように促す。が、個人情報保護の観点からよく吟味して行っている。
- デスカンファレンスへの参加者は一般から各種専門職まで多岐にわたるため、多くの方にわかりやす

い内容になるよう工夫し、パワーポイントや配付資料を作成する(参加者・職種等:家族、医師、薬剤師、臨床心理士、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、福祉用具選定士、生活支援相談員、行政職員、大学教育関係者、民生委員、一般住民)。

【開催実績】

- 玉東町デスカンファレンスは、カンファレンスの場に提供可能な看取りの介護事例が挙がる度に開催している。平成 23～24 年度における開催状況は以下の通りである。

回	開催日	デスカンファレンスの内容	参加人数
13	H23.9.14	自宅事例～三世代家族、共働き夫婦が支えた看取りの介護～	49 名
14	H 23.9.28	施設事例～訪問看護事業所と認知症介護施設(グループホーム)が連携した看取りの介護～	37 名
15	H 24.2.8	自宅事例～三世代家族が暮らす果樹農家を営む家での看取りの介護～	83 名
16	H 24.4.24	自宅事例 ～高齢な両親の介護をととして家族関係が修復に向かった看取りの介護～	46 名
17	H 24.10.11	自宅事例 ～主たる介護者を家族が精神的にサポートすることで可能となった看取りの介護～	59 名
18	H 24.2.7	施設事例 ～認知症の高齢者に対する介護職員と医師の連携が柱となった看取りの介護～	80 名
19	H 25.3.21	退院時支援からはじまった在宅での看取り ～入院時から在宅療養願望が非常に強かった高齢者の看取りの介護～ 共催:公立玉名中央病院(近隣の玉名市に所在)	83 名

取り組みの成果と課題

【成果】

- 現在では玉東町近隣市町はおろか、熊本県庁職員や県下の遠方から行政関係者等の参加がある。
- 開催から 6 年目をむかえ、年々開催回数や参加事業所数も増え周知されつつある。既に 19 回のカンファレンスの開催、延べ 1,031 名が参加している。近隣医療機関に少しずつ認知され、退院支援の要請が増えているのはその成果と考えたい。

参考 URL、連絡先

- 玉東町 保健介護課 地域包括支援センター
<http://g-houkatsu.com/>
0968-85-6242

キーワード 農協が進める地域包括ケア、地域密着型サービス、食の宅配サービス

農協が進める介護・住まい・生活支援の一体的サービス提供

熊本県 山都町

【この事例の特徴】

農業協同組合が主体となり、介護保険制度以前から、地域で介護サービスを提供してきたが、介護保険制度の導入後には地域密着型サービスや予防事業などサービス展開の幅を拡大している。また、食材センターと組み合わせた配食事業など、農業協同組合の強みを生かした生活支援を実施している。

地域概要

総人口:	17,242 人
65 歳以上人口:	6,747 人(39.1%)
75 歳以上人口:	4,343 人(25.2%)
要介護要介護認定者数:	1,546 人(24.6%)
地域生活支援センター数:	1 カ所
第5期介護保険料:	5,500 円



背景・経緯

【背景・経緯】

- 山間地域において、高齢化していく JA 組合員への対応が求められるなか、平成 6 年、矢部町にあった 3 つの JA が合併し、熊本矢部町農協（現在の矢部支所）が設立された。この矢部支所が拠点となり、地域コミュニティの活性化と住み慣れた地域での「助け合い」を軸とした福祉事業が展開されてきた。
- まず、女性部を中心に「たすけあいの会」が結成され、平成 8 年から活動を開始、女性部員を中心にヘルパーの養成研修を開始した。
- 平成 9 年、生活高齢者兼福祉指導員を配置し、ホームヘルパー事業を自治体から受託、本格的に福祉事業を開始した。
- 平成 12 年、介護保険制度の導入に伴い、居宅介護支援事業・訪問介護事業に参入、あわせて A コープと連携して食の宅配サービスを開始した。
- 平成 13 年、上益城農業協同組合が設立され、平成 14 年に高齢者の福祉活動の拠点「福祉センター」が設立された。

取り組み内容と方法

【概要】

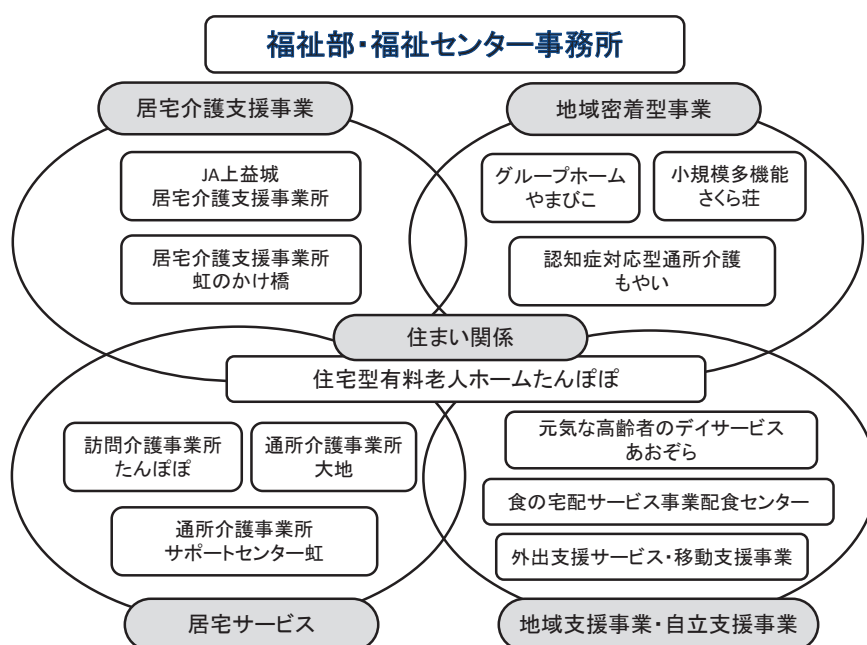
- 平成 14 年、介護予防拠点整備事業を利用して、山都町介護予防拠点事業・元気な高齢者デイサービス「あおぞら」を山都町に建設、平成 15 年より受託事業を開始した。
- 平成 16 年、認知症グループホーム「やまびこ」を国の補助金 2,000 万円を受け、鉄骨平屋建て居室 9 名の 1 ユニットの規模で開所した。

- 福祉事業を拡大していくにあたって人材の確保が喫緊の課題となった。そのため、介護福祉士等の資格取得に向けた学習会を JA かみましきが単独で、中央会や厚生連等との連携のもとで開始。
- 平成 19 年、地域介護空間整備事業を活用して、山都町との連携により小規模多機能型居宅介護事業の交付金を受け、旧支所を改装して、「さくら荘」を開所した。平成 20 年、認知症デイサービス「もやい」とデイサービスセンター「大地」を開所。平成 22 年、デイサービスセンター「虹」を開所。
- 今まで A コープで行ってきた「食の宅配サービス」の拠点を、食材センター内に併設し、利用者・地域住民の安否確認ができるサービス体制を整えている。
- 平成 24 年、デイサービスセンター「大地」と併設の 24 時間見守りのある中で共同生活ができ、1 人暮らしの高齢者が安心して暮らすことができる 有料老人ホーム「たんぼぼ」を開所。また、福祉センターのとなりの営農センター跡に熊本県の「地域の縁がわ」事業で改装・整備を行い「つながりホーム」を開設した。この施設は、地域住民や老人会・女性部の交流の場として利用してもらいながら、ボランティア育成の拠点としての活用を予定している。
- 平成 25 年には、デイサービスセンター「虹」に有料老人ホームの建設を予定しており、熊本県産材木を使った心安げる施設にするというコンセプトで自治体と協議を進めている。

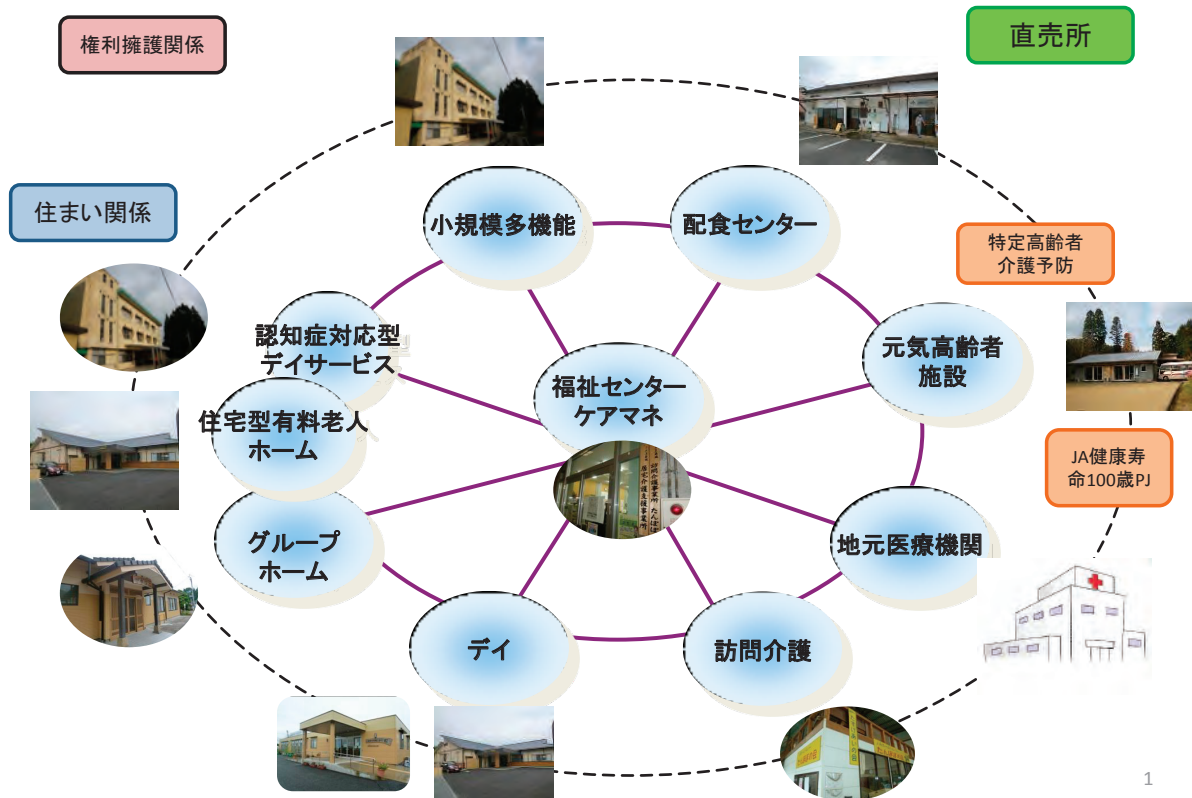
【これまでの実績】

- 高齢者デイサービス「あおぞら」は、現在年間 5,700 名以上が利用している。
- 研修会の実績として、現在では、79 名の福祉職員のうち、ケアマネジャー 10 名、看護師 10 名、介護福祉士 32 名、社会福祉士 1 名、管理栄養士 1 名、1 級ヘルパー 8 名、2 級ヘルパー 19 名、キャラバンメイト 7 名が資格を取得している。
- JA の安心安全の食材を使った配食サービスは、現在、年間 6 万食以上の利用があり、新たな配食センターの建設を進めているところである。

JA かみましき介護事業の概況



JA かみましき版地域包括ケアシステム(地域活性・元気社会)の展開



1

取り組みの成果と課題

【成果】

- 認知症グループホーム、認知症デイサービス、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービス、元気な高齢者向けのデイケア施設、24 時間見守りのある生活協同施設、安全安心の食材を使った配食サービス等、JA ならではの資源を活用して多様なサービスを一体的に提供することで、高齢者が地域で生活していくための様々なニーズに対応できている。
- 福祉事業は、雇用の場の創出という点で、地域に対する貢献ができている。

【課題】

- JA の福祉職員の高齢化が進んでおり、若い介護職員の確保が喫緊の課題となっている。今後も引き続き、人材育成のための研修会を進めていく。
- 今まで以上に、自治体、医療施設、近隣の福祉施設との連携を密にしていく。

参考 URL、連絡先

- 上益城農業協同組合(JA かみましき) 福祉部
<http://www.ja-kamimashiki.or.jp/>
 096-234-1155

キーワード 支えあい体制づくり、地域支えあいマップ、地域力

地域支えあいマップづくりをきっかけとした地域力の向上

鹿児島県 大和村

【この事例の特徴】

地域支えあいマップづくりをきっかけに、住民主体の活動が次々と展開されて、住民同士の支え合いや居場所・生きがいの創出、地域力の向上につながっている。

地域概要

総人口:	1,643 人
65 歳以上人口:	607 人(36.9%)
75 歳以上人口:	377 人(22.9%)
要介護要介護認定者数:	137 人(22.6%)
地域包括支援センター数:	1 カ所
第5期介護保険料:	4,800 円



背景・経緯

【背景・経緯】

- 小さい村で人口減少も進み、また離島へき地という特性もあるため、住民や関係者の間に、「専門職もない、社会資源もない、何もないので何もできない」というあきらめの雰囲気が見られた。しかし、村としては、「本当に何もないのだろうか、気づいていないだけではないか、資源を生かしてきれていないだけではないか」という疑問を感じていた。
- 各関係機関が様々な取り組みを行っているが、村としての理念がはっきりせず、取り組みがバラバラに存在していた。そのため、村としてどの方向に向かっていくべきか理念をしっかりと共有する必要があると考えられた。
- リーダー育成や教室開催等いろいろな事業を実践しているが、いつも問題を抱える人は同じであり、届けたい人に届かないなど、効果に疑問を感じる中で、方法が間違っているのではないかと感じることもあった。
- 以上のような問題意識のもと、マップづくりという手法を用いて、地域の現状や今後の方向性を地域住民同士で共有する事業を地域包括支援センターが発案し、住民を巻き込んで住民主体の取り組みとして開始した。

【予算等】

- 地域支えあい体制づくり事業
平成 23 年度 4,762,000 円(住民活動立ち上げ支援分)
平成 24 年度 1,663,000 円(住民活動立ち上げ支援分)

取り組み内容と方法

【目的】

- 住民同士のつながりづくり
- 住民の役割・居場所・生きがいづくり
- 住民の生活を支え合う(互助)
- 住民の意識の向上(自助・互助を守り強める)

【概要】

- 主に高齢独居者、障害者、中年男性独居者等気になる人を中心に、そのご近所で誰がどのような関わりをしているかをマップに示しながら、地域資源や課題(どのような困りごとがあるか、地域に何が必要か等)を抽出・認識を共有し、その解決策を見出していく。
- マップづくり参加者やそれに共感したご近所が中心となり、「こんな地域のニーズがあり、こんなことができる人がいるからこれをやってみよう」等の気持ちから活動開始。気づきやつながりが少しずつ広がり活動が発展している。
- マップづくり後に始まった住民による活動の内容(例)
 - ◇ 畑づくりの支援(耕耘、声かけ、販売支援など)
 - ◇ 農産物の生産・販売・加工、手芸品製作販売
 - ◇ 高齢者が作った野菜を材料におかずを販売、還元
 - ◇ 庭の手入れ、草木の剪定、散髪、耕運、買い物代行等の日常のちょっとした困りごと支援
 - ◇ 喫茶店風の憩いの場やミニサロン運営による居場所づくり、情報発信、安否確認等

※30-40代の参加・協力を得ながら展開している(巻き込んでいる)集落もある。

※住民や集落のニーズに合わせて拡大・発展している集落がみられる
- 活動グループ立ち上げ数
平成23年度:4グループ、平成24年度:1グループ、平成25年度:4グループ

住民が主体となった活動による地域づくり



【市町村としての関わり】

- マップづくりという皆が一緒に考える機会を提供
- 初年度立ち上げ経費補助(補助事業を積極的に活用)
- 継続的に状況を把握し、見守り、必要に応じて介入する
- 住民、関係者等へ活動のすばらしさを伝える(集まりの場や広報など)
- 活動に対する反応・効果をフィードバックし、目的を共有できるようにする
- 活動者同士が情報交換、連携、相談できるための場の提供(交流会開催支援)

取り組みの成果と課題

【成果と課題】

- マップづくりをきっかけにして、住民主体の活動が展開され、その結果、元気を取り戻したり、生きがい
が生まれるといった効果が出ている。
- 活動については、住民がそれぞれ自分たちにあった形で工夫をこらしている。しかし、ご近所活動で
あるため、ご近所ならではの相性や派閥等が浮き彫りになってくることもある。しかし、問題がある時に
はその都度どうしていけばよいか話し合いながら住民とともに進めている。
- また、場所であったり作業内容であったりと、目に見える形にとらわれてしまいがちであるが、こういった
活動によって何が生まれているのか、どういう効果につながっているのかを、いかに見つけ自覚してい
けるかが重要である。

参考 URL、連絡先

- 大和村 保健福祉課・地域包括支援センター
<https://www.vill.yamato.lg.jp/yamato01/yamato25.asp>
0997-57-2218

キーワード	支えあい体制づくり、住民力・地域力・介護力、発見・継続・形成、地域福祉推進員、介護サポーター
-------	--

住民力・地域力・介護力を総動員した地域包括ケア体制づくり

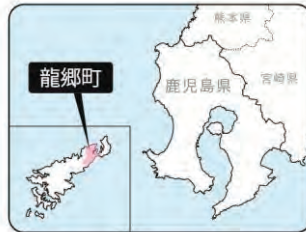
鹿児島県 龍郷町

【この事例の特徴】

支えあいマップ作りを通して地域の現状を把握・共有し、そのうえで住民・専門機関・行政が協働して人材の発見と連携、取り組みの発見と継続、地域力の発見と形成に取り組んでいる。地域の人材として、困りごとの発見や見守りをする「地域福祉推進員」、見守りを中心に行う「見守り応援隊」、地域包括支援センターに登録したボランティアである「介護サポーター」などを養成している。

地域概要

総人口:	6,066 人
65 歳以上人口:	1,818 人(30.0%)
75 歳以上人口:	1,083 人(17.9%)
要介護要介護認定者数:	316 人(17.4%)
地域包括支援センター数:	1 カ所
第5期介護保険料:	4,500 円



背景・経緯

【背景】

- 本町では、もともと地域住民が集う場所(ガジュマルの木の下や海辺など)が集落の中にあり、高齢者や地域住民が集う環境があった。しかし、公的サービスの導入により、徐々に集落からそのような場所が消えつつある。

【経緯】

- 住民の自分の町で住み続けたいという声を踏まえ、平成 20 年度から自助・互助への支援(地域支え合いネットワークづくり)の必要性を感じ、地域で主体的に活動できる見守り応援団の養成を開始した。当初、6 集落で活動を始めたが、なかなか進まず、平成 23 年度より、新たな取り組みとして地域支え合いマップづくりを手法として開始した。住民自身が支援の現状に気づき、集落の見守りでの課題や今後どのような取り組みが必要かを検討し、新たな支え合いの仕組みや住民福祉の発見ができ、活動化されていった。
- また、平成 23 年度から住民支援に関わる町内の関係機関(保健・医療・介護・障害等)に呼びかけ本町の地域資源を理解・共有し今後の地域包括ケア体制づくりのためのチームケア体制づくりについて検討、事例検証等を加え、体制図の作成から具体的な実施計画づくりを行い、地域への周知にも取り組み、地域住民の理解を深めると同時に自助・互助・共助に関わる人の連携を図った。

- **予算等:**〔町〕平成 25 年度 地域支援事業(国:25% 県 12.5% 市町村 12.5%) 予算額:50 千円
〔国・都道府県〕平成 23 年度地域支え合い体制づくり事業費 1,816 千円
〔国・都道府県〕平成 24 年度地域支え合い体制づくり事業費 999 千円

取り組み内容と方法

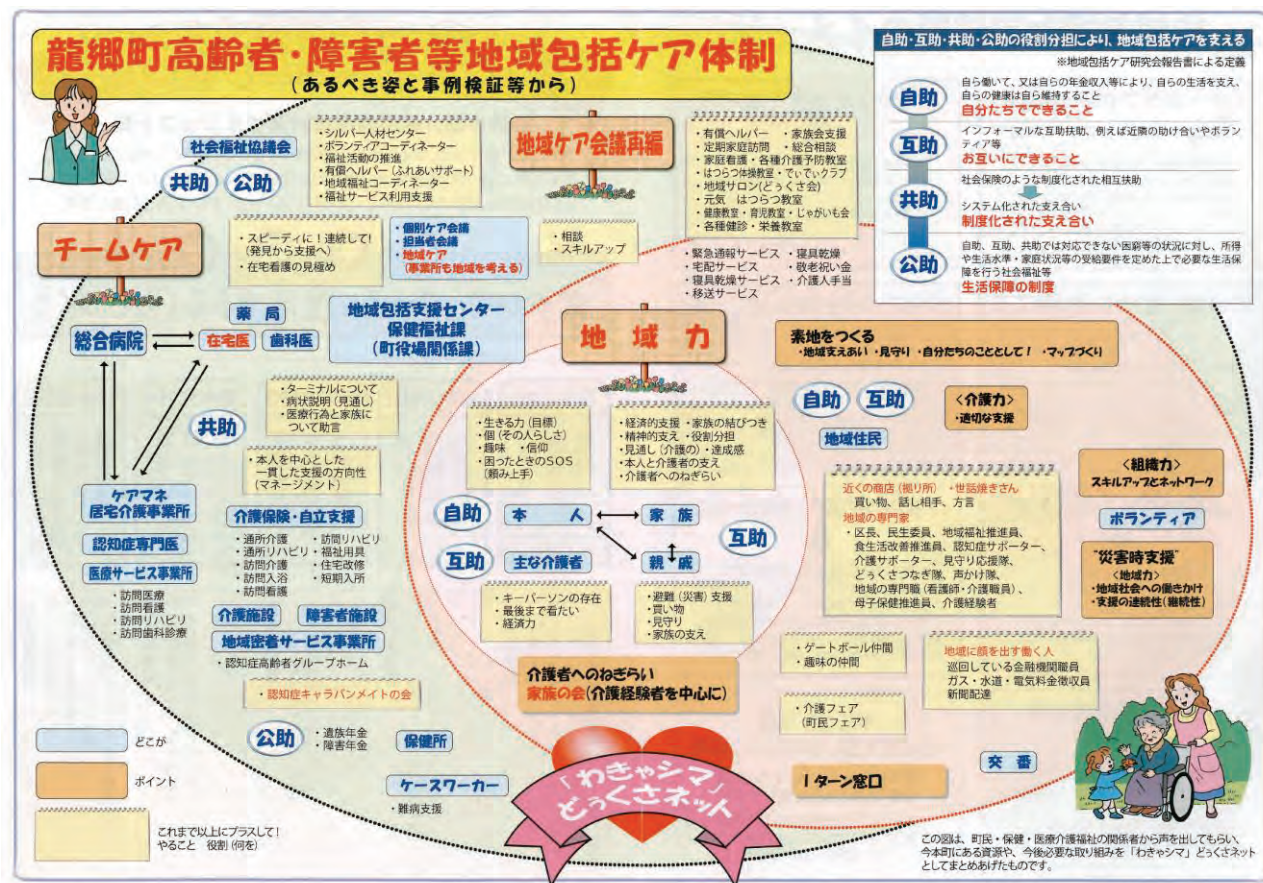
〔わらい〕

- 地域にある資源(人・物等)を再度見直し、自助・互助・共助・公助に携わる人々がそれぞれに力を向上させ、連携できることにより、住み馴れたところで自分らしく暮らし続けられるための地域づくり
- 自助・互助・共助・公助のそれぞれの取り組みの中で、「人と人がつながる(人材の発見と連携)」、「点と点がつながる(取り組みの発見と継続)」、「行政と民間がつながる(地域力の発見と形成)」ことで、『気づき～つながり～見守り・支え合う体制』が、地域の姿として誰の目にも見えてくるのが重要であると考えている。
- 住民一人一人が、この龍郷で、どのような形で生活していきたいか自己決定でき、その生き方が選択できる地域づくりをめざしている。

〔実施主体〕

- 事業全体は龍郷町
- 取り組みは、地域住民主体

〔取り組み内容〕

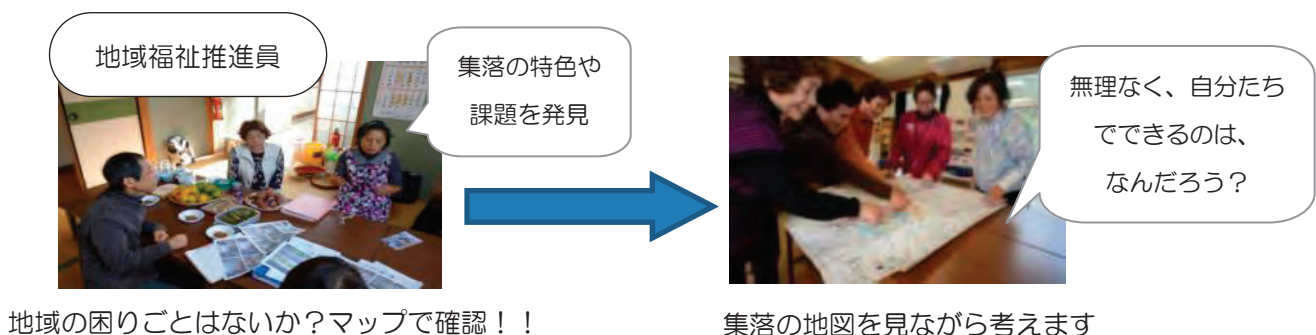


1. 地域ケアの向上

(1) 人材育成・資質の向上(人と人がつながっていく)

● 地域の専門家の養成（地域からの仕組みづくり）

- ◇ 地域福祉推進員（地域の世話やきさん）：見守りや困りごとの発見と支援（町内 25 名、5 集落）
- ◇ 見守り応援隊：見守りを中心に行い、地域の情報を行政につなぐ（10 集落で活動中）
- ◇ 介護サポーター：ボランティア活動の担い手として地域包括支援センターに登録
（マッサージ・散髪・見守り・草取り・買い物支援等）
- ◇ 有償ヘルパー：介護保険以外での介助や家事等の手伝い
- ◇ 地域福祉コーディネーター：地域福祉推進員の相談役（町内 3 名）



● 多職種との連携（支援者への働きかけ）

- ◇ 地域ケア検討会や地域包括ケア会議の開催（多職種との連携）
- ◇ 定期的な介護支援専門員や介護保険事業所の研修会開催（施設や介護・医療スタッフとの連携）
- ◇ どうくさ会を活用した様々な学習会（専門職・地域の人との連携）

(2) 普及啓発(いろいろな場面で伝えていくことの大切さ)

- ◇ ホームページ（どうくさネット）での活動紹介や情報提供・地域包括ケア体制づくり（ケア検討会）
- ◇ シンポジウムの開催・健康祭の開催・パンフレットの配布、広報誌掲載、無線放送

2. 予防活動・医療との連携（いろいろな活動の中から発見しつながっていく）

(1) 各種介護予防のための教室等の開催：一次予防・二次予防や高齢者教室

- ◇ 地域サロン（どうくさ会） 16 集落（うち 5 集落自主活動）、でいでい教室、元気はつらつ教室
- ◇ 認知症研修会（認知症サポーター養成講座）、口腔・栄養改善のための教室
- ◇ 元気度アップポイント事業：手押し車の歩こう会等イベント参加
町等が実施する介護予防等の活動、ボランティア活動に参加したポイントを商品券に交換できる
⇒ 介護保険料徴収率アップ、介護保険からの卒業生

(2) 介護者支援

- ◇ 龍郷介護家族会：在宅医の働きかけで、看取りへの援助やボランティアの拡大

(3) 在宅医との連携

- ◇ ケア会議（事例検討会、事例検証会）における連携
- ◇ 訪問看護・介護支援専門員との調整会議の開催

◇ 元気高齢者家庭訪問における医師・理学療法士・訪問看護師との連携

3. 地域ネットワークの構築(つながりを形にしていく)

(1) 地域単位での活動

◇ 地域サロンの推進(集落でのお茶のみ場の拡大など)

(2) 要援護者マップ・システムの活用や台帳の整備

◇ 高齢者家庭訪問・相談窓口の強化

取り組みの成果と課題

【成果】

- 高齢化は進む中で要介護認定者が減少している。
- 集落での活動が、近隣集落へ連鎖している(支え合い活動や、地域の自主運営サロン数の増加)。
- 見守りの活動内容が拡大・充実(見守りのみではなく、豊かな生活の視点の普及)。
- 地域の専門家が、増えてきている(地域福祉推進員の普及)。

【課題】

- 各集落での取り組みを、町全体の地域で、それぞれの集落の特性を生かしながら拡大していくことで、自助力・互助力の向上を継続して図る必要がある。
- 共助(支援者側)からの地域で生活をしている住民との連携を強化し、子どもや次世代を担う若者への参加を育て、総合的な地域包括ケアの体制づくりの強化が必要である。

参考 URL、連絡先

- 龍郷町 保健福祉課 地域包括支援センター
http://www.town.tatsugo.lg.jp/com_general_support/3_cooperation/2_com_general_support_center/
0997-62-3111
- 龍郷町 保健福祉課 地域包括支援センター
http://www.town.tatsugo.lg.jp/com_general_support/