

---

## 自治体職員はなぜ、総合事業が憂鬱か？

---

- ◆ 日本の自治体職員は優秀。でも、以下のことが分かっていないから、前に進めない。
- ◆ 地域の自立的な協議に基づき推進する事業であるが、そうした多様な主体との話し合いで仕組みをつくる習慣がない。会議は落としどころがある会議に慣れすぎている。「あて職」による会議は多いが、「この人」というメンバーで会議を行なうことに慣れていない。
- ◆ 事業の実施要綱にしたがって事業を推進する能力に優れた（というか慣れている）日本の自治体職員は、「目的に従って手段を検討し選択する」「またその検討を住民や団体と協働で行なう」ということに慣れていない。
- ◆ 先進事例をコピーする習慣が定着しているが、総合事業ではこのやり方はうまくいかない。
- ◆ 事業を実施することは慣れているが、仕掛けを作ることは慣れていない。押すことは知っているが、「引きながら作る」ことに慣れていない。
- ◆ 地域とつながっている職員がいるかどうかカギ。引きこもった職員ではできない。保健師は昔のように地域へ！
- ◆ 介護保険的業務と地域福祉業務が合体した制度。内容的には「地域づくり」だから福祉系の仕事、包括支援センターの仕事に見えるが、実際は、事業費の管理や指定・委託の問題などもあり、介護保険業務にも近い。そこで混乱していないか？介護保険課、地域包括支援センター、高齢者支援課間での押し付け合いを直ちにやめるべき。

# 地域包括ケアイノベーションフォーラム 第11回 ワークショップ 介護予防・日常生活支援総合事業 ～生駒市の取組紹介～



2015年10月29日(木)  
18時～20時  
国立社会保障・人口問題研  
究所 第4会議室

生駒市福祉部  
高齢施策課

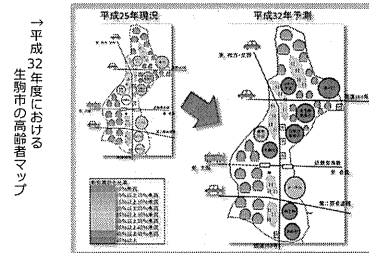
課長 補佐  
田中 明美

## 生駒市の概況

基本情報 (H27.4.1)		要介護認定者数 (第1号被保険者)	
人口	120,893人	要支援1	532人
第1号被保険者数	30,282人	要支援2	777人
65～74歳	17,783人	要介護1	912人
75歳以上	12,499人	要介護2	951人
高齢化率	25.05%	要介護3	589人
ひとり暮らし高齢者数	3,447人	要介護4	572人
		要介護5	382人
		計	4,715人
		認定率	15.6%

※ひとり暮らし高齢者数はH.26年度の数字です

※日常生活圏域は10圏域  
→ 地域包括支援センターは6箇所設置(委託)



→平成32年度における  
生駒市の高齢者マップ

<生駒市特徴>  
・奈良県北西部に位置し、京都・大阪に囲まれた近畿のほぼ中央にあり、南北に細長い形状で、面積は53.15km<sup>2</sup>。  
・江戸時代に創建された生駒聖天・宝山寺の門前町と発展し、現在は大阪のベッドタウンとして、年々人口は増加傾向にある。  
・大都市隣接の利便性を活かし、低層住宅を中心とした質の高い住宅都市として、発展。  
・市民の高い定住意向の割合：83.9% (全国平均64.7%)  
(平成20年度 生活総合調査)



### 生駒市の特徴 ～高齢者に視点を向けて～

- 地理的特徴：南北に細長い地形を呈し、坂道が多い街並み
- いったん膝・腰を痛めると「閉じこもりがちな生活」を余儀なくされる
- 前期高齢者17,783人 > 後期高齢者 12,499人 (H27.4.1)
- 軽度認定者が多い。
- 高齢化率は、全国、奈良県に比し、低い方である  
(平成25年10月1日現在：生駒市の高齢化率23.2%、全国25.1%、奈良県26.05%)
- 75歳以上の人口伸び(2015～2025年)が高く、全国1.32倍に比し、1.7倍の見込み
- 今後、後期高齢者数の地域格差が大きくなる
- ひとり暮らし高齢者数も例年伸び続けている (H25度:3,122人 民生調べ)
- 高齢者虐待・認知症に関する相談が増えている。

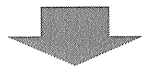


写真：坂道の様子  
高齢者にとっては  
きついです！！

## 介護予防・日常生活支援総合事業の導入 (総合事業)

全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、新たなサービスも加えて多様化を図る。

●平成27年4月より、介護予防・生活支援サービス事業(パワーアップPLUS教室・パワーアップ教室・転倒予防教室・ひまわりの集い・シルバー人材センターによる生活支援サービス)と一般介護予防事業のみを開始する形で「総合事業」をスタート。



●平成27年10月より、予防給付の訪問介護と通所介護を総合事業に移行。

生駒市における総合事業の取組を、お伝えします。

## 生駒市におけるサービスの類型(ピンクの事業を実施しています)

### ①訪問型サービス

- ①訪問介護(現行相当)の事業者の請求は予防給付と同様、1割・2割の負担は利用者へ直接請求。残りの事業費は国保連に請求。
- ②シルバー人材センターの利用料は、シルバーが直接1割・2割負担を利用者に直接請求。残りは市に請求。
- ③訪問型サービスCについては、利用期間の制限があるため、利用者負担はなし。セラピストの費用は市が支払い。

基準	現行の訪問介護相当 (H27.10～)		多様なサービス (H27.4～)		
	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護・生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	理学療法士・保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) 認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 ※生駒市では、シルバー人材センターを活用して実施	・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う ★パワーアップPLUS教室		
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	4

検討中

訪問型サービスBに準じる

## ②通所型サービス

- ①通所介護(現行相当)の利用者の負担(1割・2割)は、事業者が直接本人に請求し、残りは国保連に請求。  
 ②通所型サービスB(ひまわりの集い)に関しては、食料費300円は直接会場で利用者が支払い。事業費は市が団体に支払う。  
 ③通所型サービスC(パワーアップPLUS・パワーアップ・転倒予防教室)については、利用期間の限定と卒業を目標に展開するため、利用者の相当の努力も必要であることから、費用負担は無し。事業者への支払いは直接市が支払う。

基準	現行の通所介護相当 (H27.10～)		多様なサービス (H27.4～)	
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 *本市健康づくり推進員連絡協議会に委託して「ひまわりの集い」を支援。 レクリエーションと会食を提供している、ミニデイサービスに類似	ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施 理学療法士や作業療法士、看護師が配置されている。 パワーアップPLUS教室、パワーアップ教室、転倒予防教室の展開	
実施方法	事業者指定	委託	補助(助成)	委託・転調のみ直営
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職

## ③その他の生活支援サービス

生駒市は、現在、その他の生活支援サービスは、配食サービスのみである。

# 生駒市における総合事業への移行の流れ

## 【移行のスケジュール】

平成27年4月～「介護予防・生活支援サービス」・「一般介護予防事業」

◇パワーアップPLUS教室「通所・訪問」(※)

◇パワーアップ教室(※)「通所」

◇転倒予防教室(※)「通所」

◇ひまわりの集い「通所」

◇生活支援サービス「訪問」

(※)の事業については、診療情報提供書は必須です。

平成28年10月～「介護予防通所介護(※)」と「介護予防訪問介護(※)」⇒「介護予防・生活支援サービス」へ移行

## 総合事業の早期移行を目指した理由

### (サービス構築の視点)

- ・要支援者の多くに「社会参加の場」を求めてデイサービス利用を希望する人が多い実態があること。
- ・高齢者のIADLの低下は、加齢のみが原因ではなく、家族構成や価値観が大きく影響する実態があること。
- ・要支援者のヘルパー利用の主な目的は、家事支援がほとんどである実態を掴んでいたこと。
- ・市町村介護予防強化推進事業(国のモデル事業)を通して、生活機能の低下は、早期介入と効果的なプログラムの提供により、改善が図れることを検証できたこと。
- ・初期から中等度の認知症の方のケアについては、廃用性的高齢者や元気高齢者と交わることで、刺激が加わり、状態の維持・改善につながることを検証できたこと。

### (自立支援へのこだわり)

- ・平成18年の新予防給付の導入で「介護予防の仕組み」を変えきれなかった苦い思い出が残っており、今回こそ「自立支援の仕組み」を構築しようと、仲間と一致団結できたこと。
- ・成功事例を積み重ねる事業を創ることで、「自立支援」の考え方を関係者で共有でき、介護予防ケアマネジメントの質の向上・サービスの質の向上が図れること。

### (現場からの後押し)

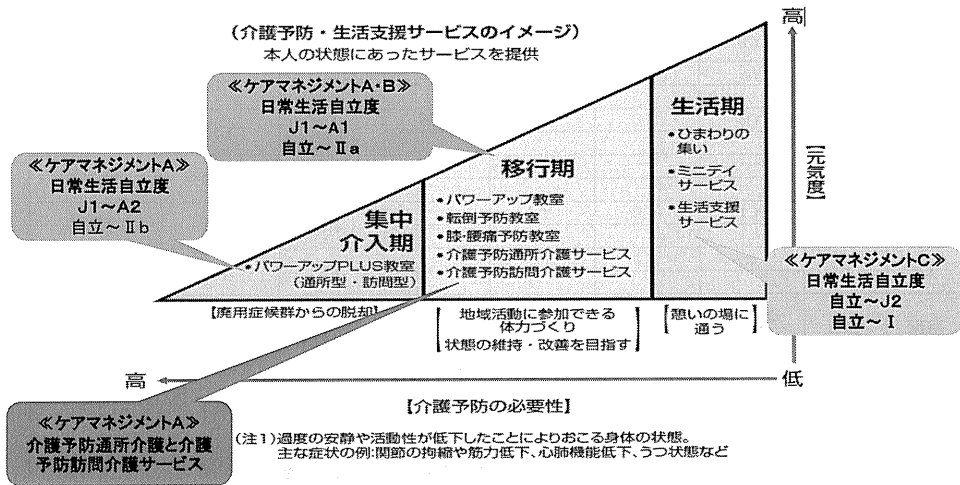
- ・モデル事業に参画していた事業所や地域包括支援センターから、導入時期を遅らす理由がわからないと強く後押しされ、制度設計には協力を惜しまないと強く押されたこと。

## 総合事業のメリット

- 全国一律のルールにとらわれないで、自分のまちに必要な事業が創りだせる自由裁量権が得られる。
- 事業の推進により、まちづくりが一層発展することにつながる。
- 介護予防ケアマネジメントに関する質の向上が期待できる。
- 住民が主役になる事業が一層創りやすくなる。
- 幅広い事業の整備により高齢者のQOLの向上が図られ、その結果として給付の抑制につながる期待が持てる。
- 事業の創出にあたり、課題の整理や必要な具体策の検討に職員・現場が一丸となって議論できる場が増え、互いに刺激を受け合える。

★何よりも元気を取り戻した高齢者が生き生きと暮らし続けている姿に「元気」「勇氣」「やる気」をいただいている。

## 生駒市の事業体系図 & 対象者のイメージ図 (要支援相当者・事業対象者)



## 生駒市の総合事業の特徴(1)

- 「集中介入期」・「移行期」・「生活期」という時期を設定し、高齢者の介護予防の必要性や元気度により、事業を整理して組み立てている。
- 「集中介入期」では、「パワーアップPLUS教室」・「移行期」では「パワーアップ教室・転倒予防教室」の事業を整備し、それぞれに特徴がある。

《集中介入期》

### ◆パワーアップPLUS教室

集中Cの「通所型:2回/週」と集中Cの「訪問型:1回/月」をセット利用が条件で、通所型では理学療法士・作業療法士・看護師・運動実践指導者・介護福祉士等の専門職とこの教室を卒業してサポーターとなっている高齢者によって運営。集中Cの訪問型では、市の保健師と理学療法士、包括職員の3者で自宅訪問し、自宅内外の環境調整や生活・運動指導等を実施。通所と訪問がセット利用により課題を共有し、連動したサービス提供ができることにより、短期集中で生活機能が向上できる仕組みとなっている。

## 生駒市の総合事業の特徴(2)

《移行期》

### ◆パワーアップ教室

複合型プログラムを提供しており、運動だけでなく、口腔や栄養の講話も含まれており、運動実践指導者・看護師・管理栄養士・歯科衛生士・介護福祉士等のスタッフで運営。(1回/週:送迎有)

### ◆転倒予防教室

転倒しないための座学や運動を展開しており、理学療法士と運動実践指導者と高齢ボランティアで運営。(1回/週:送迎無)



## 生駒市の総合事業の特徴(3)

《生活期》

### ◆ひまわりの集い(集中介入期・移行期を卒業した人の居場所の一つとして賑わっている事業。)

生駒市健康づくり推進員連絡協議会に会食付きの「ミニデイサービス」を委託。(1回/週と2回/月の2会場の運営と地域巡回型(一般介護予防事業)のサロンめぐりを依頼。)

### ◆生活支援サービス

シルバー人材センターに研修を実施し、「自立支援」の考え方を徹底するよう指導。同年代の高齢者がサービス提供するため、会話ははずみ和やかな雰囲気の人気。



最近、男性スタッフが  
増えています。



## 地域ケア会議の活用

- ◆パワーアップPLUS教室では、「自立支援型」の地域ケア会議を必ず開催。初回会議に始まり、中間会議、終了前会議の定例会議を3回開催し、多職種で課題や目標設定の妥当性や支援方針を検討。
- ◆中間評価会議では、目標が高かったり、低すぎる場合は微修正が入るため、終了時会議にて目標達成が「未達成」ということはない状況である。
- ◆丁寧な対応であるが、3ヵ月という短期間で課題を解決し、成功体験が得られるため介護予防ケアマネジメントの質は向上し、事例の積み上げによって、アセスメントの時間が徐々に短縮されていく。(先行投資)
- ◆帳票の工夫(二次アセスメントツールや初回・中間・終了時のケア会議の一覧表のまとめ)により、類似する事例をまとめあげ、一連の支援方針を組み立てる時に活用(ケアマネジメントの効率化・職場内OUTに活用等)

## 地域ケア会議の一例 <<事例紹介>>

S氏：脳血管性認知症(中等度)。高齢者夫婦世帯。本人男性83歳。同居の妻76歳(健康)。S氏のADLは自立。記憶障害があり、短期記憶があやふや。実行機能障害もあり、テレビ等のリモコン操作はわからなくなっている。理解・判断力も低下してきており、短文での指示が必要となっている。介護保険のデイサービス利用を妻は希望していたが、世話好きな本人の性格やコミュニケーション能力が高い本人の能力を發揮できる場所としてパワーアップPLUS教室を紹介。教室参加当初は、うつ病を併発していたため、言葉も少なかったが、徐々に教室に馴染み、会話も増え、参加者との交流を楽しむようになっていたため、中間評価時に目標を修正。

### <<中間評価の地域ケア会議で議論>>

当初の目標：地域の活動の場として、ゲートゴルフに参加する。

修正した目標：パワーアップPLUS教室のボランティアとして、継続して教室に通うことができるようになる。

(目標達成に向けた課題への取り組み)

- ◆パワーアップPLUS教室まで、安全に一人で徒歩で来所できるか？(信号・車に対する危険察知が可能か？)
- ◆短期記憶障害のため、好きな喫茶店に行ってしまうのでは？(コーヒー飲んだ後に店主に声掛けしてもらう)
- ◆携帯の受けができるため、妻に外出後「お父さん、パワーアップよ」と電話を入れてもらう。

(結果)

信号の理解は可能。車が来たらよけようとはするが、動作が緩慢なため、車が先によけてくれている。喫茶店の店主たちが協力的。妻も応援。最初は、ごちなかつたボランティア活動であるが、3ヵ月過ぎた今は、水分摂取を勧める係やマシンに乗る人の名前を告げる役割を生き生きとされており、今年はラン伴にも当事者参加。

### 「パワーアップPLUS教室」に参加した者の結果

急性介入期の通所型・訪問型事業利用者数(延べ)								
●H24.10月～H26.3月末：国のモデル事業として実施 ●H26.4月～H27.3月末：地域支援事業として実施								
対象者区分	利用者数	卒業者 (再掲)	予防サービス(通所事業+訪問事業)				中断	継続
			うち 通いのみ	うち 自主・ボラ	うち 給付移行	その他		
要介護2	7人	3人	—	2人	1人	—	—	4人
要介護1	19人	6人	—	2人	3人	1人	3人	10人
要支援2	15人	10人	5人	5人	—	—	4人	1人
要支援1	41人	35人	20人	10人	3人	2人	4人	2人
2次予防	70人	50人	28人	14人	3人	5人	4人	16人
計	152人	104人	53人	33人	10人	8人	15人	33人

※その他は、入院、転出、死亡、家族の介護医療リハ等

★平成26年度は地域支援事業として実施⇒35人は要支援・要介護認定を取り下げて、二次予防事業対象者として参加。  
○利用者82人が要支援1～要介護2の認定者であったが、その82人について、H27.3月時点で30人(36.6%)が認定不要となり二次予防事業対象者、死亡・転出が19人、認定者が33人であった。

### 「パワーアップPLUS教室」に参加した者の結果

急性介入期の通所型・訪問型事業利用者数(延べ)								
●平成27年4月～9月末時点								
対象者区分	利用者数	卒業者 (再掲)	介護予防サービス(通所型:集中心+訪問型:集中心)				中断	継続
			うち 通いのみ	うち 自主・ボラ	うち 給付移行	その他		
要支援2	9人	7人	3人	3人	0人	1人	1人	1人
要支援1	3人	3人	2人	1人	0人	0人	0人	0人
事業対象者	18人	9人	2人	6人	1人	0人	1人	8人
計	30人	18人	7人	10人	1人	0人	3人	9人

※その他は、入院、転出、死亡、家族の介護医療リハ等

★パワーアップPLUS教室は、週に2回の通所型サービスと月に1回程度の訪問型のセット利用の事業である。3ヶ月が1クールで、教室制で実施しているので、参加者の入り口と出口が一緒ということで、卒業に向けての支援が行いやすくなっている。【送迎あり】(理由)  
教室内での仲間意識ができる。お互いに筋力・体力アップしていることを意識しあえる関係性ができ、「一緒に卒業しよう」という気運が高まり、互いにフォローし合う関係性が生まれる。卒業後はOB会もあり、サロンやカラオケ、食事部会などがある。タクシーを利用して参加する卒業生もおられ、モデル事業時代の1期生が発起人となっており、継続・継承されている。継続9人は、認知症の中等度の人が主である。



## 「パワーアップ教室」に参加した者の結果

移行期の通所型利用者数(延べ)		●平成27年4月～9月末時点						
対象者区分	介護予防サービス(通所型:集中C)						中断	継続
	利用者数	卒業者 (再掲)	うち 通いのみ	うち 自主・ボラ	うち 給付移行	その他		
要支援2	12人	8人	3人	3人	2人	0人	0人	4人
要支援1	10人	9人	3人	4人	2人	0人	1人	0人
事業対象者	77人	53人	6人	46人	11人	0人	3人	11人
計	99人	80人	12人	53人	15人	0人	4人	15人

※その他は、入院、転出、死亡、家族の介護医療リハ等

★パワーアップ教室は、週に1回の教室で口腔や栄養等の講話もある複合型のプログラムを有しており、4教室ある。ほとんどの人が3ヶ月で卒業していく流れができており、この教室も3ヶ月間で入り口と出口が一緒であるため、仲間意識が教室参加中に高まり、「みんなで一緒に卒業しよう」といって、自主的な活動等に移行していく割合が高い。事業対象者については、新規相談において要支援認定を受けなかった者も多いため、一部卒業後に介護認定を受け、給付に移行した者も15人存在する。【送迎あり】  
しかしながら、要支援1や2の認定を所持している者についてもほとんどが卒業して一般介護予防事業等に移行しており、元気になっている。

## 「転倒予防教室」に参加した者の結果

移行期の通所型利用者数(延べ)		●平成27年4月～9月末時点						
対象者区分	介護予防サービス(通所型:集中C)						中断	継続
	利用者数	卒業者 (再掲)	うち 通いのみ	うち 自主・ボラ	うち 給付移行	その他		
要支援2	2人	2人	0人	2人	0人	0人	0人	0人
要支援1	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
事業対象者	16人	14人	1人	12人	1人	0人	1人	1人
計	18人	16人	1人	14人	1人	0人	1人	1人

※その他は、入院、転出、死亡、家族の介護医療リハ等

★転倒予防教室は、生駒市駅近くの便利な場所で直営で実施。送迎無しの教室で主にパワーアップPLUS教室の移行先としての位置づけ。転ばないための座学と運動がセットとなっており、理学療法士と健康運動実践者と転倒予防教室の卒業生ボランティア等で運営。ほとんどの者が3ヶ月で卒業を迎え、ボランティア活動を始めたり、趣味を再開したりして元気に暮らしている。パーキンソン病や関節リウマチ、膝・股関節症等の疾患を持つ参加者も多く、理学療法士に個別運動指導等も受けられるため、好評である。卒業後に介護認定を受け、給付に移行した者は1名のみである。

# 明日の『元気』を今つくる



膝を手術して体力がおちたんです。息切れもするし…。

分かりました。Kさんにオススメの介護予防教室を紹介しますよ。

そろそろ介護が必要？  
実は、違う選択肢があるかもしれません。しかも、もっと元気になれるかも。そんな介護予防の可能性を探ります。

**介護ではなく、介護予防  
先輩といっしょに  
元気をとりもどしました。**

多くのボランティアが支える介護予防の「パワーアップ教室PLUS」両膝を手術し支援が必要(要支援2)と認定された、K氏に参加の状況を再現してもらいました。

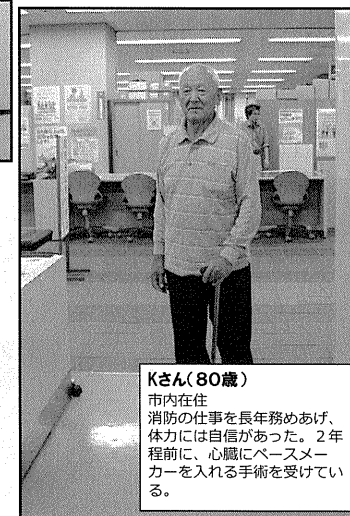
10年ぐらい前から膝が痛くなり、両膝を手術したのが、去年と一昨年。手術後は杖が必要な状態で、体力も低下していました。介護保険制度を使わず、自分の力でなんとかしたいと、昨年の3月に介護保険課を訪れました。

人の世話にはなりたくないんです。トレーニングしたら、よくなるかな。

Kさん。「パワーアップ教室」に参加してみよう！



高齢施策課 課長補佐 田中明美



**Kさん(80歳)**  
市内在住  
消防の仕事で長年務めあげ、体力には自信があった。2年程前に、心臓にペースメーカーを入れる手術を受けている。

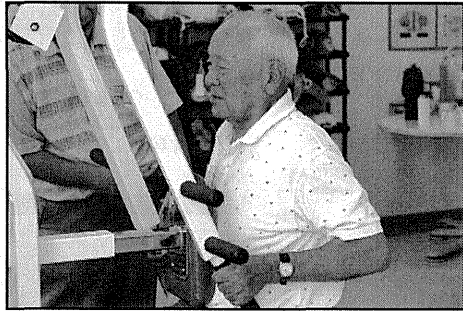


PTの先生から、具体的な運動指導が受けられることも大きなメリット！

徐々に運動に慣れていき、セルフケアも意欲が湧いてきます。

## 通所型参加の様子

右側に卒業生の男性サポーターが声をかけ、正しい姿勢で運動が出来るよう指導しています。



自宅でセルフケアが出来るように、PTより通所型で指導を受けています。

## 卒業後はボランティアとして支える側に

一人だと閉じこもってしまうからね。これが一番悪い。受講者の方も親しくしてくれるし、相談もしてくれる。ここでは、冗談も言えるし、面白い話しながらやっていますねん。



不思議とようになりましてん。一人でやっても、どんな歩き方でのぐらい歩いたらいいか、誰もおしえてくれません。ここでは、理学療法士の先生が指導してくれますし、先輩と取り組むことで、やってたことが、間違っていたと気づくこともあるんです。



毎回、運動量を記録。Kさんも目に見えて体力を取り戻しました。

毎週火曜・金曜日に、柔軟体操、マシントレーニング歩行練習などを3ヶ月。



平成26年4月に参加してから、1年6か月立っけれど、今も元気にボランティア活動できています。参加者であったことを新しい参加者に話すと、みなさん励みになると言ってくれます。私の生きがいになっています。

## 「パワーアップ教室(幸楽)」とは？

介護予防のモデル事業として、市が平成24年度に始めた事業の1つ。生活機能が低下している高齢者を対象に、リハビリのためのトレーニング機器を使用し、運動機能の回復、向上を目指す。卒業生の多くがボランティアとして参加する事業。市内全域が対象。平成27年4月からは、総合事業のメニュー「多様なサービス(集中型C)」のサービスとして展開。

事例 (生駒市)	80歳 妻と長女の3人暮らし 要支援1 (H26.2.1~H27.1.31) ⇒ 認定を 取り下げ参加
	要支援認定を受けた経緯：ペースメーカーや右膝の手術、脊椎すべり症から、徐々に動作に時間がかかり、自信と気力が低下。リハビリ目的で申請。



	【開始時点】 (2014.4.)	【3か月後】 (2014.6)	【6か月後】 (2014.9)
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>各生活動作、各動作はできていたものの時間がかり、両膝関節痛があるため歩く機会が減少、廃用性の筋力低下。</li> <li>畑仕事が充分にできなくなっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>中間時点で20分続けて歩けるようになっており、日常生活動作でも効果を実感。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>散歩、畑仕事、週2回のボランティア活動が継続できている。</li> <li>新しい参加者にとって良きアドバイザーとして活躍中である。</li> </ul>
地域 ケア 会議 による 検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>「畑仕事を継続する体力の維持とともに、15分間続けて歩けるようになり、散歩が楽しみとなる。」という目標達成のための支援方針の検討</li> <li>通所：筋力・体力・持久力アップ</li> <li>訪問：自宅周辺の散歩コースの確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>通所終了。</li> <li>人の役に立ちたいとボランティア活動へ。</li> <li>セルフケアが定着しているが、過活動にならないよう声かけや見守りが必要。</li> </ul>	<p>【現在】(2015.10)</p> <p>ボランティア活動の場で、参加者に自身の経験談を伝えながら、安心感を利用者に届けている。新しい仲間が増え、通所事業の場が大きな社会参加の場となっている。</p>
リハ職の 対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>筋力・バランス力を向上し、持久力をアップ。</li> <li>痛みの評価。</li> <li>セルフケアの指導、自宅周囲の環境確認。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>動作、セルフケアの確認</li> <li>駅前から事業所までの坂道を安全に、歩行できるかの確認</li> <li>通所事業での役割の確認</li> </ul>	

## 事業例の紹介 ひまわりの集い～会食サロン～

生駒市健康づくり推進員連絡協議会に委託して事業実施  
地域支援事業の一次予防事業～介護予防・生活支援サービスに移行



藤尾氏

最初は、女性が中心に活動。現在は活動の半分が男性。男性の方が真面目で、気配りが上手。企画や運営もスムーズと藤尾会長！  
役割分担してもらうことでより活動が活性化。現在は、地域巡回型も一般介護予防事業で展開。サロン等に出向き、サロンの活性化に寄与。

第4回健康寿命を延ばそう！アワード(介護予防・高齢者生活支援分野)で優良賞獲得！！

270名の会員を束ね、市内の催し物にほぼ協力参加している。食を通じた健康づくりを主に推進しており、過去に高齢者の訪問事業等と一緒に展開してきた。総合事業に移行して以降、全国からの視察や各地からの講演依頼が会長の元に届いている。  
★参加者が介護認定を更新し、要介護2になったところ、介護サービスは自費とし、認定を取り下げ参加中。  
★みんながデイサービスに行きたいわけではないことを知ることが大事！

## 市民ボランティアと協働するときのコツ

- ◆多くのことを一気に求めない。
- ◆依頼する内容は必要最小限度にとどめる。
- ◆少々のわがまま・気ままだは聴き、流す。
- ◆気持ち(心)で感じて行動する人・団体であることを片時も忘れない。
- ◆市職員も正直な気持ちを包み隠さずぶつけることも時には重要。
- ◆求めていることや方向性は同じであるという「分かち合い」「共有」できる時間を大切にすること。
- ◆誤解や苦情があれば、早急に時間をとって話し合い、間をあげないこと。
- ◆市民ボランティアは自身の鏡であることを知る。



## 総合事業を運営する中の苦しみ

- ◆6カ所の委託先地域包括支援センターの温度差が生じ始めている。  
「デイサービスに行きたい」⇔「はい、そうしましょう」は、時短で簡単？
- ◆総合事業への移行により、サービスの選択肢が広がり、アセスメント能力・プレゼンテーション能力が更に求められるようになり、本人・家族の意向確認や動悸づけに時間がかかり、現場は多忙な状況。
- ◆真のニーズに応じたサービスを提供できる喜びを感じる前向きな包括と、多忙な余り、後ろ向きにならざるを得ない包括との溝を埋めていく保険者の役割が重要。
- ◆地域ケア会議を有効に活用し、成功体験をチームで後押しすることが大切。
- ◆10年先のロードマップを描き、中長期的な捉え方をしておかなければ、あれもこれももたないで、現場が疲弊するため、舵とりが重要。
- ◆総合事業は様々な課が関係するため、横断的な組織体制が組めなければ無駄な時間外が増え、モチベーションも低下。組織改編への働きかけも必要。

## 次の改正への期待(1)

- ◆要支援1・2全体を予防給付から総合事業に移行できるようにしてほしい。  
→ケアマネジメントが複雑すぎて、現場が混乱(請求事務や市民・事業者への説明等)  
→要支援者でも一定数、難病や呼吸器疾患、癌等により訪問看護が必要な人もいるため
- ◆住宅改修や福祉用具は不要な人も多くあり、総合事業で本当に必要なものを検討できるよう、市町村が取捨選択できるようにしてほしい。  
→要支援者が必要とする住宅改修や福祉用具は限られているように思うが、安易な改修や購入があり、自立を妨げている可能性が少なからず存在する。
- ◆モデル事業では、「要支援1～要介護2」まで対象に展開してきたが、要介護2は幅が広く、要介護3に近い要介護2などの対象では、総合事業で展開するのは困難ではないか？  
→要介護3では、身体介護が必要な者も多く、医療ニーズの高い者が増える。また、要介護2の方の中には、ADLの高い中等度以上の認知症の方も多く含まれる。その分野は、中重度を対象とする介護のブローに任せる方が効率的だと思われるため。

## 次の改正への期待(2)

- ◆デイケアや訪問リハビリに変わるものは、「集中C」での取り組みでも十分であると思う。  
→集中Cのプログラムの中で、「通所型」の形態はデイケアに類似、「訪問型」の形態は、訪問リハビリに類似した面があり、総合事業の中での展開は可能な面を含んでいる。
- ◆今の制度では、総合事業を導入していても、あえてデイケアを利用することで予防給付に位置づけ、市の介入が少ない給付制度を選択することも考えられる。  
→予防給付だと市に申請を行う必要がなく、利用者と包括との契約でサービスを組み請求は国保連を通すのみである。保険者は、ケアプランを確認することもよほどでなければいけないため、総合事業導入後の対応一つでコントロールが崩れる可能性も秘めている。
- ◆介護予防ケアマネジメントの考え方の整理も必要。故意に事業対象者とすることがたやすいため、主治医の意見も不要な総合事業では、悪徳事業所が参入しやすい土壌でもあり、包括のマネジメントだけに頼るのは厳しい。  
→基本チェックリストのからくりを知ると、事業対象者の候補者になることは簡単である。包括のケアマネジメントに最後は頼ることになるため、説明責任を求められる包括は今まで以上の質を担保しなければならなくなる可能性も秘めている。包括は厳しい現場に立っているのである。



## 北海道函館市の生活支援コーディネーター



函館の「100万ドルの夜景」

NPO法人 NPOサポートはこだて 理事  
函館市生活支援コーディネーター  
丸藤 競

## 自己紹介

- ・ 丸藤 競 (まるふじ きそお)
- ・ 1964年10月5日生まれ
- ・ 独身
- ・ 座右の銘  
「毎日、笑ってもらいたい」  
「本寸法でいこう」

### 函館市地域交流まちづくりセンター センター長

NPOや市民活動の相談対応。  
活動場所の提供。  
課題をみつけ、資源をつなげる。  
助言、提言、各種委員会への参加。  
観光案内や各種情報発信。  
移住支援、生涯学習講座の開催。  
居場所づくり、  
出会いの場、  
願いを叶える場。  
喫茶、授産施設  
の商品販売。



### 函館市青年センター 理事長

「心はいつも青年」を合言葉に、  
青年から高齢者までの、  
サークル活動の支援。  
「若者」に関する  
・活動場所の提供、情報拠点、  
アドアイス、相談、居場所、  
提言等



## FMいるか『週刊まち日和』 パーソナリティ

- ・ 毎週金曜日20～21時生放送  
(10月から、毎週土曜日11時～11時30分)
- ・ 地域のために活躍している人から話を聴く
- ・ 大学生、NPO、行政職員、農家、  
漁師、アーティスト、小説家、  
研究者・・・これまで3000人以上出演！
- ・ 大きな活動から、小さなことまで。
- ・ 普通のまちの人も。
- ・ 1999年4月から続いています。



## NPO関係

- ・ NPO法人 NPOサポートはこだて 理事  
→ 函館市地域交流まちづくりセンター センター長  
(平成19年4月のオープンより指定管理者)  
☆市民活動の中間支援、観光情報を含む各種情報発信、移住支援、生涯学習支援、交流促進(会議やイベント、催し等への会場提供)、防災活動(震災支援)……
- ・ NPO法人 函館市青年サークル協議会 理事長  
→ 函館市青年センター 理事長 (平成21年4月より指定管理者)  
☆青少年のサークル活動支援、若者支援、一般から高齢者のサークル活動支援等
- ・ NPO法人 北海道NPOサポートセンター 理事  
→ 北海道の中心的な中間支援組織

## 福祉関係

- ・ さわやか福祉財団 さわやかインストラクター 北海道ブロック リーダー
- ・ 函館市社会福祉協議会 評議員
- ・ 元函館市福祉政策推進会議委員
- ・ 元函館市地域福祉計画策定委員
- ・ 函館市社会福祉協議会在宅福祉ふれあい事業推進委員
- ・ 元函館市社会福祉審議員
- ・ 元函館市社会福祉協議会第5期地域福祉実践計画推進委員
- ・ **生活支援コーディネーター**
- ・ **函館市生活支援・介護予防体制整備事業推進協議会委員**

## 震災関連

- ・ 函館・むすびば 代表  
→ 函館で暮らしている被災者支援、原発被害者の保養支援等
- ・ さわやか福祉財団 釜石支援リーダー  
→ 仮設団地運営支援、釜石市復興計画支援、地域包括ケアのまちづくり支援、地域通貨等
- ・ 元TEAM北海道 共同代表  
→ 道内支援団体ネットワーク
- ・ 函館市地域交流まちづくりセンター センター長  
→ 震災に強い地域づくり

## その他の活動・・・

- ・ FMいるか『週刊まち日和』パーソナリティ (毎週土曜日 11:00~11:30放送中)
- ・ 元函館市社会教育委員 委員長
- ・ 函館市市民協働モデル事業審査委員会 委員長
- ・ 市民交流プラザ整備設計業務プロポーザル審査委員
- ・ 北海道檜山振興局地域づくりアドバイザー
- ・ 元函館市緑のパートナー会議 委員
- ・ 北海道教育大学函館校 非常勤講師
- ・ 函館大谷短期大学 非常勤講師
- ・ シーニックバイウェイ北海道 函館・大沼・噴火湾ルート 副会長
- ・ わが村は美しくー北海道運動 道南ブロック審査委員長
- ・ 生涯学習上級コーディネーター
- ・ 文化スポーツ振興財団 評議員
- ・ 函館市住宅都市施設公社 評議員
- ・ 北海道青少年育成運動指導員
- ・ 明るい選挙推進協議会 会長
- ・ NHK 北海道地方放送番組審議会委員
- ・ 函館市学校評議員
- ・ 日本ハムファイターズ ファンクラブ会員

などなど

## 例えば、こんなことをしています。

- ・ さわやか福祉財団のインストラクターとして、北海道や北海道社会福祉協議会と組んで、道内8地域で生活支援コーディネーターや協議体に関する研修会をキャラバン中。その中の、グループワークの全体ファシリテーターを担当。
- ・ それが縁で、北海道内で「新しい総合事業」に関する講演依頼もきています。  
(例:北海道檜山振興局、七飯町、せたな町、江差町、南茅部、日高町……)

## ※ 因みに、最近講演したテーマの例

「新しい総合事業とまちづくり」「障がい者がつくる、災害に強いまち」  
 「毎日、笑ってもらいたい」「農家に期待すること」「宝探しの主役になろう！ ～女性団体に期待すること～」「CSR最前線」「NPOのマネジメント」「観光案内基本の基本」「これからの町内会活動とまちづくり」「宝探しの輪をつくろう」「私たちの函館って、こんなに凄い！」「函館をつくってきた人たち」 など

## こんなこともしています

- ・ まちづくりセンターで、「水曜マルシェ」を開催したり、居場所をつくったり。
- ・ 町内会へ訪問して、地域の話聞きに行く。
- ・ 繁華街に新しくできるビルの中にできる市民交流プラザ  
(若者の夢を叶えるための場)の、基本コンセプトづくりに協力。
- ・ NPOの運営、理事会のありかた、NPOの税務や会計についてアドバイス。
- ・ 小学生と一緒に、函館の魅力や凄いところを見つける活動。
- ・ フリースクールの設立に協力。
- ・ 各種イベントへの協力。(企画運営への助言、当日の手伝い、参加等)
- ・ 行政職員が、公式・非公式に新しい政策立案の時に意見を聞きにくる。
- ・ マスコミの記者が、ネタ探しにやってくるので、話題提供。
- ・ 市民やNPO、観光客などからの質問や相談に答える。情報を伝える。
- ・ 各種ワークショップのファシリテーター。(市主催の市民向け講座や、意見交換会等含む)
- ・ 一般の市民が、様々な悩みの解決や、夢の実現のために相談にくる。



などなど

※まちづくりセンター業務のおきて 「ノー」や「分かりません」と言わない  
 「自分の部屋の次に居心地が良い」と言われるようにする  
 「課題を解決し、夢を叶える」  
 「進化する」  
 「人がいる」

## これまでに携わった分野

- |            |              |             |             |
|------------|--------------|-------------|-------------|
| ・まちづくり     | ・サークル活動支援    | ・福祉         | ・中心市街地活性化   |
| ・観光        | ・青少年育成       | ・地域包括ケア     | ・ラジオパーソナリティ |
| ・社会教育      | ・自治基本条例      | ・子育て支援      | ・環境         |
| ・生涯学習支援    | ・農業、漁業支援     | ・被災地支援      | ・コミュニティビジネス |
| ・図書館       | ・文化、芸術支援     | ・復興支援       | ・起業家支援      |
| ・緑化推進      | ・イベント企画運営    | ・防災         | ・CSR        |
| ・公営住宅維持管理  | ・都市計画マスタープラン | ・雑誌編集長      | ・少子化対策      |
| ・公園整備      | ・交流連携事業企画    | ・販売促進       | ・放送番組審議委員   |
| ・選挙(投票率向上) | ・中間支援        | ・商店経営       | ・ワークショップの   |
| ・協働        | ・NPOマネジメント   | (商店街理事)     | ファシリテーター    |
| ・ボランティア    | ・社会参加        | ・景観         | ・笑い         |
| ・絵画、額縁     | ・小学校評議員      | ・営業         | ・建築設計コンペ審査員 |
| ・図書館司書     | ・学芸員         | ・カラーコーディネート | などなど        |

## コミュニティデザイナー

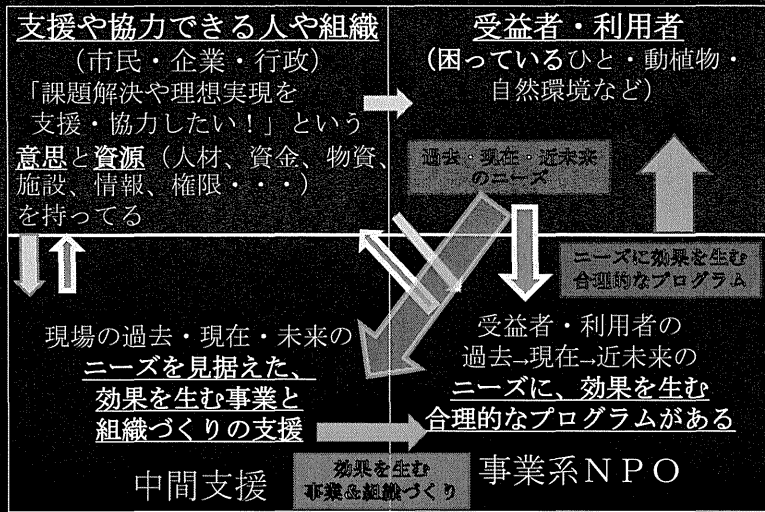
みんなに、役に立つ喜びを与える人。

地域の課題を、地域の人たちのチカラで、楽しい要素をたくさん入れながら、解決していこうとする人。



# 中間支援

NPOは「1歩先の視野・半歩先のプログラム」  
 中間支援は「2歩先の視野・1歩先のプログラム」

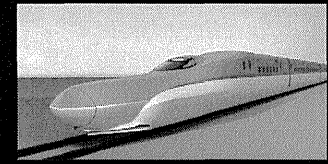


### 函館市の概要

- ・ 北海道の南西部に位置し、南に津軽海峡があり、北海道の海の玄関口と言われていた。
- ・ 日本最初の国際貿易港として早くから海外に門戸を開き、港町として発展してきた。
- ・ 今は、豊かな海と山に囲まれたことによる美味しい食材、異国情緒漂う街並みや夜景、幕末頃からの歴史等などの資源に恵まれ、多くの観光客が訪れている観光都市。(年:約500万人)
- ・ 日本初、北海道初、というものがたくさんある。
- ・ 度重なる大火(26回)から復興を繰り返してきた。
- ・ 平成28年3月26日に北海道新幹線開通。(新函館北斗駅)
- ・ ブランド総合研究所による「全国市町村魅力度ランキング」で1位! (14~15年2年連続1位 ※常にベスト3以上に入っている)
- ・ 北海道の中では温暖で雪が少ない。
- ・ 「日本一の福祉のまち」を目指している。

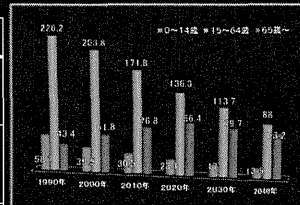


人口 約26.9万人  
 高齢化率 31.9%  
 面積 677.9km<sup>2</sup>  
 2015年9月末現在



### 函館市は、これからこうなる!

	1990	2000	2010	2020	2030	2040
計(千人)	328.4	305.3	279.1	245.8	210.4	174.8
			▲15%		▲25%	▲37%
0~14歳	58.7	39.5	30.5	23.1	17.0	13.5
			▲48%		▲44%	▲56%
15~64歳 (A) (生産人口)	226.2	203.8	171.8	136.3	113.7	88.0
			▲24%		▲34%	▲49%
65歳~(B) 高齢者率	43.4 13.2%	61.8 20.2%	76.8 27.5%	86.4 35.2%	79.7 38.0%	73.2 41.9%
			+77%		+4%	▲5%
A÷B	5.2人	3.3人	2.2人	1.6人	1.4人	1.2人
75歳~		23.0	38.3	44.3	50.2	43.6
			+67%		+31%	+14%



### 函館市の高齢者・後期高齢者の推移。

	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年
人口(千人)	305.3	294.2	279.1	262.2	245.8
高齢者	61.8	70.4	76.8	83.9	86.3
後期高齢者	24.8	32.2	38.3	41.4	44.3
	8.1%	10.9%	13.7%	15.8%	18.0%
世帯数	127.5	128.4	126.1	120.7	114.2
高齢者単身	12.4	15.2	17.5	19.5	20.3
	2.4+10.0	3.3+11.9	3.9+13.5	4.5+15.0	4.7+15.6
後期高齢者単身	5.5	7.7	9.6	10.7	11.5
	0.9+4.5	1.4+6.3	1.7+7.9	1.9+8.7	2.1+9.4
後期単身率	22.3%	24.0%	25.2%	25.8%	26.1%
高齢者夫婦	9.7	11.4	12.4	13.5	13.8
後期夫婦	1.9	2.9	4.1	4.7	5.2
高齢世帯率	17.4%	20.9%	23.7%	27.4%	30.0%

## 人口20～40万 66都市の中で函館の現状

- ・ 完全失業率 8.8% ワースト4
- ・ 男性の少なさ(性比) 84.6% ワースト1
- ・ 高齢単身世帯比率 11.9% ワースト3
- ・ 男性40歳未満離婚率 2.5% ワースト1
- ・ 女性40歳未満離婚率 6.1% ワースト1
- ・ 女性40歳未満有配偶率 35.3% ワースト2
- ・ 年少人口比率 11.7% ワースト1
- ・ 母子世帯比率 2.8% ワースト2
- ・ 1世帯あたり人員 2.2人 ワースト2
- ・ 2010年→2040年 20～39歳女性減少率 54.7%

## 函館市の財政はどう推移する？

単位: 億円	05年度	10年度(05比)	12年度(同)	15年度?
歳入	1305	1278	1267	10年 個人住民税 39,297円/人 生産人口 10年比 -11% 05年比 -20%
市税(対 歳入)	319(24%)	323(25%)	318(25%)	
個人(同)	94(7%)	109(8%)	111(8%)	
法人(同)	31(2%)	26(2%)	26(2%)	
固定資産(同)	136(10%)	133(10%)	125(9%)	人件費・扶助費・ 公債費を除く 歳出額(増減額) 505億円(40%)
公債(同)	134(10%)	110(8%)	98(7%)	
歳出	1296	1266	1254	
職員給与	183	137(-25%)	119(-35%)	
職員数	2715	2139(-21%)	2032(-25%)	後期高齢者 10年比 +8% 05年比 +28%
公債償還	155	160	165	
公営事業繰入	145	125	122	
国民健康保険	(35)	(26)	(27)	
下水道	(26)	(15)	(16)	10年543,026円/人
病院	(19)	(29)	(25)	
他(介護保険等)	(55)	(45)	(44)	
扶助費(歳出比)	299(23%)	362(28%)	384(30%)	
将来負担 (対 税収)	1640 (5.1倍)	1515 (4.7倍)	1458 (4.6倍)	
地方債残高	1576	1528(-3%)	1461(-7%)	
支出予定	143	100(-29%)	98(-31%)	
積立金	79	113(+42%)	101(+27%)	

## 介護保険料の推移(基準月額)

- ・ 第1期 平成12～14年 3,067円
- ・ 第2期 平成15～17年 3,357円
- ・ 第3期 平成18～20年 3,950円
- ・ 第4期 平成21～23年 3,950円
- ・ 第5期 平成24～26年 5,020円
- ・ 第6期 平成27～29年 5,300円

## 要介護・要支援 認定者数 (平成26年3月末現在)

- ・ 要介護5 1,833人
- ・ 要介護4 1,824人
- ・ 要介護3 1,887人
- ・ 要介護2 2,493人
- ・ 要介護1 3,565人
- ・ 要支援2 2,643人
- ・ 要支援1 4,218人

合計 18,463人 出現率 22.5%  
(人口 272,146人 高齢化率 30.7%)

(平成37年推計 人口234,215人 高齢化率 36.5%  
要介護・支援計 23,336人 出現率 27.3%)

## 第7次函館市高齢者保健福祉計画 第6期函館市介護保険事業計画 (平成27～29年度)

### 基本目標

- ① 共に支え合う地域包括ケアシステムの構築
  - ・在宅医療、介護連携の推進
  - ・認知症施策の推進
  - ・生活支援 介護予防サービスの推進
  - ・地域包括支援センターの機能強化(6から10へ)
  - ・福祉コミュニティエリアの整備(市営住宅跡地6.68haを、地域包括ケアシステムのモデル地区として、子どもからお年寄りまで障がいの有無にかかわらずあらゆる市民が地域福祉を享受できるエリアに。)
- ② 明るく活力に満ちた暮らしの実現
  - ・健康寿命の延伸
  - ・生きがいづくりの推進(社会参加の促進、生涯学習の充実、生涯スポーツ活動の推進、雇用確保 就業機会の拡大)
- ③ 安心して快適な暮らしの実現
  - ・やさしいまちづくりの推進(道路 公園等の整備)
  - ・高齢者が安心して暮らせる住まいの整備(高齢者福祉住宅への入居や入所、高齢者向け住宅の確保、住宅リフォーム等への支援)
- ④ 持続可能な介護保険制度の構築
  - ・介護サービスの充実(基盤整備、地域支援事業等)
  - ・介護保険制度の円滑な運営(広報や情報の充実、質の向上、低所得者向け施策の実施、介護認定の公平性公正性の確保、介護給付適正化事業の実施)

### 実現のために必要なこと

1. 相談体制と情報提供
2. 関係機関、団体とのネットワークの構築
3. 計画の進行管理

「動くことや動かすこと」ができる人が必要。



## 生活支援コーディネーターと協議体



ゴールデンウィーク頃の五稜郭公園



冬の八幡坂

## 生活支援コーディネーターの選定にあたって

- ・ 課題 ① 手法 → 業務委託・新規雇用(臨職・委託)等
- ② 人材 → 活動実績のある人に担ってもらうには?
- ③ 業務 → 全市レベルの活動の広範さと重み

個人では困難?



法人に業務委託!

※ 法人委託の利点: 法人内部で業務を補完できる。

※ 平成27年6月30日開催「生活支援コーディネーターと協議体に係る研修会 IN 函館」で使用した、函館市保健福祉部介護保険課管理・計画担当資料より引用。

## 公募プロポーザルの実施

- ・ 公募プロポーザルの理由 → 公平・公正な選定  
委託料の審査による費用の圧縮
- ・ 公募プロポーザルのスケジュール  
平成27年4月 1日 公募開始  
4月10日 参加表明書の提出期限  
5月 8日 企画提案書等の提出期限  
5月15日 プロポーザル審査会  
6月 1日 委託契約締結
- ・ 委託期間 契約日から平成28年3月31日まで
- ・ 受託法人 NPO法人NPOサポートはこだて  
生活支援コーディネーター(丸藤 競 理事)  
※ まちづくりセンター長と兼務

## 業務委託の内容

- ① 全市的な生活支援・介護予防サービスのコーディネート等に関する以下の業務  
ア 生活支援・介護予防サービスの把握および創出  
イ 支援ニーズの把握  
ウ 関係者間のネットワークの構築  
エ ニーズのサービスのマッチング
- ② 函館市生活支援・介護保険体制整備推進協議会との連携・協働に関する業務
- ③ サービス・支援の担い手となるボランティア等の養成に関する業務
- ④ 上記業務を主に担当する生活支援コーディネーターを1名配置。

# 協議体メンバー

- |     |                      |                           |
|-----|----------------------|---------------------------|
| 会長  | 池田 延巳                | 函館大妻高等学校 校長               |
| 副会長 | 山本 正子                | 函館市町会連合会 保健福祉部長           |
|     | 阿知波 健一               | 函館市社会福祉協議会 事業部長           |
|     | 酒井 雅子                | 函館市ホームヘルパー連絡協議会 会長        |
|     | 佐々木 大介               | 函館市デイサービス・訪問入浴連絡協議会 会長    |
|     | 所 輝美                 | 函館市居宅介護支援事業所連絡協議会 幹事長     |
|     | 永澤 和枝                | 函館市民生児童委員連合会 高齢者福祉部会長     |
|     | 能川 邦夫                | 函館市ボランティア連絡協議会 会長         |
|     | 林 優子                 | 公益社団法人 函館シルバー人材センター 事務局次長 |
|     | 渡邊 裕子                | 函館市地域包括支援センター連絡協議会 副会長    |
|     | 丸藤 競                 | 特定非営利活動法人NPOサポートはこだて 理事   |
| 事務局 | 函館市保健福祉部 介護保険課・高齢福祉課 |                           |

# 協議内容

- ① 地域資源および地域ニーズの把握
  - ② 資源開発
    - ア 地域に不足するサービス・支援の創出
    - イ サービス・支援の担い手の養成
    - ウ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保
  - ③ ネットワークの構築
    - ア 関係者間の情報共有
    - イ サービス提供主体間の連携づくり
  - ④ ニーズと取り組みのマッチング
    - ア 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動のマッチング
    - イ サービス提供主体の活動ニーズと活用可能な地域資源のマッチング

事業展開イメージ	サービス並・種類											
	平成27年度			平成28年度				平成29年度				
受託法人と推進協議会	第1回 4~5月	第2回 6月	第3回 10月中旬	第1回 5月	第2回 6月	第3回 11月	第4回 2月	第1回 5月	第2回 8月	第3回 11月	第4回 2月	
生活支援・介護予防体制整備事業の委託	受託法人決定	コーディネーター選任	全市民生協議会に参加 調査方法等検討	ボランティア養成が主体 チーム構築	地域コーディネーター選任 手発掘・育成	ボランティア養成講座の運営 地域ニーズの把握	養成ボランティアの結核 支援	総合事業提供主体の結核化支援				
全市協議会(1)	年度内3回開催			年度内4回開催				年度内4回開催				
地域協議会(複数)	年度内3回開催			各地域協議会ごとに年度内3回程度開催				各地域協議会ごとに年度内3回程度開催				
1 地域資源および地域ニーズの把握	地域に埋もれた資源の発掘(リストアップ)、活動内容の把握											
2 資源開発	既存資源の確認											
3 ネットワーク構築	協議会の中で情報共有											
4 ニーズと取り組みのマッチング	地域ごとの活動ニーズ・支援ニーズの把握、マッチング											

# ニーズの把握を最優先に！

- ・ ニーズ調査のため調査票配布。(「やる気スイッチ」を入れるためのアンケート)  
全町会の役員・社協職員・包括職員にアンケート(10月15日締切で実施中)
- ↓
- アンケート結果とデータ等を合わせ、追加ヒアリング。  
来年度以降の事業計画策定。

※ これは別に、一部町会からはヒアリングを始めている。  
 ※ ニーズ調査や資源調査・開発については、北海道教育大学函館校と連携。  
 自主的に協力してくれている教授チームと協議しながら進めている。  
 (地域福祉、地域政策、社会調査、障がい者福祉等の分野の先生)

- ・ ワークショップで「やる気スイッチ」を入れていく。
- ・ 講演会の開催 (福祉以外のテーマを活用)

## その後のスケジュール

- ① ニーズ調査(年度内最優先活動)
- ② 10月以降、総合事業に向けての事業計画案づくり  
(整理・提言)
- ③ 10月以降、総合事業実施に向けての環境づくり  
(1層レベルでのマッチング等)
- ④ 1月以降、担い手の養成に関する計画策定

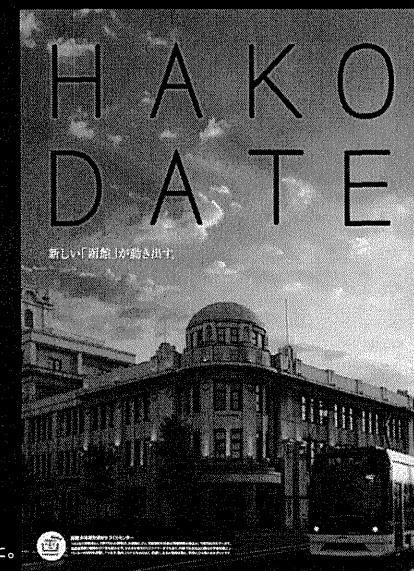
※ コーディネーターが提案 → 協議体で検討。

## 函館市 生活支援コーディネーターの特徴



生活支援コーディネーター事務所  
函館市地域交流まちづくりセンター内

平成26年度の函館市観光ポスター  
まちづくりセンターが取り上げられました。



- ① 中間支援のNPO法人が、市からの業務委託で行っている。
  - ・ 事務処理等の業務を、法人の生活支援コーディネーター以外のスタッフが担うことにより、コーディネーターが必要な業務に専念できる。
  - ・ 中間支援活動の中で法人に蓄積された資源(相談対応力、調査・情報収集力、編集・発信力、コーディネート・ネットワーキング力、資源提供力、人材育成力、企画・提言力等)を有効活用することができる。
  - ・ 函館市地域交流まちづくりセンターのオープン(平成19年4月)以来、運営を成功させていることから「信頼」の高さを武器に活動できる。
  - ・ まちづくりセンター利用者(年13万人以上)のつながりや、親しみ等を、そのまま生活支援コーディネーターに活かすことができる。
  - ・ 様々な分野の人や組織と連携できる。
  - ・ 活動場所が確保されている。(事務所・会議室等)

- ② 中間支援を行っている者(函館市地域交流まちづくりセンター センター長丸藤)が、生活支援コーディネーターとしても活動している。
  - ・ 様々な分野での活動経験があるので、視野が広くなるとともに様々な角度や視点からより効果的で適切な動きがとれる。
  - ・ ネットワークの幅が広く、多くの市民から既に知られた存在なので、町会、関係団体等とのコミュニケーションがとりやすい。
  - ・ 「介護」や「福祉」の枠にとらわれない、自由な発想やマッチングが可能。
  - ・ ラジオのパーソナリティなどもしていて、発信力が高い。
  - ・ まちづくりセンターと生活支援コーディネーターの恒常的連携強化が可能。
  - ・ 新たなネットワーク構築が、よりダイナミックにできる。
  - ・ 福祉とは直接係りのない分野の団体や人とも連携・協力がとれる。
  - ・ 行政との協働経験も多く、効果的に連携が図られる。(翻訳者がいない)
  - ・ 全国の中間支援活動をしている者同士の連携がとれる。
  - ・ さわやか福祉財団(福祉系の中間支援)の北海道ブロックインストラクターとしての情報やネットワーク、経験等を全て注ぎ込むことができる。

## 私のひそかな目論見 ～あえて、福祉以外の目線～

- ① 地域づくりやまちづくりに、活かしちゃおう！
  - ・ 商店街活性化との連携 → 「物売る」から「サービスを提供する」へ
  - ・ NPO活動活性化のための栄養剤や潤滑油 → プロフェッショナルNPO育成へ
  - ・ 地域全体で自主的に動いてく意識の醸成  
→ 島根県雲南市の小規模多機能自治の函館版構築へ
  - ・ 防災活動や「観光防災」との連携 → 住民はもちろん、全ての人の安心安全へ
- ② 既存組織の活性化に、活かしちゃおう！
  - ・ 町内会、在宅福祉ふれあい推進委員会(社協)、民生委員・・・  
→ 「名ばかり役員・梗塞役員」から「動く人・組織」へ
  - ・ 企業の社会貢献、CSRの推進(函館版地域貢献企業支援事業の実現)  
→ 社会貢献や社会責任を全うすることが地元経済活性化の最適手段！
- ③ これからの函館をつかっていく人を育てるために、活かしちゃおう！
  - ・ 「やってれない」から「やらせてくれない」への意識改革 → 「プラチナ市民」へ
  - ・ 「答えを待つ」から「自ら答えを導き出す」への意識改革 → 「市民が主役」へ

私が、生活支援コーディネーターに手を挙げた理由

“市民主体のまちづくり”のための、  
「千載一遇」のチャンス！



「日本一の福祉のまち」函館の  
土づくりになる！

## まとめ

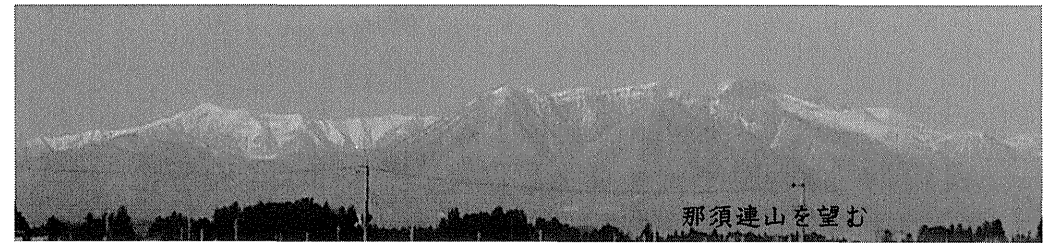
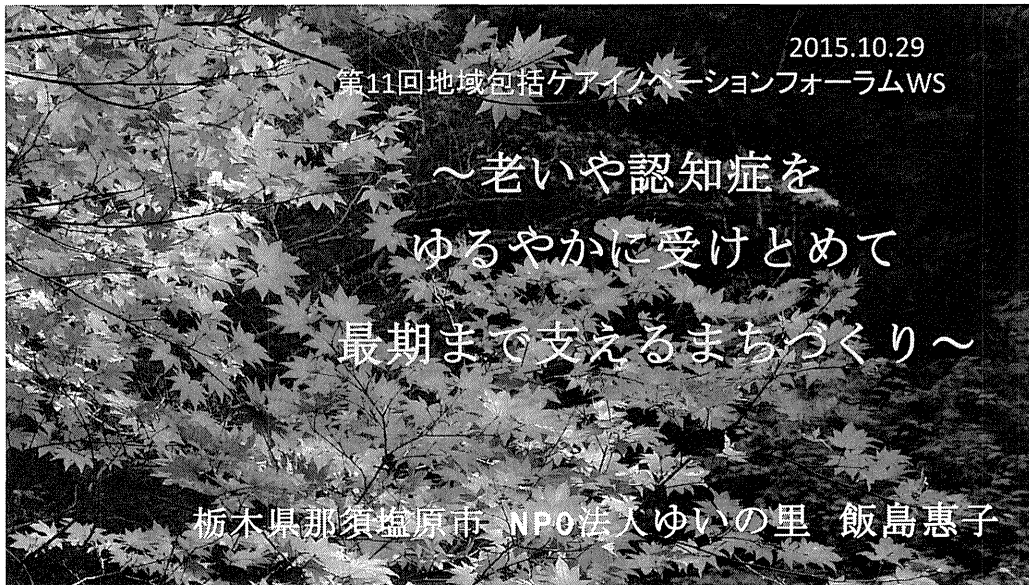
- ・ 中間支援組織は、行政の皆さんが認識しているより、はるかに多くの情報量を持ちネットワークをつくり、市民目線で提言・実践していくことに慣れていきます。  
従って、生活支援コーディネーターや協議体の活動に対し、各地域の中間支援組織や、中間支援の活動をしている者のスキルやネットワーク等を活用することで、新しい総合事業がより効果的・効率的に推進できるものと考えます。
- ・ 中間支援組織は様々な分野と関係があります。もちろん、福祉もその中の一つです。  
様々な分野を総合的に見られることで、より効果的な事業が実現可能だと考えます。
- ・ 福祉だけの目線になるのではなく、まちづくり、地域づくりを実践している様々な分野の人、専門以外の人の考えを入れた中で新しい総合事業を実施していくことが、地域にとつて効果的で実行力のあるものになると考えます。

## 課題

- ① 役所とのやりとり(超心配性) & 言葉が通じない、進め方の違い
- ② 議会や市のスケジュールに追われる
- ③ 2層がないので、ちょっと孤独
- ④ 協議体のメンバーが、「いつもの人たち」で固すぎる(福祉系中心)
- ⑤ 総合事業開始が平成29年・・・

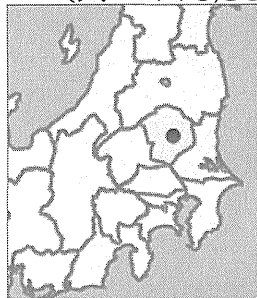
## 今後の展開

- ① 何度も会って、仲良しになり巻き込む。(この事業にこだわらない付き合い)
- ② 協議体の柔軟化(9月30日に、飲み会実施)+チームに！
- ③ 町会等既存組織の活性化(ワークショップ等の活用)+担い手育成
- ④ 具体的な事業計画の策定(アンケートをもとに)
- ⑤ 市民の皆さんに、知ってもらう。



こんにちは ゆいの里です 「ゆい」は「結」  
 田植え, 稲刈り, 道普請 昔あった 地域のお互い様  
 まちの中でゆいを形に 居場所づくり ティホーム、宅老所  
 1996年(平成8年)ゆいの里スタート  
 ゆいの里の合言葉は ほっとすっぺ!  
 2015年 なじみ庵10年め ゆいの里20年め

栃木県那須塩原市 黒磯市、西那須野町、塩原町の合併10周年!  
 (人口 116,851人 高齢化率23.89% H27.10月1日現在)



私たちの活動地域  
 西那須野は明治以降  
 の開拓のまち

西那須野  
 東部地区 高齢化率 20.6%  
 西部地区 高齢化率 19.11%



那須疎水(日本3  
 大疎水のひとつ)  
 琵琶湖疎水(滋賀)  
 安積疎水(福島)



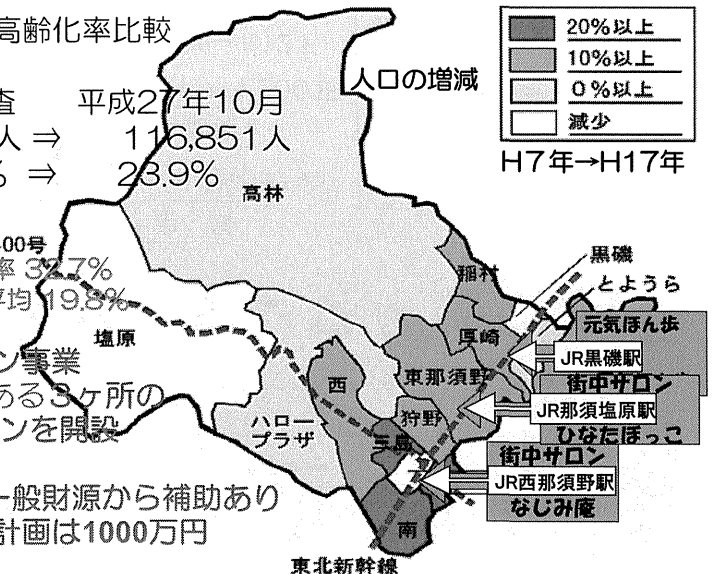
那須塩原市 人口、高齢化率比較

平成22年国勢調査 平成27年10月  
 人口: 116,479人 ⇒ 116,851人  
 高齢化率: 19.72% ⇒ 23.9%

高齢化率 市内格差 国道400号  
 黒磯中心部地区 高齢化率 32.7%  
 西那須野東部西部地区平均 19.8%

那須塩原市街中サロン事業  
 H22~那須塩原市にある3ヶ所の  
 JR駅近隣に街中サロンを開設

年間最大700万円の一財源から補助あり  
 ゆいの里の事業予算計画は1000万円







# 私たちの進むべき道は？

第2弾 宅老所の本質を考える会 東日本

## 顔の見えるシンポジウム

2015年  
**10月25日**  
13:15～17:10(日)

定員 先着200名  
参加費 1人1,000円

佐久市生涯学習センター(野沢会館ホール)2F  
電話: 0267-62-0665

宅老所・グループホーム全国ネットワーク  
代表世話人 惣万佳代子さん

フローレンス・ナイチンゲール記念受賞  
惣万さんは、制度の制約を飛び越え、共生ケア(このゆびと一まれ)を生み出し、全国に広めてきました。この活動が認められ、この度ナイチンゲール記念を受賞されることが決まりました。

宅老所・グループホーム全国ネットワーク

## 宅老所とは？

宅老所・グループホーム全国ネットワーク  
ホームページより

- ・民家などを活用し、家庭的な雰囲気の中で、一人ひとりの生活リズムに合わせた柔軟なケアを行っている小規模な事業所を指す。地域の居場所  
通い(デイサービス)のみを提供しているところから、泊まり(ショートステイ)や自宅への支援(ホームヘルプ)、住まい(グループホーム)、配食などの提供まで行っているところもあり、サービス形態はさまざま。

宅老所・グループホーム全国ネットワーク

## 宅老所とは？

- ・また利用者も、高齢者のみと限っているところがある一方で、障害者や子どもなど、支援の必要な人すべてを受け入れるところもある。
- ・介護保険法や自立支援法の指定事業所になっているところもあれば、利用者からの利用料だけで運営しているところ、あるいは両者を組み合わせて運営しているところもある。

## 宅老所とは？

1980年代半ばから全国各地で始まった草の根の取り組み。

大規模施設では落ち着けない、あるいは施設では受け入れてもらえない認知症高齢者に、少しでも安心して過ごしてもらいたいと願う介護経験者や元介護職員・看護職員などによって始まった。

## 宅老所とは？

- 宅老所の多くは民家などを活用し、通い（デイサービス）の形態から出発している。
- 大規模施設では問題行動のある困った利用者という烙印が押された方も、宅老所ではお茶を飲んだり談笑したりと、落ち着いて過ごされる姿が見られる。
- 1998年の全国調査（宮城県実施）では、600か所の宅老所があると報告されているが、宅老所の定義が不明瞭であるため現在の実数は定かではない。

- 1983 デイセンターみさと
- 1985 愛の郷フランシスコの家
- 1986 緋の家ザ・セカンド  
元気な亀さん
- 1987 稲毛ホワイエ  
ことぶき園  
わすれな草  
駒どりの家  
生活リハビリクラブ麻生
- 1991 函館あいの里  
宅老所よりあい  
B・Gみなみ
- 1993 のぞみホーム  
ぬくもりの家  
このゆびとーまれ

- 群馬
- 福島
- 青森
- 埼玉
- 千葉
- 島根
- 高知
- 兵庫
- 神奈川
- 北海道
- 福岡
- 大阪
- 栃木
- 滋賀
- 富山

## 宅老所年表



1983年 みさと保養所誕生  
デイみさと 2017年3月閉鎖

## 宅老所とは？

1998年2月には、宮城県松島町で第1回目の「全国宅老所・グループホーム研究交流フォーラム」が開催され、300人参加予定が800人が集った。

翌年は東北福祉大学に会場を移し、800人予定のフォーラムに1,200人が全国から手弁当で集まった。

1999年1月には、宅老所の実践者やそれを支援する仲間がつながって「宅老所・グループホーム全国ネットワーク」が発足した。