

201501003A(資料2)

厚生労働科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

『都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究』

(H25-政策-一般-004)

平成 27 年度研究成果物

介護人材確保／地方財政に関するセミナー  
資料集

平成 28(2016)年 3 月

研究代表者 西村 周三

## ワークショップ

### 『介護人材不足を問い直す』

—ケアの担い手を巡る実践の進化を手がかりに—

## ワークショップ「介護人材不足を問い直す：ケアの担い手を巡る実践の進化を手がかりに」

日時：平成28年1月15日(金) 13:00～17:15

場所：航空会館501+502会議室

### プログラム：

(1) 問題提起(13:00～13:20)

「地域包括ケアと介護人材確保を考える」

堀田聡子(国際医療福祉大学大学院教授/医療介護福祉政策研究フォーラム理事)

(2) 実践報告(13:20～15:20)

「生涯現役のまちづくりについて～愛知県高浜市～」

磯村和志(高浜市福祉部生涯現役まちづくりグループ グループリーダー)

「ささえあい たすけあい 地域だんらんまちづくり～おたがいさま運動広げて～」

大野京子(南医療生活協同組合地域ささえあいセンター本部長(常務理事))

「プロの住民『ライフサポーターの養成と活動について』」

井口明(NPO 法人校舎のない学校副理事長)

「介護・ラ針盤が専門性を活かし多職種の連携によって在宅の限界点を引き上げる」

藤井尚子(株式会社新生メディカル大垣南営業所長主任介護支援専門員)

「求められる多職種連携とは～人と人が織り成す現場から～」

根田一成(株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション主任介護支援専門員)

「看護小規模多機能型居宅介護の実践から介護と看護の協働を考える」

上野幸子(佐賀県看護協会訪問看護ステーション訪問看護サポートセンター長)

(休憩)

(3) 指定発言(15:35～15:45)

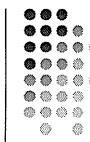
伊原和人(厚生労働省大臣官房審議官(年金担当)、前健康局総務課長)

(4) 総合討論(15:45～17:15)

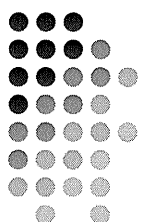
以上すべての登壇者、ご来場の皆さまを交えて議論を行います

進行：西村周三(国立社会保障・人口問題研究所名誉所長)、堀田聡子

総合司会：川越雅弘(国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部長)

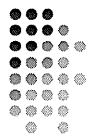


## 地域包括ケアと介護人材確保を考える



国際医療福祉大学大学院/医療介護福祉政策研究フォーラム  
堀田聡子 (hotta@mcw-forum.or.jp)

### ケアをとりまく変化

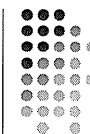


- 人口構成の変化(高齢化、少子化)
- 疾患構造の変化(複数疾病、継続発症、ケアサイクル)
- 健康概念の変化
- 支援観の変化(医療モデルから生活モデルへ、ICF)
- ケア・サポートの断片化・連続性の欠如
- (全体・無駄な)費用の肥大化

生活の質(個人・家族・地域の物語)、持続可能性

## 地域包括ケアをめぐる潮流

### 地域包括ケアとは:2つのコンセプト



#### 地域を基盤とするケア (community-based care)

公衆衛生アプローチに立脚し、地域の健康上のニーズ、健康に関する信念や社会的価値観にあわせ、地域社会による参画を保証しながら構築されるケア [Plochg and Klazinga (2002)]

#### 統合ケア (integrated care)

診断・治療・ケア・リハビリテーション・健康増進に関連するサービスの投入・分配・管理と組織をまとめる概念 [Gröne and Garcia-Barbero (2001)]

地域における最適を地域が自ら選ぶことが重要



# 医療介護総合確保推進法(2014)

(目的)

第一条 この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

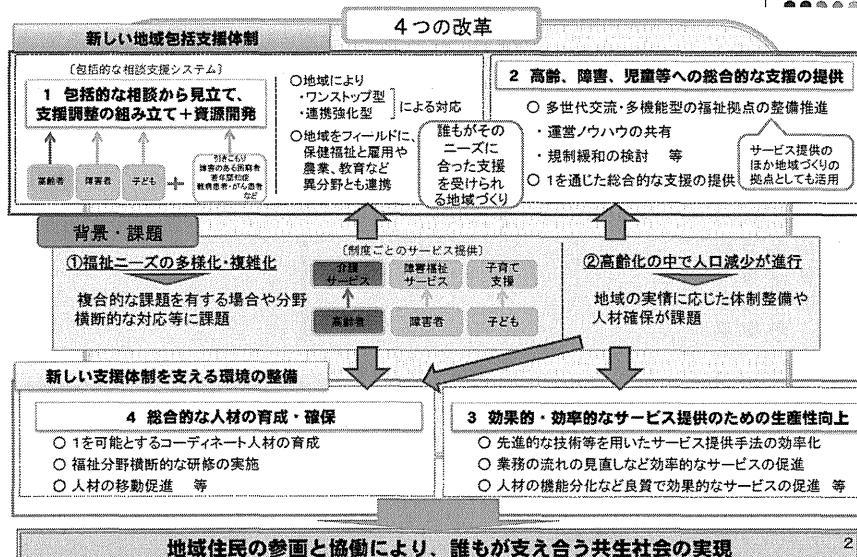
(定義)

第二条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

(参考)地域包括ケアシステムVer.3.0(地域包括ケア研究会)



(参考)新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン

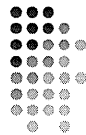


## 諸外国におけるケアの担い手をめぐる政策・研究の動向

※我が国については別添資料参照

主要参考文献: 堀田 (2014) <http://www.jil.go.jp/institute/reports/2014/0167.html>

ここでケアの担い手: フォーマル/インフォーマル、有償/無償(二分化できなくなっているが)、対象の別を問わず広くケアを行う者



## 1. まずインフォーマルケアラーへの着目

- アメリカ・スウェーデン・イギリス等の研究者によるケア・ケアラーの歴史への着目(1920年代頃~)と政策対応を要する事柄としての明確な位置づけ

- ケアラー団体の運動

→ケアラー支援の制度化(1960年代後半~萌芽的に)

- ケアラーを視野にいれる政策領域の広がり
- 近年EU等では社会的排除との関連からケアラーを位置づけケアラーの社会的保護と社会的包摂をはかる政策検討

[Room et al.(1992),European Commision(2008)等]

※「日本には介護休業を除いて介護者を対象とする一般的なサービスは他の先進諸国と異なり今日も存在せず、介護の社会化論という日本独自の議論がこれに影響」<sup>9</sup> (三富(2011))

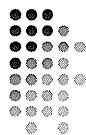
## 2. ケアワーカーへの注目

- 欧米で高齢・障がいのみならず保育も包摂するケアワーカーにかかる研究活発化(1980年代以降)
  - 多様なケアワークの射程、概念構造、実践の精緻な把握、福祉レジームと結びつけた配置・雇用、教育・コンピテンスの検討[Moss and Cameron(2002)等]

- とりわけ長期ケアに携わるケアワーカーの確保定着が各国の政策課題に(2000年代以降)
  - 規模、属性、確保定着策にかかる国際比較の蓄積[Fujisawa and Colombo(2009)等]

## 3. 多様化するケア提供主体の把握と支援

- フォーマル/インフォーマル、有償/無償といった二分法を超え多様化するケア提供主体の概念整理[Ungerson(1997)、Pfau-Effinger and Geissler eds.(2005)等]
- 家族・世帯、市場、国家、コミュニティ・ボランティア: ケアダイヤモンドによる供給バランスの把握[Razavi(2007)]
- とりわけ長期ケアについてはケアの担い手の全体像の実態把握と充実に向けた方策展開[Colombo et al.(2011)]



11

## (参考)Eurocarersにおける ケアラー支援にかかる10の原則

- ① ケアラー認識: コミュニティケアにおける中心的役割を果たすという認識、この認識がケアラーに影響を及ぼす全ての政策に反映
- ② 社会的包摂: ケアラーが社会生活を享受する権利
- ③ 機会平等: ケアラーは生活の全側面において平等な機会を持つべき
- ④ 選択: ケアラーになりたいか/負担の程度を選択、ケアを必要とする人はケアラーを選択する権利を持つべき
- ⑤ 情報: ケアラーの経験・局面に応じた情報、助言、アドボカシー、訓練
- ⑥ 支援: 経済、実践、精神的支援と活用可能で手頃なフォーマルケアへのアクセス
- ⑦ ケアから離れる: ケアラー・ケアを必要とする人の双方にニーズに応じたレスパイトケア等
- ⑧ ケアと仕事の両立: ケアと有給雇用両立の可能性(労働政策の前提)
- ⑨ ケアラーの健康増進
- ⑩ 経済保障: ケアの結果としての貧困化を避ける

出所: <http://www.eurocarers.org/index.php>

10

## (参考)オランダのケア提供体制の多様化

- 伝統: 家族内ケア+宗教基盤等の互助の枠組み
- AWBZ導入: 共助に基づくインフォーマルケアのフォーマル化
- Alpha-hulp: 家庭におけるケア提供者のインフォーマル雇用
- PGB導入: フォーマルな雇用に基づく新たな市場形成、家族ケアのセミフォーマル化、家庭におけるケア提供者のインフォーマル雇用の進展
- Wmo導入: フォーマルな雇用に基づく新たな市場形成



12

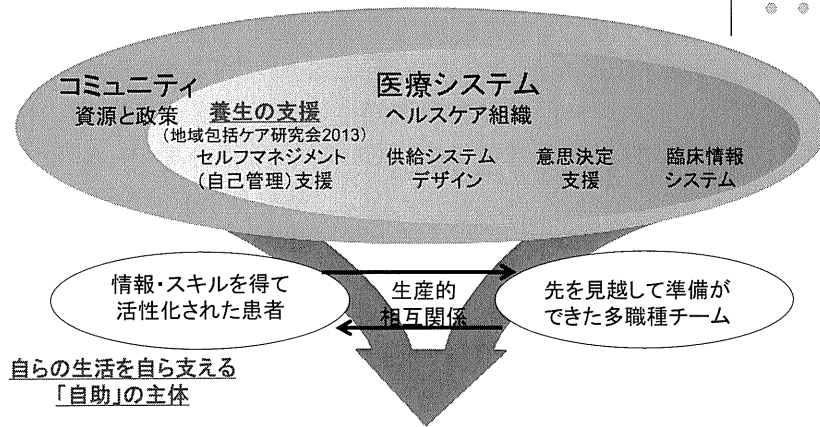
#### 4. ケアの担い手(主体)としての患者・利用者

- 1950年代の「患者役割論」[Parsons(1951)]: 社会的役割の免除、医療者の指示に従い援助を受け入れる患者  
～「病院の世紀」(猪飼(2010))における専門職のインシアティブに基づく治療の「受け手」としての患者像
- 高齢化の進展のなかで慢性疾患患者が急増するにつれ患者像が転換: 先を見越した行動をとるケアチームと生産的相互関係を結ぶ「情報とスキルと自信を持つ活性化された患者」像へ[Wagner et al.(1999,2001)等]
- セルフマネジメントを高める施策の展開、その効果に関する研究[Lorig et al.(1999), Expert Patients Programme Community Interest Company(2010)等]
  - 米・スタンフォード大学で1980年代に開始されたChronic Disease Self Management Programme(世界20カ国で展開)
  - 英・保健省とNHSが主導するExpert Patient Programme [松繁(2010)]
 :「LayExpert(素人専門家)」という概念
- ただしもちろん依然として医療者に従属的でありたい患者も多い[Wiles and Higgins(1996), Gabe et al.(2003)]

#### (参考)NHS改革とセルフケアの5つの柱

- ケアを必要とする多くの人にとってセルフケアが重要、セルフケアはQol及び患者満足度↑医療資源節減につながる→セルフケア振興が不可欠[イギリス保健省(2005)『セルフケア白書』]
- セルフケアの5つの柱 [NHS North West(2010)]
  1. 情報(サービスに関する情報、病状と治療に関する情報、ヘルスリテラシー、図書館や地域センターを通じてサポートに関する情報を得るためのITへのアクセス、処方に関する情報、ケアプラン、ソーシャルマーケティング)
  2. 能力と訓練(健康増進・自己管理・リハビリのコース、健康のコーチ、薬剤のレビュー)
  3. セルフモニタリングの機器とツール(医療用具、テレヘルス/ケア、早期警告のシステム)
  4. 支援ネットワーク(地域のサポートグループ、ボランティアのサービス、全国のサポートグループ)
  5. 健康的な生活習慣(スクリーニング、予防接種、禁煙プログラム、体重管理、運動処方、健康的な食事、安全な飲酒)

#### Wagnerらの慢性疾患ケアモデル(CCM) 患者-専門職 関係をこえて



本人・家族の選択と心構え 機能・臨床的アウトカムの向上 (地域包括ケア研究会2012)

#### (参考)慢性疾患ケアのための コアコンピタンス

1. 患者中心ケア
  - 効果的なコミュニケーション
  - 健康行動変容のサポート
  - セルフマネジメント支援
  - プロアクティブアプローチ
2. 協働(Partnering)
  - 患者と
  - 他の提供者と
  - コミュニティと
3. 質向上
  - プロセス・成果の測定
  - 学習→変化
  - エビデンスを実践に反映
4. ICT
  - 患者の登録
  - パートナーとのコミュニケーション
  - コンピュータ技術の活用
5. 公衆衛生視点
  - Population-based care
  - 予防重視とケアの連続を横断する働き
  - プライマリケア主導のシステム

出所:WHO(2005)、Nolte and McKee(2008)



(参考)

フィンランドの社会・保健医療共通基礎資格(ラヒホイタヤlähihoitaja)

- 保健医療分野と社会サービス分野の日常ケアに関する、様々な中卒レベル資格を一体化し、一つの社会・保健医療基礎資格としたもの。※ lähihoitoとは、「日常ケア」に相当する語
- 養成教育期間は3年間、120単位(1単位=40時間;うち29単位=1160時間の現場実習)  
(特徴)
  - 従来、分離していた仕事を一人の人間が行える、という柔軟な特性
  - あらゆるケアワークの仕事が可能(保育園で働いた後、高齢者のホームヘルパーや、精神障害者施設でも働くことが可能。)
  - 労働市場内を移動することによって、長期に仕事を継続することができる。

ラヒホイタヤ創設の背景

- 施設の収容数を10年間に段階的に削減し、代替のオープンケアをその減少に充てて行うとの提議 =施設ケアから在宅ケアへの政策転換
- 在宅において、複数の介護者が入れ替わり立ち代わり来るのではなく、同じ人、しかも質の高い人に来て欲しい、という高齢者の要望、等

マンパワーの総量は変えずに、一人ひとりのケアワーカーの能力向上(competence)を高めながら構造変化に応じた合理的なマンパワーの配置を行う必要性。

個々のケアワーカーの質の向上とケア現場での仕事の合理化を図る

高齢者ケアの領域で、従来のホームヘルパーと訪問看護の仕事統合

ラヒホイタヤ資格の前身10資格

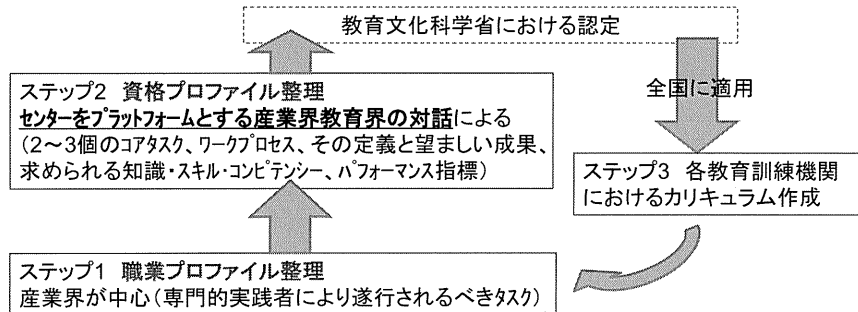
保健医療部門における7つの資格	社会ケア部門における3つの資格
准看護婦: Perushoitaja 精神障害者援助士: mielenterveyshoitaja 歯科助手: hammashoitaja 保育士/保育士: lastenhoitaja ペディケア士: jalkenhoitaja リハビリ助手: kuntohoitaja 救急救命士-救急運転手: lääkintävahdimestari-sairaankuljettaja	知的障害福祉士: kehitysvammaistenhoitaja ホームヘルパー: kodinhoitaja 日中保育士: päivähoitaja

(参考)オランダの職業資格整備・発展の仕組み

- 1996年職業教育訓練法
  - 背景: 労働市場の急速な変化・グローバル化進行
  - 目的: 労働市場ニーズと職業教育の結びつき強化、労働者の柔軟性とエンployability向上
  - 国レベルの資格枠組みと全国統一の職業資格の整備
  - 中等職業教育の一貫性改善、中等職業教育と成人教育の一本化(地域職業教育センター設置・介護福祉、技術、経済、農業)
  - セクター別の職業教育訓練労働市場知識センターが中等職業教育レベルの全国統一職業資格の整備・発展の基盤
- 中等職業教育のレベルと教育訓練ルート
  - コンピテンシーベースの職業教育訓練(EU)
  - 部分資格制度(モジュール認定)
  - レベル1 アシスタント教育 半年~1年
  - レベル2 基礎職業教育 2~3年
  - レベル3 専門職業教育 3~4年
  - レベル4 ミドルマネジメント教育 4年
  - スペシャリスト教育 1~2年
  - 職業教育ルート 実地訓練20~60%  
見習い訓練ルート 実地訓練60%以上

職業教育訓練労働市場知識センターの機能

- 産業界(使用者団体・専門職団体・労働組合)、教育界(中等職業教育評議会・教育訓練機関)のステークホルダー協働による資格構成整備・発展
- 実地訓練受入機関認定・質モニタリング
- ※ケアに関連するセンターはヘルスケア、福祉、スポーツセクターを横断するもの



保健福祉スポーツセクターの職業教育訓練労働市場知識センター

2011-2012資格構成

	ヘルスケア		福祉	スポーツ
	ヘルスカアアシスタント	看護・介護		
レベル4	薬剤師補助者 医師補助者 歯科医補助者	看護師	障がいソーシャルワーカー、専門 保育士、青少年ケアワーカー、 ティーンズアシスタント、コミュニティ ワーカー、社会サービスワーカー等	スポーツアナライ コーディネーター
レベル3	—	ヘルスカアワーカー	ソーシャルワーカー、保育士	ワーカー
レベル2	—	—	介護福祉ヘルパー	ヘルパー
レベル1	—	ヘルパー	—	—

出所: Calibris提供資料をもとに堀田作成。中等職業教育レベルのみ掲載。OT/PT/ST等は高等職業教育レベル。

- 課題は多いものの、産業界教育界が常に対話を繰り返し、環境変化に対応して職業プロフィールに基づく資格プロフィール更新・カリキュラム改訂を続ける(硬直化させない)ヘルスケア・福祉・スポーツ領域を横断するプラットフォーム
- ただし高等職業教育レベル(レベル5学士 以上)は 教育訓練機関が資格構成の発展を担う

## 諸外国におけるケアワーカー確保の柱

1. 健康増進・介護予防促進、セルフマネジメント支援
2. インフォーマルケア推進
3. 生産性向上、イノベーション
  - 多主体・多職種の柔軟な役割発揮を促すケアチーム、サービスモデル、支払い
  - ICT・ロボット活用
  - 事務簡素化、規制緩和 等
4. 定着と能力発揮の促進
  - 労働条件改善、専門性強化(仕事の再評価)
  - 雇用管理改善 等
5. 採用プールの拡大(男性、若者、移民等)、マッチングの改善  
(Colombo et al.(2011),Cameron and Moss(2007)等をもとに堀田整理)

21

オランダの在宅ケア組織Buurtzorg:

[http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02986\\_04](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02986_04)

医学書院『訪問看護と介護』2014年6月号で大型特集、同『病院』2014年6月号で寄稿

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト(2015年3月~2016年3月)実施概要:

[http://www.orange-cross.org/wp-content/themes/theme\\_clm2/images/cs.pdf](http://www.orange-cross.org/wp-content/themes/theme_clm2/images/cs.pdf)

## (話題)地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクト

22

## (事例)急成長するオランダの 在宅ケア組織Buurtzorg

### <事業者概要—BuurtzorgNederland>

- 地域看護師が2006年に起業した非営利の在宅ケア組織
- 2007年に1チーム4人でスタート→全国約850チーム、約9,000人のナース(看護・介護・リハ職)約7万人の利用者(2015年)
- バックオフィス45人
- 利益率約8%、間接費8%(他の在宅ケア組織の平均は25%)
- 利用者満足度トップ  
従業員満足度全産業トップ  
利用者あたりのコストは他の在宅ケア組織の半分

*Better Care, Better Work, Lower Cost!*

- スウェーデン、米国、中国、日本!?

### <特徴:地域ナースによる統合ケア>

- 約70%が地域看護師
- あらゆる年齢・疾患・障害をもつ利用者に
  - ① アセスメント・ケアプラン作成
  - ② インフォーマルネットワークの活性化
  - ③ 専門職ネットワーク(家庭医・パラメディカル・福祉・病院等)と連携・調整
  - ④ QOL向上に向けた看護・介護・ガイダンスの提供  
※家事援助は関連組織Buurtdienstenと連携も
  - ⑤ 共感的・社会関係支援の提供
  - ⑥ セルフケアの支援 を実施
- 地域看護師が全プロセスに責任を持つ
  - ケースマネジメントとケア・サポートの分業をしない
  - 全人的ケア・サポート提供(機能別分業しない)
- 本人・家族・地域と協働(専門職によるケアを次第に置き換え)
- 地域に根ざす予防プロジェクトも推進

23

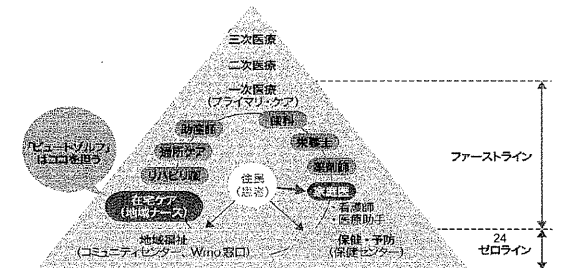
## フラットな組織とICT:人間的なケアに向けて

### <シンプルでフラットな組織>

- 1チーム最大12人のナース、チームに管理者や事務職はいない。
- 利用者、ナースの採用・教育、財務、イノベーション等全てに裁量
- チームミーティングで役割の確認とリフレクション。
- 利用者との対話、リフレクションとBuurtzorgwebをつづじた継続的で能動的な相互学習
- 小さなバックオフィスはヘルプデスク、介護料請求、労働契約・給与支払等。
- コーチ15人

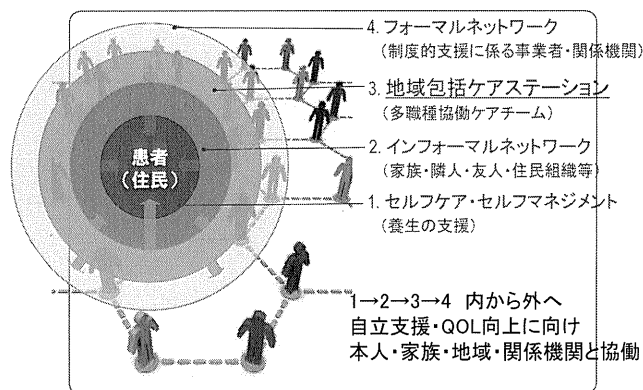
### <Buurtzorgweb:ナースとともに進化するICT>

1. コミュニティ~ナレッジマネジメント”ba”
  - ミッション共有と連帯感醸成
  - 事例やイノベーションの相互学習
  - チームとバックオフィスのコミュニケーション
  - 組織の意思決定
2. OMAHAシステム:ケアの見える化
3. チームコンパス:生産性の見える化
4. 業務管理



## (紹介)地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクトのミッション

住み慣れた地域でのその人らしい暮らしの継続を支える  
持続可能な地域ケア(玉ねぎモデルに基づく生涯を通じた  
患者中心/住民本位の統合ケア)の実現を目指す



25

## 地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクトのビジョン

- 地域包括ケアにかかわる国内各地の参加主体におけるパイロットステーションと、世界的に成功事例のひとつとされるオランダのBuurtzorg(ビュートゾルフ)のナレッジを共有し、
- 専門職、研究者、関係団体、行政等による継続的な対話・議論・評価を行いつつ

①より質の高いケア (Better Care)

②より働きがいのある仕事と働きやすい職場 (Better Work)

によって③コストを下げる (Lower Cost) ことができる

持続可能な地域ケアの中核をなすことが期待される  
多主体多職種協働ケアチーム(以下、「地域包括ケアステーション」)  
を実証的に開発

26

## 「地域包括ケアステーション」 パイロットステーションのイメージ

- 玉ねぎモデルに基づき
- 年齢や疾患・障害の別を問わず、生涯を通じて
- (少なくとも)「看護」「介護」「予防」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」機能を組み合わせ、統合的なケアをめざす
- フラットなチーム

### <事業の背景と目的>

- ・事業の背景/チームの問題意識(地域の人口構成や資源の現状と将来像、住民意識、それらを踏まえた地域の課題等)

### ・目的

### <事業内容>

- 各地域・チームにおける、問題意識や目的を踏まえた玉ねぎモデルに基づく生涯を通じた患者中心/住民本位の統合ケアの実現に向けた事業内容(新たな取組み、実践の進化)について、
- ・パイロットステーションのイメージ(どのように「看護」「介護」「予防」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」機能を組み合わせ、統合をはかるか)

- ・チーム内の情報共有、地域住民や関係機関・ステークホルダーとの意識共有や連携のあり方

### <スケジュール>

### <期待される成果とその把握方法>

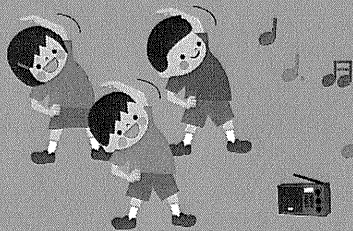
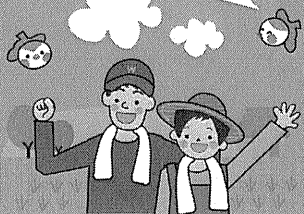
27

# 生涯現役のまちづくりについて ～愛知県高浜市～

高浜市

健康  
自  
生  
地

私のお気に入りの  
居場所はここ！

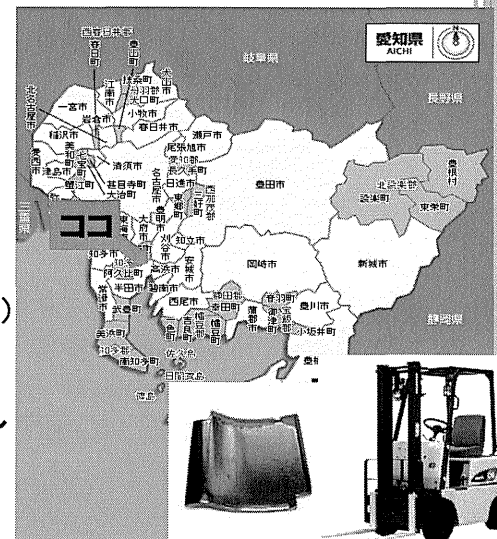


高浜市生涯現役  
まちづくりグループ  
磯村和志

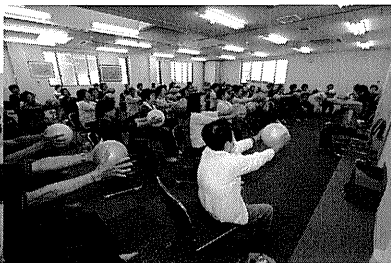
## 高浜市の概況

(平成27年6月1日現在)

- 面積 13.02Km<sup>2</sup>
- 人口 46,499人  
65歳高齢者数 8,716人  
高齢者人口比率 18.7%
- 世帯数 18,309世帯
- 屋根瓦の生産量(三州瓦)  
全国第1位(約70%)
- 輸送機器関連産業が盛ん
- 第2次産業就業人口  
49.1%(全国1位)



## 高浜市の取組み 「生涯現役の まちづくり」について

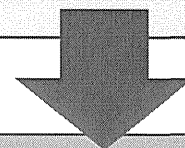


3

平成23年度から  
「生涯現役のまちづくり事業」を推進



高齢者の居場所、生きがいをづくり



平成27年4月から  
「一般介護予防事業」に位置付け



4

- ・元気にもかかわらず、自宅へ閉じこもりがちな高齢者は、要介護状態へ陥るリスクが急速に高まる。
- ・デイサービスに通うことを生きがいにしてきた高齢者の介護度が改善し、要介護認定者ではなくなったにも関わらず、地域に自分の居場所がなく、要介護状態へ逆戻りしてしまう。

外出による適度な運動、地域住民との交流を目的とした「居場所(地域資源の利活用)づくり」

5

- ・市民が自ら出かけたくなるような場所
- ・気軽に参加することが可能な場所
- ・地域住民と触れ合うことができる場所
- ・健康や元気を与えてくれる場所
- ・憩いや安らぎを実感できる場所



健康自生地

7

### 生涯現役のまちづくり調査研究委員会

- ・平成23年10月に発足
- ・市民、商工関係者、福祉施設関係者など、メンバーは総勢40名
- ・講師は、夢のみずうみ村の藤原 茂 代表

- ① 高齢者ニーズ調査の実施
- ② ホームページの立ち上げ
- ③ 試験的な居場所の提供
- ④ 各種活動団体の情報収集



6

### 健康自生地の種類

- ① 体を動かして健康づくりができる
- ② 仲間づくりやおしゃべりができる
- ③ 趣味を楽しむ、スキルアップができる
- ④ 買い物や食事ができる

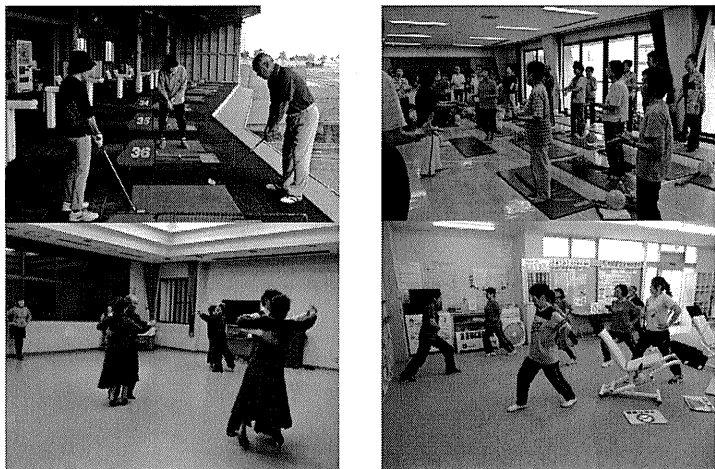
### 健康自生地の運営

- ・地域の元気な高齢者が自主的に運営
- ・参加者から利用料徴収(受益者負担)

8



### 体を動かして健康づくりができる健康自生地



9

### 仲間づくりやおしゃべりができる健康自生地



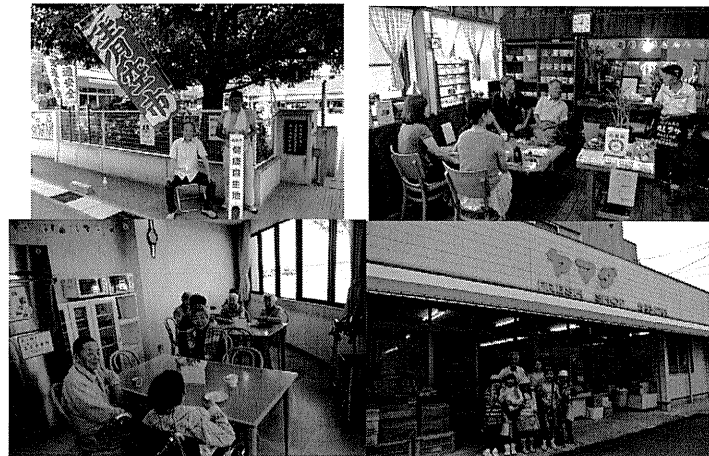
10

### 趣味を楽しむ健康自生地



11

### 買い物や食事ができる健康自生地



12

## 地元の商店も積極的に参画

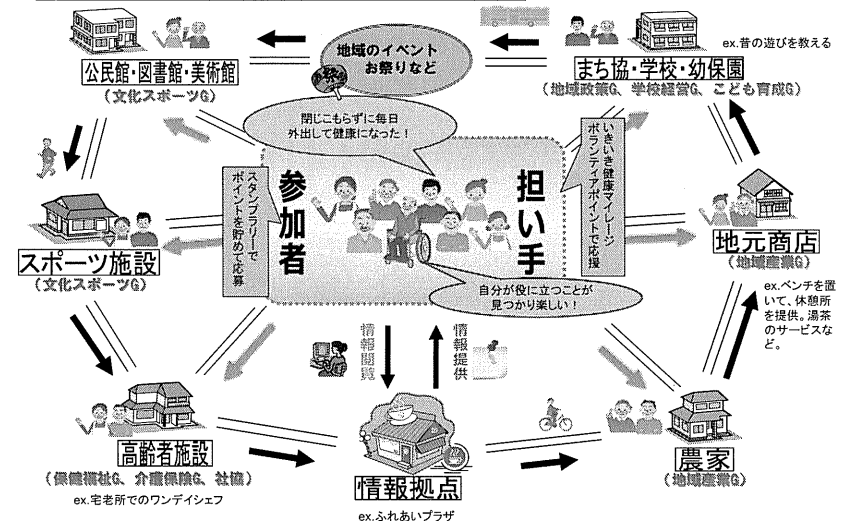
- ・店内の一角に机と椅子が設けられ、自由におしゃべり可能
- ・お茶、お菓子などのサービスもある
- ・必ずしも買い物をする必要はない
- ・商店にとっては新たな来店者が増え、活気が生まれ、売り上げもアップ
- ・「地域住民への居場所の提供」というスタイルの「社会貢献」が定着



13

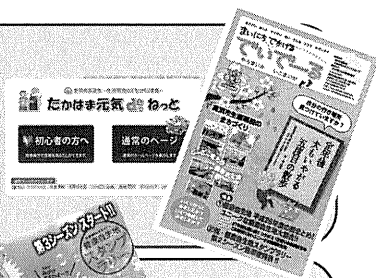
## 生涯現役のまちづくりが目指す姿

「健康自生地」をめぐって健康づくり・介護予防



## 行政の役割

### ① 情報発信



### ② インセンティブ



15

## 情報発信

- ① 情報誌「まいにちでかける でいでーる」
  - ・3か月に1度、広報紙と一緒に配布
  - ・地域の顔見知り高齢者が多数登場
- ② 専用ホームページ「たかはま元気de (で) ねっと」
  - ・最新の健康自生地の情報を掲載
- ③ メールマガジン
  - ・毎週金曜日にメール配信



16

# インセンティブ

- 健康自生地スタンプラリー
  - ・すべての健康自生地でポイント付与
  - ・30ポイント貯めて応募箱へ
  - ・抽選会は年1~2回開催
  - ・健康グッズ、商品券などが当たる
  - ・市内在住60歳以上が抽選対象
  - ・ひとり何口でも応募可能
  - ・30ポイント未満は次回へ持越し



17

# 地元企業、商店の協力

高い社会貢献・地域貢献意識

## ①居場所の提供



## ②スタンプラリーへの協賛



18

スタンプラリーへの  
商店、企業の協賛

- ・豪華賞品の登場
- ・応募者全員へ  
ダブルチャンス賞

豪華賞品、応募者  
全員へ賞品提供

- ・口コミの効果で  
参加者が増加

地元商店、企業  
の活性化

- ・来店者の増加
- ・売上アップ
- ・社会貢献



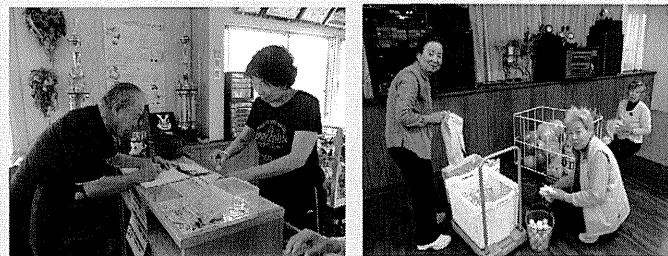
健康自生地  
の活性化

- ・スタンプ集めを  
励みに、自生地を  
巡ることが習慣化



19

# 社会参加による 生きがいと役割づくり



健康体操の受付と片付けの様子

20



## 男性高齢者の出番

・自分自身の  
趣味  
・長年培った  
技術、特技

「通いの場」  
である  
健康自生地  
で認められる

・楽しみや  
喜びを生む  
・やる気の  
創出

男性高齢者が担い手の健康自生地  
囲碁教室、書道教室、  
ゴルフ、社交ダンス、  
太極拳など



21

## 元気な高齢者の皆さん

### 参加

「客体」として  
受け身で  
サービスを  
享受

### 参画

自生地で  
サービス  
提供者  
として活躍

支え、支えられといった構図

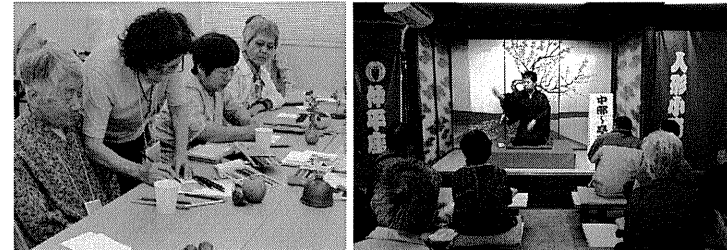
22

## 生涯現役のまちづくり

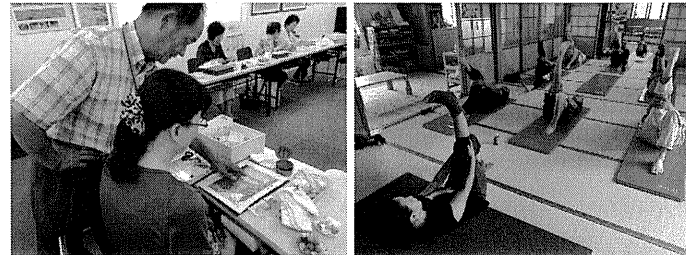
年齢や心身の状況で分け隔てることなく  
「健康自生地」へ出かけるという  
誰でも気軽に参加することができる  
介護予防活動を地域で展開することで  
住民同士の支え合いの体制が構築

今後も、社会参加という  
「生きがい」や「役割」を持って  
生活できる地域の創出を目指す

23



ご静聴ありがとうございました



24

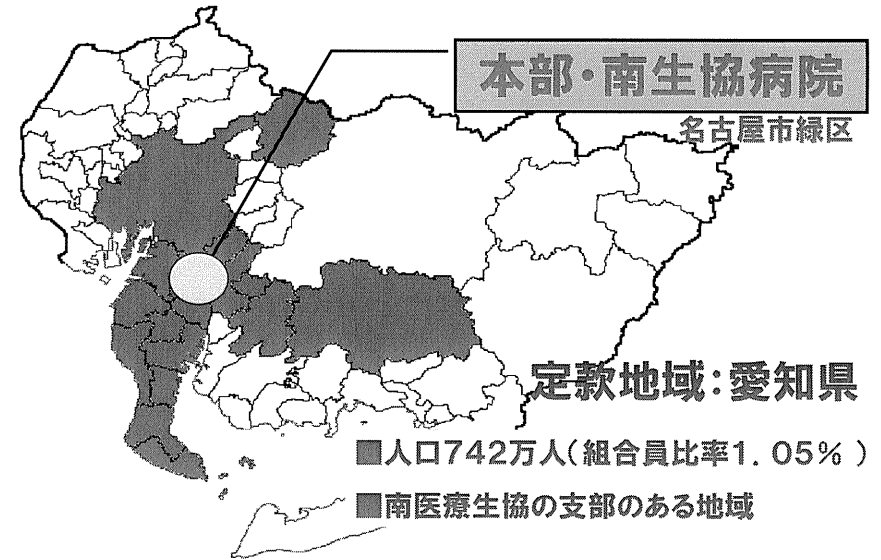
# ささえあい たすけあい 地域だんらん まちづくり

～おたがいさま運動広げて～



2016年1月15日

南医療生活協同組合  
地域ささえあいセンター本部長 大野 京子



南医療生協には、組合員自らが協同組合を通し、市民の協同でまちづくりをすすめる86地域の自治された支部があります

## 南医療生協の基本理念

みんなちがって  
みんないい  
ひとりひとりの  
いのち輝く  
まちづくり

## 南医療生協の概況

- 組合員総数: 75,773人(現在: 78,019人)
- 出資金総額: 29億3005万円  
(現在: 30億1461万円)
- 常勤職員: 667人(常勤換算非常勤含め822人)  
全体で1000人を超える職員
- 外来延べ患者数: 422,656人  
(1日当り外来患者数: 1433人)
- 入院延べ患者数: 130,440人  
(1日当り入院患者数: 357人)
- 事業収入: 103億6387万円
- 経営剰余: 5億8433万円

(2015年3月末日)





## 班会(1/8現在)

- 活動班: 1106班
- 新 班: 145班
- 班会開催数: 7,849回
- 人気班会ベスト5
  - ①健康づくり・体操
  - ②お茶会・食事会
  - ③文化・バスハイク・旅行
  - ④ものづくり(絵手紙・布ぞうり・・・)
  - ⑤健康チェック



星崎ブロック浦里支部のいっぶく「お茶しま専科」。団地にくらす高齢者があつまり、お茶会・食事会など。団地が結束していきます



名南ブロック柴田支部のいっぶく「柴田食事会」。毎回、支部運営委員さんたちが食事をづくり、皆食。職員もお客さんで参加します



豊明市が、各地・各町内ごとにつくる「見守り」や「介護予防」の場であるサロン「のびのびなかよしクラブ」に、南医療生協の組合員も多数参加しています。登録は48人