

茨城県 神栖市の取り組み

1

取り組みの背景

茨城県神栖市は、千葉県境に位置し、海岸線一帯に鹿島臨海工業地帯が広がる。日常生活圏域は3圏域。圏域の規模は、概ね3中学校区に相当する。圏域には、40年前の鹿島開発で神栖市に転入し、地域とのつながりがないまま年をとった单身男性が多い地域や、農業・漁業の地域には高齢者世帯が多いなどの特徴がある。これらの課題に対して、地域住民のつながりを強くし、地域で支え合う力を高める施策が必要だった。

これまで、市では介護予防ボランティアや認知症高齢者の支援にあたる「やすらぎ支援員」を養成してきたが、それぞれグループが形成され活動する人数も増えているものの、グループ間の交流や活動団体としての組織化は出来ていなかった。そこで、高年齢層を中心とした活動団体による自助互助の活動を機能させるために、市町村介護予防事業（以下、「予防モデル事業」）に取り組むことになった。



神栖市

■地域包括支援センター

平成24年度までは、市の直営地域包括支援センター1か所が全域を担当。平成25年度からは市の直営に加え、第2圏域に社会福祉法人が1か所設置し、2か所になった。市の直営センターが担当する第1圏域と第3圏域には、ブランチとして高齢者相談センターを訪問看護事業所と社会福祉協議会にそれぞれ委託している。

		神栖市地域包括支援センター		民間委託地域包括支援センター
地域包括支援センターの基本情報	常勤職員	6人		3人
	保健師	3人		1人
	社会福祉士	2人		1人
	主任介護支援専門員	1人		1人
	予防プラン専従職員（いわゆる“プランナー”）	5人		1人
介護予防支援業務件数（うち、外部委託件数）		205件／月（2件／月）		93件／月（0件／月）
担当地区の基本情報		第1圏域	第3圏域	第2圏域
	面積	50.98km ²	37.03km ²	59.25km ²
	人口	37,346人	26,147人	30,940人
	高齢者人口	5,856人	6,255人	5,766人
	後期高齢者人口	2,268人	2,920人	2,315人
	高齢化率	15.68%	23.92%	18.64%

平成26年1月末現在

■住民ボランティア

① えがおあっぶサポーター

市の養成講習会（全10回）の修了者延べ93人。

主な活動：介護予防教室の運営補助、「でましょ会」（うつ・閉じこもり予防教室）の企画運営など。

② やすらぎ支援員（かみすやすらぎさん）

市の認知症に関わる研修（全12回）の修了者延べ165人。

主な活動：認知症高齢者の見守りや話し相手（家庭訪問）。

③ シルバーリハビリ体操指導士の会

茨城県立健康プラザの養成講座（40時間）の修了者延べ117人。

主な活動：市内8会場で毎週1回シルバーリハビリ体操の教室を開催。

シニアクラブや行政区単位でシルバーリハビリ体操の出前講座の実施。

工程表は、予防モデル事業を準備期、開始期、終盤期の3期にわけて、神栖市と地域包括支援センターのそれぞれの動きについて整理したものである。

		工 程		H24 年度												H25 年度											
				6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
神栖市	長寿介護課	準備期	目的・めざす姿の明確化																								
			実施地域の選定(ヒアリング実施)																								
			予算																								
			ボランティア等関係団体への説明																								
			団体設立支援(講演会や視察)																								
			対象者リスト作成																								
	地域包括支援センター	終盤期	次年度事業計画・継続性の確保																								
		準備期	専門職の確保																								
			スケジュール・業務調整																								
			対象者への声かけ																								
		開始期	利用者のケアマネジメント																								
			ケースカンファレンス(多職種)																								
			通いの場への専門職サポート																								
			サービス提供者	介護予防推進連絡会かみす	準備期	通いの場物件の確保																					
通いの場の準備																											
開始期	通いの場の運営																										
	生活支援サービスの提供																										

I 長寿介護課(地域包括支援センター)の動き

1 事業の方針

中高年齢層が担い手として活躍できる事業を試行的に実施することにより、課題を整理し、今後の実現可能性を探るため、次の方針を立てた。

- ・ボランティアを事業の中心に据える。(市の事業のお手伝いでなく、企画運営のメインになってもらう)
- ・認知症や閉じこもりの人に必要なことを市民の目線で考え、実際に試してもらう。
- ・市は、活動に必要な事業費確保と活動の後方支援を行う。＝複数のボランティアグループで組織した活動団体に予防モデル事業を委託する。



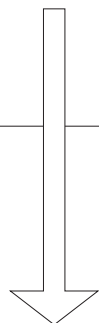
以上の方針をボランティアに示し、予防モデル事業を実施するかどうかは
ボランティアの意向によって決める。

2 ボランティア・関係機関の合意形成の過程

ボランティアや介護サービス事業者等に呼びかけ、予防モデル事業と神栖市の考え方を伝える説明会を開催し、ボランティアの意向を確認。ボランティアが一つの団体を組織し、動き出すまでの経過を以下にまとめた。

●：ボランティア会議等 ■：関係団体等説明 ○：課内会議

平成24年 7月	■ 市民説明会	・シルバーリハビリ体操指導士会、かみすやすらぎさん、えがおあっぷサポーター、社会福祉協議会、介護サービス事業者等に呼びかけ、約30人が参集 ・趣旨に賛同する声上がる一方で、戸惑いの声も聴かれた
	● リーダー会議 (1回目)	・リーダーになれそうな3人に声をかけ、率直な意見を聴いた ・3人が世話役になって進めていく見通しになった
	● リーダー会議 (2回目)	・進め方の手順を相談→参加メンバーの募集、活動内容、役割分担など
	○ 課内会議	・ボランティア団体に事業を任せる上での課題整理(責任の所在、進捗管理、事業費管理、委託契約の方法等)
8月	○ 課内会議	・職員の合意形成(めざす姿、ボランティア団体に任せる意義の再確認など) ・職員の役割分担
	■ 事業者説明会	・介護予防事業の委託先(介護サービス事業者)の管理者に事業の趣旨説明(ボランティア団体に予防モデル事業を担ってもらう意義の理解を求めた)
	○ 地域包括 支援センター 会議	・予防モデル事業における地域包括センターの役割の確認 ・ボランティア団体の後方支援の在り方
	● 全体会議 (1回目)	・ボランティア6グループ、民生委員、社会福祉協議会、高齢者相談センター(地域包括のランチ)75名参集 ・市の考えについて説明し、合意形成 ・組織づくりについての話し合い
	● リーダー会議 (3回目)	・有志16人(世話役3人含む) ・組織の事務局機能について検討
	■ シニアクラブ 定例会	・シニアクラブ(=老人クラブ)地区役員に予防モデル事業の趣旨説明
	● 団体設立 準備会	・有志8人(世話役3人含む) ・団体名称決定「 介護予防推進連絡会かみす 」 ・代表者、副代表者、会計、リーダーの人選



次のページに続きます。

9月	■ シルバーリハビリ 体操指導士会 定例会	・予防モデル事業の説明と協力要請
	■ 事業者 打合わせ	・介護予防事業の委託先(介護サービス事業者)の管理者に対し、ボランティア団体が実施する通所事業へのリハ職派遣について協力を依頼するが、承諾得られず(主な理由:介護サービス事業者の利用者減少を懸念、ボランティアの通所事業におけるリハ職の役割が不明瞭)
	● 事前研修会 (1回目)	・ボランティア33人が受講 ・NPOの先駆的取組み報告①(ボランティア活動の意義と実践)
	● リーダー会議 (4回目)	・有志14人(世話役3人含む) ・生活支援サービスの実施方法の検討
	● 事前研修会 (2回目)	・NPOの先駆的取組み報告②(時間通貨の実践)
	■ 介護サービス 事業者定例会	・居宅介護支援事業所に予防モデル事業の趣旨説明
	● 事前研修会 (3回目)	・NPOの先駆的取組み報告③(たすけあい組織の実践)
10月	○ 課内会議	・ボランティア団体との情報共有、後方支援の方法について確認
	● リーダー会議 (5回目)	・有志7人(世話役3人含む) ・会計、損害保険、連絡会の持ち方、市への要望事項
	● リーダー会議 (6回目)	・有志7人(世話役3人含む) ・委託契約の内容すりあわせ、物品調達、スケジュール
	● 事前研修会 (4回目)	・講演会(高齢者の参加と地域づくり) ・61名参加
	● 視察研修会 (1回目)	・夢のみずうみ村
	● リーダー会議 (7回目)	・要支援者等への関わり方の検討(作業療法士も参加して検討)
	● リーダー会議 (8回目)	・通いの場:週2日からスタート、最終的に週5日開所をめざす ・生活支援:15分単位で提供、100円/15分とする
11月	● リーダー会議 (9回目)	・会員名簿、会則、費用(交通費、対価の基準額と支払い方法等)

3 実施地域の選定

日常生活圏域ニーズ調査の結果から明らかになったのは、第1圏域は、コンビナートを退職後、行き場がなく閉じこもりがちになっている男性が多く、第3圏域は高齢者が多く認知症の割合も高いことであった。市は、この2つの圏域を予防モデル事業の実施地域として設定。「介護予防推進連絡会かみす」は、この2圏域に通いの場を開設することになった。

Ⅱ 「介護予防推進連絡会かみす」の動き

1 通いの場の開設までの準備

まず、通いの場としてふさわしい場所を探すことからはじめた。第1圏域は、男性の居場所づくりをめざして、ある程度の広さがある空き店舗を、第3圏域は、認知症高齢者も一緒に過ごす通いの場をつくるために、空き家となった住宅を見つけた。いずれも、「かみす」のメンバーが、知り合いや不動産事業者に当たって、ふさわしい物件を探したものである。物件の賃貸借契約は会の代表者が契約者となった。（これは後に、社会的責任を負うという点において心理的負担感が生じるようになった）

また、それぞれの通いの場の送迎用に、車両を1台ずつリース契約した。その他の必要な物品は、ボランティアらの寄付等で準備。

2 当番、役割、ルールづくり

市職員と「介護予防推進連絡会かみす」（以下、「かみす」）のリーダー会議で以下のとおり、決めていった。

- ・「かみす」のリーダーでメンバーの役割・組織図の作成。
 - ・「かみす」運営についての、留意すべき事項・基本方針を決定。
 - ・メンバーの活動に係る旅費・謝金の取り扱い。
 - ・当番制・ルール・利用料金を決定・通いの場（すみか・かもめ）・生活支援（えぷろん）サービスのメニューを決定。
 - ・2か所の通所サービスと在宅（えぷろん）サービスはメンバーと作業療法士1名で運営する。
- その他、「かみす」のメンバーで、活動を進めながらルールづくりを進めることになった。

Ⅲ 地域包括支援センターの動き

■通いの場をサポート

地域包括支援センターの職員が、2か所の通いの場へ足を運び、「かみす」のメンバーが頑張りすぎ疲れないように、休憩を取るタイミング等をアドバイスした。また、保健師が高齢者の身体の特徴や健康管理のポイントについて、講話を行い、安全に活動できるように支援を行った。

Ⅳ 実際の取り組み

1 みんなの家「栖（すみか）」

壁には利用者の絵や書が飾られ、棚には作品が並ぶ。スペースが広いので、畳敷きのコーナーや卓球台をも置くこともできた。

閉じこもりがちな男性の居場所をめざしたが、最初は、女性の利用が多かった。男性は、少しずつ増えて10～15名程度になった。週2回、半日コース200円、一日コース400円の利用料金を支払い、利用者の都合の良い時間に行き、帰ることができる。（週5日のオープンをめざしたが、当番が回せず、実現できなかった。）

利用者の8割を、ボランティアが送迎。運転手は男性ボランティアが多い。

作業療法士が定期的に足を運び、利用者の個別相談やボランティアへのアドバイスをを行っている。（作業療法士は、子育て中で就労していない人を市が「かすみ」に紹介。ボランティア団体が雇い上げるかたちで、2か所の通いの場にそれぞれ週1回ずつ対応している）



平成24年10月～平成25年3月 《1年度目》

はじめの3か月は、お茶を飲んでおしゃべりすることが多かった。その後は、ものづくりやマージャンなど、いろいろな活動が行われるようになった。介護サービスの通所と違って、決められた時間に決められたことをする必要がなく、自分の好きなことを選ぶことができる。これが、「栖(すみか)」の魅力になった。

**平成25年4月～ 《2年度目》**

利用者が自宅から手芸道具を持ってきて、そこにボランティアや他の利用者が加わって一緒に行ったり、書道が得意な利用者が子どもに教えたりすることもみられるようになった。自分のできることが増え、友人ができ、利用者の意欲が高まっている。

栖(すみか)は、利用者とボランティアの垣根がない。年齢が近いこともあり、誰がボランティアで誰が利用者なのか、一見してわからない。このフラットな関係が居心地の良さとなっている。ボランティア自身が楽しみながら活動しており、生きがいを感じている。

市の事業の補助的な役割にくらべて、事業の企画や運営を全て自分たちの手で行うことは、達成感が違う。例えば、遠足を企画する場合、無理のないスケジュールを組み、食事の場所や駐車場などの下見をボランティア自らが行う。散歩は、飲み物を持参するように声をかけるなど、気配り目配りが行われている。散歩で拾った小枝を作品にしたり、銀杏をおやつにしたり、活動そのものをみんなで楽しんでいる。

この通いの場での利用者の笑顔や変化がボランティアの手ごたえとなっている。

**2 みんなの家「かもめ」**

空き家で、週1回オープン。半日コース200円、一日コース400円。

高齢者が認知症になっても通える居場所を想定してスタートした。

平成24年10月～平成25年3月 《1年度目》

上り框や段差は、ボランティアが踏み台などを置いて、困らないようにした。

最初は、弁当を買って食べていたが、そのうち、味噌汁を作るようになった。利用者が持ち寄った食べ物を分け合うなど、手作りの食事が増えている。

**平成25年4月～ 《2年度目》**

利用者とボランティアと一緒に、配膳や後片付けをするようになった。ボランティアが庭の草むしりをはじめると、利用者が一緒にはじめたり、庭で育てた野菜を収穫するなど、利用者の自発的な行動が自然に行われるようになった。

また、季節行事をすることが多く、クリスマスにケーキを焼いたり、豆まきなど、利用者もボランティアも一緒に楽しんでいる。

かもめは、利用者もボランティアも「行きたくなる場所」になった。



▲一緒にストレッチ



▲豆まき

3 生活支援サービス—えぶろんサービス

えぶろんサービスは、外出支援も行う。

腕時計を修理したい利用者がいれば、一緒に出かける。片側3車線の道路を付き添って渡ることもある。行動範囲が広がるにつれ、杖がいなくなる人もでてきた。

歩いて行くには遠い場所へは、車で送迎。買い物は、代行ではなく、一緒に付き添って、自分の目で見て選んでもらうことにしている。

4 訪問指導

作業療法士・理学療法士が地域包括支援センターやボランティアと自宅を訪問。アセスメントと環境調整、家族指導を行う。家族が上手に対応できるようになり、介護が楽になったケースもある。

5 地域ケア個別会議（ケースカンファレンス）

地域包括支援センターが主催。社会福祉士、保健師、介護支援専門員、作業療法士、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士等で構成したケースカンファレンスを月に2回程度実施し、それぞれの専門職の視点で検討。

また、他部署の専門職（健康増進課の管理栄養士）に参加してもらうことで、住民健診結果の情報提供を受けたり、みんなの家で健康教室の講師役を務めてもらうこともある。

3 まとめ

■ボランティア団体の組織化と活動支援

予防モデル事業に取り組むかどうか市民に投げかける説明会では、自主運営についての不安の声も上がったが、それでも、「やってみよう!」の声の方が多く一步を踏み出すきっかけになった。既存のボランティアグループを一つにまとめて活動団体を組織化するには、どうすればうまくいくのか、経験もノウハウも少ない中で、その時々で、最善と思われる方法で進めていった。その一つが、リーダー役になれそうな人に声をかけて、その人を窓口にして、市と団体のやり取りを進める方法であった。この方法は、短い期間で動いていくには有効であったが、団体構成員の一人ひとりが納得して前に進むためには、みんなで話し合う機会がもっと必要だった。

組織化の過程を振り返り、次の点が明らかになった。

- ・組織化の意義や必要性について、構成メンバーの誰もが同じ考えに立っているわけではなかったのではなかいか。（途中で会を離れていく人もあった）

→実際に動き出すまでに十分な合意形成の時間が必要である。

動き出した後も、「こんなはずではなかった」ということを、全体で共有する。

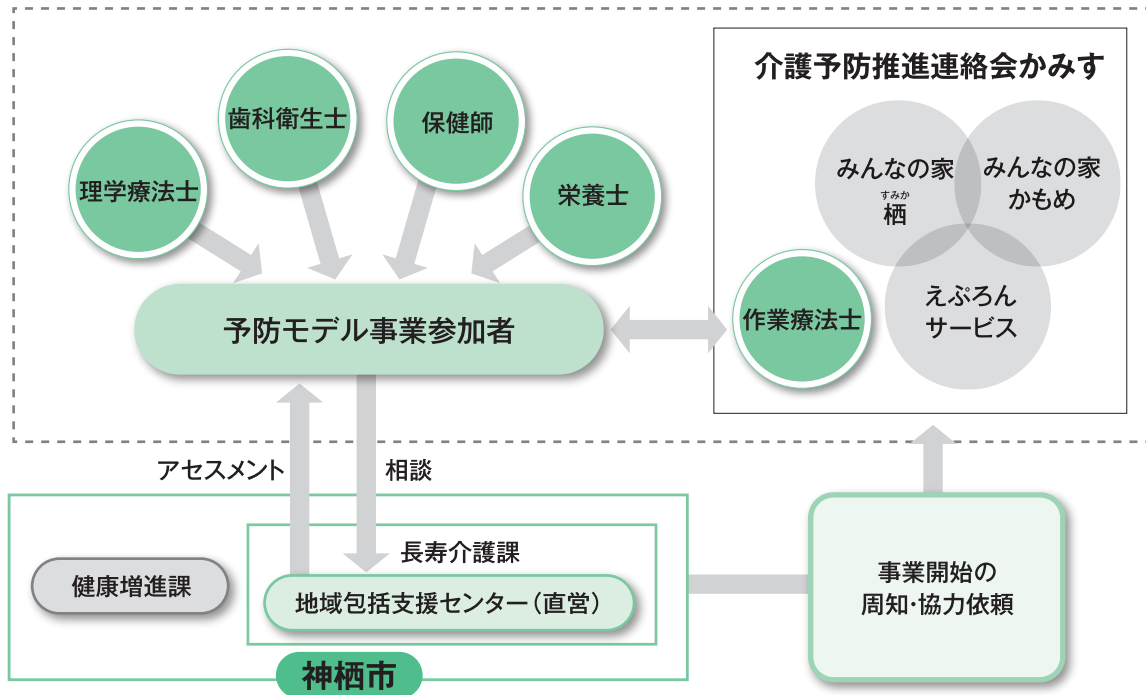
- ・設立から短期間で事業を運営せざるをえなかったことから、役員とメンバーとの間で、連絡や報告が不十分なまま事業が動き出したため、会員の一人ひとりに情報がスムーズに流れないことがあった。

→情報の伝達が確実にできる方法を検討。伝言板やメーリングリスト、ミーティングなど。



住民主体型の活動は、意識の醸成にもっとも時間をかける必要がある。

神栖市の予防モデル事業



神栖市

神栖市の取組のポイント

- ボランティアを中心に据えた事業展開にトライ(ボランティア団体に事業を委託、企画から運営までの全てを任せる)
- 市民説明会で、事業を実施するかどうかを投げかけて、市民に考えてもらうことからスタート(市の事業のお手伝いではなく、メインになって動くことの意味確認)
- 複数のボランティアグループの組織化の過程を振り返り、ボランティア活動の支援の在り方について課題整理(合意形成の進め方、情報伝達の方法、課題解決の方法、市の後方支援の在り方)
- ボランティア運営の通いの場ならではの魅力が生まれている(利用者とボランティアのフラットな関係、自由で柔軟な発想と運営)