

市町村 介護予防 強化推進事業

報告書

資源開発・地域づくり

実例集



厚生労働省

はじめに

介護保険は、平成18年の法改正により、介護予防事業、予防給付、介護給付の3つのサービス体系から構成され、このうち、介護予防事業は、軽度の要介護状態の高齢者を水際で食い止めるための重要な事業として地域支援事業に位置づけられた。

介護予防事業は、要支援・要介護状態となるおそれのある高齢者を基本チェックリストで把握し、運動機能や口腔機能の改善などを実施する二次予防事業に主眼を置いてきたが、一部の市町村には、このようなハイリスクアプローチのみならず、活動的な状態の高齢者も一緒に体操などを行うことのできる場を徒歩圏内に増やすことで、要支援・要介護状態となることを予防している好事例が生まれている。このような取組の特筆すべき点は、高齢者がボランティアとして活躍し、住民の自助による活動が形成されている点である。

平成24年の法改正では、要支援者・二次予防事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援のための事業を総合的に行うことができる「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」）」が創設され、市町村は、地域の多様な資源を活用しながら、高齢者の参加の機会や役割の創出を図りながら介護予防を推進することとなった。

市町村介護予防強化推進事業は、総合事業のスタートに合わせて、要支援者等に必要な予防と生活支援のサービスを明らかにするために、一次予防事業対象者から要介護2までの人にについてのニーズを把握したうえで、地域資源を活用した事業を開発し実施しながら、サービスの効果を測定して効果の高い支援方法を明らかにするものである。

この報告書は、都市部から中山間地域まで異なる地域特性をもった13の市区町村が、2年度にわたって、資源の情報収集、開発、活用を行ったプロセスをまとめたものである。高齢者が地域の中で、生きがいや役割をもって健康長寿を全うできる地域づくりに役立てていただきたい。

平成26年3月

厚生労働省 老健局長
原 勝則

目 次

市町村介護予防強化推進事業の概要

001

市町村の事業概要

003

市町村の取り組みの実際

東京都 世田谷区	016
岡山県 岡山市	026
東京都 荒川区	034
福岡県 大牟田市	041
奈良県 生駒市	049
茨城県 神栖市	057
埼玉県 和光市	065
香川県 坂出市	073
三重県 いなべ市	081
大分県 竹田市	089
沖縄県 北中城村	097
長崎県 佐々町	105
北海道 下川町	113

座談会

121

市町村介護予防強化推進事業実施要綱

136

参考資料

要支援者の自立支援のための
ケアマネジメント事例集

(参考様式) アセスメント・地域
ケア個別会議総合記録票

市町村介護予防強化推進事業の概要

※平成24・25年度までの2年間の予算事業

1 事業の目的

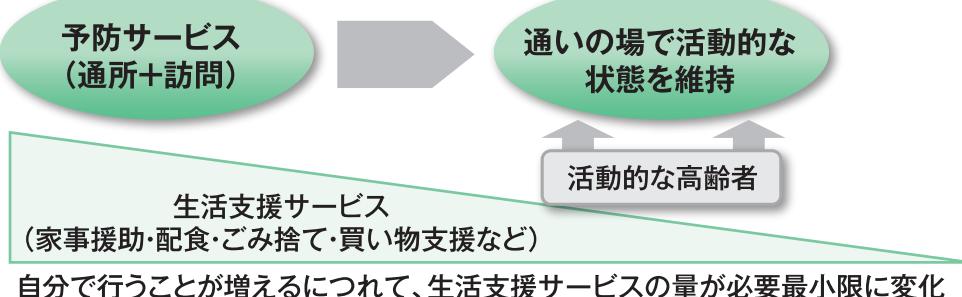
要支援者等に必要な予防サービス及び生活支援サービスを明らかにするために、一次予防事業対象者から要介護2までの者であって、ADLが自立又は見守りレベルかつ日常生活行為の支援の必要可能性のある者に対するサービスニーズの把握、必要なサービス(予防サービス及び生活支援サービス)の実施、効果の計測及び課題の整理。

1年目(平成24年度) モデル市区町村(13市区町村)において、以下の流れにより事業を実施。



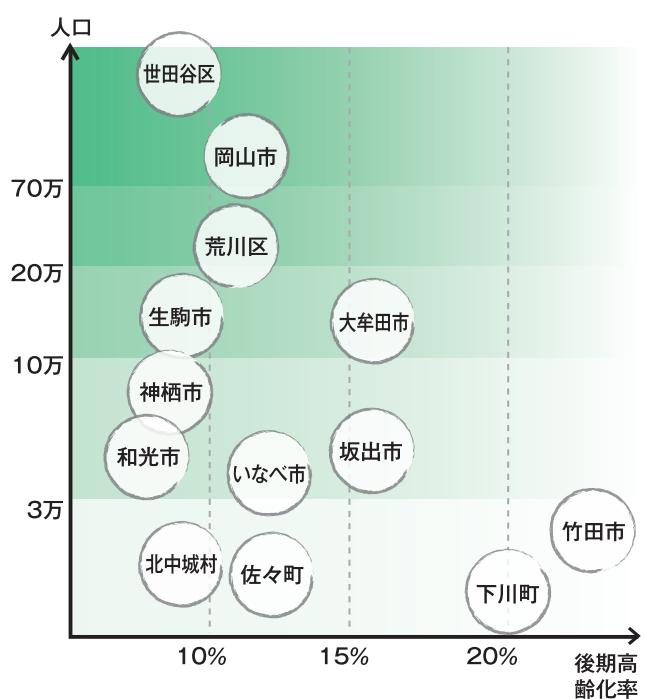
2 事業における支援メニューの考え方

- 要支援者等に対し、一定期間の予防サービスの介入(通所と訪問を組み合わせて実施)により、元の生活に戻す(又は可能な限り元の生活に近づける)ことを行い、その後は、徒歩圏内に、運動や食事を楽しむことのできる通いの場を用意して、状態を維持する。
- 活動的な高齢者に支援メニューの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。



- ・通所に消極的な閉じこもりがちの対象者は、当初は訪問で対応しながら、徐々に活動範囲を拡大。
(用事を作り外出機会を増やす、興味・関心を高め外出の動機付けを行うなど)

3 事業実施市区町村と規模別分布



出典：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数
(平成25年3月31日住民基本台帳年齢別人口)」

東京都世田谷区のモデル事業

1 特徴 地域資源を活用した多様な通いの場の取組例

世田谷区は、地域包括支援センターとの定期的な連絡会議で現場の問題を共有し、関係期間の調整など必要な行政対応を行いながら、地域包括支援センターの地域づくりをサポート

地域包括支援センター単位で都市部の豊富な地域資源を活用して多様な通いの場の創設や外出支援を実現している

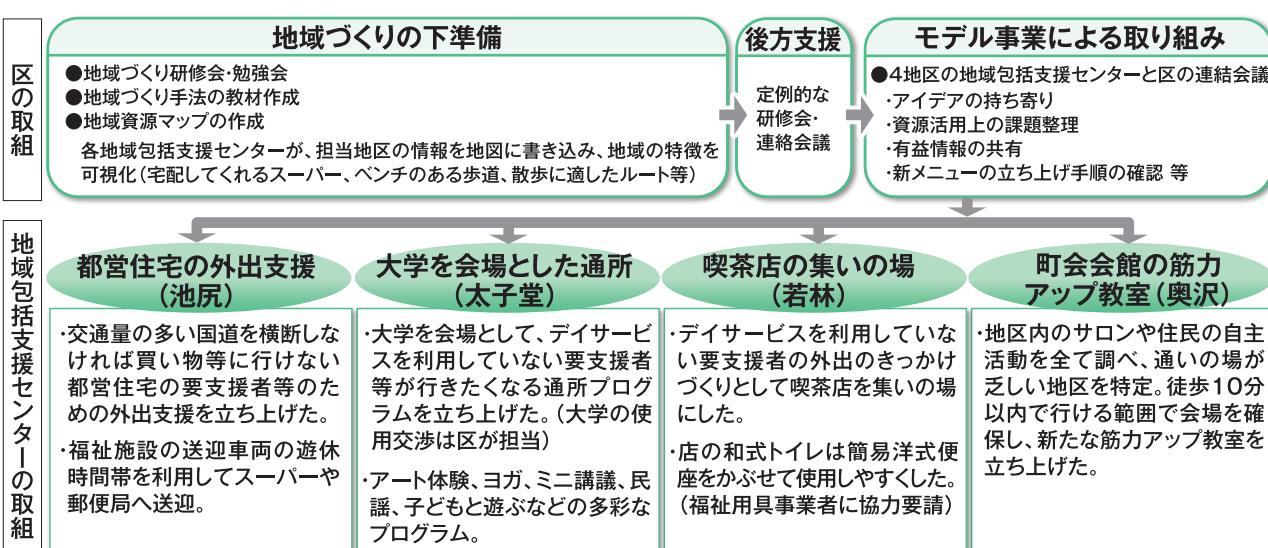
ここがポイント

①区の保健師が、地域包括支援センターと地域で行動を共にして地域づくりのノウハウを伝授

②その後、各地域包括支援センターが担当地域の自治組織や住民と会合等を通じて関係づくり

地域包括支援センター	委託27か所
総人口	862,840人
65歳以上高齢者人口	165,913人(19.2%)
75歳以上高齢者人口	84,367人(9.8%)
要介護認定率	20.0% (平成24年度末)
第5期1号保険料	5,100円

平成25年3月31日現在



2 事業の概要

- 世田谷区が、4か所の地域包括支援センターに、支援メニューの企画から提供まで及び経費の支払いの全てを委託する方法で実施。
- 4か所の地域包括支援センターは、それぞれ活用可能と判断した地域資源について、商店会や住民に協力を呼びかけ、支援メニューを立ち上げている。
- 世田谷区は、4か所の地域包括支援センターと定期的に連絡会を開き、支援メニューの進捗状況や現場の問題を共有しながら、進むべき方向を繰り返し確認している。
- 連絡会で浮かびあがった課題のうち、関係機関の調整等は、世田谷区が行政対応を行いつつ、地域包括支援センターを地域づくりの中核に据えて、現場が動きやすいようにサポートしている。
- 各地域包括支援センターは、リハビリテーションや栄養等の専門職との同行訪問やケースカンファレンスを通じて、多職種協働により要支援者等の自立支援を実践。

○世田谷区の事業構成

	モデル事業の支援メニュー
通所	① 新 筋力アップ教室 → 022ページ
	① 新 大学を会場にした通所 → 020ページ
	① 新 喫茶店の集いの場 → 021ページ
生活支援	① 新 都営住宅の外出支援 → 019ページ
訪問	① 新 地域包括支援センターと専門職の同行訪問 → 024ページ
ケア会議	① 新 多職種協働ケースカンファレンス

(新):新規 (既):既存

岡山県 岡山市のモデル事業

1 特徴 シルバー人材センターを活用した生活支援の取組例

岡山市は、シルバー人材センターにコーディネーターを配置して、利用者のニーズとサービス提供者のマッチングやサービス提供内容の調整を行い、生活支援を必要とする高齢者とその担い手となる高齢者の双方が安心してサービスの利用や提供ができるように配慮している

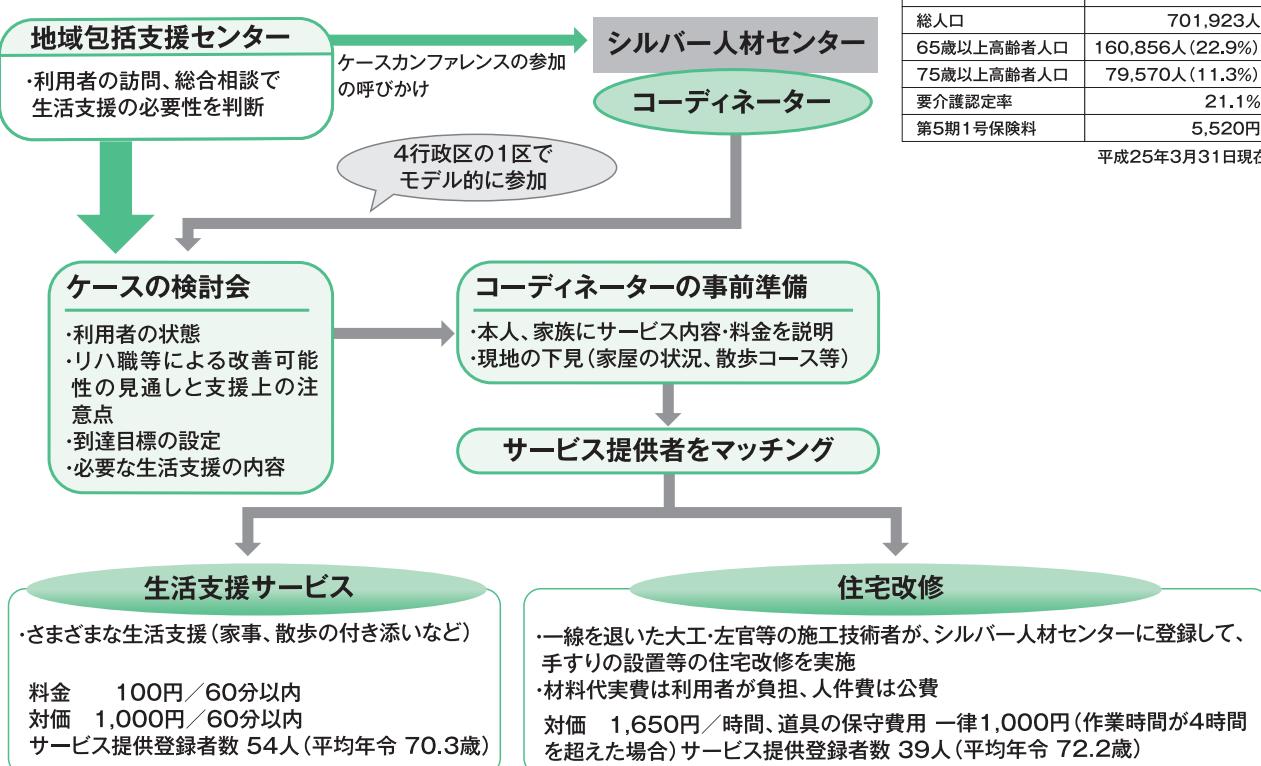
ここがポイント

- ・シルバー人材センターのコーディネーターが、地域包括支援センターのケース検討会に参加
- ・利用者の状態と到達目標を把握した上で人材をマッチングし、利用者と提供者の双方の安心感と満足度を高めている



地域包括支援センター	委託6か所
総人口	701,923人
65歳以上高齢者人口	160,856人(22.9%)
75歳以上高齢者人口	79,570人(11.3%)
要介護認定率	21.1%
第5期1号保険料	5,520円

平成25年3月31日現在



2 事業の概要

- ・事業の全てを公社に委託し、公社が、保健師、作業療法士等の専任スタッフを配置して、通所事業と訪問事業を一体的に実施。
- ・生活支援サービスは、公社が、シルバー人材センターに再委託。
- ・住宅改修と福祉用具の貸し出しも、事業で実施。(作業療法士が動作・環境評価を行い、シルバー人材センターの大工OBが施工→特殊技能を有する高齢者が活躍)

○岡山市の事業構成

	支援メニュー	概要	
通所	元気スマイル教室	運動、軽スポーツ、料理など	→ 029ページ
訪問	訪問サービス	リハ職のアセスメント、住環境評価など	→ 030ページ
生活支援	困りごと援助サービス	シルバー人材センター(散歩の付添いなど)	→ 030ページ
	配食サービス	弁当業者(管理栄養士のアセスメントを併用)	→ 030ページ
	住環境調整サービス	シルバー人材センターが施工	→ 030ページ
	福祉用具の貸し出し	移動補助具、入浴補助具に限定	→ 031ページ

(新):新規 (既):既存

東京都 荒川区のモデル事業

1

特徴 フィットネス事業者を活用した通所事業

介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、さまざまな資源を活用して通所の量的確保と併せて、魅力的な通所を開発するため、都市部の身近な資源であるフィットネス事業者を活用した通所事業を試み、課題を整理



通所の種類

ころばん体操

シニア
体操教室

はつらつ
脳力アップ
教室

サロン

フィットネス通所(新たに開発)

地域包括支援センター	委託7か所
総人口	206,749人
65歳以上高齢者人口	46,199人(22.3%)
75歳以上高齢者人口	22,466人(10.9%)
要介護認定率	17.32%
第5期1号保険料	5,792円

平成25年3月31日現在

お元気ランチ

一次予防事業対象者

二次予防事業対象者

要支援1

要支援2

要介護1

要介護2

2

事業の概要

- ・通所事業及び訪問事業のそれぞれを、区が事業者に委託。事業者がプログラムを企画、実施。
- ・地域包括支援センターは、要支援者等に、事業への参加の呼びかけとケアマネジメントを担当。
- ・地域ケア個別会議は、区が主催する中央会議と地域包括支援センターが主催する圏域会議の2部構成。

○荒川区の事業構成

	支援メニュー	概要	
通所事業	(新)まるごと元気アップ教室	フィットネス通所(複合プログラム)	→ 038ページ
	(新)楽々健康体操、楽々水中運動	フィットネス通所(水中運動、フロア体操)	→ 038ページ
	(新)元気力アップ教室	有料老人ホームの通所(地域活動移行のための通所)	→ 038ページ
	(既)おげんきランチ	会食を主体とした通所	→ 038ページ
訪問事業	(既)おうちでヘルプサービス	ヘルパーによる体操指導&家事援助	→ 038ページ
	(既)にこにこサービス	会員登録制家事援助サービス(社協)	
通所事業の 卒業後の 行き先	(既)ふれあい枠・活サロン	地域サロン	
	(既)荒川ころばん・せらばん体操	住民の自主活動	
	(既)はつらつ脳力アップ教室	高齢者一般向け趣味講座	
	(既)シニア体操教室	区立スポーツセンターの高齢者一般向け体操教室	

(新):新規 (既):既存

福岡県 大牟田市のモデル事業

1

特徴 地域の交流拠点を活用した介護予防の取り組み

住民と庁内各部署を橋渡しする総合窓口「地域コミュニティ推進課」を設置し、小学校区単位の住民の自治組織「校区まちづくり協議会」の活動を促進

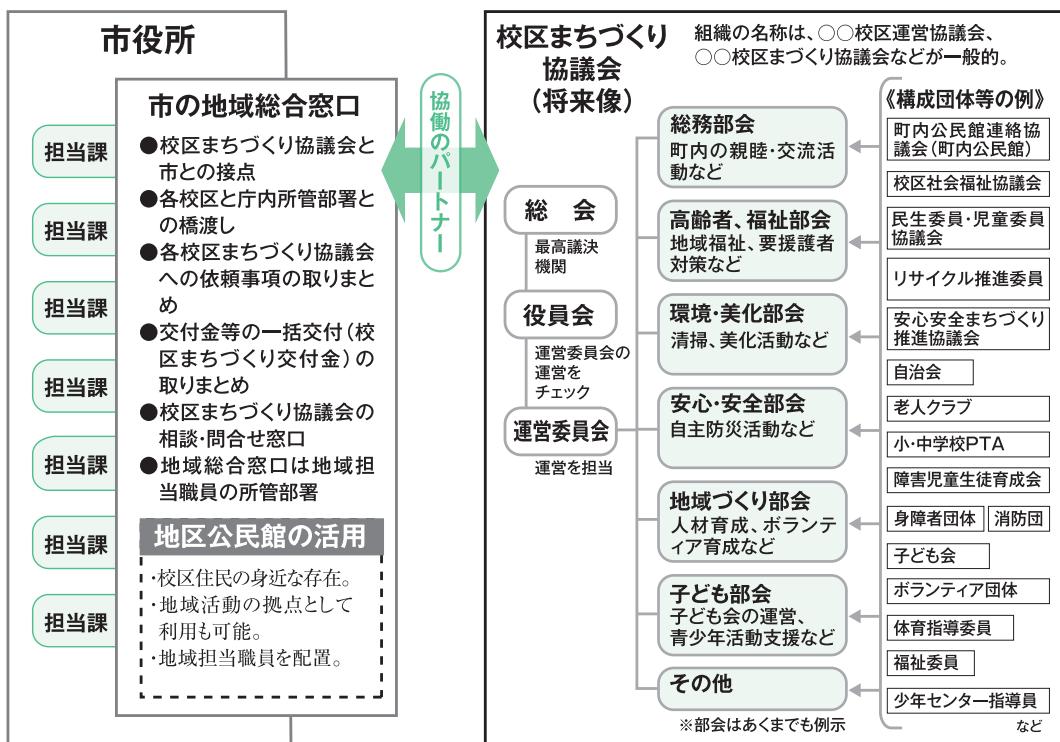
災害時に備えて、市と校区まちづくり協議会が協定を結び、要援護者の登録情報を協議会が共有。協議会は、日頃から要援護者を訪問し、つながりをついている

市が施設整備費を補助して、介護サービス事業者等に高齢者等の地域交流施設の整備を促進。事業者は、周辺住民に施設を開放し、高齢者の通いの場として活用されている



地域包括支援センター	委託6か所
総人口	123,109人
65歳以上高齢者人口	38,341人(31.1%)
75歳以上高齢者人口	21,383人(17.4%)
要介護認定率	20.0%
第5期1号保険料	5,480円

平成25年3月31日現在



2

事業の概要

- ・市全域で実施。事業の企画から実施までの一連を福祉コンサルタントに委託し、一部の事業は、福祉コンサルタントが介護サービス事業者に再委託。
 - ・市は、地域ケア個別会議を主催して、関係機関、関係職種と事例検討。

◎大牟田市の事業構成

	支援メニュー	概要
通所	既 筋力向上トレーニング	マシーンによる筋トレに重点をおいた通所
	既 事業所提案介護予防通所	自宅での運動習慣を身につけるための通所
	既 歯にかみ教室	口腔ケアの指導を行う
	既 ほのぼの会	もの忘れ予防のための通所
	既 温泉通所	温泉施設で入浴と運動プログラムを実施
	新 買い物通所	買い物訓練プログラムを実施
訪問	既 専門職派遣事業	保健師、管理栄養士等の訪問 指導
	既 生活応援隊派遣事業	ヘルパーの家事支援等
ケア会議	既 地域ケア個別会議	

奈良県 生駒市のモデル事業

1 特徴 地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップを図っている取組例

生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際にを行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている

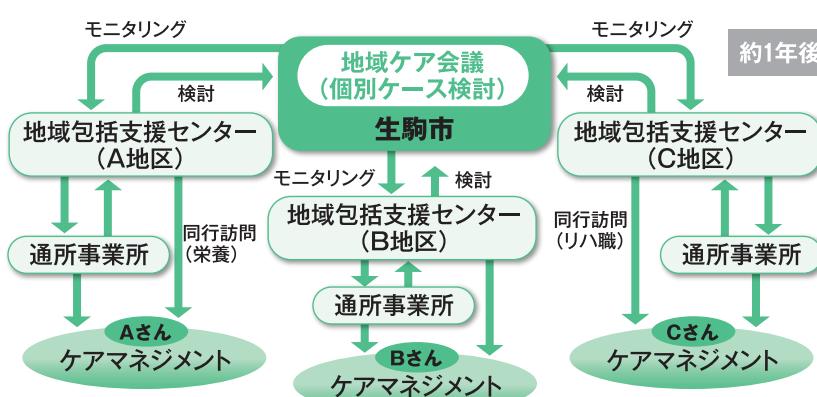


ここがポイント

- ①ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
- ②1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
- ③疾患別等に体系化して集中議論で効率化
- ④継続(毎月1回)
 - ・保険者主催で毎回、25~30事例を検討。
 - ・検討会は180分以内に収める。(初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度)
 - ・効率化を工夫(アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一覧できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等)
 - ・多職種で検討(通所スタッフ、リハ、栄養、歯科)

地域包括支援センター	委託6か所
総人口	121,031人
65歳以上高齢者人口	27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口	11,496人(9.5%)
要介護認定率	15.6%
第5期保険料	4,570円

平成25年3月31日現在



● 地域包括支援センター

- ・自立支援の視点が定着
- ・アセスメント力が向上
- ・個を見る目と地域を見る目両方がバランスよく備わった
- ・高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
- ・家族の負担軽減策を具体的に立てられる
- ・地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

● 通所事業所

- ・自立支援の視点が定着
- ・アセスメント力が向上
- ・的確な個別プログラムが立てられる
- ・通所の“卒業”的意識が定着
- ・通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

2 事業の概要

- ・通所事業は、従来の二次予防事業を活用して実績のある事業所に委託。一から作り上げるものは、市が立ち上げ、軌道にのせるまで直営で実施。地域包括支援センターは、ケアマネジメントに専念。
- ・「集中介入期」、「移行期」、「生活期」の3期に分けて、介入を漸減しながら、地域の通いの場への自力での参加やボランティア活動に向けた支援。
- ・リハ職と地域包括支援センターの同行訪問で、バス停までのルート確認や安全な休憩地点を見つけ、外出行動を拡大。
- ・訪問と通所で得た情報を地域ケア個別会議で共有し、目標や支援方法を検討。効率的効果的な会議運営。

◎生駒市の事業構成

	支援メニュー	概要	
通所	既)パワーアップ教室	運動・口腔・栄養を含む複合プログラム	→ 053ページ
訪問	新)訪問型介護予防指導	行政保健師と専門職が訪問	→ 054ページ
通いの場	新)転倒予防教室	初期介入期の通所から移行期に移るステップ	→ 054ページ
	新)ひまわりの集い	手作りの食事会へ発展	→ 054ページ
	既)ふれあいいきいきサロン	自治会運営の高齢者向けサロン	→ 054ページ
	既)わくわく教室等	ボランティア運営の介護予防教室	→ 055ページ
生活支援	新)家事(毎日・週単位・不定期)	アセスメントで必要性を判断し、組み合わせたサービスを提供	
	新)服薬確認		→ 055ページ
	新)安否確認		
	既)配食		
ケア会議	既)多職種協働ケースカンファレンス	自立支援へのプロセスを共有	→ 055ページ

(新):新規 (既):既存

厚生労働省市町村介護予防強化推進事業

茨城県 神栖市のモデル事業

1 特徴 ボランティアを中心に据えた事業展開

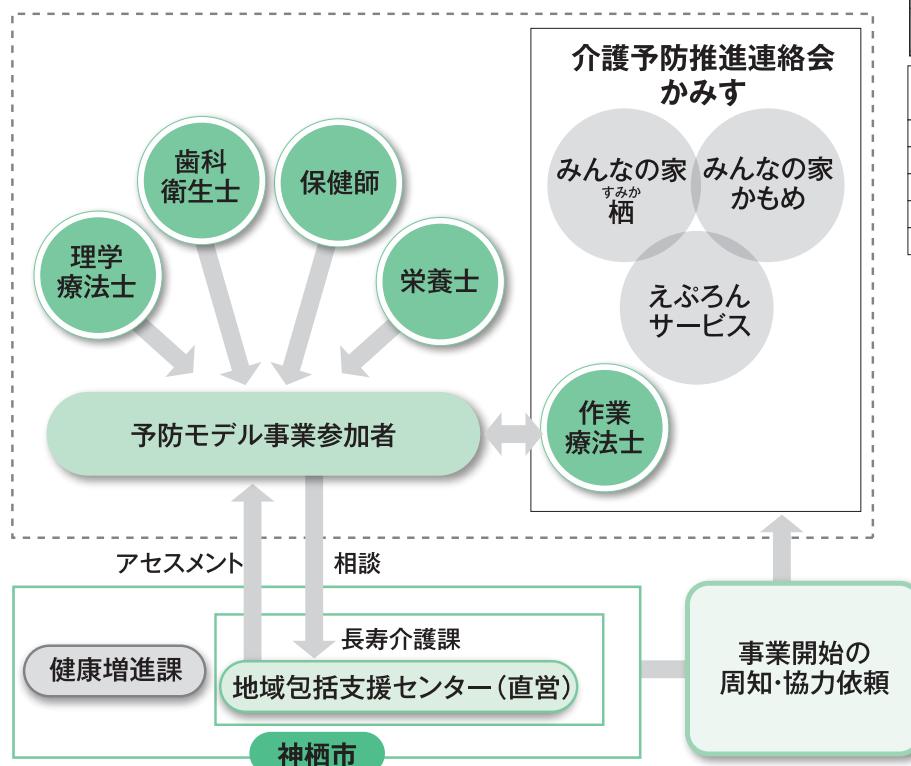
既存の小規模なボランティアグループが、一つの団体を結成して、市から委託を受けて、通いの場の運営と生活支援を実施

ボランティアならではの通いの場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）



地域包括支援センター	直営	1か所
委託	1か所	
総人口	94,442人	
65歳以上高齢者人口	17,228人(18.2%)	
75歳以上高齢者人口	7,374人(7.8%)	
要介護認定率	14.0%	
第5期1号保険料	4,350円	

平成25年3月31日現在



2 事業の概要

- 市民説明会で、事業を実施するかどうかを投げかけ、市民に考えてもらうことからスタート。
- その後、複数のボランティアグループで構成した団体に、市は、事業の企画から運営までの全てを委託して任せた上で、団体の活動を後方支援。
- ボランティア団体が活動拠点を確保し、通いの場の運営と利用者の送迎、生活支援を行っている。

○神栖市の事業構成

	支援メニュー	概要	
通所	通所サービス	通いの場に専門職がアウトリーチ	
訪問	(新)訪問予防サービス	保健師、栄養士等の訪問指導	
通いの場	(新)みんなの家「栖」	男性高齢者の居場所づくり。空き店舗を活用。	→ 061ページ
	(新)みんなの家「かもめ」	認知症高齢者への支援。一軒家を活用。	→ 062ページ
生活支援	(新)えぶろんサービス	できなくなつて困っていることを支援	
ケア会議	(新)多職種協働ケースカンファレンス		

(新):新規 (既):既存

埼玉県 和光市のモデル事業

1 特徴 自立支援のシステム化の実現

介護保険に携わる職員の自立支援に向けた意識改革と、サービス利用者と家族に対する丁寧なインテークによる自立支援の徹底

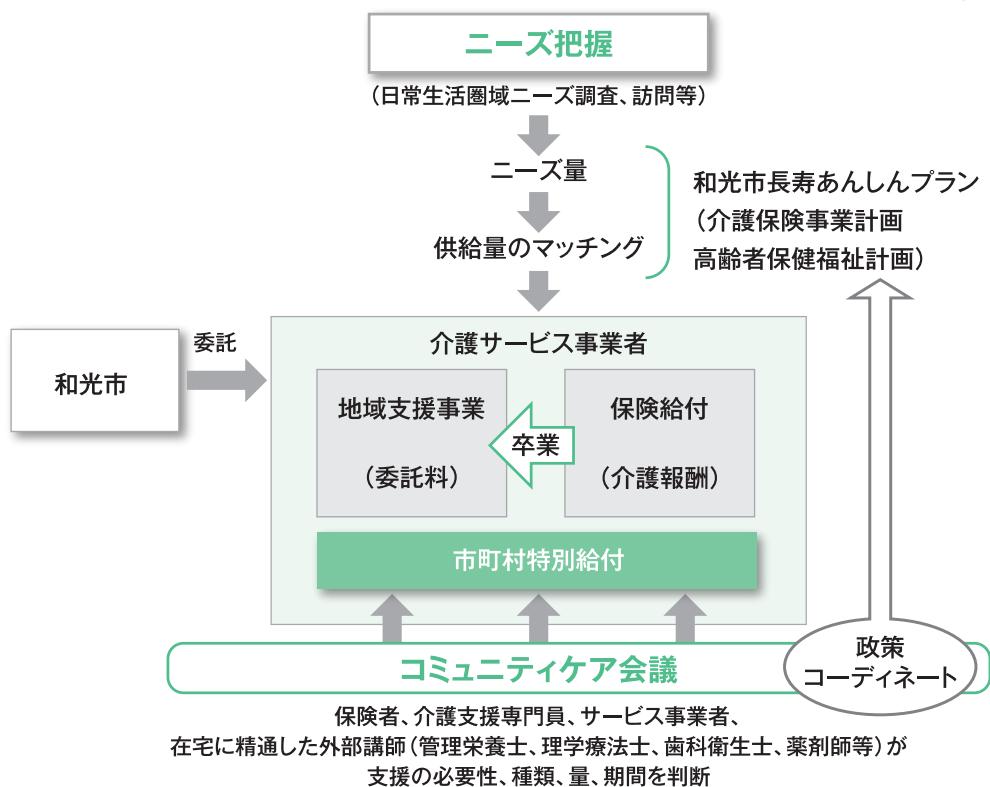
徹底したニーズ調査に基づき、介護サービスの需給バランスを保ちつつ、魅力ある通所事業など地域支援事業を充実するとともに、送迎サービスなど独自施策を組み合わせて、選択肢を拡大する等により、保険給付に依存しにくい構造を構築

状態変化の予測に立った介入について、コミュニティケア会議で意志統一を図りながら、生活機能の向上を実践



地域包括支援センター	委託4か所
総人口	78,260人
65歳以上高齢者人口	12,263人(15.7%)
75歳以上高齢者人口	5,209人(6.7%)
要介護認定率	9.6%
第5期1号保険料	4,150円

平成25年3月31日現在



2 事業の概要

- 和光市がこれまでに作り上げてきた介護予防施策（地域支援事業、独自施策）を基に、総合事業と予防モデル事業を構成。（予防モデル事業では、要介護1及び2までを対象とするため、これらの人々に必要な通所を追加）
- サービスを開始する前に、エントリー会議で、目標設定と支援メニューを決定し、その後、評価会議で終了判定を行う。（いずれも、既に確立されているコミュニティケア会議を活用）
- サービス終了後は、高齢者福祉センターの介護予防事業等につないでいる。
- 市町村特別給付の送迎サービスで、高齢者福祉センターへのアクセスを確保。

○和光市の事業構成

	支援メニュー	概要
通所	あくていびていあつ、ぶ	運動プログラムとカジノゲームの組み合わせ
訪問	予防ヘルプ	訪問介護事業所のヘルパーが自宅と一緒に体操等
ケア会議	コミュニティケア会議	目標設定と支援内容、終了判定を行う

→ 070ページ

(新):新規 (既):既存

香川県 坂出市のモデル事業

1

特徴 医療・介護の乏しい島の自助・互助の取組み

島の高齢者全員に日常生活の支援ニーズを聞き取り調査し、結果を基に、座談会で島の暮らしについて話し合っている

島民との対話により、市の職員の意識も変化。島の良さを壊さない支援の在り方を検討し、巡回診療の待ち時間を利用した通所事業を開始するなど、限られた資源の活かし方を工夫している



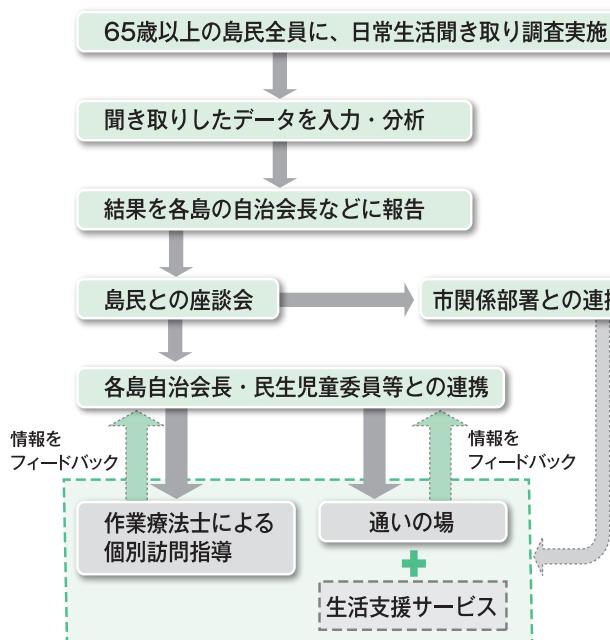
地域包括支援センター	直営1か所
総人口	56,235人
65歳以上高齢者人口	16,996人(30.2%)
75歳以上高齢者人口	9,060人(16.1%)
要介護認定率	18.3%
第5期1号保険料	5,278円

平成25年3月31日現在

自立支援の取り組み

市の関係部署との検討を重ねたり、島の自治会長等に何度も説明したりするなど、事前準備に時間をかけながら事業に臨んだ。

聞き取り調査から、島では独自の助け合い体制ができていることがわかり、この体制を崩さないように支援メニューを検討し、実施した。



島民との座談会を開催

外部講師を招いて座談会を開催し、島が自立していることを自覚してもらい、さらなる共助の活動を深めていくために、「島民が主役」になることを考えてもらう機会となった。

2

事業の概要

- 島の高齢者全員に、日常生活の支援ニーズを聞き取り調査。
- 直営地域包括支援センターと島民の座談会で、これからの取り組み方を構想。
- 地域包括支援センターが、巡回診療の待ち時間を利用して通所事業を実施。

◎坂出市の事業構成

	支援メニュー	概 要	
訪 問	(新)訪問型予防サービス	作業療法士を中心に自宅の環境調整やアドバイス	→ 077ページ
通いの場	(新)与島の通いの場	島の診療所時間帯にあわせて通いの場を設置	→ 078ページ
	(新)岩黒島の通いの場		→ 079ページ
	(新)櫃石島の通いの場		→ 079ページ
生活支援	(新)福祉用具の貸与	歩行器や杖の貸し出し	
	(既)毎日、週単位、不定期の家事援助	有償ボランティアが家事援助を実施	

(新):新規 (既):既存

三重県 いなべ市のモデル事業

1 特徴 住民主体の多様な通いの場

中高年齢層の健康増進を担う機関(元気クラブいなべ)を立ち上げ、ストレッチやウォーキングなどの軽スポーツを地区活動として定着させてきた実績があり、地区活動の下地を活かして要支援者等の通いの場を創出

元気クラブいなべ、地域包括支援センター、社会福祉協議会等の関係機関による資源開発会議で、各機関の情報共有、役割分担、連携促進を図っているところ



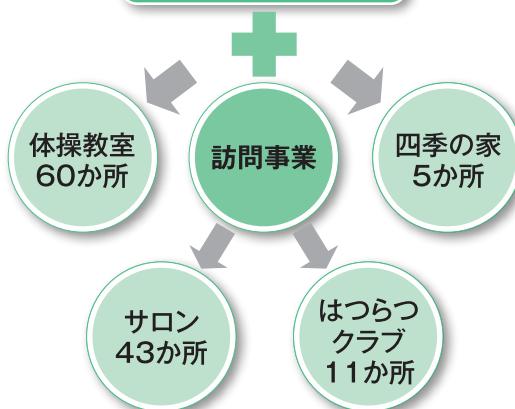
通所型事業卒業後も活動的な生活を維持するための通いの場

- ・住民が集会所等で体操教室やサロンを自主運営。
- ・通所型事業に、卒業者のための役割を用意。
(ボランティア活動のきっかけづくり)

地域包括支援センター	委託1か所
総人口	46,290人
65歳以上高齢者人口	10,846人(23.4%)
75歳以上高齢者人口	5,533人(12.0%)
要介護認定率	15.2%
第5期1号保険料	3,819円

平成25年3月31日現在

通所型事業 (専門職が指導)



社会資源や地域住民力を活用した豊富な通いの場

元気リーダー	元気クラブいなべの元気リーダーによる地域活動
四季の家	サロンリーダーによる地域活動
はつらつクラブ	二次予防事業卒業生による地域活動
ふれあいサロン	社会福祉協議会のサロン
ボランティア参加	卒業後、通所教室へボランティアとして参加

2 事業の概要

- ・通所事業は社会福祉協議会に、生活支援はシルバー人材センターに委託し、ボランティア養成や住民の自主活動のサポートを、市が地域包括支援センター(委託)協働して実施。
- ・運動をメインにした集いや、おしゃべりサロンなど、複数のタイプの通いの場が立ち上がっており、いずれも、住民の自主運営によるもの。

◎いなべ市の事業構成

	支援メニュー	概 要	
通所	(新) 健康ハッスル教室	運動指導のほか、認知・閉じこもり予防	→ 085ページ
訪問	(新) 訪問予防サービス	保健師、栄養士等の専門職による訪問指導	
通いの場	(既) はつらつクラブ(一部新規)	二次予防事業教室の卒業生による自主活動	→ 086ページ
	(既) 四季の家(一部新規)	サロンリーダーが運営する集いの場	→ 086ページ
	(既) 元気リーダー	元気リーダーによる地域活動	
	(既) ふれあいサロン	社会福祉協議会のサロン活動	
生活支援	(既) 卒業生のボランティア参加	通所教室へ卒業生がボランティア参加	→ 087ページ
	(新) えぶろんサービス	家事や外出支援	→ 086ページ
ケア会議	(新) 多職種協働ケースカンファレンス	個別課題解決から地域課題解決へ	→ 087ページ

(新):新規 (既):既存

大分県 竹田市のモデル事業

1

特徴 住民主体の活動による生活支援・介護予防の取組み例

竹田市は、中高年齢層を対象に暮らしのサポーターの養成を行い、実践の場として「暮らしのサポートセンター」を立ち上げ、生活支援サービスや通いの場の運営を委託。人材養成と実践の場づくりを連動させることにより元気な高齢者が担い手として活躍できる地域づくりを実践している



ここがポイント

市長をトップに、関係機関と住民が自由に議論できる場を用意

竹田市経済活性化促進協議会
竹田市雇用創造推進プロジェクト会議（会長：市長）
商工団体、社会福祉協議会、医療機関、
地域包括支援センター等

(毎月・2回、約半年)

めざすべき姿を議論（自助互助の機運醸成へ）

立ち上げ準備（市）（約1年間）

- ①暮らしのサポーター養成
- ②活動拠点の整備・事業委託

活動開始（住民）

(半年後)

活動拠点 「暮らしのサポートセンター」 (空き店舗利用)

住民互助の活動体「りんどう」
(会員157人、平均年齢74.2歳)

活動会員(27人)	生活支援の提供者
協力会員(19人)	寄り合いの場の運営
賛助会員(69人)	賛同者
利用会員(42人)	生活支援の利用者

平成25年3月31日現在

介護予防教室

- ・市の健康運動インストラクター養成研修を修了した住民が「竹田ヘルスフィットネス」を結成
- ・市の委託を受けて介護予防教室を企画実施（暮らしのサポートセンターを会場に体力測定と運動指導）
- ・地区の高齢者サロンで運動指導の出前も実施

指導料 4,000円／人回
インストラクター 50～70歳代

通いの場（寄り合いの場）

- ・暮らしのサポートセンターで「寄り合いの場」を運営
- ・年代を問わず気軽に立ち寄ることのできる場（手芸・囲碁等の趣味活動、世間話など、過ごし方はさまざま）
- ・木工・陶芸などの手作り品の展示販売

オープン 月～金、9:00～17:00
(コーヒー100円、定食300円)

生活支援サービス

- ・さまざまな生活支援（家事、草取り、植木の水やり、ペットの世話、外出支援、簡単な修理修繕など）
- ・利用者とサービス提供者のいずれも会員登録を行い、会費を支払う（年会費1,000円）

料金（利用券）30分400円、
60分800円
対価……………利用料金の75%
(25%は「りんどう」の活動資金に充当)

季節行事・イベント開催

- ・さまざまな年代が楽しめるイベントの企画と実施
- ・住民の交流促進、地域おこし
- ・地域への愛着を育む取組

雪っこカーニバル、歌声喫茶・ミニコンサート・カラオケ大会・チャリティーコンサート・料理教室・クリスマスイベント・しめ縄作り・かるた大会・紅白歌合戦・ヨガ・グランドゴルフ大会など

2

事業の概要

・高齢者が活躍できるコミュニティビジネスを構想し、有償活動の担い手養成を目的にした研修を実施。研修修了者による活動体を組織し、事業を委託。人材養成と実践活動を連動させて、コミュニティビジネスの芽を育てている。

・活動拠点「暮らしのサポートセンター」を整備し、寄り合いの場を開設。通いと生活支援の2つの活動を柱に、高齢者の有償活動を実現。

◎竹田市の事業構成

	支援メニュー	概要
通所	新 介護予防教室	市が養成したインストラクターによる運動指導等
通いの場	新 寄り合いの場	サポートセンターが運営、サポーターの活躍の場に
生活支援	新 生活支援サービス	生活支援を必要なときに随時対応
自立支援	新 ケアマネジメント研修会	介護支援専門員に対する研修会を実施

094ページ

093ページ

094ページ

(新):新規 (既):既存

沖縄県 北中城村のモデル事業

1

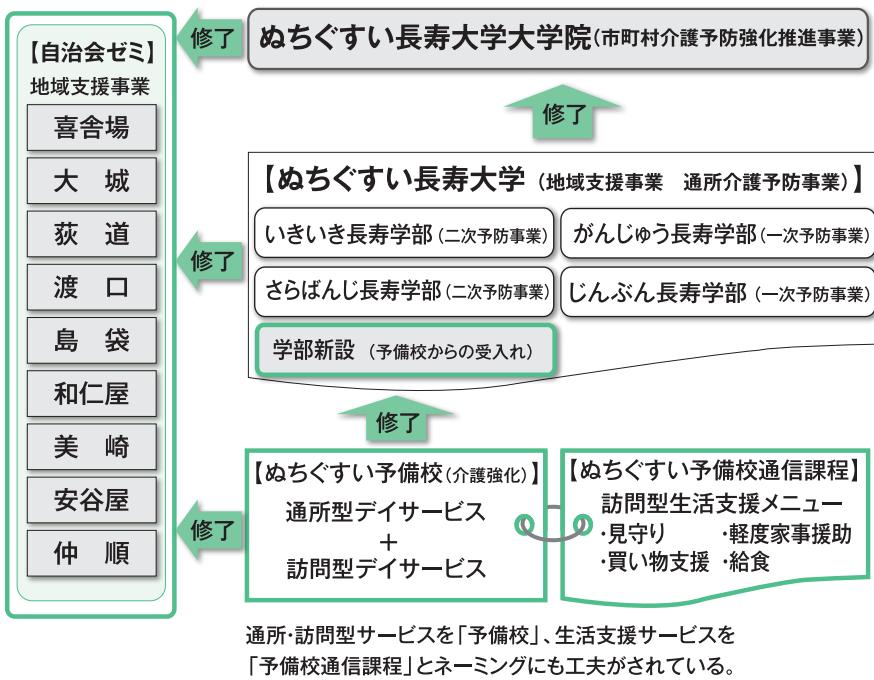
特徴 年齢の高い認知機能の低下した女性の居場所づくり

村の元気デイサービスと介護サービスの狭間にいる人に着目して通所事業を展開

日中の居場所、身体保清と食事の支援ニーズに通所で対応、子育てママが毎日の服薬確認、などのきめ細かな支援と家族会で、認知機能の低下した人と共に暮らす家族を支えている



北中城村の通所の体系



地域包括支援センター	直営1か所
総人口	16,576人
65歳以上高齢者人口	3,073人(18.5%)
75歳以上高齢者人口	1,577人(9.5%)
要介護認定率	17.6%
第5期1号保険料	4,994円

平成25年3月31日現在

子育てママサポーターの養成

子育てママには各種研修を実施。子育てママサポーター同士の交流や意見交換などの定期的な場を設定した。子育てママサポーターによる見守り、家事支援などを実施し、在宅支援を充実させることができた。

2

事業の概要

- ・村の生涯学習施設の遊休日を利用して、専任スタッフを配置し、村の直営で実施。
- ・生活支援は、介護予防サポーターに有償で依頼。子育て中の母親も、可能な時間帯に活動に参加。

◎北中城村の事業構成

	支援メニュー	概 要	
通所	(新) ぬちぐすい予備校	日常生活に近い環境で行う通所サービス	→ 102ページ
通いの場	(既) ぬちぐすい長寿大学 (一部新規)	栄養学部を新設	→ 103ページ
	(既) ぬちぐすい長寿大学自治会ゼミ	自治会が自主運営する介護予防サークル	→ 103ページ
	(既) デイサービスセンターしおさい	北中城村の独自デイサービス事業	
生活支援	(既) 愛の見守り支援サービス	サポーターによる安否確認、服薬確認等	
	(新) 軽度家事援助	サポーターによるゴミ出し等の簡単な家事援助	
	(新) 買い物支援サービス	サポーターが買い物や公共料金の支払い等を支援	
	(新) 栄養満点給食サービス	栄養バランスを考えたお弁当の配食	

(新):新規 (既):既存

厚生労働省市町村介護予防強化推進事業

長崎県 佐々町のモデル事業

1

特徴 介護予防ボランティアを主軸にした地域づくり

中高年齢層を対象として介護予防ボランティアを養成し、ボランティア活動が無理なく継続できるように、連絡会を組織してバックアップしている。介護予防・日常生活支援総合事業においても、介護予防ボランティアが、生活支援や通所の場で、担い手として活躍している



専門職の関与の仕方

- ・「介護予防ボランティア養成講座」の企画と実施
- ・月1回の定例会で、研修終了者の活動をバックアップ(にっこり会)
- ・住民、関係団体と協議の機会を設け、課題やめざすべき方向などを共有

介護予防ボランティア養成研修

ボランティア登録

地域の活動の場

通所型介護予防
推進活動

地域型介護予防
推進活動

訪問型介護予防
推進活動

地域包括支援センター	直営1か所
総人口	13,767人
65歳以上高齢者人口	3,181人(23.1%)
75歳以上高齢者人口	1,647人(12.0%)
要介護認定率	18.0%
第5期1号保険料	5,990円

平成25年3月31日現在

介護予防推進連絡会(にっこり会)

介護予防の取組の変遷

- ・平成18年 地域包括支援センターが始動し、介護予防の普及啓発を行うものの、住民の主体的取組につながらず、2年が経過。町内唯一の地域サロンは、職員の関与無しには成り立たない状況だった。
- ・平成20年 普及啓発のあり方を見直し、自主活動の育成に主眼を置いた「介護予防ボランティア養成講座」をスタート。修了者がそれぞれの地区で「地域型介護予防推進活動」に取り組むようになり、初年度に、8地区で集いの場が立ち上がる。
- ・以後、毎年、新たなボランティアを養成し、現在、団塊世代を対象に「地域デビュー講座」として継続中。修了者による集いの場は、現在14地区で開催されている。(最終目標は、全町内会30地区)

65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	11.6%
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	6.6%

2

事業の概要

- ・予防モデル事業で、リハ職の訪問指導を実施し、平成24年度から実施の総合事業を機能強化

- ・通いの場の立ち上げを目的

にボランティアを養成。終了者が、各自の地区で高齢者を集めて体操などの介護予防の集いをはじめている。

・町は、定期的な連絡会で、ボランティアが活動を継続できるように支援。

○佐々町の事業構成

	支援メニュー	概 要	
通所	(既)生きがい教室	地域活動へ参加するきっかけの場	→ 109ページ
	(既)はつらつ塾	男性が参加しやすいメニューを新たに設定	→ 110ページ
	(既)水中運動教室	温水プールでの水中運動	→ 110ページ
	(既)運動個別指導	IADL 改善に向けた個別目標に対する指導	→ 110ページ
訪問	(新)訪問型介護予防指導		→ 110ページ
通いの場	(既)地域デイサービス		
	(既)介護予防推進地区活動		
生活支援	(既)訪問型生活支援サービス		→ 110ページ

北海道 下川町のモデル事業

1 特徴 積雪期間の安否確認や集住化などの住み方を工夫

積雪期間の対策を工夫し、“暮らしの”継続性を高めている
小規模自治体の強みを活かして、きめ細かな対応、全庁的な取り組み、
住民の助け合いを促進



下川町の自立支援の構造

下川町の高齢者が置かれている状況

- 一人暮らしや高齢者世帯が多い(全世帯の3分の1)
- 集落に人家が点在
- 雪の期間が長い(11月下旬~4月中旬)
- 車やバイク、自転車に乗れなくなった
「移動制約者」が多い



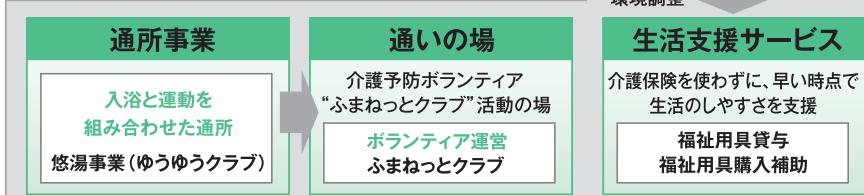
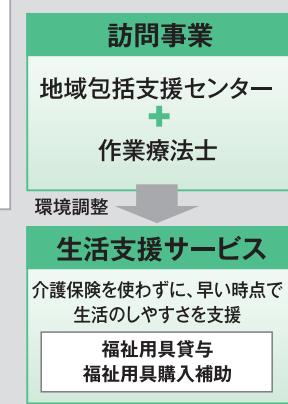
地域包括支援センター設置数	直営1か所
総人口	3,579人
65歳以上高齢者人口	1,344人(37.6%)
75歳以上高齢者人口	772人(21.6%)
要介護認定率	18.0%
第5期保険料	3,700円

平成25年3月31日現在

下川町のこれまでの取り組み



できなくなっている生活行為の特定・要因分析・解決



2 事業の概要

- 町の直営事業とボランティア運営の事業で構成。
- 直営事業は、地域包括支援センターが、町立特養ホームの職員と協力して実施。
- ボランティア運営の事業は、地域包括支援センターが、ボランティア養成と活動支援を行なながら、ボランティアに運営を任せている。

○下川町の事業構成

	支援メニュー	概要	
通所・ 通いの場	(新) 悠湯事業 (ゆうゆうクラブ)	入浴支援と体操プログラム等を実施	→ 118ページ
	(新) ふまねっと・サロン	サポーターによるふまねっと運動の実施	→ 118ページ
	(既) いきいきサロン事業	体操・運動、食事会、作品づくり等	
	(既) 生きがい活動支援通所事業	体操や食事会、交流会	
	(既) 元気教室	PT指導による運動メニュー	
生活支援	(新) 福祉用具貸与	歩行器と杖に限定し、福祉用具を貸与	→ 119ページ
	(新) 福祉用具購入補助	入浴用具に限定し、購入補助	→ 119ページ
	(既) 家事支援	毎日、週単位、不定期の家事支援	
	(既) 外出支援	予約型乗り合いタクシー	
	(既) 除雪		

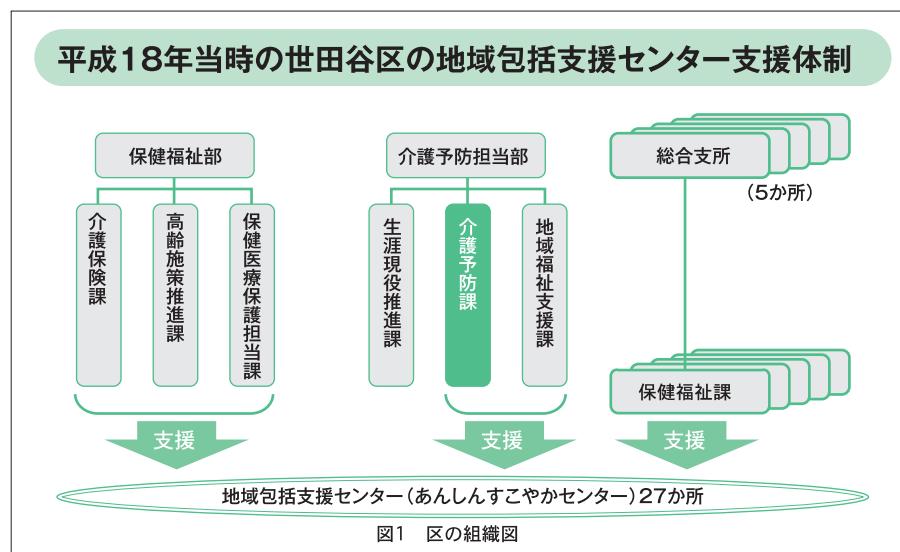
(新):新規 (既):既存

東京都 世田谷区の取り組み

1

取り組みの背景—下地づくり(地域包括支援センター創設時)

世田谷区の地域包括支援センターは、区民公募で、「あんしんすこやかセンター（以下、「あんすこ」）」と呼称が付けられている。平成18年度の介護保険制度改革改正で創設されたあんすこは、27行政区（中学校区）に各1か所ずつ、12法人（社会福祉法人11、医療法人1）により設置された。それまで区が直接的に行ってきた高齢者の保健福祉業務は、民間設置のあんすこが行うこととなったが、地域に根ざした活動を行うためには、地域を見る視点や経験の蓄積が欠かせないことから、世田谷区は、平成18年度から3年間、介護予防課に中堅保健師10名を集中配置し、あんすこの支援体制を充実させた。これらの保健師が、2名1組で27あんすこを巡回して、あんすこの職員と直接顔を合わせながら、介護予防マネジメントについての相談・助言や普及啓発事業等の相談、地域づくりについての助言等を継続して行い、あんすこの“独り立ち”を後押ししてきた。3年後、保健師は、再び各総合支所等に分散配置され、以後は、総合支所が引き続き巡回や個別事例への支援を行い、介護予防・地域支援課の保健師は総合支所や各あんすことの定期的な連絡会で現場の抱える課題を把握し、必要な行政対応を行っている。



■区の保健師から「あんすこ」職員へ伝授されたノウハウ

- ① 予防の視点をもったケアマネジメント
- ② 普及啓発
 - ・健康教育
 - ・介護予防事業にかかる区民ボランティア「はつらつ協力員」の養成
- ③ 社会資源マップ「あんすこのポケット」の作成
 - ・既存資源の収集と整理
 - ・地図に書き込み、不足している資源や地域を可視化→地域活動の基礎資料として活用
- ④ 地域づくりの手法（一部の地区でモデル実施）
 - ・地域情報の集め方
 - ・町会、高齢者クラブ、民生委員等とのネットワークづくり

2

モデル事業の工程

工程表は、モデル事業を準備期、開始期、終盤期の3期にわけて、世田谷区とあんすこ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 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3										H25 年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3									
		H24 年度 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3										H25 年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3									
世田谷区	実施地区の選定	■																			
	予算				H24 補正			H25 要求													H26 当初予算要求
	関係機関調整・団体説明					■	■														
	周知・広報						■	■													
	対象者リスト作成																				
	区・あんすこ連絡会議								← 月2回～月1回→	⋮											← 月1回～2月に1回→
	専門職・あんすこ意見交換会																				
	事業評価										■										
	次年度事業計画																				
あんすこ(地域包括支援センター)	目的・めざす姿の明確化	■																			
	新設メニューの構想・企画																				
	町会・自治会等の協力呼びかけ		■																		
	専門職の確保			■																	
	スケジュール・業務調整				■																
	利用者のケアマネジメント					■															
	新設メニューの立ち上げ・運営						■														
	ケースカンファレンス(多職種)							毎月1～2回												(区の保健師参加)	
	自主活動へのシフト																				
	継続性の確保																				

I 世田谷区の動き

1 事業の準備

① 実施地域の選定

地域の資源を活用して新しい支援メニューを立ち上げるために、町会等の活動が比較的活発に行われている地区を選定し、区の委託により、4か所の「あんすこ」が中心となって事業を実施。

		池尻あんすこ	太子堂あんすこ	若林あんすこ	奥沢あんすこ
担当地区的 基本情報	面積	1.191km ²	1.048km ²	1.161km ²	1.216km ²
	人口	22,654人	22,622人	26,100人	21,320人
	高齢者人口	3,828人	3,898人	4,639人	4,890人
	うち75歳以上	1,995人	1,954人	2,318人	2,532人
	高齢化率	16.9%	17.2%	17.8%	22.9%
地域包括支援 センターの 基本情報	常勤職員	6人	5人	5人	5人
	保健師等	(看護師)1人	(看護師)1人	(看護師)1人	(看護師)1人
	社会福祉士	2人	1人	3人	3人
	主任介護支援専門員	1人	1人	1人	1人
	予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)	2人	2人	0人	0人
介護予防支援業務件数 (うち、外部委託件数)		109件／月 (6件／月)	98件／月 (1件／月)	118件／月 (10件／月)	169件／月 (6件／月)
地区の取り組み		町会や商店会 等の合同の会合が 定期開催	町会や民生委 員で高齢者の 茶話会	ネットワーク づくり定例会	高齢者サロン

②周知・広報

区がモデル事業の説明資料を作成し、「あんすこ」は、この資料を用いて利用者や関係者に事業を説明した。



③関係機関調整・団体説明

区は「あんすこ」に同行し、町長や地区民生委員の会議で事業の趣旨説明を行った。いずれの場においても、「あんすこ」を応援する声が上がり、日頃の「あんすこ」の取り組みが、事業の後押しにつながっている。

2 | 事業開始後の後方支援

①連絡会議

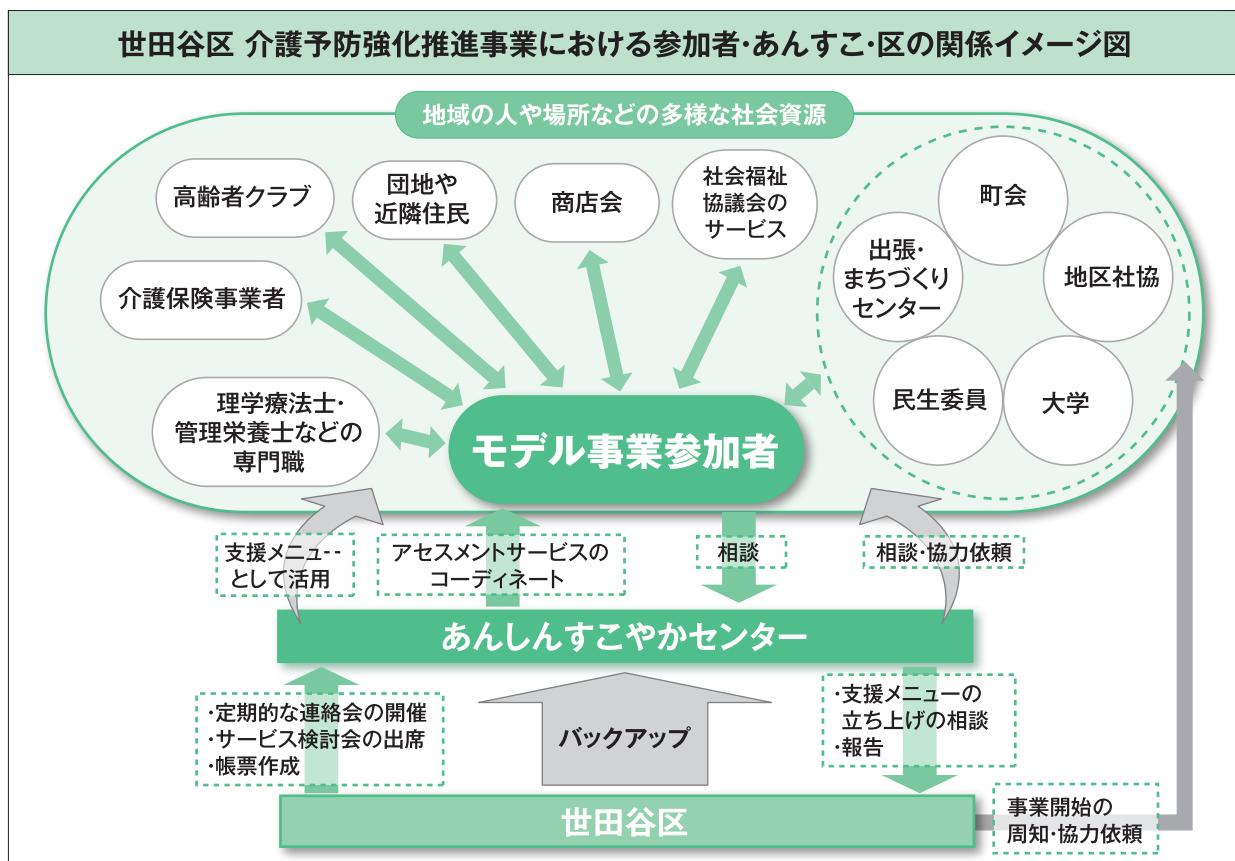
区と4か所の「あんすこ」は、定期的に連絡会議を開催。実施期の約3か月間は、ほぼ毎月2回のペースで会議を開催し、情報・意見交換を行いながら事業イメージを固めていった。区は、地域資源を活用したメニューの企画・立ち上げ・運営の全てを各「あんすこ」に任せ、毎月の連絡会で進捗状況や現場の課題を把握し、行政対応が必要な点がないかどうかの判断を行った。

②専門職と「あんすこ」の意見交換会

モデル事業では、利用者の状態像に応じて、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士。以下、「リハ職」）と管理栄養士が「あんすこ」と同行訪問し、ケースカンファレンスで、目標設定や支援方針を一緒に検討した。これまで、「あんすこ」がリハ職と同行訪問を行う機会はなかったため、各地区での取り組み状況や互いの役割や効果的な活用方法を理解するために区担当者もまじえ意見交換会を開催。この意見交換会が、その後の多職種協働の円滑な動きにつながっている。（詳細は、p24）

③事業実施体制

モデル事業における区と「あんすこ」の関係は、次のとおり。



II 地域包括支援センターの動き～実際の取り組み～

池尻あんしんすこやかセンター～都営住宅の外出支援～

■これまでの地域との関わり

池尻あんしんすこやかセンター（以下、「池尻あんすこ」）は、世田谷区池尻まちづくりセンターの中にある。同センターは、平成22年にまちづくりセンター内に移転。移転前から、町会長や民生委員の会合に何かと用事を作っては参加してきたが、まちづくりセンターに移転したことで、池尻あんすこをあらためてよく知つてもらうために、地域の関係者と顔合わせ会を開いた。これが、地域の困りごとを話し合う「三宿・池尻まちこま会」に発展。まちこま会には、町会、自治会、民生委員の他に、話し合いのテーマに応じて、警察署、消防署、郵便局、信用金庫、スーパー、商店街、放課後児童クラブ、住宅供給公社、医療機関、介護サービス事業者等が参加。現在は、区・地区社会福祉協議会・あんすこの共催による地域ケア会議として位置づけている。

■外出支援を立ち上げることになった背景（「三宿・池尻まちこま会」の問題意識から）

都営住宅の周辺には日用品や衣料品を購入できる店や金融機関が無く、都営住宅と周辺地域の住民は、交通量の多い国道を横断して買物に行かなければならず、国道を渡りきれなくなった高齢者は、買物やお金の出し入れに困っていた。まちこま会で、この問題について話し合う中で、住民から、デイサービスの送迎車両が空いている時間帯に貸してもらえないか、という声が上がった。

■取り組みの経過

平成25年1月 《準備期》

①送迎車両の確保

池尻あんすこの母体である社会福祉法人に「まちこま会」の声を伝え、同法人が運営するデイサービスの送迎車両の提供について検討してもらった。

- 複数の車両のうち1台であれば、月1回、11:30～16:30の時間帯で調整可能となる。
- 運転は、法人の運転員が行い、燃料費や人件費は不要。（法人が地域貢献の一環として実施）

②住民の話し合いでルールづくり

- 都営住宅の集会所から隣駅の繁華街（三軒茶屋）までの往復とする。
- 参加費を一人1回300円とし、行事保険の掛け金や燃料費に充てる。（法人は住民と相談し燃料費のみ受け取ることにしている）
- 予約制とし、予約が受けられなかった人の買物は、参加者やボランティアが代行。

③ボランティア活動のサポート

- 社会福祉協議会と共同で、介助講習と認知症サポーター養成講座を開催。
- リーダーになれそうな人に、区の主催する介護支援ボランティア講習会を紹介し、受講してもらう。

平成25年2月～8月 《開始期》

- 毎月の参加者は、平均5～7人。（要支援1:2人、要支援2:3人、要介護1:3人等）
- 野菜や果物などは、集会所で少量に小分けして持ち帰るなど、楽しみな行事になった。
- 毎回、外出から戻った後にボランティアと都合のつく参加者で、振り返りの話し合いを継続した。

平成25年9月～ 《終盤期》

自治会有志がボランティアグループを立ち上げ「サポートなごみ」と命名し、区の「地域の絆推進事業」補助金を申請し、活動費を確保。(チラシ作りなどの事務費に充てる)自主活動の目処が立ってきたので、関わりを漸減し、今後は都営住宅周辺の住民もこの外出支援が利用できるように取り組みを支援する予定である。

この取組のポイント

- ・地域の高齢者の困りごとを関係機関や団体で話し合い、解決策を具体的に検討している。
- ・あんすこは、話し合いの場を用意し、具体的な内容の決定は住民に任せている。
(あんすこは、人と人、人と事業者等を結びつける役割に徹している)

太子堂あんしんすこやかセンター～大学を会場とした通所～

■これまでの地域との関わり

太子堂あんしんすこやかセンター(以下、「太子堂あんすこ」)は、区の太子堂複合施設の中にある。複合施設は、区が老朽化した施設を合築・複合化して整備を進めているもので、太子堂あんすこは、平成25年4月に、区の出張所、区民集会所、障害のある子どもの放課後デイサービスと共に同施設に移転した。移転する以前から、ボランティアによる高齢者のお茶飲み会や体操教室の立ち上げを支援していた。

■大学を会場に通所を立ち上げることになった背景(会場確保の困難から)

太子堂地域の区民集会室等は、常に予約で埋まっている、高齢者の通いの場として活用可能な会場は慢性的に不足していた。太子堂あんすこでは、小学校の学童教室や中学校の地域交流室を空き時間に利用させてもらっているが、需要に応えきれない状況が続いている。場所が足りないことに加えて、デイサービスなどの通所に行きたがらない閉じこもりがちの高齢者を何とかしたいという思いがあった。閉じこもりがちの高齢者が出かけてみようと思うには、多様なプログラムや会場のもつ魅力が必要と考え、地域内にある大学の活用を思いついた。

■取り組みの経過

平成24年10月～11月 《準備期》

- ・大学の福祉学科の先生に相談。この大学では、区の子育て広場の事業が行われているので、この高齢者版のイメージを描いて伝えたところ賛同が得られ、学生がボランティアとして参加することになった。
- ・会場は、大学の生涯学習施設を使用。(大学組織との交渉は、区に行ってもらい、あんすこは、先生や学生との現場レベルの打ち合わせを行った)
- ・プログラムは、「太子堂あんすこ」が企画し、音楽やヨガなど特技を持つ住民や団体に講師役を依頼し、多彩なプログラムを用意している。
- ・自分で会場に来ることができる要支援者等を対象に、週1回、2時間を設定して開催している。
- ・見守りボランティアと民生委員の協力も得られることになった。
- ・隣接する池尻地区と若林地区のうち、会場近くに住む要支援者等も受け入れることにした。

平成24年12月～平成25年12月 《実施期》

- ・毎回、15～20人が参加。(要支援1～要介護1、二次予防事業対象者)
- ・プログラムは、栄養指導、認知症教室や脳トレ、ストレッチや体操、ヨガ、民謡等の音楽、折り紙やお手玉などの昔遊び、アート体験や絵手紙教室と多種多彩である。
- ・学生ボランティアが、プログラムの企画運営を行う回もある。
- ・同じ建物で行われている子育て広場(対象者は0歳から2歳までの乳幼児と母親)に出かけて、世代間交流の機会をもつようになった。(高齢者が母親に教える折り紙やお手玉は母親から好評である)
- ・学園祭に招待されるなど、若い世代との接点が増えた。

平成26年1月～ 《今後の展開》

- ・閉じこもりがちだった人が、毎回、通ってくるようになった。(ポイントは、運動に特化していないスタッフと利用者の関係がフラットで緩やかな運営)
- ・通うこと慣れたことにより、サロンなどにも行くようになった人もいるが、この会場が唯一の出かける場になっている人もおり、参加者の“卒業”のあり方について検討している。

この取組のポイント

- ・大学を会場にしたことにより、学生や大学の子育て事業の参加者(乳幼児と母親)と接点ができ、高齢者に活気が生まれている。(普段は入ることのない場所だからこそその魅力がある)
- ・地域の人が特技を活かして講師になり、多彩なプログラムが用意できた。
- ・“卒業”により、再び不活発な状態に戻ってしまわないか、利用者一人ひとりの見極めが大切。
- ・自主的な活動に移行するには、利用者自身に通所運営の役割を担ってもらいあんすこの介入を少なくする、新しい集いの場の立ち上げを並行して行う等が考えられる。

若林あんしんすこやかセンター～喫茶店を会場にした集いの場～

■これまでの地域との関わり

若林あんしんすこやかセンター(以下、「若林あんすこ」)は、世田谷線若林駅前に広がる商店街の一角にある。開設当初から商店会の一員として、会合や行事に参加してきた。若林あんすこの5人の職員は、地区や業務の分担をしているわけではなく、皆が同じようにケアプラン作成や総合相談等を行い、業務の合間を見つけては、商店会だけでなく、町会や高齢者クラブの行事・会合を通じて「顔の見える関係づくり」を続けている。町会の会合は、夜、丁目ごとに開かれており、全部で6つの定例会にその時に都合のつく職員が顔を出している。

■集いの機会をつくることにした背景(一人の利用者との出会いから)

デイサービスに行くのは気乗りがない人、一人暮らしで人との交わりが無い人などが、気軽に出来られる寄り合いの場の必要性を日頃から感じていた中で、閉じこもりがちになり、意欲をなくしているAさん(要支援1、男性)を担当した。かつて、喫茶店通いが楽しみだったと知り、活動的な生活を取り戻してもらうために、その喫茶店に行くことを目標に意欲を高めようと考えた。(しかし、Aさんは、間もなく長い距離を歩けなくなり、要介護1で居宅介護支援事業所が担当することになった。)

平成25年5月～10月 《開始期》

第1回目は、移動の介助を必要としない人の中から、話が合いそうな顔ぶれをに声をかけ夫の長期入院で一人になったBさん（要支援1、女性）、退院後、活動量が少なくなっている一人暮らしのCさん（要支援2、女性）、一人暮らし難しくなり娘の元へ転居してきたDさん（要介護2、女性）と2名のボランティアが参加した。一般的な客もいる店の一角のテーブルを囲み、和やかな時間を過ごした。第2回目からは、少しずつ男性の顔ぶれを増やした。（要支援1、二次予防事業対象者、一次予防事業対象者の3人）最初の集まりから5か月目に、ボランティアの移動介助を受けてAさんの参加が実現した。1年ぶりに行きつけの喫茶店で好きなコーヒーを飲み、店主の歓迎を受け、以来、毎月の集まりを楽しみにするようになった。次第に、Aさんは、歩きたい気持ちが強くなり、理学療法士と歩く練習をするようになった。

平成25年11月～ 《終盤期》

喫茶店の集いを「すこやかすこ」と命名。毎月2回の集まりが定着し、店主が、集まりの日には、テーブルを一つ空けておいてくれる。「若林あんすこ」のお膳立てがなくとも、参加者とボランティアで集まることができるようになり、主体的に集まってもらうことになる。今後は、参加しなくなったり元気がなくなってきた人がいたら、「若林あんすこ」に知らせてもらうことを申し合わせて、「若林あんすこ」の関わりを少なくし、2会場目の場所探しをはじめている。

この取組のポイント

- ・個別事例への関わりを通して、喫茶店を資源の一つとしてとらえ、仲間づくりの場に活用している。
- ・事前に、外出の不安要因を取り除き、初回の集まりが成功するように配慮している。（トイレ環境の整備、ボランティアの事前研修および協力、参加者同士のマッチング）
- ・商店会の理解が得られている。（日頃からの関係づくりの成果）
- ・自主的な集まりにしていくことを念頭に置いて関わっている。

奥沢あんしんすこやかセンター～筋力アップ教室～

■これまでの地域との関わり

奥沢あんしんすこやかセンター（以下、「奥沢あんすこ」）は、社会福祉法人が運営する介護サービスの複合施設、デイホーム奥沢の1階にある。同じフロアに、住民の要望で設けられた喫茶カウンター付きのフリースペースがあり、住民が自由に入り出しして高齢者の茶話会等を開いている。奥沢地区は、2つの町会をはじめ、高齢者クラブや住民グループなどの活動が活発で、地区会館や町会会館では、毎日、さまざまなサークル活動が行われている。奥沢あんすこは、日常業務を通じて、活動の場に足を運び、住民に顔をよく知ってもらうようにしている。

■筋力アップ教室を立ち上げることになった背景（サロン活動の把握から）

奥沢あんすこは、地区内で行われているサロンや体操教室のほとんどに出向いてリサーチした。実際に活動場面を見ることで参加者の顔ぶれや雰囲気、運動の強度等がわかるので、総合相談等を通じて相手の意向に沿った活動を紹介しやすくなった。リサーチした情報は、地図に落とし込み、地域全体が見渡せるようにした。その結果、一部の地区には長い距離が歩けなくなった高齢者が徒歩圏内で行ける場所に、定期的に身体を動かす活動が無いことがわかつってきた。

■取り組みの経過

平成25年2月～4月 《準備期》

- ・まず、徒歩10分圏内の町会会館を会場にして試行的に実施することにした。
- ・地域活動に協力的な介護サービス事業所の理学療法士に体操指導の協力を依頼。
- ・1回90分、週1回、3か月で卒業することを目標にした。(卒業後は、自分で既存の通いの場に行けるようにする)
- ・訪問アセスメント等により外出機会が減少傾向にある人に声をかけた。(1次予防:5人、2次予防4人、要支援1:5人、要支援2:2人、要介護1:1人、うち80歳以上が8人)
- ・介護サービス事業所の職員に、介護予防のための体操の指導方法を学ぶ機会として運営協力員として参加を呼びかけた。(理学療法士が参加者の状態に応じた身体の動かし方を指導)

平成25年5月～7月 《開始期》

- ・1会場目の試行で手応えをつかめたので、別の町会会館でも2会場目を実施。(1会場あたりの参加者は13～14人)
- ・7月を過ぎた頃から参加者の中から「一人で外出する機会が増えた」「少し遠くまで行けるようになった」という声が聞かれるようになった。
- ・卒業後に少し離れた地区の通いの場に行ける目処が立ったのは、約半数。残りの半数は離れた会場に自力で通うことが難しかった。

平成25年9月～12月 《終盤期》

- ・2会場の運営を、参加者の自主運営でやってはどうかと提案。
- ・1会場は、奥沢あんすこのあるデイホーム内のデイサービスに会場を移し、機能訓練室を地域に開放するかたちで、継続することになった。
- ・残りの1会場は、自分たちで会場管理(予約や使用料の支払い)を行うには荷が重いという声が強く、自主活動の見通しがつけられなかった。

この取組のポイント

- ・住民活動の場に足を運び、活動の情報を地図におとし込み、地域全体が見渡せるようにした。その結果、高齢者が通いやすい新たな活動の場の創設につながった。
- ・仲間と一緒に運動を続けたいという気持ちを引き出す関わりが大切。(体操だけでなく、参加者の話し合いをする、負担に感じていることを整理し解決策を考えるなど)
- ・“卒業”的あり方を途中で見直し、専門職主導型から自主運営型へ転換しようとしたが難航。(自主活動は、最初に参加者に“その気になってもらう”はたらきかけが必要)

各あんしんすこやかセンターにおける多職種協働による自立支援の取り組み

■多職種協働による自立支援の体制づくり

モデル事業の対象者（要支援1～要介護2）について、「あんすこ」が判断に迷う場合などに、リハ職等の専門職が同行訪問し、多職種で支援方針を検討。専門職の確保は、各あんすこが、それぞれの地域内の介護サービス事業者等に協力を依頼して、一月当たり2～3回の対応が可能となった。

	池尻あんすこ・若林あんすこ	太子堂あんすこ	奥沢あんすこ
理学療法士	2名（病院、クリニック）	1名（同一法人）	1名
作業療法士	——	——	1名（訪問看護事業所）
言語聴覚士	——	——	1名
管理栄養士	1名（栄養士養成学校）	1名（同一法人）	1名（居宅療養管理指導事業所）

■ケースカンファレンス

- ・各あんすこで月1回、2時間程度、10件前後を検討。（若林と池尻は合同開催）
- ・メンバーは、あんすこと上記の専門職、区の保健師。
- ・あんすこのアセスメント情報を基に、難しくなっている行為の要因や改善可能性を検討。
- ・二次アセスメントが必要と判断された場合は、後日、同行訪問を実施。（ケースカンファレンスの当日に、同行訪問を済ませておく場合もある）
- ・多職種で検討することにより、疾患の特徴を踏まえたADL、IADLの改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等が能力を発揮しやすい方法を具体化できるようになった。

■リハ職等の同行訪問

- ・理学療法士は、筋力低下の運動メニューの提示等
- ・作業療法士は、家事や趣味活動を再開するための道具・動作の工夫の提示等
- ・言語聴覚士は、嚥下機能低下の評価と指導等
- ・管理栄養士は、低栄養のアセスメントと食べ方の指導、調理、買い物の工夫について指導等

■リハ職との協働で浮かび上がった課題

- ・リハ職によって、保健事業における役割の理解や対応の仕方に違いがあった。
- ・保健事業では、対象者に対する直接的アプローチではなく、取り巻く環境を通じた間接的アプローチが求められるが、保健事業を初めて経験するリハ職にとまどいが生じていた。



- ・各地区のリハ職等の専門職とあんすこ職員、区の職員の意見交換会を開催。
- ・事例を通じてそれぞれの役割を確認。
- ・これによりあんすこと専門職の協働がすすみはじめた。

3

まとめ

■取組みにより得られたこと(あんしんすこやかセンター)

- ・モデル事業の実施過程で住民と話し合う機会が増え、地域の力で解決する方法を一緒に考えたことが、新規メニューの創設につながった。
- ・毎月、区の担当者と事業の打合せを行うことで、あんすこだけでは解決できない課題が整理され、区の後方支援が必要な時に得られるようになった。
- ・リハ職等多職種との同行訪問やケースカンファレンスにより、対象者が難しくなっている行為の要因分析や自立支援の具体的な方法が考えやすくなった。

■明らかになった課題と今後の展開

【重度化予防の課題】

- ・閉じこもりがちな高齢者には、出かけてみようと思えるような通いの場の選択肢が必要。
- ・杖やシルバーカーを利用している人が参加できるようにするには、徒歩10分圏内に出かけられる居場所が必要。
- ・ボランティアによる生活支援は、日頃から居場所で人間関係を作つておく必要がある。

【政策課題】

- ・各地区毎に多様な通いの場の確保
→空家など、地域の資源を再度洗い出し活用
- ・徒歩で参加が難しい人のための移動支援
- ・モデル地区4か所の取り組みの手法を全地区へ拡大
→介護予防・日常生活支援総合事業を導入し、介護予防に取り組むことにより、高齢者の自立支援を図る。

世田谷区の取り組みのポイント

- ・大都市における地域づくりの実践モデル。地域包括支援センターが、担当地区内のサークル活動や自治会・商店会の会合等に足を運び、資源情報の収集や住民との関係を構築。日頃からの積み重ねが、地域づくりにつながっている。(大都市であっても、地域包括支援センター単位であれば地区的状況をつかみやすく、住民との対話がしやすい)
- ・区は、地域包括支援センターとの定期的な連絡会で、事業の進捗状況や実施上の課題を把握し、地域包括支援センターが動きやすいように後方支援。(関係機関・団体の調整や協力依頼等、現場の動きの潤滑的役割)
- ・地域包括支援センターは、リハ職や管理栄養士等の専門職と協働して、同行訪問と地域ケア個別会議を実施。実際の生活を評価した上で効果的な支援方法を検討・実行し、モニタリング。この繰り返しが、要支援者等の自立支援の力量形成につながっている。

岡山県 岡山市の取り組み

岡山市

1

取り組みの背景

岡山市は、平成21年度に指定都市に移行し4区に分かれます。日常生活圏域は6圏域で、福祉事務所管内と一致し、一圏域の規模は概ね6中学校区に相当。中心市街地から40kmほど離れた地域には集落が点在する山間部を抱えています。

圏域に1か所ずつ、岡山市ふれあい公社により地域包括支援センターが設置されています。

市は、平成24年度に介護予防の拠点施設として介護予防センターを設置し、同公社に運営を委託。リハ職等の専門職を集中配置して、介護予防プログラムや町内会等の地域活動のサポートをはじめている。動き出した介護予防センターを機能させるため、市町村介護予防強化推進事業（以下、「予防モデル事業」）で、効果的な取り組みを試行し、検証することになった。



■岡山市ふれあい公社

平成4年に市が出捐金1億円で設立。市は、拠点施設“ふれあいセンター”を平成11年までに市内5か所に段階的に整備し、ふれあい公社を指定管理者としている。

ふれあいセンターは、福祉事務所、地域包括支援センター、児童館などが入っている複合施設。多目的室では、趣味や教養講座のほか、太極拳、ヨガ、ダンスなどの運動教室が毎日行われており、子どもから高齢者まで幅広い世代に利用されている。

ふれあい公社は、指定介護サービス事業者として、ふれあいセンターで通所介護サービスを実施し、居宅介護支援事業所と訪問介護事業所を併設している。

●地域包括支援センター

日常生活圏域に本センター、中学校区にサブセンターを設置。（サブセンターは、医療法人、社会福祉法人が併設している在宅介護支援センターでふれあい公社からの委託料で運営されている）

本センターの担当エリアの広さは、ほぼ6中学校区に相当するため、各センターに1～3の分室を置き、公社職員を駐在させている。（合併前の町庁舎等を分室として使用）小学校区ごとに地域担当職員を配置。地域包括支援センターの全職員数は、107人。

●岡山市ふれあい介護予防センター(以下、「介護予防センター」)

5か所のふれあいセンターのうち3か所に保健師、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、介護福祉士、健康運動指導士を集中配置して介護予防センターの機能を付加している。1か所の介護予防センターは、2圏域をカバー。

各介護予防センターは、ふれあいセンターで通所型介護予防事業を実施するとともに、リハ職が地域包括支援センターと同行訪問を行う。その他、介護予防センターが、地域の集会所等に出かけて住民運営の体操教室等をサポートしている。職員数は、表のとおり。

	保健師	理学療法士	作業療法士	歯科衛生士	管理栄養士	介護福祉士	健康運動指導士
介護予防センター	1人	2人	2人	1人	1人	2人	2人
北事務所	0人	1人	1人	1人	1人	0人	2人
南事務所	1人	1人	1人	1人	1人	1人	1人
計	2人	4人	4人	3人	3人	3人	5人

平成25年2月28日現在

●岡山市高齢者福祉課

岡山市は、行政職員として理学療法士を採用し、高齢者福祉課に配置。理学療法士が、介護予防施策を担当し、予防モデル事業では、個別地域ケア会議に参加のほか、必要な事例で、地域包括支援センターや作業療法士と同行訪問を実施。現場の動きをリンクさせながら、事業の全体調整を行っている。

2 事業の工程

工程表は、本事業を準備期、開始期、終盤期の3期にわけて、岡山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
岡 山 市	準 備 期	実施地域の選定																						
		新設メニューの構想・企画																						
		予算											H24補正(8,9月)・H25要求(9,10月)											
		関係機関調整・団体説明																						
		対象者リスト作成																						
地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	開 始 期	市・公社連絡会議																						
		生活支援サービス実施																						
		事業評価																						
		次年度事業計画																						
		専門職の確保																						
支 援 メ ニ コ ー 委 託 先	終 盤 期	スケジュール・業務調整																						
		対象者への声かけ																						
		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)																						
		元気スマイル教室実施																						
支 援 メ ニ コ ー 委 託 先	開 始 期	生活支援サービス	シルバー人材センター																					
		困りごと援助サービス実施																						
		住環境調整サービス施工																						
支 援 メ ニ コ ー 委 託 先	開 始 期	配食サービス実施																						

I 岡山市(高齢者福祉課)・ふれあい公社の動き

1 | 事業の準備

予防モデル事業の全てをふれあい公社に委託して実施。事業の企画は、市(高齢者福祉課)とふれあい公社、地域地域包括支援センターで検討を重ねた。

① 実施地域の選定

地理的条件から、比較的住宅がまとまっている中区のうち、3中学校区を予防モデル事業の対象地域とした。この地域を担当する地域包括支援センターの基本情報は表のとおり。

		中区地域包括支援センター
担当地区の 基本情報	面積	51.29km ²
	人口	144,909人
	高齢者人口	33,323人
	後期高齢者人口	15,798人
	高齢化率	23.00%
地域包括 支援センターの 基本情報	常勤職員	19人
	保健師	6人
	社会福祉士	10人
	主任介護支援専門員	3人
	予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)	5人
	介護予防支援業務件数 (うち、外部委託件数)	1029件／月 (629件／月)

② 対象者のリストアップと参加呼びかけ

予防モデル事業の対象者は、新規に要支援1～要介護2の認定を受けた人及び二次予防事業対象者、その他閉じこもりがちな高齢者である。対象地域の新規要支援1～要介護2の認定者は毎月約50人。

高齢者福祉課が、認定担当課から新規認定者の情報を受け取り、中区地域包括支援センターへ提供。中区地域包括支援センターは、まず、電話で訪問の約束をするが、この段階で訪問を断られることが多く、事業への参加呼びかけが難航した。(訪問を受け入れてもらうことができた人は、新規認定者の約1割。これらの人には、その後、予防モデル事業の利用につながった)

〈訪問を断られた主な理由〉

- 既に介護支援専門員が対応しており、介護サービスが開始されている。
- 家族が電話に出ると、高齢者に取り次いでもらうことなく、事業参加を断られる。
- 本人と話ができるても、電話の内容が理解されにくい。
- 相手に警戒される。(振り込め詐欺などに対する警戒感)



高齢者福祉課が、介護支援専門員の定例会で、予防モデル事業を説明し、事業の理解と協力を求め、少しずつ予防モデル事業の利用者が増えていった。

③ 通所事業のスタッフ確保

予防モデル事業の開始と介護予防センターの稼働の時期が重なった。予防モデル事業は、介護予防センターが実施すれば、センターの業務に活かすことができるが、事業の実施が決まった時点で、既にセンターの年間スケジュール(通所事業や地域への出前等)が固まっており、スタッフの調整が難しい状況であった。このため、別途、専任スタッフを確保し、事業を実施することになった。事業のスタッフは、表のとおり。

	保健師	作業療法士	看護師	介護福祉士	健康運動指導士	介護支援専門員	事務員	運転手
ふれあい公社職員(モデル事業専任)	1人	1人				1人		
ふれあい公社職員(他業務と兼任)		1人(H24のみ応援)			1人(H24のみ応援)			
モデル事業のために期間限定の雇用	1人		1人	1人			1人	1人
計	2人	2人	1人	1人	1人	1人	1人	1人

④シルバー人材センター

生活支援サービスは、シルバー人材センターにふれあい公社から再委託して実施。

大工、左官等の施工技能を有する会員に住宅改修を担ってもらい、その他の一般会員には、散歩の付き添いなど、バリエーションを増やしてもらうことになった。

II 実際の取り組み

1 | 通所型介護予防サービス「元気スマイル教室」(平成24年11月~)

- ・週1回、1クール3か月(12回)、送迎あり。
- ・スタッフ:作業療法士(専任)、看護師(専任)、保健師、健康運動指導士、介護福祉士。
- ・内容:健康体操、ニュースポーツ、料理実習等。
- ・介護予防の動機づけオリエンテーションを行い、事業の目的を理解して参加してもらった。(介護予防手帳に目標を記入)
- ・初回に、移動能力を評価し、自力での通所の見通しを立てた。
- ・2回目からは、10種類のプログラムを用意。興味、関心のあるものを見つけられるようにした。(健康体操、ニュースポーツ、歩行、料理実習など)
- ・介護予防センターが開催する講座を積極的に活用。

元気スマイル教室一日の流れ

- | | |
|-------|------------------------------|
| 10:00 | 出欠簿〇つけ
血圧測定・体温確認 |
| 10:10 | 朝のあいさつ(利用者)
一日の流れの確認 |
| 10:20 | レクリエーション
(調理実習・ニュースポーツなど) |
| 11:45 | 体勢を整える。昼食準備。 |
| 12:00 | お口の体操
あいさつ(利用者) |
| 13:00 | ストレッチ体操 |
| 13:20 | 歩行、個別指導 |
| 14:40 | 一日の振り返り、
ノートの記入 |
| 14:50 | 歌(毎回違う歌を歌う)、帰りのあいさつ(利用者) |

必ずお茶持参
500ml飲んでもらう



▲お口の体操

元気スマイル教室2回目～11回目

- ・グラウンドゴルフ
- ・笑いヨガ
- ・ふくふく通り散歩
- ・歩行
- ・ニュースポーツ
- ・貼り絵
- ・口腔の勉強
- ・認知症予防の話
- ・調理実習
- など
- ・ドレミふれあい
- ・ストレッチ体操



▲グラウンドゴルフ



▲調理実習



▲歩行



▲笑いヨガ

12回の参加で、全員が上記内容を1回はできるように、教室のスケジュールを考えています。

2 | 訪問型介護予防サービス「訪問指導」

- ・保健師、理学療法士、作業療法士などが訪問して住環境評価、動作指導、家族指導を行う。
- ・通所事業「元気スマイル教室」とセットで実施。訪問の受け入れの悪い人には、通所で信頼関係を築いていくうちに訪問ができるようになった。

3 | 生活支援サービス

シルバー人材センターと弁当業者が対応。福祉用具の貸し出しは、ふれあい公社。

生活支援サービス	困りごと援助サービス	60分100円 ちょっとした困りごと、家事援助等	シルバー人材センター
	栄養改善サービス	配食サービスを実施 平日の昼食 350円/食	弁当業者
	住環境調整サービス	簡易な改修のみ 材料代は実費	評価:PT、OT 施工:シルバー人材センター
	福祉用具の導入	移動補助用具 入浴補助用具等の貸出 200円/月程度	評価:OT 貸出用の福祉用具をモデル事業で用意 ふれあい公社

■困りごと援助サービス

- ・専門的な技術を要しない家事、ゴミ出しなどのちょっとした家事の支援サービス。
- ・60分100円。
- ・一人で難しいところをサポート。できるだけ自分で行ってもらうように促す。
- ・外出同行支援サービスも実施。

■栄養改善サービス

- ・弁当業者(きざみ食にも対応)の配食サービスと管理栄養士(地域包括支援センター、介護予防センター職員)の栄養指導。

■住環境調整サービス

- ・作業療法士がアセスメント、施工時にも立ち会い。
- ・シルバー人材センターにより、手すりの取り付け、段差解消など。
- ・材料代のみ実費。

■福祉用具の貸し出し

- ・移動補助用具(シルバーカーなど)と入浴補助用具(シャワーチェアなど)に限定。
- ・作業療法士が必要性の判断と用具を選定。

コラム シルバー人材センターのコーディネート機能

シルバー人材センターのコーディネーターが、地域ケア個別会議(ケースカンファレンス)に参加。利用者の支援ニーズと目標を共有し、事前に現地の下見を行った上で、シルバー会員をマッチングした。

この事前のきめ細かな対応が、利用者とシルバー会員の双方の安心感につながった。(クレームの回避にもなっている)

シルバー人材の買い物付き添いや、散歩の付き添いは、家族からも好評だった。

(通所事業を通じて、やる気になった高齢者が、散歩に行こうとしても、一人で歩くことを危なく思う家族がブレーキになっている場合もあった)

3

まとめ

1 地域を見渡すことで見えてきた課題

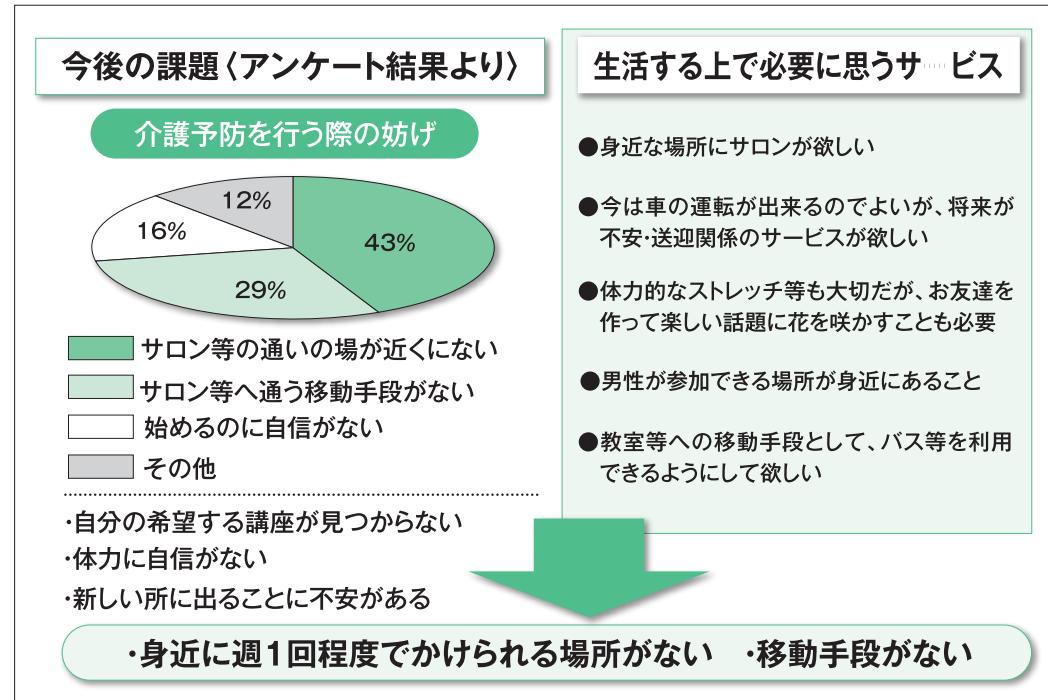
- ・モデル地域の地図に、対象者の家、公民館、集会所、サロンを落とし込んで、全体を見渡し、対象者の分布、足りない施設、利用できる施設などの割り出しを行った。(民生委員等からの聞き取り情報も書き込んだ)



- ・通所事業を卒業後、歩いて行ける範囲にサロンなどの通いの場がなく、つなげない人が多く存在。
- ・バス停にして3~4区間(10分未満)にあるサロンに行くにも、大回りのバス路線しかなく片道40分もかかってしまう。バスの乗降ができるようになっても、バスの運行ルートが高齢者の生活に合わなくなっている。



- ・徒歩圏内に通いの場を増やすことが急がれる。(=介護予防センターの出前型活動が重要)
- ・物理的な問題で、徒歩で行けない人には外出支援策の検討が必要(移動ルートに坂道、石段がある)



3 | シルバー人材センターによる住宅改修

- ・住宅改修のためだけに要介護認定を申請する人が存在する。選択肢が拡がれば、要介護認定を受けなくてすむ人もいる可能性があることから、予防モデル事業で、シルバー人材センターによる住宅改修を試行した。
- ・予防モデル事業の利用者のうち、住宅改修のニーズがあり検討した人は8人、そのうち実際にシルバー人材センターを利用したのは2人である。(表1)
- ・予防モデル事業では、シルバー人材センターの入件費は委託料が充てられるので、利用者は、材料代の実費を負担することになる。
- ・同じ内容を保険給付で行うと仮定してシミュレーションすると、保険給付では、施工に係る人件費が高いが、材料代も含めて保険給付の対象となるため、自己負担の額は小さい。(表2)
- ・予防モデル事業では、予め、利用者に保険給付とシルバー人材センターとの自己負担額の違いについて、十分に説明し、選んでもらった。
- ・シルバー人材センターを選んだ人と選ばなかった人のそれぞれの理由は、表3のとおりである。
- ・シルバー人材センターの会員には、大工や左官を引退した人がいるので、これらの人々の技能を活かすことができ、手の届く高さに棚を作ったり、建具の建て付けを調整するなどの給付の対象にならないちょっとしたニーズにも柔軟に対応ができる。シルバー人材センターの活用は、豊富な経験や技能を有する高齢者の活躍の機会を増やす意義が大きい。

表1

		要支援者等	二次予防事業対象者	合計
住宅改修のニーズが有る人		6人(中断者2名含む)	2人	8人
内 訳	シルバー人材センターを利用	1人(要支援1)	1人	2人
	介護保険を利用	0人	0人	0人
	全額自費で施工	1人(要介護1)	1人	2人
	相談のみ(改修未実施)	4人 (要支援1:1人) 要支援2:1人 要介護1:1人	0人	4人

表2 ケース1 階段と浴室の手すりの取り付け工事を実施

	施工技術者の日当	材料代	計	利用者負担額	公費又は保険給付費
予防モデル事業	9,250円	19,690円	28,940円	19,690円 材料代 全額自己負担	公費 9,250円
介護保険住宅改修	20,000円	19,690円	39,690円	3,969円 材料代も保険給付の対象	給付費 35,721円

ケース2 廊下の段差解消と浴室の手すりの取り付け工事を実施

	施工技術者の日当	材料代	計	利用者負担額	公費又は保険給付費
予防モデル事業	32,350円	79,000円	111,350円	79,000円	公費 32,350円
介護保険住宅改修	50,000円	79,000円	129,000円	12,9000円	給付費 116,100円

表3

シルバー人材センターを選択した理由

- ・予防モデル事業は対応が早い(介護保険は、給付の決定までに時間がかかる)
- ・シルバー人材センターのコーディネーターや作業療法士が丁寧に相談に乗ってくれた
- ・材料代実費だけですむ(二次予防事業対象者)

シルバー人材センターを選択しなかった理由

- ・保険給付の方が安い
- ・家族ができる
- ・知り合いの工務店に頼みたい(全額自費)

岡山市の取組のポイント

- ・介護予防を推進する基盤が整備されている。(介護予防センターの設置、リハ職の集中配置)
- ・シルバー人材センターの機能を上手に活用。(シルバー人材センターのコーディネーターによる利用者とシルバー会員のマッチング、大工等の施工技術者の活躍、散歩の付き添い等)
- ・利用者や地域資源を地図に落とし込んで、地区の状況を可視化し、移動手段の問題を浮き彫りにしている。→ 岡山市の地域特性から、通いの場と移動手段をリンクさせた施策展開が重要

東京都 荒川区の取り組み

荒川区

1

取り組みの背景

荒川区の日常生活圏域は5区分、1圏域は概ね2中学校区に相当する。圏域によって、住宅や中小工場、商店街などの昔からの街区と、高層マンションが立つ新しい街区がある。地域包括支援センターは、民間法人により7か所（各圏域に1～2か所）設置されている。（全て社会福祉法人）

荒川区の第5期介護保険料は、第4期に継いで東京23区で最高額となった。背景には、居宅サービス等が充実しサービス利用率が高いことや、高齢化率や平均要介護度が高いことなどがある。区では、サービスを利用する側と提供する側の双方の自立の意識を高め介護予防の取り組みを強化するため、平成24年度から介護予防・日常生活支援総合事業を開始。さらに、市町村介護予防強化推進事業（以下、「予防モデル事業」）に取り組むことにより、フィットネスクラブ事業所を活用して新しい通所事業の開発を試みることとした。

1 | 介護予防関連事業

主な介護予防関連業務は、高齢者福祉課と介護保険課で実施している。この他にも、複数の部局で特徴的な事業を実施している。

高齢者福祉課：地域支援事業（介護予防事業含む）、地域包括支援センター、一般高齢者事業
介護保険課：介護予防・日常生活支援総合事業、保険給付、要介護認定

■荒川ころばん体操（高齢者福祉課）

転倒予防を目的に平成14年度から普及している体操。区の集会所など26会場で毎週1～2回実施しており、約150名の区民が推進リーダーとなって運営を担っている。年間参加延べ人数約56,000人。

区は、年1回のリーダー養成講座と定期的なリーダー交流会を開催し、活動を支援している。

また、この他にも、住民が自主的に開催したり、ひろば館（後述）が自主事業として実施している。（約15会場）

■おげんきランチ（高齢者福祉課）

在宅高齢者通所施設（区立デイサービスセンター等）13か所で運動、口腔体操、会食等を行う。施設の運営事業者に委託して実施。週1回、1食600円。

■コミュニティカレッジ（社会教育課）

様々な世代が学びを通して仲間づくりを行いながら、地域活動を行うために必要な知識や技術を身につける人材育成の場。受講期間は2年間。

■荒川シルバー大学(高齢者福祉課)

60歳以上が対象。茶道、書道、パソコンなど、37教室を開講し、年3回の合同講義や学園祭、学芸会、研修旅行等が行われ、活動的な高齢者の健康づくりの場となっている。創立から30年を迎えた。

■いきいきボランティアポイント制度(介護保険課)

登録された介護保険施設等でボランティア活動に参加すると、1時間につき100ポイント、1日200ポイントまで貯まる。年度中に1,000ポイント以上貯めると、翌年度に現金と交換できる。(年間最大5,000円) 平成23年7月1日から開始。

■高齢者みまもりネットワーク事業(高齢者福祉課)

地域包括支援センターに「高齢者みまもりステーション」を併設して専任職員を2名配置し、見守りの拠点としている。高齢者みまもりステーションの職員が、民生委員、町会・自治会、社会福祉協議会、警察、消防等の協力を得て、高齢者の見守り体制を構築。災害発生時の安否確認も行う。

■ひろば館・ふれあい館(地域振興課)

サロンスペース、多目的室、創作室など様々な機能を揃えた施設。高齢者対象の館は約20施設。

2 | 社会資源

■ふれあい枠・活(いきいき)サロン(社会福祉協議会)

町会館や団地集会所等で住民が茶話会等を運営。概ね月1回～2回程度、1～2時間、約50か所。25年度からは、週1回実施する会場も出ている。社会福祉協議会が後方支援。

■シルバー人材センター(公益法人シルバー人材センター)

会員資格は、概ね60歳以上。年会費1,000円。会員数約1,750人(就業率約8割)。

■高年者クラブ(NPO 法人荒川区高年者クラブ連合会)

クラブ活動を通じて高齢者福祉の増進を図る自主的な組織。昭和37年に創立、平成14年にNPO法人格を取得。約80クラブ、会員数約7,500人。

3 | 介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」)

平成24年11月から開始。(予防モデル事業と同時期にスタート)

総合事業では、通所サービスのみを実施。訪問サービスは、予防モデル事業で実施し、結果を踏まえて総合事業への位置づけを検討。

■通所サービス……「まるごと元気アップ教室」(予防モデル事業としても活用)

5会場(ふれあい館5か所、1圏域につき1会場)で実施。定員15名、週1回、1クール17回。運動、口腔、栄養、認知症機能低下予防の複合型プログラムを実施。必要な人には送迎実施。

工程表は、介護予防・日常生活支援総合事業と予防モデル事業を準備期、開始期、終盤期の3期にわけて、荒川区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												
			上段 予防モデル事業	下段 総合事業											4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
荒川区	準備期	実施地域の選定																									
		予算		H24補正		H25要求		H25要求																		H26要求	
		企画・立案・契約																									
		周知・広報																									
		対象者リスト作成																									
開始期	区・包括連絡調整																										
	事業実施																										
	業者・区・包括連絡会																										
	ケア会議(専門職・包括意見交換会)																										
	事業評価																										
地域包括支援センター	準備期	次年度事業計画																								総合事業に向けて	
		対象者への声かけ																									
		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)																									
		お料理会(通いの場)実施																									
支援メニュー委託先	準備期	通所	フィットネスジム																								
		通所サービス事業所																									
		支援生活	介護事業所																								
国保連	開始期	調整																									
		支払																									

I 荒川区の動き

1 | 事業の準備

① 実施地域の選定

要介護認定者及び一人暮らし高齢者の比較的多い2圏域を選定。(尾久地区は圏域人口が多いため、平成25年10月から地域包括支援センターを2か所に増やした)

		東尾久地域包括支援センター	西尾久地域包括支援センター	南千住地域包括支援センター
担当地区の 基本情報	面積	1.514km ²	1.178km ²	2.530km ²
	人口	26,741人	25,525人	45,196人
	高齢者人口	6,381人	6,600人	9,161人
	後期高齢者人口	3,125人	3,125人	4,372人
	高齢化率	23.9%	25.9%	20.3%
地域包括支援 センターの 基本情報	常勤職員	5人	5人	5人
	保健師等	1人	2人	2人
	社会福祉士	1人	1人	3(常勤1、非常勤2)人
	主任介護支援専門員	1人	1人	2人
	予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)	——	——	3人 (常勤1、非常勤2)
	介護予防支援業務件数 (うち、外部委託件数)	201件／月 (117件／月)	184件／月 (117件／月)	300件／月 (219件／月)

② 事業の組み立て

切れ目のない介護予防サービスを提供するためには、さまざまな資源を活用して、量を確保するとともに魅力的な通所を開発する必要がある。予防モデル事業の通所事業では、プールでの水中運動などの新メニューを導入し、都市部において身近な施設であるフィットネスクラブ事業所の活用可能性を探ることにした。

一方で、訪問事業は、閉じこもり、うつ、認知機能低下等により通所サービスへの参加が困難な方を対象とした新たなサービスとして、リハ職等の専門職の訪問評価に基づきホームヘルパーが訪問し、生活支援や自宅での体操を行うこととした。

③ 実施体制

通所事業はフィットネスクラブ事業所3事業者及び有料老人ホーム事業所に、訪問事業は、訪問介護事業所2事業者にそれぞれ委託。地域ケア会議は区と地域包括支援センターが協働し開催。

さらに、構成メンバーに専門職を加えて多職種協働の検討体制を整えた。(理学療法士・作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師)

II 地域包括支援センターの動き(対象者への参加呼びかけ)

予防モデル事業の対象者は、新規に要介護認定を受けた要介護2までの人は、介護サービスの利用を希望して認定申請を行っているので、事業を紹介しても希望する人は少なく、参加者不在の時期が続いた。特に、通所の利用は、移動能力に左右される。バス等公共交通機関を利用できる人は少なく、送迎付きの通所でなければ、参加につなぐことが難しかった。(5か所の通所のうち、3か所が送迎を実施。2か所は送迎がなかった)

III 実際の取り組み

1 | 通所事業

■まるごと元気アップ教室（総合事業においても実施）

週1回、2時間程度、1クール4か月、1回の利用料金は100円。フィットネスクラブ事業所に委託し、区立のふれあい館において実施。スポーツインストラクターが、バランス運動、立ち上がり運動などの集団プログラムを実施。回によって、栄養改善、口腔機能向上、認知症予防も実施。



■楽々健康体操、楽々水中運動

週1回、1～2時間程度、1クール4か月、1回の利用料金は100円。フィットネスクラブ事業所に委託し、区立のスポーツ施設において実施。

スポーツインストラクターが、健康体操や水中ウォーキング、アクアビクスを実施。

■シニアのための元気力アップコース

週1回、1時間程度、1クール4か月、1回の利用料金は100円。フィットネスクラブ事業所に委託し、区立のスポーツ施設において実施。

スポーツインストラクターが、足腰の筋力向上のための転倒予防体操を実施。

■元気力アップ教室

週1回、3時間程度、1クール4か月、1回の利用料金は100円。有料老人ホームに委託し、実施。

要介護1、2の方を対象に、運動、栄養、口腔の複合プログラムと脳トレなどの認知機能低下予防プログラムを実施。



2 | 訪問事業

■おうちでヘルプサービス—運動機能向上サービスと生活支援サービスの複合型

週1回、利用時間により、1回200円～700円。

ヘルパーが訪問して体操等を実施。希望に応じて家事援助も行う。体操の指導方法は、予め、理学療法士がヘルパーに指導。

3 | 社会資源

通所事業を終了した後は、介護予防事業やサロンなどの通いの場を紹介。

■荒川ころばん体操

区内26会場で週1～2回実施。誰でも参加でき、転倒を予防することができる体操。



■おげんきランチ（既存事業を活用）

週1回、3時間程度、1回の利用料金は600円。

会食と併せて運動指導員が体操を実施。

IV 今後の課題

1 フィットネス事業者の試行的活用の結果

■利用者

- ・フィットネス事業者に委託して試行的に実施した通所事業の利用者は、合計59名であった。
- ・男女構成は、男18名、女41名と女性が多いものの一般的な通所サービスよりは男性の参加があった。
- ・利用が伸びなかつた要因として、次のことが考えられる。
 - 歩行の不安定さを自覚している要支援者等にとって、体操等の運動は無理に思えてしまう。
 - 身体を動かす意欲がないと参加につながらない。(要支援者は、意欲が低下している人が多い)
- ・参加につながった人の中では中断者は少なかった。(一般的な通所では、中断者が存在する)
- ・デイサービスの特別な雰囲気を好まない人にとって、運動施設やふれあい館は抵抗感がなく、参加してしまえば、その後は楽しく継続できる人が多かった。(後半は、口コミで友人を誘ってくる人もあった)
- ・参加者のほとんどが、終了時点で体力が向上したことを実感した。

荒川区

〈フィットネス事業者を活用した通所事業の利用者数〉(平成24年11月～平成25年9月)

フィットネス事業者	要介護 2	要介護 1	要支援 2	要支援 1	二次予防事 業対象者	一次予防事 業対象者	計
フィットネスクラブA（送迎無し）	—	3	1	1	1	15	21
フィットネスクラブB（送迎無し）	—	—	—	3	2	1	6
フィットネスクラブC（送迎有り） ※総合事業の利用者を含む	—	3	10	8	11	—	32
計		6	11	12	14	16	59

■地域包括支援センター

- ・当初、フィットネス事業者が行う通所事業の中身がよくわからなかつたため、対象者に魅力を伝えることが十分できなかつた。
- ・2か所は、送迎が無く、総合事業の通所(別のフィットネスクラブが運営、送迎あり)と近接していたため、そちらを選ぶ人の方が多かった。
- ・水中プログラムは、水着を用意する必要があり、購入してまで参加しようとする人は少ない。(参加者は元々、プールに通っていた人など、水泳の経験者がほとんど)
- ・ころばん体操など、特定の顔ぶれによる仲間関係が出来上がっている場は、新しい人が入りにくい面があるが、モデル事業の通所は、緩やかな関係で途中参加もしやすく、このような場を好む人にとっては居心地が良かったようだ。

■事業者

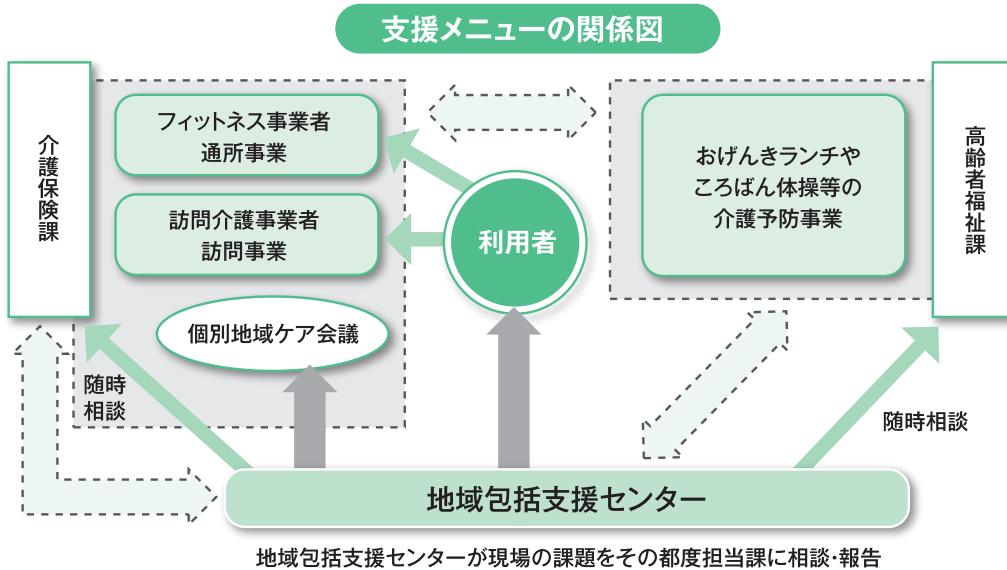
- ・フィットネスクラブ事業所は、これまで、要支援者等の受け入れの経験がないために、看護職員を雇い上げてプログラムの時間帯に常駐させ人員配置を厚くした。
- ・認知機能の低下した利用者が施設内で迷って混乱する場面があつた。(建物内の誘導などのきめ細かな配慮が必要)
- ・タクシー事業者に再委託して送迎が行われた会場では、送迎時間や乗車場所の行き違いが発生(軌道に乗るまでは、きめ細かな調整が必要)

■区

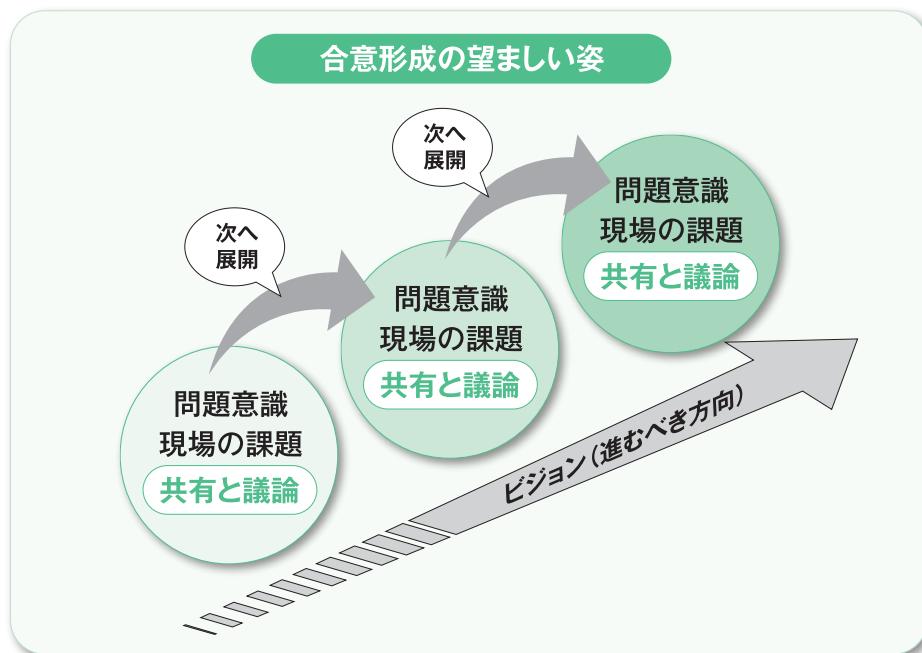
- ・フィットネス事業者を活用した通所事業は、認知機能の低下がなく、かつ、日常生活の自立度が高い人のうち、体力低下をきたしている人に適しているのではないか。(二次予防事業対象者相当)
- ・要支援者の受け入れについては、フィットネス事業者によってさまざまで、参加協力が得られない事業者もあつた。

2 | 関係機関・関係部局の合意形成

荒川区では、予防モデル事業を活用して総合事業のバリエーションを広げることを試みた。これまで、介護分野では接点の少なかったフィットネス事業者などの異業種も交えて事業を展開するには、関係者が一堂に会して、事業のねらいや進むべき方向性を確認する作業を積み重ねる必要がある。併せて、介護予防関連の事業担当課の横断的な調整が、益々、重要となる。



地域包括支援センターが現場の課題をその都度担当課に相談・報告



荒川区の取組のポイント

- ・都市部の身近な資源であるフィットネス事業者を活用した通所事業を試行的に実施。(フロア体操、スイミング等)
- ・試行的実施から、明らかになったことを整理している。(スポーツ施設の通所事業は、ある程度の広域をカバーするので送迎機能が必要／フィットネス事業者の活用は、二次予防事業対象者の通所事業からスタートすると取り組みやすい／異業種を交えて、新しいサービスを開発するには、関係機関の情報共有・検討の機会を増やすことが重要)

福岡県 大牟田市の取り組み

1

取り組みの背景

大牟田市は、従来から小学校区単位で行事や地域活動が行われるなど、地域的まとまりがあることから、小学校区を日常生活圏域としており、21小学校区を6ブロックに分け、民間法人により各ブロックに1か所地域包括支援センターが設置されている。(社会福祉法人2か所、医療法人2か所、一般社団法人2か所。表1のとおり)

大牟田市では、市民と行政の協働を市政の基本に据えており、福祉に限らず、さまざまな行政分野において、この小学校区単位の市民活動を施策展開に活かそうとしている。このような方針の下、市内全域で市町村介護予防強化推進事業(以下、「予防モデル事業」)に取り組むことになった。

大牟田市

表1 地域包括支援センターの基本情報

		大牟田市地域包括支援センター					
		中央地区	手嶺地区	吉野地区	三池地区	三川地区	駿馬・勝立地区
地域包括支援センターの基本情報	常勤職員	6人	3人	4人	6人	4人	3人
	保健師	1人	1人	2人	3人	1人	1人
	社会福祉士	3人	1人	1人	2人	1人	1人
	主任介護支援専門員	2人	1人	1人	1人	2人	1人
	予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)	0人	0人	0人	0人	0人	0人
介護予防支援業務件数 (うち、外部委託件数)		456件／月 (198件／月)	150件／月 (52件／月)	204件／月 (84件／月)	421件／月 (194件／月)	204件／月 (114件／月)	262件／月 (104件／月)

※介護予防支援業務件数は、平成25年度4月～11月の平均

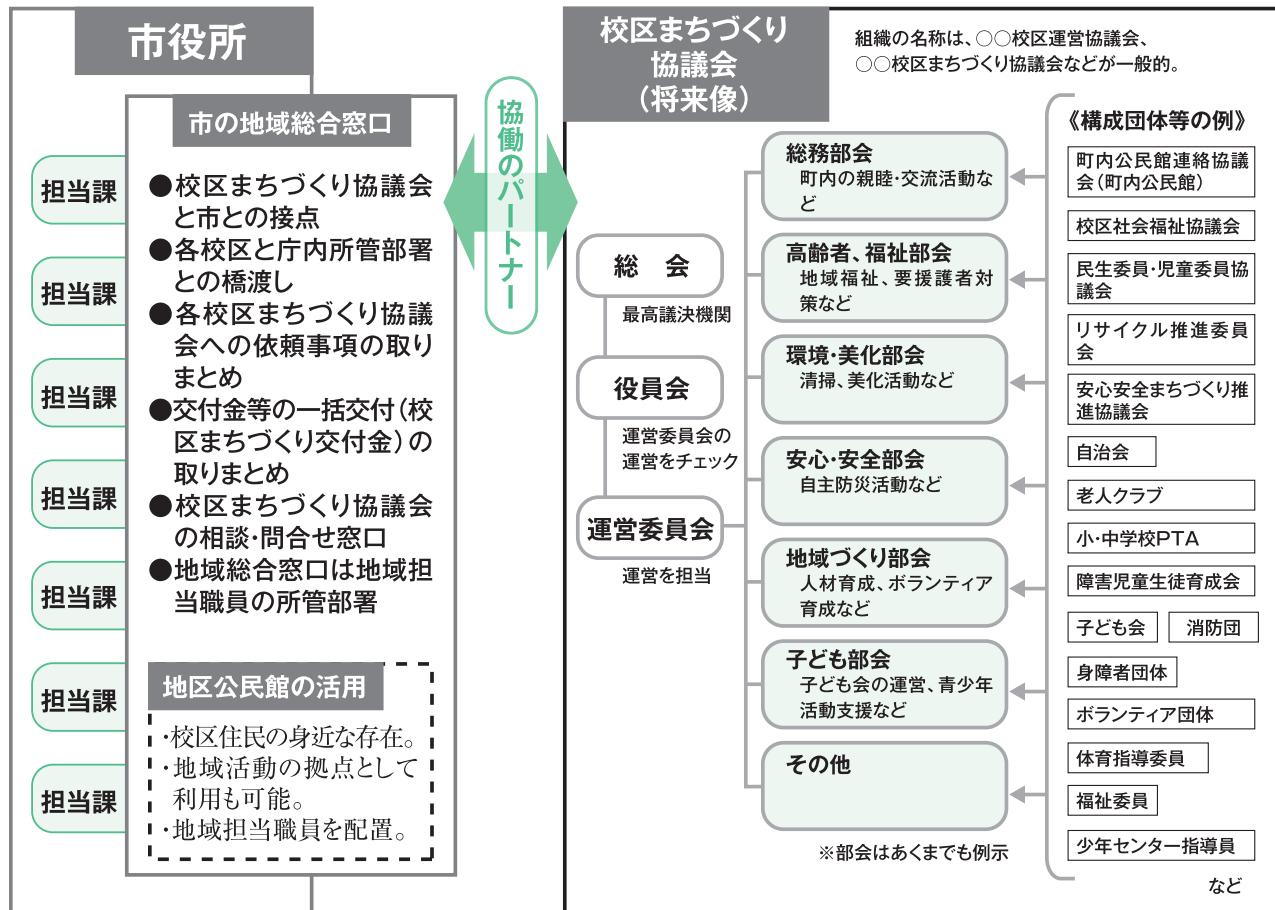
1 大牟田市の地域づくりの取組み

■校区まちづくり協議会

平成23年度から、小学校区の自治会や公民館連絡協議会などの地縁組織と各種団体(民生・児童委員協議会、老人クラブ、地区社会福祉協議会)が一つの組織を構成し、「校区まちづくり協議会」を結成。校区まちづくり協議会は、地域の課題についての学習会や行事などを行う自治組織である。世帯加入率50%以上の協議会には、市から運営に係る交付金が交付される。市は、協議会と府内各部署を橋渡しする総合窓口として地域コミュニティ推進課を設置。平成27年度までに21校区全てに設置することを目指している。

活動内容：高齢者の見守り、防犯、防災、資源回収、道路・河川清掃、花壇づくり、文化伝承(どんど焼きなど)、運動会、子育て支援、世代間交流、広報(校区だより)など。

設置数：15校区(平成26年2月現在)

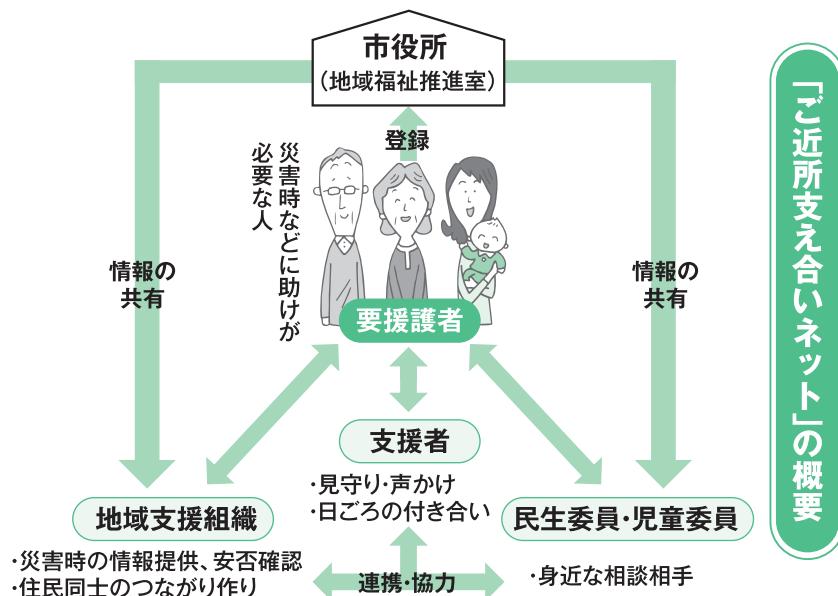


■ご近所支え合いネット(大牟田市災害時等要援護者支援制度)

災害という言葉をキーワードにして、日頃から声かけ・見守りなどをを行うことで、万一のときに誰かの助けが必要な人(要援護者)が地域で孤立しない関係づくりを目指す制度。

要援護者が氏名・住所・身体の状態等を記入した申請書を提出することで、市は要援護者の情報を把握することができる。

そして、校区まちづくり協議会等の地域支援組織と「災害時等要援護者の個人情報の取扱いに関する協定」を締結し、要援護者の情報を共有している。平成26年2月末現在、11校区と協定を締結。



■介護予防拠点・地域交流施設

高齢者の通いの場となる拠点施設を民間の資本で積極的に整備し、費用の一部を補助（上限750万円、国の「地域介護・福祉空間整備交付金」が財源）。小規模多機能型居宅介護やグループホームがこの補助金を活用して地域交流施設を整備し、周辺住民に施設を開放している。補助要件として、週5日以上住民に開放し、週1日以上は高齢者のための体操教室など介護予防に資する事業を実施（運営費は全額事業者負担）等を設定。平成25年度現在、18小学校区、40か所の地域交流施設が整備されており、高齢者の通いの場として活用されている。

大牟田市

図1 地域交流施設の整備状況（平成24年10月）



介護予防拠点・地域交流施設40か所
内訳: 小規模多機能23か所
グループホーム等17か所

地域交流施設で行われている活動例



▲体操教室



▲革細工教室

2

事業の工程

大牟田市

工程表は、本事業を準備期、開始期、終盤期の3期にわけて、大牟田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	
大牟田市	準備期	目的・めざす姿の明確化																								
		実施地域の選定																								
		予算						補正		H25要求																H26要求
		新設メニューの構想・企画																								
		関係団体調整・団体説明																								
		サービス提供者との打ち合わせ																								
		対象者への説明																								
大牟田市	開始期	専門職の確保																								
		市・包括連絡会議																								週1回
		ケースカンファレンス(多職種)																								週1回
		専門職派遣事業実施																								
		事業評価																								
		次年度事業計画・継続性の確保																								
		対象者への声かけ																								
地域包括支援センター	準備期	利用者のケアマネジメント																								
		サービス提供者との打ち合わせ																								
		地域密着型サービス事業所																								
サービス提供事業者（福祉コンサルタント等）	開始期	通所型	地域交流施設型通所実施																							
			健康づくり支援事業所																							
		生活支援	温泉施設型通所実施																							
			公民館型通所実施																							
		通いの場	シルバー人材センター																							
			社会福祉協議会																							
		地域住民	民間配食事業所																							
			健康づくり支援事業所																							
			地域住民																							

I 大牟田市の動き

1 | 事業の進め方

民間事業者のアイディアを活かし、市の事務負担を軽減するため、予防モデル事業の支援メニュー（通所、訪問、生活支援）全てを一括して福祉コンサルタント事業者に委託し、事業者が事業内容を企画し、一部の事業は、地域交流施設を併設する介護サービス事業者に再委託。

■事業構成（委託内容）

●既存事業（二次予防事業）を活用

- ①筋力向上トレーニング：マシーンによる筋トレに重点を置いた通所（1クール25回）
- ②事業所提案介護予防通所：自宅での運動習慣を身につけるための通所（1クール12回）
- ③口腔機能向上「歯にかみ教室」：口腔ケアの指導（1クール10回）
- ④物忘れ予防通所「ほのぼの会」：大牟田市オリジナルプログラム（音読・計算・人生回想・ゲームなど）（1クール13回）
- ⑤温泉通所：温泉施設で入浴と運動プログラムを実施（食事付きの4時間通所）（1クール16回）
- ⑥専門職派遣事業：保健師、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士等の訪問指導
- ⑦生活応援隊派遣事業：ヘルパーの家事支援等

●新規事業の開発

買物通所：買物が難しくなりはじめた人の買物訓練プログラム

●地域ケア個別会議（市が主催）

日程調整、出席者への謝金の支払い、会議資料作成、介護支援専門員への通知作成等

2 | 準備

①対象者への事業説明

予防モデル事業の対象となる要支援1～要介護2の新規認定者に、次の手順で説明

- ・要介護認定の申請段階⇒申請窓口の職員が事業を説明し、利用を案内
- ・認定調査の段階⇒認定調査員が事業を説明し、利用を案内
- ・要介護認定の決定段階⇒地域包括支援センターが、個別訪問して事業を説明し、利用を案内

②専門職の確保

市が、各職能団体に協力を依頼

作業療法士：13名が、6か所の地域包括支援センターを分担し、同行訪問（アセスメント、生活応援隊派遣事業のヘルパーにアドバイス）、地域ケア個別会議に参加

歯科衛生士：温泉通所での口腔ケアの指導、生活応援隊派遣事業のヘルパーにアドバイス、地域ケア個別会議に参加

理学療法士
管理栄養士 } 地域ケア個別会議に出席

大牟田市

II 実際の取り組み

1 | 対象者へのアプローチ（地域包括支援センター）

6か所の地域包括支援センターは、新規に要支援1～要介護2の認定を受けた人を訪問。予防モデル事業への参加の同意が得られた人に、作業療法士と同行訪問でアセスメントを実施し、地域ケア個別会議でアセスメントの結果を報告し、支援内容を検討。

事業開始当初は、要支援1から要介護2までの人は、介護サービスの利用を望むため事業への参加が進まず、二次予防事業対象者が利用の中心になった。結果的に、5か月間の利用者数は、二次予防事業対象者が116名に対し、要支援者等はわずか12名であった。

2 | 各支援メニューの利用実績

予防モデル事業の支援メニューの利用者の内訳は、表2のとおりである。このうち、支援メニュー終了後に、地域サロンや地域交流施設の通いの場に移行できた人は、二次予防事業対象者は30名（利用者の26%）、要介護認定を受けている人では要介護1の1名のみであった。通いの場に移行できなかった要支援者等は、各支援メニューの2クール目を利用する者もあった、そのため“卒業”に至っていない者もいる。

表2 支援メニューの利用者数内訳

(人)

	要介護 2	要介護 1	要支援 2	要支援 1	二次予防事 業対象者	一次予防事 業対象者
①筋力向上トレーニング	0	0	0	1	28	8
②事業所提案介護予防通所	0	0	0	0	33	3
③口腔機能向上「歯にかみ教室」	0	0	0	0	6	2
④物忘れ予防通所「ほのほの会」	0	1	0	0	13	0
⑤温泉通所	0	0	2	6	25	0
⑥専門職派遣事業	0	0	0	0	10	0
⑦生活応援隊派遣事業	0	0	0	0	10	0
⑧買い物通所	0	0	0	2	1	0
計	0	1	2	9	126	13

平成24年11月～平成25年3月

III 事業の企画や委託を行うにあたっての課題整理

予防モデル事業の基本コンセプトは、要支援者等が元の生活に戻れるように支援を行い、サービスからの“卒業”めざすことであった。具体的には、一定期間、自立支援のための介入を行い、活動性を高めた後は地域の通いの場で状態を維持するというものである。事業の開始に先立って、事業に関わるあらゆる者の間で基本コンセプトを共有する必要があったが、委託先の福祉コンサルタントと6か所の地域包括支援センター、それにサービス事業者や専門職等、関わる機関と関わる人が多岐に渡っており、皆の合意形成を十分に図ることが難しかった。

また、福祉コンサルタントの企画力に期待して事業を委託したが、地域資源を活用し、住民参加を促すような事業の展開は、企画力よりも、地域の実状を良く知った上で、地域をつないでいく取り組みこそが重要であることが、再確認された。そのためには、地域包括支援センターが要となって動くことができるよう事業の進め方を見直す必要がある。

地域包括支援センターも行政も、限られた職員で、効率的で効果的に事業を進めなければならない中、業務委託は不可欠であるが、事業の性質によって、委託の在り方を十分に吟味する必要がある。地域づくりに関連した事業を委託する上での留意点を次のように整理した。

① ビジョンの共有

- ・誰（どのような対象者）のために、何をするのか、その成果は何か、まず、役所内で整理。（概念図の作成等）

② 委託事業者との情報・意見交換を繰り返し行う

- ・委託事業者と地域包括支援センターに行政ビジョンをしっかりと理解してもらう。
- ・事業者等の意見や疑問を把握し、行政と事業者の双方が納得できるまで意見を交わす。
- ・定期的な情報・意見交換で、方向性がズレていないかを確認し、必要な軌道修正を行う。

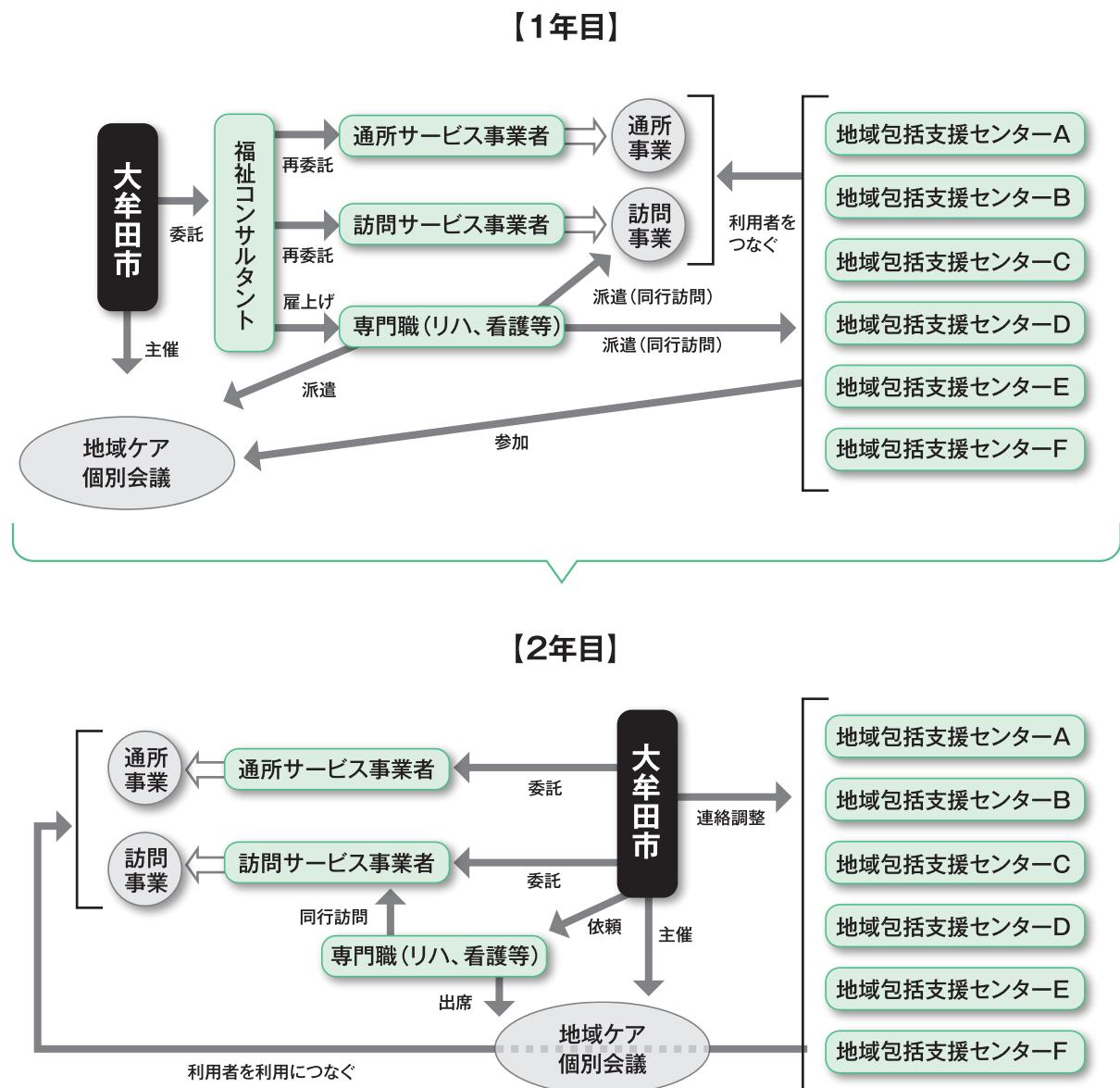
③ 現場に足を運び、事業の実際を目で見て確かめる

- ・事業者との情報・意見交換だけに頼るのでなく、現場に足を運び、現場の動きを知る。
- ・外部の視点が入ることにより、現場スタッフが気づかなかったことが見える場合もある。

④ マネジメントを機能させる

- ・一つの事業に複数の事業者や住民団体等が関わっていくので、全体を調整する行政のマネジメント機能が重要である。
- ・再委託は、再委託先の事業者に事業目的や理念をいかに浸透させることができるか、十分に検討し、慎重に判断すべきである。

図2 予防モデル事業の実施方法



大牟田市の取組のポイント

- ・地域に通いの場の基盤が整備されている。(介護予防拠点・地域交流センター、校区まちづくり協議会、ご近所支え合いネット)
- ・福祉コンサルタントへの業務委託から明らかになった課題を整理している。(コンサルタントの企画力よりも、地域の実状を良く知った上で、地域をつないでいく取り組みこそが重要／地域包括支援センターが要となって動くことができる事業の組み立てが重要／地域づくりに係る事業は、委託の在り方の吟味が必要)

奈良県 生駒市の取り組み

1

取り組みの背景－下地づくり

1 これまでの介護予防

生駒市は、平成18年度から地域包括支援センターを稼働させるため、前年度中に設置法人（社会福祉法人3（うち社会福祉協議会1）、医療法人2、財団法人1）の選定を行い、6か所の地域包括支援センターの立ち上げ準備を行った。準備期間中に、市と地域包括支援センターが共同で予防ケアマネジメントの実施マニュアルを作成し、マニュアルに基づいてシミュレーションを重ね、地域包括支援センターの動き方や市の関与の仕方などを確認し、平成18年4月からの介護予防の円滑な実施に備えた。

その前年の平成16年度に参加した厚生労働省の介護予防市町村モデル事業において、虚弱な高齢者に3か月間運動プログラムを受けてもらい、プログラム終了後はボランティアの側に回ってもらうという流れを作っていた。運動プログラムで元気になった高齢者が引き続きプログラムにボランティアとして参加することにより、活動的な状態を維持できるだけでなく、先輩高齢者の姿が、次に続く後輩高齢者にとっても励みになった。この経験から、介護予防は、地域包括支援センターのケアマネジメントはもちろんのこと、卒業をめざした通所サービスの存在が大きいことを実感。地域包括支援センターの設置法人を選定する際に、介護予防通所サービス事業所を併設し、選択的サービス（運動・栄養・口腔機能向上サービス）を実施することを条件にした。これにより、6か所の地域包括支援センターが、要支援者のケアプランに自立支援をめざした通所サービスを組み込むことが可能となり、ケアプランに位置づけられた通所事業所も、“卒業”を意識するようになった。

介護予防事業においても、同様の考え方で、2事業所に通所型の二次予防事業を委託し、3か月1クールで運動・栄養・口腔機能向上プログラムを実施し、終了後は、地域サロンや住民運営の介護予防教室（「わくわく教室」）につなぐなどの流れをつくるってきた。

虚弱な高齢者の活動性を高める点において、通所は効果的手法であるが、その一方で、家事などの生活行為の支障に対しては、訪問で生活場面を評価し居住環境を調整する必要がある。これまでの生駒市の介護予防では、この訪問機能が足りていなかった。市町村介護予防強化推進事業（以下、「予防モデル事業」）は、通所と訪問を組み合わせて要支援者等の自立を支援するというものであり、生駒市の介護予防を充実強化するチャンスにしようと考えた。

2 予防モデル事業の組み立ての考え方

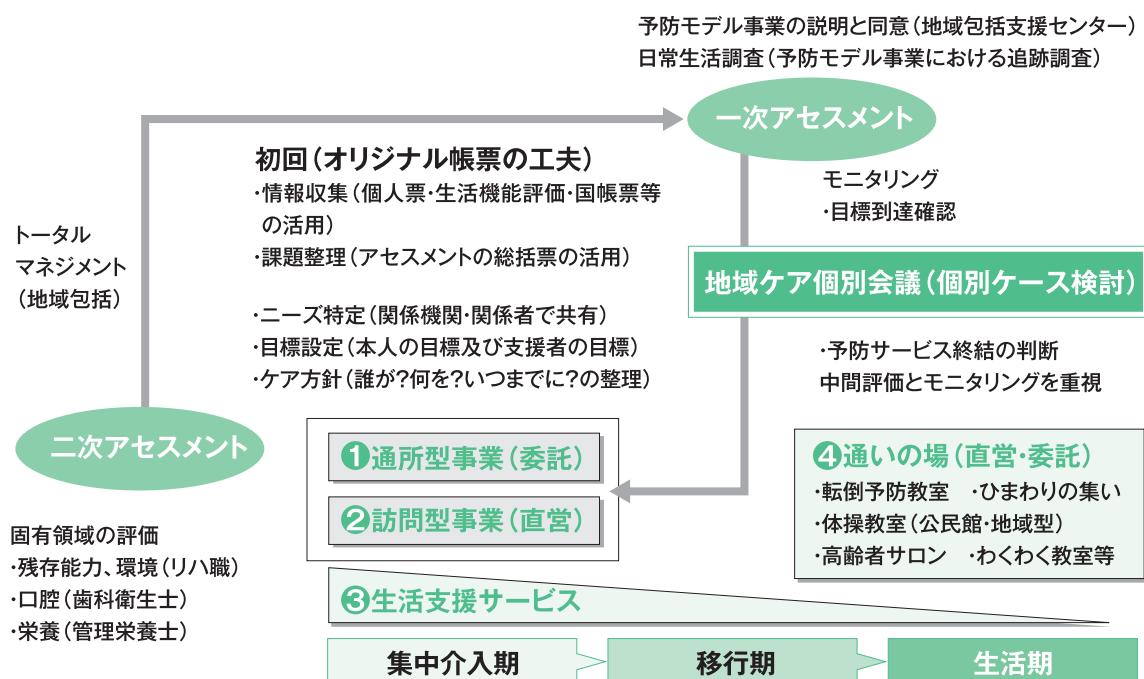
虚弱な高齢者の中には、地域のサロンなどで人との交わりにより元気になる人もいれば、それだけでは変わらない人がいた。特に、心身機能が低下した人は、人との交わりの場に行きたがらなくなっている。これらの人については、まず、できなくなっていることを明らかにした上で、その要因を取り除くための支援を行い、自信を回復して人の交わりになじんでいけるような支援が必要だった。そこで、生駒市の予防モデル事業は、「集中介入期」「移行期」「生活期」の3期に分けて支援を行い、徐々に介入の量を少なくしながら、主体的な生活に戻していくことを考えた。メリハリを付けた対応は、これまでも現場で意識されているが、予防モデル事業でしっかりと構造をつくることにした。

「集中介入期」：対象者の個々の状態を評価し、改善可能性を見極めてできることを増やしていく時期。リハビリの専門職として理学療法士、作業療法士（以下、「リハ職」）を通所型・訪問型事業に活用。訪問型事業では市の保健師、地域包括支援センター職員とリハ職が同行訪問を実施。

「移 行 期」：地域サロンや住民運営の介護予防教室にソフトランディングするための準備の時期。“プロ”的な関与を少なくし、保健師や地域包括支援センターが高齢者の主体性を後押し。

「生活期」: “プロ”の関与無しても自立した生活が可能な時期。地域サロン・住民運営の介護予防教室・ボランティアなどの活動への参加が定着するように後押し。

生駒市



2

事業の工程(立ち上げから実施まで)

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、生駒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 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3	H25 年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3
生駒市	実施地域の選定	6	
	目的・めざす姿の明確化	7	
	予算	H24補正	H25要求
	関係機関調整・団体説明	8	
	対象者リスト作成	9	1
	教室(場)の確保	10	2
	専門職の確保	11	3
	プログラムの検討・確定 (実施内容のすりあわせ)	12	4
開始期	シルバー人材センター会員向け研修会開催	1	
	転倒予防教室等(通いの場)運営	2	
	訪問型事業	3	
終盤期	地域ケア個別会議	4	月1回開催
	事業評価	5	
	次年度事業計画	6	
地域包括支援センター	対象者への声かけ	7	
	利用者のケアマネジメント	8	一次アセスメント・評価(初期・中間・終了)・モニタリング
	ケースカンファレンス	9	
支援メニュー 委託先	通所 社会福祉協議会 パワーアップ教室運営	10	事業所面接・評価(初期・中間・終了)・モニタリング
	生活支援 シルバー人材センター 生活支援サービス提供	11	利用者とサービス提供者のマッチング・モニタリング
	通いの場 健康づくり推進員連絡協議会 ひまわりの集い運営	12	モニタリング
		1	

I 事業の準備

1 生駒市の動き

① 実施地域の選定

生駒市の日常生活圏域10圏域の中で、高齢者の一人暮らしや支援困難ケースが多い地域のうち、生駒駅周辺で比較的交通の便の良い3圏域を選定し、3か所の地域包括支援センターで実施。

		生駒市阪奈中央 地域包括支援センター	生駒市東生駒 地域包括支援センター	生駒市社会福祉協議会 地域包括支援センター
担当地区の 基本情報	面積	4.72km ²	2.73km ²	2.69km ²
	人口	12,209人	12,778人	9,710人
	高齢者人口	3,089人	2,384人	2,135人
	後期高齢者人口	1,305人	990人	949人
	高齢化率	25.3%	18.7%	22.0%
地域包括支援 センターの 基本情報	常勤職員	3人	3人	2人
	保健師等(経験のある看護師)	1人	1人	1人
	社会福祉士	1人	2人	0人
	主任介護支援専門員	1人	0人	1人
	予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)	0人	0人	0人
	介護予防支援業務件数 (うち、外部委託件数)	81件／月 (5件／月)	43件／月 (3件／月)	59件／月 (1件／月)

平成25年4月末現在

② 目的・めざす姿の明確化-事業形態(直営、委託)の整理

これまでの経験を活かして実施できる通所事業等のサービスは、活動実績のある団体・機関等に委託、一から作り上げなければならないものは、市の直営で行うことにして、地域包括支援センターは、対象者一人ひとりのケアマネジメントに専念できるようにした。地域資源の活用やボランティアの活動支援などの地域づくりは、市と地域包括支援センターが一緒にを行う。

集中介入期

通所型事業：これまでの介護予防で自立支援の実績をあげている事業所(社会福祉協議会)に委託。

訪問型事業：市の直営事業として新設。市が、事業目的を明確にした上で、地域包括支援センターとりハ職等の同行訪問を軌道に乗せることにした。

移行期

「転倒予防教室」は、市の直営事業として新設。保健師と介護予防運動指導員・ボランティアの少人数スタッフで運営することにした。

生活期

孤食や低栄養対策として会食を中心とした通いの場「ひまわりの集い」を新設し、生駒市健康づくり推進員連絡協議会に委託。

家事援助などの生活支援は、シルバー人材センターに委託。ただし、心身の状態が安定している人を担当。(病状不安定、精神疾患は、介護保険による訪問介護で対応)

③ 関係機関調整・事前準備

予防モデル事業に関与する人が、同じ方向に向かって、それぞれが何をすべきかわかった上で動けるように、事業の目的を確認し、それぞれの役割について話し合った。

⑦ 地域包括支援センター

6か所のセンター全体で予防モデル事業の目的を確認。地域包括支援センター設置法人に対する代表者会議を開き、現場スタッフが動きやすくなるように協力を求めた。併せて、モデルエリアの3地域包括支援センターで実務の打合せを行った。(対象者への事業の説明の仕方、自立支援の流れ、アセスメントシート等の帳票準備、ケースカンファレンス(地域ケア個別会議)の進め方、リハ職等との同行訪問など)

① 社会福祉協議会(デイサービスセンター幸楽)

集中介入期における通所事業を委託するに当たり、これまでの通所事業をベースに、リハ職を加え、機能拡充することについて検討。プログラムの内容は、社会福祉協議会と地域包括支援センター、リハ職、市の保健師で話し合った。

② リハ職(理学療法士、作業療法士)

訓練指向ではなく、地域包括支援センターやボランティアと協力して動くことのできる人材を探した。約20km離れた町にある回復期リハ病院に協力を求め、21人のリハ職全員がローテーションを組んで協力してくれることになった。これは、生駒市が病院幹部にリハ職派遣の交渉をしている時期と奈良県作業療法士会からの会員への協力呼びかけがタイミングよく重なったことや、病院にとっても、退院患者の受け皿として市と関係づくりができる機会として前向きにとらえてもらえたことなどが、良い結果につながった。

事前打ち合わせでは、プログラム内容等を協議するほか、連絡・報告体制(連絡方法、帳票類等)についても話し合った。また、訪問サービスの初回・2回目以降のあり方や対象者の確認、個人情報の管理、料金徴収方法、訪問の際の駐車スペース等についても確認した。

③ 健康づくり推進員連絡協議会(健康づくり推進員)

会食とレクリエーションで閉じこもりがちな人のための集いの機会をつくることに。協議会の負担を考慮して、市からは、市販弁当を提案したが、弁当は味気ないので手作りの温かい食事にしようという声が多く、高齢者と一緒に作って食べる企画になった。献立、食材準備は協議会が行い、当日の調理や片付けには高齢者に参加してもらうことに。

④ シルバー人材センター

元気な高齢者に生活支援サービスの担い手となってもらうため、家事などの生活支援を委託。不安無く活動できるように、3回の研修を実施。不自由になっている生活行為を利用者本人と一緒にを行い、本人ができるようになるにつれて支援を少なくすることなどをロールプレイを通じて学んでもらった。買物注文書や精算書の帳票作成は、シルバーメンバーが準備。

2 | 地域包括支援センターの動き

3か所の地域包括支援センターは、いずれも、地区や業務分担を行わず、職員全員で同じように業務を行ってきたため、予防モデル事業についても、全員で関わることとし、どのように業務をまわすかを検討した。

概ね、次の方針を申し合わせた。

- ・対象者の抽出、アセスメント、エンターへのつなぎ、モニタリングの徹底を行い、次のステージへの移行をスムーズにすること。
- ・予防モデル事業で毎月開催される地域ケア個別会議の日は、電話や相談の当番を決めて、残りの職員全員が出席できるようにし、出席できなかった人には、会議の内容を伝達し、全員で共有する。
- ・地域ケア個別会議だけでなく、職員間で予防モデル事業利用者のブリーフィングを行う。
- ・リハ職との同行訪問日に、訪問担当者に急に対応が必要な事態が発生したときは、優先順位をつけて、他の職員での対処が可能な場合は、担当者が極力同行訪問に行けるようにバックアップする。
- ・予防モデル事業で経験したことは、予防モデル事業を利用してない要支援1・要支援2のプランや二次予防事業対象者への支援に役立てる。

II 取り組みの実際

1 | 予防サービス

集中介入期の支援メニューとして、通所と訪問を連動させ、リハ職を活用。

● 通所型事業「パワーアップ教室」

- ・1回2時間～2時間40分（運動プログラムのみの日が2時間、口腔機能向上と栄養改善プログラムが追加される日はプラス40分）、週2回、3か月が1クール（全24回）。
- ・利用料金 1回200円。
- ・1回当たりの利用者は、15～16人。
- ・スタッフは、介護職員1人、運動指導員1人、看護職員1～2人、理学療法士又は作業療法士1～2人。毎回、ボランティアが7人ほど加わる。
- ・内容は、運動機能向上プログラムと口腔機能向上プログラム、栄養改善プログラムの複合型プログラムを実施。運動プログラムの基本メニューは、①準備体操、②自主トレーニング（セラバンドを使用した筋力アップ、バランス練習）、③マシントレーニング、④個別訓練、⑤整理体操の5種類。利用者が3グループに分かれて各メニューをローテーションする。
- ・3か月後に円滑に自主活動に移行できるように集団体操を中心に、必要に応じて一人ひとりの状態に合わせて個別指導を組み合わせる。リハ職は、利用者の身体機能に応じて運動プログラムの段階的な進め方を介護職員等にアドバイス。また、利用者の自宅訪問で明らかになった動作上の課題はプログラムに反映させる。（例えば、入浴椅子からの立ち上がりが不安定な場合は、同じ高さの台を使用して、立ち上がり動作の練習を行うなど）
- ・パワーアップ教室では、送迎を行うが、公共交通の利用や徒歩による通所が可能と見込まれる人に対しては、自力での外出を通所プログラムの目標に設定し、3か月間の利用期間中に、バスの利用や徒歩での帰宅などをプログラムに組み込んだ。外出に関する評価とアドバイスは、主にリハ職が担当。



■認知症個別プログラム

平成25年度からは、パワーアップ教室のプログラムを充実させ、認知症個別プログラムを追加し、教室の時間内に並行して実施。認知症の参加者には、あらかじめ地域ケア個別会議で議論した課題や目標設定を確認し、日常生活の様子を家族から聞き取り、また本人に確認をしながら、MMSE・長谷川式スケール等で評価し、初期個別プログラムを作業療法士が設定。運動の個別プログラムより学習療法を優先させた。また、集団の運動プログラムと学習療法を併用する人や自宅での入浴を拒否する人には、通所で入浴して帰ってもらった。

また、日中独居等で食事や水分摂取が確実にできない人には、昼食を食べられるように弁当を用意して、食事摂取の様子や食事量の確認を行うこともある。水分は、お茶だけでなく、紅茶やコーヒー、オレンジジュースや炭酸飲料など複数の物を用意して好きな飲み物を選べるようにし、好んで飲めた物は家族に伝え、自宅でもすすめてもらうようにした。これは訪問時にモニタリングしている。水分は、マイボトルの持参を呼びかけ残量を記して持ち帰っていただくなど、1日の摂取量がわかるように工夫した。このように、認知症のケースが増えるにつれて、対応の幅が広がった。

●訪問型事業

- ・1回40分～60分、一人につき3回程度(初回評価・指導、中間評価・指導、最終評価・指導)。
- ・利用料金 1回200円。
- ・地域包括支援センター・市の保健師とリハ職(理学療法士又は作業療法士)が同行訪問。
- ・リハ職が、ADL・IADL評価と動作上のアドバイスや住環境調整、地域包括支援センターがモニタリングを担う。(例えば、リハ職が、外出ルートを対象者と一緒に歩き、長い距離が一度に歩けない人には、安全な休憩地点をアドバイスし、上手に休憩しながら歩行距離を伸ばすなど、行動範囲を広げるための工夫を行い、地域包括支援センターが、日頃の実行状況を確認する)
- ・市は、リハ職と地域包括支援センターの同行訪問が軌道に乗るよう全体をコーディネート。
- 必要な物品調達(踏み台など)も行った。



自分でできる体操や
安全な動作のアドバイス



自宅周囲の散歩コースや
休憩ポイントの確認を

2 | 通いの場

集中介入期の通所事業「パワーアップ教室」を“卒業”した後の通いの場として、2段階の通いを用意。

●移行期の通いの場「転倒予防教室」

- ・「パワーアップ教室」に3か月通った後、地域サロンなどの通いの場やボランティア活動に円滑に移行するための橋渡しの場。
- ・1回90分、週1回、3か月(全12回)で終了。
- ・利用料金 1回200円。
- ・1回当たりの利用者は、10人程度。
- ・送迎は無く、自力での参加が条件。
- ・スタッフは、市の保健師、介護予防運動指導員、ボランティア6～7人。
- ・内容は保健師が転倒予防等の健康教育、健康運動指導士が集団体操を指導。これ以外の運営は、ボランティアと利用者に任せ、運動の習慣化と自主活動の定着を目標に実施。
- ・転倒予防のための座学の内容を工夫(靴の選び方、つまづきにくい環境、体力づくりなど)。



●会食を中心とした通いの場「ひまわりの集い」

- ・2会場。(公民館で週1回30人、民間施設で隔週1回10人)
- ・利用料金 1回200円。
- ・健康づくり推進員と利用者が一緒に食事づくりをして食べる会として定着。
- ・一人暮らし高齢者が、自宅では作らなくなっている天ぷらやちらし寿司などは、大好評である。
- ・今後は地区の公民館等を巡回して、市内全域で実施できるようにする予定。



●既存の通いの場の利用

・ふれあいいきいきサロン等(35か所)

各自治会等の運営

レクリエーション中心の高齢者向けサロン

・わくわく教室(9か所)

ボランティア運営の機能訓練教室。公民館等で月1回

活動費助成総額6万円／年(老人保健事業の機能訓練事業が前身)

・高齢者体操教室

市が健康運動指導士を派遣して実施する公民館型体操教室(3か所、8教室)

老人会等が自主的に地域の高齢者を自治会館等に集め、市が健康運動指導士を派遣して実施する地域型体操教室(16か所)

・脳の若返り教室(4教室)

市が実施の学習教材を用いた認知症予防教室(読み書き、計算と数字盤など)、週1回

3 | 生活支援サービス

- ・利用料金 1回200円。
- ・地域包括支援センターと本人・家族とともに必要な支援内容と回数を決定。
- ・主な内容は、次の5項目。

- ①毎日の家事(食事づくり、後片付け)
- ②週単位の家事(掃除、洗濯、ごみ分別・ごみ出し、買い物)
- ③不定期の家事(電球交換、重い物の移動や運搬)
- ④服薬確認
- ⑤安否確認

III 地域ケア個別会議(ケースカンファレンス)

市が主催。毎月1回、予め年間日程を組んで実施。メンバー構成は、市、地域包括支援センター、通所型スタッフの責任者・担当者・看護師、リハ職、管理栄養士、歯科衛生士、転倒予防教室の介護予防運動指導員等、20人程度。

予防モデル事業の利用者全員について、初回検討、中間検討(概ね1か月後)、終了判定(概ね3か月前)の3時点で検討。

会議資料は、市が準備。遅くとも2日前までに参加者に配布し、参加者が目を通しておく。

1事例15分以内、全体で180分以内に収めることを徹底した。

そのための工夫として、アセスメント様式を統一し、初期・中間・終了の経過が一目でわかる一覧表にした。

通所型事業の責任者は、教室開始前に利用者宅を訪問し、自宅の様子と本人の顔を写真に記録しておき、フェイスクートに貼付。これにより、訪問していない人も生活の場をイメージしやすく、利用者のことを覚えやすくなった。

報告者は、要点を簡潔に押さえることを意識。質問や回答も、要点のみ短く表現し、司会者が、全体の流れをリードした。

ゴールを見据えた自立支援を目指しているか、利用者にできることは何かを考えることを常に意識するようにした。

押さえるべき要点として、誰が、いつまでに、何をするのか、その結果がどうなったのか、支援方法は妥当だったのかを必ず確認し、事例の目標と支援内容、支援する者の役割分担を行った。

これを繰り返すことがトレーニングとなり、1年後には、180分で25～30件を検討できるようになった。(事例によって5分で終わるものもある)

また、蓄積された事例は、生活不活発による機能低下、認知症、病状不安定等に類型化し、同じような事例を固めて集中的に検討することで、事例のポイントがつかみやすくなり、さらに効率的に検討できるようになった。

予防モデル事業の実施エリア以外の地域包括支援センターも参加し、市内全域で検討することにより、全ての地域包括支援センターで自立支援の視点が揃うようになり、難しい問題にぶつかったても、できそうなことを考え、簡単に「できない」とあきらめなくなった。

IV 予防モデル事業で明らかになったこと、今後の課題

1 | 明らかになったこと

- ・地域包括支援センターのケアマネジメントのレベルアップのためには、多職種協働による地域ケア個別会議の力が大きい。(地域包括支援センター全体で、自立支援のプロセスの共有、成功体験の蓄積)
- ・要支援者等は、自分でできることができると、要介護認定を自ら更新しなくなる。
- ・高齢者が頑張る姿を見た家族は、応援しようとする気持ちが芽生え、その結果、家族関係がうまくいくようになる。
- ・自分でできることを増やす支援に重点をおいた結果、生活支援サービスを必要とする人は、それほど増えなかった。今後の生活支援サービスの必要量の見通しが立てやすくなつた。
- ・集中介入期の通所事業「パワーアップ教室」の開始時に、3か月後の“卒業”を利用者に意識づけた。これにより、利用者に“同期生”的な連帯感が生まれ、卒業後にOB会が立ち上がり、自主活動の下地になった。
- ・地域包括支援センターが、パワーアップ教室に足を運ぶと、利用者の変化がよくわかるので、それを本人に伝えることで、利用者の自信につながり、“卒業”的な後押しになる。
- ・移行期の通所「転倒予防教室」の介護予防運動指導員が、地域ケア個別会議に参加することにより、これから転倒予防教室につながる利用者の様子を把握した上で対応できるようになる。
- ・このように、段階によって関わる人が変わっていっても、利用者の情報を共有する場(地域ケア個別会議)があることと、地域包括支援センターが経過をつかんでいることが、切れ目の無い支援につながっている。
- ・利用者と同世代のボランティアがプログラムに参加することにより、昔の出来事などの共通の話題が持てるようになる。(特に、認知症の人に対しては、スタッフには思いつかない観点から、大切な思い出や過去の趣味などを聞き取ってくれる)
- ・通所型・訪問型事業で元気になったOBがボランティアで関わることにより、利用者が“卒業”後のイメージを描きやすくなる。

2 | 今後の課題

市内全域で事業を展開するには、次の課題をクリアする必要がある。

- ・集中介入期の通所事業を2か所増やして、市内の3つのエリアでそれぞれ1か所ずつ実施する。この場合、“卒業”的視点とそれを実現させる手法を持っている事業所を選定し、予防モデル事業で先行して取り組んでいる通所事業所のノウハウを広めていく必要がある。
- ・併せて、通いの場へスムーズに移行するための、移行期の通いの場を新たに2か所用意。
- ・市内の中で、交通不便地域の外出手段を確保するため、新たに、ボランティアによる福祉有償運送などの外出支援の立ち上げを検討。

また、地域づくりは、それに関わる人の熱意や思いが何よりも大切。市も含めて、関係機関の人事異動などで、顔ぶれが変わっても、後退することなく前に進むように普遍化することが、最も難しい課題である。

生駒市の取組のポイント

- ・介入の度合いを段階的に少なくしながら、上手に自立に導いている。(集中介入期、移行期、生活期)
- ・マネジメントを行う地域包括支援センターと直接サービスを行う通所事業者が、頻回に自立支援の在り方を摺り合わせている。(ケア会議、通所場面、同行訪問などで担当事例の情報をこまめにやり取り)
- ・地域ケア個別会議(ケースカンファレンス)が機能している。(簡潔なプレゼンテーションと要点を押さえた質疑、問題を先送りにしない、解決すべき課題の優先順位をつけて支援者の役割分担、事例の類型化による効率的な検討、成功体験の共有と応用)
- ・リハ職活用により、能力を引き出すアプローチを徹底。(リハ職は、機能訓練ではなくアセスメントと対象者や他の職種へのアドバイスを行う。活動性を高める具体的な方法を提案)

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単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 (うち、外部委託件数)	93件／月 (0件／月)
		第1圏域	第3圏域
担当地区の基本情報	面積	50.98km ²	37.03km ²
	人口	37,346人	26,147人
	高齢者人口	5,856人	6,255人
	後期高齢者人口	2,268人	2,920人
	高齢化率	15.68%	23.92%
		第2圏域	

平成26年1月末現在

■住民ボランティア

①えがおあっぷサポーター

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、「てまじょう会」（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。

2

事業の工程

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	目的・めざす姿の明確化																						
		実施地域の選定(ヒアリング実施)					H24/H25															H26実施地域		
		予算				H24補正		H25要求			議会											H26要求		議会
		ボランティア等関係団体への説明																						H26実施計画
		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	準 備 期	次年度事業計画・継続性の確保																						継続性の確保
		専門職の確保																					PT	
		スケジュール・業務調整																						
	開 始 期	対象者への声かけ																						
		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)																						毎月2回実施
サ ー ビ ス 提 供 者	準 備 期	通いの場への専門職サポート																						通いの場にOT 配置
		通いの場物件の確保																						
	開 始 期	通いの場の準備																						
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・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トー、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 ・趣旨に賛同する声が上がる一方で、戸惑いの声も聴かれた
	● リーダー会議 (1回目)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア団体に事業を任せるまでの課題整理(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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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(地域包括のブランチ)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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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、空き家となつた住宅を見つめた。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ことになった)

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(えぶろん)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(えぶろん)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。

閉じこもりがちの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。

この通り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が一緒に、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、杖がいら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!」の声の方が多く一歩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。

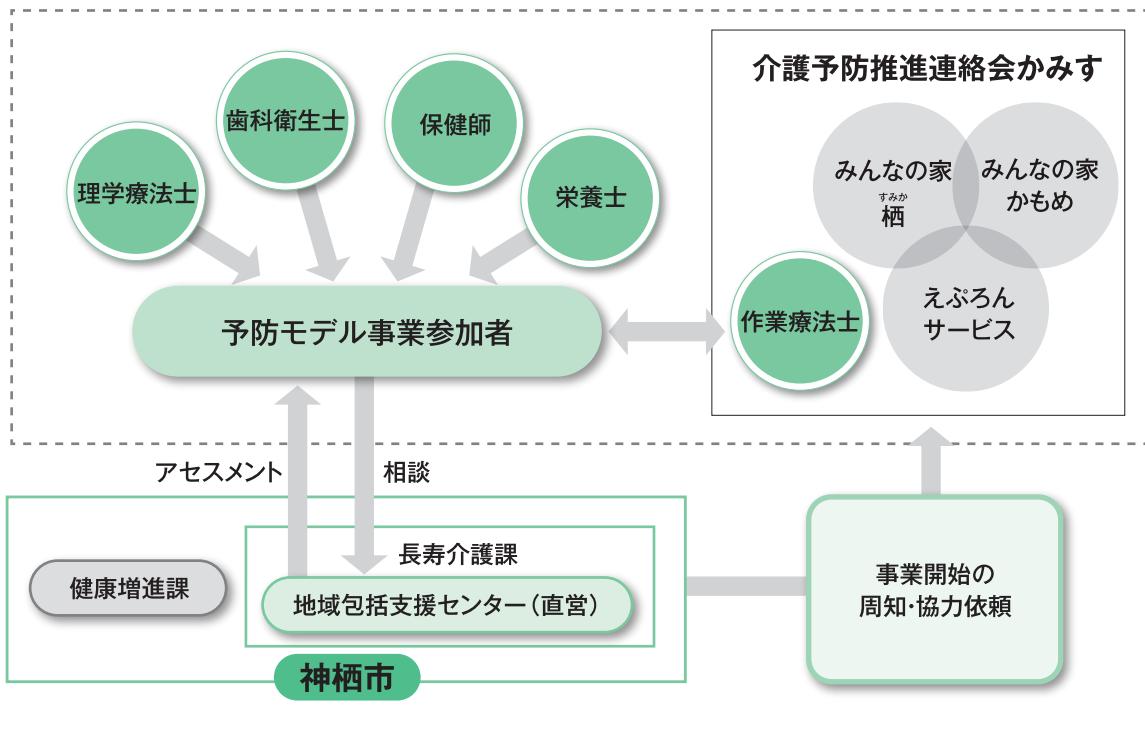
・設立から短期間で事業を運営せざるをえなかったことから、役員とメンバーとの間で、連絡や報告が不十分なまま事業が動き出したため、会員の一人ひとりに情報がスムーズに流れないことがあった。

→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こと）
- 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思確認）
- 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）

埼玉県 和光市の取り組み

1

取り組みの背景ー下地づくり(介護予防の取り組み)

1 自立支援の理念の普及

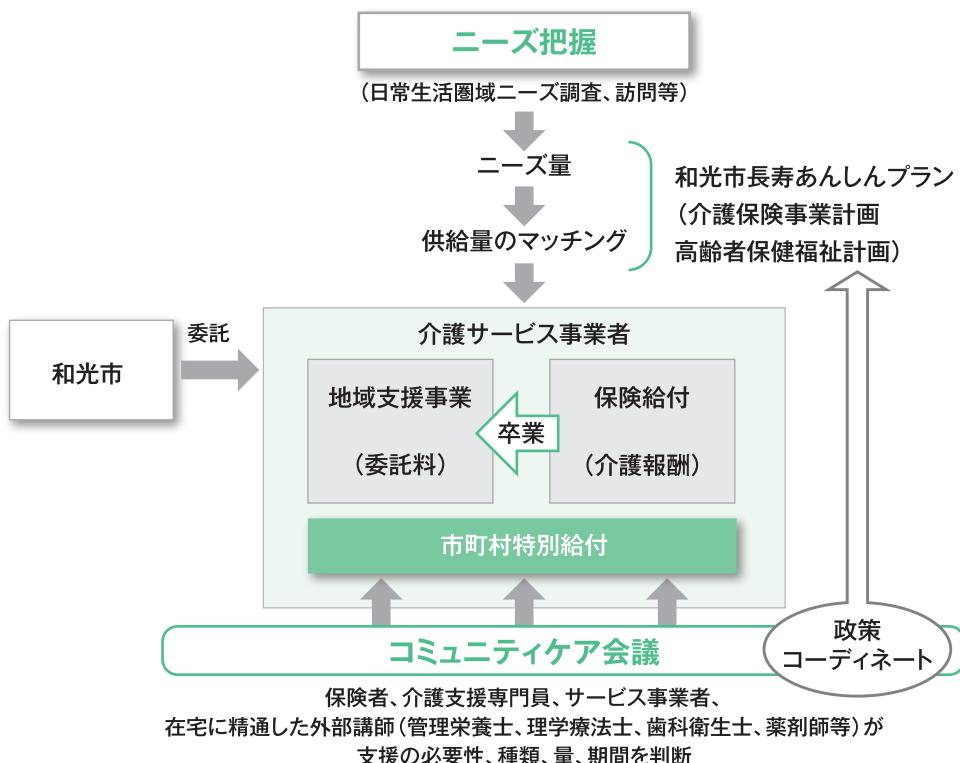
和光市は、介護保険制度の発足当初から、高齢者をはじめ市民や事業者に対し、自立支援の理念を浸透させることに力を注いできた。とりわけ重視してきたのが、介護保険制度に携わる市職員及び介護支援専門員や介護サービス事業者の意識改革である。できなくなっていることは何か、改善の余地はないのか、意欲を高めるためにどう支援するのか、といった自立支援の視点を備えることを徹底している。併せて、理念の実現に向けて、保険給付に独自施策を組み合わせて介護保険制度を運用し、保険給付に依存しにくい構造をつくっている。平成24年度からは、それまでの取り組みを介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」)として位置づけるとともに、市町村介護予防強化推進事業(以下、「予防モデル事業」)によりリハ職等の訪問を拡充させた。

2 和光市の自立支援のしくみ

平成15年度から介護保険制度の基礎資料として日常生活圏域ニーズ調査を実施し、民生委員などの地域ネットワークの活用や市の訪問活動により、高齢者の生活状況と支援ニーズを把握。これに基づいて介護サービスの需要を見込み、適切な供給量を確保している。介護サービスの需給バランスを保つことにより、サービス事業者が、利用者を“卒業”させても、次の新規利用者に対応することが可能となり、介護サービスから地域支援事業へ移行する流れが生まれている。自立支援の理念が現実のしくみとして機能するように“和光市に合った介護保険制度”を構築しているのが、和光市の特徴である。

和光市

図1 和光市の介護保険制度



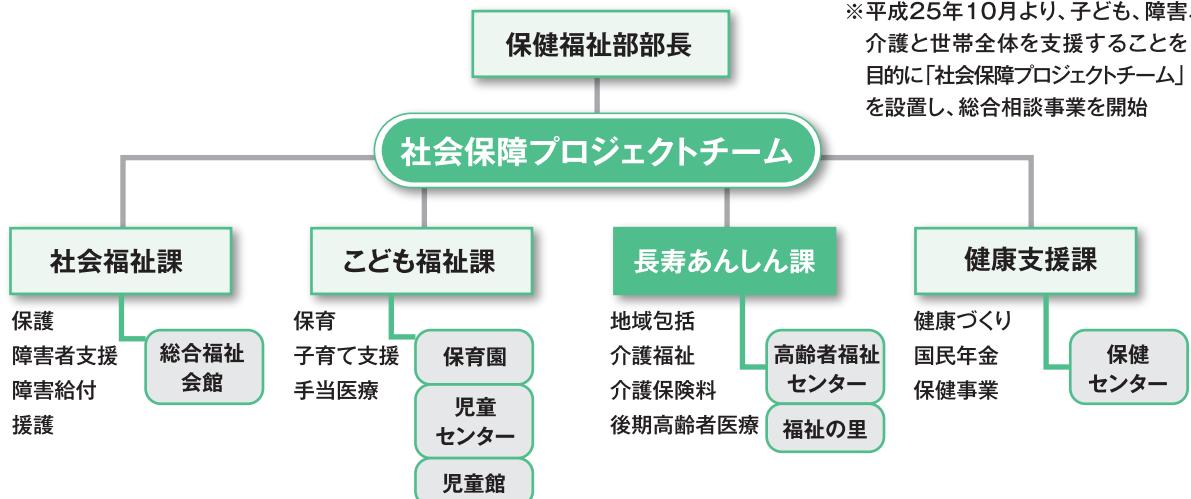
2

和光市の自立支援の全体像

I 実施体制

一課で、高齢者施策全般（保健福祉・介護保険・後期高齢者医療）を所管。日常生活圏域は、3圏域で、地域包括支援センターは民間法人により5か所設置されている。

図2 組織図



和光市

図3 日常生活圏域と地域包括支援センター



		① 北地域包括支援 センター	② 北第2地域包括支援 センター	③ 中央地域包括支援 センター	④ 中央第二地域包括 支援センター	⑤ 南地域包括支援 センター
地域包括支援 センターの 基本情報	常勤職員	4人	4人	5人	3.5人	3人
	保健師	1人	1人	1人	1人	1人
	社会福祉士	1人	1人	1人	1人	1人
	主任介護支援専門員	1人	1人	1人	1人	1人
	予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)	0人	0人	0人	0人	0人
	介護予防支援業務件数 [*] (うち、外部委託件数)	26件／月 (37件／月)	52件／月 (14件／月)	31件／月 (18件／月)	平成26年1月開設	37件／月 (11件／月)

※介護予防支援業務件数は平成24年度実績。

II 自立支援の実際

1 | 徹底した自立支援の意識付け

保険給付は、自分でできるようになるにつれ漸減するものだということを、まず、本人や家族に理解してもらうことからはじめている。これは、要介護認定の申請からケアマネジメント、サービス利用の各段階において、繰り返し行われ、要介護度が軽くなることが喜ばしいことであるという当たり前の感覚が利用者や家族に備わっていくようになる。

■市職員

要介護認定の申請を受ける段階で、まず、窓口対応する職員は、申請者（本人又は家族）に、ADL（食事、排せつ、外出、入浴等）やIADL（家事など）の状況を詳細に確認し、申請の理由を把握する。この段階で困っている問題を整理して、3か月から6か月後の状態変化を予測して、介護サービスによる解決が適当かどうかを判断。介護サービスにつなぐ場合も、問題が解決されれば、介護サービスを“卒業”することになる（地域支援事業等を紹介）ということを、丁寧に説明する。地域支援事業で支えることが適当であると判断した場合は、地域包括支援センターにつなぐ。

介護サービスで支援することになった場合、認定調査員が、訪問調査を通じて、自宅での生活状況を把握し、困っている問題を具体的に把握。この段階においても、問題が解決すれば、介護サービスは“卒業”することになることを説明している。担当課職員は、誰もが窓口での相談や認定調査の際に、この対応を行うことができるよう職員教育が行われている。（ベテラン職員によるOJT）

■地域包括支援センター

市は、介護サービスよりも地域支援事業による支援が適切であると判断した場合に、地域包括支援センターに連絡。直ちに、地域包括支援センターが訪問し、地域支援事業の豊富なメニューの中からふさわしいものにつないでいる。対応内容は、地域包括支援センターから市へ電話で報告されるとともに、電子化された個人台帳に入力される。この個人台帳は、5か所の地域包括支援センターと市の双方向で入力でき、データベース化されている。

また、介護サービスの利用者に対しては、インタークの段階で介護サービスの“卒業”を意識づけている。

■サービス事業者

サービスの提供を開始する時点で、到達目標とサービスの内容・実施期間を確認し、目標に到達すれば、サービスが終了することの理解を促している。

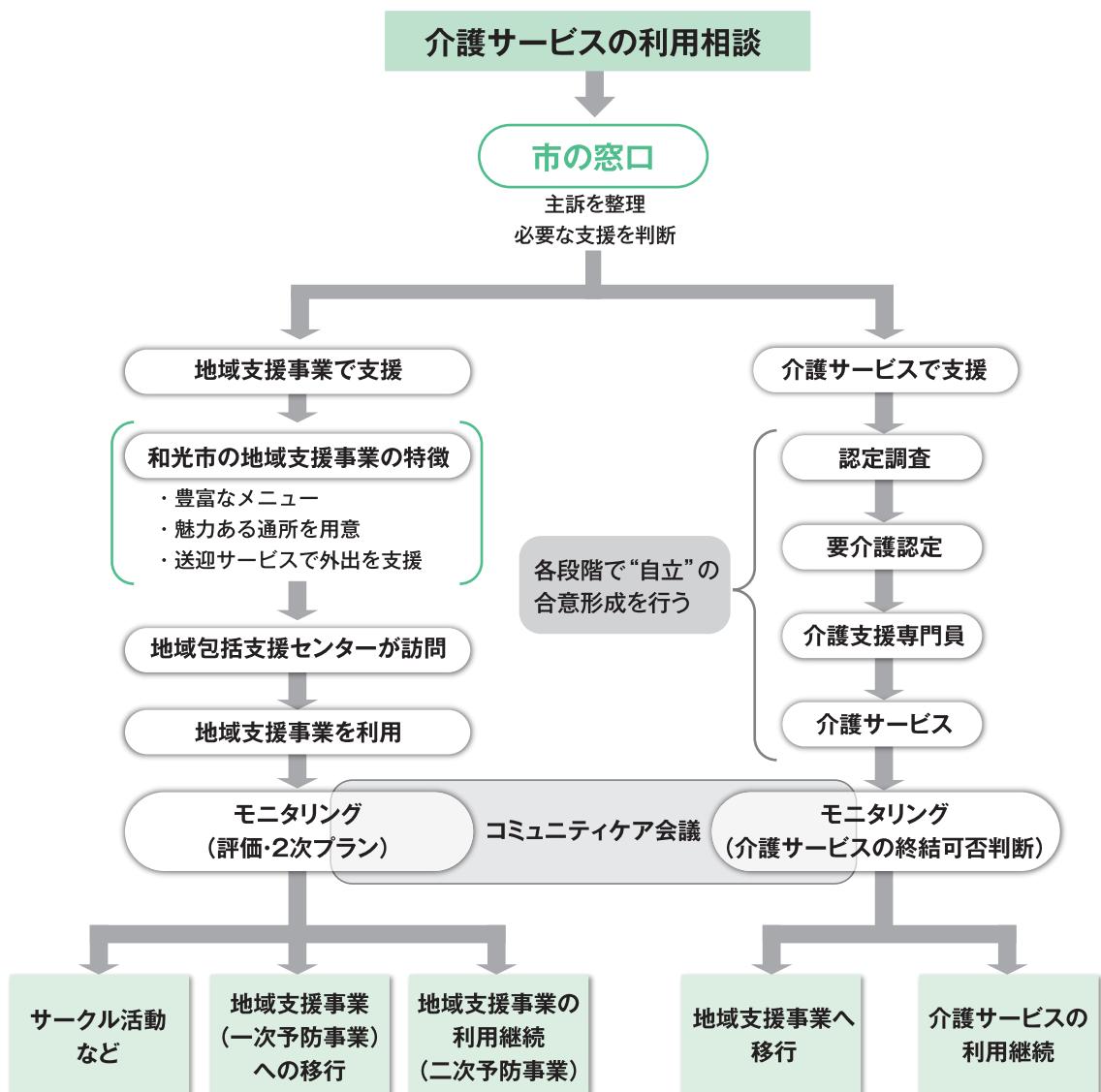
（例）卒業を念頭に置いて通所サービスを開始

通所サービスの導入時に、卒業を見込んだプログラムを設定。例えば、バスの利用を想定してバスステップに見立てた段差の昇降練習を行うなど。通所の利用期間中に、次の行き先の見学や体験をする他、地域支援事業でワンクッション置いて、サークル活動に円滑に移行するなど、きめ細かな対応を行う。

■住民

市民講座や各種イベント等のあらゆる機会を通じて、介護保険制度の理念や“自助・互助・共助”的精神を普及啓発してきた結果、介護保険とはそういうものだという感覚が市民の中に育ってきている。

図4 自立支援の流れ



2 | 介護サービス以外にも豊富なメニューを用意

■高齢者福祉センター

2か所の高齢者福祉センターは、指定管理者制度により、介護予防を重視した公募により決定した株式会社と社会福祉協議会がそれぞれ運営している。いずれも管理者が工夫を凝らし、特色のある事業を展開しており、介護予防事業の拠点施設であり、介護サービスの卒業後の受け皿として機能している。マシントレーニング、運動教室、ヨガなどの運動や、パソコン、英会話等の教養講座、カジノ、ゲーム、囲碁クラブ、料理教室など、数十種類の豊富なメニューが用意されており、興味や関心のあるものを見つけやすい。月曜から土曜までの週6日、9時から16時までオープン。一日に100名程の利用がある。近隣の自治会や婦人会、マンション管理組合、小学校、保育園、PTA等との行事も開催。



▲(プログラムの一例) カジノ

コラム1 介護予防小規模多機能型居宅介護

新倉高齢者福祉センターに併設。認知機能の低下した要支援者に特化して、通いと泊まりと訪問を提供。目標に到達した利用者には、「一日執事券」が渡され、行きたい場所にスタッフが付き添って出かけている。

コラム2 巡回バス

和光市は、高齢者福祉センターの無料送迎バスを1日に2本運行。利用者は、時刻表を確認して、運行ルート上まで歩いて行き、バスを利用して自力で通っている。乗降場所は、フリー乗降。

【ここがポイント!】

利用者が自分でプログラムを選び、巡回バスを利用して参加。自ら外出の行動計画を立てて実行する点が、介護サービスの通所と異なる。これは、高齢者の主体性を引き出すための大重要な要素。

和光市

■市町村特別給付

要支援者等の自立支援のカギとなるのが、移動支援である。介護サービスによって自立度が上がっても、移動手段が無いために、閉じこもりがちになり、再び、自立度が低下する高齢者は少なくない。これを防ぐために、和光市では、市町村特別給付で「和光市高齢者地域送迎サービス費助成事業」を実施。対象者は、要支援・要介護者（このうち要支援1～要介護1は、市長が必要と認めた人）。市が指定した事業者の送迎を利用して通院又は保健福祉施設等に出かける場合の費用を給付。一月40,500円を限度に送迎費用の9割を給付。介護保険法第62条に基づき条例で定めている。

また、二次予防事業対象者で市長が認めた人についても、地域支援事業で同様に助成を実施（一月31,500円を限度に、費用の9割を助成）。

コラム3 ゴミの個別収集

1人でゴミを運べなくなった高齢者には、回収業者にゴミの個別収集を依頼している。ゴミステーションまで運べなくなっても玄関先にゴミを置けば回収してくれるサービスである。

個別収集を利用する際は、住民からの申請をもとに地域包括支援センター職員が訪問で状態を把握し、市が最終判断。通常の市民サービスの中できめ細かな対応をすれば、必ずしもヘルパーの援助でなくともすむ人もいる。

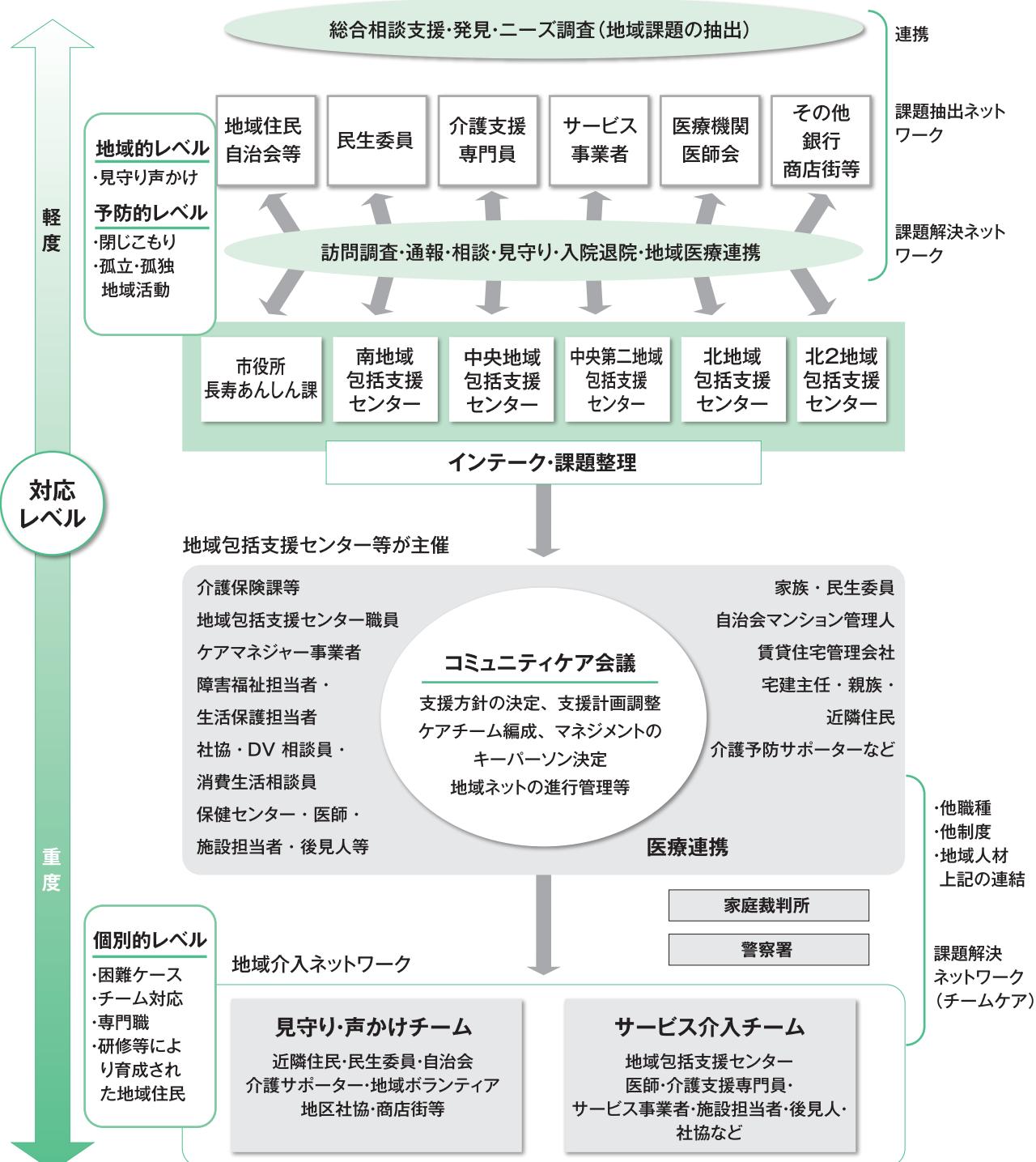
3 | コミュニティケア会議

コミュニティケア会議は、5か所の地域包括支援センター全体で行う中央会議と、日常生活圏域ごとに行う包括別会議で構成。中央会議は、新規要支援者の全数を検討し、月2回開催。包括別会議は、月1回開催。

メンバーは、保健師、看護師、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、社会福祉士、介護福祉士、給付適正化職員、介護支援専門員、地域支援事業相談員、介護サービス事業者、地域支援事業者等。

図5 地域包括ケアマネジメントを支援するコミュニティケア会議の効果的運用

和光市

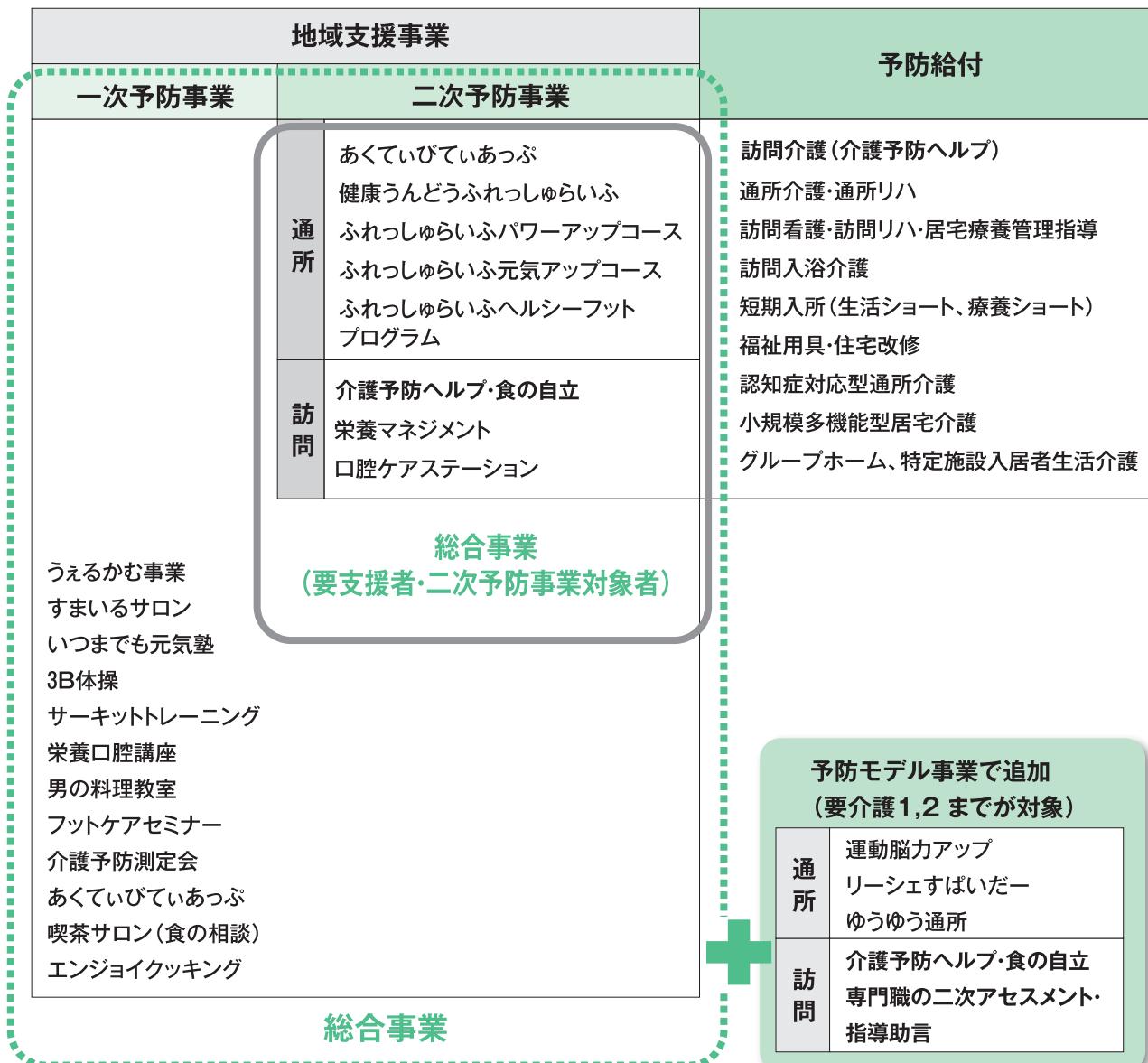


3

事業の構成(介護予防関連)

和光市が作り上げてきた介護予防施策と予防給付、総合事業、予防モデル事業の関係は、図6のとおりである。

図6 介護予防施策の全体構成



和光市

I 予防モデル事業における自立支援の流れ

和光市では、既に自立支援のしくみが構築されているため、そのしくみの中で予防モデル事業を実施している。予防モデル事業における個別地域ケア会議は、既に確立されているコミュニティケア会議を活用。(予防モデル事業では、目標設定と支援メニューを決定するエントリー会議と終了判定を行う評価会議の2部構成)

支援メニューも、既に出来上がっている地域支援事業をベースにしている。予防モデル事業では、要介護1及び2までを対象とするため、これらの人々に必要な通所を追加(図8のとおり)。支援メニューは、全て委託して実施。これは、市が、長年かけて、介護サービス事業者に保険給付だけでなく地域支援事業も視野に入れて介護サービスからの“卒業”を目指す考え方を浸透させてきているためである。訪問事業については、和光市の介護予防ヘルプ(ヘルパーによる自立支援)に加えて、予防モデル事業では、専門職の訪問による指導と評価を実施している。

図7 予防モデル事業の流れ

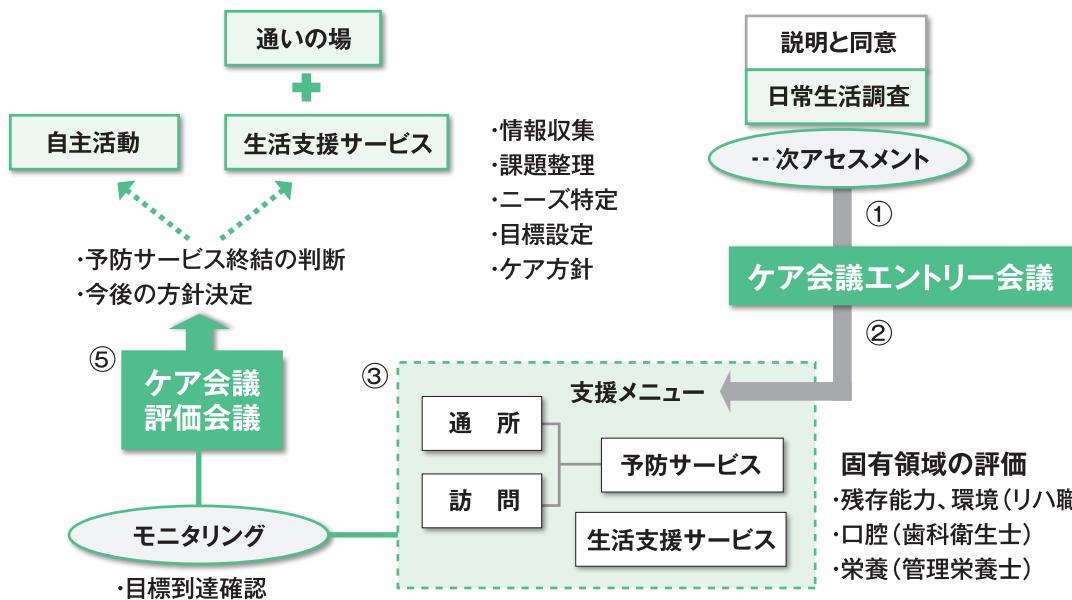


図8 通所事業

会場数	既存/ 新設の別	委託/ 直営の別	委託先種別 (委託の場合)	利用期間 の設定	実施頻度	1回 当たりの 時間	利用料金	内容 (運動、口腔、 栄養等)	H25年度
5	新設	委託	社協	5か月	週2回	2H	無料	運動	継続
			地域密着施設事業者	3か月	週1回	2H	無料	運動	継続
			株式会社	3か月	週1回	1.5H	無料	運動、認知	継続
			株式会社	3か月	週1回	1.5H	無料	運動、認知	
			株式会社	2か月	週2~3回	2H	無料	運動、認知、閉じこもり	

図9 訪問事業

職種	所属	内容
保健師	(委託) 地域包括支援センター職員	健康相談・生活指導
理学療法士	(委託) 社協	住環境調整・二次アセスメント
歯科衛生士	医療機関	口腔アセスメント・指導
管理栄養士	介護サービス事業者	栄養アセスメント・指導
訪問介護員等	介護サービス事業所	IADL機能向上

和光市の取組のポイント

- 介護保険に携わる職員。(保険者、介護支援専門員、介護サービス事業者)の徹底した意識改革(自立支援の理念と視点、OJT)
- サービス利用者と家族に対する自立の合意形成。(自立指向の姿勢づくり、丁寧なインテーク)
- 保険給付に依存しにくい構造構築。(徹底したニーズ調査に基づく需給バランス、地域支援事業の充実、独自施策を組み合わせて選択肢を拡大)
- 状態変化の予測に立った介入。(コミュニティケア会議で意志統一、生活機能の向上、予防ヘルプ)

香川県 坂出市の取り組み

1

取り組みの背景

1 | 島の高齢化

坂出市は、瀬戸大橋の四国側の玄関口である。市には、4つの有人の島（与島、小与島、岩黒島、櫃石島）があり、そのうち小与島を除く3島には瀬戸大橋の橋脚が立つ。島には、医療機関も介護サービス事業所も無く、医療は、坂出市立病院の巡回診療が、岩黒島、櫃石島に週2回（1時間程度）、与島に週1回（半日）行われている。

一方、介護は、県、市及び高速道路会社から介護サービス事業者に瀬戸大橋の通行料補助があるが、民間事業者の参入が進んでいない。このため、介護が必要になった高齢者は、島を離れていかざるをえない。

こうした状況の中で、島においては、保険給付の枠組みではない支援の在り方が急務の課題であった。市町村介護予防強化推進事業（以下、「予防モデル事業」）は、高齢者の支援ニーズを明らかにし、島にふさわしい支援のしくみを試行しながら進めていくことができるため、参加することになった。

予防モデル事業の実施地域となる3島の概要は次のとおり。



	面積 (km ²)	世帯数	人口(人)	65歳以上(人)			高齢化率	備 考
				男	女	男		
与島*	1.10	101	186	80	106	93	37	50.0%
岩黒島	0.17	38	95	45	50	40	15	41.1%
櫃石島	0.93	109	230	103	127	89	33	38.7%
計	2.20	248	511	228	283	222	85	43.4%

*与島（小与島を含む）

平成25年4月1日現在 住民基本台帳

坂出市

2 | 地域包括支援センター

地域包括支援センターは直営1か所で市全域を担当している（日常生活5圏域）。市庁舎の中にあり、介護保険を所管するかいご課の一組織である。

地域包括 支援センターの 基本情報	坂出市地域包括支援センター	
	常勤職員	9人
	保健師	3人
	社会福祉士	(1人)*
	主任介護支援専門員	1人
	予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)	10人
介護予防支援業務件数 (うち、外部委託件数)	520件／月	
	(323件／月)	

*社会福祉士に準ずるものとして保健師1名（センター長）が兼務

2

事業の工程

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、かいご課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
かいご課 坂出市	準備期	実施地域の選定																						
		庁内の関係部署との打ち合わせ																						
		島内関係者への説明																						
		座談会実施																						
		新設メニューの構想・企画																						
		予算			H24補正					H25要求													H26当初予算要求	
	開始期	市・包括連絡会議																						週1回の定期連絡会の中で必要時実施
		事業評価																						
	終盤期	次年度事業計画・継続性の確保																						
		日常生活調査(全数)実施																						
地域包括支援センター 坂出市	準備期	通いの場運営主体・関係先との調整																						
		対象者への声かけ																						
		訪問型予防サービス実施																						OTによる個別自宅訪問
	開始期	福祉用具の貸与等実施																						杖、自助具等の提供
		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)																						包括内部の会議(OT、保健師、ケアマネ等)適宜
		介護予防サポーター育成																						
	支援メニュー実施先	通いの場	与島地区社会福祉協議会																					
			通いの場運営																					
			岩黒地区社会福祉協議会																					
			通いの場運営																					
			櫃石地区老人クラブ																					
			通いの場運営																					

I かいご課(坂出市地域包括支援センター)の動き

1 | 事業の進め方の検討・協議

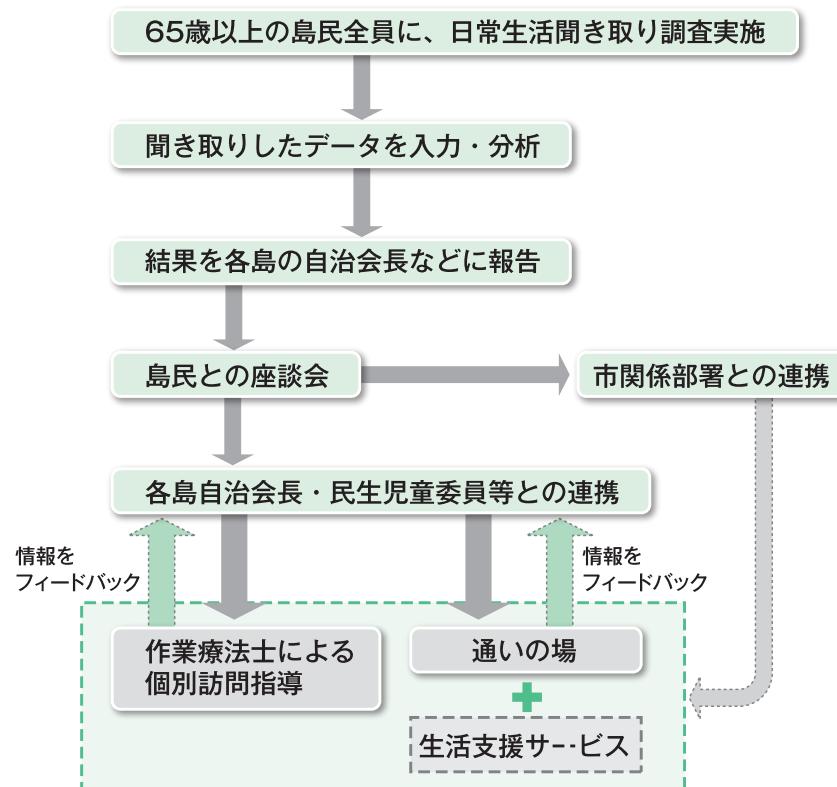
かいご課と地域包括支援センターが、関係部署(政策課、総務課、けんこう課、与島出張所)と打合せ会議を開催し、3島の情報・課題を共有した。(平成24年6月～平成25年3月に、計10回の会議を開催)

この会議で懸念されたこと

- 1)介護保険料を払っているにもかかわらず、満足に利用できる介護サービスが無いことへの島民の不満
- 2)市への要望事項が多くあるのではないか
- 3)新しい提案は受け入れてもらえないのではないか

これらを踏まえて、以下の流れで、じっくりと進めることにした。

予防モデル事業の流れ



坂出市

① 関係機関との調整

市長をはじめ、関係部署と協議し、3島の自治会長に事業の説明を行った。

島の自治会トップにはたらきかけた後、職員が島へ出かけて、自治会長、民生児童委員、地区社協、老人会などに集まってもらい、説明会を行った。予防モデル事業は、市が一方的に動くものではなく、住民の参加が欠かせない事業であることを理解してもらうために、島の抱える問題を一緒に考える姿勢で一貫して臨んだ。

3島ともに意見が多かったのは、瀬戸大橋の通行料金の負担が大きい、定期バスの便が少ない、若い世代が年々減っていくなど漠然とした不安であった。折しも、瀬戸内芸術祭のイベント協力などで島が活気づいていた時期とも重なり、3島ともに事業の理解を得るのに時間はかかるなかつた。

②全数調査の実施(平成24年11月～12月)

地域包括支援センターの職員14人(保健師3人、主任介護支援専門員1人、介護支援専門員10人)で、高齢者の意識と生活状況を把握するために3島の65歳以上全ての島民161人のうち、現に島に居住する145人を訪問し、聞き取り調査実施した。調査内容は、厚生労働省の調査(全18項目)に、市独自に1項目を追加。事前説明会や自治会長からのとりなしもあり、調査はスムーズに進んだ。

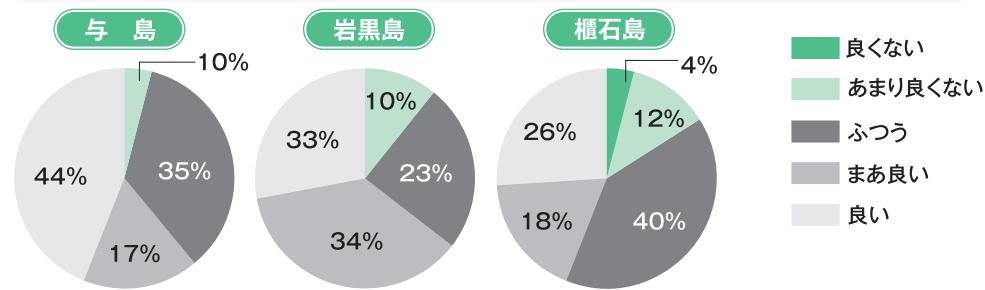
調査からは、市が想定しているほど、困っている問題は挙がらず、逆に、島の良さが浮き彫りになった。

- ・島では、支え合いが自然に行われている。
- ・島の中で、さまざまな工夫が行われている。
- ・島の高齢者は、ずっと島で暮らしたいと思っている。

日常生活調査の結果 調査対象者数(H24年12月現在)

対象者数	認定無		認定有		64歳以下の者		
	男	女	男	女	男	女	
与島	52	13	28	3	5	1	2
岩黒島	30	10	15	2	3	0	0
櫃石島	74	23	34	3	6	1	7
計	156	46	77	8	14	2	9

Q 島での生活はいかがですか？



坂出市

③島民座談会

調査結果を踏まえて、あらためて、これからの島での生活を考えるために、有識者(愛媛大学医学部附属病院総合診療サポートセンター長 櫃本 真聿氏)を講師に招き、座談会を開催。講師から島民に、次の点が伝えられた。

- ・島民の助け合いができている点がすばらしい。島の生活は、島民が主役となって守る意識が大切。
- ・そのためには、島民にできることは何かを考え、行政はどうすれば島民が動きやすくなるかと一緒に考えることが大切。

この座談会で、島民はあらためて島の良さを確認し、さらに前向きに取り組むきっかけとなった。



④作業療法士の確保

平成25年1月に、予防モデル事業で作業療法士1名を嘱託で雇用し、地域包括支援センターに配置した。

2 | 事業実施にあたっての工夫と考え方

① 「島民のチカラ」をいかしたメニューづくり

聞き取り調査からは、次のようなことがわかった。

- ・与島では、1軒しかない商店が、島民の注文を受けて橋を渡って買い物を代行している。
- ・櫃石島では、若い漁師が魚を売りに行くついでに買い物を代行している。
- ・岩黒島では、小学生が高齢者宅のゴミ出しを手伝っている。
- ・3島とも、閉じこもりがちで姿を見かけなくなると、誰かが様子を見に行くなどの見守りが自然に行われている。

事業では、この「島民のチカラ」を壊さないように、またこれをさらに広げるための支援を行うことにした。

当初は介護サービス事業所にヘルパーやデイサービスの委託を考えていたが、これを見直し、島民自身が介護予防の知識を身につけて、自助・互助の活動が行われるように、地域包括支援センターが、島民が集まる場に出かけて、体操やミニ講話を聞くことにした。

また、地域包括支援センターの作業療法士が、自宅を訪問して、環境調整や動作上のアドバイスなど個別支援を行うことにした。(聞き取り調査結果から、3島で42名を対象として絞り込んだ)

II 取り組みの実際

1 | 予防サービス

■訪問指導

個別支援の対象42名に対して作業療法士を中心に自宅訪問を実施。健康状態・生活環境や日常生活上動作などを確認し、IADL改善に向けたアドバイスを実施。

3島は、それぞれ坂道や階段が多いので転倒経験のある高齢者が多かった。そこで、杖やシルバーカーなど福祉用具や、動作の工夫や体操等を提案することにより転倒予防を行ったところ、転倒不安が減り、実際に転倒も減少。それに加え通いの場など集団活動への参加意欲が高まり、外出するようになり、何か島の役に立つことをやりたいと前向きな姿勢がみられるようになった。

また、作業療法士のアドバイスで動作がスムーズになったことで、行動範囲が広がり、外出も増え、好きな絵を描きたいなど興味や関心が高まった。

関わりの中で、生きがいを見いだし、より具体的な目標をもち、生活に張りが出る人が見られるようになった。

坂出市



2 | 生活支援サービス

聞き取り調査の結果、家事なども日常的に島民が助け合っていることがわかり、社会福祉協議会が市街地で実施している「坂出ふれあいサービス^(注)」を3島に導入しても、利用が見込まれないと判断し、予防モデル事業では設定しなかった。今後は、島民の助け合いではカバーできない内容がないかどうか、さらに、島民の意見を聴きながら、家事援助の支援ニーズを明らかにしていく予定。

3 | 通いの場

●与島

これまで、社会福祉協議会が「仲間づくり事業」として、手芸や季節行事、食事会などを実施してきたが、参加者の顔ぶれが固定化しており、特に男性の参加はほとんど無かった。

こうした状況を踏まえ、予防モデル事業では、週1回の巡回診療の待ち時間を利用して診療所に隣接した集会所で通所をはじめた。「受診のついでに立ち寄ることができる」ので男性も参加する。作業療法士による体操、ミニ勉強会などを取り入れ、男性の参加が定着するように配慮した。

また、認知症状がみられる高齢者に作業療法士が声をかけ参加を促した。このような関わりを通じて閉じこもり傾向が解消されたのみでなく、地域による声かけや見守りがさらに強くなった。

通いの場は、高齢者の気持ちをさらに明るくしていった。

診療日に合わせて実施しているので、地域包括支援センターが、訪問で把握した生活活動や服薬の状況などを医師に報告したり、疾患の留意事項を確認できる機会にもなっている。



注)坂出ふれあいサービス

日常生活に困っている人の家事や介護の援助を地域住民が行う会員制の在宅福祉サービス。

サービスを利用する人は利用会員、サービスを提供する人は協力会員として、会費(3年間で1,000円)を支払う。サービスの利用料は、家事等のサービスは1時間あたり600円、身体介助等のサービスは1時間あたり800円。利用会員は、事前に利用券を購入しサービスを利用する。

●岩黒島

地区社会福祉協議会が運営している「仲間づくり」活動では、季節行事を中心に、小中学校の児童生徒と高齢者が一緒にうどんを作つて食べる“うどんの会”などの交流が行われてきた。こうしたつながりから、モデル事業で始めた週1回の通いの場でフラダンスを練習し、小中学校の発表会で披露する企画を立てた。衣装づくりも行ううちに、週1回の集まりが何よりの楽しみの機会になっていった。

閉じこもりや認知機能が低下した人も参加するようになり、“居場所”として定着してきている。



▲軽体操・ゲームなど

▲食事会

●櫃石島

社会福祉協議会の仲間づくり事業は定期的には行われていない。このため、まず、さまざまな地区組織に声をかけることからはじめたところ、老人クラブが、老人いこいの家で体操やゲーム、お茶会などを週1回実施するようになった。

運営が軌道にのるまでは、作業療法士や保健師がミニ学習会を実施した。介護予防の大切さがわかると島民が、自主的に閉じこもり高齢者や若い世代に声をかけて誘い合うようになった。



▲毎回、ラジオ体操をします

▲ゲーム

▲お茶しながら健康づくり。
野菜づくり・栄養のことなど
盛り沢山の情報交換

■取り組みにより得られたこと

- ・聞き取り調査で島民の助け合いが自然に行われていることが明らかとなり、座談会で島の良さが再認識されたことから、市職員が島の“強み”を意識するようになり、強みを活かした支援の在り方を考えながら、実際に島民とともに取り組むことができた。
- ・地域包括支援センターに作業療法士を配置したことにより、生活上の支障をアセスメントし、具体的な解決策を提案することができた。
- ・診療所の待ち時間を利用して通所をはじめしたことにより、医師、看護師、出張所職員と高齢者との情報をやり取りしやすくなった。
- ・予防モデル事業を通じて、民生児童委員、自治会長、地区社会福祉協議会役員、老人会会长などとの関係づくりができ、協力関係が強くなった。

坂出市の取り組みのポイント

- ・医療・介護の乏しい島の高齢者全員に日常生活の支援ニーズを聞き取り調査。
- ・調査結果を元に島民座談会で島の暮らしについて話し合う。(外部講師を交えて客観視、困りごとだけでなく島の良さを確認、取組みの方向は“自助・互助”)
- ・巡回診療の待ち時間を利用して通いの場を立ち上げた。(巡回診療と連動させたことにより、地域包括支援センターが医師に服薬状況等を報告、治療中の疾患の遵守事項等を確認することが可能に)
- ・聞き取り調査からADL、IADLの支障のある人を絞り込んで、作業療法士が環境調整や動作上のアドバイス。

三重県 いなべ市の取り組み

1

取り組みの背景

1 いなべ市の状況

いなべ市は、三重県の北端に位置し、名古屋までは30kmである。いなべ市では、市民が気軽にスポーツに親しみ、運動を習慣化させて健康度を高めることをめざしてきた。その実践と普及を担う機関として、一般社団法人「元気クラブいなべ」を設立し、主に中高年齢層の健康増進を図った結果、元気クラブいなべの活動に参加した市民の年間国保医療費は、参加しなかった市民と比べて一人当たり約78,000円少なかった(平成20年度実績)。

こうした実績を活かして、市民の主体的な取り組みにより要支援者等の介護予防を推進するために、市町村介護予防強化推進事業(以下、「予防モデル事業」)に取り組むこととなった。

いなべ市の地域包括支援センターは、平成24年度までは、市と社会福祉協議会がそれぞれ1か所設置していたが、平成25年度からは市のセンターは廃止し、社会福祉協議会に一本化。2か所分の職員を集約して1センターで市内全域をカバーすることになった。(予防モデル事業は、1年目は市の直営地域包括支援センターが、2年目は長寿福祉課が中心となって事業を進めた。)



いなべ市

		いなべ市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	8人
	保健師	2人
	社会福祉士	4人
	主任介護支援専門員	2人
	予防プラン専従職員(いわゆる“プランナー”)	0人
	介護予防支援業務件数 (うち、外部委託件数)	202件／月 (167件／月)

2 | 住民の活動

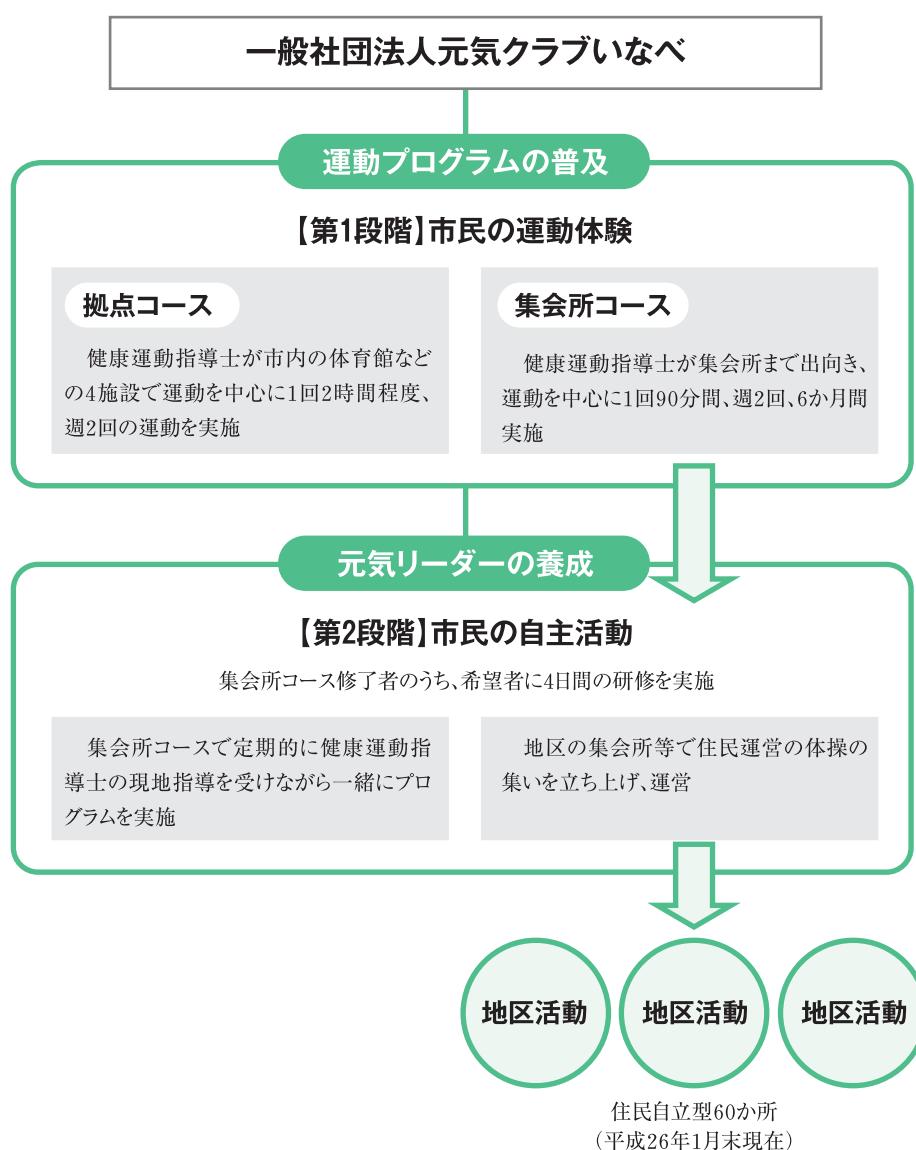
■老人クラブ

高齢者の老人クラブ加入率は90%と高い。老人クラブは、市内全ての行政区(120地区)でふれあいサロンなどの集まりを行っている。このうち、月に1回程度の活発な活動が行われているのは、全体の三分の一程度。それ以外では、集まりの頻度は少なくなる。

■一般社団法人元気クラブいなべ

元気クラブいなべの健康運動指導士が、集会所等で市民にストレッチ、ボール運動、ウォーキングなどの体験プログラムを実施。6か月間の運動プログラムの体験者の中で、さらに体操等を継続したい人のために、リーダー研修を用意し、この研修の修了者に「元気リーダー」の称号を付与。元気リーダーは、集会所で地区の住民と一緒に、週2回の体操などの運動を行う。いなべ市は、この普及手法「元気づくりシステム」により、約5年間で60か所に住民運営の健康増進活動を誕生させている。(ここに参加している高齢者は元気高齢者)

元気づくりシステムの概要



2

事業の工程

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、いなべ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	
いなべ市	準備期	目的・めざす姿の明確化																							
		実施地域の選定																							
		予算					H24年補正		H25年要求															H26年要求	
		作業検討会																							
		専門職の確保																							
		関係団体調整・団体説明																							
	開始期	対象者リスト作成・連絡・説明																							
地域包括支援センター		ケースカンファレンス(多職種)																						地域ケア個別会議を毎月1回開催	
		市・包括連絡会議																							
		市・実施主体意見交換会																							
		資源開発会議																							
終盤期	事業評価																								
	次年度事業計画・継続性の確保																								
準備期	対象者への声かけ																								
サービス提供主体	開始期	サービス提供者との打ち合わせ																							
		訪問指導																						H25.7月からOT訪問開始	
		通所型	社会福祉協議会委託																						
	通いの場	健康ハッスル教室実施																							
		生活支援	シルバー人材センター委託																						
		えぶろんサービス提供																							
		元気リーダーによる運動教室																						54か所→57か所(25年12月現在)→60か所	
		自主運営団体 (社会福祉協議会支援)																							
		四季の家					1か所	2か所					3か所		4か所	+1か所									
		はつらつクラブ																						10か所 → 11か所	
		ふれあいサロン																						月1回43か所	

いなべ市

I 長寿福祉課(地域包括支援センター)の動き

1 | 事業の準備

① 事業の組み立て

予防モデル事業は、通所と訪問を組み合わせて集中的な介入を行うことにより、弱った高齢者の活動性を高め、その後は地域の通いの場で活動的な状態を維持するというものであった。いなべ市には、元気リーダーによる運動の集いが60か所もあるので、予防モデル事業で活動的になった要支援者等の卒業後の行き先になるのではないかと考え、次のように事業を構成。

1) 通所事業（健康ハッスル教室）

社会福祉協議会に委託

人々、委託してきた従来の二次予防事業の運動プログラムに認知症予防プログラムを追加

2) 訪問事業

地域包括支援センターが訪問（必要に応じて、栄養士による栄養指導）

※2年目から、作業療法士の訪問を開始。

3) 通いの場

健康ハッスル教室の終了後は、既に行われている住民主体の活動につなぐ

- ・元気リーダーによる運動の集い
- ・四季の家（社協の地域サポーター養成研修修了者が開催するサロン）
- ・はつらつクラブ（二次予防事業OB会）
- ・ふれあいサロン（老人クラブ等が開催するサロン）

4) 生活支援（えぶろんサービス）

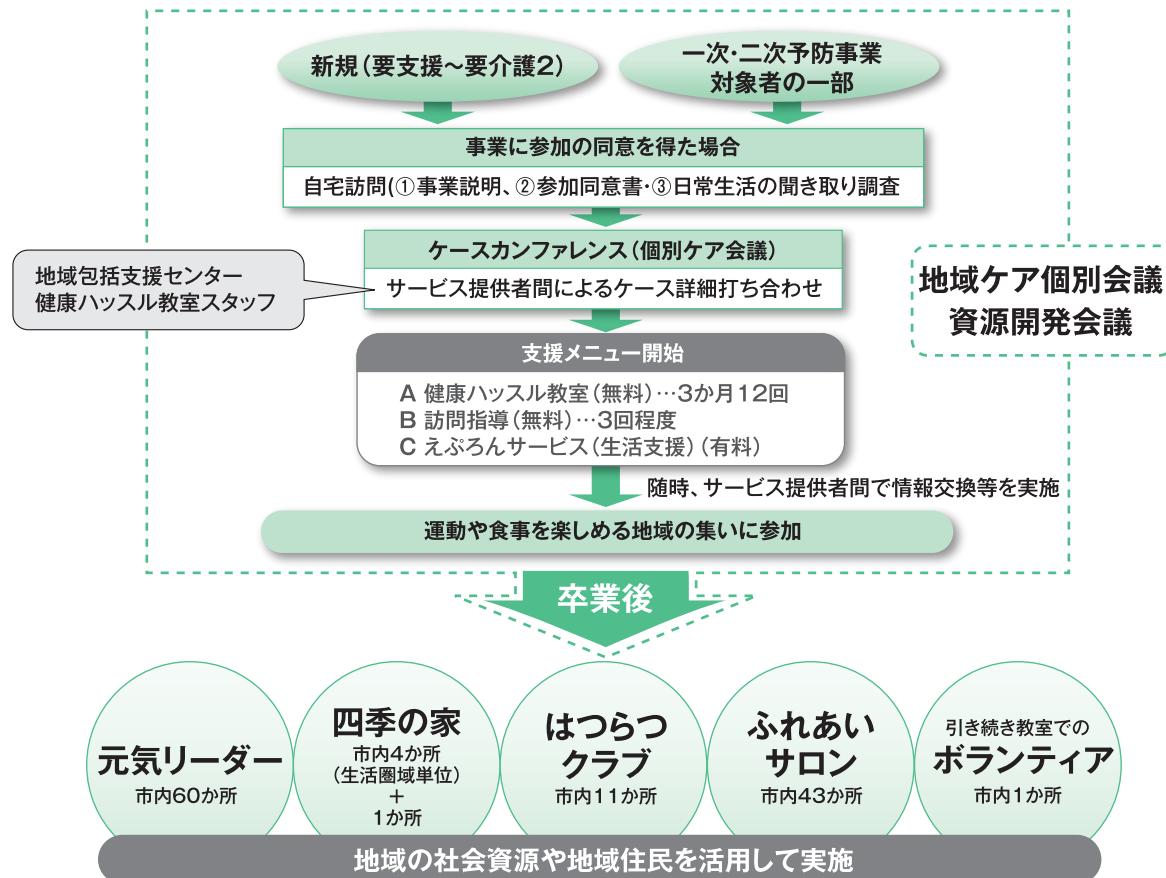
シルバー人材センターに委託

5) 地域ケア個別会議

毎月1回開催

これまで作業療法士との業務経験が無く、その必要性がわからなかつたので、予防モデル事業の1年目は、作業療法士の訪問は組み込んでいなかつた。しかし、地域ケア個別会議で、IADLの解決策を検討するうちに、その必要性が認識されるようになり、2年目から、介護サービス事業所から作業療法士の派遣を受けて、作業療法士の訪問を開始した。

いなべ市予防モデル事業の流れ



※箇所数は、平成26年1月現在

II 実際の取り組み

1 | 健康ハッスル教室(通所事業)

週1回、3か月1クール、定員15人、送迎実施。

理学療法士・介護予防運動指導員による集団体操と個別指導。

(認知機能の低下した利用者の中には、集団体操を目で見て動きを模倣することが難しい人があった)



2 | 訪問指導

1年目は、地域包括支援センターの職員が、利用者一人につき、初回アセスメントとモニタリングで概ね2～3回訪問を実施。また必要に応じて市の栄養士が地域包括支援センター職員と同行訪問し、栄養面でのアセスメントと栄養指導を行った。平成25年度からは、介護サービス事業所から、作業療法士を派遣してもらい、地域包括支援センターと同行訪問を実施。作業療法士が、生活行為のアセスメントと支障をきたしている要因分析、環境調整を行った。

必要なケース数により、月1回～3回派遣してもらい、1回当たり1人を訪問した。

訪問でのアセスメント結果は、地域ケア個別会議で報告した。

3 | えふろんサービス(生活支援サービス)

シルバー人材センターに委託。支援内容は、家事援助と外出支援。内容にかかわらず、自己負担は30分につき50円。生活支援サービスの必要性の判断は、地域ケア個別会議で行う。地域包括支援センターが、地域ケア個別会議の結果を踏まえて、具体的な支援内容を提示し、利用者の自立を損なわない範囲で支援することを念頭に置き行った。

4 | 通いの場(健康ハッスル教室の卒業後の行き先)

■はつらつクラブ

二次予防事業の卒業者の集まり。(内容は、体操、レクリエーションなど) 市内11か所で月に1～2回開催。健康ハッスル教室の終了者のうち、5人が参加するようになった。(他にも、参加希望者はいたが、会場までの交通手段がなく、利用に繋がらなかった)

■四季の家

要支援者のためのサロン。社会福祉協議会の「サロンリーダー養成研修」を終了した住民が、福祉センター等を会場にサロン“四季の家”を立ち上げ、住民の自主活動として運営。平成25年度までに5会場が立ち上がっている。社会福祉協議会が運営する住民の連絡会を毎月1回開催し、それぞれのサロンの情報交換を行うなど、後方支援している。

健康ハッスル教室の終了者のうち、16人が参加するようになった。



	開催頻度・開催曜日	開所時間	参加人数
四季の家ふじわら	月2回:第1・3火曜日	午前9時半から正午	約25名
四季の家いなべ	月2回:第2・4火曜日	午前9時半から正午	約25名
四季の家だいあん	月2回:第1・3火曜日	午前9時半から正午	約25名
四季の家ほくせい	月2回:第2・4火曜日	午前9時半から正午	約25名
ルンルン ^(※注)	月2回:第2・4火曜日	午前9時半から午後2時半	約10名

※注)「ルンルン」は、四季の家よりも小さな集団。こじまんまりした場が向いている人のために用意。

■元気リーダーによる運動の集い

健康ハッスル教室の終了者のうち、10人に体験してもらい、5人が参加につながった。この5人は元々、運動の集いに参加していた人で、一旦、動きについていけなくなつたため、健康ハッスル教室で体力をつけて、再び運動の集いに参加出来るようになった。残りの5人は運動の集いの動きについていくことが難しく、参加につながらなかった。

■健康ハッスル教室のボランティア

健康ハッスル教室の終了者のうち2人が、ボランティアとして教室に参加。参加者に声をかけて場の雰囲気を盛り上げてくれている。元気になった“先輩”的姿は、何よりも後に続く利用者にとっての励みになっている。

5 地域ケア個別会議

多職種が一堂に会し、予防モデル事業の利用者全数を検討。月1回、1回当たり2時間、5~8件。参加する職種は、次のとおり。

保健師、理学療法士、作業療法士、栄養士、歯科衛生士、主任介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、介護予防運動指導員、認知症ケア専門士、元気クラブいなべ、シルバー人材センター等

それぞれの専門職の視点で、その人の自立に向けて何が一番必要なのか、何が効果的なのかという点を議論。

地域ケア個別会議で明らかになった課題や不足している資源を検討する場として、平成25年度から「社会資源開発会議」を開始。行政、社会福祉協議会、地域包括支援センター、元気クラブいなべの4機関で構成。

3

まとめ

■取り組みにより得られたこと

- ・地域ケア個別会議で事例検討を重ねるうちに、地域包括支援センター、社会福祉協議会、行政職員が、要支援者等を最終的に地域の中の“居場所”にいかにつなぐかを意識するようになり、地域の力を活かすことを考えるようになった。
- ・“居場所”につなぐために、地域包括支援センターが対象者と一緒に居場所に足を運び、橋渡しする動きができるようになった。(要支援者には、丁寧な後押しがなければ、簡単には居場所につながらない)一方で、立ち居振る舞いなど動きがもたついてくると、既存の居場所にはつながりにくいことがわかつってきた。
- ・そこで、元気な人の集まりについていけなくなった人のための居場所をつくろうと考えるようになった。(既存の集団の隙間を埋める発想。例えば、要支援者等のための居場所“ルンルン”)
- ・また、健康ハッスル教室の参加者(要支援者等)の中に、卒業後にボランティアとして担い手に回る意識が芽生えはじめた。

いなべ市

■明らかになった課題と今後の展開

●通いの場のアクセス

- ・徒歩圏内に、最低1つは“居場所”が必要である。
- ・元気リーダーの運動の集いは、運動メニューのレベルが高く、要支援者等はついていけなかつたため、四季の家(運動に特化しない居場所)を立ち上げた。しかし、元気リーダーの運動の集いは、既に市内に60か所立ち上がりつており、もっとも身近な集いである。例えば、状態別に分かれてそれぞれに合つた運動を行うなどの工夫により、要支援者等が参加できる余地があるのかもしれない。
- ・はづらつクラブや四季の家等の参加者の中に、要支援者等を車に同乗させてくれるようになれば、歩いて参加できない人も、参加できるようになるので、参加者同士の乗り合わせなどの移動手段を検討。

●認知機能が低下した人の通いの場

(滞在時間)

- ・認知機能が低下した人には、運動主体の短時間の通所事業よりも、会食を含めてゆったりと過ごすことの出来る長時間の通所事業が必要である。

(利用期間)

- ・認知機能が低下した人は、訪問ではわからない行動面の特徴が通所の場面で見えることがある。通所事業は、少なくとも6か月は通うことができるようにならなければ対象者の様子をつかみやすい。

(利用頻度)

- ・また、認知症の通所事業は、本人の規則的な生活をつくることと併せて、家族のレスパイトの役割も大きいことから、できれば、毎日、通うことができればよい。

●担い手の育成・活動支援

- ・住民ボランティアが運営する四季の家には、認知症を含め様々な人が参加し、穏やかに過ごすことができている。現在の月2回の実施頻度を、さらに増やすには、ボランティアの養成が必要。
- ・予防モデル事業で見えてきた課題について、関係機関（元気クラブ、地域包括支援センター、社会福祉協議会等）が、知恵を出し合う場として、資源開発会議をスタートし、それぞれの取り組みを互いに知ることからはじめたところである。

いなべ市の取組のポイント

- ・住民運営の活動の下地がある。（中高年齢層の運動の集い、老人クラブのサロン活動など）
- ・中高年齢層の運動の集いについていけなくなった高齢者のために通いの場を立ち上げ、受け皿を用意。（ボランティアの育成と活動支援、集団になじみにくい人に配慮した居場所づくり）
- ・受け皿づくりを通じて、対象者の支援ニーズにマッチした“通いの場”的在り方を検討。（運動に特化しない場、認知症の人が日中過ごす場、異なるタイプの通いの場を重層的に用意、ふさわしい通いの場へのマッチング）
- ・通いの場に関わる関係機関で課題検討。（それぞれの特徴を知る、課題と役割整理）

大分県 竹田市の取り組み

1

取り組みの背景

1 発想の転換—高齢化による担い手不足から高齢者の自助互助へ

竹田市は、平成19年度から、厚生労働省の地域雇用創造推進事業の採択を受け、農産物加工や温泉・民泊事業により、産業振興に取り組んできたが、人口の4割が高齢者という状況下で担い手不足などの問題を抱えてきた。

産業振興(雇用創出)に関する事業を市から受託する組織として、竹田市と商工会議所、商工会の3者で設立されたのが経済活性化促進協議会(以下、「活性化協議会」)である。活性化協議会は、高齢化の現状を踏まえた上で事業を展開していくために、高齢者福祉の担当課や福祉事務所、地域包括支援センターから情報収集を行った。担当者から話を聞く中で、一人暮らしや高齢者世帯の増加に伴い、高齢者の生活支援や見守り体制を築くにも、同じように担い手不足の問題を抱えており、このままでは、高齢者の支援ニーズに応えきれないことがわかった。これが、新たに高齢者の分野でコミュニティビジネスの可能性を検討するきっかけとなった。

活性化協議会は、平成23年度に市長をトップとして竹田市雇用創造推進プロジェクト会議^(注1)を立ち上げ、毎月2回、高齢者に関わる者が集まって、自由に意見を交わせるようにした。約半年に渡って議論を重ねた結果、めざすべき姿として、高齢者自身が担い手となり互いに支え合う“自助・互助”的実現に帰着。これが、その後の「暮らしのサポートセンター」の設置につながった。

2 福祉部局の問題意識

介護保険制度以降、健康増進や母子保健、介護予防の保健事業は行政、介護が必要な高齢者は介護サービス事業者という役割分担が進み、制度が浸透するにつれ、介護保険の利用に対する住民意識も、家事がしらずになるとヘルパーに頼もうと安易に考えるようになってきた。

こうした中で、市は、高齢者が元気な状態ができるだけ長く維持できるように、地域サロンの立ち上げに力を入れ、市内361地区のうち138地区まで立ち上がったものの、そこから先は、リーダー役を担う人材不足等により頭打ちになっていた。また、平成17年の合併で市域が広がり、行政改革で職員の業務の在り方も変化した。山間部に点在する集落の一人暮らしや高齢世帯の安否確認などの体制構築が必要なもの、保健師らは、これまでのように住民とじっくり話し合う時間を持つれなくなっていた。

こうした状況を「竹田市雇用創造推進プロジェクト会議」で関係機関と共有しながら、竹田市が抱える高齢者問題について部局を越えて話し合った。

厚生労働省老健局の市町村介護予防強化推進事業(以下、「予防モデル事業」)の募集が行われたのが、ちょうどこの時期と重なり、高齢者の自助互助のしくみづくりのチャンスと考え、エントリーに至った。

竹
田
市

^(注1)竹田市雇用創造推進プロジェクト会議の構成員は、竹田市竹田商工会議所、九州アルプス商工会、社会福祉協議会、医療機関、地域包括支援センター等。

●地域包括支援センター

社会福祉協議会が設置し、市の全域を担当。プランチ（総合相談支援センター）が4か所ある。

竹田市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	18人
	保健師	3人
	社会福祉士	5人
	主任介護支援専門員	3人
	予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)	3人
	センター長	1人
	事務	3人
介護予防支援業務件数 (うち、外部委託件数)		平均700件／月 (再委託230件／月)

2

事業の工程(立ち上げから実施まで)

工程表は、事業を準備期、開始期、終盤期の3期にわけて、竹田市、地域包括支援センター、経済活性化促進協議会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
竹田市	準備期	実施地域の選定																						
		目的・めざす姿の明確化																						
		予算																						
	開始期	関係機関調整・団体説明																						
		対象者リスト作成																						
地域包括支援センター	準備期	市・包括連絡会議																						
		専門職の確保																						
		対象者連絡・広報																						
	終盤期	事業評価																						
		次年度事業計画																						
経済活性化協議会	準備期	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															毎月1回							
		ケースカンファレンス(多職種)																						
		ケアマネ研修会・支援																						
暮らしのサポートセンター	準備期	サポーターセミナー実施																						
		プログラムの企画・立案																						
		介護予防教室運営支援																						
	開始期	サポートセンター運営支援																						
		事業進行管理・連携生活支援																						

I 事業の組み立て

1 実施地域の選定

予防モデル事業を開始する前年度に、活性化協議会が市内3地区（竹田地区、久住地区、直入地区）を対象に暮らしのサポーター養成セミナーを開催していた。そのうち久住地区は、セミナーの受講者数が多く、市役所の支所や病院などの公共施設が中心部に集中しているので、比較的、高齢者が集まりやすいため、この地区で予防モデル事業を実施することになった。



2 事業目的とめざす姿の明確化

予防モデル事業を動かす中核となる3者（事業主幹課である保険課、地域包括支援センター、活性化協議会）で、頻回に話し合い、予防モデル事業で創設する成果物は、次の2つに絞った。

- ・竹田市の要介護認定の7割を占める要支援1～要介護2の高齢者が必要としている生活支援を、元気な高齢者が担うスキームをつくる。
- ・高齢者が気軽に立ち寄ることができ、運営に参加することのできる寄り合いの場（=通いの場）をつくる。

サービスの提供機関として、「暮らしのサポートセンター」を立ち上げ、活性化協議会がバックアップを行う。市は、暮らしのサポートセンターに、①寄り合いの場の運営、②生活支援サービス、③介護予防教室の実施を委託することにした。

II 事業の準備(平成24年8月～10月)

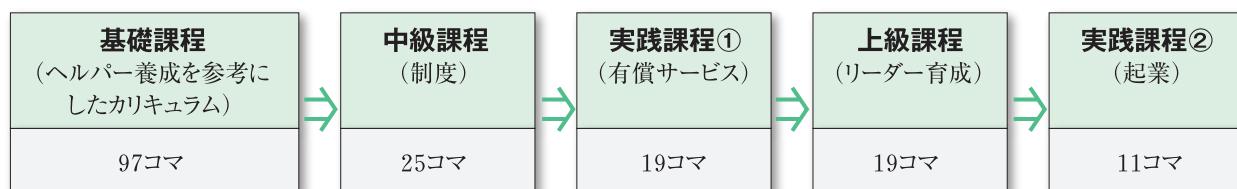
1 関係機関、団体への説明、調整（保険課、地域包括支援センター、活性化協議会）

事業を始めるにあたって、関係機関に事業の趣旨を説明。医師会には、リハ職等の職員派遣の理解と協力を、介護サービス事業者や総合相談支援センター（地域包括支援センターのブランチ）には、高齢者に事業への参加の呼びかけをお願いし、協力が得られることになった。

2 暮らしのサポーターの養成（活性化協議会）

活性化協議会は、雇用創出事業で平成23年度から暮らしのサポーター養成研修を始めている。暮らしのサポーターは、ボランティアではなくコミュニティビジネスの担い手である。地域での“起業”を最終目標に研修体系が組まれ、ステップアップしながら全課程を1年間で修了することになっている。既に全課程を修了した人と研修受講中の人のなかで41人が暮らしのサポートセンターに登録。暮らしのサポートセンターの開設に向けて、活動内容やルールづくりが行われた。

暮らしのサポーター養成研修の研修体系



3 | 暮らしのサポートセンター(活性化協議会)

■拠点

元商工会の建物を借り受けた。

■会員登録

暮らしのサポートセンターは、会員相互の助け合いの場。サービスを提供する人と利用する人が、対等な関係で助け合うことが基本。この考えに賛同する人が、会員登録を行い、年会費を支払う。

会員登録年会費:1,000円			
利用会員	活動会員	協力会員	賛助会員
生活支援サービスの利用者 (予防モデル事業の利用者は ここに位置づける)	生活支援 サービスの提供者	寄り合いの場の 運営	趣旨に賛同する人
平成25年12月時点→	43人	27人	19人
			72人

■主な活動と料金

	生活支援サービスの提供	寄り合いの場の運営
活動内容	・見守り、話し相手、家事、外出支援等 ・可能な限り何でも行う	・利用者の話し相手、お茶出し等 ・当番制
利用料金	・400円／30分 800円／1時間 ・利用券「ふくふく券」を事前購入 (利用者と提供者の間で現金授受をしなくて良いようにした)	無料 (飲食は有料)
活動の対価	・300円／30分、600円／1時間(料金相当額の75%) ※25%は運営費に充てる	

■コーディネーター(事業支援員)

活性化協議会で2名の女性職員を雇用。(緊急雇用対策費を活用)

会計をはじめとする事務全般、生活支援サービスの利用相談と受付やサービス提供者の調整等を行う。

暮らしのサポートの活動が円滑に行われるよう下支えする役割である。

暮らしのサポートセンターりんどうが女性職員1名雇用。

■設立総会

平成24年9月、登録会員、活性化協議会、市、その他関係者により設立総会を開催。久住地区に咲く花「りんどう」をセンターの名前に。



4 | 介護予防ボランティア・健康づくりインストラクター

■介護予防ボランティア「竹田しゃんしゃん会」

健康増進課が平成18年度から養成してきた運動指導のボランティア。研修修了者は、ボランティアグループ「しゃんしゃん会」を作り、介護予防事業や健康増進事業で健康体操などを行っている。暮らしのサポートセンターが企画した行事などで、ボランティアが活躍。

■健康づくりインストラクター「THF」

活性化協議会が平成23年度に雇用創出事業で実施した「健康づくりインストラクター養成セミナー」の修了者で、ボランティアではなく有償で運動指導を行う。このうち起業の意志のある者により「竹田ヘルスフィットネス」(以下、「THF」)が結成され、予防モデル事業の通所事業で運動指導を担うことになった。

5 | 予防モデル事業の参加呼びかけ(地域包括支援センター、保険課)

予防モデル事業の対象である一次予防事業対象者(閉じこもり、うつ等)と二次予防事業対象者、要支援1から要介護2までの人が保険課がリストアップ。これを元に、地域包括支援センターが一人ひとりを訪問し、事業への参加を呼びかけた。しかし、要支援者等は、介護サービスを利用するつもりでいるため、事業の参加意向を示す人は、皆無に近い状態で事業をスタートすることになった。

III | 事業開始後の動き(平成24年10月~)

1 | 連絡会議

保険課、地域包括支援センター、活性化協議会、暮らしのサポートセンター、THFが毎月2回参集。事業の進捗状況や現場の様子などを情報共有。広報チラシを作成し、介護保険事業所や住民の会合などで配布し、暮らしのサポートセンターや予防モデル事業を知ってもらった。

2 | リハ職確保(保険課)

竹田市の予防モデル事業は、暮らしのサポートセンターを中心に据えているため、まず、住民ベースでスタートした。その後、暮らしのサポートセンターを動かしながら、専門職が対応をすべき点はどこになるのか検討した。1年目は、多職種協働の地域ケア個別会議からはじめることになった。医師会や通所リハ事業所にリハ職の派遣を依頼。勤務時間内の対応は困難であったことから、地域ケア個別会議は、毎回、18時から開催することになった。2年目からは、豊肥圏域竹田地域リハビリテーション広域支援センター^(注2)から理学療法士が派遣されることになり、地域包括支援センターとの同行訪問が実現した。

IV | 取り組みの実際

1 | 通いの場ー「りんどう」の寄り合い場

- ・月曜～金曜、9時～17時。
- ・登録会員が、2～3人の当番を組んで運営。(最年長者87歳)
- ・登録者でなくとも立ち寄れる。(子どもたちが立ち寄ることも)
- ・飲食は実費。(コーヒー・紅茶100円)
- ・昼食は週2回(教室実施日)1食300円。
- ・過ごし方はさまざま。おしゃべり、手芸、囲碁、昼食を食べに来る人など、それぞれ、好きなように過ごしている。
- ・寄り合い場の利用者の中から、介護予防教室につながる人や、介護予防教室の卒業者がそのまま通ってくるなど、閉じこもり対策として機能している。



▲利用者が地域のイベントにサポーターとして参加。
子ども達にお手玉やあやとりを教える

注2) 大分県地域リハビリテーション広域支援センターの圏域レベルの支援センター。竹田市に所在する医療機関などのリハ職が広域支援センターに登録している。

2 | 生活支援サービス

- ・生活支援サービスの担い手として27人が登録。(平均年齢74歳)
- ・利用者数43人(49~97歳) 利用延回数634回(平成24年10月~平成25年12月)(平均年齢80.1歳)
- ・最初は、利用がのびなかった。(サービスの提供者が高齢者であるということに対する気兼ねなど)
- ・地域包括支援センターが具体的な生活支援の内容を暮らしのサポーターのコーディネーターに伝え、コーディネーターが、利用者とサポーターの間を調整。

3 | 介護予防教室

暮らしのサポートセンターがTHFに再委託し、暮らしのサポートセンターの一室で実施。1年目は、THFだけで対応し、2年目からは、地域ケア個別会議で必要と判断された人にリハ職の個別指導を追加。

- ・1クール3か月の教室が3種類。(運動教室、栄養教室、口腔教室)3種類全てに参加する人や1種類だけ参加する人など、組み合わせはさまざま。
- ・内容の企画から実施まで全てTHFが行う。



〔運動〕基本メニュー(2時間×週3回×3か月)

- ①屋内運動プログラム(ストレッチ、器具運動)
②屋外プログラム(ウォーキング)
- 日によって
組み合わせ

認知症予防 (2時間×週1回×3か月)

〔栄養〕 もりもり食育教室 (2時間×月2回×3か月)

竹田の旬の食材で調理
実習を主体とした栄養
教室

〔口腔〕 口腔ケア教室* (2時間×月1回×3か月)

歯科衛生士の講話と指
導(嚥下体操、お口の手
入れ)

※平成24年度:毎月1回実施
平成25年度:3か月に1回実施

4 高齢者サロン「りんどう広場」

- ・介護予防教室を卒業した人のサロン 2時間×週1回
- ・暮らしのセンター（「竹田しゃんしゃん会」の会員含む）が運営
- ・ゲームや歌など、遊びの要素が多い

5 多職種協働の地域ケア個別会議

- ・地域包括支援センターが主催
- ・1回90分×月2回
- ・予防モデル事業の全ての利用者一人ひとりについて、初回、中間、終了の3時点で検討を行った。（目標設定、支援方針とサービス、モニタリング、終了判定）
- ・メンバーは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、事業実施地区の市担当保健師、暮らしのサポートセンター、保健所保健師、地域包括支援センター、竹田市保険課

V 事業の過程で生じた課題への対応

1 事業の対象者像のとらえ方のギャップ

予防モデル事業にエントリーする前に竹田市が描いていた暮らしのサポートセンターは、一人暮らしや高齢世帯などで、困った時にすぐに助けが受けられない人のためのしくみであった。要支援者など、日常的に生活に支障をきたしている人は、その対象として考えていなかった。

ところが、予防モデル事業の対象は要介護2までであり、日常的に生活上の支障を抱えている。このため、軌道修正と事業の組み立てに苦心した。予防モデル事業のコンセプトは、要支援者等を適切にアセスメントし、改善可能性を見極めた上で、自分でできることを増やし、できないことが最小限になるように支援し、細く長く生活を支えるというものであった。リハ職などの専門職を上手に活用したり、家事も、食事づくりなどの毎日の家事、ゴミ捨てなどの週単位の家事、衣替えなどの不定期の家事に分けて考えれば、サービスの種類や量を考えやすくなることがわかり、少しづつ解決の糸口が見えるようになった。

また、予防モデル事業で実施した定期的な日常生活調査により、状態を客観的にとらえられたことも解決策を考える上で役に立った。

2 高齢者が高齢者を支える意識の変化

介護サービスを利用するためには要介護認定を申請する高齢者からは、介護サービスではなく暮らしのサポートセンターを利用するということが、なかなか受け入れてもらえないかった。隣人から生活支援を受けるのは気が引けないと感じる人もおり、地域包括支援センターが暮らしのサポートセンターの生活支援サービスを紹介しても、利用を希望する人は、なかなか出てこなかつた。3～6か月間ほど、地域包括支援センターや市、活性化協議会などが、あらゆる機会を通じて広報や周知を続けた。そのうち、寄り合い場の利用者の中から、庭の草取りや外出の同行など、一人、二人と利用がはじまり、少しづつ口コミで広がるようになり、地域の知り合いの熱心な声かけや訪問で生活支援サービスを受け入れる人もあった。

VI 今後の課題

- ・暮らしのサポートセンターは、久住地区に続き、2年目に直入地区に2か所目が誕生した。さらに、箇所数を増やしていくための財源(コーディネーターの人事費を含む)をどうするか。高齢化率が高い竹田市では、すでに地域支援事業費も上限額に達しており、介護保険財源以外も含めた財源確保が必要。
- ・中山間地域では、移動支援が欠かせない。市内全域で、高齢者の外出を支えるしくみが必要であり、移動支援は、まさに、部局横断的な取り組みが必要。特に、交通事業者も交えた検討が必要。(移送サービス検討会で話し合いを始めたところ)
- ・地域包括支援センターの機能強化を図るため、地域包括支援センターに理学療法士、作業療法士等の専門職の配置を検討。(リハ職の派遣を事業所に頼るには、回数の限界がある)

竹田市の取組のポイント

- ・高齢者が担い手として活躍するしくみとして、コミュニティビジネスを選択。(有償サービスや起業を念頭に置いた養成研修、互助の活動体を立ち上げ事業委託、高齢者の活動を支えるコーディネーターの配置)
- ・福祉部局と産業部局の部局横断的な取り組み。(プロジェクト会議で異業種団体(商工会と医療機関等)を巻き込んだ議論、職員同士の活発なコミュニケーションと現場主義、他課の事業や予算の組合せ)
- ・高齢者による生活支援サービスの利用者の心理変化。(隣人に世話をされる気兼ねと遠慮、はじめは草取りや外出支援から、口コミ効果、介護サービス以外の選択肢)

沖縄県 北中城村の取り組み

1

取り組みの背景

北中城村は、那覇市から北東16kmに位置し、さとうきびや洋ランなどの栽培農家が多く、農作業などに従事する高齢者も少なくない。女性の平均寿命（0歳の平均余命）が全国で最も高く89年、その一方で、少子化のスピードが全国よりも緩やかなため、高齢化率は、18.2%（全国平均24.1%）、年少人口（0～14歳）の割合は、17.3%（全国平均13%）である。（いずれも平成24年度現在）

介護保険は、28市町村で構成される沖縄県介護保険広域連合で運営され、北中城村の第5期保険料は、3ランクに区分された保険料の最も低い1ランク（基準月額4,994円）である。65歳以上のうち要介護認定を受けているのは、17.6%で全国平均とほぼ同じであるが、要支援者の構成比は認定者全体の23%と全国平均27.6%よりも少なく、日常生活に明らかな支障をきたさない限り、要介護認定の申請に至らない傾向がある。背景には、家族による世話をに行われていることや、要介護認定を受けていない高齢者のためのデイサービス（社会福祉協議会が指定管理するデイサービスセンター「しおさい」で実施）が定着していることがあり、ヘルパーやデイサービスを希望する時期が、若干遅くなるものと考えられる。

要介護認定の申請に至る人の特徴として、年齢の高い女性（80歳代以上）で、薬が飲めなくなったり、デイサービスの利用日を間違うなどの認知機能の低下による問題を抱えている人が多く、これらの人々は、デイサービスの大集団についていけなくなっている。これまでの介護予防事業にもつながりにくい。このような人のための介護予防の在り方を模索しているところに、厚生労働省の市町村介護予防強化推進事業（以下、「予防モデル事業」）の募集が行われ、取り組みのきっかけとなった。

■地域包括支援センター

地域包括支援センターは直営1か所。庁舎の中にあり、介護保険を所管する福祉課の一組織である。

		北中城村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
	保健師等	2人 (うち、看護師1)
	社会福祉士	2人
	主任介護支援専門員	2人
	予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)	0人
	介護予防支援業務件数 (うち、外部委託件数)	100件／月 (30件／月)

2

事業の工程(立ち上げから実施まで)

工程表は、本事業を準備期、開始期、終盤期の3期にわけて、北中城村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
北中城村	福祉課	予算				■													■					
		新設メニューの構想・企画				■																		
		関係機関との打ち合わせ			■																			
		専門職の確保				■																		
	開始期	サービス検討会委嘱・事業説明																						
		介護予防センター事業説明																						
		センター担当地区割り当て				■																		
	終盤期	事業評価																	■					
		次年度事業計画・継続性の確保																	■					
地域包括支援センター	準備期	日常生活調査(全数)実施																						
		通いの場開設準備(ぬちぐい予備校)				■																		
		支援メニュー準備				■																		
		卒業後の通いの場準備																						
	開始期	通いの場実施																						
		訪問型予防サービス実施																						
		支援メニュー実施																						
		サービス検討会(多職種)					■																	
		利用者家族会						■			■								■					
		卒業後の通いの場実施																	■					
支援メニュー実施先	開始期	センター																						
		愛の見守り支援等																						
		軽度生活支援																						
		買い物支援																						
		民間事業所																						
		給食サービス																						
		NPO 法人																						
		卒業後の通いの場(長寿大学)																						
	各自治会	各自治会																						
		ぬちぐい長寿大学自治会ゼミ																						

I 福祉課(地域包括支援センター)の動き

予防モデル事業は、福祉課の事務職員と地域包括支援センターの保健師等が、事業の企画から実施、予算執行を役割分担しながら進めた。

1 | 事業の準備

① 事業の組み立て

認知機能が低下した人に事業を理解してもらえるよう、2つの工夫を行った。

- 1) わかりやすいネーミング(これまで、“介護予防事業”と言っても、伝わらなかった。)
- 2) 介護業務の経験のあるスタッフを専任配置

まず、わかりやすいネーミングとして、“学びの場”を連想させる呼び名を付けることにした。予防モデル事業でスタートする通所事業は、“ぬちぐすい(沖縄の言葉で「命の薬」の意味)予備校”と名付け、ぬちぐすい長寿大学(既存の介護予防事業。社会福祉協議会等に委託して、二次予防事業と一次予防事業の教室をそれぞれ実施)に“入学”するための場とした。通所事業の利用者には、“学生証”を発行するとともに、通所事業と連動して実施する訪問事業は、“ぬちぐすい予備校通信課程”と名付けた。また、村内の飲食店等に、“学生証”を提示すれば割引サービスなどの特典を用意してもらうように協力を呼びかけたところ、10店舗から協力が得られることになった。(特典は、各商店の好意によるもので、村からの補填は無い)

次に、この“ぬちぐすい予備校”的運営と“通信課程”的家庭訪問の実行部隊として、3名の専任スタッフを配置することとし、ハローワークを通じて募集した。その結果、グループホームとデイサービスの業務経験のある介護福祉士がそれぞれ1名ずつと歯科医院の勤務経験のある歯科衛生士1名(いずれも女性)の応募があった。夜勤やフルタイムの就労が難しい理由でやむなく離職していたが、家庭との両立の可能性を見込んで応募したものであった。この3名が、その後の予防モデル事業の力強い戦力となった。

② 会場の選定

“ぬちぐすい予備校”は、認知機能の低下した人をターゲットにして“開校”するため、会場に必要な条件を次のように整理した。

- 1) 身体保清が難しくなっている人のためにシャワー設備があること。(沖縄では、湯船につかる習慣がなくシャワー浴が一般的)
- 2) 簡単な食事づくりができる流し台があること
- 3) 午前から午後までの少なくとも6時間程度の滞在が可能で、畳の部屋があること

以上の条件を満たす施設は、社会福祉協議会が管理する総合社会福祉センターと教育委員会が管理する生涯学習施設「あやかりの杜」の宿泊研修棟の2か所ある。通所事業の運営に当たることになった専任スタッフと福祉課職員が現地確認した結果、生涯学習施設の宿泊研修棟が一般住宅の造りとなっており、予防モデル事業の通所にふさわしいと判断した。この施設は、主に休日しか利用されていなかったこともあり、火・木・金の週3日間、使用できることになった。ただし、通所事業の物品(椅子、電子レンジ、アクティビティーの道具等)は、その都度、搬出入する必要があり、会場設営と撤収の労力が毎回発生することとなつたが、事業を試行検証するためにはやむを得ずとした。

2 | 事業の実施

地域包括支援センターと3名の専任スタッフが、約1か月かけて、新規に要介護認定を受けた人や要介護認定を受けているだけでサービスを利用していない人などを訪問し、参加を呼びかけた。その結果、7人が“ぬちぐすい予備校”に“入学”することになった。

二次予防事業対象者1人(86歳、女性)

要支援2 2人(いずれも90歳、女性)

要介護1 3人(87歳、88歳、90歳、いずれも女性)

要介護2 1人(80歳、女性)

家族の介護負担も考慮し、昼食と入浴も組み込みゆったりとしたプログラムを設定した。

一日のプログラム

9:00	迎え
10:00	バイタルチェック・体操・ストレッチ・入浴
12:00	昼食 お昼寝又は図書館で読書
14:00	レクリエーション・戸外活動 (作業療法士の対応あり)
15:00	おやつ作り・帰宅準備
16:00	送り

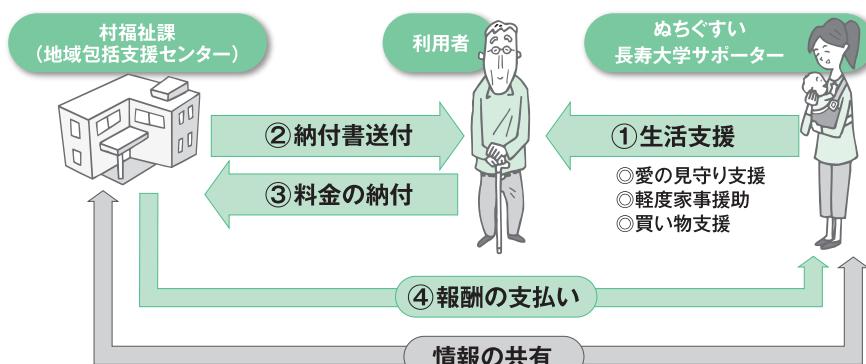
※定期的にドライブや日用品の買い物等も実施

3 | 介護予防サポーターの確保(子育てママの活躍)

① 有償活動による生活支援

通所事業が動き出して間もなく、通所事業以外の日も含めて、服薬確認など毎日のちょっとした声かけは、専任スタッフでなくとも良いことがわかつた。村には、介護予防サポーターとして12名の女性(60~70歳代)が活動していたが、若い世代も交えて層を厚くすれば、毎日の服薬確認などが行いややすくなるのではないかと考えた。子育て中の世代も、時間帯によっては活動できるかもしれない、社会福祉協議会の子育てサロンの参加者に当たってみた。その結果、5名の子育て中の母親が協力してくれることになり、これまでの介護予防サポーターに加えて総勢17名の介護予防サポーターで生活支援を行うことになった。その際、無理なく活動してもらうには、善意だけに頼るのでなく、低廉でも対価を得られるようにした方がよいと考え、有償活動として組み立てた。

- ・地区担当:自分の居住する地区の高齢者を担当
- ・活動内容:服薬確認、買い物(自分の買い物についてに行う等)、送迎時の送り出し等
- ・報酬:基本報酬4,000円／月+出来高100／5分(上限400円)



② 事前研修の開催と活動後の定例会

子育てママがサポーターとして活動できるように、予め、地域包括支援センターが、研修会を実施。高齢者介護の基礎知識や認知症サポーター研修、消防署による救命救急講習など、1回2時間の研修を5回シリーズで実施した。



活動開始後は、月1回の定例会で、情報・意見交換会を行っている。実際の活動で困ったことについて、どうすれば良いか互いに意見を出し合ったり、地域包括支援センターが適宜、アドバイスしている。地区の高齢者とつながりができたことにより、おかげのお裾分けなどが行われるようになったり、外来受診の付き添いなど、活動内容が少しずつ広がっている。義歯が合っていないようだと気づいて、歯科衛生士につなぐなどの動きも見られるようになっている。

〈利用者の声〉

- ・やさしく接してくれるのでとてもありがたい。

〈サポーターの声〉

- ・育児で1日中子どもと家で過ごす日々のなか、サポーターとして活動することで地域と繋がっていることが実感できた。(35歳)
- ・活動で知り合った目の上のサポーターに育児相談をしたり、いただいた報酬で仲間とランチに行ったりして、気分転換ができる。(30歳)
- ・サポーターの経験をきっかけにホームヘルパー2級を取得。訪問介護事業所に就職することができた。(40歳)
- ・サポーターの活動が私の元気の源になっている。(73歳)

4 | 家族会の開催

家族が世話をする中で、ストレスを抱え込むことを防ぐため、愚痴をこぼしたり、他の家族の体験を聴くことで、客観的な見方ができるように、地域包括支援センターが家族会を実施。

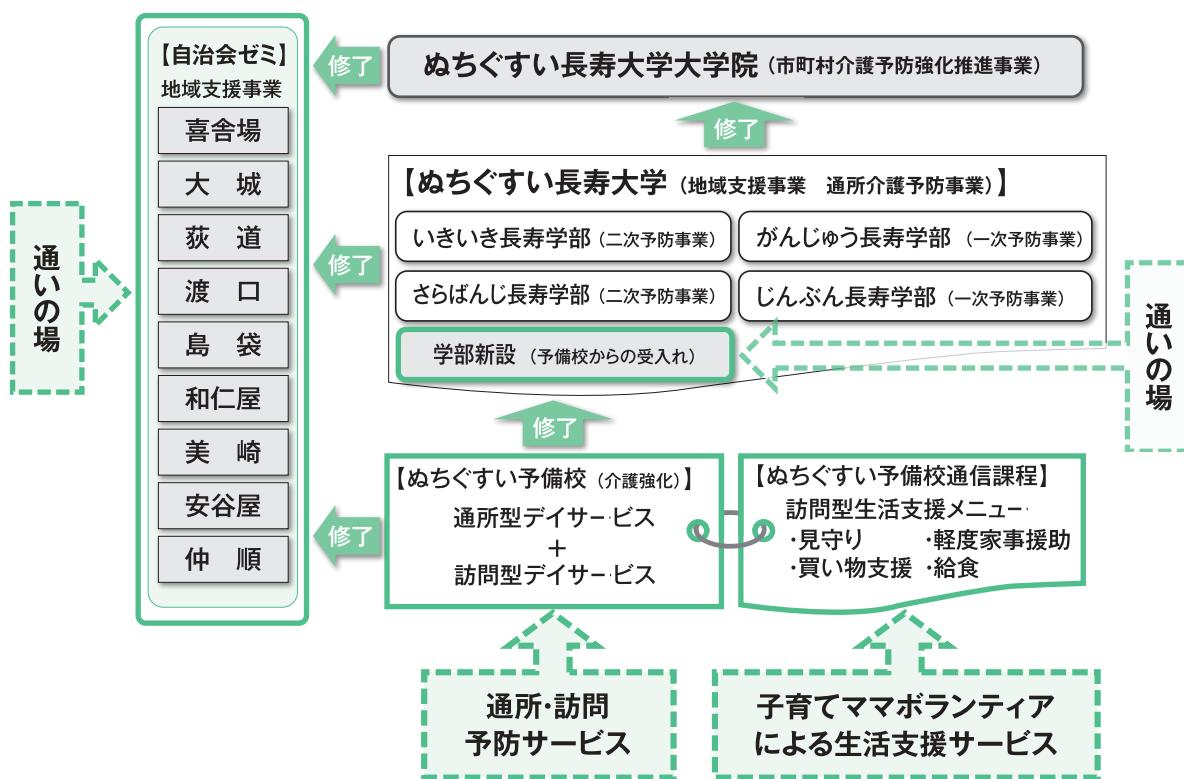
- ・隔月に1回開催（平日の日中の時間帯）
- ・関心の高いテーマについて学習会を開くこともある（認知症など）

II 実際の取り組み

1 | 全体の事業構成

「ぬちぐすい予備校」で週3回の通所が定着し、声かけがあれば自分のことを自分でできるようになった段階で、次の通いの場（ぬちぐすい長寿大学等）に移行できるかどうか、地域ケア個別会議（ケースカンファレンス）で検討。最終的な行き先として、各自治会単位の集いの場（琉球舞踊、ウォーキング、グランドゴルフ等、さまざまな活動を毎週実施）を位置づけた。

北中城村の通所の体系

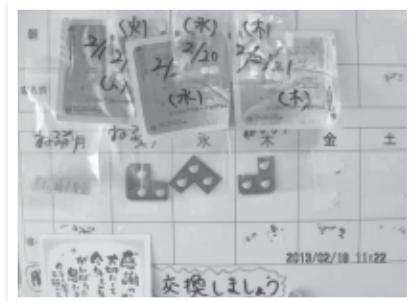


2 | 予防サービス

■ぬちぐすい予備校と家庭訪問

予備校のプログラムは、午前中に運動と入浴(身体保清ができなくなっている人が対象)、昼食後、30分程度の短い昼寝をした後、散歩や図書館での読書、菜園を利用した野菜の栽培などを行う。また、月1回はドライブ等、行動範囲を広げる企画を取り入れた。昼食は仕出し弁当を取り、汁物をみんなで作る。

予備校の通信課程として、家庭訪問を実施。これは、訪問リハビリテーション事業所の作業療法士も必要に応じて同行し、生活行為のアセスメントを行う。



▲お薬カレンダー

専任スタッフの声

〈歯科衛生士〉

- ・予防モデル事業では、小規模な人数の通所でゆったり過ごしてもらい、薬の飲み忘れがないように近隣のボランティアが声をかけに行くうちに、参加者に安心感が生まれ、次第に、認知機能だけでなく、身体面や意欲も上がっていくのが実感できました。
- ・要介護者の場合、口腔内の清掃を怠ると1日単位で口腔内の環境が悪化するので、通所事業で、口腔ケアを行いながら、自宅でも手入れができるようにはたらきかけました。通所の中で、身体面にも目を向けてアプローチできたことが、良い変化につながったと思います。
- ・予防モデル事業では、地域ボランティア(サポーター)と一緒に家族を含めて支援を行うことができ、また、事業を動かしながら、必要なことが出してくれればその都度柔軟に対応できる点が、介護サービスにはない良さだと思います。(日用品の買い出しに困っていれば買い出しツアーや企画したり、誰かが外に出かけようかと言うと、お弁当を持って出かけるなど)

〈介護福祉士〉

- ・予防モデル事業では、利用者の考え方や家族の思いを細かく聞きだし、ケース検討会で色々な視点から解決策を検討し、取り組むことができました。
- ・通所では、一人ひとりの個性や得意なことを生かす工夫をしました。(手先が器用な人に紙をちぎってもらい、色使いが上手な人に貼ってもらい、ちぎり絵を共同作業するなど)閉じこもりがちになっていた人が毎回、通所を楽しみにされるようになり、通所の場が“居場所”になっていくのがわかりました。
- ・小人数だからこそできる観察やきめ細かな関わりが、認知機能の低下がある高齢者とその家族に安心感を持ってもらうことにつながったと思います。利用者とスタッフの関係がフラットで、垣根が低い点に介護サービスとの違いを感じます。
- ・また、スタッフや地域包括支援センター職員が、これまで現場で必要だと感じてきたことを予防モデル事業でやってみようと同じ方向に向かって取り組んだことも、日頃のコミュニケーションがよく取れることにもつながり、仕事のおもしろさになりました。

■既存の介護予防事業・食を中心とした通所の新設

既存の介護予防事業は、「ぬちぐすい長寿大学」と名付けて、社会福祉協議会に委託。「いきいき長寿学部（二次予防事業の運動機能向上プログラム）」、「さらばんじ長寿大学（一次予防事業対象者の運動機能向上プログラムで80歳以上が対象）」、「がんじゅう長寿学部（一次予防事業の運動機能向上プログラムで80歳未満が対象）」、「じんぶん長寿学部（認知症予防プログラム）」の4学部で構成し、1クール6か月。

予防モデル事業で新設した通所事業「ぬちぐすい予備校」は、認知機能が低下した高齢者を主な対象としているため、既存の介護予防事業には、つながりにくかった。このため、予防モデル事業の2年目に、次の行き先として、食事を中心とした通所事業を用意し、週2回、専任スタッフのサポートを受けながら、献立から買物、調理までを利用者が行うプログラムを開始した。

■自治会ゼミ（ぬちぐすい長寿大学ゼミ）

福祉課は、村の14地区の自治会長にはたらきかけを行い、平成22年度から7地区で概ね週1回、住民運営の集いが始まった。「ぬちぐすい長寿大学ゼミ」と名付けられ、介護予防事業の終了者などが参加している。3年後には11地区に広がっている。

ぬちぐすい長寿大学自治会ゼミ（自治会の自主活動）

	サークル名	活動日	主な活動内容
①	喜舎場ひまわり体操サークル	毎週月・木曜日	琉球舞踊で介護予防
②	大城タンポポサークル	毎月第3・4金曜日	思い出の音楽鑑賞・筋トレ
③	渡口スマイル体操会	毎週火曜日	体操・自然観察ウォーキング
④	島袋健康サークル	毎週月曜日	大人の塗り絵・琉球かるた
⑤	和仁屋お茶飲みサロン	毎週火曜日	スカットボール・お漬物作り
⑥	美崎がんじゅう会	毎週水曜日	グラウンドゴルフ
⑦	安谷屋体操サークル	毎週火曜日	リズム体操・歩け歩け大会
⑧	仲順あいびなー会	毎週月曜日	自彌術・筋トレ

大城花咲爺会

中城城跡の北側に位置する北中城村大城地区。地域を通り抜ける県道146号沿いをはじめ、細い路地や住宅の隣沿いにいたるまで、あらゆる場所をランやハイビスカスなどの花が色鮮やかに飾る。通りごとに花木の種類が変わり表情豊か。そんな風景づくりの立役者が「大城花咲爺会」だ。

同会のメンバーは北中城村大城地区に住む55歳以上の男性23人。毎月2回の定例活動で植栽やごみ拾いに汗を流した後は、屋外休憩所「大城喫茶店」でビール片手に一息入れる。活動日以外でも、各メンバーが自主的に手入れに精を出す。一人で家にこもりがちな中高年男性の生きがいや健康づくりにもつながっている。



会発足は1999年。97年に村提供のラン4千本を区民総出で植栽したことがきっかけとなった。地区の男性たちが「植栽活動を続け、住民にも観光客にも心地よい場所をつくろう」と動き始めたもの。会は区民や企業とも連携し、私有地の緑化にも努めている。区民や園芸店から提供される苗や、村からの補助金など、多方面からの協力も加わって、現在ランは約10種5千本に。枯れ木に花を咲かせましょう—。昔話が名の由来だ。現代の大城花咲爺さんたちは、きょうも元気いっぱい地域に花と笑顔を咲かせている。

3

まとめ

■当初のねらいと達成状況

- ・認知機能が低下し、デイサービスの大集団や介護予防事業についていけなくなっている人のために、既存のサービスの枠組みに囚われない支援の在り方を模索した。
- ・予防モデル事業で立ち上げた通所事業は、専任スタッフ3人が、概ね7人の利用者に対応する、とても目の行き届いた環境だった。このような環境では、認知機能が低下していることさえもわからないほど、ごく普通の高齢者の姿がそこにあった。認知機能が低下した高齢者にとって、毎回、同じ環境、同じ顔ぶれで過ごすことは、無用な混乱や不安を招かず、持っている力を発揮しやすくなるということがわかった。
- ・例えば、自宅の風呂で身体をきれいにすることができるようになった人が、通所事業でスタッフが声をかけて、洗い残しに気づいて洗うことができるようになり、自宅では頻繁に薬の飲み忘れがあった人が、薬を飲むことを意識できるようになるなど、自分でできることが増えてきた。
- ・高齢者が小綺麗になると、家族の受け止め方も変化し、施設入所を望んでいた声が聽かれなくなっていました。
- ・しかし、予防モデル事業のコンセプトは、プロによる介入からの“卒業”をめざすことであったため、何とかして、既存の介護予防事業に移行してもらおうとしたが、それは、慣れ親しんだ環境を変えることであり、ついに“卒業”は達成できなかった。
- ・こうした経験から、年齢の高い認知機能の低下した人にとっての“卒業”的在り方を考え直すことになった。

■明らかになった課題と今後の展開

【重度化予防の課題】

- ・認知機能の低下した人には、身体保清の支援ニーズがあり、通所事業に入浴機能が必要である
- ・認知機能の低下した人の通所事業は、慣れ親しんだ環境や顔ぶれを継続することにより、持っている力を発揮しやすくなる
- ・服薬確認などの日常的な支援は、同じ顔ぶれで行うことにより、小さな変化にも気づきやすい。近隣の協力が欠かせない

【政策課題】

- ・入浴設備のある施設で通所事業を行うか、又は、入浴機能だけをデイサービス事業者等に委託することを検討
- ・居場所を他に移す“卒業”ではなく、同じ場所で介入の度合いを少なくするプロの助けからの“卒業”を検討。そのためには、サポーターの協力を得ながら、スタッフの介入の仕方を見直す（スタッフに余力があれば、次の会場を立ち上げることが可能に）
- ・近隣が行う日常的な支援は、有償活動など、無理なく継続できる仕掛けが必要

北中城村の取組のポイント

- ・村の元気デイサービスと介護サービスの狭間の人に着目して、通所事業を組み立てている。（年齢の高い認知機能の低下した女性、居場所の必要性、身体保清と食事の支援ニーズに対応）
- ・共に暮らす家族の支援も含めて、生活全体を支える工夫。（毎日の服薬確認、長時間のお預かり、家族会）
- ・子育て中の母親が介護予防サポーターに。（子育ての合間の時間を有効活用、子育て以外の世界が拡がりwin-win に、有償活動による継続性）

長崎県 佐々町の取り組み

1

取り組みの背景

佐々町は、周囲を佐世保市に囲まれるベッドタウンで、子育て世代の流入もあり、高齢化率は22%と県平均より低い。一方で、介護保険制度が始まって以来、要介護認定率が長崎県内でも高く、サービス受給率は県平均より10%以上高い率で推移した結果、第5期介護保険料は、5,990円に達し県内で最高額となった。その要因分析からは、要支援1～要介護1の割合が高く、廃用症候群や認知機能低下で要介護認定の申請に至り、次第に重度化していることがわかった。

町は、これらの課題に対応するため、平成24年4月から、介護予防・日常生活総合事業（以下、「総合事業」）を開始し、併せて、市町村介護予防強化推進事業（以下、「予防モデル事業」）に取り組むことにより、要介護2までの高齢者に対する介護予防を充実・強化することになった。



1 総合事業、予防モデル事業を実施するまでの状況

■地域包括支援センター

地域包括支援センターは、直営1か所で町全域を担当している（1中学校区に相当）。総合福祉センター（町立国保診療所、保健センター、福祉センターの複合施設。社会福祉協議会も入っている）の中にあり、介護保険及び健康増進等を所管する住民福祉課の一組織である。認定調査の専従職員2名を配置し、要支援者については、介護相談から認定調査、介護予防ケアプランまで一括して地域包括支援センターが対応している。



地域包括支援センターの基本情報		佐々町地域包括支援センター
	常勤職員	9人
	保健師	2人
	社会福祉士	0人
	主任介護支援専門員	2人
	看護師	2人
	介護福祉士	1人
	予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)	2人
	介護予防支援業務件数 (うち、外部委託件数)	0件／月 (0件／月)

佐々町

■地域デイサービス事業

公民館等で実施しているサロン事業。平成7年度から2年間は、社会福祉協議会が共同募金を活用してモデル的に実施し、平成9年度から町が社会福祉協議会に委託し、介護保険制度がスタートした平成12年度までに町内に27会場立ち上がった。その後の伸びは横ばいとなり、平成15年度の30会場で頭打ちとなり、開催頻度も週1回は1会場のみで、多くの会場が月1回から隔月に1回程度、運営も社会福祉協議会の職員のお膳立てで行われており、住民運営の通いの場としては不十分な状況であった。

地域包括支援センターが開設された平成18年度に、センター職員が各会場を巡回し、サロンに参加している高齢者やボランティアに介護予防や地域の支え合いの意義について講話を行ったものの、単発の講話では、開催頻度や会場が増えるものではなく、住民に行動を起こしてもらうことの難しさを実感。この経験が、介護予防ボランティアの養成につながった。

年 度	開催地区数	開催回数	参加者数	備 考
7年度	4	54	352	社協独自で協同募金事業費を使用してモデル事業の実施
8年度	4	84	622	
9年度	12	137	2,452	町より社協への委託事業開始
10年度	24	198	3,689	開催地区の急増
11年度	27	243	4,661	
12年度	29	281	5,838	延参加者5,000人以上
13年度	29	274	5,715	
14年度	29	290	5,724	
15年度	30	281	5,585	
16年度	30	282	5,340	
17年度	30	272	5,394	
18年度	30	258	5,311	
19年度	30	266	5,454	
20年度	30	277	5,652	
21年度	29	285	5,508	
22年度	29	283	5,808	
23年度	30	306	6,353	

■介護予防ボランティア

平成20年度から地域包括支援センターが養成講座を実施。民生委員や地域デイサービスのボランティアなど、地域の世話役を担っている人を中心に参加を呼びかけ、平成22年度までに累計169人が修了した。養成講座は、介護予防の考え方について理解を深めることに重点を置き、地域で実践するための体操などを実習に取り入れた。市町村合併が進む中、仮に、合併で町の規模が大きくなれば、これまでのように町や社会福祉協議会の職員が手をかけられなくなり、地域のサロンは自然消滅する心配があった。そのためにも、職員に頼るかたちでなく、住民が主体的に運営するサロンに転換する必要があった。初年度は、地域デイサービスとは別に、修了者が町内8地区の集会所等に地区の高齢者を集めて、体操などの介護予防教室を、自主的にはじめるようになった。その後も、毎年、介護予防ボランティアの養成を継続し、平成24年度までに、14地区に住民運営の集いが立ち上がっている。

2 | 地域支援体制(地域づくりの取り組み)

月1回開催。平成8年度から、介護に当たっている者同士が集まり、互いの困っていることや工夫などを共有する当事者の支え合いの場。

■地域支援連絡会

月1回開催。平成16年度から、町内の福祉施設、介護サービス事業者、介護支援専門員等の情報交換の場として開始。現場の抱える課題についての研修の場でもある。(消費者被害、アルコール依存、認知症ケア等)各事業者の成功事例の報告なども行う。20事業所で構成。

■高齢者見守りネットワーク情報交換会

年1回開催。平成23年度から、全ての町内会(32町内会)に地域包括支援センターが出向き、町内会ごとに高齢者支援の取り組みについて、情報・意見交換を行っている。構成メンバーは、町内会長、民生児童委員協議会、老人クラブ連合会、福祉協力委員等。

■認知症サポーター

平成20年度から、町内会単位や関係団体で実施。介護サービス事業者にボランティア参加してもらっている。

2 事業の工程

工程表は、本事業を準備期、開始期、終盤期の3期にわけて、佐々町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											
			4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
佐々町	準備期	実施地域の選定																								
		予算																								
		企画・立案・契約																								
		関係機関調整・団体説明																								
		周知・広報																								
		対象者リスト作成																								
佐々町	開始期	コミュニティケア会議																								
		エンター・評価会議																								
	終盤期	業者・市・包括連絡会																								
	終盤期	事業評価																								
地域包括支援センター		次年度事業計画																								
準備期	町との打ち合わせ																									
	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)																									
支援メニュー委託先	終盤期	通所	社会福祉協議会等																							
		支援生活	介護サービス事業所																							
		の通い	介護サービス事業者																							

I 住民福祉課(地域包括支援センター)の動き

1 総合事業の実施(平成24年4月~)

介護サービスに頼りすぎない体質をつくるため、4つの柱を立てて実施。

① 認定申請理由の確認及び地域支援事業の周知を徹底

- 窓口対応職員の意識を変える(要介護認定の窓口は、申請の事務処理でなく介護相談の場)
- 申請理由の聞き取り項目を統一し、介護サービスの必要性を見極める
- 窓口での聞き取り結果を受けて、地域包括支援センターが訪問で生活状況の把握と地域支援事業の説明
→介護サービスが必要な場合は、認定申請を実施。(地域支援事業で対応可能と判断した場合は、本人の選択により地域支援事業だけで対応することも)

② 地域で支える力を高める

- 出前講座(地域包括支援センターが地区に出向いて、佐々町の保険料が高い背景とあるべき姿を示す)
- 介護予防ボランティアによる集会所で自主活動を増やす
- 団塊世代をターゲットに「地域デビュー講座」を開催→団塊世代の活躍の機会づくり
- 認知症サポーター養成講座として、介護サービス事業者の集まりが福祉劇団を結成し普及啓発

③ 地域支援事業の充実

- 総合福祉センターで行う介護予防事業のメニューを増やす→地域支援事業を選択した利用者に必要な内容を随時増やす(年間計画に組み込んでいなくても、実施できるように柔軟に対応)
- 高齢者とボランティアが一緒に掃除や買物、料理等の家事を行うボランティア活動も用意

④国保診療所の認知症対応機能を強化

- ・診療所に認知症連携担当看護師を配置
- ・地域包括支援センターに認知症連携担当介護支援専門員(兼看護職員)を配置
- ・診療所は、地域包括支援センターに気になる外来受診者の情報を提供
- ・地域包括支援センターは、診療所に訪問や通所事業で把握した外来受診者の情報を報告

2 | 予防モデル事業の実施(平成24年10月~)

予防モデル事業は、総合事業の構成をベースに、専門職による訪問指導を追加して自立支援の機能を強化。総合事業と予防モデル事業を合わせた事業の全体構成は、次のとおりである。

	支援メニュー	実施頻度	1回当たりの時間	利用料金	実施者
予 防 サ ー ビ ス	生きがい教室	週1回	5時間	150円	地域包括支援センター
	はつらつ塾(6教室)	週1回	2時間	150円	地域包括支援センター
	①いきいきサロン ②おとこ料理クラブ ③手作業クラブ ④3B体操 ⑤カラオケクラブ ⑥カントリークラブ				
	水中運動教室	週1回	2時間	月1,500円	スポーツクラブに委託
	運動個別指導	週1回	1時間	150円	地域包括支援センター
	訪問型介護予防指導 ※予防モデル事業により追加	週1回	1時間	無料	地域包括支援センター
サ ー ビ ス 一 生 活 支 援	訪問型生活支援サービス	週1回	30分	150円	介護予防ボランティア
	さくらの会	適宜	30分	300円	有償ボランティアの会 (公費の補填なし)
	シルバー人材サービス	適宜	30分	300円	シルバー人材センター (活動事務費補助)
通 卒 い 業 の 後 場 の	地域デイサービス (30箇所)	月1~2回	2~3時間	無料	社会福祉協議会に委託 (セーフティネット補助金)
	介護予防推進地区活動 (14地区)	月1~4回	2~3時間	無料	介護予防ボランティア

3 | 介護予防ボランティアの活動支援

平成20年度から養成してきた介護予防ボランティアが、養成で終わってしまうことなく、地域での活動に結びつき、その活動が継続できるようにするために、地域包括支援センターは、ボランティア活動の場を用意するとともに、活動後の支援体制を整えている。(養成講座の修了者には、ボランティア活動の意向を確認し、意向のある人を登録。登録は、3つの活動から選択、重複も有り)

■主な活動の場

①「通所型介護予防推進活動」

総合福祉センターの通所型介護予防事業(「生きがい教室」「はつらつ塾」等)に介護予防サポーターとして参加し、運営を補助。ボランティアだけで集いを運営する自信がなくても、スタッフと一緒に取り組むことでボランティア活動に慣れることができる。

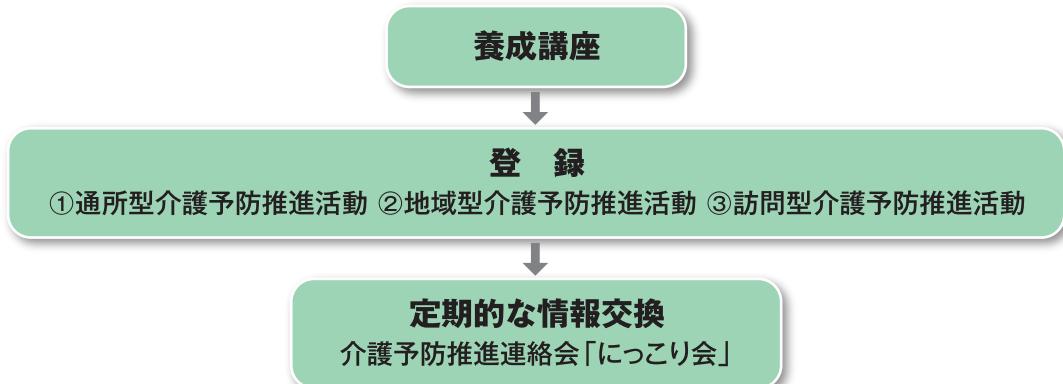
②「地域型介護予防推進活動」

集会所等に高齢者を集めて介護予防活動を展開。地区の高齢者への参加の呼びかけ、集いの企画と運営の全てをボランティアで行う。

③「訪問型介護予防推進活動」

総合事業の支援メニューとして平成24年度に新設。閉じこもりがちな高齢者の自宅を訪問して、買物や掃除などの生活支援を行う。

介護予防ボランティアの養成から活動までの流れ



■地域型介護予防推進活動

32地区中14地区に立ち上がっている。会場は集会所。週1回から月1回まで、会場によって頻度はさまざま。体操やゲーム、手作業など介護予防ボランティアが企画し、運営。

地域包括支援センターは、各会場の実績を把握。(平成24年度:14会場で延べ2,897人の高齢者が参加)

■介護予防推進連絡会「にっこり会」

平成21年2月結成、定例開催。(毎月第4水曜の10時～12時)

養成講座の終了者45名で構成。

主にボランティアの情報・意見交換や学び・振り返りの場。

ボランティア同士で、新メニューを紹介。(運動／脳レク／手芸など)

平成22年度に長崎県知事から会が表彰され、会員の活動意欲が一段と高まっている

■地域デビュー講座

介護予防ボランティア養成講座(平成20年度から地域包括支援センターが実施)を平成23年度から発展させたもの。

社会福祉協議会と共に、団塊世代をターゲットに実施。翌平成24年度からは、健康センターも加わり、3者共催で実施している。計16時間、240人が修了。

II 総合事業と予防モデル事業の予防サービス

1 予防サービス

■生きがい教室(長時間型通所事業)

- ・総合福祉センターの通所事業
- ・対象者は、主として要支援者(予防モデル事業は要介護2まで)、二次予防事業対象者
- ・北部地区、中部地区、南部地区の3地区の対象者に、それぞれ週1回実施
- ・利用料150円(昼食代は別途実費)
- ・昼食付き5時間。共通プログラムと選択プログラムで構成
- ・参加者は、地域の集いにも参加している



一日のプログラム	
9:00～10:00	迎えの巡回バス出発(交通移動困難な方のみ)
10:00～12:00	共通プログラム(① 運動・講話 ② 脳レク・口腔体操)
12:00～13:00	昼食・入浴
13:00～15:00	選択プログラム(手作業・リハビリ・カラオケ・囲碁将棋・習字・グランドゴルフ・映画など)
15:00～16:00	送りの巡回バス出発(交通移動困難な方のみ)

■はつらつ塾(短時間型通所事業)

- ・総合福祉センターの通所事業
- ・対象者は、主として要支援者(予防モデル事業は要介護2まで)、二次予防事業対象者、一次予防事業対象者(閉じこもり、うつ傾向の方等)
- ・6種類のメニューをクラブ活動として用意し、それぞれ週1回(いきいきサロン、おとこ料理クラブ、手作業クラブ、3B体操クラブ、カラオケクラブ、カントリークラブ)
- ・利用料150円(料理クラブの材料代は、別途、実費300円程度)
- ・1回2時間(希望者は、入浴も有り)

〈おとこ料理クラブ〉

主として、一人暮らしの男性が対象。
食生活改善推進連絡会「みどり会」がボランティア参加。
献立、買物は参加者が行う。弁当を作って、カラオケクラブと花見に行くことも。

（カントリークラブ）

主として、閉じこもりがちな男性が対象。
農業の経験や知識のある元気な高齢者が、ボランティアで参加。
休耕田を借りて、野菜を作り、収穫物は直売所で販売(障害のある子ども達と一緒に収穫も)。



■介護予防水中運動教室

- ・民間スイミングクラブに委託
- ・対象者は、主として要支援者(予防モデル事業は要介護2まで)、二次予防事業対象者
- ・週1回、1クール6か月
- ・利用料 月額1,500円(一人当たり1,500円×人数分が委託料)
- ・事業者が、終了者に割引料金で介護予防コースを新設し、希望者はスイミングを継続している

■運動個別指導

- ・総合福祉センターの通所事業
- ・対象者は、主として要支援者(予防モデル事業は要介護2まで)、二次予防事業対象者
- ・週1回、1クール6か月
- ・利用料 150円
- ・スポーツジムの健康運動指導士が指導
(このスポーツジムでは、終了者に1回500円の介護予防コースを新設し、希望者は通っている)

■訪問指導(予防モデル事業)

- ・地域包括支援センターが、理学療法士、作業療法士と同行訪問
- ・対象者は、主として要支援者(予防モデル事業は要介護2まで)、二次予防事業対象者で、介護サービスの訪問リハ、通所リハ、訪問看護ステーション(リハ職訪問)を受けていない人
- ・利用料は無料
- ・リハ職による動作のアセスメント、住環境評価、動作上の工夫などのアドバイスを実施

2 | 生活支援サービス

■訪問型生活支援サービス

- ・介護予防ボランティアが行う生活援助(高齢者と一緒に行うものに限る)
- ・対象者は、主として要支援者(予防モデル事業は要介護2まで)、二次予防事業対象者
- ・利用料は、300円(町の補填200円と合わせて、1回当たり500円がボランティアの対価)
- ・利用回数は週1回まで。1回当たり60分程度
- ・地域包括支援センターのアセスメントと地域ケア個別会議で、必要性を判断

■さくらの会

- ・生活援助を住民有志で行うボランティアの会（社会福祉協議会が立ち上げ支援）
- ・対象者は、要介護認定の有無にかかわらず、一人暮らしや高齢世帯などで、家族による支援が受けられない人
- ・利用料は、300円（町の補填無し）
- ・1回当たり30分程度。利用回数の制限無し
- ・家事だけでなくお墓参りなど、利用者が困っていることに対応（介護サービスでの隙間を埋めるもの）

■シルバー人材センター

- ・シルバー人材センターの生活援助
- ・対象者は、高齢者全般
- ・利用料は、300円（シルバー人材センターの事務費は町が補助）
- ・1回当たり30分程度。利用回数の制限無し
- ・庭の草取り等の外仕事に対応することが多い

3 まとめ

■介護予防ボランティアの活動支援は、ボランティア自身が活動の意義を見失わないような支援が大切

- ・活動を継続するうちに、活動のマンネリ化など行き詰まる局面にぶつかる。
 - ・いつも同じ顔ぶれで考えていると、自分たちの活動を客観的にとらえることが難しくなる。
- ↓
- ・ボランティアが互いに情報や意見を交換する場、困り事を相談する場が必要＝連絡会の定期開催。
 - ・他の市町村の取り組みなど、広域の情報を知る機会が必要＝県のボランティア交流集会。
- ↓

こうした過程を経て、ボランティアの活動への意欲や地域づくりの意識とスキルが向上。

【ボランティア活動内容】

- 1.地域内に声かけ・参加呼びかけ
- 2.教室メニューの検討・教室運営
- 3.地域包括支援センターへ活動内容の報告

【行政スタッフ支援内容】

- 1.教室初回時、開催目的・介護予防について説明
- 2.数回、教室の状況により運動指導・ボランティア支援実施
- 3.体力測定・アンケート集計
- 4.ボランティアと連絡調整、教室の開催状況確認・相談支援

【教室の効果について】

- 1.地域の実情に合わせた教室の展開ができる
 - 2.教室後のフォローがしやすいので継続参加や見守り体制につながる
 - 3.最寄り会場で実施されることにより参加しやすい
- 4.転入者の地域参加のきっかけとなり、地域内交流の場となっている
 - 5.教室が開催されることで地域内で介護予防活動の理解が深まる

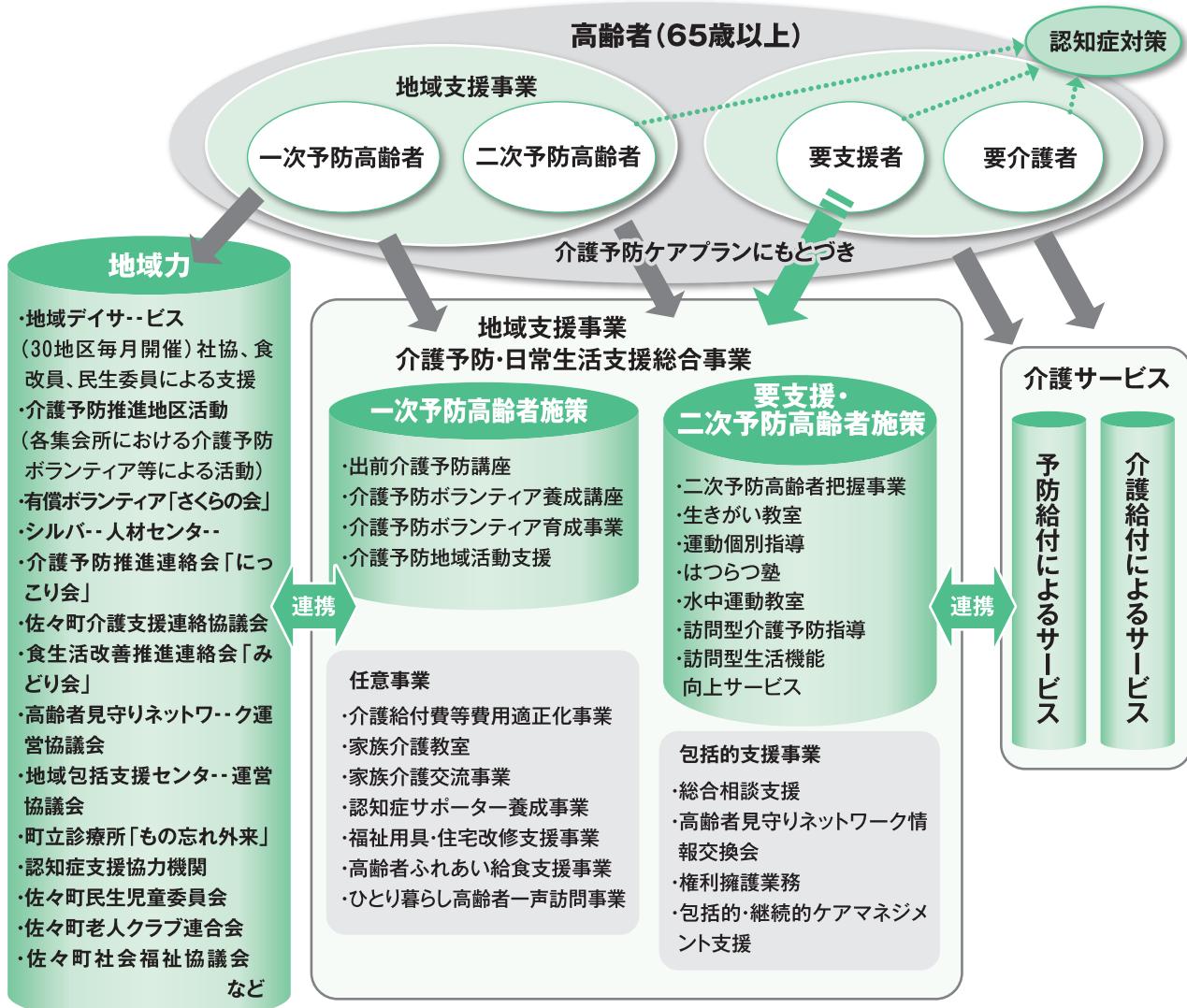
■予防モデル事業で総合事業の機能強化を図ったことによる効果

- ・リハ職の訪問による動作のアセスメントや生活環境調整により、高齢者の持っている力を発揮できるような具体的な介入が可能になった。
- ・リハ職のアセスメント結果を個別地域ケア会議にフィードバックすることで、地域包括支援センターや通所スタッフのスキルアップにつながり、通所事業の内容に反映された。
- ・特に、要支援者は、通所事業の場面では問題なさそうに見える人でも、訪問すると、やりにくくなっている生活行為があった。（上がり框の上がり降り、コードなどつまづきやすい床の上の物、不安定な家具を支えに立ち上がっているなど）
- ・現行の総合事業では、訪問型介護予防サービスとして位置づけられているのは訪問介護であるが、要支援者には、アセスメントと環境調整を主体としたリハ職等による訪問指導が必要である。

■今後の課題

- ・生活支援サービスとして、介護予防ボランティアの訪問活動を用意し、近隣のボランティアで支えられるようにしたが、有償ボランティアの「さくらの会」やシルバー人材センターの方が知られているため、介護予防ボランティアの生活支援を希望する人はほとんどいなかった。
- ・リハ職と地域包括支援センターの同行訪問を継続するための、リハ職確保が課題。（予防モデル事業では、長崎県広域地域リハセンターの協力により20km離れた場所から、リハ職の派遣協力を受けたが、身近な場所にいるリハ職との連携が必要）

佐々町の高齢者の支援体制



佐々町の取組のポイント

- ・保険料の上昇要因を分析し、対策を具体化。(要支援者等の主訴の把握と介護サービスの必要性の判断、地域支援事業を充実させ選択肢を拡大、地域包括支援センターの訪問で生活行為の支障を把握)
- ・対象者の支援ニーズに応じて通所事業のメニューを柔軟に拡充。(短時型、長時間型、スイミング、男性の料理クラブ、野菜作り)
- ・介護予防ボランティアの活動の動機付けと後方支援。(町の介護保険の実状を伝え施策ビジョンを示す、協力を呼びかけ実践につなぐ、活動が楽しくなる仕掛け、月1回の連絡会、県のボランティア交流会で活動の意義を再確認、知事表彰)

北海道 下川町の取り組み

1

取り組みの背景

■下川町の特徴

下川町は、旭川市の北100kmに位置し、11月下旬から降り積もる雪は、やがて根雪となり4月中旬までの約半年間、町を覆う。積雪期間の高齢者の安否確認と除雪に、町は、さまざまな対策をとっている。介護保険財源（地域支援事業）と一般財源を組み合わせて、高齢者の支援体制を築いてきたが、もう一歩進んで重度化を予防する取り組みや生活支援サービスの充実を図るために、市町村介護予防強化推進事業（以下、「予防モデル事業」）に参加することにした。

これまでの高齢者の主な支援体制は、次のとおり。



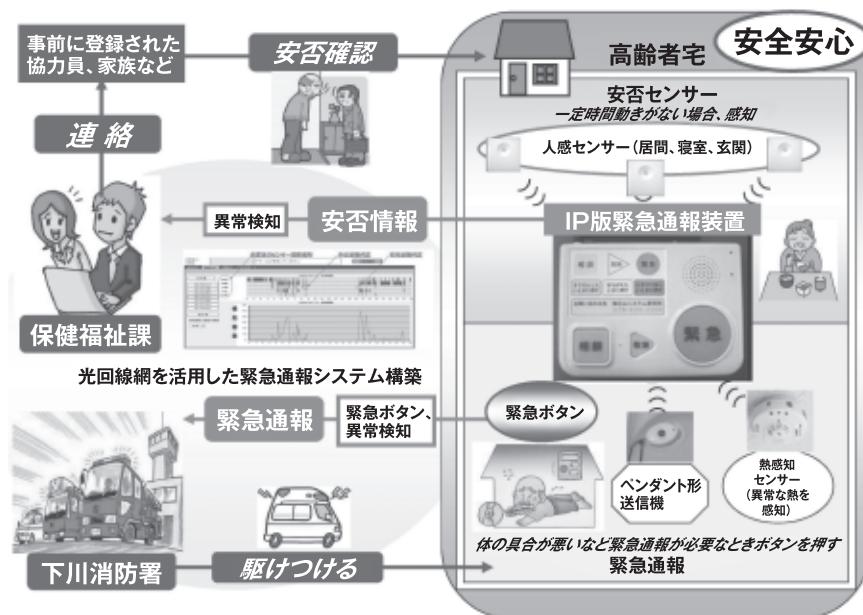
1 安否確認システム「人感センサー付緊急通報装置」

人感センサーは、光回線を用いた自動通報装置。光センサーで人の動きを感じ。起床時間帯の4時30分から8時30分と就寝前の時間帯16時から20時に人の動きが感知されない場合に、役場の端末に信号が送られ、端末のそばにあるパトライトが点灯し、パソコン画面に対象者の氏名・住所が表示される。役場が本人に電話をかけても出ない場合は、地区の見守り協力員に連絡し、自宅を訪問してもらい安否を確認する。ITと人の見守りの組み合わせだ。

平成23年度から、総務省の地域情報通信基盤整備推進事業と北海道の介護支援体制緊急整備等臨時特例交付金を活用して設置を開始し、平成25年度までに125世帯に設置している。通報装置には、高齢者がSOSを発信するためのコールボタンとガス・熱感知の機能も付加されている。これまでに、浴室と玄関先で倒れているところを発見された例が2件ある。

システム導入費は、3,335万円、保証期間終了後の保守管理費は年間約400万円（一般財源）の見込み。

高齢者見守り事業（光回線網を活用した安否センサー付緊急通報システム）



2 | 地域おこし協力隊

地域おこし協力隊は、平成21年からスタートした総務省の事業。自治体が、都市の若者などを住民として迎え入れて、地域おこし協力隊員に委嘱するとともに、将来の定住・定着に向けて財政支援を行い、農林漁業などの就労や住民の生活支援などを担ってもらうもの。

下川町には、平成22年度から7人（男性30歳代3人、男性20歳代1人、女性20歳代3人）の隊員が移住し、一の橋地区（世帯数63、住民数87人うち高齢者40人の限界集落）で、さまざまな活動に取り組んでいる。その一つが、モーニングコールによる安否確認である。一の橋地区63世帯に行政情報告知端末（文字情報が表示される電話機）が設置され、隊員のパソコンにつながっている。隊員は、毎朝、7時30分に文字情報のメッセージを配信（「おはようございます。今日もお変わりありませんか」など）。メッセージを読んだ高齢者が電話機のコールボタンを押すと、隊員のパソコン画面上の世帯一覧に自動的にチェックがつく。8時30分までにチェックがつかなかった世帯は、隊員が電話や訪問で安否を確認する。高齢者は、この端末を使って、隊員に除雪などを依頼することもある。



3 | 町立特別養護老人ホームによる在宅支援体制

下川町の介護サービスは、民間事業者の参入が少ないため、町立特別養護老人ホーム（以下、「特養ホーム」）に居宅サービス（デイサービス、ショートステイ、居宅介護支援事業所）を併設して供給体制を整備している。訪問介護事業所は、社会福祉協議会の1事業所があるのみである。

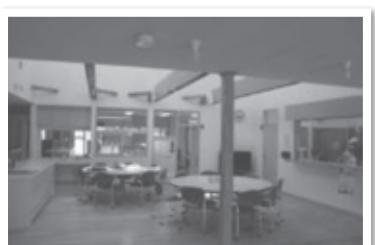
介護サービス以外にも、特養ホームに生活支援ハウスを併設しており、18戸の居室（うち夫婦居室が2戸）は満室状態である。生活支援ハウスを利用しているのは、一人暮らしや夫婦二人暮らしを続けてきた高齢者である。生活支援ハウスは、毎年、積雪の時期を迎えるたびに、一冬を越すことができるかどうか不安を抱える高齢者にとって、安全な環境に身を移すための選択肢の一つである。



▲生活支援ハウス

4 | 住み替え

生活支援ハウスに移った高齢者が、不安感から解放されて元気になっていた経験から、町では、平成23年に、共生型住まい「ぬく森」を開設。1ルーム居室が13戸、一日3食（1食300円）の賄い付きで、食堂で一緒に食べる。居室利用料は月額2万円、電気、水道、電話料は個々に契約し、11月～4月の暖房料は実費負担。栄養のバランスの取れた食事が食べられるようになり、入居者は元気になり、「ぬく森」周辺の雪かきができるようになる人もいる。



▲共生型住まい「ぬく森」

さらに、平成25年度には、前述の地域おこし協力隊が活動する一の橋地区に「集住化住宅」が完成。集住化された住宅群「コレクティブハウス」22戸に、住民が集う拠点「一の橋住民センター」も設置。これらの施設と障害者支援施設「山びこ学園」などに熱源を送る「地域熱供給施設」（木質バイオマスボイラー）が整備され、各施設は、屋内廊下で接続され、雪を気にせず住民が行き来できる。これらの事業は、内閣府の環境未来都市先導的モデル事業補助金等を活用し、「一の橋地区バイオビレッジ創造事業」として展開している。



▲一の橋地区のコレクティブハウス

5 助け合いチーム

平成16年度から17年度にかけて、社会福祉協議会の呼びかけで、助け合いチームが作られた。18自治区のうち14自治区に誕生しており、各自治区の役員を中心に、高齢者の食事会や見守り活動が行われている。



6 安心支えあいネットワーク

町内で発生した悪徳商法被害をきっかけに民生委員が取り組んでいた見守りネットワークづくり。これに地域包括支援センターが加わり、平成20年度に「安心支えあいネットワーク」が始まった。虐待や孤立死予防、認知症の高齢者など、見守りが必要な高齢者等のための支援体制づくりを話し合う場である。

民生委員や自治区、介護支援専門員、行政などが、定期的に集まり、商店等に不審情報の通報を呼びかけ、支え合いステッカーを店先に掲示してもらうようにしたり、住民への啓発のための研修会を開催したりしている。こうした取り組みにより、地域から気になる情報が地域包括支援センターに集まりやすくなった。



7 | 外出支援(予約型乗合タクシー)

タクシー車両を使って利用者の自宅から目的地までを相乗り送迎するもの。町営バス路線の再編によって生じた交通空白地区の代替輸送として、平成24年10月から「良いとも(いいとも)タクシー」を運行。料金は、片道が大人1人200円から300円、小学生半額、乳幼児は無料。地域公共交通確保維持改善事業(国土交通省補助金)を活用し、1/2補助。



2

モデル事業の工程

工程表は、本事業を準備期、開始期、終盤期の3期にわけて、下川町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
下川町	保健福祉課	予算	補正 H25要求						H26要求															
		新設支援メニューの構想・企画・要綱作成	課内打合																					
		ふまねっとサポーター養成	講座						講座															
		介護予防ボランティア養成・運営会議																			講座			
		住民への広報・周知													ホームページ									
下川町	地域包括支援センター	福祉用具貸与・購入補助																						
		次年度事業計画・継続性の確保	課内打合 運協						総計ローリング															
		目的・めざす姿の明確化																						
		関係機関調整・団体説明																						
		リハ職確保	打合せ																					
下川町	サービス提供者	対象者への声かけ	個別随時																					
		初期集中訪問指導																						
		ケースカンファレンス(多職種)																						
		利用者のケアマネジメント																						
		新設メニュー委託先との連絡会	説明																					
下川町	生活支援ハウス	実施評価・次年度計画																						
		委託先選定							打合委託															
		内容説明・実施体制準備																						
		悠湯事業(ゆうゆうクラブ)																						
		実施サポート																						
下川町	ボランティア団体	利用者評価							事前・事後随時(包括主体)															
		ふまねっと受講者活動支援																						
		ハッピーふまねっとクラブ立ち上げ																						
		ふまねっと例会・出前講座実施																						

I 保健福祉課(地域包括支援センター)の動き

予防モデル事業は、直営地域包括支援センターの保健師と社会福祉士、事務職の3名が、事業の企画から実施、予算までの全般を担当した。

		下川町地域包括支援センター											
		常勤職員			予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)								
		地域包括支援センターの基本情報	保健師	社会福祉士	主任介護支援専門員	0人			49件／月 (17件／月) (平成24年度実績)				

1 事業の準備

①既存事業の見直しと再構築

既存事業には、次のような課題があった。

1)生きがい活動支援通所事業(町の一般財源によるデイサービス)

- ・町立通所介護事業所に委託。通所介護の利用定員の範囲内で事業を実施しているので、要介護認定を受けていない人と受けている人の両者が混在し、一律に6時間の“お預かり”型の通所が行われている。
- ・認定を受けていない人の受け入れは、利用定員の空き状況に左右される。

2)生活支援ハウスの入浴設備

- ・各居室に浴室があるので、共用の浴室は使用されていない。

これらの課題を踏まえて、予防モデル事業の組み立てを行った。

1)通所事業

●短時間の運動プログラムを主体とした通所

- ・介護予防ボランティアが運動指導を行う。(運動メニューとして、「ふまねっと^(注)」を実施)
- ・“卒業”は設定せず、定期的に身体を動かす場として継続的に参加してもらう。

●入浴と体操を組み合わせた通所

- ・風呂準備がしづらくなっている一人暮らし高齢者等の通所。
- ・入浴だけでなく、体操などの運動プログラムを実施。

2)初期集中訪問指導

- ・IADLに支障をきたしたはじめた早期の段階で、保健師、作業療法士等が、訪問によりアセスメントを行い、自立支援のための具体的なアドバイスや環境調整を行う。

②介護予防ボランティア(ふまねっとサポートー)の養成

「ふまねっと」は住民の自主活動として取り組みやすいと考え、「ふまねっと」の指導役となる住民ボランティアを養成するふまねっとサポートー養成講座を平成24年度に開催した。

予防モデル事業の開始に合わせて、15人(33~77歳)が、サポートーの第一期生として誕生。第一期生は、自主的に週2回の実践練習を重ね、老人クラブで体験会を開くなどの活動を始めている。平成25年度に第二期生を養成し、ふまねっとサポートーは32人になり、「下川ハッピーふまねっとクラブ」が立ち上がり、予防モデル事業の週1回の通所が、同クラブの実践活動の場として定着。この他にも、町内6か所の地域サロンや老人クラブにも指導に出かけている。

③作業療法士の確保

下川町内には、リハ職のいる医療機関・介護サービス事業者は無い。隣接した町の総合病院に、近隣市町村が共同で理学療法士を配置し、各町の保健事業に月2回程度の派遣を受けている。下川町では、元気教室(前身は機能訓練事業)と訪問リハビリに対応。

予防モデル事業では、生活行為の評価と具体的な解決策を提案する職種として作業療法士を求めたが、近隣の医療機関では見つからなかった。そこへ、北海道作業療法士会の協力により、旭川から作業療法士が月に1~2回来てくれることになった。

注)「ふまねっと」は、50センチ四方のマス目状の網を床に敷き、網を踏まないように足下をよく見てリズミカルに歩く運動で、北海道を中心に広まっている。

II 実際の取り組み

1 通所事業

■ふまねっと・サロン

平成24年8月 《準備期》

住民主体の運動の場を町内に増やすことを念頭に置いて、「ハッピーふまねっとクラブ」に、週1回の集いの運営を任せ、一回当たりのプログラムの内容や流れを企画・準備してもらった。



平成24年9月 《開始期》

当初の参加者は、要介護認定を受けていない人を中心に、8人程からスタート。その後、徐々に、参加者が増え、毎回、25人程度の高齢者が参加。(要支援者5人、要介護者6人を含む)運営は、下川ハッピーふまねっとクラブが行う。

■悠湯事業(ゆうゆうクラブ)

平成25年4月～《準備期》

風呂の支度がしづらくなったり、自宅浴室が寒いなどの理由から、町立温泉施設を利用している高齢者は少なくない。しかし、そこにも行かなくなり、入浴動作はできるものだんだんと入浴しなくなっていく人がいる。こうした人のために、入浴機能を付加した通所事業を用意。デイサービスの入浴設備でなくとも家庭の風呂での入浴が可能な人を対象に生活支援ハウスの共同浴室を使用できるよう、施設を管理する町立特養ホームと調整した。

平成25年6月～《開始期》

週1回実施。対象者は、地域包括支援センターがアセスメントにより判断。二次予防対象者:3人、要支援2:2人が利用。入浴後に、簡単なストレッチや筋力をアップする体操を実施。送迎あり。(利用料金:1回300円、送迎料金200円)



▲生活支援ハウスの浴室



▲体操プログラム

2 初期集中訪問指導

平成24年10月～

作業療法士が地域包括支援センターと同行訪問し、その結果を初期集中評価会議(ケースカンファレンス)で報告。これにより、家事などのIADL評価と住環境の調整、改善可能性の見極めを行うことが可能となり、要支援者等が自立できることが増え、自立支援が目に見えるようになった。



初期集中訪問指導(作業療法士による二次アセスメントと指導助言)



初期集中評価会議(ケースカンファレンス)



目標達成(畑の再開)

3 生活支援サービス

下川町では、社会福祉協議会や高齢者事業団が家事援助や配食等の生活支援を実施。(表のとおり)

また、要介護認定を受けていない高齢者に、一般財源で手すりの設置などの簡易な住宅改修事業を行ってきたが、福祉用具は、保険給付のみの対応であった。これまでに、歩行補助具を使用したい理由で要介護認定を申請する人もあったため、予防モデル事業では福祉用具の貸出と購入助成も事業で実施することとした。貸し出し品目は、歩行器と杖に限定し、7名が利用。購入助成は、入浴用椅子や浴槽取り付け手すりなど入浴用具に限定し、5名が利用。

支援メニュー	既存／新設の別	実施者	自己負担	上限設定有無	特徴
毎日の家事 週単位の家事	既存	社会福祉協議会	253円/回 205円/回	週3回まで	介護保険の身体介護は不可
不定期の家事(重い物の移動等)	既存	高齢者事業団	900円/1h	なし	15分刻み利用可
外出支援	既存	社会福祉協議会	290円～ 950円/回	町内・隣市へ 通院のみ	——
良いともタクシー (予約型乗合タクシー)	既存	タクシー会社	200円～ 300円	なし	利用登録制 運行ルート設定あり
配食	既存	社会福祉協議会	300円/1食	週3回まで	町内店弁当配達
安否確認	既存	町・町内会等	なし	独居等	人感センサー付き 緊急通報装置 ・助け合いチーム
除雪	既存	社会福祉協議会	4,000円/ 1シーズン	12,000円分 までの補助	業者に情報通報 協力依頼
短期入所	既存	町立特養ホーム	2,400円～ 3,230円/日	年間14日以内、 1回7日	——
住宅改修	既存	町保健福祉課	改修の1割	20万円まで	バリアフリー改修

3 まとめ

予防モデル事業をきっかけに、下川町が実施している事業(地域支援事業、町独自事業)や資源を見直し、不足している点や改善が必要な点を明らかにし、再構築した。

再構築した自立支援の枠組み

- できなくなっている生活行為の要因分析と具体的な解決策の実行・検証
→地域包括支援センターとリハ職の同行訪問、多職種協働の地域ケア個別会議
- 途切れのない支援体制の構築
→サービスの隙間を埋めるために必要な生活支援の新設
(例えば、入浴サービスを受けるほどではないが、自宅で入浴しなくなっている人の支援)
- 住民の自助互助の促進
→ボランティア等の育成と活動支援

■取り組みの結果

●できなくなっている生活行為の要因分析と解決策

・地域包括支援センターが、対象者の生活全体を見渡して難しくなっている生活行為を明らかにし(一次アセスメント)、リハ職等の専門職がその要因分析と改善可能性の見極めを行うことにより(二次アセスメント)、自立支援の見通しが立てやすくなった。(特に、作業療法士が介入すると、できる部分を見つけてはたらきかけるので、意欲や自信をなくしている人を自立に向けて後押しすることができた。=〈例〉畑仕事の再開)

●途切れのない支援体制

- ・短時間通所事業(ゆうゆうクラブ)は、介護予防事業の機能向上プログラムだけでは足りなかった隙間を埋めるメニューになった。(自宅の浴槽が深いために、また動作が難しくなり、湯船で身体を温めることができなくなっている人は、特に冬期の入浴に困っていた。デイサービスの入浴でなくても、生活支援ハウスの浴槽であれば、問題なく自分で出入りできる。運動プログラムも併せて行うので、身体が楽になったと、利用者から好評であった)
- ・歩行器等の移動補助用具の貸し出しと浴槽手すり等の入浴補助用具の購入助成により、要支援認定の申請をしなくてすむ人があった。(福祉用具の必要性の判断と用具の選定は、作業療法士が行った)
- ・地域おこし協力隊が一の橋地区で運営をはじめた「地域食堂」が、配食サービスに協力してくれるようになり、町の中心部から離れた地区にも暖かい食事を届けられるようになった。
- ・要介護1及び要介護2の人は、介護サービスにつなぐことになった。(主な理由:週1回の通所事業では足りない、家族が介護サービスの“お預かり”を望む等)

●住民の自助互助の促進

- ・ふまねっとサポーターの自主活動が定着。(養成段階で、自主活動をめざしていることを明確に伝え、養成後は、企画運営を任せ、定期的なミーティングを開くなど、手を出しそすぎず、引きすぎずの関わりが大切)

■今後の方向

- ・ボランティアポイント制度の導入により、活動的な高齢者を増やす。(下川町では、“介護予防アクションポイント”と名付け、平成26年度から実施予定)
- ・ボランティアの層を厚くする。(地域おこし協力隊、ふまねっとサポーター以外にも、住民の参加の機会を増やす)
- ・町の健康づくりプロジェクトで、管理栄養士のレシピを飲食店が作るヘルシーメニューの普及をはじめたところ。これを、高齢者の配食サービスに活かせるようにする。
- ・共生住宅「ぬく森」で、栄養士の作る食事を食べることができるが、周知しきれていないこともあり、これまで利用が進んでいない。今後、自治区単位のお試し食事会を企画するなどの利用促進を図る。

下川町の取組のポイント

- ・積雪期間の対策を工夫し、“暮らし”の継続性を高めている。(ITと住民の関わりを組み合わせた安否確認、集住化など住み方の選択肢を用意)
- ・個別事例から見えてきた支援ニーズに対して、現行サービス・事業がカバーできていない点に着目して、新メニューを開発。(サービスの隙間を埋める発想、遊休設備の活用、住民参加の仕掛け)
- ・作業療法士を活用し、高齢者が有する能力を發揮できるように具体的に支援。(役割づくり、意欲を高めるはたらきかけ)
- ・小規模自治体の強みを發揮。(きめ細やかな対応、顔の見える関係づくり、全庁的取り組み)

座談会

～予防モデル事業に取り組んだ自治体・地域包括支援センターの声～

予防モデル事業では、2年目に入って、アンケートで13自治体の担当者及び地域包括支援センター職員の声を拾い、その声を座談会でさらに深めた。座談会は、自治体の規模別と地域包括支援センターの形態別（直営、委託）に分かれて行い、それまでの予防モデル事業を振り返りながら、それぞれのテーマについて活発な意見が交わされた。

座談会の開催日：平成25年12月17日（火）厚生労働省会議室

出席者：13市区町村32人、地域包括支援センター16人

I 市区町村

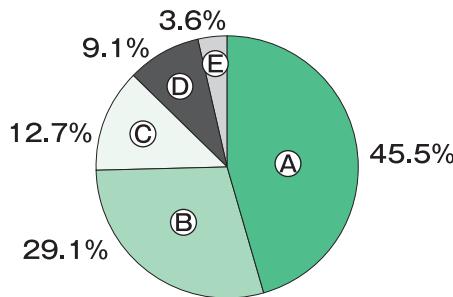
座談会 テーマ

- 1 地域包括支援センターとの関わりを増やすために工夫したこと
- 2 行政課題を具体的に把握する上で、どのようなことが有効だったか

アンケート結果より

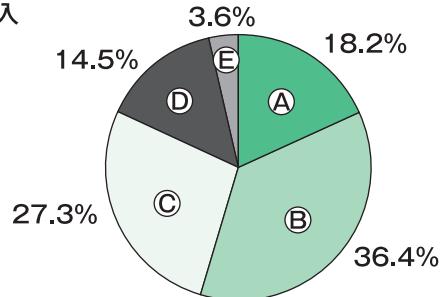
◆地域包括支援センターとの関わりについて、もっとも近いものを一つ選択してください。

- A:これまで十分な関わりあり
- B:関わりの量・質のいずれも変化
- C:関わりの量または質が変化
- D:その他
- E:未記入



◆高齢者施策や地域づくり等に係る行政課題の把握・整理について、もっとも近いものを一つ選択してください。

- A:これまで十分に把握・整理
- B:課題がより明らかになり、企画化へ
- C:課題整理により考えやすくなった
- D:その他
- E:未記入



都市部（抜粋） 世田谷区・荒川区・和光市・岡山市

■地域包括支援センターとの関わり

□司会（世田谷区）：最初のテーマは、地域包括支援センターとの関わりを増やすために工夫したことです。上手く関わりが取れた地域と、そうではない地域があると思いますので、その辺りを含めた話を聞いていただければと思います。

◇世田谷区：地域の資源を活かして新しいサービスをつくるには、相当な工夫が必要です。予防モデル事業は、地域のことを一番良く知っている人が携わり、日頃住民の皆さんと顔の見える関係がある人たちを中心に動けるように、世田谷区では、地域包括支援センターに全てを委託しました。元々、区と地域包括支援センターは、月に1回のスキルアップ会議や区の保健師の巡回など、関わりのベースがあります。その上で、本当に密に連絡を取り合いました。例えば、事業を具体化するために、区が、要支援1から要介護2までの対象者を、どのようにリストアップして事

業の案内をするかという細かい点も、全て地域包括支援センターと相談しながら進めました。事業の立ち上げまでは、月に1回か2回程度、立ち上げてからは2週間に1回程度、4か所の地域包括支援センターと区が集まって、国や区に提出する書類の流れの整理なども細かく打ち合わせをしました。また、打ち合わせの他にも、メールや電話で頻繁にやりとりをしました。

◇**荒川区**:区が事業構成を企画して、地域包括支援センターが対象者に参加の呼びかけを行うというように分かれていたので、参加者がなかなか集まらず、地域包括支援センターは連携が取りづらい部分があったと思います。企画の段階から、地域包括支援センターとしっかり話し合っていたら、もっと上手く事業を実施できたと感じています。

◇**和光市**:元々、連携は取っていました。ケア会議が月に5回あり、そのときに地域包括支援センターといつも会議の中で話をしていました。あとは地域支援事業の中で、こういった事業があると良いということも地域包括支援センターから上がってくると、毎年少しずつ変えるということも繰り返し行ってきました。そんな中での予防モデル事業だったので、今回の企画に関しても、こういったものがあると良いというものを一つずつ整理しながら進めました。

◇**世田谷区**:地域包括支援センターの設置法人が13法人あって、社会福祉法人がほとんどですが、1か所だけの法人もあれば5か所持っていることもあります。一堂に集まつもらることは、日程調整上無理なので毎年、年に2回程度、区の課長と担当係長と担当者が、各法人をまわっています。法人の理解を得ないと人員配置の体制などを取ってもらえないで、そういうことを元々行っています。今回の予防モデル事業も、もちろん法人に先に話をして、その後から地域包括支援センターに話をする流れでした。

◇**岡山市**:地域包括支援センターの設置法人は、公益法人の岡山市ふれあい公社一つだけですが、1か所の地域包括支援センターが5~6中学校区を担当しています。公社に総センター長がいて、センターにもそれぞれの長がいる、という体制になっています。市は、各地域包括支援センターと月1回のケース検討会議、それぞれの長が集まる会議や担当者会議に出向いて行って、連携を取るようにしています。予防モデル事業は公社に委託して、1か所の地域包括支援センターの担当地区で行いました。通所事業にかなり人手が必要と考えたので、地域包括支援センターの通常業務の中で行うのは少々難しいということになり、公社が、事業のために専任スタッフを雇って、地域包括支援センターから2名を加えて実施体制をつくりました。でもそうすると、普段の地域包括支援センターの業務の流れの中で、担当ではない職員は、なかなか現場を見に来ないという状況になり、予防モデル事業の側も、こういうことをやっているという連絡をするぐらいになっていたかと思います。地域包括支援センターは、小学校区に1人地区担当職員がいて、予防モデル事業の利用者のマネジメントに入ってもらって、一緒に調整しながらやってはいました。ですから、関わった人には、事業の内容がわかるということにはなっていると思います。今後はそれを広げていく予定ですので、全体の地域包括支援センターで同じような形で進めていけたらと思います。

◇**世田谷区**:それが上手くいきだしたら、やりやすいですよね。

■行政課題の把握と施策化

□**司会(荒川区)**:2つ目のテーマは、行政課題を具体的に把握するうえで、どのようなことが有効であったかです。

◇**岡山市**:ケース会議で、一人ひとりの事例を通して、具体的に足りないサービスなどを把握していくことが一番だったと思います。また、事例検討から見えてくる課題を抽出する力が必要かと思います。そのために市は、現場の問題を共有していかないといけない。

◇**和光市**:個別ケースを通じて地域の課題を抽出しています。今回の予防モデル事業では、ケース検討という形で、プランを立てて、中間評価をして、最終評価をして、次の行き先などを何回か会議にかけています。その中で、プランの修正で済むこともあるれば、地域の資源が足りない部分については、市役所に持ち帰って、第6期計画に反映させるかを話し合っていくような感じで、一つひとつ積み重ねています。

◇**世田谷区**:和光市は、以前から地域ケア会議で個別事例を全数検討していると聞いていますが、日頃からそういう中で行政課題を常に抽出しているのですか?

◇**和光市**:毎回常に抽出して、市独自のサービスを創設してきたなど、積み重ねて行ってきて、基盤整備もそれにのつって行っている部分もあります。今回の予防モデル事業で始めたのではなく、これまでの延長線上に今回の事業の評価や会議があるという感じです。

◇**世田谷区**:世田谷は人口が多いので、施策化するときに、一つの課題に対しても、16万の高齢者の暮らしに、ある程度均等に恩恵があるようにするとなると、かなりの財政規模になるため、実現するまでがものすごく大変です。行政課題として上がったものから施策化するところの難しさ、という点はいかがですか。

◇**和光市**:難しいことは、難しいと思いますが、和光市は在宅重視という市の方向性が決まっていて、施設整備といつても特養や老健を1か所ずつで、これ以上増やさない方針が出ています。ですから、その在宅重視に伴う、市がやるべきサービスということを重点に置いて考えることができます。例えば住宅改修に関しては、市が上乗せで50万円出しています。というのは、定期巡回で家の中に出入りすると、同居のご家族の睡眠の妨げになるというようなときに、お部屋のそばに玄関をつくる場合は、介護保険給付で対応できないので、市の独自の住宅改修で対応するといったようなことを施策としてやっています。それは地域包括支援センターから、定期巡回で夜中に部屋に入る必要があるのにそういう理由で使いたくないと言われている、拒否されているという話から、玄関がもう一つあつたら良いのではないか、というような話になります。市として、定期巡回を推進する方針ですので。

◇**荒川区**:地域ケア会議の中でそのような意見が出てくるのですか?

◇**和光市**:地域ケア会議は、限られた時間である程度やらなければならないので、そういうところまで意見は出ませんが、その後に地域包括支援センターから相談がきたり、こういうのがあったら良かったということを話し合ったりしながら、施策に反映していくという感じです。

◇**岡山市**:情報を集積していくということですね。市全体がそれに向けて動いているのを良いと思いながら聞いていっているのですけれども。私たちも定期巡回を進めたいと思っていても、所管課が違うので。

◇**荒川区**:私たちは、和光市から学んで、去年からケア会議を実施し、そこで課題が上がっています。例えば、通いの場に行くのに移送手段が無いことや閉じこもりの方々や認知症の方々などの対策など。ただ、それを施策にするという段階にはまだ至っていない状態で、それは今後の課題となっています。元々、地域包括支援センターや介護予防というのは、高齢者福祉課で担当していましたが、去年から予防モデル事業や総合事業を介護保険課で担当することになり、2つの課にまたがってしまっているのが現状で、いろいろとうまくいかない部分もあります。

◇**岡山市**:岡山市もそうなのですが、高齢者福祉課が地域包括支援センターや介護予防センターを所管していますので、予防モデル事業も担当しましたが、介護保険課があり、事業指導課があり、政策推進課があり、一つのことでもものすごく多課に分かれています。例えば、認知症支援をしようと思ったら、本当にいろいろなところが入らな

いとできないのですが、話し合う場をなかなか設けられない状況です。それに、地域包括支援センターと保健所がそれぞれ同じように一つの地区のことを担当しているのですが、上手くつながっていなかったりという現状があります。

◇**荒川区**:例えば、通いの場が月1しかない、そこに行くのが大変という課題があります。どこに何があるのかをきちんと拾い上げて、つなげられるような情報収集をするというのは大事だと思いますが、これまで収集した情報の集約があまりできていなかったと思いました。やっぱり資源マップはつくるべきなのでしょうね。

◇**岡山市**:社会資源をマップに落としましたが、さらに、もっと具体的に、どういうものが、どういう活動をしているのかを把握しないといけなかったと思います。そうすることで課題を見つけられるチャンスがあったのに、なかなかそれができなかったと感じています。今、地域の資源マップはそれぞれの地域包括支援センターでつくるようしています。公民館やサロンなど、エリアを担当していても活動に関わっていなかったら地域包括支援センターも知らない。サロンは小さな地域で、といわれていることは、大切なことだと思います。

◇**世田谷区**:地域づくりや介護予防の第一歩というのは、平成18年に地域包括支援センターができたときに、保健師が担当課に10人集められて全面的に地域包括支援センターを支援しました。そのときに地域資源の把握がまず必要だからということで保健師が主導する形で資源マップをつくり、その後も地域包括支援センターごとにマップづくりをしています。地域資源の把握は、こうしてベースができていたかと思います。把握した行政課題を施策化する点で、自治体の状況の違いがあります。今回の予防モデル事業に関しては、そのモデルで何をするかという段階で、まず2週間に1回のペースで地域包括支援センターと現時点の課題を話し合い、モデル事業に参加する人をどう繋ぐかという話の中から、何があればできるか、その地域の中で使える資源、例えばある地区には地域貢献に積極的な大学があるので、そこと一緒に何かできたら良いかなと。そういう地域の特徴を踏まえた話し合いを一緒にする中から見えてきたのも、地域包括支援センターとの話し合いでました。それに、この事業に限らず、月に1回のスキルアップ会議の中で、グループワークをして日頃抱えている課題は何か、今度は第6期計画策定に向けて、地域包括支援センターにアンケートをとって、その意見を聞く場をつくったりもしています。

地方の市部（抜粋） 神栖市・生駒市・いなべ市・大牟田市

■地域包括支援センターとの関わり

□**司会（いなべ市）**:最初のテーマは、地域包括支援センターとの関わりを増やすために工夫したことです。それぞれの進め方でいろいろな工夫があったと思いますが、神栖市さんから発言いただけますか？

◇**神栖市**:直営の地域包括支援センターなので、自分たちが予防モデル事業だけではなく介護予防事業の教室の運営や総合相談、地域包括支援センターの業務、介護予防教室などをやっていて、そこにこの事業が加わったのですね。職場の理解を促す上では、ケースカンファレンスが一番大きかったと思います。ケースカンファレンスをすることによって、ヘルスの担当課などにも来てもらい、地域の課題を共有していきました。こういう課題があるということを、まず自分たちがきちんと把握してから、それを発信していくことが大切だと思います。

◇**竹田市**:委託型の地域包括支援センターに、市職員が1人、業務支援をしています。予防モデル事業に取り組むことになり、この事業はいったい何なのか、ということを共有するための会議を何度も何度も繰り返して、関係者全員で新しいサービスをつくりっていました。市の規模は小さいですが、それをつくる土台や方向から将来どうするかというところまでを共有しないとできないということで、何度も行いました。まず最初にできたのが、ケースカンファレン

スです。そこでどんな事業所に入つてもらつかも地域包括支援センターが叩き台をつくってくれたり、その説明も一緒に考えてくれました。やはりケースカンファレンスがあったから、軸がぶれずに、後はサービスを付けていくというようなところがあつたと思います。不安なときは、小さい市なのでちょっと集まつてもいい、会議をしました。難しかったのは、この事業の担当者が地域支援事業担当の私と地域包括支援センターを業務支援しているもう1人の保健師の2人だけだったので、厚生労働省の会議から戻つた後に、それをみんなにどう伝えるか、ということでした。形のない新しいものの情報を役所内部や地域包括支援センターで共有するというのは、とても困難を伴いました。

◇**生駒市**:地域包括支援センターとの関わりを深める工夫としては、予防モデル事業の実施圏域の地域包括支援センターに理解してもらうために、集中的に会議を開いて、何のために事業をするのか、この後に何を目指すのかということを共有するために時間を使いました。生駒市は6地域包括支援センターを委託している中の3センターにこの予防モデル事業の関わりをもつてもらうと、予防モデル事業に関わる3センターだけがわかつたら良いというのでは困るので、10年後の生駒市をどう見るのかということを理解してもらうために、ケースカンファレンスにはこの事業の実施地域でない3センターも巻き込んでやると。それで、担当課としてその温度差をつけないように、どう地域包括支援センターと協働するためにどの点に注意をするのかなど。現行の介護保険事業についても運営してもらわないといけませんし、そこが予防モデル事業でおろそかになってはいけませんし、だけどこの事業の成果を出さないといけないし、業務が増えることに対するモチベーションへの配慮ですかね。地域包括支援センターにとっては、年度当初にはこの話がなかったわけで年度途中にふつてわいた話。モチベーション、気持ちを高めないと組織としてすすまない。その辺りをやる意義、成功体験をもつて挑めることで自分たちの価値観を高めることができますようにするのが大変でした。

◇**いなべ市**:単なる会議やルーティンの会議をするだけでは、なかなかモチベーションは上がりませんよね。そのところで、成功体験であつたりだと、必要なものはあるぞというような、何かそういうものがあるというのは、すごく大事だと思いますね。

◇**大牟田市**:平成24年の10月から地域包括支援センターを4か所から6か所に増やしました。直営1か所を廃止して、6か所全てが民間法人です。ちょうど予防モデル事業と新規法人や新規地域包括支援センターの立ち上げなどを同時に進行しなければならず、地域包括支援センターの業務と併せて予防の意識付けを同時並行で行いました。最初、かなり苦労しまして、2か月ぐらいの間に新しい法人と既存の法人と合わせて研修会を行いました。また、週1回の管理者に向けた意見交換会、情報交換会、説明会等の繰り返しと、月に1回の研修会を行ってきました。地域包括支援センターの職員全員を集めて研修会等を行っているのですが、大牟田市では認知症に対する意識は高まっていますが、介護予防の意識付けは十分ではありません。その辺りを週に1回の管理者会議や月に1回の地域包括支援センターの意見交換・研修の場の中で、少しずつ広めてきていますが、まだまだです。

◇**いなべ市**:地域包括支援センターの形態が変わつたところで新しい事業というのは、かえつて良かったという部分もあつたり、大変過ぎて悪かったりという部分もあると思いますが、その点に関してはどうですか?

◇**大牟田市**:良かった点は、大牟田市では地域交流施設というのを小学校区に2~3か所ずつ整備をし、それが介護予防の拠点になっています。その施設で介護予防事業などを行ってきた法人が地域包括支援センターを設置したことです。それによってサロンの立ち上げがスムーズに行えました。その一方で、新しいことに取り組めていないところもあり、意識に温度差があります。その温度差を縮めていかないといけないと思います。

◇**いなべ市**:いなべ市もこの4月から、今まで直営1か所、委託1か所だったのが、委託1か所になりました。行政と地域包括支援センターの役割分担など、どちら辺を任せて、どちら辺を自分たちが担っていくのかという部分を、はつ

きりさせなければいけないなという意識で、この4月以降動いてきました。元々自分も地域包括支援センターの職員として動いてきたので、立場の転換というか、役割の切り替え方を自分の中でもはっきりと線引きしなければいけないと思つてきました。委託1か所にした際に、直営に居た職員も半数残ったため、役割分担の話はスムーズに進んだと思います。ただ、今まで委託先は直営に頼ってきたところもあり、そこは自立して動かないといけないと。情報を正確に共有できるように、かなり話し合いの場をもちました。職員の移動先が新設の課でしたので、今年初めてという職員が私たちも含めて半分いて、そういう中で話をしていかないとわからないというところが多分にあり、結構話し合いはしたと思います。

■行政課題の把握と施策化

□**司会(いなべ市)**:2つ目のテーマは、行政課題を具体的に把握する上で、どのようなことが有効であったかです。皆さん、いかがでしたか。

◇**神栖市**:地域づくりがなかなか形にならない。住民の力、住民ボランティアの出番だと言われている、この課題をどうするのか、私たちは手探りでした。この会議に毎回出席し、いろいろな市町村の取り組みを見ることによって、考え方を改めさせられました。例えば、去年の9月に見た岡山県総社市の体操教室、介護予防教室です。教室というと私たちは教室をつくることを考えたけれども、体操を地域の中へ点在させ、地域に居場所をつくるという総社市のやり方を見ることによって、これを神栖市にどう応用することができるか、という考えに至りました。今までに神栖市でもシルバーリハビリといって、行政主導で500人もの住民が参加しているリハビリ体操教室をすすめてきました。予防モデル事業の枠ではありませんが、今年度はその体操教室の指導士さんたちに委託をして、指導士さんたちが自ら地域の中へ体操を広めることを、自分たちの役割としてもってもらうようにしました。地域づくりに少し自分たちが目に向けることができたかと思います。やり方というのは一つではありませんし、自分たちが今までやっていた介護予防事業・転倒予防教室でいろいろなボランティアを養成してきたけれども、そのボランティアの活用の仕方を改めて見直すことができました。

◇**生駒市**:予防モデル事業の1年目に感じたのは移動手段です。事業の実施エリアは、ある程度は交通網が発達しているところなので大きな問題はなかったのですが、今後、全市に広げようとしているので、交通不便地域があります。視察に行き、デマンド交通を勉強して、移動手段の問題を地域包括支援センターの職員とわかつあいができています。あとは認知症ケアの問題が今回この予防モデル事業を通して痛切に感じたことです。現状の介護保険ではできない、きめ細やかな対応が予防モデル事業でできたことで、すごい成功体験を見させてもらっています。認知症でも、普通だったらデイサービスに行くうちに重度化になってしまう方が、今は1年間、認知症の進行もなく、改善している方もいます。調理が何とかできるようになったり、それは家族支援も強化することによってできたりとか、個別ケア、認知症ケアパスも前段階で経験させていただきました。6期の計画にも、もちろん認知症ケアをしっかりと組み込んでいきたいと思いますし、市町村独自の事業もつくっていきたいと考えています。

◇**いなべ市**:具体的には、どのようなことが有効でしょうか？ きめ細やかな関わりというのがキーワードになるのでしょうか。

◇**生駒市**:認知症ケアパスでも言われていますが、その人の個別支援。予防モデル事業には認知症の方が6人ぐらい参加しています。ある人はボランティア活動をすることによっていろいろなことが復活してきて、改善できているんですよ。ある人は脳トレや運動によって活性化していくんですね。ある人は家族支援を強化することによって、それがフィードバックされていく。一人ひとりに全然違うケアが必要。このようなことは、認知症対応型のデイサービスの人員体制では、十分できないのではないかと思います。本人がデイサービスに行きたくないと強く言うと、家族もあき

らめてしまい、介護を抱えこんでしまっているケースに対して、市町村が、こういうモデル事業で展開した事業を行えば当時者も「体を動かしに行っている」という感覚で、参加が可能になることも経験しました。

◇竹田市：課題は移送です。移送がない限りサービスにもつながらないというのは明らかなことです。もう一つはサービスの種類をたくさんつくったのではなく、1か所でその人を通して見るという、1人の人をトータルで見るサービスを展開していたので、予防モデル事業の期間は上手くその人を支援できました。今まで拠点が1か所で、そこで20人だけを見ていたので大丈夫でしたが、今後、全市で行うとなると、その拠点がいくつもないかもしれません。それをどのようにするか、今、検討しているところです。予防モデル事業の後、後退しないようにするためにには、最低限何をしたら良いかということになりました。必要なのは移送ということになり、具体的に無償輸送を試してみようということで今、検討委員会をしています。それで岡山県新見市をご紹介いただいて、そこを視察させていただき、今はそこから支援とアドバイスをしてもらっているところです。実際には限られた市の人員体制では、全庁的な取り組み体制をつくるないと、総合事業への移行が難しいのです。

◇大牟田市：予防モデル事業の通所事業を、3か月や4か月のクール制ばかりを用意していて、クールの途中からの参加ができないような運営になってしまい、対象となる方がいざ参加しようと思ってから数か月の間待つことになって、結果として参加しなくなるという経験をしました。待っているうちに気持ちが萎えてしまったのです。また、介護予防の対象となる方々を個別訪問しても「私はまだ大丈夫」という意識があり、個別訪問だけでは十分に事業の魅力が伝わらない。そこで小地域での1日だけの体力測定会や1日だけの介護予防の教室を開いてきました。そこで体験を通して、事業につなぎ、事業参加の継続性ができてきました。そういう事業をやっていく中で、誰もが地域の人と一緒に参加できる事業が必要という地域への意識づけ、それからいつでも参加できるような事業の実施方法というのが必要だと思います。大牟田市は、介護予防の意識が事業所や地域包括支援センターの中にもまだ十分ではないところがあるので、その辺りは、まだまだ私たちがいろいろと手を加えないといけないということが、事業の中でわかつてきたところです。

◇いなべ市：なるほど。先ほどの話では、個別も大事、個別から見えてくるものがいろいろあるけれども、個別だけではなかなか見えてこないものもあって、単発的なイベントもやりながら、ニーズや課題を引き出すことも必要というところですね。

II 地域包括支援センター

座談会 テーマ

- 1 住民や自治会、組織との関わりを増やすために工夫したこと
- 2 地域全体への積極的はたらきかけに、一步を踏み出すために、どのようなことが力になったか

アンケート結果より

◆自治会等の地区組織や老人クラブ、ボランティア団体等との関わりについて、もっとも近いものを一つ選択してください。

- A:これまで十分な関わり有り
- B:関わりの量・質のいずれも変化
- C:関わりの量又は質が変化
- D:その他
- E:未記入



■自治会等の住民組織との関わり

□司会(世田谷区地域包括):最初のテーマは、住民の方や自治体組織との関わり、時間を増やすために、どんな工夫をしたのかについてです。

◇世田谷包括:大きなことをやっているわけではありませんが、住民や自治会の集まりに職員交替で必ず一人は職員が顔を出して、活動に参加をして時間をいただければPRの場など、何かしら情報をもって足を運んでいます。顔つなぎを始めて、地域包括支援センターができて何年か経って、その積み重ねでこの予防モデル事業を取り組むにあたって、なじみの関係ができた上で始めることができました。

◇荒川地域包括:予防モデル事業で自治会の動きまで達成できませんでした。下町とマンション群と2つにわかれている地域で、マンション群では49の自治会が一つの大きな自治会をやってたり、一つ一つ回りきれていないのが現状です。社会福祉協議会のサロンには、地域包括支援センターに併設されているシルバー交番という孤独死防止の新しい事業の見守りステーションで、住民の見守り活動に専念できる職員が別途配置されているので、サロンも見守りステーションに行ってもらって情報を共有したりしています。3町会ある地区で喫茶サロンを立ち上げています。

◇生駒包括:私たちはモデル事業を実施している地域ではありません。来年度全市に拡げるということで、今日は勉強のために参加させてもらいました。それぞれ地域性も違って、中心部にいく移動手段がありません。バスが出ているでも隣の奈良市に出て、電車に乗り継いで生駒市の中心に行く状態です。来年度、予防モデル事業が拡がっていって、その先のつなぎ先・地域力に注目して今年度は活動しました。現状をよくわかっていないことと、サロンの立ち上げに関わってもその後のフォローがなくて、サロンと地域包括支援センターとの距離ができるという課題を本年度見つけて、地域をもう一度つなげていこうという。担当を決めて、毎月はムリなので、3か月おきなど必ず職員がサロンを巡回するスケジュールを組みました。また、地域包括便りを年4回つくって、認知症や閉じこもり予防や虐待予防を入れて、それを持って行くと同時にPRなどの時間をいただきながら、関わらせてもらうということが、本年度一番大きなことだと思います。予防モデル事業の来年度の拡大ということもありますが、サロンに顔を出してみると、地域包括支援センターは高齢者の総合相談窓口だと言っているにもかかわらず、地域包括支援センターが知られていないことにショックを受けたこともあって、地域とつながっていかないといけないという認識をもって、まずはできることから始めているという状況です。

◇岡山包括:1か所の地域包括支援センターには、小学校区単位で地区担当者がいるので、その職員が民生委員会やサロンを行っています。その職員と連携を取りながら、情報を取りながら予防モデル事業をしてきました。各地域の担当者が全てのサロンに行けずにいる現状ですが、できるだけ行って、地道な活動が必要なのかなと思っています。チラシもつくりっていて、町内会長に配ったり、各町内会に回覧してもらったりして、地域包括支援センターを知っていただくような努力をしているところです。

◇世田谷包括:チラシを回覧しても、回覧を見てくれないという場合もあると思いますが、皆さん工夫されていることがありますか?

◇荒川包括:喫茶サロンの例ですが、文章だけではなく活動の様子や利用者の方の写真を撮らせていただいて。「近

所の○○さん行っているのね、私も行ってみようかな」といった感じで、新規の利用者が増えました。「あの人ボランティアやっているなら、私も行ってみようかな」といったように、住民の方の写真を載せたことから反響がすごく良くなりました。

◇**世田谷包括**:歌か食事か。運動は随分広まってきたので。料理会はニーズがあるのですが、やれる場所がなくて立ち上がりません。

◇**生駒包括**:予防モデル事業で「ひまわりの集い」という食事会を生駒市の中心部でやっています。とても盛況です。その会場は、移動手段は問題ありませんが、私たちの地域では、介護予防教室を法人の中で月に1回、食事付きでやっています。それは移動困難な地域にターゲットを絞って、バス停までは出て来ていただいて、そこを車で回って送迎しています。人が人を呼んで、最近増えてきました。手伝ってくださっていたボランティアさんが、地域でサロンを開いたり、動きができ始めています。

◇**世田谷包括**:そういった活動を手伝うと、少しずつまた地域包括支援センターを知ってもらえるようになりますよね。

■地域づくりの推進力

□**司会(世田谷地域包括)**:2つ目のテーマは、地域全体への積極的な働きかけ、一歩踏み出すためにはどのようなことが力になったのかです。

◇**世田谷包括**:週1回、通いの場を予防モデル事業で実施しました。地域包括支援センターが中心となって毎週メニューを替えて、週1回必ずそこに行けば何かやっている、今まで外に出ていなかっただけちょっと覗いてみたら面白そうだからと毎週通う方もいれば、行けるときに行くという方もいます。介護保険のデイのように、契約や制約などルールも厳しくないということで、気軽に通えるという通いの場を定着させることができました。今後の問題として、地域全体で介護予防が必要な人、閉じこもっている人、介護保険のデイには行きづらいといった地区全体の高齢者を対象に向けていくには、一つは参加することが楽しみとなった人たちから、「あそこにあったらいいね」といったように新しいものを一つ二つとつくっていく。それには、まずは地域包括支援センターが引っ張っていかなければならぬと思います。立ち上げ支援だけで次につながるかどうか、参加した民生委員さんが自ら手をあげてお茶飲み会などに支援をしてくれていて、対象となる方々をいつも見回っていて、この人に声をかけたらいいんじゃないか、この人が心配だからと声をかけてくださるなど、民生委員さんの力は大きかったと思います。地域の中心となる方の力を借りることが大切だと思います。既存のウォーキンググループは元気な方ばかりなのでついていけないけれども、近所をゆったりと歩けたらいいな、一人では無理だからそんな集まりがあったらいいな、といったように参加者の声が出てきましたので、そういった声を拾い上げて、また、同じ地区内の他の方にも声をかけて、会場の中だけではないといった少し視点を変えたサークルを立ち上げられれば良いと思っています。

◇**岡山包括**:サロンはたくさんあるけれども、通所を卒業した人をつなごうと思っても元気な方ばかりなので、なかなかついていけない。地域包括支援センター全体で考えていかなければいけない課題です。予防モデル事業では、通所事業を卒業した人の住んでいる地区がバラバラで、地域で集まるほどの数にはなりませんでした。それを踏まえて、小学校区単位くらいで、卒業の時期も合わせるようにして、お友達ができた上で一緒に受け皿に移行できるような形をイメージしながら来年度は実施する予定です。市の調整で公民館などを月1回借りることができることになったので、地域包括支援センターの地区担当者と介護予防センターが、公民館と一緒に来年度の計画を立てているところです。こうした動きは、この予防モデル事業で課題が明らかになったので、介護予防センターと地域包括支援センターが協力して受け皿づくりをしていくことにつながっています。

◇**生駒包括:**地域によって、昔からいらっしゃる方と新興住宅とハッキリわかっているような状態です。地域づくりの力になるのは、住民の方の声と、地域を何とかしようという気持ちだと思いますが、これは、地域によりそれぞれです。昔から住んでいらっしゃる方は、畠をしながらとりわけ予防を意識するわけないですが健康でいらっしゃる、新興住宅地は、どちらかというと予防や健康に対して意識の高いところで、何かに取り組んで自分たちでやっていこうという意識があって、それぞれのアプローチを考えなくては、と思っているところです。その中で、やろうと、やらなきゃいけないという思いを感じる地域の核となる人に積極的にお話をさせていただくことが、私たちにとっての突破口というか、地域に広げていける力になるのではないかと思っています。

◇**世田谷包括:**声を聞くための工夫などはありますか？やはり町会でしょうか。

◇**生駒包括:**自治会の集まりに参加させていただいたり、やはり民生委員さんと個々に交流させてもらって地域の声を聞かせていただいたり、まずはそこからになりますね。地域型の体操教室をそういった声から立ち上げた経緯もあります。

◇**世田谷包括:**声の拾い上げ方も地域性があると思いますので。なかなか自分ではおっしゃらない方は声が届かなかったり、人づてだと聞こえてきても、いざご本人にお会いすると話してもらえないこともありますからね。

◇**荒川包括:**予防モデル事業の教室や講座は、送迎がないと定員割れしてしまっています。歩いて行ける範囲で行うサロンの方が比較的集まっていますので、月1回の開催が多いのですが、もう少し通いの場として回数が増えれば良いのにと話しているところです。予防モデル事業で、町会等の地域力を引っ張り出して通いの場をつくるという方向がわかってから、社協でサロンを立ち上げている地域コーディネーターさんと交流をもつようになって、社協にも予防型の週1開催のサロンを立ち上げたいという構想が上がってきたところだったので、一緒にリンクしてやれないかと。町会の方にも来ていただいて意見交換会をもったのですが、結局、何やかんやと押し戻しがあって、なかなか難しい。一方で、ボランティアでサロンをやっている方から、総合事業の委託を引き受けられないものかといった話がありましたが、これも実現しませんでした。喫茶をやろうと思ったきっかけは、第5期計画のための調査で、ある地区が高齢化率も認定率も高くて、一人暮らしが多いところなのに、資源が全くないことでした。

◇**生駒包括:**どの程度の出かける場所が必要なのか、サロンの回数が増えたり、細かな地域の中にできていけば、隣にも行けるなど、相互に行けるようになってもいいのかなと思っています。それというのも、少し大きな地区があって、そこは東西南北に分かれています、老人会も分かれているので、道一本隔ててしまうと仲の良い隣の方と一緒に行けないということが地域ケア会議で課題が上がっていました。一つ一つは週1回でも、そこがつながればインフォーマルなサポートが増えるのではないかと感じています。

◇**世田谷包括:**地域全体といったときに、町会や商店会、サロンなどのグループは、四角ではなく丸く重なっていますよね。別の組織の中に同じ顔ぶれがあったりするので、そこが仲介してくれる部分なのかなと。社協をやっている方は民生委員も町会もやっているので、簡単にはいかないですけど、こことここが一緒になったらいいのにと思ってやってくださる方もいらっしゃる。それから、基本的なことになるかもしれません、地域包括支援センターの職員間の意識の共有も大切だと感じています。予防モデル事業を担当しましたが、ある一つのことについて職員全員が同じ課題意識をもって、こうやっていこうと具体的に話す時間をとって共有化しました。これが大事だと思います。

■自治会等の住民組織との関わり

◇司会(佐々町):住民の皆さんとの関わりで工夫された点を報告していただいてよろしいでしょうか?

◇下川町:予防モデル事業だからといって、住民の方との関わりを特に増やしたわけではありません。全ての公区(=自治会)でやっているわけではありませんが、公区の中に助け合いチームがあって、主に高齢者の支援、見守りを中心に、一部には生活支援もやっています。それぞれの公区が活動していますが、情報共有する場がなかったので、地域包括支援センターは、社会福祉協議会と共に、助け合いチームの方々に集まつていただいて、意見交換の場をつくりました。お互いの活動を知ることで参考になりますし、また、ネットワークづくりの重要性をわかつていただき、地域包括支援センターが何をやっているのかを知ってもらうことで、気になる人の情報を教えてもらうことができるようになっています。そういう集まる場が工夫している点かなと思います。

◇佐々町:自治会ごとに助け合いチームがあるんですか?

◇下川町:あります。

◇佐々町:それが集まる場を設定したんですね。すべての自治会に?

◇下川町:全公区ではありませんが、助け合いチームがないところは公区の会長さんにきていただいている。

◇佐々町:助け合いチームがないところも、それをきっかけに立ち上がったりするのですか?

◇下川町:徐々に増えています。といったチームはつからずに、活動している公区もあります。

◇佐々町:助け合いチームは具体的に何をするんですか?

◇下川町:高齢者の中で気になる方に対して、例えば回覧板を回すにも、ただ置いてくるのではなく、声をかけて置いたり、様子を見たり、声かけや見守り。それから、年1、2回のところが多いですが、お食事会。除雪機を持っている方々が、独居高齢者の除雪をするといった助け合いをしているところもあります。

◇佐々町:助け合いチームとして活動を始めたのはいつ頃からですか?

◇下川町:だいぶたちますね。10年くらいでしょうか。民生委員の会議が月に1回あるので、地域包括支援センターが参加して、入院されている方や状態が不安定な方などを伝えて、見守りしてもらったりもしています。

◇坂出市:予防モデル事業は3島で行いました。まずは、自治会や民生委員さんに説明をして、座談会を実施しました。そしてこの事業で、地域包括支援センターに作業療法士を配置し、毎日、島に入りましたが、島に入る時には、その都度必ず自治会長さんに声をかけるようにしました。保健師は、元々、島との関わりがありました。作業療法士

注)竹田市地域包括支援センターは、委託型であるが、人口規模が同程度のグループ討議に参加。

は地域の活動が初めての経験だったので、苦労したと思います。今では、すっかり島の人と顔なじみになっています。やはり、現場に足を運ぶことが一番です。自治会長さんや民生委員さんなどに、いつもご挨拶しているうちに、「この人こんな感じよ」といったようにだんだんと情報が入ってくるようになりました。こちらからも「こんな様子でしたよ」と情報を返しすることで、日頃の対応をしてくださったりと。例えば、認知機能の低下がある方に、知らずに対応されるのと、わかって対応するのとでは違います。そういったことが少しずつ積み重なって、何人か通いの場に出て来れるようになる方もいらっしゃいました。これは、一見、小さなことですが、私たちとしては大きな変化です。島の方々も元気が出てきたと感じています。高齢者が役割をもつようになり、閉じこもっていた人が出てくるようになるなど、保健師も作業療法士も、島の高齢者の変化を実感しています。高齢者ご本人は気がつかれていないかもしれません。でも会長さんたちの考え方も行政に依存しない、自分たちでやろうという意識が生まれてきています。

◇**北中城村**:そういう気持ちが変わってくることで、閉じこもっていた方が輪に入ってきたということがあるんですか?

◇**坂出市**:島なので坂が多く、少し上のほうにある家の場合、出にくいんですね。作業療法士が、家を訪問して、実際に一緒に散歩して、こういうふうに歩いたらいいよ、とか、福祉用具の安全な使い方をアドバイスすることによって、皆さんが集まっているところに顔を出すことが増えてきています。

◇**北中城村**:素晴らしいですよね。

◇**坂出市**:通いの場が楽しみになっているのではないかと思います。例えば、やっと出てくることができた人が、お好み焼きが好きだということを聞いていたので、お好み焼きをつくりましょうと。肉や野菜を切ってくれたり、下にこぼれたものを掃除してくれたり、それぞれができるなどをやる。そうするうちに、通いの場で活動的になっていく方もいます。お好み焼きやホットケーキは、厨房がなくても、ホットプレートがあればつくれます。昨日は、スポンジケーキを買ってきて、生クリームを塗って、デコレーションして、皆さん楽しそうでした。楽しみをもって出て来ているということが増えてきているのかなと思います。次は何をしようということを、言ってくれるようになったのが、ちらとして嬉しいことです。

◇**北中城村**:北中城の地域包括支援センターは直営ですが、福祉課と地域包括支援センターのフロアが別になっています。要介護認定の受付は福祉課が行っていますが、申請者については、地域包括支援センターとミーティングを行っています。予防モデル事業に取り組んだことにより、村の高齢者サービスにつなぐことができるようになったことが大きいと思います。予防モデル事業の通所事業の卒業後の受け皿になるものがなかなか無い。そこで、元々通わっていた、ふれあい会やサークル活動などの場が、一番その人が馴染む居場所と考えて、利用者と一緒にふれあい会に出向いて、誰と親しくしていたかを訊いて、またその方にお願いしたりといったことをやりました。受け皿がないので、元の居場所に戻ることが一番自然でスムーズかと思って、こういう方法をとっています。ふれあい会などでは、認知症の方への対応方法がわからなくて困っていたということもあって、職員が出向くことで、安心して受け入れられるということもあるのかなと感じています。通えなくなっていた人が、また顔を出すと、皆さんが「どうしてたの?」と声をかけてくれます。「今度からは、私が電話かけてみるね」、「通り道だから誘いますね」と言って動いてくださったり。地域包括支援センターが、出向いていて顔が見える関わりをすることが大事だと感じています。

◇**佐々町**:受け入れる側に安心してもらえるようにするのは大切ですよね。

■地域づくりの推進力

□司会(佐々町):2つ目のテーマは、地域全体への積極的な働きかけ一歩踏み出すためにはどのようなことが力になったのかです。このテーマを交えながら、先ほどの続きをお願ひします。

◇竹田市:地域包括支援センターは委託なのですが、人口規模が小さいので、グループ討議は、こちらに入れていただきました。竹田市は、厚生労働省の労働部局の雇用創出事業で、運動や栄養といった健康づくりのインストラクターを育成しました。その人たちの活動の場、雇用の場を検討していたところに、予防モデル事業の募集があつたので、うまく、事業がマッチングしました。久住という地域に高齢者の活動拠点をつくり、その拠点を会場にして行う介護予防教室をインストラクターに任せました。この拠点づくりが課題もある中、何とか成果につながったので、今、竹田市全域に、中学校区規模ごとに拠点を増やしていくこうとしていますが、予防モデル事業終了後の体制面や財政面が課題です。それと、高齢化が40%を超えていて、リーダー役の後継者づくりも課題です。また、市域が広いので移送も大きな課題です。300m先にある公民館に行けない人もいるという現状と、市内のバスは3路線しかなく、コミュニティバスがありますが、バス停まで行けない人もいます。どうにか移送の問題が解決できれば、出てこれるようになると思っています。この移送と認知症支援が喫緊の課題ですね。認知症の一人暮らしの方に、予防モデル事業の支え合いで、毎日の服薬確認を行いましたが、介護保険では毎日の対応はできません。認知症の方には、毎日必要な支援ニーズがあるということがわかりました。

◇佐々町:高齢者の支援には、地域や住民の力が必要ですので、3年目になりますが、全32町内会を回って、高齢者の見守りネットワーク情報交換会を開催しています。これは、福祉課・地域包括支援センター・町内会・民生委員・地域の協力員の方との会合で、全地区を1年かけてやっています。65歳以上の方のカスタマイズ表を持っていくて、この方はこんなサービスを受けられています、この方には定期訪問しています、この方には声かけをお願いしますといった役割分担をしながら整理をしています。毎年参加される方々が意識を持って、この会合に向けて、訪問で情報をつかんだ上で参加されるようになるなど、リーダーさんの意識も変わってきたと感じています。全地区町内会を回るための工夫は、地域デイサービスといって、地区ごとに月1~2回の集いがありますので、そこにお邪魔しています。地域デイサービスの時間を使って30分は、地域包括支援センターの話や介護予防の流れなど町の施策について講話をさせていただきます。その後、関係者が別室に移って会合をして、時間の効率化を図っています。この他に、ボランティアの月1回の連絡会を実施しています。2年目からは、介護予防の担当者(生きがい教室の担当者)と地域デイサービスの担当者も入っています。佐々町の介護予防の方向性を関係者が共有して、生きがい教室の参加者が、そろそろ動きが良くなられたので、地域へのデビューもできますよといった、ケースの共有もしています。住民からの期待感があるので、ボランティアさんもその気になって受け皿を準備されたり、積極的に動かれています。そんなやりとりをしていると、転んでしまったなどのちょっとした情報が入るようになっています。極力できることは地域にやっていただくよう、お願いしています。とにかく、地域の活動と役場の事業の境界線がほとんどないようにしてきています。そのためには、住民さんたちの集いの場で、役場の生きがい教室やはつらつ塾、カントリークラブなど全ての事業を十分に理解してもらうことが大事です。どういう方が参加して、どういった流れになっているといったことを、民生委員の会でもお話ししますし、どんな会でもPRしてお伝えするようにしています。こうしたことから、住民さんは、介護予防が必要になったら、近くに通って行けるといった使いやすいイメージをもたれてきているのだと思います。

◇北中城村:ボランティアさんにも、あの方はもうすぐこういうところに行けるといった情報を流すんですか?

◇佐々町:全体会ではお話しませんが、その後にその地区担当の方にお話ししています。民生委員会でも帰り際にいろいろな地区の方とやりとりをする感じですね。

◇全員:個人情報の扱いはどのように考えているのですか?

◇佐々町:その地区の住民さん同士でお願いされるので、本人がそこに行きたいという意志を確認できていれば、それをお伝えすることは問題ないかと思います。

◇全員:その人はこの生きがい教室を行っています、といったことも言うんですか?

◇佐々町:その地区の方にはお話をします。生きがい教室に通っている方に、そろそろ地域デビューできそうですねと確認をとった上のやりとりです。

◇全員:それは個別的なやりとりで?

◇佐々町:そうです。

◇下川町:平成20年からサロン活動を1か所から始めて、今は6か所あります。サロンに来られる方とデイサービスに通われる方は違っていて、デイサービスの方の情報もサロンで活動されている方の情報も地域包括支援センターに集まります。情報が集まりやすくなつたことはとても助かりました。

◇坂出市:島の場合は、本当に何もないところなので、初めは私たちスタッフのほうが何をすれば良いのかよくわからませんでした。まず聞き取り調査でニーズを把握したことと、府内の各部署もいろいろな施策を行っていることがわかりました。府内関係部署との連携、かいご課がこういったことに取り組むという説明と併せて、市長に報告してトップに理解をしてもらえたことは大きかったです。調査から、島の人が島にずっといたい、ずっと暮らしたいと考えていることがわかり、そのためには何をしたら良いのかと一緒に考えるスタンスで進めることについて、職員全員が理解していました。何をしたら良いかはわからないけれども、一緒に考えようと。上もあせらないで良いと言ってもらえたことが力になったと思います。愛媛大学の樋本先生にアドバイザーとして相談できたことも大きかったです。

◇北之城村:竹田市と同様に移送問題が一番大きいです。予防モデル事業で、車両を3台リースして通所事業の送迎を行いました。予防モデル事業では、専任スタッフとして、歯科衛生士、介護福祉士、栄養士を確保し、人材も育ってきています。利用者の受け皿も整いつつあります。ヒト・モノはあるけれどもカネはないと。次年度以降、事業を継続していくかどうか、財源のことでの頭がいっぱいです。

◇全員:リースした車両の運転は?

◇北之城村:地域包括支援センターの職員が送迎します。路線バスも一日2本しかなく、コミュニティバスも整備されていない状況で、送迎がないと通所事業に参加できません。ただリースは、3月で終わります。沖縄は観光地だから、ホテルの送迎バスがありますが、朝と夕方がほとんどなので、日中の間をうまく活用して、地域の方にお願いできれば。運転手は、高齢の方が多いですが、利用者も高齢の方の運転のほうが安心されるのかと。

◇竹田市:暮らしのサポートセンター“りんどう”で、外出支援として運転しているのは70歳代の方です。りんどうでも車(リース)を1台保有していて、地域の教室に送っています。外出支援を利用している人も、別のことでは、支える側に回ります。支える人も高齢者で、元気になつたら他の高齢者を支えていこうという、高齢者が高齢者を支える仕組みづくりです。

Ⅲ さまざまな自治体との情報・意見交換の場の必要性

予防モデル事業では、3か月に1回程度、情報・意見交換会を実施し、13市区町村の取り組み報告や、全国の自治体の中から、参考になる取り組みの紹介を行った。

全体の意見

- ◇情報・意見交換会は、他の市町村の発表を聞いて自分の市に照らし合わせて、どうしていいかという参考や刺激になったり、本日のような小さなグループに分けて話し合いを行うことで、より具体的に考えを聞いたりできたと思います。これが、都道府県レベルで行う場合は、県によって異なるとは思うのですが、自治体規模がさまざまなので、単一の県だけでは、ほしい情報が得られない面もあると思います。
- ◇情報・意見交換会は、とても役立ったという一言です。自分のところができない点に気づいたり、上手くやっている点を参考に自分のところに取り入れたりすることで、とてもこの会議が役に立ったということがありました。この会議は、今自分たちがやっていることの振り返りの場になりました。厚生労働省に足を運んでくるというのは、とても特別なことで、ここで皆さんのが生の取り組みを聞けることは、とても役に立ちました。
- ◇人口規模や地域包括支援センターの形態（直営・委託）で違うので、都道府県レベル、市町村レベルでこのような情報・意見交換の場をもつには、工夫が必要だと思います。
- ◇いろいろな人口規模で、いろいろな環境のなかで、さまざまなアプローチの可能性を追求されている報告があつてとても勉強になりました。改めて、じっくりと地域を見つめ直す良い機会になりました。国の方と直接やりとりができるることは、大きな視点をもつ良い機会になりました。県で行われる研修会は、情報交換の場で終わっているところが多く、一歩踏み出すための探求がなかなかできない現状です。県が進もうとしている方向性、ビジョンをもって研修会が開催されれば、より良い内容になるのではないかという話がありました。

市町村介護予防強化推進事業実施要綱

市町村介護予防強化推進事業実施要綱

1 目的

要支援状態となるおそれのある高齢者及び要支援者等（以下「要支援者等」という。）について、家事等の応用的な日常生活動作（以下「IADL^{注1}」）の評価により、要支援者等に必要なサービス（予防サービス及び生活支援サービス）を明らかにし、要支援者等の自立支援に効果の高い支援の手法を明らかにすることを目的とする。

併せて、認知症高齢者に対する必要なサービス及び課題を明らかにすることを目的とする。

※予防サービス

通所型介護予防サービス及び訪問型介護予防サービス

※生活支援サービス

配食、ごみの分別・ごみ出し、買い物等の日常生活行為の継続的支援を行うもの

2 実施主体

介護予防・日常生活支援総合事業の実施を検討している市町村（特別区、一部事務組合及び広域連合を含む。以下同じ。）や、高齢者向けの予防サービス又は生活支援サービスの充実を検討している市町村。

なお、本事業を適切に実施できると市町村が判断した団体等に委託することができる。

3 事業内容

次の（1）及び（2）を必須とし、（3）を任意とする。

（1）要支援者等に対するサービスニーズの把握（ニーズ把握）

日常生活動作（ADL^{注2}）が見守り又は自立レベルである要支援者等（認知症高齢者を含む）のIADL等を評価し、自立を促進するために必要な予防サービス及び生活支援サービスは、どのようなサービスであるかを明らかにする。対象者は、次のとおり。

①要支援・要介護認定を受けている者

要支援者（要支援1又は2）

要介護者（要介護1又は2であって、ADLが見守りレベル程度の者又は認知症の者）

②二次予防事業対象者

③一次予防事業対象者

※ 別紙1参照のこと。

（2）要支援者等に対する予防サービス及び生活支援サービスの実施

上記（1）の対象者に対し、既存の地域資源を活用し、予防サービス及び生活支援サービスを組み合わせて実施する。

当該サービスを一定期間行った後、IADLの評価及び利用者の満足度調査等を実施し、サービスの効果や事業費の把握及び課題整理を行う。

※ 別紙2参照のこと。

（3）高齢者のサービス検討会の開催

上記（2）のサービスを実施するに当たり、地域包括支援センター及び市町村保健セ

ンター等関係機関による「サービス検討会」を開催し、個々の高齢者に必要なサービス等について検討する。

※ 別紙3参照のこと。

なお、(1)から(3)の実施に当たり、収集したデータを厚生労働省に報告する。

用語の整理

注1) I ADL（応用的な日常生活動作）

掃除・洗濯・調理・ごみ捨て、買い物等の家事や金銭管理、公共交通の利用等の生活関連動作

注2) ADL（日常生活動作）

起き上がり、歩行、食事、排泄、着替え、入浴等の基本的動作

市町村介護予防強化推進事業実施要綱

別紙1

要支援者等に対するサービスニーズの把握（ニーズ把握）

1 基本的な考え方

要支援者等の IADL を評価し、要支援者等が自立した日常生活を送る上で必要なサービスを明らかにする。

2 評価対象者の範囲

要支援者等に必要な予防サービス及び生活支援サービスを明らかにするために、一次予防事業対象者から要介護2までの者であって、ADL が自立又は見守りレベルかつ IADL の支援の必要可能性のある者を評価対象とする。

(1) 要支援・要介護認定を受けている者

要支援1、要支援2、要介護1、要介護2の者（第2号被保険者を含む。）

※いずれも、認知症の者を含む

(2) 二次予防事業対象者

(3) 一次予防事業対象者

なお、市町村は、対象者の選定に当たって、予め、事業への参加の同意を得ること。

3 評価の方法

(1) 実施者

地域包括支援センター、市町村等の保健師等

評価の実施者は、厚生労働省が実施する説明会（評価の平準化を図ることを目的として、厚生労働省において本年夏頃開催予定。）に参加することとする。

(2) 評価の時期

予防サービス及び生活支援サービスを実施する前及び実施期間終了後

4 評価の種類

(1) 基本チェックリスト

(2) 日常生活行為の自己評価

追って、20項目程度の簡易な自記式チェック表を作成し、提示する予定。

(3) IADL の客観的評価

追って、能力評価表を作成し、提示する予定。

5 評価結果の提出

市町村は、4で得られたデータを、厚生労働省に提出することとする。

市町村介護予防強化推進事業実施要綱

別紙2

要支援者等に対する予防サービス及び生活支援サービスの実施

1 基本的な考え方

ニーズ把握により明らかとなった要支援者等に対するサービスニーズに対し、必要な予防サービス及び生活支援サービスを実施し、サービスの効果測定及び課題を明らかにする。

2 対象者

ニーズ把握においてIADLの評価を受けた者とする。

3 サービスの実施

(1) サービス内容

利用者から市町村が定める利用料を收受して、次のサービスを実施する。

①予防サービス

自宅でのIADLの改善を図ることができるよう、通所型予防サービスと訪問型予防サービスを組み合わせて実施することが望ましい。

なお、通所型予防サービスは、対象者のニーズに応じて専門職のアドバイスが受けられるものや住民運営のものまで、多様なメニューを用意することとすることが望ましい。

通所型予防サービス：フィットネスクラブ等の活用や体操教室・食事会等の高齢者が通うことのできる場の創出

訪問型予防サービス：自立して行うことが困難な家事等について、家屋環境の調整や自宅での練習の支援

②生活支援サービス

利用者ごとの評価に基づき、継続的支援が必要と判断されたIADLの支援（配食・ごみの分別・ごみ出し、買い物等）

なお、必要に応じて、予防サービスに組み合わせて実施する。

③認知症対応型サービス

地域包括支援センターを通じて、認知症対応型サービスにつなぐ。

(2) サービスの実施の流れ

サービスの実施に当たっては、自立支援の観点から以下の流れに沿って実施すること（今後、モデル的な実施方法を提示する予定。）。

①アセスメント

IADLの自己評価により利用者が困っていると感じている行為について、保健師等のアセスメントにより改善の可能性等の分析・評価を行う。

②サービスの決定

「できる」部分は、利用者自身による行為の実行を促し、「改善の可能性がある」部分は、動作や手順の工夫、行為を容易にする道具の使用や環境の調整を行う等による支援を行う（今後、モデル的なサービスの決定方法を提示する予定。）。

③事後評価（モニタリング）

一定期間の支援を行った後、再度、日常生活行為のセルフチェック及び客観的な評価を行うことにより、生活支援ニーズの改善状況を明らかにする。

4 利用者満足度調査の実施

一定期間の支援を行った後、利用者に対し、アンケートを実施し、サービス利用に対する

満足度を調査する。

※追って、アンケートを作成し、提示する予定。

5 評価結果の提出

市町村は、提供したサービスの種類及び内容、事業に要した費用、アンケート調査の結果を、厚生労働省に提出することとする。

6 留意事項

- (1) 予防サービス及び生活支援サービスは、多様な提供主体による実施が可能となるよう、地域資源の活用や住民活動の育成支援を行いながら、地域資源の活用及び住民参加を積極的に進めること。
- (2) 介護予防サポーターやボランティアポイント制度等、住民が参加する手法を積極的に取り入れること。

別紙3

高齢者のサービス検討会の開催

1 基本的な考え方

適切な方法で自立を支援するため、モデル事業の実施市町村が、予防サービス及び生活支援サービスの実施団体、地域包括支援センター、保健センター、医療機関等の関係機関で構成する検討会を主催し、医師、保健師、リハビリ専門職等の多職種協働により、個々の利用者について、アセスメントの結果に基づき、対応方針や必要な支援を検討するもの。

2 検討会の構成員

市町村の事業担当者、保健師 等

地域包括支援センター

予防サービス実施団体等

保健センター又は保健所

モデル事業の対象者に実際に関与した者

医療系専門職（医師、看護職員、リハビリ専門職（P.T.・O.T.・S.T.）等）

福祉系専門職（介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士 等）

地域住民（介護予防サポーター、老人クラブ等）

3 検討事項

- ① 個々の利用者ができること、できないこと
- ② できないこと（課題）の要因分析
- ③ 課題を解決するために必要なサービス及び提供量
- ④ 到達目標の設定
 - ・中間評価（必要に応じてサービスの見直し）
 - ・最終評価

等

4 留意事項

多職種協働による検討会の定着に向けて、定期的に開催することが望ましい。



厚生労働省