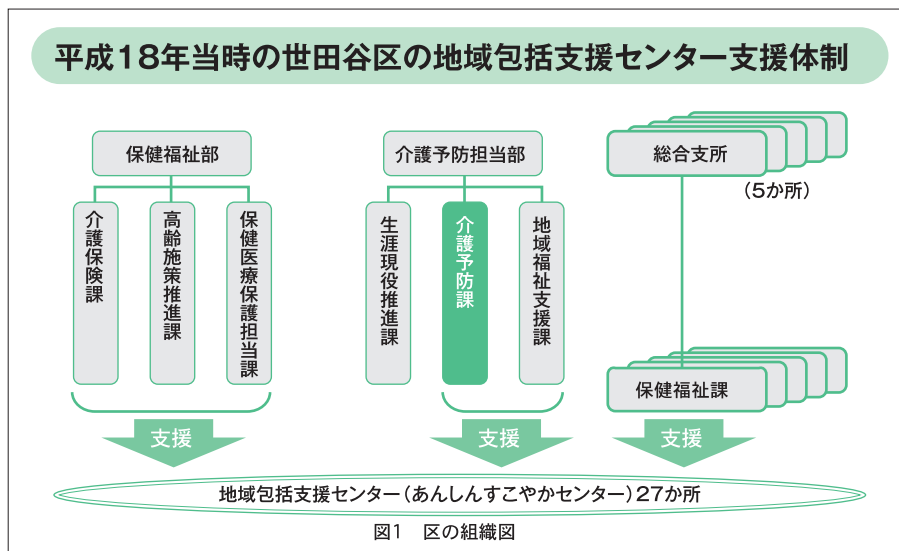


東京都 世田谷区の取り組み

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わ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										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
世田谷区	準備期	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																						
	開始期	対象者リスト作成																						
		区・あんすこ連絡会議																						
		専門職・あんすこ意見交換会																						
	終盤期	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)	準備期	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																						
	開始期	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)																						
	終盤期	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
担当地区の 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)
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、町会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

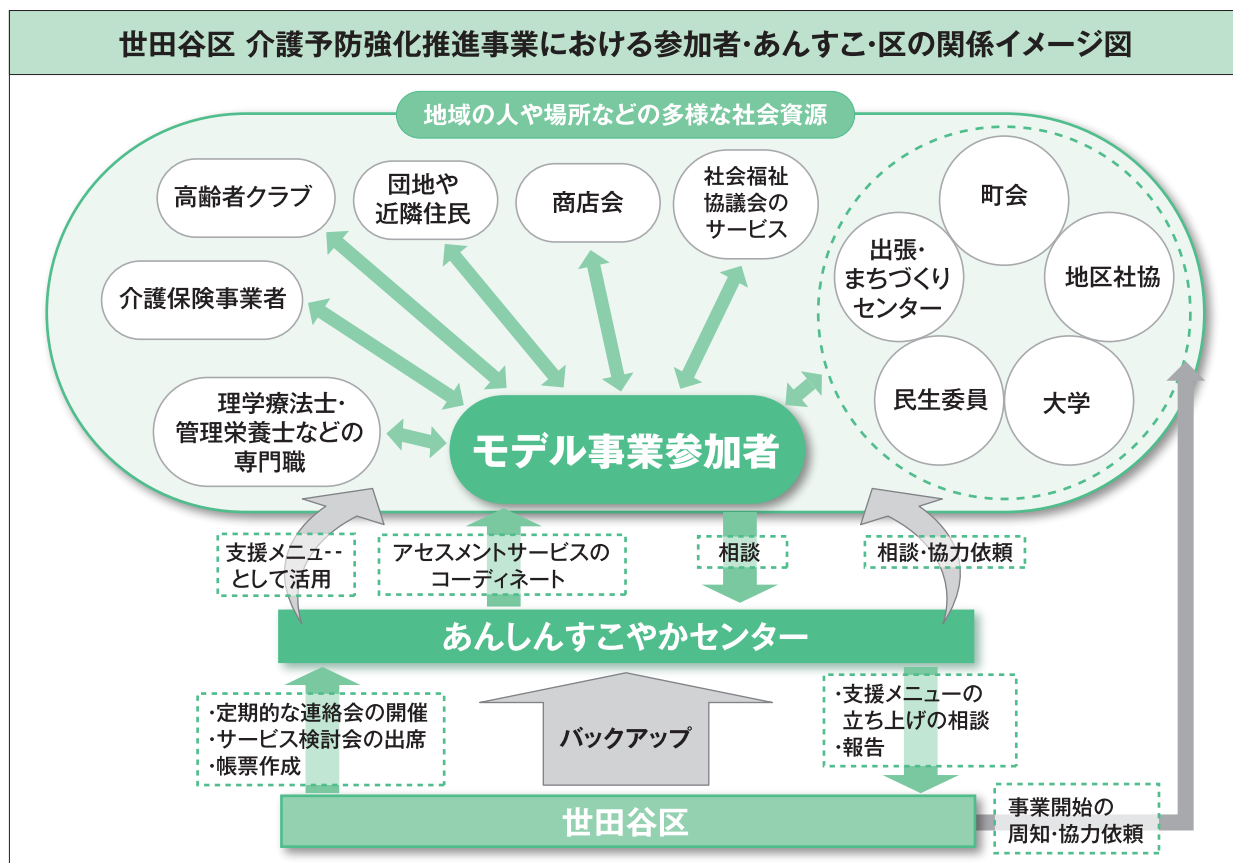
区と4か所の「あんすこ」は、定期的に連絡会議を開催。実施期の約3か月間は、ほぼ毎月2回のペースで会議を開催し、情報・意見交換を行いながら事業イメージを固めていった。区は、地域資源を活用したメニューの企画・立ち上げ・運営の全てを各「あんすこ」に任せ、毎月の連絡会で進捗状況や現場の課題を把握し、行政対応が必要な点がないかどうかの判断を行った。

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ってもらうために、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、デイス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ス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、楽しい行事になった。
- ・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続けた。

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所等は、常に予約で埋まっており、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た。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)
- ・通うことに慣れたことにより、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)
- 地域の人の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しない人、一人暮らしで人との交わりが無い人などが、気軽に出かけられる寄り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）、一人暮らしが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。一般の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「すこやかすてっぷ」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、住民が自由に出入り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”の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っておく必要がある。



【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の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。この繰り返しで、要支援者等の自立支援の力量形成につながっている。