

(2) 総合相談支援業務関係

事例6 「軽米町保健医療福祉連絡会」等の開催によるチームケアの推進

【地域包括支援センター名】	岩手県軽米町地域包括支援センター	
運営形態	直営	
日常生活圏域人口	11,024人	
日常生活圏域高齢化率	31.1%	
職員数	保健師等	1人
	社会福祉士	1人
	主任介護支援専門員	1人
	その他	1人（事務員）

(日常生活圏域人口及び高齢化率は平成20年9月30日現在、職員数は平成20年10月1日現在)

【事例の内容】

●軽米町保健医療福祉連絡会の開催

軽米町保健医療福祉連絡会は、定例で月1回（第2水曜日）岩手県立軽米病院で開催し、困難ケースや退院患者の事例検討を行っている（資料1：軽米町における地域支援システム、資料2：軽米町保健医療福祉連絡会の概要、資料3：軽米町保健医療福祉連絡会ケース検討票）。

保健・医療・介護・福祉関係者で支援方針を検討し、それぞれの分野が役割分担し支援している。

困難ケースについては、特に基準は定めていないが、多問題を抱えるケースである。内容としては、経済状況、家族関係、介護者の障害、事業所を変更するケース、虐待、認知症の一人暮らし（キーパーソンがいない）、金銭管理ができない、家族が遠方で連絡が取れない、本人が精神障害などにより理解力がないなどの複数問題を抱えているケースである。

<経緯>

昭和58年に、地域医療に熱心な県立病院長から「県と町が一体となり、医療・保健・福祉関係者が同じ方針で支援をしていこう！」という発案で、昭和58年2月から定例で月1回保健医療福祉連絡会として開催することになった。その当時の構成員は、軽米病院院長・総看護師長・担当看護師と町の保健師・訪問看護師であった。

平成4年度に、県立軽米病院が移転新築される際、上記の連携活動が評価され県立軽米病院へ町の保健福祉活動ができる施設（軽米町健康ふれあいセンター）が隣接され、よりいっそう連携が図れる立地体制になった。また、定例の会議へ福祉担当も構成員として参加できるようになった。

平成18年度には、地域包括支援センター（担当：主任ケアマネジャー）が主催し、町内の福祉関係機関担当者（特に各介護保険事業所担当者およびケアマネジャー）で構成し、保健・医療・介護・福祉が顔を合わせた連携が図れるようになった。

<効果>

1. 町全体の保健・医療・介護・福祉活動の中核になっている。
2. 医師が構成員となることにより、治療の方針が明確になる。
3. 病院からの情報提供により、治療の段階や入院生活の様子が理解できる。
4. 保健・介護・福祉からは、在宅での生活状況や家族関係などの情報提供により、保健・医療・介護・福祉間相互の情報から全体像が明確になり、利用者にあった支援が検討できる。
5. 広い視点からケースの課題分析ができ、今後の方向性を統一できる。
6. その後の経過について、情報提供がされ再検討へつなぐことができる。
7. 各分野の活動状況が把握でき、相互の理解が深まり連携が強まる。
8. ケースによっては、福祉関係職員、管外の関係職種（他市町村地域包括支援センター・管外事業所・振興局など）も参加し、支援方法を検討できる。
9. 各関係機関が制度についての勉強会を行い、各分野で知識を高めることができる。
10. 各分野の担当者が顔を合わせて検討することにより、日常の活動においても理解・連携が深まる。

<活動実績>

軽米町では、保健医療福祉関係者のチームアプローチにより、在宅から病院、病院から在宅サービス・福祉サービスへ、施設サービスへとスムーズにつなげることができる。

年 度	検討ケース			入院者ケース検討後の支援結果		
	内 訳		計	在宅復帰	施設入所	専門医療機関
	入院者	在宅者				
平成18年度	27	39	66	16	5	0
平成19年度	26	27	53	17	7	2
平成20年度	21	16	37	14	2	3

●ケアマネジャー等連携会議の開催

軽米町ケアマネジャー等連携会議（担当：主任ケアマネジャー）は、町内の保健・医療・介護・福祉関係者などの多職種による連携と資質の向上を目的に、軽米町内の医療・介護保険事業所・福祉関係者が構成員となり、年6回開催している。

会議の内容は、管内の施設視察、福祉用具・介護用品展示会、ケース検討会、また、町内の施設をよく知り、連携をより深めるために、各施設で会議を開催するなどの工夫をしている。

●住宅改修研修会の開催

住宅改修研修会は、平成18年度から町内のケアマネジャーと建設業関係者や一般を含め開催している。

<経緯>

住宅改修研修会は、住宅改修について居宅介護支援事業所のケアマネジャーが困難を感じていたことから、ケアマネジャーと住宅改修を請け負う建設関係者も、共に介護保険制度やその他制度の利用・申請手続きの流れや注意点・改修方法を学び理解することで、問題なく実施でき、利用者へ良い結果へつなげると考え開催に至った。

また、新築を考えている一般の方へも、高齢者・障がい者にやさしい住宅について学ぶ場を設けることにより、必要になってからではなく、生活に溶け込んだ住まいづくりが住民へ浸透することを願い参加を呼びかけている。

研修会の内容については、県担当者や保険者である二戸広域行政事務組合からの事務手続き説明も含めて開催している。講師については、高齢者・障がい者にやさしい住宅改修の第一人者の先生や障がいをもちながら住宅コーディネーターとして活躍されている講師へお願いしている。

課題として、建設関係者の参加が減少傾向にあり、対策として町の地域整備課と共催で開催することを検討した。

3年目になる本年度は、岩手県長寿社会振興財団から共催を依頼され、県と町地域整備課・地域包括支援センターが合同開催し（平成21年2月開催）、参加定員を上回る参加となり、関係者の関心と理解を深めることができた。

<研修内容>

演題：高齢者のための住まいづくりについて

住宅改修の流れについて

住宅改修・福祉用具購入申請手続きについて

二戸管内の住宅改修の状況と問題点

住環境のユニバーサルデザインについて－転倒対策と認知症配慮－

必見！耐震制度の概要と上手な活用方法

生活支援としての福祉用具・住宅改修の位置づけ

<効果>

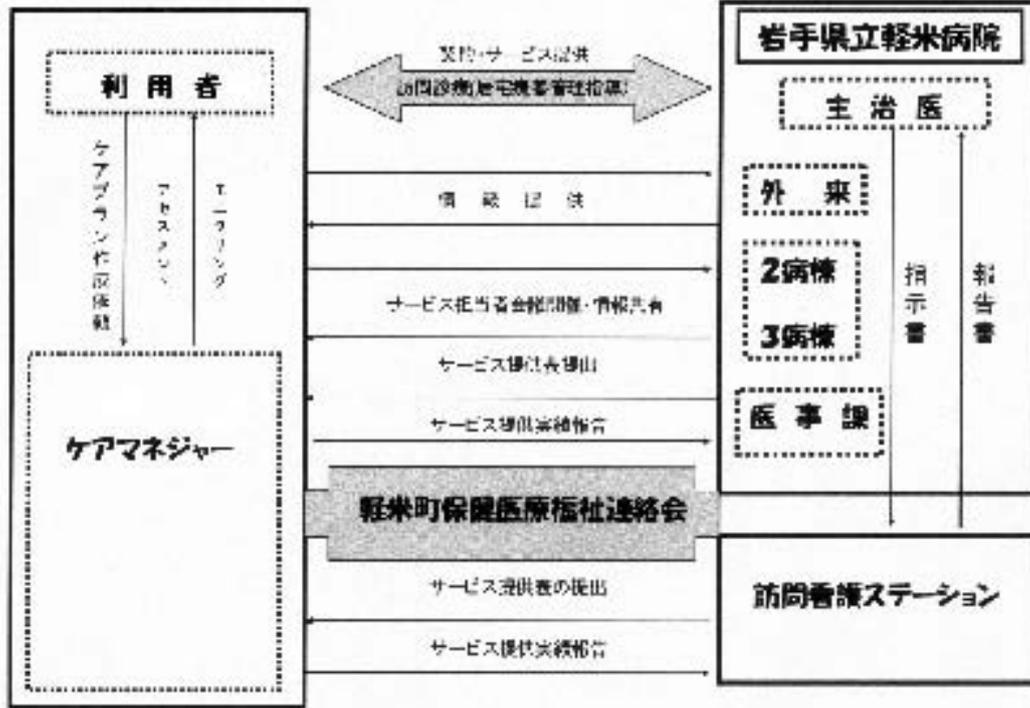
1. 各申請手続きの流れや注意点について関係者（および一般）が共通理解できる。
2. 高齢者や障がい者にやさしい住宅の必要性や改修の注意点が理解できる。
3. 研修会で自己紹介をするなど、顔の見える連携を図っている。

（例えば、町内のケアマネジャーは、どこの事業所の誰なのか？ 町内の建設事業者は、どんな業者があって、どんな方なのか？）

4. 毎年開催することで、再確認しながら、新しい情報を学び資質を向上できる。

軽米町における地域支援システム

H19.8.8 改正



〔軽米町における地域支援システム〕

○介護保険サービス利用者の情報の共有について

(目的) 関係機関が情報を共有しながら連携を図り、利用者のニーズに添った在宅療養生活を支援する。

(手順)

- ①病棟看護師が担当ケアマネジャーに、入退院を連絡する。
- ②ケアマネジャーは、入院がわかり次第、病棟師長（担当看護師）へ在宅生活について情報提供し情報を共有する。
- ③在宅療養の注意点については、退院時サマリー・診療情報提供書により情報提供を依頼する。
- ④ケアマネジャーは、サービス担当者会議（情報提供のみの場合もある）の日程調整を病棟師長（担当看護師）へ依頼する。
- ⑤サービス担当者会議の開催（利用者が入院している病棟で実施）
 - ・ケアマネジャーは、サービス事業者を招集する。
 - ・退院時指導（経管栄養・吸引・褥創マニュアル等）について情報提供いただき、関係者が指導内容の情報を共有する。
 - ・ケアマネジャーは、暫定プランについて助言・指導いただく。
 - ・ケアマネジャーは、ケアプランについて、利用者・家族から同意をもらう。

○訪問看護ステーションが主治医から指示書をもらう場合

(手順)

- ①1回目
医事課に依頼して診察日を決め、利用者と訪問看護師が一緒に外来受診し、主治医から指示書をもらう。
- ②2回目以降
主治医に計画書・報告書を提出し、指示書を依頼する。
- ③主治医が訪問看護師から状況報告を受けたい場合は、外来師長が訪問看護ステーションへ連絡する。
- ④指示書以外（生命にかかわる状態変化等）に主治医の判断を仰ぎたい場合は、電話もしくは指示書・ケアプランを持ち、主治医へ電話・面談を外来師長へ依頼する。
- ⑤家族からの相談や看護師が訪問時に気になる点は、家族へ観察事項等を指導し、さらに心配なことは家族が病院へ連絡する。

○介護保険サービス関係書類に関すること

※利用者が、初めて軽米病院の訪問診療（居宅療養管理指導）を希望する場合は、家族が外来担当へ依頼する。

※サービス提供票は、医事課へ月末に提出する。

※サービス提供票変更については、ケアマネジャーと外来担当で連絡調整する。

※実績報告は、サービス提供票に回数・時間を明記しケアマネジャーに届ける。

※外来看護師（訪問診療担当）が、月1回開催される保健医療福祉連絡会で訪問診療利用者の情報提供をする。

軽米町保健医療福祉連絡会の概要

【目的】 保健医療福祉関係者のチームアプローチにより、適切なサービス提供や患者・家族の自立支援を図る。また、保健医療福祉スタッフの情報交換の場として活用し、各分野の活動について理解し連携を深める。

【内容】 1. ケースを検討する。
1) 複雑な問題を持つケース
2) 保健・医療・福祉サービスの調整が必要なケース
3) その他必要なケース
2. 各関係機関との情報交換

【期 日】 別紙日程表のとおり
毎月1回（第2水曜日） 午後3時～4時

【場 所】 岩手県立軽米病院（会議室）

【構成員】

- | | | |
|--------------------|---|------------------|
| ①健康福祉課 | → | 保健師・介護支援専門員・看護師 |
| ②岩手県立軽米病院 | → | 医師・看護師・作業療法士・MSW |
| ③健康ふれあいセンター | → | 介護支援専門員・生活相談員 |
| ④いちい荘 | → | 生活相談員 |
| ⑤花の里かるまい | → | 介護支援専門員 |
| ⑥くつろぎの家 | → | 介護支援専門員 |
| ⑦せせらぎ | → | 介護支援専門員 |
| ⑧ふれあい・軽米訪問看護ステーション | → | 看護師 |
| ⑨ねんりん軽米訪問看護ステーション | → | 看護師 |
| ⑩その他 | → | 各関係機関のスタッフ（随時） |

【手 順】

1. ケース検討
 - 1) 「ケース検討票」に記載する。
 - 2) 「ケース検討票」の取りまとめは、県立軽米病院は外来主任看護師、健康ふれあいセンター・花の里かるまい・くつろぎの家・せせらぎ・訪問看護ステーションから地域包括支援センター主任介護支援専門員が行う。
 - 3) 前日までに「ケース検討票」をメンバーへ配付する。
 - 4) 当日は、課題分析し今後の支援方法、保健医療福祉各分野の調整などを総合的に検討する。
 - 5) 適切な支援が継続できるように、モニタリング・評価を行う。
2. 各関係機関との情報交換
 - 1) 地域包括支援センターが必要な関係機関へ出席要請する。

資料 3 : 軽米町保健医療福祉連絡会ケース検討票

軽米町保健医療福祉連絡会ケース検討票

検討年月日：平成 年 月 日

氏名	生年月日	M.T.S.H	年	月	日	(歳)
① 事例の概要	介護度 [要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5] サービス利用 [通所介護 ・ 訪問介護 ・ 訪問入浴介護 ・ 訪問診療 ・ 訪問看護 ・ 訪問リハ ・ 通所リハ]					
② 援助目標						
③ 援助方法						
④ 問題点						
⑤ 今後の方針・具体策						
提出者	岩手県立軽米病院 () ()					

※①～④は、これまでの支援状況を記載してください。

⑤について、連絡会で検討していきます。

事例7 「地区包括ケア会議」の開催等によるチームケアの推進

【地域包括支援センター名】	東京都世田谷区上馬あんしんすこやかセンター	
運営形態	委託	
日常生活圏域人口	26,077人	
日常生活圏域高齢化率	16.8%	
職員数	保健師等	1人
	社会福祉士	1.8人（嘱託職員含む）
	主任介護支援専門員	1人
	その他	－

（平成20年10月1日現在）

【事例の内容】

●「地区包括ケア会議」の開催

チームケアが機能するには、関係者が顔の見える関係にあり、信頼しあえること、日常的にも細かな情報交換ができることが重要と考える。そのために、定期的に行行政担当者、ケアマネジャー等の事業者、民生委員などが顔を合わせる機会をつくる必要があるため、「地区包括ケア会議」を開催している。

担当地区ごとに開催することになっているので、「地区包括ケア会議」としている。平成18年度（開設初年度）に開催した3回の会議のうち1回を、民生委員と地区のケアマネジャーを対象に開催した。

「地域の高齢者へのサポートをより円滑なものにするため、地域の高齢者にかかわっている地域包括支援センター・民生委員・ケアマネジャーの顔合わせ、意見交流を通じて、お互いの連携の取り方を考える」ことを目的としたが、双方から「なかなか接点が見出せなかったため、顔合わせができて良かった」と好評だった。この成果をふまえて、他地区でも「民生委員とケアマネジャーの顔合わせ」が行われることとなった。

平成20年度は出張所とも連携し、町会長、地区社協職員、地区内の大学のボランティアサークルも含めた会議に拡大した。顔の見える関係になり、地域の福祉課題を話し合い、共有する場として定着しつつある。

課題としては、医療機関との連携を図っていくことがある。一度地区内の医師6名の出席を得て会議を開催し、医師からも参加者からも、共に意見交流ができたことを成果とする感想が聞かれた。今後、どのような形で継続していくかが課題である。

（資料：上馬あんしんすこやかセンター 地区包括ケア会議開催経過）

●行政との連携・情報交換

日常的には、チームケアが必要と判断されたケースについては、区の保健福祉課ケア担当職員とこまめに連絡を取り合うようにしている。

行政（保健福祉課等）とは下記のように連携を行っている。

- (1) 本人・家族・事業者・地域住民から相談があり、引き続き関わりが必要で、特に支援経過において行政の関与や協力が必要と思われるケース。
 - 虐待や、家族に精神疾患や障害者がいて、介護を支援する上で、解決すべき問題が出てくることが予想される。
 - 認知症が進み、一人暮らししかそれに準ずる状態で、法定後見等、申し立てについて、区の支援が必要とされる。
 - 経済的に困窮あるいは、健康や生活上、その他緊急に保護が必要とされる。以上のような場合、次のような協働を行う。
 - ①区担当ケースワーカーに相談し、情報共有と問題の整理をする。
 - ②それぞれの役割分担を確認する。
 - ③ケア会議を開催し、相談者を含めて問題点の確認と解決の方針を立てる。
 - ④ケアマネジャーなどのキーパーソンを中心に、必要な支援を行う。
 - ⑤一定期間後、状況把握のためのケア会議で経過を確認する。
- (2) 担当エリアにおいて、住民から区に通報があった場合、一次的に保健福祉課から訪問の要請があるケース。

訪問をして状況報告（口頭・紙面）を行い、引き続き関与が必要な場合は、上記と同様。
- (3) 月1回の定例会議で、他のセンターとともに、情報交換を行い、行政への要望を伝えていく。

●困難ケースへの対処

困難ケースについては、下記のように対処している。

- ・区担当ケースワーカーに、介護保険の申請（新規・更新）にあたり、認定調査に行ってもらうよう依頼する。
- ・問題整理・共有のためには、同行訪問やケア会議をこころがける。

資料 上馬あんしんすこやかセンター 地区包括ケア会議開催経過

上馬あんしんすこやかセンター 地区包括ケア会議開催経過

開催年度	開催日	テーマ	参加者	人数
平成18年度	7月6日	地区の状況について	ケアマネジャー	23名
	10月5日	民生委員とケアマネジャーの意見交流	ケアマネジャー 民生委員	16名 13名
	2月15日	事例検討(見守りが必要な認知症高齢者)	ケアマネジャー	14名
平成19年度	4月12日	事例検討	ケアマネジャー	15名
	6月14日	地区内のミニデイ・サロンの状況	ケアマネジャー 社会福祉協議会 保健福祉課	21名 1名 2名
	10月18日	高齢者を孤立させないためにできること	ケアマネジャー 民生委員 社会福祉協議会 介護予防課保健師 出張所長	16名 13名 1名 1名 1名
	12月13日	事例検討(見守りが必要な認知症高齢者)	ケアマネジャー	10名
平成20年度	4月17日	地域の見守りを考える会	ケアマネジャー 民生委員 町会長 出張所 世田谷警察署 保健福祉課 一般企業 ボランティアサークル 通所施設	16名 16名 2名 2名 2名 1名 1名 1名 2名
	7月25日	地域の見守りー民生委員調査活動より	ケアマネジャー 施設等 ボランティアサークル 民生委員 社会福祉協議会 町会長	19名 3名 2名 15名 1名 1名
	10月24日	地域の医療連携を考える	医師 訪問看護師 ケアマネジャー 施設等 民生委員 町会長 介護予防課保健師 出張所	6名 1名 13名 4名 14名 3名 1名 2名

事例8 地域福祉ネットワークの構築による地域の支え合いの推進

【地域包括支援センター名】	福島県石川町地域包括支援センター	
運営形態	直営	
日常生活圏域人口	18,172人	
日常生活圏域高齢化率	27.0%	
職員数	保健師等	1人
	社会福祉士	1人
	主任介護支援専門員	1人
	その他	1人（事務職）

（日常生活圏域人口及び高齢化率は平成20年10月31日現在、職員数は平成20年10月1日現在）

【事例の内容】

●地域福祉ネットワークの推進

地域の福祉力を向上させることで、地域の課題や困りごとを、早期に把握し対応するという考えのもと、独居や高齢世帯の見守り、虐待防止、認知症の見守り、消費者被害防止、介護予防等に関するネットワークを「地域福祉ネットワーク」に一本化し、その活動を推進している（資料：石川町地域福祉ネットワークのイメージ図）。

原因別にいくつものネットワークや組織をつくるのではなく、地域がしっかりつながっていくことで、地域のいろいろな困りごとの早期発見、早期対応につながったり、地域の中で支え合うという意識を一人でも多くの住民に広げていく等、住民・関係機関・行政が協働で「誰もが安心して暮らせる地域づくり」に取り組んでいくことを目指している。

関係機関については年に一度合同会議を行い、課題や各々の機能の確認を行っている。

地域福祉ネットワークは、ひとりでも多くの住民に支え合いの意識を広げ、町全体でセーフティーネットワークを構築していくことを目指しており、実際には、地区ごとに行政区長や民生児童委員が中心になり、広報紙の発行、安心ネット標語づくり、ネットワークや虐待等の勉強会・話し合い等を行っている。

●地域福祉ネットワーク構築の経緯、効果と課題

地域福祉ネットワークの取り組みは、独居高齢者の孤立死を発端に始まっている。地区に出向き、起こってしまった孤立死を町の課題としてみんなで考えよう、隣近所の身近な人たちが少し意識して見守って声かけて、地域がつながって、と話し合いを行った。集まった人たちからは、地域のいろいろな課題が出され、地域がつながっていくと、いろいろなこと（高齢者や障害者の安否確認、虐待の早期発見、消費者被害の予防、災害時への備え）ができるということが確認できた。課題別にネットワークをいくつもつくっても、同じ人たちがいくつもの組織に名を連ね、機能しなくては何もならない。多くの住民が今より少しずつ意識して地域が見られるように、時間はかかっても地域の力をつけていくことのほうが大事だ、

特別な組織をつくるのではなく、特別な人たちだけが取り組むのではなく、住民みんなで安心して暮らし続けられるためのネットワークを、という考え方で取り組みを進めてきた。

効果：ネットワークを推進している人たちが、いろいろな視点で地域を見られるようになっていて感じている。地域包括支援センターにつながってくる相談件数は年々確実に増えている。

課題：ネットワークの推進は行政主導ではなく、地区が中心になり広げていくという方針であるため、地区間の取り組みの格差が年々大きくなってきている。地区の状況によって活動やネットワークのあり方に違いが出てくるのは当然だが、なかなか活動が進まない地区への支援が今後の課題である。

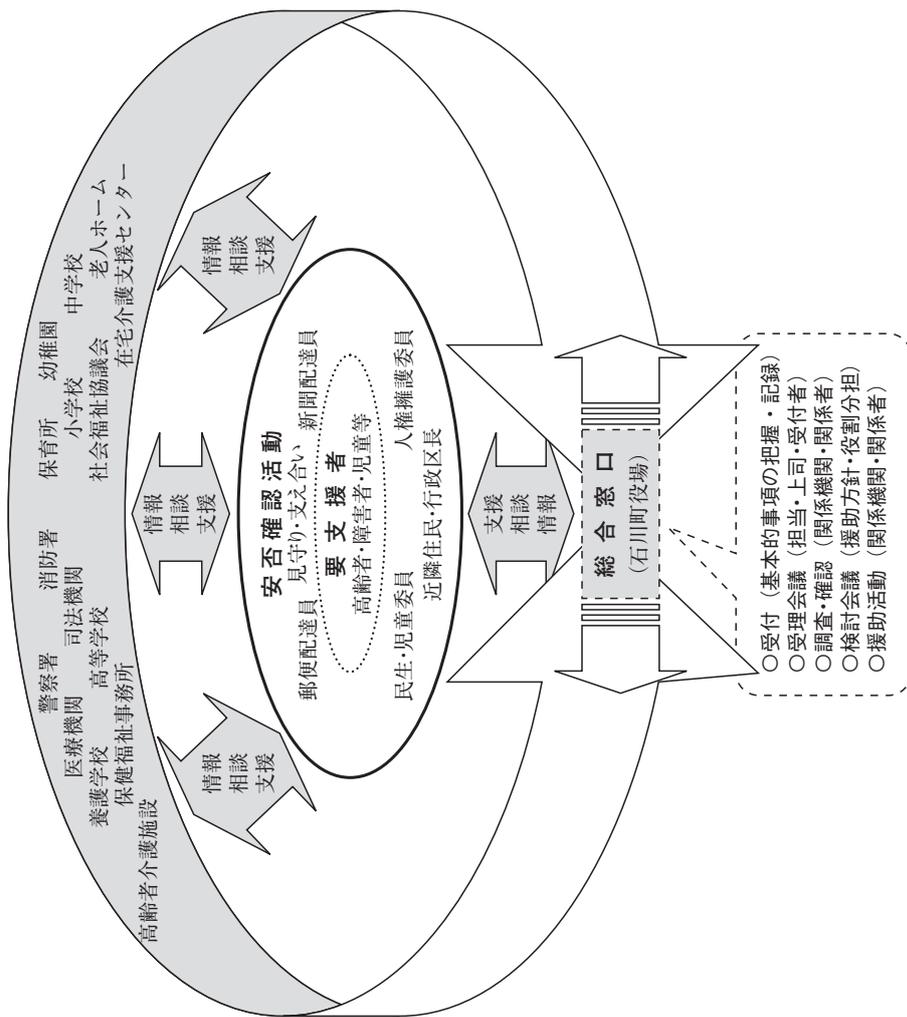
●地域住民の支え合い意識を高めるための取り組み

子どもから高齢者まで老若男女みんなで、老いや認知症・地域の課題を考え、家族や地域の絆・支え合いを考えていくための機会として、小学校での高齢者体験教室や家族介護教室、地域の3世代交流事業等を実施している。

また、毎年、町民を対象とした「地域福祉ネットワーク講演会」を開催し、地域の現状や地区ごとのネットワークへの取り組みの状況を共有し、地域がつながっていくことの意義を確認するため、パネルディスカッションと講演会を実施している。

地域の介護予防サロンや高齢者学級、公民館事業、地区の団体の講話等、あらゆる場で「地域の支えあい」について触れ、住民が自ら考える機会を提供するよう努めている。

石川町地域福祉ネットワークのイメージ図



事例9 サポーター養成講座の実施等を通じた地域との連携体制づくり

【地域包括支援センター名】	北海道函館市地域包括支援センター西堀	
運営形態	委託	
日常生活圏域人口	101,845人	
日常生活圏域高齢化率	20.3%	
職員数	保健師等	2人
	社会福祉士	2人
	主任介護支援専門員	2人
	その他	1人（事務員）

（日常生活圏域人口及び高齢化率は平成20年3月31日現在、職員数は平成20年10月1日現在）

【事例の内容】

●サポーター養成講座の開催

当センターでは、地域のサポーター養成講座を開催している。地域のリーダーを育成し、今後、地域が主体となっていけるようにしている。その後は、フォローアップし、地域力を維持していけるように支援していく。

サポーターは養成講座終了後も当センター主催の月1回の健康クラブに来ており、情報交換を行っている。

- 内容：1. サポーターとは何かということの概要説明
2. 基礎講座（高齢者の疾患、認知症について、高齢者と運動）
3. 「自分が地域でできることを1ヶ月後、1年後」という内容でグループワークを行い討議する。

参加対象者：当センターの担当地域の元気な65歳以上の高齢者。歩いて来られる方。

参加者：7名 民生委員、保護司、地域のボランティアをしている方等の参加がある。

効果：地域の現状が把握でき、参加者が自分でできること、誰かの協力があればできることが理解できた。

●機関紙の発行

機関紙を年4回発行し、その際には地域を紹介、地域包括支援センターの活動も掲載している。機関紙は約2,800部発行（印刷は3,000部）。

内容は、

- ①町内会会長から一言を毎回2町会からもらう。エリア全部の町会からはまだもらっていない。断られる町内会もまだある。
- ②健やかコーナーでは、健康に関する情報を掲載。栄養士からも記事を書いてもらう。研修会等や函館市地域包括支援センターを中心とした地域との関わり等の記事を掲載。研修会に参加した事業所スタッフへ原稿依頼することもある。

③リレートークは、スタッフの紹介も兼ねて書いている。写真も掲載。

④函館市地域包括支援センターの活動紹介。

⑤編集後記

の構成となっている。

機関紙チームが編集を進めている。印刷は当院で事務員が実施し、製本は全員で手分けしている。配布についてはすでにシステム化したので、それにのっとり実施。エリアを4つに分け、リーダーを中心にメンバーが構成されている。配布先および連絡方法・配布方法と部数が一覧になっているのでそれに基づき実施している。すでに18年度から実施しているので町会長も了解済みである。

●地域との連携を図るために行っていること

- ・ 地域の出前講座や懇談会には積極的に参加している。
- ・ グループホームや小規模多機能施設の運営会議にも積極的に参加し、交流や情報交換の場とし、地域や事業所との協力への足がかりとしている。
- ・ 機関紙は、郵便局や新聞配達所にも配布。
- ・ 地域包括支援センターの仕事内容を簡単に説明したパンフを作成（函館市包括全体で）し配布。
- ・ 町内会や民生委員、地域福祉委員から依頼のあった出前講座の実施。
- ・ 認知症サポーター養成講座（寸劇が得意）の町内会での実施、学校での実施、介護教室での実施（介護教室は毎月実施。30名前後の参加あり）。
- ・ デイセントーを毎月2回実施。町内会からはふれあい教室への参加依頼もあり。
- ・ かるやか教室を毎年開催し、今年は老人福祉センターで実施した（来年は回数を増やす予定）。
- ・ 民生委員からの相談には、一緒に動き情報を交換するなど顔の見える対応をする。それによって、各町会のあり方や関わり方がずいぶんとわかってきた。時間外での対応も多い。

事例10 「高齢者見守り協力店」による地域の見守り機能の強化

【地域包括支援センター名】	東京都世田谷区上馬あんしんすこやかセンター	
運営形態	委託	
日常生活圏域人口	26,077人	
日常生活圏域高齢化率	16.8%	
職員数	保健師等	1人
	社会福祉士	1.8人（嘱託職員含む）
	主任介護支援専門員	1人
	その他	－

（平成20年10月1日現在）

【事例の内容】

● 「高齢者見守り協力店」の依頼

地区の商店に「高齢者見守り協力店」のステッカーを貼ってもらうことを企画した。日常的な隣近所の見守りの一環で、店を訪れた高齢者に、「おはよう・こんにちは・元気ですか」の声かけと、急に姿を見せなくなったり心配な様子的高齢者がいたら、センターに知らせることのお願いである。

区介護予防課が19年度に行った「地域づくりモデル事業」の会議に出席していた職員から、グループワークで、商店にあんしんすこやかセンターのチラシを配布しているセンターから報告があったという話を聞き、「どうせお店回りをするなら、一般の人にも目に付くようにして、お店の人に見守り活動に協力してもらえるようにしたいね」と、スタッフの中でアイデアが膨らんだ。

街中には、小学校PTAが協力を呼びかけている見守り110番のステッカーが、至るところに貼られていて、「高齢者版の見守りもあっていい」とステッカーを作ることになった。介護予防課に了解をもらい、地区限定版として配布することになった。その後、地元の商店会の会長に挨拶に行き、回ることを伝え、一軒ずつ回った。商店会の会合でも協力を依頼した。各センターのステッカーを介護予防課で作ってくれることになり、課題だった量産ができるようになった。このことから、他センターでも賛同の輪が広がり、区全域で少しずつ普及し始めた。

その後、商工会から区の商工課を通じて、介護予防課に問い合わせがあり、改めて介護予防課の職員が説明に赴いたところ、快く了解されたとのことだった。



●「高齢者見守り協力店」となるための条件・店側のメリット

厳密に条件を申し合わせているということではなく、それぞれの常識の中で進めているが、

- ①区介護予防課が作成した高齢者の外出マップ「あんすこのポケット」に掲載した薬局、郵便局、高齢者の出入りが多いような個人商店を対象とし、
 - ②消費者被害が懸念されるような店舗は避けるようにしている。
- 店側のメリットとしては、下記のような点がある。
- ①「高齢者にやさしい店」であることのイメージづくりになる。
 - ②来客が認知症の疑われる状態であったり、緊急に救護が必要になったときに、あんしんそごやかセンターにすぐつなぐことができる。

●実施状況・効果

(1) 活動の進め方

- ①個別の店舗回りをする
- ②商店会の会合にて、趣旨説明をする
- ③町会や民生委員協議会でPRする。

というように進めているが、

- 来客が立て込んでいるときには、依頼説明がしづらい。
 - 店の前面に貼ると、イメージが良くなかったり、商品が見えづらくなると断られる場合がある。
 - 「わかりました」と預かってはくれるが、実際に貼ってくれていない。
- ところもある一方、目立つところに貼ってくれている店も、少しずつではあるが増えてきている。現在地区内では20数店舗程度の普及。

また、他地域でセンター周囲に商店が多く、日常的にも見守りの協力をお願いしているセンターでも、今後積極的に普及活動をしていきたいとしている。

(2) 効果

まだ通報につながるケースはない。趣旨説明に回っている中では、「そういえば、毎日のように同じものを買いに來る人がいる」というような話も聞かれるので、まずは「あんしんすこやかセンターがどういうところか」を理解してもらい、徐々に見守り情報が寄せられるようになることを目指したい。

●「おはよう・こんにちは・元気ですか」の声かけ活動の現状と課題

現状については、残念ながら把握ができていない実情である。まだまだ目に見える成果は出ていない。活動が拡大するには、地道なステッカーの普及啓発とあわせて、町会や商店会の活動とリンクする形でのインパクトのある働きかけが必要なのではないかと考えている。

地域に回れない原因としては、多様な業務を少人数の職員でこなしているの、それぞれの業務の中で優先順位が後になってしまうこと、また、良いタイミング（先方の繁忙時間帯を避けるなど）を図りながら普及啓発に回ることが容易ではないことがある。

また、一地区で始めたことではあるが、他地域でも取り組みを進めており、全区的な動きになることで、抵抗なく貼ってもらえることになる。区民にも浸透することで、商店側にとっても良いイメージにつながるメリットにもあることなので、時間のかかることではあるが、気長に進めていきたい。