

優秀施策・事例等提案制度 報告票

施策・事例名	介護予防強化推進事業（厚生労働省のモデル事業）
担当課	介護保険課
実施に至るまでの 現状・課題	<p>現行の介護サービスの問題点として、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ADL（日常生活動作）の低下に基づくサービス利用が主で、IADL（手段的日常生活動作）に関する評価が乏しく、日々の暮らしに活かせる生活プログラムの内容が希薄である。 ・法律で定められた運営基準に基づくサービス提供をもって介護報酬が担保される仕組みのため、地域特性に応じたプログラム内容や、状態の改善を目指す事業所独自のプログラムを作成するのは困難である。
目的・意図	<ul style="list-style-type: none"> ・二次予防対象者から、要介護2までの認定を受けた対象者のうち、ADLが自立又は見守りレベルで、IADLの支援が必要な人に対して、サービスニーズの把握、必要なサービスの実施、効果の計測、課題の整理を行なうこと。 ・今後の介護予防・日常生活支援総合事業に必要な事業を検証すること。
施策・事例等の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・「地域ケア会議」 理学療法士等のリハ専門職・市の保健師・地域包括支援センター職員等で構成される「地域ケア会議」を毎月開催し、対象者の心身の状態を個別に検討・分析し、3ヵ月後の目標設定・支援計画を作成し、心身の状態の改善のプログラムを実施する。 ・「通所型事業（パワーアップ教室）」では、運動機能向上、口腔機能向上、栄養状態の改善などの複合型プログラムを実施。 ・「訪問型事業」では対象者のADLやIADL、住環境などを評価し、住宅改修などの提案や、公共交通機関の利用の同行・指導を行なう。 ・「生活支援サービス」は、シルバー人材センターに委託。掃除、買物、調理、ゴミ出しなど不自由になっている生活行為を本人と一緒に実施、支援する。 ・「転倒予防教室」は、転倒を予防するための体づくりや家屋内の環境調整に関する情報提供、セルフケアへの動機づけを行なう。 ・「ひまわりの集い」は、閉じこもりがちな高齢者や孤食で食生活に偏りがある高齢者を対象に食事を介したサロンで、生活意欲の向上を図る。

<p>実施経費等</p>	<p>(初期経費及びランニングコストについて具体的に記入してください)</p> <p>平成 24 年度 (決算) 5,989,809 円</p> <p>平成 25 年度 (予算) 16,993,000 円</p> <p>※ 10/10 国庫補助</p>
<p>実施による実績 (効果)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護認定の更新が不要となった者が現れるなど、目に見えた改善・効果が見られる。 ・ 参加者で改善された者が通所型の予防サービスにボランティアとして参加する者が複数現れるなどの効果がある。 ・ 介護給付費の抑制が期待できる。
<p>実施における問題点 ・ 実施で工夫した点</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「移動手段の検討」 <p>本市の特徴として、地形的に坂道が多く、一旦、腰や膝を痛めてしまうと途端に閉じこもりがちな生活を余儀なくされることから、外出しづらい方への移動手段の検討が必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「リハ職の確保」 <p>このモデル事業では、理学療法士等のリハ職の関与・指導で改善効果をあげていることから、今後の事業拡大の上ではリハ職の確保が必要となる。</p>
<p>施策・事例の アピールポイント</p>	<p>このモデル事業は全国で 13 の市町村のみが参画し、特に近畿圏では生駒市のみ参加である。参加自治体の中でも、リハ職の関与、指導で効果があがっており、国から本市の取組が先進事例として公表されている。平成 26 年度には事業エリアを全市に広げて実施予定しており、平成 27 年度から始まる第 6 期介護保険事業計画に向けた、生駒市の特色を活かした介護予防事業の確立に寄与している。</p>

※ 報告に係る資料については、報告票の後に添付をお願いします。

魚類



特集 1

水分不足は
危ない!

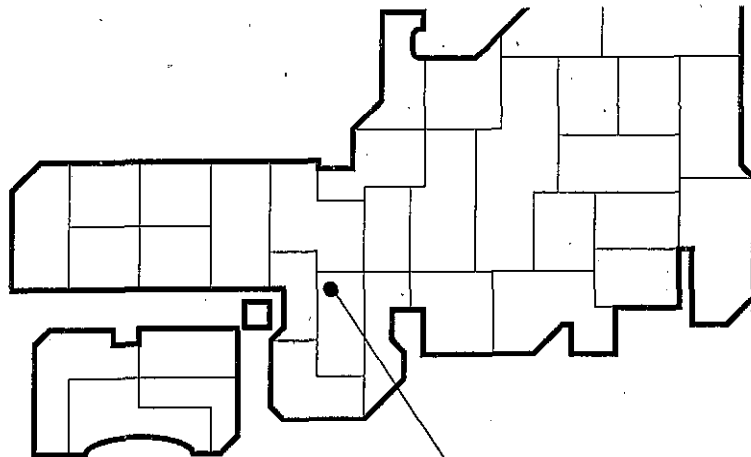
特集 2

使ってみませんか
アローチヤート

連載

ケアマネに知ってほしい
歯科のヒ・ミ・ツ

そうだったのか!
サービス担当者会議



奈良県 生駒市

地域包括支援センター

総面積：53.18 km²

人口：12万1,031人
男 5万7,723人 女 6万3,308人

65歳以上：2万7,491人

高齢化率：22.7%

(2013年4月1日現在)

執筆：生駒市介護保険課予防推進係 田中明美（保健師、精神保健福祉士）

地域ケア会議を活用した

自立支援と高齢者の居場所づくり

奈良県生駒市は、県北西部に位置し、京都・大阪に隣接しています。西に主峰生駒山を擁する生駒山地が南北に走り、東に矢田・西の京丘陵が併走、中央には大和川流域の竜田川が南流する「生駒谷」を形成し、坂道の多い地域です。そのため、交通手段が十分に確保されていない地域では、一度膝や腰を痛めると途端に外出が難しくなり、買い物弱者や閉じこもりといった課題が発生しやすい傾向があります。

そこで昨年から、国のモデル事業である「市町村介護予防強化推進事業」を活用し、軽度者や二次予防事業等に該当する方々を元気にする新規事業を展開しています。具体的には、モデル圏域（市内中地区、3地域包括支援センターが対象）を設定し、5つの事業を新規に立ち上げ

ています（図1）。また地域ケア会議を積極的に取り入れ、生活機能向上に主眼を置いた取り組みを進めているところです。これらの取り組みが地域のネットワーク構築や政策形成につながり、今後の方向性が見えてきましたので、ご紹介したいと思います。

▼ 重層的な地域ケア会議で ニーズを政策に反映

生駒市には6カ所の地域包括支援センターがあります。在宅介護支援センターが築いてきた地域とのつながりや介護予防推進の実績を踏まえすべて委託で運営。統括を市の介護保険課予防推進係が担っています。特徴の一つとして、地域包括の職

図1 生駒市で行われている市町村介護予防強化推進事業の内容

通所型介護予防事業	訪問型事業と連動し、集団・個別プログラムの展開。PT・OT・看護師・介護福祉士・住民ボランティア・社会福祉士・管理栄養士・歯科衛生士等多彩なスタッフで、訪問型介護予防事業と連携・連動。
訪問型介護予防事業	ADL・IADLの拡大に向けた個別支援と環境調整の提案。OT・PT・保健師と地域包括支援センター職員がスタッフで、通所型介護予防事業と連携・連動。
転倒予防教室	上記1と2の事業の利用者の受け皿として、セルフケアの促進を図る。介護予防運動指導員と保健師と住民ボランティアで運営。
ひまわりの集い	手作りの食事→会食を通じた閉じこもり予防のサロン。生駒市健康づくり推進員連絡協議会の会員が、週に1回手作りの食事を提供し、レクリエーションを実施。
生活支援サービス	日常生活行為の拡大に向けたサービスをシルバー人材センターの会員が提供（家事等が中心）。

＜事業の概要＞

【対象】二次予防事業の対象者～要介護2

【条件】要介護認定者については現行の介護保険サービスの利用がなく、当事業のみを選択する者（ただし住宅改修・福祉用具購入・短期入所は利用可能）

【ケースカンファレンス（個別地域ケア会議）の開催】

3カ月を1クールとし、初期・中期・終了期に毎月ケア会議を開催。自立支援の方向性を多職種で検討する。

員が通常の業務と平行して「要支援1・2」のプランを作成している点が挙げられます。専任のプランナーに分業したり、居宅介護支援事業所に委託したりといったことはあまり行っていません。これにより要支援者等の生活実態を職員が把握でき、社会資源の活用や地域づくりにつながっています。

生駒市では積極的に地域ケア会議に取り組んでいます。形態としては、①自立支援に資するケアマネジメント支援（ケースカンファレンス：個別地域ケア会議）と、②地域包括支援ネットワークの構築の2種類です。両方を並行して実施することで個から地域、地域から個へと相互に課題分析を行い、その結果を政策や地域包括ケアの推進に反映しています。

・地域ケア会議の開催頻度

①の個別地域ケア会議は月に1回開催

（1回あたり25～30事例を検討）

②を目的とした地域ケア会議は随時開催

（地域包括主催・介護支援専門員主催・行政主催等ケースに応じて対応）

・構成メンバー

①専門職で構成。医師・看護師・PT・OT・管理栄養士・歯科衛生士・介護福祉士・地域包括職員・事業所職員・行政職員等。

②専門職と地域住民で構成。ケースの当事者・家族・地域包括職員・介護支援専門員・介護サービス事業者・保健医療関係者・行政職員・民生児童委員・住民組織等。

※①②とも必要に応じたメンバーを招集

・特徴

1. 事前資料の活用

①では、個人票と生活機能評価（ADL・IADL評価）票を使って生活機能低下の背景要因を整理（個人・環境因子）。目標設定と支援方針を検討するための帳票を作成し、短時間で協議できるよう努力しています。国がモデル事業の参考様式として出しているアセスメント様式（図2）

を用いることで、IADL全般をつかみやすくなりました。

②では共通の様式はありませんが、フェイスシートやアセスメントシート、エコマップやケアプラン等を活用しています。

2. 役割の明確化

①では課題設定の捉え方や、目標と具体策が「自立支援」に向けた支援として妥当かどうか検討し、本人および家族や支援者の中で誰がどのような役割を担うかを詳細に議論し決定します。また支援に対する評価期間を定め、再度評価会議を行います。

3. 様式の工夫

議論した結果や取り組み内容が見える形で様式を整え、初期評価・中間評価・終了時評価の流れがケースごとに見えやすい工夫をしています。これにより「支援方針は固めたけれど実践がおぼつかない」という結果を防いでいます。また系統別に事例を整理し検討会で活用することも。担

図2 「アセスメント・ケースカンファレンス総合記録票」(抜粋)

市町村介護予防強化推進事業

アセスメント・ケースカンファレンス総合記録票

参考様式

対象者氏名	S・S 83歳 (男・女)	実施日	H25年 1月 9日
認定なし	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2	所属	東生(認知症対応型ケアセンター)
〒	H 年 月 日 ~ H 年 月 日	実施者	大西

1 動作や日常生活に、やりづらさを感じるようになったから
いつ頃から H23.9
どんなことが 専任介護士で歩行困難となり、風呂の出入り等が辛くなった

2 申請をすすめられたから 医療機関から 介護サービス事業所から 本人から 家族から

3 その他(具体的に)

項目	アセスメント		選択肢	特記事項
	1	2		
健康状態	治療・観察中の疾患	1 1 1	0なし 1あり()	
	連絡状況	0 0 0	0定期的な連絡が行われている 1定期的な連絡が行われていない	
	服薬	1 1 1	0内服なし 1内服あり	
	服薬の状況	1 0 0	0正しく行われている 2正しく行われていない	
	医療処置	0 0 0	0なし 1あり	
行われている処置			1ケアマネ計 2在宅医療療法 3ステマア(人工呼吸器) 4透析 5カテーテル処置 6その他()	
			0自分の歯があり義歯はない 1義歯 2歯が1本も無く義歯もない 3義歯があるが使っていない	
歯			1義歯がない 義歯による痛みあり 2歯・歯茎の痛み、腫れ、出血あり 3口臭あり 4食べ物が残っている 5歯茎が多い 6その他	
			0むせずに飲み込める 1むせが常	
飲み込み			0ある 1時々ない 2常がない	
			0 0 0 1一回2回(朝・昼・夕) 2不規則	
食事回数			0普通食 1せきみ 2ペースト 3その他	
			(身長 161.5 cm) → ※ BMI=(体重(kg)÷身長(m)×身長(m)) BMI 35.9(異常 25.5以上) 35.9(異常 25.5以上) 35.9(異常 25.5以上)	
BMI			初回: 3月後: 6月後:	
			0 0 0 0ない 1ある	
3日以上の便秘			0ない 1時々使用 2毎日使用	
			0ない 1時々ある 2毎日ある	
便秘薬の使用			0ない 1時々使用 2毎日使用	
			0日常生活に支障なし 1日常生活に支障あり	
視力			0日常生活に支障なし 1日常生活に支障あり	
			0日常生活に支障なし 1日常生活に支障あり	
聴力			0日常生活に支障なし 1日常生活に支障あり	
			0日常生活に支障なし 1日常生活に支障あり	
コミュニケーション			0日常生活に支障なし 1日常生活に支障あり	
			0日常生活に支障なし 1日常生活に支障あり	

計8枚からなる様式。健康状態、ADL、IADL、認知機能、外出・社会交流・役割の5領域・70項目以上について項目についてチェック方式で確認。解決すべき課題を整理し、改善の可能性を検討できるようになっている。

畑仕事を通じて、ご近所さんとの交流も再開したご夫婦



当事者以外の他職種の人々が自由に意見を交わすことで思いもよらない具体策の提案が生まれるなど、地域ケア会議の場が支援者のアイデアで「宝の山」となっています。

・事例紹介

モデル事業を活用し、地域ケア会議で検討した事例をご紹介します。

「高齢者夫婦の支援」

(記憶障害や見当識障害が進む認知症の妻を介護する夫)

夫 Sさん

要支援1(脊柱管狭窄症) 84歳

妻 Hさん

要介護1(アルツハイマー型認知症: 中等度) 83歳

夫婦ともにモデル事業の通所型・訪問型介護予防サービスを利用(2012年10月~12月)。初回のケースカンファレンス(個別ケア会議)で、夫のSさんは3カ月後の目標である「畑仕事の再開」を目指し、妻のHさんは「今できている家事が継続できること」を目指すことになった。

3カ月後の評価を行うカンファレンスでは、夫は教室参加中に筋力がアップし腰痛やしびれも軽減、サービスの卒業が可能と判断。一方、妻は環境を大きく変えることは認知症に悪影響があるという判断から、通所型介護予防事業の参加を継続。次の目標を同事業で行う運動教室のボランティアができるようにすることと設定した。

もともと社交的な妻は、機器を操作する利用者への声かけのほか、ボラン

ティアのサポートがあれば次の順番の人を呼んだり、お茶をすすめるなどの役割を徐々に担えるように。教室で生き生きとしている妻の様子を見た夫は、妻に残っている能力に気づき、自分自身の声のかけ方やかわり方を見直すきっかけにもなった。

妻は教室の参加により状態を維持していたが、夫は畑仕事の再開が実現できないまま脊柱管狭窄症の症状が悪化。卒業から3カ月後、再び通所型事業に再エントリーした。

この間カンファレンスを通してお二人の生活を再度見直し、畑仕事を再開できるプログラムを再検討した結果、夫が畑作業を再開できなかったのは荒れ果てた畑地を耕す作業と畝作りが腰痛持ちの夫に負担が大きすぎた

図3 夫Sさんのアセスメントの総括

領域	領域における課題	総合的課題	短期目標具体策			長期目標
			1カ月後	3カ月後	6カ月後	12カ月後
健康状態	腰痛のため、好きな畑仕事ができなくなっている。 妻の介護ストレスにより、不眠が続き精神的に疲れている。	腰痛があるため活動量が低下しており、両下肢の筋力低下や、体力の低下が起きている。 また、腰痛や妻の介護、畑仕事をあきらめたことにより、気持ちが沈んでいる。痛みコントロールを行うとともに、活動性を上げ、体力の向上を目指すことが大切である。	パワーアップ教室に通う中で、柔軟性を身につけ、動きやすい身体づくりができる。	下肢筋力と持久力の向上を図り、畑仕事を再開できるようにする。 認知症という病気を知り、妻の行動についての理解が深まりイライラを軽減することができる。	大好きな畑仕事を継続し、収穫でできるようになる。 転倒予防教室に通う。	地域の体操教室に妻と共に通う。
ADL	腰痛があるため活動量が低下しており、両下肢の筋力低下や、体力の低下が起きている。 浴槽の手すりの位置が身体状況に合致しておらず、浴槽のまたぎが困難な状況にある。		妻の介護に対する不安やストレスをスタッフなどに伝え、少しでも気持ちを軽くできるようにする。	ひまわりの集いに参加し簡単な調理、技術を得る。		
IADL	徐々に妻の認知症の進行により家事がしづらくなっていくため、掃除以外の家事にも挑戦していくことが必要である。					
社会交流	腰痛や妻の介護、また畑仕事をあきらめたことにより、外出頻度が減っている。					

ということに気づいた。その部分だけをインフォーマルパワーで乗り切れれば通常の畑の手入れは可能だと分かり、「畑仕事手伝える人この指とまれ!」で、今までモデル事業に参加した卒業生等に声をかけることに。その後、訪問型事業を通して夫の作業動作の評価を行い、地域包括の職員や教室卒業生等と一緒に畑地を耕す作業や畝作りを行えた。

今では妻にとっても卒業生等の存在は見慣れた顔でもあり、話しかけられても不安で混乱を生じることもなく、ほがらかに同じ時間を過ごすことができている。夫も再び畑仕事ができる喜びに満ちあふれ、目を輝かせ、近所からも苗の持ち込みや水まきなど協力が得られ(左ページ写真)、地域で夫婦を支える準備が整いつつある。将来ここに畑サロンが生まれることを皆が期待しつつ、住民パワーに希望を抱いている(図3)。

個別地域ケア会議(ケースカンファレンス)では、多職種が一つの事例に関して様々な角度から意見を出し合います。上記の事例においては、夫の目標であった「畑を再開することができること」をどう支援していくかだけで終わらず、その先には「畑サロン」を展開していくという発想が生まれたことが大きな収穫だったように思います。そこにたどり着けたのは地域ケア会議を、①の自立支援に資するケアマネジメント支援という「個」の支援を通して妻と夫の生活を支え、自立を促す視点から、②の地域包括支援ネットワークの構築という「地域」の支援へと発展させる仕掛け作りとして活用したことによるものだと思います。その結果、夫の畑を地域住民が支える形が作られ、畑仕事の継続につながったのだと考えています。

こうした成功事例を重ねるたびに、地域ケア会議を通して私達は公的サ

ービスの限界を知り、地域力を創出し活用し、あらゆる可能性を模索する場として有効に生かしていくことが重要であると実感します。

▼ 地域性を生かした サービスの創出を

次期介護保険の改正では、軽度認定者へのサービスのあり方が問われることとなるでしょう。特に介護予防・日常生活支援総合事業の導入においては、市町村ごとにサービスの違いが顕著になると考えられます。保険者としてどのようなサービスを創出するか問われる時期が早々に訪れると感じています。様々な関係者・関係機関から意見を頂き、モデル事業等での検証を踏まえ、生駒の特徴をどう生かせるかが今後の課題です。

介護保険情報

10

OCTOBER 2013

特集

介護予防の推進と 地域包括ケア

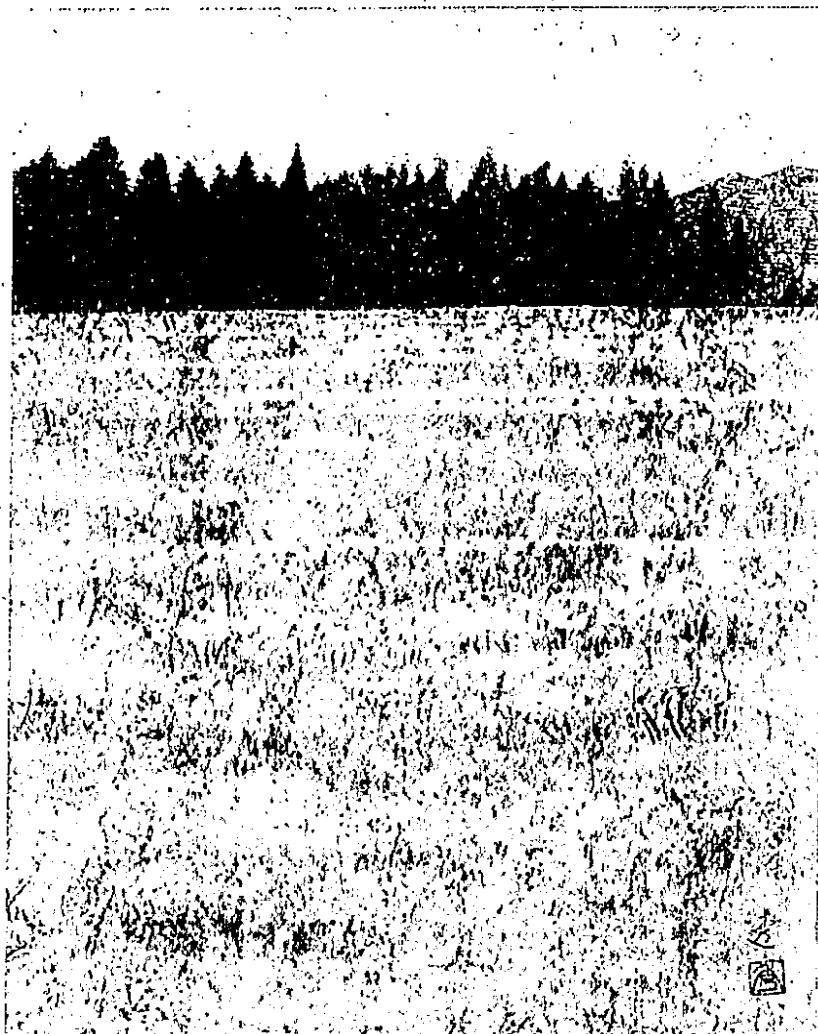
レポート

状態が改善し更新認定を受けず支え手に回る人も出現《奈良県生駒市》

大学の協力も得て通所の介護予防事業を実施《東京都世田谷区》

レポート

「NPOもの忘れカフェの仲間たち」創立記念講演会



人・クローズアップ
鷺見よしみ

日本介護支援専門員協会会長

職場の腰痛予防

「職場の腰痛予防対策指針」改訂を踏まえた労働衛生教育の実施例 齊藤信吾

連載 トライアンドエラー

「エース記者のインプレッション」 松本 均

資料 地域包括ケアシステムの構築に向けて (現状と課題と論点)

奈良県生駒市の介護予防強化推進事業

状態が改善し更新認定を受けず 支え手に回る人も出現

生駒市福祉部介護保険課予防推進係長 田中明美さん

生駒市は、介護予防強化推進事業（予防モデル事業）を10圏域中、3圏域で実施。要支援から改善し、更新認定も受けず、逆に通所型の予防サービスにボランティアとして参加する高齢者も複数現れるなど効果をあげている。同市は、来年度から全市的に事業を拡大し実施する方針だ。

対象者の状態にあわせて 3期に分けて支援

奈良県生駒市は昭和40年代に開発が進み、市になった。団塊の世代が多く、これから急速に高齢化が進む見通しだ。今年4月1日現在の人口は12万1031人、高齢化率22・7%、認定率15・7である。

同市は、予防給付の見直しと地域支援事業の導入が

行われた平成17年の制度改正以前から、介護予防・地域支え合い事業などを活用し、介護予防と高齢者の社会参加を積極的に進めてきた。

厚労省のモデル事業として行われた高齢者の筋力向上トレーニング事業にも参加。ボランティアの養成も行い、高齢者の居場所づくりも手掛け、「高齢者の自立支援と地域のネットワーク作りを継続してきまし

た」と、予防推進係長の田中明美さんは振り返る。

日常生活圏域は10圏域を設定。地域包括支援センターは全て委託で6カ所設置。今回の介護予防強化推進事業（予防モデル事業）は3圏域、3センターで実施している。事業の流れは図の通りで、3カ月を1クールとして取り組む。

特徴的なのは、対象者の心身の状況に応じて、▽集中介入期▽移行期▽生活期の3期に分けて支援を行う点だ。この振り分けは、詳細な1次アセスメントを踏まえた、地域ケア会議の中で行われるケースカンファレンスで確定する。

特に集中介入期から移行期にかけて、個々の対象者の状態にきめ細やかに合わせて、予防サービスである通所型事業と訪問型事業を重点的に実施。状態を改善させ、徐々に移行期、さらに生活期へと移していく。

作業療法士・理学療法士などのリハビリテーション専門職が、通所と訪問の両方に関与し、運動して実施することで効果を上げているようだ。

「予防モデル事業では生活場面での支援がメインになるため作業療法士を中心にしかかわってもらっていません。廃用症候群になると、気持ちが萎えてきて身体が動かなくなり、さらに廃用が進むという悪循環を繰り返します。メンタル面での支援も作業療法士が得意とするところ。集中介入期で重点的にリハ専門職や通所スタッフ、市の保健師、地域包括支援センター職員が連携して取り組めば軽度の人を廃用症候群から改善させることができます」

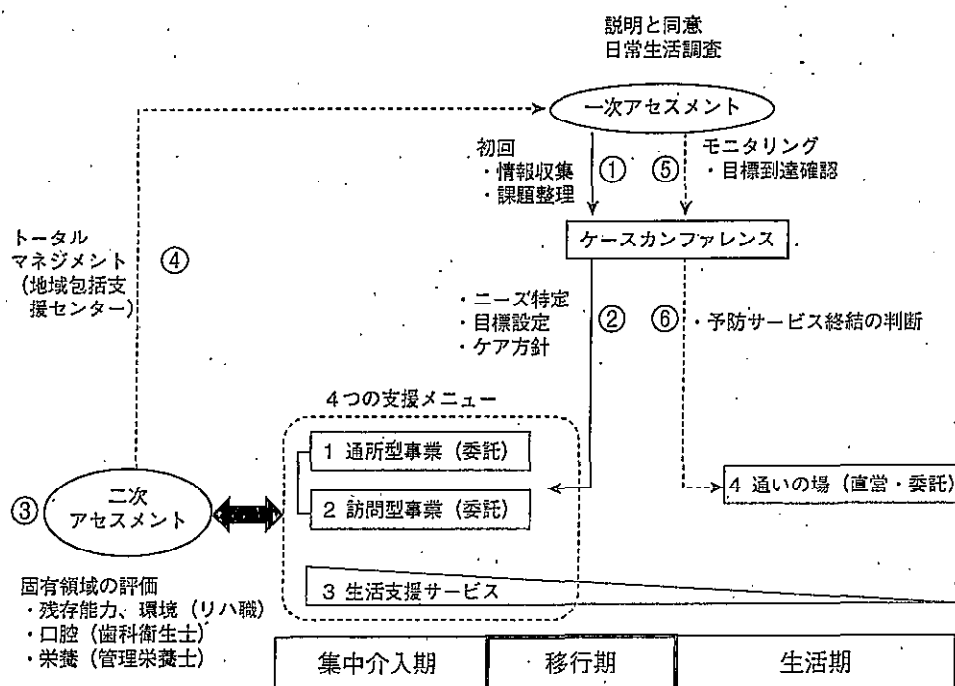
包括職員や市保健師等が詳細にアセスメント

対象者のアセスメントから支援計画案の策定までの



田中さん

図1 予防モデル事業における自立支援の流れ（イメージ）



流れは、次のとおり。
 アセスメント等の実施では、厚労省が示した「アセスメント・ケースカンファレンス総合記録票」に加え、独自の様式も活用する。

1次アセスメントでは、地域包括支援センター職員が▽健康状態▽ADL▽IADL▽認知機能▽外出・社会交流・役割―など約70項目を確認し「総合記録票」に記入し、主治医よりリスク管理の指示を仰ぐ。

1次アセスメントの情報を集約した上で、「総合記録票」に基づき、包括職員が「アセスメントの総括」を行い、支援計画の原案を作成する。

他方で市の保健師は、独自に用意した様式で、対象者の総合的課題と状況等を個人因子と環境因子に分けて整理。そして直近の課題と目標、「訪問型事業」「通所型事業」「地域包括支援センター」などの支援のポイントと役割を明確化。1カ月後、3カ月後、6カ月後、12カ月後の支援の目標も明記する。

それを踏まえ、別に市の保健師と、通所型事業を請け負う市社協アイサービスセンターの責任者（社会福祉士・介護福祉士）が、対象者のADLやIADL、痛みの評価、家族も含めた生活環境、目標設定などを独自に確認。対象者やその自宅の様子などの写真撮影も行う。

「たとえばひどい円背で〇脚の方は、自宅内でもよく転びますが、姿勢の矯正は難しく、背骨の圧迫骨折のリスクもある。その姿と自宅の様子の写真をケースカンファレンスでセラピストに見せれば状況判断が行いやすくなります」

このように期間を区切って「何を目標に」「誰が」「何を行うのか」を具体的に明示する。「目標」は、本人から「どういう生活を実現したいか」を聞き取り、専門職がアドバイスして設定する。以上のように支援計画案などを綿密に用意した上で、ケースカンファレンスで、ケースカンファレンスを生駒市は、昨年度からの予防モデル事業の実施に合わせて地域ケア会議を本格的に導入。予防モデル事業対象者のケースカンファレンスも地域ケア会議の中で月1回行う。

が必要な場合は、各事業を通じて各専門職が2次アセスメントを実施。

またモニタリングは、支援開始後の1クール（3カ月）の間において、1カ月程度の間と、終了前の2回実施し、ケースカンファレンスで目標の達成状況等を評価する。通所型事業では筋力・持久力なども測定。包括では生活状況の総合的なアセスメントを行う。

こうした評価が累積されて「脊柱管狭窄症」や「認知症」など対象者の状態に応じた分類もできており、地域ケア会議でも対象者の状態像で分けてケースを検討するため、効率的に進むという。

通所型と訪問型を連動して実施

支援メニューは、①通所型事業②訪問型事業③生活支援サービス④通いの場①に大別される。

このうち予防サービスである①通所型と②訪問型について、リハ専門職が関与し連動して実施していることがポイントだ。リハ専門職は、近隣のリハビリテーション病院を介して紹介された人達と個別契約して協力してもらっている。

各事業の概要は以下のとおりだが、①通所型事業と②訪問型事業におけるリハ専門職の訪問、④通いの場における新規事業の利用料は1回200円と設定されている。

●通所型事業

①通所型事業は、市社協に委託。週2回開催しており、1回当たりの時間は2時間から2時間40分。「パワーアップ教室」と命名されているが、運動機能向上だけでなく、口腔機能向上、栄養状態の改善などの複合型プログラムを実施。介護職や看護師、リハ専門職、

介護予防運動指導員などがサポートする。

具体的に集団でのパワーリハビリやバランス訓練、セラバンドによる訓練を行う。また個別の状態に合わせてリハ専門職による歩行訓練等も実施している。

「教室の床はフラットですが、例えばアスファルトの坂道は足首の筋肉が硬くなっている高齢者にとって転倒のリスクが高い。リハ専門職と一緒に歩いて『坂道の下りで危険がある』などが分かれば、教室の外の坂道で歩行訓練を個別に行いますし、杖などの福祉用具の必要性も確認します。用具を導入した場合は自宅を訪問して動作確認も行います」

必要に応じて歯科衛生士による口腔機能の向上や管理栄養士による栄養状態の改善に関する指導も受ける。

●訪問型事業

②訪問型事業は、市が直営で実施。対象者の生活場面におけるADLやIADL、住環境などを評価するとともに、生活動作やセルフケアの運動に関する指導や、住宅改修などの提案を行う。訪問は3カ月間で1〜2回の人もいれば5〜6回の人もいる。

「1次アセスメントで、アドバイスだけでいいが、細かな評価が必要かを見定めます。必要な人は毎週、訪問します」

市の保健師や地域包括支援センター職員、リハ専門職が担当し、それぞれ2次アセスメントに関わるとともに次のように取り組む。

市の保健師は、ADL・IADLの拡大に向けた取組の支援、家族との対応などを担う。包括職員は、支援計画の進行管理、目標達成への取組のモニタリング

や取組への動機付け、関係機関との連携を行う。

リハ専門職は、住宅改修や福祉用具の活用など住環境の整備に関する提案や、ADL・IADLの拡大に向けた動作や生活面での指導を本人及び家族に行う。たとえば居場所づくりの場所までの道のりを確認。バスに乗るまでの動線や休憩ポイント、坂道の歩き方をみて指導する。

「外出して5分歩くと足に痛みが出てきたら、その近辺で休憩できる場所を探します。休憩して痛みが治まったらさらに5分歩いてもらう。そうしたことを繰り返して目的地にたどり着けるようにします」

●生活支援サービス

③生活支援サービスは、新たにシルバーク人材センターに委託。有償ボランティアが、掃除や買物、調理、ゴミ出しなど、不自由



いかに魅力的で効果のある事業を創出するかが鍵となる

生駒市介護保険課予防推進係長
田中明美さん

廃用症候群の高齢の方たちを初期に集中的にケアし、状態を改善させてから移行期、生活期に移行させ、色々な地域の活動拠点に参加していただくことが重要です。

そのことが高齢者のQOLの向上につながりますし、結果的に介護給付費の上昇の抑制にもつながるのではと思います。それにはそれほど費用はかからないのではないかとみています。

介護保険制度を持続可能なものとするためには、介護保険法第4条1項にある被保険者の努力義務を果たすことも大切ですが、そのことを実践しようと考えられる仕組みと仕掛け作りが重要です。そのためには介護予防に取り組むようになる、行動変容を起こしたくなるような事業展開を地域の社会資源を十二分に活用した上で進めていくことが重要です。いかに魅力的で効果的な事業を創出するかがカギとなるでしょう。

もろう。以下の「ひまわり」の集い等への参加のほか、「パワーアップ教室」「転倒予防教室」にボランティアとして協力してもらおうと呼び掛ける。

ひまわりの集いは、運営を生駒市健康づくり推進員連絡協議会が担い、レクリエーションを行うとともに手作りの食事を提供。参加者は40〜45人程度。2カ所で実施している（約35人参加し週1回開催と、約10人参加し週2回開催）。

閉じこもりがちな高齢男性も結構参加しています。夏場は素麺しか食べないような方もここでは栄養バランスも考えられた温かい食事を召し上がっています」

※卒業した人がボランティアとして参加

通所型・訪問型事業の対象者は、開始した平成24年10月から25年6月末までの累計で38名。内訳は要支援1が19名、同2が8名、要介護1が8名、同2が3名。

このうち終了者は31名で、中断者は7名。なお2次予防事業対象者は9名で全員が終了した。

現在この事業に参加しているのは全部で14名。このうち再度の参加者は4名だ。

予防サービスを終了し、卒業した人の中には通所型事業にボランティアとして参加し、支える側に戻っている人が4名いる。「予防サービスを卒業

になつてゐる生活行為を対象者本人と一緒に実施するように支援。服薬確認や安否確認なども行う。実施時間は一週あたり60〜90分。なお対象者によっては、介護サービスマスターによる配食サービスマスターも組み入れる。こちらの自己負担は一週400円だ。

体操教室なども含め、複数のメニューを用意。このうち予防モデル事業に合わせて新たに「転倒予防教室」と「ひまわりの集い」を開催している。

参加者にはセルフヘルプを促すとともに、次期クルールのボランティアになつてもらうよう働きかける。対象は、集中入期の「パワーアップ教室」で状態が改善した「移行期」の人とし、まずここに通えるようにする。「転倒予防教室」は送迎が無いので、集中入期の訪問型事業でバスに乗る等の練習をして1人で行けるようにする。

健康づくり等の推進のため、住民に対して一定のカリキュラムを市の健康課が実施し、修了者に委嘱状を出しているもの。かつて介護予防・地域支え合い事業で進めていた、高齢者宅への訪問や高齢者への食事づくり・会食などを行っていた住民もメンバーとなつて

いる。「ひまわりの集いには、

●通いの場

④通いの場では、既存の

参加人数は高齢者のボランティアを含め20名程度。開催は3カ月間に週1回。

転倒予防教室で自信をつけた対象者は「生活期」に移り、自主活動に参加して

いる。

「ひまわりの集いには、

したボランティア達は、で

きないことが増えて落ち込んでいる新規の参加者達に「大丈夫、僕たちもそうだったんだよ」と声をかけ、励ましてくれます。私たちが声をかけるよりも参加者のモチベーションが上がります。これは互助でしかできないことで、互助の推進も市町村の取り組み方次第ではないでしょうか」

ボランティアの力も借りて畑を再開

なお、7月末時点で認定の更新時期を迎えた6名のうち3名は更新が不要になった(表)。

「状態が改善し、ある程度身の回りのこともできるようになったことで、サービスマスの必要性を感じなくなり、更新認定を受けませんでした。また、何かあればいつでも相談できるという安心感が持てたことも大きかったように思います」

表のうち、改善したBさんと、維持のFさん、Eさんの詳細をみてみる。

Bさんは84歳。脊柱管狭窄症を患い、腰痛があり活動が低下。同じ歳で、認知症があり要介護1の妻Fさんを介護している。

ケースカンファレンスの目標設定では、①趣味の畑仕事を再開できるようにする、②Fさんへの介護方法や関わり方を習得する——ことが上げられた。

Fさんは短いフレーズで説明すれば米を研ぐなどの家事もこなせるので、Bさんには、そうした関わり方を身につけられるように支援。自宅での運動や畑での動作の指導なども行った。畑作業をできなかったのは、腰痛があり、荒れ果てた畑を耕す等の負担が大きすぎたためであることが分かった。そこを乗り切れば通常の畑の手入れは可能なので、ボランティアの力も借り、3カ月後には畑を再開。現在では「畑サロン」への発展を目指し、更新認定も不要になった。

他方、Fさんのケースカンファレンスでの目標設定は次の通り。

①1カ月でパワーアップ教室での新しい参加者に馴染むことができるようにする、②3カ月で今できている家事を継続できるようにすること、パワーアップ教室でのボランティア活動を続けることができるようにする——を目指した。訪問型事業では、自宅での家事動作を確認するとともに、夫Bさんの精神的負担について傾聴し、妻への関わりについて助言した。Fさんは、パワーアップ教室では、支援を受けつつ、ボランティア活動に取り組んでいる。マシンを動かす参加者の姿勢を注意できるようにもなった。

「1年前に認知症で要介護認定を受けたが、認定を受けた頃よりもコミュニケーション能力は向上しています」

活動範囲を徐々に広げ1人で通院も可能に

Eさんは、75歳の女性で腰痛があり活動が低下し、ほぼ寝たきり生活。

もとは家事を全部担っていたので、まず洗濯物をたたむことから開始。

また、神社に毎日通うことが日課だったので、神社にお参りできるようになることを目指し、シルバークーを介護保険でレンタルし安全な通路を探して神社に行けるようになった。その後、バスで転倒予防教室に通えることを目標にし、杖歩行で乗車の練習をした。そうして行動範囲が広くなり、これまで子に送迎されていた図書館通いや通院

も1人で行けるようになったが、福祉用具のレンタルを継続するために更新認定を受けた。

「生駒市は坂道が多く、一度膝などを痛めると閉じこもりがちになります。福祉用具の活用が必要なケースがあります。福祉用具貸与のために認定を受ける人に地域支援事業で対応できるようにになれば、認定を受ける人も減っていきます」

認知症高齢者への個別プログラムも実施

以上のほか、今年度からは認知症高齢者への個別プログラムにも取り組んでいる。4名が対象だ。

パワーアップ教室でマシントレーニングに取り組みとともに、40分間は読み書きなどの脳トレーニングをサポート(ボランティア)2名の協力を得て別室で実施している。

従来から生駒市では「脳

表 要介護認定の更新の時期を迎えた6名の結果

	教室参加時の要介護度	更新結果	現在の様子の概要
Aさん	要支援1	更新せず(改善)	「パワーアップ教室」を終了後、ボランティアとして教室に参加している。教室修了者のOB会を立ち上げ、2カ月に1回会合を開いたり、カラオケに行ったりしているという。
Bさん	要支援1	更新せず(改善)	昨年10月から1クール参加し、一度終了したが、アルツハイマー型認知症の妻(Fさん)の介護に追われて廃用症候群が生じたため再度、事業に参加。ボランティアの協力を得て、目標として掲げていた「畑仕事の再開」を実現。現在は冬の鍋物用の野菜をつくる作業を進めており、「畑サロン」の展開を目指している。
Cさん	要支援2	更新せず(改善)	訪問した時は低体力で面談中も座り続けることも困難であった。パワーアップ教室に参加(送迎つき)する中で、体力が徐々に回復し、教室終了後はボランティアとして参加している。散歩等の運動習慣も身に付き、糖尿病のコントロールも良好。
Dさん	要支援1	要介護1(悪化)	病状悪化があり、介護保険によるサービス移行も検討したが「介護のプロばかりでは味わえないソフトな部分がこの事業にはある」と本人・家族が語り、医療の訪問看護と電動ベッドのレンタルを受けながら参加を継続。
Eさん	要支援2	要支援2(維持)	パワーアップ教室を終了し、「ひまわりの集い」への参加を継続。福祉用具(シルバーカー)のレンタルの為、介護認定の更新を行った。
Fさん	要介護1	要介護1(維持)	自宅ではアルツハイマー型認知症の進行で、夫からの声掛けがないとお茶をわかすことも難しくなっている。「周囲の支援を受けながら、ボランティア活動をする」というプログラムで脳の活性化に取り組んでいる。

の若返り教室」という認知症予防事業を実施しており、その学習ボランティアの中から認知症の理解が深い方を見定めてサポーターとしての協力を要請した。

参加者の一人は要介護2でアルツハイマー型の認知症。1カ月後には教材のレベルが上がリ、運動の動作性も向上。会話にも広がりが見られてきた。

「脳トレ以外にも、この参加者が『野鳥が好きだ』と言うので、サポーターが野鳥の図鑑を探してきてくれました。中長期の記憶は残っており、図鑑を見て野鳥の説明を始めたりしました。コミュニケーション能力や教材のレベルも上がり、関係者が驚いています。その日に取り組んだことも記憶を保持できるようになり、帰宅後、家族に話しています。いかにその人に合ったプログラムをつく

るかが重要なことが分かりました。認知症の人への対応プログラムも予防モデル事業を通じて開発できるかもしれません」

「自立支援」に向けたケアプラン作成の効果も

事業を通じて、どんな効果があったのだろうか。

生活行為が拡大してQOLが高まり「諦めていた人を取り戻している」。そうした変化を受け、家族との関係も良好になった。またボランティア自身の介護予防につながるなどの効果もみられた。

包括職員は地域ケア会議におけるケースカンファレンスなどを通して「自立支援」に向けたケアプランの作成がさらに充実するようになった。通所型事業を委託している社協のデイサービスでも「自立支援」の視点が深まるなど職員の資質向上につながったという。

来年度は全市に展開
リハ専門学校の協力も

来年度は、上記の4種類の支援メニューを地域支援事業に位置付けて継続するとともに、市全域で展開していく考えだ。新たに参画できる事業者・ボランティア・専門職の拡充も図る。

「生駒市では、集中介入期は送迎を考慮しています。市を北・中・南の3エリアに分けて、それぞれに通所型事業の拠点を設置できれば全市で事業実施が可能です。各エリアに移行期の転倒予防教室も設置し、さらに生活期の拠点を展開していく考えです」

生駒市では、通いの場合は既存のものも活用。地域支援事業のメニューの再整理は必要だが、今回の新たな事業を組み込んで、来年度は地域支援事業の上限の範囲で賄える見通しだ。地域包括支援センターに

予防サービスの「卒業生」が ボランティアとして支援

生駒市社会福祉協議会デイサービスセンターに委託されている通所型事業（パワーアップ教室）取材した。予防サービスの「卒業生」も4名がボランティアとして参加していた。

お喋りと笑いで
賑やかな会場

会場に入ると高齢者や若いスタッフらしき30〜40名が円形に椅子を並べて座っている。お喋りと笑いが絶えず、とても賑やかだ。



Aさん

この日は、14名の予防モデル事業対象者と12名のボランティアが参加。ボランティアのうち4名は予防サービスの「卒業生」だ。専門職の支援は、介護職、看護師、介護予防運動指導員、作業療法士各1名など。最初、椅子を円形に並べ、準備体操を開始。その後、



Cさん



円形になって準備体操

は、今回の予防事業にどれくらい必要支援者が移行できるか積算してもらっている。「環境が整えば多くの要支援者の移行が可能で」と田中さん。難しいのは、「うつを含む精神疾患、

がんのターミナル・急性疾患」など。

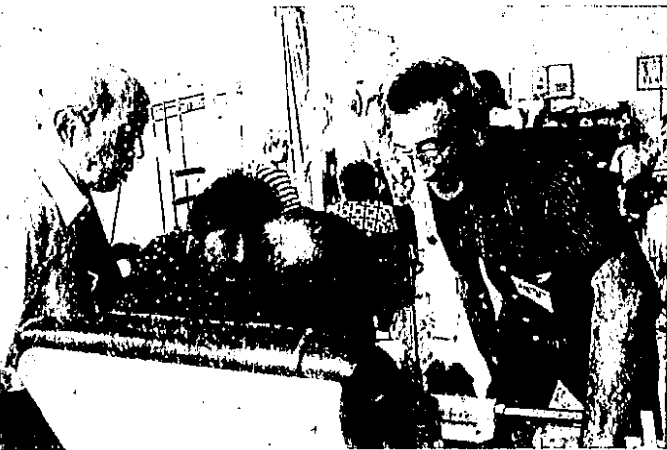
事業の全市への拡大を目指すし、市内にあるリハビリテーションの専門学校との提携も進めている。来年度下半期には、専門学校の教

師や学生を対象に、現在協力してもらっているリハ専門職が伝達講習をして人材を養成していくことも考えている。そのためにもマニュアル作成も今年度、進めていく方向だ。

一方、課題は何か。坂道が多い同市では足腰が弱い高齢者の移動手段の確保が求められている。NPOを活用した移動支援なども考えているという。

また事業を実施していくにはやはり「思い」が無くてはできない。地方公務員には異動があることから「人材育成が必要ですし、永遠の課題です」と指摘する。

撮影／國森康弘



パワーリハを実施。卒業生、ボランティアのAさん、Cさんなどがマシンの設定を行ったり、掛け声をかけたりしている。

三つのグループに分かれて、マシンを使ったパワーリハビリテーションと、椅子を用いた身体のバランスを図り持久力を鍛える訓練を実施。ボランティアも分散して協力した。

対象者に合わせてマシンを設定。運動が始まると、「イチー ニッー サナー

シ……」と大きな声で号令をかけ、対象者を励ます。終了したら記録も付ける。

参加者は皆、高齢者などで水分補給も重要だ。ボランティアが積極的にお茶を勧める。

別室では、認知症の人が「脳のトレーニング」に取り組んでいた。自宅では水分を取りたがらないとのこと、ボランティアから水分補給も促されていた。

近くで号令をかけていた、眼鏡の大柄な男性と小柄な男性に話を伺った。眼鏡の男性は13ページの表で紹介したAさんだ。



生駒市社協デイサービスセンターの北原理宣さん

作業療法士の林岳志さん



「歩くのもしんどかったが、(昨年)10月から12月の3カ月間、ここに通って歩けるようになった。(教室が)終わってからは週1回ですが1月からずっとサポーターをやらしてもらっています。皆さん、同じ様な状態ですし、私も助けてもらったので。機械を設定し、運動の際には号令をかけます。皆さんに『私も健康になったんですよ』と言っています。号令をかけるのは自分にとってもいいです。元気になります」

Aさんとチームを組んでいるのは同じく、卒業したCさん。ボランティア以外に今は「ひまわりの集い」

にも参加。またAさん達と「カラオケに行ったりします」と笑顔で話す。

ボランティアのモチベーションを下げるないように

支援する側はどのような点に留意しているのか。

生駒市社協デイの生活相談員(社会福祉士・介護福祉士)の北原理宣さんは、「ボランティアの方たちそれぞれに出来る役割をきちんともってもらい、モチベーションを下げないようにしています」と話す。

ボランティアも高齢者などの、心身の状態にも配慮している。

元々、生駒市社協のデイでは2次予防事業の通所型介護予防事業を実施しているが、リハ専門職は関係していない。今回の予防モデル事業ではリハ専門職による指導もあることから対象者の状態改善での効果は大きいという。

リハ専門職が、対象者の状態に合わせて個別に階段や外を一緒に歩行し、状態を確認



作業療法士の林岳志さん

は、女性の参加者とともに建物の階段から外の坂道を歩き、状態を確認。「運動の機会も少ないので、坂道を歩いてもらい持久力をアップすることも目的です。あとはバランスをみています。バランス能力をアップさせることで相対的に筋力も上げます」と話す。

撮影/國森廣弘

全国介護保険担当部(局)長会議資料

～介護保険制度改正の検討状況等について～

平成25年11月21日

厚生労働省老健局

(注)この資料は、社会保障審議会介護保険部会における現時点の検討状況等を説明するために、同部会の資料を中心に作成したものであり、方針として定まっているものではありません。

○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)

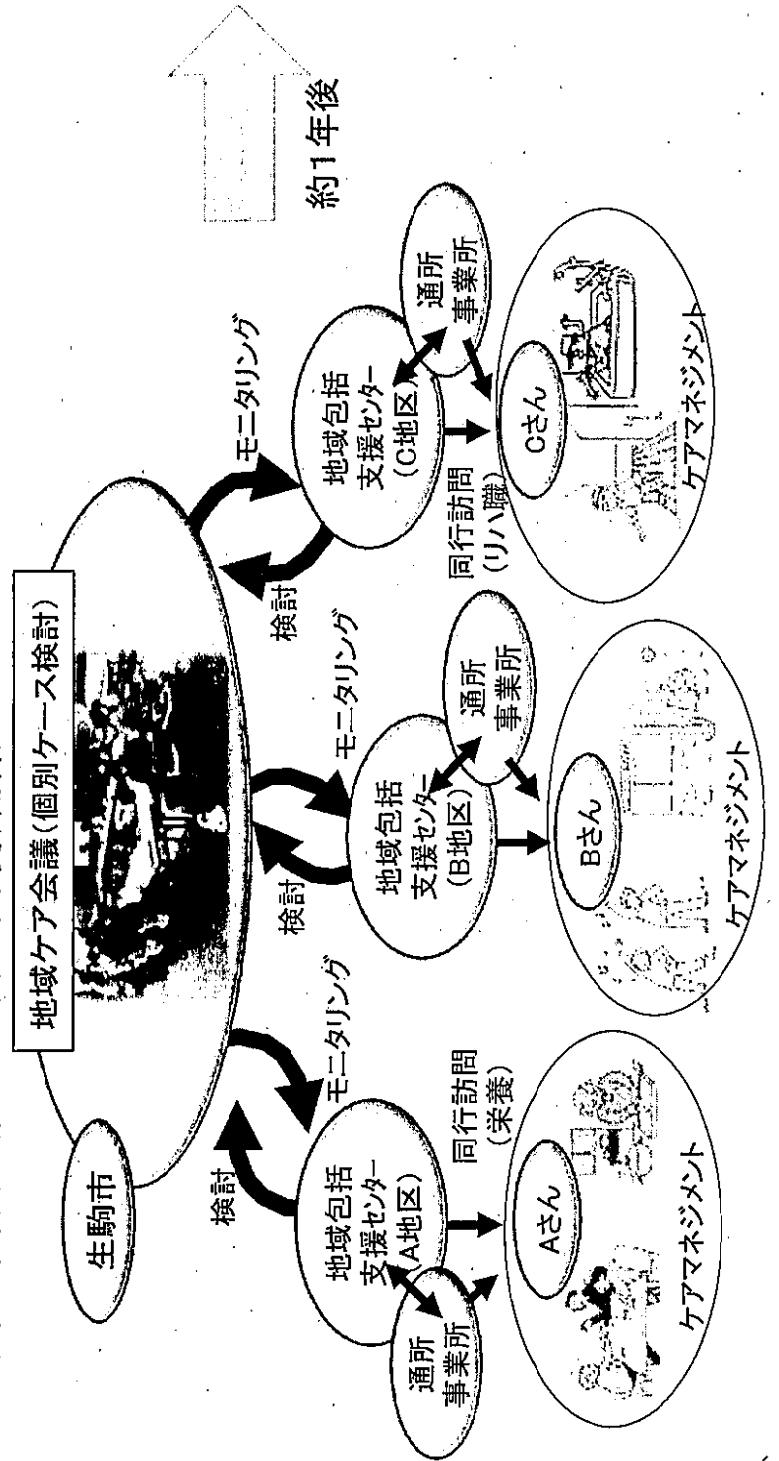


地域包括支援センター	委託	6カ所
総人口		121,031人
65歳以上高齢者人口		27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口		11,496人(9.5%)
要介護認定率		15.6%
第5期1号保険料		4,570円

平成25年4月1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
 - ・ 個を視る目と地域を視る目の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”の意識が定着
 - ・ 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



84歳 男性 高齢世帯(夫) 要支援1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 更新せず
 83歳 女性 (妻) 要介護1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 要介護1

要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。

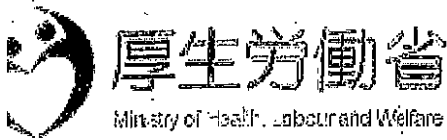


夫婦で通所(パワーアップ教室)へ

夫が上手に見守りながら妻が料理

夫は畑仕事を再開、妻は通所で記録係のボランティア

ADL IADL	【開始時点】(2012.10)	【3か月後】(2013.1)	【6か月後】(2013.7)
地域 ケア 会議 による 検討	(夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい 畑仕事を中断 (妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている (夫)妻を一人にして出かけるのが心配 ストレスと夜間不眠あり (妻)困惑感、イライラ感が募る ↓ ①二人で通所事業へ (週2回) 互いに交流の幅を広げる ②地域包括支援センターの訪問	(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる (妻)手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている (夫)通所終了 畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援で土を耕し、ウネを作る) (妻)通所継続 お茶を配る、記録をつける等の役割を増やす ①リハ職訪問(生活場面でのアドバイス)	(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能になる) (妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。 妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続 夫は、日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。 【現在】(2013.10) (夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、不安が緩和。 (妻)パワーアップ教室でボランティアとして参加。笑顔が増える。 夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気持ちが明るくなり、活動的になっている。
リハ職 の対応	(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり自信回復。夫へ関わり方をアドバイス	(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)自宅台所で、実際に料理をしながら夫に上手な指示の仕方をアドバイス	事例は、本人の了解を得た上で、生駒市から提供



平成25年9月5日

老健局総務課
課長補佐 津曲(3914)
総務係長 平井(3913)
(代表) 03(5253)1111
(直通) 03(3591)0954

第47回社会保障審議会介護保険部会資料

平成25年9月4日(水)

14:00~17:00

全国都市会館「大ホール」

○議事次第

議事次第(PDF:39KB)

○資料

資料1 生活支援、介護予防等について(PDF:3,668KB)

資料2 認知症施策について(PDF:1,258KB)

資料3 介護人材の確保について(PDF:1,584KB)

○委員提出資料

結城委員提出資料(PDF:115KB)

○委員名簿

社会保障審議会介護保険部会委員名簿(PDF:62KB)



〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 電話:03-5253-1111(代表)

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare, All Right reserved.

市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）の概要

事業の目的

※平成24-25年度の予算事業として実施。
 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。

Step1 事前評価（IADLの自己評価及び保健師等による評価）

Step2 予防サービス及び生活支援サービスの実施

予防サービス（通所と訪問を組み合わせる実施）

通所

専門職等が対応（委託可）
 ・二次予防事業 等



訪問

専門職等が対応（委託可）
 ・家事遂行プログラム 等

生活支援サービス

・配食
 ・見守り
 ・ごみ出し
 ・外出支援 等

“卒業”後は、住民運営の“居場所”に移行

体操教室・食事会 等

認知症
 この事業で、受けとめきれない課題を明らかにする。

地域の社会資源や地域住民※を活用して実施
 （※老人クラブ、シルバークラブ、フィットネスクラブ、地域の活動的な高齢者等）

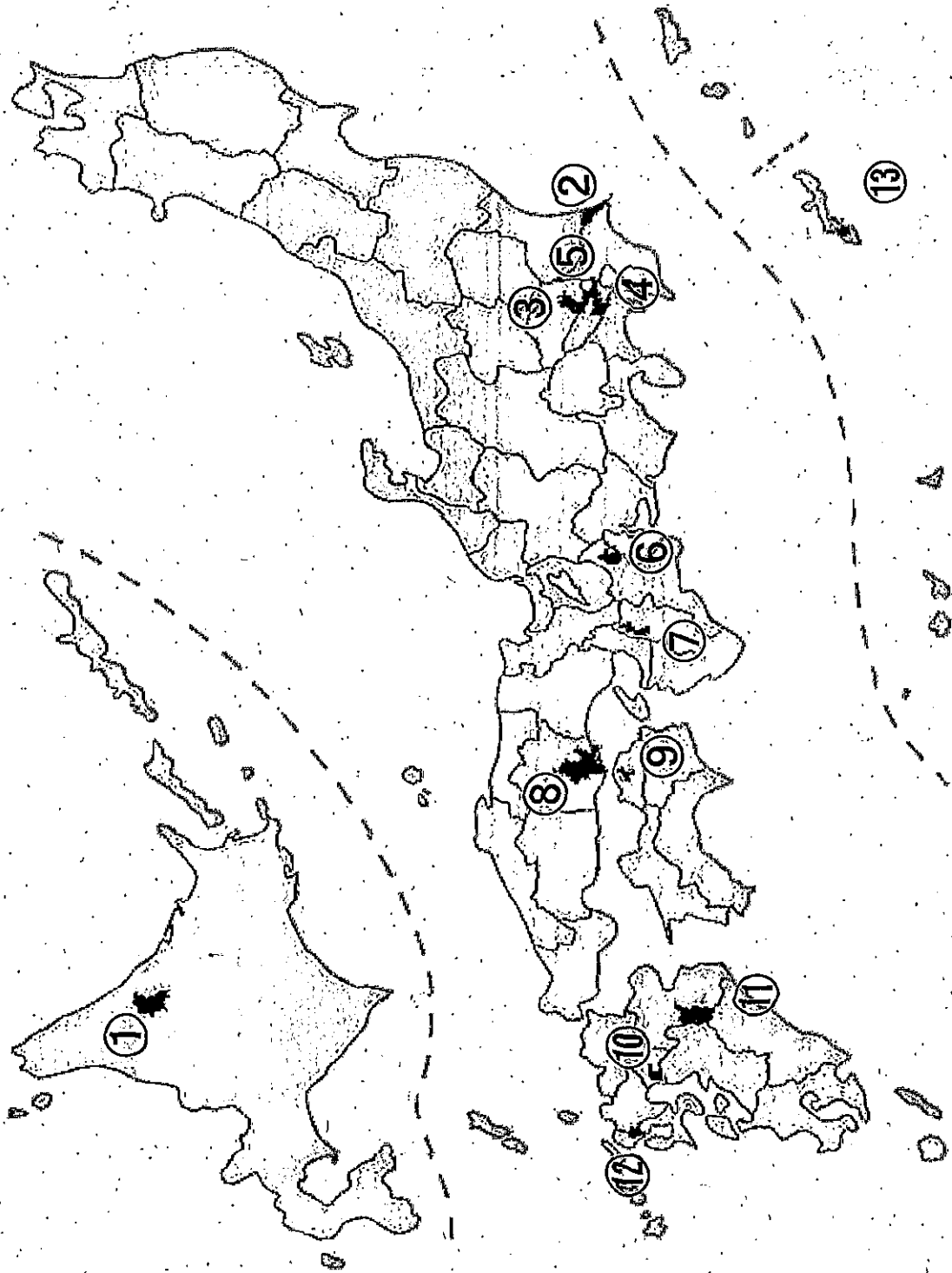
Step3 事後評価（IADLの自己評価及び保健師等による評価）

2年目（平成25年度）

引き続き予防モデル事業を実施。

・モデル市区町村において実施された事業の内容・結果を厚生労働省に報告。
 ・厚生労働省において、予防サービス及び生活支援サービスの類型化及び好事例の紹介。

(参考) 予防モデル事業実施市区町村



①	北海道下川町 (しもかわちやう)
②	茨城県神栖市 (かみすし)
③	埼玉県和光市 (わこうし)
④	東京都世田谷区 (せたがやく)
⑤	東京都荒川区 (あらかわく)
⑥	三重県いなべ市 (いなべし)
⑦	奈良県生駒市 (いこまし)
⑧	岡山県岡山市 (おかやまし)
⑨	香川県坂出市 (さかいでし)
⑩	福岡県大牟田市 (おおむたし)
⑪	大分県竹田市 (たけだし)
⑫	長崎県佐々町 (ささちやう)
⑬	沖縄県北中城村 (きたなかくすくそん)

予防モデル事業の事例①

～奈良県生駒市～

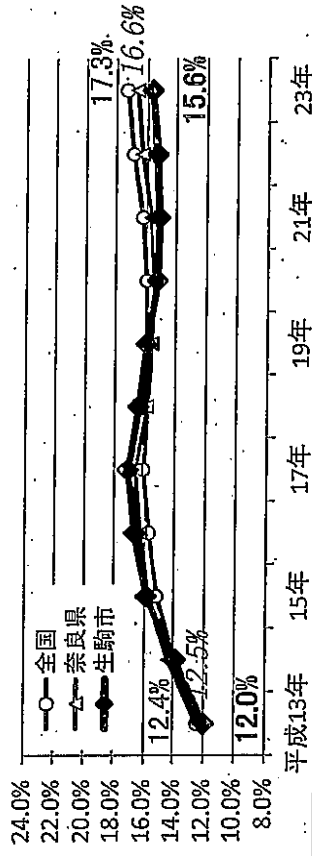
- 要支援者等に対し、住環境調整や外出練習等を行うことで生活機能の向上を図るとともに、運動を主体とした集団プログラムで仲間づくりや体力づくりや活動性を高めている(訪問型・通所型事業の一体的提供)。
その後、徒歩圏内にある体操や会食の通いの場を利用してもらうことで、活動的な状態を維持している。
- リハ職等を活かすことにより、地域包括支援センター等の職員に自立支援の具体的手法が定着してきている。

基本情報 (平成25年4月1日現在) ※人口は平成24年3月31日

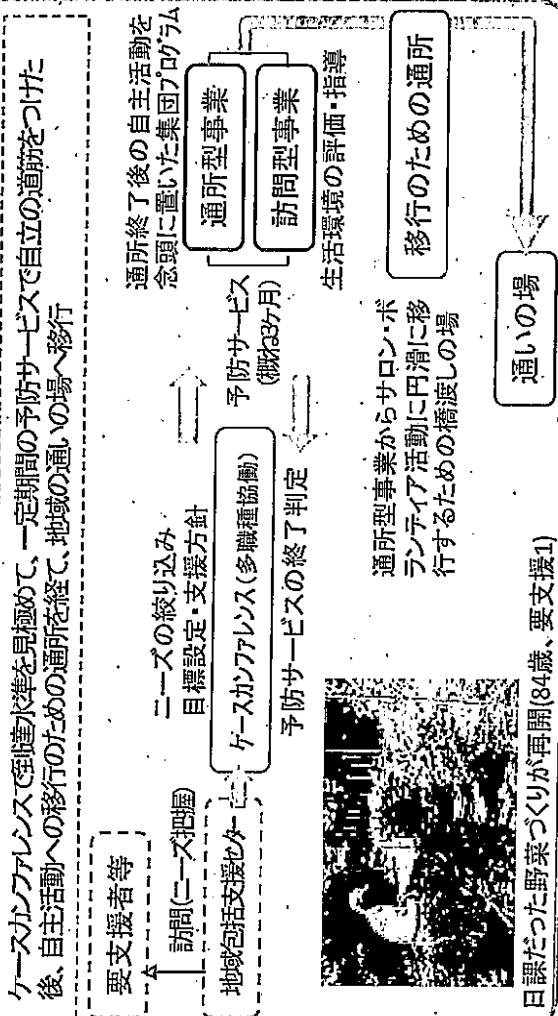
地域包括支援センター設置数	直営	0	カ所
総人口	委託	6	カ所
65歳以上高齢者人口		119,910	人
75歳以上高齢者人口		25,767	人
第5期1号保険料		21.5	%
		10,917	人
		9.1	%
		4,570	円



第1号被保険者における要介護認定の推移



自立支援の流れ



支援メニュー

1. 通所型事業 (委託)
 - ・定員15, 2時間×週2回×3か月
 - ・専門職: PT/OT, 運動指導員, 看護師, 歯科衛生士, 栄養士等
2. 訪問型事業 (直営)
 - ・PT/OTが、市保健師・地域包括支援センターと同行訪問
 - ・浴室、トイレ、台所、玄関、周辺道路の環境評価と指導
 - ・利用者1人につき1～3回で終結
3. 生活支援サービス (委託)
 - ・シルバー人材センター (家事、ごみ分別、草取り等)
4. 通いの場
 - (1) 自主活動への移行のための通所
 - ・転倒予防教室 (直営): 保健師, 運動指導士, ボランティア
 - ・ひまわりの集い (委託): 健康づくり推進員による会食
 - (2) 自主活動
 - ・体操教室, 機能訓練教室, 高齢者サロン (43箇所)

予防モデル事業の事例②

～東京都世田谷区～

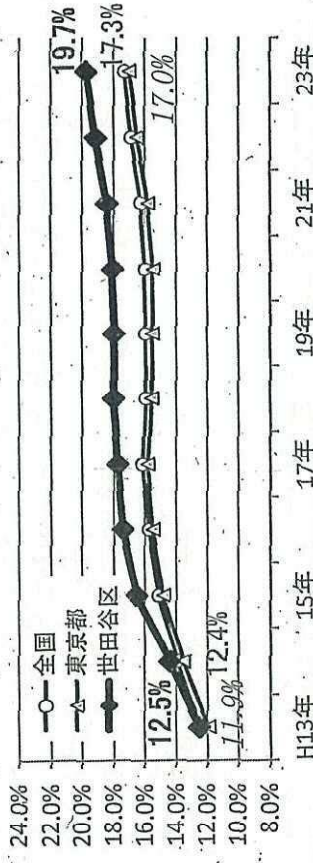
- 地域包括支援センターが、日常業務を通じて顔見知りの関係を築き、大学や喫茶店などの地域資源を活用して、通いの場や買物ツアアを立ち上げ、区民ボランティアの協力を得て運営している。
- さまざまな立場の区民が、地域包括支援センターの呼びかけで集まり、まちの困りごとなどを話し合っている。（民生委員、町会、警察、商店、社会福祉協議会、金融機関、消防、介護保険事業者、学校、医療機関など）

基本情報（平成25年4月1日現在）※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	委託	力所
総人口	842,323	159,112	18.9%
65歳以上高齢者人口	81,777	9.7%	
75歳以上高齢者人口	5,100		
第5期1号保険料			

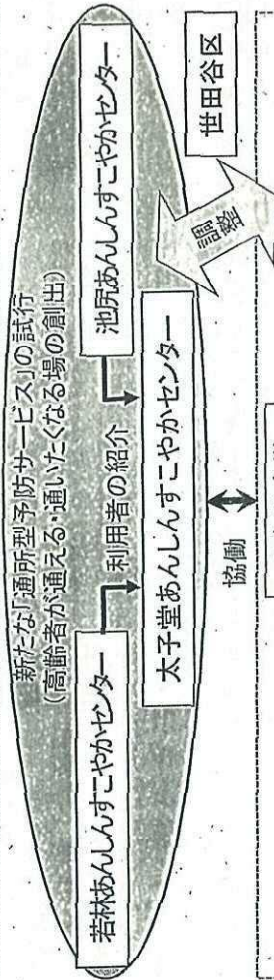


第1号被保険者における要介護認定の推移



大学と協働した通所事業

区が、大学の施設の使用を調整し、地域包括支援センターが通所事業を運営。大学は、学生ボランティアなどの人的支援の他、子育て世代との交流プログラムの提案など運営をバックアップ。



1. [施設提供] ⇒ 生涯学習施設の提供
2. [専門支援] ⇒ プログラム開発（多世代交流、野菜ソムリエによる健康教育）、学生の指導助言
3. [人的支援] ⇒ 学生ボランティア、イベント協力

支援メニュー

1. 通所型事業（委託）
 - ・概ね2時間×週1回×3か月，4会場
 - ・専門職：PT/OT、運動指導員、看護師、歯科衛生士、栄養士等
2. 訪問型事業（委託）
 - ・PT/OT・管理栄養士が、地域包括支援センターと同行訪問
 - ・浴室、トイレ、台所、玄関、玄関、周辺道路の環境評価と指導
 - ・利用者1人につき1～3回で終結
3. 生活支援サービス（委託）
 - ・社会福祉協議会（家事、ごみ分別、草取り等）
 - ・区ボランティア（福祉施設の送迎車両の遊休時間帯を利用した買物ツアー）
4. 通いの場
 - (1) 地域包括支援センターによる資源開発（喫茶店等の活用）
 - (2) 社会福祉協議会：NPO・区民によるサロン活動



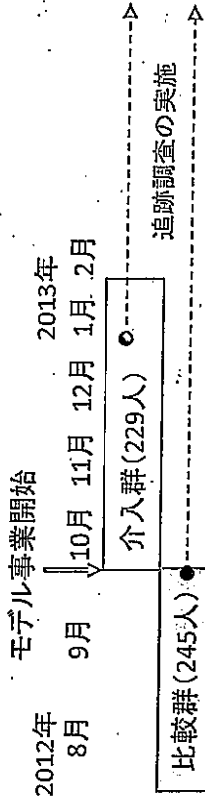
ボランティアが添乗

予防モデル事業における利用者の変化

モデル事業の利用者(要支援1～要介護2)は、家事や散歩の他、地域の集いなどに参加する人の割合が高くなっており、生活や行動に広がりが見られている。

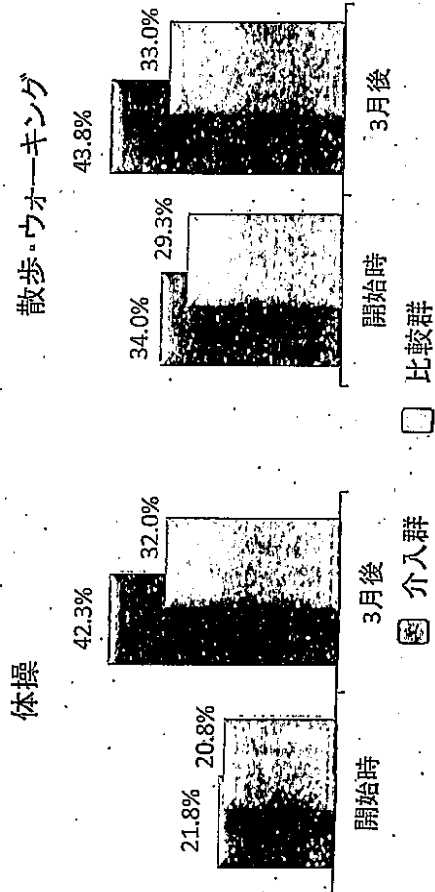
調査方法

モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、保険給付の利用者245人(比較群)とモデル事業の利用者229人(介入群)に対し、サービス開始時、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月の4時点におけるIADL、社会参加等の評価を実施。

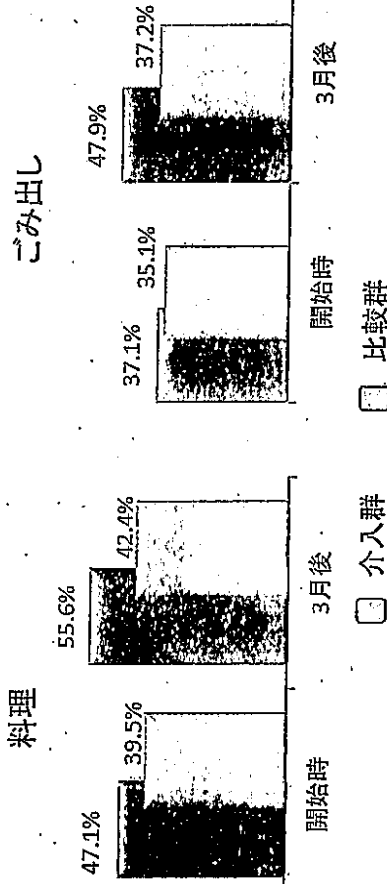


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施
3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。

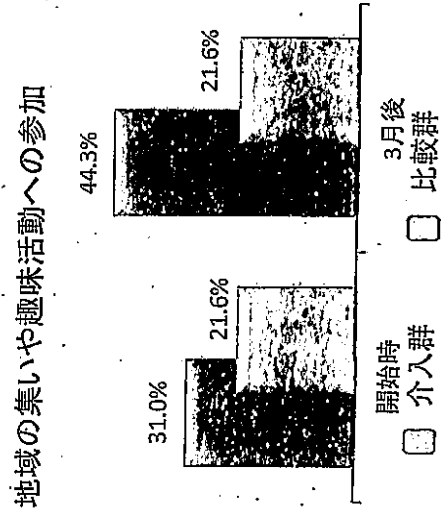
活動：体操や散歩・ウォーキングをする人の割合が、介入群の方でより高くなっていた。



家事：介入群では、自分で料理やごみ出しをする人の割合が高くなっていた。



参加：介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていた。



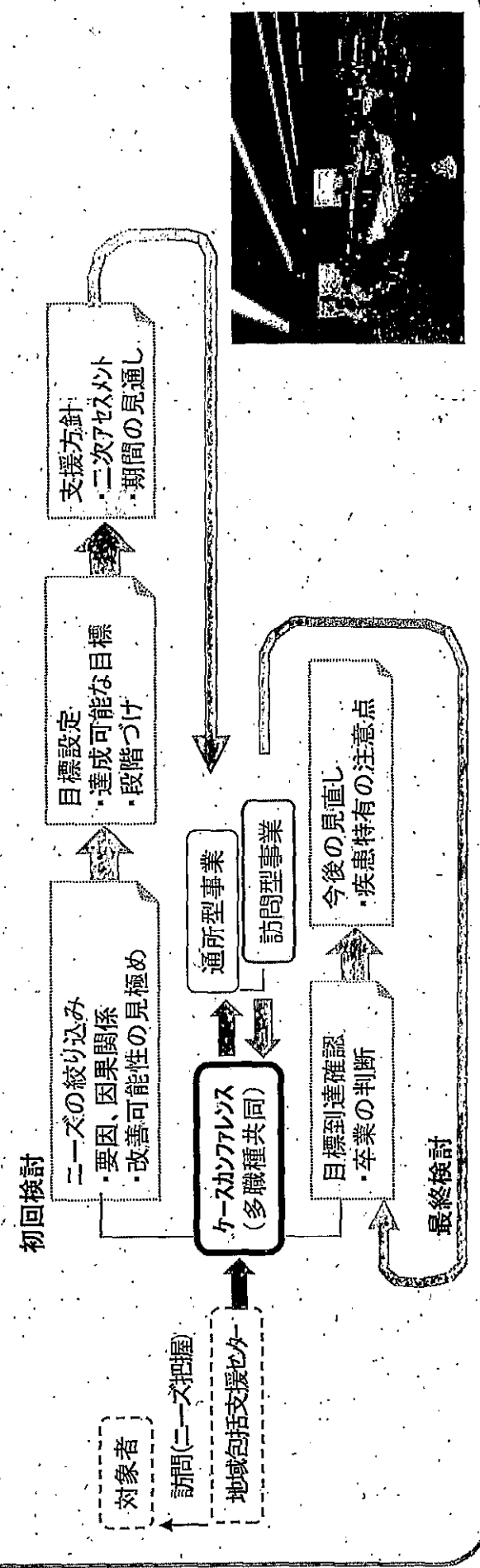
予防モデル事業を通してみえてきたリハ職の役割①～ケースカンファレンス～

リハ職が、ケースカンファレンスに参加することにより、疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。

ケースカンファレンスの概要

- リハ職の役割：難しくなっている行為について要因の検討、疾患特有の症状とADL・IADLの関連の整理、不足している情報・矛盾点の有無、リハ職による二次アセスメントの必要性の判断、改善可能性の見当づけ
- 職種構成：保健師・看護師・ケアマネ・介護福祉士・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・薬剤師
- 所要時間・処理件数：3時間程度（1件10～15分程度 × 15～16件）

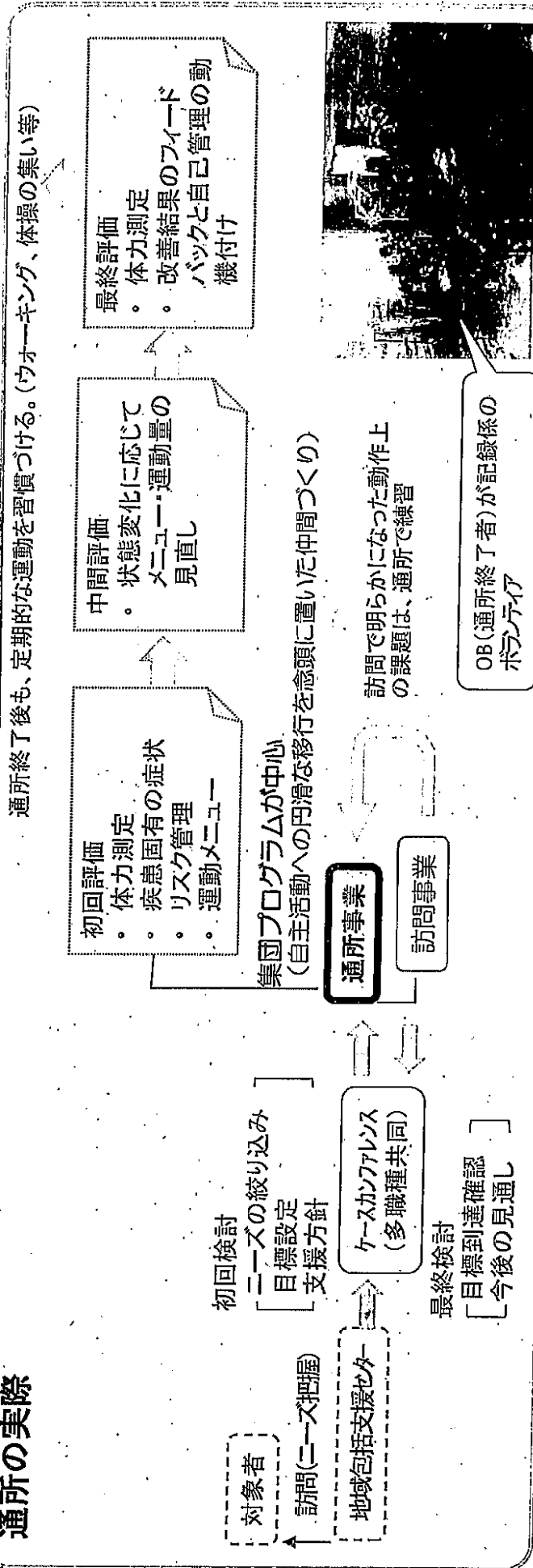
ケースカンファレンスの実際



予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割②～通所事業～

- リハ職が、利用者の身体機能に応じた運動プログラムの提示や段階的進め方について、介護職員等にアドバイスを行うことにより、運動を主体とした集団プログラムを効果的に実施することができる。
- また、通所と訪問の双方に一貫して関わり、支障をきたしている生活行為（風呂のまたぎや荷物を持った歩行など）の改善に必要な運動メニューを提示することにより、生活機能の向上を図ることができる。
- リハ職の役割：機能評価、疾患固有の症状（疼痛・変形等）に配慮した運動プログラムの提示（PT）、興味・関心を引き出す活動種目の選定と導入（OT）、運動指導員・介護職員・ボランティア等へのプログラム実施上の助言、訪問で明らかになった動作上の課題について個別指導
- 職種構成：通所スタッフ（介護職員・運動指導員等） & 理学療法士（作業療法士）
- 対応の頻度：1クール3か月（週2回×12週）の場合 ⇒ 利用者1人につき3回程度の評価（初回・中間・最終）
※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認（心疾患等による運動負荷の制限等）

通所の実際



予防モデル事業を通してみえてきたリハ職の役割③～訪問事業～

リハ職が、要支援者等の自宅を訪問することにより、難しくなっている生活行為が明らかとなり、動きやすい住環境に調整(家具の配置換え、物干し台の高さ調整などの生活上の工夫)することができる。

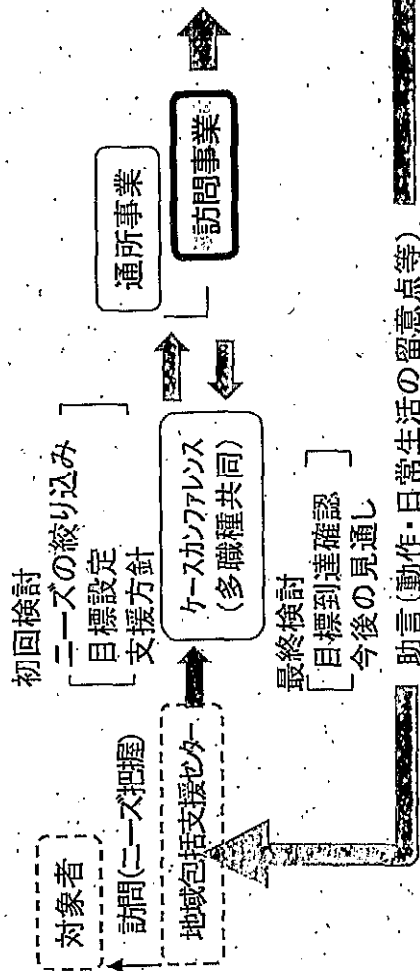
訪問事業の概要

- リハ職の役割 : 生活の場における動作・環境の評価、改善策の提案、本人・家族・地域包括支援センターへの助言
- 職種構成 : 市町村保健師or地域包括支援センター職員 & 作業療法士 or 理学療法士 (ケアマネジメントを担う地域包括支援センター等との同行訪問が基本。)
- 対応の頻度 : 1回1時間程度、対象者一人につき1~3回程度で終結

※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

訪問事業の実際

【腰痛をきっかけに外出しなくなった例】



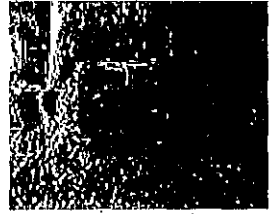
OTの評価と改善提案

- 1回目
- > 神社の参拝が日課だった
 - = 参拝の復活 [初期目標]
 - ・玄関の上がり框が動作の支障
 - 踏み台設置
 - ・自宅周辺に坂が多い
 - 歩行補助具の変更

初期目標が達成されるまでは、地域包括等が訪問

2回目

- > 外出行動の拡大
- = バスの利用 [最終目標]
- ・バス停までの徒歩移動の確認
- 休憩地点の設定
- ・バス利用動作の確認
- 乗降、着席・立ち上がり



※筋力向上や疼痛緩和等の機能へのはたらきかけはPTが、生活場面の評価と動作の応用はOTが適しており、対象者の状態に応じて選択できることが望ましい。

(4) 高齢者のリハビリテーションについて

現状と課題

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、重度な要介護状態であっても、在宅での生活を継続するためには、医療専門職のみならず全ての従事者と高齢者と高年齢者本人・家族が、リハビリテーションの理念を共有することが重要である。
- リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促すものである。そのためには、本人へのアプローチだけでなく、自宅における生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、本人を取り巻く環境へのアプローチが重要である。
- 現状では、ADLが比較的自立している要支援者に対する通所・訪問リハビリテーションは、機能回復訓練に偏っている。また、要介護4、5の重度者に対する通所リハビリテーションは、そもそも利用にながっていない。

論点

- 生活機能の低下した高齢者が、生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番を創出するためには、地域の実情をよく理解している市町村が、リハビリテーションの理念を踏まえながら地域づくりを推進すべきではないか。
- ADLが比較的自立している要支援者に対しては、既存の居宅サービスによるアプローチだけではなく、地域の多様な主体による様々な活動を創出するアプローチの方が、社会への参加する機会が増えるのではないか。
- 重度の要介護状態であっても在宅での生活を継続するためには、地域から孤立した状態に陥らないように、通所・訪問リハビリテーションが積極的にはたらきかけるとともに、地域との架け橋としての機能を果たすべきではないか。

リハビリテーションの理念

リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

高齢者のリハビリテーションに求められるもの
生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこと

注) 個々の働きかけとは・・・心身機能、日常生活活動、社会参加、物理的環境などへの働きかけ