

市町村介護予防強化推進事業 ～生駒市の取組紹介～

生駒市の概況 (平成25年4月1日現在)

基本情報

人口	121, 031人
第1号被保険者数	27, 491人
65～74歳	15, 995 人
75歳以上	11, 496 人
高齢化率	22. 7 %
ひとり暮らし高齢者数	3, 122人

要介護認定者数(第1号被保険者)

要支援1	584人
要支援2	700人
要介護1	886人
要介護2	779人
要介護3	518人
要介護4	476人
要介護5	360人
計	4, 303人

認定率

15. 7%

地域包括支援センターの設置状況

箇所数	6か所(委託)
-----	---------

生駒市介護予防強化推進事業(予防モデル事業)の概要

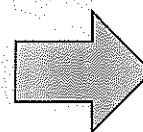
対象地域	日常生活圏域 10圏域のうち、3圏域		地域包括支援センター数	
対象地域の第1号被保険者数	7, 566人		3箇所	
要支援・要介護認定者数	要支援1 255人	要支援2 223人	要介護1 130人	要介護2 134人

市町村介護予防強化推進事業（国のモデル事業）

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実施。

対象：「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

内容：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。



- モデル市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。

	モデル実施市町村
①	北海道下川町
②	茨城県神栖市
③	埼玉県和光市
④	東京都世田谷区
⑤	東京都荒川区
⑥	三重県いなべ市
⑦	奈良県生駒市
⑧	岡山県岡山市
⑨	香川県坂出市
⑩	福岡県大牟田市
⑪	大分県竹田市
⑫	長崎県佐々町
⑬	沖縄県北中城村

モデル事業に取り組んだきっかけについて

「介護予防・日常生活支援総合事業」に必要な
事業を検証するため

《要支援1・2の方々の新規申請の主な理由》

- ①買い物が不自由になったのでヘルパー利用したい。
- ②掃除が不自由になったので、ヘルパー利用したい。
- ③お風呂の跨ぎ動作が辛くなってきた、玄関から外に出るアプローチが大変なので、住宅改修がしたい。
- ④手すりやシルバーカーがないと生活がし辛いので福祉用具のレンタルをお願いしたい。



解決方法を模索するため、モデル事業に参画

現行の介護保険サービス以外の対応を模索

①軽度認定者の訪問介護利用時の内容は、「買い物・掃除・調理」等の生活援助が大半である。

⇒有資格の訪問介護員でしか対応できない内容？

⇒無資格の住民で対応できるかを検証。

②デイサービス利用の主な理由が、人との交流という社会参加を目的とすることが多い実態がある。

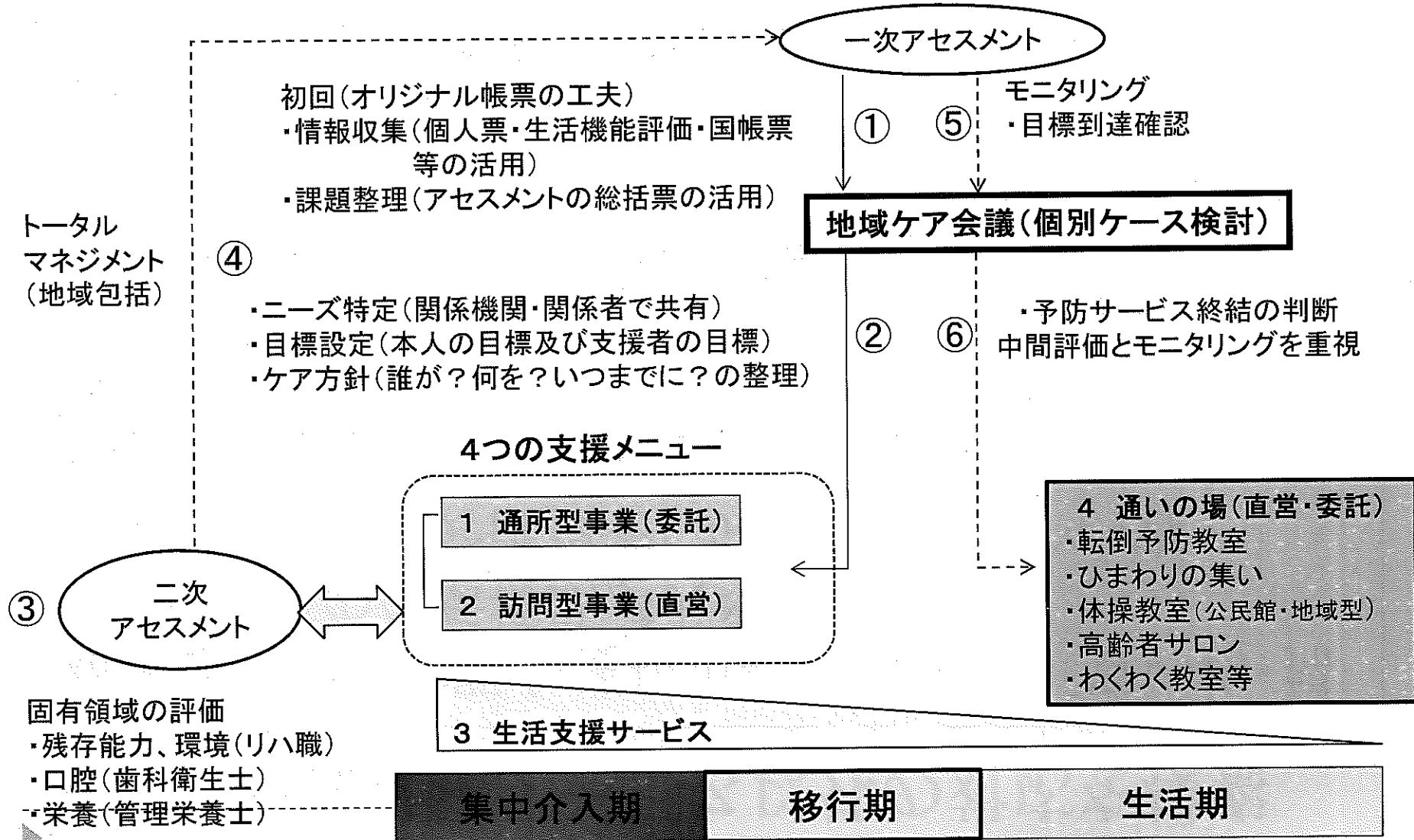
⇒身近な地域での居場所(サロン等)に通える体力を取り戻すことができれば、社会参加は可能？

⇒成果が出せる事業が創出できるかを検証。

③④住宅改修や福祉用具の購入・レンタルについては、必要度と代替案を検証

モデル事業における自立支援の流れ

モデル事業の説明と同意(地域包括支援センター)
日常生活調査(予防モデル事業における追跡調査)



モデル事業を構築する上での工夫

《集中介入期》

軽度認定者の多くが骨・関節疾患の痛みを主訴に、活動量が低下しているため、「地域リハ」に理解がある「リハ職」を探し、通所型・訪問型事業の一体的事業を新設（通所：委託、訪問：直営）

《移行期》

地域のサロン等に通える体力を持続させるために、保健師・健康運動指導士等で「転倒予防教室」を新設（直営）

《生活期》

地域の居場所づくりとして、会食を通したサロン「ひまわりの集い」を新設（委託：生駒市健康づくり推進員連絡協議会）、既存のサロンや体操教室等と合わせて地域展開を図る。

《すべての時期を通して》

軽度認定者向けの生活支援サービスを新設（委託：シルバー人材センター）

モデル事業の紹介（１）

【集中介入期：通所型サービス・・・１クールが３ヶ月】

- スタッフ：理学療法士or作業療法士、看護師、介護士、運動実践者、栄養士、歯科衛生士、ボランティア等（委託）
- 内容：生活機能低下の要因を分析し、生活行為の向上に向けた取り組みを支援
- 回数及び時間：週に２回×３ヶ月 午後１時～３時（１４回） 午後１時～３時４０分（１０回）

【集中介入期：訪問型サービス・・・１クールが３ヶ月】

- スタッフ：作業療法士or理学療法士、保健師、包括職員（直営）
- 内容：
- 回数及び時間：１ヶ月に１回程度、４５分～６０分

【移行期：転倒予防教室・・・１クールが３ヶ月】

- スタッフ：健康運動士、保健師、ボランティア等（直営）
- 内容：転ばないための体作り（座学と実技、セルフケアの指導等）
- 日時：週に１回×３ヶ月 午前１０時～１１時半

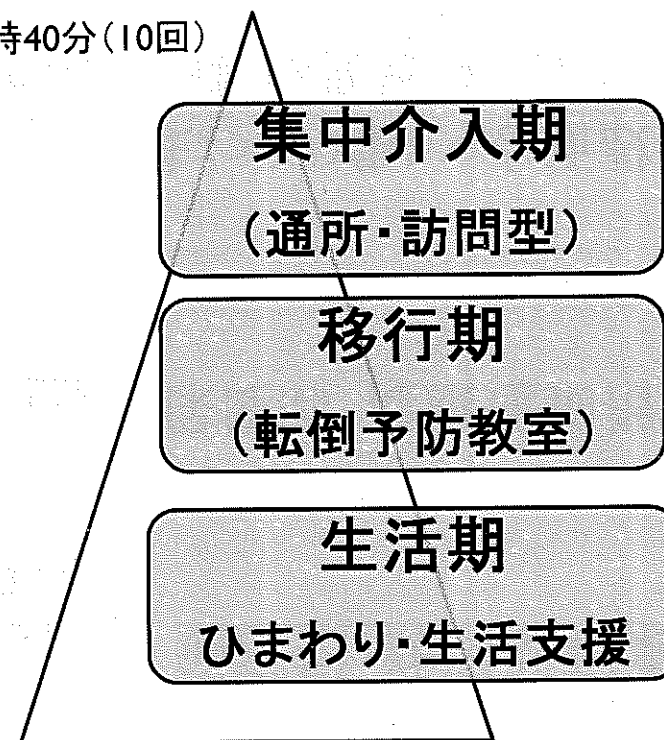
【生活期：ひまわりの集い、生活支援サービス】

《ひまわりの集い》

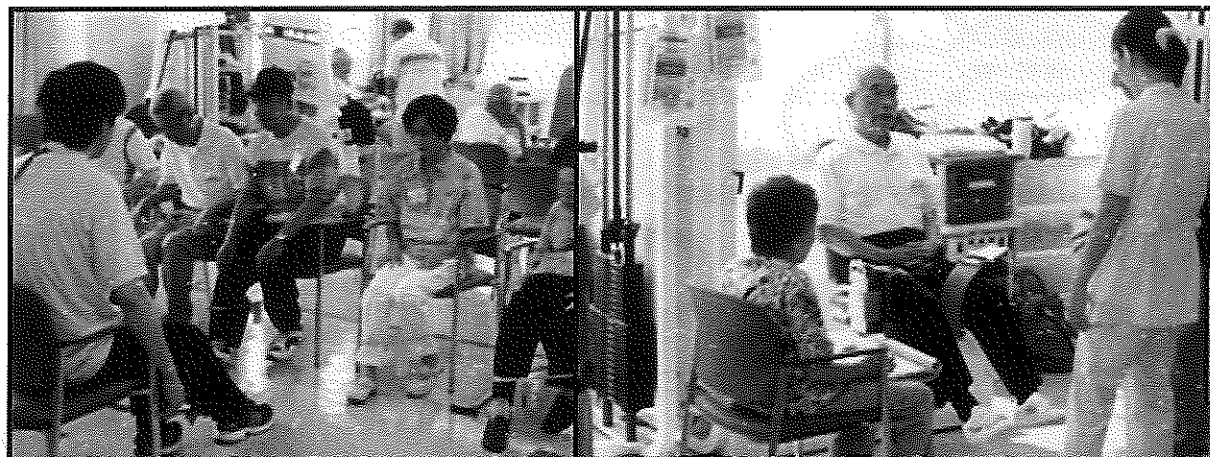
- スタッフ：生駒市健康づくり推進員連絡協議会（委託）
- 内容：会食サロン（手作りの昼食とレクリエーションの実施）
- 日時：１会場 毎週木曜日 ２会場 隔週月曜日 午前１０時半～午後１時

《生活支援サービス》

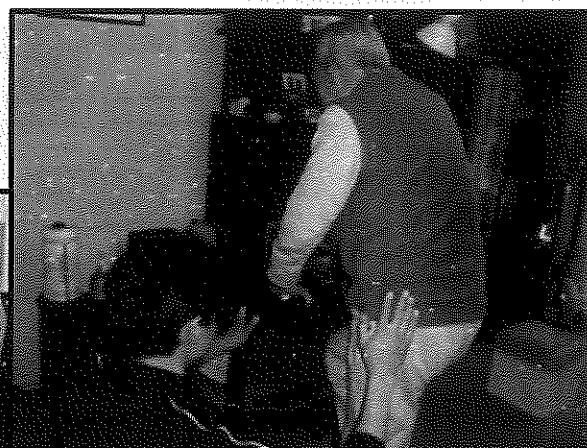
- 生駒市シルバー人材センター（委託）
- 内容：生活支援全般（そうじ、調理、買い物、ごみ出し、内服管理、衣類の整理等）
- 利用頻度：サービスの必要度に応じた利用回数を決定



モデル事業の紹介 (2)



集中介入期：通所型事業(OT・PT・NS・運動指導員・介護職・ボランティア等)



集中介入期：訪問型事業
(OT・PT・保健師・包括職員等)



移行期：転倒予防教室
(保健師・健康運動士)



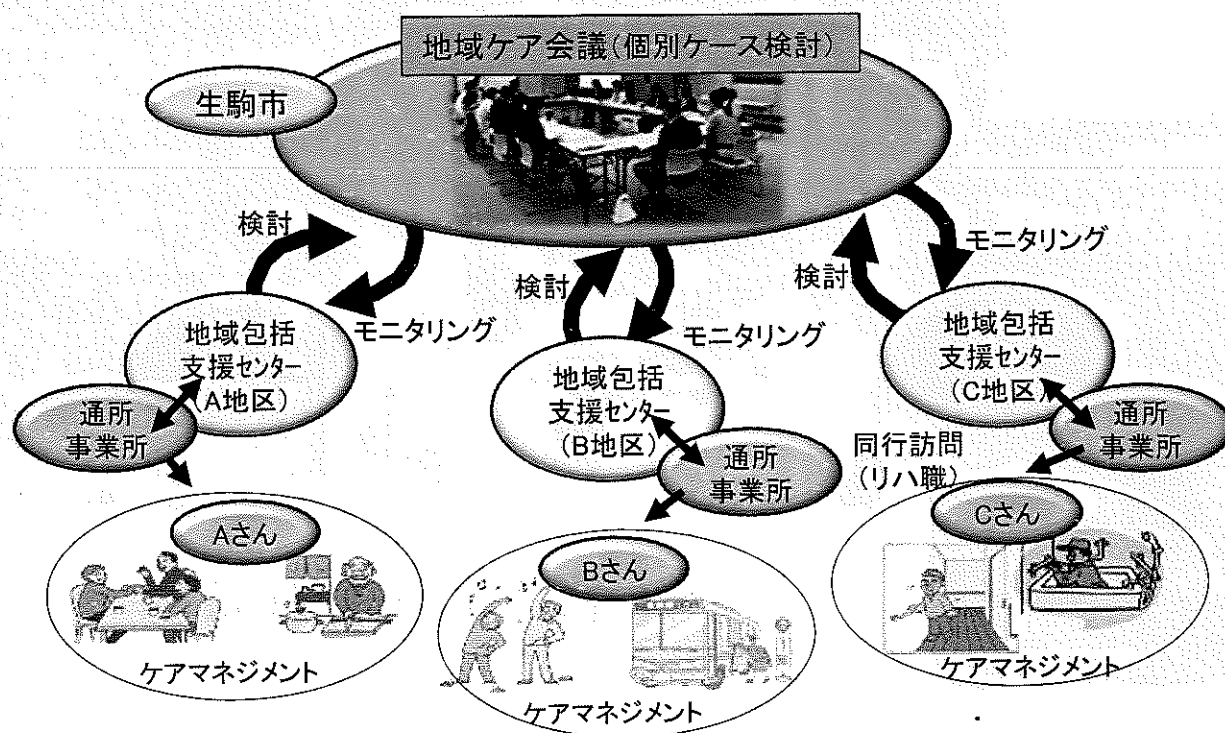
生活期：ひまわりの集い
(生駒市健康づくり推進員)



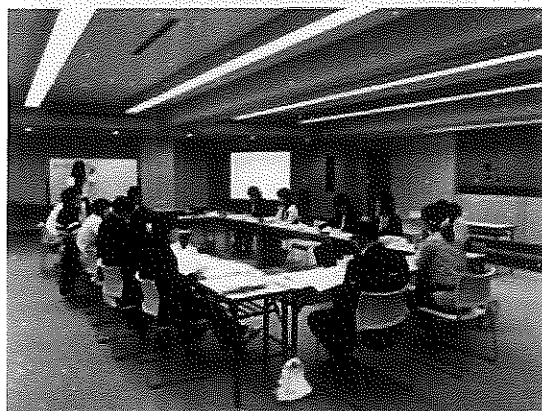
集中介入期～生活期
生活支援サービス
(シルバー人材)

地域ケア会議の開催

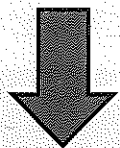
- ▶ 多職種協働(市、地域包括、通所スタッフ、リハ職、栄養士・歯科衛生士等)でケース検討会を月に1回実施(初回・中間・終了期)。
- ▶ 課題を整理し、目標と支援内容・役割分担を明確化した上での実践。
- ▶ 丁寧なモニタリング。進捗状況に変化があれば、都度、担当者会議を開催し、軌道修正。その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。
- ▶ 「できないこと」とあきらめず、「できそうなことを探し」、「できる方法」を検討。



モデル事業を通して見えてきた良い変化(事例1)



ケースカンファレンス
(他職種協働)



(ケース紹介)

肺炎 75歳 女性 要支援1 腰痛があり、活動低下

(モデル事業参加)

ケースカンファレンスで目標設定

目標: ①家庭での役割の再獲得(洗濯ものをたたむ等)。

②神社へのお参りを日課にすることができるようになる。

③バスに乗って転倒予防教室に通うことができるようになる。

(通所型事業)

筋力・体力・バランス力アップ・坂道での歩行練習

(訪問型事業)

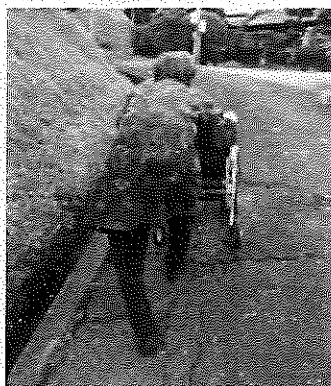
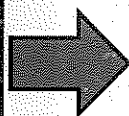
自宅での坂道歩行の指導とバスに乗る練習と生活指導

(3ヶ月後)

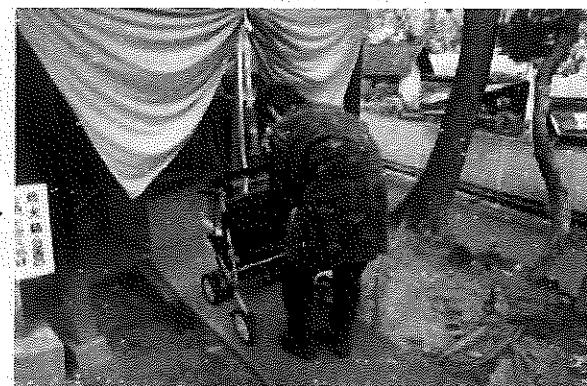
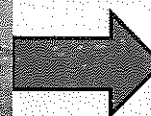
①～③の目標達成+好きだった図書館や病院に一人で行けるようになる。



通所型事業
(マシン・バランス・坂道歩行の練習)

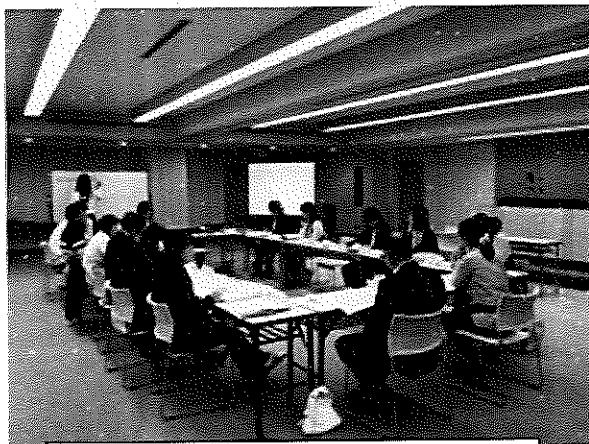


訪問型事業
(自宅での坂道歩行指導)

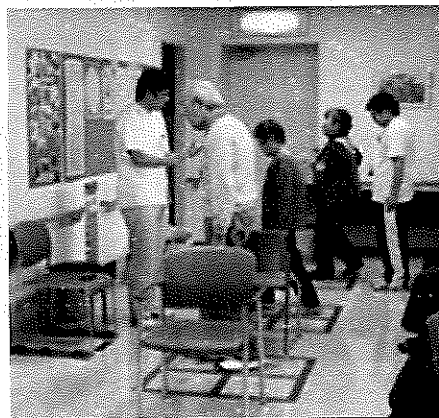
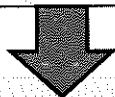


神社へのお参りを日課にすることができた
(教室は卒業し、自立した生活に戻る)

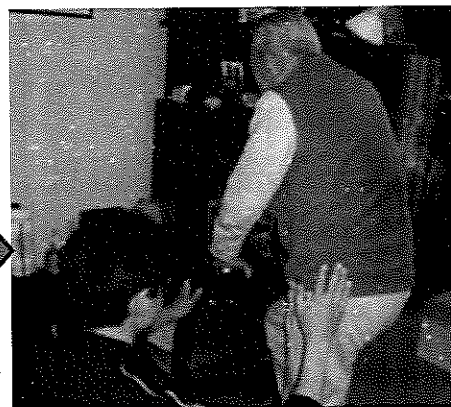
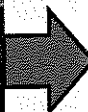
モデル事業を通して見えてきた良い変化(事例2)



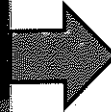
ケースカンファレンス
(他職種協働)



通所型事業
(バランス訓練)



訪問型事業
(自宅での運動指導)



腰痛も軽減し、畑を再開
(教室は卒業し、自立した生活に戻る)

(ケース紹介)

脊柱管狭窄症 83歳 男性 要支援1 腰痛があり、活動低下
認知症で要介護1の妻を介護中

(モデル事業参加)

ケースカンファレンスで目標設定

目標: ①趣味の畑仕事を再開できるようになる。

②認知症の妻への関わり方を習得。

(通所型事業)

筋力・体力・バランス力・持久力アップのメニュー

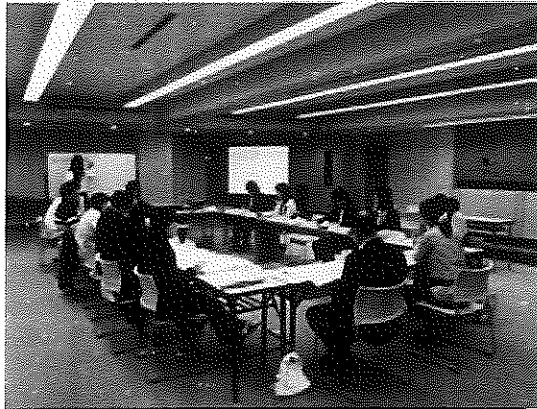
(訪問型事業)

自宅での運動指導と畑での動作指導・認知症の妻への支援

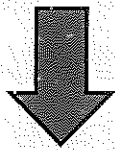
(3ヶ月後)

畑の再開ができ、介護保険の更新が不要になった。

モデル事業を通して見えてきた良い変化(事例3)



ケースカンファレンス
(他職種協働)



(ケース紹介)

アルツハイマー型認知症(中等度) 83歳 女性 要介護1

ケースカンファレンスで目標設定

目標:①幸楽での新しい参加者に馴染むことができる。(1ヶ月)
②今できている家事を継続することができる。(3ヶ月)
③通所型事業でのボランティア活動が続けていくことができる。
(3ヶ月)

(通所型事業)

新しい参加者に馴染めるようサポート。声掛けの強化。できる役割を見出しQOLの向上を図る。

(訪問型事業)

自宅でのIADLの評価。夫に負担のない範囲で、自宅での介護方法を提案。夫の精神的負担について傾聴・共感。

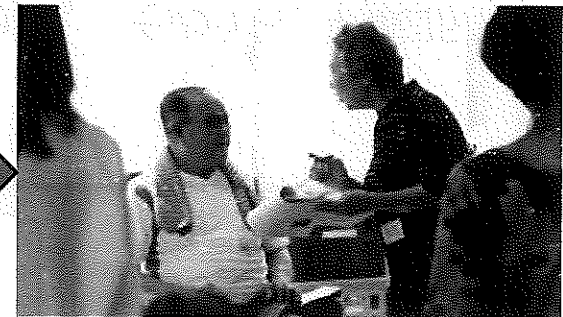
(3ヶ月後) ①～③の目標達成。会話が広がり、湯茶等の準備もできるようになる。



④
通所型事業
(他のボランティアの助けを受けながら、ボランティア活動を継続)



訪問型事業
(自宅での家事動作確認)



通所型事業
マシンを動かす参加者の姿勢に注意を喚起することができるようになっている。

モデル事業を通して

1年経過して…

▶ 市(保険者)

- ・通所型・訪問型事業に参加した者59人のうち、認定者が50人。そのうち、平成25年12月末までの有効期限だった者が21人、うち更新しなかった者が11人と52.4%の方が介護認定が不要になるという「介護予防事業」としての成果が得られた。
したがって、「介護予防・日常生活総合支援事業」を検討する際には、集中介入期の対象においては、質の高いサービス提供を図ることにより、自立支援の一層の促進が図れる可能性を見出すことができた。
- ・生活支援サービスを必要とする大半の支援は、専門職でなくてもサービス提供は可能である。しかし、精神疾患・認知症・急性期疾患等を患っている要支援者には、有資格者である訪問介護員の方が対応に慣れており、安定したサービス提供ができることも分かった。生活支援サービスの担い手については、一部現行の指定訪問介護事業所等に委託する方法も検討が必要である。
- ・地域ケア会議を通して、他職種協働により、活発な意見が交わされ、ケアマネジメントの質の向上が図られ、サービスの質も向上した。