

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。

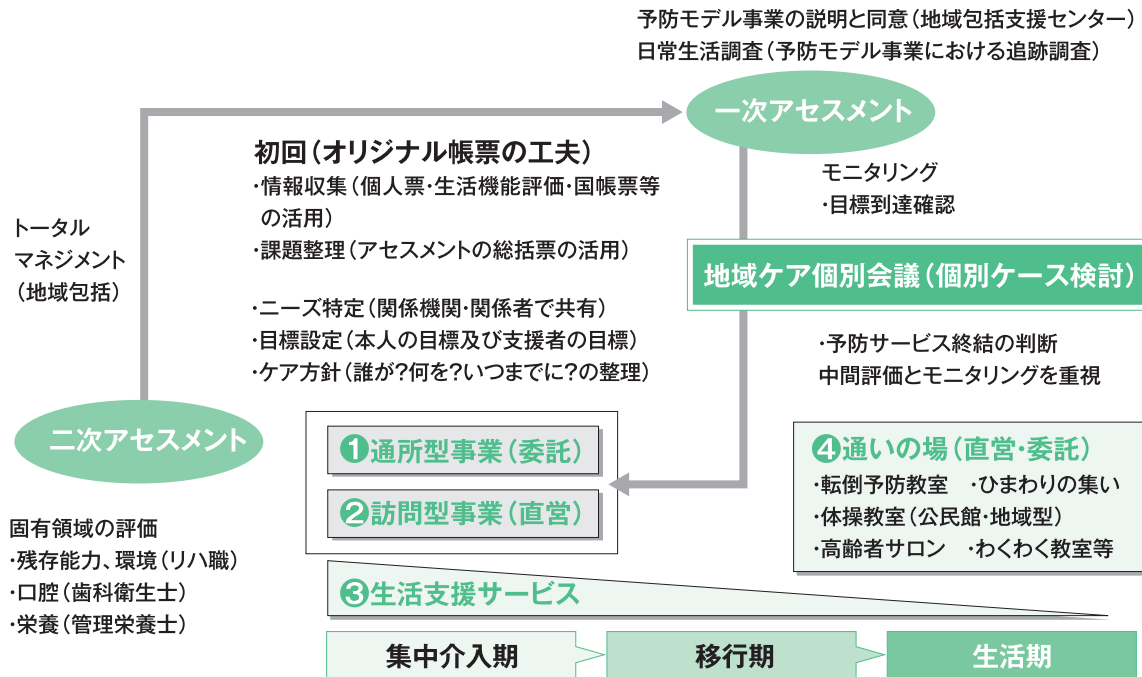
2 予防モデル事業の組み立ての考え方

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おり、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、自信を回復して人と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こうと考えた。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した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”の関与を少なくし、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”の関与無しで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。



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										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
生駒市	準備期	実施地域の選定																						
		目的・めざす姿の明確化																						
		予算																						
		関係機関調整・団体説明																						
		対象者リスト作成																						
		教室(場)の確保																						
		専門職の確保																						
		プログラムの検討・確定 (実施内容のすりあわせ)																						
	開始期	シルバー人材センター会員向け研修会開催																						
		転倒予防教室等(通いの場)運営																						
		訪問型事業																						
	終盤期	地域ケア個別会議																						
		事業評価																						
地域包括支援センター	準備期	次年度事業計画																						
		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																						
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																						
	生活支援	シルバー人材センター																						
		生活支援サービス提供																						
	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																						

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、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リ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。

ア 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)

イ 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。

ウ 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。

エ 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。

オ 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、シルバー会員が準備。

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、エントリーへのつなぎ、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いない要支援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自主トレプログラム（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を集め、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、フェイスシートに貼付。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、利用者には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増えてくると、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った。
- ・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”の連帯感が生まれ、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”の後押しになる。
- ・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”の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を行う。活動性を高める具体的な方法を提案）