

平成26年1月17日
第101回市町村セミナー

セッション

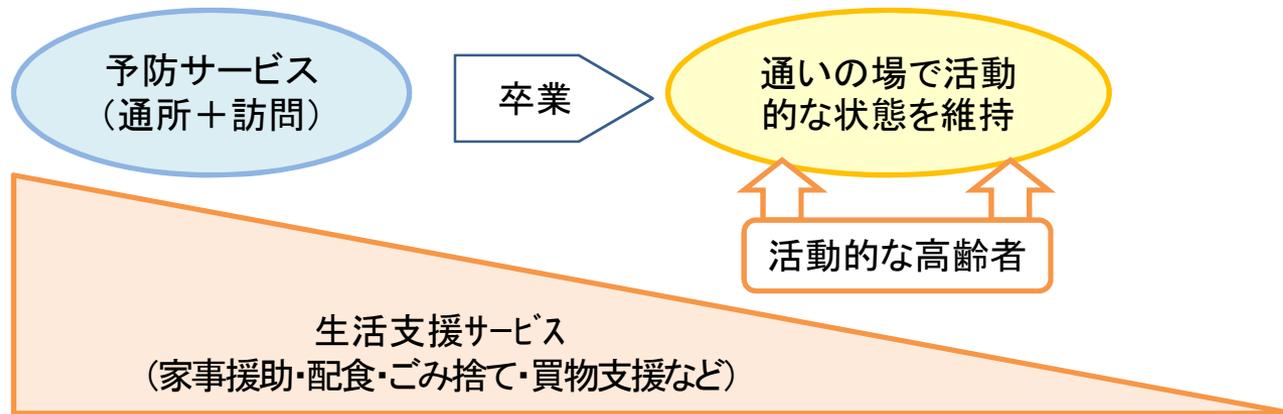
市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）
を通して見えてきた自立支援の姿

～各自治体の取組みから～

厚生労働省 老健局老人保健課
課長補佐 坂井容子

予防モデル事業における要支援者等の自立支援の考え方

- 要支援者等に対し、一定期間の予防サービスの介入(通所と訪問を組み合わせ実施)により、元の生活に戻す(又は可能な限り元の生活に近づける)ことを行い、その後は、徒歩圏内に、運動や食事を楽しむことのできる通いの場を用意して、状態を維持する。
- 活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。



自分で行うことが増えるにつれて、生活支援サービスの量が必要最小限に変化

- 通所に消極的な閉じこもりがちの対象者は、当初は訪問で対応しながら、徐々に活動範囲を拡大。(用事を作り外出機会を増やす、興味・関心を高め外出の動機付けを行うなど)

予防モデル事業の実施内容

1. 事業の対象者

- ①要支援1～要介護2のうち、新既要介護認を受けた方、又は介護サービスを利用したことのない方
- ②二次予防事業対象者・一次予防事業対象者

2. 実施するサービス

①予防サービス

- ・通所と訪問の両方を実施
- ・通所は、運動・口腔・栄養等のプログラムを実施する。(現行の通所型二次予防事業)
- ・通いの場は、老人クラブ、介護予防サポーターなど住民運営型の会場を増やす。
- ・訪問は、OTなどの専門職のアセスメントを取り入れ、環境調整や動作の工夫を行う。

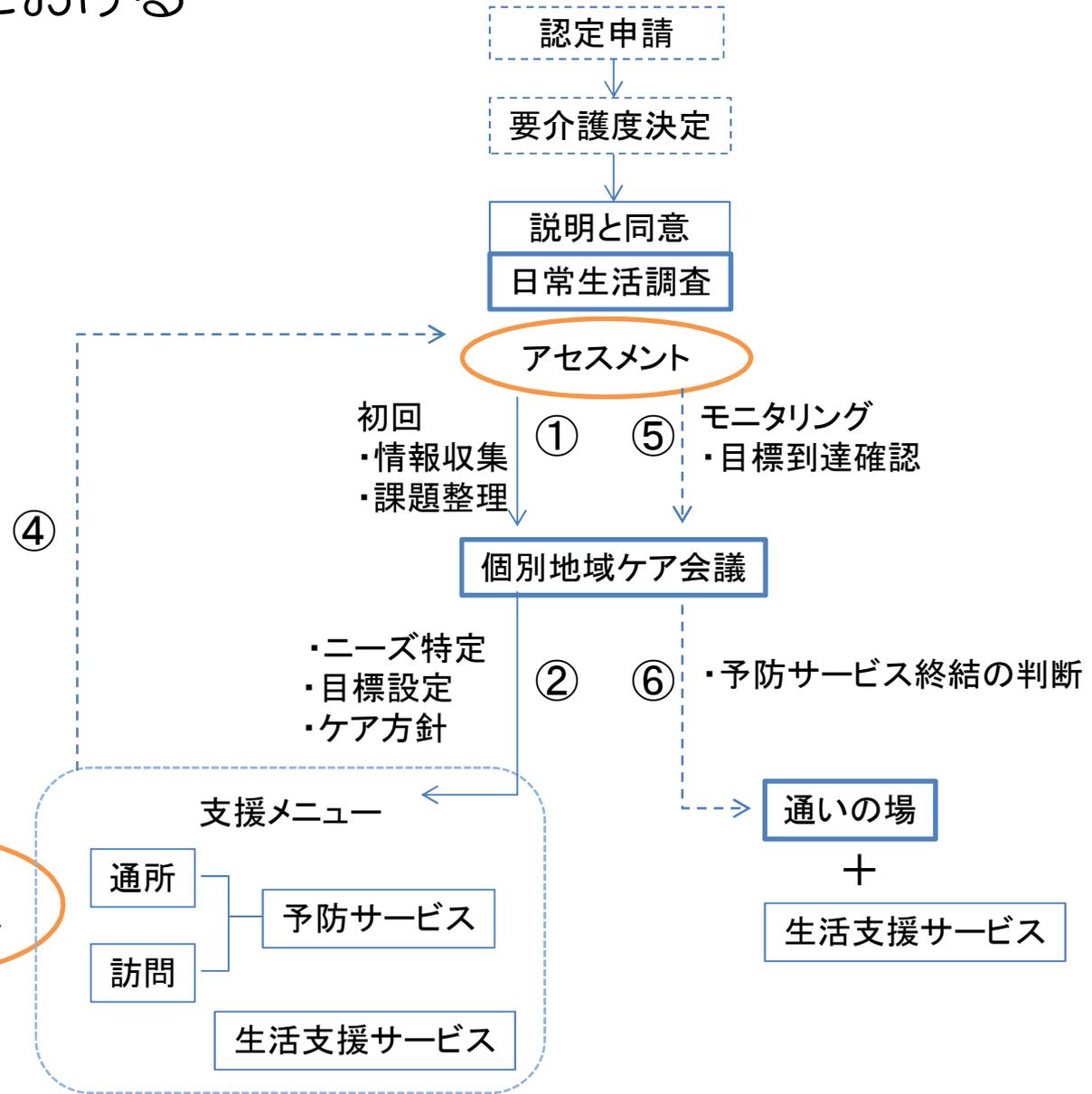
②生活支援サービス

- ・ごみ出しなどの家事援助、配食、安否確認等

3. 実施上の留意事項

- ・要支援者等を受入れることのできる量を確保する。(既存メニューの活用など、実現可能性の高い方法を検討)
- ・既存の介護予防事業等を活用する場合は、必要に応じてリニューアル、機能を追加しながら、サービスの種類や量を拡充
- ・サービスを委託する場合は、委託事業者に予防モデル事業の基本コンセプト(元の生活に戻すための支援を行い、サービスからの“卒業”をめざすこと)について、十分な合意形成を図る

予防モデル事業における自立支援の流れ



自立支援のポイント1

～多職種による個別地域ケア会議～

利用者全員について、個別地域ケア会議で到達目標とサービスの具体的検討を行う。

利用者への説明と同意

“自立”の合意形成(対象者)

開始にあたって、自分でできることを増やしていくことが目標であり、利用する支援メニューは少しずつ少なくなることを予め知ってもらう。

個別地域ケア会議

“自立”の合意形成(支援者)

多機関(保険者、地域包括支援センター等)、多職種(看護職、リハ職、栄養士等)で、各利用者についての到達目標、支援メニューを検討

予防サービス
生活支援サービス

・予防サービスは、対象者の身体機能、認知機能だけでなく、**意欲(その気にさせる)の向上**を図る。
・生活支援サービスは、地域包括支援センターが、利用者の**自立を損なわないように配慮しつつ、段階的に必要量を見直す。**
(必要に応じて、個別地域ケア会議で検討)

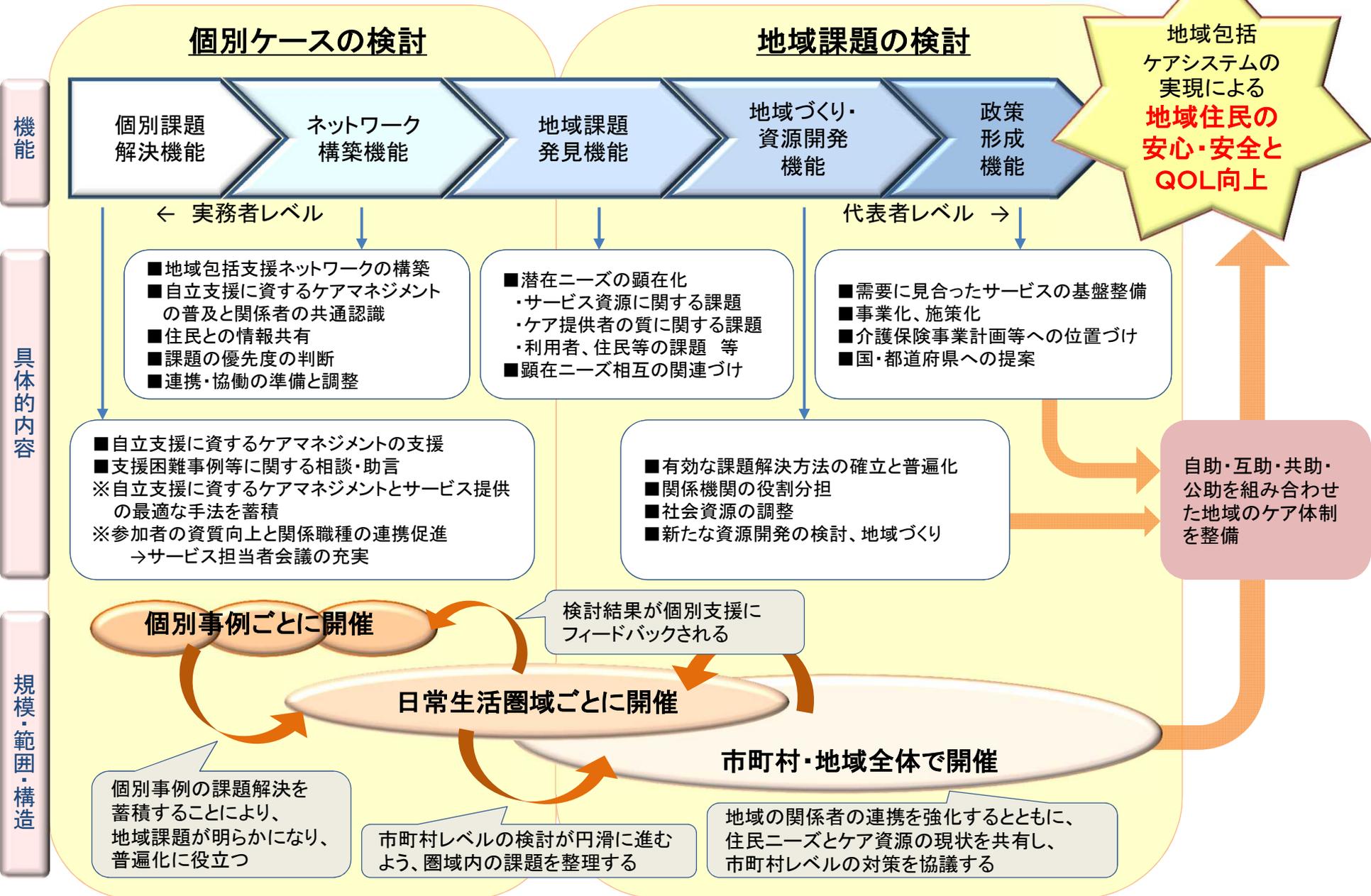
個別地域ケア会議

サービス提供から概ね3月後に、目標到達状況を確認し、**最終するサービス、継続するサービスを決定。**

通いの場 生活支援サービス

住民運営による通いの場と必要最小限の生活支援サービスにより、活動的な生活を維持

「地域ケア会議」の5つの機能



※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

アセスメント及び個別地域ケア会議は、厚労省参考様式を使用（任意）

参考様式の特徴

- アセスメントは、簡便なチェック式
- アセスメントの結果を元に、①健康状態、②ADL、③IADL、④認知機能に関する項目、⑤外出・社会交流・役割の5つの領域について、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構成

アセスメント

健康状態

ADL

IADL

認知機能に関する項目

外出・社会交流・役割

地域包括支援センター
が作成

アセスメントの総括

支援計画

二次アセスメントの必要性

介護サービスの必要性

個別地域ケア会議
で確定

自立支援のポイント2

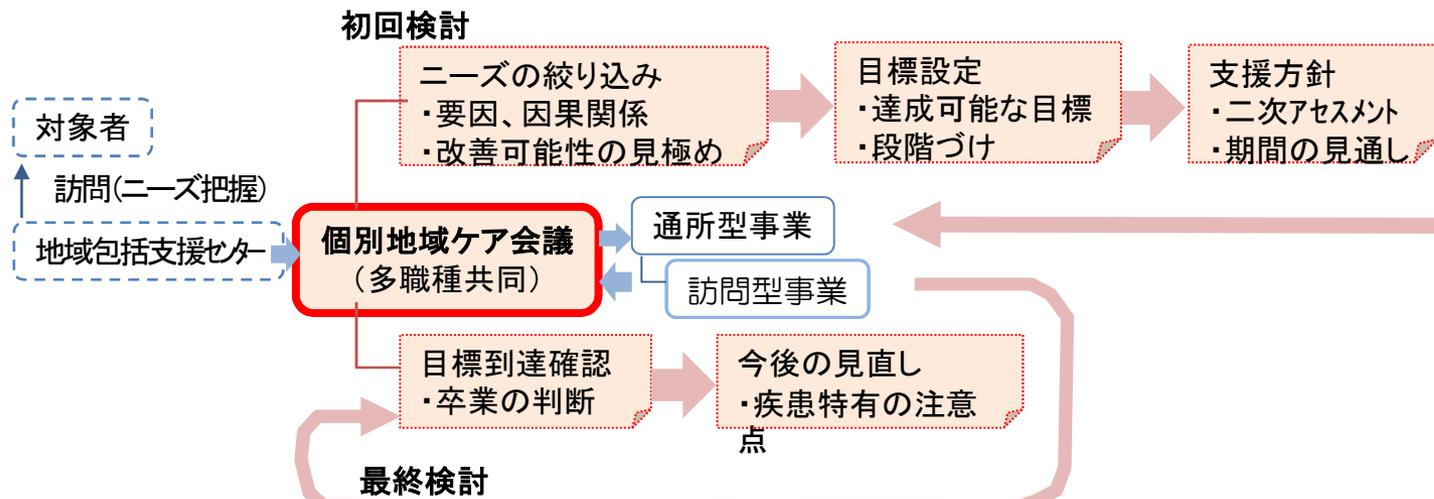
～リハ職等の専門職の積極的な活用～

個別地域ケア会議

リハ職が、個別地域ケア会議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。

- 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)

個別地域ケア会議の実際



通所

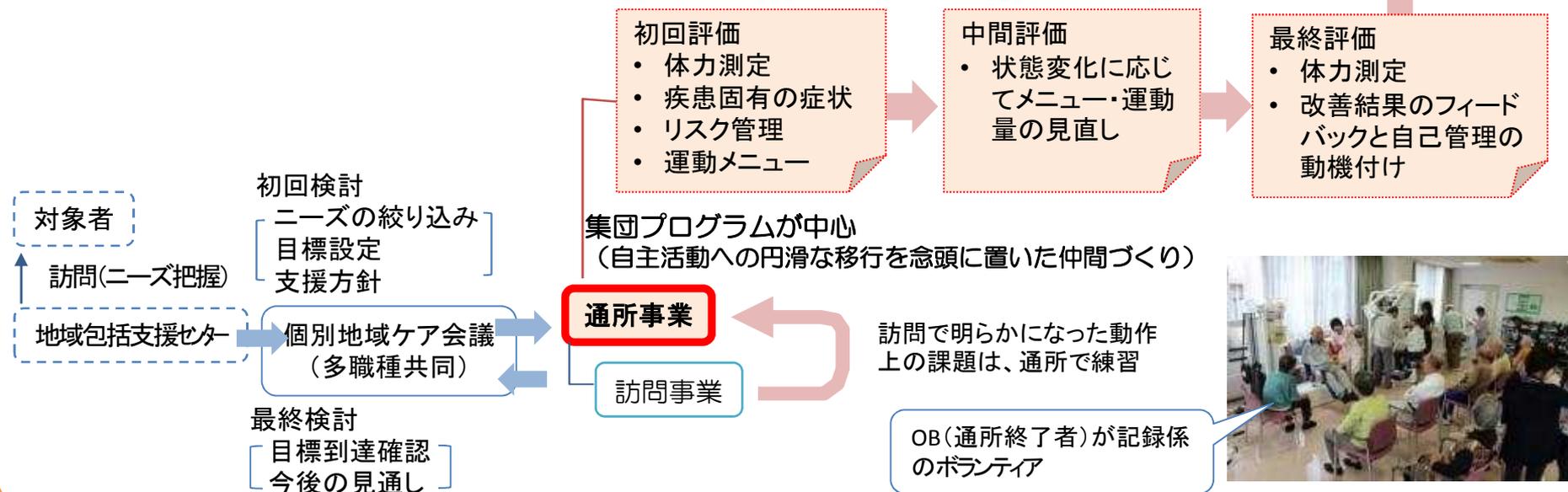
- リハ職が、利用者の身体機能に応じた運動プログラムの提示や段階的進め方について、介護職員等にアドバイスを行うことにより、運動を主体とした集団プログラムを効果的に実施することができる。
- また、通所と訪問の双方に一貫して関わり、支障をきたしている生活行為(風呂のまたぎや荷物を持った歩行など)の改善に必要な運動メニューを提示することにより、生活機能の向上を図ることができる。

- 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

通所終了後も、定期的な運動を習慣づける。(ウォーキング、体操の集い等)



訪問

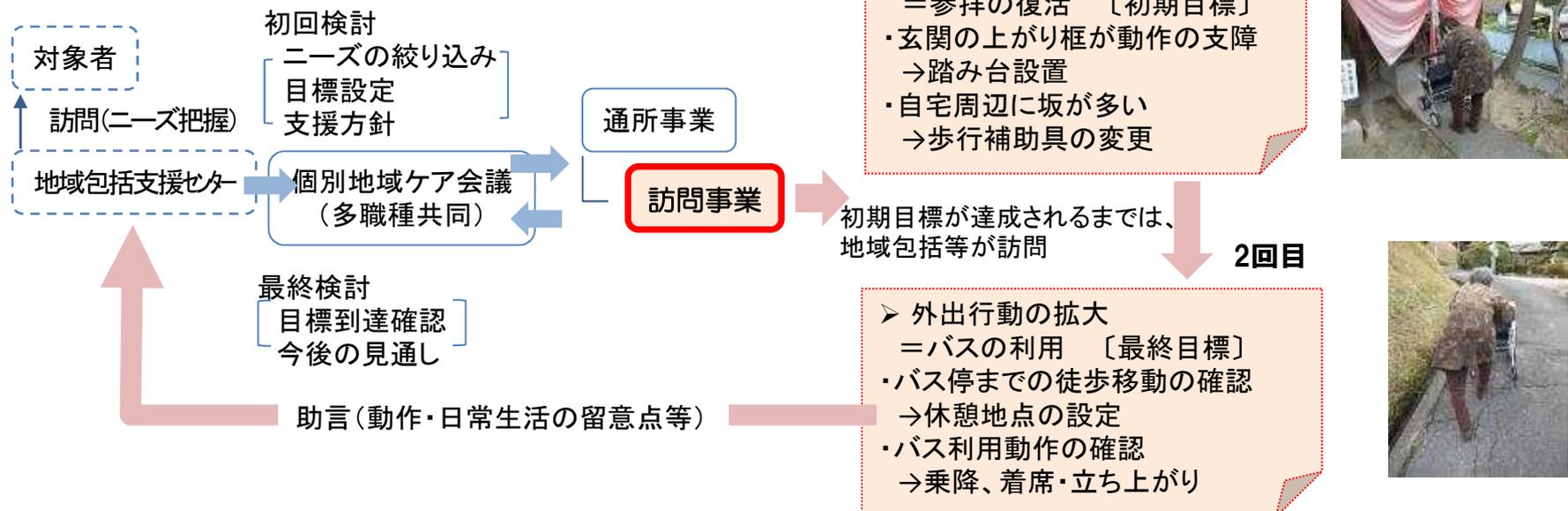
リハ職が、要支援者等の自宅を訪問することにより、難しくなっている生活行為が明らかとなり、動きやすい住環境に調整(家具の配置換え、物干し台の高さ調整などの生活上の工夫)することができる。

- 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)

訪問の実際

【腰痛をきっかけに外出しなくなった例】



本日の取組み報告

- セッション1 地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップ
～ 奈良県生駒市の取組み ～
- セッション2 都市部の多様な資源や人材を活かした地域づくり
～ 東京都世田谷区の取組み ～
- セッション3 部局横断的な施策展開による住民互助の育成支援
～ 大分県竹田市の取組み ～
- セッション4 介護予防・日常生活支援総合事業と予防モデル事業による自立支援
～ 長崎県佐々町の取組み ～