

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

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、連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、かかわってもらっています。廃用症候群になると、気持ちが悪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」

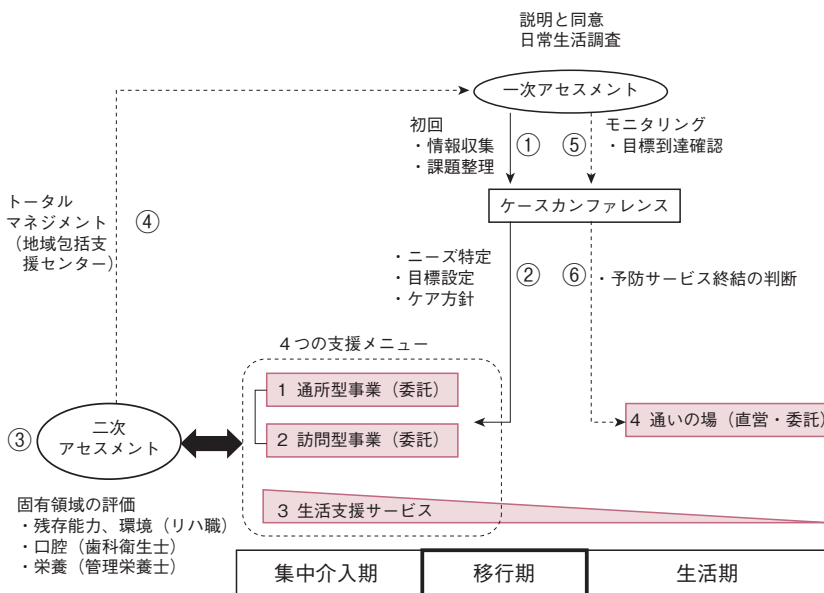
包括職員や市保健師等が
詳細にアセスメント

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。
 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デ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O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」

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。

で、ケースカンファレンスに臨む。そのため「より濃厚な会議が行われ、支援方針を固めることができず」と田中さんは強調する。

ケースカンファレンスを地域ケア会議で開催

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。

地域ケア会議には、全市拡大への準備も含め、六つの地域包括支援センターの全職員に出席を求める。通所型と訪問型の両事業のリハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士なども入る。

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

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―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2000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か、細かな評価が必要かを見定めめます。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

●**通いの場**
 ④通いの場では、既存の
 「生活支援サービスは、本人ができることが増えてくれば減らしていきます」

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新たに「転倒予防教室」と「ひまわりの集い」を開催している。

転倒予防教室は市直営で実施。ボランティアの協力を得て健康運動指導士と市保健師が行う。内容は、座学と体力づくり、家屋内の環境整備に関する情報提供など。

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。

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ってもらうよう働きかける。

対象は、集中介入期の「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、集中介入期の訪問型事業でバスに乗る等の練習をして1人で来られるようにする。

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

健康づくり推進員とは、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っている。「ひまわりの集い」には、

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、支える側に回っている人が4名いる。「予防サービスを卒業

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ることができ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。

以下、「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）。

健康づくり推進員とは、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っている。「ひまわりの集い」には、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、支える側に回っている人が4名いる。「予防サービスを卒業

したボランティア達は、できな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、サービス利用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ふ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、まず洗濯物をたたくことから開始。

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、どんな効果があつたのだろうか。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えています。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