

平成26年1月17日第101回市町村セミナー

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

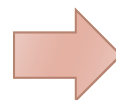
～市町村の立場から～

生駒市福祉部介護保険課

田中 明美

生駒市の紹介

- 奈良県北西部に位置し、京都・大阪に囲まれた近畿のほぼ中央にあり、南北に細長い形状で、面積は53.18km²。
- 江戸時代に創建された生駒聖天・宝山寺の門前町と発展し、現在は大阪のベッドタウンとして、年々人口は増加傾向にある。
⇒ 増加率は、県内39市町村内2位！
(平成22年国勢調査より)
- 坂の多い街並みであり、いったん膝・腰の痛みを生じると、途端に外出が困難となる地域特性がある。
- 出来る限り小地域の中に居場所を確保していくことが大きな課題である。



生駒の坂道… 高齢者にとってはかなりきつい！



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

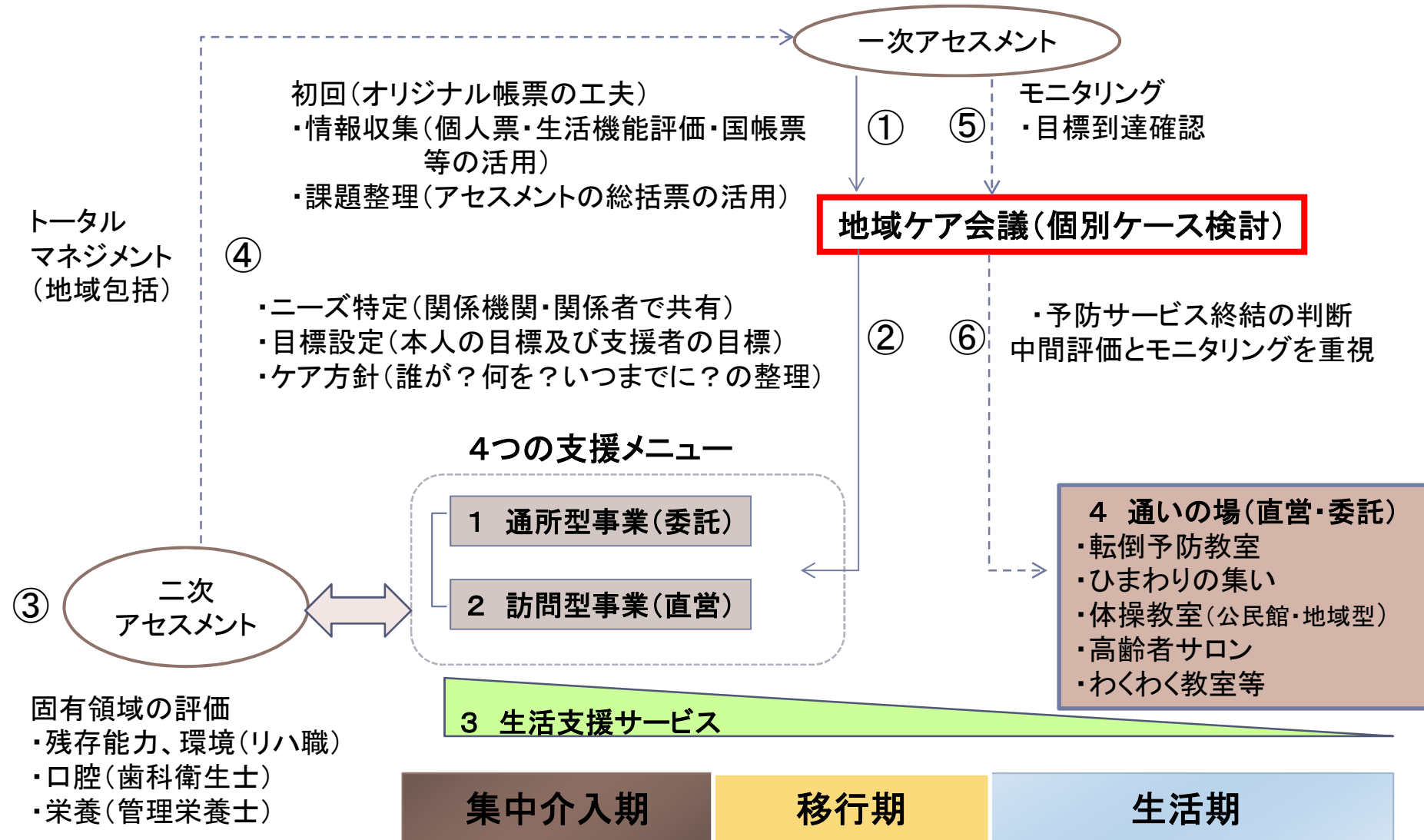
箇所数	6か所(委託)
-----	---------

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

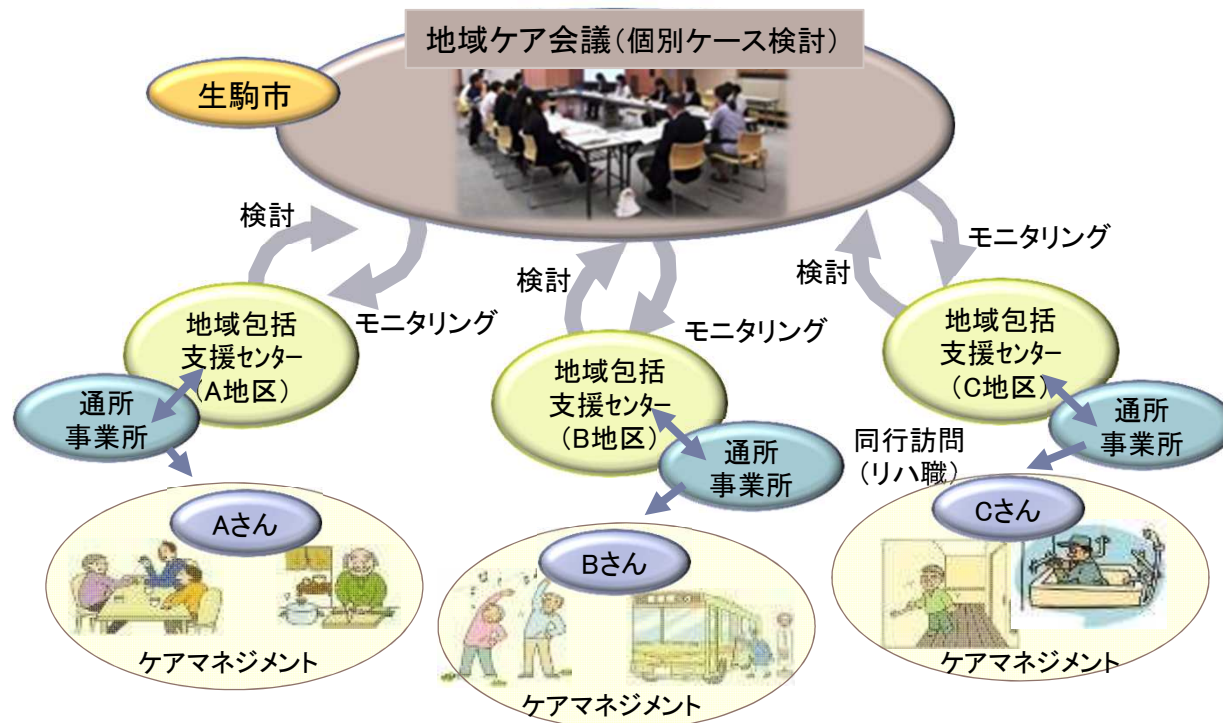
予防モデル事業における自立支援の流れ

予防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)



地域ケア会議（1）

- ▶ 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。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。



自立支援に向けて

多職種の様々な
視点で出来る方法を
考える！

NEVER GIVE UP !



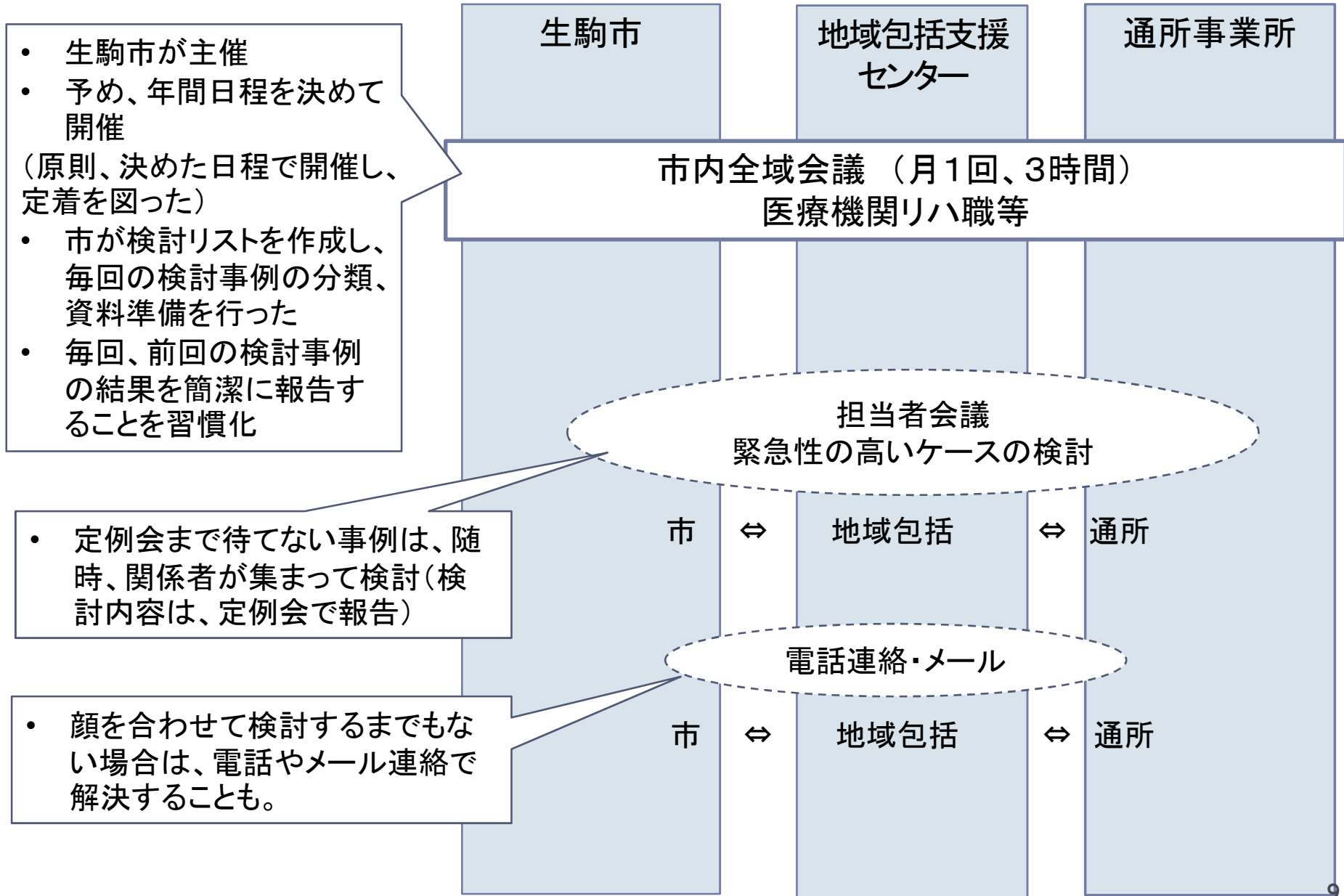
ポイント！

地域ケア会議（２）

- ▶ ケース検討は要点を押さえる。漠然と行わない。
（1事例15分以内、全体で180分以内におさめる。）
- ▶ 1事例につき、初期・中間・最終の最低3回検討。
⇒役割分担の明確化とモニタリングの重要性
- ▶ 継続することで事例が積み上げられ、カテゴリ分類により集中議論（廃用性・認知症・急性期疾患等）
- ▶ 効率化を工夫
 - ・アセスメント様式の統一
 - ・初期・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

**成功体験の蓄積が
ケアマネジメントのレベルアップに！！**

モデル事業における地域ケア会議の開催の工夫



地域ケア会議（3）

1年経過して…

▶ 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した
- 家族の介護負担の軽減策を以前より具体的に立てられるようになった
- 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富になった

▶ 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
- 短期間利用(3ヶ月間)で通所型事業を卒業し、終了後の「居場所」と「役割づくり」を併行して実践→「自立」への橋渡しができた。
- 鋭い洞察力、きめ細やかな対応、参加者のゴールを見据えた働きかけ
チーム力が事業所の資質を向上

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)

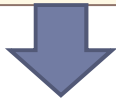


神社へのお参りを日課にすることができた
(教室は卒業し、自立した生活に戻る)

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)



(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)

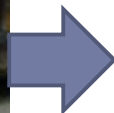
畑の再開ができ、介護保険の更新が不要になった。



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)

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)



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。

(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を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。

自立支援に向けて モニタリングと再アセスメントの重要性

鍋パーティを通して、SさんのIADLをモニタリング→再評価

《買い物の場面から》

- ・購入しようとする食材の選定
- ・必要な食材の購入
- ・支払場面の確認
- ・道中の安全確認



畑でとれた
春菊・ネギ・
ほうれん草も
いれよう！

材料の準備



顔見知りの人が笑顔
でいてくれるだけ
で、名前はわから
なくても安心！

寄せ鍋の完成！！

声掛け・指示
で食材カット
は可能

地域ケア会議を通してケアマネジメントの レベルアップ ~まるで「鍋料理」のよう~

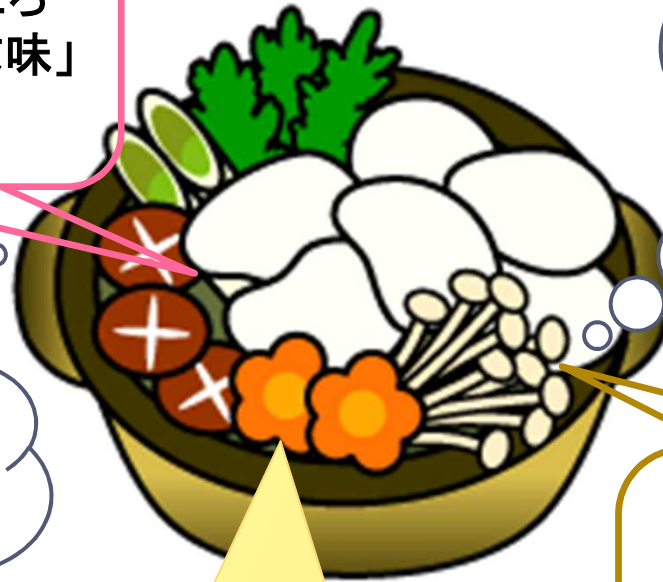
他職種協働だからこそ…
各専門職の得意とするところ
を出し合って、最高の「うま味」
を出すことが重要！

個々の課題を集積
し、地域に必要な資
源を創出することが
大切！

カレー鍋・水だし・寄せ
鍋⇒目的によって
味つけ・食材を変える
ことが大切

「テーマ」「検討
課題」を精査し、
それに必要なス
タッフを招集す
ることが大切！

一つの食材が欠けても、美
味しい鍋にはならない
⇒本人・家族・支援者の役
割を明確にして、行動化を
図ることが重要！





～地域包括支援センターの立場から～

東生駒地域包括支援センター
管理者 大西 淑子

東生駒地域包括支援センターの紹介

- 東生駒地域包括支援センターは、生駒市の6ヶ所のセンターの中で1番小さな圏域を担当(平成25年4月現在:人口12,781人、65歳以上2,357人、要介護認定者数332人、うち要支援1・2は133人)
- 配置職員数は、保健師等1人、社会福祉士1人、合計2人。
予防プランの作成は、分業せずに2人で行い、地区分担もせず、初回訪問は必ず2人で訪問し、意見交換した上でプランを作成する。
- 当センターのエリアは、坂道が多く小地域に通える場所が必要で、地域ごとに高齢者の居場所を作る必要性が高かった。
- 当センターでは、これまで、サロンや体操教室の立ち上げに力を入れてきた。
(サロン 3箇所、体操教室5箇所⇒各地域に1ヶ所出かける場所がある。)
- また、要支援者等の軽度者は130人規模であるため、2人の職員が、一人一人に関わりやすい。

当センターにおける予防モデル事業の取組み

- 予防モデル事業を実施する3センターの中で、通所・訪問型事業を利用した要支援者等は17人ともっとも多く、そのうち要介護認定の更新時期を迎えた10人のうち、5人が更新を行う必要がなくなり、事業の手応えを感じている。
- 予防モデル事業の利用者は、一定期間の介入後、ボランティアとして事業に参加するようになり、高齢者の自助互助の動きが見えてきた。
- 予防モデル事業の対象者として、視力障害やアルツハイマー型認知症の人などにも、積極的にはたらきかけ、事業参加につないだ。
- 固定概念に縛られず、必要な人にはフットワークを軽くして支援することをモットーにした。

地域ケア会議を通して学んだこと

- 「**地域ケア会議**」は、多職種からの提案や意見を受けることにより、地域包括支援センターの担当者だけでは、見逃してしまうようなことや気付かなかったことが見えるようになり、アセスメントの視点が備わってきた。
- モニタリングから支援の妥当性を確認できた時には、諦める前に**考えつくすこと**の大切さを学んだ。また、多職種が同じ目標に向かって、それぞれの役割を果たすことの意義を実感した。
- 担当エリアの資源では解決できないことがあっても、他のセンターから協力を得ることにより、担当エリア以外の住民の力を借りるなど、幅広い支援の仕方が可能となる。(予防モデル事業では、生駒市が地域ケア会議を主催し、市内全6箇所の地域包括支援センターが一堂に会して検討したので、協力が得られやすかった)

他の地域包括支援センターから協力を得られた事例

- Sさんは、畑仕事の再開を目指していたが、暫く放置して硬くなった土を一人で耕すには、腰痛の悪化が心配され、難しいことがわかった。
- そこで、地域ケア会議で、畑仕事を実現する方法を検討
- 地域ケア会議で、他の地域包括支援センターが、Sさんが大変な部分だけを手伝ってくれそうなBさんに協力を呼びかけてくれることになった。
- 力仕事を手伝ってもらい、Sさんは、無事に野菜を植え、育てることができるようになった。
- Sさんは、育てた野菜をBさんにお裾分けするなど、おつきあいが広がり、今も畑仕事を楽しみにしている。



↑
Bさん

↑
Sさん





～通所事業所の立場から～

デイサービスセンター幸楽
係長 北原 理宣

生駒市デイサービスセンター幸楽の紹介

- 当センターは、生駒市社会福祉協議会が、市の指定管理制度を受けて運営している。
- 施設内には、指定通所介護事業所、居宅介護支援事業所、指定訪問介護事業所がある。(平成18年度から予防給付の選択的サービス「運動器の機能向上プログラム」としてパワーリハビリを実施。事業所評価加算も算定)
- 通所部門は、保険給付の通所介護と地域支援事業における通所型二次予防事業の部門に分かれており、それぞれ別のフロアで実施
- 指定通所介護事業所においても、卒業を意識した支援をモットーに実施している。
- 保険給付と地域支援事業のそれぞれの通所部門では、通所を卒業し、ボランティアとして活動する人も誕生している。
- 生駒駅から徒歩5分の立地の良さも卒業後にボランティアとして参加しやすい好条件となっている。



モデル事業における通所型事業の利点

- 地域包括支援センターから新規利用者のエントリー情報が入ると、市職員（訪問事業担当者）と同行訪問し、事前のアセスメントを実施。⇒地域包括支援センターの情報だけでなく、通所部門によるアセスメントを必ず実施することで、通所による目標設定やアプローチ方法が明確にできる。
- 利用者の特性（認知症等）により、利用者同士のマッチングを検討
⇒同じ職員が送迎を担当する、仲間づくりができそうな顔ぶれのグループ分け等、教室のきめ細やかな配慮により、人とのつながりを築きやすい。
- 3ヶ月を1クールとする「クール制」により、開始当初から3ヶ月後の出口の姿をイメージして、意図的に利用者同士の仲間意識の醸成や士気を高め、終了に導きやすい。
⇒通所の場面には、利用者の変化をダイレクトに感じながら、直接その場で行動変容に向けたアプローチを行う機会が多くある。
- 卒業後のフォローのツールとしてボランティア活動を位置付け、必要な方に推奨、高齢者が高齢者を互いに支え合う仕組み作りを実践。

モデル事業を通して努力していること



- 週に2回、確実に利用者と接する機会があるため、事前情報にない疾患の有無や有症状を早期に把握するように努めている。
- 支援方針通りに進行しているか、利用者の変化を見逃さないよう留意し、地域包括支援センター・市の担当者と情報を共有。時にはプランの変更もお願いしている。(モニタリングの徹底)
- モデル事業のOB会(健幸会)の会場として、場を提供。
- 多忙な地域包括支援センターが効率よく利用者の**モニタリング**ができるよう、事業所に立ち寄ってもらうよう促し、通所場面での利用者の変化を直接見てもらうよう提案。
- 利用者の変化が早い時は、地域ケア会議の開催日まで待たず**サービス担当者会議の開催を事業所側から要請**している。
- 通所事業終了後の利用者の状況やモデル事業全体の動き(人とのつながり)等に留意している。

地域ケア会議を通して学んだこと

- 地域包括支援センターの担当者によっては、介入時(入口)と終了時(出口)の利用者の状態像を明確につかみきれていない場合もあるため、事業所サイドから、逆提案を行うこともある。
- 市の担当者(トータル指揮官)、包括の担当者(マネージャー)、事業所の担当者(現場監督)、それぞれの役割が遂行できるような会議運営、現場進行が自立支援においては「要」となる。
- 要支援者等の軽度者は、自立の可能性が「無限大」であることを現場から発信することの大切さ。
- サービス担当者会議に多職種が参加することにより、多角的に自立支援に向けた議論ができるので、より支援の幅が広がり、その結果、利用者の生活の質が向上すること。

事例 (軽度認定者の可能性は無限大)

- Aさんは、心疾患で不活発な生活をしているうちに、廃用が進んでしまい通所の利用がはじまった。
- Bさんは、腰痛で座位が取れない状態で、通所を利用するようになった。
- 一方、Cさんは、92歳の高齢でがんの末期ながらも、通所に通ううちに、自分の足で歩いて来れるようになった。
- このCさんの姿にAさんとBさんは、励まされ、体力をつける努力をはじめた。その結果、二人とも、まず、片道だけ自分で歩いて通所に来るようになり、通所を卒業する頃には、送迎に頼らず、往復歩いて通所を利用できるようになった。
- 現在は、ボランティアとして通所に参加し、マシンの設定や通所卒業者の畑仕事を手伝うなど、活動的な生活を送っている。
- こうした姿は、これから通所を卒業していく人達を後押しすることにつながっており、利用者が元気を取り戻していく上で、大切な役割を担っている。

