

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

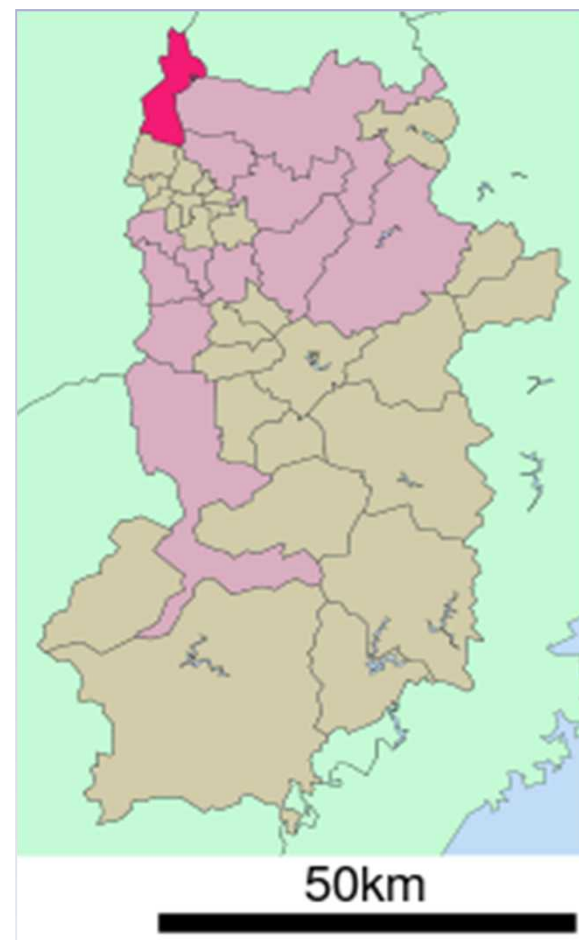
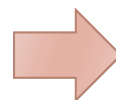
～市町村の立場から～

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)
-----	---------

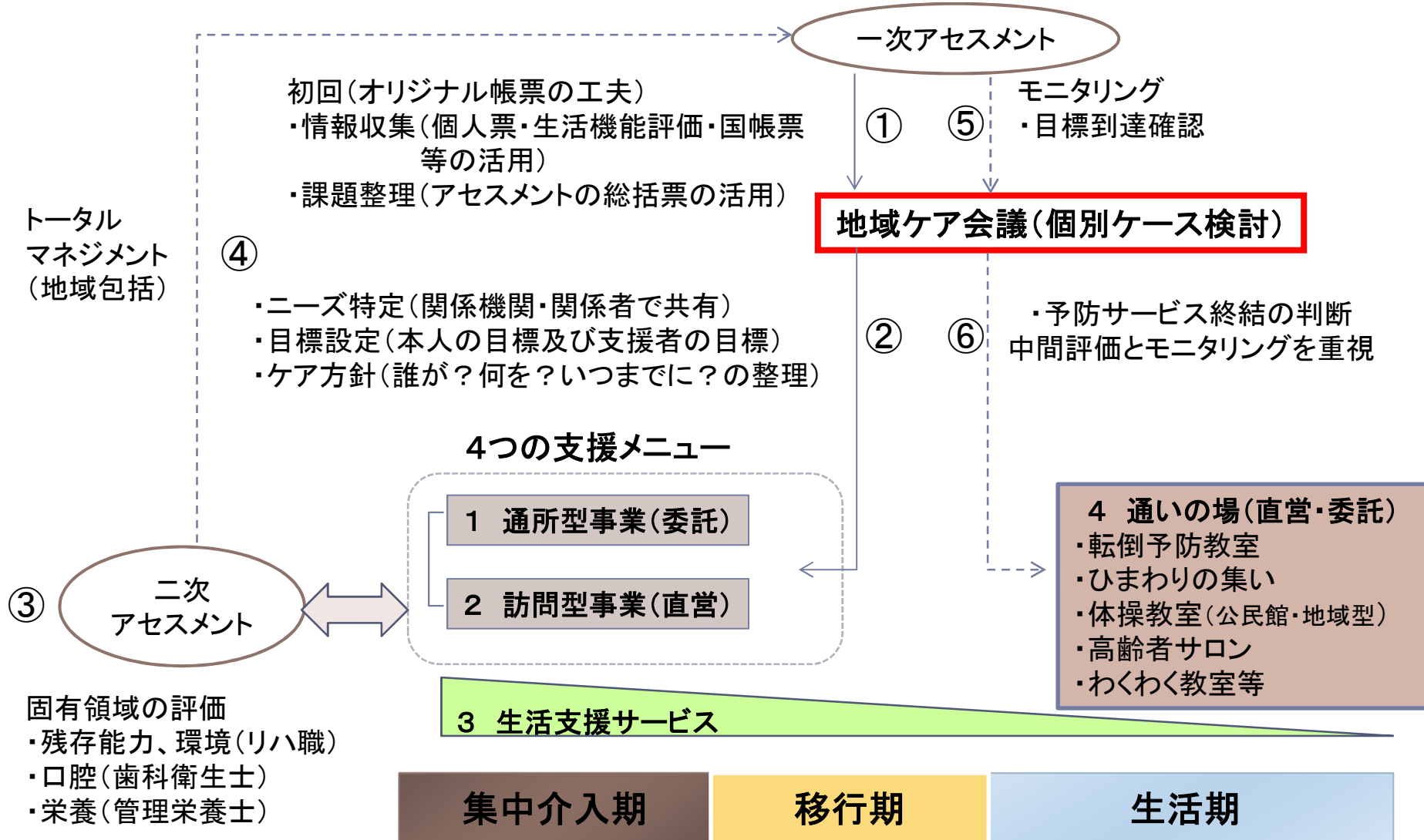
生駒市介護予防強化推進事業(予防モデル事業)の概要

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

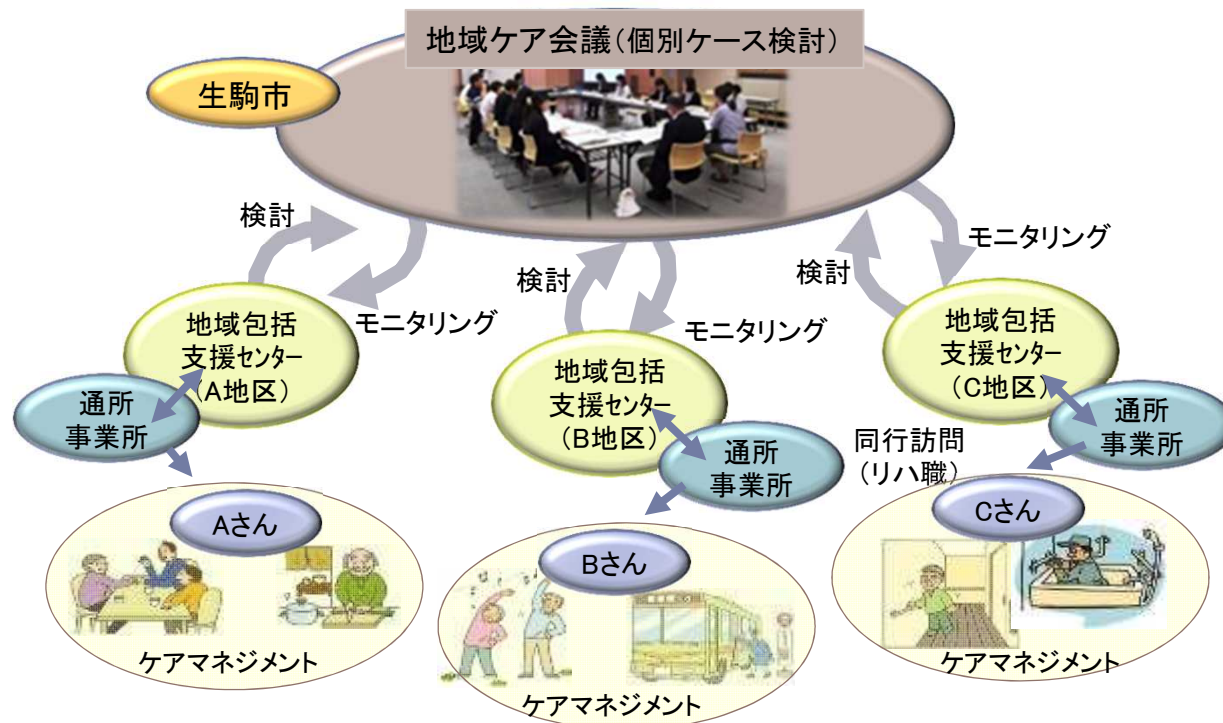
予防モデル事業の説明と同意(地域包括支援センター)

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 !



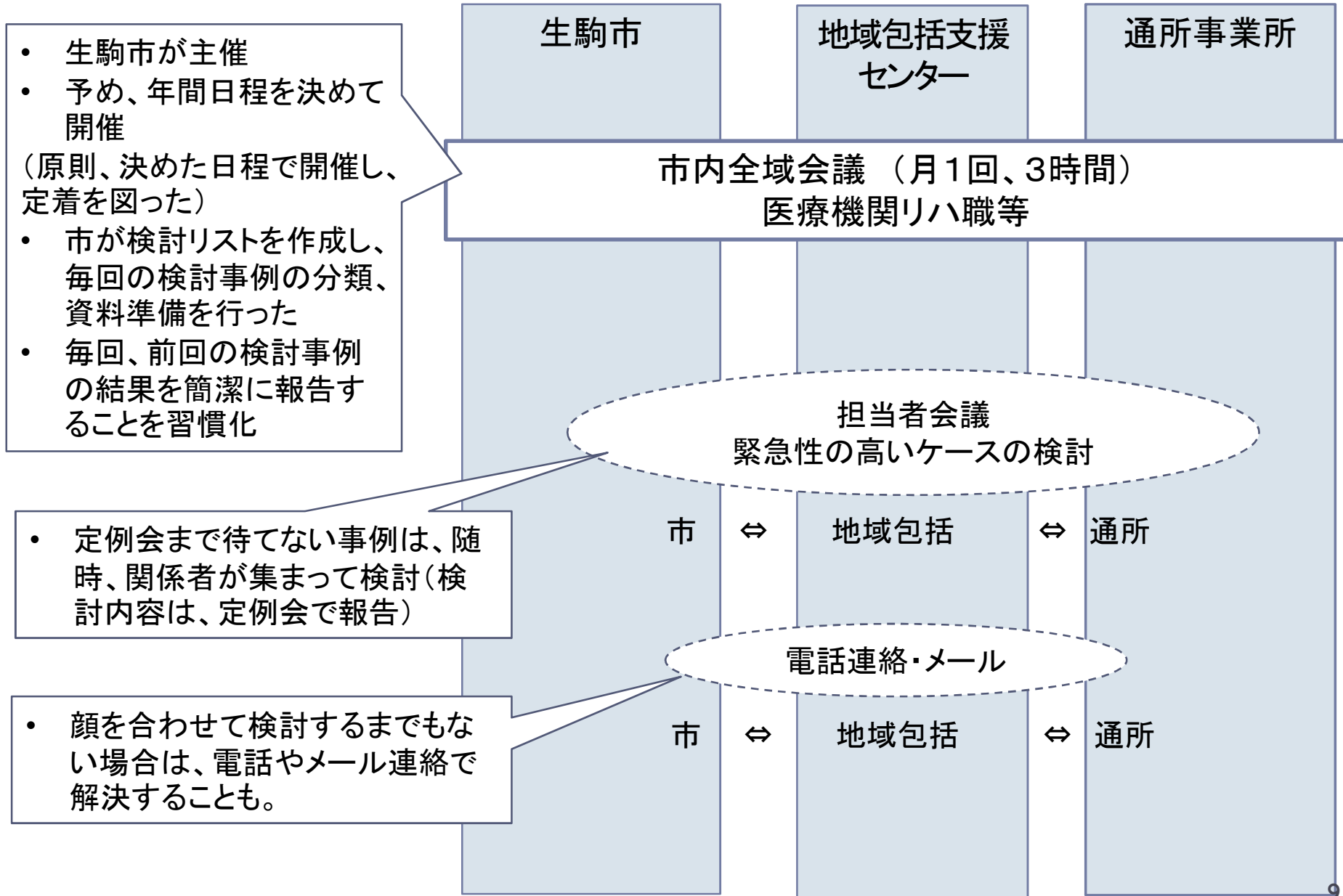
ポイント！

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。