

宮城県 石巻市の取り組み

1 移行のねらい

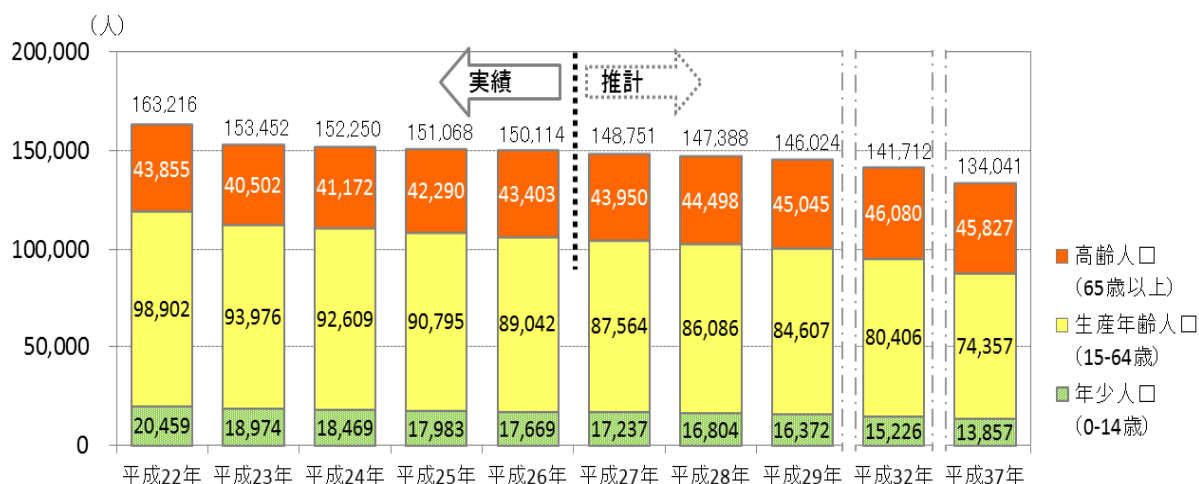
取り組みの背景

平成 37 年に団塊の世代が 75 歳以上となり、高齢者のひとり暮らしや高齢者夫婦のみの世帯、認知症高齢者の一層の増加が見込まれる。また、東日本大震災の未曾有の被害により、多くの被災者が仮設住宅等での不自由な生活を余儀なくされ、今後、復興公営住宅等への移転が本格化する中、環境の変化は高齢者にとって大きな負担であり、コミュニティ意識の希薄化も加わり、閉じこもりや生活不活発状態の増加が懸念される。

このことから、被災者を最後のひとりまで支え、安心した生活を取り戻していただくとともに、少子高齢化の進展などを見据え、これまでの専門的なサービスに加え住民主体の多様なサービスの提供体制づくりが必要である。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

高齢人口は増加が見込まれ、高齢化率も上昇し、平成 27 年には 30%を超えた。



地域資源では、震災による自治会の解散や休会、地域組織の弱体化、組織内での高齢化による後継者不足が課題となっているほか、各種団体による連携が十分に図られていない状況である。

また、NPOやボランティア団体などは震災以降に増え、多岐にわたる団体が仮設住宅等で活動している。

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

移行開始時期の検討(平成 26 年 10 月～)

県・国保連との協議、調整(平成 26 年 11 月～)

移行までの介護保険事業計画を策定(平成 26 年 7 月～平成 27 年 2 月)

事業内容、料金形態等の検討(平成 27 年 2 月)

地域包括支援センターへの説明(平成 27 年 2 月)

事業者への説明(平成 27 年 3 月～)

新しい総合事業に移行
(平成 27 年 4 月)

【移行後～平成 27 年 12 月末現在】

地域包括支援センター・事業者・住民への説明(平成 27 年 4 月～)

関係機関との事業の見直し(平成 27 年 5 月～)

多様なサービスの検討・創出(平成 27 年 8 月～)

協議体の設置要綱の制定(平成 27 年 12 月 1 日)

総合事業への移行までの取り組み概要

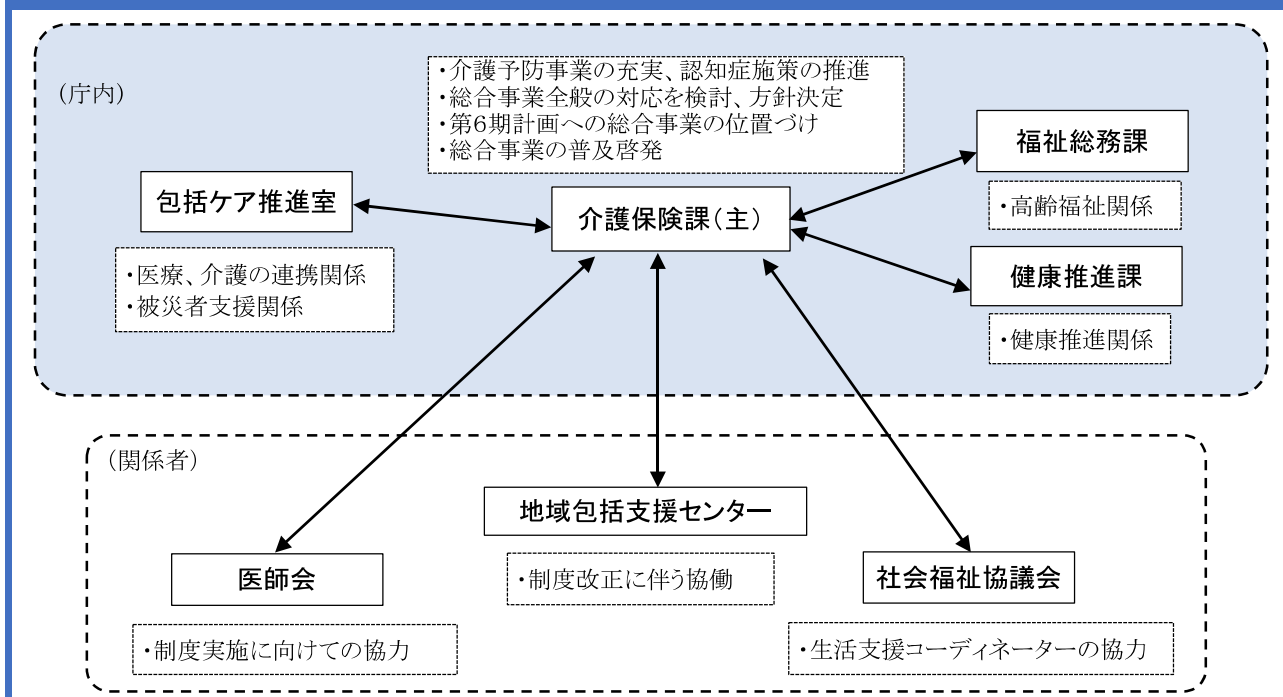
当初、総合事業は国から介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン案が示されるものの、詳細部分が見えず、どのように事業展開していくのか、また震災以降、震災業務などで職員が足りず、通常業務のほかに新規事業へ取り組める人員体制が取れない状況だった。

しかし、本市では平成 25 年度から地域包括ケアシステムに取り組み、なお一層の推進を図るためには一体的に事業展開する必要があり、また介護保険料の引き上げを始めとした被保険者の費用負担の増加などがあるため、長期的な影響を最小限に抑える必要があることから、平成 27 年 4 月に移行した。

移行に向けては、予防給付の訪問介護と通所介護を現行どおり移行する検討を始めた。その中で、重要な役割を担う地域包括支援センターには、制度の理解やサービスの流れなど説明を行い、また、サービス事業所にも移行する内容について説明会をそれぞれ実施した。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 要綱・事務処理づくり

総合事業実施に向けて、要綱や事務処理方法について検討・作成を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・参考事例が少なく、どのように実施していくか先が見えない中、とにかく情報収集を行った。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・想定外のケースがあり、その都度、解決策を検討した。

【取り組みの成果】

- ・どのように進めていくかが明確になった。

(2) 地域包括支援センター、サービス事業への説明

介護保険制度の改正や平成 27 年 4 月からスタートする総合事業の実施内容について、説明を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・重要な役割を担う地域包括支援センターに対して総合事業への理解と、サービス事業所に対して基準やサービスの内容等について説明会を開催した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・団塊世代が後期高齢者となる 2025 年問題について、備える必要性がある。

【取り組みの成果】

- ・総合事業は、10 年後を見据えた取り組みであると周知できた。

4 総合事業の概要

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス	現行の通所介護相当
種別	I 訪問介護	V 訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	I 通所介護
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	訪問指導員(看護師)等がその者の居宅を訪問して、必要な相談、指導等を実施(3か月～6か月)	通所介護と同様のサービス内容 ・それぞれ利用者のニーズに応じて明確な目標を持ちサービスを提供
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース ○基本チェックリストを受けケアマネジメントにより、訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められるケース	○基本チェックリストを受けケアマネジメントにより、専門的なサービスが必要と認められるケース	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース ○基本チェックリストを受けケアマネジメントにより、専門的なサービスが必要と認められるケース
実施方法	事業者指定	市で実施	事業者指定
基準	国が示す基準を基本に要綱制定	—	国が示す基準を基本に要綱制定
サービス提供者	訪問介護員	看護師、理学療法士等の専門職	通所介護員
費用	I 事業対象者・要支援1・2 →週1回/月 1,168 単位 II 事業対象者・要支援1・2 →週2回/月 2,335 単位 III 事業対象者・要支援2 →週2回超/月 3,704 単位	なし	事業対象者・要支援1 →月 1,647 単位 事業対象者・要支援2 →月 3,377 単位

【1自治体1サービス自慢】～短期集中予防サービス～

対象者の身体機能の改善に対し、理学療法士が提示した訓練メニューを訪問指導員(看護師)が10日に1回程度家庭訪問し、訓練内容の確認を行っている。

理学療法士が計画した機能訓練メニューを対象者自らが実施し、そして訪問指導員が継続のための指導やメンタルヘルスの支援を行っている。短期間に生活目標を設定し効果が見られるため、対象者は短期集中予防サービスの卒業が決まっても、自宅でリハビリが積極的に行われている。

また、理学療法士や看護師がそれぞれ専門的な役割を指導するだけでなく、連携しながら実施するため、対象者全員の閉じこもり予防や外出するための体力の改善の効果が見られる。

5 総合事業の充実にに向けた主な取り組み(移行後～現在)

主な取り組み内容等

(1)地域包括支援センター、サービス事業所、地域住民への説明

総合事業への移行後も制度の趣旨等について、説明を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・毎月、地域包括支援センターやサービス事業所に対して説明会を開催、また地域住民からの出前講座でも周知を図った。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・説明会は市全体で実施した他、地域に出向いて圏域ごとにも実施し、現場での問題点等を聞くようにした。

【取り組みの成果】

- ・説明会等を何回も実施することにより、制度の趣旨等が浸透した。

(2)介護予防教室での住民主体の通いの場づくりへの支援

二次予防事業であった専門知識を有する事業者への委託事業「通所型介護予防事業」を一般介護予防に位置づけ、地域包括支援センターと連携して介護予防教室を実施しながら住民主体の通いの場づくりへの支援を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・これまで二次予防事業対象者把握事業で二次予防事業対象者に選定され教室に参加した対象者を、一般介護予防事業の介護予防教室対象者に選定した。
- 地域包括支援センターに事業の目的、内容を説明し選定した。
- ・住民主体に向けた身近な場所の選定（たくさんの会場から場所を選定する際に、地区の現状を把握していないと選べない）。
- 地域包括支援センターと連携し、地域で支援が少なかった地区や自主化ができそうな地区を選定した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・対象者を二次予防の方だけでなく、元気な高齢者や介護予防教室運営に興味のある方へ広げ、通いの場の重要性や教室終了後の自主化に向けた支援について啓発した。
- ・介護予防内容だけでなく、自主活動に向けた取り組みを教室のプログラムに取り入れ、委託事業者と連携して実施した。

【取り組みの成果】

- ・現在教室が継続中のため、今後も自主化に向けた支援を実施していく予定である。
- ・従前の二次予防事業の介護予防教室より参加者が増え住民の口コミで自主化に向けて動いている。

(3)短期集中機能訓練訪問指導事業

要支援者及び事業対象者に対し、体力の改善や日常生活動作改善に向けた支援のため、理学療法士及び訪問指導員（看護師）による3か月程度の機能訓練訪問指導を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・当初、事業対象者のイメージが地域包括支援センター職員に伝わらず、利用者がいなかった。
→介護保険サービスの訪問リハビリとは対象者や内容が若干違うということを理解してもらった。
(料金は無料とする。訓練内容は12項目のタオルを使った体操メニューの組み合わせ)

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・対象者への指導は、10日間に1回程度訪問指導員が機能訓練内容の確認に行くが、メンタルヘルスの支援も同時に実施し、閉じこもり気味の対象者が機能訓練へ前向きになれるよう支援した。

【取り組みの成果】

- ・臥床ぎみの方が離床につながり、室内歩行のみの方が近所まで買い物に行くなど、体力やADLの改善が見られた。また、閉じこもりがちの方が外出するようになるなど、日常生活動作の改善やメンタルヘルス支援により対象者の閉じこもり予防になった。

【対象及びフローチャート】

- 65歳以上の方で身体機能が低下し、日常生活動作や外出等に支障をきたしている方
- 要支援1、2及び事業対象者で基本チェックリストの6～10項目で3項目以上該当する方
- メンタル的、身体的な要因で閉じこもりがちの方
- 主治医より運動が禁止されていない方（但し一部運動制限は可能）
- 機能訓練をすることにより、日常生活動作の改善が見込まれる方

- 1 地域包括支援センター職員が必要と思われるケースについて、介護保険課に相談する。
- 2 介護保険課では、対象となるか、理学療法士（市職員）に相談する。
- 3 地域包括支援センター職員と訪問指導員、理学療法士で自宅に訪問し、機能訓練を行うための問診を行う。
- 4 機能訓練のメニューと機能訓練期間については、理学療法士が決める。
- 5 訪問指導員は、理学療法士が立てたメニューに基づき、10日間に1回程度訪問し機能訓練を行う。
- 6 理学療法士は、必要に応じて機能訓練の中間評価を行う。
- 7 事業終了時は、理学療法士が計画の最終評価をし、地域包括支援センター職員と訪問指導員が今後について話し合いを行い、必要に応じてケアプランの変更を検討する。（自立に向けた目標設定および一般介護予防事業への参加促進）

（４）介護予防ケアマネジメント研修

介護予防ケアマネジメントの理解と予防のためのケアプラン作成方法について、地域包括支援センター職員及び居宅介護支援事業者等について講義とグループワークを行った。

【発生した課題と対応策】

- ・要支援者が事業対象者へと移行するにあたって、さらに介護保険法の基本理念である自立支援に基づいたケアプランの重要性が増す。
→県ケアマネジャー協会事務局長を講師に2日間の研修会を実施した。1日目はケアマネジメントを行うための基本的な考え方やプロセスについての座学を、2日目は介護予防サービス計画の原案作成の演習を実施した。
- 県ケアマネジャー協会の理事を講師に、多職種連携（サービス担当者会議）研修会を実施した。サービス担当者会議についての座学とアセスメントに基づいたケアプラン原案を基に、利用者宅でのサービス担当者会議のロールプレイングを実践した。
- 両者とも、座学と演習を行い、参加者の理解が図られるようになった。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・研修会は地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが企画・運営し、演習時のグループワークではファシリテートを担当する。
- ・サービス担当者のロールプレイングの配役は、サービス事業者、ケアマネジャー等実際に行ってい

る方に依頼する。

【取り組みの成果】

- ・アンケートからは、「わかりやすい」「参考になった」との声が多くあった。
- ・講師からは、県内で介護予防ケアマネジメントやサービス担当者会議の研修会を市町村単位で行っていないとのことで、先駆的な研修会であった。

(5) 医師会への事業対象者に対する診療情報提供書作成への依頼

事業対象者は要介護認定時の主治医意見書がなく、介護予防アセスメントにおいて重要な医療情報把握ができなかったため、市内二つの医師会へ診療情報提供書の作成を依頼した。

【発生した課題と対応策】

- ・医師が診療情報提供書を居宅介護支援事業者へ情報提供できる事について十分周知されていない。さらに、事業対象者は主治医意見書がなくても、サービス利用が出来る事も十分周知されていない。→二つの医師会に事前説明し、医師会を通じて各医師に通知し協力を依頼した。

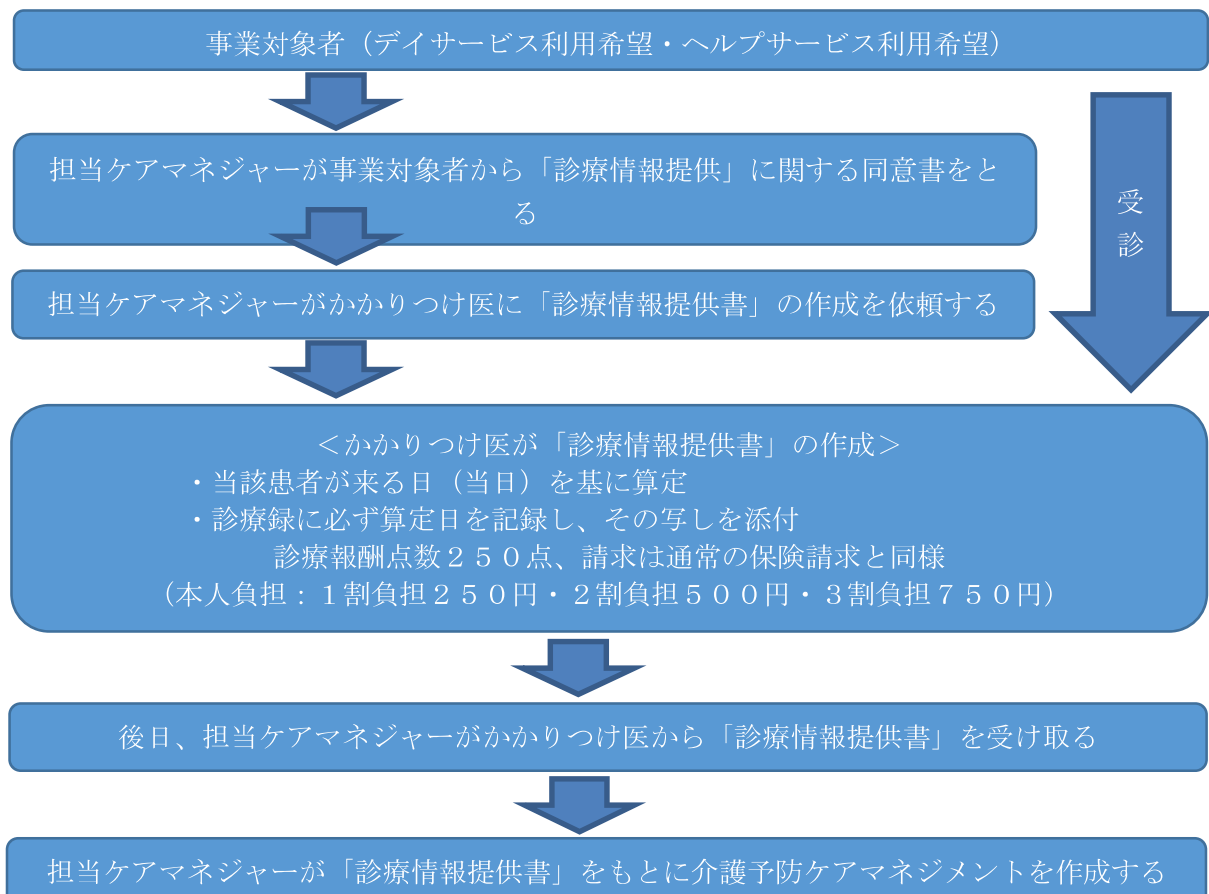
【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・通知発送前に、医師会と事前打ち合わせを行った。さらに、医師会の理事に目を通していただき、各医師に通知書を発送した。
- ・通知発送後、「理解しにくいので、しっかりとしたフローを練って通知してはどうか」との意見があり、フローを見直し改めて通知した。フロー作成に関しても、事前に医師会の理事に目を通していただき意見も反映し作成した。

【取り組みの成果】

- ・ケアマネジャーから、診療情報提供をもらいやすくなったとの声があった。

【診療情報提供書作成手順】



6 取り組みのポイント

1

○現行相当サービスだけでも、十分移行できる

当初から、新しいサービスを創るのではなく、既存の事業を活用して出来ることから取り組むことである。

総合事業へ移行し 2025 年を目標に、現在、関係課と既存事業の見直しや具体的な取り組みについて検討している。

○地域包括支援センターの重要性

総合事業の重要な役割を担っているため、これまで以上の連携・強化が必要である。

2

7 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

石巻市介護予防・生活支援推進協議会（協議体）と連携し、多様な主体による多様なサービスを検討し、高齢者が地域での役割を持ちながら、いきいきとした生活を継続することができるよう、地域の支え合い体制の構築を目指す。

【個別の課題と展開方針】

◎住民主体による集いの場の充実を図ることが必要

東日本大震災の最大の被災地である本市では、仮設住宅から復興公営住宅への移行が本格化する中、コミュニティ機能の回復が課題となっている。閉じこもりや社会的孤立による心身の健康状態の悪化により要介護状態になることが危惧される。

◎地域福祉コーディネーターの活用

平成 28 年度に石巻市社会福祉協議会へ委託し生活支援コーディネーター13 名を配置予定（地域福祉コーディネーターが生活支援コーディネーターを兼務）。これまでの地域福祉コーディネーターの取り組みを活かして、住民主体による集いの場の充実を図る。

◎協議体の運営

協議体を通じて、地域の課題やニーズを把握するとともに、不足するサービスを検討し、本市の総合事業に繋げていく（通所型サービス、一般介護予防サービスの充実に加えて、訪問型サービス、生活支援サービスの検討）。