

岡山県 津山市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

<めざす姿>

「高齢者がその人らしく いつまでも地域ではつらつ暮らすまち つやま」をめざし、

①活力ある長寿社会をつくります ②ともに支え合う地域社会をつくります

③利用者本位の環境づくり、自立支援に取り組みます

※高齢者が要支援・要介護状態になることをできるだけ予防するとともに、高齢者自身の力を活かした自立に向けた支援を行う

※高齢者が住み慣れた地域の中で、人と繋がり、生き生きと暮らしていくことができる、多様で柔軟な生活支援が受けられる地域づくりを行う

<総合事業の基本理念>

①津山市民に必要であると納得し認められる政策であること

②津山市民の健康の推進に寄与すること

③適正なサービス利用に資する内容であること

④人と制度が繋がり、広がりのある計画であること

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

●基礎データ (H27. 12. 1 現在)

総人口 103,999 人 高齢者人口 29,564 人 (後期高齢者数 15,394 人) 高齢化率 28.43%

要介護認定者 (H27. 9 月末) 6,384 人 (21.7%) そのうち要支援者 1,597 人

●生活ニーズ

【訪問介護課題】①買い物に困る (移動手段、重い物を運べない) ②居室・風呂掃除に困る

③毎週のゴミ出しに困る (重くて運べない、収集場所が遠い) ④入浴時の不安 (緊急時等の見守り)

【通所介護課題】①通所参加者は交流を求める理由が多く依存傾向にある ②地域の集まる場に出れない人や集まる場がない人への支援 ③移動手段

●地域資源

①通所事業・通いの場 介護予防事業 (二次:直営 5 回を 1 クールとして 3 クール実施、一次:こけ
ないからだ講座 194 箇所) 公民館・生涯学習、趣味サークル活動 754 種類

ふれあいサロン 169 箇所、老人クラブ 195 クラブ

②家事援助 シルバー人材センター (1) 民間等家事代行サービス (8)

民間宅配(食材等)サービス (22) 民間等配食サービス (14)

③外出支援・生活交通 市内循環バス (3) 移送タクシー (7) 民間バス (1)

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

【～平成 27 年 12 月末まで】

地域診断、資源の発掘・整理(27 年 4 月～27 年 12 月)

事業者研修会(27 年 7 月)

事業内容、料金形態等の検討、案作成後介護予防部会で審議 (27 年 8 月～27 年 12 月)

現要支援者のニーズ把握・個別地域ケア会議運営の検討(27 年 5 月～27 年 12 月)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

介護予防部会:事業者との調整(28 年 1 月～28 年 2 月)

介護保険運営協議会で事業内容決定(28 年 2 月)

要綱等の作成(28 年 3 月～28 年 12 月)

生活支援サービスの検討(28 年 1 月～28 年 12 月)

コーディネーターの配置(28 年 4 月～)協議体の設置・運営(28 年 6 月～)

国保連関係の検討・調整(28 年 4 月～)

啓発資材の作成(28 年 4 月～28 年 6 月)

事業者説明・モデル事業(試行実施・評価)(28 年 7 月～28 年 12 月)

住民・事業者への周知(28 年 7 月～29 年 3 月)

新しい総合事業に移行
(平成 29 年 4 月)

総合事業への移行までの取り組み概要

地域包括ケアシステム構築をめざすために、国の 5 本柱に沿って、部会を設置し協議・検討を行っている。また、実務者レベルではプロジェクトチームをつくり、移行準備をすすめている。

【部会の取り組み内容】

- ①認知症部会では、津山市のめざす認知症施策についての協議・検討を行った。具体的には、認知症の人とその家族をとりまく関係機関や職域ごとの課題を洗い出し、第 6 期の介護保険事業計画へ反映。
- ②医療連携部会では、津山市医師会・圏域県民局・健康増進課など各関係機関との連携により各代表者部会を開催して、多職種連携の会議や研修会の開催、入退院ルールの手引書を作成。

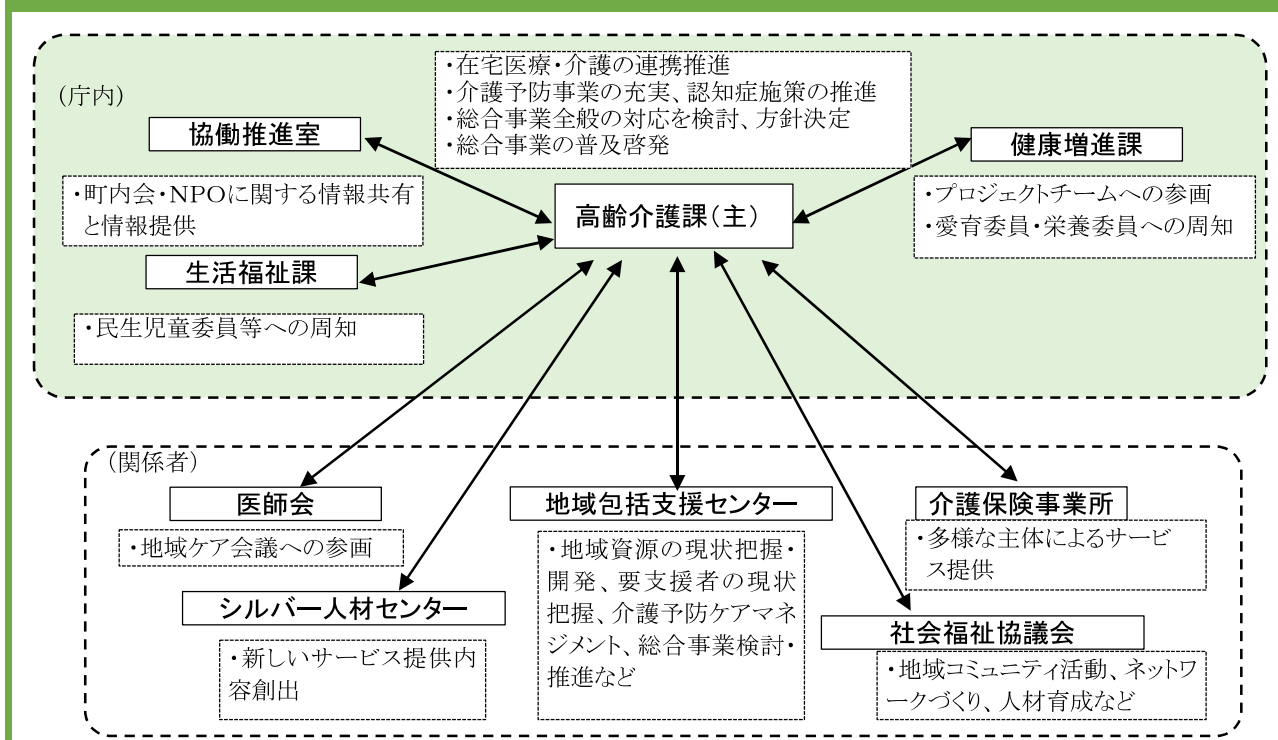
- ③介護予防部会では、要支援者の現状と課題を共有。津山市が考える総合事業のサービス体系についての検討を行っている。
- ④生活支援部会は、協議体設置に向けて内容を検討。
- ⑤個別支援部会では、ケアマネジメントの現状と課題について協議し、「津山市の自立支援の定義」を作成。また、個別地域ケア会議の実施方法を検討し、模擬的に個別地域ケア会議を実施し、実施方法の評価を行った。

【プロジェクトチームの取り組み内容】

- ①認知症プロジェクトでは、地域支援推進員や初期集中支援チーム始動、見守り協定の締結に向けての検討。
- ②要支援プロジェクトにおいて、要支援者のサービス利用状況の把握、利用基準の検討をしている。サービス案を現在介護予防部会で検討中。今後決定予定。

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) 個別地域ケア会議の運営体制について

真の自立支援に向けて、利用者の望む生活の実現のため「改善すればサービス利用を卒業していく」ことを目標にして、個別地域ケア会議を月2回、定例で開催している。平成29年4月からの事業実施前から実施していくことで、多職種によるケアマネジメントの支援(質の向上)や新規利用者の市民への周知(事業の理解)につなげている。

【発生した課題と対応策】

- ・新規で同意の得られた人を対象に会議を開催しているが、1回2ケースで、1ケース1時間かかっており会議にかける人数が限られてしまい、タイムリーな検討ができていない。事例提出者・司会者など経験を積んでいくことで少しずつ時間短縮をしているところである。今後は、ケースの検証をして、1ケース30分の会議をしていく予定。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・津山方式の会議のやり方を模索中であるが、多職種間の情報共有や共通認識をしていくことがまずは大事であることから、事業者の研修会を開催して、会議の様子を見学してもらい、自立支援のめざす方向性を確認した。今後「卒業」のキーワードをいかに浸透させていくかが課題である。

【取り組みの成果】

- ・会議参加者、アドバイザーについては、ほぼ固定化されている部分で進め方やその方向性の理解については、1年かけてできてきたと考えられる。今後は、専門職としてのスキルアップや広範な参画のために、研修会の開催や事業者別に公開会議の開催が必要になってくる。

(2)サービス体系の検討・整理

現行サービスとそれ以外のサービスについて、積極的に住民主体で取り組んでいる介護予防事業「めざせ元気!!こけないからだ講座」の位置づけともあわせながら整理・検討していった。

【発生した課題と対応策】

- ・現行サービスのまま継続していくケースの状態像、期間限定で改善していくケースの状態像をプランナーの意見を聞きながら、プロジェクトチームで検討後7要件の条件に入る人は継続型、それ以外は改善型に位置づけて、「卒業」をめざすサービス体系を検討中。訪問については、住民ボランティアの力も借りる(生活支援サポーター)仕組みを考えたり、通所については、地域のこけないからだ講座につなげていく方向である。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・サービス案ができた段階で、各事業所を交えての会議(介護予防部会)を開催しているが、基準・人員配置の部分や単価の部分で、決定までに時間がかかっている。

【取り組みの成果】

- ・自立支援をめざすという部分で、大枠のサービス体系についてはほぼ決定している。
住民自身の力を借りると言う部分で、生活支援サポーター養成やこけないからだ講座への働きかけをしていくことで、自助や互助の仕組みが地域全体で広がっていけるようにと考えている。

4 総合事業の概要(予定)

(訪問型サービス案)

基準	現行訪問介護相当	多様なサービス
種別	①継続型 ②改善型	①集中型 ②住民参加型(生活支援サポート)
内容	①身体介護・生活援助 ②生活援助	①リハビリテーション職等専門職による日常生活動作の改善指導・環境調整など ②日常生活支援活動(家事援助中心でちょっとした困りごとの支援)
対象者とサービス提供の考え方	①進行して悪化していくと認められる疾患(7要件)のある方で個別地域ケア会議で判定された要支援認定者 ケアマネジメント及び個別地域ケア会議で、市の要件に該当し、訪問介護員の継続的な支援が必要と判断された場合 ②①以外、基本チェックリストによる事業対象者 ケアマネジメント及び個別地域ケア会議で、訪問介護員が一定期間関わることで、生活上の阻害要因を解決できると判断された場合	①生活の改善が専門職の関与により可能と個別地域ケア会議で判定された要支援認定者 ケアマネジメント及び個別地域ケア会議で、サービス開始当初に専門職が集中的に関わることで、望む在宅生活ができると判断された場合 ②生活支援サポーターの関与が必要となり、本人も同意した要支援認定者 健康高齢者の社会参加の場と、住民の互助・共助システムの構築のためにも優先して活用
実施方法	①②事業者指定	①専門職の派遣 ②委託
基準	①②予防給付の基準を基本	①内容に応じた独自の基準 ②個人情報保護等の最低限の基準
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	①保健・医療の専門職 ②ボランティア主体
費用	①②月額報酬	①半日 5,000 円 1 日 10,000 円(岡山県が岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会へ委託する) ②検討中

(通所型サービス案)

基準	現行通所介護相当	多様なサービス
種別	継続型	①改善型 ②メンテナンス型
内容	機能維持・悪化防止に資する継続的な支援サービス	①ADL・IADL改善に特化し、期間を定めた自立支援サービス(個別プログラム有) ②現状評価と、維持改善のための定期的なアドバイス(3か月後のフォローアップ)
対象者とサービス提供の考え方	・進行して悪化していくと認められる疾患(7要件)のある方で個別地域ケア会議で判定された要支援認定者 ・ケアマネジメント及び個別地域ケア会議で、市の要件に該当し、訪問介護員の継続的な支援が必要と判断された場合	①個別地域ケア会議で「改善可能」と判定された要支援認定者、基本チェックリストによる事業対象者 ケアマネジメント及び個別地域ケア会議で、一定期間通所介護事業所にて、個人に応じたプログラムを実施することにより、生活機能の向上が可能と判断された場合 ②改善型通所サービスを卒業した人 ケアマネジメントにおいて、改善状態の維持を目的としたフォローが必要とされた場合
実施方法	①②事業者指定	①事業者指定 ②委託
基準	①②予防給付の基準を基本	①②人員等を緩和した基準
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	①②通所介護事業所
費用	①②月額報酬	検討中

【津山市のサービス自慢】～リハビリテーション専門職の積極的な活用～

多様なサービスの中で、訪問サービスについては、リハビリテーション職をはじめとした専門職が、早期に短期集中で支援していくことで、その人の生活改善をもたらすというサービスを、地域リハビリテーション活動支援事業ともあわせながら実施していく。このことは、訪問介護員の助言指導にもつながり、専門職としての質の向上にもつながると感じている。

また、通所サービスについては、生活機能の改善に特化した通所型サービスの創設を考えており、個別の自立支援プログラムを医療機関・施設等に勤務するリハビリテーション専門職と一緒に作成し、一定期間(3～6か月)事業を実施していく。現在は、市の職員である作業療法士を中心に活用を検討しているが、今後は岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会からの広域的派遣事業も取り入れながら、人材確保をして、全体の質向上につなげていきたい。

5 取り組みのポイント

○『自立支援』を重視したサービス利用に意識改革を！

「専門職によるサービスは自立支援ADL改善のために提供されるべきもの」

個別地域ケア会議で、『自立支援』という介護保険の理念の実現に向けて、その人らしい生活ができるよう、その人の状態像を①維持型②改善型③悪化防止型なのかを意識して、目標到達を阻害している要因、ADL・IADLを阻害している要因について、解決していけるための支援内容を全員で共有し、方向性をだしていく。

今までのケアプランの分析をみると、目標を達成しているのに訪問介護を継続していたり、はっきりした目標がなく、外出場所の一つとして漫然と通所介護を継続しているケースも多く、一度利用を続けると改善が見られてもずっとサービスを利用し続けるというものだった。

サービスは、元気になるために利用して、良くなれば卒業していく。卒業後は住民主体サービスへのつながりを、生活支援コーディネーターが担っていく形になっていく。

「卒業」というのは、大きな意識改革である。より適正なケアマネジメントを推進していくために、事業者・利用者・家族などが意識を共有することが必要になる。まずは、新規申請者で同意した人を対象に実施していくことで、スムーズな移行につなげていくよう考えている。また、市民の意識変容のきっかけとして、介護予防事業で自立支援について市民と一緒に考える機会を持っている。

○地域包括支援センターと市の二人三脚

要支援者の実態把握、サービスの利用状況、地域資源の把握については、地域包括支援センターが相談窓口になり情報をしっかりもっているのが現状である。ただ、現状を把握していてもそれを施策化していくためには、行政との十分な情報共有と分析が必要になる。そのため、要支援プロジェクトとして月1～2回の会議を地域包括支援センターの主任ケアマネと一緒に検討を繰り返す中で、ADL・IADLのアセスメント項目についても個別性が必要性であることを話し合い、独自様式のアセスメント用紙の検討や評価の仕方を研修し、最終的に個別地域ケア会議で判断基準になる7要件についても決定することができた。

今後も最前線で本人や家族、事業者からの意見を聞く機会が多くあると思うので、その声に耳を傾けながら、生活支援サービスの充実に向けて、車の両輪としての意識をしっかりと持って一緒に活動をしていきたい。

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

2025 年に向けて地域包括ケアシステム構築をめざす。

- ・すべての要支援者に、自立支援に向けたサービス提供が適切に行われ、望む生活の実現のため手段として介護予防サービス・生活支援サービスが活用される。
- ・住民主体の通い場を拡大することにより、介護予防の充実を図る。
- ・高齢者が住み慣れた地域で、お互いを支え、助け合うことにより生きがいを見つけ、「生涯現役」で居られる地域を共に作る。

【個別の課題と展開方針】

◎生活支援サービスについて庁舎内での情報共有が必要

他部署内との生活支援サービスについての情報共有の場を持ち、地域資源及び社会資源を整理し、「見える化」する。