

1 「地域における包括ケア体制の確立を目指して ～多職種連携に基づく生活機能評価～」(島根県松江市)

平成18年6月9日

地域における包括ケア体制の確立を目指して  
～多職種連携に基づく生活機能評価～

松江市介護保険課  
乙部有紀郎

松江市の概要

1. 人口：194,241人 ※H8.4.1.現在
2. 高齢化率：22.6%（後期高齢者：49.9%） ※H8.4.1.現在
3. 認定率：17.0% ※H8.4末現在
4. 利用率：78.8% ※H8.4.利用実績（暫定）
5. 保険給付費：10,372,374千円（在宅サービス52.3%） ※H17見込
6. 保険料：第1期3,140円 第2期3,460円 第3期3,980円
7. 介護保険は、平成12年、旧松江市、八束郡（8町村）で一部事務組合で共同実施。平成16年3月、旧松江市と八束郡（7町村）と合併。
8. 日常生活圏域は、地域福祉計画の地域ブロックと同一の5圏域に設定。

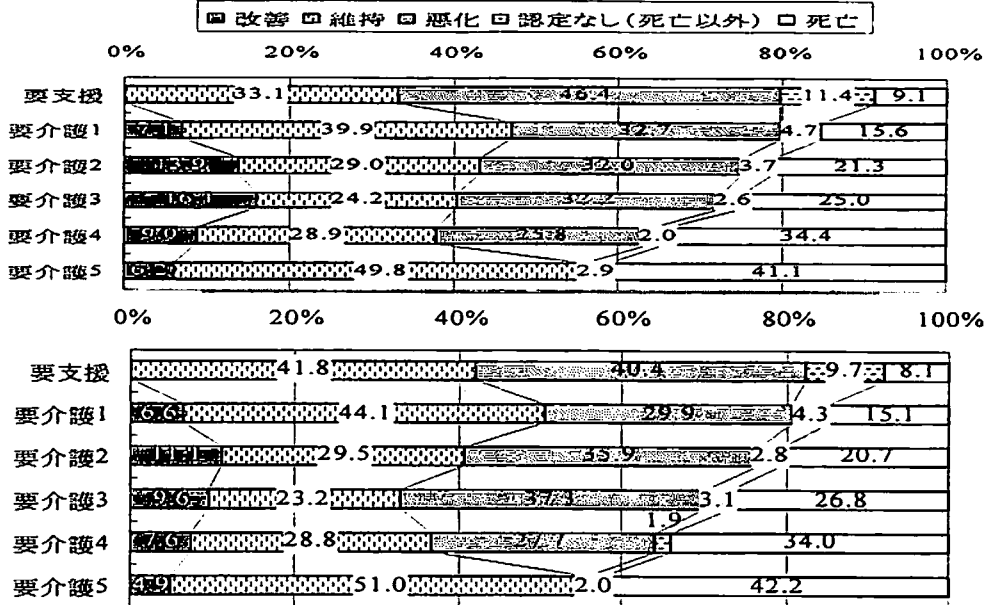
## 松江市でのこれまでの取り組み

2000年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○要介護度の経時変化の実態把握</li> <li>○高齢者の機能低下の実態把握</li> </ul>
2003年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○歩行／摂食機能の実態把握と既存サービスの効果評価               <ul style="list-style-type: none"> <li>①健康高齢者と軽度要介護者間の生活機能の差異の検証</li> <li>②アセスメント／効果評価項目の検討</li> <li>③既存サービス（パワーリハ等）の効果評価の実施</li> </ul> </li> <li>○事業者間の情報交換システムの開発</li> </ul>
2004年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○軽度要介護者等へのリハビリプログラムの構築 (通所介護を中心に、継続実施可能なプログラムを開発)</li> </ul>
2005年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○住民に対する生活機能アンケート調査</li> <li>○地域支援モデル事業の実施(課題の抽出)</li> <li>○介護予防効果評価用システムの開発</li> </ul>

## 実効ある介護予防の実施に向けて ～これまでの取り組みの課題～

- ア) 非該当者及び軽度要介護者の生活機能の実態
  - 認定調査項目／日常生活活動状況からみた差異
  - 認定申請者と非申請者間の差異
- イ) 歩行／摂食機能向上のためのサービス開発と効果評価
  - 筋力向上・ストレッチ体操
  - ブラッシング・嚥下体操
- ウ) 専門職との連携体制の検討
  - アセスメントに基づく専門職との連携のルール化
  - 医師会／歯科医師会との連携
- エ) サービスの効果評価の仕組み作り
  - アセスメント項目及びアセスメント担当者の検討
  - データ収集のためのソフト開発

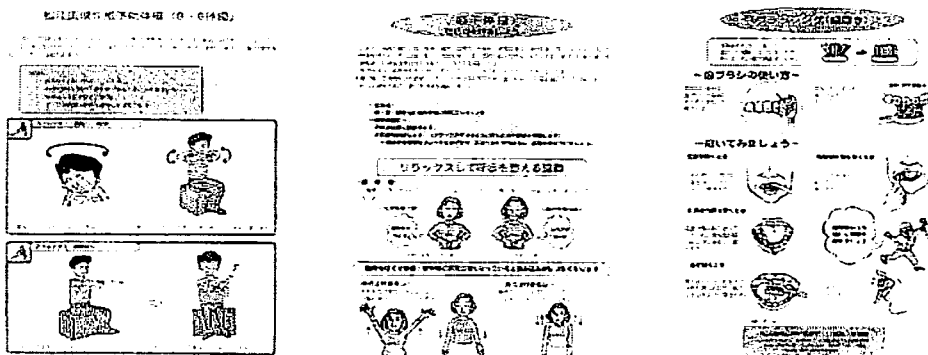
## 要介護度の変化の状況（上段：H12/H14、下段H14/H16）



## 介護予防・リハビリプログラムの実施(H16)

1. 自宅でもできるリハメニューの開発、実施
2. 専門職のバックアップ、連携体制の確立
3. 生活機能の把握と評価

(参加者) ○歩行：26事業所（約400名）  
 （通所介護11、通所リハ6、転倒予防教室等6、パワーリハ3）  
 ○摂食：23事業所（約200名）  
 （通所介護11、老健8、療養型4）



### 健康な高齢者と要支援者等の差異（日常生活状況）

一次判定 評価項目	非該当 相当者 (N=170)	要支援 (N=105)	要介護1 (N=103)	要介護2 (N=21)
交通機関の利用 「自立」	80.7%	26.3%	30.2%	10.0%
外出頻度 「週4日以上」	62.8%	31.4%	30.4%	20.0%
過去1年間の転倒 「あり」	14.8%	30.8%	45.6%	52.4%
転倒に対する不安や外 出を控えること「あ り」	25.0%	47.1%	60.8%	66.7%

### 多職種連携の推進(特に医療系サービス)

1. 情報提供項目の検討と具体的連携ルールの構築
  - (1) 主治医による医学的観点からのリスク評価と連絡ルールの構築  
...地域支援事業では、診療情報提供書を作成
  - (2) サービス開始時のルール作り（地域支援事業、新予防給付）  
...運動開始時のチェックリストの作成  
（血圧・脈拍測定、「熱がある」などの問診項目）
  - (3) 歯科医師への連絡ルールの構築
    - 利用者の自己チェック項目  
「口から食べ物がこぼれることがある」など
    - 地域包括支援センター職員の評価  
「ば・た・ら・か」の発音、入れ歯の適合性」など

(歯科医師会の協力体制：口腔機能評価、相談機能)

- ・通所系事業所等協力歯科医  
（通所介護：47事業所、通所リハ：13事業所）
- ・地域包括支援センター協力歯科医（70歯科医院）

## 主治医情報提供書

- 地域支援情報提供書（主治医からの紹介の場合）を入力
- 主治医との連携、リスク管理のために活用

＜地域支援情報提供書入力画面＞

印刷 戻る

施設コード 0002064726	サービスコード 1000011012	利用種別 医師 介護 一般	生年月日 2016年1月1日
所属施設 00-9991 介護福祉センター		所在地 〒100-0001 東京都千代田区千代田	
登録日 平成17年10月1日		更新日 平成17年10月1日	

医療機関  
江東区立 介護福祉センター

紹介目的  
 地域支援情報提供書  
 介護福祉センター  
 その他

医師名  
 医師  
 看護師  
 介護士  
 その他

性別  
 男性  
 女性

年齢  
 0歳未満  
 0歳～4歳未満  
 5歳～14歳未満  
 15歳～24歳未満  
 25歳～34歳未満  
 35歳～44歳未満  
 45歳～54歳未満  
 55歳～64歳未満  
 65歳～74歳未満  
 75歳～84歳未満  
 85歳以上

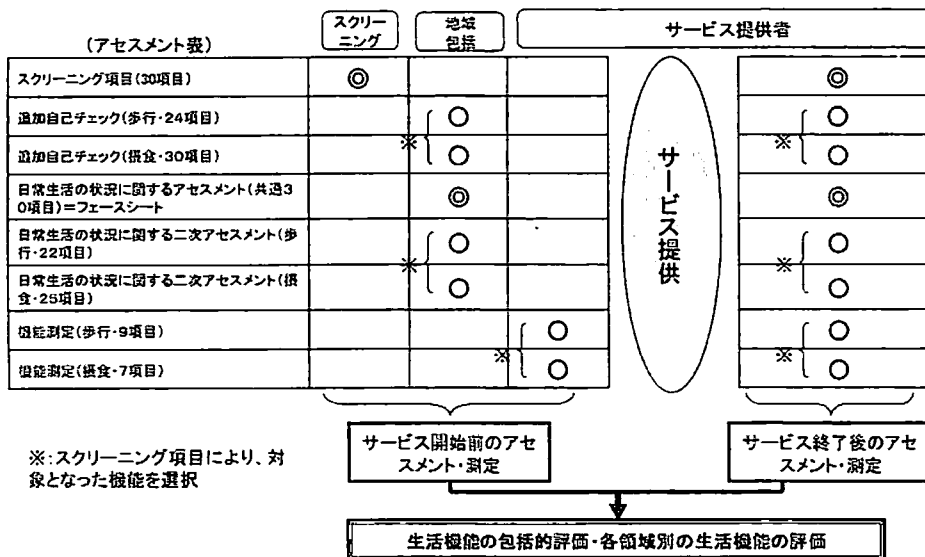
住居  
 1. 単身（独居）  
 2. 2人以上

家族構成  
 1. 配偶者あり  
 2. 配偶者なし  
 3. 同居の親族あり  
 4. その他

介護保険  
 1. 介護保険あり  
 2. 介護保険なし

その他  
 1. 心疾患  
 2. 脳血管疾患  
 3. 認知症  
 4. その他

## アセスメント等評価の流れ



### 評価項目案（「運動器の機能向上」領域）

評価内容	アセスメント項目／測定項目	実施方法	実施者	
			事前評価	事後評価
基本属性	年齢、性、家族構成、有する疾患、通院状況	問診	包括センター	-
	身長、体重、BMI、血圧	測定		提供機関
日常生活活動状 自立度の変化	家事(調理)、家事(調理以外)、起き上がり、立ち上がり、 片足での立位保持、家庭内浴槽の出入り、歩行、(屋内、屋外)、 階段昇降、外出時移動、公共交通機関の利用、寝たきり度	問診	包括センター	提供機関
活動性の変化	外出頻度、日中の活動性	問診	包括センター	提供機関
自覚症状の変化	転倒不安感、体力、健康感	自己記入	包括センター	提供機関
歩行機能の変化	通常歩行速度、握力、椅子からの立ち上がり時間、開眼片足立ち時間、 椅子長座位体前屈量、Timed up & go(任意)、ファンクショナルリーチ (任意)、2分間足踏み回数(任意)、落下棒(任意)	測定	提供機関	提供機関
意欲等の変化	やる気スコア(一部事項)、意欲等(GDS55項目)	自己記入	包括センター	提供機関
移動手段の変化	屋内移動手段、屋外移動手段	問診	包括センター	提供機関
転倒リスクの変化	転倒危険度スコア(15項目)	自己記入	包括センター	提供機関
活動能力の変化	老研式活動能力評価指標(13項目)	自己記入	包括センター	提供機関
阻害要因	痛み／麻痺／拘縮の有無と部位、視力／聴力、 めまいやふらつきの有無、環境変化の有無、尿失禁の有無、 睡眠薬の服用の有無、認知障害の程度	問診	包括センター	提供機関

### 歩行機能／日常生活活動状況評価シート（利用者説明／指導用）

歩行機能／日常生活活動状況 評価シート

記入者： 氏名 性別 年齢

1. 氏名 2. 性別 3. 年齢

4. 住所 5. 電話番号

6. 歩行機能 7. 日常生活活動状況

8. 転倒リスク 9. 活動能力

10. 転倒不安感 11. 体力 12. 健康感

13. 歩行速度 14. 握力 15. 立ち上がり時間

16. 体前屈量 17. Timed up & go 18. ファンクショナルリーチ

19. 足踏み回数 20. 落下棒

21. やる気スコア 22. 意欲等

23. 移動手段 24. 転倒危険度スコア

25. 活動能力評価指標

26. 痛み／麻痺／拘縮の有無と部位

27. 視力／聴力

28. めまいやふらつきの有無

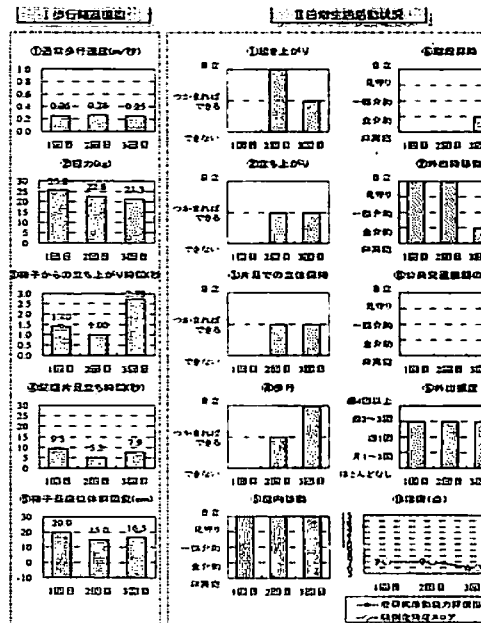
29. 環境変化の有無

30. 尿失禁の有無

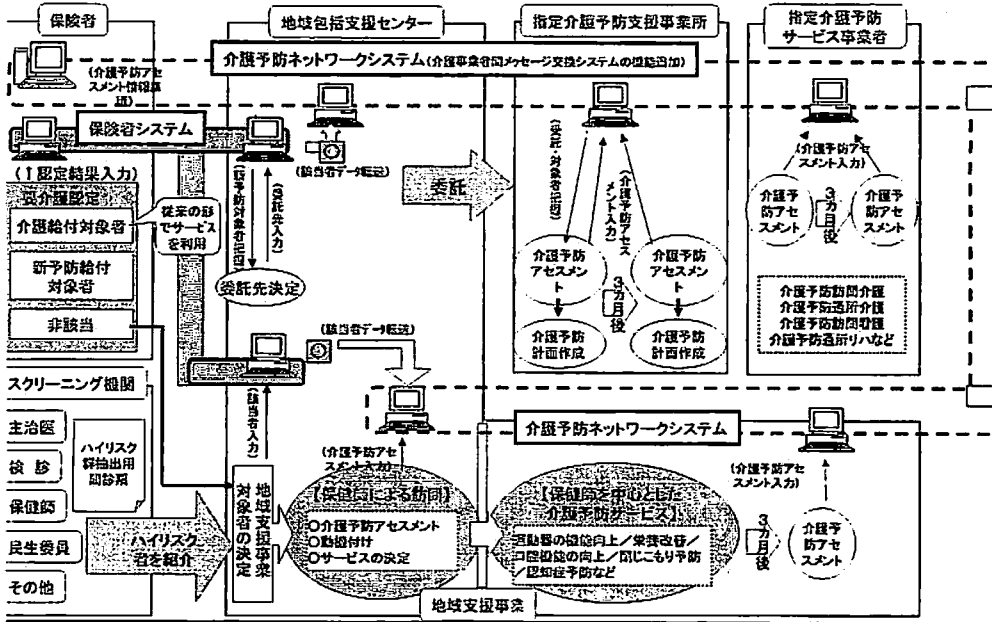
31. 睡眠薬の服用の有無

32. 認知障害の程度

項目名	2011年1月	2011年7月	2012年1月	2012年7月
歩行速度				
握力				
立ち上がり時間				
体前屈量				
Timed up & go				
ファンクショナルリーチ				
足踏み回数				
落下棒				
やる気スコア				
意欲等				
移動手段				
転倒危険度スコア				
活動能力評価指標				
痛み／麻痺／拘縮の有無と部位				
視力／聴力				
めまいやふらつきの有無				
環境変化の有無				
尿失禁の有無				
睡眠薬の服用の有無				
認知障害の程度				



## 介護予防ネットワークシステムのイメージ ～アセスメント情報の流れを中心に～



### トップメニュー

- 地域支援事業対象者と新予防給付対象者を一元管理
- 同様の評価指標に基づくアセスメントを行うことで、継続的評価が可能

### 松江介護予防ネットワークシステム

Ver. 2.00

地域支援事業

新予防給付

環境設定

システム終了

操作員名:

## 日常生活状況アセスメント票①(支援センター入力用)

●地域包括支援センターの職員が、問診結果・評価結果を入力

氏名	0002084728	1000011312	性別	男性	年齢	79歳
生年月日	平成17年10月1日		住所	〒634-0101 和歌山県和歌山市		
職業	無職					
生活状況	一人暮らし					
介護状態	要介護1					
認知機能	軽度認知障害					
生活機能	軽度障害					
社会参加	地域活動に参加					
生活満足度	満足					
生活困り感	軽度					
生活課題	買い物、食事、移動					
生活支援	地域包括支援センター					
生活支援内容	訪問介護、訪問看護、訪問診療、訪問薬剤師、訪問理学療法士、訪問作業療法士、訪問言語聴覚士、訪問介護員、訪問看護師、訪問診療医、訪問薬剤師、訪問理学療法士、訪問作業療法士、訪問言語聴覚士					
生活支援効果	生活機能の向上、社会参加の促進					
生活支援課題	生活機能の向上、社会参加の促進					
生活支援計画	生活機能の向上、社会参加の促進					
生活支援実施状況	生活機能の向上、社会参加の促進					
生活支援評価	生活機能の向上、社会参加の促進					

## 他職種との連携による地域づくりを目指して

- (1) 専門家によるバックアップ体制（サービス提供者との役割分担）
- (2) アセスメント、評価の「共通の物差し」
- (3) 実施可能なものから、検討・実施
- (4) 「生活機能の維持・向上」という目的の共有化と評価

- (1) 軽度者の特性に応じたアセスメント項目
- (2) 総合的な生活機能評価とモニタリング
- (3) 既存サービス（インフォーマルを含む）の有効活用
- (4) 特性に応じたサービスの開発と評価

・新たな事業の実施が目的ではなく、終了後に継続できる介護予防を目指した地域づくりが重要  
 ・一般高齢者、特定高齢者対策は、生活習慣病対策や新予防給付連続的、総合的な展開と評価が重要。

- ・「地域包括支援ネットワーク」の構築することで、包括支援センターが機能。
- ・包括支援センターをつくるのが目的ではなく、“総合的な介護予防対策の確立”による“地域づくり”が重要。



# 地域包括支援センターと 居宅介護支援事業所 との連携

～前橋市地域包括支援センターにおける実践～

前橋市地域包括支援センター  
主任介護支援専門員 山田圭子

平成18年6月9日

## 前橋市地域包括支援センターの概要

- 前橋市の人口～平成16年12月、合併により32万人
- 設置形態～直営1カ所
- 職員体制～3職種24名・嘱託職員2名・事務職6名
  - 保健師等: 12名
  - 社会福祉士: 6名
  - 主任介護支援専門員: 6名
  - 介護支援専門員: 数26名  
(3職種24名+嘱託職員2名)
  - ケアマネジメントリーダー数: 9名
- チーム数～6チーム  
(13圏域6ブロックに編成: 1ブロック1チーム)

(資料1)

## 3職種の役割

- ・行政保健師～本課との連携  
行政の情報を各チームへ均一に提供  
\* 出向保健師等～地域の介護支援専門員との連携
- ・社会福祉士～地域との連携
- ・主任介護支援専門員～居宅介護支援事業所との連携

## 業務の現状

### 1)業務のグループ

各業務の基本を作り上げることや進め方の策定や修正など中心に行う。

各チームとの連携によりひとつのことを複数チームでフォローし縦割りをさけることが原則。

- ① 介護予防プランチーム
- ② 総合相談チーム
- ③ ケアマネ支援チーム
- ④ 特定高齢チーム

(資料2)

## 2)介護予防支援業務

- ・業務委託～約130事業所  
(市内の事業所数:164事業所)
- ・受託可能な介護支援専門員数～約200名
- ・委託の範囲～利用申込書作成から支援計画表  
モニタリングなど一連の業務
- ・作成件数～総数458件 (5月31日現在)  
委託件数:349件(76%)  
直営件数:109件(24%)

(資料3)

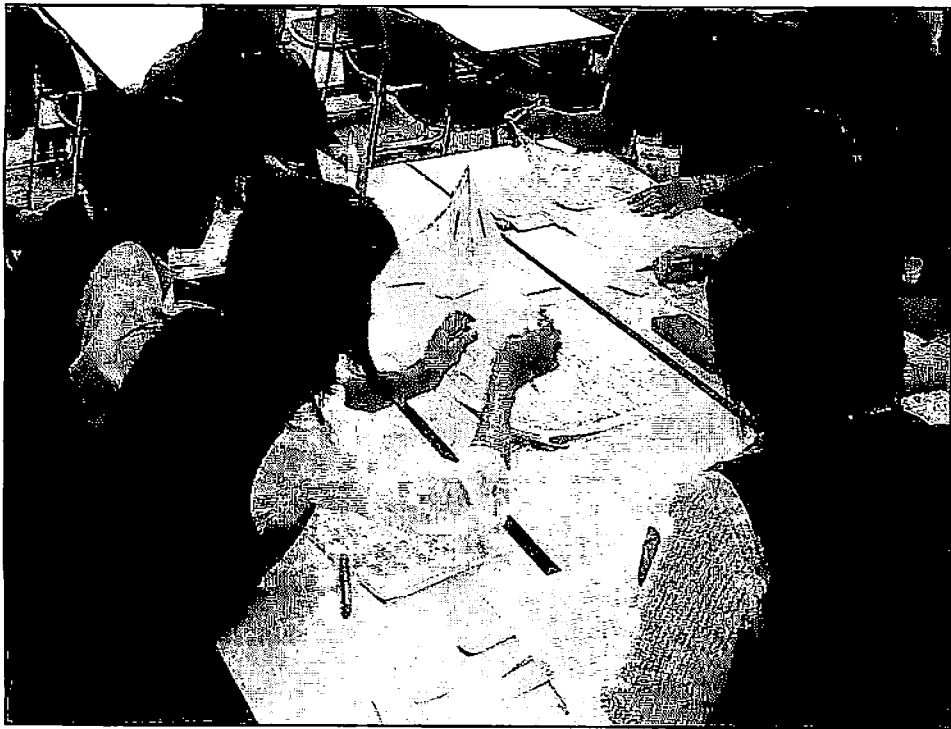
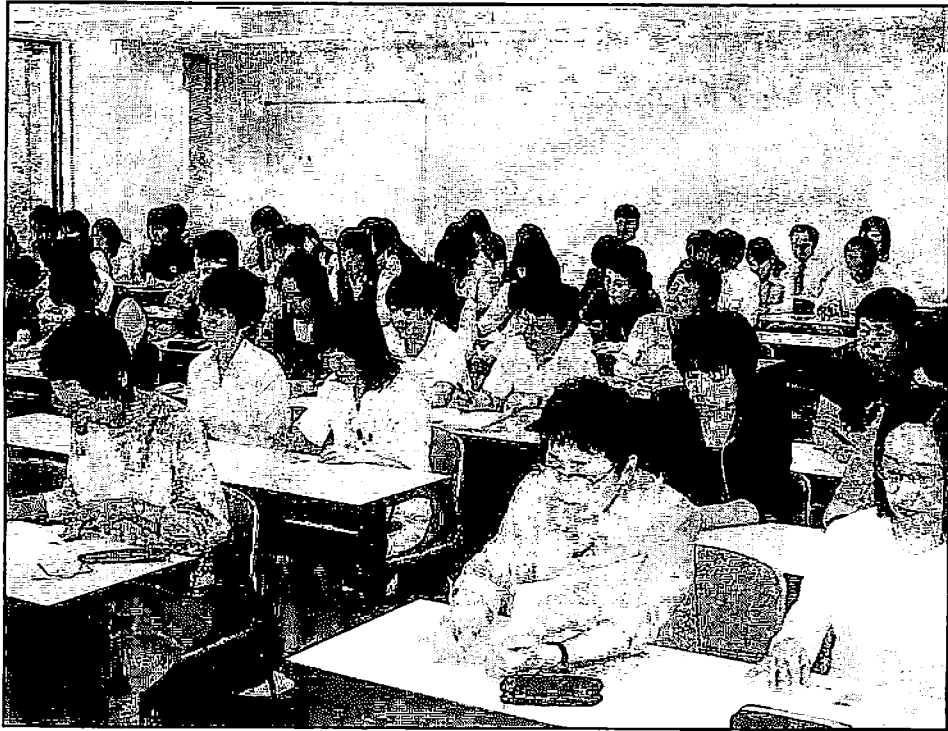
## 居宅介護支援事業所との連携

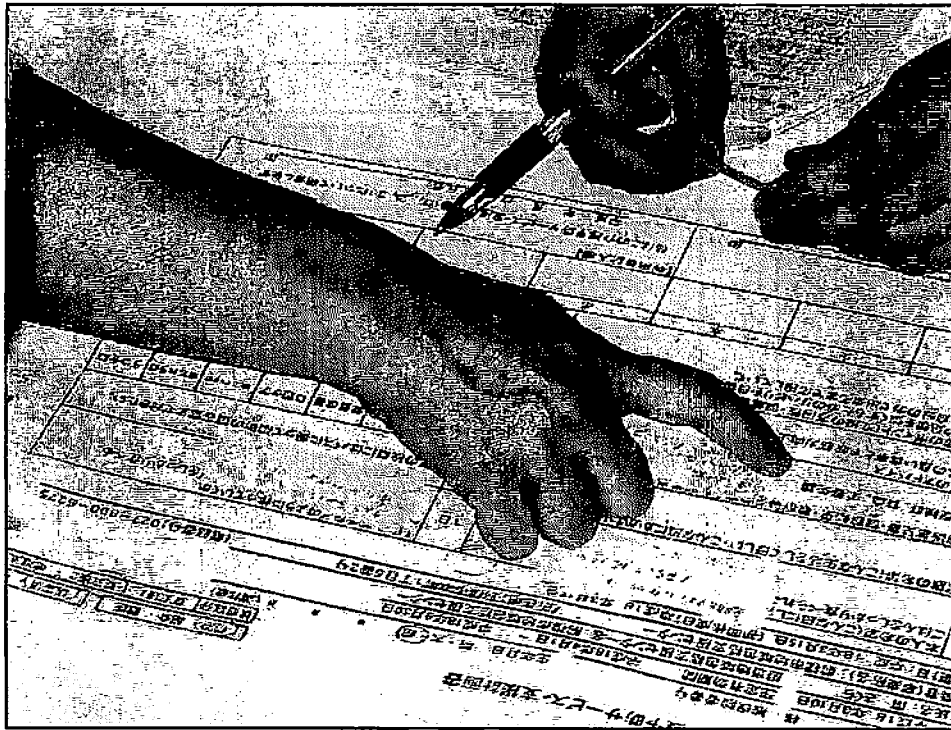
(介護支援専門員との連携)

### 2ヶ月の活動経過

- ・業務説明会 (4月19日)
- ・事業所訪問 (5月19日～27日)
- ・介護予防プラン研修会の実施  
(5月29日・31日・6月2日)

(資料4)





## 今後の課題

### ・情報伝達

業務遂行上不可欠な制度の理解など情報不足により適切な支援が展開できないことに対し、情報収集の方法を示し活用できるルートを作る。

### ・ケアマネジメントにおける基本的技術の研修

アセスメントの実施や活用の方法、記録の方法、面接技術など演習を含めた研修の展開

介護支援専門員の自立支援

## 前橋市地域包括支援センター

設置主体	前橋市保健福祉部介護高齢福祉課地域支援係 ・センター長（介護高齢福祉課課長）						
	地域包括支援センター設置数 1カ所						
人口	総人口 320,344人 高齢者人口 65,775人						
	地域人口		区域別人口	高齢者			
		A	63,204人	16,601人			
		B	35,494人	6,799人			
		C	80,519人	15,130人			
		D	62,864人	11,177人			
		E	40,291人	8,271人			
F	37,972人	7,794人					
要支援者	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	1,959	3,243	1,410	1,377	1,190	1,035	10,214
要介護者		3,159	1,177	978	636	539	8448
	施設 入所者	84	233	399	554	496	1766
チーム数	6チーム（A～Fまでの地域ブロック）						
職員状況	保健師等 12名（保健師8名、看護師4名のうち嘱託1名）						
	社会福祉士等 6名						
	主任介護支援専門員 6名						
	嘱託介護支援専門員 2名						
	事務職員 6名 計32名						
	（嘱託2名）（行政職員9名 出向17名 嘱託5名）						
介護支援専門員数 26名（ケアマネジメントリーダー9名）							
出向職員数 保健師・看護師等 7名							
社会福祉士 5名							
主任介護支援専門員 5名							
出向元 在宅介護支援センター 8名							
社会福祉協議会 3名							
特別養護老人ホーム 1名							
民間居宅介護支援事業所 5名							
市介護支援専門員研修受講者 9名（出向職員17名中）							

注：人口は平成18年4月6日現在

要支援・要介護者数は平成18年3月31日現在

## 業務の現状

支援チーム	今後の計画
<p data-bbox="240 331 512 360">介護予防プランチーム</p> <div data-bbox="240 416 655 562" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="268 427 592 551">主に 介護予防プランの流れ 手続き方法・様式検討など</p> </div>	<p data-bbox="746 331 1305 506">介護予防サービス計画書作成の手順の参考例を作成・様式（案）を作成（主担当） ケアマネ支援の研修を合同開催 事業所訪問を実施など</p>
<p data-bbox="240 616 427 645">総合相談チーム</p> <div data-bbox="240 701 596 837" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="268 712 496 835">主に 困難事例・虐待 地域との連携作り</p> </div>	<p data-bbox="746 616 1177 689">事業所訪問を実施（主担当） 相談の流れ・記録の方法を検討など</p>
<p data-bbox="240 891 480 920">ケアマネ支援チーム</p> <div data-bbox="240 1021 644 1167" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="268 1032 632 1155">主に ケアマネに対する個別相談 研修企画・ネットワーク作り</p> </div>	<p data-bbox="746 891 1294 1193">研修企画の実施（主担当） 事例検討会の開催および地域での開催支援 ・「予防プランの楽しい作り方」（講義と演習）を実施 ・「サービス提供事業者との合同研修会」（講義・演習）など ・事業所訪問を実施</p>
<p data-bbox="240 1216 427 1245">特定高齢チーム</p> <div data-bbox="240 1301 667 1447" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="268 1312 635 1435">主に 地域支援事業の流れや プログラム・実施方法の検討</p> </div>	<p data-bbox="746 1216 1337 1335">生活機能評価結果を受けての体制の展開を検討中（主担当） 事業所訪問を実施</p>

各地域担当（A～Fまで）の支援

支援体制はチーム制にして担当するが内容により合同で会議・検討・実施を行う。

## 介護予防プラン作成までの流れ（委託の場合）

	流れ	介護支援専門員に対する支援
来所 (包括窓口)	<p>① 委 託</p> <p>委託内容</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           利用申込・基本情報            基本チェックリスト            介護予防支援計画書         </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被介護保険証の確認</li> <li>・介護予防支援計画作成依頼届</li> </ul> <p>*2週間以内での作成を依頼</p>	<p>作成までの手順を説明</p> <p>*介護予防サービス計画書作成のポイントを説明する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">           個別支援：アセスメントの視点            介護予防の説明         </div>
対応 全 員 (事務員は除く)	<p>② 介護予防支援計画書原案の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・確認後意見記入欄にコメント確認者の記名をする。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">           記入の仕方などで不明なことがあり作成に不安がある場合            来所時、共に作成をする。         </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>確認後、サービス担当者会議の開催をお願いし、利用者の同意・確認後計画書の写しを提出。</p>	<p>訪問後作成した介護予防支援計画書原案を作成担当者と地域包括支援センター職員とで振り返り、困難なこと、作成時の不明な点など一緒に相談する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">           アセスメントしたけれどプランが作成できないという相談に応じ、収集した情報をもとに一緒に計画書を作成している。            個別支援：個々の力のアップ                              必要に応じ担当者会議へ参加            体制構築：研修等の実施         </div>
	<p>③ 毎月末に利用後提供実績 給付管理票を報告</p>	<p>支援途中での相談は随時受け付ける。</p>
	<p>④ 3ヵ月利用後評価表の記入をして提出。経過を共に振り返り次の3ヵ月までの支援方法について相談する。</p>	<p>実施した3ヵ月を共に振り返る。 状況によっては同行訪問・サービス担当者会議への参加もする。 (個別支援・体制構築)</p>
	<p>計画期間6ヶ月 今までの支援経過全体を共に振り返り、今後の計画について相談する。</p>	<p>定期的な見直しに客観的な支援をする。 総合的な視点が入ることで一人で抱える不安を減らすことができる。 (個別支援・体制構築)</p>



平成18年度介護支援専門員研修会「介護予防プランの楽しい作り方」 研修カリキュラム

資料4

5月29日 教育プラザ 31日 城南公民館 6月2日 総合福祉会館

研修目的：介護予防プランの基本的な考え方を再確認し、ケアプラン立案の技術を向上することにより前橋市におけるケアマネジメント力を高めていく。

【あいさつ・オリエンテーション】(5分)

【介護予防ケアプランの基本的考え方の確認】(20分)

・介護予防の考え方を整理し、アセスメントの考え方、目標の視点、ケアマネジメントの流れを再確認していく

【演習】(80分：個人ワーク20分 グループワーク60分)

・事例を読み介護予防プランの「おや？」と思うところをチェック(個人)・気付いた「おや？」をグループで検討、介護予防プランを作る。(グループ)

【まとめ】(40分)

その1 ・1～2例G発表～アセスメントや事前情報が活かされているか、解説をしながら見ていく(記入例をもとに確認)

その2 ・参考資料の活用法について解説

時間	内容	担当	方法	資料	留意点	包括職員として
13:30 (5分)	開会・オリエンテーション・資料確認 あいさつ (5/29 石坂 5/31 古村 6/2 塚本)	浅見 吉田	全員	本日資料(全部)	休憩は随時であることを説明	最初からグループの中に入る
13:35 (20分)	講義「介護予防プランの楽しい作り方」	山田	全員	資料(P2~4)	基本的な部分の再確認 アセスメントの視点	指導者・助言者としての参加ではなくグループ
13:55	演習の進め方を説明(説明後、各部屋に移動)	石倉	全員	初回面接場面・事例の概要・利用者基本情報	時間内で読み込むことを伝える。	の一員であることを理解する。
14:00 (20分)	演習① 事例や他の事前資料を読み込み支援計画書の「おや？」と思うところを探す。 ♪ 東さんらしいプランかな？ ♪ 東さんらしさって何だろう。	山田	個人 ワーク	基本チェックリスト 「おや？」プラン ポストイット	最低押さえておくことのポイントを伝える。	*グループワークが進まない場合は話が動くきっかけを作る。
14:20 (60分)	演習② 個人ワークで見つけた「おや？」ということグループ内で出し合い検討をする。 検討した結果で「ピッタリ」プランを作る。 ♪ 東さんらしい介護予防プランをみんなで作ろう。	菊池 山田 吉田 塚本	G ワーク	A3拡大版 介護予防シート (事例の記入あり)	自分と違う考え方があることを理解。 人の意見を聞き、自分の考え方を理解する。 (自己覚知)	*決して指導はしない。 *同じ立場に立つことがポイント
15:20 (40分)	解説：グループで作った「ピッタリ」プランを発表。 ・記入例をもとに解説 ・事前の質問の答える。	菊池 山田	全員	お土産資料	基本的な考え方をみんなでもう一度確認する。	
16:00	終了	浅見 吉田	全員	今後の予定を連絡。		

①表紙

介護予防サービス・支援計画書

初回  紹介  継続  認定済  申請中

NO: \_\_\_\_\_

状態区分  要支援1  要支援2  地域支援事業

利用者氏名: \_\_\_\_\_ 様 被保険者番号: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 (満 歳)

認定年月日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 認定有効期間: 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日

計画作成者氏名: \_\_\_\_\_ 担当地域包括支援センター名: \_\_\_\_\_

計画作成事業者: (事業所名) \_\_\_\_\_ (所在地) \_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_

計画作成(変更)日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 (初回作成日) 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日

目標とする生活 生活に対する意向や希望	本人の希望(こんな風にしたい)	1日  1年	1日の生活をどのように作っていくか					
	家族の希望(こんな生活をしてほしい・こんな風にかかわりたい)		週や月、年単位でしたいこと					
健康状態	主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点	必要事業プログラム <input type="radio"/> 予防給付 <input type="radio"/> 地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
	主治医のアドバイス		/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5
総合的な支援の方法	改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など)	介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定						
		妥当な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】						
1週間の予定(利用するサービス)	月	火	水	木	金	土	日	
【地域包括支援センター記入欄】 意見:  平成 _____ 年 月 日 確認 担当者名: _____				【利用者記入欄】 私はこの介護予防サービス・支援計画書(①、②、③)について同意します。  平成 _____ 年 月 日 氏名: _____ 印				

②アセスメント表

アセスメント実施年月日 : 平成 年 月 日 利用者名 : 様

アセスメント領域と現在の状況 何をして、何をしていないか？	本人・家族の意欲・意向		領域における課題		総合的課題 望む生活に必要なこと
	今していない理由？	今後どうしたいですか？	有無	背景・原因の分析、改善可能性の評価	
<b>運動・移動</b> (具体的内容) <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 交通機関での移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【本人】  【家族】	【本人】  【家族】	<input type="radio"/> 有  <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	①
<b>日常生活(家庭生活)</b> <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> その他の家事 <input type="checkbox"/> 預金管理 <input type="checkbox"/> 世話(花・ペット) <input type="checkbox"/>	【本人】  【家族】	【本人】  【家族】	<input type="radio"/> 有  <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	②
<b>社会参加・対人関係・コミュニケーション</b> <input type="checkbox"/> 相談ごと <input type="checkbox"/> 来訪・訪問 <input type="checkbox"/> 会話・手紙 <input type="checkbox"/> 仕事・地域の役割 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【本人】  【家族】	【本人】  【家族】	<input type="radio"/> 有  <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	
<b>健康管理</b> <input type="checkbox"/> 入浴・清潔 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 健診受診 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/>	【本人】  【家族】	【本人】  【家族】	<input type="radio"/> 有  <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	③
<b>その他(例 趣味・生きがい)</b> <input type="checkbox"/> 以前のこと <input type="checkbox"/> 今のこと <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【本人】  【家族】	【本人】  【家族】	<input type="radio"/> 有  <input type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	

③ケアプラン

総合的課題に対する目標と具体策の提案		具体策についての意向	支 援 計 画					
目標の提案 (評価可能で、具体的)	具体策の提案 (様々な角度からの支援内容)	本人・家族等の意向 (合意のない理由・根拠等)	合意できた目標	支援方法	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 地域支援事業	サービス種別 (頻度)	事業所	期間
①	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
	家族	家族		家族				
	その他	( )		地域 保険外サービス				
②	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
	家族	家族		家族				
	その他	( )		地域 保険外サービス				
③	本人	本人	目標	本人(セルフケア)				
	家族	家族		家族				
	その他	( )		地域 保険外サービス				

①表紙

介護予防サービス・支援計画書

初回・紹介・継続

認定済・申請中

NO:

プラン作成のための3つのポイント

状態区分 要支援1・要支援2・地域支援事業

利用者氏名:

生年月日: 明・大・昭 年 月 日 (満 歳)

認  
計  
計

考え方のポイント

書き方のポイント

面接のポイント

前橋市地域包括支援センター

地

(電話番号)

計画作成(変更)日:

(初回作成日)

目標とする生活 生活に対する意向や希望	本人の希望(こんな風にしたい) ・本人・家族が『今後どのような生活を送りたいのか』を具体的にイメージしてもらう。 ・プランが完成したら、再度利用者に確認。	・本人・家族の言葉として書く。 ・基本情報の今までの生活や趣味・楽しみ等の話から展開する。 ・『また～のような生活ができるようになるといいですね』など。	1日 ・1年後に向けて、日々実践できる内容を記載。 ・『これなら毎日できるということがありますかね』など。
	1年 ・1年後の自分の姿や生活の状態を記載。 ・『1年後には、どんな風に変わってほしいですかね』など。		
健康状態	主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点 ・サービスを利用する上で留意すべき事項を確認して記載。	必要なプログラム <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 地域支援事業	運動不足 / 5 栄養改善 / 2 口腔ケア / 3 閉じこもり予防 / 2 物忘れ予防 / 3 うつ予防 / 5
総合的な支援の方法	改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など) ・本人・家族を含むケアチームが、上記の『目標とする生活』の実現に向けてどのようにかかわるのかについて、その支援の方向性や留意点を記載。後の担当者会議などにてしっかり共通認識として共有。	介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 妥当な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】 ・目標や具体策について本人・家族と合意できない事項について、本来の支援へ向けての具体的な手順や方針を記載。	
1週間の予定	曜日: 月 火 水 木 金 土 日 午前 午後 ・介護予防サービスだけでなく、セルフケアやインフォーマルな支援についても記載し、日々実行することの意識を高めてもらう。		
【地域包括支援センター記入欄】 意見:	担当者名: _____ 印 _____	【利用者記入欄】 私はこの介護予防サービス・支援計画書(①、②、③)について同意します。 平成 年 月 日 氏名: _____ 印 _____	

②アセスメント表

アセスメント実施年月日:

利用者名:

様

アセスメント領域と現在の状況 何を、何をしていないか?	本人・家族の意欲・意向		領域における課題		総合的課題 望む生活に必要なこと
	今していない理由?	今後どうしたいですか?	有無	背景・原因の分析、改善可能性の評価	
<b>運動・移動</b> <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 交通機関での移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【本人】  【家族】	【本人】 ・現在の状況を本人・家族はどのように考えているのかを確認する。	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	① ・領域における課題から、本人の目標とする生活（望む生活）に必要な課題を探して記載。 ↓ ・共通していることは統合して記載。 ・優先度の高い順に記載。
<b>日常生活(家庭生活)</b> <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> その他の家事 <input type="checkbox"/> 預金管理 <input type="checkbox"/> 世話(花・ペット) <input type="checkbox"/>	・生活機能を低下させている生活行為に気付いてもらう。 ・『～をしなくなったのはなぜですか』など	・ネガティブな意向だけでなく、ポジティブな希望や思いを引き出す。 ・『どうなったらよいと思いますか』など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>社会参加・対人関係</b> <input type="checkbox"/> 相談ごと <input type="checkbox"/> 来訪・訪問 <input type="checkbox"/> 会話・手紙 <input type="checkbox"/> 仕事・地域の役割 <input type="checkbox"/>	・以前はしていたのに、今はしていないことを確認して記載。 ・本人・家族の良いところ、強いところに着目。	・本人・家族の言葉として書く。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 大規模環境 <input type="checkbox"/> 経済状態	~する。 ~できる。 ~を行う。
<b>健康管理</b> <input type="checkbox"/> 入浴・清潔 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 健診受診 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/>	・認定情報・基本情報・基本チェックリスト等にて事前に得られている情報を活用して、効率的に面接を展開。	【本人】  【家族】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>その他(例 趣味・生きがい)</b> <input type="checkbox"/> 以前のこと <input type="checkbox"/> 今のこと <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	【本人】  【家族】	【本人】  【家族】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他	

③ケアプラン

総合的課題に対する目標と具体策の提案		具体策についての意向	支援計画					
目標の提案 (評価可能で、具体的)	具体策の提案 (様々な角度からの支援内容)	本人・家族の意向 (合意のない理由・根拠等)	合意できた目標	支援方法	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
<p>①</p> <p>・専門職として、本人・家族にわかりやすく提案。</p> <p>・総合的課題に対応した具体的な目標。</p> <p>・目標とする生活(望む生活)に向けた段階的な目標。</p> <p>・達成状況が確認・判断できるような目標。</p> <p>・本人の価値観や好みを考慮。</p>	<p>本人</p> <p>・本人・家族にわかりやすく提案。</p> <p>家族</p> <p>・本人・家族がすることを具体的に提案。</p> <p>・目標を達成するための支援やサービスの内容を記載。</p> <p>族</p> <p>～する。 ～を行う。</p>	<p>本人</p> <p>・提案した目標と具体策に対する本人・家族の意向を確認して記載。</p> <p>・本人・家族と合意できる目標と具体策を見つけるためのプロセス。</p>	<p>目標</p> <p>・本人・家族と合意できた目標を記載。</p> <p>・評価はこの目標の達成状況を確認・判断する。</p>	<p>本人(セルフケア)</p> <p>自分ですること。</p> <p>家族</p> <p>家族の支援。</p> <p>地域</p> <p>友人やボラ等。</p> <p>保険外サービス</p> <p>配食サービス等。</p>	<p>・目標達成に向けて、具体的にどんなサービスを行うのか、その内容を具体的に記載。</p>	<p>介護予防通所介護</p> <p>通所型介護予防事業</p> <p>など</p>	<p>・支援計画を実施する期間を記載。</p> <p>・認定の期間も考慮。</p> <p>・3～6ヶ月が標準。</p>	<p>3ヶ月</p> <p>4月1日 ↓ 6月30日</p> <p>など</p>
<p>③</p> <p>・専門用語は使わない。</p> <p>・抽象的な言葉(安心、安全、適切など)は使わない。</p> <p>～できる。 ～できるようになる。</p>	<p>本人</p> <p>・『押し付け』にならないように留意する。</p> <p>・『それならやってみようかな』という意欲を引き出す。</p>	<p>・できるだけ回数や時間、距離等の数値で表す。</p> <p>・本人の具体的な状態像で表す。</p> <p>・主語は『私は～』となるように書く。</p> <p>～できる。 ～できるようになる。</p>	<p>目標</p> <p>・できるだけ回数や時間、距離等の数値で表す。</p> <p>・本人の具体的な状態像で表す。</p> <p>・主語は『私は～』となるように書く。</p> <p>～できる。 ～できるようになる。</p>	<p>本人(セルフケア)</p>	<p>・誰が何をするのかを具体的に記載。</p> <p>～する。 ～を行う。 ～を支援する。</p>			
		<p>・『押し付け』にならないように留意する。</p> <p>・『それならやってみようかな』という意欲を引き出す。</p>	<p>支援のポイント</p> <p>・目標に向けて支援を行う上で配慮すべき事項やサービスを導入する上での留意点などを記載する。</p>	<p>地域</p>				
				<p>サービス</p>				

## 要支援1・2と認定を受けた認知症高齢者の介護予防プランの考え方

## \* 基本的視点

- ・ 認知症高齢者の「自立支援」 → 本人の持つ力で生活することが出来る
- ・ 介護予防の基本的概念を理解する。

高齢者が要介護状態になることを出来る限り防ぐ

・ 発生を予防する → 認知症の進行を予防

要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにすること

・ 維持・改善を図る → 今もっている力を持ち続けることが出来る。

## \* 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

- ・ 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように要介護状態になることを出来る限り予防することが重要

・ 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができる

↓

その人らしい生活

(認知症になっても安心して暮らせる街作り)

- ・ 「本人が出来ることは出来る限り本人が行う」ことを基本とし、利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるように、具体的な日常生活における行為について目標を明確にし、セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う一連の過程。

・ 「本人が出来ることは出来る限り本人が行う」

↓

認知症の方は何も出来ないという概念を見直す。

本来持つ「生活力」をアセスメントから引き出していく

・ 具体的な日常生活における行為について目標を明確にする。

↓

今、何が出来ているのか、出来ないことは何なのか、

(一人で出来ること・支援が必要なことの見極め)

・ セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画

↓

地域で支える「その人らしい」生活



\*自立支援の考え方の視点を見直してみる。

一人で何でも出来ること? → 今、出来ていることを出来る限り続けること。

自分の力を認識することが難しい認知症高齢者にとって意識的にその力を維持できないことで継続を困難にしていることも考えられる。

\*レスパイトとしての家族支援から本人中心の支援の方法を考える。

こんな暮らしをしてほしい → 認知症高齢者の見方を変える

問題行動だけに着目せず、今までの生活から「その人らしい」生活の視点を持つ。



結果的に家族の介護負担の軽減

なんでもしてあげる支援者中心の「利用者本位」の考え方から、本人の力を支援していく「利用者主体」の考え方は認知症の方であっても同じであると考える。

しかし、意思疎通が難しい状況や「何がしたいのか」を本人から聞きだすことが難しいと介護予防プランを作成するのは難しいと考えてしまう。しかし、家族が望んでいる「その人らしい」生活を客観的な視点で考えていくこと、本人が「楽しそうな時」「その人らしい場面」を見つけること（どんな場面で笑顔を見ることができるとかなど）で介護予防プランを作ることは可能であると考えられる。

今、持っている力を持ち続けられる支援の方法を見つけていくとき重要と考えられるのは言葉にならない言葉を読み取ることと考える。

3 「地域の人材育成の工夫について」（奈良県生駒市）

## 地域の人材育成の工夫について

生駒市役所福祉支援課  
田中 明美

## 生駒市の概要

- 生駒市は京阪奈に囲まれた近畿のほぼ中央に位置
- 人口:115,482人
- 高齢化率:17%(16.98%)
- 要介護認定率:17%(17.04%)  
(平成18年5月1日現在)
- 地域包括支援センター:6法人に委託

## 介護保険の改正を転機に・・・

介護保険の基本理念  
できる限り在宅で自立した日常生活  
を継続できるように支援すること・・・  
介護保険法第4条

## 介護保険の改正に向けて・・・

- 地域資源が不足？
- 保険者の果たすべき役割？
- 介護予防事業の見直しと再編に向けての準備？
- 報酬単価を頭に入れると？
- 介護予防の概念・目的？

## 地域の社会資源に向け発信(研修会・活動支援)

### 【対象】

- 地域包括支援センター
- 介護支援専門員
- 通所系サービス提供事業所
- 地域のボランティア

制度改正の内容や介護予防の概念、その目的や意義について理解を促す研修会・説明会を実施

## 生駒市での取り組み (H17.12～)

### その 1

#### 【事業所等に向けて】

- 介護予防モデル試行事業の実施を6法人に委託  
(包括準備担当者・通所系サービス担当者等)
- 生駒市オリジナル「新予防給付ケアマネジメントマニュアル」を作成し、地域包括支援センター準備担当職員・介護支援専門員等への研修会を実施
- 生駒市オリジナル「新予防給付選択メニュー実施マニュアル」を作成し、通所系サービス事業所等への研修会を実施

## 生駒市での取り組み

### その 2

#### 【地域住民・ボランティア等に向けて】

- 介護予防講演会の実施
- 介護予防普及啓発用冊子・ビデオ等の作成
- 住民主体の介護予防教室への活動支援
- 地域ネットのつどい開催(ボランティア交流会)
- 新たなボランティアの養成・育成
- 介護予防モデル試行事業への協力依頼

#### 地域包括支援センター職員と地域の ボランティア等との連携

- インフォーマル資源の位置づけにある、住民主体の「介護予防教室・ボランティア」のリーダー会議で顔合わせ
- 介護予防普及啓発グッズを包括に配付(ボランティア活動支援の実施)
- 介護予防のノウハウを包括より提供

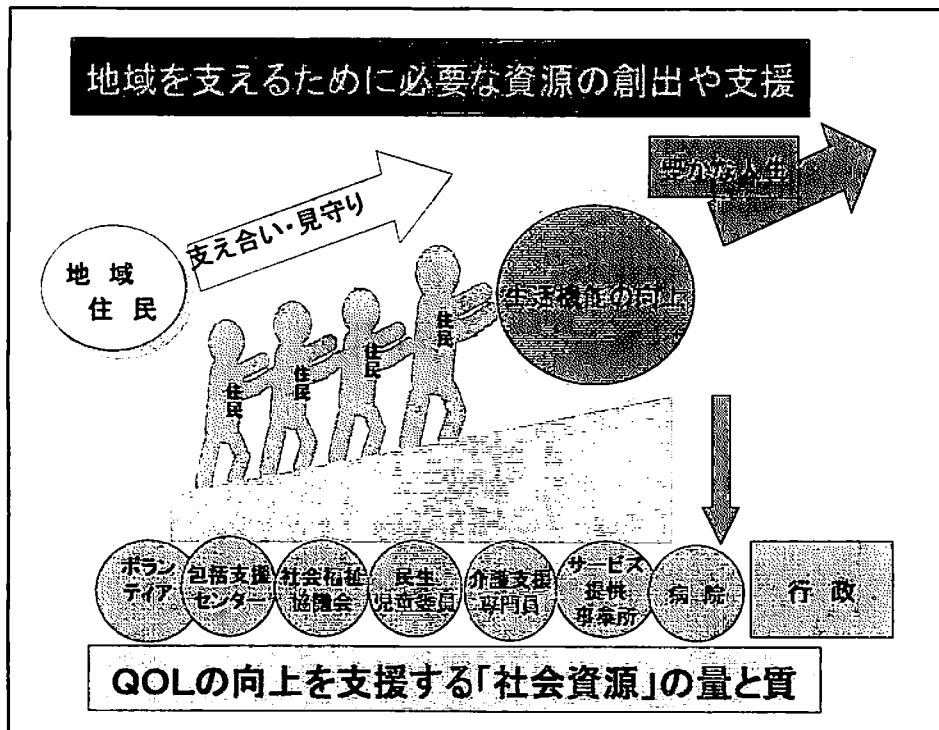
「介護予防支援の充実」  
「地域のネットワーク作り」を目指し...

- インフォーマルサービスを含めた、  
既存の事業を見直し・再構築

ただし...

地域資源を作り出す試み  
(H17.12以前～)

- 在宅介護支援センターの機能を強化・充実させてきた歴史
- 「介護予防」や「地域のネットワークづくり」をキーワードとした長く地道な活動の成果
- 常に「目的」「目標」「予後予測」を押さえながらの事業計画(企画と運営)と評価
- 人脈・社会資源の有効活用
- 保健・医療・福祉の連携  
(介護予防試行検討委員会の実施等)



## 大切なことを把握して・・・サポート

各関係機関・資源と連携しながら...

- 目指すべき方向・・・目的・理念・概念等を明確に伝える
- 必要なノウハウの提供・指導
- 今ある社会資源の有効活用
- ほかに必要な社会資源の創出
- それぞれの連携のために必要な

しあわせ

## 結 果

- 介護予防ケアプランがスムーズに移行
- 新予防給付「選択メニュー」が徐々に定着
- 介護予防ケアプランと選択メニューの個別計画書との連動
- 介護予防モデル試行事業からの学び「右肩下がりの高齢者」のイメージを脱却
- 一部の事業所では、介護予防に関する職場内研修会や利用者向け、セルフケアメニューを作成するなどのボトムアップ
- モデル事業時代のボランティアの一部が事業所に残り、「選択メニュー」への取り組みを支援
- 地域支援事業への関心がボランティアに広まり、介護予防教室等の充実化

## 地域包括支援センター 3職種の特性を生かして・・・

それぞれが協力し合いながら  
主役割の分担を始めている



## 保健師等・・・

- ・ 介護予防ケアプランを重点的に・・・
- ・ サービス提供事業所や医療機関との連携・連動
- ・ 再委託先の「ケアプラン」・チェック機能
- ・ 介護予防の概念・制度改正への理解を求める丁寧な関わりと動機付け
- ・ 7月予定の居宅介護支援事業者協会等の研修会では、エリア内の介護支援専門員とケアプランの立て方や動機付け等に関するグループワーク等でリーダー的な役割を担うことを目標に・・・

担当課として・・・定期的な担当者会議の開催・ケアプランの助言・指導  
介護予防検討委員会等の開催(介護予防の確立)

## 社会福祉士について

- ・ 「ケアマネハンドブック」改訂版作成作業や自己評価表の見直し・作成作業
- ・ 「介護予防教室」等の企画を通して、地域とのネットワークづくりの推進
- ・ 既存ボランティア等との連携及び支援
- ・ 7月～予定の【地域ボランティア講座】(連続10回講座)に全回、スタッフとして参加
- ・ 権利擁護・総合相談等の対応

## 主任ケアマネについて

- 困難ケースの支援を通して、ケアマネ支援
- 担当者会議への出席
- ケアマネハンドブック改訂作業への参加を通し、新米ケアマネの支援
- 福祉サービスの相談窓口およびコーディネート
- 介護予防教室等をとおして「地域のネットワークづくり」を推進

## 3職種連携

- 3職種それぞれが主とする役割をしっかりと担いながら、お互いが協働・連携していくことが、【地域包括支援体制】の整備には不可欠（※専門分化することではない）

（例）保健師がだてに「介護予防ケアプラン」・インフォーマル資源の不足から地域への発信の必要性を感じたら、他の職種と連携してそのことを発信し、地域の資源を発掘・創出  
地域に出向く「介護予防教室」……様々な啓発もかねて社会福祉士を中心に、他職種も連携して共に企画・参加など

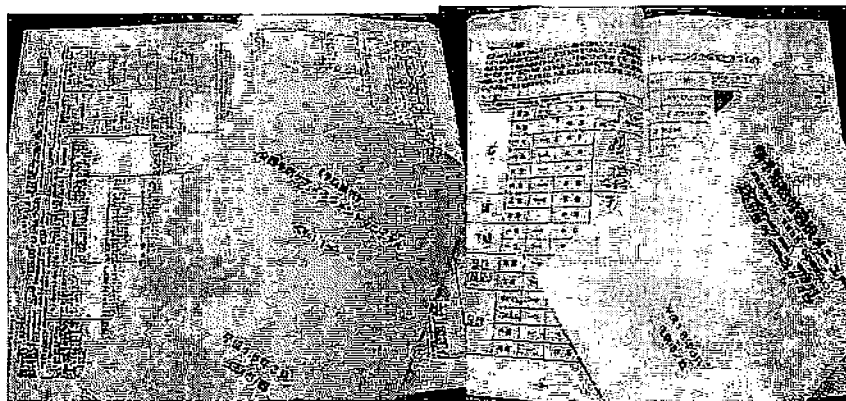
## 既存ボランティアへの期待

- 6月～一般高齢者施策「体操教室」の開始
- 自主運営の「介護予防教室」の拡大と機能の充実
- 「運動器の機能向上」OB会メンバー30人の活動支援
- 介護予防普及啓発冊子・手作り介護予防グッズの作成
- インフォーマル資源として、地域包括支援センターとの連携

住み慣れた地域でいつまでも  
自分らしく暮らせるように・・・

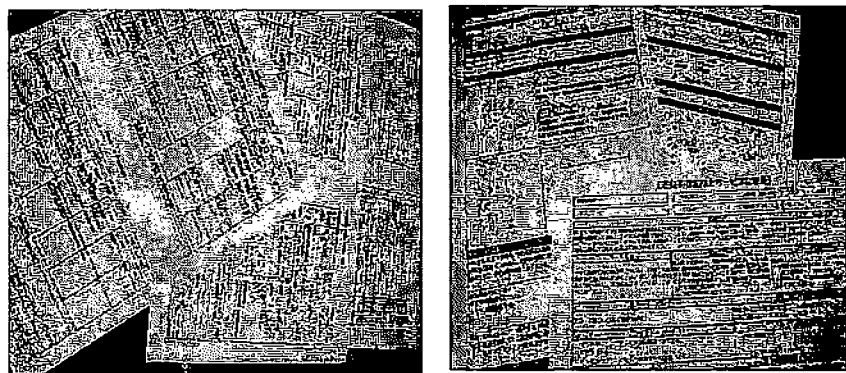
参 考 資 料

(左)新予防給付ケアマネジメントマニュアル  
(右)新予防給付選択メニュー実施マニュアル



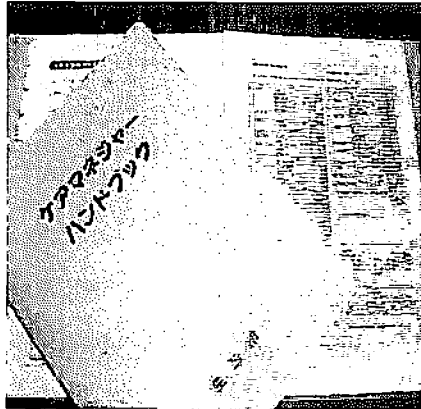
現場の声も反映しながら・・・

(左)介護予防ケアプランと  
(右)個別サービス提供書との連動



包括担当保健師等や事業所スタッフの力を借りて・・・

(左)ケアマネハンドブックおよび  
(右)地域ねっこのマップ

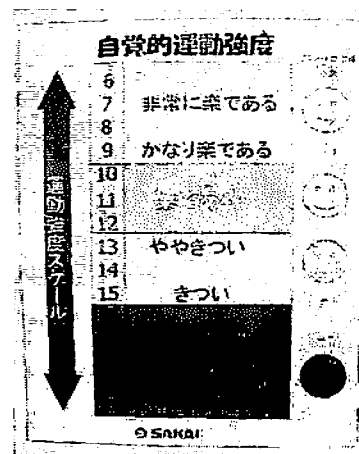
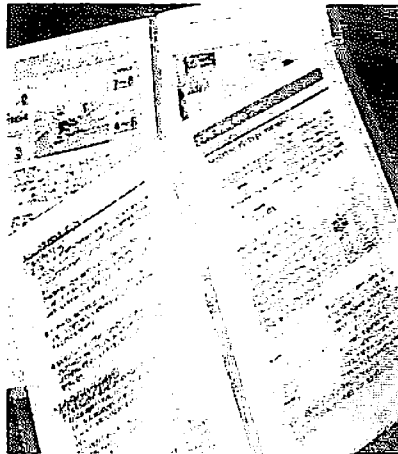


主任ケアマネ・社会福祉士  
介護支援専門員・市職員協同



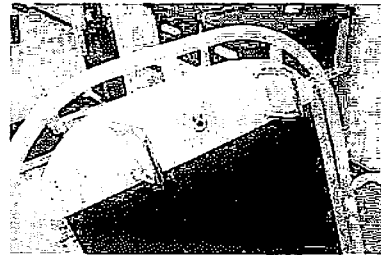
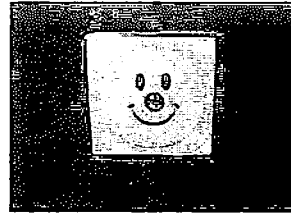
住民主体の地域活動マップ

生駒市オリジナルの運動マニュアル



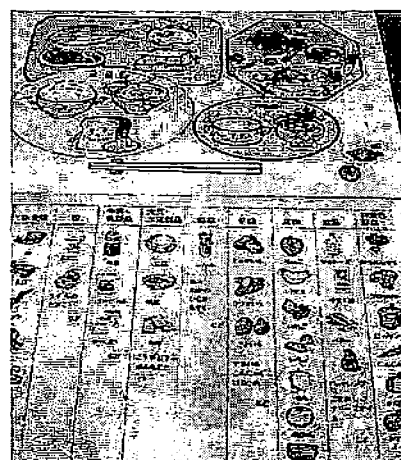
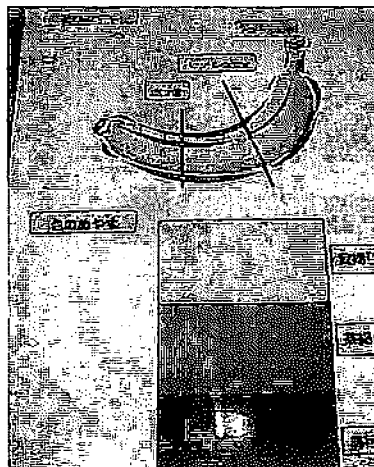
事業所スタッフと共にボランティアも参画して作成

## OBボランティアのアイデア



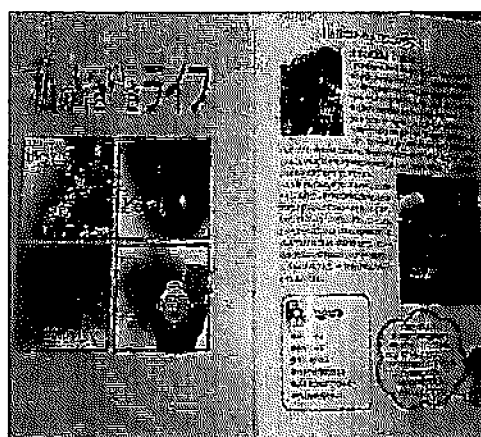
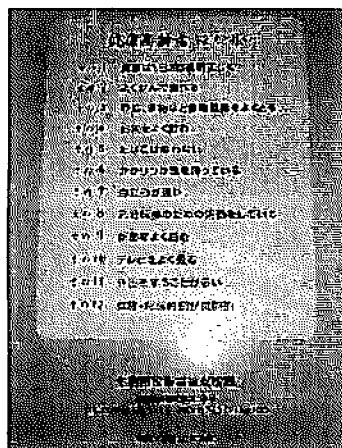
安全マーク 「にこちゃん」

## 栄養改善は 楽しく実践



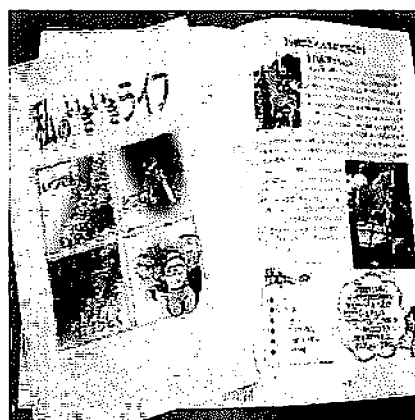
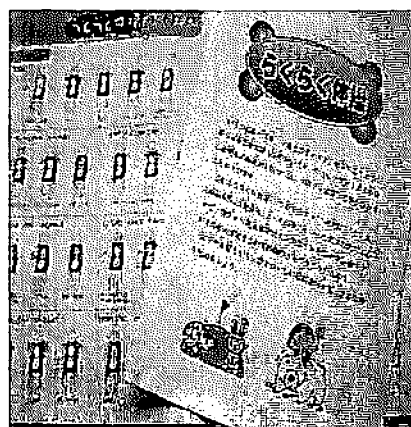
「うんち」の観察は健康のバロメーター

## 介護予防普及啓発事業



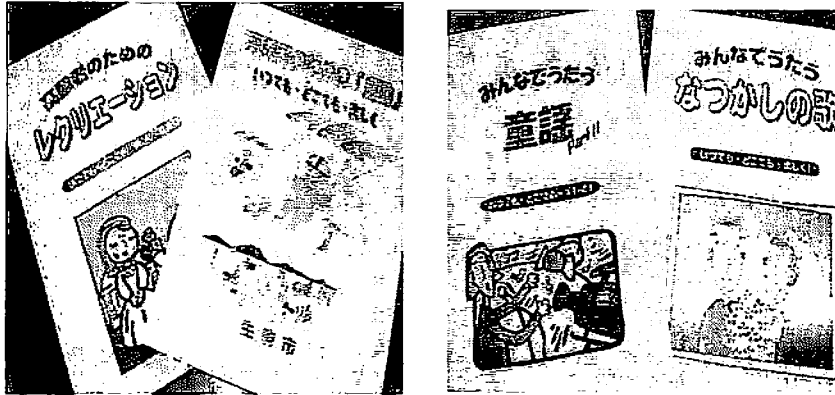
90歳以上の自立高齢者の特集:介護予防のヒントがもりだくさん

## セルフケアに・・・



「らくらく体操」は坐ってできるセルフケア

## ボランティアの活動支援



ボランティアの養成・育成・団体支援に・・・

### 行政が果たす役割について(その1)

- 感受性は行動を起こす『源』であることを大切にする
- 「現場の問題」を把握し、出来ること、出来ないことを明確にして解決策を様々な関係機関・団体・市民と共に考える姿勢をもつこと
- 市民のネットワークをより確立していくために「自助・互助・公助」の考え方が広がっていくよう働きかける（助け合える・話し合える・わかちあえる地域社会の構築）



## 行政が果たす役割について(その2)

- 【介護予防】の考え方を浸透させることに留意

自らが「能動的」に生活形態を変えることができるような施策の展開

(介護予防の普及啓発・6法人への介護予防モデル試行事業・ボランティア育成・マニュアル本やガイドブックの作成・運動指導士の雇用・新規教室の開催・指導者の確保等)

## ま と め

- 目的と手段とをとり違えないこと
- 自己完結型から3つの協働(共同・協同・協働)作業への転換
- 多角的な視点をもって、ネットワークを広げる
- 常に1年、3年、5年、10年後を想定しながら、様々な社会資源を有効活用できるよう…【仕掛け】作りを行うことも必要
- 行政は「量の確保」と「質の管理」

4 「北九州市の地域包括支援センターの概要」（福岡県北九州市）

## 「北九州市の地域包括支援センターの概要」

北九州市保健福祉局介護保険課  
育成支援係長 中村 順子

### 北九州方式による保健福祉の推進

北九州市高齢化社会対策総合計画  
(過去13年間の取り組み)

#### 計画の実現に向けた3つのキーワード

- ◆ 「市民本位」・・・出前主義等！
- ◆ 「総合化（ワンストップ）」  
・・・たらいまわしにしない！
- ◆ 「ネットワークづくり」・・・三層構造！
  - ・ 「年長者相談コーナー」設置（行政直営、市内9所）
  - ・ 「保健・医療・福祉・地域連携推進協議会」発足
  - ・ 「市民センター」を中心としたネットワークづくり

## 北九州方式による保健福祉の推進

北九州市高齢化社会対策総合計画  
(過去13年間の取り組み)

### その他のキーワード

- ◆「地域のことは地域で考え解決する」(市民センター構想)
- ◆「地域全体で支える(地域総力戦)」
- ◆「自立支援(含む介護予防)」
- ◆「公平、公正・中立性」
  - ※特に介護保険制度発足後
  - ・「標準契約書の作成」、「第三者評価委員会」、
  - 「平準化委員会」、「苦情相談・調整委員会」

### 現在までの取り組み

平成5年10月・・・「年長者相談コーナー」を各区に設置

⇒保健師とケースワーカーを配置

平成6年4月・・・「保健福祉センター」を各区に設置

⇒保健所と福祉事務所を統合

平成6年10月・・・「保健福祉局」発足

⇒保健局と民生局を統合

平成12年4月・・・「保健福祉相談コーナー」を各区に設置

⇒介護保険も含めて高齢・障害に関する相談を総合的に受け付け



# 北九州市高齢者支援計画 (今後10年間を見据えて)

## 計画の実現に向けたキーワード

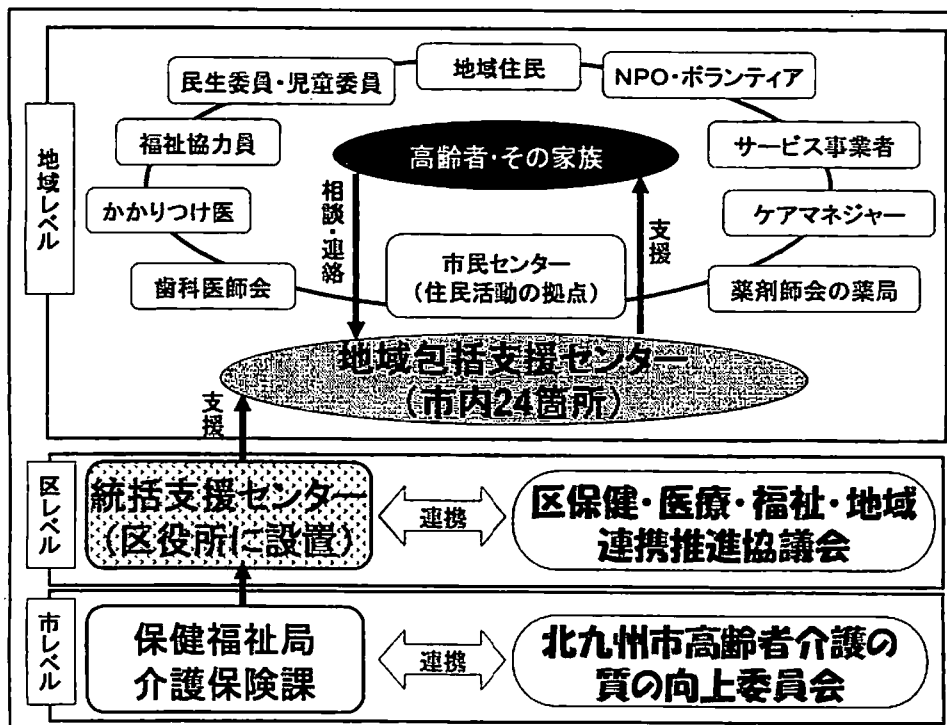
■総合計画で掲げたキーワードを継続

## 新たに付加するキーワード

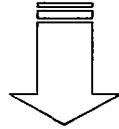
- 「尊厳の保持」
- 「夢・希望・意欲を支える」
- 「生涯現役」

## 強化するキーワード

- 「介護予防」  
※自立支援の充実強化、地域包括支援センターに行政保健師の配置
- 「公平、公正・中立性」  
※直営の地域包括支援センター設置  
※「介護の質の向上委員会」設置



北九州方式～三層構造～を生かした仕組み  
※ 統括支援センターの設置



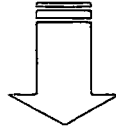
- ◇地域包括支援センター(地域レベル)
  - ⇨統括支援センター(区レベル)
  - ⇨保健福祉局(市レベル)の重層的な仕組み
- ◇保健・医療・福祉・地域関係者とのさらなる連携による地域全体での高齢者支援

区レベルでは  
推進協

## 統括支援センターの役割

- ◆ 地域包括支援センターの支援
- ◆ 虐待・困難事例への対応
- ◆ 地域ケアシステムづくりの司令塔  
(区推進協等との連携強化)

**「北九州市高齢者介護の質の向上委員会」  
による運営に対する評価や支援**



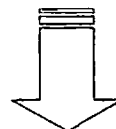
運営協議会  
の役割

**公正・中立な体制での運営**

- ◇行政が責任主体として関わり(直営での運営)、公正・中立性を強化
- ◇サービスとマネジメントの分離による公正・中立な運営

サービスの適正化・  
質の向上を図る

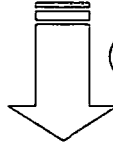
**地域包括支援センターを中心とした  
権利擁護・虐待防止システム**



**高齢者の尊厳・権利擁護を重視した体制**

- ◇高齢者の尊厳・権利擁護を重視し、認知症・家族支援などを含めた総合的なケア
- ◇地域包括支援センターの権利擁護の機能をバックアップ  
〔弁護士・司法書士・社会福祉士・行政書士等の権利擁護の  
専門家や認知症家族の会、地域の関係者などとの緊密な連携〕
- ◇「成年後見センター」と「権利擁護センター」の一体的運営

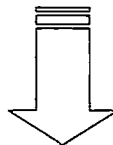
### 地域の総力をあげた支援体制



センターの3職種は、  
地域のコーディネーター  
役

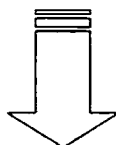
- ◇地域の資源・人材を最大限活用した高齢者支援体制
- ◇官民が協働で人材を出し合っの運営

### 地域密着型サービスの整備圏域と センターの担当エリアを一致



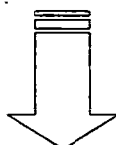
- より身近な地域でのネットワークづくり
- ◇相談や支援、マネジメント等を効果的・効率的・総合的に行なえるよう、より身近な地域でのネットワークの構築

**「ワンストップ相談」と「出前主義」の徹底**



- ◇市民により身近な地域での「保健・医療・福祉のワンストップ相談窓口」の設置による顔の見える高齢者ケアの推進
- ◇出前主義の徹底と地域の最前線の行政機関の保健・医療・福祉の総合相談窓口機能

**24時間365日あんしんの対応**

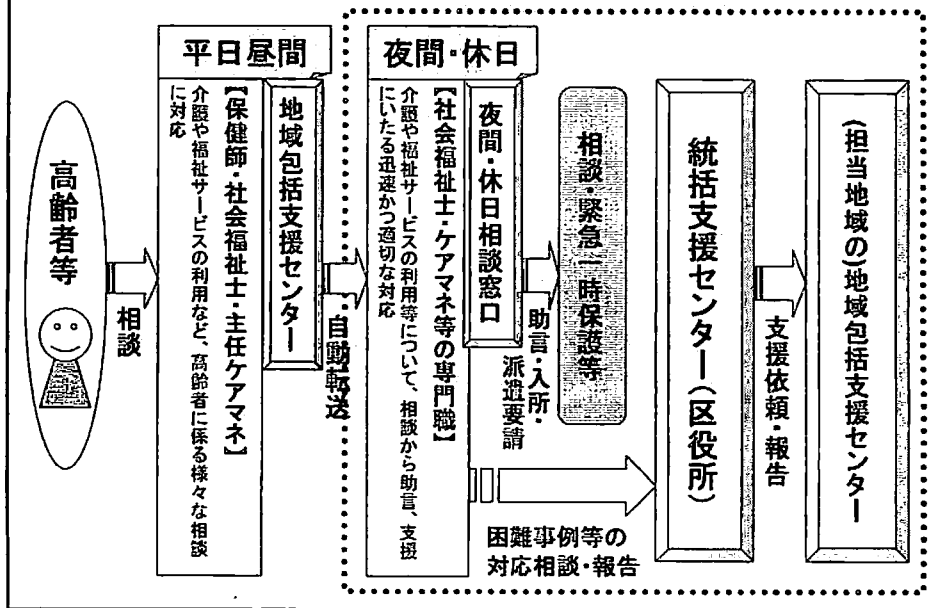


- ◇夜間・休日にも確実に電話相談に応じ、迅速かつ的確な対応を行なう  
24時間365日あんしんの仕組み

専門の職員が  
相談に応ずる



## 24時間・365日相談対応のイメージ



## 北九州市高齢者介護の質の向上委員会

### 地域包括支援センター運営協議会の機能

- 役割：①センターの設置等に関すること  
 ②センターの運営に関すること  
 ③センターの評価・介護予防に関すること  
 ⇒介護予防評価専門委員会

### 地域密着型サービス運営委員会の機能

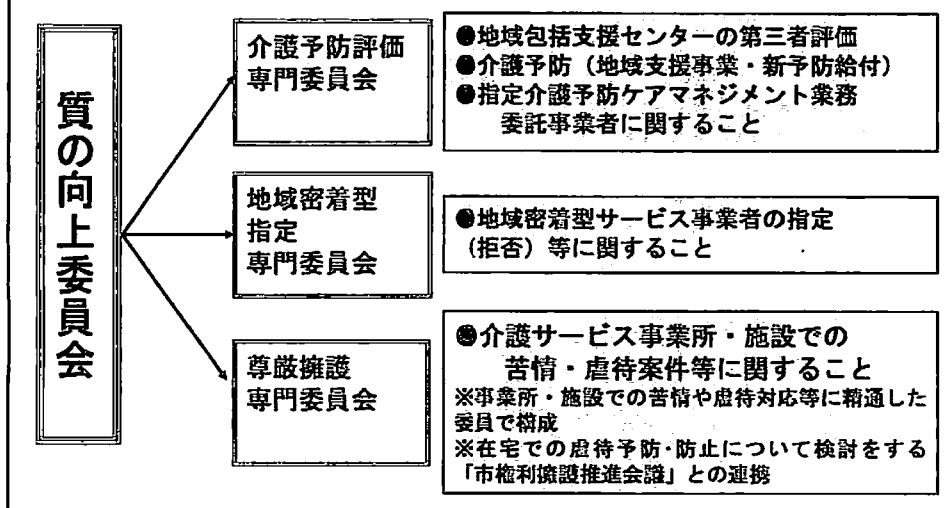
- 役割：①指定基準及び介護報酬設定に関すること  
 ②質の確保・運営評価に関すること  
 ③指定(拒否)に関すること  
 ⇒地域密着型指定専門委員会

一本化して運営

※ その他、尊厳擁護（苦情や虐待）や従事者の人材育成、市民への情報開示など、介護サービスの質の向上に関すること

## 【専門委員会の設置】

公平・公正な運営を行うため、介護保険事業を行っていない委員で構成（学識経験者・市民代表など）



## 北九州市高齢者介護の質の向上委員会

### 【委員構成】

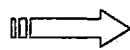
- 被保険者・利用者代表：老人クラブ連合会 老いを支える北九州家族の会
- 市民代表：高齢社会をよくする北九州女性の会・民生・児童委員協議会
- 学識経験者：県弁護士会北九州部会・市保健福祉政策アドバイザー  
産業医科大学 九州リハビリ大学校 福岡教育大学 西南女学院大学
- 関係団体：市医師会・歯科医師会・薬剤師会  
高福協・北九州ブロック老健協・社会福祉協議会
- 職能団体等：社会福祉士会・県介護支援専門員連絡協議会・介護福祉士会・県看護協会・理学療法士・作業療法士・県栄養士会
- 事業者関係：事業者連絡会・県高齢者グループホーム連絡協議会

## 地域包括支援センター 直営のメリット

～公正・中立な窓口として市民からの信頼を得るために～

- 小学校区単位の地域ケアネットワークを継続・発展的に  
⇒地域包括支援センターの設置
- 今まで「地域づくり」「健康づくり」を実施してきた行政保健師の配置  
⇒地域とのスムーズな連携
- 介護予防サービスのみでなく、在宅福祉サービス等の利用調整ができる  
⇒適切なマネジメント
- 行政が責任を持って（直営）関わることによる、ケアマネの支援・サービスの適正化・質の向上。  
⇒ケアマネ・事業所への研修など

⇒ワンストップ相談窓口…迅速な対応  
⇒住民（地域）の安心と信頼  
⇒虐待や閉じこもりなど「情報」の集約



高齢者が住み慣れた地域で暮らせる  
市民の安心感の創出

## 今後の課題

- ①地域包括支援センター体制等
  - ②統括支援センターの機能強化（バックアップ体制）
- 地域包括支援センターの新たな評価手法の確立



相談件数やプラン作成件数のみでなく…  
地域ケアシステムの構築ができているか？

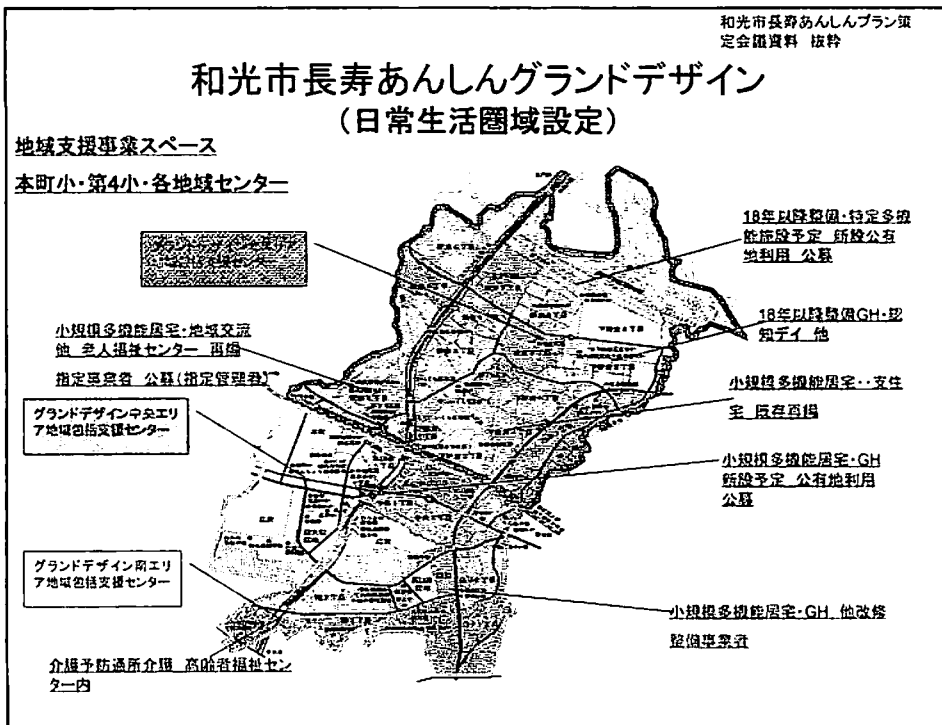
- 「地域力（気づき・見守り）」
- 「ネットワーク（連携）」
- 「解決力」

がアップしたか などなど…

5 「和光市の特定高齢者把握事業」(埼玉県和光市)

# 和光市の特定高齢者把握事業

和光市保健福祉部長寿あんしん課  
東内京一



## 特定高齢者把握事業の流れ

1. 被保険者へのスクリーニングの実施
2. ハイリスク高齢者に対する受診勧奨
3. 集団及び個別による基本健診体制
4. エントリー会議(コミュニティケア会議利用)
5. 特定高齢者候補に対する合意形成
6. 個別アセスメント及びプログラム作成(本人同意)
7. 地域支援事業等によるプログラムの実施
8. 評価(モニタリング)

## スクリーニングについて

- 保健福祉事業によるスクリーニング調査
- 3年間で被保険者ほぼ全員をカバー
- 郵送と訪問による調査
- 保険料納付還元をアピール
- 転倒、低栄養及び閉じこもり等のリスク把握
- 累積相対度数によるリスクレベルを把握
- 調査票に本人同意のサインを得る
- 介護予防管理システムの情報登録

## 基本健診への受診勧奨

- スクリーニング結果からの個別指導書送付
- スクリーニング結果から電話・訪問による受診勧奨と介護予防の重要性を説明
- 基本健診のスタイルを説明
- 介護予防サポーター等による介護予防趣旨普及活動が民生委員ルート等につながる

## 集団・個別の健診スタイル

- 保健センター等での集団健診は受診勧奨者をメインにしていく(5月に130名受診)
- 7月から個別検診もスタート
- 地域性を勘案した個別健診の実施と医師の理解が不可欠
- 生活機能評価の重要性を関係機関に周知
- 医師の総合判定のあり方(要医療と廃用)
- 保健担当所管と介護保険所管の強制的連携

## エントリー会議(コミュニティケア会議)

- 健診等からの医師の総合判定を踏まえた特定高齢者の選定
- この段階で担当相談員は候補者に対して訪問し個別アセスメントと説明を行いプログラム案を作成している
- 地域包括支援センターのオールメンバーと外部の管理栄養士や歯科衛生士等が参加
- 介護予防プログラムの内容まで検討
- プログラム提示の最終合意形成を実施

## プログラムメニュー

### 地域支援事業

- 1把握 特定高齢者把握事業
- 2通所 ふれしゅらいふプログラム(高齢者筋カトレーニング事業等)
- 3通所 ふれしゅらいふプログラム(転倒骨折予防教室含む)(一般・特定)
- 4通所 フットケア事業
- 5通所 うえるかむ事業(特定・一般)
- 6通所 うえるかむ事業(音楽療法)
- 7訪問 栄養改善食の自立(配食等)
- 8訪問 介護予防ヘルプサービス
- 9訪問 介護予防型訪問指導
- 10訪問 口腔ケアステーション・管理栄養ステーション
- 11評価 特定高齢者・一般高齢者施策評価事業
- 12一般 介護予防サポーター講座運営
- 13包括 食の自立支援事業(食関連サービス利用調査)
- 14包括 介護予防ケアマネジメント事業・包括的・継続的マネジメント支援事業
- 15任意 介護給付等費用適正化事業
- 16任意 在宅支援サービス
- 17任意 成年後見人制度利用支援事業
- 18任意 緊急通報事業
- 19任意 住宅環境整備指導事業
- 20任意 高齢者支援住宅管理指導事業

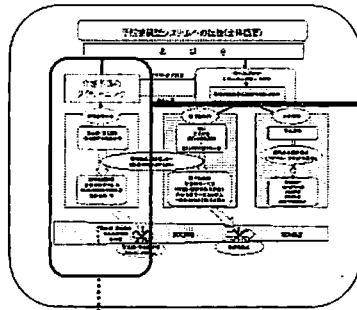
### 市町村特別給付事業

- 1 食の自立・栄養改善サービス
- 2 紙おむつ等購入費助成
- 3 地域送迎サービス費助成

平成18年度からの展開する  
和光市の

- ☆ 地域支援事業
- ☆ 市町村特別給付事業

介護予防スクリーニングシートの活用方法



○今までのような住民のニーズ調査では、一般高齢者の「要支援・要介護状態」になるおそれのある者の割合・人数の把握は、非常に困難。

○介護予防スクリーニングシートを活用することにより

11項目の点数化及びリスク判定

- 1. 生活機能低下
- 2. 閉じこもり
- 3. 転倒骨折
- 4. 尿失禁
- 5. 認知症
- 6. 尿失禁
- 7. 心の健康
- 8. うつ
- 9. 足のトラブル
- 10. 口腔ケア
- 11. 運動器

生活圏域のリスク実態に適した、具体的な根拠のある地域支援事業を企画・実施することが可能

介護予防サービスの必要量把握・サービス基盤整備指標

地域支援事業の流れ

- ①対象者スクリーニング
- ②予防プランの作成等マネジメントの実施
- ③予防サービスの提供

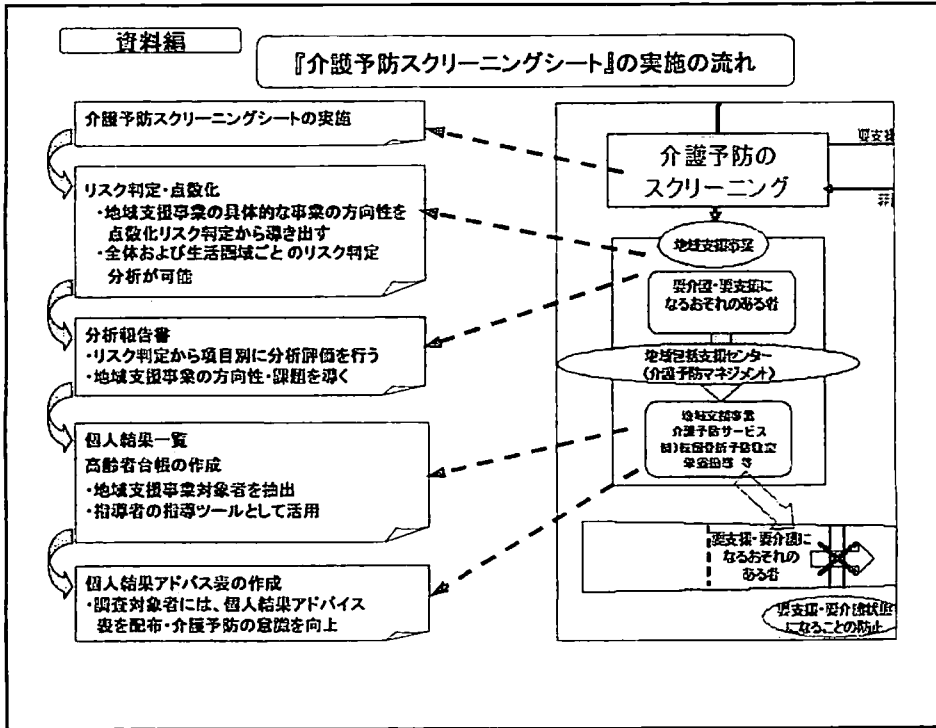
高齢者生活機能台帳

(オプション)

<b>介護予防アセスメント台帳</b>		団体名 地区 000000001	コード α 住所 千		
生活機能低下のリスク判定					
項目	1-9回	2-11回	3-13回	4	5
生活機能低下	0	1	2	3	4
認知症	0	1	2	3	4
転倒骨折	0	1	2	3	4
尿失禁	0	1	2	3	4
足のトラブル	0	1	2	3	4
運動器	0	1	2	3	4
閉じこもり	0	1	2	3	4
口腔ケア	0	1	2	3	4
合計	0	1	2	3	4
生活機能低下のリスク判定	0	1	2	3	4
項目	1-9回	2-11回	3-13回	4	5
生活機能低下	0	1	2	3	4
認知症	0	1	2	3	4
転倒骨折	0	1	2	3	4
尿失禁	0	1	2	3	4
足のトラブル	0	1	2	3	4
運動器	0	1	2	3	4
閉じこもり	0	1	2	3	4
口腔ケア	0	1	2	3	4
合計	0	1	2	3	4
生活機能低下のリスク判定	0	1	2	3	4
項目	1-9回	2-11回	3-13回	4	5
生活機能低下	0	1	2	3	4
認知症	0	1	2	3	4
転倒骨折	0	1	2	3	4
尿失禁	0	1	2	3	4
足のトラブル	0	1	2	3	4
運動器	0	1	2	3	4
閉じこもり	0	1	2	3	4
口腔ケア	0	1	2	3	4
合計	0	1	2	3	4
生活機能低下のリスク判定	0	1	2	3	4

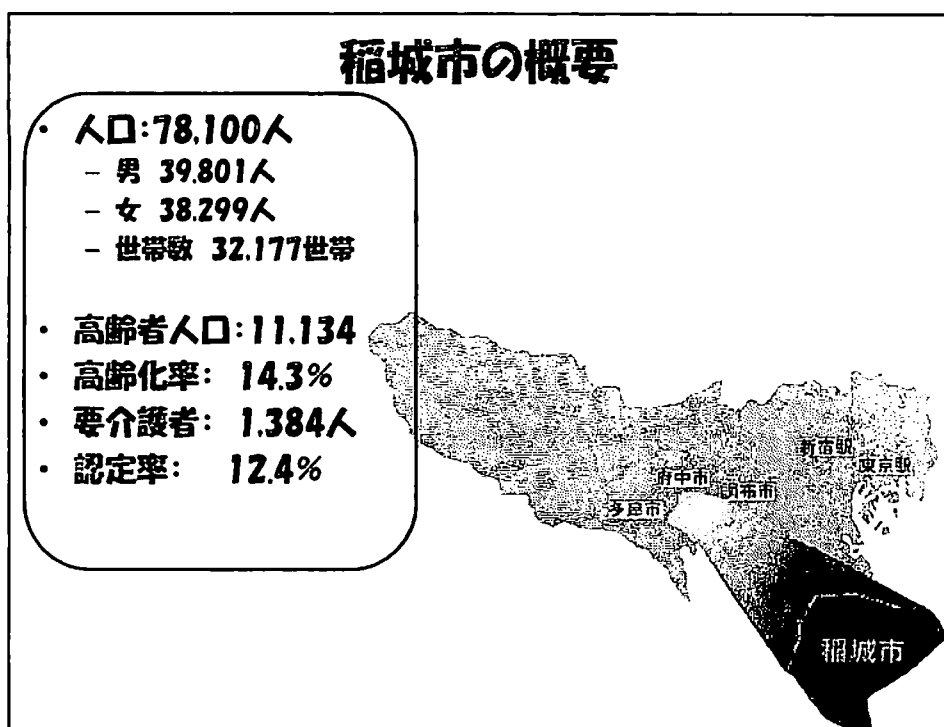


『介護予防スクリーニングシート』の実施の流れ



6 「稲城市の介護予防事業の実施状況について」（東京都稲城市）

# 稲城市の介護予防事業の 実施状況について



# 稲城市における介護予防事業のポイント

## 1. 地域ケアシステムの体系づくり

- ① 地域ケア会議の整備
  - ② 非該当者フォロー体制の整備
  - ③ 介護予防リーダーの育成
  - ④ 一人暮らしのみ世帯へのアンケート調査の実施
  - ⑤ 見守り支援ネットワークの構築
  - ⑥ 要支援サービス未利用者フォロー体制の整備
- } 平成14年度～  
 } 平成15年度～  
 → 平成16年度～

## 2. 介護予防マネジメントの強化

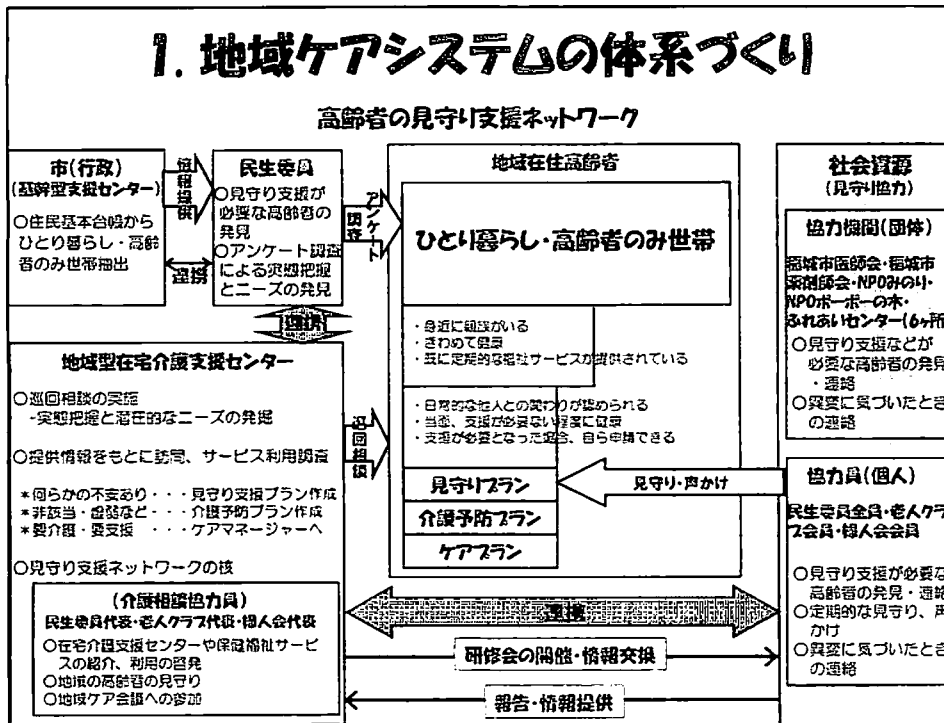
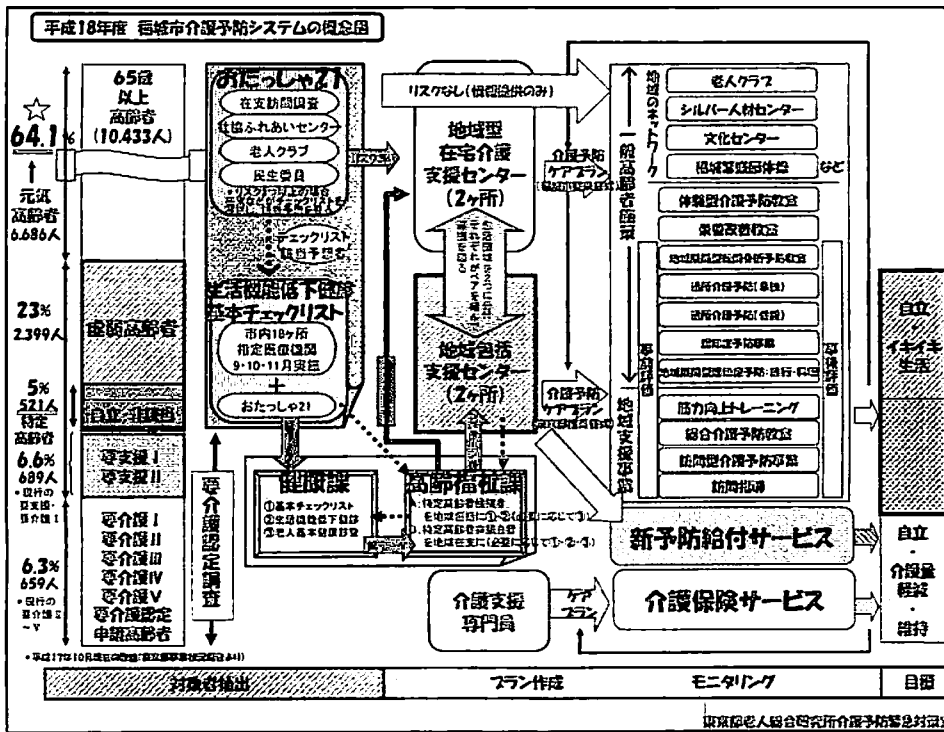
- ① 在宅介護支援センター(介護予防の拠点)の機能強化 → 平成14年度～
- ② フォーマルサービスの評価指標の統一と、効果的な事業内容の整備 平成16年度～
- ③ より多くの介護予防対象者の把握(医療機関にて老人健診とおたっしゃ21を実施) 平成17年度～

## 3. インフォーマルサービスの充実

- ① フォーマルサービス卒業者の受け皿の充実 → 平成16年度～
- ② 地域における「介護予防活動」の盛り上げ → 平成17年度～
- ③ 高齢者主体の介護予防に対する取り組みと役割の拡大 → 平成17年度～

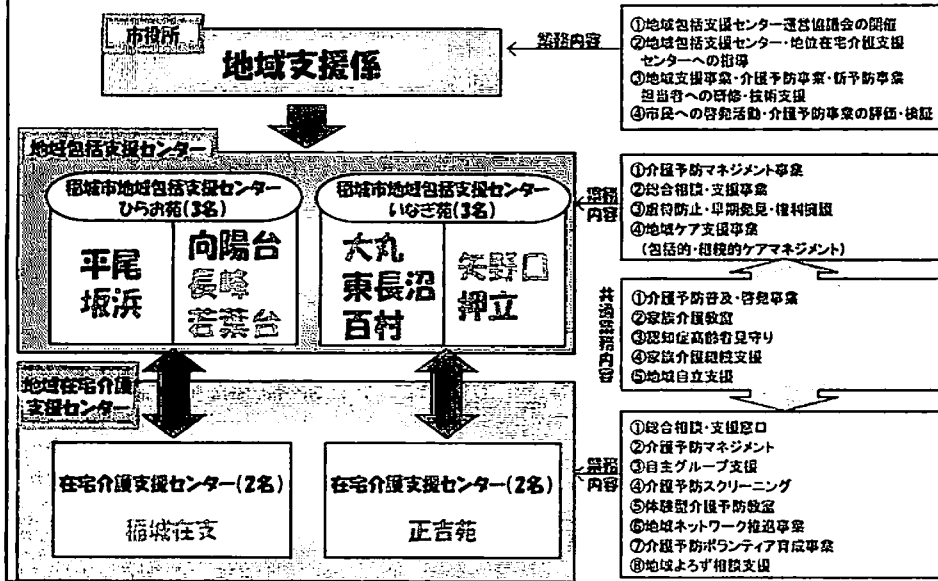
# 介護予防モデル地区としての取り組み

	平成16年度	平成17年度	平成18年度
目標	地域の基盤整備	インフォーマルサービスの充実 介護予防ケアマネジメントの強化	円滑な介護予防システムの確立
主な取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護予防健診の実施</li> <li>✓ 介護予防プラン作成システムの構築</li> <li>✓ 各種介護予防プログラムの実施</li> <li>✓ 多様なチャンネルを用いた介護予防に関する情報発信</li> <li>✓ 地域ケアシステムの再体制化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護予防健診の拡充</li> <li>✓ 介護予防の拠点の機能充実案</li> <li>✓ 各種介護予防教室の拡充</li> <li>✓ 介護予防推進員(高齢者)の養成と有効活用</li> <li>✓ 多様なチャンネルを用いた介護予防に関する情報発信</li> <li>✓ 地域ケアシステムの再体制化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護予防健診システムの確立</li> <li>✓ 介護予防の拠点の機能強化</li> <li>✓ 各種介護予防教室の拡充</li> <li>✓ 介護予防推進員の活動支援の強化</li> <li>✓ 多様なチャンネルを用いた介護予防に関する情報発信</li> <li>✓ 地域ケアシステムの再体制化</li> </ul>



## 2-①. 介護予防の拠点の機能強化

### ✓ 地域包括支援センターの設置(2ヶ所)



## 2-②-1. 各サービスにおける事前・事後評価の統一

### 各サービスにおける事前・事後評価項目

	最大歩行速度	Timed up & Goテスト	握力	身体機能力	Functional Reach	認知機能 片足立ち	認知機能 片足立ち	長距離 歩行距離	認知機能 活動能力 評価	SF-36	
居宅向上 トレーニング	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
総合介護予 防教室	○	○	○	△	○	○	△	○	○	○	
連絡型介護 予防教室 (単独型)	○	○	○	△	○	○	△	○	○	○	
地域包括型 認知症予 防教室	○	○	○	△	○	○	△	○	○	○	
認知症 認知症予 防教室	○	○	○	△	○	○	△	○	○	○	
地域包括型 認知症予 防教室	フィジック・テスト				※ ○…実施、△…実施なし						

## 2-②-2. 効果的な介護予防事業内容の整備

### ✓ 筋力向上トレーニング事業(平成16年度より開始)

#### ✓ 内容:

理学療法士、運動指導士などにより個別の目標を設定し(個別プログラム)、マシンを使用した包括的な筋力トレーニング

#### ✓ 対象者: 虚弱高齢者

#### ✓ 事業の委託: 2施設に委託

#### ✓ 実施方法:

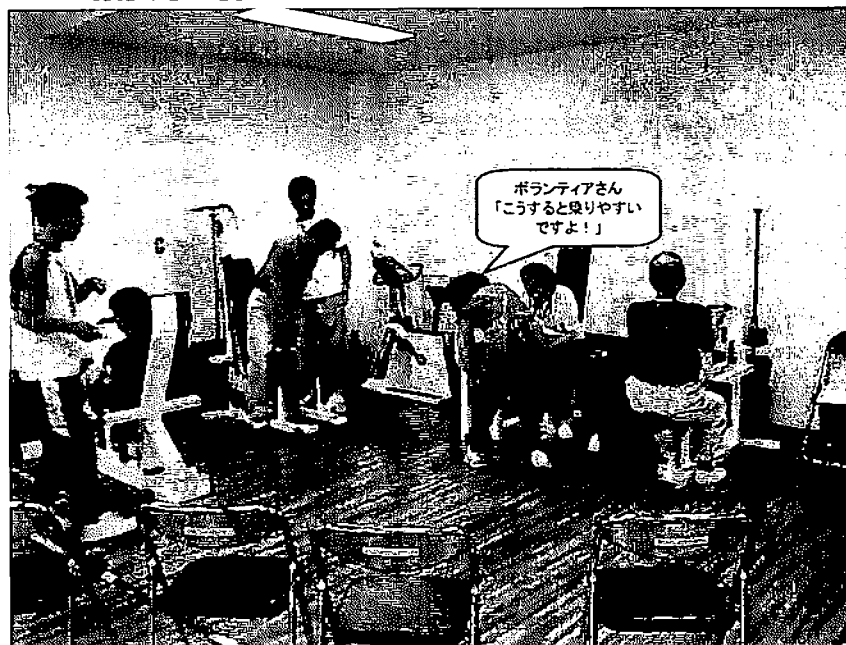
2回/週、全28回(3ヶ月)コース、1コース8名(年間12コース、96名)

#### ✓ 卒業後:

- ・ボランティア
- ・フォローコース、自主グループ化
- ・インフォーマルサービスへ

平成18年度より 地域支援事業へ

## 筋力向上トレーニング事業 風景

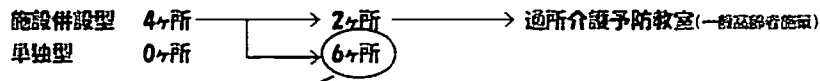


✓ **生きがいテイサービスの見直し—効果的な介護予防事業の実施に向けて**

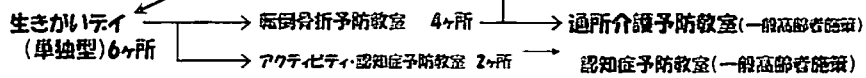
✓ **見直しポイント**

- ・生きがいテイサービス担当者連絡会の開催
  - 情報交換の場
  - 事業の目的や方向性の統一
- ・**下肢筋力(抗重力筋)の強化**を目的とした事業内容に
- ・「**健康行動の定着**」を目指した取り組み
  - 知識の提供
  - モニタリングシートの活用

✓ **見直し前の生きがいテイサービス**



✓ **見直し後**



✓ **地域展開型転倒骨折予防事業の展開**

✓ **転倒骨折予防教室プログラムの作成(平成14年度)**

✓ **計画的な展開と事業の効果測定の実施**

- ・保健センター: 1回/週、全8回コース
- ・グループへの講師派遣: 15名以上参加者希望ありのグループ  
1回/週、全8回コース

✓ **講師の育成: 3名→4名(平成17年度より)**

✓ **サブリーダーの育成: 15名**

→ 自主グループの支援



平成18年度も引き続き

✓ **認知症発症遅延グループ**

✓ **平成15年度** : 認知症講演会

✓ **平成16年度** : 認知症シンポジウム  
→ ファシリテーター育成 14名

✓ **平成17年度** : 認知症講演会  
→ 認知症発症遅延グループ活動  
(旅行・調理)  
└───→ 自主グループ活動へ

✓ **平成18年度** : 認知症講演会  
→ 認知症発症遅延グループ活動(一般高齢者施策)  
(旅行・調理)

**その他の介護予防事業**

○ **食生活改善事業**

**高齢者調理講習会**                      **年3回**

○ **訪問指導の実施(寝たきり起こし)** → 平成18年度訪問介護予防事業(地域支援)

・PT・看護師による訪問、運動器機能向上・ADL指導  
**週1回 1コース6回**

・歯科衛生士による口腔機能向上、気道感染予防の指導

→ 通所介護予防事業へ

**介護予防資源マップ**

…市民の活動の中で介護予防に特化しているものをまとめた冊子  
(75グループ)



## 2-②. 介護予防事業の効果(H17年度)

各サービスにおける事前・事後評価の結果

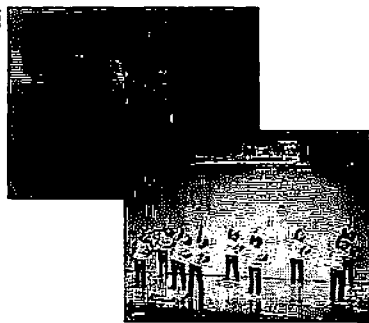
		最大 歩行速度	Timed up & Goテスト	握力	身体機能力	Functional Reach	認知 片足立ち	認知 片足立ち	負座位 体前屈	認知式 歩行能力 検査	SF-36
通 居 型 の 服 務 の 上 昇	筋力向上 トレーニング (n=66)	—	○	—	○	○	—	—	—	—	・身体機能 ・精神総合
	委託型 認知症予 防教室 (n=37)	—	—	—	/	○	○	/	—	—	/
	地域型 認知症予 防教室 (n=54)	○	○	—	/	○	○	/	○	/	/
居 住 型	委託型 認知症予 防教室 (n=14)	—	—	○	/	—	—	/	○	—	/
	地域型 認知症予 防教室	ファイスコグ・テスト(来年度測定)									

⇒ H18年度も同様に事前・事後評価を実施 ※ ○…有意差あり(p<.05)、—…有意差なし

## 3. インフォーマルサービスの充実

### ✓ 地域における「介護予防活動」の盛り上げ

- ✓ 地域で活躍している「自主グループ」の発表会を実施
- ✓ 内容:
  - ✓ 開会宣言: 地域在住高齢者2名
  - ✓ 継続に関する講演、市の介護予防事業について
  - ✓ グループイベント(自主グループ活動報告:4つ)
  - ✓ 福城喜盛源! 介護予防体操の披露
- ✓ 参加人数: 220名(ボランティアなど含む)

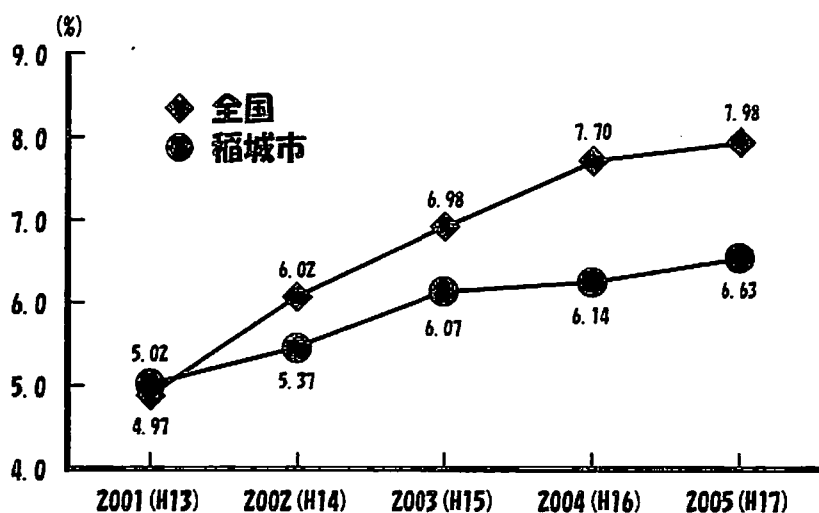


### ✓ 介護予防推進員の育成

- ✓ 役割: 在宅介護支援センターへの情報提供  
地域における介護予防対象者の早期発見
- ✓ 対象者:
  - ✓ 社会福祉協議会への協力依頼
  - ✓ 老人クラブへの呼びかけ
  - ✓ 介護予防に関する講演会などでの呼びかけ
- ✓ 人数: 研修受講者85名



## 軽度要介護認定者出現率 (1号被保険者に対する割合) の推移



データは厚労省および東京都の介護保険事業状況報告(月報10月現在)に基づいた(2005年の出現率は9月現在のもの)

## まとめ

- ・ 介護予防システムの基盤整備を計画的に実施
- ・ 介護予防サービスの事前事後評価の指標の統一
- ・ 介護予防事業者連絡会を定期的を開催し、事業内容・技術的支援・指導実施
- ・ 医師会・歯科医師会との連携
- ・ 地域包括支援センター・在宅介護支援センターのマネジメント・モニタリング機能強化支援

7 「虐待ケースへの対応」と課題 ～地域包括支援センター機能の検証を含めて～ (神奈川県川崎市)

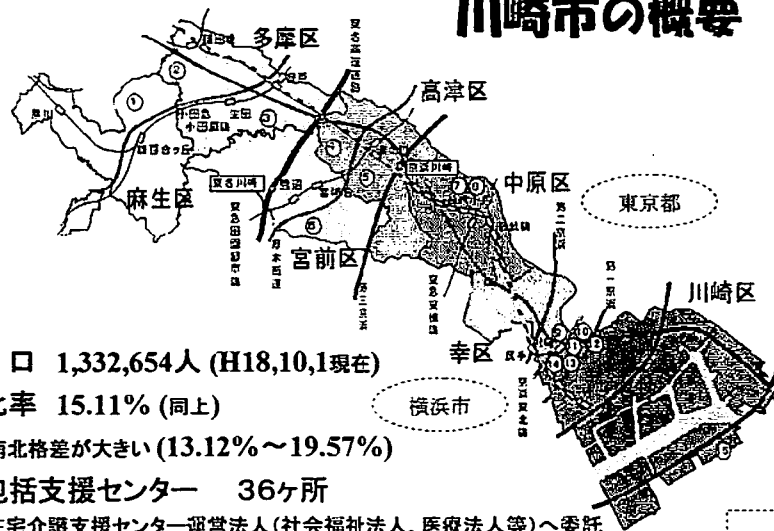
2006.10.18

第2回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会  
事例紹介 (川崎市)

**「虐待ケースへの対応」と課題**  
～地域包括支援センター機能の検証を含めて～

社会福祉法人川崎市社会福祉協議会  
地域包括支援センター調整課  
中 澤 伸 (社会福祉士・介護支援専門員)

**川崎市の概要**



- ・人 口 1,332,654人 (H18,10,1現在)
- ・高齢化率 15.11% (同上)  
※南北格差が大きい (13.12%～19.57%)
- ・地域包括支援センター 36ヶ所  
※在宅介護支援センター運営法人(社会福祉法人、医療法人等)へ委託
- ・地域包括支援センター調整課 1ヶ所  
※市社会福祉協議会へ委託。地域包括支援センターの運営支援、ケアマネジ  
メントリーダー事業等、基幹型在支業務の一部(主に全市的業務)を継承

## 川崎市社会福祉協議会 **地域包括支援センター調整課**

### ■設置目的

- ① 基幹型在宅介護支援センター経験職員の有効活用
- ② 区役所に新たな業務が付加されることに伴う支援体制
- ③ 市や区、地域包括支援センターへ移管できない基幹型在支業務

### ■基本業務

- 区と地域包括支援センターの協働体系づくり
- ケアマネジメントリーダー事業の継続と継承
- 基幹型在支C業務の引継ぎと地域型在支C業務の継承 等

### ※「調整課」の主な日常業務

・ **日常的な相談対応** → ケアマネ、サービス事業所、行政、包括C等からの個別相談（制度確認、ケース対応、苦情、悩み など）

・ **各種会議の開催と開催支援** → 介護支援専門員連絡会議・地域包括支援センター連絡会議の主催、地域ケア会議・サービス担当者会議等開催支援

・ **ケアマネジメントリーダー事業** → ケアマネと関係団体等との連携構築、電話相談事業運営、研修会の開催、介護支援専門員連絡会運営支援 等ケアマネジャー及びサービス事業者支援（主に全市的な業務）

## 高齢者虐待事例概要

- 85歳男性、要介護2、脊柱間狭窄症、前立腺肥大等あり  
週1回の通所リハビリを利用、重度認知症の妻（要介護4）  
と55歳長男と一戸建てに3人暮らし、同じ区内に次男家族  
が住んでいる。
- ケアマネから地域包括C調整課へ「利用者が同居の長男か  
**ら虐待を受けている可能性**がある。顔や腕にひどい痣があ  
る。協力してほしい」と相談が入る。
- 行政を含めた緊急カンファレンスを提案

## 相談後の主な経過

【緊急カンファレンス】区保健福祉C、地域包括C、地域包括C調整課、ケアマネジャー、通所リハビリ で数回開催



【事実確認】虐待の事実確認、身体状況確認、長男へのアプローチ、本人の訴え確認等を試みたが、長男は拒否、本人は認めないという状況が続く。しかし体重の激減、傷の悪化等あり、本人も暴力によることを認める。立入調査権は発動せず。



【家族へのアプローチと支援】ケアマネジャーと地域包括Cが認知症の妻の状況確認、長男への支援



【保護】本人の申し出に基づき施設へ保護。長男には行き先を告げずに報告。長男の怒りは区保健福祉センター課長へ。

## 本事例における保護（措置）決定の根拠

～1つの可能性と1つの事実～

1つの可能性 → 「長男に暴力を振るわれている」という本人の訴え。

※拒否があるため長男への聴取り等の事実確認ができていない。また、①長男への犯人扱いとなる、②同行訪問を含む警察の協力が得られそうにない、等の理由から保健福祉センターの判断で立入調査権を発動せず。よって事実確認不十分で“可能性”の域を出す。

1つの事実 → 顔、腕などにアザ、1ヶ月で10kgの体重減少、低栄養で傷治らず

※食事を与えない等の完全なネグレクトとの確認は取れていないが、現在の本人の状態に見合った「お世話」がなされていない。このまま自宅におくと生命の危険性が高いという専門的な判断がある。

➡ 本人からの「保護要請」。(粘り強い説明による)

## 各機関の主な役割

- **区保健福祉センター** ⇒ 立入調査、保護(措置)の決断 等
- **地域包括支援センター** ⇒ 長男支援、受診援助 等
- **地域包括支援センター調整課** ⇒ 虐待防止法の解説、メンバー支援、チームコントロール等
- **ケアマネジャー** ⇒ 情報集約、長男支援 等
- **通所リハビリ事業者** ⇒ 見守り、情報提供 等
- **家族(次男)** ⇒ 身元保証、本人の代理、保護後の支払い 等

## 事例から学ぶ課題①

### 【早期発見・早期相談の視点】

- **発見時のケアマネジャー、サービス事業者の動き**  
市民やサービス事業者の通報先の理解やタイミング、方法
- **発見・通報の流れと通報者の葛藤**  
事実確認が不十分な時点での通報の是非と葛藤、スムーズな流れ 等
- **通報ツールの活用促進と改定**  
「見守り介護スコア」及び「相談受付票」の有効活用 等
- **相談受理直後の行政の対応**  
担当が一人で抱えていなかったか、行政責任・対応方法 等

【今後のための解決策案(私案)】 ケアマネやサービス事業者へ通報先の修正(今後は包括C又は区)。経過措置として包括C調整課でも受理。虐待防止法を研修等で周知。通報相談の意義を徹底する。通報受理後のマニュアルの早期完成。通報ツールの見直しと活用、行政管理職の役割と責任の明確化と徹底。

# 早期発見のための仕組みづくり

～要介護高齢者を早期発見するためのツール～

参考

## ○「見守り介護スコア」

市民からの情報

相談協力員、民生委員、地域のボランティアさんなどから地域の気になる方（何らかの支援が必要と思われる方）についての情報を支援センター等に連絡してもらう様式。チェック方式で5～10分程度で記入可。問診票のようなもの。

## ○「相談受付票」

ケアマネやサービス事業者からの情報

虐待等、公的機関を含めたチームケアが必要な利用者について、ケアマネや介護サービス事業者が一人で悩まなくてもいいように気軽に相談してもらうための受付票。昨年度まで市内4区の地域ケア会議で実施。制度改正後、現在利用休止中。

## 在宅介護ネットワークのための「見守り介護スコア」 (Ver.2)

【記入日】 平成 年 月 日 【記入者氏名】 【連絡先電話】

### 調査対象者の概要

氏名( ) 性別(男・女) 年齢( 才) 要介護度(自立・要支援・1・2・3・4・5)  
 家族構成 (独居・高齢者のみ・その他 )

NO	区分	状況	評 価			備考・考察	状況合計
1	本人の状況	食事	0 介助	1-一人で可	0.5 見守り程度・不明		点 満点:12
2		排泄	0 介助	1-一人で可	0.5 見守り程度・不明		
3		歩行	0 介助	1-一人で可	0.5 見守り程度・不明		
4		入浴	0 介助	1-一人で可	0.5 見守り程度・不明		
5		調理、掃除等	0 困難又は不可	1-一人で可	0.5 見守り程度・不明		
6		自立意欲					

見方スコアの表の	スコア得点	対 応
	20～30点	第1次見守り。現状のまま様子を見ていく。少しでも変化があった場合には再チェックを行う。
	11～20点	第2次見守り。助言援助が必要。注意深く見守り、必要な場合は介入を行う。
	0～10点	緊急援助が必要。即時の援助や介入を行う。

KAWASAKI-SHIEN. C 2004. 03. 15

### 相談受付票

相談日 平成 年 月 日

氏名  
 職 種 (ケアマネジャー、訪問看護師、ヘルパー、その他)  
 連絡先 TEL FAX その他 (Eメールなど)  
 相談したいケースの住所地 川崎区 町

1 現在あなたが関わっているケースについて、相談したいと思われる理由・原因はなんですか。

<1 虐待だと思う(疑いを含む)>

- 介護を放棄している  体にあざが見られる
- 介護者による乱暴な言葉づかい  その他 ( )

<2 キーパーソンがいない>

- 独居で痴呆が進んでいる  主介護者に判断能力がない、又は低い
- 家族がキーパーソンになり得ない  その他 ( )

<3 近隣周辺と怪め事をおこしている>

- 本人の精神状態・痴呆による  周囲から見て、火の不始末に不安がある
- その他 ( )

## 事例から学ぶ課題②

### 【市町村権限・責任強化の視点】

- 行政職員の「虐待と防止法の理解」
- 行政内部の動揺と組織対応・連携体制づくり  
立入調査権の発動、措置入所の決定、根拠の整理に判断が揺らぐ 等
- 保護(措置)執行機関としてのスタンス維持  
保護執行機関である行政は虐待者に怒りを向けられる対象となりやすい
- 「加害者」よりもまずは被虐待者保護
- 守秘義務の壁と葛藤

【今後のための解決策案(私案)】 行政職員への虐待対応と虐待防止法を研修で徹底。通報受理後のマニュアルの早期完成と習得。担当者任せにならないためにも行政管理職の役割と責任の明確化と徹底。緊急時の措置施設確保など他区や市本課との協力体制も必要。対応事例の積上げと全市的な課題を検討。



## 事例から学ぶ課題③

### 【その他】

- 警察の虐待防止法に対する理解
- 意思能力がはっきりした被虐待者の保護
- 虐待者の精神的なより所の確保
- メンバーの不全感管理(短期・優先目標の設定と確認)
- 特定の機関(行政や包括C)に役割が集中しがち

などなど

## 事例から学ぶ課題④

### 【地域包括支援センターの役割の視点】

#### ■ 虐待通報(相談)受付機関としての機能と認知

虐待相談受付時の対応の徹底と市民や各機関への周知が必要。しかし、忙しそうだからと相談を遠慮されてしまうことも。

#### ■ 虐待対応チームの構築と維持機能

行政を含む動揺するチームメンバーへのサポート的な関わりが必要

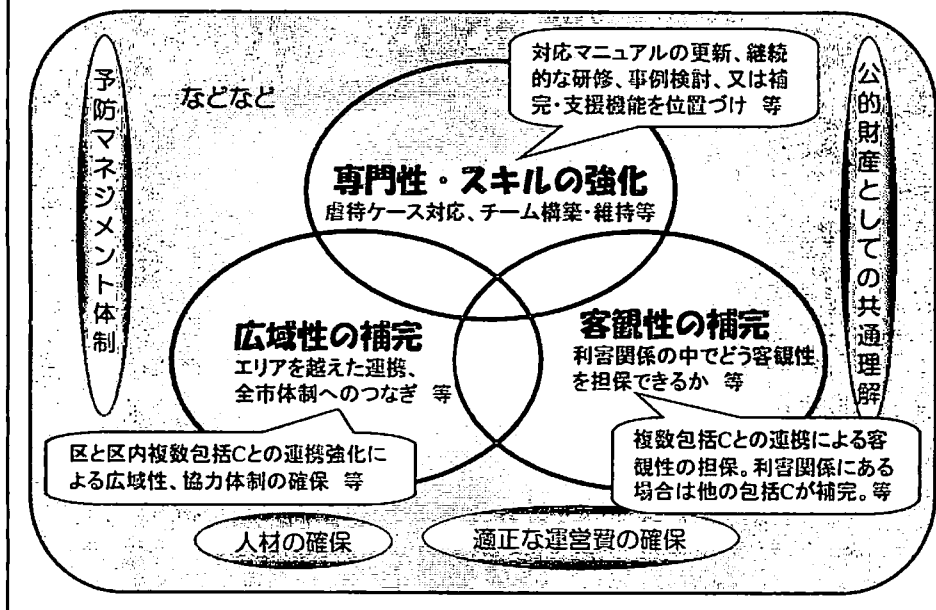
#### ■ 専門性と客観性の維持と補完

個別ケース対応だけでなくチームを構成・維持していく「専門性」と「客観性」(維持・補完が必要)

#### ■ 家族支援機能

虐待者でもある家族への支援機能。

## 地域包括支援センター機能充実にに向けた課題



8 「特定高齢者把握の取り組み」(北海道旭川市)

## 特定高齢者把握の取り組み

旭川市保健福祉部介護高齢課

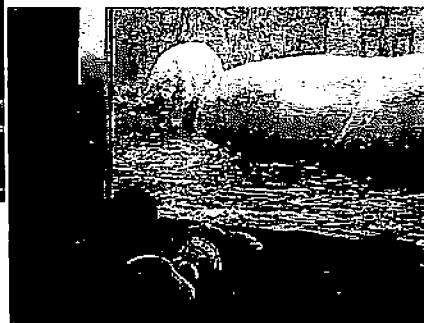
神原 悦子

松浦 香織

### 旭川市の概要



あざらし館



しろくま館

## 旭川市の概要

- 1 人口 358,693人 高齢者人口 79,916人 高齢化率:22.3%  
※H18.9.1現在
- 2 第3期介護保険給付費 63,165,633千円  
(平成18年度 20,659,056千円)
- 3 保険料基準月額 4,311円(第2期より18%増)
- 4 平成18年度介護予防事業(地域支援事業)対象者見込数 2,381人  
(特定高齢者・高齢者人口の3%)
- 5 予防効果見込数 285人(予防効果率 12%)
- 6 地域包括支援センター設置状況  
・日常生活圏域ごとに9か所設置(すべて委託)  
・1か所当たりの平均高齢者数 8,820人  
・運営の透明性を確保するため設置法人と分離し、市民の利便性の高い場所に設置。
- 7 介護予防担当:介護高齢課地域支援係(内 保健師6名)

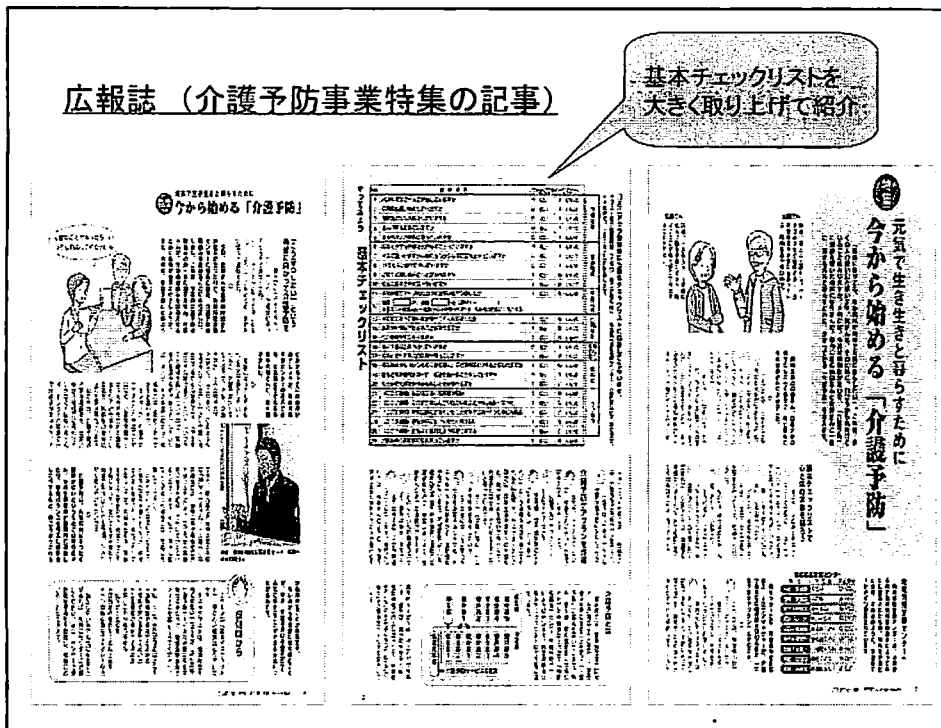
## 特定高齢者把握の取り組み

### これまでの取り組み(1)

- 公的施設における基本チェックリストの配布。
- 市広報誌でのPR:介護予防特集記事の掲載。
- 保健師:地域に出る機会においては、積極的に基本チェックリストを実施する。
- 地域包括支援センター:
  - ・定期的に会議を開催し、情報交換を図る。
  - ・介護予防支援業務の効率化を図り、包括的支援業務や特定高齢者把握に力を入れる。
  - ・市保健師との連携。

## 広報誌（介護予防事業特集の記事）

基本チェックリストを大きく取り上げて紹介

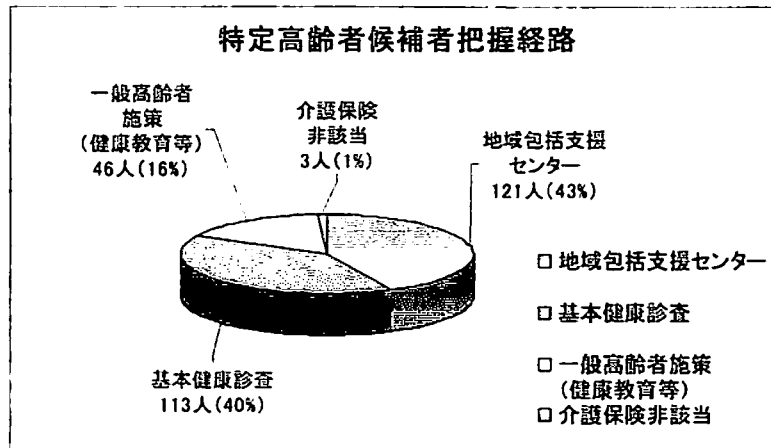


## 特定高齢者把握の取り組み

### これまでの取り組み(2)

- 地域包括支援センター運営協議会を中心とした「地域高齢者生活支援ネットワーク会議」の設置  
→ 関係機関からの情報提供の促進を図る。
- 通所型介護予防事業を魅力あるものとする。
- 事業実施者にも特定高齢者把握に協力してもらう。

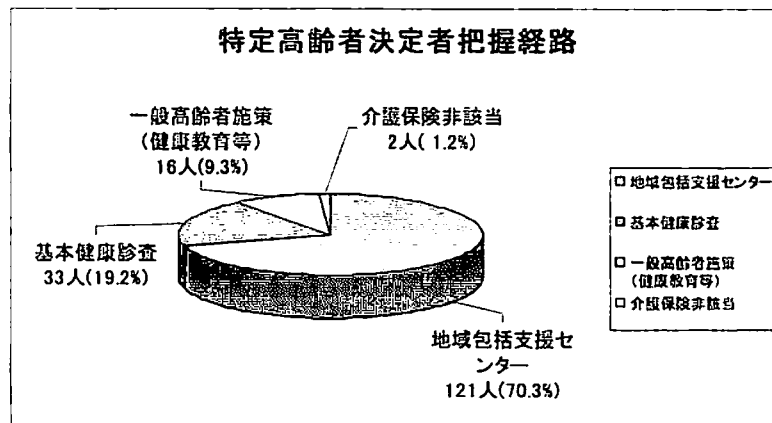
## 特定高齢者把握の状況



(計283人, H18.9.26現在)

⇒ 地域包括支援センターからの情報が最も多い

## 特定高齢者把握の状況

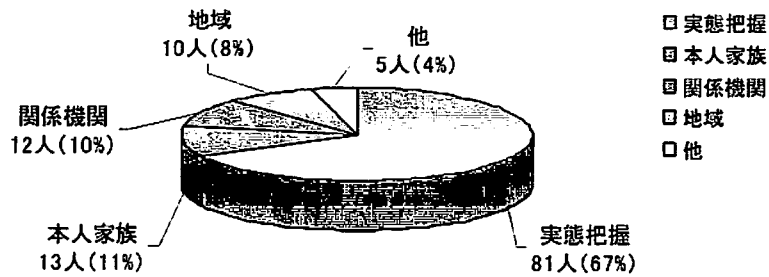


(計172人, H18.9.26現在)

⇒ 地域包括支援センター経由の候補者からの決定者が多い

## 特定高齢者把握の状況

地域包括支援センターにおける  
特定高齢者候補者121人把握経路

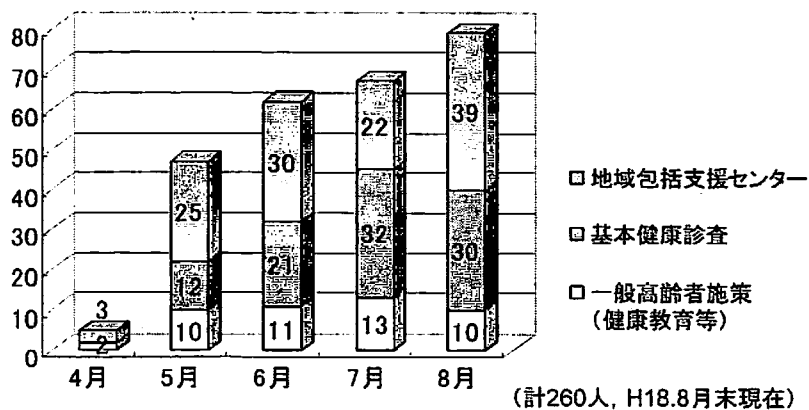


(計121人, H18.9.26現在)

⇒ 在宅介護支援センターの情報を元にした実態把握によるものが最も多い

## 特定高齢者把握の状況

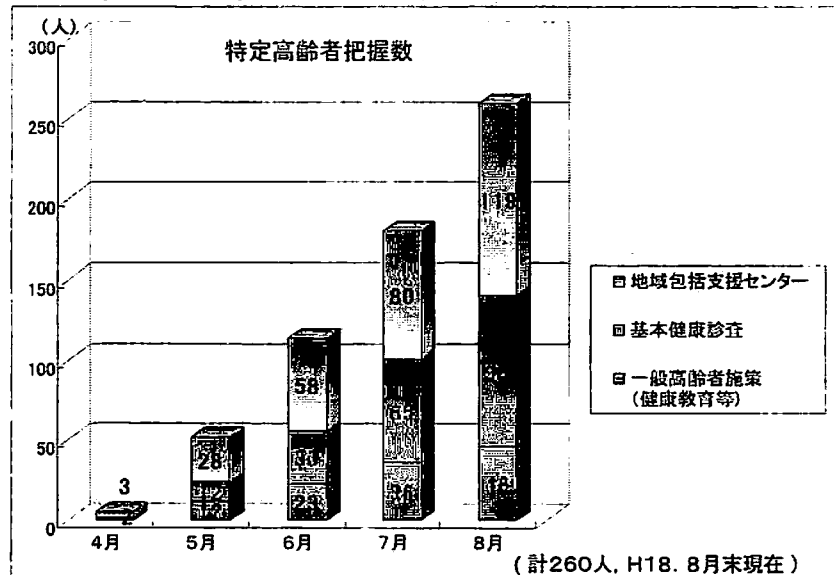
特定高齢者把握数



(計260人, H18.8月末現在)

⇒ 次第に伸びてきている

## 特定高齢者把握の状況—把握数(累積)



➡ 8月末までに合計260人把握(高齢者人口の0.3%)

## 特定高齢者候補者数・決定者数

(H18.9.26現在)

	地域包括支援センター	基本健康診査	一般高齢者施策(健康教育等)	非該当	計	高齢者人口に対する割合
基本チェックリスト実施者数(a) (注)	216	5240	2085	31	7572	9.5%
特定高齢者候補者数(b)	121	113	46	3	283	0.4%
b/a	56.0%	2.2%	2.2%	9.7%	3.7%	—
特定高齢者決定者数(c)	121 (70.3%)	33 (19.2%)	16 (9.3%)	2 (1.2%)	172 (100.0%)	0.2%
c/b	100%	29.2%	34.8%	66.7%	60.8%	—

(注) 参考値。実施者が若干名含まれている可能性がある。



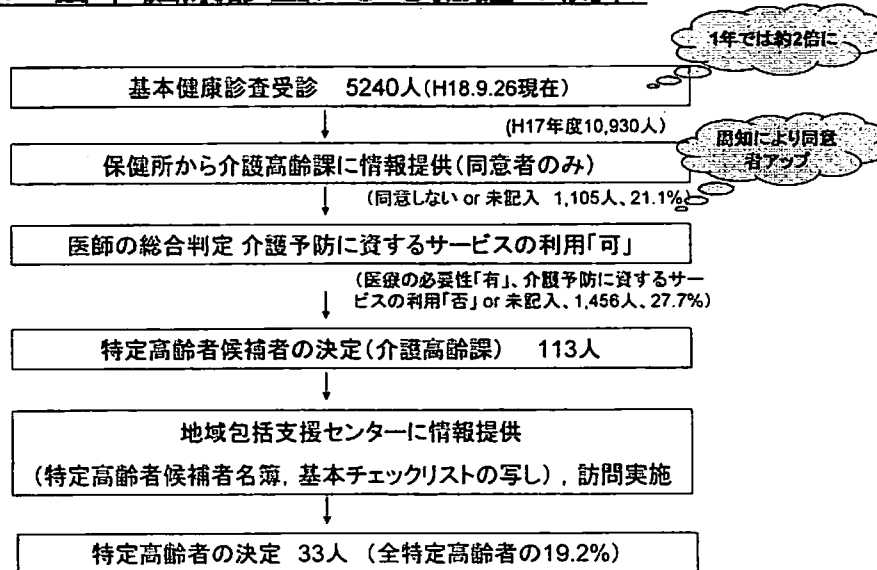
# 特定高齢者把握の流れ

## 1 基本健康診査 ⇒ 特定高齢者 33人(全特定高齢者の19.2%)

- 基本健康診査:市内の医療機関172か所に委託(通年)  
受診数 5,240人 (H17受診者 10,930人)
- 特定高齢者候補者113人 / 受診者数5,240人 (2.2%)
- 個人情報保護のため、基本健康診査時の生活機能評価(基本チェックリスト)に、情報提供の同意欄を設定  
情報提供について:「同意しない」or「未記入」  
1,105人(受診者の21.1%)  
⇒ 介護予防事業への意識を高める市民へのPR
- 医師の総合判定<医療の必要性>  
介護予防に資するサービスの利用「否」or「未記入」  
1,456人(受診者の27.8%)  
⇒ 関係機関への周知徹底

(H18.9.26現在)

## 1 基本健康診査による把握の流れ



## 特定高齢者把握の流れ

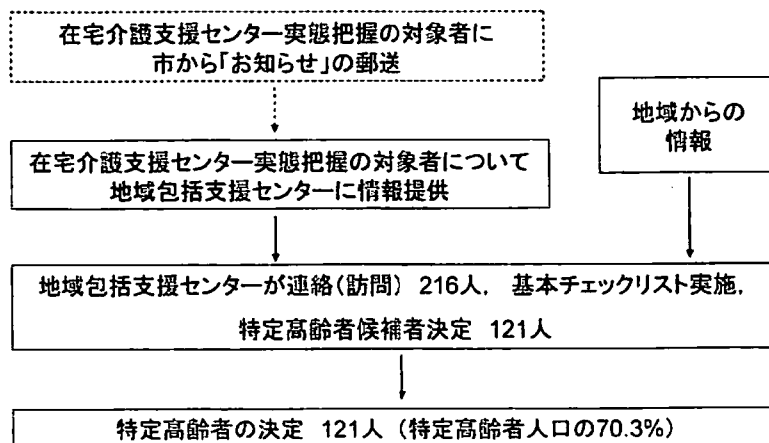
### 2 地域包括支援センターによる把握

- 特定高齢者になる可能性のある者のリストに基づき実態把握を実施
- 地域からの情報をもとに地域包括支援センターが訪問し、基本チェックリストを実施

⇒ 地域包括支援センターによる訪問 216人  
うち、特定高齢者 121人(全特定高齢者の70.3%)

(H18.9.26現在)

### 2 地域包括支援センターによる訪問



## 特定高齢者把握の流れ

### 3 一般高齢者施策(介護予防普及啓発事業)

⇒ 特定高齢者 16人

(全特定高齢者の9.3%、事業利用者2,085人の2.2%)

- 健康教育: 老人クラブ, 公民館活動(百寿大学, 婦人学級等), 町内会, 地区社協, 市民委員会, 自主グループからの依頼により実施

- 健康相談: 市内9圏域17か所において, 高齢者を対象に年84回実施予定

健康教育実施回数 72回 利用者数延べ 1,831人

健康相談実施回数 44回 利用者数延べ 254人

(H18.9.26現在)

### 3 一般高齢者施策(介護予防普及啓発事業)

健康教育・健康相談時に基本チェックリストを実施 2085人 (注)

↓ (健康教育実施回数 72回 利用者数延べ 1,831人)  
(健康相談実施回数 44回 利用者数延べ 254人)

特定高齢者候補者の決定 46人

↓  
介護高齢課保健師が本人へ連絡, 地域包括支援センターに情報提供  
(特定高齢者候補者名簿, 特定高齢者候補者連絡票,  
基本チェックリストの写し)

↓  
地域包括支援センターが訪問

↓  
特定高齢者の決定 16人 (全特定高齢者の9.3%)

(注) 参考値。未実施者が若干名含まれている可能性がある。

## 特定高齢者把握の流れ

### 4 介護認定非該当者

⇒ 特定高齢者2人（全特定高齢者の1.2%）

- 個人情報保護のため、介護認定申請書に情報提供の同意欄を設定
- 介護認定申請書において、介護予防事業担当者への情報提供の同意が得られる割合が低い  
同意あり31人／非該当者131人(23.7%)

⇒ 介護予防事業への意識を高める市民へのPR

(H18.9.26現在)

### 4 介護認定非該当者

認定申請時に窓口や地域包括支援センターで  
特定高齢者施策について説明

非該当者情報の提供(同意者のみ) 31人

介護高齢課保健師が本人へ連絡し基本チェックリスト実施、地域包括支援センターに情報提供(特定高齢者候補者名簿、特定高齢者候補者連絡票、基本チェックリストの写し)

地域包括支援センターが訪問実施、特定高齢者候補者決定 3人

特定高齢者の決定 2人(特定高齢者人口の1.2%)

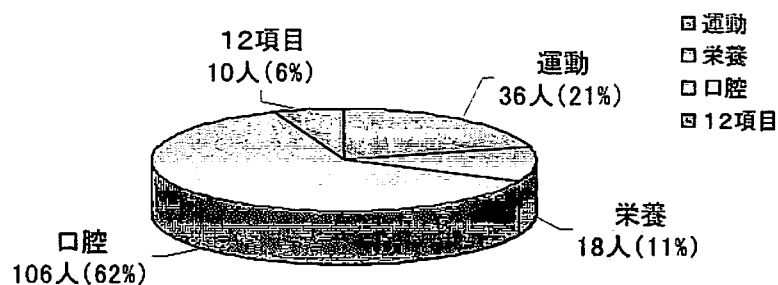
## 事業利用者数

(H18.9.26現在)

	地域包括 支援 センター	基本 健康診査	一般高齢者施策 (健康教育等)	非該当	計
特定高齢者決定者数(c)	121 (70.3%)	33 (19.2%)	16 (9.3%)	2 (1.2%)	172 (100.0%)
c/b	100%	29.2%	34.8%	66.7%	60.8%
通所型介護予防事業 利用者(d)	22	12	12	1	47
d/c	18.2%	36.4%	75%	50%	27.3%
訪問型介護予防事業 利用者(e)	3	0	0	0	3
e/c	2.5%	0%	0%	0%	1.7%

## 特定高齢者候補者把握状況

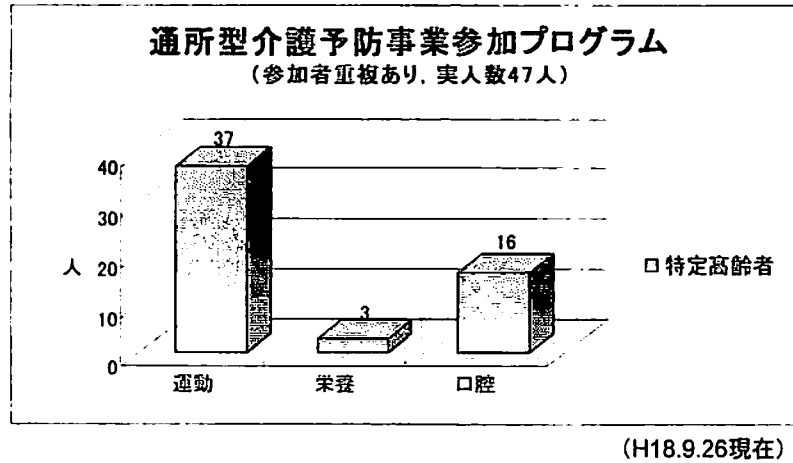
基本チェックリスト判定項目内訳(延人数)  
(基本健康診査、一般高齢者施策(健康教育等)事業分)



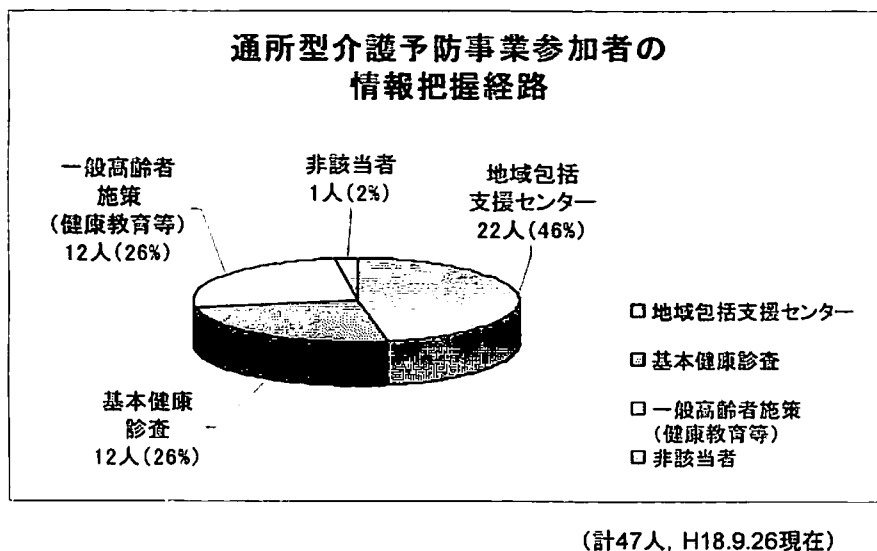
(実人数159人、延人数170人、H18.9.26現在)

⇒ 口腔機能に問題がある者が最も多いが、サービスにつながりにくい

## 通所型介護予防事業参加者の状況



## 通所型介護予防事業参加者の状況



## 一般高齢者施策について

一般高齢者における特定高齢者に近い水際の者への  
介護予防事業が不足

一般高齢者の中で、極めて特定高齢者に近い者  
「特定高齢者に準ずる者」  
に集団的な通所プログラムを実施し、介護予防を推進する

\*あくまでも一般高齢者のため、地域包括支援センターによるケアプランの作成は行わず、一般高齢者施策における通所プログラム等の情報提供を行う。

特定高齢者把握の呼び水効果

介護予防事業の効果を実感した高齢者からの  
「口コミ情報」が徐々に特定高齢者把握につながる

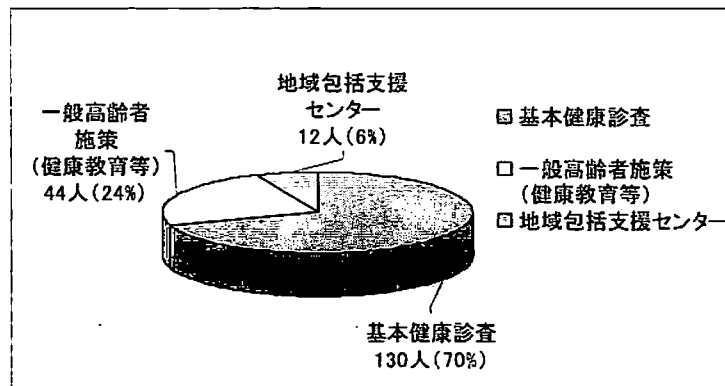
○うつ予防・支援関係の項目を除く1~20項目のうち、11項目該当する者

○運動器の機能向上いずれか4項目に該当する者

○栄養改善いずれか1項目に該当し、かつ口腔機能の向上いずれか2項目に該当する者

## 一般高齢者施策について

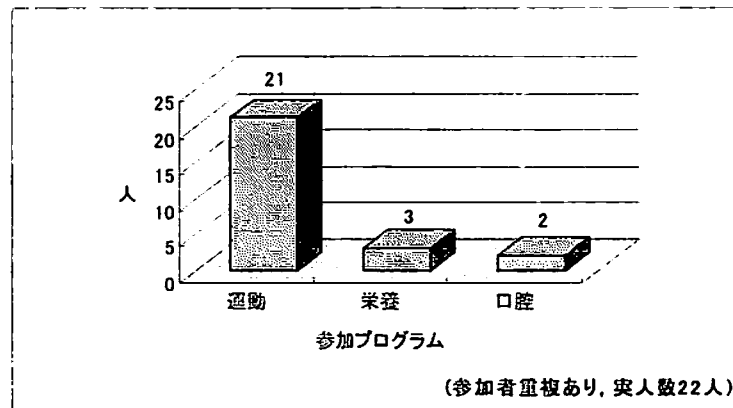
特定高齢者に近い水際の者「特定高齢者に準ずる者」の  
情報経路



(計186人, H18.9.26現在)

## 一般高齢者施策について

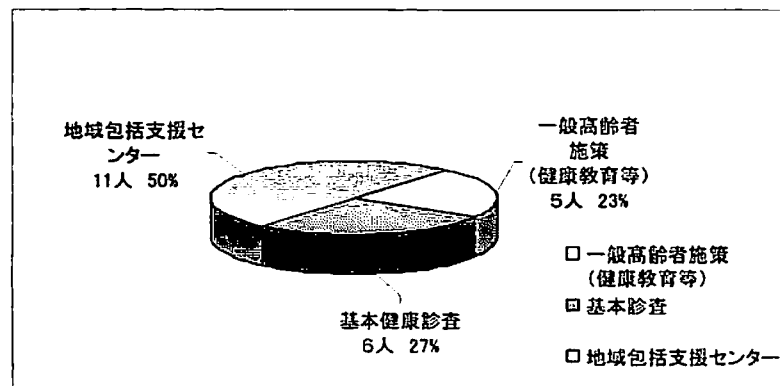
特定高齢者に近い水際の者「特定高齢者に準ずる者」の  
通所プログラム参加状況



(H18.9.26現在)

## 一般高齢者施策について

通所プログラムに参加している  
特定高齢者に近い水際の者「特定高齢者に準ずる者」の  
情報経路



計22人 (H18.9.26現在)



## 特定高齢者把握から介護予防へ

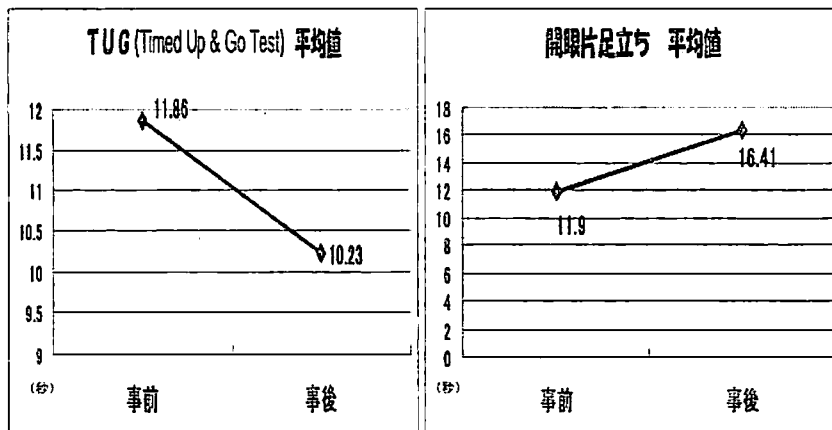


### 特定高齢者施策の必要性

- 対象者の笑顔, 生活の質の向上
- 水際での状態改善

## 介護予防事業実施効果

運動プログラム(参加者中22名のデータより)



## 特定高齢者把握について

4月から特定高齢者把握を実施して・・・

⇒ 課題・問題点

- 潜在的な特定高齢者の発掘が不十分
- 地域からの情報提供が少ない
- 医師、医療機関への介護予防事業に対する周知・説明等が不十分
- 認定審査や一般高齢者施策との連動が不十分

## 今後の目標・事業の方向性①

- 市民・地域・関係機関への周知・徹底  
～介護予防の効果を多くの人に知ってもらう
- 認定審査との連動
- 医師会、歯科医師会との連携
- 地域包括支援センターとの協働
- 一般高齢者施策の充実

## 今後の目標・事業の方向性②

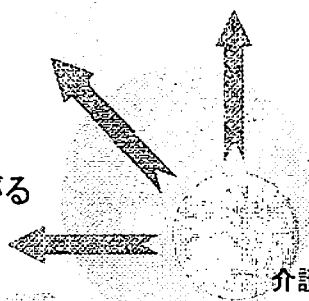
- 高齢者パワーの活用 (ゆきだるま式)
- 介護予防意識の広がり



介護予防に関心のない高齢者

「口コミ情報」が徐々に  
特定高齢者把握につながる

「しかけ」としての  
一般高齢者施策



介護予防事業の効果を  
実感した高齢者



ペンギンの散歩

9 「地域包括支援ネットワークの構築について」(石川県金沢市)

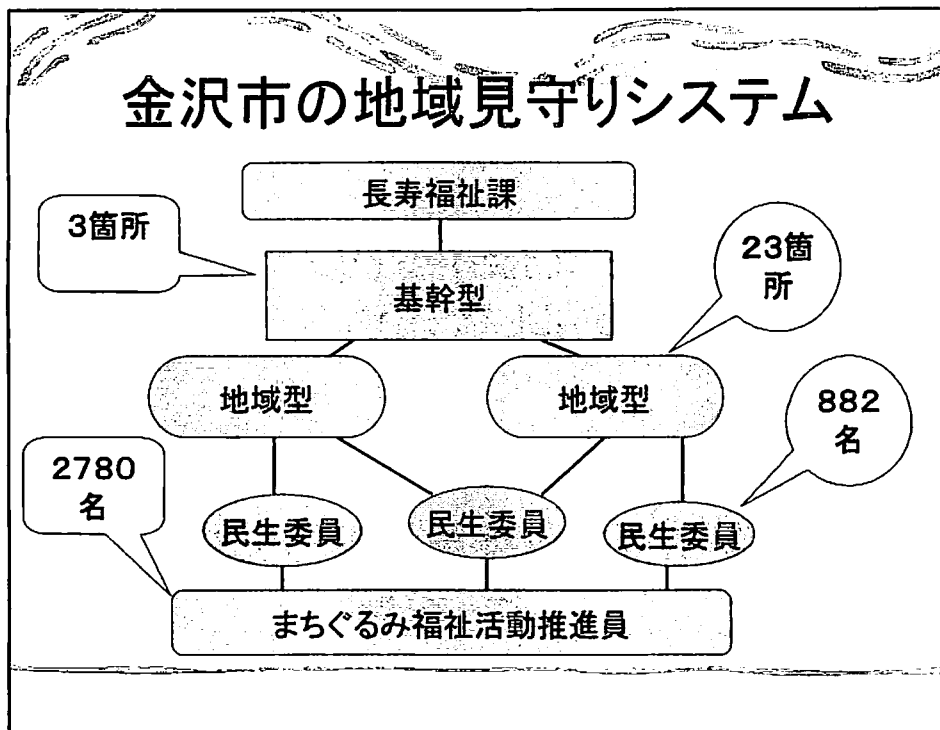
## 地域包括支援ネットワークの 構築について

金沢市福祉健康局長寿福祉課  
堂 田 俊 樹

## 金沢市の背景

- ✔ 人口45万、65歳以上高齢者8万人
- ✔ 高齢化率18%、要援護高齢者3万人
- ✔ 善隣館の歴史(授産、施療、託児から高齢者福祉へ)
- ✔ それらを支える民生委員と町ぐるみ福祉活動推進員の人財
- ✔ 平成11年3月23箇所の在宅介護支援センター設置

## 金沢市の地域見守りシステム



## 高齢者地域福祉ネットワークの構築

強固な民生委員活動と在宅介護支援センター活動を有効に協働することができるか



苦情の続出



信頼できない

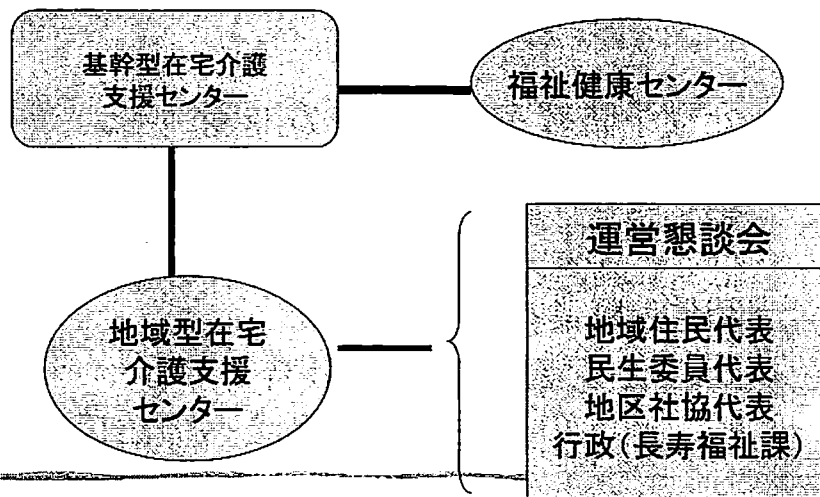
## 高齢者地域福祉ネットワークの構築

### 信頼できない原因



- ・民間法人であり、営業活動とみえること
- ・地域性を理解していないこと
- ・顔が見えないこと
- ・話がわかりづらいこと

## 運営懇談会の設置



## 運営懇談会の設置

- ✓ 地域の福祉課題について、地域住民側が説明する
- ✓ 地域型在宅介護支援センターが何をしているか運営の説明責任を果たす
- ✓ 事務局は地域型在宅介護支援センター
- ✓ 規約等は、両者で協働して作成する

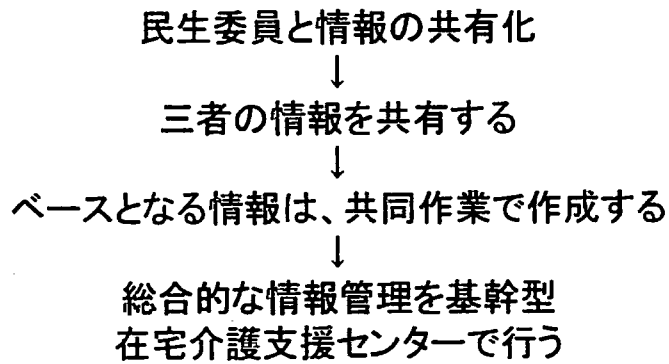
## 高齢者地域福祉ネットワークの構築

住民に顔を見せる

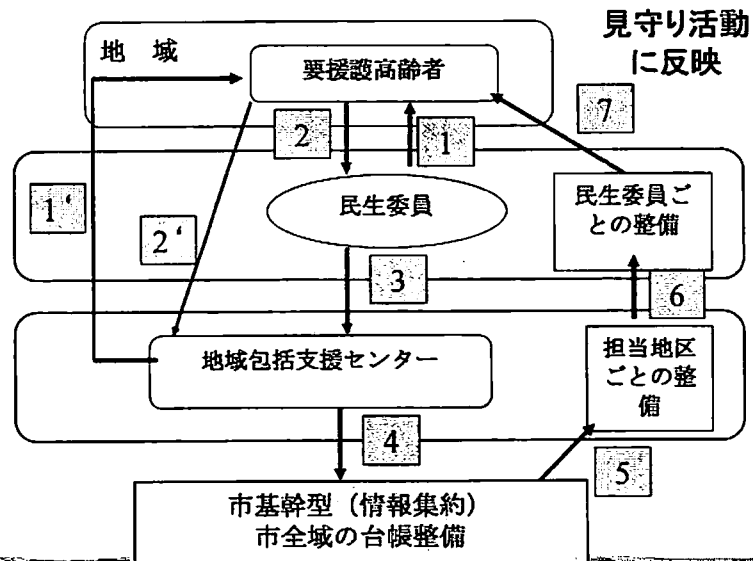
- ✓ 介護予防教室の地域での展開
- ✓ 地域サロン(生きがいデイ)が各地区公民館や自宅、集会所でボランティアの力を借りて運営されている。介護予防教室の開催と事業への協力
- ✓ 緊急通報装置の第3通報先とする
- ✓ 担当地区の民生委員定例会への出席

## 高齢者地域福祉ネットワークの構築

身近な情報量の差



## 情報の共有化





## 情報の共有化

- 年1回の要援護高齢者台帳調査(更新調査)
- 民生委員による面接聞き取り調査(同意要)
- 地域包括支援センター同行調査
- 調査票は地域包括支援センターで地域ごとに集計
- 基幹型へ(全市の要援護高齢者台帳として整備)
- 紙ベースで、包括と民協へ提供

## 情報の共有化

- 3万件の台帳を整備
- 3年毎の一斉調査
- 包括は住所地ごとに整備



一次情報は行政・包括・民生委員の3者で共有

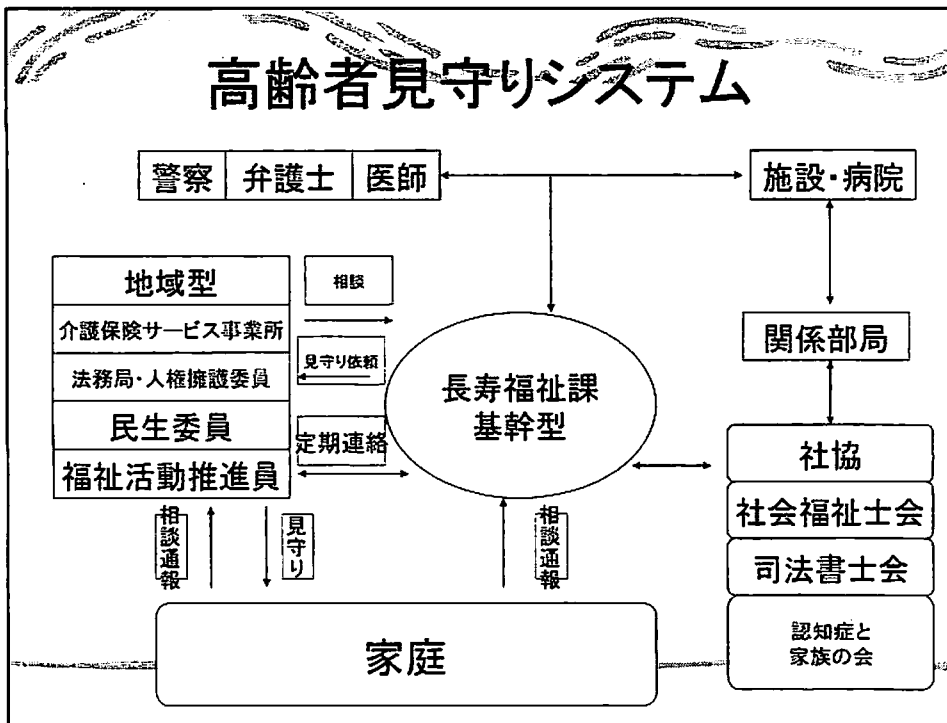
## 情報の共有化による効果

- 介入事例へのスピードアップ
- 地域性への理解



地区地域福祉計画作成への参加

## 高齢者見守りシステム



## 情報共有の効果

- ①通報から介入までの情報取得によるスピード化
- ②第一次情報の一元化による地域福祉の担い手と地域包括支援センター間のネットワーク化
- ③地域包括支援センターによる「福祉情報」をもとにした更なるネットワークの構築

## ネットワーク化のしかけ

自分たちの地域には、  
どのような社会資源があるか？

- ☞ 民生委員
- ☞ 介護保険サービス事業所
- ☞ 婦人会
- ☞ コンビニや薬局、近隣の商店街
- ☞ NPOや市民団体等

## ネットワーク化のしかけ

作る、構築するしかない

- ✔ 社会福祉協議会を活用する
- ✔ 町内会を活用する
- ✔ 日中の町並みを観察する

## まとめ

- 地域の福祉システムの設計以前に、分析が必要
- 地域福祉のネットワークを構築するには、地域の福祉の担い手に説明責任をはたすしかけが必要
- ネットワーク化の作業の中に、協働作業を必ず組み込む
- ネットワークの構築には、地域・地域包括・行政が情報を共有できる機能が必要