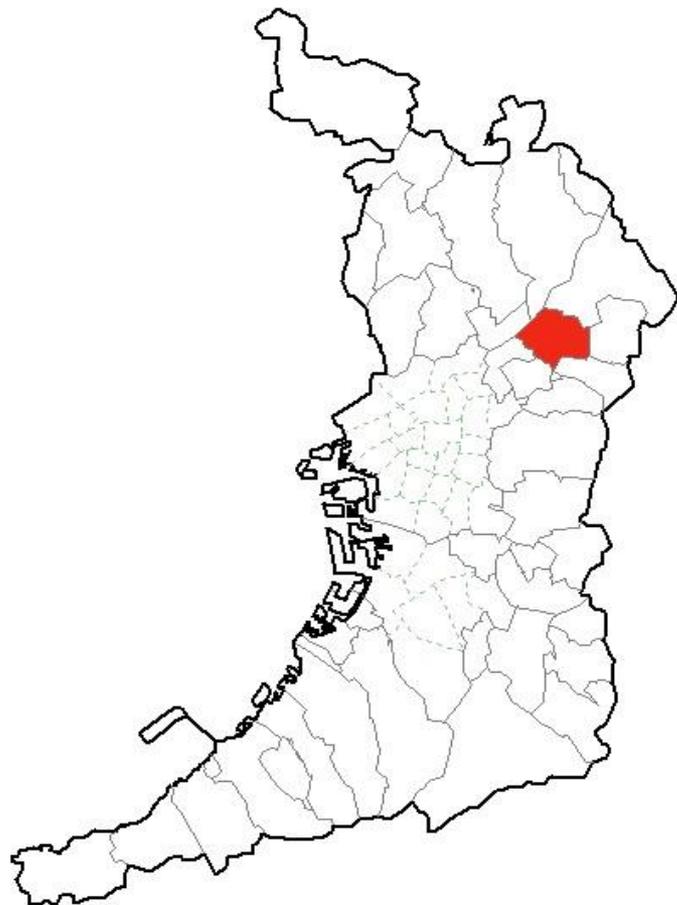


大阪府寝屋川市における 短期集中サービスを中心とした取組

～ 平成31年度実施予定 ～



平成31年 3月20日(水)

3月25日(月)

寝屋川市 福祉部 高齢介護室

瀬戸 健太

寝屋川市 福祉部 機構及び主な事務（平成30年度）

部	課（室）	主な事務
福祉部	福祉総務課	保健福祉センター等施設管理、地域福祉計画、団体(民生委員・遺族会)事務局、社会福祉協議会連絡調整、事業者指定指導等
	保護課	生活保護、生活困窮者自立支援、ホームレスの自立支援 等
	高齢介護室 (計44人短期間アルバイト職員除く)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 室長兼課長 1人 ・ 地域支援担当12人（副係長1人、担当者11人） 事務内容：地域支援事業、高齢者福祉事業 ・ 在宅医療介護連携担当 4人（専任課長1人、担当者3人） ・ 総務担当 4人（係長1人、担当者3人） 事務内容：庶務、介護保険事業計画、団体(老人クラブ 連合会・シルバー人材センター)連絡調整 ○ 介護保険事務担当課長 1人 ・ 給付担当 6人（係長1人、担当者5人） ・ 指定担当 2人（給付担当係長兼務、担当者2人） ・ 認定担当10人（給付担当係長兼務、担当者10人、他調査員） ・ 賦課徴収担当 4人（副係長1人、担当者3人）
	障害福祉課	障害者総合支援事業、障害福祉センター管理等

寝屋川市の現状(平成30年4月1日現在)

面積	24.73平方km	日常生活圏域	6 圏域	
人口	231,991人	地域包括支援センター数	12か所 (圏域ごとに2か所)	
世帯数	109,354世帯	自治会	団体数	200団体
人口密度	9,381人/平方km		加入率	88.1%(96,373世帯)
保育所・園	41保育所・園 (公立7+私立34)	老人クラブ	団体数	128団体
幼稚園	13幼稚園 (公立5+私立8)		会員数	9,670人
小学校	25小学校 (公立24+私立1)	ボランティアセンター	団体数	53団体
中学校	14中学校 (公立12+私立2)		登録者数	団体会員1,139人 個人登録者41人
		NPO法人数		68法人

寝屋川市将来推計(寝屋川市高齢者保健福祉計画(2018～2020)参照)

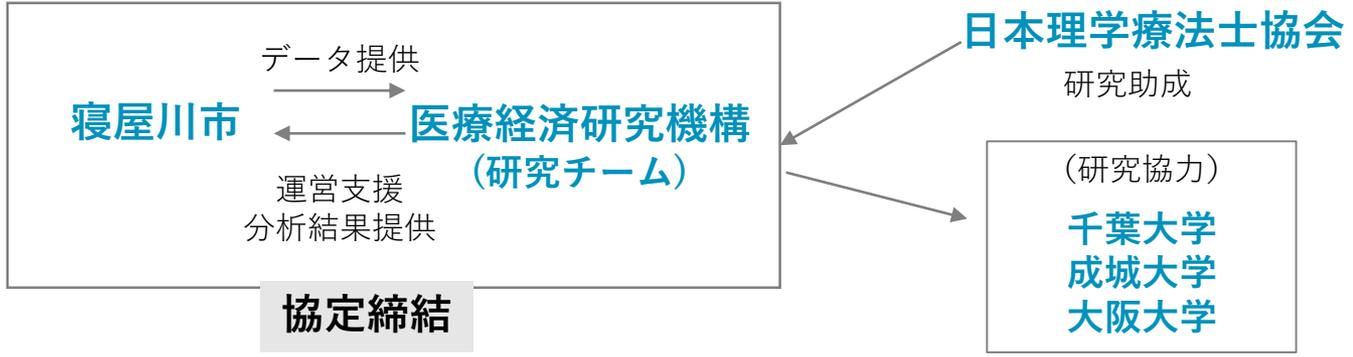
	H30	H31	H32	H37
総人口	234,536人	232,737人	230,823人	219,354人
65歳以上 (%)	68,259人 (29.1%)	68,526人 (29.4%)	68,491人 (29.7%)	66,521人 (30.3%)
75歳以上 (65歳以上のうち%)	33,014人 (48.4%)	34,785人 (50.8%)	35,515人 (51.9%)	41,954人 (63.1%)
要支援認定者数 ①	3,540人	3,477人	3,386人	3,634人
要介護認定者数 ②	8,830人	9,265人	9,667人	11,801人
要支援(要介護) 認定者数①+②	12,370人	12,742人	13,053人	15,435人
認定率	18.1%	18.6%	19.1%	23.2%

寝屋川市における総合事業のサービス類型（平成29年度～）

●介護予防・生活支援サービス事業

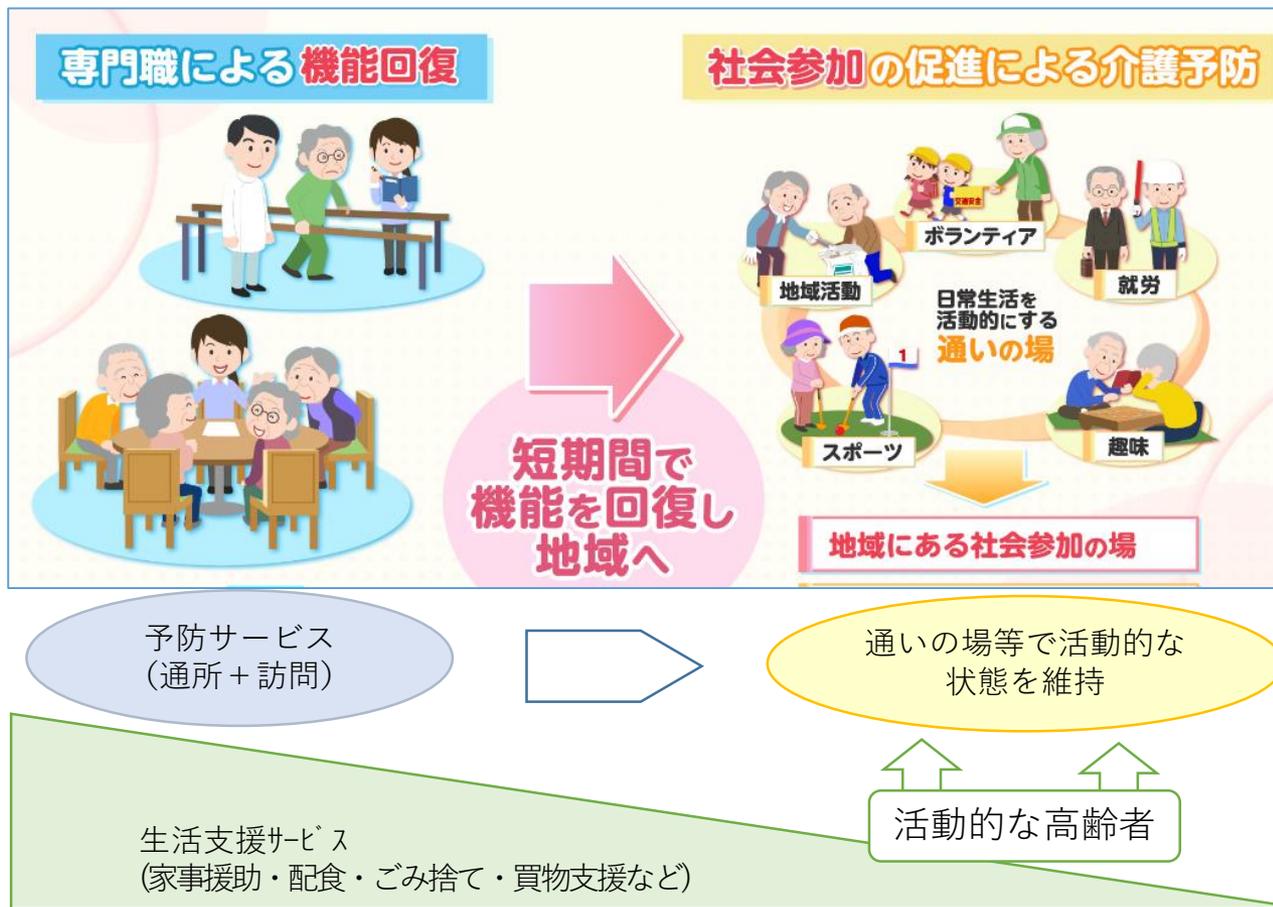
	類型	内容	利用者負担額 (目安)
訪問型サービス	現行相当	介護福祉士等の有資格者による身体介護を含むサービス	月額約1,266円 (週1回、1割負担時)
	A 基準緩和	在宅支援員（市の研修修了者）等による生活援助サービス	月額約922円 (週1回、1割負担時)
	B 有償活動員による支援	有償活動員（NPO等）による生活援助サービス	団体が設定する額 (800円/時間)
通所型サービス	現行相当	介護福祉士、看護師等の有資格者による健康管理、運動器機能向上等を図るサービス	月額約1,736円 (週1回、1割負担時)
	A 基準緩和	閉じこもり予防のための従事者要件を緩和したサービス	月額約1,213円 (週1回、1割負担時)
	C 短期集中	約3か月の短期間・集中的に運動器機能、口腔器機能の向上、栄養改善等を図るサービス	1回約395円 (週1回、1割負担時)

寝屋川市では、平成30年度に短期集中通所サービスを中心としたモデル事業を実施しました。

<p>概要</p>	<p>研究参加に同意してくれた要支援者を2つのグループに分け、短期集中通所サービスの効果を測る調査研究を研究チームが実施。</p> <p>A群・介入群 短期集中通所サービスを利用するグループ B群・対照群 (同上) 利用しないグループ</p>
<p>実施主体等</p>	<p>【研究代表者】 (一財)医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 研究総務部次長 服部 真治 氏</p> 
<p>研究対象者数</p>	<p>要支援者421人 (A群・介入群211人、B群・対象群210人)</p>
<p>期待する効果</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービス未利用状態(卒業)の維持 ・その他 (機能・主観的健康観等の向上、費用対効果)

要支援者等の自立支援の考え方

要支援者等に対し、一定期間の予防サービスの介入により、元の生活に戻す（又は可能な限り元の生活に近づける）ことを目指す。買い物などの日常的な外出を促進。活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。



自分で行うことが増えるにつれて、生活支援サービスの量が必要最小限に変化

出典)

上段の図：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」、平成28年度厚生労働省老人保健増進等事業

下段の図：厚生労働省資料の一部改変

地域包括支援センター職員向け研修会

目的：自立支援型地域ケア会議の司会者ができるようにする

内容：和光・大分で展開されている内容を軸に展開

ICF、アセスメント、模擬ケア会議など

回数：6圏域(1圏域に2包括)×6回

+まとめ 計37回

平成28年5月
～平成29年3月



ケアマネジャー・デイサービス・訪問介護職員向け自立支援セミナー

第1回



第2回



平成28年8月～10月

模擬会議

第3回



寝屋川市内のリハビリ専門職向けセミナー

平成28年5月
～平成29年3月



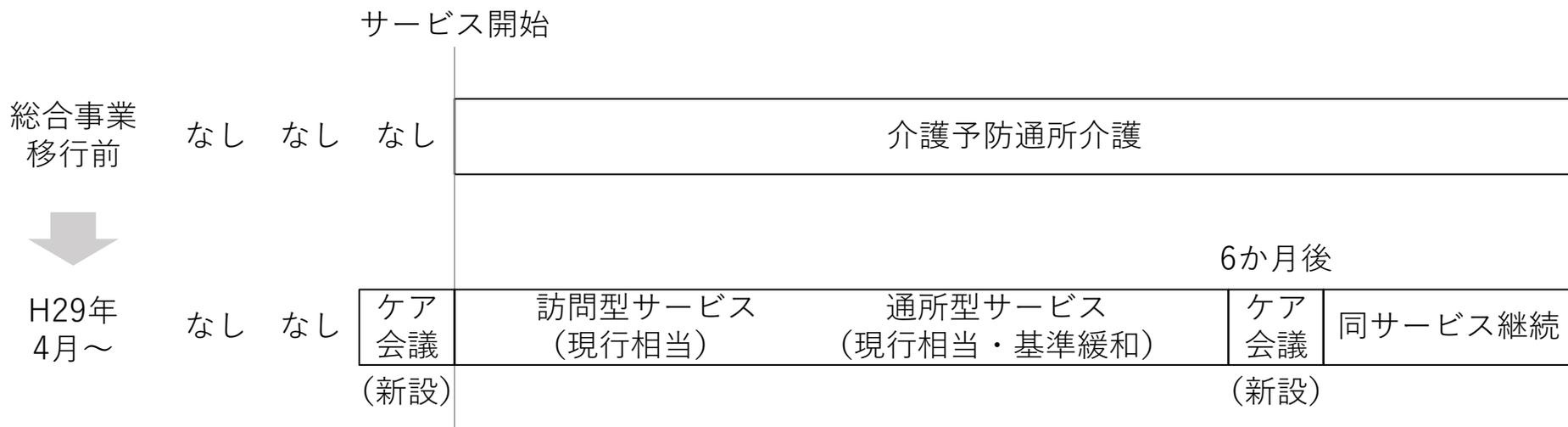
計26回 繰り返し会合をもつ中で、



寝屋川市リハビリテーション連絡会
(市内で活動する専門職の自主活動組織)

発足！！

寝屋川市総合事業の構築過程



自立支援型地域ケア会議

目的	利用者本人の自立支援に資するケアマネジメント内容の検討
出席者	<ul style="list-style-type: none"> ① 地域包括支援センター職員 (進行担当) ② 地域包括支援センター職員 (保健師・看護師) ③ 市が依頼する理学療法士又は作業療法士 (アドバイザー) ④ 対象となるプランの担当ケアマネジャー ⑤ 通所型サービス (短期集中) 事業所担当者 ※ 通所型サービス (短期集中) 利用時のみ ⑥ 市高齢介護室職員 (事務局)

【課題】

地域ケア会議により、専門家助言による自立支援に資する「ケアプランの検証」はできることとなったが、その後のサービス事業所における自立支援の実践へとつなげられていない。

寝屋川市総合事業の構築過程

H29年 4月～	なし	なし	サービス開始				6か月後	
			ケア 会議 (新設)	訪問型サービス (現行相当)	通所型サービス (現行相当・基準緩和)	ケア 会議 (新設)	同サービス継続	

【課題】

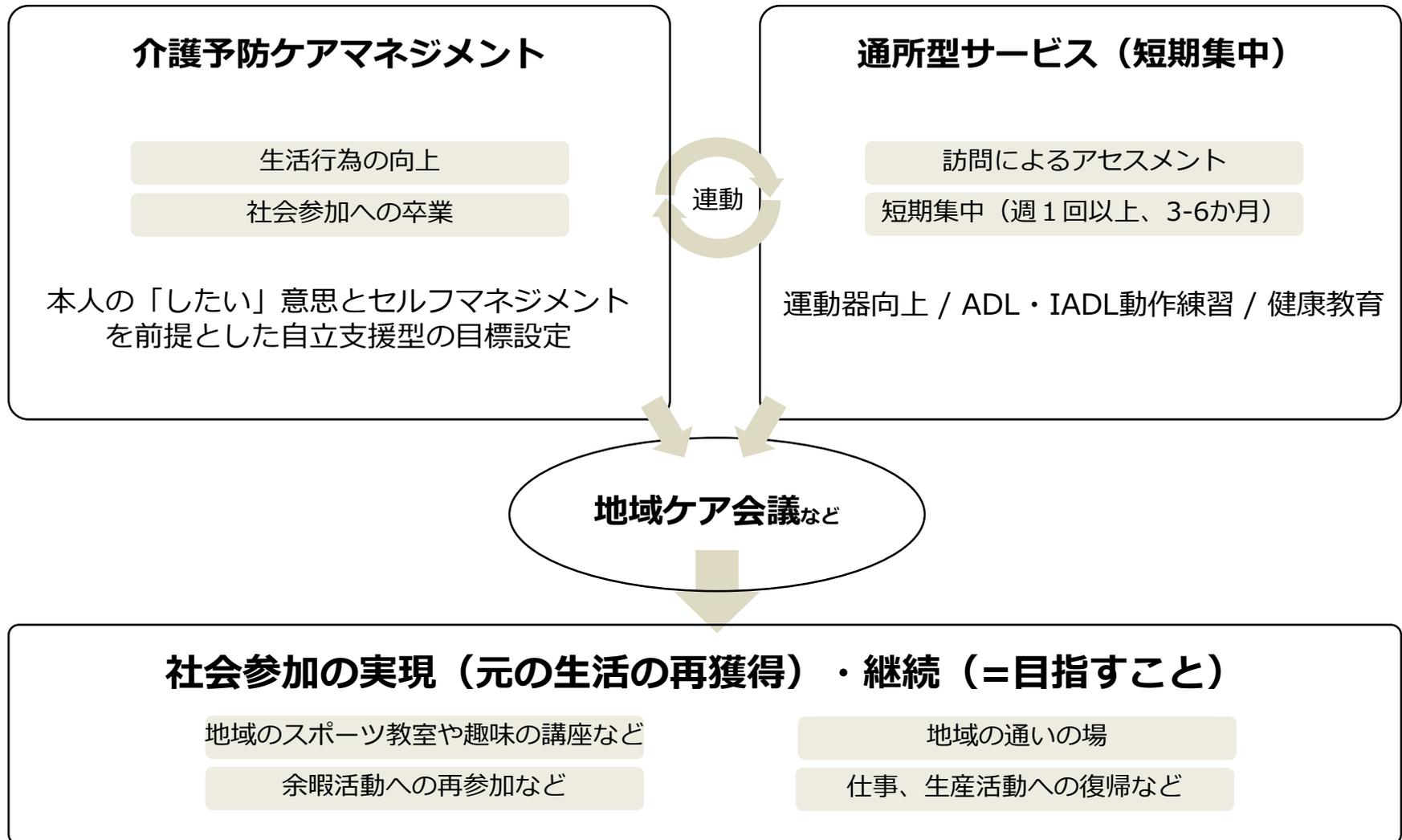
地域ケア会議により、専門家助言による自立支援に資する「ケアプランの検証」はできることとなったが、その後のサービス事業所における自立支援の実践へとつなげられていない。



H30年 モデル事業	3か月後							元の生活、社会参加の継続
	訪問 アセスメント (新設)	通所 測定 (新設)	ケア 会議 (変更)	通所型サービス (短期集中) (運用開始)	測定 (新設)	ケア 会議 (変更)	社会 参加 (新設)	

- ・原則として全ての新規要支援者が通所型サービス(短期集中)を利用
⇒ 利用せずに現行相当サービスを利用する場合、加算算定不可
- ・リハビリテーション専門職の訪問によるアセスメント
- ・短期集中事業所での機能測定 (経時的変化の把握)
- ・自立支援型地域ケア会議は多職種の見点で検討の場 ⇒ 支援者の共有の場
- ・社会参加は短期集中プログラムの最終回で振り返り・卒業後のアドバイス

寝屋川市が取り組む地域づくり



短期集中通所サービスの内容(プログラム)

- 運動器機能向上プログラム
- 栄養改善プログラム
- 口腔器機能向上プログラム

短期集中通所サービスの中で利用者の社会参加による手に入れた生活、又は元の生活の再獲得のためにもっとも重要視したこと

セルフマネジメント

自分の生活(機能)に対して不安 < 自信をもてるような関わり

- 利用者が**自分自身に興味**を持つように！
- 自分の可能性に**「気づいてもらう」**

口腔アプローチ

大阪府歯科衛生士会の協力



<アプローチ風景>

口腔の状態チェックシート
No.1
氏名 森熊 玲子
第1回 4月/日
あなたはいつ歯をみますか?
□朝 □昼(食後) □夜(夕食前) □食後 □寝る前
該当ではまる項目にチェックを入れてください。

課題
お口の清掃
かむ力
飲み込み
唾液

アセスメント
No.2
リ・エブメント
難易度
両方 □右 □左
□前 □上 □下 □左 □右
10秒 22回 (10日10分)
舌苔 □なし □少し □多量
義歯 □なし □あり(□上 □下) □不使用
セルフマネジメント=本人に家で行ってもらうこと

具体的な内容	その理由
3. 口の悪い(歯) 10日10分 清掃	口の悪い(歯) 清掃の為に 清掃の為に清掃
2. 口の悪い(歯) 10日10分 清掃	口の悪い(歯) 清掃の為に 清掃の為に清掃

セルフマネジメント=本人に家で行ってもらうこと
具体的な内容とその理由
1. 歯磨き 歯磨きの為に 歯磨きの為に歯磨き
2. 歯磨き 歯磨きの為に 歯磨きの為に歯磨き
3. 口の悪い(歯) 10日10分 清掃 口の悪い(歯) 清掃の為に 清掃の為に清掃

(セルフマネジメントの視点をあらゆるところにデザイン)

Aさん…

ホームワークの体操を資料を使って簡単に行えるので達成感がある！
他のホームワークもやる気になった。

Mさん

歯磨きを毎日できたことを専門家が称賛してくれて
自信をもてた

Nさん…

口腔体操を行って言葉が出やすくなった

一つの自信が他の活動へつながる

専門職による何気ない日常のイイねは
利用者の大きな自信となる

専門家の的確なアセスメント
&プログラム提供

運動アプローチ



<Step1～Step3プログラム>

Step1 : 柔軟運動、自重トレーニング(強度小)、
バランストレーニング

Step2 : 柔軟運動、セラバンドトレーニング(強度中)、
バランストレーニング

Step3 : 柔軟運動、セラバンドトレーニング(強度大)、
バランストレーニング

Mさん…

タオルとかボールとかしか使わないから、自分で買えるし、家でもできるわね。

Iさん…

回数が多くて大変。自分のペースで少しずつ目安回数できるように、時間内に終わるように頑張っています。

Nさん、Oさん、Sさんペア…

分からないこともお互いに教えあって、3人で毎回頑張っています！

※利用者のトレーニングを常にアセスメントしておき、
ポイントで理学療法士が介入し助言・気づきを提供し行動変更を促す

自宅でもできるプログラム

STEP1でも筋肉痛続出

セルフマネジメント重視

利用者の声

- **掃除機ができる自信**がついて実際にできました
- 久しぶりに1人で**風呂に入れました**
- 庭や畑仕事で**重たい物の移動**ができるようになりました
- **階段の昇り降り**が楽に出来るようになりました
- 歩くのに自信がついて**3ヶ月ぶりに近所の果物屋**に行けました
- サービス開始1ヶ月で**2年ぶりに競馬場**に行けました
- 諦めていた**コーラスに参加**することが出来ました
- **自転車に乗る**ことが出来ました
- **半年ぶりに電車に乗って京橋**まで行けました
- **グランドゴルフ**で疲れにくくなって、少し**成績がよ**くなりました
- 自宅前の急な坂道を下って、**買い物に行ける**ようになりました
- **ヘルパーの利用なく自分で掃除**が出来ています

その結果… A群(介入群) 短期集中通所サービス終了後 (8月評価会議時点 プログラムを最後まで利用した人のみ)

	介護保険サービス終了		提案対象		継続		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
新規	8人	40.0%	2人	10.0%	10人	50.0%	20人
既存	18人	16.1%	29人	25.9%	65人	58.0%	112人
計	26人	19.7%	31人	23.5%	75人	56.8%	132人

※ 新規：短期集中通所サービス以外利用なし
 既存：短期集中通所サービス以外利用あり

モデル実施時 地域包括支援センター・ケアマネジャーへの依頼事項

平成30年

1月～3月	実証研究参加同意者の募集 (利用者への説明)
3月	対象者への事前訪問(興味関心チェックシート作成) + 訪問アセスメント(リハ専門職と同行訪問)
4月	自立支援型地域ケア会議への出席 (ケアプラン等書類作成)
6月	<ul style="list-style-type: none">・ 短期集中サービス事業所を毎月訪問し、利用者の状況を確認すること・ 必要に応じてケアプランを変更すること
8月	自立支援型地域ケア会議への出席 (ケアプラン等書類準備)

課題

・ 規範的統合

必要ではない、高齢者の生活機能が低下するようなサービスは終了することが高齢者にとって重要

従来	支援が必要 ⇒ 利用を継続して重度化予防
総合事業 (短期集中サービス)	従来の考え方（重度化予防）に加え、支援が必要 ⇒ 短期間・集中的な支援で 機能改善 ⇒ 介護保険サービスではない元の生活を継続 して介護予防

・ 機能改善後のセルフマネジメント支援

短期集中サービス利用中は自宅で自己管理で行っていた運動等を継続できるよう、モチベーションを維持することが重要

H30モデル実施を踏まえたH.31の運用

H30 モデル事業で把握した効果・課題等

アセスメントを目的に実施したリハビリテーション専門職による訪問指導のみで生活機能を向上させ、**介護保険サービスではない元の生活を再獲得**できる事例があった。

H.29～多職種の見点によるケアプランの質の向上を目的に自立支援型地域ケア会議を実施したが、より効果的な自立支援を進めるため、モデル実施で生活機能改善の効果があった**訪問指導における多職種連携に転換**。

評価のための自立支援型地域ケア会議については、事業者間連携に加えて保険者としての適正なサービス利用に係る実績把握・指導を行う場として活用するため継続して実施する。

通所型サービス(短期集中)のプログラムに生活機能向上に係る内容を追加し、通所リハビリテーションに近い取組(生活機能向上のための短期目標の設定、自己管理能力向上のための面談等)を求めることとなった。指定事業者の制限(新規申請受付休止)し、質を確保する。

介護保険サービスを終了するに当たり、支援を受けずに生活することに不安を抱く高齢者が多いことを把握。**専門職によるセルフマネジメント支援(ケアマネジャーによる関わりの継続)を一定期間行うことで、不安なく、自立生活を継続することができることとなる。**

H.31

訪問指導の創設
(地域リハビリテーション活動支援事業：報償費)

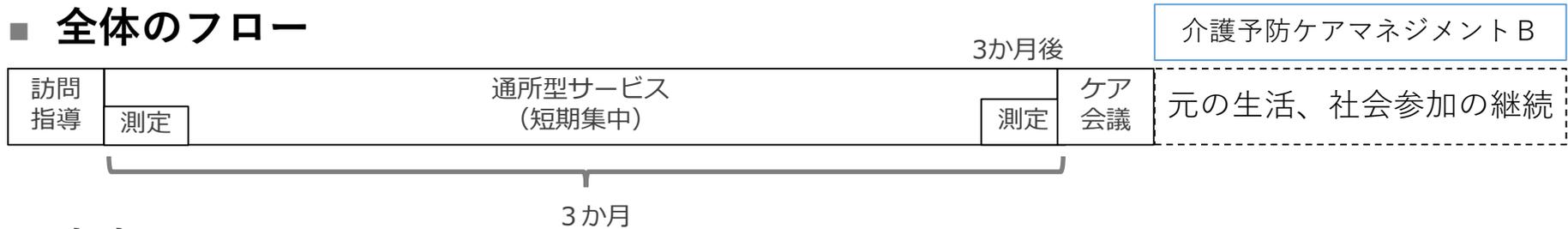
自立支援型地域ケア会議の縮小
(地域リハビリテーション活動支援事業：報償費)

通所型サービス(短期集中)プログラムの充実
(介護予防・生活支援サービス事業：負担金)

介護予防ケアマネジメント(セルフマネジメント支援)の創設
(介護予防・生活支援サービス事業：負担金)

H31 訪問指導・通所型サービス（短期集中）の内容

■ 全体のフロー



■ 内容

訪問指導	<p>リハビリテーション専門職がケアマネジャーと対象者の自宅を訪問し、ICFの視点でアセスメントを行い、生活課題、取り戻したい元の生活の把握、生活環境や道具の工夫の助言、実際の場での生活行為の指導を行う。</p> <p>※ I C F : 国際生活機能分類(International Classification of Functioning , disability and Health) 診断名ではなく、生活の中での困難さに焦点を当て、複数の要素（心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子）間の相互作用を重視して評価する生活機能と障害の分類の考え方</p>
通所型サービス (短期集中)	<p>① セルフマネジメントプログラム ② 運動器機能向上プログラム ③ 口腔器機能向上プログラム ④ 栄養改善プログラム ⑤ その他生活行為改善に効果的なプログラム</p> <p>● 利用前後（3か月間）の成果測定、介護保険サービス終了後の地域資源へのつなぎ</p>
自立支援型地域ケア会議(評価)	<p>地域包括支援センターが主体となり、ケアマネジャー、短期集中事業者、その他の介護事業者が集まり、サービス開始時に対象者と設定した元の生活を再獲得できたかについて判定会議を実施する。</p>
介護予防ケアマネジメント B	<p>訪問指導又は通所型サービス（短期集中）で生活機能が高まった高齢者の精神面(セルフマネジメント)をケアマネジャーが一定期間支援する。最長6か月間、訪問によりモニタリング(介護保険サービス未利用状態の支援)を行った月について介護報酬を請求できる（430単位）</p>

平成31年度運用（新規要支援者がまず利用するサービス）

	訪問指導 (地域リハビリテーション活動支援事業)	通所型サービス（短期集中） (介護予防・生活支援サービス事業)
実施者	<ul style="list-style-type: none"> ・担当ケアマネジャー ・寝屋川市リハビリテーション連絡会に所属するリハビリテーション専門職(理学療法士又は作業療法士) 	指定通所型サービス（短期集中）事業所
対象者	総合事業(訪問型・通所型)サービスを要する人	<ul style="list-style-type: none"> ・総合事業(訪問型・通所型)サービスを要する人 ・3要件【がん末期、認知症、難病】に非該当
内容	<p>担当ケアマネジャーとリハビリテーション専門職が要支援者宅に同行訪問</p> <p>①アセスメント</p> <p>②生活機能・環境に応じた指導、通所型サービス（短期集中）利用を前提とした目標設定</p> <p>※ 訪問指導により生活機能改善が見込まれる場合、4回を限度に実施（2回目以降はリハビリテーション専門職のみの訪問でも可）</p>	<p>ケアプランに基づき、週1回2時間約3か月間のプログラムを実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動器機能向上 ・口腔器機能向上 ・栄養改善 ・社会参加促進を含めたセルフマネジメント支援
一人当たり 利用回数等	4回まで (自己負担無料・給付管理対象外)	3か月 (自己負担無料・給付管理対象外) 生活機能向上が見込まれる人については、3か月延長可。ただし、延長分は自己負担1回1,000円。

介護予防ケアマネジメント（サービス利用）の流れ

要支援認定

介護予防ケアマネジメント（通常プラン）

訪問指導

ケアプラン原案作成

介護予防
ケアマ
ネジメ
ントB

ケアプラン原案作成

サービス担当者会議・ケアプラン作成

通所型サービス(短期集中)
3か月間

通所型サービス(短期集中)以外サービス

ケア会議
(評価会議)

介護保険
サービス
終了

介護保険
サービス
利用なし

介護予防
ケアマ
ネジメ
ントB

サービス担当者会議・ケアプラン作成

介護保険
サービス
終了

通所型サービス(短期集中)以外サービス

寝屋川市介護予防・日常生活支援総合事業

～ 平成31年度の運用変更等について ～

		H30	H31案
サービス 利用要件	通所 現行相当	3要件、その他、 経過措置(H29.3利用あり) ※その他の場合加算算定不可	3要件、その他 その他は訪問指導で検討 (包括によるプラン確認含む)
	訪問 現行相当	身体介護が必要	同
サービス提供期間		6か月（自立支援型地域ケア会議 における評価時期）	ケアプランに位置付けた目標の期間

3要件	末期がん	主治医意見書または医師に確認した記録	同
	難病	受給者証	受給者証、主治医意見書または医師に確認した記録
	認知症	Ⅲ a 以上	Ⅱ a 以上
その他	うつ等精神疾患	自立支援型地域ケア会議で検討	訪問指導で検討 (包括によるプラン確認含む)

平成31年度の寝屋川市の取組み

	今後の理想的な考え	今後の具体的取組
利用者・ 家族	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢になって機能が一時的に低下してもサービスを利用することで改善し、元の生活を再獲得・継続していく。 ・ 医療・介護の自己負担を軽減できる。保険料を抑制することができる。 ・ サービスを受け身で利用するのではなく、自己管理能力を高め、活動量を維持、増加することで介護予防効果を高める。 ・ 介護従事者が不足する中、専門性の高いサービスを要する人が利用できるよう、軽度者は多様な主体による支援を利用する。 ・ 地域の担い手として活動する人が増えることで、生活支援体制が整備され、より一層住みやすいまちになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>市民向け介護予防講座を開催</u>し、社会参加の促進、活動量の維持・増加が介護予防に効果的であることの周知啓発を行う。 ・ 介護サービスを終了し、専門職による関わりがなくなった後も活動量を維持、増加するために、<u>ケアマネジャーによるセルフマネジメント支援を一定期間実施</u>。 ・ <u>第2層生活支援コーディネーターを複数人配置</u>し、地域住民や民間事業者との連携を推進することで、生活支援体制を整備。
サービス 事業所	<p>機能改善の効果を高め、利用者に選ばれることで事業を安定して運営する。専門職の価値を高め、介護報酬による評価を得ることも必要。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 質の高い事業所が利用者から分かるように卒業人数の公表等を行う。 ・ <u>生産性向上研修を開催</u>し、介護人材確保が困難な状況について共有するとともに、効率的な事業運営を学ぶきっかけを提供する。

介護保険法に基づく地域支援事業の連携

社会参加の実現（元の生活の再獲得）・継続（＝目指すこと）

地域のスポーツ教室や趣味の講座など

余暇活動への再参加など

地域の通いの場

仕事、生産活動への復帰など

介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメント

訪問指導

通所型サービス（短期集中）

高齢者の

- ・介護予防意識醸成、自己管理能力の向上
- ・機能改善（運動、口腔、栄養）等による生活機能向上

機能改善後の
活動促進

地域支え合い推進事業

（生活支援体制整備事業）

地域支え合い推進員の配置
（生活支援コーディネーター）

高齢者の生活支援体制の整備

- ・民間事業者とのネットワーク構築
- ・担い手の養成、確保

高齢者の

- ・社会活動参加の場（通いの場）の設定
- ・介護保険外を含む生活支援サービスの充実