

寝屋川市総合事業の内容

令和4年3月22日
寝屋川市 福祉部 高齢介護室
瀬戸 健太

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

地域包括支援センター職員による初回訪問《介護保険サービスが必要と見込まれる場合》

訪問指導《ヘルパー・デイ・リハが必要と見込まれる場合》
(短期集中のみの場合は省略)

ケアプラン原案作成

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

ケア会議
(評価会議)

通所型サービス(短期集中)以外サービス

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)以外サービス

介護保険
サービス
終了

介護保険
サービス
終了

介護保険
サービス
利用なし

寝屋川市の現状(令和3年4月1日現在)

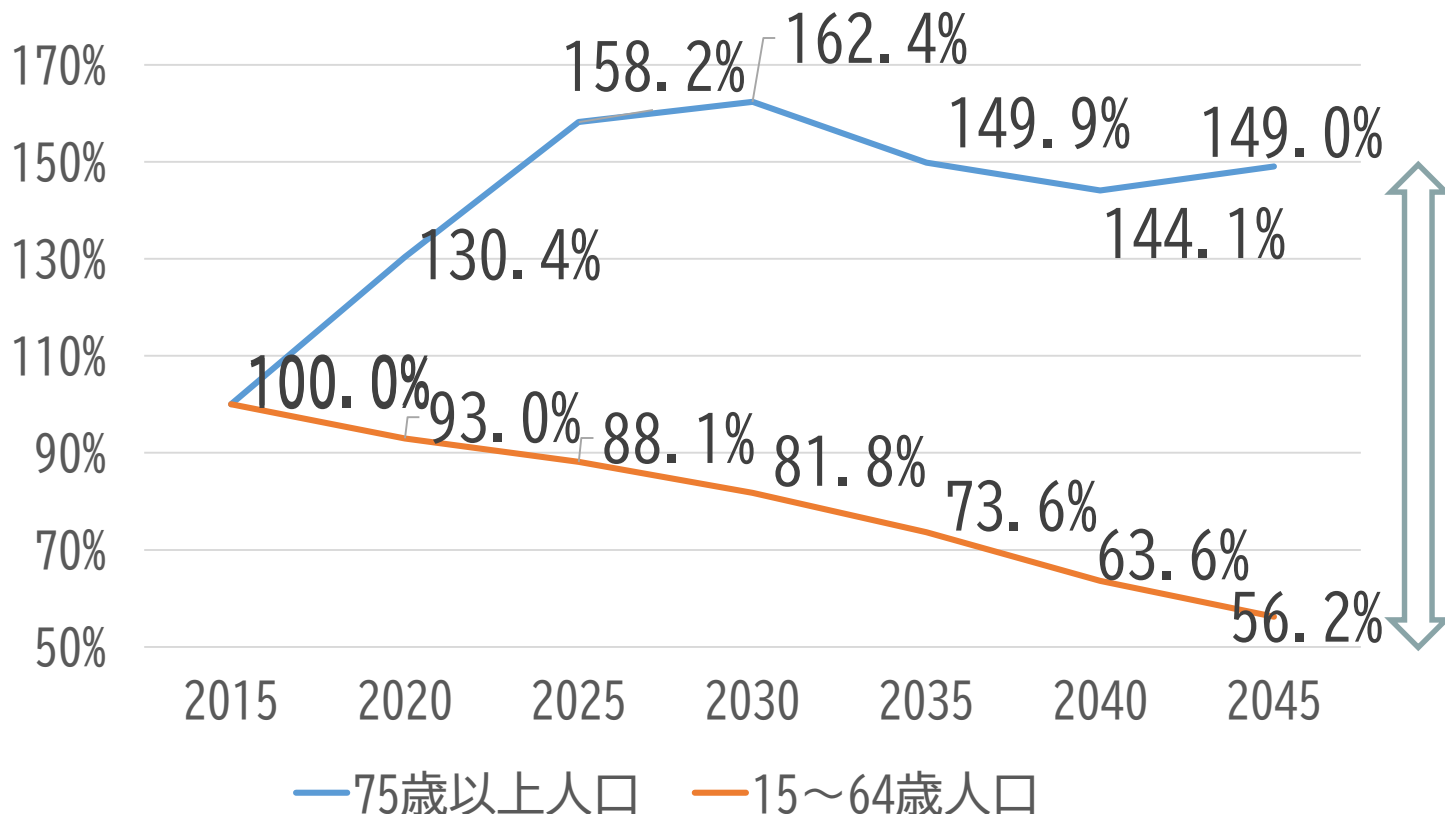
面積	24.73平方km	日常生活圏域	6 圏域
人口	229,654人	地域包括支援センター数	12か所 (圏域ごとに2か所)
(65歳以上)	68,940人 高齢化率30.0%	自治会 (R2.4.1現在)	団体数 200団体
世帯数	110,299世帯		加入率 86.3%
人口密度	9,287人/平方km	老人クラブ	団体数 117団体
保育所・園 (市認可のみ)	45保育所・園 (公立6+私立18+ 認定こども園21)		会員数 8,262人
幼稚園	9幼稚園 (公立4+私立5)	ボランティア アセンター (R2.4.1現在)	団体数 55団体
小学校	25小学校 (公立24+私立1)		登録者数 団体会員1,011人 個人登録者22人
中学校	14中学校 (公立12+私立2)	NPO法人数	75法人

寝屋川市将来推計(寝屋川市高齢者保健福祉計画(2021～2023)参照)

	R3	R4	R5	R7(2025)
総人口	227,419人	224,921人	222,298人	216,737人
65歳以上 (%)	68,710人 (30.2%)	68,344人 (30.4%)	67,970人 (30.6%)	67,108人 (31.0%)
75歳以上 (65歳以上のうち%)	36,215人 (52.7%)	37,942人 (55.5%)	39,869人 (58.7%)	42,473人 (63.3%)
要支援認定者数 ①	4,042人	4,167人	4,312人	4,510人
要介護認定者数 ②	9,125人	9,302人	9,705人	10,506人
要支援(要介護) 認定者数①+②	13,167人	13,469人	14,017人	15,016人
認定率	19.2%	19.7%	20.6%	22.4%

寝屋川市の人口推移（2015年を100とした場合）

- 要介護リスクが高くなる後期高齢者(75歳以上)人口は、2030年にピークを迎え、2040年以降に再上昇。
- 生産年齢(15-64歳)人口は2025年までほぼ横ばい、その後減少、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年3月推計）」
※2015年を100とした場合の2045年までの推計値

通所型サービス(短期集中)について ※通所Cのこと

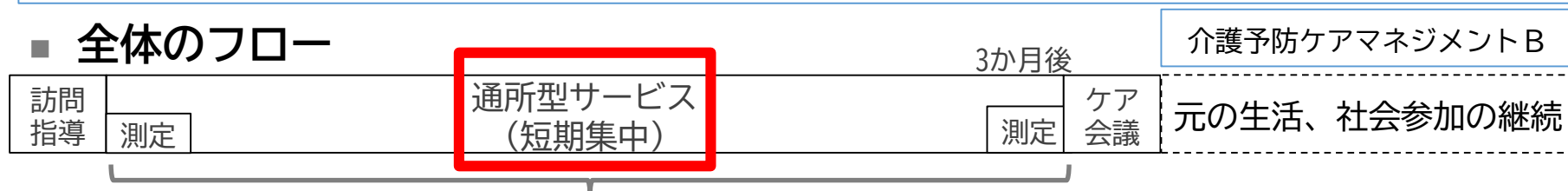
【目的】

要支援者に対し、一定期間の予防サービスの介入により、元の生活に戻すこと(活動量の多い生活の継続)を目指す。また、買い物などの日常的な外出や、活動的な高齢者へのサービスの担い手となってもらうよう勧奨するなど、地域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という視点で取り組む。

【概要】

- ・介護保険法-地域支援事業-介護予防・日常生活支援総合事業-介護予防・生活支援サービス事業
- ・H29～事業者指定で実施(令和3年6月1日現在、市内9事業者で実施)。年間約100人が介護サービス卒業。

■ 全体のフロー



■ 内容

通所型サービス(短期集中)	<ul style="list-style-type: none"> ・運動器機能、口腔器機能、栄養に関する専門職による、セルフマネジメント(自己管理)を意識した介入 ・1回2時間、週1回を3か月(計12回)で終了
---------------	---

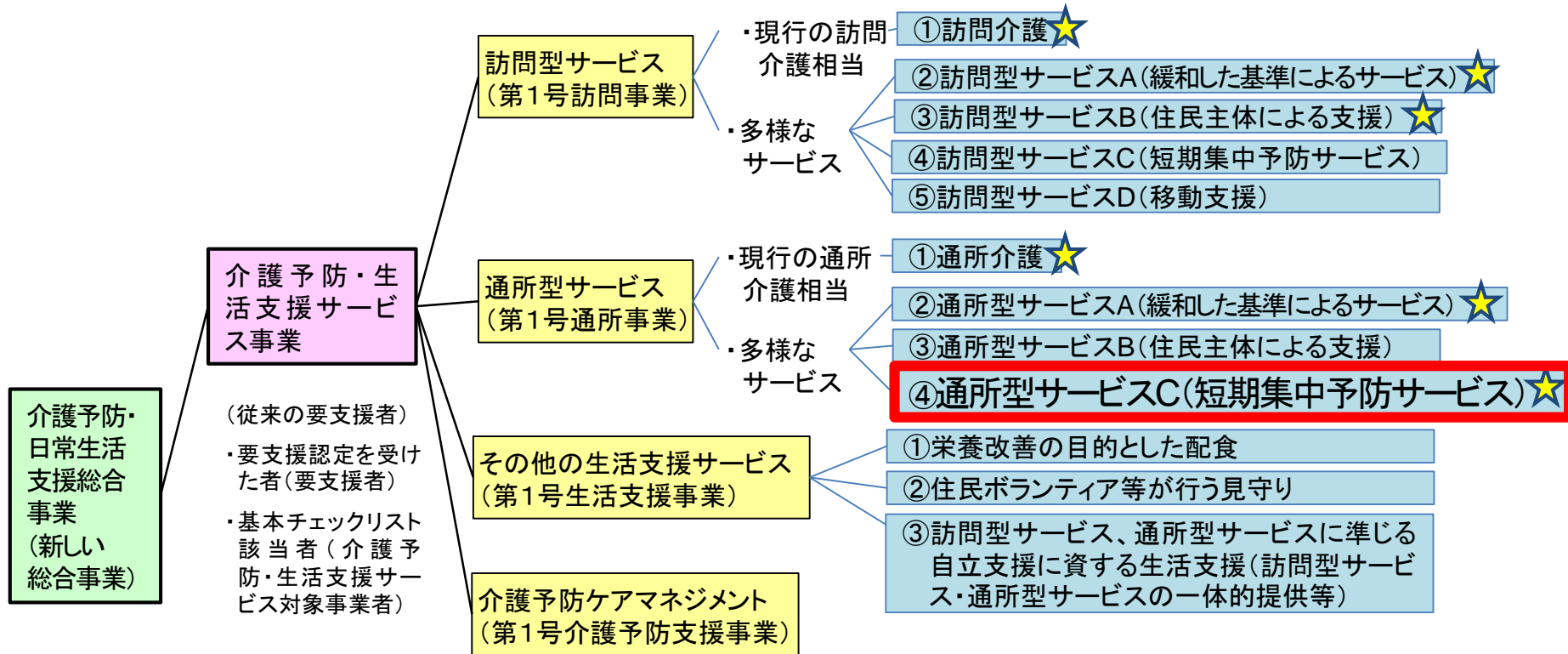


■ 通所C実績

	訪問指導実施者数	短期集中利用者数	短期集中利用後						
			卒業	継続	中止				
R2	602人	318人	52.8%	119人	37.4%	153人	48.1%	46人	14.5%

総合事業開始当初から通所Cを設定していたが…

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



厚生労働省資料抜粋

当初から3事業者が指定を受けて体制確保されたものの
H29の利用者は年間3人のみ…

⇒ H30にモデル事業を実施。

通所C利用前

撮影：2018年4月

- ・ 動画撮影の約2年前、脳血管疾患によって右片側麻痺に
- ・ 病院リハによって歩行できるがふらつきはみられる状態



通所C利用後

撮影：2018年8月

- ・通所C利用中の3か月間に、
- ・娘に促されて買い物の付き合いやEXILEのライブに夜行バスで東京まで2回



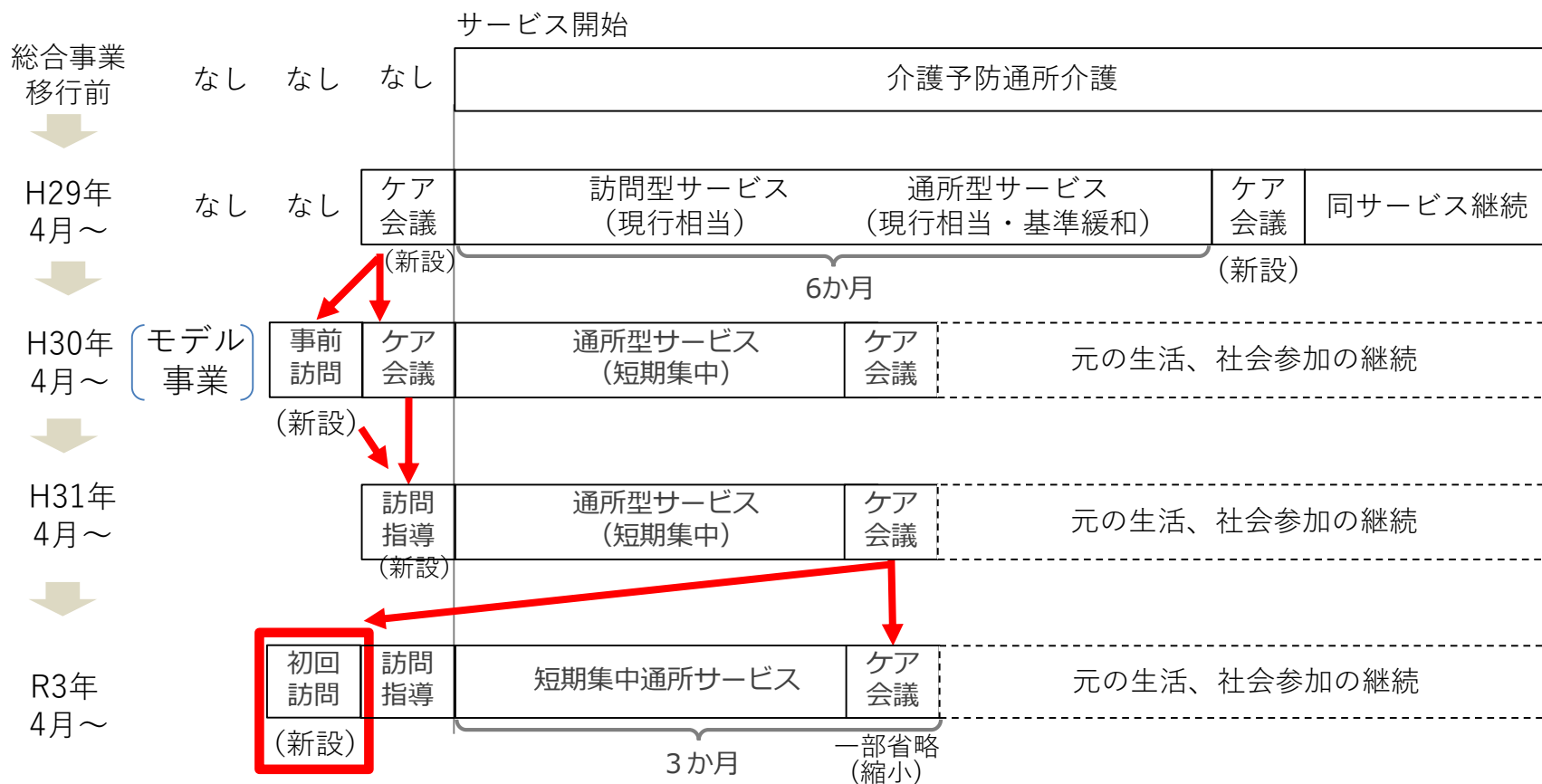
右片側麻痺が改善したわけではないが…

総合事業の種別、内容及び利用要件

事業種別		事業内容	利用要件(状態)
介護予防・生活支援サービス事業 (第1号事業)	通所型サービス (現行相当)	身体的、精神的状態に配慮した入浴、排せつ、食事等の日常生活上の支援、生活機能の向上のための機能訓練等の通所サービス	3要件のいずれかに該当する状態又は精神疾患で専門職による関わりが必要な状態 <ul style="list-style-type: none"> ・がん:主治医意見書 又は医師に確認した記録 ・難病:受給者証、主治医意見書 又は医師に確認した記録 ・認知症:Ⅱa以上
	通所型サービス (基準緩和)	閉じこもり予防や自立支援に資する生活機能の維持又は向上のための運動・レクリエーション等の通所サービス	通所型サービス(現行相当)の利用要件に該当せず、介護保険サービスの他に外出機会をつくるのが困難な状態
	通所型サービス (短期集中)	運動器機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上並びに日常生活動作(ADL)、手段的日常生活動作能力(IADL)の改善のための短期間の集中的な機能訓練等の通所サービス	通所型サービス(現行相当)の利用要件に該当しない状態

※ 新規利用者の場合、通所型サービス(短期集中)を利用せずに通所型サービス(基準緩和)を利用することはできません。ただし、要介護時に(地域密着型)通所介護を利用しており、認定の更新申請の結果、要支援となったが、引続き、通所型サービスを要する場合は除きます。

総合事業（介護予防ケアマネジメント）構築の経過



総合事業 (短期集中) の考え方	<p>従来の考え方（重度化予防）に加え、支援が必要</p> <p>⇒ 短期間・集中的な支援で機能改善</p> <p>⇒ 介護保険サービスではない活動量の多い生活を継続して介護予防</p>
------------------------	--

週1回 2時間の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 (毎回・理学療法士又は作業療法士)
- 栄養改善プログラム (月1回・管理栄養士)
- 口腔器機能向上プログラム (月1回・歯科衛生士又は言語聴覚士)

同様のプログラムは、従前の加算を算定しているデイやデイケアでもあったけど…

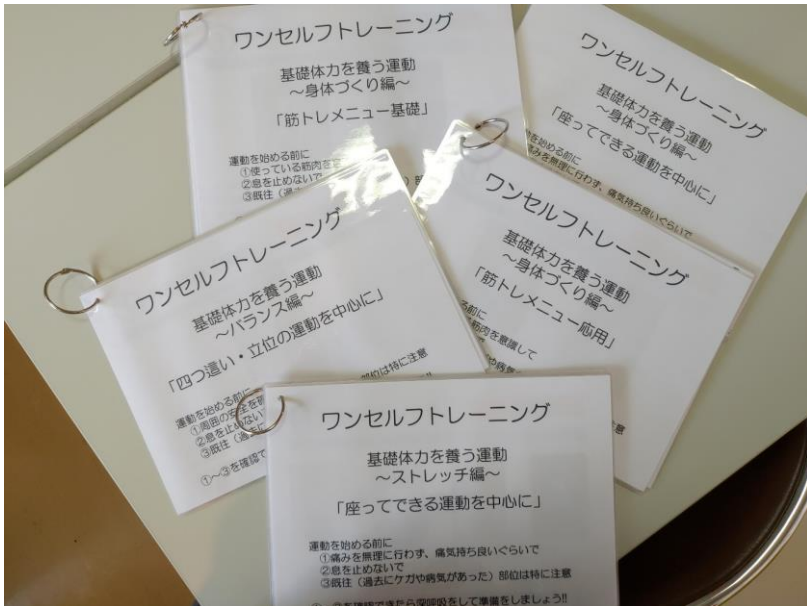
短期集中通所サービスの中で利用者の社会参加による手に入れたい生活、元の生活の再獲得のためにもっとも重要視したこと

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」**

ハーモニー・ワンセルフ資料



生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)の通所Cへの関わり



★関わる支援者の声★

(セラピスト)

・通所Cが終了してからの利用者さんの状態が気にかかっていた。地域支え合い推進員が関わってくれるのは、すごくありがたい。今後も多様な職種が連携していければと思う。

(ケアマネジャー、サービス事業所)

・社会資源についての知識が不十分な部分があるので、一緒に関わってくれと心強い。

(第2層地域支え合い推進員)

・アンケートとは違う、生の声によるニーズに触れることができる。本人の目標と身体状況などをみながら、丁寧にマッチングをしていきたいと改めて感じた。

寝屋川市が取り組む地域づくり

社会参加の実現・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

元の生活を取り戻す

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

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

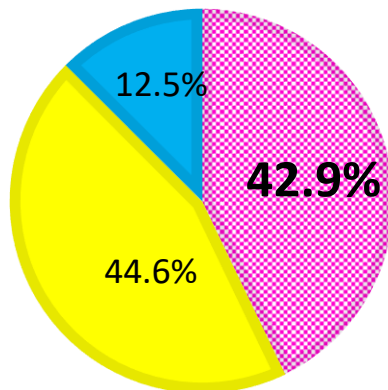
機能改善後の
活動促進

R3実施&R4実施予定 通所Cフォローアップ

- R3にサービス終了後3・6・9・12か月の心身機能の状況を測る調査を実施。
 - R3.9月の中間報告では、身体機能・栄養状態の維持が確認できた。
- 加えて、サービス未利用状態の安心感につながり、

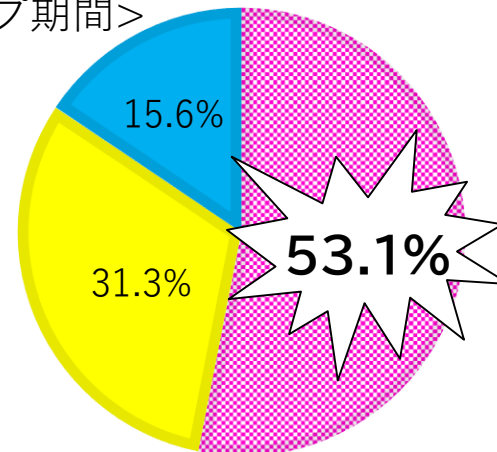
介護保険サービスからの卒業率が向上。

<前年>



■ 卒業 ■ 継続 ■ 中止

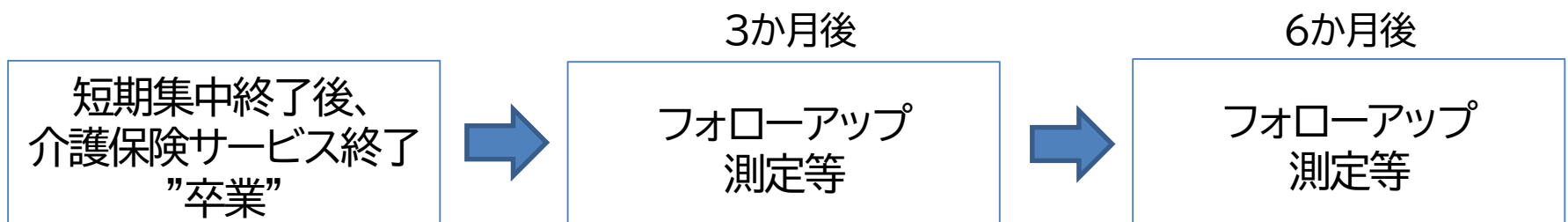
<フォローアップ期間>



■ 卒業 ■ 継続 ■ 中止

約10%
卒業率アップ↑

- R4も継続して”卒業した人”を対象にフォローアップを2回実施



フレイルとは

高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態

① 中間の時期

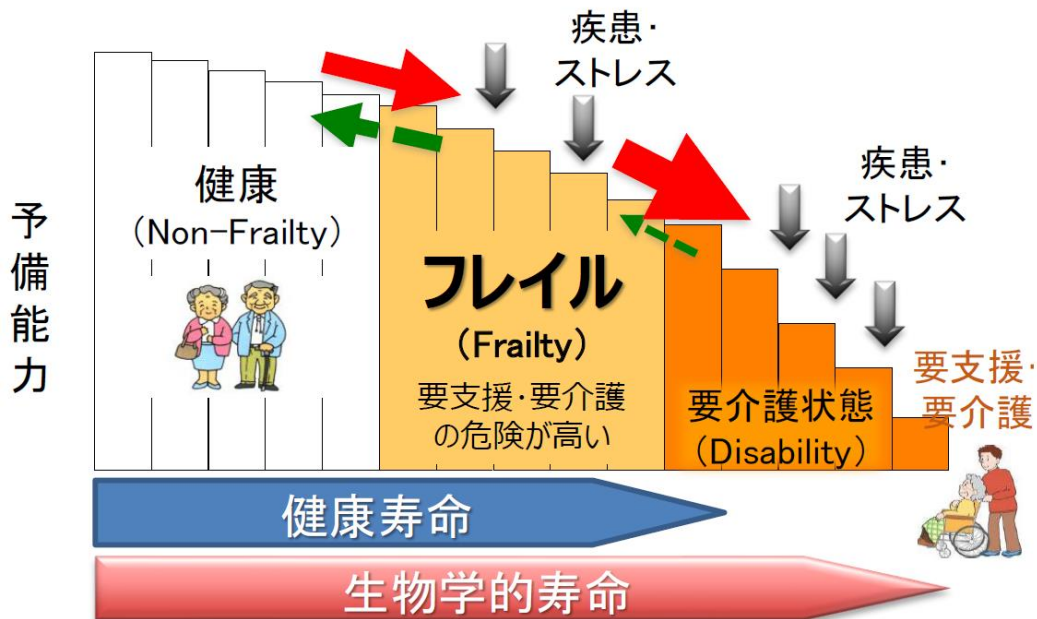
(⇒健康と要介護の間)

② 多面的

(⇒色々な側面)

③ 可逆性

(⇒様々な機能を戻せる)



フレイル概念から見た「負の連鎖」



東京大学高齢社会総合研究機構 機構長 飯島勝矢
2021年9月1日「いきがい・助け合いサミットin神奈川」資料

「孤独」は肥満より健康に悪い



「社会的孤立」・・・29%

「孤独感」・・・・・・26%

「一人暮らし」・・・32%

高齢者の死亡リスクを高める

「一人でいても幸せを感じている」と回答した人でも、「多くの社会的繋がり持っているけれど孤独」という人と同様に死亡リスクが高かった

こんなケース、あなたならどう支援しますか？

1

手芸が趣味のおばあちゃん。
数年前に夫を亡くし、現在は、単身で生活しています。週に1回、自宅に手芸の講師をよび、近所のお友達と手芸サークルをするのが楽しみでした。



2

おばあちゃんは、サークルでつくったものを孫にあげたり、大きな作品をつかって展示会に出すことも。そうしたことが、生活のはりあいになっていました。ところが、ある日、転んで骨折してしまいます。



3

以来、外出がおっくうになってしまったおばあちゃん。
手芸サークルの講師とのやりとりやお茶菓子の準備なども難しくなってきたので、サークルをやめようかと考えています。心配した家族は、地域包括支援センターに相談にいきました。



このパターンだけですか？

通所介護サービス

日常的に通う場所として利用



訪問介護サービス

買い物・調理のサービスを利用



こういうやり方はどうでしょうか？

友人との助け合い



謝礼の支払いやお菓子の準備を分担

介護予防のトレーニング



足腰を鍛える

民間サービス



大きな、重い日用品は宅配サービスを利用

ご近所との助け合い



ご近所と一緒に買い物

訪問型サービス(有償活動員による支援) サービス内容

- ・住民主体による生活支援サービス(身体介護以外)
- ・訪問型サービス(基準緩和) ≠ 介護保険対象外となる大掃除や庭木の手入れもOK

買い物

付き添い
代行



掃除・洗濯

換気扇、窓ふき
浴槽、トイレ
エアコン



ごみ出し

可燃、不燃
資源ごみ
仕分け
ごみ出し



食事の準備

下ごしらえ
調理
調理補助



庭・自宅まわり

草とり、水やり
庭木の簡単な枝落とし
観葉植物の株分け、
間引き
家庭菜園の作業補助



その他なんでも

敷物の交換
カーテンの取り付け
物置小屋の簡単な修理
突っ張り棒の取り付け
重い家具・荷物の移動
郵便物の投函代行
振込手続き
郵便物の仕分け
声かけ(服薬等)



外出同行

外出付き添い
通院同行
大学病院受診支援



訪問型サービス(有償活動員による支援) 事業者一覧

事業所の名称	事業所の所在地	連絡先
特定非営利活動法人 寝屋川あいの会	東大和町11-1 しみずビル2階	072- 801-1871
支え合いの会「ふれあい」	三井南町20-16	072- 835-0117
ナルク寝屋川かづきの会	池田南町1-3	072- 828-0769
NPO法人ろいやる	清水町47-12	072- 839-2945
特定非営利活動法人ふれあい	川勝町11-28	070- 1778-0772

令和4年4月1日予定

これを実現するには多様な支援が必要 (サービスとは限らない)

人生や生活で「**したいこと**」を
「**なじみの**」環境の中で続ける

「**手芸・家事**」を続ける

「**友達との関係**」も途切れない

その人が主体的に
生活できるよう支援する

= **自立支援**

これを実現するには多様な支援が必要(サービスとは限らない)

「できなくなっていること」



囲碁教室に通えなくなった

「したいこと」は？



仲間との交流？



囲碁の腕の上達？

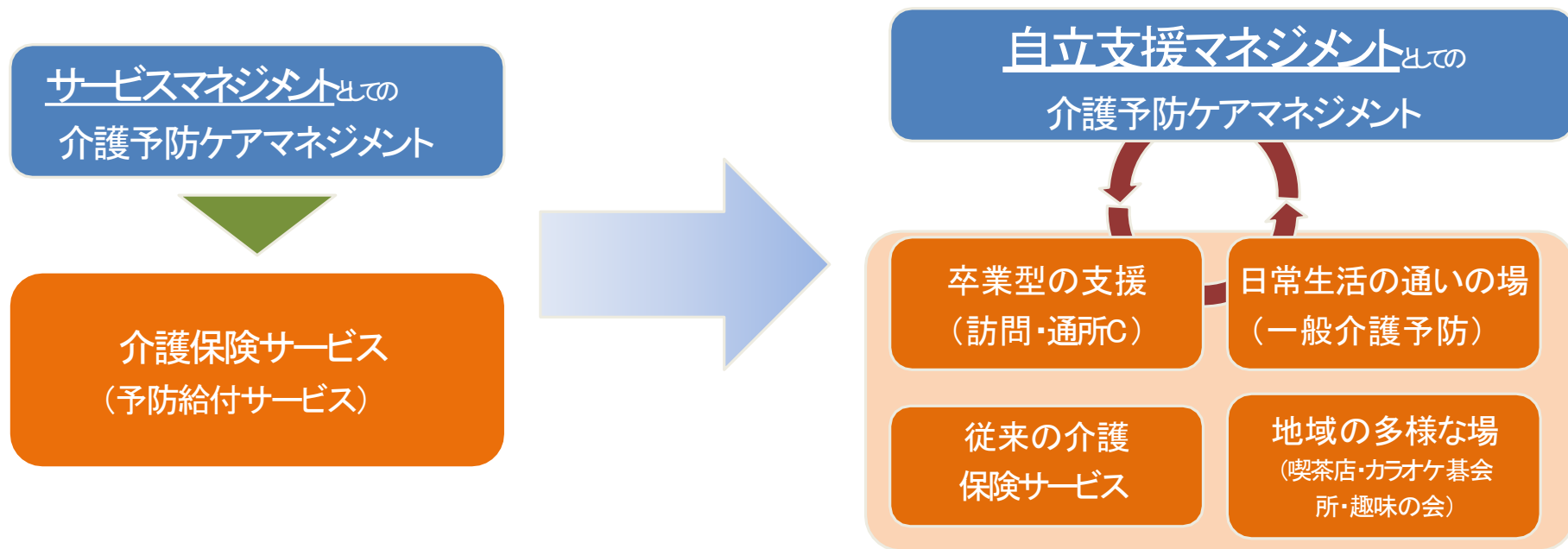


若者に教えること？

何がその人の動機になっているのか、“意欲の源”を見極める

総合事業で目指している「介護予防ケアマネジメント」の方向性

介護保険サービスだけを組み合わせたり、介護保険サービスを利用者に当てはめたりする介護予防ケアマネジメントではなく、アセスメントに基づき、その人に必要な支援や場所を介護保険に限定せず、幅広く探し、組み合わせる介護予防ケアマネジメントへ。



旧来の介護予防ケアマネジメントを積み上げても、始点が介護保険サービスに限定されているため、「足りない 地域資源」=「介護保険サービス」という発想になるが、新しい介護予防ケアマネジメントでは、多様な資源の組み合わせによるマネジメントを積み上げていくので、地域に足りない支援やサポート、ちょっとした手助けの必要性が見えてくる。