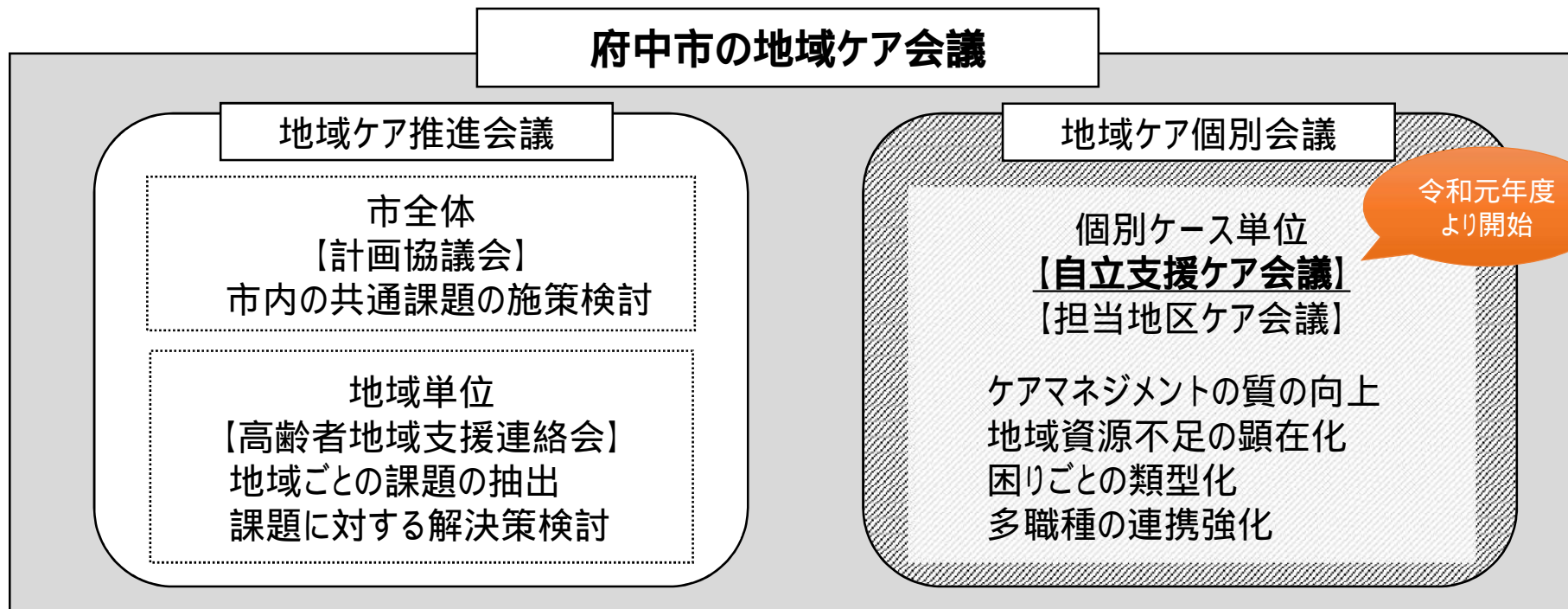


令和元年度  
自立支援ケア会議 実施報告

# 府中市の「自立支援ケア会議」の目的

- 総合事業サービスCの利用を前提とするケアマネジメントへの支援を通じて、本人が介護保険サービスを必要としない生活を送れるように支援し、また、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメント力を向上させる。
- 本人が抱える課題の検討を通じて、課題に対する有効な支援方法を積み重ね、地域全体のケアマネジメントの質の向上につなげる。また、検討後に残った課題を蓄積することで、地域に共通する課題の発見につなげる。
- 検討の積み重ねから、関係者間の自立支援に関する規範的統合を図り、連携を強化する。



# 総合事業サービスCの概要

## 【事業が目指す方向性】

保健・医療の専門職による集中的な介入による機能改善や、「生活習慣と地域とのつながり改善」を図るプログラム。介護保険サービスに頼らない在宅生活を支援するモデル事業とする。

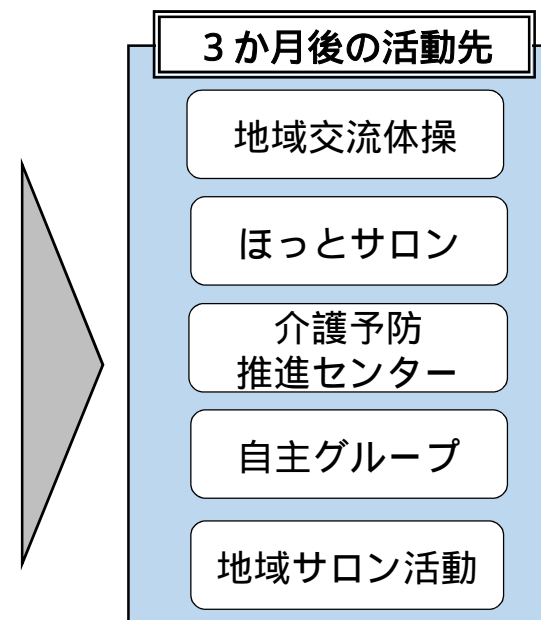
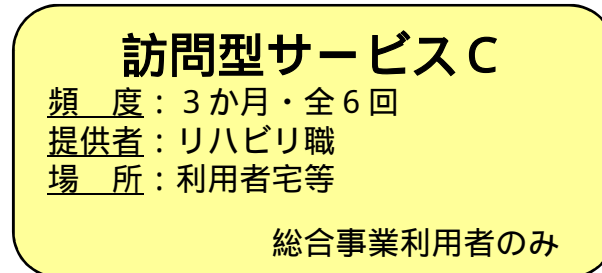
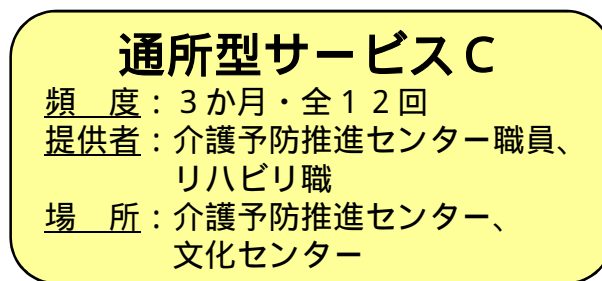
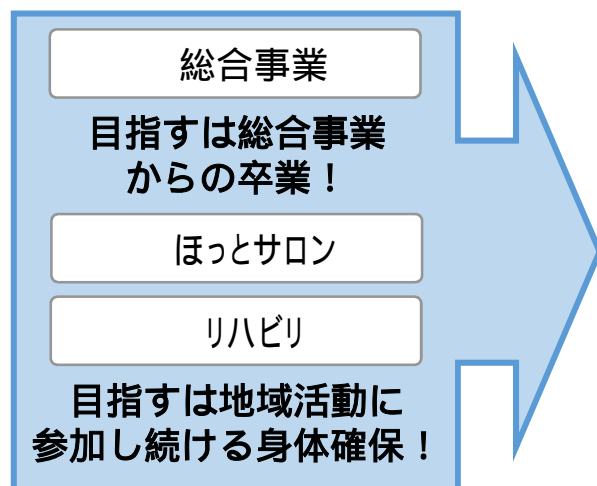
## 対象者

サービスCによる機能改善や地域とのつながり改善などの改善意欲が見られる次の方  
総合事業（訪問型サービス・通所型サービス）利用者  
ほっとサロン利用者のうち、介護保険サービスへの移行を検討している方  
医療機関のリハビリ利用者のうち、介護保険サービスへの移行を検討している方

## 推薦者

地域包括支援センターに所属するケアマネジャー

## 実施の流れ



# 総合事業サービスCの概要

## 通所型サービスC

### 【内容】

介護予防推進センターのフレイル予防教室を基本にして個人の状態に合わせて実施

- ・事前、事後における体力測定及びリハビリ職による状態の確認
- ・自重による筋力トレーニング
- ・食事や栄養、口腔機能、水分摂取に関する講座
- ・通所時間帯以外の運動記録

### 【期待している効果】

- ・リハビリ職の予後、予測の見立てによる状態の把握
- ・一定程度の機能改善
- ・地域での活動を知り、3か月のサービス終了後の活動場所を見つけ出す

## 訪問型サービスC

### 【内容】

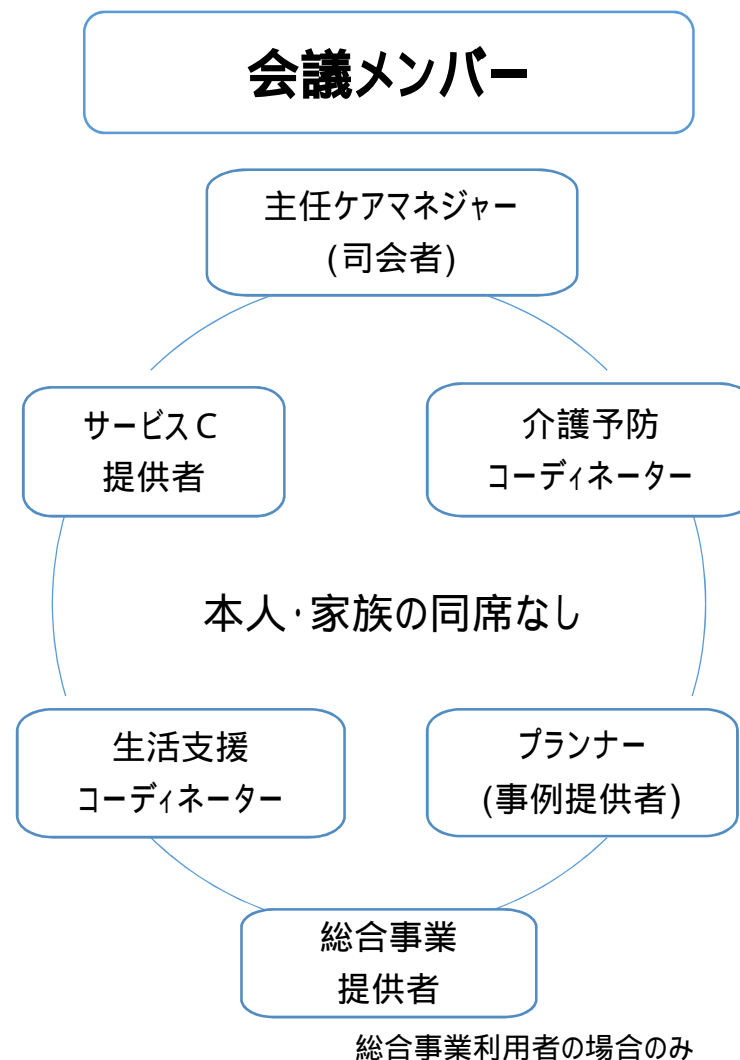
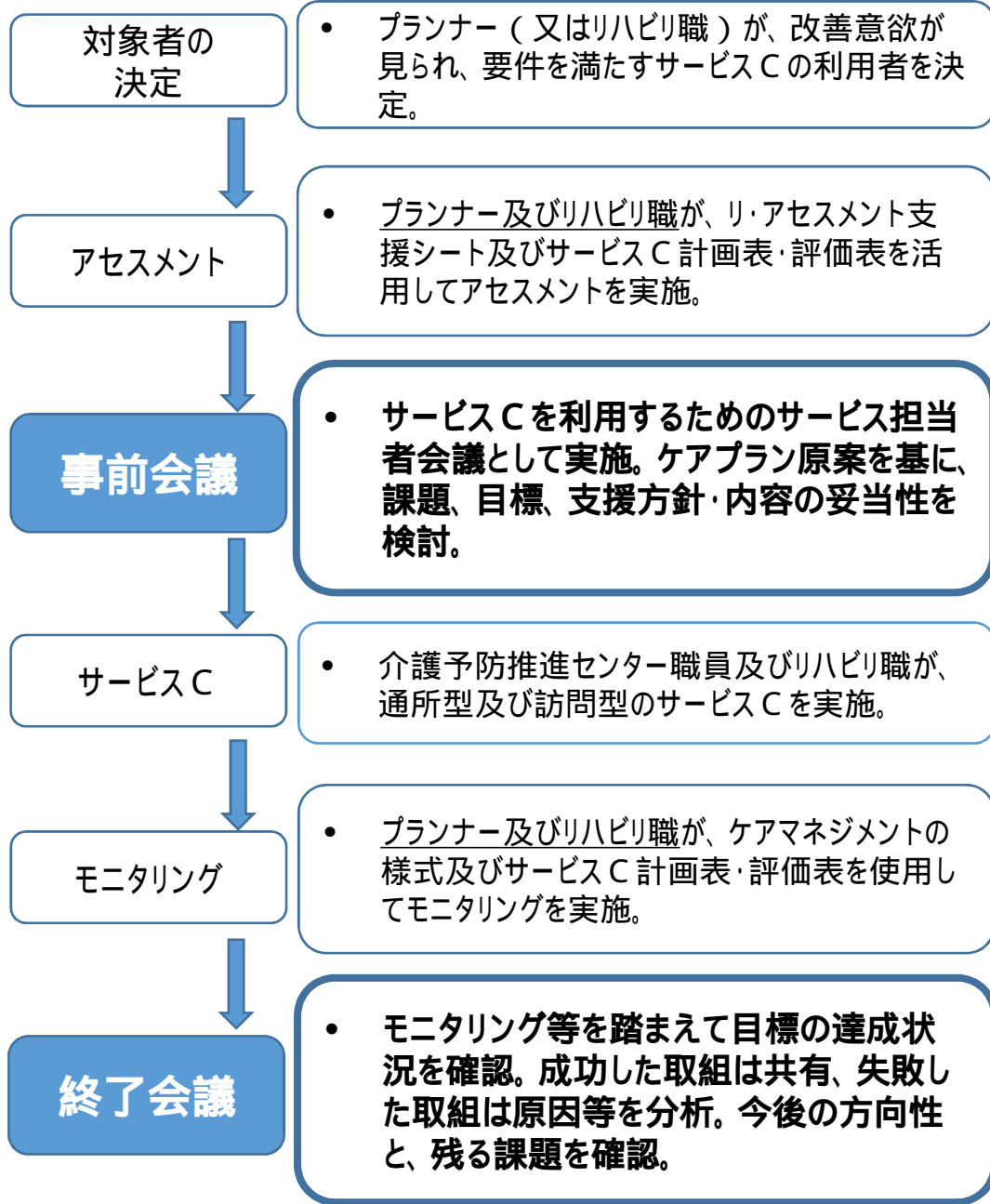
個人の状態に合わせて提供内容を決定、実施

- ・対象者の身体状況や生活環境の把握
- ・自宅での運動メニュー等の個別プログラムの提案
- ・住環境や外出環境において障害となっている箇所の把握
- ・介護予防の効果を理解し、自らの状態に対して自信を深めるための動機付け

### 【期待している効果】

- ・通所型サービスでは把握できない日常における課題の把握及びその解決
- ・地域の介護予防事業等に参加することで健康維持ができることの自信をつける
- ・心身機能の維持回復に必要な運動や生活環境への理解の深まり及び主体的な取組
- ・住宅改修制度等を用いた住環境の改善によるホームヘルプサービスの見定め

# 実施の流れ



適宜、市民活動支援センタープラッツ職員も出席し、本人の状態を踏まえて、サービスC利用終了後に参加するとよい自主グループ活動を紹介も検討

# 府中市版サービスCのスケジュール

	2019年(平成31年) (令和元年)												2020年(令和2年)		
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
主な流れ		包括説明	模擬会議 居宅説明	対象者決定	← 3か月教室(西部) →			← 3か月教室(中部) →			← 3か月教室(東部) →				
地域ケア個別会議 (サービス担当者会議)					事前			事後	事前			事後 事前			事後 (書面で6月に開催)
介護予防推進センター					教室の実施				教室の実施			教室の実施			
リハ職					事前訪問	2回通所 2回訪問	1回通所 2回訪問	2回通所 2回訪問	事前訪問	2回通所 2回訪問	1回通所 2回訪問	2回通所 2回訪問 事前訪問	2回通所 2回訪問	1回通所 2回訪問	2回通所 2回訪問
包括 プランナー			ケアプラン 候補者推薦 (5名)	一次アセス			ケアプラン 候補者推薦 (4名)	モニタリング	一次アセス		ケアプラン 候補者推薦 (2名)	モニタリング 一次アセス			モニタリング
包括 介護予防事業担当			地域デイ 候補者推薦 (5名)				地域デイ 候補者推薦 (4名)	終了後の コーディネート			地域デイ 候補者推薦 (2名)	終了後の コーディネート			終了後の コーディネート
総合事業サービス 提供事業所			各連絡会 説明	←					サービス提供	→					
市			候補者 とりまとめ				候補者 とりまとめ	次年度に 向けた 予算要求	事業成果 検証		候補者 とりまとめ		事業成果 検証		事業成果 検証

## 年間サービスC利用者

西部	利用者	包括	利用区分
1	男性・79歳	よつや苑	総合事業
2	女性・82歳		ほっとサロン
3	女性・83歳	かたまち	総合事業
4	男性・81歳		総合事業
5	女性・79歳		ほっとサロン
6	男性・63歳	にしふ	総合事業
7	女性・86歳		ほっとサロン
8	男性・85歳	みなみ町	総合事業
9	女性・86歳		ほっとサロン
10	女性・83歳		ほっとサロン

東部	利用者	包括	利用区分
19	女性・69歳	あさひ	総合事業
20	女性・81歳		ほっとサロン
21	女性・79歳	しみずがおか	ほっとサロン
22	女性・84歳	これまさ	総合事業
23	女性・90歳		ほっとサロン

中部	利用者	包括	利用区分
11	男性・84歳	泉苑	総合事業
12	女性・81歳		ほっとサロン
13	男性・81歳	安立園	総合事業
14	男性・85歳		ほっとサロン
15	女性・85歳		ほっとサロン
16	男性・79歳	しんまち	総合事業
17	男性・88歳		ほっとサロン
18	女性・73歳	緑苑	総合事業

### 対象者

サービスCによる機能改善や地域とのつながり改善などの意欲が見られる次の方

総合事業（訪問型サービス・通所型サービス）利用者  
ほっとサロン利用者のうち、介護保険サービスへの移行を検討している方  
医療機関のリハビリ利用者のうち、介護保険サービスへの移行を検討している方

## 中部地区 介護保険サービス卒業をしたケースの紹介

11	<p>男性 / 80代 / 泉苑          目標：・介護保険サービスからの卒業・ボランティア活動等の地域での役割を持つ</p>			
	状況	問題点	結果	今後の課題
	<p>個人因子            ・朝早く起きて活動している            ・身体能力が高い</p> <p>環境因子            ・戸建てで独居            ・長女が週に2, 3回訪問            ・配膳サービスを受けている</p>	<p>生活面            ・家事に不安を持っている。食事のバランスに偏りがある</p> <p>○社会参加            ・転勤が多かったため、近隣とのつながりが弱い(1人暮らしもあり、地域に対する積極性があまりない)</p>	<p>・姿勢がよくなり歩行速度が速くなる。            ・食事内容に関心を持つようになり、気を付けるようになった。            ・本人は「ボランティアに行くことにした。デイサービスは卒業する」と発表され、介護保険サービスの卒業をした。            無償ボランティア登録をし、ボランティアを2回試みた。もともと卒業を視野に入れていたが、卒業後の活動場の情報がなかったために卒業に踏み込めなかったということだった。介護予防コーディネーターと生活支援コーディネーターが情報提供し、新たに場が見つかったことで卒業できた。</p>	<p>・総合事業卒業により、プランナーとの関りが終了するため、今後はKCが関りを持っていく。            ・ボランティアに対するフォローをどこまで行うべきか。</p>



## まとめ（個別ケースからみられた効果）

（対応する事例番号）

### <生活行為について>

- ・対象者の生活上の課題が明らかとなった（6,10）
- ・生活行為の低下状況とそれに関連する要因の分析ができた（1,5,13）
- ・フレイル状態の改善が認められた（20）
- ・多職種連携により包括職員が介入することができた（23）

### <セルフマネジメントについて>

- ・対象者のセルフマネジメントの意識が高まった（1,4,10,22）
- ・運動を行う場合の注意事項や具体的助言が得られ、安全な自立支援につながった（3,9,11,13）

### <自立した生活への促進について>

- ・住宅環境の改善につながった（2）
- ・対象者の残存能力を活かした助言により、家庭内の役割を再確保ができた（8）
- ・新たな通いの場につながった（2,3,4,7,8,12,15,19,20,22）
- ・多職種の働きかけで、集団への参加時の気遣いが軽減した（22）
- ・サービスの卒業につながった（4,11）

## まとめ（全体から得られた効果）

（対応する事例番号）

### <利用者（本人）>

- ・自分の今後の目標や本人が望む自立した暮らしに近づくための方法が分かった。（1,12,15）
- ・専門職からの具体的かつポイントを絞った目標と提案で、実行可能な取組が見つかった。（2,3,8,11）
- ・取り組み内容を具体的に知り実行することで、漠然とした不安が軽減している。（7,20）
- ・参加者同士のネットワークの広がりにつながる機会となっている。（9,13,14）

### <多職種連携（専門職）>

- ・事例提供者（プランナー）の自立支援に関する実践力を高めるきっかけとなっている。（全ての事例に共通）
- ・参加者全員が府中市の自立支援・介護予防について考えるきっかけになっている。（全ての事例に共通）
- ・多職種同士が互いにケアプランを見せ合うことに抵抗が少なくなり、サービス担当者以外の専門職の多様な視点を得られる機会となっている。事例提供者だけでなく、各自の業務に役立つ助言を得る機会になっている。（22）
- ・参加者同士のネットワークの広がりにつながる機会となっている。（全ての事例に共通）
- ・個別課題を地域課題に転換できるきっかけが増えている。（3,19）

## まとめ（現状の課題と対応策）

### < 新型コロナウイルスの影響について >

・資質の向上として、新型コロナウイルスの影響で本人の意欲とは逆に予定通り進まず結果が伴わない事例があり消化不良となったケースがあった。

在宅での取り組みに切り替え引き続き実施できるようにフォロー体制を整える必要性。在宅での取り組みやweb会議等の開催も検討していく。高齢者にもwebを使った体操（動画配信）等に興味を持ってもらう。

### < 課題把握について >

・自立支援ケア会議での検討ケース数がまだ少なく、生活課題から地域課題を抽出するに至っていない。

自立支援ケア会議評価シートを使用し、市主催の「自立支援ケア会議」だけでなく、包括主催の高齢者地域支援連絡会や個別の担当地区ケア会議等他の会議からも地域課題の主として生活課題を蓄積する。他の調査のデータを活用し、地域課題の抽出をしていく仕組みを作っていく必要がある。

## まとめ（現状の課題と対応策）

### <意識の向上について>

・取組時に市民（参加者）と職員（支援者）の意識向上につながらなかったケースもあった。

会議で出てくる効果や課題を共有し、検証する仕組みが必要。サービスCについての理解を促し、サービスに頼らなくても地域で支えられるサービスに頼らない地域づくりという目的を共有する。

### <介護保険サービス卒業後のケアについて>

・介護保険サービスを終了するにあたって、介護保険サービスが終了してしまうと、家族も不安になる、また認知機能面について配慮する人数が減ってしまう可能性がある。

その課題を解決するために、社会福祉協議会といきいきプラザ、プランナー等の連携の強化の必要性あり。

### <他の事業との関連性について>

・自立支援及び介護予防の効果を実現していくために、地域ケア会議と、他の事業（総合事業や生活支援体制整備事業等）の関連が十分には整備されていない。

地域支援事業全体を見渡し、各事業が連動していくことを目指していく必要がある。また現在既存の地域資源につなげていくとともに、新たに開発が必要だと判断されるものについては生活支援コーディネーターと介護予防コーディネーターが連携して場の開発を進めている。今後も対象者のニーズに合わせた地域の場の情報提供を進めていく。