

(7) 埼玉県和光市

事例11 コミュニティケア会議（OJT）を通じた効果的な職員育成

(7) 埼玉県和光市（直営・委託）

事例11 コミュニティケア会議（OJT）を通じた効果的な職員育成

【保険者名】	埼玉県和光市
【地域包括支援センター名】	－

1) 概要

和光市は3つの生活圏域（北・中央・南）を設置し、その圏域ごとに地域包括支援センターを設置している（直営1ヶ所、委託2ヶ所）。

和光市では、介護保険制度の導入以前から、地域ニーズへの対応や予防重視の取り組みを推進してきており、独自の施策・事業も数多く手がけており、また、実態把握やプラン作成に必要となる各種書式についても独自で作成・開発している。

■和光市

人口	76,688人	
高齢化率	11.9%	
地域包括支援センター数及び 運営形態等	直営	1ヶ所
	委託（法人数）	2ヶ所

2) 事例の内容

(ア) 背景・経緯

平成18年度に制度化された地域包括支援センターにおいては、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の三職種の配置が求められるとともに、地域包括支援センターの担う業務の多様性から一定の業務経験を有した人材の確保・育成が必要となった。

和光市においては、介護保険制度の導入以前より、地域ニーズへの対応や予防重視の取り組みを推進してきたものの、地域包括支援センターが本来担うべき業務に柔軟に対応できる人材を確保することは容易ではなく、国・県主催の研修受講等を通じて一定のレベルアップを図ってきたところである。

地域包括支援センター職員はそれぞれ基礎資格が異なっていることもあり、十分な情報共有や連携強化は図られていない面もあった。

(イ) 取組みの内容

地域包括支援センターの職員に求められるスキルは多様であり、講義中心の人材育成や研修だけでは限界がある中で、和光市においては、定期的な会議等を人材育成のひとつの手段として、積極的かつ有効に活用している。

和光市の地域包括支援センター職員の育成においては、職員のスキルレベルによって、以下の3つのステージを想定していることが特徴である。

ステージ	求められるスキル等
●ステージ1 アセスメント実施段階	<ul style="list-style-type: none"> ・個別アセスメント：個人の生活を支える視点を持つ ・地域アセスメント：地域の役割と資源を認識し、個々の人生の生活とその背景にある地域との関連性を理解 ・ニーズの把握 ・接遇・説得能力：支援を必要とする人の思いを理解し受け止める ・洞察能力：必要な支援を客観的に考える
●ステージ2 プランニングから総合支援の実施段階	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスコーディネート能力（会議の進行を通じたケース調整・OJTを効果的に行える） ・地域市民の介護・保健・福祉活動を組織化する能力 ・制度間調整能力 ・高度な専門性と個別と地域でのスーパーバイザー能力（専門職と専門性の違いを理解）
●ステージ3 地域ニーズや社会資源の評価改善、開発を行う段階	<ul style="list-style-type: none"> ・政策提言能力 ・官民協同による社会資源開発・仕組みづくり ・組織運営管理能力

ステージ1は「地域包括支援センターや事業所において一定の業務経験を有する職員」が、ステージ2は「保険者・地域包括支援センターや事業所が参集する会議等で進行役・仕切り役を担える人材」が、ステージ3は「地域包括支援センターや事業所から保険者に対して政策提言を行うことができる人材」が、それぞれ相当するものと考えられている。

和光市において設置・運営されている関係会議は、「介護保険運営協議会」、「高齢者保健福祉推進協議会」、「事業者連絡会」、「コミュニティケア会議」などがあり、このうち「コミュニティケア会議」については、毎週1回開催されており、この「コミュニティケア会議」を通じて、効果的かつ効率的に人材育成を行っている。

「コミュニティケア会議」は、地域包括支援センターの職員や関係事業者の職員が、認定更新ケースや困難ケースについて経緯・現状、今後の課題・プランを発表し、情報共有・意見交換を行うものであるが、意見交換・議論が活発に行われており、「コミュニティケア会議」が新しい発見・気づきの場となっており、この会議に参加することが人材育成にもつながっている。

なお、「コミュニティケア会議」は設置・運営されてから数年経過していることから、活発な意見交換・議論はひとつの風土となりつつあるが、加えて、ケアマネジメントの手順（資料1）や高齢者の実態把握・プラン等の書式（資料2）を市内で統一・標準化するなど、

情報共有のための基礎づくりにも和光市として取り組んでいることも重要な要素といえる。

この他に、月2回の頻度で講義形式の研修も実施しており、講義を通じて、ケアマネジメントの方法論・ツールを理解し、「コミュニティケア会議」を通じてケアマネジメントの実践を体得することが、ステージ1のレベルの職員を育成する研修体系となっている。

ステージ2・3については、ステージ1のレベルで十分に活躍・実働している職員を対象に、保険者が個別に、OJTを通じて指導・育成することで対応している。

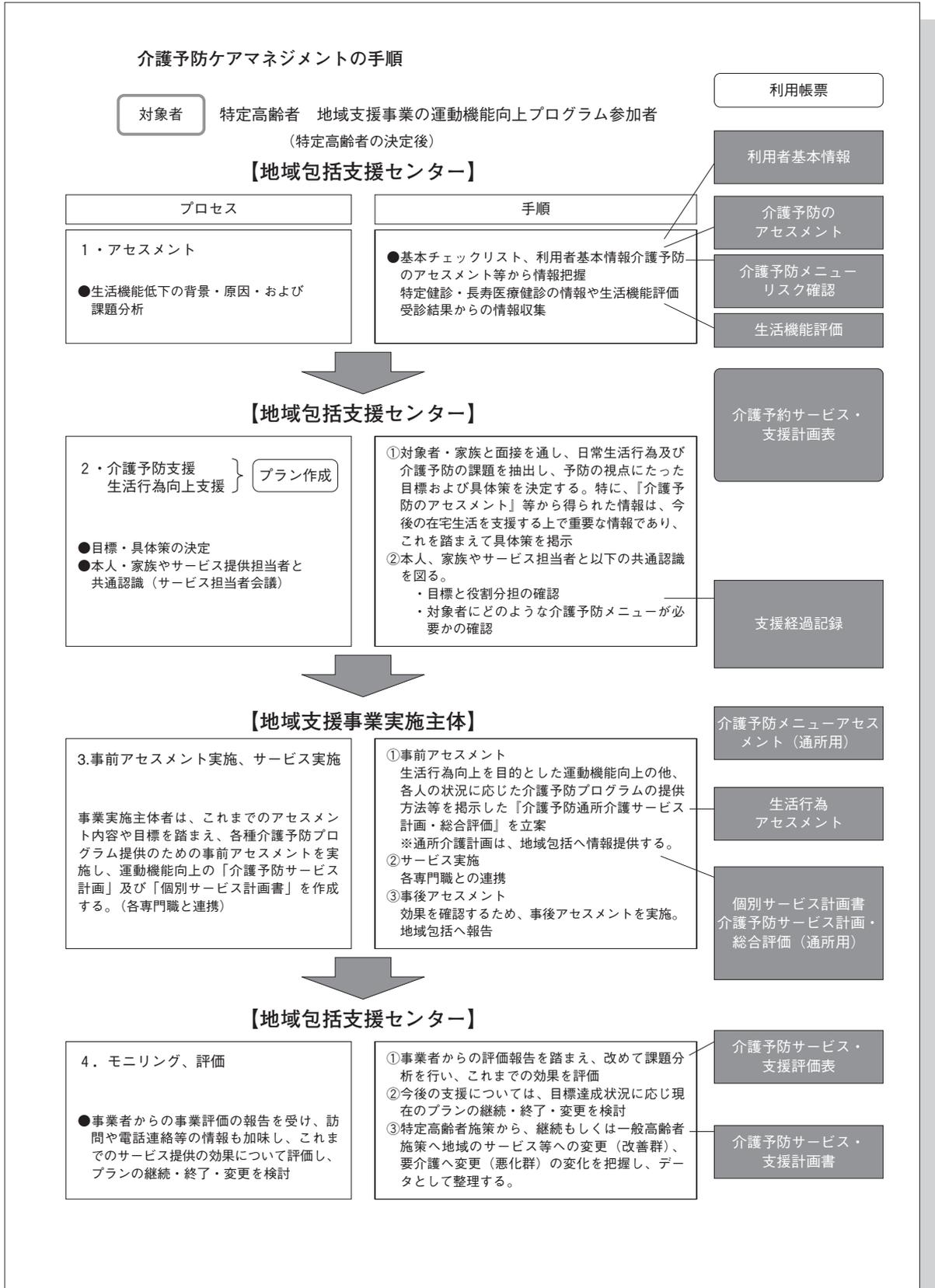
ステージ1から3までの研修・人材育成については、コミュニティケア会議、講義研修、OJT研修によっており、研修のために特別な予算を充当してはいない。

(ウ) 取組みの効果

「コミュニティケア会議」には、市内すべての地域包括支援センター（直営・委託）が毎回出席しており、相互理解・情報共有を深めることができているが、この会議に参加する地域包括支援センターだけでなく、関係事業者の職員の資質向上も図ることができている。

また、市内の介護保健関連事業者における離職率は周辺と比較すると低くなっており、和光市におけるOJTを通じた人材育成が功を奏して、職務満足度の向上にも寄与しているものと考えられる。

資料1 介護予防ケアマネジメントの手順 (例)



資料 2 和光市における介護予防プラン書式等 (例)

介護予防サービス・支援計画表

No. 11229*****2008.11

利用者名 長寿 花子 様 設定年月日 平成20年4月1日 ~ 平成20年9月30日 加回・紹介・継続 要支援1・要支援2 地域支援事業

利用作成者氏名 ***** / 委託の場合: 利用作成業者・事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 (初回作成日) 担当地域包括支援センター:

目標とする生活 1年 趣味の楽しみ等を近所で飲みたい。

1日	散歩を毎日することを続けていきたい。	1年	趣味の楽しみ等を近所で飲みたい。
<p>アセスメント結果と現在の状況</p> <p>運動・稼働について 自立しているが、歩く速さや歩幅が狭く、歩行中に足が滑りやすいため、歩行速度を落とす必要がある。また、歩行中に足が滑りやすいため、歩行速度を落とす必要がある。また、歩行中に足が滑りやすいため、歩行速度を落とす必要がある。</p>	<p>本人・家族の意向・意向</p> <p>● 有 ○ 無</p> <p>歩行速度の向上を希望している。</p>	<p>課題となる身体機能の要素</p> <p>1. 【歩行】歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 【身体機能】歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>	<p>目標</p> <p>1. 歩行速度の改善</p>
<p>総合的課題</p> <p>1. 加齢に伴い、筋力低下による歩行速度の低下、歩幅の狭小化、歩行中に足が滑りやすくなる。また、歩行中に足が滑りやすくなる。また、歩行中に足が滑りやすくなる。</p>	<p>身体機能についての意向</p> <p>本人、家族</p> <p>1.</p>	<p>目標についての文脈ポイント</p> <p>1. 運動習慣が身につくように、導入のいきなり歩行速度を上げるのではなく、歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>	<p>サービス種別</p> <p>介護予防サービス(歩行速度向上プログラム)</p>
<p>実施方法(実施内容)</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>	<p>実施方法(実施内容)</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>	<p>実施方法(実施内容)</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>	<p>実施方法(実施内容)</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>
<p>実施場所</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>	<p>実施場所</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>	<p>実施場所</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>	<p>実施場所</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>
<p>実施期間</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>	<p>実施期間</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>	<p>実施期間</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>	<p>実施期間</p> <p>1. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。 2. 歩行速度を上げる。歩幅を広げる。歩行中に足が滑らないようにする。</p>

【本表を行うべき支援が実施できない場合】
 必要な支援の実施に向けた方針

【備考】
 地域支援センター

氏名 長寿 花子 印

生活機能評価

氏名	(ふりがな)	ちょうじゅ はなこ	女	調査日	事前	平成20年3月2日
	長寿 花子				事後	平成20年8月30日

	事前	事後	備考
室内歩行	○1	○1	
屋外歩行	○2	○2	
外出頻度	△1	○2	
排泄	○1	○1	
食事	○1	○1	
入浴	○1	○1	
着脱衣	○1	○1	
掃除	○1	○1	
洗濯	○1	○1	
買物	○2	○2	
調理	○1	○1	
整理	○1	○1	
ごみ出し	○2	○2	
通院	○1	○1	
服薬	○1	○1	
金銭管理	○1	○1	
電話	○1	○1	
社会参加	○2	○1	

介護予防サービス計画・総合評価(通所用)

氏名: 長寿 花子 様 事業者名:

計画作成日: 平成20年4月15日

計画期間: 平成20年4月1日

平成20年9月30日 総合評価日:

サービス区分	サービス計画			評価		総合評価	
	目標	支援内容	支援に際しての留意点	目標達成状況(1ヶ月)	評価	目標達成状況(3ヶ月)	評価
運動機能向上・生活機能向上	歩行速度を改善して、4車線の広い道路でも青信号のうち2車線に渡れるようにしたい。	1ヶ月目 下肢筋力を向上するためのマントトレニングを実施します。自宅でもセルフレックとして実施する体操メニューを提供し、実施してもらおう。	転倒に注意し、セルフレックは座位訓練にします。	運動習慣がまったくなかったため、当初は筋肉痛により参加を躊躇なりました。参加率が悪かった。家族の勧めで参加できるようになった。マントトレニングを行い、自宅での体操も週2回程度は実施できている。	○達成 △一部達成 ×未達成	導入で参加をやめようという状況になったため、今回のプログラムでの目標達成まで3ヶ月参加し、目標にむけて取り組みたい。	○達成 △一部達成 ×未達成
		2ヶ月目 マントトレニングメニューに加えて、つま先をあげて歩けるような歩行訓練を行います。		家族の勧めで参加できるようになった。マントトレニングを行い、自宅での体操も週2回程度は実施できている。	×		
		3ヶ月目 歩行速度改善のための指導を行います。上肢の訓練をくわえ、上肢を効果的に動かした歩行方法を指導します。		目標的にトレニングに参加した。体力測定結果もわずかながら改善し、継続して参加することで目標達成可能な状況になっている。	△		
栄養・食支援		1ヶ月目	梅通の際の留意点、特に医師からの指導内容などがある場合は記載しておきます。	1ヶ月ごとの支援内容にたいして評価をしていきます。		左の評価の合計点数で決定し入力します。	
		2ヶ月目					
		3ヶ月目		目標を達成するために実施する内容を、1ヶ月ごとに区切って設定します。導入期、トレーニング期、仕上げと分けて計画を作成します。この内容に基づいて更に詳しいトレーニング内容を設定していきます。			
口腔機能向上		1ヶ月目		3ヶ月目で達成する目標を入れます。漠然とした目標ではなく、より具体的な目標にし、目的意識をもって運動ができるようにします。			
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					
アクティビティ		1ヶ月目		3ヶ月で達成する目標を入れます。漠然とした目標ではなく、より具体的な目標にし、目的意識をもって運動ができるようにします。			
		2ヶ月目					
		3ヶ月目					

計画に対する同意
平成 年 月 日
氏名 印

介護予防サービス 個別サービス計画書 (通所用) 事業者:

氏名	(ふりがな) ちょうじゅ はなこ	女 77歳	計画期間	平成20年4月1日 ~ 平成20年9月30日
	長寿 花子	要介護度: 特定高齢者	作成日	平成20年4月15日

サービス1 (火曜日)	サービス区分		サービス内容	所要時間
	午前			
				分
				分
				分
				分
	合計			分
13:30 ~ 15:00	体調チェック	血圧測定、問診など		5分
	運動器・生活機能向上	準備体操【集団】		10分
		セラバンド体操【集団】		15分
		マシントレーニング【集団】		30分
		歩行訓練【個別】		20分
		クールダウン【集団】		10分
	合計			90分
サービス2 (曜日)	サービス区分		サービス内容	所要時間
				分
午前	おおよそのプログラム内容を記載します。			分
				分
				分
				分
				分
	合計			分
午後				分
				分
				分
				分
				分
		合計		

計画に対する同意

上記計画に対して同意します

平成 年 月 日

氏名 印