

旭川市居宅介護支援事業所等連絡協議会主催
令和3年10月22日 令和3年度旭川市行政説明研修会

旭川市における自立支援の取組の強化について



旭川市福祉保険部長寿社会課地域支援係 草野 悟郎

説明の目的

今後の更なる高齢化に備え、介護や支援を必要とする高齢者の生活課題を改善し、自立した生活を推進するための体制を構築・強化していく必要があります。

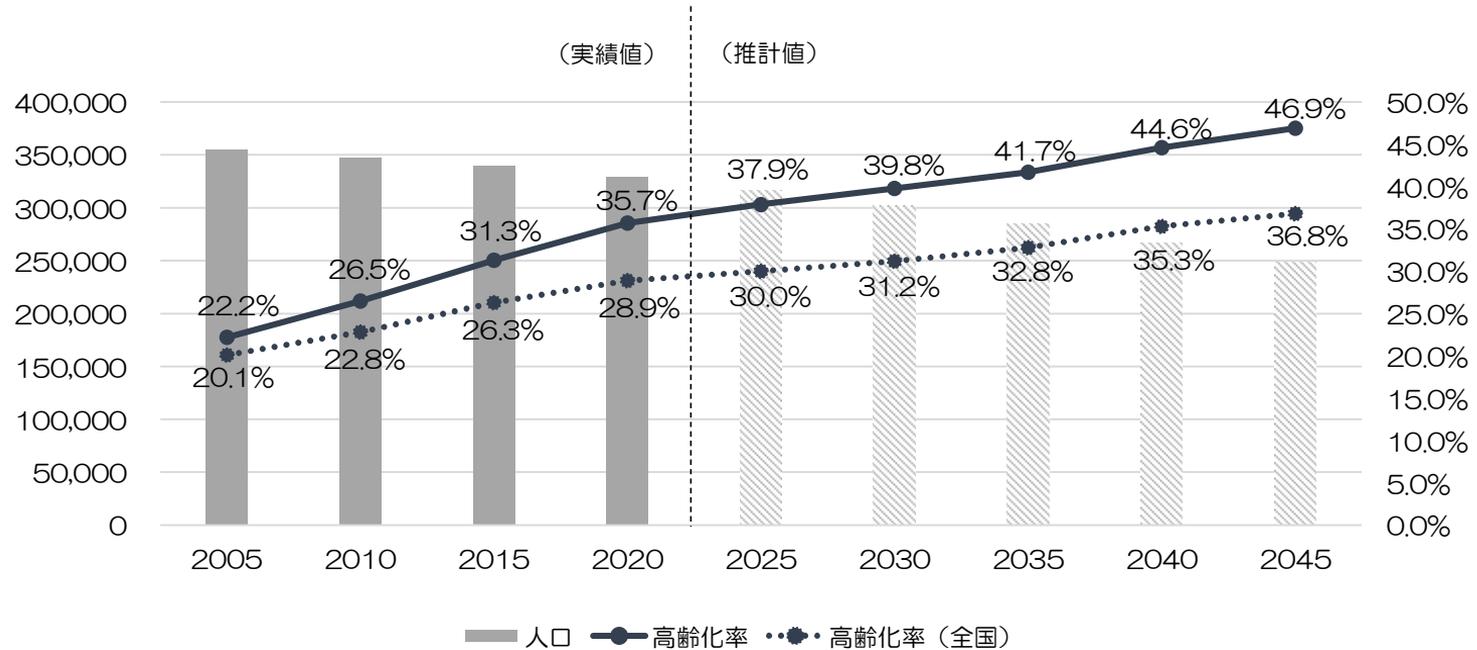
そのためには、介護保険制度における支援全体のマネジメントを行う介護支援専門員の方々と行政が一体となり、自立支援に資するケアマネジメントをすべての利用者に提供していく必要があることから、この度の行政説明では、本市が自立支援の取組を強化する必要性とその方向性を皆様と共有することを目的とした内容をお伝えさせていただきます。

本日の説明の内容

- 1 本市の現状と課題について
- 2 地域包括ケアと介護支援専門員の役割について
- 3 ケアマネジメントについての共有したい考え方
- 4 本市の自立支援の取組の方法及び方向性について

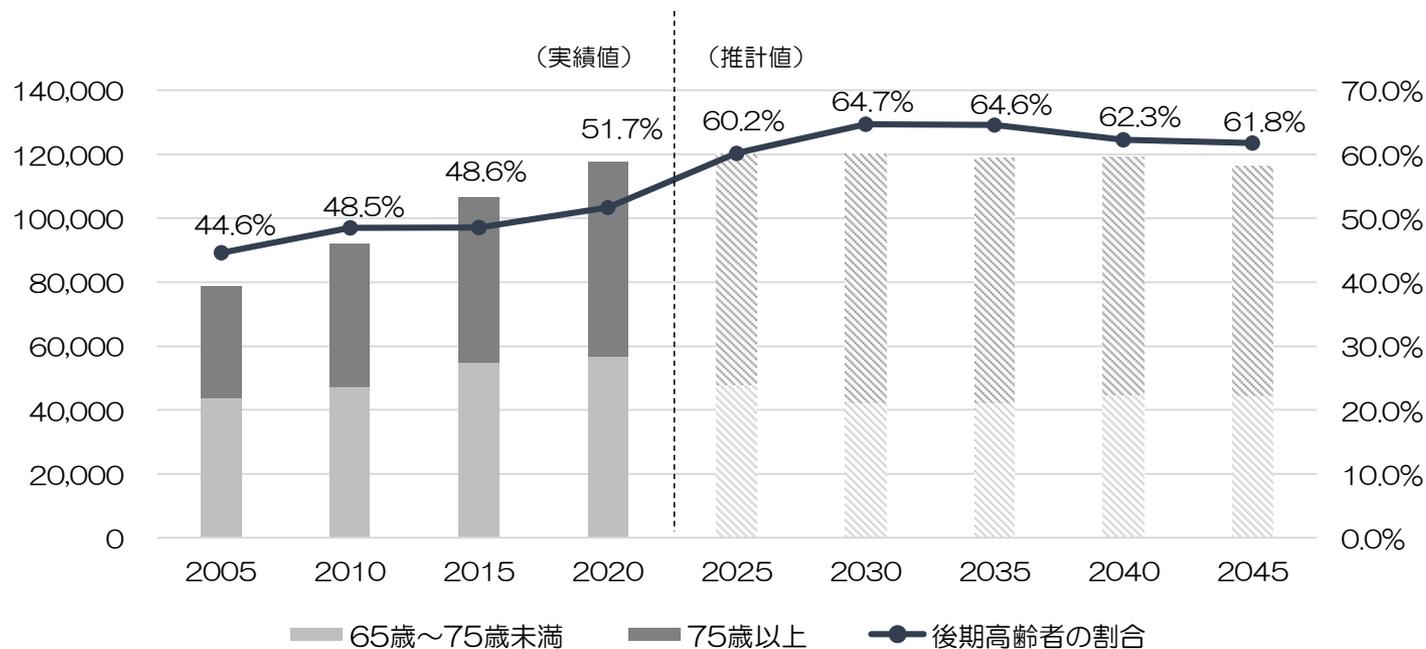
本市の現状と課題について

旭川市の人口の推計



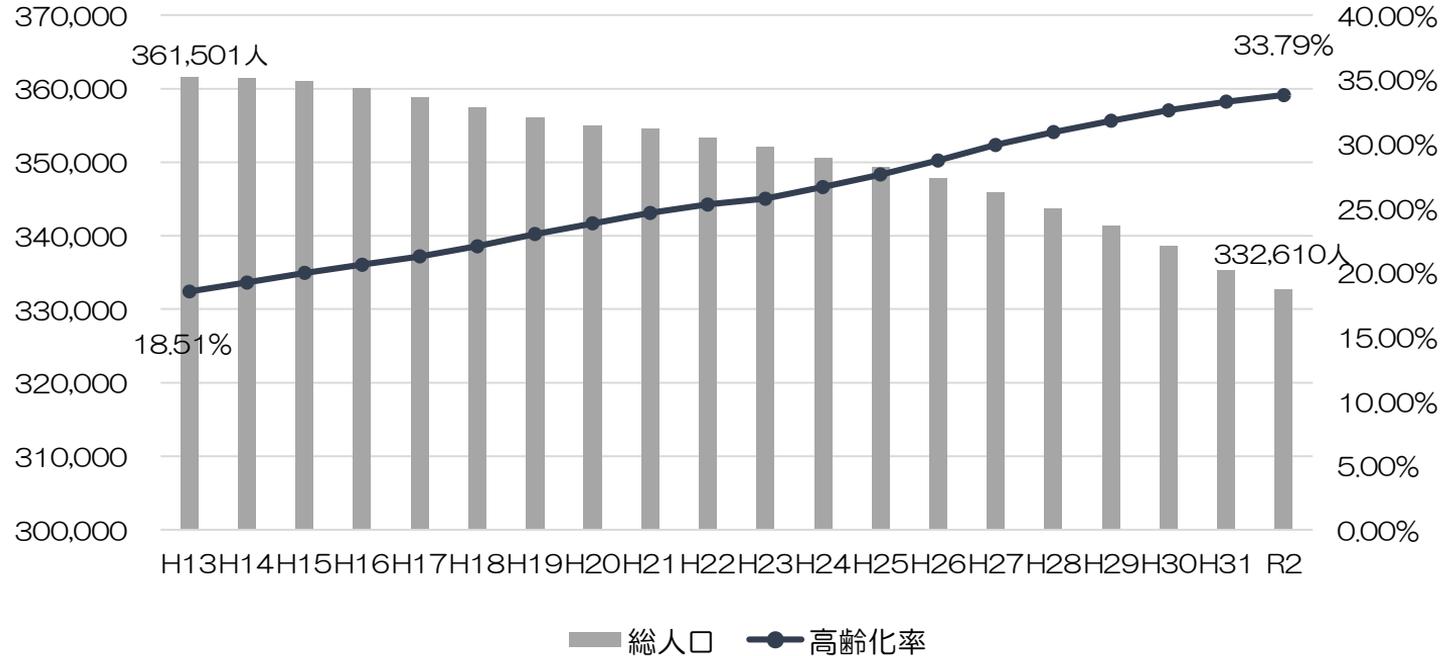
(参考) 地域包括ケア「見える化システム」

高齢者全体に占める後期高齢者の割合



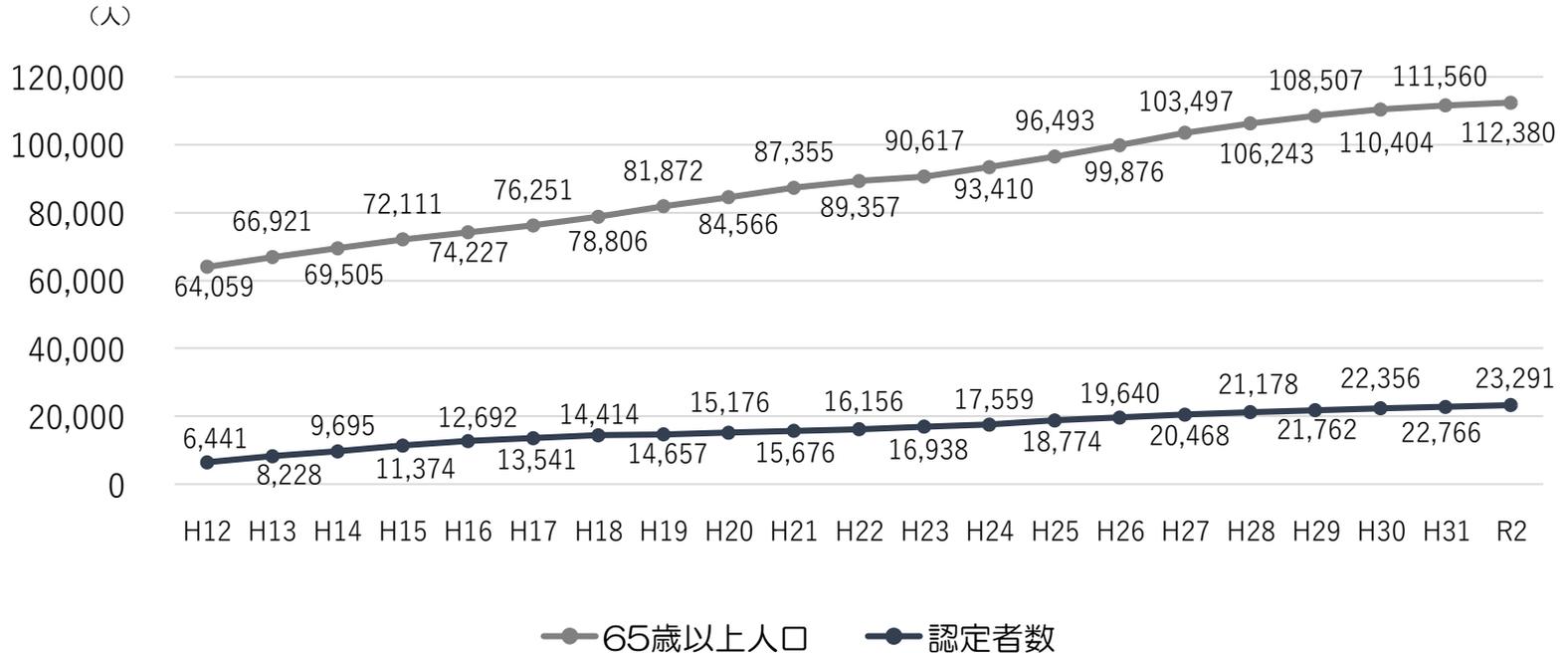
(参考) 地域包括ケア「見える化システム」

旭川市の人口推移



※ 平成25年までは3月末、平成26年からは4月1日の人口

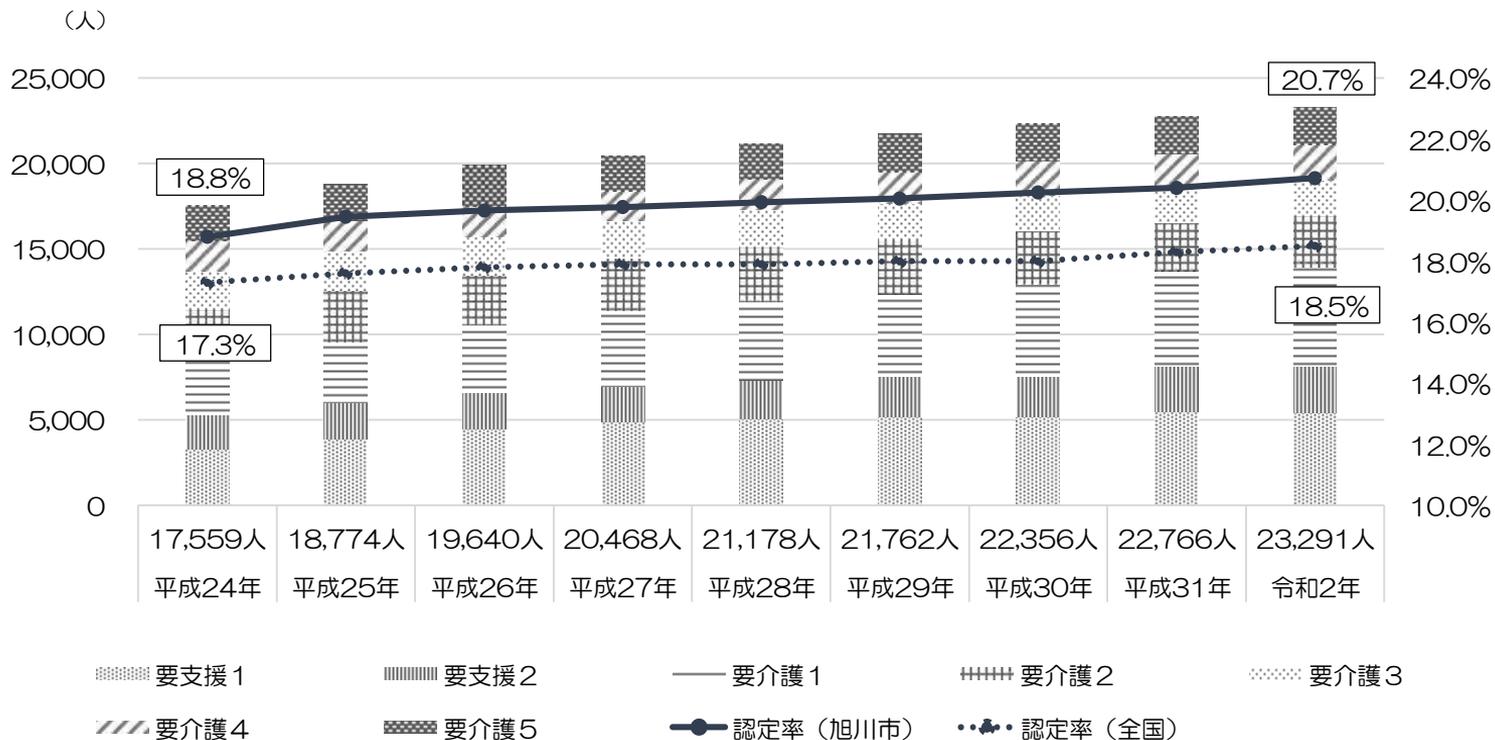
高齢者人口と要介護等認定者数の推移



※ 各年3月31日の数（高齢者人口のみ平成26年からは年4月1日の数）

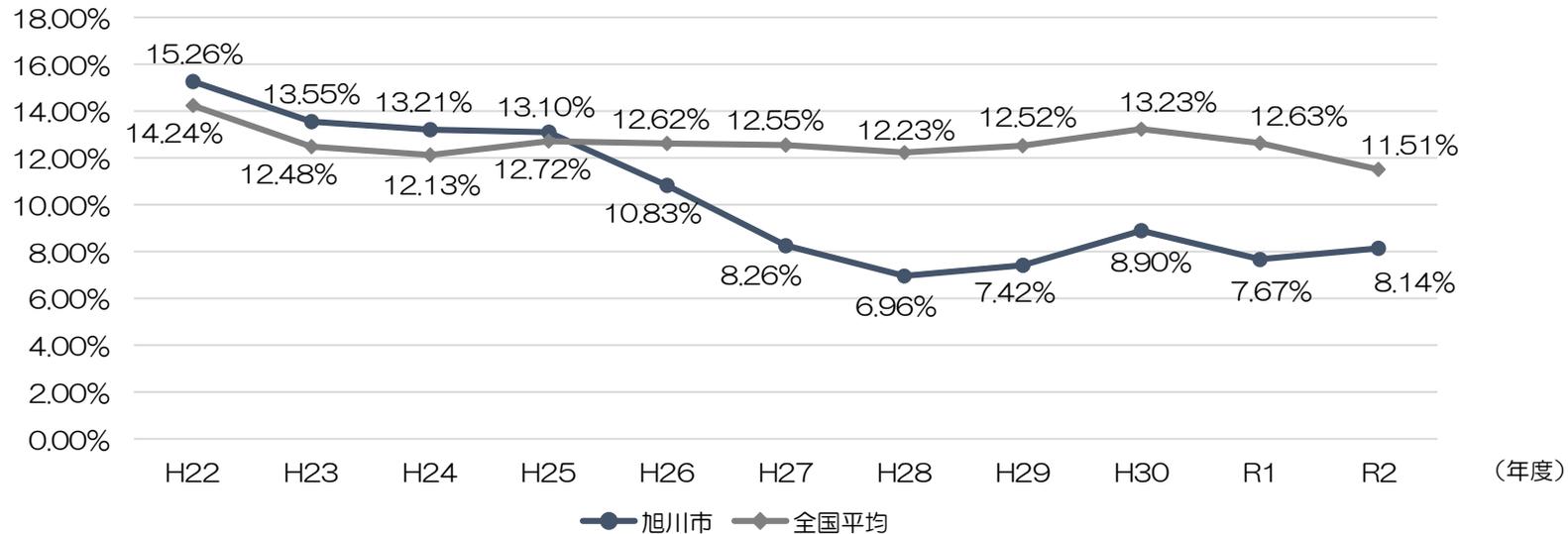
※ 認定者数は第1号被保険者のみの数

要介護等認定者の状況



- ※1 旭川市は、各年3月末の実績を参照
- ※2 全国平均は、地域包括ケア「見える化システム」参照
- ※3 認定者数は第1号被保険者のみの数

旭川市の要介護等認定者の軽度化率の推移



※ 出典：厚生労働省介護保険総合データベース 属性集計

※ 認定者数は第1号被保険者及び第2号被保険者の数

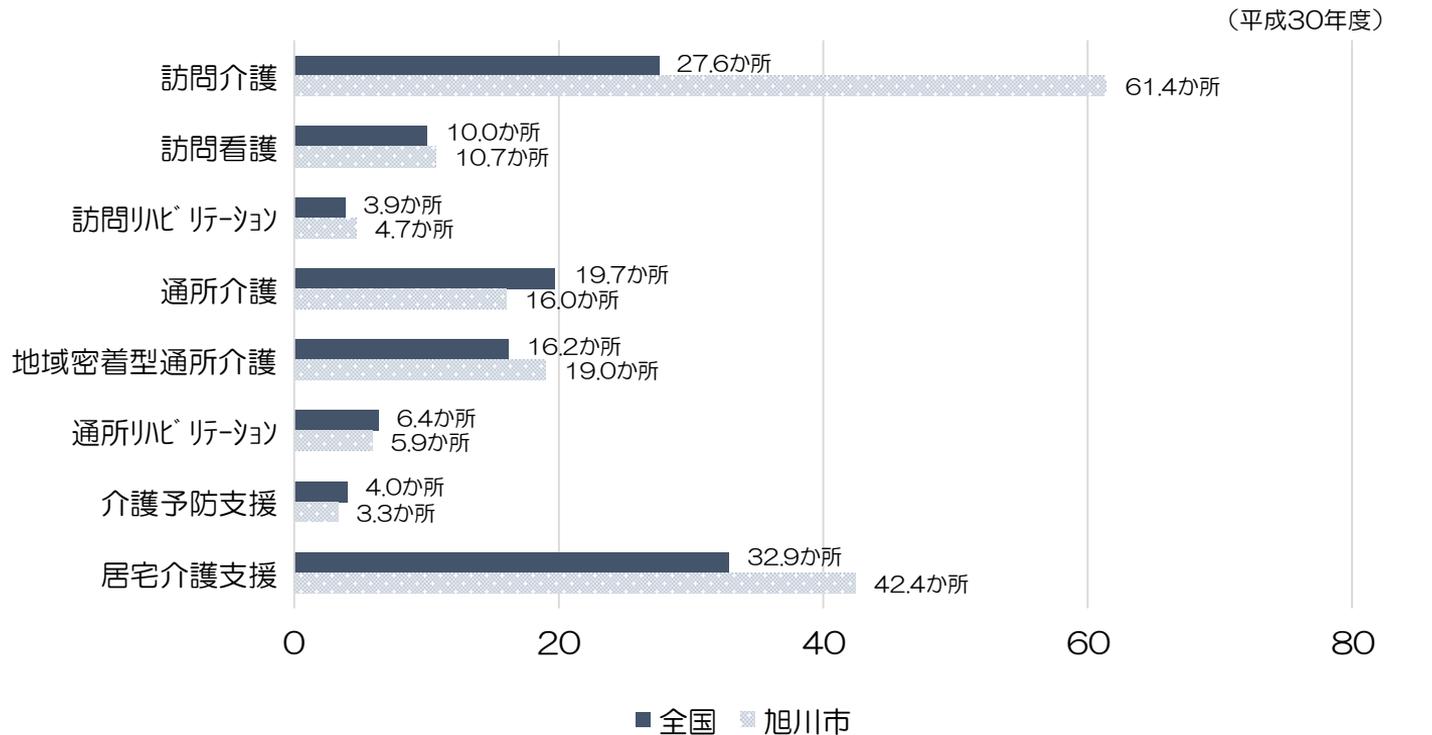
要介護等認定者の状況

旭川市における平成29年度（平成29年4月1日から平成30年3月31日）の要介護認定更新状況

更新前		更新後			
		全重度化		1区分重度化	
要支援1	4,215人 (29.59%)	→要介護1～5	493人 (11.70%)	→要支援2	641人 (15.21%)
要支援2	2,072人 (14.54%)	→要介護1～5	532人 (25.68%)	→要介護1	430人 (20.75%)
要介護1	3,391人 (23.80%)	→要介護2～5	960人 (28.31%)	→要介護2	705人 (20.79%)
要介護2	1,594人 (11.19%)	→要介護3～5	553人 (34.69%)	→要介護3	348人 (21.83%)
要介護3	1,175人 (8.25%)	→要介護4～5	486人 (41.36%)	→要介護4	360人 (30.64%)
要介護4	904人 (6.35%)	→要介護5	327人 (36.17%)	→要介護5	327人 (36.17%)

要支援1は約10人に1人、要支援2は約4人に1人が要介護へ移行している。

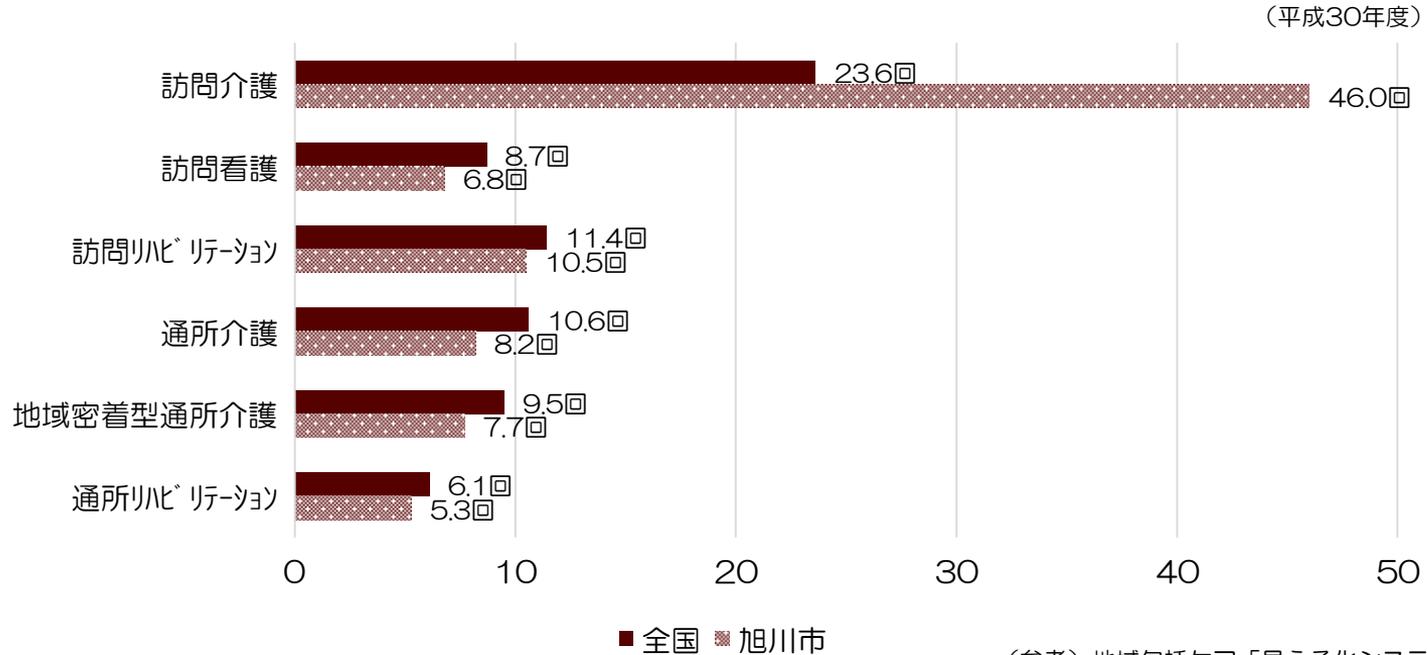
人口10万人当たりのサービス提供事業所数



(参考) 地域包括ケア「見える化システム」

※ サービス提供事業所数を当該地域の人口で除し、10万を掛けた数

受給者1人当たりの利用回数



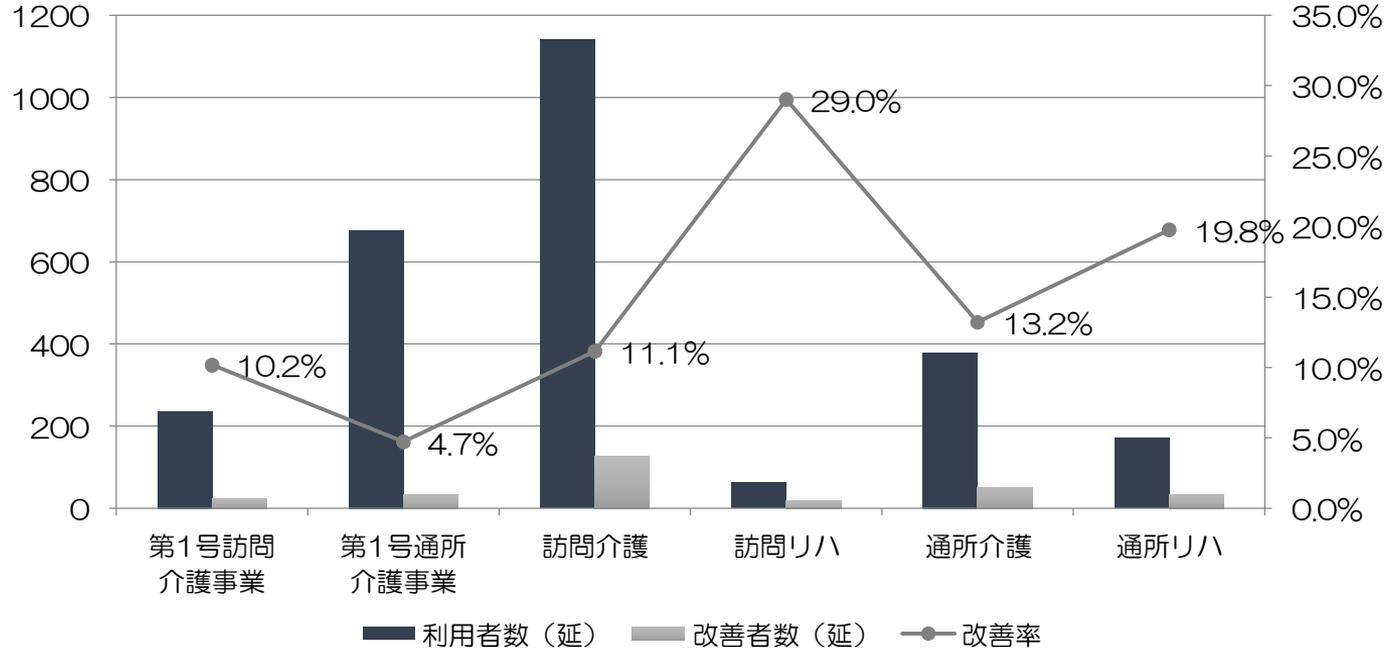
(参考) 地域包括ケア「見える化システム」

※1 要介護者のみの数

※2 訪問介護が利用された回数の総和を同サービスの受給者数の総和で除した数で算出

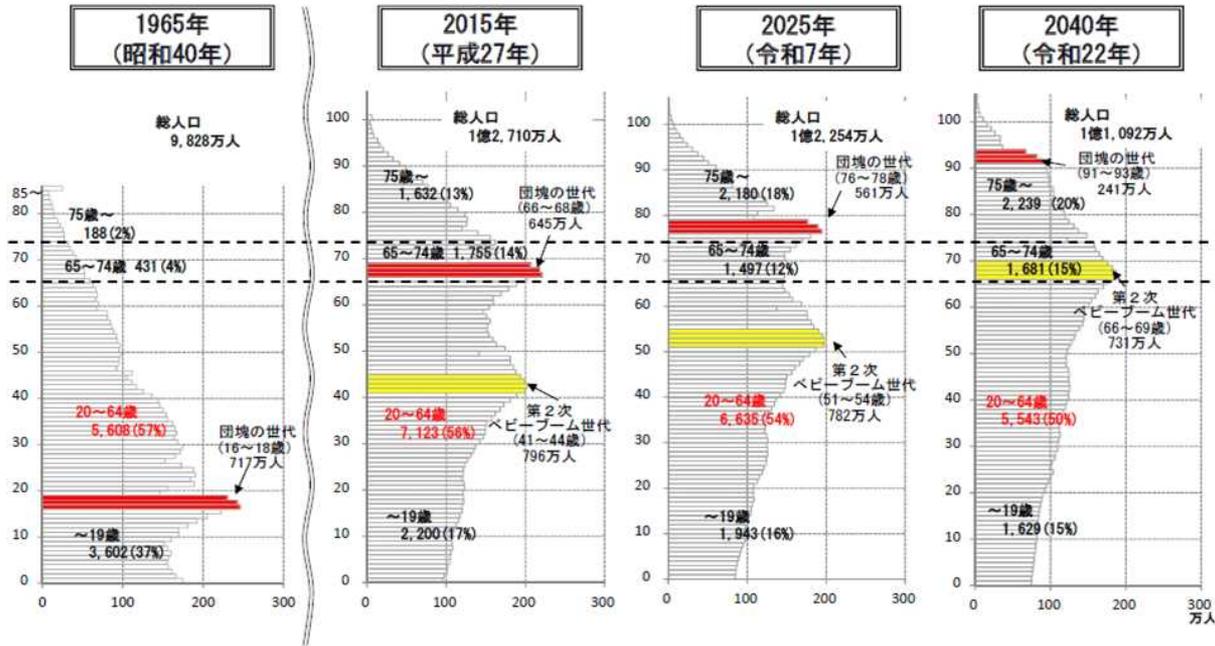
サービス種別ごとの改善率

(令和2年度)



- ※1 当該年度において介護認定の更新を行った者のうち、各事業のみを利用している者の数から集計
- ※2 改善率については、北海道国民健康保険団体連合会が作成する一次加工データから集計

全国の人口ピラミッドの変化

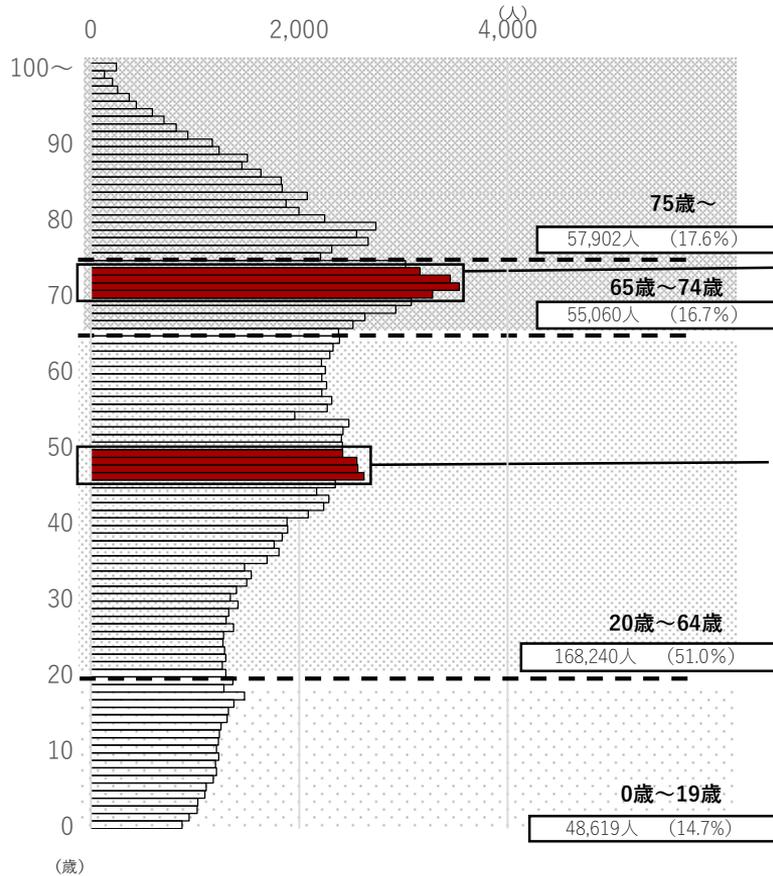


(注) 団塊の世代は1947~49年、第2次ベビーブーム世代は1971~1974年生まれ。

(出典) 1965年、2015年は総務省「人口推計」、2025年、2040年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口ー平成29年中位推計ー」

旭川市の人口ピラミッド

(令和3年4月現在)



5年後に後期高齢者

<70歳の平均寿命>

男性15.96歳，女性20.21歳

(厚生労働省，令和元年簡易生命表より)

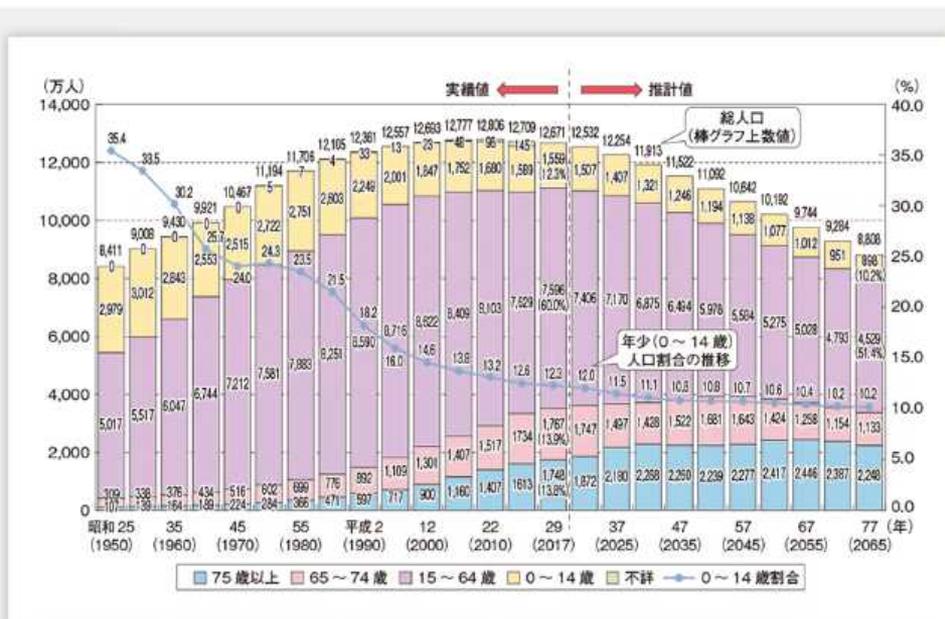
20年後に高齢者

<45歳の平均寿命>

男性37.57歳，女性43.26歳

(厚生労働省，令和元年簡易生命表より)

全国の人口構造の推移

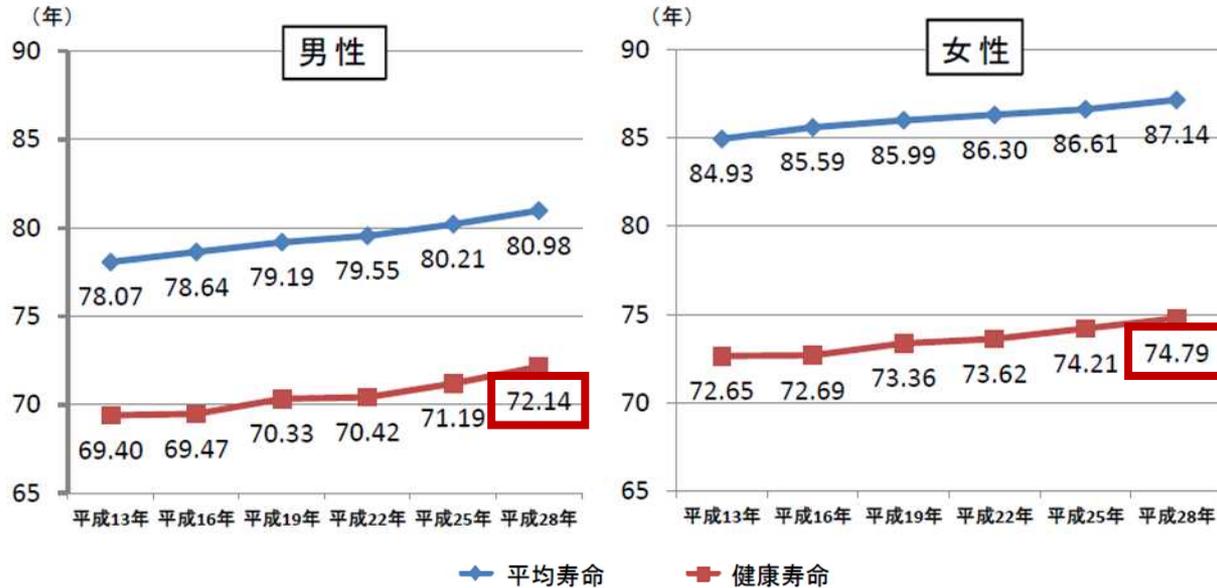


資料：2015年までは総務省「国勢調査」、2017年は総務省「人口推計」（平成29年10月1日現在確定値）、2020（平成32）年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果。

注：2017年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「平成27年国勢調査 年齢・国籍不詳をあん分した人口（参考表）」による年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。なお、1950～2015年の年少人口割合の算出には分母から年齢不詳を除いている。

注：年齢別の結果からは、沖縄県の昭和25年70歳以上の外国人136人（男55人，女81人）及び昭和30年70歳以上23,328人（男8,090人，女15,238人）を除いている。

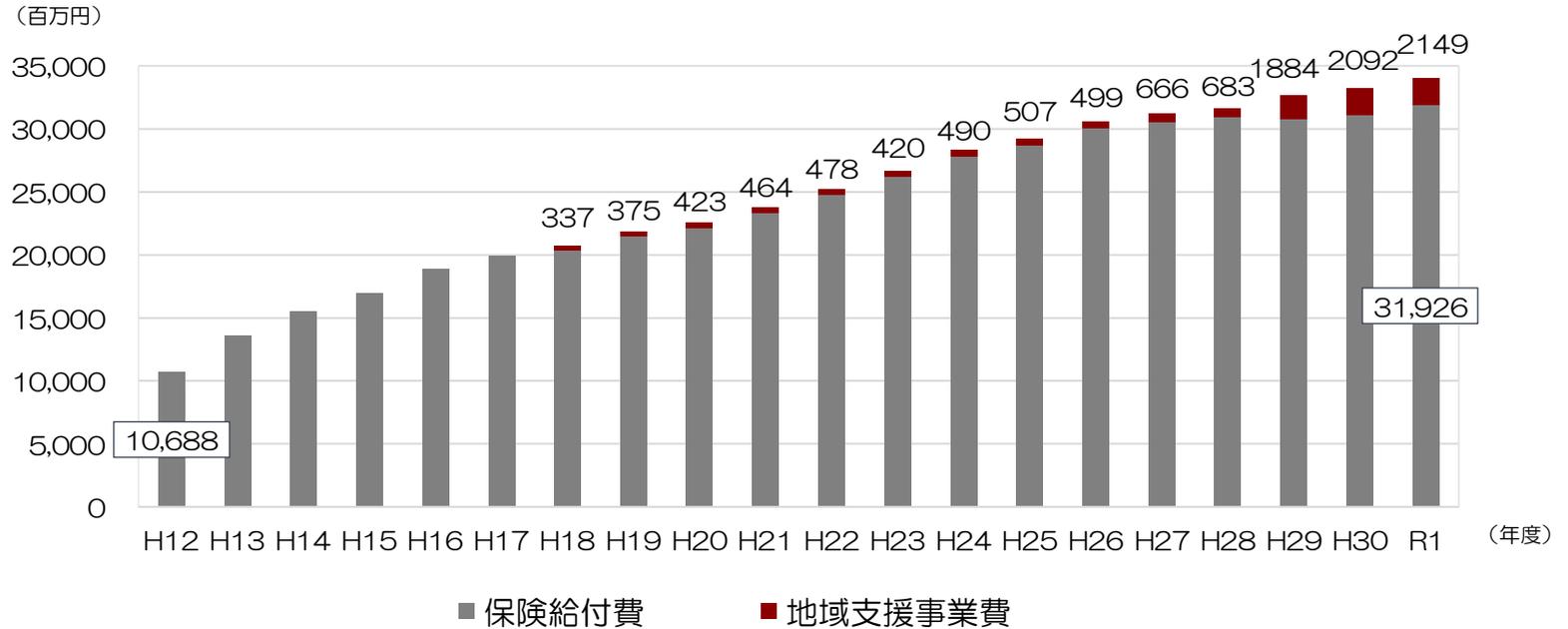
全国の平均寿命と健康寿命



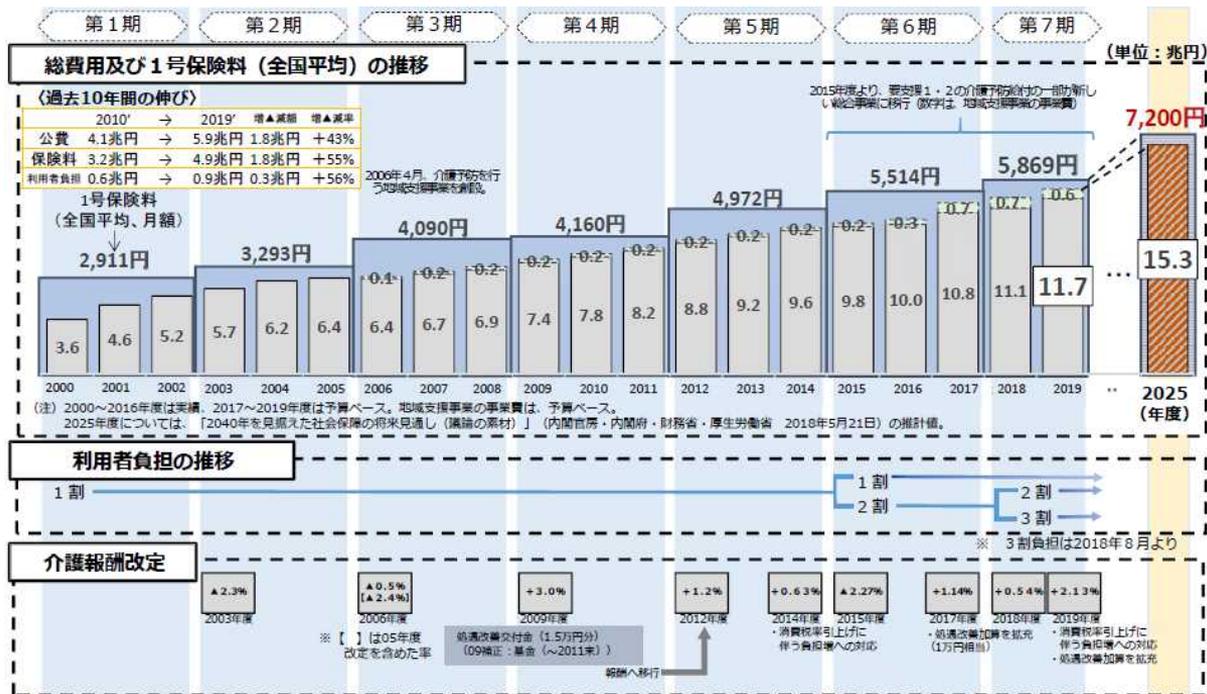
【参考】平均寿命：平成13、16、19、25、28年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は、厚生労働省「完全生命表」

健康寿命：厚生労働省「簡易生命表」、厚生労働省「人口動態統計」、厚生労働省「国民生活基礎調査」、総務省「推計人口」より算出

旭川市の介護給付費等の推移



全国の介護保険費用等の推移



引用：財務省、財政制度分科会 参考資料（平成31年4月23日）

旭川市の現状

全国平均よりも高齢化率が高い

全国平均よりも要介護認定率が高い

要介護状態等のリスクが高くなる後期高齢者が増え続けることが見込まれる

全国平均よりも要介護等認定者の軽度化率が低い

全国平均よりも、人口構造における現役世代の割合が低い

本市の課題

生活に困りごとを抱える高齢者が増加する。

介護保険サービスを利用するが、
その状況を改善させることができない。

状態は悪化し、必要なサービス等は増えていく。

医療・介護現場での支え手の現役世代は減る
給付費は増え続け保険料等の負担は増える
(必要な人が必要な支援を受けることが難しくなる可能性がある)

予防

改善

強化

適正化

現状と課題を踏まえた今後の重要事項

● 自立支援に資するケアマネジメントの推進

- 本人の主体的な生活を基にし、自立を阻害する因子と課題を明確にした、目標指向型のケアプランの作成及び実行
- 介護保険サービスだけでなく、本人の主体的な取組、医療機関等との連携、住民の互助によるインフォーマルサービスの活用等を意識した地域包括ケアの提供

住民が自ら又は住民同士で自立した生活を推進していくための仕組みづくりが必要となる。

(自助)

(互助)

総合事業から考えるケアマネジメントの考え方

住民が自ら又は住民同士で健康を増進していくための仕組みづくり

(自助)

(互助)

即ち

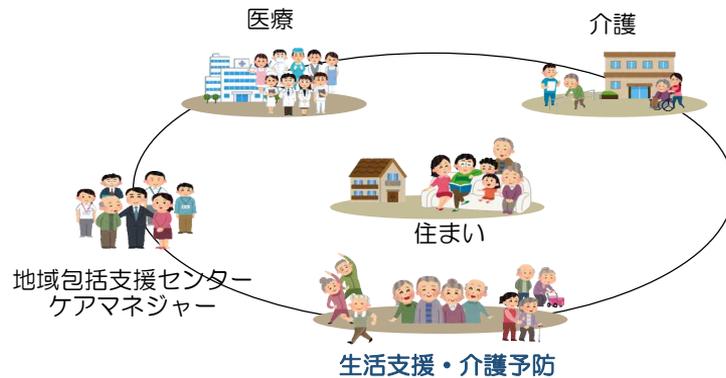
介護予防

生活支援

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 (第1号事業)

一般介護予防事業

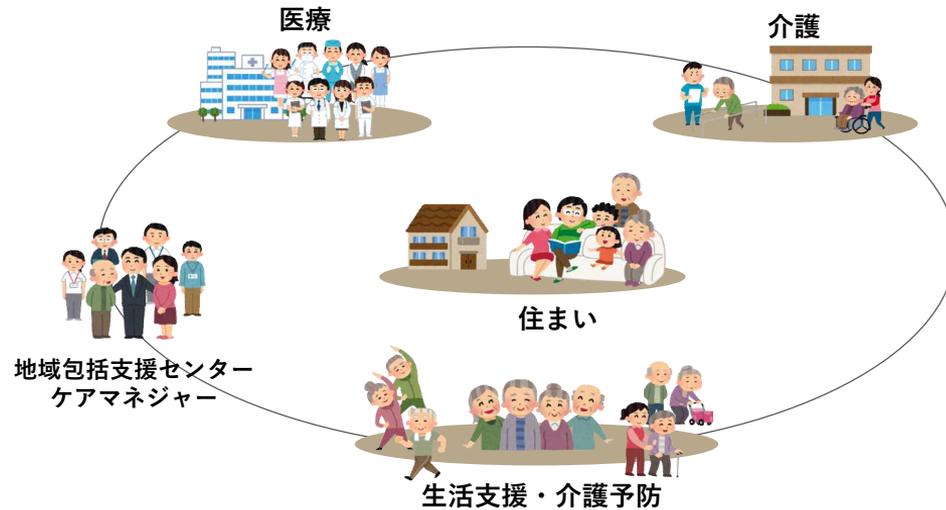


これまでの予防給付をこの総合事業に移行した意義を踏まえて、要支援者及び事業対象者と関わる必要がある。
そして、総合事業の対象者の弾力化が進められていることから、この考え方は要支援者だけに限ったことではない。

地域包括ケアと介護支援専門員の役割

地域包括ケア

住み慣れた地域で自分らしい生活を送れるよう
必要な住まい・医療・介護・介護予防・生活支援を一体的に提供する支援



個別事例から考える地域包括ケア



また、自宅で暮らしたい。自分の身の回りのことは自分でできるようになって家族に迷惑をかけないように暮らしたい。

雪子さん 75歳 女性 要支援2

現病歴： 夜間に室内で転倒し第1腰椎圧迫骨折を受傷 翌日A病院入院
約2か月の保存療法を行い来週自宅退院予定

主訴： 軽度の腰痛と下肢・体幹筋群の筋力低下

既往歴： 糖尿病，高脂血症，高血圧

家族構成： 45歳の娘と暮らし 娘は平日の日中は仕事で不在

基本動作： 屋内外の移動は短距離であれば独歩可能 10分程度の立位保持で疲労と下肢に痺れ

A D L： 自宅浴槽での入浴が不安

個別事例から考える地域包括ケア

例えば退院時支援



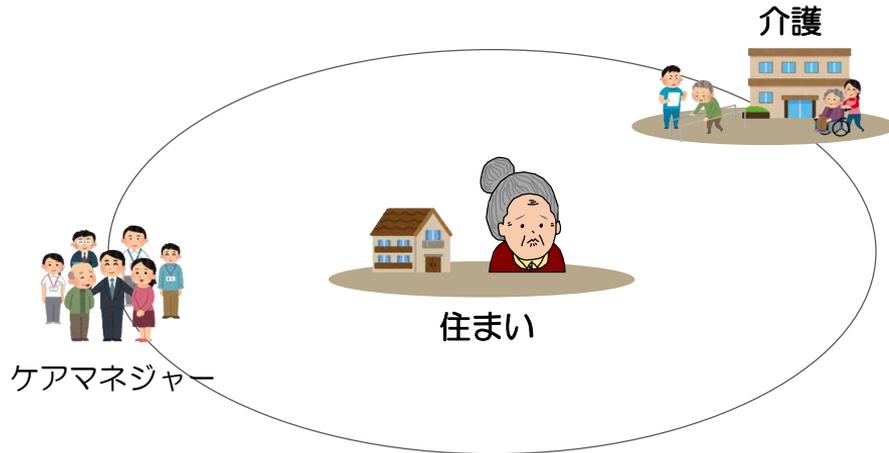
日中に家に一人にするのが不安です。長く立てないので、料理もできないだろうから、毎日昼食を作り置きするのも大変です。自宅のお風呂に一人で入れるかが不安です。



MSW

では、週に2回、デイサービスを利用して、お風呂はそこで入りましょう。昼食も週に2回はデイサービスで済ませましょう。

個別事例から考える地域包括ケア



DS以外の日は、本人は何をして過ごすのか
生活に本人の主体性はあるか
DSでは入浴以外に何をするのか
活動量は確保されているか
残存機能を十分に使っているか
基礎疾患の管理が行えるか
家庭内での役割はあるか
地域とのつながりはあるか
社会生活を送れているか

そもそも本人の送りたい生活はどのような生活なのか

仮に、これだけの支援であれば、生理学的に、廃用性の身体機能・精神（認知）機能の低下を引き起こすことは確実といってよい。言い換えれば、生活機能が向上する要素はひとつもない。

個別事例から考える地域包括ケア

本人がこの先も長期的に、**住み慣れた環境**で**自分らしい生活**を送るためには、何が必要なのか。

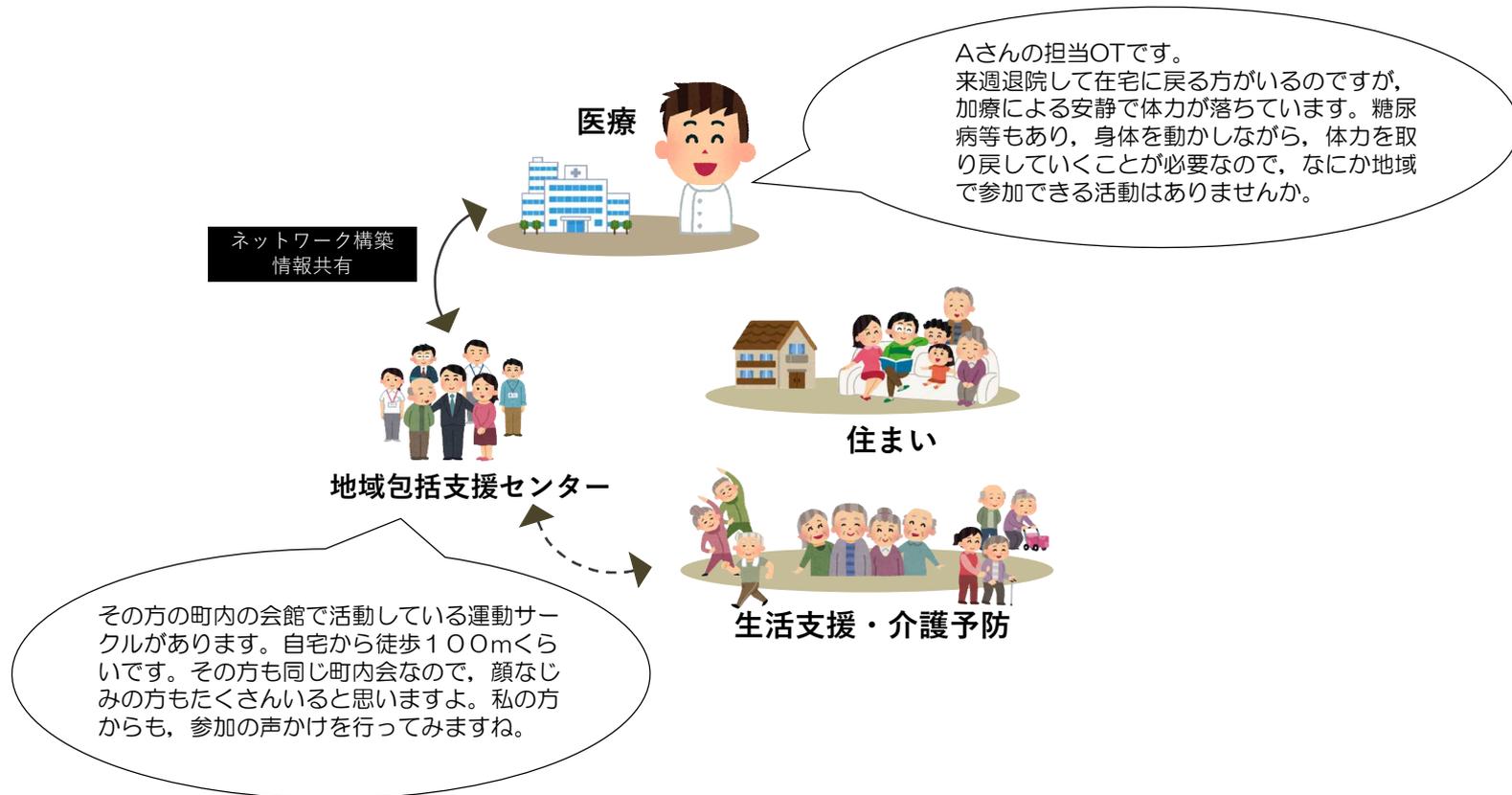


家では、毎日家族のご飯を作っていました。町内会の役員も長年やっていたし、だまっていることが苦手なんです。



残る生活機能の課題を今後解決していくためには何が必要なのか本人がこれまでの人生で大事にしていた活動はなにか
家庭内での立場・役割は？家庭内でのポジションは？
地域での交流はあったのか？

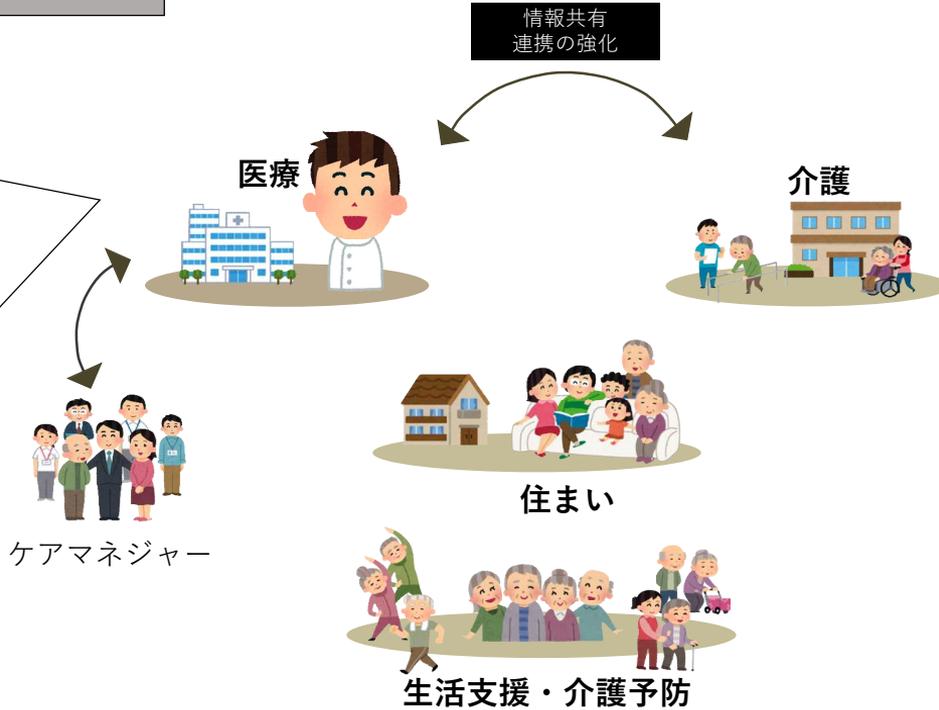
個別事例から考える地域包括ケア



個別事例から考える地域包括ケア

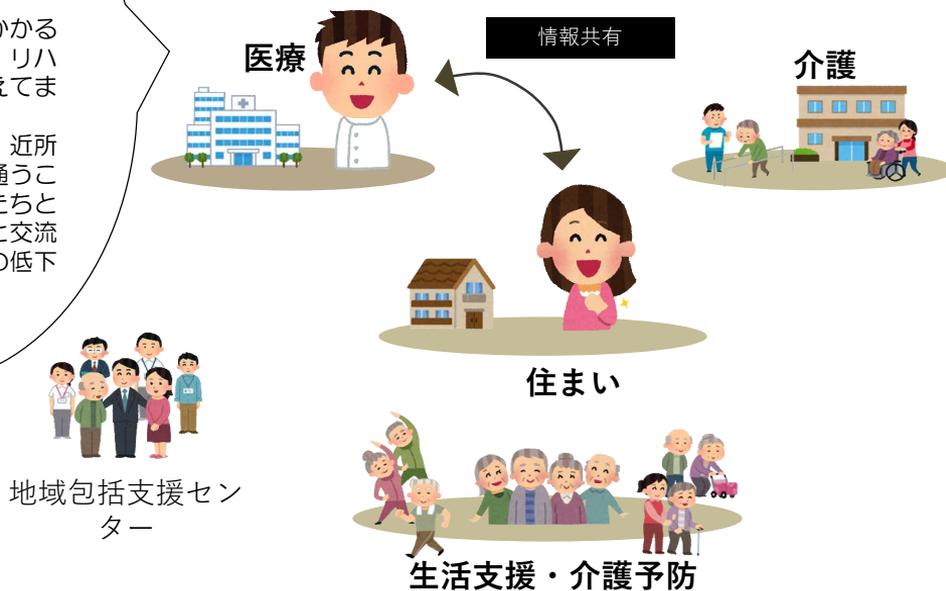
- ・ サービス担当者会議
- ・ CMとの連絡
- ・ 添書 等

雪子さんですが、骨折の加療のための安静で、下肢・体幹筋群の筋力が低下しており、浴槽の出入りが難しい現状です。浴室内の移動や頭と体を洗うことはできませんので、DSでは跨ぎ動作の練習と、そのための筋力訓練を中心に実施していただくと良いと思います。また、一人での長距離の歩行が難しいので、屋外歩行の練習も必要と思います。

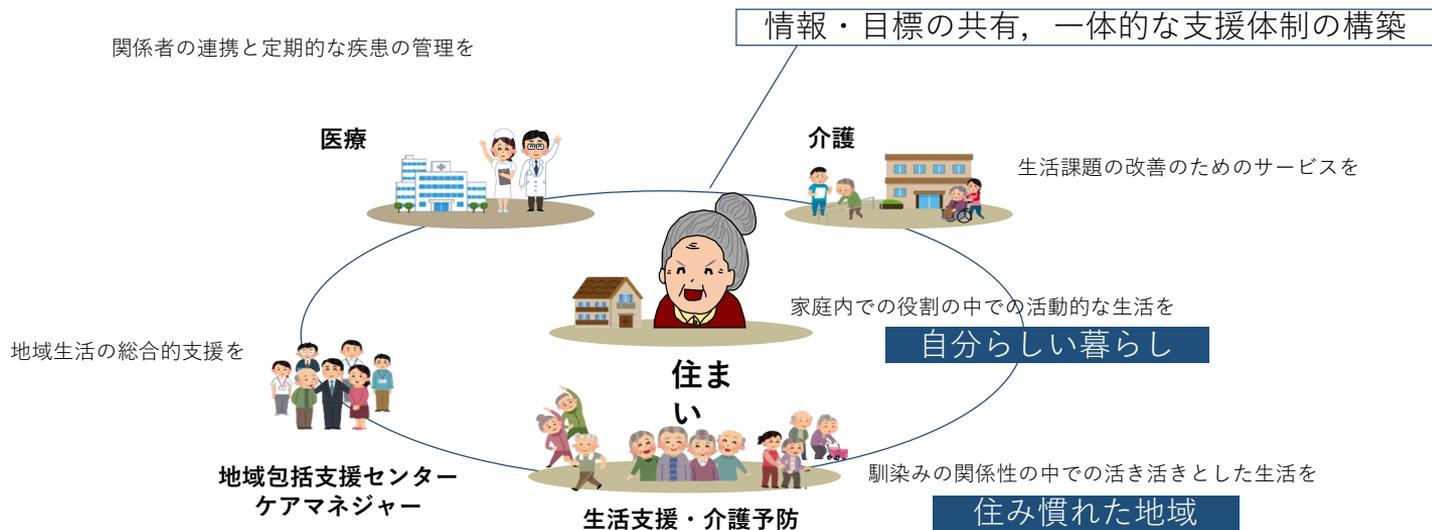


個別事例から考える地域包括ケア

退院後は、1日に1食でもいいので、元々行っていたご飯支度をしてもらいましょう。
以前よりも時間がかかるかもしれませんが、リハ場面では安全に行えています。
また、週に1度は、近所の運動サークルに通うことで、馴染みの方たちと楽しみながら運動と交流を行い、心身機能の低下を防ぎましょう。



個別事例から考える地域包括ケア



馴染みの関係性の中で、人生の文脈に沿った生活を送ってもらうという目的を各関係者が共有することで可能になる

ケアマネジャーの役割

対象者一人ひとりに対する次の視点での関わり



本人にとっての、馴染みの関係性の中での自分らしい生活とはなにか？
その生活を阻害しているものはなにか？
その解決のためにはどのような支援が必要か？
その支援では、いつ、誰が、何を、どのように行うことが効果的か？

地域包括ケアを実践

(積み重ね)



連携のためのネットワークの多様化
様々な関係者の理解の促進
地域資源の拡充
多様な連携体制の強化

地域包括ケアのシステム化

← 地域包括ケアシステムの構築・深化

ケアマネジメントについての共有したい考え方

介護支援専門員の役割の再確認

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）

（指定居宅介護支援の基本取扱方針）

第12条 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

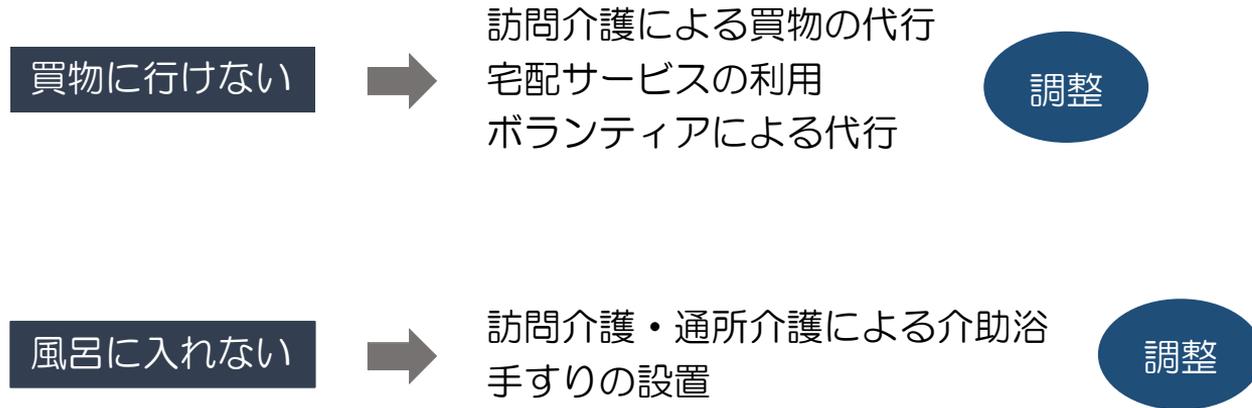
第13条 指定居宅介護支援の方針は、第3条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

(4) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

共有したい考え方

- どのようなことを目的にケアマネジメントを行うか。
 - ・ 負担のない安心した生活を送れるようサービスを調整すること？
 - ・ 抱えている生活課題を改善・解決すること？
- 対象者と介護支援専門員の合意は、改善を目標としているか、利用を目標としているか。
- 対象者が要介護認定の更新で要介護1から要支援2になるのは悲しいことか、嬉しいことか。
 - ・ そのときに、一緒に喜べるような関わりができているか。
- 対象者に良くなってほしいか悪くなってほしいか。
 - ・ 対象者の希望に寄り添ったサービスの内容に、重度化していくリスクは潜んでいないか。
- (例えば) 「デイサービスで入浴を行い、清潔に過ごす」という目標のケアプランをどう思うか。

生活機能の分析に基づく支援の提供



買物ができない理由はなにか、入浴が困難な理由はなにか
残存機能の活用機会までサービスで代用していないか
できない理由は絶対に改善が困難なものか
改善が見込めるものであれば、そのサービスは改善につながるものか

生活機能の分析に基づく支援の提供

生活行為分析シート

ADL（日常生活活動）

生活行為分析シート

IADL（学術的日常生活活動）

生活行為分析シート

氏名	性別	年齢	測定日	測定場所
北澤 賢子	女性	75歳	2021年5月1日	自宅
測定項目	自立	歩行	食事	入浴
測定結果	○1	○2	△1	△2

生活行為	項目	達成度
起床	○2	自力で起床する。
着衣	○2	自力で着衣する。
移動	○2	自力で移動する。
食事	○2	自力で食事をする。
入浴	○2	自力で入浴する。
排泄	○2	自力で排泄する。
洗濯	○2	自力で洗濯する。
掃除	○2	自力で掃除する。
買い物	○2	自力で買い物をする。
交通手段の利用	○1	自力で交通手段を利用する。

※ ADL及びIADLの項目で測定度が△1又は△2の場合は、2、3ページの説明する項目についても△1と見做す。

項目	達成度	達成理由
起床	○2	自力で起床する。
着衣	○2	自力で着衣する。
移動	○2	自力で移動する。
食事	○2	自力で食事をする。
入浴	○2	自力で入浴する。
排泄	○2	自力で排泄する。
洗濯	○2	自力で洗濯する。
掃除	○2	自力で掃除する。
買い物	○2	自力で買い物をする。
交通手段の利用	○1	自力で交通手段を利用する。

項目	達成度	達成理由
読書	○1	読書をする。
新聞の読み取り	○1	新聞を読む。
郵便物の取り扱	○1	郵便物を取り扱う。
電話のかけ方	○1	電話をかける。
銀行の振込	○1	銀行に振込をする。
公共交通機関の利用	○1	公共交通機関を利用する。
入浴	○2	自力で入浴する。
排泄	○2	自力で排泄する。
食事	○2	自力で食事をする。
移動	○2	自力で移動する。
洗濯	○2	自力で洗濯する。
掃除	○2	自力で掃除する。
買い物	○2	自力で買い物をする。
交通手段の利用	○1	自力で交通手段を利用する。

生活機能を簡易的にアセスメントできる様式<生活行為分析シート>を作成していますので、御活用いただける場合は、長寿社会課（0166-25-5273）まで御連絡ください。

対象者の課題の性質を踏まえた介入手段の選択



- 可逆性がある機能を向上させるか
- 不可逆性の機能低下を道具・環境等で代償する又は支援者に代行させるか

個々の課題に応じた適切な介入方法を選択する必要がある。

ニード・デマンド・ホープ Needs, Demands, Hopes

「デイサービスに行きたい。」 Demand, Hope

「足腰の筋力がなくなってきたので、デイサービスに行って筋力を付けたい。」 Demand, Hope

買物に行くことができない 宅配サービスを使い始めた 調理済みのものを購入しがちになった

毎日行っていた料理をしなくなった 糖尿病のコントロールが不良になった

家庭内の役割を持った活動的・能動的な生活を取り戻すために、
下肢・体幹筋群の筋力を向上させ、
屋外での長距離歩行の能力向上につなげることで、
見て選んだ食材で自分の好きなものを作るという
一連の習慣を再獲得する必要がある。

Needs

(クライアントにとって必要なこと)

ニーズを明らかにするための分析プロセス

デイサービスに行きたいです。

どうしてデイサービスに行きたいのですか。

足腰の筋力が落ちてきたので、デイサービスに行って筋力を付けたいんです。

足腰の筋力が落ちたことに何か心当たりはありますか？
普段はどのような生活を送っているのですか？
足腰の筋力が落ちたことがあなたの生活にどのような影響を与えていますか？
etc…

面接， 傾聴， 信頼関係， 課題を探る視点があつてのニーズの明確化

本市の自立支援の取組と方法及び方向性について

本市の自立支援の強化に向けた取組

重要視している視点

- 介護支援専門員が対象者に包括的ケアを提供するための体制を整備すること
- 介護支援専門員が業務を行う上での負担を軽減すること
- サービス提供事業者の支援状況にも焦点を当てて適正化事業等を実施していくこと

本市の自立支援の取組の方法及び方向性について

- ① ケアプランの変更に係る取扱いの考え方の整備
- ② 地域包括支援センターによるケアマネジメントの支援の強化
- ③ 医療職による介護支援専門員の同行訪問支援の整備
- ④ 市民に対する介護保険制度の目的・趣旨等の周知
- ⑤ 介護給付等適正化事業の強化
- ⑥ 医療・介護関係者の連携促進のための体制整備
- ⑦ 旭川市自立支援型ケア会議の開始

① ケアプランの変更に係る取扱いの考え方の整理

ケアプランの変更に係る取扱いの考え方の整理

旭川市におけるケアプランの変更に係る取扱いの考え方

- 1 ケアプランの変更時におけるケアプラン作成に当たっての一連の業務についての考え方
 介護支援専門員は、ケアプランを変更する際には、利用者の状態等を踏まえた適正なケアマネジメントを行うため、原則として、ケアプラン作成に当たっての一連の業務(8)を行うことが必要である。ただし、変更の内容が軽微であり、支援計画の実行に支障がないと考えられる場合は、この限りではない。

※一連の業務…「指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚令38)」の第13条第3号から第12号までの業務

2. 軽微な変更の考え方

(1) 軽微な変更として取り扱う目的について

軽微な変更として取り扱う場合には、次の事項を目的とすること。

- ア 利用者の不要な負担を軽減すること
- イ 介護支援専門員の業務を効率化し、利用者全体へのより効果的なケアマネジメントの実践につなげること

(2) 軽微な変更として取り扱う条件について

ケアプランの内容の変更を軽微な変更として取り扱う場合は、次の事項の全てを満たしていることを原則とする。

- ア 変更の理由が利用者の希望によるものであること(2-(3)-4及び7を除く)
- イ 介護支援専門員が一連の業務を行う必要がないと判断したものであること
- ウ 再アセスメント、課題の分析、目標の再設定、サービスの提供内容の再検討及びサービス担当者会議での協議・共有を行う必要性が生じないものであること
- エ 利用者の有する課題の解決のための支援計画に不足が生じないものであること

(3) ケアプランの変更時の取扱いに係る考え方と軽微な変更と考えられる例

内容	旭川市の考え方	軽微な変更と考えられる例
1 サービス提供の時間帯や曜日の変更	サービス提供の曜日や時間帯の変更が利用者やその家族の都合によるものであって、かつ、再アセスメント、課題の分析、目標の再設定及びサービスの提供内容の変更の必要性を伴わない場合は、一時的、継続的にかかわらず、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。	利用者の病院受診の都合で、毎週火曜日に利用しているデイサービスを、今後、同じ提供内容のまま水曜日に変更する。
2 同一事業所における週1回程度のサービス提供の回数変更	サービス提供の回数変更は、基本的に利用者の状態の変化や目標を達成するためのサービスの提供内容の見直しによるものが想定されることから、原則として、ケアプランの作成に当たっての一連の業務を行う。 ただし、サービス提供の回数変更により、再アセスメント、課題の分析、目標の再設定及びサービスの提供内容の変更の必要性を伴わない場合は、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。	ケアプラン上は目標を達成するために週に2回のデイサービスの利用を想定しているが、まずは週に1回で慣らしたいとの利用者の要望により、開始時から週に1回の利用としていたものを、経過を踏まえ週に2回に変更する。
3 利用者の住所の変更	利用者の住所変更に伴う物的・人的な環境の変化が、利用者の課題、目標及びサービスの提供内容に影響を及ぼす場合は、ケアプランの作成に当たっての一連の業務を行う。 ただし、利用者の住所の変更に伴う住環境の変化が、それらに影響を及ぼさない場合は、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。	現在の高齢者住宅と室内の環境が変わらない別の高齢者住宅に転居し、引き続き、ホームヘルパーに自分では困難な浴室の掃除の支援を受ける。
4 単なる事業所の名称の変更	単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。	
5 目標設定期間の延長	目標設定期間の延長は、基本的に、利用者の状態等の再アセスメント、課題の分析、目標の再設定及びサービスの提供内容の見直しを必要とする場合が想定されることから、原則として、ケアプランの作成に当たっての一連の業務を行う。 ただし、支援経過において、目標の達成のための効果が一定程度に認められており、短期間かつ一度の延長で目標の達成が見込める場合は、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。	目標である1km先のスーパーまでの移動が可能となるが、休み休みであるが可能となった。これまでのサービスの提供内容で移動能力が改善してきていることから、あと1か月、デイサービスでの訓練を継続することで、より安定したスーパーまでの移動が可能となると判断し、期間を1か月延長する。

ケアプランの変更に係る取扱いの考え方の整理

●目的

- 介護支援専門員の負担を軽減すること
- 不必要なケアマネジメント業務を省略化すること
- 対象者への支援において必要なケアマネジメントが省略されることを防ぐこと

●要点

- 「一連の業務を行わないことにより、対象者の課題を解決する上で不足が生じるか否か」で判断すること。
- 軽微な変更として取り扱う目的は、「利用者の負担軽減」と「介護支援専門員の業務効率化による利用者全体への効果的な支援の実践」であること。

ケアプランの変更に係る取扱いの考え方の整理

例えば,

目標が達成できなかったため、目標の期間のみを変更しようと思う。

⇒ もともとの支援計画で達成できなかったのであれば、改めて課題分析、目標設定、支援内容及びサービス種別の検討を行う必要があるのではないか？

対象者の転居により住所が変更となったため、住所のみを変更しようと思う。

⇒ スーパーまでの距離が変わったことで、買物に関する能力の再確認や支援内容の見直しが必要ではないか。
浴室の形状が変わったことで、入浴に関する能力の再確認や支援内容の見直しが必要ではないか。

これらの「⇒」の必要性がないことを説明できる根拠があれば、軽微な変更として取り扱うことが適切と思われる。

② 地域包括支援センターによるケアマネジメント支援の強化

地域包括支援センターの業務内容

(介護保険法第115条の45第1項第1号二，同条2項第1号乃至第3号)

- 介護予防ケアマネジメント業務
- 総合相談支援業務
- 権利擁護業務
- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
 - ・ 介護支援専門員による包括的ケアマネジメントの実践を支援

地域包括支援センターでは，日頃から介護支援専門員の方が，負担なく，効果的に業務を行うための体制整備に尽力しています。

主任介護支援専門員を始めとする多職種が，対象者の自立した生活のためのケアマネジメントを行う上での協力を行いますので，是非，御相談ください。

市が介護支援専門員の方々への協力を行うための様々な事業を活用する上での窓口にもなります。

③ 医療職による介護支援専門員の同行訪問支援の整備



旭川市地域リハビリテーション活動支援事業

事業の内容	支援内容	従事者		
		リハ職	管理栄養士 栄養士	歯科衛生士
通いの場の支援	住民主体の通いの場として活動する高齢者の団体及びその支援者に対する技術的支援	○	○	○
個別訪問支援	生活課題を抱える高齢者及びその支援者に対する技術的支援	○	○	○
地域ケア個別会議	生活課題を抱える高齢者を対象とした地域ケア個別会議での技術的支援	○	—	—

旭川市地域リハビリテーション活動支援事業

	支援回数	支援内容	
生活課題の改善のための支援	2回1セット	(1回目)	(2回目)
		評価・助言等	フォローアップ
住宅改修の支援	2回1セット	(1回目)	(2回目)
		評価・助言等	フォローアップ
介護支援専門員の同行訪問支援	1回	評価・支援内容等の助言	

地域包括支援センターのケアマネジメント支援業務（介護支援専門員への支援）のなかで、地域包括支援センターが利用を判断する事業になりますので、医療職の協力等が必要と思われる事例がありましたら、まずは地域包括支援センターに御相談ください。

④ 市民に対する介護保険制度の目的・趣旨等の周知



利用者の理解を促すための市の取組

利用者が有する能力に応じた自立した生活のために介護保険サービスを利用するに当たっては、利用者自身の介護保険制度の理解が重要になります。

市も、保険者としてパンフレットの作成や出前講座等により、市民全体に介護保険制度の趣旨の啓発を行っています。

介護支援専門員の方にも、利用者に対して、制度の目的や趣旨の説明を重点的に行っていただきたいと思っておりますので、市が作成したパンフレットを活用いただくなどして、連携して推進していければと思います。

御活用いただける場合は、長寿社会課（0166-25-5273）まで御連絡ください。

利用者の理解を促すための市の取組

Q 介護保険サービスの仕組みがわからないので、上手に利用できるか不安です。

介護保険サービスを利用する際には、担当のケアマネジャー等がひとりひとりの困りごとや意向に合わせたサービスを提案・調整し、支援計画を作成します。

また、旭川市では、ケアマネジャー等とさまざまな職種が協働し、自立のための支援計画について検討を行う取組を進める予定です。



5 旭川市は、高齢者の「自立」を支援します

旭川市では、介護保険サービスの利用が必要になった方を対象に、ケアマネジャー、保健師、リハビリテーション専門職等が集まり、それぞれの専門性を生かして、対象の方の意向を踏まえながら、自立のための支援計画について検討する「自立支援型ケア会議」を開催します。

【自立支援型ケア会議で検討する内容】

- ① 生活の中での困りごとの原因について
- ② 総合的な課題について
- ③ 課題を解決するための目標について
- ④ 目標を達成するための支援の内容について
- ⑤ 目標を達成するための期間について

サービスを利用して、居場所の確保と入居後の課題を解決していただくことができます。

ある程度自立した状態を維持することで、居場所の確保と入居後の自立を支援してまいります。



介護保険サービスのほかにも、旭川市は介護サービスだけでなく、さまざまなサービスを提供しています。

※会議で検討を行う対象者については、旭川市が一定の基準を設けて決定いたします。申請による開催は行っておりませんので、御了承ください。

旭川市福祉保険部長寿社会課地域支援係 電話 25-5273

(令和元年7月発行)

吉子さんと考える

いきいき生活のための秘訣 ～上手な介護保険の利用の仕方～



吉子さんの紹介
生まれも育ちも旭川の元気な82歳。
2年前に要支援の認定を受けましたが、デイサービスに通い、今はいきいきと自立した生活を送っています。

1 いきいきと自立した生活は素晴らしい

いくつになってもいきいきと自立した生活を送れることは、自分にとっても、家族や友人などの周りの方にとっても、とても素晴らしい幸せなことです。

Q 「自立」ってなんですか？

私は、自分の意思のために、やりたいことや送りたい生活を自分で決めて、それを自ら実行していくことが、「自立する」ということだと思っています。いつまでも自立した生活を送るには、次の3つが秘訣だと思っています。



いつまでも元気で自立した生活を送るための秘訣

- 一、自分でできることはいつまでも自分で続けること
- 一、趣味、役割、生きがい、社会との関わりなどを持つこと
- 一、年齢とともに難しくなってきたことでも、諦めず改善に取り組むこと

Q 生活の中で及ぶ支援や介護を必要とすることは、いけないことですか？

年齢を重ねるにつれて、心身の機能は少なからず低下し、勇気をつけることも増えてきますので、生活の中での困りごとが出てくるのは当然のことです。大切なのは、その困りごとの改善に積極的に取り組むことだと思います。そのため制度の一つとして、「介護保険」という制度があります。



⑤ 介護給付等適正化事業の強化

介護給付等適正化事業の強化

令和3年9月14日付け 介護保険最新情報Vol.1006

令和3年9月22日付け 介護保険最新情報Vol.1009 で通知のあった、

- ① 区分支給限度基準額の利用割合が7割以上
- ② その利用サービスの6割以上が「訪問介護サービス」

に該当する居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証や

高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検に向けた整備

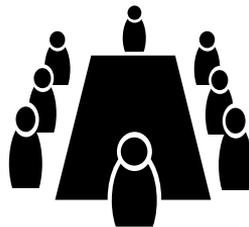
これらは、居宅介護支援事業所の運営内容だけでなく、ケアプランの検証を通してサービス提供事業所や高齢者向け住まいの運営内容も確認していく取組です。決して介護支援専門員の取組のみを確認していくものではないです。

⑥ 医療・介護関係者の連携促進のための体制整備

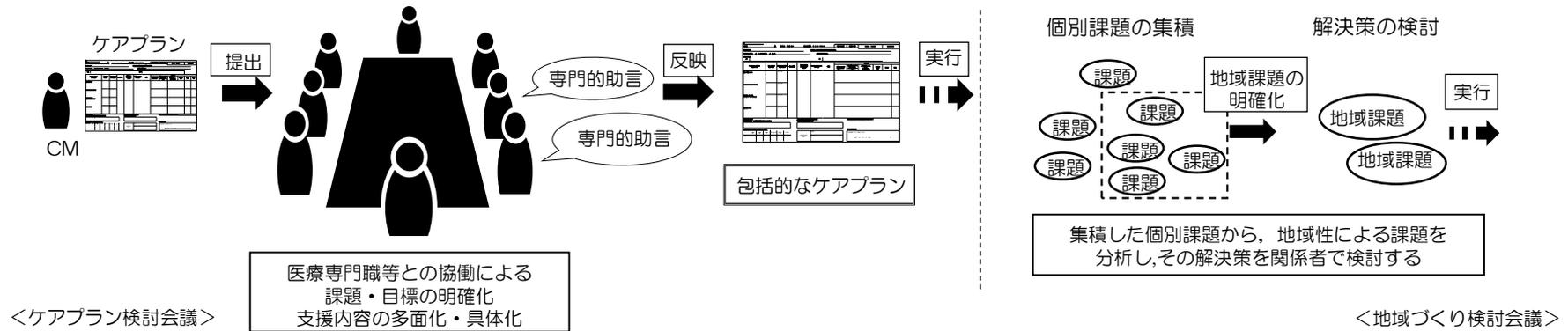
医療機関との連携の円滑化に向けた取組

- 入退院時の連携強化を目的とした、医療機関の連携窓口及び居宅介護支援事業所の情報の一覧の作成及び関係者への配付
- 対象者の支援に関係する医療・介護関係者の情報を把握するためのツール「あさひかわ安心つながり手帳」の作成
- 医療・介護関係者に対する連携の重要性等の周知
- 市立旭川病院への「旭川市在宅医療・介護連携相談窓口」の設置

⑦ 旭川市自立支援型ケア会議の開始



旭川市自立支援型ケア会議の概要



会議の種類

会議の種類

- 自立支援型ケア個別会議（ケアプラン検討会議）
 - ・ 開催頻度 月に2回
 - ・ 検討事項 自立支援に資するケアマネジメントの内容

- 自立支援型ケア推進会議（地域づくり検討会議）
 - ・ 開催頻度 年に2回程度
 - ・ 検討事項 地域課題の明確化とその解決方法

目的及び目指す効果

目的

- 効果的なケアマネジメントによる対象者の課題の解決
- 多職種・他部門との協働による関係者のネットワークの構築
- 個別課題の集積による地域課題の分析と発見

目指す効果

- 住民一人ひとりの健康で自立した生活の推進
- 関係者の地域包括ケアの理解の促進及び連携体制の強化
- 誰もが健康で自立した生活を送ることができる地域づくり
- 介護サービス等の適正化による介護保険制度の持続可能性の確保

会議の流れ

- 1事例を30分とし、最大6事例のケアマネジメントを検討
- 1事例のケアマネジメントの検討の流れ
 - ① 会議資料（事例情報）の読み込み 5分
 - ② アドバイザーからの助言 20分
 - ③ まとめ 5分

（参考）旭川市自立支援型ケア会議マニュアル P.6 「1-10 会議の流れ」

出席者

- 事務局（旭川市福祉保険部長寿社会課担当職員）
- 介護支援専門員（ケアプラン作成者）
- アドバイザー
 - ・薬剤師
 - ・保健師
 - ・理学療法士
 - ・作業療法士
 - ・言語聴覚士※1
 - ・管理栄養士・栄養士
 - ・歯科衛生士
 - ・主任介護支援専門員
 - ・生活支援コーディネーター

- 聴講者※2

※1 言語聴覚士は、対象事例の状態によって適宜出席

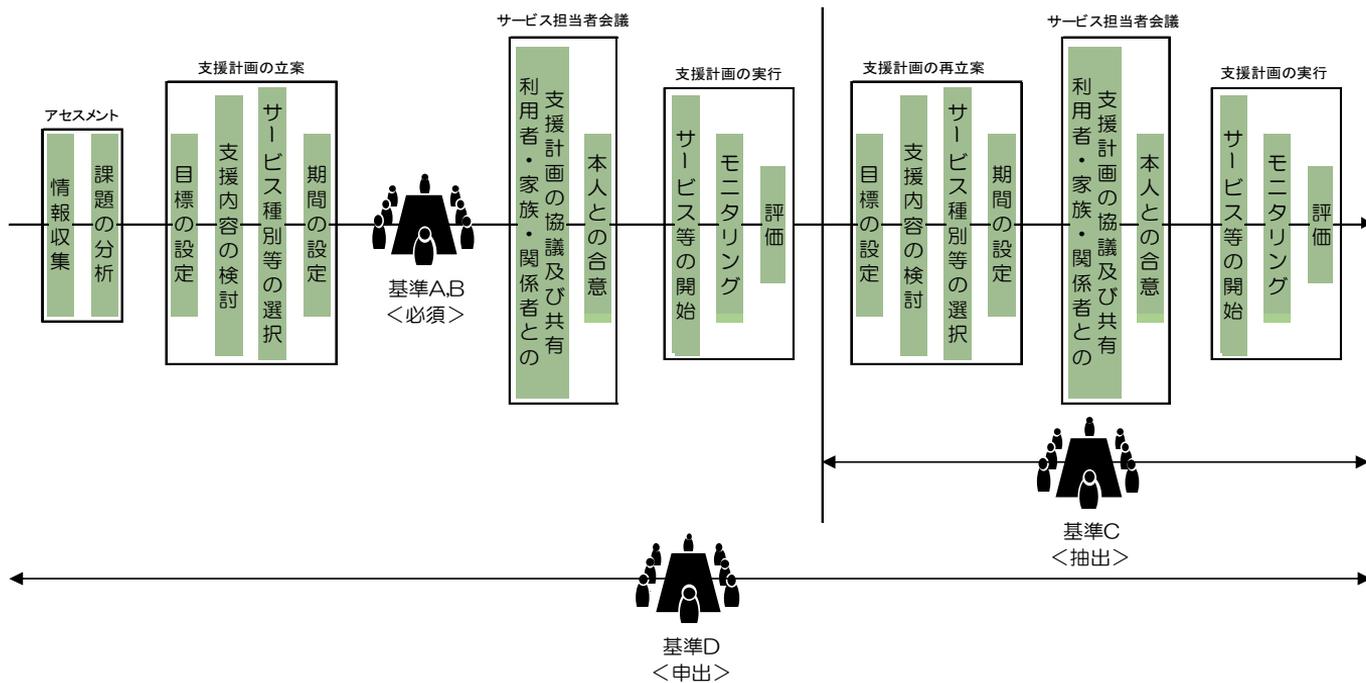
※2 聴講者の参加条件等については、本マニュアルのP.22「3 聴講者の参加条件について」のとおり

事例の選定基準，会議資料及び事例の提出方法

	優先順位	①	②	③	④
	基準	基準A	基準B	基準C	基準D
		必須		抽出	申出
対象要件	年齢	前期高齢者	後期高齢者	条件なし	
	新規利用・継続利用	新規		継続	条件なし
	会議のタイミング	サービス担当者会議の実施前		適時	
	ケアマネジメントの担当	センター※1			条件なし
	事例提出者	全センター	後期高齢者事例提出担当センター		条件なし
	認定区分	要支援者又は事業対象者			条件なし
	その他の要件	優先①	－	高齢者向け住まい入居者※2	－
		優先②	－	福祉用具貸与のみ利用者	－
優先③		－	訪問介護利用者	－	
優先④		－	通所介護利用者	－	
書類	利用者基本情報	必須			
	アセスメントに関する記録	作成している場合は提出		必須（生活行為分析シート可）	
	基本チェックリスト	必須			作成している場合は提出
	生活行為分析シート	必須		作成している場合は提出※3	
	課題整理総括表	作成している場合は提出			
	ケアプラン	必須			
	モニタリングに関する記録	－	必須		継続の事例は提出
	評価に関する記録	－	評価を実施している事例は提出※4		
事例提出	方法	Attend上及び市・センター共用フォルダ上に保存			適宜※5
	期限	開催1週間前		開催3営業日前※6	随時※5

（引用）旭川市自立支援型ケア会議マニュアル P.5 「1－(8) 選定基準ごとの会議資料及びその提出方法」

自立支援型ケア個別会議（ケアプラン検討会議）



アドバイザーの姿勢

本会議を実施する上での留意事項

本会議の「対象者」は、CMではなく、その利用者であること

議論すべきことは、CMの実践内容ではなく、対象者への支援内容であること

CMの考えを尊重した会議にすること

CMの実践につながる会議にすること

介護保険上の支援計画を立てるといふ支援の土台作りをしているのはCMです。

住民の健康を支える役割は、CMだけではなく、行政や様々な関係者にもあります。「計画という重要な部分を担っているCMに、全員で協力する。」という関係者の姿勢が重要です。

本会議を実施する上での留意事項

事例検討を行うのではなく、支援内容の検討に焦点を当てること

できるだけ多くの事例を対象としていくこと

事例を掘り下げて検討していくのではなく、CMが持つ情報とCMが計画する支援内容をベースに、各アドバイザーの専門的な視点を支援計画に加えていく会議です。

限られた時間で、重要なことを簡潔・簡単に、内容に優先順位を付けながら実施していきたいと思っています。

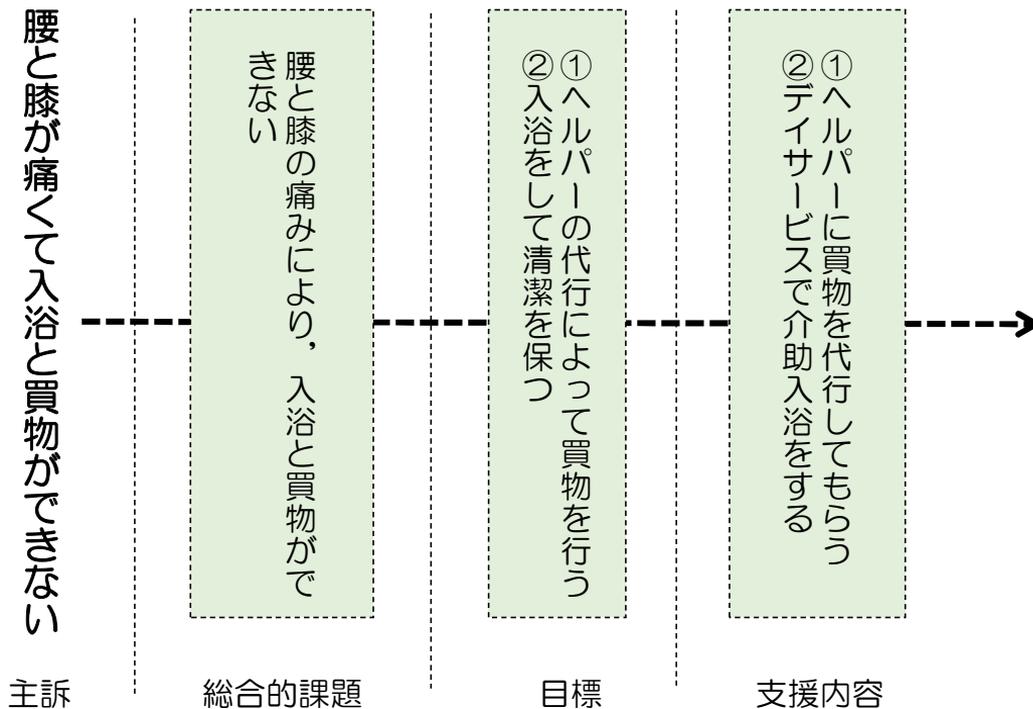
自立支援型地域ケア個別会議の例

腰と膝が痛くて、買物と入浴ができません



- 70歳
- 既往歴 : 高血圧, 逆流性食道炎, 骨粗鬆症
- 身長153cm、体重39kg
- 動作時, 膝関節及び腰部に軽度の疼痛あり
- 昨年までは, 毎日入浴し, 週に2回買物に行っていたが, 今年に入ってから, 思うようにできていない。
- いつも利用していたスーパーは, 自宅から約700m先にある。
- 現在の屋外の移動は, 歩いて自宅から約500m先の病院に行くのがやっと
- 通院先は整形外科と内科の2か所
- 一日のほとんどを, ソファに座り, テレビを観て過ごしている。気持ちが晴れない。
- タバコは1日に10本~15本程度
- 食事は, 昼食を食べずに, 1日に2食になることが多い。
献立は, お粥と野菜を柔らかく煮たものが多い, 食事は少ない。
- 自分の歯が4本, 義歯は合わなくなったため昨年から使用していない。
- 風呂椅子から立ち上がる際に腰と膝が痛い。
- 風呂椅子は低め
- 別の医師から処方されている多剤(10種類)を服用し, 睡眠薬と筋弛緩剤等を内服

自立支援型地域ケア個別会議の例



代行・介護が中心のケアマネジメント

自立支援型地域ケア個別会議の例

筋弛緩剤や睡眠薬の種類によっては、食欲不振を引き起こす可能性があります。また、多剤服用による老年症候群につながる様々なリスクがありますので、主治医に他院から出ている薬剤の内容と、本人の現状を伝えることで、処方内容の見直しにつながるかもしれません。

義歯を使用していないことで、食事の内容にも偏りが出てしまいます。一度、歯科を受診し、義歯の作成を検討してみたいはいかがでしょうか。

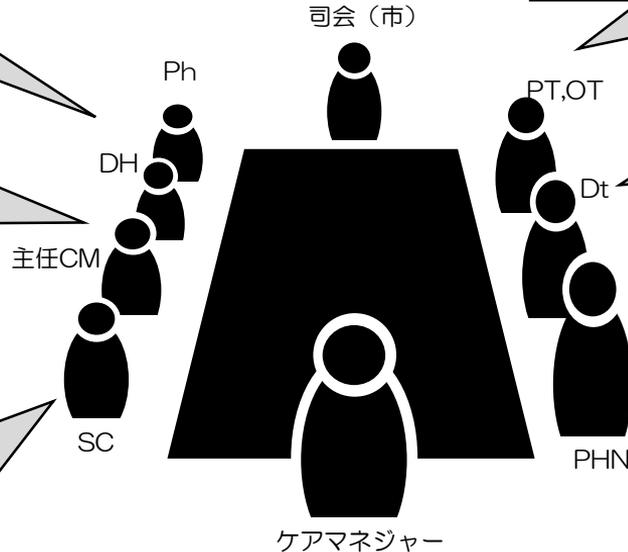
対象者の主訴がそのまま総合的な課題となっていますので、収集した情報を基に、なぜ入浴と買物ができないのかを分析する必要があります。この方の場合、生活上の活動性の低下や低栄養状態が、運動機能の低下につながっているということが課題ではないでしょうか。

この方のお住まいの地域には、住民主体の通いの場がたくさんありますよ。歩いて参加可能な距離にもあるかと思いますが、調整できますよ。また、買物の同行についても、週に一度のヘルパーで足りなければ、ボランティアを調整して買物を行うことも有効だと思います。

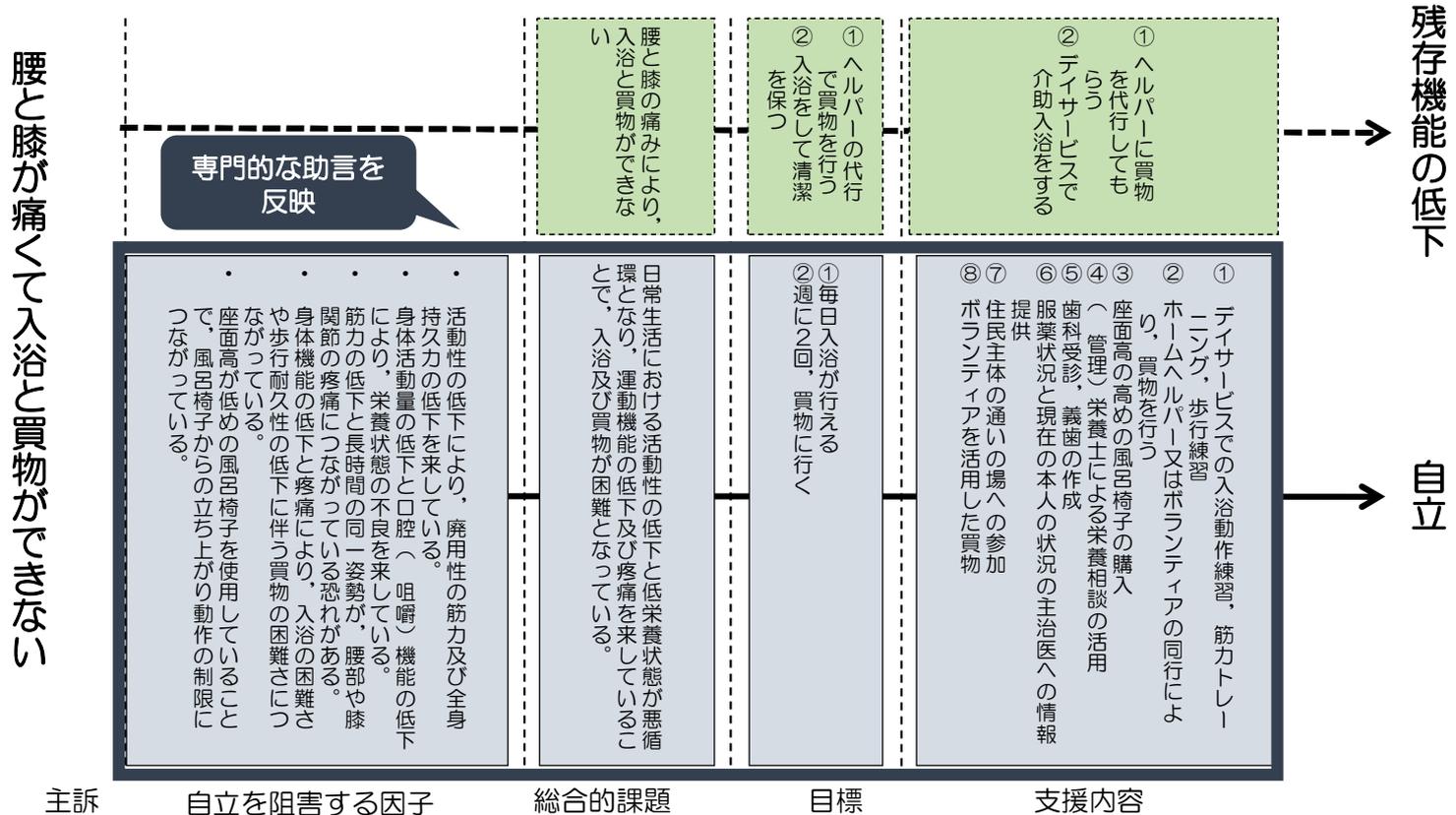
デバイスを利用するのであれば、介助浴ではなく、介助が必要な立ち上りの誘導と入浴動作の練習、立ち上がりに必要な体幹及び下肢筋群の筋力トレーニングを行うとよいと思います。高めの風呂椅子の購入も効果的だと思います。また、買物の自立を目標として歩行練習も行い、歩行能力や痛み改善に合わせて、ヘルパーと同行して買物を行うとよいと思います。

今後向上させる活動量も加味して、食事の回数・摂取量・内容を見直す必要があります。口腔機能に合わせた食形態の提案も必要と思いますので、一度、栄養士の栄養相談を活用してみたいはいかがでしょうか。

逆流性食道炎があるということですので、炎症の悪化について留意する必要があります。胸やけの頻度や嘔吐の有無等を把握し、食欲等の食生活への影響についても確認するとよいと思います。また、本人の生活習慣では、今後体力を付けていくための活動量が足りないと思うので、地域の活動に参加するなど、外出や運動の機会を作っていく必要があると思います。



自立支援型地域ケア個別会議の例



事業評価の指標及び方法について

期間	項目	内容	指標	方法
短期	会議	司会の進行及びアドバイザーからの助言は適切であったか	ケアマネジャーの理解度	ケアマネジャーに対する主観的評価の実施
	ケアプラン	会議におけるアドバイザーの助言内容はケアプランに反映されたか	ケアプランへの反映状況	書類提出の義務付けと内容の確認 ・サービス担当者会議の記録 ・ケアプラン
	関係者との合意	ケアプランの内容について、対象者及びサービス提供事業所担当者等への説明は行えたか	支援計画についての関係者への説明内容	
		ケアプランの内容について、対象者及びサービス提供事業所担当者等の理解は得られたか	関係者の反応及び理解	
中期	実行提供	ケアプランの支援内容が適切に実行・提供されたか	本人の取組の状況	書類提出の義務付けと内容の確認 ・モニタリングに関する記録
			家族等の支援状況	
			サービスの提供状況	
			インフォーマルサービスの活用状況	
目標の達成状況	対象者の自立した生活のために設定した目標は達成されたか（対象者の生活課題は解決されたか）	目標の達成状況	書類提出の義務付けと内容の確認 ・評価に関する記録	
		介護サービスの利用状況	国保データベース（KDB）システム等による認定状況及び介護レセプトの確認	
長期	支援の効果は持続しているか	介護サービスの利用状況		
		要介護認定の状況		

（引用）旭川市自立支援型ケア会議マニュアル P.7 「1-11 事業評価の指標及び方法について」

ケアマネジャーの役割を踏まえた旭川市自立支援型ケア会議の意義

ケアマネジャーに求められる自立支援に資するケアマネジメント、社会資源の活用、関係機関との協働、医療職との連携、ケアプランの公正・適正化という役割を、関係者全体で支え、強化していくためのプラットフォームです。

ケアマネジャーに対して、ケアマネジメントについてのヒアリングするためのものではなく、本来ケアマネジャーが行うこととされている**専門職からの意見（助言）の聴取や関係機関との連携**を行うための場です。

現在は、地域包括支援センターが担当する要支援者を主な対象として実施していますが、地域包括支援センターを通した申出枠がありますので、本会議で支援内容を検討したい事例がある場合は、まずは地域包括支援センターに御相談ください。

介護支援専門員の方には、

「この会議を始めるからケアマネジメントに多くのものが求められる」ではなく、
「**もともと求められていることを効率的に実施するために、この会議がある**」と捉えていただければ幸いです。

旭川市自立支援型ケア推進会議の検討事項のイメージ

旭川市自立支援型ケア会議	
個別会議	推進会議
開催頻度	定例開催(24回/年)
開催頻度	定例開催(2回/年)
内容	個別事例の支援について検討
内容	個別事例の検討から集積した課題に基づく 地域課題の分析及び解決方法の検討
参加者	市, 担当CM, 各アドバイザー等
参加者	市, 各団体の代表アドバイザー, 生活支援コーディネーター等
イメージ	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-start;"> <div style="margin-bottom: 20px;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px 5px; margin-right: 5px;">第1回</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-right: 5px;">~~~~~</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; flex-grow: 1;">冬期間の活動量の低下により、廃用性の身体機能低下を来している事例が半数を占めた</div> </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px 5px; margin-left: 5px; background-color: #c6e0b4;">第1回</div> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px 5px; margin-right: 5px;">第12回</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-right: 5px;">~~~~~</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; flex-grow: 1;">冬期間の移動手段の制約が、高齢者の自立を阻害する可能性がある</div> </div> <div style="margin-left: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ①雪道の移動をサポートする取組を検討 ②冬期間に自宅で取り組める活動を検討 </div> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px 5px; margin-right: 5px;">第13回</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-right: 5px;">~~~~~</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; flex-grow: 1;">〇〇地域の住民の地域活動等への参加率が低く、住民同士のつながりが希薄であった</div> </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px 5px; margin-left: 5px; background-color: #c6e0b4;">第2回</div> </div> <div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px 5px; margin-right: 5px;">第24回</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-right: 5px;">~~~~~</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; flex-grow: 1;">地域活動自体が盛んに行われていなく、参加する場所が少ない可能性がある</div> </div> <div style="margin-left: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ①住民主体の通いの場の立上げを検討 ②民生委員等と連携した、見守りのネットワークの構築を検討 </div> </div> </div>

さいごに

高齢者一人ひとりが、馴染みの環境の中で、健康で自分らしい生活を送ることは、紛れもなく本人のためです。

そのための支援を重ねていくことが、旭川市の住民が必要な介護サービスを受けることができる体制を持続していくことにもつながります。

そのためには、行政、介護支援専門員、サービス提供者、そして利用者等が同じ目標を持って取り組んでいく必要があります。

介護支援専門員の皆様が業務を行う上で、課題に感じていることやお悩みのことがありましたら、一緒に解決策を検討させていただき、自立支援の強化に向けた体制整備を推進していきたいと思っておりますので、お困りの際は、いつでも長寿社会課や地域包括支援センターまで御連絡ください。

御多忙な業務の中、

本日の研修会を開催していただいた旭川市介護支援事業所等連絡協議会の皆様と
出席いただいた皆様に感謝申し上げます。

本日は本当にありがとうございました。