

2023年7月19日

助言者向け研修

# 自立支援と効果的な助言について

～今一度、助言について考える～



一般社団法人 大阪府作業療法士会

地域局 地域包括ケアチーム リーダー

池田市自立支援型ケア会議 アドバイザー

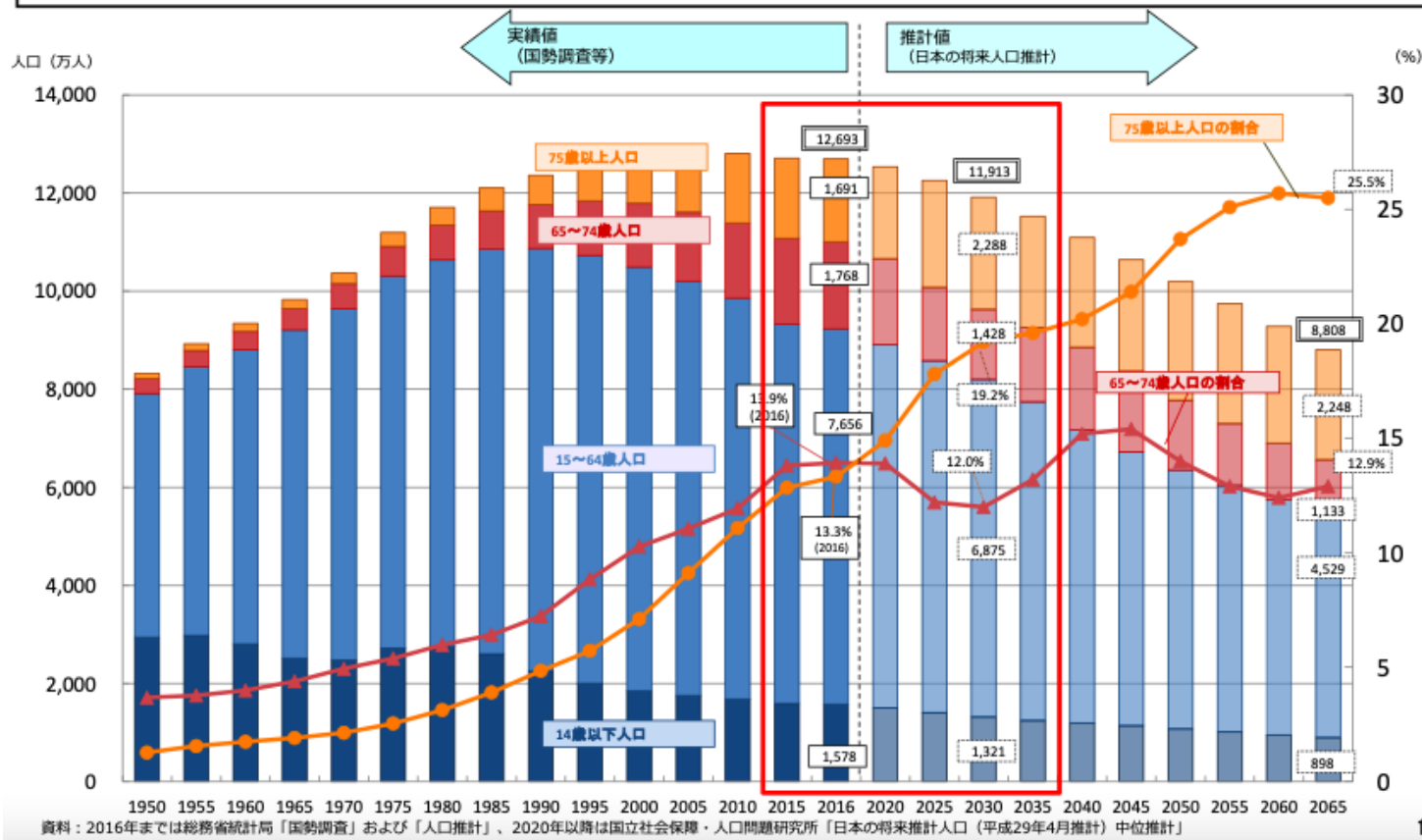
医療法人協和会 協和マリナホスピタル

作業療法士 大山 勝範

# 自立支援型ケア会議が必要な理由 おさらい

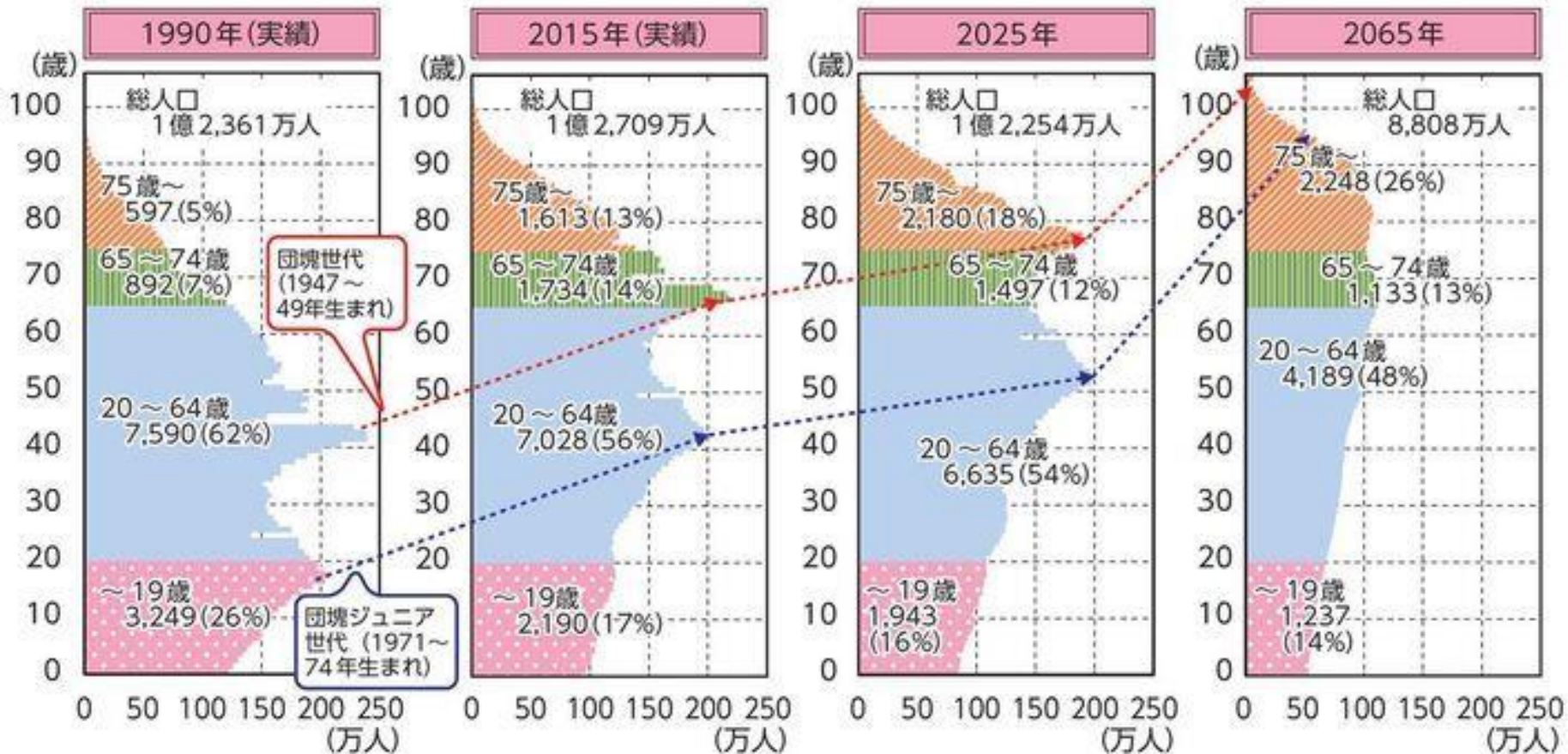
## 総人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者(特に75歳以上の高齢者)の占める割合は増加していくことが想定される。



社会保障審議会介護保険部会（第92回）厚労省 老健局資料より引用

# 図表2 人口ピラミッドの変化 (1990、2015、2025、2065)



出所：実績値（1990年及び2015年）は総務省「国勢調査」をもとに厚生労働省作成、推計値（2025年及び2065年）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）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

- (注) 1. 1990年及び2015年の総人口は、年齢不詳を含む。  
 2. 「75歳~」「65~74歳」「20~64歳」「~19歳」の各人口構成比は、年齢不詳を除いており、また1歳ごとの各年齢を万人単位としたうえで算出している。

要介護状態（介護3以上）の7割は75歳以上

## これまでの21年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来21年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.7倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.4倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

### ①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2021年3月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,579万人	1.7倍

### ②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2021年3月末	
認定者数	218万人	⇒	682万人	3.1倍

### ③サービス利用者の増加

	2000年4月		2021年3月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	399万人	4.1倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	96万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		88万人	
計	149万人	⇒	509万人※	3.4倍

（出典：介護保険事業状況報告令和3年3月及び5月月報）

※ 在宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。在宅サービス利用者数、施設サービス利用者数及び地域密着型サービス利用者数を合計した、延べ利用者数は583万人。

医療・介護費は、  
約50兆（2018）  
↓  
約90兆（2040）

**約1.8倍以上**

認定者数は、  
**約2倍**

# 自立支援型ケア会議が必要な理由

- ①高齢者人口が増える
- ②新規申請者が増える。
- ③職員数は増える？

池田市の新規申請（期限切れ含む）で支援となった人数

2023年4月は78人 → **約160人**

2023年5月は52人 → **約100人**

2023年6月は63人（6/26時点） → **約120人**

今まで以上に新規は増えるが、医学の進歩・寿命も長くなっており、1人で受け持つケースが増える可能性が高い

# ケアマネジャー業務は多岐にわたる・・・

## 多様化するケアマネジャーに求められる役割

制度発足時	発展期	地域包括ケア・地域共生社会推進期
インテーク アセスメント ケアプランの作成 モニタリング	インテーク アセスメント ケアプランの作成 モニタリング	インテーク アセスメント ケアプランの作成 モニタリング
	利用者支援のためのアドボカシー 家族に対する支援 地域に対する働きかけ 個別サービス計画に対する支援 サービスの資質向上支援	利用者支援のためのアドボカシー 家族に対する支援 地域に対する働きかけ 個別サービス計画に対する支援 サービスの資質向上支援
		統合ケアと地域を基盤としたケアの ハブ機能 地域の課題把握、地域づくり 地域の社会資源の再構築・開発 政策提言・地域発展

ケアマネジメント業務以外にも、ケアマネジャーが担う役割は多様性を極めており、範囲も利用者個人（家族）から地域全体へと広がりを持っている。

社会全体が抱える問題の多様化もケアマネジャーの業務負担になっている（8050問題・ヤングケアラー・核家族化等々）



一般財団法人長寿社会開発センター 七訂居宅サービス計画書作成の手引きより

生活課題アセスメント訪問指導者養成スクール 藤沢竜太氏 資料より引用

# 大阪以外で起こっていること

・ 高齢化率：秋田県 37.27%（2021）                      大阪府（27.7%）

・ 地域包括支援センター職員の離職

・ 居宅介護支援事業所の閉鎖

ある地域では、1つも居宅介護事業所がなく、介護保険料を納めるもその地域ではサービスを受けることができない。

・ ヘルパーの高齢化

ある地域の唯一の介護事業所の職員は、全て65歳以上（最高齢74歳）

大阪府は団塊世代が多く、時期が来れば上記のような事態が加速度的に起こると予測されている。

# 地域包括ケアが必要となる背景

2025年を見据えると・・・

- 人口減少
- 少子・高齢化
- 一人暮らし高齢者の増加
- 要介護、認知症高齢者の増加
- 医療費や介護給付費の増大
- 死亡者数の増加
- 介護人材の不足等・・・様々な課題

訪問介護職の4人に1人が65歳以上

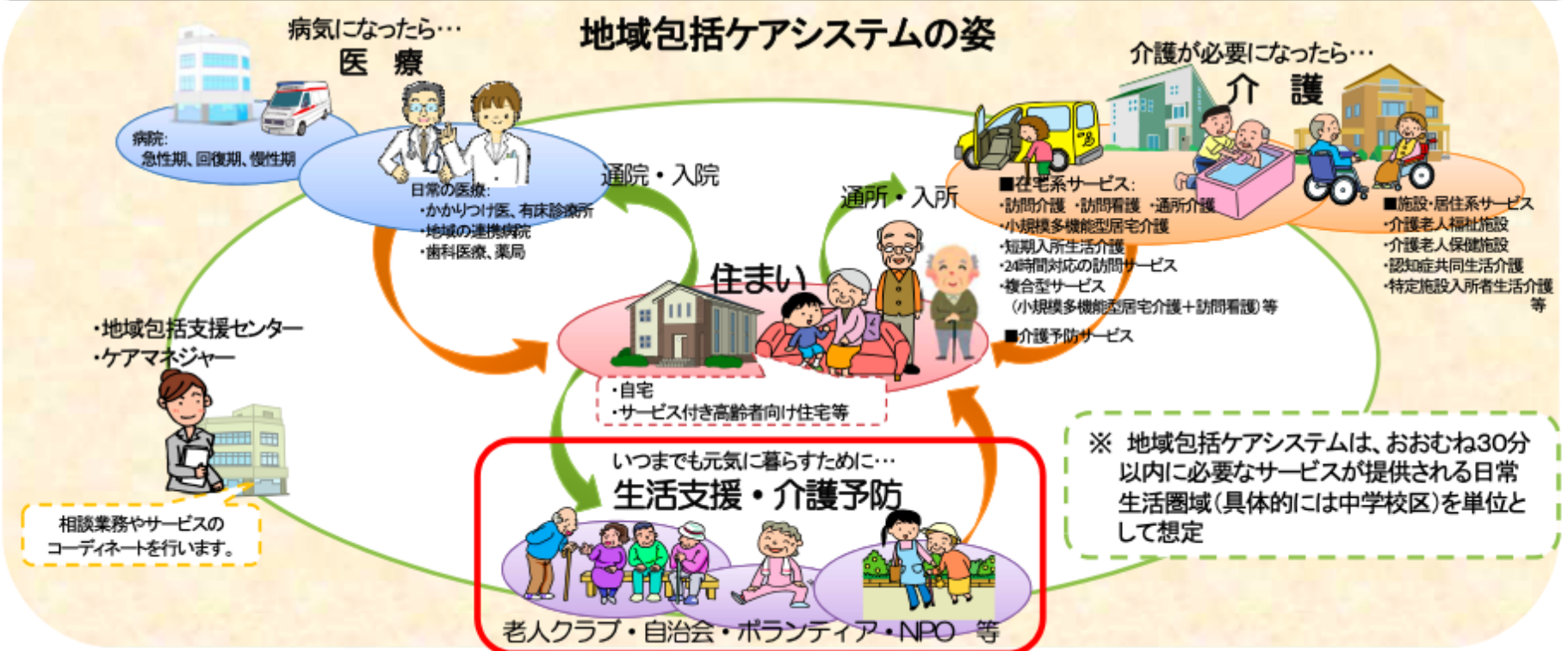
病気や介護が必要になっても安心して住み続けられる  
地域づくりや体制が必要＝地域包括ケアシステム

## 健康寿命社会の実現



# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



# 介護保険法の目的

## 第1条(目的)

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、**これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる**よう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

## 第2条(介護保険)

- 1 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。
- 2 前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する**よう行われるとともに、**医療との連携**に十分配慮して行われなければならない。(以下 略)

# 介護保険法における保険者等の役割

## 第4条(国民の努力及び義務)

1 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して**常に健康の保持増進に努める**とともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その**有する能力の維持向上に努める**ものとする。(以下 略)

## 第5条(国及び地方公共団体の責務)

1 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、**可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる**よう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、**医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない**。

# 上記を踏まえたポイント

適切な人に適切なタイミングでケアプランを立案するためには、介護保険からの卒業者と新規を受け入れる**回転率**が重要になる。

## ■ 適切な人とタイミングとは？

ADLは自立しているが、IADLの一部に介助を要する場合。  
自宅生活中に、初めて介護認定を受ける相談にきた症例。

## ■ 他市では、

新規申請者のデイサービス、ヘルパー利用の希望者は、  
通所C（3ヶ月間限定のデイ）にて、口腔・栄養・運動の習慣化と  
セルフマネジメントの獲得を促し、短期間で卒業する仕組みの導入。

# 自立支援型ケア会議の重要性

個別の課題を解決し、重複する課題は政策提言を行う。  
地域単位で健康寿命の延伸を図る、重要な取り組みです。

## 【自立支援型ケア会議における重要なポイント】

- ①適切な事例の選択
- ②具体的目標の立案
- ③生活課題の抽出
- ④目標達成に向けた介入方法の伝達

# ①適切な事例の選択

自立しそうな、一時的な介護保険使用を予測する症例とは？

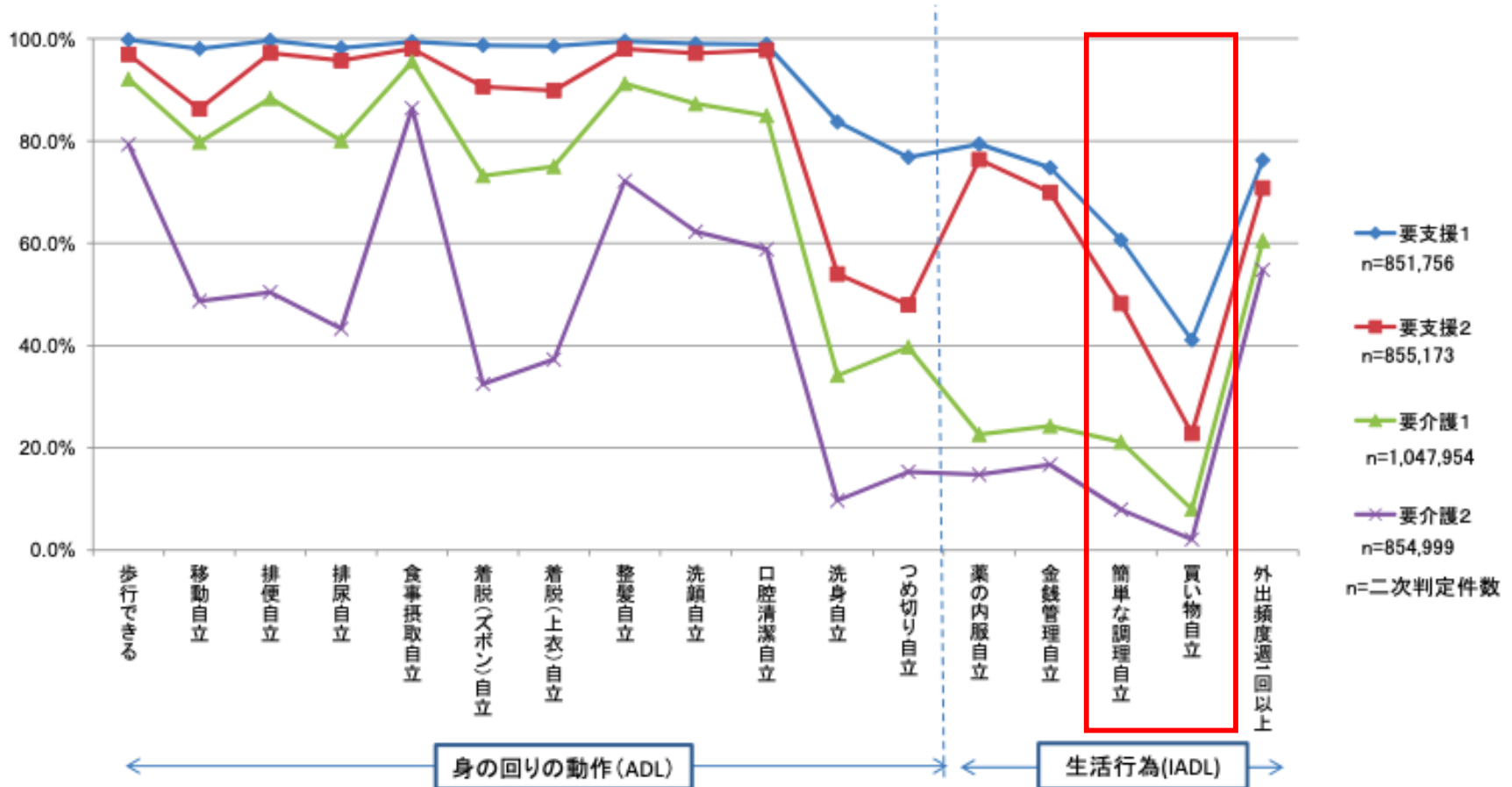
- 要支援 1 と 2
- 骨関節疾患
- 認知症・神経難病・癌は除く

例) 脊柱管狭窄症・・・体感筋力低下により、脊柱のバランスが崩れ  
脊柱管を狭窄して症状が出現している。

変形性膝関節症・・・体重コントロール、大腿四頭筋強化

# 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。

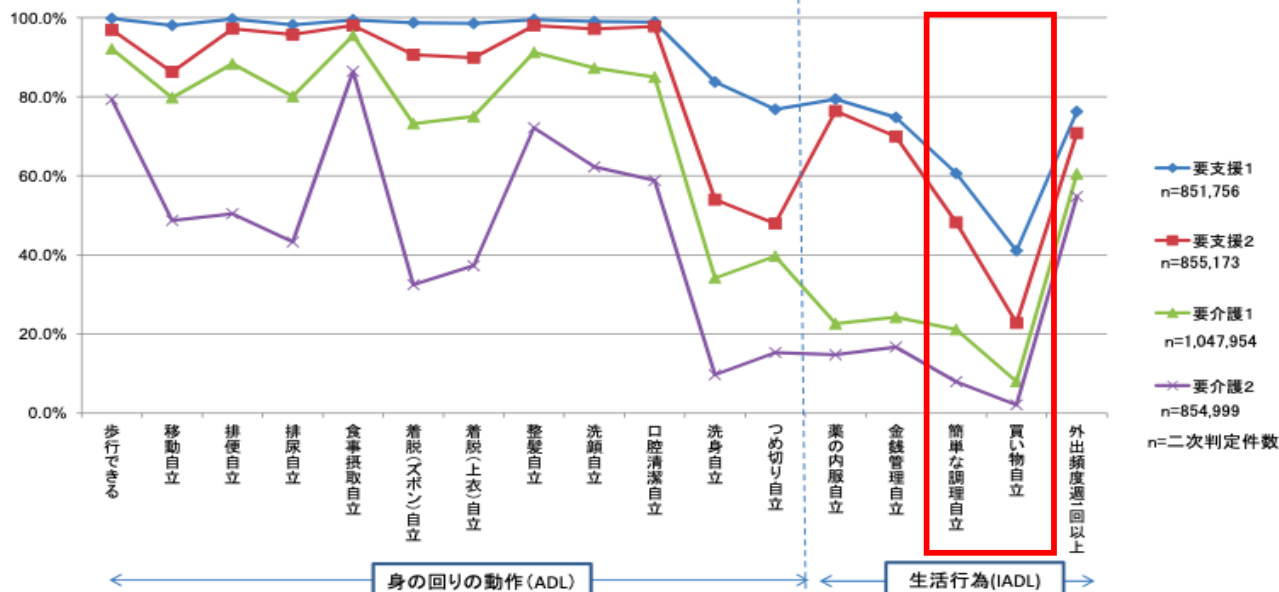


※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

# 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

## 入口支援

申請時の早い段階で

■ 口腔

■ 栄養

■ 運動

介入があれば、

改善の可能性が高い

- ADLは保たれており、日常生活の活動量担保が期待できる。
- 買い物・調理に関して、骨関節疾患が原因であれば、運動による筋力向上で改善の可能性が高い。
- 限られた環境で自立している活動は、低下してくる可能性が高い。



### 3. 地域包括支援センターの機能強化

- 地域包括ケアシステムの中核的役割を担う地域包括支援センターが、地域の身近な相談窓口としてそのケアマネジメント機能を十分に発揮できるよう、市と地域包括支援センターで連携を図りながら体制強化、資質の向上に努めます。
- 高齢者の状態の変化に応じて適切な保健・医療・介護・福祉サービスが受けられるよう、地域の介護支援専門員（ケアマネジャー）に対し必要な相談・支援を行い、要介護者本人や家族が必要なときに必要な社会資源を切れ目なく活用できるように援助します。
- 地域包括支援センターを中心として多職種が情報提供・共有をする場である「地域ネットワーク会議（地域ケア会議）」により、地域課題や高齢者の個々の課題の把握と、地域資源の発掘に努めます。自立支援・重度化防止に向けた「自立支援型ケア会議」を開催し、自立支援型ケアマネジメントの強化に努めるほか、事業者連絡会議を充実させることにより介護サービスの利用に係る体制の整備を行います。

#### ■地域包括支援センターの体制強化

- ・機能の充実 ・市との連携強化 ・地域包括支援センターの普及啓発
- ・地域包括支援センターの圏域の見直し ・定期的な点検と評価

#### ■地域包括支援センターの資質の向上

- ・3職種の連携強化 ・ケアマネジメント力の向上（研修等）
- ・介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上

#### ■関係機関等の連携強化

- ・地域ネットワーク会議（地域ケア会議）の充実 ・事業者連絡会議の充実

第8期 池田市高齢者福祉計画 介護保険事業計画 概要版より引用

要支援者の重度化予防の要は、地域包括支援センター

サービス計画書へコメントする際に、改善可能な事例かのアセスメント

## ② 具体的目標の立案

目標は達成したか確認できる具体的目標であるか？

課題を解決するためにサービスを利用するため、最終的に課題解決できたか判断できる目標設定が望ましい。

■ 安全に過ごす。 スムーズにできる。

などは本人の達成感が得られにくく、マインドセット変化が起こりにく

→安全に過ごすために1日何をして過ごすかの目標が大切。

■ 毎日、〇〇の時に〇〇をする。

最寄りのスーパーへ〇〇m歩けるようになる。

といった、できたか、できなかったかで判断できる目標が良い。

### ③生活課題の抽出

①ADL・IADLの中で介助を必要とする項目をチェックする。

②介助が必要になった原因を分析する。

- ・腰痛、膝痛などの骨関節疾患
- ・配偶者との死別による生活役割の狭小化
- ・コロナ流行による活動箇所の制限

③道具や方法の変更で対処可能か？

活動量を維持することが、生活不活発病を予防する最大のポイント

④自立の状況を把握する。

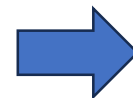
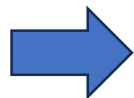
- ・普遍的自立：どのような環境でも自立（銭湯、温泉も可能）
- ・限定的自立：限られた環境での自立（自宅手すりがあれば入浴可）

\* この状況から徐々に能力の低下が進む可能性高い

# 例) 掃除に介助を要する場合

もし、掃除が難しいなら、段階的に作業を促していく。  
徐々にヘルパーさんの介入量を減らし、自立へ向かう。

ヘルパーさんの介入度合い



## ④ 目標達成に向けた介入方法の伝達

### ■ 管理栄養士、歯科衛生士

口腔と栄養の重要性は、利用者・ケアマネジャー共に理解が進んでる。  
その上で、今までの生活習慣や思想などで行えない。

どうすれば、実行できるのか。

モチベーションを持てる具体的取り組みについて助言を貰いたい。

ツールを用いる、1品足すだけで良いなど

## ■ 看護師

医学的な全体像の把握、薬剤リスクについて  
生活の自立に向けた内科的リスク管理について助言し、  
活動的な生活への支援を行う。

(医師、薬剤師の部分にも触れながらの助言となることが多い)

## ■ 社会福祉士

インフォーマルサービス、地域資源へのマッチング  
社会参加の促進、活動範囲の確保に向けた助言を行う。  
家族背景など介助者への支援も必要。

過去の利用者の参加状況など実例があると良いか。

## ■主任ケアマネジャー

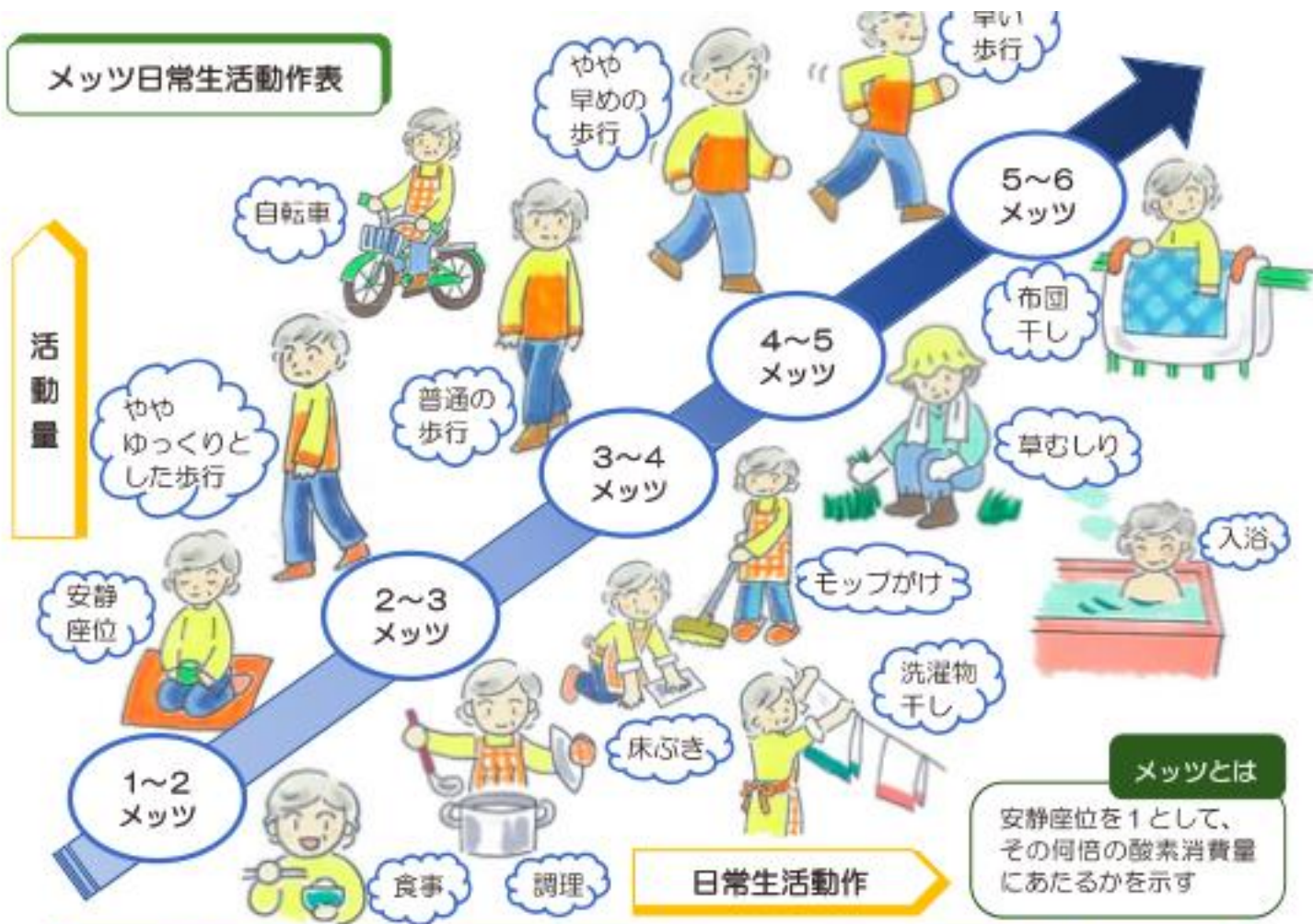
具体的目標の設定が行えているか、サービス提供が適切か。  
介護保険理念（自立支援・自助努力）と本人デマンドの上で、  
ニーズの抽出が行えているか。

主任ケアマネジャーが不在であれば、包括職員が担うことが多い。

## ■理学療法士、作業療法士

ADL、IADLの工程分析を行い、心身機能評価及び予後予測を行う。  
活動量を高める運動方法の提供、役割の提供を行う。

# メッツ日常生活動作表



日常生活の動作	(メッツ)	活動の量
食事	1~2メッツ	座っている状態
調理	2~3メッツ	ややゆっくりとした歩行
床拭き、洗濯物干し、 モップかけ（掃除など）	3~4メッツ	普通の歩行、自転車
入浴、草むしり	4~5メッツ	やや早めの歩行
布団干し	5~6メッツ	早い歩行



# 純粹に歩く！ シンプルだが効果的

歩数	中強度の活動時間	予防できる病気
2000歩	0分	寝たきり
4000歩	5分	うつ病
5000歩	7.5分	要支援・要介護、 <u>認知症</u> 、 心疾患、脳卒中
7000歩	15分	がん、動脈硬化、 骨粗しょう症、骨折
7500歩	17.5分	筋減少症、体力の低下
8000歩	20分	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 メタボ(75歳以上)
9000歩	25分	高血圧(正常高値血圧)、高血糖
10000歩	30分	メタボリックシンドローム(75歳未満)
12000歩	40分	肥満
12000歩(うち中強度の活動が40分)以上の運動は、 健康を害することも		

0歩 < 4000歩

4年後の死亡率が  
下がる。

# 各専門職助言者に求められることは

- ① 予後予測：改善の可能性を自身の症例体験から語るができる。
- ② 課題の分析：生活を阻害している要因を明らかにする
- ③ 目標設定：心身及び背景的状态から目標の上限値を伝える。
- ④ 具体的手段：目標達成に必要な具体的手段の提示を行う。

\* 会議の場には、6名の専門職が参加しているが、全員がたくさん伝えても何から実行して良いか把握が難しい。

「今回は特にありません」「まず、栄養の解決をしてから運動」というように順序を示すような表現も重要。

# 最後に

- 医療保険、介護保険はどんどん厳しくなっている。
- 自立に向かうには、セルフマネジメントが重要。
- 健康の維持には、他者との交流が必要！

**ドミノ倒しにならないように!**

