

報告 3 - 資料

大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議について

〔公開資料〕

令和4年度 第1回大阪市地域包括支援センター運営協議会

令和4年7月13日

大阪市福祉局 高齢者施策部地域包括ケア推進課

令和4年7月13日（水）
大阪市地域包括支援センター運営協議会

大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議について

大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課

大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議の目的・対象者

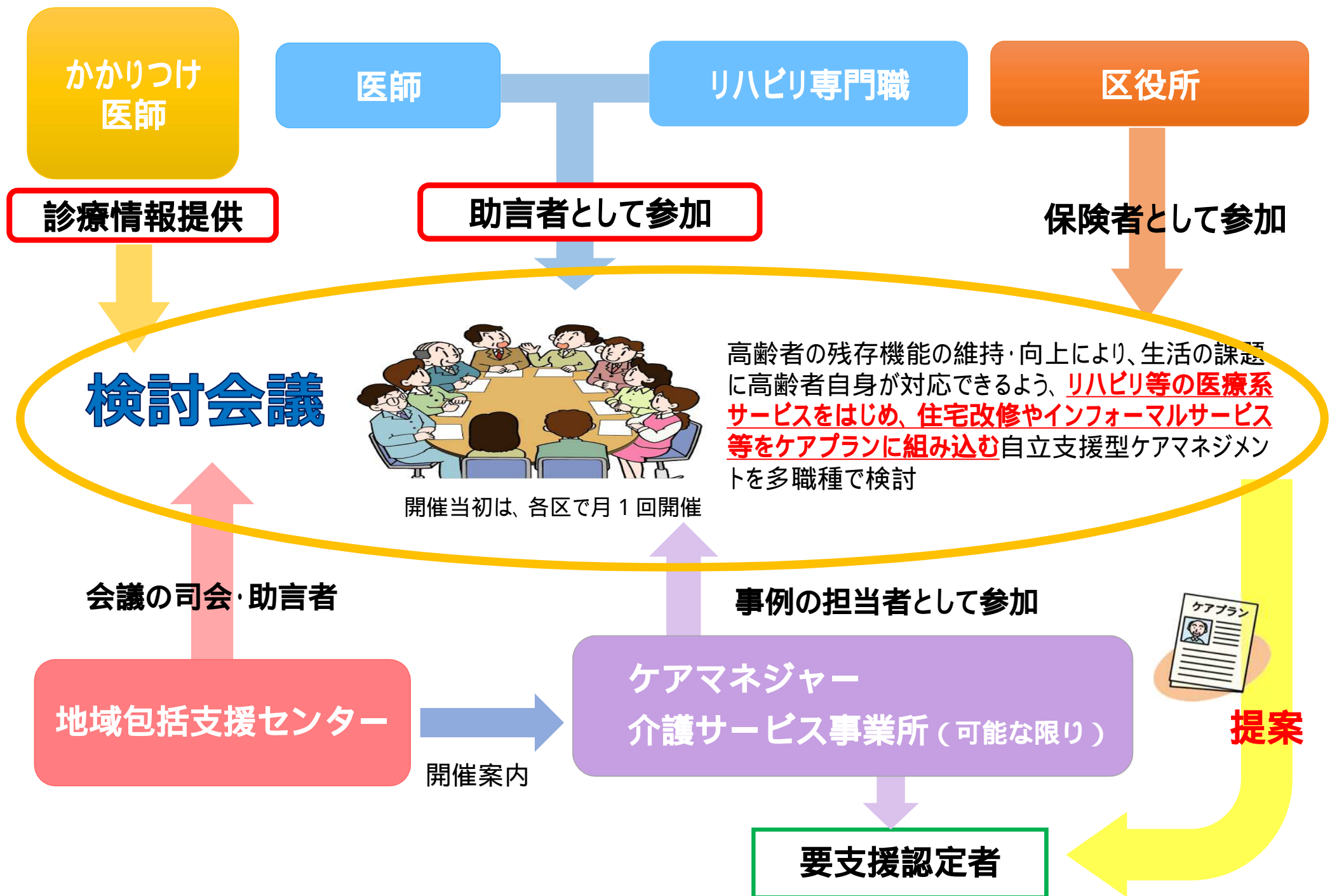
目的

- 高齢者が地域でいつまでも自立した暮らしが営めるように、多職種が連携してケアマネジャーのケアマネジメントを支援することで、**「高齢者のQOLの向上」**を目指す。
- ケアマネジャー等の**スキルアップ並びにスキルの平準化**を実施し、**ケアマネジメントの質の向上**を目指す。
- 地域における高齢者の自立を妨げる**地域課題等を把握し、今後の政策形成につなげる。**

対象者

- 原則、新規の要支援認定者（要支援1または要支援2）のうち、適切に介入・支援することにより生活能力の維持・向上が期待できる関節疾患、骨折、高齢による衰弱等により廃用症候群となった高齢者、またはその可能性のある高齢者

検討会議のイメージ



検討会議の出席者の役割

地域包括支援センター職員	開催包括 (輪番制)	- 検討会議の司会進行 - 検討ケースの状況説明等
	その他包括	オブザーバーとして参加(検討会議での検討内容等をもとに小会議にて伝達研修等を実施)

区保健福祉センター職員	- 検討会議にて確認できた地域課題を把握 - 介護保険制度の説明等
-------------	--

医師 (外部助言者)	病状や障がいの状況を把握し、医学的観点から事例の予後予測や対象者の動作や活動について助言
---------------	--

リハビリテーション専門職 (外部助言者)	基本動作能力、応用的動作能力、社会適応能力の回復や維持、悪化防止の観点から助言
-------------------------	---

検討ケースを担当するケアマネジャー	- 検討ケースの状況説明 - 地域包括支援センターや検討会議の参加者より、検討ケースの生活状況や身体状況等について確認された場合に説明 - 外部助言者等に対して病状等について確認を行う
-------------------	--

検討ケースに対してサービス提供している介護サービス事業所	- 地域包括支援センターや検討会議参加の参加者より、検討ケースのサービス利用状況等について確認された場合に説明 - 外部助言者や担当ケアマネジャーに対して病状等について確認を行う
------------------------------	--

検討会議の実施状況

	H30年度			
	12月	1月	2月	3月
実施区数	6区	19区	22区	23区
検討件数	9件	24件	28件	33件
1回あたり	1.5件	1.3件	1.3件	1.4件



	R元年度											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実施区数	23区	23区	23区	23区	23区	23区	23区	23区	23区	23区	22区	8区
検討件数	41件	45件	45件	46件	46件	51件	48件	50件	48件	51件	42件	18件
1回あたり	1.8件	2.0件	2.0件	2.0件	2.0件	2.2件	2.1件	2.2件	2.1件	2.2件	1.9件	2.3件

	R2年度											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実施区数	0区	0区	0区	21区	23区	23区	23区	23区	21区	16区	12区	18区
検討件数	0件	0件	0件	38件	37件	39件	38件	40件	35件	24件	20件	31件
1回あたり	0.0件	0.0件	0.0件	1.8件	1.6件	1.7件	1.7件	1.7件	1.7件	1.5件	1.7件	1.7件

	R3年度											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実施区数	21区	17区	19区	21区	20区	21区	22区	23区	23区	23区	21区	23区
検討件数	34件	27件	34件	31件	33件	32件	35件	36件	37件	37件	34件	36件
1回あたり	1.6件	1.6件	1.8件	1.5件	1.7件	1.5件	1.6件	1.6件	1.6件	1.6件	1.6件	1.6件

- ・R2.2月～6月は新型コロナウイルス感染症の緊急事態宣言発出により、検討会議を中止したことにより、減少しているが、7月より再開している。
- ・その後は各区において、オンライン（ZOOM）を活用するなど、工夫した会議を実施している。

対象者の状況

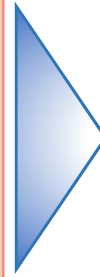
検討会議時

基本属性

- 性別
- 年齢（年代）
- 世帯
- 要介護度
- 障がい高齢者の日常生活自立度
- 認知症高齢者の日常生活自立度

取り入れた取組み内容

- リハビリや運動に関すること
- 口腔に関すること
- 医療に関すること
- 食生活に関すること
- 社会参加する
- 集いの場に参加する



モニタリング時（１年後）

生活の変化

- 生きがいや目標をもって生活できるようになった
- 楽しみをもって生活できるようになった
- リハビリや運動を取り入れて生活するようになった
- 社会参加できるようになった
- 集いの場に参加できるようになった
- 変化なし

主観的变化

- よくなった
- 悪くなった
- 変化なし

状態の変化（詳細はP. 6～）

- 要介護度
- 障がい高齢者の日常生活自立度
- 認知症高齢者の日常生活自立度

対象者588人の基本属性 単位：（人）

（平成30年度および令和元年度対象者）

当初の状態	性別	男性		女性		(平成30年度および令和元年度対象者)				
		176		412						
	年代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上			
		2	6	27	205	312	36			
	世帯	単身世帯		夫婦のみ		その他				
		296		118		174				
	要介護度	要支援 1		要支援 2						
		326		262						
	障がい高齢者の 日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		42	87	240	104	83	21	8	3	0
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立		a	b	a	b		M	不明	
	364	162	38	18	3	1	0	1	1	

本市における検討会議の対象者の状況（１年後のモニタリング時）

要介護度

当初の状態

要支援 1
(326人)

要支援 2
(262人)

非該当	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他
3	205	58	22	18	2	10	3	5
1.5%	63.0%	17.8%	6.7%	5.5%	0.6%	3.1%	0.9%	0.9%

非該当	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他
2	38	155	19	28	11	6	1	2
1.1%	14.5%	59.1%	7.3%	10.7%	4.2%	2.3%	0.4%	0.4%



- 当初の介護度と１年後のモニタリング結果で、**介護度に変化がみられなかった割合は、要支援 1 では63.0%、要支援 2 では59.1%であった。**
- 当初から介護度に変化のなかった方は、検討会議後に取り入れた取組みとして、要支援 1 では、「リハビリや運動」（26％）が最も多く、次いで「社会参加」（8％）、「食生活」（7％）であった。
要支援 2 では「リハビリや運動」（25％）が最も多く、次いで「医療」（8％）、「食生活」（7％）であった。
- 「リハビリや運動」に関しては、通所リハビリで勧められたストレッチ体操や散歩など、自主的に取り入れた運動を継続していた。体力の回復にあわせ、外出機会も増え、地域活動への参加につながった事例もあった。



本市における検討会議の対象者の状況（１年後のモニタリング結果）

障がい高齢者日常生活自立度

「その他」は死亡、転居、非該当等

当初の状態	自立 (42人)	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	その他
		31	2	2	1	2	0	1	0	0	3
		73.8%	4.8%	4.8%	2.4%	4.8%	0%	2.4%	0%	0%	7.0%
	J1 (87人)	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	その他
		3	52	15	7	1	2	3	0	0	4
		3.4%	59.8%	17.3%	8.1%	1.1%	2.3%	3.4%	0%	0%	4.6%
	J2 (240人)	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	その他
		8	17	158	23	14	4	4	1	2	9
		3.3%	7.1%	65.8%	9.6%	5.8%	1.7%	1.7%	0.4%	0.8%	3.8%

- 障がい高齢者日常生活自立度では、当初の自立度が「自立」の方は、１年後のモニタリングにおいて、7割の方が同様の結果であった。当初の自立度が「J1」から「B1」まで方は、１年後のモニタリングにおいて、自立度に変化がない方が6割程度みられた。

本市における検討会議の対象者の状況（１年後のモニタリング結果）

障がい高齢者日常生活自立度

「その他」は死亡、転居、非該当等

当初の状態

A1
(104人)

自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	その他
1	6	14	54	13	5	4	1	0	6
1.0%	5.8%	13.5%	51.9%	12.5%	4.8%	3.7%	1.0%	0%	5.8%

A2
(83人)

自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	その他
1	3	13	7	47	3	4	1	0	4
1.2%	3.6%	15.7%	8.5%	56.6%	3.6%	4.8%	1.2%	0%	4.8%

B1
(21人)

自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	その他
1	1	4	1	1	12	1	0	0	0
4.8%	4.8%	19.0%	4.8%	4.8%	57.0%	4.8%	0%	0%	0%

B2
(8人)

自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	その他
0	1	1	3	1	0	2	0	0	0
0%	12.5%	12.5%	37.5%	12.5%	0%	25.0%	0%	0%	0%

本市における検討会議の対象者の状況（１年後のモニタリング結果）

認知症高齢者日常生活自立度

「その他」は死亡、転居、非該当等

当初の状態	自立 (364人)	自立		a	b	a	b		M	その他
		281	39	16	9	2	2	1	0	14
		77.2%	10.7%	4.4%	2.5%	0.5%	0.5%	0.3%	0%	3.9%
	(162人)	自立		a	b	a	b		M	その他
		20	113	11	7	5	0	0	0	6
		12.3%	69.8%	6.8%	4.3%	3.1%	0%	0%	0%	3.7%
	a (38人)	自立		a	b	a	b		M	その他
		6	4	21	3	3	0	0	0	1
		15.8%	10.5%	55.3%	7.9%	7.9%	0%	0%	0%	2.6%
	b (18人)	自立		a	b	a	b		M	その他
		1	0	2	9	2	0	0	0	4
		5.6%	0%	11.1%	50.0%	11.1%	0%	0%	0%	22.2%

- 認知症高齢者日常生活自立度では、当初の自立度が「自立」、「 」の方は、１年後のモニタリング時においても、結果に変化がなかった方が「自立」（77.2%）、「 」（69.8%）であった。
- 「a」以上では、１年後のモニタリングにおいて、約半数が同様の結果であった。

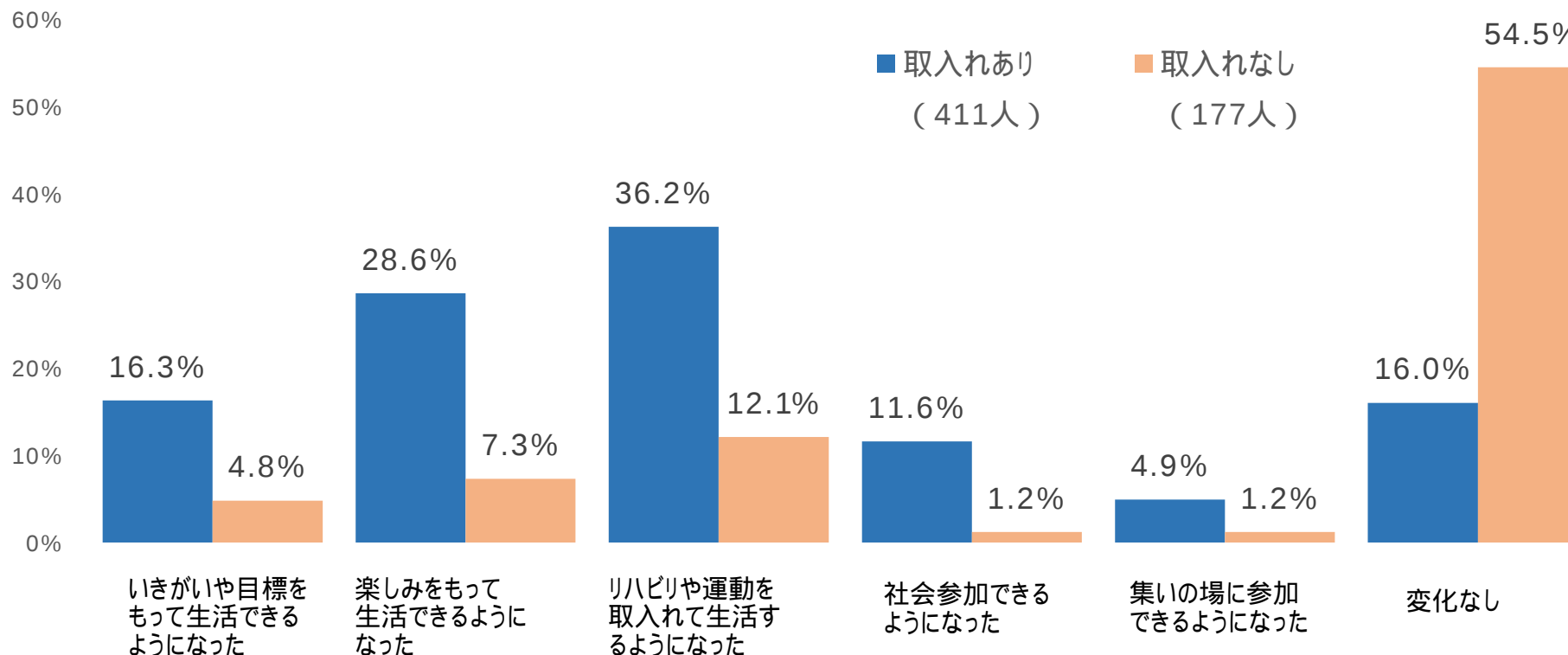
検討会議から見てきた状況（１年後のモニタリング結果）

（平成30年度～令和元年度）

会議後の取組みの取入れ状況×生活の変化

「生活の変化あり」、「生活の変化なし」と回答とした割合（ χ^2 検定）

$p<.05$ として有意差があったもののみ抜粋



■ 1つ以上の取組みを取入れた者は、そうでない者に比べて、「生活の変化」におけるすべての項目において「変化した」と回答した者の割合が有意に高かった。

■ また、「生活の変化」が「なし」と回答した者の割合が有意に低かった。



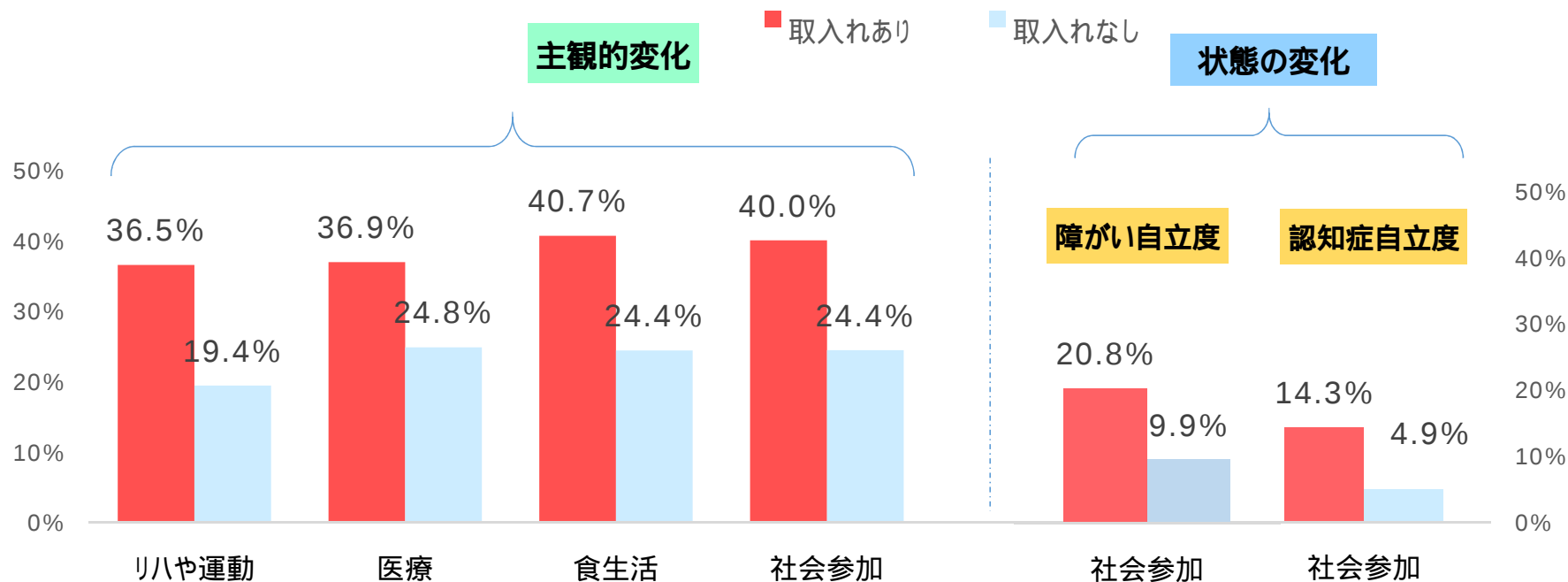
検討会議から見てきた状況（１年後のモニタリング結果）

（平成30年度～令和元年度）

会議後に取り入れた取組み内容×主観的变化・状態の変化

「状態がよかった」と回答した割合（ χ^2 検定）

p<.05として有意差があったもののみ抜粋



- 【リハビリや運動】【医療】【食生活】の取組みを取り入れた者は、そうでない者に比べて、「主観的变化」の改善の割合が有意に高かった。
- 【社会参加】を取り入れた者は、そうでない者に比べて、「主観的变化」の改善の割合に加えて障がい高齢者日常生活自立度と認知症高齢者日常生活自立度においても改善の割合が有意に高かった。



自立支援型ケアマネジメント検討会議 事例

81歳女性

【介護度】 要支援1

【障がい高齢者日常生活自立度】 J2

【認知症高齢者日常生活自立度】

【世帯構成】 単身



【介護保険申請に至った理由】

・腰部脊柱管狭窄症、坐骨神経痛があり、近医で定期受診をしていたが、痛みの増強と肝機能障害のため、入院となった。退院後に福祉用具貸与（歩行器）を受けるため、入院中に申請にいった。

【介護サービス/その他のサービス】

通所リハビリテーション（週1回）、福祉用具貸与（歩行器）

本人の
思い

・食欲がなく、体がしんどい。もっと食べられるようになり、元気になりたい。
・一人で歩けるようになりたい。



ケアマネ
ジャー

・訪問時はいつも部屋は暗く、テレビだけつけて横になっている。
・デイケア利用中は元気で、入浴中も痛みの訴えはない。
・片道1kmの距離にあるスーパーへは歩行器を利用すれば何とか休むことなく、一人で行くことができる。
・入院中に義歯が合わなくなり、外したままであり、食欲がないことに関係しているのか。



包括

・退院後、暗い部屋で閉じこもりがちになっていたが、「元気になりたい」「食べられるようになりたい」との意欲はあるため、家事を手伝いに来てくれる息子の嫁と一緒に歩いて買い物や散歩に行くなど、具体的な家族の役割を提案してはどうか。
・食事をおいしく食べるためには、義歯の調整が必要。かかりつけ医療機関に併設の歯科があるため、受診の勧奨してはどうか。



医師

・入院による筋力低下は普通であり、**どこまで筋力を戻すか具体的な目標設定が必要**。
・食欲が出ない理由はさまざまだが、動かないと食欲が低下し、食べなければ低栄養により、筋力低下や口腔機能の低下で義歯も合わなくなるなど、**不活発による悪循環となっている**のではないかと。
・痛みは軽減しており、**間欠跛行もなく片道1km歩けるようであれば、症状と処方合っていないため、家族が受診同行し、主治医に相談した方がよい**。



リハ職

・「好きなものを食べたい」という目的を持って買い物に行くことが身体機能の維持につながる。「足が痛くても1kmも歩けるのはすごい！」とプラスの評価をことばで伝えることで、生活意欲も向上するのではないかと。
・興味・関心シートからも人との関わりが好きな方で、運動量を上げられるような地域活動につなぐことができれば、目的をもった外出の機会が増えるのではないかと。

その他
参加者

・医師、理学療法士という専門職の意見として、「○○することで、元気になれる」と伝えることで、意欲につながるのではないかと。
・要支援1では、介護サービスで利用できる運動の機会は限られる。**地域の会館で、いきいき百歳体操をしており、地区担当保健師も参加しているため、健康面の相談もできるのではないかと。**

1年後の
モニタリング結果

【介護度】 要支援1

【障がい高齢者日常生活自立度】 J2

【認知症高齢者日常生活自立度】

助言で取り入れたこと

- ☒ リハビリや運動に関すること
- ☒ 医療に関すること
- ☒ 社会参加に関すること

本人の状況

- ☒ リハビリや運動を取入れた
- ☒ 楽しみをもちながら生活できるようになった

デイケア利用で、倦怠感がなくなった。これからも続けたいと成果を体感し、本人の意識改善につながった。

自立支援型ケアマネジメント検討会議 事例

71歳男性

【介護度】 要支援2

【障がい高齢者日常生活自立度】 A1

【認知症高齢者日常生活自立度】 自立

【世帯構成】 単身



【介護保険申請に至った理由】

・もともと右変形性膝関節症にて通院中であったが、腓骨骨折をし、主治医から勧められ、福祉用具貸与（歩行補助具）利用のため、申請にいたった。

【介護サービス/その他のサービス】

- ・介護予防型通所サービス（週1回）
- ・福祉用具貸与（歩行補助つえ、手すり：廊下・居室・トイレ）

本人の
思い

- ・地域で開催しているカラオケに行きたい。
- ・タバコをやめてから、体重が増えた。自由に外出するために体重を減らしたい。
- ・インターネットを通してできるぬり絵が楽しみ、コンテストに応募したい。



ケアマネ
ジャー

- ・5年前に比べると体重が10kg程度増加している。
- ・調理の際は長く立っていることができないため、電子レンジで温めるだけの食事となっている。
- ・食事に関しては、本人も気にしているので、情報提供できることがあれば教えてほしい。



包括

- ・BMIが30と高く、惣菜やレトルト食品が多いため、食事改善が必要。区保健福祉センター管理栄養士の栄養指導を受けてはどうか。
- ・老人会が地域の会館でいきいき百歳体操を実施しているため、参加を促してはどうか。
- ・会館利用時など体重測定意識づけができないか。



医師

- ・肥満が原因で骨折したのではないかと、**糖尿病などの生活習慣病のチェックが必要**。生活改善について、主治医からの説明があってもよいのではないかと。
- ・**身体面のチェックや栄養管理のため、訪問看護の利用**について主治医に相談してはどうか。
- ・関節リウマチによる変形がないのであれば、運動時に気をつけることは特にないと思われる。



リハ職

- ・骨折については、4か月以上経過し、安静期は過ぎている。運動については、主治医に確認する必要があるが、自転車こぎは膝関節に負担がかからないので、取り入れてはどうか。
- ・訪問リハビリで理学療法士に運動面を確認してもらい、訪問看護で全身状態のチェックができるのではないかと。

その他
参加者

- ・5年前と比べ、体重が増加しているため、この間の生活について掘り下げてアセスメントしてみてもどうか。
- ・難病センターで患者会、市民向け講習会が実施されているので、情報提供してはどうか。
- ・**興味関心シートでは、してみたいことがアウトドア、していることがインドアとなっている。興味のあることと実情が異なるため、聴き取りが必要**ではないか。

1年後の
モニタリング結果

【介護度】 要支援2

【障がい高齢者日常生活自立度】 J2

【認知症高齢者日常生活自立度】 自立

助言で取り入れたこと

- ☒ リハビリや運動に関すること
- ☒ 医療に関すること
- ☒ 食生活に関すること

本人の状況

- ☒ リハビリや運動を取り入れた
 - ☒ 楽しみをもちながら生活できるようになった
- 毎日ラジオ体操を続け、散歩も積極的に行っている。栄養指導を受け、体重は3kg減少。やりたいことが多く、時間が足りないと活気も見られるようになった。

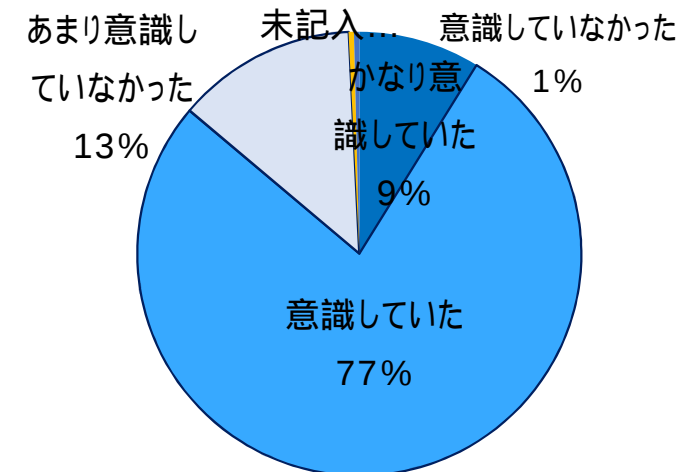
検討会議に参加したケアマネジャーからの意見 (R2年度アンケート結果)

ケアマネジャー：260名

Q. 高齢者の自立支援・重度化防止について意識していたか

「あまり意識していなかった」・「意識していなかった」と回答した者のうち、
会議参加後の意識の変化 **全員がケアプランに反映したい**と回答

- 動く事 = できることが維持・増加するという視点。
- 口腔ケア等、筋力低下防止以外にも目を向ける。
- 医師からの「認知症」と「他の病気」に対する経過観察を行うとともに、それぞれのリスクの予測を立てて支援していくこと。
- 日常生活の中で自宅でも活用できる取り組み(パソコン・テレビ体操の情報提供)
- 転倒予防への取り組み(なぜ、どこで転倒したのかを明確にし、具体的な対策を考えていきたい。



かなり意識していた・意識していた
86%

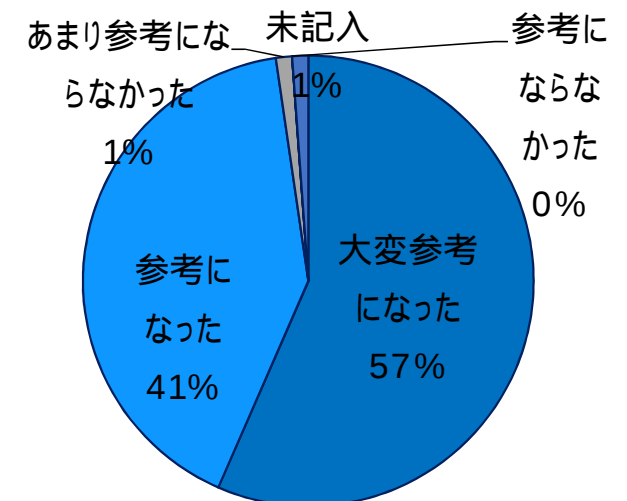
Q. 会議での検討事項や助言内容は参考になったか

「大変参考になった」・「参考になった」と回答した者の主な意見

- 自分自身が、インフォーマル資源の種類について知らないことが多いと気づいた。
- 自分がモヤッとしていた部分がなにか、今回の会議ではっきりした。
- 専門職の方の意見を聞くことは大変参考になった。簡単なことでも見落としていることが分かった。主観で考えていることが多く、これを機に客観的にもケアマネジメントできるようにしたい。
- 高次性機能障がい疑いについて、意見に上がるまで気づかなかった。

「あまり参考にならなかった」と回答した者の主な意見

- 専門職が集まると、既存の制度や社会資源を考えがちになる。本人の自立に向けて、既存以外の発想があるとよかったと思う。



大変参考になった・参考になった
98%

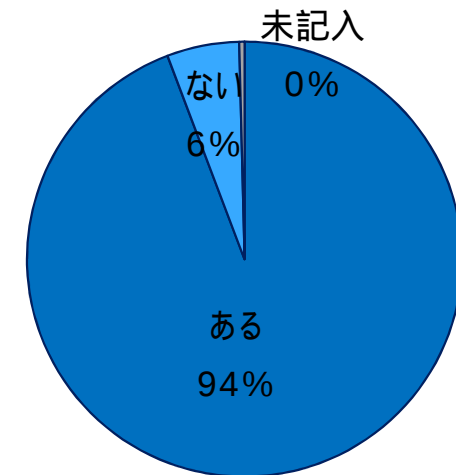
検討会議に参加したケアマネジャーからの意見 (R2年度アンケート結果)

ケアマネジャー：260名

Q. 会議に参加して、取り入れようと思ったことはあるか

「ある」と回答した者の主な意見

- 家族の会など、外に目を向ける（家族とともに目標の設定）
- 本人の興味のあることを見つけ、支援につなげる
- 直接、医師より意見をいただくことが少ないため、具体的な意見をいただき、今後、医師と積極的に連携していきたい。
- 食事内容のアセスメントの視点。栄養面での改善が必要であれば、区保健福祉センター管理栄養士の相談につなげたい。
- 体重や栄養面など、次の支援目標が明確になった。他の利用者も検討したい。
- 介護サービスだけでなく、地域の活動参加も活用したい。
- 利用者のこれまでの経験を活かしたボランティア活動など地域活動へつなげていく。



Q. 会議に参加して、取り入れるのが難しいと思ったことはあるか

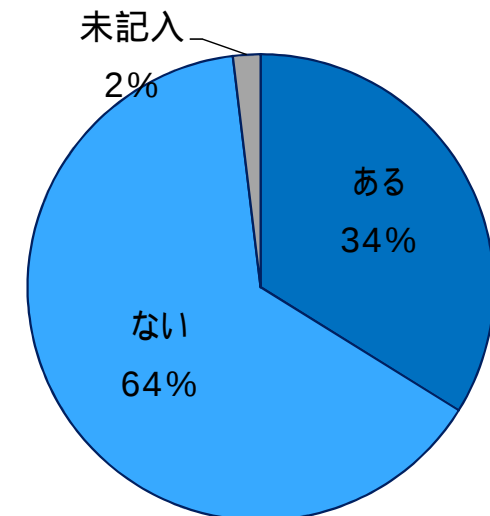
「難しいと思ったことがある」と回答した者の主な意見

< 本人 >

- ヘルパーの卒業という意見が出たが、とても難しいと思った。本人を取り巻く地域との関係を新たに構築するのも難しいと思われる。
- パソコンのホームページを見ながらの体操は高齢者には操作が難しいと思う。
- 栄養面での意識が低く、内服しているから大丈夫と思っているため、受け入れが難しいと思う。

< 関係機関 >

- 助言者の医師より、利用者に適した薬の話をしていただいたが、その内容を主治医に情報提供するのはケアマネジャーからは難しい。

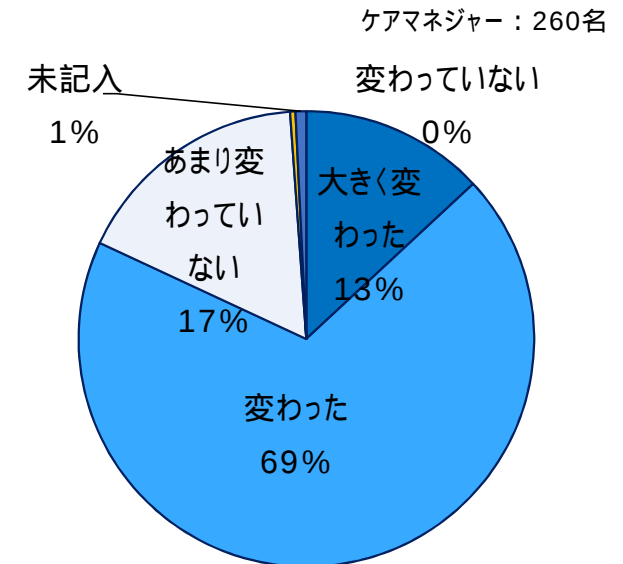


検討会議に参加したケアマネジャーからの意見 (R2年度アンケート結果)

Q. 自立支援に資するケアマネジメントの意識は変わったか

「大きく変わった」・「変わった」と回答した者のうち、
会議参加後の意識の変化 全員がケアプランに反映したいと回答

- この会議に参加して、自分が思っていた以上に同居家族の関りを皆さん考えてくれたので参考になった。
- いろいろなご意見や助言をいただき、ケアマネジャーとして見落としていることなど、気づきがあった。今後、参考に支援を継続していきたい。
- 新型コロナという状況の中で、利用者へサービス等の提案していくことが難しいと感じていた。地域包括支援センターと一緒に本人・家族へのアプローチができればと思う。

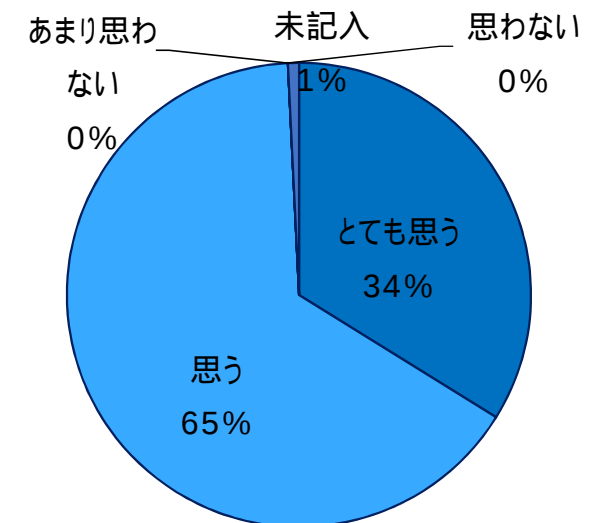


大きく変わった・変わった
82%

Q. 今後、自立支援・重度化防止の考え方を意識して、ケアプランを立てていこうと思うか

「とても思う」・「思う」と回答した者の主な意見

- リハビリの提案の仕方や本人が楽しみを見出せる目標設定の仕方など、分かりやすく助言いただけた。
- 医療の目と介護の目は別物であり、両方を兼ね備えたケアマネジメントが必要。
- 今までリハビリ等、身体面のサービスの考えがなかったが、総合的な視点を持ってアセスメントが必要だと思った。
- 医学的な立場より、専門的な意見が聞け、気づきが多かった。



とても思う・思う
99%

課題

- 新型コロナウイルス感染症拡大が自立を阻害する因子となっている（フレイル等）
- 地域の活動の場や生活に必要な場に行く手段がなく、閉じこもり状態となっている
- 地域の活動や集いの場、生活に必要な場がない地域がある
- 男性の「集いの場」が少ない
- 口腔の課題、低栄養
- 市民、介護・医療職間で自立支援や介護予防の理解が進んでいない、共有が
できていない など



対応策（包括・区）

- 市民に転倒防止や閉じこもり予防・フレイル予防の啓発（百歳体操など）
- 生活支援コーディネーターを中心とした集いの場の紹介、参加要請、新たな活動の場の創設、担い手の確保
- 区保健福祉センター管理栄養士等との連携
- 市民やケアマネジャー等への継続啓発
- 医療と介護の連携強化 など