



今年の総合事業班集団指導のテーマは、  
「実地指導から見える現状と当市総合事業の理解」です。

## はじめに

- **第1号事業を提供する事業所及び紀の川歩（てくてく）体操実践事業所の皆さまは必ずご視聴ください。**また、報告等は各職種に分かれていますので、管理者や運営者等だけでなく、サービス提供に携わる方々のご視聴もお願いします。  
ご視聴いただくことで、従事される皆さまが現在提供しているサービスについて、再点検し、話し合いをもってより良いサービスの提供に努めていただけることを目的としています。



- 総合事業班では、**介護保険最新情報、新型コロナウイルス感染症**に関する情報等を**随時紀の川市ホームページに掲載することで、お知らせ**しておりますので、定期的にご確認ください。



## 令和2年度の集団指導

昨年度の集団指導では、主にケアマネジメントの理解とサービスの着眼点について講習させていただきました。昨年度の資料につきましては、同ホームページ内に掲載していますので、ご覧ください。

## 令和3年度の集団指導

### ☑ 本講習会の主旨

- 本年度の集団指導では、実地指導の結果や令和4年度の変更点、当市介護予防・日常生活支援総合事業の理解について配信させていただきます。
- 総合事業の理解につきましては、市内介護予防事業所やケアマネジャーからのお声で、「総合事業をどう活用していけばいいのか」「従来からある介護予防訪問・通所相当サービスとの違いは何か」など、まだまだ多くの疑問点を抱きながら従事いただいている方もいらっしゃると思います。事業開始以来、全体的に総合事業の説明をする機会も少なかったことから当市の取り組みを再度周知するというものです。

## 令和3年度集団指導の視聴対象者

### ☑ 訪問系事業所

- 管理者
- サービス提供責任者
- 訪問事業責任者
- 介護職員
- C型サービス従事専門職
- 従事者

### ☑ 通所系事業所

- 管理者
- 生活相談員
- 機能訓練指導員
- 看護職員
- 介護職員
- C型サービス従事専門職
- 従事者

### ☑ 居宅系事業所（資料等の共有）

- 管理者
- 介護支援専門員



## 令和3年度集団指導出席の証

配信動画をご覧いただき、各職種別にとりまとめ、ご報告ください。報告様式は、ホームページ内からダウンロードをお願いします。複数名の報告者がいる場合は、表紙を作成いただき、上記職種の順にホッチキス等でまとめていただき、ご報告ください。

### ☑ 提出の対象者

- 介護職員や従事者以外は、その役職に従事するすべての方が提出の対象です。  
（居宅介護事業所における報告書の提出は不要）
- 介護職員や従事者の報告は、代表して2人以上の提出をお願いします。提出の必要がなくても、動画をご覧いただき、皆様のご意見も盛り込みながらご報告いただけると幸いです。介護職員が1人しかいない場合は、おひとりの提出で結構です。  
サービスに関わる職員一人ひとりがサービスを振り返り、自主点検いただくことが目的ですので、業務多忙とは存じますが、地域包括ケアシステム実現のためにも、視聴にご配慮のほどよろしくお願いします。

## 動画の構成

- 第8期介護保険事業計画について
- 令和3年度実地指導から
- 令和3年度の新規事業紹介
- 紀の川歩（てくてく）体操
- 令和4年度より訪問型・通所型サービスAの委託から指定への移行
- 総合事業の活用
- さいごに

## 令和3～5年の介護保険事業計画

- 皆さん、介護保険事業計画をご覧になったことはありますか？
- 介護保険は、このような計画を3年に1度保険料とともに計画を見直しながら運営しています。  
※2次元バーコードを読み取って確認⇒

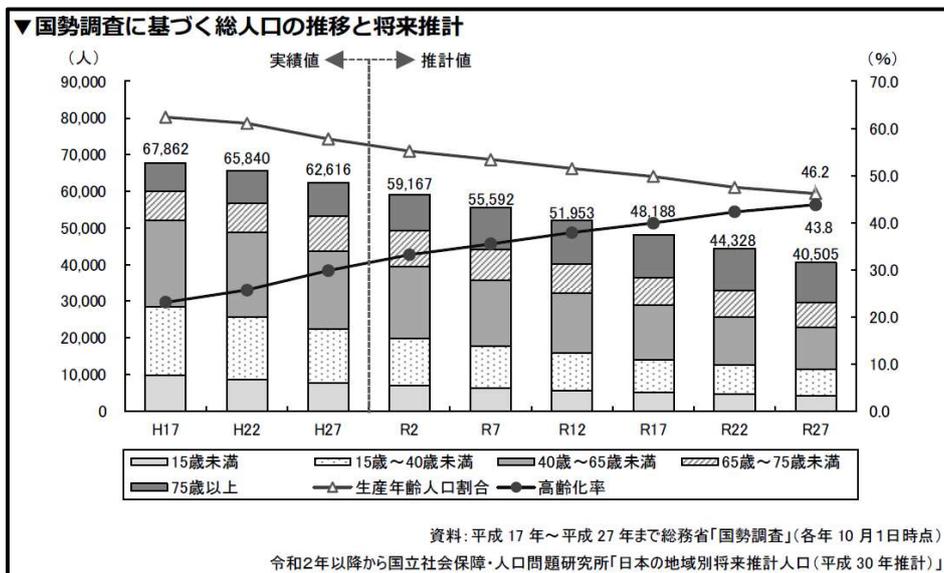


- 第8期となりました計画の基本目標は、次のとおりです。
  - 基本目標1 地域で支える包括的な支援体制づくり
  - 基本目標2 介護予防と健康づくりの推進
  - 基本目標3 生きがいをもち地域で暮らせる仕組みづくり
  - 基本目標4 認知症対策の充実
  - 基本目標5 高齢者の尊厳への配慮と安全・安心な生活環境の確保
  - 基本目標6 多様な住まいへの支援
  - 基本目標7 介護保険事業の適切な運営と充実

- 紀の川市の現状（令和2年3月時点と令和3年3月時点の比較）

項目	令和2年3月末	令和3年3月末
総人口	61,502人	60,878人
高齢者人口	19,984人	20,125人
高齢化率	32.5%	33.1%
65歳～75歳未満	9,775人	9,945人
75歳以上	10,209人	10,180人



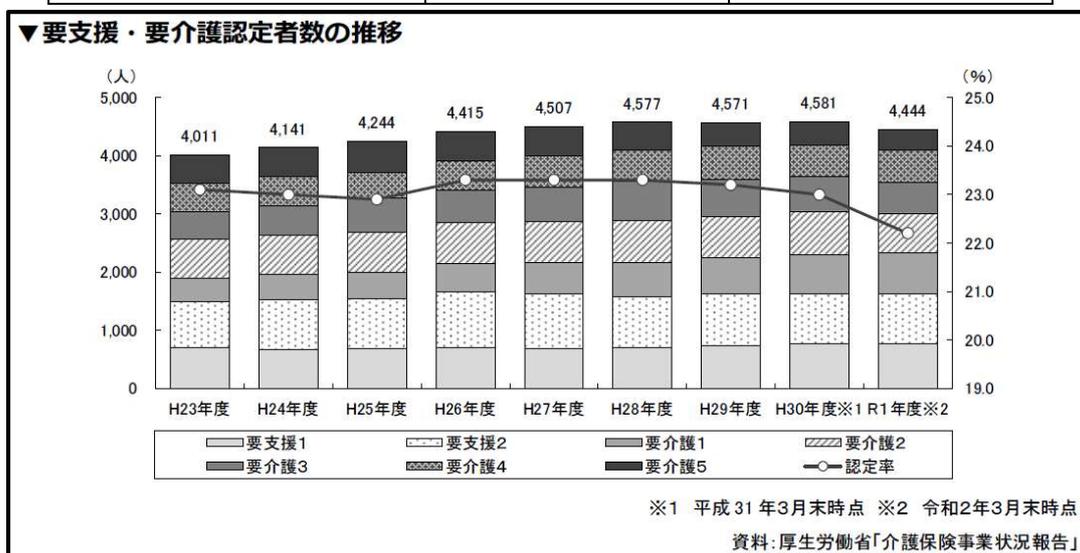


紀の川市の総人口は年々減少しており、平成 27 (2015) 年時点で 62,616 人となっています。令和 27 (2045) 年時点には 40,505 人まで減少する見込みです。生産年齢人口割合は低下する一方で、高齢化率は上昇し続けると見込まれており、令和 27 (2045) 年時点での生産年齢人口割合は 46.2%、高齢化率は 43.8% となる見込みです。約 3 人に 1 人から約 2.5 人に 1 人が 65 歳以上の方となります。

令和 3 年度から粉河・那賀・桃山地域は、過疎地域に指定されました。

●要介護・要支援認定者の現状

項目	令和 2 年 3 月末	令和 3 年 3 月末
認定者総数	4,519 人	4,439 人
認定率	22.6%	22.4%
要支援 1 認定者数	764 人	654 人
要支援 2 認定者数	858 人	852 人
要介護 1 認定者数	701 人	731 人
要介護 2 認定者数	686 人	721 人
要介護 3 以上認定者数	1,435 人	1,481 人



要支援・要介護認定者数は、令和元（2019）年度で4,444人となっています。要介護度別にみると、要支援2の認定者が最も多くなっています。また、令和元（2019）年度の認定率は22.2%となっています。

また、要介護1の認定者も年々増加傾向にあり、認知機能の低下を防ぐことや要支援認定者が要介護状態とならないように重度化の防止策を考えていかなければなりません。

## 参 考

要支援認定者となる原因の多くは、転倒や骨折、衰弱、関節疾患です。2019年には、原因すべてがこれらに変わっており、フレイル予防に着目した生活がとて重要となります。

表 20 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位3位）

(単位:%) 平成28年

要介護度	第1位		第2位		第3位	
総 数	認知症	18.0	脳血管疾患（脳卒中）	16.6	高齢による衰弱	13.3
要支援者	関節疾患	17.2	高齢による衰弱	16.2	骨折・転倒	15.2
要支援1	関節疾患	20.0	高齢による衰弱	18.4	脳血管疾患（脳卒中）	11.5
要支援2	骨折・転倒	18.4	関節疾患	14.7	脳血管疾患（脳卒中）	14.6
要介護者	認知症	24.8	脳血管疾患（脳卒中）	18.4	高齢による衰弱	12.1
要介護1	認知症	24.8	高齢による衰弱	13.6	脳血管疾患（脳卒中）	11.9
要介護2	認知症	22.8	脳血管疾患（脳卒中）	17.9	高齢による衰弱	13.3
要介護3	認知症	30.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.8	高齢による衰弱	12.8
要介護4	認知症	25.4	脳血管疾患（脳卒中）	23.1	骨折・転倒	12.0
要介護5	脳血管疾患（脳卒中）	30.8	認知症	20.4	骨折・転倒	10.2

注：熊本県を除いたものである。

2016年国民生活基礎調査より

表 18 現在の要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位3位）

(単位:%) 2019(令和元)年

現在の要介護度	第1位		第2位		第3位	
総 数	認知症	17.6	脳血管疾患（脳卒中）	16.1	高齢による衰弱	12.8
要支援者	関節疾患	18.9	高齢による衰弱	16.1	骨折・転倒	14.2
要支援1	関節疾患	20.3	高齢による衰弱	17.9	骨折・転倒	13.5
要支援2	関節疾患	17.5	骨折・転倒	14.9	高齢による衰弱	14.4
要介護者	認知症	24.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.2	骨折・転倒	12.0
要介護1	認知症	29.8	脳血管疾患（脳卒中）	14.5	高齢による衰弱	13.7
要介護2	認知症	18.7	脳血管疾患（脳卒中）	17.8	骨折・転倒	13.5
要介護3	認知症	27.0	脳血管疾患（脳卒中）	24.1	骨折・転倒	12.1
要介護4	脳血管疾患（脳卒中）	23.6	認知症	20.2	骨折・転倒	15.1
要介護5	脳血管疾患（脳卒中）	24.7	認知症	24.0	高齢による衰弱	8.9

注：「現在の要介護度」とは、2019（令和元）年6月の要介護度をいう。

2019年国民生活基礎調査より

事業計画には、この他にもさまざまな統計情報が掲載されていますので、二次元バーコードを読み取っていただくか、本動画でご確認ください。

●総合事業班では、上記基本方針に基づき主に次のようなことに力を入れています。

**基本目標1 多様な主体による生活支援サービスの提供体制の構築**

- ・訪問型サービスAに従事する人材の養成
- ・生活支援コーディネーターの配置

**基本目標2 介護予防の総合的な推進**

- ・介護予防教室やご当地体操、フレイルチェック等で、地域や介護サービス事業所が一体となって進める介護予防（フレイル予防）の推進

**基本目標3 高齢者の社会参加の促進**

- ・フレイルチェックや移動カフェ等で、ボランティア活動の機会の提供、住民主体の通いの場の充実

**基本目標4 認知症高齢者や介護家族等への支援の充実**

- ・令和3年度より認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の開始

**基本目標5 介護サービスの質の向上**

- ・実地指導の強化、自立支援型事業所認定の推進、ご当地体操の活用

**基本目標6 在宅医療・介護連携の推進**

- ・オーラルフレイルチェック等による歯科医師への受診勧奨や体力測定等のデータ連携

**基本目標7 サービス人材の確保と育成**

- ・就労的活動支援コーディネーターの配置及び県と連携した介護助手の養成研修の実施

これらの事業は、市民の皆さまが在宅生活を健康的にお過ごしいただけるよう、地域や介護サービス事業所で、展開していくというものです。これらの事業が定着し、市民や専門職の皆さまが活用し始めると、紀の川市の地域包括ケアシステムが動き始めるのではないかと思います。※高齢介護課ホームページ 総合事業班をご覧ください。



## 令和3年度の実地指導から

### ●主な自主点検項目

- ホームページや事業計画を確認して、保険者の運営方針等を理解しているか。
- 契約書や重要事項説明書に最新情報（料金やサービス名等）が正しく記載されているか。サービスの対象者に事業対象者も入っているか。
- 報酬改定時の料金変更に対する同意を得られているか。
- 加算関係書類を適切に整備できているか。
- 提供記録について、日々提供した具体的なサービス内容が、ケアマネジャー作成の支援計画に沿った内容となっているか。

### ●ケアマネジャーの皆さんへ

- 運動器機能向上、口腔機能向上、栄養改善、自宅トレーニングの提案など、提供すべきサービスが計画書の趣旨に沿って提供されているかどうかを確認しているか。
- 計画書内もしくはサービス担当者会議等で、目標達成へのアプローチ方法や客観的数値の提示、具体的なサービス内容の検討等を事業所と理解を深めているか。
- 心身状態や体力測定等の客観的数値、サービス量など定期的に事業所に確認し、目標達成への進捗状況を把握しているか。
- 予後予測をもって、目標を決められているか。

### ●サービス事業所の皆さんへ

- ケアマネジャーの作成する支援計画を的確に把握し、個別支援計画を作成できているか。また、疑問点等をサービス担当者会議等で解消できているか。
- 計画と提供記録の整合性を確認しているかどうか。
- 主観的な評価だけでなく、客観的数値による評価を行い、次回の計画に反映できているかどうか。
- 職員間情報共有が、口頭によるものだけでなく、書面上で共有できているかどうか。
- ケアマネジャーに必要な情報を提供しているか。
- サービスが目標達成へのアプローチとなっているかどうか。

## 令和3年度の新規事業について

### ●歯科医師との連携について

令和3年7月より地域の体操拠点での体力測定時に、運動系の評価に加えて、オーラルフレイルチェックや食品摂取の多様性のチェックを始めました。

⇒実は、地域で市民サポーターとして活動する「フレイルサポーター」の皆さんが実施した約1,000件のフレイルチェックデータからは、2人に1人が主観的に何らかのお口のトラブルを抱えていることがわかりました。**これはオーラルフレイルのサインかもしれないということで、歯科医師との連携をより強化しました。**

体操拠点等で行う体力測定時にチェックし、結果オーラルフレイルの疑いのある方は連携している歯科医院に受診勧奨する事業です。

※ホームページQRを掲載



## ●自立支援型介護予防通所介護認定事業について

積極的に自立支援や重度化防止に資するサービスを提供する介護予防通所介護事業所を認定し、そのプロセス（支援過程）やアウトプット（成果）を評価し、報奨金を支給することで、利用者と事業所双方の介護予防に対する意識の変容を促すことを目的として事業化しています。

### 本事業の特徴

- 積極的な運動等の自立支援サービスを展開することだけが目的ではない
- 介護予防支援計画の理解、アセスメント力の向上、職員間の情報共有を重視
- 支援計画どおり、個別支援ができていることを見える化
- 認定結果が軽度化した時だけでなく、その過程に対しても報奨金を支給



「介護保険の流れに沿ったサービスの提供が自立支援や重度化の防止につながる」  
「結果的に要介護状態とならないように、機能維持や改善に向けた取り組みが実現」



ホームページ

令和4年2月時点で5事業所を認定



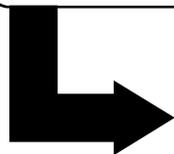
YouTube 動画

## ●当市保管の体力測定データ等の情報提供について

実地指導で各書類を確認していると、客観的データを活用して予後予測を行い、目標の設定や達成度合いを評価している事業所が少ない印象でした。

### 客観的データの重要性

- 「動けるようになった」「痛みがなくなった」「表情が豊かになった」などの聞き取りや見た目の主観的な評価に加え、客観的な指標による測定があると、「なぜ動けるようになったのか」「なぜ痛みがなくなったのか」「なぜ表情が豊かになったのか」具体的な数値の評価からわかることが多くなります。
- 過去の自立期の状態や自立に必要な数値目標が分かれば、目標の設定や達成までに要する期間、達成具合などがわかりやすくなります。



#### 予後予測（将来予測）を重視

- ・その目標、本当に達成できますか？
- ・その目標、どのくらいの期間で達成できますか？



ホームページ



YouTube 動画

ケアマネジャーや事業所の皆さんのお声から要支援認定や事業対象者であっても、認知機能の低下、重度の関節の変形や疼痛、意欲低下、衰弱などさまざまな方がいらっしゃる、すべての利用者が積極的な予防策が向くわけではないことも承知しております。ですが、それぞれの状態を具体的な数値により把握し、計画に反映、提供から評価をしないと、計画のとおり進捗しているのかどうかの答え合わせもできません。

**まずは、当市保管のデータや市理学療法士の活用について、ご相談ください。**

## 事業所てくてくの推進について

リハビリ専門職とともに地域で推進しておりますご当地体操「紀の川歩（てくてく）体操」。体操を事業所に椅子でできるようアレンジし、当課とともに積極的な運動プログラムを実施しています。令和4年2月現在、13事業所が取り組んでいます。

### 本事業の特徴

- 理学療法士が考案した運動プログラムを実施（体操時間：約50分）
- 地域のてくてく体操と同様の体力測定を実施
- 栄養や口腔（オーラルフレイル）に関する評価も実施
- 年2回市より介護予防アドバイザーを派遣、事業所をサポート
- アセスメントや評価の強化、評価結果のフィードバックなど、積極的にフレイル予防を実践していることが見える化

#### 客観的データを多く持っている

- ・状態の変化がわかりやすい
- ・目標達成への進捗がわかりやすい
- ・転倒リスクやハイリスクな生活機能を把握しやすい。



ホームページ



YouTube 動画

ケアマネジャーは、サービス事業所に情報を求め、サービス事業所もケアマネジャーに情報提供をするといった、相互間の連携があれば、本市総合事業にとって**大きな特色や強み**となります。

積極的な運動プログラム等を行っていないければ、総合事業によるサービスが設立しないということではありません。ですが、介護予防支援計画を拝見すると、運動機能向上や口腔機能向上・栄養改善、自宅トレーニングの実施など、アクティブにサービスを利用する内容となっている計画が多く見受けられます。



## 令和4年度より訪問型・通所型サービスAを委託事業から指定事業者によるサービス実施に ※訪問型・通所型サービスCは、今後も委託事業です。

国保連合会を經由した審査支払方式とするため、訪問型・通所型サービスAを委託事業者から指定事業者によるサービス実施に移行させていただきます。

移行にあたり、令和4年3月頃に、ガイドラインの修正版や請求コードにつきまして、ホームページ等で公表させていただきます。

## □令和4年度4月サービス提供分より電子請求開始の場合

国保連合会への請求システムを導入済の事業所は、令和4年4月1日より指定事業者とします。4月サービス提供分より電子請求をしていただきます。

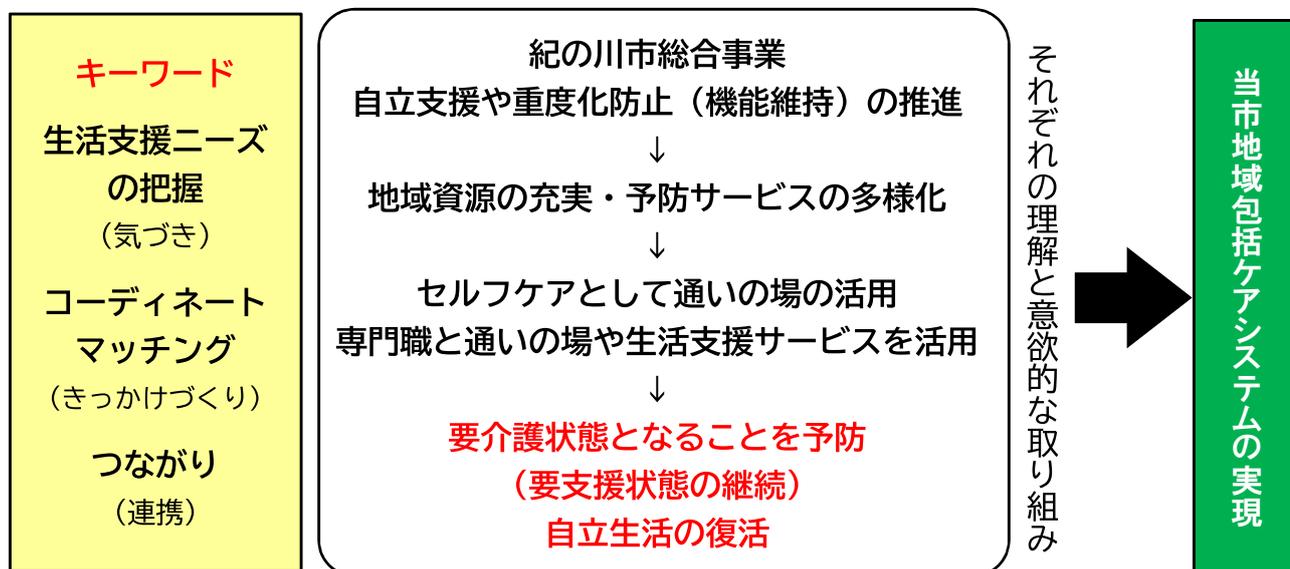
移行後の指定有効期限は、各事業所の現行の委託事業有効期限と同様とし、新たな事業所番号を付番し、指定通知書を送付させていただく予定です。

ただし、次の更新時には指定事業者としての更新申請が必要となります。(有効期限の前々月の末日までに申請が必要)

## □システム導入に時間を要する場合や、導入しない場合

各事業所の現行の委託事業有効期間内のみ、従来の紙面による請求を可としますのでご了承ください。

## 総合事業の活用



当課には、2名理学療法士が常駐しており、データ活用や課題分析等にお困りの際は、ご相談いただけます。支援計画等をお手元にご用意いただき、ぜひ、ご活用ください。

## さいごに

日々、従事いただいております介護保険サービスは、保険料と税金で支えられており、市民の皆さまが適切に保険利用いただきながら、事業所では、それぞれの職種が役割をもって、必要なサービスとして還元していくことが介護保険の仕組みです。

紀の川市の地域包括ケアシステム実現のためにも、介護保険法の第1条(目的)の理念を再確認いただき、従事くださいますようお願いいたします。

## 参考資料

### ●地域のでててく体操実践者の体力測定結果

	自立生活の目標値 (当市独自のカットオフ値)		女性		男性		基準値
	女性	男性	75歳未満	75歳以上	75歳未満	75歳以上	
BMI	21.5～24.9kg/m <sup>2</sup>						25以上 肥満 20以下 低栄養
SMI	5.7kg/m <sup>2</sup> 以上	7.0kg/m <sup>2</sup> 以上	6.2	5.8	7.7	7.1	女性5.7、男性7.0以下 サルコペニア
握力	18kg以上	28kg以上	24.3	20.6	38.0	30.9	女性18kg、男性28kg以下 サルコペニア
5回立ち座り	8.4秒未満		6.2	7.8	6.0	7.6	12秒以上 サルコペニア 14秒以上 運動器不安定症
TUG	6.7秒未満		5.9	7.6	5.2	7.2	11秒以上 転倒リスクあり
通常歩行速度	4.3秒未満		3.7	4.2	3.6	4.2	5秒以上 サルコペニア 6.2秒以下 室内歩行自立
最大歩行速度	3.2秒未満		2.7	3.2	2.4	3.1	3.25秒以下 屋外自立
タンDEM立位開眼	10秒以上		27.6	22.7	28.0	24.1	20秒以上 歩行自立
タンDEM立位閉眼	10秒以上		15.7	10.9	13.4	11.6	30秒 夜間転倒リスク

地域で週1回程度の運動習慣のある方の測定結果の平均等から当市独自のカットオフを算出。赤枠に該当項目が多ければ多いほど、要介護状態となるハイリスク群です。男女別は、地域の測定結果の平均値で、基準値はサルコペニア等のカットオフ値です。

### ●地域データと事業所データの比較

区分	BMI	握力	5回立ち座り	TUG	通常歩行速度	最大歩行速度	タンDEM立位開眼	タンDEM立位閉眼
事業所	22.09 kg/m <sup>2</sup>	18.13 kg	13.86 秒	14.46 秒	7.93 秒	6.02 秒	14.84 秒	5.50 秒
地域	22.81 kg/m <sup>2</sup>	24.81 kg	7.48 秒	6.84 秒	3.93 秒	3.01 秒	25.87 秒	15.14 秒

サービス利用者と地域の方々の体格に大きな差はみられません。ここに掲載してありませんが以前デイサービス利用者（約100名）の筋肉量を測定したところ、同様に筋肉量にも大きな差はみられませんでした。課題となるのは、立ち座りや歩行といった筋肉の発揮力かもしれません。

表を見ると、握力～タンDEM立位まですべてにおいてサルコペニアや自立喪失の値以上か近似値となっています。当然転倒リスクも高いので、サービス提供時には、なぜそのような状態となっているか評価が必要になると考えます。

評価方法等や改善に向けての取り組み方法がわからない場合は、市理学療法士までご相談ください。