

令和6年度(公社)愛知県栄養士会在宅医療・介護運営委員会

地域密着型拠点づくりのためのスキルアップ研修会(東三河ブロック)

地域包括ケアに関わる多職種から の最新情報 ～調整業務からみえるもの～

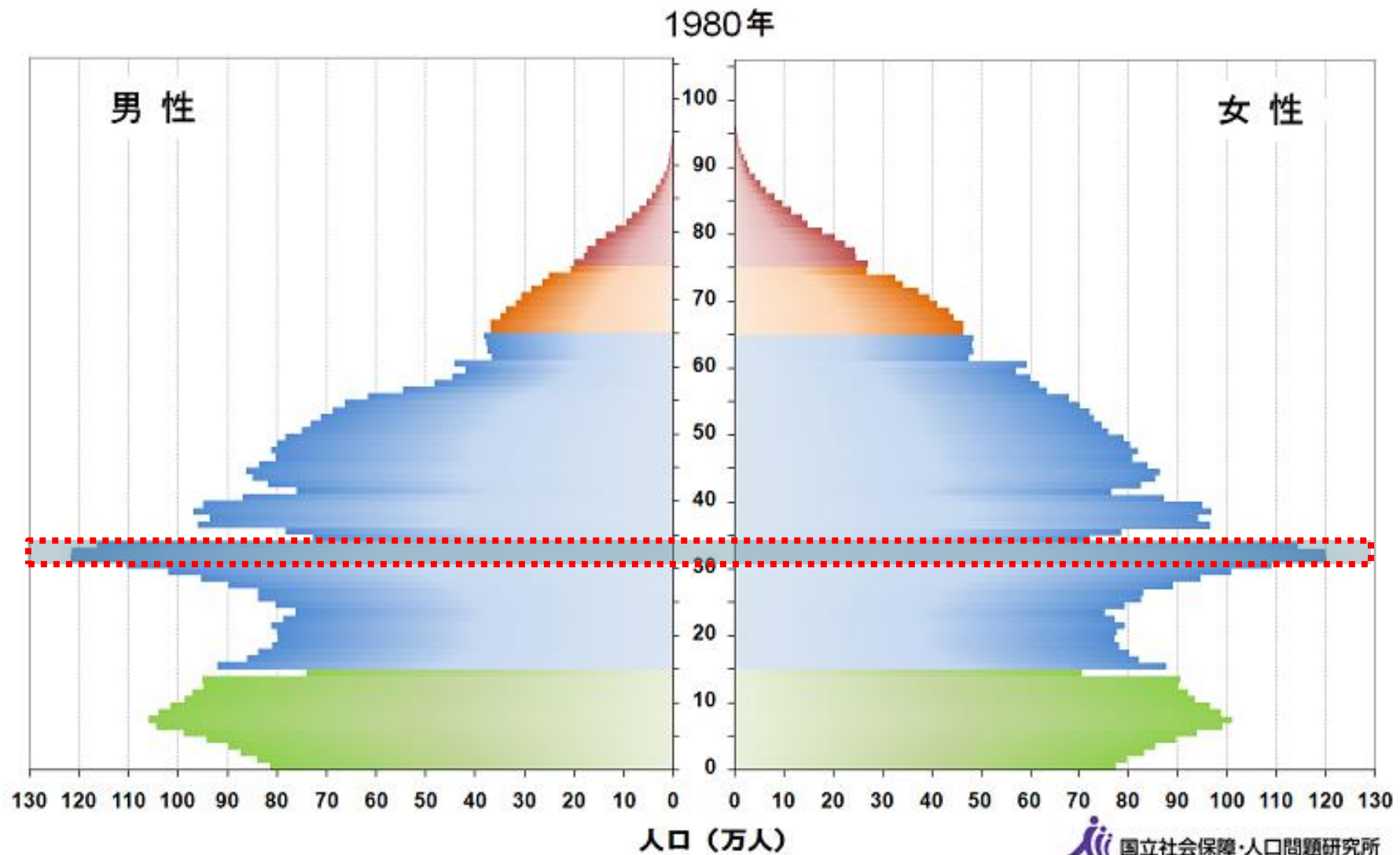
豊川市民病院 リハビリテーション技術科

理学療法士 河合 靖生

本日のプログラム

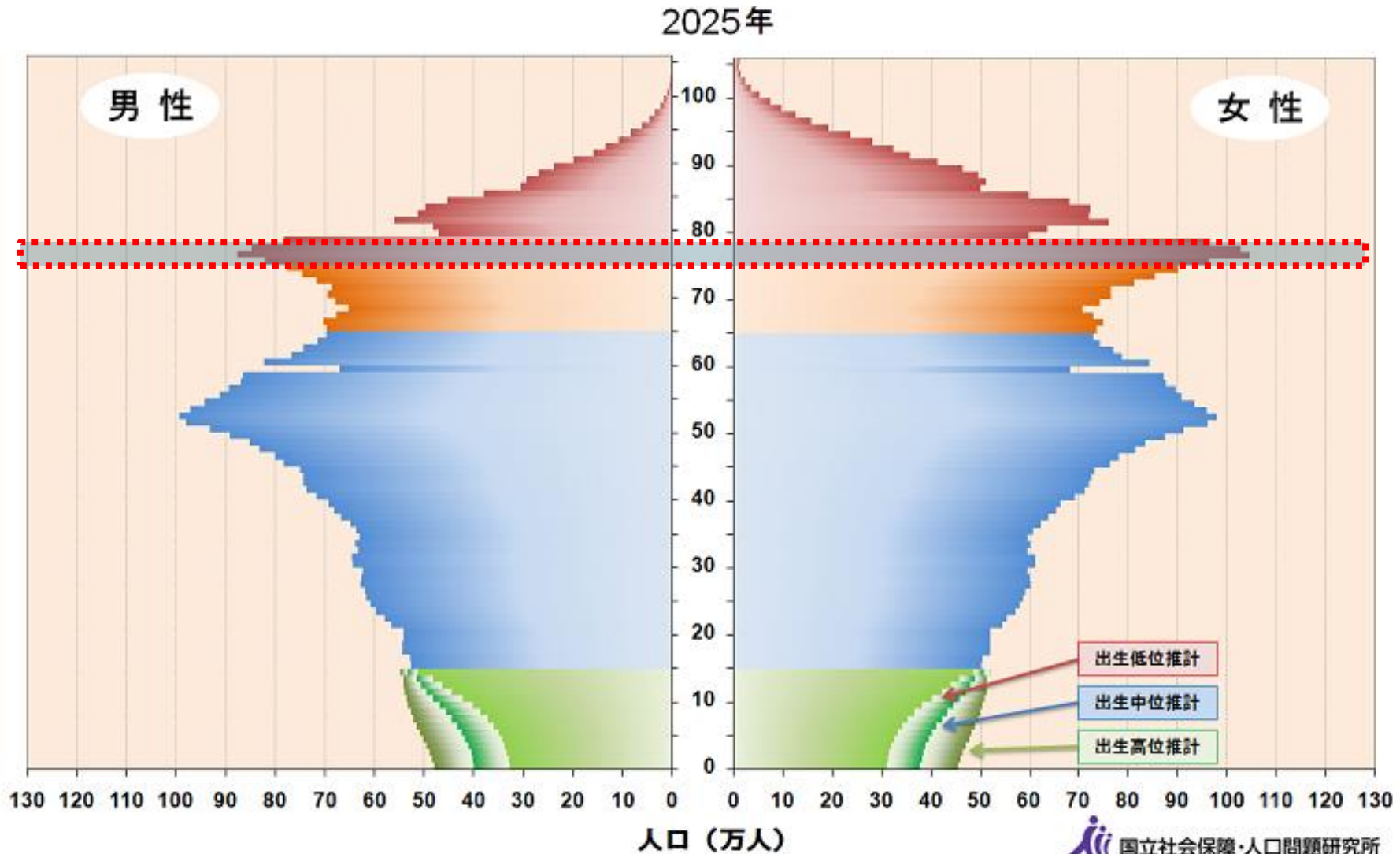
- **地域包括ケア事業**
- **地域リハビリテーション活動支援事業と地域ケア会議**
- **地域のみなさまの豊かな暮らし**
- **これからの課題**

人口構造の変遷(1980年)



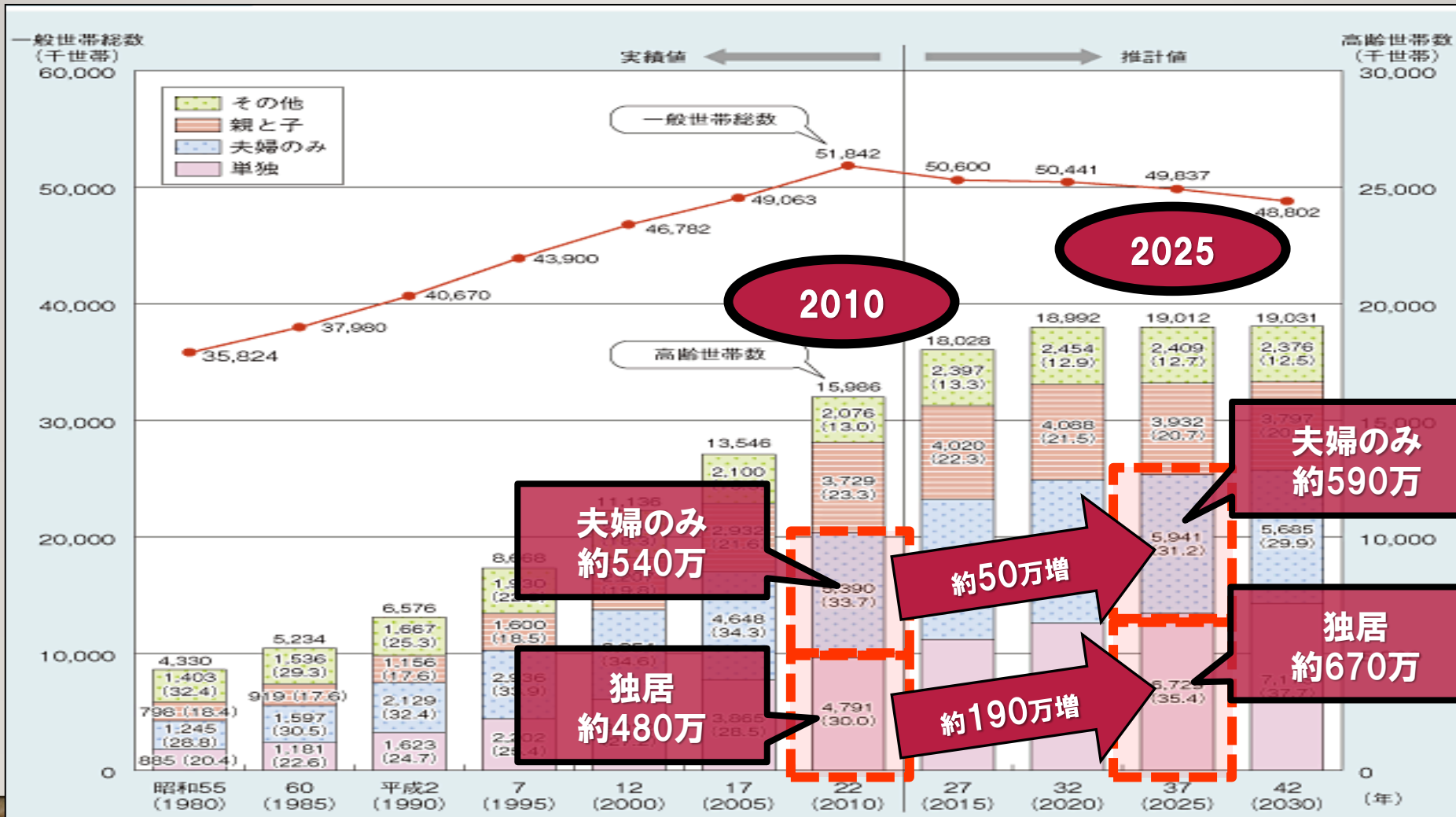
資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

人口構造の変遷(2025年)



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

① 高齢者の独居・夫婦のみ世帯の増大



② 高齢者ケアニーズの増加

要介護認定者数の推移

(単位: 万人)

	2009年	2015年	2025年	2035年	2045年	2055年
総人口 (①)	12,740	12,543	11,927	11,068	10,044	8,993
指数	100	98	94	87	79	71
65歳以上人口 (②)	2,899	3,378	3,635	3,725	3,841	3,646
指数	100	117	125	128	132	126
要介護認定者数 (③)	456	576	755	877	894	922
指数	100	126	165	192	196	202

※年齢階級別要介護認定率を一定と仮定して機械的に試算したもの。
 ※「指数」は、2009年を100とした場合の各年の人数比である。

(参考)

	2009年	2015年	2025年	2035年	2045年	2055年
老年人口割合 (%) (②/①)	22.8	26.9	30.5	33.7	38.2	40.5
認定率 (%) (③/②)	15.7	17.1	20.8	23.6	23.3	25.3

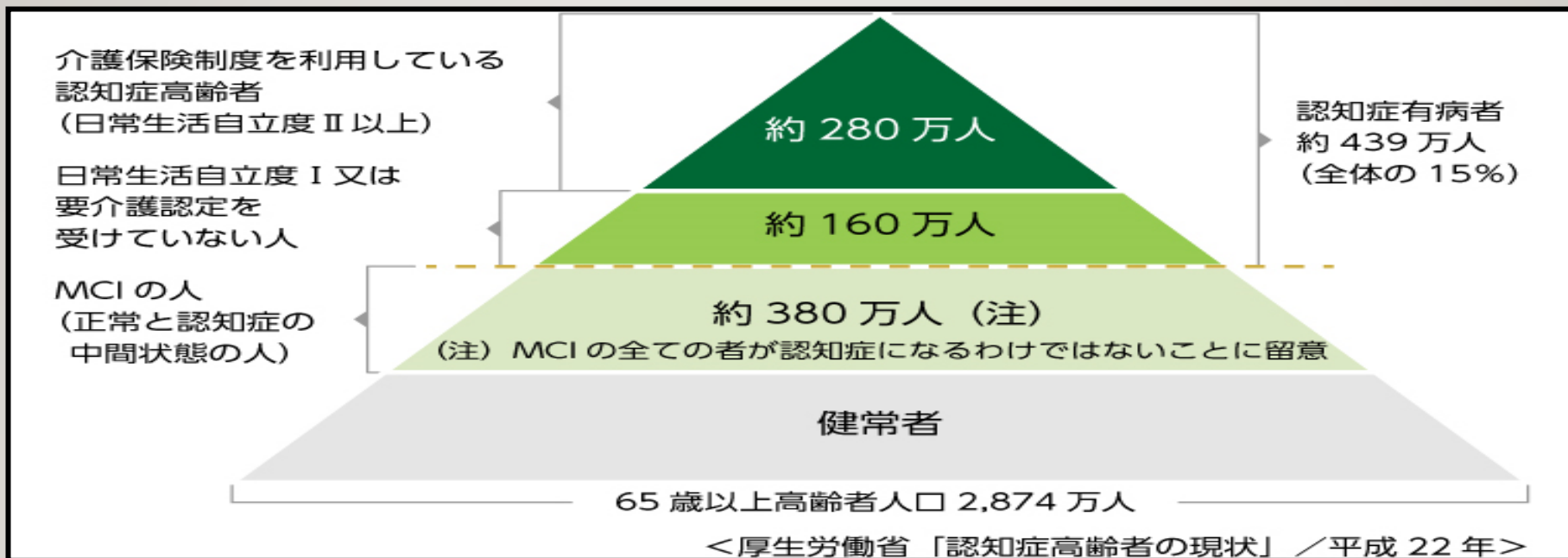
【出典】厚生労働省老健局資料

要医療 ↑

給付費・保険料 ↑

ニーズの多様化
(生き方・暮らし方)

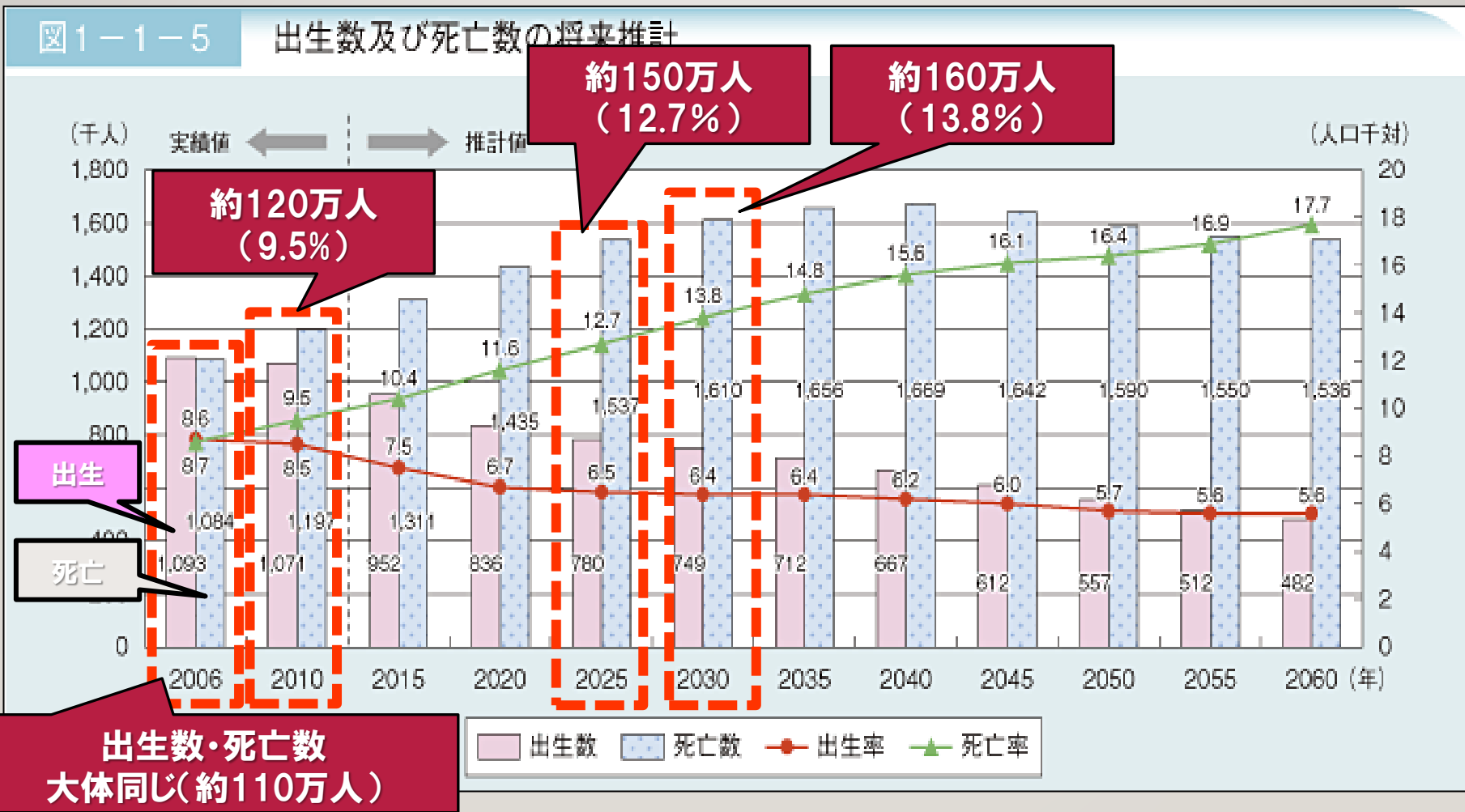
③ 認知症ケースの増加



年	65歳以上高齢者人口	認知症高齢者数			認知症有病率
		男	女	合計	
2010	2,949万人	80万人	200万人	281万人	9.5%
2015	3,388万人	99万人	241万人	341万人	10.1%
2020	3,612万人	120万人	291万人	411万人	11.4%
2025	3,657万人	138万人	333万人	471万人	12.9%

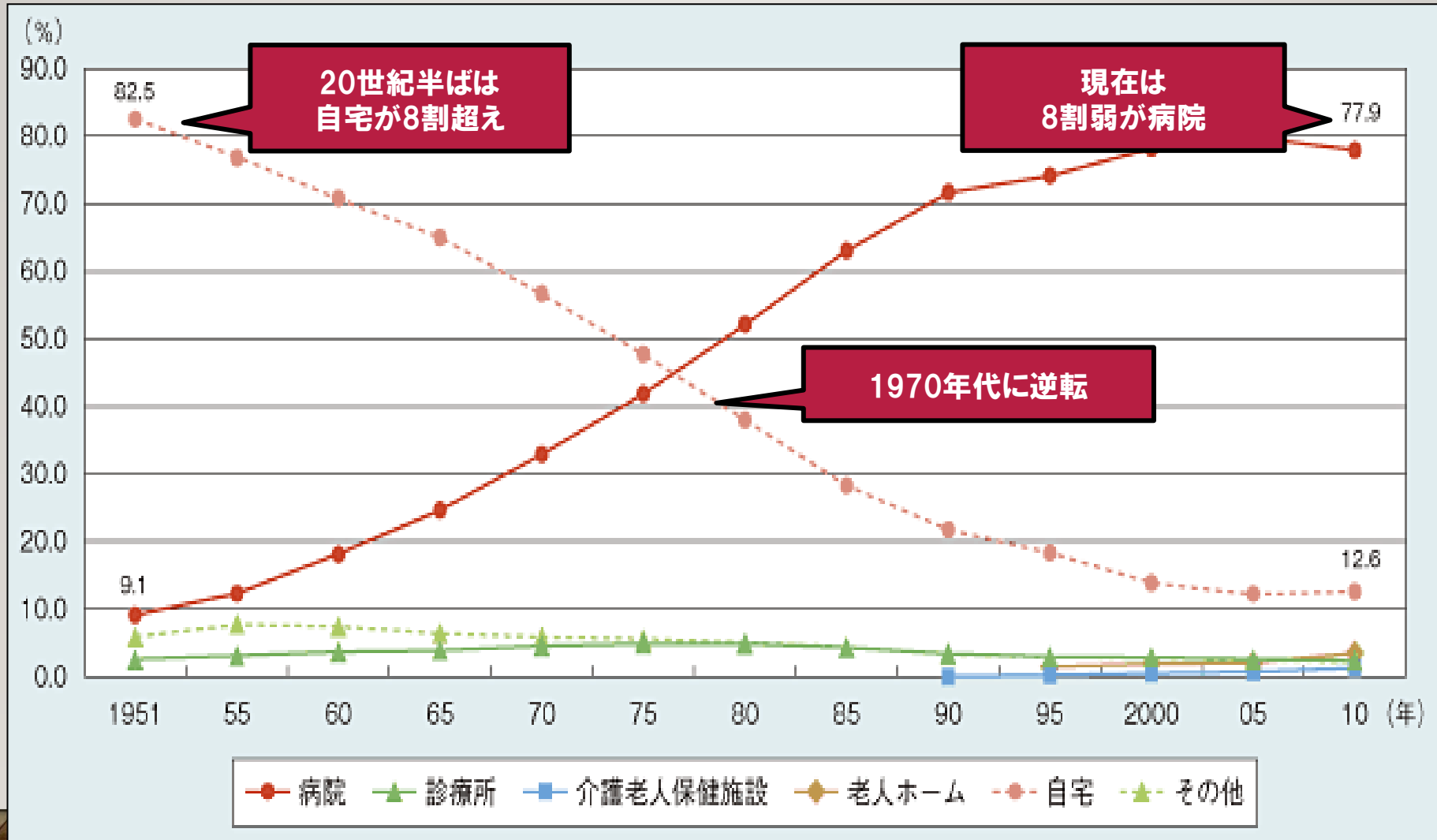
出典:「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)「認知症高齢者の日常生活自立度」II 以上の高齢者数について」(H24.8公表)「平成24年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等推進事業 認知症の早期発見, 診断につながるアセスメントツールの開発に関する調査研究事業」

④ 死亡者数の増加



出典: 2006、2010年は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数(いずれも日本人)。2015年以降は国立社会保障・人口研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果(日本における外国人を含む)

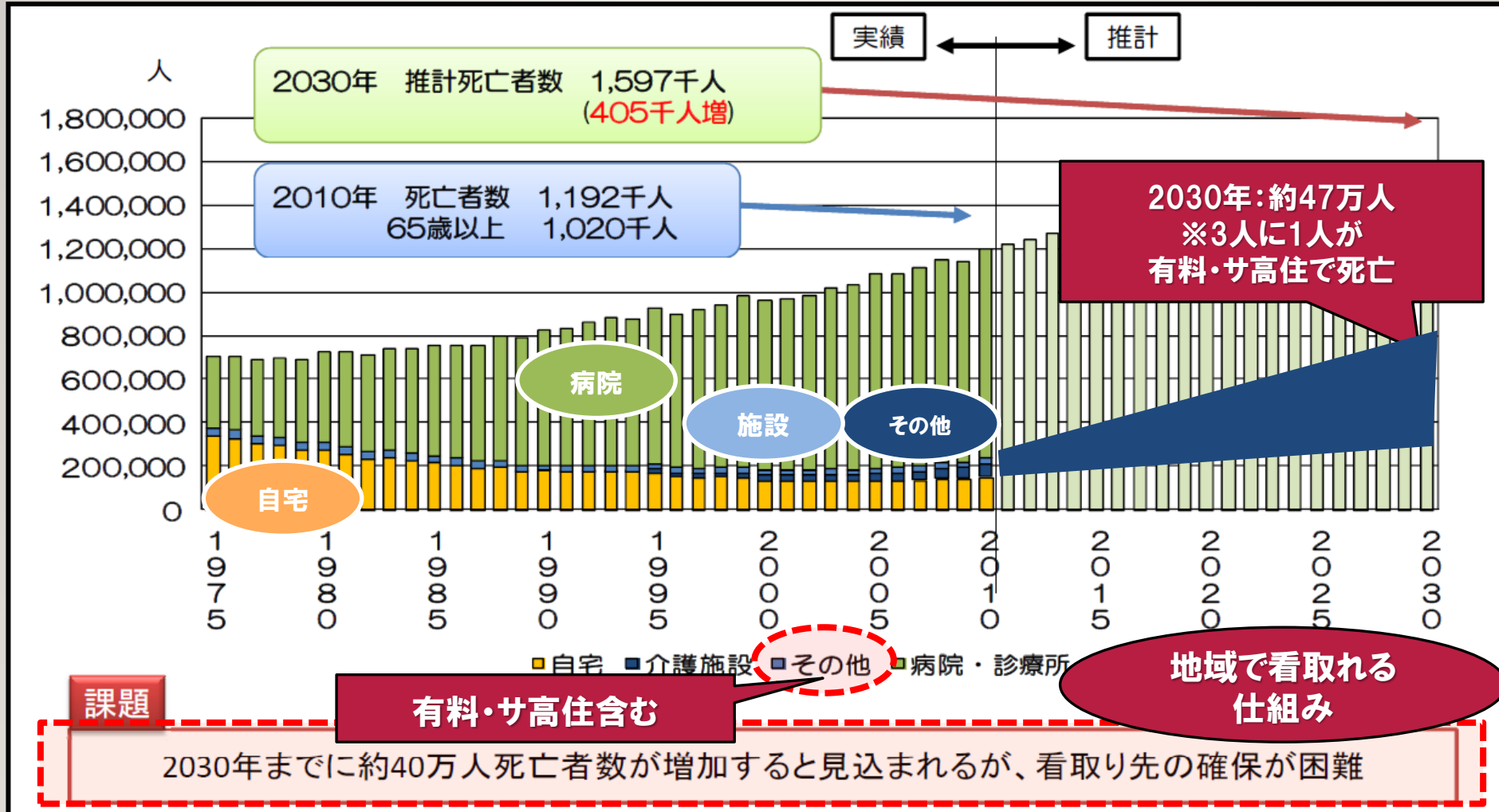
【死亡場所の推移】



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典)厚生労働省「人口動態調査」

【死亡場所の推移】

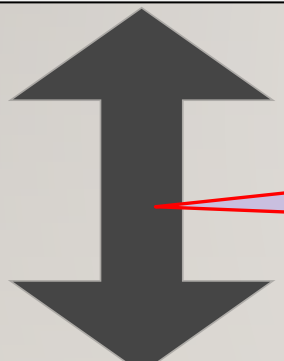


4つの大きな社会問題への対応

- ① 高齢者の独居・夫婦のみ世帯の増大
- ② 高齢者ケアニーズの増大
- ③ 認知症ケースの増加
- ④ 死亡者数の増加

マネジメントが重要！

地域包括ケアシステム



そこに存在するあらゆる社会資源が、分断することなく、有機的・効果的・効率的に提供される仕組みが必要

- 住居の保障
- 医療保険・介護保険・・・
- 権利擁護・低所得者への支援・・・
- 家族・親族・友人・地域住民・商店街の協力・・・

地域ごとの問題

(参考)保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金

令和2年度所要額(令和元年度予算額) : 400億円(200億円)

400億円の内訳
・保険者機能強化推進交付金 : 200億円
・介護保険保険者努力支援交付金 : 200億円(社会保障の充実分)

趣旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための保険者機能強化推進交付金を創設
- 令和2年度においては、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金(社会保障の充実分)を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けを強化

概要

各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村に対する取組の支援に対し、それぞれ評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて、交付金を交付する。

※介護保険保険者努力支援交付金については、財源を介護予防・健康づくりに有効に活用するための枠組みについて検討中。

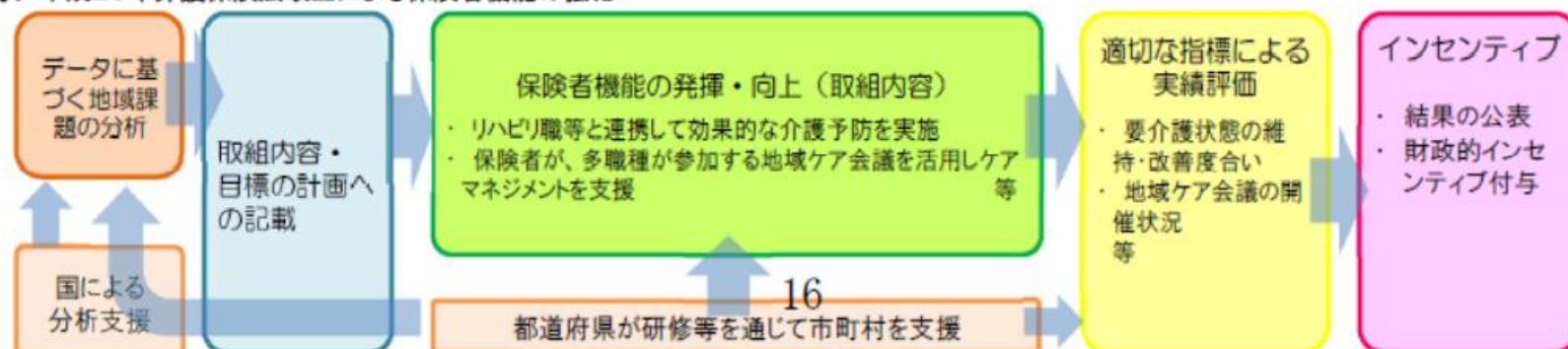
<市町村分>

- 1 配分 保険者機能強化推進交付金200億円のうち190億円程度
介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち190億円程度
- 2 交付対象 市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)
- 3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当。
なお、交付金は、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者は、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要。

<都道府県分>

- 1 配分 保険者機能強化推進交付金200億円のうち10億円程度
介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち10億円程度
- 2 交付対象 都道府県
- 3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当。

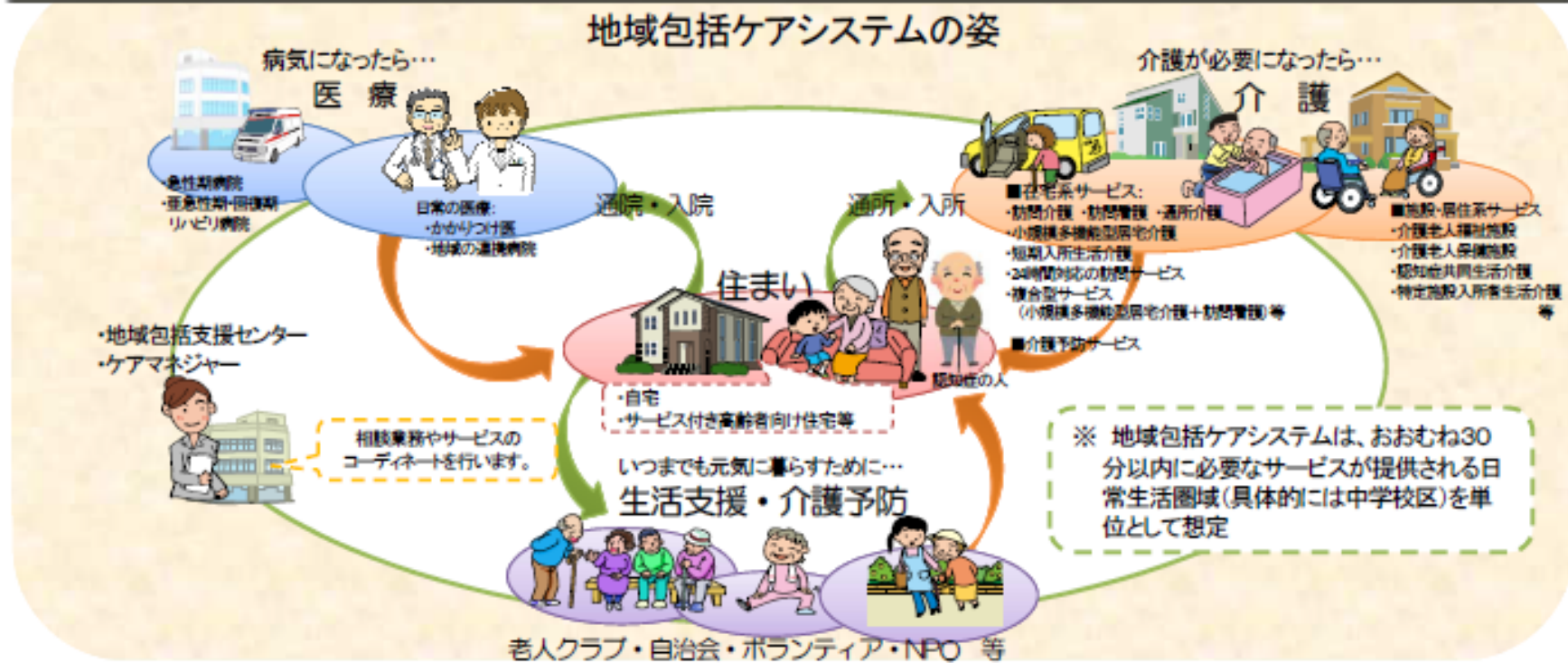
<参考>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



地域包括ケアシステム

- 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、**住まい・医療・介護・予防・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**していきます。
- 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です。
- 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**が生じています。

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**です。



2040年に向けた地域包括ケアシステムの展望

進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」

■介護予防・日常生活支援総合事業の実施

- 2015年度より介護予防・日常生活支援総合事業として実施され、要支援者に対する介護予防は生活支援と一体的に、住民自身や専門職以外の担い手を含めた多様な主体による提供体制へと移行するとされた。
- これまで「業」の中に位置づけられてきた軽度者向けの予防活動の多くは、自助や互助などの取組を通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されるため、「介護予防」と「生活支援」を一体として再整理した。

■保健・福祉を地域包括ケアシステムの重要な要素として改めて位置付ける

- 2040年に向けて、単身高齢者や、低年金の高齢者の増加に伴う経済格差の拡大と貧困問題など、複雑な福祉的課題を抱えた高齢者世帯数の増大が予測されており、社会福祉の専門性を活かしたソーシャルワークの重要性は大きくなる。
- 高齢者介護の分野では、身体的な自立に重点が置かれるケースが多いが、社会的孤立も含め、地域で生活課題を抱える人々の問題は様々である。こうした2040年に向けた地域課題への対応として、地域包括ケアシステムに専門職(業)が関わる分野として「保健・福祉」を改めて強調する意味は大きい。

■本人の選択が優先される仕組みに

- 2012年度の地域包括ケア研究会で提示された植木鉢の絵において、「本人・家族の選択と心構え」というコンセプトが組み込まれ、それぞれの個人が地域生活を継続するための基礎が示されたが、地域生活の継続を選択するにあたっては、本来は「本人の選択」が最も重視されるべきであり、それに対して、本人・家族がどのように心構えを持つかが重要であるとの考え方から、「本人の選択と本人・家族の心構え」と改めた。



【2012年度】



Progressive disabilityの経過



社会的役割や
知的能動性の
低下



IADL障害

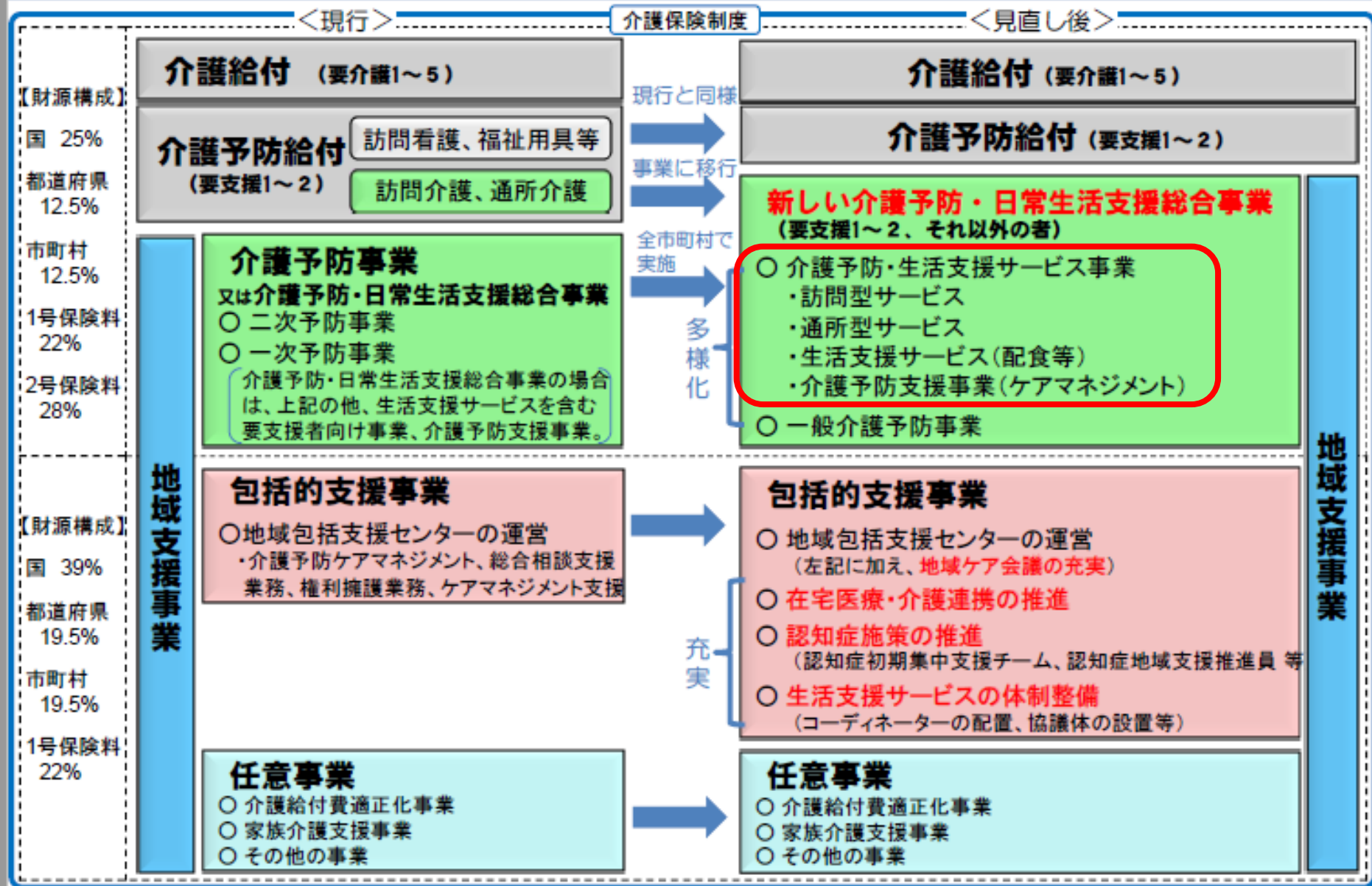


ADL障害



フレイル 低栄養シニア

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



サービスの類型

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す。

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	<p>○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース</p> <p>○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<p>○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進</p>		<p>・体力の改善に向けた支援が必要なケース</p> <p>・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース</p> <p>※3～6ヶ月の短期間で行う</p>	<p>訪問型サービスBに準じる</p>
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

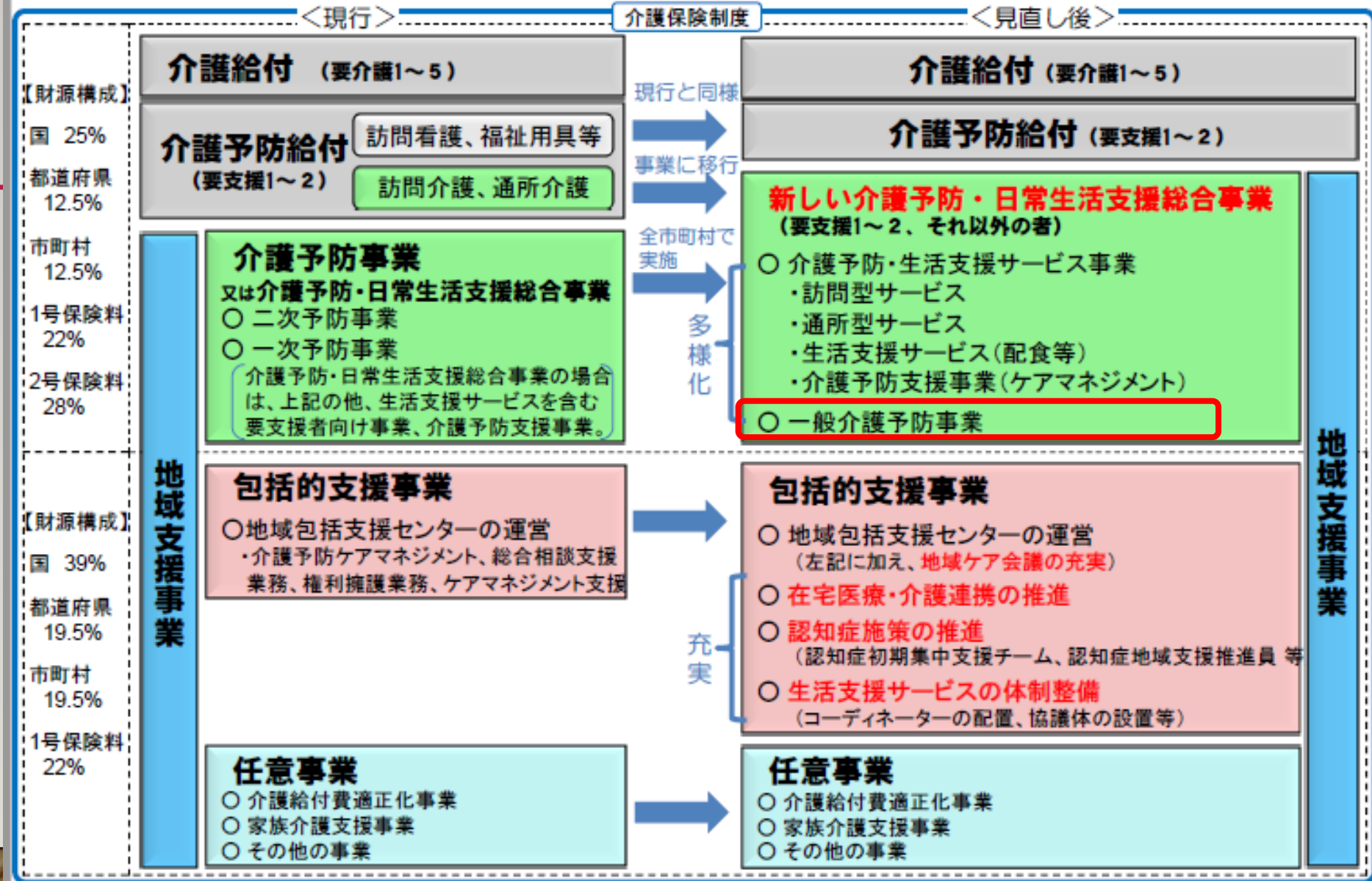
- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

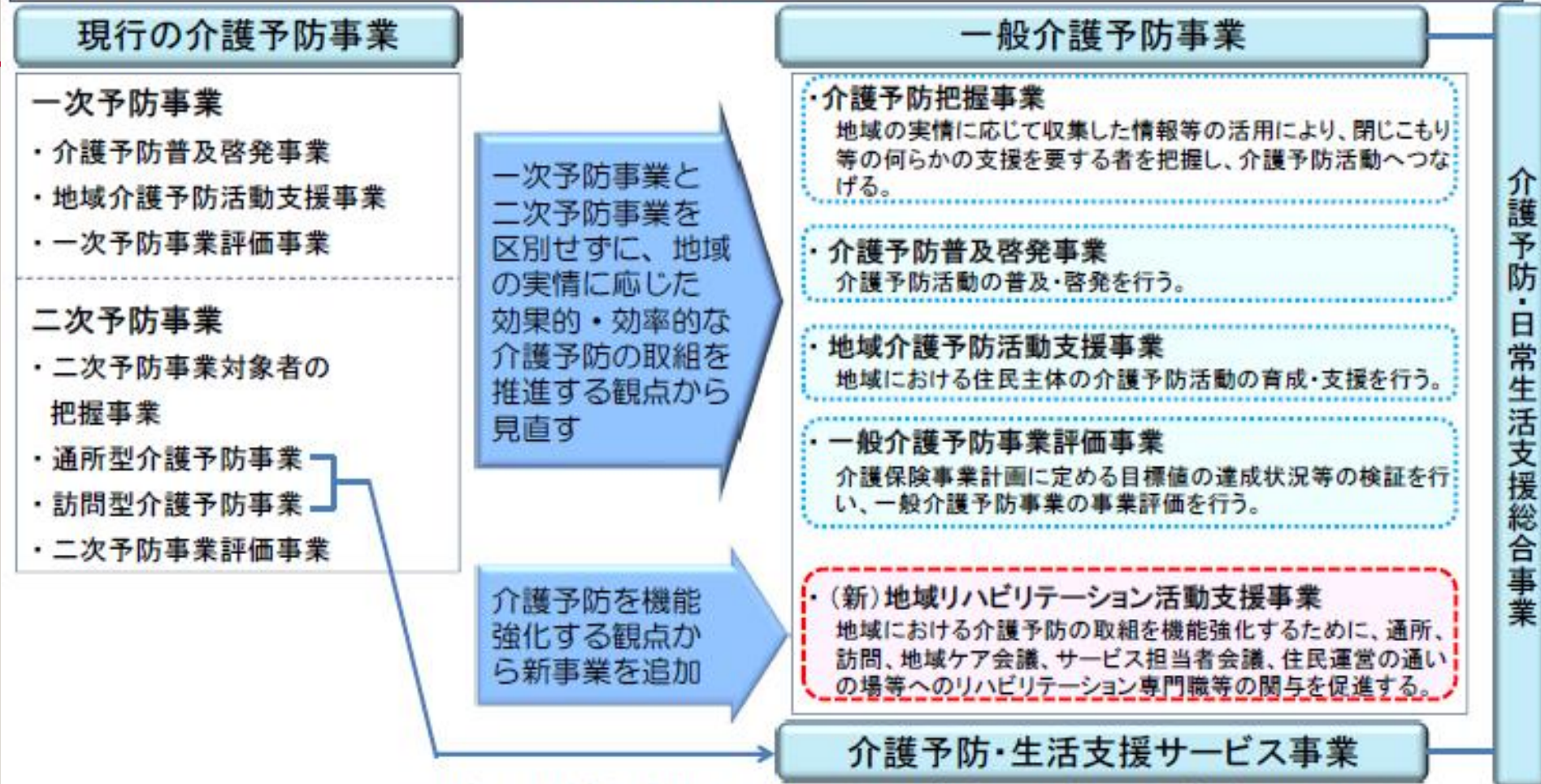
③その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



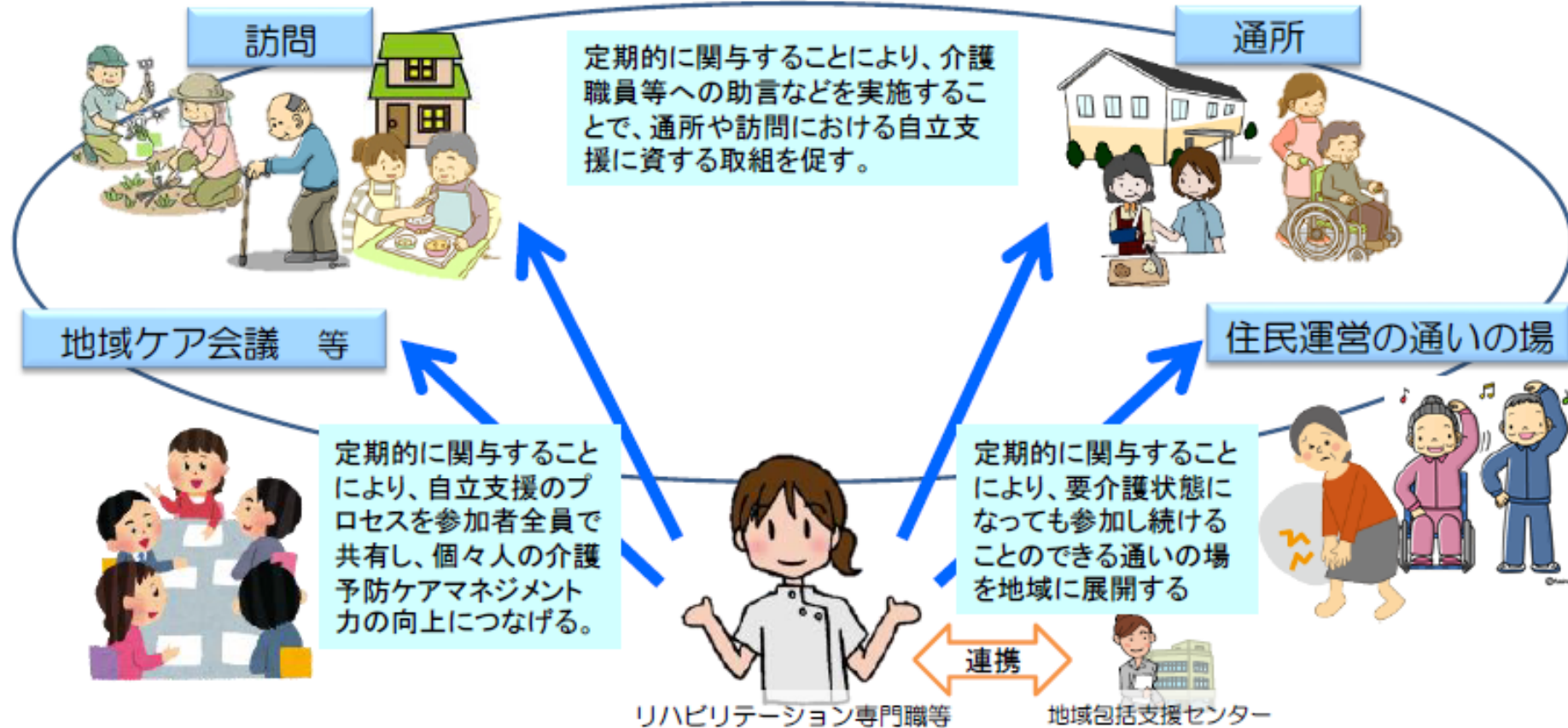
- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなど的高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。



※従来、二次予防事業で実施していた運動器の機能向上プログラム、口腔機能の向上プログラムなどに相当する介護予防については、介護予防・生活支援サービス事業として介護予防ケアマネジメントに基づき実施

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

○ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

地域ケア会議

目的・方法によって大きく2種類に分けられる

- **地域ケア個別会議：**
個別事例の課題検討

- **地域ケア推進会議：**
地域に必要な取組みを明らかにして施策を立案・提言

**「介護予防のための地域ケア個別会議」は
地域ケア個別会議に分類される**

地域包括支援センターレベルでの会議(地域ケア個別会議)

個別の
ケアマネジメント

サービス 担当者会議

(全てのケース
について、多職
種協働により
適切なケアプ
ランを検討)

事例提供

支援

- 地域包括支援センターが開催
- 個別ケース(困難事例等)の支援内容を通じた…

- ①地域支援ネットワークの構築
- ②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
- ③地域課題の把握

などを行う。

※幅広い視点から、直接サービス提供に当たらない専門職種も参加。

※行政職員は、会議の内容を把握しておき、地域課題の集約などに活かす。

主な構成員

医療・介護の専門職種等

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、
歯科衛生士、PT、OT、ST、管理栄
養士、ケアマネジャー、介護サー
ビス事業者 など

地域の支援者

自治会、民生委員、ボランティア、
NPOなど

その他必要に応じて参加

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

政策形成

介護保険事業計画等への位置づけなど

市町村レベルの会議(地域ケア推進会議)

在宅医療・介護連
携を支援する相
談窓口

群市区医師会
等連携を支援
する専門職等

生活支援
体制整備

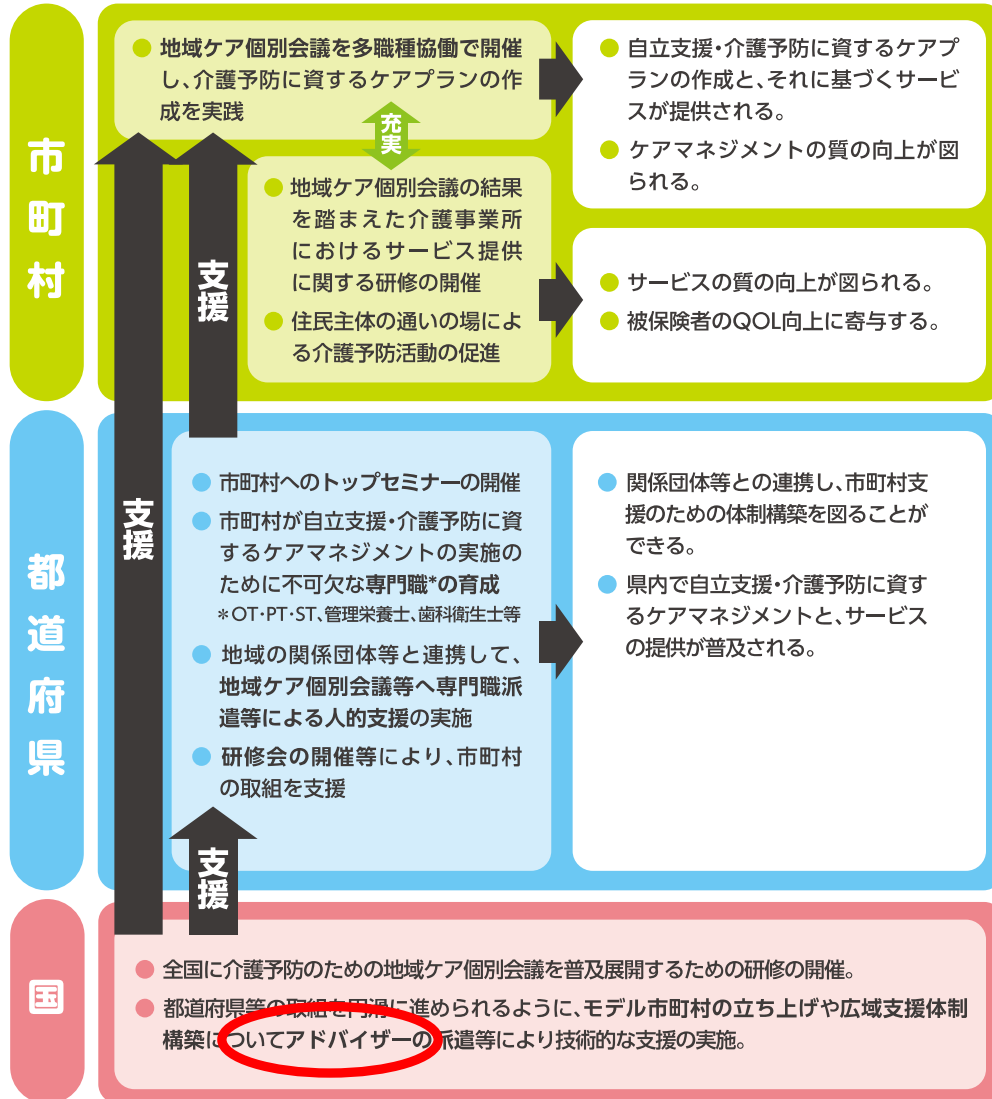
生活支援コー
ディネーター
協議体

認知症施策

認知症初期
集中支援
チーム
認知症地域
支援推進員

介護予防活動普及展開事業

地域ケア個別会議の定着・充実に向けた役割分担



全国展開へのロードマップ



地域ケア会議」の5つの機能

1

個別課題の解決

多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能

2

地域包括支援 ネットワークの構築

高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能

3

地域課題の発見

個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能

4

地域づくり 資源開発

インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域に必要な資源を開発する機能

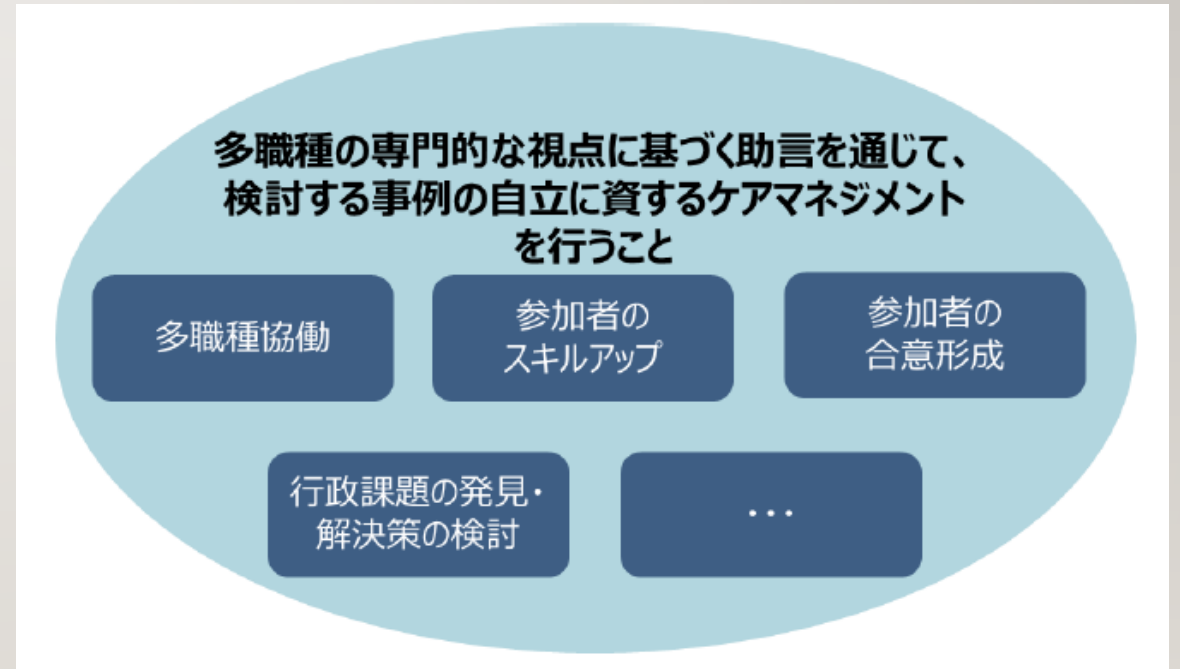
5

政策の形成

地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

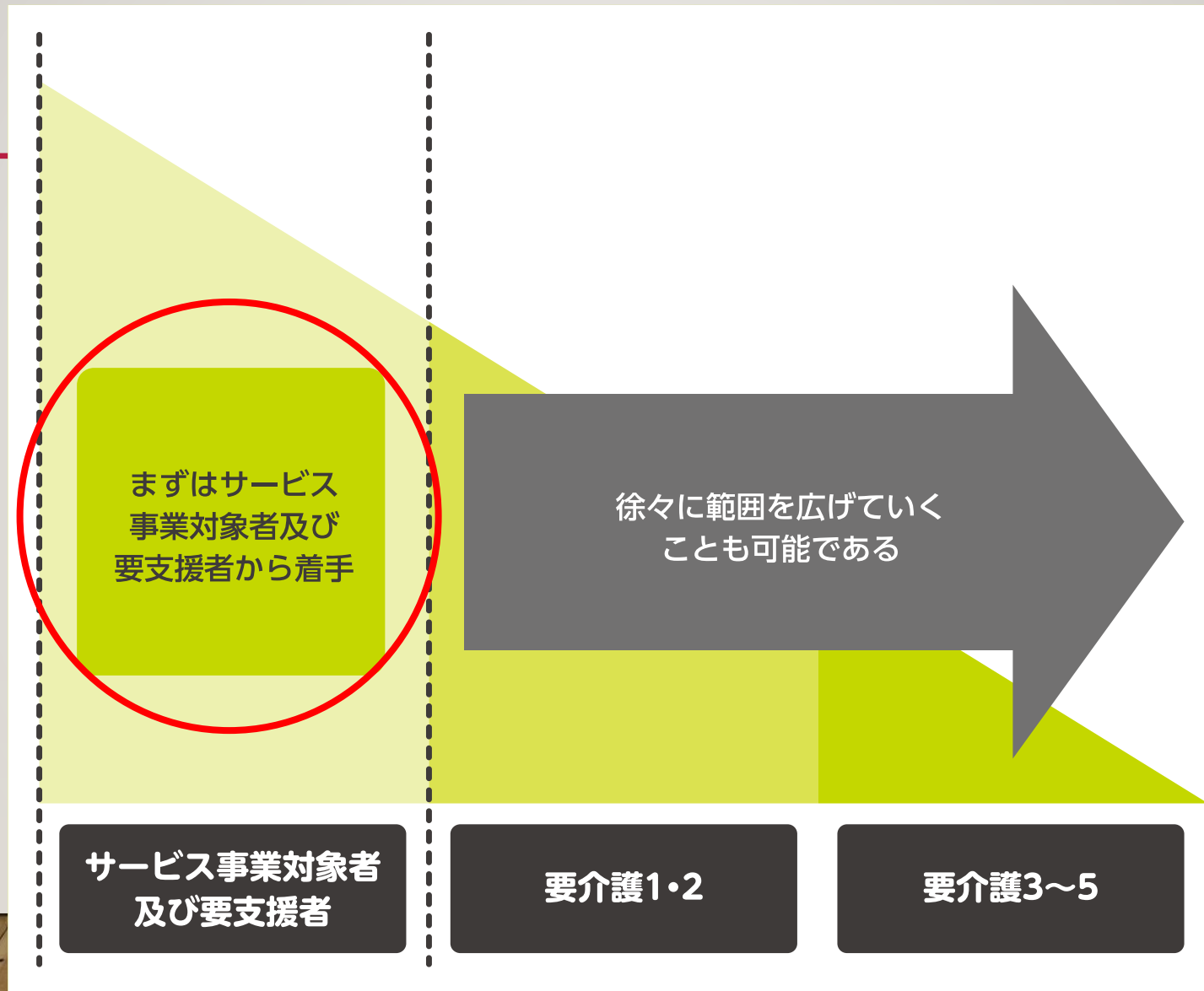
介護予防のための 地域ケア個別会議開催の意義

- 自治体関係者にとって
「行政課題の発見・解決策の検討」
- 専門職にとって
「専門職としてのスキルアップ」
- 介護サービス事業者にとって
「ケアマネジメントやケアの質の向上」
- 参加者全員にとって
「ネットワークの構築」

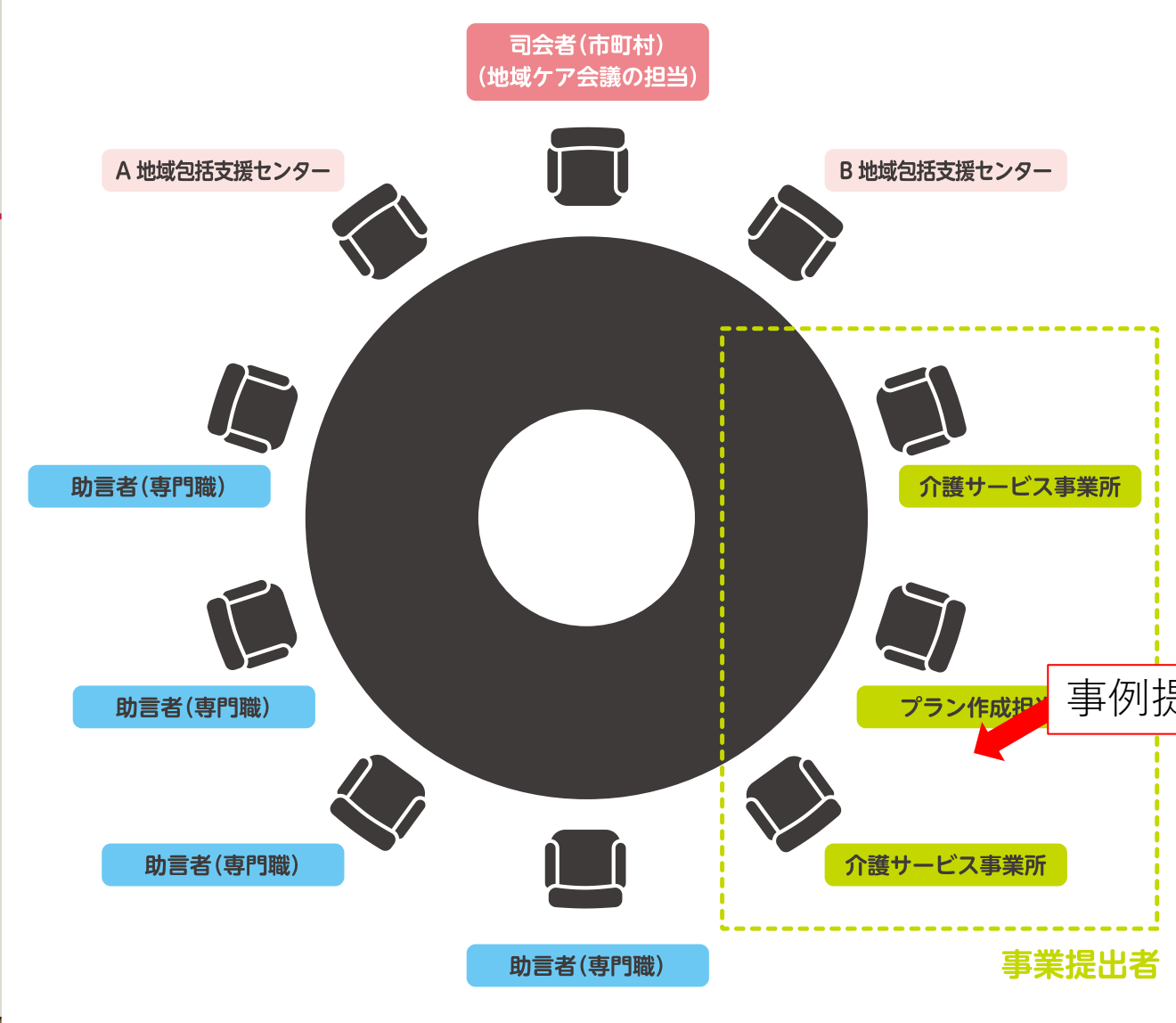


参加者のOJTの場であることを意識する

地域ケア会議で取り扱う事例（対象者）



地域ケア会議の参加者（例）



※その他、生活支援コーディネーター等が出席

実際の様子は？

具体的事例（地域ケア会議で検討したケアプラン）

利用者の状態 : 生活の不活発により**下肢機能の低下**が顕著（要支援2）
利用者の課題 : 入浴ができない（入浴できるようになる余地あり）
認定期間 : 6ヶ月

ケアマネが立てた目標

清潔の保持に努める
（安全に入浴する）

あいまいな目標
デイに行けば即達成
※代表的な目標例

サービス内容

デイサービスで週2回風呂に入る

6ヶ月後評価困難

問題点

デイサービスでは入浴できても
自宅では入浴ができない

お世話なしには生活できない

見落とし多数！！

× お世話型のケアマネジメント

- ・根本的な課題解決になっていない。
- ・介護サービスが生活の不活発を助長 → 重度化の恐れ

ケア会議で修正した目標

6ヶ月後**自分で入浴することができる**
6ヶ月後**家族、友人と温泉旅行に行く**

具体的
6ヶ月後評価可能

ケア会議でのアドバイス（PT・OT・ST・歯科・栄養 等）

- **入浴することが体の機能向上や精神的にも良い効果があることを説明しては？**
- デイサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練を行ってみては？
- 浴室の住宅改修や入浴補助用具の購入を検討しては？
- **低栄養では？ BMIは？ 食生活は？**
- 歯・口腔・嚥下の状態は？
- 薬の服用状況は？
- **「興味、関心チェックリスト」で本人の思いを聞いては？**

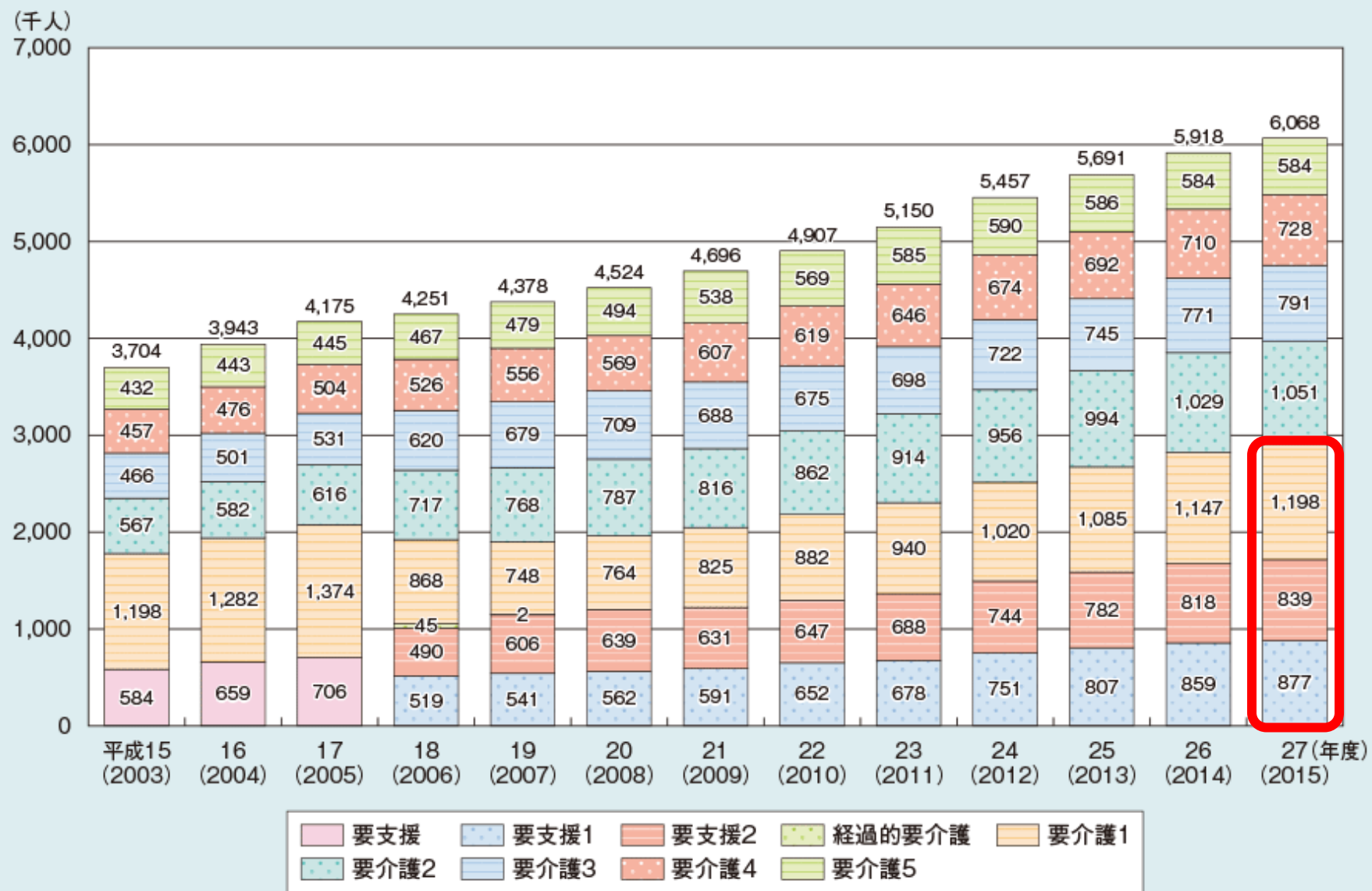
サービス内容の見直し
再アセスメント

本人の改善意欲向上

○ 自立支援型のケアマネジメント

根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止

◆ 要介護度の改善 ◆ 自立した生活



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」

(注1) 平成18年4月より介護保険法の改正に伴い、要介護度の区分が変更されている。

(注2) 平成22（2010）年度は東日本大震災の影響により、報告が困難であった福島県の5町1村（広野町、楢葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町）を除いて集計した値

失敗しないケア会議にするための10か条

1. 社会人としての常識(挨拶, 服装, 時間厳守など)を守る
2. 多くの情報を端的に読み取る能力を養う
3. 自分の専門領域以外の専門的知識の習得(運動・口腔・栄養・・・)
4. 誰が, いつ, どこで, 何を, なぜ, どのように(5W1H)を意識した助言
5. 自立を阻む生活課題を明確にする
6. 質問や指摘でなく助言を意識する
7. 謙虚で相手の立場にたった助言を意識する
8. 市町村の地域課題を把握する
9. 難しいことから簡単に説明する
10. 「活動」から「参加」を意識した助言

事例の読み込みの際の留意点 (資料6-1)

- 性別、年齢、日常生活自立度の尺度などから、本人の状況をイメージしましょう。
- 住居や経済状況といった環境も重要な要素です。

資料7-1

【基本情報】

相談日	平成〇年〇月〇日()	その他	↓その他の場合 (家族からの相談)	初回	↓再来の場合、前回の日付 (前回: /)
本人の現況	<input checked="" type="radio"/> 在宅 <input type="radio"/> 入院又は入所中	↓入院又は入所中の場合			
フリガナ 本人氏名	A		女	M(明治)・T(大正)・S(昭和)	●年 ▲月 ■日生(80)歳
住所	〇〇県A市B町〇番△号		Tel	()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input checked="" type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2		
認定情報	認知症高齢者の日常生活自立度		<input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M		
障害等認定	<input checked="" type="checkbox"/> 身障 () <input type="checkbox"/> 療育 () <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 難病 () <input type="checkbox"/> …… ()		基本チェックリスト記入結果: <input checked="" type="radio"/> 事業対象者の該当あり <input type="radio"/> 事業対象者の該当なし		
本人の 住居環境	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 借家 <input checked="" type="radio"/> 一戸建て <input type="radio"/> 集合住宅	自室の有無:	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ()階		
経済状況	国民年金	住宅改修の有無:	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		
来所者 (相談者)	Aさん		家族構成 ◎=本人、○=女、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○)		

家族構成なども重要な要素です。

介護者がいる場合には、心身に負担感が生じていないか、独居の場合には近隣等からの支援(見守り等)が得られているかどうかなど周囲の状況にも配慮しましょう。

キーパーソンや支援者が遠方に住んでいる場合は、どの程度の支援が受けられるかも確認しましょう。

家族の年齢も重要な情報です。本人の介護以外にも家族のニーズがないか配慮しましょう。

【介護予防に関する事項】

今までの生活

若い頃から定年まで事務仕事をしてきた。以前は近隣に友人・知人が多く交流があった。料理が好きで、何か作っては近所の方に配っていた。畑仕事や園芸なども好きで、野菜を植えたり、田んぼを手伝ったりもしてきたが、5年前に転倒し、腰椎圧迫骨折にて入院。自宅に退院後、転倒への不安と足の痛みや腰痛のため、活動量が低下し、調理や入浴が困難になってきた。以前は家事も苦にならずにテキパキとこなしてきたが、最近ではできないことが増えてきたと感じている。以前のように近隣の友人にも会いに行きたいと思っている。

現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)

1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
時間	本人	介護者・家族
6:00	起床	家族訪問
8:00	朝食	
	テレビ・洗濯など	
12:00	昼食	
18:00	夕食	
		家族訪問
21:00	就寝	

園芸、料理

生活課題を解決するためには、本人がこれまでどのような生活を送ってきたか(年単位)、現在どのような生活を送っているか(時間単位)をきちんと把握しましょう。

以前は友人と誘い合わせて食事に行ったりしていたが、最近は連絡をとらなくなった。外に出ないので、近所付き合いもほとんどなくなった。老人会にも以前は行っていたが、ここ1年ほどは行っていない。

【現病歴・既往歴と経過】(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)↓	経過	治療中の場合は内容
〇年〇月〇日	左耳難聴	Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input checked="" type="checkbox"/> その他	補聴器使用
〇年〇月〇日	椎間板ヘルニア	△△△整形外科 Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	
〇年〇月〇日	骨粗鬆症	△△△整形外科 Tel	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	ボナロン
〇年〇月〇日	両膝変形性膝関節症	△△△整形外科 Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	
〇年〇月〇日	腰椎圧迫骨折	△△△整形外科 Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	5年前に自宅で転倒し、骨折した。

【現在利用しているサービス】

公的サービス

通所型サービスA 週1回

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者や関係者の意見、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見を踏まえ、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険...

既往歴も確認しましょう。

ただし、具体的な症状や支援上の留意点などは助言者(専門職)に任せましょう。主治医意見書に記載してある疾患や他の資料に書いてある疾患がもれなく書いてあるかを確認しましょう。

同意日 平成 年 月 日 氏名

事例の読み込みの際の留意点(資料6-2)

基本チェックリスト

資料7-2

フリガナ 本人氏名	A	男 ● 女 ○	明・大・昭 (満 80 歳)	●年 ▲月 ■日生
--------------	---	------------------	-------------------	-----------

- 基本チェックリストのうち、どのリスクに該当するかを把握しましょう。
- 認知機能については、基本チェックリストの結果や主治医意見書等を踏まえ、必要に応じてかかりつけ医の受診につなげる視点が求められます。

5項目のうち3項目以上に該当
→運動機能のリスクあり

2項目すべてに該当
→低栄養のリスクあり

3項目のうち2項目以上に該当
→口腔機能のリスクあり

1項目すべてに該当
→閉じこもりのリスクあり

3項目のうち1項目以上に該当
→認知機能のリスクあり

5項目のうち2項目以上に該当
→うつ傾向のリスクあり

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を 付けてください)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI = 17.0) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

20項目のうち10項目以上に
該当
→生活機能全般のリスクあり

(注1) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5未満の場合に該当とする

事例の読み込みの際の留意点(資料6-5)

目標とする生活

1日	1食だけでも自分で調理をして食べることができる	1年	作った料理を持って近所の友人宅に...
----	-------------------------	----	---------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向(本人・家族)	目標	期間
運動・移動について 腰と両膝に痛みがあり、運動ができていない。屋内での移動は何とか伝いながら行っているが、立ち座りや段差などはかなり努力が必要。長時間の立位も困難。転倒への不安も大きく、屋外には行く事がない状態。	運動をしなくてはならないとは思っているが、立ち座りや段差などはかなり努力が必要。長時間の立位も困難。転倒への不安も大きく、屋外には行く事がない状態。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 腰痛や膝痛があり活動に不安を感じている。また、転倒に対する不安も大きく、身体を動かすことに消極的になっている。	①腰痛や膝痛から活動量が低下しており、筋力や体力が低下している。 ②できる家事を増やしていきけるよう環境調整が必要。 ③転倒の不安や筋力不足が原因で、以前と比べて栄養状態が不良であるため、体力も低下しやすい。	①<目標>腰痛や膝痛の悪化なく活動ができるようになる。 <具体策>機能訓練を実施し、自分の身体にあった運動量や運動内容を知る。自分で出来る運動を覚えて自宅でも行う。 ②<目標>栄養状態を改善し、体力・筋力の向上を図る。 <具体策>立位や移動に自信がついてきたら、自分で調理を行う機会を増やしていく。	本人：腰痛や膝痛が悪化せずに行けるよう運動を覚えてほしい。筋力をつけて元気になる。家族：元気がなくなって一人で出来るようになることを増やしてほしい。	立位、歩行に必要な筋肉を向上し、安全に活動ができるようになる。 その時期の身体の状態に合わせた動作指導を行う。	年〇月～ 年〇月～
日常生活(家庭生活)について 着替えや排せつなどはできている。入浴や掃除、洗濯など部分的に介助が必要。できる事はなるべくしているが、掃除や洗濯釜などが座って行えるものが主。食事の準備は娘さんや長男さんが準備してくれているものをレンジであたためるのみ。簡単な洗い物などは立位をとり、短時間でできるようにしている。	長男夫婦も長女も仕事をしているので、いつも手伝えるわけではない。できるだけ自分の力で出来る事はできるように頑張りたい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 家族の支援を受ける事ができる環境にはあるが、いつも手伝ってもらえるわけではない。家内には段差があり手すりも設置されていない状態。	長時間の立位がとれるようになり、台所仕事も少しずつできるようになる。姿勢を変える動作が何かにつかまりながらも不安なくできるようになることで掃除動作でできる範囲が広がる。	長時間の立位がとれるようになり、台所仕事も少しずつできるようになる。姿勢を変える動作が何かにつかまりながらも不安なくできるようになることで掃除動作でできる範囲が広がる。	指導を受けた動作を自宅でも実践してみる。	家事動作訓練 通所型サービスA デイサービス〇〇〇	〇〇年〇月～ 〇〇年〇月～
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 近所の友人にも好きな時に会いに行きたいし、以前のように最近では外に出る事がなく、ご近所付き合いもしていない。時々、遊びに来ってくれる友人はいるが、自分から行くことはない。以前参加していた地区の集まりなどにも参加できていない。	近所の友人にも好きな時に会いに行きたいし、以前のように最近では外に出る事がなく、ご近所付き合いもしていない。時々、遊びに来ってくれる友人はいるが、自分から行くことはない。以前参加していた地区の集まりなどにも参加できていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 腰痛や膝痛があり活動に不安を感じている。また、転倒に対する不安も大きく、身体を動かすことに消極的になっている。屋外には一人で出ることができない。	筋力・体力が向上し屋外での歩行ができるようになることで、近所の友人との交流や園芸などが再開でき、楽しみが増える。	筋力・体力が向上し屋外での歩行ができるようになることで、近所の友人との交流や園芸などが再開でき、楽しみが増える。	家の中だけでなく、屋外に出る事をイメージしていく。筋力・体力に自信がついてきたら、ご家族と一緒に屋外に出てみる。	応用歩行訓練 通所型サービスA デイサービス〇〇〇	〇〇年〇月～ 〇〇年〇月～
健康管理について 数年前に骨粗しょう症と診断される。その後、腰痛や変形性の膝関節症による膝の痛みあり。また、数年前より体重減少あり。歯肉の不具合もあるため、定期的に歯科受診はされている。口腔内乾燥あり。	足腰の力は年々弱っているように感じる。以前は食べることが好きだったが、最近あまり食べたいと思わなくなった。水分も意識しないとあまり飲まない。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 悪化が怖くて体を動かすことに消極的になっている。また、生活の変化から体重減少、口腔内乾燥など、以前と比較して全身状態が悪化している。	摂取する栄養を意識して栄養状態の改善を図る。	摂取する栄養を意識して栄養状態の改善を図る。	栄養面や口腔面について意識付けが行えるように支援する。	栄養・口腔指導 診療 通所型サービスA 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇	〇〇年〇月～ 〇〇年〇月～

・ アセスメント時の改善見込みとケアプランが連動することが重要です。
 ・ 課題を明確にした上で目標を設定し、設定された期間内に目標達成が可能な支援内容になっているか確認しましょう。
 ・ 目標設定は本人にも評価ができ、達成が実感できるものになっているか確認しましょう。

健康状態について
 〇主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント
 現在は、腰痛・膝痛の不安により、どのように運動してよいか分からないまま活動量が低下し、生活不活発病が悪化している状況です。自分で出来る運動の習慣化、そこからの活動の広がりを目指していきけるようにしましょう。そこから、ご友人との交流など、また楽しみも増やしていけると良いです。

必要な事業プログラムの下欄に〇印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
5/5	1/2	2/3	1/2	1/3	0/5

・ どのようなリスクに該当しているか、該当している場合にはケアプランに反映されているか確認しましょう。

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 年 月 日 氏名 印

事例の読み込みの際の留意点 (資料6-3)

資料7-3

興味・関心チェックシート

作成日：平成 年 月 日

氏名： A 様 性別：女 生年月日： ○年△月×日 年齢 80 歳 介護度： 要支援2

ADL

IADL

参加

趣味

仕事

生活行為	し て い る	し て み た い	興 味 が あ る	生活行為	し て い る	し て み た い	興 味 が あ る
自分でトイレへ行く	○			生涯学習・歴史		○	
一人でお風呂に入る		○		読書	○		
自分で服を着る	○			俳句			○
自分で食べる	○			書道・習字		○	
歯磨きをする	○			絵を描く・絵手紙		○	
身だしなみを整える	○			パソコン・ワープロ			○
好きなときに眠る	○			写真	×		
掃除・整理整頓	○			映画・観劇・演奏会		○	
料理を作る		○		お茶・お花		○	
買い物		○		歌を歌う・カラオケ			○
家や庭の手入れ・世話		○		音楽を聴く・楽器演奏			○
洗濯・洗濯物たたみ	○			将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			○
自転車・車の運転	×			体操・運動		○	
電車・バスでの外出		○		散歩		○	
孫・子供の世話		○		ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ		○	
動物の世話		○		ダンス・踊り			○
友達とおしゃべり・遊ぶ		○		野球・相撲等観戦			○
家族・親戚との団らん		○		競馬・競輪・競艇・パチンコ	×		
デート・異性との交流			○	編み物		○	
居酒屋に行く	×			針仕事		○	
ボランティア		○		畑仕事		○	
地域活動 (町内会・老人クラブ)		○		賃金を伴う仕事			○
お参り・宗教活動		○		旅行・温泉		○	
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

地域共生社会

「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

平成29年2月7日 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

「地域共生社会」とは

- ◆制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換

- 個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
- 人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換

- 住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
- 地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改革】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改革】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改革】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設【29年制度改革・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

「地域共生社会」の実現

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

地域丸ごとのつながりの強化

専門人材の機能強化・最大活用

実現に向けた工程

平成29(2017)年：介護保険法・社会福祉法等の改正

- ◆市町村による包括的支援体制の制度化
- ◆共生型サービスの創設 など

平成30(2018)年：

- ◆介護・障害報酬改定：共生型サービスの評価 など
- ◆生活困窮者自立支援制度の強化

平成31(2019)年以降：

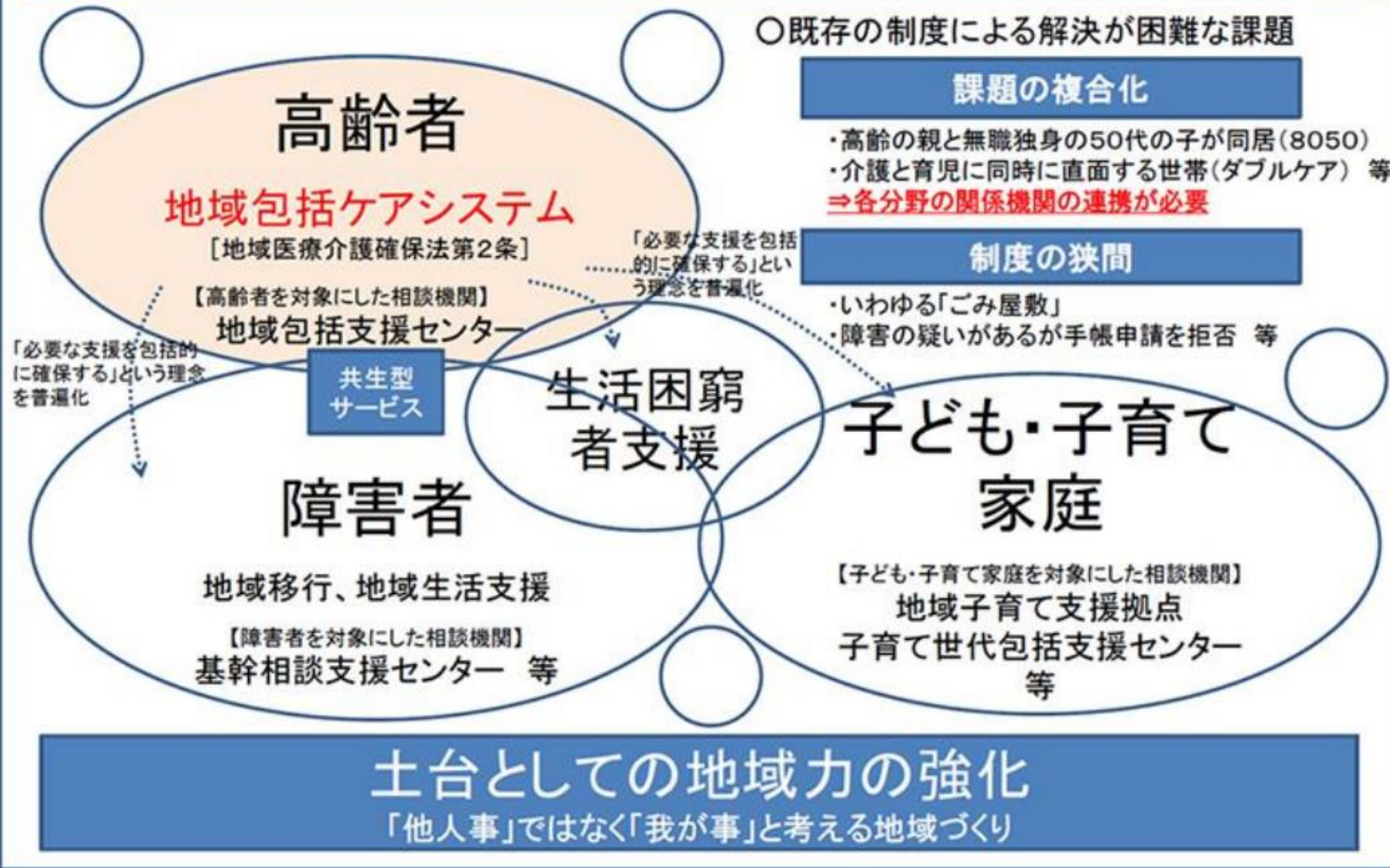
更なる制度見直し

2020年代初頭：
全面展開

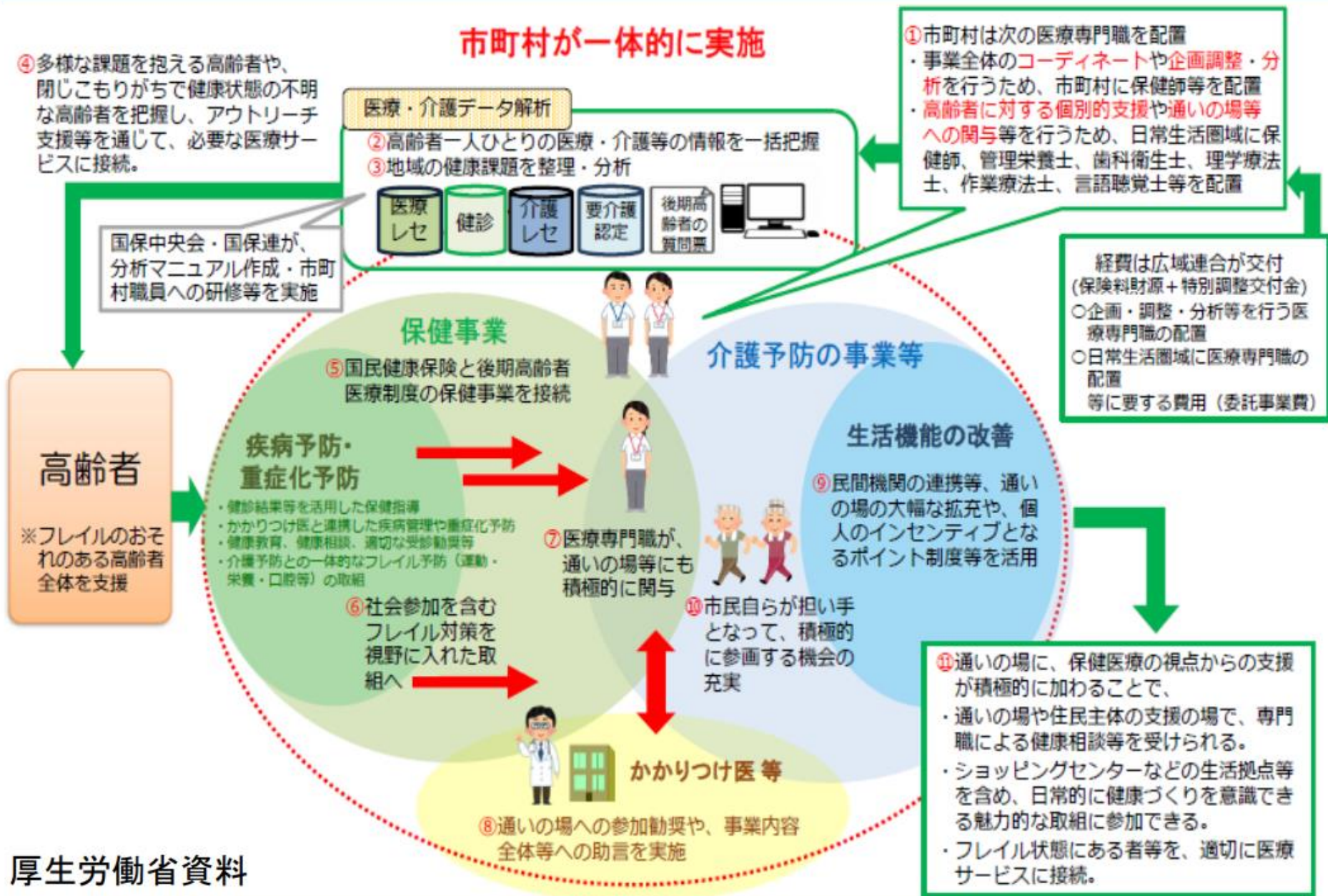
【検討課題】

- ①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策（制度のあり方を含む）
- ②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方
- ③共通基礎課程の創設 等

地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制



高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



厚生労働省資料

～2024年度までに全ての市区町村において一体的な実施を展開（健康寿命延伸プラン工程表）～

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

- ・筋力・持久力の向上
- ・活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
- ・低栄養の予防・改善
- ・食欲の増進

リハビリテーション・
機能訓練



- ・口腔・嚥下機能の維持・改善
- ・口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

栄養



口腔



・適切な食事形態・摂取方法の提供 ・食事摂取量の維持・改善 ・経口摂取の維持

- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

(引用: [第178回社会保険審議会介護給付分科会分科会資料1](#))

これからの課題

＜連動性がないと、どうなるか？＞

自立支援型
地域ケア個別会議が
立ち上がった！

でも、サービスの利用状況が
かわらない

認知症初期集中
支援チームができた！

でも、認知症の人の家族、
全然安心できていない。

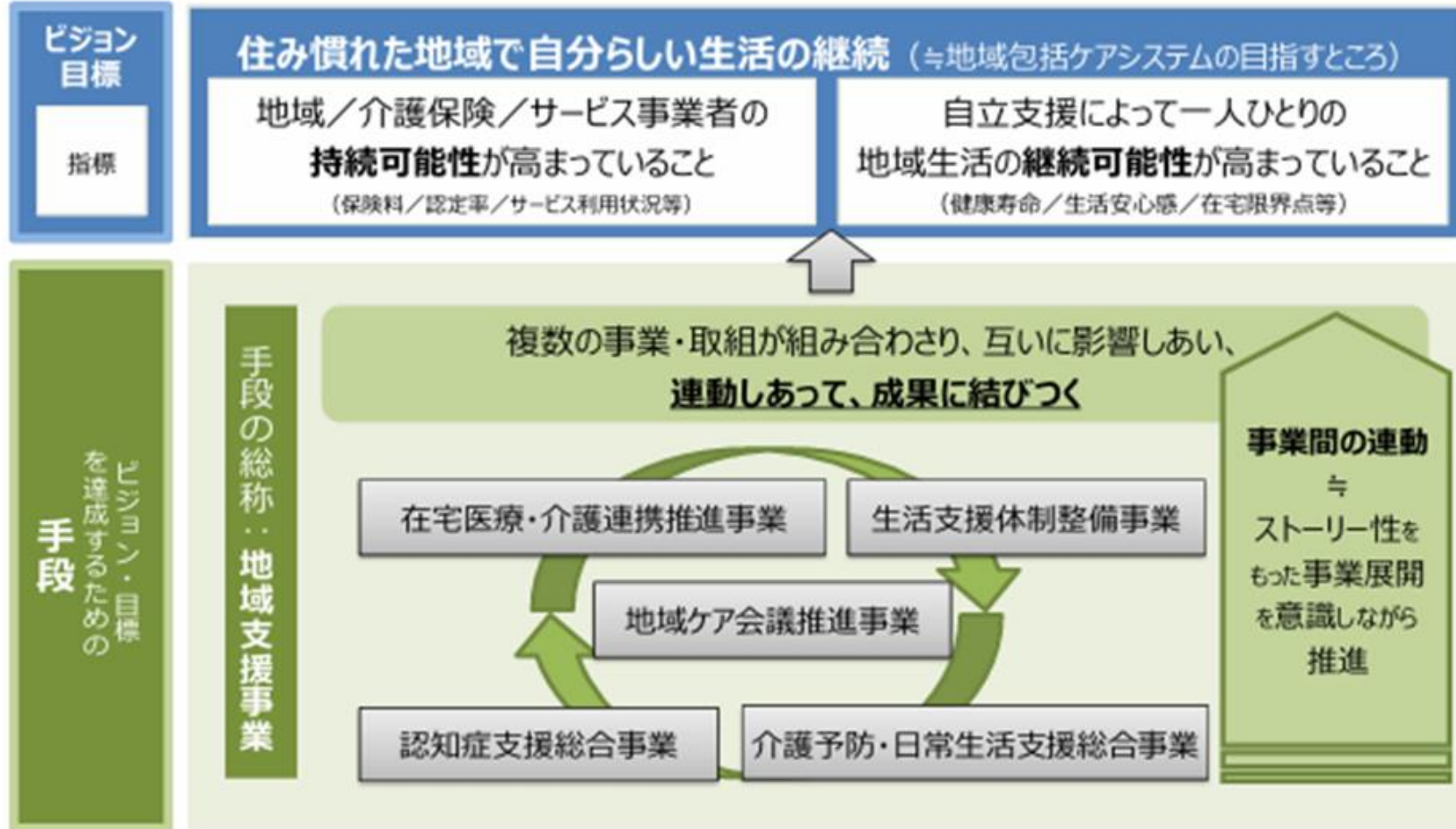
「いきいき百歳体操」
ついに100か所目！

でも、地域で助け合い
とか全然、うまれてない

短期集中C型サービス作った！

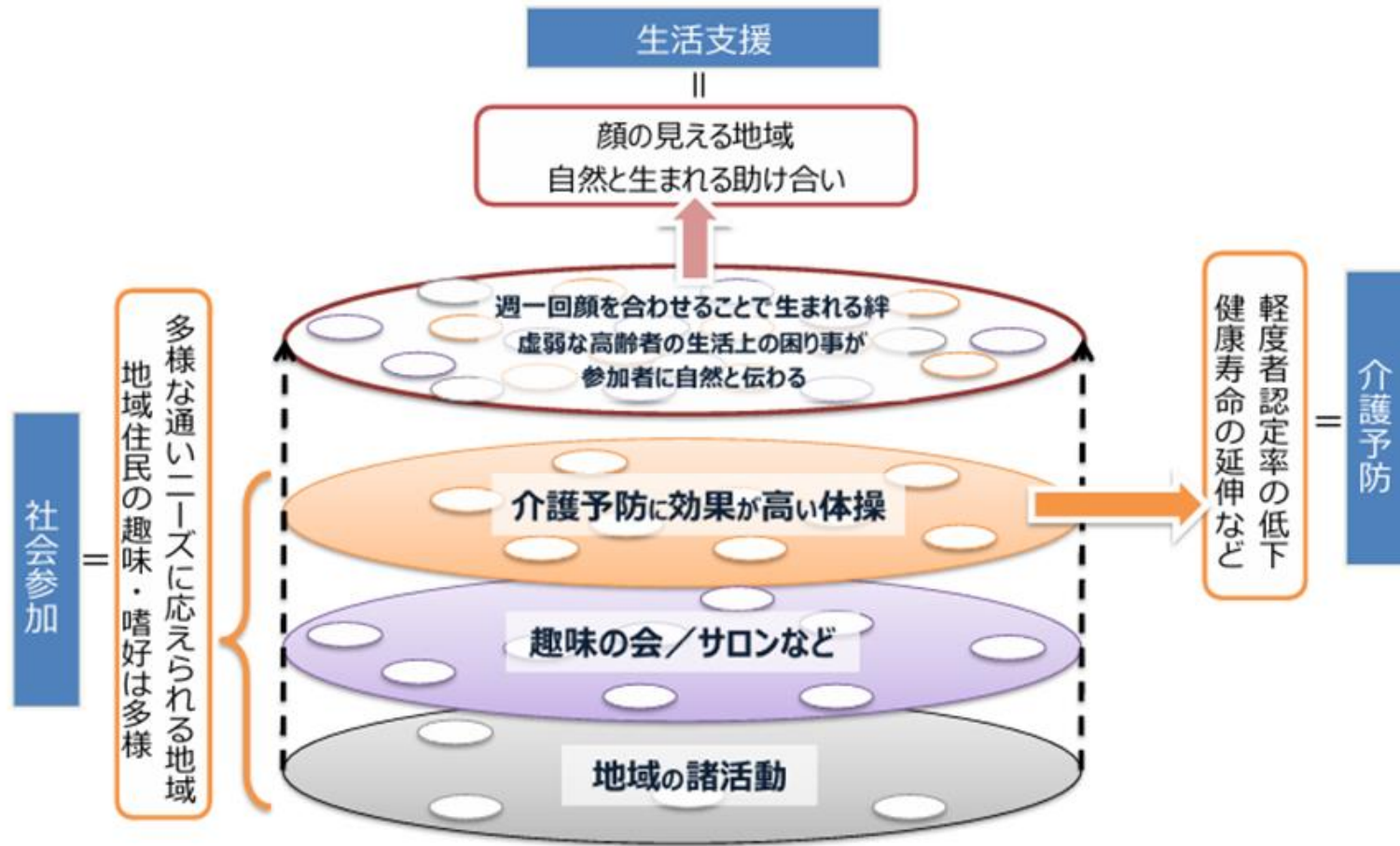
でも、なんか、気が付いたら
長期集中になってる

<地域支援事業の「成果」とは何か？>

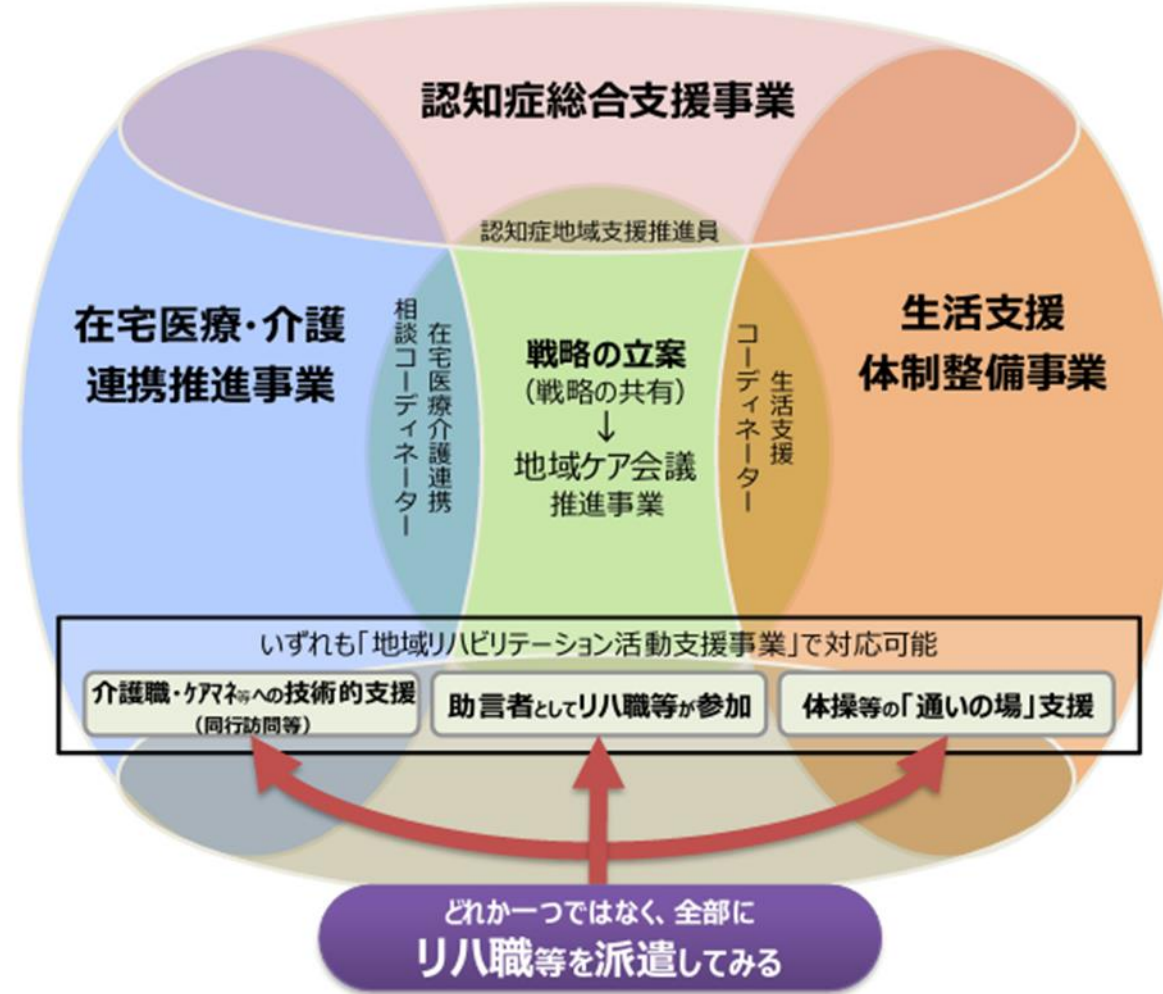


• 矢印の繋がり、イメージであり、実際には様々な組み合わせ、連動が考えられる。

＜社会参加・生活支援・介護予防も連動する＞



<「地域リハビリテーション活動支援事業」の連動性を高める>



介護予防活動普及展開事業

専門職向け手引き

(Ver. 1)

介護予防活動普及展開事業

市町村向け手引き

(Ver. 2)

厚生労働省

⑦ 管理栄養士・栄養士

管理栄養士・栄養士は、日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点から、助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none">・ 食事摂取状況、排泄状況、服薬状況、病識の有無、自立意欲、家事能力と意欲、身体状況と機能向上、介護者の状況、生活歴と生活状況、金銭面等について確認する・ かかりつけ医による栄養上の意見や、病院での栄養指導の内容を確認する・ 栄養に関わるキーマンを確認する・ 食事環境で支障はないかを確認する(孤食による食欲低下、衛生環境、台所の機能性、買物の状況、家族関係、支援者等)・ 閉じこもり傾向や活動低下がみられる場合に食生活の状況を確認する
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none">・ 本人の状態・状況に合わせた食事摂取がおこなわれているかを確認する(病状、服薬状況、食習慣、認識、身体状況、摂食状況等)・ 低体重だけでなく、疾病の重症化予防、過体重や栄養の偏り、不足による活動性低下の予防も検討する・ 栄養面だけでなく、生活全般からみて、活動性の向上につながる項目をみつける
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none">・ 栄養状態が改善することにより、意欲向上につながる可能性を検討する・ プラン作成担当のプラン目標に合った個別プランが立てられているか、栄養状態の改善につながる目標になっているかを確認する・ 栄養及び食生活の視点から、介護予防や疾病の重症化予防につながるかを確認する・ 本人が実行可能な短期目標を設定しているか確認する・ 他職種が関わるサービスに、食に関する支援の項目がある場合、本人の状態に合わせた内容になっているか確認する・ 本人の意思を踏まえ、負担にならないよう食生活の設定を検討する

実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none">・ かかりつけ医だけでなく歯科医師や薬剤師等とも連携し、栄養面だけでなく、生活全般を踏まえた視点で助言する・ 食事や体調のコントロールを本人や家族で行うことができるよう助言する・ 目標達成に向けた行動変容を導くためにも、短期間で出来る目標を設定し、達成感を得られる工夫をする・ 本人や家族に、栄養改善の必要性が受け入れられなかった場合、本人や家族が理解できそうなポイントを助言する・ 栄養士の介入がない場合、他職種の介入時に行ってほしい助言を提案する・ 栄養支援に関する地域資源が近隣にない場合、地域課題として検討する
----------------	--