

【国の対策④】

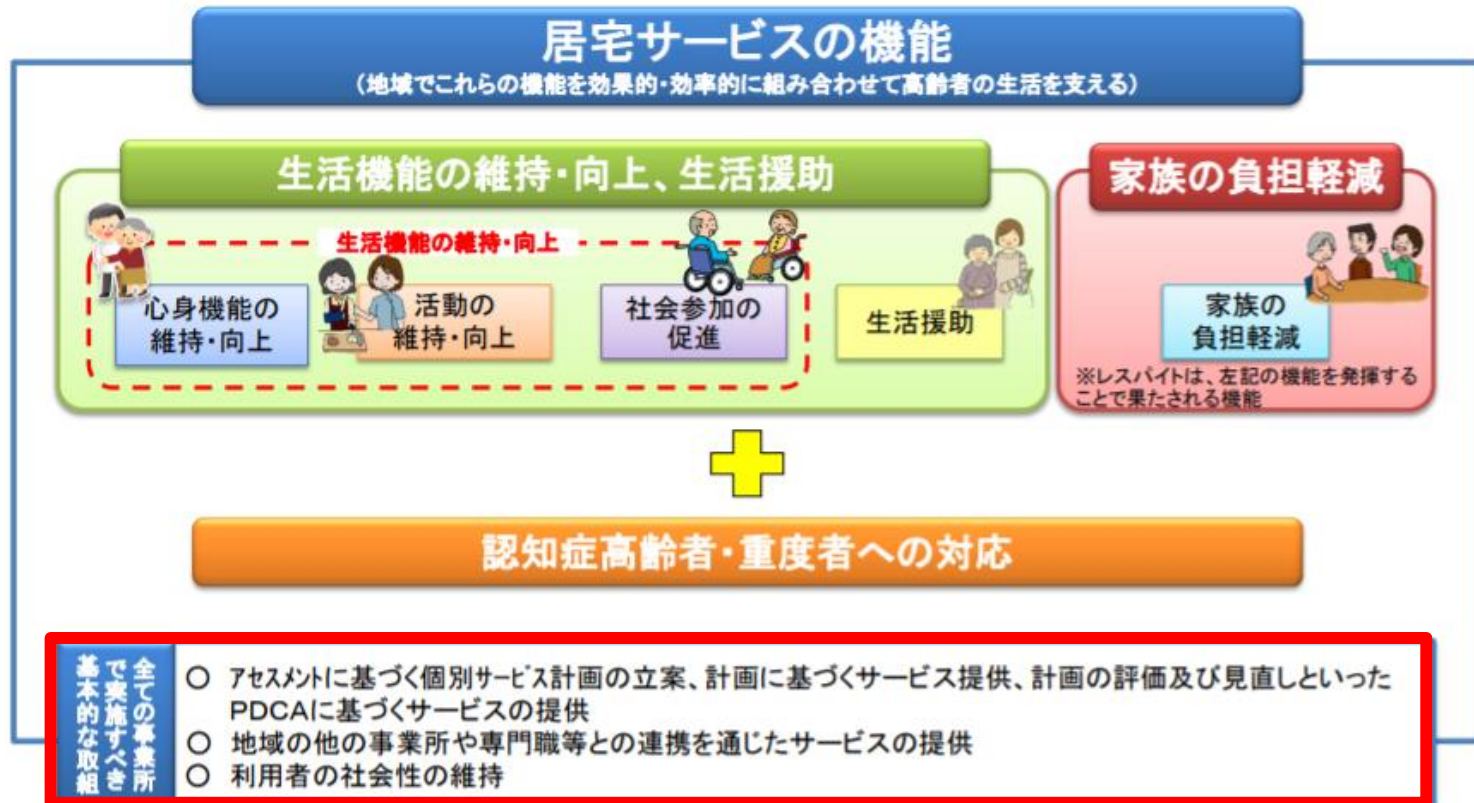
サービス提供者同士の連携強化

—包括的なサービス提供と質の向上の視点から—

**1) リハ職とケア職の連携による
個別援助計画の質の向上**

居宅サービスに求められる機能（イメージ）

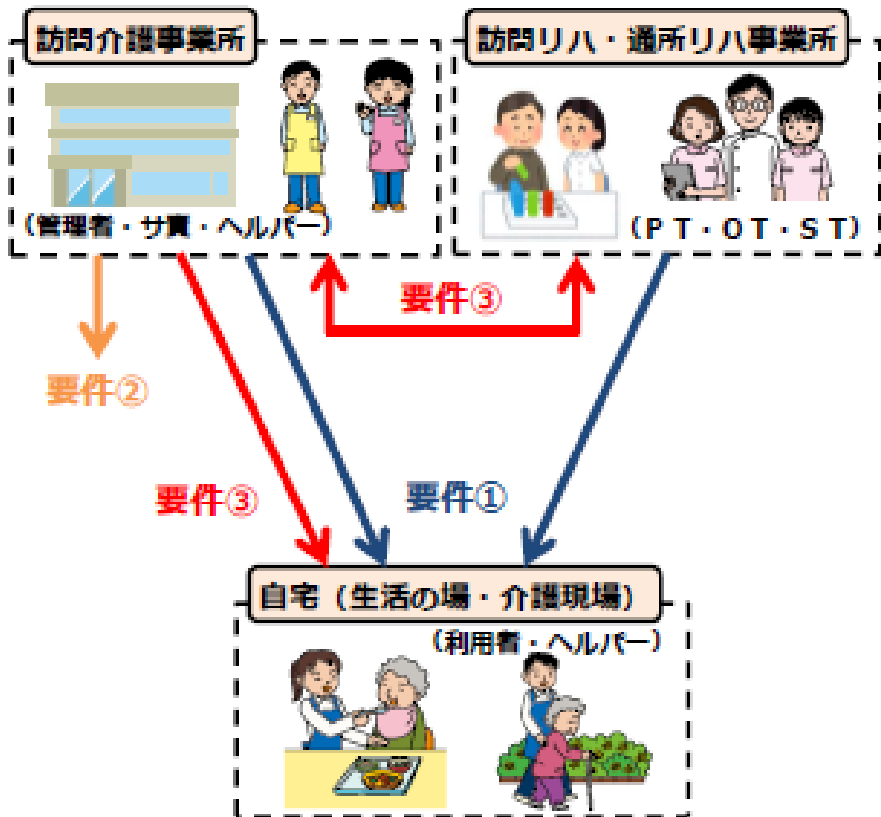
- 居宅サービスは、①生活機能の維持・向上、②生活援助、③家族介護者の負担軽減のいずれかの機能を発揮して自立を支援するサービスと考えられる。
- 今後増加が見込まれる認知症高齢者や重度要介護者の在宅生活を支えるためには、これら機能を効果的・効率的に組合せ、バランスよく働きかけることが必要となる。
- 居宅系サービスの機能を一層高めていくためには、各サービスの専門職間の連携を更に推進する必要がある。
- また、居宅サービスについて、指定基準等に定められている以下の基本的な手法や視点に基づくサービス提供については更に徹底を図る必要がある（PDCAに基づくサービスの提供／地域の他の事業所や専門職等との連携を通じたサービスの提供／利用者の社会性の維持）。



自立支援・重度化防止に向けたケア職とリハ職の連携強化

(生活機能向上連携加算の新設、2012年度介護報酬改定)

○自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問・通所リハ事業所のリハ職が利用者の自宅を訪問する際に、サービス提供責任者（サ責）が同行する等により共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を策定した場合であって、リハ職と連携して訪問介護を行ったときに、最初の訪問介護を行った月以降3月の間で100単位を加算するもの（期間中にリハ終了時であっても、3月間は本加算の算定が可能である）。



(要件①)

○身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同で行うこと（サ責とリハ職と一緒に自宅を訪問する）又は「それぞれが訪問した上で協働してカンファレンスを行う」。

(要件②)

○サ責が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること。
(例) 達成目標：自宅のポータブルトイレを一日一回以上利用する
(一月目、二月目の目標として座位の保持時間)
(一月目) 訪問介護員等は週二回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が五分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
(二月目) ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。
(三月目) ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。

(要件③)

○各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び訪問・リハのリハ職に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、リハ職から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

リハ職とケア職の連携の拡充（2018年度介護報酬改定）

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率：+0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

2) リハ／栄養／口腔の一体的提供の推進

栄養改善加算の導入（2018年介護報酬改定、通所介護）

概要

ア 栄養改善加算の見直し

- 栄養改善加算について、管理栄養士1名以上の配置が要件とされている現行の取扱いを改め、外部の管理栄養士の実施でも算定を認めることとする。

イ 栄養スクリーニングに関する加算の創設

- 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設する。

単位数

○アについて

<現行>

栄養改善加算 150単位/回

⇒

<改定後>

変更なし

○イについて

<現行>

なし

⇒

<改定後>

栄養スクリーニング加算 5単位/回（新設）

※6月に1回を限度とする

算定要件等

ア 栄養改善加算

- 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。

イ 栄養スクリーニング加算

- サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

「リハ／機能訓練」・「栄養」・「口腔」の一体的取組みの推進

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。

リハ／栄養／口腔の取組の連携強化（2021年度介護報酬改定）

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**I.地域包括ケアシステムの推進**」、「**II.自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**III.介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**IV.制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

※各事項は主なもの

1. 感染症や災害への対応力強化

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実

・がばりんの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室ユニットの定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保 ・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・会議や多職種連携におけるICTの活用
・特養の併設の場合の業務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ADL維持等加算の拡充

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化

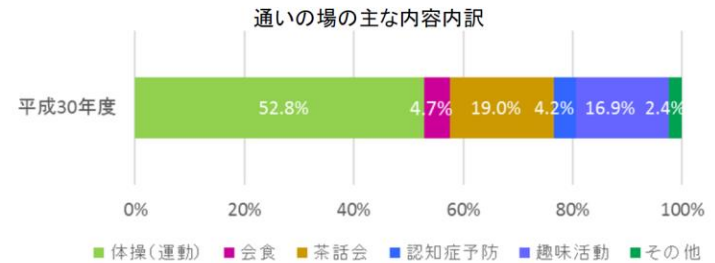
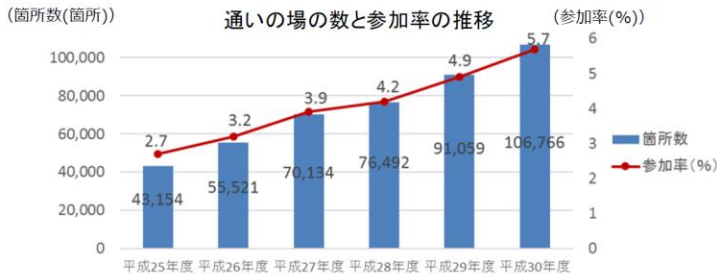
・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

参考) 通いの場を活用した介護予防の推進 (リハ・栄養・口腔等の連携強化)

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進
- 通いの場の数や参加率は増加・上昇傾向にあり、取組内容としては体操、茶話会、趣味活動の順で多い。



(参考) 事業の位置づけ: 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
- 一般介護予防事業
 - ・ 地域介護予防活動支援事業
 - ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】
 国: 25%、都道府県: 12.5%、市町村: 12.5%
 1号保険料: 23%、2号保険料: 27%

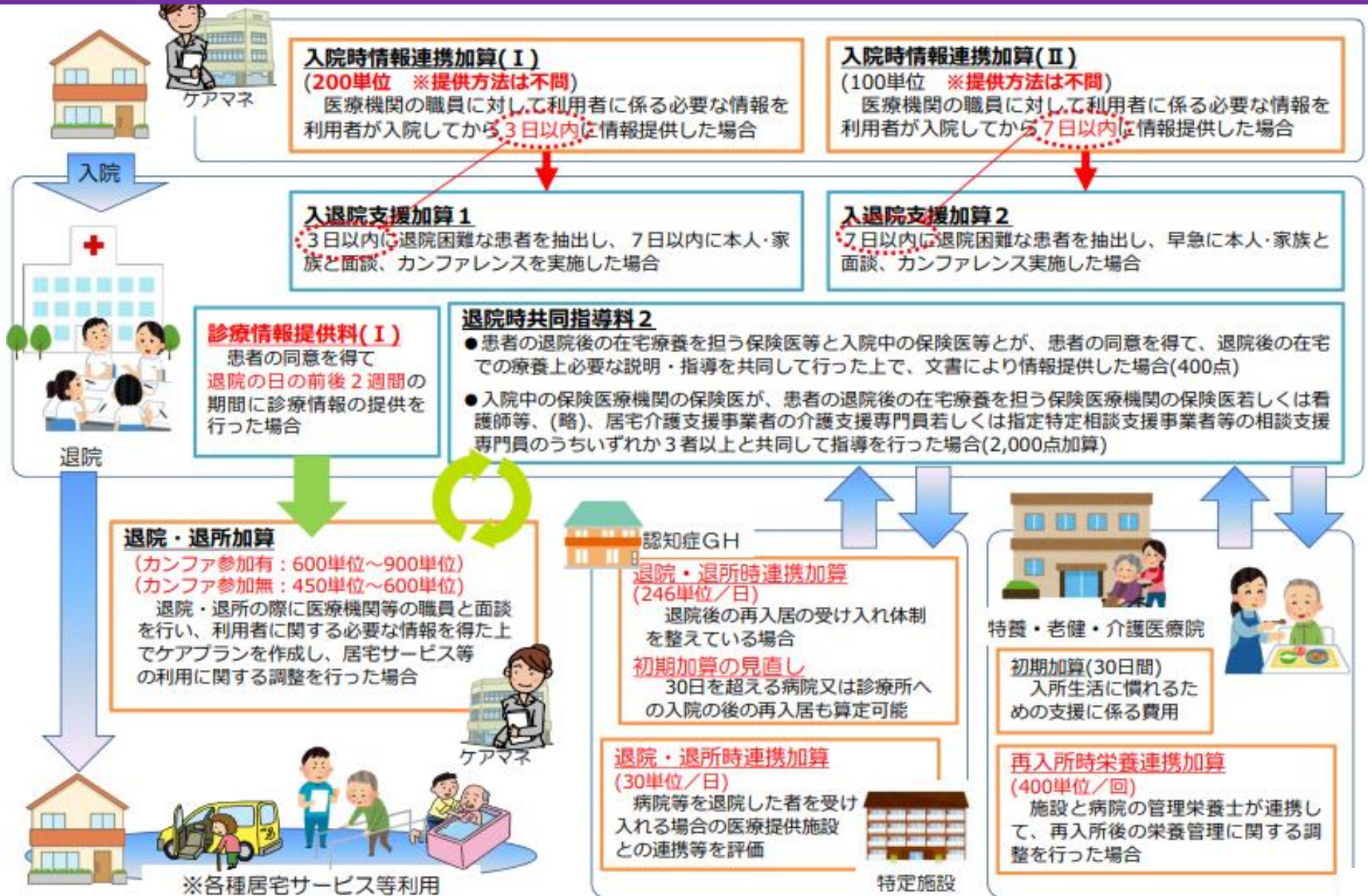
(※) 介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与 515市町村
 うち、高齢者等による介護予防に資するボランティア活動に対するポイントの付与 426市町村
 (介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(平成30年度実施分)に関する調査)

【国の対策⑤】

同一職種間の縦の連携強化

—継続的なサービス提供と質の向上の視点から—

病院と特養等の管理栄養士間の連携強化 (2018年度介護報酬改定)



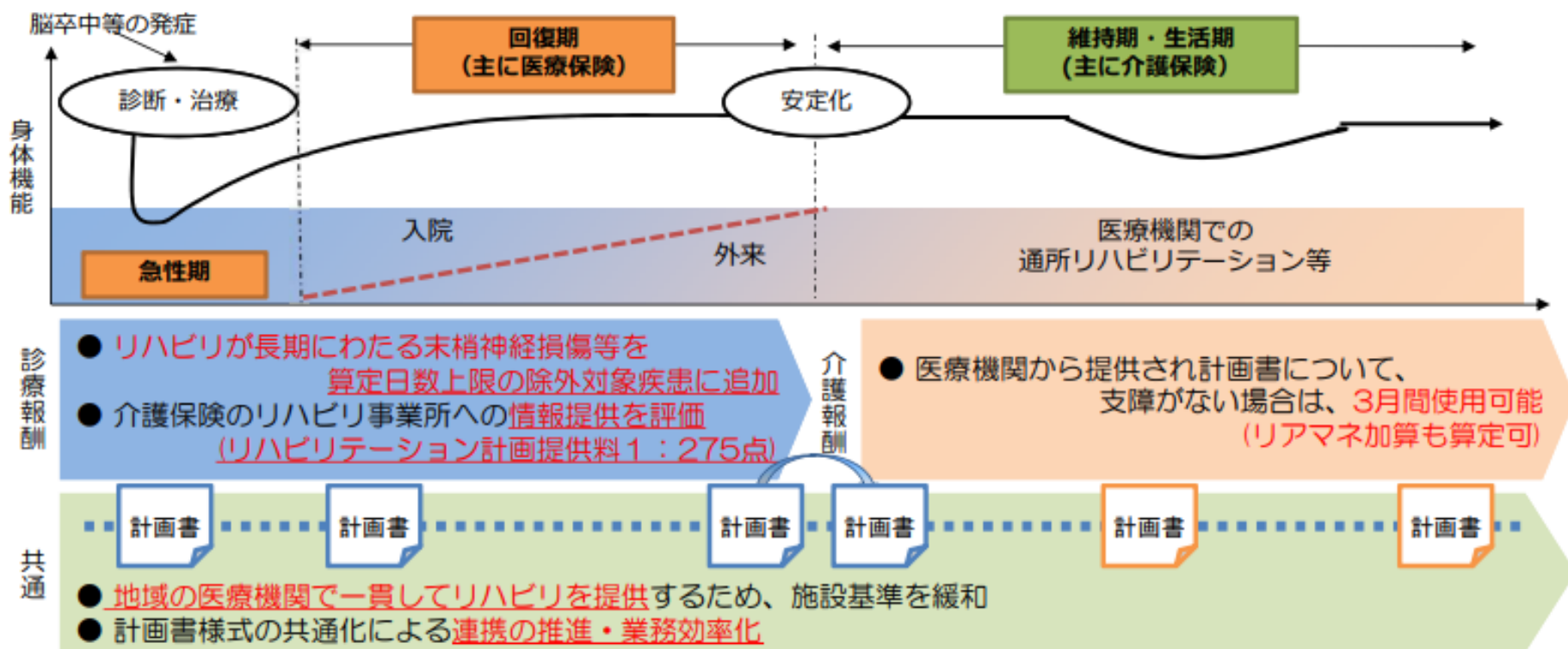
退院後を見据えた継続的なリハ計画の策定の推進 (急性期～回復期～生活期のリハ職の連携強化)

○ 医療保険の疾患別リハを受けている患者の介護保険への円滑な移行を推進【訪問リハ、通所リハ】

医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画所の共通する事項について互換性を持った様式を設ける。

また、指定(介護予防)訪問リハ事業所等が、医療機関から当該様式をもって情報を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成【通知改正】



参考) リハ計画書と個別機能訓練計画書の様式の共通化の動き (2021年介護報酬改定)

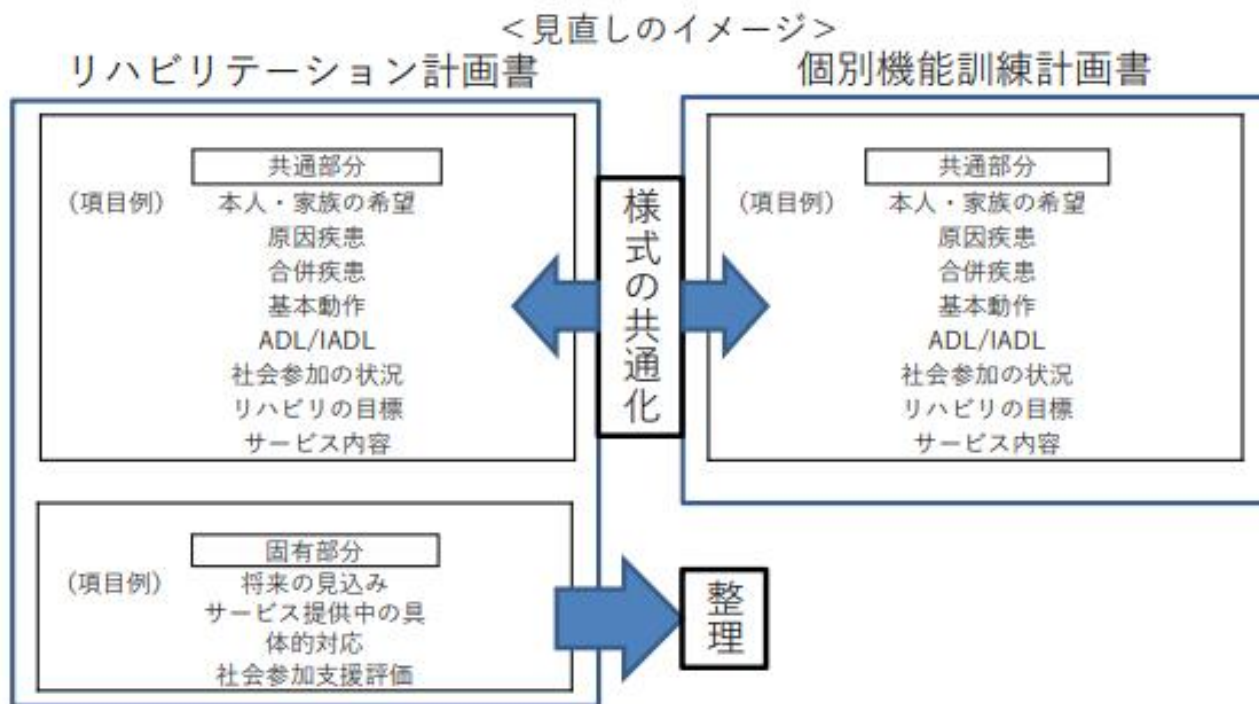
概要

【訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★】

- 業務効率化の観点から、リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の項目の共通化を行うとともに、リハビリテーション計画書の固有の項目について、整理簡素化を図る。

算定要件等

- リハビリテーション計画書及び個別機能訓練計画書の様式を見直す。



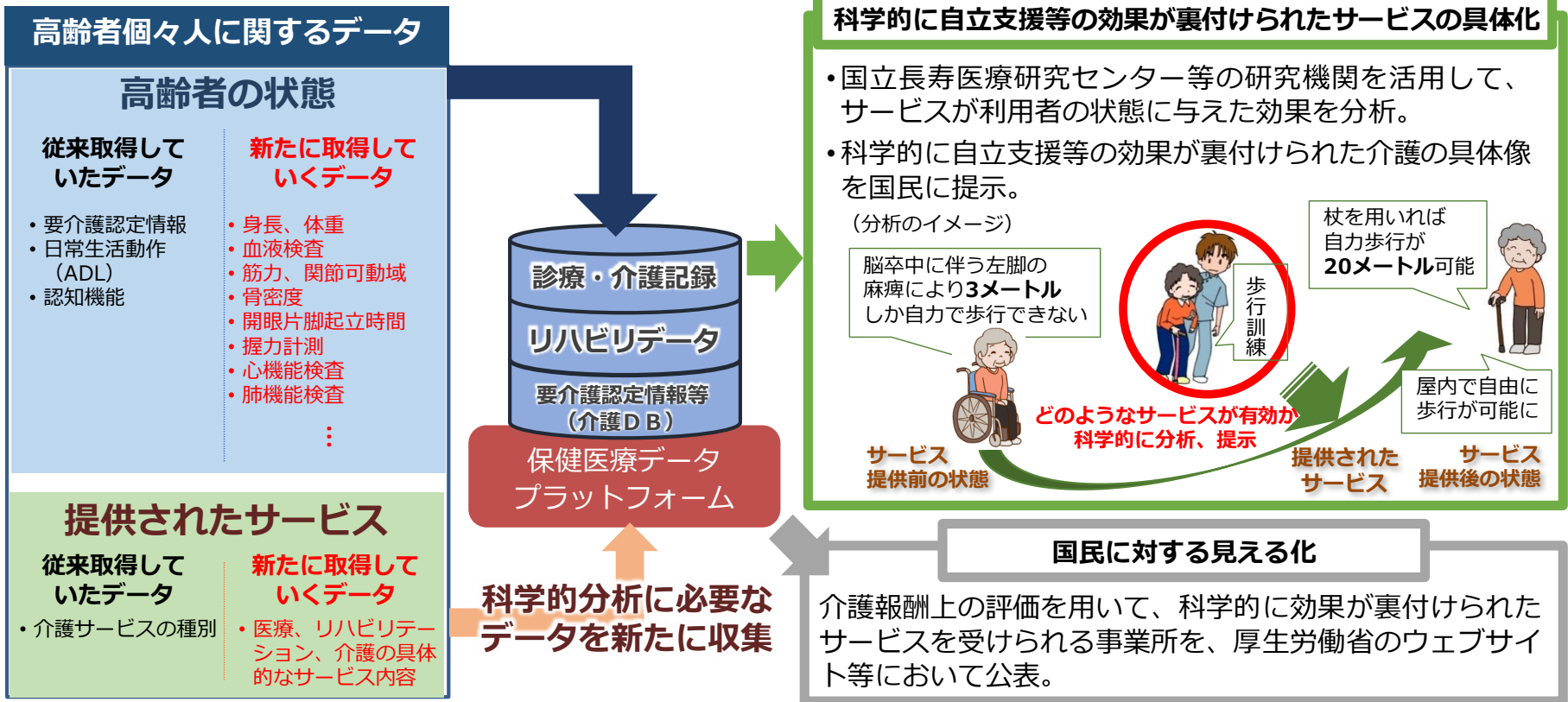
【国の対策⑥】

アセスメント情報の統合とそれに基づく個別援助計画の質の向上
～データに基づく科学的介護の推進～

科学的介護の実現

— 自立支援・重度化防止に向けて —

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、**科学的分析に必要なデータを新たに収集し、世界に例のないデータベースをゼロから構築。**
- データベースを分析し、**科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示。**
- 2018（平成30）年度介護報酬改定から、**自立支援に向けたインセンティブを検討。**



科学的介護の実現に向けた展開について (内閣府：未来投資戦略2017)

④ 自立支援・重度化防止に向けた科学的介護の実現

- ・次期介護報酬改定において、効果のある自立支援について評価を行う。
- ・どのような状態に対してどのような支援をすれば自立につながるか明らかにし、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースを構築する。本年度中にケアの分類法等のデータ収集様式を作成し、来年度中にデータベースの構築を開始し、2019年度に試行運用を行い、2020年度の本格運用開始を目指す。
- ・データ分析による科学的な効果が裏付けられた介護サービスについては、2021年度以降の介護報酬改定で評価するとともに、そうしたサービスが受けられる事業所を厚生労働省のウェブサイト等で公表し、国民に対する「見える化」を進める。

出所) 内閣府：未来投資戦略2017 (2017年6月9日)

**データベースの整備と
統合化されたアセスメント情報に基づくサービスの質向上の推進**

介護関連データベースの構築

介護関連データ

要介護認定情報・
介護レセプト等情報



通所・訪問リハビリ情報
(VISIT情報)

高齢者の状態やケアの内容等情報
(CHASE情報)

地域支援事業情報
(基本チェックリスト情報等)

要介護認定情報・介護レセプト等情報 (介護保険総合データベース (介護DB) として運用)

- 市町村から要介護認定情報(2009年度～)、介護レセプト等情報(2012年度～)を収集。
- 2018年度より介護保険法に基づきデータ提供義務化。
- 2018年度に「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」を発出し、データの第三者提供を開始。
- 地域包括ケア「見える化」システムにも活用。

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業の情報

- 通称“VISIT” (monitoring & eValuation for rehabIliTation ServICes for long-Term care)
- 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集(2017年度～)。
- 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネージメント加算 (IV) を新設。
- 2020年3月末時点で631事業所が参加。
- 利用者単位のフィードバックに加えて、2019年3月より事業所単位でのフィードバックを開始。

上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等の情報

- 通称“CHASE” (Care, HeAlth Status & Events)
 - 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年3月の中間報告で、データベースに用いる初期項目 (265項目) を選定。
 - 2019年3月より検討会を再開し、収集項目の整理等について再検討を行い、2019年7月の取りまとめで、基本的な項目 (30項目) を選定。
 - 2019年度にシステムの開発を行い、2020年度から運用を開始。
- 介護サービス利用者の状態像やサービス内容等の可視化
- 介護レセプトの情報等とも組み合わせ、事業所・施設の取組等の評価について解析等を進めることによる**自立支援・重度化防止に資する科学的根拠に基づく質の高い介護を実現することを目的。**

地域支援事業の利用者に関する情報

- 市町村が保有する介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリスト (現在、総合事業の対象者の該当性を判断するために用いているもの。) の情報等を想定。
- 具体的な内容としては、「階段を手すりや壁をつたわずに上っていますか」、「口の渇きが気になりますか」、「今日が何月何日かわからない時がありますか」等の25の質問に対する二択の回答。

VISIT・CHASE (=LIFE) の概要

VISIT

- 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集。
- 以下の文書を定められた様式で作成し、これらを電子的に入力（または電子的に入力されたものを取り込み）できるようにし、かつその内容を厚生労働省に提出してフィードバックが受けられる仕組みを構築。

(収集項目)

- ・様式1 : 興味・関心チェックシート
- ・様式2-1 : リハビリテーション計画書 (アセスメント)
- ・様式2-2 : リハビリテーション計画書
- ・様式3 : リハビリテーション会議録
- ・様式4 : プロセス管理票
- ・様式5 : 生活行為向上リハビリテーション実施計画*

※ 生活行為向上リハ実施加算を算定する場合

- 平成30年度介護報酬改定において、VISITにデータを提出しフィードバックを受けることを評価するリハビリマネジメント加算 (IV) を新設。

CHASE

- 高齢者の状態・ケアの内容等のデータベース。2020年度から運用を開始。

(基本的な項目)

分類	項目名称	分類	項目名称
総論	保険者番号	口腔	食事の形態
総論	被保険者番号	口腔	誤嚥性肺炎の既往歴等
総論	事業所番号	栄養	身長
総論	性別	栄養	体重
総論	生年月日	栄養	栄養補給法
総論	既往歴	栄養	提供栄養量_エネルギー
総論	服薬情報	栄養	提供栄養量_タンパク質
総論	同居人等の数・本人との関係性	栄養	主食の摂取量
総論	在宅復帰の有無	栄養	副食の摂取量
総論	褥瘡の有無・ステージ	栄養	血清アルブミン値
総論	Barthel Index	栄養	本人の意欲
認知症	認知症の既往歴等	栄養	食事の留意事項の有無
認知症	DBD13	栄養	食事時の摂食・嚥下状況
認知症	Vitality Index	栄養	食欲・食事の満足感
		栄養	食事に対する意識
		栄養	多職種による栄養ケアの課題

※ 「基本的な項目」以外に、「目的に応じた項目」、「その他の項目」

※ 今後、モデル事業等の研究の状況、介護報酬改定等の状況を踏まえ、適宜、修正・追加を行う。

科学的介護推進体制加算の新設 (2021年介護報酬改定)

単位数

ア <現行>	<改定後>
・施設系サービス なし	⇒ 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月 (新設) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月 (新設)
	(※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は50単位/月)
・通所系・居住系・多機能系サービス なし	⇒ 科学的介護推進体制加算 40単位 (新設)

算定要件

ア <科学的介護推進体制加算>

○ 加算の対象は以下とする。

施設系サービス	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院
通所系・居住系・多機能系サービス	通所介護、通所リハビリテーション(※)、認知症対応型通所介護(※)、地域密着型通所介護、特定施設入居者生活介護(※)、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護(※)、小規模多機能型居宅介護(※)、看護小規模多機能型居宅介護 ※予防サービスを含む

○ 以下のいずれの要件も満たすことを求める。

- ・ 入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報(科学的介護推進体制加算(Ⅱ)では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報)を、厚生労働省に提出していること。

※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設については服薬情報の提出を求めない。

- ・ 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

総合的アセスメントに基づく自立支援・科学的介護の推進のイメージ

(自身と他職種のアセスメント情報を統合しながら、より効果的なリハ介入を検討する)

本人の状態

年齢：80歳
性別：男性
要介護度：3

褥瘡の有無：なし
褥瘡のステージ：

①利用者の背景

サービス利用者の基本的な情報。

CHASEに各領域のデータを収集

栄養状態

(管理栄養士：不在 栄養関係の加算：なし)

- 栄養状態の総合評価：維持
- 経腸・静脈栄養の有無：いずれもなし
- 低栄養リスクレベル：中

BMI(※)の変化

④栄養状態は、低体重の状態。

時期	本人	平均
6月前	15	22
5月前	15	22
4月前	15	22
3月前	15	22
2月前	15	22
1月前	15	22
現在	15	22

食事摂取量・必要量 [エネルギー(kcal)]

時期	摂取量	必要量
6月前	1400	1600
5月前	1450	1600
4月前	1400	1600
3月前	1500	1600
2月前	1450	1600
1月前	1400	1600
現在	1400	1600

⑤必要量に比べ、食事の摂取量が少ない。

リハビリテーション中のBMIや食事摂取量等を評価。

活動

リハビリテーションの実施：あり
(1時間：3回/週)

ADLの評価

Barthel Index合計点数の推移

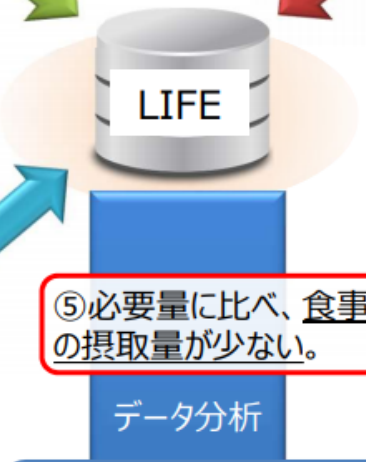
時期	本人	平均
半年前	60	60
現在	60	75

②リハビリテーションによるADLの改善効果は乏しい。

移動能力[m] (6分間歩行試験)

時期	本人	平均
6月前	52	52
3月前	51	62
現在	53	71

③歩行距離はあまり改善していない。



【まとめ】

- 同じような利用者のデータと比較して、リハビリテーションの効果が低い。
- 食事摂取量が少なく、BMIは低い状態（低体重）で経過している。

【フィードバック】

- リハビリテーションの提供に合わせて、間食など食事提供量の増量を推奨。

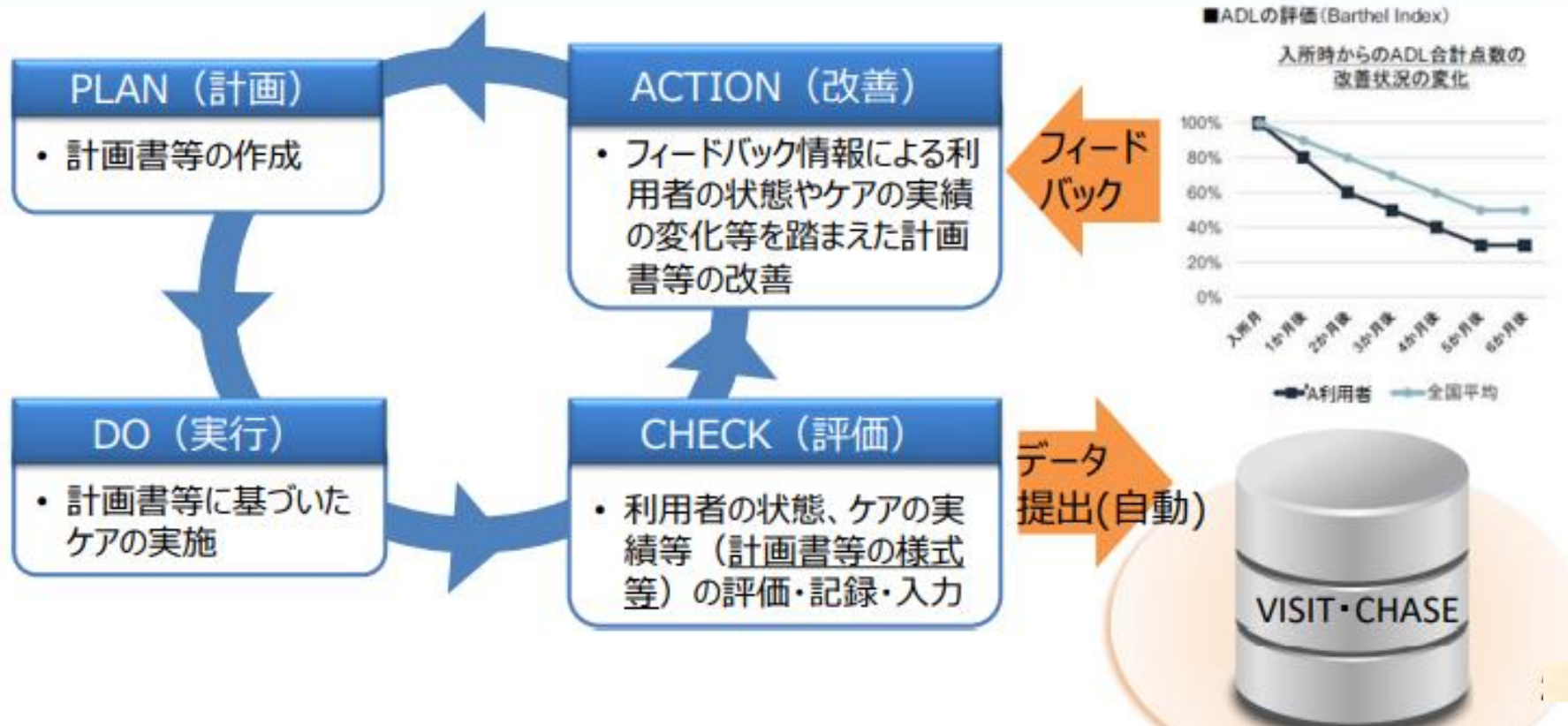
ADLや歩行距離の経時的な変化等を評価。

※ BMI (Body Mass Index)
 ・ [体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出
 18.5未満：低体重 (やせ)
 18.5～25未満：普通体重
 25以上：肥満

リハビリテーションの効果アップ (ADLが改善)、栄養状態の改善 (BMIは正常値に)

LIFEを用いた個別援助計画の質の向上を目指して

- 計画書の作成等を要件とするプロセス加算において実施するPDCAサイクルの中で、
 - ・ これまでの取組み等の過程で計画書等を作成し、ケアを実施するとともに、
 - ・ その計画書等の内容をデータ連携により大きな負荷なくデータを送信し、
 - ・ 同時にフィードバックを受けることにより、利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえた計画書の改善等を行うことで、データに基づくさらなるPDCAサイクルを推進し、ケアの質の向上につなげる。



3. ケアマネジメントのあるべき進め方

—生活行為の維持・向上を例に—

ケアマネジメントの目的と展開手順

ケアマネジメントの目的

- 利用者の生活機能の維持・向上を図ることを通じて、本人が送りたいと思っている暮らし・生活の実現を支援すること。



ケアマネジメントの展開手順

< 解決すべき課題の設定とその具体化 >

【Step 1】 本人の困りごと／以前と現在の暮らしの違い／意向の確認 (インテーク)

【Step 2】 ICF6領域の現状と今後の見通しに関する情報収集

【Step 3】 目指す暮らしと現状の差異に基づく課題の抽出および課題の具体化

【Step 4】 解決すべき課題の設定 (課題の関連性、優先順位等を加味して)

【Step 5】 関係者との解決すべき課題の共有とゴール／短期目標の設定

< 効果的な対策の検討・実施・評価 >

【Step 6】 解決すべき課題を生じさせている要因の分析

【Step 7】 本人の意向／課題／目標の共有と対策の検討(サービス担当者会議等で)

【Step 8】 個別援助計画に基づくサービスの質の管理と利用者の状態像等のモニタリング

【Step 9】 短期目標の達成状況等の確認(=評価)と計画の見直し

ケア方針決定までの流れ

① インテーク（本人をどう理解するか）

本人の困りごと、関心領域、期待しているレベルとその意味を理解する

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・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
園遊とおしゃべり・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 ()			

【段階1：支援領域、関心領域を知る】

興味・関心チェックシート、以前と現在の生活の違いの把握などを通じて、支援対象となる生活行為や関心領域を発見する

(例：散歩、買い物、入浴、畑仕事など)



【段階2：期待レベルを把握する】

対象となる生活行為に対し、どのレベルまでを本人が期待しているかを把握する。

(例：自分の手で野菜を作りたい)



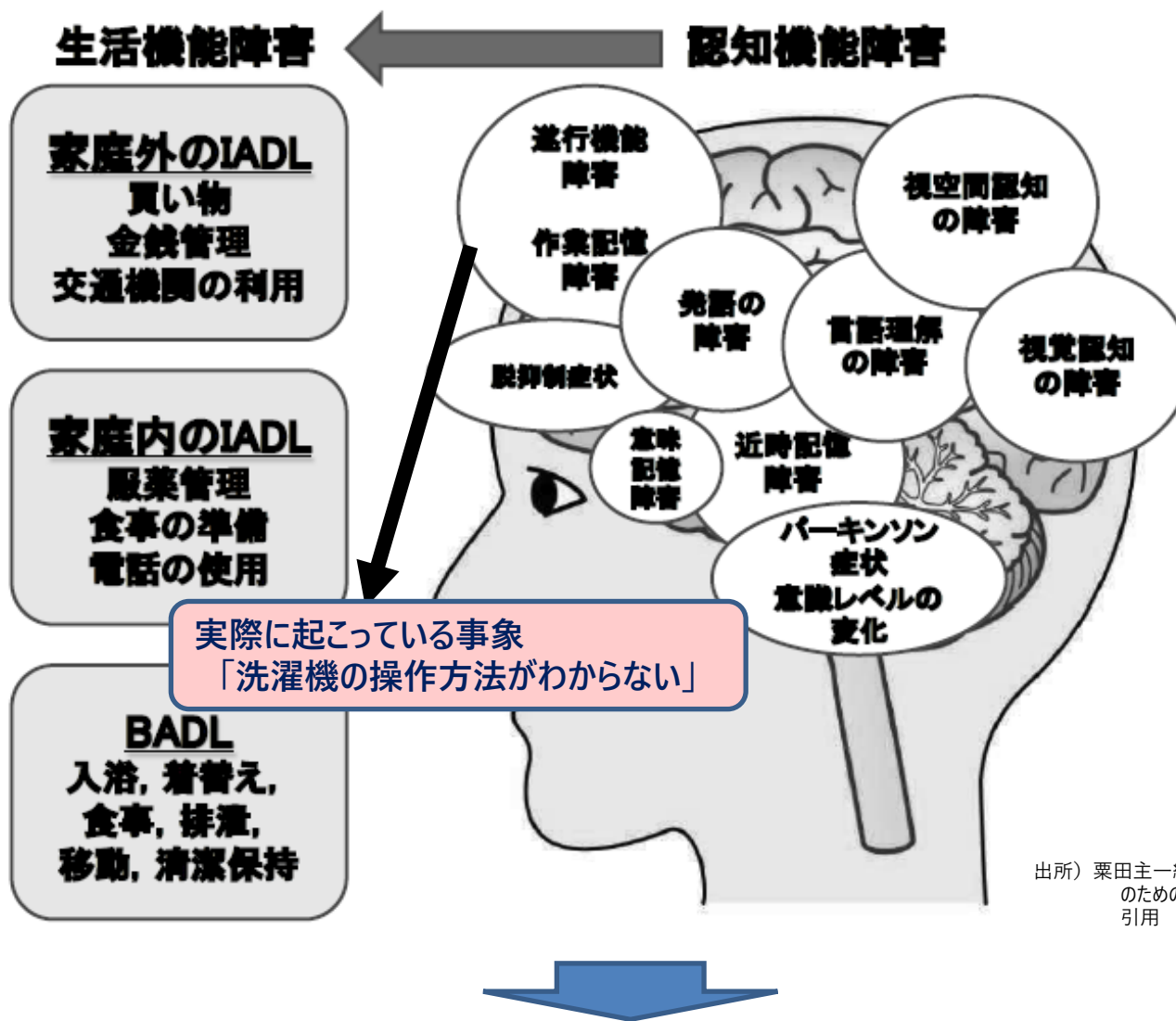
【段階3：期待レベルの本当の意味を理解する】

「畑で野菜を作りたい」という表出された思いに含まれる意味としては、①先祖代々の畑を守りたい、②野菜を作ること自体が好き、③作った野菜を売って喜ばれたい、④野菜の成長していく姿を見るのが好きなど、様々な理由が考えられる。これをおさえることが、支援する上では重要。

ケア方針決定までの流れ

②アセスメント（観察、情報収集）

生活行為への影響要因を意識したアセスメント／情報収集の実施 (損傷部位と重症度に関する情報収集の重要性)



- ・病気で損傷された部位はどこかを確認する (**損傷部位はどんな役割を担っていたのか?**)
- ・病気による損傷の程度を確認する (**重症度はどの程度か?**)

ケア方針決定までの流れ

③課題認識／課題設定