

2019 年度「専修学校リカレント教育総合推進プロジェクト」

リハビリ職を対象とする地域包括ケア時代の
介護予防学び直し事業

事業成果報告書

2020 年 2 月

学校法人 智晴学園

専門学校琉球リハビリテーション学院

本事業成果報告書は、文部科学省の教育政策推進事業委託費による委託事業として、学校法人智晴学園専門学校琉球リハビリテーション学院が実施した 2019 年度「専修学校リカレント教育総合推進プロジェクト」の成果をとりまとめたものです。

目次

1. 事業の概要.....	3
1.1. 趣旨・目的.....	3
1.2. 講座のめざす人材像.....	3
1.3. 学び直しが進んでいない理由	4
1.4. 実施体制.....	5
1.5. 介護予防学び直し講座の概要	7
1.5.1. 基本構成と特徴.....	7
1.5.2. 学び直しが進んでない課題への対応	8
1.5.3. カリキュラム	8
1.6. 計画の全体像.....	11
1.7. 今年度の具体的な活動.....	12
1.8. 事業の実施に伴う成果物（実績と計画）	14
2. 介護予防学び直し講座のカリキュラム	15
2.1. 概要.....	15
2.2. 目指す人材像.....	15
2.3. 特徴.....	15
2.3.1. eラーニングと集合研修.....	15
2.3.2. 講義動画と Web テスト	16
2.4. カリキュラム.....	17
2.4.1. モデルカリキュラム①.....	17
2.4.2. モデルカリキュラム②.....	18
2.4.3. シラバス.....	20
3. eラーニングの基本仕様.....	30
3.1. 利用イメージ ログイン.....	30
3.2. 利用イメージ 講義映像の視聴	30
3.3. 利用イメージ Web テスト型の受験	32
3.4. 利用イメージ お知らせの閲覧	33
4. 実証講座の実施報告.....	34
4.1. 趣旨・目的.....	34
4.2. 実施の概要.....	34
4.3. 受講者事後アンケートの結果	35
4.3.1. 目的.....	35
4.3.2. アンケートの設問構成と狙い	35

4.3.3.	アンケート結果.....	36
4.4.	実証講座版 e ラーニング（プロトタイプ）	46
4.4.1.	概要.....	46
4.4.2.	画面仕様.....	47
4.4.3.	画面例①.....	48
4.4.4.	画面例②.....	53
4.5.	実証講座版シラバス.....	57
4.6.	Web テスト	60
4.6.1.	「地域包括ケアシステムについて」	60
4.6.2.	生活行為向上マネジメント（MTDLP）	74
5.	介護予防学び直し講座の実施モデルに向けて	83
5.1.	概要と目的.....	83
5.2.	学び直し講座実施のプロセス	83
5.3.	企画（Plan）のモデル化に向けて	84
5.3.1.	受講しやすい講座の開催.....	84
5.3.2.	受講者募集.....	86
5.4.	次年度の検討.....	86
	教材・資料.....	87

1. 事業の概要

1.1. 趣旨・目的

「人生 100 年時代」を見据え、健康で自立的な高齢者の生活の質的向上や維持が重要な社会的課題となっている。例えば、地域包括ケアシステムは医療・介護や生活支援等の福祉サービスの一体的な提供により、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らせるよう支援する取組である。

このような動きの中で重要性を増しているのが「介護予防」であり、その考え方も心身機能の改善だけでなく日常生活・社会参加をも包含する理念へと見直されている。

介護予防では医療系専門人材が中核的な役割を担うが、中でもリハビリテーションの専門職である理学療法士・作業療法士（PT・OT）の専門性と介護予防の間には多くの接点や共通領域がある。そのため、今後の介護予防の実効的な展開に際して、理学療法士・作業療法士に掛かる期待は非常に大きい。

しかしながら、理学療法士・作業療法士が「新しい理念に基づく介護予防」を専門的に学び直す場が十分に提供されているとは言い難く、働きながら学べる e ラーニング環境は未整備の状況にある。団塊世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて、早急に介護予防を担い得る専門性を備えた理学療法士・作業療法士を養成していく必要がある。

そこで本事業では、理学療法士・作業療法士を対象とする介護予防学び直し講座の開設・実施に取り組んだ。これにより、今後需要が急増する介護予防への対応を図っていくことが目的である。

1.2. 講座のめざす人材像

本事業で開設・実施する「介護予防学び直し講座」が育成をめざす人材像は、「地域包括ケア時代に対応した「介護予防」の専門知識と技術を備え、多様な高齢者個々人に対して、適切な介護予防の指導・支援が実施できる理学療法士・作業療法士（PT・OT）」である。

1.3. 学び直しが進んでいない理由

介護予防の重要性に対する認識の高まりやその理念・考え方の見直しによる「新しい介護予防」の展開に伴い、それに応じた高齢者への介護予防の指導・支援のための教育訓練プログラムが徐々に実施され始めている。

「新しい介護予防」とは、従来の機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境や社会参加等も含めた介護予防訓練の捉え方である。この新しい介護予防について、厚生労働省は「機能回復訓練だけでなく、生活環境の調整や地域の中に生きがい・役割を持って生活できる居場所などが重要で、理学療法士・作業療法士を含めたりハビリテーション専門職が、高齢者が要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現にアプローチするのが適当」と説明している。

しかしながら、介護予防に係る取り組みが始まって間もないこともあり、既存の教育訓練には「運営方法」「開催場所」「内容・レベル」といった問題点から、専門的な介護予防の学習ニーズに対して十分に答えきれていないのが現状である。以下に、これらの問題点を記す。

図表 1-1 介護予防学び直しを促進する上での3つの問題点



● 問題点① 運営方法 短期集中型集合研修という「時間のハードル」

現在実施されている介護予防の教育訓練の多くは短期集中型の集合研修であり、3～4日間連続での受講が要件となっている。一部、eラーニングを取り入れている事例もあるが、対象が社会人一般であり（医療等専門職ではなく）、専門的な内容に踏み込んでいないため、理学療法士・作業療法士の学習ニーズに応えるものではない。

働きながら学ぼうとする実務者にとって、ネックとなるのが通学・受講のための時間の確保の難しさ「時間のハードル」であり、指定された数日間の短期集中型集合研修への参加は容易ではない。

● 問題点② 開催場所 大都市圏中心という「地理のハードル」

さらに現状では、集合研修の開催地域は大都市圏が主であり、地方都市に在住する者は、

日程調整に加えて遠方まで出向いていかなければならないという「地理のハードル」がある。

上記の運営方法の問題に加えて、開催場所の制約に起因するこのような学習機会の硬直性・フレキシビリティの欠如が、学び直し促進の大きな阻害要因になっている。

● 問題点③ 内容・レベル 多様な専門職を一括受講とする講座設定

内容面についてみると、専門職を対象とする教育訓練は、医療従事者・介護職員・スポーツトレーナー等の実務者を「一括して受講対象者」として想定しているため、訓練内容の各論における踏み込みが浅くならざるを得ない。そのため、各分野の専門性を活かした介護予防の実践につながる内容に至っていない。

また、社会人一般を対象とする教育訓練は全体的に入門レベルに留まっており、理学療法士・作業療法士（医療従事者）の学習ニーズに応える内容・レベルではなく、この点も学び直しの進まない要因と考えられる。

1.4. 実施体制

以下、本事業の実施体制について説明する。事業の推進主体として実施委員会を組織し、その下部機関として分科会を設けた。

●実施委員会

本事業の推進主体となる実施委員会を学校法人智晴学園専門学校琉球リハビリテーション学院内に設置した。メンバーは、本事業の構成機関からの適任者で組織した。

実施委員会は事業の最高意思決定機関としての役割を担い、事業の基本方針・計画、実施内容等の重要事項に関する検討、決定を行った。また、事業推進に係る実作業を下部組織の分科会に指示し、その活動を監理した。さらに、事業成果の周知・普及促進のための活動を主導する役割を担った。

●分科会

実施委員会の下部組織として、連携機関の適任者で構成する分科会を編成した。分科会は、介護予防学び直し講座の開発、講座実施運営に係る実務を担当した。

●事務局

実施委員会・分科会の開催、文部科学省との連絡調整など事業活動全般に係る事務業務を担当する事務局を設置した。

以下に本事業の構成機関を示す。

図表 1-2 構成機関

構成機関	役割等	都道府県
学校法人智晴学園 専門学校琉球リハビリテーション学院	全体統括、 開発・実施	沖縄県
学校法人こおりやま東都学園	開発・実施	福島県
仙台リハビリテーション専門学校	開発・実施	宮城県
専門学校那覇日経ビジネス	実施	沖縄県
琉球大学	開発	沖縄県
社会福祉法人東北福祉会	開発	宮城県
医療法人ぎんばるの杜	実施	沖縄県
株式会社らそうむ	実施	福岡県
株式会社フクシア	開発	福島県
株式会社白寿生科学研究所	開発・実施	東京都
特定非営利活動法人日本 e-Learning 学会	開発・実施	東京都

1.5. 介護予防学び直し講座の概要

1.5.1. 基本構成と特徴

介護予防学び直し講座（以下、本学び直し講座とする）は、介護予防の専門知識と高齢者に対する介護予防の指導・支援の実践で必要となる技術を学習する内容で構成されている。内容の詳細は、次項及び第2章で報告する。

本学び直し講座の特徴は、eラーニングとスクーリングを組み合わせたブレンド型の研修、ブレンディッドラーニングの形態を取り入れている点である。

介護予防の専門知識に関する学習は主としてeラーニングによる自己学習とし、介護予防の具体的な手法とその実践などに関するトレーニングは、集合研修によるスクーリング演習で実施する。

eラーニングを受講する際の利用デバイス（端末）はスマートフォンで、PCでも視聴は可能である。提供の形態は講師による講義映像で構成された講義映像型コンテンツと、多肢選択問題を解くWebテスト型（CBT）コンテンツである。

図表 1-3 介護予防学び直し講座の概要

対象者	介護予防に取り組みたい・関心のある理学療法士・作業療法士
学習目標	介護予防、地域包括ケアシステム・ケア会議、認知症、生活行為向上マネジメント等に関する専門知識を身につけ、高齢者に対して個々に応じた介護予防を実践できる。
実施形態	eラーニングとスクーリング演習（ブレンド型研修）
主な学習内容	1. 介護予防 2. 地域包括ケアシステム 3. 地域ケア会議 4. 自立支援 5. 認知症 6. 多職種連携（IPW） 7. 生活行為向上マネジメント（MTDLP）演習
eラーニングの基本仕様	○ 利用デバイスはスマートフォン（PCでも視聴可能） ○ 提供形態は講義映像型コンテンツ、Webテスト型（CBT）コンテンツ

1.5.2. 学び直しが進んでない課題への対応

専門知識の学習をeラーニングで実施するのは、eラーニングの利便性をフルに活用し、働きながらも無理なく学び直しが続けられるようにという狙いからである。eラーニングを活用することで、「学び直しが進んでいない課題」で示した受講者にとっての問題点①「時間のハードル」、問題点②「地理のハードル」の引き下げを図っている。

また、問題点③「内容・レベル」については、本学び直し講座の受講対象者を理学療法士・作業療法士に絞り込むことで、受講者の専門性や実務経験等に応じて最適化されたカリキュラムの提供が可能となっている。これによって、講座内容の質の確保、レベルの適正化が実現できている。

1.5.3. カリキュラム

本事業では、学び直し講座のカリキュラムとして、2つのモデルケースを策定した。以下、これら2つのモデルカリキュラムについて説明する。

1.5.3.1. モデルカリキュラム①

モデルカリキュラム①は、eラーニングによる自己学習を基本としつつ、グループワークや発表などの集合研修を多く取り入れた構成となっている。2018年度事業で策定し、今年度その一部について改訂を加えたバージョンである。

図表 1-4 モデルカリキュラム①

章	テーマ・内容	時間数
1	①これからの介護予防について 概論	90分
	②介護予防 フレイル ロコモ	90分
	③介護予防 口腔 オーラルフレイル	60分
	④介護予防 栄養 低栄養 体づくり	60分
	⑤先進地の介護予防の取り組み	80分
2	①多職種連携（IPW、IPE）について	90分
	②多職種連携をテーマのグループワーク	80分×2
	③発表	30分×2
	④まとめ	15分×2
	⑤質疑応答	
3	①地域包括ケアシステムについて	90分

	②自立支援について	30分
	③地域ケア会議について	105分
	④住民主体の介護予防を実施するために グループワーク	60分×2
	⑤発表	30分×2
	⑥質疑応答	
4	①認知症について	60分
	②オレンジプランについて	60分
	③認知症初期集中支援チームの活動について	60分
	④認知症に対する市町村の取り組み	40分×2
	⑤質疑応答	10分×2
	⑥認知症予防 コグニサイズ	60分
	⑦コグニサイズ 体験	60分
5	①介護予防普及展開事業について	60分
	②自立支援について	60分
	③地域ケア会議について	60分
	④地域ケア会議 個別ケース 演習	120分
	⑤発表	30分×2
	⑥質疑応答	
6	①生活行為向上マネジメント (MTDLP) 概論	120分
	②生活行為向上マネジメント (MTDLP) 演習	240分

1.5.3.2. モデルカリキュラム②

モデルカリキュラム②は今年度事業で新たに検討したもので、eラーニングの比率を高め、集合研修（スクーリング）の時間数を抑えたモデルである。

スクーリング演習は2つのテーマからなり、それぞれ2時間、計4時間で、講座カリキュラム全体の時間数は25時間の組み立てとなっている。

図表 1-5 モデルカリキュラム②（eラーニング）

章	学習テーマ・内容	実視聴時間
1	①これからの介護予防について	60分
	②介護予防 フレイル	120分
	③介護予防 口腔 オーラルフレイル	120分
	④介護予防 栄養指導 低栄養 体づくり	90分

	⑤介護予防 先進地の紹介	30分×2
	計	7時間30分
2	①地域包括ケアシステムについて	60分
	②地域ケア会議について	90分
	③地域ケア会議求められるセラピストもの	60分
	④介護予防における自立支援について	90分
	⑤住民主体の介護予防について	90分
	計	6時間30分
3	①認知症について	60分
	②認知症初期集中支援チームについて	60分
	③認知症になっても安心して暮らせるための環境づくり	60分
	計	3時間
4	①生活行為向上マネジメント (MTDLP) 概論 ・生活行為向上マネジメント概要 ・生活行為向上マネジメントの軸となる考え方 ・生活行為向上マネジメントの解説	120分
	②生活行為向上マネジメント (MTDLP) 演習 ・生活行為向上マネジメント実践方法の紹介 ・各種シートの紹介 ・具体的な事例紹介	120分
	計	4時間
	総計	21時間

図表 1-6 モデルカリキュラム② (スクーリング演習)

No	学習テーマ・内容	学習時間	履修前提
1	多職種連携 (IPW)	120分	なし
2	生活行為向上マネジメント (MTDLP) 演習	120分	eラーニング 4-①・②受講済
	総計	4時間	

1.6. 計画の全体像

本事業は、2018 年度から 2020 年度までの 3 年間の取り組みとして活動を進めている。以下に、2018 年度と 2019 年度の活動実績、取り組みの最終年度となる 2020 年度の活動計画を示す。

図表 1-7 計画の全体像

<p>■2018（平成 30）年度</p> <ul style="list-style-type: none">① 事業推進体制の構築② 調査の実施<ul style="list-style-type: none">- 理学療法士・作業療法士対象の介護予防受講ニーズ調査- 介護予防類似先行事例調査③ 介護予防学び直し講座の設計<ul style="list-style-type: none">- カリキュラム基本設計④ eラーニングコンテンツの設計<ul style="list-style-type: none">- 基本仕様の策定- eラーニングコンテンツ・プロトタイプ制作⑤ eラーニングプラットフォームの検討<ul style="list-style-type: none">- 既存プラットフォームの情報収集- プラットフォームの要件整理
<p>■2019（令和元）年度</p> <ul style="list-style-type: none">① 介護予防学び直し講座の開発<ul style="list-style-type: none">- 2018 年度版カリキュラムの見直し- 2019 年度版カリキュラムの策定- シラバス作成- 教材作成② eラーニングコンテンツの制作<ul style="list-style-type: none">- 詳細設計- 講義映像型コンテンツ制作- Web テスト型コンテンツ制作③ 実証講座の実施<ul style="list-style-type: none">- 実施- 検証④ 介護予防学び直し講座実施モデルの検討
<p>■2020（令和 2）年度</p> <ul style="list-style-type: none">① 学び直し講座の開発

- 2019 年度版カリキュラムの見直し
- 2029 年度版カリキュラムの策定（最終確定版）
- シラバス作成
- 教材作成
- ② eラーニングコンテンツの制作
 - 講義映像型コンテンツ制作
 - Web テスト型コンテンツ制作
- ③ 実証講座の実施
 - 実施
 - 検証
- ④ 介護予防学び直し講座実施モデルの策定
- ⑤ 事業成果の公開・普及促進
 - 学び直し講座の実施モデル等の公開
 - 普及促進策の具体化と実施

1.7. 今年度の具体的な活動

2019 年度の事業では、2018 年度事業で得られた成果・知見に基づき、以下の①～⑤の活動を実施した。

① 学び直し講座の開発

昨年度の事業で策定した 2018 年度版カリキュラムに対する見直し・再検討を行い、2019 年度版へと改訂した。

eラーニングによる自己学習では、「介護予防」「地域包括ケアシステム・地域ケア会議」「認知症」「生活行為向上マネジメント（MTDLP）」に関する専門知識を対象とする内容に再編した。それぞれの学習テーマを設定し、コンテンツの時間数も設定した。eラーニング全体の時間数（講義映像の視聴時間数）は 21 時間である。

スクーリング演習については、「多職種連携（IPW）」と「生活行為向上マネジメント（MTDLP）」の演習で組み立てた。それぞれの時間数は 2 時間、計 4 時間の設定である。

さらに、実証講座の実施に向けて、「介護予防」と「生活行為向上マネジメント（MTDLP）」の一部に該当とするシラバス及び教材の開発を実施した。

② 実証講座の実施

「介護予防」と「生活行為向上マネジメント（MTDLP）」をテーマとするスクーリング演習形式の実証講座を実施した。対象は沖縄県内の医療機関・福祉施設等に勤務している理学

療法士・作業療法士・言語聴覚士で、開催日数は2日間であった。講座の終了時に実施した受講者アンケートの結果から、講座の難易度やボリューム等に対する受講者の評価を確認した。また、実施モデルを検討する上で参考となる意見・要望も収集することができた。

③ eラーニングコンテンツの制作

「介護予防」「生活行為向上マネジメント (MTDLP)」をテーマとする講義映像型コンテンツ、Webテスト型コンテンツを制作した。

講義映像型コンテンツでは、受講者の学びやすさを実現すべくマイクロラーニングの手法を取り入れることとした。具体的には、視聴する講義の単位を15分前後とし、仕事の合間などのスキマ時間を利用して短時間で学習が完結する構成とした。また、各講義にはWebテスト型コンテンツを付加し、視聴した講義で学んだ専門知識の理解・定着を確認できるようになっている。

④ 学び直し講座運用環境の整備

制作した講義映像型コンテンツ及びWebテスト型コンテンツを受講者に配信する学び直し講座の運用環境を整備した。

⑤ 実施モデルの検討

介護予防学び直し講座の効果的・実効的な開設・運営を狙いとして、講座の企画・開発から運営までの一連のプロセスや要所における留意事項や検討ポイント等、実施モデルに関する検討を行った。

1.8. 事業の実施に伴う成果物（実績と計画）

図表 1-8 2018 年度（1 年目）実績

- ①理学療法士・作業療法士対象ニーズ調査報告
- ②類似先行教育訓練事例調査報告
- ③介護予防学び直し講座カリキュラム（2018 年度版）
- ④e ラーニングコンテンツ設計仕様
- ⑤e ラーニングプラットフォーム要件定義

図表 1-9 2019 年度（2 年目）実績

- ①介護予防学び直し講座カリキュラム（2019 年度改訂版）
- ②e ラーニング教材（講義映像型コンテンツ） ※2019～2020 年度の取組で全編完成
- ③e ラーニング教材（Web テスト型コンテンツ） ※2019～2020 年度の取組で全編完成
- ④テキスト教材 ※2019～2020 年度の取組で全編完成。
- ⑤実証講座実施報告

図表 1-10 2020 年度（3 年目・最終年度）

- ①介護予防学び直し講座カリキュラム（最終版）
 - ②e ラーニング教材（講義映像型コンテンツ） ※2019～2020 年度の取組で全編完成
 - ③e ラーニング教材（Web テスト型コンテンツ） ※2019～2020 年度の取組で全編完成
 - ④テキスト教材 ※2019～2020 年度の取組で全編完成。
 - ⑤実証講座実施報告
 - ⑥介護予防学び直し講座実施モデル
- ※最終年度は 3 年間の事業成果を「学び直し講座」「講座実施モデル」にパッケージ化し最終成果物とする。

2. 介護予防学び直し講座のカリキュラム

2.1. 概要

介護予防学び直し講座は、介護予防の専門知識と高齢者に対する介護予防の指導・支援の実践に関する技術を学習する内容で構成されている。対象者は、リハビリテーションの専門職である理学療法士（PT）・作業療法士（OT）いずれの資格を保有する実務者である。受講の前提条件としての専門知識は特に規定せず、介護予防に関心のある有資格者を対象と想定している。

2.2. 目指す人材像

介護予防学び直し講座の実施により育成をめざす人材像は下表の通りである。

図表 2-1 目指す人材像

地域包括ケア時代に対応した「介護予防」の専門知識と技術を備え、多様な高齢者個人に対して、それぞれの健康状態や意向等に応じた適切な介護予防の指導や支援が実施できる理学療法士・作業療法士

2.3. 特徴

2.3.1. eラーニングと集合研修

介護予防学び直し講座のカリキュラムは、eラーニングと集合研修を組み合わせたブレンド型で構成されている。専門知識の学習は主としてeラーニングによる自己学習とし、ディスカッションや発表などのグループワークは集合研修の形態で実施する。

介護予防学び直し講座において、専門知識の学習にeラーニングを取り入れている理由は、以下に示す対象者の属性・特性による。

① 多忙な対象者

上述のように、介護予防学び直し講座の対象者はPT・OT・STのリハビリテーション専門職である。日中はリハビリ業務に従事しているため、集合研修を受けるためのまとまった時間を確保するのは現実的に多くの困難を伴う。

これに対して、eラーニングの場合には、各自の都合でスキマ時間を活用するなど

のやり方・ペースで学習することが可能となる。

学習時間の確保が難しい対象者（社会人）への対応が e ラーニング導入の理由のひとつである。

② リハビリ実務に従事している対象者

対象者はリハビリの実務に従事している専門職であり、専門知識と実務経験を有している。受講者には、こうした医療・福祉等の現場での知識や経験というベースが培われているので、適切な自己学習教材・環境としての e ラーニングを提供することができれば、介護予防に関する専門知識は十分に習得できるものと考えられる。また、e ラーニングは繰り返し学習にも適しているので、受講者個々の知識や経験の相違に対しても個別に対応していくことが可能となる。

これがもうひとつの e ラーニング導入の理由である。

2.3.2. 講義動画と Web テスト

e ラーニングには、さまざまなタイプがあるが、介護予防学び直し講座では「講義映像型」と「Web テスト型（C B T）」のタイプを採用することとした。

講義映像型 e ラーニングとは、場所に相当する資料スライドを背景にして講師が解説講義を行う動画の e ラーニングで、受講者は教室で実際に研修を受けているような臨場感を持って学びに臨むことができる。

一方、Web テスト型 e ラーニングとは、講義映像型 e ラーニングで学習した内容について、その理解・定着を確認するための多肢選択方式のテスト（C B T：Computer Based Testing）である。講義映像型の視聴（インプットの学習）だけでなく、学んだことをチェックする（アウトプットの学習）を組み合わせることで、より高い学習効果を狙っている。

講義映像型・Web テスト型 e ラーニングの詳細については、別途第 3 章及び第 4 章で取り上げることとする。

2.4. カリキュラム

2.4.1. モデルカリキュラム①

モデルカリキュラム①は、eラーニングによる自己学習を基本としつつ、グループワークや発表などのスクーリング演習（集合研修）を多く取り入れた構成となっている。グループワーク・発表・質疑応答と記載されているテーマはスクーリング演習である。2018年度事業で策定し、今年度その一部について改訂を加えたバージョンである。

モデルカリキュラム①の全体構成を以下に示す。

図表 2-2 モデルカリキュラム①

章	テーマ・内容	時間数
1	①これからの介護予防について 概論	90分
	②介護予防 フレイル ロコモ	90分
	③介護予防 口腔 オーラルフレイル	60分
	④介護予防 栄養 低栄養 体づくり	60分
	⑤先進地の介護予防の取り組み	80分
2	①多職種連携（IPW、IPE）について	90分
	②多職種連携をテーマのグループワーク	80分×2
	③発表	30分×2
	④まとめ	15分×2
	⑤質疑応答	
3	①地域包括ケアシステムについて	90分
	②自立支援について	30分
	③地域ケア会議について	105分
	④住民主体の介護予防を実施するために グループワーク	60分×2
	⑤発表	30分×2
	⑥質疑応答	
4	①認知症について	60分
	②オレンジプランについて	60分
	③認知症初期集中支援チームの活動について	60分
	④認知症に対する市町村の取り組み	40分×2
	⑤質疑応答	10分×2
	⑥認知症予防 コグニサイズ	60分
	⑦コグニサイズ 体験	60分

5	①介護予防普及展開事業について	60分
	②自立支援について	60分
	③地域ケア会議について	60分
	④地域ケア会議 個別ケース 演習	120分
	⑤発表	30分×2
	⑥質疑応答	
6	①生活行為向上マネジメント (MTDLP) 概論	120分
	②生活行為向上マネジメント (MTDLP) 演習	240分

2.4.2. モデルカリキュラム②

モデルカリキュラム②は、モデルカリキュラム①をベースとして、今年度の取り組みで新たに策定したものである。その特徴は、スクーリング演習(集合研修)の時間数を少なくし、eラーニングの比率を高めたモデルとなっている点である。具体的には、スクーリング演習で扱うテーマは「多職種連携 (IPW)」と「生活行為向上マネジメント (MTDLP)」とし、時間数も各2時間、計4時間とした。

このような設計とした理由は、集合研修の時間数・日数を可能な限り抑えることで、多忙な社会人(理学療法士・作業療法士)が受講しやすいようにしたためである。

図表 2-3 eラーニングのカリキュラム

章	学習テーマ・内容	実視聴時間
1	①これからの介護予防について	60分
	②介護予防 フレイル	120分
	③介護予防 口腔 オーラルフレイル	120分
	④介護予防 栄養指導 低栄養 体づくり	90分
	⑤介護予防 先進地の紹介	30分×2
	計	7時間30分
2	①地域包括ケアシステムについて	60分
	②地域ケア会議について	90分
	③地域ケア会議求められるセラピストもの	60分
	④介護予防における自立支援について	90分
	⑤住民主体の介護予防について	90分
	計	6時間30分
3	①認知症について	60分

	②認知症初期集中支援チームについて	60分
	③認知症になっても安心して暮らせるための環境づくり	60分
	計	3時間
4	①生活行為向上マネジメント（MTDLP）概論 ・生活行為向上マネジメント概要 ・生活行為向上マネジメントの軸となる考え方 ・生活行為向上マネジメントの解説	120分
	②生活行為向上マネジメント（MTDLP）演習 ・生活行為向上マネジメント実践方法の紹介 ・各種シートの紹介 ・具体的な事例紹介	120分
	計	4時間
	総計	21時間

図表 2-4 集合研修（スクーリング）のカリキュラム

No	学習テーマ・内容	学習時間	履修前提
1	多職種連携（IPW）	120分	なし
2	生活行為向上マネジメント（MTDLP）演習	120分	eラーニング4-①・②受講済
	総計	4時間	

2.4.3. シラバス

モデルカリキュラム①の各テーマのシラバス（講座計画）を以下に掲載する。

2.4.3.1. 介護予防関連

図表 2-5 「これからの介護予防」

講座名	これからの介護予防について 概論		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	90分
		実視聴時間数	90分
	スクーリング		分
履修前提			
学習目標	① 高齢者の現状・特性について理解する ② 運動器機能、口腔機能、栄養について理解する。 ③ 各々の基本的な介護予防について理解する		
講座概要	本講座では、高齢者の実態を知り、運動器機能、口腔機能、栄養の基礎を学び、介護予防の在り方を学ぶ事を目的とする		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1 高齢者について 1.1 高齢者の現状・特性について		15分×2
	2. 運動器機能、口腔機能、栄養について 2.1 運動器機能について 2.2 口腔機能について 2.3 栄養について		15分×2
	3. 基本的な介護予防について 3.1 介護予防の基礎 3.2 介護予防に必要な視点		15分×2
評価方法	講座視聴後のWebテストで評価する。		
評価基準			
参考資料等			
備考			

図表 2-6 「介護予防 フレイル ロコモ」

講座名	介護予防 フレイル ロコモ		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	90分
		実視聴時間数	90分
	スクーリング		分
履修前提			
学習目標	① フレイル、ロコモについて理解する。 ② 運動器機能について理解する。 ③ 効果的な運動方法について理解する。		
講座概要	本講座では、フレイル、ロコモについて理解し、効果的な予防について学ぶ事を目的とする		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1 フレイル、ロコモについて 1.1 フレイルについて 1.2 ロコモについて		15分×2
	2. 運動について 2.1 運動評価について 2.2 運動時の注意点について 2.3 運動指導について		15分×2
	3. 効果的な運動方法について 3.1 トレーニングの基礎 3.2 教室で実施するトレーニングの紹介		15分×2
評価方法	講座視聴後のWebテストで評価する。		
評価基準			
参考資料等			
備考			

図表 2-7 「介護予防 口腔 オーラルフレイル」

講座名	介護予防 口腔 オーラルフレイル		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	60分
		実視聴時間数	60分
	スクーリング		0分
履修前提			
学習目標	① 介護予防における口腔、嚥下の予防を理解する。 ② オーラルフレイルについて理解する。		
講座概要	本講座では、これからの口腔機能、嚥下機能における介護予防の基礎を学ぶ事を目的とする		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1. 介護予防における口腔、嚥下の予防について 1.1 口腔機能について 1.2 嚥下機能について		15分×2
	2. オーラルフレイルについて 2.1 オーラルフレイルとは？ 2.2 最新のオーラルフレイルについて		15分×2
参考資料等 備考			

図表 2-8 「介護予防 栄養 低栄養 体づくり」

講座名	介護予防 栄養 低栄養 体づくり		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	60分
		実視聴時間数	60分
	スクーリング		0分
履修前提			
学習目標	① 介護予防における栄養の基本を理解する。 ② 高齢者における低栄養、体づくりを理解する。		
講座概要	本講座では、介護予防に必要な栄養、低栄養の仕組み、効果的な体づくりにおける基礎を学ぶ事を目的とする		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1. 介護予防における栄養の基礎 1.1 栄養学の基礎について 1.2 低栄養について		15分×2
	2. 栄養からみた体づくり 2.1 体づくりに必要な栄養とは 2.2 高齢者に必要な栄養とは		15分×2
評価方法 評価基準	講座視聴後のWebテストで評価する。		
参考資料等			
備考			

図表 2-9 「先進地の介護予防の取り組み」

講座名	先進地の介護予防の取り組み		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	80分
		実視聴時間数	80分
	スクーリング		0分
履修前提			
学習目標	① 先進地における介護予防の取り組みを理解する。		
講座概要	本講座では、全国でも先駆的に取り組んでいる市町村の介護予防の内容を学ぶ		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1. 飯塚市（福岡県）の取り組み		40分
	2. 大分市（大分県）の取り組み		40分
評価方法	講座視聴後のWebテストで評価する。		
評価基準			
参考資料等			
備考			

2.4.3.2. 多職種連携関連

図表 2-10 「多職種連携について IPW、IPE について」

講座名	多職種連携について IPW、IPE について		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	90 分
		実視聴時間数	90 分
	スクーリング	160 分	
履修前提			
学習目標	① 多職種連携について理解する。		
講座概要	本講座では、IPW、IPE とその実践、多職種連携コンピテンシーを学ぶ事を目的とする		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1. IPW、IPE について 1.1 IPW、IPE とは 1.2 IPW、IPE 実践について		15 分 × 2
	2. IPW の導入について 2.1 IPW の障害について 2.2 チームアプローチについて		15 分 × 2
	3. 多職種連携コンピテンシーについて 3.1 患者・利用者・家族・コミュニティについて 3.2 職種間コミュニティについて		15 分 × 2
評価方法	講座視聴後の Web テストで評価する。		
評価基準			
参考資料等			
備考			

2.4.3.3. 地域包括ケアシステム関連

図表 2-11 「地域包括ケアシステム、介護予防、自立支援について」

講座名	地域包括ケアシステム、介護予防、自立支援について		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	120 分
		実視聴時間数	120 分
	スクーリング	180 分	
履修前提			
学習目標	① 地域包括ケアシステムを理解する。 ② 介護予防、自立支援について理解する。		
講座概要	本講座では、これからの日本の人口動態、社会保障、医療・介護・福祉の在り方を学び、地域包括ケアシステムの基礎を学ぶ事を目的とする		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1.なぜ地域包括ケアシステムが必要なのか 1.1 高齢先進国について 1.2 社会保障制度について 1.3 地域包括ケアシステムについて 1.4 地域包括ケアシステムを作る5つの柱		15分×3
	2. 介護予防について、自立支援について 2.1 今までの介護予防、これからの介護予防 2.2 入院中から考える介護予防 2.3 地域できる介護予防 2.4 自立支援について（介護保険制度） 2.5 自立支援について（ADL、IADL）		15分×5
	3. 住民主体の介護予防について（グループワーク） 3.1 グループワーク 3.2 発表		180
評価方法	講座視聴後のWebテストで評価する。		
評価基準			
参考資料等	①国立社会保障・人口問題研究所 人口ピラミッド www.ipss.go.jp ②厚生労働省 「地域包括ケアシステムの構築に向けて」 第46回介護保険部会 資料3		
備考			

図表 2-12 「地域ケア会議について」

講座名	地域ケア会議について		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	105 分
		実視聴時間数	105 分
	スクーリング	180 分	
履修前提			
学習目標	① 地域ケア会議を理解する。 ② 自立支援について理解する。 ③ 地域ケア会議における助言者の役割を理解する		
講座概要	本講座では、地域ケア会議についての理解を深め、各市町村が助言者として必要としている内容を理解する。また、自立支援の基本的な考え方、介護支援専門員、行政、利用者等との合意形成の仕方を学ぶ		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1.地域ケア会議について 1.1 地域ケア会議とは 1.2 地域ケア会議における司会者の役割について 1.3 厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護について 1.4 地域ケア会議における事例提供者の役割について 1.5 地域ケア会議におけるサービス提供事業所の役割について 1.6 地域ケア会議における助言者の役割について		15分×7
	2. 地域ケア会議個別演習 2.1 地域ケア会議個別ケース1 2.2 地域ケア会議個別ケース1 発表 2.3 地域ケア会議個別ケース2 2.4 地域ケア会議個別ケース2 発表		個別ケース 60分×2 発表 30分×2
評価方法	講座視聴後のWebテストで評価する。		
評価基準			
参考資料等	① 厚生労働省 介護予防活動普及展開事業 「市町村向け手引き」 ② 厚生労働省 介護予防活動普及展開事業 「専門職向け手引き」 ③ 厚生労働省 介護予防活動普及展開事業 「事業所向け手引き」 ④ 厚生労働省 地域包括ケアシステムにおける 地域ケア会議の役割について		

	⑤ 嘉麻市 地域ケア会議手引書
備考	

2.4.3.4. 認知症関連

図表 2-13 「認知症について」

講座名	認知症について		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	420分
		実視聴時間数	分
	スクーリング		0分
履修前提			
学習目標	①認知症を説明できる。 ②オレンジプランの概要を説明できる。 ③認知症に対する市町村の取り組みが説明できる。		
講座概要	本講座では、認知症をテーマとして、認知症の基本を押さえたうえで、認知症サポーター、認知症カフェ等の支援などの具体的な取り組みについて解説し、その具体的な手法について学ぶ。これにより、これからの認知症予防の在り方を理解し、認知症予防の具体的な実践について理解することを目的とする。		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1. 認知症について		
	1.1 認知症の障害の本質		分
	1.2 認知症原因疾患への理解		
	2. 認知症サポーター、認知症カフェについて		分
	3. 認知症予防のポイント		分
評価方法 評価基準	講座視聴後のWebテストで評価する。		
参考資料等	・「認知症サポーター養成研修テキスト」 齊藤正彦他3名著（全国キャラバンメイト連絡協議会） ・健康づくりのための身体活動基準2013 厚生労働省 ・「認知症の知りたいことガイドブック」 長谷川 和夫 著 ・「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント」 山口晴保（共同医書）2018 ・「認知症三昧！山口塾2018」 山口智晴氏資料より ・熊本県作業療法士会 認知症アップデート研修 2017 堀田牧氏資		

備考	料より ・熊本県権利擁護推進員養成研修 今田氏 研修資料より

3. eラーニングの基本仕様

3.1. 利用イメージ ログイン

- ① ユーザ名とパスワードを投入する。
- ② ログイン手続きが完了すると「学習科目選択」画面に遷移する。

図表 3-1 システムへのログイン

The diagram illustrates the login process in two stages. On the left is the login screen, and on the right is the subject selection screen. A large grey arrow points from the login screen to the subject selection screen.

Left Screen (Login): Titled "専門学校琉球リハビリテーション学院 eラーニングシステム". It features input fields for "ユーザー名" (Username) and "パスワード" (Password), a "ログイン" (Login) button, and a checkbox for "ログインを保存する。" (Save login). At the bottom is the school logo and name: "学校法人智晴学園 専門学校 琉球リハビリテーション学院".

Right Screen (Subject Selection): Titled "専門学校琉球リハビリテーション学院 eラーニングシステム". It displays the user name "受講者：琉球 太郎" (Learner: Ryukyu Taro). Below is a section "<学習科目選択>" (Learning Subject Selection) with four buttons: "テーマ1 介護予防" (Theme 1: Care Prevention), "テーマ2 地域包括ケア" (Theme 2: Community Inclusive Care), "テーマ3 認知症" (Theme 3: Dementia), and "テーマ4 生活行為向上マネジメント" (Theme 4: Life Behavior Improvement Management). At the bottom are buttons for "お知らせ" (Notice) and "ログアウト" (Logout).

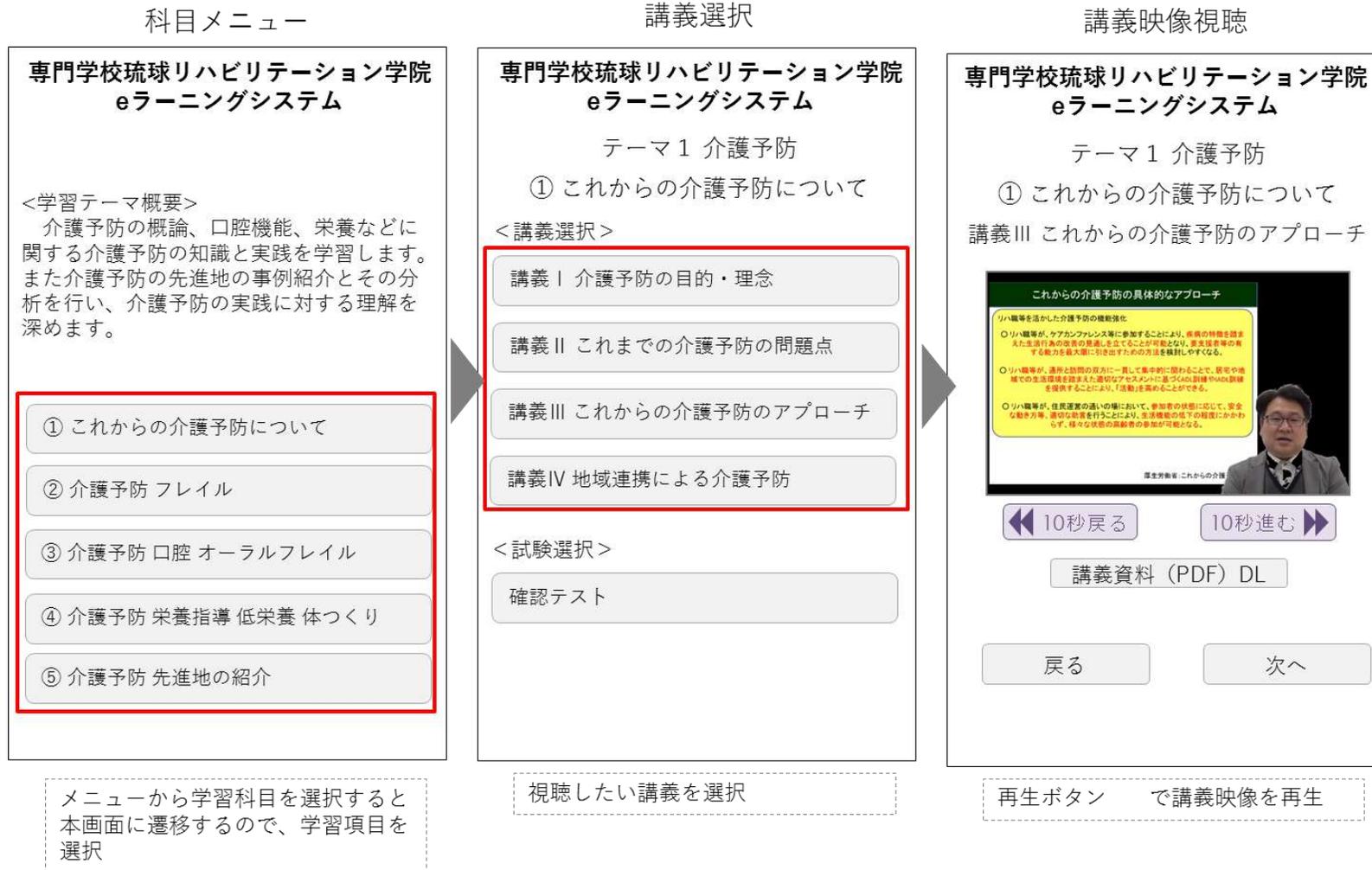
Annotations: A dashed box under the login screen says "受講者個人に発行されるユーザ名・パスワードを入力" (Enter the username and password issued to the individual learner). Another dashed box under the subject selection screen says "メニューから学習する科目を選択" (Select the subject to study from the menu).

3.2. 利用イメージ 講義映像の視聴

一つの「科目」の講義時間数は 60 分、90 分など長いため、その内容・テーマから「講義」という単位で「15 分程度」の講義映像を切り分けている。これに相当するのが、図表中央の「講義 1～N」である。

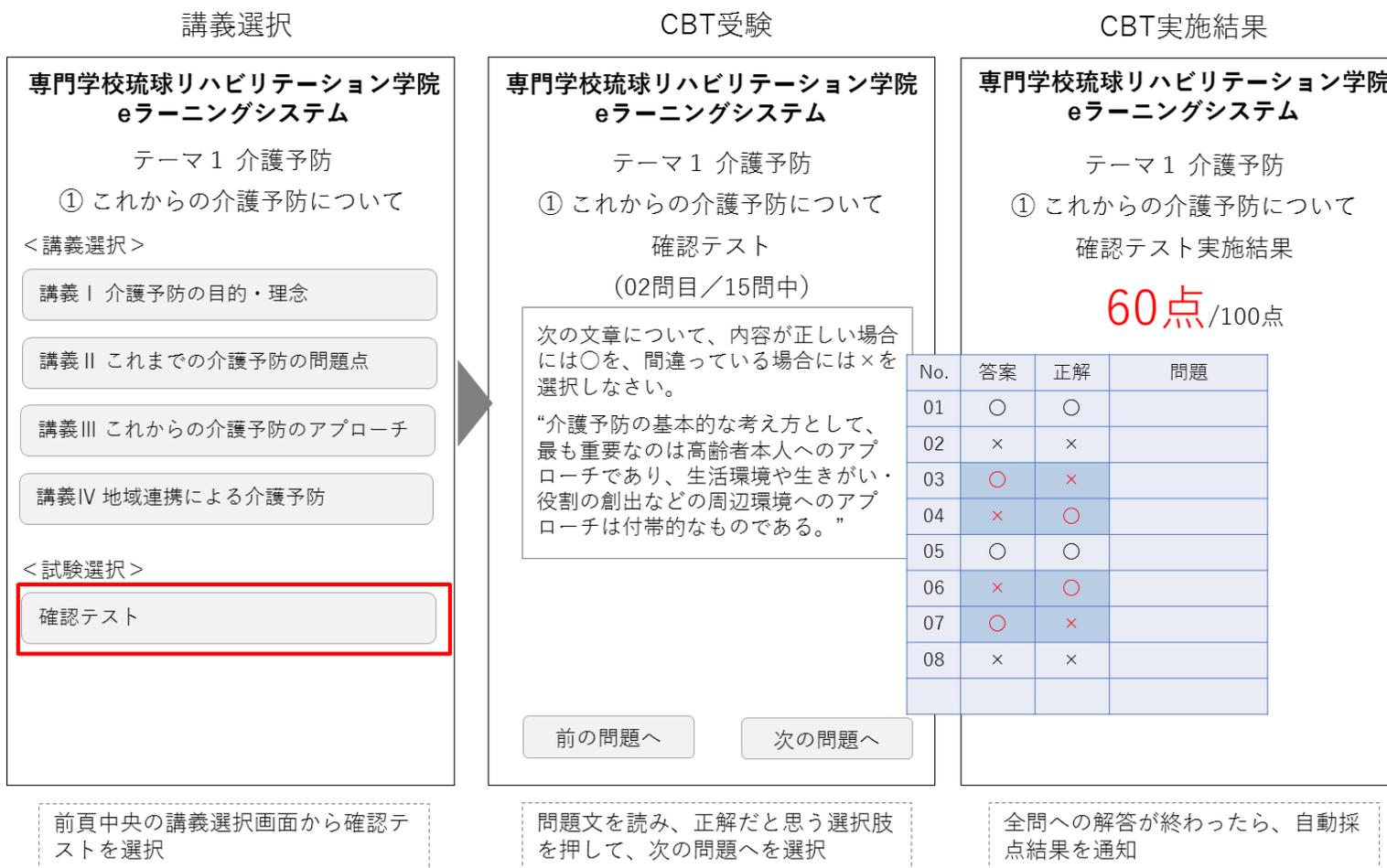
「講義」という短時間でひとつの学習が完結するコンテンツを提供することで、受講者がスキマ時間などを活用した自己学習が可能な仕様としている。

図表 3-2 講義映像の視聴



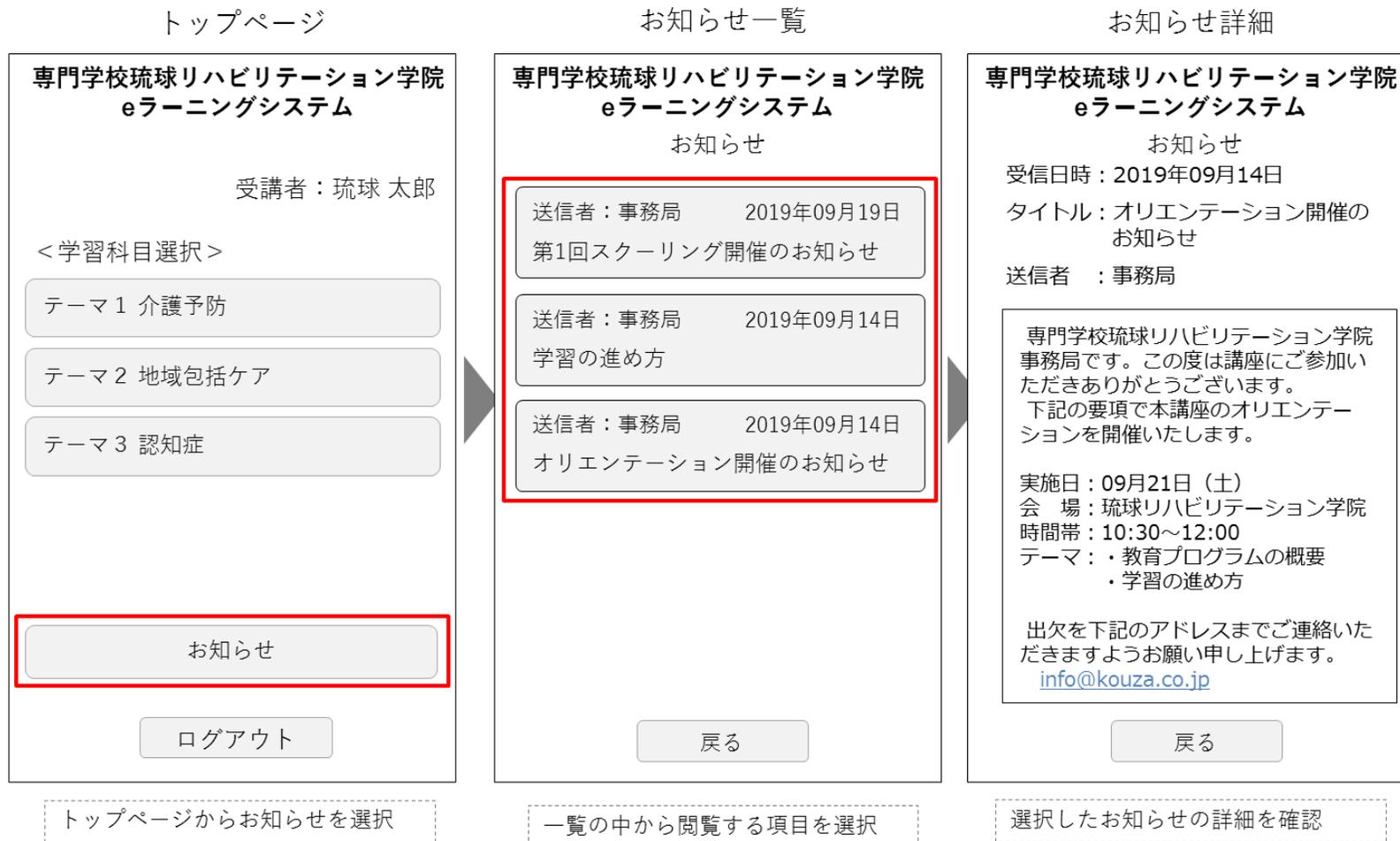
3.3. 利用イメージ Webテスト型の受験

図表 3-3 Webテストの受験



3.4. 利用イメージ お知らせの閲覧

図表 3-4 お知らせの閲覧



4. 実証講座の実施報告

4.1. 趣旨・目的

「リハビリ職を対象とする地域包括ケア時代の介護予防学び直し事業」（以下、本事業）において開発した「介護予防学び直し講座」を実証講座として実施した。対象者は、沖縄県内の医療機関や福祉施設等に勤務しているリハビリテーション専門職「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士」である。実証講座の実施を通して「介護予防学び直し講座」の有効性や妥当性、今後改善すべき課題などを検証することを目的とした。

4.2. 実施の概要

- (1) 実施日時
下記の日程で計2日間、実証講座を実施した。
第1日目 2019年12月21日（土） 9:00～17:00（7時間）
第2日目 2019年12月22日（日） 9:00～12:30（3.5時間）
- (2) 対象者
沖縄県内の医療機関・福祉施設等に勤務している作業療法士、理学療法士、言語聴覚士
- (3) テーマと内容
○テーマ 介護予防の未来
○内容
第1日目 これからの介護予防（地域包括ケアシステム・地域ケア会議）
第2日目 生活行為向上マネジメント
- (4) 場所 琉球リハビリテーション学院
- (5) 受講者の募集方法と定員
○受講者の募集方法
沖縄県理学療法士協会、沖縄県作業療法士協会、沖縄県言語聴覚士会の協力の下、各会の会員に対して開催を告知し募集した。
○定員 30名
- (6) 受講者数
第1日目が10名、第2日目が10名であった（2日間の受講者数（延べ）20名）。

4.3. 受講者事後アンケートの結果

4.3.1. 目的

実証講座実施後（第2日目の講座終了後）に、受講者に対してアンケートを実施した。その目的は、受講者という視点からみた「介護予防学び直し講座」に対する評価や意見を確認し、講座の有効性や妥当性、今後の課題などを検討する上での基礎データを収集することである。

4.3.2. アンケートの設問構成と狙い

アンケートは計17の設問からなり、その内容は大きく前半「介護予防学び直し講座に対する意見・評価」と後半「学び直し講座（社会人研修）に対する要望・意見」の2つのパートで組み立てられている。

前半のパートは、2日間の学び直し講座に対する受講者の意見・評価を求める設問で構成されている。具体的には、講座の「学習内容の量」「時間数」「学習内容の難易度」「演習時間の多さ・少なさ」という4つの項目について、第1日目・第2日目それぞれの講座に対する受講者の意見・評価を求めている。

これらの設問は、「介護予防学び直し講座」の内容や学習量、レベル、教授方法などの検証に際して活用することを狙いとして設定した。

後半のパートは、今回の学び直し講座に限定されず、学び直しを目的とする社会人対象の研修会に対する要望や意見を問う設問で構成されている。具体的には、受講しやすい曜日・時間帯や時間数、実施期間に関する設問、介護予防に対する学習ニーズ、eラーニング受講に対する意向などについて質している。

これらの設問は、地域リハビリテーション専門職（社会人）を対象とする学び直し講座の実効的な「実施モデル」の検討に際して活用することを狙いとして設定した。

4.3.3. アンケート結果

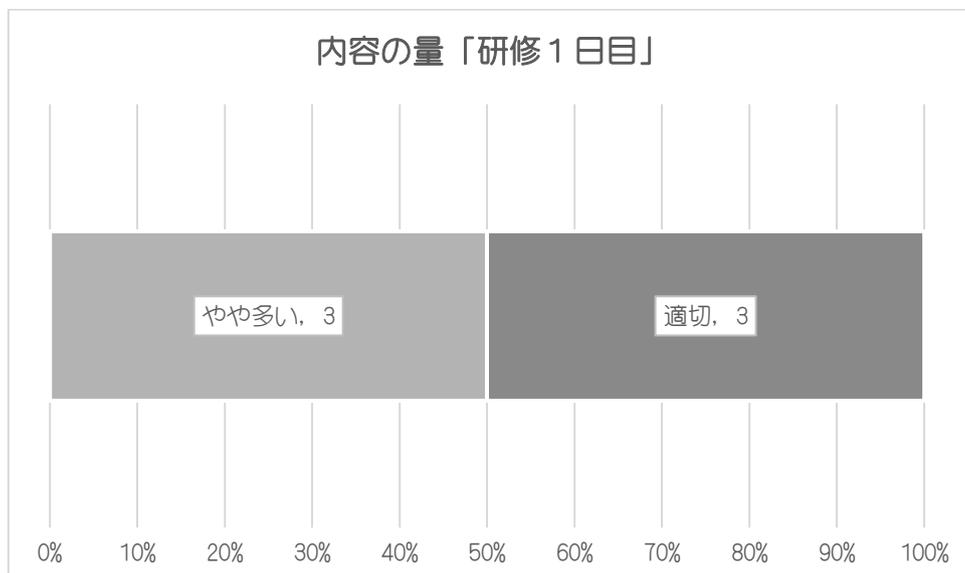
4.3.3.1. 「介護予防学び直し講座」に対する意見・評価

(1) 第1日目「これからの介護予防」

設問：研修「**内容の量**」について、該当するものはどれですか。

A) 多い B) やや多い C) 適切 D) やや少ない E) 少ない
F) どちらとも言えない G) その他

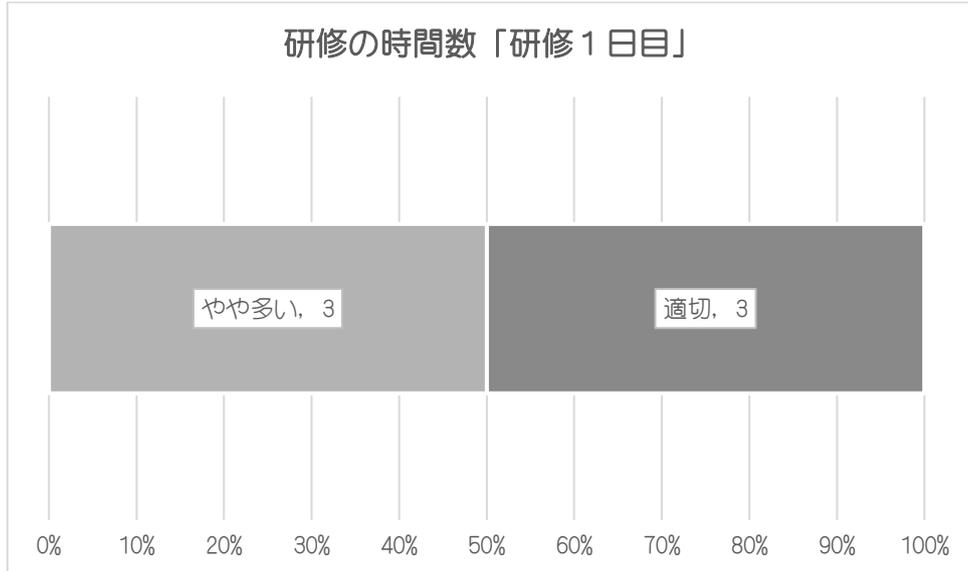
図表 4-1 内容の量



設問：研修の「時間数」について、該当するものはどれですか。

- A) 多い B) やや多い C) 適切 D) やや少ない E) 少ない
F) どちらとも言えない G) その他

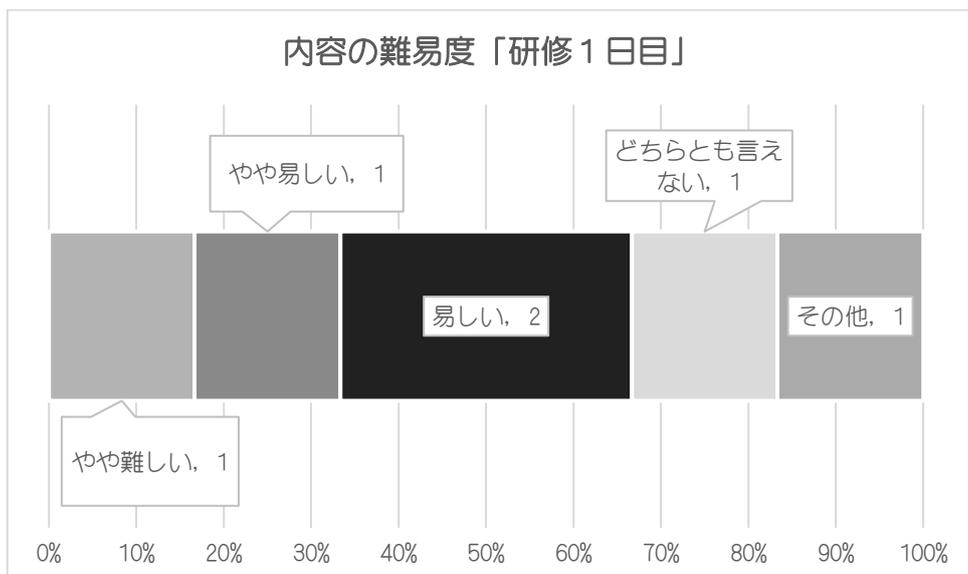
図表 4-2 時間数



設問：研修「内容の難易度」について、該当するものはどれですか。

- A) 難しい B) やや難しい C) やや易しい D) 易しい
E) どちらとも言えない F) その他

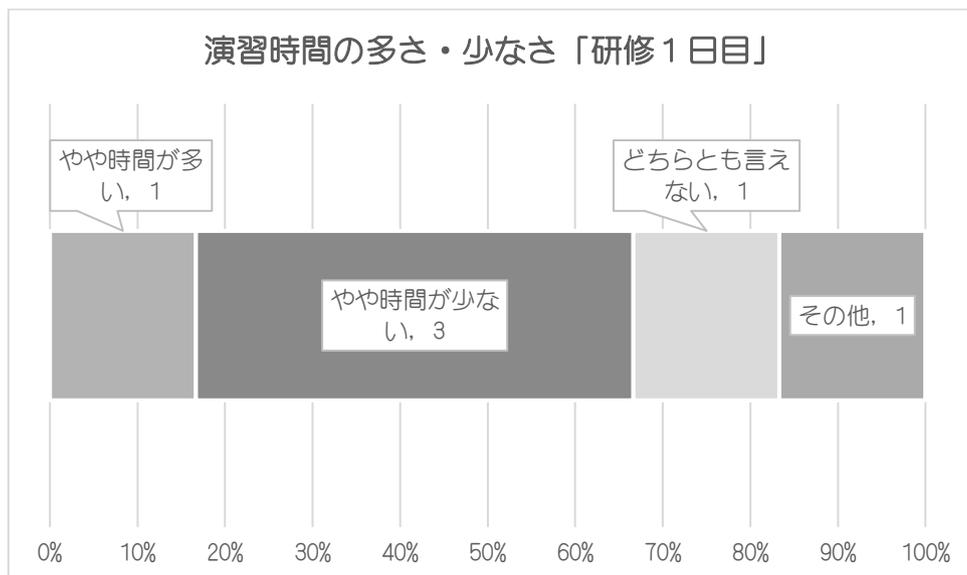
図表 4-3 内容の難易度



「その他」1名は「ちょうどよい」という意見。

設問：研修の「**演習時間の多さ・少なさ**」について、該当するものはどれですか。
A) 時間が多い B) やや時間が多い C) やや時間が少ない
D) 時間が少ない E) どちらとも言えない F) その他

図表 4-4 演習時間の多さ・少なさ

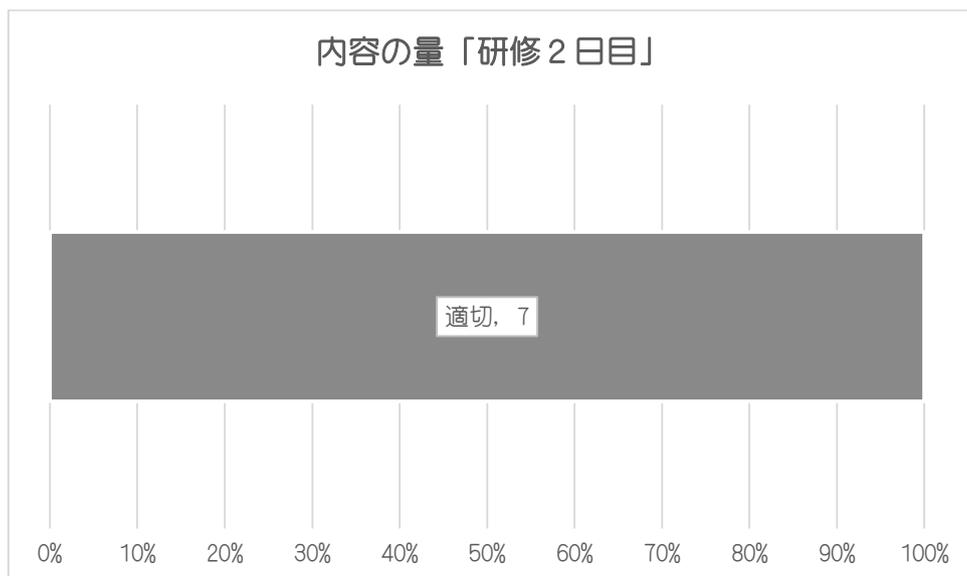


「その他」1名は「ちょうどよい」という意見。

(2) 第2日目「生活行為向上マネジメント」

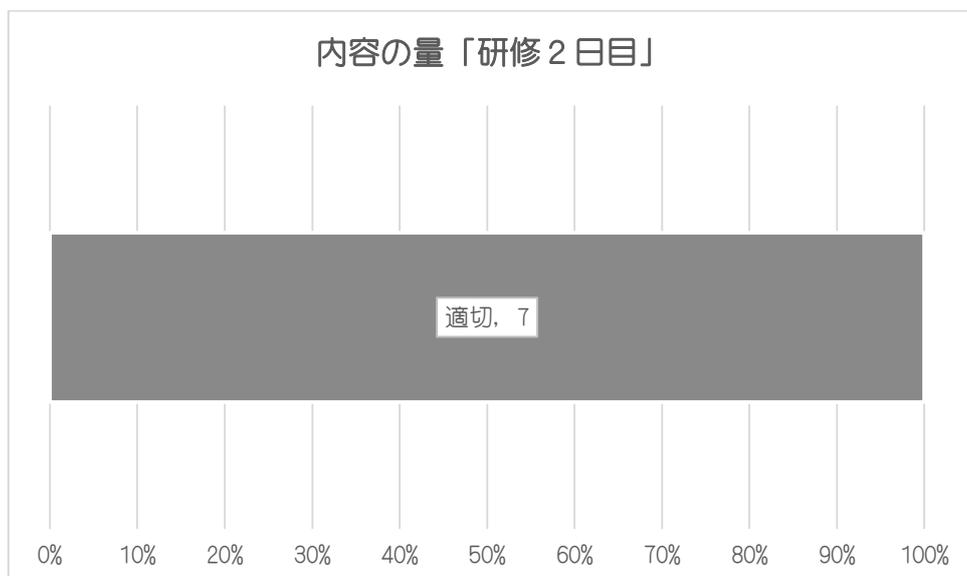
設問：研修「**内容の量**」について、該当するものはどれですか。
A) 多い B) やや多い C) 適切 D) やや少ない E) 少ない
F) どちらとも言えない G) その他

図表 4-5 内容の量



設問：研修の「**時間数**」について、該当するものはどれですか。
A) 多い B) やや多い C) 適切 D) やや少ない E) 少ない
F) どちらとも言えない G) その他

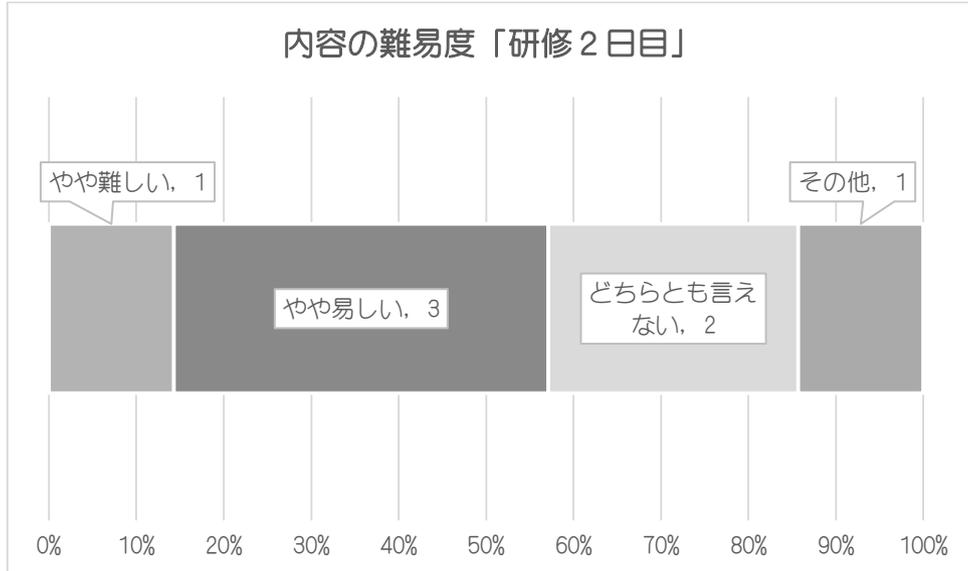
図表 4-6 時間数



設問：研修「**内容の難易度**」について、該当するものはどれですか。

- A) 難しい B) やや難しい C) やや易しい D) 易しい
E) どちらとも言えない F) その他

図表 4-7 内容の難易度

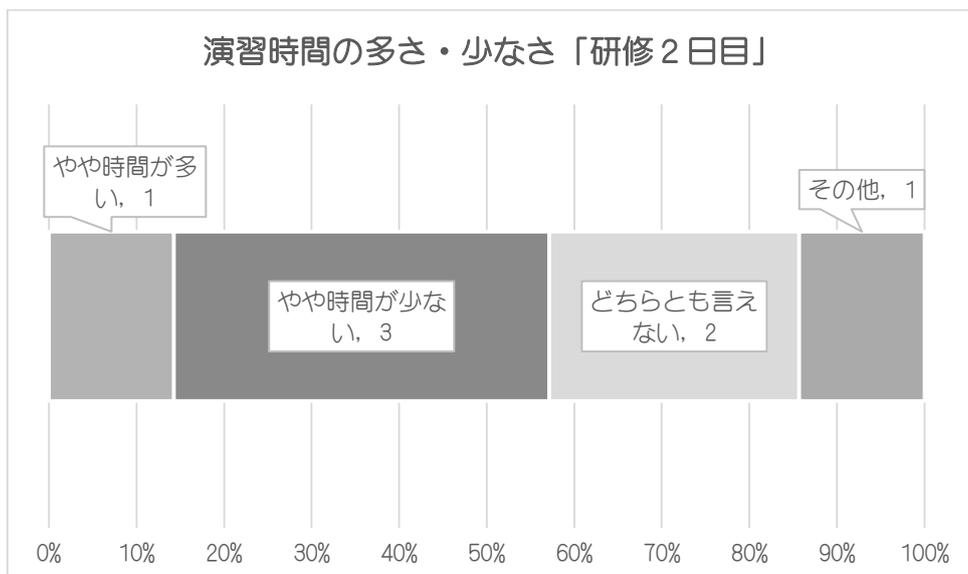


「その他」1名は「ちょうどよい」という意見。

設問：研修の「**演習時間の多さ・少なさ**」について、該当するものはどれですか。

- A) 時間が多い B) やや時間が多い C) やや時間が少ない
D) 時間が少ない E) どちらとも言えない F) その他

図表 4-8 演習時間の多さ・少なさ

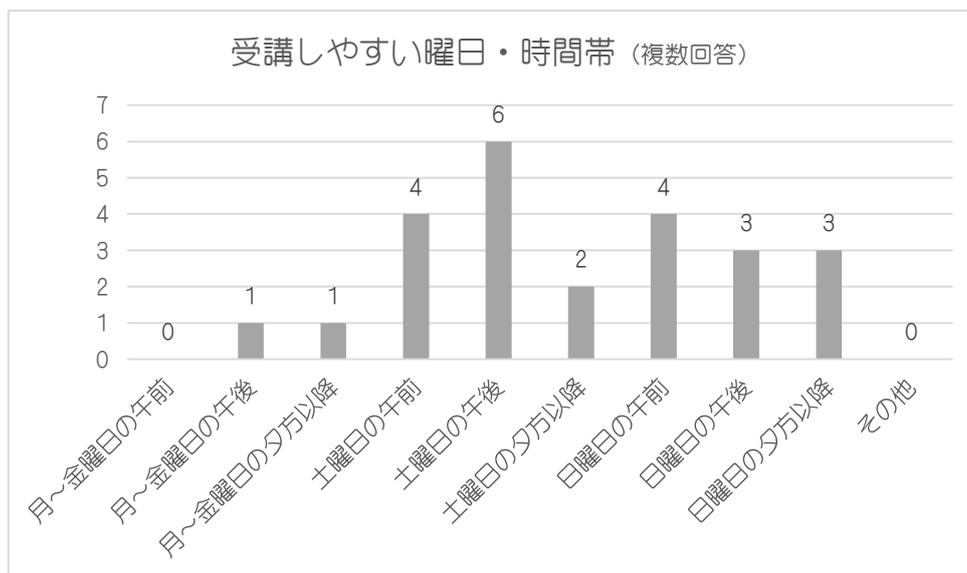


「その他」1名は「ちょうどよい」という意見。

4.3.3.2. 学び直し講座（社会人研修）に対する要望・意見等

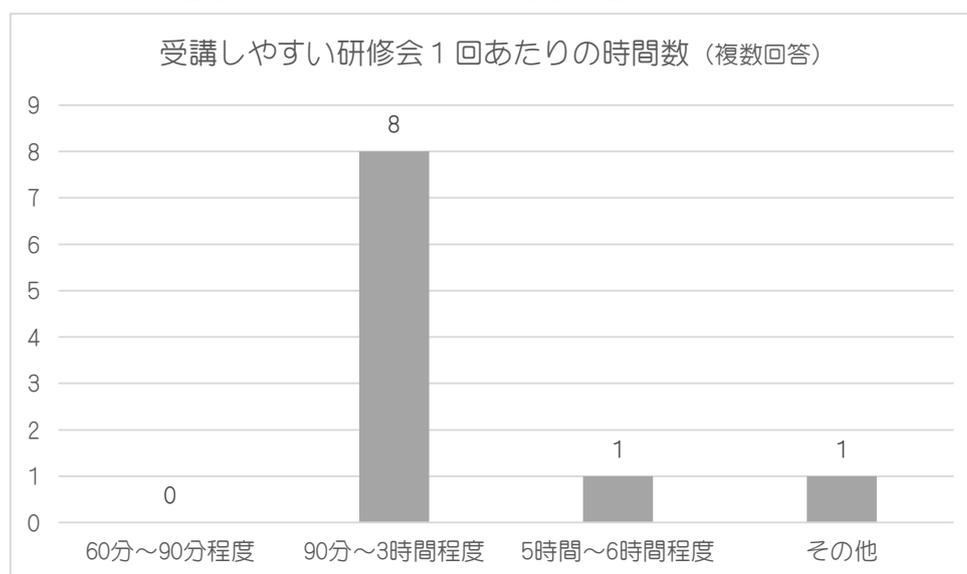
(1) 受講しやすい曜日・時間帯

図表 4-9 受講しやすい曜日・時間帯



(2) 受講しやすい研修会 1 回あたりの時間数

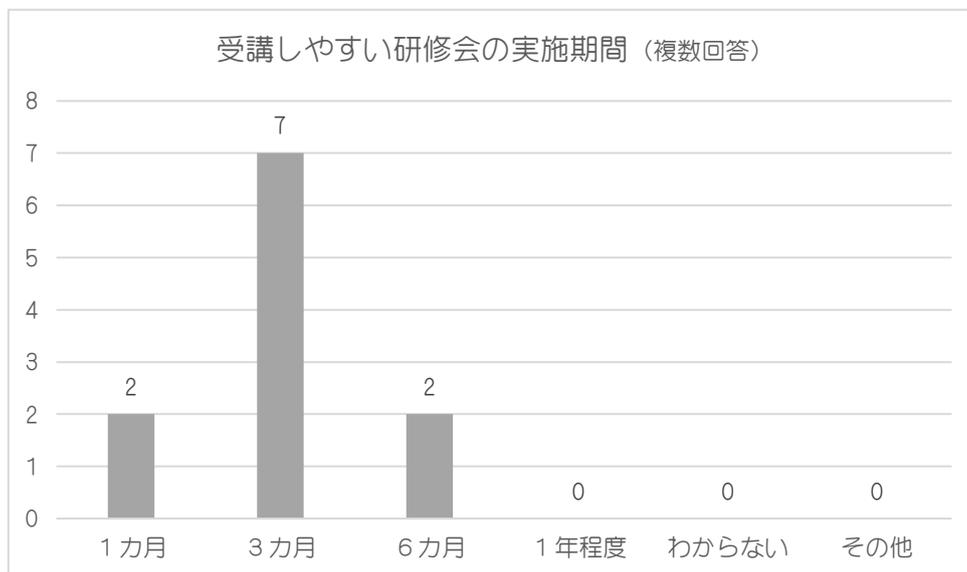
図表 4-10 受講しやすい研修会 1 回あたりの時間数



「その他」1名は「講習 1 時間、実習 1 時間の組み合わせ」という意見。

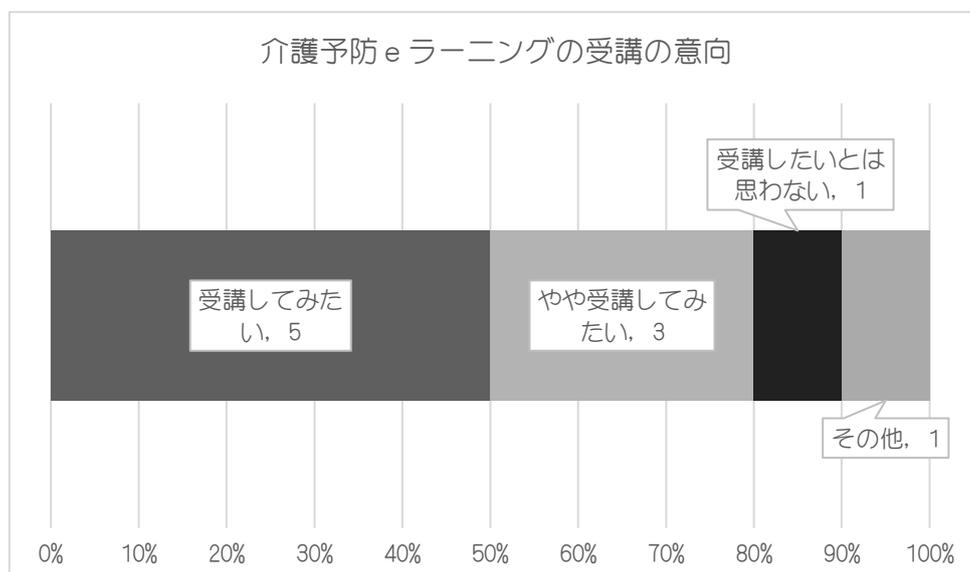
(3) 受講しやすい研修会の実施期間

図表 4-11 受講しやすい研修会の実施期間



(4) 介護予防を学ぶeラーニング(無料)に対する受講の意向

図表 4-12 介護予防eラーニングの受講の意向



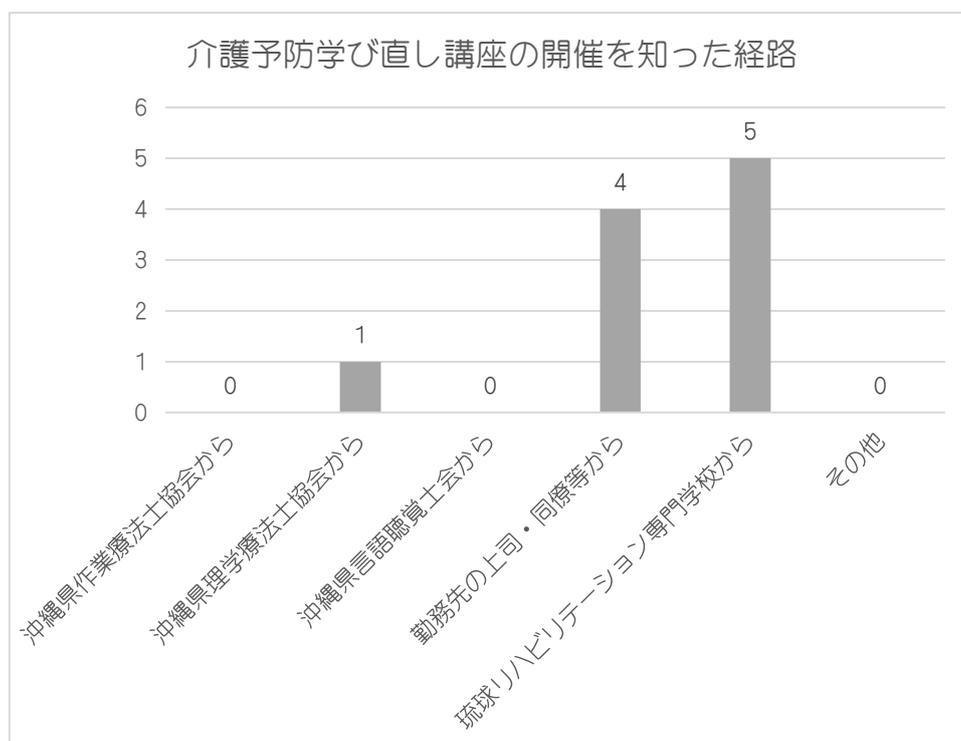
「その他」1名は「受講済」という意見。

(5) 今後受けたい介護予防のテーマ

- 介護予防体操の方法
- 認知症、高次脳の地域での取り組み
- 今後予測される介護における問題
- 地域（学区毎）の活動（参加）とは・・・？
- 「通いの場」立ち上げ支援について
- 認知症ケア、高次脳機能障害者へのアプローチ

(6) 「介護予防学び直し講座」の開催を知った経路

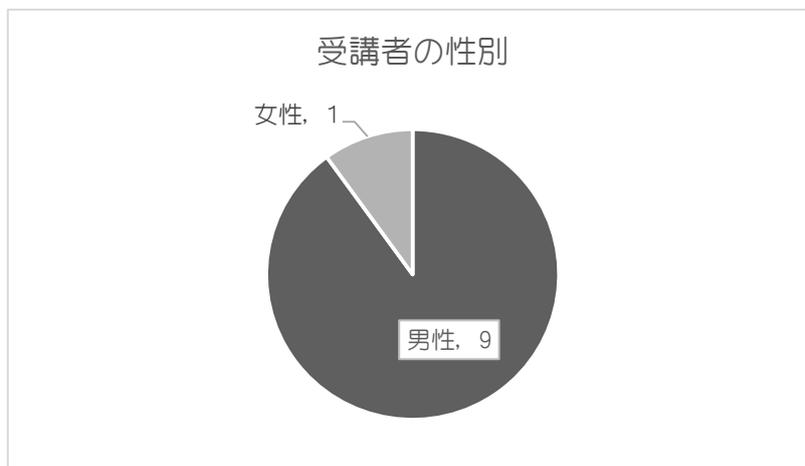
図表 4-13 介護予防学び直し講座の開催を知った経路



4.3.3.3. 受講者の属性

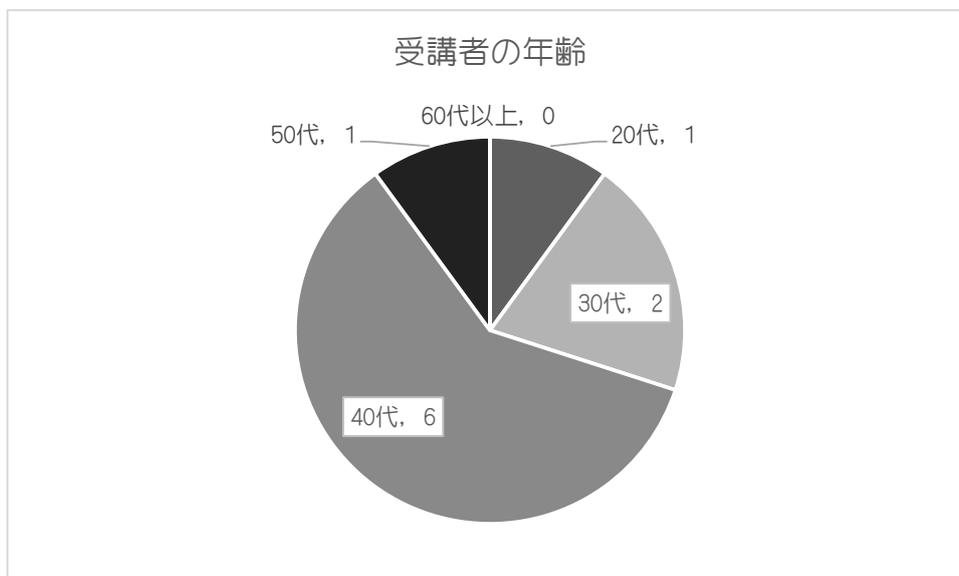
(1) 性別

図表 4-14 受講者の性別



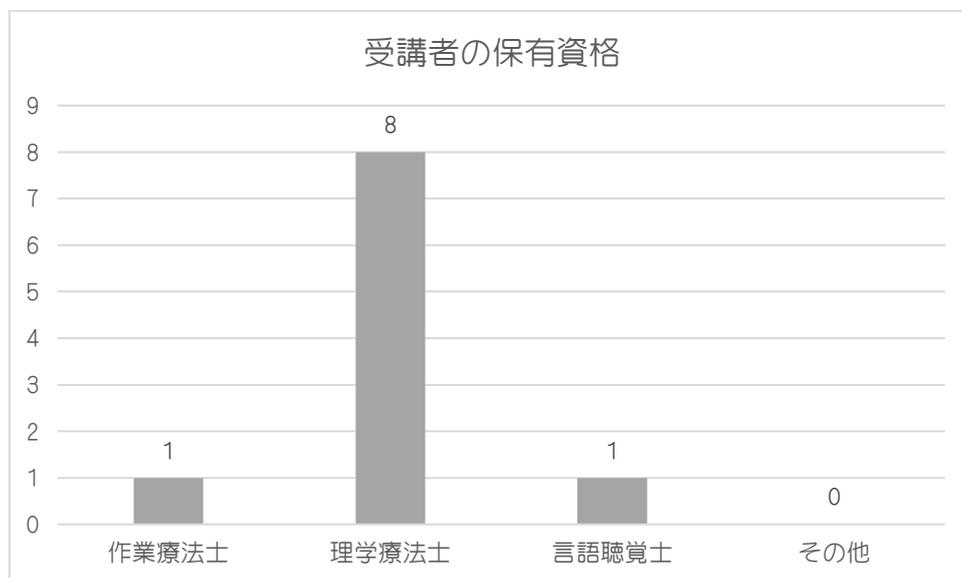
(2) 年齢

図表 4-15 受講者の年齢



(3) 保有資格

図表 4-16 保有資格



4.4. 実証講座版 eラーニング（プロトタイプ）

4.4.1. 概要

プロトタイプとして実装したのは、「地域包括ケアシステムについて」と「生活行為向上マネジメント（MTDLP）概論」の2科目である。それぞれの学習時間数は、「地域包括ケアシステムについて」が約7時間、「生活行為向上マネジメント（MTDLP）概論」が約3時間30分である。

受講者がこの時間数をかけて連続して学習するのは現実的ではないため、このプロトタイプでは、マイクロラーニングの手法を取り入れることとした。具体的には、各科目のテーマ・学習内容のまとまりに応じて切り分け、一つひとつのコンテンツのサイズ（学習時間数）を小さくして再編し提供することとした。

以下に各科目を構成するコンテンツは下表の通りである。「地域包括ケアシステムについて」は15個、「生活行為向上マネジメント（MTDLP）概論」は6個のタイトルに細分化され、短時間でひとつのまとまりある学習が完結できるようになっている。

図表 4-17 コンテンツの構成

科目	タイトル（視聴単位）
地域包括ケアシステムについて	①地域包括ケアシステムについて
	②地域包括ケアシステムについて
	③地域包括ケアシステムについて
	①介護予防について
	②介護予防について
	③介護予防について
	①自立支援について（介護保険制度）
	②自立支援について（ADL、IADL）
	①地域ケア会議とは？
	②地域ケア会議における司会者の役割について
	③厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護について
	④地域ケア会議と介護予防について（介護予防活動普及展開事業）
	⑤地域ケア会議における事例提供者の役割
	⑥地域ケア会議におけるサービス提供事業の役割
	⑦地域ケア会議における助言者（リハビリ専門職）の役割
生活行為向上マネジメント	介護保険とICF
	これからのリハビリテーション

(MTDLP) 概論	これからの介護予防
	MTDLP の概要①
	MTDLP の概要②
	生活行為の見方

4.4.2. 画面仕様

「科目選択」で科目を選び、次の「講義選択」画面で視聴したい講義（テーマ）を選択する。

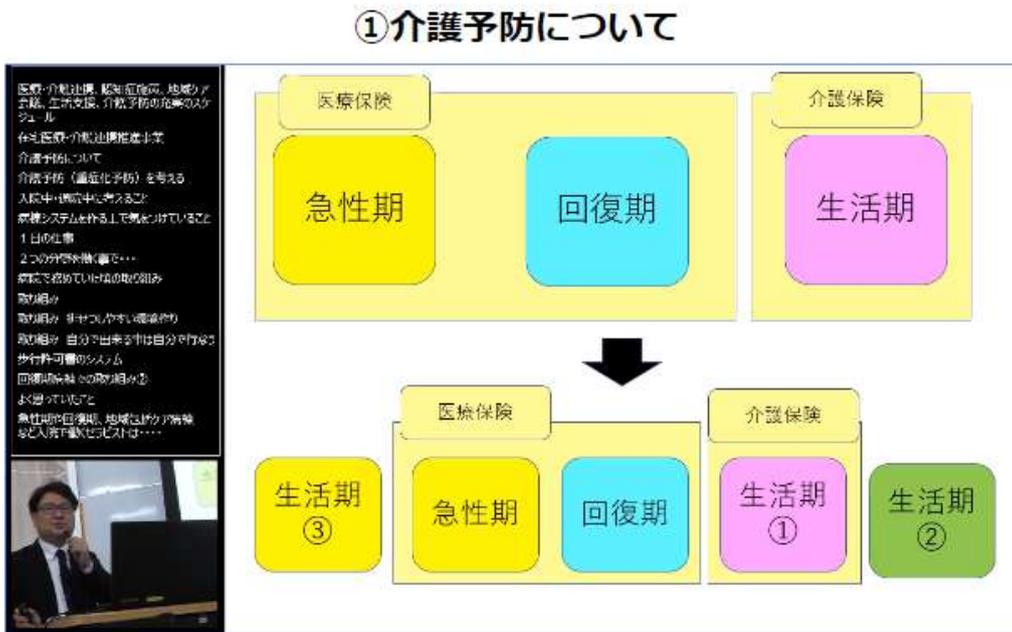
図表 4-18 選択講義から講義視聴へ



4.4.3. 画面例①

以下に「地域包括ケアシステムについて」の講義画面例を示す。

図表 4-19 「介護予防」の講義



図表 4-20 「地域包括ケアシステム」の講義

②地域包括ケアシステムについて

4つの大きな社会問題

- 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

A vertical text box on the left side of the diagram contains the following text:

4つの大きな社会問題
 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
 一人暮らし・高齢者は増加傾向

図表 4-21 「自立支援（介護保険制度）」の講義

①自立支援について（介護保険制度）

介護保険
介護保険の歴史
自立支援に関する取り組み
ある担当者が語る コマ
利用者様が大切にされていくための取り組み
本物のケアとは何か
それぞれの役割と責任を分ける

介護保険の理念

第1条（目的）
この法律は、加齢に伴って生じ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**、必要な保険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、もって国民の保険医療の向上及び福祉の増進を図る事を目的とする。

第2条
前項の保険給付は、**要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう**に行われるとともに医療との連携に充分配慮して行われなければならない

図表 4-22 「自立支援（ADL、IADL）」の講義

②自立支援について（ADL、IADL）

総務課の業務内容
サービス提供の仕組みと役割の分担
ADLとIADLの関係
要支援1～要介護2の認定調査結果
ADLとIADLの関係
ある人の一日の流れ
リハビリスタッフの役割と働き

ある人の一日の流れ

```

    graph TD
      A[朝起きる] -- トイレ --> B[歯磨き・洗面（化粧）]
      B --> C[布団・ベッド整理]
      C --> D[着替え]
      D --> E[食事の準備]
      E --> F[朝食]
      F --> G[服薬]
      G --> H[片付け]
      H -- トイレ --> I[ゴミ出し]
      I --> J[掃除・洗濯]
      J --> K[家の雑務]
      K --> L[食事の準備]
      L --> M[昼食]
      M --> N[片付け]
      N --> O[買い物]
      O --> P[郵便局へ]
      P -- トイレ --> Q[電話]
      Q --> R[お出かけ]
      R --> S[食事の準備]
      S --> T[夕食]
      T --> U[服薬]
      U --> V[片付け]
      V -- トイレ --> W[入浴・更衣]
      W --> X[読書・新聞・TV]
      X -- トイレ --> Y[歯磨き]
      Y --> Z[布団・ベッド準備]
      Z -- トイレ --> AA[就寝]
      K --- Box1[家計簿  
書類記入  
ペットの世話  
etc]
      X --- Box2[近所へ  
友人宅へ  
お見舞い  
地域活動  
趣味活動  
etc]
      
```

図表 4-23 「地域ケア会議」の講義

①地域ケア会議とは？

充実のスケジュール ①地域ケア会議について 地域ケア会議の概要 介護予防のための地域ケア個別会議開催の意義 取組市の地域ケア会議の開催について 介護予防のための地域ケア個別会議の開催 取組市・都府県地域ケア会議の活用 個別地域ケア会議経過報告会について 個別地域ケア会議経過報告会開催報告書 高松市「地域ケアシステム」推進会議 高松市の地域ケア会議推進会議の位置づけ 取組市地域ケア会議 出席者配置ガイド 地域ケア会議における協力の流れ 講師 田中	<p>①個別のケースの支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネさんが一人で悩みを抱え込まないようにする ・相談できる場所 みんなで考える場所 ・介護予防ケアマネジメントの充実 <p>②地域に必要な資源を見つける 確認すること</p> <p>③アセスメント能力の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネ、行政が利用者、住民に対してのアセスメントを向上させることで、地域に必要な総合事業が見えてくる <p>④サービス事業所の質の向上</p> <p>⑤多職種、多機関の連携、協働の促進</p>
---	---

図表 4-24 「地域ケア会議における司会者の役割」の講義

②地域ケア会議における司会者の役割について

1. 事前準備 基本情報① 基本情報② 基本チェックリスト 司会者が責任を確保するポイント① 司会者が責任を確保するポイント② 司会者が会議を進行するための流れ	<p>1. 事前準備</p> <p>2. 会議の目的やルールの確認</p> <p>3. 会議の方向性の舵をとる（コントロールする）</p> <p>4. 具体的な発言を引き出す / 発言を共有する</p> <p>5. 発言を整理してまとめる（要約 ・ 優先度） 本人・家族・関係者との共有できるための支援方針 地域資源・課題の整理 等</p>
--	---

図表 4-25 「厚生労働大臣が定める回数・訪問介護」の講義

③厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護 について

厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護について
多職種に求める視点

厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護について

届出の対象

訪問介護の種類 生活援助中心型サービス

基準回数 要介護度別の「全国平均利用回数 + 2 標準偏差 (2 SD)」

要介護 1	2.7回
要介護 2	3.4回
要介護 3	4.3回
要介護 4	3.8回
要介護 5	3.1回



図表 4-26 「地域ケア会議と介護予防」の講義

④地域ケア会議と介護予防について (介護 予防活動普及展開事業)

介護予防事業における「介護予防」は？

1. 事業の目的

対象者の介護予防等の実施の推進

介護予防のための地域ケア会議の開催

介護保険制度の持続可能性の確保

認知症介護保険サービス利用の拡大

サービス事業所への訪問
利用者訪問アシスタントへの移行

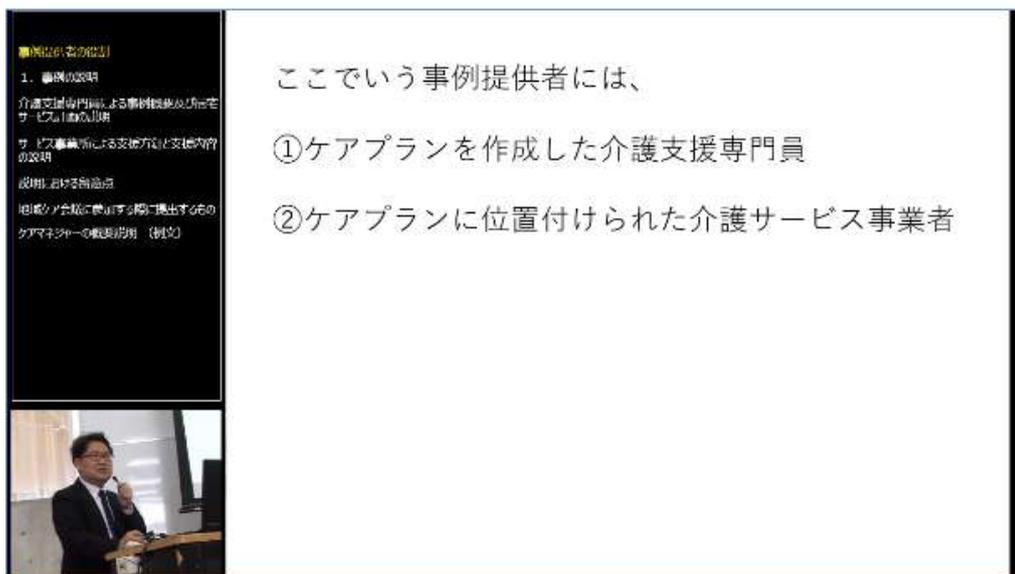
平成18年介護保険法改正により介護予防事業が構成され、その主眼は要支援・要介護状態となるおそれのある高齢者を基本チェックリストで把握し、運動機能や口腔機能の改善などを実施する二次予防事業といった**ハイリスクアプローチ**に置かれてきた。

一方で、このようなハイリスクアプローチのみならず、**高齢者がボランティアとして活躍する**などして、**住民の自助による介護予防活動の場を増やす取組や、介護予防サービス等を開始する前に多職種の助言を得ながら介護予防・自立支援に向けた目標設定や支援を判断する地域ケア会議の取組**といった介護予防・自立支援の実践事例が生まれた。



図表 4-27 「地域ケア会議における事例提供者の役割」の講義

⑤地域ケア会議における事例提供者の役割



■所定の役割

1. 事例の説明
介護支援専門員による事例概要及び介護サービス上の課題
サービス事業所による支援方針と支援内容の説明
説明における留意点
地域ケア会議に参加する際に出すもの
ケアマネジャーの概要説明（例示）

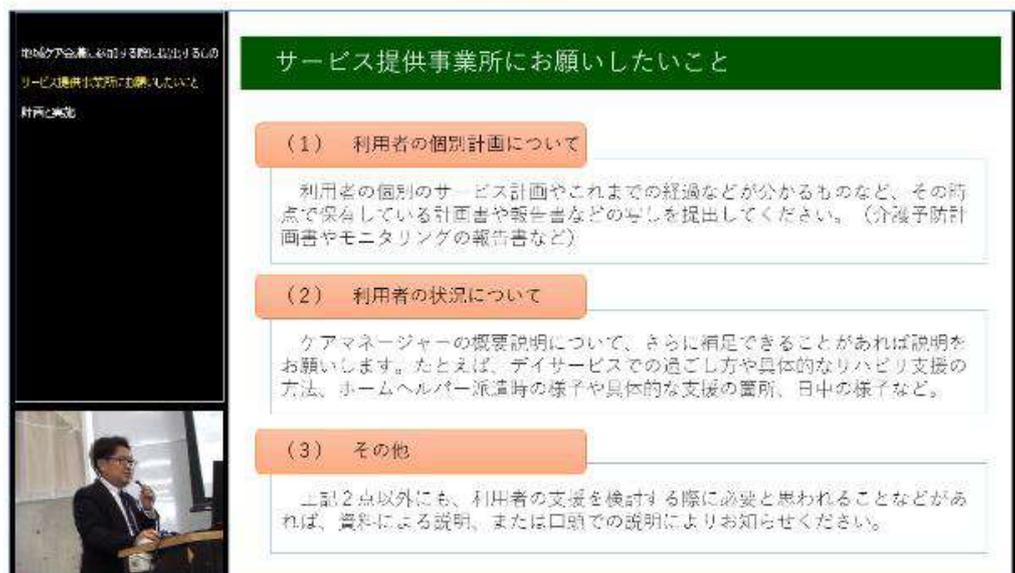
ここでいう事例提供者には、

- ①ケアプランを作成した介護支援専門員
- ②ケアプランに位置付けられた介護サービス事業者



図表 4-28 「地域ケア会議におけるサービス提供事業者の役割」の講義

⑥地域ケア会議におけるサービス提供事業者の役割



地域ケア会議に参加する際に出すもの
サービス提供事業者がお願いしたいこと
所定と実施

サービス提供事業所をお願いしたいこと

- (1) 利用者の個別計画について
利用者の個別のサービス計画やこれまでの経過などが分かるものなど、その時点で保有している計画書や報告書などの写しを提出してください。（介護予防計画書やモニタリングの報告書など）
- (2) 利用者の状況について
ケアマネジャーの概要説明について、さらに補足できることがあれば説明をお願いします。たとえば、デイサービスでの過ごし方や具体的なリハビリ支援の方法、ホームヘルパー派遣時の様子や具体的な支援の箇所、日中の様子など。
- (3) その他
上記2点以外にも、利用者の支援を検討する際に必要と思われることなどがあれば、資料による説明、または口頭での説明によりお知らせください。



図表 4-29 「地域ケア会議における助言者の役割」の講義

⑦地域ケア会議における助言者（リハビリ専門職）の役割

<p>助言者の役割</p> <p>助言者としての役割上の注意点</p> <ul style="list-style-type: none"> 専門職（助言者）に期待すること① 専門職（助言者）に期待すること② 専門職（助言者）に期待すること③ 国民生活意識の向上から介護予防の推進につながる 介護予防は自ら支えたいから必要 	<h4>助言を行ってもらう上での注意点</h4> <ul style="list-style-type: none"> ○全ての参加者にわかりやすい表現を心がけて、専門用語はできる限り避けて説明してもらう ○何を伝えたいのか論点を明確にして助言してもらう ○助言や説明はポイントを絞って、短時間で説明する ○問いかけだけで終わらないようにしてもらう 問いの目的も明確にってもらう ○具体的実行可能な助言をしてもらう（持ち帰れる助言） <p>相手の立場になって伝える事を意識した上で、簡単なことは簡単に難しいことも簡単に伝える意識を持ってもらう。</p>
	

4.4.4. 画面例②

以下に「生活行為向上マネジメント（MTDLP）概論」の画面例を示す。

図表 4-30 「介護保険とICF」の講義

介護保険とICF

<p>介護保険の目指すところ</p> <p>加齢リハビリテーション専門職のイメージ</p> <p>加齢リハビリテーション専門職の役割</p> <p>ICFとICF</p> <p>加齢（加齢因子）とICF（加齢因子）</p> <p>加齢リハビリテーションの目的と手段・役割分担</p> <p>質・物・時間</p> <p>（加齢因子の加齢リハビリ）</p> <p>質・物・時間</p>	<div style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; padding: 5px;"> <h4>介護保険の目指すところ</h4> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>介護保険法：（目的）</p> <p>第一条 この法律は、加齢によ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および療養上の世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た自立した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わる給付を行うため、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および福祉の増進を図ることを目的とする。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>介護保険法：（国民の努力および義務）</p> <p>第四条 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およ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。</p> </div>
	

図表 4-31 「これからのリハビリテーション」の講義

これからのリハビリテーション

本来のリハビリテーションが目指すところ
これまでのリハビリテーション（反省）
「これからのリハビリテーション（あるべき姿）」
「これからのリハビリテーション」
身体が不自由でも・・・
好きなことのリハビリテーションで
認知症予防に一生懸命取り組む
安易な自動車を使って自分の思い
が通りに動かない
在宅生活を送ることがリハビリテーションに
生活活動強度 MDT
生活活動強度 MDT
自立・自律と謳われる・・・
自分の中で自分で出来ることとする

本来のリハビリテーションが目指すところ

集中的
・
限定的介入

図表 4-32 「これからの介護予防」の講義

これからの介護予防

「これからの介護予防」
高齢者の要介護状態/要ケアの状態
の予防理由
介護予防の具体的なアプローチについて
生活行為について考えよう②
生活行為について考えよう③
高齢者の生活変遷のポイント
生活、生活行為、作業
生活行為とは
生活行為の5つの領域
総論
人は作業をすることで元気になれる

これからの介護予防

【介護予防の理念】

○ 介護予防は、**高齢者が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**を目的として行うものである。

○ 生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「**心身機能**」「**活動**」「**参加**」のそれぞれの要素に**バランスよく働きかけることが重要**であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの**生きがいや自己実現**のための取組を支援して、**QOLの向上**を目指すものである。

世帯番号ホームページより引用 https://www.mhlw.go.jp/files/06_ScizakuJouhou_12300000_Roukenkyoku/000007982.pdf

図表 4-33 「MTDLP の概要①」の講義

MTDLPの概要①

生活行為向上マネジメントの概要を解説
生活行為向上マネジメント
MTDLP構築の背景
地域包括ケアシステムが求められる！
生活行為向上マネジメントの開発
生活行為向上マネジメントの9つの柱
生活行為向上マネジメント：問題とは
共生型高齢者保健医療連携等
事業
生活向上マネジメントを活用した総合リ
ビッドモデルのあり方研究
高齢者への介入研究の結果
通所リハビリテーションの効果
通所リハビリテーションの効果
訪問介護との連携での結果
生活行為向上マネジメント
生活行為支援モデル事業
刊行書
不自由を感じる生活行為
高齢者健行調査

生活行為向上マネジメント

Management Tool for Daily Life Performance: MTDLP

高齢者や障害者が“介護される人”から“**主体的で積極的な生活をする人**”になるためには、疾病や老化による心身機能の低下からできなくなった作業が、方法や環境の工夫によってできることを知り、生活への意欲を高め、またその作業を再獲得することが重要であり、**自己実現に向けて積極的・活動的な生活を営めるような支援が必要**

作業療法士の一つの臨床思考過程を説明したもの

本人にとって、**本当に大切に重要な「やりたい」と思っている生活行為**に焦点を当てたマネジメントツール

3 MTDLP 生活行為向上マネジメント：配布資料

図表 4-34 「MTDLP の概要②」の講義

MTDLPの概要②

生活行為の考え方
生活行為向上マネジメントの基本的
考え方
領域であるという意識
生活行為観測シート
興味・関心チェックシート
生活行為課題分析シート
生活行為アセスメント評価シート
民間つなぐプログラムの立案
筋力があっても、テニスには上手くはれない
予定行為申し込の姿
居宅サービス計画書(第2巻)
生活行為向上マネジメントの視点

生活行為の考え方

生活行為とは・・・
人が生きていく上で営まれる365日24時間
連続する生活全般の行為
(作業療法用語集：平成23年度改定)

私たちの生活は **さまざまな生活行為の連続で成り立っている**

21 MTDLP 生活行為向上マネジメント：マニュアルp12

図表 4-35 「生活行為の見方」の講義

生活行為の見方

<p>主要生活行為の見方 入浴行為 (ICF) 入浴行為の見方 入浴環境の多様性 入浴行為の 選の流れ 生活課題としての入浴行為 入浴行為に関するアセスメント項目 (ICF) 入浴の支援ポイント 主体的・能動的な生活を支援する 丁寧な生活行為とは 生活行為と個人因子 生活行為について考えよう③ 事例紹介</p> 	<h3>入浴行為の見方</h3> <ul style="list-style-type: none">● 個別性・特殊性の高い生活行為であり、様々な影響を受ける・個人因子 順序、手順、方法、使用道具など 遂行時間帯、遂行場所・環境因子 居住空間との位置関係 浴室や浴槽の構造、空調設備、水栓器具 支援者との関係性・心身機能と身体構造 <p>4</p>
--	--

4.5. 実証講座版シラバス

図表 4-36 講座「地域包括ケアシステムについて」

講座名	地域包括ケアシステムについて		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	170分
		実視聴時間数	170分
	スクーリング		180分
履修前提			
学習目標	③ 地域包括ケアシステムを理解する。 ④ 介護予防について理解する。		
講座概要	本講座では、これからの日本の人口動態、社会保障、医療・介護・福祉の在り方を学び、地域包括ケアシステムの基礎を学ぶ事を目的とする		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1.なぜ地域包括ケアシステムが必要なのか 1.1 高齢先進国について 1.2 社会保障制度について 1.3 地域包括ケアシステムについて 1.4 地域包括ケアシステムを作る5つの柱		20分×4
	2. 介護予防について 2.1 今までの介護予防、これからの介護予防 2.2 入院中から考える介護予防 2.3 地域できる介護予防		30分×3
	3. 住民主体の介護予防について（グループワーク） 3.1 グループワーク 3.2 発表		180
評価方法	講座視聴後のWebテストで評価する。		
評価基準			
参考資料等	①国立社会保障・人口問題研究所 人口ピラミッド www.ipss.go.jp ②厚生労働省 「地域包括ケアシステムの構築に向けて」 第46回介護保険部会 資料3		
備考			

図表 4-37 講座「地域ケア会議について」

講座名	地域ケア会議について		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	100分
		実視聴時間数	100分
	スクーリング	180分	
履修前提			
学習目標	① 地域ケア会議を理解する。 ② 自立支援について理解する。 ③ 地域ケア会議における助言者の役割を理解する		
講座概要	本講座では、地域ケア会議についての理解を深め、各市町村が助言者として必要としている内容を理解する。また、自立支援の基本的な考え方、介護支援専門員、行政、利用者等との合意形成の仕方を学ぶ		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1.地域ケア会議について 1.1 地域ケア会議について 1.2 自立支援について 1.3 地域ケア会議における司会者の役割について 1.4 地域ケア会議におけるケアマネ、事業者の役割について 1.5 地域ケア会議における助言者の役割について		20分×5
	2. 地域ケア会議個別演習 2.1 地域ケア会議個別ケース1 2.2 地域ケア会議個別ケース1 発表 2.3 地域ケア会議個別ケース2 2.4 地域ケア会議個別ケース2 発表		個別ケース 60分×2 発表 30分×2
評価方法 評価基準	講座視聴後のWebテストで評価する。		
参考資料等	⑥ 厚生労働省 介護予防活動普及展開事業 「市町村向け手引き」 ⑦ 厚生労働省 介護予防活動普及展開事業 「専門職向け手引き」 ⑧ 厚生労働省 介護予防活動普及展開事業 「事業所向け手引き」 ⑨ 厚生労働省 地域包括ケアシステムにおける 地域ケア会議の役割について ⑩ 嘉麻市 地域ケア会議手引書		
備考			

図表 4-38 講座「介護予防におけるMTDLPの活用」

講座名	介護予防における MTDLP の活用		
学習時間数	eラーニング	標準学習時間数	300 分
		実視聴時間数	分
	スクーリング	0 分	
履修前提	講座「これからの介護予防について」の事前受講が望ましい		
学習目標	<p>①介護予防の概要を説明できる。</p> <p>②MTDLP の概要を説明できる。</p> <p>③生活行為の聞き取りができる。</p> <p>④生活行為の工程分析ができる。</p> <p>⑤生活行為を改善するためのプランニングができる。</p>		
講座概要	<p>本講座では、介護予防における MTDLP の活用をテーマとして、介護予防の基本を押さえたうえで MTDLP の概要について解説し、演習により事例を通してその具体的な手法について学ぶ。これにより、これからの介護予防の在り方を理解し、活動と参加に焦点を当てた介護予防の具体的な実践について理解することを目的とする。</p>		
学習内容	内容		実視聴時間数
	1. 介護予防について 1.1 介護保険・リハビリテーションについて 1.2 これからの介護予防について 1.3 生活行為について		分
	2. MTDLP について 2.1 これまでの研究成果 2.2 MTDLP の概要		分
	3. 演習		分
評価方法 評価基準	講座視聴後のWebテストで評価する。		
参考資料等	<p>①厚生労働省ホームページ： https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075982.pdf</p> <p>②作業の捉え方と評価・支援技術 生活行為の自律に向けたマネジメント（医歯薬出版株式会社）2011年</p> <p>②実践に役立つ！生活行為向上マネジメント（三輪書店）作業療法ジャーナル Vol.50 No.8 2016</p>		
備考			

4.6. Web テスト

実証講座版 e ラーニングの学習内容に対応した Web テスト型コンテンツを開発した。以下に、学習テーマごとの Web テスト問題・正解と解説を掲載する。

4.6.1. 「地域包括ケアシステムについて」

4.6.1.1. 地域包括ケアシステムについて

【問題 1】

日本の人口動態において、団塊の世代が75歳（後期高齢者）を迎えるのはいつか？

1. 2020年
2. 2025年
3. 2030年
4. 2035年

【解答】 2

2015年に前期高齢者（65歳以上75歳未満）に団塊の世代が入りだし、2025年に後期高齢者（75歳以上）を迎える人が多くなると予測されている。

【問題 2】

日本の外来受療率が一番高い年代はどれか？

1. 15歳から39歳
2. 40歳から64歳
3. 75歳から84歳
4. 85歳以上

【解答】 3

一番外来受療率が高いのは75歳から84歳で、85歳以上は入院受療率が一番高くなる。

【問題 3】

地域包括ケアシステムにおける要支援者における自立支援を進めるために異なるものはどれか。

1. 元気な高齢者を増やす
2. 必要な保険給付を行い、適正給付になるように支援する
3. インフォーマルサービスを増える支援をする
4. お世話型の保険給付を増えるように支援する

【解答】 4

地域包括ケアシステムを進めるため、介護予防や地域ケア会議などを通して、自立支援に資する取り組みをおこなうため。要介護者における支援ではないので、4が正解となる。

【問題4】

今後、日本の4つの大きなケアニーズで間違っているものはどれか。

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. 認知症ケースの減少
4. 死亡者数の増加

【解答】3

日本の4つのケアニーズには、「高齢者の独居・夫婦のみ世帯の増大」、「高齢者ケアニーズの増大」、「認知症ケースの増加」、「死亡者数の増加」が挙げられている。

介護が必要な65歳以上の認知症患者数は、2012年に300万人を超え、2002年の149万人から10年間で倍増している。団塊の高齢化が進む2025年以降さらに認知症患者は増えると予測される。

【問題5】

介護保険の認定率が一番高いのはどの年代か答えよ。

1. 65歳から69歳
2. 75歳から79歳
3. 80歳から84歳
4. 90歳以上

【解答】4

90歳以上が一番高く、68%の認定率となっている。年齢ともに高くなる傾向にある。

【問題6】

現在、日本における死亡場所はどれが一番多いか答えよ。

1. 自宅
2. 老人ホーム
3. 病院・有床診療所
4. 介護老人保健施設

【解答】3

2017年の人口動態調査では、病院。診療所で1002404人、自宅177473人、老院ホーム99910、介護老人保健施設で33105人となっている。

【問題 7】

地域包括ケアシステムの姿に不適切なものはどれか。

1. 24時間の医療・介護体制構築
2. ケアマネジメントの弱化
3. 生活支援・介護予防の推進
4. 高齢者の住まいの整備

【解答】 2

地域包括ケアシステムを構築するために、各市町村にある地域包括支援センターと連携して、自立支援に資するケアマネジメントの強化をしていかなければならない。

【問題 8】

地域包括ケアシステムを表す植木鉢の土壌（土）に入る言葉はどれか。

1. 介護・リハビリ
2. すまいとすまい方
3. 医療・看護
4. 介護予防・生活支援

【解答】 4 植木鉢参照

【問題 9】

地域包括ケアシステムを先進的に進めている地域に当てはまる組み合わせを選べ。

- ア. 介護認定率の向上
 - イ. 介護認定率の低下
 - ウ. 介護保険料高くなる
 - エ. 介護保険料が低くなる
1. アとウ
 2. アとエ
 3. イとウ
 4. イとエ

【解答】 4

地域包括ケアシステムを先進的に進めている和光市や大分県では、介護認定率が下がり、介護保険料も抑制できている実績がある。

4.6.1.2. 介護予防について

【問題 1】

地域包括ケアシステムを進めるための取り組みではないものはどれか

1. 医療・介護連携
2. 地域ケア会議
3. 認知症施策
4. 介護度の重度化推進

【解答】 4

地域包括ケアシステムを進めるための取り組みには、「医療・介護連携」、「認知症施策」、「地域ケア会議」、「生活支援」、「介護予防」の5つつがある。自立支援の視点からも、元気な高齢者を支援し行くため、介護度の重度化推進ではなく、介護予防の推進が正解となる。

【問題 2】

介護予防（重症化予防）としていつの時期にセラピストとして関わるのが重要か答えよ

1. 病気をする前
2. 入院中
3. 退院後
4. 病気をする前、入院中、退院後すべて

【解答】 4

介護予防（重症化予防）は、1次予防、2次予防、3次予防と、幅広い時期にわたり関わるのが求められ、病気をする前から病気をした後もそれぞれのステージで適切に関わるのが重要である。

【問題 3】

介護予防に視点にたった、退院支援するにあたりチェックする事で違うものはどれか

1. 24時間 1週間の生活を想像できるかチェックする
2. 本人、家族が自宅や施設で動作が再現できるかの確認
3. セラピストがいかに最大の関わりで退院する事ができるか
4. リハビリの概念を運動から生活の在り方への変換できている

【解答】 3

セラピストがいかに最小の関わりで退院することができるか。

【問題 4】

一般介護予防を利用する方に多いものはどれか？

1. 要介護認定を受けている人

2. 要支援認定を受けている人
3. 介護予防・生活支援サービス事業も事業対象者の人
4. 介護認定が非該当、基本チェックリストも非該当の人

【解答】 4

一般介護予防事業は、基本的には介護サービスを利用しない少し身体に不安を感じる方を対象に様々な介護予防が実施されている。

【問題 5】

セラピストが介護予防教室を実施する上で間違えているものはどれか

1. 個人や集団をみることができること
2. 様々な相手に対応できること
3. 運動と生活課題を分けて考えること
4. やりたくない人にやりたくなるような仕掛けを一緒に考えられること

【解答】 3

運動と生活課題を結び付けて。日々の生活動作が自立してできるように支援しなければならない。

【問題 6】

地域生活における介護予防における地域課題を知るためにより適切な組み合わせどれか選べ。

- ア. 地域ケア会議の見学
 - イ. 病院での入院生活の見学
 - ウ. 公民館で開催される予防教室の見学
 - エ. 外来での通院の見学
1. アとウ 2. アとエ 3. イとウ 4. イとエ

【解答】 1

地域課題を知るものには、地域ケア会議、医療介護連携会議、生活支援協議会、地域の介護予防教室など様々なものがある。

【問題 7】

健康について不適切なものはどれか

1. 孤立すること
2. 身体的に良好
3. 精神的に良好
4. 疾患がない、虚弱ではないこと

【解答】 1

WHO（世界保健機関）は、1946年に健康とは、単に疾患がない、虚弱ではないということではなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態と定義している。

【問題8】

健康な人に特徴はどれか

1. 自分でやることが少ない人
2. 趣味を持ってない人
3. 運動習慣がある人
4. 痛みが多い人

【解答】 3

健康な人には下記の特徴がある。

- ①自分で「やる」ことがたくさんある人
- ②家族やご近所とうまくお付き合いできる人（支えがある人）
- ③趣味を持っている人
- ④よく外出する人
- ⑤家族や地域に貢献している人・役に立っている人
- ⑥運動習慣がある人
- ⑦痛みがない・痛みが少ない人
- ⑧所得の高い人

【問題9】

セラピストが職業団体として取り組んだほうがいいのか

1. 協会の強みを使わず個人として地域に貢献する
2. リハビリのみの団体で地域貢献したほうがいいのか
3. リハビリ団体のみだけでなく他団体とも協力して地域貢献したほうがいいのか
4. PT、OT、STはばらばらに地域貢献したほうがいいのか

【解答】 3

「リハビリ+行政」、「リハビリ+町のイベント」、「リハビリ+他団体」など色々な形で町に溶け込む形や幅広い方々を対象とする形を連携して作っていかなければならない。

4.6.1.3. 自立支援について

【問題 1】

リハビリにおける自立支援で適切なものを選び。

1. 自立支援＝介護保険を利用しないことである
2. 自立支援とは、必ず生活動作を自立させる事である
3. 自立支援とは、アセスメントを実施して生活課題に対してリハビリを提供するプロセスが重要である。
4. 自立支援とは、保険給付を増やして支援することである。

【解答】 3

自立支援とは、アセスメントを実施して生活課題に対してリハビリを提供するプロセスが重要である。

【問題 2】

自立支援において、対象者への対応で適切なものはどれか。

1. 困っている事に対して、すぐに介入方法を決める。
2. 日常生活に支障がある生活行の要因をアセスメントする。
3. ADL、IADLの改善の可能性をみないようにする
4. 疾患の特徴のみを踏まえた生活行為の助言をする

【解答】 2

対象者へのアセスメントは、困っていることに対して、「どの部分でできないのか?」、「何が原因でできないのか?」、「改善の可能性はあるのか?」のアセスメントを実施して、介入内容を決定する必要がある。

【問題 3】

自立支援の視点に立ってケアマネジメントをみる際に不適切なものはどれか。

1. ケアマネさんがどのような経緯でサービスを選んだのか確認する事
2. ケアマネさんがどのようなアセスメントをしたのか確認する事
3. 現在使われているサービスを利用することで生活課題の解決につながるか確認する事
4. 現在使われているサービスが不足していないかだけの視点で確認する事

【解答】 4

現在使われているサービスで過不足がないか確認する事が大切。

【問題 4】

A D L（基本的日常生活動作）はどれか。

1. 食事
2. 調理
3. 洗濯
4. 買い物

【解答】 1

A D L（基本的日常生活動作）は、食事、排泄、更衣、整容、入浴の5つである。

【問題 5】

I A D L（手段的日常生活動作）はどれか。

1. 更衣
2. 入浴
3. 排泄
4. 掃除

【解答】 4

I A D L（手段的日常生活動作）は、食事、排泄、更衣、整容、入浴の5つ以外すべての生活動作である。

【問題 6】

A D L（基本的日常生活動作）と I A D L（手段的日常生活動作）は睡眠時間を除いたらどのような割合になるか。

1. A D L（基本的日常生活動作）75% I A D L（手段的日常生活動作）25%
2. A D L（基本的日常生活動作）25% I A D L（手段的日常生活動作）75%
3. A D L（基本的日常生活動作）60% I A D L（手段的日常生活動作）40%
4. A D L（基本的日常生活動作）40% I A D L（手段的日常生活動作）60%

【解答】 2

A D L（基本的日常生活動作）25% I A D L（手段的日常生活動作）75%となる。

4.6.1.4. 地域ケア会議

【問題 1】

地域ケア会議はどこが主体となって実施されているか。

1. 国
2. 都道府県
3. 市町村
4. 民間

【解答】 3

地域ケア会議の実施主体は、市町村または、地域包括支援センターとなっている。

【問題 2】

地域ケア会議で正しいものを選び。

1. 個別課題を多職種で検討して課題を解決する
2. 各職業団体や専門職毎で個別にネットワークを作らず解決する機能がある
3. 個別課題は地域課題とは別物であることが多い
4. 地域ケア会議には地域づくりや資源開発の機能はない

【解答】 1

地域ケア会議の機能には、「個別課題解決機能」、「ネットワーク構築機能」、「地域課題発見機能」、「地域づくり・資源開発機能」、「政策形成機能」の5つがある。

【問題 3】

地域ケア会議を開催する意義について間違っているものはどれか。

1. 多職種協働
2. 参加者のスキルアップ
3. サービス事業者の質の向上
4. ケアプランチェックにてケアプランの見直しを求める

【解答】 4

地域ケア会議は、ケアプランチェックの場ではなく、個別課題の解決支援を中心に、地域課題、地域づくりにつなげるための会議である。

【問題 4】

地域ケア会議の司会者の役割で正しいものはどれか。

1. 地域ケア会議前に事例の読み込みや準備など必要ない
2. 地域ケア会議の目的やルールは確認しないほうがいい
3. 地域ケア会議の方向性をコントロールする

4. 専門職にあいまいな助言を引き出す

【解答】 3

地域ケア会議には、様々な専門職が参加するため各領域で専門的な助言が多くなる。司会者は、生活課題を中心にケアマネジメントに必要な助言となるように方向性をコントロールする必要がある。

【問題 5】

地域ケア会議で使用される書類で正しいものは何か。

1. 利用者基本情報には、年齢、性別、病歴などあり、家族構成や経済状況などは記載されていない
2. 基本チェックリストは、運動、栄養のみの項目である
3. ケアプランには、1日目標、10年目標が記載されている
4. ケアプランには、運動移動、社会参加、健康管理などについて記載されている

【解答】 4

利用者基本情報は、本人や家族から聞き取り、当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載されている。また 職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境など趣味活動、社会活動などを含め記載されている。

基本チェックリストは、運動、栄養、口腔、閉じこもり、認知、こころ項目をみることができる。またケアプランには1日目標と1年目標が記載されている。

【問題 6】

地域ケア会議で司会者が気をつけるべきことはどれか。

1. 高齢者のQOLの低下につながる会議となるように気を付ける
2. マンネリ化しないように常にいい緊張感があるように雰囲気づくりに気を付ける
3. 給付の抑制を目的に会議を進める
4. 事例を提供しえいるケアマネージャーの裁判のような雰囲気をつくること

【解答】 2

開催頻度が多くなるとマンネリ化、形骸化になりがちであるため、常にいい緊張感のある会議進行に努める事が大切である。

【問題 7】

厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護について要介護1の回数は何回か。

1. 7回
2. 17回
3. 27回
4. 37回

【解答】 3

要介護1の回数は27回である。

【問題8】

厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護について要介護5の回数は何回か。

1. 21回
2. 31回
3. 41回
4. 51回

【解答】 2

要介護5の回数は31回である。

【問題9】

厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護について、リハビリ専門職として求められる視点として間違っているのはどれか。

1. 訪問介護が疾患などで、一過性なのか、継続的なものなのか見る視点
2. 利用者、家族の希望を具体的に明確化する視点
3. 現在支援が必要な動作の原因を明確にする視点
4. 生活援助サービスを身体援助サービスに代える視点

【解答】 4

生活援助サービスから身体援助サービスに代える必要がないため。

4.6.1.5. 地域ケア会議と介護予防について

【問題1】

介護保険制度における介護予防で間違っているものはどれか。

1. 要介護状態になることをできるかぎり防ぐ
2. 要介護状態であっても状態がそれ以上悪化しないようにする
3. いい状態の時のみ生活機能の維持・向上を積極的に図る事が重要
4. その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるように支援する

【解答】 3

どのような状態であっても生活機能の維持・向上を積極的に図る事が重要。

【問題2】

介護予防の目的に合っていないものはどれか。

1. 高齢者の自己実現

2. 高齢者の生きがいづくり
3. 自分らしい生活の構築
4. 生活のお世話をしてもらうため

【解答】 4

「介護予防」は、要介護状態の軽減や悪化の防止だけでなく、高齢者が地域で自立した生活がおくれるようにすることを目的としている。これらは、「高齢者本人の自己実現」、「高齢者が生きがいを持ち、自分らしい生活をつくっていただく」ことが重要である。

【問題 3】

介護予防活動普及展開事業で間違っているものはどれか。

1. 介護施設をたくさん作り、安心して入居できる体制をつくる
2. 都道府県と市町村が連携して自治体における体制づくり
3. 多職種による介護予防ケアマネジメントの推進
4. 地域の受け皿づくりが全国の市町村で実践できるよう技術的な支援

【解答】 1

介護予防活動普及展開事業は、生涯現役社会を実現するため、高齢者の自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを、「地域ケア会議」というツールを通じて先行的に展開している自治体の事例を参考にした介護予防の仕組みを全国展開し、元気な高齢者を増やすことを目的として実施している。具体的には、このような介護予防の仕組みを展開するための、①自治体における体制づくり、②多職種による介護予防ケアマネジメント、③地域の受け皿づくりが全国の市町村で実践できるよう技術的な支援が挙げられる。

4.6.1.6. 地域ケア会議における事例提供者の役割について

【問題 1】

地域ケア会議における事例提供者とはどれか。

1. 地域包括支援センターの職員
2. ケアプランを作成した介護支援専門員
3. 市町村の職員
4. 社会福祉協議会の職員

【解答】 2

地域ケア会議における事例提供者はケアプランを作成した介護支援専門員。

【問題 2】

地域ケア会議における事例提供者の説明で適切でないものはどれか。

1. 利用者の基本情報
2. 生活行為の現況、課題
3. 課題を解決するためのケアプランの説明
4. 現在のプランを作成する上で困っていないこと

【解答】 4

現在のプランを作成する上で困っていることが正解。

【問題 3】

事例提供者の説明における留意点で間違っているものはどれか。

1. 現在提供しているサービスの必要性、妥当性、目指す効果等の説明する
2. 効果的な助言を得るために、利用者及び家族の考え方、背景など説明する
3. 利用者のサービスの種別、頻度について説明する
4. 利用者の宗教、預金などの個人情報に関することを説明する

【解答】 4

地域ケア会議における情報提供では、不必要な個人情報はだしてはいけない。

4.6.1.7. 地域ケア会議におけるサービス提供事業所の役割

【問題 1】

地域ケア会議に参加するサービス事業所が提出しない書類はどれか。

1. 健康診断の結果
2. 介護予防計画書
3. 報告書（モニタリング）
4. 運動器機能向上計画書及び報告書

【解答】 1

健康診断の結果は、介護保険のサービス提供事業所で管理する書類ではないため。

【問題 2】

地域ケア会議の際にサービス事業所が求められることで不適切なものを選び。

1. 利用者の個別のサービス計画やこれまでの経過などが分かる情報について
2. 利用者が現在利用している他のサービス事業所の情報について
3. デイサービスでの過ごし方や具体的なリハビリ支援の方法、ホームヘルパー派遣時の様子や具体的な支援の箇所、日中の様子などの情報について
4. 現在利用している、福祉用具や住宅改修の情報について

【解答】 2

利用者が利用しているサービス事業所毎に情報提供を行う。

【問題 3】

自立支援型の地域ケア会議を実現するために必要なものはどれか。

1. 行政だけが取り組めばいい
2. 介護支援専門員だけが取り組めばいい
3. サービス事業所だけが取り組めばいい
4. 行政、介護支援専門員、サービス事業所、住民みんなで行わなければならない

【解答】 4

行政・介護支援専門員の方々だけが自立に資するマネジメントを実践してもいけない。

また、事業者（所）も、適切な評価・予後予測に基づき、自立に資するサービス提供が必要。

住民も自立支援の考えを理解することが大切となる。そのため、行政、介護支援専門員、サービス事業所、住民みんなで行わなければならない。

4.6.1.8. 地域ケア会議における助言者（リハビリ専門職）の役割

【問題 1】

自立支援型地域ケア会議において、助言者（リハビリ専門職）の役割で間違っているものはどれか。

1. 助言者として「利用者のニーズ」を聞き出す
2. 助言者として「生活行為の課題」を確認する
3. 助言者としてお世話型に資する助言を行う。
4. 助言者として「実践につながる具体的な助言」を行う。

【解答】 3

助言者として自立支援に資する助言を行う。

【問題 2】

自立支援型地域ケア会議において、助言者（リハビリ専門職）が注意することはどれか。

1. 参加者にわかるように、専門用語を使い細かく説明する
2. 伝えたい助言を曖昧にして助言する
3. 時間がかからないように、問いかけだけで終わるように気をつける。
4. 具体的実行可能な助言をおこなう

【解答】 4

○全ての参加者にわかりやすい表現を心がけて、専門用語はできる限り避けて説明する

○何を伝えたいのか論点を明確にして助言する

- 助言や説明はポイントを絞って、短時間で説明する
 - 問いかけだけで終わらないようにする/ 問いの目的も明確にする
 - 具体的実行可能な助言を行う（持ち帰れる助言）
- 相手の立場になって伝える事を意識した上で、簡単なことは簡単に難しいことも簡単に伝える意識を持ってもらう事が大切。

【問題 3】

ICF の分類でないものはどれか。

1. 健康状態
2. 仕事
3. 参加
4. 個人因子

【解答】 2

ICF は、「健康状態」、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」、「環境因子」、「個人因子」に分けられて、仕事は不適切となる。

4.6.2. 生活行為向上マネジメント（MTDLP）

4.6.2.1. 介護保険と ICF

【問 1】

介護保険法第 1 条について正しい組み合わせはどれか

この法律は、加齢によ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および療養上の世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（①尊厳）を保持し、その（②有する能力）に応じた自立した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わる給付を行うため、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および福祉の増進を図ることを目的とする。

- | | | |
|----|-------|--------|
| 1. | ①心身機能 | ②有する能力 |
| 2. | ①尊厳 | ②有する能力 |
| 3. | ①心身機能 | ②希望 |
| 4. | ①尊厳 | ②希望 |

【解答】 2

文言通り掲載されている。

【問2】

介護保険法第4条について正しい組み合わせはどれか。

国民は自ら（①）に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、（①）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険医療サービスおよび福祉サービスを利用することにより、その（②）の維持向上に努めることとする。

1. ①要支援状態 ②心身機能
2. ①要介護状態 ②心身機能
3. ①要支援状態 ②有する能力
4. ①要介護状態 ②有する能力

【解答】 4

記載のとおり掲示されている。

【問3】

ICFについて当てはまるものはどれか。

1. 健康と安寧に焦点を当てている
2. 生活機能は健康状態や背景因子とは相互に関係しない
3. 分類用語は障害のマイナス面を表現する
4. 構成要素の中に環境因子は入っていない

【解答】 1

ICFは健康と安寧に焦点を当てている。生活機能の構成要素は、心身機能と身体構造、活動、参加である。これらに問題を生じた状態が障害とされる。生活機能は、健康状態や背景因子（環境因子と個人因子）と相互に関係している。分類用語は肯定的な表現を用いる。国際生活機能分類（ICF）は、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」が作用しあって構成されている。

4.6.2.2. これからのリハビリテーション

【問1】

ウォーキング（3.5MET s）と同等の生活行為はどれか。

1. 犬の散歩
2. 床のふき掃除
3. 調理
4. 草刈り

【解答】 3

犬の散歩：3.0 MET s、床のふき掃除：3.3MET s、調理：3.5MET s、草刈り：5.5MET s

【問2】

自立支援について当てはまらないものはどれか。

1. 自分らしく主体的に決めることを支援する
2. 生活の困りごとを解決するように支える
3. 対象者がしたいことを支える
4. 客観的にアセスメントし必要なことのみを支援する

【解答】 4

自分らしく生きること、主体的に生きること、自己決定を支援し、生活の中の困りごとを解決する、また対象者がしたいと思っていることを支えることが大切。

客観的なアセスメントも必要ですが、それのみでは真の自立支援とは言えない。

【問3】

これからのリハビリテーションについて当てはまるものはどれか

1. 専門職としてアセスメントを行いどのような生活がよいか提案し支援する
2. 利用者自身が自身の生活についてどうしたいかを決められるように支援する
3. できないところのみに着目し改善できるようアプローチする
4. 身体機能を改善することを最優先する

【解答】 2

主体的な生活を送るためには個人の意思が重要となる。利用者個人がどのような生活を送りたいのかをしっかりと聴取し利用者自身で決められるように支援することが重要である。

4.6.2.3. これからの介護予防

【問1】

介護予防の理念について正しい組み合わせはどれか

介護予防は高齢者が（ ① ）状態等となることの予防または（ ① ）状態等の（ ② ）を目的として行うものである

1. ①要介護 ②改善
2. ①要介護 ②悪化の防止
3. ①要支援 ②改善
4. ①要支援 ②悪化の防止

【解答】 2

記載の通り

【問2】

介護予防の考え方について当てはまらないものはどれか

1. 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチが最も重要である。
2. 高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも大切である。
3. リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取り組みを推進する。
4. 要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指す。

【解答】 1

介護予防の考え方として、「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、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、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重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。」と示されている。

【問3】

料理は次の生活行為の領域のどれに該当するか

1. ADL
2. IADL
3. 生産的生活行為
4. 該当なし

【解答】 4

その人の文脈により異なるため一概には言えない。例えば主婦であれば2に該当するかもしれないし、シェフとして料理で生計を立てているのであれば3に該当するかもしれない。その個人にとってどのような意味づけがあるのかを知ることが重要である。

4.6.2.4. MTDLPの概要①

【問1】

今後の高齢者人口の見通しについて当てはまらないものはどれか。

1. 2055年には75歳以上高齢者の全人口に占める割合は25%を超える見込みである
2. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者は増加する
3. 世帯主が65歳以上の単独世帯および夫婦のみの世帯は増加する
4. 高齢者の人口は都市部では急増し、地方では緩やかに減少する

【解答】 4

1. 2. 3. は記載通り。4. については都市部では急増加し、地方部では緩やかに増加する。

【問2】

生活行為マネジメントの説明で当てはまらないものはどれか。

1. 本人にとって本当に大切に重要な「やりたい」と思っている生活行為に焦点を当てたマネジメントツールである
2. 本人にとって本当に大切に重要な「やりたい」と思っている生活行為に関連した心身機能に焦点を当てたマネジメントツールである
3. 本人にとって本当に大切に重要な「やりたい」と思っている生活行為に関連した活動と参加に焦点を当てたマネジメントツールである
4. 本人にとって本当に大切に重要な「やりたい」と思っている関連した環境因子に焦点を当てたマネジメントツールである

【解答】 1

1の通りである。

【問3】

生活行為マネジメントの効果について当てはまらないものはどれか。

1. 介護される人から主体的な生活をする人に変化し活動的な生活を営めるようになる。
2. アセスメントからプラン作成の一連の課程を家族と一緒に共に行うことにより、利用者自身が主体的に取り組むようになる。
3. 生活のし難さを感じている高齢者でも、用具の活用、環境の整備等によりほとんどが再び容易にできるようになる。
4. 介護職との同行訪問、ケア会議での情報提供等作業療法士の参画により、活動、参加に焦点を当てた自立支援計画に、また実際の介護現場で過介護を防ぎ、自立支援に結びつける介護方法になる。

【解答】 2

アセスメント、目標設定、プラン作成の一連の過程を、利用者と共に行うことにより、利用者自身が主体的に取り組むようになり、できたときの成功体験は、達成感、効力感を向上させやる気を引き出し、意欲的な生活に変化させる。

4.6.2.5. MTDLPの概要②

【問1】

アセスメントについて当てはまらないものはどれか。

1. 対象者が望む生活行為の目標に対して、心身機能・構造、活動と参加、環境因子それぞれの強みと生活行為を妨げている要因分析を行う
2. 対象者が望む生活行為の目標に対して、心身機能・構造、活動と参加、環境因子それぞれの予後予測を行う

3. 対象者と共有せず専門家のアセスメントとして行っていく
4. 一定期間で達成される合意目標として具体的に挙げる

【解答】 3

アセスメントは、心身機能・構造、活動と参加、環境因子それぞれの生活行為を妨げている要因、強みの分析、予後予測を行い、これらの内容を対象者と共有したうえで、3か月または退院、退所などの一定の期間を設定した合意した目標を決める。

【問2】

生活行為聞き取りシートについて当てはまるものの組み合わせはどれか。

- ア. 本人の聞き取りを行う
- イ. 本人・家族への聞き取りを行う
- ウ. 実行度と遂行度を聞く
- エ. 実行度を満足度を聞く
 1. アとウ
 2. イとエ
 3. アとエ
 4. イとウ

【解答】 2

生活行為聞き取りシートは対象者の困っている課題、改善したいことを聞き取り、生活行為の目標を明らかにするもので、支援の根幹となるシートである。本人家族からの聞き取りを行い、実行度満足度を聞き取る。

【問3】

MTDLPのプログラムの立案について当てはまるものはどれか

1. 本人の状態改善のために心身機能に対する基本的プログラムを中心に考える
2. 心身機能ではなく、活動と参加に焦点を当てた応用的プログラムと社会適応プログラムを中心に考える
3. どれかに偏るのではなく、すべてにバランスよく働きかける
4. これまで通りの生活行為のやり方でできるように支援する

【解答】 3

生活行為を向上するためには、本人の機能回復だけでなく、新たな生活行為の実施方法、福祉用具の利用などの環境調整も含めトータルに検討していくが重要となる。

生活行為向上マネジメントでは、基本的プログラム・応用的プログラム・社会適応プログラムを立案しトータルにアプローチしていく。

4.6.2.6. 生活行為の見方

【問1】

生活行為を見るとき視点で当てはまるものはどれか。

- ア. 生活行為は個別性が高い行為もあるため様々は影響を受ける
- イ. 生活行為のやり方は基本が決まっているので様々な影響を受けにくい
- ウ. ICFのカテゴリーに沿って様々な観点からみていく
- エ. 主に心身機能と身体構造に焦点をあててみる

- 1. アとウ
- 2. イとウ
- 3. イとエ
- 4. アとエ

【解答】1

生活行為は個別性・特殊性の高いものもあり、様々な影響を受ける。多角的にとらえる必要がある。

【問2】

生活行為と個人因子について当てはまらないものはどれか。

- 1. 現在の状態が大切であるため過去の生活歴はあまり関係がない
- 2. 健康状態・体力・ライフスタイル・習慣などの情報は生活行為と結びついている
- 3. 生育歴、教育歴の聞き取りも大切である
- 4. 過去および現在の経験や職業、価値、興味の情報も大切である

【解答】1

特に、主要な生活行為は個人因子と深く結びついていて、個人因子の情報の中から読みとることもできたため、2-4は大切である。

【問3】

主要な生活行為について当てはまらないものはどれか。

- 1. 特にやりたいと思っている生活行為
- 2. 特にやる必要があると思っている生活行為
- 3. できなくなるととても困る生活行為
- 4. やりたくない生活行為

【解答】4

1-3が主要な生活行為である。

4.6.2.7. 演習

【問1】

面接の技法について正しいものはどれか

1. 視線をそらさずしっかりアイコンタクトをとる
2. 概ね3秒程度視線を合わせ上から下にそらす
3. 身体言語よりも言語的表現に気を配る
4. 声の調子は一定で落ち着いた雰囲気を作る

【解答】 2

アイコンタクトをとることが大切であるが見つめすぎると圧迫感を感じる人もいるため、概ね3秒程度合わせることが望ましい。また身振り手振り、姿勢などの身体言語にも気を配り、声の調子は相手とシンクロさせるとよい。

【問2】

生活行為の聞き取りについて、当てはまるものはどれか

1. キーパーソンの意向も重要である
2. 現在のニーズが出てこない場合無理には聞き出さない
3. 機能回復を希望する場合どこを直したいのか具体的な部位を聞き取る
4. 主要な生活行為を聞き出したらそこで面接を終了する

【解答】 1

在宅生活等を考慮すると、キーパーソンの意向が重要となってくる。本人の意向と同様に重要となるため必ず聞き取る。現在のニーズが出てこない場合は、興味関心チェックシートを活用し、思いを引き出す。また機能回復を志向する場合でも、手足が動いたらどんなことがしたいのかその先の生活行為を伺ってみる。主要な生活行為が聞けても、そこで終わらずに、具体的にどのようにやっていたのか、やってみたいのか聞いてみる事が重要である。

【問3】

プランニングについて当てはまるものの組み合わせはどれか

- ア. 本人の能力向上を第一に考慮する
 - イ. 環境や道具の工夫でできるようになることも考える
 - ウ. 模擬的な練習はあまり効果がない
 - エ. 家族や本人が行うこともプランに盛り込む
1. アとイ
 2. ウとエ
 3. アとウ
 4. イとエ

【解答】 4

プログラムは、基本的、応用的、社会適応プログラムの3つの段階を考えて設定する。

基本的プログラムは心身機能に対するアプローチ（筋力増強、関節可動域拡大、立ち座り練習等）。

応用的プログラムは環境因子によって影響を受ける生活行為をその環境に適応できるように働きかけるまたは環境因子そのものに対するアプローチ。

社会適応プログラムは環境因子によって影響を受ける生活行為をその環境に適応できるように働きかけるまたは環境因子そのものに対するアプローチである。

すべてにバランスよく働きかけることが重要である。

5. 介護予防学び直し講座の実施モデルに向けて

5.1. 概要と目的

介護予防学び直し講座の対象者は、介護予防に関心のあるリハビリテーション専門職「理学療法士・作業療法士」である。普段は医療機関・福祉施設等に勤務する対象者に対して、できるだけ負担をかけずに、実効性の高い学び直し講座を提供していくためには、どのような点に留意していけばいいのか、これは講座の運営主体となる専門学校にとって、不可欠かつ重要な検討課題である。特に、本事業が終了する2020年度以降、この介護予防学び直し講座を他の地域の専門学校でも実施してもらうよう、事業成果の水平展開を進めていく上でも、この課題に対する何らかの解決方を整えておく必要がある。

学び直し講座「実施モデル」は、この課題に対する有効な解決方のひとつと捉えている。学び直し講座の企画から実施運営、評価、改善といった一連のプロセスにおいて留意すべきポイントやその具体策などを系統的に整理できれば、今後の講座運営は効率的で効果的なものとなるはずである。また、このようなモデルが示されれば、学び直し講座の導入や実施を考えている専門学校にとって、そのハードルは大きく下がるものと期待できる。

5.2. 学び直し講座実施のプロセス

以下は、学び直し講座実施の標準的なプロセスと各工程における主な活動・検討項目の例である。ここではPDCAサイクルを基本としている。

図表 5-1 学び直し講座実施のプロセス

工程	主な活動・検討項目等
計画 (Plan)	<ul style="list-style-type: none">● 学内体制の整備● 講師手配● 受講者募集● 教育リソース確保● 検証方法策定 等
運営 (Do)	<ul style="list-style-type: none">● 受講者対応● 講師対応● 講座モニタリング● 施設・環境管理 等
評価 (Check)	<ul style="list-style-type: none">● 実施内容の評価● 実施体制の評価 等

改善 (Act)	<ul style="list-style-type: none"> ● 改善策の立案 ● 改善策の実施 等
----------	--

5.3. 企画 (Plan) のモデル化に向けて

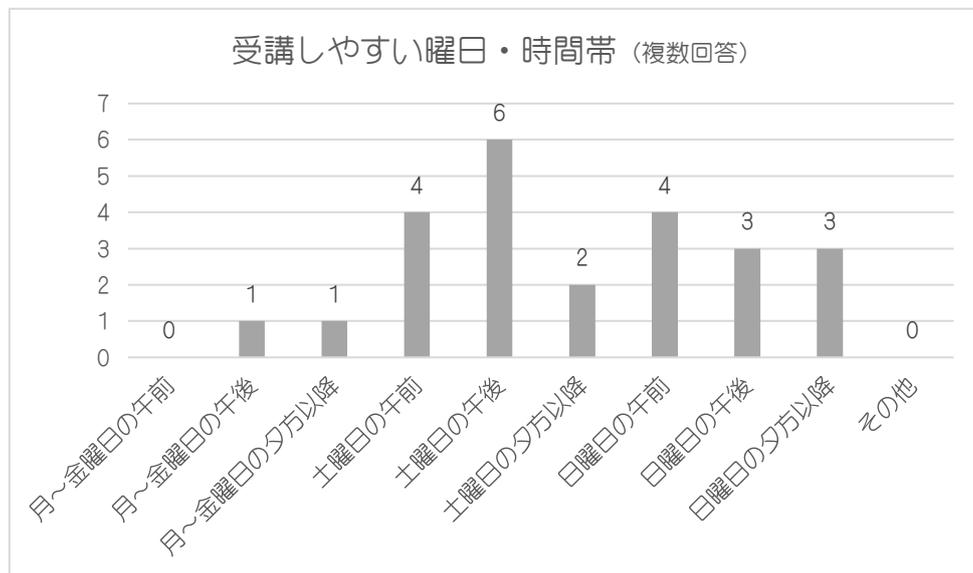
今年度の事業では、PDCA サイクルのうち、「企画 (Plan)」の工程に関して検討を進めた。その具体的な論点は、「①受講者にとって受講しやすい講座の開催」と「②効果的な受講者募集の方策」である。

5.3.1. 受講しやすい講座の開催

仕事をもつ社会人を対象とする場合、時間的な制約への配慮は極めて重要である。内容面で良質な講座であっても、受講しづらい時間帯や曜日では受講者は集まらない。

今年度の実証講座では、受講者に対する事後アンケートで、この点について確認をとっている。それが次に再掲するグラフである。

図表 5-2 受講しやすい曜日・時間帯

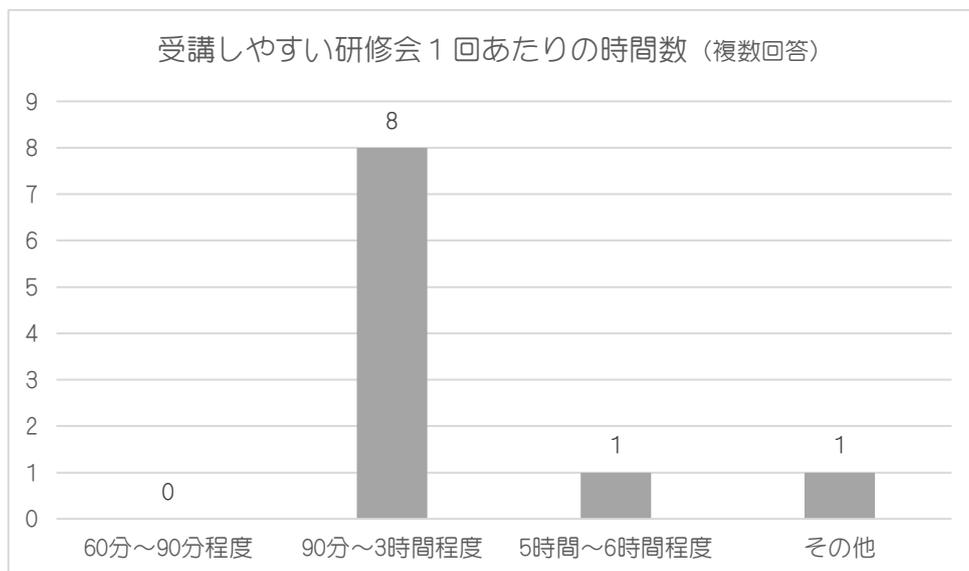


これは、実証講座のような研修会に参加しやすい曜日・時間帯を複数回答可の形で質した結果である。これによれば、「土曜日の午後」が最も多く、「土曜日の午前」がこれに次いでいる。実証講座の受講者の多くは「土曜日」が望ましいと考えていることがわかる。また、「日曜日」という回答も平日 (月～金曜日) に比べて多いことから、仕事が休みの土日が受講しやすいようだ。

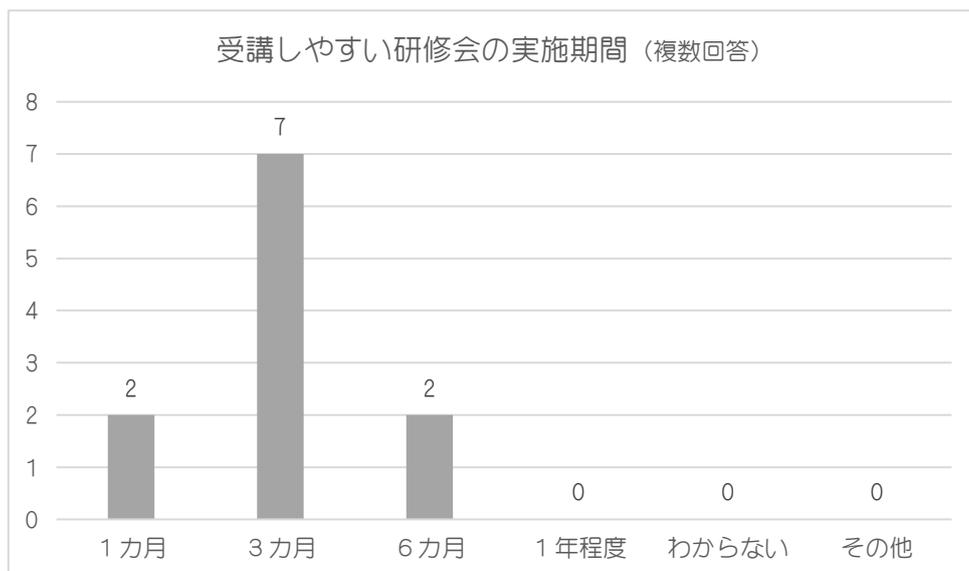
講座の企画段階では、集合研修の開催日程を早々に確定する必要があるが、土曜日もしくは日曜日を優先的に検討するのがベターである。

次に再掲するのは、受講しやすい研修会 1 回あたりの時間数を問うた結果である。これによれば、「90 分～3 時間程度」、つまり「半日」を望む意見が抜きん出て多い。休日が丸 1 日研修で占められてしまうことには抵抗感を覚える受講者が少なくないのかもしれない。この点についても、集合研修の開催日数、あるいは内容の組み立てを検討する際に留意すべきポイントである。

図表 5-3 受講しやすい研修会 1 回あたりの時間数



図表 5-4 受講しやすい研修会の実施期間



受講しやすい研修会の期間では「3 カ月」も最も多く、「6 カ月」という回答もある。介護予防学び直し講座の e ラーニングの時間数（講義映像の視聴時間数）から、1 カ月という設定は難しく、3 カ月程度が順当なところであるが、この結果からすれば、3 カ月という期間は大きなネックにはならないとみてよさそうである。

5.3.2. 受講者募集

専門学校が社会人を対象に夜間講座などを実施する際、課題のひとつが受講者募集である。専門課程の学生募集・広報活動とは対象者の属性が大きく異なるため、それとは違う対象に応じた募集戦略・活動が必須となる。

受講者募集のアプローチは大きく「個人に対する募集」と「組織に対する募集活動」に分けることができる。

「個人に対する募集」は文字通り、受講者の候補となる個人に対して直接的に募集活動を行うもので、例えば、DM（ダイレクトメール）で卒業生に講座開催の告知をするなどがその典型である。専門誌などのメディアを使った募集広告もこれに相当する。

しかしこのやり方は、宣伝広告やDM発送といったコストに対して、それに見合った効果が得られるとは限らないという面がある。

一方、「組織に対する募集活動」は、受講者の候補（自校の卒業生を含む）が所属する組織、医療機関・福祉施設等といった勤務先、あるいは士会のような職能団体に対してアプローチするやり方である。

本事業の実証講座では、このアプローチにより受講者を募ったが、中長期的な視点で見れば、組織（学校）対組織の関係づくりがうまくいけば、講座を安定的・定期的に開催できる基盤が形成されることが期待される。当初の段階では、関係の構築に時間や労力を要することになるが、学び直し講座の継続的な実施や発展を見込むのであれば、このアプローチが適当であるだろう。

5.4. 次年度の検討

今年度は、学び直し講座実施の PDCA サイクルのうち、企画（Plan）の一部について実証講座の実施結果などを参考に検討を加えた。

次年度は、企画（Plan）のさらなる検討の他、講座の運営（Do）、評価（Check）、改善（Act）の各工程について検討を進め、学び直し講座の実施モデルを取りまとめていく。

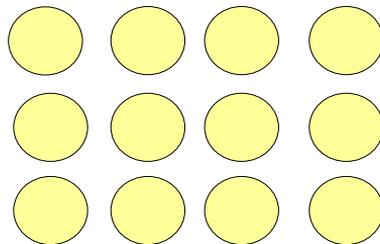
教材・資料

- 介護予防（実証講座「地域包括ケアシステムについて」使用教材）
- 介護予防における MTDLP の活用（実証講座「生活行為向上マネジメント（MTDLP）概論」使用教材）
- 介護予防の概要
- 介護予防における運動プログラム
- 認知症の障害の本質と認知症原因疾患への理解
- IPW Interprofessional Education Work～多職種連携とは～
- 高齢期の栄養
- オーラルフレイル

テーマ「介護予防実務者研修」



医療法人 夢結
らそうむ内科・リハビリテーションクリニック
作業療法士 梶井 剛士

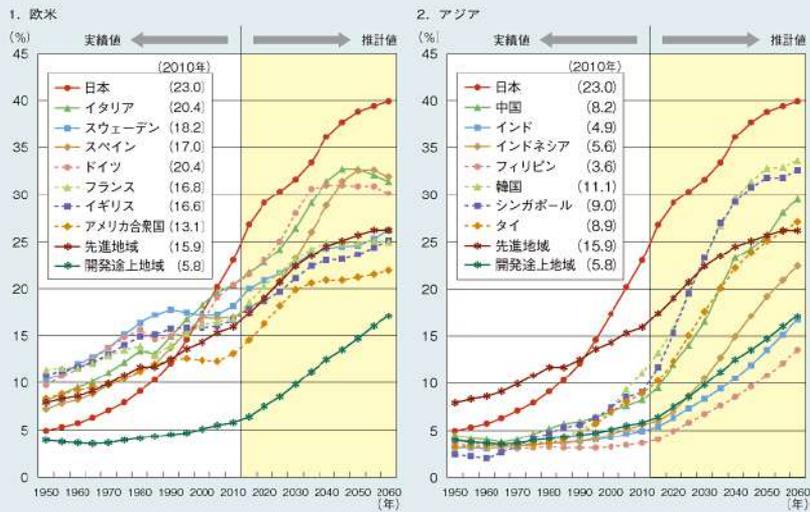


なぜ地域包括ケアシステムが 必要なのか

- わが国は世界で最も高齢化が進んだ高齢先進国
- 急速な高齢化・少子化の進展を背景とした「著しい人口構造の変化」
- 社会保障費への著しい影響と「4つの社会問題」

- わが国は世界で最も高齢化が進んだ高齢先進国

図1-1-13 世界の高齢化率の推移



資料：UN, World Population Prospects : The 2010 Revision
 ただし日本は、2010年までに総務省「国勢調査」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。
 (注) 先進地域とは、北部アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア及びニュージーランドからなる地域をいう。
 開発途上地域とは、アフリカ、アジア（日本を除く）、中南米、メラネシア、ミクロネシア及びポリネシアからなる地域をいう。

高齢化社会のパイオニア

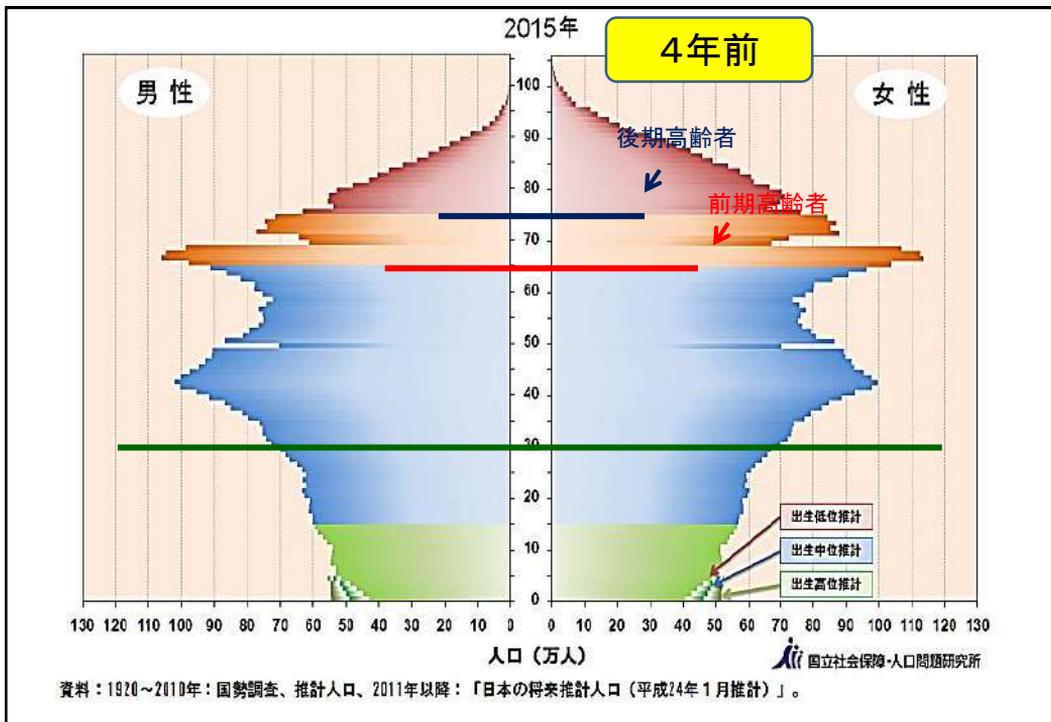
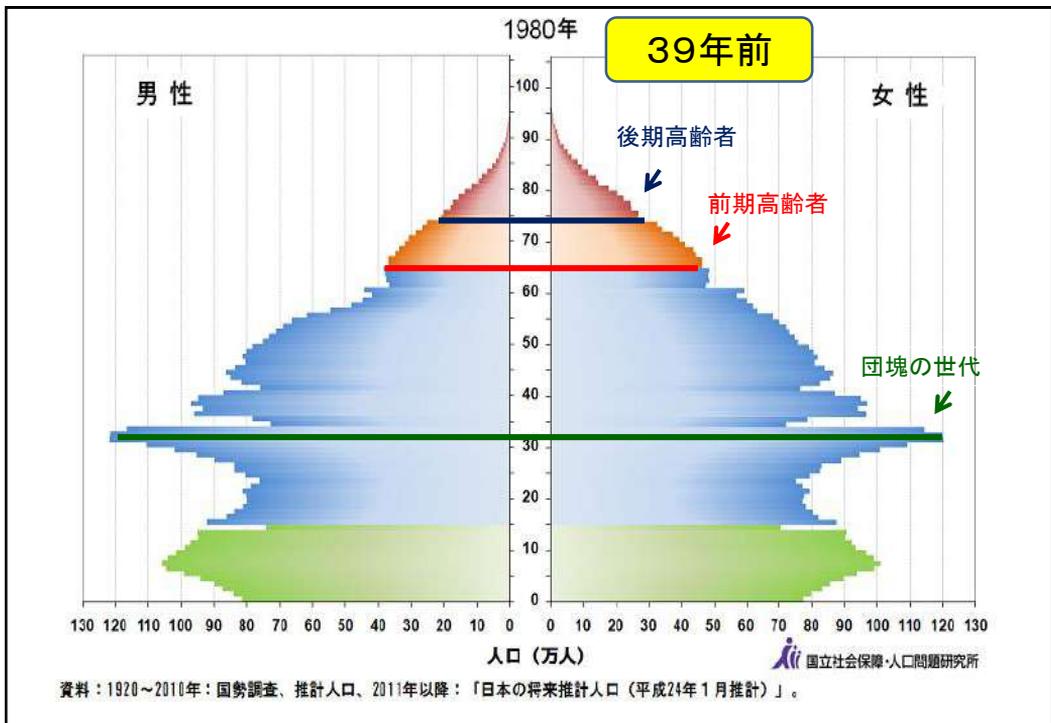
先進国は高齢化傾向

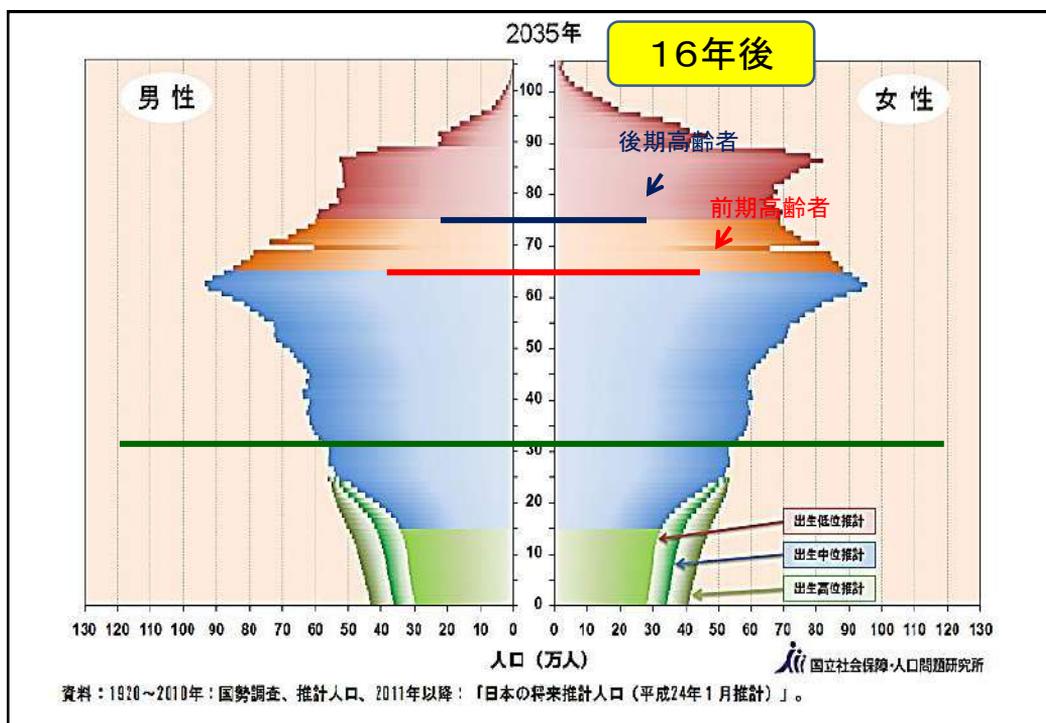
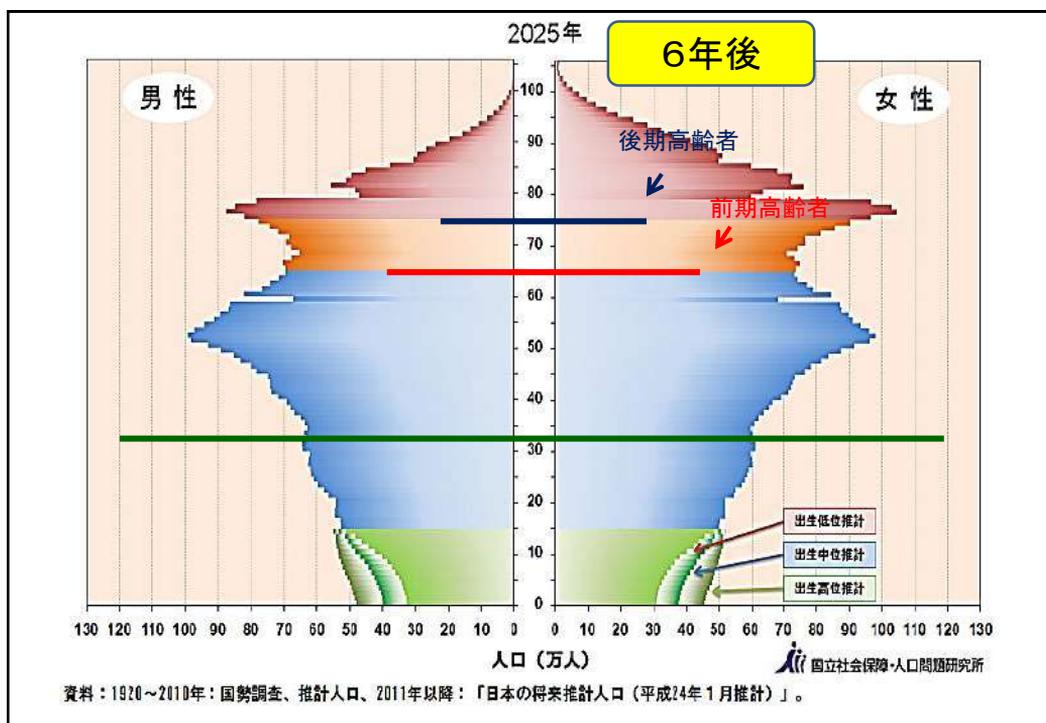
- 我が国は世界のどの国も経験したことのない高齢社会を迎えている。
- 韓国、シンガポール、中国が追随。
- 発展途上国も近い将来高齢化。

□ 急速な高齢化・少子化の進展を
背景とした「著しい人口構造の変化」

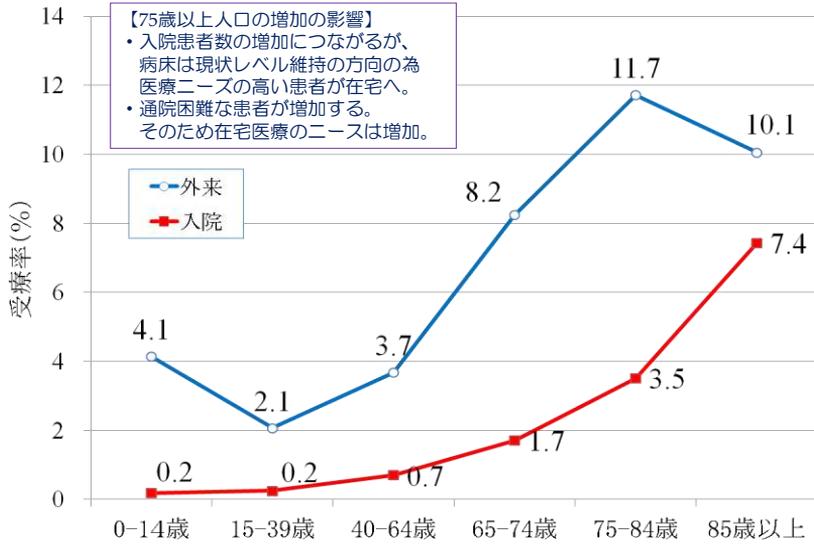
2025年問題とは？

2035年問題とは？



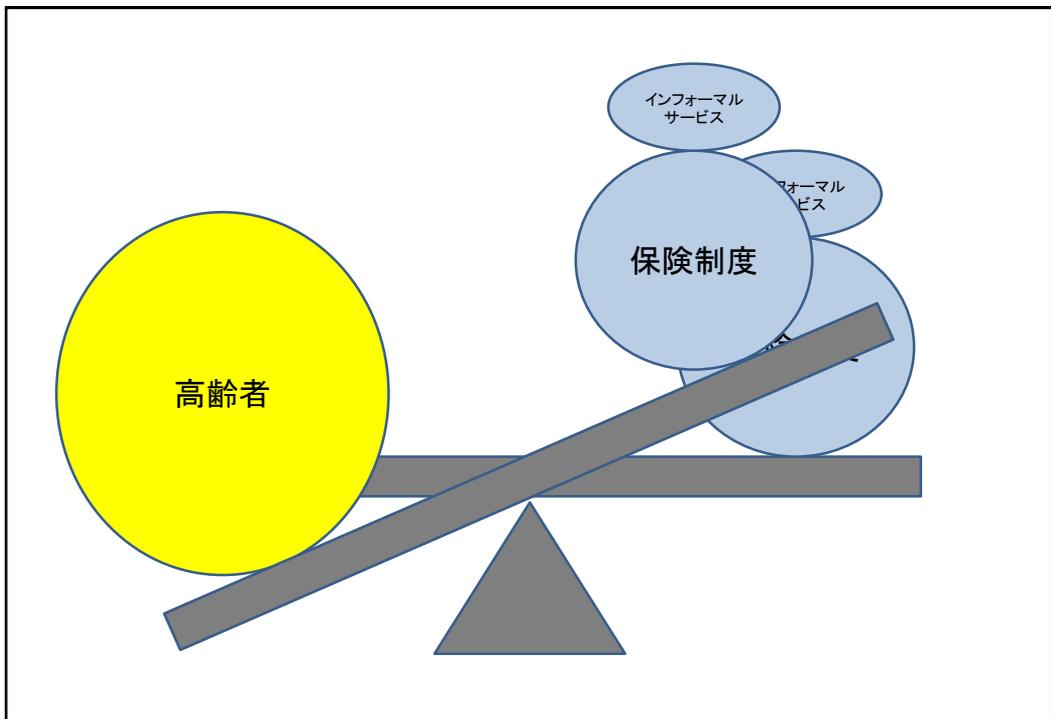


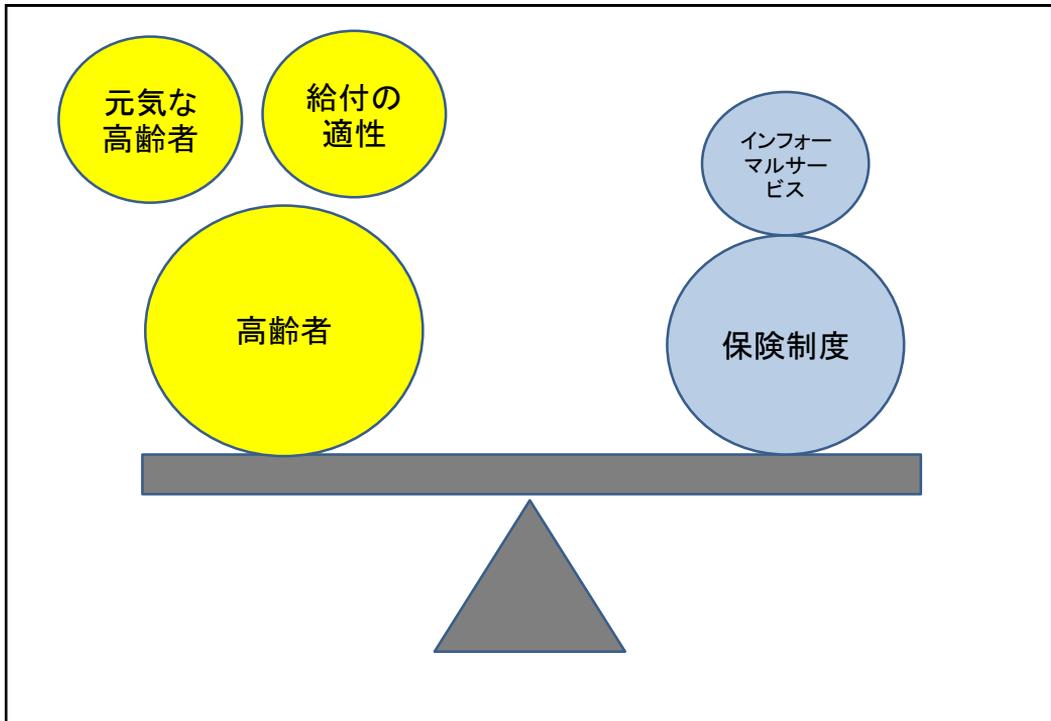
高齢化の影響—在宅医療のニーズの増大—



出典：厚生労働省「平成23年患者調査（1日調査）」

13





人口動態をまとめると

2015年 団塊の世代が65歳になった

2025年 団塊の世代が75歳になる。

75歳以上高齢者は、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高く、認知症の発生率が高い等の特徴を有している。

2035年 団塊の世代が85歳になる割合が多くなる 医療リスクの高い人口が増える

団塊ジュニア世代が65歳になる。

通院困難な患者が増える

入院できる数と対象者の数が合わない

○在宅医療の必要性

○介護保険だけではまかなえない

○生産年齢層の減少から介護する人、支えるひとの問題

○ベッド数の問題

○元気な高齢者だけではなく、社会資源として必要とされる高齢者が必要

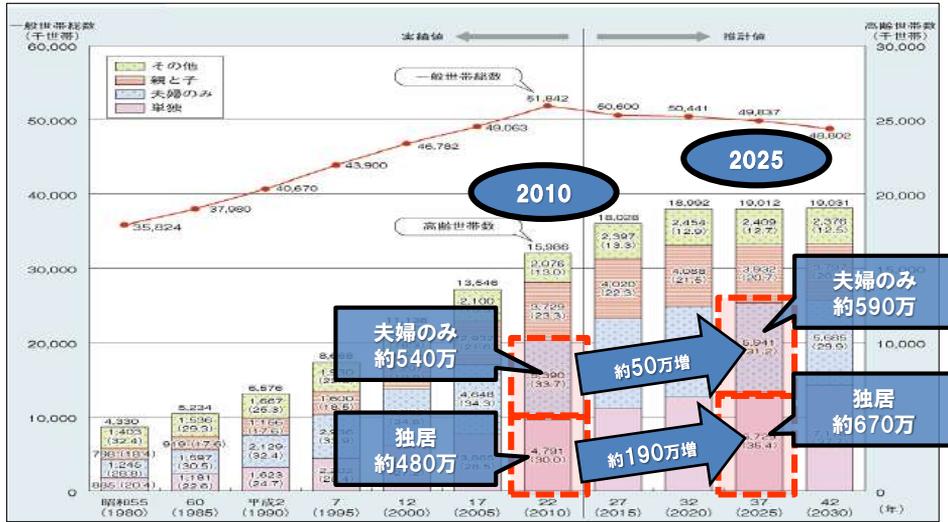
○高齢者の女性の割合が増える事 骨粗鬆症や骨折の患者が増える可能性

□ 社会保障費への著しい影響と
「4つの社会問題」

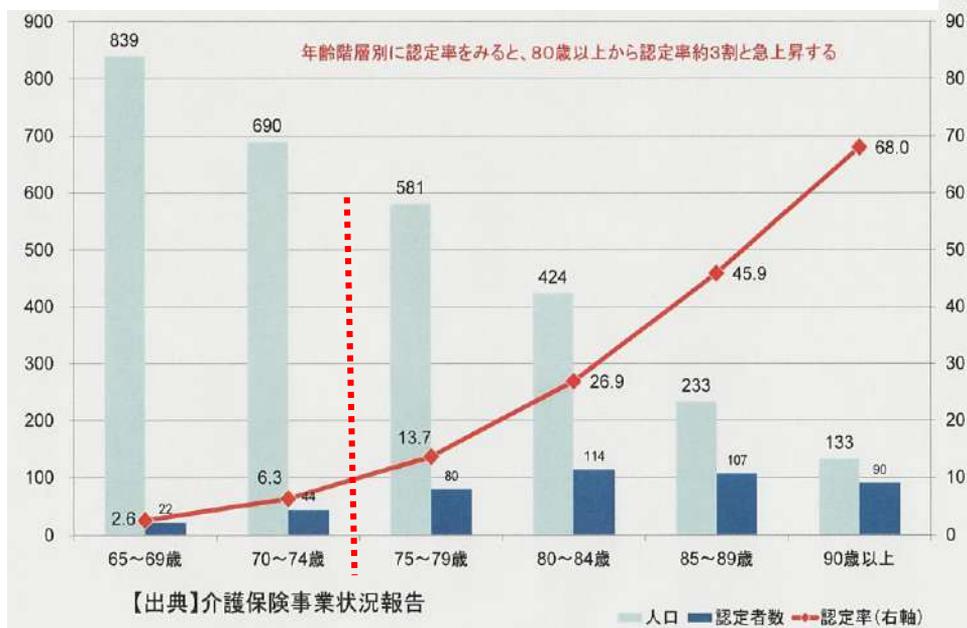
4つの大きな社会問題

- 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

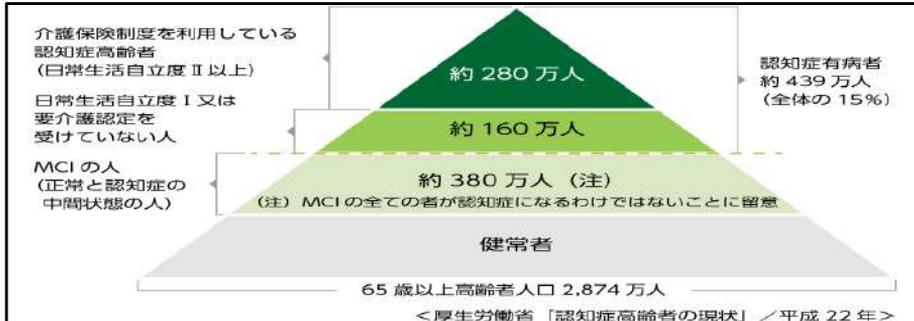
①高齢者の独居・夫婦のみ世帯の増大



②高齢者ケアニーズの増加



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

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】
 2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
 2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2008年度版)」から推定

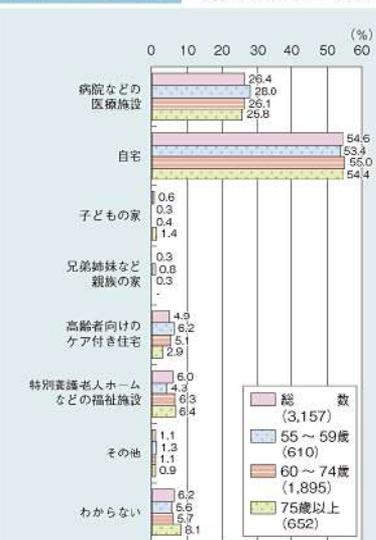
※介護施設は老健、老人ホーム

質問

将来、どこで最後を迎えたいですか？

また、病気をしたら、家と施設どちらがいいですか？

図1-2-3-22 最期を迎えたい場所



資料：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」（平成19年）

最期を迎えたい場所は「自宅」が半数を超える

- 「治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか」についてみると、
- 「自宅」が54.6%で最も多く、
- 「病院などの医療施設」が26.4%

でも実際はできない。なぜ？

図1-2-3-23 自宅で最期まで療養することが実現困難な理由（複数回答）



資料：厚生労働省「終末期医療に関する調査」（平成20年）

（注）「最期」とは、「自分が治る見込みがなく死期が迫っている（6か月程度あるいはそれより短い）期間」を想定

家で最後を・・・。

- 「自宅で最期まで療養することが実現困難な理由(複数回答)」についてみると、
- 「介護してくれる**家族に負担**がかかる」が最も多く約8割となっており、
- 次いで「**症状が急変したときの対応**に不安である」が5割強となっている。

これらが解決できれば・・・

一人暮らし高齢者は増加傾向

- 一人暮らし高齢者の増加は男女ともに顕著。
- 一人暮らし高齢者が高齢者人口に占める割合は、昭和55(1980)年には男性4.3%、女性11.2%であったが、平成22(2010)年には男性11.1%、女性20.3%となっている。

2025年には65歳以上の
一人暮らしが21.6%に

地域包括ケアシステムについて

こういう状況を踏まえた上で、
これからは新しい枠組みを作る必要がある。
そこで、国が新たに作ろうとしている枠組みが

地域包括ケアシステム

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、**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。



出所 「地域包括ケアシステムの構築に向けて」、第46回介護保険部会 資料3 (2013/8/28) に加筆

31

地域包括ケアの5つの視点の取り組み

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化

②介護サービスの充実強化

- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスなどの在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取り組みや自立支援に資する介護の推進
- ・社会参加を通じた介護予防による高齢者の居場所と出番の創出

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

＜進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」＞



地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

- 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの利便化
- 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定、計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- 都道府県による市町村に対する支援事業の創設、財政的インセンティブの付与の規定の整備
- （その他）
 - 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
 - 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
 - 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方が普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

- ① 「日常的な医学管理」や「着取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設
 - ※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き継ぎ使用できることとする。
- ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくなるため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける
- （その他）
 - 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
 - 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への繰上納付金の導入（介護保険法）

- 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。(介護保険法)

5 介護納付金への繰越積立の導入(介護保険法)

・各要介護者が納付する介護納付金(40～64歳の保険料)について、被用者保険間では『繰越積立制(報酬額に比例した負担)とする。』

※平成30年4月1日施行。Ⅱ-5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ-4は平成30年8月1日施行

1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

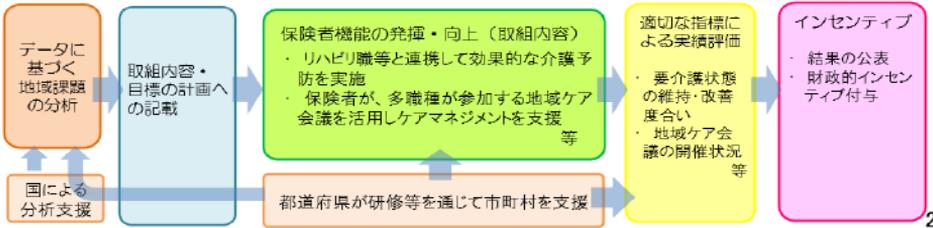
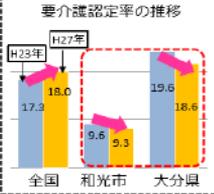
○ 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。

- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
- ① データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与
- を法律により制度化。

- ※主な法律事項**
- ・介護保険事業(支援)計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
 - ・介護保険事業(支援)計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
 - ・都道府県による市町村支援の規定の整備
 - ・介護保険事業(支援)計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
 - ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている和光市、大分県では

- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制

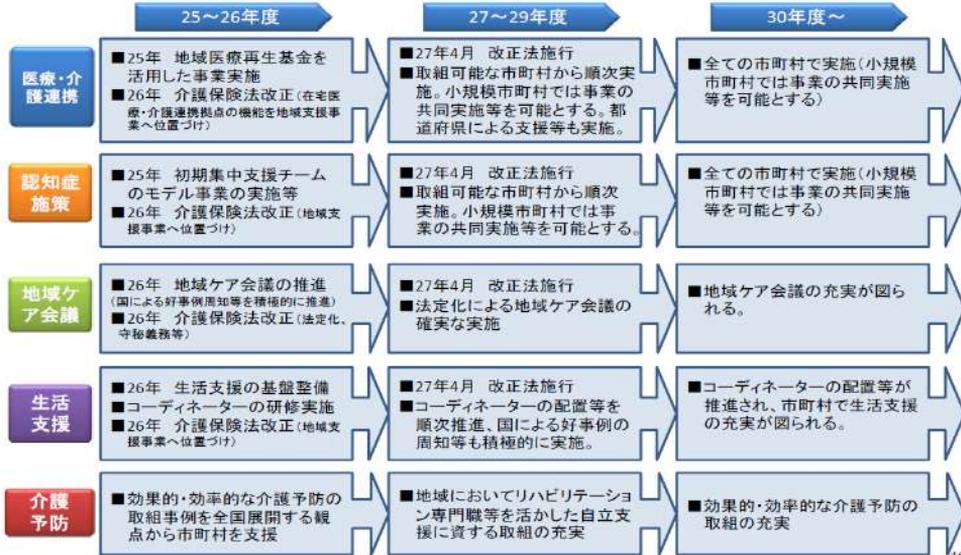


地域包括ケアシステム構築といっても、全国一律ではない！！

地域特性、課題も違うため名前は一緒でも中身が違う！！



医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実のスケジュール



16

B5 在宅医療・介護連携推進事業(介護保険の地域支援事業、平成27年度～)

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業(平成23・24年度)、在宅医療推進事業(平成25年度～)により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、即市区医師会等と連携しつつ、取り組む。
- 可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村が、原則として(ア)～(ク)の全ての事業項目を実施。
- 一部を都市医師会等(地域の中核的医療機関や他の団体を含む)に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と取組例

<p>(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化 さらに連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応可能な日時等)を調査した結果を、関係者間で共有、住民にも公表等  <p>(熊本市)</p>	<p>(エ) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域連携バス(在宅医療を行う医療機関、介護事業所等の情報を含む)等の活用により、在宅医療・介護の情報の共有支援 在宅での看取り、急変時の情報共有にも対応等 	<p>(キ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催 パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 在宅での看取りについても普及啓発等  <p>(福岡地区医師会)</p>
<p>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等を協議等 	<p>(オ) 在宅医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じて、多職種連携の実践を学ぶ 介護職種を対象とした医療関連のテーマの研修会を開催等 	
<p>(ウ) 在宅医療・介護連携支援センター(仮称)の運営等</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携の支援窓口の設置・運営により、在宅医療と介護サービスの担当者(看護師、社会福祉士等)の連携を支援するコーディネーターを配置して、連携の取組の支援とともに、ケアマネジャー等から相談受付等 	<p>(カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制を整備等 	<p>(ク) 二次医療圏内・関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、在宅医療・介護等の関係者間で情報共有の方法等について協議等

1

介護予防について

医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実のスケジュール



介護予防(重症化予防)を考える

いつから介護予防として関わるのでしょうか？

入院中・通院中に考えること



病棟システムを作る上で気をつけていること

○病院全体での採算性(先をみすえて)
 メリット デメリットを考える
 診療報酬、介護報酬、地域包括ケアシステムを踏まえ

○患者様家族の視点でつくる事

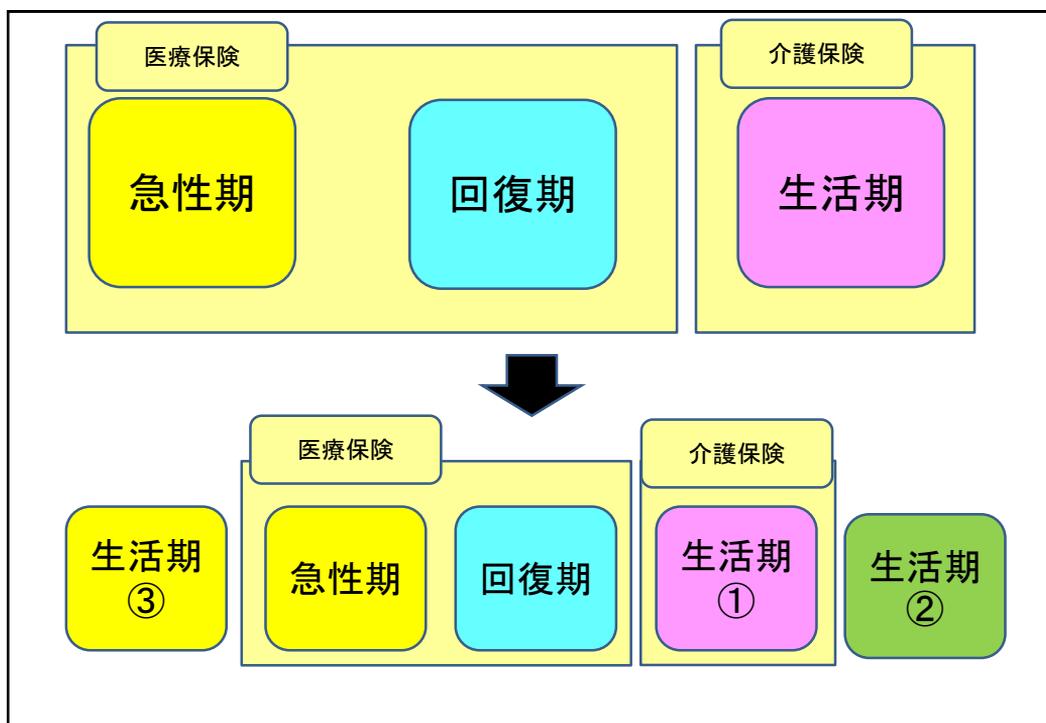
地域にどのように戻すのか？ 地域でどのような生活を送るのか？

○スタッフが働いて充実感を得られること

○自分がやって良かったと思える事
 自分が入院したいと思える仕組み



○セラピストは技術のスペシャリストでありながら
 あくまでも支える気持ちを忘れず主人公と誤解しない事



1日の仕事



※午前午後の逆もあります

医療保険分野 + 介護保険分野の両立

⇒退院後のフォローを知っている担当が地域に出て行う

2つの分野を働く事で・・・

- 退院後のよりリアルな在宅生活のビジョンを持って仕事をする
自分が提供してきたサービスや**予後予測**の確認ができる。
スタッフは、その日付から**逆算**して**自分が何をすべきか**考える

病院で務めていた頃の取り組み

●家族との面談の使い方

状態説明だけでなく在宅で問題となることや家族が不安に思っていることを詳しく話す
サービスを提供するものがいかに在宅の生活像を持ってサービスを提供するかが大切

- 例) ・在宅での導線がどうなっているか？
- ・家族に必要な介助はどんなものか？それができるのか？
 - ・排泄はどうするのか？(昼・夜) 等

家族に在宅に帰って来てからの生活をいかに想像させて自信を持たせる事が大切

毎食後の歩行



・患者様ができる能力を最大

早出・遅出勤務

洗面台での整容



取り組み 排せつしやすい環境作り



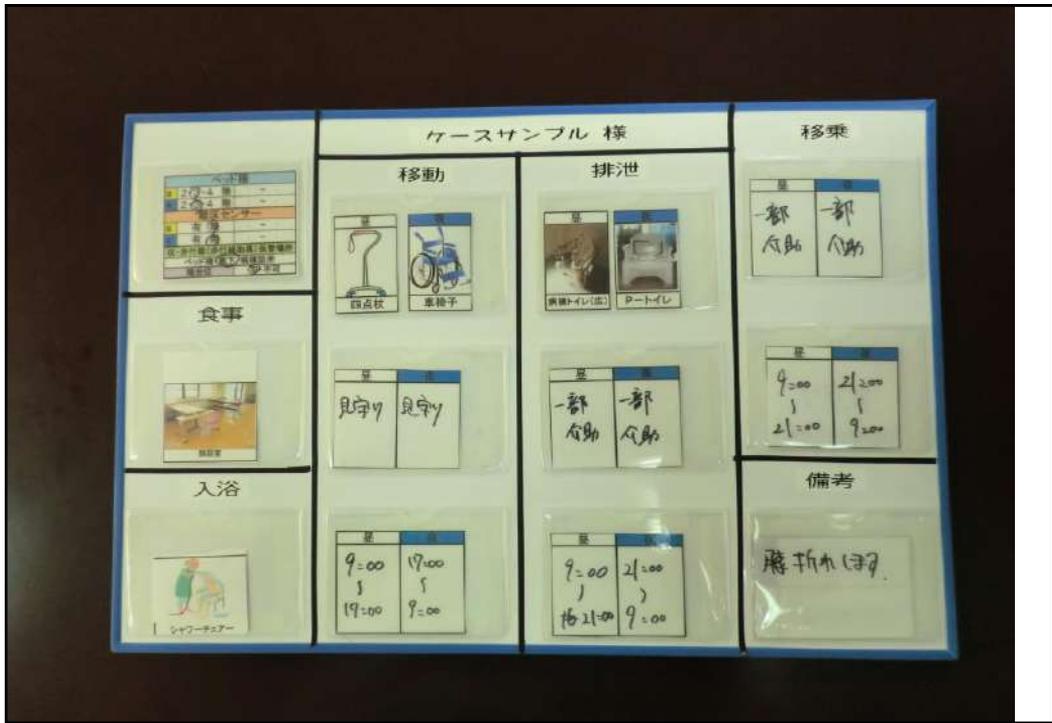
取り組み 自分で出来る事は自分で行なう。



歩行許可書のシステム

- 青 独歩フリー
- 緑 杖フリー
- 橙 歩行器フリー
- 赤 車椅子フリー





農作物作り





たくさん笑顔を頂いてます。



芝坊主！！



よく思っていたこと

- 身体が動かないから、しない
- 身体動くようになったらする
- 危ないからしない



ずっとしないかもしれない

まずセラピストはやりたい事
やりたくなるスイッチを押す



評価 面接 病棟での取り組み(仕掛け)

やりたくなったらどうやったら
できるか一生懸命考える



評価 治療 チームアプローチ

やり続ける事ができるよう
最小限のサポートする



フォロー体制
現実的な予後予測

できるからするのではなく、やりたいからする

急性期や回復期、地域包括ケア病棟など入院で働くセラピストは……

地域生活のスタートラインに**どのように**立たせるかが重要

退院支援するにあたりチェックする事

- ①24時間 1週間の生活を想像できるか！！
- ②本人、家族が自宅や施設で動作が再現できるかの確認
- ③セラピストがいかに最少の関わりで退院する事ができるかの
のちの訪問、通所、サロン、入所等に大きく関わるため
- ④リハビリの概念を運動から生活の在り方への変換

在宅・地域で考えること

依頼やお願いされたから、介護予防に参加する

依頼やお願いされるように介護予防に参画する

この違いって、大きくありませんか？

地域において、介護予防に取り組む専門職、人材

PT・OT・ST

だけじゃない

保健師 / 健康運動指導士 /
歯科衛生士 / 介護予防運動指導員 ……

地域実情・課題

×

介護予防

病院



対象 患者
個別(何かしらの疾病がある)

場所 病院 自宅



何かしらの病気で悪くなり、リハビリを頑張りたい



期待に応じて いいサービスを提供したい



公民館



対象 住民・市民
集団(健康から慢性疾患まで)

場所 公民館 / 公共施設 等



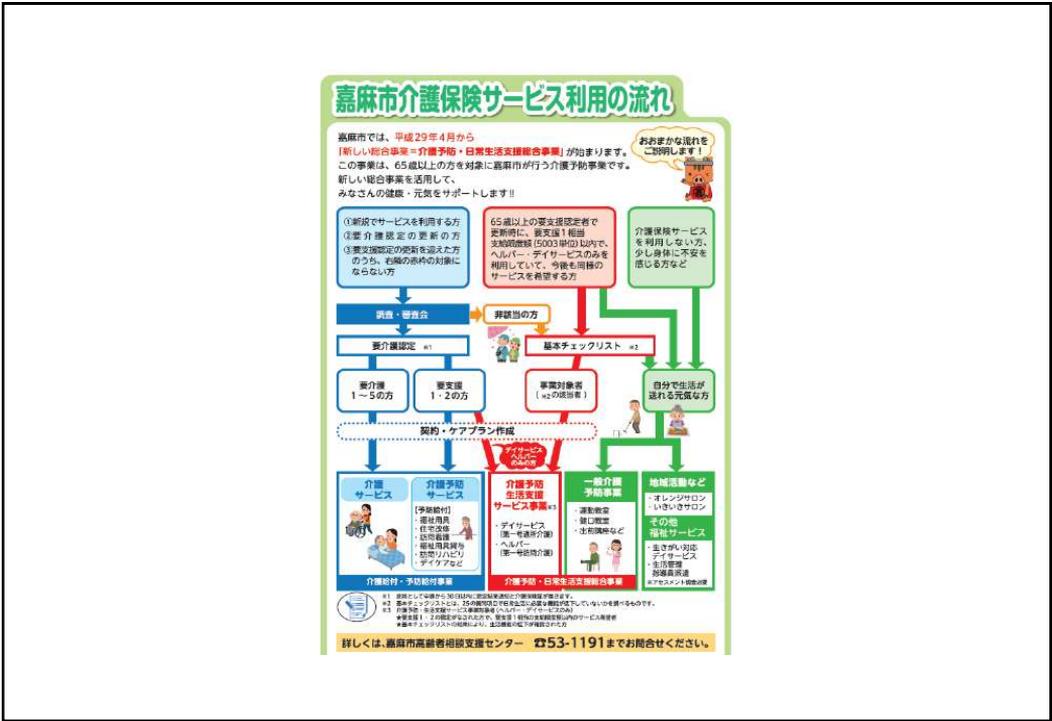
たのしく運動をしたい / 誘われたからきた / 運営するのが大変



期待に応じて いいサービスを提供したい



介護予防ってどのような人が対象なの？



サロン

って言ったらどんなものイメージします？



地域課題を知るすべ

地域ケア会議

医療・介護連携会議

生活支援協議会(生活支援コーディネーター、地域支え合い推進員)

地域介護教室に参加・見学してみる

介護予防にかかわるための取り組み行動

- ①個人や集団をみることができるか？
- ②様々な相手に対応できるか？（対象者、時間、場所、日時）
- ③運動と生活課題を結びつけることができるか
- ④やりたくて来ている人に対する対応/やりたくなるような仕掛けを一緒に考える人
- ⑤コミュニケーション能力 話術（話す力 / 聞く力）
- ⑥継続できるモチベーションを維持させれるアドバイス、サポート

将来の自分を想像したことありますか？



健康とは

WHO（世界保健機関）1946年
健康とは、単に疾患がない、虚弱ではないということではなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態

健康とは

健康とは、からだ、こころ、
周りの人との関わりがよい状態のこと

どんな人が、自分は健康だなあ、元気だなあと感じるのでしょうか？



- ①自分で「やる」ことがたくさんある人
- ②家族やご近所とうまくお付き合いできる人(支えがある人)
- ③趣味を持っている人
- ④よく外出する人
- ⑤家族や地域に貢献している人・役に立っている人
- ⑥運動習慣がある人
- ⑦痛みがない・痛みが少ない人
- ⑧所得の高い人

介護予防は健康になる手段である

（「からだ」と「こころ」と「つながり」を作る手段）

介護予防に参加することをゴールにするのではなく、
生活の維持・変化、目標の達成など参加の先を見据えたサービスを提供できるようにする



住民主体型の介護予防への参加

○嘉麻市の住民主体型 介護予防

□名称 オレンジサロン

□開催場所 山田地区 嘉穂地区 2カ所

□開催頻度 山田地区 毎週 火曜日午前 、 金曜日午後
嘉穂地区 毎週 火曜日午後

□運営の補助制度 年間10万円運営グループに補助

□市のバックアップ体制

- ・保健師、リハビリスタッフ、認知症地域支援推進委員、在宅介護支援センター職員等の派遣
- ・立ち上げ時期のプログラムの相談、援助
- ・開催場所の選定、相談
- ・市民への広報





作業療法士が**作業**をどのように提供したらいいでしょうか？

必要最小限でかつ、必要とされる関わり

(東3情報交換室)

住民が認知症カフェ

嘉麻市大隈町 ボランティア運営

地域に詳しく、安心感期待

認知症の人や家族が集まる同じ悩みを持つ高齢者、20人ほどの高齢者がいっしょに利用信士で活した「認知症」気軽に相談し合えるほか、リ、折り紙や絵の絵を楽しく、大隈町の認知症カフェは毎週火曜日の午前10時から午後1時まで、大隈町の大隈町公民館にて開催されています。認知症の人や家族が安心して集まれる場として、ボランティアが運営しています。

「地域の認知症カフェは毎週火曜日の午前10時から午後1時まで、大隈町の大隈町公民館にて開催されています。認知症の人や家族が安心して集まれる場として、ボランティアが運営しています。」

「地域の認知症カフェは毎週火曜日の午前10時から午後1時まで、大隈町の大隈町公民館にて開催されています。認知症の人や家族が安心して集まれる場として、ボランティアが運営しています。」



地域のお年寄りのにぎわう嘉麻市大隈町の認知症カフェ

この記事が載った時住民の方々はどう思ったでしょうか？

(東3情報交換室)

の交付を求めた飯塚氏は、カフェ開設が相次いでおり、同僚の池田議員は「何らかの助成制度を検討し、市民サービスの向上を図りたい」と話した。問い合わせは同課(0948-232)まで。

住民主体の通い場への関わり

- セラピストが主人公でない、住民が主人公
- セラピストが何でもお膳立てしてはいけない
一緒に作っていく中で、サポートすることが大切
- 関わるグループの運営者の気持ちや方向性をしっかり
聞いて関わる。

過不足ない、良い塩梅のサポートが重要

一般介護予防への参加

○嘉麻市の住民主体型 介護予防

□名称 元気でい隊

□開催場所 嘉麻市内全域

□管理 嘉麻市地域包括支援センター

□市のバックアップ体制

・保健師+リハビリスタッフで伺う

・嘉麻市内の複数の病院のPT・OT・STで連携をとり実施
(年1～2回 運営会議を実施)

・複数プログラムを作成して実施
(ロコモ予防、尿失禁予防、生活習慣病予防(糖尿病)、認知症予防等)



各協会の取り組み

理学療法士協会(筑豊地区)

□商店街での体力測定



作業療法協会(筑豊地区)

□嘉麻市ふれあい祭りに参加



言語聴覚療法士協会(筑豊地区)

福祉センターでのSTと歯科医師とで開催





今後の取り組みについて

- 各協会での強みを生かし、地域に特化した形で取り組んでいく
- 「リハビリ+行政」、「リハビリ+町のイベント」、「リハビリ+他団体」
色んな形で町に溶け込む形や幅広い方々を対象とする形
- 3職種(PT・OT・ST)にて、できる事を作っていく、一緒に取り組む

リハビリというものが、もっと身近でもっと気軽に
出会える街づくり

皆さんで考えてみて下さい。

介護保険って何でいるんでしょうか？
どんな時に使うんでしょうか？



介護保険の理念

第1条(目的)

この法律は、加齢に伴って生じ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**、必要な保険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、もって国民の保険医療の向上及び福祉の増進を図る事を目的とする。

第2条

前項の保険給付は、**要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう**に行われるとともに医療との連携に充分配慮して行わなければならない

自立支援に資する取り組み

~~自立支援 = 介護保険卒業~~

やりたい事や希望する生活を実現する取り組み

ある担当者会議での一コマ

ケアマネ：「Aさん、やっと退院できましたね。これからは家での生活が始まります。慣れるまでは大変でしょうが、私たちがお手伝いしていきますので、頑張ってくださいね。」

A：「・・・やっぱり家いいよ」

ケアマネ：「そうですね。よかったですね。」

ある担当者会議での一コマ

A妻：「そうわいっても、私も年で膝も痛いし、一から十までは面倒みれませんよ。お父さんもしっかりしてもらわないと。」

A：「できんことはしてもらわな。困るよ。」

A妻：「そうじゃなくて。お父さんもリハビリして良くなってもらわな困るって言ってるんですよ。」

ある担当者会議での一コマ

ケアマネ：「じゃーお母さん。今、何が一番大変ですか？」

A妻：「ご飯は自分で食べれるし、手で何か伝ったら歩けるし、トイレも自分で行けるから困ってないけど、お風呂入れないから困っている。あとリハビリも頑張っって良くなってほしい。」

ある担当者会議での一コマ

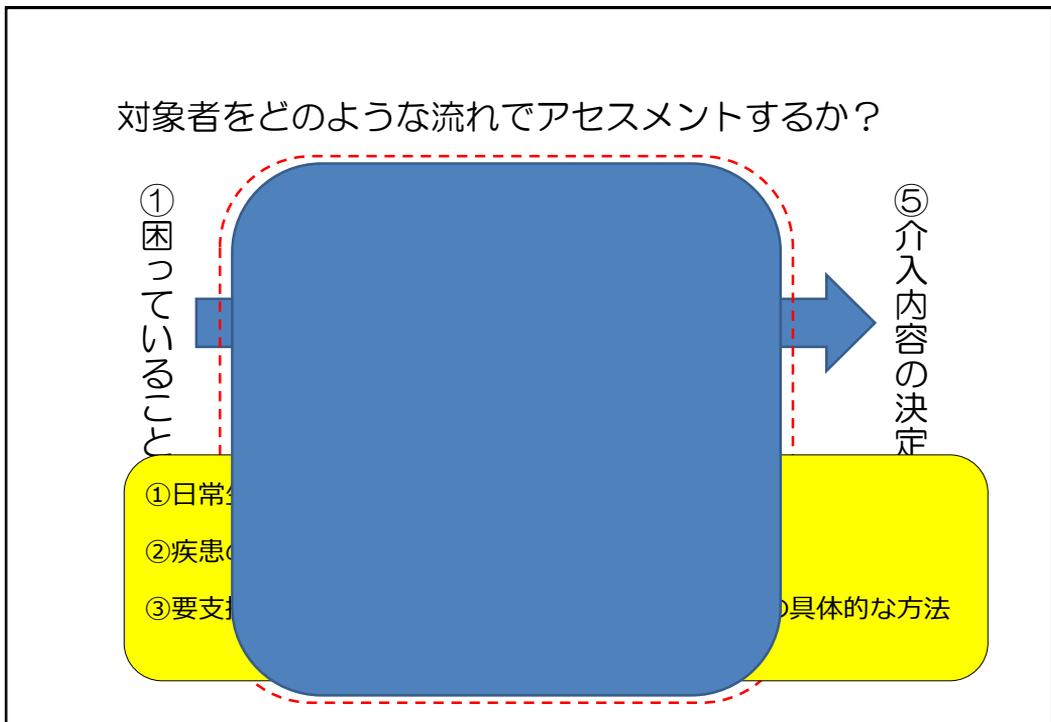
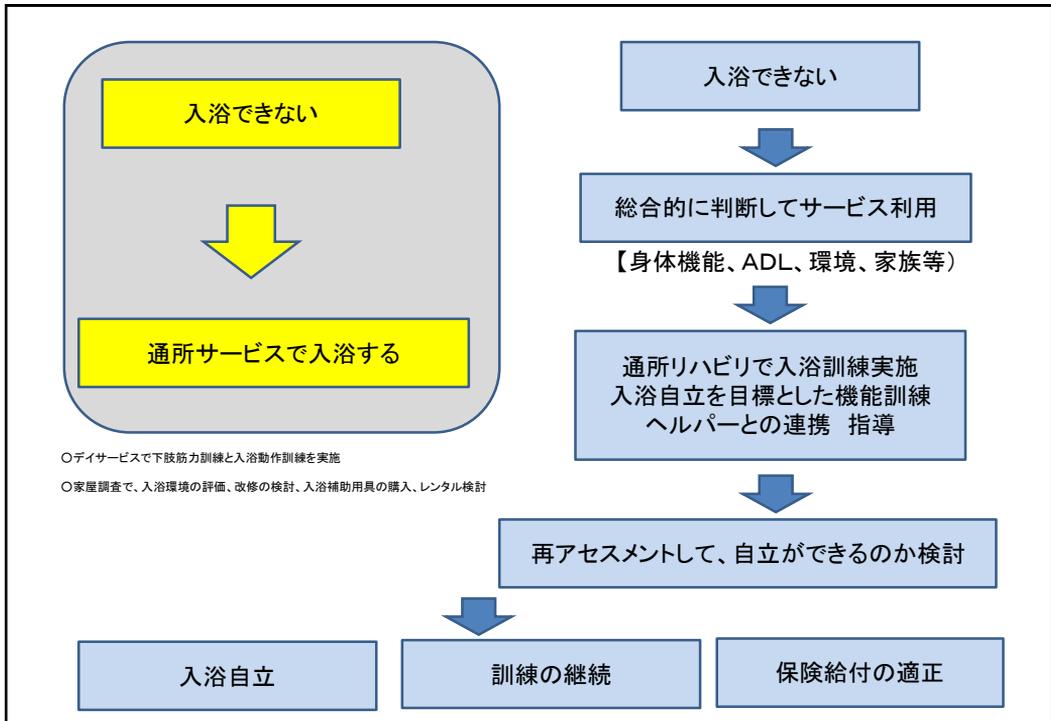
ケアマネ：「週三回デイサービスに行くのでそこでリハビリもできるし、風呂も入れてもらったらいいいじゃないですか。」

A妻：「助かる。よろしくお願いします。」

ケアマネ：「じゃ予定通り、週三回デーサービス利用で当面の間、行かせていただきます。

入浴も困らないからいいですね。」

この担当者会議で何が問題でしょうか？



リハビリをして、また買い物や洗濯ができるようになりたい

Aデイサービス

目的
他者との交流 / レクリエーション / 入浴
運動機能向上可算なし リハビリ専門職なし

Bデイサービス

目的
個別リハビリ / 生活機能向上リハ /
生活環境アセスメント
運動機能向上可算あり リハビリ専門職あり

※ケアマネがどのような経緯でサービスを選んだのか確認すること

※ケアマネが専門職としてアセスメントから本来
どのようなサービスを受けた方がいいと考えているか？

※現在のサービスで、目標、希望を達成できるのか？過不足がないか？

※ケアマネ、事業者が本来必要と思っているが導入できていない場合、合意形成の仕方
サービス内容のやり方、アセスメントの仕方など、**目標に向かうためのプロセス**を助言する

本物のケアとは何でしょうか？

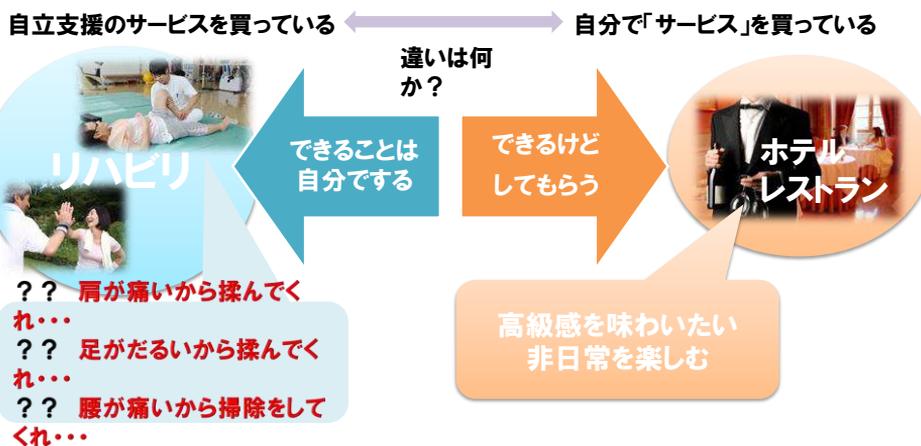
目に見えている 利用者のデマンド(要望)にのみ対応しているケア



見えていない 本当に必要な支援(真のニーズ)をアセスメントして、自立支援を行う

一番 不親切で、親切な行動

至れり尽せりは主体性を奪う

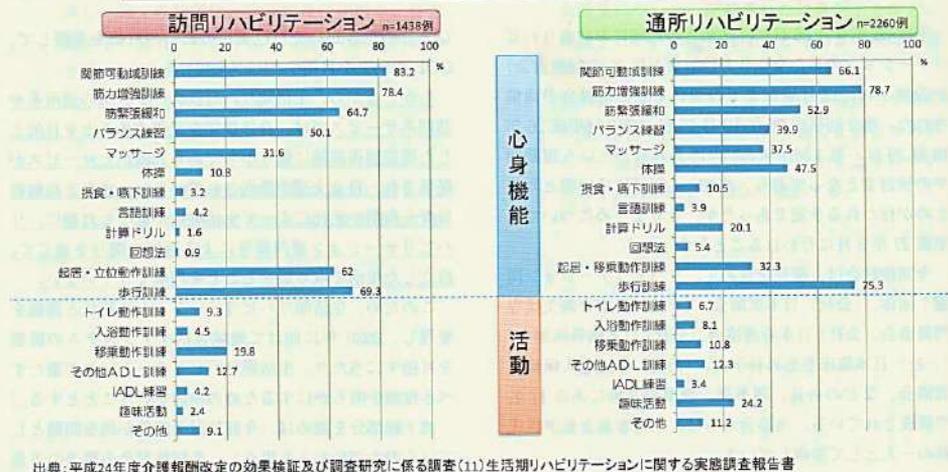


通所リハビリ 訪問リハビリのプログラムには
どんなものが多いでしょうか？

訪問リハと通所リハでのプログラムの実施内容

- 訪問も通所リハビリテーションともに心身機能に関するプログラムが多く、参加に向けたプログラムがほとんどない。
- 訪問に比較し、通所は体操や計算ドリルなどの認知症に対するプログラム、趣味活動に関するプログラムが特徴的にみられる。

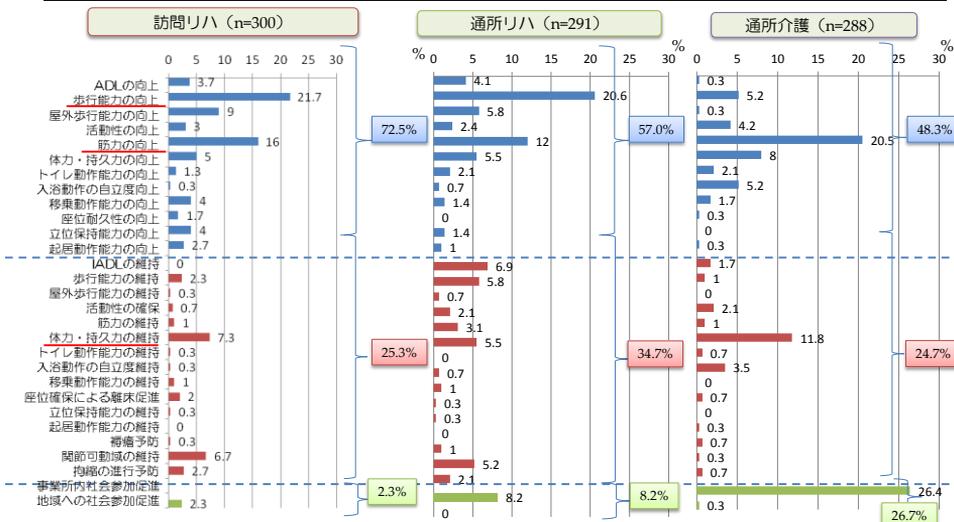
対象：要支援1・2～要介護5（訪問リハ 500事業所、通所リハ 500事業所、通所介護500事業所を無作為抽出し、調査。
（回答）訪問リハ250事業所（回収率50.0%）（1438事例）、通所リハ234事業所（回収率46.8%）（2260事例）



サービス種類別にみた短期目標の設定状況

○短期目標の設定状況をみると、訪問リハ、通所リハでは歩行能力の「向上」を目標とし、通所介護では、筋力の向上を目標としている割合が多かった。全体的に、通所リハでは維持の割合が多く、通所介護では、通所介護に通うといつ社会参加を短期目標としているところが多かった。いずれも、「地域社会への参加」を設定しているケースは非常に少なかった。

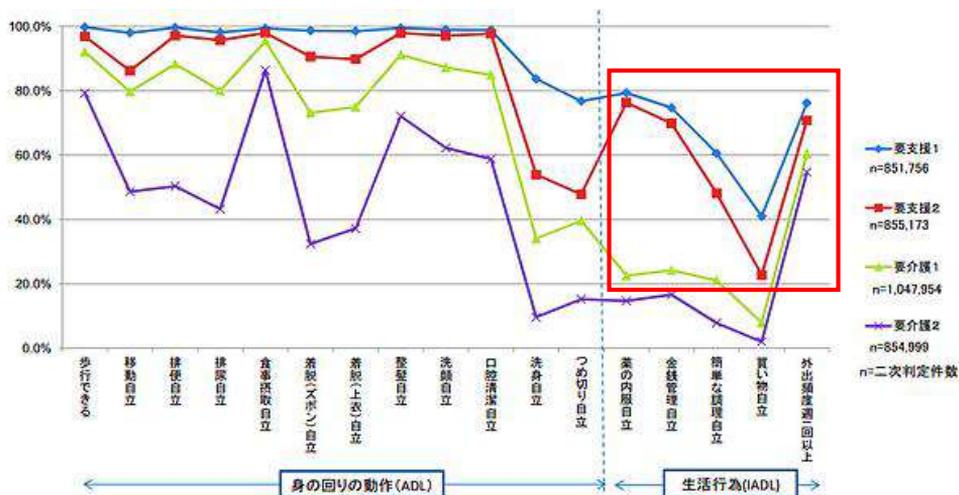
対象：要支援1・2～要介護5（訪問リハ 500事業所、通所リハ500事業所、通所介護500事業所を無作為抽出し、調査。
（回答）訪問リハ250事業所（回収率50.0%）（1513事例）、通所リハ234事業所（回収率46.8%）（2260事例）、通所介護203事業所（回収率40.6%）（1898事例）



ADLとIADLの関係をしっかり理解しておく、必要がある

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、買い物などの生活行為は一部しづらくなっている。



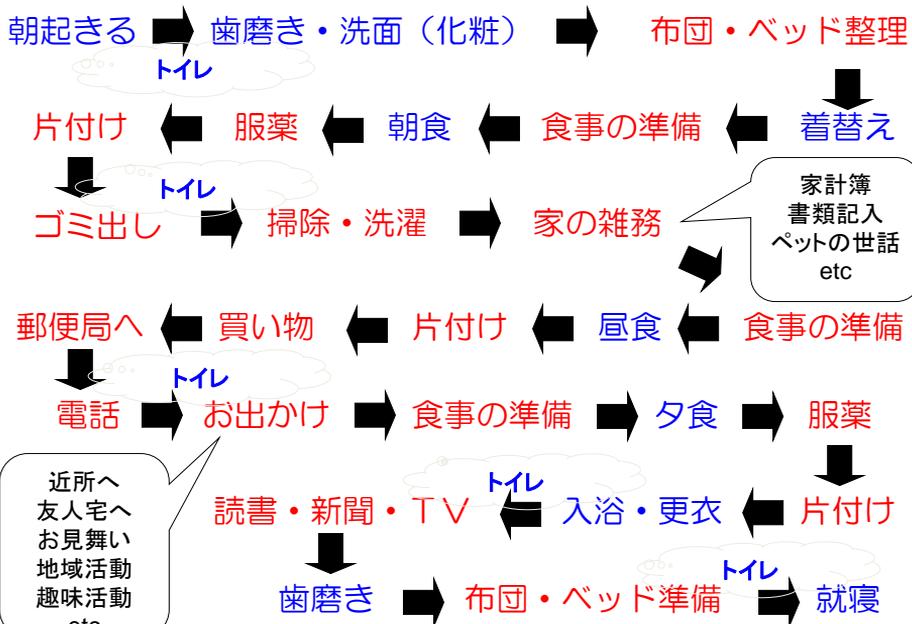
※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※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))

ADLをしている時間とIADLをしている
時間どちらが多いでしょうか？



ある人の一日の流れ



自分の身の回りの生活動作、仕事や家事、育児等を頑張る



1日の活動量の向上、やりがい等の心の充足



健康促進 自分なりの自立した生活



予防の概念を、特別なリハビリや運動をする事が予防や健康増進ではなくADLやIADLを続ける事が、介護予防となる。



これからのリハビリは、今まで出来ていたADL、IADLをまたできるようにするための手段として行う事、継続してできるためのサポートの要素

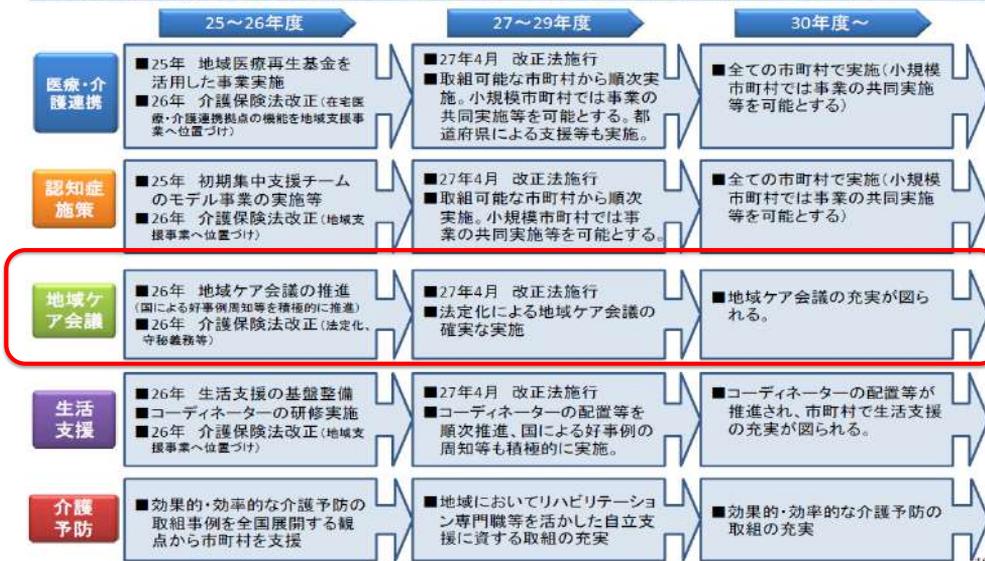
リハビリスタッフが気をつけること

- ①退院時のゴールが、歩行や排せつ、食事など身の回りの事の自立になってないか？
- ②患者の一日の生活をイメージしているか？病棟や施設での生活を意識しているか？
- ③退院、退所後、その方の活動量を意識して、役割、仕事、日課など考えているか？
- ④生活上困っていることを、単にサービスにて補っていないか？
解決手段として検討しているか？

ADLの自立は大切ですが、IADLの自立や参加も大切です

地域ケア会議について

医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実のスケジュール



①地域ケア会議について



質問です！！

「地域ケア会議の目的は何ですか？」

「地域ケア会議は何でするんですか？」

と、聞かれたらどうしましょう？

●地域ケア会議を実践している(先進地)などの会議の効果を国全体に広めたい

○やらなければならないから(決められた)会議をする

○会議として終わっている

▽目的を持って会議を実施している

▽会議を実施することで、○○や○○に繋がっている、発展するきっかけになる

地域ケア会議の機能

1 個別課題解決機能

個別のケースについて、多機関・多職種専門職が多角的視点から検討を行い、高齢者の自立支援に資する助言を行います。その結果、課題解決のためのアセスメント力や実践力の向上、及び高齢者相談支援センター職員や介護支援専門員が、より充実した高齢者の自立支援に資するケアマネジメントにつながることを期待されます。

2 ネットワーク構築機能

個別ケースの課題解決のために必要な関係機関・団体が、相互に連携することによって課題解決機能が高まります。自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識により、ネットワークがさらに強固で実践的なものとなります。

3 地域課題発見機能

個別ケースの検討を重ねていく中で、同様の課題を抱えたケースを発見し、課題の内容や地域の現状等を総合的に判断して、地域全体で解決すべき課題を明らかにします。

4 地域づくり・資源開発機能

明らかになった地域課題に対して求められるサービスや地域のネットワーク機能など、必要となる地域資源を開発していく機能です。関係機関・団体などが持つ機能や得意分野を生かした支援、地域特性に応じた資源開発につながります。

5 政策形成機能

地域課題の解決に向けて利用可能な地域資源等を検討し、地域課題解決のための政策提言を行ったり、ニーズに見合ったサービスの基盤整備を行います。

①個別のケースの支援

- ・ケアマネさんが一人で悩みを抱え込まないようにする
- ・相談できる場所 みんなで考える場所
- ・介護予防ケアマネジメントの充実

②地域に必要な資源を見つける 確認すること

③アセスメント能力の向上

- ・ケアマネ、行政が利用者、住民に対してのアセスメントを向上させることで、地域に必要な総合事業が見えてくる

④サービス事業所の質の向上

⑤多職種、多機関の連携、協働の促進

介護予防のための地域ケア個別会議開催の意義

多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、
検討する事例の自立に資するケアマネジメント
を行うこと

多職種協働

参加者の
スキルアップ

参加者の
合意形成

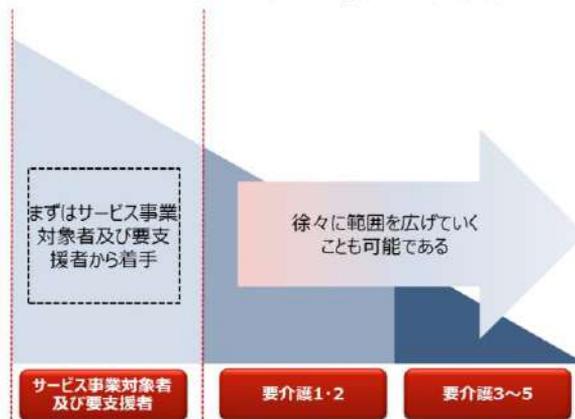
行政課題の発見・
解決策の検討

...

介護予防のための地域ケア個別会議の実際

地域ケア会議で取り扱う事例（対象者）

- 想定している地域ケア会議は、自立支援・介護予防の観点を踏まえて実施することから、対象者は「サービス事業対象者」「要支援者」を想定している。
- それ以外の対象者（例えば要介護者や困難事例等）については、地域の実情に合わせて徐々に範囲を広げていくことも可能である。



実践している市町村においては下記の視点で優先順位をつけて選定している。

【先行事例における対象者選定（例示）】

- ・ サービス事業対象者及び要支援者全員
- ・ サービス事業対象者及び要支援者のなかでも福祉用具の貸与や住宅改修を伴う事例
- ・ 生活行為に課題が生じる大腿骨頸部骨折等の筋骨格系疾病により要介護認定に至った者等

地域ケア会議は開催の目的・方法によって大きく、下2種類に分かれる。

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
「地域に必要な取組を明らかにして施策を立案・提言」

嘉麻市の地域ケア会議の種類について

第1週・第2週 (木曜日)	自立支援型個別地域ケア会議	対象)要支援・事業対象者
第4週 (木曜日)	認知症ネットワーク調整会議	対象)認知症・困難事例

※認知症ネットワーク調整会議について

自立支援型個別地域ケア会議とは違い、ケアマネや在宅介護支援センター相談員や、民生委員、医療機関の相談員、地域の事業所等、様々な方が相談できる会議である。

例)

- 認知症にともなうゴミの片づけ問題ケース
- 認知症の医療受診につなげるケース
- 独居にてアルコール依存症で家族近隣から支援が難しいケース
- 高齢者の車の運転についてのケース
- オレンジサロン内での認知症の方が利用できるための支援の相談 等

嘉麻市 個別地域ケア会議の流れ

嘉麻市高齢者相談支援センター、一部委託事業へ個別ケア会議の担当を通知（約2ヶ月前）



※嘉麻市高齢者相談支援センター主任ケアマネと発表者とで必要書類の確認を実施

事前打ち合わせ（1週間前）



※嘉麻市高齢者相談支援センター職員、嘉麻市高齢者介護課職員、地域ケア会議アドバイザーが当日までの書類の確認発表までの課題の整理を実施

個別地域ケア会議（当日）



※対象者の生活課題に対して、自立支援するための具体的な助言を提供

個別地域ケア会議 経過報告会議

※個別ケア会議で得られた助言を取り組んだ結果の経過報告を実施

個別地域ケア会議 経過報告会議について

報告内容

①初回の発表時の状況と変化があった項目（利用者基本情報、基本チェックリスト、ケアプラン等）について状態説明を行う

例)

●身体状況の変化 ●家族状況の変化 ●サービス内容の変化 ●その他服薬状況 等



②前回の助言内容の確認、助言された内容の実況状況を説明（地域ケア会議助言取り組みシート使用）

例)

●助言内容の確認 ●助言の実行状況、実行しての経過について ●実行できなかった理由 等



③助言された内容を実行した事で、生活課題の改善状況や新たな生活課題について

例)

●ADLシート重点項目の変化 ●IADLシート重点項目の変化 ●新たな生活課題について 等

※経過報告会の目的

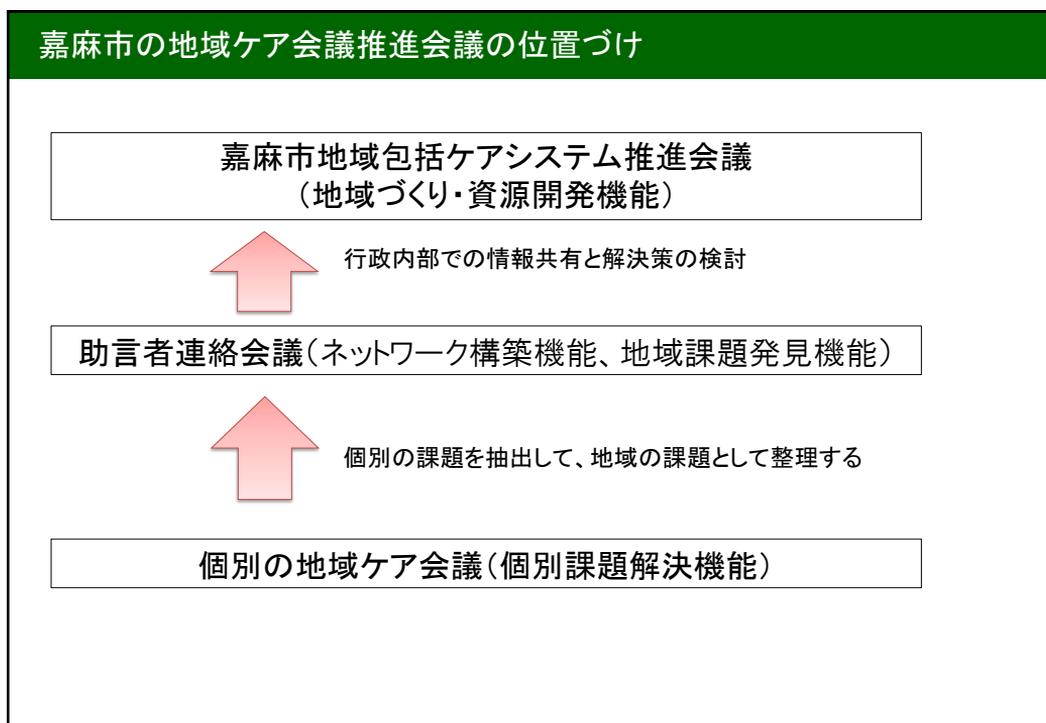
- ①助言されたことを導入することでの生活に変化があったか整理する。
- ②助言されたことが導入できなかった理由を考える機会
- ③自立支援は、「結果」を求めるのではなく、支援のプロセスが重要であるため、支援経過の確認、サポートするため

個別地域ケア会議 経過報告会議報告書

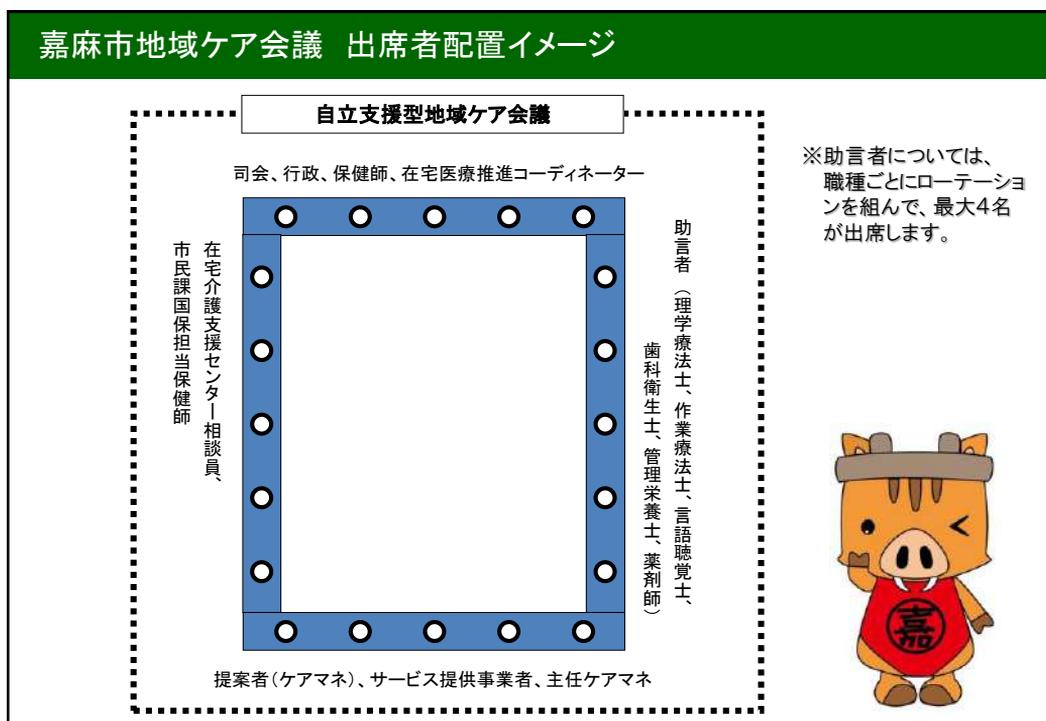
地域ケア会議助言取り組みシート	
地域ケア会議実施日 年 月 日 _____	テーマ： _____
利用者名 _____ 様	担当ケアマネ _____
助言内容	取り組みと結果

嘉麻市地域包括ケアシステム推進会議

嘉麻市の地域ケア会議推進会議の位置づけ



嘉麻市地域ケア会議 出席者配置イメージ



地域ケア会議における進行の流れ

項目	所要時間	ポイント【月刊ケアマネジメント 2012.8 引用】
①資料読み込み	約5分	<ul style="list-style-type: none"> ●司会者はポイントを絞って資料に目を通し、おおよその状態像をイメージする。 ●参加者は、自らの専門分野を中心に内容を確認する。 例えば保健師・看護師は医療リスクの高い人の生活上の注意点や服薬内容に対して支援計画が妥当かという視点 社会福祉士は、独居や認知症ケース等に対する権利擁護の視点 ●助言者は、自らの専門分野を中心に内容を確認する。
②プラン作成者の概要説明	約3分	<ul style="list-style-type: none"> ●現在の状態(生活機能低下)に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明 (自立を阻害している背景を洞察する事が重要) ●ADL・IADLの解説 → 改善可能な機能と重要ポイントを説明
③事業者からサービス計画の説明	約3分	<ul style="list-style-type: none"> ●利用するサービス事業者からサービス計画についての説明 (運動器等の評価をしている場合はその内容)
④全参加者からの質問・意見	約16分	<ul style="list-style-type: none"> ●司会者が課題を整理して状態像を絞り込んだうえで進行する。 ケースの本質(自立を阻害している要因)や支援計画・サービス計画の注意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識(抽出した課題)に漏れが生じないようにする。 ●OJTの場である事を意識して、参加者に発言を促す。 (自ら進んで発言しやすい環境を作る。多少的が外れてもOK、いい緊張感の中会議を進める事が重要)
⑤ まとめ	約3分	<ul style="list-style-type: none"> ●ケアマネージャーや事業者が当面行う必要がある課題(医師への確認、専門医の受診、再アセスメント、家族からの事情聴取など)がある場合には、その漏れがないように最後に確認して、本人、家族への説明と合意形成を図るよう促す。 6ヶ月後や12ヶ月後などの予後について確認する。
1事例あたりの所要時間	約30分	

事例整理

	質問	助言	地域資源	検討課題
③	<ul style="list-style-type: none"> ・事とまた一歩に暮らすことを望んでいる。 ・住む、ワークシェアリング。 ・車とサービスにアクセスが難しいと考えている。 ・表せ：入院中 ・訪問時間以前は様子だった。 ・朝・昼・夜 ・毎日専らがせられ。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 緊急の提案 ② インストラメンに野草や玉ねぎプラス。 塩分が異なるのはと心配。 ③ 血圧降下のこと考えると2食はよくない。 ④ 重さがかよくなるのに3ヶ月はかかるので、動かさないで固まっている。 リハビリで少しずつ自信がつくのでは。 		<ul style="list-style-type: none"> 運動 理由 リハビリをやり、自信をつける必要あり。 対応 リハビリから自信を持つよう声かけたりして、リハビリをやらせよう。
			地域課題	

1事例ごとに「質問」、「助言内容」、「地域資源」、「地域課題」、「検討課題」、「理由」、「対応」をホワイトボードに記載し情報の共有を図っている。

司会者の役割・仕事

1. 事前準備
2. 会議の目的やルールの確認
3. 会議の方向性の舵をとる(コントロールする)
4. 具体的な発言を引き出す / 発言を共有する
5. 発言を整理してまとめる(要約 ・ 優先度)

本人・家族・関係者との共有できるための支援方針 地域資源・課題の整理 等

最新市地域包括支援センター		担当：		入力月日	
フリガナ		性別		生年月日	年齢
本人氏名	保険証番号				性別
住所	FAX				
日常生活自立	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認定情報	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5 <input type="checkbox"/> 要支援2				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I1 <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
認知期間	有効期間： H27.4.1 ~ H28.3.31 (前回の介護度： 要支援1)				
認知がいつ認定	<input type="checkbox"/> 経過なし <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 軽躁 <input type="checkbox"/> 軽抑 <input type="checkbox"/> その他				
本人の住居環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅 <input type="checkbox"/> 自居の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (期)				
住宅記録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()				
経済状況	<input type="checkbox"/> 国共年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他年金 () <input type="checkbox"/> 生活保護				
緊急時連絡先(氏名)住所	(電話番号)				
緊急時連絡先(氏名)住所	(電話番号)				
《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	治療機関・医師名(主治医・発覚経路を記入)	経過	受診状況・治療内容・投薬内容等	
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過中 <input type="checkbox"/> その他		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過中 <input type="checkbox"/> その他		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過中 <input type="checkbox"/> その他		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過中 <input type="checkbox"/> その他		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過中 <input type="checkbox"/> その他		
《現在利用しているサービス》					
公的サービス			非公的サービス		
《同居家族が現在利用しているサービス》					

基本情報①

「性別」・「年齢」は本人の状態をイメージするためには重要な要素となりますので確認する事

○ADL・IADLの状態を確認する最も重要な要素
例えば、A1レベルの方は、生活機能評価の各項目に「○2」、「△1」が付されることが多い

○認知機能に課題があるかどうか確認する。
ケアプランや生活機能に影響するため重要である。

○現在の要介護度と前回の要介護度を比較して重症化している場合は、「その原因」を確認する。

○世帯の所得状況によって現実的な支援計画の作成(助言)が求められる。

○既往歴の確認は、支援計画作成上、重要なポイントとなるため必ず確認する。
○各助言者(専門職)に具体的な症状や、支援上の注意点(リスク管理等)などアドバイスをもらう。
○薬について
・薬の量に着目(多すぎる場合、かかりつけ医に相談等)
・眠剤や認知症に多く処方される薬品名程度把握しておくといいい(特に眠剤は転倒の原因の一つになる事が多い)

今までの生活			
現在の生活状況(どんな生活を送っているの?)	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
	友人・地域との関係		
	家族関係図		備考

基本情報②

○現状の状態に至った経緯を確認する事ができる情報が記載されている。(確認できない場合は、質問する)

○どのような人生を過ごされてきたかは、**本人像をイメージするために重要**
(例えば認知症の場合、ケアに対するアプローチのヒントになる事が多い)

○利用者のIADLの自立に向けて重要な情報である。
○今後の活動・参加に繋げるためのヒントがある。
(例えば、支援計画に本人が取り組みやすい内容を組み合わせ、活動性を向上させる事ができる。)

○日頃の生活スケジュールを確認する事ができる。
(例えば、日常生活の活動量を推測する等)

○特徴的な要素があれば、まとめの時の材料にする。
(例えば、特定の時間にしている事など)

○世帯構成の確認は絶対に確認するポイント
○独居の場合は**近所の支援(見守り等) 在介からの支援**が得られるかどうか重要。
○高齢者夫婦のみの場合、どちらか一方が介護している状態が多く、その介護者が一時的に入院により介護できなくなった場合の対応も検討する。
○介護者の疲労度も確認して考慮する。

基本チェックリスト

No.	質問項目	(いずれかに○を お付け下さい)
1	バスや車で一人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
2	日用品の買物していますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
3	預貯金の出入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
5	習字や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
11	6か月間で3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)	
13	半年前に比べて重いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
14	お茶や汁類等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
15	口の動きが硬になりましたか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
16	口に固い以上は出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事をする」などの物忘れがあると書かれますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
19	自分で電話番号を覚えて、電話をかけることができますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
20	今日が何月何日かわからない物がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
21	「ここ是間」毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
22	「ここ是間」これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
23	「ここ是間」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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
24	「ここ是間」自分が疲れた立つ人聞かれない	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
25	「ここ是間」わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

項目	該当項目数	ピンクが多かった時の注意点
全般 (1~20)	10以上	生活機能全般を調べました。生活が不活発になっている可能性があります。その結果、心身がより早く衰える危険が有るかもしれません。生活習慣の見直しをしましょう。
運動器 (6~10)	3以上	運動器の機能の状態を調べました。筋力が衰えてくることから、活動が不活発になったり、転倒などにより寝たきりを招く恐れがあります。毎日の生活の中に運動を取り入れましょう。
栄養 (11~12)	2以上	栄養が取れているかどうか調べました。低栄養の可能性がありますが、低栄養になると、筋力が衰えたり、病気にかかりやすくなります。美味しく楽しくバランス良い食生活を取り入れましょう。
口腔 (13~15)	2以上	口腔機能の状態を調べました。口腔機能が低下すると食べたり飲み込んだりしにくくなり、低栄養や肺炎などの全身の健康状態が悪化します。口の健康を保ちましょう。
閉じこもり (16~17)	1以上	閉じこもり気味かどうか調べました。家に閉じこもりがちだと、心身の活動が少なく、全身の衰弱や認知症、うつなどを招きやすいです。外にでる楽しみを見つけてみましょう。
物忘れ (18~20)	1以上	認知症の可能性がないか調べました。物忘れの傾向があります。認知症は予防と早期発見・早期対応が大切です。小さな変化を見逃さないように心がけましょう。
こころ (21~25)	2以上	うつ病の可能性がないか調べました。うつになると活動量が減って心身が衰えてくるだけでなく、自殺の原因になることもあります。もしかしたらと思ったら早めに相談しましょう。

通所型介護予防事業(元気で隊！教室)について

運動機能向上・口腔機能向上・栄養改善について、個別メニューに沿って、自宅でも継続できるように週1回、送迎付で3ヶ月間学級介護予防のための教室です。全般で10項目以上、運動器3項目以上、栄養2項目以上、口腔2項目以上のいずれかに該当したかたが、教室の対象となります。

司会者が資料を確認するポイント(ケアプラン)①

フリガナ	有効期間	H27.5.10	～	H28.4.9	職種	認定済	要支援1	
利用者名	嘉麻 かま子							担当CM
計画	計画作成日							月 日
計画	計画	課題の抽出が適切か？ 課題でなく状態像の記述になっていないか？						サービス事業所へ交付
目標	1日 以前の生活に戻れるように頑張る							
目標	1年 周囲に迷惑をかけるないように過ごることができる							
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(背景と原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案				
運動・移動について 【屋内・屋外の歩行(福祉用具の利用)】 【屋外、徒歩での移動(福祉用具の利用)】 【交通機関の利用】 タクシー 【その他】 以前より転倒を繰り返していた。	(本人) 白中一人なので、頑張るしかないが、術後なのであまり無理できないと思う。膝の状態が悪化したら今までみたいな生活を送りたい	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (左膝の術後)による身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 気力や意欲の低下により活動範囲が狭くなることによる筋力低下 <input checked="" type="checkbox"/> (下肢筋力低下)により転倒の危険性がある <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒せず、安心して生活できる <input type="checkbox"/> 上肢・下肢筋力の維持・向上が必要	主治医の指示もと、疾病管理を行ない、自宅で安心して過ごす。				
日常生活(家庭生活)について 【買い物】週1回家族支援あり 時々同行する 【洗濯】家族支援 【調理】簡単な調理なら可能 【金銭管理】家族支援 通帳は本人管理 【その他】掃除・洗濯ヘルパー支援	(本人) 出来る限り自分で出来ることは、やりやいが、掃除洗濯物の移動や、干す際高いのが難しい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 身体機能の低下による家事困難 <input type="checkbox"/> 気力や意欲の低下による家事困難 <input checked="" type="checkbox"/> 痛みによる家事困難 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 家事行為の維持・向上が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 外出の機会を確保し、閉じこもりを予防する	地域のあつまりや、デイなど外出の機会を増やして人との交流や、リハビリを行ない、在宅生活をおこなうための心と身体の維持・向上				
社会参加/対人関係・コミュニケーションについて 【外出状況】 通院とデイサービスのみ 【家族や近隣等の交流】 月1回程度友人が遊びに来る 【その他】	(本人) 高台に家がある為、外出が難しい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 身体機能の低下により、外出機会が少ない <input type="checkbox"/> 気力や意欲の低下により、外出機会が少ない <input type="checkbox"/> (視力・聴力・言語)障害がある。 <input type="checkbox"/> 交流が苦手である <input type="checkbox"/> 外出先がない <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他	痛みや体力低下による困難な家事は、家族支援や訪問介護を上手に活用し、自分で出来る事を少しずつ増やしていく				
健康管理について 【病状発症状況(内服管理)】自己管理 【入浴状況】トイレにて週2回 【排泄状況】自立 【更衣状況】自立 【その他】	(本人) 立ちあがりや、移動時、左腿の術創部の痛みがあるため、デイで入浴している。膝の状態や歩きが良くなった。1人で家で入りたい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 定期受診ができていない <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れがある <input type="checkbox"/> (膝の痛み)により入浴が <input type="checkbox"/> その他		事後予測の改善可能な項目が記載されているか。				

司会者が資料を確認するポイント(ケアプラン)②

留意点 左膝の状態に気を付ける。 血圧・血糖値に気を付ける	総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント 体調に気を付け、外出の機会を維持し、家族以外の人との交流を行なうこと で、生活リズムの構築や、少しずつできる生活動作を増やしていきますよ。	計画に関する同意 下記計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名: _____ 印				
基本チェックリストの結果 運動不足 4/5 栄養不足 1/2 口腔ケア 1/3 認知症 2/2 物忘れ 0/3 うつ予防 5/5	<input checked="" type="checkbox"/> 課題に対して適切で具体的な設定ができていますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 優先順位がつけられているか？	包括支援センター 始プラン _____ / 確認済 内容変更【 H 年 月 より変更】 / 確認済 内容変更【 H 年 月 より変更】 / 確認済				
具体策についての意向 <input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	目標 自宅で安心して過ごせるように体調管理を行なう。	支援計画 本人等のセルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス 本人、定期受診、疼痛が強い時は、病院へ相談・内服管理・血糖値測定 家族、休み時、受診の介助	介護保険サービス 本人、定期受診、疼痛が強い時は、病院へ相談・内服管理・血糖値測定 家族、休み時、受診の介助	サービス種別 医療 医療 〇〇デイサービス	事業所 医療 〇〇デイサービス	期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 左記の通り
<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	外出機会を増やし、転倒しにくい身体作り	両膝の状態に気を付ける。 血圧、血糖値に気を付ける	デイサービスで楽しく体操や友人と交流を行なう	通所介護(送迎・体調観察・リハビリ・食事・爪切り介助・入浴支援)	通所介護	〇〇デイサービス 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 2回/週
<input checked="" type="checkbox"/> 同意	○改善可能な項目に対して適切なサービス内容であるか？ (通所型、訪問型の選択が適切か？)	御本人と相談しながら支援	御本人、出来ない部分を動作を確認し、ヘルパーと一緒に御本人が行っていく。 家族、介護保険で対応できない部分の支援を御本人の意向を確認し行う	訪問介護(トイレ、寝室の掃除・洗濯)	予防訪問介護	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 1回/週

司会者が会議を進行するうえで心がけること

(1)開催頻度が多くなるとマンネリ化、形骸化になりがちであるため、常にいい緊張感のある会議進行に努める事

- ①1つのケースの処理に時間をかけすぎないこと。時間がかかりすぎると焦点(課題)がぼやけてしまう。会議の前に課題の焦点化をしっかりと行う。
- ②まずは担当ケアマネジャーの説明を受け、事例の課題(焦点を絞る)を参加者全員で共有してから会議を進行する。
- ③ケアマネジャーのアセスメントに疑問があれば、課題を抽出するために全員で深堀りする。

(2)人を見る、観る、看る(診る)こと【高齢者のQOLの向上にはどのようにすればよいかという視点を持つ】

- ①例えば、住宅改修で手すりを設置することで、自宅では転倒の危険性が軽減され室内歩行が自立したとしても、親戚の家での法事など環境が異なることへの不安により歩行ができなければ、本当の自立とは言えない。(普遍的自立なのか、限定的自立なのかを確認する。)
- ②また、デイサービスでは自立していても、自宅では何らかの介助が必要となれば本当の自立とはいえない。「出来ること = していること」と繋がるように考える。 ※できる能力があるがやっていない(参加していない)場合などがある。
- ③さらに、高齢者(100歳近く)などの場合は終末期に対する備え(心構え)についてケアマネジャーに考えさせること。

(3)個別ケースの課題解決のための会議を通して、地域課題を把握する場であることを常に意識する。

- ①個別ケースから浮かんでくる地域課題を見逃さずに、会議の最後に参加者全員で共有する工夫が必要。

司会者が会議を進行するうえで心がけること

(4)OJTの場であることを意識する。

- ①助言者の発言に頼りすぎないこと。場合によっては、高齢者相談支援センターの職員等の発言を促す。
- ②ケアマネジャーとサービス事業者の**アセスメント能力を高める**ことを意識する。
- ③参加者全員が「時間を割いて参加する意義がある」と思える会議となるように努める。(モチベーションの維持)

(5)給付費の抑制目的やケアマネジャーの裁判のような雰囲気のない会議にならないように。

- ①プラン修正を求める場合は、**高齢者相談支援センターがフォローする仕組み**を用意しておく。
- ②合意形成が難しそうな事例については、あるべき姿を示したうえで、現実的な対応の余地を残すこと。

(6)その他

- ①期間的自立支援のケースなのか？永続的自立支援のケースなのか？を**しっかり見極める**ことが重要。
卒業を目指すのか？悪化の遅延を目指すのか？維持から向上を目指すのか？によって必要な支援が異なる。
(例えば、独居で重度の麻痺がある場合などはヘルパー支援が不要になることはない、など)
- ②短期的予測とあわせて、個人因子、環境因子等から判断して、**3年～5年後の状態像を予測**すること。
- ③会議の**まとめの言葉(総括)**が重要。(⇒地域ケア会議の成否を左右する)

厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護について

届出の対象

訪問介護の種類 生活援助中心型サービス

基準回数 要介護度別の「全国平均利用回数 +2 標準偏差(2SD)」

要介護1 27回
要介護2 34回
要介護3 43回
要介護4 38回
要介護5 31回

一定回数以上となったことをもって利用制限を行うものではない



もし、再検討が必要になり、ケアプランを変更する場合、
利用者の同意が必要であり、ケアプランの変更を強制する
ことはできない



介護支援専門員や市町村は十分に説明する必要がある
(利用者との合意形成)



多職種からの多角的な視点で、利用者の自立支援にとってより良い
サービスにするための助言を集める(蓄積していく)

(生活援助の訪問回数の多いケアプランの地域ケア会議等での
検証について実施体制を確保しているか。)

多職種に求める視点

①一過性なのか？ 継続的なものなのか？

- ・肺炎や骨折など一時的な支援が必要な状況
- ・末期ガンや進行性の疾患で、継続的な支援が必要な状況
- ・できる可能性があるが、本人の希望、環境、精神的なもので利用している状況 等

②利用者の希望を具体化、明確化する

- ・利用者がどのような生活を望んでいるか？
- ・支援が必要な動作がどんなものなのか？
調理で、下ごしらえ、調理、栄養面、片付けるなど

③できない原因を明確にして、具体的な対応を求める

- ・心身の状況、環境から何が原因なのか分析する

ケアプラン作成において、利用者本人の自己決定を尊重することが最も重要



本人は、どのような生活を望んでいるのか？
それを阻害している個人要因や環境要因が何なのか？
包括的アセスメントに基づき、本人の意思を確認しながらケアプランを作成する



本人の自己決定だから、すべて受け入れることが本人の将来的な生活にいいと限らない
ことに注意する



生活に消極的、拒否的な場合特に留意する必要がある、意欲が喪失している理由を解明する

「かつてはしていたが、しなくなったのは何か？」
「どうしてしなくなったのか？」
「できる能力があるのに、していないのは何でか？」

自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、
意欲を高める方法を多職種で検討する

②地域ケア会議と介護予防

介護保険制度における「介護予防」とは？

- ①要介護状態になることをできるかぎり防ぐ
(=発生を予防する)
- ②要介護状態であっても状態がそれ以上悪化しないようにする
(=維持・改善を図る)

どのような状態であっても
生活機能の維持・向上を積極的に図る事が重要



その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した
生活を送れるように支援する

「介護予防」は、要介護状態の軽減や悪化の防止だけでなく、高齢者が地域で自立した生活がおくれるようにすることを目的としている。

これらは、「高齢者本人の自己実現」、「高齢者が生きがいを持ち、自分らしい生活をつくっていただく」ことが重要である。

平成18年介護保険法改正により介護予防事業が構成され、その主眼は要支援・要介護状態となるおそれのある高齢者を基本チェックリストで把握し、運動機能や口腔機能の改善などを実施する二次予防事業といったハイリスクアプローチに置かれてきた。

一方で、このようなハイリスクアプローチのみならず、高齢者がボランティアとして活躍するなどして、住民の自助による介護予防活動の場を増やす取組や、介護予防サービス等を開始する前に多職種の助言を得ながら介護予防・自立支援に向けた目標設定や支援を判断する地域ケア会議の取組といった介護予防・自立支援の実践事例が生まれた。

1. 事業の目的

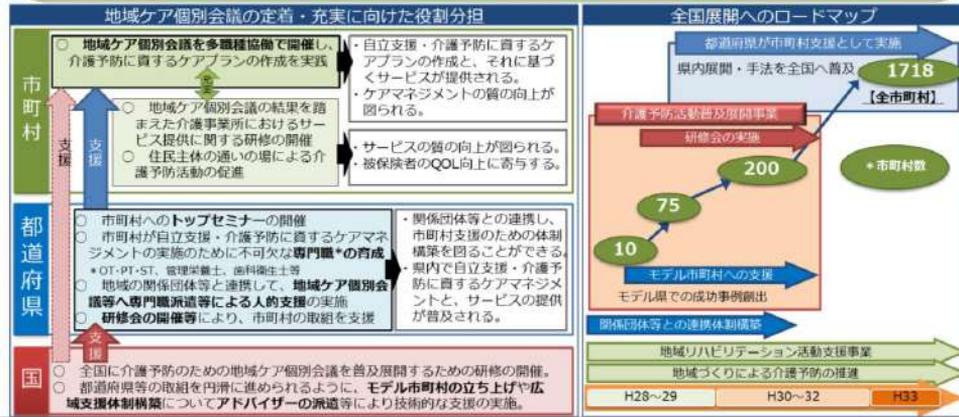
介護予防活動普及展開事業（以下、本事業）は、生涯現役社会を実現するため、高齢者の自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを、「地域ケア会議」というツールを通じて先行的に展開している自治体の事例を参考にした介護予防の仕組みを全国展開し、元気な高齢者を増やすことを目的として実施した。

具体的には、このような介護予防の仕組みを展開するための、①自治体における体制づくり、②多職種による介護予防ケアマネジメント、③地域の受け皿づくりが全国の市町村で実践できるよう技術的な支援を行った。



効果的な介護予防等の取組の横展開

- 地域ケア会議は個別事例の課題検討を目的とした「地域ケア個別会議」と、地域に必要な取組を明らかにして施策や政策の立案・提言を目的とした「地域ケア推進会議」に分類される。
- 地域ケア個別会議では、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で、高齢者の自立に資するケアマネジメントを実施し、被保険者の課題解決や自立支援の促進、ひいてはQOLの向上を目指している。これからの自立支援・介護予防においては、介護予防等の観点を踏まえて地域ケア個別会議等を活用し、要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すことが重要である。
- 上記の様な地域ケア個別会議を実施するためには、運動・口腔・栄養等に関して幅広い知識が求められ、多職種からの専門的な助言を得ながら実施する必要がある。
- 平成29年介護保険法改正を踏まえた検討のなかでも、介護保険の理念である高齢者の自立支援と介護予防の堅持が必要とされ、具体的な取組の一つとして、地域ケア個別会議の多職種連携による取組の推進が求められている。
- 国が実施する「介護予防活動普及展開事業」においては、介護予防の観点を踏まえ、多職種が協働して実施している。要支援者等の自立を促すための地域ケア個別会議の手法について、市町村の取組を集約し、そのノウハウを交えながら、実践的な研修等を開催する。



(1) 介護予防のための地域ケア個別会議の目的

- 「**介護予防のための地域ケア個別会議**」では、自立支援・介護予防の観点を踏まえて地域ケア個別会議を活用することで「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者のQOLの向上」を目指している。
- 目的である「高齢者のQOLの向上」の実現のために、地域ケア個別会議を活用し、多職種からの専門的な助言を得ることで、ケアマネジメントを実施し、高齢者の生活行為の課題等を明らかにし、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランにあったケア等の提供を行う。

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。(介護保険法)

5 介護納付金への繰越積立の導入(介護保険法)

・各要介護者が納付する介護納付金(40～64歳の保険料)について、被用者保険間では『繰越積立制』(報酬額に比例した負担)とする。

※平成30年4月1日施行。Ⅱは平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱは平成30年8月1日施行

1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

○ 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。

- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
 - ① データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与
 を法律により制度化。

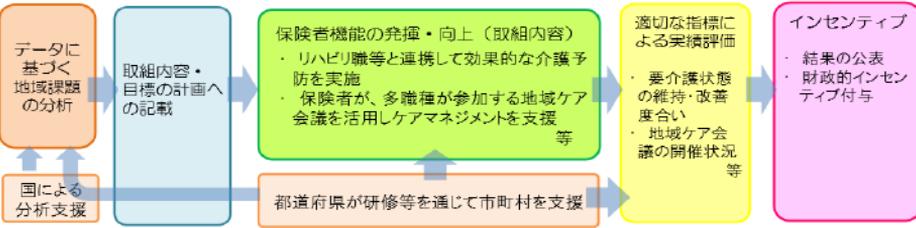
※主な法律事項

- ・介護保険事業(支援)計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業(支援)計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による全市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業(支援)計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与と規定の整備

先進的な取組を行っている和光市、大分県では

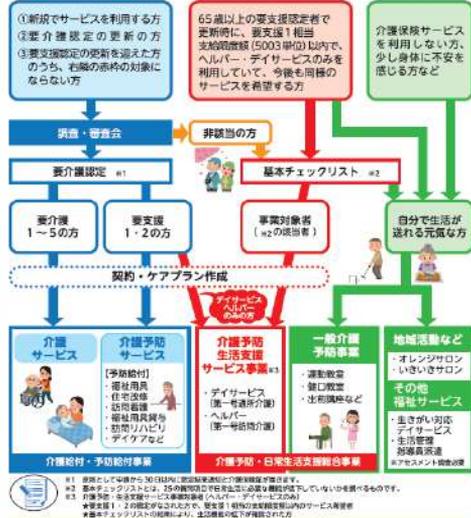
- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制

要介護認定率の推移



嘉麻市介護保険サービス利用の流れ

嘉麻市では、平成29年4月から「新しい総合事業＝介護予防・日常生活支援総合事業」が始まります。この事業は、65歳以上の方を対象に嘉麻市が行う介護予防事業です。新しい総合事業を活用して、みなさんの健康・元気をサポートします!!



詳しくは、嘉麻市高齢者相談支援センター ☎53-1191までお問合せください。

① サービス事業所への訪問

自立支援型サービスの検討 導入

② 利用者初回アセスメントへの同行

地域ケア会議における事例提供者の役割

ここでいう事例提供者には、

- ①ケアプランを作成した介護支援専門員
- ②ケアプランに位置付けられた介護サービス事業者

1. 事例の説明

事例提供者は、対象とする高齢者の支援の必要性、方針や支援内容に関する説明を行う。

説明を通じて地域ケア会議の参加者が自立支援に資する助言の行い会議の**土台**となるものである。

介護支援専門員による事例概要及び居宅サービス計画の説明

- 利用者の基本情報
- 生活行為の現況、課題
- 現在の状況に至った経緯
- 課題を解決するためのケアプランの説明
- 現在のプランを作成する上での困っていること

サービス事業所による支援方針と支援内容の説明

- ケアプランの目標に基づいてどのような目標を設定したのか？
- その目標を達成するための具体的な支援内容について
- サービス導入後の場合、サービスの利用状況
- 今後の見通しについて
- 現在のサービス提供において困っている点 等

説明における留意点

- 現在提供しているサービスの必要性、妥当性、目指す効果等の説明
- 地域ケア会議に出席している専門職は、直接、利用者及び、家族を知っているわけではないので、効果的な助言を得るために、利用者及び家族の考え方、背景、置かれている環境など説明する事が重要となります。
- サービスの種別、頻度について、「なぜそのサービスを選択したのか？」
「回数はどういう理由で決めたのか？」をしっかりと説明する

地域ケア会議に参加する際に提出するもの（ケアマネージャー）

ケアマネージャーが地域ケア会議に出席する際には、下記の書類を提出してください。

- ① 利用者の基本情報
- ② 基本チェックリスト
- ③ 介護予防サービス計画書（ケアプラン）
- ④ ADL・IADL 全体評価シート（※1）
- ⑤ ADL・IADLの重点項目評価シート（※1）
- ⑥ お薬手帳のコピー
- ⑦ 血液のデータ

※1 = ④と⑤のシートについては、次ページからの記載事項を参照してください。

※その他、必要に応じて資料の提出をお願いすることがあります。

ケアマネジャーの概要説明（例文）

Aさんの基本情報は、〇〇歳、要支援〇（要介護〇）で、今回新規（前回の介護度〇）の案件です。
障がい高齢者の日常生活自立度は〇〇、認知症高齢者の日常生活自立度は〇〇です。

【既往歴について】

【家族構成について】

【これまでの生活、趣味、友人・地域との関わり等の概要】

ADLシートにおいて、●●●が「△1」となっており、一部介助が必要になっているのは、★★★が原因と
考えてます。

●●●の動作が★★★によってできていないため、介護サービスにより支援が必要な状態となっており、
●●●を重点項目と考えました。

この重点項目の動作を詳細に調査すると、△△△や□□□に介助を要していました。△△△や□□□に
介助を必要とするのは★★★の機能が低下しているためと考えます。

支援方針として、★★★の機能向上や●●●生活動作獲得のため、通所型事業所において●●●の
動作を自立することを目標とした支援を行います。

6ヶ月を目途に●●●ができるようになると予測して、これにより、◎◎◎などの生活範囲の拡大や、自立
した生活に繋がると考えます。

注)

●●●：ADL動作（移動、入浴など）

★★★：機能障害（下肢筋力低下など）

△△△、□□□：詳細な動作

◎◎◎：IADL動作（家事動作や外出等）

サービス提供事業者用

地域ケア会議に参加する際に提出するもの（サービス提供事業所）

サービス提供事業所が地域ケア会議に出席する際には、下記の書類を提出してください。

- ① 介護予防計画書（※1）
- ② 報告書（モニタリング）（※1）
- ③ 運動器機能向上計画書及び報告書（※2）
- ④ 口腔機能改善管理指導計画書及び報告書（※2）
- ⑤ 栄養機能改善管理指導計画書及び報告書（※2）

※1 = ①と②については、直近のものを提出してください。

※2 = ③～⑤については、算定している場合のみ提出してください。

サービス提供事業所をお願いしたいこと

（1）利用者の個別計画について

利用者の個別のサービス計画やこれまでの経過などが分かるものなど、その時点で保有している計画書や報告書などの写しを提出してください。（介護予防計画書やモニタリングの報告書など）

（2）利用者の状況について

ケアマネージャーの概要説明について、さらに補足できることがあれば説明をお願いします。たとえば、デイサービスでの過ごし方や具体的なリハビリ支援の方法、ホームヘルパー派遣時の様子や具体的な支援の箇所、日中の様子など。

（3）その他

上記2点以外にも、利用者の支援を検討する際に必要と思われることなどがあれば、資料による説明、または口頭での説明によりお知らせください。

計画と実施

行政・介護支援専門員の方々だけが自立に資する
マネージメントを実践してもダメ



事業者(所)も、適切な評価・予後予測に
基づき、自立に資するサービス提供が必要

- なんでもかんでも自立だけではだめ(必要なサービスを適正化する)
- 機能訓練と生活訓練のバランスを考える
- 利用者(患者)自身が、将来設計が立てる事ができるサービスを提供する 等

助言者の活用

助言者の役割

専門職には、助言者として「利用者のニーズ」や「生活行為の課題」等を踏まえて、自立に資する助言を行ってもらおう。
多角的な視点から、「実践につながる具体的な助言」を求める事が重要

助言を行ってもらう上での注意点

- 全ての参加者にわかりやすい表現を心がけて、専門用語はできる限り避けて説明してもらおう
- 何を伝えたいのか論点を明確にして助言してもらおう
- 助言や説明はポイントを絞って、短時間で説明する
- 問いかけだけで終わらないようにしてもらおう
問いの目的も明確にってもらおう
- 具体的実行可能な助言をしてもらおう(持ち帰れる助言)

相手の立場になって伝える事を意識した上で、簡単なことは簡単に難しいことも簡単に伝える意識を持ってもらおう。

自分はまだデイサービスに行くには早い



けれど、家では活動していない(家事は娘、外出も週1回くらい)



訪問リハビリも来て欲しくない 人の世話になりたくない 自由に過ごしたい

○自宅内での活動性が足りないため、自宅内のできる運動や家事等役割を持った方がいい

○動かないことで、より状態が悪くなる説明をした方がいい

○家族への協力、促しをしてみてもいい？



上記の内容をケアマネさんはお伝えしたが、受けいれてもらえず、変わらなかった

自分がケアマネになったつもりで、その方にどのように伝えるのか、理解してもらうのか具体的に伝える



動機づけ
プロセス重視

専門職(助言者)に期待すること①

職種	地域ケア会議における専門職としての視点等
理学療法士 作業療法士	①生活不活発病(転倒) ・転倒による骨折の既往歴がある場合は、必ず転倒の場所、原因を確認する。 ・転倒の原因が内因性によるものなのか外因性(環境)によるものなのか見極める。 ・服薬の組み合わせについても注意する ・廃用症候群の高齢者に対するサービス事業所での機能訓練の具体的な助言 ②脳梗塞片麻痺 ・ 身体機能の改善のみでなく 生活機能(生活行為)の向上を目指す助言 ・環境面(補装具、補助具)に対する助言も忘れない事 ③疾患の症状 ・疾患の主な症状、注意すること ・運動機能向上訓練をする場合の 注意事項、リスク管理等 ④ 成功例の紹介 ・似たケースの成功例を具体的に紹介して話す。 ⑤利用者が具体的に取り組む運動や活動への助言 ・利用者が今後の目標を達成できるように サービス事業者等への助言 も行なう。
言語聴覚士 歯科衛生士	①口腔ケアの必要性についての一般的な助言のみでなく、 対象者によってどの程度のケア指導が必要なのか見極める こと ②継続的、或いは抜本的なケアが必要な場合にはケアプランに盛り込むことを助言 ・その際、歯科受診や訪問歯科診療等について確認する。 ③予後予測として、例えば構音障害の場合どこまで改善が見込まれるか、維持なのか、悪化の遅延化なのか、多少は改善の見込みがあるかどうか ④ 誤嚥性肺炎の危険性が予測できそうな事例については、その具体的な予防策を助言する事 ・例えば年齢から推測して「老嚥」ではないかや、脳血管等の疾患の特徴として助言する ⑤口腔機能の重要性を伝える ・咀嚼・嚥下機能低下 → 栄養障害 → ADL低下 → QOL低下

専門職(助言者)に期待すること②

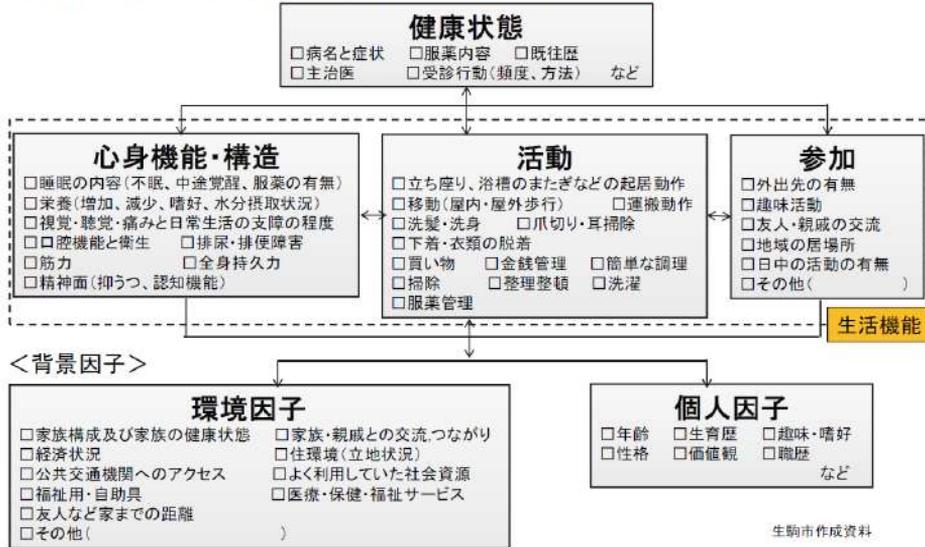
職種	地域ケア会議における専門職としての視点等
管理栄養士	<p>①永年の生活習慣をみる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・習慣を改善させた成功例等の助言に心がけること。 ・例えば、カロリー制限の必要な事例に対しては、お茶碗や箸の選択など ・食事のアセスメントの必要度の見極め(特に栄養面に問題がなければスルーする。) <p>②低栄養</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タンパク質摂取は解るが、どのような調理、どのような素材を選択したらいいか伝える例) 肉×の人「卵」、「納豆」、「豆腐」等 肉○の人 1日のタンパク質摂取量の目安○○gなど ・効果的なカルシウム摂取の方法(高齢者に適した食材の紹介) ・嚥下機能が低下してる人に適した食材(言語聴覚士や歯科衛生士と要相談) ・必要カロリーを摂取する工夫(食べ方:おにぎり、ゆで卵等手で掴んで食べれるなど) (少食な方:少量で高カロリーな食材など) <p>③糖尿病</p> <ul style="list-style-type: none"> ・具体的な成功例の助言を心がけること ・少量でも満腹感が得られる食べ方の紹介等 <p>④高血圧</p> <ul style="list-style-type: none"> ・減塩する方法(具体的な方法の提示) 食べ合わせ等の紹介 <p>⑤標準的なメニューの紹介</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コンビニ、スーパーでのメニュー(食材選び)づくり ・電子レンジレシピ、電磁調理器レシピ、炊飯器レシピ等の紹介
高齢者相談支援センター (地域包括支援センター) 在宅介護支援センター	<p>①自分が関わった利用者で、似たような成功事例を紹介する。</p> <p>②アセスメント能力を高める事を意識した助言を行う。</p> <p>③積極的に発言することを心がける</p> <p>④地域ケア会議にて出た意見を介護支援専門員が利用者・家族へ説明する際どのように説明(合意形成)をしたらいいか具体的に助言する事が重要である。</p>

専門職(助言者)に期待すること③

職種	地域ケア会議における専門職としての視点等
薬剤師	<p>①お薬の服薬状況から、飲み方や、副作用等で日常生活で気をつけた方がいい事を確認する。</p> <p>②医療機関を複数かかっている場合、重複するお薬がないか、飲み合わせで気をつける薬がないか等の確認</p> <p>③飲み込みが悪い場合、内服方法の助言や、内服回数の検討が可能かどうか助言。 (かかりつけ医やかかりつけ薬局へどのように伝えたらいいか助言して頂く。)</p> <p>④成功事例を通しての具体的な助言</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅へ訪問して良かったケース ・内服管理をするための環境助言など (服薬カレンダーの活用など)

国際生活機能分類(ICF)からみた介護予防のアセスメントの視点例

※ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health):国際生活機能分類



厚生労働省「平成27年度地域包括推進事業 介護予防ケアマネジメント実務者研修 生駒市作成資料」より

介護予防と自立支援をうまくやっていくために必要なもの

1、住民、利用者、家族の意識 同意

2、保険者の意識、リーダーシップ

3、介護支援専門員の意識、実践

4、事業者の意識、実践

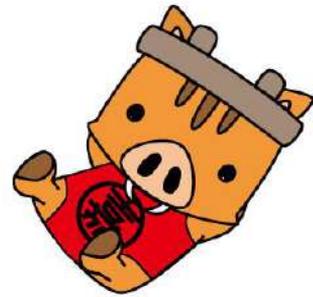
1、困っているに気づいていない 自分が悪くなるイメージができない
自分が悪くなっている、自分の体に気づくチャンスを作る
状態に応じた介護保険の使い方 講話 教室 検診

2、自立支援を推し進める政策、フォローアップ 新規の獲得が問題
状態に応じた介護保険の使い方 講話 教室 検診

3、利用者へアセスメント、モニタリング 予後予測 声かけ 必要なサービスの選定

4、事業者の取り組み 利用者へアセスメント、モニタリング 予後予測 声かけ

ご清聴ありがとうございました。



介護予防における MTDLPの活用



構成

- 介護予防について
- MTDLPについて
 - これまでの研究事業の成果
 - MTDLPの概要
- MTDLP演習

介護保険の目指すところ

介護保険法：（目的）

第一条 この法律は、加齢によ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および療養上の世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た自立した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わる給付を行うため、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および福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険法：（国民の努力および義務）

第四条 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勤めるとともに、**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およ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。

リハビリテーション専門職のイメージ



リハビリテーション専門職の役割

「理学療法士および作業療法士法」

(定義)

第二条 この法律で「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

2 この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。

(2) 医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について (通知)

理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」については、同項の「手芸、工作」という文言から、「医療現場において手工芸を行わせること」といった認識が広がっている。以下に掲げる業務については、理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」に含まれるものであることから、作業療法士を積極的に活用することが望まれる。

- ・移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
 - ・家事、外出等のIADL訓練
 - ・作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
 - ・福祉用具の使用等に関する訓練
 - ・退院後の住環境への適応訓練
 - ・発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション
- (医政発0430第2号及び第1号、平成22年4月30日)

ICIDH

「国際障害分類」



病気や後遺症など**マイナス面**を捉えていた

園芸がしたい。
自分で花を育てたい。

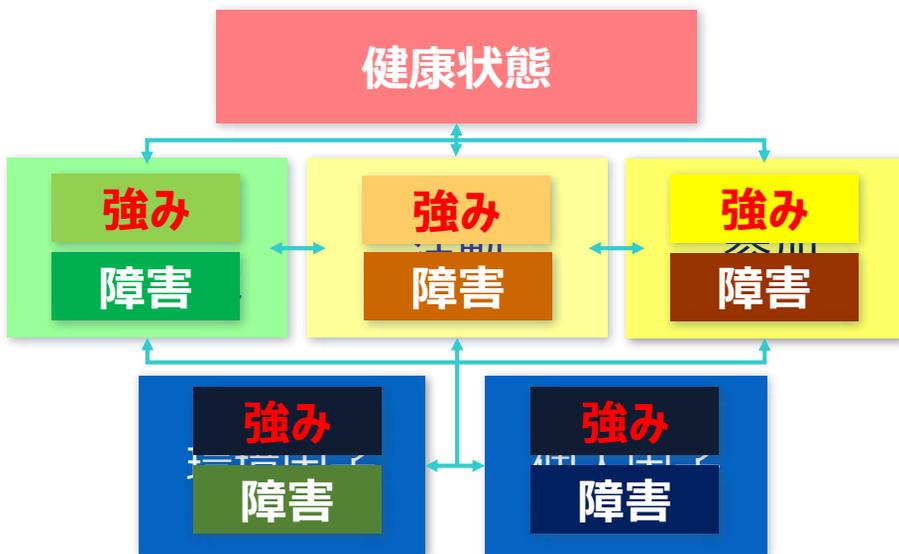


障害をマイナス面にとらえると・・・

脳梗塞
左片麻痺
両手での作業が困難
歩行不安定
しゃがみ動作が困難

園芸ができない

弱み（阻害因子）と強み（促進因子）



園芸がしたい。
自分で花を育てたい。

弱みと強みを捉えると・・・

脳梗塞

右半身は問題なし、意欲的

右手での作業は可能

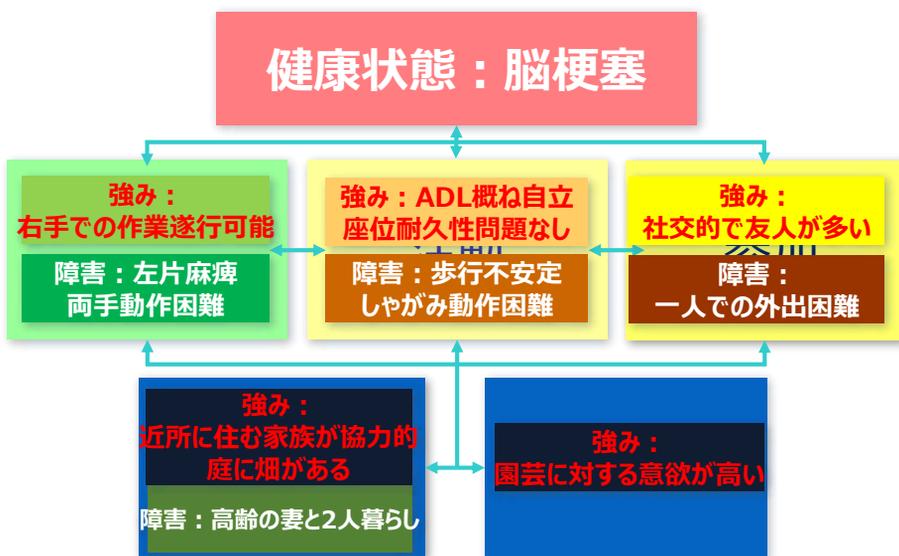
歩行は杖を使用し見守りにて可能

坐位は安定している



畑まで妻の見守りで行き座っての
畑作業が可能

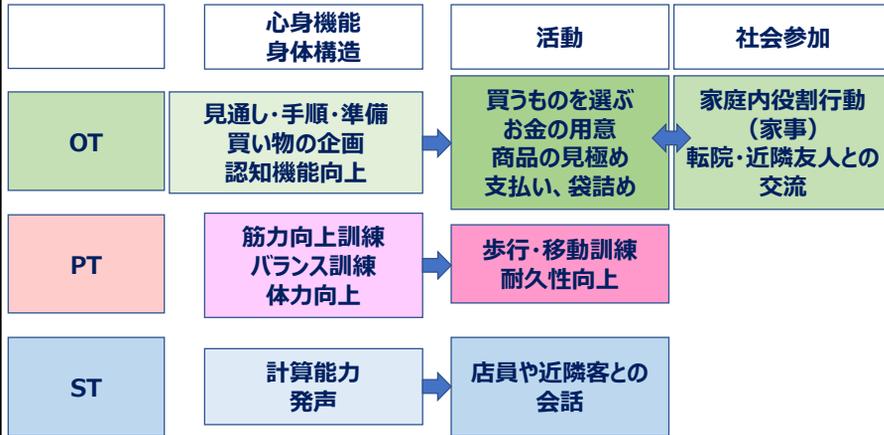
弱み（阻害因子）と強み（促進因子）



リハビリテーションの目的と手段・役割分担

例) 「自分で買い物をしたい」

300m離れたスーパーマーケットで買い物（料理の食材）をする
「買い物行為」を目標としたリハ職の役割分担



買い物体操



娘と一緒に買いもの
に行きたい

天神の街中を歩いて
買いものに行きたい

買いたい物を取ることができるように
手を伸ばす練習中…

1対1でのリハビリ



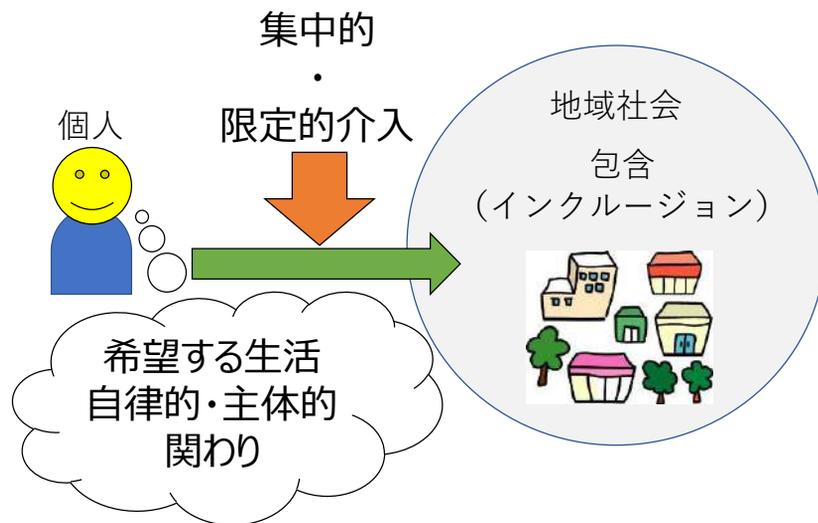
リハビリ専門職と一緒にできる部分や苦手な部分を考え、苦手なカート押しを強化

買い物活動



実際にスーパーに行き、動作の確認。カートで移動し買いたい物も買うことが出来ました

本来のリハビリテーションが目指すところ



これまでのリハビリテーション（反省）

身体の悪いところ（障害）に注目してきた。

特に手足を治すことにこだわり過ぎたり、

良いところ（残存機能）を見過ごしていた。

この様な傾向が強く、生活を改善しようと

する取組みが後回しになっていた。

これからのリハビリテーション（あるべき姿）

良いところに着目する

身体を治すことにこだわり過ぎない

生活行為に着目する

「その人らしさ」を取り戻す

・対象者が主体となって決める

・生活（作業）に焦点を当てる

これからのリハビリテーション

対象者がやってみたいこと

対象者が上手になりたいこと

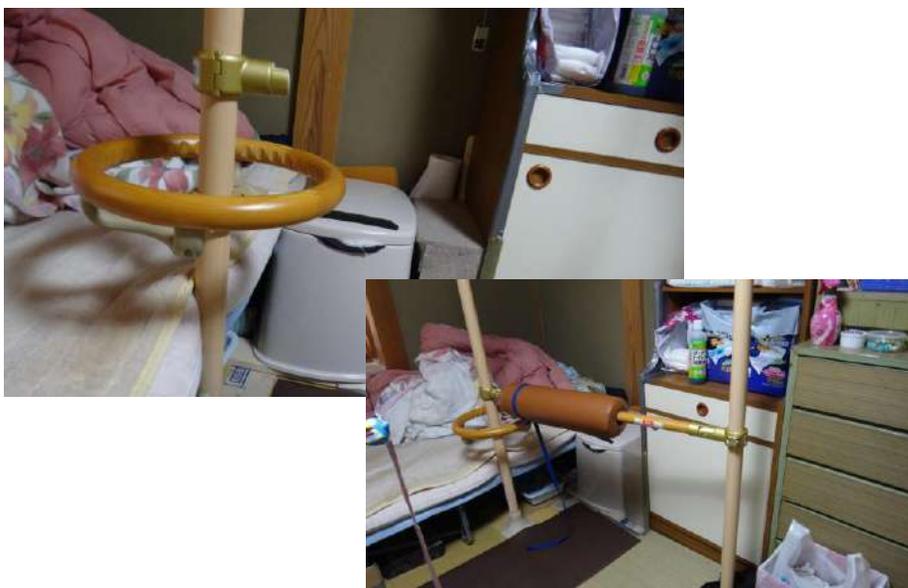
対象者がやらなければならないこと

「○○さんらしく生きる」

主役が決める

主役が決められるように支援する

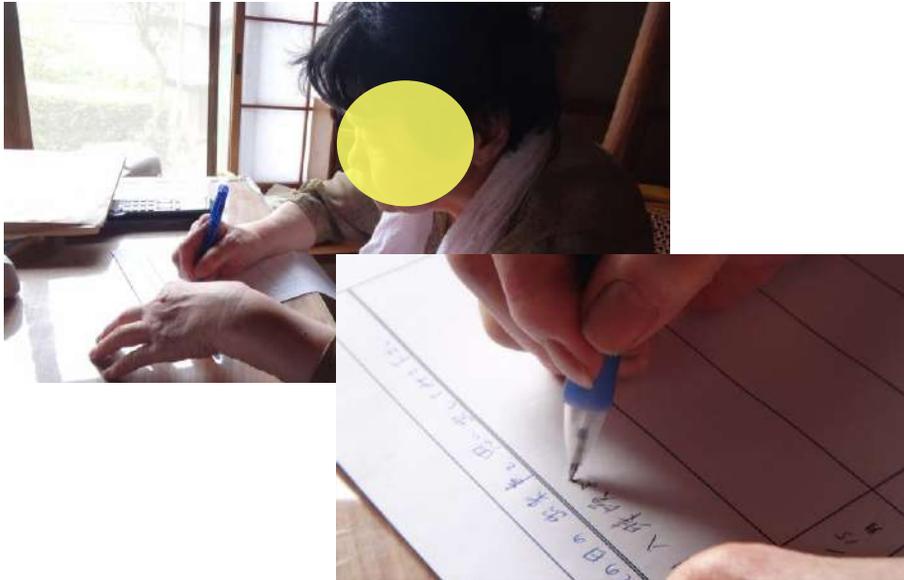
身体が不自由でも・・・



好きなことがリハビリテーションに



認知症予防に一生懸命取り組む



装具や自助具を使って自分の思いで活動



在宅酸素療法を続けながら



家事を続けることがリハビリテーションに



生活活動強度 METs

「メッツ」とは、国際的に使われている身体活動の強度を示す単位です。安静時を1メッツとした時と比べて、何倍のエネルギーを消費するかで活動の強度を表しています。

生活活動								
 歩く・ウォーキングなど	普通歩行 3.0メッツ	ウォーキング 3.5メッツ	犬の散歩 3.0メッツ	ベビーカー 押して歩く 4.0メッツ	ゆっくり階段運動 4.0メッツ	運動目的の 徒歩 4.3メッツ	ハイキング や遠足 7.8メッツ	通勤自転車 4.0メッツ
 屋内での家事など	床の拭き そうじ 3.3メッツ	窓そうじ 3.2メッツ	モップかけ 3.5メッツ	そうじ機 かけ 3.3メッツ	調理や食事 の準備 3.5メッツ	合所作業 全般 3.3メッツ	軽い荷物 運び 3.5メッツ	
 庭 どうじや作業など	手洗い洗車 3.5メッツ	外窓の そうじ 3.5メッツ	強めの拭き そうじ 3.8メッツ	部屋の 片づけ 4.8メッツ	風呂そうじ 3.5メッツ	ガレージ・ 家周りに 清掃 4.0メッツ	日曜大工 3.0メッツ	家のペンキ 塗り 4.5メッツ
 屋外(庭など) の作業	芝刈り 5.5メッツ	ガーデ ニング 3.8メッツ	草取り 3.5メッツ	庭木の剪定 4.0メッツ	くわを使う 除草 5.0メッツ	落ち葉集め 3.8メッツ	果物や野菜 を取る 3.5メッツ	苗木の植栽 4.5メッツ
 遊びなどの 活動	子どもと活 動して遊ぶ 3.5メッツ	子どもと遊 ぶ(まっぴい) 5.8メッツ	子どもと遊 ぶ(まっぴい) 3.0メッツ	動物と活動 して遊ぶ 3.0メッツ	ドラムの 演奏 3.8メッツ	釣り全般 3.5メッツ	スケーター 運転 3.5メッツ	オートバイ 運転 3.5メッツ

生活活動強度 METs

運動								
 筋力トレー ニング・体操など	ラジオ体操 (軽・中程度) 3.8メッツ	健康体操 (軽・中程度) 3.5メッツ	腕立て・腹 筋運動 3.8メッツ	スクワット 5.0メッツ	フェイトレ ニング(軽い) 3.0メッツ	ウェイトリ フティング マシン 6.0メッツ	階段昇降 運動器 9.0メッツ	ピラティス 3.0メッツ
 いろいろな スポーツ	サッカー 7.0メッツ	野球・フ ットボール 5.0メッツ	テニス 7.3メッツ	卓球 4.0メッツ	バレー ボール 4.0メッツ	ビーチ バレー 8.0メッツ	トラン ポリン 4.5メッツ	なわとび 11.8メッツ
 いろいろな スポーツ	ボウリング 3.8メッツ	バドミ ントン 5.5メッツ	バスケット ボール 6.5メッツ	ドッジ ボール 5.8メッツ	ゴルフ全 般 4.8メッツ	ゴルフ打 ちっぱなし 3.0メッツ	ハンド ボール 12.0メッツ	水極楽・ 気功 3.0メッツ
 柔道・空手	10.3メッツ	キックボク シング 10.3メッツ	ラクロス 8.0メッツ	ロッククラ イミング 8.0メッツ	スケート ボード 5.0メッツ	スキー 7.0メッツ	スケート 7.0メッツ	フリスビー 3.0メッツ
 走る・陸上競技 など	ジョギング 7.0メッツ	ジョギングと歩 行の組み合わせ 6.0メッツ	ランニング 8.0メッツ	マラソン 13.3メッツ	砲丸・円盤 投げなど 4.0メッツ	高跳び・幅 跳びなど 6.0メッツ	ハードル走 10.0メッツ	自転車(運 動として) 7.5メッツ
 水中の運動	クロール ゆっくり 5.8メッツ	クロール 普通の速さ 8.3メッツ	水泳ぎ 4.8メッツ	平泳ぎ 5.3メッツ	アクアビク ス 5.5メッツ	水中歩行 4.5メッツ	水中バレー ボール 3.0メッツ	水球 10.0メッツ
 ダンス	一般的なエ アロビクス 7.3メッツ	社交ダンス ゆっくり 3.0メッツ	社交ダンス 速い 5.5メッツ	バレエ(教 室など) 5.0メッツ	フラメンコ 4.5メッツ	ベリー ダンス 4.5メッツ	フラダンス 4.5メッツ	ディスコなど ポップダンス 7.8メッツ

自立・自律 と言うけれど・・・

「自分のことは、自分でしたい！」
「自分のことは、自分で決めたい」
「自分のことは、自分で・・・」
「他人に迷惑を掛けたくない！」

自分らしく生きる
主体的に生きる
自分で決める

たとえ、**歳をとっても**・・・

たとえ、**身体が不自由**になっても・・・

たとえ、**認知症**になっても・・・

暮らしの中で「自分で出来ること」をする

朝起きてから、夜休むまでの間、
食事、着替え、身づくろい、トイレ、
風呂、移動、休憩、テレビ、団らん、
趣味などの様々な行為があります。

- ・困りごとを解決するように支える
- ・対象者がしたいことを支える

・・・**自立支援**

これからの介護予防

【介護予防の理念】

○介護予防は、**高齢者が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**を目的として行うものである。

○生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「**心身機能**」「**活動**」「**参加**」のそれぞれの**要素にバランスよく働きかけることが重要**であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの**生きがい**や**自己実現**のための取組を支援して、**QOLの向上**を目指すものである。

厚労省ホームページより引用 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075982.pdf>

これからの介護予防

【これまでの介護予防の問題点】

- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者の多くも、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかった。

厚労省ホームページより引用 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075982.pdf>

これからの介護予防

【介護予防の考え方】

- 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、**生活環境の調整**や、地域の中に**生きがい・役割**をもって生活できるような**居場所**と**出番づくり**等、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**が重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、**要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現**を目指す。

厚労省ホームページより引用 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075982.pdf>

これからの介護予防

【介護予防の考え方】

- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな**社会的役割**を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、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。
- このような介護予防を推進するためには、**地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。**

厚労省ホームページより引用 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075982.pdf>

89歳の要介護女性がヤマトの荷物運ぶ深い理由 「要介護者に活動の場を」大牟田市の挑戦



ヤマト運輸のダイレクトメールを届ける内田アケ子さん（89歳）。今年2月から大牟田市の介護施設とヤマト運輸が取り組みを始めた。

引用：東洋経済ON LINE <https://toyokeizai.net/articles/-/318162>

介護予防の具体的なアプローチについて

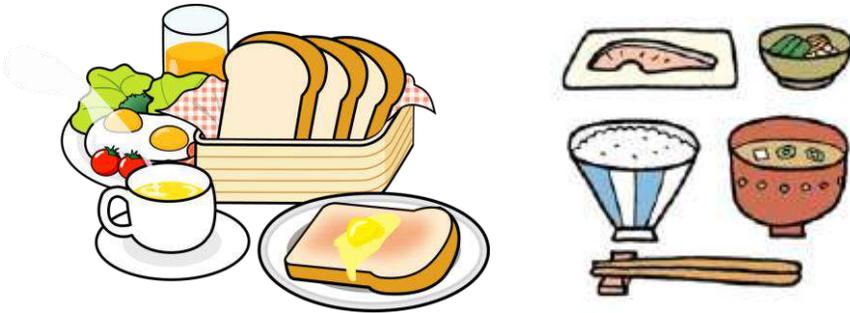
【リハ職等を活かした介護予防の機能強化】

- リハ職等が、ケアカンファレンス等に参加することにより、疾病の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。
- リハ職等が、通所と訪問の双方に一貫して集中的に関わることで、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切なアセスメントに基づくADL訓練やIADL訓練を提供することにより、「活動」を高めることができる。
- リハ職等が、住民運営の通いの場において、参加者の状態に応じて、安全な動き方等、適切な助言を行うことにより、生活機能の低下の程度にかかわらず、様々な状態の高齢者の参加が可能となる。

厚労省ホームページより引用 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075982.pdf>

生活行為について考えよう①

朝食の準備についてどのようにしていますか？



生活行為について考えよう②

文化が違うことによってやり方が異なる作業をあげてどのように違うか比べてみましょう。



高齢者の生活支援のポイント

1. 「出来ていること」を続けよう
2. 「やりたい、やってみたいこと」を探そう
3. 体力をつけよう
4. 認知症にならないために

生活、生活行為、作業

私達の暮らしは、様々な活動から成り立っています。それは、24時間、365日連続しています。

様々な活動を「生活行為」と言います。

そして、生活行為を続けることが、実は非常に大切なことです。

生活行為とは

「生活行為」とは、

- 個人の活動として行う
- 排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成27年3月27日老介発0327第1号・老高発0327第1号・老振発0327第1号・老老発0327第2号厚生労働省老健局介護保険計画課長・高齢者支援課長・振興課長・老人保健課長連名通知）

- してみたい、興味がある等、個人の意思が関与する活動である。
- 準備・企画→実施→完了に至る一連の工程で構成されている。
- 人の生活は、生活行為の連続で成り立っており、生活行為の歴史が人生に他ならない。
- 人は生活行為を継続することで、健康を維持・増進しつつ、その人らしい生き方を探索し慣行できる。

生活行為の5つの領域

領域	内容
日常生活活動 (ADL)	トイレ、入浴、更衣、歯磨き、整容、睡眠など
手段的日常生活活動 (IADL)	掃除、料理、買い物、家や庭の手入れ、洗濯、自転車、自動車運転、公共交通機関利用、子供の世話、動物の世話など
生産的生活行為	賃金を伴う仕事、畑など
余暇的生活行為	趣味、読書、俳句、書道、絵を書く、パソコン、写真、観劇、演奏会、お茶、お花、歌、囲碁、散歩、スポーツ、競馬、手工芸、旅行など
社会参加活動	高齢者クラブ、町内会、お参り、ボランティアなど

料理

主婦だから家族の為にしないと・・・



私はシェフなので仕事として料理を作ります！



仕事の帰りが遅いので毎日ではないけど、料理を作ることが好きで休日料理を作るのが楽しみ。



人は作業をすることで元気になれる



生活行為向上マネジメントのシンボルマーク



一般社団法人 日本作業療法士協会

MTDLP:生活行為向上マネジメント マニュアルp9

生活行為向上マネジメントの概要と解説



43

生活行為向上マネジメント

Management Tool for Daily Life Performance : **MTDLP**

高齢者や障害者が“介護される人”から“主体的で積極的な生活をする人”になるためには、疾病や老化による心身機能の低下からできなくなった作業が、方法や環境の工夫によってできるということを知り、生活への意欲を高め、またその作業を再獲得することが重要であり、自己実現に向けて積極的・活動的生活を営めるような支援が必要

作業療法士の一つの臨床思考過程を説明したもの

本人にとって、本当に大切に重要な「やりたい」と思っている生活行為に焦点を当てたマネジメントツール



MTDLP:生活行為向上マネジメント:配布資料

MTDLP開発の背景 今後の高齢人口の見通し

65歳以上の高齢者数は2025年には3,658万人
2042年にはピークを迎える予測（3,878万人）
75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加
2055年には、25%を超える見込み

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人 (24.0%)	3,395万人 (26.8%)	3,658万人 (30.3%)	3,626万人 (39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人 (11.8%)	1,646万人 (13.0%)	2,179万人 (18.1%)	2,401万人 (26.1%)

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計
(括弧内は65歳以上人口対比)



	埼玉	千葉	神奈川	大阪	愛知	東京	鹿児島	鳥根	山形	全国
2010年 ()は割合	58.9万人 (8.2%)	56.3万人 (9.1%)	79.4万人 (8.8%)	84.3万人 (9.5%)	66.0万人 (8.9%)	123.4万人 (9.4%)	25.4万人 (14.9%)	11.9万人 (16.6%)	18.1万人 (15.5%)	1419.4万人 (11.1%)
2025年 ()は割合 ()は倍率	117.7万人 (16.8%) (2.00倍)	108.2万人 (18.1%) (1.92倍)	148.5万人 (16.5%) (1.87倍)	152.8万人 (18.2%) (1.81倍)	116.6万人 (15.9%) (1.77倍)	197.7万人 (15.0%) (1.60倍)	29.5万人 (19.4%) (1.16倍)	13.7万人 (22.1%) (1.15倍)	20.7万人 (20.6%) (1.15倍)	2178.6万人 (18.1%) (1.54倍)



MTDLP:生活行為向上マネジメント:配布資料③ 厚生労働省HP

地域包括ケアシステムが求められる！

2025年の高齢社会を踏まえると、

①高齢者ケアのニーズの増大、②単独世帯の増大、③認知症を有する者の増加が想定される

介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されることが必要

現状では各々の提供システムは分断され
有機的な連携がみられない

そこで、地域において包括的、継続的につないでいく仕組み
「地域包括ケアシステム」が求められている

生活行為向上マネジメントの開発

2008年より、一般社団法人日本作業療法士協会では、「厚生労働省老人保健健康増進等事業」に取り組んできた。

- 作業療法の30cmのものさしをつくる。
(作業療法のかたち)
→「生活行為向上マネジメント」の開発とその介入効果を検証
- 作業療法士が貢献できる「新たなサービスの在り方」を提案
→「作業している人は元気で健康である」の理念の具体的
実現方策を国に提案

目指すところ

2025年には国民の全てが作業をすることで元気になれることを知っている(普及啓発への取り組み)



生活行為向上マネジメントのシンボルマーク

人は作業することで元気になる

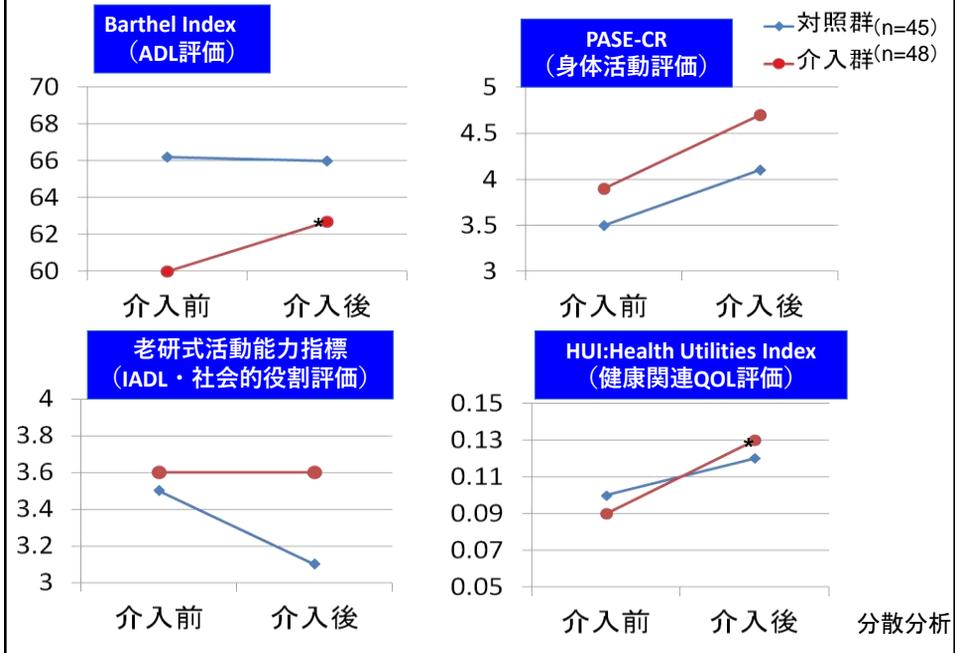
生活行為向上マネジメントに関連した厚生労働省老人保健健康増進等事業

年度	事業名
平成20年度	高齢者のもてる能力を引き出す地域包括支援のあり方研究
平成21年度	自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデルの調査研究
平成22年度	包括マネジメントを活用した総合サービスモデルのあり方研究
平成23年度	生活行為向上マネジメントの普及と成果測定研究
平成24年度 ①	生活行為向上の支援における介護支援専門員と作業療法士との連携効果の検証
平成24年度 ②	生活行為向上支援としての居宅療養管理指導事業あり方検討
平成25年度	医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究

平成22年度
包括マネジメントを活用した総合サービスモデルの
あり方研究

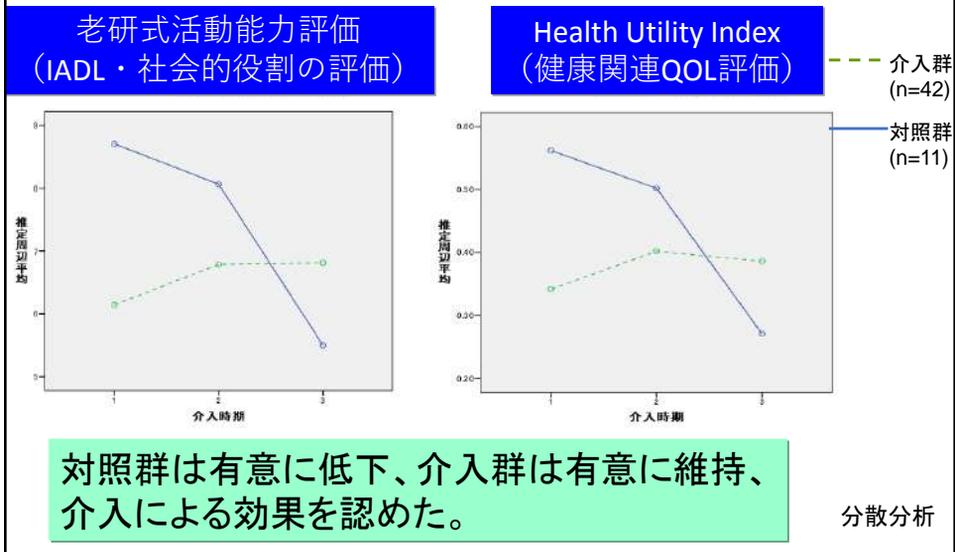
作業に焦点をあてた包括マネジメント（この年から生活行為向上マネジメントと呼称）を、入所系サービスや急性期医療も含めたより広い領域で実施した。その結果、入所系サービスでは介入群が対照群よりもADLの自立度とQOLが優位に高かった。通所サービスでは介入群がIADLの自立度とQOLが優位に高かった。また訪問介護との連携モデルを提示した。さらに介護職向けのテキストを作成し、講習会を開催した。

老健入所者への介入研究の結果



通所リハビリテーションでの効果①

※介入1年後を追跡し、再評価



対照群は有意に低下、介入群は有意に維持、介入による効果を認めた。

通所リハビリテーションでの効果②

介入1年後の要介護認定の変化

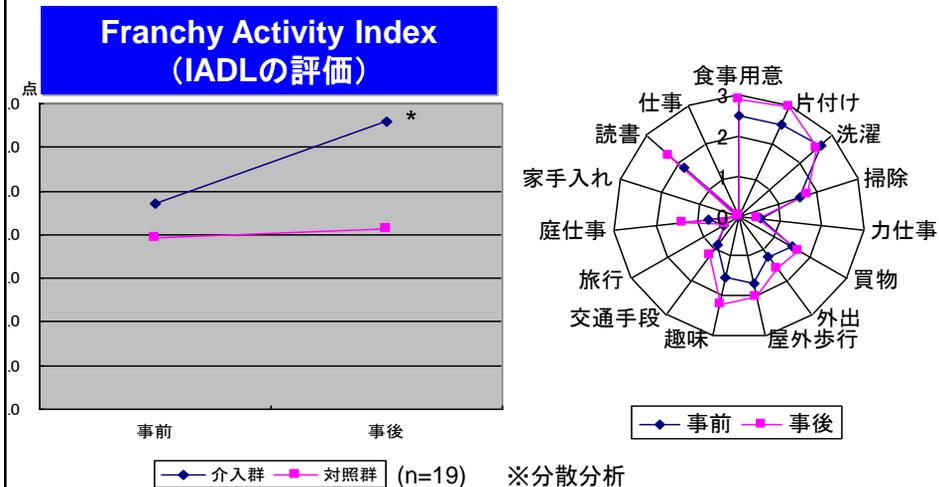
		維持・改善	悪化	合計
対照群	人数	5	6	11
	%	45.5	54.5	100
介入群	人数	31	8	39
	%	79.5	20.5	100

※ χ^2 検定 χ^2 値=4.93 P<0.05*

対照群に比較し、介入群で有意に維持・改善

訪問介護との連携での結果

生活行為向上プログラムをヘルパーにアドバイス
ヘルパーが3ヶ月間 週1回実践



IADLにおいて介入による効果がみられた。

生活行為向上マネジメントにより、要介護状態になっても、認知症であっても、利用者が「やりたい」「したい」と思っている生活行為に焦点を当てた支援により、“介護される人”から“主体的な生活をする人”に変化し、活動的な生活を営めるようになります。

○アセスメント、目標設定、プラン作成の一連の過程を、利用者と共にすることにより、利用者自身が主体的に取り組むようになり、できたときの成功体験は、達成感、効力感を向上させやる気を引き出し、意欲的な生活に変化させます。

○介護認定非該当の高齢者でも、瓶のふたを開ける、階段の上り降りなど、生活のし難さを感じている方は約三割存在します。しかし、用具の活用、環境の整備等により、ほとんどが再び容易にできるようになります。

○要支援1、2、要介護1、2の軽度要介護度者で、生活課題の原因の特定、予後予測に基づく目標設定、段階づけられた支援により、多くが改善し、且つ、生活範囲は拡大します。

○介護職との同行訪問、ケア会議での情報提供等作業療法士の参画により、介護支援計画が活動、参加に焦点をあてた自立支援型支計画に、また、実際の介護現場で過介護を防ぎ、自立に結び付ける介護方法になります。

第108回社保審-介護給付費分科会資料より https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000057550.pdf

生活行為支援モデル事業 (H25年度老人保健健康増進等事業)

目的

高齢者の生活行為確認票および興味関心チェック表による調査を行いその実態を把握するとともに具体的支援の在り方を検討する。

対象者

- 長野県茅野市：65歳以上の高齢者 118名
- 佐賀県鳥栖地区：
 - 65歳以上の高齢者 3,584名
 - 高齢者サロン利用者 75名
 - 高齢者大学参加者 181名
- 石川県津幡町：50～64歳 1,132名
- 埼玉県和光市：65歳以上の高齢者 2,000名

不自由を感じる生活行為

重いものを運ぶ
階段昇降
電話や会話の聞き取り
床からの立ち上がり
ジャムなどの広口瓶のふたを開ける
掃除機かけ・整理整頓をする・料理
草むしり（地域差あり）

多くの者は大変だと思いながら生活していることが多く、できなくなってきた段階でしなくなる可能性がある



- 不自由と感じている作業のやり方を変えるなど工夫し生活行為が改善・継続できることが重要
- 身体機能の維持改善だけでなく、住環境改修や福祉用具活用などができる

高齢者嗜好調査

図13.2 興味・関心チェックシート

以下の生活行為について、現在しているものは「している」、現在していないがしてみたいものは「してみたい」に、まる・しぬい、できる・できないにかかわらず興味があるものには「興味がある」に○を付けてください。いずれにも該当しないものは、「している」の列に×をつけてください。リスト以外の行為に思いついたものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	興味がある		生活行為	興味がある	
	している	してみたい		している	してみたい
自分でトイレに行く	○	○	生涯学習・歴史	○	○
一人で風呂に入る	○	○	読書	○	○
自分で服を着る	○	○	作詞	○	○
自分で食べる	○	○	書道・習字	○	○
歯磨きをする	○	○	絵を描く・絵筆紙	○	○
身だしなみを整える	○	○	パソコン・ワープロ	○	○
好きなとりに食べる	○	○	音楽	○	○

地域により個人により様々



その人、その地域の意味ある作業を一緒に考え実行していくことが重要

生活行為の考え方

生活行為とは・・・

人が生きていく上で営まれる365日24時間
連続する生活全般の行為
(作業療法用語集：平成23年度改定)



私たちの生活は
さまざまな生活行為の
連続で成り立っている



21 MTDLP:生活行為向上マネジメント マニュアルp12

生活行為向上マネジメントの基本的考え方

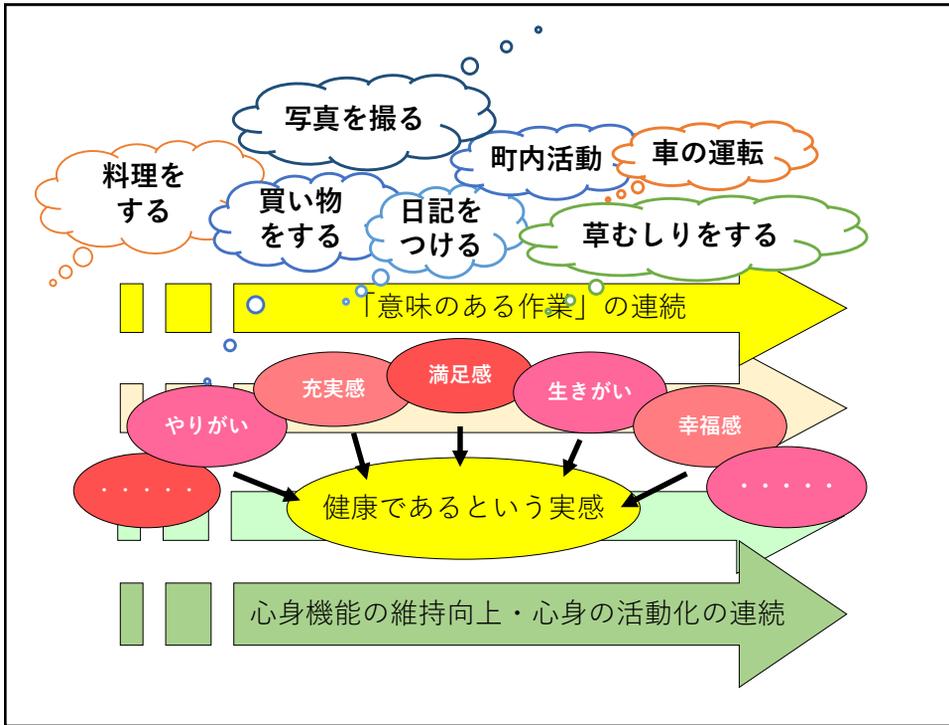
われわれの生活は、その人にとって
意味のある生活行為の連続から成り立っている。

そして、**生活行為の遂行**から満足感や充実感を
得て、**健康**であると実感している。

このような、**人のあたり前の生活行為を理解する**
ことが、生活行為向上マネジメントの基本的な考
え方となる。



23 MTDLP:生活行為向上マネジメント マニュアルp13



生活行為聞き取りシート

生活行為目標の聞き取り

- ・ 本人への聞き取り
- ・ 家族への聞き取り

生活行為聞き取りシート

姓 名 年齢 性別 男 - 女

記入番号 階層

訪問時の生活化の取り組みを評価する目的には対象者の社会的機能などの生活行為を維持し認知していることが前提です。

- そこで、あなたが抱えている課題は何かを聞いてみる(もっとうまくできるよになりたい、あるいは、うまくできるよになる(家族が及ぼす影響) 事例で、良くならない、改善したい) などの質問が目的です。(必ず事前に説明してください)
- もし、生活行為の目標がうまく思いつく場合は、質問・関心シートリストを参考に記載してください。
- 生活行為の目標が実現が難しい場合、次の資料を用いて1-10点の範囲で達成の難易度を評価してください。

生活行為の目標	自己評価	初回	最終
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標1 合意目標：	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標2 合意目標：	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

31 MTDLP:生活行為向上マネジメント マニュアル p1

生活行為向上マニュアル

本シートは、厚生労働省「高齢者の生活習慣病予防ガイドライン」に基づき、生活習慣病予防の観点から作成されています。本シートの活用は、生活習慣病予防の観点から、高齢者の生活習慣病予防に貢献することを目的としています。

生活行為アセスメント演習シート

望む生活行為目標 → アセスメント・予後予測 → 合意した目標の決定

生活行為アセスメント演習シート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： H _____ 年 _____ 月 _____ 日

生活行為目標 (関心のある課題) _____ 合意した目標 (関心のある課題) _____

・対象者と共有
・3か月後

アセスメント項目	心身機能・構造の分析	活動と参加の分析	環境因子の分析
生活行為を妨げている要因	目標に関連する身体機能、精神機能の問題点	目標に関連する活動や参加の問題点	ハード・ソフト面の問題点
強み	目標に関連する身体機能、精神機能の良い点	している活動や参加のプラス面	修正可能なハード面 協力・理解のあるソフト面
予後予測	身体機能、精神機能の改善予測	生活行為の予後予測	
			環境の改善や修正後活動などの見込み

段階づけたプログラムの立案

①基本的プログラム

心身機能に対するアプローチ
(筋力増強、関節可動域拡大、立ち座り練習等)

②応用的プログラム

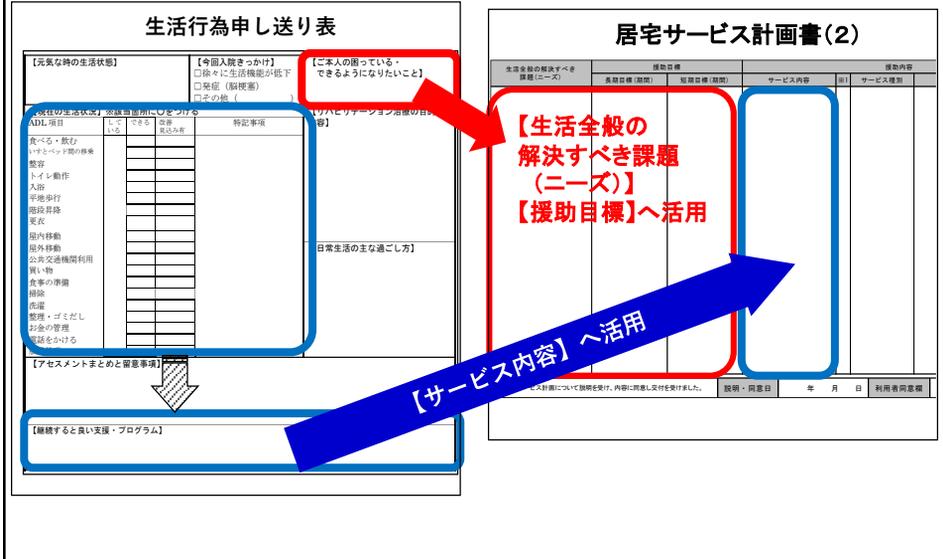
具体的生活行為のシミュレーションを伴う活動と参加に関するアプローチ
(歩行練習、身辺動作練習調理活動、趣味活動等)

③社会適応プログラム

環境因子によって影響を受ける生活行為をその環境に適応できるよう働きかけるまたは環境因子そのものに対するアプローチ
(自宅での練習、公共交通機関を利用した買い物練習等)



生活行為申し送り表から 居宅サービス計画書(第2表)への展開



生活行為向上マネジメントの視点

- ①人を心身機能の側面から理解するのみでなく、生きる営みである「生活をする人」として包括的に捉える視点
- ②入院前の生活から退院後の生活まで、一貫した対象者の生活を理解し支援するという包括的アプローチの視点
- ③作業の継続性という個人の活動から、地域の社会資源の活用までを幅広く捉える包括の視点



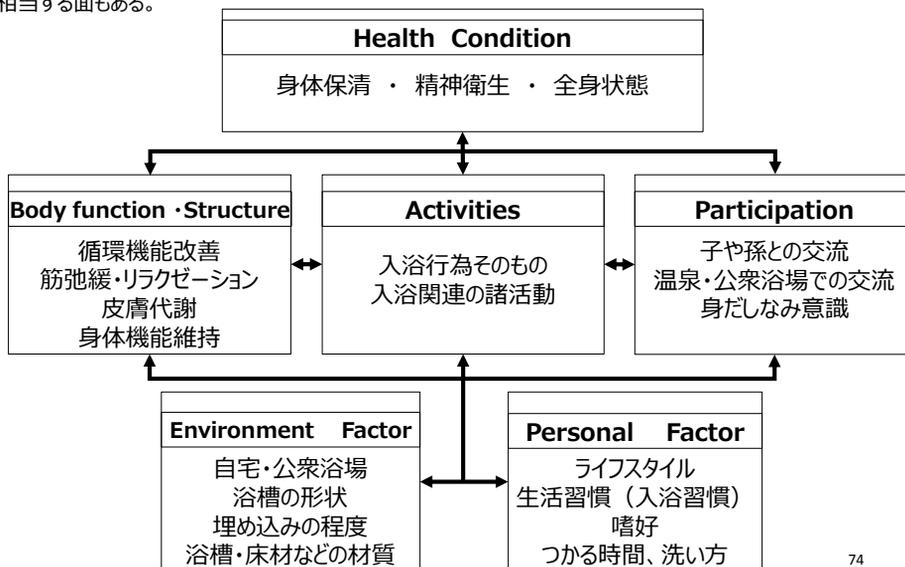
主な生活行為の見方

～入浴行為～

73

入浴行為 (ICF)

一般に入浴は、日常の心身の疲労を除き、皮膚を清潔にし、神経を鎮め、清涼感をもたらす、防寒にも役立つほか、筋肉の痛みや凝りを和らげ、運動麻痺(まひ)の機能回復訓練にも利用されるなど、水治療法における温浴に相当する面もある。



74

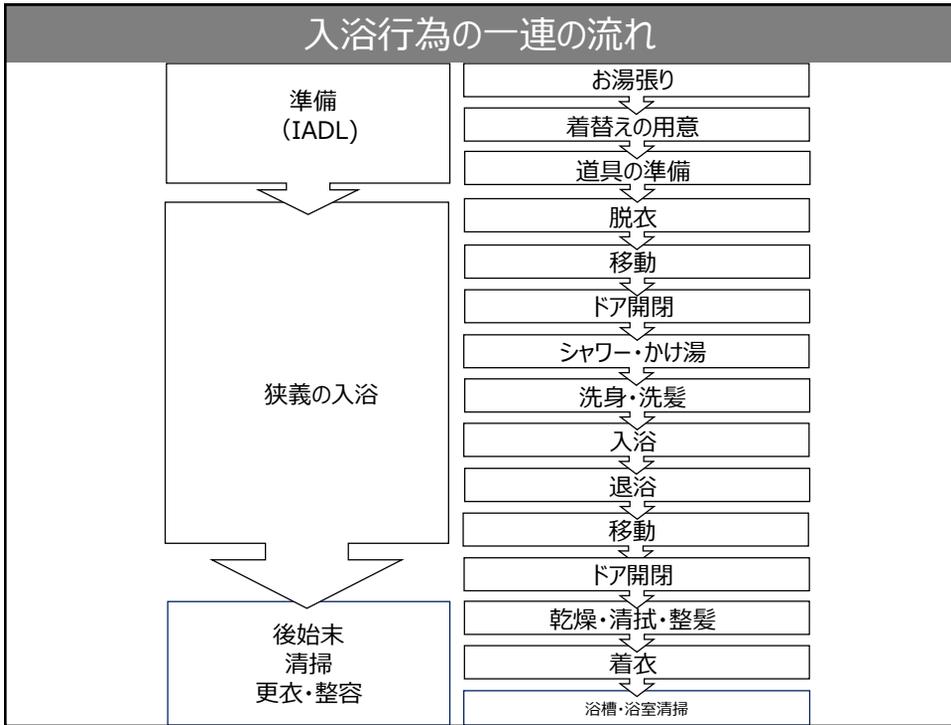
入浴行為の見方

- 個別性・特殊性の高い生活行為であり、様々な影響を受ける
 - ・ 個人因子
順序、手順、方法、使用道具など
遂行時間帯、遂行場所
 - ・ 環境因子
居住空間との位置関係
浴室や浴槽の構造、空調設備、水栓器具
支援者との関係性
 - ・ 心身機能と身体構造

75

入浴環境の多様性



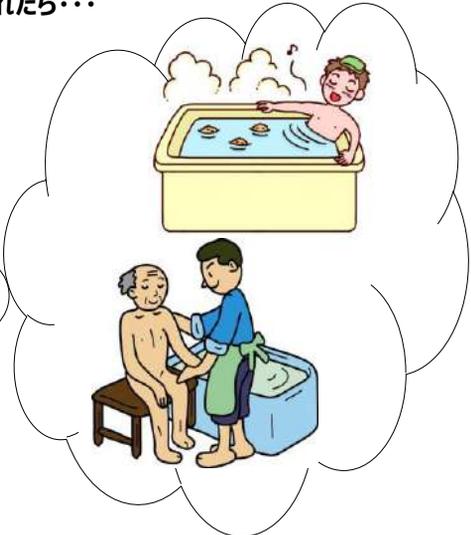


生活課題としての入浴行為

生活課題として「入浴行為」が挙げられたら・・・

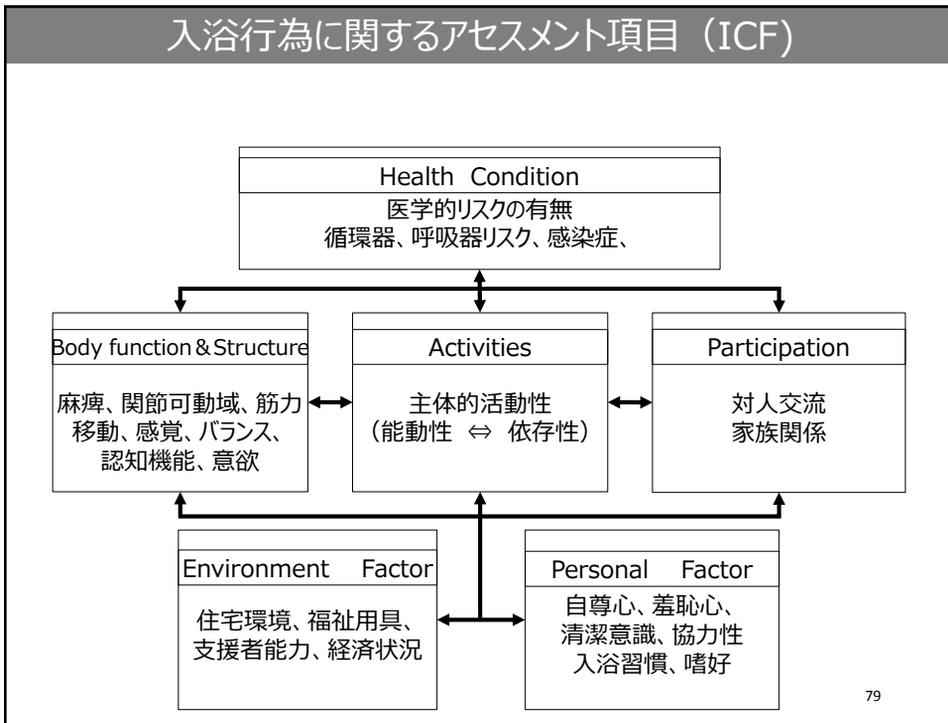
- ・自宅の風呂に入りたい
- ・出来ることは自分でしたい
- ・自宅で好きな時間に入りたい
- ・温泉に行きたい





78

入浴行為に関するアセスメント項目 (ICF)



79

入浴の支援ポイント

- ・要介護（支援）高齢者にとっての入浴行為は、身体保清の要素だけでなく、精神心理面でも大きな意味をもっています。
- ・しかしながら、入浴行為は移動、衣類の着脱、段差昇降、立ち座り、洗身、洗髪、清拭、整容といった多くの工程から構成される複合動作です。
また、その環境は多くの段差、温度差、湿気、滑り易さなどの要素が加わる事により、他の日常生活活動に比べてリスクが高い活動と言えます。
- ・このため、要介護（支援）高齢者は、自宅での入浴をあきらめて、通所サービスでの入浴を仕方なく希望するケースが少なくありません。



- ① 入浴行為の各動作の確認
- ② 入浴環境（実際に入浴行為を行う場所）の評価
- ③ ①および②に必要な心身機能・身体構造の評価
- ④ ①～③に基づくプログラムの立案と実施

80

主体的・能動的な生活を支援する

また、○○○ をしてみたい！

何をしたいのか？

いつ？

どこで？

誰と？

どのように？

映画

将棋

草むしり

旅行

囲碁

麻雀

外食

カラオケ

畑

料理

書道

俳句

孫と遊ぶ

写真

お茶

おしゃべり

読書

買い物

散歩

家事

主要な生活行為とは

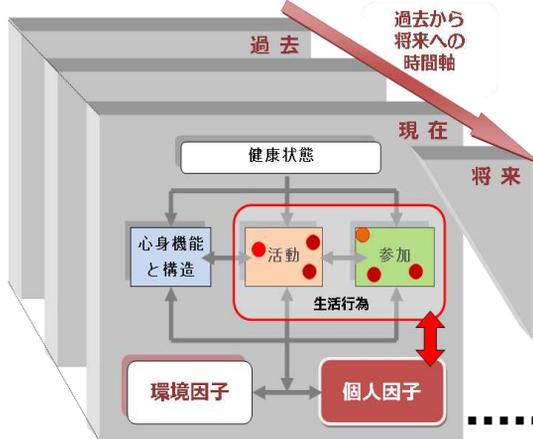
primary daily life performance

- 特にやりたいと思っている生活行為
- 特にやる必要があると思っている生活行為
- できなくなるととても困る生活行為

- あなた自身の主要な生活行為は何か？
下に書き出してみましよう。

生活行為と個人因子

ICFの各要素が、過去－現在－将来と連続する時間軸の中で、相互に作用しながら、活動と参加の中にその人らしい生活行為を生み出していく。



特に、主要な生活行為は個人因子と深く結びついていて、個人因子の情報の中から読みとることもできる。

- ・性別・人種・年齢・その他の健康状態
- ・体力・ライフスタイル・習慣
- ・生育歴・教育歴
- ・性格・個人の心理的資質・その他の特質
- ・職業・個人的原因帰属・価値・興味
- ・役割・困難への対処方法・社会的背景
- ・過去および現在の経験
(過去や現在の人生の出来事)
- ・全体的な行動様式・主観的構成要素など

生活行為について考えよう③

情報A

89歳 女性 左大腿骨頸部骨折

アルツハイマー型認知症

短期記憶障害がありADL全般に介助が必要

情報B

歌うことが好きだったが、戦時中に青春時代を過ごしあまり学校へ行くことができず軍事工場で働いていた。終戦後結婚し3人の子どもに恵まれたが、子どもが幼いうちに夫が他界、一生懸命働いて3人の子どもを育て上げた。自分の時間が取れるようになってからは、友人とコーラスに行ったりして過ごしてた・・・

事例紹介

【作業の目標】 バスに乗って妻と外出したい

自己評価：実行度 1/10点 満足度 1/10点
達成の可能性：有

しばらくバスには乗っていないので不安。
ちゃんと階段を上れるか、バスの中を歩けるか、座れなかったらどうしようかなど心配が多い。でもできるようになりたい。



このようにすれば出来そう。外歩きも最初はきつかったけど、だんだん慣れてきた。

経過

デイにて模擬的な練習実施・バスの情報提供
(屋外歩行練習、バスのステップ昇降など)

よし！やってみよう！



バスを利用しての外出練習

手術をしてから初めて。数年ぶりに乗った。色々心配だったけど自信がついた。後もそんなに疲れなかったし痛みもでなかった。バスを降りて久しぶりに町並みを見ながら歩いて懐かしかった。



88

演習1

Aさんを1か月で
要介護状態にしてください

- 個人ワーク
- グループワーク
 自己紹介をしてください
 役割を決めてください
 (司会・記録者・発表者)
- 発表

演習1「事例紹介」

70代 男性

疾患名：脳梗塞後遺症（ごく軽い左片麻痺）
 高血圧症

生活歴：30代で独立し会社を経営していた。仕事は忙しかったが週末はできるだけ家族との時間を大事にし、気が向いたときに料理をしていた。子供が独立してからはゴルフをはじめて友人と楽しんでいた。会社は息子に譲り、今は時々会社に顔を見せている。

家族：二世帯住宅で妻と息子夫婦と孫（2人）と同居。夕食は家族全員で食べている。

ADL:自立、移動は独歩にて自立。

IADL:家事はすべて妻が実施。

趣味：ゴルフ

演習2

生活行為の聞き取り

生活行為の聞き取りの準備

- 面接に適した静かな環境の用意
- 90度法の採用
- はじめは合意までに3回程度は予定
 - 1回目：リハの説明と簡単な聞き取り
 - 2回目：課題となる生活行為の聞き取り
 - 3回目：目標となる生活行為の合意形成
- 目標となる生活行為は、対象者（家族）とセラピストの視点が融合した協業の産物
- たえず変化するので、定期的実施

聞き取りに必要な技法 1

聞いています！のサイン

- 視線を合わせること（アイコンタクト）
3秒ルール。視線をそらすときは上から下に自然に
- 身体言語に気をくばること
身振り手ぶり リラックスしてやや前のめり
自分の聞いていないサインに気をつける
- 声の調子
相手とシンクロさせる

聞き取りに必要な技法 2

傾聴の技法

- うなづき・相づち
話のスピードにあわせる。同調効果。
はじめは中性の相づち（はい、ええ等）
- おうむがえし
相手の語られた内容を相手に伝え返す。情報だけでなく、語りの波長やトーンも合わせていく。まったく同じ言葉を使い続けるのではなく、ときどき言い換えてみる。

聞き取りに必要な技法 3

質問の技法

- 開かれた質問（患者中心の質問）
回答内容を相手にゆだねる質問
* 「何かやりたいことはありますか？」
- 閉ざされた質問
答えの種類が少ない質問（はい、いいえ）
* 「調理をしたいと思いますか？」
- 両者をうまく組み合わせて使うと有効

聞き取り時の質問例

- あなたが今、生活の中で、できるようになりたいと感じていることや、できるようになる必要があると感じていることがあれば、聞かせてくださいませんか？
- あなたが今、できなくて困っていることや、できるかどうか不安に思っていることがあれば、教えていただけませんか？

興味・関心チェックシートの利用

(別紙様式1) 興味・関心チェックシート

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			
好きなききに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演劇			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			

生活行為歴の聞き取り

- 現在のニーズがなかなか出てこないときには、過去の生活行為歴を聴き取ることによって、課題となる生活行為が再認識されることも多い

< 質問例 >

- 以前はどんな仕事をされていたのですか？
- 病気になる前に、なにか趣味はありましたか？
- 入院する前の一日の生活を教えてください
- 外出した時は、どんなことをされていたか？

キーパーソンの意向

- 在宅生活等を考慮すると、キーパーソンの意向が重要となってくる。

<質問例>

- Aさんにどのような生活を送ってもらいたいですか？
- Bさんに何ができるようになって欲しいですか？
- ご自身が介護をしながらも続けていきたいこと、やってみたいことはありますか？
- 困ったときに相談できたり、用事のために代理のできる人はいますか？

演習2 「役割練習①」

- 利用者役とセラピスト役に分かれて聞き取りの練習をします。
- 利用者は、障害のため主要な生活行為ができなくなっています。しかし今まで、「手足をよくすること」しか考えてなかったので、すぐには具体的なことが思いつきません。
- セラピスト役の人は、会話でニーズを引き出しながら、課題となる生活行為を聞き取ってみましょう。
- 7分ほどやったら、利用者役の人は建設的なフィードバックを3分ほどしてみてください。

ヒント

- 機能回復を志向する場合でも、手足が動いたらどんなことがしたいのか伺ってみる。
- 主要な生活行為が聞けても、そこで終わらずに、具体的にどのようにやっていたのか、やってみたいのか聞いてみる。
- 課題となる生活行為のどの部分ができ、どの部分はどううまくできないと考えているのか聞いておく。
- その生活行為ができるための準備となるような生活行為が可能なのか確かめる。

演習2 「役割練習②」

- こんどは役割を交代します。
- 利用者は、障害のため主要な生活行為ができなくなっています。しかし今まで、「手足をよくすること」しか考えてなかったもので、すぐには具体的なことが思いつきません。
- セラピスト役の人は、興味・関心チェックシートを使って、課題となる生活行為を聞き取ってみましょう。
- 7分ほどやったら、利用者役の人は建設的なフィードバックを3分ほどしてみてください。

演習3「生活行為工程分析」

- 生活行為の流れを理解する
(生活行為を工程に分けて考える)

料理・掃除

- 個人ワーク
- グループワーク

演習4「プランニング」

料理・掃除についてやりやすくするための
工夫・道具の提案・方法の提案

- 個人ワーク
- グループワーク
- 発表

介護予防の概要

1

介護予防の定義と理念

介護予防の定義

- 要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと。
- 要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと。

介護予防マニュアル. 厚生労働省. 2012

生活機能の低下した高齢者に対しては、

- リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要。
- 単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促す。
- それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すもの。

これからの介護予防. 厚生労働省.

2

これからの介護予防の考え方

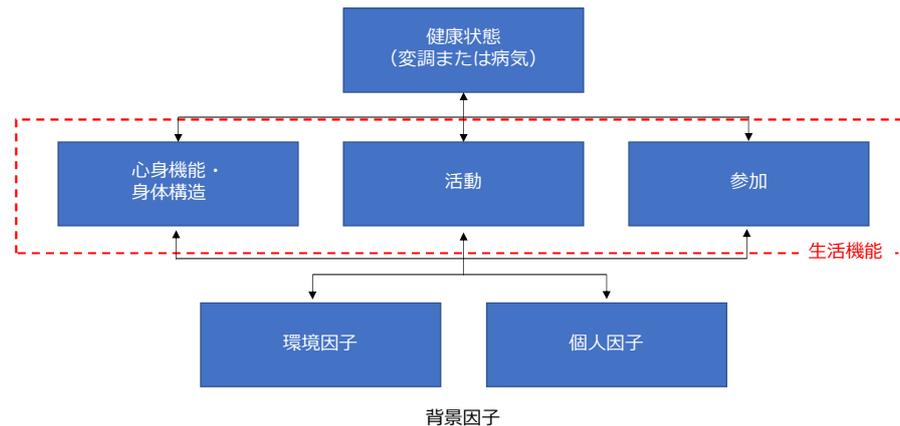
介護予防ケアマネジメント

- 「いつまでに」「どのような生活機能ができる」という形の本人の目標を明確にし、それに到達するための手段として個々のサービス要素が選択されることが大切。
- 身体機能の回復や維持を目的とした高齢者本人へのアプローチだけではなく、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重要。
- 要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応える。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、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。

3

国際生活機能分類

International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF



- 人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、3つの構成要素からなる
- 身体の働きや精神の働きである「心身機能・身体構造」
 - ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
 - 家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

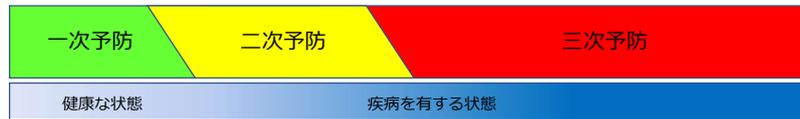
高齢者リハビリ研究会の報告書, 2004

4

介護予防における一次予防・二次予防・三次予防

介護予防マニュアル、厚生労働省、2012年から一部改変

生活習慣病の予防の段階

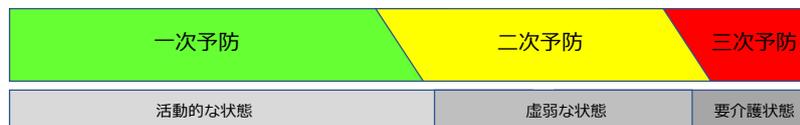


一次予防：健康づくり、疾病予防

二次予防：疾病の早期発見、早期治療

三次予防：疾病の治療、重度化予防、合併症の発症予防 等

介護予防の段階



一次予防：要介護状態になることの予防

二次予防：生活機能低下の早期発見、早期対応

三次予防：要介護状態の改善、重度化予防

注) 一般的なイメージであって、疾病の特性等に応じて上記に該当しない場合がある。

5

これからの介護予防の具体的なアプローチについて

これからの介護予防、厚生労働省、

リハ職等を活かした介護予防の機能強化

- リハ職等が、ケアカンファレンス等に参加することにより、疾病の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。
- リハ職等が、通所と訪問の双方に一貫して集中的に関わることで、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切なアセスメントに基づくADLやIADLの動作を練習する機会を提供することにより、「活動」を高めることができる。
- リハ職等が、住民運営の通いの場において、参加者の状態に応じて、安全な動き方等、適切な助言を行うことにより、生活機能の低下の程度にかかわらず、様々な状態の高齢者の参加が可能となる。

6

これからの介護予防の具体的アプローチについて

住民運営の通いの場の充実

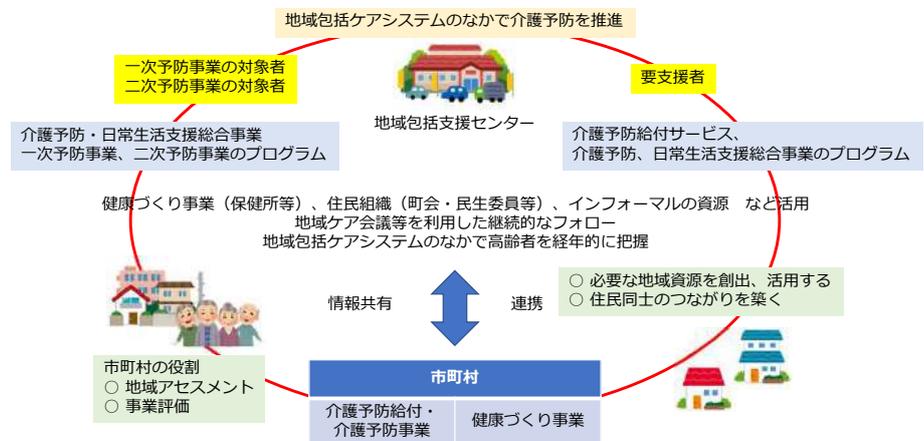
- 市町村が住民に対し強い動機付けを行い、住民主体の活動的な通いの場を創出する。
- 住民主体の体操教室などの通いの場は、高齢者自身が一定の知識を取得した上で指導役を担うことにより役割や生きがいを認識するとともに、幅広い年齢や状態の高齢者が参加することにより、高齢者同士の助け合いや学びの場として魅力的な場になる。また、参加している高齢者も指導者として通いの場の運営に参加するという動機づけにもつながっていく。
- 市町村の積極的な広報により、生活機能の改善効果が住民に理解され、更に、実際に生活機能の改善した参加者の声が口コミ等により拡がることで、住民主体の通いの場が新たに展開されるようになる。
- このような好循環が生まれると、住民主体の活動的な通いの場が持続的に拡大していく。

7

これからの介護予防の具体的アプローチについて

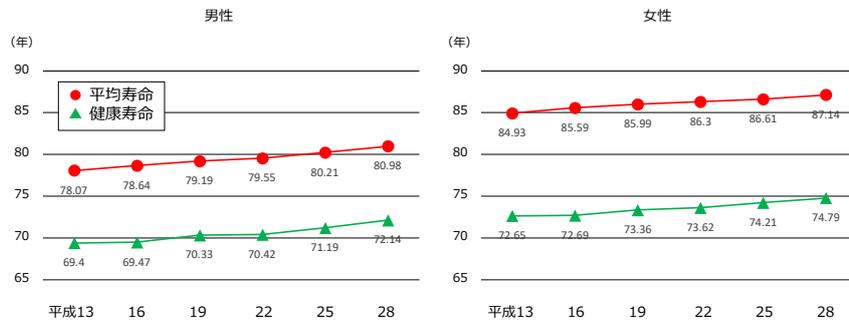
高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進

- 定年後の社会参加を支援する等を通じて、シニア世代に担い手になってもらうことにより、社会的役割や自己実現を果たすことが、介護予防にもつながる。



8

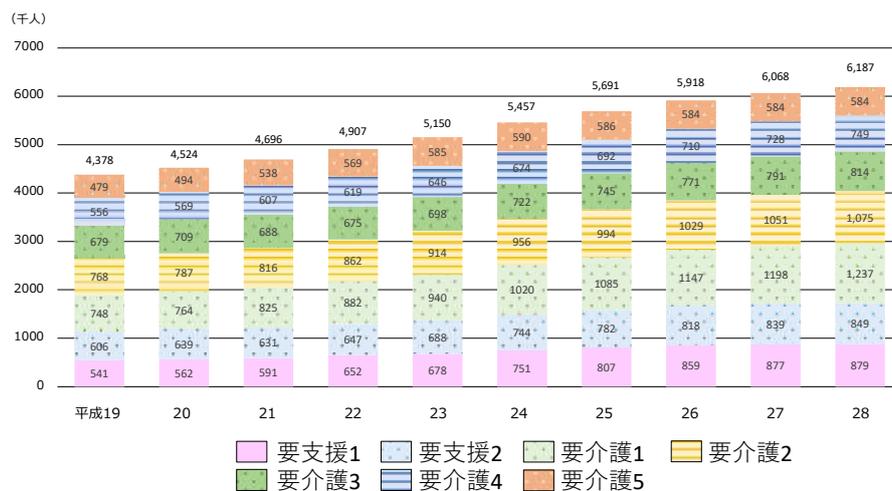
健康寿命と平均寿命の推移



資料：平均寿命：平成13・16・19・25・28年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」
健康寿命：平成13・16・19・22年は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」、平成25・28年は「第11回健康日本21（第二次）推進専門委員会資料」

9

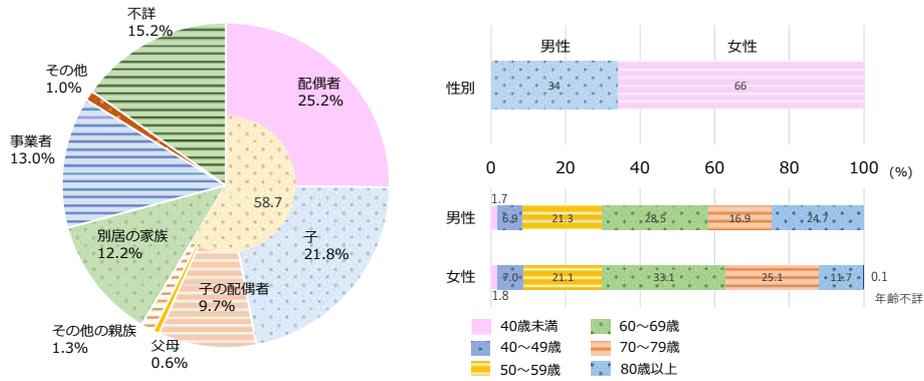
第1号被保険者(65歳以上)の要介護度別認定者数の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」
（注）平成22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

10

要介護者等からみた主な介護者の続柄

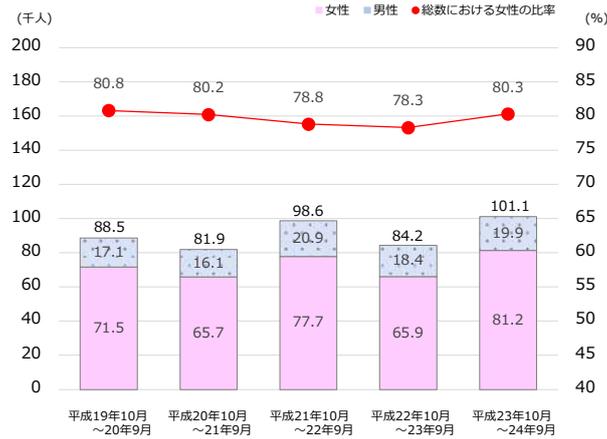


- 主に家族が介護者となっており、「老老介護」も相当数存在。
- 要介護者等からみた主な介護者の続柄をみると、6割弱が同居している人。その主な内訳は、配偶者が25.2%、子が21.8%、子の配偶者が9.7%。性別については、男性が34.0%、女性が66.0%と女性が多い。

11

介護・看護により離職した人数

総務省「就業構造基本調査」(平成24年)



- 介護や看護の理由により離職する人は女性が多い。
- とりわけ、女性の離職者数は、全体の70%以上(年平均)を占めている。

12

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) 平成28年

(単位：%)

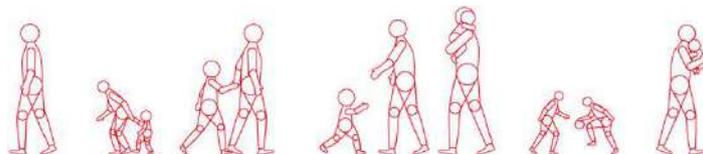
要介護度	第1位		第2位		第3位	
総数	認知症	18.0	脳血管疾患	16.6	高齢による衰弱	13.3
要支援者	関節疾患	17.2	高齢による衰弱	16.2	骨折・転倒	15.2
要支援1	関節疾患	20.0	高齢による衰弱	18.4	脳血管疾患	11.5
要支援2	骨折・転倒	18.4	関節疾患	14.7	脳血管疾患	14.6
要介護者	認知症	24.8	脳血管疾患	18.4	高齢による衰弱	12.1
要介護1	認知症	24.8	高齢による衰弱	13.6	脳血管疾患	11.9
要介護2	認知症	22.8	脳血管疾患	17.9	高齢による衰弱	13.3
要介護3	認知症	30.3	脳血管疾患	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	23.1	骨折・転倒	12.0
要介護5	脳血管疾患	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。

13

ロコモティブシンドローム(運動器症候群)

- 骨や関節、筋肉など運動器の衰えが原因で「立つ」、「歩く」といった機能（移動機能）が低下している状態のこと。
- エレベーターや車を使う便利な現代社会において、人類は足腰を使う機会が少なくなっています。
- 全世代の方が二注意が必要です。



日本整形外科学会公式
ロコモティブシンドローム予防啓発公式サイト

14

ロコモティブシンドロームの概念



骨・関節・筋力の衰え

骨：骨粗鬆症・骨折
関節軟骨/椎間板：変形性関節症・変形性脊椎症・脊柱管狭窄症
筋肉/神経系：神経障害・サルコペニア



痛み、バランス能力の低下、可動域の制限

身体を動かさなくなることから、さらにこれらが悪化する。



移動能力の低下

歩行、立ち上がり、バランス保持が困難になる。
杖などの支えなしでは、歩くことが難しくなるので、歩く量が減る。



寝たきり

立ち上がりや歩行が一人ではできなくなる。
日常生活で介護が必要に。

1からわかるロコモ 

15

フレイルとは

- 「Frailty（フレイルティ）」に対する日本語訳。
- 「虚弱」や「老衰」、「脆弱」と訳される。

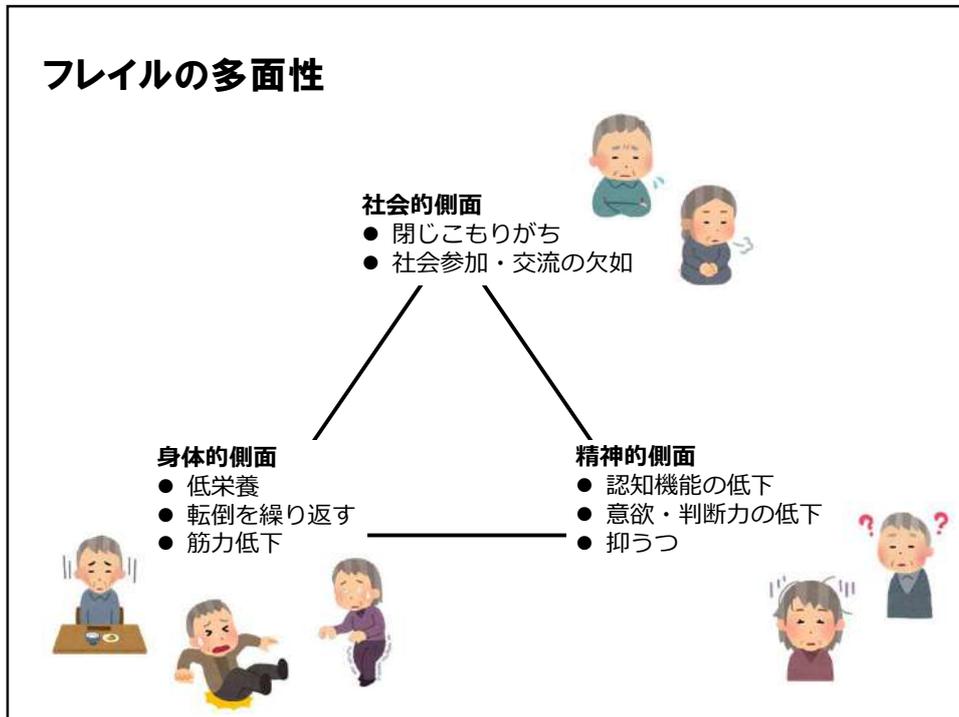
厚生労働省研究班

「加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」

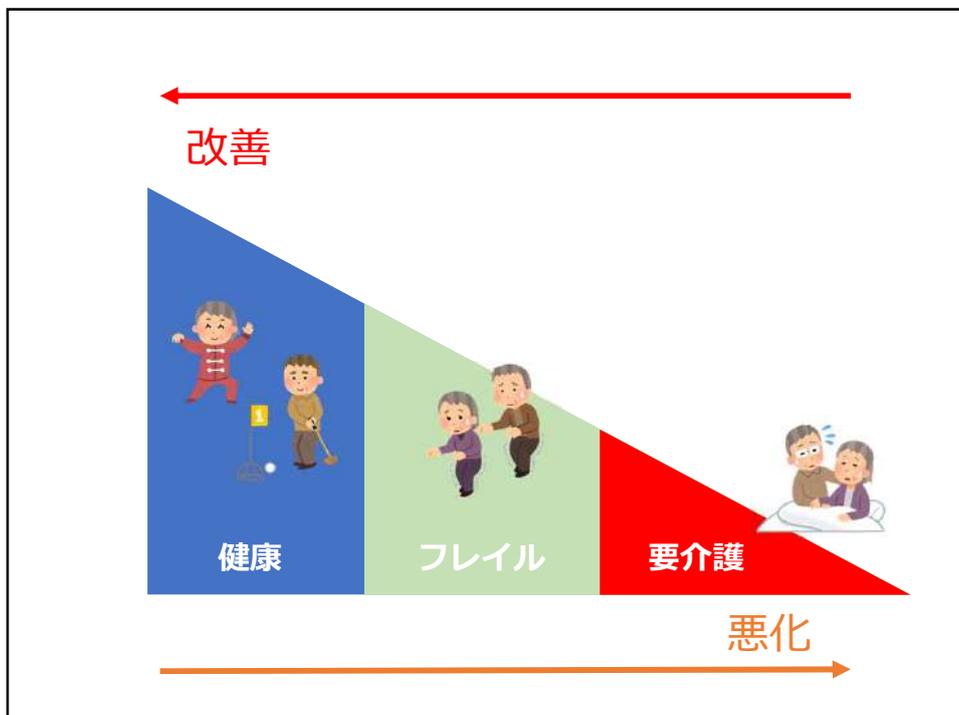


16

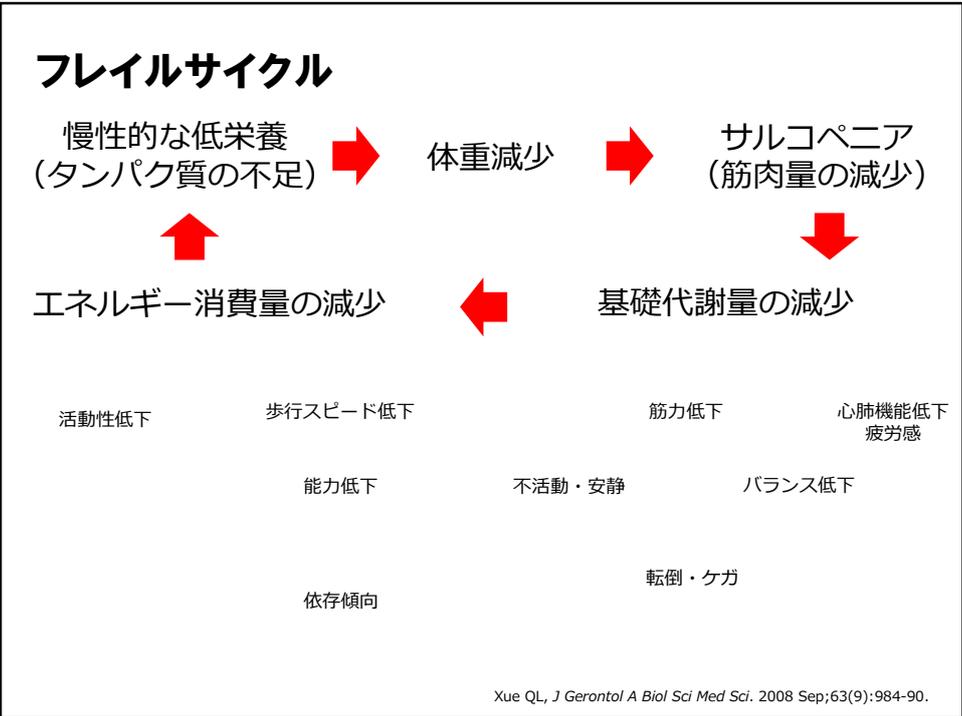
フレイルの多面性



17



18



19

その3 運動器は何で重要なのか？

A 「運動器」が連携して体を動かしています

普段何気なく動かしている「体」ですが、私たちが自由に体を動かすことができるのは、「運動器」の働きによるものです。「運動器」とは、骨や筋肉、関節のほか、脊髄や神経などが連携し、体を動かす仕組みのこと。どこか1つでも障害されると、体はうまく動かなくなるのです。

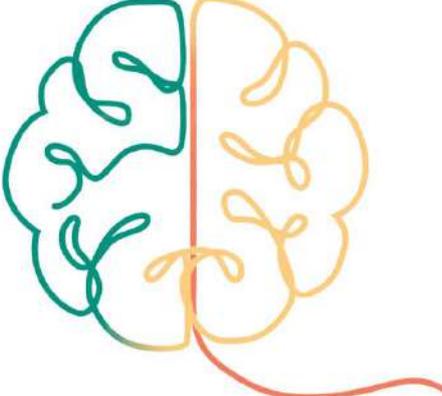
20

- 力を強くしたい
- 体力（持久力）をつけたい
Beattie K, *Sports Med.* 2014 Jun;44(6):845-65.
- 痩せたい
Kraemer WJ, *Med Sci Sports Exerc.* 1999 Sep;31(9):1320-9.
- 良く眠りたい
Kovacevic A, *Sleep Med Rev.* 2018 Jun;39:52-68.
- 血圧を下げたい
MacDonald HV, *J Am Heart Assoc.* 2016 Sep 28;5(10).
- 不安な気持ちを抑えたい
Gordon BR, *Sports Med.* 2017 Dec;47(12):2521-2532.
- 頭がよくなりたい
Wilke J, *Sports Med.* 2019 Mar 6.
- 長生きしたい
Saeidfarid F, *Eur J Prev Cardiol.* 2019 May 19;2047487319850718.
- 体をやわらかくしたい
Morton SK, *J Strength Cond Res.* 2011 Dec;25(12):3391-8.
- スタイルを良くしたい
Frederick DA, *Pers Soc Psychol Bull.* 2007 Aug;33(8):1167-83.
- 脂肪肝を治したい
Shamsoddini A, *Hepat Mon.* 2015 Oct 10;15(10):e31434.
- 痛み（慢性疼痛）を和らげたい
Jones KD. *Arthritis Res Ther.* 2015 Sep 17;17:258.
- ものを忘れを治したい
Mavros Y, *J Am Geriatr Soc.* 2017 Mar;65(3):550-559.
- モテたい
Sell A, *Proc Biol Sci.* 2017 Dec 20;284(1869).

21

**RISK REDUCTION
OF COGNITIVE DECLINE
AND DEMENTIA**

WHO GUIDELINES




**認知機能の低下や認知症のリスクを削減
WHOガイドライン**

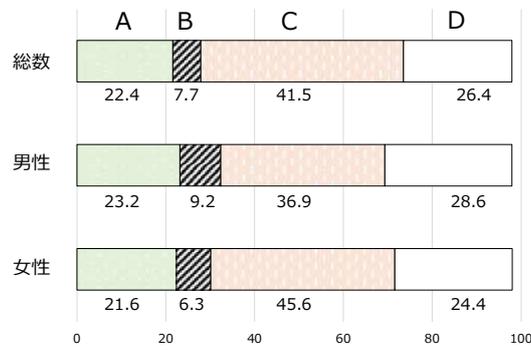
1. 1週間で150分以上の身体活動:moderate
2. 禁煙:low
3. 果物や野菜を多くしたバランスの良い食事
:low to high
1. 飲酒量の調整（減酒）
2. 脳トレ
3. 社会交流
4. 体重管理
5. 血圧管理:low to high
6. 糖尿病管理:very low
7. 脂質異常症管理
8. 抑うつ管理

strong recommendation : evidence level

22

運動や日常生活での身体活動を行っている者の割合

平成14年保健福祉動向調査の概況 運動習慣と健康意識 厚生労働省

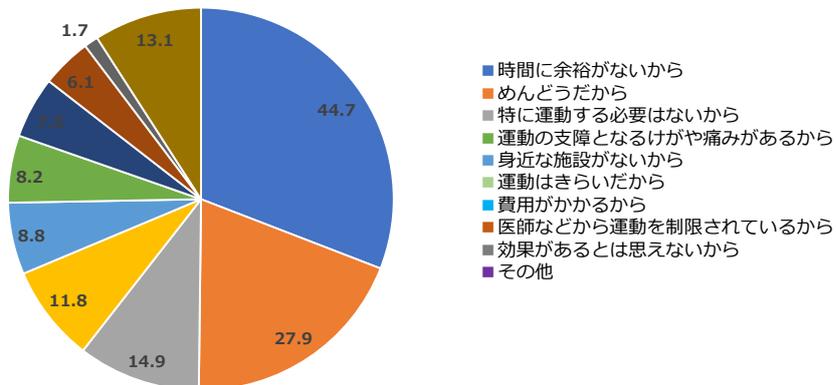


A：運動も日常生活での身体活動も行っている
 B：運動のみ行っている
 C：日常生活での身体活動のみ行っている
 D：運動などを行っていない
 不詳：2%

23

運動を始めない理由(複数回答)の割合

今後、運動を始める予定のない者：86.1%
 (運動を始める予定のある者：13.9%)

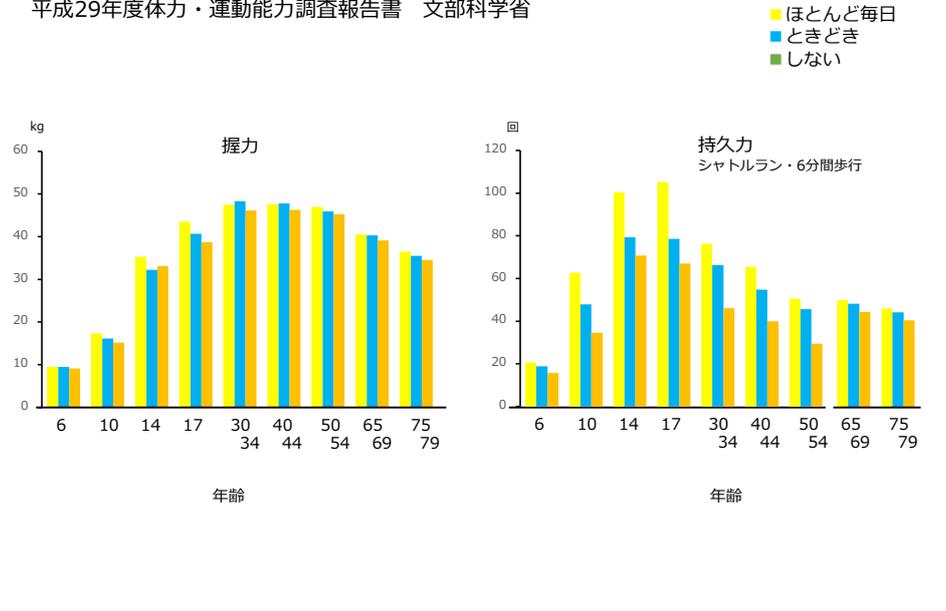


平成14年保健福祉動向調査の概況 運動習慣と健康意識 厚生労働省

24

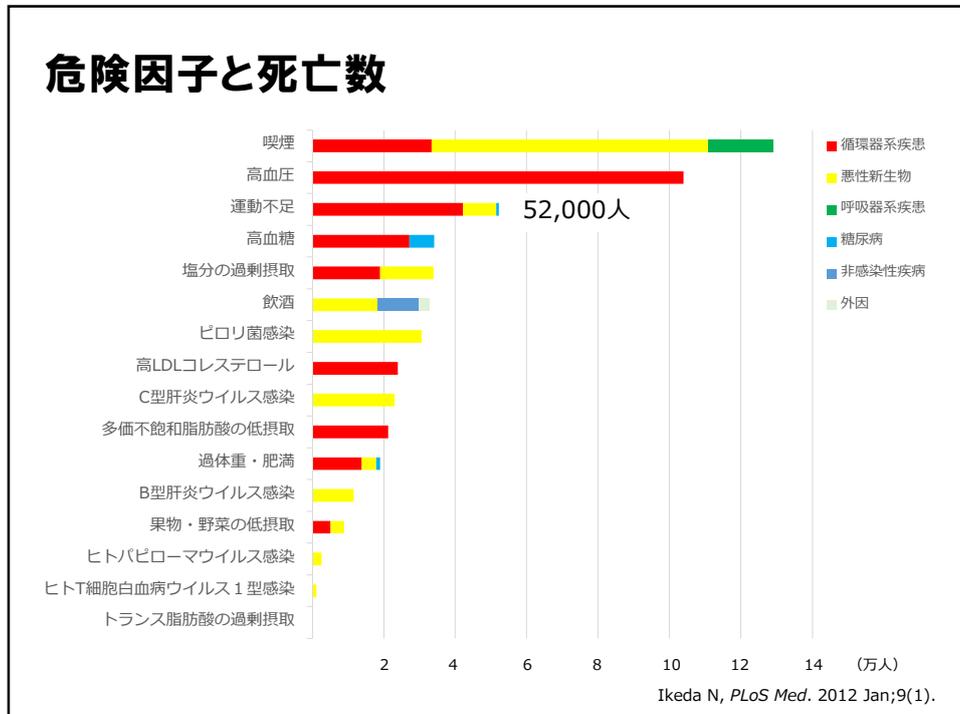
運動の実施状況と運動能力

平成29年度体力・運動能力調査報告書 文部科学省



25

危険因子と死亡数

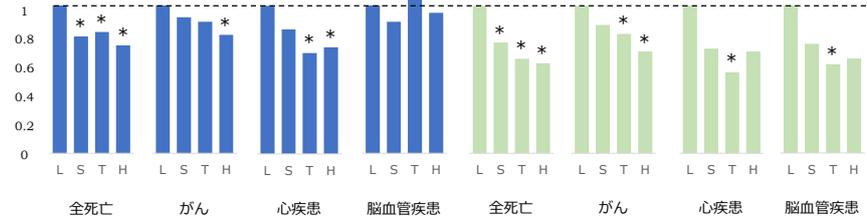


26

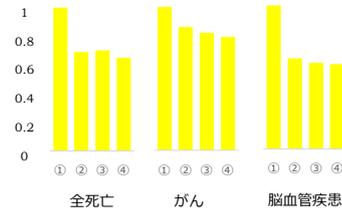
身体活動量と死亡率

- 身体活動 = 「METs×時間」
- 運動強度指数 (MET) 値×活動時間
- 活動量の多さによってグループを4つに分けた

■ 男性 *統計学的な有意差を認める
■ 女性



Inoue M, *Ann Epidemiol.* 2008 Jul;18(7):522-530.



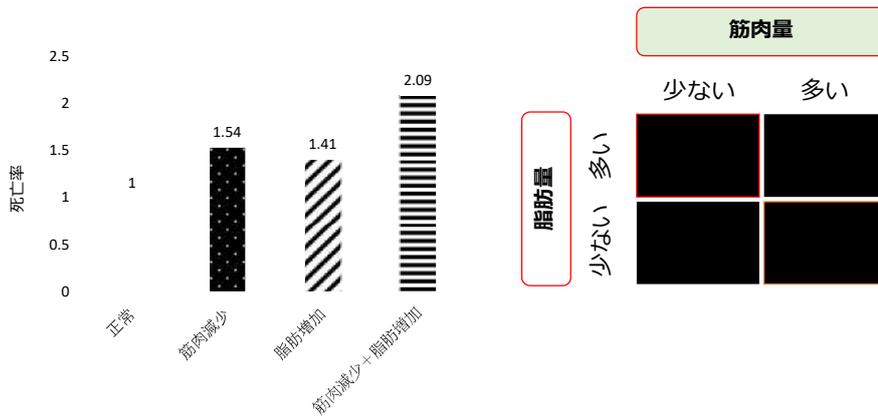
- ① 活動しない人 (中等度、高強度の活動なし)
- ② 不十分ではあるが活動する人 (中等度の活動<150分/週、高強度の活動<75分/週)
- ③ 週末のみ活動する人 (中等度の活動>150分/週または高強度の活動>75分/週) を週に1~2回
- ④ 定期的に活動する人 (中等度の活動>150分/週または高強度の活動>75分/週) を週に3回以上

O'Donovan G, *JAMA Intern Med.* 2017 Mar 1;177(3):335-342.

27

筋肉の減少、脂肪の増加と死亡率

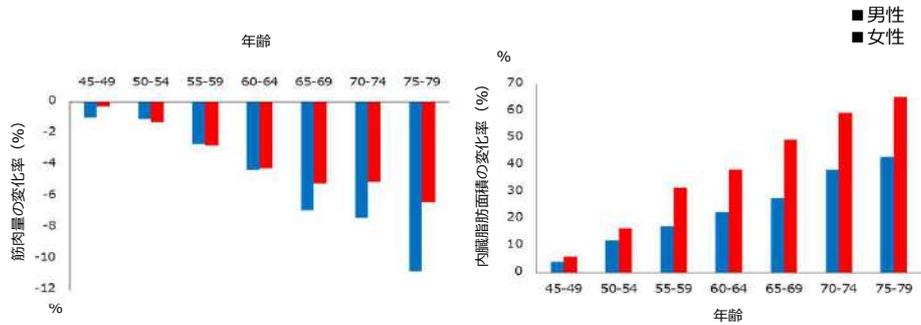
- フレイル
- サルコペニア
- 肥満



Atkins JL, *J Am Geriatr Soc.* 2014 Feb;62(2):253-60.

28

40-44歳を基準にした場合の 筋肉量の変化率（左） 内臓脂肪面積の変化率（右）



75歳以上

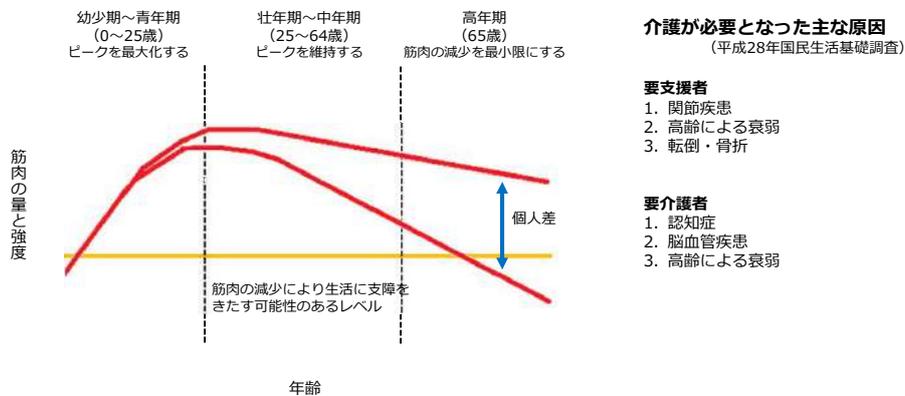
筋肉量の減少 男性 10.8% 女性 6.4%
 内臓脂肪面積の増大 男性 42.9% 女性 65.3%

Yamada M, Geriatr Gerontol Int. 2014 Feb;14 Suppl 1:8-14.

29

サルコペニアとは

高齢期にみられる骨格筋量の低下と筋力もしくは身体機能（歩行速度）の低下により定義される。

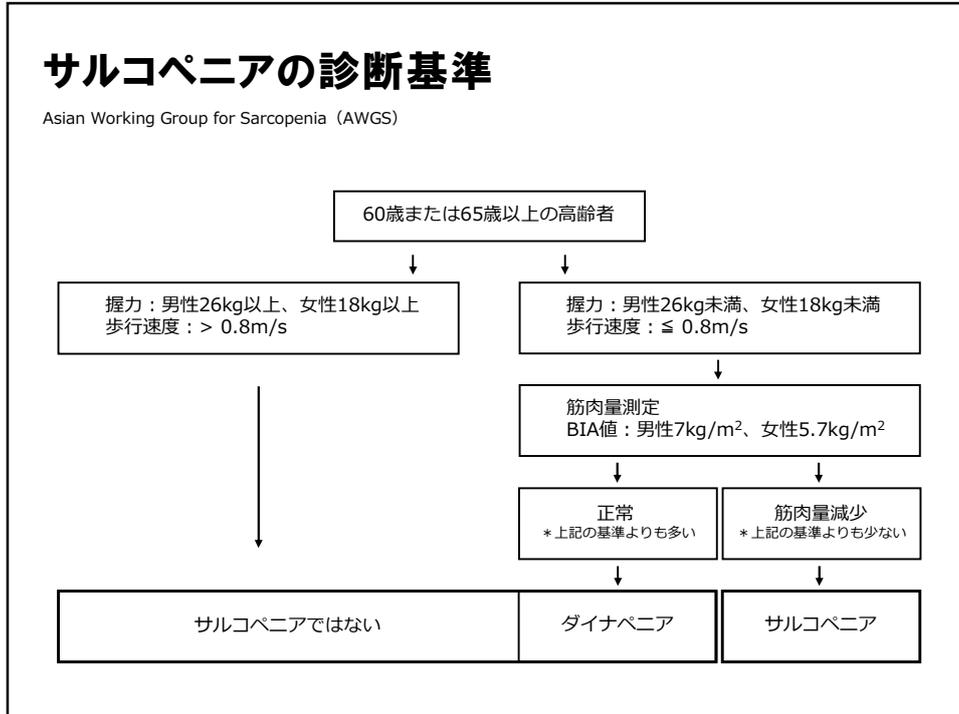


Sayer AA, J Nutr Health Aging. 2008 Aug-Sep;12(7):427-432.

30

サルコペニアの診断基準

Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS)



31

その5 骨と筋肉を鍛えるためには？

運動





栄養



A 適度な「運動」と十分な「栄養」が不可欠

骨や筋肉の役割は、体を支え動かすこと。そのため体重や運動量に応じて、強くなるようとする特性があります。骨や筋肉を鍛えるには、自分で体を動かして、適度な負荷を与えることが必要です。同時に、骨や筋肉の材料となる栄養素を、きちんと食事で摂ることも大事です。

32

介護予防における 運動プログラム

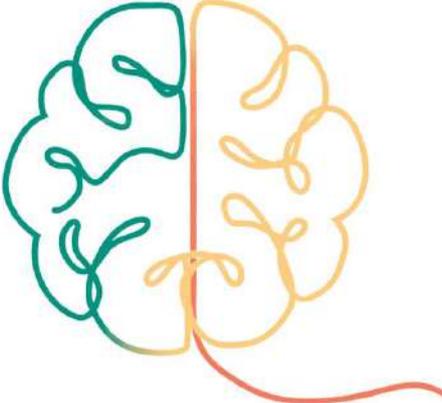
1

- 力を強くしたい
- 体力（持久力）をつけたい
Beattie K, *Sports Med.* 2014 Jun;44(6):845-65.
- 痩せたい
Kraemer WJ, *Med Sci Sports Exerc.* 1999 Sep;31(9):1320-9.
- 良く眠りたい
Kovacevic A, *Sleep Med Rev.* 2018 Jun;39:52-68.
- 血圧を下げたい
MacDonald HV, *J Am Heart Assoc.* 2016 Sep 28;5(10).
- 不安な気持ちを抑えたい
Gordon BR, *Sports Med.* 2017 Dec;47(12):2521-2532.
- 頭がよくなりたい
Wilke J, *Sports Med.* 2019 Mar 6.
- 長生きしたい
Saeidifard F, *Eur J Prev Cardiol.* 2019 May 19;2047487319850718.
- 体をやわらかくしたい
Morton SK, *J Strength Cond Res.* 2011 Dec;25(12):3391-8.
- スタイルを良くしたい
Frederick DA, *Pers Soc Psychol Bull.* 2007 Aug;33(8):1167-83.
- 脂肪肝を治したい
Shamsoddini A, *Hepat Mon.* 2015 Oct 10;15(10):e31434.
- 痛み（慢性疼痛）を和らげたい
Jones KD, *Arthritis Res Ther.* 2015 Sep 17;17:258.
- もの忘れを治したい
Mavros Y, *J Am Geriatr Soc.* 2017 Mar;65(3):550-559.

2

**RISK REDUCTION
OF COGNITIVE DECLINE
AND DEMENTIA**

WHO GUIDELINES




認知機能の低下や認知症のリスクを削減
WHOガイドライン

1. 1週間で150分以上の身体活動:moderate
2. 禁煙:low
3. 果物や野菜を多くしたバランスの良い食事
:low to high
1. 飲酒量の調整 (減酒)
2. 脳トレ
3. 社会交流
4. 体重管理
5. 血圧管理:low to high
6. 糖尿病管理:very low
7. 脂質異常症管理
8. 抑うつ管理

strong recommendation : evidence level

3

健康日本21

成人

- 家事や仕事の自動化、交通手段の発達により身体活動量が低下。
- 食生活の変化が加わって、生活習慣病が増加。

小児

- 生徒・児童における身体活動量の低下、体力の低下、小児肥満の増加。
- テレビゲームなどの非活動的余暇時間の増加。
- 夜型生活や生活習慣の問題。

高齢者

- 現役を退いた高齢者は、社会的な関わりが少なくなり、家に引きこもりがちになりやすい。

- 身体活動や運動の健康に対する効果についての知識は国民の間に普及しつつあるものの、運動を実際に行っている者の割合は少ない。
- 多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施する方法の提供や環境をつくることが求められる。

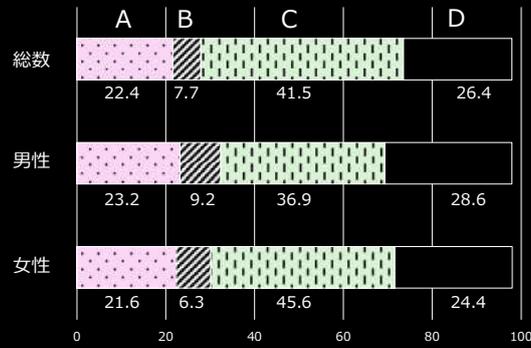


健康日本21

4

運動や日常生活での身体活動を行っている者の割合

平成14年保健福祉動向調査の概況 運動習慣と健康意識 厚生労働省

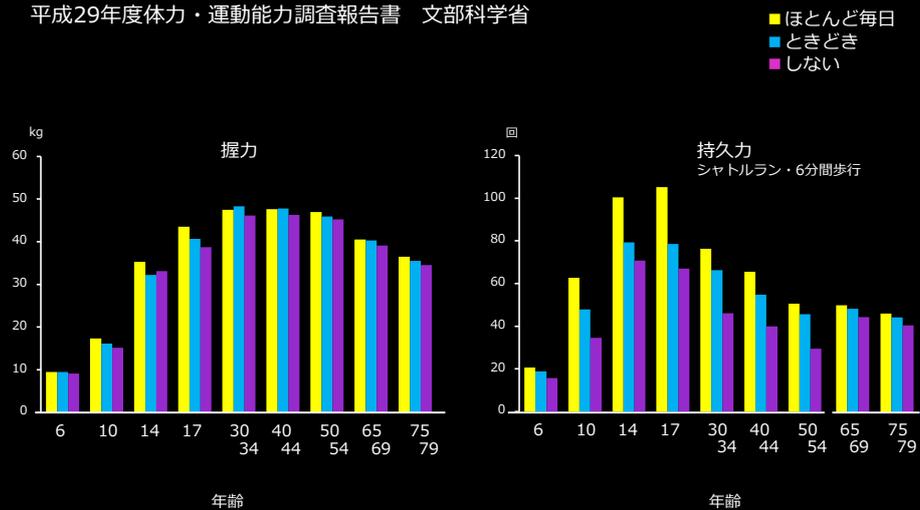


A：運動も日常生活での身体活動も行っている
 B：運動のみ行っている
 C：日常生活での身体活動のみ行っている
 D：運動などを行っていない
 不詳：2%

5

運動の実施状況と運動能力

平成29年度体力・運動能力調査報告書 文部科学省



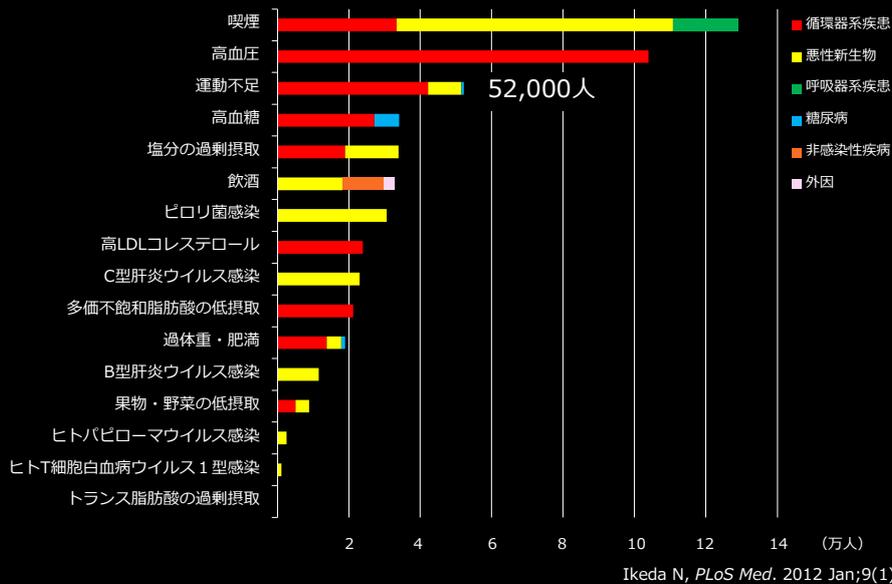
6

対策

- 日頃から「散歩」、「早く歩く」、「乗り物やエレベータを使わずに歩くようにする」など意識的に身体を動かす。
- 1日平均1万歩以上歩くことが目標。
- 週2回以上、1回30分以上の息が少しはずむ程度の運動を習慣的に行う。
- 外遊びや運動・スポーツを実施する時間を増やす。
- テレビを見たり、テレビゲームをするなどの非活動的な時間をなるべく減らす。
- 年齢や能力に応じて以下の社会参加活動のうち一つ以上を行なう。
 - ・能力や体力に応じた仕事（フルタイム、パートタイム）
 - ・知識や経験を生かした地域活動やボランティア活動
 - ・知的・文化的学習活動・興味や関心を生かした趣味や稽古ごと
- 年齢や能力に応じて以下の運動のうち一つ以上を行なう。
 - ・ストレッチングや体操を1日10分程度行う
 - ・散歩やウォーキングを1日20分程度行う
 - ・下肢および体幹部の筋力トレーニングを1週間に2回程度行なう
 - ・レクリエーション活動や軽スポーツを1週間に3回程度行う

7

危険因子と死亡数

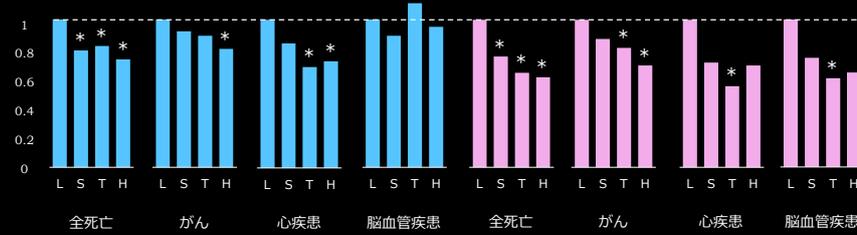


8

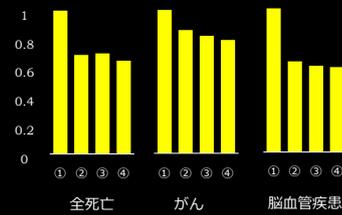
身体活動量と死亡率

- 身体活動 = 「METs×時間」
- 運動強度指数 (MET) 値×活動時間
- 活動量の多さによってグループを4つに分けた

■ 男性 *統計学的な有意差を認める
■ 女性



Inoue M, *Ann Epidemiol.* 2008 Jul;18(7):522-530.



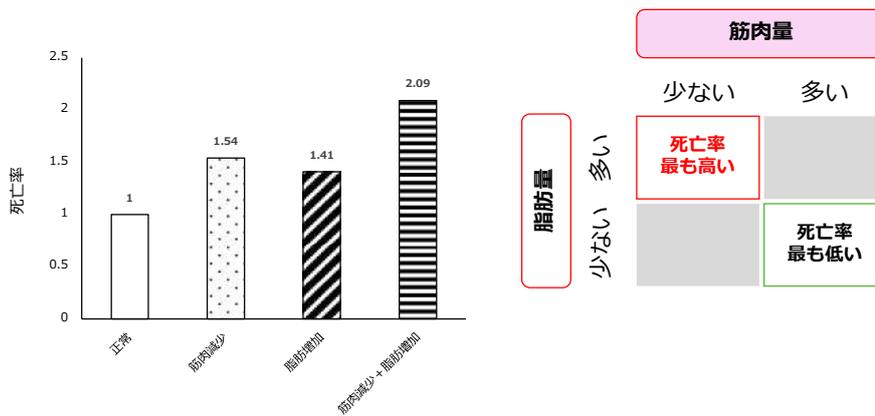
- ① 活動しない人 (中等度、高強度の活動なし)
- ② 不十分ではあるが活動する人 (中等度の活動<150分/週、高強度の活動<75分/週)
- ③ 週末のみ活動する人 (中等度の活動>150分/週または高強度の活動>75分/週)を週に1~2回
- ④ 定期的に活動する人 (中等度の活動>150分/週または高強度の活動>75分/週)を週に3回以上

O'Donovan G, *JAMA Intern Med.* 2017 Mar 1;177(3):335-342.

9

筋肉の減少、脂肪の増加と死亡率

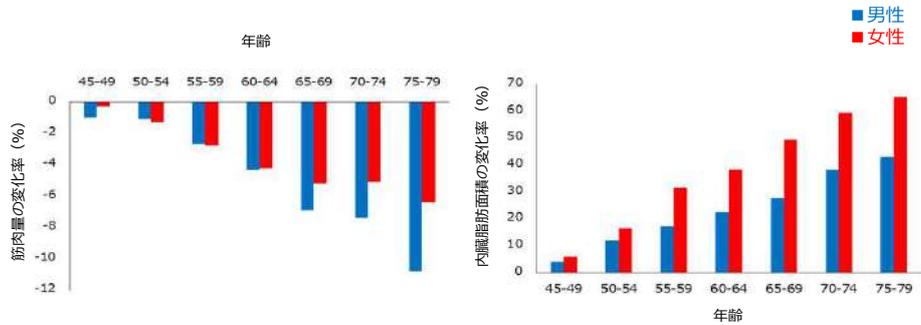
- フレイル
- サルコペニア
- 肥満



Atkins JL, *J Am Geriatr Soc.* 2014 Feb;62(2):253-60.

10

40-44歳を基準にした場合の 筋肉量の変化率（左） 内臓脂肪面積の変化率（右）



75歳以上

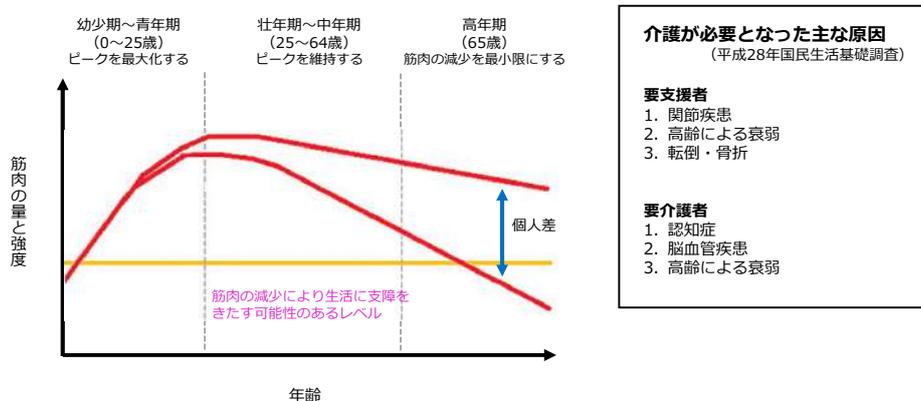
筋肉量の減少 男性 10.8% 女性 6.4%
内臓脂肪面積の増大 男性 42.9% 女性 65.3%

Yamada M, Geriatr Gerontol Int. 2014 Feb;14 Suppl 1:8-14.

11

サルコペニアとは

高齢期にみられる骨格筋量の低下と筋力もしくは身体機能（歩行速度）の低下により定義される。

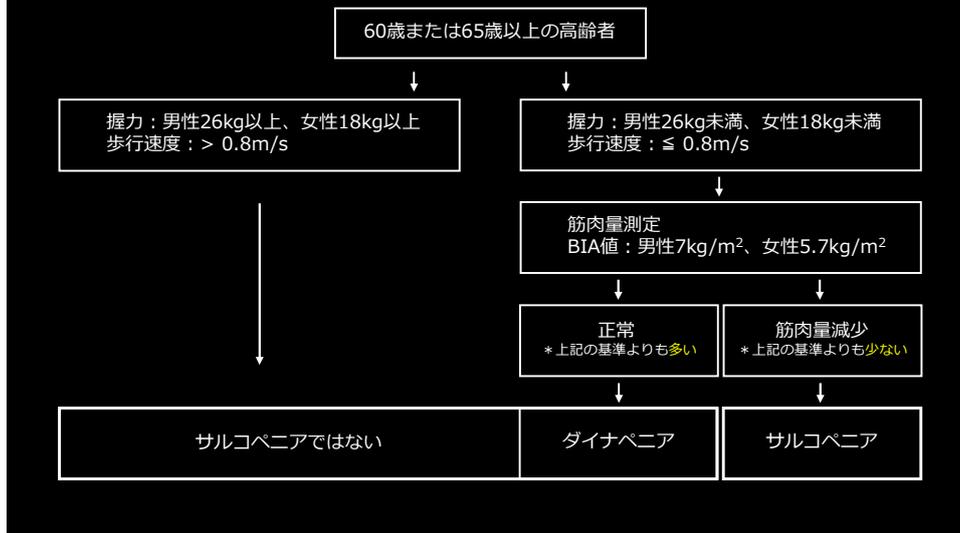


Sayer AA, J Nutr Health Aging. 2008 Aug-Sep;12(7):427-432.

12

サルコペニアの診断基準

Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS)



13

運動を継続することは難しい



ヒトのカラダは「**運動しやすいように（走るために）**」進化してきた

- 短いつま先
- 固い踵骨
- 汗による体温調節

ヒトの脳には「**運動を嫌がる回路**」が備わっている

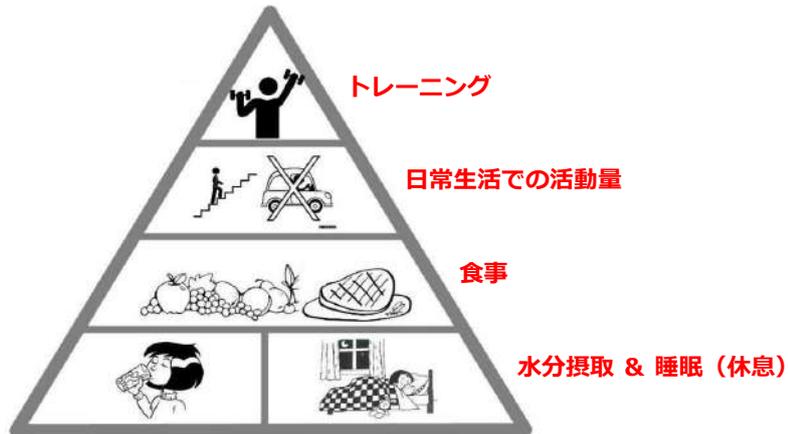
- 狩猟採集の暮らし
- 食料の獲得が困難
- カラダを動かすのは狩りに出かけるため

→ **狩り以外の運動（活動）は無意味で非効率的**

Lieberman DE. *Curr Sports Med Rep.* 2015 Jul-Aug;14(4):313-9.

14

健康のための体づくり



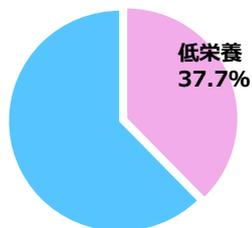
Carrie Skinner Fitness. www.carrieskinnerfitness.com

15

運動と栄養状態

低栄養 公益財団法人長寿科学振興財団による
食欲の低下や食事が食べにくくなどという理由から徐々に食事が減り、身体を動かすために必要なエネルギーや筋肉や皮膚、内臓などをつくるたんぱく質が不足した状態のこと。

回復期リハ病棟では入院時**約4割**が低栄養



$GNRI = 14.89 \times \text{血清アルブミン値} + 41.7 \times (\text{体重} / \text{身長}^2 \times 22)$
GNRI ≤ 92 を低栄養と判断

高山仁子. 静脈経腸栄養28:307,2013

16

低栄養の評価

MNA (Mini Nutritional Assessment:簡易栄養状態評価法)

BMI(kg/m²)

低栄養：18.5未満

体重減少

体重が6ヶ月間に2~3kg減少
1~6ヶ月間の体重減少率が3%以上

$$\text{体重減少率} = \frac{\text{通常の体重} - \text{現在の体重}}{\text{通常の体重}} \times 100$$

血液検査値

血清アルブミン値：3.5g/dl未満
血中総コレステロール値：150mg/dl

スクリーニング

過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、
そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか？
0：著しい食事量の減少
1：中等度の食事量の減少
2：食事量の減少なし

過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか？
0：3kg以上の減少
1：わからない
2：1~3kgの減少
3：体重減少なし

自力で歩けますか？
0：寝たきりまたは車椅子を常時使用
1：ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない

過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？
0：はい 2：いいえ

神経・精神的問題の有無
0：強度認知症またはうつ状態
1：中等度の認知症
2：精神的問題なし

BMI 体重 (kg) ÷ [身長 (m)]²
0：BMIが19未満
1：BMIが19以上、21未満
2：BMIが21以上、23未満
3：BMIが23以上

スクリーニング値：小計（最大：14ポイント）
12-14ポイント：栄養状態良好
8-11ポイント：低栄養のおそれあり
0- 7ポイント：低栄養

17

たんぱく質摂取の重要性

タンパク質の摂取量と腎臓の機能について
検証された28件の研究結果を解析

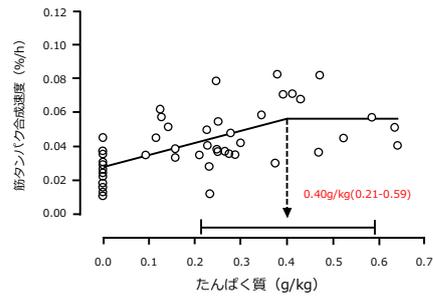
【対象】
腎臓に問題のない1,356名
(平均年齢49±15歳)

【グループ】
高タンパク質の摂取群：1.81±0.60g/kg/day
通常の摂取群：0.93±0.51g/kg/day

【解析】
腎臓の機能の指標である
糸球体濾過量 (GFR) への影響

結論：

**「高タンパク質の摂取は、
腎臓の機能にダメージを与えない」**



- 1食あたりに必要となるたんぱく質量は、
高齢者では0.4g/kg
* 体重50kgの場合でたんぱく質摂取量20g
- 上記以上のたんぱく質を摂取しても、
筋肉の合成作用は増えない

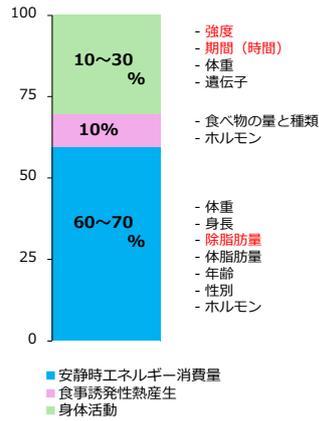
Devries MC, *J Nutr.* 2018 Nov;148(11):1760-1775.

Moore DR, *J Gerontol A Biol Sci.* 2015 Jan;70(1):57-62.

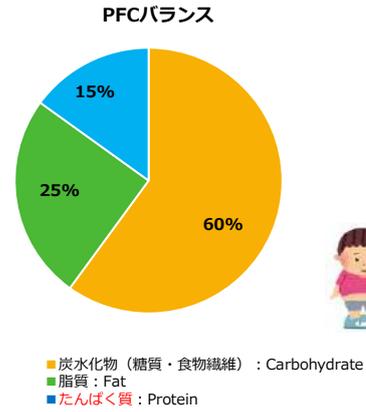
18

エネルギー収支

エネルギー消費量



エネルギー摂取量



Soares MJ, Eur J Clin Nutr. 2018 Sep;72(9):1208-1214.

19

食事制限の重要性

- 運動だけでは減量できない -

エクササイズ内容

- 週3回：有酸素運動
- 週2回：筋力トレーニング

サプリメント

- 1~2回/day



	開始前	10週後	変化量
体重 (kg)			
コントロール	78.2±5.0	77.9±5.0	-0.3±0.5
エクササイズグループ	82.3±4.1	82.0±4.0	-0.3±0.5
運動+食事制限グループ	84.7±5.5	82.9±5.2	-1.8±1.0
脂肪量 (kg)			
コントロール	22.6±2.0	22.2±2.0	-0.4±0.4
エクササイズグループ	23.9±2.2	22.8±2.9	-1.1±0.4
運動+食事制限グループ	28.9±2.3	26.2±2.3	-2.7±0.4
体脂肪率 (%)			
コントロール	28.9±2.4	28.5±2.6	-0.4±0.4
エクササイズグループ	29.0±2.2	27.8±2.3	-1.2±0.4
運動+食事制限グループ	34.1±1.3	31.6±1.4	-2.5±0.4
除脂肪量 (kg)			
コントロール	55.6±4.3	55.7±4.4	0.1±0.3
エクササイズグループ	58.4±3.5	59.2±3.7	0.8±0.6
運動+食事制限グループ	55.8±3.5	56.7±3.4	0.9±0.5
	開始時	1-2週目	3-10週目
総エネルギー摂取量 (kcal/d)			
コントロール	2076±168	1853±167	1945± 66
エクササイズグループ	2039±196	2021±127	1951±115
運動+食事制限グループ	2166±160	1865± 99	1854± 98

Lockwood CM, Nutr Metab(Lond). 2008 Apr21;5:11.

20

糖質制限 vs 脂質制限

対象

18歳から50歳までの609名
BMI: 28~40 (肥満)

方法: 12か月の食事制限

- 患者教育や心理的サポート、運動指導
- 低糖質グループ
エネルギー摂取量: 2222kcal→1697kcal
炭水化物: 44%→29.8%
脂質: 36%→44.6%
たんぱく質: 17.3%→22.9%
- 低脂質グループ
エネルギー摂取量: 2148kcal→1716kcal
炭水化物: 44.5%→48.4%
脂質: 34.8%→28.7%
たんぱく質: 17.9%→20.6%

	開始時	12か月後
体重 (kg)		
低糖質	96.3±15.7	90.3(-5.99)
低脂質	97.5±14.7	92.2(-5.29)
BMI		
低糖質	33.3±3.4	31.2(-2.07)
低脂質	33.4±3.4	31.6(-1.75)
体脂肪率 (%)		
低糖質	36.5±6.6	34.3(-2.15)
低脂質	36.3±6.9	34.3(-1.97)
HDLコレステロール (mg/dl)		
低糖質	1.29±0.24	3.93(2.64)
低脂質	1.29±0.23	1.69(0.40)
LDLコレステロール (mg/dl)		
低糖質	2.94±0.68	6.56(3.62)
低脂質	2.89±0.79	0.77(-2.12)
血圧 (mmHg)		
低糖質	122.9/81.2	118.2/78.5
低脂質	122.9/81.0	119.7/79.0
エネルギー消費量 (kcal/kg/d)		
低糖質	32.5±2.2	32.9(0.49)
低脂質	32.6±1.7	33.1(0.55)

食事内容における効果の差なし → 継続することが大切

Gardner CD, JAMA. 2018 Feb 20;319(7):667-679.

21

筋肉量を維持しながら体重を減らす

対象

肥満傾向にある35名

方法: 12週間

- コントロール (対照群)
- 食事制限グループ
- 食事制限 + 有酸素運動グループ
- 食事制限 + 有酸素運動 + 筋トレグループ

エクササイズ内容

- 有酸素運動: 週3回、30~50分
- 筋力トレーニングは有酸素運動後に実施 (10種目、5~10rep、rest1~3min)

- 食事制限
- 有酸素運動
- 筋トレ

	開始前	12週後	変化量
体重 (kg)			
対照群	92.9±17.4	92.5±13.5	-0.4
食	106.8±15.0	97.2±14.2	-9.6
食+有	95.6±12.5	86.6±11.3	-9.0
食+有+筋	92.0±13.0	82.1±10.6	-9.9
脂肪量 (kg)			
対照群	25.7±7.7	24.9±6.9	-0.8
食	34.0±7.1	27.3±5.3	-6.7
食+有	30.9±7.6	23.9±6.0	-7.0
食+有+筋	27.0±7.5	17.4±5.4	-9.6
除脂肪量 (kg)			
対照群	67.2± 8.8	67.6± 9.5	+0.4
食	72.8±10.6	69.9±10.9	-2.9
食+有	64.7± 6.8	62.7± 6.2	-2.0
食+有+筋	65.0± 7.3	64.7± 6.9	-0.3
総エネルギー摂取量 (kcal/d)			
食	1551±428		
食+有	1430±426		
食+有+筋	1449±578		
たんぱく質摂取 (%)			
食	18.7±5.4		
食+有	15.4±2.3		
食+有+筋	15.7±2.8		

D: Diet only, DE: Diet+Endurance, DES: Diet+Endurance+Strength.

Kraemer WJ, Med Sci Sports Exerc. 1999 Sep;31(9):1320-1329.

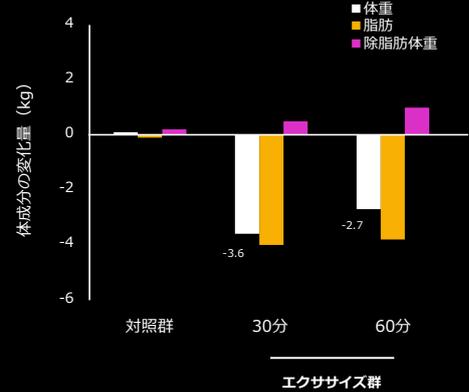
22

有酸素運動の時間と減量の関係

対象
肥満傾向にある64名
(BMI:25-30 kg/m², 体脂肪率25%以上)

方法: 13週間
30分: 有酸素運動30分 (300kcal消費する強度)
60分: 有酸素運動60分 (600kcal消費する強度)
* 有酸素運動は、両群とも週3回
CON: コントロール (対照群)
* 食事制限 (維持カロリーのキープ)

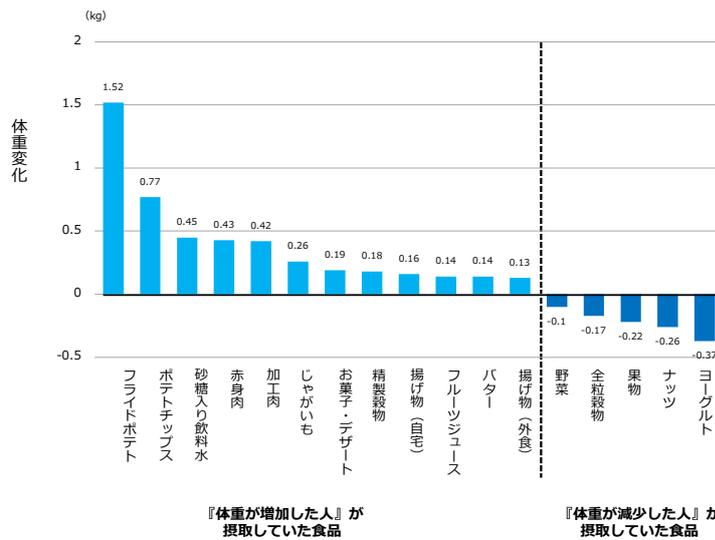
結果
30分群は、体重が3.6kg減少
60分群は、体重が2.7kg減少
体脂肪は、両群ともに4kg減少



Rosenkilde M, *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2012 Sep 15;303(6):R571-579.

23

食事内容の変化と体重の変化との関係



Mozaffarian D, *N Engl J Med.* 2011 Jun 23;364(25):2392-2404.

24

運動処方 FITTの原理

Frequency : **頻度**

Intensity : **強度**

Time : **時間**

Type of exercise : **種類**

内服薬

様		
用法		
1日	回	日分
朝	昼	夕
食前	食後	時間毎
散剤	錠	包
錠剤	錠	錠
カプセル	錠	個
ザツ一箱に お読み下さい。		
年 月 日		

25

筋肥大のメカニズム

- 骨格筋は、24時間、筋タンパク質の合成と分解を繰り返している。
- 筋タンパク質の合成量と分解量が等しければ、筋肉量は維持される。
- 合成量が分解量よりも大きくなれば、骨格筋は大きくなる。

- **筋トレ**は、mTORを活性化する。
- mTORには、筋タンパク質の合成を促進する作用がある。
- 食事によって十分な**タンパク質が摂取**されると、骨格筋量が増加する。



26

運動の頻度と効果

アメリカスポーツ医学会（ACSM）2009

『トレーニングは週に2~3回行うことが推奨される』



1週間あたりの

総負荷量 = 重量 × 反復回数 × セット数

27

運動の頻度と筋肥大・筋力増強効果

週単位のトレーニング総負荷量（強度×回数×セット数）が同じになるように設定した、週3回と週6回トレーニング群の効果について

- 両グループともに筋肥大の効果を認めた。
- 両グループ間に有意な差は認められなかった。

月曜日	8rep×4set	8rep×2set
火曜日		5rep×2set
水曜日	5rep×4set	3rep×2set
木曜日		8rep×2set
金曜日	3rep×4set	5rep×2set
土曜日		3rep×2set

Colquhoun RJ, *J Strength Cond Res.* 2018 May;32(5):1207-1213.

週単位のトレーニング総負荷量（強度×回数×セット数）が同じになるように設定し、筋力増強の効果と週の頻度を検討した12の研究

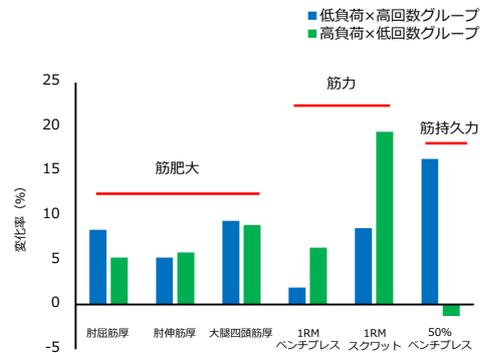
- 週単位の総負荷量が同じであれば、週1回でも週3回以上でも筋力増強の効果に有意差なし。

Ralston GW, *Sports Med Open.* 2018 Aug 3;4(1):36.

28

運動強度とその効果

1. 低負荷×高回数グループ
25～35回で限界がくるウェイトを使う
2. 高負荷×低回数グループ
8～12回で限界がくるウェイトを使う



- 筋肥大の程度は、負荷の程度による影響は少ない。*しっかり負荷をかければ
- 筋力の発達は、高負荷トレーニングのほうが効果がある。
- 筋持久力の発達は、低負荷トレーニングのほうが効果がある。

Schoenfeld BJ, *J Strength Cond Res.* 2015 Oct;29(10):2954-63.

29

休憩時間とその効果

- トレーニング経験者は3分以上の休憩で筋力、筋肥大効果が大きい。

Schoenfeld B, *J Strength Cond Res.* 2016 Jul;30(7):1805-1812.

- 高強度トレーニングを行う場合は2分以上の長い休憩時間が推奨され、低強度トレーニングであれば1～2分の短時間の休憩時間でも十分に筋肥大の効果が得られる。

Grgic J, *Sports Med.* 2018 Jan;48(1):137-151.

トレーニング = 運動 × 回復 (休息・食事)

→ オーバートレーニングに注意！！

- 不眠
- 安静時心拍数の増加
- 身体の不調 (疲労感・痛み・風邪・気分の落ち込みなど)

30

「適切な運動量」を考える場合のポイント

- RPE（自覚的運動強度）、ボルグスケールで管理してもらう。
* Borg scale : 13（ややきつい）程度
- 運動後、約5分以内に気分の改善がみられないようであれば、負荷が足りないか多すぎる。
* アメリカ心理学会（<http://www.apa.org/monitor/2011/12/exercise.aspx>）
- 睡眠の質で判断する。
* 運動したその夜の睡眠の質がハッキリと改善するレベル。
運動量が足りない場合：睡眠の質には特に変化なし
運動しすぎの場合：ストレスホルモンの分泌が増えるせいで不眠になる可能性が大きい
- 翌日以降の筋肉痛の程度で判断する
* 筋肉痛で日常の活動が制限されない程度。
長くても筋肉痛は2日以内に消失する程度。
- カルボーン法を用いて目標心拍数（運動強度）を求める。
* $\langle (220 - \text{年齢}) - \text{安静時心拍数} \rangle \times \text{運動強度} (40 \sim 50\%) + \text{安静時心拍数}$

31

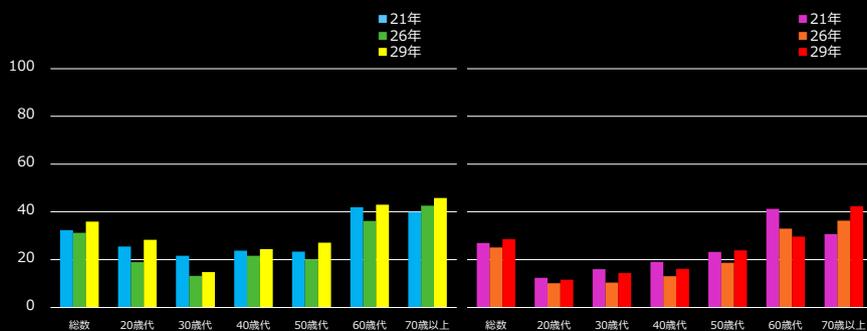
生活習慣病予防に効果的な運動習慣：頻度

運動習慣のある者

「1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している者」

厚生労働省、平成29年国民健康・栄養調査

運動習慣のある者の割合（性別、年代別）



32

自覚的運動強度 Borg Scale

修正版

6	
7	非常に楽である
8	
9	かなり楽である
10	
11	楽である
12	
13	ややきつい
14	
15	きつい
16	
17	かなりきつい
18	
19	非常にきつい
20	

≒AT

*心拍数と関係あり

0	感じない
0.5	非常に弱い
1	やや弱い
2	弱い
3	
4	多少強い
5	強い
6	
7	とても強い
8	
9	
10	非常につよい

≒AT

*乳酸値と関係あり

33

カルボーン法

目標心拍数 = (最大心拍数 - 安静時心拍数) × 運動強度 + 安静時心拍数

最大心拍数 = ① 220 - 年齢

60歳 : 220 - 60 = 160

② 男性 214 - (年齢×0.8)

214 - (60×0.8) = 166

女性 209 - (年齢×0.7)

209 - (60×0.7) = 169

運動強度

低強度負荷 : 0.3 ~ 0.4

中強度負荷 : 0.4 ~ 0.6 (≒AT)

高強度負荷 : 0.6 ~ 0.7

予備心拍数



*理論上の数値

34

生活習慣病予防に効果的な身体活動と運動

- 歩行と同等以上の身体活動（掃除など）を毎日60分以上行うこと（週に23メッツ・時以上）
- 65歳以上では身体活動の内容は問わず、毎日40分以上おこなうこと（週に10メッツ・時以上）
- 身体活動のうち、息が弾み、汗をかく程度の運動（ウォーキングやラジオ体操）を週に60分以上行うこと



35

持久カトレーニングの種類



散歩・早歩き



ダンス



サイクリング



ランニング・ジョギング



水泳



階段昇降

36

「認知症アップデート研修」【包含済】
（一社）日本作業療法士協会
認知症の人の生活支援推進委員会
（一社）熊本県作業療法士会

認知症の障害の本質と 認知症原因疾患への理解

（認知症サポーター養成講座を含む）

（株）シンパクト ケアサポートメロン
所長 作業療法士 元田 真一

1

Dementia-friendly Community ～認知症にやさしい地域～

我々が本当に目指さないといけないのは……？

2

Dementia- friendly Community とは？

「認知症の人々が力づけられ、自信を持ち、尊重され、包摂され、本人にとって意味のある活動に参加し貢献することができるコミュニティー」
(国際アルツハイマー病協会、2001)

3

認知症にやさしい地域

項目	概要	具体例
偏見解消	認知症に対する偏見の解消	認知症サポーター
差別撤廃	認知症をもつ人々への差別の撤廃	権利擁護、拘束ゼロ、受診機会の保障
包摂・受容	認知症をもつ人々の包摂	バリアフリー、就労支援
参加促進	社会参加の促進を目指す活動	認知症カフェ、当事者の活動・発信

4



一步前へ

5



6

高齢者の権利擁護に係る取組み(令和元年度)

権利擁護に関する研修

- 権利擁護推進員養成研修
- 看護実務者研修
- 有料老人ホーム等研修

平成28年度から
従事者を対象としたストレス
マネジメントの講義あり。

令和元年度開催の研修

- 権利擁護推進員養成研修
＜1日目＞ 令和1年7月25日（木） ＜2日目＞ 令和1年9月18日（火）
- 看護実務者研修
＜1日目＞ 令和1年10月23日（水） ＜2日目＞ 令和1年12月18日（水）
- 有料老人ホーム等研修
＜施設長向け＞ 令和1年8月29日（木）
＜介護従事者向け＞ 令和1年11月15日（金）

7



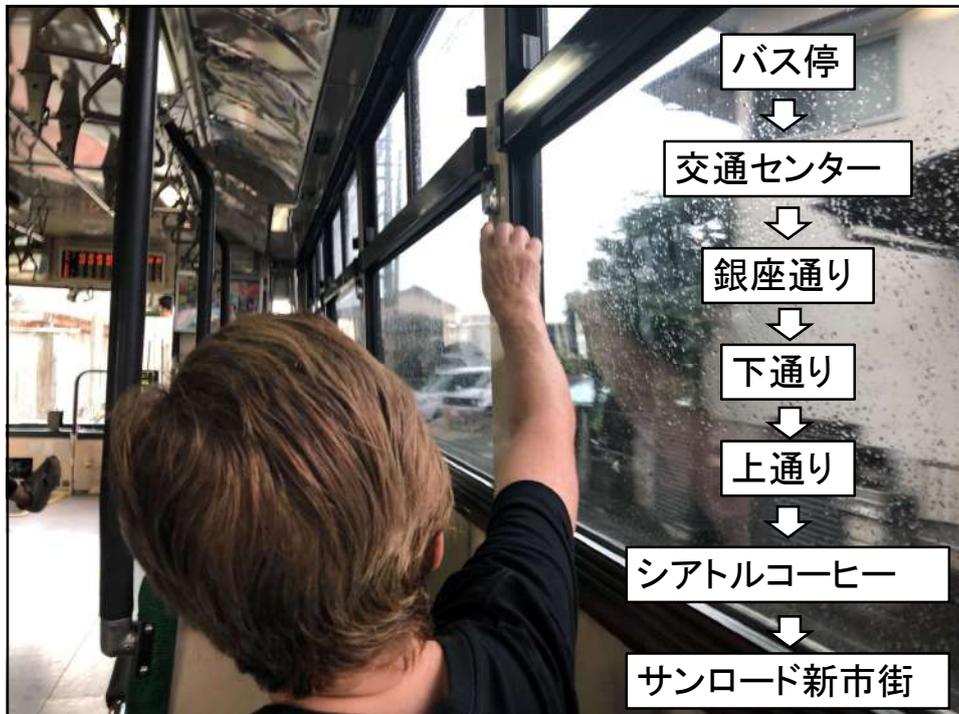
8

認知症大綱のポイント

認知症の人が暮らしやすい社会を目指す「共生」と発症や進行を遅らせる「予防」が2本柱

- 予防は「認知症になるのを遅らせる、進行を緩やかにする」と定義
- 高齢者が体操や趣味を楽しむ「通いの場」拡充を重要政策の一つに。参加率を2017年度の4.9%から8%程度に増やす。
- 認知症の人や家族を支援する「認知症サポーター」を企業で400万人養成する。
- 「認知症バリアフリー」の推進を掲げ、認知症の人が外出しやすいよう公共交通事業者に配慮計画作成を義務付ける。
- 認知症の人本人の発信を支援。
- 高齢者運転向けの免許制度創設

9



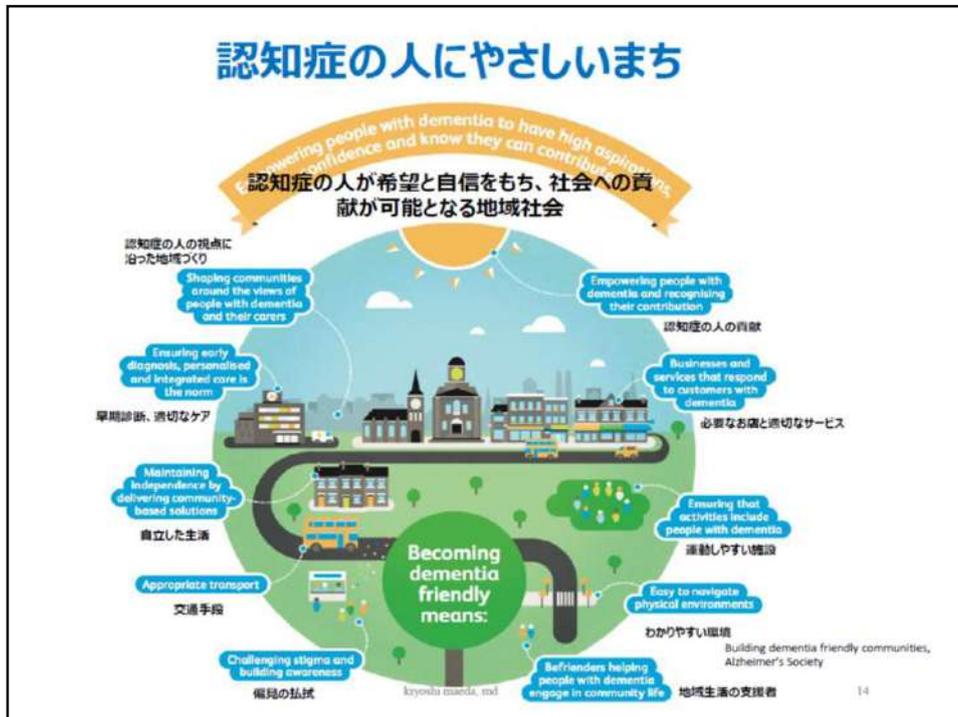
10



11



12



13

皆さんの周りに こんな方はいらっしゃいませんか？

- ・ 何回も同じことを尋ねる。
- ・ よく知っている人の名前を憶えていない。
- ・ 住所や電話番号を聞いても、答えられない。
- ・ 周りの状況、物事の善悪などの理解や判断ができない。
- ・ 今日の日付や季節、時間が分からない。
- ・ 近所なのに、道に迷ったりする。
- ・ 簡単な事柄の意味がわからず、質問に答えられない。
- ・ 耳は聞こえているのに、会話がちぐはく。

などなど

⇒このような方は、認知症の可能性ががあります。

14

「支援者」それとも「当事者」

15

認知症高齢者の将来推計

【認知症有病者数（単位：万人）】 注：上段は認知症有病率が一定の場合、下段は上昇する場合の推計

将来推計 (年)	H24 (2012)	H27 (2015)	H32 (2020)	H37 (2025)	H42 (2030)	H52 (2040)
65歳以上人口 に対する比率	15.0%	15.7% 16.0%	17.2% 18.0%	19.0% 20.6%	20.8% 23.2%	21.4% 25.4%
全国	462	517 525	602 631	675 730	744 830	802 953
熊本県	7.2	8.1 8.2	9.4 9.8	10.5 11.4	11.4 12.8	11.4 13.6

県内の**若年性認知症の方**の数：926名
(平成24年10月時点)
※65歳未満の方のうち、日常生活自立度Ⅱ以上の方の数

2025年には
高齢者の5人に
1人が認知症に！

16

認知症と糖尿病の関連性

- 糖尿病の人は認知症の一つである「脳血管型認知症」になるリスクが、糖尿病ではない人と比べて2倍以上もあることが分かっています。
- 糖尿病の人はアルツハイマー型認知症になるリスクが、認知症ではない人に比べて4倍以上あるといわれています。

(「認知症ねっと」より)

17

クイズ

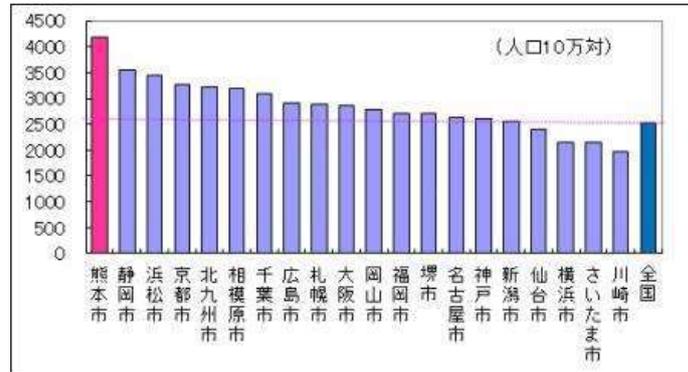


都会 VS 田舎

糖尿病患者が多いのはどっち？

18

慢性腎臓病(CKD)者数



「政令指定都市別透析実施件数」
平成23年医療施設調査より作成、人口は平成22年国勢調査を活用

19



20

他人事ではない！



同僚



祖父



配偶者

21

「認知症」って何？

22

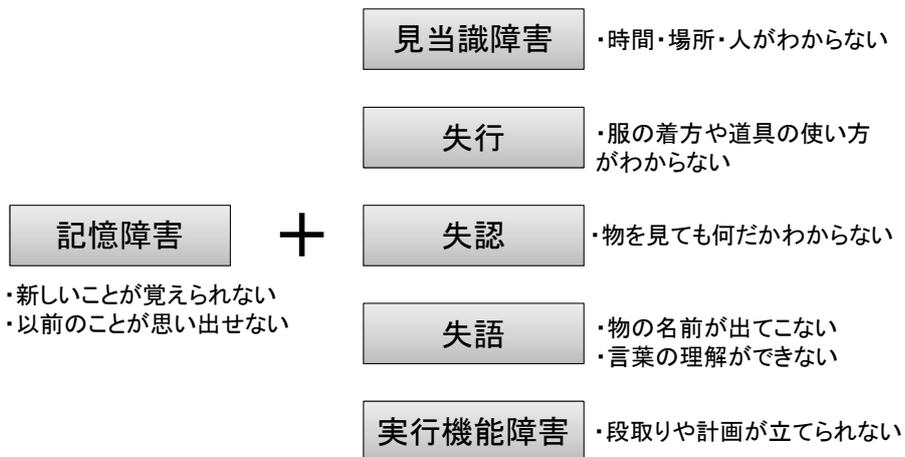
介護保険法の第5条二 ～認知症の定義～

「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態」

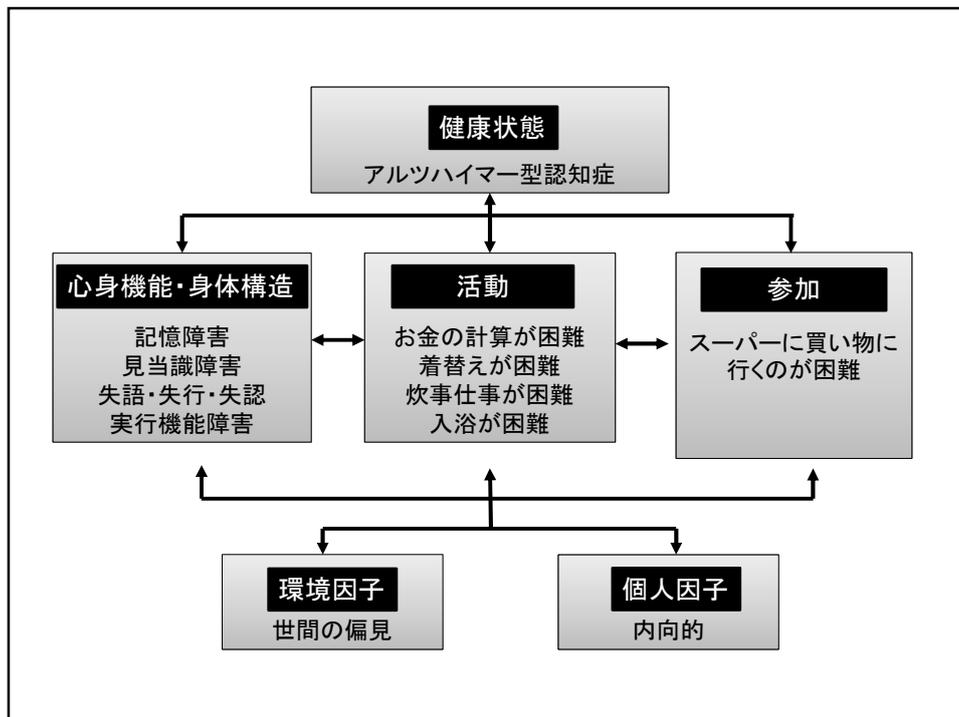
23

認知症の定義(DSM-IV)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM
(精神障害の分類 アメリカ精神医学会)



24



25

DSM-IVからDSM-Vへ

- 「せん妄、認知症、健忘障害および他の認知症」→「神経認知障害(Neurocognitive disorders;NCD)群」へ
- 認知症(Dementia)という名称は用いられなくなった
- 認知症はmajor NCDという名称となった
- 「診断に必須の項目」であった記憶障害が、『単に診断項目のひとつ』と示されるようになった(記憶障害が必発ではなくなった)
- 障害される認知領域に、新たに『社会的認知』が加わった
- 従来のMild Cognitive Impairment;MCI(軽度認知障害)が、mild NCDとして疾患の一つに扱われるようになった

26

DSM-5の認知症診断基準

- 複雑性注意(注意機能)
- 実行機能(遂行機能)
- 学習および記憶
- 言語
- 知覚-運動(失行・失認)
- **社会的認知**

これら6つの認知領域において1つ以上に、以前の行為水準より低下している領域が見られること

27

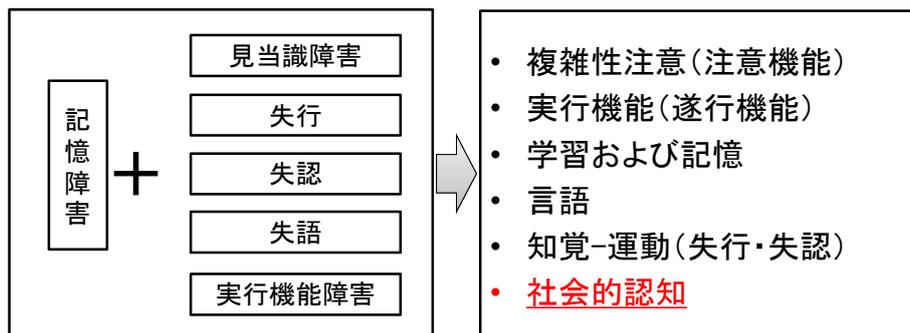
27

DSM-5の認知症診断基準

(精神障害の分類 アメリカ精神医学会)

DSM-IV

DSM-V



※症状としては記憶障害が必ずみられる
 ※記憶障害に一つ以上の認知障害が認められる

※これら6つの認知領域において1つ以上に、以前の行為水準より低下している領域が見られること

28

社会的認知

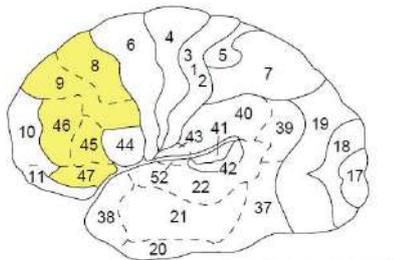
	意味
心の理論	相手の気持ちを推し量る
共感性	相手の気持ちを感じ取る
表情認知	相手の表情を読み取る
社会性	相手(社会)にうまく合わせる
理性的抑制	相手(社会)のために我慢する
自己認識	自分(の気持ち)を振り返る(推し量る)

29

社会脳: 誤信念課題 サリーとアン

※4歳以降で通過
他者の信念を推測できる
他者は自分と違う信念を持つ

前頭前野内側面



TRENDS in Cognitive Sciences



サリーとアンの実験

30



○ ⇨ 寝ぐせがついたまま

○ ⇨ 他の人が食事をして
いるのに平気でテーブ
ルに足をのせる



31

お父さんが危篤だよ



私は今日はグラン
ドゴルフに行かな
いといけない

32



33

アルツハイマー病の日常生活機能に基づく重症度判定法(FAST)

ステージ	臨床診断	特 徴	機能獲得年齢
1	正常成人	主観的にも客観的にも機能障害なし	成人
2	正常老化	物忘れや仕事の困難の訴え、他覚所見なし	
3	境界域	職業上の複雑な仕事ができない	若年成人
4	軽度AD	パーティーのプランニング、買物、金銭管理など日常生活での複雑な仕事ができない	8歳～思春期
5	中等度AD	TPOに合った適切な洋服が選べない 入浴させるためになだめることが必要	5～7歳
6a	やや重度AD	独力では服を正しい順に着られない	5歳
b	同上	入浴に介助を要す、入浴を嫌がる	4歳
c	同上	トイレの水を流し忘れたり。拭き忘れる	48月
d	同上	尿失禁	36～54月
e	同上	便失禁	24～36月
7a	重度AD	語彙が5個以下に減少する	15月
b	同上	「はい」など語彙が1つになる	12月
c	同上	歩行機能喪失	12月
d	同上	座位保持機能の喪失	24～40週
e	同上	笑顔の喪失	8～16週
f	同上	頸部固定不能。最終的には意識消失	4～12週

34

Moseyの集団関係技能とその発達期

- | | |
|-------------------------------|---------|
| 1、他者と場を共有して過ごすことができる | 18か月～2歳 |
| 2、短期の共通な課題に取り組むことができる | 2～4歳 |
| 3、自己の興味により比較的長期の課題に取り組むことができる | 5～7歳 |
| 4、相互の欲求を満たし同質の集団に参加する | 9～12歳 |
| 5、適応的に役割をとりながら集団に参加する | 15～18歳 |

35



36



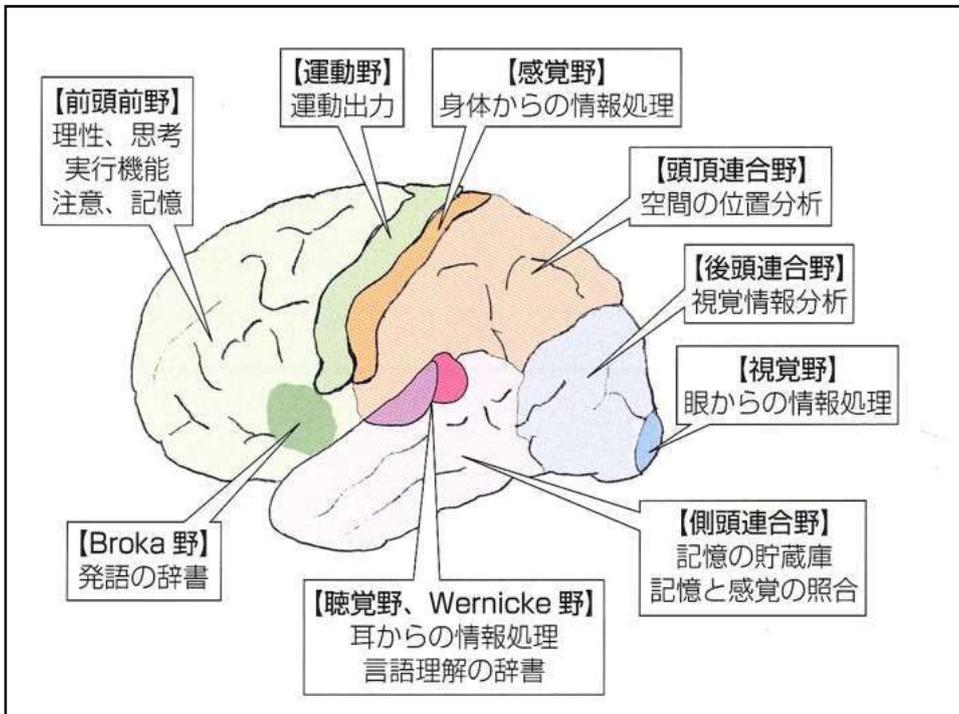
37



38

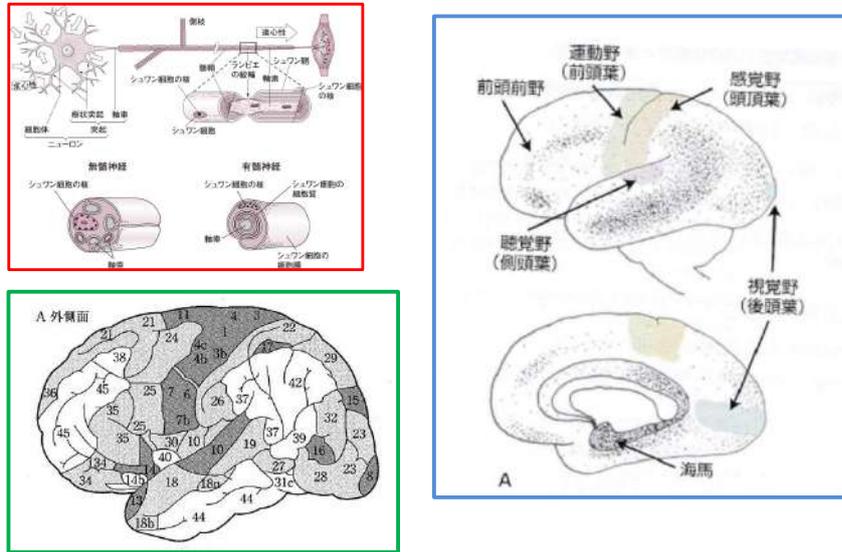


39



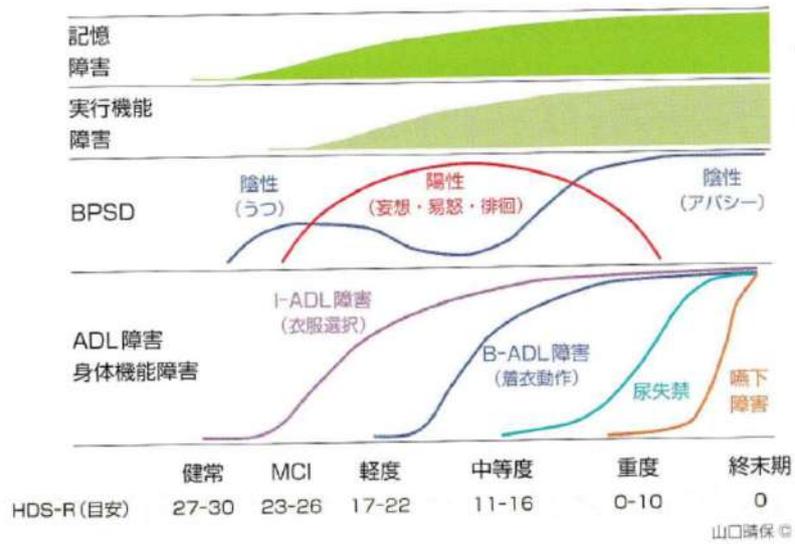
40

脳の髓鞘化の進行モデル



41

アルツハイマー型認知症の進行過程



42

はるやす
山口晴保先生

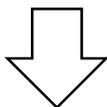
(群馬大学・名誉教授、
認知症介護研究・研修東
京センターセンター長/
医師)



43

認知症とは

一度成熟した脳が、いろいろな原因によって
脳の働きが悪くなり、あたりまえの暮らしが
困難になるほど、**わかる力(認知力)**が低下
した状態。



日常生活や**人間関係**に支障をきたす。

44

「認知症」は病名？

○ または ×

45

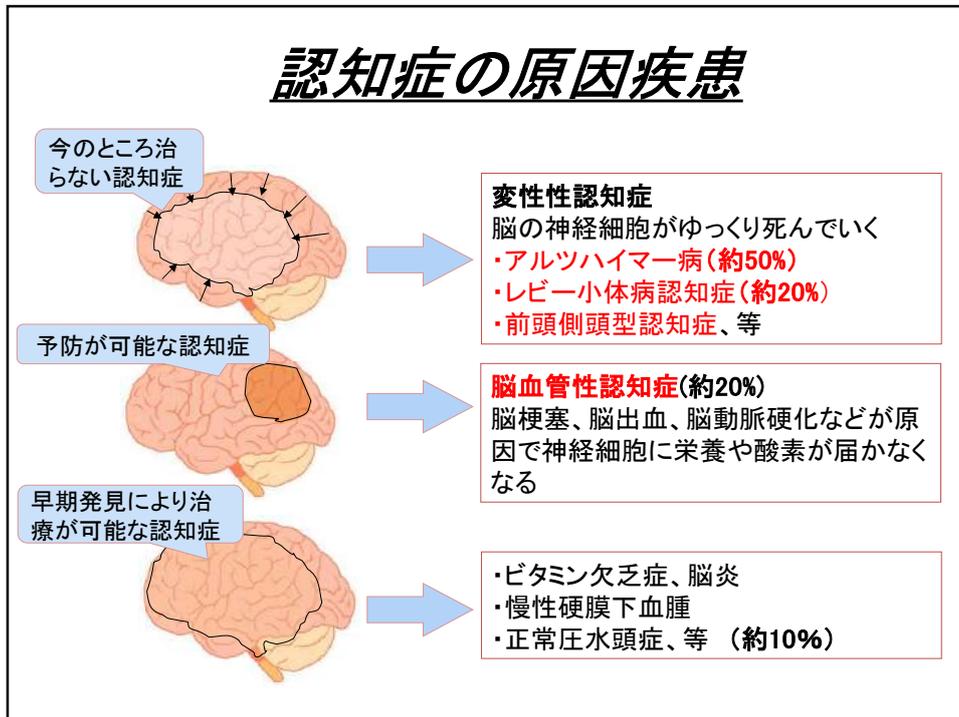
このように考えるとわかりやすい

原因疾患によって治療、症状、
ケア方法が変わります。

	原因疾患	症状
腹痛	癌 潰瘍 便秘	激痛、食欲不振、不眠 疼痛、食欲不振、出血 疼痛、腹満感、食欲不振、
認知症	アルツハイマー型認知症 レビー小体型認知症 前頭葉・側頭葉型認知症 脳血管性認知症	記憶障害、見当識障害、盗られ妄想 パーキンソン様症状、幻視 性格の変化、常同行動、反社会的行動 意欲の低下、まだら症状

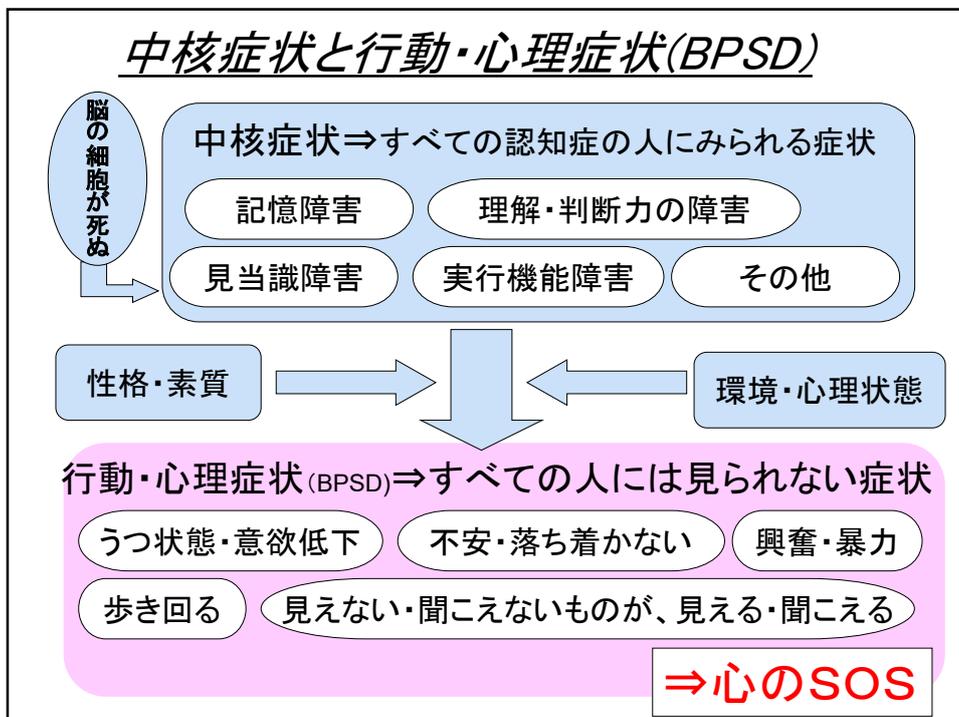
46

認知症の原因疾患

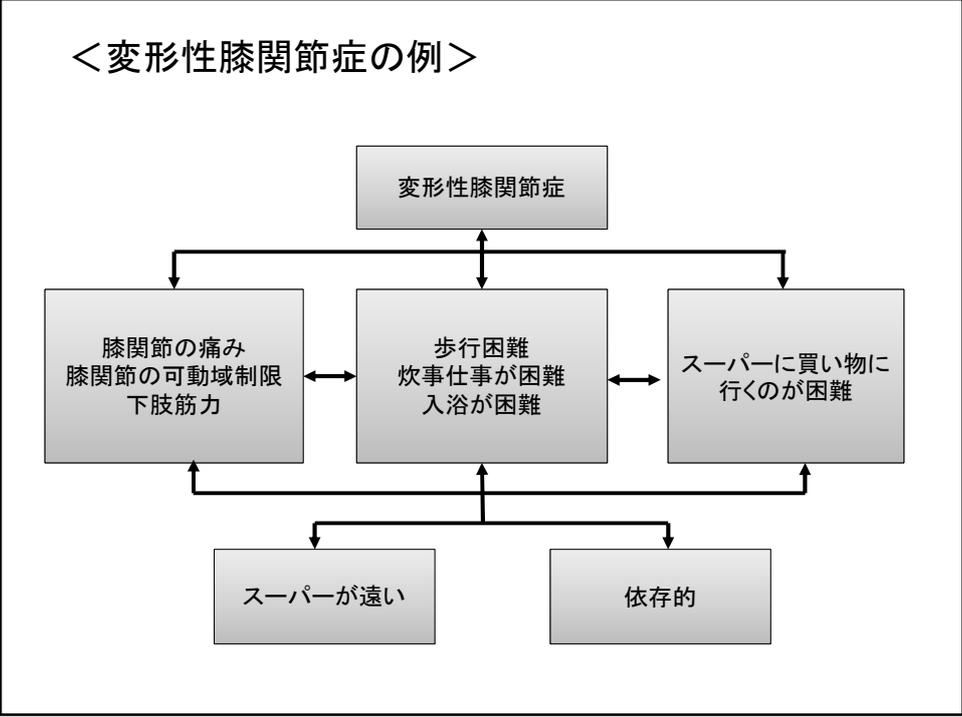


47

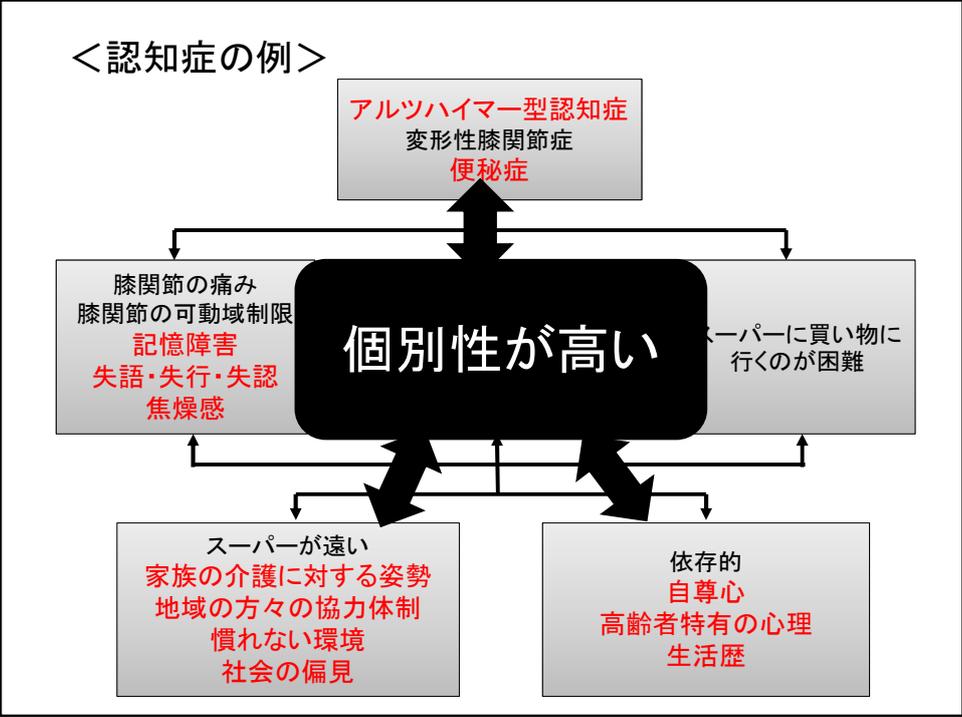
中核症状と行動・心理症状(BPSD)



48



49



50

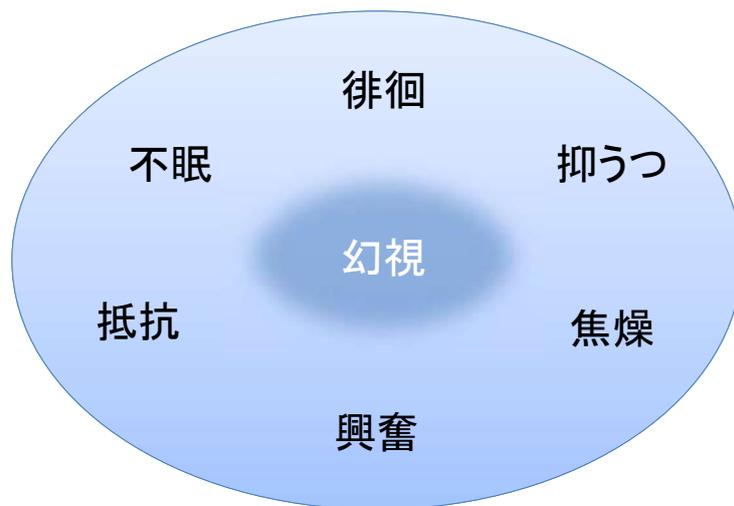
(問題)

レビー小体型認知症にみられる
幻視は中核症状でしょうか？
周辺症状でしょうか？

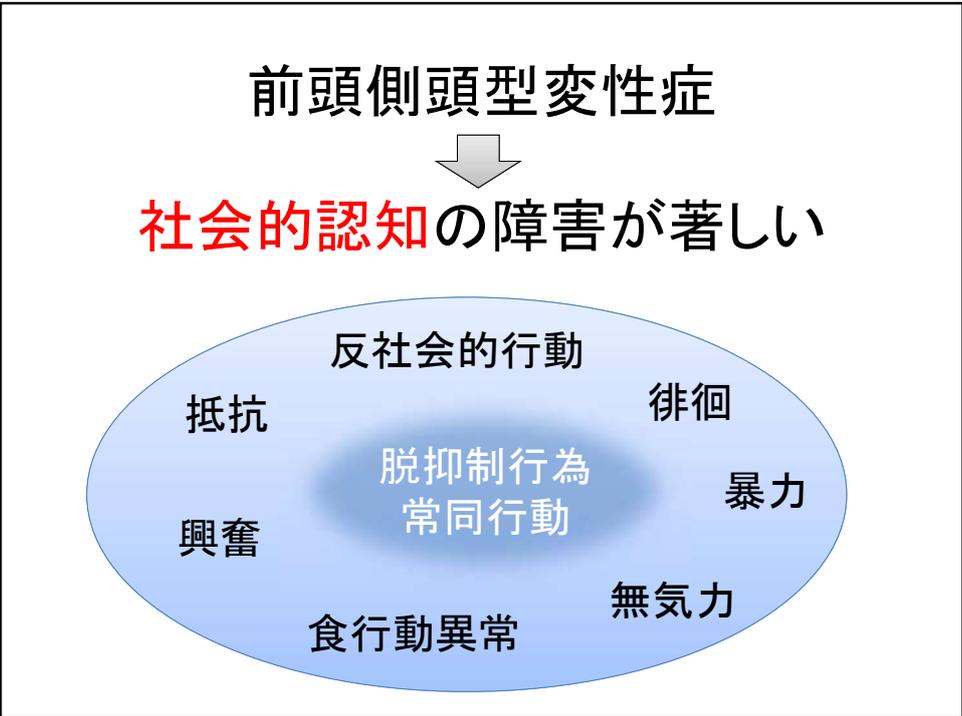
51

(答え)

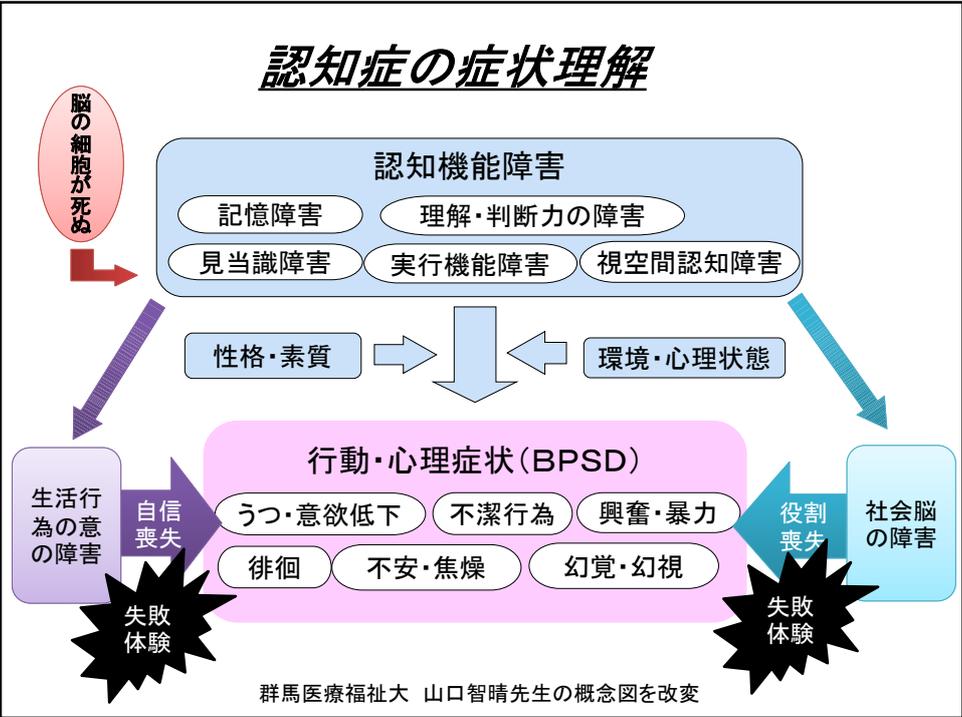
中核症状 **尚且つ** 周辺症状



52



53



54

記憶障害

- 即時記憶・・・さっきのことが思い出せない
- 短期記憶・・・少し前のことが思い出せない
- 長期記憶・・・昔のことが思い出せない



55

記憶の種類と加齢の影響

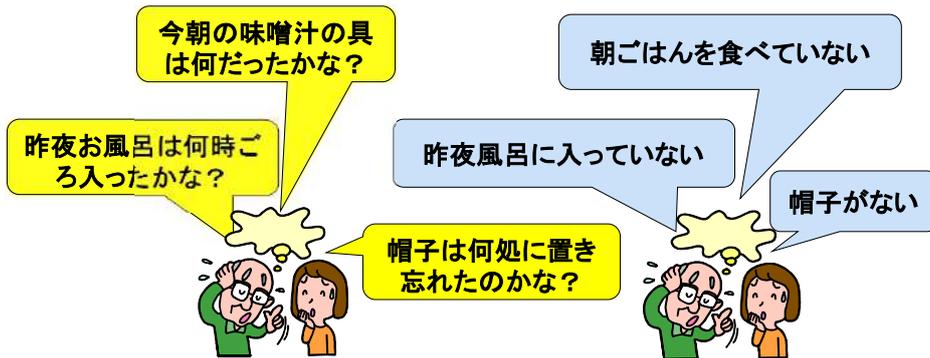
種類	内容	加齢の影響
短期記憶	数秒から数分の間覚えておく記憶。	ほとんど加齢の影響なし。
ワーキングメモリー	短い時間、あることを記憶に留めておくと同時に、認知的な作業を頭の中で行なう記憶。	加齢の影響が著名に見られる。
エピソード記憶	ある特定の時間と場所での個人にまつわる出来事の記憶。	加齢の影響が著名に見られる。
意味記憶	誰もが知っている知識についての記憶。	加齢の影響は(ほとんど)ない。
手続き記憶	学習された運動技術の記憶。	加齢の影響がなく、維持される。
展望的記憶	将来に関する記憶	加齢の影響が見られるようであるが、確定的ではない

56

通常の高齢者と認知症高齢者の違い

通常の高齢者は
体験の一部を忘れる
《単なる物忘れ》

認知症の高齢者は
体験の全部を忘れる
《病気》



57



スタッフとともに皿洗いをするAさん

- アルツハイマー型認知症
- 67歳
- 要介護3
- MMSE 0点
- 皿を洗うという言葉の理解は難しい。また、その工程を一人で行うことは難しい。しかし、スポンジで洗う事、すすぐ事はできる。

58



歯磨きができる理由

- 「歯磨き」という言葉の理解はできていない(失語)。
- 歯を磨くという行為が理解できない(失行)。

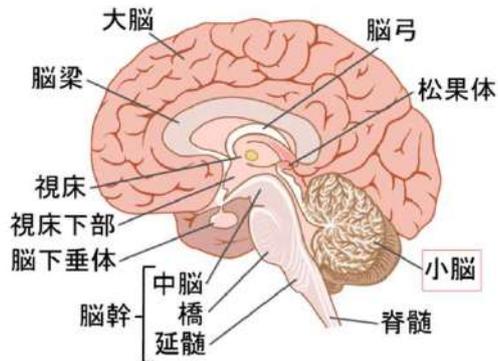


タイミングが重要

- 歯の磨き方が分かる(手続き記憶として残っている)。
- (スタッフの誘導が上手い) 同じ動作を隣で行う。

59

小脳



- 手続き記憶の中核。
- 運動やスキルの記憶。
- アルツハイマー病では小脳の老人班出現は軽度。

60

見当識障害

(時間、場所、人の見当がつかなくなる)

① 時間(日時・季節)



② 場所



③ 人



①→②→③の順で障害されることが多い

61

クイズ



都会 VS 田舎

認知症の人にとって帰り道が分からなくなりやすいのはどっち？

62

理解・判断力の障害

- 考えるスピードが遅くなる
- 二つ以上のことが重なるとうまく処理できなくなる
- 些細な変化、いつもと違うできごとで混乱をしやすくなる

63

文字の中の色を答えて下さい

終

64



65

実行機能障害

(計画を立てたり、連なる動作ができない)

入浴の時、服を脱ぐ→洗面器でお湯を汲み体にかける→浴槽に浸かる→タオルを濡らして石鹸をつけ泡立てる→体を洗う→洗面器でお湯を汲み

体の泡を流すなどの一連の動作が続けてできなくなる。

動作がひとつひとつ切り取られる。



66



肉じゃがを作りたい！

67



お風呂が好きだったのに？

68

「認知症の人は何もわからないから、かえって幸せ・・・！」って本当？

- 「私、馬鹿になったみたい」ととても不安がった。
- 「私、ボケよるな」と涙をにじませながら言った。
- 「何もわからない、どうしたら良いかわからない」と頭を抱えた。
- 「私、〇〇です。私のことを忘れないでください」と言う。

(認知症の人と家族の会のアンケートから)



69

何もかもわからなくなるのではありません！ 何もかもできなくなるのではありません！

- 自分が失われている不安をいつも抱えています。
- 自分でできることはしたいと思っています。
- 自分のできることを認めてほしいと思っています。
- 自分ができないことだけ支えてほしいのです。
- 大声で怒られたり、無視されると不安になります。
- 自分にわかるように説明してください。
- 自分のペースを乱されたりすると混乱します。
- 慣れない状況に置かれると混乱します。
- 周りの人に自分のことを理解してほしいと思っています。
- お金のことや家族のことや家のことが心配しています。

70

「寄り添う」より「向き合う」

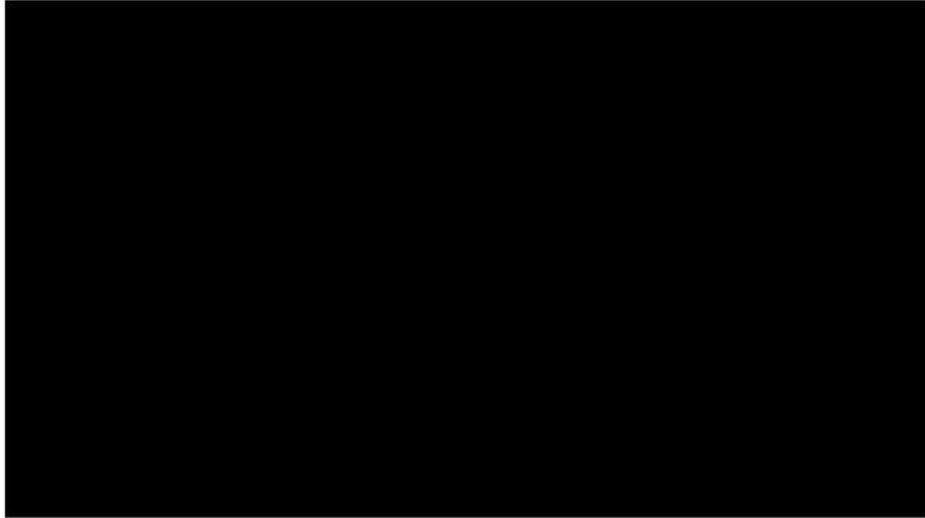
西村哲夫氏：NPOたまな散歩道

71



72

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 教材ビデオ



企画制作: 地域活性化共同組合フロンティア

73

加算からみえるメッセージ

平成27年介護保険制度改正より

- 中重度ケア加算→要介護3以上の方の占める割合
- 認知症ケア加算→認知症Ⅲ以上の方の占める割合
(認知症介護実践者研修等)

平成28年診療報酬改正より

- 認知症ケア加算1→オレンジナース
- 認知症ケア加算2→身体拘束をした場合減算

74

若年性認知症について

認知症は高齢者だけの問題ではありません

- 全国における若年性認知症者(65歳未満で認知症を発症)数は約3.79万人(平成21年 若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究の調査結果から)
- 熊本県・平成24年10月時点で926人(少なくとも)



- ①地域や社会からの偏見
- ②働き盛りで発症することによる就労や経済的課題
- ③高齢者と比べて進行が早い
- ④体は元気なため行動障害が重度化しやすい
- ⑤家族の身体的・精神的負担が大きい
- ⑥受入可能な事業所が少ない



75

若年性と高齢者の認知症の違い

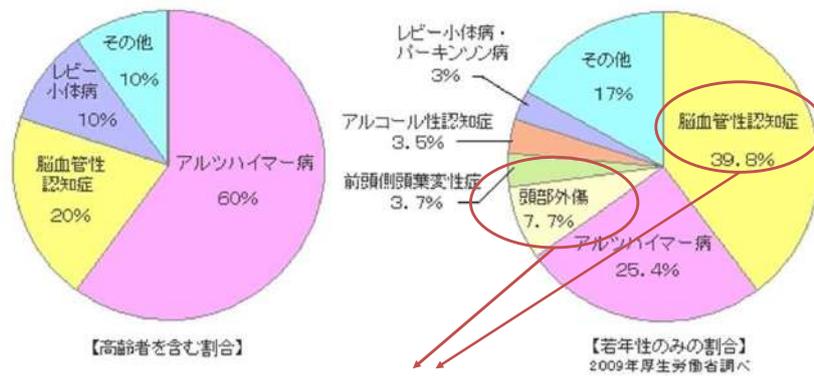
- 発症年齢が若い(平均51才)
- 男性に多い
- 今までと違う変化にきがつくが、受診が遅れる(更年期障害、うつ病・・・)
- 通所など介護保険サービスの利用も遅れる。
- 経済的な問題が大きい
- **体力があり、ボランティアなどの活動が可能である**

76



77

認知症の原因となる疾患は？



高齢期に比べ失語・失行・失認などの高次脳機能障害が顕著となる

H21年3月厚生労働省発表「若年性認知症の実態と対応の整備基盤に関する研究」より

78

若年性アルツハイマー病の認知機能障害

- 注意障害と視空間性障害が老年期ADよりも重い
(Fujimori et al, 1998)
- 言語理解障害が老年期ADより大きい
(Imamura et al, 1998)
- 記憶障害が老年期ADより軽い
(Binetti et al, 1993)
- 進行が速い
(Mortimer et al, 1992)

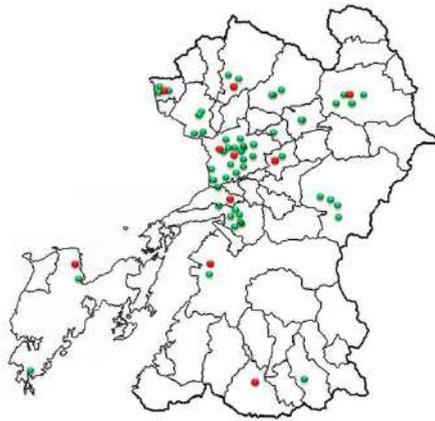
ソラクリニック 小嶋誠志朗氏より

79



80

若年性認知症とその課題



(Investigation of Kumamoto Prefecture, 2012)

- 認知症疾患医療センター
- 若年性認知症を対象としたケアサービス施設→ **76**
熊本市中心部に多い



認知症高齢者を対象としたサービス施設
→ 約 **2000**

小規模作業所、就労移行支援事業所(A型・B型)、
認知症カフェなどの利用も進んでいる

81

【地域支援】若年性認知症受入事業所等支援事業

若年性認知症受入事業所向け研修会の開催

【講師事業所内実習研修：県内3カ所で実施】

対象：現在、若年性認知症の方を受入れている事業所または今後、受入れ意向のある事業所

定員：1カ所あたり、3事業所程度（1事業所からの受講者は、2名までとする）

実施（研修受入先）：

県北・・・特定非営利活動法人たまな散歩道（通所介護）

県央・・・株式会社シンバクト（通所介護）

県南・・・社会福祉法人共成舎（通所介護、居宅介護支援）

【派遣研修：10事業所程度に派遣】

対象：現在、若年性認知症の方を受入れている事業所

定員：10事業所程度

実施（派遣先）：

研修受講希望する事業所へ、講師が出向く。

県北・・・特定非営利活動法人たまな散歩道（通所介護）

県央・・・株式会社シンバクト（通所介護）

県南・・・社会福祉法人共成舎（通所介護、居宅介護支援）

若年性認知症の方の
居場所づくりには、
みなさんの
ご協力が必要です！



【参考】

(※1) 単位：事業所 (※2) 数字は延べ人数

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	合計
講師事業所内実習研修	17	5	19	41
講師派遣研修	7	7	8	22
合計	24	12	27	63

82

軽度認知障害(MCI)

- 認知機能に明らかな低下があるも、日常生活に支障をきたす程度ではない状態(CDR0.5に該当)
- 認知症の一步手前、正常と認知症の中間という概念
- 必ずしも認知症に移行するとは限らないが、5~10年で認知症に移行する可能性もある
- MCIの段階で、進行を遅らせることが大切
- 「認知症」という概念と同じで、疾患名ではない
- amnesicMCI(健忘+)はアルツハイマーの前段階、non-amnesicMCI(健忘-)はその他の認知症の前段階の可能性
- 他の身体的疾患からMCIになってしまうこともあり注意が必要

83

認知症も早期診断・早期治療が大切です。 —まずは、かかりつけ医に相談しましょう—

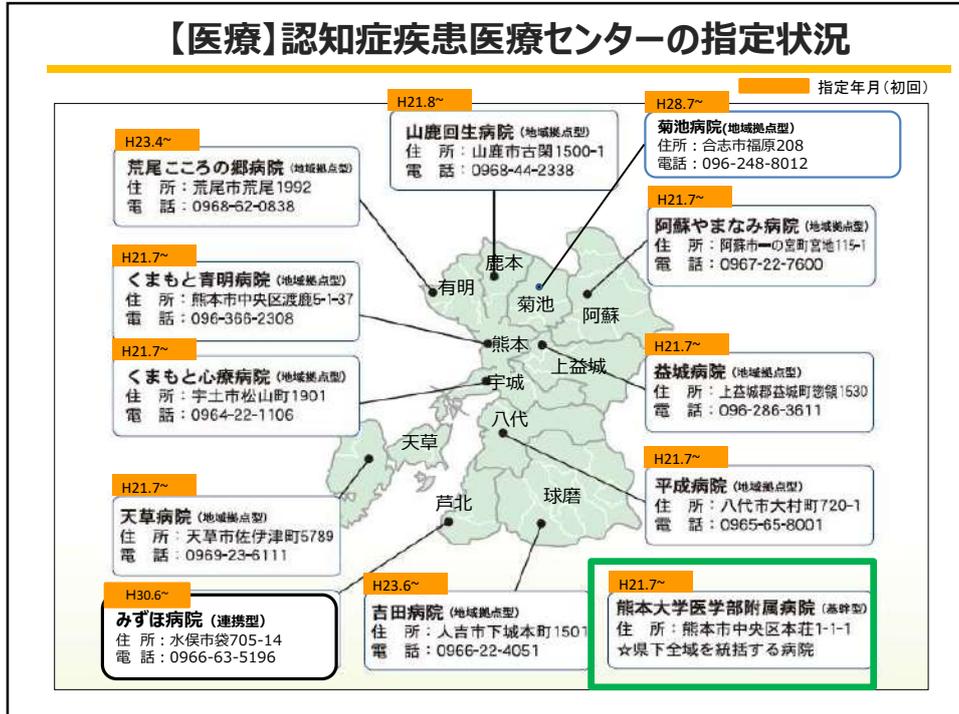
- 認知症以外の病気の場合もあります。
- 認知症の原因疾患によっては、治療や薬などによって症状が改善できる場合があります。また、薬の投与で、進行を遅らせることができる場合もあります。
- 改善できなくても、早期発見により、家族や地域の方たちの適切な対応ができ、生活上の障害を軽減し、トラブルを未然に防ぐこともできます。
- 障害が軽いうちに障害が重くなったときの対応を決めておいたり、権利侵害を防ぐ対策を取っておくこともできます。



「成年後見制度や地域福祉権利擁護の活用」

84

【医療】認知症疾患医療センターの指定状況



85

認知症ほっとコール(コールセンター)

認知症のことで困ったら、
悩まず気軽にご相談ください。

1 趣旨・目的

認知症介護の専門家や
経験者等による相談

専門機関の紹介

2 主な活動内容

電話相談



☎ : 096-355-1755
さーこーいーなここ

開設日: 水曜日を除く週6日
(土、日、祝日含む)
時間: 9:00~18:00
受託者: 認知症の人と家族の会
事務所: 熊本市中央区上通町
3-15アビル

来所や訪問による
相談対応も可

家族交流集会(つどい)

- ♡ 高齢者のつどい
- ♡ 若年性認知症のつどい
- ♡ 男性介護者のつどい
- ♡ みどりの小路



86

みどりの小路



87

リフレッシュ交流会



88

認知症の人と家族の会総会資料

(2019年度 事業計画より)

4 新規会員の増員と会員維持に努める

- (1) 介護保険法や精神保健福祉法などの改革等を厚労省に要望できる団体であることを広報
- (2) 家族の会の活動を充実させ、正会員、賛助会員の維持や増員に努める

2019年度、会員目標数：223名（正会員185名 賛助会員38名）

5 県内外の認知症関係団体との交流・連携をすすめる

- (1) 作業療法士会との連携「本人（若年）のつどいを考え、広める研修会にて」

※熊本県支部でも本人家族の交流会「みどりの小路」で実施

- (2) 「RUN 伴熊本」への参加

89

公的相談窓口



・地域包括支援センター

熊本市は各地域のささえりあ

・市町村の高齢福祉の担当課

熊本市は区役所の高齢介護福祉課

90

認知症の予防のポイント

①生活習慣病（高血圧・糖尿病・脳卒中）の予防
アルコール・タバコなどの危険因子の排除
食習慣（糖分・塩分など）の改善

②活性化（閉じこもりの解消）
身体の活性化
脳の活性化
心の活性化



91

認知症の予防①・・・「食事」



食習慣、栄養に気を付けることで認知症になる危険度が変わります。

- ・野菜中心の食事（緑黄色野菜、豆類）
1日10.4g国際単位以上の摂取で危険度は3分の1
- ・肉より魚中心の食事（DHA、EPAが豊富）
1日18.5g以上の摂取で危険度は3分の1
- ・赤ワインの摂取
赤ワインに豊富な種類のポリフェノールが含まれる
1日にワイングラス2～3杯が最適

92

認知症の予防②・・・「運動」

運動習慣がアルツハイマー病のリスクを下げる。

- ・筋肉を動かすと前頭葉が活性する。
- ・脳血流も良くなる
- ・自発的に、**楽しく運動**することで、さらに効果が高まる。
- ・週2～3回の**有酸素運動**を習慣にしよう。

(ウォーキングなど)



運動や習慣を整えることで

認知症の危険度は2分1に下がると言われています！

93

認知症の予防③・・・「活動」

社会的活動に積極的に参加する。

- ・社会的接触頻度の乏しい人(つまり閉じこもりの人は十分な人に比べ発症の危険度が8倍高いと言われています。

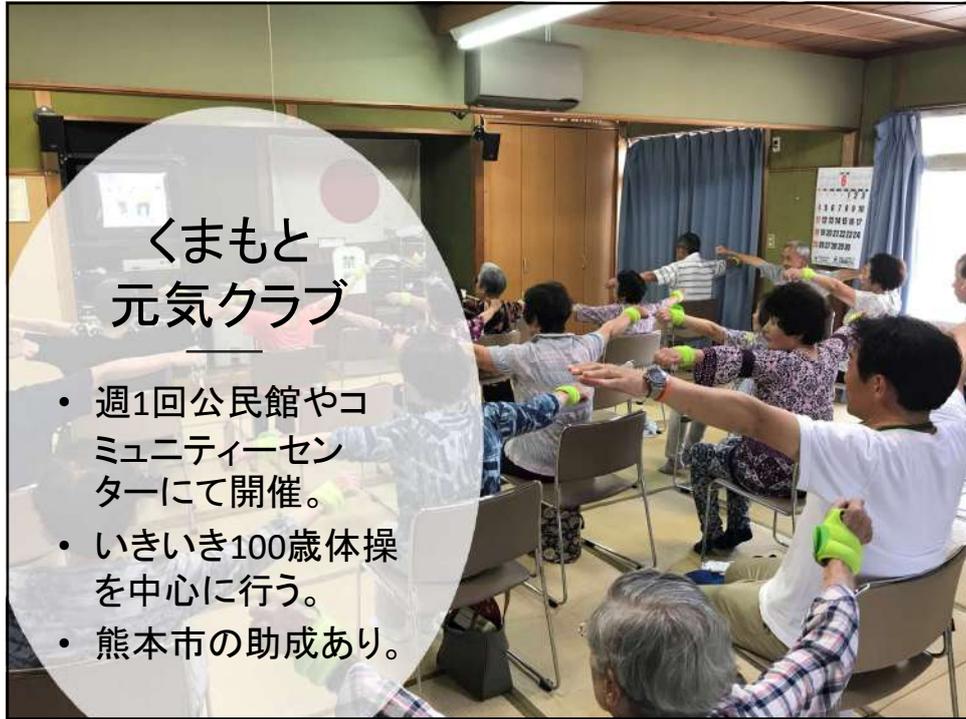


知的活動を積極的にする。

- ・日記、家計簿をつける
- ・趣味を多く持ち、ボランティア活動等に参加する
- ・創作料理に挑戦する



94



95

認知症の人と接するときの心がまえ

- まずは見守る
- 余裕をもって対応する
- 声をかけるときは一人で
- 後ろから声をかけない
- 相手に目線を合わせてやさしい口調で
- おだやかに、はっきりした滑舌で
- 相手の言葉に耳を傾けてゆっくり対応する

驚かせない

急がせない

自尊心を傷
つけない

96

どのように声をかけますか？



97

家族(介護者)の不安と叫び

- ・「徘徊で目が離せない妻を介護していて、早く寝たきりになってくれたらと願わずにはおれません」
- ・「何回も同じことを聞かれ、怒鳴りそうになった」
- ・「『ここは私の家なの』と聞く母に、『何言ってるの。ここはあんたの家でしょう』と否定し、突き放してしまった」
- ・「認知症の両親を抱えて『安楽死』が頭をよぎります」

(『認知症の人と家族の会』アンケートから)

98

認知症をよく理解するための 9大法則・1原則(杉山孝博先生)

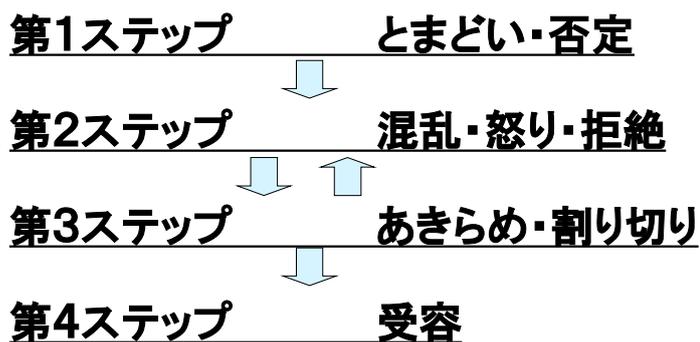
- ① 記憶障害の法則
- ② 症状の出現強度の法則
- ③ 自己有利の法則
- ④ まだら症状の法則
- ⑤ 感情残像の法則
- ⑥ こだわりの法則
- ⑦ 作用・反作用の法則
- ⑧ 認知症症状の了解可能性に関する法則
- ⑨ 衰弱の進行に関する法則

たまに来る息子の
前では全く症
状が出ない

嫁が財布(息子)
を盗んだ!

99

介護者家族の心理的ステップの理解



家族は365日・24時間拘束状態

地域で住み続けるために家族へのサポートを

100

「認知症サポーター」とは



- 認知症という病気を理解し、認知症の人や介護している家族の応援者、ボランティアです。
- 今日、学んだことを職場の人と話し合ったり、家族や近所の人に伝えることでもいいのです。
- 介護している家族の相談にのったり、専門機関につなぐこともサポーターの役割です。

101

「認知症サポーター」 として地域でできること

「力まず生活のなかで自然にできること！」

例えば、こんな方に一言声を掛けるだけでも

- ・場所や信号が分からなくて困っている方
- ・駅で切符の買い方、お金の支払いが分からなくて困っている方
- ・バスの乗り方が分からなくて困っている

例えば、独り暮らしの方の「茶飲み友達」になることだって

例えば、1日1回お隣の独り暮らしの方に挨拶するだけでも

「あなたは立派な認知症サポーターです！」

102

なぜサポーターが必要なのか？

☆認知症サポーターは「なにか」特別なことをやる人ではありません。認知症を理解した認知症の人への「応援者」です。

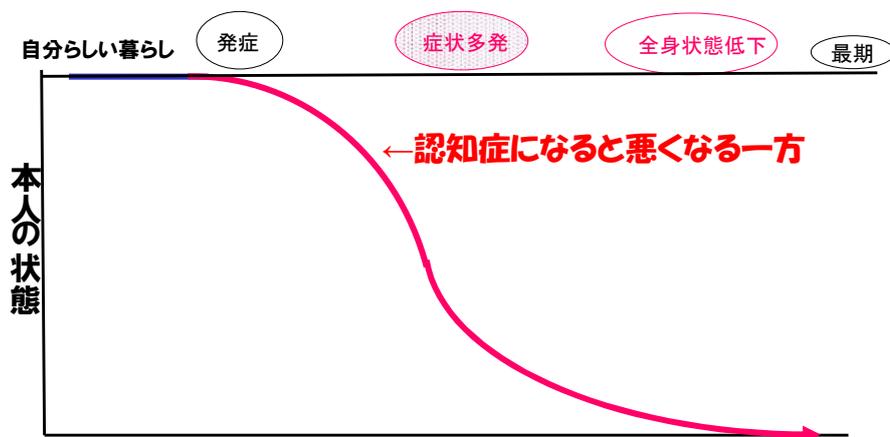
- 風邪をひいた→お薬で良くなる。
- 胃がん→手術をすれば良くなる。
- 認知症→お薬だけでも良ならない。介護サービスでも限界がある。



地域のみなさんの協力が必要！

103

これまでの誤解： 認知症になると悪くなる一方
その後の人生は、真っ暗・・・



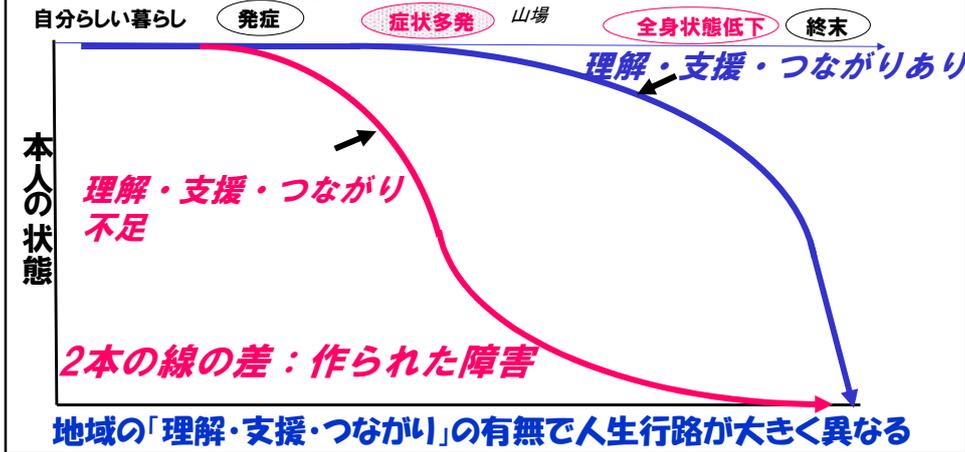
(出典：認知症介護研究・研修東京センター 永田久美子)

104

現在わかってきていること

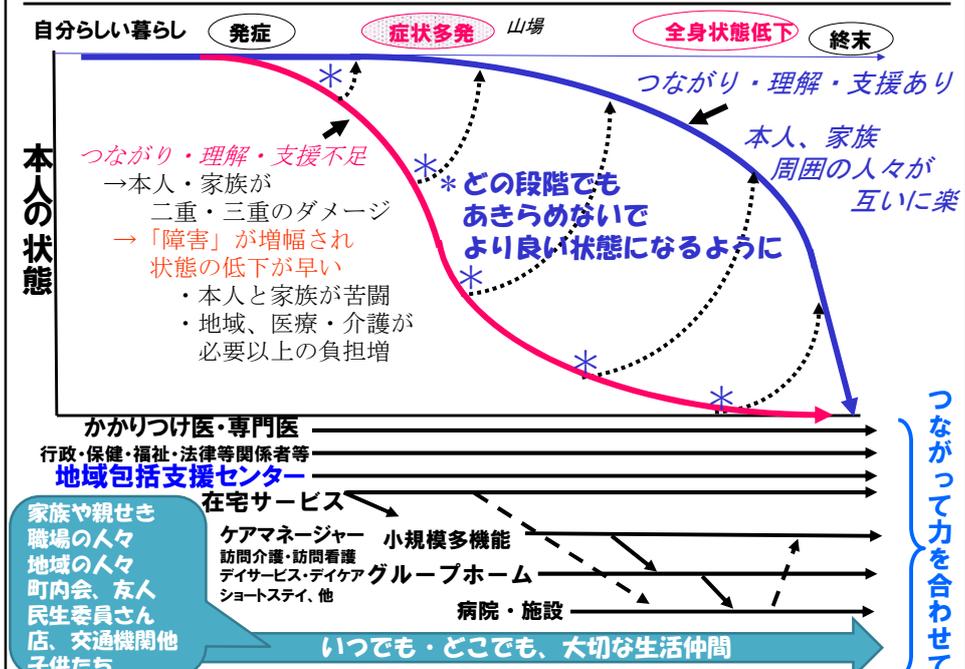
地域の「理解・支援・つながり」があると
認知症の発症や進行を遅らせることが可能。

- * その後の人生を有意義に暮らせる。
- * 本人も、家族、地域(住民、専門職、行政職)の人も
楽になり、前向きに暮らしていける。



105

長い経過を本人が生きていく：一人ひとりがより良い経過をたどれるための地域連携を



106

今日は

これだけわかって頂ければ

OKです!



- ・認知症は誰でもなる可能性がある脳の病気です。
- ・認知症になるということは、その人のすべてがなくなるわけではなく、人としての豊かさや素晴らしさは残ります。
- ・皆さんは、認知症の方を支える杖になってください。

“よろしくお願ひします”

107

参考・引用文献

- 「認知症サポーター養成研修テキスト」 齊藤正彦他3名著（全国キャラバンメイト連絡協議会）
- 健康づくりのための身体活動基準2013 厚生労働省
- 「認知症の知りたいことガイドブック」 長谷川 和夫 著
- 「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント」 山口晴保（共同医書）2018
- 「認知症三昧！山口塾2018」 山口智晴氏資料より
- 熊本県作業療法士会 認知症アップデート研修 2017 堀田牧氏資料より
- 熊本県権利擁護推進員養成研修 今田氏 研修資料より

108



IPW Interprofessional Education **Work**

～多職種連携とは～

理学療法士 藤井 俊文

今まで、IPEについて話を聞いた事がある

ある！

はじめて！

IPE/IPWとは？

IPE(Interprofessional Education)多職種連携教育

“複数の領域の専門職者が連携および ケアの質を改善するために、同じ場所で共に 学び、お互いから学び合いながら、お互いを 学ぶこと”

IPW (Interprofessional Education Work)多職種連携

“複数の領域の専門職および、患者・サービス利用者とその家族が、平等な関係性 のなかで相互に 尊重し、各々の知識と技術と 役割をもとに、自律しつつ、患者・サービス 利用者中心に設定した共通の目標の達成を 目指し、協働すること”

たしよくしゅれんけい

Interprofessional Work(IPW)

他職種連携
多職種連携

を実践するための理論

「多職種連携」の近年の動向

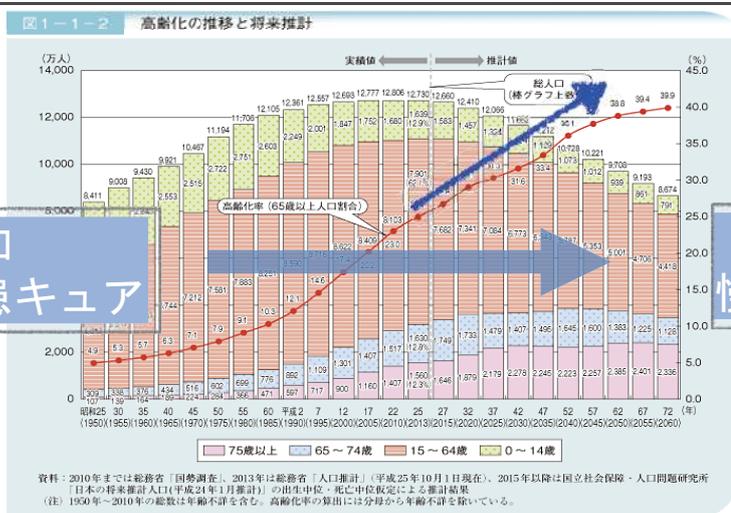
WHO(世界保健機関)では、世界に先駆けて多職種連携の必要性を示し、1980～90年代にかけて、多職種連携や多職種連携教育に関する重要な報告書を提示しました。
しかし、多職種連携に関する日本の関心は低く、あまり注目されることはありませんでした。

超高齢社会に突入した日本では、要介護高齢者の介護課題、地域・在宅医療への取り組み、医療費削減といった課題が生じる中で、多職種連携は必要不可欠なものです。

WHOでは、このような世界的な動向をふまえて、2010年に“Framework for action on interprofessional education and collaborative practice:多職種連携教育と連携実践のための行動枠組み”(文献2)を発表し、世界的に多職種連携を推進することを推奨しています。

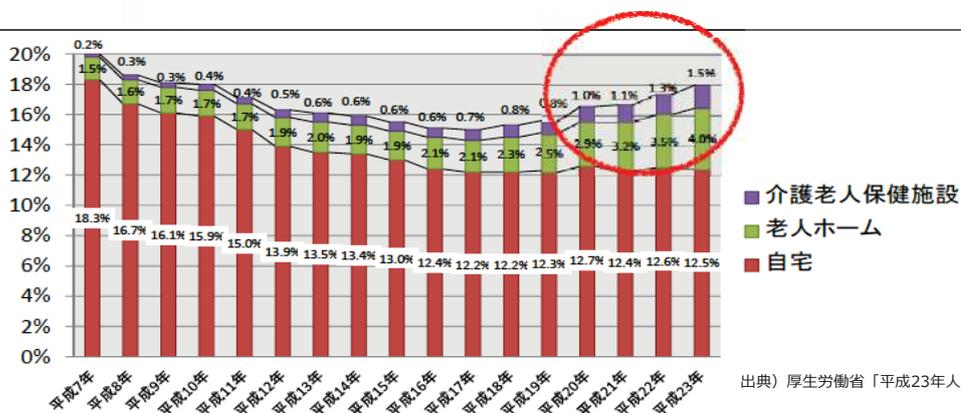
このような現状の中で、最近では多職種連携をInterprofessional Work=IPW、多職種連携教育はInterprofessional Education=IPEと呼ぶことが多くなっています。

何故IPEが必要なのか？



内閣府 平成26年版高齢社会白書
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/gaiyou/s1_1.html

最期を迎える場所



医療を提供する場の変化に伴い、関わる職種が増え
医療だけでは完結できなくなっている

今やIPWの重要性は**理解できるが...**



実際のところ現場では連携が進んでいる？

何故かうまく進まないことが多い？

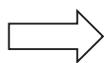


話し合ってみてください

コミュニケーションが上手く図れない要因とは？

演習

前



後



IPE/IPWの実践

多職種連携のためには、専門職としての能力(それぞれの専門性)以外に、**基本的なコミュニケーション能力と、専門性や個性が異なる相手に有効にアプローチする能力、葛藤を解決する能力**、さらにケース検討会議などをファシリテートする能力や連携のリーダーシップをとる能力も必要とされるのです。

このように多層的に構成された多職種連携のスキルは、自然に身につくものではなく、学習とトレーニングが必要であることが世界的に認められています。

2つの葛藤

専門職間の葛藤

職種間の地位や力の格差は、多職種連携の障壁となります。さらに知識や価値観など専門職文化の差異も、葛藤を生じる要因となります。加えて、多職種連携の方法や葛藤解決についての知識やスキルの不足も課題です。

個性の違い

職種や立場とは別に、一人ひとりの気質の違いがあります。職種の違いをどう理解し、どのように葛藤を解決するのかという方法にも、個性の違いが現われます。

何故うまく進まないのか？

IPWの障害

- ① 共通の目標が共有されていない
ex. Cure vs Care
- ② お互いの職種の働きを理解していない
- ③ 言葉が専門的で理解できない
- ④ コミュニケーションが乏しい



Audrey Leathard Going inter- professional:working together for health and welfareより引用

IPEとは

With

ともにチームとして

From

相手からの意見に耳を傾ける

Learning with, from and about each other

About

相手の職種について知る

IPEとは

With

ともにチームとして

From

相手からの意見に耳を傾ける

About

相手の職種について知る

連携を深める
Quality of Care

With

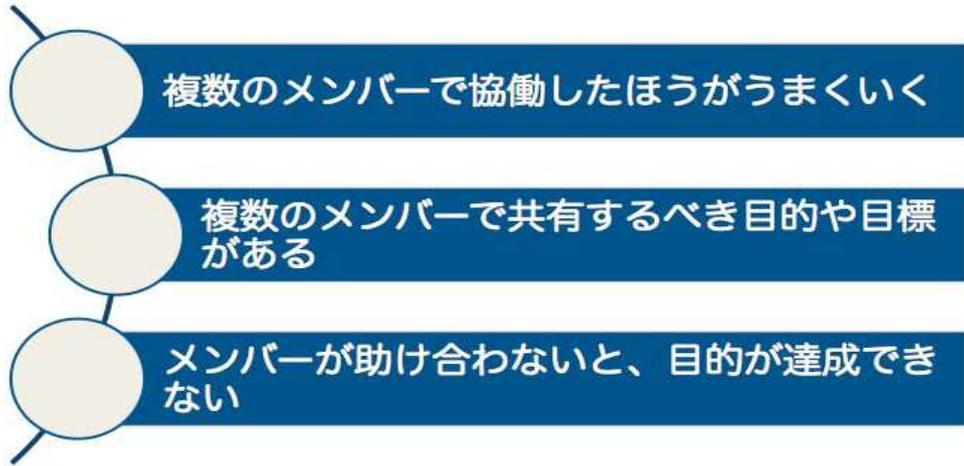
ともにチームとして

どんな時に**チーム**が必要？

話し合ってみてください

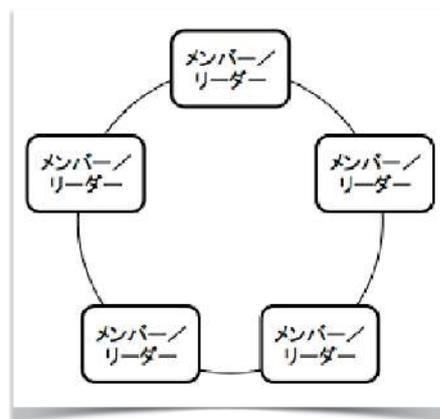
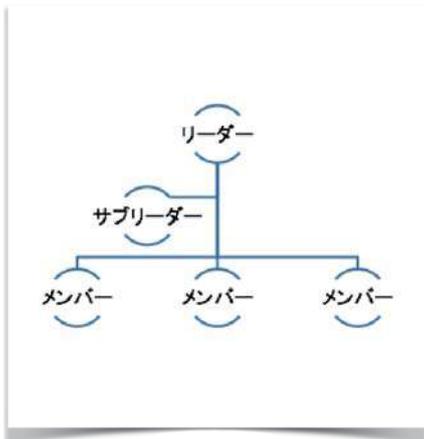
With

ともにチームとして



With

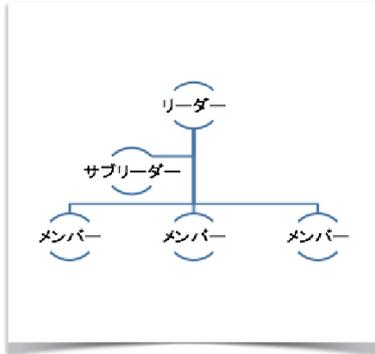
ともにチームとして



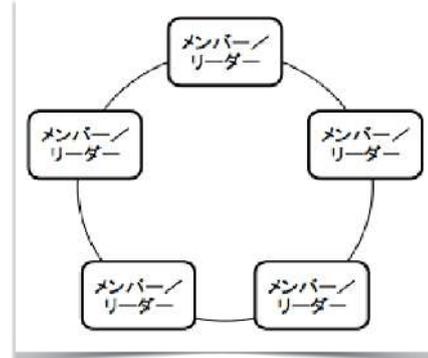
みなさんが考えるチームはどっち？

With

ともにチームとして



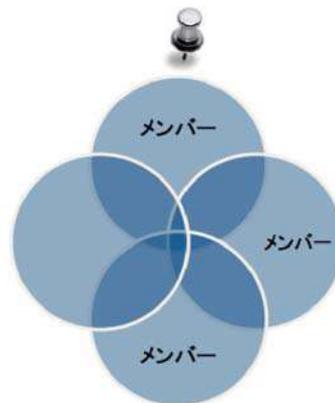
- ①リーダーが先に決まる。
 - ②リーダーがリーダーシップを発揮する
- 目的:すでに知っていることについて効率的に業務をこなす



- ①ある問題に対応するためにリーダーシップを発揮する人がいる
 - ②その人がリーダーになる
- 目的:変化や未知のことに対処し解決する

With

ともにチームとして



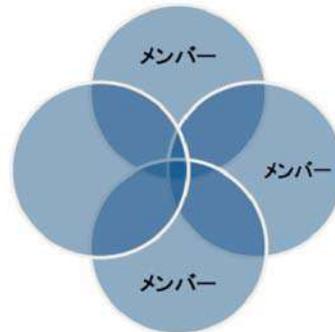
チームメンバー同志のかかわり合いはどっち？

With

ともにチームとして



共同作業



連携作業

チームメンバー同志のかかり合いはどっち？

菊地和則：職種チームのコンピテンシー：インディビジュアル・コンピテンシーとチーム・コンピテンシーに関する基本的概念整理
Competency of Multidisciplinary Teams: Individual Competencies and Team Competencies、社会福祉学 44(3)、23-31、2004-03-31

With

ともにチームとして



野球



サッカー

マルチ・ディシプリナリー

インター・ディシプリナリー

場面に応じて適したチームアプローチを考える

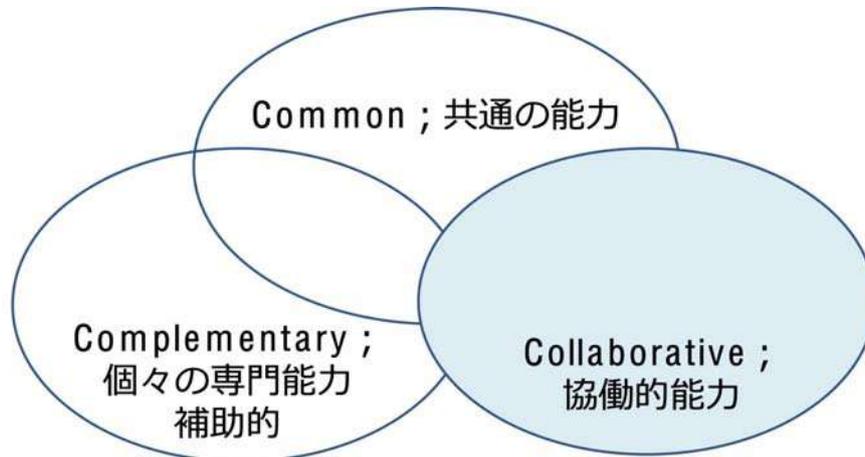
菊地和則：職種チームのコンピテンシー：インディビジュアル・コンピテンシーとチーム・コンピテンシーに関する基本的概念整理
Competency of Multidisciplinary Teams: Individual Competencies and Team Competencies、社会福祉学 44(3)、23-31、2004-03-31

With

ともにチームとして

多職種連携コンピテンシー開発の確認事項

各専門職のみで学べる能力ではなく、多職種との連携を通じて学べる能力に焦点を当てる。



前提

- メンバーの職種は？
- 言いたい事を主張でき、それをメンバーが傾聴しているか？
- 提供する情報に差をつけていないか？
- それぞれの職種の役割を説明できるか？
- 各々がチームの目標を説明できるか？

特質

- 一致団結した努力ができているか？
- 自分の仕事の達成に責任を持ちつつ、助け合っているか？
- 会議やカンファレンスで十分話し合い、全員が納得できる結論を導いているか？

結果

- **専門職にとって**
 - 仕事に満足している？
 - 各々の貢献を説明できるか？
 - 療養休暇の職員はいないか？
- **患者・利用者にとって**
 - ケアの質は改善しているか？
 - ここを選んできてくれているか？
 - 満足度とクレームは？
- **組織にとって**
 - 離職率は？
 - 経営状態は？

チームで確認すべきこと

From

相手からの意見に耳を傾け

		<input checked="" type="checkbox"/>
1	人の話を聞くときに腕組みをするのが癖になっている	
2	何かをしながらの「ながら聞き」をすることがある	
3	会話中の沈黙が苦手である	
4	会話中の相手の表情やしぐさは気にしていない	
5	すぐに「私だったら」など意見を言いたくなる	
6	早合点、早とちりで話を聞き間違えることがある	
7	相手が話している途中で、話を遮ることがある	
8	結論を急ぎたくなる	

From

相手からの意見に耳を傾け

アクティブ・リスニング(積極的傾聴)

- ①話やすい環境をつくる
- ②相手の話をさえぎらずに最後まで聞く
- ③即座に否定しない、議論しない
※自分の価値観、先入観で聞かない
- ④自分が相手の話を理解しているか確認する
※要約し返す技法
- ⑤沈黙・間は焦らずに

From

相手からの意見に耳を傾け



About

相手の職種について知る

演習

隣同士で**自分が今している仕事**に関して1分間話をしてみてください。

そのとき聞き手は“相手の仕事の先にある目的は何かを想像しながら”話を黙って聴いてください。

(2分間)

Competency

多職種連携に求められるコンピテンシー（能力）

多職種連携に必要なコンピテンシー（能力）は、次のような領域があるとされています（※文献）。

他のコンピテンシーを支持する基盤となる2つのコンピテンシー

- ・クライアント・家族・コミュニティを中心としたケア
- ・職種間のコミュニケーション

多職種連携を目標として相互に統合される4つのコンピテンシー

- ・各職種の役割の明確化
- ・チーム機能の理解
- ・相互に連携したリーダーシップ
- ・職種間に生じた葛藤解決

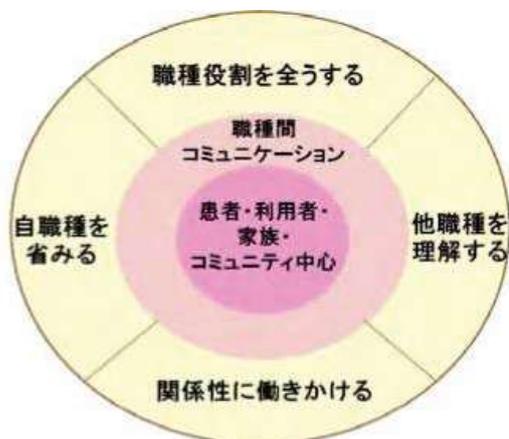
※Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)(2010) A National Interprofessional Competency.

保健医療福祉におけるIPWでのコンピテンシー

- ① 患者中心に職務を遂行する能力
- ② 倫理的問題への対応能力
- ③ 他専門領域を理解し尊重する能力
- ④ チームワーク能力
- ⑤ コミュニケーション能力
- ⑥ 計画策定とマネジメント能力
- ⑦ 分析・評価能力

保健医療福祉連携 第1巻 第1号 2009より引用

多職種連携コンピテンシー



他のコンピテンシーを支持する基盤となる2つのコンピテンシー

＜コアコンピテンシー＞

- ・クライアント・家族・コミュニティを中心としたケア
- ・職種間のコミュニケーション

コア・コンピテンシーを支え合う4つのコンピテンシー

- ・各職種の役割の明確化
- ・チーム機能の理解
- ・相互に連携したリーダーシップ
- ・職種間に生じた葛藤解決

基盤となる2つのコアコンピテンシー

1.患者・利用者・家族・コミュニティ中心

患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために、協働する職種で患者や利用者、家族、地域にとっての重要な関心事/課題に焦点を当て、共通の目標を設定することができる。

医療保健福祉の多職種はそれぞれの専門性を活かした視点を持っているがゆえに、各専門職が独立して掲げる目標設定が異なる可能性がある。だからこそ「患者・利用者・家族・コミュニティ中心に重要な関心事/課題に焦点を当て、共通の目標を設定することができる」ことが多職種連携の目的であり、欠くことができない要素である。これを意味するため、図には多職種連携コンピテンシーの中心に「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」のドメインを位置づけた。

基盤となる2つのコアコンピテンシー

2. 職種間コミュニケーション

患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために、職種背景が異なることに配慮し、互いに、互いについて、互いから職種としての役割、知識、意見、価値観を伝え合うことができる。

職種間コミュニケーションは、職種背景が異なることに配慮し、互いに、互いについて、互いから職種としての役割、知識、意見、価値観を伝え合うことができる能力である。「相互に」だけでは表し切れない双方向性のやり取りを明確にするために、CAIPEのIPEの定義に倣ってあえて、互いに、互いについて、互いから (with, about and from each other) という表現を使った。この職種間コミュニケーション能力は外側の4つのドメイン全てに関わる能力でもある。

コア・コンピテンシーを支え合う4つのコンピテンシー

①職種としての役割を全うする

互いの役割を理解し、互いの知識・技術を活かし合い、職種としての役割を全うする。

②関係性に働きかける

複数の職種との関係性の構築・維持・成長を支援・調整することができる。また、時に生じる職種間の葛藤に、適切に対応することができる。

コア・コンピテンシーを支え合う4つのコンピテンシー

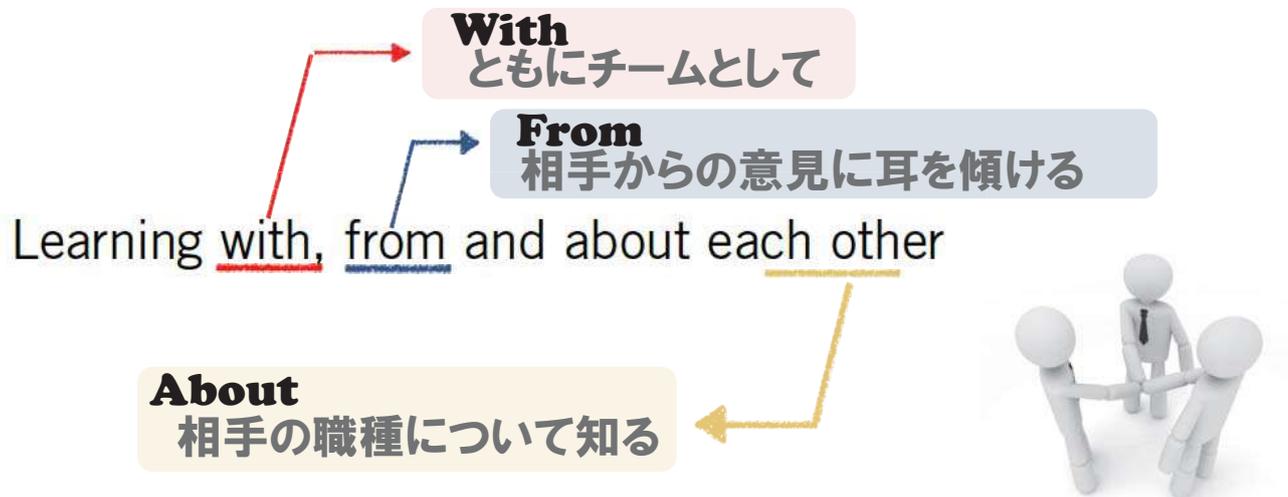
③自職種を省みる

自職種の思考、行為、感情、価値観を振り返り、複数の職種との連携協働の経験をより深く理解し、連携協働に活かすことができる。

④他職種を理解する

他の職種の思考、行為、感情、価値観を理解し、連携協働に活かすことができる。

IPEとは



高齢期の栄養

介護予防のための栄養指導

らそうむ内科・リハビリテーションクリニック

管理栄養士 大隈千晶

1

目次

- 高齢者の食生活の現状、栄養管理上の問題点
- フレイルおよびサルコペニアと栄養
- 高齢者の栄養食事指導の注意点
(生活習慣病と低栄養)
- まとめ

2

高齢者の食生活の現状

(%) ■低栄養傾向の者 (BMI ≤ 20 kg/m²) の割合の年次推移 (65歳以上)

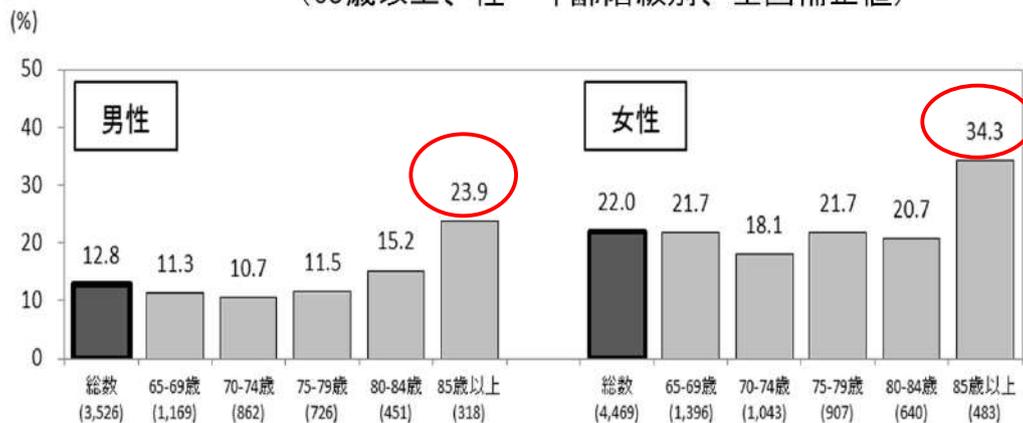


厚生労働省「平成28年国民健康・栄養調査結果の概要」

3

高齢者の食生活の現状

■低栄養傾向の者 (BMI ≤ 20 kg/m²) の割合
(65歳以上、性・年齢階級別、全国補正值)



厚生労働省「平成28年国民健康・栄養調査結果の概要」

4

要介護の原因

(グラフ)

生活習慣病の後遺症が約3割

虚弱・骨折・転倒 3割

5

加齢と栄養関連事項の時間経過

65歳 食欲低下・接触量の低下

↓

75歳 体重の減少

⇒ フレイル・サルコペニア
要支援・介護のリスク増

↓

85歳 低栄養

⇒ 摂食障害・誤嚥性肺炎・感染症
転倒・骨折・褥瘡

↓

入院・入所・死亡

95歳

6

高齢期における栄養管理上の問題点

①加齢とともに起こる生理的变化と栄養不良・不足

- ・体成分の変化（グラフ）
- ・加齢による各臓器の生理機能的変化（グラフ）

7

高齢期における栄養管理上の問題点



③加齢による身体的変化

- ・食欲の低下
- ・味覚の低下（特に塩味と甘味）
- ・嗜好の変化
- ・噛む力、飲み込む力の低下
- ・唾液の分泌量の減少
- ・消化液の分泌量の減少
- ・腸の働き（蠕動運動）の低下



- ・食欲不振
- ・食事(栄養)摂取量の減少
- ・消化・吸収能力の低下 など



健康的な体を保ち活動するために必要なエネルギーやたんぱく質が不足した**低栄養**になるリスクが高い

8

高齢期における栄養管理上の問題点

③栄養評価の方法

9

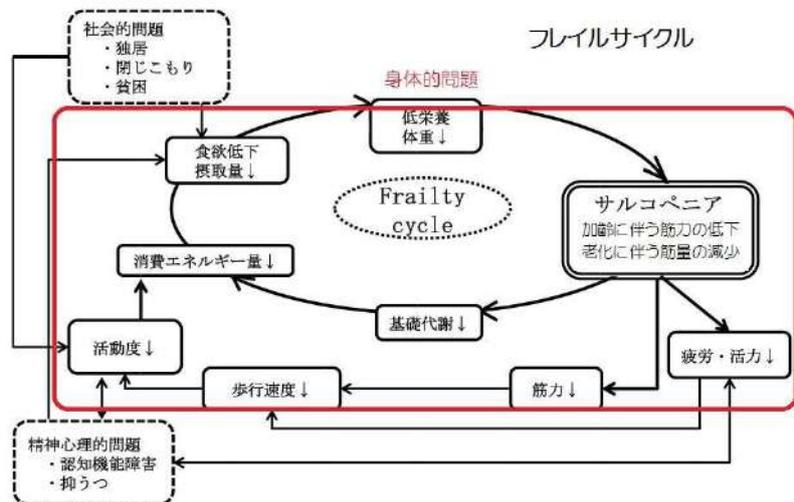
メタボ対策からフレイル対策へ

10

フレイル及びサルコペニアと栄養

フレイルサイクル

フレイルサイクル



11

サルコペニアに着目したたんぱく質の推奨量

- ◇ **1.0g /kg/day 以上** 摂取はサルコペニア予防に有効
日本サルコペニア・フレイル学会
- ◇ 筋肉の維持と増加のためには **1.0-1.2g/kg/day**
The PROT-AGE Study Group (2013)
- ◇ 健康な高齢者では **1.0-1.2g/kg/day**
- ◇ 急性疾患や慢性疾患を有する高齢者では **1.2-1.5g/kg/day**
The ESPEN Expert Group (2014)
- ◇ **1.0-1.2g/kg/day** と1食に最低**20-25g**の質の良いたんぱく質
The European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) (2014)
- ◇ **1-1.5g/kg/day** のたんぱく質
The Society for Sarcopenia, Cachexia, and Wasting Disease (2010)

2018 医薬基盤・健康・栄養研究所 14

12

食事摂取基準

- エネルギー・タンパク質

13

- ビタミン・ミネラル

14

高齢者の栄養食事指導の注意点

15

低栄養リスクの目安

・ 体重の変化

6カ月間に2～3kg以上減少

または体重の減少率が1～6カ月間の間に3%以上ある場合は要注意

体重減少率：減った体重を元の体重で割った%のこと

・ BMI（体格指数）

体重と身長の関係から肥満度を示す体格指数

$BMI = \text{体重kg} \div (\text{身長m} \times \text{身長m})^2$

BMI \geq 18.5未満で低体重

・ 血液検査

血清アルブミン値（Alb）・・・3.5g/dl未満

血中総コレステロール値（T-cho）・・・150mg/dl未満

16

食品の多様性チェック



昨日食べた食品を数えてみましょう。

17

食品の多様性チェック



主にたんぱく質源

主にエネルギー源

ご飯・パン・めん

18

食品の多様性チェック

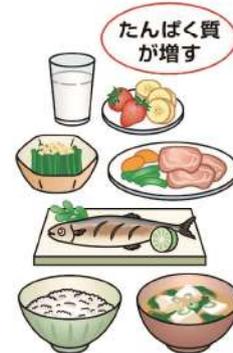
栄養素密度が
低い

得点
小



得点
大

栄養素密度が
高い



19

●食品摂取の多様性スコアの構成要素



肉、魚、卵、牛乳、大豆製品

たんぱく質を豊富に含み、筋たんぱく合成に関与

野菜、果物

抗酸化ビタミン(βカロテン、ビタミンC)を豊富に含み、酸化ストレスや炎症抑制に関与(→加齢による同化抵抗性を減弱!?)

➡ これらの栄養素の複合効果により、筋量や身体機能の低下が抑制された可能性

20

オーラルフレイル



株式会社らそうむ
言語聴覚士 藤川 仁

内容

- オーラルフレイルとは？
- □腔機能のメカニズム
- □腔機能障害をもたらす状態
- □腔機能の評価方法
- □腔機能のトレーニング
- □腔ケア

オーラルフレイルとは？

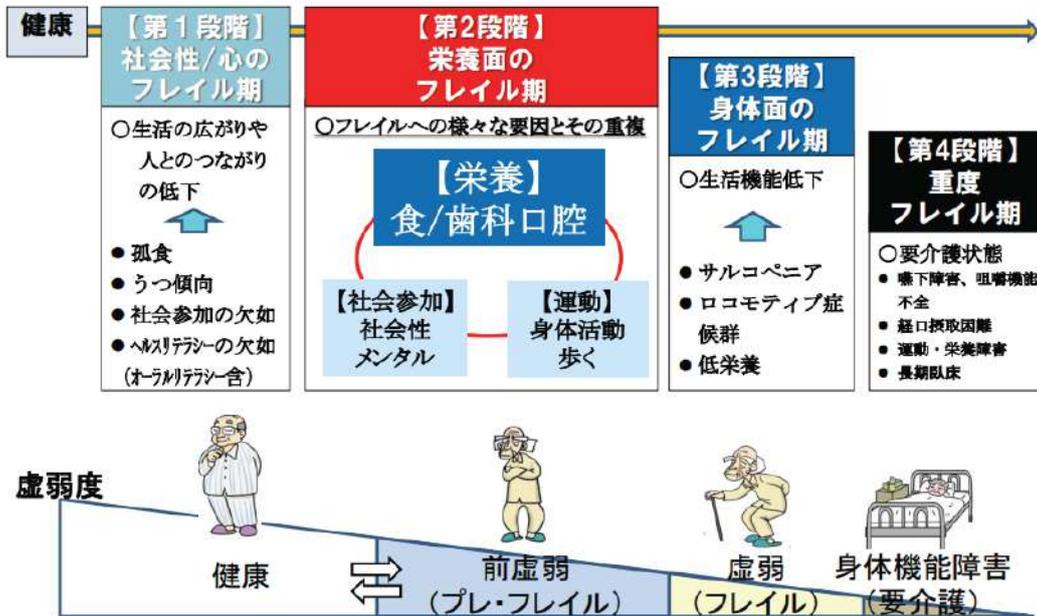
- オーラルフレイルとは、「口の中の虚弱」という意味で、フレイルとも大きな関係性があり、要介護状態、寝たきり状態を早めてしまう重大な原因があるとして、近年とても注目されている概念です。
- 口には「食べる」「飲み込む」「息をする」「コミュニケーション」「唾液の分泌」などの様々な機能がありますが、それらの役割をうまく使いこなせなくなったと感じたらオーラルフレイルの前兆です。

- 自己チェックの自覚症状がある、あるいは他者から指摘があった人は要注意です。
- オーラルフレイルが進むと、口腔機能低下症という段階になります。さらに進むと嚥下障害をきたします。



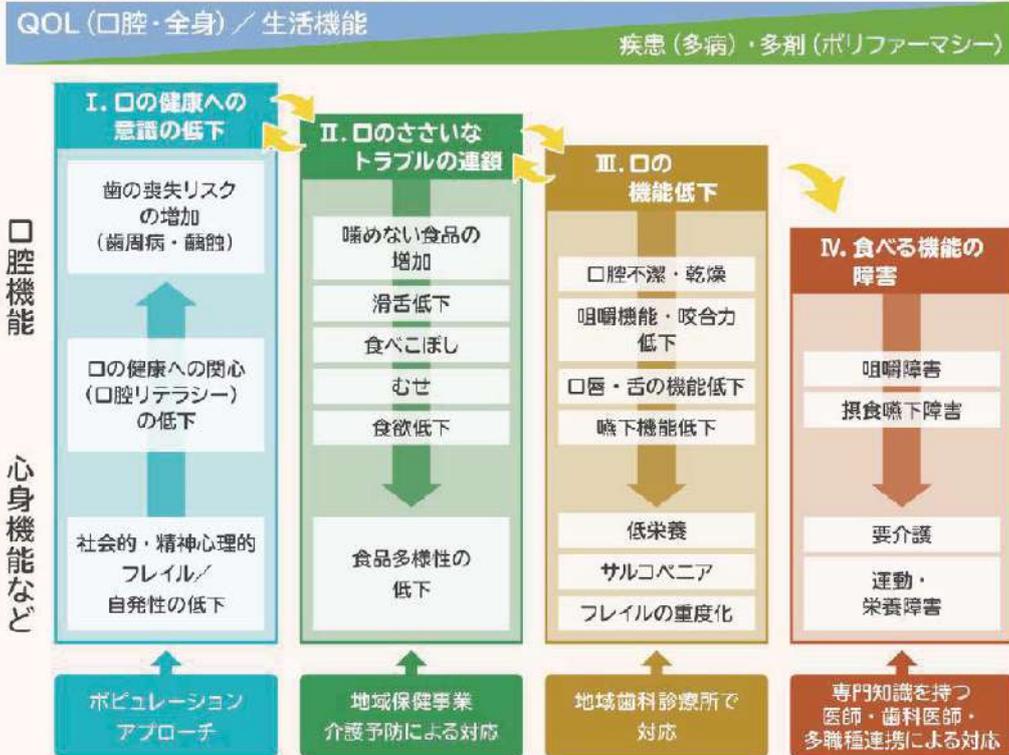
引用 公益社団法人 日本歯科医師会HP

【栄養（食/歯科口腔）からみた虚弱型フロー】（案） ～フレイル（虚弱）の主な要因とその重複に対する早期の気づきへ～



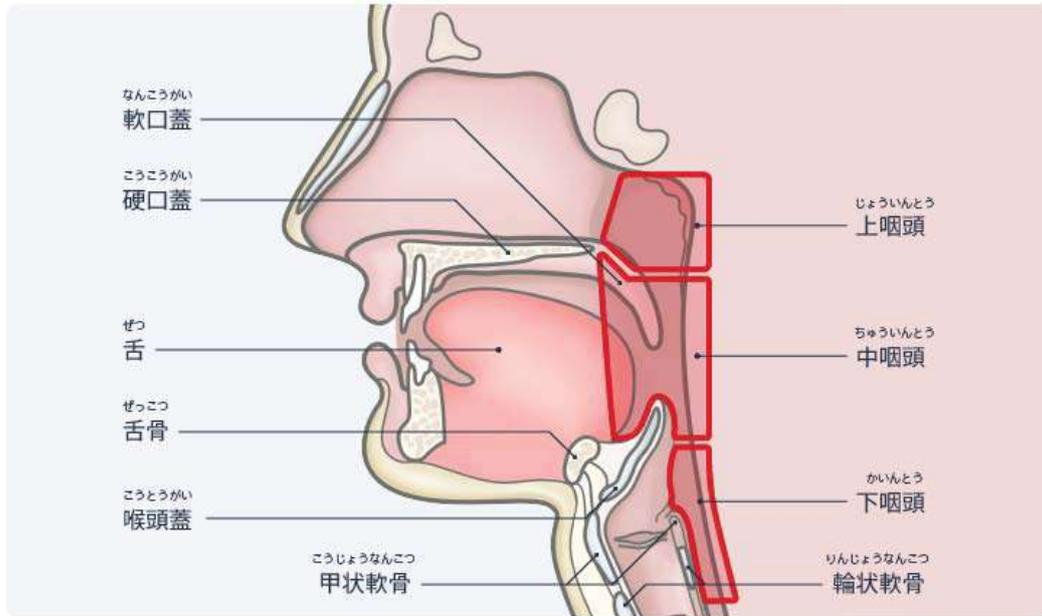
東京大学 高齢社会総合研究機構・飯島勝夫(作図)
厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業) 虚弱・サルコペニアモデルを踏まえた高齢者食生活支援の枠組みと包括的介護予防プログラムの考案
および検証を目的とした調査研究 (H26年度報告書より)

オーラルフレイル概念図 2018年版



鈴木英雄、飯島勝夫、早野浩哉、小田由紀、菊谷貴、釜道裕ら、2013年、神奈川県オーラルフレイルプロジェクトチーム改定 2016年

口腔機能を理解するための解剖



• 口唇の機能

- ① 物を挟み（捕食）、保持する
- ② 咀嚼時に口裂を閉じ、食物が口腔外に漏れるのを防ぐ
- ③ 頬とともに口腔内圧を保持する
- ④ 咀嚼時、口腔前庭に入った食物を固有口腔に押し出す
- ⑤ 赤唇部は感覚が敏感で食物の性状を感知し、危険物の摂取を防ぐ
- ⑥ 舌と唇が互いに歯を押し合い、歯並びを保つ
- ⑦ 上下の口唇の開閉により息を調節して発声を調整する
- ⑧ 表情をつくる
- ⑨ 額の開閉運動を調整する

• 頬の機能

- ① 食物を噛み砕くとき、舌と協調し食物を歯列の上に乗せ、そこに保持する
- ② 舌と頬で互いに歯を押し合い、歯並びを保つ
- ③ 舌とともに口腔内を陰圧、陽圧する
- ④ 表情をつくる

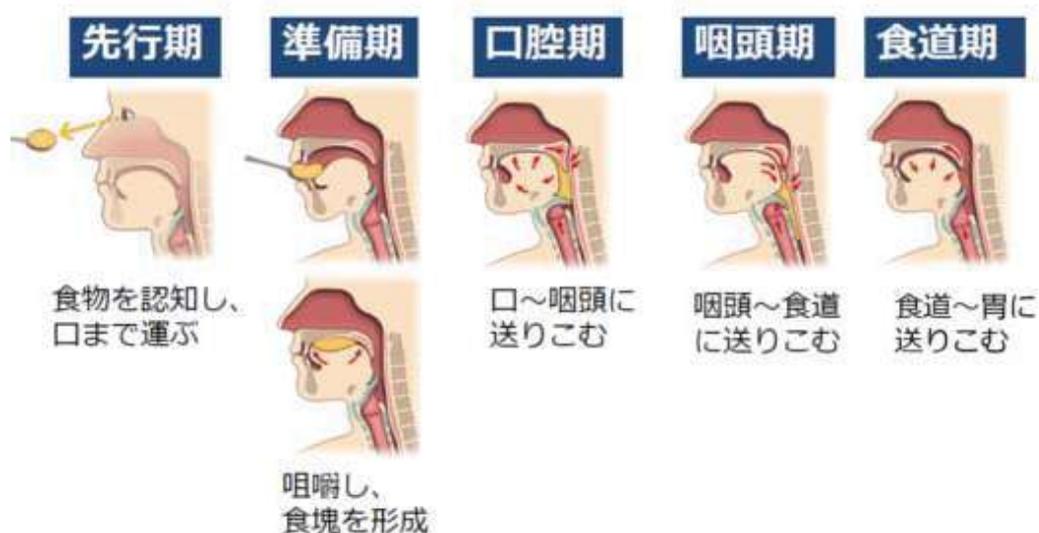
• 口蓋の機能

- ① 舌により食物を押しつけられることで、食物の性状を知る
- ② やわらかい食物を舌とともに圧縮し、押しつぶす
- ③ 口腔の上蓋となり、発声時の共鳴腔をつくる
- ④ 軟口蓋は嚥下時、鼻咽腔閉鎖・食塊の形成に重要な役割を果たす
- ⑤ 口蓋の味蕾で味を受容する

• 舌の機能

- ① 捕食された食物を移送または保持する
- ② 食物の物性や口腔内での形状、位置を調べる
- ③ 口蓋との間でやわらかなものを押しつぶす
- ④ 舌の味覚、一般感覚により、嚥下に適さない食物を選択する
- ⑤ 舌感覚を刺激して唾液分泌を促す
- ⑥ 食物と唾液を混合して食塊をつくり、嚥下時に咽頭に送り込む
- ⑦ 舌根部粘膜の感覚は嚥下反射を誘発する
- ⑧ 形を変えることで、構音に参加する
- ⑨ 口唇や頬の圧で食物を内側に動かないように、舌で外側に押す

摂食・嚥下の5期モデル



口腔機能障害をもたらす状態

- 加齢変化
- 疾患
- 口腔衛生管理

加齢による嚥下障害の要因

- 喉頭位置の低下による嚥下時の喉頭挙上距離不足、
それに伴う喉頭蓋翻転不足、食道入口部開大不全
- 咽頭収縮筋の収縮力低下による食物の咽頭残留増加
- 口腔内衛生状態不良、歯牙の欠損、口唇・顎・舌・頬の機能低下
- 咽頭知覚感受能力の低下
- 咳嗽力の低下
- 低栄養、免疫力、薬剤（多剤服用）
- 疾患（形態的、機能的、認知的問題）

フレイルチェック(深掘りチェック)

～どこが元気で、どこが元気がないのか、少し詳しく調べてみましょう～

※無断転載厳禁

ID:

氏名:

性別: 男性 女性

年齢: 歳 身長: cm

お口	噛む力	滑舌(バタカ)	お口の元気度
<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> (タ) <input type="checkbox"/> (タ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>▶咬筋の触診は、噛む力が衰えている可能性をチェックしています。</p> <p>● 強い：噛む力やそのための筋肉の状態は良好です。</p> <p>● 弱い、ない：噛む力やそのための筋肉が弱まっている可能性があります。しっかりと予防していきましょう。</p>			
<p>▶バタカテストは、滑舌(唇や舌の動き)の良さをはかります。</p> <p>● 6.0以上：滑舌がよく、口周りや舌の筋肉をきちんと動かしているようです。</p> <p>● 6.0未満：口周りや舌の筋肉が弱っている可能性があります。日頃から意識して口や舌を動かしてみましょう。</p>			
<p>▶お口の元気度テストは、お口に関わる元気度をチェックしています。</p> <p>● 58～60点：お口の状態は良好です。</p> <p>● 12～57点：お口の状態があまりよくないようです。一度しっかり調べてみましょう。</p>			
運動	片足立ち上がり	ふくらはぎ周囲長	握力(利き手)
<input type="checkbox"/> 立てる <input type="checkbox"/> 立てない	<input type="checkbox"/> 立てる <input type="checkbox"/> 立てない	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg
<p>▶片足立ち上がりテストは、足腰の筋肉やバランス力がしっかりと維持されているかチェックしています。</p> <p>● 立てる：足腰の筋肉やバランス力が良好です。</p> <p>● 立てない：足腰の筋肉やバランス力が弱ってきている可能性があります。日頃から足腰を鍛える運動を心がけましょう。</p>			
<p>▶ふくらはぎ周囲長は、筋肉量が少なくなっている状態(サルコペニア)の可能性をチェックしています。</p> <p>● 男性34.0cm以上、女性32.0cm以上：じゅうぶんに筋肉を維持できているようです。</p> <p>● 男性34.0cm未満、女性32.0cm未満：サルコペニアの可能性がります。筋肉をつけるように心がけましょう。</p>			
<p>▶握力は、筋肉量が少なくなっている状態(サルコペニア)の可能性をチェックしています。</p> <p>● 男性30.0kg以上、女性20.0kg以上：じゅうぶんに筋肉を維持できているようです。</p> <p>● 男性30.0kg未満、女性20.0kg未満：サルコペニアの可能性がります。筋肉をつけるように心がけましょう。</p>			
<p>▶両手両足の筋肉量が少なくなっている状態(サルコペニア)の可能性をチェックしています。</p> <p>● 男性7.00kg/m²以上、女性5.70kg/m²以上：じゅうぶんに筋肉を維持できているようです。</p> <p>● 男性7.00kg/m²未満、女性5.70kg/m²未満：サルコペニアの可能性がります。筋肉をつけるように心がけましょう。</p>			
社会参加	人とのつながり	組織参加	支え合い
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>▶人とのつながりをどのくらい維持できているかチェックしています。</p> <p>● 12～30点：周りの人との関わりを維持できていると言えます。</p> <p>● 0～11点：人とのつながりが少ないかもしれません。家族や友人とのコミュニケーションをもう少し意識してみましょう。</p>			
<p>▶どのくらい組織参加ができているかチェックしています。</p> <p>● 1～7点：組織参加の機会が確保できているようです。これからも関心のある活動を続けてみてください。</p> <p>● 0点：組織参加の機会が少ないかもしれません。興味のある活動を探して参加してみたいかがでしょうか。</p>			
<p>▶周りの人とどのくらい支え合っているかチェックしています。</p> <p>● 4点：周りの人とたくさん支え合っているようです。</p> <p>● 0～3点：支え合いが少ないかもしれません。頼り合えるような関係作りを意識してみたいかがでしょうか。</p>			

- ▶咬筋の触診は、噛む力が衰えている可能性をチェックしています。
- 強い：噛む力やそのための筋肉の状態は良好です。
- 弱い、ない：噛む力やそのための筋肉が弱まっている可能性があります。しっかりと予防していきましょう。
- ▶バタカテストは、滑舌(唇や舌の動き)の良さをはかります。
- 6.0以上：滑舌がよく、口周りや舌の筋肉をきちんと動かしているようです。
- 6.0未満：口周りや舌の筋肉が弱っている可能性があります。日頃から意識して口や舌を動かしてみましょう。
- ▶お口の元気度テストは、お口に関わる元気度をチェックしています。
- 58～60点：お口の状態は良好です。
- 12～57点：お口の状態があまりよくないようです。一度しっかり調べてみましょう。

フレイルチェック(質問票) ID:

問1 お口の元気度
過去3ヶ月のうちに、どのくらいの頻度で次のようなことがありましたか。
(1)～(12)について、最も近いと思われる番号にひとつだけチェック(☑)をつけてください。

	1 かなりひどい	2	3	4	5 全くなかった
1. 口の中の調子が悪いせいで、食べ物の種類や食べる量を控えることがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 食べ物をかみ切ったり、かみにくいことがありましたか (例) かたい肉やリンゴ など	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 食べ物や飲み物を、薬にずっと飲みこめないことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 口の中の調子のせいで、思い通りにしゃべられないことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 口の中の調子のせいで、薬に食べられないことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 口の中の調子のせいで、人とかかわりを控えることがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 口の中の見た目について、不満に思うことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 口や口のまわりの痛みや不快感のために、薬を使うことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 口の中の調子の悪さが、気になることがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 口の中の調子が悪いせいで、人目を気にすることがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 口の中の調子が悪いせいで、人前で落ち着いて食べられないことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 口の中で、熱いものや冷たいものや甘いものがしみることはありましたか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☑をつけた数値の合計 点

裏面につづく ➡

1. 口の中の調子が悪いせいで、食べ物の種類や食べる量を控えることがありましたか

2. 食べ物をかみ切ったり、かみにくいことがありましたか
(例) かたい肉やリンゴ など

3. 食べ物や飲み物を、薬にずっと飲みこめないことがありましたか

4. 口の中の調子のせいで、思い通りにしゃべられないことがありましたか

5. 口の中の調子のせいで、薬に食べられないことがありましたか

6. 口の中の調子のせいで、人とかかわりを控えることがありましたか

7. 口の中の見た目について、不満に思うことがありましたか

8. 口や口のまわりの痛みや不快感のために、薬を使うことがありましたか

9. 口の中の調子の悪さが、気になることがありましたか

10. 口の中の調子が悪いせいで、人目を気にすることがありましたか

11. 口の中の調子が悪いせいで、人前で落ち着いて食べられないことがありましたか

12. 口の中で、熱いものや冷たいものや甘いものがしみることはありましたか

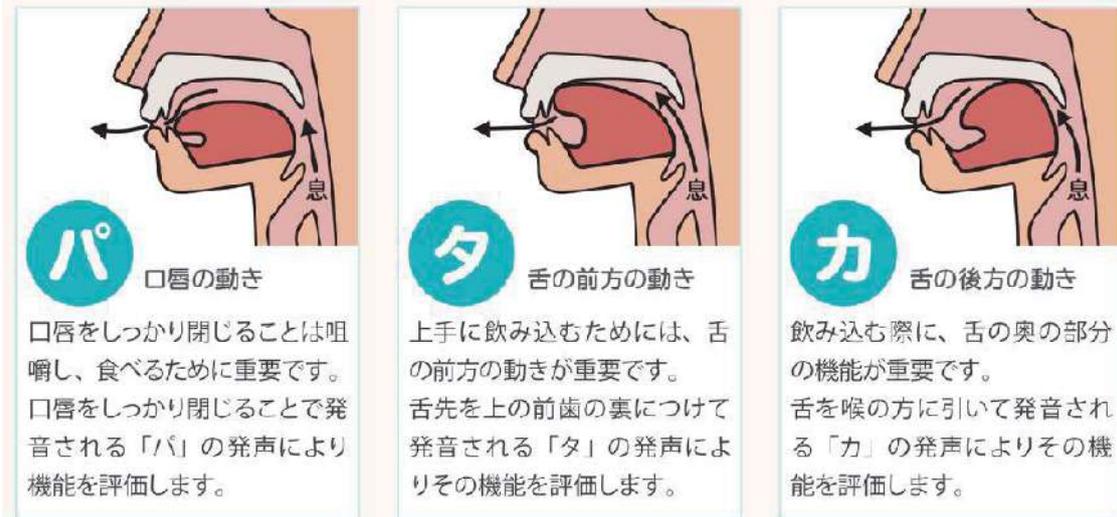
• 口腔に関連した困りごとによる、身体的・心理社会的な生活側面の制限の程度を測定する3つの領域(下位尺度)から構成されています。

• **機能面**は摂食、嚥下および発音、**心理社会面**は審美や社交、**疼痛・不快**には薬の使用や知覚過敏に関する項目を含んでいます。

オーラルフレイルの評価

滑舌の検査 オーラルディアドコネシス

「パ」「タ」「カ」をそれぞれ5秒間発音し、発音できた回数を測定します。



1秒間に6回未満だった場合、オーラルフレイルの疑いがあります

嚥下機能の検査 反復唾液嚥下テスト (RSST)

随意的に嚥下運動を繰り返してもらい、嚥下障害の有無を簡易的に調べる検査です。唾液の嚥下を30秒間繰り返してもらいます。「できるだけ何回も唾をゴクンと飲み込んでください」と指示します。



注意点

- ・強く押さえない（一度自分でやってみましょう）
- ・2回目以降、喉の上がり不足し、途中で下がることもあるのでしっかり上がっているか注意が必要です
- ・口腔内が著しく乾燥している場合は、最初に1～2ccの水を含ませてから行いましょう

30秒間に3回以下だった場合、オーラルフレイル・嚥下障害の疑いがあります

咀嚼機能の検査 咀嚼力判定ガム（ロッテ）

- ・咀嚼チェックガム（ロッテ）を、1秒に1回のペースで60回咀嚼します。（総入れ歯など著しく咀嚼能力が低下している場合は100回咀嚼します）
- ・上下の歯が毎回しっかり噛み合うように咀嚼します。
- ・カラスケールと比較して一番近い色を選びます



咀嚼時間とガムの色調変化



噛む前 → よく噛むほどガムが赤くなる（咀嚼能力を判定する目安）

嚥下体操

<p>1 姿勢</p> <p>リラックスして腰掛けた姿勢をとります。</p>	<p>2 深呼吸</p> <p>お腹に手をあてて、ゆっくり深呼吸します。</p>	<p>3 首の体操</p> <p>ゆっくり後ろを振り返る。左右とも行う。 耳が肩につくように、ゆっくりと首を左右に倒す。</p>	
<p>4 肩の体操</p> <p>両手を頭上に挙げ、左右にゆっくりとさげる。 肩をゆっくりと上げてからストンと落とす。 肩を前から後ろ、後ろから前へゆっくりまわす。</p>	<p>5 口の体操</p> <p>口を大きく開けたり、口を閉じて歯をしっかり噛み合わせたりを繰り返す。 口をすぼめたり、横に引いたりする。</p>		
<p>6 頬の体操</p> <p>頬をふくらませたり、すぼめたりする。</p>	<p>7 舌の体操</p> <p>舌をべーと出す。口の両端をなめる。 舌を喉の奥の方へ引く。 歯の下、顎の先をさわるようにする。</p>	<p>8 発音の練習</p> <p>「い・び・べ・べ・ポ」「い・た・か・ら」をゆっくり、はっきり、くり返す。</p>	<p>9 咳ばらい</p> <p>お腹を押さえて「エヘン」と咳ばらいをする。</p>

咀嚼機能のトレーニング

ガムを噛むことで咀嚼筋を鍛えることができます。



1. 唇を閉じてしっかりと噛みます。
2. 一箇所だけで噛まず、左右を均等に使って噛みます。
3. 姿勢を正して噛みます。
4. 舌と口の天井でガムを潰したり、丸めたりすると舌の筋力も鍛えられます。

記憶、それはいつも、はかない。

かみごたえ早見表

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

やわらかい
加工度が高い
よくかなくても
食べられる

かたい
繊維質が多い
よくかまないと
食べられない

引用 柳澤幸江 そしゃくで健康づくり「育てようかむ力」 少年写真新聞社

喉（飲み込む筋肉）のトレーニング

嘉飯地区PT・OT・ST連絡協議会で作成しているトレーニング方法です。

1. 頭部挙上運動

頭を上げた状態を2～3秒保つ。5回が目安。



※首や腰の痛い方、または高血圧や心臓に病気のある方は中止しましょう！

32

2. 嚥下おでこ運動

おでこ手で5秒間押し合う。10回が目安。



注意事項

●おへそを見てお辞儀するようなイメージで行いましょう。

33

喉（飲み込む筋肉）のトレーニング

3. Chin push-pull (チンプッシュ・プル)

アゴと親指で5秒間押し合う。10回が目安。



【正面】

【側面】

34

4. 喉頭挙上運動

のど仏が待ち上がった状態を10秒間保つ。



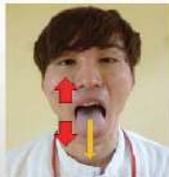
注意事項

●つばを飲み込む直前、のど仏が一番上へ上がった時のどに力を入れましょう。

35

5. 開口舌出し運動

口を開け舌を出した状態を10秒間保つ。5回が目安。



注意事項

●アゴを引いて口を大きく開け、舌をできるだけ出しましょう。
●アゴが外れやすい方やアゴに痛みがある方は注意しましょう。

36

6. 吹き戻し

吹き戻しを伸ばした状態を10秒間保つ。10回が目安。

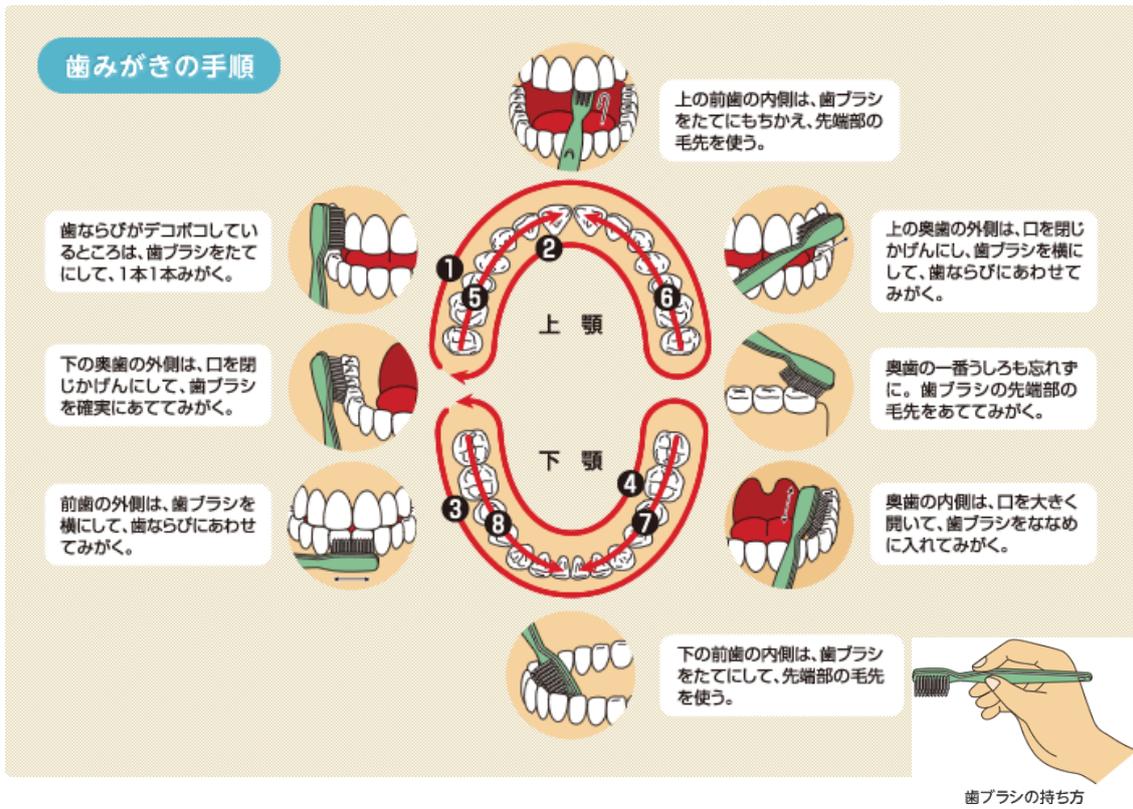


注意事項

●吹き戻しは、しっかり伸ばしましょう。

37

歯みがきの手順



歯磨き

- 歯ブラシは鉛筆を持つように持ちます。
- 歯の汚れの残りやすい部分を丁寧に磨きます。
- 歯ブラシの当て方はソフトタッチ、揺らすように。
- 一度に1～2本ずつ磨きます。

清掃法

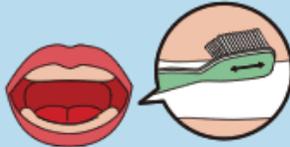


①目に見える汚れは専用ブラシで清掃。



②目に見えない汚れを洗剤で除菌。

※口腔内はうがいをする。
またはやわらかい歯ブラシを用いて洗う。



清掃法

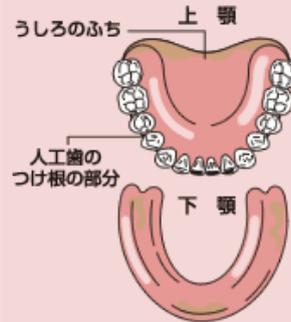


①総義歯の場合と同様に清掃していくが、クラスプ部分は特に丁寧に。



②クラスプをかけている歯の部分も丁寧に。

汚れのつきやすい部分



内側の歯茎の粘膜につける部分

汚れのつきやすい部分



金具
(クラスプ、アタッチメントなど)の部分

義歯の清掃方法

※義歯は熱・乾燥・摩擦・衝撃に弱いいため以下の事に留意しましょう。

- 流水で洗う。
- 水につけて、または蓋つきの専用容器で保管する。
- 歯磨き剤でこすらない。
- 落とさない。

2019年度「専修学校リカレント教育総合推進プロジェクト」
eラーニングの積極活用等による学び直し講座開設等
リハビリ職を対象とする地域包括ケア時代の介護予防学び直し事業
事業成果報告書

2020年2月

学校法人智晴学園 専門学校琉球リハビリテーション学院
