

令和7年度 「太陽と鳩たち」

地域包括ケア 地域共生社会で活躍できる 作業療法士を目指して活動中です

お伝えしたい内容

地域における 作業療法の現在と可能性

地域共生社会の推進 ⇒ **地域リハビリテーションの役割が
さらに大切に期待されています**

要援護者 ハンディキャップと共に生きる方々の地域生活支援には
主治医・看護師・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士 リハビリ専門職
ソーシャルワーカー・介護支援専門員・支援相談員 等がチームでサポート
専門職は **みたと てだて** が存在価値 努力しています

地域リハケアステーション
太陽と鳩たちにお声かけください



作業療法とは何？

身体または精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対してその主体的な生活の獲得を図るため諸機能の回復・維持・および開発を促すような作業活動を用いて行う治療・（訓練）・指導および援助をいいます。
旧（社法）日本作業療法士協会・定義

地域作業療法の実践 地域活動支援を含めて

作業療法とは

作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。

- ・ 作業療法は「人は作業を通して健康や幸福になる」という基本理念と学術的根拠に基づいて行われる。
- ・ 作業療法の対象となる人々とは、身体、精神、発達、高齢期の障害や、環境への不適應により、日々の作業に困難が生じている、またはそれが予測される人や集団を指す。
- ・ 作業には、日常生活活動、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など、人が営む生活行為と、それを行うのに必要な心身の活動が含まれる。
- ・ 作業には、人々ができるようになりたいこと、できる必要があること、できることが期待されていることなど、個別的な目的や価値が含まれる。
- ・ 作業に焦点を当てた実践には、心身機能の回復、維持、あるいは低下を予防する手段としての作業の利用と、その作業自体を練習し、できるようにしていく
という目的としての作業の利用、およびこれらを達成するための環境への働きかけが含まれる。

作業療法士（OT）って何をする人

- ・リハビリテーション医療の専門職で
- ・脳機能回復・生活機能回復の専門家。
- ・対象とする一人一人の立場・価値観に沿い
- ・生活の実態の改善を目指して
- ・援助していく専門家。（対人援助職）
- ・様々な参加・活動・作業・ネットワークを手段として活用します。
- ・集団や場を設計、展開することも得意です。

地域包括ケアにおけるリハ職の専門性

作業療法士

認知機能などの心身機能や入浴動作などのADL,調理などのIADL,余暇活動、道具の選定や環境調整などの能力の見極めや支援方法の助言指導

理学療法士

筋力、持久力、痛みなどの心身機能や起居、歩行などの基本的動作の能力の見極めや支援方法や訓練方法の助言指導

言語聴覚士

聴覚、言語機能、嚥下摂食機能などの心身機能やコミュニケーション能力の見極めや支援方法や訓練方法の助言指導

私たち作業療法士は

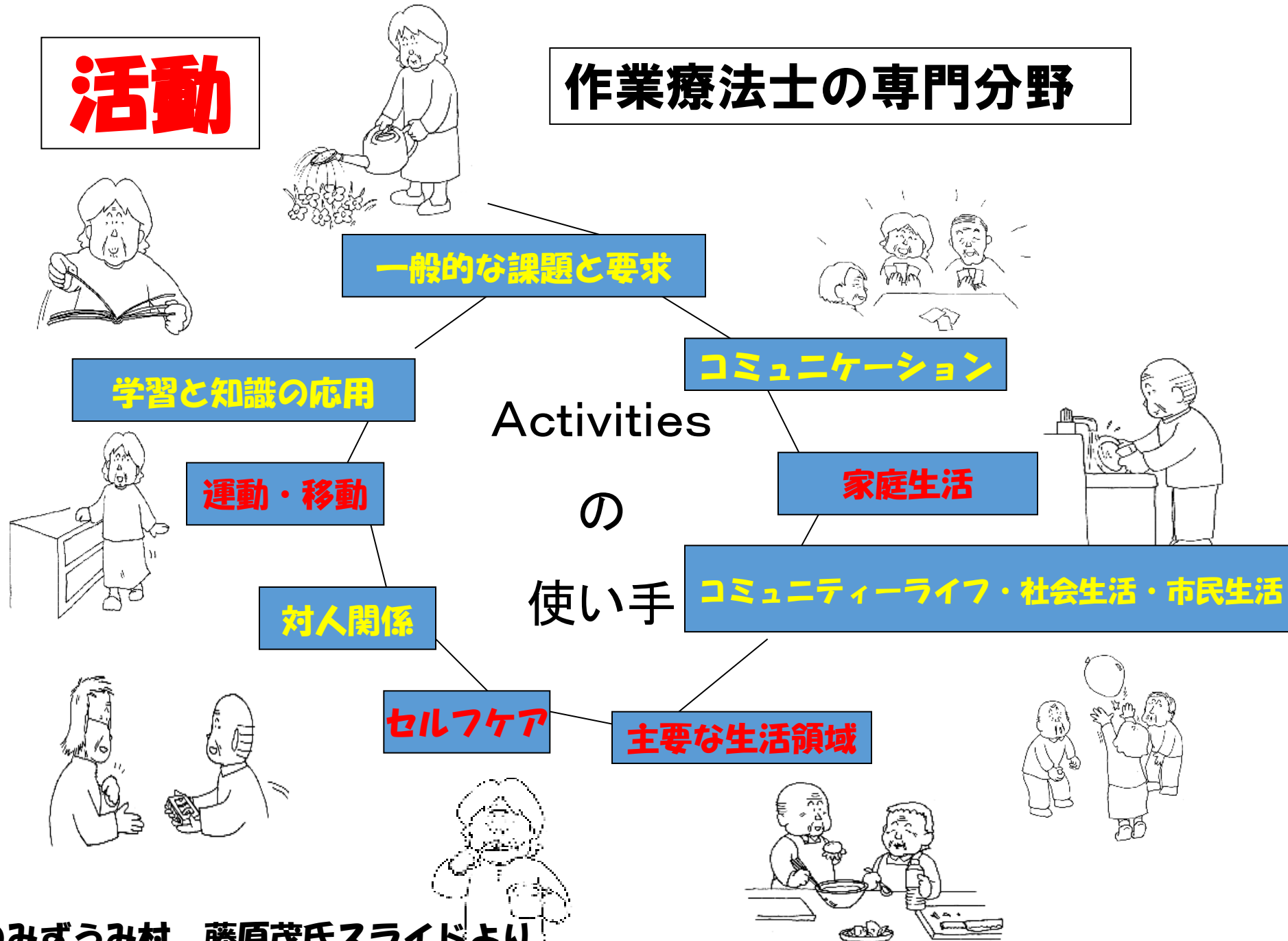
- 私達は、リハビリテーションの専門家として、治療・訓練・指導・援助を行います。
- 私達は、対象者の機能・能力・可能性・活動・参加 を伸ばすお手伝いをします。
- 私達は、対象者と、その御家族の望む暮らしを共に目指し QOL(人生の質)を高めるお手伝いをします。
- 私達は、地域・保健・福祉に貢献いたします。

コミュニティケアに貢献する 作業療法10の努力

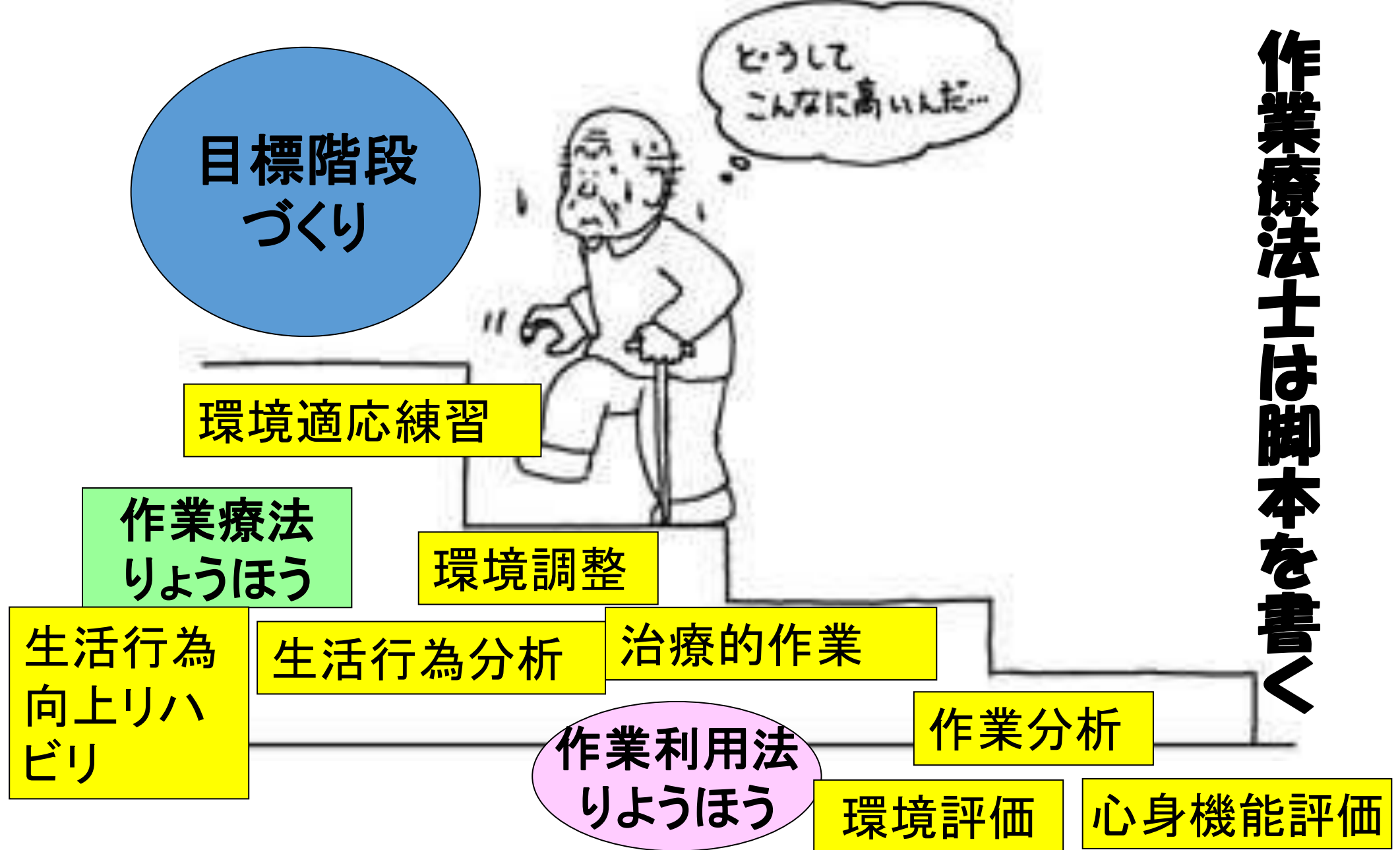
- 1、リハビリテーションの理念をコミュニティケアの中で推進します。
- 2、医療職として 最新の知識と・技術を提供します。
- 3、対象者の利益・幸福のため力を尽くします。
- 4、脳の専門家・生活の実態を見る専門家として研鑽します。
- 5、地域・地区の実情を良く知り、それに応じた貢献をします。
- 6、医療・保健・福祉にかかる経済効率を念頭に置き効率的に、効果的にしごとをします。
- 7、住民・ユーザー・他職種との連携を図り、協力して理想の実現を図ります。
- 8、誰もが住みなれた地域で暮らし続けられることを支援します。
- 9、誰もが自分の持てる力を発揮し参加していける街づくりを支援します。
- 10、作業療法士として 作業活動を広く捉え、深く探りこれを手段として地域保健福祉に貢献します。

活動

作業療法士の専門分野



作業療法士は脚本を書く



**ひとは作業 活動で元気になれる
そのひとらしさを 支えたい
生活機能向上のリハビリ資源**



健康とは

ウェルネス（いい感じ）⇔ イルネス（病むー！）

体調 ・ 心身機能 ・ 活動

参加 ・ 自己実現 ・ 自己効力感 が 問題ない

状況 ⇒ いい感じ 元気

病気がないこと 病気が安定していること

病気があっても朗らかで前向きで元気であること

障害が重篤であっても 死を目前であっても

今日の暮らしに 意味・意義を実感できる事

老健では リハビリ専門職種は貴重な医療職です
健康な暮らしの為に 何をサービスとして売るか

地域包括ケアシステム「5つの構成要素」

これまでの五つの構成要素

「介護」
「医療」
「予防」
「生活支援サービス」
「住まい」

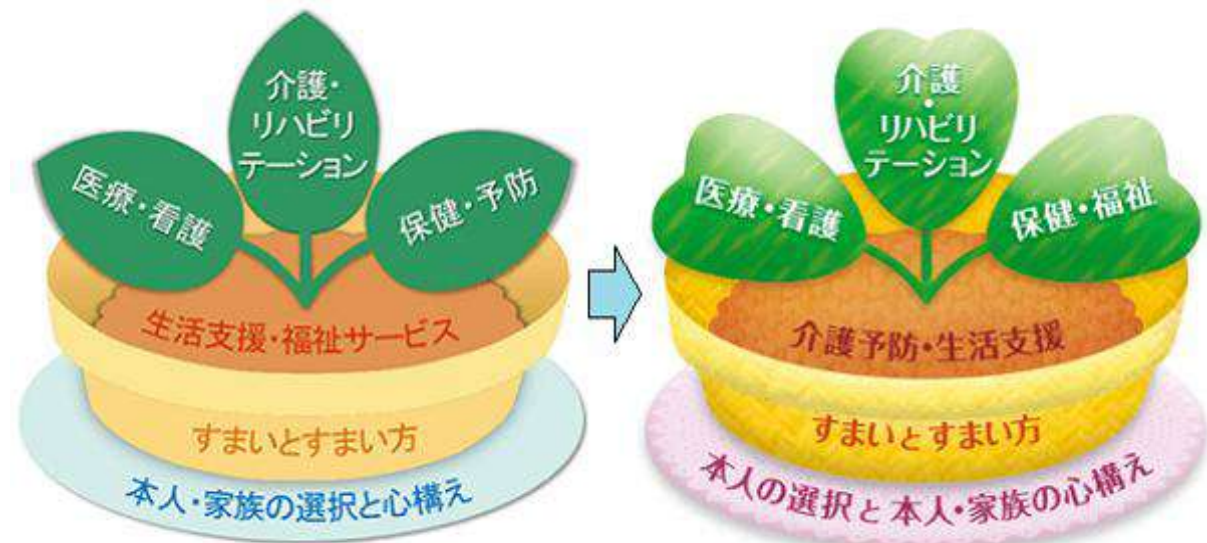


「**介護・リハビリテーション**」

「**医療・看護**」
「**保健・予防**」
「**福祉・生活支援**」
「**住まいと住まい方**」

+

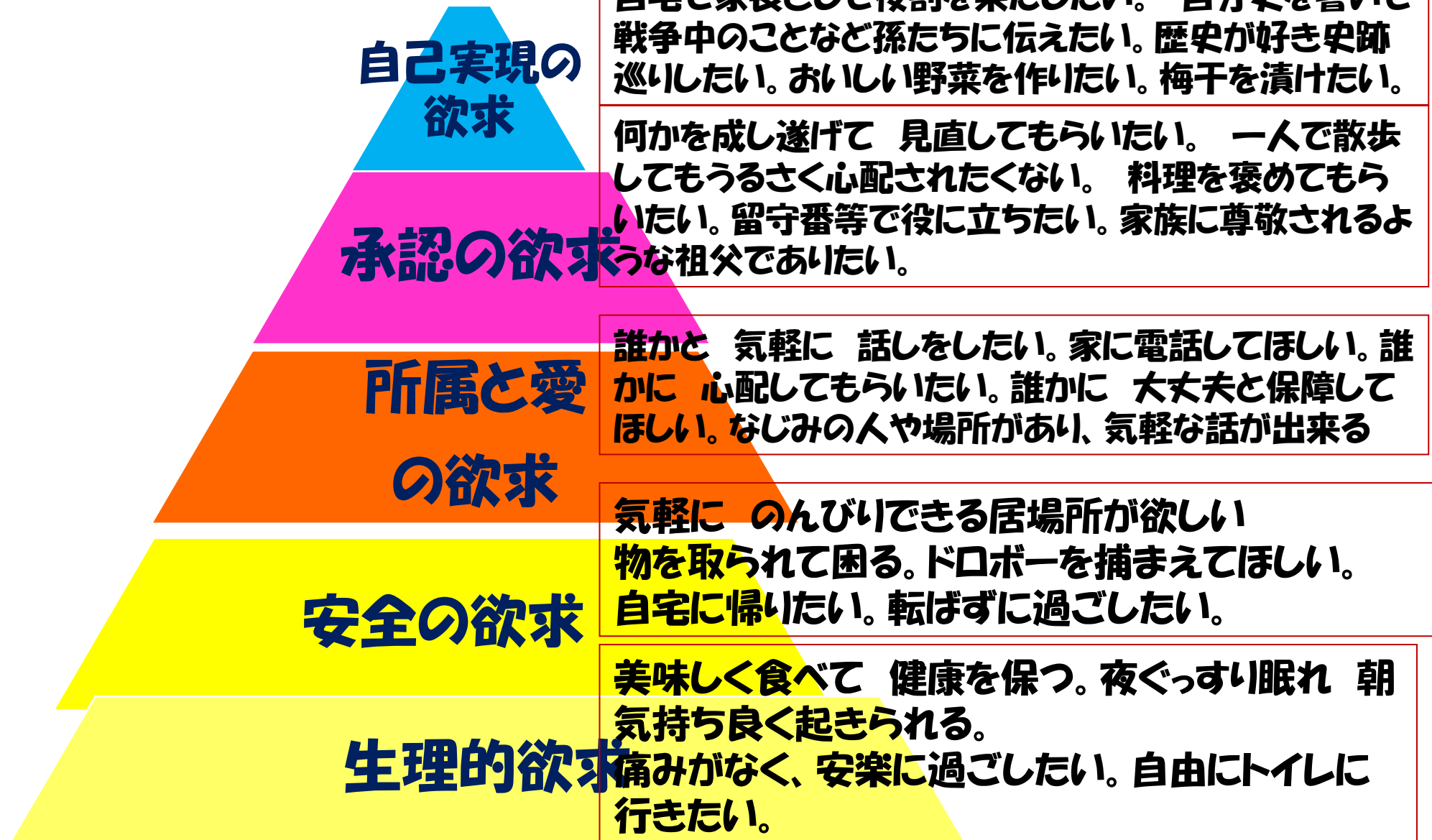
**本人の選択と
本人・家族の心構え**



田中滋座長の図を
もとに作成

新しい時代「在宅生活」に対する意識をもった個人が生活する「住まい」が提供され、その住まいにおいて必要な「生活支援」が地域で受けられることに専門職による「**介護・リハビリテーション**」「**医療・看護**」「**保健・予防**」が有機的に連携し、一体的に提供されることにより、その地域では地域包括ケアシステムが生活を支えている状態になる。

マズローの欲求階層 と 具体的な生活課題の例



利用者中心に据えたチームアプローチ

- ・チームと利用者の間での合意

利用する資源 事業所 生活目標、練習方法、専門職種や自身の役割分担について利用者自身が納得し、合意していることが大前提。

- ・ケアプラン・リハビリプラン に関する合意形成が利用者を主役にする 説明責任

利用者の意向がプランに反映され、利用者や家族の取り組むことが明示されることで 利用者がケアプランの主役、サービス利用の主役になり。リカバリーの主体となる。

高齢者の生活行為向上・生活支援の チームリハビリテーション資源でありたい

健康を保つ・体力を維持増強する ・ 健康増進

心身機能不全に対応し その具体的 改善・維持を目指す

生活行為・動作・生活行為 をできる限り自立に導き

介助が必要であっても 介助量が軽減し、

本人の持っている力を発揮できるように導く

一日の過ごし方・活動・参加・個性の発揮に関するニーズ

他者との関わり、コミュニケーション・存在のニーズ

家族との共生・在宅ケア、地域生活移行へ向けたニーズ

その他のニーズ （**その人固有の意味ある生活行為・参加**）

広義のリハビリテーション

介護保険でのすべての支援はリハビリテーション

自立を支援し活動と参加を目指す

本人主体に出来得る限りの機能・能力の改善・発揮の可能性をめざし、悪化低下のリスクを防ぐ支援

チームで 同じ共通認識 と 目標が必要

通所系（デイケア・デイサービス）

訪問系（居宅療養管理指導・訪問看護

訪問リハビリ・訪問介護）

短期入所サービス・福祉機器活用・住宅改修・インフォーマル

ケアプラン・サービス担当者会議

狭義のリハビリテーション

リハビリの専門職（OT・PT・ST）が専門的な知識や評価技術、視点、力量を駆使し
対象者の疾病の状況・障害の状況 から
生活機能・改善の可能性、見通しを示して
悪化のリスクやそれを回避する手だてをしながら
生活行為の向上を目指す 目標へ向かう
具体的な道筋 の 治療的訓練 練習
具体的で焦点化した 環境調整・支援と
周囲の支援者への具体的な助言ができる

リハビリテーションマネジメント

リハビリテーションカンファレンス

老健の経営

従来型の老健 在宅復帰加算なしの場合多床室で平均27単位の切り下げ

27単位 × 100名 × 30日 = 月に -81,000単位

月 810,000円 × 12か月 = **9,720,000円の減収**

在宅復帰・在宅療養支援機能加算

(復帰率30%以上) 21単位⇒**27単位**

＊常勤の医師の雇用が必要 看護師の雇用も多い

＊リハビリセラピストの雇用が必要 3名～20名

＊薬や医療品の購入が療養費に含まれている

処遇改善加算

(Ⅰ)イ 18単位/日 × 100人 × 30日 × 12月 = 6480000

(Ⅰ)ロ 12単位/日 × 100人 × 30日 × 12月 = 4320000

認知症者とその家族の暮らしを支える 作業療法があるじゃないか

* 認知症リハビリ機能の強化

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)

一週間に2日を限度に個別のリハビリを実施 240単位/日

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)

月に4回以上のリハビリテーションを実施 1920単位/日

* 実施頻度・実施場所・実施時間を明記した通所リハ計画

* リハビリテーションマネジメント(Ⅱ)の策定が必要

* 認知症早期支援・行動障害、場や集団の活用 を 想定

通常の短期集中リハビリ 生活行為向上加算と同時算定不可



生活行為向上リハビリテーション

ADL・IADL・社会参加 等 生活行為の向上に 具体的な焦点を当てた 新たなリハビリテーションとして 居宅等実生活場面における具体的な指導等 訪問と通所を組み合わせることが可能となる期間を意識した取り組み

生活行為向上リハビリテーション実施加算



開始から起算3か月以内

2000単位 / 月

開始から起算3か月超6か月以内

1000単位 / 月

リハマネマネジメント(Ⅱ)の下で実施

リハカンファレンス・訪問指導 毎月

リハビリテーションマネジメントの説明(例)

リハビリ専門職(OT・PT・ST)が 心身機能や生活行為、本人・家族の価値観や希望、環境等を専門的にアセスメントして 機能改善・生活行為向上・機能維持・生活維持のために効果的なリハビリテーションサービスを提供する 支援管理と 多職種連携 本人・家族支援 の機能です（担当ケアマネジャーさんがより楽に生活の自立を支援できます）

	リハビリテーションマネジメントⅠ	リハビリテーションマネジメントⅡ
涼風苑医師の関与	限定的（チェックのみ）	全体的（診療とアドバイス）
地域の主治医との連携	特になし 報告のみ	一緒に取り組めるように連携
担当ケアマネとカンファ （相談・協議）	要介護認定のつど 1回/6ヶ月か1年	毎月 + 随時 必要時に気軽な協働
個別リハビリ	一般的・機能維持的	具体的・機能改善志向
自宅での生活支援	通所時の支援	自宅訪問しての支援
問題が生じた際	原則 ケアマネジャーさんが対応	ケアマネジャーさんとリハ職が一体的に対応し解決を図る
かかる費用	月230単位	6ヶ月以内1020単位 それ以降 700単位

生活行為向上マネジメントの説明(例)

リハビリ専門職(OT・PT・ST)が その目標の生活行為の困難要因や実現までの道筋を専門的にアセスメントし、基本的機能の改善・生活行為向上のための具体的練習・効果的なチームリハビリテーションサービスを提供する。支援管理と多職種連携、本人・家族支援の機能です (担当ケアマネジャーさんがより具体的に生活の自立を支援できます)

	生活行為向上マネジメント	リハビリテーションマネジメントⅡ
涼風苑医師の関与	実践の確認と助言	全体的(診療とアドバイス)
地域主治医と連携	ご報告とリスクの共有	一緒に取り組めるように連携
担当ケアマネと(相談・協議)	一緒に 自立支援・生活支援し結果を出す協働を模索し 実践	毎月 + 随時 必要時に気軽な協働
個別リハビリ	基礎・基本・応用練習	具体的・機能改善志向
自宅での生活支援	自宅や行為の場所へ出向き一緒に実践を目指す。必要時は月に複数回の訪問もします	月に1回は自宅訪問しての支援
問題が生じた際	チャレンジにはリスクも在るがやりたい事、なりたい自分像をあきらめない	ケアマネジャーさんとリハ職が一体に対応し解決
かかる費用	実践開始から 3か月 2000単位/月 3か月超から6か月 1000単位/月 その後の利用では 自己トレーニングも実践いただき 15%割引となる。	6ヶ月以内 1020単位/月 それ以降 700単位/月

生活行為向上プログラム

(社)日本作業療法士会の提案する、段階づけによるプログラムの実施で、生活行為の改善を図るアプローチの考え方。

基礎練習

心身機能の
改善を図る
練習

基本練習

作業に必要な
動作を繰り返し
練習

応用練習

作業そのもの
の実践による
練習

社会適応 練習

作業する実際の
環境での
練習

生活行為向上のために

(社団法人) 日本作業療法協会 厚生労働省健康推進事業より

基本練習

関節可動性・筋支持性・痙性の抑制・アライメント修正・
立ち座り 移乗 などの基本動作練習・歩行練習・リーチ課題
治療的作業・精神科での簡易課題 (注意・集中力の向上)
基本的心身機能の賦活・改善へ向かうための基本的練習 等

応用練習

トイレや入浴等のADL・電動バイクの基本操作練習・一般的調理、洗濯等のIADL
の具体的取組み練習、書道・畑・園芸・音楽等の課題
実践場面を模し、活用した、生活技能練習・一連の行為の遂行実践、等

社会適応練習

自宅での調理、掃除練習、公共交通機関利用練習、お祭りでの料理の支
度・外出、旅行、試験就労 等 生活の拡大・地域行事への参加拡大への
取り組み

他者とのかわり、社会での行為実践の練習 や 丁夫 や 地域の支援者の
賦活等

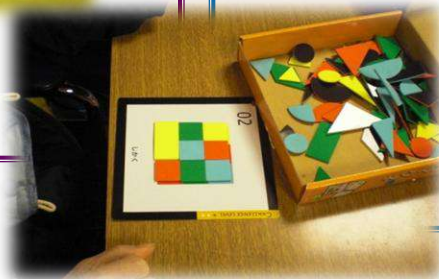
取組みのハブ としてのリハマネージメント

基礎練習

・ 身体機能にアプローチ



認知機能にアプローチ



基本練習



応用練習



社会適応練習



介護支援（ケアマネジメント）とは

地域において、傷病等によって介護や支援が必要とされた対象者の依頼を受けて、その望む生活像を明らかにしながら、対象者の暮らしの全体像を専門的にアセスメントし、対象者・家族と共に**解決すべき課題を明確にし、その改善へ向けた ご本人、ご家族の努力の方向性を示し・サービスの効率的利用に向けて情報提供・自己決定の支援を行う過程をいう。**

また、状況の変化を捉え、適切な介入、支援を行いながら、対象者の暮らしを支え続ける。

可能な限り 居宅で より自立した 健康な暮らしを支援し続けることができるか

参考) リハ団体の実務者会議への提出した資料

要支援 介護度	ニーズ例	期待するところ
要支援 1・2	痛みや不調の解消・家事、IADL活動 の遂行・趣味活動	総合支援事業の適切な選択 本人が取り組める自主トレーニング支援
要介護 1	安全な歩行・トイレ・入浴・家事や役 割・趣味・体力	生活リスクの解消・歩行補助具の選択 認 知症予防・認知症短期集中リハ
要介護 2	歩行・トイレ・家族と外出・物忘れ、思 い込み思い違い	歩行の実用性・夜間のトイレ・認知行動改 善・コミュニケーション・介護予防
要介護 3	麻痺の改善・痛みなく動く・トイレ・家 族との共生	屋内移動・屋外への支援・能力の可能性・ 失語症や認知症支援・摂食維持
要介護 4	心肺機能・きちんと座る・安全な移 乗・声、反応・出来ること	車椅子や椅子の調整・心肺機能、体力改善 の手立て・環境調整で活動へ
要介護 5	苦痛なく安楽に座り 口から自分で 食べる・生活の活性化	ポジショニング・生活行為向上の可能性・ ターミナル期のリハビリの在り方

自己決定

- ・ 高齢であっても自分が受ける医療や介護について自分自身で決定する権利は大切です。説明責任！
- ・ 自己決定する能力には
 - ＊医療行為（治療方針・リハビリプログラム）の判断能力
 - ＊生活・療養支援・財産管理（事理弁識能力）に関する判断能力 に分けて考える。
- ・ 認知症や意思の伝えられない人については、どのように判断するか、誰が代理判断者となる事が最良か検討。
- ・ 代理判断の手順は
 - 1）事前確認
 - 2）代行判断
 - 3）最善の利益判断
 - 4）検証

コミュニケーションスキルの必要

1. コミュニケーションの基となる目的・理念・関係性。
2. 時間の必要。（向き合う時間）・準備の必要。（向き合う準備）
3. 対象者の利益となる連携・・・気づかう能力。
4. 他の職種の理念や価値観を理解し協働できる視点
5. 耳を傾ける能力。理解する能力。
6. 正直に、しかし意図的に気持ちを分かち合う能力
共感。
7. 説明する能力。
8. 結論に到着し 着陸する能力 一貫性。
9. 良いあとあじを残す能力。
10. 誠実性・信頼感を相互に分かち合い協働していく。

何よりも 手だて プログラム

成果を出せる 良い練習を
限られた個別機能訓練の時間の中でシャープに
効率的に 展開する 技術・工夫

- ・ 基礎練習
- ・ 基本練習
- ・ 応用練習
- ・ 社会適応練習
- ・ 環境調整 環境適応支援

他の職種の協力を得て 生活の現場でも練習を多く
チームと一緒に何に取り組むのか

老健の作業療法



生活行為向上のための
地域の高齢者リハビリセンター
デイケアやショートステイ 訪問リハビリ
リハビリの総合デパートで
アウトリーチや地域への派遣もします
地域のなじみの方々の生活支援
エンドオブライフ期の尊厳支援
チームリハビリ資源として 支え続けます



作業療法これから15年

- * 作業療法が治療的であり、生活行為を具体的に改善できることを証明する
- * 認知症者の生活行為・自己実現をサポートできる 一番の専門職である
- * 個々の作業療法士が 個々の技能を増す
- * 選ばれる事業所 選ばれるセラピストになる
- * 対象者にしっかりと良い説明ができて一緒に良い練習をする関係ができる
- * 時勢・地域状況を良く分析し、自分自身を機能的にポジショニングする
- * コミュニケーション技能 ・プレゼンテーション技能を磨く

同職種内の連携が大切

介護支援専門員

介護支援専門員は国の策定した法律(介護保険法)によって誕生し

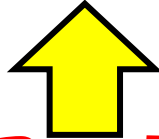
全国各県各市各地域で80万人余りが資格を持ち 50万人余りが現場におります

茨城県の介護支援専門員12889名となり

主任ケアマネジャーも1200名を超えましたが離職者も多く課題です

より適正な介護保険制度の運用のために 専門性を発揮できるようお導きをお願いします

地域・保険者の状況に応じ 在宅でも かかりつけの医師を頼りに終末期まで・・の願い



主治医の意見書はケアマネジメントの基本となり

支援チームが頼りにする 主治医からのメッセージです

健康管理 療養目標 生活上の留意点を教えていただきたい

茨城県の介護保険の施行状況

健康推進課資料より

前期高齢者は1年で14000名余り減少しています

(1) 第1号被保険者数の推移

H12. 4月末とR6. 5月末を比較すると、第1号被保険者数は、76.5%増加しています。また、前期高齢者の伸び37.8%に比べて後期高齢者の伸びが131.4%と大きくなっています。

	H12. 4月末	R5. 5月末	R6. 5月末	(全国)(R6.5月末)
前期高齢者	286,476	408,929	394,907	15,621,893
後期高齢者	201,906	450,887	467,295	20,283,964
合 計	488,382	859,816	862,202	35,905,857

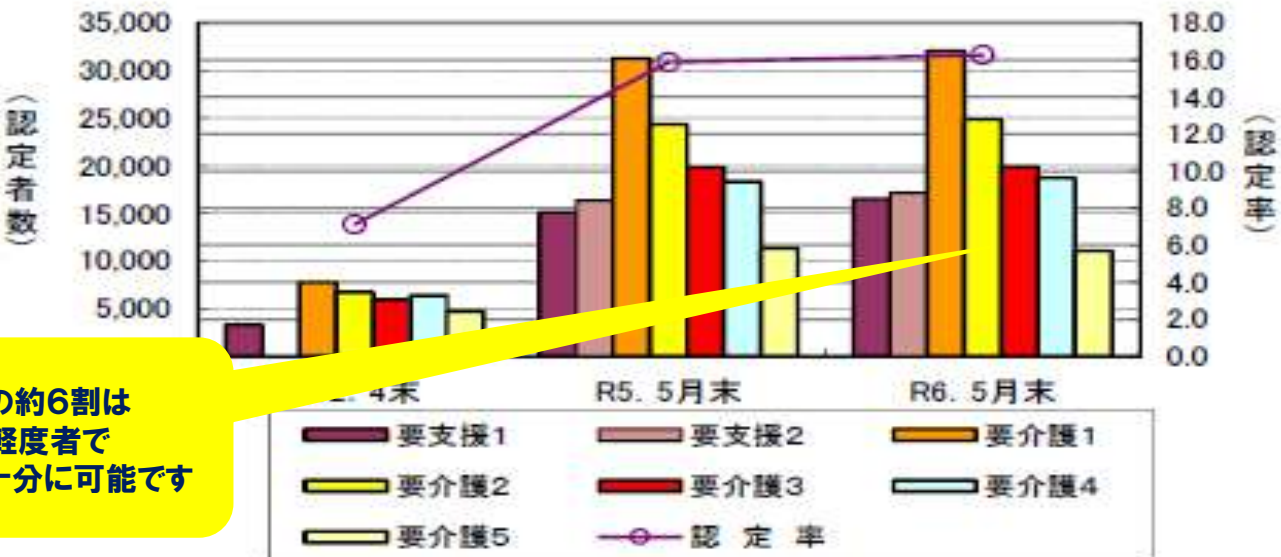
高齢者自体2386人しか増加していません

1(1) 第1号被保険者数の推移



介護保険受給者の約6割は
要介護2までの軽度者で
主治医の外来受診も十分に可能です

1(2) 要介護等認定者数・認定率の推移



茨城県の要介護(要支援)認定者数・認定率の推移

健康推進課資料より

(2) 要介護(要支援)認定者数・認定率の推移

H12. 4月末とR6. 5月末を比較すると、この間、認定率が9.14ポイント上昇し、軽度（要支援1、要支援2、要介護1）の認定者全体に占める割合が、31.7% → 46.9%と大きく伸びています。また、全国（49.3%）と比較すると、本県は軽度の認定者の割合が低いという特徴があります。

(単位:人、%)

	H12. 4月末		R5. 5月末		R6. 5月末		(全国)(R6.5月末)	
	人 数	割 合	人 数	割 合	人 数	割 合	人 数	割 合
(第1号被保険者)	34,810	100.0	136,660	100.0	140,272	100.0	6,991,103	100.0
第1号被保険者内前期高齢者	6,624	19.0	14,981	11.0	14,681	10.5	678,003	9.7
第1号被保険者内後期高齢者	28,186	81.0	121,679	89.0	125,591	89.5	6,313,100	90.3
要支援1	3,285	9.4	15,124	11.1	16,520	11.8	1,015,335	14.5
要支援2	—	—	16,358	12.0	17,140	12.2	982,205	14.0
要介護1	7,749	22.3	31,296	22.9	32,076	22.9	1,446,395	20.7
小 計	11,034	31.7	62,778	45.9	65,736	46.9	3,443,935	49.3
要介護2	6,702	19.3	24,368	17.8	24,870	17.7	1,170,858	16.7
要介護3	5,967	17.1	19,858	14.5	19,911	14.2	915,089	13.1
要介護4	6,375	18.3	18,335	13.4	18,710	13.3	885,991	12.7
要介護5	4,732	13.6	11,321	8.3	11,045	7.9	575,230	8.2
認 定 率	7.13		15.89		16.27		19.47	
第1号被保険者内前期高齢者	2.31		3.66		3.72		4.34	
第1号被保険者内後期高齢者	13.96		26.99		22.55		31.12	
(第2号被保険者)	1,413	—	3,098	—	3,081	—	131,594	—
総 計	36,223	—	139,758	—	143,353	—	7,122,697	—

※認定率は、第1号被保険者のみ対象

茨城県の要介護認定率は全国よりも
3ポイント余り低く
本県は重度化防止が
上手くいっている県だと言えます

介護サービスの利用者の状況

健康推進課資料より

茨城県でも多く居宅サービスで支えています
施設サービス受給者の割合は全国より
5ポイント近くも高いことから
本来はもっと 地域 自宅 かかりつけ医の診療で
望む暮らしを支えることができるのではないのでしょうか

2 介護サービスの利用状況

(1) 介護サービス受給者数の推移

認定者数の増加に伴って、受給者数も年々増加しています。特に、居宅サービス受給者の割合が大きく、認定者全体の56.0%となっています。

(単位: 人、%)

	H12. 6月		R4. 12月		R6.3月		全国(R6.3月)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
要介護(要支援)認定者数 A	39,158	100.0	138,622	100.0	142,189	100.0	7,083,236	100.0
居宅サービス受給者数 B	18,287	46.7	77,722	56.1	79,601	56.0	4,247,172	60.0
地域密着型サービス受給者数 C	—	—	16,545	11.9	16,553	11.6	913,019	12.9
施設サービス受給者数 D	11,080	28.3	25,733	18.6	26,029	18.3	962,708	13.6
未利用者 A-(B+C+D)	9,791	25.0	18,622	13.4	20,006	14.1	960,337	13.6

※データは、サービス月

自宅では暮らせないのではないかと一人暮らしは無理だから施設へ
受診に連れていくことが大変 施設なら施設内の意思に診てもらえるし……
という 選択を少し 地域へ 自宅へ 本人の望む暮らしへ シフトできないのか

介護サービスの利用者の状況

健康推進課資料より

(2) 介護給付費の支払状況

R1年度とR4年度を比較すると、給付費は、約107億円（約5.53%）増加しており、R4年度の介護保険計画に対する給付実績の割合は92.4%となっています。

（単位：百万円、%）

		H12年度		R1年度		R4年度		(全国)(R4年度)	
		給付実績	対計画比	給付実績	対計画比	給付実績	対計画比	給付実績	対計画比
居宅サービス	A	16,986	68.7	84,270	96.7	88,970	92.0	5,048,198	—
訪問介護		—	—	9,731	—	11,503	—	961,647	—
訪問看護		—	—	3,541	—	4,448	—	340,333	—
通所介護		—	—	23,936	—	23,677	—	1,123,079	—
短期入所生活介護		—	—	10,218	—	10,396	—	371,665	—
福祉用具貸与		—	—	5,598	—	6,846	—	366,938	—
その他		—	—	31,246	—	32,101	—	1,884,536	—
地域密着型サービス	B	—	—	30,681	94.5	31,923	87.8	1,717,456	—
認知症対応型共同生活介護		—	—	13,795	—	14,064	—	661,364	—
その他		—	—	16,886	—	17,859	—	1,056,092	—
施設サービス	C	37,842	85.6	78,701	100.8	83,475	94.7	3,201,300	—
合 計 A+B+C		54,828	79.6	193,652	98.0	204,368	92.4	9,966,954	—
対H12年度比				3.53					

※各居宅サービスはうち数

※特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費、審査支払手数料

施設サービス受給者の割合は全国よりもかなり高いことから
本来はもっと 地域 自宅 かかりつけ医の診療で
望む暮らしを支えることができるのではないだろうか

(3) 居宅・施設別介護サービス受給者・給付費割合

介護サービス受給者の居宅サービスと施設サービスの割合を比較すると、R4年度では居宅サービス受給者が全体の78.3%を占めています。また、給付費の割合は、居宅サービス給付費が59.2%を占めています。

（単位：%）

	H12年度		R1年度		R4年度		全国(R4年度)	
	受給者	給付費	受給者	給付費	受給者	給付費	受給者	給付費
居宅サービス	63.3	31.0	77.7	59.4	78.3	59.2	84.1	67.9
施設サービス	36.7	69.0	22.3	40.6	21.7	40.8	15.9	32.1

介護サービスの利用者の状況 健康推進課資料より

居宅サービスで支えれば 支給限度額の概ね50%以下の給付で生活している
 施設入所の給付額はほぼ支給限度額の90%以上となってしまう

施設が安心 施設なら健康管理してもらえるという選択を少し 地域へ 自宅へ 本人の望む暮らしへ シフトできないのか

(4) 居宅サービス費の要介護度別利用限度額に対する利用率
 居宅サービス費の利用限度額に対する利用率は、要支援1が最も高く、次いで要介護4と要介護5が高くなっています。

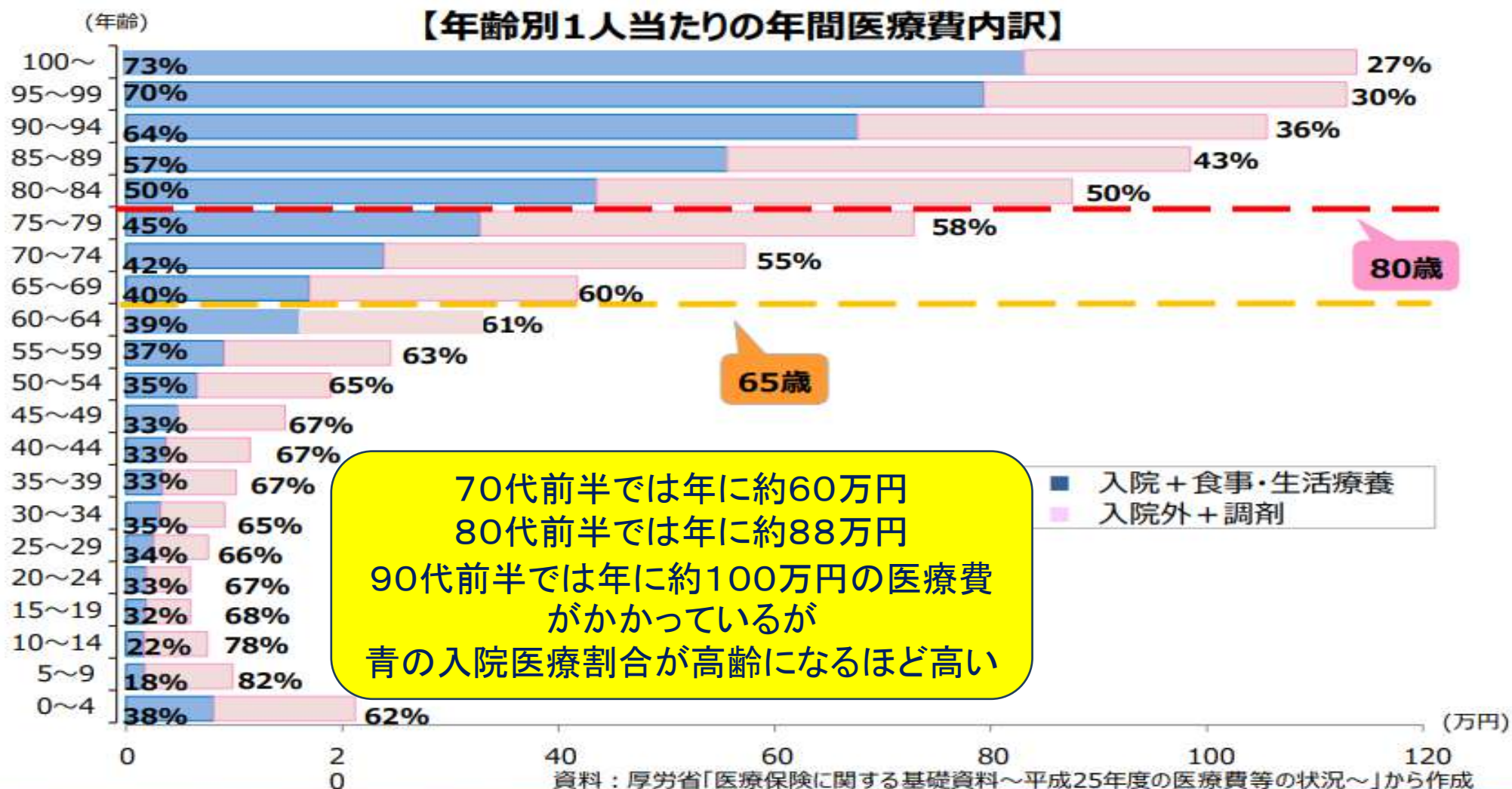
(単位:円、%)

	限度額	H12年度		R1年度		R4年度		R4年度(全国)	
		一人当たり利用額	利用率	一人当たり利用額	利用率	一人当たり利用額	利用率	一人当たり利用額	利用率
要支援1	50,320	29,088	47.3	26,605	52.9	27,731	55.1	27,953	55.6
要支援2	105,310	—	—	41,131	39.1	45,091	42.8	45,634	43.3
要介護1	167,650	52,684	31.8	57,538	34.3	58,784	35.1	58,264	34.8
要介護2	197,050	68,125	35.0	75,987	38.6	78,707	39.9	75,771	38.5
要介護3	270,480	94,366	35.3	114,408	42.3	122,472	45.3	115,713	42.8
要介護4	309,380	104,880	34.3	135,309	43.7	146,724	47.4	142,635	46.1
要介護5	362,170	116,765	32.6	151,597	41.9	168,974	46.7	174,598	48.2
加重平均	—	73,914	35.2	88,481	38.7	93,580	40.6	93,909	39.8

※一人当たり利用額は居宅サービスのうち、「訪問介護」「通所介護」「短期入所生活介護」の受給者数及び費用額で算定
 ※経過的要介護者を要介護1と仮定して試算
 ※H12年度の要支援の限度額は、61,500円

年齢別 1人当たりの年間医療費（平成25年度）

- 一人当たり医療費は、乳幼児期を除くと年齢とともに多くなるが、**65歳以降急速に増加し、80歳以降は入院に係る費用（入院+食事・生活療養）の割合が高くなる。**



介護サービスの利用者の状況 健康推進課資料より

介護保険制度の持続・・・本人の原則1割負担を護れるのか・・・原則2割負担になれば施設は月18万円を超える
目減りする年金から税金・医療保険料・介護保険料を引かれてしまう **地域包括ケアは国の財政や介護保険制度を救う**
だけでなく **高齢者の経済生活を救う**ことになる。 選択をいまい少し 地域へ 自宅へ 本人の望む暮らしへ 在宅療養へ

3 その他

(1) 保険料(基準額(月額))

第8期に比べて第9期の保険料は、県平均で124円上がっています。全国では2番目に低い保険料です。

(単位:円)

	茨城県	最高額	最低額	全 国	最高額	最低額
第1期 (H12～H14) A	2,393	2,900	1,533	2,911	3,618	2,346
第2期 (H15～H17) B	2,613	2,971	1,926	3,293	4,957	2,613
第3期 (H18～H20) C	3,461	4,517	2,300	4,090	4,875	3,461
第4期 (H21～H23) D	3,717	4,375	2,900	4,160	4,999	3,696
第5期 (H24～H26) E	4,528	4,980	3,900	4,972	5,880	4,409
第6期 (H27～H29) F	5,204	5,980	4,500	5,514	6,267	4,835
第7期 (H30～R2) G	5,339	6,050	4,300	5,869	6,854	5,058
第8期 (R3～R5) H	5,485	6,512	4,600	6,014	9,800	3,300
第9期 (R6～R8) I	5,609	6,700	4,600	6,225	9,249	3,374
増 加 額 I-H	124	—	—	211	—	—

(全国は都道府県の平均額で比較)

第8次茨城県保健医療計画の概要

◆ 二次保健医療圏等

二次保健医療圏

- ✓ 地理的条件等の自然的条件や日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図る区域
- ✓ 現行の二次保健医療圏（9圏域）の枠組みを維持

医療提供圏域

- ✓ 今後のさらなる人口減少・少子高齢化を見据えた医療確保体制について、現状の二次保健医療圏では十分な医療サービスが提供できないことが想定されることから、地域の実情を踏まえ、より適切に連携することを目的として、本県独自に設定
- ✓ 主に高度医療に係る機能の集約化・役割分担の明確化をより強力に推進するため、全県を大きく3つに区分（県央・県北、県南東、県南西）



◆ 基準病床数

療養病床及び一般病床

二次保健医療圏名	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
水戸	4,005	4,756	751
日立	1,823	2,452	629
常陸太田・ひたちなか	1,898	2,105	207
鹿行	1,219	1,598	379
土浦	1,796	1,999	203
つくば	3,113	3,368	255
取手・竜ヶ崎	3,604	3,719	115
筑西・下妻	1,358	1,974	616
古河・坂東	1,328	1,518	190
計	20,144	23,489	3,345

精神病床

区域	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
県全域	5,551	7,226	1,675

結核病床

区域	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
県全域	56	70	14

感染症病床

区域	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
県全域	48	48	0

※既存病床数はいずれも令和5（2023）年4月1日現在の数

第8次医療計画概要 疾患・領域

第8次茨城県保健医療計画の概要

◆ 各論 第1章 県民の命を守る地域医療の充実

【医療体制（5疾病・6事業及び在宅医療）の確立】

疾病・事業	主な推進方策	疾病・事業	主な推進方策
がん	「茨城県総合がん対策推進計画－第五次計画－」に基づき、予防から早期発見、高度専門的医療やがん患者の生活支援体制の整備など、総合的ながん対策を推進 - がん診療連携拠点病院等（地域がんセンターを含む）におけるがん診療の役割分担及び拠点形成に関する検討の促進	災害医療	- 地域における役割に応じ、医療機関が被災しても診療機能を維持できるよう、業務継続計画（BCP）の策定等を推進 - 研修や訓練等を通じ、各支援チームの連携体制の構築、災害医療に精通した医療従事者の一層の育成を推進
脳卒中	「茨城県循環器病対策推進計画」に基づき、脳卒中对策を推進 - 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発 - 急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護提供体制の構築	新興感染症	「茨城県感染症予防計画」に基づき、新興感染症発生・まん延時における医療提供体制を構築 - 改正感染症法により、新興感染症の発生・まん延に備え、第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関の区分を創設し、締結した協定に基づき必要な医療を提供する体制を確保
心筋梗塞等の 心血管疾患	「茨城県循環器病対策推進計画」に基づき、心筋梗塞等の心血管疾患対策を推進 - 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発 - 急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護提供体制の構築	へき地医療	- 県民が等しく適切な保健医療を受けることができるよう、県・市町、へき地医療支援機構、へき地診療所及びへき地医療拠点病院等が連携した各種施策の展開 - へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実化及びへき地医療拠点病院からの代診医派遣等の機能強化 - へき地の医療提供体制について、ICTの活用や民間医療機関との具体的な連携方策の検討
糖尿病	- 生活習慣病の発症予防に関する普及啓発を図り、県民一人一人の主眼的な健康づくりの取り組みを推進 - 糖尿病の重症化を予防するため、糖尿病の診断時から各医療機能の切れ目のない医療の提供を目指し、かかりつけ医と専門的な管理を行う医療機関の連携による合併症の早期発見・重症化予防を推進	周産期医療	- 基幹施設を中心とした重点化・集約化を推進 - 産科医師から助産師へのタスクシフト／シェアの推進 - 分娩取扱医療機関の減少によりアクセスが悪化した地域への対策や、分娩を取り扱わなくなった場合における妊婦健診等の分娩前後の診療、セミオープンシステム等の活用促進
精神疾患	- 精神科救急医療体制整備、自殺対策等を含む、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築 - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本理念に基づく総合的施策の推進	小児医療	- 症状に応じた小児救急医療体制の構築や茨城県子ども救急電話相談の充実 - 各地域で必要な小児医療体制を維持できるよう、医療資源の重点化・集約化を推進 - 医療的ケア児等への支援体制の充実
救急医療	- 適切な患者を適切な施設に適切な時間内に搬送する体制と、患者の状態に応じた再搬送等を実施する体制の構築の検討 - 救急医療情報システムの更新等による医療機関と搬送機関の円滑な情報共有等の検討 - 救急電話相談（#7119、#8000）の充実化や、市町村や関係機関と協力した県民に対する救急医療機関の適切な利用及びアドバンス・ケア・プランニング（人生会議）に関する普及啓発の実施	在宅医療	4つの局面（退院支援、日常の療養生活の支援、急変時の対応、在宅での見取り）に対応した切れ目のない体制づくりを推進 - 限られた人材を有効に活用するための多職種の効果的・効率的な連携体制の構築 - 在宅医療への理解を深めるための広報・啓発

医療介護連携の取組み

4つの局面における地域の課題 課題と取り組みの例

	地域の課題	解決に向けた取り組み
退院支援	1.院内連携する職種とのコミュニケーションの問題 2.在宅サービス担当者とのコミュニケーションの問題 3.患者・家族の希望と退院先のミスマッチの問題 4.病院の機能が細分化していることを患者・家族が理解していない問題 5.高齢化と家族の介護力の低下の問題 6.経済的困窮と生活基盤崩壊の問題	1.退院に向けた意思決定の支援 2.入院早期からの退院調整・退院指導 3.退院前カンファレンスの開催と顔の見える地域と病院との関係の連携作り 4.地域全体で退院支援に取り組むためには、情報共有を進めて、お互いに退院の都合のいいタイミングを示して、検討していく体制作りが必要 5.「退院支援困難事例検討会」を開催されている地域も
日常の療養生活支援	＊在宅診療を受けることがむずかしい 1.関係者間の情報共有が図れていない 2.地域で情報共有を図る方法がない 3.利用者に関わる関係者（主治医・ケアマネジャー・サービス事業所の担当者等）わからない 4.家族の負担（精神的（肉体的））が大きい 5.精神的疲労56%、肉体的疲労37%、緊急時短期入所制度の要望60% （つくば市高齢福祉計画アンケートから）	1.連携タイムの作製 2.多職種チームメンバー表作成の検討（メンバー表やエンディングトリアージカードなど） 3.情報共有のための連携ノートやIT活用 4.困難事例検討会を行い、家族の負担軽減を図り、さらに事例検討3か月後にその有効性に関し再評価を行っている地区もある エキスパートミーティング 5.検討事例をデータベースに登録し、キーワードで検索可能な仕組みを作った 6.病院と在宅医療・介護関係者の多職種研修会の開催 かかりつけ医対応力向上

	地域の課題	解決に向けた取り組み
急変時対応	ACPの実践の不十分 1. 高齢者の救急搬送が増えている 2. 在宅でサービス担当者会議を開催しても、関係者全員の参加が難しい 3. ケアマネジャーの医療知識が不足している 4. 利用者（患者）に係る関係者間の情報共有が図れていない。 5. 急変時や病状悪化時のバックベットの確保が困難である	1. 病院と在宅医療・介護関係者の多職種研修会の開催 2. 在宅担当者の多職種チームメンバー表作成 3. つくば市「救急医療情報便：つくつく見守りたい」、つくばみらい市「救急医療情報キット」活用を検討する 4. 静岡市医師会の「グリーンカード」「イエローカード」「シルバーカード」システムを参考に在宅医療のトリアージシステムを検討する
看取り	1. 在宅看取りをする診療所医師が少ない 2. 在宅看取りについて家族へのわかりやすい説明がしないと家族が慌てて救急車を呼んでしまう 3. 在宅看取りを支援するケアチームの経験や不足している	1. 在宅担当医のネットワークを作り、医師の負担を軽減する 2. 研修会で「これからの日々」「お別れするとき」パンフレットの活用法を提示して、活用を促進する 3. 多職種で看取りに向けた情報共有の仕組みを作る

私たち 介護支援専門員の課題と取り組み

療養の4つの場面とケアマネジメント課題の例

地域療養の4つの局面	ケアマネジメント課題	留意することの例
日常の療養	疾病の重症度や療養指示の理解・本人 家族の健康への取り組み支援 受診時の情報共有 主治医との連携に遠慮してしまう	疾病特徴の理解 健康への日常生活支援 具体的な短期目標の設定 主治医意見書の活用 診療への同行
急変時の対応	予測しうる事態への対応検討 チーム内での情報共有・連携 主治医・看護師等医療専門職との協働	迅速な対応検討 起りうる事態の想定 独居者・高齢世帯の対応
入退院時の連携	入院時連携(加算要件)対応 治療方針・入院期間の理解 退院時連携(加算要件)対応	入院連絡がすぐに入ること支援 チーム(再)調整・病診連携の把握・体力回復
人生の終末期 における療養	本人の意思決定支援・本人の意思の尊重・家族等の支援・臨終期の対応	不快な症状の緩和 日々の暮らしの充実 容態の急変への対応準備

在宅医療・介護の推進に当たっての課題

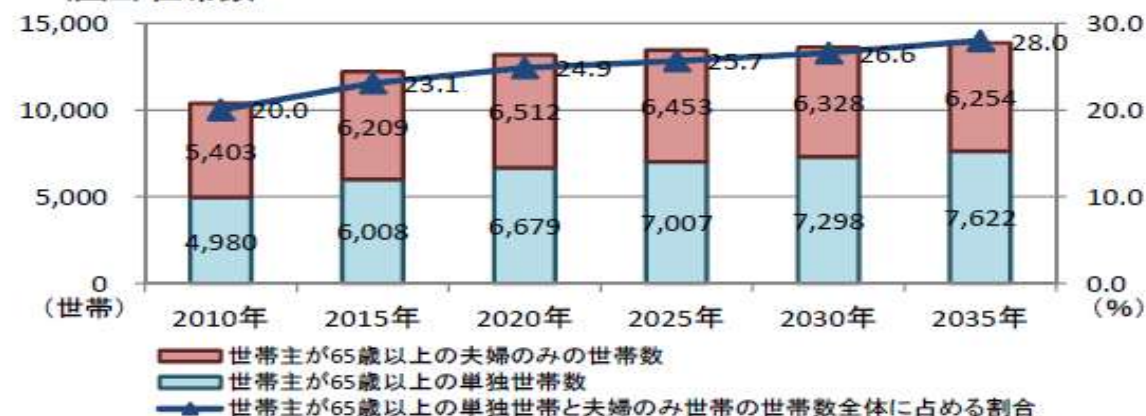
- 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく(図1)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく(図2)。
- 在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(図1)「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の数と65歳以上高齢者に占める割合



出典:「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(厚生労働省)

(図2)世帯数



出典:日本の世帯数の将来推計(全国推計)(社会保障・人口問題研究所)

(図3)訪問診療を実施している医療機関

	箇所	対全数の割合(%)
病院	2,692	31.7
診療所	20,597	20.5
訪問看護ステーション	7,092	—

出典:病院、診療所「医療施設(静態・動態)調査」(平成26年)(厚生労働省)
訪問看護ステーション「介護給付費実態調査」(平成26年)(厚生労働省)

(図4)ケアマネジャーが困難に感じる点

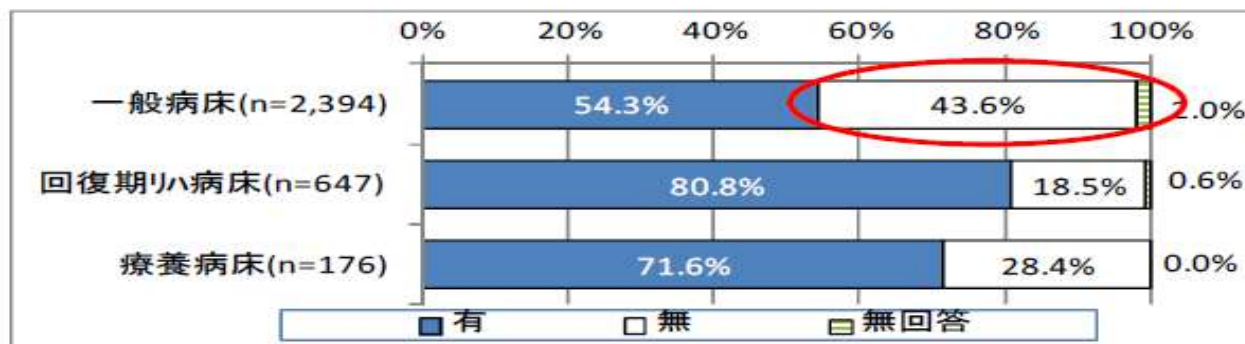


出典:居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)

入退院時における医療と介護の連携の現状と課題 (参考 平成26～27年度事業)

病院への入院時の情報提供率及び退院時の退院調整率の現状

- 介護報酬改定検証調査(26年度実施分)リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究
居宅介護支援事業所の利用者のうち、病院(一般病床)から退院時に介護支援専門員への引継ぎがなく退院していた割合は43.6%であった。



- 都道府県医療介護連携調整実証事業(平成26年度)
入院時に情報提供がなかった割合(ケアマネ⇒病院) 33%～74%
退院時に退院調整がなかった割合※(病院⇒ケアマネ) 15%～41%
※病院から退院した利用者のうち、退院前に病院からケアマネへの引継ぎがなかった割合

	岩手県盛岡	岩手県宮古	富山県砺波	滋賀県大津市	和歌山県新宮
入院時情報提供書提出なし(%)			33	50	57
退院調整なし(%)	34	19	18	39	30
	京都府中丹東	兵庫県但馬	徳島県徳島保健所	大分県中部	鹿児島県鹿児島
入院時情報提供書提出なし(%)		53	74	66	44
退院調整なし(%)	15	20	41	27	31

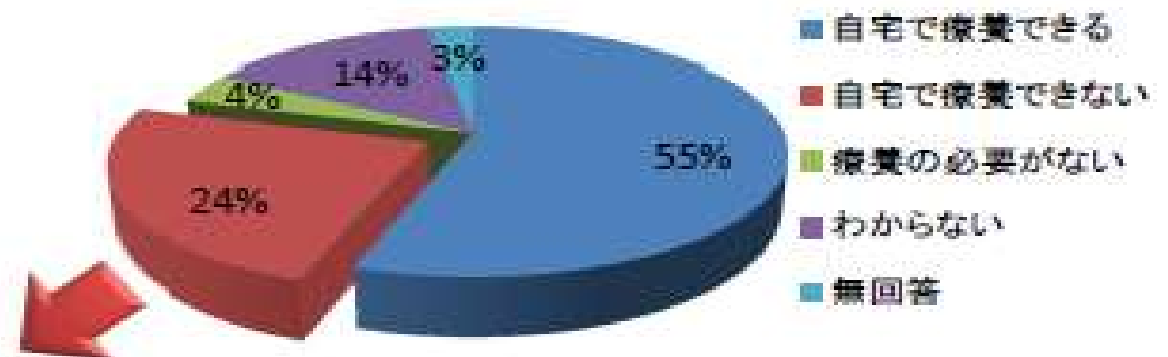
課 題

- 入院時
- ・介護支援専門員は、利用者宅への訪問が原則月1回であり、入院したことに気づかない(または遅れて知る)場合、介護支援専門員から病院への適時の情報提供がなされない。
 - ・入院時情報連携加算が算定可能な期間(入院から7日以内)を過ぎてしまった場合、病院に情報提供しないことが多い。(病院にとっては7日を過ぎていても有用な情報であるが、介護支援専門員側はそうっていない)
- 退院時
- ・退院後、あきらかに介護が必要な要介護度の高い患者や、経済面等での退院調整の必要が明確な患者は、病棟から地域連携室等に引き継がれ、地域連携室職員により介護支援専門員との退院調整が行われる。しかし、比較的軽度な患者(要支援～要介護2相当)は、病棟スタッフが介護支援専門員との退院調整の必要性に気づかず、そのまま退院してしまうケースが多いと考えられる。
 - ・患者が要介護認定が必要かどうかについて、特に要支援～要介護1・2あたりを判断するのは難しい。

退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

- 退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通しについて、「自宅で療養できない」と回答した入院患者は24%。
- 自宅療養を可能にする条件について、「介護サービス」「家族の協力」を挙げた患者が多い。

■ 退院の許可が出た場合の入院患者の 自宅療養の見通し（入院患者に対する質問、n=53,298）



■ 「自宅で療養できない」と回答した者について 自宅療養を可能にする条件（複数回答）

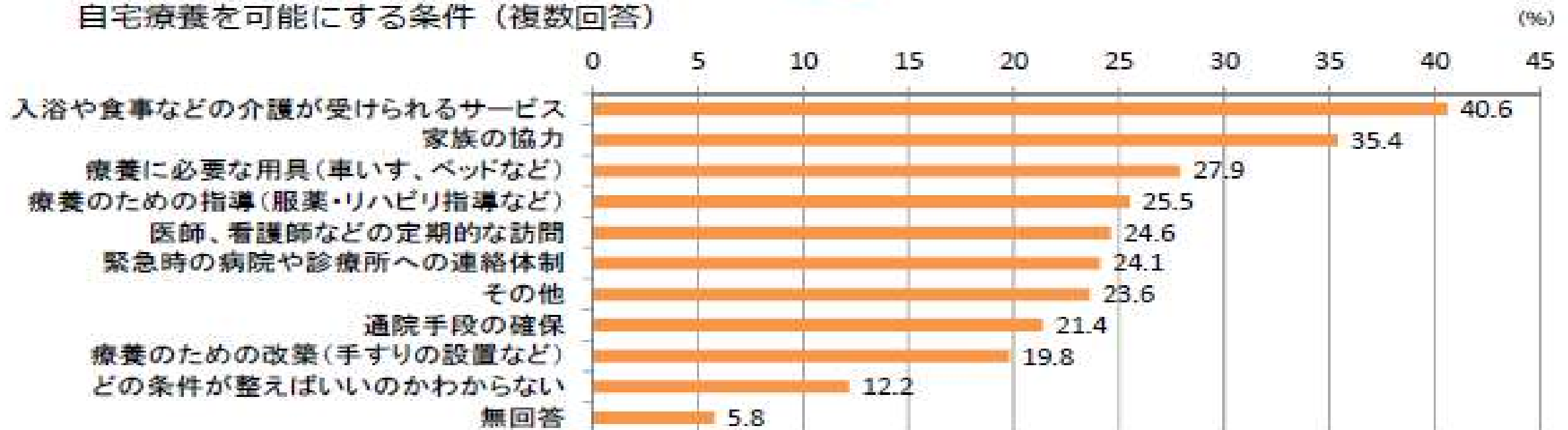
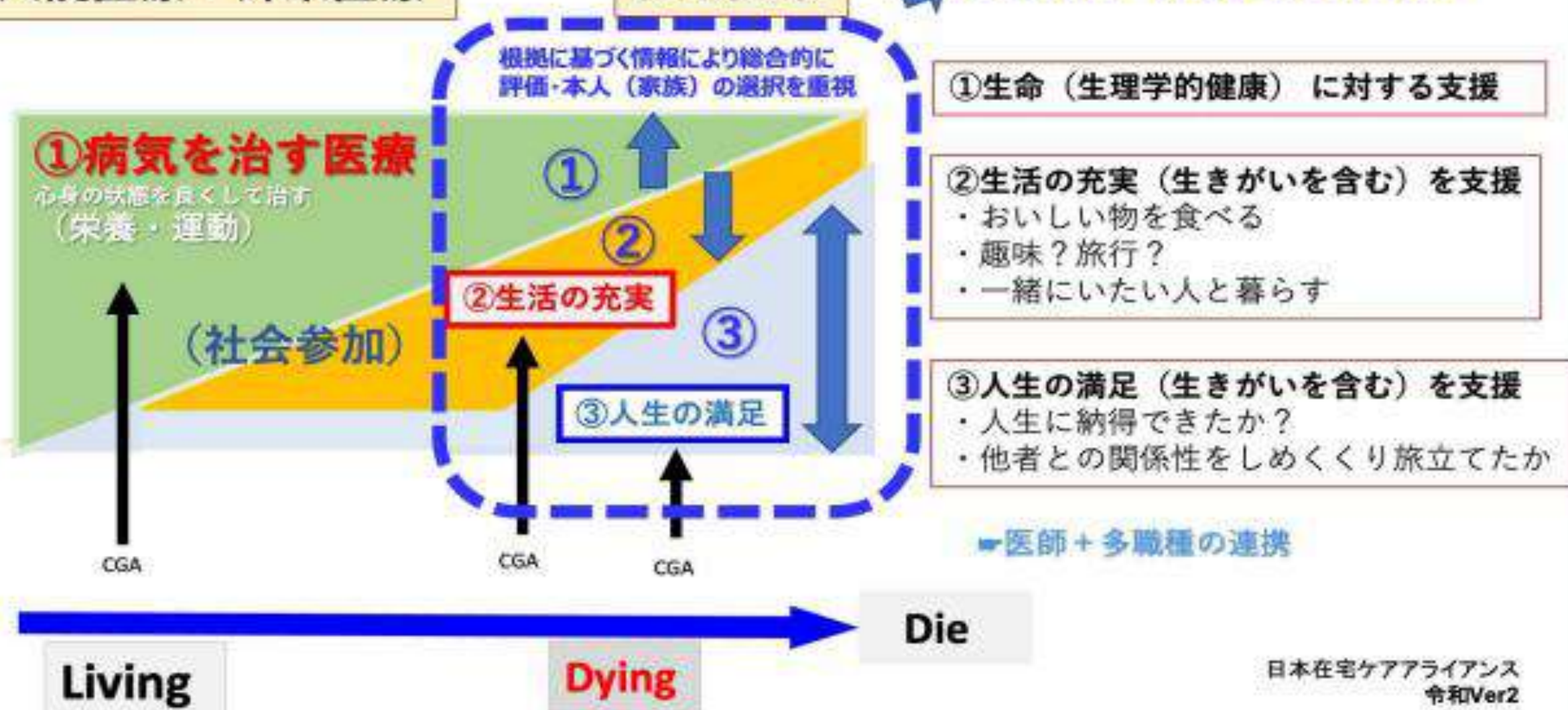


図4: 治し支える医療を実現するための総合的視点

入院医療・外来医療

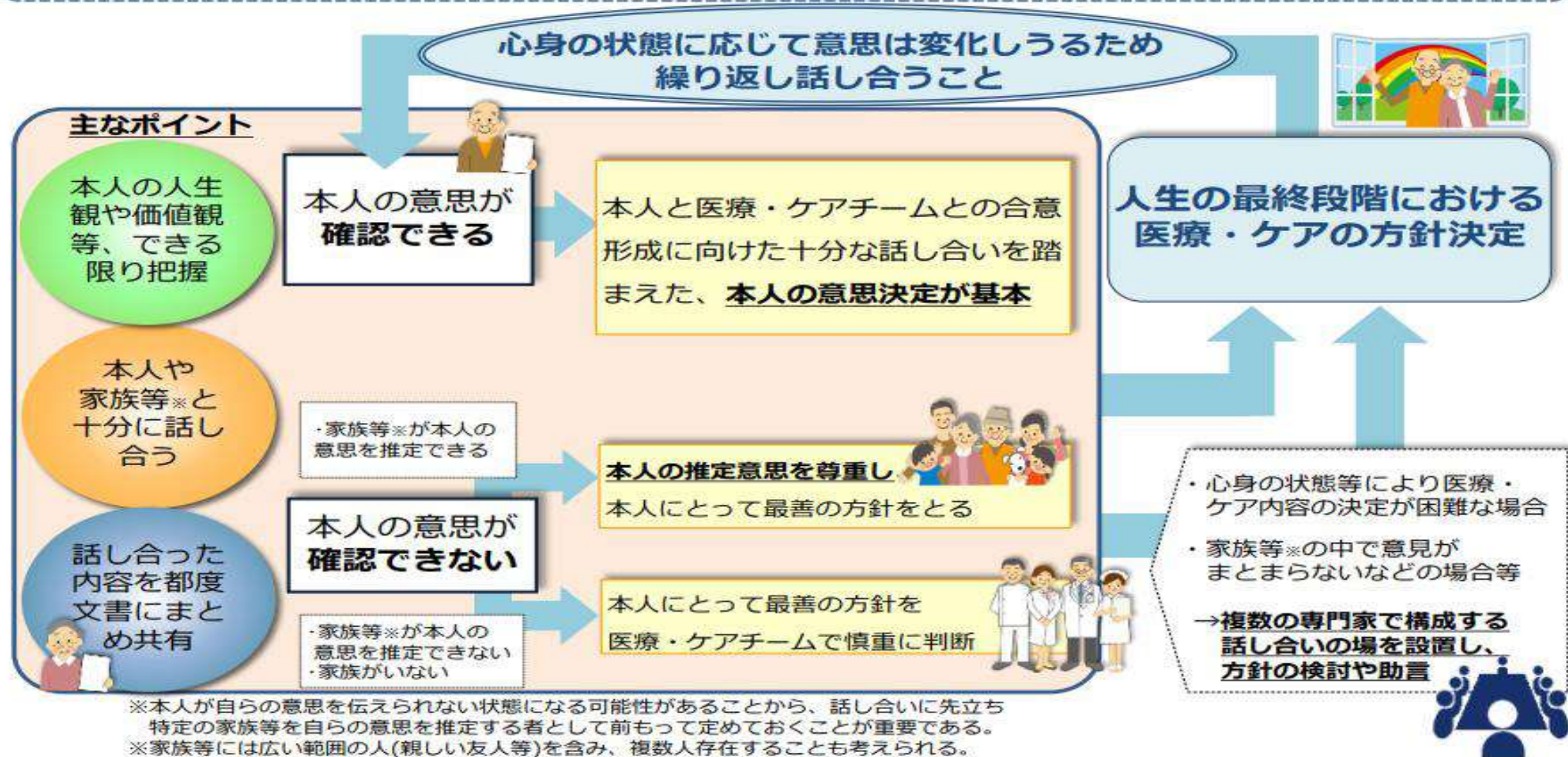
在宅医療

【ターニングポイントの要素と判断】



「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



医療・介護ニーズの変化（厚労省HPより）

- ・ **医療ニーズ**

高齢化の進展に伴う老人慢性疾患の増加により疾病構造が変化し
病気と共存しながら生活の質（QOL）の維持・向上を図っていく
必要性が高まっている。 ACP 終末期医療の在り方は重要課題
治す医療 から 治し支え終え終わりを伴走する医療へ

- ・ **介護ニーズ**

医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加する
など、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まっている

- ・ **認知症対応**

認知症への対応については、**地域ごとに**、認知症の状態に応じた
適切なサービス提供・サポート支援 の 流れを確立するとともに
早期からの適切な診断や対応等を行うことが求められている。

2025 介護支援専門員協会が取り組んでいます地域医療への貢献と在宅医療での課題

入退院はさらなる健康への取り組みの始まりの局面で 地域にも健康を支援する専門職(かかりつけ医)を中心とした歯科・看護・リハ・薬剤師・栄養士等がいるので、一緒に取り組んでいくことが出来たら 退院へ向け、そして退院後も切れ目なく対象者の療養をサポートするつながりを深めたい ⇔ **適切なケアマネジメント手法を学び療養健康の課題にもしっかりと対応したい**

病院には様々な機能の病棟(治療内容や入院期間に対応した機能の病床)がありますが市民の理解はいまひとつ

どんな病気で どんな重症度でどういう治療を受けるのか そして 退院後どんな生活を望むのか 本人と家族でよく理解して治療に望むことが大事です。
市民に解りにくいところは CMがご質問したり・確認したりと つなぐ役割をはたしたいところです。



退院後の新たな在宅生活は
より健康に より自分らしく
ピンチはチャンスでの人生再構築でありたい
大丈夫！ 地域包括ケアの時代
地域には頼りになる支援者がいることをつなぎたい

**救急搬送のひっ迫を
何とかできないか**

市民が介護が必要な状況で
介護保険の認定があれば
介護支援専門員が
暮らしを支援して
医療と介護をつなぐお手伝い出来ます

地域には これまでも 市民の暮らしを
支えてきた医療メンバー・支援者がいます



かかりつけ医 かかりつけ歯科医師 かかりつけ
薬局を頼りに 本人が主体的に健康管理をする
ことの重要性を対象者にお伝えしております。

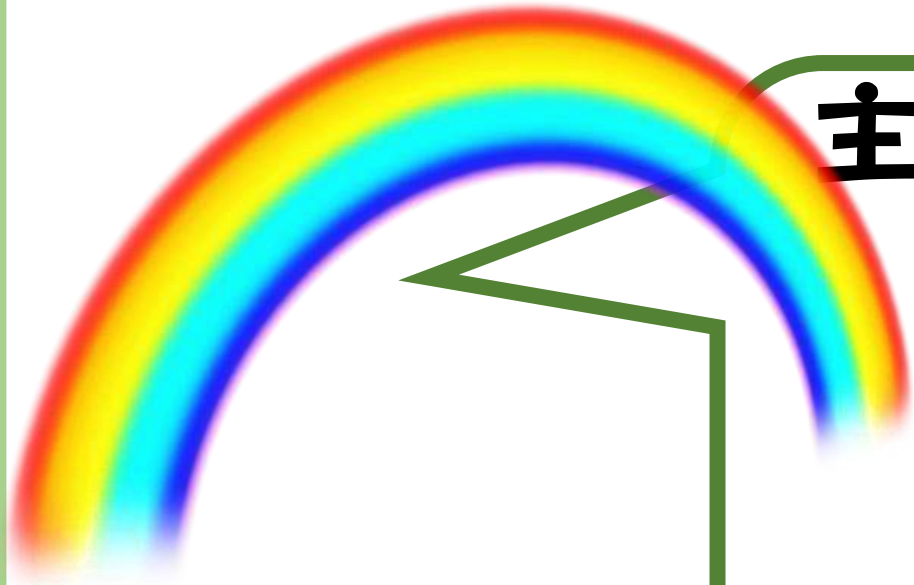




医療課題対応力向上へ 茨城県の取り組み

～ つながるシートと医療専門職団体との協働 ～

医療課題にしっかり向き合える多職種協働へ



主治医との連携を基盤にし医療
専門職につながる
具体的な手立てができる
わかるように説明できる
より適切にチームを動かす

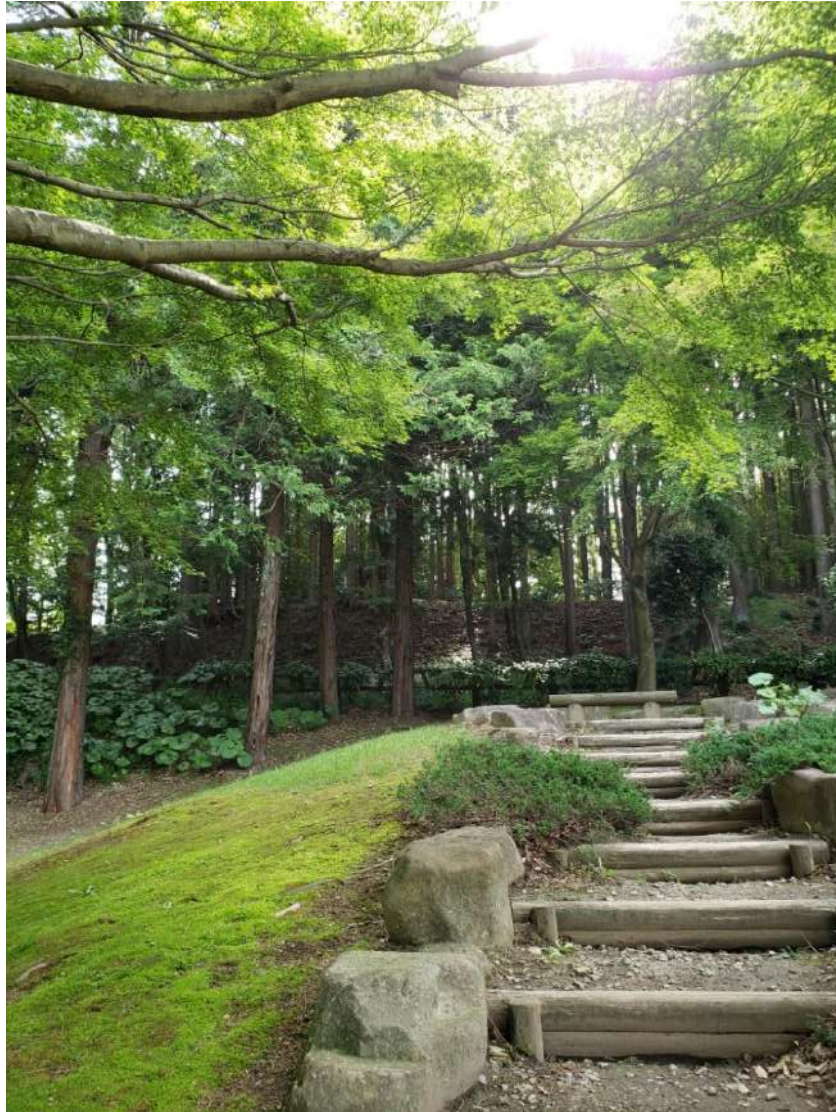
要介護認定の資料を基に 医療課題に気が付き、
医療専門職の意見を聞きながら 課題を整理総括できる
専門性の向上へ



介護支援専門員の医療ニーズへの対応力を向上、医療専門職種と垣根なく協働できることを後押し。この研究の成果物のひとつとして作成した
『つながるシート』

茨城県 健康・地域ケア推進課の助言・サポートの下
茨城県医師会 茨城県歯科医師会
茨城県看護協会 茨城県薬剤師協会
茨城県栄養士会 茨城県リハビリ3団体協会
とも協議し 窓口を設定いただき連携準備

つながるシート



こんな活用を

**＊初回のアセスメント 入退院時では
医療課題の整理総括に専門家の視点
は、必須で重要です 主治医の意見
書を中心に地域での療養支援**

疑問のあることは主治医に確認を！

**＊介護度が上がったタイミングでは
医療課題への見直しが重要**

**＊主任介護支援専門員は後進が医療
課題にしっかり向き合えるように
教えてしまうのではなく地域の専門
家と意見交換できる人材へ育成時に活用**

つながるシート早見表

主治医意見書

記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男	女
明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先	()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 有の場合 在宅看護シート へ	日	
(2) 意見書作成回数	☒ 1回以上 ☐ 2回以上		
(3) 他科受診の有無	☒ 有 ☐ 無 有の場合 → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ シンパクション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名	特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日
1.	・診断名に糖尿病・高血圧・高脂血症・心疾患・呼吸器疾患等の記載がある 在宅看護シート へ
2.	・初回認定で診断名に6か月以内の脳血管障害が受傷から2か月以内の骨折 リハビリテーションシート へ
3.	・褥瘡の処置にチェックがある 栄養状態シート へ
(2) 症状としての安定性	☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容	(最近(過去14日間以内)に全量に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入) 自己管理をしているものも含めてチェックしてください。 ・いずれかにチェックがある 在宅看護シート 、 在宅看護シート へ ・褥瘡の処置にチェックがある 栄養状態シート へ

2. 特別な医療

処置内容	☒ 点滴の管理 ☒ 中心静脈栄養 ☒ 透析 ☒ ストーマの処置 ☒ 酸素療法
特別な対応	☒ レスビレーター ☒ 気管切開の処置 ☒ 疼痛の看護 ☒ 経管栄養
失禁への対応	☒ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☒ 褥瘡の処置
	☒ カテーテル(コンドームカテーテル)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ J3 ☐ J4 ☐ J5 ☐ J6 ☐ J7 ☐ J8 ☐ J9 ☐ J10 ☐ J11 ☐ J12 ☐ J13 ☐ J14 ☐ J15 ☐ J16 ☐ J17 ☐ J18 ☐ J19 ☐ J20 ☐ J21 ☐ J22 ☐ J23 ☐ J24 ☐ J25 ☐ J26 ☐ J27 ☐ J28 ☐ J29 ☐ J30 ☐ J31 ☐ J32 ☐ J33 ☐ J34 ☐ J35 ☐ J36 ☐ J37 ☐ J38 ☐ J39 ☐ J40 ☐ J41 ☐ J42 ☐ J43 ☐ J44 ☐ J45 ☐ J46 ☐ J47 ☐ J48 ☐ J49 ☐ J50 ☐ J51 ☐ J52 ☐ J53 ☐ J54 ☐ J55 ☐ J56 ☐ J57 ☐ J58 ☐ J59 ☐ J60 ☐ J61 ☐ J62 ☐ J63 ☐ J64 ☐ J65 ☐ J66 ☐ J67 ☐ J68 ☐ J69 ☐ J70 ☐ J71 ☐ J72 ☐ J73 ☐ J74 ☐ J75 ☐ J76 ☐ J77 ☐ J78 ☐ J79 ☐ J80 ☐ J81 ☐ J82 ☐ J83 ☐ J84 ☐ J85 ☐ J86 ☐ J87 ☐ J88 ☐ J89 ☐ J90 ☐ J91 ☐ J92 ☐ J93 ☐ J94 ☐ J95 ☐ J96 ☐ J97 ☐ J98 ☐ J99 ☐ J100 ☐ J101 ☐ J102 ☐ J103 ☐ J104 ☐ J105 ☐ J106 ☐ J107 ☐ J108 ☐ J109 ☐ J110 ☐ J111 ☐ J112 ☐ J113 ☐ J114 ☐ J115 ☐ J116 ☐ J117 ☐ J118 ☐ J119 ☐ J120 ☐ J121 ☐ J122 ☐ J123 ☐ J124 ☐ J125 ☐ J126 ☐ J127 ☐ J128 ☐ J129 ☐ J130 ☐ J131 ☐ J132 ☐ J133 ☐ J134 ☐ J135 ☐ J136 ☐ J137 ☐ J138 ☐ J139 ☐ J140 ☐ J141 ☐ J142 ☐ J143 ☐ J144 ☐ J145 ☐ J146 ☐ J147 ☐ J148 ☐ J149 ☐ J150 ☐ J151 ☐ J152 ☐ J153 ☐ J154 ☐ J155 ☐ J156 ☐ J157 ☐ J158 ☐ J159 ☐ J160 ☐ J161 ☐ J162 ☐ J163 ☐ J164 ☐ J165 ☐ J166 ☐ J167 ☐ J168 ☐ J169 ☐ J170 ☐ J171 ☐ J172 ☐ J173 ☐ J174 ☐ J175 ☐ J176 ☐ J177 ☐ J178 ☐ J179 ☐ J180 ☐ J181 ☐ J182 ☐ J183 ☐ J184 ☐ J185 ☐ J186 ☐ J187 ☐ J188 ☐ J189 ☐ J190 ☐ J191 ☐ J192 ☐ J193 ☐ J194 ☐ J195 ☐ J196 ☐ J197 ☐ J198 ☐ J199 ☐ J200 ☐ J201 ☐ J202 ☐ J203 ☐ J204 ☐ J205 ☐ J206 ☐ J207 ☐ J208 ☐ J209 ☐ J210 ☐ J211 ☐ J212 ☐ J213 ☐ J214 ☐ J215 ☐ J216 ☐ J217 ☐ J218 ☐ J219 ☐ J220 ☐ J221 ☐ J222 ☐ J223 ☐ J224 ☐ J225 ☐ J226 ☐ J227 ☐ J228 ☐ J229 ☐ J230 ☐ J231 ☐ J232 ☐ J233 ☐ J234 ☐ J235 ☐ J236 ☐ J237 ☐ J238 ☐ J239 ☐ J240 ☐ J241 ☐ J242 ☐ J243 ☐ J244 ☐ J245 ☐ J246 ☐ J247 ☐ J248 ☐ J249 ☐ J250 ☐ J251 ☐ J252 ☐ J253 ☐ J254 ☐ J255 ☐ J256 ☐ J257 ☐ J258 ☐ J259 ☐ J260 ☐ J261 ☐ J262 ☐ J263 ☐ J264 ☐ J265 ☐ J266 ☐ J267 ☐ J268 ☐ J269 ☐ J270 ☐ J271 ☐ J272 ☐ J273 ☐ J274 ☐ J275 ☐ J276 ☐ J277 ☐ J278 ☐ J279 ☐ J280 ☐ J281 ☐ J282 ☐ J283 ☐ J284 ☐ J285 ☐ J286 ☐ J287 ☐ J288 ☐ J289 ☐ J290 ☐ J291 ☐ J292 ☐ J293 ☐ J294 ☐ J295 ☐ J296 ☐ J297 ☐ J298 ☐ J299 ☐ J300 ☐ J301 ☐ J302 ☐ J303 ☐ J304 ☐ J305 ☐ J306 ☐ J307 ☐ J308 ☐ J309 ☐ J310 ☐ J311 ☐ J312 ☐ J313 ☐ J314 ☐ J315 ☐ J316 ☐ J317 ☐ J318 ☐ J319 ☐ J320 ☐ J321 ☐ J322 ☐ J323 ☐ J324 ☐ J325 ☐ J326 ☐ J327 ☐ J328 ☐ J329 ☐ J330 ☐ J331 ☐ J332 ☐ J333 ☐ J334 ☐ J335 ☐ J336 ☐ J337 ☐ J338 ☐ J339 ☐ J340 ☐ J341 ☐ J342 ☐ J343 ☐ J344 ☐ J345 ☐ J346 ☐ J347 ☐ J348 ☐ J349 ☐ J350 ☐ J351 ☐ J352 ☐ J353 ☐ J354 ☐ J355 ☐ J356 ☐ J357 ☐ J358 ☐ J359 ☐ J360 ☐ J361 ☐ J362 ☐ J363 ☐ J364 ☐ J365 ☐ J366 ☐ J367 ☐ J368 ☐ J369 ☐ J370 ☐ J371 ☐ J372 ☐ J373 ☐ J374 ☐ J375 ☐ J376 ☐ J377 ☐ J378 ☐ J379 ☐ J380 ☐ J381 ☐ J382 ☐ J383 ☐ J384 ☐ J385 ☐ J386 ☐ J387 ☐ J388 ☐ J389 ☐ J390 ☐ J391 ☐ J392 ☐ J393 ☐ J394 ☐ J395 ☐ J396 ☐ J397 ☐ J398 ☐ J399 ☐ J400 ☐ J401 ☐ J402 ☐ J403 ☐ J404 ☐ J405 ☐ J406 ☐ J407 ☐ J408 ☐ J409 ☐ J410 ☐ J411 ☐ J412 ☐ J413 ☐ J414 ☐ J415 ☐ J416 ☐ J417 ☐ J418 ☐ J419 ☐ J420 ☐ J421 ☐ J422 ☐ J423 ☐ J424 ☐ J425 ☐ J426 ☐ J427 ☐ J428 ☐ J429 ☐ J430 ☐ J431 ☐ J432 ☐ J433 ☐ J434 ☐ J435 ☐ J436 ☐ J437 ☐ J438 ☐ J439 ☐ J440 ☐ J441 ☐ J442 ☐ J443 ☐ J444 ☐ J445 ☐ J446 ☐ J447 ☐ J448 ☐ J449 ☐ J450 ☐ J451 ☐ J452 ☐ J453 ☐ J454 ☐ J455 ☐ J456 ☐ J457 ☐ J458 ☐ J459 ☐ J460 ☐ J461 ☐ J462 ☐ J463 ☐ J464 ☐ J465 ☐ J466 ☐ J467 ☐ J468 ☐ J469 ☐ J470 ☐ J471 ☐ J472 ☐ J473 ☐ J474 ☐ J475 ☐ J476 ☐ J477 ☐ J478 ☐ J479 ☐ J480 ☐ J481 ☐ J482 ☐ J483 ☐ J484 ☐ J485 ☐ J486 ☐ J487 ☐ J488 ☐ J489 ☐ J490 ☐ J491 ☐ J492 ☐ J493 ☐ J494 ☐ J495 ☐ J496 ☐ J497 ☐ J498 ☐ J499 ☐ J500 ☐ J501 ☐ J502 ☐ J503 ☐ J504 ☐ J505 ☐ J506 ☐ J507 ☐ J508 ☐ J509 ☐ J510 ☐ J511 ☐ J512 ☐ J513 ☐ J514 ☐ J515 ☐ J516 ☐ J517 ☐ J518 ☐ J519 ☐ J520 ☐ J521 ☐ J522 ☐ J523 ☐ J524 ☐ J525 ☐ J526 ☐ J527 ☐ J528 ☐ J529 ☐ J530 ☐ J531 ☐ J532 ☐ J533 ☐ J534 ☐ J535 ☐ J536 ☐ J537 ☐ J538 ☐ J539 ☐ J540 ☐ J541 ☐ J542 ☐ J543 ☐ J544 ☐ J545 ☐ J546 ☐ J547 ☐ J548 ☐ J549 ☐ J550 ☐ J551 ☐ J552 ☐ J553 ☐ J554 ☐ J555 ☐ J556 ☐ J557 ☐ J558 ☐ J559 ☐ J560 ☐ J561 ☐ J562 ☐ J563 ☐ J564 ☐ J565 ☐ J566 ☐ J567 ☐ J568 ☐ J569 ☐ J570 ☐ J571 ☐ J572 ☐ J573 ☐ J574 ☐ J575 ☐ J576 ☐ J577 ☐ J578 ☐ J579 ☐ J580 ☐ J581 ☐ J582 ☐ J583 ☐ J584 ☐ J585 ☐ J586 ☐ J587 ☐ J588 ☐ J589 ☐ J590 ☐ J591 ☐ J592 ☐ J593 ☐ J594 ☐ J595 ☐ J596 ☐ J597 ☐ J598 ☐ J599 ☐ J600 ☐ J601 ☐ J602 ☐ J603 ☐ J604 ☐ J605 ☐ J606 ☐ J607 ☐ J608 ☐ J609 ☐ J610 ☐ J611 ☐ J612 ☐ J613 ☐ J614 ☐ J615 ☐ J616 ☐ J617 ☐ J618 ☐ J619 ☐ J620 ☐ J621 ☐ J622 ☐ J623 ☐ J624 ☐ J625 ☐ J626 ☐ J627 ☐ J628 ☐ J629 ☐ J630 ☐ J631 ☐ J632 ☐ J633 ☐ J634 ☐ J635 ☐ J636 ☐ J637 ☐ J638 ☐ J639 ☐ J640 ☐ J641 ☐ J642 ☐ J643 ☐ J644 ☐ J645 ☐ J646 ☐ J647 ☐ J648 ☐ J649 ☐ J650 ☐ J651 ☐ J652 ☐ J653 ☐ J654 ☐ J655 ☐ J656 ☐ J657 ☐ J658 ☐ J659 ☐ J660 ☐ J661 ☐ J662 ☐ J663 ☐ J664 ☐ J665 ☐ J666 ☐ J667 ☐ J668 ☐ J669 ☐ J670 ☐ J671 ☐ J672 ☐ J673 ☐ J674 ☐ J675 ☐ J676 ☐ J677 ☐ J678 ☐ J679 ☐ J680 ☐ J681 ☐ J682 ☐ J683 ☐ J684 ☐ J685 ☐ J686 ☐ J687 ☐ J688 ☐ J689 ☐ J690 ☐ J691 ☐ J692 ☐ J693 ☐ J694 ☐ J695 ☐ J696 ☐ J697 ☐ J698 ☐ J699 ☐ J700 ☐ J701 ☐ J702 ☐ J703 ☐ J704 ☐ J705 ☐ J706 ☐ J707 ☐ J708 ☐ J709 ☐ J710 ☐ J711 ☐ J712 ☐ J713 ☐ J714 ☐ J715 ☐ J716 ☐ J717 ☐ J718 ☐ J719 ☐ J720 ☐ J721 ☐ J722 ☐ J723 ☐ J724 ☐ J725 ☐ J726 ☐ J727 ☐ J728 ☐ J729 ☐ J730 ☐ J731 ☐ J732 ☐ J733 ☐ J734 ☐ J735 ☐ J736 ☐ J737 ☐ J738 ☐ J739 ☐ J740 ☐ J741 ☐ J742 ☐ J743 ☐ J744 ☐ J745 ☐ J746 ☐ J747 ☐ J748 ☐ J749 ☐ J750 ☐ J751 ☐ J752 ☐ J753 ☐ J754 ☐ J755 ☐ J756 ☐ J757 ☐ J758 ☐ J759 ☐ J760 ☐ J761 ☐ J762 ☐ J763 ☐ J764 ☐ J765 ☐ J766 ☐ J767 ☐ J768 ☐ J769 ☐ J770 ☐ J771 ☐ J772 ☐ J773 ☐ J774 ☐ J775 ☐ J776 ☐ J777 ☐ J778 ☐ J779 ☐ J780 ☐ J781 ☐ J782 ☐ J783 ☐ J784 ☐ J785 ☐ J786 ☐ J787 ☐ J788 ☐ J789 ☐ J790 ☐ J791 ☐ J792 ☐ J793 ☐ J794 ☐ J795 ☐ J796 ☐ J797 ☐ J798 ☐ J799 ☐ J800 ☐ J801 ☐ J802 ☐ J803 ☐ J804 ☐ J805 ☐ J806 ☐ J807 ☐ J808 ☐ J809 ☐ J810 ☐ J811 ☐ J812 ☐ J813 ☐ J814 ☐ J815 ☐ J816 ☐ J817 ☐ J818 ☐ J819 ☐ J820 ☐ J821 ☐ J822 ☐ J823 ☐ J824 ☐ J825 ☐ J826 ☐ J827 ☐ J828 ☐ J829 ☐ J830 ☐ J831 ☐ J832 ☐ J833 ☐ J834 ☐ J835 ☐ J836 ☐ J837 ☐ J838 ☐ J839 ☐ J840 ☐ J841 ☐ J842 ☐ J843 ☐ J844 ☐ J845 ☐ J846 ☐ J847 ☐ J848 ☐ J849 ☐ J850 ☐ J851 ☐ J852 ☐ J853 ☐ J854 ☐ J855 ☐ J856 ☐ J857 ☐ J858 ☐ J859 ☐ J860 ☐ J861 ☐ J862 ☐ J863 ☐ J864 ☐ J865 ☐ J866 ☐ J867 ☐ J868 ☐ J869 ☐ J870 ☐ J871 ☐ J872 ☐ J873 ☐ J874 ☐ J875 ☐ J876 ☐ J877 ☐ J878 ☐ J879 ☐ J880 ☐ J881 ☐ J882 ☐ J883 ☐ J884 ☐ J885 ☐ J886 ☐ J887 ☐ J888 ☐ J889 ☐ J890 ☐ J891 ☐ J892 ☐ J893 ☐ J894 ☐ J895 ☐ J896 ☐ J897 ☐ J898 ☐ J899 ☐ J900 ☐ J901 ☐ J902 ☐ J903 ☐ J904 ☐ J905 ☐ J906 ☐ J907 ☐ J908 ☐ J909 ☐ J910 ☐ J911 ☐ J912 ☐ J913 ☐ J914 ☐ J915 ☐ J916 ☐ J917 ☐ J918 ☐ J919 ☐ J920 ☐ J921 ☐ J922 ☐ J923 ☐ J924 ☐ J925 ☐ J926 ☐ J927 ☐ J928 ☐ J929 ☐ J930 ☐ J931 ☐ J932 ☐ J933 ☐ J934 ☐ J935 ☐ J936 ☐ J937 ☐ J938 ☐ J939 ☐ J940 ☐ J941 ☐ J942 ☐ J943 ☐ J944 ☐ J945 ☐ J946 ☐ J947 ☐ J948 ☐ J949 ☐ J950 ☐ J951 ☐ J952 ☐ J953 ☐ J954 ☐ J955 ☐ J956 ☐ J957 ☐ J958 ☐ J959 ☐ J960 ☐ J961 ☐ J962 ☐ J963 ☐ J964 ☐ J965 ☐ J966 ☐ J967 ☐ J968 ☐ J969 ☐ J970 ☐ J971 ☐ J972 ☐ J973 ☐ J974 ☐ J975 ☐ J976 ☐ J977 ☐ J978 ☐ J979 ☐ J980 ☐ J981 ☐ J982 ☐ J983 ☐ J984 ☐ J985 ☐ J986 ☐ J987 ☐ J988 ☐ J989 ☐ J990 ☐ J991 ☐ J992 ☐ J993 ☐ J994 ☐ J995 ☐ J996 ☐ J997 ☐ J998 ☐ J999 ☐ J1000 ☐ J1001 ☐ J1002 ☐ J1003 ☐ J1004 ☐ J1005 ☐ J1006 ☐ J1007 ☐ J1008 ☐ J1009 ☐ J1010 ☐ J1011 ☐ J1012 ☐ J1013 ☐ J1014 ☐ J1015 ☐ J1016 ☐ J1017 ☐ J1018 ☐ J1019 ☐ J1020 ☐ J1021 ☐ J1022 ☐ J1023 ☐ J1024 ☐ J1025 ☐ J1026 ☐ J1027 ☐ J1028 ☐ J1029 ☐ J1030 ☐ J1031 ☐ J1032 ☐ J1033 ☐ J1034 ☐ J1035 ☐ J1036 ☐ J1037 ☐ J1038 ☐ J1039 ☐ J1040 ☐ J1041 ☐ J1042 ☐ J1043 ☐ J1044 ☐ J1045 ☐ J1046 ☐ J1047 ☐ J1048 ☐ J1049 ☐ J1050 ☐ J1051 ☐ J1052 ☐ J1053 ☐ J1054 ☐ J1055 ☐ J1056 ☐ J1057 ☐ J1058 ☐ J1059 ☐ J1060 ☐ J1061 ☐ J1062 ☐ J1063 ☐ J1064 ☐ J1065 ☐ J1066 ☐ J1067 ☐ J1068 ☐ J1069 ☐ J1070 ☐ J1071 ☐ J1072 ☐ J1073 ☐ J1074 ☐ J1075 ☐ J1076 ☐ J1077 ☐ J1078 ☐ J1079 ☐ J1080
-------------------	---

つながるシート早見表

認定調査項目					つながるシート					
					在宅歯科	在宅医療	リハビリテーション	栄養状態	精神・認知	在宅看護
1	身体機能・起立動作									
1	麻痺の有無						○			
	左上肢	有	無				○			
	右上肢	有	無				○			
	左下肢	有	無				○			
	右下肢	有	無				○			
	(その他)	有	無				○			
2	関節の有無						○			
	肩関節	有	無				○			
	肘関節	有	無				○			
	膝関節	有	無				○			
	(その他)	有	無				○			
3	歩行	つかまらないうでできる	前かにつかまればできる	できない			○			
4	起き上がり	つかまらないうでできる	前かにつかまればできる	できない			○			
5	座位保持	できる	肘やの手で支えればできる	支えてもらえればできる	できない					
6	両足での立位	支えなしでできる	前か支えがあればできる	できない						
7	歩行	つかまらないうでできる	前かにつかまればできる	できない			○			
8	立ち上がり	つかまらないうでできる	前かにつかまればできる	できない						
9	片足での立位	支えなしでできる	前か支えがあればできる	できない						
10	洗身	介助されていない	一部介助	全介助	行っていない					
11	つめ切り	介助されていない	一部介助	全介助						
12	視力	普通	約1m離れた視力確認表の図が見える	目の前の視力確認表の図が見える	ほとんど見えない				見えているのか判断不能	
13	聴力	普通	普通の声がちゃんと聞こえる	かなり大きな声ならちゃんと聞こえる	ほとんど聞こえない				聞こえているのか判断不能	
2	生活機能									
1	移動	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助		○			
2	移動	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助		○			
3	えん下	できる	見守り等	できない		○		○		○
4	食事摂取	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助			○		○
5	排泄	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助		○			○
6	排便	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助		○			○
7	口腔清潔	介助されていない		一部介助	全介助			○		○
8	洗頭	介助されていない		一部介助	全介助		○			○
9	髪髪	介助されていない		一部介助	全介助					○
10	上着の着脱	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助					○
11	ズボン等の着脱	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助					○
12	外出頻度	週1回以上	月1回以上	月1回未満						○
3	認知機能									
1	意思の伝達	意思を素直に伝達できる	時々伝達できる	ほとんど伝達できない	できない		○		○	○
2	毎日の日課を理解	できる	できない				○		○	○
3	生年月日をいう	できる	できない				○		○	○
4	短期記憶	できる	できない				○		○	○
5	自分の名前を言う	できる	できない				○		○	○
6	今の季節を理解	できる	できない				○		○	○
7	場所の理解	できる	できない				○		○	○
8	徘徊	ない	ときどきある	ある			○		○	○
9	外出して戻れない	ない	ときどきある	ある			○		○	○
4	精神・行動障害									
1	被害的	ない	ときどきある	ある					○	○
2	作祟	ない	ときどきある	ある					○	○
3	感情が不安定	ない	ときどきある	ある			○		○	○
4	昼夜逆転	ない	ときどきある	ある					○	○
5	同じ話を繰り返す	ない	ときどきある	ある					○	○
6	大声を出す	ない	ときどきある	ある					○	○
7	介護に抵抗	ない	ときどきある	ある			○	○	○	○
8	落ち着きなし	ない	ときどきある	ある					○	○
9	一人で出たがる	ない	ときどきある	ある					○	○

要介護認定調査の調査資料をよく診て健康や生活機能の改善の可能性や悪化のリスクに気づく

医療専門職との意見交換を経て。本人・家族により良く説明できる

支援内容に具体的目標や本人家族の取り組むべきこと、ケア内容を表現できる

2. つながるシートの6領域について

1) 在宅歯科のつながるシート

◎下記の項目のいずれかにチェックが入った場合に、このシートを活用してください。

【主治医意見書から】

- ☐ 3. 「心身の状態に関する意見」の(1) 認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上
- ☐ 4. 「生活機能とサービスに関する意見」の(2) 栄養・食生活で栄養状態が「不良」
- ☐ 4. 「生活機能とサービスに関する意見」(5) 医学的管理の必要性の「訪問歯科診療」「訪問歯科衛生指導」

【認定調査票から】

- ☐ 2-3 えん下が「見守り」または「できない」
- ☐ 2-7 口腔清潔が「一部介助」または「全介助」

主治医意見書・認定調査票に1つ以上☑が付いたら下記のつながるシートでアセスメントを行います。

在宅歯科のつながるシート

利用者名： _____ 年齢 _____ 性別：男・女 確認日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5・申請中

1	口に痛み・はれ・出血のいずれかがある	☐ はい	☐ いいえ
2	歯のないところが、そのままになっている	☐ はい	☐ いいえ
3	入れ歯が合っていない	☐ はい	☐ いいえ
4	口の中が汚れている	☐ はい	☐ いいえ
5	舌の表面が汚れている	☐ はい	☐ いいえ
6	入れ歯が汚れている（清掃していない）	☐ はい	☐ いいえ
7	口臭がある	☐ はい	☐ いいえ
8	口の湿きが気になる	☐ はい	☐ いいえ
9	食事中にむせることがある	☐ はい	☐ いいえ
10	食事のあとに痰がよく絡む	☐ はい	☐ いいえ
11	硬いものが食べにくくなった	☐ はい	☐ いいえ
12	食べこぼしが多くなった	☐ はい	☐ いいえ
13	飲み込むまでに時間がかかる	☐ はい	☐ いいえ

茨城県歯科医師会「お口のチェックシート」より

つながるシートで1つ以上「はい」に☑がついたら、まずはかかりつけの歯科医師にこのシートをもって相談してください。

かかりつけがない場合は下記の機関にご相談ください。



茨城県歯科医師会
在宅歯科医療連携室
(http://www.ibasikai.or.jp/?page_id=69)
TEL：029-215-2176
(月～土 9:00～17:00)

つながるシートでは

主治医の意見を基に

主治医
歯科医師 歯科衛生士
看護職
薬剤師
管理栄養士
リハビリ専門職
精神認知ケア

につながる力の向上を
工夫されています

2) 在宅服薬つながるシート

在宅服薬つながるシート

◎下記の項目のいずれかにチェックが入った場合に、このシートを活用してください。

【主治医意見書から】

- ☐ ①「処方受診の有無」が「有」
- ☐ ②「特別な医療」のいずれかにチェックが入っている
- ☐ ③「心身の状態に関する意見」の(1)認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上
- ☐ ④「生活環境とサービスに関する意見」の(5)医学的管理の必要性の「訪問薬剤管理指導」にチェックが入っている

【認定調査票から】

- ☐ ①-3本人が「見守り難」または「できない」
- ☐ ①-4薬の内容が「一部介助」または「全介助」
- ☐ ③-1～3-4認知機能について、「時々できる～できない」や「できない」についている
- ☐ ⑤「過去14日以内に受けた医療がある」のいずれかにチェックが入っている

主治医意見書・認定調査票に1つ以上☑が付いたら下記のつながるシートでアセスメントを行います。

ケアマネジャーの在宅服薬つながるシート

利用者名： _____ 確認日： 年 月 日
性別：男・女 年齢： 歳 介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5・申請中

1	薬の使用の有無（※処方箋について）	☐ 飲み薬あり ☐ 外用薬のみ ☐ 使用薬なし
2	訪問薬剤指導（在宅服薬管理指導）の有無	☐ 利用中 ☐ なし ☐ その他
3	想定以上の機嫌がある	☐ あり ☐ なし ☐ 不明または判断できない
4	薬に関する次の問題がある。または感じられる（複数回答可）	☐ 飲み忘れ・間違え ☐ 飲みにくさ ☐ 理解不足 ☐ 不安・疑問 ☐ その他（自由記載へ） ☐ 該当なし
5	複数の医療機関を受診している	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
6	複数の薬局から調剤を受けている	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
7	5種類以上の内服薬を飲んでいる	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
8	薬を一括化している	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
9	市販薬やサプリメント等を服用している	☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
10	その他気になること（自由記載）	

つながるシートの記入が済んだら、まずはかかりつけの薬局にこのシートをもって相談してください。

かかりつけがない場合は下記の機関にご相談ください。



茨城県薬剤師会

(<http://www.ipa.or.jp/>)

TEL：029-306-8934

FAX：029-306-8040

症状・検査データ
服薬状況
副作用
生活上の注意

かかりつけ薬局も
ケアマネさんをつなが
がいたい

服薬や検査データに
ついての専門意見は
健康支援に有効

3) リハビリテーションつながるシート

◎下記の項目のいずれかにチェックが入った場合に、このシートを活用してください。

【主治医意見書から】

☐ 3. 加齢に伴って身体能力が低下し、日常生活に支障をきたしていること

☐ 3.(4)「その他の精神・神経症状」欄や自覚記載に、失調症・高次脳機能障害の記載があり生活上の支援を改善したい対象者

☐ 4. 「生活機能とサービスに関する意見」に(3)「転倒・骨折」または(4)「生活機能改善が「期待できる」または(5)「訪問リハビリ」か「通所リハビリ」のいずれかにチェックがある

☐ 4. 「生活機能とサービスに関する意見」の(6)「医師の観点からの留意事項」の「移動」「運動」「嚥下」のいずれかに「あり」のチェックがある

【認定調査票から】

☐ 「麻痺」や「拘縮」があり、1-2歩行、2-1移動、2-2移動が「見守り」または「一部介助」

☐ 「拘縮」が2か所以上であり、特に痛みなどの記載がある

☐ 1-3歩行、1-4転倒または主に支えが必要な対象者（改善の見込みが高い）

☐ 2-1移動または2-2移動または2-5歩行、2-6歩行が「一部介助」の対象者（改善の見込みが高い）

☐ 要介護3までの在宅生活者で、2-8歩行または2-9歩行が「一部介助」の対象者

☐ 要介護3までの在宅生活者で、4-3感覚が不安定または4-4介助に該当または4-14自分勝手に行動するが「時々ある」または「ある」の対象者（問題解決の可能性が高い）

主治医意見書・認定調査票に1つ以上☑が付いたら下記のつながるシートでアセスメントを行います。

ケアマネジャーのリハビリテーションつながるシート

利用者名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

診断名： _____ 発症日： _____ 年 月 日（発症 日）

性別：男・女 年齢： _____ 歳 介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5・申請中

生活自立度 _____ 認知症自立度 _____

1	麻痺の有無	☐ あり（重度・中程度・軽度）（部位 _____） ☐ なし
2	拘縮の有無	☐ あり（重度・中程度・軽度）（部位 _____） ☐ なし
3	痛みの有無	☐ あり（部位 _____）自覚痛・運動痛 ☐ なし
4	歩行機能	☐ 歩けない ☐ 自宅内は歩ける（介助・見守り・不安定・安定） ☐ 屋外も歩ける（100m・300m・500m・それ以上※補助具有・無）
5	排泄機能	☐ オムツ ☐ ポータブル（介助・自立） ☐ 尿瓶 ☐ トイレ介助 ☐ トイレ自立（自宅・外出先）
6	神経因性膀胱・便秘・失禁傾向等	☐ あり（ _____ ） ☐ なし
7	高次脳機能障害・認知行動障害	☐ あり（ _____ ） ☐ なし
8	実現したい趣味・活動・参加・興味関心	☐ あり（ _____ ） ☐ なし ☐ 未確認
9	改善したい生活行為やアドバイスを受けたいポイント等	

つながるシートの記入が済んだら、まずは普段連携をしているリハビリ専門職にこのシートをもって相談してください。

連携しているリハビリ専門職がいない場合は下記の機関にご相談ください。



茨城県リハビリテーション専門職協会
TEL：029-306-7765
FAX：029-353-8475

リハビリテーションつながるシート

リハビリテーションマネジメント個別リハビリ加算

入浴自立支援の加算

生活行為向上の具体性そして短期目標

相談し
本人に示すことが
意欲付けの大事な支援

4) 栄養状態つながるシート

◎下記の項目のいずれかにチェックが入った場合に、このシートを活用してください。

- 「主治医意見書から」
- 2 「特別な状態」の「解離の状態」にチェックが入っている
 - 3 「心身の状態に関する意見」の(1)「認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上」
 - 3 「心身の状態に関する意見」の(5)「身体の状態の体質の変化が「減少」にチェックが入っている
 - 4 「生活機能とサービスに関する意見」(2)「現在の栄養状態が「不良」もしくは留意点に記載がある
 - 4 「生活機能とサービスに関する意見」に(3)「解離」「意欲低下」「低栄養」「摂食・嚥下機能低下」「脱水」「高感敏性」「がん等による疼痛」のいずれかにチェックがある
 - 4 「生活機能とサービスに関する意見」(5)「訪問栄養食事指導」にチェックが入っている
- 「認定調査票から」
- 2-3 えん下が「見やり」または「できない」
 - 2-4 食事摂取が「見やり」または「介助」
 - 2-7 口腔機能が「一部介助」または「全介助」
 - 4-7 介離に状態が「ときどきある」または「ある」
 - 4-12 ひどいもの忘れが「ときどきある」または「ある」
 - 5-6 顕微視観察が「見やり」または「介助」

主治医意見書・認定調査票に1つ以上☑が付いたら下記のつながるシートでアセスメントを行います。

栄養状況についてのつながるシート

栄養士、管理栄養士に対象者の状況をもって 相談しましょう

対象者のことをよく説明できるよう情報を整理して

チェック項目や記載内容が対象者を共通理解して相談しやすくなるガイドラインです

ケアマネジャーの栄養状態つながるシート

利用者名: _____ 施設名: _____ 年 月 日 _____

性別: 男・女 年齢: _____ 歳 介護度: 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5・申請中

身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: (_____ kg/cm²) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

1	本人(家族)が食事について不安がある	☐ ある	☐ ない
2	食事摂取方法	☐ 口から食べたい ☐ 口から食べられる ☐ 経管栄養	
3	療養食等の医師の指示がある	☐ ある(療養食) ☐ ない	
4	食事形態	☐ ふつう ☐ やわらかめ ☐ トロトロ	
5	6ヶ月間で2〜3kgの体重減少がある	☐ ある ☐ ない	
6	食欲がないことがある	☐ いつもある ☐ ときどきある ☐ ない	
7	機能的に食べられない状況がある(摂食・嚥下機能の低下がある)	☐ ある(摂食等) ☐ ない	
8	床ずれ・皮膚の創傷がある	☐ ある ☐ ない	
9	食事のとり方	☐ 一人で食べられる ☐ 介助が必要	
10	食事摂取量(1日)	1日()食: 朝・昼・夕・夜食()割 全日: 少食・多食・適量 主食: ご飯()割・お粥()割・パン・麺 おかず: 肉()割・魚()割・卵()割	
11	香しい食品の偏りがある	☐ ある ☐ ない	
12	1日の水分摂取量	()割くらい	
	よく飲んでいる飲料	☐ お茶 ☐ コーヒー ☐ ジュース ☐ その他()	
13	栄養補助食品、補薬補助食品等の利用	☐ ある ☐ ない	
14	給食サービスを利用している(市営等)	☐ ある(給食) ☐ ない	
15	食事を伴う支援者がいる	☐ いる ☐ いない	
16	食事は一人で食べることが多い	☐ いつも ☐ ときどきある ☐ ない	
17	総菜を食べることが多い	☐ ある ☐ ない	

つながるシートの記入が済んだら、まずは連携をしている栄養士にこのシートをもって相談してください。

連携している栄養士がいない場合は下記の機関にご相談ください。



茨城県栄養士会
栄養ケア・ステーション
(<http://www.ibarakiken-eiyoushikai.or.jp/>)
TEL: 029-228-1089
FAX: 029-228-4271

5) 精神・認知機能つながるシート

◎下記の項目のいずれかにチェックが入った場合に、このシートを活用してください。

【主治医意見書から】

☐ 3.「心身の状態に関する意見」の(1)認知症高齢者の日常生活自立度が2以下

☐ 3.「心身の状態に関する意見」の(2)認知症の中核症状で「記憶なし」「自立」「失われる」以外

☐ 3.「心身の状態に関する意見」の(3)認知症の機能症状が「有」

☐ 3.「心身の状態に関する意見」の(4)その他の精神・神経症状が「有」

【認定調査票から】

☐ 認知機能 (3-1～3-9) のいずれかが、「時々できる～できない」や「できない」 (該当数: /9)

☐ 精神・行動障害 (4-1～4-15) のいずれかが、「時々ある」「ある」 (該当数: /15)

☐ 社会生活への適応 (5-1～5-4) のいずれかが、「1. (自立、できる、ない)」以外 (該当数: /4)

主治医意見書・認定調査票に1つ以上☑が付いたら下記のつながるシートでアセスメントを行います。

ケアマネジャーの精神・認知機能つながるシート

利用者名: _____ 確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

性別: 男・女 年齢: _____ 歳 介護度: 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5・申請中

1	精神科、心療内科等の専門医受診	☐ あり	☐ なし
2	他科も含め定期受診の確保	☐ あり	☐ なし
3	向精神薬または抗精神病薬の処方	☐ あり	☐ なし
4	抑うつ気分があるまたは興味・喜びの消失	☐ あり	☐ なし
5	拒薬	☐ あり	☐ なし
6	服薬アドヒアランス（服薬の理解）	☐ あり	☐ なし
7	会話がかみ合わない、または会話にならない	☐ あり	☐ なし
8	今までと比較して表情が乏しい、発語が減った	☐ あり	☐ なし
9	目を合わせない	☐ あり	☐ なし
10	BPSD(徘徊、異食、失禁、奇声、易怒性、経夜逆転など)	☐ あり	☐ なし
11	麻痺や筋力低下以外の手の震えや歩行のふらつき	☐ あり	☐ なし
12	入浴の拒否	☐ あり	☐ なし
13	不眠または睡眠過多	☐ あり	☐ なし
14	自発的な社会参加、外出の機会の減少	☐ あり	☐ なし
15	その他気になること（自由記載）		

つながるシートの記入が済んだら、主治医にシートをもって相談してください。

精神認知のつながるシート

医師の意見書を大切な指針に
具体的な留意点や対応を相談
生活の実情をよく知っている
ケアマネジャーの視点もお伝え
できるチャンス！
看護師 精神保健福祉士
作業療法士にも つながると
チームが強力になります

6) 在宅看護つながるシート

◎下記の項目のいずれかにチェックが入った場合に、このシートを活用してください。

【主治医意見書から】

☐ 1.(1)「診断名」に治療中の内科疾患として、糖尿病・高血圧・高脂血症・心疾患・呼吸器疾患等の記載がある

☐ 2.「特別な医療」のいずれかにチェックがある

☐ 3.「心身の状態に関する意見」の(2)(3)(4)の認知症や精神・神経症状に問題や困難がある。

☐ 3.「心身の状態に関する意見」の(5)「身体の状態」の「褥瘡」「その他の皮膚疾患」にチェックがある

☐ 4.「生活機能とサービスに関する意見」で(2)栄養・食生活に「全固介助」や「不食」にチェックがある

☐ 4.「生活機能とサービスに関する意見」で(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対応方針や(5)医学管理の必要性のいずれかにチェックがある

☐ 4.「生活機能とサービスに関する意見」で(6)サービス提供時における医学的視点からの留意事項の「あり」にチェックがある

☐ 4.「生活機能とサービスに関する意見」で(7)感染症の発症の「有」にチェックがある

【認定調査票から】

☐ 23～27が「見やり」「できない」「一部介助」「全介助」

☐ 51～59が「できる」以外

☐ 41～415が「ときどきある」「ある」

☐ 「過去14日以内に受けた医療」にチェックがある。

主治医意見書・認定調査票に1つ以上☑が付いたら下記のつながるシートでアセスメントを行います。

ケアマネジャーの在宅看護つながるシート

利用者名： _____ 確認日： _____

性別：男・女 年齢： _____ 歳 介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5・申請中

1	症状・生活の変化	☐ 1ヶ月前と違いがある ☐ 1週間前と違いがある ☐ 不明または判断できない ☐ 1週間前と症状・生活が変わらない
2	栄養状態	☐ 適切 ☐ るい瘦 ☐ 肥満 ☐ 低下
3	嗜好品	☐ たばこ ☐ 飲酒
4	運動習慣	☐ あり ☐ なし
5	血液データ等の確認	☐ あり ☐ なし
6	褥瘡若しくは繰り返す皮膚疾患	☐ あり 具体的な状態 (_____) ☐ なし
7	排泄（排便・排尿）の異常	☐ あり ☐ なし
8	1年間に3回以上の入院の繰り返し	☐ あり ☐ なし
9	本人が通院をしていない（家族等の代理受診）	☐ あり ☐ なし
10	その他気になること（自由記載）	

※1 が「1ヶ月前と違いがある」「1週間前と違いがある」「不明または判断できない」であれば訪問看護へ連絡

※6の褥瘡・皮膚疾患があり、8の1年間に3回以上の入院のくりがえしありは、訪問看護へ連絡

連携している訪問看護事業所等がない場合は下記の機関にご相談ください。

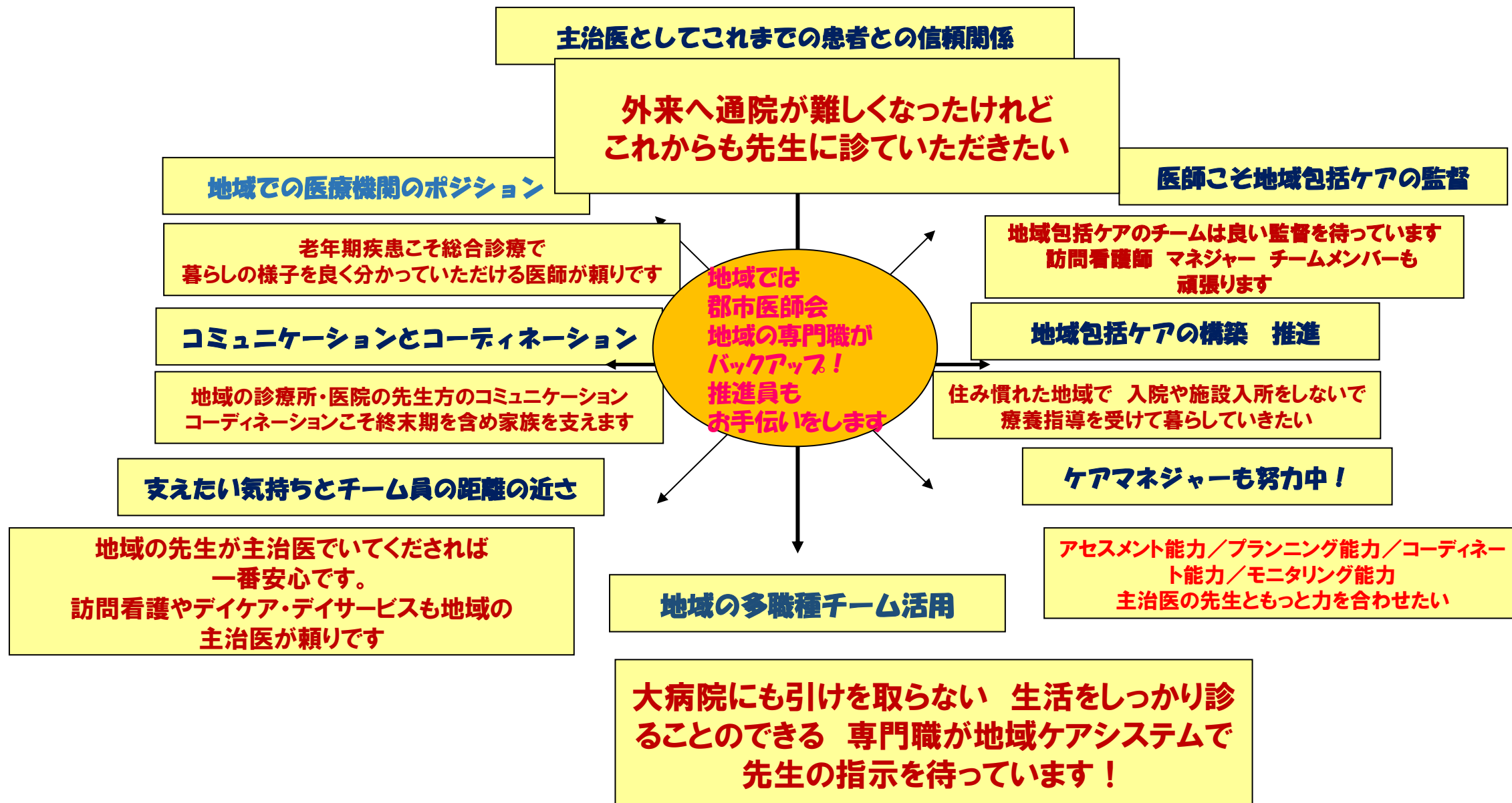


茨城県訪問看護サポートセンター
電話：029-221-7730(茨城県看護協会内)
電話：029-826-6551(土浦訪問看護ステーション内)

看護職は 主治医との連携をいつもサポートしてくれる頼れる 頼れる相棒

外来に 入所スタッフに 訪問看護に 通所事業所に 保健センターに 地域に 看護協会にも 応援してくれるナースがいます

在宅医療は時代の要望



地域の財産となるような



朗らかで 元気で 素敵な 作業療法士！
力量を増す 対人援助の専門職 OTでありたい
通所介護 太陽と鳩たちは地域の頼れるリハビリ資源！