

# 「住み慣れた地域での生活のために」

○「できない」を補うサービスから「できる」を増やし、「している」を実現する自立支援へ

○状態のみに着目するのではなく、要介護状態にいたる直接的及び間接的な原因にも着目して設定する。

## 軽度者の要介護状態等となる原因の例

直接的な原因

間接的な原因・背景

転倒による骨折

徐々に生活機能が低下  
(廃用症候群)

妻の死別といった  
家族構成の変化  
↓  
食欲の低下      外出しない  
↓  
運動機能の低下

尿もれが気になる  
↓  
閉じこもり

## 新予防給付によるサービスの例

### プログラムの例

- ◇生活自立能力の向上
  - ◇栄養改善
  - ◇社会参加の促進
  - ◇運動機能の向上
- 等が実現できるプログラムの実施

### プログラムの例

- ◇尿失禁への対応
  - ◇社会参加の促進
- 等が実現できるプログラムの実施

要介護状態等

# 患者と主治医

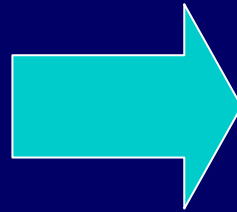
## 外来患者



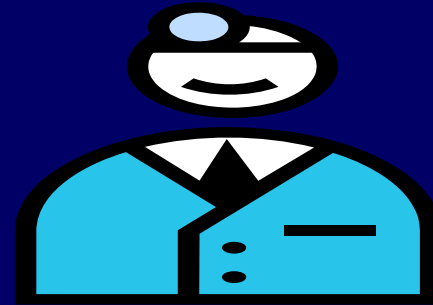
基本チェック  
リスト  
自己記載

### 生活機能関連項目

- ・ 外出頻度
- ・ 屋内／屋外  
移動の自立度
- ・ 痛みの有無  
など



## 主治医(医療機関)



### (期待される役割)

1. 傷病に関する診断・治療
2. 生活機能低下要因の評価と除去
3. 外来患者の生活機能の把握  
(ハリスク群の抽出)
4. 日常生活の指導助言
5. 状況に応じた関係機関の紹介  
(専門医、地域包括支援センター等)
6. ケアマネや地域包括支援センター  
職員との連携

# 基本チェックリスト

		問診項目	回答	
生活機能一般	1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
	2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
運動器関連	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
栄養	11	6ヵ月間で2~3Kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
	12	身長( )cm 体重( )kg BMI=( )		
口腔機能	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
	15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
	17	昨年に比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
認知機能	18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
うつ状態	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
	22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
	23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ