----------------------------------------------------------------------------------------

**第９期後志広域連合介護保険事業計画（用語集）**

----------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| **１居宅サービス** | **訪問介護**  訪問介護員(ホームヘルパー)が利用者の居宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の介護や調理、洗濯、掃除等の家事を行うサービス。 |
| **訪問入浴介護**  自宅の浴槽での入浴が困難な方に対して、浴槽を積んだ入浴車が利用者の居宅を訪問し、看護職員や介護職員が入浴の介護を行うサービス。 |
| **訪問看護**  医師の指示に基づき、看護師等が利用者の居宅を訪問し、健康チェック、療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービス。 |
| **訪問リハビリテーション**  医師の指示に基づき理学療法士や作業療法士等が利用者の居宅を訪問し、利用者の心身機能の維持回復および日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うサービス。 |
| **居宅療養管理指導**  在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが家庭を訪問し療養上の管理や指導、助言等を行うサービス。  また、ケアマネジャーに対して、ケアプランの作成に必要な情報提供も行う。 |
| **通所介護（デイサービス）**  日中、老人デイサービスセンターなどに通ってもらい、食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や生活機能訓練などを日帰りで提供するサービスで、利用者の心身機能の維持向上と、利用者の家族負担の軽減を図る。 |
| **通所リハビリテーション（デイケア）**  介護老人保健施設や診療所、病院において、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図るサービス。 |
| **短期入所生活介護（ショートステイ）**  特別養護老人ホームなどの施設に短期間入所してもらい、食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練などを行うサービス。 |
| **短期入所療養介護（ショートステイ）**  介護老人保健施設や診療所、病院などに短期間入所してもらい、医師や看護職員、理学療法士等による医療や機能訓練、日常生活上の支援などを行うサービス。 |
| **福祉用具貸与**  利用者の日常生活における自立支援や介護者の負担軽減を図るため、福祉用具をレンタルできるサービス。 |
| **特定福祉用具購入**  要介護・要支援認定者を対象として、自宅での自立した日常生活をサポートするため、入浴や排せつに用いる貸与になじまない福祉用具を購入する際に費用が一部支給される制度。 |
| **住宅改修**  在宅の利用者が、住みなれた自宅で生活が続けられるように、自宅の手すりの取り付け、段差の解消、滑り防止等の床材変更、扉の取替え、便器の取替え改修を行う場合、申請に基づき、その費用の一部を住宅改修費として給付する。 |
| **介護予防支援**  要支援１または要支援２の認定を受けた方が、自宅で介護予防のためのサービスを適切に利用できるよう、ケアプラン（介護予防サービス計画）の作成や、サービス事業所との連絡・調整などを行う。 |
| **居宅介護支援**  要介護１～５の認定を受けた方が、自宅で適切にサービスを利用できるように、ケアマネジャー（介護支援専門員）が心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等に沿って、ケアプラン（居宅サービス計画）を作成したり、ケアプランに位置づけたサービスを提供する事業所等との連絡・調整などを行う。 |
| **特定施設入居者生活介護**  介護保険の指定を受けた介護付有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などが、入居している利用者に対して入浴・排せつ・食事等の介護、その他必要な日常生活上の支援を行う。 |
| **２地域密着型**  **サービス** | **定期巡回・随時対応型訪問介護看護**  日中･夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が一体的にまたは密接に連携しながら、定期巡回と随時の対応を行う。  １つの事業所で訪問介護と訪問看護を一体的に提供する「一体型」と、訪問介護を行う事業者が地域の訪問看護事業所と連携をしてサービスを提供する「連携型」がある。 |
| **夜間対応型訪問介護**  夜間において、①定期的な巡回による訪問介護サービス、②利用者の求めに応じた随時の訪問介護サービス、③利用者の通報に応じて調整・対応するサービスを行う。 |
| **地域密着型通所介護**  日中、利用定員18人以下の小規模の老人デイサービスセンターなどに通ってもらい、食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や生活機能訓練などを日帰りで提供するサービスで、利用者の心身機能の維持向上と、利用者の家族負担の軽減を図る。 |
| **認知症対応型通所介護**  老人デイサービスセンターや特別養護老人ホームなどにおいて、通所してきた認知症の利用者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護や生活等に関する相談、健康状態の確認、機能訓練等を行う。 |
| **小規模多機能型居宅介護**  通いによるサービスを中心にして、利用者の希望などに応じて、訪問や宿泊を組み合わせ、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練を行う。 |
| **看護小規模多機能型居宅介護（旧・複合型サービス）**  「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」を組み合わせて提供するサービスで、要介護度が高く、医療的なケアを必要とする人が、住み慣れた家や地域で安心して生活することが可能になる。 |
| **認知症対応型共同生活介護（グループホーム）**  認知症の高齢者が共同で生活する住居において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行います。  少人数（5人～9人）の家庭的な雰囲気の中で、症状の進行を遅らせて、できる限り自立した生活が送れるようになることを目指す。 |
| **地域密着型特定施設入居者生活介護**  介護保険の指定を受けた入居定員が29人以下の介護付有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などが、入居している利用者に対して入浴・排せつ・食事等の介護、その他必要な日常生活上の支援を行う。 |
| **地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護**  定員が29人以下の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所している利用者に対して、入浴・排せつ・食事等の介護といった日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を行う。 |
| **３施設サービス** | **介護老人福祉施設**  寝たきりや認知症などで、常に介護が必要で自宅での生活が難しい方のための施設。入所により、入浴・排せつ・食事などの介護、機能訓練、健康管理、療養上の世話などが受けられる。介護老人福祉施設は、老人福祉法では、特別養護老人ホームと呼ばれている。また、定員29人以下の小規模で運営される地域密着型介護老人福祉施設もあり、少人数の入所者に対して介護老人福祉施設と同様のサービスを提供する。 |
| **介護老人保健施設**  入所者に対してリハビリテーションなどの医療サービスを提供し、家庭への復帰を目指す施設。利用者の状態に合わせた施設サービス計画（ケアプラン）に基づき、医学的管理のもとで、看護、リハビリテーション、食事・入浴・排せつといった日常生活上の介護などを併せて受けることができる。 |
| **介護医療院**  長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設。 |
| **介護療養型医療施設**  慢性疾患を有し、長期の療養が必要な方のために、介護職員が手厚く配置された医療機関（施設）。病状は安定していても自宅での療養生活は難しいという方が入所して、必要な医療サービス、日常生活における介護、リハビリテーションなどを受けることができる。特別養護老人ホームや介護老人保健施設に比べて、医療や介護の必要度が高い方を対象にしている。（介護医療院へ転換のため、2024年3月末で廃止） |
| **４その他** | **IADL**  「手段的日常生活動作」（Instrumental Activities of Daily Living）の略称  IADLは、ADL（食事、排泄、移動など、日常生活を送るために必要な基本的な動作を指す）よりも高次で複雑な動作を指す。公共交通機関の利用や電話を使ったコミュニケーションなどが含まれる |
| **ICT**  情報通信技術（Information and Communication Technology）の略称。  情報や知識をデジタル化してネットワークを通じて共有する技術。 |
| **ADL**  「日常生活動作」（Activities of Daily Living）の略称  食事、排泄、移動など、日常生活を送るために必要な基本的な動作を指す |
| **HARP**  一般社団法人北海道リハビリテーション専門職協会（Hokkaido-Association-of-Rehabiltation-Professionals）の略称。  北海道内のリハビリテーション活動の円滑な推進と発展を図り、道民の健康と福祉の向上に寄与することを目的として設立された機関。 |
| **KDB**  国保データベース（KDB）システム。国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステム。  保健師等が手作業で行ってきた健康づくりに関するデータ作成が効率化され、地域の現状把握や健康課題を明確にすることが容易となる。 |
| **OJT**  現任訓練（On-the-Job Training）の略称。  職場の上司や先輩などの指導者が新入社員や業務未経験者などの研修生に対して、実際の職場で必要な技術やノウハウを、実務を通じて教育・育成する方法。 |
| **アウトリーチ**  支援が必要であるにもかかわらず自発的に申し出をしない人々に対して、行政や支援機関が積極的に働きかけて情報や支援を届けるプロセス。 |
| **アウトカム指標**  アウトカム指標とは、施策・事業の実施により発生する効果・成果を表す指標。  高齢者が豊かな人生を実感できるための生きる資源が健康であり、そのために要支援・ 要介護状態にないようにすることが本事業の主要なアウトカム指標である。  アウトカム指標は、生活機能等の個人レベルで測定するものと、要介護認定者数等のように自治体全体として測定するものがある。 |
| **アウトプット指標**  アウトプット指標は、アウトカム指標の目標を達成するために必要な事業実施量。  各事業の参加者数、実施回数をもとに既存事業の事業量を算出し、市町村における実行可能性を考慮して介護予防事業の事業量の見込みを算出して目標値を設定する。 |
| **アセスメント**  アセスメントとは、本来「評価」「査定」という意味を指す言葉であり、客観的な視点をもって解決すべき課題を分析するために行われる。  介護福祉においては、利用者が直面している課題を把握・分析し、どのようなサービスが必要なのか、何を望まれているのかを明確にすることが目的。 |
| **介護福祉士**  社会福祉士及び介護福祉士法によって創設された、サービスを提供する事業所・施設の介護職員などが取得する、介護専門職の国家資格。介護福祉士の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識および技術をもって、身体上または精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者に心身の状況に応じた介護（2015(平成27)年度からは喀痰吸引等を含む）を行い、並びにその者およびその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者をいう。資格取得のためには、介護福祉士養成施設を卒業するか介護福祉士国家試験等の合格が必要となる（2015(平成27)年度からは養成施設卒業者も国家試験合格が必要）。 |
| **介護認定**  介護保険制度において要介護認定・要支援認定の判断を行う。実際の審査判定業務は、認定調査票の「基本調査」と「特記事項」および「主治医意見書」に基づき、要介護状態または要支援状態に該当するか否か、該当する場合には、どの要介護度（要介護状態区分〔要介護１～５〕または要支援状態区分〔要支援１・２〕）に相当するのかについて行われる。 |
| **介護予防**  要介護状態になることをできるだけ防ぐとともに、要支援状態になっても状態の悪化を防ぐこと。 |
| **通いの場**  通いの場とは、地域の住民同士が気軽に集い、一緒に活動内容を企画し、ふれあいを通して「生きがいづくり」「仲間づくり」の輪を広げる場所。 地域の介護予防の拠点となる場所でもある。 |
| **基本チェックリスト**  高齢者が自身の生活や健康状態を振り返り、心身の機能で衰えているところがないかチェックするためのツール。平成18年度の地域支援事業の開始に伴い、要介護状態等となるおそれの高い虚弱な状態にあると認められる65歳以上の方を把握する事業のために、厚生労働省より提示された。 |
| **キャリアパス**  各法人の理念をもとに、求める人材像や教育方針が職員全体に理解されたうえで、介護職員が自ら将来像を描き、段階的に目標を設定するためのツール。  また、自ら描いた将来像を実現するために職員が主体的に学習すべきことや、それを支援するために法人が整備すべき研修体系等、各法人において職員一人ひとりのキャリアアップを通じた自己実現が可能となる道筋を示さなければならない。 |
| **ケアマネジャー**  介護保険制度で、利用者の生活や介護に関する相談に応じるとともに、ケアマネジメントという手法を用い、利用者がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう、市区町村、サービスを提供する事業所、施設などとの連絡調整等を行う人のこと。「介護支援専門員」は、ケアマネジャーの仕事に必要な資格の名称でもある。 |
| **主任ケアマネジャー**  専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して５年（60か月）以上等の条件を満たした者は、研修を受けることにより、主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）になることができる。  主任介護支援専門員とは、介護支援専門員の業務に関し、十分な知識と経験を有する者で、所定の研修を受講することで与えられる上位の資格。新人の介護支援専門員の指導や育成はもとより、介護が必要な高齢者のケアプランの作成、介護支援専門員への支援にあたる。地域包括支援センターでは必置となっており、社会福祉士や保健師などとチームを組み、地域の高齢者の保健・医療・福祉の向上や虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどにあたる。 |
| **ケアマネジメント**  生活困難な状態になり援助を必要とする利用者が、迅速かつ効果的に、必要とされるすべての保健・医療・福祉サービスを受けられるように調整することを目的とした援助展開の方法。①インテーク（導入）、②アセスメント（課題分析）の実施、③ケアプラン原案の作成、④サービス担当者会議の開催、④ケアプランの確定と実施（ケアプランに沿ったサービス提供）、⑤モニタリング（ケアプランの実施状況の把握）、⑥評価（ケアプランの見直し）、⑦終了、からなる。利用者と社会資源の結び付けや、関係機関・施設との連携において、この手法が取り入れられている。介護保険においては、「居宅介護支援」「介護予防支援」などで行われている。 |
| **ケアプラン**  利用者個々のニーズに合わせた介護保険制度内外の適切な保健・医療・福祉サービスが提供されるように、ケアマネジャー（介護支援専門員）が、ケアマネジメントという手法を用い、利用者・家族と相談しながら作成するサービスの利用計画のこと。ケアプランは、①利用者のニーズの把握、②援助目標の明確化、③具体的なサービスの種類と役割分担の決定、といった段階を経て作成され、公的なサービスだけでなく、インフォーマルな社会資源をも活用して作成される。 |
| **高額介護サービス費**  介護保険では、１か月間に利用したサービスの、１割または２割の自己負担の合計額（同じ世帯に複数の利用者がいる場合には、世帯合計額）が、負担上限額を超えたときは、超えた分が「高額介護サービス費」として後から支給される（償還払い）。高額介護サービス費の支給を受けるには、介護保険担当窓口に「高額介護サービス費支給申請書」の提出が必要。 |
| **高額医療合算介護サービス費**  高額介護合算療養費制度は、医療保険と介護保険における１年間（毎年８月１日～翌年７月31日）の自己負担の合算額が高額な場合に、自己負担を軽減する制度。 |
| **重層的支援体制整備事業**  地域住民が抱えるさまざまな課題に対し、包括的な支援をするため市区町村が新たに支援体制をつくる事業のこと。2021年4月に施行された「社会福祉法」の改正に伴い創設された。近年、介護と育児といったダブルケアや8050問題など、ひとつの家族の中に複数の課題があること、社会的孤立や生活困窮が多くの課題と深くつながっていることなどが明らかになっている。  重層的支援体制整備事業は、従来の分野別の支援体制ではカバーしきれない複雑化・複合化した課題に対応できる体制をつくることを目的としている。必須項目として定められているのは、誰一人取り残さないことを前提とした「属性を問わない相談支援」、相談者と社会とのつながりをつくるための「参加支援」、場や居場所を整備する「地域づくりに向けた支援」の三つ。これらを通じ、地域内の多機関が連携しながら相談者に伴走し、地域共生社会の実現に向けた支援を行なっている。 |
| **生活支援コーディネーター**  地域内で高齢者の生活支援サービスや介護予防サービスを提供する専門職。地域の住民組織や関係団体と連携し、高齢者が元気に生活できるように調整役として活動する。  生活支援コーディネーターの役割は以下のとおり。  1.高齢者の日常生活で感じている困りごとやニーズを把握すること。  2.生活支援サービスを設立し、高齢者の居場所づくりをサポートすること。  3.地域内の関係団体と連携し、地域包括ケアシステムを実現するための調整機能を果たすこと。 |
| **総合事業対象者**  総合事業は、訪問型サービスや通所型サービスなどを利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」と、介護予防に取り組む「一般介護予防事業」の2つに大きく分けられ、それぞれ対象者が異なる。  【介護予防・生活支援サービス事業】  要支援1、2の人、または基本チェックリスト（心身の状況を確認するツール）の結果、生活機能の低下がみられた人  【一般介護予防事業】  65歳以上のすべての人 |
| **地域包括支援センター**  地域の高齢者の心身の健康保持や生活の安定のために必要な援助を行うことを目的として設けられた施設。市区町村および老人介護支援センターの設置者、一部事務組合、医療法人、社会福祉法人などのうち包括的支援事業の委託を受けたものが設置することができる。主な業務は、①包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）、②介護予防支援、③要介護状態等になるおそれのある高齢者の把握などで、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の専門職が配置されている。 |
| **地域共生社会**  制度や分野ごとの縦割りから「支え手」「受け手」の関係を超えて地域住民や相談機関が「我が事」として関わり、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会の実現を目指す。 |
| **地域包括ケアシステム**  高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活を送れるように支えるために、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとするさまざまな支援（住まい、医療、介護、予防、生活支援）を、継続的かつ包括的に提供する仕組みをいう。地域包括ケアシステムの実現に向けて、日常生活圏域（中学校区等おおむね30分以内で必要なサービスを提供できる圏域）で地域包括ケアを有効に機能させる地域の中核機関として、地域包括支援センターの制度化が2005(平成17)年の改正介護保険法に盛り込まれた。また2011(平成23)年の同法の改正においても同様の趣旨の改正が行われた。 |
| **地域ケア会議**  高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。  具体的には、地域包括支援センター等が主催し、以下を実施する。  ○医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。  ○個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより地域に共通した課題を明確化する。  ○共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。 |
| **調整交付金**  市町村ごとの介護保険財政の調整を行うため、全国ベースで給付費の５％相当分を交付するものであり、具体的には、「高齢者中の後期高齢者の割合」と「高齢者の所得状況の格差」を調整する「普通調整交付金」と、災害等の特別な事情を勘案する「特別調整交付金」がある。 |
| **特定入所者介護サービス費**  介護保険施設入所者等の人で、所得や資産等が一定以下の方に対して、負担限度額を超えた居住費と食費の負担額が介護保険から支給される。  なお、特定入所者介護サービス費の利用には、負担限度額認定を受ける必要があり、市区町村に申請をする。 |
| **日常生活圏域**  高齢者が住み慣れた地域で生活し続けるために必要なサービスや施設がそろっている地域のこと。  日常生活圏域には、住宅、医療機関、介護施設、商業施設、公共施設などが含まれる。高齢者が自立して生活するための基盤となる地域であり、高齢者が住み慣れた地域で生活し続けるために重要な役割を果たしている。 |
| **認定調査**  本人の心身状態について本人や家族に質問し聞き取りをする調査であり、要介護認定を申請したら、事前に日程を相談したうえで認定調査員が対象者のもとに訪問する。  調査項目：身体機能、生活機能、認知機能など。利用中のサービスの状況や家族状況、自宅の状況など。 |
| **認知症サポーター**  都道府県等が実施主体となる「認知症サポーター養成講座」の受講者で、友人や家族への認知症に関する正しい知識の伝達や、認知症になった人の手助けなどを本人の可能な範囲で行うボランティアをいう。受講者には認知症を支援する目印としてオレンジリングが授与される。講座は厚生労働省が2005（平成17）年度より実施している「認知症を知り地域をつくる10か年」の構想の一環である「認知症サポーター100万人キャラバン」によるもの。 |
| **認定率**  認定率は、特定のグループや対象の中で、ある条件を満たす人数の割合を示す。  介護保険の分野で使われる場合、要介護（要支援）認定率は、高齢者に占める要介護（要支援者）数の割合を示す。 |
| **パブリックコメント**  行政機関が、政策を実施していくうえで、あらかじめその案を公表し、広く国民の皆様から意見、情報を募集する手続き。 |
| **PDCAサイクル**  「Plan（計画）→Do（実行）→ Check（評価）→ Action（改善）」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務の改善や効率化を図る手法の一つである。  この一連の循環を繰り返すことで継続的に成長していくことが PDCA サイクルの目的である。 |
| **標準給付費**  第１号被保険者の保険料算定の基礎となる介護サービスの総費用で、介護サービス総給付費、特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、審査支払手数料の合計となる。  [標準給付費は、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション及び福祉用具貸与などの居宅サービスの種類ごとに算定される](https://www.bing.com/ck/a?!&&p=7db6261a90a85f7fJmltdHM9MTcxNDM0ODgwMCZpZ3VpZD0zYWFlNjU2ZC1hYzg2LTZlOWQtM2JhYy02ODU3YTg4NjZkZDUmaW5zaWQ9NTc1Mw&ptn=3&ver=2&hsh=3&fclid=3aae656d-ac86-6e9d-3bac-6857a8866dd5&psq=%e4%bb%8b%e8%ad%b7%e4%bf%9d%e9%99%ba+%e6%a8%99%e6%ba%96%e7%b5%a6%e4%bb%98%e8%b2%bb%e3%81%a8%e3%81%af&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cubWhsdy5nby5qcC9jb250ZW50LzAwMDgwMTU1OS5wZGY&ntb=1)。 |
| **ブランチ**  ブランチとは小枝という意味。地域包括支援センターのブランチとは、住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための窓口 |
| **フレイル**  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 |
| **保険者機能強化推進交付金**  介護保険の保険者機能を強化するために創設された交付金であり、市町村や都道府県の高齢者の自立支援や重度化防止に向けた取組を支援する役割を果たしている。  市町村の取組の達成状況を評価する客観的な指標を設定し、高齢者の健康寿命の延伸を目指している。 |
| **モニタリング**  ケアマネジャーが行うケアマネジメントの一過程。ケアプランに照らして状況把握を行い、現在提供されているサービスで十分であるか、あるいは不必要なサービスは提供されていないか等を観察・把握すること。モニタリングされた事項は、ケアマネジャーのもとで評価され、必要に応じてサービス担当者会議などによりケアプランの変更を検討する。 |
| **リテラシー**  もともとは読み書きする力のことだったが、今はある分野に関する知識や判断力、活用する能力のことを指す。  情報を適切に理解したり、必要な情報を引き出したり、文章の流れを意図したり、記述や表現したりする能力。 |
| **リハビリテーション専門職**  心身に障害のある者の全人間的復権を理念として、高齢者や障害者の能力を最大限に発揮させ、その自立を促すために行われる専門的技術職。 |
| **ロジック**  複雑な問題を分析し、客観的な事実に基づいて体系的に考え、一貫した結論へと導いていく思考法を指す。  ロジックの主な特徴  1.分析的・客観的な思考：感情的な判断ではなく、事実に基づいた論理的な判断を行う。  2.整理・構造化：複雑な情報や概念を体系的に整理し、論理的な構造を見出す。  3.結論への収束：様々な要素を検討しながら、一貫した結論に至る。 |