

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議 運営マニュアル

【V e r 1 . 0 6】

令和7年4月

八女市 健康福祉部 介護長寿課

改訂履歴

版数	発行日	改定内容
V e r 1 . 0 0	令和3年4月1日	初版発行
V e r 1 . 0 1	令和3年5月19日	助言者への資料送付する タイミングの変更
V e r 1 . 0 2	令和4年3月31日	回数や様式の一部変更
V e r 1 . 0 3	令和4年4月11日	資料の追加
V e r 1 . 0 4	令和5年4月1日	運営方法全体の変更
V e r 1 . 0 5	令和6年4月1日	実施方法等の一部変更
V e r 1 . 0 6	令和7年4月1日	資料、様式の一部変更

目次

1	はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P. 6
2	ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議とは・・・・・・・・	P. 7
	（１）介護保険法の理念と制度改正の経過	
	（２）地域ケア個別会議の目的	
	（３）八女市の地域ケア会議の全体像	
	（４）様々な会議の役割	
3	実施方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P. 10
	（１）開催頻度	
	（２）主催者及び開催日時・会場	
4	会議の内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	P. 11
	（１）検討事例数	
	（２）検討に要する時間	
	（３）検討の対象者	
	（４）検討対象となる事例	
	（５）会議の参加者	
5	地域包括支援センターにおける事前の準備・・・・・・・・	P. 13
	（１）事例提供者への依頼	
	（２）提出資料	
	（３）会議資料の準備	
	（４）会議の事例検討順	
	（５）傍聴希望者への対応	
	（６）当日の役割分担	
	（７）事前の打ち合わせ	
6	事前準備（助言者）・・・・・・・・・・・・・・・・	P. 21
	（１）会議資料の受領	
	（２）会議を欠席する場合	
7	会議当日の対応・・・・・・・・・・・・・・・・	P. 22
	（１）準備物の確認	
	（２）会場のレイアウト	

- (3) 受付の対応
- (4) 会議開始前の確認事項
- (5) 会議に要する時間
- (6) 事例検討
- (7) 板書
- (8) 議事の記録
- (9) 会議終了時の対応

※有効な助言のための共通事項

- 8 会議終了後に行う事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 29
 - (1) 議事録の作成
 - (2) 資料の保管
- 9 その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 29

資料集・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 30

- 資料1 様々な会議の役割
- 資料2 会議運営のフローチャート
- 資料3 提出資料整理表
- 資料4－1 事例提供者用依頼文書（例）【通常開催】
- 資料4－2 事例提供者用依頼文書（例）【オンライン開催】
- 資料5－1 助言者用開催通知（例）【通常開催】
- 資料5－2 助言者用開催通知（例）【オンライン開催】
- 資料6－1 ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート(その1)記入要領
- 資料6－2 ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート(その2)記入要領
- 資料7－1 会議進行表（新規検討事例用）
- 資料7－2 会議進行表（モニタリング検討事例用）

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議 様式集・・・・・・・・・・ P. 5 0

様式 1 ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その 1）

様式 2 ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その 2）

様式 3 課題整理総括表

様式 4 お口の元気度セルフチェック表

様式 5 ケアマネジャーのための口腔アセスメント

様式 6 助言者シート

様式 7 出席者受付簿兼誓約書

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議 任意資料様式集・・・・・・・・・・ P. 5 8

任意 1 社会的フレイル・活動に関する質問

任意 2 バランス食事チェックシート

任意 3 介護予防アセスメント〔1〕基本チェックリスト

任意 4 介護予防アセスメント〔2〕追加項目

任意 5 生活機能評価（アセスメント）

1 はじめに

国は平成23年6月の改正介護保険法第115条の46第5項の規定に、関係者との連携努力義務を明記しました。そしてそれを具現化し、多職種協働のもと、フォーマルのみならずインフォーマルな資源やサービスも活用しながら、個別ケースの支援内容の検討を行い、その積み重ねを通し関係者の課題解決能力の向上や地域包括支援ネットワークを構築するための有効な手法として、地域ケア会議を位置づけました。

すなわち、地域ケア会議は①高齢者個人に対する支援の充実と、②それを支える社会基盤の整備とを同時に推進し、「地域包括ケアシステム」を実現させるための重要な一手法として期待されています。

このため今般、地域ケア会議を、①専門多職種の協働のもと、公的サービスのみならず他の社会資源も積極的に活用しながら、高齢者個人の課題分析と在宅生活の限界点を上げるための支援の充実に向けた検討を行い、これらの個別ケースの検討の積み重ねを通じて、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを地域全体に普及することにより、地域で高齢者を支えるネットワークを強化するとともに、②高齢者の自立を支援するための具体的な地域課題やニーズを行政に吸い上げ、社会基盤整備につなげる一つの手法として、位置づけられています。

このような状況下、八女市におけるこれまでの地域ケア会議の取り組みを振り返り、今後のあり方を検討する「地域ケア会議検証チーム」を設置し、議論を重ねてきました。その結果、事例提供者（ケアマネジャー）のみならず、会議参加者全員が「多職種の視点や考え方に気付き、ケアマネジメント支援の質を高める」ことの重要性・必要性を再認識しました。

今回、これまでの自立支援型地域ケア会議を「ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議」に名称を改めるとともに、運営マニュアルを策定しました。

この運営マニュアルは、全ての地域で同じ水準のケアマネジメント支援型地域ケア個別会議が開催できるよう支援するものであり、八女市に必要な地域包括ケアシステムを構築のためにケアマネジメント支援型地域ケア個別会議をこれまで以上に機能させることを目的としています。

2 ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議とは

(1) 介護保険法の理念と制度改正の経過

介護保険制度はその運営の中で見直しが図られ変化してきていますが、その基本となる理念は、介護保険法施行当初から法第一条で示されているように「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」に支援を行うことだと考えられます。

介護保険法（抄）

（目的）

第1条 この法律は、加齢に伴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、必要な保健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、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない。

厚生労働省は、団塊の世代が75歳以上になる2025年を目途に、高齢者が重度な要介護状態に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、各地域で、「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを推進しています。

特に「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おり、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」ことが重要です。

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いました。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り組みや、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てきました。

これらを踏まえ、平成26年介護保険法改正において介護予防の考え方は、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ものへ変遷してきています。

(厚生労働省 介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引きから一部引用)

(2) ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議の目的

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議は下記の目的で実施します。

- ① 高齢者の生活の質の維持・向上を図るために、多職種による協議により、生活上の課題を確認するとともに、医療・介護のサービスだけでなく、生活環境・生活習慣の改善や生活上の工夫、社会参加などを含めた具体的な支援策を検討する。
- ② 上記の検討を通じて、会議参加者全員が高齢者の生活の質を高めるための多職種の視点や考え方に気付き、ケアマネジメント支援の質を高める。
- ③ 高齢者の課題から地域全体の課題を把握する。

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議は、その名の通り特に②の「多職種の視点や考え方に気付き、ケアマネジメント支援の質を高める」ことを重視しています。

(3) 八女市の地域ケア会議の全体像

地域ケア会議には「個別課題解決」「ネットワーク構築」「地域課題発見」「地域づくり・資源開発」「政策形成」の5つの機能があります。

八女市の地域ケア会議においては、次の図で示す全体像で、その機能を担っています。

ア 地域ケア個別会議

地域包括支援センターが主催し、困難・複合的課題の解決を図る「課題解決型」（従前の「処遇困難型」）と、支援対象者のQOLの向上やケアマネジメントの質の向上を目指す「ケアマネジメント支援型」（従前の「自立支援型」）の2種類があります。

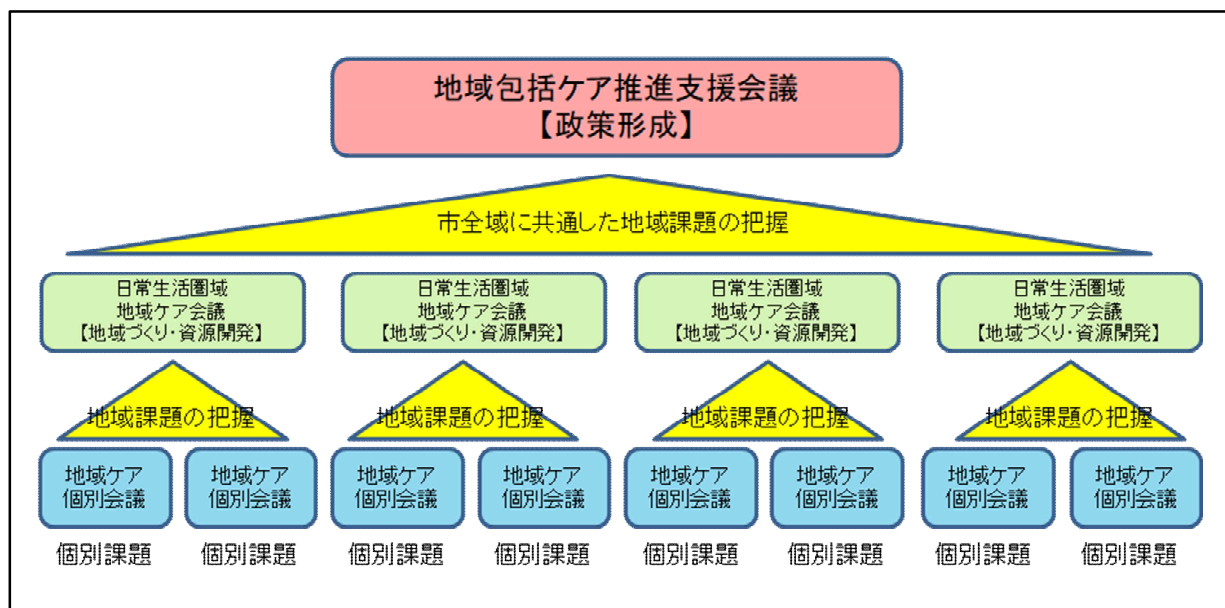
イ 日常生活圏域ケア会議（年3回程度）

地域ケア個別会議で見えてきた地域に共通する課題や社会資源を集約及び共有し、関係者間の調整、ネットワーク化、新たな資源開発及び地域づくりの検討を行います。

また、日常生活圏域ケア会議での協議・検討の内容を踏まえ、地域包括ケア推進支援会議に対して、政策形成に向けた提言を行います。

ウ 地域包括ケア推進支援会議（年2回程度）

日常生活圏域ケア会議からの提言を踏まえ、具現化に向けた検討を行います。



(4) 様々な会議の役割

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議に類似する会議について、その目的、根拠、参加者を比較し一覧にしましたので参考にご覧ください。

(資料1 「様々な会議の役割」)

3 実施方法

(1) 開催頻度

原則、月に1回開催します。ただし、開催頻度は地域の実情に合わせて調整することができます。

(2) 主催者及び開催日時・会場

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議は、地域包括支援センターが、主催します。

会議の日時及び会場は、地域包括支援センター担当課（以下「担当課」という。）と地域包括支援センターが会議を実施する前年度の2月までに年間の日程を助言者と調整の上決定します。

4 会議の内容

(1) 検討事例数

1つの会議で検討する事例数は、原則、新規検討2件、モニタリング検討2件の計4件です。モニタリング検討は、新規検討事例を約6ヶ月後に再検討するものです。新規検討後にサービス利用の終了や居宅介護支援事業所の変更などによりモニタリングができなくなった場合は、その事例を除いて検討を行います。

(2) 検討に要する時間

事例検討は、新規検討40分、モニタリング20分で設定しています。よって、1回の会議時間は概ね2時間となります。

(3) 検討の対象者

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議は、「高齢者の生活の質の維持・向上を図るため多職種による協議により、生活上の課題を確認するとともに、医療・介護のサービスだけでなく、生活環境・生活習慣の改善や生活上の工夫、社会参加などを含めた具体的な支援策を検討する」ことを目的としていることから、以下のとおり比較的軽度な状態の人で、かつ会議での助言・提案を伝えた時に、一定理解が可能な人が対象となります。

- ・ 事業対象者
- ・ 要支援者
- ・ 要介護者（1又は2）

(4) 検討対象となる事例

処遇困難事例（支援拒否、通常の支援では日常生活が立ち行かないなど）以外で、助言者である専門職（薬剤師、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士、主任介護支援専門員、生活支援コーディネーター等）の意見を聞き、「高齢者の生活の質の維持・向上」につなげたい事例です（例示すると次のとおりです）。

処遇困難事例については「課題解決型地域ケア個別会議」の事例として取り扱ってください。

ア 生活機能の向上が期待できる事例、向上させたい事例

- ・意欲のある対象者なのでもっと提案できる情報がほしい
- ・身体機能は回復してきたので社会参加をもっと活性化させたい
- ・福祉用具を活用したほうがADL・IADLが向上すると思うが利用につながらない

イ 生活機能の低下が予測される事例、低下を予防したい事例

- ・痛みやふらつきなどの心身機能の低下により、引きこもり、生活不活性の傾向があるので、今後このままでは生活機能の低下が予想される
- ・新たなサービスや活動を提案しているが受け入れられない。他の提案はないか

ウ 違った視点やスーパーバイズが欲しい事例

- ・長年担当している、あるいは同じサービスを長年続けているのでアセスメントの新たな視点はないか
- ・自分はこのプランで良いと思うがどうだろう
- ・助言者の専門職に教えてほしいことがある（薬、食事、口腔、リハビリ、地域資源等で教えてほしいことがある。）
- ・ケアマネジャーの経験がまだ浅いので自信がない など

(5) 会議の参加者

ア 運営（地域包括支援センター）

運営者である地域包括支援センターは次の4つの役割を担います。1つの会議における配置を固定させるか、途中で交代するかは各地域包括支援センターの判断をお願いします。また、司会者や助言者の会議での経験等を踏まえ、円滑な進行が可能であれば1人が複数の役割を担っても構いません。

(ア) 司会：会議の進行、論点の整理、まとめ等を行います。

(イ) 板書：会議内容の板書を行います。

(ウ) 記録：議事の記録を行います。

(エ) 事例提供者のサポート：事例提供者が、助言の発言を誤解したり対応に窮した場合などに議論の趣旨を要約整理するなど、事例提供者の質疑応答をサポートします。

イ 助言者

助言者は、各年度当初までに担当課が各職能団体等から推薦を受け選任し、各地域包括支援センターにお伝えします。

(ア) 歯科衛生士（福岡県歯科衛生士会からの推薦）

(イ) 主任ケアマネジャー（八女筑後地区介護保険連絡協議会 居宅介護支援専門員部会からの推薦）

(ウ) 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）（福岡県理学療法士会等からの推薦）

(エ) 管理栄養士（福岡県栄養士会からの推薦）

(オ) 薬剤師（八女筑後薬剤師会からの推薦）

(カ) 生活支援コーディネーター（八女市社会福祉協議会）

(キ) その他

ウ 事例提供者（ケアプラン作成者）

原則として、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに事例提供者として参加していただきます。（包括において、是非とも会議で助言をもらいたい事例があれば事例提供者として参加いただいても構いませんが、原則として居宅介護支援事業所の事例を優先して下さい。）

エ 傍聴者

運営やコメントに関わらない地域のケアマネジャー、専門職、実習生、市職員、他地区の地域包括支援センター職員など

5 地域包括支援センターにおける事前の準備

（資料2 「会議運営のフローチャート」参照）

（1）事例提供者への依頼

ア 新規検討事例

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議を開催する地域包括支援センターは（共催者がいる場合は共催者と調整の上）、前述「4 会議の内容」「（4）検討対象となる事例」を踏まえ、事例提供者に事例提供依頼を行ってください。

また、事例提供者となった居宅介護支援事業所のケアマネジャーには、必要に応じて事例提供者向けマニュアルをお渡しするとともに、ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議の目的や必要書類、会議の流れなどの概要をお伝えください。（資料4「事例提供者用依頼文書（例）」参照）

イ モニタリング検討事例

新規検討の事例提供依頼を行う際には、あらかじめ新規検討の会議終了後6カ月後にモニタリング検討の会議があることを伝えてください（日程が決まっている場合はあわせて伝えてください）。また、新規検討の会議終了後、事例提供者に議事録を送付する際には、あらためてモニタリング検討の会議の日程について説明し、出席を依頼してください。

（2）提出資料

ア 新規検討事例

事例提供者から地域包括支援センターに提出いただく資料等については次のとおりです。なお、個人を特定できる情報の部分（本人、親族、支援者等の氏名、生年月日、住所、電話番号、介護保険被保険者番号など）については、地域包括支援センターにてマスキングをしてください。

資料は、内容がきちんと記されているかどうか確認をしてください。明らかに内容に不備がある場合は確認のうえで追記等をお願いします。追記等が間に合わない場合は、会議当日に口頭にて報告をお願いします。

（ア）必須資料

次の資料は必ず提出をお願いします。

	書類の名称
1	利用者基本情報
2	基本チェックリスト (要介護者については、基本チェックリストの代わりに課題分析標準項目を記載したアセスメントシートなどADLやIADLが分かるものを提出していただいてもかまいません。)

3	①介護予防サービス・支援計画書（要介護者については、居宅サービス計画書・週間サービス計画書） ②課題整理総括表（介護予防アセスメント〔2〕追加項目及び生活機能評価（アセスメント）に替えることができます。） ①②どちらか一方を提出してください。両方提出しても構いません。
4	お口の元気度セルフチェック表もしくはケアマネジャーのための口腔アセスメント（どちらでも構いません。） 口腔環境を支援対象者自らがチェックし、支援対象者の気付きを促すとともに、支援者が口腔環境についての総合的なアセスメントを行い、口腔環境悪化の改善につなげる資料です。

（イ）任意資料

次の資料は、必ずしも提出する必要はありませんが、助言者からの確な助言を受けることができるよう、事例の内容に応じて資料の提出を推奨します。

省略する場合には、その資料でアセスメントされる事項が、他に提出される資料で補われているか確認をお願いします。

	名称	資料の目的/ 提出を推奨する場合	省略する場合
1	社会的フレイ ル・活動に関 する質問※	生活意欲が低下している場合など、支援対象者が具体的な目標を表示した場合には、有効なツールとなります。基本チェックリストのリスク判定で「閉じこもり」「認知症」「うつ」にチェックがつく場合など支援対象者の「社会参加」を進めていきたい事例は提出を推奨します。	「利用者基本情報」の「興味・楽しみ・特技」欄に興味・関心がある事項が記載されている。
2	バランス食事 チェックシー ト※	食事の内容・バランスを支援対象者自らがチェックし、支援対象者の気付きを促すとともに、支援者が食事につい	「利用者基本情報」の「1日の生活・過ごし方」欄等

		での総合的なアセスメントを行い、低栄養等の改善につなげる資料です。 基本チェックリストのリスク判定で「栄養改善」にチェックがつく場合など対象者の「低栄養」が気になる事例は提出を推奨します。	に基本的な食事の状況が記載されている。
3	薬剤情報	薬の名称だけでなく、用量、服用する時間、また複数の医療機関に通院している場合はそれぞれの薬の情報が大切となります。 薬の種類が多い場合や副作用など「多剤併用」等が気になる事例は提出を推奨します。	「利用者基本情報」の「現病歴・既往歴」欄等に薬剤の情報が記載されている。
4	その他	血液検査結果 糖尿や腎機能の障害などがある事例は提出を推奨します。 介護予防アセスメント[1]基本チェックリスト※ 介護予防アセスメント[2]追加項目※ 生活機能評価（アセスメント）※ モデル的に使用している帳票で、6カ月後のモニタリング状況が記入できる様式となっています。この帳票を使用した場合は、初回検討の概ね6カ月後のモニタリング状況について記入・提出のご協力をお願いしています。	

		動作の動画、環境の写真、住宅図面、福祉用具サービス計画書等 リハビリテーション専門職に本人の動作や環境の確認をしてほしい場合などには、動画、写真、図面などは効果的な資料となります。 動画や写真などは会議当日スマートフォン等での提供でも結構です。（事例提供者から地域包括センターに会議開始までにお伝えください。）	
--	--	--	--

※提出資料の中で様式が定められているものは、本マニュアル56頁以降に掲載しており、八女市公式ホームページからダウンロードできます。

URL:<https://www.city.yame.fukuoka.jp/>

イ モニタリング検討事例

（ア）必須資料

事例提供者に「ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その2）」の「3 モニタリング検討」の「提供者のモニタリング」欄及び「4 モニタリング時アンケート」欄に記入していただいた上で、提出してもらってください。

（イ）任意資料

その他、モニタリングの検討を行う上で、検討の参考となる資料があれば、事例提供者から提出してもらってください。

（3）会議資料の準備

ア ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シートは、会議の円滑な進行を図るために、支援対象者の基本情報や課題の要点などをあらかじめ記載する様式です。また、会議中のメモ用紙の役割や、会議終了後の議事録の役割も果たします。

（ア）新規検討事例

地域包括支援センターは、提出資料や事例提供者からの聞き取りにより、ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シートの必要事項を記入します。(資料6－1「ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート(その1) 記入要領」参照)

事例提供者からの聞き取りにあたっては、特に助言が欲しい点や解決したい課題などを聞き取り、あらかじめ論点整理に留意するとともに、これまでの検討事例を踏まえ、よりよい助言を受けるために事例提供者があらかじめ確認しておいた方が良い情報をアドバイスするなど、当日の議論が深まるように努めてください。

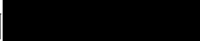
(イ) モニタリング検討事例

地域包括支援センターは、事例提供者から提出された、ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シートに必要事項を追記します。(資料6－2「ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート(その2) 記入要領」参照)

イ 個人情報のマスキング処理

事例提供者から提出された資料の、個人を特定できる情報の部分(本人、親族、支援者等の氏名、生年月日、住所、電話番号、介護保険被保険者番号など)については、地域包括支援センターにてマスキングを行います。

住所については支援対象者の自宅の周囲の地域資源がわかるように、番地(○番地)のみをマスキングしてください。

(例：八女市立花町谷川123番地4⇒八女市立花町谷川)

ウ 資料のコピー

次の（ア）、（イ）の資料を次の要領で必要部数コピーしてください。

（ア）ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート

※単独でA 4 両面コピー

（イ）事例提供者提出資料

- ・事例ごとに「（イ）事例提供者提出資料」をセットでA 4 片面コピー、短辺が横、長辺が縦になるように左上ホッチキス留め。
- ・事例提供者から提出された資料がA 4 以外の場合は、適宜縮小・拡大コピーによりA 4 サイズに合わせる。

- ・表紙となる地図の右上には「コピー禁止」、右下には「担当する包括支援センター名（例：八女）」を大きく目立つように記載する。なお、「コピー禁止」の記載については、できればコピー機のスタンプ機能等で全ページに記載することが望ましい。
- ・資料の「右下」部に一連のページ番号を記載する。
- ・事例提供者提出資料は上記 5 （2）「提出資料」に記載の順序で並べる。
- ・マスキングした文字が映らないようにコピー濃度には留意する。

エ 資料の必要部数

下記を参考に必要部数をコピーしてください。（10 部程度あれば足りると思われます。）

- ・事例提供者 各 1 部（新規事例提供者 2 人、モニタリング 2 人）
- ・サービス提供事業所 必要部数
- ・助言者 必要部数
- ・傍聴者 適宜
- ・地域包括支援センター 必要部数
- ・担当課 1 部

オ 助言者への資料送付

会議開催の2週間前には、助言者に開催通知と資料を送付してください。また、助言者からの求めがある場合は助言者の所属長宛の依頼文を同封してください。(資料5 「助言者用開催通知(例)」参照)

個人情報が多く含まれることから、特定記録やレターパックなど配達結果が確認できるサービスを利用してください。手渡しの場合は、封筒に入れて配布するようにしてください。資料送付にメールを活用しても構いませんが、添付ファイルにはパスワードを付与してください。

また、担当課への提出は、指定フォルダへのデータ保存とします。

カ 当日配布の資料

助言者への資料送付後に、事例提供者からの追加資料の提供や、助言者から提案に役立つ資料の提供があった場合は、あらかじめ必要部数コピーの上、会議当日に配布してください。

(4) 会議の事例検討順

事例提供者の都合等を確認して、会議を開催する地域包括支援センターが決定します。その上で、地域包括支援センターは、事例提供者に事例検討の時間をあらかじめ知らせ、事例検討開始10分前にはご来場いただくようお願いください。

(5) 傍聴希望者への対応

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議は、会議運営に支障がない範囲においては、見学すること自体に制限はかけておりません。傍聴を希望するケアマネジャー、専門職、実習生などがいる場合は、会場の広さなど問題なければ応じていただいて結構です。傍聴者については、会議資料を当日配布し会議後回収するご対応をお願いします。なお、案内文書は発送しないため、電話にてご案内もしくは八女市ホームページの閲覧をお伝えください。オンライン開催の場合については、ID及びパスワードを口頭でお伝えください。

（６）当日の役割分担

会議を開催する地域包括支援センターは会議前までに、「４ 会議内容（５）
会議参加者 ア 運営（地域包括支援センター）」の司会、板書等の役割を決めます。

（７）事前の打ち合わせ

会議を開催する地域包括支援センターは、必要に応じて、面談、電話等により事例提供者と事前打ち合わせを行います。また、生活支援コーディネーターとも地域性のどの点を詳しく説明するか等事前打ち合わせをお願いします。

6 事前準備（助言者）

（１）会議資料の受領

会議開催の２週間前頃に、地域包括支援センターから会議資料を送付します。助言者は、会議当日に円滑に質問・提案ができるように、あらかじめ会議資料を確認するよう努めてください。助言内容は、会議終了までに助言シートに記入し地域包括支援センターにお渡しください。（様式６ 「助言者シート」参照）

また、事例提供者への提案には、資料の提供も有効な手段の一つです。会議の参加者全員の「気付き」につなげるためにも、会議参加者全員に配布したいので、資料の提供がある場合には、会議開催の前日までに主催する地域包括支援センターに電子メールやファックスでご送付いただくか、当日お持ちいただく場合は１０部程度ご準備ください。

（２）会議を欠席する場合

助言者は、やむを得ず会議を欠席する場合は、団体内で代理出席者をご調整の上、すみやかに担当課までご連絡ください。担当課から主催する地域包括支援センターに連絡します。代理出席者は、サブ助言者がいる場合は当該サブ助言者を、サブ助言者がいない場合は、助言者ご自身で調整をお願いします。

ます。また、すでに会議資料が郵送されている場合は、代理出席者に資料をお渡しください。なお、謝礼は代理出席者に支払います。

7 会議当日の対応

(1) 準備物の確認

会議資料：必要部数

長机、椅子：参加人数に基づいて用意してください。

除菌セット：感染対策に留意できるようにご用意ください。

ホワイトボード、ホワイトボードマーカー：板書用にご用意ください。

マイクセット：傍聴者にも会議内容が聞こえるように必要に応じてご用意ください。

ネームプレート：所属事業所名（助言者は所属団体名）、氏名を記入してください。

ボイスレコーダー：議事録作成のため必要に応じて活用してください。

運用マニュアル、事例提供者向けマニュアル：必要に応じて準備してください。

(2) 会場のレイアウト

会議の机は、基本的にはコの字型に配置してください。会場や会議参加者の状況によって、主催する地域包括支援センターが判断して変更していただいても結構です。傍聴者がいる場合は、会議の進行に支障がでない場所に席を設けてください。

(3) 受付の対応

会議参加者（助言者、事例提供者、傍聴者）には出席者受付簿兼誓約書に所属・氏名を記入していただくようお願いします。（様式7「出席者受付簿兼誓約書」参照）

(4) 会議開始前の確認事項

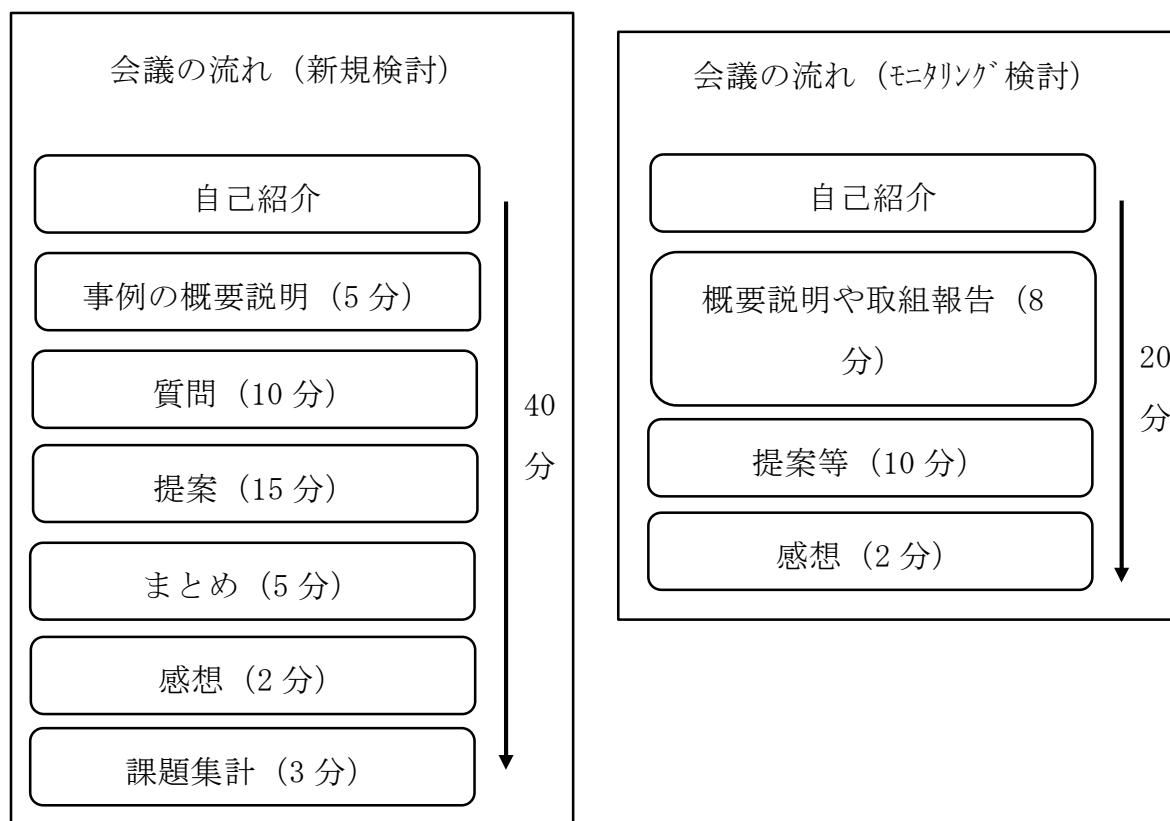
資料については、事例提供者・傍聴者には当日配布しますが、その他に事前の送付ができていない追加資料等があれば全員に配布します。

(5) 会議に要する時間

会議は2時間で行います。

事例によって検討にかかる時間に長短がありますので、会議全体を通じて適宜調整を行い、2時間で終了していただきますようよろしくお願いします。

(6) 事例検討（資料7 「会議進行表」参照）



ア 参加者の自己紹介

冒頭に参加者が自己紹介を行います（2事例目以降は、入れ替えがあった人のみの自己紹介となります）。

イ 事例の概要説明【5分】

司会者から、事例の概要説明を、ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シートに沿って行います。助言者には事前に資料一式を送付していますので、ここでは概要のみの説明となります。（ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その1）の「1 基本情報等」及び「2 初回検討」の「会議のテーマ」欄及び「事例提供者が、利用者の望む暮らしにむけて、改善したいこと・助言頂きたい内容」欄に基づき説明を行います。）

モニタリングでは、未達成項目を中心に報告します。達成項目のみの場合は、簡単に取組内容を報告し事例提供者への労いの言葉にて会議終了となります。未達成やケアマネジャーが対応して困った事があれば、助言を求めます。

事例提供者は、司会者の概要説明に、補足して説明を行います。特に、事例提供者には会議で検討したいこと、助言が欲しい点について説明をいただくと、その後の事例検討の議論が深まります。

また、サービス提供事業所が出席している場合は、同様に補足して説明を行います。

その後、生活支援コーディネーターから地域特性（地理的環境（幹線道路との関係）、商業施設・病院などの資源、まちづくり協議会などの活動内容、地域の高齢化率、街並みの特徴、その他の特徴）について説明を行います。モニタリングでは、前回の地域状況から更新した情報について説明を行ってください。

「特に助言が欲しい点、解決したい課題」欄について

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シートの「会議のテーマ」欄については、会議の論点を明確化するために、司会進行を行う地域包括支援センターが、事例提供者からの聞き取り等により記入します。

司会者・助言者は「会議のテーマ」欄に記載の内容を視点の中心に据えた議論を心がけてください。

ただし、ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議では、事例提供者が論点としたい内容以外についても、各専門職の視点から質問や提案を行い、そこから事例提供者の新たな気づきにつなげることも目的の一つだと考えています。

そのため、「事例提供者が、利用者の望む暮らしにむけて、改善したいこと・助言頂きたい内容」欄に記載の内容を議論の中心としつつ、その他の事項についてはバランスのよい議論となるように留意してください。

ウ 事例に対する質問【10分】 ※モニタリング事例ではなし

質疑応答は、事例ご本人の状態像を明確にし、生活課題とその背景を深く考察するために行います。場合によっては、質疑応答の中で、隠れていた課題や本人の強み等が引き出されることもあります。

助言者は、事例提供者への有益な助言をするために必要な質問をわかりやすく簡潔にさせていただきますようお願いします（すべての事例において、必ずしも質問する必要はありません）。質問する際は、質問の目的や根拠を明確にさせていただきますようお願いします。

一人の助言者から複数の質問がある場合は、まとめた質問・回答ではなく、一問一答でしてください。また、配布資料の具体的内容に基づいて質問する場合は、資料のページ数を指定して質問してください（資料の○ページに記載している□□の数値について…）。

司会者は、事例提供者が回答に窮しているときなどは、質問の内容を要約整理して伝えなおす、分からない場合は分からないと返答してよい旨を伝えるなど、適宜事例提供者のサポートをお願いします。

エ 助言者による提案（助言） 【15分】

事例ご本人の生活の質の向上に向けて、助言者から提案を行います。

助言者は、具体的かつ実現可能な提案を心がけていただきますようよろしくお願いいたします（すべての事例において、必ずしも助言する必要はありません）。また、質問同様、助言者は助言内容の根拠や意図、必要性が事例提供者に伝わるように発言していただきますようお願いします。

司会者は、助言者の提案が難解な場合や実践に移す上での情報が不足している場合は、提案の内容を要約整理して助言者に確認する、具体的な情報を助言者に質問するなど、適宜事例提供者のサポートをお願いします。

質問・提案にあたっての留意事項

事例提供者は緊張感・負担感を感じながら会議に臨んでいます。令和3年2月に実施したアンケートにおいても、会議が支持的な運営であることについて一定の評価をいただいておりますが、支持的な発言は好印象として残る一方で、否定的な発言はつらい印象として残っています。

助言者の皆様におかれましては、後述の「有効な助言のための共通事項」などを参考に、支持的なご発言をお願いします。

オ 検討結果のまとめ【5分】 ※モニタリング事例ではなし

司会者が、助言者からの提案のまとめを行います。(時間が押している場合は省略してください。)

カ 感想など【2分】

事例提供者は、提案の中から取り組めそうな項目を選択し、発表します。
(すべての提案について取り組んでいただく必要はありません。)

また、あわせて会議を通じての感想を発表します。

キ 課題集計【3分】 ※モニタリング事例ではなし

事例の課題を助言者全員の手挙げにおいて集計します。助言者は1人3回まで課題だと思うカテゴリーに手を挙げます。最も多かったカテゴリーを事例の最重要課題とします。

集計した課題は、各圏域分析に活用します。

(7) 板書

板書は会議の論点を整理するとともに、会議内での発言の要点を可視化し、共有するために行います。

板書する内容は、基本的には①事例を特定する情報、②論点を明確化する情報、③事例提供者の補足説明や質疑応答等により明らかになった新たな情報と、④助言者からの提案内容の4点になります。

支援対象者の基本情報の詳細など「ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート」に記載している内容は、あらためて板書する必要はありません

が、事例提供者が特に助言が欲しい点など会議の論点整理などに必要な情報は適宜板書し、論点の明確化に努めてください。

モニタリングでは、未達成項目に対する新たな助言や地域課題等を板書してください。達成項目のみの場合や対象者が入院・死亡の場合は、口頭説明のみで必ずしも板書の必要はありません。

事例検討終了後には、参加者が板書の内容を写真撮影する時間を設けてください。

板書のイメージ

①助言が欲しい点や本人・家族の希望

②助言の概要を記載

【家族】	【医療】	【サービス】	【地域】

④地域課題

会議で出てきた地域の課題について記載

(8) 議事の記録

議事録は、事例提供者から支援対象者に提案する際や、6カ月後のモニタリングの会議の際など、会議から日数が経過し会議内容の記憶が薄れた時点で活用することから、板書に比べ詳細さや正確さが求められます。このことから、助言者本人に助言内容を記載してもらう「助言者シート」を活用し、助言が適切に事例提供者に伝わるようにしてください。その他、板書とは別

に議事の記録者を配置したり、ボイスレコーダーで録音するなど状況に応じて対応してください。なお、ボイスレコーダーを使用する場合は参加者の同意を得てください。

(9) 会議終了時の対応

会議参加者全員の会議資料と助言者シートを回収します。

なお、オンライン開催の場合は、会議資料を担当課から提供する専用のファイルに編綴し、会議資料が散逸することの無いように、十分に留意してください。地域包括支援センターは当該年度最終のケア会議の際に、資料を1年間分まとめて回収します。

回収した会議資料は、地域包括支援センターの個人情報保護規程に基づき処分してください。

※有効な助言のための共通事項

厚生労働省が発行している手引きから、全職種に共通してより良い質問や提案につながると考えられる情報を抜粋して掲載しました。参考にご覧ください。

有効な助言のための共通事項（厚生労働省「専門職向け手引き」から抜粋）

- ・全ての参加者にわかりやすい表現を心がけ、専門用語は出来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。
- ・ポイントを絞って短時間で説明する。
- ・助言者として謙虚であることを意識し、威圧的にならないように配慮する。
- ・問いかけだけで終了せずに、参加者に有益になるアドバイスをすることに心がける。
- ・具体的かつ実行可能な助言をする。
- ・自分の専門に限らず、良いと思われる支援内容については、何が良いかを具体的に伝え、会議に参加している者で共有できるよう配慮する。

8 会議終了後に行う事項

(1) 議事録の作成およびフィードバック

議事録を作成（ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シートに記入）し、会議終了後概ね2週間以内に事例提供者に当日の板書の写真と助言者シートを添えて送付してください。

また、事例提供者にはモニタリング検討のケア会議の日程や会場を伝え、会議の2週間前にはモニタリング検討のための資料を提出するように依頼してください。

(2) 資料の保管

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シートを含む会議資料は、地域包括支援センター運営事業業務委託仕様書に基づき、適切に保管・保存してください。

9 その他

厚生労働省発行の介護予防活動普及展開事業の「市町村向け手引き」「専門職向け手引き」も参考にご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html

資料集

資料 1	様々な会議の役割
資料 2	会議運営のフローチャート
資料 3	提出資料整理表
資料 4－1	事例提供者用依頼文書（例）【通常開催】
資料 4－2	事例提供者用依頼文書（例）【オンライン開催】
資料 5－1	助言者用開催通知（例）【通常開催】
資料 5－2	助言者用開催通知（例）【オンライン開催】
資料 6－1	ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その 1）記入要領
資料 6－2	ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その 2）記入要領
資料 7－1	会議進行表（新規検討事例用）
資料 7－2	会議進行表（モニタリング検討事例用）

資料1 様々な会議の役割

会議の種類			開催主体	目的	根拠	参加者
地域ケア会議	個別ケア会議	ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議	地域包括支援センター	①高齢者の生活の質の維持・向上を図るために、多職種による協議により、生活上の課題を確認するとともに、医療・介護のサービスだけでなく、生活環境・生活習慣の改善や生活上の工夫、社会参加などを含めた具体的な支援策を検討する。 ②上記の検討を通じて、会議参加者全員が高齢者の生活の質を高めるための多職種の視点や考え方に気づき、支援の質を高める。	「介護保険法」 第 115 条の 48	歯科衛生士、主任ケアマネジャー、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士）、管理栄養士、薬剤師、生活支援コーディネーターなど
		課題解決型地域ケア個別会議	地域包括支援センター	地域で課題を抱えている高齢者等の個別事例について解決に向けたケース検討等により、対応が困難なケース等の支援を必要とする高齢者及びその家族に関し、課題分析等を行い、具体的な対応と支援計画を協議し、各種支援の実施につなげる。		検討事例に応じた関係者
	日常生活圏域ケア会議		担当課及び各支所	地域ケア個別会議で見えてきた地域に共通する課題や社会資源を集約及び共有し、関係者間の調整、ネットワーク化、新たな資源開発及び地域づくりの検討を行う。 また、日常生活圏域ケア会議での協議・検討の内容を踏まえ、地域包括ケア推進支援会議に対して、政策形成に向けた提言を行う。		
	地域包括ケア推進支援会議		担当課	日常生活圏域ケア会議からの提言を踏まえ、具現化に向けた検討を行う。		
	生活援助中心型検証会議		介護保険事業担当課	平成 30 年 10 月から生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上のケアプランについて保険者への提出を義務付け（例：要介護 1 の場合 27 回以上）届出後、必要に応じて開催。		「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第 13 条第 18 号の 2
サービス担当者会議		ケアマネジャー（契約が前提）	利用者の状況等に関する情報共有、サービス内容の検討及び調整など。	「指定居宅介護支援等の事業の人員及び	居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービ	

			運営に関する 基準」第 13 条第 9 号	ス等の担当者、主 治医、インフォー マルサービスの提 供者、本人・家族 など
高齢者虐待コアメンバー会 議	高齢者虐待担 当課	高齢者の虐待認定、対応の方針検 討、支援計画の策定※そのため、高齢 者虐待対応において、地域ケア会議を 開催するのは適切でない。ただし、高 齢者虐待防止に資する連携協力体制構 築のために、包括的支援事業の権利擁 護業務の一環として地域ケア会議を活 用することはあり得る。	「高齢者虐待 防止法」第 9 条 1 項、第 16 条	高齢者虐待担当 (係長級以上の管 理職など)、地域 包括支援センター 【任意】関係課、 ケアマネジャー、 医療機関、地域住 民など

資料2 会議運営のフローチャート

	時期	地域包括支援センター		事例提供者
新規検討の会議	会議開催 1カ月前頃 まで	・ケアマネジャーに事例提供を依頼		・提供事例の選定 ・対象者への説明 ・提出資料の整理 ・必要に応じてサービス提供事業所に会議の出席依頼
	会議開催 2週間前	・資料を整理、コピー ・資料に基づきケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シートを作成		・資料を地域包括支援センターに提出
	会議開催 2週間前	・資料一式を送付 (助言者、担当課宛)		
	会議当日	・会場設営 ・議事進行、板書 ・議事の記録		・質疑応答への対応
	会議終了後	・議事録の作成 ・議事録の送付 (事例提供者、担当課)		・提案を元に、対象者に働きかけなど
モニタリング検討の会議	会議開催 1カ月前～ 2週間前			・対象者の状態をモニタリング ・ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シートに記入
	会議開催 2週間前	・資料を整理、コピー		・ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート等を送付
	会議開催 2週間前	・資料一式を送付 (助言者、担当課宛)		
	会議当日	・会場設営 ・議事進行、板書 ・議事の記録		・質疑応答への対応
	会議終了後	・議事録の作成 ・議事録の送付 (事例提供者、担当課)		・新たな提案を元に、対象者へ働きかけなど

資料3 提出資料整理表

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議 提出資料		
新規事例	必須資料	個別会議シート(その1)
		利用者基本情報
		基本チェックリスト
		介護予防サービス・支援計画書 または 課題整理総括表
		お口の元気度セルフチェック表(ケアマネジャーのための口腔アセスメント)
	任意資料	社会的フレイル・活動に関する質問
		バランス食事チェックシート
		薬剤情報
		血液検査結果
		介護予防アセスメント[1]基本チェックリスト
		介護予防アセスメント[2]追加項目
		生活機能評価(アセスメント)
		写真・動画
		事業所の実施計画書
モニタリング事例	資 必 料 須	個別会議シート(その1)
		個別会議シート(その2)
	任意資料	利用者基本情報
		基本チェックリスト
		介護予防サービス・支援計画書 または 課題整理総括表
		お口の元気度セルフチェック表(ケアマネジャーのための口腔アセスメント)
		社会的フレイル・活動に関する質問
		バランス食事チェックシート
		薬剤情報
		血液検査結果
		介護予防アセスメント[1]基本チェックリスト
		介護予防アセスメント[2]追加項目
		生活機能評価(アセスメント)
		写真・動画
		事業所の実施計画書

資料４－１ 事例提供者用依頼文書（例）【通常開催】

見本

〇〇〇号
令和〇年〇月〇日

〇〇介護支援センター
管理者 〇〇 〇〇 様

〇〇地域包括支援センター
センター長〇〇

令和〇年度 第〇回八女市ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議の
開催について（ご依頼）

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素より格別のご高配を賜り、
厚くお礼申し上げます。

さて、地域包括支援センターでは地域包括ケアの深化・推進の一環として、地域
ケア個別会議の強化に取り組んでおります。下記の通り「ケアマネジメント支援型
地域ケア個別会議」を開催いたします。

つきましては、ご多忙中恐れ入りますが、〇〇 〇〇様の出席についてご配慮い
ただきますようお願い申し上げます。ご不明な点等ございましたら、担当までご連
絡ください。

記

1 日 時：令和〇年〇月〇日（〇） 14：00～16：30
（※13：45までにご来場ください）

2 場 所：〇〇会議室
（八女市〇〇番地）

3 開催方法：対面式

4 送付書類：1 地域ケア会議グラドルール・会議目的
2 事例提供者向けマニュアル（初めて参加される方のみ）
3 会議進行表（新規検討事例用）
4 課題分類シート

5 提出書類：①利用者基本情報
②基本チェックリスト
③介護予防サービス支援計画書
④課題整理総括表
⑤お口の元気度セルフチェック表
⑥その他任意資料

※ 提出資料は、令和〇年〇月〇日までに提出ください。

【提出・お問い合わせ先】

〒〇〇〇〇

住所

〇〇支援センター

TEL：〇〇〇〇

資料４－２ 事例提供者用依頼文書（例）【オンライン開催】

〇〇〇号
令和〇年〇月〇日

見本

〇〇〇介護支援センター
管理者 〇〇 〇〇様

〇〇地域包括支援センター
センター長〇〇

令和〇年度 第〇回 八女市ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議
の開催について（ご依頼）

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素より格別のご高配を賜り、
厚くお礼申し上げます。

さて、地域包括支援センターでは地域包括ケアの深化・推進の一環として、地域
ケア個別会議の強化に取り組んでおります。下記の通り「ケアマネジメント支援型
地域ケア個別会議」を開催いたします。

つきましては、ご多忙中恐れ入りますが、〇〇 〇〇様の出席についてご配慮い
ただきますようお願い申し上げます。ご不明な点等ございましたら、担当までご連
絡ください。

記

- 1 日 時 令和〇年〇月〇日（〇） 14：00～16：30
(※13：45までにご来場ください)
- 2 場 所 〇〇会議室
(八女市〇〇番地)
- 3 開催方法：オンライン会議（ZOOM ミーティング）
- 4 送付書類：1 地域ケア会議グラドルール・会議目的
2 事例提供者向けマニュアル（初めて参加される方のみ）
3 会議進行表（新規検討事例用）【オンライン会議用】
4 課題分類シート
- 5 提出書類：①利用者基本情報
②基本チェックリスト
③介護予防サービス支援計画書
④課題整理総括表
⑤お口の元気度セルフチェック表
⑥その他任意資料等

※ 提出資料は、令和〇年〇月〇日までにご提出ください。

【提出・お問い合わせ先】

〒〇〇〇〇

住所

〇〇支援センター

TEL：〇〇〇〇

資料 5－1 助言者用開催通知（例）【通常開催】

〇〇 〇〇 様

見本

〇〇〇号
令和〇年〇月〇日

〇〇地域包括支援センター
センター長〇〇

令和〇年度 第〇回八女市ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議への
助言者の出席について（ご依頼）

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素より格別のご高配を賜り、
厚くお礼申し上げます。

さて、地域包括支援センターでは地域包括ケアの深化・推進の一環として、地域
ケア個別会議の強化に取り組んでおります。下記の通り「ケアマネジメント支援型
地域ケア個別会議」を開催いたします。

つきましては、ご多忙中恐れ入りますがご出席いただきますようお願い申し上げ
ます。ご不明な点等ございましたら、担当までご連絡ください。

記

1 日 時：令和〇年〇月〇日（水） 14：00～16：30

2 開催場所：〇〇会議室
(八女市〇〇番地)

3 送付書類：①新規事例 1
②新規事例 2
③モニタリング事例 1
④モニタリング事例 2
⑤助言者シート 〇枚

※送付資料は、会議当日にご持参ください。

【お問い合わせ先】

〒〇〇〇〇

住所

〇〇支援センター

TEL：〇〇〇〇

資料 5 - 2 助言者用開催通知（例）【オンライン開催】

〇〇 〇〇様

見本

〇〇〇号
令和〇年〇月〇日

〇〇地域包括支援センター
センター長〇〇

令和〇年度 八女市ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議への
助言者の出席について（ご依頼）

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素より格別のご高配を賜り、
厚くお礼申し上げます。

さて、地域包括支援センターでは地域包括ケアの深化・推進の一環として、地域
ケア個別会議の強化に取り組んでおります。下記の通り「ケアマネジメント支援型
地域ケア個別会議」を開催いたします。

つきましては、ご多忙中恐れ入りますがご出席いただきますようお願い申し上げ
ます。ご不明な点等ございましたら、担当までご連絡ください。

記

1 日 時：令和〇年〇月〇日（〇） 14：00～16：30

2 開催方法：オンライン会議

3 送付書類：①新規事例1
②新規事例2
③モニタリング事例1
④モニタリング事例2
⑤助言者シート 〇枚

4 ZOOM ミーティング ID・パスコード

: ID 〇〇〇〇
パスコード 〇〇〇〇

※13：30から入室可能です。

※記録用に会議を録画させていただきます。ご了承ください。

【お問い合わせ先】

〒〇〇〇〇
住所
〇〇支援センター
TEL: 〇〇〇〇

資料 7-1 ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その1）記入要領

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その1）

開催日：	新規事例①	地区
①	事例提供者：	
	担当地域包括支援センター：	（司会：）

1 基本情報

性別	年齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成	身長	体重	BMI	ALB値
既往歴									
② 食事の状況	☐ 朝食		☐ 昼食		☐ 夕食		備考（）		
リスク判定	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知症	うつ			
サービス									
目標									

2 初回検討

③	資料	必須	☐ 利用者基本情報 ☐ 基本チェックリスト ☐ お口の元気度セルフチェック表 ☐ 介護予防サービス・支援計画書 または 課題整理総括表		
		任意	☐ 興味・関心シート ☐ バランス食事チェックシート ☐ 薬剤情報 ☐ その他（）		
会議のテーマ		④			
事例提供者が、利用者の望む暮らしにむけて、改善したいこと・助言頂きたい内容		助言			
⑤		⑥			
気付いた課題		⑦			
その他の地域課題等		⑧			

初回検討前	① 開催日等	開催日を記入。 事例番号と地区はプルダウンから選択。 事例提供者が所属している居宅介護支援事業所名、氏名を記入。 例：「やめ居宅介護支援事業所 八女 みどり 様 支援対象者を担当する地域包括支援センターを記入。 例：八女包括 （司会：八女）
	② 基本情報等	「性別」、「要介護度」、「寝たきり度」、「認知症自立度」、「世帯構成」はプルダウンから選択。リストにない「世帯構成」の場合、直接記入する。 「年齢」、「身長」、「体重」、「BMI」、「ALB 値」「既往歴」については、直接記入。 「食事の状況」：□にチェック。「備考」欄は必要があれば記入。 「リスク判定」：基本チェックリストの評価を記入。 「サービス」：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）を記入。 「目標」：支援対象者の目標を記入。
	③ 初回検討の資料	添付資料にチェック。 （必須）について 支援対象者が「要支援1」、「要支援2」、「事業対象」の場合は必須資料。「要介護1」、「要介護2」の場合、「基本チェックリスト」は任意資料。 （任意）について 「介護予防アセスメント（基本チェックリスト）」、「介護予防アセスメント（追加項目）」、「生活機能評価（アセスメント）」の添付資料がある場合は6か月後評価の対象となる。 「その他」については、記載以外の資料添付がある場合に記入。
	④ 会議のテーマ	今回の会議で事例提供者が中心に据えたいこと、最も課題だと思う点、助言いただきたい点を一文で表す。
	⑤ 事例提供者が、利用者の望む暮らしにむけて、改善したいこと・助言頂きたい内容	地域包括支援センター（司会者）が事例提供者との打合せの中で聞き取り。 利用者が望む暮らしにむけて助言いただきたい内容や事例提供者が改善したいことを記入。 ※事例提供者がケアマネジメントに活かすために聞きたいことや利用者が望む暮らしの実現にむけてアドバイスしたいこと など

初回検討後	⑥ 助言	助言者からの助言を記入。(助言者シートより簡潔に記載)
	⑦ 気付いた課題	初回検討時に参加助言者からの質問、生活支援コーディネーターからの地域特性の説明などにより、事例提供者が気付いた課題を記入。
	⑧ その他地域課題等	初回検討時に日常生活圏域ケア会議などでの議論、啓発が必要な意見が出れば記入。 例：支援対象者の現状にあったりハビリに医療と介護の連携が必要。など

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その2）

会議開催日: ⑨

3 モニタリング検討

⑩	資料	任意	☐ 介護予防サービス・支援計画書	☐ その他()
---	----	----	---	---------------------------------

	主な助言	助言を元に取り組んだこと	達成度	未達成の理由(番号)
1			達成 未達成	
2	⑪	⑫	達成 未達成	
3			達成 未達成	

未達成理由選択項目

①身体の問題 ②精神的問題 ③受け入れ問題 ④家族の問題 ⑤環境の問題 ⑥金銭の問題
⑦その他()

【実際に取り組んでみて困ったこと・難しかったこと】

困ったこと・難しかったこと	助言者からのアドバイス
⑬	⑭

4 モニタリング時アンケート

	設問	選択肢	その理由など(自由記載)
対象者	生活の質(QOL)が向上したと思いますか。	☐ 非常に良くなった ☐ 良くなった ☐ 変わらなかった ☐ 悪くなった ☐ 非常に悪くなった	⑮
事例提供者	会議に参加して気づきがありましたか。	☐ たくさんの気づきがあった ☐ 気づきがあった ☐ 気づきはなかった	⑯
	会議に参加してよかった点を教えてください。	☐ 自立支援や介護予防ケアマネジメントの考え方の理解・再認識ができた ☐ 地域資源の情報が参考になった ☐ 他職種の専門性の理解、会議を通して関係づくりができた ☐ 地域とのつながりの必要性が認識ができた ☐ 介護予防ケアマネジメントにおける課題や地域課題を把握することができた ☐ その他()	

【地域包括支援センター記入欄】

⑰

モニタリング検討前	⑨ 会議開催日	モニタリング会議開催日付を記入。 例：令和6年7月15日
	⑩ モニタリングの資料	添付資料は（任意）になる。資料があれば、□にチェック。 「その他」については、記載以外の資料添付がある場合に記入。
	⑪ 初回検討時の助言等	初回検討時の参加助言者からの助言を記入。 （「⑥ 助言」欄をコピー＆ペースト）
	⑫ 提供者によるモニタリング	助言を受けて事例提供者が取り組んだ内容を記入。 助言に対し達成度をチェック。該当する方を○で囲む 未達成の場合、「未達成理由選択項目」より該当する番号を記入。
	⑬ 困ったこと・難しかったこと	実際に取り組んでみてケアマネジャーが困った事や対応する中で難しかった事を記入。
	⑮ モニタリング時アンケート（対象者）	事例提供者が支援対象者から聞き取ったアンケート結果をチェック。その理由などについて、自由記載する。 事例提供者の意見と違う場合も自由記載に記入。
	⑯ モニタリング時アンケート（事例提供者）	事例提供者が会議に参加した結果をアンケートに記入。
検討後	⑭ 助言者からのアドバイス	助言者からのアドバイスを記入。（助言者シート参照）
	⑰ 地域包括支援センター記入欄	ケアマネジャーへのメッセージや会議中に気付いたことなどを自由記入。

資料 7-1 会議進行表（新規検討事例用）

	内容／司会者発言例	備考
導入	【司会】全体の進行説明 【司会等】（必要に応じ）事務連絡 ①本日もお忙しい所ご出席いただき、ありがとうございます。第〇回ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議を開催します。 ②右記、全体の流れを説明。 ③グラントール・地域ケア会議の目的の説明は事前資料で送付しておりましたことと、会場に掲示しておりますので、割愛させていただきます。 ④担当課や地域包括支援センターから事務連絡がある場合は原則ここで伝える。	②全体の流れ ・（必要に応じて）事務連絡 ・新規事例×2 ・モニタリング×2 ・次回日程・会場等の連絡
自己紹介	【全員】自己紹介 ⑤それでは、自己紹介から入ります。所属・名前・職種をお願いします。わたくし、本日司会進行を務めさせていただきます、〇〇包括支援センターの〇〇です。職種は〇〇です。どうぞよろしくお願いいたします。 ～自己紹介後～ 新規事例〇は〇時〇分までに終了するように進めますので、ご協力をお願いします。時間になりましたら発言したい方がいても次に進めますので、予めご了承ください。	⑤司会の自己紹介終了後、順番に回す（事例提供者が後の方になるように配慮）。 ・サブ助言者も自己紹介する。
事例の概要説明【5分】	【司会】事例の概要説明 【事例提供者】補足説明 【生活支援コーディネーター】地域性の説明 ⑥まず、事例の概要を説明します。資料の「個別会議シート（その1）」をご覧ください。 ～読み上げ～（※必要最低限で良い） 例：〇〇地区にお住いの〇歳、性別、要支援〇をお持ちの一人暮らし（世帯構成）の方です。「助言が欲しい点に関するエピソードがあれば説明」。特に助言が欲しい点・解決したい課題は〇〇です。	⑥司会者がケアマネジメント支援型地域ケア会議シートに基づき概要を説明。 ・概要を読み上げた後、司会者から特に伝えておいたほうが良いことがあれば補足して説明する。

	（「1 基本情報等」と、シート中央に記載している「会議のテーマ」「事例提供者が、利用者の望む暮らしにむけて、改善したいこと・助言頂きたい内容」について読み上げる。） ⑦〇〇さん（事例提供者）から、何か補足で伝えておきたいことがあればお願いします。（サービス提供事業所が出席している場合は、同様に補足説明を求める。） ⑧生活支援コーディネーターさんから、このケースの居住地の地域性について説明をお願いします。	⑦事例提供者（及びサービス提供事業所）は必要に応じ、「この会議で検討したいこと、提案を受けたい内容や、検討に不足する情報等」を補足して説明する。 ⑧生活支援コーディネーターから地域特性を説明する。
質問【10分】	【助言者】質問 【事例提供者】質問に対する回答 ⑨以上を踏まえて、助言者の皆さまから、質問がありましたら挙手をお願いします。質問する際は、いくつ質問があるか、また質問の意図についても発言していただきますようお願いします。 なお、助言は後ほど伺いますので、ここでは質問のみ受け付けます。 今から10分間質問を受け付けますので、挙手をお願いします。	⑨助言者が事例提供者に質問を行う。 （質問が出ないことを想定し、司会はあらかじめ質問を用意しておく。） ・原則、質問は挙手制とする（必要に応じて、司会は助言者に発言を促す）。 ・ここでは提案までは行わないが、万が一提案が出てしまった場合、司会はすぐに発言を遮ることはせず一旦は聞く。長くなりそうであれば中断する。 ・事例提供者が助言の発言を誤解したり、返答に窮した場合は、司会は質問の趣旨を要約整理するなど、事例提供者をサポートする。 <u>＜オンライン開催の場合＞</u> リアクションボタンの「手を挙げる」機能を活用。 マイクのミュート解除を指示。 発言終了後「手を下ろす」操作

提案 【15分】	【助言者】提案	
	⑩手上げ方式 助言者の皆さまから、提案をお願いします。 まずは、改善したいこと、助言いただきたい内容のどれに対する提案かを教えてください。 提案を一言で述べていただき、その後理由を説明してください。 提案時間は15分なので、助言者シートの活用をお願いします。 特に提案をいただきたい点としては、〇〇と△△と□□です。 提案がある方は挙手をお願いします。 ⑪司会者から指名方式 助言者の皆さまから、提案をお願いしたいと思います。 まずは、改善したいこと、助言いただきたい内容のどれに対する提案かを教えてください。 提案を一言で述べていただき、その後理由を説明してください。 提案時間は15分なので、助言者シートの活用をお願いします。 まず、〇〇について〇〇さんからお願いしてもよろしいですか？ △△については〇〇さんにお聞きします。 その他、提案がありましたら挙手をお願いします。（時間がない場合「提案を終了します。発言できなかった方は助言者シートにご記入ください。」）	

まとめ 【5分】	～時間があれば～ 【司会者】提案のまとめ ⑫ご意見ありがとうございました。 本日頂いた提案としては、〇〇と△△と□□です。	⑫司会は提案のまとめを行う。 ・司会、事例提供者のサポート役は、助言者からの提案について、実際に取り組む上での疑問などがあれば、助言者に質問する。
振り返り 【2分】	【事例提供者】振り返り・感想 ⑬いただいた提案の中で、〇〇さん（事例提供者）としては、どれが取り組みやすいと思いますか。あわせて今回の会議で気付いたことや感想などをお願いします。 ⑭ありがとうございました。 ご発言いただいた提案も助言者シートに記入してご提出ください。	⑬事例提供者は、助言の中で取り組みやすいものを発表するとともに、実際に取り組む上での疑問などがあれば、助言者に質問する。またあわせて感想を発表する。
課題集計 【3分】	【司会者】課題集計 ⑮最後に、本事例の課題について集計を取ります。あてはまると思う課題に3つまで手を挙げてください。 （挙手終了後） 1番多かった課題は〇〇でしたので、この事例の重点課題は〇〇とさせていただきます。 本日、事例提供いただいた〇〇さんへの 労いの拍手で終了したいと思います。 ～拍手～	⑮模造紙に記載した項目をホワイトボードに貼付し、1つずつ確認。

資料 7-2 会議進行表（モニタリング検討事例用）

	内容／司会者発言例	備考
導入	①それでは、〇年〇月〇日の会議で議論した事例のモニタリングに入ります。	
自己紹介	【事例提供者】自己紹介 ②前回、事例提供していただいた、〇〇さんです。よろしくお願いします。 〇〇さんから自己紹介をお願いします。	②事例提供者は自己紹介
事例の概要説明【7分】	【司会】事例の概要説明 【事例提供者】補足説明 ③まずは、事例の復習から入ります。 資料の「個別会議シート（その1）」をご覧ください。 この事例は、〇〇について助言をいただきました。 ④次に裏面の「個別会議シート（その2）」をご覧ください。 ～モニタリングの状況を説明～ ⑤〇〇さん（事例提供者）から、何か補足で伝えておきたいことがあればお願いします。（サービス提供事業所が出席している場合は、同様に補足説明を求める。） ⑥【達成のみの場合】 全ての助言項目が達成しているため、この事例は以上で終了します。〇月から今日までお疲れさまでした。今後も高齢者が重度化しないように頑張ってください。	③司会がケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その1）から、基本情報、課題、助言などから適宜抜粋し、事例概要を説明する。 ④司会がケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その2）の、「提供者によるモニタリング」欄を中心にモニタリングの状況を説明する。 未達成項目を中心に報告。未達成の報告内容が多い場合は、達成についてはお読み取りでもよい。 ⑤事例提供者（及びサービス提供事業所）は必要に応じ、「この会議で検討したいこと、提案を受けたい内容や、検討に不足する情報等」を補足して説明する。 ＜オンライン開催の場合＞ リアクションボタンの「手を挙げる」機能を活用。 マイクのミュート解除を指示。 発言終了後「手を下ろす」操作

	【助言者】提案・感想 ⑦それでは、以上を踏まえて、アドバイザーの皆さまから、達成するための助言等がありましたらお願いします。なお、助言は一般的な助言で結構です。成功体験などがあればぜひお願いします。 【未達成が複数ある場合】 未達成が複数ありますので、まず○番の項目に関して助言があればお願いします。他の項目は時間があれば行います。もし、優先した方がいいと思われる場合には助言していただいて構いません。 ⑧○○について、何かご提案はありますか ～何も出なければ～ 感想でも結構ですので、何かありませんか。	⑦助言者が事例提供にモニタリングの状況を踏まえ、支援の修正の提案、新たな提案、感想を伝える。（質問が出なかったことを想定し、司会者はあらかじめ質問を用意しておく。） ・特に提案を受けたい内容がある場合は、司会者があらためて明示する。 ・原則、質問は挙手制とする（必要に応じて、司会は助言者に発言を促す）。 ・事例提供者が助言の発言を誤解したり、返答に窮した場合は、司会・事例提供者のサポート役は質問の趣旨を要約整理するなど、事例提供者をサポートする。 ⑧事例提供者が特に提案が欲しい点について、助言者からの提案が不足している場合などは、必要に応じて司会から、再度論点を絞った上で、助言者に発言を促す。
振り返り 【3分】	【事例提供者】振り返り・感想 ⑩今回の会議で気付いたことや取り組んでみた感想などをお願いします。 ⑪ありがとうございました。事例提供いただいた○○さんに労いの拍手をおねがいします。 全ての事例検討が終わりましたので、これでケアマネジメント支援型地域ケア個別会議を終了します。 本日は貴重なご意見ありがとうございました。お気をつけてお帰り下さい。	⑩事例提供者は、助言の中で取り組みやすいものを発表するとともに、実際に取り組む上での疑問などがあれば、助言者に質問する。またあわせて感想を発表する。

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議 様式集

- | | |
|------|------------------------------|
| 様式 1 | ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その 1） |
| 様式 2 | ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その 2） |
| 様式 3 | 課題整理総括表 |
| 様式 4 | お口の元気度セルフチェック表 |
| 様式 5 | ケアマネジャーのための口腔アセスメント |
| 様式 6 | 助言者シート |
| 様式 7 | 出席者受付簿兼誓約書 |

様式1 ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その1）

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その1）

開催日： 新規事例① 地区

事例提供者：

担当地域包括支援センター： （司会： ）

1 基本情報

性別	年齢	要介護度	寝たきり度	認知症自立度	世帯構成	身長	体重	BMI	ALB値
既往歴									
食事の状況	☐ 朝食 ☐ 昼食 ☐ 夕食 備考（ ）								
リスク判定	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知症	うつ			
サービス									
目標									

2 初回検討

資料	必須	☐ 利用者基本情報 ☐ 基本チェックリスト ☐ お口の元気度セルフチェック表 ☐ 介護予防サービス・支援計画書 または 課題整理総括表	
	任意	☐ 興味・関心シート ☐ バランス食事チェックシート ☐ 薬剤情報 ☐ その他（ ）	
会議のテーマ			
事例提供者が、利用者の望む暮らしにむけて、改善したいこと・助言頂きたい内容		助言	

気付いた課題	
その他の地域課題等	

様式2 ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その2）

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート（その2）

会議開催日：

3 モニタリング検討

資料	任意	☐ 介護予防サービス・支援計画書	☐ その他（ ）
----	----	---	---------------------------------

	主な助言	助言を元に取り組んだこと	達成度	未達成の理由(番号)
1			達成 未達成	
2			達成 未達成	
3			達成 未達成	

未達成理由選択項目

①身体の問題 ②精神的問題 ③受け入れ問題 ④家族の問題 ⑤環境の問題 ⑥金銭の問題
⑦その他（ ）

【実際に取り組んでみて困ったこと・難しかったこと】

困ったこと・難しかったこと	助言者からのアドバイス

4 モニタリング時アンケート

設問	選択肢	その理由など(自由記載)
対象者	☐ 非常に良くなった ☐ 良くなった ☐ 変わらなかった ☐ 悪くなった ☐ 非常に悪くなった	
事例提供者	☐ たくさんの気づきがあった ☐ 気づきがあった ☐ 気づきはなかった	
	☐ 自立支援や介護予防ケアマネジメントの考え方の理解・再認識ができた ☐ 地域資源の情報が参考になった ☐ 他職種の専門性の理解、会議を通して関係づくりができた ☐ 地域とのつながりの必要性が認識ができた ☐ 介護予防ケアマネジメントにおける課題や地域課題を把握することができた ☐ その他（ ）	

【地域包括支援センター記入欄】

--

様式3 課題整理総括表

課題整理総括表

版

利用者名

作成日

① 自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態・環境等)		②	③	④	⑤	⑥
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
服薬	服薬	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
	入浴	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
更衣	更衣	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
	掃除	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
洗濯	洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
	整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
金銭管理	金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
	買物	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力	コミュニケーション能力	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
	認知	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
社会との関わり	社会との関わり	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
	褥瘡・皮膚の問題	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)	行動・心理症状(BPSD)	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
	介護力(家族関係含む)	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
居住環境	居住環境	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
					改善 維持 悪化	

※1 本表は利用者本人や家族・介護者等が記入する。記入の際は、利用者本人が記入する場合は「本人」欄に記入し、家族・介護者等が記入する場合は「家族・介護者」欄に記入する。

※2 介護支援計画策定時に記入する。記入の際は、利用者本人が記入する場合は「本人」欄に記入し、家族・介護者等が記入する場合は「家族・介護者」欄に記入する。

※3 現在の状況(自立・見守り・一部介助・全介助)を記入する。記入の際は、利用者本人が記入する場合は「本人」欄に記入し、家族・介護者等が記入する場合は「家族・介護者」欄に記入する。

※4 今後の改善を期待している状態の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援計画策定の目的として、介護支援計画策定時に記入する。

※5 「原因」および「改善/維持の可能性」を記入する。記入の際は、利用者本人が記入する場合は「本人」欄に記入し、家族・介護者等が記入する場合は「家族・介護者」欄に記入する。

※6 本計画期間における改善/維持/悪化の可能性を記入する。記入の際は、利用者本人が記入する場合は「本人」欄に記入し、家族・介護者等が記入する場合は「家族・介護者」欄に記入する。

※1 本表は介護支援計画(ケアプラン)に記述された内容に基づき作成されています。必要に応じて変更してください。

※2 介護支援計画(ケアプラン)に記述された内容に基づき作成されています。必要に応じて変更してください。

※3 障害者の生活(自立)は「支援なし」「一部介助」「全介助」の3段階で評価します。そのほか状況に応じて「改善」「維持」「悪化」の3段階で評価します。

※4 今回の調査対象期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援計画(ケアプラン)の判断に基づいて記入します。

お口の元気度セルフチェック表

様

令和 年 月 日

★下記の問いにお答え下さい（分かる箇所だけでも大丈夫です）

01	お口の中に歯が何本残っていますか	（ 本）
02	入れ歯を使っていますか	（総義歯・部分義歯）

★「お口の周り」の元気度

03	頬をぶくぶく膨らませることが出来ない	（ はい いいえ）
04	食べ物が口からポロリとこぼれる	（ はい いいえ）

★「噛むこと」の元気度

05	食べ物が柔らかい物ばかりになっている	（ はい いいえ）
06	舌がピリピリすることがある	（ はい いいえ）

★「飲み込み」の元気度

07	お茶や汁物でむせることがある	（ はい いいえ）
08	喉に食べ物や薬の粉が残る感じがする	（ はい いいえ）

★「お口」の元気度

09	歯磨きは1日何回磨きますか	（1回 2回 3回以上）
10	1年に1度は歯科医院に行きますか	（ はい いいえ）

様式5 ケアマネジャーのための口腔アセスメント

ケアマネジャーのための口腔アセスメント

様

～お願い～

◆質問1～6は必須をお願いします。

◆基本チェックリスト項目 0/3 であっても質問4が「両方で噛めない」質問5・6が「ある」の回答ならば4は必、5は必、6は必の聞き取り・観察の確認をお願いします。

1. お口の中に歯が何本残っていますか？ (本)
2. 入れ歯はありますか？ ☐ ある(下記に○をつけてください) ☐ ない→同4へ
 上: 総義歯・部分義歯・なし
 下: 総義歯・部分義歯・なし
3. 2の同いで「ある」と答えられた方→入れ歯は合っていますか？
☐ 合っている ☐ ゆるい ☐ 痛い ☐ あるが使用していない
4. 両方の奥歯で噛めていますか？ ☐ 両方で噛める ☐ 両方噛めない → ⑬
5. 誤嚥性肺炎になったことがありますか？ ☐ ない ☐ ある → ⑭
6. 舌がヒリヒリ(ピリピリ)するような痛みはありますか？ ☐ ない ☐ ある → ⑮

各番号の聞き取り・観察へ

⑬半年前と比べて固いものが食べにくくなりましたか？		はい	いいえ
⇒『はい』に○が付いている人は咀嚼機能低下が疑われます。聞き取り、観察をお願いします。			
聞き取り	むし歯がありますか？ グラグラしている歯がありますか？ その他()	☐ ない ☐ ある ☐ 痛くて噛めない ☐ ない ☐ ある	
観察	会話中に入れ歯がバカバカと外れたりしていないですか？	☐ していない ☐ している	
⑭お茶や汁物等でむせることがありますか？		はい	いいえ
⇒『はい』に○が付いている人は嚥下機能低下が疑われます。聞き取り、観察をお願いします。			
聞き取り	どんな食べ物や、飲み物にむせますか？() いつむせますか？ 麻痺がありますか？	☐ 食べ始め ☐ 食事中 ☐ 食後 ☐ ない ☐ ある(口右 口左)	
観察	滑舌は良いですか？ 鼻声になっていませんか？ その他()	☐ 良い ☐ 聞き取りにくい ☐ 悪い ☐ 鼻声ではない ☐ 鼻声	
⑮お口の渇きが気になりますか？		はい	いいえ
⇒『はい』に○が付いている人は口腔乾燥が疑われます。聞き取り、観察をお願いします。			
聞き取り	糖尿病がありますか？ シエーグレン症候群がありますか？ 薬をたくさん飲んでいませんか？	☐ ない ☐ ある ☐ ない ☐ ある ☐ 飲んでいない ☐ 飲んでいる(種類)	
観察	会話中に強い口臭がありませんか？ 滑舌は良いですか？	☐ ない ☐ ある ☐ 良い ☐ 聞き取りにくい ☐ 悪い	

八女市ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議用

様式6 助言者シート

地域ケア会議発表日		令和	年	月	日
職種					
氏名					
	助言者記入欄				
	主な助言内容				
①					
②					
③					

様式 7 出席者受付簿兼誓約書

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議 出席者受付簿兼誓約書

令和 年 月 日

主催者あて 私は、本会議において知りえた秘密を守ります。

区分	所属名	氏名
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		
☐ 事例提供者 ☐ サービス提供事業者 ☐ 助言者 ☐ サブ助言者 ☐ 傍聴者		

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議 任意資料様式集

- 任意 1 社会的フレイル・活動に関する質問
- 任意 2 バランス 食事 チェック シート
- 任意 3 介護予防アセスメント〔1〕基本チェックリスト
- 任意 4 介護予防アセスメント〔2〕追加項目
- 任意 5 生活機能評価（アセスメント）

任意1 社会的フレイル・活動に関する質問

社会的フレイル・活動に関する質問		作成月：R . 月		
ケース名				
※該当するものに○をつけてください。				
項目	回答			
現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。	1. 苦しい	4. ややゆとりがある		
	2. やや苦しい	5. ゆとりがある		
	3. 何とかやれている			
近所の方との程度付き合いをしていますか。	1. お互いに訪問しあう人がいる	3. あいさつをする程度の人がある		
	2. 立ち話をする程度の人がある	4. つきあいはない		
外出頻度を教えてください。(通院、介護サービス除く)	1. 月に1回	3. 週に1回程度		
	2. 月に2～3回	4. 週に2回以上		
過去にしていた、現在もしている、現在はしていないが興味がある・してみたい、活動を教えてください。※該当するものに○をつけて下さい。		していた	している	してみたい
	子ども・孫の世話			
	動物の世話			
	ボランティア活動			
	自治会・町内会の行事・活動			
	サークル・自主グループ			
	シニアクラブ			
	サロン			
	お参り・宗教活動			
	友だちとおしゃべり・遊ぶ・お食事			
	庭の手入れ			
	畑仕事			
	読書			
	俳句			
	書道・習字			
	絵を描く・絵手紙			
	パソコン・スマホ			
	編み物			
	映画・観劇・演奏会			
	スポーツ観戦			
	お茶・お花			
	歌を歌う・カラオケ			
	音楽を聴く・楽器演奏			
	将棋・囲碁・ゲーム			
	体操・運動			
	散歩			
	野球・グランドゴルフなどのスポーツ			
	賃金を伴う仕事			
	旅行・温泉			
	その他()			

任意2 バランス食事チェックシート

バランス食事チェックシート（おもて） まずは3日間のセルフチェック

	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	4月 1日 (水)																																																																																		
朝食	今日、食べたものを☑ <table border="1"> <tr><td>魚</td><td>☐</td></tr> <tr><td>油</td><td>☐</td></tr> <tr><td>肉</td><td>☐</td></tr> <tr><td>牛乳</td><td>☐</td></tr> <tr><td>野菜</td><td>☐</td></tr> <tr><td>海藻</td><td>☐</td></tr> <tr><td>芋</td><td>☐</td></tr> <tr><td>卵</td><td>☐</td></tr> <tr><td>大豆</td><td>☐</td></tr> <tr><td>果物</td><td>☐</td></tr> </table>	魚	☐	油	☐	肉	☐	牛乳	☐	野菜	☐	海藻	☐	芋	☐	卵	☐	大豆	☐	果物	☐	今日、食べたものを☑ <table border="1"> <tr><td>魚</td><td>☐</td></tr> <tr><td>油</td><td>☐</td></tr> <tr><td>肉</td><td>☐</td></tr> <tr><td>牛乳</td><td>☐</td></tr> <tr><td>野菜</td><td>☐</td></tr> <tr><td>海藻</td><td>☐</td></tr> <tr><td>芋</td><td>☐</td></tr> <tr><td>卵</td><td>☐</td></tr> <tr><td>大豆</td><td>☐</td></tr> <tr><td>果物</td><td>☐</td></tr> </table>	魚	☐	油	☐	肉	☐	牛乳	☐	野菜	☐	海藻	☐	芋	☐	卵	☐	大豆	☐	果物	☐	今日、食べたものを☑ <table border="1"> <tr><td>魚</td><td>☐</td></tr> <tr><td>油</td><td>☐</td></tr> <tr><td>肉</td><td>☐</td></tr> <tr><td>牛乳</td><td>☐</td></tr> <tr><td>野菜</td><td>☐</td></tr> <tr><td>海藻</td><td>☐</td></tr> <tr><td>芋</td><td>☐</td></tr> <tr><td>卵</td><td>☐</td></tr> <tr><td>大豆</td><td>☐</td></tr> <tr><td>果物</td><td>☐</td></tr> </table>	魚	☐	油	☐	肉	☐	牛乳	☐	野菜	☐	海藻	☐	芋	☐	卵	☐	大豆	☐	果物	☐	記入例 <table border="1"> <tr><td>食パン</td><td>☐</td></tr> <tr><td>目玉焼き</td><td>☐</td></tr> <tr><td>ヨーグルト</td><td>☐</td></tr> <tr><td>コーヒ</td><td>☐</td></tr> <tr><td>わかめうどん</td><td>☐</td></tr> <tr><td>いなりずし</td><td>☐</td></tr> <tr><td>「うどん」の具が何かわかるように記入</td><td>☐</td></tr> <tr><td>冷やっこビール</td><td>☐</td></tr> <tr><td>弁当もおかずが分かるように記入</td><td>☐</td></tr> <tr><td>りんご</td><td>☐</td></tr> <tr><td>アイスクリーム</td><td>☐</td></tr> </table>	食パン	☐	目玉焼き	☐	ヨーグルト	☐	コーヒ	☐	わかめうどん	☐	いなりずし	☐	「うどん」の具が何かわかるように記入	☐	冷やっこビール	☐	弁当もおかずが分かるように記入	☐	りんご	☐	アイスクリーム	☐
魚	☐																																																																																					
油	☐																																																																																					
肉	☐																																																																																					
牛乳	☐																																																																																					
野菜	☐																																																																																					
海藻	☐																																																																																					
芋	☐																																																																																					
卵	☐																																																																																					
大豆	☐																																																																																					
果物	☐																																																																																					
魚	☐																																																																																					
油	☐																																																																																					
肉	☐																																																																																					
牛乳	☐																																																																																					
野菜	☐																																																																																					
海藻	☐																																																																																					
芋	☐																																																																																					
卵	☐																																																																																					
大豆	☐																																																																																					
果物	☐																																																																																					
魚	☐																																																																																					
油	☐																																																																																					
肉	☐																																																																																					
牛乳	☐																																																																																					
野菜	☐																																																																																					
海藻	☐																																																																																					
芋	☐																																																																																					
卵	☐																																																																																					
大豆	☐																																																																																					
果物	☐																																																																																					
食パン	☐																																																																																					
目玉焼き	☐																																																																																					
ヨーグルト	☐																																																																																					
コーヒ	☐																																																																																					
わかめうどん	☐																																																																																					
いなりずし	☐																																																																																					
「うどん」の具が何かわかるように記入	☐																																																																																					
冷やっこビール	☐																																																																																					
弁当もおかずが分かるように記入	☐																																																																																					
りんご	☐																																																																																					
アイスクリーム	☐																																																																																					
昼食																																																																																						
夕食																																																																																						
間食																																																																																						

合言葉は「さあにぎやかにいただく」。毎日7種類以上を目指しましょう。

さかな	あぶら	にく	ぎゅうにゅう	やさい	かいそう	に	いも	たまご	だいず	くだもの
魚	油	肉	牛乳	野菜	海藻		芋	卵	大豆	果物
イカ、えび、貝なども	炒め物、ドレッシング、バターなども	ハム、ベーコンなどの加工品も	チーズ、ヨーグルトなどの乳製品も	人参、小松菜、かぼちゃなどの緑黄色野菜	わかめ、のり、ひじきなど		じゃがいも、さつまいも、里いもなど	たまご	豆腐、豆乳、納豆など	くだもの

バランス食事チェックシート（うら） できれば7日間のセルフチェック

	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()																																																																																
朝食	今日、食べたものを☑ <table border="1"> <tr><td>魚</td><td>☐</td></tr> <tr><td>油</td><td>☐</td></tr> <tr><td>肉</td><td>☐</td></tr> <tr><td>牛乳</td><td>☐</td></tr> <tr><td>野菜</td><td>☐</td></tr> <tr><td>海藻</td><td>☐</td></tr> <tr><td>芋</td><td>☐</td></tr> <tr><td>卵</td><td>☐</td></tr> <tr><td>大豆</td><td>☐</td></tr> <tr><td>果物</td><td>☐</td></tr> </table>	魚	☐	油	☐	肉	☐	牛乳	☐	野菜	☐	海藻	☐	芋	☐	卵	☐	大豆	☐	果物	☐	今日、食べたものを☑ <table border="1"> <tr><td>魚</td><td>☐</td></tr> <tr><td>油</td><td>☐</td></tr> <tr><td>肉</td><td>☐</td></tr> <tr><td>牛乳</td><td>☐</td></tr> <tr><td>野菜</td><td>☐</td></tr> <tr><td>海藻</td><td>☐</td></tr> <tr><td>芋</td><td>☐</td></tr> <tr><td>卵</td><td>☐</td></tr> <tr><td>大豆</td><td>☐</td></tr> <tr><td>果物</td><td>☐</td></tr> </table>	魚	☐	油	☐	肉	☐	牛乳	☐	野菜	☐	海藻	☐	芋	☐	卵	☐	大豆	☐	果物	☐	今日、食べたものを☑ <table border="1"> <tr><td>魚</td><td>☐</td></tr> <tr><td>油</td><td>☐</td></tr> <tr><td>肉</td><td>☐</td></tr> <tr><td>牛乳</td><td>☐</td></tr> <tr><td>野菜</td><td>☐</td></tr> <tr><td>海藻</td><td>☐</td></tr> <tr><td>芋</td><td>☐</td></tr> <tr><td>卵</td><td>☐</td></tr> <tr><td>大豆</td><td>☐</td></tr> <tr><td>果物</td><td>☐</td></tr> </table>	魚	☐	油	☐	肉	☐	牛乳	☐	野菜	☐	海藻	☐	芋	☐	卵	☐	大豆	☐	果物	☐	今日、食べたものを☑ <table border="1"> <tr><td>魚</td><td>☐</td></tr> <tr><td>油</td><td>☐</td></tr> <tr><td>肉</td><td>☐</td></tr> <tr><td>牛乳</td><td>☐</td></tr> <tr><td>野菜</td><td>☐</td></tr> <tr><td>海藻</td><td>☐</td></tr> <tr><td>芋</td><td>☐</td></tr> <tr><td>卵</td><td>☐</td></tr> <tr><td>大豆</td><td>☐</td></tr> <tr><td>果物</td><td>☐</td></tr> </table>	魚	☐	油	☐	肉	☐	牛乳	☐	野菜	☐	海藻	☐	芋	☐	卵	☐	大豆	☐	果物	☐
魚	☐																																																																																			
油	☐																																																																																			
肉	☐																																																																																			
牛乳	☐																																																																																			
野菜	☐																																																																																			
海藻	☐																																																																																			
芋	☐																																																																																			
卵	☐																																																																																			
大豆	☐																																																																																			
果物	☐																																																																																			
魚	☐																																																																																			
油	☐																																																																																			
肉	☐																																																																																			
牛乳	☐																																																																																			
野菜	☐																																																																																			
海藻	☐																																																																																			
芋	☐																																																																																			
卵	☐																																																																																			
大豆	☐																																																																																			
果物	☐																																																																																			
魚	☐																																																																																			
油	☐																																																																																			
肉	☐																																																																																			
牛乳	☐																																																																																			
野菜	☐																																																																																			
海藻	☐																																																																																			
芋	☐																																																																																			
卵	☐																																																																																			
大豆	☐																																																																																			
果物	☐																																																																																			
魚	☐																																																																																			
油	☐																																																																																			
肉	☐																																																																																			
牛乳	☐																																																																																			
野菜	☐																																																																																			
海藻	☐																																																																																			
芋	☐																																																																																			
卵	☐																																																																																			
大豆	☐																																																																																			
果物	☐																																																																																			
昼食																																																																																				
夕食																																																																																				
間食																																																																																				

合言葉は「さあにぎやかにいただく」。毎日7種類以上を目指しましょう。

さかな	あぶら	にく	ぎゅうにゅう	やさい	かいそう	に	いも	たまご	だいず	くだもの
魚	油	肉	牛乳	野菜	海藻		芋	卵	大豆	果物
イカ、えび、貝なども	炒め物、ドレッシング、バターなども	ハム、ベーコンなどの加工品も	チーズ、ヨーグルトなどの乳製品も	人参、小松菜、かぼちゃなどの緑黄色野菜	わかめ、のり、ひじきなど		じゃがいも、さつまいも、里いもなど	たまご	豆腐、豆乳、納豆など	くだもの

任意3 介護予防アセスメント [1] 基本チェックリスト

介護予防アセスメント[1]基本チェックリスト

氏名		様		調査日		事前		事後	
項目	番号	確認内容				評価尺度			
						事前		事後	
生活機能	1	バスや電車で1人で外出していますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	2	日用品の買い物をしていますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	3	預貯金の出し入れをしていますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	4	友人の家を訪ねていますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	5	家族や友人の相談にのっていますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ 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				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	8	15分位続けて歩いていますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	9	この1年間に転んだことがありますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	10	転倒に対する不安は大きいですか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
栄養改善	11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	12	事前	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				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	15	口の渇きが気になりますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
こもり	16	週に1回以上は外出していますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ 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言われますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ 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				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	20	今日が何月何日か分からない時がありますか				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
うつ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ 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				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	23	(ここ2週間)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				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ 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				☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		
集計	合計					0	0		
	運動機能の低下		運動機能の5項目の内3項目以上に該当			0	0		
	低栄養状態		栄養改善の2項目の内すべての項目に該当			0	0		
	口腔機能の低下		口腔機能の3項目の内2項目以上に該当			0	0		
	閉じこもり		閉じこもりの2項目の内16に該当			0	0		
	認知機能の低下		認知機能の3項目の内1項目以上に該当			0	0		
	うつの可能性		うつの5項目の内2項目以上に該当			0	0		

任意 4 介護予防アセスメント〔2〕追加項目

介護予防アセスメント〔2〕追加項目

氏名	様	調査日	事前	
			事後	

項目	番号	確認内容	評価尺度 (はい0、少し時々1、いいえ2)		
			事前	事後	変化
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	3	ズボン・スカートを立ったまま、支えなしで履けますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
食生活	4	食事の用意をしていますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	5	定期的に3食とっていますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	6	主食・主菜(肉、魚、卵、乳製品、大豆製品)・副菜をとっていますか *	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
寝具管理	7	布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか *	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
更衣	8	季節・場所に応じた服装はできますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	9	寝間着や肌着の着替えができますか *	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
整入浴	10	一人で体を洗うことができますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	11	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか *	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
排泄	12	排泄に関する心配がありませんか(尿もれ、便秘、下痢)	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
口腔	13	歯や義歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	14	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
清掃	15	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか *	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	16	家の中や家のまわりの片付けや掃除などを行っていますか *	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか *	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
認知	18	火の始末や戸締りはできますか *	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
閉じこもり	20	趣味や楽しみ、好きでしていることはありますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	22	家庭の事で決まった仕事や役割はありますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	23	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	24	催し物や地域の活動などに参加しますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
健康管理	25	定期的な診察、あるいは1年に1度検診を受けていますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	26	薬はきちんと飲んでいますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	27	食事内容の注意を守っていますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	28	散歩や体操を(週1回以上)していますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
うつ	29	十分な睡眠はとれていますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
	30	あなたは普段健康だと思いますか	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	☐ はい ☐ 少し時々 ☐ いいえ	
合計			0	0	

任意 5 生活機能評価（アセスメント）

【生活機能評価（アセスメント）】

氏名		〇〇 〇〇 様		調査日	事前	R2.4.1
					事後	R2.10.1
		事前	備考	事後予測	6カ月後評価	変化
A D L	室内歩行	○1			○1	→
	屋外歩行	○2	限られた場所のみ。		○2	→
	外出頻度	△1	デイサービス以外は外出していない。	○2	○2	↑
	排泄	○1			○1	→
	食事	○1			○1	→
	入浴	△1	デイサービスの入浴のみとなっている。	○2	△1	→
	着脱衣	○1			○1	→
I A D L	掃除	△1	かがむ動作が困難	○2	△1	→
	洗濯	○2	大物以外は自立		○2	→
	買物	△1	簡単なものは自分で。他はヘルパーや家族	○1	○2	↑
	調理	△2	レンジでの温め程度はできる。	○2	○2	↑
	ごみ出し	○1			○1	→
	通院	△1	家族の付き添いあり。	○2	○2	↑
	服薬	○1			○1	→
	金銭管理	△1	銀行に行くのは家族に頼む。		○1	↑
	電話	△1	言語障害があり、相手が聞き取りにくい。		△1	→
	社会参加	△1	言語障害は、相手が聞き取りにくい程度。 限られた相手のみとの会話。	○2	△1	→

【判定基準】

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2