

# ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議 事例提供者向けマニュアル

【V e r 1 . 0 5】

令和8年4月

八女市 健康福祉部 地域包括ケア推進室

## 改訂履歴

版数	発行日	改定内容
Ver 1.00	令和3年4月1日	初版発行
Ver 1.01	令和4年4月1日	回数や様式の一部変更
Ver 1.02	令和5年4月1日	会議内容や資料の変更
Ver 1.03	令和6年4月1日	実施方法等の一部変更
Ver 1.04	令和7年4月1日	資料、様式の一部変更
Ver 1.05	令和8年4月1日	資料、様式の一部変更

# 目次

1	はじめに	P. 5
2	ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議とは	P. 6
	(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. 9
	(1) 開催頻度	
	(2) 主催者及び開催日時・会場	
4	会議の内容	P. 10
	(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	事例提供者の事前の準備	P. 12
	(1) 事例提供者への依頼	
	(2) 提出資料	
	(3) サービス提供事業所との調整	
	(4) 会議資料の準備	
	(5) 会議の事例検討順	
	(6) 傍聴希望者への対応	
	(7) 事前の打ち合わせ	
6	会議当日の対応	P. 17
	(1) 会議の時間	
	(2) 事例検討	
	(3) 会議終了時の対応	
7	会議終了後のお願い	P. 22
	(1) 本人に対して	

- (2) 家族等に対して
- (3) サービス提供事業所に対して
- 8 モニタリング検討について・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 22
  - (1) モニタリング検討の目的
  - (2) モニタリング検討の判断
  - (3) モニタリング検討の提出資料
  - (4) サービス提供事業所との調整
  - (5) 事前の打ち合わせ
  - (6) その他

資料集・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 25

- 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 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4-2 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

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議 様式集・・・・・・・・ P. 35

- 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

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. 41

- 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、助言者向けマニュアルを策定しました。

このマニュアルは、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、八女市に必要となる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「多職種の見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。

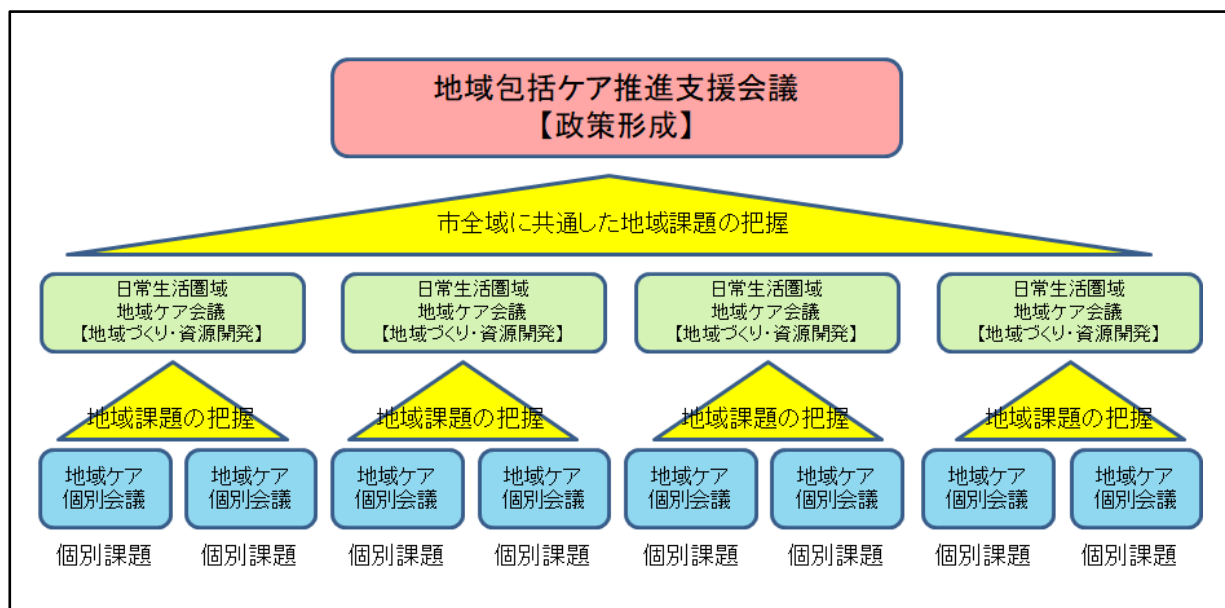
#### イ 日常生活圏域ケア会議（年3回程度）

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あります。

#### (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。

開催日時および会場は、前年度の2月までに担当課と地域包括支援センターが決定し、年度末に事例提供事業所に周知します。詳細は主催する地域包括支援センターにご確認ください。

## 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

参考に会議での検討事例イメージを紹介しています。（資料2「事例の紹介」参照）

## （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、司会、板書、記録、事例提供者のサポートの役割を担います。

1人が複数の役割を担う場合もあります。

イ 助言者

助言者は、各職能団体等から推薦を受け選任された方が参加します。

（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）（福岡県理学療法士協会等からの推薦）
- (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 事例提供者等

- (ア) 事例提供者（ケアプラン作成者）

事例提供者は初回検討、モニタリング検討ともにご出席いただき、質疑対応等をお願いします。

- (イ) サービス提供事業所（訪問型サービス、通所型サービス、福祉用具等の事業者）

良い支援を行う上で、サービス提供事業所に会議に参加いただくことはより効果的なものと考えています。無理ない範囲で参加いただけるようお声がけください。

#### 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 事例提供者の事前の準備

事例提供者は、資料2 「会議運営のフローチャート」に沿って準備を進めてください。不明な点があれば主催する地域包括支援センターにお問い合わせください。

#### (1) 事例提供者への依頼

事例提供者は、事例対象者ご本人にケアマネジメント支援型地域ケア会議の趣旨を説明した上で、事例提供をお願いします。本人だけでの判断が難しい場合は、ご家族にも説明をお願いします。

## (2) 提出資料

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。(資料3 「提出資料整理表」参照)

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行いますので、事例提供者が作業する必要はありません。

### (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て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。	「利用者基本情報」の「1日の生活・過ごし方」欄等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。	「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。

		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。	
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 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。

### (3) サービス提供事業所との調整

良い支援を行う上で、サービス提供事業所に会議に参加いただくことはより効果的なものと考えています。無理のない範囲で参加いただけるようお声がけください。

サービス提供事業者の方が参加する場合は、会場や資料の準備の都合がありますので、その旨を地域包括支援センターにご連絡ください。また、会議の集合時間や開催場所についての連絡は事例提供者からサービス提供事業所にお伝えください。

### (4) 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（資料4「ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シート記入要領」参照）は、会議の円滑な進行を図るために、事例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。

ケアマネジメント支援型地域ケア個別会議シートは地域包括支援センターが、事例提供者からの提出資料や聞き取りに基づき作成しますので、ご協力をよろしくお願ひします。聞き取りの中心は、事例提供者が会議でどのような内容についてアドバイスを受けたいかという点です。

#### 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、個人情報の部分（氏名、生年月日、住所、介護保険被保険者番号など）のマスキング処理は地域包括支援センターで行いますので、事例提供者の作業は不要です。

### (5) 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。

## (6) 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、実習生などが傍聴することがありますので、ご承知おきください。

なお、傍聴者に配布した会議資料は会議終了後回収することとしております。

## (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が必要に応じて事例提供者と面談や電話により事前打ち合わせを行うことがありますので、その際はご協力をよろしくお願いします。

# 6 会議当日の対応

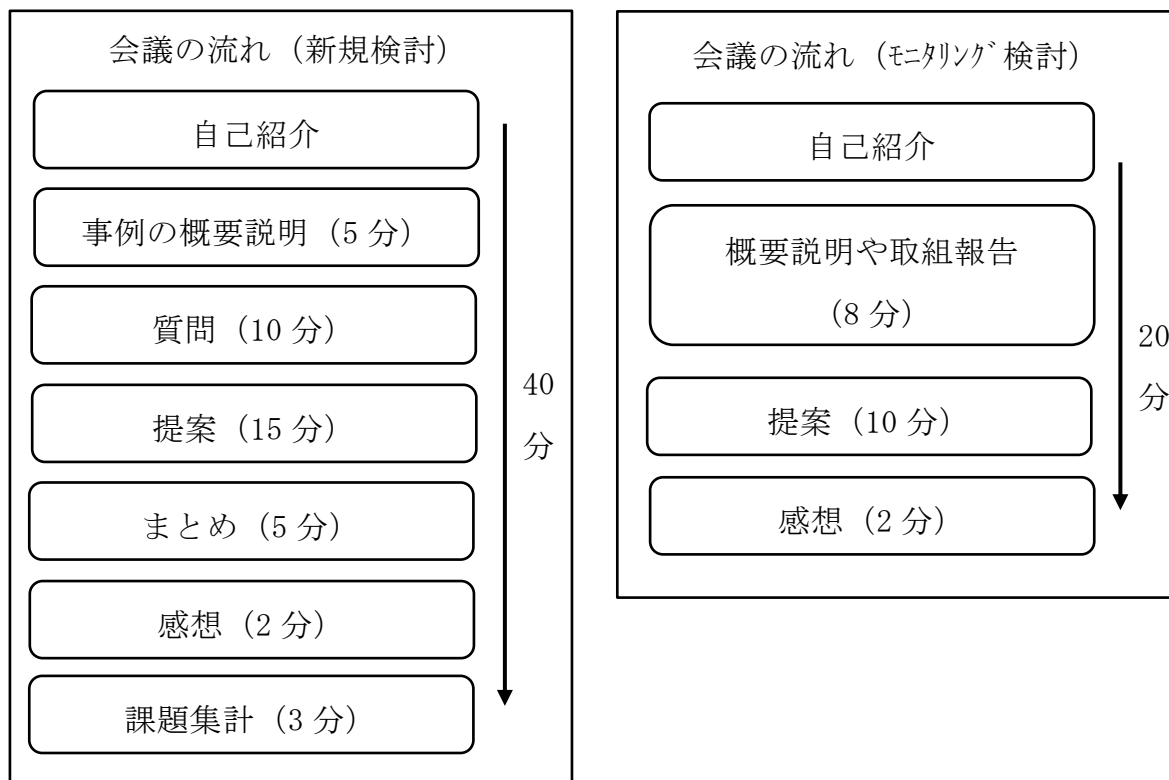
## (1) 会議の時間

地域包括支援センターから事前に会議の開始時間や会場の連絡があります。開始時間の10分前には会場にお越しくください。連絡がない場合は地域包括支援センターにご確認ください。

先に検討している事例の進行によっては、開始時間が前後する可能性があります。また、1件あたりの検討時間は、新規事例は概ね40分、モニタリング事例は概ね20分を予定しておりますが、延長する場合がありますので、予めご了承ください。

また、お時間に余裕のある場合は、前後の会議を傍聴していただいても構いませんので、その旨を地域包括支援センターにお伝えください。

## (2) 事例検討



### 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「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ので、ご協力をお願いします。

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。

#### 「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。

会議参加者からの質問について、簡潔にご回答をお願いします。質問された内容が分からない場合は、無理に答える必要はなく、分からない旨をお答えください。

## ～よくある質問～

会議では事例に応じて様々な質問がありますが、一般的によくある質問を例示すると次のとおりです。

### 【歯科衛生士】

- ・口腔ケアはしていますか。
- ・歯科受診はしていますか。
- ・義歯を使用していますか（義歯ですか自歯ですか。）
- ・義歯は普段着用していますか。

### 【リハビリテーション専門職】

- ・どれぐらいの距離をどれぐらいの時間をかけて歩くことができますか。
- ・（体幹、肢体障害・機能低下に関しに関し）医師やリハビリ専門職のかかわりがありますか。
- ・転倒のリスクはどの程度ですか。

### 【薬剤師】

- ・お薬手帳は一冊にまとめていますか。
- ・服薬は自己管理できていますか。
- ・一包化はしていますか。
- ・（糖尿病などの場合）血液検査の情報がありますか。

### 【管理栄養士】

- ・お食事はご自分で調理していますか。
- ・献立はどのようなメニューですか。

### 【主任ケアマネジャー】

- ・家庭ではどんな役割を担っていますか。
- ・（課題について）本人の具体的な思いや考えはどのようなものですか。
- ・（課題について）家族や他の支援者はどう感じていますか。その理由は何ですか。
- ・（課題について）将来をどう予測していますか。

### 【生活支援コーディネーター】

- ・近所づきあいや地域とのかかわりはどうですか。
- ・民生委員さんとかかわりはありますか。
- ・趣味や興味のあることは何ですか。

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。

また、事例提供者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、助言者に質問してください。

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。（時間の関係上、省略する可能性があります。）

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、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、ここで助言者に質問していただいても結構です。

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回まで課題だと思ふ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、事例提供者が取り組む項目を選定する上で参考にしたり、各圏域分析に活用します。

(3) 会議終了時の対応

会議での提案の内容については、板書を行っています。会議終了後、写真撮影の時間を設けていますので、ご自身のメモ代わりにご活用ください。

なお、会議終了後概ね2週間後に、地域包括支援センターから会議の議事録（ケアマネジメント支援型ケア個別会議シートに議事要旨を記入したもの。）と板書の写真、助言者シートが郵送もしくは電子メール等にて送付されます。

## 7 会議終了後のお願い

会議での提案を実践に移すため、事例対象者、家族、サービス提供事業所等に、必要に応じて会議での提案等をお伝えください。会議での助言者からの提案をすべて行っていただく必要はなく、提案の中で実際に取り組みそうなものから行ってください。

また、6カ月後にモニタリングの状況を踏まえたケア会議を行います。事例対象者との関係性を第一に考え、あせらずに無理のない範囲で取り組むようお願いいたします。

### (1) 本人に対して

本人に取り組んでいただきたい内容は、状況を見ながら、本人にお伝えください。

### (2) 家族等に対して

家族や友人等関係者に対しての提案があれば、状況を見て働きかけをお願いします。また、主治医への確認・報告事項があれば、極力お伝えいただくとともに、必要があれば医療的な判断や指示を仰いでください。

### (3) サービス提供事業所に対して

サービス提供事業所に対して、会議で話し合われた具体的な内容を伝えて、情報を共有するとともに、適切な支援が行われるようにしてください。

## 8 モニタリング検討について

### (1) モニタリング検討の目的

初回検討した事例は、事例提供者から事例対象者に会議での提案内容を伝えた結果を踏まえて、6カ月後に再検討（モニタリング検討）を行います。

モニタリング検討では、提案した内容について、事例対象者の理解や、行動・生活の変化について確認します。事例対象者の理解が得られなかった場合は、その理由を踏まえた対応策や次善の策の検討を行い、行動・生活に変化がみられた場合はその状況を報告します。

事例対象者の方の理解を得て、行動や生活に良い変化を及ぼすことが簡単ではないことは会議の運営者（地域包括支援センター、助言者、行政）としても十分に理解しています。モニタリング検討は事例提供者を評価する場ではなく、事例提供者への助言が適切なものだったか、高齢者に対してより良い提案があるかを検討する場だと考えております。

## （２）モニタリング検討の判断

初回検討した事例は、6カ月後に再検討を行います。しかし、新規検討後にサービス利用の中止や居宅介護支援事業所の変更、死亡などによりモニタリングができなくなる場合があります。その際は、地域包括支援センターにご連絡ください。

## （３）モニタリング検討の提出資料

次の資料を会議開催日の2週間前までに地域包括支援センターに提出してください。個人情報のマスキング処理は、新規検討時と同様に地域包括支援センターにて行いますので、事例提供者が作業する必要はありません。

### ア 必須資料

事例提供者は、初回検討後、「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」「助言を元に取り組んだ事」欄と「4 モニタリング時アンケート」欄に記入し（記入要領は資料4-2のとおり）、電子メール等にて返送してください。

### 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、地域包括支援センターに提出してください。（資料3参照）

## （４）サービス提供事業所との調整

新規事例の検討と同様に、サービス提供事業所に無理のない範囲で参加いただけるようお声がけください。

サービス提供事業所の方が参加する場合は、会場や資料の準備の都合がありますので、その旨を地域包括支援センターにご連絡ください。また、会議

の集合時間や開催場所についての連絡は事例提供者からサービス提供事業所にお伝えください。

(5) 事前の打ち合わせ

モニタリング事例に関しても必要に応じて事例提供者と事前打ち合わせを行うことがありますので、ご協力をよろしく申し上げます。

(6) その他

その他、モニタリング検討に関する事項は、「6 会議当日の対応」を参考に、ご協力をよろしく申し上げます。

# 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	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 4 - 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	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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</p>	
		課題解決型地域ケア個別会議	地域包括支援センター		<p>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。</p>	<p>「介護保険法」第115条の48</p> <p>検討事例に応じた関係者</p>
		日常生活圏域ケア会議	担当課及び各支所		<p>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。</p> <p>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。</p>	
		地域包括ケア推進支援会議	担当課		<p>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。</p>	
生活援助中心型検証会議		介護保険事業担当課	<p>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。</p>	<p>「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</p>	<p>介護保険事業担当職員、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）、保健師など</p>	
サービス担当者会議		ケアマネジャー（契約が前提）	<p>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。</p>	<p>「指定居宅介護支援等の事業の人員及び</p>	<p>居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービ</p>	

			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			
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		<ul style="list-style-type: none"> <li>・提供事例の選定</li> <li>・対象者への説明</li> <li>・提出資料の整理</li> <li>・必要に応じてサービス提供事業所に会議の出席依頼</li> </ul>
	会議開催 2週間前	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資料を整理、コピー</li> <li>・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</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・資料を地域包括支援センターに提出</li> </ul>
	会議開催 2週間前	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資料一式を送付 (助言者、担当課宛)</li> </ul>		
	会議当日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会場設営</li> <li>・議事進行、板書</li> <li>・議事の記録</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・質疑応答への対応</li> </ul>
	会議終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・議事録の作成</li> <li>・議事録の送付 (事例提供者、担当課)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・提案を元に、対象者に働きかけなど</li> </ul>
モニタリング検討の会議	会議開催 1カ月前～ 2週間前			<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の状態をモニタリング</li> <li>・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</li> </ul>
	会議開催 2週間前	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資料を整理、コピー</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>
	会議開催 2週間前	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資料一式を送付 (助言者、担当課宛)</li> </ul>		
	会議当日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会場設営</li> <li>・議事進行、板書</li> <li>・議事の記録</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・質疑応答への対応</li> </ul>
	会議終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・議事録の作成</li> <li>・議事録の送付 (事例提供者、担当課)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな提案を元に、対象者へ働きかけなど</li> </ul>

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 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	<input type="checkbox"/> 朝食	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 利用者基本情報	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト	<input type="checkbox"/> お口の元気度セルフチェック表
	任意	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書または課題整理総括表	<input type="checkbox"/> 社会的フレイル・活動に関する質問	<input type="checkbox"/> バランス食事チェックシート
		<input type="checkbox"/> 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	重点課題	⑨
-----------	---	------	---

初回検討前	① 開催日等	<p>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）</p>
	② 基本情報等	<p>「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。</p>
	③ 初回検討の資料	<p>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。</p>
	④ 会議のテーマ	<p>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。</p>
	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	<p>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</p>

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
	⑨ 重点課題	初回検討時に助言者の手上げ方式により確認した事例の重点課題を記入。 例：①身体面（運動器）

資料 4-2 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

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: ⑩

3 モニタリング検討

⑪ 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	⑫	⑬	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( )

⑭ 重点課題の解決  解決できた  まあまあ解決できた  あまり解決できなかった  解決できなかった

【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
⑮	⑯

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。	<input type="checkbox"/> 非常に良くなった <input type="checkbox"/> 良くなった <input type="checkbox"/> 変わらなかった <input type="checkbox"/> 悪くなった <input type="checkbox"/> 非常に悪くなった	⑰
事例提供者 会議に参加して気づきがありましたか。	<input type="checkbox"/> たくさんの気づきがあった <input type="checkbox"/> 気づきがあった <input type="checkbox"/> 気づきはなかった	
事例提供者 会議に参加してよかった点を教えてください。	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 地域資源の情報が参考になった <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 地域とのつながりの必要性が認識できた <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	⑱

【地域包括支援センター記入欄】

⑲

モニタリング 検討前	⑩ 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
	⑪ 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。
	⑫ 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）
	⑬ 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。
	⑭ 重点課題の解決	初回検討で助言者よりいただいた重点課題の解決状況をチェック。
	⑮ 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。
	⑰ 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。
	⑱ 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	⑯ 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）
	⑲ 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。

# 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	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 利用者基本情報 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> お口の元気度セルフチェック表 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 社会的フレイル・活動に関する質問 <input type="checkbox"/> バランス食事チェックシート <input type="checkbox"/> 薬剤情報 <input type="checkbox"/> 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		重点課題	

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	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書	<input type="checkbox"/> 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（ ）

重点課題の解決	<input type="checkbox"/> 解決できた	<input type="checkbox"/> まあまあ解決できた	<input type="checkbox"/> あまり解決できなかった	<input type="checkbox"/> 解決できなかった
---------	--------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

【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 生活の質(QOL)が向上したと思えますか。	<input type="checkbox"/> 非常に良くなった <input type="checkbox"/> 良くなった <input type="checkbox"/> 変わらなかった <input type="checkbox"/> 悪くなった <input type="checkbox"/> 非常に悪くなった	
事例提供者 会議に参加して気づきがありましたか。	<input type="checkbox"/> たくさんの気づきがあった <input type="checkbox"/> 気づきがあった <input type="checkbox"/> 気づきはなかった	
事例提供者 会議に参加してよかった点を教えてください。	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 地域資源の情報が参考になった <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 地域とのつながりの必要性が認識できた <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

【地域包括支援センター記入欄】

--



## 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は必須でお願いします。

◆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◎、5は◎、6は◎の開き取り・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？
 

<input type="checkbox"/> ある(下記に○をつけてください)	<input type="checkbox"/> 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？
 

<input type="checkbox"/> 合っている	<input type="checkbox"/> ゆるい	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> あるが使用していない
--------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------
4. 両方の奥歯で噛めていますか？
 

<input type="checkbox"/> 両方で噛める	<input type="checkbox"/> 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？
 

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 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？
 

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある → ⑮
-----------------------------	---------------------------------

各番号の開き取り・観察へ

◎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。開き取り、観察をお願いします。		
開き取り	むし歯がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 痛くて噛めない
	グラグラしている歯がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	その他( )	
観察	会話中に入れ歯がバカバカと外れたりしていませんか？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している
◎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。開き取り、観察をお願いします。		
開き取り	どんな食べ物や、飲み物にむせますか？( )	
	いつむせますか？	<input type="checkbox"/> 食べ始め <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 食後
	麻痺がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(口右 口左)
観察	滑舌は良いですか？	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 開き取りにくい <input type="checkbox"/> 悪い
	鼻声になっていませんか？	<input type="checkbox"/> 鼻声ではない <input type="checkbox"/> 鼻声
	その他( )	
◎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。開き取り、観察をお願いします。		
開き取り	糖尿病がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	シエーグレン症候群がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	薬をたくさん飲んでいませんか？	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる( 種類)
観察	会話中に強い口臭がありませんか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	滑舌は良いですか？	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 開き取りにくい <input type="checkbox"/> 悪い

# 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			
近所の方とどの程度付き合っていますか。	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	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/>	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/>	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/>	食パン 目玉焼き ヨーグルト コーヒー  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	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	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/>	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/>	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/>	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/>	魚 <input type="checkbox"/> 油 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 海藻 <input type="checkbox"/> 芋 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/>
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	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	変化
生活機能	1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	2	日用品の買い物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
栄養改善	10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
口腔機能	12	事前 身長 cm 体重 kg BMI			
	12	事後 身長 cm 体重 kg BMI			
閉じこもり	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
認知機能	16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
うつ	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	20	今日が何月何日か分からない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
集計	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
食生活	4	食事の用意をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	5	定期的に3食とっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> 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*	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> 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*	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
更衣	8	季節・場所に応じた服装はできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	9	寝間着や肌着の着替えができますか*	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
整入浴	10	一人で体を洗うことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	11	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか*	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
清掃	15	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしていますか*	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	16	家の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか*	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか*	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
認知	18	火の始末や戸締りはできますか*	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	22	家庭の事で決まった仕事や役割はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
健康管理	24	催し物や地域の活動などに参加しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	26	薬はきちんと飲んでますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	27	食事内容の注意を守っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
うつ	28	散歩や体操を(週1回以上)していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	29	十分な睡眠はとれていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	
	30	あなたは普段健康だと思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し時々 <input type="checkbox"/> 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