

# 大野城市ケアマネジメント調整会議マニュアル



令和7年12月

# 目次

## I ケアマネジメント調整会議の概要

1 目的・効果	…	1
2 会議の出席者	…	2
3 個人情報の保護	…	2

## II 実践

1 検討ケアプランの選定基準、出席者等	…	3
2 ケアプラン選定から会議開催までの流れ	…	4
3 会議で使用する資料	…	5
4 会議の進め方	…	11
5 ケアプランの見直し	…	20

## III 様式集

- 様式1 ケアマネジメント調整会議検討ケース概要
- 様式2 課題整理表（生活機能・健康状態）
- 様式3 重点項目評価シート  
【生活行為向上アセスメント①（B身体的自立 ADL）】
- 様式4 重点項目評価シート  
【生活行為向上アセスメント②（C手段的自立 IADL）】
- 様式5 介護予防プログラムアセスメント票①(運動プログラム測定値)  
運動機能向上プログラムリスク確認
- 様式6 介護予防プログラムアセスメント票②(栄養・食支援測定値)
- 様式7 介護予防プログラムアセスメント票③(口腔機能向上測定値)
- 様式8 事例提供票
- 様式第1号 出席者名簿兼個人情報等保護確認書
- ケアマネジメント調整会議 支援経過報告
- ケアマネジメント調整会議事例提供後アンケート（支援終了分）

# I ケアマネジメント調整会議の概要

## 1 目的・効果

大野城市の高齢者人口は年々増加しており、令和5年2月には75歳以上の後期高齢者が11,403人と初めて前期高齢者を上回りました（第9期介護保険事業計画推計値）。高齢者人口の増加に比例して、介護保険認定者数、認定率も今後は増加が見込まれます。

本人の有する能力の維持・向上を重視してケアプランを作成することは、介護保険制度の基本となる考え方であり、多くの高齢者の望みを叶え、その家族や社会を支え、ひいては超高齢社会における介護保険制度を支えていくことにも繋がります。

このため、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の48第1項の規定に基づき、以下の（1）～（4）の事項を協議する体制を整え、住み慣れた地域において自立した日常生活を営むことができるよう、継続的な支援を行うことを目的として、「大野城市ケアマネジメント調整会議（以下「会議」という。）」を設置します。

- （1） 高齢者の実態把握及び課題解決のための地域支援ネットワークの構築に関する事項
- （2） 高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援に関する事項
- （3） 高齢者に関する地域課題の把握に関する事項
- （4） その他（市長が必要と認める事項）

（期待する効果）

- 医療・介護等の多機関・多職種が協働して、多角的視点から検討・助言を行うことにより、高齢者の個別課題を解決する。
- 支援のプロセスを通して、地域包括支援センター職員やケアマネジャー等の実践上の課題解決力の向上を図ると共に、ケアマネジャー・事業者・助言者のチームケアの質を高める。
- 高齢者の個別課題の分析と対策により、在宅生活の限界点を引き上げる。
- 個別ケースの検討を積み重ねて、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。
- 地域で高齢者を支えるネットワークを強化する。
- 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明確化し、行政施策に反映するなど政策形成や社会基盤整備につなげる。

※大野城市では、平成19年から「大野城市地域ケア会議」として、高齢者の地域での見守り活動や支援活動を推進する会議（高齢者や地域支援者に視点をおく）を行なっています。今回、ケアマネジャーのケアマネジメントの実践力を高める会議（ケアマネジメントに視点をおく）を新たに開始するため、名称を「ケアマネジメント調整会議」とします。

## 2 会議の出席者

平成27年度の介護保険法改正により、市町村が地域包括ケアシステムの構築を推進するために「地域ケア会議」を設置し、個別課題の解決と地域課題発見の両方の検討を行なうことが明記され、関係者の出席や資料・情報の提供など地域ケア会議の円滑な実施が可能になりました。また、関係者に対しては、法律上の守秘義務が課されました。

大野城市では、市が会議を開催し、個別ケースに関わる担当ケアマネジャー、地域包括支援センター、サービス提供事業者が出席します。

チームケアやスキルアップの観点及び検討内容の質を高めるため、担当ケアマネジャーのほか、サービス提供事業者の出席が望まれます。当日出席できない事業者は、事前に、担当ケアマネジャーとの打ち合わせを行い、当日は事業者に代わって担当ケアマネジャーが必要事項を報告することとします。

## 3 個人情報の保護

会議における個人情報の保護については、下記のとおりとします。

- ◇会議で検討するケアプランは、利用者（又は代理者）から個人情報の使用について、同意を得てください。また、要介護認定申請時に利用者（又は代理人）要介護認定申請書の個人情報の提供同意欄に署名または押印があるかを必ず確認してください。
- ◇会議の参加者（傍聴を含む）には、あらかじめ会議で知り得た個人情報の秘密保持について誓約していただきます。
- ◇会議で使用する個別ケース資料は、会議終了後、回収します。
- ◇直接の担当者以外に配布するケース資料は、個人が特定されないように氏名・生年月日・住所などの一部の情報を加工・修正して使用します。事例を提出するときは、できるだけ個人情報をマスキングして提出してください。

※虐待や本人の利益を守ることが優先される緊急時等の場合は、「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」第8条第2項第4号および「個人情報の保護に関する法律」第23条第1項において、本人の同意がなくても関係機関への情報提供が可能とされています。

## II 実践

運営は保険者と基幹型地域包括支援センターが協働して開催し、市全域のケアプランを対象に検討を行います。

### 1 検討するケアプランの選定基準、出席者等

#### (1) 検討するケアプランの対象

- ①事業対象者 ②要支援1・2 ③要介護1～5

①、②は、居宅介護支援事業所に委託しているケアプランも含まれます。③は、自立支援に資するケアマネジメントの支援という目的から、要介護1・2など比較的軽度のケアプランの検討を原則とします（要介護3以上が検討できないものではありません）。

#### (2) 選定基準

会議で検討することについて、事前に本人・家族の同意を得ているケアプランのうち以下のいずれかに該当するもの

- ① 新規のケアプランでアドバイスを受けたいもの
- ② 継続のケアプランで、評価時に改善がみられないもの
- ③ 適切なサービス利用を行うことで状態改善が見込まれるもの
- ④ 会議において検討したケアプランの評価後のもの

#### (3) 出席者

範囲	出席者
全ケースに出席	・市担当課職員（介護支援課、すこやか長寿課） ・基幹型地域包括支援センター職員（主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師・看護師） ・助言者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、主任ケアマネジャー）
担当するケースに出席	・担当ケアマネジャー（ケアプラン作成者）、サービス提供事業者、地区地域包括支援センターの担当職員
必要に応じて適宜出席	・上記以外の助言者・福祉サービス課、生活支援課職員等 ・民生委員、その他地域ケアの総合課題に必要と認められる人

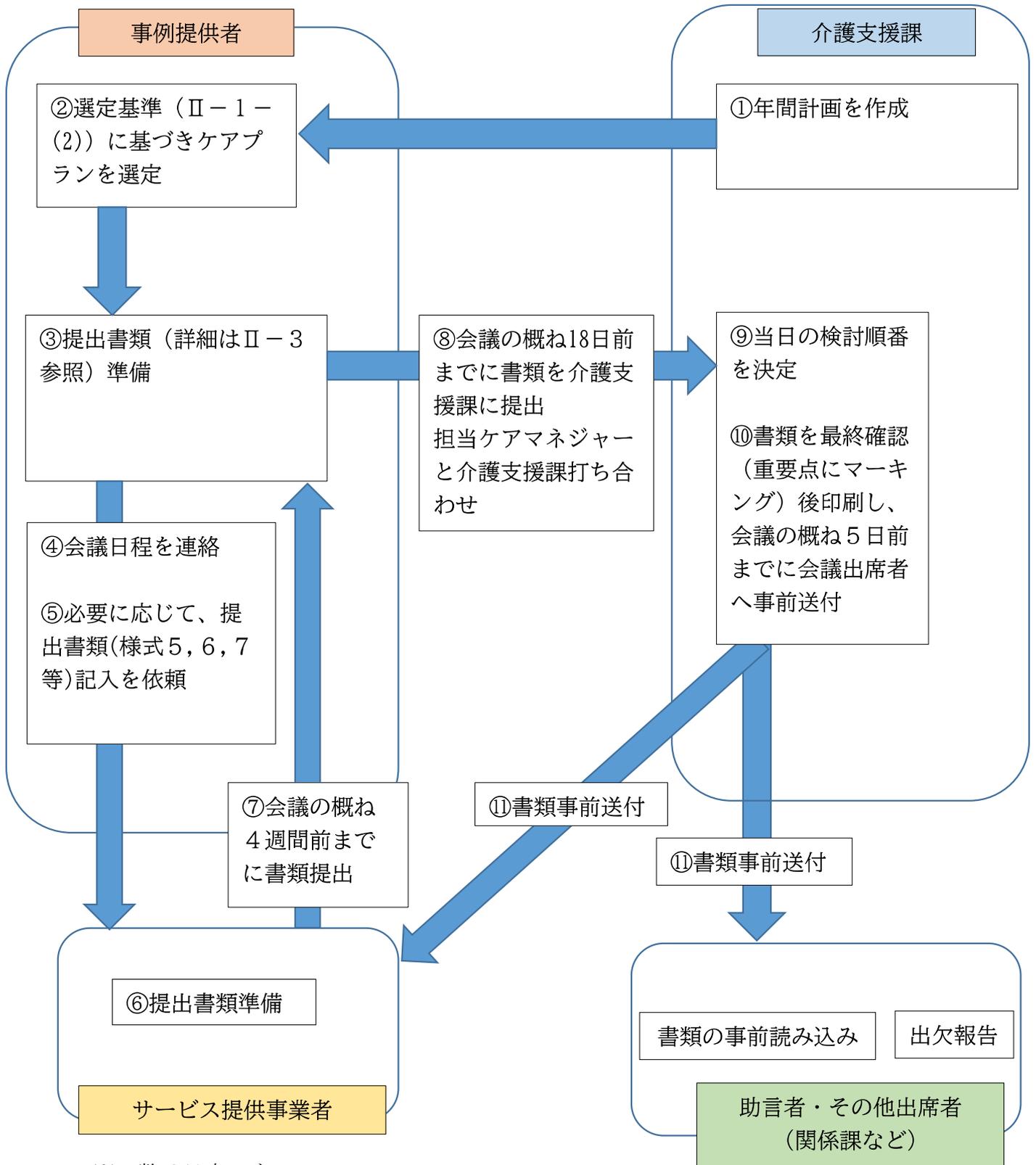
#### (4) 開催頻度

年16回程度

#### (5) 傍聴

次回の事例提供者や助言者、その他業務に必要と判断される人は、個人情報保護に関する誓約の上、傍聴ができます。

## 2 ケアプラン選定から会議開催までの流れ



### 3 会議で使用する資料

#### (1) 提出書類

ケース検討に必要な提出書類は下表のとおりです。様式5～7については、サービス提供事業者等による記入を想定していますが、必要に応じわかる範囲でケアマネジャーが記入しても構いません。

提出された資料は、利用者の氏名・生年月日・住所等の一部の情報を加工・修正して使用します。提出時にできる限り個人情報にはマスキングしてください。

提出書類	様式	様式説明
ケース概要	1	会議の際、このシートに自立を阻害している課題やケースの要点、プラン作成者の考える今後の方針をまとめ、検討課題等の概略及び医療連携情報を共有します。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプラン（支援経過記録は必要に応じた期間を提出。目安は直近6カ月。）</li> <li>・利用者基本情報</li> <li>・基本チェックリスト（要支援者のみ）</li> <li>・介護予防・サービス支援評価表（モニタリング記録）</li> </ul>		<p>現在使用しているケアプランです。</p> <p>介護予防・サービス支援評価表、モニタリング記録については、サービス開始前の検討の場合は不要です。</p> <p>既に会議で検討したケアプランを再検討する場合は、初回の会議後、変更した箇所を下線を引いて、変更箇所がわかるようにしてください。</p> <p>※移動や動作に関するアドバイスを希望する場合は、間取りや福祉用具使用の状況（写真）などがあると、具体的なアドバイスを得やすくなります。</p>
課題整理表 (生活機能・健康状態)	2	改善可能性を見極めるためのアセスメントシートです。利用者にとって介護保険サービスや支援が必要となっている大きな原因に該当する項目は、『重点課題』に●をつけます。重点課題は、「したい」「できるようになりたい」といった改善可能性のある項目です。ADL、IADLのうち、重点課題として挙げた項目は、生活行為向上アセスメントでさらに工程分解を行います。
生活行為向上アセスメント① (ADL)	3	様式2 課題整理表の「B身体的自立（ADL）」及び「C手段的自立（IADL）」で重点課題となっている項目を詳細に分析するアセスメントシートです。
生活行為向上アセスメント② (IADL)	4	
介護予防プログラムアセスメント票①（運動）	5	各プログラムのアセスメントの評価をします。（実施できない人は不要です。）
運動機能向上プログラムリスク確認		運動プログラムを実施するために事前把握する事項です。該当項目により運動実施の可否を判断します。
介護予防プログラムアセスメント票②（栄養）	6	各プログラムのアセスメントの評価をします。加算の有無にかかわらず、できるだけ提出してください。

介護予防プログラムアセスメント票③（口腔）	7	事業者が記載できない場合はケアマネジャーがわかる範囲で記載してください。
個別サービス計画		サービス提供事業者において作成している個別サービス計画により、具体的な目標やサービス内容がわかる場合は併せて提出してください。
お薬手帳の写し		多剤併用や副作用について、薬剤師が確認できるようにお薬の説明書ではなくお薬手帳の写しをお願いします。（お薬手帳が無い場合は提出不要です。）
血液データ		栄養状態、服薬状態の確認資料となりますので、疾患コントロールが必要な場合に限らずできるだけ提出してください。直近と前回（約半年前）のデータがあるとよりよい。
事例提供票	8	提出事例の対象者について記入してください。事例提供票は会議での配布は行いません。

(2) 様式の関係について

様式2の「B身体的自立（ADL）」「C手段的自立（IADL）」と様式3、4は関連していますので、様式2の記載後に様式3、4を記載します。

様式2を記入し、介護サービスによる支援が必要とされている主たる原因となっている生活機能が何かを確認します（自立を阻害している重要な要因）。

例) 移動が自立することで、排泄や通院など他のADL、IADLにも強く影響する等



様式2の中で、主に自立を阻害していると思った項目は「重点課題」に「●」を記入します。「B身体的自立（ADL）」「C手段的自立（IADL）」で重点課題とされた項目については、さらに詳細にアセスメントをする様式3、4の該当部分を記入します。（すべての項目について記入する必要はありません。）

様式2 ケアマネジャー記載

課題整理表(生活機能・健康状態) 作成日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

B身体的自立 (ADL)	1	移乗				
	2	自宅外での移動				
	3	自宅内での移動				
	4	排泄動作				
	5	浴動作				
	6	更衣動作				
	7	保清行為 ※口腔ケア、整髪、整容、皮膚、爪の手入れ				

様式3 ケアマネジャー記載

重点項目評価シート【生活行為向上アセスメント① (B身体的自立 ADL)】

生活行為	作業工程	事前	事後	備考
1 移乗	1 椅子・床(畳)等から立ち上がる 2 乗り移る先に向きをかえる 3 椅子・床(畳)等に座る			さらに詳細にアセスメントします

### (3)資料を見るポイント

#### ○障がい高齢者の日常生活自立度

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所なら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。 1 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもうてない

ADL、IADL の状態を確認する重要な要素。A1 の場合、生活機能評価の各項目に「○、△」が付されることが多い。

#### ○認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭外で多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務金銭管理などそれまでできていたことにミスが目立つ等。
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応ができないなど。一人で留守番ができないなど。

Ⅲ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難が見られ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたら物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等。
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ。
Ⅳ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害などの精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。

認知機能に課題があるかどうか確認する。ケアプランや生活機能に影響するため重要。

### ○基本チェックリスト

No.	質問項目	(いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
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"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
12	身長      cm      体重      kg (BMI=      )(注)		
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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ

項目	該当項目数	網かけが多かったときの注意点
全般 (1～20)	10 以上	生活機能全般を調べました。生活が不活発になっている可能性があります。その結果、心身がより早く衰える可能性があるかもしれません。生活習慣の見直しをしましょう。
運動器 (6～10)	3 以上	運動器の機能の状態を調べました。筋力が衰えてくることから、活動が不活発になったり、転倒などにより寝たきりを招く恐れがあります。毎日の生活の中に運動を取り入れましょう。
栄養 (11～12)	2 以上	栄養が取れているかどうか調べました。低栄養の可能性があります。低栄養になると、筋力が衰えたり、病気にかかりやすくなります。美味しく楽しくバランス良い食生活を心がけましょう。
口腔 (13～15)	2 以上	口腔機能の状態を調べました。口腔機能が低下すると食べたり飲み込んだりしにくくなり、低栄養や肺炎などの全身の健康状態が悪化します。口の健康を保ちましょう。
閉じこもり (16～17)	1 以上	閉じこもり気味かどうか調べました。家に閉じこもりがちだと、心身の活動が少なく、全身の衰弱や認知症、うつなどを招きやすいです。外に出る楽しみを見つけましょう。
物忘れ (18～20)	1 以上	認知症の可能性がないか調べました。物忘れの傾向があります。認知症は予防と早期発見・早期対応が大切です。 <u>小さな変化を見逃さないように心がけましょう。</u>
こころ (21～25)	2 以上	うつ病の可能性がないか調べました。うつになると活動量が減って心身が衰えてくるだけでなく、自殺の原因になることもあります。もしかしたらと思ったら早めに相談しましょう。

#### ○認定情報

- ・現在の要介護度と前回の要介護度を比較して重度化している場合は、「その原因」を確認する。

#### ○経済状況

- ・世帯の所得状況によって現実的なケアプランの作成（助言）が求められる。

#### ○既往歴

- ・ケアプラン作成上、重要なポイントとなるため必ず確認する。
- ・各助言者（専門職）は、具体的な症状や支援上の注意点（リスク管理等）などのアドバイスを繋げる。

## ○薬

- ・薬の量に着目する。（多すぎる場合、かかりつけ医に相談等）
- ・眠剤や認知症に多く処方される薬品名は、ある程度把握しておくといよい。（特に眠剤は転倒の原因の一つになることが多い。）

## ○今までの生活

- ・現状の状態に至った経緯を確認する。（確認できない場合は、質問する）
- ・どのような人生を過ごしてきたかは、本人像をイメージするために重要となる。（例えば認知症の場合、ケアに対するアプローチのヒントになることが多い）

## ○1日の生活・過ごし方

- ・日頃の生活スケジュールの確認。（例：日常の生活の活動量を推測する等）
- ・特徴的な要素があれば、総括のときの材料にする。（例：特定の時間にしていること等）

## ○趣味・楽しみ・特技

- ・利用者のIADLの自立に向けて重要な情報である。
- ・今後の活動・参加に繋げるためのヒントがある。（例えば、ケアプランに本人が取り組みやすい内容を組むことで、活動性を向上させることができる。）

## ○家族構成

- ・世帯構成は必ず確認する。
- ・独居の場合は近所の支援（見守り等）が得られるかどうかも重要。
- ・高齢者夫婦のみの場合、どちらか一方が介護している状態が多く、その介護者が一時的に入院により介護できなくなった場合の対応も検討する。
- ・介護者の疲労度も確認して考慮する。

## 4 会議の進め方

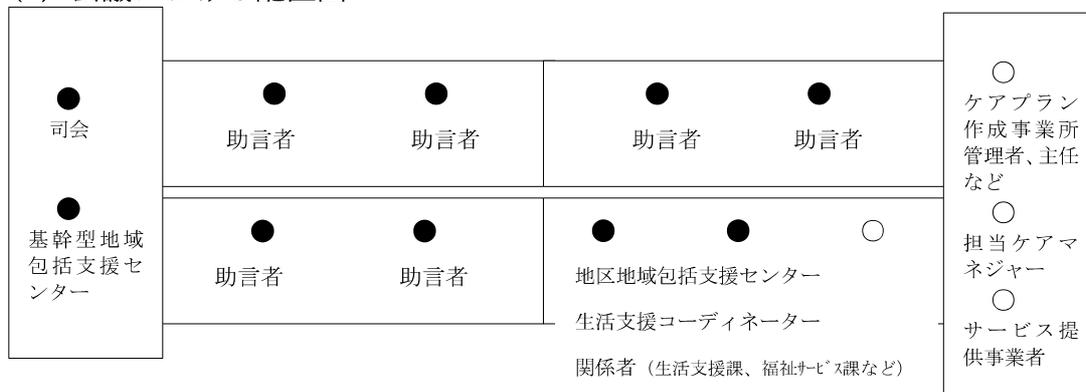
### (1) 当日の所要時間について

- ・会議全体の時間は2時間程度です。
- ・ケアプラン1件あたり30～45分程度で検討を行い、1回の会議で検討するケアプランは2～3件です。

### ◎1件あたりの進め方及び所要時間について

項目		所要時間	ポイント
①	担当ケアマネジャーから概要説明	3分	①様式1「ケアマネジメント調整会議検討ケース概要」を基に、問題点・課題、アドバイスを希望する内容を簡潔に説明 ②様式2「課題整理表」様式3、4「生活行為向上アセスメント①、②」を用いて、改善可能性が見込まれる点を中心に説明 ③上記を踏まえ、ケアプランにおける支援方針、目標等を説明
②	サービス提供事業者から評価、今後の支援方針説明	5～7分	サービス提供事業者から、提出した介護予防サービス計画書等に基づき、具体的な支援内容を説明
③	助言者、出席者から意見	18～27分	それぞれの専門職、担当の立場から、具体的な課題解決に向けた助言を行う
④	まとめ	3～5分	支援方針等の確認（優先順位に配慮） 最後に事例の振り返り時期について確認
合計		30～45分	※1件あたりの所要時間めやす
⑤	地域課題の抽出	5～10分	事例検討が終了したら、その会議での事例検討を通して浮上した地域課題等について傍聴を含む出席者から意見を募る。

### (2) 会議における配置図



(3) 会議進行のためのシナリオ（雛型）

発言者	シナリオ
司会者	<p>・会議の目的について確認します。この会議は、「高齢者の個別課題を解決」する他に、「参加者全体の課題解決力の向上を図ると共に、チームケアの質を高め、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」ことを目的とした効果を期待しています。会議自体が現場における研修的な役割があるため、事例の課題解決が最優先ですが、他のケースに役立つ情報などの提供もお願いします。</p> <p>・それでは、ケース検討を始めます。</p> <p>・まず、担当ケアマネジャーからケースのご紹介をお願いします。提出いただいた様式1「ケアマネジメント調整会議検討ケース概要」と様式2、3、4をもとに重点課題を中心に説明ください。</p>
<p>●担当ケアマネジャーから概要説明（3分程度） （ポイント）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の状態に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明（生活機能低下の背景を洞察することが重要）※配布資料からの追加や補足、強調する部分のみ発表する。</li> <li>・様式2「課題整理表」の解説 → 改善可能なポイントについて、次の流れで発表。</li> </ul> <p>※ 助言者は、自分の専門分野を中心に内容をチェックする。 （例）薬剤師 ⇒多剤併用や副作用の問題 等 地域包括支援センター ⇒地域とのつながりや権利擁護の問題 等</p>	
ケアマネジャー （時間によって司会者が端的に説明）	<p>&lt;予後予測&gt;</p> <p>→まず、ADL（IADL）の予測を発表</p> <p>今後改善すると予後予測した項目は、●●で、そのために利用しているサービスは、○○になります。</p> <p>様式2「課題整理表」で、ADL（IADL）の●●について一部介助（全介助）が必要になっているのは★★が原因と考えています。●●の動作が★★（の詳細）によってできていないため、●●を重点課題と考えました。</p> <p>この重点項目の動作を詳細に調査すると、様式3（様式4）の△△や□□に介助を要していました。△△や□□に介助を必要とするのは★★しているためと考えます。</p> <p>&lt;支援方針&gt;</p> <p>→当面の目標（短期）と考えた支援方法</p> <p>★★の機能向上や●●生活動作獲得のため、（誰、どこ）において（どうやって）●●の動作がどこまでできるようになることを目標とした支援を行います。○か月を目</p>

	<p>途に●●のどこまでができるようになると予測します。</p> <p>→ I A D L、状況対応、社会的役割につなげる</p> <p>これにより、◎◎などの生活範囲の拡大や、自立した生活に繋がると考えます。</p> <p>&lt;記号について&gt;</p> <p>●●…移乗、入浴（ADL）、買い物、ごみ出し（IADL）の項目</p> <p>★★…原因・要因（どの部分のどの機能低下）</p> <p>△△・□□…詳細調査で確認できる課題</p> <p>◎◎…IADL動作（家事動作や外出等）、状況対応、社会的役割</p>
司会者	<p>・では、提出いただいたケアプラン（提出がある場合は、個別サービス計画書）をもとに、サービス提供事業者から計画内容や事業所での本人の様子をご説明ください。</p>
<p>●事業者から評価、今後の意見（各2～3分程度） （ポイント）</p> <p>・通所型サービス等、利用しているサービス提供事業者がそれぞれの立場から発言。</p>	
司会者 →助言者から質問・助言	<p>・今の説明を踏まえて、質問・助言をお願いします。</p> <p>・担当ケアマネジャーからのアドバイス希望分野は「○」と「○○」です。</p> <p>・○○について質問がありましたが、○○について他に質問はありませんか（カテゴリー分類して質問を整理）。</p> <p>～以後、全体の意見、質問をとりまとめ、必要に応じ、助言者等への意見を求める。質疑のなかで、保険者としての意見があれば適宜述べる。</p>
<p>●助言者からより良いケアプランへの意見、それに伴う質問（18～27分程度） （ポイント）</p> <p>・ 司会は、ケースの本質（課題の本質）やケアプラン作成、サービス提供上の注意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識にブレが生じないようにする。</p> <p>・ 助言につながらない質問に時間をとられすぎないようにする。</p>	
<p>●まとめ（3～5分） （ポイント）</p> <p>・今後の支援（ケアプラン修正含む）の方向性を確認</p> <p>・担当ケアマネジャーやサービス提供事業者が当面行う必要がある課題（医師の意見確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取等）がある場合、最後に役割と内容の確認を行う</p>	

<p>司会者</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・そろそろ時間になりますが、最後に補足はありますか？</li> <li>・担当ケアマネジャーから、アドバイス等について確認をしたい事項はありませんか？</li> <li>・傍聴者からも意見、質問があれば1、2点のみ受けまますがありますか？</li> <li>・助言内容を再確認します。 （確認後）不足はありませんか。</li> <li>・次に、優先的に取り組む内容を2、3点に絞りたいと思います。助言の内容から①～～、②～～、③～～でよろしいですか？</li> <li>・それでは、担当ケアマネジャーは本会議の意見を踏まえ、ケアプランを再度検討してください。 今回の事例は約6ヵ月後に振り返り検討を行います。振り返り検討前に支援終了等の場合は別途ご連絡ください。</li> </ul>
<p>● 地域課題の抽出（5～10分） （ポイント）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・出席者は事例検討を通しての所感を述べる</li> <li>・事例検討を通して見えた地域課題がないかを全体（傍聴者含む）に確認する</li> </ul>	

(4) 助言者に期待すること

職種	会議における専門職としての視点等
理学療法士 作業療法士	<p>医療面に詳しい職種であることを意識して発言すること</p> <p>①生活不活発病（転倒）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒による骨折の既往歴がある場合は、必ず転倒の場所、原因を確認する。</li> <li>・転倒の原因が内因性によるものなのか外因性（環境）によるものなのか見極める。</li> <li>・服薬の組み合わせについても注意する。</li> <li>・廃用症候群の高齢者に対するサービス事業所での機能訓練の具体的な助言</li> </ul> <p>②脳梗塞片麻痺</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体機能の改善のみでなく生活機能（生活行為）の向上を目指す助言</li> <li>・環境面（補装具、補助具）に対する助言も忘れないこと</li> </ul> <p>③疾患の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患の主な症状、注意すること</li> <li>・運動機能向上訓練をする場合の注意事項、リスク管理等</li> </ul> <p>④成功例の紹介</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・似たケースの成功例を具体的に紹介して話す。</li> </ul> <p>⑤利用者が具体的に<u>取り組む運動</u>や活動への助言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特に<u>取り組む運動</u>（優先度の高いもの、取り組みやすいもの）の提案</li> <li>・利用者が今後の目標を達成できるようにサービス事業者等への助言も行なう。</li> </ul>
言語聴覚士 歯科医師 歯科衛生士	<p>①口腔ケアの必要性についての一般的な助言のみでなく、対象者によってどの程度のケア、指導が必要なのか見極めること</p> <p>②継続的、抜本的なケアが必要な場合にはケアプランに盛り込むことを助言</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・その際、歯科受診や訪問歯科診療等について確認する。</li> </ul> <p>③予後予測として、例えば構音障害の場合どこまで改善が見込まれるか、維持なのか、悪化の遅延化なのか、多少は改善の見込みがあるかどうか</p> <p>④誤嚥性肺炎の危険性が予見できそうな事例については、その具体的な予防策を助言すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・例えば、年齢から推測して「老嚥」ではないかや、脳血管等の疾患の特徴として助言する。</li> </ul> <p>⑤口腔機能の重要性を伝える</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・咀嚼・嚥下機能低下 → 栄養障害 → ADL低下 → QOL低下</li> </ul>
管理栄養士	<p>①永年の生活習慣をみる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・習慣を改善させた成功例等の助言に心がけること。</li> </ul> <p>例えば、カロリー制限の必要な事例に対しては、少量でも満腹感が得られる食べ方の紹介、お茶碗や箸の選択など</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事に関するアセスメントの必要度の見極め（特に栄養面に問題がなければスルーする。）</li> <li>②低栄養 <ul style="list-style-type: none"> <li>・単純にタンパク質摂取と伝えるだけでなく、調理方法、素材の選択など具体的にアドバイスする</li> <li>例) 肉×の人 「卵」、「納豆」、「豆腐」等</li> <li>肉○の人 1日のタンパク質摂取量の目安○○gなど</li> <li>・効果的なカルシウム摂取の方法（高齢者に適した食材の紹介）</li> <li>・嚥下機能の低下がある人に適した食材（言語聴覚士、歯科衛生士等と要相談）</li> <li>・必要カロリーを摂取する工夫（食べ方：おにぎり、ゆで卵等手で掴んで食べられるなど）（少食な人：少量で高カロリーな食材など）</li> </ul> </li> <li>③疾患別アドバイス（糖尿病、高血圧症、骨粗しょう症、貧血、腎疾患） <ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的な成功例の助言を心がけること</li> <li>・必要な栄養素の取り方（具体的な方法の提示）</li> <li>・食べ合わせ等の紹介</li> </ul> </li> <li>④標準的なメニューの紹介 <ul style="list-style-type: none"> <li>・コンビニ、スーパーでのメニュー（食材選び）づくり</li> <li>・電子レンジレシピ、電磁調理器レシピ、炊飯器レシピ等の紹介</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤師</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①薬の飲み方への助言（形態の変更、服薬ゼリーの使用など）</li> <li>②服薬管理の方法</li> <li>③身体機能低下（肝機能・腎機能等）が薬剤に与える影響、副作用（ふらつきによる転倒など）等薬剤が生活に与える影響の推測</li> <li>④薬剤の調整や検討で生活の改善に繋がる可能性があれば積極的に助言する</li> <li>⑤課題解決の過程で薬剤が影響を与える可能性を想定し、対応への提言を行う（課題に対する要因を幅広く想定し、薬剤の影響の可能性を検討する）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・主任ケアマネジャー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①自分が関わった利用者で、似たような成功事例の紹介</li> <li>②アセスメント能力を高めることを意識した助言</li> <li>③助言内容から優先的に取り組むべき課題</li> <li>④短期目標、長期目標への活かし方 例「○か月で体重○キロになる」</li> <li>⑤地域活動への参加を意識した助言（これまで行なっていたことが継続できる、再びできる）</li> <li>⑥会議で出た意見をケアマネジャーが利用者・家族へ説明する際どのように説明（合意形成）をしたらいいか、具体的に助言する</li> <li>&lt;助言以外&gt;</li> <li>⑦似たような事例から、地域課題の発掘、政策提言に繋がる意見</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター</li> <li>・生活支援コーディネーター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①自分が関わった利用者で、似たような成功事例の紹介</li> <li>②社会資源の活用についての助言（地域のサロン、インフォーマルサービス、福祉サービスの活用）</li> <li>③アセスメント能力を高めることを意識した助言</li> <li>④地域活動への参加を意識した助言（これまで行なっていたことが継続できる、再びできる）</li> <li>⑤積極的に発言することを心がける</li> <li>⑥会議で出た意見をケアマネジャーが利用者・家族へ説明する際どのように説明（合意形成）をしたらいいか、具体的に助言する</li> </ul>
全員	<ul style="list-style-type: none"> <li>①目標が課題に対して適切で具体的であるか、優先順位がつけられているかを確認し、具体的な目標を立案するヒントをアドバイスする【(5)留意点参照】</li> <li>②改善可能な項目に対して適切なサービス内容であるかを確認し、適切なサービスを提案する（地域活動への参加を意識）</li> </ul> <p>具体的助言に関しては、大分県福祉保健部高齢者福祉課作成「自立支援型通所サービス生活機能向上支援マニュアル」「自立支援ヘルパー実務マニュアル」なども参考にしてください。</p>

## 自立支援型プラン表例

生活全般の 解決すべき課題	目標	
	長期目標	短期目標
出来ない家事を手伝ってほしい	安心した生活を送れる環境をつくる	家事がすこしでも出来る様になる
※悪化予防の視点が全くない		
<b>見直し</b>		
生活全般の 解決すべき課題	目標	
	長期目標	短期目標
低栄養状態による体力低下と下肢筋力低下により、トイレや浴槽の掃除が出来ない	一人で浴室とトイレ掃除が出来る様になる	道具を利用してヘルパーと一緒に掃除ができる
下肢筋力低下により屋外歩行が困難にて買い物などが出来ない	スーパーまで一人で買い物に行く事ができる	近くのコンビニまで買い物に行く事ができる
むせ込みによる食欲低下などから、低栄養状態である。 (Alb3.1、BMI15)	むせ込みが改善し、普通食が食べられる (Alb3,5以上)	1日1600calが摂取できる
悪化予防の課題は重要		

目標が漠然としており、評価が出来ない

目標は明確に評価しやすい方がよい

(和光市北地域包括支援センター作成資料)

## (5)留意点

\*会議に出席している全員が「参加してよかった」「また参加したい」と思えるような会議になるように、出席者全員で会議を作っていきます。

\*活発な意見交換ができるように、出席者は積極的に発言しましょう。

\*議論された内容が形式的なもので終わらないように、利用者のサービスまで届くように議論しましょう。

- ①開催頻度が多くなるとマンネリ化、形骸化しがちであるため、常に程よい緊張感のある会議に努めること
  - ・1ケースの処理に時間をかけすぎないこと。時間がかかりすぎると焦点（課題）がぼやけてしまう。会議前に焦点を明確にする。
  - ・まずは、担当ケアマネジャーの説明を受け、事例の課題（焦点を絞る）を全員で共有してから会議を進行する。
  - ・担当ケアマネジャーのアセスメントに疑問があれば、課題を抽出するために全員で深堀りする。
- ②人を見る、観る、看る（診る）こと  
【高齢者のQOLの向上にはどのようにすればよいかという視点】
  - ・例えば、住宅改修で手すりを設置することで自宅では転倒の危険性が軽減され、室内歩行が自立したとしても、親戚の家での法事などの環境が異なることへの不安によりできなければ、本当の自立とは言えない。（普遍的自立なのか限定的自立なのかを確認する）
  - ・また、デイサービスでは自立していても、自宅では何らかの介助が必要となれば自立とはいえない。※できる能力があるがやっていない、参加していない等、「出来ること＝していること」と繋がるように考える。
  - ・さらに、高齢者（100歳近く）などの場合は終末期に対する備え（心構え）について担当ケアマネジャーに意識してもらう。
- ③個別ケースの課題解決のための会議を通して地域課題を把握する場であることを常に意識する。
  - ・個別ケースから浮かんでくる地域課題を見逃さずに、会議の最後出席者全員で共有する工夫が必要。
- ④OJTの場であることを意識する。
  - ・助言者の発言に頼りすぎない。まずは地域包括支援センターの職員が意識的に発言する。
  - ・担当ケアマネジャーとサービス提供事業者のアセスメント能力を高めることを意識する。
  - ・出席者全員が「時間を割いて出席する意義がある」と思える会議となるように努める。（モチベーションの維持）

- ⑤給付抑制や担当ケアマネジャーの裁判のような雰囲気会議にならないこと。
- ・プラン修正を求める場合は、地域包括支援センターや保険者がフォローする。
  - ・合意形成が難しそうな事例については、あるべき姿を示したうえで、現実的な対応の余地を残すこと。
- ⑥その他
- ・期間的自立支援のケースなのか？永続的自立支援のケースなのか？をしっかりと見極めることが重要。
  - ・卒業を目指すのか？悪化の遅延を目指すのか？維持から向上を目指すのか？によって必要な支援が異なる。  
(例えば、独居で重度の麻痺がある場合などは、ヘルパー支援が不要になることはない、など)
  - ・個人因子、環境因子等から判断して、3年～5年後の状態像を予測すること。
  - ・会議の締め言葉（総括）が重要。

## 5 ケアプランの見直し

### (1)見直したケアプランの提出

担当ケアマネジャーは、会議の検討内容を踏まえ、作成者が考える適切な時期にケアプランの変更を行ってください。

検討内容をケアプランに反映する際、利用者に同意を得ることが難しい場合は  
大野城市基幹型地域包括支援センター TEL092-501-2306  
大野城市介護支援課 TEL092-580-1916 へ相談してください。

### (2)事例の振り返り

検討したケアプランについては、振り返りを行います。事例検討後、振り返りを行う時期を原則6ヵ月として事例の状況に応じた適切な時期を設定します。会議での助言が活かされたかどうか、ケアプランの変更に繋がったかどうかを軸に事例を振り返ります。状況に応じて、新たな助言を行うこともあります。

振り返りでは、より実践的な助言の方法や、助言を受けてケアマネジャーがケアプランに活かすための方法などを考えることを通して、会議の質の向上を図ります。

振り返りを行う詳細な日程は、介護支援課から担当ケアマネジャーに後日連絡を行います。担当ケアマネジャーは、「ケアマネジメント調整会議 支援経過報告」に記入の上、変更したケアプラン（変更に至らなかった場合は不要）と支援経過記録を添えて、介護支援課に提出してください。

なお、会議後まもなく支援終了した場合は、介護支援課に報告し、その後のすすめ方を確認してください。

### (3)再検討

一度検討した事例について再度会議で検討を行う場合は、前回の会議後にケアプランを変更した箇所の下線を引いて、変更箇所がわかるように提出してください。また、様式3、4、6、7については、前回の状況が「事前」、現在の状況が「事後」となるよう記入してください。

**様式1 ケアマネジャー記載**

**ケアマネジメント調整会議検討ケース概要**

会議日		事例	←記入しない。↓住所は町名まで記入。番地は記入しない。				検討	
年齢	歳	男・女	住所	大野城市	地区		担当者名	
要介護度		有効期間	年	月	日～	ヵ月間	作成日	年 月 日
<b>本人の自立を阻害する問題点・課題</b>								
・誰の(本人・家族・その他)、どういった部分・状況が問題かを優先度が高いと考えている順に簡潔に記入。								
①								
②								
③								
④								
⑤								
<b>様式2課題整理表で「重点課題」とされたもの</b>		<input type="checkbox"/> A 機能的健康度 <input type="checkbox"/> B ADL(身体的自立) <input type="checkbox"/> C IADL(手段的自立) <input type="checkbox"/> D 状況対応 <input type="checkbox"/> E 社会的役割 <input type="checkbox"/> F 知覚・認知 <input type="checkbox"/> G 介護力・環境						
<b>特にアドバイスを希望する分野</b>		<input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 疾病管理 <input type="checkbox"/> その他( )						
<b>特にアドバイスを希望する具体的な内容・困っていることなど</b>								
・優先度の高いと考えている順に簡潔に記入。								
①								
②								
③								
④								
⑤								
<b>医療連携情報</b>								
<b>《現病歴・既往歴と経過》</b> ・新しいものから書く ・現在の状況に関するものは必ず書く	診断名	発症年	診断名	発症年				
<b>医師からの聞き取り内容(別紙可)</b> ・なければ「なし」と記入								
<b>添付資料</b>		<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 血液データ <input type="checkbox"/> 退院時サマリー等医療機関からの情報提供書(直近の退院等ある場合)						
<b>薬剤に関する体調変化</b>		<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 眠気 <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> から咳 <input type="checkbox"/> 小刻みな震え <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 胸やけ・吐き気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> その他( )						

課題整理表(生活機能・健康状態)

作成日

年 月 日

- ◆「現状」は、「日常的にしているかどうか」で判断してください。できる能力があるが、していない場合は、備考欄に補記してください。
- ◆「現状」と「予後予測」は、全項目を記載してください。
- ◆「C手段的自立(ADL)」「D身体的自立(IADL)」は、補助具を使用した状態で判断してください。
- ◆利用者にとって介護保険サービスや支援が必要となっている大きな原因に該当するものは、重点課題に「●」を選択してください。
- ◆「B身体的自立(ADL)」「C手段的自立(IADL)」で重点課題とした項目については、様式3及び様式4(重点項目評価シート)についても記載してください。
- ◆「備考」には、利用者の現状を具体的に記載してください。

◎自立(支障なし) ○見守り(支障は少ない) △一部介助(一部支障あり) ×全介助(支障あり)		★の領域は ( )に読み替え	現状	予後 予測	重点 課題	備考 (本人の意欲・支援内容・判断した根拠など)
A機能的 健康度 ★	1 筋力					
	2 関節可動域					
	3 手指巧緻性(手先の器用さや緻密さ)					
	4 痛み					
	5 身体機能 ※心機能、呼吸機能、肝機能、腎機能、消化 機能(咀嚼、嚥下含む)などの各臓器の働き。					
B身体的自立 (ADL) ※重点課題 となった項目 は、様式4で 詳細検討	1 移乗					
	2 自宅外での移動					
	3 自宅内での移動					
	4 排泄動作					
	5 入浴動作					
	6 更衣動作					
	7 保清行為 ※口腔ケア、整髪、整容、皮膚、爪の手入れ					
	8 食事摂取・飲水行為					
	9 姿勢保持					
C手段的自立 (IADL) ※重点課題 となった項目 は、様式3で 詳細検討	1 調理					
	2 掃除					
	3 洗濯					
	4 買い物					
	5 ごみ出し					
	6 通院					
	7 服薬					
	8 金銭管理					
	9 電話をかける					
	10 持ち物や着替えの準備、身だしなみ					
	11 公共交通の利用					
D状況対応★	1 趣味、生きがい					
	2 好奇心・生活意欲					
	3 契約行為・公的手続き					
E社会的役割 ★	1 家庭外での役割					
	2 家庭内での役割					
	3 友人・知人との交流					
	4 家族との交流					
	5 介護保険外の集団へ参加し他者と交流					
	6 介護保険通所サービスへ参加し他者と交流					
F知覚・認知 ★	1 計算能力					
	2 記憶力					
	3 見当識					
	4 集中力・注意力					
	5 言語能力(構音含む)					
	6 実行機能 ※場面や時節、気候に応じた行動のこと					
	7 情動機能 ※恐怖・驚き、怒り・悲しみ・喜びなどの感情 で、急激で一時的なものを指す。					
	8 睡眠機能					
	9 精神・行動障害					
G介護力・ 環境 ★	9 介護力					
	10 居住環境					

(より高い活動能力へ)

様式3 ケアマネジャー記載

重点項目評価シート【生活行為向上アセスメント① (B 身体的自立 ADL)】

作成日 年 月 日

◆様式2「課題整理表」の「B身体的自立(ADL)」の「重点課題」欄で「●」を選択した項目の工程をさらに詳細にアセスメントし、具体的な目標や評価の指標として活用します。

※様式2で重点課題を選択した項目のみ白く表示されます。白く表示された項目のみ記載してください。

※初回検討時は「事前」のみを記入してください。

同事例で再度検討を行う際は、前回提出したものに「事後」を追記して提出してください。

※できる(○)少し(△)困難(×)

生活行為	作業工程	事前	事後	備考
1 移乗	1 椅子・床(畳)等から立ち上がる			
	2 乗り移る先に向きをかえる			
	3 椅子・床(畳)等に座る			
2 自宅外での移動	1 整地を移動する			
	2 不整地を移動する			
	3 溝をまたぐ			
	4 段差を上がる			
	5 段差を降りる			
	6 障害物をまたぐ			
	7 信号が変わるまでに横断歩道を渡る			
3 自宅内での移動	1 自宅内を移動する			
	2 段差や障害物をまたぐ			
	3 ドア・引き戸を開け閉めする			
4 排泄動作	1 ズボン・下着を下ろす			
	2 便座に腰掛ける・しゃがむ			
	3 後始末(ふき取り)をする			
	4 水を流す			
	5 ズボン・下着を上げる			
5 入浴動作	1 浴室での安全確保			
	2 浴槽をまたぐ			
	3 浴槽にしゃがむ			
	4 浴槽をでる			
	5 浴室にすわる(椅子利用可)			
	6 シャワー、蛇口の操作			
	7 洗髪			
	8 体を洗う			
6 更衣動作	1 ズボンファスナー			
	2 小さなボタンとめ			
	3 靴下を履く			
7 保清行為	1 洗顔			
	2 歯磨き			
	3 手洗い			
8 食事摂取・飲水行為	1 箸・フォーク・スプーンを使用			
	2 茶碗やお皿・コップ等を持つ			
	3 口に運べる			
9 姿勢保持	1 傾きなどなく安定した座位を保つ			
	2 安定した座位で日常生活行為が出来る			
	3 傾きやふらつきなく安定した立位を保つ			
	4 安定した立位で日常生活行為が出来る			

様式4 ケアマネジャー記載

重点項目評価シート【生活行為向上アセスメント② (C 手段的自立 IADL)】

作成日 年 月 日

◆様式2「課題整理表」の「C手段的自立 (IADL)」の「重点課題」欄で「●」を選択した項目の工程をさらに詳細にアセスメントし、具体的な目標や評価の指標として活用します。

※様式2で重点課題を選択した項目のみ白く表示されます。白く表示された項目のみ記載してください。

※初回検討時は「事前」のみを記入してください。

同事例で再度検討を行う際は、前回提出したものに「事後」を追記して提出してください。

※できる(O)少し(△)困難(x)

生活行為	作業工程	事前	事後	備考
1 調理	1 メニューを考える			
	2 必要な食材を揃える			
	3 必要な調理道具を揃える			
	4 料理の段取りを決定する			
	5 皮をむく			
	6 食物を切る			
	7 食べ物を混ぜる			
	8 煮る・焼く・揚げる・茹でる			
	9 火気の取り扱い			
	10 食器に盛りつける			
2 掃除や整頓	1 掃除場所の決定			
	2 目的に適した掃除方法の選択			
	3 整理・収納			
	4 モップがけ			
	5 ほうきがけ			
	6 雑巾しぼり			
	7 掃除機操作			
	8 掃除道具の後片付け			
3 洗濯 ＜洗濯機＞  ＜干す＞	1 洗濯物を洗濯機に入れる			
	2 洗剤を入れる			
	3 洗濯機を操作する			
	4 洗濯物を取り出す			
	5 洗濯物を運ぶ			
	6 物干しの選択			
	7 洗濯物を干す			
	8 洗濯バサミではさむ			
	9 洗濯物を取り込む			
	10 洗濯物をたたむ			
	11 洗濯物をかたづける			
4 買い物	1 買い物のリストをつくる			
	2 お金と運搬用の道具を選択			
	3 お店を選択、決定			
	4 移動方法を選択、決定			
	5 お店まで移動する			
	6 お店の中の移動方法を選択、決定			
	7 必要な物品の買い物			
	8 お金の支払い			
	9 買ったものの運搬方法の選択、決定			
	10 買ったものを持ち帰る			
	11 買ったものの片付け			
5 ごみ出し	1 ごみを分別する			
	2 ごみをごみ収集所に持ち運ぶ			
6 通院	1 通院日を理解する			
	2 診察の受付(手続き)をする			
	3 診察内容を理解する			
	4 会計をする			
	5 薬の処方手続きをし受け取る			

様式4 ケアマネジャー記載

生活行為	作業工程	事前	事後	備考
7 服薬	1 服薬時間を理解する			
	2 薬を取り出す			
	3 薬をのむ			
8 金銭管理	1 通帳の管理をする			
	2 おこづかいの管理をする			
9 電話をかける (連絡)	1 電話番号を調べる			
	2 電話利用			
	3 緊急連絡の不安対処ができる			
10 持ち物や着 替えの準備・身 だしなみ	1 ひげを剃る			
	2 化粧をする			
	3 目的にあった衣服を選ぶ			
	4 目的にあった持ち物を準備する			
11 公共交通 の利用	1 利用したい交通機関の時間を調べる			
	2 バス停・駅まで移動する			
	3 運賃を払う			
	4 バス・電車の乗り降り			

## 様式5 サービス事業者・ケアマネジャー記載

### 介護予防プログラムアセスメント票①（運動プログラム測定値）

測定日		年 月 日		年 月 日	
評価時期		開始時		終了時	
1	5m全力歩行（秒）			秒	秒
2	開眼片足立ち（秒）			秒	秒
3	握力（kg）	右	kg	左	kg
4	timed Up&Go（秒）			秒	秒
5	ファンクショナルリーチ			cm	cm
6	椅子立ち座りテスト			回	回
7	床から物が拾えますか	1. いいえ 2. 少し(時々) 3. はい		1. いいえ 2. 少し(時々) 3. はい	
8	床上仰向けからの立ち上がりの時間(秒)			秒	秒
9	床上仰向けからの立ち上がりの状況	1. テーブルや台、手すりなどにつかまる 2. 床に手を着く 3. 膝や太腿などに手をつく 4. 何もつかまらずに行う		1. テーブルや台、手すりなどにつかまる 2. 床に手を着く 3. 膝や太腿などに手をつく 4. 何もつかまらずに行う	

### 運動機能向上プログラムリスク確認

これまでの受診などで医師から受けた注意・アドバイスを本人・家族に聞き取って記入してください。ケアマネから医師に直接確認する必要はありません。

運動の可否	可 ・ 否
注意点やアドバイス	
※健康手帳を活用しましょう。	
	記入日

（参考）厚生労働省：H21運動器の機能向上マニュアル  
運動除外基準

- ・ 心筋梗塞、脳卒中を最近6ヶ月以内に起こした
- ・ 狭心症、心不全、重症不整脈がある
- ・ 収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧110mmHg以上の高血圧がある
- ・ 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫など)で息切れ、呼吸困難がある
- ・ 糖尿病で重篤な合併症(網膜症、腎症)がある
- ・ 急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある
- ・ 急性期の肺炎・肝炎などの炎症がある
- ・ その他、運動プログラム実施によって健康状態が急変あるいは悪化する危険性があるもの

主治医の判断で相対的に除外や運動の制限を考える

- ・ コントロールされた心疾患、不整脈がある
- ・ 収縮期血圧180mmHg未満の高血圧がある
- ・ 慢性閉塞性肺疾患で症状がある
- ・ 慢性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある
- ・ 骨粗鬆症で、脊柱圧迫骨折がある
- ・ 認知機能低下により、プログラムの実施に支障をきたすもの
- ・ その他、運動プログラム実施によって健康状態が急変あるいは悪化する危険性があるもの

様式6 サービス事業者・ケアマネジャー記載

介護予防プログラムアセスメント票②（栄養・食支援測定値）

※初回検討時は「事前」のみを記入してください。

作成日 年 月 日

同事例で再度検討を行う際は、前回提出したものに「事後」を追記して提出してください。

	質問事項	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	1 現在自分は健康だと思いますか	①健康ではない ②あまり健康ではない ③まあ健康な方だと思う ④非常に健康			
	2 6ヶ月前とくらべて、 体重がどれくらい変化しましたか	①増加 ②減少 ③変化なし ※①または②の場合、具体的な数値を備考に記入			
	3 食欲はありますか	①非常にない ②ややない ③ふつう ④非常にある			
	4 ふだん食事は1日何回ですか	①1回 ②2回 ③3回 ④その他 ※④の場合、具体的な数値を備考に記入			
	5 6ヶ月前とくらべ主食の減少はありますか	①はい ②いいえ			
	6 6ヶ月前とくらべ主菜量の減少はありますか	①はい ②いいえ			
	7 6ヶ月前とくらべ副菜量の減少はありますか	①はい ②いいえ			
	8 1日の水分摂取量(コップ何杯)	①4杯未満 ②5～4杯 ③6杯位			
	9 よく便秘になりますか	①はい ②いいえ			
	10 食事に支障があるほど酒類を飲みますか	①いつも ②ときどき ③まれに ④いいえ			
	11 間食は毎日食べていますか	①はい ②いいえ			
	12 食べ物や飲み物でむせますか	①月2回以上 ②月1回ぐらい ③2ヶ月に1回ぐらい ④いいえ			
	13 菌や義歯の関係で軟らかいものを食べますか	①やわらか食 ②普通食			
	14 右記の健康管理上の食事指導について、 指導がありますか  ①あり ②なし	体重を増やす(痩せない) 肉、魚、卵、大豆・乳製品を増やす 野菜を増やす 塩分を減らす 間食の取り方 エネルギー(カロリー)制限 水分の制限 その他(備考に入力)			
	15 食べるのが楽しいですか	①楽しくない ②ふつう ③楽しみ ④とても楽しみ			

身長	m	体重	kg	BMI	BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) ※21.5未満=低栄養
調査時の前24時間の食事内容				食品の好み	備考
具 体 的 料 理 名	朝食			好きな食べもの	
	昼食				
	夕食			嫌いな食べもの	
	間食				

様式7 サービス事業者記載

介護予防プログラムアセスメント票③（口腔機能向上測定値）

※初回検討時は「事前」のみを記入してください。

作成日 年 月 日

同事例で再度検討を行う際は、前回提出したものに「事後」を追記して提出してください。

	質問事項	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	1 口腔乾燥度	①顕著 ②中等度(口唇乾燥含む) ③軽度 ④なし			
	2 口臭	①顕著 ②明確 ③少し ④なし			
	3 噛み切れる食品レベル (判断に迷った場合は柔らかい食品の方の番号を選択してください。)	①レベル2の食品も噛めない ②バナナ・煮豆・コンビーフ・ウエハースなどの食品は噛める ③ご飯・りんご・つみれ・茹でたアスパラ ④油揚げ・酢だこ・白菜漬物・乾ぶどう ⑤豚肉ももゆで・生にんじん・セロリ ⑥さきいか・たくあん			
	4 反復唾液嚥下テスト(RSST)の積算時間	①0回 ②1回 ③2回 ④3回 ⑤4回 ⑥5回以上			
	5 舌苔・歯(義歯)の汚れ	①ある ②少しある ③なし			
	6 お口の健康状態はどうか	①よくない ②あまりよくない ③ふつう ④まあよい ⑤よい			
	7 入れ歯の使用状況(ある人のみ)	①使っていない ②食事以外のときのみ使う ③食事のときのみ使う ④いつも使う			
	8 頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	①不十分 ②やや不十分 ③左右十分可能			
	9 食物残渣	①多量 ②中重度 ③なし・少量			
	10 清掃状況	①清掃不十分 ②やや清掃不足 ③十分清掃済み			
	11 入れ歯を外して歯や入れ歯の清掃	①していない ②週1~2回 ③週3~4回 ④週5~6回 ⑤毎日			
	12 口腔衛生習慣のための声かけの必要性	①不可 ②必要あり ③必要なし			
	13 食事をおいしく食べていますか	①おいしくない ②あまりおいしくない ③ふつう ④おいしい ⑤とてもおいしい			
	14 しっかりと食事が摂れていますか	①摂れていない ②あまり摂れていない ③ふつう ④摂れている ⑤よく摂れている			
	15 食事の食べこぼし	①多量にこぼす ②多少はこぼす ③こぼさない			
好ましい変化(総合評価) (最終のみ) ※観察・聞き取りから ①あり ②なし		口の中がさわやかになった 唾が出るようになった 舌の動きがなめらかになった むせや食べこぼしが減った 味覚が向上した 口もとがしまった 笑顔が増えた 頭がすっきり目覚めた 食事量が増えた その他(備考に入力)	事前は記入不要		

事例提供票

番号	被保険者 番号	氏名	事例提供者	出席するサービス提供事業者		ケア プラン	検討 理由	備考
			所属	事業所名	氏名			
例	1111111111	大野花子	大手通子	デイサービス△△	〇〇〇〇	初回	①	
			ケアプランセンター●●	□□ヘルパーステーション	〇〇〇〇			
1								

- 検討対象ケアプランの検討理由欄は、  
下記①②③④のいずれかを記載してください。
- ① 新規のケアプランのうち会議で、アドバイスを受けたいもの
  - ② 継続のケアプランで、評価時に改善がみられないもの
  - ③ 適切なサービス利用を行うことで状態改善が見込まれるもの
  - ④ 会議において検討したケアプランの評価後のもの

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

大野城市ケアマネジメント調整会議出席者名簿兼個人情報等保護確認書

ケアマネジメント調整会議に出席する人は、以下の欄に氏名・所属を記入してください。

なお、大野城市ケアマネジメント調整会議設置要綱（平成 28 年要綱第 43 号）第 6 条の規定に基づき、以下の内容を併せて確認の上、記入してください。

法令等の定めがある場合及び緊急時等本人の利益保護が優先される場合を除き、本日のケアマネジメント調整会議で知り得た個人情報は口外しません。

No.	氏名	所属
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

## ケアマネジメント調整会議 支援経過報告

事例検討日  年  月  日

計画作成事業者

地区

担当ケアマネ氏名

番号	助言内容	取組みと結果
①		助言を→ ケアプランを→
②		助言を→ ケアプランを→
③		助言を→ ケアプランを→
④		助言を→ ケアプランを→
⑤		助言を→ ケアプランを→
⑥		助言を→ ケアプランを→
⑦		助言を→ ケアプランを→

報告日

## ケアマネジメント調整会議事例提供後アンケート（支援終了分）

事業評価および事業への活用のため、下記のアンケートに記入してください。  
担当者変更や支援終了する場合はアンケートのみ提出してください。

### 1 ケアマネジメント調整会議事例について

①実施日	年 月 日
②担当ケアマネジャー氏名	
③所属事業所名	
④介護度	・ 事業対象者 ・ 要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5
⑤振り返りができなかった理由	死亡 ・ 介護度変更 ・ その他（ ）

### 2 ケアマネジメント調整会議に事例提供をして、ケアプラン作成に役立つ助言や意見を聞くことができましたか？（あてはまる項目に○）

できた ・ できなかった

### 3 ケアマネジメント調整会議での助言をプランの変更に活かすことができましたか？（あてはまる項目に○）

できた ・ できなかった

### 4 3の回答で「できなかった」場合は理由を記入してください。

### 5 ケアマネジメント調整会議に対しての意見があれば記入してください。

協力ありがとうございました。