

自立支援型地域ケア会議マニュアル

目的

高齢者のうち要支援認定者における自立支援・介護予防の観点を踏まえて自立支援型地域ケア個別会議を活用することにより、「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者のQOLの向上」を目指すことを目的とします。

実施主体等

検討会議は、太田市として取り組む事業であり、委託先である地域包括支援センターにおいて開催します。3つの地域包括支援センターをひとつのグループとし、令和2年度については、1グループにつき1事例について検討する地域ケア会議を3回開催するものとします。

- | |
|-------------------|
| Aグループ：太田鳥之郷、宝泉、新田 |
| Bグループ：九合休泊、沢野、尾島 |
| Cグループ：菰川、強戸毛里田、藪塚 |

対象ケース選定基準

以下のすべてに該当する高齢者とします。

- (1) 第1号被保険者（65歳以上）
- (2) 在宅の高齢者（サービス付き高齢者向け住宅などの在宅型施設も含む）
- (3) 要支援1または2または事業対象者
- (4) 介護保険サービスの利用をはじめてから1年未満のもの
- (5) 生活不活発病（廃用性症候群）の者または将来的になり得ると思われるもの又は骨折等の筋骨格系疾患のもの

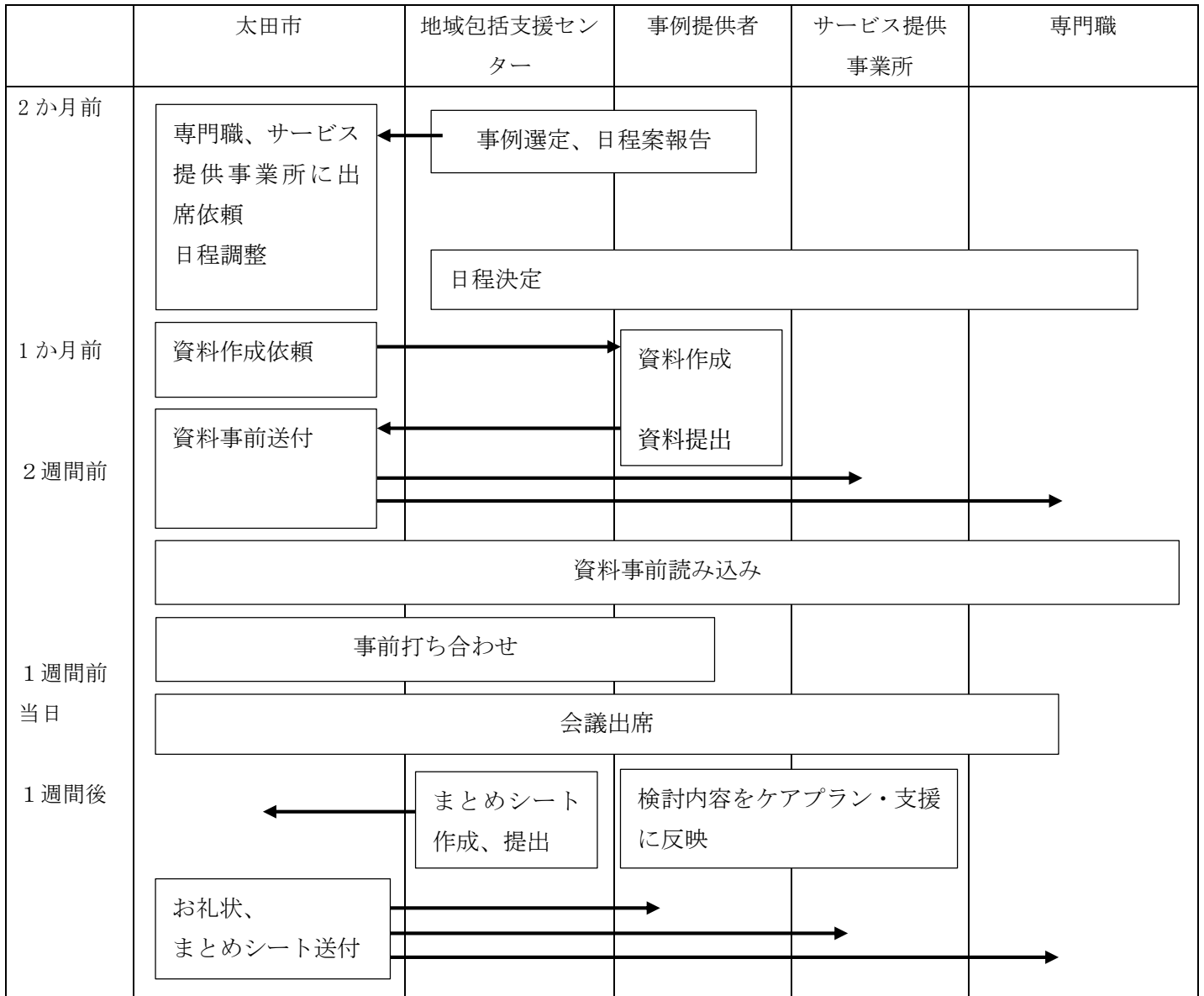
会議出席者とそれぞれの役割

- (1) 包括職員：
①司会進行：会議全体の司会進行
②書記：補足情報や助言内容についてホワイトボードに書き出す
③タイムキーパー：会議全体の時間管理
- (2) 事例提供者：検討事例を担当するケアマネージャー
- (3) サービス提供事業所：支援方針について説明する。
- (4) 薬剤師：事例に処方されている薬に関する情報提供（重複投薬・副作用等）及び服薬管理の観点からの助言を行う
- (5) 理学療法士：主に基本動作能力（立ち上がり、立位保持、歩行等）の回復や維持、悪化防止の観点から助言を行う
- (6) 作業療法士：主に応用的動作能力（食事、排泄等）、社会適応能力（地域活動への参加・就労等）回復・維持、悪化防止の観点から助言を行う
- (7) 管理栄養士：日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点から助言を行う

(8) 歯科衛生士：口腔衛生の観点から助言を行う

(9) 看護師：病状や障害を把握したうえで医学的な観点から事例の予後予測、対象者の動作や活動について助言を行う

会議開催から会議後の事務処理の流れ



会議の必要書類

- (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（表紙、アセスメント表、ケアプラン）
- (4) お薬手帳などの写し
- (5) 週間献立表
- (6) 家屋見取り図

会議当日のタイムテーブル

所要時間	発言者	内容
5分程度	司会	本会議の趣旨確認 出席者紹介
15分程度	事例提供者・サービス事業者	事例について説明
20分程度	各専門職・事例提供者・ サービス事業者	事例について質問
10分程度	司会	事例について確認
20分程度	各専門職	各専門職からの助言
5分程度	司会	事例のまとめ
5分程度	事例提供者	感想
80分程度	合計	

司会者における議事進行（例）

担当	進行表
司会	<p>本日はお忙しい中お集まりいただき、ありがとうございます。それでは自立支援型地域ケア会議を開催いたします。</p> <p>（会議の趣旨・目的の説明）</p> <p><u>会議のスケジュールを確認</u>します。</p> <p>ケアマネージャーさん、サービス提供事業所からの事例概要説明が15分。 ケースについて理解を得るための時間を質疑応答ふくめ20分。 検討事例の課題について確認する時間を10分。 各専門職からの助言を20分 検討内容の確認・まとめを5分 最後に事例提供者の方からの感想を5分 合計 80分程度を予定しております。</p> <p>まず出席者紹介を行いたいと思います。</p> <p>（出席者各自自己紹介）</p>
司会 事例提供者	<p>では、<u>事例の概要説明</u>を事例提供者の〇〇さんからお願いします。</p> <p>はい。まず利用者基本情報をご覧ください。</p> <p>（事例について説明）</p>
司会 サービス提供事業所	<p>ありがとうございました。</p> <p>それでは、サービス提供事業所の〇〇さんから、Aさんの現在のサービスの利用状況や様子などについて教えていただけますか。</p> <p>はい。Aさんは、・・・</p> <p>（サービス提供状況、様子等について説明）</p>
司会 専門職 事例提供者 司会	<p>ありがとうございました。</p> <p>では、事例の理解と確認のために質問があれば、お願いします。</p> <p>（事例について質問） （質問について回答）</p> <p>他はいかがですか。</p>

<p>司会</p> <p>専門職</p>	<p>ありがとうございました。</p> <p>ただいまのご意見から A さんの生活課題といたしましては、</p> <p>(1) . . .</p> <p>(2) . . .</p> <p>などが挙げられました。ほかに専門職の皆様から課題について付け加えることなどはありますか。</p> <p>(課題の追加)</p>
<p>司会</p> <p>専門職</p> <p>司会</p>	<p>それでは、ただいまの課題も踏まえ、支援についてご助言やご意見を伺いたいと思います。</p> <p>(各専門職からの助言)</p> <p>他にご意見はございませんか。</p> <p>ご意見がないようでしたら、まとめさせていただきます。</p> <p>今回の事例は、. . . となっているケースです。</p> <p>本日、多職種のみなさまでご検討していただきまして、頂戴いたしました助言といたしましては、</p> <p>(1) . . .</p> <p>(2) . . .</p> <p>(3) . . .</p> <p>以上が挙げられました。</p> <p>他に付け加えることはありますか。</p>
<p>司会</p> <p>事例提供者</p> <p>司会</p>	<p>ケアマネージャーさん、いかがでしたか。</p> <p>感想</p> <p>ありがとうございます。</p> <p>本日まとめた意見につきましては、整理でき次第、本日参加された方へ送付させていただきます。</p> <p>なお、送付させていただく内容については守秘義務がありますので、ご注意ください。</p> <p>以上で A さんの自立支援型地域ケア会議を終了いたします。ありがとうございました。</p>

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住所		Tel () Fax ()		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」	
住所 連絡先		続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
	友人・地域との関係				

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
年 月 日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過観察中 その他	

《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

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

基本チェックリスト

被保険者番号 () 記入日 (平成 年 月 日)

氏名		男女	生年月日	年 月 日
住所			電話	

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付けください)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="radio"/> 0 はい	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input checked="" type="radio"/> 0 はい	<input type="radio"/> 1 いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input checked="" type="radio"/> 0 はい	<input type="radio"/> 1 いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="radio"/> 0 はい	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="radio"/> 0 はい	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ
運動器関係 0 / 5			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input checked="" type="radio"/> 0 はい	<input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 0 はい	<input type="radio"/> 1 いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input checked="" type="radio"/> 0 はい	<input type="radio"/> 1 いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ
栄養関係 0 / 2			
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ
12	身長 cm、体重 kg (注)	BMI =	
口腔機能関係 0 / 3			
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="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ
15	口の渴きが気になりますか	<input type="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ
閉じこもり関係 1 / 2			
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="radio"/> 0 はい	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ
認知症関係 1 / 3			
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="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 0 はい	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ
うつ関係 2 / 5			
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input type="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ
22	(ここ2週間) これまでなら楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった	<input type="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 1 はい	<input type="radio"/> 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="radio"/> 1 はい	<input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 1 はい	<input type="radio"/> 0 いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする

市、地域包括支援センターが行う介護予防・日常生活支援総合事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト等の必要書類を、市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名

①表紙 介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録票)

○初回 ○紹介 ○継続 ○認定済 ○申請中

NO: _____

利用者氏名: _____様 被保険者番号: _____ 生年月日: _____年 月 日 (満 歳)

認定年月日: _____年 月 日 認定有効期間: _____年 月 日 ~ _____年 月 日

計画作成者氏名: _____ (事業所名) 担当地域包括支援センター名: _____ (圏域)

計画作成事業者: _____ (電話番号)

計画作成(変更)日: _____年 月 日 (初回作成日) _____年 月 日

目標とする生活 生活に対する意向や希望	本人の希望(こんな風にしたい)	1日	1日の生活をどのように作っていくか					
	家族の希望(こんな生活をしてほしい・こんな風にかかわりたい)	1年	週や月、年単位でしたいこと					
健康状態	主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点	必要な事業プログラム		栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
	主治医のアドバイス	<input type="radio"/> 予防給付 <input type="radio"/> 総合事業 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		運動不足 / 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3
総合的な支援の方法	改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など)	適切な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】						

1週間の予定 (利用するサービス)	月	火	水	木	金	土	日

【地域包括支援センター記入欄】

意見: _____

_____年 月 日 確認 担当者名: _____氏名: _____印

【利用者記入欄】

私はこの介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録票)(①、②、③)について同意します。

②アセスメント表		アセスメント実施年月日:		年 月 日		被保険者番号:		利用者名:		様				
アセスメント領域と現在の状況			本人・家族の意欲・意向			領域における課題			総合的課題					
何を、何をしていないか？			今していない理由？			今後どうしたいですか？			背景・原因の分析、改善可能性の評価					
運動・移動 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 交通機関での移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			【本人】			有無			<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他			①		
日常生活(家庭生活) <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> その他の家事 <input type="checkbox"/> 預金管理 <input type="checkbox"/> 世話(花・ペット)			【本人】			有			<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他			②		
社会参加・対人関係・コミュニケーション <input type="checkbox"/> 相談ごと <input type="checkbox"/> 来訪・訪問 <input type="checkbox"/> 会話・手紙 <input type="checkbox"/> 仕事・地域の役割			【本人】			有			<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他					
健康管理 <input type="checkbox"/> 入浴・清潔 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> 健診受診 <input type="checkbox"/> 服薬管理			【本人】			有			<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他			③		
その他(例 趣味・生きがい) <input type="checkbox"/> 以前のこと <input type="checkbox"/> 今のこと <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			【本人】			有			<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 心理状態 <input type="checkbox"/> 習慣 <input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 経済状態 <input type="checkbox"/> その他					
【家族】			【家族】			無								
【本人】			【本人】			有								
【家族】			【家族】			無								

③ケアプラン

被保険者番号: _____

利用者名: _____

様

総合的課題に対する目標と具体策の提案		具体策についての意向		支援計画			
目標の提案 (評価可能で、具体的)	具体策の提案 (様々な角度からの支援内容)	本人・家族等の意向 (合意のない理由・根拠等)	合意できた目標	支援方法	サービス種別 (頻度)	事業所	期間
①	本人	本人	目標	本人(セルフケア)			
	家族	家族	支援のポイント	家族			
	その他 ()	()		保険外サービス			
②	本人	本人	目標	本人(セルフケア)			
	家族	家族	支援のポイント	家族			
	その他 ()	()		地域 保険外サービス			
③	本人	本人	目標	本人(セルフケア)			
	家族	家族	支援のポイント	家族			
	その他 ()	()		地域 保険外サービス			

週刊献立表

	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
朝							
昼							
夜							

地域ケア会議結果 助言内容まとめ

会議開催日	年 月 日 () : ~ :
対 象 者	氏 名 : 介 護 度 : 年 齢 : 性 別 :
事例提供者	
事例の概要	
課 題	
課題に対する 具体的な助言内容	

