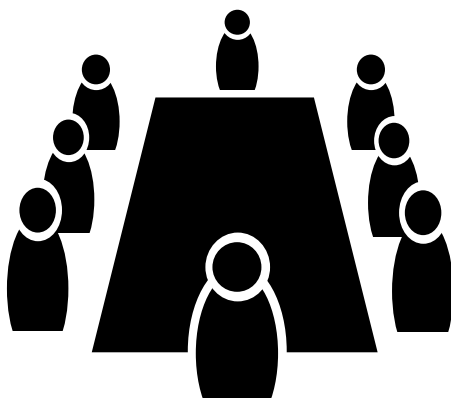


旭川市自立支援型ケア会議 マニュアル



令和6年4月

旭川市福祉保険部長寿社会課

目次

I	はじめに	P.1
II	事業の概要	P.1
	1 意義	
	2 目的	
	3 目指す効果	
	4 会議の種類	
III	自立支援型ケア個別会議（ケアプラン検討会議）	P.2
	1 実施方法	
	(1) 開催	P.2
	(2) 全体の概要	P.2
	(3) 本会議に求められる機能	P.2
	(4) ケアマネジメントの一連の業務	P.3
	(5) 出席者	P.4
	(6) 開催日	P.4
	(7) 会議で対象とする居宅介護支援事業所	P.4
	(8) 出席日	P.4
	(9) 対象事例の選定基準	P.4
	(10) 選定基準ごとの会議資料及び提出方法	P.4
	(11) 会議資料	P.5
	(12) 事例提出の流れ	P.5
	(13) 会議の流れ	P.6
	(14) 事業評価の指標及び方法について	P.6
	(15) 会議後の提出書類について	P.6
	2 司会者の役割	P.7
	3 アドバイザーの役割	
	(1) 会議におけるアドバイザーの役割	P.7
	(2) 助言の考え方	P.7
	(3) 助言を行う事項と視点	P.8
	(4) 助言を行う際の留意点	P.9
	(5) 各アドバイザーの確認内容及び助言内容	
	● 薬剤師	P.10
	● 保健師・看護師	P.11
	● 理学療法士・作業療法士	P.12

● 言語聴覚士	P.14
● 管理栄養士・栄養士	P.15
● 歯科衛生士	P.16
● 主任介護支援専門員	P.17
● 生活支援コーディネーター	P.18

IV 自立支援型ケア推進会議（地域づくり検討会議） P.19

1 開催	P.19
2 全体の概要	P.19
3 本会議に求められる機能	P.19
4 出席者	P.20
5 具体的な検討内容	P.20

V アドバイザーの登録等について P.21

1 出席について	P.21
2 登録について	P.21

VI 年間開催日の決定と出席者の調整等について P.21

1 年間開催日の決定について	P.21
2 出席するアドバイザーの調整について	P.21
3 会議への出席に係る依頼について	P.21

VII 会議への出席に係る報償費について P.21

1 報償費の支払先	P.21
2 報償費の額	P.21
3 報償費の支払時期	P.22

VIII 守秘義務と個人情報の取扱いについて P.22

1 本会議の守秘義務	P.22
2 個人情報の取扱いについて	P.22
3 聴講者の参加条件について	P.22

IX 各種様式 P.23

I はじめに

この会議は、ケアマネジャーが作成するケアプランについて、担当者の考えを軸に様々な専門職が意見を出し合い、ケアマネジャーが行う対象者への自立支援を関係者全体で支える会議です。

また、個別課題の解決のための会議を積み重ねることで、地域レベルの課題（以下「地域課題」という。）を発見し、より多くの方が健康に暮らすことができる地域づくりに発展させていくことを目的としています。

II 事業の概要

1 意義

ケアマネジャーに求められる自立支援に資するケアマネジメント、社会資源の活用、地域包括支援センター等の関係機関との協働、医療職との連携、ケアプランの公正・適正化という役割を、関係者全体で支え、強化していくためのプラットフォームです。

2 目的

- 効果的なケアマネジメントによる対象者の課題の解決
- 多職種・他部門との協働による関係者のネットワークの構築
- 個別課題の集積による地域課題の分析と発見

3 目指す効果

- 住民一人ひとりの健康で自立した生活の推進
- 関係者の地域包括ケアの理解の促進及び連携体制の強化
- 誰もが健康で自立した生活を送りやすい地域づくり
- 介護サービス等の適正化による介護保険制度の持続可能性の確保

4 会議の種類

- 自立支援型ケア個別会議（ケアプラン検討会議）
 - ・ 開催回数 年66回
 - ・ 検討事項 自立支援に資するケアマネジメントの内容
- 自立支援型ケア推進会議（地域づくり検討会議）
 - ・ 開催頻度 年1回程度
 - ・ 検討事項 地域課題の明確化とその解決方法

Ⅲ 自立支援型ケア個別会議（ケアプラン検討会議）

1 実施方法

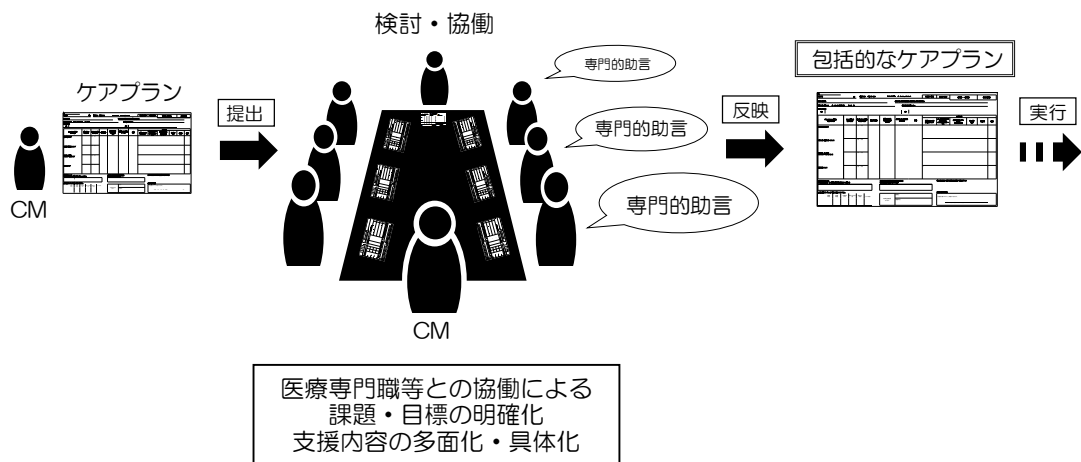
(1) 開催

- 主催者 各地域包括支援センター
- 開催回数 年66回
- 開催時刻 午後1時30分から
- 開催時間 30分から3時間（対象事例数によって変動）

(2) 全体の概要

早期介入・早期改善の視点による優先度に鑑み設定した本会議の事例の選定基準に基づき、ケアマネジャーが当該基準に該当する事例のケアプランを会議に提出し、医療職等の出席者が専門的な見地からケアプランに対する助言を行うことで、それをケアプランに反映し、対象事例の課題と目標を明確化した、より包括的・具体的な目標指向型のケアプランの実行につなげます。

図. 自立支援型ケア会議の概要



(3) 本会議で重要となる事項

- ケアマネジャーが専門職の助言をケアプランに反映することができる
- ケアマネジャーが対象者や関係者と支援計画を共有することができる
- 支援計画について、対象者の合意を得ることができる
- 支援計画に、対象者自身が主体的に取り組むことができる
- 自立した生活のための目標を達成できる（生活課題を解決できる）

(4) ケアマネジメントの一連の業務

アセスメント	対象者の居宅への訪問による本人及び家族との面接
	有する能力及び置かれている環境等の評価
	対象者が現に抱える問題点の明確化と解決すべき課題の分析
ケアプラン 原案の作成	次の事項に沿ったケアプランの作成
	総合的な援助の方針
	生活全般の解決すべき課題
	目標及びその達成のための支援期間
	最も適切なサービスの組合せ
	介護保険サービス
	本人及び家族の取組 インフォーマルサービス
サービス担当者会議	本人、家族及びサービス提供事業所担当者との対象者の情報の共有
	ケアプラン原案への意見照会
ケアプランの 確定・交付	本人及び家族へのケアプランの説明と文書による同意
	本人及びサービス提供事業所担当者へのケアプランの交付
モニタリング	ケアプランの実施状況の把握
	必要に応じたケアプランの変更
	必要に応じたサービス提供事業者との連絡調整
	本人、家族及びサービス提供事業者との継続的な連絡
	対象者居宅への定期的な訪問による面接と記録 ※
評価 (ケアプランの期間終了時)	対象者の状況及び目標の達成状況の把握
	今後の方針の決定

※ 居宅介護支援（要介護者のケアマネジメント）は、少なくとも月に1回はモニタリングを実施。
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（要支援者のケアマネジメント）は、原則、少なくとも3か月に1回はモニタリングを実施（条件によっては6か月に1回）

(5) 出席者

- 事務局（地域包括支援センター職員）
- 司会者（地域包括支援センター又は当該センターが指定する者）※¹
- 介護支援専門員（ケアプラン作成者）
- アドバイザー
 - ・ 薬剤師 ・ 保健師
 - ・ 理学療法士
 - ・ 作業療法士
 - ・ 言語聴覚士※²
 - ・ 管理栄養士・栄養士
 - ・ 歯科衛生士
 - ・ 主任介護支援専門員
 - ・ 生活支援コーディネーター
- 傍聴者※³

※¹ アドバイザーが司会者を行う場合は、当該司会者はアドバイザーを兼務する

※² 言語聴覚士は、対象事例の状態によって適宜出席する

※³ 傍聴者の参加条件等については、本マニュアルのP.22「3 傍聴者の参加条件について」のとおり

(6) 開催日

各年度において、市とセンターが協議の上、決定します。開催スケジュールについては、旭川市ホームページに掲載します。

(7) 会議で対象とする居宅介護支援事業所

市内全ての居宅介護支援事業所を対象といたします。

各年度において、地域包括支援センターごとに担当する居宅介護支援事業所を決定します。

なお、居宅介護支援事業所が所在する圏域の地域包括支援センターが当該事業所を担当することを基本としていますが、市内の介護支援専門員に対して会議出席の機会を公平に設けていくことを目的として、地域包括支援センターごとの担当居宅介護支援事業所は、居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員の人数が均等になるよう調整していますので、所在圏域とは異なる地域包括支援センターが担当となる場合があります。

(8) 出席日

居宅介護支援事業所ごとの出席日は、主催する地域包括支援センターが担当する居宅介護支援事業所と日程調整を行い、決定します。

(9) 対象事例の選定基準

● 新規事例（基準 A）

優先① サービス担当者会議の実施前（ケアプラン原案時点）であり

優先② 担当する介護支援専門員が専門職等からの助言を希望する事例のうち

優先③ （該当する利用者を担当している場合は）主催する地域包括支援センターの担当圏域に居住する事例

● 既存事例（基準 B）

優先① 担当する介護支援専門員が専門職等からの助言を希望する事例のうち

優先② 現行ケアプランが終了するまでの期間が最も短い事例であり

優先③ （該当する利用者を担当している場合は）主催する地域包括支援センターの担当圏域に居住する事例

(10) 地域包括支援センターへの会議資料の提出方法及び提出期限

地域包括支援センターへの会議資料の提出方法については、開催する地域包括支援センターと協議の上、決定してください。

提出期限は、原則として会議開催日の7日前とします。

(11) 会議資料 (詳細は P.23「Ⅹ 各種様式」のとおり)

会議の資料は、事例の要介護度に応じて、次の資料を提出してください。

なお、対象事例を担当している経過が長期であり、同一の書類が経時的に複数ある場合は、直近の記録のみを提出してください。

① 居宅介護支援(要介護者のケアマネジメント)

- 利用者基本情報(アセスメントに関する記録と同一の場合は不要)
- アセスメントに関する記録(任意様式)
- ケアプラン(居宅サービス計画書の第1表から第4表まで)
- 評価に関する記録(基準Bのみ)
- サービス担当者会議の記録

② 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(要支援者ケアマネジメント)

- 利用者基本情報
- アセスメントに関する記録(任意)
- 基本チェックリスト
- ケアプラン(介護予防サービス・支援計画表)
- 評価に関する記録(基準Bのみ)

※ 各種様式は、使用するケアマネジャーによって内容が多少異なる場合があります。

(12) 会議の流れ

- 1事例を30分^{*1}とし、最大6事例^{*2}のケアマネジメントを検討します。
 - ※¹ 事例によっては、生活課題の複雑さや資料の量などにより、30分以上の時間を設定する場合があります。
 - ※² 開催日ごとに、対象事例数が異なる場合があります。
- 1事例のケアマネジメントの検討の流れ
 - ① 会議資料(事例情報)の読み込み **5分**

各アドバイザーは、自らの専門性を踏まえ、必要な情報を重点的に確認してください。
 - ② アドバイザーからの助言 **20分**

司会の進行に沿って、助言を求められたアドバイザーは、自らの専門性を活かした助言を行ってください。
 - ③ まとめ **5分**

司会が、アドバイザーからの助言を踏まえ、ケアマネジャーの意向を聴取しながら、ケアマネジャーが今後実践する事項を整理します。

(13) 事業評価の指標及び方法について

事業の効果判定及び課題の分析を行い、効果的に会議を運営していくために、次のとおり事業評価を行いますので、書類の提出等に御協力ください。

期間	項目	内容	指標	方法	評価実施者
短期	会議	アドバイザーからの助言は適切であったか	ケアマネジャーの理解度	ケアマネジャーに対する主観的評価の実施	地域包括支援センター
		会議の進め方は適切であったか	アドバイザーの助言のしやすさ	アドバイザーに対する主観的評価の実施	
	ケアプラン	会議におけるアドバイザーの助言内容はケアプランに反映されたか	ケアプランへの反映状況	書類の提出と内容の確認 ・サービス担当者会議の記録 ・ケアプラン	
中期	実行提供	ケアプランの支援内容が適切に実行・提供されたか	本人の取組の状況	書類の提出と内容の確認 ・モニタリングに関する記録 ・評価に関する記録	
			家族等の支援状況		
			サービスの提供状況		
		ケアプランの支援内容が適切に実行・提供されたか	インフォーマルサービスの活用状況		
中期	目標の達成状況	対象者の自立した生活のために設定した目標は達成されたか（対象者の生活課題は解決されたか）	目標の達成状況		
			介護サービスの利用状況		
長期		支援の効果は持続しているか	介護サービスの利用状況	国保データベース（KDB）システム等による認定状況及び介護シセプトの確認	長寿社会課※
			要介護認定の状況		

※ 目標の達成状況の評価結果により実施を判断

(14) 会議後の提出書類と提出時期について

ア 提出の時期及び内容

	提出書類及び提出時期		
	ケアプラン決定時	ケアプラン終了時（会議後1回目）	ケアプラン終了時（会議後2回目）
新規事例（基準A）	ケアプラン	モニタリングに関する記録	
	サービス担当者会議の記録	評価に関する記録	
		更新後のケアプラン	
既存事例（基準B）		サービス担当者会議の記録	モニタリングに関する記録 評価に関する記録 更新後のケアプラン サービス担当者会議の記録
		ケアプラン	
		サービス担当者会議の記録	
		更新後のケアプラン	

イ 提出先及び提出方法

提出先	提出方法
担当地域包括支援センター	ケアプランは会議の内容を反映した部分を朱書きにし、担当地域包括支援センターと協議の上、提出方法を決定してください。

(15) 会議後アンケート

会議の終了後、出席したアドバイザー及び事例提出を行った介護支援専門員を対象とした、アンケート調査を次のとおり実施いたします。

アンケート様式（マニュアル別紙）は、旭川市ホームページ（下記URL）に掲載します。

<https://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/500/548/koureisya/sidoujyogenyobou/d079392.html>

提出先	提出先	提出期限
電子メール	福祉保険部長寿社会課地域支援係 chojushakai@city.asahikawa.hokkaido.jp	出席日翌日から14日以内

2 司会者の役割

聞き手（CM）が理解しやすいよう
アドバイザーが発言しやすいよう

会議全体の流れに筋道を付ける

全員が自由に発言する会議ではありません

時間内で優先度の高い助言を引き出せるよう
各アドバイザーの専門性を引き出せるよう

発言内容を明確にして意見を振る

事例検討ではありません。進行で求めた内容以外の意見は最後に全体に確認してください

CM と利用者にとって有意義な会議となるよう
(CM が現実的な意見を持ち帰り実践できるよう)

支援計画に沿って進行をする

ケアプランの「どの部分」を「どのような内容」にしていくかを明確にしてください

3 アドバイザーの役割

(1) 会議におけるアドバイザーの役割

対象者のニーズや生活課題等を踏まえ、専門的な視点で事例の課題を解決するための「自立に資する助言」をすることが、アドバイザーの役割です。

(2) 助言の考え方

アドバイザーは、本会議で重要となる事項を踏まえ、次の考え方に沿った助言を行ってください。

本会議で重要となる事項	助言の考え方
ケアマネジャーが専門職の助言をケアプランに反映する	ケアマネジャーが理解し、納得できるものであること
ケアマネジャーが対象者や関係者と支援計画を共有する	専門職でなくても説明ができるものであること
支援計画について、対象者の合意を得る	本人のニーズが反映されており、イメージしやすいものであること
本人が主体的に取り組むことができる	本人の人生や生活に沿ったものであること 本人が可能な限り短期間で達成でき、効果を感じられるものであること
自立した生活のための目標を達成できる（生活課題を解決できる）	目標の達成のために妥当であり、実現の可能性があること

(3) 助言を行う事項と視点

下記の「表. ケアマネジメントの一連の流れ」を踏まえ、次の事項について助言を行ってください。

● アセスメントについて

<視点>

- ・追加して情報収集及び評価するとよい事項はあるか
- ・何が自立した生活を阻害する因子なのかを明確にできているか
- ・自立を阻害する因子から、対象者の総合的な課題を明確にできているか

● 目標の設定について

<視点>

- ・対象者の総合的な課題を解決するために妥当なものか
- ・対象者の総合的な課題を解決するための事項が網羅されているか
- ・本人がイメージしやすく、客観的評価が可能な内容か

● 支援内容について

<視点>

- ・対象者の目標を達成するために、適切なサービス提供となっているか
- ・本人の取組や家族の支援、インフォーマルサービスは位置付けられているか

● 期間について

<視点>

- ・目標の設定期間は、目標に対して適正な期間となっているか

● モニタリング及び評価について

<視点>

- ・モニタリング及び評価を行う際の視点や確認すべき事項はなにか
- ・今後、本人、家族及びサービス事業者と連絡調整を行っていくべき事項はなにか

表. ケアマネジメントの一連の業務

アセスメント	対象者の居宅への訪問による本人及び家族との面接
	有する能力及び置かれている環境等の評価
	対象者が現に抱える問題点の明確化と解決すべき課題の分析
ケアプラン 原案の作成	次の事項に沿ったケアプランの作成
	生活全般の解決すべき課題
	目標及びその達成期間
	最も適切なサービスの組合せ
	介護保険サービス
	本人及び家族の取組
インフォーマルサービス	
モニタリング	ケアプランの実施状況の把握
	必要に応じたケアプランの変更
	必要に応じたサービス提供事業者等との連絡調整
	本人、家族及びサービス提供事業者との継続的な連絡
	定期的な対象者居宅への訪問による面接と記録
評価 (ケアプランの期間終了時)	対象者の状況及び目標の達成状況の把握
	今後の方針の決定

(4) 助言を行う際の留意点

アドバイザーは、次の事項を留意の上、助言を行ってください。

- 自身の専門を踏まえた助言を行う
- 全体の優先順位を考慮し、特に必要と思われる助言を行う
- ケアプランに沿って助言を行う
例:「〇〇と記載していますが、△△とした方が□□につながりやすいと思います」
- 5W1Hを明確にした助言を行う
- 簡潔且つ単純に、要点を絞って助言を行う
- 専門用語の使用は避け、全ての参加者が理解できる表現で助言を行う
- 質問を行う場合は、助言とセットで行う

例：アドバイザー 「この方は〇〇ですか？」

ケアマネジャー 「△△です」

アドバイザー 「では、××につなげるため、今後は□□のようにするとよい
と思います」

(5) 各アドバイザーの確認内容及び助言内容

アドバイザーは、自らの専門性に基づき次の事項を重点的に確認し、必要と思われる専門的助言を行ってください。

薬剤師

薬剤師は、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います。

<専門的な視点からの具体的な確認事項と推察内容>

① 事例の理解と確認

- 現在の状況・状態（生活機能、病気や症状の重症度、自立度など）を確認する
- 過去から現在の状態に至る経過を確認する（原因や今後の見通しの推察のため、生活歴・病歴・障害歴を時系列で整理する）
- 医師からの指導内容を確認する
- 服薬状況や服用までの流れ（誰が・いつ・どのように薬を管理し、薬を飲ませている、または服用しているか等）を確認する

② 課題の明確化と背景要因の確認

- 現状の環境下における薬効を評価し、起こりうる薬剤の影響を推察する
- 上記の評価に基づき生活行為や認知機能等に与える影響を推察する（薬剤の副作用や、年齢や状態による薬剤の効き過ぎの可能性等）
- 服用しない（できない）ことによる問題を把握する
- 服薬状況等が改善された際の効果とリスクを推察する

③ 目標と支援内容の確認

- 服薬管理、服薬している薬剤の効果及び副作用の観点から、処方されている薬の必要性を確認する
- 本人や周囲の環境が受け入れられる目標設定かどうかを確認する（服薬回数や、用法の複雑化により、服薬ができなくなる可能性も配慮する等）

<実践につながる助言のポイント>

- 服用している薬剤の副作用について、家族や介護サービス事業所等の関係者との情報共有を促す
- 適正に薬剤が管理・使用されるように、実現可能な具体策を示す
- 必要に応じて、医師への情報提供内容や確認事項を示す

保健師・看護師

保健師・看護師は、対象者の全身状況及び疾病・障害を踏まえ、疾病の管理、疾病予防の観点からの助言を行います。

<専門職としての視点，具体的な確認や推察の内容>

① 事例の理解と確認

- ・ バイタルサインを確認する
- ・ 身長・体重・BMI等の身体組成を確認する
- ・ 自覚症状を確認する
- ・ 生活習慣を確認する
- ・ 疾患の有無と，疾患がある場合の管理状態を確認する
- ・ 全身状態，自覚症状，疾患・障害の要因及び生活習慣との関連を確認する
- ・ 予備力及び残存機能を確認する
- ・ 医療の提供状況を確認する

② 課題の明確化と背景要因の確認

- ・ 生活課題と全身状態，疾患・障害との関連を確認する
- ・ 現状における課題だけでなく，一次予防から三次予防までのそれぞれの視点で，今後の健康面でのリスクなど，長期的な課題を明確にする
- ・ 住居状況，世帯構成及び家族による支援内容等の生活環境が全身状態，疾患・障害に与えている影響が反映されているか確認する

③ 目標と支援内容の確認

- ・ 目標及び支援内容が全身状態，疾患・障害を改善させるための妥当なものかを確認する
- ・ 全身状態，疾患・障害の改善のための目標及び支援内容が，長期的に実践可能なものであるかを確認する
- ・ 医療が必要な場合は，適切な加療につながる支援内容であるかを確認する
- ・ 家族や地域の協力が得られるかを検討する

<実践につながる助言のポイント>

- ・ 全身状態，疾病・障害に悪影響を与えている又は今後悪影響を及ぼす可能性がある生活習慣について，予防の視点も含めて改善方法を示す
- ・ 必要に応じて医療機関への受診や医療機関との連携方法について提案する

理学療法士・作業療法士

理学療法士・作業療法士は、主に基本動作能力（起き上がり、立ち上がり、歩行等）、応用的動作能力（食事・排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）の向上及び低下の防止の観点からの助言を行います。

<専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容>

① 事例の理解と確認

- ・ 運動器の状態及び運動機能を確認する
- ・ 移動の実施状況（手段及び使用している福祉用具の有無等）を確認する
- ・ 認知・精神機能の状態を確認する
- ・ 疾患及び身体構造上の進行性又は永続性の機能低下なのか、廃用性の機能的なのかを分析した上で、今後の進行のリスクを確認する
- ・ 予備力及び残存機能を確認する
- ・ ADLやIADLの状況の実行状況と能力を確認する
- ・ 生活の状況（1日の過ごし方や活動量）を確認する
- ・ 他者との交流の機会の頻度を、現状及び生活歴から確認する
- ・ 趣味活動や地域活動などの余暇活動・社会的活動の頻度を、現状及び生活歴から確認する
- ・ 本人が重要視している生活行為及び重要視してきた生活行為について確認する
- ・ 住環境及び自宅周辺の環境等の物的環境や家族構成及び同居者の介護力等の人的環境を確認する

② 課題の明確化と背景要因の確認

- ・ 制限されている生活行為の背景要因と、その生活行為の制限が対象者の生活全体に与えている影響を明確化できているかを確認する
- ・ 対象者の課題が、対象者の生活歴を踏まえたものとなっているかを確認する
- ・ 身体的側面、認知・精神的側面、社会的側面から、対象者の生活課題に影響を与えている背景要因を総合的に分析できているかを確認する
- ・ 生活様式による生活機能低下のリスクを長期的に把握できているかを確認する
- ・ 住居状況、世帯構成及び家族による支援内容等の生活環境が生活機能に与えている影響が反映されているか確認する

③ 目標と支援内容の確認

- ・ 目標及び支援内容が、身体的側面、認知・精神的側面、社会的側面の生活課題を総合的に改善させるために妥当なものかを確認する
- ・ 支援内容について、機能向上のための介入又は環境調整等の代償的な介入が、課題に応じて適切に選択されているかを確認する
- ・ 支援内容が、対象者の残存機能を活かしたものとなっているかを確認する

＜実践につながる助言のポイント＞

- 健康状態，心身機能・身体構造，活動及び参加，背景因子の相互作用を明確にし，助言を行う
- 生活機能の低下の原因に応じて，機能を向上させるのか，機能を代償するのか，適切な介入方法を判断した上で助言を行う
- 心身機能を向上させるための助言を行う場合には，生活行為と関連付けて，具体的な方法を提案する
- 残存機能を活かし，主体的に取り組むことができる対象者本人の取組について提案する
- 役割や社会とのつながりを確保していくために，対象者にとって意味のある作業や楽しさを感じる作業を提案する
- 助言を行った支援内容を踏まえた目標を達成するための適切な期間について助言する

言語聴覚士

言語聴覚士は、主にコミュニケーション機能（話す・聞く）や摂食・嚥下機能（飲み込み）の向上，悪化の防止の観点からの助言を行います。

<専門職としての視点，具体的な確認や推察の内容>

① 事例の理解と確認

- ・ 疾患の有無を確認する
- ・ コミュニケーション機能を確認する
- ・ 摂食・嚥下機能を確認する
- ・ 口腔内の衛生状態を確認する
- ・ 医療の提供状況を確認する
- ・ 食事の内容及び摂取状況について確認する
- ・ 対象者の生活において必要となるコミュニケーション能力とコミュニケーションの頻度について確認する
- ・ 対象者の生活状況及び全身状態から，必要となる摂食嚥下機能を確認する

② 課題の明確化と背景要因の確認

- ・ コミュニケーション機能の低下の背景要因と，生活への影響を確認する
- ・ 摂食・嚥下機能低下の原因疾患及び背景要因と，生活への影響を確認する
- ・ 摂食・嚥下機能低下による今後の生活におけるリスクを確認する

③ 目標と支援内容の確認

- ・ 目標及び支援内容が，対象者のコミュニケーション機能及び摂食嚥下機能の向上のために妥当なものかを確認する
- ・ 食事摂取に関するリスク管理が行えているかを確認する
- ・ 食事の内容及び食形態の調整など，食事に関する適切な支援が含まれているか確認する
- ・ コミュニケーション機能に関する改善策及び環境調整等について，適切な支援内容が含まれているかを確認する。

<実践につながる助言のポイント>

- ・ コミュニケーション機能が対象者の生活に及ぼす影響について，多面的な視点から明確にし，具体的な改善策の助言を行う
- ・ 対象者の摂食嚥下機能が栄養状態に及ぼす影響や誤嚥等のリスクについて明確にし，具体的な改善策の助言を行う
- ・ 助言を行った支援内容を踏まえた目標を達成するための適切な期間について助言する

管理栄養士・栄養士は、日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取のための方法等の助言を行います。

<専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容>

① 事例の理解と確認

- 食事摂取状況，活動量，排泄状況，服薬状況，家事の意欲と能力（経験），身体状況，介護者の状況，生活歴と生活習慣，経済状況等について確認する
- かかりつけ医による栄養上の意見や，病院での栄養指導の内容を確認する
- アレルギーの有無について確認する
- サプリメントの利用状況について確認する
- 栄養状態の管理に関わるキーパーソンを確認する
- 食事に関する環境が栄養状態に支障を来していないかを確認する（孤食による食欲低下，衛生面，台所の機能性，買物の状況，支援者等）

② 課題の明確化と背景要因の確認

- 本人の状態・状況に合わせた食事摂取が行われているかを確認する（病状，服薬状況，食習慣，認識，身体状況，摂食状況等）
- 疾患がある事例の場合は，栄養状態が疾患に与える影響を確認する
- 現状の食習慣や栄養状態を踏まえた今後の長期的なリスクを確認する

③ 目標と支援内容の確認

- 目標及び支援内容が，栄養状態を改善させるために妥当なものかを確認する
- 低栄養状態や疾病の重度化予防につなげるための食事の方法等について検討できているか確認する
- 本人の意思を踏まえ，実現可能な食生活の目標設定を検討する

<実践につながる助言のポイント>

- 栄養状態が本人の生活に及ぼす影響を長期的な視点で明確にし，生活全般を踏まえた視点で助言する
- 本人や家族で行うことができる内容を意識し，食生活についての改善点について助言する
- 本人や家族に，栄養状態の改善についての必要性を受け入れてもらうためのポイントを助言する
- 支援内容に栄養士の介入を位置付けない場合は，他職種の介入時に行ってほしい事項を提案する

歯科衛生士

歯科衛生士は、口腔機能の向上及び低下防止の助言を行います。

<専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容>

① 事例の理解と確認

- 天然歯及び義歯の状態、乾燥等の現在の口腔の状態を確認する
- 固いものが食べられないなどの食事をする上での困りごとがないか確認する
- 本人や家族の食事や口腔に関する意向を確認する
- 本人の食生活や口腔ケアの実施状況などの生活状況を確認する

② 課題の明確化と背景要因の確認

- 対象者の生活習慣が口腔機能に与えている影響はないかを確認する
- 口腔機能が対象者の全身状態に与えている影響を確認する
- 現状の口腔機能を踏まえた今後の長期的なリスクを確認する
- 口腔衛生管理の観点から、歯科疾患や口腔内の細菌によるリスク等が高まっているか推察する

③ 目標と支援内容の確認

- 目標及び支援内容が口腔機能の向上のために妥当なものとなっているか確認する
- 支援内容は、具体的であり、本人及び関係者が継続可能か確認する
- 歯科疾患や、口腔内の細菌によるリスク等の全身への問題が想定される事例には、具体的な予防策を検討できているか

<実践につながる助言のポイント>

- 口腔衛生について、今後の生活におけるリスクと実践可能な改善策について助言を行う
- 歯の状態について、歯科受診等の改善策について助言を行う
- 対象者本人が取り組める口腔機能向上のための具体策について助言を行う
- 本人や家族に、口腔機能の改善についての必要性を受け入れてもらうためのポイントを助言する

主任介護支援専門員

主任介護支援専門員は、ケアマネジャーが行う自立支援に資するケアプランの組み立て方、モニタリング、評価等、ケアマネジメントの一連の事項について助言します。

<専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容>

① 事例の理解と確認

- 包括的かつ多面的な評価（情報収集）が行えているかを確認する
- 対象者及びその家族の真の意向を聴取できているかを確認する

② 課題の明確化と背景要因の確認

- 心身機能面、生活機能面、社会参加面のそれぞれの領域における課題とその背景要因を整理できているかを確認する
- 対象者の評価から把握した個々の課題について、優先順位をつけて考えられているかを確認する
- アセスメントにおいて、評価した内容及び対象者等の意向を踏まえ、対象者が自立した生活を送る上での総合的な課題を明確にしているかを確認する

③ 目標と支援内容の確認

- 目標が対象者の課題を解決するための適切なものとなっているかを確認する
- 目標が対象者のこれまでの生活や意向に沿うものとなっているかを確認する
- 目標が対象者にとってイメージしやすく客観的に評価可能なものかを確認する
- 支援内容が目標を達成するために妥当なものとなっているかを確認する
- 支援内容が目標を達成するために必要な全ての事項に対応しているかを確認する
- 支援内容が具体的なものになっているかを確認する
- 支援計画の期間が目標を達成するための期間として適切かを確認する

<実践につながる助言のポイント>

- 評価（情報収集）について、必要と思われる事項について助言を行う
- 各領域の課題とその背景要因との関連について助言を行う
- 対象者の生活に各領域の課題がどのように影響しているのかを整理する
- 対象者の総合的な課題や意向を踏まえ、モニタリングや支援計画の評価を想定した具体的かつ評価可能な目標の設定について、助言する
- いつ、だれが、なぜ、どのような目的で、どのように、何を行うのか、支援に関わる関係者が実行できるための具体的な支援内容について提案する
- 各アドバイザーが行った助言を総合的にケアプランに反映するための整理を行う

生活支援コーディネーター

生活支援コーディネーターは、住民同士の互助による支援などによるインフォーマルサービスの活用について助言します。

<専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容>

① 事例の理解と確認

- 対象者の生活状況を確認する
- 住環境及び自宅周辺の環境等の物的環境や家族構成及び同居者の介護力等の人的環境を確認する
- 対象者の居住地域での利用可能な地域資源について確認する
- 対象者が重要視している生活行為及び重要視してきた生活行為について確認する
- 現在及びこれまでの対象者の地域とのつながりを確認する

② 課題の明確化と背景要因の確認

- 本人の生活課題が、個人的な要因によるものなのか、地域性によるものなのかを確認する

③ 目標と支援内容の確認

- 多様な地域資源の活用を視野に入れた目標となっているかを確認する
(地域の互助を活かした最大限の目標となっているかを確認する)
- 支援内容が対象者の地域とのつながりに配慮できているかを確認する
- サービスの提供内容が、インフォーマルサービスでも行える支援内容でないかを確認する

<実践につながる助言のポイント>

- 地域資源の活用を視野に入れた対象者の達成可能な目標について提案する
- 対象者のニーズに合わせた活用可能なインフォーマルサービスを提案する
- 他職種が行った実践内容の助言について、その取組の手助けができる地域のインフォーマルサービスを提案し、自立支援のための支援内容をより充実させるためのフォローを行う

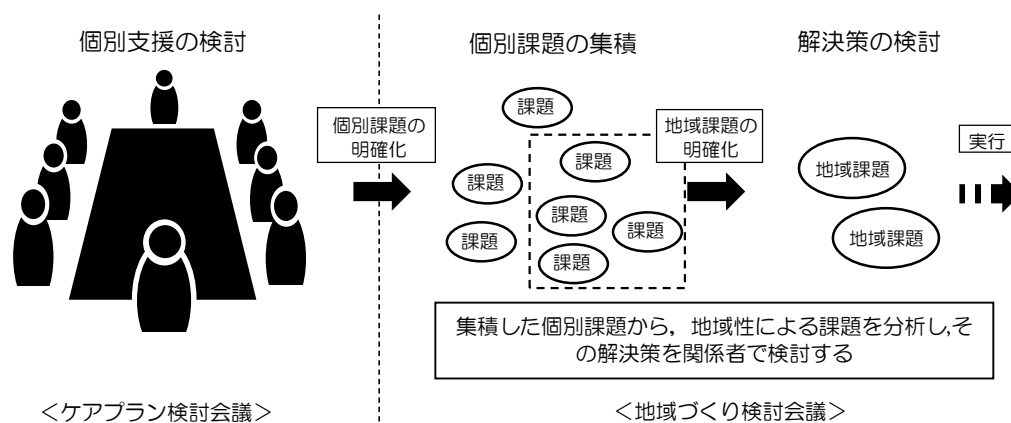
IV 自立支援型ケア推進会議（地域づくり検討会議）

1 開催

- 年1回程度（個別課題の集積状況に応じて開催を判断）
- 開催時刻 平日夜間（予定）
- 開催時間 1時間30分から2時間程度

2 全体の概要

旭川市自立支援型ケア個別会議（ケアプラン検討会議）により集積した対象事例の課題から、個人的な要因による課題と地域性による課題を分析することで、地域課題を発見し、多様な関係者によりその地域課題の解決方法を検討します。



3 本会議で重要となる事項

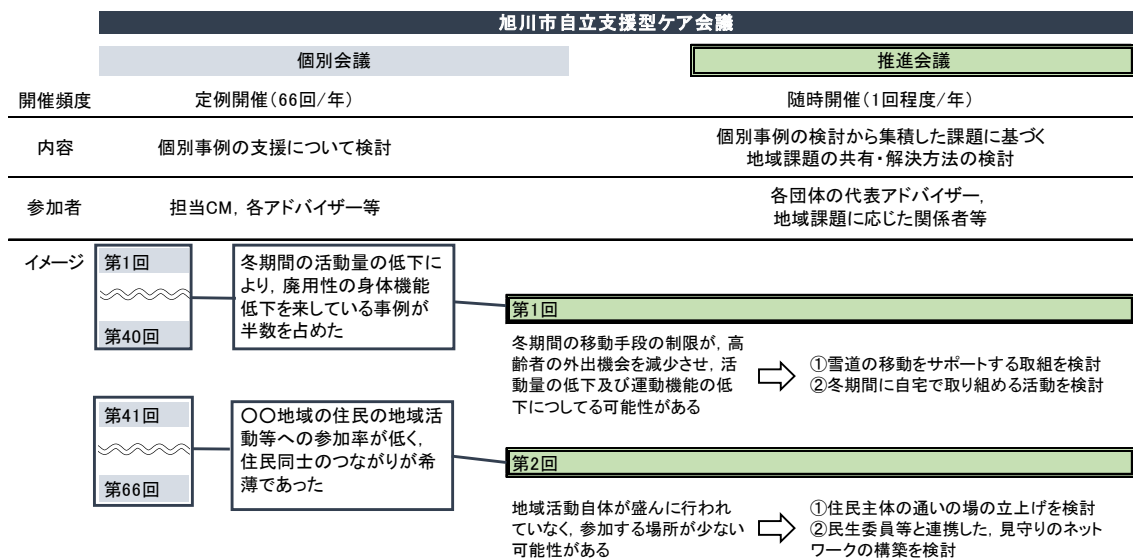
- 集積した個別事例の課題から、地域課題を明確にすることができる
- 地域課題を解決するための適切な方法を検討することができる
- 地域課題を解決するための方法を適切に実行できるものが参加している
- 地域課題を多様な方法で解決することができる

4 出席者

出席者は、次に掲げる者から議題に応じて選定する。

- 事務局（旭川市福祉保険部長寿社会課担当職員）
- 旭川市地域包括支援センター長（社会福祉士）
- アドバイザー（各職種から1名）
 - ・ 薬剤師
 - ・ 保健師
 - ・ 理学療法士又は作業療法士
 - ・ 管理栄養士・栄養士
 - ・ 歯科衛生士
 - ・ 主任介護支援専門員
 - ・ 生活支援コーディネーター
- 旭川市役所関係部局
- その他関係機関

5 具体的な検討内容



V アドバイザーの登録等について

1 出席について

本会議には、アドバイザーとして旭川市自立支援型ケア会議アドバイザー名簿に登録されている専門職等が出席します。

2 登録について

旭川市自立支援型ケア会議アドバイザー名簿への登録は、旭川歯科医師会、旭川薬剤師会、北海道リハビリテーション専門職協会、北海道栄養士会旭川支部が調整した各専門職（薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士及び歯科衛生士）を、旭川市が行います。

VI 年間開催日の決定と出席者の調整等について

1 年間開催日の決定について

各年度末（2月頃）に旭川市が次年度の年間開催日を決定します。

2 出席するアドバイザーの調整について

各年度末（2月頃）に各職能団体に対して年間開催日ごとに出席するアドバイザーの調整を依頼し、各職能団体からの回答を踏まえ、決定いたします。

3 会議への出席に係る依頼について

各年度末（3月頃）に、次年度4月以降に出席するアドバイザーに対し、旭川市が依頼文を発送します。

なお、自立支援型ケア推進会議（地域づくり検討会議）の出席者については、旭川市が別途調整します。

VII 会議への出席に係る報償費について

1 報償費の支払先

勤務先の業務外として本会議に出席する場合はアドバイザー個人に対し、勤務先の業務として本会議に出席する場合はその勤務先に対して報償費をお支払いします。

2 報償費の額

会議への1回の出席につき、6,500円を口座振込でお支払いします。

なお、支払先がアドバイザー個人の場合は、所得税を源泉徴収した額（報償額から10.21%を引いた額）をお支払いします。

3 報償費の支払時期

会議に出席した翌々月の月末に、お支払いします。

Ⅷ 守秘義務と個人情報の取扱いについて

1 本会議の守秘義務

旭川市自立支援型ケア会議設置要綱第6条及び介護保険法第115条の48第5項※の規定に基づき、本会議の参加者は、職務上知り得た個人情報等の秘密を漏らしてはならないこととし、その職を退いた後も、同様とします。

※ 参考

<介護保険法第115条の48第5項>

会議の事務に従事する者又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。）

<介護保険法第205条第2項>

（略）介護保険法第115条の48第5項の規定に違反した者は、1年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

2 個人情報の取扱いについて

個人情報の適正管理のため、本会議で使用する事例情報の資料は、会議の当日に配付し、会議終了時に回収します。

3 傍聴者の参加条件について

本会議では、多様な関係者の自立支援に係る理解を促進し、自立支援のための取組を市内において展開することを目的として、介護保険サービス事業者、ケアマネジャー及び専門職など、旭川市が本会議に参加する必要があると判断した傍聴希望者の参加を認めることとします。

傍聴者に対しては、参加者同様の守秘義務を課し、個人情報の保護に係る誓約書に氏名等を記載していただきます。

傍聴の希望は、旭川市長寿社会課又は地域包括支援センターで受け付けます。

Ⅸ 各種様式

(1) ケアプラン関連様式

<提出必須様式>

- 利用者基本情報（任意様式） P.24
- 基本チェックリスト（要支援者のみ） P.26
- ケアプラン
 - ・（要支援者）介護予防サービス・支援計画表 P.27
 - ・（要介護者）居宅サービス計画書の第1表から第4表まで P.28
- 評価に関する記録（任意様式） P.32

<任意提出様式>

- 旭川市生活行為分析シート P.33
- 課題整理総括表 P.36
- 旭川市モニタリングチェックシート P.37
- 支援経過記録 P.38

(2) 会議後アンケート様式

- アドバイザー用アンケート 別紙1
- 介護支援専門員用アンケート 別紙2

利用者基本情報(1)

No. 1

作成担当者：

《基本情報》

年 月 日 作成

相談日	年 月 日(金)	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 初回
		<input type="checkbox"/> その他(訪問)	<input type="checkbox"/> 再来(前)
本人の現状	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院又は入所中 ()		
フガナ 本人氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生()歳
住 所		電 話 F A X	() ()
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	
認定情報		有効期限： 年 月 日～ 年 月 日(前回の介護度)	
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病()、()		
本人の 住宅環境	自宅・借家 / 一戸建て・集合住宅 / 自室 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無()階		
	住宅改修の <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無()		
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金 ・ 生活保護 ・ ()		
来 所 者 (相談者)		続柄	家族構成 <small>◎=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」 (同居家族は○で囲む)</small>
住 所			
連 絡 先			
緊急連絡先	氏 名	続柄	
			【家族関係等の状況】

相談経路	
相談内容	

利用者基本情報(2)

対象者氏名: _____ 様

《介護予防に関する事項》

年 月 日 作成

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・過ごし方		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・意見書作成者に☑)	経過	治療中の場合は内容
		<input type="checkbox"/> Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 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、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、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。

_____ 年 月 日 氏名 _____ 印

No.

基本チェックリスト

記入日 年 月 日

氏名		生年月日	年 月 日
住所			電話

※本チェックリストは、介護保険法に基づく事業に利用します。

※本チェックリストの情報が介護予防を目的として関係機関(地域包括支援センター等)で利用されることに

同意します 同意しません

NO.	質問項目	いずれかに○を付けて下さい	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	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	0. はい	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	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)	1. BMIが18.5未満	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1度以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	去年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	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言われますか	1. はい	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	0. はい	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	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	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	1. はい	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	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分は役にたつ人間だと思えない	1. はい	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	1. はい	0. いいえ
26	介護保険の要介護認定を受けていますか?	1. はい	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。

介護予防サービス・支援計画表

利用者名 _____ 性別 _____ 誕生年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

要支援1・要支援2 _____ 地域支援事業 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日) _____ 担当地域包括支援センター: _____

目標とする生活 _____ 1年 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	介護における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	実施期についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護員等サービス または、 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
運動・歩行について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				〇						
日常生活(健康生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				〇						
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				〇						
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				〇						

【本表行うべき支援が実施できない場合】
 適切な支援の実施に向けた方針 _____

総合的方針:生活不活発性の改善・予防のポイント _____

計画に関する同意 _____
 上記計画について、同意いたします。
 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

【意見】 _____

【確認印】 _____

地域包括支援センター _____

必要に応じて _____

必要に応じて _____

必要に応じて _____

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

必要に応じて _____

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	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
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								

週単位以外のサービス

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿 居室サービス計画作成者氏名(担当者)氏名 _____

開催日	年	月	日	開催場所	開催時間	開催回数																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">会議出席者</th> <th style="width: 12.5%;">所属(職種)</th> <th style="width: 12.5%;">氏名</th> <th style="width: 12.5%;">所属(職種)</th> <th style="width: 12.5%;">氏名</th> <th style="width: 12.5%;">所属(職種)</th> <th style="width: 12.5%;">氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>利用者・家族の出席 本人:【 】 家族:【 】 (続柄:)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	利用者・家族の出席 本人:【 】 家族:【 】 (続柄:)																				
会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名																												
利用者・家族の出席 本人:【 】 家族:【 】 (続柄:)																																		
検討した項目																																		
検討内容																																		
結論																																		
残された課題																																		

評価表

利用者名 _____ 殿

作成日 _____ / _____ / _____

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス種別	※1		

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達成された、○:短期目標は達成された(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

旭川市生活行為分析シート

氏名	(ふりがな)	性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	年 月 日	調査日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 女				

自立度	できる		できない	
困難度	楽にできる	少し難しい	最近できなくなった	以前からできない
判定	○1	○2	△1	△2

	生活行為	判定	備考
基本動作	寝返り		<input type="checkbox"/> 痛み(部位:) <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 身体の固さ <input type="checkbox"/> その他()
	起き上がり		<input type="checkbox"/> 痛み(部位:) <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 身体の固さ <input type="checkbox"/> その他()
	(椅子から)立ち上がり		<input type="checkbox"/> 痛み(部位:) <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 身体の固さ <input type="checkbox"/> その他()
	(床から)立ち上がり		<input type="checkbox"/> 痛み(部位: 膝) <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 身体の固さ <input type="checkbox"/> その他()
	立位保持		<input type="checkbox"/> 痛み(部位:) <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> その他() 連続して保持が可能な時間: 約 分
ADL	移動 (室内)		
	移動 (屋外)		
	食事		
	口腔ケア		
	更衣		
	排泄		
	入浴		
IADL	調理		
	掃除		
	洗濯		
	服薬管理		
	ごみ出し		
	買物		
	金銭管理		
	電話		
	社会交流・参加		
	公共交通機関の利用		

※ ADL及びIADLの項目で自立度が△1又は△2の判定の場合、2, 3ページの該当する項目についてもアセスメントを行う。

ADL（日常生活活動）

氏名：_____

自立度	できる		できない	
	楽にできる	少し難しい	最近できなくなった	以前からできない
困難度				
判定	○1	○2	△1	△2

生活行為	作業工程	判定	自立を阻害する因子	
			理由	<input type="checkbox"/> 個人因子 / <input type="checkbox"/> 環境因子
移動	室内	1 居間の中の移動		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		2 トイレまでの移動		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		3 浴室までの移動		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		4 寝室までの移動		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		5 玄関までの移動		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		6 荷物を運んでの移動		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		7 1階⇄2階の移動		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	屋外	1 庭先の移動		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		2 10分間の移動		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		3 30分間の移動		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
4 荷物を運びながらの移動			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
5 雪道の移動			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
食事	1 配膳・下膳		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	2 箸等の道具の使用		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	3 固い食物の咀嚼		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	4 飲み込み		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
口腔ケア	1 歯ブラシの操作		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	2 義歯の掃除		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	3 舌の掃除		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
更衣	上衣	1 下着の着脱		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		2 「前開き」衣服の着脱		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		3 「かぶり」衣服の着脱		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		4 ボタンの操作		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		5 ファスナーの操作		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	下衣	1 下着の着脱		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		2 下衣の着脱		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		3 ボタンの操作		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		4 ファスナーの操作		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		5 靴下の着脱		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
		6 靴の着脱		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
排泄	1 排尿のコントロール		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	2 排便のコントロール		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	3 下衣を下ろす		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	4 便座への座り込み		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	5 清拭		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	6 便座からの立ち上がり		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	7 下衣を上げる		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
入浴	1 脱衣室での脱衣		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	2 浴室内での移動		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	3 風呂椅子への座り込み		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	4 風呂椅子からの立ち上がり		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	5 安定した座位での洗体		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	6 安定した座位での洗髪		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	7 浴槽⇄浴室の移乗		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	8 浴槽内への座り込み		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	9 浴槽内からの立ち上がり		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	10 身体を拭く		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	
	11 脱衣室での着衣		<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境	

IADL（手段的日常生活活動）

氏名：

自立度	できる		できない	
困難度	楽にできる	少し難しい	最近できなくなった	以前からできない
判定	○1	○2	△1	△2

生活行為	作業工程	判定	自立を阻害する因子	
			理由	<input type="checkbox"/> 個人因子 / <input type="checkbox"/> 環境因子
調理	1 栄養を考慮した献立を考える			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	2 材料を選ぶ			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	3 台所での長時間の立位保持			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	4 材料を運ぶ			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	5 材料の皮をむく・材料を切る			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	6 鍋での調理			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	7 片付け・洗い物をする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
掃除	1 しゃがみ込む			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	2 床のものを拾う			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	3 掃除機をかける			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	4 床を拭く			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	5 浴槽の掃除をする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	6 整理整頓をする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
洗濯	1 洗濯物を洗濯機に運ぶ			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	2 洗濯機を操作する			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	3 洗濯物を干す			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	4 洗濯物を取り込む			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	5 洗濯物をたたむ			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
服薬管理	1 服薬の薬剤を理解している			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	2 正しい時間に服薬する			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	3 正しい方法で服薬する			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	4 作用を理解している			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	5 副作用を理解している			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	6 薬がなくなる前に受診する			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	7 自己の状態に合わせて服薬できる			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
ごみ出し	1 ごみを正しく分別する			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	2 回収日時を守る			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	3 ごみ袋を運ぶ			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
買物	1 買う物を記憶又はメモする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	2 スーパーまで行く			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	3 会計をする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	4 荷物を運ぶ			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
金銭管理	1 財産の管理をする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	2 銀行窓口でお金の出し入れをする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	3 ATMでお金を出し入れする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
電話	1 電話帳を見ながらダイヤルを押す			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	2 家族等の連絡先を控えておく			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	3 必要に応じ電話番号を調べる			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	4 必要時に緊急の電話をかける			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
社会交流・参加	1 近所の人と交流する			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	2 知人の家を訪ねる			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	3 知人と電話をする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	4 町内会の行事に参加する			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	5 回覧板を回す			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	6 他者のために何かをする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	7 趣味活動をする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
公共交通機関の利用	1 バスの時間を調べる			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	2 バス停まで行く			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	3 バスの乗り降りをする			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	4 タクシーを呼ぶ			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	5 目的の場所まで行く			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境
	6 運賃を支払う			<input type="checkbox"/> 個人 / <input type="checkbox"/> 環境

課題整理総括表

利用者名 殿 作成日 / /

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③	利用者及び家族の生活に対する意向	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		支障なし 支障あり		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		支障なし 支障あり		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		支障なし 支障あり		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		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		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		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		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			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
認知			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
社会との関わり			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
居住環境			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	

※5 「原因」および改善/維持の可能性を踏まえ、要因を解消するための援助内容と、それが提供されることにより見込まれる重症の状況と目標を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

※1 本表は総括表であり、レスポンスシートにはないため、必ず別紙に詳細な情報収集・分析を行ってください。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「原因」欄から選択し、該当する番号(複数)を記入する(複数の番号を記入可)。

※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

日 月 年 作成年月日

居宅介護支援経過記録

利用者名 _____ 殿 居宅サービス計画作成者氏名 _____

年月日	項目	内容	年月日	項目	内容

旭川市自立支援型ケア会議 アンケート（アドバイザー用）

御多忙のところ、旭川市自立支援型ケア会議に御出席いただき誠にありがとうございました。事業の効果検証及び課題把握のためのアンケートに御協力ください。

なお、アンケート結果につきましては、匿名化の上、結果の集計及び分析を行いますので、効果的な事業の運営のために、**率直な御意見を御記入くださいますようお願いいたします。**

1 本会議に出席して感じた効果はどのようなものですか。（当てはまるもの全てを選択してください。）

- 在宅で生活を送る高齢者の課題について知ることができた
- 地域での生活期の支援における医療職の役割（関係者との連携等）を再認識した
- 多様な地域支援事業や地域資源について知ることができた
- 支援計画の立案のプロセス等、介護保険制度上の支援のイメージを持つことができた
- その他（内容： _____）

2 会議の進行について、次の内容について当てはまるものを選択してください。また、会議の進め方やアドバイザーへの意見の求め方等で改善が必要な点がございましたら御記入ください。

内容	不十分:1 ~ 十分:5
求められた発言は明確かつ具体的で内容であったか （自分がどのような助言を求められているかが分かりやすかったか）	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
ケアプランに沿った進行がされていたか （自らの助言がケアプランのどのような部分に反映されていくべきかをイメージできる進行であったか）	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

（改善が必要な点）

3 事例情報の内容はいかがでしたか。

(1) 量

- 多い 少ない ちょうどよい

(2) 助言を行う上で必要な情報

- 十分 不十分（あるとよい情報： _____）

4 本事業への意見・要望等がありましたら、御記入ください。

（記入者） 出席日： _____ 職種： _____ 氏名： _____

旭川市自立支援型ケア会議 アンケート（介護支援専門員用）

御多忙のところ、旭川市自立支援型ケア会議に御出席いただき誠にありがとうございました。事業の効果検証及び課題把握のためのアンケートに御協力ください。

なお、アンケート結果につきましては、匿名化の上、結果の集計及び分析を行いますので、効果的な事業の運営のために、**率直な御意見を御記入くださいますようお願いいたします。**

1 本会議に出席して感じた効果はどのようなものですか。（当てはまるもの全てを選択してください。）

- 医療の知識が身に付いた
- 関係者とのネットワークが構築できた
- 自立を意識した支援計画の作成についての再認識につながった
- 多面的・具体的な支援計画を考えることができた
- その他 （内容： _____）

2 アドバイザーの助言内容はいかがでしたか。

アドバイザー	助言内容の理解しやすさ	詳細
	不十分：1 ～ 十分：5	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
保健師	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
理学療法士・作業療法士	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
管理栄養士・栄養士	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
主任介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
生活支援コーディネーター	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

3 アドバイザーからの助言をケアプランに反映することができましたか

- 概ね反映できた 一部のみ反映できた ほとんど反映できなかった

4 3の設問で「一部のみ反映できた」又は「ほとんど反映できなかった」と回答した方にお聞きます。アドバイザーからの助言を十分に反映できなかった理由はどのようなものですか。

- 反映する必要性・有効性を感じなかった
- どのように反映すればよいか分からなかった
- 原案には反映したが本人・家族の理解が得られなかった
- 原案には反映したが関係者の同意が得られなかった（関係者： _____）
- その他 （内容： _____）

5 ケアプランに反映する事項以外で実践したアドバイスはありますか。

- ある （内容： _____）
- ない

6 その他、本事業への意見・要望等がありましたら、御記入ください。

（記入者） 所属： _____ 氏名： _____

出席日： _____ 事例： _____ 様分 ※事例ごとの提出をお願いいたします。