

地域ケア個別会議運営の手引き

～ケアマネジメント支援会議編～

令和元（2019）年9月

日光市高齢福祉課地域包括支援センター

1 ケアマネジメント支援会議

1 ケアマネジメント支援会議とは

(1) 目的

ケアマネジメント支援会議は、介護保険法115条の48に定義される「会議（地域ケア会議）」のうち、個別事例の課題検討を目的とした「地域ケア個別会議」に位置づけられるものです。

介護保険法では、尊厳保持と自立支援（第1条）、要介護状態等の軽減・重度化防止（第2条）、要介護状態の予防や能力の維持向上（第4条）を定めています。

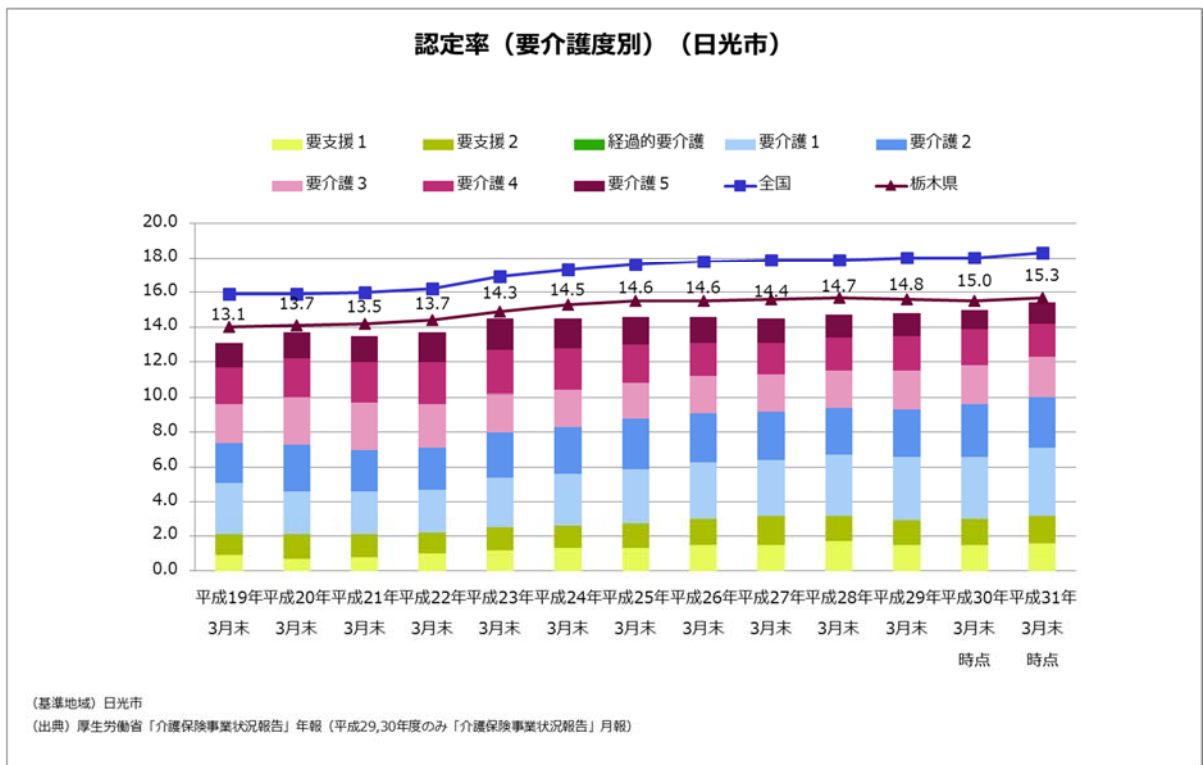
ケアマネジメント支援会議では、多職種協働の視点により個別ケースの検討を行い、高齢者の生活行為の課題や自立支援によりQOLを目指すとともに、自立支援・介護予防・重度化防止の視点によりケアマネジメント支援を行うことを目的として実施するものです。

(2) 日光市の現状

平成31（2019）年4月1日現在の人口は82,199人であり、高齢化率は34.4%となっております。全国28.1%、栃木県27.9%よりも高くなっています（平成30（2018）年10月1日現在）。

また、日光市における認定率は、図のとおりです。認定率は、全国や栃木県よりも下回っていますが、微増の傾向が見られます。市における高齢化が進んでいることを考慮すれば、今後も認定率の上昇は避けられない状況にあるといえます。

このようなことから多職種連携、自立支援・介護予防・重度化防止の視点によるケアマネジメント支援会議によるケアマネジメント支援が有効であると考えられます。



(3) 期待する効果

ケアマネジメント支援会議の参加者にとっては、ネットワーク構築の場であり、OJTの場でもあります。また、以下のような効果も期待されています。

○事例提供者（介護支援専門員・介護事業所等）

事例に対する多職種の専門的な視点に基づく助言を通じ、自立に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識等の習得

○専門職（助言者）

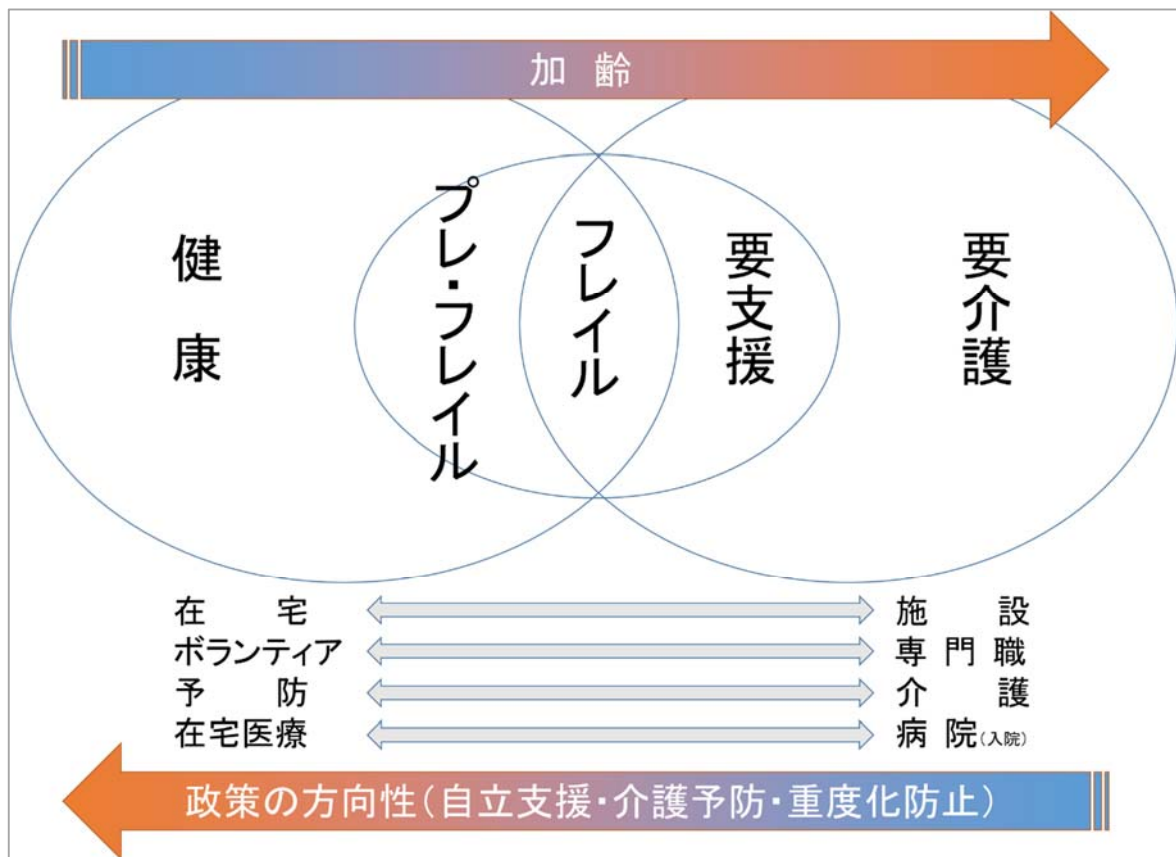
専門職としてのスキル向上

○行政

事例検討を積み重ねることによる地域課題・行政課題の発見・把握、解決策の検討

【参考】自立支援に向けた方向性

(2019年6月実施ケアマネジメント支援会議研修会資料)



2 対象者

(1) 対象となるケース

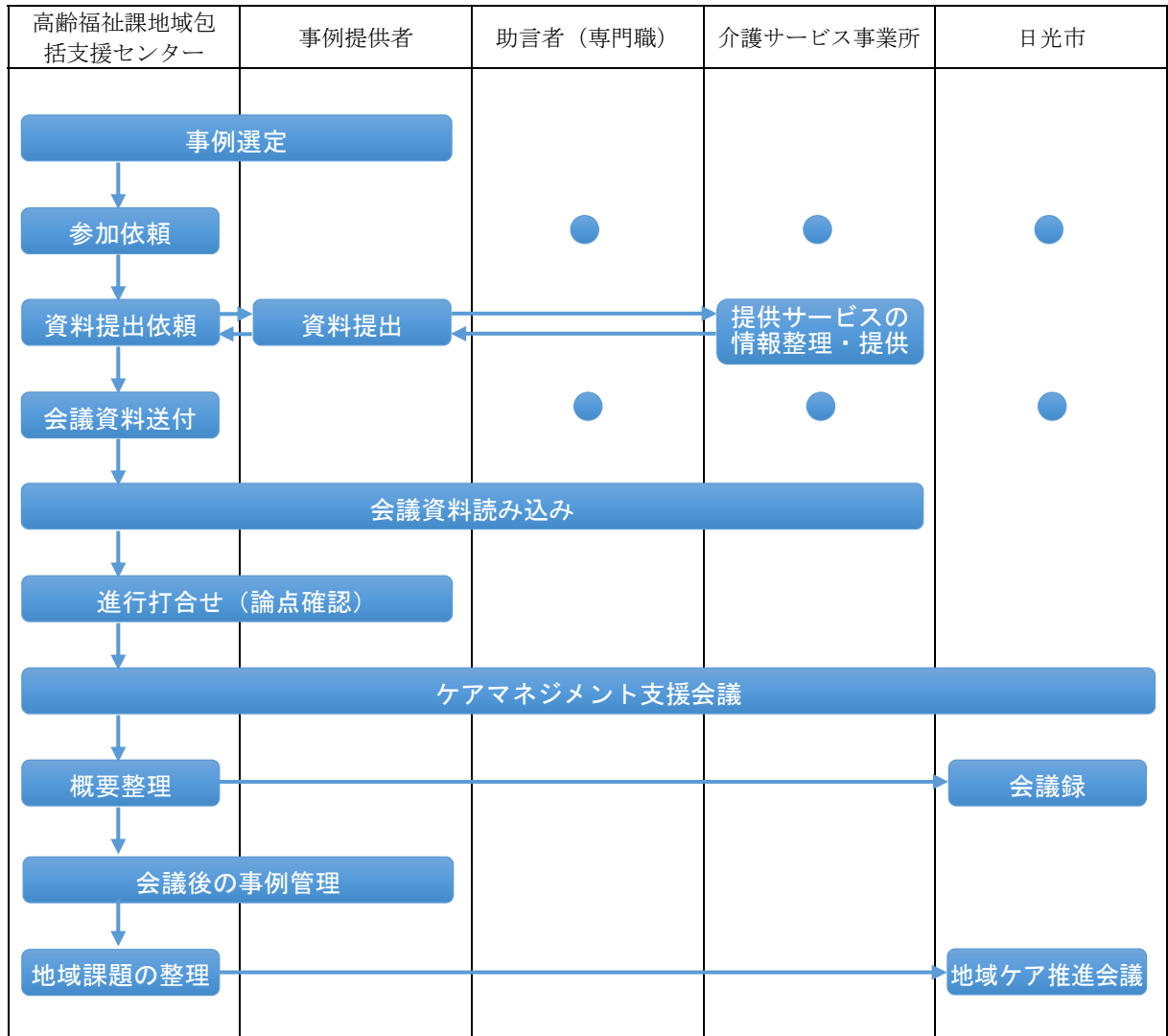
- ①要支援1・2、事業対象者の認定を受けているケース
- ②基準回数を超える訪問介護を利用するケース（要介護1～5）
- ③助言を求めたいケース

※②については、7ページから資料による手順とします。

3 フローチャート

ケアマネジメント支援会議の大まかな流れは次のとおりです。注意すべき事項については、項目ごとにポイントを示します。

なお、当面（第7期介護保険事業計画期間中）は、高齢福祉課地域包括支援センターにおいて、ケアマネジメント支援会議の進行管理を行います。



2 事例選定（会議開催前1か月）

(1) 論点整理

事例提供者と高齢福祉課地域包括支援センターにおいて、ケアマネジメント支援会議に提出する事例について論点を絞り、資料の内容を明確にします。

(2) 介護サービス事業所との参加調整

介護サービス事業所では、事例提供者が作成したケアプランを元に個別援助計画〔（介護予防）訪問介護計画・（介護予防）通所介護計画等〕を作成し、利用者にサービスの提供を実施しています。

介護サービス事業所が作成する個別援助計画においても、ケアマネジメントの考え

方が継続していなければなりません。そのため、ケアマネジメント支援会議において、ケアマネジメント及びケアプランの継続性の観点から、また、介護サービス事業所が提供するサービスに対して助言を求めたいことも考えられるため、介護サービス事業所が希望する場合、事例提供者とともに参加することができることとします。

(3) 助言者（専門職）の決定

想定される参加者は以下のとおりです。全ての職種が参加する必要はなく、取り扱う内容に即した検討が行われるように、介護支援専門員等と主催者（高齢福祉課地域包括支援センター）が協議し、参加者を決定します。

- 医師・歯科医師・薬剤師
- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
- 歯科衛生士
- 管理栄養士・栄養士
- 介護サービス事業所職員（参加を希望する場合）
- 地域型地域包括支援センター（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）
- 日光市〔高齢福祉課介護サービス係（基準回数を超える訪問介護を利用するケースのみ）〕

3 参加依頼（会議開催前1か月）

事例提供者と高齢福祉課地域包括支援センターにおいて、論点が整理され、助言を求めたい参加者が決定しましたら、高齢福祉課地域包括支援センターは、参加者に出席を依頼します。

4 資料提出依頼（会議開催前1か月）

3 参加依頼とあわせて、事例提供者に資料の提出依頼を行います。事例提供者は、介護サービス事業所が参加を希望する場合、提供サービスの情報整理及び必要書類の提供を介護サービス事業所に依頼し、資料提出の準備をします。

氏名・住所等の個人情報、高齢福祉課地域包括支援センターにおいて、マスクング処理を行います。

提出する資料は、以下のとおりです。

[提出資料]

- 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（ケアマネジメント結果等記録表）
- ④興味・関心チェックシート（作成している場合）
- ⑤課題整理総括表（作成している場合）
- ⑥介護予防サービス個別計画書（介護サービス事業所で使用しているもの）

※⑥については、サービス事業所職員が参加する場合のみ

5 会議資料送付

高齢福祉課地域包括支援センターにおいて、提出された資料のマスキング等の処理が終了しましたら、参加依頼をした助言者（専門職）等に資料を送付します（会議開催 2 週間～10 日前を目安）。

6 会議資料読み込み

資料送付を受けた参加者は、資料の読み込みを行います。参加者は、当該事例の個別支援を行っているわけではないため、資料の情報を頼りに利用者本人の状況をイメージすることになります。また、助言をするために不足している情報については、ケアマネジメント支援会議で確認することになります。

7 進行打合せ（論点確認）

事例提供者と当日の進行を行う司会者（高齢福祉課地域包括支援センター職員）は、事例選定時に行った論点整理を踏まえ、打合せを行います。 **2 事例選定**（1）論点整理において行った論点を再確認します。

資料に不足している情報がある場合は、この時点で確認することになります。

8 ケアマネジメント支援会議

当日の流れは、概ね以下のとおりです（介護サービス事業所が参加する場合の流れを示します）。

項目	担当・役割	所要時間	実施事項
開会	司会者（高齢福祉課）	1～3分	資料の確認・趣旨説明
概要説明	プラン作成担当から	4～6分	概要説明 ①基本情報の説明 ②生活行為課題の説明 ③個人因子・環境因子の説明 ④上記を踏まえたプランの説明 ⑤その他（助言を求めたい事項等）
	介護サービス事業所	4～6分	支援方針説明 ①個別援助計画の目標・方針の説明 ②具体的な支援内容の説明
	司会者（高齢福祉課）	2～3分	①チェックリストの確認 ②生活行為課題と原因の整理 ③本人が希望する生活像
質疑応答	助言者	5～6分	説明に関する不明点の確認
助言	助言者	5～6分	具体的な助言等
まとめ	司会者（高齢福祉課）	2～4分	助言の優先順位や支援内容の確認
その他	司会者（高齢福祉課）	10分	プラン作成担当から助言者（専門職）への質問・助言等
— 2 事例目以降繰り返す —			
閉会	高齢福祉課	1分	次回の予定、会議録の送付案内等

9 概要整理・会議録作成

ケアマネジメント会議終了後、高齢福祉課地域包括支援センターは会議録をとりまとめ、参加者へ送付します（概ね2週間以内）。

10 会議後の事例管理

ケアマネジメント支援会議での助言・協議・検討結果によって、事例提供したケアプランを直ちに修正しなければならないものではありません。しかし、ケアプランの次回作成時には、自立支援の考えに基づき助言等を活かすようにケアマネジメントを実施することとします。

また、ケアマネジメント支援会議に事例を提出して終了ではありません。自立支援・重度化防止の視点での支援によって、継続的にモニタリングが必要であり、また、再度ケアマネジメント支援会議に事例提供し、ケアプランに助言を活用する等支援方法が考えられます。

11 地域課題の整理

ケアマネジメント支援会議における協議・検討は、個別課題解決機能を発揮するものとなります。事例検討を重ねていく結果、地域課題についても集積されていきます。事例検討を通じて課題の整理が必要になります。検討結果を積み上げていくと、地域課題の共通性・類似性が見えてきます。

地域課題については、日常生活圏域ケア会議において情報共有することにより、協議・検討を深めていきます。また、地域課題のうち行政課題となるものについては、地域ケア推進会議において情報共有され、検討・協議します。

個別課題解決機能のみに主眼を置くのではなく、地域課題発見機能や地域づくり・資源開発機能及び政策形成機能まで見通した会議運営を行う必要があります。

12 その他

国では、地域ケア会議を高齢者の自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントのためのツールとして普及・展開するため、対象者向け手引きを用意しています。これらを参考にし、ケアマネジメント支援会議に臨んでください。

○市町村向け手引き (Ver. 1)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000169398.pdf>

○専門職向け手引き (Ver. 1)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000179799.pdf>

○事業所向け手引き (Ver. 1)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000179799.pdf>

2 基準回数を超える訪問介護を利用するケース

1 経緯

平成30年10月から、訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランについて、市町村が地域ケア個別会議等で検討することとされています。日光市においては、ケアマネジメント支援会議の仕組みを利用し、ケアプランの検討を行うこととします。

[基準回数について（厚生労働省告示第218号）]

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基準	27回	34回	43回	38回	31回

※基準に含める訪問介護は生活援助中心型のみ。（身体+生活の混在型は含まない。）

2 手続きについて

居宅介護支援事業所には、高齢福祉課（介護サービス係）からP20のとおり通知が發送されています。

居宅介護支援事業所は、P21「基準回数を超えた訪問介護のケアプランの取り扱いについて」に基づき手順を進めることとします。「地域ケア個別会議申込票」により担当地域包括支援センターへ申し込み（FAX可）がありましたら、担当地域包括支援センターは、P3 **3 フローチャート** に準じ手続きを進めてください。

3 注意点

- ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得る必要があります。ケアプランの変更を強制することはできないため、一定回数以上となったことをもって利用制限を行うものではありません。
- 利用者の自立支援・重度化防止にとってより良いサービスを提供することを目的とするものであり、介護支援専門員の視点だけではなく、多職種協働による検討を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の再検討を促すものです。
- 国では、「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」を用意しています。

介護保険最新情報 Vol.685（平成30年10月9日）

「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」について

<http://www.jcma.or.jp/181009kaigohokensaisinjyouhouvol.685.pdf>

- 基準回数を超える訪問介護を利用するケースにおけるケアマネジメント支援会議では、保険者も出席します。P23により高齢福祉課宛にメールにより出席を依頼してください。

3 シナリオ（例）

項目	シナリオ例
<p>1. 開会 (1分)</p>	<p>司会（行政）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ただいまから、ケアマネジメント支援会議を始めます。 ・司会を務めます、高齢福祉課の□□□です。よろしくお願いします。 ・続いて、みなさんからも自己紹介をお願いします。 「所属」と「職種」も併せてお願いします。 <p style="text-align: center;">～助言者の自己紹介（所属・専門職）～</p> <p>司会（行政）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本日は事前に○ケース分送付しております。使用する書類は、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（ケアマネジメント結果等記録表）、④興味・関心チェックシート、⑤課題整理総括表、⑥個別援助計画になります。 ・では、この会議の目的を確認します。 ・この会議は、介護保険の目的である自立支援・介護予防・重度化防止のためにケアマネジメントの視点を多職種で話し合うものです。 また、会議をとおして、地域課題の抽出を行い、社会資源を創出や政策形成も目的となります。 ・会議の実施にあたり、みなさまに2点、お願いがあります。 ・1点目は、この会議に限られた時間となります。積極的な参加をお願いします。 ・2点目は、会議で使用する資料ですが、会議の終了後に回収させていただきます。 ・この会議は、介護保険法第115条の48に規定される会議で、参加者には守秘義務がありますので、よろしくお願いします。
<p>2. 概要説明 (5分)</p>	<p>司会（行政）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・それでは、1事例目の事例提供者である<地域包括支援センター名称>の<氏名>さん、事例の概要説明をお願いします。 <p>事例提出者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<地域包括支援センター名称>の<氏名>と申します。よろしくお願いします。それでは事例の概要について説明いたします。 ・利用者基本情報をご覧ください。

	<p style="text-align: center;">～基本情報について、簡潔に説明～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・続いて生活行為について説明します。 <p style="text-align: center;">～生活行為の課題やその課題が与える影響、現在の状況に至った個人因子・環境因子等について、簡潔に説明～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・続きまして、プランの説明をします。介護予防サービス・支援計画表をご覧ください。 <p style="text-align: center;">～課題・目標・具体的な対応策を簡潔に説明～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>（論点を整理し、アドバイスをもらいたい事柄等）</u> についてアドバイスをいただきたいと思います。説明は以上です。 <p>司会（行政）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・では、概要について整理します。 [概要の説明の後、チェックリストをあらためて確認します。概要説明から浮かび上がる生活行為の課題及び原因や本人が希望する生活像について共有します。]
<p>5. 質疑応答 (5分)</p>	<p>司会（行政）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ありがとうございました。 <p>では、概要説明において不明な点がありましたら質問をお願いします。</p> <p style="text-align: center;">～参加者から質問と事例提供者との応答～</p> <p>司会（行政）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・みなさん、他に質問はありますか。これで、よろしいですか。
<p>6. 助言 (5分)</p>	<p>司会（行政）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次に、自立に向けた助言や提案をお願いします。 ・おそれいりますが、〇〇さんから順番にお願いできますか。 <p style="text-align: center;">～助言者からの助言～</p> <p>司会（行政）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・みなさん、ありがとうございました。
<p>7. まとめ (3分)</p>	<p>司会（行政）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・では、みなさんからの助言のまとめに移ります。

	<p style="text-align: center;">まとめの視点</p> <p>①助言内容の確認 ②優先順位 ③目標設定の確認 ④サービス内容が目標達成のための手段となっているか確認を共有する。</p> <p>・事例提供者の<氏名>さんから何かありますか？</p> <p style="text-align: center;">～事例提供者から感想等。 また、助言者への質問（この場合質疑応答）。～</p> <p>司会（行政）</p> <p>・事例提供者の<氏名>さん、ありがとうございました。</p>
<p>8. 地域課題 （3分）</p>	<p>司会（行政）</p> <p>・最後に地域課題についても検討したいと思います。 ・みなさんから、地域課題について気づいた点などはありますか。</p> <p style="text-align: center;">～助言者からの意見等～</p> <p>司会（行政）</p> <p>・<助言者>さん、ありがとうございます。 ・ただ今、ご意見をいただいたとおり、・・・・・・に関する課題は重要であると思います。 ・このような地域課題を地域で検討いただくとともに、日光市地域ケア推進会議においても検討していきたいと思っています。</p>
<p>9. その他 （10分）</p>	<p>司会（行政）</p> <p>・この事例以外でも事例提供者の<氏名>さんから、業務上における質問などがありましたら、どうぞ。</p> <p style="text-align: center;">～助言者からの意見等～</p>
<p>10. 閉会 （1分） （1事例目）</p>	<p>司会（行政）</p> <p>・以上で、1事例目を終了いたします。お疲れさまでした。 （・引き続き2事例目に移ります。）</p>

- ①利用者基本情報・・・・・・・・・・ P 1 2
- ②基本チェックリスト・・・・・・・・・・ P 1 4
- ③介護予防サービス・支援計画書・・・・ P 1 9
- ④興味・関心チェックシート・・・・・・ P 2 0
- ⑤課題整理総括表・・・・・・・・・・ P 2 1
- ⑥個別援助計画（介護サービス事業所で作成しているもの）
- ⑦基準回数を超えた訪問介護のケアプランの取り扱いについて・・・・・・・・ P 2 2

利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者：

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・2	
	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」 (同居家族は○で囲む)
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・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・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内 容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 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、アセスメントシートを、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様式

記入日：平成 年 月 日 ()

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目	回答：いずれかに○			
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年間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ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	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	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回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ		
17	昨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されますか	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) 自分が役に立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		

(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

① 様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No.12を除く。)とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No.12に限る。)とは、 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$ が18.5未満の場合をいう。

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
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	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがあ	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。

	りますか	
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
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云われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
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	

23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

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表）

No. _____ 様 (男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

利用者名 _____ 計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・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日	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	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 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（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						
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				()						
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来自ら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

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

【意見】

【確認印】

平成 年 月 日 氏名 印

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) / (質問項目数)を記入して下さい

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： R _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」

一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014.3)

課題整理総括表

利用者名 _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 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		④		⑤		⑥	
	現状 ※2	要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4	備考 (状況・支援内容等)	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (二一ス)【案】	※6					
移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化									
食事	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化									
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化									
口腔	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									

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。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要約的事実を記載する。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、そのような状況を明らかにしている要約を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(乱数字)を記入する(様式の番号を記入可)。
 ※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。
 ※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることにより期待される事後の状況(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「一」印を記入。

日高福第 694 号
平成 30 年 10 月 5 日

日光市内居宅介護支援事業所管理者 様

日光市健康福祉部長

基準回数を超えた訪問介護のケアプランの取り扱いについて

日頃より本市介護保険事業にご協力をいただき深く御礼申し上げます。

平成 30 年 10 月 1 日から施行される「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」につきまして、市では別紙のとおり取り扱うこととしますので通知いたします。

記

1. 基準回数について (厚生労働省告示第 218 号)

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基準	27 回	34 回	43 回	38 回	31 回

※基準に含める訪問介護は生活援助中心型のみ。(身体+生活の混在型は含まない。)

2. 別紙取扱いに基づき、基準回数を超えた場合は、各地域包括支援センターで開催する地域ケア個別会議(ケアマネジメント支援会議)でのプラン検証が必要になります。

日光市健康福祉部高齢福祉課
介護サービス係 担当:板垣
TEL:0288-21-5100 FAX:0288-21-5105
E-mail:kourei-fukushi@city.nikko.lg.jp

【居宅介護支援事業所用】

基準回数を超えた訪問介護のケアプランの取り扱いについて

① 受付・契約【新規のみ】

② 課題分析（アセスメント）

③ ケアプラン原案作成

⇒訪問介護（生活援助型中心）が基準回数を超える見込みとなってしまった場合

（ア）担当者や事業所内で検証

（イ）（ア）で検証した結果、超えない場合⇒④～⑥へ

（ア）で検証した結果、超えてしまう場合⇒（ウ）へ

（ウ）被保険者の居住する日光市内の地域包括支援センターに相談

相談の結果、超えてしまう時は、「地域ケア個別会議申込票」にて担当地域包括支援センターへ申込む（F A X可）⇒後日、担当の地域包括支援センターから日程調整の連絡があります。

⇒ ④～⑧へ

※緊急やむを得ない場合、（ウ）は省略可能だが、後日相談を実施すること。

④ サービス担当者会議

※原案時点では超えていなかった、または相談の結果回数を超えなかったが、サービス担当者会議後に超えてしまった場合

⇒担当の地域包括支援センターに相談の上、「地域ケア会議申込票」を提出すること。

※基準回数を超える訪問介護を位置付けた場合、その必要性を居宅サービス計画に記載し、作成（変更）した計画については、必ず利用者の同意を得て、交付をすること。

⑤ ケアプランの実行

⑥ 評価（モニタリング）・再アセスメント

⑦ ケアプランを保険者へ提出（翌月末まで）

⑧ 地域ケア個別会議（ケアマネジメント支援会議）でプラン検証

サービス担当者会議実施後、概ね1ヶ月以内

注意

1. 基準回数に身体+生活の混在型の回数は除きます。ただし、地域ケア個別会議（ケアマネジメント支援会議）でのプラン検証時には、混在型を含めた検証を行います。

地域ケア個別会議申込票(居宅介護支援事業所⇔地域包括支援センター)

平成 年 月 日

<p style="text-align: center;"><u>地域包括支援センター</u></p> <p>TEL : FAX : 担当職員 :</p>	<p>←送信</p> <p>返信→</p>	<p>事業所名 : TEL : FAX : 担当介護支援専門員 :</p>
--	-----------------------	---

下記の案件について、地域ケア個別会議（ケアマネジメント支援会議）で検討いただきたく、開催調整をお願いします。

送 信	利用者	氏名	(ふりがな)	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 歳	
		被保険者番号		性別	男 ・ 女	
		介護度	認定済 [要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5]			申請中
送 信		依頼内容	<input type="checkbox"/> 基準回数を超えた訪問介護のケアプラン <input type="checkbox"/> その他 ()			
			【内容等の詳細】※既に相談済みの案件であれば記載不要 【会議開催可能日】※サービス担当者会議後、概ね1か月以内			

地域包括支援センターからの回答（返信）

【包括記載欄】

返 信	地域ケア個別会議開催日時	年 月 日 ()
	会場	
	備考	
	【返信日】	年 月 日 担当職員

地域ケア会議への保険者の出席について

- ① 基準回数を超える訪問介護のケアプランの検証を行う際は、必ず高齢福祉課【kourei-fukushi@city.nikko.lg.jp】宛にメール願います。

【メール記載例】

(件名) 基準回数を超えた訪問介護のケアプランに係る地域ケア会議について

(内容) 下記のとおり、会議を開催しますので出席願います

記

1. 日 時 平成〇〇年□月△日(月) 〇〇時～△△時
2. 会 場 ※※地域包括支援センター 会議室
3. 内 容 〇件【□□居宅介護支援事業所、〇〇居宅介護支援事業所】
4. 担当包括 ※※地域包括支援センター

- ② 会議開催前(1週間を目安に)当日の資料を送付ください。
- ③ 当日は、高齢福祉課介護サービス係から1名参加します。