

白岡市自立支援型地域ケア会議 実施マニュアル(ケアマネジャー向け)

令和2年3月作成版
白岡市高齢介護課地域支援担当

目次

- 1 自立支援という考え方
- 2 地域ケア会議について
- 3 地域ケア会議 ～初回について～
- 4 地域ケア会議 ～評価について～
- 5 その他

1 自立支援という考え方



高齢者一人一人が、その能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援すること。



ヘルパーによる買い物
同行支援を受け、無理
のない範囲で外出。



長い距離を歩けるよう
になり、また一人で買い物
にいけるようになった。



自宅で転倒し、1か月間の安静



ヘルパーに買い物など
を全てお願いします。



外出機会が減るなど活動範囲が狭まり、状態が
さらに悪化。介護者の負担も増えていく。

《自立した日常生活》の目指す方向性について

人生や生活で「したいこと」を
「なじみの」環境の中で続ける

「自分の趣味活動」

「地域との関係性」

その人が主体的に生活できるよう支援する = 自立支援

総合事業で目指す介護予防ケアマネジメントはこの考え方です！

～どんな介護予防ケアマネジメントを目指すのか！～

◎本人の「したい・できるようになりたい」を大切にする。

➤これからの介護予防は、生活上の困りごとを把握したうえで、本人が「したい」「できるようになりたい」と思う具体的な生活を実現するための取組に。

➤だから一番大切なのは、本人の「したい」または「できるようになりたい」の生活行為が目標として明確に設定されているかです。

➤そのためには、今、何が足りないのか？何が必要なのか？などアセスメントを丁寧に実施し、課題を的確に把握することが肝心です。

◎地域の居場所につなぐところまでを考える！

➤短期集中リハビリサービスなどを利用し、状態が改善した時点で終わりではありません。

➤「したい」「できるようになりたい」ができるようになったら、地域の活動への参加に結び付けるところまでがケアマネジメントと考えましょう。

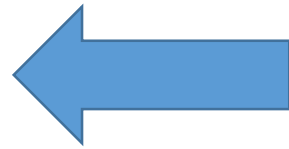


2 地域ケア会議について

地域ケア会議とは

地域ケア会議とは、
要支援者等を自立支援に導くための会議

検討した内容をプランへ
反映させる。



地域包括支援センター
(主任ケアマネ)

事務局(市担当者)

歯科衛生士
管理栄養士

各サービス事業者



担当ケアマネジャー

薬剤師

理学療法士

作業療法士

- 多職種(助言者)の意見をもらえる
- 支援方針の共有(チームケア)ができる
- 多職種と《顔の見える関係》になる
- 参加者へ自立支援型ケアマネジメントのOJT(実務研修)の場となる

地域ケア会議の必要性

- 利用者のケアマネジメントを行う場合は、介護保険の基本理念に基づいたケアマネジメントが必要。
- ケアマネジメントを実施するうえでは、多職種（医療・介護・福祉）の視点から支援の方向性（適切なサービス）を検討していくことが有効。
- 多職種との連携が必要＝【顔の見える関係作り】
- ケアマネジャー向けに自立支援型のケアマネジメントを学べる場が必要ではないか。



そこで、白岡市は自立支援型の地域ケア会議を実施しています！



3 地域ケア会議 ～初回について～

開催スケジュールの目安

項目	担当	期日 ※会議当日を基準
検討ケースの候補者を選定 担当地域包括支援センターへの報告	ケアマネジャー	8週間前まで
検討ケースを決定するための選定会	地域包括支援センター ケアマネジャー	7週間前まで
検討ケースの関係機関へ資料の提出依頼	担当地域包括支援センター	
資料を担当地域包括支援センターへ提出	ケアマネジャー 各サービス事業者	2週間前まで
資料を助言者へ送付	市	10日前まで
会議当日 会場設営等	市 地域包括支援センター	当日

～ 検討ケース選定の流れ ～

ケアマネジャーが検討ケースを選定。
対象者・・・事業対象者、要支援1・2、要介護1・2

例

- ① ケアマネジャーが困難や疑問を感じているケース
- ② 多職種から助言をもらいたいケース

ケアマネジャー



担当地域包括支援センターへ検討ケースを報告。
地域包括支援センター・ケアマネジャーで日程調整し、選定会を実施。

検討ケースを決定し、担当地域包括支援センターからケースの関係機関
(サービス事業者等)へ連絡を行う。地域ケア会議に使用する資料の提出を
依頼する。

～初回時に準備するもの一覧(全7点)～

- ① 基本情報 ・・直近の基本情報をご提出ください。
- ② 基本チェックリスト《1》《2》 ・・指定様式でアセスメントを行い、ご提出ください。
- ③ 服薬状況確認表 ・・指定様式で作成し、ご提出ください。
- ④ 栄養バランス確認シート ・・指定様式で作成し、ご提出ください。
- ⑤ 生活機能評価表 ・・指定様式で作成し、ご提出ください。
- ⑥ 課題分析シート ・・指定様式で作成し、ご提出ください。
- ⑦ ケアプラン ・・直近のケアプランをご提出ください。

※②～⑥の様式は、市公式ホームページからダウンロードできます。

基本チェックリスト(1)・(2)の書き方について

基本チェックリスト(1)

フリガナ		調査日	初回	年 月 日			
氏名			評価	年 月 日			
項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				初回	評価	主領域	副領域
生活機能	1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい 1. 少し 時々 2. いいえ			生	社
	2	日用品の買い物をしていますか	0. はい 1. 少し 時々 2. いいえ			生	社
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい 1. 少し 時々 2. いいえ			生	他
	4	友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. 少し 時々 2. いいえ			生	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. 少し 時々 2. いいえ			生	社
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい 1. 少し 時々 2. いいえ			運	生
	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. 少し 時々 2. いいえ			運	生
	8	15分位続けて歩いていますか	0. はい 1. 少し 時々 2. いいえ			運	社
	9	この1年間に転んだことがありますか	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			運	健
栄養改善	10	転倒に対する不安は大きいですか	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			運	社
	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			健	生
口腔機能	12	初回 身長 cm 体重 kg BMI				健	生
	12	評価 身長 cm 体重 kg BMI				健	生
閉じこもり	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			健	生
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			健	生
	15	口の渇きが気になりますか	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			健	生
認知機能	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい 1. 少し 時々 2. いいえ			社	生
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			社	生
うつ	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、いわれますか	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			健	他
	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. 少し 時々 2. いいえ			健	他
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			健	他
合計(点数)	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			健	他
	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	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			健	他
	23	(ここ2週間) 以前は薬にできていたことが今はおっくうに感じられる	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			健	他
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			健	他
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	2. はい 1. 少し 時々 0. いいえ			健	他
合計(点数)				0	0		

※課題領域
 主領域 運=運動・移動 生=日常生活 社=社会参加・対人交流 健=健康管理・療養
 他=物忘れ・うつ・経済・支援利用
 副領域 予防サービス・支援計画書 作成の際の参考とする

① 氏名は、イニシャル(氏・名)で記入してください。

(例) 白岡 太郎 ⇒ S・T (注) **他様式でも共通**

② 初回の部分にのみ記入してください。

③ 記入はケアマネジャーの視点で行ってください。

④ 様式の色塗り部分には、入力しないでください。計算式が入っています。

⑤ 主領域の点数が高いものについて把握してください。課題につながる可能性が高い項目です。

服薬状況確認表

年 月 日

利用者名 様 ()歳 (男・女)

利用者の状況	介護度(事業・支1・支2・要1・要2・要3・要4・要5)	
	日常生活自立度 自立-J1-J2・A1-A2・B1-B2・C1-C2	
	認知自立度 自立-I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
	1. 薬の主管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族「配偶者、姉、その他()」 <input type="checkbox"/> その他()
	2. 薬の副管理者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本人・家族・その他()
	3. 薬効の理解度	<input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難(内容)
	4. 薬の保管・管理状況	<input type="checkbox"/> ほぼ良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難(内容)
	5. 服薬状況(内服・外用)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 頻りに忘れる <input type="checkbox"/> 不明(理由)
援助の必要性	6. 服薬の問題(内服)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> 吐き出し <input type="checkbox"/> 自己調整 <input type="checkbox"/> その他()
	7. 使用の問題(外用ほか)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> その他()
	8. 服薬可能な剤形	<input type="checkbox"/> すべての剤形が可能 <input type="checkbox"/> 粉砕・脱カプセル化が必要 <input type="checkbox"/> 経管投与が必要 <input type="checkbox"/> その他()
日常生活	9. 服薬管理	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 管理箱・服薬カレンダーセット <input type="checkbox"/> 目付 <input type="checkbox"/> 一包装 <input type="checkbox"/> 服用後の確認 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> その他()
	10. 服薬援助(内服)	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 1服分の薬を準備する <input type="checkbox"/> 水を準備する <input type="checkbox"/> 薬を口の中に入れる <input type="checkbox"/> 最後に水を飲んでもらう <input type="checkbox"/> その他()
	11. 使用援助(外用ほか)	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> その他()
アレルギー副作用歴	12. 睡眠障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 寝入りが悪い <input type="checkbox"/> 中途で起きる <input type="checkbox"/> 朝方早く目が覚める <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 夜間徘徊 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 睡眠剤使用(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)
	13. 食 欲(食事量)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 3/4量 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4以下 <input type="checkbox"/> その他()
	14. 排便障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)
	15. 排便障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)
アレルギー副作用歴	16. 薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)
	17. 食品ほかアレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)
18. 医療機器・医療材料の使用		<input type="checkbox"/> ドレッシング材 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストーマ(便・尿) <input type="checkbox"/> その他()

現在掛かっている疾病等

医療機関	主な診断名	処方薬(飲み薬・塗り薬、貼り薬、点眼等)
特記事項		

記入者 アセスメント日 年 月 日

服薬状況確認表について

- ① 現在、服用している薬とその量を記入してください。また、飲んでいる時間帯も把握しておいてください。
- ② 記載する服薬情報は、直近のものを記入してください。
- ③ お薬手帳など薬剤情報がわかるものを添付してください。

栄養バランス確認シートの書き方について

栄養バランス確認シート		朝食			昼食			夕食		
利用者名		1日目	2日目	3日目						
調査日 年 月 日										
※3日分程度の聞き取りをお願いします。										
肉類	牛、豚、鶏肉だけでなく、ウインナーやハム、ベーコンなどの加工品も含まれる。									
魚類	生魚のほかに開きなどの干物や加工品、さらに、いか、えび、たこ、かになどの魚介類全般も含まれる。									
卵製品	鶏卵だけでなく、うずら卵、卵豆腐などの卵製品も含まれる。									
牛乳乳製品	牛乳、乳製品(ヨーグルト・チーズなど)									
大豆製品	大豆そのものだけでなく、豆腐や納豆、油揚げなどの大豆製品や枝豆も含まれる。									
海藻類	ひじきやワカメのほか、海苔、もずく、めかぶなど。乾物でもよい。									
いも類	ジャガイモ、サツマイモ、里芋など。									
果物	好みの果物でよい。									
緑黄色野菜	ほうれん草、トマト、かぼちゃ、にんじん、にらなど。βカロテンを豊富に含む野菜。									
炭水化物	ごはん、パン、麺類など主食となるもの。									

① 3日分の食事メニューを記入してください。

② 上記メニューに含まれている品目に○を付けてください。

③ 不明な場合は、無記入で大丈夫です。



～記入方法～

① 朝食～夕食までのメニューを書いてください。(各3日分書けるようになってます。?) 次に各メニューに含まれていると思われる10品目の食品群に○を付けます。

生活機能評価表の書き方について

① 表題横の（初回・評価）の部分の初回に○を付けてください。

② 初回と評価予測の部分に印を記入してください。

初回とは、現在の状態について
 評価予測とは、6か月後（評価時）にどうなっているのかを想定したもの

③ 備考欄には、各項目の詳細情報を載せてください。

項目	事前	事後予測	事後	備考
室内歩行				
屋外歩行				
外出頻度				
排泄				
食事				
入浴				
着脱衣				
掃除				
洗濯				
買い物				
調理				
整理				
ゴミ出し				
通院				
服薬				
金銭管理				
電話				
社会参加				

定義	事前…現在の状態像から判定する 事後予測…6か月における状態像から予測する 事後…評価時点における状態像から判定する。
①楽にできる 【◎】 ②なんとかできる 【○】 ③支援を一部（軽度）要する【△】 ④支援を大部分要する 【▲】 ⑤支援を全面的に要する（全介助）【×】	

生活機能評価表の印の指標

◎＝自立状態

（自身で問題なく行えているもの。）

○＝将来的課題

（将来的に不具合あるもの。経過観察が必要なもの。）

△・▲＝直近的課題 転倒モデル・生活不活発モデル・廃用モデル

（現状で不具合が発生しているもの。支援を要検討するもの。）

×＝永続的課題 脳卒中モデル・認知症モデル・その他複数疾患モデル

（改善見込みは薄いため、サービスを上手く活用しながら生活行為を遂行していく。現状維持が目標！）

生活機能評価表の備考欄への記載例

～ ADL ～

室内歩行	自宅内での歩行状態を記入、杖使用の有無、伝い歩き、どのような介助を受けているか
屋外歩行	外歩きについて、杖・歩行器等を使用している用具の記載、何分・何メートル歩くと疲れる、痺れが出る等本人の訴えもOK
排泄	おむつ有無、排尿・失禁頻度、便秘・下痢などの整腸に関する内容もあり
食事	食事形態、嚥下状況、噛み合わせ、義歯の状態、食事メニューの内容、食事回数、間食、飲酒など
入浴	洗身・洗髪・入浴回数・介助内容・自宅浴槽や浴室の環境状況、浴槽のまたぎの可不可
着脱衣	着脱行為(可動域制限など)・服の選定・季節感など

～ IADL・その他～

掃 除	本人が使用している道具、掃除内容、家族が同居の場合は本人が何ができるのかなど
洗 濯	干す、取り込む、たたむなどの一連行為を誰がどのように行っているのか。
買 い 物	買物の頻度、場所、自分で行えているのか、誰かと一緒に行っているのか
調 理	調理の状況、誰が行っているのか、使用器具、意欲面の有無、何分位で行っているのか
ごみ出し	分別状況、運搬方法、ごみ捨て場所、誰が捨てにいくのか
通 院	頻度、移動手段、誰と行っているのか、医師の内容は理解しているのか
服 薬	管理方法、飲み忘れがないか、声かけなどの見守り支援の有無
金 銭 管 理	通帳の管理状況、引き出しはどのように行っているのか、金額の把握
電 話	応対、伝言の可・不可、自分から電話をかけることができるか
社会参加	社会参加の種類、方法、頻度。 現在や過去の活動状況。 参加できない理由など。
外出頻度	自宅から外出する方法、頻度、行先。外出できない理由など。

課題分析シートの書き方について

課題分析シート

(氏名) _____

(認定期間) _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月

課題となっている 個人・環境状況	優先 順位	課題に対する阻害因子 ※できるだけ具体的に記載。		阻害因子を改善するための支援 ※できるだけ具体的に記載。 (フォーマル・インフォーマル問わず記載)		目標 ※6か月を目安にした 身近な目標設定	達成 状況
		個人因子	環境因子	支援内容	支援者		

- ① 生活機能評価表、基本チェックリスト及びその他アセスメント情報から把握される生活課題について記載する。
- ② その生活課題を引き起こしている要因(個人因子・環境因子)を分析し、記入します。
- ③ その要因を改善するために必要な支援を記入してください。
※フォーマル・インフォーマル含めた幅広いものを具体的に記入してください。
- ④ ①の生活課題に対する6か月後の目標を設定してください。

地域ケア会議（初回）の事例発表方法について

1

まず、基本情報・基本チェックリスト・服薬状況確認表・栄養バランス確認シート・生活機能評価表を用いてケースの概要を説明します。
※ケースの全体像の説明を行うイメージです。

2

次に現在、課題となっている部分について課題分析シートを使用して発表します。複数の課題がある場合は、課題ごとに説明➡支援内容➡目標を発表してください。

3

最後に助言者に対して、今回の地域ケア会議で《どの部分について助言をもらいたいのか》《ケアマネジメントするうえで、どのような点について悩んでいるのか》などのケアマネジャーご自身の意見を発表してください。

4 地域ケア会議 ～評価について～

評価の実施方法について

地域ケア会議(初回)で検討した月から約6か月後に評価を行います。
ケアマネジャーは、資料を会議の2週間前までに担当地域包括支援センターへ提出してください。

※初回で出席した関係機関(サービス事業者等)は、評価時に出席依頼を行いませんので、ケアマネジャーは、事前に状況の把握をしておいてください。



～評価時に準備するもの一覧(全5点)～

- ① 基本チェックリスト《1》《2》・・・指定様式でアセスメントを行い、提出してください。
 - ② 生活機能評価表・・・指定様式で作成し、ご提出ください。
 - ③ 課題分析シート・・・指定様式で作成し、ご提出ください。
 - ④ ケアプラン・・・初回ケア会議の実施後に作成したケアプランをご提出ください
 - ⑤ 評価報告シート・・・指定様式で作成し、ご提出ください。
- ※ その他必要時に服薬状況確認表や栄養バランス確認シートをご提出ください。

基本チェックリスト(1)・(2)の書き方について

基本チェックリスト〈1〉

フリガナ		調査日	初回		年 月 日				
氏名			評価		年 月 日				
項目	番号	確認内容	評価尺度		回答		課題領域		
			初回	評価	初回	評価	主領域	副領域	
生活機能	1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.少し 時々	2.いいえ			生	社
	2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.少し 時々	2.いいえ			生	社
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.少し 時々	2.いいえ			生	他
	4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.少し 時々	2.いいえ			生	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.少し 時々	2.いいえ			生	社
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.少し 時々	2.いいえ			運	生
	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.少し 時々	2.いいえ			運	生
	8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.少し 時々	2.いいえ			運	社
	9	この1年間に転んだことがありますか	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			運	健
栄養改善	10	転倒に対する不安は大きいですか	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			運	社
	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			健	生
	12	初回 身長 cm 体重 kg BMI 評価 身長 cm 体重 kg BMI	/					健	生
口腔機能	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			健	生
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			健	生
	15	口の渇きが気になりますか	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			健	生
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.少し 時々	2.いいえ			社	生
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			社	生
認知機能	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いわれますか	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			健	他
	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.少し 時々	2.いいえ			健	他
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			健	他
うつ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			健	他
	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	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			健	他
	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	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			健	他
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			健	他
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	2.はい	1.少し 時々	0.いいえ			健	他
合計(点数)						0	0		

※課題領域
主領域 運=運動・移動 生=日常生活 社=社会参加・対人交流 健=健康管理・療養
他=物忘れ・うつ・経済・支援利用
副領域 予防サービス・支援計画書 作成の際の参考とする

① 初回の部分に、初回時に提出した記載内容を転記してください。

② 次に、評価の部分を入力してください。

③ 様式の色塗り部分には、入力しないでください。計算式が入っています。

④ 主領域の点数を【初回】と【評価】で比べます。ケア会議後の支援が効果的かどうかの資料となります。

生活機能評価表の書き方について

項目	事前	事後予測	事後	備考
室内歩行				
屋外歩行				
外出頻度				
排泄				
食事				
入浴				
着脱衣				
掃除				
洗濯				
買い物				
調理				
整理				
ゴミ出し				
通院				
服薬				
金銭管理				
電話				
社会参加				

① 表題横の（初回・評価）の部分の評価に○を付けてください。

② 初回と評価予測の部分に、初回時に提出した記載内容を転記してください。

③ 評価の部分に印を記入してください。

④ 備考欄は、評価時点の詳細情報を載せてください。

※初回から変わっていない部分については、未記入で構いません。
変化のあったところのみ記入してください。

定義	事前…現在の状態像から判定する 事後予測…6か月における状態像から予測する 事後…評価時点における状態像から判定する。
①楽にできる【◎】 ②なんとかできる【○】 ③支援を一部（軽度）要する【△】 ④支援を大部分要する【▲】 ⑤支援を全面的に要する（全介助）【×】	

課題分析シートの書き方について

課題分析シート

(氏名) _____

(認定期間) _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月

課題となっている 個人・環境状況	優先 順位	課題に対する阻害因子 ※できるだけ具体的に記載。		阻害因子を改善するための支援 ※できるだけ具体的に記載。 (フォーマル・インフォーマル問わず記載)		目標 ※6か月を目安にし、 身近な目標設定	達成 状況
		個人因子	環境因子	支援内容	支援者		

① 初回時に提出した記載内容を転記してください。

② 目標に対する達成状況を記入してください。

達成状況の目安

◎	目標以上に達成できた
○	達成できた
△	半分程度達成できた
×	達成できなかった

評価報告シート の書き方について

評価報告シート

利用者名 _____ 評価日 年 月 日

	助言者等からの意見	実際の支援状況	支援者	頻度
PT / OT				
薬剤師				
管理栄養士				
歯科衛生士				
包括・市				

- ① 【助言者からの意見】へ、各助言者からのコメントを記載してください。
- ② 【実際の支援状況】へ、**実際に繋がった支援**を記載してください。
助言者の意見通りにいかななくても構いません。
- ③ 【支援者・頻度】へ、実際に支援を行っている者と頻度を記載してください。

地域ケア会議（評価）の事例発表方法について

1 まず、基本情報と初回時に発表した課題について発表してください。

2 次に「課題に対して助言者からいただいた助言について～助言を取り入れた結果どうなったか～実際に今どのような支援につながっているのか」という流れで発表をしてください。

3 上記の説明をした後、今後の支援の方向性について発表をしてください。最後に、現時点（評価時）で助言者に意見をもらいたい事案、悩み、不安な点等について発表してください。

5 その他

地域ケア会議が不安なケアマネジャーの方へ！

- どうやって話しをすればいいの？
- 準備する資料の書き方がいまいち分からない
- 会議がどんな感じになるのか漠然と不安だ・・・



このようなご不安がありましたら、事前に地域包括支援センターと打ち合わせができます。ご希望がありましたら、是非ご相談ください。

資料の作成はデータ作成がおススメです！

初回時と評価時で2回提出する資料は、データで作成することで、初回分の記載内容を転記する手間が省略できます。

《2回使用する資料》

基本チェックリスト・生活機能評価表・課題分析シート

どうしてもデータ作成が難しい人(手書きの人)は..

初回で使用した資料の写しを、事業所で保管しておくことをお勧めします。

地域ケア会議に係る資料の印刷について

地域ケア会議に提出していただく資料は、【A4サイズ】で提出をお願いします。
用紙サイズがA4以外の原稿をA4に印刷するには印刷設定を変える必要がありますのでご注意ください。



市公式ホームページからダウンロードできる様式の名サイズ

基本チェックリスト	B4
服薬状況確認表	A4
栄養バランス確認シート	A3
生活機能評価表	A4
課題分析シート	A3
評価報告シート	A3

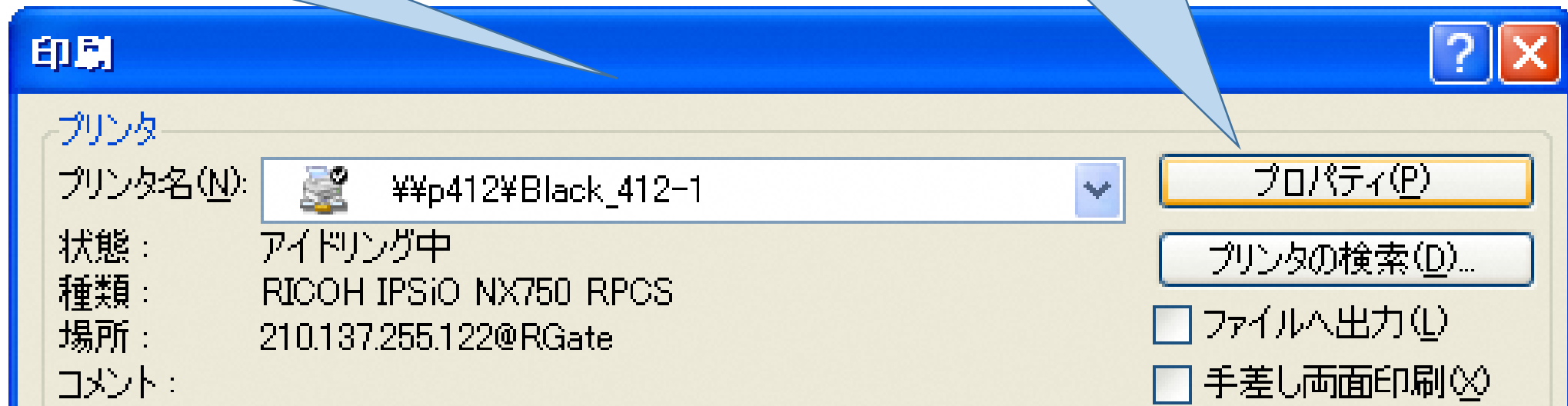
～他サイズをA4サイズに変換する方法～

①[ファイル]メニューから[印刷]画面に入ります。

②[印刷]画面の[プロパティ]へ入ります。

印刷画面に入ると
このような画面へ

ここからプロパティへ
入ります。



基本 編集 仕上げ その他 印刷品質 初期設定

ワンクリック設定アイコン名:

[Dropdown menu]



印刷方法:

通常印刷 [Dropdown menu]

印刷方法の...

原稿サイズ:

B4 (257 x 364 mm) [Dropdown menu]

変倍

用紙指定変倍 [Dropdown menu]

倍率(%):

81 [Spinner]

印刷用紙サイズ:

A4 (210 x 297 mm) [Dropdown menu]



センタリング

④ ▼をクリックし、A4を選択します。

好

好

30

30

部数:

1 [Spinner]

給紙トレイ:

自動トレイ選択 [Dropdown menu]

用紙種類:

普通紙 [Dropdown menu]

排紙先:

プリンターの設定にしたがう [Dropdown menu]

表紙

表紙の詳細...

合紙

合紙の詳細...

標準に戻す

③ [変倍]にチェックをつけます。

⑤ [OK]を押して設定終了です。

OK

キャンセル

ヘルプ

白岡市地域ケア会議に関するお問い合わせ

ご要望・ご質問・ご意見等ありましたら
お気軽にご連絡ください。

～問い合わせ窓口～

白岡市高齢介護課地域支援担当 92-1111 内線173

地域包括支援センターぽっかぽか 93-8677

地域包括支援センターウエルシアハウス 90-3022

