

最新版

伊勢原市介護予防自立 支援型地域ケア個別会 議運営マニュアル

伊勢原市地域福祉推進課地域包括ケア推進係



1 目的

伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議は、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。

この会議では、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の解決や高齢者の QOL の向上を目的とし、多職種から専門的な助言を得て、高齢者の生活行為の課題等を明らかにした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 実施方法

市が「伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議」を主催し、検討する事例のサービス担当者に限らず、地域の多職種の視点から個別ケースの課題解決に向けた検討を行います。

3 事例対象

本会議は自立支援・介護予防の観点を踏まえて実施することから、事例対象は、以下の（1）～（3）のケースとします。

- （1）要支援 1・2、事業対象者の認定を受けており、原因が骨折等により改善見込みが高いケース
- （2）要支援 1・2、事業対象者の認定を受けており、新規または更新手続きでケアプラン変更予定のケース
- （3）その他、市が必要と認めるケース

4 会議運営の流れ

伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議運営の流れは別表 1 をご参照ください。事前準備から事後処理までの担当は以下のとおりです。

（1）事前準備

地域福祉推進課職員及び事務局当番の地域包括支援センター職員

（2）会議当日

- ①全体進行：事務局当番の地域包括支援センター職員
- ②事例司会：当番の地域包括支援センター職員
- ③専門職助言者：薬剤師、理学療法士または作業療法士、看護師、管理栄養士、歯科衛生士
- ④事例提出者：ケアプランを作成した地域包括支援センター職員及びサービス提供を行っている事業所職員

（3）事後処理

- ①事例検討会議録作成：事務局当番の地域包括支援センター職員
- ②反省会会議録作成：地域福祉推進課職員

5 伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議当日の進行

- （1）1 事例当たり概ね 35 分（モニタリング事例については 1 事例あたり 20 分）、地域ケア個別会議 1 回あたり新規 2 事例・モニタリング 2 事例の計 4 事例を検討します。

- (2) 当日進行については別表2、別表3をご参照ください。
- (3) 会議終了後、事例司会、専門職助言者、地域福祉推進課職員、事務局当番の地域包括支援センター職員で会議運営等に関する反省会を実施します。

6 使用様式

- (1) 地域ケア個別会議 提出書類チェックリスト 別紙1
- (2) 地域ケア個別会議事例選定シート 別紙2
- (3) 利用者基本情報 別紙3
- (4) 基本チェックリスト 別紙4
- (5) 課題整理総括表（任意） 別紙5
- (6) 興味関心チェックシート 別紙6
- (7) 食事チェックシート 別紙7
- (8) 服薬状況確認表・口腔状態確認表 別紙8
- (9) モニタリング報告様式 別紙9

*別紙3、別紙4については、カナミックの様式での代用も可能とします。

*ケアプラン、各事業所における個別計画については、必ずご提出いただくこととしますが、所定の様式は定めておりません。各自任意の様式でご提出ください。

*血液検査結果、服薬状況（お薬手帳写し）等については、所定の様式は定めておりません。必要に応じて各自任意の形式でご提出ください。

*モニタリング報告時には、別紙10と併せて、必要に応じて最新情報の記載のある資料をご提出ください。

7 次第及び会議録等様式

- (1) 次第 別紙10
 - (2) 資料1 別紙11
 - (3) 会議録 別紙12
 - (4) 反省会実施報告 別紙13
- } 会議当日配布

8 令和6年度会議予定 別紙14

9 参考資料

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作成しています。会議の参考にご利用ください。

○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/0000179800.pdf>

別表 1

時期	内容	分担	
		市	包括
会議 5 週間前	新規事例提供者へ事例選定期日、モニタリング報告者へ資料提出期日について通知		○
会議 4 週間前	新規事例提供者より事例選定報告		○
	事例提供者情報を市へ報告		○
会議 3 週間前	事例協力依頼送付及び事業所協力者あてに事業概要説明や会議での役割説明	○	
会議 2 週間前	新規事例提供者及びモニタリング報告者より事例番号を記載した資料提供 *事例提出者の検討ポイントを確認し、資料不足あれば提出を促す。		○
	提出資料を基に当日配布資料原本作成（次第、資料 1、事例資料）		○
会議 1 週間前	次第、資料 1 を事例司会役、専門職助言者へ送付	○	
	当日配布資料原本を市へ提出 *必要に応じて新規事例提供者、モニタリング報告者及び事例進行役と打ち合わせを行う。		○
	当日配付資料作成	○	
会議当日	会場準備		○
	会場受付、会議の司会進行、タイムキーパー、反省会の司会進行		○
	会議議事録作成		○
	反省会会議録作成	○	
会議 2 週間後	会議議事録を市に送付		○
	会議議事録校正	○	
	会議議事録、反省会会議録を各センター長、専門職助言者へ送付	○	
会議 6 ヶ月後	新規事例のモニタリング報告		○
	半期毎の事例や助言内容の傾向分析、まとめ	○	

別表2

○モデル進行（案）

実施項目			所要時間	発信者	実施内容	使用資料
	開催		1～3分	司会(包括支援センター)	資料説明	議事次第
①	新規1事例目	事例提出者(プラン作成者)より事例概要説明	7分	事例提出者(地域包括支援センター職員)	① 事例基本情報説明 ② 対象者の現状や課題を踏まえたケアプランの説明	A利用者情報 Bアセスメント情報 Cケアプラン
②		事例提出者(介護サービス事業者)よりプラン説明	5分	介護サービス事業所	事例への支援内容・方針について説明	D提供されているサービス内容
③		質問、助言	18分	司会(包括支援センター)	事例概要やプラン説明に関する不明点の確認	A～D
④				助言者(専門職)	事例概要やプラン説明に関する質問、助言	A～D(各専門職に係る資料の記述部分)
⑤		まとめ	5分	司会(包括支援センター)	事例提出者(プラン作成者、介護サービス事業所)がとり組むべき点について説明	A～D
休憩 5分						
	新規2事例目		①～⑤同様			
休憩 5分						
①	モニタリング1事例目	事例提出者よりモニタリング報告	7分	事例提出者(地域包括支援センター職員)	① 会議終了後に取り組んだこと ② 会議終了後に取り組めなかったこと ③ ケアプランを変更した場合は変更内容について説明	報告書
②		質問、意見、助言	10分	司会(地域包括支援センター) 助言者(専門職)	報告内容に関する質問、意見、さらなる助言	
③		まとめ	2分	司会(包括支援センター) 事例提供者	会議一連を通して事例提供者からの感想	
	モニタリング2事例目		①～④同様			
	閉会		3分	司会(包括支援センター)	次回日時、開催場所の周知	

別表3

○モデル進行シナリオ

実施項目		所要時間	発言者	実施内容
	開催	1～3分	全体司会(地域包括支援センター職員)	<p>【全体司会者】</p> <p>本日は、大変お忙しいなか、お集まりいただきましてありがとうございます。</p> <p>ただいまから「令和○年 第○回伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議」をはじめさせていただきます。</p> <p>私は本日の進行役を務めさせていただきます、○と申します。よろしくお願いいたします。</p> <p>事例検討に移る前に配布資料の確認をさせていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次第 ・資料1 ・事例1の資料：事例番号○○-○○地域ケア個別会議、提出書類チェックリスト、様式1～様式7、ケアプラン、事業所からの個別計画、その他資料 ・事例2の資料：事例番号○○-○○地域ケア個別会議、提出書類チェックリスト、様式1～様式7、ケアプラン、事業所からの個別計画、その他資料 <p>以上になりますが、漏れ等はございませんでしょうか。</p> <p>また、今回配布の資料は次第以外の資料は全て回収いたしますので会議終了後、次第以外の資料は席に置いてお帰り下さい。</p> <p>本日の流れについて説明いたします。</p> <p>2事例とも計画作成者から概要説明について7分間説明をいただいた後、介護保険サービス事業者から支援方針等を5分間説明、その後、事例概要やプラン説明に関する不明点の確認を行い、専門職助言者による支援へのアドバイスをを行い、今後の支援についてのまとめを行います。1事例の検討は35分を予定しており、その後2事例目の検討を行います。事例検討と事例検討の間には10分程度の休憩を挟んで進行いたします。</p> <p>専門職助言者の先生方について、名簿の順に自己紹介をお願いいたします。</p>

					<p>【専門職助言者】 (名前、職種、所属等) 自己紹介</p> <p>【全体司会者】 それでは、事例に移ります。事例検討を行う前に、この会議の目的について説明いたします。この会議の目的は、『多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、検討する事例の自立に資するケアマネジメントを行い、自立支援・介護予防につなげること』で、ケアプランの欠点の指摘や事例検討とは異なるものであることについてご留意下さい。</p> <p>それでは事例検討に移ります。</p> <p>事例1の進行は〇〇包括支援センター〇〇さんが行います。</p>
①	1事例	事例提出者(プラン作成者)より事例概要説明	7分	事例提出者(地域包括支援センター職員)	<p>【事例進行司会】 事例1の司会を担当する〇〇包括支援センターの〇〇です。事例の検討を行います。</p> <p>事例の提供者は〇〇地域包括支援センター 〇〇さんです。〇〇さんからの事例概要説明後、〇〇事業所 〇〇さんからサービス提供状況についてご説明いただきます。</p> <p>それでは、〇〇さんに事例概要についての説明を7分程度でお願いいたします。</p> <p>【事例提供者】 事例概要説明</p>
②		事例提出者(介護サービス事業所)よりプラン説明	5分	介護サービス事業所	<p>【事例進行司会】 〇〇さんありがとうございました。</p> <p>では、〇〇事業者 〇〇さん 〇〇サービスの状況について説明いただきます。説明時間については5分程度でお願いいたします。</p> <p>【事業所職員】 サービス提供状況説明事例への支援内容・方針について説明</p>
③		質問、助言	18分	司会(地域包括支援センター職員)	<p>【事例進行司会】 〇〇さんありがとうございました。</p> <p>それでは、事例に関して事例提供者やサービス提供者から説明がありましたが、説明内容についての不明点や確認事項がありましたら、助言者の方々よりご質問下さい。</p> <p>助言者の方々より質問がなければ、私から質問さ</p>

				<p>させていただきます。</p> <p>『〇〇〇』については、どのように対応されていますか。</p> <p>【専門職助言者及び事例提供者等】 事例概要やプラン説明に関する質疑応答</p>
④			助言者(専門職)	<p>【事例進行司会】 ほかにありませんか。ないようですので、これから専門職から助言をお願いいたします。最初に理学療法士の〇〇さんよりお願いします。</p> <p>【理学療法士】 助言 【事例進行司会】 〇〇さんありがとうございます。それでは次に、薬剤師の〇〇さんよりお願いします。</p> <p>【薬剤師】 助言 【事例進行司会】 〇〇さんありがとうございます。それでは次に、看護師の〇〇さん、助言をお願いいたします。</p> <p>【看護師】 助言 【事例進行司会】 〇〇さんありがとうございます。それでは次に、栄養士の〇〇さん助言をお願いいたします。</p> <p>【栄養士】 助言 【事例進行司会】 〇〇さんありがとうございます。それでは次に、歯科衛生士の〇〇さん助言をお願いいたします。</p> <p>【歯科衛生士】 助言 【事例進行司会】 〇〇さんありがとうございます。</p>
⑤	まとめ	5分	司会(地域包括支援センター)	<p>【事例進行司会】 この内容をご本人の支援に活かしていただくために、助言をもとに引き続き支援を実施していただき、6ヶ月後にモニタリング表にて報告をお願いいたします。</p> <p>〇〇さん(事例提供者)、〇〇さん(事業所)、今</p>

					<p>回の会議の一言感想をお願いします。</p> <p>【事例提供者、事業所】</p> <p>感想</p> <p>【事例進行司会】</p> <p>ありがとうございました。</p> <p>それでは、これから休憩いたします。次の事例検討は○時○分から始めます。</p>
休憩 5分					
⑥	2事例目		①～⑤同様		
休憩 5分					
①	モニタリング 1	事例提出者よりモニタリング報告	7分	事例提出者 (地域包括支援センター職員)	<p>【事例進行司会】</p> <p>モニタリングの司会を担当する○○包括支援センターの○○です。今回のモニタリング報告は○○包括の○○さんと、○○包括の○○さんになります。以前の会議での専門職からの助言内容については、モニタリング様式を御参照ください。</p> <p>それでは、まず○○さんから、取り組み内容の報告と助言を元にプランの変更を実施した場合には変更内容について説明をお願いします。</p> <p>【報告者】</p> <p>モニタリング報告</p> <p>【事例進行司会】</p> <p>○○さんありがとうございました。</p>
②		質問、意見、助言等	10分	助言者(専門職)	<p>【事例進行司会】</p> <p>報告内容について助言者の方から質問、意見、さらなる助言などあれば理学療法士の○○さんから順番にお願いします。</p> <p>【理学療法士】</p> <p>発言</p> <p>【事例進行司会】</p> <p>○○さんありがとうございます。それでは次に、薬剤師の○○さんよりお願いします。</p> <p>【薬剤師】</p> <p>発言</p> <p>【事例進行司会】</p> <p>○○さんありがとうございます。それでは次に、看護師の○○さん、お願いいたします。</p> <p>【看護師】</p> <p>発言</p>

					<p>【事例進行司会】 ○○さんありがとうございます。それでは次に、栄養士の○○さんお願いいたします。</p> <p>【栄養士】 発言</p> <p>【事例進行司会】 ○○さんありがとうございます。それでは次に、歯科衛生士の○○さんお願いいたします。</p> <p>【歯科衛生士】 発言</p> <p>【事例進行司会】 ○○さんありがとうございます。</p>
③		まとめ	3分	司会（地域包括支援センター）	<p>【事例進行司会】 助言者のみなさまありがとうございました。それでは最後に、会議一連を通して○○さんよりひとこと感想をお願いします。</p> <p>【報告者】 感想</p> <p>【事例進行司会】 ○○さんありがとうございました。</p>
	モニタリング2		①～③同様		
④				司会（地域包括支援センター）	<p>【事例進行司会】 本日の事例についての検討はこれで終了しましたので、これからの進行を○○さん（全体司会者）に戻します。</p>
⑤	閉会		3分	全体司会(地域包括支援センター職員)	<p>【全体司会】 専門職助言者の先生方並びに事例提供者の方々ありがとうございました。</p> <p>全体司会より会議の感想等</p> <p>会議の内容は議事録にし、専門職助言者と地域包括支援センターへ送ります。本日の資料は次第以外、全て回収いたしますので、席においたままお帰り下さい。</p> <p>次回は○月○日（○曜日）○○時から○○会議室で行います。お疲れ様でした。</p>

伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議事例選定シート 年 月 日開催分

担当者	事業所名	
	計画作成者名	
事例番号	* 記入不要	
利用者名・生年月日	氏名 生年月日： 年 月 日	
要介護度	要介護 ()	要支援 () 事業対象者
サービス事業所		
サービス種別	事業者名等	
	事業所名	
	管理者	
	担当者	
	電話番号	
	事業所名	
	管理者	
	担当者	
	電話番号	
	事業所名	
	管理者	
	担当者	
	電話番号	
事例提供者が考えるケースの課題		
アドバイザーに助言 いただきたいこと		

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 /)
本人の現状	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		
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、☆=キープソン 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・すごし方			趣味・楽しみ・特技
				友人・地域との関係 本人の性格
	時間	本人	介護者・家族	

《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。

____年 月 日 氏名 印

基本チェックリスト

取扱 者番号		記入日	令和	年	月	日	
氏名							電話
住所							
生年月日	明大 昭	年	月	日	希望する サービス内		
No.	質問項目						回答：いづれかに○ 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						0. はい 1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか						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ヵ月間で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 = _____)						
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

基本チェックリストの結果は地域包括支援センター、及び、居宅介護支援センターへ提供し、今後の総括事業活用させていただきます。基本チェックリストの結果を提供することについて同意していただけますか。

1. 同意する

2. 同意しない

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____

課題整理総括表

利用者名 _____ 股

作成日 _____

自立した日常生活の 阻害要因		① ④	② ⑤	③ ⑥	利用者及び家族の 生活に対する意向	生活室敷の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】	※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)	見通し ※5		
移動	室内移動 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
食事	食内容 自立 見守り 一部介助 全介助		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	排泄・排便 自立 見守り 一部介助 全介助		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 自立 見守り 一部介助 全介助		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	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
認知	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
社会との関わり	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
行動・心理症状 (BPSD)	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
介護力 (家族関係を含む)	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
居住環境	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				

※1 支援員が担当する業務であり、ケアマネジャーや介護士などではないため、必ず別記に担当職員を記載し、担当する番号(大数字)を記入する(複数担当の場合は、必要に応じて追加して記入する)。

※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「見守り」以外である場合には、そのような状況を明らかにしている場合は、構造的な「要因」欄から選択し、該当する番号(大数字)を記入する(複数番号を記入可)。

※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○印をつける。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を調べ、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実現されるべき状況(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、解決が急務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。

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（男・女）記入日：_____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には「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)				賃金をともなう仕事			
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)

食事チェックシート

利用者名：

①食欲		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> まあある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない							
②1日の水分量		1日コップ()杯くらい							
③医師からの食事療法		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし							
④食事の調理者		<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> その他()							
⑤調査3日前までの食事内容	朝食	記入例	量	月 日()	量	月 日()	量	月 日()	量
		食品名		食品名		食品名		食品名	
		トースト8枚切り 目玉焼き サラダ ヨーグルト コーンスープ (7時30分)	1枚 1個 1皿 75g 1杯	(時 分)		(時 分)		(時 分)	
		おせんべい クッキー (15時00分)	2枚 2枚	(時 分)		(時 分)		(時 分)	
		山菜うどん みかん (12時15分)	1杯 1個	(時 分)		(時 分)		(時 分)	
		おせんべい クッキー (15時00分)	2枚 2枚	(時 分)		(時 分)		(時 分)	
		ご飯 豚肉の生姜焼き キャベツの千切り 豆腐とわかめの味噌汁 煮物 (18時00分)	1杯 肉3枚 少量 1杯 1皿	(時 分)		(時 分)		(時 分)	
		おせんべい クッキー (15時00分)	2枚 2枚	(時 分)		(時 分)		(時 分)	
⑥備考(状況等)									

服薬状況確認表

利用者名：

①薬の管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
②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
③服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 頻繁に忘れる <input type="checkbox"/> 不明（理由： ）
④服薬の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> 吐き出し <input type="checkbox"/> 自己調節 <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑥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"/> 日付 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 服用後の確認 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑦備考（状況等）	

口腔状態確認表

①歯の状況	<input type="checkbox"/> 自分の歯（ ）本 <input type="checkbox"/> 義歯（部分義歯・総義歯） <input type="checkbox"/> 義歯はあるが不使用		 自歯
②口腔の状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 口臭あり <input type="checkbox"/> 食物残渣あり <input type="checkbox"/> 舌苔が多い <input type="checkbox"/> 歯や歯茎に問題がある <input type="checkbox"/> その他（ ）	 義歯	
③かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> 有（定期受診頻度 回／年） <input type="checkbox"/> 無		
④口腔ケアの回数	（ ）回／日 内容（ ）		
⑤備考（状況等）			

【モニタリング報告様式】

添付資料:<必須>□利用者基本情報、□基本チェックリスト、<任意>□サービス計画書、□その他()

対象者名：	
事業所名：	計画作成者名：
認定	【前回】自立・事業対象者・要支援()・要介護() 【今回】自立・事業対象者・要支援()・要介護()
事例発表後からのサービス計画書の変更の有無	有 ・ 無 ※有の場合は、変更後のサービス計画書を添付
前回受けた助言	○議事録より抜粋
助言を受けて 取り組んだこと	<input type="checkbox"/> 生活機能評価を行った <input type="checkbox"/> 提供サービス内容を見直した <input type="checkbox"/> プランの見直しを行った <input type="checkbox"/> その他 ※行ったものにチェックを入れる
	<具体的な内容> <効果・変化・本人の反応>
助言を受けたが 取り組めなかつたこと	<具体的な内容> <原因・理由・本人の反応>
現在の課題	
助言を受けたい こと	

令和 年度 第 回 伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議 次第

日時：令和 年 月 日(月) 午後2時～午後4時

場所：伊勢原シティプラザ1階ふれあいホール

1 開 会

2 事例検討

事例	事例提案者	事業所	事例番号	事例提供者が考えるケースの課題	アドバイザーに助言をいただきたいこと
1	伊勢原 部 地域包括支援センター		-		
2	伊勢原 部 地域包括支援センター		-		
3	伊勢原 部 地域包括支援センター		-		
4	伊勢原 部 地域包括支援センター		-		

3 会議講評

4 閉 会

* 事例に関する資料は会議終了後に回収いたします。

令和 年度 第 回 伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議 出席者名簿

1 助言者

選出団体等	職種	氏名
伊勢原協同病院	理学療法士	
伊勢原市薬剤師会	薬剤師	
伊勢原市訪問看護師等連絡協議会	看護師	
伊勢原市健康づくり課	管理栄養士	
秦野伊勢原地区歯科衛生士会	歯科衛生士	

2 事例提供者

事例	所属	氏名
1	伊勢原 部地域包括支援センター	
2	伊勢原 部地域包括支援センター	
3	伊勢原 部地域包括支援センター	
4	伊勢原 部地域包括支援センター	

3 地域包括支援センター

所属	氏名	役割
伊勢原 部地域包括支援センター		事例1司会
伊勢原 部地域包括支援センター		事例2司会
伊勢原 部地域包括支援センター		事例3、4司会

4 事務局

所属	氏名	役割
伊勢原 部地域包括支援センター		全体司会
伊勢原 部地域包括支援センター		議事録
伊勢原 部地域包括支援センター		受付
伊勢原市地域福祉推進課地域包括ケア推進係		
伊勢原市地域福祉推進課地域包括ケア推進係		

5 スーパーバイザー

事例検討進行表

1 自立支援型地域ケア個別会議の注意事項

(1) 多職種からの専門的な助言を得ることで、ケアマネジメントを実施し、高齢者の生活行為の課題等を明らかにし、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに即したケアの提供を行う事が出来る地域づくりを行うもので、ケアプランの欠点を指摘するものではない。また、この会議は事例検討会ではない。

(2) 事例提案者からの事例概要説明は、事例を選定した理由及び現在抱えている課題について簡潔に説明すること。

(ケアプラン等の資料に記載されている事をそのまま説明するのではなく、要点を絞って説明する)

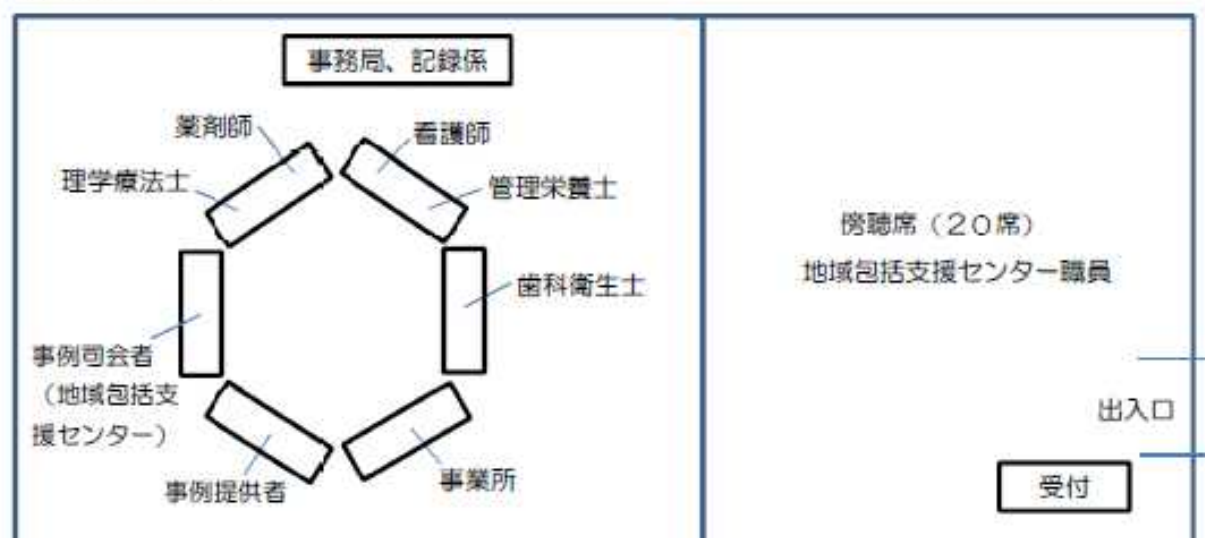
(3) 専門職による助言は、各専門職が本事例から考えられる課題及び助言について簡潔にポイントを絞って提起すること。

(4) 専門職からの助言は、本事例の欠点を述べるのではなく、どのようにすれば利用者の自立支援につながるか、自らの専門性に基づいて助言すること。

2 事例

事例	事例番号	介護度	事例提案者	利用サービス	事業所
1			伊勢原 部 地域包括支 援センター	①	①
2			伊勢原 部 地域包括支 援センター	①	①
3			伊勢原 部 地域包括支 援センター	①	①
4			伊勢原 部 地域包括支 援センター	①	①

3 会場配置記録



4 進行

事例 1

項目	所要時間	発言者	実施内容
事例提出者より事例概要説明	14:05-14:12	事例提出者	① 事例基本情報説明 ② 事例の生活行為課題説明 ③ 現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④ ②③を踏まえたケアプランの説明
介護サービス事業所よりプラン説明	14:12-14:17	介護サービス事業所	事例への支援内容・方針について説明
質問	14:17-14:25	司会(地域包括支援センター) 助言者(専門職)	事例概要やプラン説明に関する不明点の確認
助言	14:25-14:35	助言者(専門職)	事例概要やプラン説明に関する質問、助言
まとめ	14:35-14:40	司会(地域包括支援センター)	事例提出者がとり組むべき点について説明 事例提供者からの感想

事例 2

項目	所要時間	発言者	実施内容
事例提出者より事例概要説明	14:45-14:52	事例提出者	① 事例基本情報説明 ② 事例の生活行為課題説明 ③ 現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④ ②③を踏まえたケアプランの説明

資料 1

介護サービス事業所 よりプラン説明	14:52- 14:57	介護サービス事 業所	事例への支援内容・方針について説明
質問	14:57- 15:05	司会（地域包括支 援センター） 助言者（専門職）	事例概要やプラン説明に関する不明点の確認
助言	15:05- 15:15	助言者（専門職）	事例概要やプラン説明に関する質問、助言
まとめ	15:15- 15:20	司会（地域包括支 援センター）	事例提出者がとり組むべき点について説明 事例提供者からの感想

事例 3（モニタリング事例 1）

項目	所要時間	発言者	実施内容
事例提出者より モニタリング報 告	15:25- 15:31	事例提出者	① 会議終了後に取り組んだこと ② 会議終了後に取り組めなかったこと ③ ケアプランを変更した場合は変更内容について 説明
質問・助言	15:31- 15:45	司会（地域包括 支援センター） 助言者（専門職）	報告内容に関する質疑応答 専門職からのアドバイス
まとめ	15:45- 15:47	司会（地域包括 支援センター） 事例提出者	会議一連を通して事例提供者からの感想

事例 4（モニタリング事例 2）

項目	所要時間	発言者	実施内容
事例提出者より モニタリング報 告	15:49- 15:55	事例提出者	① 会議終了後に取り組んだこと ② 会議終了後に取り組めなかったこと ③ ケアプランを変更した場合は変更内容について 説明
質問・助言	15:55- 16:09	司会（地域包括 支援センター） 助言者（専門職）	報告内容に関する質疑応答 専門職からのアドバイス
まとめ	16:09- 16:11	司会（地域包括 支援センター） 事例提出者	会議一連を通して事例提供者からの感想

年度 第 回 伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議 実施報告

1 開催日時等

開催日時	年 月 日 () 午後 時 ~ 午後 時	
開催場所		
議題	1 事例の検討 (事例)	
出席者 (名)	アドバイザー	
	事例提出者	
	介護サービス 事業所	
	介護高齢課	
傍聴者 (名)	地域包括支援センター職員	名
	他	名

2 検討事例の概要

事例 番号	性別	年齢	申請区分 要介護度	主疾患	世帯 構成	利用サービス

3 事例への助言

○新規事例

事例番号	
事例提出者	
介護サービス事業所	
事例提供者が考えるケースの課題	
助言をもらいたいこと	
事例提出者への質問やコメント、プラン見直しの方針等	<質疑> <助言、提案> <まとめ>
事例提供者及び介護サービス事業者からの感想	

事例番号	
事例提出者	
介護サービス事業所	
事例提供者が考えるケースの課題	
助言をもらいたいこと	
事例提出者への質問やコメント、プラン見直しの方針等	<質疑> <助言、提案> <まとめ>
事例提供者及び介護サービス事業者からの感想	

○モニタリング事例

事例番号	
事例提出者	
事例提供者が考えるケースの課題	
助言をもらいたいこと	
事例提出者への質問やコメント、プラン見直しの方針等	<質疑> <助言、提案> <まとめ>
事例提供者及び介護サービス事業者からの感想	

事例番号	
事例提出者	
事例提供者が考えるケースの課題	
助言をもらいたいこと	
事例提出者への質問やコメント、プラン見直しの方針等	<質疑> <助言、提案> <まとめ>
事例提供者及び介護サービス事業者からの感想	

年度 第 回 伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議反省会報告

開催日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
開催場所	
出席者	

反省会目的	(1) 助言者や進行役のスキルアップのための課題整理 (2) 次回の会議へ向けての方向性の共有化
専門職助言に関する反省、意見	
進行(司会)に関する反省、意見	
会議全体に関すること	
事業担当からまとめ	

令和8年度伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議開催予定 確定

日	時	場所	事例	包括	事例提出者氏名	事例選定期限 (事務局、市担当者 へ報告)	曜日	資料提出期限 (事務局へ資料提出)	曜日	事例回会	事務局 提出日	専門職担当者					事例番号	会場
												薬剤師	歯科医	管理栄養士	看護師	福祉士		
1 令和8年 5月25日 (月)	14:00から16:15(会場予約時間13:00から17:00)	伊勢原シニアセンターサテライト階(あいはら)	1事例	西部1	小澤 稔	令和8年 4月27日	月	令和8年 5月11日	月	植 穂	令和8年 6月8日	中	須良 遠山 市川 高田 櫻浦	26-1	横山・栗田			
			2事例	北部1	池田 光陽					南 杉								
			3事例 (25-9(㊟))	西部①	鈴木 猛夫					西部 澤								
			4事例 (25-10(㊟))	東部①	福岡 勇二					南 杉								
2 令和8年 8月24日 (月)			1事例	南部1	吉井 素子	令和8年 7月27日	月	令和7年 8月10日	月	平 松	令和8年 9月7日	北	吉岡 藤澤	26-5	横山・栗田			
			2事例	東部1	江本 昌広					東 水								
			3事例 (25-13(㊟))	南部①	山田 裕子					中 水								
			4事例 (25-14(㊟))	中部①	亀井 めぐみ					西 木								
3 令和8年 11月16日 (月)			1事例	中部1	采橋 美紀	令和8年 10月19日	月	令和8年 11月2日	月	西 悠	令和8年 1月30日	東	須良 遠山 市川 高田 櫻浦	26-9	横山・栗田			
			2事例	南部2	榎田 恵介					北 平								
			3事例 (26-1(㊟))	西部①	小澤 稔					中 井								
			4事例 (26-2(㊟))	北部①	池田 光陽					中 井								
4 令和9年 2月22日 (月)			1事例	東部2	西岡 あずさ	令和9年 1月25日	月	令和8年 2月8日	月	中 井	令和9年 3月8日	西	吉岡 藤澤	26-13	横山・栗田			
			2事例	北部2	堀田 貞美					南 澤								
			3事例 (26-5(㊟))	南部①	吉井 素子					北 河野								
			4事例 (26-6(㊟))	東部①	江本 昌広													