

介護予防ケアマネジメント 支援会議について

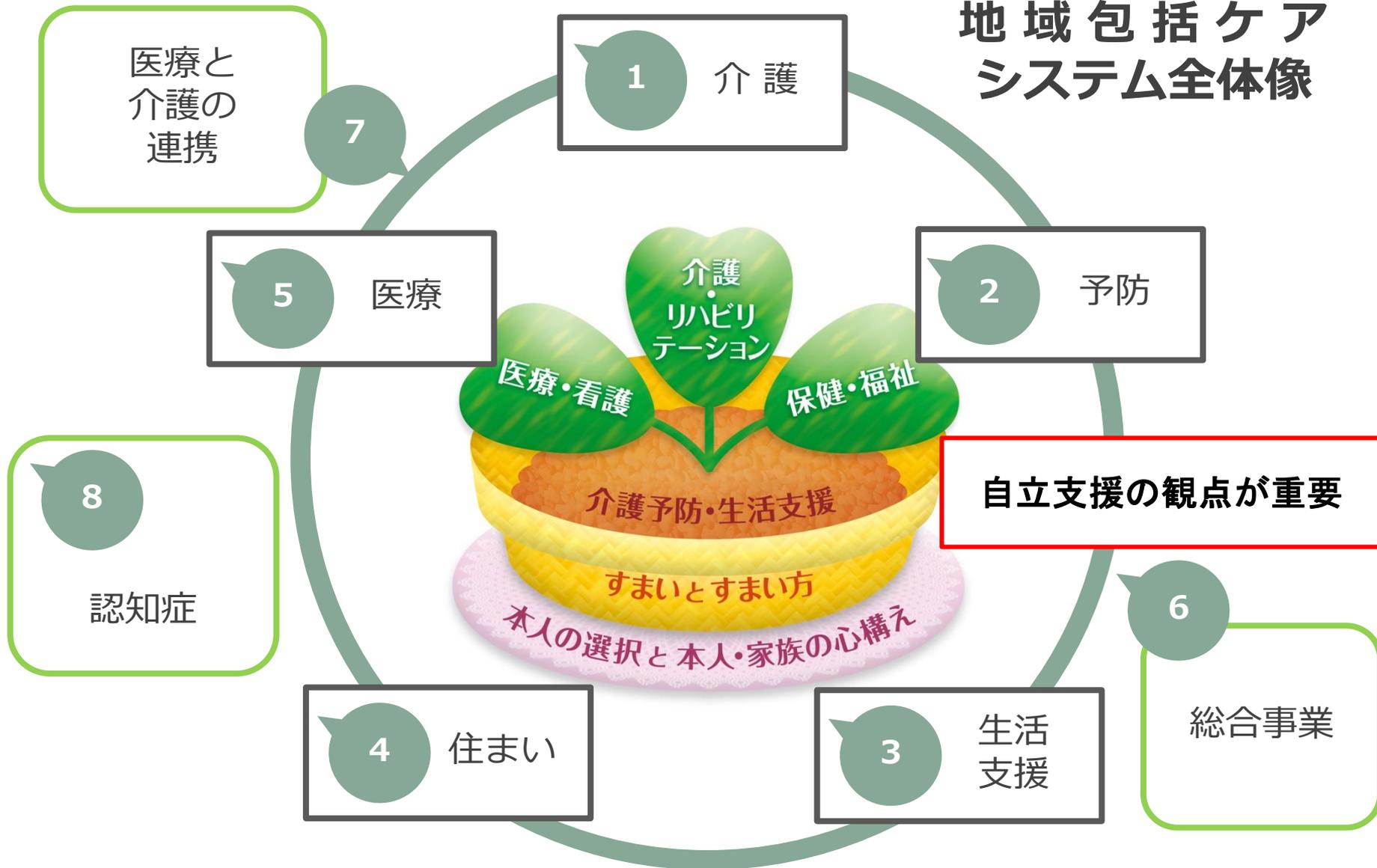
いわき市 保健福祉部 地域包括ケア推進課

本日の説明内容

- (1) 導入の背景と自立支援の視点
- (2) 介護予防ケアマネジメント支援会議とは
- (3) 介護予防ケアマネジメント支援会議の概要
- (4) 支援会議での事例検討の流れとポイント
- (5) 事例の検討結果の取扱い
- (6) 事務様式について
- (7) 事務のスケジュール
- (8) 介護予防ケアマネジメント支援会議の実際（動画）
- (9) まとめ

(1) 導入の背景と自立支援の視点

地域包括ケアシステム全体像



(1) 導入の背景と自立支援の視点

介護保険法第2条では、

「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう」

「適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者又は施設から.....提供」

「要介護状態となった場合も、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」

保険給付を行うことと規定

(1) 導入の背景と自立支援の視点

「自立した日常生活を営むことができる」
「高齢者のQOL向上」



専門性の高いケアマネジメントの実施
ケアプランの実行・評価・見直し



協働

ケアマネ

サービス事業所

包括支援センター

市町村

(1) 導入の背景と自立支援の視点

○ アセスメントがきちんと行われているか？

⇒ 現状が把握されているか

⇒ 課題が抽出されているか

○ 改善の見込みが立てられているか？

○ 改善に向けた目標が設定されているか？

⇒ 明確で、達成可能な目標か

⇒ 対象者本人にとってわかりやすく、評価しやすい目標か

⇒ 本人の意欲が出やすい目標か

○ セルフケアの意識付けがなされているか？

○ 社会資源の活用がプランに位置付けられているか？

(1) 導入の背景と自立支援の視点

①本人のできること、
できないこと、を明確にする



アセスメントを深めていく必要性

②本人の生活機能を伸ばし、
自立に向けた支援をおこなう



抽出された課題にあった、高齢者の自立・改善に向けた取組みの視点が必要

(1) 導入の背景と自立支援の視点

No. _____

利用者名 A 様 認定A

計画作成者氏名 〇〇 〇〇

計画作成(変更)日 平成 年 月 日

介護予防サービス・支援計画表 例

有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

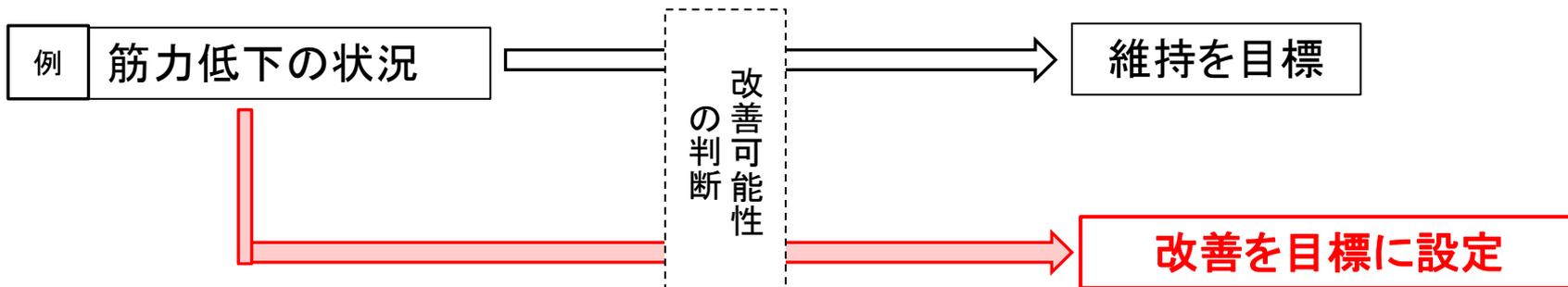
委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)
 担当地域包括支援センター : いわき市〇〇地域包括支援セン

目標とする生活

1日	・室内でもできる運動を継続し、主に下肢筋力の向上を ・今まで、困難だった生活行為について、周囲の人と検査
1年	・辞めてしまった地域のサ

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	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	目標に支援の
運動・移動について 立ち上がりや歩き出しの際にふらつきあり。室内は玄関内・トイレ・浴室に手すりが設置されているもののちよつとした段差があり、転倒の危険あり。玄関前も急斜面であり、斜面側には手すりはないため外出時は斜面側の手すりを握りながら上り下りしている。	【本人】 最近では、転倒の不安 きく以前よりも外出の 減ったせいか、筋力の を感じる。体を動かす 好きがなくなつた。	【目標】 筋力向上を図り、 外出時の転倒の不安 を解消する。 【具体策】 ①身体状況に合 ②日常生活でも取り入れられる 運動を事業所で教えてもらい実 践する。	(本人) 1人で運動するにもや る気が起きない。	1 【目標】 ①機能訓練を決められた期間、 継続して通う。 ②日常生活でも取り入れられる 運動を事業所で教えてもらい実 践する。	1) の立ち上が つかない、 立ち上が りができる。 を図る。 の玄関前は ぐ、外出時 場所のた りできる。
日常生活(家庭生活)について	【本人】 息子は日中仕事をし	絡めた運動を実施し、運動習慣を身につける。 【目標】 住環境の見直しを	2 (本人)	2 【目標】	(2) ①オシ

状況にあった目標設定



(1) 導入の背景と自立支援の視点

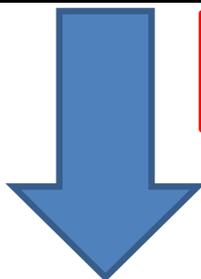
自立支援型プランの例

生活全般の解決すべき課題	目標	
	長期目標	短期目標
出来ない家事を手伝ってほしい	安心した生活を送れる環境をつくる	家事がすこしでも出来るようになる

悪化をどのように
予防するのか？

具体的にどの家事が
できないのか？

なぜ、その家事ができないのか？



目標が漠然として評
価が難しい

具体的にどの家事が、どれくらい出来
るようになりたいのか？

目標は明確に、評価しやすい方が良い

生活全般の解決すべき課題	目標	
	長期目標	短期目標
低栄養状態による体力低下と下肢筋力低下により、トイレや浴槽の掃除ができない	一人で浴室とトイレ掃除が出来るようになる	道具を利用してヘルパーと一緒に掃除ができる
下肢筋力低下により屋外歩行が困難にて買い物などができない	スーパーで一人で買い物に行くことができる	近くのコンビニまで買い物に行くことができる
むせ込みによる食欲低下などから、低栄養状態である (Alb3.1、BMI15)	むせ込みが改善し、普通食が食べられる (Alb3.5以上)	1日1600kcalが摂取できる

悪化している現状と、それを予防・改善するための課題は、自立した生活には重要

(1) 導入の背景と自立支援の視点

「自立した日常生活を営むことができる」
「高齢者のQOL向上」

より専門性の高いケアマネジメントの実施
ケアプランの実行・評価・見直し

高齢者の自立に
向けた観点と支援

ケアマネジメント支援会議

・ケアマネ・サービス事業所
・専門職・包括・市町村

- ◆多職種協働による協議
- ◆自立を阻害する要因の追求
- ◆医療との連携
- ◆インフォーマルサービスの活用
- ◆地域課題発見・解決策の検討
- ◆参加者のOJT

(1) 導入の背景と自立支援の視点

先行して導入している自治体の例

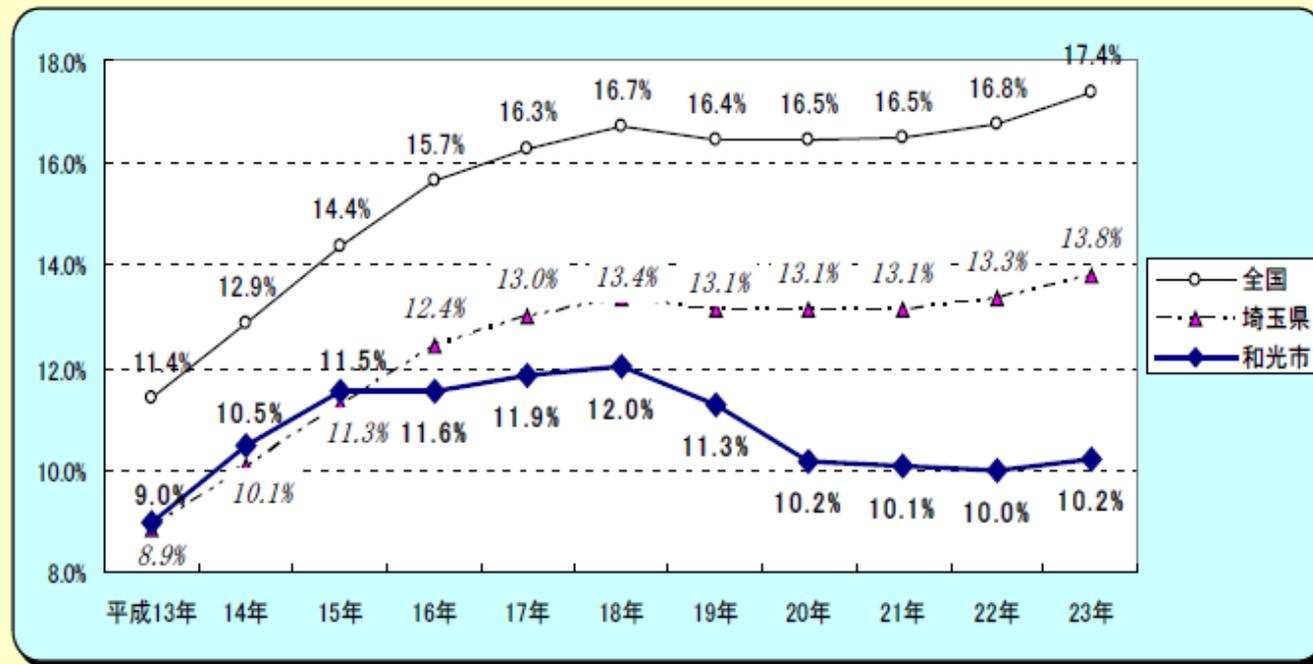
- ・埼玉県和光市
- ・大分県（モデル3市）
- ・山形県 など

効果

- ① 要支援の改善者の増加
- ② 要介護認定率の減少

【先行導入している自治体の例】 埼玉県和光市の場合

図表 要介護(要支援)認定率の推移

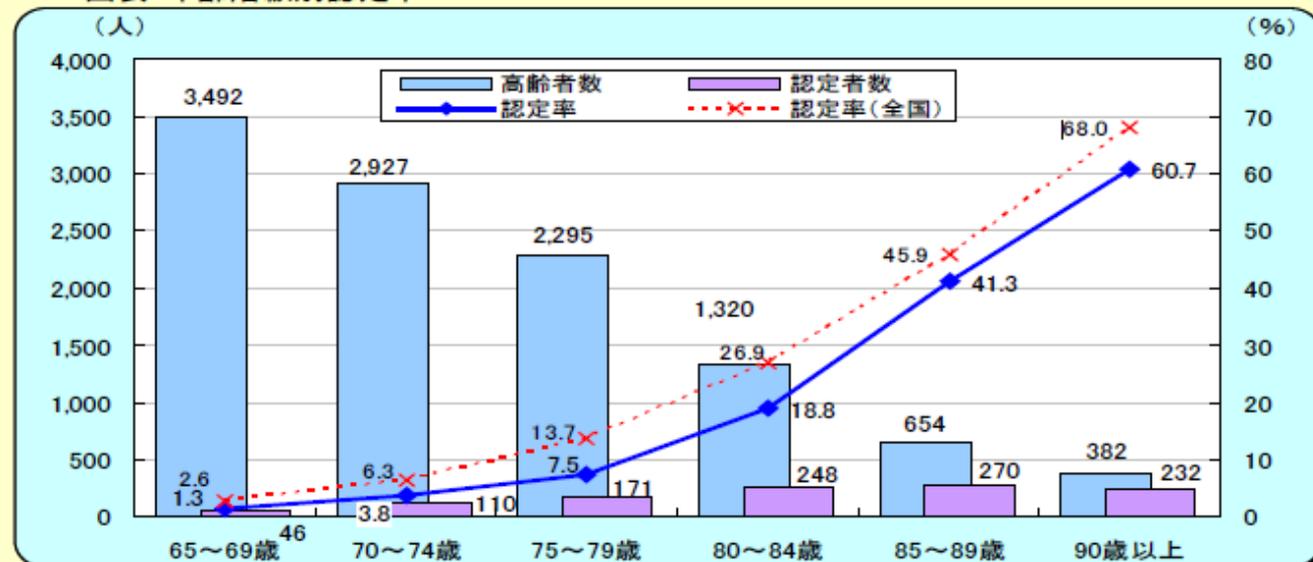


本市では、H15より全国に先駆けて実施している介護予防の効果により要介護認定率は低く安定している。

年率で国平均より▲7ポイント以上、県平均より▲3ポイント以上の低い認定率となっている。

特別給付等の投入効果
地域支援事業の効果等
和光における自立支援型
マネジメントの効果が顕著
に現れたと考察する

図表:年齢階級別認定率

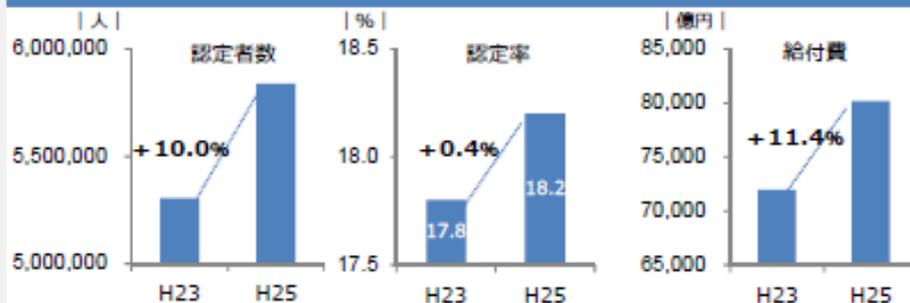


また、5歳刻みの各年齢別階層においても認定率は全国を下回っており、75歳以上においては▲5~▲8ポイント以上の低い認定率となっている

【先行導入している自治体の例】大分県(モデル3市)の場合

➤ 要支援の改善者の増加 | 県 6.5%→8.2% | モデル3市 7.5%→10.1% | | H23→H25 |

国 | 全体 |



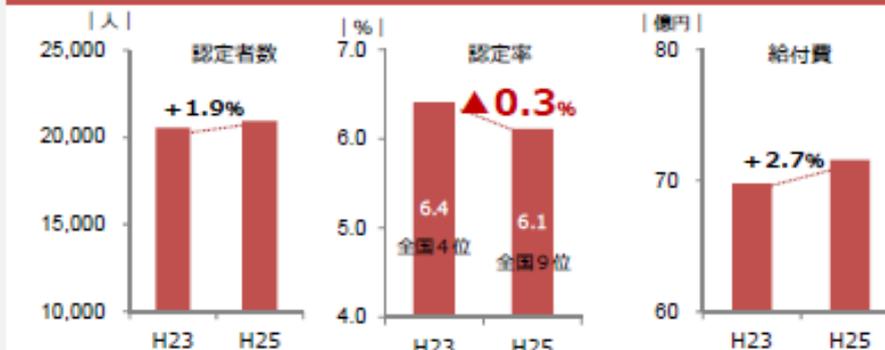
国 | 要支援 |



県 | 全体 |



県 | 要支援 |



モデル3市 | 全体 |



モデル3市 | 要支援 |



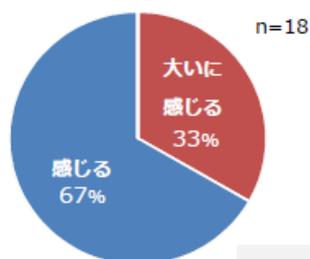
※1 認定者数、認定率 | 第2号被保険者含む | については介護保険事業状況報告 | 年報 | ※2 介護給付費については高額介護、高額医療合算介護、特定入所者介護サービス費を含まず、H25全国計は月報より

【先行導入している自治体の例】大分県(モデル3市)の場合

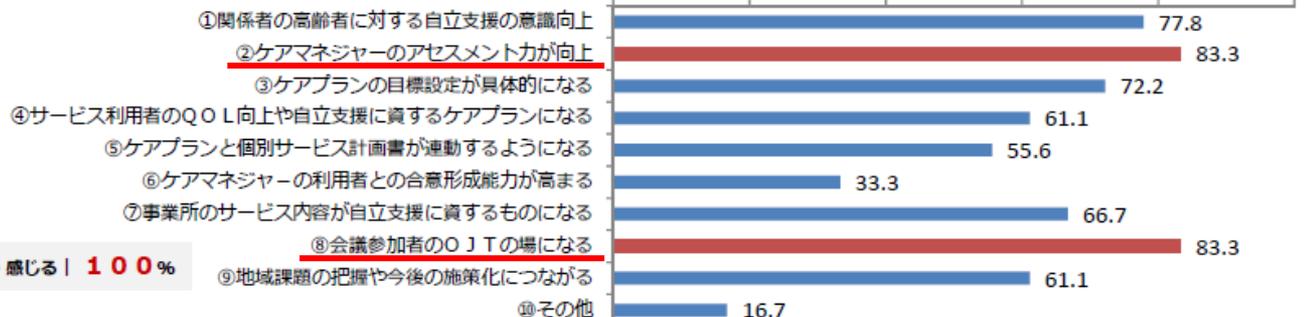
アンケートの結果

自治体

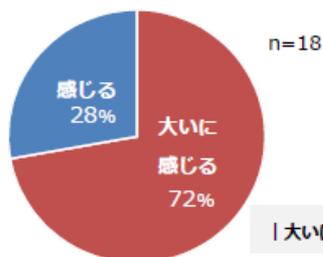
1. 地域ケア会議開催による効果を感じますか？



「大いに感じる・感じる」 100%



2. リハ職等の参加により地域ケア会議が充実すると感じますか？

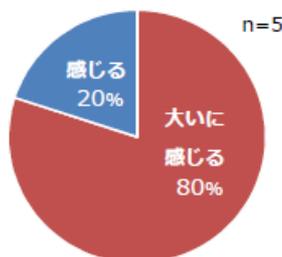


「大いに感じる・感じる」 100%



関係機関

1. 地域ケア会議への参加による助言者及び貴協会としての成果を感じていますか？



「大いに感じる・感じる」 100%

- 開始時と比較してケアマネジャーのアセスメント能力や自立支援型ケアプラン立案能力が向上した。
- サービス事業所のサービス内容について自立支援に向けた取り組みがなされるようになった。
- 地域ケア会議に参加することで協会のOJTの場にもなっている。
- 様々なケースを通じて口腔環境や機能維持向上の重要性が同席者の他職種に浸透してきた。
- 歯や口腔を診ることが中心の意識から「暮らしを支える」職種としての認識を持つ人材が増えている。
- 地域ケア会議に関する研修会を協会内で定期的を開催することにより、協会員一人一人の意識が向上した。
- 地域ケア会議への取り組みは少なからず、われわれの日常業務へ影響を与え、自立支援や介護保険料などを含めた地域社会への貢献の仕方を考えるようになった。

(2) 介護予防ケアマネジメント支援会議とは

【目的】

自立支援・介護予防の観点を踏まえて「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」「高齢者のQOLの向上」を目指す。

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支援を行うため、多職種からの専門的な助言を活かしたケアマネジメントを実施する。

(2) 介護予防ケアマネジメント支援会議とは

【位置づけ】

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「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（本市においては、個別ケア会議）」に位置付けられる。

《参考：介護保険法 第115条の48第1項、第2項抜粋》

第一百五十五条の四十八 市町村は、第一百五十五条の四十五第二項第三号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という。）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置くように努めなければならない。

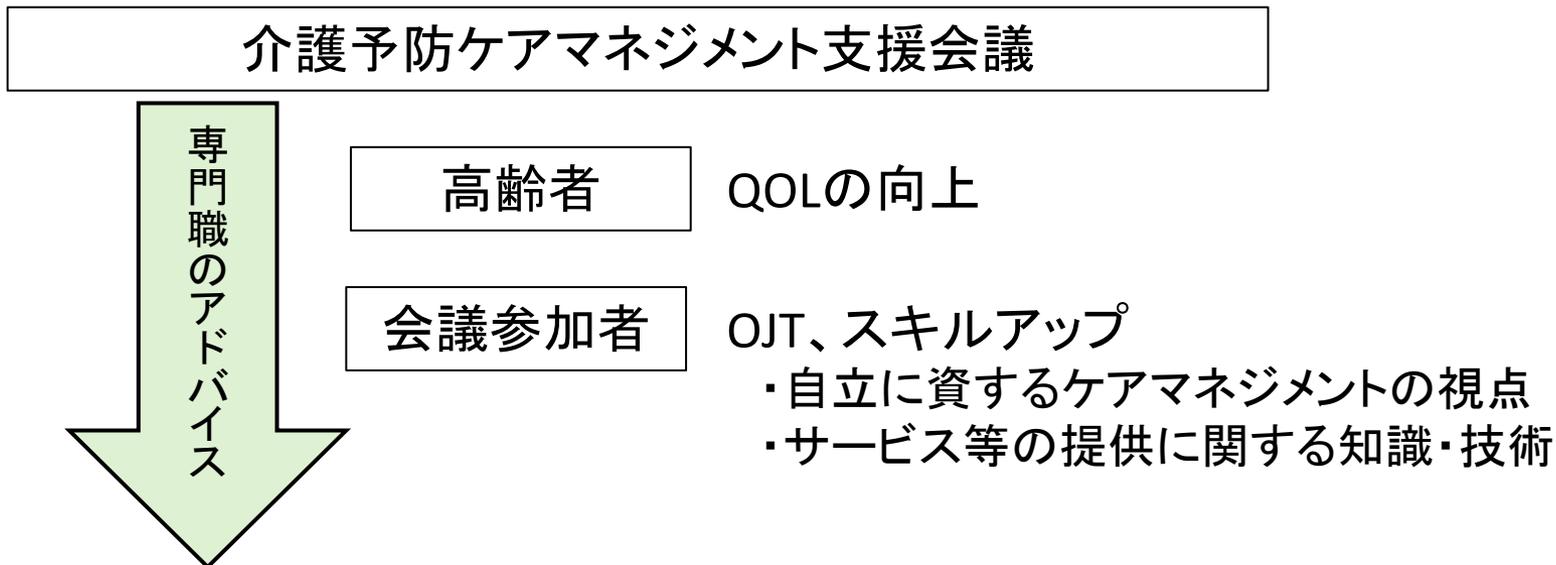
2 会議は、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者（以下この項において「支援対象被保険者」という。）への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。

3 会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。

4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

(2) 介護予防ケアマネジメント支援会議とは

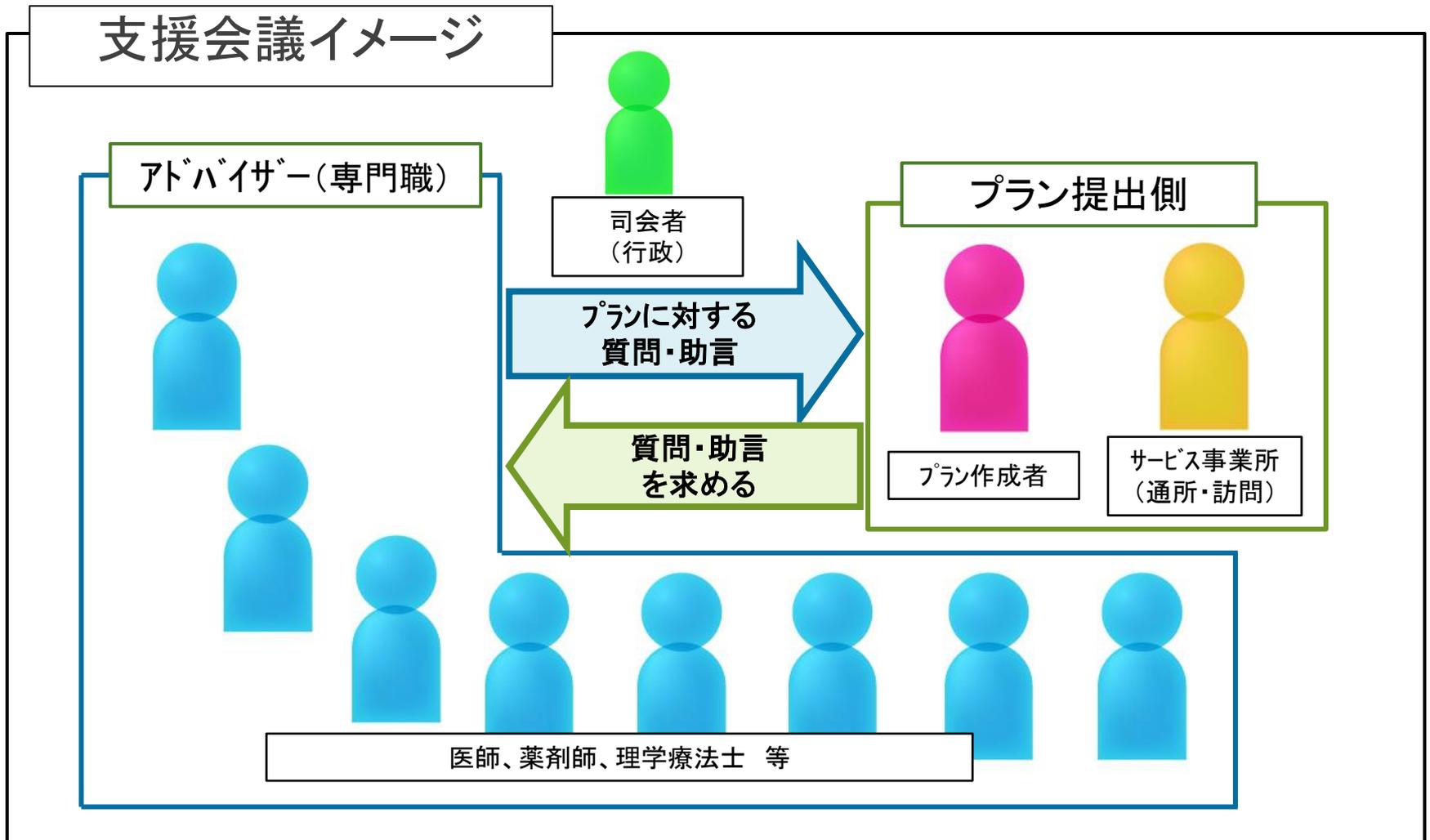
【効果】



- (1) 専門職としてのスキルアップ
- (2) ケアマネジメントやケアの質の向上
- (3) 参加者によるネットワークの構築 など

また、事例の積み重ねで地域に不足する資源などの行政課題の発見や解決策の検討につながる

(2) 介護予防ケアマネジメント支援会議とは



(3) 介護予防ケアマネジメント支援会議の概要

- ① アドバイザーの職種
- ② 会議の時間配分
- ③ 対象となるケース
- ④ 会議開催数と頻度
- ⑤ 会議の体制
- ⑥ 会議開催までのスケジュール
- ⑦ 様式について
- ⑧ 事例の検討結果の取扱い

(3) 介護予防ケアマネジメント支援会議の概要

①アドバイザーの職種

	職種	役割
(1)	医師	病状や障がいを理解したうえで、医学的な難点から事例の予後予測や、対象者の動作や活動についての助言
(2)	薬剤師	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。
(3)	理学療法士	主に基本的動作能力（立ち上がり、立位保持、歩行等）の回復や維持、悪化の防止の観点から助言を行う。
(4)	作業療法士	主に応用的動作能力（食事・排せつ等）の回復や維持、悪化防止の観点から助言を行う。
(5)	言語聴覚士	主にコミュニケーション（話す）、聴覚、摂食等に障がいを抱える事例に対し、機能の回復や維持、悪化防止の観点から助言を行う。
(6)	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う観点から助言を行う。
(7)	歯科衛生士	歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点から助言を行い、予後予測を行う。
(8)	地域包括支援センター職員（3職種）	ケアプラン作成に係る課題分析や目標設定について、自立支援に資するケアマネジメントを実施する観点から助言する。

(3) 介護予防ケアマネジメント支援会議の概要

②対象となるケース

対象者像

- 当初は (1) 要支援1、2または事業対象者で、
短期集中予防サービスを利用する方
- (2) 新規で要支援1、2または事業対象者の認定を受け、
介護予防通所介護相当サービスを利用する方
- (3) 助言を求めたいケース を対象とする

※ 将来的には、要介護認定者までの対象を目指す

検討ケース数

当初は **1会議** につき **5ケース** から始める

※1回の対象ケース数は徐々に増やしていく予定

(3) 介護予防ケアマネジメント支援会議の概要

③会議の開催頻度と参集範囲

開催頻度

平成29年10月～平成30年3月まで

ほぼ 週1回の開催頻度 となる見込み

参集範囲

地域包括支援センター、
通所系事業所、訪問系事業所

※対象ケースのうち、訪問系サービスも
利用している場合

(3) 介護予防ケアマネジメント支援会議の概要

⑤会議の時間配分

開始当初は、1事例につき、**30分**を想定

項目		所要時間	説明者	実施事項
(1)	事例概要説明	7分	ケアプラン担当者	①基本情報説明 ②生活行為課題説明 ③個人因子、環境因子説明 ④上記を踏まえたプラン説明
(2)	支援方針説明	7分	介護事業所	①個別サービス計画の目標・方針 ②具体的な支援内容説明
(3)	質問・助言	12分	専門職等	①説明の不明点確認 ②具体的な助言等
(4)	事例まとめ	4分	司会者	取り組むべき点を整理、説明

(4) 支援会議での事例検討の流れとポイント

① 事例概要説明

発言者：ケアプラン担当者

- ア 基本情報説明
- イ 生活行為課題説明
- ウ 個人因子、環境因子説明
- エ 上記を踏まえたプラン説明

ポイント

- ・ア～エの一連のケアマネジメントの流れを説明する
- ・改善見込みがある生活行為はどこで、それがケアプランの目標にどう反映されているかを説明
- ・更新プランの場合は、前回プランによる目標の達成状況やサービス内容と整合が取れていたか等を説明

(4) 支援会議での事例検討の流れとポイント

② 支援方針説明

発言者：介護事業所

- ア 個別サービス計画の目標・方針
- イ 具体的な支援内容説明

ポイント

・ケアプランの目標とサービス事業所における支援内容・方針の関係性を説明する

(4) 支援会議での事例検討の流れとポイント

③ 質問・助言

発言者：司会者、専門職等

ア 説明の不明点確認(※ 司会者が進行する)

ポイント

司会者は、参加者が事例について共通の理解が得られるよう、以下の視点で端的に確認

- ・基本情報(性別、年齢、身長体重BMI、家族構成(介護力)、既往歴、認知症の有無など)
- ・基本情報の既往歴と主治医意見書の既往歴があっているか
- ・基本チェックリストにおいて機能が落ちている項目は何か
- ・改善が見込まれる生活行為の課題は何か
- ・改善が見込まれる生活行為の課題がケアプラン目標と合致しているか
- ・ケアプランの目標と介護サービス事業所の目的が合致しているか

(4) 事例検討の流れとポイント

③ 質問・助言

発言者：司会者、専門職等

ア 具体的な助言等

ポイント

- ・自らの専門分野の内容を確認
- ・それぞれの専門性の視点から、事例の自立支援につながるような助言を行う

(4) 事例検討の流れとポイント

④ まとめ

発言者: 司会者

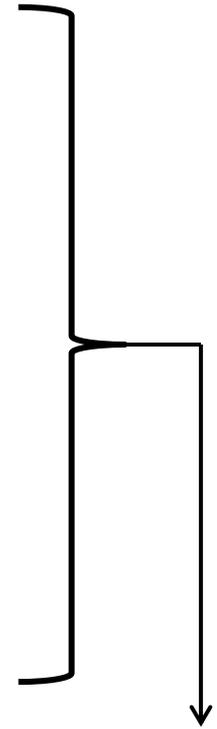
ア 取り組むべき点を整理、説明

ポイント

- ・得られた質問、助言を集約する
- ・明らかになった生活行為の課題の解決方法等についてまとめる支援方針(プラン再調整含む)について確認する

(5) 事例の検討結果の取扱い

- ① 会議録の整理
- ② 事例管理(ケースは通しナンバーで管理)
- ③ 包括、ケアマネ、サービス事業所の状況把握
 - ア プラン作成者の状況把握
 - ・不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討
 - ・ケアプランの調整
 - イ 介護事業所の状況把握



- 事例のモニタリング
- 行政課題の整理と対応策の検討

(5) 事例の検討結果の取扱い ～マネジメント支援会議実施後の流れ

	市	包括 (プラン作成者)	居宅 (プラン作成者)	サービス事業所
記録作成・ 助言の整理	会議録作成	助言の整理		助言の整理
事例の管理	事例の管理 会議資料の破棄			
事例提出者の 状況把握	包括支援センターの 状況把握	(委託の場合)プラン 作成者の状況把握		
サービス事業所 の状況把握		サービス事業所の状況把握		
追加の情報収集		(必要に応じ)不足するアセスメント情報の特定・収集方法の検討		
ケアプラン・プロ グラムの検討		(必要に応じ)ケアプランの調整の検討		(必要に応じ)プログラムの調整の検討
行政課題への対 応	抽出された 行政課題の整理			

(5) 事例の検討結果の取扱い ～マネジメント支援会議実施後の流れ

(1) 記録作成・助言の整理

「ケアマネジメント支援会議録」作成

- ・会議開催ごとに作成する
- ・参加者や検討ケースの概要、コメント等を記録する

(2) 事例の管理

「事例管理シート」作成

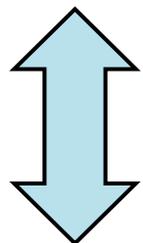
- ・検討ケースの概要を記録する
- ・番号で管理し、ケースの詳細は該当する番号の会議録にて確認する

事例の管理と蓄積

事例集、
マニュアルなど

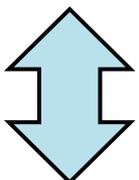
(5) 事例の検討結果の取扱い ～マネジメント支援会議実施後の流れ

(3) 事例提供者の状況把握



市⇔包括⇔居宅⇔サービス事業所間で情報共有しながら、検討ケースのその後の状況について把握する

(4) 追加の情報収集



必要に応じて、包括⇔居宅⇔サービス事業所間で追加のアセスメントや情報収集を行う

(5) ケアプラン・プログラムの検討

必要に応じて、包括⇔居宅⇔サービス事業所間でケアプランの調整の検討を行う



(6) 調整後のプラン内容を市へ報告

(6) 事務様式について

○課題整理総括表及び評価表の活用

自立支援に向けたケアマネジメントを進める観点や、多職種間で意識の共有を進める観点から、アセスメントや課題分析、モニタリングのための様式として「課題整理総括表」「評価表」を活用することにしました。

《課題整理総括表とは》

利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際の様式のひとつ

- ① どのような生活行為に支障が出ているのかを把握
- ② アセスメントにより個人・環境因子などの**課題分析**
- ③ 具体的な課題を明確にし、対応策を検討
- ④ **予後予測**を行い必要な支援を整理する

《評価表とは》

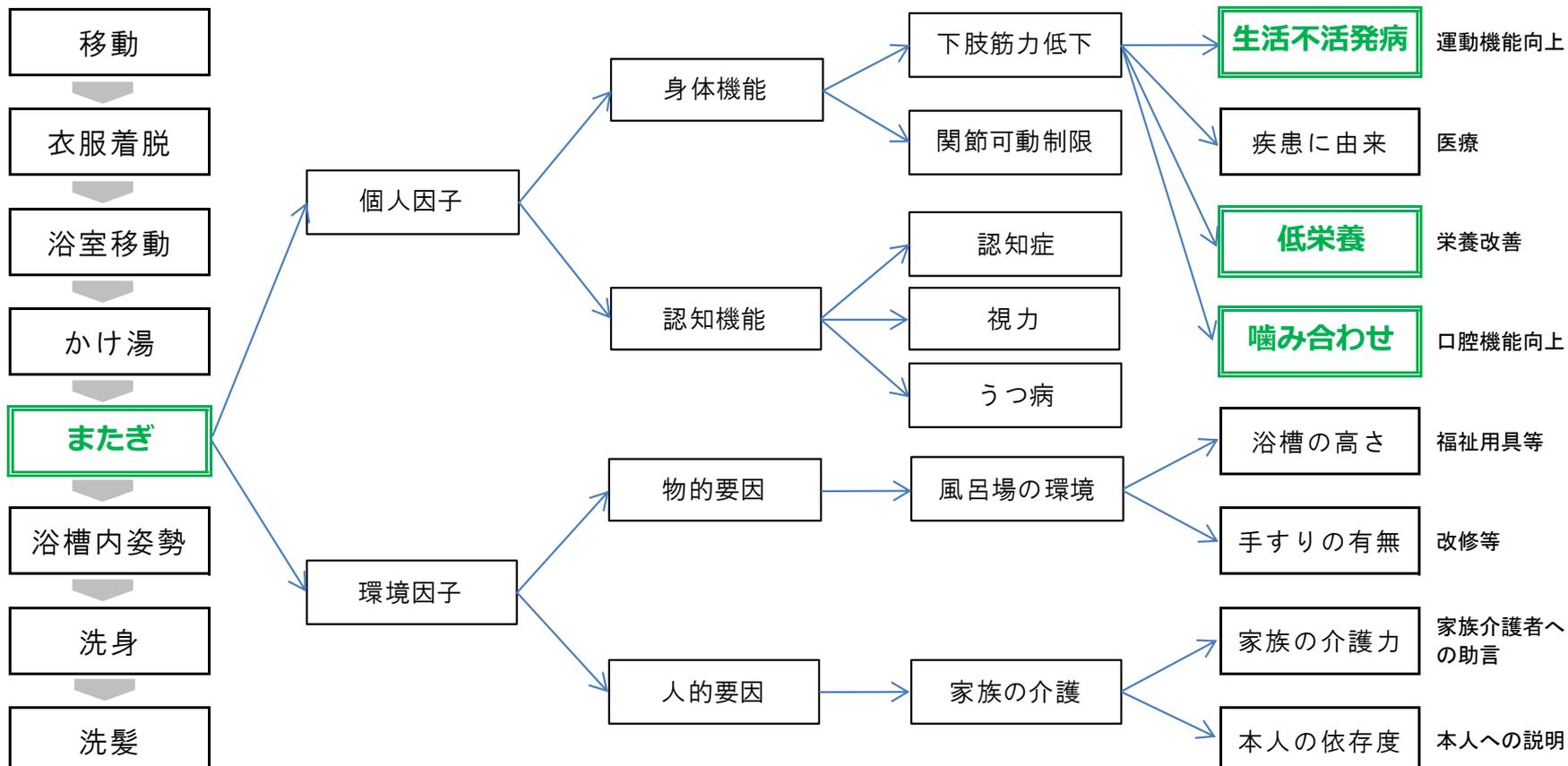
評価表は、利用者のニーズに対応するためにケアプランに挙げた「短期目標」に着目し、設定した期限の終了時期における目標の達成度合いを表現するもの

課題整理総括表の作成方法等の詳細は、

- **課題整理総括表・評価表の活用の手引き** 平成26年3月 厚生労働省老健局
- **地域包括支援センター運営マニュアル** 第5章 介護予防ケアマネジメント 課題整理評価表の記入の仕方、評価表の記入の仕方を参照

《入浴動作の行程分析・課題抽出の例》

「入浴できない」場合の課題分析から改善見込みまでのイメージです。



- ①入浴できない原因は？ ⇒ 「またぎ」ができない
- ②「またぎ」ができない原因は？ ⇒ 個人因子 か 環境因子 か
- ③ 個人因子は何か？ ⇒ 身体機能 か 認知機能 か
- ④身体機能低下の原因は？ ⇒ 下肢筋力低下
- ⑤下肢筋力低下の原因は？ ⇒ 生活不活発病だ ⇒ **改善見込みが高い**

(6) 事務様式について

- ① 利用者基本情報
- ② 基本チェックリスト
- ③ 課題整理総括表
- ④ 介護予防サービス・支援計画表
- ⑤ 個別サービス計画書
- ⑥ その他

既に業務で使用している
ものを御提出ください

ア 主治医意見書

イ お薬手帳のコピー など必要な資料

必要に応じて

会議用に**ケアプラン作成者**が作成するもの

- ⑦ 介護予防ケアマネジメント支援会議アセスメントシート

(参考添付)興味・関心チェックシート

① 利用者基本情報

利用者基本情報					
《基本情報》					
相談日	平成 年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来(前 /)		
本人の状況	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		
認定情報	非該当・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 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()				
住居環境	自宅 ・ 貸家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅: 自室の有無()階、住宅改修の有無 浴室: 無・有 便所: 洋式・和式 段差の問題: 無・有 床材、絨毯の状況() 照明の状況() 履物の状況()				
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護				
相談者			家族 構成 日中独居: 無・有 家族関係等の状況		
住所 連絡先	続柄				
緊急連絡先	氏名	続柄			住所 連絡先

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	医療機関名・医師名	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	
<p>本事業を行うにあたり、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。</p>				
平成 年 月 日 氏名			印	

基本チェックリスト

被保険者氏名 _____ 生年月日 M・T・S 年 月 日 記入日 平成 年 月 日 ()

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	0: はい	1: いいえ	/5
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	/5
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	/2
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	/3
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	/2
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	/3
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	/5
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。

② 基本チェックリスト

事業対象者に該当する基準

① No.1~20までの20項目のうち10項目以上に該当	(複数の項目に支障)	<input type="checkbox"/> 該当
② No.6~10までの5項目のうち3項目以上に該当	(運動機能の低下)	<input type="checkbox"/> 該当
③ No.11~12の2項目のすべてに該当	(低栄養状態)	<input type="checkbox"/> 該当
④ No.13~15までの3項目のうち2項目以上に該当	(口腔機能の低下)	<input type="checkbox"/> 該当
⑤ No.16~17の2項目のうちNo.16に該当	(閉じこもり)	<input type="checkbox"/> 該当
⑥ No.18~20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	(認知機能の低下)	<input type="checkbox"/> 該当
⑦ No.21~25までの5項目のうち2項目以上に該当	(うつ病の可能性)	<input type="checkbox"/> 該当

③ 課題整理総括表

課題整理総括表

利用者名 _____ 様

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				
		④	⑤	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	生活全般の解決すべき 課題(ニーズ)【案】	※6
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				
清掃		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				
					改善 維持 悪化				

課題整理総括表の作成については、「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」を御確認ください。

※1 本様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らしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)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。

※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る見込まれる事後の状況(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「-」印を記入。

③' 評価表

評価表

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		

課題整理総括評価表の作成については、「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」を御確認ください。

※1 「当該を行う事業所」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せられた ○:短期目標は達せられた(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

④ 介護予防サービス・支援計画表

地域包括支援センターシステム搭載

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2・地域支援事業

利用者名 _____ 認定年月日 _____ 認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合: 計画書作成事業者・事業所名および所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ 担当地域包括支援センター名: _____

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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービスの種類	事業所
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 <input type="checkbox"/> 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 _____	総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント _____
---	--	------------------------------------

基本チェックリストの該当した質問項目数を記入ください
 地域支援事業の場合は、必要な事業プログラムの枠内に○印をつけてください

地域包括支援センター	【意見】 _____ 【確認印】 _____	上記計画について、同意いたします。 平成 年 月 日 氏名 _____
------------	---------------------------------	---

⑤ 個別サービス計画書

利用者名 _____ 様

事業実施期間 H29年 月 日 ~ H 年 月 日

計画担当者氏名 _____

モニタリング	①H 年 月 日
	②H 年 月 日

ケアプラン目標	
---------	--

項目	プログラム目標	提供プログラム内容	達成度および今後の方針	備考
生活行為改善に係る内容				
総評				

出席	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

介護予防ケアマネジメント支援会議・アセスメントシート(会議前・後)

(ケースについて要点をまとめる)

※箇条書きすること

独 高 他

氏名		男・女	住所
要介護度	有効期限	検討テーマ	
自立できていない 生活状況 (ADL・IADL・疾病 管理・経済状況 等)			
個人因子 (自立できていない 生活状況の理由)			
環境因子 (自立できていない 生活状況の理由)			
健康状態	(介護に影響を及ぼす健康状態について) (上記に対して介護スタッフの役割)		
経済的環境 及び 自立度			
問題点 課題			

H 年 月 日 記入者

⑥ 介護予防ケアマネジメント支援会議
アセスメントシート

支援会議用に、**ケアプラン作成者**が
作成します。

支援会議中のプラン概要説明は、こ
の「アセスメントシート」を主とし、

ケアプラン作成者 最大7分間
サービス事業所 最大7分間

で御説明頂きます。

※作成方法は、別紙記入例を御確認ください。

(参考添付) 興味・関心チェックシート

《「興味・関心チェックシート」の積極的な活用》

興味関心チェックシートは、利用者の「している」「してみたい」「関心がある」生活行為を把握するツール。生活行為が思いつかない場合のヒントとしても役立ちます。

ADL、IADL、参加、趣味、仕事などの状況の把握と利用者への意識づけになります。

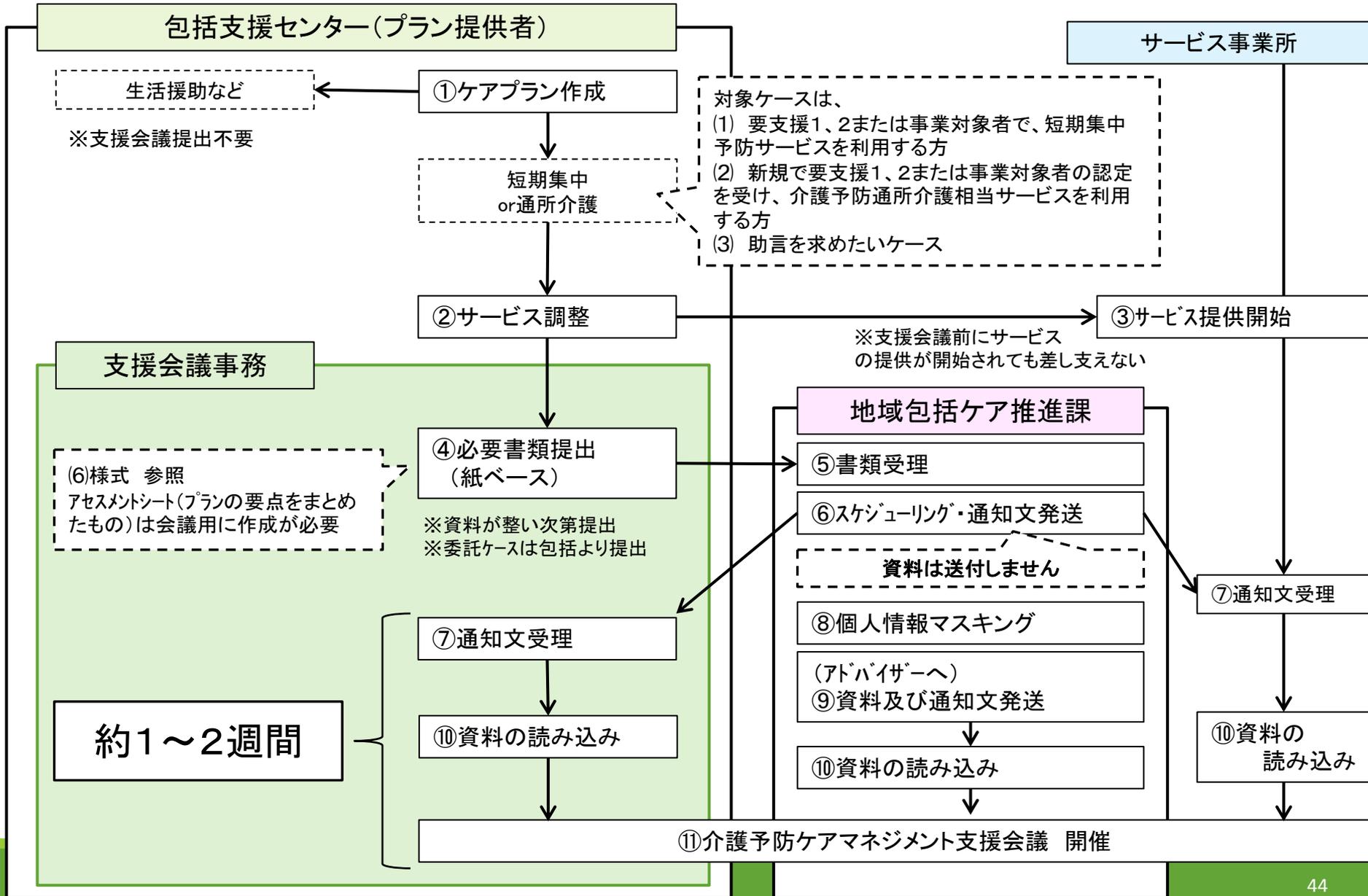
氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（男・女）記入日：H____年____月____日

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。

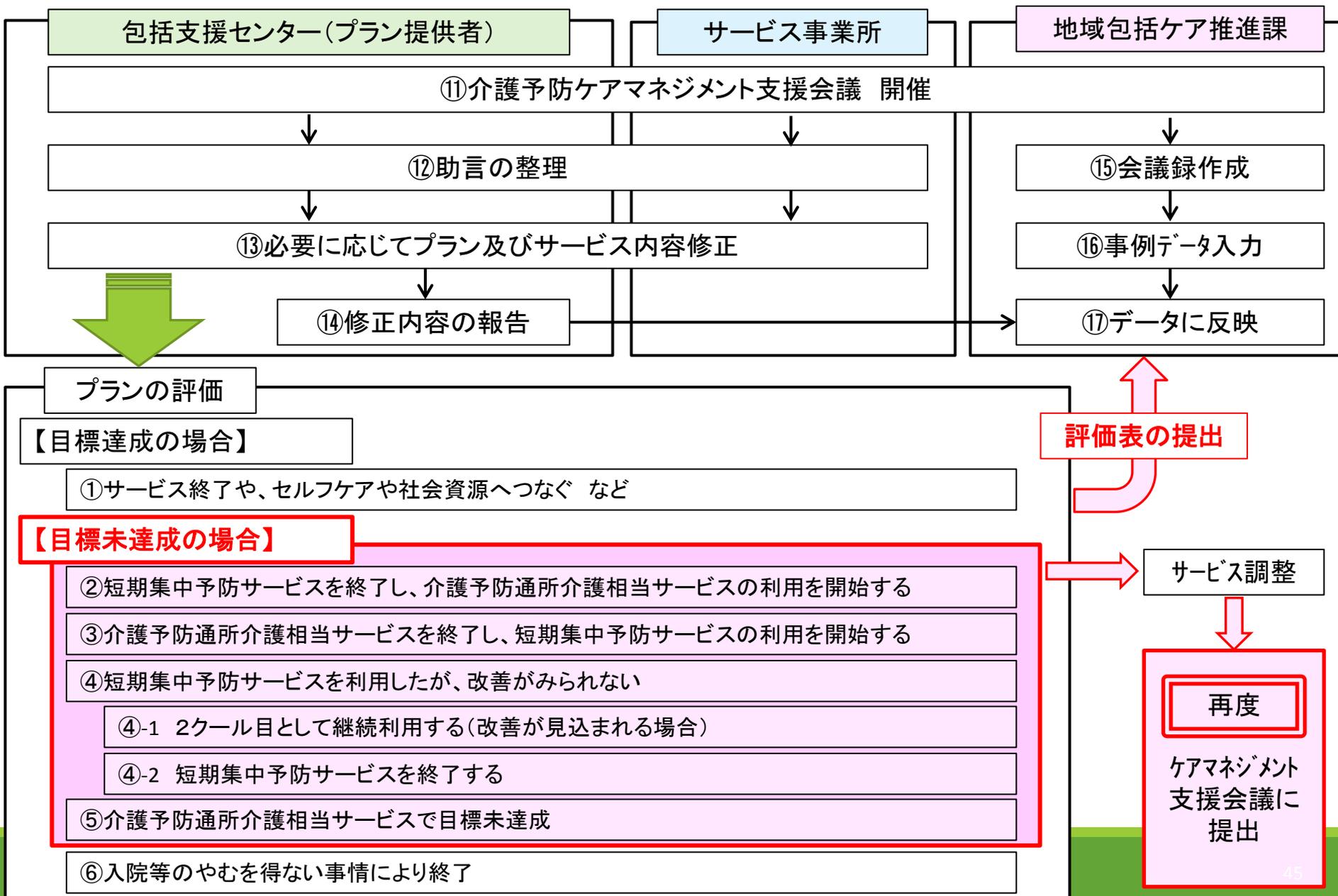
生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
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」

(7) 事務のスケジュール～開催まで



(7) 事務のスケジュール～開催後



(8) 介護予防ケアマネジメント支援会議の実際 ～デモ会議の様子（動画）



平成29年9月3日(日)に行われた「介護予防ケアマネジメント支援会議アドバイザー研修会」において、デモ会議を実施した際の様子

約30分間

(9) まとめ～介護予防ケアマネジメント

支援会議を通して

①本人のできること、できないこと、を明確にする

②本人の生活機能を伸ばし、自立に向けた支援をおこなう

- ・本人が「できる」役割や活動があるのではないか？
- ・本当は「できる」のではないか？
- ・今はできないけど、もしかしたら「できるようになる」のではないか？
- ・できそうなことを自身で行って頂くためには、どのような支援を提案していくべきか。



「本人の自立」

「本人の生活のQOL向上」