

自立支援型地域ケア会議 開催マニュアル

戸田市 健康福祉部 健康長寿課



はじめに

団塊の世代が75歳以上になる2025年を目途に、高齢者が重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、各地域で、「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に向けた取組みを推進しています。

特に「介護予防」は、要介護状態の軽減や悪化の防止だけでなく、「高齢者本人の自己実現」、「高齢者が生きがいを持ち、自分らしい生活をおくる」ことが重要です。

平成30年に改正された介護保険法において、「地域包括ケアシステムの深化・推進」の一環として「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進」の仕組みが制度化されました。

そこで高齢者の自立支援やQOLの向上に向けたケアマネジメントやケアの充実の必要性を認識し、本市では、従来の援助困難ケースの検討や情報共有に加え、「自立支援」のための地域ケア会議を実施するため、関係機関と協議を行い、本市の自立支援型地域ケア会議のあり方について検討を行いました。

既に「自立支援」のための自立支援型地域ケア会議を実施している先行市を参考とし、本市に相応しい自立支援型地域ケア会議について検討を重ね、積極的に活用される会議となるよう議論を行い、本マニュアルの制定に至りました。

介護保険法（抜粋）

第115条の48（会議）

市町村は、**包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の効果的な実施**のために、ケアマネジャー、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。

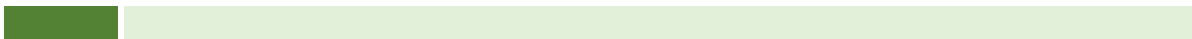
2 会議は、**被保険者への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに**、被保険者が**地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討**を行うものとする。

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**。

5 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**。

1 戸田市の地域ケア会議



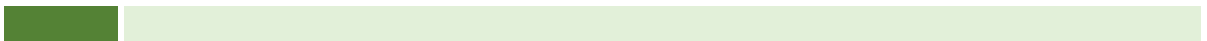
戸田市が目指す「自立支援」

戸田市では、「自立支援」を実現するために必要なサービス・支援を高齢者につなぐ手法を「自立支援型ケアマネジメント」として推進している。

ここでの「自立支援」は、単に身体機能の向上による介護保険サービスからの「卒業」を目指すのではなく、利用者本人の「～のように過ごしたい」「～ができるようになりたい」の実現に向けて必要な支援を行うものである。

住み慣れた地域でいつまでも元気に生きがいや役割をもち、仲間づくり、地域活動に参加し、心身機能の維持、向上を目指していく。

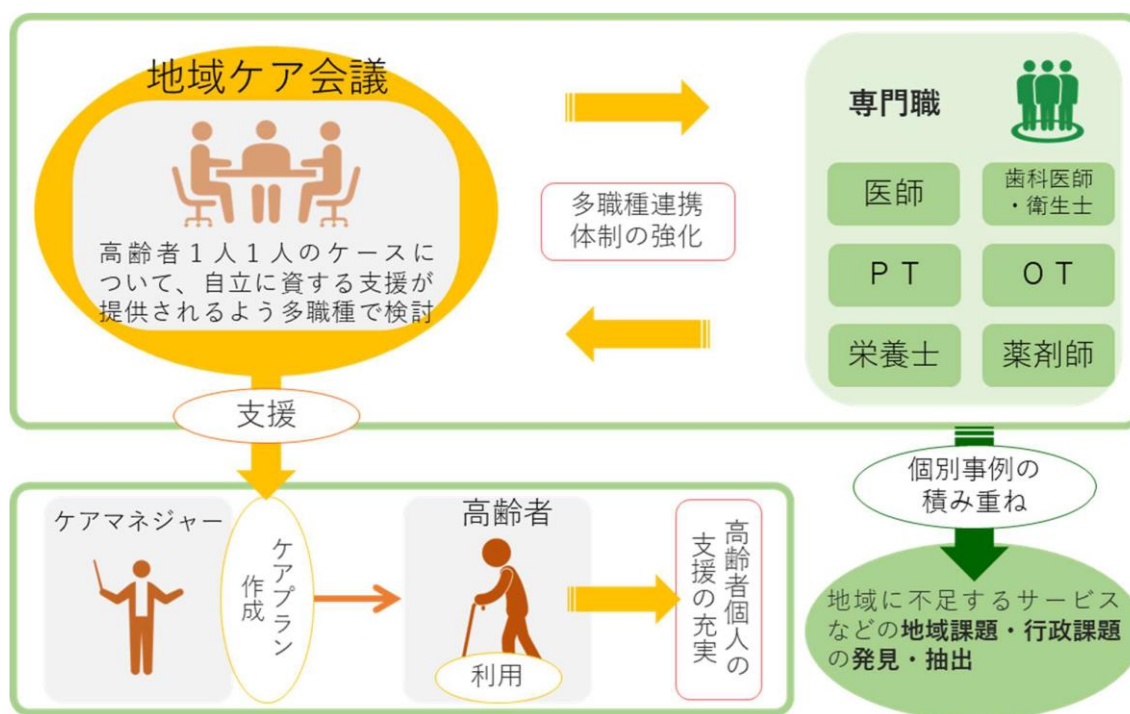
2 「自立支援」のための地域ケア会議



(1) 「自立支援」のための地域ケア会議とは

高齢者の自立（介護が必要な状態の改善あるいは軽減、悪化の防止）を支援するため、ケアプランの作成にあたり、介護分野だけでなく、**医療分野を含めた地域の多様な専門職（リハビリテーション専門職、薬剤師、栄養士等）の助言を踏まえ、高齢者一人一人の支援方法を検討**する会議である。

<「自立支援」のための地域ケア会議のイメージ>



(2) 目的

自立支援を達成するため、より質の高いケアマネマネジメントが提供できるよう、多職種の専門的視点から、ケアマネジャーに対し、助言を行う。また、自立支援型地域ケア会議をケアマネジャーのアセスメントについて振り返る契機とする。

※自立支援型地域ケア会議は、本人の生活の向上を目指す自立支援を達成するための一手段

(3) 運営主体

健康長寿課及び地域包括支援センター

(4) 取り扱う事例

総合事業対象者、要支援Ⅰ及びⅡ、要介護Ⅰ～Ⅴとする。

※以下の項目等に該当する方を優先して実施していくこととする。

「廃用性症候群等により悪化しているが改善の期待ができる方」

「本人の意欲向上心が高く、多職種の専門職からの助言を必要とする方」

(5) 視点

- ・アセスメントは適切に取れているか。
- ・利用者の目標の実現に沿ったケアプランとなっているか。
- ・自立支援に資するケアプランとなっているか。

(6) 提出書類

【新規事例】

①事例概要 ②事例選定理由等 ③利用者基本情報 ④介護予防サービス支援計画書(居宅サービス計画書) ⑤基本チェックリスト ⑥課題整理シート ⑦食事チェックシート ⑧服薬状況・口腔状態確認表 ⑨週間サービス計画書 ⑩介護サービス事業所計画表 ⑪介護サービス事業所評価表

【新規事例随時提出書類】

①お薬手帳の写し又は薬剤情報提供書の写し ②主治医意見書 ③健康診断等の検査データ ④サービス事業所における機能評価測定表等

【モニタリング】

①モニタリング報告 ②課題整理シート(事後評価記入)

※初回事例概要及び会議報告書は、健康長寿課が準備

【モニタリング随時提出資料】

①新規事例発表後にケアプランを変更した場合は、介護予防サービス支援計画書又は、居宅サービス計画書
②要介護認定更新を迎えた場合は、要介護認定更新後の主治医意見書
③内服薬の変更があった場合は、お薬手帳の写し又は薬剤情報提供書の写し
④新規事例発表後における介護事業所の機能評価測定表等

(7) 会議参加者と役割

参加者	役割	
司会者	健康長寿課及び 地域包括支援センター ※司会者以外の地域 包括支援センター職 員は、助言者として の役割も担うことが ある。	○地域ケア会議の運営及びコーディネートを行う。 ※1事例あたりの検討時間をある程度意識する。 必要に応じてタイムキーパーを用意する。 ※参加者のOJTの場であることを意識する。 ※個別事例の課題解決を通じて、行政課題を把握する場である ことを意識する。 ○アセスメントに基づき、出席している助言者から必要なア ドバイスを引き出す。 ○地域包括支援センター職員は、進行または進行を補助する。 ○健康長寿課は、進行を補助する。
助言者	歯科医師 薬剤師 理学療法士 管理栄養士 生活支援コーディネーター 在宅医療支援センター コーディネーター ※上記の専門職以外	○助言者として、対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、 各分野から自立に資する助言をする役割を担う。 ※検討する事例に応じて、生活保護や生活困窮者対策の担当 者、障害福祉の担当者、保健所、保健センター等の担当者や、 その他言語聴覚士や作業療法士等の専門職の出席を求め る。
事例提 供者	ケアプラン作成者 介護サービス事業者 後方支援担当地域包 括支援センター職員	○事例提供者として、ケースの説明を行う。 ※介護サービス事業者については、検討する事例を支援する チームとして参加を依頼する。 ※かかりつけ医、かかりつけ歯科医師がいる事例について、対 象者の状態の予後予測や治療方針等について事前に確認す るとともに、地域ケア会議での検討結果について情報共有 することが重要である。

傍聴人	事例提供者以外のケアプラン作成者、介護サービス事業者など	<p>○事例提供の有無に関わらず「地域ケア会議」は介護保険法第115条の48で定義されており、『地域包括支援センター又は市町村が主催し、設置・運営する「行政職員をはじめ地域の関係者から構成される会議」のことを言う。』という意義があることから、市内の居宅支援事業所のケアプラン作成者や介護サービス事業者等の職員が地域ケア会議に参加できるよう配慮する。</p> <p>※傍聴が入る場合には、個人情報の保護に留意すること。</p>
-----	------------------------------	--

(8) 事前準備

項目	内容
事例提供者に対し、会議資料の提出を依頼	<p>4 様式集に掲げる資料の提出を依頼</p> <p>※締切は、会議当日の1ヶ月前を目安に設定する。</p>
会議資料の受取・確認	<p>氏名や生年月日等個人情報について、イニシャルや白塗り等で適切に処理されているか確認を行う。また、未記入の箇所や記載間違いのある項目について、ケアプラン作成者に確認を行う。</p>
会議資料の準備	<p>会議次第、参加者リストを作成する。</p>
<p>会議資料の関係者への送付</p> <p>※当日に資料の読み込み時間を設ける場合には省略可</p>	<p>会議開催 10 日前までに会議資料を事前に関係者（助言者）、地域包括支援センター、事例提供者（ケアプラン作成者、介護サービス事業者等）に配布する。</p>
事前質問の受付	<p>助言者からの事前質問を受け、ケアプラン作成者から回答を得る。回答は助言者に事前に共有のうえ、可能な限り当日資料として傍聴人に配布する。</p>

(9) 会議の流れ

(1) 開会 (5分)

- ①開会のあいさつ
- ②自立支援型地域ケア会議について概要の説明
- ③全体の流れ説明
- ④資料説明

(2) 新規事例発表の流れ (計 30分)

- ①事例提供者（居宅介護支援事業所）からの説明（6分）
 - ・事例概要、課題整理表、サービス計画書（長期目標・短期目標・課題・位置づけたプラン・頻度）等を参照しながら発表
 - ・課題整理シート（事後予測において改善の見込がある項目について、その判断根拠を説明）について説明
- ②サービス事業所からの支援方針等について説明（6分）
 - ・サービス個別計画書（長期目標・短期目標・取組内容）
 - ・サービス状況、評価について説明
- ③後方支援担当地域包括支援センター職員からの補足
 - ・事例選定の経緯について
 - ・居宅介護支援事業所からの説明の補足
- ④助言者からの助言（15分）
 - ・事例提供者が受けたい助言や質問したい項目に対する助言
 - ・助言者から事例提供者に対する質問や確認及び助言
- ⑤事例提供者（居宅介護支援事業所）の感想・まとめ（3分）

(3) モニタリング事例発表の流れ (計 18 分)

①事例提供者 (居宅介護支援事業所) からの説明 (6 分)

- ・ 前回の事例発表後に本人・家族に説明した内容と取組結果について報告
- ・ 居宅サービス計画書を変更していれば変更内容について説明
- ・ その後の対象者等の変化について説明

②サービス事業所から取組内容等について説明 (3 分)

- ・ サービス事業所での取組内容について報告
- ・ 対象者の事例発表後の変化について説明

③助言者からの助言 (6 分)

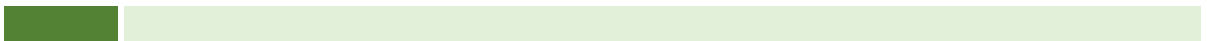
- ・ モニタリング後の事例について、コーディネーターが必要な助言者に意見を求める

④事例提供者 (居宅介護支援事業所) の感想・まとめ (3 分)

(4) 次回 自立支援型地域ケア会議 案内

終了

3 専門職の役割



(1) 歯科医師

口腔状態確認表に記載された口腔状態、口腔ケア、嚥下状態等を確認し、歯科医師の視点から必要な助言を行う。

(2) 薬剤師

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う。また、想像される症状や病状から考えられる現状や医療情報の提供を行う。

(3) 理学療法士

主に基本動作能力（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) 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った観点から、助言を行う。

(5) 生活支援コーディネーター

地域にある社会資源などの介護保険外サービスの観点から、助言を行う。

(6) 在宅医療支援センターコーディネーター

主に医療と介護の連携等の多職種連携や、医療機関とのコミュニケーションの観点から助言を行う。

4 様式集



□様式1：事例概要

様式1

事例概要

記入日：令和 年 月 日

事業所名				介護支援専門員氏名	
利用者名 (イニシャル1字)	様	男・女	歳	居住地区：	
認定情報	非該当・事業対象者・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～令和 年 月 日 (前回の介護度：)				
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		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()				
ADL 身体状況					
住居 生活環境	持家・賃貸	一戸建て・集合住宅	自室(有()階・無)	住宅改修(有・無)	
	※上記から当てはまるものをそれぞれ選択し、下に詳細を記入				
今までの生活 生活歴					
家族・介護 者との関係 や状況	主介護者：				
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()				
	※上記から当てはまるものを全て選択し、下に詳細を記入 収入：月額約 円				

《基本情報》

相談日等	相談日：		エ コ マ ッ ブ		◎=本人 ○=女性 □=男性 ●■= 死亡 ☆=キ ャー パー ン 同居家族 は○で囲 む
	来所・電話・その他（ ）				
	相談者続柄：				
	初回・ 回目				
緊急 連絡先	続柄	居住市区町村 (県外の場合は都道府県)			

《その他生活に関する事項》

趣味・楽しみ 特技	
友人・地域との 関係	

《現病歴・既往歴と経過》新しいものから記入し、現在の状況に関連するものは必ず記入してください。

年月日	病名	医療機関種別	経過	治療中の場合は内容
			治療中 経観中 完治 その他	
			治療中 経観中 完治 その他	
			治療中 経観中 完治 その他	
			治療中 経観中 完治 その他	

□様式2：事例選定理由等

様式2

事例選定理由等

事例 ○ 様（イニシャル1字）

- ① 事例の選定理由

- ② ケアマネジメントにおいて困っていること

- ③ 本人のなりたい姿、希望する生活像

- ④ 家族・キーパーソンの想いや希望

- ⑤ 助言者にもらいたいアドバイス

□様式3：興味・関心チェックシート

様式3

興味・関心チェックシート

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・麻雀・ゲーム等			
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・相撲等観戦			
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			
その他()				その他()			
その他()				その他()			

※現在しておらず、全く興味がない項目は空欄としてください。

□様式4：基本チェックリスト

様式4

実施日	年 月 日
受付 対応者	市・市立・中央・東部・新曽・居宅()

② 戸田市基本チェックリスト

被保険者氏名

No.	質問項目	回答（いずれかに ○をお付け下さい）		事業対象者に該当する 基準
1	バスや電車で一人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	10項目以上 に該当
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	運動機能の低下
7	椅子に座った状態からなに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	3項目以上に該当
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か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	低栄養状態
12	身長 cm 体重 kg (BMI) (注)			2項目に該当
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	口腔機能の低下
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	2項目以上に該当
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	閉じこもり
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	No.16に該当
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われますか	1. はい	0. いいえ	認知機能の低下
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	1項目以上に該当
20	今日が何月何日かわからない時があります	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	うつ病の可能性
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	2項目以上に該当
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未満の場合に該当する

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、地域包括支援センター、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

□様式5：課題整理シート

様式5

課題整理シート

利用者名	様	調査日	事前		事後	
			事前評価	6か月後予測	事後評価	6か月後予測理由・根拠
心身機能・構造	食事					
	排泄					
	口腔ケア					
	睡眠					
	認知					
	行動・心理症状					
	褥瘡・皮膚の問題					
活動	室内移動					
	屋外移動					
	服薬					
	入浴					
	更衣					
	掃除					
	洗濯					
	買物					
	調理					
	整理・物品の管理					
コミュニケーション能力						
参加	外出頻度					
	社会との関わり					
環境	介護力					
	居住環境					

<判定基準>

自立度	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善の可能性が		改善の可能性が	
困難度と改善可能性			高い	低い	高い	低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

□様式6：食事チェックシート

様式6

食事チェックシート

※①～⑮該当する項目にチェックしてください

利用者名： 様

①食欲はありますか		<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				
②最近体重の増減はありましたか		身長(cm) _____ 体重(kg) _____		<input type="checkbox"/> あり (〃月間で kg <input type="checkbox"/> 増加・ <input type="checkbox"/> 減少) <input type="checkbox"/> 変化なし					
③水分は1日にどのくらい摂りますか		1日コップ()杯くらい 内容()							
④朝・昼・夕1日3食食べていますか		<input type="checkbox"/> 食べる	<input type="checkbox"/> 食べないときがある <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 理由()						
⑤1回の食事量はどのくらいですか		<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 3/4量 <input type="checkbox"/> 1/2量 <input type="checkbox"/> 1/4量 <input type="checkbox"/> その他()							
⑥医師からの食事療法はありますか		<input type="checkbox"/> あり (内容:)			<input type="checkbox"/> なし				
⑦食事はどなたが作りますか		<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 家族 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()					
⑧食事に不自由なことはありますか (姿勢や動作、ムセなど)		<input type="checkbox"/> あり (内容:)			<input type="checkbox"/> なし				
⑨食事は一口大または小さく刻んで食べていますか		<input type="checkbox"/> はい (内容:)			<input type="checkbox"/> いいえ				
⑩タンパク質のおかず(肉・魚・卵・豆製品)を 毎食1品食べますか		<input type="checkbox"/> 毎食食べる <input type="checkbox"/> 1日2食 <input type="checkbox"/> 1日1食 <input type="checkbox"/> ほとんどない							
⑪乳製品(牛乳・ヨーグルト・チーズ)を 毎日何か摂りますか		<input type="checkbox"/> 毎食食べる		<input type="checkbox"/> 時々食べる 頻度(週に 〃回)	<input type="checkbox"/> ほとんど食べない 理由()				
⑫嫌いな食べ物がありますか		<input type="checkbox"/> あり (内容:)			<input type="checkbox"/> なし				
⑬どのようなおやつを食べますか (いくつでも)		<input type="checkbox"/> 菓子パン <input type="checkbox"/> せんべい <input type="checkbox"/> 和菓子 <input type="checkbox"/> アイス <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> 洋菓子 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 食べない				
⑭どのようなお惣菜を買いますか (いくつでも)		<input type="checkbox"/> お弁当 <input type="checkbox"/> 揚げ物 <input type="checkbox"/> 煮物 <input type="checkbox"/> カップ麺 <input type="checkbox"/> レトルト <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 買わない				
⑮食事について特に気になることはありますか (なければ空欄)									
食 事 内 容	朝 食	記入例	前日		2日前		3日前		
		食品名	食品名	量	食品名	量	食品名	量	
		トースト8枚切り 白玉焼き サラダ ヨーグルト コーンスープ	1枚 1個 1皿 75g 1杯						
		(7時30分)	(時 分)	(時 分)	(時 分)	(時 分)	(時 分)		
	⑮ 調 査 3 日 前 ま で の 食 事 内 容	昼 食	山菜うどん みかん	1杯 1個					
			(12時15分)	(時 分)	(時 分)	(時 分)	(時 分)		
	夕 食	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	1杯 肉3枚 少量 1杯 1皿						
		(18時00分)	(時 分)	(時 分)	(時 分)	(時 分)			
	間 食	おせんべい クッキー	2枚 2枚						
		(15時00分)	(時 分)	(時 分)	(時 分)	(時 分)			

※AltキーとEnterキーを同時に押すと改行できます

□様式7：服薬状況確認票

様式7

服薬状況確認票

※①～⑮該当する項目にチェックしてください

様

利用者の状況	①薬の管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 配偶者 子ども 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"/> ときどき忘れる <input type="checkbox"/> 頻繁に忘れる <input type="checkbox"/> 不明 (理由)
	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"/> 自己調節 <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"/> 粉碎・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 ()
援助の必要性	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"/> 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 ()
	⑩服薬援助 (内服)	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 1回分の薬を準備する <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 ()
日常生活	⑫睡眠障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 寝入りが悪い <input type="checkbox"/> 途中で起きる <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排尿障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)
	⑭排便障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容) <input type="checkbox"/> 下剤使用 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)
アレルギー副作用歴	⑮薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)
	⑯食品他アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)
その他	⑰視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり ()
	⑱聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり ()
	⑲コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり ()

口腔状態確認表

口腔と嚥下	①歯	<input type="checkbox"/> 自分の歯 ()本 <input type="checkbox"/> 義歯 部分入れ歯 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯がなく義歯もない <input type="checkbox"/> 義歯があるが使っていない
	②歯と口腔の状況	<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"/> 口が乾きやすい <input type="checkbox"/> 歯や歯茎に問題がある <input type="checkbox"/> その他 ()
	③口腔ケア	<input type="checkbox"/> 毎食行う <input type="checkbox"/> 1日1回行う <input type="checkbox"/> 1日2回行う <input type="checkbox"/> うがいのみ <input type="checkbox"/> 全く行っていない
	④口腔ケアを行う人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護サービス提供事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()

□様式8：モニタリング報告

様式8

【モニタリング報告】

事例提供事業所：		担当介護支援専門員：	
認定 情報	非該当・事業対象者・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：令和 年 月 日～令和 年 月 日		
◎現在の状況			
※本人の現在の様子や生活環境の変化等をご記入ください。			
◎事例提供後の取り組み内容			
事例提供後に本人・家族に説明した内容	※助言内容をどのように本人や家族に説明したか、それを受けた反応等をご記入ください。		
前回、事例提供後からのサービス計画書の変更の有・無		有 ・ 無	

		本人・家族の行動変容				
		内容	効果または原因			
【事例提供者の気づきや視点】	取り組んだこと					
	取り組めなかったこと		<table border="1"> <thead> <tr> <th>個人因子</th> <th>環境因子</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	個人因子	環境因子	
個人因子	環境因子					
モニタリングを終えたケアマネジャーの感想						

参考文献

- ・厚生労働省老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き（Ver.1）
【平成29年3月】
- ・埼玉県：高齢者のための自立支援マニュアル～自立支援型地域ケア会議による地域づくり【平成29年3月】
- ・埼玉県：事業所向け自立支援マニュアル【平成30年2月】
- ・大川弥生：「よくする介護」を実践するための ICF の理解と活用—目標指向的介護に立って 中央法規出版株式会社【平成21年】
- ・大分県福祉保健部高齢者福祉課：自立支援ヘルパー実務マニュアル
【平成27年12月】
- ・株式会社ライフリー：生活課題分析マニュアル【平成29年11月（第3版）】
- ・平成30年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業：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～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～
- ・全社協：在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成「居宅サービス計画ガイドライン」

作成履歴

令和2年3月 初版
令和3年4月 改訂
令和3年10月 改訂
令和4年10月 改訂
令和6年3月 改訂