

大阪市自立支援型ケアマネジメント 検討会議 各種資料集

（地域包括支援センター職員用）



大阪市

令和7年4月改訂版

自立支援型ケアマネジメント検討会議マニュアル

資 料 編

資料№001	利用者基本情報.....	2
資料№002	基本チェックリスト.....	4
資料№003	興味・関心チェックシート.....	5
資料№004	介護保険認定調査票.....	6
資料№005	介護保険主治医意見書.....	10
資料№006	生活機能評価表.....	12
資料№007	介護予防サービス・支援計画書.....	14
資料№008	週間サービス計画表.....	15
資料№009	課題整理総括表〈A 3 様式〉.....	17
資料№010	大阪市自立支援型ケアマネジメント用 診療情報提供書.....	20
資料№011	自立支援型ケアマネジメント検討会議選定ケース管理表.....	22
資料№012	自立支援型ケアマネジメント検討会議会議録.....	24
資料№013	自立支援型ケアマネジメント小会議会議録（福祉局への送付は不要）.....	25
資料№014	自立支援型ケアマネジメント検討会議報告書〔1 年後対応後の報告書〕.....	26
資料№015	検討会議開催通知.....	27
資料№016	事前送付資料送付書.....	28
資料№017	居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）あて資料提供依頼書.....	29
資料№018	診療情報提供作成依頼書.....	30
資料№019	検討会議会議録 送付書.....	32
資料№020	大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議 参加者等受付簿.....	33
資料№021	個人情報の利用に関する同意書.....	34
資料№022	自立支援ケアマネジメント 対象者周知チラシ.....	36
資料№023	医療機関等あて助言者派遣依頼書.....	37
◆説明資料◆	①自立支援型ケアマネジメント検討会議の全体フロー.....	38
◆説明資料◆	②各地域包括支援センター（コード表）.....	39

資料No.001

利用者基本情報

(表面)

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 /)	
フリガナ 本人氏名		男・女	生年月日		保険者番号	
			M・T・S 年 月 日生		被保険者番号	
			() 歳		住所地特例	
住 所				Tel Fax	() ()	
マーク			世帯状況			
本人の現況						
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 ☐ その他()					
本人の 住居環境						
経済状況						
家族構成図			家族関係等の状況			
来 所 者 (相 談 者)	氏名・続柄	住所			連絡先	

(裏面)

緊急連絡先	氏名・続柄	住所	連絡先

《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のか)	1日の生活・過ごし方		
	時間	本人	介護者・家族
	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。

令和 年 月 日 氏名 _____

基本チェックリスト

参考3

要支援認定等の情報		1. 有	要支援1・要支援2	2. なし	☐ うち非該当	介護保険被保険者番号											
氏名	(フリガナ)	明・大・昭			年 月 日生 (歳)	住 所	(千 ー) 大阪市 区 (☎ ー)										
	1 男 ・ 2 女																

回答欄の「はい」「いいえ」の前にある数字に「〇」をつけ、「1」の個数をそれぞれの項目欄に記入してください

質 問 項 目		回 答		1の個数	
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	／5	
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		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1 はい	0 いいえ	／2	
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 c m 体重 k g (BMI =) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)	1 18.5 未満	0 18.5 以上	／3	
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	／2	
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	／3	
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	No.1～20の合計	／20
21	毎日の生活に充実感がない	1 はい	0 いいえ	／5	
22	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	2 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	自分が役に立つ人間だと思えない	1 はい	0 いいえ		
25	わけもなく疲れたような感じがする	1 はい	0 いいえ		
介護予防・生活支援サービスの利用を希望されますか		はい	いいえ		

ア～キに該当しているかを
確認し、該当するものを
実線で囲んでください

ア 3個以上

イ 2個以上

ウ 2個以上

エ No.16該当

オ 1個以上

カ 10個以上

キ 2個以上

ア～キのいずれかに該当した場合「介護予
防・生活支援サービスの利用を希望するか」
「お住まいの地域を担当する地域包括支援セ
ンター、各区保健福祉センターへの情報提供
に同意するか」を確認してください

この結果をお住まいの地域を担当する地域包括支援センター、各区保健福祉センターに情報提供することに同意しますか（介護予防・生活支援サービスの利用にあたっては、地域包括支援センター等の介護予防ケアマネジメントが必要です）	1. 情報提供に同意する
	2. 情報提供に同意しない (事業対象者としてサービスの利用ができません)

実施機関記入欄	実施日	令和 年 月 日	< 旨の届 地域包括支援センター確認印 >
	実施機関名 (〇をつけてください)	1. () 区保健福祉センター 2. () 地域包括支援センター ☐ 選択型通所サービス健診受診票 発行済み 受診予定医療機関 () ☐ 選択型通所サービス健診受診票 未発行理由: ☐ 不要 ☐ 拒否 ☐ その他 ()	

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)

II 調査対象者

対象者氏名	ふりがな	性別 ☐ 1男 2女	生年月日 ☐ ☐ 1明治 2大正 3昭和 年 月 日 歳
現住所	〒 電話番号()		家族等連絡先 〒 氏名() 関係() 電話番号()

Ⅲ 現在受けているサービスの状況についてチェック及び補足を記入してください。

在宅利用														
（認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。福祉用具貸与は調査日時点の、特定福祉用具販売は過去6月の品目数を記載）														
介護 給付	居宅サービス （ホームヘルプ・ 訪問型サービス）	訪問入浴 介護	訪問看護 介護	訪問 リハビリ	在宅介護 管理指導	通所介護 （デイサービス） 通所型サービス	訪問リハビリ （デイケア）	生活介護 （サポートステイ）	短期入所 介護（ショートステイ）	特定福祉 用具販売	福祉用具 貸与	特定福祉 用具販売	住宅 改修	回答回数
	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	品目	品目/月	あり	回	
予防 給付等	夜間対応型 訪問介護	認知症 対応型 通所介護	小規模 多機能型 居宅介護	認知症対応型 生活介護 （グループホーム）	特定施設 入居者 生活介護	地域 密着型	介護老人 福祉施設 入居者生活介護	定住高齢者 臨時対応型訪問 介護看護	看護小規模 多機能型 居宅介護					
	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月					
施設利用	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	介護療養型 医療施設	介護施設 療養	認知症対応型共同 生活介護施設 （グループホーム）	特定施設入居者 生活介護施設 （ケアハウス等）	医療機関 （療養病床）	医療機関 （療養病床以外）	その他の 施設				
	施設連絡先（〒 ）													
	施設名													
	電話番号													

Ⅳ 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境(外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無)、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

市町村特別給付		介護保険給付外の住宅サービス	

市町村特別給付 介護保険給付外の住宅サービス

認定調査票(基本調査) あてはまる項目をチェック ☒ してください。誤って記入した時は ☐ してください。

1. 身体機能・起居動作 (複数回答可) には必ず回答個数を記入してください。

1. 麻痺等の有無 (複数回答可)	☐ ない	☐ 左上肢	☐ 右上肢	☐ 左下肢	☐ 右下肢	☐ その他 (四肢の欠損)	回答 個数	☐ 個
2. 拘縮の有無 (複数回答可)	☐ ない	☐ 肩関節	☐ 股関節	☐ 膝関節	☐ その他 (四肢の欠損)	回答 個数	☐ 個	
3. 寝返り	☐ つかま らないで できる	☐ 仰かに つかま れれば できる	☐ できない					
4. 起き上がり	☐ つかま らないで できる	☐ 仰かに つかま れれば できる	☐ できない					
5. 座位保持	☐ できる	☐ 自分の手 で支えら れる	☐ 支えられ ない	☐ 何かが支 えられ る	☐ できない			
6. 両足での立位保持	☐ 支えなし でできる	☐ 何かが支 えられ る	☐ できない					
7. 歩行	☐ つかま らないで できる	☐ 傾かに つかま れれば できる	☐ できない					
8. 立ち上がり	☐ つかま らないで できる	☐ 傾かに つかま れれば できる	☐ できない					
9. 片足での立位保持	☐ 支えなし でできる	☐ 何かが支 えられ る	☐ できない					
10. 洗身	☐ 介助され ていない	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 行っ てい ない				
11. つめ切り	☐ 介助され ていない	☐ 一部介助	☐ 全介助					
12. 視力	☐ 普通 (日常生活に支障がない)	☐ 約1m離れた 視力検査表の字が見える	☐ ほとんど 見えない	☐ ほとんど 見えない が 判別不能				
13. 聴力	☐ 普通	☐ 普通の声が ちゃんと聞かれる	☐ ほとんど 聞えない	☐ 聞えているが 判別不能				

(裏面)

被保険者番号

2 生活機能

1. 移乗	☐ 介助されていない	☐ 見守り等	☐ 一部介助	☐ 全介助
2. 移動	☐ 介助されていない	☐ 見守り等	☐ 一部介助	☐ 全介助
3. えん下	☐ できる	☐ 見守り等	☐ できない	
4. 食事摂取	☐ 介助されていない	☐ 見守り等	☐ 一部介助	☐ 全介助
5. 排尿	☐ 介助されていない	☐ 見守り等	☐ 一部介助	☐ 全介助
6. 排便	☐ 介助されていない	☐ 見守り等	☐ 一部介助	☐ 全介助
7. 口腔清潔	☐ 介助されていない	☐ 一部介助	☐ 全介助	
8. 洗顔	☐ 介助されていない	☐ 一部介助	☐ 全介助	
9. 整髪	☐ 介助されていない	☐ 一部介助	☐ 全介助	
10. 上衣の着脱	☐ 介助されていない	☐ 見守り等	☐ 一部介助	☐ 全介助
11. ズボン等の着脱	☐ 介助されていない	☐ 見守り等	☐ 一部介助	☐ 全介助
12. 外出頻度	☐ 週1回以上	☐ 月1回以上	☐ 月1回未満	

3 認知機能

1. 意思の伝達	☐ 調査対象者が意思を他者に伝達できる	☐ ときどき伝達できる	☐ ほとんど伝達できない	☐ できない
2. 毎日の日課を理解する	☐ できる	☐ できない		
3. 生年月日や年齢を言う	☐ できる	☐ できない		
4. 短期記憶 (面接調査の直前に何をしていたか思い出す)	☐ できる	☐ できない		
5. 自分の名前を言う	☐ できる	☐ できない		
6. 今の季節を理解する	☐ できる	☐ できない		
7. 場所の理解 (自分のいる場所を答える)	☐ できる	☐ できない		
8. 徘徊	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある	
9. 外出すると戻れない	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある	

4 精神・行動障がい

1. 物を盗られたなどと被害的になる	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
2. 作話をする	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
3. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4. 昼夜の逆転	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
5. しつこく同じ話をする	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
6. 大声をだす	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
7. 介護に抵抗する	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
8. 「家に帰る」等と言い落ち着きがない	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
9. 1人で外に出たがり目が離せない	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
10. いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
11. 物を壊したり、衣類を破いたりする	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
12. ひどい物忘れ	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
13. 意味もなく独り言や独り笑いをする	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
14. 自分勝手に行動する	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
15. 話がまとまらず、会話にならない	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある

5 社会生活への適応

1. 薬の内服	☐ 介助されていない	☐ 一部介助	☐ 全介助	
2. 金銭の管理	☐ 介助されていない	☐ 一部介助	☐ 全介助	
3. 日常の意思決定	☐ できる	☐ 特別な場合を除いてできる	☐ 日常的に困難	☐ できない
4. 集団への不適応	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある	
5. 買い物	☐ 介助されていない	☐ 見守り等	☐ 一部介助	☐ 全介助
6. 簡単な調理	☐ 介助されていない	☐ 見守り等	☐ 一部介助	☐ 全介助

6 過去14日間に受けた特別な医療（複数回答可）

処置内容	☐ 1. 点滴の管理	☐ 2. 中心静脈栄養	☐ 3. 透析	☐ 4. ストーマ（人工肛門）の処置	☐ 5. 酸素療法
	☐ 6. レスピレーター（人工呼吸器）	☐ 7. 気管切開の処置	☐ 8. 疼痛の看護	☐ 9. 経管栄養	
特別な対応	☐ 10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	☐ 11. じょくそうの処置	☐ 12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）		

回答個数 個

7 日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	☐ 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	

この調査票は、ケアプラン作成等の際の参考となる場合がありますので、大切に保管してください。（本人用）

(特記事項)

調査日 令和 年 月 日

保険者番号 271007 被保険者番号

判断に迷った場合(○印)、適切な介助(※印)、審査会に伝えたい情報(下線等)がある場合は、右記にチェック ☐ してください。

概況

認定調査票(特記事項) 大 阪 市

1. 身体機能・起居動作

1 麻痺等の有無

()

2 拘縮の有無

()

3 寝返り

()

4 起き上がり

()

5 座位保持

()

6 両足での立位

()

7 歩行

()

8 立ち上がり

()

9 片足での立位

()

10 洗身

()

11 つめ切り

()

12 視力 13 聴力

()

2. 生活機能

1 移乗 2 移動

()

3 えん下

()

4 食事摂取

()

5 排尿 6 排便

()

7 口腔清潔

()

8 洗顔 9 整髪

()

10 上衣の着脱

()

11 スポン等の着脱

()

12 外出頻度

()

3. 認知機能

1 意思の伝達

()

2 毎日の日課を理解

()

3 生年月日を言う

()

4 短期記憶

()

5 自分の名前を言う

()

6 今の季節を理解

()

7 場所の理解

()

8 徘徊

()

9 外出して戻れない

()

4. 精神・行動障がい

1 被害的 2 作話

()

3 感情が不安定

()

4 昼夜逆転

()

5 同じ話をする

()

6 大声を出す

()

7 介護に抵抗

()

8 落ち着きなし

()

9 一人で出たがる

()

10 収集癖

()

11 物や衣類を壊す

()

12 ひどい物忘れ

()

13 独り言・独り笑い

()

14 自分勝手に行動する

()

15 話がまとまらない

()

5. 社会生活への適応

1 薬の内服

()

2 金銭の管理

()

3 日常の意思決定

()

4 集団への不適応

()

5 買い物

()

6 簡単な調理

()

6. 特別な医療

()

()

7. 日常生活自立度

1 障害高齢者の日常生活自立度

()

2 認知症高齢者の日常生活自立度

()

6 7 3

※本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい。

8



資料No.005 介護保険主治医意見書

(表面)

被保険者番号		介護保険機関コード	
介護保険主治医意見書			
記入日 令和 年 月 日			
申請者	(ふりがな)	性別	〒
生 年 月 日		☐ 男 ☐ 女	連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。主として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。			
医師氏名		電話	
医療機関名		FAX	
医療機関所在地			
(1) 継続診療日	平成・令和 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		
1. 傷病に関する意見			
(1) 診断名 (特記診断または生活習慣病下の直接の原因となっている診断名) については1. に記入) 及び発症年月日			
1.		発症年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日(日)	
2.		発症年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日(日)	
3.		発症年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日(日)	
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活習慣病下の直接の原因となっている診断または特記診断の経過及び治療内容を含む治療内容 [様式1(概ね1か月以内)全通に影響のあったもの、及び 認知症についてはその診断の概略等について記入]			
2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)			
治療内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 職業療法 ☐ レスビレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 褥瘡の管理 ☐ 経管栄養		
状態の対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置		
処置への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)		
3. 心身の状態に関する意見			
(1) 日常生活の自立度等について			
・ 障害高齢者の日常生活自立度(概ねあり度) ☐ 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			
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)			
・ 認知症徴候 ☐ 認識なし ☐ 認識あり			
・ 日常の意思決定を行うための認知能力 ☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない			
・ 自分の意思の伝達能力 ☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 身体的要請に限られる ☐ 伝えられない			
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てにチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)			
☐ 有 (有) ☐ 無 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴言・暴行 ☐ 全裸への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 無 ☐ 失火の恐れ ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的関連行動 ☐ その他 ()			
(4) その他の精神・神経症状の有無			
☐ 無 ☐ 有 (症状名:) 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無			

※ あてはまる項目をチェック☑して下さい。(該当時は☒)

(裏面)

(3) 身体状態 身長 (☐ 右 ☐ 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去1か月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少) ☐ 四肢欠損 (部位:) ☐ 麻痺 ☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ その他 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 筋力の低下 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 関節の拘縮 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 関節の痛み (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 失調・不随意運動 (上肢 ☐ 右 ☐ 左 下肢 ☐ 右 ☐ 左 全身 ☐ 右 ☐ 左) ☐ 褥瘡 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ その他の皮膚疾患 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)			
4. 生活機能とサービスに関する意見			
(1) 移動 屋外歩行 ☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない 車いすの使用 ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している 歩行補助具・器具の使用 (補助器具可) ☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用			
(2) 栄養・食生活 食事行為 ☐ 自立ないし何となく自分で食べられる ☐ 全介助 現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良 → 栄養・食生活上の留意点 ()			
(3) 病状があるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 ☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 運動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 認知症 ☐ 意識低下 ☐ 褥瘡 ☐ 低栄養 ☐ 脱水・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感反応 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 () → 対処方針 ()			
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見込み ☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明			
(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防助付により提供されるサービスを含みます。) ☐ 認知症 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問薬剤師 ☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 訪問入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()			
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 ・血圧 ☐ 特になし ☐ あり () ・脈動 ☐ 特になし ☐ あり () ・摂食 ☐ 特になし ☐ あり () ・運動 ☐ 特になし ☐ あり () ・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり () ・その他 ()			
(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください) ☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明			
5. 特記すべき事項 要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な留意事項を記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。(医療機関や身体障害者介護施設等の写真等を添付して頂いても結構です。) 			
認定結果の情報提供を希望: ☐ する ☐ しない サービス計画作成事業者の情報提供を希望: ☐ する ☐ しない			

大阪市用

生活機能評価表

住所					
ふりがな		性別	男 ・ 女	要介護度	※検討会議時
氏名		生年月日		年齢	歳

検討会議日		事後確認日 (1年後の状況)	
-------	--	-------------------	--

		現状	改善等の期待	1年後の状況 (モニタリング)	備考
A D L	室内歩行				
	屋外歩行				
	外出頻度				
	排泄				
	食事				
	入浴				
	着脱衣				
I A D L	掃除				
	洗濯				
	買物				
	調理				
	整理				
	ごみ出し				
	通院				
	服薬				
	金銭管理				
	電話				
	社会参加				

備考 (事後(1年後)確認等において確認できた内容や本人からの意見など)		
	事後(1年後)確認時の要介護度	

※ 記載方法については、裏面に記載

(裏面)

※記載方法

◆ ADL及びIADLの事前や予後予測、事後(モニタリング)

現状	現状における評価(検討会議時点の状態を記載する。
改善等の期待	1年後にどのような状態となっているのかを記載する。
1年後の状況(モニタリング)	モニタリング時(検討会議から1年後)に確認できた状態について記載する。

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善の可能性	楽にできる	少し難しい	改善の可能性高い	改善の可能性低い	改善の可能性高い	改善の可能性低い
判定(記入番号)	○1	○2	△1	△2	×1	×2

※記載例

		現状	改善等の期待	1年後の状況 (モニタリング)	備考
A D L	室内歩行	○2	○1		家具に捕まるなどして移動している。
	屋外歩行	△1	○2		15分以上続けて歩くことが出来ない。
	外出頻度	△1	○2		月2回書道教室には行っている。孫の送迎は腰の痛みで行けないことが増えている。
	排泄	○1			
	食事	○2	○1		味付けの濃い食事や麺類が好き。
	入浴	△2	△1		入浴動作は妻の手助けが必要。
	着脱衣	○1			
I A D L	掃除	×2			妻が実施している。
	洗濯	×2			妻が実施している。
	買物	△1			妻の付き添いで一緒に行くことがある。
	調理	△2			妻がしている。自分では、インスタントラーメンを作ることはできる。
	整理	○1			身の回りの片付けは実施している。
	ごみ出し	×2			妻が実施している。
	通院	○2			
	服薬	○1			
	金銭管理	○2			お小遣い程度を管理している。
	電話	○1			
	社会参加	△2	△1		最近ハイキングに行けていない。

(厚労省標準様式 A 3 本市介護予防ケアマネジメントマニュアルに掲載の A・B・C 表でも可)

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）												
利用者の氏名	性別	誕生日	施設への入居年月日	施設・紹介・連絡	緊急時・急病時	緊急連絡先	事業所名称					
計画作成者（要項）氏名 _____ 担当の責任者（要項）氏名 _____ 計画作成日（要項） _____ 計画作成場所（要項） _____ 計画の実行期間 _____												
アセスメント実施と 経過の状況	本人・家族の 希望・意向	実施における課題 （資源・環境）	総合評価	目標に対する 目標と具体策 の達成	実施期についての意向 本人・家族	目標	目標についての 文書のポイント	本人等のセルフケア や家族の支援、イフ フォーマルサービス （高齢者サービス）	介護技術サービス 又は地域支援事業 （生活福祉のサービス）	サービス 種類	事業所 （所在地）	期間
運動・活動について	☐ 有 ☐ 無											
日常生活機能維持について	☐ 有 ☐ 無											
社会参加、人間関係・コミュニ ケーションについて	☐ 有 ☐ 無											
健康増進について	☐ 有 ☐ 無											

【本年行うべき支援が実施できない場合】
異なった文書の適用に向けた方針

総合的な方針：生活不能状態の改善を目的とする

計画に関する記載

上記計画について、同意いたします。

氏名 _____

利用者名 _____ 様

作成年月日

年 月 日

週間サービス計画表

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								
早朝								
午前								
午後								
夜間								
深夜								
週単位以外のサービス								



資料No.009 課題整理総括表〈A 3 様式〉

(左面)

課題整理

利用者名 殿

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①				②			
		④				⑤			
状況の事実 ※1		現在 ※2				要因※3	改善/維持の可能性※4		
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
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
							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
 ※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
 ※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。

(右面)

総括表

作成日 _____ / _____ / _____

③	利用者及び家族の 生活に対する意向		
⑥			
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

て追加して差し支えない。

(番号を記入可)。

※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って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「ー」印を記入。



(表面)

大阪市自立支援型ケアマネジメント用 診療情報提供書

年 月 日

情報提供先事業所

殿

医療機関の所在地及び名称
(住 所)

(医師氏名)

(電話番号)

(FAX番号)

患者氏名	性別	男	女																
	職業																		
電話番号	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生 () 歳																	
患者住所																			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの																		
	傷病名①	発症日	年 月 日																
	傷病名②	発症日	年 月 日																
	その他の傷病名																		
	傷病名①	発症日	年 月 日																
	傷病名②	発症日	年 月 日																
傷病の経過及び治療状況																			
直近1年の入院状況	あり ・ なし	入院となった原因疾患																	
		入院日	年 月 日																
		退院日	年 月 日																
主治医から見たADLの現状評価と改善等の期待について右の表の記号を用いてご記入ください。(記入いただける範囲で構いません)																			
生活機能	現状	改善等の期待	特記事項																
室内歩行																			
屋外歩行																			
外出頻度																			
排泄																			
食事																			
入浴																			
着脱衣																			
※下表に基づき、ご記入ください <table border="1" style="margin-left: auto;"> <tr><th colspan="2">現状</th></tr> <tr><td>自立</td><td></td></tr> <tr><td>一部介助</td><td></td></tr> <tr><td>全介助</td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto;"> <tr><th colspan="2">改善等の期待</th></tr> <tr><td>高い</td><td>①</td></tr> <tr><td>低い</td><td>②</td></tr> <tr><td>わからない</td><td>③</td></tr> </table>				現状		自立		一部介助		全介助		改善等の期待		高い	①	低い	②	わからない	③
現状																			
自立																			
一部介助																			
全介助																			
改善等の期待																			
高い	①																		
低い	②																		
わからない	③																		
ADLを向上又は維持するために必要な支援等																			

※裏面の記載例を参考にしてください

(裏面)

○主治医から見たADLの「現状評価」と「改善等の期待」記入欄の記載例

生活機能	現状	改善等の期待	特記事項
室内歩行	自立		
屋外歩行	一部介助	①高い	膝関節症による疼痛があるが、体重を減らし膝の柔軟体操を続けることで、改善の可能性はある。
外出頻度	一部介助	②低い	
排泄	一部介助	①高い	排泄の機能障がいはないため、下肢筋力が向上すれば、トイレ利用が可能となるものと思われる。
食事	自立		
入浴	一部介助	①高い	リハビリを継続すれば一人での入浴も可能となると思われる。
着脱衣	一部介助	②低い	

- ・現状が『自立』の場合は、改善等の期待欄及び備考欄の記載の必要はありません。
- ・改善等の期待欄には、自立の支援や重度化防止のための支援があれば改善等され则认为る場合に記入ください。
- ・改善等のための支援や方法など、必要と考えるものなどあれば「ADLを向上又は維持するために必要な支援等」の欄に記入ください。

◆自立支援型ケアマネジメント検討会議 選定ケース管理表

番号	氏名	生年月日 介護保険被保険者証番号	選定基準	ケアマネ事業者情報			資料提供		事前資料 送付日	会議 開催日	モニタ リング日	意見の 反映	再検討 の是非
				事業者番号	事業者名称	ケアマネジャー氏名	依頼日	受理日					
-	-	昭・平・・	基本・特別										
-	-	昭・平・・	基本・特別										
-	-	昭・平・・	基本・特別										
-	-	昭・平・・	基本・特別										
-	-	昭・平・・	基本・特別										
-	-	昭・平・・	基本・特別										
-	-	昭・平・・	基本・特別										
-	-	昭・平・・	基本・特別										
-	-	昭・平・・	基本・特別										
-	-	昭・平・・	基本・特別										
-	-	昭・平・・	基本・特別										
-	-	昭・平・・	基本・特別										



令和 年度 自立支援型ケアマネジメント 小会議 会議録

1. 小会議開催場所や開催日等

小会議開催包括		開催場所	
開催日	令和 年 月 日（ ）	検討時間	時 分～ 時 分

2. 検討会議参加者 別添、受付簿のとおり

3. 小会議において説明等行った検討事例

選定ケース番号	—	—	令和 年 月	検討会議分
	—	—	令和 年 月	検討会議分
	—	—	令和 年 月	検討会議分
	—	—	令和 年 月	検討会議分
	—	—	令和 年 月	検討会議分

4. 小会議での参加者からの主な意見等

主催包括	
リハビリテーション専門職	
その他（ケアマネ事業所職員等）	① 検討会議での意見等に関する意見など ② その他の意見

※小会議終了時には、小会議での内容をケアマネ事業所において、当該事業所内職員に伝達等行うことを確認すること

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

資料No.14

※資料12のシートは印刷しないでください(資料14の提出時には資料12のシートも一緒に提出してください)

[illegible]

● 初回モニタリング

モニタリング履歴	令和 年 月 日 ()	所内試験の結果	ケアプランに反映した内容と内容と内容の結果
記入者 ☐ 養護老人 ☐ 介護福祉士 ☐ 介護士 ☐ その他 ()		本人への説明内容 ☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ その他 ()	☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ その他 ()
実施担当者 ☐ 養護老人 ☐ 介護福祉士 ☐ 介護士 ☐ その他 ()		実施内容 ☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ その他 ()	実施結果 ☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ その他 ()
実施結果 ☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ その他 ()		実施結果 ☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ 説明済み ☐ その他 ()	

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

[illegible]

①医師
②リハビリテーション専門職
③区保健福祉センター
保健福祉課長
④ケアマネ事業所
(検討ケース担当事業所)
⑤(区内)地域包括支援センター
⑥介護サービス提供事業所
(検討ケース担当事業所)

様

令和 年 月 日

(主催者)
大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課
(開催者、通知送付者)
□□□地域包括支援センター
自立支援型ケアマネジメント検討会議事務局
(担当: ▲▲▲▲ 電話: 00-0000-0000)

●●区自立支援型ケアマネジメント検討会議(△月開催分)の開催のご案内

平素は、●●区の高齢者施策の推進等にご協力賜り有難うございます。
 標題のとおり、●●区における△月の自立支援型ケアマネジメント検討会議(以下、「検討会議」とい
 う。)について、次のとおり開催いたします。
 つきましては、当該会議への出席についてご協力いただきますようお願いいたします。
 なお、出席が困難な場合には、開催者あてご連絡ください。

記

1. 開催日時
令和 年 月 日() 時 分～
2. 開催場所
3. 検討会議における検討内容(予定)
○検討ケース 件

①医師
②リハビリテーション専門職
③区保健福祉センター
保健福祉課長
④ケアマネ事業所
(検討ケース担当事業所)

※ただし、④に対しては③が担当
する検討ケース分のみを送付する
こと

令和 年 月 日

(主催者)
大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課
(開催者、通知送付者)
□□□地域包括支援センター
自立支援型ケアマネジメント検討会議事務局
(担当：▲▲▲▲ 電話：00-0000-0000)

●●区自立支援型ケアマネジメント検討会議（△月開催分）
の検討ケース事前資料の送付について

平素は、●●区の高齢者施策の推進等にご協力賜り有難うございます。

●●区における△月の自立支援型ケアマネジメント検討会議（以下、「検討会議」という。）について、別紙開催通知のとおり開催いたします。

つきましては、当該会議において検討するケースにおける関係資料についてお送りいたします。検討会議の開催までに送付する資料により検討ケースの状況等を把握していただきますようお願いいたします。

検討会議当日には、当該資料をもとに検討を行うため、送付資料一式について持参いただきますようお願いいたします。

なお、送付する資料につきましては、個人情報等の管理の観点から取扱いには十分に注意していただきますようお願いいたします。（介護保険法第206条第2項において罰則規定があります。）

○ 送付資料

検討ケース番号	送付資料									
	No.001	No.002	No.003	No.004	No.005	No.006	No.007	No.008	No.009	No.010
	お名前 氏名欄	基本情報 シート	介護・福祉 サービス 履歴	介護保険 認定書 表	介護保険 認定書 裏表	介護保険 申請書 表	介護保険 申請書 裏表	介護保険 申請書 裏表	介護保険 申請書 裏表	介護保険 申請書 裏表
-	-									
-	-									
-	-									
-	-									
-	-									

令和 年 月 日

ケアマネ事業所
(検討ケース担当事業所)

(主催者)
大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課
(開催者、通知送付者)
□□□地域包括支援センター
自立支援型ケアマネジメント検討会議事務局
(担当：▲▲▲▲ 電話：00-0000-0000)

●●区自立支援型ケアマネジメント検討会議（△月開催分）
における検討対象ケースの関係資料の提供について（依頼）

平素は、●●区の高齢者施策の推進等にご協力賜り有難うございます。
標題のとおり、●●区における△月の自立支援型ケアマネジメント検討会議（以下、「検討会議」という。）において、対象者の自立支援や重複化防止の観点からの検討を行います。
つきましては、次の関係資料の写しを開催者である□□□地域包括支援センター自立支援型ケアマネジメント検討会議事務局あてに提出していただきますようお願いいたします。
提出していただく際には、個々の資料の写しには個人情報が含まれていることから、十分にご注意いただきますようお願いいたします。
また、検討会議の開催の際には、当該高齢者を担当するケアマネジャーのご出席をお願いすることとなりますので、その際にもご協力をお願いいたします。

◆提出いただく関係資料

- | | |
|--|-----------------------------|
| □①【No.001】利用者基本情報 | □②【No.002】基本チェックリスト |
| □③【No.003】興味・関心チェックシート | □④【No.004】介護保険認定調査票（特記事項含む） |
| □⑤【No.005】介護保険主治医意見書 | □⑥【No.006】生活機能評価表 |
| □⑦【No.007】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） | |
| □⑧【No.008】通関サービス計画表 | □⑨【No.009】課題整理総括表 |

※上記資料について無い場合には、作成のうえ提出してください。

◆開催予定日時等

- ・開催予定日 令和 年 月 日（ ） 時（予定）
- ・開催予定場所

資料No.018 診療情報提供作成依頼書
(表面)

令和 年 月 日

〇〇医院 〇〇 〇〇 (医師名) 様

(主催者)
大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課
(事務局)
□□□地域包括支援センター
(担当: ▲▲▲▲ 電話: 00-0000-0000)

「大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議」への診療情報の提供について (依頼)

平素は、大阪市の高齢者施策の推進にご協力賜り誠に有難うございます。
本市では、高齢者の介護予防と自立支援の観点から個別のケアマネジメントについて検討する「大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議」を各区で開催しているところですが、この度、貴院患者様のケアマネジメント (介護予防ケアプラン) について検討すること致しました。
つきましては、**かかりつけ医師による、当該患者様の直近の病状や自立支援の観点からのご意見を頂戴したいと存じます**ので、別紙 (診療情報提供書) を作成のうえ、事務局あてご送付頂きますようお願い致します。ご多忙の中、大変恐縮ですがよろしくお願い申し上げます。

(1) 対象患者様

介護保険 被保険者番号					
氏 名		性別	男 ・ 女	生年月日	大・昭 年 月 日 生
住 所	〒				

(2) 送付書類及びご返送について

- ① 作成依頼通知 (本書)
- ② 大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議用 診療情報提供書
- ③ 請求書

上記②・③を返信用封筒にて、令和 年 月 日までに、ご投函ください。

(参考: 検討会議開催予定日 令和 年 月 日)

(3) 個人情報の取り扱いについて

- ① 地域包括支援センターが、介護予防支援 (要支援認定者のケアプラン作成) の契約時に、必要な関係者から情報提供を受けることについて、「個人情報の利用に関する同意書」により、ご本人から同意を得ています。
- ② ご提供頂いた情報は、検討会議にのみ使用するものでそれ以外に使用することはありません。

※ 「大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議」の概要・・・裏面参照

(裏面)

参考

自立支援型ケアマネジメント検討会議について

1 目的

- ①要支援認定者の自立支援・介護予防の観点から個別のケアマネジメントを検討することで、状態の改善や自立を促し、ひいては「高齢者の QOL の向上」を目指す。
- ②市民や関係者の自立支援に向けた意識醸成を行うとともに、ケアマネジャー等のスキルアップを目指す。
- ③地域における高齢者の自立を妨げる地域課題等を把握し、今後の政策形成につなげる。

2 実施主体

大阪市及び委託先である地域包括支援センター

3 開催頻度等

開催頻度	1 区 1 包括については隔月 1 回 1 区複数包括については各区単位で月あたり 1 回
所要時間	2 時間程度
検討ケース数等	原則 2 件

4 検討する対象ケース

在宅で生活する第 1 号被保険者であり、要支援者及び軽度な要介護認定者（要介護 2 まで）の者であって、改善が見込まれるケース

（例えば、骨折等により一時的に介護度に変化があったケースなどで、サービス等の利用により、改善の見込みがあるケース、また、要介護から要支援へ改善されたケースも対象）

5 検討会議出席者

- ・ 地域包括支援センター職員
- ・ 区保健福祉センター職員
- ・ 担当ケアマネジャー、介護サービス提供事業所（可能な限り）
- ・ 医師（外部助言者）
- ・ リハビリテーション専門職（外部助言者）

6 医師による助言内容

「介護保険主治医意見書」や「かかりつけ医からの診療情報提供書」（本市様式）等の情報をもとに、対象ケースの病状や障がい程度を把握していただいたうえで、医学的な観点から事例の予後予測、対象者の動作や活動について助言をしていただきます。

資料No.019 検討会議会議録 送付書

①医師

②リハビリテーション専門職

③区保健福祉センター
保健福祉課長

④ケアマネ事業所
(検討ケース担当事業所)

⑤(区内)地域包括支援センター

⑥介護サービス提供事業所
(検討ケース担当事業所)

様

令和 年 月 日

(開催者、通知送付者)

□□□地域包括支援センター

自立支援型ケアマネジメント検討会議事務局

(担当: ▲▲▲▲ 電話: 00-0000-0000)

●●区自立支援型ケアマネジメント検討会議会議録(△月開催分)の送付について

平素は、●●区の高齢者施策の推進等にご協力賜り有難うございます。

標題のとおり、●●区における△月に開催いたしました自立支援型ケアマネジメント検討会議(以下、「検討会議」という。)の会議録につきまして、別添のとおり送付いたします。

なお、居宅介護支援事業所におきましては、検討会議に出席した職員により、送付させていただく会議録を用いて当該事業所職員・ケアマネジャーに対して検討会議での意見等を伝えるなどしていただき、より一層、高齢者本人の自立支援・重度化防止に向けたケアプランの作成にご協力いただきますようお願いいたします。

○ 送付書類

① 送付書(本書)

② 自立支援型ケアマネジメント検討会議会議録

(区検討会議 令和 年 月開催分)

○ 検討会議での検討ケース番号

検討ケース番号	年齢	ケースの種類
— —		基本ケース ・ 特別ケース
— —		基本ケース ・ 特別ケース
— —		基本ケース ・ 特別ケース
— —		基本ケース ・ 特別ケース
— —		基本ケース ・ 特別ケース

大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議 参加者等受付簿

令和 年 月 日 開催分

氏名	所属等	事業所名称等	検討対応ケース番号等
	☐ 医師 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 区保健福祉センター職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供事業所職員 ☐ 区内地域包括支援センター職員		
	☐ 医師 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 区保健福祉センター職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供事業所職員 ☐ 区内地域包括支援センター職員		
	☐ 医師 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 区保健福祉センター職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供事業所職員 ☐ 区内地域包括支援センター職員		
	☐ 医師 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 区保健福祉センター職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供事業所職員 ☐ 区内地域包括支援センター職員		
	☐ 医師 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 区保健福祉センター職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供事業所職員 ☐ 区内地域包括支援センター職員		
	☐ 医師 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 区保健福祉センター職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供事業所職員 ☐ 区内地域包括支援センター職員		
	☐ 医師 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 区保健福祉センター職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供事業所職員 ☐ 区内地域包括支援センター職員		
	☐ 医師 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 区保健福祉センター職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供事業所職員 ☐ 区内地域包括支援センター職員		
	☐ 医師 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 区保健福祉センター職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供事業所職員 ☐ 区内地域包括支援センター職員		
	☐ 医師 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 区保健福祉センター職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供事業所職員 ☐ 区内地域包括支援センター職員		
	☐ 医師 ☐ リハビリテーション専門職 ☐ 区保健福祉センター職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供事業所職員 ☐ 区内地域包括支援センター職員		

個人情報の利用に関する同意書

私は、私の介護予防サービス計画（介護予防ケアマネジメント）が、〇〇地域包括支援センターが行う「自立支援型ケアマネジメント検討会議」の対象となり、会議での検討及び概ね 1 年後に行うモニタリングの実施において必要な場合に、診療情報提供書等の個人に関する記録を、〇〇地域包括支援センターが、主治医その他本件業務に関係する者から、提供を受けることに同意します。

ただし、利用の期間は、契約の開始日から契約終了日以降 1 年間とします。

令和 年 月 日

ご本人

住所 _____

氏名 _____

代理人

住所 _____

氏名 _____

(裏面)

自立支援型ケアマネジメント検討会議について

この「検討会議」は、地域ケア会議の1つであり、
介護保険法第115条の48に規定する会議です。
検討会議出席者には、守秘義務が規定されています。

検討会議

大阪市では「自立支援型ケアマネジメント検討会議」を開催しています。
会議では、医師やリハビリテーション専門職から助言をもらいながら、どのようなサービスを組み合わせて利用すれば、住み慣れた自宅でより元気な生活を続けられるかを考えます。
この会議は介護保険の保険者である大阪市が主体となって取り組む事業であり、大阪市が事業を委託している地域包括支援センターで開催します。

対象者説明

検討会議後、おおむね3か月以内に助言内容の説明をします。

※この説明に同意された場合において、助言内容に基づくケアプランの変更を行うことになります。

モニタリング



おおむね1年後に、心身や生活の状況等を確認します。

ちょっと話



これまで検討した方の1年後のモニタリング結果では、【リハビリや運動】、【医療】、【食生活】、【社会参加】の助言を取り入れた方は、取り入れられなかった方と比べて、心身の状況に変化がより現れた結果となっています。



～要支援認定を受けられた方へ～

いつまでも充実した生活を送るために

自分らしい生活を実現するためには、介護サービスをどのように利用すると良いのでしょうか？

Aさんのケース

Aさん(75歳)は近所を散歩中に骨折してしまい、2か月安静にしていました。骨折は治りましたが、安静中に筋力が低下し、一人で歩いて外出できず、買い物に行けなくなりました。

パターン①

再び一人で買い物に行けるよう、ヘルパーさんから支援を受けながら、自分でできる掃除や食事の準備は自分でいい、リハビリも積極的に取り組みました。



パターン②

買い物などの支援だけでなく、掃除や食事の準備など困りごとは、何でもヘルパーさんをお願いしました。また、動くのが億劫になり、リハビリにも消極的でした。



その結果、再び長い距離を歩けるようになりました。以前のように一人で買い物に行き、いきいき百歳体操にも参加し、以前よりも元気です。



自分でできていたこともできなくなり、全身の筋力や機能が衰えて、さらに状態が悪化しました。



パターン①のように、介護サービスを利用しつつ、元気になるため、できることは自分でやろうと考えて行動することは、自宅で元気に生活することにつながります。



大阪市の取り組みについて

大阪市では「自立支援型ケアマネジメント検討会議」を開催しています。会議では、医師やリハビリの専門職から助言をもらいながら、どのようなサービスを組み合わせて利用すればAさんのような生活につながるかを検討します。後日、担当する介護支援専門員からご利用者本人へ、会議で出た助言や意見を説明し、これからも充実した生活を送るため、サービスの組み合わせについて一緒に考えます。



発行：大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課 TEL:06-6208-8060

資料No.023 医療機関等あて助言者派遣依頼書

令和 年 月 日

医 療 法 人 ○ ○ 会
代表 ○ ○ ○ ○ 様

(主催者)
大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課
(開催者、通知送付者)
□□□地域包括支援センター
自立支援型ケアマネジメント検討会議事務局
(担当：▲▲▲▲ 電話：00-0000-0000)

「○○区自立支援型ケアマネジメント検討会議」の助言者の派遣について（依頼）

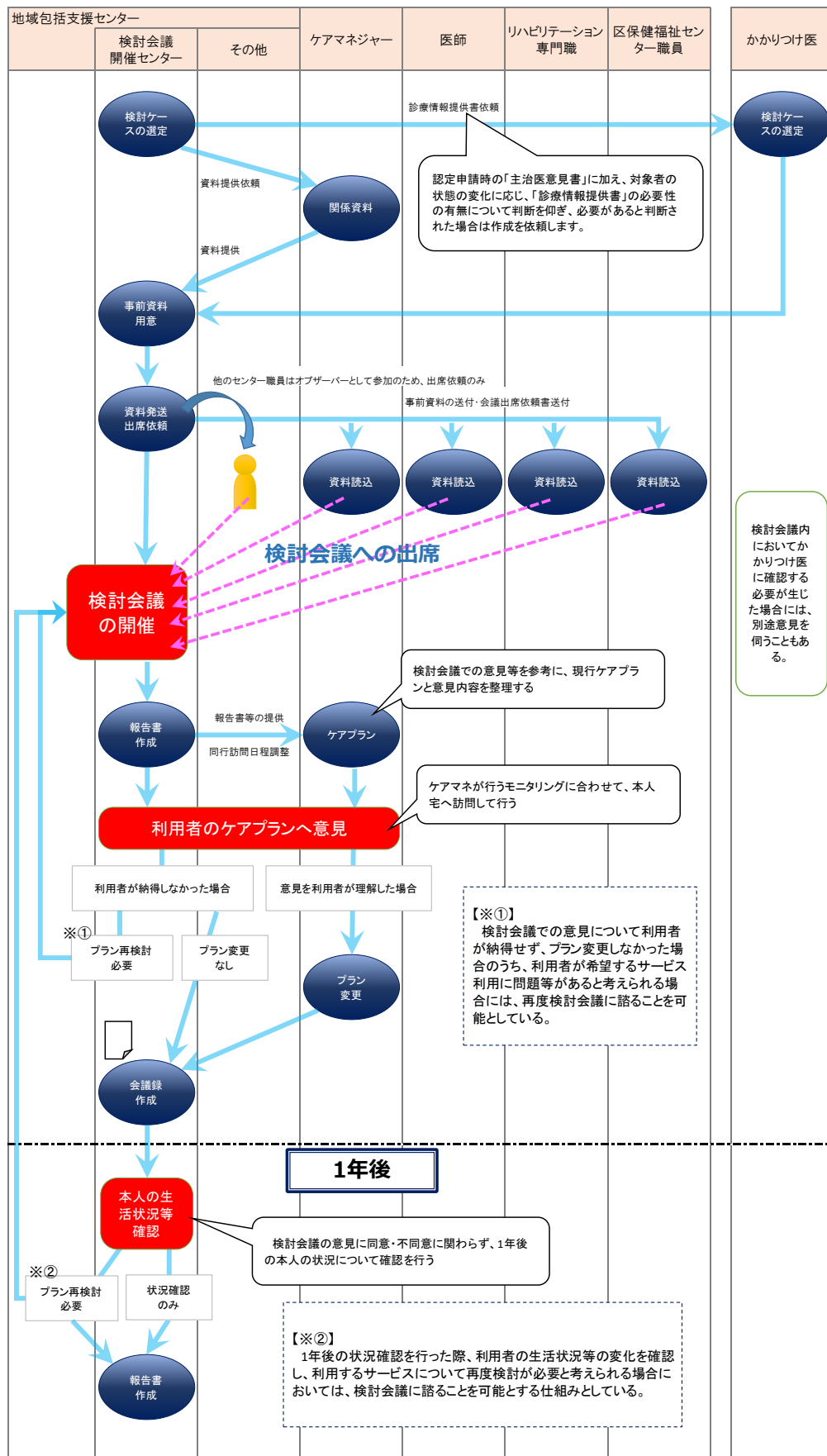
平素は、●●区の高齢者施策の推進等にご協力賜り有難うございます。
標題のとおり、●●区における△月の自立支援型ケアマネジメント検討会議（以下、「検討会議」という。）について、次のとおり開催いたします。
つきましては、貴所属職員を助言者として、検討会議へ派遣いただきますよう、よろしくお願いいたします。

記

1. 派遣希望職員名
○○ ○○
2. 開催日時
令和 年 月 日 () 時 分～
3. 開催場所
○○

◆説明資料◆ ①自立支援型ケアマネジメント検討会議の全体フロー

検討会議の流れ(小会議は含まない)



◆説明資料◆ ②各地域包括支援センター（コード表）

	区	包括名称
1	北区	北区
2		北区大淀
3	都島区	都島区
4		都島区北部
5	福島区	福島区
6	此花区	此花区
7		此花区南西部
8	中央区	中央区
9		中央区北部
10	西区	西区
11	港区	港区
12		港区南部
13	大正区	大正区
14		大正区北部
15	天王寺区	天王寺区
16	浪速区	浪速区
17	西淀川区	西淀川区
18		西淀川区南西部
19	淀川区	淀川区
20		淀川区東部
21		淀川区西部
22		淀川区南部
23	東淀川区	東淀川区
24		東淀川区北部
25		東淀川区南西部
26		東淀川区中部
27	東成区	東成区南部
28		東成区北部
29	生野区	生野区
30		東生野
31		鶴橋
32		巽

	区	包括名称
33	旭区	旭区
34		旭区西部
35		旭区東部
36	城東区	城東区
37		城東・放出
38		城陽
39	鶴見区	董・鯉江東
40		鶴見区
41		鶴見区西部
42	阿倍野区	鶴見区南部
43		阿倍野区
44		阿倍野区北部
45	住之江区	阿倍野区中部
46		住之江区
47		さきしま
48		安立・敷津浦
49	住吉区	加賀屋・粉浜
50		住吉区
51		住吉区北
52		住吉区東
53	東住吉区	住吉区西
54		東住吉区
55		矢田
56		中野
57	平野区	東住吉北
58		平野区
59		加美
60		長吉
61	西成区	瓜破
62		喜連
63		西成区
64		玉出
65		西成区北西部
66		西成区東部