

令和6年度 地域ケア個別会議（介護予防型） 事例提供に係る説明会



令和7年3月4日

地域包括支援センター 主任ケアマネジャー職能会
筑紫野市 高齢者支援課 高齢者福祉担当

1 個別課題解決機能

個別のケースについて、多機関・多職種の専門職が多角的視点から検討を行い、高齢者の自立支援に資する助言を行います。その結果、課題解決のためのアセスメント力や実践力の向上、及び高齢者相談支援センター職員や介護支援専門員が、より充実した高齢者の自立支援に資するケアマネジメントにつながることを期待されます。

2 ネットワーク構築機能

個別ケースの課題解決のために必要な関係機関・団体が、相互に連携することによって課題解決機能が高まります。自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識により、ネットワークがさらに強固で実践的なものとなります。

3 地域課題発見機能

個別ケースの検討を重ねていく中で、同様の課題を抱えたケースを発見し、課題の内容や地域の現状等を総合的に判断して、地域全体で解決すべき課題を明らかにします。

4 地域づくり・資源開発機能

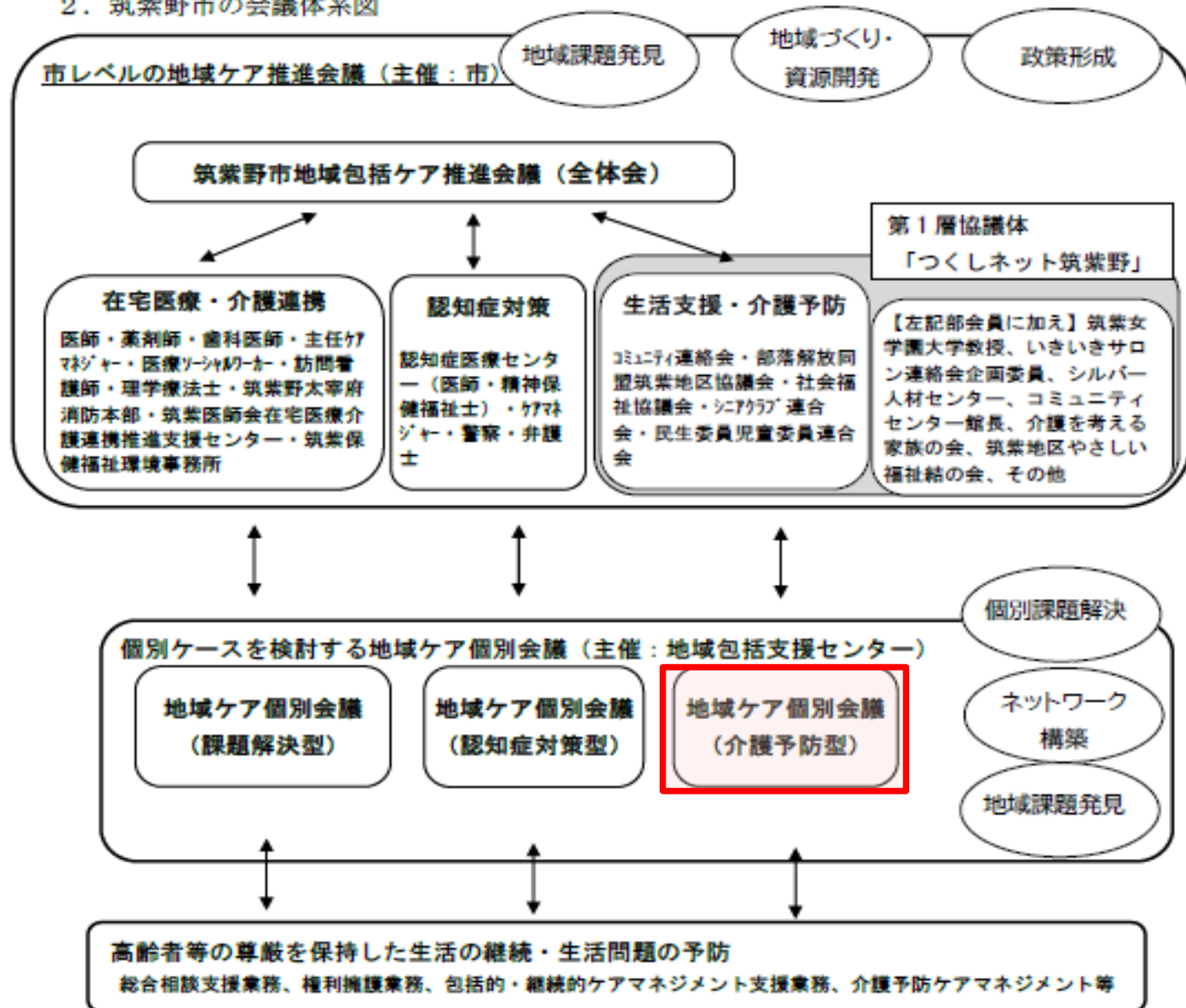
明らかになった地域課題に対して求められるサービスや地域のネットワーク機能など、必要となる地域資源を開発していく機能です。関係機関・団体などが持つ機能や得意分野を生かした支援、地域特性に応じた資源開発につながります。

5 政策形成機能

地域課題の解決に向けて利用可能な地域資源等を検討し、地域課題解決のための政策提言を行ったり、ニーズに見合ったサービスの基盤整備を行います。

筑紫野市地域ケア会議について

2. 筑紫野市の会議体系図



事例提供に至るまでの一連の流れ

開催日	曜日	場所 (会議室)	時間	運営担当 包括	事例書類の 提出期限
令和7年5月20日	火	ちくしの荘	13:15～15:30	ちくしの荘	4月21日(月)
令和7年6月3日	火	ちくしの荘	13:15～15:30	ちくしの荘	5月5日(月)
令和7年7月1日	火	ちくしの荘	13:15～15:30	ちくしの荘	6月2日(月)
令和7年8月5日	火	ちくしの荘	13:15～15:30	ちくしの荘	7月7日(月)
令和7年9月2日	火	ちくしの荘	13:15～15:30	ちくしの荘	8月4日(月)
令和7年10月7日	火	ちくしの荘	13:15～15:30	ちくしの荘	9月8日(月)
令和7年11月4日	火	ちくしの荘	13:15～15:30	ちくしの荘	10月6日(月)
令和7年12月2日	火	ちくしの荘	13:15～15:30	ちくしの荘	11月3日(月)

※ちくしの荘:筑紫野市原田462番地(☎092-926-2871)

※事例提供日の会議出席が難しくなった場合は、事業所内で交代し、運営包括に連絡をお願いします。

※事例書類の提出期限が休日の場合、前日までに提出をお願い致します。

開催日	曜日	場所 (会議室)	時間	運営担当 包括	事例書類の 提出期限
令和7年7月2日	水	市505会議室	13:15～15:30	天拝の園	6月3日(火)
令和7年8月6日	水	市503会議室	13:15～15:30	天拝の園	7月8日(火)
令和7年9月10日	水	市503会議室	13:15～15:30	天拝の園	8月12日(火)
令和7年10月8日	水	市506会議室	13:15～15:30	天拝の園	9月9日(火)

※筑紫野市:筑紫野市石崎1丁目1番1号(運営:地域包括支援センター天拝の園☎092-918-5788)

※運営包括によって、会場が異なります。ご注意ください。

※見学締め切りは会議の1週間前までにご連絡をお願い致します。

開催日	曜日	場所 (会議室)	時間	運営担当 包括	事例書類の 提出期限
令和7年6月17日	火	市505会議室	13:15～15:30	むさし	5月19日(月)
令和7年7月23日	水	市301会議室	13:15～15:30	むさし	6月24日(火)
令和7年9月16日	火	市503会議室	13:15～15:30	むさし	8月18日(月)
令和7年10月21日	火	市506会議室	13:15～15:30	むさし	9月22日(月)

※筑紫野市:筑紫野市石崎1丁目1番1号(運営:地域包括支援センターむさし☎092-925-2775)

下記に該当するケースの事例提供をお願いします。

- 筑紫野市が保険者であり、かつ筑紫野市民である(住宅型有料老人ホーム入居者を含む)。
- 要支援～要介護1・事業対象者であり、かつ継続支援が見込めるケースである(死亡者は対象外)。
- 介護サービス利用者であれば、検討事例となります(介護保険法第1条、第2条、第4条)。

※事例提供者が決まりましたら、事例検討表の太枠内を記載ください。

※事例提供者に悩まれる場合は、運営包括の主任ケアマネジャーまでご相談ください。

通し番号	ケース氏名	受け持ち開始月	年	月～
一言テーマ	事例提供者氏名			
【利用者が、望む暮らしにむけて、改善したいこと】				
【事例提供者が、利用者の望む暮らしにむけて、改善したいこと・助言頂きたい内容】				

ケース選定に迷う場合は・・・

- ケアプラン更新前(区分変更を考えている事例)の利用者
理由:助言をもとに、支援の方針の参考にして欲しいため。
- 福祉用具貸与を受けている利用者
理由:改善が見込めるケースを蓄積することで、自立に向けての支援を考えていくため。
- 訪問介護利用者
理由:本人ができることを伸ばし、地域の社会資源につなげていきたいため。

6週間前: 包括主任ケアマネ→事例提供者へ事前連絡



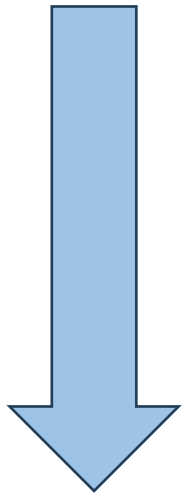
4週間前: ①事例提供者→運営包括へケアプランと事例検討表提出

②運営包括: 提供事例の確認

※内容確認後、地域ケア個別会議(課題解決型)を案内する場合があります。その場合、提供事例の変更をお願いします。

③事例提供者→介護サービス事業所へ出席依頼

※介護サービス事業所宛の文章、お願い事項をまとめたものを作成していますので、配布をお願いします。



3週間前: 包括主任ケアマネ→事例提供者に連絡(事前打ち合わせ日程等)



2週間前: 事例提供者→運営包括へ提出書類一式を提出

事例提供者⇔運営包括主任ケアマネにて事前打ち合わせ

(提出書類等の確認)

提出書類一覧と各種様式

独自様式は、市ホームページよりダウンロードできます。

【提出書類一覧】 ★マークは独自様式

	項目	提出時期	留意点
1	☐ ★検討事例表	4 週間前	
2	☐ 利用者基本情報	2 週間前	直近のものを提出
3	☐ お薬手帳等の薬情報の写し	2 週間前	直近のものを提出
4	☐ ★栄養・転倒のアセスメントシート	2 週間前	
5	☐ ★社会的フレイル・活動に関する質問	2 週間前	
6	☐ ★ADL・IADL 評価シート	2 週間前	
7	☐ 要介護1)第1表～第3表 ☐ 要支援1・2)介護予防サービス支援計画書	4 週間前	直近のものを提出
8	介護サービス事業所からの提出資料 ① ☐ 計画書及び報告書(モニタリング) ② ☐ 運動器機能向上計画書及び報告書 ③ ☐ 口腔機能改善管理指導計画書及び報告書 ④ ☐ 栄養機能改善管理指導計画書及び報告書	2 週間前	直近のものを提出

介護サービス事業所から提出してもらったものを、提出してください。

事例検討表一式、回収します印刷 NO.

地域ケア個別会議(介護予防型) 事例検討表

通し番号	ケース氏名	受け持ち開始月	年	月～
一言テーマ	事例提供者氏名			
【利用者が、望む暮らしにむけて、改善したいこと】				
【事例提供者が、利用者の望む暮らしにむけて、改善したいこと・助言頂きたい内容】				
提出書類に落としていない補足情報				
【事例の課題】※3/5以上を課題とする		課題のキーワード記入欄	⑥健康管理・薬管理(要診察指示含む)	/5
①ADL/IADL	/5		⑦精神面	/5
②自宅環境	/5		⑧認知面	/5
③社会参加・いきがい	/5		⑨家族の課題(介護力の低下)	/5
④地域の課題	/5		⑩権利擁護(金銭の管理含む)	/5
⑤口腔・栄養面	/5		⑪その他	/5
【事例提供者からの感想】			【介護サービス事業者からの感想】	

太枠内を記載してください。

【提出書類一覧】★独自様式(市ホームページよりダウンロード可能)				
1	□★検討事例表	5	□★社会的フレイル・活動に関する質問	
2	□利用者基本情報	6	□★ADL・IADL 評価シート	
3	□お薬手帳等の薬事情報の写し	7	□要介護1)第1表～第3表 □要支援1・2)介護予防サービス支援計画書	
4	□★栄養・転倒のアセスメントシート	8	介護サービス事業所からの提出資料 ①□計画書及び報告書(モニタリング) ②□運動機能向上計画書及び報告書 ③□口腔機能改善管理指導計画書及び報告書 ④□栄養機能改善管理指導計画書及び報告書	

栄養・転倒のアセスメントシート(市独自資料)

栄養・転倒のアセスメントシート		作成月	年	月	通し番号		
○個別相談や医師への相談の必要性							
1	この3ヶ月以内に、手紙や食事療法の必要な入院をしましたか？				はい	いいえ	8から9ない
2	下痢や便秘が続いていますか？				はい	いいえ	8から9ない
○食事内容							
1	1日に何回食事をしますか？			1回	2回	3回	8から9ない
2	水、お茶、ジュース、コーヒーなどの飲み物を1日に何杯くらい飲みますか(200mlのコップ)？			杯			8から9ない
3	健康の為などで意識して食べる食品、補助食品、サプリメントなどがありますか？			はい(内容)		いいえ	8から9ない
4	1日の献立のメニュー例を教えてください (※できる範囲で書き込んでください)		朝	昼	夕		
○食事の準備状況							
1	自分(料理担当者名())が、食べ物を買いに行くのに不自由を感じますか				はい	いいえ	8から9ない
2	自分(料理担当者名())が、食事の支度をするのに不自由を感じますか				はい	いいえ	8から9ない
3	よく使う料理器具を教えてください		電子レンジ	炊飯器	ポット	ガスコンロ	IHヒーター
○食事の状況							
1	食事をすることは楽しいですか				はい	いいえ	8から9ない
2	1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか。				はい	いいえ	8から9ない
3	毎日、決まった時間に食事や睡眠をとっていますか				はい	いいえ	8から9ない
4	食事時間はどのくらいですか？			15分	30分	40分以上	
○特別な配慮の必要性							
1	食べ物でアレルギー症状(食べると下痢や嘔吐がでる)ができますか				はい	いいえ	8から9ない
2	医師に食事療法をするように言われていますか。				はい(内容)		いいえ
○口腔・嚥下							
1	飲みかけたり飲みきれないと食べられない食品がありますか。				はい	いいえ	8から9ない
2	飲み込みにくいと感じる事がありますか。				はい	いいえ	8から9ない
3	水分などむせて飲みにくいことがありますか。				はい	いいえ	8から9ない
4	飲みがき(嚥下の手入れ)を毎日していますか。はいの方は回数を記入してください			はい(回)		いいえ	8から9ない
5	定期的に歯科受診していますか			はい(/)		いいえ	8から9ない
6	自分の歯か義歯をいれて		□両方の奥歯で噛める		□片方の奥歯で噛める		□奥歯で噛めない
7	義歯の状態		上	□なし	□部分義歯	□総義歯	
			下	□なし	□部分義歯	□総義歯	
○その他							
1	体重測定を自宅ですることができますか？またはBMIを教えてください。				はい(身長 cm、体重 kg、BMI)	いいえ	8から9ない
転倒のアセスメントシート(転倒歴のある方のみ)							
○転倒した状況について教えてください							
1	発生時間帯		朝	日中	夕方	夜間	詳細
2	どのように動き、どのように転倒しましたか						詳細
○転倒した環境(自宅の閑取り等)・場所について教えてください。※閑取り等は任意様式可(欄外に手書き可)							
1	詳細な場所						ない

社会的フレイル・活動に関する質問(市独自資料)

社会的フレイル・活動に関する質問

※該当するものに○をつけてください。

通し番号	
作成月	年 月

項目	回答				
お一人暮らしですか。	1. 独居 2. 同居だが、日中支援なし	3. 同居、日中も支援あり 4. 施設入所中			
現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。	1. 苦しい 2. やや苦しい 3. 何とかやれている	4. ややゆとりがある 5. ゆとりがある			
近所の方との程度付き合いをしていますか。	1. お互いに訪問しあう人がいる 2. 立ち話をする程度の人がいる	3. あいさつをする程度の人がいる 4. つきあいはない			
外出頻度を教えてください。	1. 月に1回 2. 月に2～3回 3. 週に1回	4. 週に2～3回 5. ほぼ毎日			
過去にしていた、現在もしている、現在はしていないが興味がある・してみたい、活動を教えてください。 ※該当するものに○をつけて下さい。		していた	している	してみたい	聞きたいが分からない
	動物の世話				
	ボランティア活動				
	自治会・町内会の行事・活動				
	サークル・自主グループ				
	シニアクラブ				
	サロン				
	お祭り・宗教活動				
	庭の手入れ				
	読書				
	俳句				
	書道・習字				
	絵を描く・絵手紙				
	パソコン				
	編み物				
	映画・観劇・演奏会				
	お茶・お花				
	歌を歌う・カラオケ				
	音楽を聴く・楽器演奏				
	将棋・囲碁・ゲーム				
	体操・運動				
	散歩				
	グラントゴルフ				
	その他()				

ADL・IADL評価シート

[ADL・IADL判定基準]

自立	どこでも出来る	○1	要介助で出来る	○2	重点項目：サービスにて満たしている項目に○を 2項目する中で一番重要と思う項目に○を 現状・予後：本人が元々行っていない項目には斜線を 予後：1年後の予後予測を記入 補綴後：事例の通り記入
一部自立	改善可能性高い	△1	改善可能性低い	△2	
全介助	改善可能性高い	×1	改善可能性低い	×2	

項目			作成月： 年 月				作成月： 年 月	
			重点項目	現状	予後	利用者の状況	補綴後	補綴後の利用者の状況
ADL	① 移動	室内歩行動作						
		屋外歩行動作						
		起き上がり						
		立ち上がり						
	② 排泄							
	③ 食事	食事動作						
		食事設定						
	④ 入浴							
	⑤ 更衣	上衣						
		下衣						
IADL	⑥ 洗濯	手洗い						
		洗濯機						
		洗濯						
		乾かし						
		収納						
IADL	⑦ 電車・バスで外出							
	⑧ 日用品の買い物							
	⑨ 食事の準備(調理)							
	⑩ 掃除							
	⑪ 洗濯							
	⑫ 物品の整理・管理							
	⑬ ゴミ出し							
	⑭ 洗濯管理							
	⑮ 金銭管理							
	⑯ 電話の使用							
	⑰ 書類の記載							
	⑱ 通院する							
	⑲							
	⑲							
	⑲							

記入例を作成しています。作成時の参考にしてください。
※記入例も市ホームページよりダウンロードできます。

ADL・IADL評価シート(市独自資料)

1. 「重点項目」欄にサービスにて補っている項目に●を、支援をする中で一番重要と思う項目に◎をつけてください。

2. 下記判定基準にそって「現状」欄に現在の状態を、「予後」欄に1年後の予後予測を記載してください。

◎ ADL・IADL判定基準

自立	どこでも出来る	○1	限られた環境で出来る	○2
一部自立	改善可能性高い	△1	改善可能性低い	△2
全介助	改善可能性高い	×1	改善可能性低い	×2

注)本人が元々行っていない項目には斜線

「どこでも出来る」= どのような環境でも(例:自宅や外出先など、どんな場所でも)できること

「限られた環境で出来る」= 限られた場所のみ(例:家の一部やデイサービス内でのみ)で自立していること

3. 「利用者の現状」欄に、具体的な利用者の現状を記載してください。
例)介助の状況、家屋情報、疾患の影響など。

事例検討時(記入例)

ADL・IADL評価シート

通し番号

【ADL・IADL判定基準】

自立	どこでも出来る	○1	限られた環境で出来る	○2
一部自立	改善可能	△1	改善可能	△2
全介助	改善可能	×1	改善可能	×2

重点項目:サービスにて補っている項目に●を支援をする中で一番重要と思う項目に◎を現状・予後:本人が元々行っていない項目には斜線を予後:1年後の予後予測を記入検討後:事例の振り返り会議時に記入

①「重点項目」欄にサービスにて補っている項目に●を、支援をする中で一番重要と思う項目に◎をつけて下さい。

③「予後」欄に、支援していく中での、1年後の予後予測を記載してください。

④「利用者の現状」欄に、具体的な利用者の現状を記載してください。例)介助の状況、家屋情報、疾患の影響など

②「現状」欄に、ADL・IADL判定基準にそって、現在の状態を記載してください。

			作業			年 月			
			重点項目	現状	予後	利用者の現状			
①	歩行動作	●		○2	体調の良いときに限る				
					体調の良いときに限る				
		起き上がり	②「現状」欄に、ADL・IADL判定基準にそって、現在の状態を記載してください。		起床時に起き上がり困難であるため電動ベッド利用				
		立ち上がり			その時の身体状況次第で膝が崩れる場合あり				
②	排泄		○1	○1	自分でできる				
③	食事	食事動作		○1	○1	自分でできる			
		環境設定		○1	○1	自分でできる			

- 会議当日の進行やお願いしたいことをまとめた用紙を用いて、打ち合わせを行います。
- まとめた用紙は打ち合わせ時に配布します(市ホームページよりダウンロードもできます)。

令和7年度 地域ケア個別会議(介護予防型) 出席者へのお願い

～事前検討時～		事前検討者へのお願い	介護サービス事業所へのお願い
1	出席者の紹介(司会者より)	1分	
2	事例の概要説明 (事例提供所・介護サービス事業所より)	3分	・事例の概要説明、事例検討後～当日まででサービス内容の変更や状況変化等について、事前に1分程度でご説明をお願いします。 ・事例検討後の配属や対応は随時変更です。
3	事例の読み込み	10分	・出席者が事例を読み込んでいる時間を利用して、司会者と事務局が打ち合わせをします。
4	質問・質問に対する回答	10分	・質問に対する回答が不明な場合でも、質問や回答ではなく事務局の事業内容が重要だと感じています。 ・質問が聞き取りにくかった場合は、「もう一度、質問内容を教えてください」とご質問ください。
5	事例の経緯について検討 (意見の賛否、経緯の内容確認)	4分	・事前打ち合わせにて事例の経緯について聞き取りをしますので、その経緯とご質問項目に必ずお答えをお願いします。
6	意見交換に対する応答	10分	・経緯の経緯は、会議終了後に事務局で確認し、お答えいたします。
7	事例提供所・介護サービス事業所より ご質問のあった事例と、その事例の 経緯の確認	3分	・意見交換に対する応答の中で、事例提供所・介護サービス事業所からご質問があった場合は、事務局が聞き取りをしますので、その経緯とご質問項目に必ずお答えをお願いします。
8	②質問が数に、いつまでにアプローチ するかの確認	6分	・ご質問が数に、いつまでにアプローチするのをご確認ください。 ・例)3ヶ月以内にケアマネジャー 家庭に訪問、本人へ
9	③キーワードの確認	2分	
10	その他、事例提供所が聞きたい質問	2分	・聞いた質問以外に、出席者に聞きたい内容がある場合は、質問をお願いします。 ・ない場合は、ないことを教えてください。
11	事例提供所・介護サービス事業所からの質問	1分	・ご感想を一言お聞かせください。
12	総括時間	3分	・事例検討後、出席内容を記載したコピーを配布します。地域包括支援センター職員もしくは事務局が当日中に職員へお配りください。 ・セッションに出席に関するアンケートのQRコードがあります。回答をお願いします。

～そのほか、会議運営に関し下記にご協力ください～
・出席の大ききによりマイクを準備しています。マイクがない場合は、大きな声でご発言をお願いします。
・事例に関する質問一式は返却しますので、持ち帰らないようお願いいたします。
・事例検討後は、自由に退席可能です。

介護サービス事業所 管理者 各位

筑紫野市地域包括支援センター
主任ケアマネジャー 職能会

筑紫野市地域ケア個別会議(介護予防型)への出席について(依頼)

時下、皆様におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

※介護サービス事業所宛の文章、お願い事項をまとめたものを作成していますので、配布をお願いします。

1. 利用者： 2. 日 時：令和 年 月 日 : ~ : 3. 会 場： 4. 内 容：支援内容の検討
・高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
・高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
5. お願い：出席にあったって、下記事項にご協力ください。
・当日は会議開始前5分前に会場にお越しください。
・市ホームページに当日のお願い事項をまとめたものを掲載しています。
事前にご確認ください。
(QRコードを読み込むと該当ページを確認することができます)



【お問い合わせ】
筑紫野市地域包括支援センター 主任ケアマネジャー
むかし 925-2775 天祥の園 918-5788 ちくしの荘 926-2871

会議後の流れ(振り返り会議)

- 事例検討の会議後、1ヶ月以内に振り返りシートとADL・IADL評価シートをメールにて送付致します。※お手元に届いていない場合、運営包括までお問い合わせください。

振り返り会議は、次年度になります。
次年度の会議日程が決まり次第、
ご連絡差し上げます。

【提出書類一覧】 ★マークは独自様式

	項目	提出時期	留意点
1	□★ADL・IADL 評価シート	2週間前	事例検討時に使用した様式に、追記をお願いします
2	□★事例の振り返り会議シート	2週間前	事例検討会議後(1ヶ月以内)に、市からデータを送付します
3	□要介護1)第1表～第3表 □要支援1・2)介護予防サービス支援計画書	2週間前	直近のものを提出

会議後の流れ(振り返り会議)

事例の振り返り会議シート 事例検討表一式、回収します

印刷NO.		作成月	年	月
通し番号		事例検討日		受け持ち開始月
年	月	年	月	年
一斉テーマ		事例提出者(所属・名前)		

主な助言内容	その後の経緯、取り組んだ結果を教えてください。
	1)助言内容を本人等に ☐ 伝えた ☐ ★伝えていない 2)本人等に行動変容が ☐ あった ☐ ★なかった 3)1・2を妨げた要因(番号を1つ記載): ★に☑がついた場合、必ず記載をお願いします。 行動変容内容、又は行動変容を妨げた理由:
	1)助言内容を本人等に ☐ 伝えた ☐ ★伝えていない 2)本人等に行動変容が ☐ あった ☐ ★なかった 3)1・2を妨げた要因(番号を1つ記載): ★に☑がついた場合、必ず記載をお願いします。 行動変容内容、又は行動変容を妨げた理由:
	1)助言内容を本人等に ☐ 伝えた ☐ ★伝えていない 2)本人等に行動変容が ☐ あった ☐ ★なかった 3)1・2を妨げた要因(番号を1つ記載): ★に☑がついた場合、必ず記載をお願いします。 行動変容内容、又は行動変容を妨げた理由:
要因 (1・2を妨げた要因) ①身体的問題、②精神的問題、③受け入れ拒否、④家族の問題、⑤環境の問題、⑥金銭の問題、⑦その他	
⇒妨げた要因()に対して、振り返り会議時の助言	⇒事例提供者が会議後に継続して意識していること
⇒妨げた要因()に対して、振り返り会議時の助言	⇒妨げた要因に対して、取り組みやすくする方法
⇒妨げた要因()に対して、振り返り会議時の助言	

クリーム色で色付けしている部分を記入し、提出してください。

振り返り会議時にて、阻害した要因がある場合、「こんな支援があったら、助言に取り組めたのではないか」ということがあれば、お聞かせください。

会議後に継続して意識していることをご記載下さい。

会議後の流れ(振り返り会議)

ADL・IADL評価シート

[ADL・IADL利用基準]

自立	どこでも出来る	○1	要介助(要支援)	○2
一部自立	改善可能性高い	△1	改善可能性低い	△2
全介助	改善可能性高い	×1	改善可能性低い	×2

事例番号

作成月: 年 月

検討後

検討後の利用者の状況

ADL

IADL

① 乗車・バスで外出

② 日用品の買い物

③ 食事の準備・調理

④ 掃除

⑤ 洗濯

⑥ 物品の整理・管理

⑦ ゴミ出し

⑧ 設備管理

⑨ 金銭管理

⑩ 電話の使用

⑪ 書類の記入

⑫ 通院する

※の箇所は対象者に応じて今出来る事、今後出来るようになりたい事を記載して下さい。

※詳しくは記入例をご参照ください。

事例検討時に使用した様式
を振り返り会議でも使用し
ます。

「検討後」の枠を記入してください。
記入例を作成しています。作成
時の参考にしてください。
※記入例も市ホームページより
ダウンロードできます。

会議後の流れ(振り返り会議)

振り返り会議時(記入例)

ADL・IADL評価シート

【ADL・IADL判定基準】

自立	どこでも出来る ○1	限られた環境で出来る ○2
一部自立	改善可能性高い △1	改善可能性低い △2
全介助	改善可能性高い ×1	改善可能性低い ×2

通し番号

重点項目: サービスにて補っている項目に●を
支援をする中で一番重要と思う項目に◎を
現状・予後: 本人が元々行っていない項目には斜線を
予後: 1年後の予後予測を記入
検討後: 事例の振り返り会議時に記入

項目				作成月: 年 月				作成月: 年 月	
				重点項目	現状	予後	利用者の現状	検討後	検討後の利用者の状況
A	①	移動	屋内歩行動作	●	○2	○2	体調の良いときに限る	○1	屋内は動けるようになった
			屋外歩行動作	●	○2	○2	体調の良いときに限る	○2	
			起き上がり	●	△2	△2	起床時に起き上がり困難であるため電動ベッド利用	△1	腰につかまればできるように
			立ち上がり	◎	△2	△2	その時の身体状況次第で膝が痛れる場合あり		がなければスムーズに立ち上がり
	②	排泄			○1	○1	自分でできる		
	③	食事	食事動作		○1	○1	自分でできる		
			環境設定		○1	○1	自分でできる	○1	

①「検討後」欄にADL・IADL判定基準に
そって、現在の状態を記載して下さい。
②「検討後の利用者の状況」欄に検討後に
変化があった内容を記載して下さい。