

# 阿南市

## 地域ケア会議運営マニュアル



阿南市介護・ながいき課

いきがい支援係

平成30年度策定

平成31年度改定

## 目 次

### 第 1 章 地域ケア会議の概要

- 1 地域ケア会議の定義・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 地域ケア会議の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 3 阿南市の高齢者の自立支援・重度化防止に向けた基本的な考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3-4
- 4 地域ケア会議の種別・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 5 地域ケア会議の 5 つの機能・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 6 個人情報の保護について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- 7 地域ケア会議の情報共有とモニタリングについて・・・・・・ 7

### 第 2 章 阿南市における地域ケア会議

- 1 保険者が実施する地域ケア会議・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
- 2 高齢者お世話センターが実施する地域ケア会議・・・・・・・・・・ 8-9

### 第 3 章 阿南市の地域ケア会議と生活支援体制整備事業の体制図・・・・ 10

### 第 4 章 阿南市自立支援ケア会議

- 1 ケアプランの選定・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
- 2 自立支援ケア会議の出席者と役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11-12
- 3 自立支援ケア会議の開催日時等・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
- 4 自立支援ケア会議開催までの流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
- 5 自立支援ケア会議の配席図・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
- 6 自立支援ケア会議の当日の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15-16
- 7 自立支援ケア会議使用様式・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17-19
- 8 自立支援ケア会議開催後の記録等について・・・・・・・・・・・・ 19
- 9 自立支援ケア会議の情報共有について・・・・・・・・・・・・ 19
- 10 自立支援ケア会議のケアプランのモニタリングについて・・・・ 19

## 第5章 阿南市地域ケア推進会議

- 1 会議概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
- 2 阿南市地域ケア会議開催後の記録等について・・・・・・・・ 21
- 3 阿南市地域ケア推進会議の情報共有について・・・・・・・・ 21

## 第6章 地域ケア会議（高齢者お世話センター）

- 1 個別ケア会議・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22-23
- 2 小地域ケア会議・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24-25

## 第 1 章 地域ケア会議の概要

### 1 地域ケア会議の定義

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または市町村が設置し、市又は地域包括支援センターが運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議」のことです。

#### **介護保険法第 115 条の 48**

市町村は第 115 条の 45 第 2 項第 3 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られるときは、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。

6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

## 2 地域ケア会議の趣旨

介護保険制度においては、「介護を要する状態となっても、できる限り、居宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること」、「自ら要介護状態になることを予防するための健康の保持増進」、「介護が必要となった場合にも、介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持、向上を求めること」が掲げられています。

阿南市では、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、市民の3人に1人が65歳以上の高齢者となり、医療や介護の需要が更に増加することが見込まれています。現在の「お世話型」の支援等を継続していくと、介護保険料の負担は増大し、安定的な介護保険制度の運営が困難となることから、介護保険制度における自立支援の理念に沿った運営と介護保険制度の安定的な運営を図るため、自立支援の理念を、行政、サービス提供事業者、地域住民等の関係者が共有する必要があります。

こうしたことから、阿南市では平成30年度から「地域ケア会議」を高齢者の尊厳の保持と自立した生活を可能な限り住み慣れた地域で、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「地域包括ケアシステム構築」の実現に向けた1つの手法として、積極的に取り組むこととしています。

### **3 阿南市の高齢者の自立支援・重度化防止に向けた基本的な考え方**

#### **(1) 介護保険制度の理念**

介護保険制度は、高齢者が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に支援することや、要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を理念としています。

#### **(2) 地域包括ケアシステムの構築に向けて**

本市では、団塊の世代が75歳となる2025年には、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯が増加し、認知症高齢者や介護を必要とする高齢者もますます増加していくものと予想されています。

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる体制（地域包括ケアシステム）の構築に向けては、介護保険制度によるサービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルの多様な社会資源の活用を促進するとともに高齢者自身の社会参加を促し、地域の中で支え合いながら健康で生きがいのある生活を送ることができるよう、高齢者の自立支援や重度化防止に向けた取組を推進する必要があります。

#### **(3) 阿南市が目指す「自立支援」について**

阿南市では、高齢者が住み慣れた地域で生活をするため、「自助（自分のことは自分です）」及び「互助（お互いに助け合う）」の考え方を基本として、高齢者お世話センター、介護支援専門員、介護サービス事業所等が「高齢者が住み慣れた地域の中で自分らしく生きることを実感できる」ことを目指した支援を行うことが必要であると考えています。



## 「高齢者が住み慣れた地域の中で自分らしく生きることを実感できる」支援が自立支援であるという考え方

### <高齢者自身>

- ・「自分らしく どのように生きたいのか」を考え、自分の生き方を自分で決定します。(自己決定は自己責任を伴うことを理解します。)
- ・元気なときは、地域における「通いの場」への参加等、自分の強みを活かした活動を積極的に行います。
- ・家庭や地域の中で自分の役割を見出し、お互いに支え合うことが大切です。

### <家族・地域>

- ・高齢者の自尊心を尊重し、日々の生活に楽しみを見出せるような関わり方を心掛けます。
- ・できることは自分でしてもらい、できないことをサポートするようにします。
- ・高齢者が家庭や地域の重要な担い手でもあることを理解し、高齢者の社会参加を通じた生活機能の維持向上を支援するようにします。

### <介護支援専門員・サービス提供者>

- ・高齢者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を基本とします。
- ・高齢者の残存能力を見極め、活用します。
- ・高齢者自らの意思を尊重し、その決定を支援します。
- ・「自立支援ケア会議」等を通じ、多職種の視点を取り入れながら、高齢者の自立の可能性を多角的に把握するよう努めます。
- ・地域における「通いの場」等、インフォーマルサービスを積極的に活用します。
- ・高齢者の活動量を増やし、家庭や地域への参加を促すことが大切です。

## 4 地域ケア会議の種別

地域ケア会議は開催の目的・方法によって大きく2種類に分かれます。

地域ケア個別会議	個別事例の課題検討
地域ケア推進会議	地域に必要な取組を明らかにして施策を立案・提言

### 「地域ケア個別会議」と「サービス担当者会議」の違い

#### ○「地域ケア個別会議」

市町村または地域包括支援センターが主催し、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課題の解決に向けた検討がなされるもの

#### ○「サービス担当者会議」

介護支援専門員が主催し、利用者がそのニーズに応じたサービスを適切に活用できるように、ケアマネジメントの一環として開催するもの

## 5 地域ケア会議の5つの機能

### (1) 個別課題の解決

- ・多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能

### (2) 地域包括支援ネットワークの構築

- ・高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め、地域包括支援ネットワークを構築する機能

### (3) 地域課題の発見

- ・個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能

### (4) 地域づくり・資源開発

- ・インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能

### (5) 政策の形成

- ・地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

## 6 個人情報の保護について

地域ケア会議では、個人情報を含んだ個別ケースを扱う場面が数多く存在します。個人情報保護の目的は、「個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護すること」にあることから、個人の利益を最大限尊重しながら、個人情報の保護と活用のバランスをとることが求められます。

地域ケア会議における個人情報の取り扱いには、以下の点に注意してください。

- (1) 地域ケア会議を開催するにあたり、個人情報を使用することに関する利用者の同意が必要です。新規契約の際には、地域ケア会議への情報提供についての内容を盛り込んだ同意書により同意をとっておく必要があります。

### **阿南市様式1 個人情報使用同意書**

- (2) 地域ケア会議の参加者には、あらかじめ地域ケア会議で知り得た個人情報の秘密保持について誓約していただきます。

### **阿南市様式2 誓約書**

- (3) 地域ケア会議の個別ケース資料については、会議終了後、回収します。

本人の同意がなくても個人情報を提供できる場合

- ① 法令の定めがある場合（高齢者虐待防止法等）
- ② 本人の利益を守ることが優先される場合（緊急時・生命や財産の危機等）
- ③ 個別の条例による場合

- (4) 阿南市自立支援ケア会議の会議資料は、個人が特定されないように氏名・生年月日・住所の情報を加工・修正した上で使用します。

## 7 地域ケア会議の情報共有とモニタリングについて

<p>会議録（決定事項）の 情報共有について</p>	<p>【個別ケア会議・小地域ケア会議・自立支援 ケア会議】 会議終了後に会議録を作成し、会議出席者 全員に速やかに会議録を送付します。 【地域ケア推進会議】 会議終了後に会議録を作成し、阿南市のホ ームページに掲載します。</p>
<p>モニタリング</p>	<p>【個別ケア会議・小地域ケア会議】 介護保険の適用に関わらず、地域ケア会議 で取り上げた事例についてモニタリングを 行います。 高齢者お世話センターは、地域ケア会議で 検討したケースの経過について記録、モニタ リングを行い、必要に応じて再度地域ケア会 議にて検討を行う等の判断をします。</p>

## 第2章 阿南市における地域ケア会議

阿南市では、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に向け、保険者機能を発揮し、高齢者お世話センターと役割分担を行い、「地域ケア会議」の普及・定着に取り組みます。

### 1 保険者が実施する地域ケア会議

#### (1) 阿南市自立支援ケア会議

- ・自立支援・介護予防の観点を踏まえた「地域ケア個別会議」として実施します。
- ・高齢者お世話センター職員、介護支援専門員、理学療法士、栄養士等の多職種の助言を得ながら、要支援者等の生活行為の課題を解決することで自立を促し、QOL（生活の質）を向上させることを目的とします。
- ・訪問介護における生活援助中心型サービスのケアプランについて、多職種協働による検証を行い、必要に応じてケアプランの是正を促します。

※訪問回数が多いこと自体を問題視するのではなく、利用者が望む生活の維持やQOL向上に向けた訪問サービスの意義を十分に理解し、多職種の視点からよりよい支援のあり方を検討します。

#### (2) 阿南市地域ケア推進会議

- ・社会基盤の整備によって地域課題を解決することを目的に実施します。
- ・個別ケースの検討により把握された地域課題を共有し、その解決に向けた協議を行うことで、地域に不足する資源の開発や地域包括ケアシステムの構築に向けた施策を推進します。

### 2 高齢者お世話センターが実施する地域ケア会議

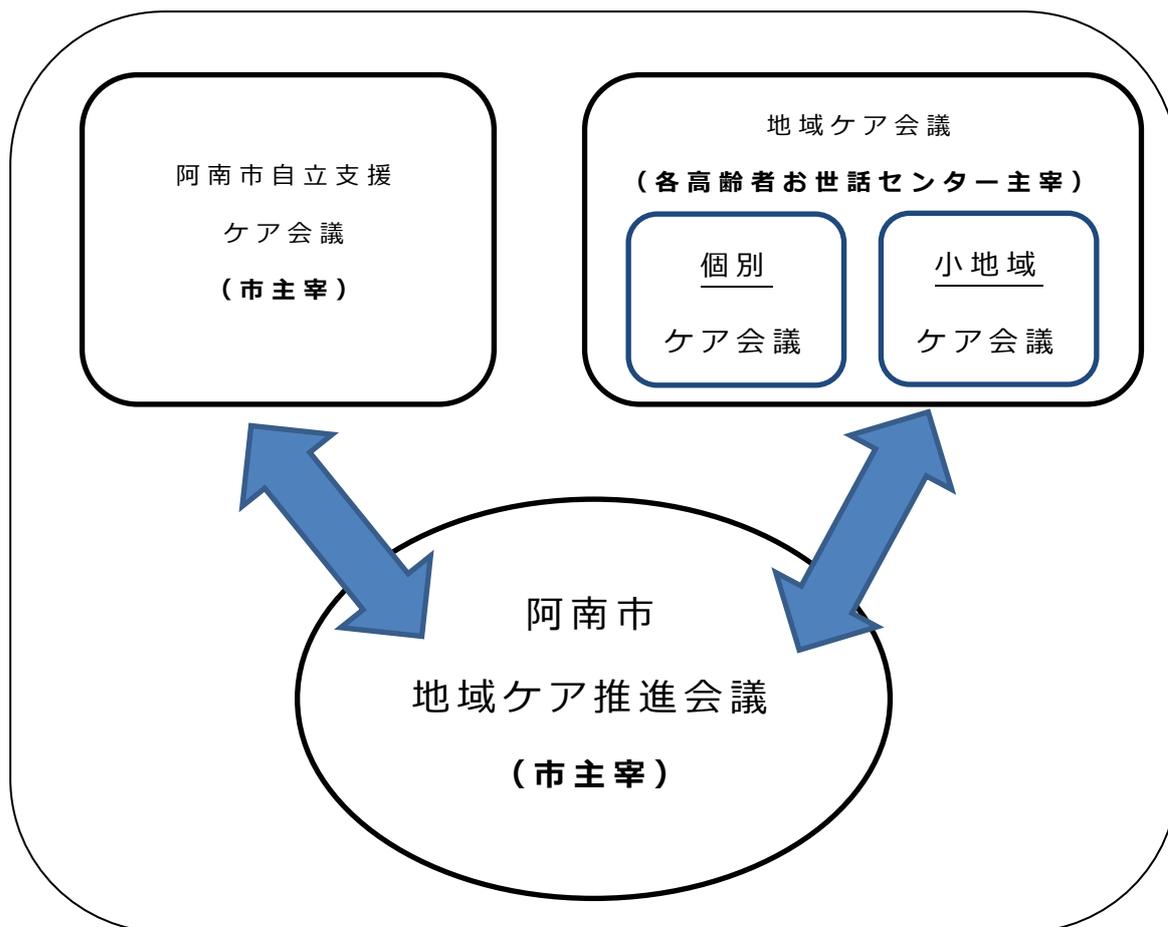
#### (1) 個別ケア会議

- ・介護支援専門員の支援困難事例等へのサポート

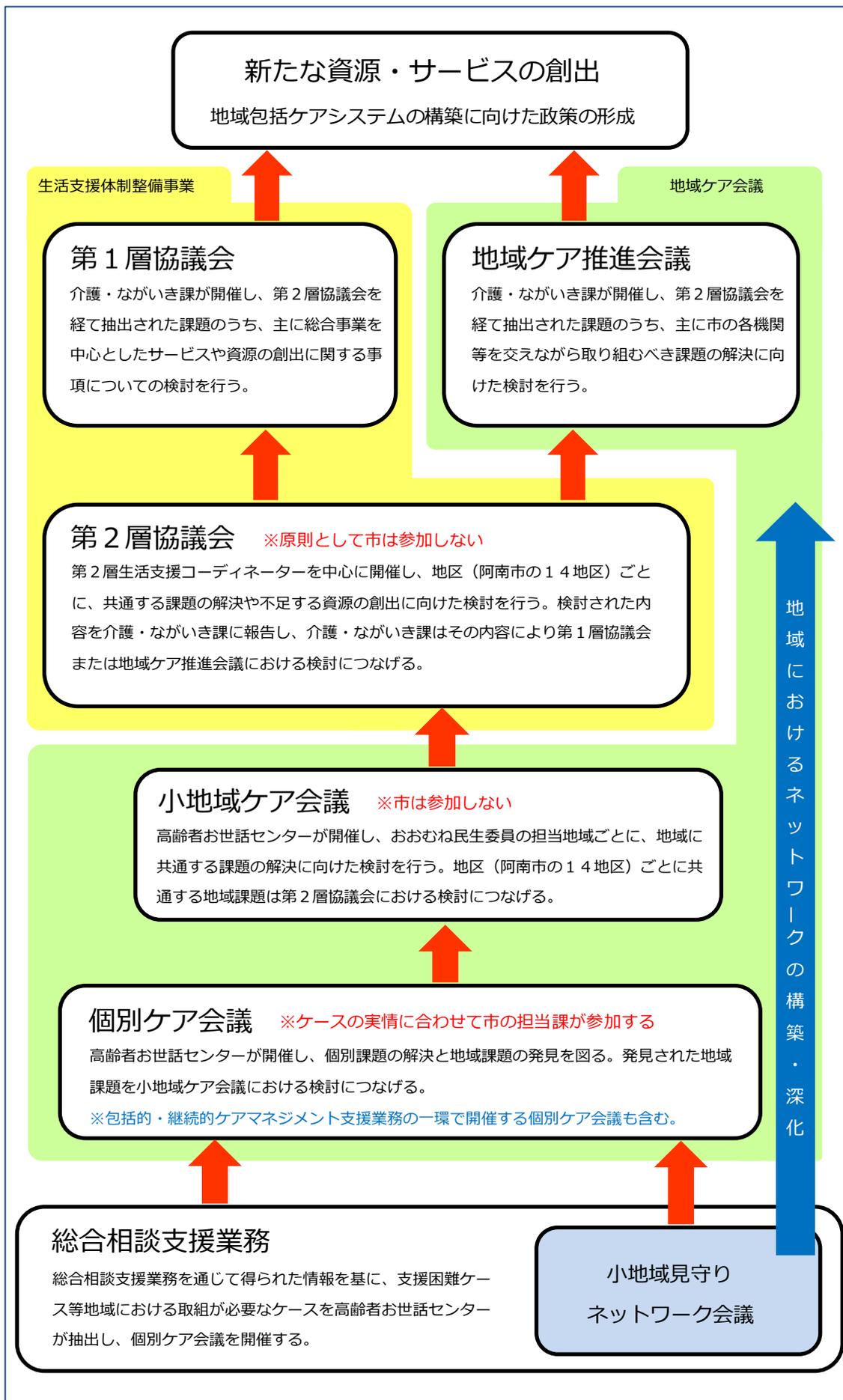
- ・ 支援拒否者への対応方法についての検討
- ・ 在宅生活を支援する方法等についての検討
- ・ 地域の多様な人による支援が必要なケースについて検討
- ・ ケースに関わる関係者とケース課題を共有し、顔の見える関係づくり

(2) **小地域ケア会議**

- ・ 個別ケースの中から把握した地域課題について、情報の共有、解決に向け必要な具体策の検討、新たなサービスの構築等に関する検討
- ・ 地域の人々とのネットワークの構築
- ・ 地域の課題解決力の強化



### 第3章 阿南市の地域ケア会議と生活支援体制整備事業の体制図



## 第4章 阿南市自立支援ケア会議

市が主催し、市内全域のケアプランを対象に毎月定期的に自立支援・介護予防の観点から踏まえて「自立支援ケア会議」を開催することで、「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」については「高齢者のQOLの向上」を目指します。

### 1 ケアプランの選定

- (1) 要介護1・2の認定者で会議開催1か月前のサービス利用者(新規)の中から、次の選定要件に該当する事例を対象とします。
  - ・ 通所介護を位置付けている事例
  - ・ 訪問介護を位置付けている事例
- (2) 訪問介護における生活援助中心型サービスについて、利用者の自立支援・重度化防止や社会資源の有効活用等の観点から、国の定める回数を超えるケアプランを対象とします。

【厚生労働大臣が定める回数（1月当たり）】

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
27回	34回	43回	38回	31回

※上記に該当する場合は、事前に届出が必要ですのでご注意ください。(提出期限：居宅サービス計画を作成または変更した月の翌月の末日)

### 2 自立支援ケア会議の出席者と役割

出席者		役割
主催者	介護・ながいき課	・高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に向け、市が自立支援ケア会議を主催します。
司会者	基幹型高齢者お世話センター ※H31年度から委託	・会議の進行役であり、議論のまとめ役です。(会場の案内・会場確保・資料準備等、会議開催に必要な手続きを監督し、円滑な会議運営に努めます。)

アド バイ ザ ー	高齢者 お世話センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 包括的支援事業における包括的・継続的ケアマネジメント支援において、地域の介護支援専門員を支援する役割を担っており、実践力を高められるよう提案します。また、会議後の事例提供者のフォローを行います。</li> <li>・ 会議出席の際には、3職種の専門職からのアドバイスを確認してから会議に出席します。</li> </ul>
	歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点から助言を行い、事例の予後予測を行います。</li> </ul>
	薬剤師 ※徳島県薬剤師会から 推薦を受けた者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事例に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います。</li> </ul>
	理学療法士 ※徳島県理学療法士会 から推薦を受けた者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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の助言を行います。</li> </ul>
	作業療法士 ※徳島県作業療法士会 から推薦を受けた者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主に応用的動作能力（食事・排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。</li> </ul>
	管理栄養士 栄養士 ※徳島県栄養士会から 推薦を受けた者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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の助言を行います。</li> </ul>
	介護支援専門員 ※徳島県介護支援専門 員協会から推薦を受け た者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立支援の観点を踏まえ、ケアマネジメントの向上に向けた助言を行います。</li> </ul>
	生活支援コーディネーター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域におけるネットワークの視点から在宅生活を継続するために必要な助言を行います。</li> </ul>
事例 提出 者	計画作成者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事例を担当する介護支援専門員としてアセスメントシート（概要）を説明し、高齢者の状態を改善することを目的に参加します。</li> </ul>
	介護サービス 事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事例について、利用者の状態やサービスの必要性（自立に向けたサービス内容になっているか）を具体的に説明します。</li> </ul>

### 3 自立支援ケア会議の開催日時等

毎月第2木曜日

**13:30～15:30**

1事例目 13:30～14:10

2事例目 14:10～14:50

3事例目 14:50～15:30

※訪問回数の多いケアプランについては、3事例終了後にサービス必要性の検証を行います。結果については、会議開催後、約1週間を目途に担当の介護支援専門員の方宛てに通知書を送付します。

### 4 自立支援ケア会議開催までの流れ

- (1) 自立支援ケア会議の対象者を選定  
(介護・ながいき課⇒基幹型阿南高齢者お世話センターへ新規認定者の一覧を渡す。)
- (2) 会議資料の提出依頼  
(基幹型阿南高齢者お世話センター⇒各事業所)
- (3) 会議資料の受け取り・確認(会議資料チェック表)  
(各事業所⇒基幹型阿南高齢者お世話センター)
- (4) 会議資料の個人情報を消し、1事例の資料を束にし、連番を振る
- (5) 会議資料を事前に関係者へ送付



## 5 自立支援ケア会議の配席図

	● 介護・ながいき課職員	● 司会者	● 介護・ながいき課職員	
● 歯科医師				● 介護支援専門員
● 薬剤師				● 作業療法士
● 管理栄養士				● 理学療法士
● 生活支援 コーディネーター				● 高齢者お世話センター
	● 介護サービス事業所	● 介護サービス事業所	● プラン作成者	
傍 聴 席				

※傍聴者は、入室前に誓約書を記入してください。

傍聴者：事例の提出の有無に関わらず、市内の居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所のプラン作成者や介護サービス事業所、高齢者お世話センター職員等は、地域ケア会議を傍聴することができます。（個人情報守秘義務における誓約書を記載していただきます。）

### 阿南市様式2 誓約書

※ 傍聴を希望される場合は、事前に予約が必要です。

予約について（開催日の **2週間前まで** に連絡してください）

介護・ながいき課いきがい支援係 TEL 22 - 1793

## 6 自立支援ケア会議の当日の流れ

### (1) 当日の流れ

- ① 開会（司会者） 約 1 分

#### < 1 事例目～3 事例目：②～⑥ 同じ >

- ② 計画作成者から概要説明（下記の様式を基に説明）
- ・利用者基本情報
  - ・アセスメント（概要）
- ③ サービス提供事業所から個別計画書・モニタリング等の説明
- ④ アドバイザーからの意見・提案
- ⑤ 計画作成者、サービス提供事業所からの質問等
- ⑥ まとめ

#### < 訪問回数の多いケアプランについてサービス必要性の検証 >

※ 3 事例終了後に行います。

- ⑦ 閉会（次回の開催日等）

### (2) 当日の時間配分【1 事例の進行：40 分想定】

担 当	時間	内 容
計画作成者	5 分	① 利用者基本情報について説明 ・計画作成者 様式 2 - ① ・計画作成者 様式 2 - ② ② アセスメントシート（概要）について説明 ・計画作成者 様式 4 - ①
各サービス事業者	5 分	事例への支援内容・方針について説明
アドバイザー	20 分	① 質問 ② 自立に向けた意見・提案 ③ 必要な助言

計画作成者・ 各サービス事業者	2分	質問
アドバイザー	3分	質問に対するアドバイス
司会者	5分	事例提出者（計画作成者・各サービス提供事業者）が取り組むべき支援の方向性と役割の確認（優先順位等）

自立支援型ケア会議では以下のことを留意してアドバイスしてください。

- ① 課題の明確化（検討テーマ又は困りごと）
- ② 長期・短期目標の確認（支援計画）
- ③ 目標を達成するための支援の優先順位
- ④ 支援や対応（支援者や対応者）の確認
- ⑤ モニタリング方法の決定

## 7 自立支援ケア会議使用様式

### <通常のケアプラン>

	様式 No.	様式名
計 画 作 成 者	計画作成者 様式 1 - ①	阿南市自立支援ケア会議
	計画作成者 様式 2 - ① ②	利用者基本情報
	計画作成者 様式 3	医療情報シート
	計画作成者 様式 4 - ①	アセスメントシート（概要）
	計画作成者 様式 4 - ②	アセスメントシート（課題分析）
	計画作成者 様式 4 - ③	課題整理総括表
	計画作成者 様式 5	モニタリングシート（更新時） ※新規プランの場合は使用しません。
	計画作成者 様式 6	介護メニューリスク確認 薬・・・お薬手帳のコピー可 食事メニュー・・・1日の食事 内容の写真添付可
	計画作成者 様式 7 - ①	居宅サービス計画書（1） 1表 （事業所の様式可）
	計画作成者 様式 7 - ②	居宅サービス計画書（2） 2表 （事業所の様式可）
計画作成者 様式 7 - ③	週間サービス計画表 3表 （事業所の様式可）	

### <訪問回数の多い要介護者のケアプラン>

居宅サービス計画を作成または変更した月の翌月の末日までに介護・ながいき課に以下の書類を提出してください。

	様式 No.	様式名
計 画 作 成 者	市の指定様式	訪問介護の生活援助が国が定める 回数以上となる場合の届出書
	計画作成者 様式 1 - ②	阿南市自立支援ケア会議（訪問回 数の多い要介護者のケアプラン）
	計画作成者 様式 2 - ① ②	利用者基本情報

計画作成者 様式 3	医療情報シート
計画作成者 様式 4 - ①	アセスメントシート (概要)
計画作成者 様式 4 - ②	アセスメントシート (課題分析)
計画作成者 様式 4 - ③	課題整理総括表
計画作成者 様式 5	モニタリングシート (更新時) ※新規プランの場合は使用しません。
計画作成者 様式 6	介護メニューリスク確認 薬・・・お薬手帳のコピー可 食事メニュー・・・1日の食事 内容の写真添付可
計画作成者 様式 7 - ①	居宅サービス計画書 (1) 1表 (事業所の様式可)
計画作成者 様式 7 - ②	居宅サービス計画書 (2) 2表 (事業所の様式可)
計画作成者 様式 7 - ③	週間サービス計画表 3表 (事業所の様式可)
事業所で使用している様式	サービス利用票 (兼居宅サービス 計画) 6表
事業所で使用している様式	サービス利用票別表 7表
事業所で使用している様式	訪問介護計画書 (訪問介護事業所 から提供を受けたもの)

訪 問 事 業 所	様式 No. ・ 様式名	
	訪問事業所 様式 1	阿南市自立支援ケア会議
	訪問事業所 様式 2	介護メニューアセスメント (訪問用)
	訪問事業所 様式 3	生活行為アセスメント (訪問用)
	訪問事業所 様式 4	介護サービス計画・総合評価 (訪問用)
	訪問事業所 様式 5	介護サービス 個別計画書 (訪問用)

		様式 No. ・ 様式名
通 所 事 業 所	通所事業所	様式 1 阿南市自立支援ケア会議
	通所事業所	様式 2 介護メニューアセスメント（通所用）
	通所事業所	様式 3 生活行為アセスメント（通所用）
	通所事業所	様式 4 介護サービス計画・総合評価（通所用）
	通所事業所	様式 5 介護サービス 個別計画書（通所用）
	通所事業所	様式 6 興味・関心チェックシート

## 8 自立支援ケア会議開催後の記録等について

### (1) 自立支援ケア会議の記録

会議終了後、基幹型高齢者お世話センターは1週間以内に『阿南市自立支援ケア会議記録』を作成し、介護・ながいき課に提出します。

#### **阿南市様式3 阿南市自立支援ケア会議 実施記録**

### (2) 訪問回数の多い要介護者のケアプランの検証結果

会議開催後、約1週間を目途に担当の介護支援専門員の方宛てに通知書を送付します。

## 9 自立支援ケア会議の情報共有について

自立支援ケア会議の翌月の会議資料送付時に、前回の『阿南市自立支援ケア会議記録』を送付します。（出席者が異なる場合には、出席者に対し別途送付します。）

## 10 自立支援ケア会議のケアプランのモニタリングについて

以下に該当するケアプランについては、再度、阿南市自立支援ケア会議への出席を求めることがあります。（3か月後）

- ・病状が安定していないケース
- ・サービス内容の見直しが必要なケース

## 第5章 阿南市地域ケア推進会議

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、高齢者への医療、介護、介護予防その他の生活支援サービスにおける地域の実情に基づく課題（地域課題）の検討、政策の立案・提言を行うことを目的として、市が主催し「阿南市地域ケア推進会議」を開催します。

### 1 会議概要

会議運営（主催）	市 介護・ながいき課
開催頻度	年2回（9月・2月）
会議の目的	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域ケア会議等における個別ケースの検討により把握された地域課題を共有することによる地域づくり及び政策形成の推進に関すること</li><li>・ 地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の推進に関すること</li><li>・ 高齢者の地域での生活を支える環境整備に関すること</li></ul>
会議の持つ機能	地域づくり・資源開発機能 政策形成機能
対象範囲	市全域
会議の委員	<p>委員は、15人以内で以下に掲げる者の内から構成しています。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>① 学識経験を有する者</li><li>② 関係団体を代表する者</li><li>③ 関係行政機関の職員</li><li>④ 認知症専門医</li><li>⑤ 認知症初期集中支援チーム員</li><li>⑥ 地域包括支援センター職員</li><li>⑦ その他市長が適当と認める者</li></ul>

## 2 阿南市地域ケア推進会議開催後の記録等について

会議開催後、市は1か月以内に『阿南市地域ケア推進会議録』を作成します。

### **阿南市様式4 阿南市地域ケア推進会議録**

## 3 阿南市地域ケア推進会議の情報共有について

阿南市のホームページに掲載します。

## 第6章 地域ケア会議（高齢者お世話センター）

地域ケア会議は、個別ケースの検討や課題分析を行うことを目的に、各高齢者お世話センターが主催し、それぞれの担当地区において開催します。

また、個別ケースの検討を通じて、地域の支援体制づくり、地域課題の把握、介護支援専門員の課題解決力の向上を図ります。

### 1 個別ケア会議

#### 【会議概要】

会議運営（主催）	各高齢者お世話センター
開催頻度	非定例
会議の目的	個別問題解決のための手段を検討 ・ 支援者が困難を感じているケース ・ 支援が自立を阻害していると考えられるケース ・ 支援が必要だと判断されるがサービスにつな がっていないケース ・ 権利擁護が必要なケース（虐待除く） ・ 地域課題に関するケース
会議の持つ機能	個別課題解決機能 ネットワーク構築機能 地域課題発見機能
対象範囲	担当圏域内における個別ケース
会議の参加者	ケースごとに参加者の選定を行う <例> 本人、家族、親族、近所、地域の世話役、駐在 所、介護支援専門員、介護保険事業所担当者 など
事例選定方法	地域からの通報、介護支援専門員からの相談 総合相談支援業務を通じた事例

## 【阿南市個別ケア会議の流れ】

- ① 会議開会の挨拶
- ② 自己紹介
- ③ 会議の目的を確認
- ④ 会議の全体の流れの説明
- ⑤ 個人情報保護の確認を行う
- ⑥ 個別ケース概要の説明及び情報共有
- ⑦ 課題の明確化
- ⑧ 目標を決定（長期・短期）
- ⑨ 優先順位を決め、対応・支援方法及び担当者の検討
- ⑩ モニタリング方法の検討
- ⑪ 決定事項の確認
- ⑫ 会議終了

## 【阿南市個別ケア会議開催後の記録等】

『阿南市個別ケア会議録』を作成し、1か月以内に介護・ながいき課へ提出してください。

### **阿南市様式5 阿南市個別ケア会議録**

## 【阿南市個別ケア会議の情報共有】

『阿南市個別ケア会議録』を出席者に送付してください。その際には、個人が特定される情報は加工・修正の上送付するようにしてください。

## 【個別ケースのモニタリング】

阿南市個別ケア会議でモニタリングが必要とされたケースについては、モニタリングを行い、モニタリング実施後、1か月以内に『阿南市個別ケア会議モニタリングシート』を介護・ながいき課へ提出してください。

### **阿南市様式6 阿南市個別ケア会議モニタリングシート**

## 2 小地域ケア会議

### 【会議概要】

会議運営（主催）	各高齢者お世話センター
開催頻度	非定例
会議の目的	地域包括ケアシステム構築に向けた担当圏域の地域課題の検討と課題解決に向けた取り組みの推進
会議の持つ機能	ネットワーク構築機能 地域づくり・資源開発機能
対象範囲	担当圏域ごと
会議の参加者	生活圏域内の介護支援専門員、介護サービス事業所、民生委員 など
事例選定方法	個別ケア会議から集約した地域課題

地域の課題発見シート（平成 25 年地域ケア会議実務者研修企画委員会作成）

地域課題の発見にあたっては、以下の視点を参考にしてください。

- ① 地域に共通する課題は何か（地域の共通課題）
- ② それを裏付ける情報やデータはどのように取得するか（根拠データ）
- ③ その課題の解決にはどのような方法が考えられるか（解決策）
- ④ 地域包括支援センターでできることは何か、できないことはどれか（限界の認識）
- ⑤ どのような人や組織と連携するか。

**【阿南市小地域ケア会議開催後の記録等】**

『阿南市小地域ケア会議録』を作成し、1か月以内に介護・ながいき課へ提出してください。

**阿南市様式7 阿南市小地域ケア会議録**

**【阿南市小地域ケア会議の情報共有】**

『阿南市小地域ケア会議録』を出席者に送付してください。