

# 志摩市自立支援型地域ケア会議マニュアル

志摩市  
平成30年4月作成

## 自立支援型地域ケア会議実施趣旨と目的

地域包括ケアシステムの構築に向け、個別ケースを通じて、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員及びサービス提供事業所と専門多職種が協働の上、個別ケースの自立支援を重視した介護予防ケアマネジメントに基づくケアプラン等の作成及び参加者の専門的能力の向上、地域の社会資源の把握・開発及び政策形成につなげるため自立支援型地域ケア会議を開催します。

### ○会議の目的

志摩市に暮らす高齢者ひとりひとりについて、それぞれの希望や課題を整理し、課題の解決を目指しながら、その人なりのQOLを保った生活を、1日でも長くできるように支援する地域包括ケアシステムの構築の推進です。

利用者の自立支援に向け、必要なサービスを必要な分、提供していくために次に掲げる4つの機会となることを目指します。

- ①会議を通して、担当介護支援専門員やサービス担当者（以下「支援担当者」という。）が、支援のあり方について気付く機会
- ②介護と医療・リハビリ・行政・地域等が定期的に情報交換を行うことによる、人材の連携の機会
- ③専門多職種による協働のもと支援担当者のサポート、後方支援として利用者の思いやニーズをふまえ、QOLが高い状態とはどのような状態を指すのか、どうすればそこに近づけるのか（本人や家族の工夫や各種資源の活用）について、各専門職からの助言や提案が受けられる機会
- ④市や地域包括支援センターとして、個々の事例から地域の課題を把握し、志摩市に不足している資源やサービスは何かを把握する機会

そして、それぞれの機会の効果をもとにして

- (1) 介護支援専門員の高齢者の自立に向けたケアマネジメント能力の向上
- (2) サービス提供事業者の自立支援に向けたサービス提供力の向上
- (3) 把握した課題等の解決に向けた事業展開・施策形成
- (4) 平時における介護と医療・リハビリ・行政・地域の関係強化  
等を、地域包括ケアシステムの構築につなげていきます。

## 自立支援型地域ケア会議の概要

### 1. 実施者

志摩市（地域包括支援センター）

### 2. 対象ケース

要支援者等で下記のケースに当てはまるものを対象とします。

①介護予防給付と総合事業を利用するケース又は総合事業のみを利用するケースのなかからケースの選定日の概ね2か月以内にサービスの利用を新たに開始したケース。

②担当介護支援専門員又は地域包括支援センターが特に多職種による検討を必要とするケース。

※担当介護支援専門員がケースの検討を希望する場合は、ケース選定日の前週の最終開庁日の午後4時まで申し出てください。

### 3. 開催頻度と会場

平成30年度は次のとおり開催します。

①頻度：月1回（各月第4水曜日の午後1時30分から）

②会場：原則 市役所本庁4階会議室で開催します。

③件数：1回につき3～4件の事例（1件あたり30分程度）

※それぞれ変更がある場合は、その都度関係者に通知します。

## 自立支援型地域ケア会議の概要

### 4. 会議の構成員

会議の構成員は『事例提供者』『アドバイザー』『実施主体』とし、以下の役割を担います。

#### ①事例提供者

- ・ 職種：ケースを担当する介護支援専門員  
訪問型サービス事業者（シルバー人材センターを除く）  
通所型サービス事業者
- ・ 役割：★ケアプラン及び利用者の概要説明
  - ・ サービス提供に至った経緯
  - ・ サービス選定時に考慮したこと
  - ・ サービス提供時の利用者の様子
  - ・ ケアプラン作成の際に苦慮した点等

#### ②アドバイザー

- ・ 職種：医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士  
理学療法士・作業療法士等のリハビリ専門職 等
- ・ 役割：★アセスメントやケアプランの内容に対して課題の発見  
★介護予防の理念に基づき、自立に向けた具体的な提案  
★事例提供者が苦慮した点や疑問点等に対する具体的な  
アドバイスの提示 等

#### ③実施主体

- ・ 職種：市・地域包括支援センター職員  
（主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士、  
生活支援コーディネーター、市担当職員 等）
- ・ 役割：★会の運営（司会進行・意見のとりまとめ等）  
★課題の発見と各職種の視点によるアイデアの提言  
★把握した地域課題等を政策形成の場へ報告し、課題解決  
に向けた施策の実施 等

## 自立支援型地域ケア会議の概要

### 5. 開催までの流れ

自立支援型地域ケア会議の開催までの流れは次のとおりとします。

#### ① ケースの選定

市及び地域包括支援センター職員等により、対象ケースの中から、実際に検討するケースを選定する。

(実施日：開催月の前月の自立支援型地域ケア会議開催週の  
最終開庁日)



#### ② 事例報告依頼

選定ケースの担当者に事例報告と書類の作成を依頼（電話等）し、事業所管理者宛てに文書による派遣依頼を行う。

(実施日の目安：ケース選定日の翌週の最初の開庁日)



#### ③ 事例報告者から資料提出

別に定める資料を揃え、提出する。

(提出締切：原則、事例報告依頼日の翌週の最終開庁日)

※提出資料は次頁をご確認ください。



#### ④ アドバイザーへの資料の送付

提出を受けた書類を確認の上、要支援者のケースの場合は

『主治医意見書』『要介護認定調査票』を添付しアドバイザーへ資料を送付する。

(実施の目安：開催日の1週間前)

## 自立支援型地域ケア会議参加にあたって

### 1. 自立支援型地域ケア会議 提出書類一覧

自立支援型地域ケア会議で事例提供を依頼された場合、下記の書類を準備し提出してください。

なお、①自立支援型地域ケア会議エントリーシート以外の書類については、介護予防支援等の業務を行っていく上で志摩市では必ず作成するものとしており、介護予防支援等の一部委託においても仕様の中に含めています。

#### 介護支援専門員 準備分

提出書類	利用者の種別	
	要支援認定者	事業対象者
①自立支援型地域ケア会議 エントリーシート	○	○
②介護予防サービス・支援計画書	○	○
③利用者基本情報	○	○
④基本チェックリスト	○	○
⑤アセスメントシート	○	○
⑥興味・関心チェックシート	○	○
⑦危険度チェックシート	—	○
⑧その他資料	△	△

#### サービス事業所 準備分

提出書類	利用者の種別	
	要支援認定者	事業対象者
①訪問型・通所型サービス計画書	○	○

※「○」は必須、「△」は必要に応じて提出してください。「—」は提出の必要ありません。

# 自立支援型地域ケア会議参加にあたって

## 2. 各種書類

提出する書類は、その書類の種類毎に印刷し、A4以外は可能な限りA4にサイズを合わせてください。

※誤字・脱字・記入漏れが無いよう注意してください。

### ①【自立支援型地域ケア会議エントリーシート】

提出いただくケアプランの概要を示すものです。

特に『プラン担当者から見る課題』や『備考』欄の記載事項は、会議のグループワークの核となる事項ですので、わかりやすい表現で作成してください。

### ②【介護予防サービス・支援計画書】

利用者等に交付された直近の支援計画書と同じ記載されているものを提出してください。

なお、提出に伴い、記載事項を変更（修正）した場合は提出前に利用者の説明をし、同意を得てください。

（誤字・脱字など内容に変更が無い場合は、事後でもかまいませんが修正後の支援計画書は利用者等に必ず交付を行ってください）

### ③【利用者基本情報】

状況は日々変化しますので提出時には直近の情報を提出してください。

また常に更新を心がけてください。

なお、現病歴・既往歴等、情報量が多く別紙により対応する場合は、関係する項目の欄に「別紙○（○には数字）参照」と記入し、添付する別紙がどの項目の別紙かわかるようにしてください。

### ④【基本チェックリスト】

『基本チェックリストの考え方』に基づき聞き取りを行ってください。

## 自立支援型地域ケア会議参加にあたって

### ⑤【アセスメントシート】

このシートはこれまでもケアプラン作成のためにそれぞれに聞き取りしていただいていたと思われる情報項目についてまとめたものです。

「時々ある」「時々できる」の解釈は、「できる」時もあれば、体調によっては「できないとき」がある等、日常的に継続した状況ではなく、その日の身体的・精神的に変動する場合にチェックしてください。

基本チェックリストや興味・関心シートと一部重複する部分がありますので、聞き取った結果に大幅な差異が無いよう確認をお願いします。

### ⑥【興味・関心チェックシート】

このシートは、利用者の目標や趣味を聞き取るための会話の糸口にしたり、普段の会話では聞きづらいことを引き出すためのツールです。

何が必要で、何が不必要な情報なのかは、利用者によって異なるものですので、このシートを活用し、情報把握していただきたいと思います。

結果的にアセスメントに要する時間の短縮になる可能性もありますので、ご理解いただきたいと思います。

「している」欄は、現時点で行っている場合ですので、この項目のみ「○」となります。

「してみたい」欄は、身体的・精神的にできるが、仕方・方法が分からない場合に「○」としてください。

「興味がある」欄は、できるかどうか分からないが、できることならしてみたい場合に「○」としてください。

なお、場合によっては、「してみたい」「興味がある」の両方を「○」とする場合も想定されますが、利用者の主観的・ケアマネジャーの客観的な見解で判断してください。

### ⑦【危険度チェックシート】（事業対象者は作成必須、要支援者は任意）

事業対象者の場合は、認定調査資料や主治医意見書等が無い場合、

『危険度チェックシート』を必ず作成してください。

利用者が自身の状況を把握していない場合は、健診の結果等や主治医への聞き取りで把握するよう努めてください。

なお、その書類等や定期受診等が無い場合は空欄でもやむなしとしますが、運動機能向上等のサービスを利用する場合等は、必ず聞き取りしておく必要がある項目もありますので、適宜判断してください。



## 自立支援型地域ケア会議参加にあたって

### 3. 会議の流れ

項目	時間配分	内容
資料等の確認		○事例提供者紹介 ○資料の確認
◎ケアプラン作成者概要説明 ◎サービス事業所補足説明	7分	○ケアプラン作成者から利用者基本情報等の概要説明 ○サービス事業所から、具体的な支援内容等の説明・報告や概要の補足説明
グループワーク	20分	○アドバイザー等で具体的な助言や提案の提示 ○構成員で改善に必要な支援と不足している社会資源の検討等
まとめ	3分	協議結果のまとめ

#### 【自立支援型地域ケア会議における

ケアプラン作成者概要説明・サービス事業者補足説明】の詳細

○ケアプラン作成者の概要説明は、簡潔・明確に特に以下の内容について説明してください。

- 1) 利用者基本情報
- 2) 現在の状態に至った原因や問題点
- 3) 本人の持っている目標、アセスメント等から担当介護支援専門員が改善可能と思われる点
- 4) 上記を踏まえたケアプラン等における支援方針・目標等
- 5) ケアプラン作成にあたり、苦慮した点や助言を受けたい点、また力を入れた点の発表

○サービス事業所からはアセスメントに基づき、特に以下の内容について説明をしてください。

- 1) 具体的な支援内容と期待できる効果
- 2) 利用時の様子
- 3) その他ケアプラン作成者の概要説明に対する補足

## 自立支援型地域ケア会議参加にあたって

### 4. 自立支援型地域ケア会議での注意点

#### ★守秘義務

地域ケア会議は、介護保険法に位置づけられており、関係者に対して法律上、守秘義務を課していますので、この会議の場で知りえた情報について会議の構成員は、正当な理由なく外部に漏らさないようお願いいたします。

なお、この会議は原則非公開としますが例外として※1事例提供者となりうるものや※2アドバイザーとなりうるもの、所属長が特別に認めるものについては傍聴を認めることとしますが、事前に申し込み等必要な手続きを行ってください。

また当然のことながら傍聴者にも構成員と同様に守秘義務が課されますので、正当な理由なく外部に漏らさないようお願いいたします。

※1 介護予防支援等を実施している介護支援専門員や、サービス提供事業所の職員等

※2 今後アドバイザーとしてこの会議に参加する見込みがあるもの

◎事例に関する資料は回収します。

※ 守秘義務違反の場合、罰則規定あり

- 介護保険法百十五条の四十八第五項

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えた秘密を漏らしてはならない。

- 介護保険法二〇五条二項

（前略）百十五条の四十八第五項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

## 自立支援型地域ケア会議参加にあたって

### ★参加者の心構え

この会議では『アドバイザー』『事例提供者』『実施主体』とそれぞれ役割は分かれています。互いが会議の開催目的の達成に向けて協働して行っていくものです。

事例提供者も、アドバイザーも、実施主体側の参加者も互いに学びあい、支えあう場になるよう次の点に心がけていただきたいと思います。

### ○参加者全般

- わかりやすい表現で伝える。
- 相手の発言を遮らない。
- みなさん忙しい中、限られた時間で実施します。各自が十分に事前準備をしていただきますようお願いします。

### ○アドバイザー・実施主体側の参加者

- 感情的な非難や批判はしてはダメ！
- 意見や解決法について事例提供者に押し付けない！

### ○事例提供者

- アドバイザー等の言葉に耳を傾けてください。
- 会議で出た意見をすべてを受け入れる必要はないですが、会議が終わってから、必ず内容を思い返し、今後の支援に活かしてください。
- できるだけたくさんの助言をもらうことを意識してください。

### 5. ケアプラン作成上の注意点

#### 【目標】

「目標」については、短期・長期間わす、利用者が『〇〇したい』『〇〇できるようになりたい』等の具体的な目標のためにサービスをどう計画していくのか明記してください。

サービスはあくまでも「自立」するための手段です。サービス利用を終着点にするのではなく、サービスを利用して「どうしたいのか」について、予後予測も含め、その人なりのゴールを設定してください。

またその旨を利用者や家族に説明し理解を求めてください。

#### 【サービス種別】

介護予防・日常生活支援総合事業が開始され、ホームヘルプサービスとデイサービスが次のように多様化しました。

以前：介護予防訪問介護 ⇒ 現在：訪問型サービス

- 1) 介護予防訪問介護相当サービス
- 2) 訪問型サービスA（事業所提供分）
- 3) 訪問型サービスA  
（シルバー人材センター提供分）

以前：介護予防通所介護 ⇒ 現在：通所型サービス

- 1) 介護予防通所介護相当サービス
- 2) 通所型サービスA

そのため、利用者に合ったサービス種別を利用者に提案するとともにケアプランにそのサービスを利用する理由を明記するようにお願いします。

なお通所型サービスAについては、入浴と送迎の「ある・なし」を記載してください。

インフォーマルサービス（サロンや会食会など）も、利用者の自立支援に資する大事なサービスですので、フォーマルサービスだけでなく、インフォーマルサービスも記載してください。

また今後、住民主体のサービスを中心に総合事業の充実を図っていきます。志摩市のホームページ等で情報提供していきますので情報収集を行い、自立に向けた支援を心がけてください。

## 自立支援型地域ケア会議参加にあたって

### 【その他】

○支援計画書は利用者やその家族が読みやすく理解しやすく  
計画書は、利用者やその家族が読むものです。

誤字、脱字が無いようにしていただくのは当然ですが、専門用語や  
難しい漢字、わかりにくい表現の使用は避けるようにしてください。

また、計画を全体を通して統一感のある表記・表現に努めてください。

### ○緊急時・災害時の対応

志摩市は南海トラフ地震に係る地震防災対策の推進に関する特別措置法  
に基づく南海トラフ地震防災対策推進地域（三重県全域）南海トラフ地震  
津波避難対策特別強化地域の指定を受けています。

現時点では、ケアプランへの記載等は強制しませんが、平時や緊急時  
の対応だけでなく、災害時の対応についても、利用者や家族と話し合う  
よう心がけ、災害時要援護者台帳への登録や防災マップの紹介、その他  
必要な支援や情報提供をお願いします。

また、発災時の対応や、避難する場合、避難所まで誰とどのように  
避難するのか等も確認し、有事の際に円滑に避難・支援ができる体制  
の構築に努めてください。