

令和6年度ケアプラン会議(自立支援型)の開催について

1 目的

- ① 保健医療および福祉に関する専門的知識を有する者（以下多職種という。）が、介護支援専門員の提供する個別ケースの課題を明らかにし、効果的な支援方法を幅広く検討することで、介護支援専門員の自立支援に向けたケアマネジメントの実践能力を高めることができる。
- ② ケアプラン会議を通して多職種との顔が見える関係を築くことで、会議以外の場面においてもネットワークを強化することができる。
- ③ 介護を要する状態となるケースについて、その病態、生活様式、家族介護力、地域資源、地域力等を情報収集することで、地域の課題を発見し政策形成につなげることができる。
- ④ ①～③を通じて利用者のQOL向上をはかる。

2 会議で検討するケース

- ① 要支援1・2～要介護1・2の状態にある者のうち、多職種の助言をプランに反映することで、利用者の自立支援・介護重度化予防を目指すもの
- ② 規定回数以上の生活援助中心型訪問介護を位置付けたもの
- ③ 地域包括支援センターおよび保険者が検討の必要があると認めたもの

3 参加者とその役割

参加者	役割
ケアプラン作成者	会議で検討する事例を提出し、会議において支援者としての方向性と求めたい助言について説明する。
主任介護支援専門員	利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントに向け助言、提案を行う。 また、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の把握、社会資源の開発等の地域づくりや、地域の介護支援専門員の人材育成等について検討を行う。
介護福祉士	利用者の多様なニーズに対応し、かつ、自立支援に資する適切な社会資源の活用に向け助言、提案を行う。
看護師	疾患、病態から心身の状態観察の視点、重症化予防、機能維持に向け助言、提案を行う。
薬剤師	処方薬について、副作用、状態観察等の視点、服薬管理について助言、提案を行う。
歯科衛生士	口腔状態の観察の視点、口腔ケア等、口腔機能の維持・向上に向けた助言、

	提案を行う。
理学療法士 作業療法士	機能維持・向上、重症化予防、QOL の維持の観点から、適切な介護サービス、福祉用具の選択のため、生活動作の状態、能力に応じ助言、提案を行う。
管理栄養士	栄養状態の観察の視点、適切な食事摂取、効率的な栄養の摂取に向け助言、提案を行う。
生活支援コーディネーター	社会資源の情報提供を行い、ケアプランにインフォーマルなサービスを取り入れられるよう助言、提案を行う。また、ケースの課題から見えてきた地域の課題を集積し、新たな資源、サービスの提案、開発に向けた検討を行う。
【事務局】 地域包括支援センター ・米原近江地域 ・山東伊吹地域	自立支援の視点でケアマネジメントに取り組む介護支援専門員の後方支援、地域包括支援センターの 3 職種、認知症の専門職が支援できる提案を行う。 基幹包括支援センターとともに司会進行・書記を行う。
【事務局】 基幹包括支援センター	地域包括支援センターとともに司会進行・書記を行う。 会議の助言まとめを事例提供者にフィードバックする。

4 会議の開催方法

- ・毎月第 3 木曜日 午後 1 時 30 分から午後 4 時 00 分まで。
- ・対面型の集合会議とし、1 ケース 25 分程度で検討を行う。

5 会議の傍聴について

- ・介護支援専門員が学びを深めるために希望する場合は、他の事例検討を傍聴することができる。傍聴については、会場参加型（定員は概ね 5 名）と WEB 参加型のハイブリット方式とし、選択することができる。（傍聴に関する詳細については、別紙参照）
- ・新人期の介護支援専門員が事例提供をする場合、所属事業所の管理者または指導者が傍聴し、介護支援専門員の育成に役立てることが望ましい。

6 会議の流れ

- ① 市内居宅介護支援事業所、（看護）小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センターの中から、輪番制で毎月 4 事業所程度を上記の対象となるケースについて、事業所毎に 1 ケースのケアプランを提出してもらう。ケースは、2 週間前の第 1 木曜日までに事務局（市）担当者に個人情報を消さずに提出する。
- ② 事務局で個人情報を消した上で、書類一式を各委員にケアプラン会議の 6 日前までに届ける。
- ③ ケアプラン会議には委員および担当する介護支援専門員等を招集し、検討を行う。
- ④ 事例提供者は、板書のまとめを当日写真に撮ることを可能とする。
- ⑤ ケアプラン会議の結果については、事務局がとりまとめ事例提供者に返す。

- ⑥ ケアプラン会議終了後には、委員全員でケースについての振り返りを行い、個別課題や地域課題等の総括を行う。
- ⑦ モニタリングについては、概ね 3 か月後に事務局から介護支援専門員に連絡し、状況を確認する。

7 会議の開催日と輪番制の担当事業所

会議の開催日と担当事業所は、年度当初に配布した実施要領に掲載している内容を確認すること。担当する介護支援専門員は事業所内で決め、どうしても都合のつかない場合は、事業所間で調整し、事務局（市）に報告する。

8 事例検討で使用する様式（提出書類）

【要介護の認定者】

- ☐ 支援者の意向シート(ケアプラン会議事例提出時情報)
- ☐ 利用者基本情報またはフェイスシート
- ☐ アセスメント票（事業所の定めるアセスメント様式）
- ☐ 処方薬がわかるもの
- ☐ 居宅サービス計画（１）（２）、週間計画
- ☐ サービス事業所個別計画

※任意で課題整理総括表など、追加し提出可能

【事業対象者・要支援の認定者】

- ☐ 支援者の意向シート(ケアプラン会議事例提出時情報)
- ☐ 利用者基本情報またはフェイスシート
- ☐ 基本チェックリスト
- ☐ 健康状態チェック表
- ☐ 処方薬がわかるもの
- ☐ 生活機能評価表（米原市版）または、事業所の定めるアセスメント票
- ☐ 介護予防ケアプラン
- ☐ サービス事業所個別計画

※任意で課題整理総括表など、追加し提出いただいても結構です。

9 提出先

〒521-8501 米原市米原 1016 番地

米原市役所 1 階 高齢福祉課 基幹包括支援センター