

令和8年度ケアプラン会議(自立支援型)実施要領

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 事業対象者・要支援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。ただし、事業所内において、事業対象者・要支援者がいない場合は、要介護1までの者とする。
- ② 事業対象者・要支援の状態にある者のうち、従前相当サービスA2（ホームヘルプサービス）、通所介護相当サービス（A6）を利用されているもの
- ③ 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
- ④ 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	利用者の多用なニーズに対応し、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。 <u>必要に応じて、高齢者虐待予防の視点から、社会福祉士の参加を求める。</u> また、地域課題の抽出に努める。 ● <u>所掌事務：司会進行、受付事務、会場の確保</u>
【事務局】 米原市高齢福祉課 地域包括支援センター	地域包括支援センターの後方支援、抽出された地域課題の把握に努め、施策化に繋げる。 <u>事例内容について、ケアマネの考える事例の課題と助言の方向性を事前に確認し、主任ケアマネとしてアセスメント力の支援を行う。</u> ● <u>所掌事務：</u> <u>提出書類の受理と内容確認、進捗管理台帳管理、個人情報削除、資料印刷、資料配布、板書とまとめ、助言まとめ作成と提供、報酬支払、モニタリング実施、委員選任事務、傍聴者管理</u>

4 会議の開催方法

- ・毎月第3木曜日 午後2時から午後4時30分まで。
- ・対面型の集合会議とし、1ケース **30～40分**程度で検討を行う。

5 会議の傍聴について

- ① 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、会場参加型で定員は概ね5～10名とする。傍聴を希望する場合、1週間前までに事務局(市)へ申込を行う。
- ② 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主任介護支援専門員が傍聴し、介護支援専門員の育成に役立てることが望ましい。
- ③ 13時30分から傍聴受付開始とし、受付後に資料一式を受取り、会議開始の14時

までの30分間、資料を確認する時間とする。

- ④ 事例検討を実施する機会の少ない事業所は、積極的に傍聴に参加することが望ましい。

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3事業所程度、事業所毎に1ケースのケアプランを提出する。ケースは、3週間前である前月の第4木曜日(7月と10月は第5木曜日)までに個人情報を書き消さず、ホッチキス留め等をせずに高齢福祉課地域包括支援センターへ提出する。
- 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日前までに配布する。
- ③ 事務局から当該月の事例のタイトル(事例の概要)を居宅会議支援事業所等にメールでお知らせする。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ ケアプラン会議の結果(助言まとめ)については、概ね1か月以内に事務局が事例提供者に送付する。
- ⑦ 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。
- ⑧ モニタリングについては、概ね2～3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

開催日、プラン提出日、開催場所およびプラン提出担当事業所は、下記の表のとおりとする。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、担当の地域包括支援センターに報告する。

回	開催日 (第3木曜)	プラン提出 〆切日 (開催の 3週間前)	会場： <u>ふくしあ</u>	【担当事業所名】 【検討時間】 ①14時00分～14時40分 ②14時40分～15時20分 ③15時20分～16時00分
第1回	5月21日	4月30日	ふくしあ 研修室1・2	①坂本ケアサービス居宅介護支援事業所 ②つむぎ ③坂田ケアプランセンター
第2回	6月18日	5月28日	ふくしあ 研修室1・2	①ひだまり ②ケアセンターいぶき居宅介護支援事業所 ③ケアプランセンター米原市社会福祉協議会
第3回	7月16日	6月25日	ふくしあ 研修室1・2	①はなれひだまり ②笑みの家ひだまり ③ういんぐ居宅介護相談センター
第4回	8月20日	7月30日	ふくしあ 研修室1・2	①やすらぎハウス居宅介護支援事業所 ②山東伊吹地域包括支援センター ③水野ケアプランセンター
第5回	9月17日	8月27日	ふくしあ 研修室1・2	①ケアプランみしま池 ②米原近江地域包括支援センター ③ケアマネジメントセンター・ライフ
第6回	10月15日	9月24日	ふくしあ 研修室1・2	①ほっとひだまり ②みんなの家 ③L i n k s
第7回	10月29日	-	ふくしあ 会議室	上半期まとめ
第8回	11月19日	10月29日	ふくしあ 会議室	①ケアプランセンター米原市社会福祉協議会 ②在宅介護ファミリーケア米原センター ③坂本ケアサービス居宅介護支援事業所
第9回	12月17日	11月26日	ふくしあ 会議室	①坂田ケアプランセンター ②ケアセンターいぶき居宅介護支援事業所 ③ひだまり
第10回	1月21日	12月24日	ふくしあ 会議室	①やすらぎハウス居宅介護支援事業所 ②ういんぐ居宅介護相談センター ③ケアマネジメントセンター・ライフ

第 11 回	2 月 18 日	1 月 28 日	ふくしあ 会議室	①L i n k s ②ケアプランみしま池 ③つむぎ
第 12 回	3 月 11 日	-	ふくしあ 会議室	年度まとめ

8 事例検討で使用する様式（提出書類）

【事業対象者・要支援の認定者】

- 支援者の意向シート (R8 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、追加し提出可能

【要介護の認定者】

- 支援者の意向シート (R8 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

9 提出先 : 米原市役所本庁舎 1 階 高齢福祉課地域包括支援センター