

## 高千穂町個別型地域ケア会議（自立支援型ケア会議）概要

### 1、目的

- ・ 介護保険法の理念である「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」を実現する。
- ・ 高齢者の自立支援及び生活の質の向上に資するケアマネジメントの実現をおこない、それに基づく介護サービスの提供を実現する。
- ・ 計画作成者及びサービス提供事業者等参加者のOJT（実務研修）を進める。

### 2、実務概要

#### （1）日程

毎月第1金曜日 15時～17時 \*日時変更の場合もあり。

#### （2）会場

高千穂町保健福祉総合センター1F 健診室

#### （3）対象とする事例

- ①総合事業対象者・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2
- ②困難事例により相談を求めたいケースまたは区分変更対象者 等

\*プラン更新時期が近いケースを対象に選定

### 3、参加者

保険者、包括支援センター職員、助言者（町が依頼した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士）

事例提供者（プラン作成担当者・介護サービス事業所）

その他、町が必要と認める関係者

（民生児童委員、社会福祉協議会職員、病院ソーシャルワーカー、ケースワーカー等）

## 《会議当日までのスケジュール》

項 目	担 当	期 日 *会議当日を基準
事例提出担当者の選定 保険者へ報告	・包括支援センター ・居宅支援事業所	1ヶ月前
検討ケースの資料の提出依頼	保険者	
検討ケースの資料（ケアプラン 原案等の資料）を事務局へ提出	・事例提出者 ・各サービス事業所	<u>10日前（前週火曜まで）</u>
提出資料を確認後、同資料を 助言者・司会者へ送付	保険者	1週間前に発送 *助言者、司会者は会議資料の読み込み
会議当日 会場設営等準備	・保険者 or 包括	当 日

## 《使用する会議資料について》

### 【プラン作成担当者提出資料】

A:利用者基本情報

B:介護予防サービス・支援計画書 ・ 居宅サービス計画書

C:アセスメント情報

1. 基本チェックリスト

2. 生活機能評価表（ADL / IADL / 口腔評価表）

3. 食事チェックシート

\*情報提供したい事柄があれば、別様式を追加して構いません。（主治医の意見など）

D:お薬情報（説明書またはお薬手帳など分かるものを提出）

### 【介護サービス事業所提出資料】

E:個別支援計画書

F:モニタリング情報

## 《当日の進行目安》

実施事項		最短所要時間 (目安)	発信者	実施事項	使用する資料
(1)	開催	1～3分	司会者	資料説明等	議事次第等
(2)	プラン作成者より事例の概要説明	6分	プラン作成担当者	① 基本情報について説明 ② 課題について説明 ③ 現在の状況までの経過説明 ④ ②、③を踏まえたケアプランの説明	A 基本情報 B 支援計画書 C アセスメント情報 (チェックリスト・機能評価表・食事チェック表) D お薬情報
(3)	介護サービス事業所から支援方針の説明	6分	介護サービス事業所	事例への支援内容・方針について説明	E 通所・訪問サービス計画書等 F モニタリング情報
(4)	確認及び質問	5分	各専門職→プラン作成者およびサービス事業者	(2)(3)の説明による不明な点の確認→ケアマネ、サービス事業所が応答	A～Fの記述の箇所
(5)	助言	10分	各専門職	各専門職によるアドバイス、提案	A～Fの記述の箇所
(6)	まとめ	3分	司会者	事例提供者(プラン作成担当者・介護サービス事業所)が取り組むべき点の確認。	A～F

1 ケース約30分程度を目安にする。

\*会議の見学をしたい方は1週間前までに介護保険係にFAXまたはTELして下さい。

TEL : 0982-73-1717      FAX : 0982-73-1707