

伊丹市自立支援ケア会議について

1. 目的

- ・自立支援・要介護状態の重度化防止観点からケアプランについて話し合い、要支援者等の生活の課題の解決、状態の改善、自立を促し、更なる在宅生活の充実、生活機能向上等、高齢者のQOLの向上を目指します。
- ・多職種からの専門的な助言を受け、ケアマネジャーが自らのケアプランについて振り返り、改めて高齢者の生活行為の課題等を考え、自立にむけたケアプラン作成を行うことにより、ケアマネジャーの資質向上を図ります。
- ・専門的な助言を受け、自立支援と要介護状態の重度化防止の観点からケアプランを作成することにより、介護保険サービスが必要な人に対して適切かつ、継続的に提供することが可能となり、介護給付の適正化につながります。

2. 方法

(1) 開催頻度

毎月1回 2.5時間～3時間程度

(2) 概要

ケアマネジャーが作成したケアプランやサービス提供事業者が実施する目標設定・支援の状況等について、アドバイザー（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、歯科衛生士等）と共有し、アドバイザーからの意見、提案、助言を受け、ケアマネジャーがケアプランについて見直します。

3. 対象

(1) 要支援及び事業対象者

保険者（市介護保険課）より、居宅介護支援事業所または地域包括支援センターが作成した要支援及び事業対象者のケアプラン等の提出を依頼します。

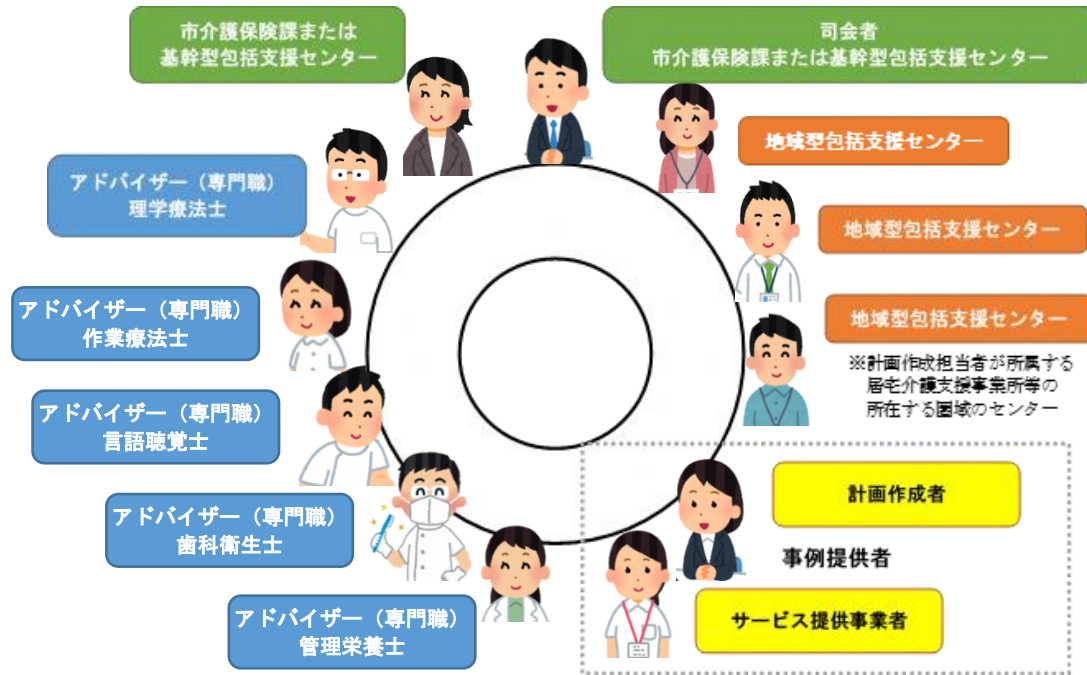
(2) 要介護者のうち、訪問介護における生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上の利用者

平成30年10月より、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から訪問介護における生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上のケアプランは保険者（市介護保険課）への届出が義務づけられました。

該当プランの中から、自立支援ケア会議で検討すべきケースを保険者（市介護保険課）が選定し、計画作成者に依頼します。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用回数(月)	27回	34回	43回	38回	31回

＜伊丹市自立支援ケア会議の構成員（例）＞



4. 「伊丹市自立支援ケア会議」使用様式

以下の書類を事前に提出していただきます。その他必要な書類については、別途提出をお願いすることがあります。

・提出書類

(1) 計画作成者

A. 利用者に関する情報

①利用者基本情報（アセスメントシート）（要支援及び事業対象者の場合）

利用者情報シート

②基本チェックリスト（要支援及び事業対象者の場合）

B. 課題情報

③課題整理総括表

C. ケアプラン

④介護予防・支援計画書「第1表」、「第2表」（要支援及び事業対象者の場合）

⑤居宅サービス計画書「第1表」、「第2表」、「第3表」、「第6表」、「第7表」（生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上の場合）

⑥サービス担当者会議の記録

(2) サービス提供事業者

D. 提供されているサービスの情報

①介護（介護予防）サービス個別援助計画書

<伊丹市自立支援ケア会議の流れ：1事例約30～40分>

実施事項	所要時間	担当	内容とポイント	使用する資料とポイント
(1) 開催	2～3分	司会者	①配布資料の説明 ②参加者自己紹介 ③会議の流れと留意事項について説明	議事次第等
(2) 事例提供者(計画作成者)より事例の概要説明	5～7分	計画作成者	1. 利用者基本情報に基づいて ①事例の情報について説明(性別、年齢、日常生活自立度、認定情報、家族構成、これまでの生活歴、現病、既往歴、利用サービス内容等) 2. 課題整理総括表、ケアプランに基づいて ②事例の課題について説明 ③現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明 ④②③を踏まえた、改善が見込まれる生活行為はどこで、それをどのようにケアプランの目標に位置付けているかを説明	A利用者に関する情報 B課題情報 Cケアプラン(ポイント) 当該利用者の自立を支援する要因について、簡潔で分かりやすく説明し、イメージ化することで会議全体の合意形成を図る
(3) 事例提供者(サービス提供事業所)から支援方針の説明	5～7分	サービス提供事業者	1. 介護(介護予防)サービス個別援助計画書に基づいて ケアプランを踏まえた事例への支援内容・支援方針について説明	D提供されているサービスの情報(ポイント) 事例について、サービスの必要性(自立に向けたサービス内容となっているか)、状況を具体的に説明する。
(4) 質問・助言	13～16分	司会者	(2)(3)の説明に関する不明点の確認	A～D(主に生活機能、ケアプランに係る記述の箇所)
		アドバイザー(専門職)(保険者)(地域包括)	(2)(3)の説明についての質問・助言	A～D(各専門職に係る記述の箇所)(ポイント) 包括的・継続的ケアマネジメントの観点から、多様な生活課題を抱えている高齢者が、地域で安心してその人らしい生活を継続でき、抱える課題に応じたあらゆる社会資源を適切に活用できるよう、それぞれの専門性に応じた実践的な助言を行うことで自立支援に資する支援に努める。
(5) まとめ	5～7分	司会者(要約書)	①会議の中で出た意見を要約して説明 ②事例提供者(計画作成者、サービス提供事業者)が取り組むべき点について説明	A～D(ポイント) アドバイザー等からの助言や決定事項等をまとめ、今後の方針を共通認識し、計画書に反映できることを確認する。
※5事例の場合、(1)～(5)を5回繰り返す				
閉会	1～3分	司会者	次回開催日時・場所の案内	

<伊丹市の地域ケア会議体制>

