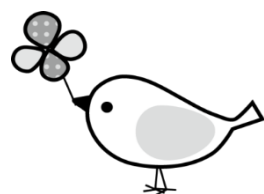


ミーティングで活用できる モデル様式



国分寺市居宅主任介護支援専門員連絡会

様式使用にあたって・・・

◆はじめに

国分寺市居宅主任介護支援専門員連絡会では、居宅事業所加算の趣旨に基づき各事業所で用いているミーティング様式を参考に、すべての居宅支援事業所のミーティングで活用できる会議録のモデル様式を作成することを、事業計画の中に挙げました。

加算取得の要件を網羅できる形にしていますが、会議の内容や記録の整理の仕方なども習得できるように作成していますので、各事業所でも是非活用していただければ幸いです。

また、これを機に、居宅の主任介護支援専門員の事業所内での役割や地域での役割・求められている役割なども周知していければと思っております。

平成 27 年 1 月

国分寺市居宅主任介護支援専門員連絡会

◆発行にあたり

国分寺市居宅介護支援専門員連絡会の発足と取組について

主任介護支援専門員は平成18年制度改正で介護支援専門員をサポートする新たな役割を担う職種として登場しました。当初は地域包括支援センターへの主任介護支援専門員の養成が急がれましたが、平成20年以降、居宅介護支援事業所にも配置されることが増えていますが、東京都、国においてもその役割が明確ではありません。

国分寺市では平成24年度末から居宅介護支援事業所に所属する主任介護支援専門員のネットワーク化と役割の明確化を目的に連絡会を開催しています。

地域のケアマネジメントの在り方を意見交換し居宅介護支援事業所の課題を把握すべき主任介護支援専門員本来の役割を再確認し、以下のように課題と事業目標をまとめました。

国分寺市主任介護支援専門員連絡会で上がった取り組みの内容

	分類	課題	事業目標
①	主任 CM のスーパービジョンの整理	国分寺で事業所内のスーパービジョンをどう位置付けていくか。ルール、仕組みの検討。	○事業所内カンファレンスの適切な開催支援 ○地域事業所でのカンファレンスの適切な開催支援
②	ケアプラン	ケアプラン作成力の不足	○国分寺市内事業所におけるケアプラン作成力の向上
③	介護保険制度, 社会資源	介護保険制度と社会資源を使い切れない	○効果的に地域資源の情報を収集し活用できる
⑥	地域	地域との連携が取れない (近隣, 民生委員等)	○地域の取り組み等への積極的な参加

今回は①市内事業所においてカンファレンスの適切な実施を目標に連絡会を重ね、まずはミーティングが適切に開催できるように様式作成を行いました。事業所内の運営がスムーズにいくと、抱えている課題が見えてきて、より質の高いケアマネジメントが提供できると考えたからです。

また、事業所内でのスーパービジョンの位置付けもどのように行っていくべきか検討し、自分たちがバイザーになりスーパービジョンを受けることで自己研鑽を積み重ねています。

これからも、何を求められているのか、自分たちに何ができるのかを考え活動を継続していく予定です。

この様式作成をきっかけに、地域全体のケアマネジメントの質が高まっていく事を願っています。

国分寺市居宅主任介護支援専門員連絡会 事務局

① 様式作成の目的

この様式は、私たちケアマネジャーが大切にしないといけないマネジメント力の向上を図れるように、と考えました。

加算を取るために会議をする・記録に残す、のではなく

- ① ケースの捉え方：整理する力とそれを客観的に捉える力
- ② 困りごと（悩みごと）の言語化
- ③ 助言内容：否定ではなく支持する力
- ④ 結果をどのように次に生かすか

と言う事を意識して使用して頂ければと思います。

事業所全体で、個別ケースについてのカンファレンスを実施、共有し全体で整理することでケアマネジメント力の向上にもつながります。

また、様式を用いる事で、お互いの業務状況を把握する、研修内容の報告や地域の情報、課題等の共有を図る機会として会議を開催、その会議が適切に開催される為のツールとしての目的も含んでいます。

参考) ミーティングを実施する目的

- ・ 個々の利用者を事業所全体で対応していくと言う事の確認
- ・ 担当している個々のケアマネジャーがお互いにサポートし合う場である事を共有
- ・ 個々のケアマネジャーの負担感を軽減する
(事業所全体で受けていると言うアプローチであることの認識)

②活用方法

- ・ 事業所内の会議（特定事業所加算取得事業所は週1回必須の会議）時に活用
- ・ 『検討したい項目内容→検討した内容→結論とポイント』が一連の流れで確認でき、同じ様な検討項目が生じた時に活用が可能（事例集のように蓄積）
- ・ 蓄積していくことで、事業所の体制作りや体制維持のために活用

③記録時の注意点・明記内容（見本付き様式参照）

・ 項目の説明

項目1：自分が困難に感じているケース、対応に苦慮している相談したいケース、他のCMに相談したいケース

項目2：入所した・入院した等終了したケースの振り返りや以前出したケースの経過報告

項目3：新しい施設の見学、研修内容の報告、社会資源の共有

項目4：関連する制度改正の情報

項目5：アセスメントの方法、ケアプランの点検、多職種との連携、サービス担当者会議の方法等

項目6：クレーム処理、リスクマネジメントの是正方法

項目7：事業所内の連絡事項（研修告知・連絡事項の告知）

項目8：利用者に関しての、担当者決定・対応時の注意点・サービスの提案内容。後日実施状況報告。

- ・ 検討したい項目内容：介護度、年齢、性別、主疾患・項目についての詳細・困りごと・心配事・何を検討したいのか・提案事項
- ・ 検討した内容：アドバイス内容・出された意見・提供された情報・相談者（担当者）の気持ち
- ・ 結論とポイント：意見を集約・結論とポイント

④会議の注意点

“体制について”

- ・ 会議の時間を確保する（緊急以外の電話には出ない）。
- ・ 会議の所要時間、開始時間と終了時間を明確にする。
- ・ 原則全員出席する。
- ・ 効率的に会議を行うため、検討したい内容は事前に周知しておく。
- ・ 内容は出席者・欠席者ともに、記録を持って、振り返り確認をする（日付と押印）。

“進行について”

- ・ 司会者が内容を確認し時間配分する。
- ・ 全員が意見を言えるようにする。
- ・ 事例検討（※1）ではないことを確認しあう。
- ・ 結論を急がない。

※1：挙げられたケースについて、そのケースに焦点を当てるのではなく、担当者が検討したいと思っている内容・困りごと・心配事に焦点を当てて会議を行いましょう。

⑤主任ケアマネジャーの役割

下記のとおり規定されており、介護支援専門員への指導・助言・地域全体のケアマネジメントの質の向上に資する役割などが期待されている。

根拠：主任介護支援専門員研修実施要綱

「主任介護支援専門員は、他の介護支援専門員に適切な指導・助言を行うことができ、また、地域における包括的・継続的なケアシステムを実現するために必要な情報の収集、発信、事業所・職種間の調整や、さらに事業所における人事・経営管理、利用者の視点にたつてフォーマルなサービスやインフォーマルサービスの質・量を確保し、改善していくような提案などを行うことができる者（のことを指す。）」


根拠：「地域包括支援センター業務マニュアル」

区分：居宅介護支援事業所

- 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備における地域包括支援センターとの協働
- 介護支援専門員のニーズ等の把握
- 介護支援専門員に対する身近な相談対応
- 介護支援専門員への継続的サポート
- 介護支援専門員と地域包括支援センター職員との調整

（『東京都介護支援専門員支援検討委員会報告書』より抜粋）

⑥入力方法

- ・文章は折り返して入力される。
- ・改行は **Alt+Enter** でできる。
- ・スペースを広げる時は、カーソルを一番左の数字に当て、が出たらマウス左を押したまま幅を調整する。
- ・行を減らす場合は、左端の数字のところでマウス右クリックし“削除”を選択する。
- ・行を増やす場合は、減らす場合同様で“挿入”を選択する。

⑦居宅支援事業所特定事業所加算について（H24.5.15 集団指導資料より抜粋）

【趣旨】

中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行なうほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするもの。

【算定要件】

利用者に関する情報またはサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催すること。

【厚生労働大臣が定める基準の具体的運用方針】

「利用者に関する情報またはサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議」とはつぎの要件を満たすものであること。

ア 会議には少なくともつぎの議題を含めること ・ 現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針

- ・ 過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策
- ・ 地域における事業者や活用できる社会資源の状況
- ・ 保健福祉に関する諸制度
- ・ ケアマネジメントに関する技術
- ・ 利用者からの苦情があった場合は、その内容及び改善方針。
- ・ その他必要な事項

イ 議事については、記録を作成し、2年間保存する。

ウ 「定期的」とは、概ね週1回以上であること。

居宅事業所会議録

事業所名： _____

実施日時	平成	年	月	日	()	:	~	:	
司会者					記録者				
参加者									
欠席者									

項目	1: 現に抱える処遇困難ケースについて具体的な処遇方針 2: 過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策 3: 地域における事業者や活用できる社会資源の状況 4: 保健医療及び福祉に関する制度 5: ケアマネジメントに関する技術 6: 利用者からの苦情があった場合にはその内容及び改善方針 7: その他必要な事項 8: 新規ケースについて
----	--

項目	検討したい項目内容	担当者	検討した内容	結論とポイント

回覧										
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

居宅事業所会議録

事業所名： _____

実施日時	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) : _____ ~ _____ :
司会者	_____ 記録者 _____
参加者	_____
欠席者	_____

項目 (※)	1: 現に抱える処遇困難ケースについて具体的な処遇方針
	2: 過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策
	3: 地域における事業者や活用できる社会資源の状況
	4: 保健医療及び福祉に関する制度
	5: ケアマネジメントに関する技術
	6: 利用者からの苦情があった場合にはその内容及び改善方針
	7: その他必要な事項
	8: 新規ケースについて

項目	検討したい項目内容	担当者	検討した内容	結論とポイント
<p>上記“項目”1～8の番号を記載</p> <p>明記する内容は…</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護度、年齢、性別、主疾患 ・項目についての詳細 ・困りごと ・心配事 ・何を検討したいのか ・提案事項 			<p>明記する内容は…</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アドバイス内容 ・出た意見 ・提供された情報 ・相談者（担当者）の気持ち 	<p>明記する内容は…</p> <ul style="list-style-type: none"> ・意見を集約 ・結論とポイント
<p>※項目※</p> <p>1：自分が困難に感じているケース、対応に苦慮している相談したいケース、他のCMに相談したいケース</p> <p>2：入所した・入院した等終了したケースの振り返りや以前出したケースの経過報告</p> <p>3：新しい施設の見学、研修内容の報告、社会資源の共有</p> <p>4：関連する制度改正の情報</p> <p>5：アセスメントの方法、ケアプランの点検、多職種との連携、サービス担当者会議の方法等</p> <p>6：クレーム処理、リスクマネジメントの是正方法</p> <p>7：事業所内の連絡事項（研修告知・連絡事項の告知）</p> <p>8：利用者に関する、担当者決定・対応時の注意点・サービスの提案内容。後日実施状況報告。</p>				
<p>必ず全員回覧し捺</p>				

回覧	確認した日付。								
	名前。								

記入例

居宅事業所会議録

項目	検討したい項目内容	担当者	検討した内容	結論とポイント
1	<p>要介護2・女性・独居。 主疾患は認知症。 介護事業所が対応に苦慮しており、ケアマネジャーとして今後どうしたら良いかを検討したい。</p> <p>訪問介護事業所に多い時で1日30回程本人の携帯電話から電話がかかるが、出ても応答がない。仕事に支障が出ている。本人は携帯電話の使い方が分からない。携帯電話を触っていて訪問介護事業所に電話がつながっている状況。 家の電話は、呼び出し音で不穏(過去にトラブルがあった事が要因)になるために使用していない。置いてあるがコードをつなげていない状況。 最近妹が携帯電話を本人に持たせた。かかってくれば応答はできる。</p>	C	<p>アドバイス： ケアマネジャーが本人・妹の電話についてのアセスメントを実施してはどうか。 妹に現状を知ってもらい協力を依頼。 家の電話のみ活用する。 家の電話の着信音を音楽にすると抵抗がないのではないか。 携帯電話を継続して活用するなら、どの様にすれば不要な電話をなくせるか。</p> <p>相談者の気持ち： 認知症があり、本人は訪問介護事業所に電話をかけている意識がない。本人に伝えても、その時は理解するだろうがすぐに忘れてしまうため、話しをしても解決は困難。事業所に迷惑をかけられないので、なるべく早く解決したい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 電話についての現状をアセスメントする。 アセスメント結果をもとに、本人・妹・訪問介護事業所で、話し合いの場を設ける。 話し合いの時は、本日出たアドバイスも参考に進めてみる。
2	<p>要介護5・男性・81歳。 脳出血後左片麻痺、失語、嚥下障害有。 訪問リハビリスタッフと家族とのリハビリへの思いの違いから、関係性が崩れてきている。そのため2年前のリハビリの際に傷つけた自宅壁のことを追求してくるようになった。</p>	D	<p>傷つけた時には、家族とリハビリスタッフの関係性が良かったため、家族は何も言わなかった。スタッフは気付かずにした。 ↓ CMから事業所へ、家族と今後の対応について考えてもらうよう申し入れた。 ↓ 事業所からの返答に納得いかない家族。</p> <p>家族は、陰で自分たちの事を色々言われる事に非常に抵抗があるため、CMは状況確認をしつつも経過を見守る。 口を出す事で、サービス事業所の味方をした、と言われかねない。</p>	<p>家族は自分の思うように人の話を解釈する傾向にあり、それをメモに残していた。 CMが言った事で、更に事態が混乱する可能性もあるため、家族と事業所へ任せる。 介護保険課へ相談しておく事も必要ではないか。</p>
3	<p>定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについて H26.4～国分寺市で開始。</p>	A	<p>国分寺市CM連絡会での説明資料及び、事業所からの資料を会議にて確認。 認知症独居の利用者のサービス利用について検討。 ↓ 事業所・CMとで判定会議実施。利用可能となつてから家族に説明し、利用の意向確認出来てから担当者会議を実施。</p>	<p>事業所との判定会議がワンクッションあり、サービス開始に至るまで時間を要する。 訪問看護師の必要性が多い人は、適さないと言われ、このサービスの利用対象となる人が限られてしまうと考えられる。</p>

項目	検討したい項目内容	担当者	検討した内容	結論とポイント
3	要介護2・女性・78歳。独居。認知症。 ゴミの仕分けが出来なくなっている様子見受けられ、自宅内に小バエが多く発生する様になってきている。社会資源としてなにかないだろうか。	E	支援してくれるヘルパー事業所から、自宅内で小バエが多くなってきているとの情報あり。 ゴミの分別や、ゴミ出しの曜日が分からなくなっている様子。 ↓ 国分寺市のふれあい訪問収集を検討。 分別の必要はあるので、そこから出来なくなっているようであれば、分別や出す際のヘルパー支援が必要ではないか？ ↓ ふれあい訪問収集依頼の際は、市役所担当者が面談に来て色々聴き取りするため、認知症の人は混乱する事がある。 面接の際はCMが同席した方が良いかもしれない。	自分では出来ると思っている事、導入時の混乱が予測される。 通所の送り出しのヘルパーに分別から任せては時間が足りないので、前日の夕方のヘルパーに分別してもらっておく。
4	厚労省・介護保険最新情報Vol.324 その1・その2 「東日本大震災に対処するための要介護認定有効期間及び要支援認定有効期間の特例に関する省令」	B	当事業所担当の福島県〇〇市住民票のU様が該当。 福島県△△包括支援センターに問い合わせし、確認。 ↓ △△町の一部だけが旧緊急避難地区となるのは不公平感あるため、全域を非避難指示地域とし、特例を継続。	U様のサービス利用料金免除措置期間は、H27.2までと言うことを包括からの書類で確認。
5	ケアマネジメントに関する技術 参考文献 ・ケアプランに活かすICFの視点 諏訪さゆり・大瀧清作 ・居宅&施設 ケアプラン立案の方程式 榎原宏昌	A	ケアプラン 「どの様な考え方の流れで、ケアプランの第2表をいかに書けばよいか」 1.ケアマネジメントについてすぐれた指導者の指導をうけられない。 2.介護支援専門員自身が生活課題(ニーズ)について分かり、ずっと続けたいと思えるアセスメントツールに出会えない。 3.介護支援専門員としての誇りや責任感が弱くても第2表をはじめとするシートになんとなく記入できる。 ・利用者の気持ちや意見より家族の気持ちや意見の方を重視してしまいやすいこと。利用者本人の意欲に迫る事が難しい。	ICF(国際生活機能分類)を基盤にした高齢者ケアを検討。生活機能とは「人間が生活する上で使用している全ての機能」。 ・利用者基本情報シート ・生活歴シート ・課題分析概要シート 以上3シートを作り上げて、ケアプラン第2表を作り上げるのに参考。
5	居宅サービス計画書作成のルールと目標立案、課題分析	A	居宅サービス計画書は何のために必要か？ ⇒利用者が自立した日常生活を営む事が出来るように、継続的かつ計画的に利用できるようにするため。	別紙参照 1表、2表の具体的な記載方法は別紙参照 ※記入例なので別紙は添付しておりません。

項目	検討したい項目内容	担当者	検討した内容	結論とポイント
6	<p>利用者家族からの苦情。</p> <p>新規で夫婦ともに契約締結。ヘルパー訪問初日に、別居の子が「契約書の内容を変えないと契約しない」と言ってきた。契約書の内容説明を再度行ったが、納得されなかった。</p> <p>利用者夫婦はサービス希望しており、サービスの必要性もある。しかし、契約書の内容を変えないとサービスが提供できない状況となった。</p> <p>事業所としてどう対応するのか。</p>	D	<p>・契約書を変えないとサービスがスタートできない。利用者には不利益が生じるのではないかと。</p> <p>・一利用者のために変更する必要はあるのか。</p> <p>・変更した場合、現利用者とも契約書を取り直しをしなければならぬのではないかと。</p>	<p>・包括主任CMに相談。</p> <p>・法人の理事長に経緯報告。</p> <p>⇒契約書は変えない(契約書としては問題はない)。</p> <p>* 分かりにくいところは個別に書面等で細く説明をする。</p> <p>* 了解を得られない時は、家族が納得できる別の事業所と契約をしてもらい、サービスを開始してもらう。</p>
7	<p>事務所内の連絡事項</p> <p>①〇月△日で開設1周年:1年間の担当件数の推移</p> <p>②国分寺市熱中症予防事業対象者確認、報告書について</p> <p>③研修の報告:〇月△日開催の「障害者総合支援法」について</p> <p>④今後の研修予定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〇/△ 高次脳機能障害 ・〇/△ 在宅生活におけるリハビリテーションとは ・〇/△障害者サービスを使ったケアプランのたて方を学ぼう 	A		<p>研修は希望を募り、分けて行き、報告にて共有する。</p>
8	<p>新規:要介護1、60歳、女性</p> <p>主疾患 H13,乳がんOPE</p> <p>リンパ節転移</p> <p>H17、リンパ(首)転移</p> <p>抗癌剤治療</p> <p>H21,脳腫瘍(悪性)OPE</p> <p>その後放射線治療4回</p> <p>脳腫瘍再発</p> <p>現在兄宅で生活している。DVにより昨年離婚している。</p> <p>そのためK市内にアパート借りているがそのままにしている。</p> <p>1月より高次脳機能障害顕著</p> <p>言葉が出にくい</p> <p>思っていることを表現できない</p> <p>体が動かしづらい</p> <p>計算できない</p> <p>筋力が低下してきた</p> <p>爪が肥厚し、切れない</p> <p>お風呂に入るのが不安</p> <p>涙もろくなった</p> <p>以上の状態にある利用者について今後の方向性を検討する。</p>	T	<p>医療の要素が強く、脳腫瘍がいつ再発するかわからない状態。本人は肥厚した爪が気になっている様子で、爪切りを希望。言葉が出にくい事に気にしている。涙もろくなっている。</p> <p>家事については兄がすべて行っている状況。</p> <p>他市に住む姉も通院の付添に協力している。</p> <p>公共の交通機関利用して通院できている。</p> <p>担当として</p> <p>兄宅での生活で、身の回りのものなどは最低限用意してある。出来る範囲で対応。</p> <p>今後は医療を優先のサービスで</p> <p>往診の検討</p> <p>現在の主治医</p> <p>T医療センター 乳腺外科 T先生</p> <p>脳外科 O先生</p> <p>Y脳神経外科 放射線治療</p> <p>↓</p> <p>往診へつなげる</p> <p>訪問看護</p> <p>↓</p> <p>訪問看護指示書を誰に書いてもらうか?</p> <p>入浴の検討</p> <p>※自宅での入浴が良いか</p> <p>※通所利用が良いのか</p> <p>※自宅の場合、看護師にするかヘルパーで良いか</p>	<p>今後、病気の進行に伴いADLの低下予想される。その時の状況に合わせて、対応していく。</p> <p>1、医療を優先のサービスで往診の導入</p> <p>往診はH診療所予定している。</p> <p>2、訪問看護指示書</p> <p>往診の先生に依頼</p> <p>次回通院時に一緒に通院し医師に相談する。</p> <p>(現在の主治医)</p> <p>3、安全な入浴確保</p> <p>訪問看護に依頼予定</p> <p>※脳腫瘍が又再発した場合Y脳神経病院の治療が優先</p>

平成 26 年度 居宅主任介護支援専門員連絡会名簿

	氏名	所属
1	高野 美知子	エンジョイライフ・ケア
2	梅田 千里	ケアプラン事業所 えにし
3	千葉 幸子	(財) 国分寺市健康福祉サービス協会
4	青木 美佳	国分寺市医師会訪問看護ステーション
5	近藤 哲矢	(社福) 普門会 居宅介護支援センター にしき苑
6	杉浦 秀子	国分寺ひかり診療所
7	細井 恵子	るびなす居宅介護支援事業所
8	斉藤 由規子	三多摩医療生協 国分寺診療所
9	伊東 紘子	介護相談センターやわらぎ・国分寺

平成 27 年度 居宅主任介護支援専門員連絡会名簿

	氏名	所属
1	高野 美知子	エンジョイライフ・ケア
2	梅田 千里	ケアプラン事業所 えにし
3	千葉 幸子	(財) 国分寺市健康福祉サービス協会
4	青木 美佳	国分寺市医師会訪問看護ステーション
5	近藤 哲矢	(社福) 普門会 居宅介護支援センター にしき苑
6	杉浦 秀子	国分寺ひかり診療所
7	細井 恵子	るびなす居宅介護支援事業所
8	斉藤 由規子	三多摩医療生活協同組合 国分寺診療所
9	飯田 恵理子	介護相談センターやわらぎ・国分寺
10	小澤 ゆかり	ケアールプランニング

事務局 (26 年度, 27 年度)

1	土井 直人	国分寺市 地域包括支援センター (高齢者相談室)
2	島村 弥生	
3	清水 文	
4	小室 妙子	

