

部 分 公 開 決 定 通 知 書

大福祉第 2445 号
令和 6 年 1 月 30 日

林弘法律事務所
弁護士 山中 理司 様

大阪市長 横山 英幸

令和 6 年 1 月 17 日付けの公開請求について、大阪市情報公開条例第 10 条第 1 項の規定により、次のとおり公文書の一部を公開することを決定したので通知します。

公文書の件名	別紙 1 のとおり
公開の日時	別途郵送します。
公開の場所	別途郵送します。
公開の実施方法	文書の写しの交付
公開しないこと とした部分	別紙 2 のとおり
上記の部分 を公開しない理由	別紙 2 のとおり
担 当	福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課（地域包括ケアグループ） （電話番号 06-6208-8060）
備 考	

注 1 この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して 3 箇月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。

この決定については、上記の審査請求のほか、この決定があったことを知った日の翌日から起算して 6 箇月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、上記の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して 6 箇月以内に提起することができます。

ただし、上記の期間が経過する前に、この決定（審査請求をした場合には、その審査請求に対する判決）があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの決定（審査請求をした場合には、その審査請求に対する判決）があった日の翌日から起算して 1 年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

2 公文書の公開を受ける際には、この通知書を受付へ提示してください。

公文書の件名

【①大阪市が大阪市東成区南部地域包括支援センターに委託している内容及び委託費用が書いてある契約書その他の文書（令和5年2月当時のもの）】

- 1 大阪市東成区南部地域包括支援センター運営関連事業（包括的支援事業）
業務委託契約書（契約期間：平成31年4月1日から平成35年3月31日）
- 2 大阪市東成区南部地域包括支援センター運営関連事業（包括的支援事業）
業務委託変更契約書（令和4年度締結分）
- 3 令和4年度大阪市東成区南部地域包括支援センター介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）
業務委託契約書
- 4 令和4年度大阪市東成区南部地域包括支援センター家族介護支援事業
業務委託契約書

【②大阪市東成区南部地域包括支援センターが大阪市に提出している、受託業務に関する定期的な報告書（令和4年度のもの）】

- 5 令和4年度大阪市東成区南部地域包括支援センター運営関連事業（包括的支援事業）
変更届出書（令和4年4月12日提出分）
- 6 令和4年度大阪市東成区南部地域包括支援センター運営関連事業（包括的支援事業）
職員配置状況確認表（令和4年4月1日時点）
- 7 令和4年度大阪市東成区南部地域包括支援センター運営関連事業（包括的支援事業）
職員配置状況確認表（令和3年8月25日時点）
- 8 令和4年度大阪市東成区南部地域包括支援センター運営関連事業（包括的支援事業）
変更届出書（令和4年6月13日提出分）
- 9 令和4年度大阪市東成区南部地域包括支援センター運営関連事業（包括的支援事業）
職員配置状況確認表（令和4年6月1日時点）
- 10 令和4年度大阪市東成区南部地域包括支援センター運営関連事業（包括的支援事業）
職員配置状況確認表（令和4年4月1日時点）
- 11 令和4年度大阪市東成区南部地域包括支援センター運営関連事業（包括的支援事業）
自立支援型ケアマネジメント検討会議 会議録
- 12 令和4年度大阪市東成区南部地域包括支援センター運営関連事業（包括的支援事業）
自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

1 公開しないこととした部分

- ア (別紙1 項番 1～4) 法人の印影
- イ (別紙1 項番 5～10) 法人職員の氏名
- ウ (別紙1 項番 11) 支援対象者の年齢・性別・状態・検討内容
- エ (別紙1 項番 12) 支援対象者の年齢・性別・状態・支援経過、
法人職員の氏名

2 公開しない理由

大阪市情報公開条例第7条第1号に該当

(説明)

上記イ～エの情報については、個人に関する情報であって、当該情報そのものにより又は他の情報と照合することにより、特定の個人を識別される情報又は特定の個人を識別することはできないが、公にすることにより、なお個人の権利利益を害するおそれがある情報であると認められ、かつ同号ただし書ア、イ、ウのいずれにも該当しないため。

大阪市情報公開条例第7条第2号に該当

(説明)

上記アの情報については、法人等の事業活動を行う上での内部管理に属する事項に関する情報であって、公にすることにより偽造あるいは転用のおそれがあり、当該法人等の事業運営が損なわれるおそれがあると認められ、かつ同号ただし書にも該当しないため。

27

変更届出書

令和 4 年 4 月 12 日

大阪市長 様

[届出者]
所在地 大阪市東成区大今里南3丁目11番2号
名称 社会福祉法人東成区社会福祉協議会
代表者 会長 清水 弘

次のとおり地域包括支援センターの設置にかかる内容を変更しましたので届出します。

変更年月日	令和 4 年 4 月 1 日
包括名称	東成区南部地域包括支援センター
変更があった事項 (※該当する項目に○をつけください)	1. 法人の名称・代表者・所在地・連絡先（電話・FAX・メールアドレス） 2. 事業所の所在地・連絡先（電話・FAX・メールアドレス） ③ 事業所の管理者・従事者 4. 営業日・営業時間 5. 事業所の平面図 6. その他（ ）
変更の内容	(変更前) 管理者 [] (退職) A 列基準配置 [] 1.0 (退職) [] 1.0 (配置換え) B 列加配 [] 0.5 (配置換え) E 列地域包括ケア推進 [] 0.5 (配置換え) (変更後) 管理者 [] (新規) ✓ A 列基準配置 [] 1.0 (新規)、[] 1.0 ✓ B 列加配 [] 0.5 E 列地域包括ケア推進 [] 0.5
備考	
受領目 (大阪市記入欄)	区保健福祉センター 令和 4 年 4 月 12 日 福祉局地域包括ケア推進課 令和 4 年 4 月 13 日

※変更内容が分かる書類（新旧職員配置状況確認表（資格証・経歴書等は不要）・登記事項証明書写し等）を添付してください。

地域包括支援センター 職員配置状況確認表

東成区 南部地域包括支援センター

基準配置職員数(A) 4.5 人

・大阪市委託業務である「地域包括支援センター運営業務(認知症強化型含む)」「第1号介護予防支援事業」「認知症初期集中支援推進事業」及び「指定介護予防支援事業」の従事職員について記載
 ・委託料支出対象ではないが、地域包括支援センターに関わる法人職員(センター長・施設長・部門管理職等)がいる場合は、個人情報を取扱う範囲の明確化のために記載(氏名及び資格欄に法人役職のみ)が必要

【令和4年度用】

令和 4 年 4 月 1 日 時点

令和4年4月1日 時点

No.	氏 名	資 格	役職						担当業務従事状況											従事時間 常勤換算 個人計	オレンジサ ポーター地 域活動促進 事業 コーディネ ーター
			包括 管理者	自立支援 型ケアマ ネジメント	地域ケア 推進担当	認知症強化型			地域包括支援センター運営						認知症施策の推進			ケアプラン 作成 (介護予防 支援・介護 予防ケアマ ネジメント)			
						認知症 施策推進 担当	初期集中 支援チ ーム員 責任者	認知症 地域支援 推進員 代表者	包括基本業務 (専門三職種)		自立支援型 ケアマネジ メント (専門 三職種)	体制強化 (専門 三職種)	地域ケア 推進	包括業務 補助	認知症 施策推 進	認知症強化型					
									基準配置 (専従)	加配 (兼務可)						初期集中支援チーム			認知症 地域支援 推進員		
																医療	介護・福祉				
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L										
1		主任介護支援専門員	○					1.0											1.0		
2		社会福祉士			○			0.5					0.5						1.0		
3		社会福祉士						1.0											1.0		
4		社会福祉士						1.0											1.0		
5		主任介護支援専門員			○				0.5				0.5						1.0		
6		主任介護支援専門員		○						0.5	0.5								1.0		
7		保健師						1.0											1.0		
8		保健師							0.2										0.2		
9		センター長																	0.0		
10																			0.0		
11																			0.0		
12																			0.0		
13																			0.0		
14																			0.0		
15																			0.0		

「資格」:担当業務従事に必須となる医療・介護・福祉等の専門資格を記入。

「役職」:該当する役職に○印を記入

A:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。3職種各1名以上かつ専従・専任で基準配置職員数を満たすこと。従事者はケアプラン作成が可能であるため、K欄記入不要。

専従・専任が要件であるが、包括的支援事業と一体的に行われる必要がある事業に従事することを妨げないため、C・D・E・Gとの兼務可能。

配置基準に0.5人の端数がある場合、当該職員は残り0.5人分についてB・C・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。

B:基準配置職員数(A)を満たしている場合、事前調整を経て配置可能。A・C・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

C:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。A・B・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

D:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。A・B・C・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

E:主に「地域包括ケアの中核」として地域ケア推進業務を担当する者。職種によりA・B・C・D・G・H・I・J・Lとの兼務可能。

F:職種要件なし。年度ごとに事前調整を経て配置可能。主に包括的支援事業に関する補助的業務(専門的な判断を必要としない事務作業等)を行う。Lとの兼務可能。

G:主に認知症強化型地域包括支援センターに求められる「認知症施策推進業務」を担当する者。職種によりA・B・C・D・E・H・I・J・Lとの兼務可能。

H:認知症初期集中支援チームのうち、医療専門職。職種によりB・C・D・E・G・I・J・Lとの兼務可能。

I:認知症初期集中支援チームのうち、介護・福祉専門職。職種によりB・C・D・E・G・H・J・Lとの兼務可能。

J:認知症地域支援推進員。0.5人以上の配置が必要。職種により、B・C・D・E・G・H・I・Lとの兼務可能。

K:介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを担当する介護支援専門員等(いわゆるプランナー)。運営業務委託料からの人件費支出不可。A・B・C・D欄従事者はプラン作成が可能のため、本欄記入不要。

L:主にオレンジサポーター地域活動促進事業に関するコーディネーター業務を担当する者。職種により、A・B・C・D・E・F・G・H・I・Jとの兼務可能。担当者に○印を記入。

↑配置要件に沿って「0」若しくは「0.5」を入力してください。

地域包括支援センター 職員配置状況確認表

東成区南部地域包括支援センター

基準配置職員数(A) **4.5** 人

・大阪市委託業務である「地域包括支援センター運営業務(認知症強化型含む)」「第1号介護予防支援事業」「認知症初期集中支援推進事業」及び「指定介護予防支援事業」の従事職員について記載
 ・委託料支出対象ではないが、地域包括支援センターに関わる法人職員(センター長・施設長・部門管理職等)がいる場合は、個人情報を取扱う範囲の明確化のために記載(氏名及び資格欄に法人役職のみ)が必要

【令和3年度用】

令和3年8月25日時点

No.	氏 名	資 格	役職						担当業務従事状況										従事時間 常勤換算 個人計	オレンジサ ポーター地 域活動促進 事業 コーディネ ーター					
			包括 管理者	自立支援 型ケアマネ ジメント	地域ケア 推進担当	認知症強化型			地域包括支援センター運営						認知症施策の推進			ケアプラン 作成 (介護予防 支援・介護 予防ケアマ ネジメント)							
						認知症 施策推進 担当	初期集中 支援 チーム員 責任者	認知症 地域支援 推進員 代表者	包括基本業務 (専門三職種)	自立支援型 ケアマネジメ ント (専門 三職種)	体制強化 (専門 三職種)	地域ケア 推進	包括業務 補助	認知症 施策推 進	認知症強化型		認知症 地域支援 推進員								
															初期集中支援チーム										
															医療	介護・福祉									
																H	I	J	K						
																A	B	C	D	E	F	G			L
1		看護師	○						1.0											1.0					
2		主任介護支援専門員							1.0											1.0					
3		社会福祉士			○				0.5					0.5						1.0					
4		社会福祉士							1.0											1.0					
5		社会福祉士							1.0											1.0					
6		社会福祉士		○							0.5	0.5								1.0					
7		保健師			○					0.5				0.5						1.0					
8		保健師								0.2										0.2					
9		事務職員																		0.0					
10		センター長																		0.0					
11																				0.0					
12																				0.0					
13																				0.0					
14																				0.0					
15																				0.0					
配置合計									4.5	0.7	0.5	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	7.2					
人員配置目安									基準配置	任意	0.5	0.5	1.0	任意	0.5	実施体制(責任者は0.7)		0.5	任意						

「資格」担当業務従事に必須となる医療・介護・福祉等の専門資格を記入。

「資格」:担当業務従事に必須となる医療・介護・福祉等の専門資格を記入。

「役職」:該当する役職に○印を記入

A:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。3職種各1名以上かつ専従・専任で基準配置職員数を満たすこと。従事者はケアプラン作成が可能であるため、K欄記入不要。

専従・専任が要件であるが、包括的支援事業と一体的に行われる必要がある事業に従事することを妨げないため、C・D・E・Gとの兼務可能。

配置基準に0.5人の端数がある場合、当該職員は残り0.5人分についてB・C・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。

B:基準配置職員数(A)を満たしている場合、事前調整を経て配置可能。A・C・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

C:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。A・B・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

D:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。A・B・C・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

E:主に「地域包括ケアの中核」として地域ケア推進業務を担当する者。職種によりA・B・C・D・G・H・I・J・Lとの兼務可能。

F:職種要件なし。年度ごとに事前調整を経て配置可能。主に包括的支援事業に関する補助的業務(専門的な判断を必要としない事務作業等)を行う。Lとの兼務可能。

G:主に認知症強化型地域包括支援センターに求められる「認知症施策推進業務」を担当する者。職種によりA・B・C・D・E・H・I・J・Lとの兼務可能。

H:認知症初期集中支援チームのうち、医療専門職。職種によりB・C・D・E・G・I・J・Lとの兼務可能。

I:認知症初期集中支援チームのうち、介護・福祉専門職。職種によりB・C・D・E・G・H・J・Lとの兼務可能。

J:認知症地域支援推進員。0.5人以上の配置が必要。職種により、B・C・D・E・G・H・I・Lとの兼務可能。

K:介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを担当する介護支援専門員等(いわゆるプランナー)。運営業務委託料からの人件費支出不可。A・B・C・D欄従事者はプラン作成が可能のため、本欄記入不要。

L:主にオレンジサポーター地域活動促進事業に関するコーディネーター業務を担当する者。職種により、A・B・C・D・E・F・G・H・I・Jとの兼務可能。担当者に○印を記入。

月～土曜日の事業実施体制及び初回訪問日の体制確保が必要。
 1名は責任者として0.7人以上の従事が必要。

変更届出書

令和 4 年 6 月 13 日

大阪市長 様

[届出者]

所在地 大阪市東成区大今里南3丁目11番2号

名称 社会福祉法人東成区社会福祉協議会

代表者 会 長 清 水 弘

次のとおり地域包括支援センターの設置にかかる内容を変更しましたので届出します。

変更年月日	令和 4 年 6 月 1 日
包括名称	東成区南部地域包括支援センター 27
変更があった事項 (※該当する項目に○をつけください)	1. 法人の名称・代表者・所在地・連絡先（電話・FAX・メールアドレス） 2. 事業所の所在地・連絡先（電話・FAX・メールアドレス） 3. 事業所の管理者・従事者 4. 営業日・営業時間 5. 事業所の平面図 6. その他（ ）
変更の内容	(変更前) A列基準配置 1.0 (配置換え) B列加配 0.5 (配置換え) B列加配 0.2 (配置換え) (変更後) A列基準配置 0.5 、 0.5 K列ケアプラン作成 0.5 K列ケアプラン作成 0.2
備考	
受領日 (大阪市記入欄)	区保健福祉センター 令和 4 年 6 月 13 日 福祉局地域包括ケア推進課 令和 4 年 6 月 14 日

※変更内容が分かる書類（新旧職員配置状況確認表（資格証・経歴書等は不要）・登記事項証明書写し等）を添付してください。

地域包括支援センター 職員配置状況確認表

東成区 南部地域包括支援センター

基準配置職員数(A) 4.5 人

・大阪市委託業務である「地域包括支援センター運営業務(認知症強化型含む)」「第1号介護予防支援事業」「認知症初期集中支援推進事業」及び「指定介護予防支援事業」の従事職員について記載
 ・委託料支出対象ではないが、地域包括支援センターに関わる法人職員(センター長・施設長・部門管理職等)がいる場合は、個人情報を取扱う範囲の明確化のために記載(氏名及び資格欄に法人役職のみ)が必要

【令和4年度用】

令和4年6月1日 時点

No.	氏 名	資 格	役職			担当業務従事状況													従事時間 常勤換算 個人計	オレンジサ ポーター地 域活動促進 事業 コーディネ ーター	
			包括 管理者	自立支援 型ケアマ ネジメン ト	地域ケア 推進担当	認知症強化型			地域包括支援センター運営						認知症施策の推進			ケアプラン 作成 (介護予防 支援・介護 予防ケアマ ネジメン ト)			
						認知症 施策推進 担当	初期集中 支援 チーム員 責任者	認知症 地域支援 推進員 代表者	包括基本業務 (専門三職種)		自立支援型 ケアマネジ メント (専門 三職種)	体制強化 (専門 三職種)	地域ケア 推進	包括業務 補助	認知症 施策推 進	認知症強化型					認知症 地域支援 推進員
									基準配置 (専従)	加配 (兼務可)						初期集中支援チーム					
																A	B				
1		主任介護支援専門員	○						1.0											1.0	
2		社会福祉士			○				0.5					0.5						1.0	
3		社会福祉士							1.0											1.0	
4		社会福祉士							0.5										0.5	1.0	
5		主任介護支援専門員			○				0.5					0.5						1.0	
6		主任介護支援専門員		○							0.5	0.5								1.0	
7		保健師							1.0											1.0	
8		保健師																	0.2	0.2	
9		センター長																		0.0	
10																				0.0	
11																				0.0	
12																				0.0	
13																				0.0	
14																				0.0	
15																				0.0	
配置合計									4.5	0.0	0.5	0.5	1.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.7	7.20	

「資格」:担当業務従事に必須となる医療・介護・福祉等の専門資格を記入。

「役職」:該当する役職に○印を記入

A:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。3職種各1名以上かつ専従・専任で基準配置職員数を満たすこと。従事者はケアプラン作成が可能であるため、K欄記入不要。

専従・専任が要件であるが、包括的支援事業と一体的に行われる必要がある事業に従事することを妨げないため、C・D・E・Gとの兼務可能。

配置基準に0.5人の端数がある場合、当該職員は残り0.5人分についてB・C・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。

B:基準配置職員数(A)を満たしている場合、事前調整を経て配置可能。A・C・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

C:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。A・B・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

D:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。A・B・C・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

E:主に「地域包括ケアの中核」として地域ケア推進業務を担当する者。職種によりA・B・C・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。

F:職種要件なし。年度ごとに事前調整を経て配置可能。主に包括的支援事業に関する補助的業務(専門的な判断を必要としない事務作業等)を行う。Lとの兼務可能。

G:主に認知症強化型地域包括支援センターに求められる「認知症施策推進業務」を担当する者。職種によりA・B・C・D・E・H・I・J・Lとの兼務可能。

H:認知症初期集中支援チームのうち、医療専門職。職種によりB・C・D・E・G・I・J・Lとの兼務可能。

I:認知症初期集中支援チームのうち、介護・福祉専門職。職種によりB・C・D・E・G・H・J・Lとの兼務可能。1名は責任者として0.7人分以上の従事が必要。

J:認知症地域支援推進員。0.5人分以上の配置が必要。職種により、B・C・D・E・G・H・I・Lとの兼務可能。

K:介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを担当する介護支援専門員等(いわゆるプランナー)。運営業務委託からの人件費支出不可。A・B・C・D欄従事者はプラン作成が可能のため、本欄記入不要。

L:主にオレンジサポーター地域活動促進事業に関するコーディネーター業務を担当する者。職種により、A・B・C・D・E・F・G・H・I・Jとの兼務可能。担当者に○印を記入。

↑配置要件に沿って「0」若しくは「0.5」を入力してください。

地域包括支援センター 職員配置状況確認表

東成区 南部地域包括支援センター

基準配置職員数(A) 4.5 人

・大阪市委託業務である「地域包括支援センター運営業務(認知症強化型含む)」「第1号介護予防支援事業」「認知症初期集中支援推進事業」及び「指定介護予防支援事業」の従事職員について記載
 ・委託料支出対象ではないが、地域包括支援センターに関わる法人職員(センター長・施設長・部門管理職等)がいる場合は、個人情報を取扱う範囲の明確化のために記載(氏名及び資格欄に法人役職のみ)が必要

【令和4年度用】

令和4年4月1日時点

No.	氏 名	資 格	役職						担当業務従事状況										従事時間 常勤換算 個人計	オレンジサ ポーター地 域活動促進 事業 コーディネ ーター	
			包括 管理者	自立支援 型ケアマ ネジメン ト	地域ケア 推進担当	認知症強化型			地域包括支援センター運営						認知症施策の推進			ケアプラン 作成 (介護予防 支援・介護 予防ケアマ ネジメン ト)			
						認知症 施策推進 担当	初期集中 支援 チーム員 責任者	認知症 地域支援 推進員 代表者	包括基本業務 (専門三職種)		自立支援型 ケアマネジ メント (専門 三職種)	体制強化 (専門 三職種)	地域ケア 推進	包括業務 補助	認知症 施策推 進	認知症強化型					認知症 地域支援 推進員
									基準配置 (専従)	加配 (兼務可)						初期集中支援チーム	介護・福祉				
									A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
1		主任介護支援専門員	○						1.0												1.0
2		社会福祉士			○				0.5					0.5							1.0
3		社会福祉士							1.0												1.0
4		社会福祉士							1.0												1.0
5		主任介護支援専門員			○					0.5				0.5							1.0
6		主任介護支援専門員		○							0.5	0.5									1.0
7		保健師							1.0												1.0
8		保健師								0.2											0.2
9		センター長																			0.0
10																					0.0
11																					0.0
12																					0.0
13																					0.0
14																					0.0
15																					0.0
配置合計									4.5	0.7	0.5	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	7.20	
人員配置目安									基準配置	任意	0.5	0.5	1.0	任意	0.5	実施体制(責任者は0.7)		0.5	任意		

「資格」:担当業務従事に必須となる医療・介護・福祉等の専門資格を記入。

「役職」:該当する役職に○印を記入

A:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。3職種各1名以上かつ専従・専任で基準配置職員数を満たすこと。従事者はケアプラン作成が可能であるため、K欄記入不要。

専従・専任が要件であるが、包括的支援事業と一体的に行われる必要がある事業に従事することを妨げないため、C・D・E・Gとの兼務可能。

配置基準に0.5人の端数がある場合、当該職員は残り0.5人分についてB・C・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。

B:基準配置職員数(A)を満たしている場合、事前調整を経て配置可能。A・C・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

C:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。A・B・D・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

D:社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等。A・B・C・E・G・H・I・J・Lとの兼務可能。K欄記入不要。

E:主に「地域包括ケアの中核」として地域ケア推進業務を担当する者。職種によりA・B・C・D・G・H・I・J・Lとの兼務可能。

F:職種要件なし。年度ごとに事前調整を経て配置可能。主に包括的支援事業に関する補助的業務(専門的な判断を必要としない事務作業等)を行う。Lとの兼務可能。

G:主に認知症強化型地域包括支援センターに求められる「認知症施策推進業務」を担当する者。職種によりA・B・C・D・E・H・I・J・Lとの兼務可能。

H:認知症初期集中支援チームのうち、医療専門職。職種によりB・C・D・E・G・I・J・Lとの兼務可能。月～土曜日の事業実施体制及び初回訪問日の体制確保が必要。

I:認知症初期集中支援チームのうち、介護・福祉専門職。職種によりB・C・D・E・G・H・J・Lとの兼務可能。1名は責任者として0.7人分以上の従事が必要。

J:認知症地域支援推進員。0.5人以上の配置が必要。職種により、B・C・D・E・G・H・I・Lとの兼務可能。

K:介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを担当する介護支援専門員等(いわゆるプランナー)。運営業務委託料からの人件費支出不可。A・B・C・D欄従事者はプラン作成が可能のため、本欄記入不要。

L:主にオレンジサポーター地域活動促進事業に関するコーディネーター業務を担当する者。職種により、A・B・C・D・E・F・G・H・I・Jとの兼務可能。担当者に○印を記入。

↑配置要件に沿って「0」若しくは「0.5」を入力してください。

自立支援型ケアマネジメント検討会議 会議録

資料№12

1 開催日時、開催形式等

開催日時、開催形式等															
包括名		東成区南部地域包括支援センター			開催日時		令和 4 年 5 月 19 日 (木)			検討時間		13 時 45 分 ~ 14 時 30 分		開催形式	集合
出席者	開催地域包括支援センター職員				助言者等				サービス提供事業所						
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)		■ 医師	■ ケアマネジャー		□ 訪問介護		■ 通所介護		□ その他			
	□ 社会福祉士	□ 主任ケアマネジャー				■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	□ 訪問看護		■ 福祉用具		□ その他			

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

2 検討事例の概要

選定ケース番号	27 - 4 - 1		
年齢	歳	性別	男 女
認知症高齢者の日常生活自立度		要介護度	要支援1 要支援2
世帯構成	単身世帯 夫婦のみ		
	※世帯構成記載		
	その他		

3 本人の状況等 ※随筆に記載

介護保険申請に至った理由等(最近の状況)			
病名 ※主なもの	(病名)		
	(病名)		
	(病名)		
	(病名)		

4 現在の利用サービス等

介護保険	
その他のサービス等	

5 本人、家族の意向や居宅会議支援事業所(ケアマネ事業所)の意向

本人の意向	
ケアマネジャーからの意見等	

6 検討会議での主な助言内容等

主催 地域包括支援センター	
医師	
リハビリテーション専門職	
その他 (※発言者の職種を記載すること)	

7 自立支援型ケアマネジメント検討会議から見てきた課題等

課題等	
-----	--

8 今後の方向性

まとめ	
-----	--

※ 各記載欄において書ききれない場合等は別紙で回答を作成し、当会議録と併せて提出でも可能。

自立支援型ケアマネジメント検討会議 会議録

資料№12

1 開催日時、開催形式等

開催日時、開催形式等											
包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 4 年 5 月 19 日 (木)			検討時間	14 時 30 分 ~ 15 時 15 分		開催形式	集合
出席者	開催地域包括支援センター職員		助言者等					サービス提供事業所			
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> その他			
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	■ 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他			

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

2 検討事例の概要

選定ケース番号	27	-	4	-	2
年齢	■ 歳	性別	■ 男 ■ 女	要介護度	■ 要支援1 ■ 要支援2
障がい高齢者の日常生活自立度	■	認知症高齢者日常生活自立度		■	■
世帯構成	■ 単身世帯	■ 夫婦のみ			
	■ その他	※世帯構成記載			

3 本人の状況等 ※簡潔に記載

介護保険申請に至った理由等(直近の状況)	■			
病名 ※主なもの	(病名)	■		
	(病名)	■		
	(病名)			
	(病名)			

4 現在の利用サービス等

介護保険	■
その他のサービス等	■

5 本人、家族の意向や居宅会議支援事業所(ケアマネ事業所)の意向

本人の意向	■
ケアマネジャーからの意見等	■

6 検討会議での主な助言内容等

主催 地域包括支援センター	■
医師	■
リハビリテーション専門職	■
その他 (※発言者の職種を記載すること)	■

7 自立支援型ケアマネジメント検討会議から見てきた課題等

課題等	■
-----	---

8 今後の方向性

まとめ	■
-----	---

※ 各記載欄において書ききれない場合等は別紙で回答を作成し、当会議録と併せて提出でも可能。

自立支援型ケアマネジメント検討会議 会議録

資料№12

1 開催日時、開催形式等

開催日時、開催形式等																
包括名		東成区南部地域包括支援センター		開催日時		令和 4 年 9 月 15 日 (木)		検討時間		14 時 00 分 ~ 14 時 50 分		開催形式		集合		
出席者	開催地域包括支援センター職員				助言者等				サービス提供事業所							
	■ 司会者		■ 保健師又は看護師		■ 他包括職員 (オブザーバー)		■ 医師		■ ケアマネジャー		□ 訪問介護		□ 通所介護		□ その他	
	■ 社会福祉士		■ 主任ケアマネジャー		■ 生活支援コーディネーター		■ リハビリテーション専門職		■ 区職員 所属		□ 訪問看護		□ 福祉用具		□ その他	

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

2 検討事例の概要

2 検討事例の概要

選定ケース番号	27	—	4	—	3					
年齢	■ 歳	性別	■ 男	■ 女	要介護度	■	要支援1	■	要支援2	■
障がい高齢者の日常生活自立度		■		認知症高齢者日常生活自立度		■				
世帯構成	■ 単身世帯		■ 夫婦のみ							
	■ その他		人		※世帯構成記載					

3 本人の状況等 ※簡潔に記載

介護保険申請に至った理由等(直近の状況)			
病名 ※主なもの	(病名)		
	(病名)		
	(病名)		
	(病名)		

4 現在の利用サービス等

介護保険			
その他のサービス等			

5 本人、家族の意向や居宅会議支援事業所(ケアマネ事業所)の意向

本人の意向			
ケアマネジャーからの意見等			

6 検討会議での主な助言内容等

主催 地域包括支援センター			
医師			
リハビリテーション専門職			
その他 (※発言者の 職種を記載すること)			

7 自立支援型ケアマネジメント検討会議から見てきた課題等

課題等			
-----	--	--	--

8 今後の方向性

まとめ			
-----	--	--	--

※ 各記載欄において書ききれない場合は別紙で回答を作成し、当会議録と併せて提出でも可能。

自立支援型ケアマネジメント検討会議 会議録

資料№12

1 開催日時、開催形式等

包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 4 年 9 月 15 日 (木)		検討時間	15 時 00 分 ~ 15 時 55 分		開催形式	集合
出席者	開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所			
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	■ 通所介護	<input type="checkbox"/> その他		
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー	■ 生活支援コーディネーター	■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他		

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

2 検討事例の概要

選定ケース番号	27	-	4	-	4
年齢	■ 歳	性別	■ 男 ■ 女	要介護度	■ 要支援1 ■ 要支援2
障がい高齢者の日常生活自立度	■	認知症高齢者の日常生活自立度		■	■
世帯構成	■ 単身世帯	■ 夫婦のみ		※世帯構成記載	
	■ その他	人			

3 本人の状況等 ※簡潔に記載

介護保険申請に至った理由等(直近の状況)	■			
病名 ※主なもの	(病名)	■		
	(病名)	■		
	(病名)			
	(病名)			

4 現在の利用サービス等

介護保険	■
その他のサービス等	■

5 本人、家族の意向や居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）の意向

本人の意向	■
ケアマネジャーからの意見等	■

6 検討会議での主な助言内容等

主催 地域包括支援センター	■
医師	■
リハビリテーション専門職	■
その他 (※発言者の職種を記載すること)	■

7 自立支援型ケアマネジメント検討会議から見てきた課題等

課題等	■
-----	---

8 今後の方向性

まとめ	■
-----	---

※ 各記載欄において書ききれない場合等は別紙で回答を作成し、当会議録と併せて提出でも可。

資料№12

開催日時、開催形式等		開催日時		令和 4 年 11 月 17 日 (木)		検討時間		13 時 45 分 ~ 14 時 40 分		開催形式		集合	
包括名		東成区南部地域包括支援センター											
出席者	開催地域包括支援センター職員			助言者等				サービス提供事業所					
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護		■ 通所介護		<input type="checkbox"/> その他			
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護		■ 福祉用具		<input type="checkbox"/> その他			

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

2 検討事例の概要												
選定ケース番号	27	-	4	-	5							
年齢		歳	性別		男		女	要介護度		要支援1		要支援2
障がい高齢者の日常生活自立度						認知症高齢者日常生活自立度						
世帯構成	単身世帯					夫婦のみ						
	その他					※世帯構成記載						
					人							

3 本人の状況等	※関係者に記載
介護保険申請に至った理由等(直近の状況)	<div style="background-color: black; height: 30px; width: 100%;"></div>
病名 ※主なものを	(病名) <div style="background-color: black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
	(病名) <div style="background-color: black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
	(病名)
	(病名)

介護保険	
その他のサービス等	

本人の意向	
ケアマネジャーからの意見等	

<p>主権 地域包括支援センター</p>	
<p>医師</p>	
<p>リハビリテーション専門員</p>	
<p>その他 (※発言者の職種を 記載すること)</p>	

課題等

<p>まのめ</p>	<p>[REDACTED]</p>
------------	-------------------

※ 各記載欄において書ききれない場合等は別紙で回答を作成し、当会議録と併せて提出でも可能。

自立支援型ケアマネジメント検討会議 会議録

資料№12

1 開催日時、開催形式等

開催日時、開催形式等										
包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 4 年 11 月 17 日 (木)		検討時間	14 時 40 分 ~ 15 時 30 分		開催形式	集合
出席者	開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所			
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> その他		
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	■ 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他		

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

2 検討事例の概要

選定ケース番号	27	—	4	—	6
年齢	■ 歳	性別	■ 男 ■ 女	要介護度	■ 要支援1 ■ 要支援2
障がい高齢者の日常生活自立度	■	認知症高齢者日常生活自立度			
世帯構成	■ 単身世帯	■ 夫婦のみ			
	■ その他	※世帯構成記載			

3 本人の状況等 ※随筆に記載

介護保険申請に至った理由等(最近の状況)	■			
病名 ※主なものを	(病名)	■		
	(病名)	■		
	(病名)	■		
	(病名)			

4 現在の利用サービス等

介護保険	■			
その他のサービス等	■			

5 本人、家族の意向や居宅会議支援事業所(ケアマネ事業所)の意向

本人の意向	■			
ケアマネジャーからの意見等	■			

6 検討会議での主な助言内容等

主催 地域包括支援センター	■			
医師	■			
リハビリテーション専門職	■			
その他 (※発言者の職種を記載すること)	■			

7 自立支援型ケアマネジメント検討会議から見てきた課題等

課題等	■			
-----	---	--	--	--

8 今後の方向性

まとめ	■			
-----	---	--	--	--

※ 各記載欄において書ききれない場合等は別紙で回答を作成し、当会議録と併せて提出でも可能。

自立支援型ケアマネジメント検討会議 会議録

資料№12

1 開催日時、開催形式等

包括名	東成区南部包括		開催日時	令和 5 年 1 月 19 日 (木)		検討時間	14 時 00 分 ~ 14 時 50 分		開催形式	集合	
出席者	開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所				
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	■ その他 生活支援コーディネーター			
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属 ケア保険担当	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 福祉用具	■ その他 東成区社会福祉協議会地域支援担当			

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

2 検討事例の概要

選定ケース番号	27		—		4		—		7				
年齢	■	歳	性別	■	男	■	女	要介護度	■	要支援1	■	要支援2	■
障がい高齢者の日常生活自立度	■		認知症高齢者の日常生活自立度		■		■						
世帯構成	■ 単身世帯		■ 夫婦のみ		■ 未帰のみ								
	■ その他		■		※世帯構成記載								

3 本人の状況等 ※別紙に記載

介護保険申請に至った理由等(直近の状況)	■		
病名 ※主なもの	(病名)	■	
	(病名)	■	
	(病名)	■	
	(病名)	■	

4 現在の利用サービス等

介護保険	■		
その他のサービス等	■		

5 本人、家族の意向や居宅会議支援事業所(ケアマネ事業所)の意向

本人の意向	■		
ケアマネジャーからの意見等	■		

6 検討会議での主な助言内容等

主催 地域包括支援センター	■		
医師	■		
リハビリテーション専門職	■		
その他 (※発言者の職種を記載すること)	■		

7 自立支援型ケアマネジメント検討会議から見てきた課題等

課題等	■		
-----	---	--	--

8 今後の方向性

まとめ	■		
-----	---	--	--

※ 各記載欄において書ききれない場合等は別紙で回答を作成し、当会議録と併せて提出でも可能。

目立支援型ケアマネジメント検討会議 会議録

資料№12

1 開催日時、開催形式等

開催日時、開催形式等																
包括名		東成区南部地域包括支援センター		開催日時		令和 5 年 1 月 19 日 (木)		検討時間		15 時 00 分 ~ 16 時 00 分		開催形式		集合		
出席者	開催地域包括支援センター職員				助言者等				サービス提供事業所							
	■ 司会者		■ 保健師又は看護師		■ 他包括職員 (オブザーバー)		■ 医師		■ ケアマネジャー		□ 訪問介護		□ 通所介護		□ その他	
	■ 社会福祉士		■ 主任ケアマネジャー				■ リハビリテーション専門職		■ 区職員 所属		□ 訪問看護		■ 福祉用具		□ その他	

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

2 検討事例の概要

2 検討事例の概要													
測定ケース番号	27	—	4	—	8								
年齢	■	歳	性別	■	男	■	女	要介護度	■	要支援1	■	要支援2	■
障がい高齢者の日常生活自立度			■		認知症高齢者日常生活自立度			■					
世帯構成	■ 単身世帯				■ 夫婦のみ								
	■ その他				※世帯構成記載								
	■		■		人								

3 本人の状況等 ※略歴に記載

介護保険申請に至った理由等(直近の状況)					
病名 ※主なもの	(病名)				
	(病名)				
	(病名)				

4 現在の利用サービス等

介護保険	■
その他のサービス等	

5 本人、家族の意向や居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）の意向

本人の意向	
ケアマネジャーからの意見等	

6 検討会議での主な助言内容等

主催 地域包括支援センター	
医師	
リハビリテーション専門職	
その他 (※発言者の職種を記載すること)	

7 自立支援型ケアマネジメント検討会議から見えてきた課題等

課題等	
-----	--

8 今後の方向性

まとめ	
-----	--

※ 各記載欄において書ききれない場合は別紙で回答を作成し、当会議録と併せて提出でも可能。

1 開催日時、開催形式等

包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 5 年 3 月 16 日 (木)		検討時間	14 時 00 分 ~ 15 時 00 分		開催形式	集合
出席者	開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所			
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> その他		
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	■ 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他		

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

測定ケース番号	27	-	4	-	9
年齢		歳	性別	男	女
			要介護度		要支援1
					要支援2
障がい高齢者の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度		
世帯構成	単身世帯		夫婦のみ		
	その他		※世帯構成記載		
		人			

介護保険申請に至った理由等(直近の状況)	
病名 ※主なもの	(病名)
	(病名)
	(病名)

介護保険	
その他のサービス等	

本人の意向	
ケアマネジャーからの意見等	

主催 地域包括支援センター	
医師	
リハビリテーション専門職	
その他 (※発着者の職種を 記載すること)	

課題年

まとめ	
-----	--

※ 各記載欄において書ききれない場合等は別紙で回答を作成し、当会議録と併せて提出でも可能。

自立支援型ケアマネジメント検討会議 会議録

資料№12

1 開催日時、開催形式等

包括名	東成区南部地域包括支援センター			開催日時	令和 5 年 3 月 16 日 (木)			検討時間	15 時 00 分 ~ 16 時 00 分			開催形式	集合	
出席者	開催地域包括支援センター職員			助言者等										
				サービス提供事業所										
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	■ 通所介護	■ その他 一般社団法人 東成区歯科医師会 会長						
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	■ 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他						

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

2 検討事例の概要

選定ケース番号	27		—		4		—		10			
年齢		歳	性別		男		女	要介護度		要支援1		要支援2
障がい高齢者の日常生活自立度					認知症高齢者日常生活自立度							
世帯構成			単身世帯				夫婦のみ					
			その他				※世帯構成記載					
					人							

3 本人の状況等 ※簡潔に記述

介護保険申請に至った理由等(直近の状況)	■			
病名 ※主なもの	(病名)	■		
	(病名)	■		
	(病名)	■		
	(病名)			

4 現在の利用サービス等

介護保険	■			
その他のサービス等	■			

5 本人、家族の意向や居宅介護支援事業所(ケアマネ事業所)の意向

本人の意向	■			
ケアマネジャーからの意見等	■			

6 検討会議での主な助言内容等

主催 地域包括支援センター	■			
医師	■			
リハビリテーション専門職	■			
その他 (※発言者の職種を記載すること)	■			

7 自立支援型ケアマネジメント検討会議から見てきた課題等

課題等	■			
-----	---	--	--	--

8 今後の方向性

まとめ	■			
-----	---	--	--	--

※ 各記載欄において書ききれない場合等は別紙で回答を作成し、当会議録と併せて提出でも可能。

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

資料№14

包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 3 年 3 月 18 日 (木)		検討時間	14 時 00 分 ~ 14 時 55 分		担当者氏名	[redacted]	
開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所					
出席者	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	■ 訪問介護	□ 通所介護	□ その他			
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	□ 訪問看護	□ 福祉用具	□ その他			

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

検討ケース№	27 - 2 - 9	年齢	[redacted] 歳	性別	[redacted] 男 [redacted] 女	要介護度	[redacted]	要支援1	[redacted]	要支援2	[redacted]
医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		[redacted]	認知症高齢者の日常生活自立度		[redacted]					
世帯の状況	[redacted] 単身世帯	[redacted] 夫婦のみ	[redacted] その他	※世帯構成記載							

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 3 年 5 月 13 日 (水)		同行訪問の依頼の有無	[redacted]		ケアプランに反映した内容(※内容の記載)	
本人等への説明内容			介護保険サービス	[redacted]		障がい支援給付	[redacted]
説明相手	説明内容						
※複数チェックも可	[redacted]		本人等の反応・発言など				
高齢者本人 同居家族 夫又は妻 その他 ()	別居家族 兄弟 子ども		[redacted]				

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 5 月 13 日 (金)		同行訪問の依頼の有無	[redacted]		現在利用中のサービス	
要介護度	[redacted]	医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度	[redacted]	認知症高齢者の日常生活自立度	介護保険サービス	[redacted]
障がい支援給付	[redacted]	その他のサービス等		[redacted]			
1年後の本人の心身の状況や生活状況等		※複数チェックも可		本人が改善、工夫した点等			
1. 心身の状況の変化		2. 日常生活の変化		3. 会議の助言で取入れたこと			
体調がよくなった 変化なし 体調が悪化した その他 【選択した理由】 [redacted]		生きがいや目標を持って生活できるようになった 楽しみを持ちながら生活ができるようになった リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった 社会参加できるようになった 集いの場に合うようになった なし その他 【選択した理由】 [redacted]		リハビリや運動に関すること 医療に関すること 食生活に関すること 社会参加に関すること 口腔機能に関すること 住環境に関すること なし その他 【選択した理由】 [redacted]			
[redacted]		[redacted]		[redacted]			

※簡潔に記載すること

【モニタリング実施不能】 [redacted] 転居 [redacted] 死亡 [redacted] その他 (理由を記載)

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

資料№14

包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 3 年 3 月 18 日 (金)		検討時間	15 時 00 分 ~ 15 時 55 分		担当者氏名	[redacted]	
開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所			開催形式	集合	
出席者	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	■ 訪問介護	□ 通所介護	□ その他			
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	□ 訪問看護	□ 福祉用具	□ その他			

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

検討ケース№	27 - 2 - 10	年齢	[redacted] 歳	性別	[redacted] 男 [redacted] 女	要介護度	[redacted]	要支援1	[redacted]	要支援2	[redacted]
医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		[redacted]	認知症高齢者の日常生活自立度		[redacted]					
世帯の状況	[redacted] 単身世帯	[redacted] 夫婦のみ	[redacted] その他	人 ※世帯構成記載							

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 3 年 5 月 28 日 (金)		同行訪問の依頼の有無	[redacted]	ケアプランに反映した内容(※内容の記載)			
説明相手	本人等への説明内容		介護保険サービス	[redacted]	障がい支援給付	[redacted]	その他のサービス等	[redacted]
※複数チェックも可	説明内容		本人等の反応・発言など					
高齢者本人 同居家族 夫又は妻 その他 ()	別居家族 兄弟 子ども		[redacted]					

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 5 月 26 日 (木)		同行訪問の依頼の有無	[redacted]	現在利用中のサービス		
要介護度	[redacted]	医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度	[redacted]	介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等		※複数チェックも可	認知症高齢者の日常生活自立度	[redacted]	本人が改善、工夫した点等		
1. 心身の状況の変化 体調がよくなった 変化なし 体調が悪化した その他 【選択した理由】 [redacted]		2. 日常生活の変化 生きがいや目標を持って生活できるようになった 楽しみを持ちながら生活ができるようになった リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった 社会参加できるようになった 集いの場に通うようになった なし その他 【選択した理由】 [redacted]	3. 会議の助言で取入れたこと リハビリや運動に関すること 医療に関すること 食生活に関すること 社会参加に関すること 口腔機能に関すること 住環境に関すること なし その他 【選択した理由】 [redacted]	[redacted]			

※簡潔に記載すること

【モニタリング実施不能】 [redacted] 転居 [redacted] 死亡 [redacted] その他 (理由を記載)

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

資料№14

包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 3 年 5 月 20 日 (木)		検討時間	13 時 45 分 ~ 14 時 30 分		担当者氏名	[redacted]	
開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所					
出席者	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	□ 訪問介護	■ 通所介護	□ その他			
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	□ 訪問看護	■ 福祉用具	□ その他			

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

検討ケース№	27 - 3 - 1	年齢	[redacted] 歳	性別	[redacted] 男 [redacted] 女	要介護度	[redacted]	要支援1	[redacted]	要支援2	[redacted]
医師意見書における日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		[redacted]	認知症高齢者の日常生活自立度		[redacted]					
世帯の状況	[redacted] 単身世帯 [redacted] 夫婦のみ [redacted] その他	人 ※世帯構成記載									

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 3 年 6 月 23 日 (水)		同行訪問の依頼の有無	[redacted]	ケアプランに反映した内容(※内容の記載)		
本人等への説明内容			介護保険サービス	[redacted]	障がい支援給付	[redacted]	その他のサービス等
説明相手	説明内容						
※複数チェック可	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族 <input checked="" type="checkbox"/> 夫又は妻 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (<input checked="" type="checkbox"/> 別居家族 <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟 <input checked="" type="checkbox"/> 子ども)		本人等の反応・発言など				

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 7 月 6 日 (月)		同行訪問の依頼の有無	[redacted]	現在利用中のサービス		
要介護度	[redacted]	医師意見書における日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度	[redacted]	介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等	※複数チェック可 1. 心身の状況の変化 <input checked="" type="checkbox"/> 体調がよかった <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし <input checked="" type="checkbox"/> 体調が悪化した <input checked="" type="checkbox"/> その他 【選択した理由】 [redacted]		2. 日常生活の変化 <input checked="" type="checkbox"/> 生きがいや目標を持って生活できるようになった <input checked="" type="checkbox"/> 楽しみを持ちながら生活できるようになった <input checked="" type="checkbox"/> リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった <input checked="" type="checkbox"/> 社会参加できるようになった <input checked="" type="checkbox"/> 集いの場に通うようになった <input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> その他 【選択した理由】 [redacted]	3. 会議の助言で取入れたこと <input checked="" type="checkbox"/> リハビリや運動に関すること <input checked="" type="checkbox"/> 医療に関すること <input checked="" type="checkbox"/> 食生活に関すること <input checked="" type="checkbox"/> 社会参加に関すること <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能に関すること <input checked="" type="checkbox"/> 住環境に関すること <input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> その他 【選択した理由】 [redacted]	本人が改善、工夫した点等		

【モニタリング実施不能】 ☒ 転居 ☒ 死亡 ☒ その他 (理由を記載)

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

資料№14

包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 3 年 5 月 20 日 (木)		検討時間	14 時 30 分 ~ 15 時 15 分		担当者氏名	[redacted]	
開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所					
出席者	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	■ 通所介護	<input type="checkbox"/> その他			
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他			

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

検討ケース№	27 - 3 - 2	年齢	[redacted] 歳	性別	[redacted] 男 [redacted] 女	要介護度	[redacted]	要支援1	[redacted]	要支援2	[redacted]
医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		[redacted]	認知症高齢者の日常生活自立度		[redacted]					
世帯の状況	[redacted] 単身世帯	[redacted] 夫婦のみ	[redacted] その他	人 ※世帯構成記載							

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 3 年 7 月 29 日 (木)	同行訪問の依頼の有無	[redacted]	ケアプランに反映した内容(※内容の記載)		
本人等への説明内容		介護保険サービス		障がい支援給付		その他のサービス等
説明相手	説明内容					
※複数チェックも可	[redacted]		[redacted]			
高齢者本人 同居家族 夫又は妻 その他 ()	別居家族 兄弟 子ども	[redacted]				
本人等の反応・発言など			[redacted]			

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 10 月 17 日 (水)	同行訪問の依頼の有無	[redacted]	現在利用中のサービス			
要介護度	[redacted]	医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度	[redacted]	介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等	※複数チェックも可		認知症高齢者の日常生活自立度	[redacted]			
1. 心身の状況の変化 体調がよくなった 変化なし 体調が悪化した その他 【選択した理由】 [redacted]	2. 日常生活の変化 生きがいや目標を持って生活できるようになった 楽しみを持ちながら生活ができるようになった リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった 社会参加するようになった 集いの場に合うようになった なし その他 【選択した理由】 [redacted]		3. 会議の助言で取入れたこと リハビリや運動に関すること 医療に関すること 食生活に関すること 社会参加に関すること 口腔機能に関すること 住環境に関すること なし その他 【選択した理由】 [redacted]	本人が改善、工夫した点等 [redacted]			

※簡潔に記載すること

【モニタリング実施不能】 [redacted] 転居 [redacted] 死亡 [redacted] その他 (理由を記載)

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 3 年 7 月 15 日 (木)		検討時間	14 時 00 分 ~ 14 時 55 分		担当者氏名	[redacted]	
出席者	開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所				
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> その他			
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	■ 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他			
検討ケースNo.	27 - 3 - 3		年齢	[redacted] 歳		性別	[redacted] 男 [redacted] 女		要介護度	[redacted] 要支援1 [redacted] 要支援2	
医師意見書における 日常生活の自立度等	[redacted] 認知高齢者の日常生活自立度		[redacted]		認知症高齢者の日常生活自立度		[redacted]				
世帯の状況	[redacted] 単身世帯 [redacted] 夫婦のみ [redacted] その他		※世帯構成記載 [redacted]								

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 3 年 9 月 10 日 (金)	同行訪問の依頼の有無	
本人等への説明内容		介護保険サービス	ケアプランに反映した内容(※内容の記載)
説明相手	説明内容	障がい支援給付	その他のサービス等
※複数チェック可			
高齢者本人 同居家族 夫 又は 妻 その他 ()	別居家族 兄弟 子ども		
		本人等の反応・発言など	

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 8 月 1 日 (月)	同行訪問の有無		現在利用中のサービス	
要介護度		医師意見書における日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	介護保険サービス	障がい支援給付 その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等		※複数チェックも可			
1. 心身の状況の変化		2. 日常生活の変化			
体調がよくなった 変化なし 体調が悪化した その他 【選択した理由】		生きがいや目標を持って生活できるようになった 楽しみを持ちながら生活ができるようになった リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった 社会参加するようになった 集いの場に通うようになった なし その他 【選択した理由】			
		3. 会議の助言で取入れたこと リハビリや運動に関すること 医療に関すること 食生活に関すること 社会参加に関すること 口腔機能に関すること 住環境に関すること なし その他 【選択した理由】			
				本人が改善、工夫した点等	

※簡潔に記載すること

転居 死亡 その他（理由を記載）

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

資料№14

包括名	東成区南部地域包括支援センター				開催日時	令和 3 年 7 月 15 日 (木)				検討時間	14 時 00 分 ~ 14 時 55 分		担当者氏名	[redacted]	
開催地域包括支援センター職員					助成者等					サービス提供事業所					
出席者	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	□ 訪問介護	■ 通所介護	□ その他							
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	□ 訪問看護	■ 福祉用具	□ その他							

検討ケースNo.	27 - 3 - 4	年齢	[redacted] 歳	性別	[redacted] 男 [redacted] 女	要介護度	[redacted]	要支援1	[redacted]	要支援2	[redacted]
医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		[redacted]	認知症高齢者の日常生活自立度		[redacted]					
世帯の状況	[redacted] 単身世帯	[redacted] 夫婦のみ	[redacted] その他	[redacted] 人	※世帯構成記載 [redacted]						

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 3 年 9 月 9 日 (木)		同行訪問の依頼の有無	[redacted]	ケアプランに反映した内容(※内容の記載)		
本人等への説明内容				介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等	
説明相手				説明内容			
※複数チェックも可 [redacted] 高齢者本人 [redacted] 同居家族 [redacted] 夫又は妻 [redacted] その他 ([redacted] 別居家族 [redacted] 兄弟 [redacted] 子ども)				[redacted]			
				本人等の反応・発言など			
				[redacted]			

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 9 月 29 日 (木)		同行訪問の依頼の有無	[redacted]	現在利用中のサービス		
要介護度	[redacted]	医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度	[redacted]	介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等		※複数チェックも可					
1. 心身の状況の変化 体調がよくなった 変化なし 体調が悪化した その他 【選択した理由】 [redacted]		2. 日常生活の変化 生きがいや目標を持って生活できるようになった 楽しみを持ちながら生活ができるようになった リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった 社会参加できるようになった 集いの場に通うようになった なし その他 【選択した理由】 [redacted]		3. 会議の助言で取入れたこと リハビリや運動に関すること 医療に関すること 食生活に関すること 社会参加に関すること 口腔機能に関すること 住環境に関すること なし その他 【選択した理由】 [redacted]			
				本人が改善、工夫した点等			
				[redacted]			

※簡潔に記載すること

【モニタリング実施不能】 [redacted] 転居 [redacted] 死亡 [redacted] その他 (理由を記載)

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

資料№14

包括名	東成区南部地域包括支援センター	開催日時	令和 3 年 9 月 16 日 (木)	検討時間	14 時 00 分 ~ 14 時 55 分	担当者氏名	
出席者	開催地域包括支援センター職員	助言者等	サービス提供事業所				
■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	■ 通所介護	<input type="checkbox"/> その他
■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

検討ケースNo.	27 - 3 - 5	年齢	歳	性別	男 女	要介護度	要支援1	要支援2
医師意見書における日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度					
世帯の状況	単身世帯 夫婦のみ その他 人 ※世帯構成記載							

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 3 年 11 月 26 日 (金)	同行訪問の依頼の有無		ケアプランに反映した内容(※内容の記載)		
本人等への説明内容		介護保険サービス		障がい支援給付		その他のサービス等
説明相手	説明内容					
※複数チェック可						
高齢者本人 同居家族 夫 又は 妻 その他 ()	別居家族 兄弟 子ども	本人等の反応・発言など				

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 ? 年 ? 月 ? 日 ()	同行訪問の依頼の有無		現在利用中のサービス		
要介護度		医師意見書における日常生活の自立度等		介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等		※複数チェック可				
1. 心身の状況の変化	2. 日常生活の変化	3. 会議の助言で取入れたこと				
体調がよくなった 変化なし 体調が悪化した その他 【選択した理由】	生きがいや目標を持って生活できるようになった 楽しみを持ちながら生活ができるようになった リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった 社会参加するようになった 集いの場に合うようになった なし その他 【選択した理由】	リハビリや運動に関すること 医療に関すること 食生活に関すること 社会参加に関すること 口腔機能に関すること 住環境に関すること なし その他 【選択した理由】				
本人が改善、工夫した点等						

※簡潔に記載すること

【モニタリング実施不能】

転居

死亡

その他 (理由を記載)

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

資料№14

包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 3 年 9 月 16 日 (木)		検討時間	15 時 00 分 ~ 15 時 55 分		担当者氏名	[redacted]	
出席者	開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所				
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	■ 訪問介護	□ 通所介護	□ その他			
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	□ 訪問看護	■ 福祉用具	□ その他			

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

検討ケース№	27 - 3 - 6	年齢	[redacted] 歳	性別	[redacted] 男 [redacted] 女	要介護度	[redacted]	要支援1	[redacted]	要支援2	[redacted]
医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		[redacted]	認知症高齢者の日常生活自立度		[redacted]					
世帯の状況	[redacted] 単身世帯 [redacted] 夫婦のみ [redacted] その他 [redacted] 人	※世帯構成記載 [redacted]									

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 3 年 11 月 25 日 (木)	同行訪問の依頼の有無	[redacted]	ケアプランに反映した内容(※内容の記載)		
本人等への説明内容				介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
説明相手				説明内容		
※複数チェックも可						
<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族 <input checked="" type="checkbox"/> 別居家族 <input checked="" type="checkbox"/> 夫又は妻 <input checked="" type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟 <input checked="" type="checkbox"/> 子				本人等の反応・発言など [redacted]		

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 12 月 16 日 (金)	同行訪問の依頼の有無	[redacted]	現在利用中のサービス		
要介護度	[redacted]	医師意見書における 日常生活の自立度等	[redacted]	介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等				本人が改善、工夫した点等		
1. 心身の状況の変化 体調がよくなった 変化なし 体調が悪化した その他 【選択した理由】 [redacted]				2. 日常生活の変化 生きがいや目標を持って生活できるようになった 楽しみを持ちながら生活ができるようになった リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった 社会参加するようになった 集いの場に合うようになった なし その他 【選択した理由】 [redacted]		
3. 会議の助言で取入れたこと リハビリや運動に関すること 医療に関すること 食生活に関すること 社会参加に関すること 口腔機能に関すること 住環境に関すること なし その他 【選択した理由】 [redacted]				[redacted]		

【モニタリング実施不能】 ☒ 転居 ☒ 死亡 ☒ その他 (理由を記載)

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

資料№14

包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 3 年 11 月 18 日 (木)		検討時間	13 時 45 分 ~ 14 時 30 分		担当者氏名	[redacted]	
出席者	開催地域包括支援センター職員		助言者等		サービス提供事業所						
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	■ 通所介護	<input type="checkbox"/> その他			
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他			

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

検討ケースNo	27 - 3 - 7	年齢	[redacted] 歳	性別	[redacted] 男 [redacted] 女	要介護度	[redacted]	要支援1	[redacted]	要支援2	[redacted]
医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		[redacted]	認知症高齢者の日常生活自立度		[redacted]					
世帯の状況	[redacted] 単身世帯 [redacted] 夫婦のみ [redacted] その他	※世帯構成記載									

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 3 年 12 月 24 日 (金)	同行訪問の依頼の有無	[redacted]	ケアプランに反映した内容(※内容の記載)		
本人等への説明内容				介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
説明相手				本人等の反応・発言など		
※複数チェックも可						
高齢者本人 同居家族 夫又は妻 その他 ()				[redacted] [redacted] [redacted] [redacted]		

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 12 月 13 日 (火)	同行訪問の依頼の有無	[redacted]	現在利用中のサービス		
要介護度	[redacted]	医師意見書における 日常生活の自立度等	[redacted]	介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等				本人が改善、工夫した点等		
※複数チェックも可 1. 心身の状況の変化 体調がよくなった 変化なし 体調が悪化した その他 【選択した理由】 [redacted]				2. 日常生活の変化 生きがいや目標を持って生活できるようになった 楽しみを持ちながら生活ができるようになった リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった 社会参加するようになった 集いの場に通うようになった なし その他 【選択した理由】 [redacted]		
3. 会議の助言で取入れたこと リハビリや運動に関すること 医療に関すること 食生活に関すること 社会参加に関すること 口腔機能に関すること 住環境に関すること なし その他 【選択した理由】 [redacted]				[redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]		

※簡潔に記載すること

【モニタリング実施不能】 [redacted] 転居 [redacted] 死亡 [redacted] その他 (理由を記載)

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 3 年 11 月 18 日 (木)		検討時間	14 時 30 分 ~ 15 時 15 分		担当者氏名	[redacted]	
出席者	開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所				
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> その他			
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	■ 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他			

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

検討ケース№	27 - 3 - 8	年齢	[redacted] 歳	性別	[redacted] 男 [redacted] 女	要介護度	[redacted]	要支援1	[redacted]	要支援2	[redacted]
医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		[redacted]	認知症高齢者の日常生活自立度		[redacted]					
世帯の状況	[redacted] 単身世帯 [redacted] 夫婦のみ [redacted] その他	人 ※世帯構成記載									

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 1 月 11 日 (火)	同行訪問の依頼の有無	[redacted]	ケアプランに反映した内容(※内容の記載)		
本人等への説明内容				介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
説明相手				説明内容		
※複数チェックも可						
高齢者本人 同居家族 夫又は妻 その他 ()				本人等の反応・発言など		

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 5 年 2 月 21 日 (火)	同行訪問の依頼の有無	[redacted]	現在利用中のサービス		
要介護度	[redacted]	医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等				本人が改善、工夫した点等		
1. 心身の状況の変化		2. 日常生活の変化		3. 会議の助言で取入れたこと		
体調がよかった 変化なし 体調が悪化した その他 【選択した理由】		生きがいや目標を持って生活できるようになった 楽しみを持ちながら生活ができるようになった リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった 社会参加するようになった 集いの場に通うようになった なし その他 【選択した理由】		リハビリや運動に関すること 医療に関すること 食生活に関すること 社会参加に関すること 口腔機能に関すること 住環境に関すること なし その他 【選択した理由】		

※簡潔に記載すること

【モニタリング実施不能】 [redacted] 転居 [redacted] 死亡 [redacted] その他 (理由を記載)

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

包括名	東成区南部地域包括支援センター		開催日時	令和 4 年 1 月 20 日 (金)		検討時間	14 時 00 分 ~ 15 時 00 分		担当者氏名	[redacted]	
出席者	開催地域包括支援センター職員			助言者等			サービス提供事業所				
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護		■ 通所介護	<input type="checkbox"/> その他		
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他		

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

検討ケースNo.	27 - 3 - 9	年齢	[redacted] 歳	性別	[redacted] 男 [redacted] 女	要介護度	[redacted]	要支援1	[redacted]	要支援2	[redacted]
医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		[redacted]	認知症高齢者の日常生活自立度		[redacted]					
世帯の状況	[redacted] 単身世帯	[redacted] 夫婦のみ	[redacted] その他	[redacted] 人	※世帯構成記載 [redacted]						

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 4 月 18 日 (月)	同行訪問の依頼の有無	[redacted]	ケアプランに反映した内容(※内容の記載)			
本人等への説明内容		介護保険サービス	[redacted]	障がい支援給付	[redacted]	その他のサービス等	[redacted]
説明相手	説明内容	本人等の反応・発言など					
※複数チェック可 [redacted] 高齢者本人 [redacted] 同居家族 [redacted] 夫又は妻 [redacted] その他 ()	[redacted]	[redacted]					

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 12 月 16 日 (金)	同行訪問の依頼の有無	[redacted]	現在利用中のサービス			
要介護度	[redacted]	医師意見書における 日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度 [redacted]	認知症高齢者の日常生活自立度 [redacted]	介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等		※複数チェック可		本人が改善、工夫した点等			
1. 心身の状況の変化 [redacted] 体調がよくなった [redacted] 変化なし [redacted] 体調が悪化した [redacted] その他 【選択した理由】 [redacted]		2. 日常生活の変化 [redacted] 生きがいや目標を持って生活できるようになった [redacted] 楽しみを持ちながら生活ができるようになった [redacted] リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった [redacted] 社会参加するようになった [redacted] 集いの場に通うようになった [redacted] なし [redacted] その他 【選択した理由】 [redacted]		3. 会議の助言で取入れたこと [redacted] リハビリや運動に関すること [redacted] 医療に関すること [redacted] 食生活に関すること [redacted] 社会参加に関すること [redacted] 口腔機能に関すること [redacted] 住環境に関すること [redacted] なし [redacted] その他 【選択した理由】 [redacted]			

※簡潔に記載すること

【モニタリング実施不能】 [redacted] 転居 [redacted] 死亡 [redacted] その他 (理由を記載)

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

資料№14

包括名	東成区南部地域包括支援センター	開催日時	令和 4 年 1 月 20 日 (金)	検討時間	15 時 00 分 ~ 16 時 00 分	担当者氏名	〇〇〇〇
出席者	開催地域包括支援センター職員	助言者等	サービス提供事業所				
■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> その他
■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	<input type="checkbox"/> 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

検討ケースNo.	27 - 3 - 10	年齢	〇 歳	性別	男 女	要介護度	要支援1	要支援2
医師意見書における日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度					
世帯の状況	単身世帯	夫婦のみ	その他	人 ※世帯構成記載				

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 3 月 1 日 (火)	同行訪問の依頼の有無	〇	ケアプランに反映した内容(※内容の記載)		
本人等への説明内容				介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
説明相手	説明内容					
※複数チェック可				本人等の反応・発言など		
高齢者本人	同居家族	別居家族	兄弟	子ども		
夫又は妻	その他					

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 5 年 3 月 8 日 (水)	同行訪問の依頼の有無	〇	現在利用中のサービス			
要介護度		医師意見書における日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等	※複数チェック可			本人が改善、工夫した点等			
1. 心身の状況の変化	2. 日常生活の変化	3. 会議の助言で取入れたこと					
体調がよくなった	生きがいや目標を持って生活できるようになった	リハビリや運動に関すること					
変化なし	楽しみを持ちながら生活できるようになった	医療に関すること					
体調が悪化した	リハビリや運動を取入れて生活できるようになった	食生活に関すること					
その他	社会参加するようになった	社会参加に関すること					
【選択した理由】	集いの場に通うようになった	口腔機能に関すること					
	なし	住環境に関すること					
	その他	なし					
	【選択した理由】	その他					
		【選択した理由】					

※簡潔に記載すること

【モニタリング実施不能】 転居 死亡 その他 (理由を記載)

自立支援型ケアマネジメント検討会議 報告書

包括名	東成区南部地域包括支援センター	開催日時	令和 4 年 3 月 17 日 (金)	検討時間	14 時 15 分 ~ 15 時 00 分	担当者氏名	集合
出席者	開催地域包括支援センター職員		助言者等		サービス提供事業所		
	■ 司会者	■ 保健師又は看護師	■ 他包括職員 (オブザーバー)	■ 医師	■ ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 訪問介護	■ 通所介護 <input type="checkbox"/> その他
	■ 社会福祉士	■ 主任ケアマネジャー		■ リハビリテーション専門職	■ 区職員 所属	<input type="checkbox"/> 訪問看護	■ 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他

※ 書ききれない場合は、別紙等報告でも可

検討ケース№	27 - 3 - 12	年齢	歳	性別	男 女	要介護度	要支援1	要支援2
医師意見書における日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度					
世帯の状況	単身世帯	夫婦のみ	その他	※世帯構成記載				

● 初回モニタリング

モニタリング実施日	令和 4 年 4 月 7 日 (木)	同行訪問の依頼の有無		ケアプランに反映した内容(※内容の記載)		
本人等への説明内容		介護保険サービス		障がい支援給付		その他のサービス等
説明相手	説明内容					
※複数チェック可						
高齢者本人	同居家族	別居家族	子ども			
夫又は妻	兄弟					
その他 ()						
				本人等の反応・発言など		

● 初回モニタリングから概ね1年後のモニタリング

モニタリング実施日	令和 5 年 2 月 9 日 (木)	同行訪問の依頼の有無		現在利用中のサービス			
要介護度		医師意見書における日常生活の自立度等	障がい高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	介護保険サービス	障がい支援給付	その他のサービス等
1年後の本人の心身の状況や生活状況等		※複数チェック可					
1. 心身の状況の変化		2. 日常生活の変化		3. 会議の助言で取入れたこと			
体調がよくなった 変化なし 体調が悪化した その他 【選択した理由】		生きがいや目標を持って生活できるようになった 楽しみを持ちながら生活ができるようになった リハビリや運動を取り入れて生活できるようになった 社会参加するようになった 集いの場に通うようになった なし その他 【選択した理由】		リハビリや運動に関すること 医療に関すること 食生活に関すること 社会参加に関すること 口腔機能に関すること 住環境に関すること なし その他 【選択した理由】			
※簡潔に記載すること				本人が改善、工夫した点等			

【モニタリング実施不能】 転居 死亡 その他 (理由を記載)