

# 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 介護・医療連携推進会議開催の手引き

平成28年4月

うるま市福祉部介護長寿課

介護給付係

## 目次

1 「介護・医療連携推進会議」とは	2
2 介護・医療連携推進会議の開催の方法等	
（1）介護・医療連携推進会議の設置主体	2
（2）介護・医療連携推進会議の開催時期・回数	2
（3）介護・医療連携推進会議の構成員（委員）	2
（4）開催場所	2
（5）開催の連絡方法	3
（6）会議の内容	3
（7）会議記録の作成・公表・保存	3
（8）他の地域密着型サービスを併設している場合の取扱い	4
3 個人情報の取扱いについて	4
4 問い合わせ先	4
5 その他	4
6 介護・医療連携推進会議に関するQ&A	5
7 様式	6

## 1 「介護・医療連携推進会議」とは

「介護・医療連携推進会議」とは、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省第34号）第3条の37に基づく介護・医療連携推進会議の設置及び運営について、地域密着型サービス事業者が自ら設置するもので、利用者の家族や地域住民の代表者等に、提供しているサービス内容を明らかにすることでサービスの質を確保し、地域との連携を図ることを目的としています。

## 2 介護・医療連携推進会議の開催方法等

### (1) 介護・医療連携推進会議の設置主体

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者が自ら設置・開催・運営します。

### (2) 介護・医療連携推進会議の開催時期・回数

おおむね3月に1回以上開催＝年4回以上開催

### (3) 介護・医療連携推進会議の構成員(委員)

ア 構成員(委員)は以下のとおりです。(全構成員が揃う必要はありません)

- ① 利用者又は利用者の家族
- ② 地域住民の代表者
- ③ 地域の医療関係者
- ④ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について知見を有する者
- ⑤ 市町村職員又は当該事業所を管轄する地域包括支援センター職員

イ 構成員(委員)数は、上記①から⑤までの分野から1人以上、計5人以上とする。

ウ 「地域住民の代表者」とは、自治会役員、民生委員又は老人クラブの代表者等をいい、「地域の医療関係者」とは、地区医師会の医師等又は地域の医療関係の医師や医療ソーシャルワーカー等をいい、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護について知見を有する者」とは、学識経験者、他法人事業所等管理者、高齢者福祉施設等ボランティア又はその他の高齢者福祉や認知症ケアに携わっている者をいう。

エ 委員への就任依頼については、各事業者から行うこととする。なお、「地域住民の代表者」への依頼にあたっては、必ず自治会長等と調整しなければならない。

オ 介護・医療連携推進会議の事務局は、当該事業者や事業所の職員が務める。

### (4) 開催場所

介護・医療連携推進会議は、当該事務所で開催することとする。ただし、特別な事情によりやむを得ず当該事業所で開催できない場合又は何らかの理由で他の場所で開催する必要がある場合はこの限りでない。

## **(5) 開催の連絡方法**

構成員の都合を確認したうえで、おおむね1か月前までに日程調整を行います。構成員及び市の職員又は地域包括支援センター職員の出席を依頼する場合は、「出席依頼(参考様式)」をうるま市介護長寿課又は地域包括支援センターに提出します。(メール、FAX等で可)

## **(6) 会議の内容**

介護・医療連携推進会議の内容については、事業所ごとに定めます。介護・医療連携推進会議の資料等は、うるま市定期巡回・随時対応型訪問介護看護における介護・医療連携推進会議設置運営要領(以下「要領」という。)の活動状況報告書(第2号様式)により作成すること。

(例)

事業所の利用者状況、主な活動、出来事などを報告、事故等の報告、職員の異動、利用者又は利用者家族からの要望、地域から事業所への要望・質疑、または事業所から地域への要望・質疑、その他必要な事項  
※介護・医療連携推進会議では、構成員から評価(感想等)を受けるとともに、要望・助言を受けた場合は、事業所ごとに必要な措置を講じてください。

## **(7) 会議記録の作成・公表・保存**

### **i) 会議記録の作成**

介護・医療連携推進会議を開催したときは、要領の介護・医療連携推進会議開催報告書(第3号様式)を作成しなければならない。

### **ii) 関係機関等への報告及び公表**

- ① 事業所は、構成員(委員)が介護・医療連携推進会議を欠席した場合には、当該構成員(委員)に会議記録を送付することとし、かつ意見を徴することができる。
- ② 事業所は、各事業所の窓口で閲覧に供さなければならない。また、事業所のホームページ等を活用し、公表の機会が増えるよう努めることとする。また、利用者家族や利用希望者から求めがあった場合は、必要に応じて配付してください。
- ③ 事業所は、介護・医療連携推進会議終了後速やかに、事業所が所在する市に対して要領の活動状況報告書及び介護・医療連携推進会議開催報告書(第3号様式)を提出するものとする。また、毎年度4月末までに、前年度の介護・医療連携推進会議開催状況報告書(第4号様式)及び介護・医療連携推進会議における要望・助言に対する対応状況等(第5号様式)を市に提出するものとする。また自己評価・外部評価を実施した際には、その概要も同様とする。

### iii) 会議記録の保存

事業所は、作成した会議記録を、介護・医療連携推進会議の完結の日から5年間（会議を開催した日が属する年度の翌年度から5年度）保存しなければならない。

- 3 -

### (8) 他の地域密着型サービスを併設している場合の取扱い

認知症対応型共同生活介護事業所など、運営推進会議を開催しなければならないサービスが併設されている場合は、合同で運営推進会議を開催しても差し支えありません。

※ 会議記録はサービス毎に作成してください。

## 3 個人情報の取扱いについて

- ① 事業所は、議論や様式の作成にあたっては、利用者個人のプライバシーに十分配慮するとともに、知り得た個人に関する情報、秘密をもらしてはならないなど、十分に注意すること。
- ② 会議記録は、公表することを前提とするため、会議の概要のみを記載することとし、個人が特定できないよう十分注意したうえで作成すること。

## 4 その他

その他、別に定める「うるま市定期巡回・随時対応型訪問介護看護における介護・医療連携推進会議設置運営要領（平成28年4月1日制定）」を遵守すること。

## 5 問い合わせ先

うるま市福祉部介護長寿課（介護管理係、介護認定係、介護給付係）

電話番号 098-973-3208

F A X 098-982-6041

うるま市地域包括支援センター（高齢者支援係）

電話番号 098-973-5112

F A X 098-982-6041

課代表メールアドレス : [kaigo-tyouzyuka@city.uruma.lg.jp](mailto:kaigo-tyouzyuka@city.uruma.lg.jp)

## 6 介護・医療連携推進会議に関するQ&A

### <構成員>

**Q 1** 構成員（委員）の都合がつかず全員揃わない場合でも、介護・医療連携推進会議を開催してよいのでしょうか。

**A 1** 構成員（委員）全員の出席が望ましいですが、全員が揃わないと会議が成立しないわけではありません。ただし事業所関係者及び利用者以外の構成員が最低1人以上出席するようにしてください。  
会議記録は、欠席した構成員にも配付してください。

**Q 2** 地域の代表者は、複数の事業所の構成員になってもよいのでしょうか。

**A 3** 本人が承諾していれば構いません。

**Q 3** 構成員のうち「知見を有する者」とは、どのような人でしょうか。

**A 3** 「知見を有する者」とは、学識経験者である必要はありません。高齢者福祉や認知症ケアに携わっている方などを含めて考えてください。

### <運営方法>

**Q 4** 介護・医療連携推進会議は、おおむね3か月に1回以上開催することとなっていますが、議題を出すのが大変です。どうしたらよいですか？

**A 4** 会議では、事業所の活動（稼働）報告や利用者家族からの要望の聞き取りだけでなく、事業所において検討したい内容や改善したい項目などについて自由に議題を設定してください。  
「議題」と堅苦しく考えず、各構成員（委員）が率直な意見交換を行えるような雰囲気作りに努めてください。

**Q 5** 構成員（委員）の交通費や介護・医療連携推進会議でのお茶代などの経費は、誰が負担するのですか。

**A 5** 交通費については事業所の判断に任せますが、場所代やお茶代等の運営経費を構成員（委員）に負担させることは好ましくありません。  
なお、市の職員及び地域包括支援センター職員の交通費を負担する必要はありません。

**Q 6** 介護・医療連携推進会議は、事業所内で開催しないといけないのですか。

**A 6** 必ずしも事業所内に限定されるわけではありません。ただし、飲食店など不特定多数の人が集う場所での開催については、個人情報の保護に留意する必要があります。  
事業所内で開催できなかった場合は、事業所の見学も行うよう努めてください。

## 7 様式

参考様式

所属名  
氏名

あて

事務連絡  
年月日

事業所名  
サービス種類

第〇回 平成〇〇年度第〇回介護・医療連携推進会議への出席について（依頼）

みだしのことについて、当事業所の介護・医療連携推進会議を下記の日程で開催します。貴職員の出席をお願いいたします。

記

開催日：

時間：

場所：

会議内容：