

令和5年度群馬県介護支援専門員実務研修

第7-④章

ケアマネジメントに必要な基礎知識および技術

サービス担当者会議の  
意義及び進め方

テキストP513~552

# 目的

多職種とのアセスメント結果の共有や、居宅サービス計画等の原案に対する専門的見地からの意見収集の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を修得する。

(P513)

# 内容

(P513)

- 会議を開催するに当たり、事前の準備や開催の当日の準備など、必要な業務を理解するとともに、会議の進行の手法等に関する講義を行う。
- サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者会議も含めて、利用者を支援していくための方向性を定める場であることから、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有することの重要性を理解する。
- 会議での意識の共有に当たり、居宅サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認することの重要性を理解する。

(P513)

- 複数のサービスを利用する場合には、各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認することの重要性を理解する。
- 新規ケース、更新ケース、要介護状態等の区分変更ケースごとのサービス担当者会議における検討の留意点についての講義を行う。



## 修得目標

- ① サービス担当者会議の意義と目的について説明できる。
- ② サービス利用におけるチームアプローチの重要性について説明できる。
- ③ サービス担当者会議開催のプロセスに基づき、開催準備及び会議の進行ができる。
- ④ 個別サービス計画との整合性を確認することの重要性について説明できる。
- ⑤ サービス担当者会議にかかわる内容の記録ができる。

- ⑥多職種と、今後の課題に関する確認を実施できる。
- ⑦利用者の状態像や運営基準に合わせたサービス担当者会議の意義について理解したうえで、会議の開催に向けた準備ができる。
- ⑧サービス担当者会議開催理由に合わせた検討の留意点について説明できる。

# 第1節

サービス担当者会議の意義と目的

テキストP516~520

# 1. 目標の確認と役割の明確化

(P516~518)

## (1) 方向性を定める

- 1) 最終的にどこに向かうのか共通認識
- 2) 方向性を明確化しない弊害

## (2) アセスメントの共有

- 1) 介護支援専門員によるアセスメント結果の共有
- 2) サービス提供事業所による支援方法の工夫

## (3) 居宅サービス計画の練りあげ

- 1) 利用者の生活を望む生活を達成するものへと練り上げる



## 2. 説明と同意

(P518~519)

- (1) 利用者・家族への説明と同意
- (2) サービス提供事業所の担当スタッフへの説明と同意
- (3) 専門的見地からの説明と同意
- (4) 説明と同意の相乗作用

## 第2節

サービス利用における  
チームアプローチの重要性

テキストP521~526

(P521~523)

## 1. チームアプローチを促進する

- (1) 関係者同士の顔合わせ
- (2) 連動性の確認

## 2. 利用者中心の居宅サービス計画

- (1) 利用者・家族の安心
- (2) 居宅サービス計画と生活のイメージ
- (3) 利用者・家族の自由と自立性

### 3. 介護保険制度におけるサービス担当者会議 (P523~525)

#### (1) 居宅の運営基準上の規定

##### 運営基準（支援）第13条第9号

介護支援専門員は、サービス担当者会議を開催することにより

- ① 利用者の状況等に関する情報を担当者と共有する
- ② 当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地から意見を求める

#### (2) 施設運営基準上の規定

- 1) 介護老人福祉施設 運営基準（老福）第12条
- 2) 介護老人保健施設 運営基準 第14条
- 3) 特定施設 運営基準第184条
- 4) 認知症対応型  
共同生活介護 運営基準第98条

## 4. ケアマネジメントプロセスにおける サービス担当者会議

(P525~526)

### (1) ケアマネジメントの一つのプロセス

- ①本人の意向の確認
- ②アセスメント
- ③居宅サービス計画の作成  
(居宅サービス原案時サービス担当者会議)
- ④居宅サービス計画に沿ったケアの提供
- ⑤モニタリング
- ⑥評価

### (2) ケアマネジメントプロセスの中心に位置

# 第3節

開催準備および会議の進行

テキストP527~537

# 1. サービス担当者会議開催の実際

(P527~)

## (1) サービス担当者会議開催にかかわる介護支援専門員の役割

- ① サービス担当者会議開催準備、参加者の調整
- ② 司会や時間管理
- ③ サービス担当者会議前後、会議開催中における利用者・家族の意向確認等のサポート
- ④ サービス担当者会議開催の目的に応じた、参加者による意見交換・協議の促進

## (2) サービス担当者会議の準備における留意点

- 1) 情報提供の同意
- 2) 会議の目的を明確にする
- 3) 開催日・場所・時間を設定する

### ■ 日時調整

- 利用者の状態
- 会議の目的
- 会議のキーマンの出席

### ■ 開催場所

- 利用者の自宅、家族の自宅
- 病院・診療所



#### 4) 開催案内をする

- サービス担当者会議の目的と日時を明確にし、案内する
- F A X やメール・直接事業所へ持参など記録として残る形にする

#### 5) 参加者が十分か確認する

- サービス担当者だけでなくインフォーマルサポートの関係者もケアチームのメンバーである認識を持つ

#### 6) 所要時間の告知

- 関係者は仕事の合間で参加する。あらかじめ所要時間をつたえ参加しやすくする

#### 7) 当日の準備

- 当日、時間ぎりぎりになって慌てないように事前に確認する。
- 居宅サービス計画書など会議の目的に沿った資料を人数分準備する

### (3) サービス担当者会議の進め方における留意点 (P529~)

- 1) 関係者全員が参加できる工夫
  - ・参加者全員が発言できるよう進める
- 2) 明確な説明
  - ・サービス担当者会議前に、利用者の基本情報と居宅サービス計画原案を出席予定者に送信し、会議当日可能な限り個別援助計画も資料配布
- 3) 予定時間内に終了できる時間管理
  - ・会議のゴールを決め会議の展開をイメージする
  - ・時間配分を参加者につたえ時間管理する
- 4) 会議のキーマンの発言のタイミング
  - ・会議の協議事項の優先順位や時間配分を考えキーマンの発言のタイミングを決めておく

## (4) サービス担当者会議の具体的な進め方

(P530~)

- ①開会のあいさつと参加者の紹介
- ②今回の会議の目的
- ③利用者・家族からの意向と総合的な援助の方針
- ④課題分析、生活上の課題の説明と確認
- ⑤各専門職からの専門的見地と意見交換
- ⑥居宅サービス計画原案修正と利用者・家族の同意確認
- ⑦各サービス提供事業所の担当スタッフの役割確認
- ⑧残された課題の確認
- ⑨次回開催の確認
- ⑩閉会のあいさつ

1) 開会のあいさつと参加者の紹介

- 始まったのか終わりなのかははっきりしないと参加者は不安になる
- 自己紹介は参加者がどのような立場で発言するのか明確にする

2) 今回の会議の目的

- 何の開催目的かはっきりすることで、適切な意見をもらえる

3) 利用者・家族からの意向と総合的な援助の方針

- 会議で直接利用者・家族から聞く言葉や表情が参加者の意識に残る
- 総合的な援助の方針の説明でチームがどこの方向へ進むのか明確になる

4) 課題分析、生活上の課題の説明と確認

- 介護支援専門員がどうしてそのような生活上の課題が明確になったのかわかりやすく説明する
- 協議に時間がかかりそうな場合 重点的な課題を説明し、そのほかは要約する

5) 各専門職からの専門的見地と意見交換

見地：観察や判断をする際の立場、観点

- 利用者家族にその支援の必要性を強調したいのか、ケア内容でリスクを十分に理解してもらいたいのか、利用者のセルフケア範囲を広げてもらいたいのか、介護支援専門員のアセスメントが土台となり、それにより専門職から専門的見地を述べてもらう

(P531~532)

6) 居宅サービス計画原案修正と利用者・家族の同意  
確認

- 協議により計画原案に修正や追加が加わるが会議で済むものはその場で説明し、利用者・家族の同意をもらう（大きく変更した場合は修正したもので後日同意を得る）
- 利用者・家族が迷っているときは、介護支援専門員が気持ちを表現できるよう促す

7) 各サービス提供事業所の担当スタッフの役割確認

- 協議の中でそれぞれの立場から役割が認識されるが、居宅サービス計画書の確認の際に再度役割を確認し明確にする。

## 8) 残された課題の確認

- 各議題について話し合ったことを参加者全員に最終確認をする
- 会議の中で持ち越した議題は言葉にし、次回サービス担当者会議までの取り組みの意識、次回参加の目的ができる

## 9) 次回開催の確認

- 次回はいつ開催か何を話し合うのか、残された課題との関連で明確にしておく

## 10) 閉会のあいさつ

- 集まってもらったことへの謝意を述べる

## (5) サービス担当者会議後における留意点 (P532)

### 1) 資料を回収する

- 個人情報への配慮を十分にする  
(回収が必要な場合はその場で回収する)

### 2) 記録に残す

- 会議で、どのような協議のもとでケア内容が確定したか、会議録で明確にしておく (第4表)



## 第4節

個別サービス計画との整合性を  
確認することの重要性

テキストP538~540

# 1. 個別サービス計画の確認

## (1) 実行に移す

## (2) 矛盾点の確認

- 居宅サービス計画書との整合性

## (3) 個別性の確認

- 短期目標にそって個別サービス計画が立てられる

# 2. 効果を確認する

- モニタリングを目的とした場合
- モニタリングの機能を活用する

## 第5節

サービス担当者会議にかかわる  
内容の記録の作成等

テキストP541～543

# 1. サービス担当者会議の記録（第4表参照）

## （1）サービス担当者会議の要点

- 1) 検討した項目
- 2) 検討内容
- 3) 結論
- 4) 残された課題

## 2. 居宅サービス計画の交付

- サービス担当者会議で居宅サービス計画原案が確定した後、その内容を利用者・家族に説明し同意を得る。  
それを各サービス提供事業所へ交付する

## 第6節

サービス担当者会議後の課題に  
関する多職種との確認

テキストP544～545

※居宅サービス計画書はそれぞれのサービス提供事業所が立てる個別サービス計画書と連動する。

## 1. 利用者側から見た確認

- 利用者を軸に置いた多職種との確認により、利用者が今どの段階なのかサービス提供事業者が自分の立ち位置を確認でき、どの段階へ進めるのか確認できる

## 2. サービス提供側からみた確認

- サービス提供側に軸を置いた確認。目標に向けた段階での重点事項や留意事項について確認し、個別援助計画に反映する

# 第7節

会議の開催に合わせた準備

テキストP546~548

## サービス担当者会議の開催が効果的な場合

- ①ケアマネジメントプロセスに応じた目的で開催
- ②利用者の状況に合わせた開催
- ③ケースの状況から開催する場合
- ④介護保険制度の側面から開催する場合



# 1. ケアマネジメントプロセスに応じた目的で 開催する場合

(P546)

## (1) 初回の居宅サービス計画作成時

- 利用者・家族の全体像を理解する
- 「利用者・家族の生活に対する意向」「総合的な方針」について共通理解する
- 生活全般の解決すべき課題を共有する
- 計画内容・役割を相互に理解する

## (2) モニタリング時

- 居宅サービス計画が実行に移され確認していく場でのサービス担当者会議の活用

### (3) 再アセスメント時

- 利用者・家族の状況は時間とともに変化する居宅サービス計画は、利用者家族の望む方向に支援していく。目標に向かって変化する場合と意図していない場合がある
  - 「身体状況が悪化した」
  - 「状態が改善した」
  - 「現状の維持」

### (4) 地域ケア会議の活用

- 支援が必要でも地域とのかかわりを拒否している利用者の突破口として活用する方法

## 2. 介護保険制度からみた準備

(P548)

運営基準（支援）

「要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合（第13条第15号イ）」にあるサービス担当者会議を開催し、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者に専門的な見地から意見を求めるものとする

# 追加

## 地域ケア会議の5つの機能

1. 個別課題解決機能
2. ネットワーク構築機能
3. 地域課題発見機能
4. 地域づくり・資源開発機能
5. 政策形成機能

# 「サービス担当者会議」：「地域ケア会議」

## ◇サービス担当者会議

ケアマネジャーの主催により、ケアマネジメントの一環として、居宅サービス計画原案に位置づけられたサービス担当者等と利用者の状況等に関する情報を共有し、当該担当者から専門的な見地からの意見を求めるために行われるもの

## ◇地域ケア会議

保険者又は地域包括支援センターの主催により包括的支援事業の一環として、サービス担当者以外の第三者を交え、個別ケースの支援内容の検討のほか、これらを通じて地域包括支援ネットワークの構築、**自立支援に資するケアマネジメントの支援**、地域課題の把握等をおこなうために行われるもの

# 「地域ケア会議」と「サービス担当者会議」の違い

地域ケア会議（個別ケース検討）	項目	サービス担当者会議
地域包括支援センター 又は市町村	開催主体	介護支援専門員 (契約が前提)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケース当事者への支援内容の検討</li> <li>・地域包括支援ネットワーク構築</li> <li>・<a href="#">自立支援に資するケアマネジメント支援</a></li> <li>・地域課題の把握など</li> </ul>	目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況等に関する情報共有</li> <li>・サービス内容の検討及び調整など</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域支援事業の実施について (厚生労働省老健局長通知)</li> <li>・介護保険法改正において明記 (介護保険法115条の4第1項、第2項)</li> </ul>	根拠	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(第13条第9号)</li> </ul>
行政職員、センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員住民組織、本人・家族等	参加者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者、本人・家族等</li> </ul>
サービス担当者会議で解決困難な課題等を多職種で検討 (ケース例) <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援者が困難を感じている</li> <li>・<a href="#">支援者が自立を阻害していると考えられる</a></li> <li>・支援が必要だがサービスにつながらない</li> <li>・権利擁護が必要</li> <li>・地域課題に関する</li> </ul>	内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用者の状況等に関する情報の担当者との共有</li> <li>・当該居宅サービス計画原案の内容に関する専門的見地からの意見聴取</li> </ul>

引用：地域ケア会議運営マニュアル（長寿社会開発センター）

# 第8節

## 開催理由に合わせた検討の 留意点

テキストP549~552

## 1. 利用者とのかかわりという側面からの留意点

- (1) 初めてサービス提供事業所とかかわるとき
- (2) 多くのサービス事業所がかかわるとき

## 2. ケースの状況から開催する場合の留意点

- (1) 利用者の状態像にあわせたサービス担当者会議の開催
- (2) 支援困難なケースの時
- (3) 利用者の状況が大きく変わるとき



### 3. 介護保険制度の側面からの留意点 (P552)

#### (1) 更新認定のとき

介護度と有効期間が変化する場合がある。前回と変わらない場合でも、形骸化した会議にならないよう状態に悪化・改善がなかったか、目的達成などサービス担当者に意見がもらえるよう事前に調整しておく。

#### (2) 区分変更のとき

区分変更は利用者の状態の変化で、今の介護度では支援内容に整合性が保てない時などに行う。介護支援専門員としての専門性から、区分変更に根拠をしっかりと説明できるようにしておく。状態がどのように変化しているか再アセスメントをしておく。

# 模擬サービス担当者会議

# 群馬マチ子さんのサービス担当者会議の実施

## 【出席者】

群馬マチ子さん、長男の妻、長女  
通所リハビリ、訪問介護、福祉用具専門相談員  
担当ケアマネジャー

主治医（業務の都合により欠席）

群馬マチ子さんの  
模擬サービス担当者会議の動画を見て、

Q1) 気づいたこと

Q2) 自分が担当ケアマネジャーだったら  
もっとこうしようと思ったこと

Q3) サービス担当者会議の必要性について  
思ったこと

などについて記入してください。