

Ⅶサービス担当者会議に関する留意点

1 サービス担当者会議の目的と留意点

サービス担当者会議は原案をもとに、以下のことも主な目的として行います。

- ① 利用者や家族の生活全体を理解すること。
- ② 利用者、家族の生活に対する意向や援助者側の援助方針を共有し、利用者の生活全般の解決課題を共有すること。
- ③ 関係者の協議によりケアプランの内容を深めること。
- ④ 相互の役割分担を明確にすること。
- ⑤ 個人情報の取扱いに注意すること。

2 サービス担当者会議の進行方法の例

原案作成者が主催者となり以下のような流れで進行します。

- ① 開催理由、主に検討する議題及び開催予定時間を説明・確認する。(時間厳守)
- ② 参加者の自己紹介。
- ③ 本人の状況や家族構成、現在の状況について説明。
- ④ 「本人と家族の意向」を本人と家族に確認。
- ⑤ 「総合的な援助の方針」を参加者全員で確認。
- ⑥ 原案について検討を行い、ケアプランを確定。
- ⑦ 残された課題についても確認。
- ⑧ 次回の開催時期を決定。

※ 会議を有効に開催するためには、事前準備が重要となる。

3 サービス担当者会議の記録について

サービス担当者会議の議事録は、原則「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録」に記載します。

※別紙に詳細等を記録し添付している場合は、下記記載例の「いつ」「どこで」「誰と」を記入すれば、「何を」については『別紙参照』のみの記入でも可とします。

<記録内容 記載例>

いつ (〇〇年〇月〇日、〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分)

どこで (本人自宅にて)

誰と (本人、長女〇〇氏、〇〇デイサービスセンター〇〇相談員等)

何を (課題、検討内容、結論、残された課題等) ※別紙参照 可

資料

*1 サービス担当者会議について

厚生労働省令等において、担当者会議の開催は以下の通り記載されています。

- (1) 要支援更新認定時(厚生労働省令第37号第30条第17項イ)
- (2) 要支援状態区分の変更認定時(厚生労働省令第37号第30条第17項ロ)
- (3) 介護予防サービス計画の変更時。なお、軽微な変更に該当するものであればサービス担当者会議については必ずしも実施しなければならないものではない。しかし、軽微な変更とした判断等の客観的な事実や根拠を簡潔かつ適切な表現で記載する。(介護保険最新情報 Vol. 958)
- (4) 介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置づける場合は、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催(厚生労働省令第37号第30条第24項)

Ⅷ 実施状況の把握とモニタリングに関する留意点

1 モニタリングの目的と留意点

(1) 介護予防サービス計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな課題の有無を確認し、次の支援計画に結びつけることである。

(2) モニタリングの結果、目標が達成された場合は速やかに課題分析を行う。

ア 課題が解決されている場合は、次のステップのために住民主体の活動や一般介護予防事業などの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮する。

イ 新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合は、計画を組み直すことになるが、その際もサービス担当者会議等でリハビリテーション等専門職の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。

2 モニタリングにおける介護保険上の規定

厚生労働省令における、モニタリング等についての記載は以下のとおりである。

指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第37号 令和3年1月25日公布 令和3年4月1日施行 厚生労働省令第9号）

第30条〔指定介護予防支援の具体的取扱方針〕

14 担当職員は、介護予防サービス計画の作成後、介護予防サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

15 担当職員は、介護予防サービス計画に位置づけた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価しなければならない。

16 担当者は、第十四号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

イ 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して三月に一回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

ロ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。

ハ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

北九州市介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務におけるモニタリングについては以下のとおりである。

予防給付型：少なくとも3月に1回、原則本人の居宅を訪問し面接すること。それ以外は訪問もしくは電話等でモニタリングを実施し、毎月のモニタリング結果を支援経過記録に残すこと。

生活支援型：少なくとも6月に1回、原則本人の居宅を訪問し面接すること。それ以外は訪問もしくは電話等でモニタリングを実施し、毎月のモニタリング結果を支援経過記録に残すこと。

3 モニタリングの視点

- (1) 本人の生活状況に変化がないか
- (2) 介護予防ケアプランのとおり、本人への支援やサービスの提供がなされているか
- (3) 個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか
- (4) 利用しているサービスに対して、利用者は満足しているか
- (5) 介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおけるモニタリングにおいては、実施方法として、毎月必ず家庭訪問を行うことは求められていませんが、モニタリングの視点を踏まえ、訪問を行わない月についても電話等による確認は必要であり、モニタリングは毎月行う必要があります。

また、介護予防ケアプランの作成・サービス提供にあたっては、本人からの十分な状況の把握に心がけましょう。なお、電話の代わりに通所型サービス、訪問型サービスの提供前後に本人を訪問することも有効です。

これまでのサービスから生活支援型サービスへ移行した場合には、サービス提供方法に変化が生じ、本人が不安や戸惑いを感じている状況が予測されます。

モニタリングを行う際は、提供事業者やサービス担当者から、サービスを実際に提供した後の情報を、電話や報告書等で得ることにより、サービスの見直しの必要性を確認します。サービス実施者側から担当者へ情報が入ってくる体制を作り、連携を図ることができる体制を整えておくことがよいでしょう。

4 実施方法及び実施時期

厚生労働省令に基づき、サービス事業者からの報告、連絡、あるいは、事業所への訪問、本人からの意見聴取などの手法を通じて、定期的を実施する。サービス事業者や本人との日常的な連絡調整を通じて、日ごろから「信頼関係」を作り、幅広く情報を収集できる環境を整えておくことが大切である。

また、モニタリングによって得た情報や日ごろの実施状況については、随時、「介護予防・介護予防ケアマネジメント支援経過記録」に記載する。

IX 達成状況の評価に関する留意点

設定した介護予防ケアプランの実施期間を終了した時は、本人宅を訪問してプランの実施状況を踏まえた目標の達成状況の評価し、本人と共有しながら新たな目標の設定や利用するサービスの見直し等、今後の方針を決定する。

1 評価を行う時期

評価は、「介護予防サービス・支援計画表③」で、各目標に対して記載した期間（最長12ヶ月）の終了日（終了月の末日）までに行う。本人の状況の変化等があった場合は、評価、再アセスメントを実施し、ケアプランを見直す。

2 目的と視点

「介護予防サービス・支援計画表③」において、本人が希望する「目標とする心身状態」や「目標とする生活」を獲得できたかどうかを、本人やその家族と共に確認し、介護予防サービス・支援計画表の見直しを行う。

評価を実施する際は、サービス事業者が行った評価(事前・事後アセスメント等)を把握・集約し、本人の生活機能全体に関する評価を行うことが大切である。

3 手順と留意点

(1) 本人の個々の状況により、サービス事業者より下記の情報を収集する。

- ア 北九州市予防給付型訪問サービス計画書、モニタリングや評価等
- イ 北九州市予防給付型通所サービス計画書、モニタリングや評価等
- ウ 予防通所リハビリテーション計画書、モニタリングや評価等
- エ 予防福祉用具計画書・モニタリングや評価等
- オ 予防訪問看護計画書・モニタリングや評価等
- カ 予防訪問リハビリテーション計画書・モニタリングや評価等 など

※生活支援型サービスの場合、個別サービス計画書は状況に応じて作成する

(2) 本人・その家族等と訪問による面談

「介護予防サービス・支援計画表③」の『目標』に沿って、実施したことの達成状況や効果（本人の生活機能の変化など）を、本人や家族と共に確認する。