

平成 26 年度
老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

平成26年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
生活期リハビリテーションにおける多職種協働・連携の
実態に関する調査研究事業
報 告 書

平成 27 年(2015 年)3 月

株式会社NTTデータ経営研究所

目次

第1章 調査の概要	1
1. 背景・目的	1
2. 調査の方法	2
3. 調査研究の体制	3
4. 検討経過	3
第2章 サービス担当者会議の運営に関する概要調査.....	4
1. 調査の概要	4
2. 調査の結果	4
第3章 サービス担当者会議の運営に関する現状調査.....	7
1. 調査の概要	7
(1) 調査実施概要	7
(2) 回答した事業所の属性	8
2. 調査の結果	11
(1) サービス担当者会議の開催状況	11
(2) サービス担当者会議の調査対象	13
① 介護支援専門員の属性	13
② 利用者の属性	14
③ ケアプランの概要	16
(3) サービス担当者会議の開催理由	22
(4) サービス担当者会議の日程、場所	23
① 開催曜日、時間帯	23
② 会議開催場所	24
③ 会議時間	24
(5) サービス担当者会議の参加者	25
① 本人・家族の参加	25
② 介護サービス事業所の参加	25
③ 医療サービスの参加	26
④ インフォーマルサービス、行政の参加	26
⑤ 介護サービス事業所以外で会議開催を案内した人	27
⑥ 出席事業所数	27

⑦ ケアプランにある事業所の出席率	28
⑧ ケアプラン以外で会議開催案内した人の出席率	28
(6) サービス担当者会議の諸準備	29
① 日程調整	29
② 事前の情報共有	30
③ ケアプラン、個別援助計画の共有	31
(7) サービス担当者会議当日の進め方	32
① 会議開始時の説明	32
② ケアプラン原案の説明	32
③ 情報や課題の共有	33
④ 目標や計画、支援の整合性	34
(8) サービス担当者会議終了後の議事録の共有	35
(9) 専門職のみが参加する会議	36
① 専門職のみが参加した会議の実施割合	36
② 専門職のみが参加した会議の時期、時間、場所	36
③ 専門職のみが参加した会議の参加者	37
④ 専門職のみが参加した会議の開催理由	38
(10) 自由回答における主なコメント	39
3. アンケート結果のまとめ	41
第4章 サービス担当者会議の運営に関する詳細調査	43
1. 調査の概要	43
2. 調査の実施方法	43
3. 調査の結果	47
4. グループインタビューのまとめ	54
第5章 まとめ及び考察	57
参考資料	60
調査票（事業所回答票）	60
調査票（介護支援専門員回答票）	61

第1章 調査の概要

1. 背景・目的

要介護高齢者は医療、介護、生活支援に係る多様なニーズを有している。多職種協働は、そのニーズに応じた適切なサービスを提供するために多方面の専門家がチームとなりケアを行うものである。

平成25年度に介護報酬改定検証・研究委員会で実施された3つの調査【リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査研究事業】、【予防サービスの提供に関する実態調査】、【生活期リハビリテーションに関する実態調査】において以下の指摘があった。

- ・ 利用者宅でのサービス担当者会議にリハ職とサービス提供責任者が出席し、その場で連携の必要性を確認したうえで同行訪問の実施が決定づけられていた。
- ・ 各関係者は連携を「良かった」と評価。サービス提供責任者からみた利用者への効果は「身体状態が改善した」が多く、ヘルパーへの効果は「以前より安全に関われるようになった」が多かった。
- ・ 個別サービス計画の内容をみると、機能／状態の「向上」を目標設定した割合は「訪問リハ」68%、「通所リハ」34%で高く、「訪問介護」17%で低かった。訪問介護は「維持」を目標としたものが約7割を占めていた。
- ・ 通所介護では、通所すること自体が目標となっていた事例が約1/4であった。一方、地域での社会参加を目標設定した割合は数%に過ぎなかった。
- ・ 訪問リハでは機能等の「向上」を、短期入所療養介護、短期入所生活介護では「維持」を目標とした割合が多かった。各サービスとも、地域社会参加を目指した割合は低かった。

上記から、多職種協働は、実際に実施すれば効果的であることが確認された。問題は、多職種協働に至るまでの導入プロセスにある。多職種が顔を合わせるサービス担当者会議が有効に機能することにより、相互理解が深まり多職種協働による適切なサービス提供につながる可能性が高いと考えられる。

これらの調査結果から見えてきた課題に対する改善策は、多職種協働が機能するために、各メンバーが解決すべき課題を共有し、ケア方針を相互に理解し、方針に沿って役割を発揮することである。サービス担当者会議はこれらを徹底する場である。

平成27年度から全市町村で実施される個別ケースに関する「地域ケア会議」の目的もサービス担当者会議の機能強化であり、課題認識の方向性は同じである。

しかしながらサービス担当者会議の実態は明らかになっていない。そこで、サービス担当者会議の実態を、ケアプラン内容とともに分析し、その現状と課題を明らかにすることを目的に本調査を実施した。

2. 調査の方法

(1) サービス担当学会議の運営に関する概要調査【プレヒアリング調査】

現状調査、事例調査の調査設計を目的に、介護支援専門員へのプレヒアリング調査を行い、サービス担当学会議の業務の一般的な流れ及び課題を整理した。

(2) サービス担当学会議の運営に関する現状調査【アンケート調査】

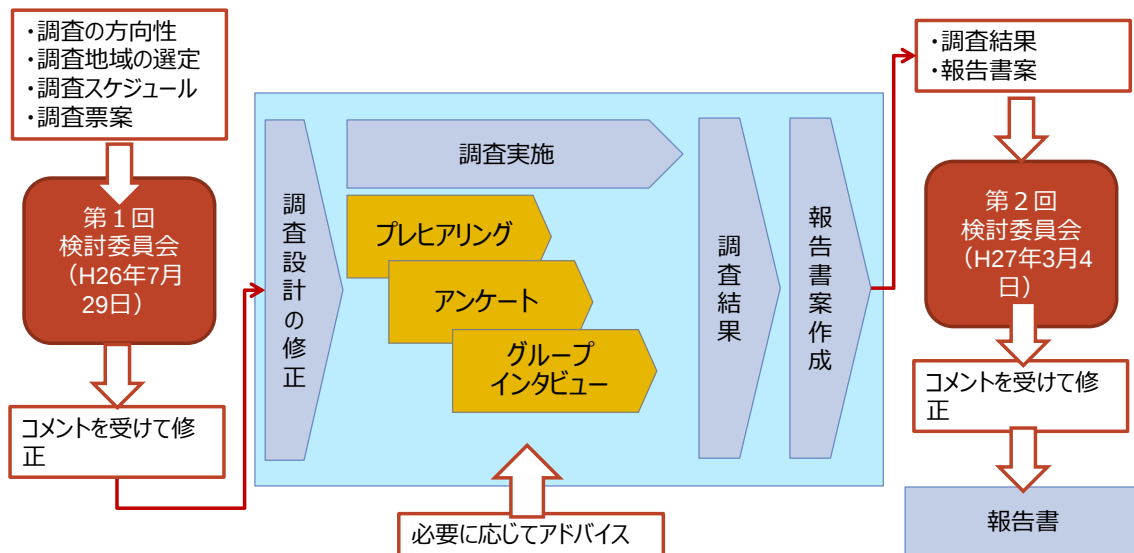
介護支援専門員を対象にサービス担当学会議の実施状況、開催したサービス担当学会議の運営状況に関するアンケート調査を実施した。

同時に、介護支援専門員が有するサービス担当学会議開催事例（1事例）に関し、①利用者特性、②参加者、③ケアプラン内容（「解決すべき課題（ニーズ）」）④サービス担当学会議内容等に関するアンケート調査を実施した。

(3) サービス担当学会議の運営に関する事例調査【グループインタビュー調査】

サービス担当学会議出席者へのグループインタビューにより、サービス担当学会議における検討経過、機能分担、目標やケア方針の共有、理解の状況、個別サービス計画への反映の過程について詳細に調査、分析した。

図表 1 調査の全体像



3. 調査研究の体制

学識経験者と実務者から成る委員会を設置し、以下の通り検討を行った(図表 2)。

図表 2 委員会委員一覧 (五十音順、敬称略)

役職	氏名	所属・役職
委員長	川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長
委員 (五十音順)	篠田 道子	学校法人日本福祉大学 社会福祉学部 教授
	鈴木 まり子	特定非営利活動法人日本ファシリテーション協会 フェロー
	田村 由美	日本赤十字看護大学 共同大学院共同災害看護学専攻 (DLGL) 教授
	松川 竜也	NPO 法人神奈川県介護支援専門員協会 副理事長
オブザーバー	逢坂 悟郎	厚生労働省老健局老人保健課 医療・介護連携技術推進官

4. 検討経過

本調査を多角的な見地から行うために、上記委員にて構成される検討委員会を 2 回開催した。

図表 3 検討委員会開催概要

回数	日時	場所	主な検討内容
第 1 回	平成 26 年 7 月 29 日 (火) 10:00～12:00	国立社会保障・人口問題研究所 会議室	・事業の概要及び本検討委員会の検討事項等の説明 ・アンケート調査票案
第 2 回	平成 27 年 3 月 4 日(水) 10:00～12:00	国立社会保障・人口問題研究所 会議室	・アンケート、ヒアリング調査結果について ・報告書案について

第2章 サービス担当者会議の運営に関する概要調査

1. 調査の概要

文献調査及び介護支援専門員へのプレヒアリング調査により、サービス担当者会議の一般的な流れ及び課題を整理した。

調査の実施概要は、図表 4 の通り。

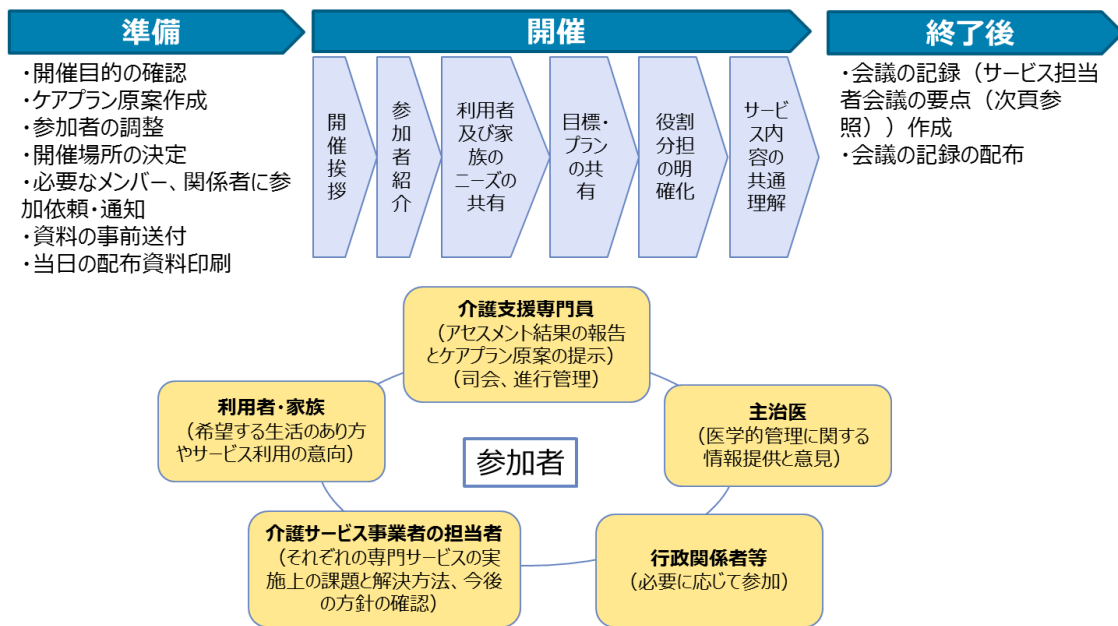
図表 4 プレヒアリング調査実施概要

調査期間	平成 26 年 7 月
調査方法	ヒアリング（事業所への訪問）
調査対象	首都圏の居宅介護支援事業所、地域包括支援センター 介護支援専門員 計 13 名
調査内容	・ サービス担当者会議の業務の流れ ・ 運営上の課題 等

2. 調査の結果

サービス担当者会議の一般的な流れは、図表 5 のように「準備、開催、終了後」の段階に整理される。主な参加者は利用者・家族、介護支援専門員、介護サービス事業者担当者、主治医、行政関係者等である。

図表 5 サービス担当者会議の流れ¹



プレヒアリングの結果、サービス担当者会議における現状は準備、開催、終了後の各段階において以下のように整理された。

- 準備
 - ・ サービス事業者との日程調整が困難である
 - 日程が合わず、開催するのが夜間・休日になる
 - 急なサービス変更時は、日程調整が間に合わない場合もある
 - 担当者ではなく代理者が参加するため、有効な意見が聞けないこともある
 - ・ 開催場所の確保が難しい
 - ・ 法令上会議を開催するが、必要性が低いと感じられる会議もある
 - ・ 利用者や家族は頻繁な開催を面倒に思う場合がある
 - ・ 医師の参加が困難である
 - ・ 介護支援専門員が業務多忙のため、十分にサービス担当者会議を開催できない
- 開催
 - ・ 介護支援専門員の準備不足（ケアプラン未完成、資料の事前送付なし等）のため会議が長時間になる
 - ・ サービス事業者に意見を求めても積極的な発言がない

¹ 「居宅介護支援専門員業務の手引【改訂（3版）】」東京都福祉保健局、ケアマネジャー実践マニュアル、ケアマネジャー2014.6 を参考に作成

- ・ 隣同士で話を始めるが、会議の意見としては発言しない
- 終了後
 - ・ 議事録にサービス担当者や主治医からファックスで送られてきた事前情報をサービス担当者会議の記録紙に貼付して議事録としている事例もある
 - ・ 個別サービス計画に会議の共有内容が反映されていない場合がある
 - ・ 会議後に個別サービス計画が介護支援専門員に共有されない場合もある

これらの結果から次のようなサービス担当者会議の運営に関する課題が考えられた。

- ・ サービス担当者会議の事前準備や記録の配布等の手順が徹底されていない（準備・終了後）
- ・ 介護支援専門員の会議運営能力（ファシリテート能力）が十分ではない（開催）
- ・ 個別援助計画の共有が十分にされていない（開催・終了後）
- ・ 医師に参加してもらうことが難しい

以上のような現状及び考えられる課題を参考として、後述するアンケート調査を設計した。

第3章 サービス担当者会議の運営に関する現状調査

1. 調査の概要

介護支援専門員を対象にサービス担当者会議の実施状況、開催したサービス担当者会議の運営状況に関するアンケート調査を実施した。

同時に、介護支援専門員が有するサービス担当者会議開催事例（1事例）に関し、①患者特性、②参加者、③ケアプラン内容（「解決すべき課題（ニーズ）」）、④サービス担当者会議内容等に関するアンケート調査を実施した。

(1) 調査実施概要

調査の実施概要は、図表 6 の通り。

図表 6 アンケート調査実施概要

調査名称	サービス担当者会議の運営に関するアンケート調査
調査期間	平成 26 年 11 月 10 日（月）～平成 26 年 12 月 10 日（水）
調査方法	質問紙調査 (郵送による発送、郵送による回収)
調査対象	神奈川県、滋賀県、兵庫県の居宅介護支援事業所 及び 事業所に所属する介護支援専門員 各県のリスト抽出方法は以下の通り ・滋賀県：滋賀県介護支援専門員連絡協議会の提供による 県内の全居宅介護支援事業所リスト ・兵庫県：兵庫県介護支援専門員協会の提供による播磨南地区 および芦屋地区内の全居宅介護支援事業所リスト ・神奈川県：神奈川県の運営する WEB「介護情報サービスかながわ」 ならびに厚生労働省の運営する「介護サービス情報公表シ ステム」より、県内の居宅介護支援事業所を抽出した。
調査内容	(事業所回答票) ・回答した事業所の運営母体、従事者数、併設サービス等 (介護支援専門員回答票) ・回答した介護支援専門員の属性 ・サービス担当者会議の開催状況 ・サービス内容変更に伴って開催した直近のサービス担当者会議（1事 例例）の内容 －利用者の属性 －開催理由、日程調整、諸準備、会議の開催日程・場所・参加者

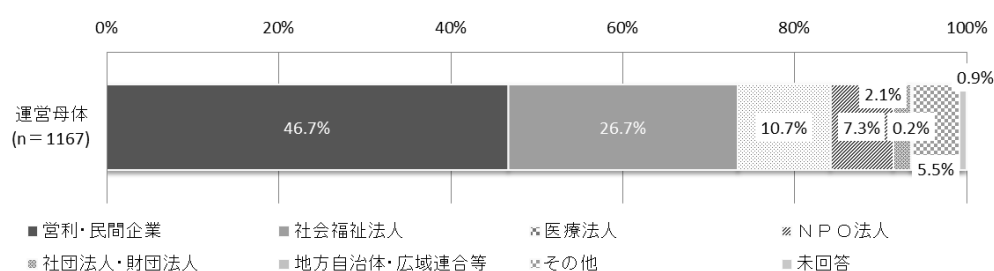
	ー会議当日の進め方 ー議事録の内容の共有 ・専門職のみが参加した会議について
発送数	事業所：2800 件 （神奈川県 2193 件、滋賀県 423 件、兵庫県 184 件）
回収数	事業所： 1167 件 （回収率 41.7%） （神奈川県 850 件、滋賀県 230 件、兵庫県 61 件、不明 26 件） 介護支援専門員：3158 件

(2) 回答した事業所の属性

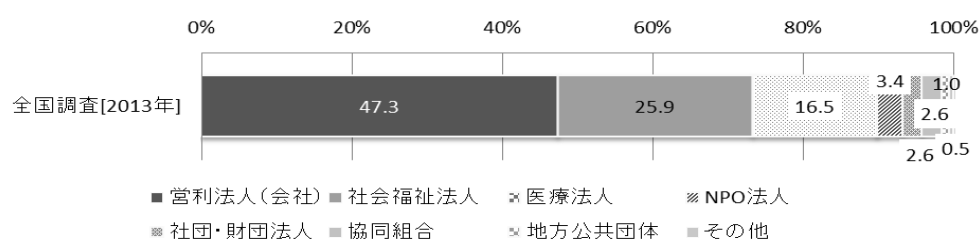
① 運営母体

回答した事業所の運営母体は、営利・民間企業が最多で 46.7%、次の社会福祉法人 26.7%である。全国調査と比較してほぼ同じ構成となっている。

図表 7 運営母体別事業所割合



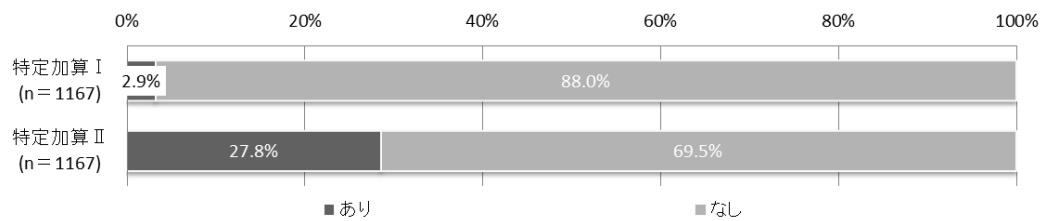
(参考) 全国調査(平成 25 年介護サービス施設・事業所調査)



② 特定事業所加算取得状況

回答した事業所のうち、特定加算Ⅰを取得している事業所は 2.9%、特定加算Ⅱを取得している事業所は 69.5%である。

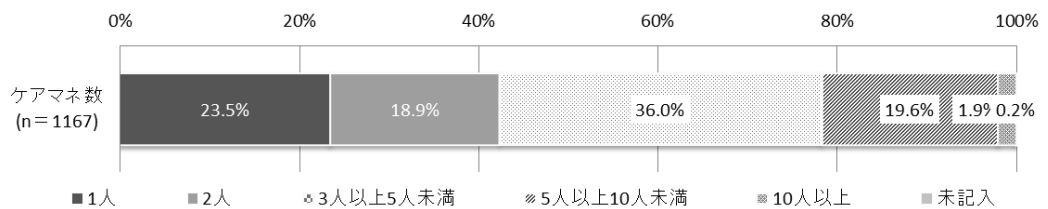
図表 8 特定事業所加算取得状況



③ 介護支援専門員資格を持つ従事者数

常勤、非常勤を含む介護支援専門員資格を持つ従事者数が 3 人以上 5 人未満の事業所が 36.0%、1 人の事業所が 23.5%である。

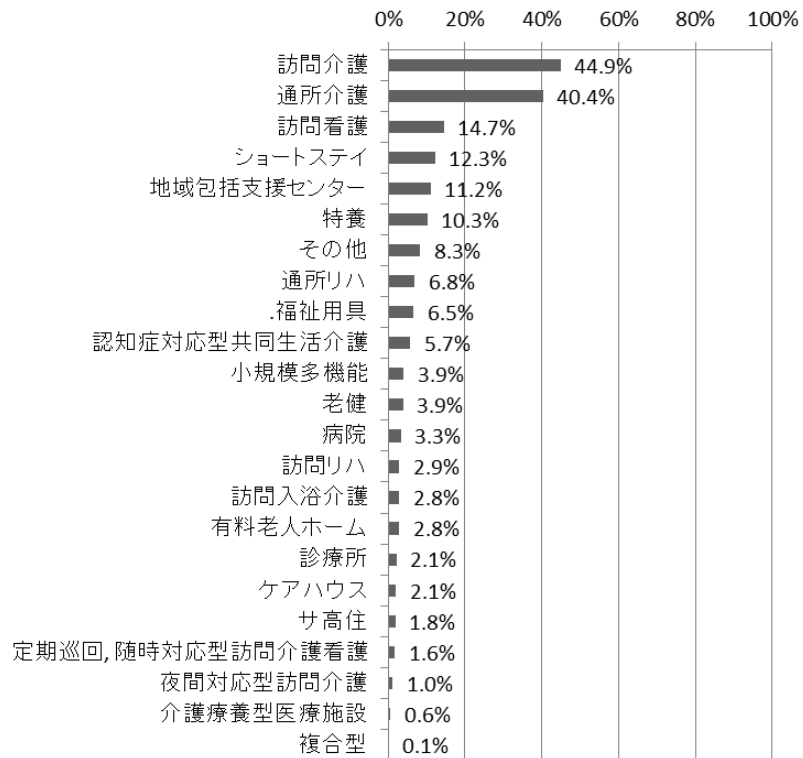
図表 9 介護支援専門員資格を持つ従事者数別事業所割合



④ 併設サービス

回答した事業所の 40%超が訪問介護や通所介護を併設しており、10%以上が訪問看護、ショートステイ、地域包括支援センター、特養を併設している。

図表 10 併設サービス割合(n=1167)



2. 調査の結果

(1) サービス担当学会議の開催状況

① 直近 1 か月間（平成 26 年 10 月）のサービス担当学会議開催状況

回答のあった介護支援専門員 3158 人に、担当利用者数と直近 1 か月間（平成 26 年 10 月）のサービス担当学会議を開催した利用者数を尋ねた。介護予防支援、居宅介護支援ともに約 4 割の利用者に関する担当学会議を 1 か月間に実施している。

開催理由は、要介護認定更新のためが最も多く、次にケアプラン内容変更のため、となっている。

図表 11 担当利用者数

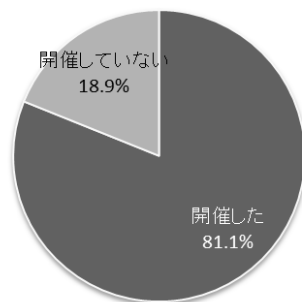
		総計		介護予防支援		居宅介護支援	
担当利用者数（平均*）		29.0 件	100.0%	5.6 件	100.0%	24.3 件	100.0%
10 月の担当学会議開催回数（平均*）	開催した利用者総数	10.7 件	36.9%	2.3 件	40.3%	9.3 件	38.3%
	新規ケアプラン作成のため	1.0 件	3.3%	0.7 件	12.9%	1.4 件	6.0%
	要介護認定更新のため	1.6 件	5.6%	1.0 件	17.3%	1.9 件	7.7%
	ケアプラン内容変更のため	1.1 件	3.9%	0.5 件	9.4%	1.8 件	7.3%
	情報共有のため	0.3 件	1.2%	0.3 件	5.1%	1.0 件	4.2%

*回答のあった値の平均。介護予防支援、居宅介護支援のいずれかのみの記載があるため総計は合計に合わない。

② 直近 6 か月間（平成 26 年 4 月～10 月）におけるサービス内容変更に伴うサービス
担当者会議開催状況

回答した介護支援専門員 3158 人のうち、直近 6 か月間（平成 26 年 4 月～10 月）に
利用者の状態や環境の変化によりサービス内容に変更が生じたためサービス担当者会
議を開催した人数は 2561 人(81.1%) であった。

図表 12 直近 6 か月にサービス担当者会議を開催した割合(n=3158)



(2) サービス担当者会議の調査対象

直近 6 か月間にサービス内容に変更が生じたためサービス担当者会議を開催した介護支援専門員(2,561 人)を対象に運営状況を調査した。

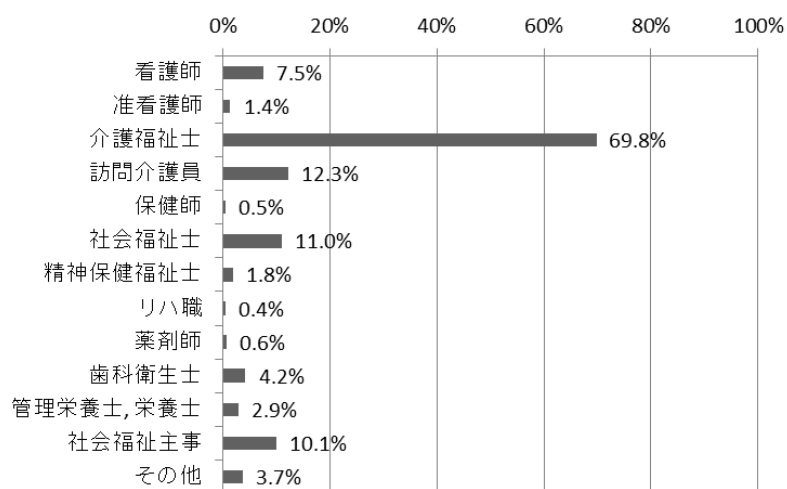
① 介護支援専門員の属性

サービス担当者会議を開催した介護支援専門員(2,561 人)の属性は、図表 13 から図表 16 のとおりである。

図表 13 介護支援専門員の性別、年齢構成

	男性	女性	未記入			
性別 (n=2561)	16.3%	81.9%	1.8%			
	20 代	30 代	40 代	50 代	60 代～	未記入
年代 (n=2561)	0.4%	14.4%	28.5%	35.8%	19.5%	1.4%

図表 14 基礎資格(n=2561)



図表 15 業務経験

	1 年未満	1～3 年未満	3～5 年未満	5～10 年未満	10 年以上	未記入
業務経験 (n=2561)	6.6%	17.3%	17.9%	35.3%	22.1%	0.8%

図表 16 主任介護支援専門員資格の有無

	あり	なし
主任資格 (n=2561)	26.8%	72.2%

② 利用者の属性

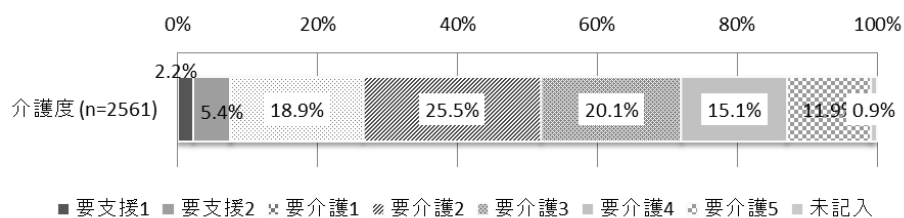
サービス担当者会議の対象となった利用者(2,561人)の属性は、次のとおりである。

利用者の約 8 割に何らかの認知症状があり、36.7%は認知症である。また、約 25%が独居、約 7%が主介護者無しであった(図表 17 から図表 22)。

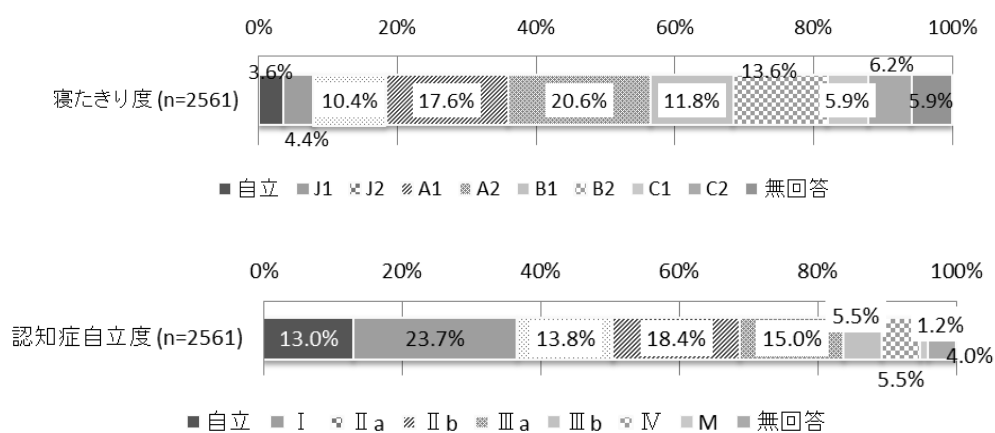
図表 17 利用者の性別・年齢構成

	男性		女性		未記入		
性別（n=2561）	38.7%		59.6%		1.7%		
	40～64 歳	65～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85～89 歳	90 歳以上	未記入
年代（n=2561）	3.6%	12.3%	16.1%	25.6%	23.9%	16.6%	1.8%

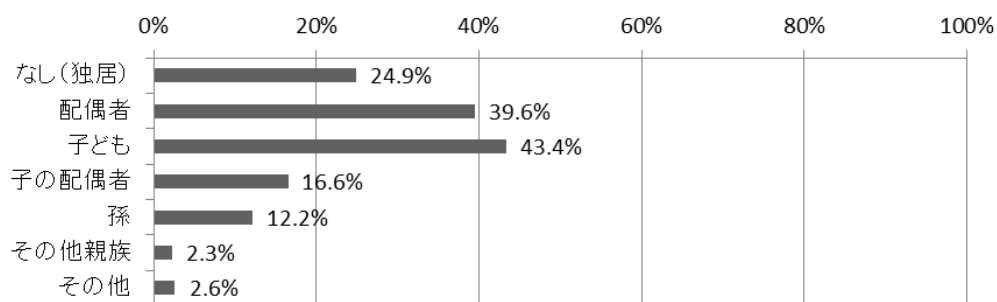
図表 18 要介護度



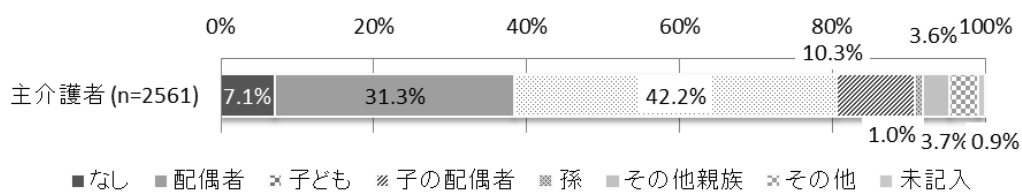
図表 19 自立度（寝たきり、認知症）



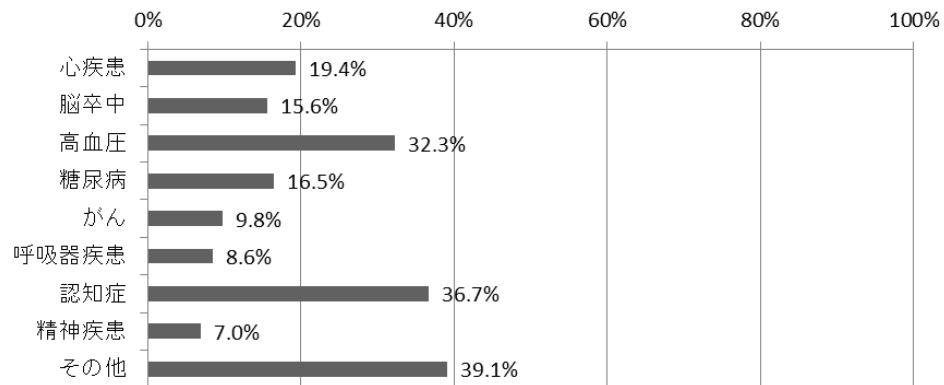
図表 20 家族構成 (n=2561)



図表 21 主介護者



図表 22 現在の疾患(n=2561)



③ ケアプランの概要

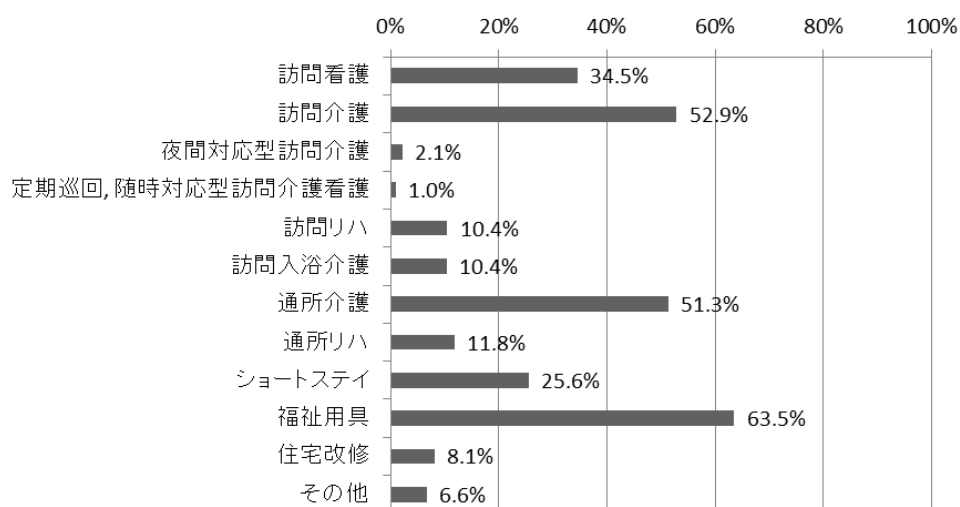
(ア) ケアプランに位置づけられた介護サービス

ケアプランに位置づけられた介護サービスは、福祉用具が 63.5%、訪問介護が 52.9%、通所介護が 51.3%であった。訪問看護は 34.5%、訪問リハ、通所リハはそれぞれ 1 割強であった（図表 23）。

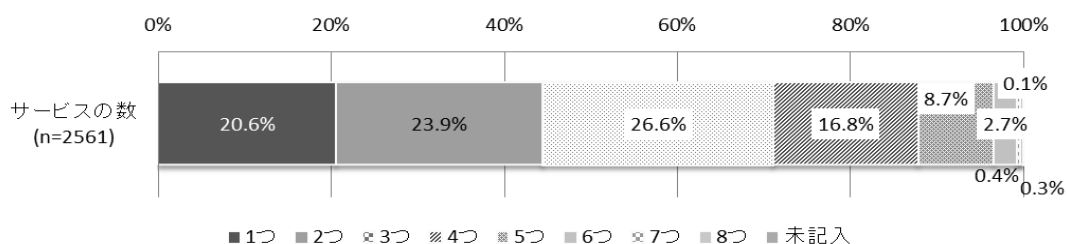
また、ケアプラン上の介護サービスの数は 3 つが 26.6%、2 つが 23.9%、1 つが 20.6% であり、3 つまでで約 7 割となっている（図表 24）。

サービスの組み合わせを多い順にみると、「通所介護のみ」が 6.6%、「訪問介護、通所介護、福祉用具」が 4.9%である（図表 25）。

図表 23 ケアプラン上の介護サービス (n=2561)



図表 24 ケアプラン上の介護サービス数



図表 25 サービスの組み合わせ(n=2561)

#	サービスの組み合わせ (順不同)				n	割合
1	通所介護				168	6.6%
2	訪問介護	通所介護	福祉用具		125	4.9%
3	訪問介護	通所介護			120	4.7%
4	通所介護	福祉用具			114	4.5%
5	訪問介護				102	4.0%
6	ショートステイ				85	3.3%
7	訪問介護	福祉用具			83	3.2%
8	訪問看護	訪問介護	福祉用具		83	3.2%
9	福祉用具				69	2.7%
10	訪問看護	訪問介護	通所介護	福祉用具	68	2.7%

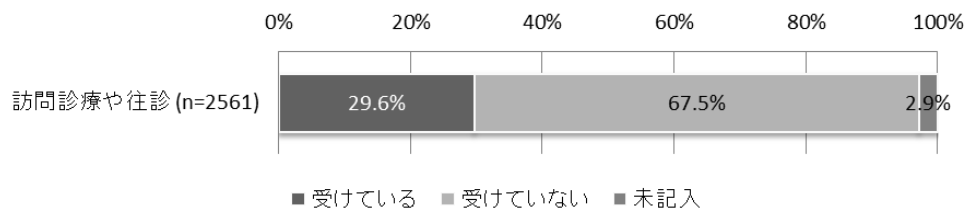
(イ) ケアプランに位置づけられた医療サービス

訪問診療や往診を受けている割合は 29.6%である。概ね 7 割は通院をしていると考えられる。(図表 26)

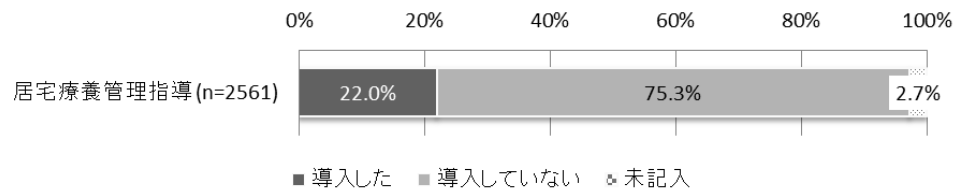
居宅療養管理指導を導入しているのは 22.0%であり、75.3%は導入されていない。

居宅療養管理指導の内容は、82.2%が医師、21.0%が薬剤師であった。(図表 27、図表 28)

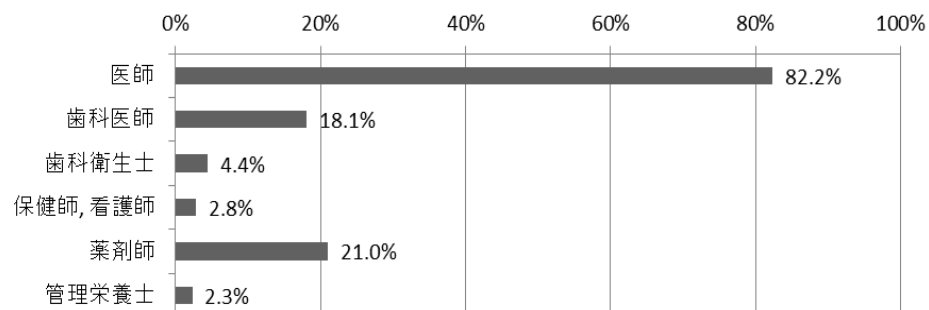
図表 26 訪問診療や往診の有無



図表 27 居宅療養管理指導の導入有無



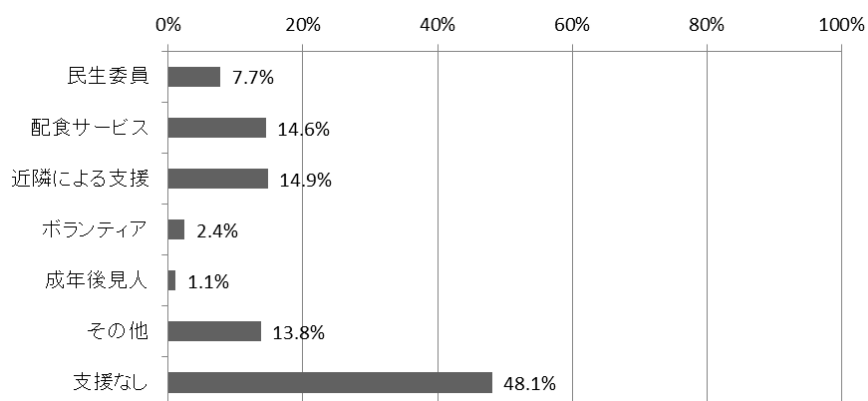
図表 28 居宅療養管理指導の内容 (n=563)



(ウ) インフォーマルな支援

インフォーマルな支援として、14.9%が近隣による支援、14.6%が配食サービスであった。その他は家族や友人・知人、地域包括支援センター等である。他方、「インフォーマルな支援なし」の割合は 48.1%にのぼり、半数近くでインフォーマルな支援が位置づけられていないことが分かる。

図表 29 インフォーマルな支援(n=2561)



(エ) ニーズの数と種類

サービス担当者会議における解決すべき課題を把握するために、居宅サービス計画書第2表の「解決すべき課題」から主なものを5つを転記してもらった。

転記された課題(ニーズ)の数は5つが最も多く33.6%、4つが20.9%となっており、平均3.7である(図表31)。

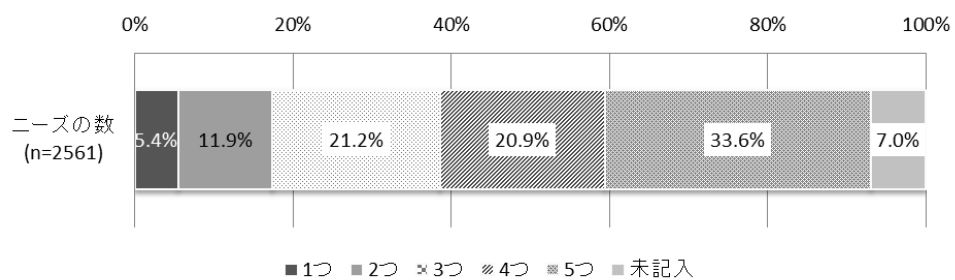
転記された課題を「在宅生活維持、医療・健康、認知症・精神、身体機能(機能維持、移動等)、ADL(食事、入浴等)、IADL(家事等)、社会参加、家族、その他」に分類し、1事例あたりそれぞれの分類に該当するニーズの数(平均)を算出した。

全体では、「医療・健康」、「身体機能」、「ADL」に関するニーズが多くみられ、平均0.7個程度であった。次に社会参加が0.38個あった(図表31)。

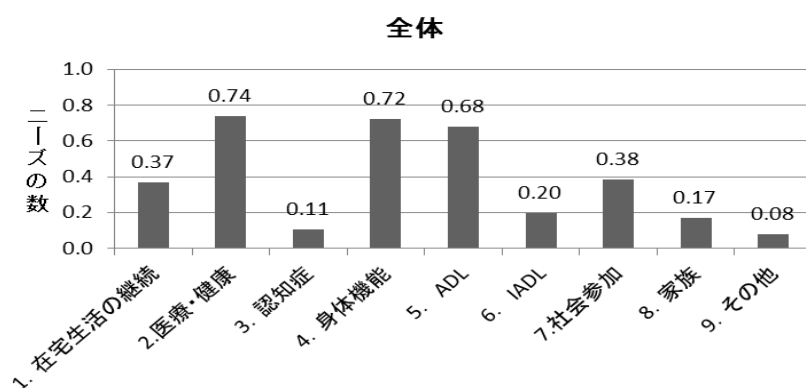
図表25に示すサービスの組み合わせのうち、#1通所介護と#8訪問看護+訪問介護+福祉用具のニーズの種類をみると、#1通所介護では「社会参加、身体機能、医療・健康」、#8訪問看護+訪問介護+福祉用具では「医療・健康、ADL、身体機能」の順であった。(図表32、図表33)

このことから選択されたサービスの根拠となるニーズは異なっており、ニーズに応じたサービス事業者が集められていることが分かる。

図表 30 ニーズの数

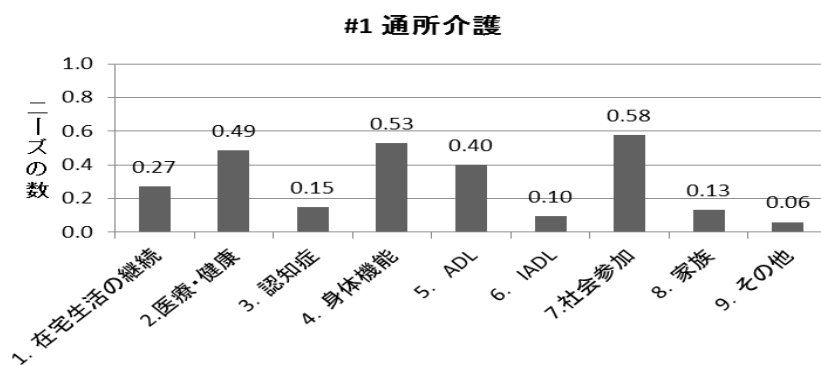


図表 31 ニーズの種類(全体)



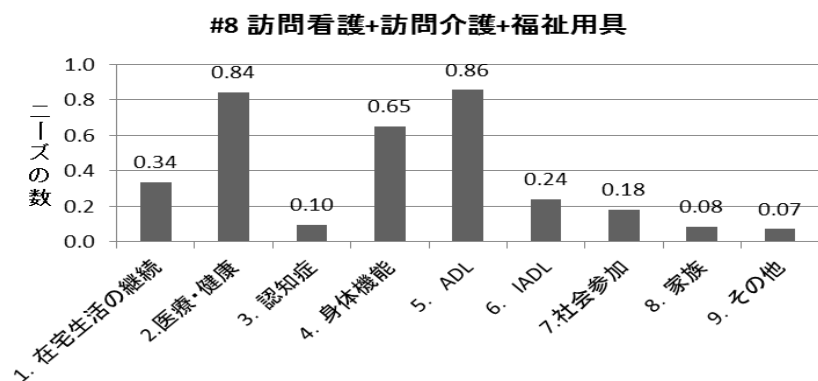
※1 事例あたりのニーズの数の平均(n=2561)

図表 32 ニーズの種類 (#1 通所介護)



※1 事例あたりのニーズの数の平均(n=168)

図表 33 ニーズの種類 (#8 訪問看護+訪問介護+福祉用具)

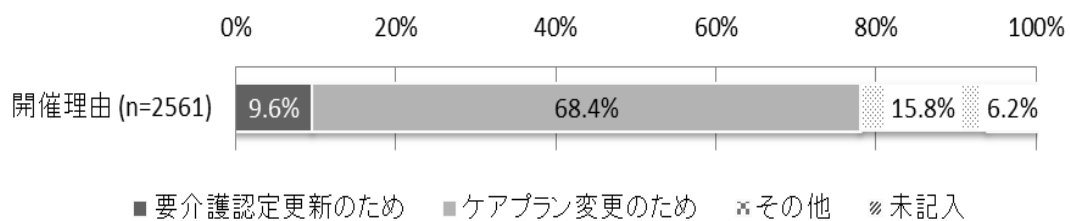


※1 事例あたりのニーズの数の平均(n=83)

(3) サービス担当者会議の開催理由

直近 6 か月間にサービス内容に変更が生じたため開催されたサービス担当者会議について、その開催理由は 68.4%がケアプラン変更のためであり、9.6%が要介護認定更新のためであった。

図表 34 サービス担当者会議の開催理由

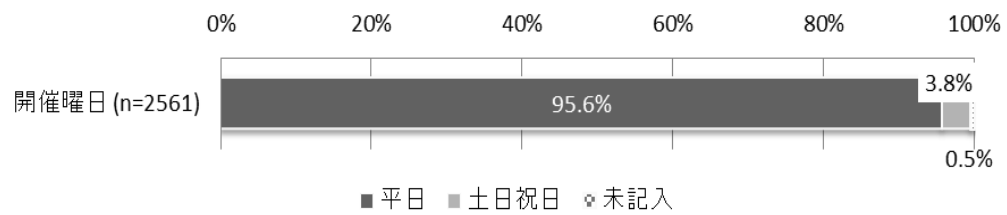


(4) サービス担当者会議の日程、場所

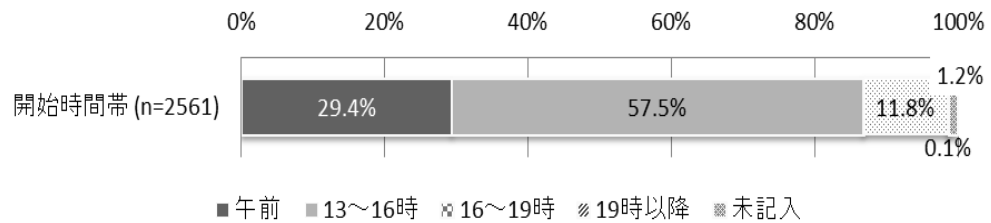
① 開催曜日、時間帯

サービス担当者会議の開催曜日は、95.6%が平日である。開催時間帯は、13 時～16 時の午後が 57.5%、ついで午前が 29.4%であり、概ね平日の日中に開催されている。

図表 35 開催曜日



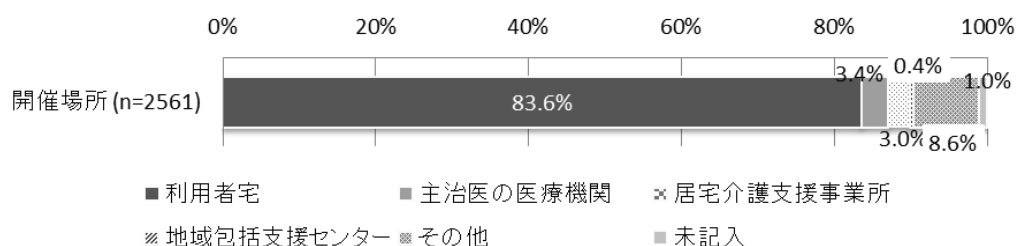
図表 36 開催時間帯



② 会議開催場所

サービス担当者会議の開催場所は、利用者宅が 83.6%で最も多く、主治医の医療機関と居宅介護支援事業所が 3%程度ずつである。その他では、サービス事業所や施設の回答が多くみられた。

図表 37 会議開催場所

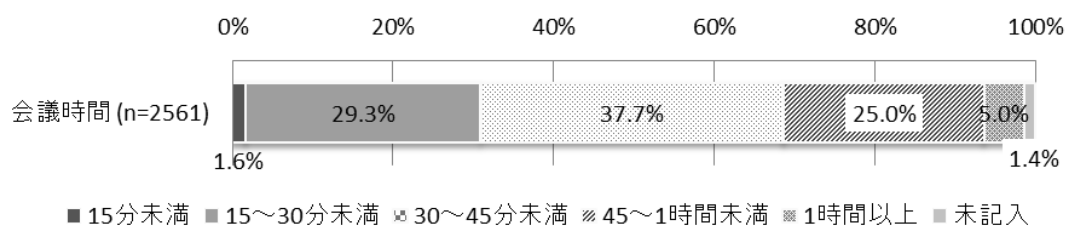


③ 会議時間

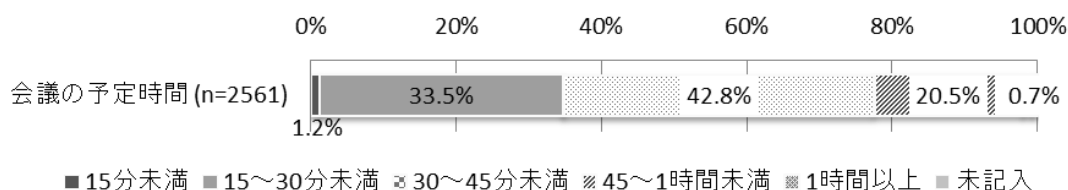
サービス担当者会議時間は、30～45 分未満が 37.7%、15～30 分未満が 29.3%、45～1 時間未満が 25.0%である。

ヒアリングからは会議時間が長引いてしまうことが課題として挙がっていたが、会議に 1 時間以上かかっているのは全体の 5.0%に過ぎない。しかし、会議予定時間と実際にかかった時間を比較すると、実際にかかった時間のほうがやや長いことが影響している可能性はある。

図表 38 会議にかかった時間



図表 39 会議予定時間

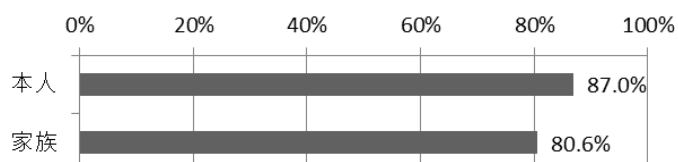


(5) サービス担当者会議の参加者

① 本人・家族の参加

サービス担当者会議のうち、87.0%に本人が、80.6%に家族が参加している。

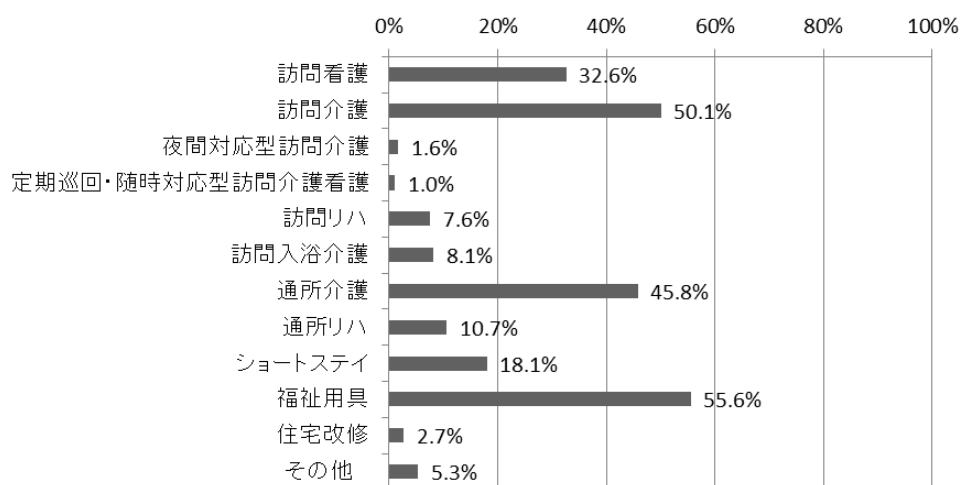
図表 40 本人・家族の参加 (n=2561)



② 介護サービス事業所の参加

サービス担当者会議のうち、55.6%に福祉用具事業者が、50.1%に訪問介護事業者が、45.8%に通所介護事業者が参加している。

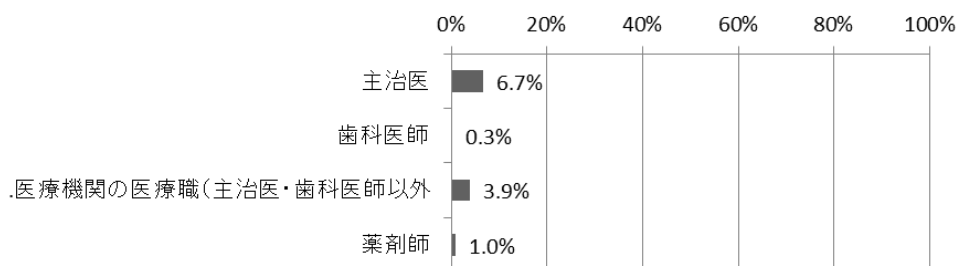
図表 41 介護サービス事業所の参加 (n=2561)



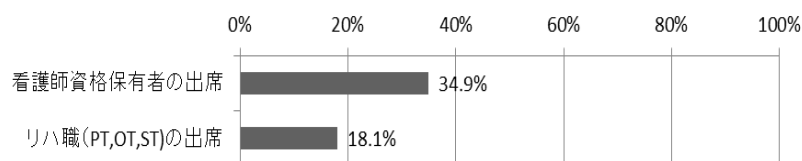
③ 医療職の参加

サービス担当者会議のうち、主治医が参加している会議は 6.7%に過ぎない。看護師資格保有者（介護支援専門員は除く）の出席は 34.9%、リハビリテーション職（PT、OT、ST；介護支援専門員は除く）の出席は 18.1%である。

図表 42 医療職の参加 (n=2561)



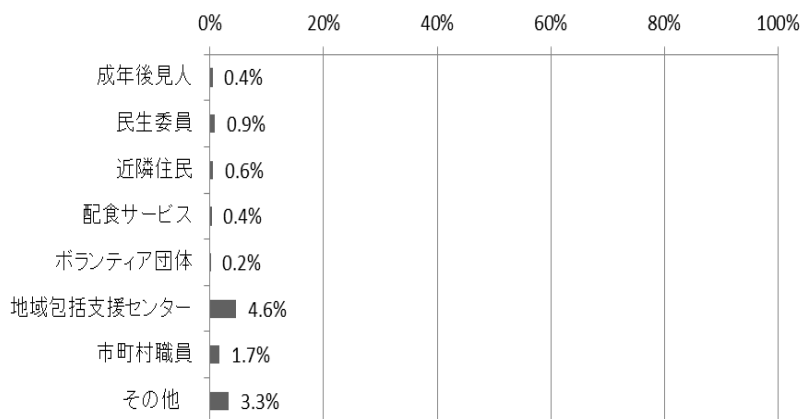
図表 43 看護師、リハ職の参加 (n=2561)



④ インフォーマルサービス、行政の参加

サービス担当者会議のうち、4.6%に地域包括支援センターが、1.7%に市町村職員が参加している。インフォーマルサービスの参加は 1%未満に過ぎない。

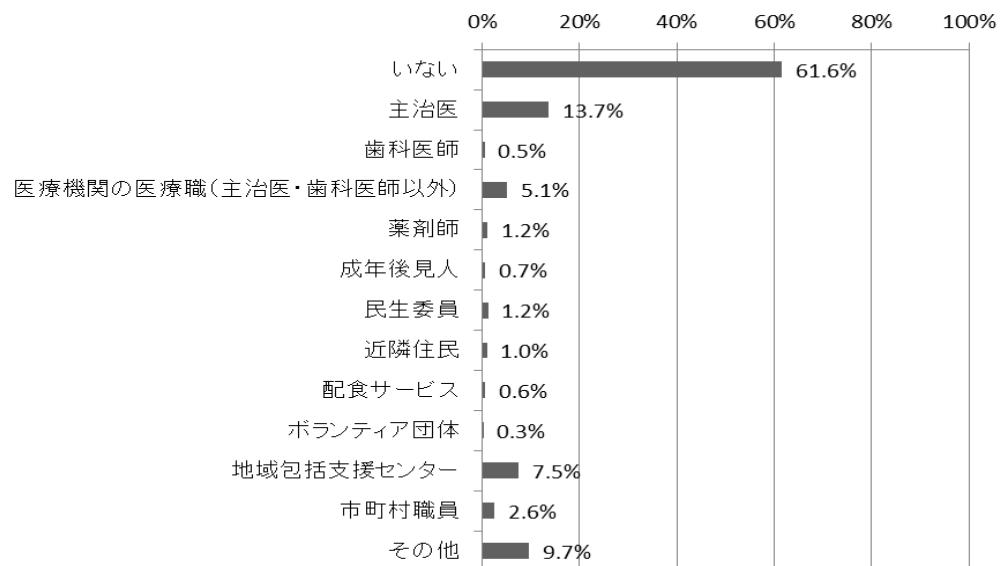
図表 44 インフォーマルサービス、行政の参加 (n=2561)



⑤ 介護サービス事業所以外で会議開催を案内した人

サービス担当者会議のうち、そもそも介護サービス事業所以外に会議開催を案内していないケースが 61.6%ある。主治医への案内をしている会議は 13.7%に過ぎない。

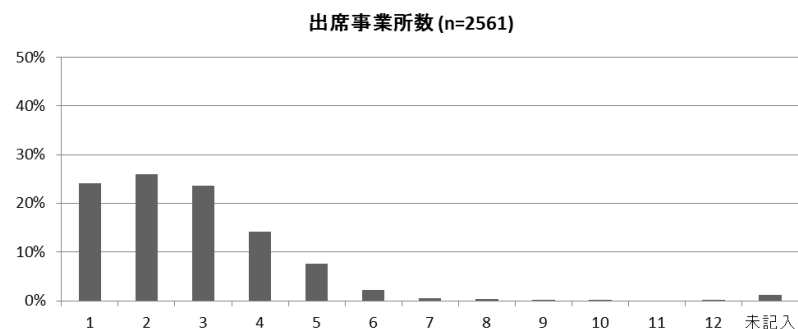
図表 45 介護サービス事業所以外で会議開催を案内した人 (n=2561)



⑥ 出席事業所数

介護サービス事業所、介護サービス事業所以外を合わせた出席事業所数は、1 から 3 件が多く、平均すると 2.63 件であった。介護サービス事業所に限ると 2.39 件である。本人、家族を除くと、概ね介護支援専門員及び 2～3 人程度でサービス担当者会議は開催されている。

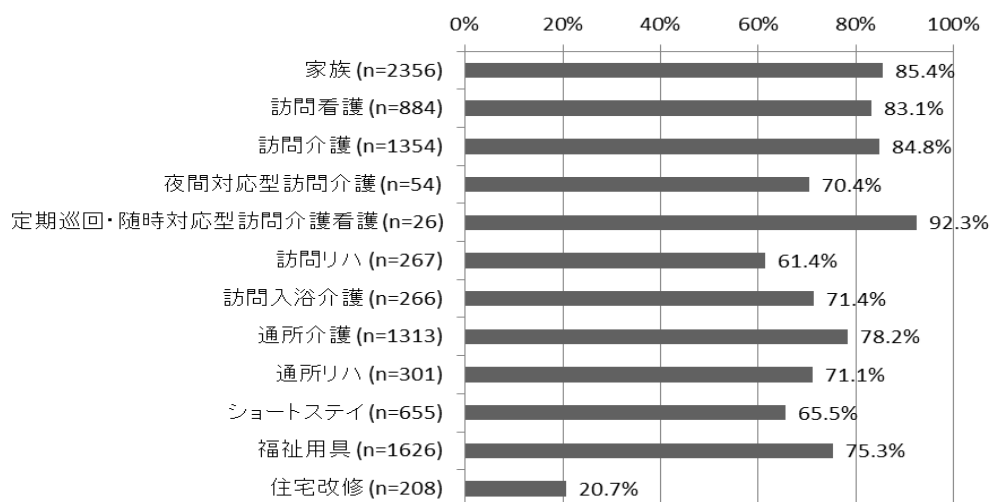
図表 46 出席事業所数



⑦ ケアプランにある事業所の出席率

家族、及びケアプランにあった事業所のうち、サービス担当者会議に参加している割合は、家族、訪問介護、訪問看護では 80%を超えている。通所リハ、訪問ビリも 60%台にとどまる。主治医では 21.2%である。

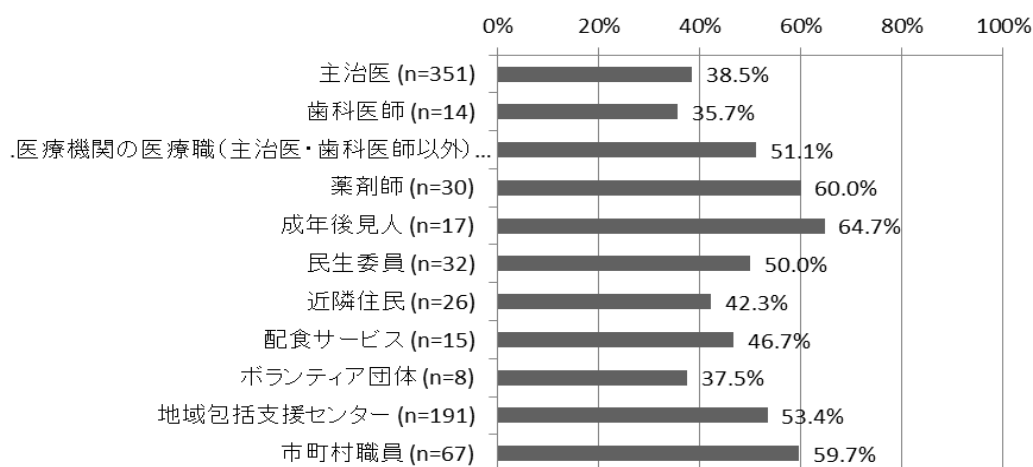
図表 47 家族及びケアプランにある事業所の参加率



⑧ ケアプラン以外で会議開催案内した人の出席率

ケアプランに記載は無いが会議開催案内した人のうちの出席率は、成年後見人が 64.7%、薬剤師は 60.0%である。主治医、歯科医師は 38.5%、35.7%にとどまる。またボランティアや近隣住民も 37.5%、42.3%と半数に満たない。

図表 48 案内した人の出席率



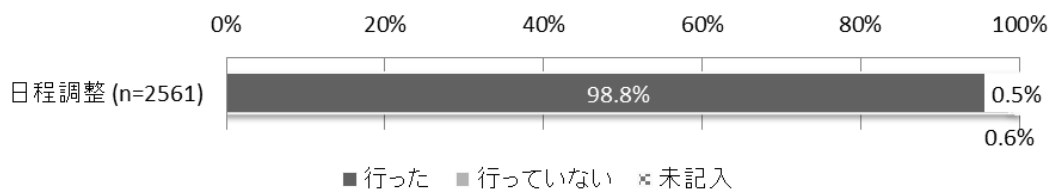
(6) サービス担当者会議の諸準備

① 日程調整

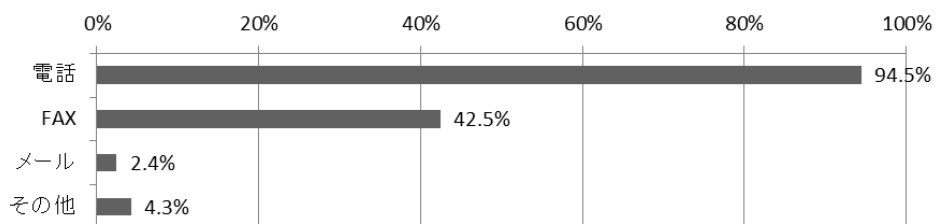
日程調整はほぼ 100%で実施されている（図表 49）。調整手段は電話が 93.4%とほとんどであり、FAX が 42.0%である。メールは 2.4%に過ぎない（図表 50）。

開催を連絡した時期は、42.6%が 4 日から 1 週間前、40.0%が 1 週間以上前であり、前もって日程調整がされている（図表 51）。

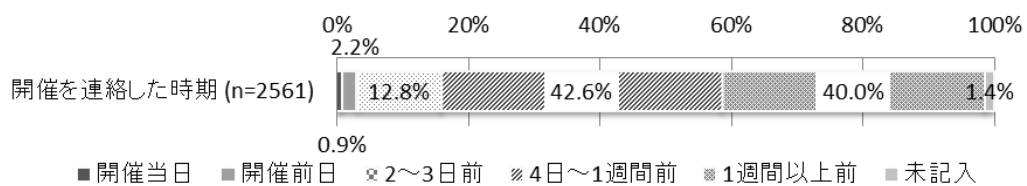
図表 49 日程調整の実施率



図表 50 日程調整の手段 (n=2531)



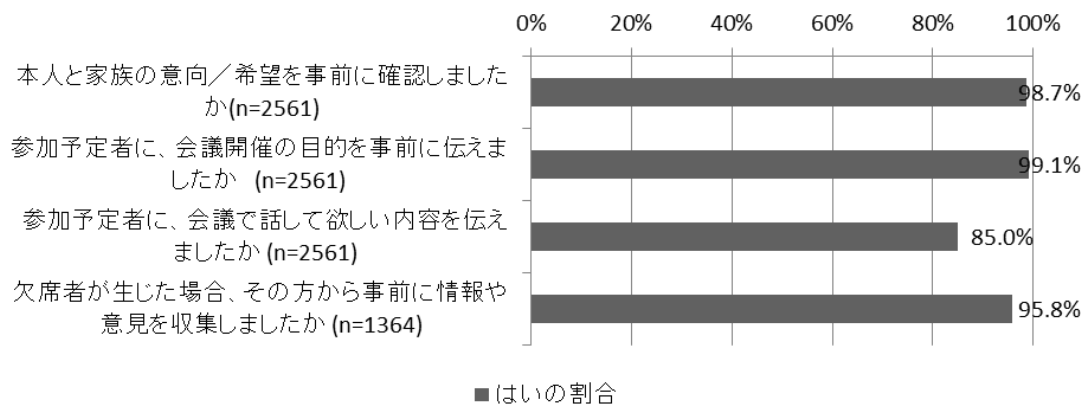
図表 51 日程調整の連絡時期



② 事前の情報共有

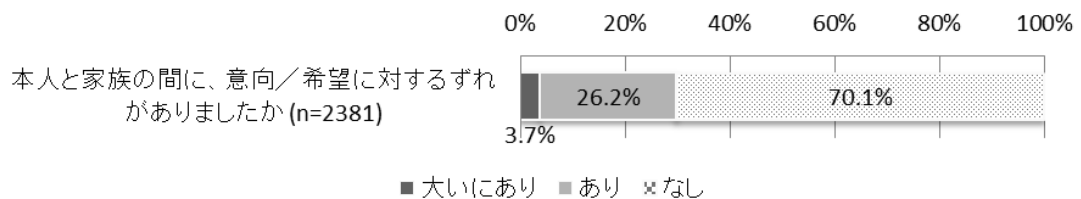
本人や家族の意向確認や参加予定者への開催目的の事前共有は、ほぼ 100%実施されている。欠席者からの意見の事前収集もほぼすべてで実施されている。また、本人・家族の意向確認の結果、意向のずれが生じているのは 27.7%である。

図表 52 事前の情報共有



※欠席者からの意見事前収集は欠席者なしを除いた割合

図表 53 本人・家族の意向のずれ

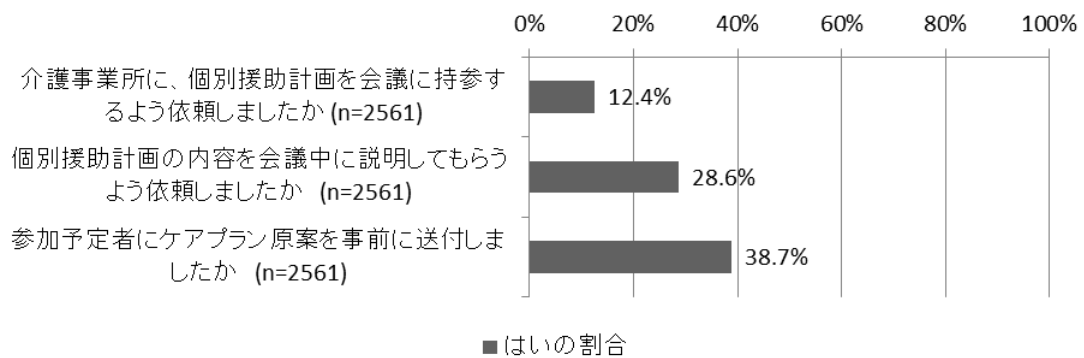


※家族はいない除いた割合

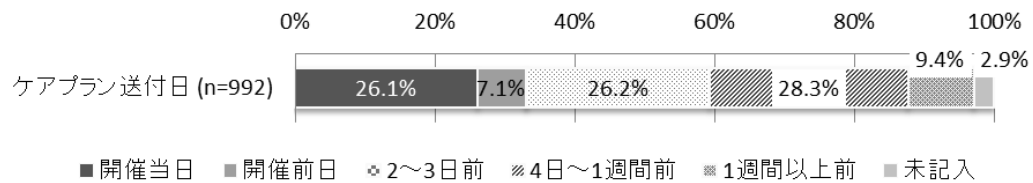
③ ケアプラン、個別援助計画の共有

個別援助計画の説明依頼は 28.6%であり、個別援助計画の持参依頼は 12.4%に過ぎない。ケアプラン原案の送付をしているのは 38.7%であり、そのうちケアプラン送付日は 4 日～1 週間以上前が 28.3%、2～3 日前が 26.2%、開催当日は 26.1%である。

図表 54 ケアプラン、個別援助計画の共有



図表 55 ケアプラン送付日

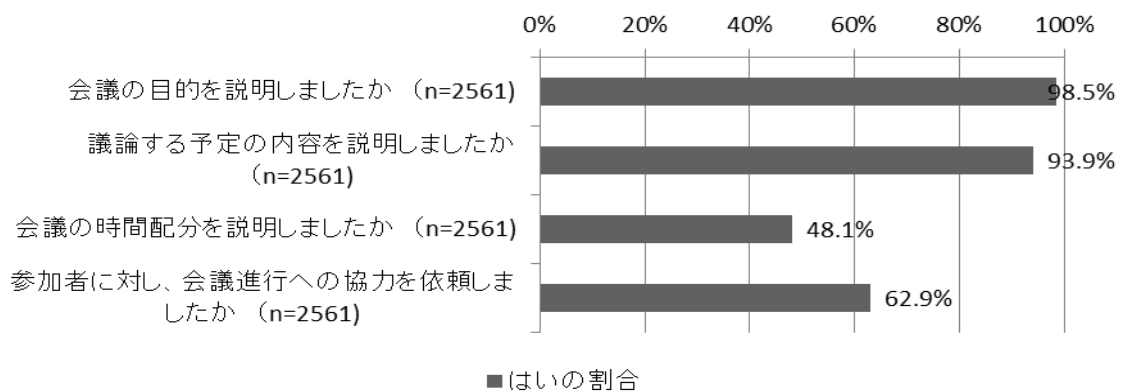


(7) サービス担当者会議当日の進め方

① 会議開始時の説明

会議の目的や議論する予定の内容の説明は 90%以上実施されている。会議の時間配分の説明や参加者に対する会議進行への協力依頼が実施されているのは、半数前後にとどまる。

図表 56 会議開始時の説明

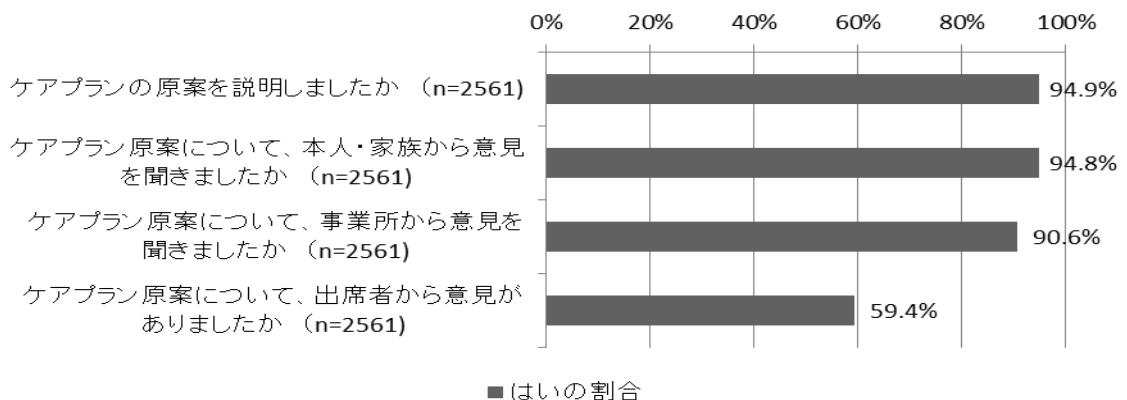


② ケアプラン原案の説明

ケアプラン原案の説明は 94.9%実施されており、本人・家族や事業所から意見を聞いたものも 90%を超えている。

一方、ケアプラン原案に対する出席者から意見が出たのは 59.4%にとどまる。

図表 57 ケアプラン原案の説明

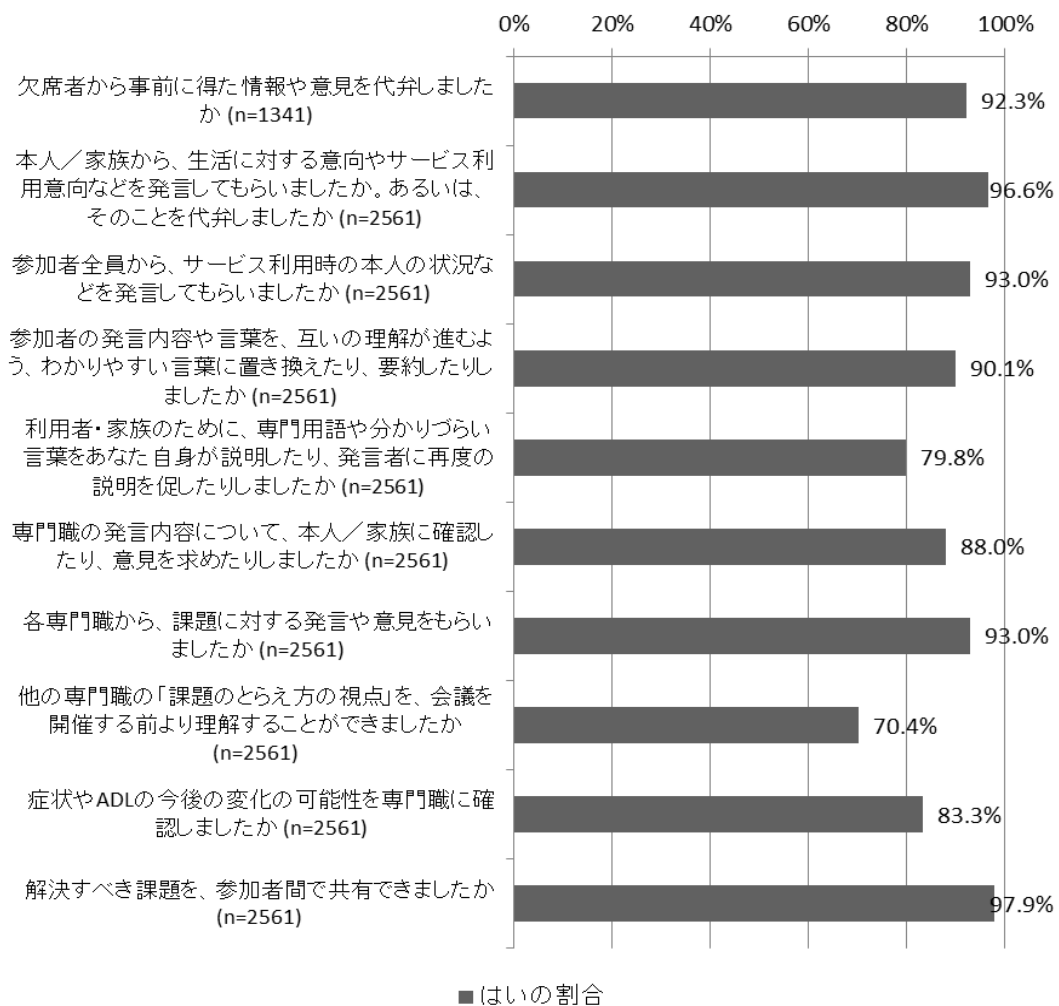


③ 情報や課題の共有

本人や家族による意向の提示や、参加者からの本人の状況に対する発言、解決すべき課題の参加者間の共有等、情報や課題の共有は概ね 90%以上行われている。欠席者の情報や意見の代弁も、欠席者がいる場合のほとんどで実施されている。

一方、他の専門職の課題のとらえ方の視点を、会議を通じて理解することができたしたのは 70.4%であり、専門職が相互理解をより図る必要があるといえる。

図表 58 情報や課題の共有



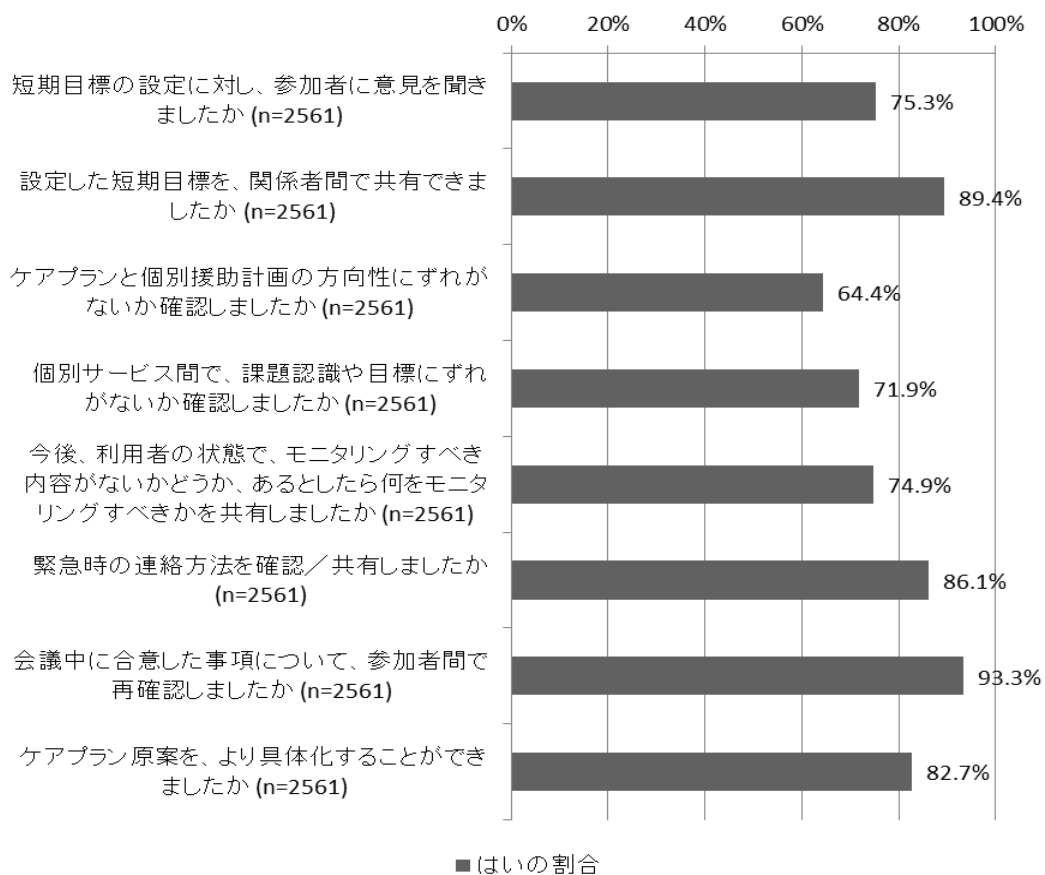
④ 目標や計画、支援の整合性

会議中の合意事項の再確認は 93.3%で実施されており、会議内容の徹底が図られている。短期目標や緊急時の連絡方法の確認、共有も 80%以上なされている。

他方、ケアプランと個別援助計画の方向性のずれがないか確認したのは、64.4%のみである。また個別サービス間の課題認識や目標のずれがないか確認も 71.9%である。

短期目標などの方針については共有がなされているが、具体的なケアプランや個別援助計画の内容について、方向性のずれがないかどうかの確認は不十分であることがうかがえる。

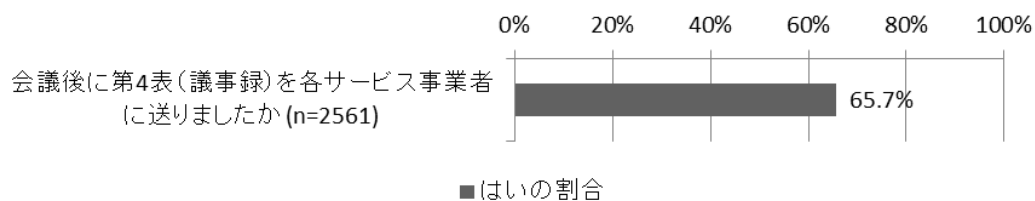
図表 59 目標、計画、支援の整合性



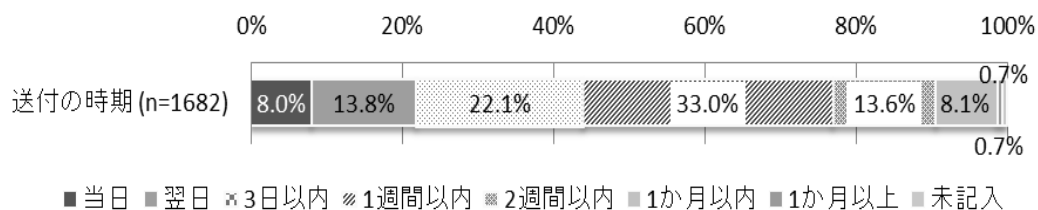
(8) サービス担当者会議終了後の議事録の共有

議事録の送付がされているのは 65.7%にとどまる。送付時期は 1 週間以内が 33.0%と最も多い。

図表 60 議事録の送付



図表 61 議事録の送付時期

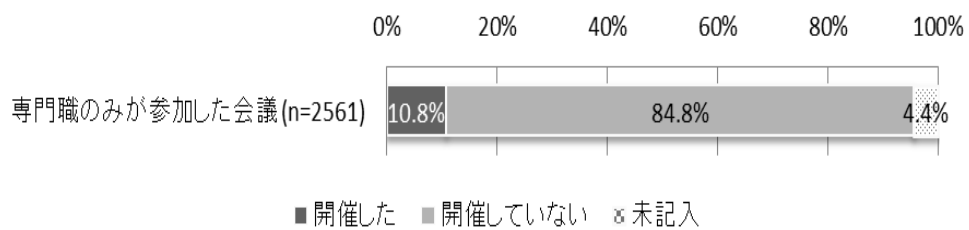


(9) 専門職のみが参加する会議

① 専門職のみが参加した会議の実施割合

同じ利用者に対し、本人や家族を入れない形で専門職のみが出席したサービス担当者会議を開催した割合は、10.8%であった。

図表 62 専門職のみが参加した会議の実施割合



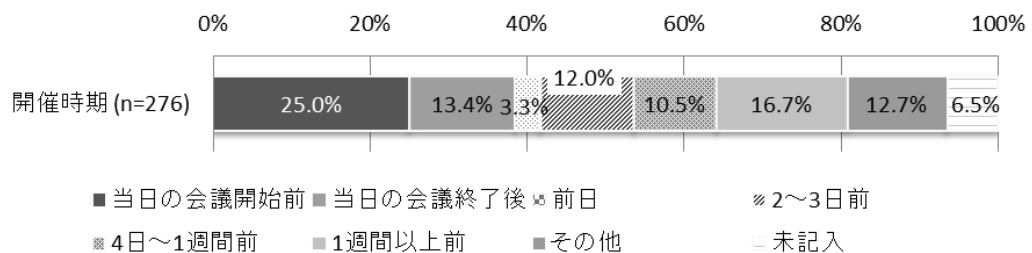
② 専門職のみが参加した会議の時期、時間、場所

専門職のみが参加した会議の開催時期は、本人や家族が参加する当日の会議開始前が最も多く 25.0%、会議終了後が 13.4%であり、会議前後に実施されているものが多い(図表 63)。

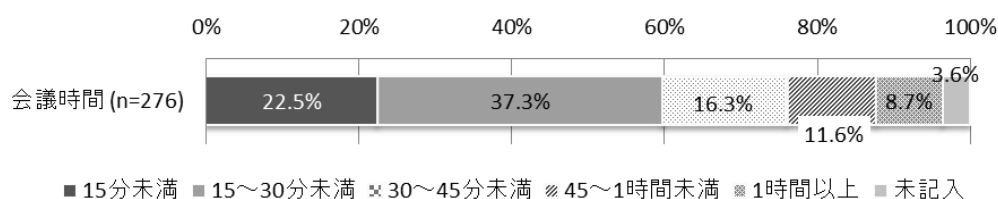
会議時間は 15～30 分未満が 37.3%であり、本人や家族が参加する会議の時間（図表 38 会議にかかった時間）に比べると若干短い（図表 64）。

会議開催場所は、居宅介護支援事業所が 35.5%、地域包括支援センターが 29.0%となっている（図表 65）。

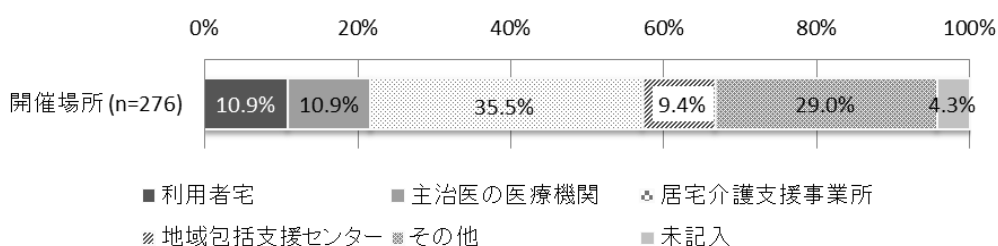
図表 63 専門職のみが参加した会議の時期



図表 64 専門職のみが参加した会議の時間



図表 65 専門職のみが参加した会議の開催場所

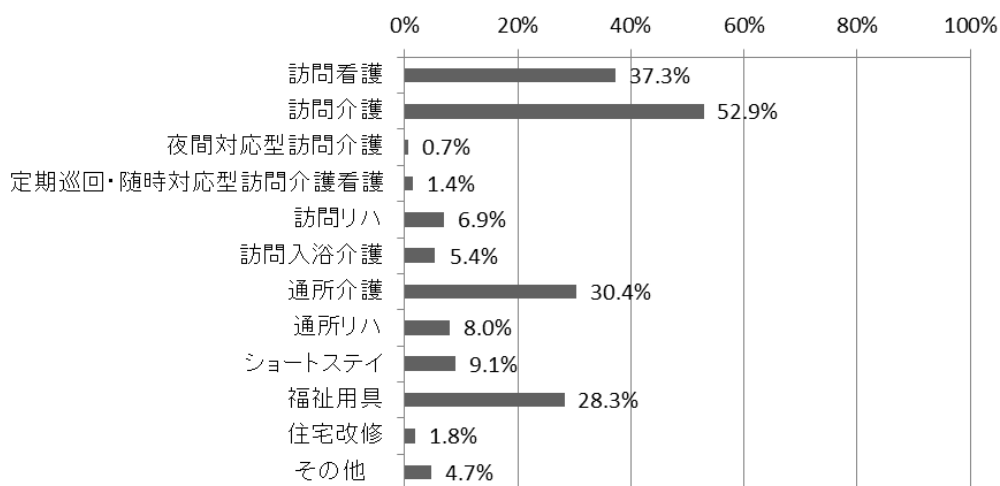


③ 専門職のみが参加した会議の参加者

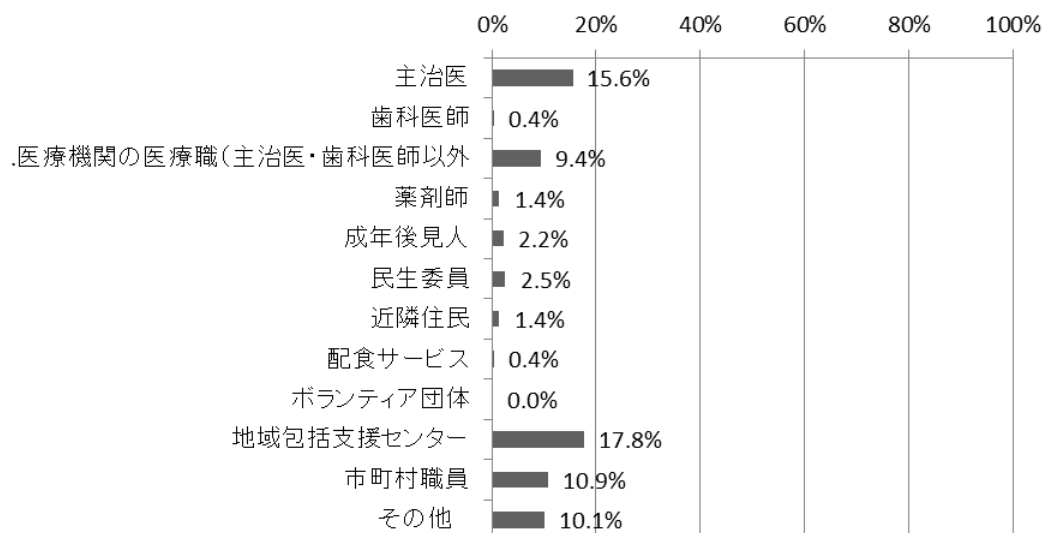
専門職のみが参加した会議の参加しているのは、訪問介護が 52.9%、訪問看護が 37.3%であり、本人や家族も参加する会議に比べて訪問介護や訪問看護の参加割合が大きい。

介護サービス事業所以外では、地域包括支援センターが 17.8%、主治医が 15.6%参加しており、本人や家族も参加する会議に比べて参加割合が大きい。

図表 66 専門職のみが参加した会議の参加者（介護サービス事業所）(n=276)



図表 67 専門職のみが参加した会議の参加者（介護サービス事業所以外）(n=276)

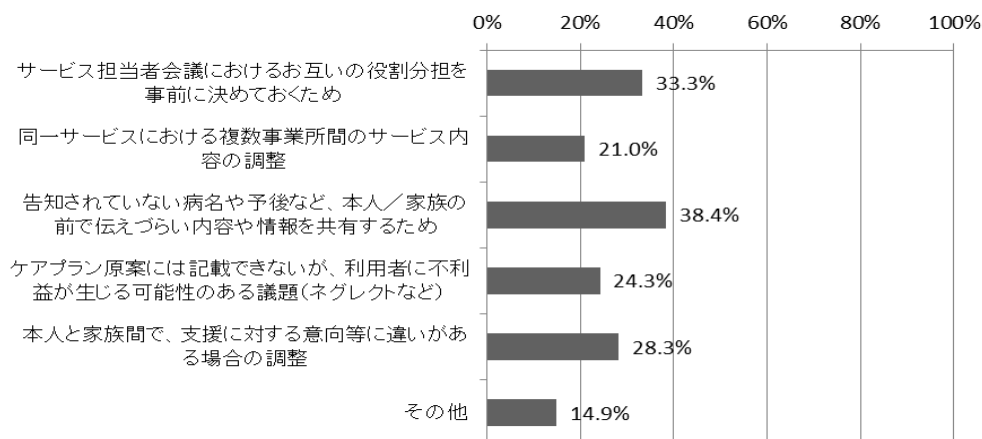


④ 専門職のみが参加した会議の開催理由

専門職のみが参加した会議の開催理由は、本人や家族に伝えづらい病名や予後がある場合が 38.4%、本人・家族間の意向の違いがある場合が 28.3%、ネグレクト等がある場合は 24.3%である。

専門職が互いの役割分担を決めたり、事業者間の内容調整をしたりといった事業所側の理由によるもの 33.3%、21.0%とあった。

図表 68 専門職のみが参加した会議の開催理由 (n=276)



(10) 自由回答における主なコメント

自由回答において多かったコメントは、全般的にサービス担当者会議そのものの意義や必要性は認識しつつも、日程調整の大変さ、更新時や軽微な変更で変化がない場合の会議の必要性、全事業所が出席する必要性、主治医の出席が難しいこと、事務量の負担、参加者の協力や本人・家族の理解を得ることのむずかしさ等が挙げられている。

家族や事業者が多忙なかで必要性が高い会議に注力すること、事業者側も主体的に参加すべきであること、連絡手段の効率化による事務の簡素化が必要と考えられる。

図表 69 自由回答における主なコメント

分類	主なコメント
日程調整の大変さ	・サービス事業所はギリギリのスタッフで業務をされているので、夕方しか参加できないと言われるため、調整が難しい ・担当者会議の開催は、各事業所が土日休みであることが多く、月～金曜日の開催が多くなるため、仕事をされている家族の参加が得にくい。
更新時や軽微な変更で変化がない場合の会議の必要性があるか	・軽微な変更の判断基準を具体化してほしい。 ・更新時、ADL 変化なし、サービス内容の変更なしの場合、担当者会議を行う意義があるのか疑問。確認だけで済む。 ・形ばかりの会議でなく、中身のある内容にするためには、ある程度ケアマネの裁量に任せることはできないのか。
全事業所が出席する必要があるか	・ケアプランの変更毎のカンファに、すべてのサービス事業所への参加を調整することは現実的ではなく、負担も大きい。
主治医、医療職の出席のむずかしさ	・主治医との連携がまだまだ不十分。協力的な主治医とそうでない主治医がいるので難しい。 ・医師が担当者会議に出席する事をお願いすることはなかなかできない。ネグレクト等の場合は医師と連携することはできる。
事務量の負担	・介護保険は書類記入の業務が多すぎる。サービス担当者会議、訪問等は必ず行うべきものであるが、記録を簡素化できないだろうか。
参加者の協力を得る難しさ	・絶対に出席しない事業所がある。都合の良い日時を尋ねても「ない」と返答する。 ・サービス担当者会議の出席に対して、事業所に加算をつけて報酬化してもらいたい。 ・サービス事業者側のサービス担当者会議に対する理解がない。事前に計画書を提出していても読んでいない。事務所内での情報交換がなされておらず、情報を持ってきてもらえない。

本人・家族の理解を得ることの難しさ	・ご利用者に担当者会議をしなくてはいけないという認識がなく説明してもわかってもらえないので苦労することが多い。 ・利用者宅へ各事業所担当が一度に集まる際、家族が大勢来られて迷惑の場合や、交通が不便の場合や駐車場が近くにない時等、困る時がある。
連絡手段の効率化	・ケアマネも本人の状態を主治医に伝えるということを行う必要がある。電子メールや紙ベースでもいいのでそういう連携システムがあれば、円滑にサービス担当者会議を行うことができ相互に本人の状態の把握ができるのではないかな。
議事録	・議事録は事業者ごとに作成すれば良いと思う。ケアマネが司会と議事録の作成は大きな負担になっている。

3. アンケート結果のまとめ

アンケート結果から、サービス担当者会議の現状と課題について以下のことが明らかになった。

①サービス担当者会議の事前準備や記録の配布、運営について

～概ねできているが、負担軽減の工夫が必要

日程調整や事前の情報共有など、サービス担当者会議の事前準備については、概ねできているとの自己評価である。

日程調整はほぼ全てで実施されているが、コメントからは日程調整業務への負担が大きいことが窺える。平日の日中、利用者宅での開催が多くを占めるが、コメントからは、家族が多様化する中で、介護者である家族が就労している場合も多いため、会議開催が家族にとって負担になっているとの意見が見られた。

連絡手段が電話、FAX に限られており、業務をより効率化できる可能性がある。メール等対面以外の通信媒体の活用など、家族や参加者にとって負担の少ない日程調整や開催方法の検討が求められる。

なお、事後に議事録の配布を行っている割合は 65.7%とやや低い。議事録は各事業者が書くべきであるとのコメントが見られ、議事録送付の必要性への認識が少ないことが要因と考えられる。それぞれの業務の意味を明確に認識してもらうことが重要である。

②介護支援専門員の会議運営能力（ファシリテート能力）について

～概ねできていると自己評価

参加者からの発言を促したり、互いの理解が進むよう分かりやすい言葉に置き換えるなど、会議運営能力（ファシリテート能力）については概ねできているとの自己評価である。ただし時間配分を説明するなどのタイムマネジメントができている割合はやや低く、予定時間に比べて実際にかかった時間の方が長い。

本人や家族による意向の提示や、参加者からの本人の状況に対する発言、解決すべき課題の参加者間の共有等、情報や課題の共有は概ね 90%以上行われている。欠席者の情報や意見の代弁も、ほとんどで実施されている。

③個別援助計画やケアプランの共有について

～計画の共有は不十分であり、参加する事業者側の当事者意識を高めることが不可欠

解決すべき課題の参加者間の共有は概ねできているとの自己評価である。会議中の合意事項の再確認は 93.3%で実施されており、会議内容の徹底が図られている。短期目標や緊急時の連絡方法の確認、共有も 80%以上なされている。

しかし、ケアプランと個別援助計画の方向性のずれの確認をしている割合は 64.4%であ

り、個別援助計画の説明依頼は 28.6%、個別援助計画の持参依頼は 12.4%と実施割合が低い。ケアプラン原案について出席者から意見があったのは 59.4%のみである。コメントからは、ケアプラン原案を事前に送付しても会議でサービス事業者からの発言がないとの意見が見られた。絶対に出席しないサービス事業者がいるなど、会議への参加姿勢が消極的な場合もある。

今後、個別援助計画の事前送付が義務付け得られると、計画を共有する割合は増加することが予想される。しかしながら、ケアプランや個別援助計画を通じケア方針を共有するためには、介護支援専門員だけでなく、参加する事業者側の当事者意識を高めることが不可欠である。コメントからは参加者側にも参加のメリットを上げるために加算が必要との意見もあった。

④主治医や医療職の参加について

～主治医の参加は困難。連絡手段等の工夫が必要

ケアプランに位置づけられたサービス事業者の出席率は概ね 8 割以上であるが、会議開催の案内があった主治医の出席率は 4 割に満たない。そもそも主治医に会議案内を出しているのは 13.7%であり、主治医の参加が困難であることを考慮して案内自体を出していない可能性がある。連絡手段を工夫するなどし、必要な情報を必要なタイミングで得られるような工夫が必要である。

第4章 サービス担当者会議の運営に関する詳細調査

1. 調査の概要

フォーカス・グループ・インタビュー（以下、グループインタビュー）法により、サービス担当者会議に参加しているメンバーから、サービス担当者会議の運営の現状及び課題を引き出すことを目的とし調査を実施した。対象としたサービス担当者会議は、グループダイナミックスの効果が生まれやすい、6～7名で開催されるサービス担当者会議（利用者・家族等を除いて5～6名で開催されるサービス担当者会議）を目標とした。また、調査対象となるサービス担当者会議は、活発な議論や情報共有が想定されるケアプラン更新事例とした。なお、調査実施者がグループインタビューを円滑に行うために、対象となるサービス担当者会議を見学した。調査実施者は会議には参加せず、会議の聴取・観察を行うにとどめ、また、ICレコーダー等機材による録音や、記録の作成は行わなかった。サービス担当者会議終了後、引き続きグループインタビューを実施することにし、グループインタビューの参加者は、サービス担当者会議に参加した利用者・家族等を除くメンバー全員とした。サービス担当者会議に参加したメンバーから多様な意見を収集し、潜在的・顕在的な情報を探索的に分類・整理することで、現状及び課題を抽出した。

2. 調査の実施方法

(1) 対象としたサービス担当者会議

1) サービス担当者会議の概要

時間：50分

開催場所：利用者宅

参加者：利用者、家族（娘）、ケアマネジャー（担当者）、デイサービス事業者（担当者）、ショートステイ事業者（管理者）、福祉用具事業者（担当者）（計6名）

利用者情報：

性別：女性

年代：90歳以上

介護度：要介護2

同居者：実子、実子の配偶者、孫と同居

主介護者：主介護者は実子（娘）

介護サービス：通所介護、福祉用具、新規でショートステイを検討

居宅療養管理指導の導入の有無と内容：居宅療養管理指導は導入していない

インフォーマルな支援：なし

訪問診療等：なし

寝たきり度：A2

認知症自立度：Ⅱa

現在有している疾患：関節症と胸椎・腰椎圧迫骨折（寛解というより症状固定）。
一人暮らしをしていた時に骨折し、それが同居の直接の理由である。一人暮らし
当時は車いすを利用。現在は歩行器を使えば歩ける程度にはなっているが、年齢
的に完全治癒は見込めないとのこと。

会議開催理由：半年前から娘夫婦と同居しているが、そろそろ家族に介護疲れが出てきたのでショートステイ導入を検討するため。

2) グループインタビューの概要

時間：1 時間 30 分

開催場所：利用者宅

参加者：ケアマネジャー（担当者）、デイサービス事業者（担当者）、ショートステイ
事業者（管理者）、福祉用具事業者（担当者）（計 4 名）

（1）ケアマネジャー（担当者）

性別：女性

年代：60 代

資格：主任介護支援専門員、薬剤師

業務経験：10 年以上

担当利用者数： 予防 6 人、介護支援 38 人

（2）デイサービス事業者（担当者）

性別：女性

年代：30 代

資格：介護福祉士

業務経験：5 年以上

（3）ショートステイ事業者（管理者）

性別：女性

年代：40 代

資格：介護福祉士、介護支援専門員

業務経験：10 年以上

（4）福祉用具事業者（担当者）

性別：男性

年代：30 代

資格：福祉用具専門相談員

業務経験：8 年以上

(2) 手続きと役割分担

インタビューアの力量によってグループダイナミクスが影響されるため、質の担保が重

要と判断し、インタビュアーは、ケースメソッドのディスカッションリードやグループ面接など集団運営でファシリテーションを数多く経験している篠田 道子委員（学校法人日本福祉大学 社会福祉学部 教授）に委嘱した。インタビュー内容は、参加者の承諾を得て IC レコーダーに録音した。また、4 名の研究メンバーがインタビュー会場に記録者として同席した。うち、3 名はインタビュー後の分析作業を兼務した。記録者 2 名は、分析の際に参考になると思われる参加者の態度、表情、声の大きさ・抑揚、周囲の雰囲気など非言語的表現について書きとめた「観察記録」を作成した。残りの 1 名はプロの速記者であり、録音と記録に専念した。

インタビュー中は、番号札を参加者の名前の代わりにすることで匿名性を確保し、安心して討論できるよう配慮した。

(3) インタビューの設問

サービス担当者会議の運営の現状や課題について、以下の 3 点について尋ねた。

1) 今回のサービス担当者会議について

- ・ 今回のサービス担当者会議のプロセスにおいて、適切に対応できた、あるいは上手く連携・協働できた場面はどのようなことですか。
- ・ 今回のサービス担当者会議のプロセスにおいて、対応が難しかった、あるいは連携・協働に課題を残した場面はどのようなことですか。

2) 一般的なサービス担当者会議について

- ・ サービス担当者会議が有効に機能するとはどのような状態であると思われますか。
- ・ サービス担当者会議が機能していないとはどのような状態であると思われますか。

3) 多職種の協働や連携について

- ・ 多職種連携におけるサービス担当者会議の意義はどのように考えていらっしゃいますか。
- ・ 普段から多職種が連携していくために、ご自身や所属先での取り組みや工夫をされていることについて教えてください。

(4) 分析方法

テープ起こしから作成された逐語録から、4名の分析者がそれぞれ連携・協働に関連する重要な、または意味深い意見（なまの声）を抽出した。観察記録に書かれている非言語的データ（参加者の態度、表情や声の大きさや抑揚、周囲の雰囲気など）を勘案した。4名の分析者が集まり、各自抽出した重要と思われる意見を持ち寄り、あらためて抽出した意見を見直し、4名が一致して該当すると判断したものを精選した。さらに抽出した意見に関して、4名の分析者が類似していると判断したものを集めて分類した。

(5) 倫理的配慮

インタビュー調査にあたり、フォーカス・グループ・インタビューの目的・方法について、書面および口頭で説明した。参加は自由意思であること、参加を断っても不利益は受けないこと、結果は匿名性を確保した上で公表することがあること、調査終了後1年以内に録音テープの内容は消去することを説明し、了承を得たうえで「同意書」に署名・捺印をしてもらった。インタビュー中は、番号札を参加者の名前の代わりにすることで匿名性を確保した。

3. 調査の結果

グループインタビューの逐語録から、重要と思われる、または意味深い意見を抽出し、以下の10項目に整理・分類した。さらに、ケアマネジャーの意見と、サービス事業者からの意見に分類した。

①サービス担当国会議の開催の現状

＜ケアマネジャーからの意見＞

～重要度が低いと考える会議については優先順位が下がる

- 次のステップに進めない時には、担当国会議の開催の優先順位は低くなる。しかし、情報共有はすべきなので、照会を書いている。
- サービス担当国会議1回で、すべての情報を共有するには限界がある。
- 初回の担当国会議は、ただの顔見せ興行。回を重ねるごとに担当国会議というのも濃くなっていく。
- 年数を追うごとに、利用者の状況も変わるが、変わった情報を互いに把握していることで、双方から色々な話がでてくるようになる。
- 本来であれば、サービス導入前だけでなく、サービスの後にもサービス担当国会議を開催する必要がある。

＜サービス事業者からの意見＞

～サービス事業者は照会をみのサービス担当国会議に不満あり

- ケアマネジャーによっては、更新時に情報を伝えようかと思うと、紙で情報照会だけとなり、サービス担当国会議が開催されず、情報共有ができないことがある。
- ケアマネジャーから照会が終了したという情報だけが返ってくるケースもある。

②サービス担当国会議の参加に関する現状

＜ケアマネジャーからの意見＞

～会議の参加者に話題を振るように配慮している

- 本人や家族が参加しないケースもある。
- 本人も家族も完全に参加を拒否する困難事例の場合は、事業者だけを集めて会議を開催することもある。
- サービス担当国会議で、話題（議題）に挙がらないサービスの事業者がいた場合、その事業者の次からの参加の意欲が下がってしまうことがある。

(医療従事者の参加に関して)

～主治医に参加してもらうことは難しい

- 医師は、担当者会議なんか絶対出てくれない。それはもう絶対無理な話なので、会議に参加という形ではなくて、情報をもらうのが良い。やはりターミナルの方の場合は刻々変わってくるので、そうすると先生もぱぱっと、「今、こんなだよ。あと1週間だよ」「わかりました」みたいに情報を与える。
- 利用者だと状態の変化が大きい場合、ほんとうは主治医が来てくれるのが一番うれしいが、訪看が来てくれるだけでも随分情報がもらえると思われる。

＜サービス事業者からの意見＞

～有意義でない会議には参加意欲が下がる

- 重要なサービス事業者が欠席することがわかっている場合は参加したくない。
- 有意義な会議であれば、どの事業者さんもどんどん参加したいのではないかな。
- どの事業者も、普段の仕事をしながら会議に参加しているので、情報が入ってこない会議と見えていたりすると、時間がもったいないと思ってしまう、会議のへの参加意欲が下がってしまう。
- 福祉用具は業種内でサービスの差が生じにくいため、ケアマネジャーからの情報提供が概して少ない。後になって必要な情報を知ることが多く、サービス担当者会議に出ないと情報が得られない。
- 担当者会議で、福祉用具しか来ないことがよくある。

(医療従事者の参加に関して)

- 介護職だけのサービス担当者会議になっていて、医療従事者に来ていただける機会が少ない。

③サービス担当者会議の位置づけの現状

＜ケアマネジャーからの意見＞

～利用者に係る人それぞれからの情報で利用者像の理解を深める

- 利用者に係る人（家族、サービス事業者、ケアマネジャー）それぞれからみる利用者の様子や状態を共有することで、多面的にかつ深く利用者の理解ができる。いい部分も悪い部分も含めて、利用者を知る部分が広がる。

＜サービス事業者からの意見＞

～書面のみでは利用者の様子を把握するには不十分。対面での情報交換が重要

- 文書のやり取りでは少し言葉がきつく、受け取り方によって取り違えたりすることもあるため、直接口頭で伝えることができ、今回のサービス担当者

会議は有意義な時間だった。

- 家族・利用者とサービス事業者とも、顔の見える関係で確認でき、日常生活の生の様子が確認、把握できたことが非常に有意義であった。
- 書面だけだと伝えきれないことが多々あるので、書面では情報共有ができない。対面で話すのは重要である。
- 担当者会議に呼んでいただいたときは極力参加を心掛けている。そのときだけが直接ケアマネジャーと話しができる機会だったり、独居の方で遠方から娘さんが来られたり、家族とかかわれる時間だったり、また、サービス担当者会議に出席することでほかの事業者の情報がもらえる。
- 普段、利用者と接する頻度が少ない事業者（福祉用具）にとって、サービス担当者会議は、利用者の状態や家族の意向等を再認識できる重要な機会である。
- 日頃直接介助に係っている事業者（デイ）と対面で情報交換でき、利用者の身体的な状態など、細かい情報収集ができる。

④サービス担当者以外での情報共有の現状

＜ケアマネジャーからの意見＞

～普段、ケアマネジャーとサービス事業者の連携はある

- やはり利用者と各事業者は、ある程度おつき合いできるとしょっちゅう話す機会はあるし、ケアマネジャーと事業者もあるが、事業所間で、例えばショートステイがデイサービスに電話をして、「〇〇さん、デイサービスではどうですか」とか、そういうやりとりはない。

＜サービス事業者からの意見＞

～普段、サービス事業者間の連携はない。しかし、サービス事業者間の情報交換は重要

- ケアマネジャーとは普段から相談したりノートで情報を共有したりすることで連携が来ているので、今回の会議は確認のつもりで参加した。
- 利用者と事業者及びケアマネジャーと事業者間の情報共有は密にされているが、サービス事業者間の情報交換はあまりなされていない。しかし、本当はサービス事業者間の情報交換は非常に必要である。
- サービス事業者同士が直接連絡を取って、情報交換をすることはないので、情報交換の場はサービス担当者会議のみである。

⑤他サービス利用時の様子を共有することの効果

＜ケアマネジャーからの意見＞

～他サービスを受けている利用者の様子は重要

- サービス事業者（ショート）にとって、利用者の様子は、家庭での様子はもちろんだが、外で他のサービスを受けているときの様子も重要である。

＜サービス事業者からの意見＞

～他サービス事業者からの情報は有効

- 福祉用具担当が参加していると、具体的な ADL を把握できるので、利用者像が明確になりサービス導入がスムーズになる。
- 今回のサービス担当者会議では、利用者のデイサービスでの様子を、新規にサービスを提供するショーステイに共有できたことで、提供すべきサービスの具体的な内容について検討ができたと思われる。
- 想定し得るリスクがある場合には、ケアマネジャーから事前に情報としてもらっておかないと現場で対応ができない。
- 状況が変わると混乱する利用者は多いので、サービス担当者会議にてその情報が共有されるのが望ましい。

⑥ケアマネジャーの会議に対する運営評価

＜ケアマネジャーからの意見＞

～サービス事業者へのマイナス面の情報提供は信頼関係構築につながる

- ケアマネジャーとしては、マイナス面は早めに事業者に情報提供しないことにより、次に利用者を受けてもらえないことの方が怖い。
- ケアマネジャーから事業者に率直に情報提供することで、たとえ一時的にはサービスの導入に失敗したとしても信頼関係につながる。
- 多忙だったり日程調整ができないなどの理由で会議を開けない場合は、電話で確認して、リスクがあると判断したら、安全策でサービスの本格導入を控えることもある。
- 家族の意見のみで、サービス事業者からの情報を全部含めた生活のとらえ方ができていないケアマネジャーがいる。

＜サービス事業者からの意見＞

～ケアマネジャーの自身の判断基準に基づいた（恣意的な）情報の取り扱い、取捨選択に不満

- ケアマネジャーが情報を吸い上げてくれることもあるが、ケアマネジャーからの情報提供が後出しになることがある。
- 情報を把握し切れていない、情報を小出しにしている、または重要な情報をそれほど大変なことと思わないケアマネジャーがいる。
- 困難事例の場合、ケアマネジャーから利用者のマイナス面が共有されない場

合がある。

- ケアマネジャーに問題提起しても情報共有がされず、家族への報告は待つように指示される場合や、取り合ってもらえず、サービス担当者会議が開催されない時がある。
- ケアマネジャーは家族とのかかわりが多いので、どうしても家族よりのニーズばかりに目がいきがちな傾向がある。
- 家族の都合で本人を置き去りにしてプランを立てるケアマネジャーがいる。
- ニーズのとらえ方が違っていて、思いの部分とか、心のケアの部分のニーズが2番目であったり、忘れ去られてしまったりする場合がある。
- 利用者の趣味嗜好まで把握して、考えてくれるケアマネジャーは情報の落しが少ない。
- 情報の共有の良しあしは、ケアマネジャーの力量によることが多い。

⑦ケアマネジャーと利用者・家族との関係性による情報共有への影響

＜ケアマネジャーからの意見＞

～本当の利用者像を把握して、利用者・家族に満足してもらえるケアプランを提供

- 結局、家族のご希望があり、ショートになったり、デイになったりするから、そのデイなりショートを利用者に楽しんでもらえるところをアレンジできるかがケアマネの力の見せどころである。
- ケアマネジャーが利用者と信頼関係を作るには1年はかかる。
- 本当の利用者像が把握できるまでは、利用者だけを見る。利用者が満足すれば家族も安心し、信頼してくれて、利用者・家族から本音が出てくる。

＜サービス事業者からの意見＞

～ケアマネジャーと利用者・家族の関係性がサービス事業者からの情報提供に影響

- お金を管理しているのは利用者の家族なので、結局、最終判断は家族になる。
- 利用者や家族に近いケアマネジャーは問題を相談したらすぐに対応を考えるが、そうではないケアマネジャーは相談しても響かない。
- ケアマネジャーによって、利用者や家族との関係性が違い、関係の深さによってケアマネジャーの情報提供も異なる。
- ケアマネジャーが利用者主体で考えているか、家族主体で考えているかによっても連携に影響してくる。
- 利用者・家族の間に立ってちゃんと見ているケアマネジャーだと、この人はこういうところがありますよ、こういうことが好きですよという事前の情報がもらえる。

⑧事業者の情報収集、提供の現状

＜ケアマネジャーからの意見＞

～利用者の情報をよく知っているのはサービス事業者

- 事業者はケアマネジャーよりも利用者と接する回数が密であり利用者の情報をよく知っている。
- 月に 8 回サービスを提供するデイサービスがもっとも利用者のことを知っている。

＜サービス事業者からの意見＞

～サービス事業者からの情報の発信や共有には、ケアマネジャーと事業者間の信頼関係が関与

- ショートステイからは、今後利用者の 24 時間の情報を得られるようになる。
- 利用者の夜の情報はショートステイが集める。
- 情報を伝えたところで響かないと思われるケアマネジャーだと、利用者をきちんと見てない事業者や伝えたいことがない事業者は情報を発信しない。
- 事業者はケアマネジャーから反応がもらえないと、どんどん情報提供に消極的になってしまう。
- 医師と関係づくりをするケアマネジャーは安心でき、そのケアマネジャーに選ばれた事業者側としては期待に応えようと細かく報告しようとする。
- ショートステイが求める情報と福祉用具事業者が求める情報は十分違う。

⑨医療従事者からの情報収集の現状

＜ケアマネジャーからの意見＞

～ケアマネジャーは主治医からの情報収集するために工夫している

- 主治医は多忙で電話も嫌がるので、居宅療養管理指導のタイミングを狙って直接話を聞くようにしている。
- 医師、訪問看護師の負担にならないよう、タイミングを合わせて利用者宅に一緒に訪問するようにしている。
- 医師に質問するときは、簡潔にするように気を使っていると、良い関係性ができる。

＜サービス事業者からの意見＞

～ケアマネジャーによって主治医からの情報収集の程度に違いあり

- サービス事業者から主治医に対する質問があったときに時間を調整して聞いてくれるケアマネジャーもいるが、なかなか医師が捕まらないといって対応

しないケアマネジャーもいる。

- 利用者の医療面での情報は、家族に聞いてくれと返すケアマネジャーもいる。
- サービス事業者にとっては、間接的に聞いてくれるだけでも大きな情報になるし、さらに医師と話す機会を設けるところまでアレンジするケアマネジャーもいる。
- 終末期に近づくほど利用者の状態変化が大きく、情報が欲しいものの、ケアマネジャーもなかなか医師には強く言えない部分があるので、できれば、サービス担当者会議に参加してほしいと思っている。

⑩日頃の取り組みの現状

＜ケアマネジャーからの意見＞

～関係者と顔の見える関係を作る

- いろいろな研修になるべく出るようにして、関係者と顔の見える関係をつくっておく。

＜サービス事業者からの意見＞

～研修に参加、サービス担当者会議に参加する

- 医療系の知識を得るために、自分も研修に参加するようにしている。
- なるべくサービス担当者会議に出席するようにしている。

4. グループインタビューのまとめ

① サービス担当者会議の開催の現状

～ケアマネジャーは優先度の低い会議は照会で済ませたいが、サービス事業者は照会のみでは不満を感じている

サービス担当者会議の開催に関して、ケアマネジャーからは「次のステップに進めない時には、担当者会議の開催の優先順位は低くなる。しかし、情報共有はすべきなので、照会を書いている。」との意見があり、サービス担当者会議の内容によって、重要度が低いと考える会議については優先順位が下がり、照会のみとなることもあることが分かった。

一方、サービス事業者からの意見によると、紙での照会だけで済まされることに多少不満を感じていることが窺えた。

② サービス担当者会議の参加に関する現状

～サービス事業者は自分が欲しい情報が得られない会議への参加意欲は下がる

サービス担当者会議の参加に関しては、ケアマネジャーからは「サービス担当者会議で、話題（議題）に挙がらないサービスの事業者がいた場合、その事業者の次からの参加の意欲が下がってしまうことがある。」との意見があり、ケアマネジャーもサービス担当者会議では、参加の意義を感じてもらい、参加意欲が落ちないように配慮している現状が窺えた。

一方、サービス事業者からは、事業者が欲しい情報がもらえない会議については、参加の意欲が下がるとの意見が目立った。参加する人にとって有意義、つまり情報が得られるか否かで会議への参加意欲が変わるということが示された。

また、ケアマネジャーもサービス事業者も、主治医や訪問看護師からの情報は欲しいが、医療従事者にサービス担当者会議に参加してもらうことは、大変難しいと思っていることが分かった。

③ サービス担当者会議の位置づけの現状

～ケアマネジャーとサービス事業者では、サービス担当者会議の位置付けにやや乖離あり

ケアマネジャーにとって、サービス担当者会議は、利用者に係る人と利用者の様子や状態を共有することで、自己の利用者の理解を深める場のひとつとして位置づけられていることが窺えた。

一方、サービス事業者からは、「サービス担当者会議にでないと情報が得られない」「対面で話すのは重要である」「細かい情報収集ができる」などの意見が多く、サービス事業者にとって、他サービス事業者や利用者の家族と対面で話せる唯一の場として、非常に重要な機会と位置づけられていることが分かった。また、利用者の状況を把握するためには、書面での情報共有では不十分で、顔の見える関係で確認、対面での情報共有、直接口頭で伝えることが非常に重要であるという意見が目立った。

④サービス担当者以外での情報共有の現状

～利用者の状態を把握するには、事業者間での情報共有が非常に重要だが、事業者間では直接情報共有する場合はサービス担当者会議以外ない

ケアマネジャーとサービス事業者はサービス担当者会議の場のみで情報共有しているのではなく、普段から情報共有をしているとの双方から意見があった。また、普段の事業者間の情報共有はケアマネジャーを通して行っており、直接事業者間で情報交換できる場合は、サービス担当者会議のみとなっている。事業者は事業者間での情報共有を非常に重要と考えているにもかかわらず、事業者間では連絡を取らず、サービス担当者会議の位置づけが高いことが分かった。

⑤他サービス利用時の様子を共有することの効果

～他サービス事業者での利用者の様子は非常に有効。サービス事業者はできるだけケアマネジャーから情報を提供してもらいたい

他サービス事業者での利用者の様子を共有してもらうことは、新規にサービスを提供する事業者にとって非常に有意義であるとの意見が双方からあった。利用者の様子が共有されることによって、「提供すべきサービスの具体的な内容について検討ができた」や、問題の対処がしやすくなるとの強い意見があり、事業者はできるだけケアマネジャーから利用者の様子の情報を共有してもらいたいと思っていることが分かった。

⑥ケアマネジャーの会議に対する運営評価

～サービス事業者はケアマネジャーを通した情報共有に不満。しかし、情報の収集と共有についてはケアマネジャー任せ

主に、サービス事業者によるケアマネジャーの情報共有についての否定的な意見が多かった。また、意見の多さからも、サービス担当者会議や普段の情報共有に関する現状や課題について重要なカテゴリーであることが伺える。

情報共有における情報の流れに着目すると、①事業者からの情報提供、②ケアマネジャーの情報収集、③ケアマネジャーの情報分析、④ケアマネジャーの情報共有、⑤事業者の情報受け取りに分かれる。しかし、必ずしも①～⑤が一致しているわけではなく、背景にはケアマネジャーのアセスメント能力や事業者のスタンス、両者の関係構築力があるが分かった。

サービス事業者は、利用者に係る情報共有はケアマネジャーを通して行っており、事業者はケアマネジャーの自身の判断基準に基づいた（恣意的な）情報の取り扱い、取捨選択について、不満を感じている場合が多いことが分かった。

サービス事業者は、ケアマネジャーを通した情報共有にストレスや不満を感じている場合が多いこと、さらに、サービス事業者が情報の収集と共有にあたりケアマネジャーに頼

りすぎている状況が読み取れる。

⑦ケアマネジャーと利用者・家族との関係性による情報共有への影響

～情報共有には、ケアマネジャーと利用者と家族との関係性が影響

利用者をよく把握し、利用者と家族の間にたって、考えることのできるケアマネジャーは情報の漏れも少ないとサービス事業者から感じられており、さらに、家族・利用者と信頼関係を築けているケアマネジャーは事業者との情報共有もうまくいくとサービス事業者から思われていることが伺える。

⑧事業者の情報収集、提供の現状

～情報共有にはケアマネジャーとサービス事業者の信頼関係が影響

ケアマネジャーは、利用者の情報をよく知っているのは日頃利用者と接しているサービス事業者であると認識している。

また、サービス事業者からの情報の発信や共有には、ケアマネジャーと事業者間の信頼関係が関与することが分かった。

⑨医療従事者からの情報収集の現状

～ケアマネジャーは主治医から情報を得るために努力。サービス事業者はケアマネジャー任せ

ケアマネジャーは、医療従事者から利用者の情報を得るために、医師や訪問看護師の負担にならないように居宅療養管理指導等とタイミングを合わせて利用者宅に一緒に訪問する、よい関係を築くなど、かなり工夫していることが分かった。

一方、サービス事業者は、医療従事者からの情報収集に関しては、ケアマネジャーに任せていることが窺えた。

⑩日頃の取り組みの現状

～ケアマネジャー、サービス事業者とも、関係づくりや研修に参加するなど努力

ケアマネジャーもサービス事業者も多職種連携の取り組みとして、「いろいろな研修になるべく出るようにして、顔の見える関係をつくっておく」や「医療系の知識を得るために、自分も研修に参加するようにしている」などの意見から、多職種の連携の重要性を意識し、努力している姿が伺える。しかしながら、多職種を医療系をメインとして捉えてる現状も読み取れる。

第5章 まとめ及び考察

本章においては、アンケート調査による量的調査結果とグループインタビューによる質的調査結果から見えてきた現状及び課題から、サービス担当者会議の現状の課題解決についての考察を行う。

① サービス担当者会議の位置づけの再確認

～ケアマネジャーとサービス事業者でのサービス担当者会議の位置づけにやや乖離あり。サービス担当者会議の本来あるべき姿を再確認する必要がある。

アンケート結果によると、ケアプランの説明、本人や家族による意向の提示や、参加者からの本人の状況に対する発言、解決すべき課題の参加者間の共有等、サービス担当者会議で実施すべきことは概ねできているとケアマネジャーは自己評価していることから、多職種協働を進めるために、サービス担当者会議を位置づけているといえる。

一方グループインタビュー結果によると、サービス事業者はサービス担当者会議を、他サービス事業者から、利用者の様子や状態について対面で情報収集できる重要な場としている。この背景には、サービス事業者は事業者間で利用者の様子や状態について共有することを非常に重要ととらえているが、インフォーマルな情報共有する手段がないので、普段全く事業者間で情報共有されていないことがある。そのため、サービス担当者会議にて利用者の様子や状態について事業者間で情報共有しようと働く。

このように、ケアマネジャーとサービス事業者でのサービス担当者会議の位置づけにやや乖離あることから、特に、参加者であるサービス事業者にサービス担当者会議の本来あるべき姿を理解してもらう必要がある。そもそもサービス担当者会議は、課題や目標の共有の場であることを考えると、参加者全員が課題が何か、会議で得られる成果が何かを適切に認識することが求められる。サービス担当者会議の必要性を参加者全員が合意した上で、サービス担当者会議が開催されることが、本来の多職種協働に結びつくと考えられる。

② 多職種チームの情報共有の促進

～サービス事業者は情報共有についてケアマネジャーに依存している。多職種チームでメンバーが主体的に情報を連携できる仕組みが必要

アンケート結果によると、ケアマネジャーはサービス担当者会議での情報共有や運営について、高い自己評価をしているが、グループインタビュー結果によると、サービス事業者は、ケアマネジャーの自身の判断基準に基づいた情報の取り扱い、取捨選択について、不満を感じている場合が多い。

これらの背景には、サービス担当者会議をはじめとする多職種チームの情報共有は“ケアマネジャー”が実施するものという、ケアマネジャーに対する情報共有の業務を過度に依存していると考えられる。現状、日頃の情報共有において、ケアマネジャーが全ての情報

のハブ（拠点）となることが前提とされている。ケアマネジャーを介すことにより、情報の一元化が図られる利点はあるが、サービス事業者側が情報を取得するだけの受身姿勢となっている側面がある。多職種協働はチームによるケアマネジメントであることを考えると、ケアマネジャーをはじめとするチームメンバーが主体的に情報共有に参画できることが重要であると考えられる。

一方、ケアマネジャーの自己評価の高い原因として考えられるのは、サービス担当者会議の評価方法及びフィードバックの仕組みがないことが考えられる。現状、ケアマネジャーは単独で会議運営などの業務を行うことが多いため、何を情報共有しなければならないか、また、どこまでできれば情報共有が十分にできたというのか、評価軸がない。また、他と比較して自己評価する機会も乏しい。サービス担当者会議の運営をある程度相互に客観的に評価できる仕組みが必要であると考えられる。例えば、サービス担当者会議のアウトプットを地域ケア会議で評価をするなどが考えられる。

③ サービス担当者会議への参加促進の取り組み

～主治医の参加は困難である。参加できなくとも情報を共有できる仕組みが必要

アンケート結果によると、会議開催の案内があった主治医の出席率は 4 割に満たない。そもそも主治医に会議案内を出しているのは 13.7%であり、主治医の参加が困難であることを考慮して案内自体をだしていない可能性がある。

グループインタビュー結果においても、ケアマネジャー、サービス事業者双方とも、主治医からの情報は欲しいが、主治医にサービス担当者会議に参加してもらうことは、大変難しいと思っているという結果になっている。また、ケアマネジャーは主治医から情報を収集するために、主治医の負担にならないような工夫や努力をしている。主治医からの情報収集は、ケアマネジャーにとって負担になっているのではないかと推測される。

以上を踏まえると、サービス担当者会議への主治医の参加促進を促すよりも、ケアマネジャーが必要な時に適切なタイミングで、主治医から情報を収集できる仕組みが必要と思われる。

日頃の情報共有に関しては、主治医、ケアマネジャーとサービス事業者の間で必要な時に適切なタイミングで情報が共有を行うルールを策定するのが望ましい。主治医との連携のための用紙を作成している事例もある。但しこのようなルールを策定したら、メンテナンスが必要である。利用状況の評価、主治医へのフィードバック等、ルールが継続して活用される仕組みをつくることが重要である。

～参加者は形骸化している会議や情報共有できない会議には参加に消極的になる。参加者の意欲を維持、向上させる工夫が必要である。

アンケートの自由回答によると、ケアマネジャーは、そもそも軽微な変更でのサービス担当者会議開催の必要性に疑問を持っていることが多く、そのことが会議を形骸化させる

原因であると思っている。形式的なサービス担当担当者会議の開催は、ケアマネジャーの疲弊のみならず、サービス事業者の会議への参加意欲を下げることにつながる。

さらに、グループインタビュー結果においても、参加者にとって有意義でない、情報共有できない会議への参加は消極的になると示されている。

参加者の参加意欲を維持、向上させるためには、会議を有意義なものにするためのケアマネジャーの会議運営能力（ファシリテート能力）の向上が不可欠であると考えられる。

また、会議開催の必要性を見極め、本人・家族、事業者等参加者全員が本当に必要な会議に注力するとともに、状況の変化がない等会議開催の必要性が低い場合は ICT 等の連絡手段を工夫することにより、効率的かつ質の高い運営ができると考えられる。現在、ケアマネジャーの連絡手段が電話、FAX が多いことから、ICT リテラシーの向上と併せて、ICT を活用し情報連携のためのツールの普及が望まれる。

参考資料：調査票（事業所回答票）

サービス担当者会議の運営に関するアンケート調査
(事業所回答票)

以下の質問について、該当する数字に○、または、() 内に数字を記入下さい。
なお、本調査票は、管理者の方がご記入下さい。

貴事業所について伺います（平成 26 年 10 月末時点）

1. 所在県	1. 神奈川県 2. 滋賀県 3. 兵庫県
2. 運営母体	1. 社会福祉法人 2. 医療法人 3. 社団法人・財団法人 4. 営利法人・民間企業 5. NPO法人 6. 地方自治体・広域連合等 7. その他（ ）
3. 特定事業所加算Ⅰ	1. あり 2. なし
4. 特定事業所加算Ⅱ	1. あり 2. なし
5. 介護支援専門員資格をもつ 従事者数（常勤・非常勤含 む）	（ ）人
6. 併設サービス （あてはまる全て に○）	1. 訪問介護 2 夜間対応型訪問介護 3. 訪問看護 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 5. 訪問リハ 6. 訪問入浴介護 7. 通所介護 8. 通所リハ 9. ショートステイ 10. 福祉用具貸与 11. 小規模多機能型居宅介護 12. 複合型サービス 13. 認知症対応型共同生活介護 14. ケアハウス 15. サービス付き高齢者向け住宅 16. 有料老人ホーム 17. 特養（地域密着型を含む） 18. 老健 19. 介護療養型医療施設 20. 病院（介護療養病床以外） 21. 診療所 22. 地域包括支援センター 23. その他（ ）

アンケートご協力ありがとうございました。

参考資料：調査票(介護支援専門員回答票)

サービス担当者会議の運営に関するアンケート 調査 (介護支援専門員回答票)

このたびはご多忙の中、アンケートにご協力いただき誠にありがとうございます。アンケートは質問状と回答用紙を兼ねておりますので、ご回答は直接用紙にご記入ください。

ご回答後は、事業所単位で取りまとめて返信用の封筒で返送いただくよう、事業所の管理者様に依頼しております。返送期限の12月10日(水)(消印有効)までに事業所内の管理者様にご提出ねがいます。

調査の結果は統計的に処理をしますので、個人や事業所を特定されることはありません。
また、回答を本調査以外の目的で使用することはございません。

サービス担当者会議の運営に関するアンケート調査 (介護支援専門員回答票)

以下の質問について、該当する数字に○、または、() 内に数字や内容を記入下さい。

I. 回答者（ケアマネジャー）ご自身について伺います（平成 26 年 11 月現在）

質問		回答欄				
1)	性別	1.男性 2.女性				
2)	年齢	1.20代 2.30代 3.40代 4.50代 6.60代 ～				
3)	基礎資格 (複数回答)	1.看護師 2.准看護師 3.介護福祉士 4.訪問 介護員 5.保健師 6.社会福祉士 7.精神保健福祉士 8.リハ 職 9.薬剤師 10.歯科衛生士 11.管理栄養士・栄養士 12.社会福祉主事 13.その他 ()				
4)	介護支援専門員 としての業務経験	1.1年未満 2.1～3年未満 3.3～5年未満 4.5～10年未満 5.10年以上				
5)	主任介護支援専門員の資格	1.あり 2.なし				
6)	担当利用者数	介護予防支援 () 人 ※いなかった場合は 0 人と記入下さい。 居宅介護支援 () 人				

II. 平成 26 年 10 月のサービス担当者会議の開催状況について伺います。

1. 現在の担当利用者のうち、平成 26 年 10 月にサービス担当者会議^{注1}を実施した利用者数、ならびに、
実施理由別の人数を回答下さい（※利用者総数と理由別人数の合計が一致するように記載下さい）。

	利用者 総数	実施した理由 ^{注2}			
		新規ケアプラン 作成のため	要介護認定 更新のため	ケアプラン内容 の変更のため	ケアプラン変更は なかったが、関係 者間で情報共有 するため
介護予防支援	人	人	人	人	人
居宅介護支援	人	人	人	人	人

注 1. 病院が主催する退院時ケアカンファレンスは含みません。

注 2. 実施の理由が複数に該当する場合は、1～4 のうち最も当てはまる該当欄にカウントしてください。

Ⅲ. 平成 26 年 4 月～10 月の間のサービス担当者会議の開催状況について伺います。

質問	回答欄
1) 平成 26 年 4 月～10 月までの間に、利用者の状態や環境の変化により <u>サービス内容に変更が生じたために開催したサービス担当者会議</u> は ありましたか？（※新規ケアプラン作成のための会議は含みません）	1.あり 2.なし

（この質問に「あり」と回答された方）

⇒次の頁にお進み下さい。以下の質問では、平成 26 年 4 月から 10 月までの間に、利用者の状態や環境の変化によりサービス内容に変更が生じたために開催したサービス担当者会議のうち、最も直近に開催したサービス担当者会議（1 事例）について伺います。

（この質問に「なし」と回答された方）⇒最終頁の質問Ⅵにお進み下さい。

Ⅳ. サービス内容変更に伴って開催した直近のサービス担当者会議(1 例)について伺います。

1. 「利用者」について伺います（※新規利用者は除きます）。

質問	回答欄
1) 性別	1.男性 2.女性
2) 年齢	1.40～64歳 2.65～74歳 3.75～79歳 4.80～84歳 5.85～89歳 6.90歳以上
3) 介護度 ※申請中の場合は、 申請前の介護度を回答下さい。	1.要支援1 2.要支援2 3.要介護1 4.要介護2 5.要介護3 6.要介護4 7.要介護5
4) 同居している人 (複数回答)	1.なし(独居) 2.配偶者 3.子ども 4.子の配偶者 5.孫 6.その他親族 7.その他()
5) 主介護者 ※最も介護に関わ っている1名を回答下さい。	1.なし 2.配偶者 3.子ども 4.子の配偶者 5.孫 6.その他親族 7.その他()
6) ケアプランに位置づけた 介護サービス (複数回答)	1.訪問看護 2.訪問介護 3.夜間対応型訪問介護 4.定期巡回・随時対応型訪問介護看護 5.訪問リハ 6.訪問入浴介護 7.通所介護 8.通所リハ 9.ショートステイ 10.福祉用具 11.住宅改修 12.その他()

7) 居宅療養管理指導の導入の有無と内容 (有無は1つに○、実施者は複数回答)	1.導入した 2.導入していない	
	(導入した場合は、実施者にも回答下さい (複数回答)) 1.医師 2.歯科医師 3.歯科衛生士 4.保健師・看護師 5.薬剤師 6.管理栄養士	
8) インフォーマルな支援 (複数回答)	1.民生委員 2.配食サービス 3.近隣による支援 4.ボランティア 5.成年後見人 6.その他 () 7.支援なし	
9) 訪問診療等の受給状況	1.訪問診療や往診を受けている 2.受けていない	
10) 寝たきり度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
11) 認知症自立度 ※あなたの評価を記入下さい。	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
12) 現在有している疾患 (複数回答)	1.心疾患 2.脳卒中 3.高血圧 4.糖尿病 5.がん 6.呼吸器疾患 7.認知症 8.精神疾患 9.その他 ()	
13) 解決すべき課題 (第2表から、主なもの5つを転記して下さい)	1	
	2	
	3	
	4	
	5	



2. 「今回の会議の開催理由」について伺います。

1) 会議を開催した理由は 何ですか	1.要介護認定更新のため 2.ケアプラン変更のため 3.その他 ()
-----------------------	--

3. 「会議開催までに行った日程調整」について伺います。

質問	回答欄
1) 会議参加者との日程調整	1.行った 2.行っていない
2) 日程調整の手段 (複数回答)	1.電話 2.FAX 3.メール 4.その他 ()
3) 開催を連絡した時期 ※最も近い時期を回答下さい。	1.開催当日 2.開催前日 3.2～3日前 4.4日～1週間前 5.1週間以上前
4) 会議の予定時間 ※当初、予定した会議時間を 回答下さい。	1.15分未満 2.15～30分未満 3.30～45分未満 4.45分～1時間未満 5.1時間以上
5) 介護サービス事業所以外で 会議開催を案内した人 (複数回答)	1.いない 2.主治医 3.歯科医師 4.医療機関の医療職 (主治医・歯科医師以外) 5.薬剤師 6.成年後見人 7.民生委員

	8.近隣住民	9.配食サービス	10.ボランティア団体
	11.地域包括支援センター		12.市町村職員
	13.その他（		）

4.「会議開催までに行った諸準備」について伺います。

質問	回答欄
1) 本人と家族の意向／希望を事前に確認しましたか	1.はい 2.いいえ
2) 本人と家族の間に、意向／希望に対するずれがありましたか	1.大いにあり 2.あり 3.なし 4.家族はいない
3) 参加予定者に、会議開催の目的を事前に伝えましたか	1.はい 2.いいえ
4) 参加予定者に、会議で話して欲しい内容を伝えましたか	1.はい 2.いいえ
5) 欠席者が生じた場合、その方から事前に情報や意見を収集しましたか	1.はい 2.いいえ 3.欠席者なし
6) 介護事業所に、個別援助計画を会議に持参するよう依頼しましたか	1.はい 2.いいえ
7) 個別援助計画の内容を会議中に説明してもらうよう依頼しましたか	1.はい 2.いいえ
8) 参加予定者にケアプラン原案を事前に送付しましたか	1.はい 2.いいえ
9) 問8)で「1.はい」と回答した方に伺います。会議の何日前にケアプラン原案を送りましたか？	1.開催当日 2.開催前日 3.2～3日前 4.4日～1週間前 5.1週間以上前

5.「会議の開催日程・場所・参加者」について伺います。

質問	回答欄
1) 開催曜日	1.平日（月～金） 2.土・日・祝日
2) 開始時間帯	1.午前 2.13～16時 3.16～19時 4.19時以降
3) 会議時間	1.15分未満 2.15～30分未満 3.30～45分未満 4.45分～1時間未満 5.1時間以上
4) 開催場所	1.利用者宅 2.主治医の医療機関 3.居宅介護支援事業所 4.地域包括支援センター 5.その他（
5) 出席者（※本人・家族、介護サービス事業所、事業所以外別に、出席者に○を付けて下さい。複数回答）	
（本人・家族）	1.本人 2.家族
（介護事業所）	1.訪問看護 2.訪問介護 3.夜間対応型訪問介護 4.定期巡回・随時対応型訪問介護看護 5.訪問リハ 6.訪問入浴介護 7.通所介護 8.通所リハ 9.ショートステイ 10.福祉用具 11.住宅改修 12.その他（
（事業所以外）	1.主治医 2.歯科医師 3.医療機関の医療職（主治医・歯科医師以外） 4.薬剤師 5.成年後見人 6.民生委員 7.近隣住民 8.配食サービス 9.ボランティア団体 10.地域包括支援センター 11.市町村職員 12.その他（

6) 看護師の資格保有者の出席（※あなた自身の資格を除く）	1.あり 2.なし
7) リハ職（PT/OT/ST）の出席（※あなた自身の資格を除く）	1.あり 2.なし

6. 会議当日の進め方について伺います。

1) 検討項目は何でしたか (第4表から転記して下さい)		1	
		2	
		3	
会議開始時	1 会議の目的を説明しましたか		1. はい 2. いいえ
	2 議論する予定の内容を説明しましたか		1. はい 2. いいえ
	3 会議の時間配分を説明しましたか		1. はい 2. いいえ
	4 参加者に対し、会議進行への協力を依頼しましたか		1. はい 2. いいえ
原案説明	1 ケアプランの原案を説明しましたか		1. はい 2. いいえ
	2 ケアプラン原案について、本人・家族から意見を聞きましたか		1. はい 2. いいえ
	3 ケアプラン原案について、事業所から意見を聞きましたか		1. はい 2. いいえ
	4 ケアプラン原案について、出席者から意見がありましたか		1. あり 2. なし
情報／課題の共有	1 欠席者から事前に得た情報や意見を代弁しましたか		1. はい 2. いいえ 3. 欠席者なし
	2 本人／家族から、生活に対する意向やサービス利用意向などを発言してもらいましたか。あるいは、そのことを代弁しましたか。		1. はい 2. いいえ
	3 参加者全員から、サービス利用時の本人の状況などを発言してもらいましたか		1. はい 2. いいえ
	4 参加者の発言内容や言葉を、互いの理解が進むよう、わかりやすい言葉に置き換えたり、要約したりしましたか		1. はい 2. いいえ
	5 利用者・家族のために、専門用語や分かりづらい言葉をあなた自身が説明したり、発言者に再度の説明を促したりしましたか		1. はい 2. いいえ
	6 専門職の発言内容について、本人／家族に確認したり、意見を求めたりしましたか		1. はい 2. いいえ
	7 各専門職から、課題に対する発言や意見をもらいましたか		1. はい 2. いいえ
	8 他の専門職の「課題のとらえ方の視点」を、会議を開催する前より理解することができましたか		1. はい 2. いいえ
	9 症状や ADL の今後の変化の可能性を専門職に確認しましたか		1. はい 2. いいえ
	10 解決すべき課題を、参加者間で共有できましたか		1. はい 2. いいえ
目標／計画／支援の整合性	1 短期目標の設定に対し、参加者に意見を聞きましたか		1. はい 2. いいえ
	2 設定した短期目標を、関係者間で共有できましたか		1. はい 2. いいえ
	3 ケアプランと個別援助計画の方向性にずれがないか確認しましたか		1. はい 2. いいえ
	4 個別サービス間で、課題認識や目標にずれがないか確認しましたか		1. はい 2. いいえ
	5 今後、利用者の状態で、モニタリングすべき内容がないかどうか、あるとしたら何をモニタリングすべきかを共有しましたか		1. はい 2. いいえ

6	緊急時の連絡方法を確認／共有しましたか	1.はい 2.いいえ
7	会議中に合意した事項について、参加者間で再確認しましたか	1.はい 2.いいえ
8	ケアプラン原案を、より具体化することができましたか	1.はい 2.いいえ

7. 議事録の内容の共有について伺います。

質問	回答欄
1) 会議後に第4表（議事録）を各サービス事業者に送りましたか	1.はい 2.いいえ
2) 問1で「1.はい」と回答した方に伺います。会議後、議事録をいつ頃送付されましたか	
1.当日 2.翌日 3.3日以内 4.1週間以内 5.2週間以内	
6.1か月以内 7.1か月以上	

8. 専門職のみが参加した会議の実施状況について伺います。

質問	回答欄
1) この利用者に対し、本人／家族を入れない形で、専門職のみが出席した会議を開催しましたか	1.はい 2.いいえ

（この質問に「あり」と回答された方）⇒次の質問Ⅴにお進み下さい。

（この質問に「なし」と回答された方）⇒最終頁の質問Ⅵにお進み下さい。

Ⅴ. 専門職のみが参加した会議について伺います。

質問	回答欄
1) 開催時期	1.本人／家族が参加したサービス担当者会議当日の会議開始前 2.サービス担当者会議当日の会議終了後 3.前日 4.2～3日前 5.4日～1週間前 6.1週間以上前 7.その他（ ）
2) 会議時間	1.15分未満 2.15～30分未満 3.30～45分未満 4.45分～1時間未満 5.1時間以上
3) 開催場所	1.利用者宅 2.主治医の医療機関 3.居宅介護支援事業所 4.地域包括支援センター 5.その他（ ）
4) 出席者（※複数回答）	
（介護事業所）	1.訪問看護 2.訪問介護 3.夜間対応型訪問介護 4.定期巡回・随時対応型訪問介護看護 5.訪問リハ 6.訪問入浴介護 7.通所介護 8.通所リハ 9.ショートステイ 10.福祉用具 11.住宅改修 12.その他（ ）
（事業所以外）	1.主治医 2.歯科医師 3.医療機関の医療職（主治医・歯科医師以外） 4.薬剤師 5.成年後見人 6.民生委員 7.近隣住民 8.配食サービス 9.ボランティア団体 10.地域包括支援センター 11.市町村職員 12.その他（ ）
5) 調整内容 （複数回答）	1.サービス担当者会議におけるお互いの役割分担を事前に決めておくため （例：利用者に対して重要な情報を看護師から伝えてもらうなど） 2.同一サービスにおける複数事業所間のサービス内容の調整 3.告知されていない病名や予後など、本人／家族の前で伝えづらい内容や 情報を共有するため

	4.ケアプラン原案には記載できないが、利用者に不利益が生じる可能性のある議題（ネグレクトなど） 5.本人と家族間で、支援に対する意向等に違いがある場合の調整 6.その他（ ）
--	---

VI. サービス担当者会議の在り方（制度面や運営面で改善すべき点など）について、
ご意見を自由にお書きください。

アンケートご協力ありがとうございました。
記入が完了しましたら、本アンケートを管理者の方にお渡しください。