

平成21年11月19日(木) 13:00~15:00

つつじ苑 ふれあいホール

記録：各務原市介護保険相談センター 杉山 理恵

今月は、恒例となった通所部会との合同部会をおこないました。サービス担当者会議について、事業所⇔ケアマネ間の要望等をグループワークで話し合いました。また、市高齢福祉課の方から、運営適正化事業についての説明、長縄先生からは、市医師会でおこなったアンケート結果の報告のお話をいただきました。

居宅支援事業所 40名 包括支援事業所 6名 通所事業所 20名が参加しました。

## 1. グループワーク

### <議題>

- ①サービス担当者会議の開催方法及びケアプラン・通所サービス計画について
- ②ケアマネと通所の職員さんとのコミュニケーションがスムーズに行く為の意見交換について

### <グループ発表から>

- ・ ケアプランの目標設定が漠然としているため、「達成可能な具体的な目標」を心がけたい。デイ事業所からも目標についての提案をしてけるとよい。
- ・ デイの介護計画書の目標について、評価の際に「達成できない」となることが多い。目標設定が高すぎるようなので、達成できる目標を考えたい。
- ・ デイからいただく報告で、利用者さんの心配な点だけでなく、良かった点も教えてほしい。
- ・ 認知症の方や、本人はあまり希望していないデイ利用の場合の目標設定をどのようにしたらよいか、むずかしい。
- ・ 加算項目についてはきちんとケアプランに記載されている必要があるが、デイでの「外出行事」についてもケアプランに載せている。
- ・ ケアマネさんがデイに来られる際は、午後の入浴後が一番ありがたい。どんどんデイに見に来てほしい。
- ・ サービス担当者会議は、できるだけ多くの事業所に参加していただけるよう日時設定している。中には、居宅の事務所で開催し、担当ではないケアマネも会議に参加し、その利用者さんについて把握できるようにしているところもある。
- ・ 短期目標が切れる場合のサービス担当者会議は開催できないことが多く、FAXの照会表などを活用している。電話で照会した場合にどうやって記録を残したらよいかわからない。
- ・ 困難事例について、デイ事業所から「サービス担当者会議を開いてほしい」と言ってもなかなか動かないケアマネもいる。虐待が疑われるケースであり、包括にも相談した方がよい、という意見が出た。
- ・ ケアマネの中には、上から見下ろす感じで「私に従いなさい」という感じをうける人もいるという意見。そう聞いてケアマネとして反省。

- ・ ケアプランが漠然としすぎていて、それをもとに介護計画書がつかれない。もう少し詳しいケアプランをお願いしたい。
- ・ 状態が安定している方の場合、自宅で集まってサービス担当者会議をおこなう時の、ご家族の負担も考慮したい。
- ・ デイ→ケアマネに報告する書式を統一するという方法もいいのではないか。それぞれの特徴があって統一しなくてもいいのでは？という両方の意見が出た。
- ・ 何か問題があったら、デイで抱え込まずにケアマネに言ってほしい。
- ・ ケアマネがデイに提供票を持参する際、利用者さんがいる曜日に合わせるようにしている。

## <グループごとの記録用紙から>

### **グループワーク議題1**

#### **サービス担当者会議の開催方法及びケアプラン・通所サービス計画について**

##### **担当者会議 時間**

サービス担当者会議はデイ利用時間内に行っている  
 家族と調整すると日曜日などもあるので困る時あり。  
 もしも事業所に家族が来ていただいたらそれを担当者会議と位置づける  
 送迎時に担当者会議を開催し、デイ側にも負担の無いやり方を検討している

##### **担当者会議 場所**

家族希望でデイ先での開催をすることも多い  
 デイの中断についての指導があったようだが、認定調査で中断は良いのか？  
 会議の意義としては自宅で行うことで在宅の状況を把握するという面もあると思う。  
 家族が自宅で行いたくないと言われ、やむを得ず事業所で行っているケースあり

##### **担当者会議 参加者**

利用メイン事業所の都合を優先して開催  
 長期ショート利用時に担当者会議を行う時、本人を呼ぶべきか、悩む  
 主治医の担当者会議参加はお知らせのみがほとんど  
 場所よりもどれだけのメンバーが集まるかの方が重要  
 主治医への声かけとして受付で尋ねる、不可であれば記録物を置いてくる  
 医師の中にも温度差があるので好意的に参加していただけると言うわけではない  
 医師へは事前に伺いを立てるように意識している

##### **担当者会議 その他**

更新時は自宅で行うのが原則としている、このままでいいわと終わることが多い  
 困難事例のケースだと全員が集合することで解決したことがある。大切さが分かる  
 介護者に問題があるケースは2部制で会議を行い事業所で作戦をたて、自宅で2度目を  
 困難ケースは包括さんにも声を掛けることが多い  
 東中はワーカーさんが動いてくれるので開催しやすい  
 薬に関しての情報をもう少し共有できる会議が欲しい  
 全員が集まれないので時間をずらして行っている  
 担当者会議前にケアマネが情報を事前に収集することで上手く行くことが多い  
 個別援助計画と居宅サービス計画の短期目標の期間は同じにしている

## **グループワーク議題2**

### **ケアマネと通所の職員さんとのコミュニケーションがスムーズに行く為の意見交換について**

#### **ケアマネから通所の皆様に対して**

事業所さんからの提案があることがいろんな視点がありありがたいと感じる  
休まれた時、入浴しなかった時は実績に理由が記載してあると助かります。  
利用状況を見に行っているかといえば半数くらいしかいけてない  
問題のない方は提供表を事業所へ持参する際に利用者さんに会う  
評価、情報がもらえないところは特に見学に行く  
提供表を届ける時に利用者さん情報を事業所からもらう  
入浴時の連絡については、個々で違いがあり、欲しい CM と不要の CM あり。  
(知りたい基準がそれぞれ違うので、こういうときには連絡と取り決めが必要)  
市外のディは様子を見に行くと冷たい

#### **通所からケアマネに対して**

ケアマネに言いたいことが言えない  
他のサービス事業所に相談して解決をする事がある  
困難事例(虐待)について担当者会議も開催してくれない CM あり  
居宅プランが細かく記入されず通所計画が作成できない。  
居宅プランについて県の指導でも機能訓練加算などチェックが入った  
どうしてもサービス事業所は受身ばかりになる

## **2. 運営適正化事業(ケアプランの確認)について(市高齢福祉課 給付係 河合さんより)**

- ・ 先日事業所にお問い合わせしたケアプランの確認は、実施指導ではないので、「適切か不適切か」を判断するものではない。適正なケアプランのための手助けと考えていただきたい。
- ・ 認定情報と、給付状況の突合チェックによりリストを出している。もう一度、介護度や状態像と、サービス内容が合っているか、最初にたてたプランのままずっと続いているか?等を確認してほしい。

#### **<質疑応答>**

Q. 今後毎月リストが送られてくるのか?

A. 毎月ではなく、年に2回程度を予定している。

Q. 軽度者レンタルの方について、きちんと必要書類を提出した方もリストに上がっているのはどうしてか?

A. ソフトの使用上、一律にリストに上がってしまうので、「申請済み」と回答していただければよい。

Q. かなり踏み込んだ内容のリストもあったが、事前に利用者に取り組み確認などをおこなったのか?

A. ソフトによる自動的なリストアップであり、利用者への確認はしていない。

Q. これとは別に、「ケアプラン点検支援マニュアル」に基づく事業所への指導の予定はどうなっているか?

A. まだ具体的な予定は決まっていない。

### 3. 医師会のアンケート結果報告（鶴沼中央クリニック 長縄伸幸先生から）

各務原市サービス事業者協議会 副会長であり、各務原市医師会の介護関係担当理事の長縄伸幸先生にお話をいただきました。

医師会で「病診連携および医療・介護連携の推進について」のアンケートを実施し、87医療機関に依頼し、77機関から回答がありました。詳しいアンケート結果は、市医師会のホームページに掲載する予定とのことです。

アンケートの記載内容について強い語調の内容もあり事前のアンケート内容結果を配布した時にはケアマネ側も今後の対応に不安に感じたところもありました。

長縄先生の説明の中で、主治医の先生として在宅介護医療についての取り組みの姿勢、標榜される医療内容に違いがあり、ケアマネージャー側も医療者側の意向をきちんと汲み取って在宅の介護推進をしていくこととお話いただきました。

また、今後の法改正の中でも、より医療と介護の壁が取り崩されていく流れがあり、そのときのケアマネージャーの重要性を強調されました。その中で、医療側が得にくい在宅の状況、生活を支えている介護の状況など報告する習慣を今からつけておくことが大切とお話されました。