

平成20年11月度

居宅介護支援事業部会（各務原市介護保険サービス事業者協議会全体研修会）会議録

平成20年11月20日（木）17:30～19:30

～各務原市総合福祉会館3階 集会室～

記録：各務原市介護保険相談センター

介護支援専門員 杉山 理恵

今月は、講師に「特別養護老人ホームさわやかナーシング川辺」施設長の山田典孝様をお招きし、各務原市介護保険サービス事業者協議会の全体研修会がおこなわれました。居宅介護支援事業部会をはじめ、市内のたくさんの事業所から、89名の方が参加されました。（部会別：通所部会：29名、居宅部会30名、訪問部会21名、施設部会5名、地域包括3名、その他1名）（地域別：稲羽・川島11名、那加18名、蘇原25名、鵜沼35名）

ケアマネジャーのケアプランと、事業所の個別援助計画のそれぞれの特徴や役割は何か、その2つが連続性を持つために、どのように連携していけばよいか、など、現在も現場で活躍されている山田様から、興味深いお話をたくさんお聞きできました。

### 1. 居宅サービス計画の特徴

- ・ケアマネジャーは、それぞれのサービス事業所をコーディネートする、オーケストラの指揮者のようなもの。
- ・地域に点在するさまざまな社会資源を活用するのが居宅サービス計画。

### 2. 個別援助計画の特徴

- ・居宅サービス計画に沿った個別の援助計画。まずは居宅サービス計画を読むこと。（サービス担当者会議で説明を聞く）
- ・デイ利用中の様子などの報告がケアマネに届くと、とても嬉しいもの。ケアマネが利用中に訪問しても、ほんの30分程度の様子しかわからない。
- ・デイはデイ、訪看は訪看で、計画を作ってサービス提供する。方向性を同じくするために横の連携を図ることが、まだまだできていない。

### 3. 居宅サービス計画と個別援助計画との連携の実際

（ケアマネジャーとして）

- ・ケアマネは「なぜそのサービスが必要なのか」を明らかにする必要がある。
- ・居宅サービス計画書と合わせて、アセスメント情報も事業所に提供できると、なおよい。アセスメントシートの作成を、更新月の利用者からでも少しずつやっていきましょう。
- ・ケアマネジャーは、アセスメントが全て。経験とカンに頼りすぎないように。

- ・個別援助計画の交付を求めること。もらっていない人いませんか？
- ・サービス利用時に訪問するなど、利用状況を把握するための連絡を密に。

#### (サービス事業所として)

- ・ケアマネに個別援助計画を交付。その後、現場の職員に対し、作成した個別援助計画の周知をはかること。(←これがないと、現場のスタッフは動けない)

#### 4. 計画の連続性の実際

#### 5. 連携の留意点

- ・ケアマネは、サービス事業所の特性や体制を事前に理解していないと、二度手間、三度手間になる。
- ・ケアマネは、併設や同法人内のサービス事業所の紹介をする際、特に利用者本位を心がけること。
- ・個別援助計画は、相談員などの担当者だけが作成するよりも、現場スタッフが意識できるよう、担当制などで多くの人が作成するとよい。「自分のプランでスタッフがどう動くか？」と思うと興味がわく。

#### ☆グループワーク

「これから、ケアマネジャーとサービス事業所の連携をはかるためにはどうしたらよいか。」

- デイ、ヘルパーなどの現場スタッフはなかなか外に出ることができない。ケアマネジャーさんに足しげく通ってほしい。(利用中に訪問してほしい)
- 後まわしにしてしまいがちな、サービス担当者会議を、ケアマネが頑張って開催することで、情報の共有と顔のつながりができる。
- 情報や計画書など、書類でのやりとりも早めに連携をおこなう。

以 上