

お疲れさまです。以前会員の皆様に、緊急アンケートを申し上げました。その後の続きの会議で、他の市内の地域資源との連携で、以下の質問意見を頂戴しており、役員で精査した中で、以下の内容について部会として取り組みたいと考えています。

まだ会議は続いており、議事録などが作成できた後で、また正式に案内します。

- 1 主治医との連携の中で、主治医の意向を確認します。(プラン作成時、大幅な計画変更、サ担参加)
- 2 東海中央病院のソーシャルワーカーさんと入退院時の連携を充分にとり、人間関係もない中で突然の電話のみの確認などは行わない。退院カンファレンスの後で、東海中央病院にケアプランの送付を積極的に推進、協力します。カンファレンス前にソーシャルワーカーさんと十分な打合せを行います。
- 3 予防の委託が受けられる事業所は、暫定利用に対してもプランの作成を推進します
予防の委託が受けられない事業所で、介護の判定の場合で受託見込みであれば、暫定利用時も包括支援センターさんと一緒にプラン作成を推進します。
利用者さん、家族が、安心して導入期のプラン作成がスムーズに行くように包括さんと連携をとり、条件付でないプラン相談に応じる事業所であるように努力します。

まだ他にも質問、意見は続いており、次回また報告します。

地域包括支援センター運営協議会ワーキングチーム会議

日 時：平成22年12月6日(月) 13時30分から15時30分

場 所：市役所4F第3会議室

1. 居宅介護事業所への意見・質問

(1) 各務原市医師会から

① 居宅介護支援事業者の主治医との連携について

- ・ 訪問や電話での照会時、各医療機関の診療時間等への御配慮もお願いします。
- ・ ケア会議を開かれる時は時間が許せば参加したい会員もいますので一度はお声をかけて下さい。在宅(家)での患者・家族も含めた介護・医療に関する会議を希望する会員もいます。
- ・ ケアプラン作成前(特に初回や大きくプラン変更する時)にあらかじめかかりつけ医の意向を聞いてほしいと希望する会員も少なくありません。特に初回利用時、プラン作成段階から医師にも相談していただくとう医師の方からも協力しやすい。
- ・ 介護計画書の送付をしてほしい会員もいます。
- ・ ケアマネジャーの担当が代わり大きく方針を変更される時、家族・医療者がその旨を十分に理解できず混乱する場合がありますので、十分なお配慮とコミュニケーションをお願いします。

(2)東海中央病院から

①居宅介護支援事業者の東海中央病院との連携について

- ・状態確認に来院いただいたり、退院前カンファレンスを行った上で、電話のやり取りは可能ですが、全くの初回で患者の状態確認・受診状況などを電話のみで確認をされることがあります。個人情報の面から直接来院して確認頂くか、患者・家族に了解を得てから行って頂けますでしょうか。
- ・退院前カンファレンス後にケアプランの送付をお願いしております。サービス利用前にはケアプランを作成されていると思いますので、送付をお願いします。
- ・退院の方向性の決定について、在宅退院の際に、ケアマネさんが心配な様子をされると患者家族も心配になり、在宅退院に不安を持たれる場合があります。在宅退院の際にリスクが高かったり、支援に不安な点がありましたら、事前に連絡相談を頂ければと思います。

(3)地域包括支援センターから

①要介護の暫定プランについて

- ・新規または区分変更により、支援か介護かわからないケース、または介護と思われるケースで、本人または家族が暫定利用を希望されている場合の連携について、(本人や家族から受けていただける事業所も探してくださいと依頼されたうえで)包括と同時に動いていただけるCM事業者があり、認定結果後、包括・CM事業者がスムーズに担当できています。
- ・利用者の主治医や世帯状況を確認され、受けるかどうか判断されるCM事業者があり連携が上手く図れないケースがあります。
- ・「要介護の結果がでてからなら受けます」と言われ、暫定利用に消極的なCM事業者もあります。
- ・認定結果が要介護と出た後、包括は受けていただけるCM事業者を探し、情報提供等事務作業が増大しています。制度改正前はCM事業所で暫定プランは当たり前だったと思います。

②軽度者への福祉用具担当者会議について

- ・退院調整時に必要であれば軽度者のレンタル会議も含めてやって欲しい。
- ・要介護3→要介護1ベッド利用の方について認定が降りた場合急に連絡が入るのであらかじめ事前相談して欲しい
- ・軽度者福祉用具担当者会議や福祉サービス(配食や住宅改善、オムツ券)の調整などを通じて連携するケースは増えています。