

事例1 『サービス担当者会議を開き、介護保険サービスへ円滑に移行できた事例』

【Aさんの概要】

Aさん 65歳 男性 借家にて単身生活(妻とは43歳頃離婚・親類は遠方に兄がいるのみ)
脊髄損傷による四肢マヒの障害 身体障害者手帳 1種1級
介護度(要介護4) 障害支援区分(区分6)

【支援の経過】

Aさんは、60歳の時に、転落事故により脊髄を損傷し、総合病院に入院。

退院後、借家に戻ることになり、身体障害者手帳を取得し、障害福祉サービスを利用することになった。障害福祉サービスでは、居宅介護(身体・家事・通院介助)と訪問入浴を利用し、その他、訪問診療、訪問看護、あすてらすを利用しながら、希望する単身生活を送っていた。

退院から4年が経過し、Aさんが64歳の時に、サービスのコーディネートをしていた(指定特定相談支援事業所の)相談支援専門員は、介護保険への移行に向けてどのような調整をしていけば良いか、町の障害福祉課担当者と(委託相談支援事業所の)相談支援専門員に相談した。

相談の結果、Aさんが半年後に65歳になることから、介護保険サービスの移行も含め、Aさんの希望する単身生活をどう支えていけるかを検討することを目的に、サービス担当者会議を開催することになった。

サービス担当者会議では、(指定特定相談支援事業所の)相談支援専門員が支援機関を集めるほかに、(委託相談支援事業所の)相談支援専門員の提案により、地域包括支援センターにもオブザーバーとして会議に参加してもらった。当初はAさんも会議に参加する予定であったが、体調を崩していたため、(指定特定相談支援事業所の)相談支援専門員が事前にAさんに会議の目的を説明し、今後の生活の希望や不安を確認した。

サービス担当者会議の結果、Aさんの現在そして将来の生活を維持していくためにも、介護保険サービスにより、サポート体制の継続を図るとともに、不足する介護給付については障害福祉サービスで補完していくことについて共有が図られた。

会議の後、(指定特定相談支援事業所の)相談支援専門員は、地域包括支援センターの協力を得て、Aさんに会議結果を含めた介護保険制度についての説明を行った。また、居宅支援事業所(介護支援専門員)に支援を依頼し、支援の経過やアセスメント情報を伝え、丁寧な引継ぎを行った。

【現在活用しているサービス】

[介護保険] ・訪問介護 ・訪問入浴介護

[障害福祉サービス] ・居宅介護(通院介助)

[その他] ・訪問診療 ・訪問看護(医療保険)
・権利擁護サービス(あすてらす)

【障害者相談支援専門員・地域包括支援センターの役割】

- ・(指定特定相談支援事業所の)相談支援専門員として、モニタリングを行い、現在の生活だけでなく、将来的な見通しも含めた課題を把握する。
- ・(委託相談支援事業所の)相談支援専門員として、(指定特定相談支援事業所の)相談支援専門員からの相談を受け、情報提供や助言、サービス担当者会議のサポートを行う。
- ・地域包括支援センターとして、会議時には、介護保険サービスや制度移行のポイントを説明し、会議後は、介護支援専門員への引継ぎなど円滑な移行のサポートを行う。

【介護支援専門員の役割】

- ・引き継いだアセスメント情報などを基に、ケアプランを作成し、障害サービス(通院等介助)を含めて、在宅ケアのコーディネートを行う。

【連携のポイント】

★モニタリングによる将来的な見通しの視点、分からないことの表出・相談

現況の確認だけでなく、将来的な見通しを含めたモニタリングにより、相談支援専門員が介護保険への移行の仕方など自身で分からないことに疑問を抱き、行政担当者や(委託)相談支援事業所に相談したことによって具体的な動きとして展開され、解決された。

★(委託)相談支援事業所や地域包括支援センターによるサポート

(委託)相談支援事業所や地域包括支援センターのサポートを得ることにより、会議の開催や介護保険への移行が円滑に進められた。

★必要なタイミングでのサービス担当者会議の開催

サービス担当者会議を開催することにより、Aさんの希望や支援情報などが明確に整理され、今後の支援の方針について合意形成が図られた。

★生活リズムの維持

介護保険に移行後も、一部障害サービスを併用したりし、これまでのサービス内容を大きく変更することなく、Aさんの生活リズムが維持され、移行によるAさんの不安が軽減された。

【介護保険移行前】 サービス等利用計画

利用者氏名(児童氏名)	A 様	障害支援区分	区分5	相談支援事業者名	相談支援センターとちまる
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	0 円	計画作成担当者	栃木 花子
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画作成日	平成28年4月1日	モニタリング期間(開始年月)	3か月毎(H28. 5~)	利用者同意署名欄	A
-------	-----------	----------------	---------------	----------	---

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	(本人) 健康を維持しながら住み慣れた家での生活を続けていきたい。
総合的な援助の方針	Aさんが安心して家での生活を続けられるよう、健康面や生活面をサポートします。
長期目標	今の家で安心して楽しく生活が続けられる。
短期目標	健康を維持するための食生活や生活リズムが整えられるようになる。

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	健康を維持したい	体調が悪い時などは、すぐに自宅で診療が受けられる。	平成29年3月	医療機関 ○○クリニック △△先生 訪問診療 必要時(体調悪化時や予防接種など)	体調が悪い時には、訪問看護師さんやヘルパーさんに相談しましょう。	平成28年7月	
2		健康状態の確認とリハビリにより身体の機能が低下しないようにする。	平成29年3月	□□訪問看護ステーション ▽▽看護師 月曜日・木曜日 11:30~12:30 健康管理・服薬管理・リハビリ等	リハビリを頑張りましょう。	平成28年7月	高血圧の服薬があります。
3		栄養バランスの取れた塩分控えめな食事を食べられます。	平成29年3月	○△ヘルパーステーション 担当□○ 家事援助(調理) 月50時間 毎日	ヘルパーさんに食べたい物を教えてください。 間食(おやつ)を食べ過ぎないように気を付けましょう。	平成28年7月	調理だけではなく、買い物、掃除、洗濯も併せて支援。
4		入浴により身体を保清し、感染症や褥瘡を予防する。	平成29年3月	●▼ケアセンター 担当□◇ 訪問入浴 火曜日・金曜日11:00~12:00	リラックスして入浴を楽しみましょう。	平成28年7月	毎回寝具交換実施。皮膚状態に応じて軟膏塗布。
7		大きな病気をした時も、検査や治療のための通院が速やかにできる。	平成29年3月	ホームヘルプセンター●● 担当■● 通院介助 月4時間	通院の必要性がある時も不安にならずに受診しましょう。	平成28年7月	
5		必要な身体のケアが受けられる。	平成29年3月	○△ヘルパーステーション 担当□○ 身体介護(食事介助・排せつ介助・着替え・清拭等) 月50時間 毎日	ケアの希望や変更がある時にはヘルパーに伝えましょう。	平成28年7月	
6		生活に必要なお金の管理ができる。	平成29年3月	あすてらす 担当◇◇ 2か月に1回(偶数月)	欲しい物がある時には相談しましょう。	平成28年7月	

Aさんの生活の状況

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
6:00								・訪問看護(月曜日・木曜日) ・訪問入浴(火曜日・金曜日) ・訪問介護(1日3回 毎日) ・訪問看護、訪問入浴が無い日は、TVを見たり好きな音楽(洋楽)を聴いたりして過ごす。
8:00	起床							
10:00	訪問介護							
12:00	訪問看護	訪問入浴	余暇 TV・音楽	訪問看護	訪問入浴	余暇 TV・音楽	余暇 TV・音楽	
14:00	訪問介護							
16:00	余暇 TV・音楽							
18:00	訪問介護							
20:00	就寝							
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								
	週単位以外のサービス							・訪問診療:必要時 ・通院介助:必要時 ・あすてらす:2か月に1回(偶数月)

第1表

【介護保険移行後】 居宅サービス計画書（1）

作成年月日

平成29年2月22日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 A 様 生年月日 昭和26年 2月 14日 住所 〇〇町□□123 △△住宅4号居宅サービス計画作成者氏名 じんけん たろう居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ケアセンター◆◆◆ 〇〇町△△987居宅サービス計画作成(変更)日 平成29年 2月 22日 初回居宅サービス計画作成日 平成29年 2月 22日認定日 平成29年 2月 19日 認定の有効期間 平成29年 2月 1日 ~ 平成30年 1月 31日

要介護状態区分	要支援	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	本人：健康を維持しながら自宅での1人暮らしを続けていきたい。							
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし							
総合的な援助の方針	一人暮らしで、常時介護に当たれる家族がおらず、身の回りの事すべてにおいて支援が必要です。ご本人様が少しでも今の生活を続けられるように、必要な支援を行っていきます。 健康の維持のためにも、服薬管理、健康管理については適宜観察や助言を行っていきます。また、これまで障害福祉サービスによりサポートを受けてきた環境が大きく変わることはないように配慮し、生活リズムの維持とご本人様の不安の軽減を図っていきます。							
生活援助中心型の算定理由	①. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()							
居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。	説明・同意日	平成29年2月25日	利用者同意欄	A	Ⓐ			

利用者名 A 様

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標		援助内容						
	長期目標（期間）	短期目標（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間	
健康に過ごしたい。	健康状態を維持し、病気や体調の悪化を防ぐ。 (H29.3.1~H30.1.31)	服薬や健康面のサポートを受けながら、健康に生活ができる。 (H29.3.1~H29.8.31)	病状管理・服薬管理 必要な処置・状態変化の 早期発見等		訪問診療	〇〇クリニック	必要時	6カ月	
			健康管理（血圧等）・服薬管理 排せつ管理・リハビリ 状態変化の早期発見等		訪問看護	□□訪問看護 ステーション	週に2回	6カ月	
自宅での一人暮らしを続けて いきたい。	生活面のサポートを受けながら希望する生活を継続できる。 (H29.3.1~H30.1.31)	バランス良い食事が 摂れる。 (H29.3.1~H29.8.31)	調理・買い物・食事介助 片付け・摂取量や嚥下状態 の確認等	○	訪問介護	○△ヘルパー ステーション	日に3回	6カ月	
			快適な生活環境が 整う。 (H29.3.1~H29.8.31)		○	訪問介護	○△ヘルパー ステーション	日に3回	6カ月
			身体面のケアにより 清潔が保たれ、感染症 や褥瘡が防げる。 (H29.3.1~H29.8.31)	○	訪問介護	○△ヘルパー ステーション	日に3回	6カ月	
			入浴全般の介助・着替え 寝具交換・軟膏塗布 全身状態の観察等	○	訪問入浴介護	●▼ケアセンター	週に2回	6カ月	
			金銭管理ができる。 (H29.3.1~H29.8.31)			権利擁護	あすてらす	必要時	6カ月
			必要な時に外出・通院 の支援が受けられる。			通院等外出の支援		居宅介護 (通院介助) * 障害福祉サービス	ホームヘルプ センター●●

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日

平成29年2月25日

利用者同意欄

A

A

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。