

### 事例3 『ケアプランに介護保険サービスと障害福祉サービスを盛り込み複合的にサービスコーディネートを行っている事例』

#### 【Bさんの概要】

Bさん 60歳 女性 持ち家にて単身生活(未婚)  
多発性硬化症による体幹機能障害 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】

57歳頃から、勤務中に物を落としたり、つまづいたり初期症状が表れ始めた。その後、徐々に運動機能が低下し、大学病院を受診した。検査の結果「多発性硬化症」の診断。

Bさんは、勤務していた会社を退職し、大学病院に入院し加療。その結果病気の進行が緩やかになり、通院治療に切り替わることになった。

Bさんは、自宅への退院を強く希望し、入院中に身体障害者手帳の申請や介護認定の手続きを進めた。また退院の準備のため、病院(医療連携室)から居宅支援事業所(介護支援専門員)と、地域の訪問看護ステーションに支援の依頼が入った。その際に、訪問看護師の提案により、(委託相談支援事業所の)相談支援専門員にも支援についての相談が持ちかけられた。

病院において、退院前のケースカンファレンスを重ね、退院後は、介護支援専門員を中心にきめ細やかなサービスコーディネートが行われ、様々なサポートを受けながらBさんは、持ち家での単身生活を送っている。(委託相談支援事業所の)相談支援専門員は、身体障害者手帳により活用できるサービスの情報提供や障害年金や各種手当の申請等の支援をしながら、介護支援専門員や訪問看護師と密に連携を図りながらチーム支援を展開している。

#### 【現在活用しているサービス】

[介護保険] ・訪問入浴介護 ・居宅療養管理指導 ・福祉用具貸与  
・定期巡回随時対応型訪問介護看護

[障害福祉サービス] ・居宅介護(身体介護、家事援助、通院介助) ・移動支援

[その他] ・訪問診療 ・訪問看護(医療保険) ・訪問リハビリ(医療保険)  
・緊急通報システム事業

### 【障害者相談支援専門員の役割】

- ・訪問看護師からの依頼により、(委託相談支援事業所の)相談支援専門員として支援チームに参加する。
- ・障害者手帳で使える制度(手当等)や活用できそうな障害福祉サービスをリスト化して、Bさんや介護支援専門員に分かりやすく情報提供。
- ・介護支援専門員や訪問看護師らと電話やメールでBさんの支援情報を共有しながら、障害福祉サービス関連の書類の整理や手続きのサポートを行っている。(月1回程度の定期訪問)

### 【介護支援専門員の役割】

- ・ケアプランを作成し、在宅生活のトータルコーディネートを行う。障害福祉サービス等についても相談支援専門員と協力しながらうまくケアプランに盛り込む。
- ・自宅等にて「サービス担当者会議」を定期的で開催し、関係機関を集めてBさんの希望の確認やサービス変更・調整を行う。

### 【連携のポイント】

#### ★介入の初期段階からの協働

介護保険サービスと障害福祉サービスの内容について、相互理解を図ることにより、Bさんに多くの選択肢を提示することが可能となった。

#### ★支援状況の日常的な共有

Bさんは、「多発性硬化症」という進行性の難病を抱えており、状況の変化に合わせて迅速かつ柔軟な対応が必要であり、日常的に電話やメールで情報をタイムリーに共有することで支援の方向性がずれることなく対応できている。

#### ★サービス担当者会議への参加による相談支援専門員の役割の明確化

介護支援専門員は、毎回、サービス担当者会議に、相談支援専門員を招聘し、その中で相談支援専門員にお願いしたい役割についても、Bさんも含めて支援チーム全員で確認ができている。

第1表

## 居宅サービス計画書（1）

作成年月日

平成28年 6月15日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 B 様 生年月日 昭和31年 3月 9日 住所 ○○市□□町345-67

居宅サービス計画作成者氏名 じんけん ひかる

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ケアサポート◆◆◆ ○○市△△8910

居宅サービス計画作成(変更)日 平成28年6月15日 初回居宅サービス計画作成日 平成27年10月10日

認定日 平成28年4月5日 認定の有効期間 平成28年3月1日 ~ 平成29年3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：支援を受けながら、自宅での生活を続けたい。 進行する病気なのでうまく付き合いながら自分ができることは頑張りたい。							
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>ご本人様の意向を確認しながら、今の生活を継続できるよう支援していきます。</li> <li>また、サポートさせていただき関係機関と連携を図りながら、安心していただける良質なサービスを提供できるように努めます。</li> </ul>							
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28年6月18日	利用者同意欄	B	B			

利用者名 B 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
病気に留意しながら健康に過ごしたい	健康が維持できる (H28. 7. 1~H29. 3. 31)	適切な医療・看護が受けられる (H28. 7. 1~H28. 12. 31)	診療・療養指導等		定期通院 訪問診療	〇〇大学病院 △△クリニック	2か月に1回 必要時	6カ月 6カ月
			健康管理等 筋力等低下予防のリハビリ		訪問看護 訪問リハビリ (医療保険)	□□訪問看護 リハビリステーション	週に3回 週に3回	6カ月 6カ月
			服薬の管理指導	○	居宅療養管理指導	▽〇薬局	必要時	6カ月
			通院時の介助		居宅介護 (通院介助)	ヘルパー事業所◇◇	必要時	6カ月
自宅での生活を続けたい	日常的に安心したサポートが受けられる (H28. 7. 1~H29. 3. 31)	生活に必要なケアが受けられる (H28. 7. 1~H28. 12. 31)	洗面・歯磨き・清拭・排泄 更衣・食事等の身体介助 掃除・買い物・洗濯 調理・整頓等家事	○	定期巡回随時 対応型訪問 看護・介護	ケアセンター●●	毎日：随時	6カ月
			居宅介護 (身体・家事援助)		ヘルパー事業所◇◇	週に3回	6カ月	
		清潔が保持できる (H28. 7. 1~H28. 12. 31)	入浴介助・爪切り 寝具交換等	○	訪問入浴介護	訪問入浴▼▼	週に2回	6カ月
		日常生活動作の維持 向上が図れる。 (H28. 7. 1~H28. 12. 31)	車いす・移動用リフト 手すり・特殊寝台	○	福祉用具貸与	福祉用具■▲	毎日	6カ月
		心配事を相談できる。 (H28. 7. 1~H28. 12. 31)	生活やサービス等の相談		介護支援専門員	ケアサポート◆◆◆	月に2回程度	6カ月
			年金や手当、手帳等の相談		相談支援専門員	〇△相談支援センター	月に1回程度	6カ月
		緊急時に助けを呼べる (H28. 7. 1~H28. 12. 31)	緊急時の通報システム		緊急通報装置 (設置済み)	□〇市 (訪問看護・消防)	必要時	6カ月
余暇等の外出ができる (H28. 7. 1~H28. 12. 31)	外出時の介助		移動支援	ヘルパー事業所◇◇	必要時	6カ月		

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28年 6月 18日 利用者同意欄 B (B)

※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。

