

事例タイトル

ケアマネージャーと訪問介護の連携を考える

議 事

<共通項目>

①「自立生活支援のための見守りの援助」について

- ・利用者と共に行う家事について、身体介護を算定する際の判断について。
- ・利用者に対する考え方が、ケアマネとサ責で大きく異なる場合、ケアプランと実際のサービスにズレが生じる。
- ・必要な方にとっては非常に重要なサービスであるが、現場においては難しい。「生活援助」と「自立生活支援のための見守りの援助」の境界。生活援助と何が違うのか。利用者のペースで家事を行えば「身体」?

②同居家族がいる利用者への生活援助について

- ・「同居家族がいる→生活援助が認められないので身体介護を適用する」という発想について。
- ・「日中独居なので、同居家族がいても生活援助を使う」の考え方について。
- ・共に行う調理(身体介護)の予定で訪問すると、利用者が風邪を引いていて一緒にできなかった。この利用者には同居家族がいる。生活援助に切り替えていいものかどうか。

まとめ

- ・身体介護として取り扱うことの目的や、利用者負担額・公的費用が上がる点についての事前説明と同意が大切である。
- ・利用者、ケアマネ、サ責、ヘルパーなど関わる人の全てが同じ目的を共有し、自立度・ADLの確認や継続的なモニタリングが重要である。
- ・ケースバイケースで、利用者や家族と話し合っ「身体介護」としている。
- ・利用者の身体には触れないが、常に声かけ、促しが必要なケースについて、実地指導で身体介護と認められた。
- ・よくわからない場合は、行政へ問い合わせる。ケアマネがケアプランについての裏付けを取る。行政が身体として認めてくれれば、安心してサービスが提供できる。

- ・利用者や家族、ケアマネ、サ責で話し合った上、適切なアセスメントを行うことが大切である。
- ・よくわからない場合は、行政へ問い合わせる。ケアマネがケアプランについての裏付けを取る。
- ・理解を深めるため、実際の事例について再度グループディスカッションを行いたい。

<ケアマネからサ責への意見等> 順不同

- ・担当者介護をしても有効な意見を聞けないことが多い。サービスについての断片的な報告だけではなく、利用者の生活全体を捉えた上で継続的な視点を持ち、正確な判断、具体的な提案ができるようになってほしい。
- ・ケアマネとの連携において、遠慮をする必要はない。少しの遠慮が後々大きなズレになってしまい、結果的に利用者に迷惑がかかってくる。日頃からのサ責、ケアマネ間のコミュニケーションは大切である。
- ・毎日同じヘルパーが入っていると、利用者の新たなニーズに気付かないことがある。サ責が定期的に訪問するなどの工夫を図り、日々の変化に対応できるようになってほしい。

<サ責からケアマネへの意見等> 順不同

- ・ケアマネのプランが柔軟性をもって作られていなければ、利用者の状況に変化があった際、その都度問題にぶつかってしまう。
- ・ケアマネに対しての報告のタイミングや方法が難しく困っている。
- ・制度的な判断が難しいケースについては、行政に問い合わせた上で利用者や事業所を守る姿勢も必要だと思う。(訪問介護から行政には直接聞きにくい。)
- ・ケアマネとの対等な関係が保てない。(営業的)
- ・利用者やその家族が介護保険制度を理解しておらず、ヘルパーを家政婦のように使おうとすることがある。制度導入時(ケアマネの初回訪問時)に制度の説明を行ってほしい。