

平成30年度訪問の多いケアプラン地域ケア個別会議報告書

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
ケアプラン提出数	5	11	6	5	4	9	2	42
地域ケア個別会議抽出数	1	1	0	2	2	(H31)	(H31)	6

	地域ケア個別会議の論点	検討内容	今後の保険者としての取り組み
1	訪問介護が提供しているサービスの内容の確認と他のサービスへの移行の可能性について	高齢のひとり暮らしで課題が多いと、身近な介護者として訪問介護の利用頻度が増えがちだが、訪問介護が提供しているケアを振り返ると他のサービスやインフォーマルサービスへの移行できる可能性も見えてきた。介護支援専門員の医療系へ苦手意識がサービスの選択に関与しているかもしれない。 プランの変更には利用者の了解も必要であり、理解が難しい利用者ではサービスが固定してからの変更が難しくなる。モニタリングやサービス担当者会議で他者や多職種の意見も聞く機会が重要となる。	○インフォーマルな社会資源として、生活支援サービス充実 ○医療と介護の連携体制の構築 ○ケアマネジメントに多職種から助言を受けられる機会の設置
2	ADLがほぼ自立している利用者に毎日の訪問介護が必要かどうか	ADLがほぼ自立している利用者については、ヘルパーを頻回に入れていることで、本人の自立の機会を奪う傾向にある。 自立支援・重度化防止の観点から、利用者の能力をアセスメントし、インフォーマルな地域資源を活用した適切なケアマネジメントが必要となる。また、ケアマネジメントするにあたってはサービス担当者会議等で多職種の意見も聞く機会が重要となる。	○ケアマネジメントにおける自立支援・重度化防止の意識啓発 ○インフォーマルな社会資源として、生活支援サービス充実
3	高齢、認知症、ひとり暮らしを支える訪問介護の提供の在り方	高齢のひとり暮らしで課題が多いと、身近な介護者として訪問介護を利用頻度が増えがちだが、訪問介護が提供しているケアを振り返ると他のサービスやインフォーマルサービスへの移行できる可能性も見えてきた。モニタリングやサービス担当者会議で他者や多職種の意見も聞く機会をもつことが重要となる。 本人や家族にケアマネジメントをうまく説明し了解を得る技術の習得も必要。	○インフォーマルな社会資源として、生活支援サービス充実 ○ケアマネジメントに多職種から助言を受けられる機会の設置 ○介護支援専門員のコミュニケーションスキルの向上
4	有料老人ホームにおける訪問介護と有料サービスの利用のしかた	家族や有料老人ホームがもつめるサービスの提供のプランではなく、介護支援専門員がケアマネジメントしたうえで、自立支援に資する、過不足ないプランを作るため、家族や有料老人ホームにケアマネジメントをうまく説明し了解を得る技術の習得も必要。	○介護支援専門員のコミュニケーションスキルの向上 ○有料老人ホーム等への自立支援・重度化防止の意識啓発
5	左半身麻痺があり、生きる意欲や向上心が低下した利用者の自立支援のありかたについて	有料老人ホーム利用していると、支援のためのサービスに意識が偏り、利用者のできないことに目が行きがちである。できることに視点を置き、利用者のADLの情報を見直すことが、具体的な目標を立てることに役立つ。 目標達成の体験が利用者の意欲の向上に寄与することから、適切な目標の設定と関係機関、本人との目標の共有が重要である。	○有料老人ホーム等への自立支援・重度化防止の意識啓発 ○介護支援専門員のケアマネジメントスキルの向上
6	要介護3、認知症ありの利用者の一人暮らしの維持と限界について	要介護3、認知症ありの利用者の一人暮らしの維持していくためには、介護サービスだけではなく、近所の住民の協力やインフォーマルな地域資源が必要不可欠である。 また、限界の見極めには本人、介護者、支援者の思いや限界点の共有が必要。遠方に住んでいる介護者に現状を正しく理解し、適切なサービス利用に理解を得るために、ケアマネジメントをうまく説明し了解を得る技術の習得も必要。	○インフォーマルな社会資源として、生活支援サービス充実 ○介護支援専門員のコミュニケーションスキルの向上