

図1 経営サービス計画書

[illegible]

かに住宅サービス事業者と連携をとるかが重要である。なぜなら住宅サービス事業者のほうが、住宅介護支援事業者よりサービス利用者本人の状態を把握しやすい位置にあるからである。

現在、多くの居宅サービス事業者は、不連続なサービス計画の中でサービス提供を実施している。保健・医療・福祉の連携、チームアプローチを掲げる介護保険制度を成功させるには、介護支援専門員の居宅サービス事業者との連携密度にある。居宅サービス事業者と「連携・連続性の具体化」をすることは、業務の流れの手順を明確にし、標準化したシステムを作ること必要である。

解説

介護保険制度には個々の要介護者等に対して保健・医

療・福祉サービスの連携を促進していくという目的も含

そのため、サービス担当者会議を開催したり、各種の組織を介在してではあるが、全道連は専門員が住宅サービス計画を作成したりする。この連統のもことで個々の居住サービス事業者が個別援助計画を作成するのを義務付けることによって連統を図ろうとしている。この組織の連統性は、コンピュータのオンライン、ファクス、手渡しといった形をとることによって、連統が図られることになる。

しかしながら、この両者の連携を促進する方法について十分に機能しているとはいえない状況にある。今回は、2点目の介護支援専門員の居宅介護サービス計画書と訪問介護計画書がいかに関係性を持って実施されるかについて言及した事例である。

図2 調問サービス計画書(変更後)

利用施設		M.S.さん						
時刻 (時刻 ・分)	月	火	水	木	金	土	日	
4:00								
9:00	訪問介護(家事) 生活支援	訪問介護(療育) 生活支援		訪問介護(療育) 生活支援	訪問介護(家事) 生活支援	訪問介護(療育) 生活支援		
12:00			通所介護		訪問看護			
14:00	訪問看護	訪問介護(療育) 生活支援						
16:00			訪問介護(家事) 生活支援					
18:00			訪問介護(療育) 生活支援					
20:00			配食サービス					
22:00								
24:00								

利用施設 ①療育施設 ②訪問看護 ③通所介護 ④療育施設 ⑤入浴介護 ⑥通所介護 ⑦訪問看護 ⑧福祉介護 ⑨福祉介護 ⑩福祉介護
 ⑪福祉介護 ⑫福祉介護
 事業施設 ⑬福祉介護 ⑭福祉介護 ⑮福祉介護 ⑯福祉介護 ⑰福祉介護 ⑱福祉介護 ⑲福祉介護

1 介護支援専門員と訪問介護の関係

私事になる。十数年前、初めてアメリカのケースマネジメント(ケアマネジメント)機関を訪ねたとき、ケアマネジャーがアセスメント用紙やケアプラン用紙を作成するに当たって相手のカーボン付きの用紙に書き留めていたのを見て、最初、なぜそのように用紙に書かされているのか分からないが、その後、ケアサービスセンターを訪ねたときにその疑問は解決した。ケアマネジャーの書いた用紙の写しがそこに届けられていたからである。そしてケアマネジャーのケアプランに基づいてケアサービスセンターがサービス計画を作成し実行していた。このような用紙を介した連携に感謝した体験を思い出す。

日本でも同様の状況が介護保険制度の中で可能になった。介護サービス専門には居宅サービス事業所に利用者のニーズを依頼する際にも、単にサービス提供側を満足させるだけではなく、利用者から情報開示の了解を得ることが前提であるが、アセスメント用紙がないに居宅サービス計画書が交付されないといけない。本事例はこうした過程を経て、居宅サービス計画を介して訪問介護計画が作成されている。そこには、十数年前アメリカで学んだのと同一状況が繰り返されているといえる。

ただ、表3の個別援助計画書の作成は主任ヘルパーが実施することになるが、介護支援専門員から得た用紙による情報だけでは、例えば経済状況について正確につか

ない。そこで再度家庭訪問を行い、個々のサービス内容を中心としたアセスメントによる現状や問題点を記録し、さらには個々の望ましい行動目標や処置方法などに基づき留意点を作成し、最終的に本人や家族からの了解を得て実施することとなる。この活動が連携計画書で家族や問題児のアセスメントとなっているが、さらに望ましいことは「本人のできる能力や意欲」といったことも記すことで、本人の潜在的な力を発揮させたいヘルパー業務内容となることが重要なポイントになる。

2
個別援助計画とサービス提供記録の関係

訪問介護員は訪問介護計画書に基づいてサービスを日々具体的に実施することになる。その際にサービス提供記録を作成しなければならない。これは個別援助計画に記された業務を漏れることなく実行したかどうか、何か問題がなかったかどうかを日々確認することである。そして、訪問介護員が実施したことについて、本人や家族に確認することになる。

訪問介護員にとっては訪問介護計画書で書かれている内容が常に頭に入っていないといけないが、本サービス提供記録には「現状と問題点」「ケア目標・方法と留意点」が訪問介護計画書からコピーされている。これに基づいて日々の業務が実施されるため、スムーズに業務を進行できるといふ点で、このサービス提供記録用紙は高く評価できる。

ただし、こうした用紙がであることによつて該開会議員

圖3 訪問介護計画書

[illegible]

の業務がより明確になったとしても、こうした実施を実施していくに当たっては、具体的なサービスを実施するマニュアルが不可欠となる。例えば表の「入浴介助」の項目を見えるるとすれば、「衣服の着脱」に始まり「移動の介助」「入浴」「シャワー浴」「洗髪」といったことを、具体的にどう展開するのかは介護職員が個別介護事業所に伝えられており、その内容すべてが個別介護職員が把握していることが不可欠である。すべて介護職員が介護技術やマニュアルも含めて身につけた上でこうした用紙があつてこそ、初めて質の高いサービス提供が可能となる。

3 どうすれば居宅サービス計画と個別援助計画は連携するか

本事例を通じて、居宅サービス計画と訪問介護計画が、うまく連携しながら訪問介護サービスが提供されていることが理解できた。そこでこうした連携を可能にする条件を明らかにしておく。第1には、本事例でも明らかにしたように、各種用紙の開設が不可欠である。すべてのケースについて用紙の開設を異なる専門職が関わることで、その用紙の足割や内容は利用者に常に確認を取りながら

図4 サービス提供記録

科目名	M.S. #	サービス大要(単位)	年次	単 位	学 期	日 (本)	(時間)	履 修 注 意	担当/備考
基礎サービス	ナビ1(履修)	履修ナビ1	1	1	秋学期	2016	32	① 履修ナビ1が卒業 ② 履修ナビ2が卒業 ③ 卒業後履修	
1.社会生活		1. 社会生活							履修と履修方法
2.社会生活		2. 社会生活							履修と履修方法
3.社会生活		3. 社会生活							履修と履修方法
4.社会生活		4. 社会生活							履修と履修方法
5.社会生活		5. 社会生活							履修と履修方法
6.社会生活		6. 社会生活							履修と履修方法
7.社会生活		7. 社会生活							履修と履修方法
8.社会生活		8. 社会生活							履修と履修方法
9.社会生活		9. 社会生活							履修と履修方法
10.社会生活		10. 社会生活							履修と履修方法
11.社会生活		11. 社会生活							履修と履修方法
12.社会生活		12. 社会生活							履修と履修方法
13.社会生活		13. 社会生活							履修と履修方法
14.社会生活		14. 社会生活							履修と履修方法
15.社会生活		15. 社会生活							履修と履修方法
16.社会生活		16. 社会生活							履修と履修方法
17.社会生活		17. 社会生活							履修と履修方法
18.社会生活		18. 社会生活							履修と履修方法
19.社会生活		19. 社会生活							履修と履修方法
20.社会生活		20. 社会生活							履修と履修方法
21.社会生活		21. 社会生活							履修と履修方法
22.社会生活		22. 社会生活							履修と履修方法
23.社会生活		23. 社会生活							履修と履修方法
24.社会生活		24. 社会生活							履修と履修方法
25.社会生活		25. 社会生活							履修と履修方法
26.社会生活		26. 社会生活							履修と履修方法
27.社会生活		27. 社会生活							履修と履修方法
28.社会生活		28. 社会生活							履修と履修方法
29.社会生活		29. 社会生活							履修と履修方法
30.社会生活		30. 社会生活							履修と履修方法
31.社会生活		31. 社会生活							履修と履修方法
32.社会生活		32. 社会生活							履修と履修方法
33.社会生活		33. 社会生活							履修と履修方法
34.社会生活		34. 社会生活							履修と履修方法
35.社会生活		35. 社会生活							履修と履修方法
36.社会生活		36. 社会生活							履修と履修方法
37.社会生活		37. 社会生活							履修と履修方法
38.社会生活		38. 社会生活							履修と履修方法
39.社会生活		39. 社会生活							履修と履修方法
40.社会生活		40. 社会生活							履修と履修方法
41.社会生活		41. 社会生活							履修と履修方法
42.社会生活		42. 社会生活							履修と履修方法
43.社会生活		43. 社会生活							履修と履修方法
44.社会生活		44. 社会生活							履修と履修方法
45.社会生活		45. 社会生活							履修と履修方法
46.社会生活		46. 社会生活							履修と履修方法
47.社会生活		47. 社会生活							履修と履修方法
48.社会生活		48. 社会生活							履修と履修方法
49.社会生活		49. 社会生活							履修と履修方法
50.社会生活		50. 社会生活							履修と履修方法
51.社会生活		51. 社会生活							履修と履修方法
52.社会生活		52. 社会生活							履修と履修方法
53.社会生活		53. 社会生活							履修と履修方法
54.社会生活		54. 社会生活							履修と履修方法
55.社会生活		55. 社会生活							履修と履修方法
56.社会生活		56. 社会生活							履修と履修方法
57.社会生活		57. 社会生活							履修と履修方法
58.社会生活		58. 社会生活							履修と履修方法
59.社会生活		59. 社会生活							履修と履修方法
60.社会生活		60. 社会生活							履修と履修方法
61.社会生活		61. 社会生活							履修と履修方法
62.社会生活		62. 社会生活							履修と履修方法
63.社会生活		63. 社会生活							履修と履修方法
64.社会生活		64. 社会生活							履修と履修方法
65.社会生活		65. 社会生活							履修と履修方法
66.社会生活		66. 社会生活							履修と履修方法
67.社会生活		67. 社会生活							履修と履修方法
68.社会生活		68. 社会生活							履修と履修方法
69.社会生活		69. 社会生活							履修と履修方法
70.社会生活		70. 社会生活							履修と履修方法
71.社会生活		71. 社会生活							履修と履修方法
72.社会生活		72. 社会生活							履修と履修方法
73.社会生活		73. 社会生活							履修と履修方法
74.社会生活		74. 社会生活							履修と履修方法
75.社会生活		75. 社会生活							履修と履修方法
76.社会生活		76. 社会生活							履修と履修方法
77.社会生活		77. 社会生活							履修と履修方法
78.社会生活		78. 社会生活							履修と履修方法
79.社会生活		79. 社会生活							履修と履修方法
80.社会生活		80. 社会生活							履修と履修方法
81.社会生活		81. 社会生活							履修と履修方法
82.社会生活		82. 社会生活							履修と履修方法
83.社会生活		83. 社会生活							履修と履修方法
84.社会生活		84. 社会生活							履修と履修方法
85.社会生活		85. 社会生活							履修と履修方法
86.社会生活		86. 社会生活							履修と履修方法
87.社会生活		87. 社会生活							履修と履修方法
88.社会生活		88. 社会生活							履修と履修方法
89.社会生活		89. 社会生活							履修と履修方法
90.社会生活		90. 社会生活							履修と履修方法
91.社会生活		91. 社会生活							履修と履修方法
92.社会生活		92. 社会生活							履修と履修方法
93.社会生活		93. 社会生活							履修と履修方法
94.社会生活		94. 社会生活							履修と履修方法
95.社会生活		95. 社会生活							履修と履修方法
96.社会生活		96. 社会生活							履修と履修方法
97.社会生活		97. 社会生活							履修と履修方法
98.社会生活		98. 社会生活							履修と履修方法
99.社会生活		99. 社会生活							履修と履修方法
100.社会生活		100. 社会生活							履修と履修方法

ら進めることで、確立していくことができる。

第2には、介護支援専門員の居宅サービス計画に対する他の専門職からの信頼の高さが求められる。正確な生活ニーズを捉えた上で、実施しなければならない業務を居宅サービス事業者に適切に依頼できるかどうかのポイントとなる。連携ができていない多くの理由に、介護支援専門員と個々の介護サービス事業者との信頼関係が乏しくある。そのための関に居宅サービス計画と個別援助計画を伴ったことが起こっている。遂に例えば専門職間と民間係が生じており、介護支援専門員と居宅訪問介護員は互いの専門性を認め合い評価し合える関係が求められる。

第3には、介護支援専門員の個別援助計画に対する責任についてである。本事例は同法人内での連携についてであるが、ときには他法人の事業者との連携も必要になってくる。この場合連携は一層難しくなる。その際に、介護支援専門員は、ただ居宅サービス計画書で依頼をするだけではなく、個別援助計画作成での支援といった能力も求められる。適切な個別援助計画を作成していく上で協力できる力が求められる。これは自ら作成した

居宅サービス計画によって行われるサービスに対して、介護支援専門員にも一部責任が課せられるからである。

4 居宅サービス計画の内容について

本事例は海そうの施設等が同様に becoming であるが、訪問看護による海そうの巡回や、訪問介護員の海そうに配達した介護が行われている。こうした配達や海そうとの結びつきについて、また、海そうへの対応といつでものタクシンの活用にも触れることが可能である。そういうことが居宅サービス計画に書かれていてもよいのではない。糖尿病については保健室の管理とも結びついている。その意味では、食事の内容や配食サービスについても、こうした観点に配慮した居宅サービス計画が求められるのではないだろうか。これは一例であるが、居宅サービス計画がきちんと書けないければ、訪問介護員等による個別訪問計画に多大な影響を与える。その意味では介護支援員が居宅サービス計画をきちんと立てることが、訪問介護員の個別訪問計画をよりよいものにするのに上りの基本である。