

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務関係

事例15 独自の申し送り手順と様式の活用による居宅介護支援事業所との円滑な連携

【地域包括支援センター名】	東京都世田谷区砦あんしんすこやかセンター	
運営形態	委託	
日常生活圏域人口	37,786人	
日常生活圏域高齢化率	17%	
職員数	保健師等	1人
	社会福祉士	1人
	主任介護支援専門員	2人
	その他	—

(平成20年10月1日現在)

【事例の内容】

●申し送り手順と様式の作成

地域のケアマネジャーに、担当利用者が要支援に認定された場合のあんしんすこやかセンターとのやりとりについて、問題点や改善の提案がないかアンケートをとった。そこから、あんしんすこやかセンターごとに対応が違うなどの意見を確認した。

地域合同地区包括ケア会議において、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターで、要支援⇄要介護の移動の際の申し送り手順について話し合った。双方が手順を確認しあったことで混乱が減少した。

上記の内容をもとに、センター内で独自の申し送り手順と様式を作成した（資料1 プラン引き継ぎ手順、資料2 申し送り表、資料3 新規認定者受け入れシート）。

手順が確立されたことで、漏れがなくなり、円滑に申し送りができるようになった。

要支援の認定がおりた時点ですぐ、担当ケアマネジャーとあんしんすこやかセンターが直接連絡をとり、注意事項や今後の方針を確認するようにしたことで、混乱が減少した。例えば利用者が認定に不満を持っている場合、その他配慮が必要な場合は、その時点で話し合いが持てるためである。

資料1 プラン引継ぎ手順

平成18年7月

プラン引継ぎ手順

	引継ぐ側になった場合	引き継がれる側になった場合	
目的	担当者・担当事業所が変わっても、継続的なマネジメントが実施されること。(状態の変化に応じたサービスが、切れ目なく提供されること。介護目標や対応方法が一貫しており、利用者が安心して生活を続けられるようにすること)		
留意事項	① 利用者に承諾を得る。また、不安感を除去する。 ② 個人情報の取り扱いに注意する。 ③ 必要な情報を適切に引き継ぐ。 ④ 引継ぎの時期を明確にする。		
① 利用者対応	<ul style="list-style-type: none"> 担当変更の可能性が出た時点 および担当変更が決定した時点で、変更について説明し、承諾を得る。 (なるべく早く説明しておく) 	<ul style="list-style-type: none"> 担当変更が決定した時点で即連絡を入れ、挨拶をする。 (時間をあけずにコンタクトを取り、利用者を待たせない) 	
② 個人情報	<ul style="list-style-type: none"> 必要な機関にのみ提供する。 		
③ 必要な情報	<ul style="list-style-type: none"> サービス計画書・利用票・別表 申し送り表 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> キーパーソン 対応に際しての注意事項 (今まであったトラブル) 初回訪問時の注意事項 その他特記事項 </td> </tr> </table> 	<ul style="list-style-type: none"> キーパーソン 対応に際しての注意事項 (今まであったトラブル) 初回訪問時の注意事項 その他特記事項 	<ul style="list-style-type: none"> 左記の項目について、引継ぎ側に情報を依頼する。
<ul style="list-style-type: none"> キーパーソン 対応に際しての注意事項 (今まであったトラブル) 初回訪問時の注意事項 その他特記事項 			
(関連事業者へ)	<ul style="list-style-type: none"> 引継ぎ先事業者、引継ぎ時期について連絡する。 	<ul style="list-style-type: none"> 関連事業者にも即連絡を入れ、挨拶する。 	
④ 時期	<ul style="list-style-type: none"> 明確にし、利用者・引継ぎ先・関連事業者に連絡する。 	<ul style="list-style-type: none"> 明確にし、利用者・引継ぎ元・関連事業者を確認する。 	
⑤ 引継ぎ後	<ul style="list-style-type: none"> 引き継ぐ前に、利用者・引継ぎ先・関連事業者に、何か問題があったら連絡するよう伝えておく。 	<ul style="list-style-type: none"> すぐに担当者を決定し、ケアマネジメントの流れにのせる。 	

資料2 申し送り表

様	←	<p>砧あんしんすこやかセンター</p> <p style="text-align: right;">担当 _____</p> <p>〒157-8575 世田谷区砧3丁目9番11号 Tel 03 (3416) 3217 Fax 03 (3416) 3216 事業者番号 1301200158</p>
---	---	--

申し送り表

下記の方について申し送りいたします。ご不明な点・問題点等ございましたら、担当者までお問い合わせください。サービス計画書・利用票・別表を添付いたしました。

平成 年 月分から よろしくお願ひいたします。					
利用者 氏名		住 所		TEL	
キ-パ-リ- 氏名	(続柄)	住 所		TEL	
対応に関する注意事項					
初回訪問時の注意事項					
その他特記事項					
確認欄	送付日：平成 年 月 日	送付者：	送付チェック <input type="checkbox"/>		

資料3 新規認定者受け入れシート

新規認定者 受け入れシート				受付日		担当者
				20年 月 日 ()		
氏名		通知日		現段階のサービス利用	有	無
介護度	非該当 支援1 支援2 申請中	認定期間				
住所				電話番号		
居宅支援事業所				担当ケアマネ		
今後の対応	予防給付プラン作成 ⇒ プラン作成欄へ 実態把握 ⇒ 訪問予定： 月 日 () 必要なし ⇒ 理由： その他 ⇒					
キーパーソンの注意事項・初回訪問の注意事項他						
				施設長	職員	職員

プラン作成	実施日	備考		
ケアマネに申し送り・本人への説明依頼（引継ぎ手順参照）				
予防給付ケアプラン台帳入力				
ファイル作成				
本人連絡（初回訪問日設定）				
事業者連絡				
アセスメント（基本情報・介護予防支援アセス表・アセス総括）				
医療情報確認				
介護予防支援契約締結				
区に計画作成依頼届 提出				
サービス担当者会議				
サービス計画書作成（利用者確認を含む）				
		施設長	職員	職員



モニタリング管理へ

事例16 医療系情報の収集・提供による療養病床の再編等への対応

【保険者名】	B地域包括支援センター	
運営形態	委託	
日常生活圏域人口	26,360人	
日常生活圏域高齢化率	18.7%	
職員数	保健師等	1人
	社会福祉士	1人
	主任介護支援専門員	1人
	その他	－

(日常生活圏域人口及び高齢化率は平成20年4月1日現在、職員数は平成20年10月1日現在)

【事例の内容】

●個別相談時の医療系情報の提供

施設療養から在宅療養となる方が増えることで、在宅での医療系サービスニーズがさらに高くなると思われる。そこで、個別相談のときに、近くかかりつけ医を見つけ、日頃から良く相談しておかれることを勧めている。

個別相談は、家族からの電話やセンター来所時に行っている。在宅医療電話相談センターを案内したり、必要に応じて訪問診療や訪問看護などの医療系情報について案内している。

●医療機関との連携強化・医療情報の収集整理

介護サービスと医療機関との連携強化のため連絡会や交流会を企画している。医師会主催のフォーラムやシンポジウムに参加し、情報収集も行っている。

また、今後訪問診療を受けてくれる医療機関の拡充が急務であり、地域の開業医にその都度往診の打診をしている。地域の医療マップを作成するとともに、訪問診療医療機関情報をスムーズに提供できるように整理することを心がけている。

地域医療マップについては、地域の民生委員より病院までの道路状況や階段の有無など細かな情報をいただき、「お助けマップ」として作成している。

訪問診療については、利用されている方から情報をいただくなどし、職員間での情報の共有を行っている。