

9 平成31年度・令和元年度 かねやまホーム居宅介護支援事業所事業報告

《基本事項》

要介護者となっても、住み慣れた地域で、家族や地域の方々の協力を得ながら、尊厳を保持して生活できるよう支援する。

医療機関や行政、サービス関係機関と連携し、適切な援助を受けられるよう、適切な支援にあたる。

《重点事項》

1. 自立生活の実現（ご利用者との関わり）

① ご本人の身体や精神・家族状況、生活の様子や環境を把握し、適切なサービス計画を提案する。

月1回の自宅訪問や、サービス利用時に事業所を訪問することで、生活の様子や体調を確認し、ご本人の気持に寄り添い援助することができた。

家族の意見要望が中心となるサービス利用とならないよう、サービス計画を提案したが、介護者寄りの計画となってしまうことも多くあり、今後の課題も残った。

② ご本人の思いを大切に、住み慣れた自宅や地域での生活が継続できるよう、地域の社会資源を活用し援助する。

地域全体が高齢化となっていることもあり、近隣の見守りも出来なくなっているのが現状である。訪問中に会う地区の方にはきちんと挨拶をし、地域の協力が得られるように努めた。新型コロナウイルスの影響もあり、ご近所との関わりや訪問時の感染予防にも注意し援助した。

2. 医療との連携

① 医療機関への定期受診の継続により、健康状態の維持につながることを伝え、重度化予防に取り組む。

診療所や県立宮下病院の看護師との連携を行い、情報を共有し、状態の安定につながるよう援助した。状態の変化など見られる時には、事前に病院看護師に状態を報告し、受診につなげることができ、悪化を予防することができた。

② 入退院時は、医療機関と連絡を行い調整することで、在宅復帰につながる援助に取り組む。

病院やご家族から連絡を受け、状態をきちんと把握し、サービス事業所の協力も得ながら援助することができた。入院時の情報提供をすることで、退院時のサマリーをいただき、援助での注意点など確認することができた。

③ 医療機関への情報提供や打ち合わせを行うことで、加算取得にもつなげる。

病院やご家族より入院の連絡があった時には、速やかに情報提供シートを送り、加算につなげることができた。繰り返し入院する方の情報提供は、病院との打ち合わせをし、行わないこともあった。

3. 専門職としての適切な支援の提案と信頼関係の構築

- ① 居宅サービス計画には、介護保険利用のみでなく、地域とのかかわりを大切に、社会資源を有効活用できるよう取り入れ作成する。

介護サービス利用と併せて、民生委員やご近所、知人の協力もお願いし、計画書作成につなげている。地域での支えあいの援助にも心がけた。本年1月からは職員の減少により、ご利用者に不安を与えることもあったかもしれないが、担当者の枠を超えた声掛けにより、安心を促し援助した。