

より良いサービス提供を目指して  
～連携の取り方を考える～

老人保健施設 昂： 昂入所・ショートステイ 昂・  
デイサービス 昂・ 昂指定居宅介護支援事業所  
○尾上朋子・久米崇史 久保はるな 大塚美穂  
武知孝典 笹原明美 光田奈津子

【はじめに】

老人保健施設が昂在宅復帰型施設となり、老健入所＝支援の終了ではなくなった。相談員も入所受け入れ後から3～6か月先の退所を見越して、次の受け入れ先との連携が必要となっている。

また H27 年介護報酬改定にて、通所介護は利用者の居宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成しその後は3ヶ月に1回以上、利用者の居宅を訪問した上で利用者・家族に対し訓練内容と計画の進捗上向等を説明し、内容の見直しを行う事が必要となり、通所リハビリは生活行為向上リハビリが導入され、利用者が料理や買い物などの生活行為や地域での活動への参加が可能となるように目標を設定するようになり支援を行う上で各部署での連携がさらに重要となった。

【現状と課題】

現在は医療機関・施設・包括支援センター・利用者様などから依頼を受けたケアマネジャーが発信元となり入所・通所・ショート等に情報を送り、サービスの調整を行って

いる。

ケアマネジャーから送られた情報をもとに各部署独自のフェースシートに相談員が記入し、現場へ情報を届けているが入所系サービス⇔通所系サービスで情報交換を直接行う機会はあまりなかった。

そのような背景もあり、急な調整を求められたとき、情報を収集するのに時間を要する事が多かった。

【まとめ】

老人保健施設 昂で相談業務に関わっているスタッフで話し合いの場を持ち、質の高いサービスを提供するためには今後どのような連携を取っていけばよいのかを検討し緊急時に使用するフェースシートの考案やそれぞれが得た情報をどのように伝達すれば十分に現場に伝わるのかを考えた。