

1. 基本方針

介護保険法に基づき、ご利用者が要介護状態になった場合でも可能な限り、住み慣れた地域において自分らしい生活を継続するため、①高齢者の自己決定権の尊重（高齢者の尊厳）、②自立支援、③在宅生活の継続を目指し、ご利用者の心身の状況に応じ、適切な居宅サービスが利用できるよう、一人ひとりに多職種が連携し、継続的にフォローアップしていく。また、生活機能というプラス面からみるよう視点を転換し、「問題」を「意欲」に繋げていく。

(1) 自立支援

ご利用者が要介護状態になっても、可能な限りできる範囲で、自分らしい生活を営むことができるよう、自ら主体的に・積極的に参画し、自分のための人生を創っていくことを支援する。

(2) 利用者主体

ご利用者の現況や状態、生活等に於いて、当人の望みを十分に把握し、それを踏まえ最もふさわしいサービスを提供できるよう支援する。

(3) ケアマネジメント

一人のご利用者が居宅と施設サービスを受ける際、その時期や場所等、担当する専門員の違いなどにより、一連のサービス提供を分断されたものに理解することがないよう、連携を密に持ち、一連の継続したケアを提供できるよう支援する。

(4) ネットワーク

ご利用者の選択に基づき、適切な保健・医療・福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるように、連絡調整を行っていく。

2. 具体的な施策

(1) ご利用者のケアプラン作成への主体的な参加（介護支援専門員との協働）

ご利用者や家族が、自立に向け主体的に参加して頂き、説明及びアセスメントを行うなかで、自分の問題状況を分かち合い、共に歩んでくれるよう一緒にケアプランを作成していく。

(2) 住み慣れた自宅生活への支援

介護を要するご利用者が、受けているケアを維持しながら自立した生活を営む本拠は、居宅と地域社会であると考え。施設や病院への入居・入院は、一時期及び緊急的な利用であるため、住み慣れた落ち着いた場所（地域や居宅）で介護支援を受けられるよう、継続的に支援する。

(3) サービス担当者会議の充実

質の高いケアマネジメントを実践するため、サービス担当者間で、ご利用者の状況に関する情報を共有すると共に、専門的な見地からの意見交換を行いサービスの調整を図る。

3. 重点事業内容

(1) ケアマネジメント

① 課題分析（アセスメント）実施

ア. サービスへの希望確認

イ. 心身の状況、置かれている環境等から生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の分析・把握

② ケアプラン原案作成

ア. サービスの目標及び達成時期の確認

イ. サービスの内容、種類、頻度の確認

③ サービス担当者会議（ケアカンファレンス）

ア. 要介護更新認定、変更認定時に開催

イ. ご利用者及び家族とサービス提供事業者が同席参加

ウ. ニーズ・サービス計画の確認

④ ケアプラン確定

ア. ご利用者等の同意の確認

イ. 居宅サービス計画（第1・2・3及び7・8表）をご利用者及び担当者全員に交付

ウ. サービス計画に基づくサービス実施

⑤ モニタリングの実施

ア. 月1回以上ご利用者の居宅を訪問

イ. 原因、状態、問題、意欲の変化やサービス実施状況等の継続的な把握

ウ. 目標達成に関する評価

エ. 実施状況の把握（モニタリング）の記録を毎月記録

オ. 必要に応じたケアプランの見直し。

(2) 在宅介護への支援と介護支援専門員の質の向上

① 介護者へ介護技術やその方法を指導（介護教室等により、介護相談の開催）

ア. 在宅介護方法や介護負担軽減のメンタルケア相談等

イ. 機関紙等により、制度改正等のお知らせ（2ヶ月1回、居宅利用者へ発行）

② ケアカンファレンスの充実（月1回、事業所内での検討会）

ア. 新規及び困難ケースご利用者のケース検討会

イ. 居宅事業所内でのご利用者の情報交換とプラン検討

③ ケアマネジメント学習会（職員研修・事業所内学習会開催）

ア. アセスメント～ケアプラン作成の学習

イ. 資源の発掘と活用の学習

④ 各サービス事業所との連絡調整と相談

ア. 各サービス事業所のご利用者の把握と調整を行うため、担当者を決めスムーズな連絡調整を図れるようにする。

イ. ご利用者の把握と帳票、会議等の確認

4. 職員配置

所長1人、介護支援専門員4人