

平成20年度 いいたて在宅介護支援センター
指定居宅介護支援事業計画

1. 基本方針

介護保険の基本理念である「高齢者の自己決定権の尊厳」「自分らしい生活の継続」及び「自立支援」を基本とし、常に利用者の意向をふまえ、自立支援に向けた居宅サービス計画を作成しそのプランに従ってサービスが提供されるよう多種多様の事業者と調整し、在宅での生活が継続できるよう支援していく。

(1) 利用者・家族の信頼を得る

利用者のケアプラン作成を立案するにあたり、利用者とその家族との信頼関係を得るためにコミュニケーションを大事にする。

(2) 利用者・家族の課題を正確にとらえる

利用者・家族の抱える課題を正確にとらえるため、アセスメントを正確に行う。

(3) 利用者・家族への情報提供をする

利用者・家族が必要としている制度情報やサービス情報を適切に提供する。

(4) モニタリングを行う

毎月、モニタリングを行い常に状況を把握し状態にあったサービスが提供できるよう努める。

(5) 利用者の立場に立つ

常に利用者の立場に立ち対応することに努める。

2. 具体的な施策

《ケアマネジメントの充実》

(1) アセスメント(課題分析)

利用者・家族の意向等を把握し、解決すべき課題や生活行為等に対する可能性を抽出し、それらに基づく目標を導き出す。また、得られた情報はケアマネジメントの中核とし、利用者の状態像を十分に把握する。

(2) サービス担当者会議(ケアカンファレンス)

利用者・家族・サービス事業所が参加することにより、生活への要望や課題を直接会って確認することでその思いをチーム全員が共有できると共に、利用者や家族が「支援チーム」に支えられているという実感をもってもらおう。

(3) モニタリング(サービス実施状況の把握及び評価)

モニタリングは利用者に対する継続的なアセスメントでもあり、利用者や家族の要望や苦情を口に出せるような関係を築いていくとともにサービスの実施状況も確認する。

(4) 居宅サービス計画の見直し(再アセスメント)

モニタリングの結果から、ケアプラン変更の必要性が生じたら、その内容を確認し利用者の状態の変化及びニーズを把握し再アセスメントを行い居宅サービス計画を見直し作成する。

(5) 給付管理

サービス提供事業者からサービスの実績報告を受け、内容を確認し「給付管理票」を作成し翌月10日までに県の国民健康保険団体連合会に提出する。

3. 重点事業目標

(1) ケアマネジメントの充実

- (2) ケアマネジメントの基本プロセスの充実
アセスメントを十分に行い、利用者の状態像を十分に把握する。
- (3) サービス担当者会議の充実
サービス担当者がケア方針をもたないまま各サービスが提供されないよう、ケアプランに組み込まれたサービスが要介護状態の維持と改善につながるようにする。
- (4) 主治医をはじめとした他職種連携の充実
利用者の生活課題の解決に至るよう、主治医をはじめさまざまな生活援助サービスとの連携を十分とる。
- (5) 継続的なケアマネジメントの充実
利用者の状態の変化に応じて、継続的に適切なサービスが提供されるように支援し、在宅と病院の間で入退院を繰り返す場合等の利用者にも継続的なケアマネジメントが実施できるよう努める。
- (6) 公平・中立性
居宅介護支援事業所が施設に併設されていることから、ケアプランに併設事業所のサービスがかたよらないようにする。

4. 介護支援専門員の資質・専門性の向上

- (1) 専門知識・技術向上を図る。定期的な演習研修を受講し、利用者に適切なケアマネジメントが行えるよう努める。
- (2) 利用者から不満や苦情があれば、迅速かつ適切な対応を図れるようにする。
- (3) 秘密保持厳守、及び個人情報の取り扱いを適正に行う。
- (4) 困難事例ケース検討、及び新規ケースの情報の共有することで、事業所全体で当事業所居宅依頼ケースのケアに取り組む。

5. 在宅介護への支援

- (1) 介護保険制度及びサービス内容の周知をする。
- (2) 介護方法及び社会資源の利用についての周知をする。
- (3) 行政区単位の介護者の集いを開催し、介護者のメンタルケアの充実を図る。

6. 各関係機関との連携の強化

- (1) 地域包括支援センターを始め、各関係機関との連携を密にし利用者のニーズに沿ったケアマネジメントが行えるよう努める。

7. 職員配置

所長 1名 介護支援専門員 4名