

平成22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所事業計画

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、常にご利用者の意向を踏まえ、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ながら、在宅での生活が継続できるよう支援していく。

(1) 信頼を得る

ご利用者とそこご家族の方とのコミュニケーションを重視し、おかれている立場の把握や内外的な要因を取り除くことによって信頼関係を得る。

(2) 課題を正確に捉える

アセスメントを正確に行うことによって、ご利用者及びご家族の方の抱える課題や問題と向き合う。

(3) 情報提供をする

今、必要とされる介護保険制度やサービス提供等の情報を適切に詳しく説明する。

(4) モニタリングを行う

毎月、正確な身体の状態や生活環境等を把握し、その方の状態にあったサービスを提供できるよう定期のモニタリングに努める。

(5) ご利用者の立場に立つ

常にご利用者の立場に立ち、何が今必要とされているかを一緒に考え、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）

ご利用者及びご家族の方の意向等を把握し、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）

ご利用者及びご家族の方、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、ご利用される側が「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、ご利用者に対する継続的なアセスメントでもあり、ご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、その内容を確認しご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) 事業所加算の算定

##### ① 医療連携加算

・ ご利用者が入院するにあたり、入院先の職員に対し、心身の状況や生活環境等必要な情報を提供する。

##### ② 退院・退所加算

・ 退院にあたり、入院先の職員と面談を行い、必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの利用に関する調整を行う。

##### ③ 認知症加算

・ 日常生活に支障をきたす恐れのある症状、若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の方に対して居宅介護支援を行う。

##### ④ 独居高齢者加算

・ 独居のご利用者に対して居宅介護支援を行う。

#### (2) 特定事業所集中減算の提出

##### ① 年2回の報告

・ 3月～8月の集計を9月10日まで提出。  
・ 9月～2月の集計を3月10日まで提出。

#### (3) 標準担当件数

① ケアマネージャー1人当たりの標準担当件数（毎月の請求件数）を39件とする。

#### (4) 申請代行業務

① 要介護3～5までのご利用者に対し、家族介護用品給付申請の説明と申請代行を行う。

② 住宅改修希望のご利用者に対し、介護保険制度で改修該当・非該当の部分について説明を行う。また、ご利用者と住宅改修業者との連絡調整を行い、その後行政へ申請代行を行う。

③ 介護保険で購入できる特定福祉用具対象品の説明を行い、福祉用具購入費支給申請の代行を行う。

### 4. 介護支援専門員の資質・専門性の向上

#### (1) 専門知識及び技術向上を図る。

専門職としての、業務を的確に行なえるよう内外的な研修に参加し、資質向上に努める。

#### (2) 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。

受付時の対応について、相手に不快感を与えない様に対応する。

#### (3) 秘密保持厳守、及び個人情報の取り扱いを適正に行う。

言動や行動に注意し秘密保持厳守に努める。

(4) 困難事例ケース検討、及び新規ケースの情報を共有することで、事業所全体で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) 地域包括支援センターが主催する介護教室に参加し、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ニーズに沿ったケアマネジメントが行えるよう努める。
- (2) 地域包括支援センターと随時困難事例等の検討会を開催し情報を共有する。

#### 7. 職員配置

所長 1名、介護支援専門員 3名