

平成27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

ご利用者とその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的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) 利用者及び家族に対して、避難先の福祉サービス情報を提供し、希望するサービスを選択して頂き、サービス利用に繋げる。

- ① 避難先のサービス事業所一覧の配布
- ② 避難先のインフォーマルサービスについての情報提供

(2) 月1回のモニタリング以外に電話連絡で状態を常に把握し、避難先での孤立や意欲低下を未然に防ぐ様に対応する。

(3) サービス利用事業所から利用状況等の情報を提供して頂き、利用内容の見直しや頻度の見直しにより、利用者の状況に沿ったケア計画を行う。

(4) 効率的な訪問活動により、燃料費等の経費節減を行う。

(5) 要介護認定調査の実施。

- ① 飯舘村からの認定調査依頼について、1ヶ月に10件程度目安に実施する。

(6) 職員間の情報交換、課題の共有、相談業務の活性化を図る。

4. 介護支援専門員の資質・専門性の向上

(1) 研修会へ積極的に参加し、専門知識の習得に努め資質の向上を図る。

介護保険制度改正に伴う情報を収集し、周知徹底する。

(2) 不満や苦情があれば、迅速かつ適切な対応が図れるようにする。

受付時の対応について、相手に不安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。

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、改善方法等について検討していく。

(3) 月1回開催の地域ケア会議に参加し、各関係機関が抱える問題点について、情報を共有する。