

平成29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報告書

1. 基本方針について

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、ご利用者やご家族の意向を踏まえ、自立支援に向けた居宅サービス計画を作成し、ご本人並びに家族は勿論の事、多種多様な事業者や関係機関と連携し、家族との繋がりが継続できるような支援を行ってきた。

(1) 信頼を得るについて

ケアプランを立案するにあたり、ご利用者とそのご家族の方との信頼関係を得るためにコミュニケーションを密にして、避難先の環境やサービス事業者とも連携を図り、迅速な対応を行ってきた。

(2) 課題を正確に捉えるについて

生活環境の変化やご利用者・ご家族の方の抱える心配ごとや不安な点を捉えるため、予測されうる課題についても、事前に検討を行ってきた。

(3) 情報提供について

ご利用者・ご家族の方が必要としている、介護保険制度を含めた様々な情報を提供、利用できるサービスなど避難先の地域資源活用等についても情報提供を行ってきた。

(4) モニタリングについて

常に状況を把握し、状態にあった支援が提供できるよう努めてきた。訪問以外にも、電話などでの相談や状況把握など出来る限りの活動を行ってきた。

(5) ご利用者の立場に立つについて

常にご利用者とその家族の立場に立ち対応することに努めてきた。

『評価と課題』

訪問活動の他に、サービス提供事業者や関係機関等との連絡体制を徹底し、情報の共有を図り、電話等（身体状況の変化、生活状況及び家族の負担状況）でも把握を行い、より適切な対応ができるよう努めてきた。今後、介護保険給付に対するサービス利用の量、種類等の適正化を図っていくことも必要となってくると思われる。

2. 具体的な施策について

《ケアマネジメントの充実》

(1) アセスメント（課題分析）について

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してきた。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してきた。

(2) サービス担当者会議（ケアカンファレンス）について

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、チーム全員が思いを共有できると共に、ご利用される側に安心感を持てるようにしてきた。

(3) モニタリング（サービス実施状況の把握及び評価）について

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、言葉に出せるような関係を築いていくと共に、サービスの実施状況も確認してきた。

(4) 居宅サービス計画の見直し（再アセスメント）について

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際は、内容を確認し利用者の状態の変化及びニーズを把握し、居宅サービス計画を見直し作成してきた。

(5) 給付管理について

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しています。

平成29年度 給付管理請求一覧

月	件数	介護報酬額	月	件数	介護報酬額	月	件数	介護報酬額
4	65	888,520円	8	63	854,400円	12	57	778,360円

5	66	905,500円	9	61	823,700円	1	56	763,380円
6	66	900,500円	10	60	801,140円	2	52	694,560円
7	65	888,520円	11	60	808,300円	3	55	744,240円
合計		726件		9,851,120円				

『評価と課題』

サービス提供事業所と連絡調整を密にし、適正なサービス利用に向けた調整を行っています。  
また、サービス利用量の適正化を図り、ご利用者や家族の要望を受け入れながら、インフォーマルなサービスも取り入れ、各種事業所と連絡調整を行っていきたいと思います。  
(相馬地方の介護保険サービス提供事業者を含め、慢性的な人員不足状態が続いている状況にあります。)

3. 重点事業目標について

(1) 医療との連携を図り、利用者の通院、入院の把握を行い、在宅での生活が不安なく過ごせる環境を整える。

① 利用者、家族への周知

担当ケアマネジャーの名刺を、「医療保険証」・「介護保険証」・「お薬手帳」と一緒に保管して頂くことで、「通院・入院にセット」の意識付けとなっている。また、入退院時の際にも、医療機関とのスムーズな連携を図ることができた。

② 入院時の情報提供

ご利用者の入院を把握した際、担当ケアマネジャーが「入院時情報提供書」を作成し、原則3日以内に入院先の病院に情報提供を行うことができた。

③ 入院中の状態・状況把握

ご家族と連絡を取り合い確認すると同時に、入院先のソーシャルワーカーへ電話での問い合わせ、または入院先に出向き、面会等により状況を把握することができた。

④ 退院に向けた調整

- ・カンファレンス開催時に参加することで、ご利用者・家族のニーズに沿った介護保険サービスを調整することができた。
- ・医療との連携を密に行うことで、在宅生活継続を基本に、健康面で注意すべき点を十分に考慮することができた。
- ・状態変化に応じて区分変更(介護の見直し)について家族に説明し、同意の下申請代行を行った。

『評価と課題』

医療機関においては、「退院時調整ルール」の策定により、連携が充実し、よりご利用者と家族のニーズに応えられるものになってきた。

(2) ご利用者及び家族に対して、避難先や飯舘村内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 サービス事業所一覧の配布

介護保険制度上のサービスの違いや、各事業所の特色等を考慮し、ご利用者と家族のニーズに沿った事業所の選定が行えるよう、柔軟な対応を行ってきた。

② インフォーマルサービスについての情報提供

帰村により村内の利用者も増えつつあるが、高齢者のみ帰村となるケースも多く、フォーマルサービスとの連携が困難な場合があった。

インフォーマルサービスの充実には地域性によって異なるため、情報の収集には主として関係機関への電話での問い合わせを行っていたが、ニーズに沿った情報提供が困難であった。

『評価と課題』

村内で支援できる介護サービスには限りがあることと、村外のサービス事業所を利用する際の条件等を理解頂くと共に、ご利用者及び家族に納得して頂いた上でサービス提供に繋げてきたが、関連機関との意見交換や情報の提供により、利用者が求めるニーズに応えられるインフォーマルサービスを拡充する必要性があると思われる。

(3) 避難先や村内での孤立や、意欲低下を防ぐ対応について

モニタリングの訪問以外にも、状況に応じた訪問や電話による状況確認を行うことにより、利用者及び家族の介護への不安を解消できるように努めた。

『評価と課題』

定期的な訪問活動の他にも、関係機関との連携を図り、ご利用者や家族への支援活動を展開できたことは満足できるものである。今後は、離れて暮らす家族との連携も必要と思われる。

(4) 事業所より利用状況の情報を頂きご利用者の状況に沿ったケア計画を行うについて

- ・利用者・ご家族のご希望と、サービス利用状況を鑑み、サービス担当者会議を開催し、随時検討を重ねることにより、より充実したケア計画の作成を行うことができた。

また、状況に応じたケア計画作成が出来たことには、利用者や家族にも満足していただき、評価できるものと思っている。その時々だけではなく、当初から長期的な視点でのケア計画を作成するように努めたい。

『評価と課題』

毎回、事業所から、状態の変化やケアプランに応じたサービス内容について検討内容がある場合は、随時情報交換を行い、対応することができている。

(5) 要介護認定調査の実施

- ・飯舘村との「認定調査委託契約」の締結により、要介護認定調査を実施した。

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
在宅調査	6	3	5	6	6	5	9	5	5	5	6	6	67
施設調査	1	3	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	9
合計	7	6	6	6	6	6	9	6	6	6	6	6	76

『評価と課題』

調査提出期限を厳守するため、事前の連絡調整を密に行い滞ることなく認定調査を行うことができた。サービス利用に関係しない見直し希望もあり、申請過程での聞き取り調査なども必要ではないかと感じられる。

(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

- ・サービス提供開始前や開始中、開始後の困難ケースに対する、意見交換を随時行うことができています。
- ・相談支援業務だけに限らず、避難元の地域での生活情報や、避難先のサービス提供情報などについても、相互の持っている情報の共有を図ってきた。

『評価と課題』

複数の職員体制ということもあり、様々な問題に対して連絡や情報交換が取りやすい環境となっている。今後も継続し、利用者支援に関する情報は勿論の事、サービス提供機関や医療機関に関する事等についても、情報の共有を図っていききたい。

4. 介護支援専門員の資質・専門性の向上について

(1) 専門知識及び技術向上にむけ、研修会に参加し周知徹底に努めてきた。

在宅医療に関する研修会1名、介護保険事業者集団指導2名、在宅医療介護連携推進プランナー養成研修会2名、地域介護支援専門員研修2名、苦情解決受付担当者研修（応用編）1名、自立支援型地域ケア会議トップセミナー2名、定期巡回・随時対応型訪問看護事業連絡・報告会2名、基調講演「介護保険制度改革と今後の展望」（福島市）2名、地域包括・在宅介護支援センター協議会職員研修3名、介護保険制度改正説明会（南相馬市）1名、現任認定調査員研修（南相馬市）3名、相双医療圏退院調整ルール運用評議会1名、飯舘村地域包括支援センター運営協議会1名

(2) 不満や苦情があった場合、迅速かつ適切な対応が図れるように努めてきた。

訪問時、本人や家族の満足や不満等について確認し、サービス事業所への報告や改善を促しながら、質の向上に取り組んできた。

(3) 秘密保持厳守、及び個人情報の取り扱いを適正に行ってきた。

個人情報等の取り扱いについて慎重に対応するよう取り組んできた。

(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、事業所内で依頼ケースのケアに取り組んできた。

担当者が詳細な情報を報告し、情報を共有出来るよう取り組んできた。

『評価と課題』

研修会に参加し、情報収集を行ってきた。困難事例ケースについては、地域包括支援センターやサービス提供事業所とも連携を図り、同行訪問等を行いながら対応を行ってきた。困難事

例ケースの中には、介護問題だけではなく、家庭環境全体が問題となっているケースがある。

村内の介護サービス事業所の動向を確認すると同時に、困難ケースに対しても他職種の意見交換を行い、自立支援に繋がるように努めていきたい。

## 5. 在宅介護への支援について

### (1) 介護保険制度及びサービス内容の周知について

サービス利用については、ご利用者のニーズに合わせ、それぞれの避難先（自治体）で希望するサービスを提供できるよう取り組んできた。

### (2) 介護方法及び社会資源の利用についての周知について

介護に関わるアドバイス、認知症利用者等への対応の仕方など行ってきました。避難先での利用可能な社会資源について、その都度説明を行ってきました。

#### 『評価と課題』

避難先の行政機関と村の連絡調整も必用となってくることから、益々関係機関との連携が必要となって来ると考えられ、ご利用者やその家族の不安を少しでも解消できるような、相談援助活動を継続していく必要がある。

## 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の取り組みについて

他市町関係機関と連携を取りながら、ケアマネジメントに反映出来る様に取り組んできた。

### (2) 困難事例の検討と改善について

困難事例については、本人や家族は勿論の事、地域包括支援センターや各市町のサービス提供事業者とも連携を図り、改善に向けて取り組んできた。

### (3) 地域ケア会議への参加について

今年度より2カ月に1度開催となった地域ケア会議に出席し、各種機関が抱える困難な課題や解決方法などについて意見の交換を行い、情報の共有を行ってきた。

#### 『評価と課題』

避難先の各種関係機関とも連携し、支援できたことについては、評価できるものと感じている。また、近隣市町村のサービス提供事業者の協力を得、少しでもご利用者ニーズに答えられるよう迅速に連携を図ってきた。今後は帰村している・今後帰村する・避難を継続する・新たな地域での生活を選択される中、其々の生活環境の変化に対し、どのように対応できるか各関係機関との連携がこれまで以上に重要となってくるものと思われる。

## ◇平成29年度 協力各種事業所（敬称省略・順不同）

<福祉用具関連事業所> エヌジェイアイケアヘルス福島店、(株)ファミリーケア、(株)同仁社、(有)エヌケイ商事（福島）、(株)昭和総合サービス（郡山）、(株)アルフビジネスクリエーション（相馬）、(株)ハッピーケア、(株)福島ひかりのくに（川俣）、もりのえ（伊達）

<訪問看護事業所> 訪問看護ステーションすかわ、訪問看護さくらみずステーション、訪問看護ステーションしみずサテライトせのうえ（福島）、済生会川俣訪問看護ステーション（川俣）、ライプリー南相馬訪問看護ステーション（南相馬）、リハビリ訪問看護ステーションつばさ（相馬）、あぶくま訪問看護ステーション、柿の里訪問看護ステーション（伊達）

#### <訪問リハビリ事業所>

エルダーランド訪問リハビリステーション（福島）、二本松付属病院訪問リハビリステーション（二本松）、浜通り訪問リハビリステーション（相馬）

<訪問介護事業所> ヘルパーステーションはなしのふ、ロング・ライフ訪問介護事業所、定期巡回・随時型訪問介護看護湯の里大生苑、24時間訪問看護花桃館、あすまの郷訪問介護事業所（福島）、あぶくま訪問介護事業所（伊達） 済生会光風園訪問介護事業所（川俣）、馬陵タクシー介護事業部、ニチケアセンター宇多の郷、訪問介護四季（相馬）、おてひめ（伊達）

<訪問入浴事業所> (有)キュービット介護サービス、民間救急警備(株)、(有)アースサポート訪問入浴（福島）、(有)あんしん入浴サービス（川俣）

<通所リハビリ事業所> 通所リハビリステーションろくまんぼう、通所リハビリ桃花林（伊達）、通所リハビリステーションエルダーランド（福島）、通所リハビリステーションめがみ、リハビリ南東北川俣（川俣）、通所リハビリ杜の都（相馬）

<通所介護事業所> 北信デイサービスセンターすこやか、デイサービスあづま、ハートフェローユーズ、通所介護アップルの庭、おおぞらデイサービスセンター（福島）、南東北川俣デイサービスセンター、悠々いきいき倶楽部（川俣）、ファミリー指定通所介護事業所（伊達）、ニチケアセンター宇多の郷、相馬福祉会デイサービスセンター、相馬市デイサービスセンター（相馬）、福寿園デイサービスセンター、デイサービスステーションスマイル、ライプリーデイサービス、すみれデイサービスセンター（南相馬）、にほんまつデイサービスセンター（二本松）

<短期入所事業所（特別養護老人ホーム）> なごみの郷、ロングライフ、ショートステイ輝楽里、飯野ふるさと村（福島）、孝の郷、ハッピー愛ランドほばら、ファミリーユ（伊達）

南東北川俣シルクロード館、はなづか（川俣）、ショートステイ憩いの森（宮城・丸森）

<短期入所事業所（老人保健施設）> エルダーランド、（福島市）、ベテランズサークル（相馬）、桑折聖・オリーブの郷（桑折）、リハビリ南東北、めがみ（川俣）、二本松病院付属（二本松）

<居宅療養管理指導（往診含む）> とやのクリニック、すずきクリニック、(株)あさがお薬局、アップル薬局鎌田（福島）、桑名医院、せのうえ健康クリニック（伊達）、済生会川俣病院（川俣）、大石医院（相馬）、南相馬