

平成30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、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を行ってきた。

(1) 信頼を得るについて

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、現状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ことを行ってきた。

(2) 課題を正確に捉えるについて

状況が変化する課題について、ご利用者及びご家族の方の状況を把握しながら、正確な課題分析を行ってきた。

(3) 情報提供をするについて

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を行ってきた。帰村後、利用できるサービス種類の情報についても説明を行ってきた。

(4) モニタリングを行うについて

毎月自宅に訪問し、身体の状態や生活環境等を把握しながら、その方の状態にあったサービスを提供できるようモニタリングを行ってきた。

(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てきた。

『課題と評価』

帰村したご利用者が、希望する介護サービスを利用できる様に調整し、サービス利用に繋げてきた。通所系のサービスについては、川俣町や伊達市、福島市の介護サービス事業所の利用を行っている。利用時の送迎に関しては、飯舘村が委託した送迎サービス事業所（トーンネット）を利用し、無料で村内から村外への送迎を行い、確実にサービスが利用できる様に努めてきた。訪問系のサービスについては、川俣町や伊達市から村内の自宅に訪問して頂き、サービスの利用に繋げてきた。しかし、訪問系サービスについては、サービス提供事業所が村内に訪問できる地域や曜日を限定しており、今後地域拡大や利用曜日の拡大について検討して頂けるかが課題となっている。

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ながら、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、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ら、その内容を分析しご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新たに作成してきた。
- (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。

『課題と評価』

適正なサービス利用に向けて、サービス提供事業所と連絡調整を行っています。
地域包括支援センター等から、新規利用希望者の相談に対しては、訪問対応しご利用者、ご家族の意向について丁寧に聞き取り、サービス利用に繋げています。

3. 重点事業目標について

- (1) 利用者及び家族に対して、居住地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ています。
- ① 居住地のサービス事業所等の情報提供について
居住地のサービス事業所等の情報を印刷し、必要とする情報について詳細に説明を行ってきた。
- ② 居住地のインフォーマルサービスの情報提供について
居住地で利用できるインフォーマルサービスの情報を収集し、利用に繋がる様にサポートを行ってきた。

『課題と評価』

インフォーマルサービス利用については、居住する地域でサービス種類の数に差が出やすい傾向にあります。また住民票を居住地に移動していない事から、ご利用者やご家族が利用に抵抗を感じている様に感じます。

- (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、個々の居住地での孤立や意欲低下を未然に防ぐ様に対応を行ってきた。

『課題と評価』

モニタリング訪問時にご利用者やご家族の状態を確認しながら、体調等の変化に気付いた際は、数日後に再訪問し状態の悪化を未然に防いできた。

- (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ってきた。

『課題と評価』

利用状況等の情報から、サービス利用事業所とご利用者の状態を検討し、ケア計画の見直しについての検討を行ってきた。またケア計画の短期目標についての評価を行うことで、目標達成の状況の把握を行ってきた。

- (4) 医療との連携を図り、利用者の疾病に対する理解と、緊急時の対応についての確認を行い、状態の把握に努めてきた。

- ① 入院時の際に病院と連携し、状態の確認を行いながら、退院後のサービス利用見直しについて検討し、退院後のサービス利用をスムーズに行ってきた。
- ② 入院前と比較して、明らかに状態が変化した際は、区分変更（介護の見直し）について家族に説明し、手続等の申請代行を行ってきた。

『課題と評価』

「入退院時調整ルール」の実施により、入退院時の情報を医療機関と共有し、退院後の在宅生活がスムーズに行える環境を整えてきた。しかし病院によっては退院時の連携が不十分で、退院後に連絡が来るケースも若干あった。

- (5) 職員間の情報交換、課題の共有、相談業務の活性化を図ってきた。

『課題と評価』

職員間で常に情報共有を心掛けている。問題ケースについては、担当ケアマネと共に職員

間で課題を共有し、解決に向けて事例検討を行ってきた。

(6) 要介護認定調査の実施について

飯舘村からの認定調査依頼について、1ヶ月に10件程度目安に実施してきた。

『課題と評価』

村外在住の調査依頼が多く、訪問時に移動を要する時間がかかる事が多い。

また、記載された住所地が地図に掲載されていないケースも多く、事前に場所の特定が必要となっている。

(7) 効率的な訪問活動により、計画的かつ効果的な活動を行う。

『課題と評価』

訪問前に家族に在宅状況を確認し、不在時の訪問を避ける様に対応してきた。

4. 介護支援専門員の資質・専門性の向上について

(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ってきた。

介護保険制度改正に伴う情報を収集し、周知徹底を行った。

『研修参加一覧』

- ・飯舘村包括・・・権利擁護に関する研修会、地域ケア会議
- ・原町方部介護支援専門員・・・勉強会、事例検討会
- ・相双保健福祉・・・高齢者自立支援介護研修会、認定調査員研修会
- ・県社会福祉協議会・・・認知症キャラバン・メイト養成、苦情解決受付研修
- ・福島県社会福祉士会・・・成年後見活用講座
- ・福島県・・・主任介護支援専門員更新研修、社会福祉大会

(2) 不満や苦情について、迅速かつ適切な対応を行ってきた。

受付時の対応について、相手に不安を与えない様に対応してきた。

(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。

言動に注意し秘密保持厳守に努めてきた。

(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んできた。

『課題と評価』

研修会に積極的に参加し、最新情報を収集しながら、専門知識の習得に努めてきた。

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を行った。

(2) 介護方法及び社会資源の利用についての周知を行った。

『課題と評価』

居住する行政機関やサービス事業所と連絡調整を行いながら、居住地で利用できるサービス利用の説明を行ってきた。

6. 各関係機関との連携の強化について

(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てきた。

(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を行ってきた。

(3) 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、情報を共有してきた。

『課題と評価』

各種関係機関と連携を密にし、チーム全体で支えながら、安心して居住地での生活が継続できる様な体制を行ってきた。居住地によって、サービス事業所の数にバラツキがあるが、インフォーマルサービス等を活用することで、不足するサービスをカバーしてきた。今後は、仮設住宅や借上住宅からの転居に伴い、サービス利用が中断することなく、スムーズに利用できる対応をしていきたい。