

令和6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、利用者や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、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) 信頼関係の構築について

ケアプランを立案するにあたり、利用者や家族との信頼関係を得るためにコミュニケーションを図り、また、避難先の環境把握にも努め、サービス事業者と連携を密に迅速な対応を目指してきた。

(2) 課題を正確に捉えるについて

生活環境の変化や心配ごと、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

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。また、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) モニタリングを行うについて

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。モニタリングについては訪問以外にも、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) 利用者の立場に立つについて

常に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』

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、身体状況の変化や生活状況及び家族の健康状態等の把握も行い、より適切な対応ができるよう努めてきた。

介護保険給付サービス等の適正化を図っていくことも必要となっている。

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

利用者及び家族の希望等を把握し、解決すべき課題や日常生活に対する可能性を抽出、それらに基づく目標を導き、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

サービス提供事業所も参加し、生活への希望や課題を直接会って確認することで、ケアチーム全員が思いを共有。利用される側に安心感を得られるようにしてきた。

(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、利用者に対する継続的なアセスメントでもあり、本人・家族の希望や苦情を具体的に口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、変更の必要性が生じた時には、内容を確認し状態の変化及びニーズを把握し見直しをしてきた。

(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きた。

(給付管理 (要介護1～要介護5))

月	件	介護報酬額	月	件	介護報酬額	月	件	介護報酬額
4	41	572,950	8	39	548,470	12	39	551,710
5	40	550,720	9	39	542,470	1	40	558,700
6	39	543,730	10	38	529,980	2	38	521,500
7	38	528,240	11	39	549,950	3	39	537,990
合 計			469件			6,536,410円		

『評価と課題』

サービス提供事業所との連絡調整を密に行い、状況に応じた適正なサービス利用に向け調整を行っています。県内の介護保険サービス提供事業者は、慢性的な人員不足状態が続いている状況にあります。

今後も利用者や家族の希望を受け入れながら、給付サービスの適正化を図り、関連事業所との連絡調整を行っていききたいと思います。

3. 重点事業目標

(1) 自然災害発生時の業務継続計画（BCP）作成について

- ・ 平時からの地域の避難方法や避難所情報の把握。
- ・ 各事業所が定める基準について、事前に情報の収集。
- ・ 災害発生時の対応についての情報収集方法や連絡調整。

『評価と課題』

- ・ 現在、業務継続計画について継続的な見直し等を行っている状況であり、今後とも行政を始めとした関係機関との情報共有を重ね業務継続計画を作成していきたい。

(2) 災害時リスク・アセスメントシートの作成について

- ・ 災害時の課題を整理し、医療機関や居住対策、避難支援等を再検討。
- ・ 優先的に避難を要する方や、安否確認を優先する方の再検討。

『評価と課題』

- ・ 現状として、災害時のリスクについての課題の整理検討を行っている。今後も関係機関との情報共有を重ね、避難計画等の見直しに繋げたい。

(3) 利用者及び家族に対し、居住区域の福祉サービス情報提供について

- ・ 希望するサービスを把握し、実際に居住する地域で対応可能なサービスについて、介護保険サービス以外のインフォーマルサービスを含め情報提供を行ってきた。

『評価と課題』

- ・ 居住地域毎に、サービスの種類等の把握を行い、適していると思われるサービスについて適宜情報提供を行うことが出来た。

(4) 毎月のモニタリング以外でも常時の状態把握について

- ・ サービス提供事業所や医療機関等との連絡調整による状況確認を行うことにより、本人の状態や家族の状況などの把握を行ってきた。

『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、利用者や家族への支援活動を随時行ってきた。今後も継続的な支援が必要と思われる。

(5) サービス利用事業所からの情報収集について

- ・ 利用者及び家族の状況について、接する機会の多いサービス提供事業所からの情報を基に、状況に適した支援を行う事が出来た。

『評価と課題』

- ・ 状況を早く把握できることで、その状況に応じた支援活動が出来たことには評価できる。常時情報の収集により問題の早期発見による早期解決を図りたい。

(6) 医療機関との連携について

- ・ 医療機関との連携強化は、入退院時の情報共有のため相双圏域と県北圏域双方の入退院時調整ルールに基づき、1週間以内に情報を提出。其々の医療機関や利用者の情報について共有を図ってきた。
- ・ 村内に常駐する医師と訪問看護との連携を図る事により、利用者の情報についてこれ

まで以上に共有することが出来た。

『評価と課題』

- ・ 入退院時調整ルールについては、運用が定着し、関係機関も理解出来るようになり、今後も継続した活用が施行されると思われる。
- ・ 医師がそばにいるという安心感は、利用者及び家族をはじめ、支援する介護支援専門員にも安心感があり心強く感じている。

(7) 職員間の情報交換、課題の共有、相談業務の活性化を図るについて

- ・ 個々が持っている情報を共有する事によって、互いのケアマネジメント力の向上を目的とし実施してきた。

『評価と課題』

- ・ 情報の共有によって、知識の向上や技術の向上に一層努める必要がある。

(8) 要介護認定調査の実施。

- ・ 飯舘村の委託を受け、認定の更新を希望する方の要介護認定調査を実施してきた。

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計(件)
在宅調査	6	4	4	3	3	4	3	3	5	5	2	3	45
施設調査	0	2	5	3	3	3	3	3	1	2	3	1	29
合計	6	6	9	6	6	7	6	6	6	7	5	4	74

『評価と課題』

- ・ 事前の連絡調整を行う事で、遅滞することなく認定調査を行うことができた。介護認定更新の目的が明確でないものもあると感じられた。

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努めてきた。

研修会に参加し、周知徹底に努めてきた。

- ・ 原町方部介護支援専門員連絡協議会への参加
- ・ 主任介護支援専門員更新研修 6月から8月まで
(1日7時間程度のリモート研修4日間)
- ・ 飯舘村地域ケア推進会議への参加
- ・ 飯舘村地域包括支援センター運営協議会へ委員としての参加
- ・ 福島県介護支援専門員協会主催の介護支援専門員研修の講師助手2日間
- ・ 福島県社会福祉協議会主催の介護支援専門員実務研修の講師助手1日間

(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努めてきた。

- ・ 訪問時、本人や家族の不安や不満等について確認し、サービス事業所へ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でき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を共有することで、事業所内で依頼ケースのケアに取り組めた。

- ・ 担当者が詳細な情報でも共有出来るよう取り組んできた。

『評価と課題』

昨年に引き続き、研修を受ける立場だけでなく、研修会の中心講師を側面から支えていく立場のファシリテーターに2名の主任介護支援専門員が参加した。

5. 在宅介護の支援について

(1) 介護保険制度及びサービス内容の周知を行ってきた。

- ・ サービス利用については、利用者のニーズに合わせ、其々の居住地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を行ってきた。

- ・ 介護に関わるアドバイスや認知症利用者等の対応方法について周知してきた。また、居住地での利用可能な社会資源についても説明を行ってきた。

『評価と課題』

当事業所契約者の7割以上が村内在住であり、村内の在宅サービス利用内容で、訪問看護と福祉用具関係は問題なく対応できている。しかし、その他の訪問介護や訪問入浴、通所介護については、未だ川俣町を中心に近隣自治体の事業所に条件付きで依存している状況にあり、希望通りのサービスを提供しにくい状態が続いています。

在宅サービスは、利用者などの状況により需要が増減しますし、決して十分な事業収益が見込めるものではないが、無くとも良いと云う介護サービスはないと思います。行政と関係機関が協力・連携し、住民が高齢になっても安心して生活できる方法やサービスを構築する必要があると思います。

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、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取り組んできた。

- ・ 他市町の関係機関との連携を取りながら、ケアマネジメントに反映するように取り組んできた。

(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、地域包括支援センター、社会福祉協議会、各市町村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

- ・ 地域ケア会議に出席し、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図ってきた。

『評価と課題』

- ・ 利用者の居住地の各種サービス提供事業所や関係機関と連携し、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。

- ・ 要介護者世帯の困難事例については、行政をはじめとした関係機関で連携を深めていますが、その困難事例を介護支援専門員に任せられてしまうのが実情であります。困難事例には介護に関する事だけではなく、虐待（金銭搾取・放置等）、貧困、精神疾患（本人及び家族）等、様々な課題があります。今後も関係機関との継続的な協力体制が重要です。

また、介護支援専門員の2名も高齢となって来ており、早急な後継者育成も検討する必要があると思われます。