

令和7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、利用者並びに家族は勿論のこと、多種多様な事業者や関係機関と連携しながら、家族との繋がりも継続できるよう支援を行ってきた。

(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、利用者とその家族の方との信頼関係を得るためコミュニケーションを図り、また、居住地の環境把握にも努めながら、サービス事業者とも連携を密にし、迅速な対応に努めてきた。

(2) 課題を正確に捉えるについて

生活環境の変化や、利用者及び家族の方が抱える心配ごと、また、不安な点を捉え、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

利用者や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。避難先でも利用できるサービスなど、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。また、モニタリングについては、訪問以外にも電話などで、相談や状況把握等、でき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方の立場に立ち、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情報共有を図り、身体状況の変化や生活状況及び家族の健康状態等も把握、より適切な対応ができるよう努めてきた。

今後、より一層の介護保険給付サービスの適正化を図って行くことが必要となっている。



2. 具体的な施策について

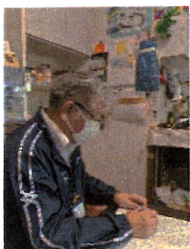
《ケアマネジメントの充実》

(1) アセスメント（課題分析）について

利用者及び家族の方の希望等を把握し、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て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

利用者及び家族の方、サービス提供事業所が一同に会し、日常生活についての希望や課題を直接お聞きすることで、ケアチーム全員がその思いを共有できると共に、利用される側にも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、利用者に対する継続的なアセスメントでもあり、利用者や家族の方の希望や苦情を、具体的に口に出して言えるような関係を築いてきた。また、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、内容を確認し利用者の状態変化やニーズを把握し、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日までに県国民健康保険団体連合会に提出してきた。

令和7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
4月	46件	643,400円	10月	44件	594,440円
5月	45件	613,670円	11月	44件	590,700円
6月	44件	601,180円	12月	42件	562,240円
7月	45件	606,930円	1月	37件	502,530円
8月	45件	610,670円	2月	38件	514,280円
9月	42件	565,720円	3月	38件	508,280円
合 計			510件		6,914,040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であります。

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

3. 重点事業目標

(1) ケアプランデータ連携システム導入について

- ・ 連携システム全体概要と機能についての情報把握をしてきた。
- ・ 連携システムの操作方法についての勉強会を行ってきた。
- ・ 介護サービス事業所と連携システム導入タイミングの情報共有をしてきた。

『評価と課題』

- ・ 現在、連携システム全体概要と機能、操作方法についての勉強会の最中であり、次年度中にシステムの導入が可能となるよう、介護サービス事業所と連携を図っていく必要性を感じています。

(2) 業務継続計画（BCP）見直しについて

- ・ 地域の避難方法や避難所の情報を把握してきた。
- ・ 各事業所が定める基準について、事前に情報を収集してきた。
- ・ 災害発生時の対応について、情報の収集方法や連絡調整を見直してきた。

『評価と課題』

- ・ 現在、業務継続計画について、適宜、見直しを行っている状況であり、また、行政をはじめとした関係機関との情報の共有を重ね業務継続計画を更新していきたい。

(3) 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、避難支援等を検討してきた。
- ・ 優先的に避難を要する利用者や、安否確認を優先する利用者のピックアップをしてきた。

『評価と課題』

- ・ 現状として、当村においての居住地や家族構成等、状況把握が困難なため、災害時のリスクの課題整理について見直しを行っている。今後も関係機関との情報共有を重ね避難等の計画に繋げたい。

(4) 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』

- ・ 居住地域ごとに、サービス種類等の把握を行い、利用者や家族に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できた。
- (5) 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連絡調整や状況確認を行うことにより、本人の状態や家族の状況についての把握に努めてきた。

『評価と課題』

- ・ 定期的な訪問活動の他にも、関係機関と連携を図り、利用者や家族の支援活動を適宜行ってきた。今後も継続的な支援は必要と思われる。
- (6) 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、直接、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ことができた。

『評価と課題』

- ・ 状況を早く把握できることで、状況に応じた支援活動ができたことは評価できる。常時情報を収集することにより、問題の早期発見による早期解決を図って行きたい。
- (7) 医療機関との連携について
- ・ 医療機関との連携強化のため、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、3日以内に情報を作成提出し、其々の医療機関と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や訪問看護と連携を図ることにより、利用者の情報についてこれまで以上に共有することができた。

『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に理解して頂けるようになり、今後も継続した活用が施行されると思われる。
 - ・ 医師が常時側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。
- (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
在宅調査（件）	3	3	2	2	4	1	3	3	4	2	1	4	32
施設調査（件）	3	3	4	4	2	5	3	3	2	4	5	2	40
合 計	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	72

『評価と課題』

- ・ 事前の連絡調整を行うことで、遅滞することなく認定調査を行うことができた。

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参加
- ・ 飯舘村地域ケア推進会議へ参加
- ・ 飯舘村地域包括支援センター運営協議会へ委員として参加
- ・ 福島県介護支援専門員協会、法定研修グループへ参加（延べ12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。

- ・ 訪問時本人及び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と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は、特に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、そのケー

スについてのケアに取り組んできた。

- ・ 担当者が詳細な情報を報告し共有できるよう取り組んできた。

『評価と課題』

- ・ 通常業務のほか、県介護支援専門員協会の理事として、郡山市に出向き、国保連合会からの業務委託のケアプラン点検業務等に参加してきたのは、今後の業務遂行に非常に有意義であった。

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、それぞれの居住地で希望するサービスが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等を行ってきた。また、居住地で利用可能な社会資源について説明を行ってきた。

『評価と課題』

- ・ 当事業所契約者の7割以上が村内在住で、在宅サービスを利用している状況にある。村内でのサービス利用について、訪問看護と福祉用具利用に関しては問題なく対応が可能となっているものの、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依存している状況にあり、サービス利用が十分であるとは言い切れない。
また、在宅サービスにおいては、利用者などの状況により需要の種類や量が大きく異なってきますが、無くとも良いと云うものでもありません。住民が高齢になっても安心して生活できるサービスを構築する必要があると思われる。

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はじめ、各関係機関との連携を密に、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。

- ・ 他市町関係機関と連携を図りながら、ケアマネジメントに反映できるよう取り組んできた。

(2) 困難事例の検討と改善について

- ・ 困難事例については、本人や家族はもちろん、地域包括支援センターや社会福祉協議会、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、各種機関が抱える困難な課題や解決方法等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』

- ・ 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、要介護者に係る困難事例は介護支援専門員に任せられてしまうのが実情です。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）や貧困、精神疾患（本人及び家族）、宗教など様々な課題があります。今後も各種機関と継続的な協力体制が必要である。
- ・ 居宅支援事業所の管理者は、主任介護支援専門員が必須となっており、資格取得まで数年の経験を要することから、後継者育成が急務でもあると思われる。