

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) 信頼関係の構築

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、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

介護保険制度を基に、必要とされる介護サービス提供の情報等を理解しやすく説明する。また、現状の社会資源に関する情報も提供していく。

(4) モニタリングを行う

身心の状態や生活環境等を的確に把握し、自立支援に向けた必要なサービスが提供できるよう定期のモニタリングに努める。

(5) 利用者の立場に立つ

常に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）

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）

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、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おう。

(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、利用者に対する継続的なアセスメントでもあり、利用者やご家族の要望、苦情等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際、その内容を分析し利用者の状態の変化及びニーズに沿った居宅サービス計画を新たに作成する。

(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) ケアプランデータ連携システム導入についての検討。

- ① 連携システム全体概要と機能についての情報把握。
 - ・ 連携システム活用による効果について。
 - ・ 利用開始（導入）までの流れ。
- ② 連携システムの操作方法についての勉強会。
 - ・ 連携システム操作について共有する。
- ③ 介護サービス事業所と連携システム導入タイミングについての情報共有。
 - ・ 居宅支援事業所と介護サービス事業所でいつ導入し、稼働させ、請求処理データ共有管理が可能か把握する。

(2) 業務継続計画（BCP）の検証・見直し。

- ① 自然災害
 - ・ 地域の避難方法や避難所に関する情報の把握。
 - ・ 利用者が利用する各事業所が定める基準について事前に情報共有。
 - ・ 各事業所の休止や縮小を想定し、代替えについて検討。
- ② 感染症
 - ・ 利用者及びご家族に対し、感染症予防方法等について情報提供。
 - ・ 感染の不安から、サービス利用を控えている利用者に対し、心身の状況確認を行いながら、各サービス事業者と連携しケアプランの見直しを実施する。
- ③ 共通項目
 - ・ 可能な範囲で、戸別訪問等による早期の状態把握を通し、必要な支援が提供されるよう、地域の関係機関と連絡調整し、常に見直しをしていく。

(3) 災害時リスク・アセスメントシート（課題・対応策整理票）の作成。

- ① 災害時の課題を個々に整理し、医療機関や居住対策、避難支援等を検討しケアプランに反映する。
- ② 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情報共有。

(4) 利用者及びご家族に対して、居住地域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 居住地のサービス事業所等の情報提供
- ② 居住地のインフォーマルサービスについての情報提供

(5) 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、居住地での孤立や意欲低下を未然に防ぐよう対応する。

(6) 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。

(7) 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、状態の把握に努める。

- ① 入院の情報を確認した際は、速やかに「入院時情報提供シート」を作成し、入院先の病院へシートを持参、又はFAXを送り、利用者の情報を共有する。
- ② 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えるようにする。
- ③ 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）についてご家族に説明し手続等の申請代行を行う。

(8) 要介護認定調査の実施。

飯舘村からの認定調査委託契約により、1ヶ月に6～8件程度目安に実施する。

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) 不満や苦情について、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) 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。