

平成30年度 築港在宅介護支援センター(居宅介護支援)事業計画

社会福祉法人みなと寮

1. 目的

- ①在宅で生活する40才以上の要介護者等、またはこれらの者を抱える家族等に対し、在宅介護に関する総合的な相談及び情報の提供を行います。
また在宅の要介護高齢者及びその介護者の介護等に関するニーズに対応した各種の保健・福祉サービスが総合的に受けられるように関係行政機関、サービス実施機関等との連絡調整を行い、地域の要介護高齢者及びその家族の福祉の向上を積極的に図ります。
- ②在宅の認知性高齢者等を抱える家族等の介護に関する心配ごとと悩みごとについて総合的な相談等に応じ認知症性高齢者及びその家族の福祉の向上を図ります。
- ③利用者の日常生活全般を支援する観点から要介護等の相談に応じ居宅での介護サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、「居宅サービス計画(ケアプラン)」を作成します。
- ④平成29年4月から始まっている「介護予防・日常生活支援総合事業」の理念に基づき、何らかの支援が必要となった時には、多様な主体による、多様なサービスの充実を図るようなケアプランの作成を目指します。

2. 基本方針

- ①利用者が要介護状態等になった場合においても、可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自助、共助、公助を適切に組み合わせて主体性を尊重した自立した日常生活を営むことができるよう配慮して援助に努めます。
- ②利用者の心身の状況、その置かれている状況に応じて、利用者自らの選択に基づき適切な医療保健サービス及び福祉サービスが、施設等の多用なサービスや事業者の連携を得て総合的かつ効果的に介護計画を提供されるよう配慮して行います。(ケアマネジメントについては、生活上の課題の分析を十分に実施し、高齢者と家族の希望によりサービスを組み立てます。)
- ③事業の運営に当たっては、利用者の所在する大阪市、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設等との連携に努めます。
- ④利用者の要介護認定等に係る申請に対して、利用者の意思を踏まえ、必要な協力を行います。また要介護認定実施の有無を確認し、申請書類の支援も行います。
サービスの実施状況や利用者の要介護状態の変化等を適確に把握し、実効的なサービス利用を行います。
- ⑤上記の他「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(厚労省令第38号)」を遵守します。
- ⑥ケアプラン作成に当たってはICF(国際生活機能分類)の考え方を踏まえ、取り巻く環境や日常生活の様々な活動の自立度の向上を重視します。

3. 重要事項

- ①主な事業実施地域:大阪市港区、大正区、西区、住之江区
- ②営業日:月～土曜日
- ③サービス提供時間:午前9時から午後5時30分
- ④サービス利用料:自己負担なし(全額介護保険)

4. 契約書、需要事項説明書、居宅サービス計画及び苦情解決システム

利用に際しては、法人と個人の契約が基本となります。サービスに関わる重要事項説明書を利用者及び家族に十分に説明した上で契約致します。

ご契約者の心身の状況やご契約者とそのご家族等の希望を反映した「居宅サービス計画(ケアプラン)」を作成します。そして、それに基づく介護サービス等の提供が確保されるよう、ご契約者、その家族及び指定居宅サービス事業者等との連絡調整を綿密・継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握、見直し再作成(モニタリング)を行います。その他、要介護認定に関する申請、給付管理を行います。

また、利用者とその家族等からの、サービスその他に関わる苦情処理に関しては、窓口(お客様サービス係)を設けて真摯に対応し、必要に応じて監督官庁の指導の下、迅速かつ適切に解決していきます。

5. 職員の資質向上

サービスの質は、職員の人格・知識・技能に比例します。資質の向上は、本来自己啓発が基本ですが、施設内外の研修には極力多数が参加できるように努力します。

研修等で得た情報は、報告・伝達を確実にいき職員全員のものになるようにします。施設の方針を明確に理解して、職分に応じた責務を万全に担い、協働できる人材の養成につとめます。

また、社会福祉関係の資格(社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士等)については積極的に資格取得をすすめていきます。

6. 個人情報保護と情報開示について

当事業所では「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、個人情報(ケアプラン・サービス提供計画・記録等)の漏洩、滅失き損等の防止のために安全管理措置を講じます。

さらに透明性の確保については本人等からの開示請求手続き体制を確立し、対外的明確化については使用目的は可能な限り特定し、第三者提供する場合は本人の了解を必要とします。職員には雇用契約等に置いて就業期間中はもとより離職後も含め守秘義務を課すなど徹底を図ります。

平成18年の4月より「介護サービス情報の公表」が課せられています。提供するサービス内容やサービスを維持していく仕組み等の情報をインターネット上のホームページや事業所内の掲示、或いは施設広報誌を通じて公表し、利用者が事業所を選択する際に役に立つようようにします。

7. 高齢者虐待防止

高齢者に対する虐待は家庭や施設等で身近な問題として存在します。誰もが直面し得る人権課題として捉えるとともに、特に介護に携わる専門職は、高齢者の尊厳を支える利用者本位のよりよいケアの実現を目指すことが求められており、高齢者虐待の防止に全力で取り組んでいきます。

<重点目標>

- ①職員に対する虐待を防止するための研修の実施。
- ②利用者及びその家族からの虐待などに関する苦情処理体制の整備
- ③その他虐待防止のために必要な措置
- ④サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報するものとする。

8. 総合相談窓口業務(ランチ)について

<目的>

高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活が継続できるように、高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供できるよう、地域包括支援センターと連携して「地域包括ケア」を進めることを目的とします。

<方針>

①総合相談業務

本人や家族、近隣住民や地域関係者からの様々な相談に対して状況の把握をおこなうと共に緊急性及び専門性を判断し、本人や相談者自身に解決能力があると判断した場合は必要なサービスや制度の紹介を行う。

初期段階の対応で、継続的・専門的な支援が必要と判断した場合は当事者への訪問や関係者からより詳細な情報の収集にあたり共に地域関係者や関係機関と連携し、課題の解決に向けた適切な支援を行っていきます。

②地域におけるネットワークの構築と実態把握業務

地域における様々なネットワークとの連携として地域見守りコーディネーター、民生委員協議会、ネットワーク委員会の会議への出席や地域活動協議会が開催する行事に参加を通じ、相互の活動・業務の理解を進め、地域関係者との顔の見える関係づくりを図る中から、支援を必要とする高齢者の発見や見守り体勢の構築、課題解決に向け協働していきます。

③権利擁護業務

実態把握や総合相談の過程で認知症の進行が疑われる高齢者に対しては、その判断能力に応じて日常生活支援事業や成年後見制度の活用を検討し、高齢者やその家族に紹介すると共に、必要な社会資源の利用が円滑にできるよう支援してきます。

④介護予防対象者把握

地域のサロン活動などに参加・協力する中で、介護予防の視点で高齢者の相談に応じ、地域包括支援センターと連携し必要な啓発や支援を行います。高齢者に認知症やその疑いがある場合は認知症初期集中支援チームとも連携し支援します。

⑤地域ケア会議

高齢者が住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らしていけるように、地域の関係者、医療・介護の関係機関が情報の共有を図り、連携して課題の解決に向け取り組むために、適宜支援体制構築に向けた地域ケア会議を開催していきます。

9. 医療との連携について

医療と介護の連携は、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを継続的・一体的に受けられる「地域包括システム」の構築の為には必要不可欠です。

今後医療の必要性の高い要介護者が増加する中で、医療と介護の役割分担と連携の強化を図る為に検討すべき点があります。

○医療機関からの退院時における介護保険サービスとの関係強化と円滑な移行。

○医療の必要性が高い者への対応の強化等である。

しかしながら、医師に対して苦手意識を持つケアマネージャーも少なくなく、つい連絡を控えてしまったり、利用者の病状を説明されても、医療専門用語が多く理解できない場合があります。医療からは、ケアマネージャーはもっと医療的知識をもってほしいなどの意見もあります。そのため必要以上に医師の敷居を高いと思っているケアマネージャーも多く、協働が希薄な場合が多くあります。それらの改善が大きな課題の一つですが、当事業所では次のような活動を実行し医療と介護の溝を埋める取り組みをします。

・長期目標 各診療所(クリニック)の顧客化

・短期目標 連絡・相談しやすい環境づくり

- ①各医院の定期訪問による当事業所の照会とコミュニケーションの樹立。
- ②事前に連絡し、外来終了後に訪問する。
- ③担当開始の挨拶など。
- ④直接の言語によるコミュニケーションだけでなく時には文章も配る。
- ⑤退院後の在宅生活に向けたカンファレンスなど必ず出席する。
- ⑥医師会主催の会合など積極的に出席する。
- ⑦病院主催の地域医療福祉情報連絡協議会等にも積極的に参加する。
- ⑧ケアプランにも医療的見地を取り入れるなど各医院の経験も反映させることができれば理想的である。

介護支援専門員に対しても厚生労働省「介護支援専門員の資質向上と今後の在り方に関する検討会」の席上においても、ケアマネジメントシステムにおける多職種協働を機能させることや、介護支援専門員が医療と連携できる力を身につけるためのカリキュラムを充実させていくことが検討されており、当事業所においても介護支援専門員の資質向上への取り組みが急務となっています。

「今後の認知症施策の方向性について」のなかでは「認知症ケアパスの作成・普及」が柱の一つとして明記され、そのなかでも医療・介護の連携と共同の重要性が強調されています。

平成30年度 職員内部研修会計画

月	研修内容
4月	事業計画について、総合事業について
5月	個人情報保護、プライバシーの保護について
6月	大阪府集団指導引継研修
7月	介護支援専門員のレベルアップ①
8月	認知症ケアについて

9月	介護支援専門員のレベルアップ②
10月	倫理及び法令遵守について
11月	総合相談窓口業務について
12月	介護支援専門員のレベルアップ③
1月	高齢者虐待防止について
2月	人権研修
3月	介護支援専門員のレベルアップ④

10. 数値目標

<居宅介護支援>

① 介護支援専門員の体勢については昨年度末からの正規職員 2 人、非常勤職員 2 人の 4 人（常勤換算 3.8 人）体制を維持します。

② ケアプラン数については基準は介護支援専門員 1 人当たり 40 人未満で要支援は 0.5 人換算となっています。

報酬単価としては要支援は要介護者の約 40% となっており、要介護者の契約比率を高めることで収益率は上がります。

常勤換算 3.8 人の場合、取扱い件数は 150 人となりますが、前年度実績 84% 月平均 126 人から 5% 増の月平均 132 人を目指し、要介護者の取扱い率を高めることで更なる収益の向上を図ります。

③ 平成 30 年度の介護報酬改定で加算の見直しが行われた、入院時情報連携加算・退院退所加算及び新設されたターミナルケアマネジメント加算について、算定要件を満たせるよう努力していきます。

<総合相談窓口（ブランチ）>

① 総合相談実件数は 120 件のうち訪問実件数が 48 件、総合相談延べ件数は 600 件のうち訪問延べ件数は 120 件以上が基準となっています。平成 30 年度は前年度実績を踏まえ、総合相談実件数は 150 件、うち訪問件数 110 件、総合相談延べ件数は 750 件、うち訪問件数 330 件を目指します。