

平成25年度春の家居宅介護支援事業所事業計画書

1、本年度の目標

平成25年2月現在で、居宅総利用者数66名(85名)の内、介護給付は48名(67名)、予防給付は名18(18名)となり、前年度に掲げた目標の利用者増の目標は難しく、利用者の減少分を増やすことも困難なっている。()内は23年度。平成25年1月にケアマネ1名の退職もあって大きな減少になった。

今後、春の家居宅介護支援事業所としては、平成24年介護報酬改定に対応し介護支援専門員として、介護保険が目指す高齢者の尊厳を保持し、自立支援を進める在宅生活の実現に寄与する在宅介護支援活動を行って地域で選ばれる事業所になって行きたいと考えます。

① 高齢になった利用者様が在宅でより長く生活できる環境作り

私たち介護支援専門員は、介護度が重度化した要介護者が地域での在宅生活継続の支援を進める上で、「老老介護」「認認介護」「独居」などの支援困難な現実に遭遇する事も多いが、利用者の声に耳を傾け出来る限り要介護度が重くなっても生活の場を変えることなく、利用者が自ら選択した場所で状態に応じた適切な介護サービスを受け続ける事ができるように、望む生活を聞き取る能力の向上に努め、利用者様の真のニーズにミスマッチしない相談援助支援に努めます。

② 介護保険の給付と負担のバランスに留意した視点について

ご利用者は今後介護保険が直面する団塊世代高齢化に伴う総介護サービス費の増大に伴って一定の介護保険料の引き上げを受けた負担をされることにはなり、今まで以上に介護保険利用に権利意識をもたれるようになる事が考えられる。しかし、介護保険の給付内容は、必要な負担に見合った財源の確保を進めた上でしかサービス供給しない方針が色濃く出てきた為、今まで以上に必要性や優先性や自立支援の観点からの見直しをした効率的な支援計画を求められています。その事を考えて、保険給付の適正利用に努めたケアプラン作成を実施し利用者にも制度の変化した状況の説明をして必要な援助のあり方について考えていく様にします。

③ 医療と介護の役割分担と連携

医療ニーズの高い高齢者に対して、医療・介護の切れ目なく提供する観点から、医療と介護の役割分担を明確化し、連携を強化する必要があることから、在宅生活時の医療機能の強化に向けた、新しいサービスの創設及び訪問看護、リ

ハビリテーションの充実、ならびに看取りへの対応強化、入退院時における医療機関との介護サービス事業者との連携促進を実施できるようにします。

③認知症を有する人や介護する家族に対する対応について

在宅支援を進める上で、専門職として認知症が問題となるケースでは、早期の確定診断を出発点とした対応を提案し、認知症の中核症状の進行を抑え行動・心理状況の悪化予防や悪化緩和を図り、在宅生活の継続が本人様、家族共に困難な状況に陥らないよう支援する。

介護保険は介護の社会化も理念に含まれている事を考え、本人の思いを踏まえつつも家族様の介護負担を軽減し、在宅生活を円滑に継続できるよう、家族介護者支援（レスパイト）などの観点も踏まえた、デイサービス利用、ショートステイの活用等を考え、先を見据えた支援計画が建てられるよう配慮する。

今後、認知症を有する人の高齢化はますます進み、社会情勢の変化に伴い家族関係の変化もあり家族介護での在宅が限界なケースや、独居での在宅支援が困難なケースもある、そうした中では高齢者の権利擁護にも留意し必要に応じ、虐待防止にも努め、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用に関する支援もあわせて行っていく様にします。

④提供する居宅介護支援サービスの質の向上、支援情報の伝達への取り組み

ケアプランの質の向上には、介護保険のサービスだけにとどまらず、それ以外の医療・福祉・社会保険制度等のサービス、制度の活用を図り、関係機関との連絡調整を図ってより自立促進、機能向上、中立の立場に立った考えでのケアプランが作成できるよう努めます。

また、介護保険制度が創設され10年が過ぎ、制度自体が複雑化している事を踏まえ、適正な給付管理を行い、居宅サービス計画の作成やサービスの実施状況の把握及び評価を行った上で、利用者や家族に必要な応じた相談や助言が出来る様にします。

その時々介護報酬改定や法令通達に合わせた説明をして理解を得ていきたいと思っています。

また、介護支援専門員として知っておくべき制度や知識の理解の為、各種研修会や講習会など施設内、施設外問わず積極的に参加し利用者の要望に応えられる様にします。

事業所内では、個々の介護支援専門員の利用者様の大きな状態変化は担当職員以外でも対応できる様に報告連絡をこまめに職員間で行い、春の家居宅介護支援事業所として利用者の要望に対応できるようにする事や、緊急性のある利用者のからの要望は24時間連絡体制を確保し利用者の相談に対応しサービス

の質の向上に努めます。

⑤介護支援業務の効率化を上げる取り組み

介護保険の法令順守努め、ながら、介護支援専門員が努めなければならない居宅介護支援業務と、ケアプラン作成や給付管理に付随する事務作業を、意識し効率的に業務ができるように事務作業を分担することやマニュアル化やシステム化することを検討し書類整備を進め事務作業の効率化を図る。

⑥稼働率向上のについて

介護給付、予防給付を含めて30名程度の新規のご依頼を頂くことを目標にする。各介護支援専門員は市町村、包括支援センター、在宅介護支援センターに対して新規利用者ケアプラン作成が出来る状態である事を伝えていく。

⑦経費の節減について

コピー用紙の節約の為に、パソコンの入力ミスをなくす。
自動車のガソリン節減の為に、各ケアマネジャーは地域毎にまとめて訪問する。
節減に対しては、小さなことでも各自、気付いた事は取り組む。

2、事業内容・支援業務（別紙）

(別紙)

1、事業内容

介護給付

要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限り、その居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るように配慮する。

適切な保健、医療、福祉サービスの利用は、利用者の心身の状況や置かれている環境に応じて、又、利用者の選択に基づき、多様なサービス事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。

春の家居宅介護支援事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、公正中立に行い提供する。

更に、市町村、他の指定居宅介護支援事業所、介護保険施設、介護福祉施設、介護療養型医療施設、医療機関、保健所等との連携に努める。

予防給付

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することが出来るように、要介護状態となることを出来る限り予防することが重要である。このため、本人が出来ることは出来る限り本人が行うことを基本とし、利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活がわかりやすくイメージできるよう具体的な日常生活における生活行為について明確にし、セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて見直しを行う。

○介護給付

- ・居宅介護支援、介護保険等の説明、重要事項の説明・契約を行う。
- ・利用者の課題分析（アセスメント）を行う。
- ・居宅サービス計画を作成し本人又は家族の同意を得て利用者、事業者に交付する。
- ・特段に事情のない限り、月1回、利用者の居宅を訪問し利用票について説明し了承を得る。
- ・1ヶ月に1回居宅訪問を行い、ケアプランの実施状況を把握及び評価（モニタリング）を実施する。
- ・要介護→要支援、要支援→要介護、更新認定時、区分変更認定時等やサービス内容の見直しの時期には、サービス担当者会議又は担当者に対する照会により、計画書の変更の必要性について、担当者から専門的な意見を求

める。

- ・介護認定の申請手続きの依頼があれば、代行申請する。
 - ・入退院時、入退所時に病院、施設と利用者に関する情報の交換等をおこなない適正な援助を行う。
 - ・介護保険サービス利用の給付管理を毎月行う。
 - ・毎月のご利用になったサービスの介護報酬の請求業務を行う。
-
- ・富田林市、千早赤阪村、堺市、大阪市等、市町村より介護保険認定調査委託業務を受ける。

○予防給付

- ・介護給付と同様業務。評価はデイサービスは3ヶ月毎、その他は6ヶ月毎になる。