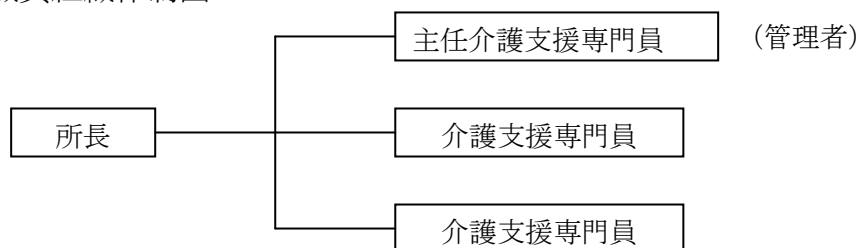


3、介護保険サービスセンター偕生園

1、事業方針

要支援または要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービス等と連携を図り、包括的なケア提供をめざし相談支援を行います。利用者の利益を第一に、自律性を尊重し、中立公正に相談に応じます。

2、職員組織体制図



3、会議

会議名	開催日時	出席者
連絡会議	毎週金曜日	各事業所
情報伝達会議	毎週金曜日	主任介護支援専門員、介護支援専門員
居宅会議	毎月 10 日	管理者、介護支援専門員、法人内各相談員
在宅会議	毎月第 2 火曜日	所長、管理者、主任、相談員
夜間園内研修	毎月 21 日	職員全員
職員会議	毎月 21 日	在宅職員全員

4、委員会

法人の各種委員会共有

5、事業目標

- ① 介護保険制度の趣旨に沿い、利用者の自立支援を促すサービス計画を作成します。
- ② 特定事業所加算取得を維持し、運営基準を遵守します。
- ③ 知識を絶えず新しく保ち、相談技術・資質の向上を図ります。また、地域課題や社会資源を適切に把握し、利用者や地域への情報発信を目指します。
- ④ 在宅重度者や認知症高齢者への対応の強化を図り、質の高いケアマネジメントの提供に努めます。
- ⑤ 迅速・丁寧・親切な対応を心掛け、利用者・家族や事業所との信頼関係を適切に保つよう努めます。

6、事業内容

(1) 課題分析（アセスメント）の実施

- ・利用申込者、又はその家族に対して介護保険制度の仕組みについてわかりやすい言葉を用いて説明します。
- ・介護サービス提供開始時に際し、利用者情報を把握する為、自宅・医療機関や施設へ訪問します。

(2) 居宅サービス原案の作成

- ・利用者及び家族の希望と地域の提供サービス状況を勘案し、専門的見地に基づき最も適切な組み合わせについて検討し、提案致します。

(3) サービス担当者会議による専門的意見の聴取と情報の共有

- ・要介護認定（新規、更新）時、及び入退院（所）及び状態の変化があった場合は、サービス担当者会議を実施します。
- ・サービス担当者会議の実施においては、利用者の状況等、必要な情報の共有をし、居宅サービス計画原案の内容について、医師（主治医）やサービス提供事業者等から専門的な見地からの意見を求めます。

(4) 居宅サービス計画の説明および同意

- ・原案の内容を利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を頂きます。

(5) 居宅サービス計画の交付

- ・同意を頂いた計画書を、利用者及び担当者へ交付します

(6) 居宅サービス計画の実施状況等の把握（モニタリング）及び評価等

- ・少なくとも月1回は居宅を訪問し、居宅サービス計画の実施状況、生活状況を確認し必要に応じて、計画の変更やサービス事業者等との連絡調整を行います。
- ・計画変更の必要性については、再びサービス担当者会議等による専門的意見の聴取を行い検討します。

(7) 介護予防支援業務の委託

- ・包括支援センターからの委託依頼を受け、一連のケアマネジメントを実施します。
- ・包括支援センターとの連携を図り、研修や地域ケア会議等の参加を通じて、地域課題の把握や地域資源の開発、ネットワーク作りの役割を担います。

(8) 書類作成・申請手続き

- ・要介護認定にかかる申請や、介護サービス利用等に必要な書類の作成を行います。
- ・利用者の書類は5年間保存し、利用者、家族より記録開示の請求があれば開示します。

- ・在宅での生活が困難になった場合や、利用者・家族より施設入所の意向がある場合は、入所に必要な支援を行います。

(9) 情報の公開

- ・介護サービスを選定する判断材料として情報を公開します。

(10) 苦情に関すること

- ・苦情には迅速に対応し、周知徹底を図り再発防止に努めます。

(11) 特定事業所加算取得

- ・質の高いケアマネジメントを提供できるよう、専門性の高い人材の確保や支援困難ケースの受入対応ができるよう、外部研修会への参加、定期的な勉強会を実施します。
- ・研修計画

4月	全体研修・倫理及び法令遵守	10月	事故発生・苦情
5月	認知症及び認知症ケア	11月	感染症・食中毒等
6月	個人情報保護・秘密保全	12月	権利擁護・虐待防止
7月	接遇・ケアマネジメント	1月	ケース検討・緊急、非常災害時
8月	全体研修・身体拘束排除	2月	自己評価・介護予防・自立支援
9月	自己評価・ケース検討	3月	1年間の反省