

平成 24 年 度

事 業 計 画 書

社 会 福 祉 法 人 ノ マ ド 福 祉 会

目次

法人全体	2
I 基本事業	3
1 介護保険事業・障害者福祉事業	3
2 その他の老人福祉事業	4
3 地域交流事業	4
4 組織体制	5
5 職員研修	6
6 自主防火管理体制の徹底	10
小樽部門	11
I 運営方針	11
II 各部門別重点目標	13
(1) 事務部門	13
(2) 生活相談支援部門	13
(3) 介護・看護部門	14
(4) 給食部門	16
III 職員会議	17
IV 事業別事業計画	20
1 介護老人福祉施設	20
2 ショートステイ事業	23
3 デイサービス（通所介護・介護予防通所介護）	24
4 デイサービス（認知症対応型通所介護）	28
5 ホームヘルプサービス事業	32
6 居宅介護支援事業所	34
7 ケアハウス	34
8 グループホーム	39
9 生活支援ハウス	43
10 障害者福祉サービス事業	45
11 地域交流事業	46
はっさむ部門	48
I 運営方針	49
II 各部門別重点目標	49
(1) 生活相談支援部門	50
(2) 介護・看護部門	50
(3) 給食部門	52
III 職員会議	52
IV 事業別事業計画	53
1 介護老人福祉施設	55
2 ショートステイ事業	57
3 デイサービス（通所介護）事業	57
4 居宅介護支援事業所（はっさむはる）	63
5 地域交流事業	66
北17条部門	67

法人全体

小樽・はっさむ・北 17 条共通

I 基本事業

1 介護保険事業・障害者福祉事業

※介護保険事業は「(介)」、障害者福祉事業は「(障)」と注記

(1) 介護老人福祉施設(介)

定員：80名

対象者：介護保険法の定めによる要介護者

明るく家庭的な雰囲気づくりと地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って施設サービス計画を作成し、それに基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者が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にすることを目指す。

(2) 短期入所生活介護事業(介)(障)

定員：20名

対象者：介護保険法の定めによる要支援及び要介護者並びに障害者自立支援法の定めによる身体障害者利用者

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できるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目指す。

(3) 通所介護事業(介)(障)

対象者：介護保険法の定めによる要支援及び要介護者

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できるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目指す。

(4) 訪問介護事業(介)

対象者：介護保険法の定めによる要支援及び要介護者

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できるよう、入浴、排泄、食事の介護その他生活全般にわたる援助を行うことを目指す。

(5) 居宅介護支援事業所(介)

対象者：介護保険法の定めによる第1号被保険者及び特定疾病（政令の定めによる）を有する第2号被保険者利用者が、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できるよう、又、利用者の心身の状況、その置かれている環境に応じて、適切な保健医療サービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう、常に利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立って、その提供する指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう公正中立な支援を目指す。

(6) 認知症対応型共同生活介護事業(介)

対象者：認知症の状態にある者で、介護保険法の定めによる要支援及び要介護者が、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、家庭的な環境のもとで、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことを目指す。

2 その他の老人福祉事業

(1) 軽費老人ホーム ケアハウス

定員：50名

対象者：原則として60歳以上で、自炊ができない程度の身体機能の低下が認められ、又は高齢等のため独立して生活するには不安が認められ、家族の援助を受けることが困難であるもの。

低額な料金で生活上必要な便宜を供与し、入所者が健康で明るい生活を送れるようにすることを目指す。

(2) 生活支援ハウス

実施主体：小樽市

定員：12名

対象者：原則として60歳以上の一人暮らしの者、夫婦のみの世帯に属する者及び家族による援助を受けることが困難な者であって、高齢等のため独立して生活することに不安のあるもの

- ①高齢等のため居宅において生活することに対し不安のある者に対し、必要に応じ住居を提供する。
- ②各種相談、助言を行うとともに緊急時の対応を行う。
- ③加齢によるADL低下に伴い通所介護、訪問介護等介護サービス及び保健福祉サービスを必要とする場合は必要に応じ手続の援助等を行う。
- ④地域住民との交流を図るための各種事業及び交流のための場の提供等を行う。

(3) その他老人福祉法の定めによる事業、小樽市等から委託を受けた事業

- ①特別養護老人ホームにおける小樽市生活管理指導短期宿泊事業の受託等
- ②デイサービスセンターにおける小樽市生活支援事業の受託等
- ③介護認定調査の受託
- ④その他地域福祉推進のため必要な事業

3 地域交流事業

- ①各種交流事業の推進及び地域交流スペースの活用
- ②ボランティア活動の推進及び支援
- ③介護教室、講演会等の開催
- ④実習生、見学者の受入れ及び講師派遣等

5 職員研修

職員の資質向上と専門的知識の習得を目的として、以下の外部研修に積極的な参加を促すとともに、施設内の研修を以下に掲げる予定の他、必要に応じて開催する。

(1)施設外研修

①指導員研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
新任指導員研修	経験2年未満のSW	5月	北海道社会福祉協議会
指導員専門研修	経験2年以上5年未満SW	6月	
指導職員専門研修	経験5年以上のSW	2月	全国社会福祉協議会

②介護職員研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
新任介護職員研修	経験2年未満のケアワーカー	5月	北海道社会福祉協議会
介護職員専門研修Ⅰ	経験2年以上5年未満のケアワーカー	6月	
介護職員専門研修Ⅱ	経験5年以上のケアワーカー		
直接処遇職員研修	ケアワーカー	秋頃	後志老人福祉施設協議会

③栄養士・調理員研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
栄養士専門研修	経験2年以上の栄養士	8・9月	北海道社会福祉協議会
給食職員研修	栄養士	時期未定	後志老人福祉施設協議会

④看護師研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
看護師専門研修Ⅰ・Ⅱ	看護師	9・11月	北海道社会福祉協議会
看護師研修	看護師	9月	北海道看護協会

⑤法人役職員研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
法人役員専門研修A	法人理事・監事・評議員	1月	北海道社会福祉協議会

⑥施設長研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
施設長専門研修A	施設長	2月	北海道社会福祉協議会
施設長研修	施設長	時期未定	後志老人福祉施設協議会
老人福祉施設長セミナー	施設長	2月	北海道老人福祉施設協議会

⑦課題別研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
認知症高齢者処遇研修	ケアワーカー・看護師・ホームヘルパー	10・11月	北海道社会福祉協議会

⑧特別研修

研 修 名	実施予定	主 催
社会福祉法人経営者研修会(経営管理コース)	4月	全国社会福祉協議会
社会福祉法人経営者研修会(人事管理コース)	5月	
社会福祉施設長資格認定講習	5-3月	
総合相談窓口従事者養成研修	11月	北海道社会福祉協議会
介護支援専門員養成実務研修受講資格準備講習	6月	
全道老人福祉施設研究大会	6/13-14	北海道老人福祉施設協議会
全道老人福祉施設ニューリーダー養成研修	7月	
老人福祉施設研究発表会	9-10月	
平成23年度カントリーミーティング	10月	
老人福祉施設グレードアップセミナー	1月	

⑨デイサービスセンター職員研修

研 修 名	参加対象職員	実施予定	主 催
施設長研修	施設長	時期未定	後志デイサービスセンター協議会
職員研修	デイサービスセンター職員	時期未定	

⑩グループホーム職員研修

研 修 名	参加対象職員	実施予定	主 催
認知症介護実務者研修(基礎過程)	グループホーム職員	時期未定	
認知症介護実務者研修(専門過程)	グループホーム職員	時期未定	

⑪事務員研修

研 修 名	参加対象職員	実施予定	主 催
経理・事務担当者専門研修A	事務員	時期未定	北海道社会福祉協議会
事務職員研修	事務員	時期未定	後志老人福祉施設協議会

⑫先進施設等見学研修

研 修 名	参加対象職員	実施予定	行 先 等
特別養護老人ホーム	ソーシャルワーカー、ケアワーカー等	時期未定	未定
デイサービスセンター	ソーシャルワーカー、ケアワーカー等	時期未定	未定
ケアハウス	ソーシャルワーカー、ケアワーカー等	時期未定	未定
グループホーム	ケアワーカー等	時期未定	未定
生活支援ハウス	生活援助員等	時期未定	未定

* その他の研修についても、必要に応じて適宜、参加調整をしていく予定。

(2)施設内研修

平成24年度 研修計画

4月	新採用者研修（新任）	法人の理念・ケアの理念
		接遇
		価値・倫理と法令遵守
		プライバシー保護と権利擁護
		医療に関する知識
		事故防止について
		緊急時の対応について
		褥瘡発生予防について
		感染症及び食中毒の予防について
		身体拘束廃止について
		高齢者虐待防止について
		非常災害時の対応について
		苦情対応について
		看取り（精神的ケア等）について
		認知症ケア
介護技術		
アセスメント		
	ヘルパースキルアップ研修①（現任）	接遇について
5月	認知症ケア研修①（現任）	認知症ケアの理念と権利擁護
		認知症の基礎知識
		コミュニケーション技術
	ヘルパースキルアップ研修②（現任）	価値・倫理と法令遵守
全体研修①（現任）	非常災害時の対応について（各事業所）	
ケアマネスキルアップ研修①（現任）	ケアマネジメントの理論と実際	
6月	中堅者研修①（現任）	価値・倫理と法令遵守
		身体拘束廃止について
		医療に関する知識
	経理研修①（課長クラス）	法人の収支状況について
		財務諸表などについて
	DS職員スキルアップ研修①（現任）	認知症ケア
予防ケア		
ケアプラン・モニタリング等		
7月	リーダー研修①（現任）	感染症及び食中毒の予防について
		褥瘡発生予防について
		高齢者虐待防止について
	初任者研修①（現任）	看取り（精神的ケア等）について
		認知症ケア
	ヘルパースキルアップ研修③（現任）	利用者の人権と意思の尊重
8月	フォローアップ研修①（現任）	プライバシー保護と権利擁護
		事故防止について
		緊急時の対応について

	管理者研修①	スーパービジョン（上級編）
	ソーシャルワーク研修①（現任）	SWの価値・知識・技術
		SWに必要な周辺学問
	ヘルパースキルアップ研修④（現任）	リスクマネジメント・苦情対応
9月	看取りに関する研修	看取りケアの理念
		専門職としての死生観
		看取りケアの実際
		家族への支援とチームアプローチ
	ヘルパースキルアップ研修⑤（現任）	緊急時の対応・事故と感染予防
	ケアマネスキルアップ研修②（現任）	対応困難事例の理解と支援
10月	フォローアップ研修②（現任）	価値・倫理とディレンマ
		褥瘡発生予防について
		感染症及び食中毒の予防について
	経理研修②（係長クラス）	法人の収支状況
		財務諸表などについて
	ヘルパースキルアップ研修⑥（現任）	生活援助・調理実習
	ソーシャルワーク研修①（現任）	SWの価値・知識・技術
		SWに必要な周辺学問
11月	中堅者研修②（現任）	事故防止について
		緊急時の対応について
		看取り（精神的ケア等）について
	全体研修③（現任）	感染症及び食中毒の予防について（各事業所）
12月	リーダー研修②（現任）	スーパービジョン（中級編）
1月	初任者研修②（現任）	身体拘束廃止について
		高齢者虐待防止について
		プライバシー保護と権利擁護
	経理研修③（主任・主任補佐クラス）	法人の収支状況について
		財務諸表などについて
2月	認知症ケア研修②（現任）	認知症ケアの理念と権利擁護
		認知症の基礎知識
		コミュニケーション技術
	フォローアップ研修③（現任）	スーパービジョン（初級編）
3月	中堅者研修③（現任）	介護保険制度の理解
		対応困難事例の理解と支援
随時	中途採用者研修（新任）	法人の理念・ケアの理念
		接遇
		価値・倫理と法令遵守
		プライバシー保護と権利擁護
		医療に関する知識
		事故防止について
		緊急時の対応について
		褥瘡発生予防について
感染症及び食中毒の予防について		

		身体拘束廃止について
		高齢者虐待防止について
		認知症ケア

6 自主防火管理体制の徹底

- (1) 防火管理者の指揮により、消防計画に基づく消火、通報、避難誘導訓練を実施する。
- (2) 日常的に自主チェックを行い、安全管理を推進する。
- (3) 施設の物置等は必ず施錠し、安全管理に努める。
- (4) 施設内外の整理整頓に努める。
- (5) 喫煙者については特に注意し、折りにふれ火災予防を呼びかける等、防火意識の高揚に努める。
- (6) 乾燥機、ガス器具等の取り扱いに日常的に注意するとともに、器具の必要な定期点検を実施する。
- (7) 職員に対し、防火用具、消火器の取り扱いについて知識習得の徹底を図るとともに、消防設備の定期点検を実施する。また夜勤のケアワーカー及び宿直警備員にあっては、消火器の位置確認、使用方法について、随時点検と復習を怠らないよう心掛ける。
- (8) 地震等に備え、居室内等の整理棚などが倒れ落ちる危険がないかどうか日常的に点検を行う。
- (9) 防排煙設備について、受信機、感知器、排煙窓、防火戸等の点検を徹底する。
- (10) 消防用設備について、消防器具、屋内消火栓設備、スプリンクラー設備、自動火災通信機設備、避難器具、誘導灯及び誘導標識、非常電源（自家用発電設備、蓄電池設備）、配線などの点検を徹底する。
- (11) 危険物設備の安全管理の徹底について、次の措置を行う。
 - ① 灯油をタンクに入れる場合、必要に応じて職員が立ち会う。
 - ② 定期点検を実施する。
 - ③ 油漏れを早期に発見するための、定期的な残量点検確認を実施する。

小 樽 部 門

I 平成24年度 運営方針

平成24年度は、4回目の介護報酬改定が行われ、平成18年度改定時より厳しい運営となることが予想される。介護職員処遇改善交付金の加算化、各種加算算定基準の厳格化、各基本サービス費の単価引き下げ等、実質的な給付抑制が行われている。また、重度化対応への評価、リハビリ重視の傾向など、施設と在宅の役割を明確にし、「地域包括ケアシステム」を実現する、という国の方針が強く打ち出された改定でもある。法人全体としては、今後の事業運営のあり方や事業展開について熟慮し、安定した経営を目指さなければならないと考える。

各事業所としては、専門職としての実践力の向上と、稼働率の向上という両輪が機能するよう、職員が協力、連携しながら、お互いを支え、成長していかなければならない。現場で抱える多くの問題を、職員が持つ「力」で乗り越えていけるよう、以下のことを、職員と共に考えていきたい。

1. どの専門領域においても、「**気づき**」は重要である。「変化への気づき」はケアの基本であるし、「探索の気づき」はアセスメントのセンスでもある。「**気づき**」は「**気づい**」や「**配慮**」につながり、さらに専門職としての実践力の向上にもつながるため、結果的に事故防止や身体拘束廃止、虐待防止にも効果的である。
2. 福祉現場では、人手不足、人材不足が深刻であり、職員の資質が問われ、社会一般常識のレベルから指導しなければならないことが多い。利用者・入居者やご家族、関係機関等、また職員同士の関係においても、「**大人としての成熟**」が求められる。
3. ここ数年、職員のメンタルケアの重要性が指摘されているが、当法人でも、心身両面の「**健康**」状態の悪化を理由に休職や離職が続いている。さらに、風邪や胃腸炎等での急な休みも、他職員への負担が増えることで、別な職員が体調を崩す等、悪循環を生じさせているため、職員が「**仕事とプライベート**」のバランスを図れるよう、食事や休養、リフレッシュ等、「**健康**」の自己管理と職場での支援が必要である。
また、要介護等高齢者の介護予防も謳われているが、その効果は見えにくく、ケアへのリンクも不十分であるため、重度化を防ぐことができていない。高齢者の「**健康**」についても、「**食事**」「**排泄**」「**運動**」という側面に、介護予防的な観点から、積極的に取り組む必要がある。
4. 高齢者を取り巻く問題は、身体的な障がいや認知症だけではなく、発達障害や精神疾患等多岐に渡り、支援する側のご家族も、高齢化や経済的問題、家族間の問題等、重層的な問題を抱えていることが多い。従来からの介護技術や支援方法では打開できない場面も多く、私たちはその困難さを受容するばかりではなく、その困難さを糧として、例えば「**認知症とは何か**」という哲学を、現場から生み出していくことができるような「**発想の転換**」が必要と考える。
5. 高齢者福祉分野や介護保険制度の将来像は、明るい見通しを持つことができない状況であるが、「**社会保障と高齢化問題**」という、社会の最重要課題に携わっている自負と、専門職としてのアイデンティティを大切にしながら、職員が自身の将来に「**夢と希望**」を持つことができるような職場作りが必要である。

II 各部門別重点目標

(1) 事務部門（小樽・札幌共通）

職種間及び部署間相互の連携が円滑に図られるよう、又、利用者及び家族との意志疎通や関係機関との連絡調整に遺漏のないよう、発送及び保管のシステムを遂行し、職員の心身の健康増進と利用者等からの法人事業に対する信頼確保に向けて、次に掲げる事項について、必要な事務を適正かつ正確、迅速に実施する。・事業の円滑な運営を図るため、行政及び関係諸機関等との連絡・協議を適宜行う。

- ・利用者からの利用料徴収について、利用料の未収金管理を徹底し収納率向上等を図る。
- ・個人情報取り扱いについて、関係法令を順守し適正、且つ安全に取り扱う。
- ・職員給与支給、出退勤等を含む労務管理について、法令に基づき適正な管理に努める。
- ・法令や社会情勢の変化に伴い、各種規程の見直しと改定の作業を推進する。
- ・経理研修会を定期的に関き、職員が法人の運営状況の把握のため現状報告を行う。
- ・防災対策の充実・強化に向けて、利用者及び職員に対する訓練・啓発活動を行う。
- ・備品及び固定資産の管理について、定期的な整備点検を行い安全管理に努める。
- ・ホームページを活用し、法人の運営状況、利用状況等を発信しながら営業活動や、職員採用へと繋げていく。
- ・職員に対し、定期的に健康診断及び腰痛検診を実施し、心身の状況の把握と健康管理、に配慮するとともに、健康の保持及び疾病の予防に努める。
- ・感染予防の一環から、職員に対しインフルエンザ等予防接種の機会を提供する。また、その他感染症予防の周知等、職員に健康管理への自覚を促し、健康管理に関する継続的な支援を行う。
- ・予算目標を意識した部署の稼働率の向上や経費削減について適宜啓発し、長期的な健全経営を目指す。

(2) 生活相談支援部門

介護保険制度、障害者自立支援制度、それらの付带的各種制度を活用し、利用者・家族の安心できる生活環境づくりに努める。また、気づきの機会を大切に、施設内外の研修受講のほか、ソーシャルワークの実践を通じて知識と技術の習得に努め、各種の研究に取り組む。

①利用者の安心で快適な生活への援助

- ・利用者に寄り添い、他職種との連携のもと利用者主体の生活の確立という視点で日々の相談業務を行っていく。
- ・利用契約においては、説明と同意のプロセスを重視し、利用者及び家族が安心して施設生活を送ることができるよう努める。
- ・利用者の権利擁護という観点から、必要により成年後見制度等の活用を図る。
- ・利用者の家庭環境に配慮し、家族も充分視野に入れた支援を行っていく。
- ・家族と適宜面談を行いながら、利用者の日常の様子を伝え、要望を取り入れていくよう配慮する。
- ・利用者のこれまでの生活や地域社会とのつながりの継続性を図るため、入居時における適切な情報収集に努めるとともに、外出の機会の拡大や保育園や小中学校との交流等により、生活環境が閉ざされたものにならないよう配慮していく。

②適切な入居相談ならびに入居判定会議の開催

- ・入居相談に際しては、入居希望者の心身や生活環境を的確に把握し、適切なものとなるよう努める。また、適宜入居優先度判定委員会設置要項の見直しを行い、市役所関

係者や第三者委員への参加を呼び掛け、適切な開催に努めていくものとする。

- ・入居申し込み待機者の状況を正確に把握するよう努め、把握方法についてより効果的な方法を検討していくものとする。

③コミュニティワークの展開

- ・全般的な社会福祉の向上という視点を持ち、各関係諸機関との連携に努める。
- ・相談員連絡会を通じて、「専門性の向上」「連携に必要な情報共有システムの構築」を目標とし、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう支援することに努める。
- ・高齢者の虐待防止のため、早期発見・緊急時の対応等、地域住民・地域包括支援センター・警察等と連携を図り、権利擁護に努める。
- ・ボランティア活動について、「あかり」その他のボランティア団体、地域住民とともに学び、その活動を支援していく。
- ・実習生の受け入れにあたっては、ソーシャルワーカーの社会的育成、教育という社会的責任を充分考慮する。

(3) 介護・看護部門

スタッフ一人一人が、各自の役割に対する責任感と主体性を持ち、建設的な意見を提起するとともに、ケア内容の一層の充実に向けて介護・看護業務全般の見直しと改善を行なっていく姿勢を確立するため、次の事項について取り組む。

- ・特養利用者の在宅復帰の可能性について、適宜利用者の状況に合わせ検討をする
- ・利用者に提供したサービスの内容等の具体的な記録の徹底と再アセスメントへの活用
- ・介護サービス情報公開の義務化、並びに自己評価の実施及び評価結果の公表
- ・ケアプランの作成及び評価に関わる介護職と看護職との連携の強化
- ・業務マニュアルを指針とし、身体拘束その他利用者の行動制限行為を行わず、見守りや工夫の中で安心して生活していただけるケアへの取り組み
- ・高齢者虐待に対する職員の理解を深め、不適切ケアにおける早期解決に向けた取り組み
- ・安全、清潔で、家庭的な明るい環境作り
- ・自己選択を基本とする自由なアクティビティプログラムの充実に向けた検討
- ・職員の自己啓発、育成のための研修や事例発表等の実施

①介護部門

- ・現行のグループケアの充実に向け、ゆとりある利用者本意のケアを提供するため、職員の勤務形態と業務全般の見直しに随時取り組む。
- ・寝たきり防止のため、生活リハビリ・機能回復訓練やレクリエーションを適宜提供するなど、ゆったりとした時間経過の中にもメリハリのある生活の創出に努める。
- ・利用者及び家族の個々のニーズを把握し、多職種と連携して状況にあった栄養ケアプランを作成する。また、身体状況に合わせ随時栄養ケアプランの見直しを行う。
- ・施設サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、週間サービス計画表と日課計画表を作成し、利用者または家族にサービス内容をわかりやすく説明することを心がけ、定期または状況変化に応じて適宜ケアプランの評価と変更を実施する。
- ・認知症高齢者ケアの充実に向け、「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」の導入を検討し、アセスメントを充実させるとともに、日々安全で清潔、快適な生活環境の確保に努め、適切な介護により随伴精神症状や行動障害の軽減を図り、認知症の進行を緩和防止するための実践及び学習・ケアに取り組む。

- ・抑制ゼロのケアを推進するため、身体拘束に関する学習会を定期的実施し、職員の理解を深め意識改善に取り組み、実践の中での工夫を行なう。また、転倒等の事故防止対策を綿密に整備し、さまざまな視点で再発予防に向けた取り組みを行なう。
- ・高齢者虐待に対する学習会を定期的に行なうとともに、不適切ケアにおける指導を実践の中で取り組む。
- ・はるの自主的運営組織である介護福祉士の会の運営と連動し、専門性の確立に向け、施設内外の研修受講の他、自主研修に努め、知識と技術の習得に取り組む。

②看護部門

- ・嘱託医及び地域の医療機関、関連保健機関との連携を一層強化し、利用者の通院又は入院が適時、適正に迅速に行われるよう調整に努める。
- ・多種慢性疾患を抱え、または、非定型的な急性期症状を呈する利用者に対し、日常的な観察により異常早期発見に努める。また定期的なバイタル測定や、必要な定期検査や定期健康診断等による健康管理を実施する。
- ・結核、インフルエンザ、ノロウイルス、レジオネラ菌等の感染防止のため標準予防策を日常的に徹底する。感染症が施設内に発症した場合は、施設内感染症対策マニュアルに基づき、速やかに適切な措置を行って感染の拡大防止に努める。
感染症流行時期には、適宜施設内で学習会を行い、まん延防止の意識を高める。
- ・他職種との連携によるチームアプローチを強化し、利用者のADL向上のため、QOLに配慮した看護を展開する。
- ・介護職員を対象とした医療知識の学習会を企画開催する。特に、誤嚥性肺炎の防止において口腔ケアの学習会と、看取り期にある利用者の心身機能を理解するための学習会を検討する。
- ・施設内外の研修受講を行い、学習内容は、伝達講習を行って看護職員全体に展開する。また、セミナー、講演会等で症例発表の機会を持つなど積極的に自主研修に取り組む。
- ・入所者の重度化等に伴う医療ニーズの増大に対する観点から、看護師の配置と夜間休日における24時間連絡体制（オンコール体制）を確保する。
- ・疾病や急な変化による治療の延長上にある看取りではなく、生活の延長上にある自然な看取りを実践できるよう、自然な「最期」について、家族に参加を促しながら、常に多職種と連携し検討する。
- ・入所者の服薬管理を、地域の調剤薬局、薬剤師と協議し、より安全で安心できる服薬管理を実施する。

③機能訓練・各種療法部門

- ・利用者の残存機能の維持及び機能低下防止を図ると共に、利用者がボランティアの人々や他利用者との交流をもつ中で、打ち解けた楽しい時間を過ごす事が出来るよう工夫に努める。
- ・施設内外の研修受講のほか、講演会等積極的に自主研修に取り組み知識と技術の習得に努める。
- ・個々の利用者の機能訓練の必要性及び内容を明確にして、ケアプランに反映し、利用者又は家族に内容を解かりやすく説明し、無理のない生活機能訓練を他職種と連携し実施していく。

④給食部門

〔給食管理〕

- ・旬の食材を用いた季節感のある献立の作成に努め、色彩や盛り付けを工夫した美味しい食事の提供に努める。
- ・施設の畑で栽培した無農薬で安心な野菜を提供し、利用者と共に収穫の喜びや採れたて野菜の新鮮さを味わって頂く。
- ・新メニューを積極的に取り入れ、楽しみのある食事の提供に努める。
- ・利用者の前で調理・サービスを行なうデモンストレーションを取り入れ、普段の食事とは違った楽しみや、驚き、興味をもってもらえる提供方法を実施する。
- ・利用者に合わせた食事形態での提供を行なうと共に、咀嚼、嚥下機能の低下が見られる利用者に対応したソフト食又はゼリー食の研究と提供に努める。
- ・献立・食材・栄養等に関する情報を利用者に説明する機会を積極的に設ける。
- ・委託業者（グリーンハウス）と連携し、安全で喜ばれる食事、楽しくなる食事の提供に努める。

〔栄養ケアマネジメント〕

- ・利用者個々の栄養状態、食事摂取状況等に関するアセスメントを行ない他職種と連携を図りながら個人に対応した栄養改善に努める。
- ・咀嚼、嚥下に関するアセスメント力をつける。
- ・今期よりデイサービスにおける栄養ケアマネジメントを実施し、通所サービスを充実させる。

〔衛生〕

- ・食品・衛生管理を徹底し、利用者が安心安全な食生活を送ることが出来るように努める。
- ・厨房内の清潔に努め、毎月決めた日に全体清掃を行なう。

〔接遇〕

- ・常に清潔な制服で、丁寧な対応を心がける。
- ・相手の思いに自ら気づき行動できる能力を高める。

〔研修〕

- ・外部研修に積極的に参加し、新しい知識や技術を厨房内で共有し質の向上を目指す。
- ・外部の施設見学を行ない、業務内容の見直しを図っていく。

【年間行事食予定一覧表】

	ホーム	デイサービス
4月	祝日行事食（昭和の日）	誕生会・健康食の日
5月	祝日行事食（憲法記念日・みどりの日・こどもの日）	誕生会・健康食の日・祝日行事食
6月	ごちそう日	誕生会・健康食の日
7月	祝日行事食（海の日）	誕生会・健康食の日・祝日行事食
8月	開設記念日・お盆	誕生会・健康食の日・開設記念日
9月	敬老会・祝日行事食（秋分の日）	誕生会・健康食の日・敬老会
10月	祝日行事食（体育の日）	誕生会・健康食の日・祝日行事食
11月	祝日行事食（文化の日）	誕生会・寿司パーティング・祝日行事食
12月	冬至・クリスマス会・大晦日	誕生会・クリスマス会
1月	お正月料理・七草粥・祝日行事食（成人の日）	誕生会・新年会

2月	節分・祝日行事食（建国記念の日）	誕生会・健康食の日・節分
3月	ひな祭り・祝日行事食（春分の日）	誕生会・ひな祭り・祝日行事食

※季節ごとに戸外での鮮魚・精肉の炭焼き、鍋料理等を随時取り入れる。

Ⅲ 職員会議

チームアプローチによる総合的ケアを推進するため、必要な以下の会議を適宜開催し、職員間の相互理解と情報の共有化を図る。

職員会議日程（全施設）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人 数
定 例 会 議	朝礼	毎朝 8時30分～ 約10分間	施設長、ソーシャルワーカー、ケアワーカー、看護職、栄養士、事務員	参加可能 職員全員
	職員全体会議	不定期 年3回程度 19時～20時	施設長以下全職員	全 員
	給食会議	毎月最終木曜日 16時～16時半	施設長、ほか、 （委託先）担当部長、調理チーフ等	関係者
	ボランティア・ミーティング	毎月最終火曜日 13時30分～	ボランティアグループ「あかり」メンバー 施設長、看護課長、介護課長、ソーシャルワーカーほか	関係者

職員会議日程（特別養護老人ホーム）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人 数
定 例 会 議	朝・夕ミーティング	毎朝 9時45分～10時 毎夕 17時～17時30分	施設長、ソーシャルワーカー、介護職 看護職、機能訓練指導員、栄養士	関係者
	スタッフ運営会議	毎週 第4火曜日 18:00～19:00	施設長、各主任、主任補佐、 ソーシャルワーカー	関係者
	ケアカンファレンス	不定期 10:00～10:30	施設長、介護職、看護職、 ソーシャルワーカー、栄養士、介護支援専門員、 機能訓練指導員、嘱託医	関係者
	リーダー会議	毎月第二火曜日 19時～20時	施設長、介護主任補佐、 2F・3Fフロアリーダー等	関係者
	ホーム会議	隔週金曜日 19時～20時	施設長、看護職、介護職、 ソーシャルワーカー、栄養士、機能訓練指導員	関係者
	フロア会議	毎月1回 各フロア 2F第3水曜日19時～20時 3F第3金曜日19時～20時	介護職、看護職、機能訓練指導員	関係者
臨 時	入所判定会議	適宜(年4回程度)	施設長、看護課長、介護課長、 ソーシャルワーカー、栄養士、介護支援専門員	関係者
	行事会議	毎月2回程度	行事委員職員	関係者

職員会議日程（デイサービスセンター）

区分	開催日時	参加者	人数
定例	朝・夕ミーティング	毎朝 8時35分～8時40分 毎夕 17時15分～17時30分	管理者、ソーシャルワーカー、ケアワーカー、看護職、栄養士
	新規利用判定会議	随時	管理者、ケアワーカー、看護職、ソーシャルワーカー、栄養士
臨時	ケアカンファレンス	毎月1～3回程度	管理者、ケアワーカー、看護職、ソーシャルワーカー、栄養士 ケアマネージャー
	行事事務会議	毎月2回程度	ケアワーカー、看護職、ソーシャルワーカー

職員会議日程（ホームヘルパーステーション）

区分	開催日時	参加者	人数
定例会議	朝・夕ミーティング	毎朝 8時40分～9時 毎夕 16時30分～17時	管理者、サービス提供責任者、ホームヘルパー
	ヘルパーミーティング	毎月1回 17時30分～18時30分	管理者、サービス提供責任者、ホームヘルパー

職員会議日程（居宅介護支援事業所）

区分	開催日時	参加者	人数
定例会議	朝ミーティング	毎朝 8時40分～9時	管理者、ケアマネージャー
	会議	毎月1回 16時30分～17時30分	管理者、ケアマネージャー

職員会議日程（ケアハウス）

区分	開催日時	参加者	人数
定例会議	朝・夕ミーティング	毎朝 9時30分～ 毎夕 16時30分～17時	施設長、ソーシャルワーカー、ケアワーカー、栄養士
	行事・給食会議	毎月第1火曜日 10時半～11時	施設長、ソーシャルワーカー、ケアワーカー、栄養士
	ケアカンファレンス	随時	施設長、ソーシャルワーカー、 ケアワーカー、栄養士、
臨時	入所判定会議	新規入所発生時随時	施設長、ソーシャルワーカー、栄養士、ケアワーカー ケアマネージャー

職員会議日程（生活支援ハウス）

区分	開催日時	参加者	人数
定例会議	朝ミーティング	毎朝 9時30分～	施設長、生活援助員
	行事事務会議	毎月	施設長、生活援助員
	スタッフ会議	毎月	施設長、生活援助員

職員会議日程（グループホーム）

	区 分	開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	朝・夕ミーティング	毎朝9時00分～ 毎夕17時00分～	管理者、看護・介護主任補佐、計画作成担当者、 ケアワーカー	関係者
	ユニット会議 (各ユニット開催)	毎月	管理者、看護・介護主任補佐、計画作成担当者、 ケアワーカー	関係者
	ケアカンファレンス (各ユニット開催)	毎月	管理者、看護・介護主任補佐、計画作成担当者、 ケアワーカー	関係者
	リーダー会議	月1回	管理者、看護・介護主任補佐、ユニットリーダー	関係者
	グループホーム 会議	月1回	管理者、看護・介護主任補佐、計画作成担当者、 ケアワーカー	関係者
臨 時	広報会議	月1回	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者
	事故防止・防災会 議	年4回	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者
	行事会議	年4回	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者
	身体拘束廃止会 議	年4回	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者
	地域交流会議	適宜	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者
	入所判定会議	適宜	統括施設長、特養施設長、管理者、看護・介護 主任補佐	関係者
	ホームページ会 議	月1回	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者

IV 事業別事業計画

1 介護老人福祉施設

【ケアの基本方針】

(1) 利用者主体のケアの確立

利用者及び家族のケアに対する意向を十分に配慮し、安全・安心・快適な生活を保障出来るようスタッフ一人一人が知識と技術の習得に励みその専門性を高める。

(2) チームアプローチ

介護支援専門員を中心に、アセスメント・ケアプラン作成・及び実践・評価に係る一連の介護過程において多職種がそれぞれの専門性を活かし 利用者の多様なニーズに答え、より質の高いケアを展開出来るよう連携を深めていく。

(3) 生活支援

利用者のプライバシーに配慮しながら自己決定や自己選択を基本とし、季節の変化を楽しめる潤いのある生活空間の創出に向けて丁寧な対応を心がける。

又、在宅復帰を念頭に入れた生活リハビリの視点を保持することを心がける。

(4) 認知症のケアの確立

認知症に関する専門知識を習得し、受容・共感的な関わりをベースに、利用者の人格を尊重し、自分らしく穏やかに生活できるよう支援する。

(5) ターミナルケア

利用者が予後不良と診断され、症状が生活施設の中で看取ることの出来る範囲であり、本人・家族が施設での看取りを希望された場合、その人らしい最期を迎えられるよう支援する。

(6) 身体拘束の廃止

利用者の生命または身体を保護するために、緊急をやむを得ない場合を除き、身体的拘束及びその他の方法により利用者の行動を制限しない。身体拘束が行われる場合、身体拘束委員会で検討し、毎日の記録と随時評価を行なう。身体拘束の継続の必要性がなくなった時点で速やかに解除する。

(7) 高齢者虐待の防止

利用者の人権の擁護、虐待の防止のため、責任者を配置する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対する研修を定期的実施する。

(8) 自己啓発

常に知識と技術の研鑽に努めてケアの質の向上を図り、また実践に基づいた理論の確立によりケアの充実に貢献していく。

【ケアの展開方法】

(1) ケアプランの作成・評価

ケアプランの作成においては、利用者本人、家族の目標・意向を十分に伺い、より具体的な目標を立て、また自立支援の視点を持ったアセスメントを行い、チームアプローチの機能を十分に活かしケアプラン原案を作成する。

アセスメント過程においては、本人の生活歴を十分に考慮する。

ケアプラン原案を、多職種及び本人・家族が参加するケアカンファレンスにおいて検討し、必要に応じて修正を行い完成させる。また、適宜評価を行い、新たなケアプランに反映させていく。

すべてのプロセスは、利用者・家族に公開され、又同意を得て交付するものとする。アセスメント、プランの作成と実行、評価の流れを適切に記録することで再アセスメ

ントにつなげ、利用者の生活の充実を図る。

(2) 快適な環境の提供

居室はプライベートな空間ととらえ、個々の居室内になじみの品や写真等の装飾、あるいは寝具等日用品の設置などを図り、利用者が自分の部屋として安心して利用できるよう、本人及び家族と調整しながら工夫する。また、居間としての機能を持つフロアが落ち着いて寛げる空間となるよう工夫に努める。

(3) 居室担当制によるケアの実行

日々のケアは、各フロアを4もしくは3グループに分けての居室担当制(グループケア)とし、各居室担当者は担当利用者の生活全般について、安全かつ快適であるよう責任をもって支援する。

(4) フロアリーダー制を活用したケアの充実

居室担当者と適宜連絡をとりつつ他職種との連携、調整等に当たる日々のフロアリーダーを定める。フロアリーダーは、当日のフロア全体の業務に遺漏のない様に努めるとともに、ケアプランの展開、課題を把握し、対策について検討調整する。

(5) 各階フロアの組織的取り組みによるケアの充実及び継続

主任・主任補佐を中心として各フロア、グループにおける課題を明確化させ、適宜速やかに相談、報告、検討を行い細やかなケアの展開を図る。

(6) 自立支援を視野に入れた介護

利用者に対して過剰介護により自立を妨げることのないよう、介護予防の視点に立ち専門的介護を実施展開する。さらに、在宅復帰の妨げとなる事項について、十分なアセスメントを行い、在宅復帰に向けての具体的なケアプラン作成によりアプローチを試みる。

認知症の方のケアについては、職員入居者との馴染みの関係の中で精神的に穏やかな生活がおくれるよう、環境を整えると同時に、その方々にあった役割や生き甲斐を持つことで症状の改善・安定を試みる。

(7) 家族のケア

利用者の状況に関し、記録の公開を含め、家族が必要とする情報を必要に応じいつでも提供できるよう努める。

家族の不安、希望、相談に対し、適宜速やかに対応する姿勢を持つ。

希望又は必要に応じ、家族の介護指導を行う。

終末期を迎えた利用者の家族、あるいは亡くなられた利用者の遺族が感情を吐露できるよう配慮していく。

(8) 行事・レクリエーション・機能訓練の充実

季節感が感じられる行事や、日常のレクリエーションプログラムの多様化により楽しみや生きがいを感じられる生活を提供し、また、日々の生活の中で機能を維持できるよう生活リハビリの視点や社会感覚を豊かにするとともに地域との交流による生活の活性化を図る。

【年間行事計画】

月	月行事予定	各月行事食予定
4月	外食ドライブ	寿しバイキング
5月	お花見ドライブ	母の日献立
6月	水族館見学 お祭り見学	父の日献立
7月	はる夏祭り	海の日献立
8月	納涼祭 赤岩祭り見学	七夕献立
9月	敬老会 秋の彼岸祭	十五夜献立、お彼岸献立
10月	紅葉狩りドライブ	体育の日お弁当
11月	外食ドライブ	バイキング
12月	クリスマス会 餅つき	クリスマス献立、年越し献立
1月	新年会 鍋パーティー	おせち献立、七草粥
2月	節分豆まき	節分献立
3月	ひな祭り 春の彼岸祭	ひな祭り献立、お彼岸献立
毎月	誕生会	誕生会食

※上記記載の他、利用者の要望や、スタッフの発想による催し物、献立については、適宜盛り込んでいく。

(9) 預かり金品の管理

利用者の希望に応じて金品を預かる場合は、毎月の厳正な残高等の管理のもとに、定期的に収支状況を家族等に通知するほか、随時要望に応じて速やかに収支状況の公開に必要な処理をおこなう。

(10) 地域交流

地域住民の方や学生・生徒が日常的に利用者と交流できるような場をコーディネートするとともに、利用者が外出等により地域の方と積極的に触れ合うことができる機会を設けていく。また、ボランティアの方の受け入れを積極的に働きかけ、日常的に第三者の方の客観的なご意見をいただき、地域交流のコーディネートをおこなっていく。

(11) ターミナルケア

ターミナル期を迎えた利用者の状況を十分にアセスメントし、精神的・肉体的苦痛の緩和に配慮し本人及びその家族が望む最期を実現出来るよう、チームが一丸となりケアに取り組む。利用者が孤独な死を迎えることのないよう死に至るプロセスとケアを学習し、さらに、感染防止・環境整備に配慮する。

(12) 介護福祉士・看護師の専門性を高める活動

研修受講の他、セミナー、講演会等で症例発表の機会を持つ。

(13) 実習生受け入れ態勢の強化

看護・介護それぞれの専門性を高めることに寄与するため、実習生に対する指導力の強化を図る。

2 ショートステイ事業

【基本方針】

(1) 自立支援のための介護サービス計画の作成

ケアマネジャーの作成する居宅介護サービス計画書に基づき、利用者・家族の意向を十分踏まえた上で、利用者が在宅で自立した生活を継続できるよう適切な短期入所生活介護計画を作成し、専門的なケアを実施する。また、定期的なモニタリングを行い、居宅介護支援事業所・他サービス事業者との連携のもと正確な状況把握に努めていくものとする。

(2) 的確なアセスメントに基づく安全・安心なサービス提供

利用前の事前訪問等により、利用者の心身状況を的確に把握し、リスクマネジメントの徹底化をはかり、事故防止に努める。また、利用中も利用者の状態変化に応じて、ケアマネジャーとの連携のもと、適宜短期入所生活介護計画を見直し、適切なサービス提供を行う。

(3) 利用者・家族の声を重視したサービス提供およびサービスの質の向上

利用者・家族との日頃のコミュニケーションや家族との連絡ノートの活用などにより、利用者・家族の意向・ニーズの把握に努め、提供するサービス内容を常に吟味する姿勢でサービスの質の向上を目指す。その観点により、苦情に対しても迅速かつ適切な対応を行っていく。

(4) 居宅介護支援事業所との連携によるサービス利用希望への迅速・適切な対応

サービス利用の相談受付に際しては、ケアマネジャーとの連携により、利用者の心身状況や家族状況をよく把握し、様々な利用ニーズに配慮した迅速かつ適切な対応により、短期入所生活介護施設としての使命を果たす。

(5) 障害者自立支援制度への対応

障害者自立支援制度のもと、障害者福祉サービスの相談・提供を行う。

【事業内容】

(1) 基本的な生活介護

利用者の心身機能の維持を目的として、利用者及び家族の要望を踏まえ自宅との継続した生活を支援していくものとし、専門的な介護を提供する。

・食事

食事形態、摂取方法、嗜好などについて利用者の希望をふまえ、できる限り家庭での状況に近づけた食事を提供する。

・入浴及び整容

利用者の希望や身体状況に合わせて特殊浴槽と一般浴槽を使い分け、安全で快適な入浴サービスを提供する。また、入浴のニーズが高いことを踏まえ、柔軟な入浴対応を心掛け、場合によっては部分浴や清拭の対応などにより、利用者の清潔保持を図る。

・排泄

自宅での排泄介護の状況も踏まえた上で、利用者の尊厳とプライバシーの保護に十分配慮した快適で適切な排泄介護を行う。

(2) 送迎サービス

家屋の立地状況や利用者の身体状況などを配慮して、安全な送迎方法を検討し、適切な介護技術による安全な送迎サービスを行うことに力をいれる。送迎時間の設定については、利用者及び家族の希望に配慮した対応をする。

(3) 機能訓練及びアクティビティサービス

利用者の心身状況をふまえ、短期入所生活介護計画にもとづいた適切な機能訓練を実施する。その他、レクリエーションや音楽療法の提供により、利用者の心身機能の維持、向上を目指す。

3 デイサービス事業（介護予防通所介護・通所介護）

【基本方針】

デイサービス（通所介護・介護予防通所介護）事業では利用者が住み慣れた自宅や地域で、出来る限り自立した生活が継続できるよう心身状態の維持・向上や社会交流の機会の確保を支援し、日常生活上の生活行為の向上や生きがい作りの創造を目指していく。さらに、上記目標に資する為、現状のサービス内容の充実および新たなサービスへの取り組みのほか「選択的サービス」の充実を図ると共に地域のニーズに対応できる事業所作りを目指す。

(1) 選択サービス充実

①機能訓練の充実

利用者の生活機能の維持・改善を実現するために、定期的に「体力測定」を実施し、その結果や、個々の利用者の心身状況、生活状況を考慮に入れた個別機能訓練計画及び運動器機能向上計画を、機能訓練指導員を中心に他職種が共同して作成する。計画の作成にあたっては、利用者・家族の意向とともに、ケアマネージャーや主治医など他機関とも連携を取り、身体機能の維持・改善及び日常生活に効果が現れる内容とする。更に機能訓練の実施にあたっては、機能訓練指導員が計画に基づき適切に行うと共に3ヵ月または1ヶ月毎に評価を実施していくものとする。

また、機能訓練の内容については、外部研修への参加、他施設における見学・実習等を通じて、随時充実を図っていく。

②口腔機能向上サービスの実施

機能的口腔ケアの実施により咀嚼や嚥下などの機能が改善し食べる量が増えることで栄養状態の改善が図られると共に「食」を楽しむことが出来るよう、看護職員の配置により口腔機能の低下している者、またはその恐れがある者に対し、口腔機能改善の「口腔ケア計画」を作成しそれらに基づく適切なサービスの実施と定期的な見直しを行っていく。

③栄養改善サービスの実施

栄養状態の改善を通じて利用者の自己実現や意欲の維持・向上を目指すため、管理栄養士の配置により利用者一人ひとりのADL状況や健康状態、リハビリの必要性、心理、生活、習慣、家族関係など全体を捉えて「栄養ケア計画」を、管理栄養士を中心に他職種が共同して作成すると共に個々の栄養状態を記録に残しそれらに基づく適切なサービス実施と定期的な見直しを行っていく。

④選択サービス複数実施

全体像を捉えながら選択サービスを包括的に提供することで、更なる生活機能の改善を目指し健康で自立した生活を送ることが出来るよう支援していく。

(2) 各部門における重点事項と専門性の確立

【介護部門】

①自立支援と在宅生活の継続の援助

- ・生活リハビリが中心となるような自立支援援助
- ・個々の意向を取り入れたクラブ活動やレクリエーションの充実
- ・事故防止の徹底

②サービスの質の向上

- ・介護技術の向上（安全に介助できる方法の取得、研修会や勉強会への参加）
- ・認知症の理解と適切な対応
- ・配慮のあるケアと接遇
- ・科学的根拠に基づいたケアの実践
- ・クラブ活動やレクリエーション活動の企画
- ・サービス評価の実施および改善
- ・職員間・他職種との連携とチームワークの強化
- ・業務改善の検討

【看護部門】

①健康管理

- ・既往歴を把握し体調不良などの早期発見に努める
- ・感染症のまん延を予防する

②機能訓練

- ・身体機能の維持、低下を防ぎ生活機能の向上を目的とした機能訓練の実施
- ・体力測定により個々の状態に応じた機能訓練の設定と主体的に取り組むことのできるような工夫を図る
- ・訓練内容の充実を図るための研修会への参加

【相談援助部門】

- ・相談窓口の強化および迅速な受け入れ調整
- ・利用者定員と登録者数の調整により稼働率の安定化を図る
- ・広報活動および営業
- ・アンケートなどによる利用者の満足度の追求
- ・利用者および家族からの照会や相談への迅速な対応
- ・他職種、他事業所、家族との連絡調整および連携強化
- ・介護予防通所介護計画および通所介護計画書の作成・実施の統括
- ・地域のニーズの掘り起こし
- ・相談援助技術の向上のための研修会への参加

(3) 通所介護計画書、記録等の内容の充実

通所介護計画書は、より個別的、具体的な内容となるように、アセスメントを強化し、それに基づいた通所介護計画書作成を行う。また、各利用者の通所介護計画書に記載されたサービス内容について、職員間での情報共有を行ないサービス内容の統一を図る。

さらに、記録等については、作成した通所介護計画書に沿った内容となるように、適宜「ちょうじゅ」システムの改善および独自のシステムを活用しながら作業効率の向上を図り充実させていく。

(4) 業務の効率的運用

正規職員・契約職員・パート職員の役割分担を明確にし業務の遂行体制を整える。また、業務改善を目的とした会議やコンピューターシステムの開発などにより作業効率のアップを図り、日常業務が効果的に実施できるよう取り組んでいくものとする。

(5) 事故防止・感染防止対策の徹底

『ヒヤリハット記録』や『事故報告書』より事故のデータ（時間・場所・事故の内容）を収集し、事故原因から再発防止策等についての分析を適切に、効果的に行なう。また、職員間で『ヒヤリハット』や『事故』の内容等の情報共有を即日図ると共に再発防止に関する方策について検討し、事故防止に努める。

感染防止については、看護職員を中心として、『感染症マニュアル』を随時見直すとともに、ミーティング等で感染症対策についての情報を職員に周知し、感染症の予防およびまん延に努める。

(6) サービスの質の向上への取り組み

「介護サービス情報の公開」について、適切に公表することに加え、自己評価や利用者懇談会・利用者アンケート等を実施し、サービスの質の向上につなげる。また、『業務マニュアル』の見直しと『学習会』の開催により、サービスの質の改善と最新の情報の共有、『ケアカンファレンス』や『ミーティング』によりケア方法の統一を図り事故や苦情等の防止に努める。

(7) 地域ニーズへの対応

要介護認定の有無に関わらず地域の高齢者に対する健康と福祉の意識向上に向けての啓蒙活動及び地域住民に対する福祉教育等を実践することで地域コミュニティの増進を図っていくものとする。

(8) 家族、関係機関及び地域との連携

送迎時や連絡ノートの活用により、利用者の家族と情報交換を積極的に行なうように努める。また、利用者担当職員・生活相談員を中心として、家族との個別面談や施設見学の機会を設定するとともに、家族との信頼関係を深めることを目指す。また、地域内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターや他サービス事業所、医療機関、行政機関等との連携を強化し、サービス担当者会議の参加、モニタリングへの回答等の機会を通じて、情報の共有を図って行く。その際は、利用者のプライバシー保護に十分配慮するように努める。

さらに、「あかり」をはじめとするボランティア団体との協働活動や実習生の受け入れ及び保育所、幼稚園、小学校等との世代間交流についても積極的に行なっていく。

(9) 人材育成

職員の資質向上を図るため OJT を効果的に行い事業所全体のスキルの向上と共に法人研修や外部研修などの OFF-JT により更なる専門性の向上に努めていくものとする。また、人材育成システムの確立を目指し運用していくことで安心して働くことのできる環境作りと離職防止を図っていく。

(10) アクティビティサービス

各種クラブや療法活動（別表①参照）の機会を、個々の利用者の心身状況や希望に応じて提供する。また、月の行事（別表②参照）やレクリエーションでは、利用者自身が選択でき、その中で季節を感じることができる楽しい時間を過ごして頂き、利用者が満足感や生きがいを得られるように努める。

外出レクリエーションは、初夏と秋の2回企画し、外食や観光など、目的別に行き先を設定し、利用者の希望に応じて、選択のうえ参加してもらうこととする。また、ボランティア団体へ積極的に働きかけ芸術鑑賞などを楽しめる機会を設けていく。

別表① 〈デイサービス クラブ活動・療法活動週間予定表〉

	午前（趣味活動）	午後（クラブ活動）
月	ステンシル 折り紙（月1回）	マーじゃん、工作、カラオケ、美容
火	手芸	音楽療法 ふまネット、カラオケ、宝引き、美容
水	ステンシル	工作、カラオケ、美容、料理（月2回）
木	手芸	ふまネット、カラオケ、宝引き、美容
金	ステンシル	音楽療法 映画、カラオケ、美容、俳句（月1回）

別表② 〈デイサービス 年間行事予定表〉

	月行事	その他
4月	音楽・芸能鑑賞会	
5月	お花見	
6月	大運動会	外出レクリエーション（お花見ドライブなど）
7月	青空パーラー	
8月	夏祭り・盆踊り	作品展示会
9月	敬老会	

10月	紅葉狩り	外出レクレーション（紅葉ドライブなど）
11月	文化祭	
12月	クリスマス会	
1月	新年会	
2月	豆まき	
3月	ひな祭り	
毎月	誕生会（お茶・お菓子、カラオケ） 行事食（季節のメニュー、生寿司、鍋など）	

4 デイサービス事業（介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護）

【基本方針】

認知症対応型デイサービス事業では、認知症高齢者及び若年性認知症の方々の心身状態の維持・改善を支援していくことに主眼をおき、新たなサービス内容の提供や選択サービス、現状のサービス内容の充実を図っていく。また、地域固有の文化や環境を視野に入れ、地域住民との文化的交流や野外活動等を通し高齢者福祉についての関心や認知症ケアの啓発に繋がるとともに、自立と共生の地域づくりの拠点となるよう専門機関としての役割を見出していく。

（1）選択サービス充実

①機能訓練の充実

利用者の生活機能の維持・改善を実現するために、定期的に「体力測定」を実施し、その結果や、個々の利用者の心身状況、生活状況を考慮に入れた個別機能訓練計画及び運動器機能向上計画を、機能訓練指導員を中心に他職種が共同して作成する。計画の作成にあたっては、利用者・家族の意向とともに、ケアマネージャーや主治医など他機関とも連携を取り、身体機能の維持・改善及び日常生活に効果が現れる内容とする。更に機能訓練の実施にあたっては、機能訓練指導員が計画に基づき適切に行うと共に3ヵ月または1ヶ月毎に評価を実施していくものとする。

また、機能訓練の内容については、外部研修への参加、他施設における見学・実習等を通じて、随時充実を図っていく。

②口腔機能向上サービスの実施

機能的口腔ケアの実施により咀嚼や嚥下などの機能が改善し食べる量が増える事で栄養状態の改善が図られると共に「食」を楽しむ事が出来るよう、看護職員の配置により口腔機能の低下している者、またはその恐れがある者に対し、口腔機能改善の「ケア計画」を作成しそれらに基づく適切なサービスの実施と定期的な見直しを行っていく。

③栄養マネジメントの実施

栄養状態の改善を通じて利用者の自己実現や意欲の維持・向上を目指すため、利用者一人ひとりのADL状況や健康状態、リハビリの必要性、心理、生活、習慣、家族関係など全体を捉えて「ケア計画」を作成しそれらに基づく適切なサービス実施と定期的な見直しを行っていく。

④選択サービス複数実施

全体像を捉えながら選択サービスを包括的に提供することで、更なる生活機能の改善を目指し健康で自立した生活を送ることが出来るよう支援していく。

(2) 認知症高齢者に対するケアの見直し

家庭的な雰囲気の中で、一人ひとりに合った過ごし方を見出し、自分らしさが表現できるようサービスの提供に努める。

さらに、認知症を呈する各疾患の理解と対象者理解のアセスメントから認知症対応型の利用者と職員が「なじみの関係」になるよう努め、安心した空間のなかで、個別性を重視し認知症の進行防止や行動障害の軽減をはかり、それぞれが自分らしい生活を取り戻すことができるよう家族と連携を図りながらサービスの提供を行う。

また、他施設見学・外部研修参加等により、認知症高齢者に対するケアの専門的知識や技術の習得や事例検討などを通して事業所の特色作りを図っていく。

(3) 各部門における重点事項と専門性の確立

【介護部門】

①自立支援と在宅生活の継続の援助

- ・生活リハビリが中心となるような自立支援援助
- ・個々の意向を取り入れたクラブ活動やレクリエーションの充実
- ・事故防止の徹底
- ・既往歴を把握し体調不良などの早期発見に努める
- ・感染症のまん延を予防する

②サービスの質の向上

- ・介護技術の向上（安全に介助できる方法の取得、研修会や勉強会への参加）
- ・認知症の理解と適切な対応
- ・配慮のあるケアと接遇
- ・科学的根拠に基づいたケアの実践
- ・クラブ活動やレクリエーション活動の企画
- ・サービス評価の実施および改善
- ・職員間・他職種との連携とチームワークの強化
- ・業務改善の検討

【機能訓練部門】

- ・身体機能の維持、低下を防ぎ生活機能の向上を目的とした機能訓練の実施
- ・体力測定により個々の状態に応じた機能訓練の設定と主体的に取り組むことのできるような工夫を図る
- ・訓練内容の充実を図るための研修会への参加

【相談援助部門】

- ・相談窓口の強化および迅速な受け入れ調整
- ・利用者定員と登録者数の調整により稼働率の安定化を図る
- ・広報活動および営業
- ・アンケートなどによる利用者の満足度の追求
- ・利用者および家族からの照会や相談への迅速な対応
- ・他職種、他事業所、家族との連絡調整および連携強化
- ・認知症対応型通所介護計画書の作成・実施の統括
- ・地域のニーズの掘り起こし
- ・相談援助技術の向上のための研修会への参加

(4) 通所介護計画書、記録等の内容の充実

通所介護計画書は、より個別的、具体的な内容となるように独自のアセスメントツールを作成し対象者理解と行動障害の背景を推測しながら、それに基づいた通所介護計画書作成を行う。また、各利用者の通所介護計画書に記載されたサービス内容について、職員間での情報共有を行ないサービス内容の統一を図る。

さらに、記録等については、作成した通所介護計画書に沿った内容となるように、適宜「ちょうじゅ」システムの改善および独自のシステムを活用しながら作業効率の向上を図り充実させていく。

(5) 業務の効率的運用

正規職員・契約職員・パート職員の役割分担を明確にし業務の遂行体制を整える。また、業務改善を目的とした会議やコンピューターシステムの開発などにより作業効率のアップを図り、日常業務が効果的に実施できるよう取り組んでいくものとする。

(6) 事故防止・感染防止対策の徹底

『ヒヤリハット記録』や『事故報告書』より事故のデータ（時間・場所・事故の内容）を収集し、事故原因から再発防止策等についての分析を適切に、効果的に行なう。また、職員間で『ヒヤリハット』や『事故』の内容等の情報共有を即日図ると共に再発防止に関する方策について検討し、事故防止に努める。

感染防止については、看護職員を中心として、『感染症マニュアル』を随時見直すとともに、ミーティング等で感染症対策についての情報を職員に周知し、感染症の予防およびまん延に努める。

(7) サービスの質の向上への取り組み

「介護サービス情報の公開」について、適切に公表することに加え、自己評価や利用者懇談会・利用者アンケート等を実施し、サービスの質の向上につなげる。また、『業務マニュアル』の見直しと『学習会』の開催により、サービスの質の改善と最新の情報の共有、『ケアカンファレンス』や『ミーティング』によりケア方法の統一を図り事故・苦情等の防止に努める。

(8) 地域ニーズへの対応

中～重度の認知症状を有する方達を対象として事業を運営するとともに、地域交流を通じて介護の抱え込み等を防ぐべく、サービス利用の啓発や潜在化したニーズを発掘

し、社会資源としての役割を新たに見出していくことを課題とする。また、地域の高齢者に対する健康と福祉の意識向上に向けた啓蒙活動及び地域住民に対する福祉教育等を実践することで地域コミュニティの増進を図っていくものとする。

(9) 家族、関係機関及び地域との連携

送迎時や連絡ノートの活用により、利用者の家族と情報交換を積極的に行なうように努める。また、利用者担当職員・生活相談員を中心として、家族との個別面談や施設見学の機会を設定するとともに、家族との信頼関係を深めることを目指す。また、地域内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターや他サービス事業所、医療機関、行政機関等との連携を強化し、サービス担当者会議の参加、モニタリングへの回答等の機会を通じて、情報の共有を図って行く。その際は、利用者のプライバシー保護に十分配慮するように努める。

さらに、「あかり」をはじめとするボランティア団体との協働活動や実習生の受け入れ及び保育所、幼稚園、小学校等との世代間交流についても積極的に行なっていく。

(10) 人材育成

職員の資質向上を図るため OJT を効果的に行い事業所全体のスキルの向上と共に法人研修や外部研修などの OFF-JT により更なる専門性の向上に努めていくものとする。

また、人材育成システムの確立を目指し運用していくことで安心して働くことのできる環境作りと離職防止を図っていく。

(11) アクティビティサービス

脳トレーニングや療法活動（別表①参照）及び趣味活動の機会を、個々の利用者の心身状況や希望に応じて提供する。また、月の行事（別表②参照）やレクリエーションでは、利用者自身が選択でき、その中で季節を感じることができる楽しい時間を過ごして頂き、利用者が満足感や生きがいを得られるように努める。

外出レクリエーションは、初夏と秋の2回企画し、外食や観光など、目的別に行き先を設定し、利用者の希望に応じて、選択のうえ参加してもらうこととする。また、ボランティア団体へ積極的に働きかけ芸術鑑賞などを楽しめる機会を設けていく。

別表① 〈認知症対応型デイサービス クラブ活動・療法活動週間予定表〉

	午前	午後
月	○脳トレーニング ・簡単計算	○手作業 ・折紙
火	・音読 ・漢字	・ステンシル ・作品作り
水	・読み書き ・パズル	・おやつ作り ○囲碁

木	・書写	○将棋 ○園芸（夏季） ○音楽療法(火曜日・金曜日)
金		
土		

別表②〈デイサービス 年間行事予定表〉

	月行事	その他
4月	音楽・芸能鑑賞会	
5月	お花見	
6月	大運動会	外出レクリエーション（お花見ドライブなど）
7月	青空パーラー	
8月	夏祭り・盆踊り	作品展示会
9月	敬老会	
10月	紅葉狩り	外出レクリエーション（紅葉ドライブなど）
11月	文化祭	
12月	クリスマス会	
1月	新年会	
2月	豆まき	
3月	ひな祭り	
毎月	誕生会（お茶・お菓子、カラオケ） 行事食（季節のメニュー、生寿司、鍋など）	

5 ホームヘルプサービス事業

【基本方針】

訪問介護事業所は、利用者が住み慣れた地域で自分らしい生活が継続できるよう、利用者による自己決定を尊重し、利用者個々に応じた質の高いサービスを提供する。

（1）訪問介護計画書に基づいたサービスの提供

利用者及び家族のニーズに応じた居宅サービス計画に基づき、アセスメントを行い自立支援を目指した訪問介護計画書を作成、交付し同意を得たうえでサービスの提供する。

利用者・家族の状況変化に応じ、随時カンファレンスを行いケアプランに反映させた個別ケアを実施する。また、ケアプランの評価、モニタリング、サービス担当者会議へ

の参加等で多職種との連携を図り適切なサービスの実践につなげる。

(2) サービスの質の向上

利用者一人ひとりの情報を収集し状況判断が的確にできるよう、知識・技術の向上に努め、アセスメント力の強化を図る。月1回のミーティングでは、管理者やサービス提供責任者・ヘルパーが情報共有の充実を図るとともに、困難と感じる事例を報告し、検討・対策を考えサービスの質の向上に努める。また、ヘルパーは施設内外の研修には積極的に参加し、自己研鑽に努めることが、ヘルパーの質の向上となり適切なサービスの提供につながることを目指す。

(3) 認知症高齢者の理解とサービス

住み慣れた地域で自分らしい生活が継続できるよう、認知症に関する専門知識を習得し、受容・共感的なかかわりを基に、利用者の人格を尊重した支援をする。また、家族との信頼関係を構築し、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、他サービス事業所、医療機関との連携を取りながら在宅生活を支援する。

(4) 介護予防訪問サービス

要支援の認定を受けた利用者が対象となり、地域包括支援センターとの連携により介護予防サービス計画に沿いサービスを提供する。

要介護状態にならないよう、利用者の意欲を引き出し心身の活性化につなげ、自分らしく「生きがい」をみいだせる取り組みを総合的に支援し、利用者の意欲が高まるようなコミュニケーションのはたらきかけを行う。

(5) アクティビティサービス

利用者の希望をとり入れ、季節に応じた外出の機会や他利用者との交流の場を提供する。生活に楽しみや潤い、生きがいを感じられるよう、生活の活性化を図りながら在宅生活の継続を支援する。

5月～6月 ドライブ・お花見昼食会

10月 日帰り温泉とお買いもの

(6) 職員の健康の増進

ヘルパーの体調管理をサポートしメンタルケアにも配慮する。また、私生活の充実が仕事への意欲となり、夢や希望を持ち続けることが出来るような職場環境をチームワークを図りながら造る。

【事業内容】

(1) 生活援助

掃除・洗濯・買い物・調理等の日常生活の援助であり、本人が家事を行うことが困難な場合に行われるものである。利用者の思いに添い、利用者のニーズにあった自立支援を目指し、丁寧で質の高い援助を行い、体調を維持して生き生きとした生活が継続できるよう援助する。

(2) 身体援助

排泄・入浴・通院介助等利用者の身体に直接接触して行う介助で、利用者の残存機

能の保持・意欲向上や活性化を図り、健康面の配慮を行い在宅生活の継続を援助する。

(3) 相談援助

利用者の相談に関しては個人のプライバシーに配慮し、信頼関係の構築につとめ、安心して相談ができるような雰囲気づくりや丁寧な対応に心がける。また、利用者や家族からの意見、苦情に関しては迅速なかつ誠意をもって対応をする。

(4) 私的外契約

介護保険制度上、対応できないサービスに関して（要支援者の病院受診等）利用者や家族からの依頼を受けた場合は、新たに私的の契約を交わし対応する。

6 居宅介護支援事業所

【基本方針と事業内容】

1. ケアマネジメント

居宅介護支援事業所は、利用者が住み慣れた地域でできる限り生活していけるよう自立を念頭に支援していくことが事業の柱となるが、現状としては、ニーズに沿った介護保険サービスの調整という面が業務の前面となりやすい傾向がある。24年度は中でも、利用者が生活している地域に注目し、利用者を取り巻く環境の中でケアマネジメントを展開していけるようになることを重視し目標としていく。そのために、今年度は以下のことを重点として業務に取り組んでいく。

(1) アセスメント(課題分析)

課題分析の際には、利用者のこれまで歩んできた人生の経過(生活歴)をできるだけ詳細に聞き取っていく視点を大切にし、環境との関係性や人生の経過の中での現在の位置づけ・意味など多面的にアセスメントできるよう心がけていく。

(2) チームアプローチの意味を理解すること

利用者にとって最善のケア(支援)が行えるように、各サービス事業所・家族・地域を含めたチームで関わる視点を認識し実践していく。

(3) 自ら率先して取り組んでいく姿勢をもつこと

利用者・家族が生活しやすい環境(地域)づくりという視点で、必要な働きかけや地域との関わりを自ら考え実践にうつしていく。

(4) 家族の会の開催

昨年度に1度、「家族の会」を開催しているが、今年度も介護者支援の視点から年間2回程度の開催を行う。「家族の会」では、介護者同士の交流や有益な情報収集の場となるよう開催し、介護者の側面的な支援を目的としていく。また、集いの際には居宅介護支援事業所に関するアンケート調査も合わせて実施し、結果を日々の相談援助に反映できるようにしていく。

2. 専門職としての実践力の向上

平成24年度も事業経営を安定させるという認識を持ち、特定事業所加算Ⅱを算定できるよう体制を整えていくことも重要課題として捉えている。そのために、減算算定とならないよう決められた業務を確実に行っていくこと、新たな必須項目となる「支援困難ケー

スへの支援」への対応も行えるよう、各職員の実践力の向上と事業所内の体制づくりも目標としていく。

(1) 事業所内ミーティング

これまででも、事業所内で利用者支援状況や社会資源の共有を目的に毎朝のミーティングを開催してきたが、24年度からは開催形態を変更し、より職員相互の支援体制と情報共有の強化を図れるようピアスーパービジョンを意図したミーティングとしていく。

また、円滑な事業所運営を目指し、ケアマネージャー間の意見交換や方針決定、外部研修伝達の場合として、原則として月に1回の会議も別途開催していく。

(2) 事例検討、学習会と研修

今年度も実践力の向上を目的とし、事業所内において月1回のペースで事例検討会と学習会を開催する。また、法人内のケアマネージャー研修の開催・参加に加え、外部への研修も参加の機会を持つようにしていく。24年度は主任ケアマネージャーの受講資格者が数名おり、スキルアップを目指し研修参加にむけ取り組んでいく。

3. 職員自身の心身の健康

職員が心身の健康を保ち、安定した対人援助業務を遂行できるよう、心身の健康管理も重要事項として認識し事業運営にあたっていく。健康管理という点では、自分で自身のケアを行いコンディションを整えていけることも大事な点であるが、職員同士がお互い相手のコンディションを理解し助け合えることも重要となる。そういった意味を考慮し、日々のミーティングの場においては、利用者支援に直接関することのみならず、職員自身のコンディションをお互いに配慮し、サポート的な対応が行えるよう心がけていく。

7 ケアハウス

【基本方針】

利用者の自主性を尊重し、明るく健康で生きがいのある生活を送れるように努める。

加齢等による利用者のニーズに対応するため、必要に応じてアセスメントを充実させ、自立した生活の継続を支援する。

地域に開かれたケアハウスを目指し、家族や地域社会との交流を積極的に保ち、信頼関係をより深めて行く。

【利用者の援助方針】

(1) 日常生活の支援

利用者が安心して明るく生活できるように、清潔で快適な環境整備に努める。レクリエーション及びクラブ活動は、利用者の自主性や体調に配慮しながら実施する。特に加齢による身体機能低下を防止するためのレクリエーション等を適宜実施し、機能回復及び維持に努める。

行事については、その企画や準備の段階から利用者に積極的に参加してもらい、自発的な行事運営を目指す。それらの活動や交流を通じて利用者間の親睦を深めるとともに、日常生活に意欲と潤いをもたらすことのできるように支援する。

公平なサービス提供に配慮しつつも、日常生活において困難を生じたときは、利用者のニーズやその状況に応じて柔軟に対応できるサービス体制の整備に努める。

介護保険制度や在宅福祉サービスの利用等についての説明会及び健康に関する

講座等を適宜実施し、利用者に理解を深めてもらう。

利用者が心身の障害、または疾病等により介護が必要となった場合は行政機関、各サービス実施者と十分な連携をとり、在宅福祉サービス等が利用できるように援助する。

日常生活についてのアンケートや懇談会を適宜実施し、利用者の要望や生活実態の把握に努める。また、悩みや苦情等の相談に応じ、利用者間の人間関係を円滑に整える。

教養娯楽用品の活用の推進等、利用者の余暇活動の活性化及び自主的な活動を支援し、それらを通じて、利用者同士が互いに協力し合い、相互の信頼関係を深めていけるように援助する。

(2) 食事について

高齢者に適した食事を毎日3食提供する。また、医師の指示がある場合は、その指示による特別の食事を提供する。

利用者に対する嗜好調査を定期的・継続的に実施する。また、日常的に食事に対する意見や要望等を聞き入れながら、栄養バランスにも配慮した季節感のある献立づくりに努める。

地産地消に努め、手造りを中心とした家庭的で親しみのあるメニューと斬新で今までにないメニューを組み合わせる事で、飽きのこない楽しみのもてる食事を提供する。

献立により選択メニューを導入し、利用者の希望に即した食事の提供を行うとともに、食事を選ぶことのできる楽しさも合わせて提供する。また、メニューだけではなく、実際に調理する現場の中でも創意工夫を凝らす。

温冷食を各適温で提供できるよう配慮する。又、盛りつけ等に配慮し、楽しい食事雰囲気作りに努める。

食品の調理加工及び保管を衛生的に行い食中毒等の衛生事故を予防し、食事に適した清潔で明るい環境づくりに努める。

(3) 保健衛生について

利用者の定期健康診断は、年1回行い、その記録を保存する。また、健康チェックを日常継続的に実施し、健康管理に配慮するとともに、健康の保持及び疾病の予防に努める。

インフルエンザ予防接種等の機会の提供を行う。また、その他感染症予防の周知等、利用者自身に健康管理への自覚を促し、健康管理のための計画と実行を継続的に支援する。

利用者の健康状態に関する情報や記録は常に整備し、体調急変時には、かかり付け医師及び近隣の医療機関または家族等との連携により、速やかで適切な対応をなし得る体制を準備する。

(4) 環境整備について

施設内外の美化と整理整頓を心がけ、安心と潤いのある生活環境を提供する。経年による設備や備品の故障や不具合について適切な修繕及び維持管理を徹底し、利用者の生活への影響を最小限に止めるよう努める。

利用者のニーズに応じた教養娯楽用品やその他備品の調達及び設備の整備に努め

(5) 個別援助計画について

利用者の実態を把握し個々のニーズに即したサービスを提供するため、必要に

応じて個別ケアプランを作成し、ケアハウスでの自立した生活を継続するため支援する。

(6) 家族との交流について

利用者の日常生活の様子や健康状態等の近況報告を適宜実施し、家族との信頼関係をより深めていく。また面会や施設行事への参加等の働きかけを積極的に行い、利用者と家族の良好な関係の確立、保持に努める。

(7) 地域との交流について

地元町会や学校、ボランティアの受け入れ等、利用者と地域社会との交流の機会をつくとともに、施設への理解と協力関係を深める。

隣接する赤岩保育所と交流菜園での園芸活動や行事の共催等日常的な交流をより活発に深め、友好的な関係を推進する。

【職員体制】

・施設長	1名	・調理員（委託）
・ソーシャルワーカー	1名	・守衛員（委託）
・ケアワーカー	2名	
・栄養士	1名	

【職員研修】

より質の高いサービス提供のため、各種研修会へ参加し、職員の知識及び技術の向上を図る。又、先進施設への視察も積極的に行い、施設環境の充実に努める。

【防災計画・防災訓練】

災害その他緊急の非常事態に備え、防災（消防）計画を定め、その計画をもとに年2回以上防災・避難訓練を実施し、利用者の防災意識の向上に努める。

非常時に職員または守衛員との連携がとれるように、利用者の中から各階ごとに連絡員を選出し、防災及び非常時の心得を共有し協力体制がとれるよう努める。

施設内のみで対処できない場合の非常事態の発生に備え、日頃より地域に協力を仰ぎ、その連携の上で的確に対処することのできる体制づくりに努める。

【休日・夜間の管理体制について】

休日・夜間については、業務を委託した警備会社より派遣される守衛員が利用者の安全確認を行い、緊急時には待機職員と連携の上対応する。

万一、火災等非常事態の場合は、特別養護老人ホームはるの職員及び守衛員と連携をとりながら速やかに初動活動を行う。

【平成24年度ケアハウスはる行事計画】

月	行 事	保健衛生・防災	会議・集会等
月例等	誕生会、ビデオ上映会 お楽しみ入浴	バイタルチェック（毎週実施）	入居者懇談会（隔月実施）
4月	お茶会	避難訓練	資源回収 日常生活アンケート

5月	外出レク（お花見） こどもの日（行事食） 母の日（行事食）		
6月	大運動会 畑作業 父の日（行事食） テーブルバイキング		
7月	外出レク（回転寿司） 畑作業 夏祭り（合同）	避難訓練 健康診断	資源回収
8月	バーベキュー 七夕祭（花火） 収穫祭（赤岩保育園交流）		
9月	敬老祝賀会 十五夜祭（行事食） お彼岸おはぎづくり		
10月	外出レク（紅葉、日帰り温泉） お菓子づくり（赤岩保育園交流）	避難訓練	資源回収
11月	文化祭（作品展、発表会） 漬け物つけ・畑片付 ロングクリスマス	インフルエンザ予防接種	
12月	クリスマス会 もちつき		
1月	新春カルタ大会 仮装カラオケ大会		資源回収
2月	節分豆まき 鍋パーティー		給食嗜好調査
3月	ひなまつり 彼岸祭（ぼたもちづくり）		まち育て出前講座

※ その他に、音楽会、合唱会等を随時実施する予定

【レクリエーション・クラブ活動週間予定】

曜日	午 前	午 後
月曜日	・ レクリエーション、ゲーム	・ 娯楽クラブ（13:30～15:00） ・ 俳句の会（第4月曜日14:00～） 講師（ボランティア）
火曜日	・ 書道（10:00～11:00） ・ 脳トレ（11:00～11:45）	・ コーラス（隔週）（16:00～17:00） 講師（ボランティア）

水曜日	・カラオケ（10:00～11:00）	・ステンシルクラブ （14:00～15:00）
木曜日	・健康チェック 10:00～2階入居者 10:30～3階入居者 11:00～4階入居者 ・脳トレ（11:00～11:45）	・手芸クラブ（14:00～16:00） ・社交ダンス（14:00～15:00）
金曜日	・娯楽クラブ（9:30～11:00） ・脳トレ（11:00～11:45）	・手芸クラブ （14:00～16:00）
土曜日		・娯楽クラブ（麻雀）
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・園芸クラブ（夏期のみ） ・みんなの体操（毎日11:30～） ・絵手紙、各教室（月1回） 	

8 グループホーム

【ケアの基本方針】

（1）夢・希望の実現

利用者一人ひとりの思いや夢・希望、今までの人生（生活歴）及び家族のケアに対する意向を十分に理解した上で、真のニーズを把握し、その実現に取り組んでいく。そのために、職員は、知識と技術の習得はもちろん、利用者一人ひとりの大切なことを、大切に思うことができるケアや真の思い等に気づく力、常識的な考え方を身につけることで、それぞれの専門性の向上、人間性の充実を目指していく。そして、職員自身も、夢や希望を抱き、その実現のために、高い目標や志を持ち、日々努力していく。

（2）健康な生活への取り組み

利用者の心身機能の重度化が進んでおり、便秘予防や体に良い食材など食生活の更なる充実、笑顔が耐えないよう楽しみある生活、また専門的な視点からの機能訓練や運動システムづくりに取り組んでいく。

（3）認知症の緩和ケア

認知症の人の内面的世界や外的なストレスを把握し、そこから出現する行動障害などの苦痛緩和のために、今までの生活の継続（なじみの暮らし）や役割のある生活を送ることが重要で、認知症の人自身が“私らしく生きている”と実感できることが、認知症の緩和ケアと捉え、円滑なチームワークで取り組んでいく。また、その苦しみを当事者の視点からさらに深く考え、認知症の幻覚や妄想について研究し、認知症の緩和ケアについて研鑽していく。

(4) 専門性の向上

それぞれの知識と技術の質を高めるために、様々な研修や学習会などを開催し実践に基づいた理論の確立、また新人職員が、知識と技術が学べ、介護という職業へ誇りをもてる環境作りを構築していく。さらに、個々の職員の間人性や感性が豊かになるような取り組みも検討していく。

【グループホームのサービス】

(1) ユニットのコンセプトに基づく展開

- ・こでまりユニットは、小動物（金魚など）を飼育し、またボランティアドッグの訪問、地域の動物などと触れ合うことで、心のやすらぎ、意欲の向上を目指す。また、動物を介して、人と人のコミュニケーションができ、社会とのつながりを大切に、取り組んでいく。

- ・なのはなユニットは、週1回の音楽療法、利用者が好む音楽を様々な場面で提供し、精神の安定、時には活性を図る。また、耳慣れた音楽の存在によって、記憶に刺激を与え、回想療法をも目指す。

- ・ほおずきユニットは、中庭において、栽培する花や野菜の選択から栽培、収穫までを利用者と共に行い、その過程が各自の役割となり、自立した生活を支援する。また自然との触れ合いを通じて五感を刺激し、意欲ある生活を目指す。

(2) “私らしい生活”と自立支援

- ・個々の利用者の生活歴や習慣、好みのことなどを把握し、一人ひとりの思いや望む生活を目指し、利用者自身が“私らしい生活”である、生きていると実感できるよう取り組んでいく。

- ・ごく当たり前の生活を送ることが困難になった認知症の人の“ごく当たり前のこと”を、当たり前に、さりげなく行い、尊厳ある生活を目指していく。

- ・年々高齢化や重度化が進んでおり、心身の機能維持や低下防止への取り組みが急務である。それぞれの状況にあわせた機能訓練、家事活動などの役割や趣味活動の充実など検討し、自立支援を目指していく。

(3) ケアプランの作成・評価

- ・アセスメント・ケアプラン作成及び実践・評価に係る一連の介護過程において利用者一人ひとりの思いや状況に応じた質の高いケアを展開出来るよう介護支援専門員及び計画作成担当者と看護職員や介護職員との連携で作成する。

- ・ケアプラン作成前には必ず、本人・家族の意向を確認し、現在の状況、また主治医からの意見及び助言、また自立支援の視点をもって、真のニーズを見出し、ケアプラン原案を作成する。

- ・ケアプラン原案を、ケアカンファレンスにおいて検討し、必要に応じて修正をし、完成させる。また、適宜評価を行い、新たなケアプランに反映させていく。

- ・すべてのプロセスは、利用者・家族に交付され、また同意を得て実施するものとする。

- ・アセスメントツールは、三団体方式（包括的自立支援プログラム）を使用し、必要な用途により、認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式を利用していく。

(4) 快適な環境の提供

- ・なじみの家具及び装飾品設置や絵画、写真等による居室内デザインの工夫、寝具等の日用品についての工夫によって、利用者が自分の部屋として居心地がよく、快適に、安全に利用できるよう、本人及び家族と相談し、整えていく。

- ・共有空間（居間など）では、家庭的な雰囲気の中（ゆったりした時間や食事の仕度の

臭いや音など)で自分の居場所があり、居室(個室)では、プライバシーに配慮し、淋しい気持ちにならないよう努めていく。

- ・利用者が、「いつまでも自分の家はある、自分の家族が大切である」という思いであることを念頭におき、職員は、必要な時に側にいる人、安心できる人、と思ってもらえる存在であることを目指す。

- ・居心地がよく、快適な生活のため、温湿度の管理や騒音への配慮など細やかな配慮を行い、ストレスや苦痛のない生活を目指す。

- ・重度化した場合は、心身状況の適切なアセスメントの上、福祉用具(電動ベットや車椅子)を選択し提供する。

(5) 地域交流

- ・近隣住民、ボランティアや生徒・学生が日常的に利用者と交流できるような場をコーディネートするとともに、町内会の花壇作りなどの行事に参加し、近隣住民と良好な関係づくりをし、気軽に立ち寄ることができるグループホームを目指す。

- ・ボランティアグループあかりは、かけがえのない存在となっている。活動をさらに充実し、なじみの関係であることがとぎれないよう、そして利用者自身が地域の一員であると実感できるよう支援していく。

- ・隣接する赤岩保育所との世代間交流を通じ、利用者は身をもって、次世代に“生きること”を伝え、命をつないでいる。職員は、その活動の大切さを十分に理解し、活動をさらに活発にしていく。

- ・学童や近隣住民、ボランティアに対して、認知症の勉強会を開催するなどし、認知症の理解やグループホームの役割などの働きかけを行っていく。

(6) 健康と保健衛生

- ・看護職員が中心となり、医療関係者と連携し、健康の管理を行っていく。

- ・バイタル測定、体調の確認を日常継続的に実施し、健康の保持及び疾病の予防に努め主治医には、急変時や日々の状態の報告をし、速やかに適切な対応を行う。

- ・利用者の高齢化及び重度化に対し、専門的な健康管理、ターミナルケアに向け、医療連携体制を充実していく。

- ・食生活では、コレステロールや中性脂肪の減少、体重の減少、便秘の改善などを目指し、それぞれに適した食材や調理方法などを工夫し、満足感のある、バランスの良い食事提供を実施し、健康な生活を目指していく。

- ・健康という観点から、専門的な機能訓練及び運動のシステム作りをしていく。

- ・利用者の定期健康診断は、年1回行い、疾病の早期発見に努めていく。

- ・利用者のインフルエンザ予防接種は、家族の了解を得て、主治医と連携し行い、感染を予防する。また、様々な感染症に対しても、日頃から危機感をもち、マニュアルを基に感染の予防及び万延を防ぐ。

- ・日頃からユニット内、特に台所やトイレなどの清潔(適切な消毒)、小まめな手洗いの実施、適切な食材の管理を行い、食中毒の予防に努める。

(7) ターミナルケア

- ・環境の変化に影響を受けやすい認知症の人が、最期までグループホームで生活することができるよう看取りの体制を整えていく。

- ・主治医と常に連携し、様々な苦痛がなく、感染防止や環境整理に配慮し、最期まで尊厳ある生活が送れるよう、チームで一生懸命そのケアを行っていく。

- ・利用者が孤独な死を迎えることのないよう死に至るプロセスとケアを学習し、また、家族とともに看取る環境づくりも考慮していく。

(8) 行事・レクリエーション

・季節の行事や今まで大切にしてきた風習等が楽しめる企画を一緒に考え、笑顔あふれる内容となるように努め、共に楽しむ。行事等を通し、家族や地域との交流を図り、その関係が途切れなく、深めていく。1例としては、家族が参加している日帰り温泉は、恒例となり、皆が楽しく、無理なく参加できるよう継続していく。

・重度の方には、五感で季節が楽しめる企画を検討していく。

・毎日の生活においても、利用者の自主的な思い思いの過ごし方を基本としつつ、レクリエーションプログラムを多様に工夫し、また買物や馴染みの場所への訪問など随時取り入れていく。

【年間行事】

月	月行事予定	各行事食予定	保健・防災活動予定
4月	開設記念、春のお茶会 婦人部：会合・春のお茶会の開催	開設記念献立	
5月	お花見、端午の節句、町内会花壇づくり 婦人部：会合・東屋花植え活動	お花見外食、端午の節句料理	
6月	日帰り温泉旅行 婦人部：会合	外食	地域との避難訓練
7月	夏祭り、小旅行、町内会行事参加 婦人部：会合・ジンギスカン炊き出し	土用の丑、ジンギスカン、うに井、外食	健康診断
8月	七夕、焼肉パーティー、夜景ドライブ、盆踊り 婦人部：特養での活動（喫茶開催）	七夕献立、焼肉、	
9月	お月見、敬老会、彼岸祭、一泊旅行、収穫祭、ドライブ 婦人部：会合・収穫祭準備	お月見・お彼岸献立、敬老祝膳、収穫祭（石狩鍋）、外食	地域との避難訓練
10月	もみじ狩り、焼き芋会 婦人部：会合、コロケ作り	外食	
11月	ドライブ、芸術発表会、秋のお茶会 婦人部：秋のお茶会開催	鍋料理、お好み寿司	インフルエンザ [※] 予防接種
12月	餅つき、クリスマス喫茶、大掃除 婦人部：会合・フラワーアレンジメント・忘年会	クリスマス献立・ケーキバイキング、年越し献立	
1月	お正月、冬の大運動会 婦人部：会合・新年会	おせち、七草粥、パンバイキング、運動会弁当	
2月	豆まき、雪あかり、映画会 婦人部：会合	節分献立、中華バイキング、鍋料理	
3月	ひな祭り、彼岸祭 婦人部：会合・報告会	ひな祭り献立、お彼岸献立	
毎月 随時	誕生会（該当者のいる日） 地域での戸外活動、地域の行事への参加 赤岩保育所との交流（園児訪問、各行事）	誕生会食（該当者の好みの献立） 季節の旬の食材を取り入れた献立	

※3ユニット合同での行事を適宜盛り込んでいく。

(9) 婦人部活動（当事者活動）

・利用者の主体的活動を尊重し、メンバーそれぞれが、自分の誇りや社会の中で存在し

ていると実感できる活動にする。その活動は、認知症の緩和ケアに通じており、活動の補佐にあたる。

・今年度は、「炊き出しの精神＝人のためになる」と、「それぞれが特技を活かし、時には趣味活動を新しく始める＝自分自身が楽しむ」を柱とし、取り組みの補佐となる。

(10) 事故防止及び防災について

・ケアの質を高め、より良いケアマネジメントを展開し、事故のない安全な生活を保障する。

・ヒヤリハットの段階で、適切に情報収集及び分析を行い、事故を予防していく。ヒヤリハットに関しては、今年度内にはその取り組みを充実していく。

・事故が起きた際には、迅速に、且つ適切に対応し、その内容は、事故報告書にて報告され、事故防止委員会にて、客観的に事故の原因分析を行い、再発防止に努め、職員一人一人の意識の向上に努めていく。

・火災及び災害対策として、詳細な避難計画の立案、施設内外の月1回の自主点検、年2回（日中・夜間想定）の地域住民等参加の避難訓練、各防災用品の準備及び点検を行い、職員一人一人の防災に対する意識を高め、火災をおこさず、また非常に備えていく。

(11) 運営推進会議

・おおむね2ヶ月に1回開催、委員は地域住民、行政（地域包括支援センター）、家族、事業所職員にて行い、よりよい運営につながるような議題の設定を行い、積極的な意見を頂き、運営につなげていく。

(12) 預かり金品の管理

・利用者または家族の希望に応じて金品を預かる場合は、毎日の厳正な残高等の管理のもとに、毎月収支状況を家族等に通知するほか、随時要望に応じ、収支状況の公開に必要な処理を速やかに行う。

(13) 専門性を高める

・それぞれの専門職が、その専門性を高めるために、理念をもち行動する。

・グループホーム内外の研修受講や学習会の開催の他、講演会等で症例発表の機会を持つ。グループホーム内での学習会では、介護力の平均化、質の高い人材育成のために、経験年数別にて不足している知識及び技術等を分析し、集中的な習得を目指す。

・介護福祉士は、法人内（小樽）の介護福祉士会に所属し、他事業所の職員と共に、その専門性について研鑽し、質の高いケアが継続していくことができるよう目指す。

(14) 介護職員としての心構え

・信頼されるサービス提供のために、法人理念を理解し、一生懸命に、誠実にその実現を目指していく。

・丁寧で誠実な態度で、思いやりのある関わりで、温もりのあるグループホームケアを目指していく。

・心身ともに健康で、日々健全にケアが勤められるよう、自身の生活及び人生を見つめ、整えていく。

・夢や希望を抱き、その実現のために、高い目標を持ち、達成できるよう努めていく。

・それぞれの専門性に誇りが持てるよう勉学に励み、その誇りに恥じない振る舞いを遂行していく。

グループホームはる 1日の生活の流れ

5 : 30 ~ 7 : 00	起床（起床時間は入居者各自で設定）、身支度、洗顔、体操
7 : 30	朝食調理、配膳
8 : 00	朝食、朝食後片付け
9 : 30	玄関・居間・自室等清掃
10 : 30	各自自由（家族との面会等） 外出希望者随時外出準備
11 : 00	昼食準備、
12 : 00	昼食、昼食後片付け
14 : 00	入浴、洗濯、各自自由（家族との面会、団欒、ゲーム、リハビリ等）
16 : 30	外出者帰所
17 : 00	夕食準備
18 : 00	夜食、夜食後片付け
21 : 00	施錠、消灯

9 生活支援ハウス

【基本方針】

- ・利用者の自主性を尊重し、明るく生きがいのある生活が送れるように努める。
- ・加齢等による利用者のニーズに対応するため、迅速にその状況を把握し、適切な援助をし、生活支援ハウスでの自立した生活の継続を支援する。
- ・家族や地域社会との交流を積極的に保ち、信頼関係をより深めて行く。

【支援内容】

(1) 日常生活の支援

- ・利用者が安心して明るく生活できるように、清潔で快適な環境をつくる。
- ・レクリエーション及びクラブ活動を組織し、利用者の自主性を尊重しながら実施するとともに、活発な利用者同士の交流、楽しみのある生活を支援する。
- ・行事については、その企画や準備の段階から利用者に積極的に参加してもらい、自発的な行事運営を目指す。それらの活動や交流を通じて日常生活に意欲と潤いをもたらすことができるよう支援する。
- ・介護予防の視点から、リハビリテーション的な運動活動の機会や口腔機能や認知症予防の教室を提供し、心身機能の維持、向上を図る。それらの活動が日常生活に反映され、自立した生活が継続していくことを支援する。
- ・公平なサービス提供に配慮しつつも、利用者の身体等の状況に応じて柔軟に対応できるサービス体制を整備する。
- ・介護保険制度や在宅福祉サービスの利用等についての説明会及び健康に関する講座等を適宜実施し、利用者に理解を深めてもらう。
- ・懇談会を適宜実施し、利用者の要望や生活実態の把握に努める。また、悩みや苦情等の相談に応じ、人間関係が円滑にいくよう配慮するとともに、利用者と職員との関係を信頼できるものとしてつくりあげる。

・教養娯楽用品の整備を図り、利用者の余暇活動の活性化及び自主的な活動を支援し、それらを通じて、利用者同士が互いに協力し合い、相互の信頼関係を深めていけるように援助する。

(2) 保健衛生について

・毎日の安否の確認や健康チェックを日常継続的に実施し、健康の管理をし、健康の保持及び疾病の予防に努める。

・インフルエンザ予防接種等の機会の提供や感染症予防に対する理解への働きかけを行う。また、利用者自身に健康管理への自覚を促し、健康管理のための計画と実行を継続的に支援する。

・利用者の健康状態に関する情報や記録は常に整備し、体調急変時には、かかりつけ医及び近隣の医療機関または家族等の連携により、速やかに適切な対応をなし得る体制を準備する。

(3) 環境整備について

・施設内外の美化と整理整頓を心がけ、安心と潤いのある生活環境を提供する。

・施設や備品の適切な維持管理を実施する。

(4) 個別援助計画

・生活支援ハウスでの自立した生活を継続するため、利用者の実態を把握し個々のニーズに即したサービスを提供する。利用者の変化にともないカンファレンスを随時行ない、個別に支援する。

(5) 家族との交流

・利用者の日常生活の様子や健康状態等の近況報告を適宜実施し、家族との信頼関係を築いていく。また利用者と家族の良好な関係の確立、保持に努める。

(6) 地域との交流

・地元町会、ボランティアの受け入れ等、利用者と地域社会との交流の機会をつくるとともに、施設への理解と協力関係を深める。

・隣接する保育所と行事の共催等、交流をより活発に深め、友好的な関係を推進する。

【年間行事計画】

月	月行事予定	健康衛生・防災
月例等	誕生会（当日にプレゼントを贈る） ビデオ上映会 カラオケ（隔月） 季節の湯（3日間） 園芸活動	バイタルチェック（毎週実施） 健康講座
4月	開設記念祭（GHと合同）、懇談会	
5月	お花見	
6月	小旅行	避難訓練（GHと合同）
7月	夏祭り（法人合同）、納涼パーティー	
8月	七夕、焼肉パーティー（GHと合同）、 盆踊り（GHと合同）、小旅行、	
9月	お月見、敬老会（法人合同）、懇談会 収穫祭（GHと合同）	避難訓練（GHと合同）
10月	もみじ狩り	
11月	お食事会（鍋）、懇談会	インフルエンザ予防接種

12月	餅つき（GHと合同）、クリスマスパーティー（GHと合同）、忘年会	
1月	新年会（お茶会）	
2月	豆まき	
3月	ひな祭り（お茶会）	

10 障害者福祉サービス事業

(1) 身体障害者ショートステイ事業

平成18年4月1日に施行された障害者自立支援法に基づき、特別養護老人ホームはるで指定身体障害者短期入所サービスを提供する。

事業所所在地 小樽市赤岩2丁目18番地22号
 事業所名称 身体障害者短期入所生活介護施設はる
 利用予定人数 年間延べ12名(予定)

【基本方針】

① 利用者主体のケアの確立

利用者の個別性に配慮したケアの実践に向け、全職員が利用者のニーズを適確に把握するためのアセスメント技術の習得と総合判断能力の養成に努める。

② チームアプローチ

他職種の専門性を活かした支援によって利用者の多様なニーズに応え、利用者にとっての「自立」と「QOL向上」を検討し、利用者・家族との合意をもとにした自立支援のケアを実践する。また、職種間では互いの専門性を理解しながら連携を図り、より質の高いケアを提供できるように自らの専門性を高めていく。

③ 生活支援

利用者が安心して快適に過ごせるよう日常生活を支援し、清潔で安全な生活環境を提供する。

④ 在宅支援の視点

連絡ノートを活用等により、家族に対し、施設生活の様子やサービス提供内容について十分な周知を図る。又、インシデントの状況を分析することによって、事故の再発防止に努めるとともに、利用者及び家族からの意見、要望又は苦情に対しては、迅速かつ適切に対応して、サービスの質の向上に努める。

【事業内容】

① 基本的な生活介護（食事・入浴及び整容・排泄等）

② 送迎サービス

③ アクティビティサービス

利用者の希望と必要性に応じて、レクリエーションや音楽療法等、多様なアクティビティサービスを提供し、心身機能の維持、向上及び活性化を図る。

12 地域交流事業

(1) ボランティア活動の推進及び支援

ボランティアグループ「あかり」や朗読・俳句・傾聴ボランティア等の個人ボランテ

ィアの活動を支援するほか、市内各学校の学生、生徒等の独自のボランティア活動をコーディネートする。又、ボランティア活動参加を積極的に呼びかけて、地域との交流の活発化を図る。

介護者教室や市民講座の開催を企画するとともに、広報紙の発行等を積極的に行うことにより、地域コミュニティのかたちづくりに寄与することを目指す。

(2) 世代間交流の充実と発展

これまでも、高齢者への緩和ケア実践を基盤として、隣接する保育所等との交流事業に積極的に取り組んできたが、核家族化や「死」に対する意識の変化などの影響のためか、多くの子どもたちが高齢者と馴染むのに時間を要し、中には高齢者の言動に拒否反応を示す子どもがいるのも現状である。しかし、本来、緩和ケアは「死」を迎えるためのケアではなく、最期まで充実した「生」を全うするためのケアである。「死」を忌み嫌い、遠ざけるのではなく、むしろ乳幼児期から高齢者に触れる機会を多く持ち、「老い」や「障がい」「認知症」などに対する理解を深めることにより、「高齢者の尊厳」や「生と死」について、広く市民レベルで共に考える文化の創造に寄与したいと考える。

そこで、乳幼児期における「認知症教育」及び「死の準備教育」というテーマで、保育所、小学校の各児童に対して年齢・段階別に達成目標を設定し、各施設の高齢者の特徴を加味しながら、計画的な交流事業を行っていききたい。子どもと高齢者の交流を計画的に行い、「緩和ケア」における「認知症教育」「死の準備教育」に発展させて取り組んでいく。具体的には、赤岩保育所の園児と各施設の利用者がその特性に合わせて、「グループホーム・認知症型デイサービスのユニットを1クラスの園児がそれぞれ定期的に訪問し、なじみの関係になる」「畑作業を一緒に行い収穫を共に喜ぶ機会を持つ」「デイサービスのクラブ活動に園児が参加し、利用者の指導を受ける」など、行事参加の枠を超えた活動を行なう。

(3) 実習生の受け入れ

①基本姿勢

ホームヘルパーや福祉士制度等を支える実習施設として、各養成機関との連携を密接にとりつつ、それぞれの実習生の目指す職種の実習を統一的なプログラムにより支援する。職員にとっては、施設や事業活動の全体像を再把握し、利用者に対するケアと業務を振り返る機会となし得ることから、指導技術を向上させながら、職員自身の資質向上を図っていく。

②利用者への配慮

施設は、外部に対し様々な形で開放されているが、実習生の受け入れ（又は見学者の受け入れ）に際しては、利用者の立場に立って下記の事項に配慮する。

- 1) 掲示や懇談会等によって事前にお知らせする。
- 2) 実習初日に実習生を紹介する。
- 3) オリエンテーションにおいて、プライバシー保護と守秘義務について確認する。
- 4) 特に排泄や入浴の介助については、実習状況を判断して、実施する。

実習生の存在が利用者にとって、精神面での活性化や喜びにつながるような実習指導をすることで、両者に対しプラスに働くように配慮していく。

(4) 講師派遣

地域の保健・医療・福祉の増進に寄与することを目的として、講師派遣の要請がある場合には、できる限り応じていく。

はっさむ部門

I 平成24年度 運営方針

平成24年度の介護報酬改定は施設経営にこれまで以上の厳しさを強いてきた。当施設はこれまでも収入水準の向上と経費削減を図り支出の抑制に取り組んできたが、本年度はさらに緊張感をもって事業の推進に取り組むことが求められている。

はっさむはるは「トータルケアは資源と経費の削減の根本であり良質なケアの基本である」を基に、これまで実践してきたケアを総合的な視点で見直し良質なケア提供を念頭に置き、結果として経費削減に繋がる事業運営を行う。

1. ケアを結び直しトータルケアを実践する

はっさむはるが目指すトータルケアは、人が生物として持ち合わせている機能の回復と自然エネルギーの活用を行い、限りある資源の効率的活用と支出削減に寄与し、ケアの質を更に高める取組をする。

- ① 人が持ち合わせている自然の身体機能が高まるように、「食事の質の見直しと水分摂取の増量」を目指し自然な排泄を促すケアをめざし、強いてはおむつ外しに結びつく取組をする。
- ② 今より少し運動量を増やし、良質の睡眠の増加をはかり日常の活動性が高まる生活ができるよう取り組む。
- ③ 認知力の維持・改善を図るため“学習療法を取入れ”認知機能の活性化が高まる取組をする。
- ④ 自然の採光と風をうまく活用し、穏やかな刺激で自然な体内リズムの回復を図る取組をする

2. 稼働率維持の取組み

- ① 利用者の退去後の居室を可能な限り早く稼働させ、また早期の心身の異常に気づき適切な受診受療を行って、年間入院者数を極力減らし居室稼働率が98%になるように努力する。
- ② ショート利用者はリピーターの定着と新規の利用者も絶えることが無く、この好調な状況を継続させ、年間の平均稼働率94%を目指す。
- ③ 2か所あるデイは活動メニューを再構築し、更に選ばれるデイとなり新規利用者の増加を図るとともに稼働目標を90%として経営の安定に寄与する。

3. 事業の拡大について

居宅は実績数の増加が継続しており今後もこの状態が見込まれるので、特定事業所指定を受けられる環境整備をすると共に受託件数を更に更新し収入増を図る。

4. 職員が安心して働ける環境を整える

トータルケアの実践が職員の知識と力量の向上に結びつき、職員各自が自信を持って働くことが出来るように支援する。

II 各部門別重点目標

(1) 生活相談支援部門

利用者の立場から、介護保険制度、障害者自立支援制度、それらの付带的各種制度の活用を図り、利用者・家族の安心できる生活環境づくりに努める。また、施設内外の研修受講のほか、ソーシャルワークの実践を通じ知識と技術の習得に努め、各種の研究に取り組む。更に、入居申し込みの数が増え続ける一方、待機期間も長くなっている中、いまだに虐待やネグレクトを招いているケースも少なくないと思われる。地域や他機関との連携に努めると共に、支援ができるよう努力していく。

① 入居者の安心で快適な生活への援助

- ・ 利用者の立場に寄り添い、他職種との連携のもと利用者主体の施設生活の確立という視点で日々の相談業務を行っていく。
- ・ 利用契約においては、説明と同意のプロセスを重視し、利用者及び家族が不安を抱えることなく安心して施設生活を送れるよう努力する。
- ・ 利用者の権利擁護という観点から、必要により成年後見制度等の活用を図る。
- ・ 利用者の家庭環境に配慮し、家族も十分視野にいたした支援を行っていく。
- ・ 利用者のこれまでの生活や地域社会とのつながりの継続性を図るため、入所時における適切な情報収集に努めるとともに、外出の機会の拡大や近隣保育、小・中学校との交流等により、生活環境が閉ざされたものとならないように配慮する。

② 適切な入所相談ならびに入所判定会議の開催

- ・ 入所相談に際しては、入所希望者の心身や生活環境を的確に把握し、適切な入所相談に努める。また、入居優先度判定委員会設置要項の見直しを適宜行い、適切な開催に努めていく。また、入所申し込み待機者の状況を正確に把握するよう努め、把握方法についてより効果的な方法を検討していく。
- ・ 入居申し込みの継続を希望されるか含め、実態把握の為の申込者の整理を行う。

③ コミュニティワークの展開

- ・ 高齢者福祉はもちろんのこと、全般的な社会福祉の向上という視点を持ち、関係諸機関との連携のもと日々の業務を行っていく。
- ・ ボランティア活動について、施設独自のボランティアグループの発足に努め、他のボランティア団体、地域住民とともに活動のありかたを考え、施設に可能な支援、協力のありかたを追求する。
- ・ 前年度に発足した入居者主体の『婦人部』活動の充実を図ると共に、地域の町内会との交流、施設内・外で共同の活動ができることを目指す。
- ・ 実習生の受け入れ積極的に行い、未来のソーシャルワーカーの社会的育成、教育という社会的責任を十分考慮する。（今年度は3名受け入れ予定）

④ アンケート調査結果によるケア方法や施設の在り方を検討し、見直しに努める。

- ・ 開設から6年目に突入し、前年度のアンケート調査を分析し、ご家族の求めている施設の在り方の見直しを行う時期であると思われる。
- ・ 閉ざされた苦情・要望を掘り起こすことで、新たな改善点に繋がる可能性を期待し、ご家族の声に耳を傾ける機会とする。

(2) 介護・看護部門

スタッフ一人ひとりが、各自の役割に対する責任感と主体性を持ち、ケア内容の一層の充実に向けて介護・看護業務全般の見直しと改善を行っていく。

- ・ ほのぼののシステムを活用し利用者生活情報を基に科学的な把握を行う。そのためにニーズが常に変化している利用者にとどのようなサービスを提供したか具体的な記録を毎日行う。
- ・ ケアプランに係る一連の流れにおいて、その人らしさを追及するためアセスメントの段階から多職種と連携強化に努め、ご家族と共に支援できる体制を築いていく。
- ・ 学習療法を導入し職員が裏づけされた知識に基づき、利用者共に喜びを感じられる環境を整える。
- ・ 口の健康を維持するため歯科医師と歯科衛生士等と連携強化を図り適切な口腔ケアを提供する。
- ・ 丁寧なケアの提供から介助中の事故ゼロ、有効な再発防止策の検討に取り組む。
- ・ 褥瘡ゼロのため予防、再発防止に取り組む。
- ・ 感染症対策について職員の正しい知識と対処により拡大を防ぐ。
- ・ 職員育成のために外部研修への参加、自己学習の積極的な参加に取り組む。

① 介護部門

トータルケア実践のため各職種が専門性を発揮しながら生活を支える視点を強化する。

- ・ 生活を支えるために「丁寧な対応」を心がけ利用者、家族と信頼関係が形成できるように努める。
- ・ 個別ケア実践にあたり、利用者及び家族のニーズを把握し多職種と連携してその人らしい根拠あるケアプラン原案を作成する。利用者及び家族と共にサービス担当者会議を開催し説明、同意を得るように努める。また、3ヶ月に1度のモニタリングを行う。状態の変化時は即時評価し修正プランを作成する。
- ・ 認知症ケアの充実に向け生活歴のアセスメントを生かし、職員自身が環境である事を自覚し適切な介護が行えるように取り組む。
- ・ 各委員会は集計、報告にとどまる事なく、日々のケアに活かせるように分析結果、再発防止策として委員会からメッセージとして発信することに努める。
- ・ 施設内外の研修受講のほか、スタッフ各自が積極的に自主研修に取り組み、知識と技術の習得に努める。

② 看護部門

・ 嘱託医及び地域の医療機関、関連保健機関との連携を一層強化し、利用者の通院又は入院が適時、適正に行われるよう調整に努める。

- ・ 多種慢性疾患を抱え、又は非定型的な急性期症状を呈する利用者に対し、常日頃より利用者を把握していることで早期の異常発見をみきわめができ判断力と直観力を身につけるよう努める。
- ・ 利用者の全体像を把握し御家族に情報提供ができ情報を共有することで信頼関係が築けるように努める。
- ・ 施設の終末期のケア方針や看取り期の予測を御家族がイメージできるような説明を適時・適切に伝える。
- ・ 定期健康診断等による健康管理を実施する。
- ・ 結核、ノロウイルス、インフルエンザ、MRSA、レジオネラ症等の感染防止のため

め必要な措置を日常的に実施し、感染症が施設内に発症した場合は、施設内感染症対策マニュアルに基づき、速やかに適切な措置を行って感染の拡大防止に努める。

- ・他職種との連携によるチームアプローチを強化し利用者のADL向上のため、QOLに配慮した看護を展開する。
- ・介護職員を対象とした医療処置の学習会を企画開催する。特に救急蘇生法や痰吸引については実習形式で企画し、医療的ケアが必要となる利用者に対して安心して安全な対応ができるように体制を整える。
- ・施設内外の研修受講のほか、セミナー、講演会など積極的に自主研修に取り組む。

③ 機能訓練・各種療法部門

・個々の利用者の機能訓練の必要性及び内容を明確にした「個別機能訓練計画書」を作成し利用者又は家族に訓練の内容をわかりやすく説明し、無理のない機能訓練を多職種と連携し計画的に実施していく。

・利用者の残存機能の維持及び機能低下防止を図るとともに、利用者がボランティアの人々や他利用者との交流を持つ中でうち解けた楽しい時間を過ごすことができるよう工夫に努める。

・施設内外の研修受講のほか、講演会など積極的に自主研修に取り組み、知識と技術の習得に努める。

(3) 給食部門（はっさむはる）

- ・「栄養ケアマネジメント」において、利用者の栄養状態等に関するアセスメントを基に、栄養ケア計画を多職種で作成し、利用者・家族への説明・同意・交付のプロセスを実施する。
- ・利用者の低栄養状態の改善にあたっては、利用者の基本的な日常生活行為であり、生きる意欲や楽しみにつながる「口から食べること」を優先的な課題として、多職種と協働で行う。
- ・ノロウィルスや食中毒等の事故を予防し、利用者が安心して快適な食生活を送ることができるよう食品衛生管理に努める。
- ・適時適温配膳とともに、個人的嗜好にも極力対応した食事内容や、他職種と連携し利用者の嚥下状態に合った食事形態の提供を行う。
- ・ムラのない統一された味つけを心掛け、美しい盛りつけと旬の素材を取り入れた季節感の感じられる食事の提供に努める。
- ・利用者に来てたての食事を楽しんで貰えるよう、定期的にユニットの内で調理の実演を行い、調理中の音や香りを感じたり、また調理作業を一緒に行うなどし、出来立ての料理や雰囲気味わってもらおうよう努める（生寿司・ぎょうざ・天ぷら・お好み焼きなど）。
- ・「排便困難者へのケアの見直し」において自然排便を促すような食事の提供を課題として、積極的に取り入れていく。又、他職種と協働で取り組んでいく。

Ⅲ 職員会議

職員会議日程（全施設）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	朝礼	毎朝 8時30分～ 約10分間	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、 機能訓練指導員、栄養士、事務員他	参加可 能職員 全員
	運営定例会議	毎月第3水曜日 18時～	施設長、課長、係長、主任、主任補佐、他関係 職員	関係者
	職員全体会	適宜	施設長以下全職員	参加可 能職員 全員
	給食会議	毎月第1火曜日 13時30分～	施設長、栄養士、他関係職員 (委託先) 担当部長、調理チーフ他	関係者

職員会議日程（特別養護老人ホームはっさむはる）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	リーダー会議	毎月第3木曜日 17時30分～	施設長、介護係長、ユニットリーダー、他関係 職員	関係者
臨 時	入所判定会議	適宜(最低年4回)	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー 、介護支援専門員、第三者委員	関係者
	ユニットケアカ ンファレンス	随時	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー 、介護支援専門員、機能訓練指導員、栄養士、 嘱託医	関係者
	行事会議	適宜	関係職員	関係者

職員会議日程（デイサービスセンターはっさむはる）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	朝・夕ミーティング	毎朝 8時30分～ 8時35分 毎夕 17時15分～17時30分	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	新規利用判定 会議	随時	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、 栄養士	関係者
臨 時	ケアカンファ レンス	毎月第2第4水曜日	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー 、介護支援専門員、栄養士	関係者
	行事会議	毎月1回程度	介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者

	ケアワーカー 会議	随時	介護主任、介護職	関係者
--	--------------	----	----------	-----

職員会議日程（居宅介護支援事業所はっさむはる）

区 分	開 催 日 時	参 加 者	人数	
定 例 会 議	朝・夕ミーティング	毎朝 8時40分～ 9時 毎夕16時30分～17時	管理者、ケアマネージャー	関係者
	会議	毎週水曜日 9時～9時30分	管理者、ケアマネージャー	関係者

職員会議日程（デイサービスセンターはる北17条）

区 分	開 催 日 時	参 加 者	人数	
定 例 会 議	朝・夕ミーティング	毎朝 8時30分～ 8時35分 毎夕 17時15分～17時30分	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	新規利用判定 会議	必要時	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
臨 時	ケアカンファ レンス	毎月第2水曜日	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	行事会議	毎月1回程度	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者

IV 事業別事業計画

1 介護老人福祉施設

【ケアの基本方針】

(1) 利用者主体のケアの確立

利用者及び家族のケアに対する意向を十分に配慮し、安全・安心・快適な生活を保障出来るようスタッフ一人一人が知識と技術の習得に励みその専門性を高める。

(2) チームアプローチ

アセスメント・ケアプラン作成・及び実践・評価に係る一連の介護課程において多職種がそれぞれの専門性を活かし 利用者の多様なニーズに答え、より質の高いケアを展開出来るよう連携を深めていく。

(3) 生活支援

利用者のプライバシーに配慮したユニット形式で、全室個室という環境を提供し自己選択を基本に、季節の変更を楽しめる潤いのある生活空間の創出に向けて丁寧な対応を心がける。

又、在宅復帰を念頭に入れた生活リハビリの視点を保持することを心がける。

(4) 認知症のケアの確立

認知症に関する専門知識を習得し、受容・共感的な関わりをベースに、利用者が穏やかに生活できるよう支援する。

(5) ターミナルケア

利用者が予後不良と診断され、症状が生活施設の中で看取ることとの出来る範囲であり、本人・家族が施設での看取りを希望された場合、その人らしい最期が迎えられるよう支援する。

(6) 自己啓発

常に知識と技術の研鑽に努めてケアの質の向上を図り、また実践に基づいた理論の確立により、ケアの充実に貢献していく。

【ケアの展開方法】

(1) ケアプランの作成・評価

ケアプランの作成においては、利用者本人、家族の目標・意思を十分に伺い、より具体的な目標を立て、また自立支援の視点を持ったアセスメントを行い、チームアプローチの機能を十分に活かしケアプラン原案を作成する。

アセスメント過程においては、本人の生活歴を十分に考慮する。ケアプラン原案を、多職種及び本人・家族が参加するケアカンファレンスにおいて検討し、必要に応じて修正を行い、完成させる。また、適宜評価を行い、新たなケアプランに反映させていく。

すべてのプロセスは、利用者・家族に公開され、又同意を得て交付するものとする。

アセスメント、プラン、評価、記録は「ほのぼの」システムを活用し、より効率的、効果的に行い、利用者の生活の充実につなげる。

(2) 快適な環境の提供

ユニットケアの導入にあたり全室個室のプライベートスペースを提供する。

個々の居室内では、なじみの品、写真等の装飾、あるいは寝具等日用品の設置などを図り、利用者が自分の部屋として安心して利用できるよう、本人及び家族と調整しながら工夫する。

プライベートスペースのほか、セミプライベートスペース、セミパブリックスペース、パブリックスペースの有効活用も提案しながら快適な環境となるように支援する。

(3) ユニット担当制によるケアの実行

利用者との馴染みの関係を築くため、日々のケアは介護職員をユニット担当制とする。各ユニット担当者は担当利用者の生活全般について把握し、安全かつ快適であるよう責任をもって配慮する。

(4) ユニットリーダー制を活用したケアの充実

ユニット担当者と適宜連絡をとりつつ他職種との連携、調整等を行う。ユニットリーダーは、当日のユニット・フロア全体の業務に遺漏のない様に努めるとともに、ケアプランの展開、課題の把握を行う。

(5) 各階フロアの組織的取り組みによるケアの充実及び継続

各階リーダーを中心として各フロア、ユニットにおける課題を明確化させ、適宜速やかに、相談、報告、検討を行って細やかなケアの展開を図る。

(6) 自立支援を視野に入れた介護

利用者に対して過剰介護により自立を妨げることのないよう、また単なるお世話ではなく、ADLの維持・向上、またはADL低下予防を念頭におき専門的介護を実施展開する。さらに、在宅復帰の妨げとなる事項について、十分なアセスメントを行い、在宅復帰に向けての具体的なケアプラン作成によりアプローチを試みる。

認知症の方のケアについては、ユニットケアの導入により精神的に穏やかな生活が出来るよう、環境を整えると同時に、炊事、洗濯、掃除、家庭菜園等の生活体験を通し症状の改善・安定を試みる。

(7) 家族のケア

利用者の状況に関し、家族が必要とする情報を必要に応じ、いつでも提供できるようにし、家族の不安、希望、相談に対し、適宜速やかに対応する姿勢を持つ。

また、定期的な家族懇談会を開催し、加齢による身体機能の変化・認知症の理解・看取りケアなどを勉強する機会を企画し、ご家族を巻き込んだケアが取り組めるように交流を図る。

他、終末期を迎えた利用者の家族、あるいは亡くなられた利用者の遺族が感情を吐露又は振り返りができるように、語れる機会を設ける。

(例：命日にあわせての訪問やお手紙・電話などでコンタクトをとる・施設行事にボランティアとしてお誘いする)

(8) 行事・レクリエーション・機能訓練の充実

季節感が感じられる行事や、日常のレクリエーションプログラムの多様化により楽しみや生きがいを感じられる生活を提供し、社会感覚を豊かに維持するとともに地域との交流による生活の活性化を図る。また、地域で活動している団体等により催しの企画を積極的に受け入れ、適宜盛り込んでいく。

機能訓練に関しては、「個別機能訓練計画」を作成し、身体機能の維持・向上を目指す。

【年間行事計画】

月	内 容	具体的内容
4月	各ユニットで検討	
5月	外出レクリエーション	
6月	外出レクリエーション	
7月	各ユニットで検討	

8月	夏祭り	施設全体で企画する。
9月	敬老の日	
10月	外出レクリエーション	
11月	外出レクリエーション	
12月	クリスマス・餅つき	施設全体で企画する。
1月	各ユニットで検討	
2月	節分	
3月	ひなまつり	

※誕生会は個人の誕生日に合わせて、個別に企画する。

※上記記載の他、利用者の要望や、スタッフの発想による催し物・外部からの催し物等、適宜盛り込んでいく。

(9) 預かり金品の管理

利用者の希望に応じて金品を預かる場合は、毎月の厳正な残高等の管理のもとに、定期的に収支状況を家族等に通知するほか、随時要望に応じ、収支状況の公開に必要な処理を速やかに行う。

(10) 地域交流

地域住民の方や学生が日常的に利用者と交流できるような場をコーディネートするとともに、利用者が外出等により地域の方と積極的に触れ合うことができる機会を設けていく。特に、園児（発寒幼稚園）との交流を年間行事に盛り込み、交流を深める。また、引き続きボランティアの方の受け入れを積極的に働きかけ、日常的に第三者の方の客観的なご意見をいただき、地域交流のコーディネートを行っていく。

(11) ターミナルケア

ターミナル期を迎えた利用者の状況を十分にアセスメントし、精神的・肉体的苦痛の緩和に配慮し本人及びその家族が望む、悔いのない最期を実現出来るよう、チームが一丸となりケアに取り組む。利用者が孤独な死を迎えることのないよう死に至るプロセスとケアを学習し、さらに、感染防止・環境整備に配慮する。

(12) 介護福祉士・看護師の専門性を高める活動

研修受講の他、セミナー、講演会等で事例発表の機会を持つ。

(13) 実習生受け入れ態勢の強化

看護・介護それぞれの専門性を高めることに寄与するため、実習生に対する指導力の強化を図る。

2 ショートステイ事業

【基本方針】

(1) 自立支援のための介護サービス計画の作成

ケアマネジャーの作成する居宅介護サービス計画書に基づき、利用者・家族の意向を十分踏まえた上で、利用者が在宅で自立した生活を継続できるよう適切な短期入所生活介護計画を作成し、専門的なケアを実施する。また、定期的なモニタリングを行い、居宅介護支援事業所・他サービス事業者との連携のもと正確な状況把握に努めていくものとする。

(2) 的確なアセスメントに基づく安全・安心なサービス提供

利用前の事前訪問等により、利用者の心身状況を的確に把握し、リスクマネジメントの徹底化をはかり、事故防止に努める。また、利用中も利用者の状態変化に応じ

て、ケアマネージャーとの連携のもと、適宜短期入所生活介護計画を見直し、適切なサービス提供を行う。

(3) 利用者・家族の声を重視したサービス提供およびサービスの質の向上

前年度の利用者・家族を対象にアンケート調査結果をもとに、利用者・家族の意向やニーズの把握に努め、提供するサービス内容を常に吟味する姿勢でサービスの質の向上を目指す。その観点により、苦情に対しても迅速かつ適切な対応を行っていく。

(4) 居宅介護支援事業所との連携によるサービス利用希望への迅速・適切な対応

サービス利用の相談受付に際しては、ケアマネージャーとの連携により、利用者の心身状況や家族状況をよく把握し、様々な利用ニーズに配慮した迅速かつ適切な対応または在宅生活の継続に役立つようなアドバイス・情報提供に努めることに加え、緊急性の高い虐待やネグレクトのケースに対する最大限の協力に努める。

(5) 障害者自立支援法への対応

障害者自立支援法のもと、障害者福祉サービスの相談を行う。

【事業内容】

(1) 基本的な生活介護

利用者の心身機能の維持を目的として、利用者及び家族の要望を踏まえ自宅との継続した生活を支援していくものとし、専門的な介護を提供する。

<食事>食事形態、摂取方法、嗜好などについて利用者の希望をふまえ、できる限り家庭での状況に近づけた食事を提供する。

<入浴及び整容>利用者の希望や身体状況に合わせて特殊浴槽と一般浴槽を使い分け、安全で快適な入浴サービスを提供する。また、入浴のニーズが高いことを踏まえ、柔軟な入浴対応を心掛け、場合によっては部分浴や清拭の対応などにより、利用者の清潔保持を図る。

<排泄>自宅での排泄介護の状況も踏まえた上で、利用者の尊厳とプライバシーの保護に十分配慮した快適で適切な排泄介護を行う。

(2) 送迎サービス

家屋の立地状況や利用者の身体状況などに配慮して、安全な送迎方法を検討し、適切な介護技術による安全な送迎サービスを行うことに力をいれる。送迎時間の設定については、利用者及び家族の希望に配慮した対応をする。

(3) 機能訓練及びアクティビティサービス

利用者の心身状況をふまえ、短期入所生活介護計画にもとづいた適切な機能訓練を実施する。その他、レクリエーションや音楽の提供により、利用者の心身機能の維持、向上を目指す。

3 デイサービス（通所介護）事業

【基本方針】

介護保険法の趣旨に基づき、利用者の心身機能の維持・向上や社会交流、入浴機会の確保、介護者の負担軽減等の期待に応えられる通所介護（介護予防通所介護含む、以下同じ）サービスの提供が求められる中で、利用者・家族に選ばれる施設作りのため、様々な取組みによりサービスの質を向上させると同時に安心・安全なケアの提供を常に心掛け信頼されるように努めます。

また、平成 24 年度介護保険の報酬改定に伴い、提供時間の変更や加算の廃止等もあ

り、厳しい状況が予測されるが、定員 40 名に対して、一日平均 36 名を目標にする姿勢を維持し、新規・体験利用の積極的な受け入れ、かつ、レクリエーションや個別クラブ活動の更なる充実を行っていく。さらに、介護実習・生活相談員実習の受け入れについても、「はる」のケア理念を知って頂く機会と捉え、今年度も積極的に行っていきます。

(1) 個別性に応じたサービスの計画と実施

個別のニーズに即した通所介護サービス提供により、心身機能の維持向上等に効果が現れるよう、利用者の個別性に応じた通所介護計画書（介護予防通所介護計画含む、以下同じ）を作成し、計画に基づいたサービスの実施に努める。

通所介護サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者・地域包括支援センターからの情報提供及びサービス担当者会議や、職員による事前訪問、おためし利用等を通じて必要な情報を収集し、個々の利用者のニーズを把握する。

担当職員が、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下、居宅サービス計画等）に沿って通所介護計画書を作成するが、その援助目標やサービス内容、留意点等については、個々の心身状況や生活状況に応じた、個別かつ具体的な記載に努める。また、作成した通所介護計画書の内容については、利用者本人・家族に説明の上、同意を得て交付する。

さらに、通所介護計画書の内容に沿って統一されたサービスが実施されるように、ミーティングやカンファレンス等を通じて計画内容の情報共有に努め、また、担当職員を中心として、利用者・家族の意見も確認したうえで定期的な評価を行ない、必要に応じて介護支援専門員等への情報提供や、計画の見直しを行なうものとする。

(2) 介護方法の統一と、介護技術の向上

適切な介護の提供により、転倒や誤嚥等、サービス提供中の事故発生を防止するよう、職員の介護技術の向上に努める。

サービスの提供は、事業所で作成している業務マニュアルに沿って行なうものとし、その内容については、定期的に見直し、修正・加筆できる体制を整備する。また、全職員が業務マニュアル等に沿った介護を実施できるように、ミーティング等を通じてその内容の周知徹底に努める。なお、インシデント・事故の発生時には、ミーティングで再発防止策を検討したうえで、インシデントレポート・事故報告書を作成し、かつ事故状況を職員間で検証する機会を設け、同様の事故発生防止に努めるものとする。

また、施設内外の認知症関連、ソーシャルワーク実践研修へ積極的に参加し、専門性を高め、最新の知識や技術に基づいたサービスが各職員で共有できるようにする。

(3) 利用者・家族・地域との信頼関係づくり

利用者・家族、地域住民からも信頼されるサービス事業所となるよう、サービス提供に関する情報公開・発信・共有に努める為、利用者・家族と事業所との間で適切に情報共有ができ、効果的なサービス提供が行なわれるよう、利用中や送迎時、連絡ノートや電話等、様々な手段により利用者・家族の意向を確認し、サービス内容に反映させるよう努める。また、日常的なコミュニケーションとは別に、利用者や家族に対してサービス内容についてのアンケートを継続し、内容や方法について

の検討等を行う。

また、デイサービスでのサービス内容等を周知し、事業運営についての理解を得るため、デイサービスセンターはっさむ はる広報誌『はあとふる』を今年度に引き続き、利用者・家族、関係機関等に向けて発行する。また、居宅介護支援事業者等については、広報誌に加え、利用の空き状況等についても情報を提供していく。

さらに、利用に係る不安を解消し、スムーズな利用につなげるため、サービス利用希望者に対する見学やおためし利用についても継続して受け入れていく。

【サービス内容】

(1) 送迎

移動・乗降時の転倒事故や、運転中の車輛事故等を防ぎ、事業所と自宅間の移動を安全に行なうことを目的に、全ての職員が、業務マニュアルに沿った介助と交通法規を遵守した運転に努める。

さらに、送迎時には、家族への情報提供や自宅での生活状況の確認を行ない、情報の共有に努め、記録に残す。

なお、送迎の経路・順序等については、利用者の心身状況や、本人・家族の要望等に配慮した上で、効率的に行なうために随時検討する。送迎は運転表をもとに行い、希望に応じて事前に電話連絡を行なう。

(2) 健康管理

利用者の健康状態の維持・改善のため、バイタルチェック（血圧、体温、脈拍）や観察（表情、食事・水分の摂取状況、排泄状況、皮膚状態等）、体重測定（月1回、必要に応じてそれ以上）等を実施するとともに、家族との情報交換を行ない、看護職員を中心として個々の健康状態を把握し、異常・変化の早期発見に努める。体調急変等の緊急時には、マニュアルに沿って、速やかに家族や主治医等へ連絡し、適切な対応を行なう。

また、バイタルチェックや観察等の情報は、個人情報使用同意書の使用目的を遵守し、必要に応じて、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、医療機関等へ提供する。

なお、デイサービス利用中における感染症の発生・まん延を防止するため、感染予防マニュアルに基づいた対応を徹底する。

(3) 入浴

利用者が安全に身体の清潔を保持できる機会を提供するために、個別の心身状況に応じた入浴形態（一般浴槽、特殊浴槽、個別浴槽）を選択し、業務マニュアルに沿った介助を実施する。また、健康状態等に合わせて、シャワー浴や清拭等の対応も行なう。介助の際は、同性・異性介助のご希望を伺い安心して入浴して頂けるよう努めていく。

さらに、浴室・脱衣室の環境整備に努め、入浴の時間などの希望にも可能な限り柔軟に対応する。また、季節の湯を随時実施し、より満足感を得られるようにする。

(4) 排泄

利用者様の心身状況に応じた介助を行なうとともに、プライバシーに尊重した関わりを行っていく。また、トイレ内の快適で清潔な環境づくりに努める。

(5) 機能訓練

利用者の身体状況の維持・向上を目的に、原則として全ての利用者について個別機能訓練計画書を作成し、計画に沿った機能訓練を実施する。

個別機能訓練計画書の作成にあたっては、個々の利用者の心身状態や生活状況に応じた具体的な目標を設定し、個別機能訓練（歩行・起立訓練、嚥下訓練、拘縮予防訓練、ホットパック、エアロバイク等）や集団機能訓練（握力維持向上訓練、下肢筋力維持向上訓練、関節可動域訓練等）を組み合わせた適切なプログラムを作成する。また、3ヶ月毎に計画の評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行なうものとする。

活動内容については、効果的かつ参加意欲が向上するものとなるよう、ミーティング等で随時見直しを行なうものとする。

なお、平成24年度介護報酬改定により、個別機能訓練加算Ⅰの基本報酬組み込みがあり、個別機能訓練の有無を検討中であるが、利用者のニーズや身体機能維持を考えると、機能訓練の中止は難しく、現行のまま実施していくことになると考えられる。

今後、専門職等の配置により新たに加算取得の体制に切り替わる事も考え、その都度柔軟に対応する。

(6) 食事・口腔ケア

バランスの良い食事が安全に摂取でき、食事についての楽しみが満たされるように、管理栄養士や厨房委託業者と連携をとり、身体状況や嗜好に応じた食事を、適時適温の配膳により提供する。また、食事メニューに応じて、提供直前に材料を調理し、美味しく召し上がって頂くよう配慮する。

なお、管理栄養士を中心として利用者の嗜好調査等を実施し、日常の献立や行事食メニュー等に反映させる。

食事の際、自力摂取が困難な利用者には、誤嚥・窒息などの事故に十分注意した上で、職員が介助を行なう。

さらに、利用者の口腔内の状態を適切に保てるよう、食後の口腔ケア（うがい、歯磨き、義歯洗浄）等を実施する。

(7) アクティビティサービス

デイサービスの利用が楽しみとなり満足感や生きがいを得られ、心身機能の維持・向上が図られるように、ボランティア等の協力を得ながら、別表①『アクティビティ活動計画』の通り、個別活動や小グループの活動、全体でのレクリエーションを提供する。また、別表②『年間行事計画』に沿って各月毎に、季節感を感じられる催しや外出の機会を提供する。

別表①『平成 24 年度アクティビティ活動計画』

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	創作活動（季節の小物作り・塗り絵・折り紙）等 ゲーム（トランプ・オセロ等）、軽作業（タオルたたみ、折込み作業等） 脳トレーニング（計算、間違い探し、クロスワード・漢字書き取り等）				
午後	折り紙クラブ	囲碁・将棋 書道クラブ ハンドマッサー ージクラブ	音楽クラブ 紙工作クラブ	麻雀 カラオケクラブ 書道クラブ	麻雀 手芸
14:00 ～ 15:00	集団体操（季節の音楽体操） 全体でのレクリエーション、個別レクリエーション				

※クラブ活動を追加

※集団レクが同じものを続けてしないように、集団と個別のレクの日を作り、レクカレンダーを作成する。個別レクでは認知症の利用者のグループ分けなど行い、より個々のレベル、希望に合わせたものを提供する。

※ホール内に利用者が選んで自由に取り組むことができる、卓上ゲームや簡単なリハビリ道具のような物を置き、遊ビリテーションコーナーを作る。

※クラブ活動等でのボランティアの導入も検討。

別表②『平成 24 年度年間行事予定』

月	行事名	行事内容	
4月	春の茶話会	カラオケ・お茶会等	
5月	お花見ツアー	近隣の農試公園等へドライブ	5 月後半～9 月後半外出行事（観光、買物、外食）
6月	運動会	紅白に分かれて行う運動ゲーム等	
7月	納涼会	外で楽しんで頂く催し等	
8月	夏祭り月間	盆踊り体操や夏にちなんだゲーム	
9月	スポーツ大会	様々な種類の運動ゲーム等	
10月	敬老会	バイキング形式等のおやつ提供	ボランティアによる音楽・踊り等の披露
11月	文化祭	クラブ活動等の発表、展示	
12月	クリスマス会	冬の装飾品作り・職員の出し物等	
1月	新年会	カラオケ・新年の遊び	
2月	節分	豆まきにちなんだゲーム等	
3月	ひな祭り	ひな人形作り、映画鑑賞会	

* 外部団体による音楽等の発表会は、日程が決まり次第お知らせする。10月前後を予定。

* 毎月行う茶話会にて、その月の誕生日の方をお祝いし、誕生日カードをお渡しする。茶話会メニューも増やし、洋菓子、和菓子と季節に合わせて提供する。

4 居宅介護支援事業所（はっさむはる）

【基本方針】

今回の介護保険法一部改正・介護報酬改定では、特に「地域包括ケアシステム」を推進していくことが謳われており、医療、介護、予防、住まい、生活支援の各サービスが有機的に連携し、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続できるような支援が、必要とされている。

今後は、ケアマネジャーが介護保険サービスの調整のみにとどまらず、今まで以上に医療との積極的な連携や、インフォーマルサービスの活用さらには地域資源の開発、高齢者の権利擁護への積極的な取り組みなど、重要な役割を果たすことが求められている。今年度は、当事業所が特定事業所加算の算定を開始することもあり、各ケアマネジャーが資質の向上を図ることで、当事業所のケアマネジメントの質を高め、地域福祉の推進に貢献できるような事業所づくりを目指す。

(1) ケアマネジャーの増員による相談・受け入れ体制の整備

平成21年度にケアマネジャーを3名に増員して以降、地域住民や関係機関の理解や協力関係もさらに深まったことで、給付管理件数も徐々に増加し、昨年度末には件数のほぼ上限に達し、利用申し込みを断らざるを得ない状況も生じていた。

このため、年度当初にケアマネジャーを1名増員し、4名とすることで、サービス利用に関する問い合わせや申し込みに対し、迅速かつ適切に対応できる体制を整えることとしている。

(2) 「特定事業所加算（Ⅱ）」の算定開始

昨年度、当事業所のケアマネジャー2名が主任介護支援専門員の資格を新たに取得したことに伴い、今年度から「特定事業所加算（Ⅱ）」の算定を開始する。今年度中には、さらにもう1名が主任介護支援専門員の資格を取得予定である。

なお、上記加算の算定に当たっては、指定基準により、人員配置以外にも下記要件を満たすことが求められている。

- ① 利用者に関する情報又はサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を開催していること
- ② 24時間連絡体制を確保し、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること
- ③ 当該事業所における介護支援専門員に対する計画的な研修を実施していること
- ④ 地域包括支援センターから支援困難事例を紹介された場合でも、当該利用者に対して指定居宅介護支援を提供していること
- ⑤ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと
- ⑥ 給付管理件数が、介護支援専門員1名あたり40名未満であること

本加算の算定が、事業所のケアマネジメントの質の向上、ひいては利用者や家族の生活の質の向上、地域からのさらなる信頼につながるよう、適正な業務遂行に努めることとする。

(3) ケアマネジメントの質の向上と法令遵守

前項でも触れたように、地域のモデル的な、信頼性の高いサービスを提供可能な居宅介護支援事業所として責任を果たしていくことが求められている。

具体的には、前項の算定要件①に係る会議を概ね週 1 回開催し、各担当事例についての情報共有や効果的な支援の方策についての検討を行うほか、地域の事業所や社会資源に関する情報の共有などを行う。また、前項の算定要件③にもあるように、各ケアマネジャーが、そのレベルやニーズに応じて適切な研修に参加し、その知識や技術を高める機会が得られるように、外部研修だけでなく、法人内でのケアマネジャー対象の研修内容や回数を充実させるほか、事業所内や関係機関と協力して勉強会を開催することにも取り組んでいく。

さらに、昨年度までも、高齢者世帯や虐待疑いの事例、クレームの多い利用者の事例など、いわゆる「支援困難事例」に対応してきており、今後も相談が増えるものと予想されるが、各ケアマネジャーの心身の負担を軽減して継続的な支援を可能とするように、特に主任介護支援専門員が中心となり、担当者への適切なサポートを行うとともに、各事業所だけでなく、地域包括支援センターや行政機関等とも密接に連携し、対応していくこととする。

また、前項の算定要件⑤・⑥だけでなく、介護保険法や指定基準等の各法令の主旨に沿って、利用者及び家族の人権・意思を尊重し、公正中立な立場に立って、適正なケアマネジメントの実施に努めるほか、管理者・主任介護支援専門員が責任を持って、業務内容の見直しや確認を行う。

【事業内容】

(1) 要介護高齢者に対するケアマネジメント

①相談受付・契約

介護サービス利用等に関する相談を受けた場合、その利用者の心身状況等に応じて、介護保険制度についての説明や要介護認定申請の代行、他機関への紹介等、必要な支援を行なう。その中で、居宅サービス計画作成の依頼を受けた場合は、事業所の重要事項の説明を行ない、利用者・家族の同意を得た上で契約を締結し、担当のケアマネジャーを決定し、ケアマネジメントの提供を開始する。

②アセスメント

原則として居宅での面接を行ない、利用者・家族の心身状況や生活全般について情報を収集する。その上で、全国社会福祉協議会作成の『居宅サービス計画ガイドライン』を使用して、専門的な視点での課題分析を行なう。

③居宅サービス計画の作成

実施したアセスメントに基づき、解決すべきニーズに対する目標やサービス内容について決定する。目標設定の際には、利用者が主体的に取り組むことのできる具体的かつ実現可能となるよう心がける。また、サービス事業所の選定にあたっては、中立・公正な立場で、利用者・家族の意向を十分に尊重して決定する。

居宅サービス事業者の選定後、利用調整を行なった上で、利用者・家族が理解しやすい表現にて、居宅サービス計画書原案を作成する。

居宅サービス計画書原案は、サービス担当者会議を開催し、必要に応じて内容を修正した上で、利用者・家族に説明して同意を得て交付する。また、サービス提供事業者等にも迅速に交付する。

④サービス担当者会議の開催

居宅サービス計画の初回作成時や変更時、要介護認定の更新や区分変更時、その他、利用者の心身状況に大きな変化があった際など必要に応じて、サービス担当者会議を開催（もしくは、サービス担当者に対する照会を実施）する。会議の開催にあたっては、利用者及び家族のほか、主治医や居宅サービス事業者の担当者が可能な限り出席できるように日程を調整する。

会議では、利用者・家族が意見や希望を自由に述べられるように配慮するとともに、担当者から居宅サービス計画書(原案)に関して専門的な意見を聴取し、サービス内容や目標の確認、支援方針の統一のほか、関係機関との情報交換を行う。会議の結果は有益に活用し、以後の支援内容に反映させる。

⑤利用者宅への訪問・モニタリング

サービス提供開始後は、利用者宅への月1回以上の訪問の他、電話等の方法で、利用者の心身の状況や生活状況の把握に努めるとともに、サービスの実施状況や援助目標の達成状況、利用者・家族の意向等について、モニタリングを実施する。

利用者・家族へのモニタリングと併せて、居宅サービス事業者に対しても、必要に応じて、サービスの実施状況や援助目標の達成度等について、モニタリングを実施する。

利用者・家族、事業者へのモニタリング内容は、「モニタリング総括票」に記録する。モニタリングの結果、必要な場合には、再アセスメントやサービス担当者会議等を経た上で、居宅サービス計画を変更する。

⑥支援経過の記録・管理

①～⑤に関わる日々の支援内容については、正確な記録を残すように努める。

記録や関係書類については、個人情報保護に配慮し、個別ファイル及びパソコンデータ上で適切な管理を行なう。

⑦給付管理

利用者及び居宅サービス事業者に不利益を生じさせないよう、正確な給付管理を行なう。

⑧苦情や事故対応

当事業所・ケアマネジャーに対する苦情や要望だけではなく、サービス事業所に対する苦情や要望等があった場合、迅速に事実確認を行い、事業所内で対応を検討したうえで、謝罪や説明、サービス事業所への連絡・対応依頼など適切な対応を行うこととする。

また、訪問中等の事故発生時についても、適切かつ迅速な対応を行う。

(2) 要支援高齢者に対するケアマネジメント

要介護認定を受けていた利用者が要支援認定を受けた場合など、地域包括支援センターからの委託があった場合、要支援高齢者に対しても、介護予防サービス計画の作成等のケアマネジメントを行なう。要支援高齢者に対しても、(1)と同様に行なうが、地域包括支援センターとの緊密な連携を図り、特に要支援状態の維持・改善に主眼を置き、要介護状態への移行を予防できるようなケアマネジメントを行なう。

1 2 地域交流事業

(1) ボランティア活動の推進及び支援

- ・職員に向けて、ボランティアを受け入れる為の教育を行ない、準備を整える。
- ・ボランティアグループの発足に努め、個人ボランティアの活動を支援するほか、市内各学校の学生、生徒等の独自のボランティア活動をコーディネートする。
又、ボランティア活動参加を積極的に呼びかけて、地域との交流の活発化を図る。
- ・定期的なボランティア会議や勉強会を設け、ボランティアが活動しやすい環境を整える。
- ・介護者教室や市民講座の開催を企画するとともに、広報紙の発行等を積極的に行うことにより、地域コミュニティのかたちづくりに寄与することを目指す。

(2) 実習生の受け入れ

①基本姿勢

ホームヘルパーや福祉士制度等を支える実習施設として、各養成機関との連携を密接にとりつつ、それぞれの実習生の目指す職種の実習を統一的なプログラムにより支援する。職員にとっては、施設や事業活動の全体像を再把握し、利用者に対するケアと業務を振り返る機会となし得ることから、指導技術を向上させながら、職員自身の資質向上を図っていく。

②利用者への配慮

施設は、外部に対し様々な形で開放されているが、実習生の受け入れ（又は見学者の受け入れ）に際しては、利用者の立場に立って下記の事項に配慮する。

- 1) 掲示や懇談会等によって事前にお知らせする。
- 2) 実習初日に実習生を紹介する。
- 3) オリエンテーションにおいて、プライバシー保護と守秘義務について確認する。
- 4) 特に排泄や入浴の介助については、実習状況を判断して、実施する。

実習生の存在が利用者にとって、精神面での活性化や喜びにつながるような実習指導をすることで、両者に対しプラスに働くように配慮していく。

(3) 地域との交流等

各月の行事等において、隣地の保育園・幼稚園又は小・中学校等との交流を積極的に推進する。

(4) こども110番の家

緊急時、地域の子供たちの避難場所としてステッカー表示し、開放する。

北 17 条部門

【基本方針】

心身機能の維持・向上や社会交流の機会の確保、介護者の負担軽減等、利用者や家族の期待に応えられる通所介護（介護予防通所介護含む、以下同じ）サービスの提供が求められており、利用者・家族に選ばれる施設作りのため、様々な取組みによりサービスの質を向上させていくことが必要である。

介護報酬の改定により時間区分が変更になり、減収が見込まれるため、今年度中に利用定員を33名にし、実利用30名を目指す。

（1）個別性に応じたサービスの計画と実施

個別のニーズに即した通所介護サービスの提供により、心身機能の維持向上等に効果が現れるよう、利用者の個別性に応じた通所介護計画（介護予防通所介護計画含む、以下同じ）を作成し、計画に基づいたサービスの実施に努める。

通所介護サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者・地域包括支援センターからの情報提供及びサービス担当者会議や、職員による事前訪問、おためし利用等を通じて必要な情報を収集し、個々の利用者のニーズを把握する。

そして、担当職員が居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下、居宅サービス計画等）に沿って通所介護計画を作成し、その援助目標やサービス内容・留意点等については、個々の心身状況や生活状況に応じた個別かつ具体的な記載に努める。また、作成した通所介護計画の内容については、利用者本人・家族に説明の上、同意を得て交付する。

さらに、通所介護計画の内容に沿って統一されたサービスが実施されるように、ミーティングやカンファレンス等を通じて計画内容の情報共有に努める。また、担当職員を中心として、利用者・家族の意見も確認したうえで定期的な評価を行う。介護支援専門員へ必要に応じて電話での状況報告、毎月の実績と共にモニタリング・情報提供を行い、計画の見直しを行なうものとする。

（2）介護方法の統一と、介護技術の向上

適切な介護の提供により、転倒や誤嚥等、サービス提供中の事故発生を防止するよう、職員の介護技術の向上に努める。

サービスの提供は、事業所で作成している各種マニュアルに沿って行なうものとし、その内容については定期的に見直し、修正・加筆できる体制を整備する。また、全職員が業務マニュアル等に沿った介護を実施できるように、ミーティング等を通じてその内容の周知徹底に努める。なお、インシデント・事故の発生時には、ミーティングで再発防止策を検討したうえで、インシデントレポート・事故報告書を作成、職員間で周知徹底し、同様の事故発生防止に努めるものとする。

さらに、施設内外の研修に積極的に参加し、事業所内での研修報告会を実施することにより、最新の知識や技術に基づいたサービスが提供されるように努める。

（3）利用者・家族・地域との信頼関係づくり

利用者・家族、さらには地域住民からも信頼されるサービス事業所となるよう、サービス提供に関する情報公開・発信・共有に努めるものとする。

第一に、利用者・家族と事業所との間で適切に情報共有ができ、効果的なサービス提供が行なわれるよう、利用中や送迎時、連絡ノート、電話等の様々な手段により、利用者・家族の意向を確認し、サービス内容に反映させるよう努める。また、

日常的なコミュニケーションとは別に、利用者・家族に対してサービス内容についてのアンケートを実施することとし、内容や方法についての検討等、実施の準備を進める。

第二に、デイサービスでのサービス内容等を周知し、事業運営についての理解を得るため、デイサービスセンターは北17条広報誌『はあとふる』を今年度に引き続き、利用者・家族、関係機関等に向けて発行する。また、居宅介護支援事業者等については、広報誌に加え、利用の空き状況等についても情報を提供していく。

第三に、利用に係る不安を解消し、スムーズな利用につなげるため、サービス利用希望者に対する、事前訪問、見学や体験利用についても、継続して受け入れていく。

【サービス内容】

(1) 送迎

移動・乗降時の転倒事故や、運転中の車両事故等を防ぎ、事業所と自宅間の移動を安全に行なうことを目的に、全ての職員が業務マニュアルに沿った介助と交通法規を遵守した運転に努める。

さらに、送迎時には、家族への情報提供や自宅での生活状況の確認を行ない、情報の共有に努める。

なお、送迎の経路・順序等については、利用者の心身状況や、本人・家族の要望等に配慮した上で、効率的に行なうために随時検討する。

(2) 健康管理

利用者の健康状態の維持・改善のため、バイタルチェック（血圧、体温、脈拍）や観察（表情、食事・水分の摂取状況、排泄状況、皮膚状態等）、体重測定（月1回、必要に応じてそれ以上）等を実施するとともに、家族との情報交換を行ない、看護職員を中心として個々の健康状態を把握し、異常・変化の早期発見に努める。体調急変等の緊急時には、マニュアルに沿って、速やかに家族や主治医等へ連絡し、適切な対応を行なう。

また、バイタルチェックや観察等の情報は必要に応じて、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、医療機関等へ提供する。

なお、デイサービス利用中における感染症の発生・まん延を防止するため、マニュアルに基づいた対応を徹底する。

(3) 入浴

利用者が安全に身体の清潔を保持できる機会を提供するために、個別の心身状況に応じた入浴形態（一般浴槽、特殊浴槽）を選択し、業務マニュアルに沿った介助を実施する。また、健康状態等に合わせて、シャワー浴や清拭等の対応も行なう。

さらに、入浴による満足感を得られるように、浴室・脱衣室の環境整備に努め、入浴の時間などの希望にも可能な限り柔軟に対応するように努める。

(4) 排泄

利用者が可能な限りトイレでの排泄を行なえるように、心身状況に応じた介助を行なう。また、排泄ケアの際には、プライバシーを尊重した関わりを行なうとともに

に、トイレ内の快適で清潔な環境づくりに努める。

(5) 機能訓練

通所介護計画書の作成にあたっては、個々の利用者の心身状態や生活状況に応じた具体的な目標を設定し、個別活動（歩行・起立訓練、嚥下訓練、拘縮予防訓練、等）や小グループ活動（握力維持向上訓練、下肢筋力維持向上訓練、関節可動域訓練等）を組み合わせた適切なプログラムを作成する。また、3ヶ月毎に計画の評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行なうものとする。

なお、活動内容については、効果的かつ参加意欲が向上するものとなるよう、随時見直しを行なうものとする。

(6) 食事・口腔ケア

バランスの良い食事が安全に摂取でき、食事についての楽しみが満たされるように、栄養士や厨房委託業者と連携をとり、身体状況や嗜好に応じた食事を、適時適温の配膳により提供する。また、管理栄養士を中心として利用者の嗜好調査等を実施し、日常の献立や行事食メニュー等に反映させる。

なお、自力摂取が困難な利用者には、誤嚥・窒息などの事故に十分注意した上で、職員が介助を行なう。

さらに、利用者の口腔内の状態を適切に保てるよう、食後の口腔ケア等を実施する。

(7) アクティビティサービス

デイサービスの利用が楽しみとなり満足感や生きがいを得られ、心身機能の維持・向上が図られるように、別表①『アクティビティ活動計画』の通り、個別活動や小グループの活動、全体でのレクリエーションを提供する。また、別表②『年間行事計画』に沿って各月毎に、季節感を感じられる催しや外出の機会を提供する。

(8) ボランティア・実習生

定期でのボランティア活動がないため、介護等体験の実習・ヘルパー養成実習生を積極的に受け入れていく。

別表①『平成 24 年度アクティビティ活動計画』

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	創作活動（手芸・塗り絵・書道等） ゲーム（オセロ、将棋、麻雀、囲碁等） 脳トレーニング（計算、間違い探し、漢字書き取り等）				
午後	音楽クラブ・集団体操 全体でのレクリエーション 麻雀・将棋・囲碁				

別表②『平成 24 年度年間行事予定』

月	行事名	行事内容
4月	映画鑑賞	大画面での映画上映
5月	お花見	近隣の公園等へドライブ
6月	外出行事	市内外出・外食
7月	外出行事	市外外出・外食
8月	青空パーラー	施設の玄関で茶話会を行う
9月	外出行事	果物狩り外出
10月	外出行事	紅葉ドライブ・外食
11月	文化祭	作品作り
12月	クリスマス会	ケーキ作り、お鍋の提供
1月	新年会	新年の遊び・お茶会等
2月	節分会	豆まき、お鍋の提供
3月	ひな祭り	お菓子づくり