

平成 27 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 運営方針	3
II 基本事業	4
1 介護保険事業・障害者福祉事業	4
2 その他の老人福祉事業	5
3 地域交流事業	5
4 組織体制	6
5 事務部門	7
6 職員研修	7
7 自主防火管理体制	11
小樽部門	12
I 職員会議	13
II 事業別事業計画	15
1 介護老人福祉施設	15
2 ショートステイ事業	22
3 デイサービス（通所介護・介護予防通所介護）	23
4 デイサービス（認知症対応型通所介護）	27
5 ホームヘルプサービス事業	32
6 居宅介護支援事業所	33
7 ケアハウス	35
8 グループホーム	40
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 職員会議	49
II 事業別事業計画	51
1 介護老人福祉施設	51
2 ショートステイ事業	56
3 デイサービス（通所介護・介護予防通所介護）	57
4 居宅介護支援事業所	62
5 地域交流事業	64
北17条部門	66
包括部門	71
清田部門	75
1 デイサービス（通所介護・介護予防通所介護）	76
2 居宅介護支援事業所	79

法 人 全 体

I 平成27年度 運営方針

平成27年度は、9年ぶりのマイナス改定と言われている介護報酬改定により、事業所の存続自体が危ぶまれる事態となっている。

処遇改善加算により、職員の待遇改善を図ることはできるが、基本報酬単価の大幅削減により、事業所の運営自体が厳しい状況に追い込まれてしまっただけでは待遇改善どころではない、という、厳しい運営が続くと思われる。

各事業所の稼働率向上、人員の適正配置、経費の削減等、考えられることは徹底し、他事業所との差別化、職員の資質向上には、これまで以上に取り組む必要がある。また、収益事業の拡大にも、本格的に取り組むたい。

また、小樽市と札幌市において多様な事業所を運営する広域法人として、法令遵守の徹底、理事会・評議員会の適正実施、事務局体制の強化、人材育成と確保には、これまで以上に注力しなければならない。さらに、ワーキングプア問題の解消、障がい者雇用の促進は、厳しい運営状況の中にあっても、取り組むべき課題だと認識している。

新規事業としては、小樽市稲穂地区の丸井跡地におけるデイサービスセンター及び居宅介護支援事業所の開設、ホームヘルプステーションの移設が予定されている。介護保険事業に限定せず、商店街や住民とともに「まちづくり」に取り組む事業所を目指すこととする。

また、社会福祉法人としての社会貢献として、「ノマドが行う地域活動」を、これまで以上に積極的に推進していく。厚労省のオレンジプランに基づく「認知症カフェ」や「認知症サポーター養成講座」は、開催場所や対象を拡大していきたい。さらに、これらに、小学生の介護体験や乳幼児との世代間交流、地域住民や町会、学校、各関係機関との様々な取り組みを組み合わせながら、「コミュニティケア」を一層進めていきたいと考える。

II 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。

低額な料金で日常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、小樽市札幌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（小樽市）

④札幌市西区第3地域包括支援事業の受託（札幌市）

⑤その他地域福祉推進のため必要な事業

3 地域交流事業

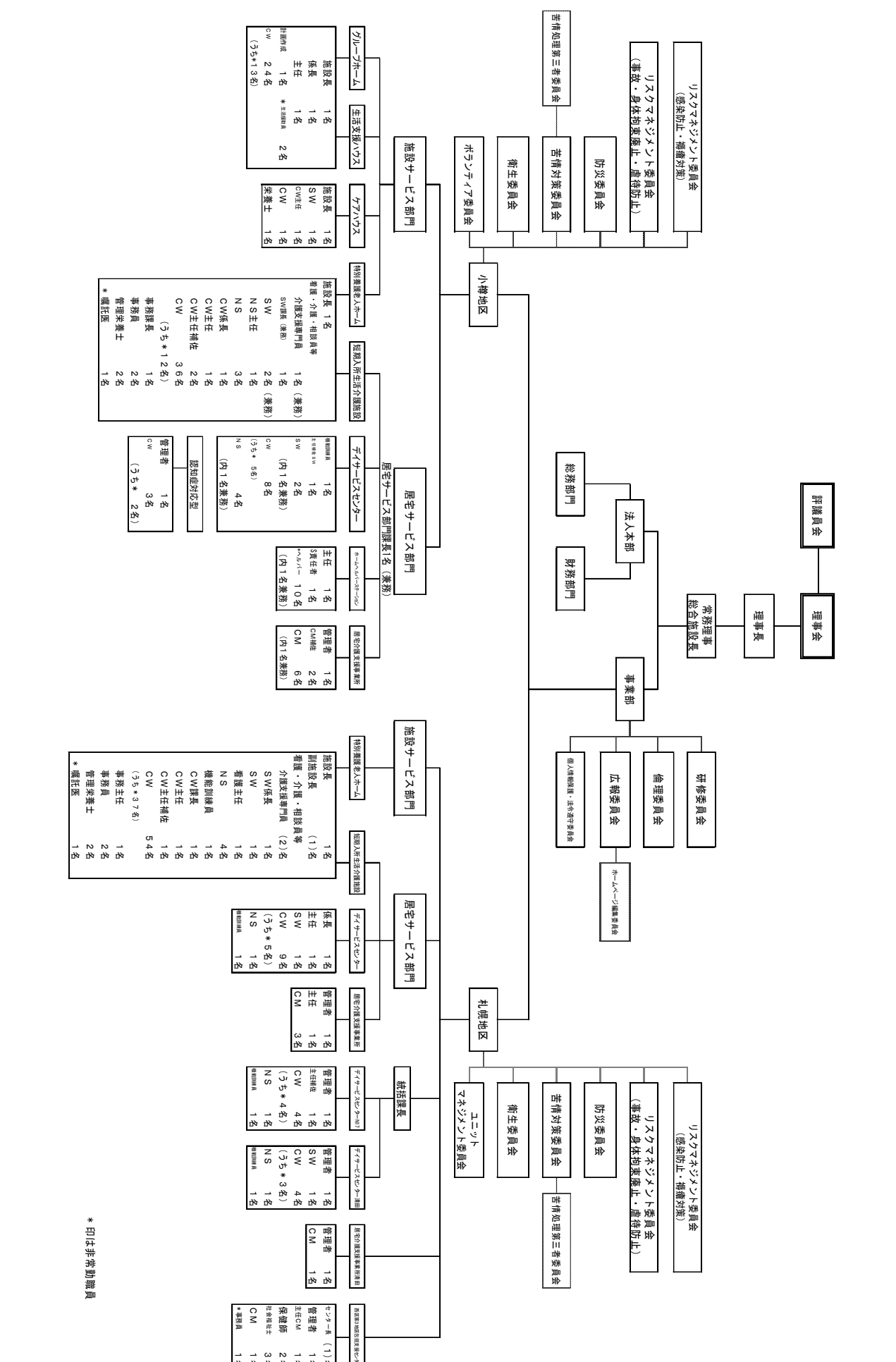
①各種交流事業の推進及び地域交流スペースの活用

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

4 組織体制



* 印は非常勤職員

5 事務部門（小樽・札幌共通）

法人事務局として、今年度の介護報酬改定および小樽地区での稲穂デイサービス等の新規事業展開を迎えるに当たり、長期的な健全経営を行うため予算目標を意識したマネジメントを行う。各部署の稼働率の向上や経費削減について適宜分析し発信・浸透させるため他職種間での意見交換の“場”を適宜主催するとともに、各部署の管理者等に部署の実績に対する意識改革に努めるよう経理研修などを通じ、経営参画の姿勢を促していく。事務職員も貪欲に自己啓発を行うよう促し、「気づき」を与えていく中で実践力を高めるよう積極的に努力する。

また、地域に密着した運営を目指し、高齢化が進む地域の中で様々な形で、法人が存在感を発揮できるよう自分達なりの哲学をもち、地域に発信していくよう努める。

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。

- ・ 個人情報取り扱いについて、適正、且つ安全に行う。
- ・ 職員給与支給、出退勤等を含む労務管理について、法に基づき適正な管理に努める。
- ・ 長期的な健全経営と職員の勤務意欲増進の視点から、給与規程等の各種規程の見直しと改定の作業を推進する。
- ・ 財務について、明瞭で透明性のある適正開示に努め、正確かつ迅速な処理を行う
- ・ 経理の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。
- ・ 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。

6 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25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27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
		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		
事故防止について		
緊急時の対応について		
	ヘルパースキルアップ研修①(現任)	生活援助・調理実習
5月	リーダー研修①(現任)	価値・倫理と法令順守
		アセスメントとケアプランについて
	ヘルパースキルアップ研修②(現任)	対人援助技術に関する知識と技術の取得
	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)	医療に関する知識
		看取りケアの理念
		看取りケアの実際(チームアプローチを中心に)
	管理者研修①(役職者)	管理者の当事者研究
	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
レクリエーション援助法		

	ヘルパースキルアップ研修③（現任）	緊急時の対応について
7月	初任者研修①（現任）	法人の理念・ケアの理念
		認知症の基礎知識
	ヘルパースキルアップ研修④（現任）	コミュニケーション技術
8月	リーダー研修②（現任）	倫理と法令順守
		苦情対応について
	ヘルパースキルアップ研修⑤（現任）	事故防止について（事例検討）
9月	初任者研修②	利用者の人権と意思の尊重
		法人の理念・ケアの理念
	ヘルパースキルアップ研修⑥（現任）	緊急時の対応について
	ケアマネスキルアップ研修②（現任）	事故防止について（事例検討）
10月	リーダー研修③（現任）	認知症ケア
		対応困難事例の理解と支援 等
		身体拘束廃止・高齢者虐待防止について(事例検討)
	経理研修①（役職者）	看取りケアの理念
	管理者研修②（役職者）	専門職としての死生観
	ヘルパースキルアップ研修⑦（現任）	法人の収支状況
11月	中堅者研修②（現任）	財務諸表などについて
		スーパービジョン(上級編)
	ヘルパースキルアップ研修⑧（現任）	感染症予防
	全体研修②（現任）	S Wの価値・知識・技術
		S Wに必要な周辺学問
12月	初任者研修③（現任）	プライバシー保護と権利擁護
		身体拘束廃止・高齢者虐待防止について
	ヘルパースキルアップ研修⑨（現任）	身体拘束廃止・高齢者虐待防止について(事例検討)
1月	リーダー研修④（現任）	アセスメントについて
		感染症及び食中毒の予防について（各事業所）
2月	中堅者研修③（現任）	法人の理念・ケアの理念
		価値・倫理と法令順守
		身体拘束廃止・高齢者虐待防止について
3月	初任者研修④（現任）	身体介護の基礎知識と技術
		認知症ケアの理念と権利擁護
		アセスメントとケアプランについて
		褥瘡発生予防について
随時	中途採用者研修（新任）	看取りケアの理念
		看取りケアの実際（事例検討）
		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

7 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つては、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 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5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2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4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）

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、ケアワーカー、 看護職、機能訓練指導員、栄養士	関係者
	運営会議	毎月 第4火曜日 18:00～19:00	施設長、介護係長、介護主任、介護主任補佐、 看護主任、ソーシャルワーカー	関係者
	ケアカンファレ ンス	毎週 2F 月・木 10:00～10:30 3F 火・金 10:00～10:30	施設長、ケアワーカー、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
	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	関係者
	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、ケアマネジャー	関係者
臨 時	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	関係者
	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	関係者

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	関係者
	行事会議	毎月2回程度	ケアワーカー、看護職、ソーシャルワーカー	関係者

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	関係者
	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	関係者

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	関係者
	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	関係者

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	関係者
	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	関係者
	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、	関係者
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	関係者

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	関係者
	行事会議	毎月	施設長、生活援助員	関係者
	スタッフ会議	毎月	施設長、生活援助員	関係者

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	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、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)	月 1回	管理者、看護・介護主任、計画作成担当者、 ケアワーカー	関係者

会 議	ケアカンファレンス（各ユニット開催）	月1～2回	管理者、看護・介護主任、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、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、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	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	関係者
	行事会議	年6回	各ユニット担当者、看護・介護主任	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	関係者
	地域交流会議	年4回	各ユニット担当者、看護・介護主任	関係者
	入所判定会議	適宜	総合施設長、特養施設長、管理者、看護・介護主任	関係者
	防災会議	年4回	管理者、看護・介護主任、ユニットリーダー	関係者
	婦人部会	年4回	看護・介護主任、各ユニット担当	関係者

II 事業別事業計画

1 介護老人福祉施設

(1) 生活相談支援部門

特別養護老人ホーム・短期入所生活介護施設が、地域における拠点の一つとして、地域との連携を強化し、高齢者が住みなれた地域で元気に生活する事が出来るように、「地域包括ケアシステム」構築に寄与する関わりを目指す。

利用者の権利擁護の視点に立ち、各種制度の活用、コミュニティワークを駆使して、利用者が、主体的な生活を送る事ができるよう支援を行う。また、ソーシャルワーカーとして、利用者・家族の気持ちに寄り添う関わりを持ち、組織と利用者・家族の接点に介入するように努める。

<<利用者の生活支援>>

- ・利用者主体の生活の確立という視点で、他職種との連携のもと、日々の相談業務を行い、調整機能を果たす。
- ・利用契約等のインテーク時のみならず、日々の相談業務において、利用者及び家族が不安を抱えることなく安心して施設を利用していただけるよう、説明と同意のプロセスを重視し、信頼関係を構築する。
- ・利用者の権利擁護という観点から、成年後見制度等の活用を図る。
- ・家族と適宜面談を行う様に努める。特に、面会の少ない家族への関わりを持つ。
- ・利用者のこれまでの生活や地域社会との繋がり継続性を図る為、適切な情報収集に努める。外出の機会の拡大や施設内での交流等により、生活環境が閉ざされたものと

ならないよう配慮する。交流に繋がるボランティア等との「関係作り」を進める。

- ・医療機関と連携し、入院中の利用者の状況確認に努め、スムーズに退院・転院支援を行えるように努める。
- ・看取りの段階において、利用者、家族が安心して過ごす事が出来るよう関わりを持ち、QOLの向上を目指し、他職種との連携に努める。

＜＜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。今後も、入居判定会議においては、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る。特に4月からの介護保険制度・報酬改定により、国から「原則要介護3以上の入居」とされている為、特別養護老人ホームの機能として、要介護重度の方の入居をスムーズに進められるように努めていく。

＜＜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、関係諸機関との連携のもと日々の業務を行い、地域包括ケアシステムにおける、特養のあり方について熟考する。小樽市ソーシャルワーク連絡協議会「そある」への参加を通し、他機関との関係作りや連携に努める。
- ・高齢者の虐待防止の為、地域住民・地域包括支援センター・警察等と連携のもと、早期発見・緊急時の対応等を行う。
- ・ボランティアについては、ボランティア委員会と協力をしながら、地域へ新規参加者を募る。「あかり」その他のボランティア団体、地域住民と共に学び、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して、関わりを持つように努める。

(2) 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、各職種が専門性を発揮しながら、連携のもとチームとなり複合的にネットワークを形成する。

専門家集団として、人がより良く生きるための生活を支える視点を強化する。

- ・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
- ・年1回、ご家族によるアンケートと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

- ・安全、清潔で、家庭的な明るい環境作りを創出し、活動量増加のため、生活機能向上訓

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）を作成する際には、多職種と共に、利用者またはご家族と一緒に考える場を設ける。そして思いや意見に沿って、より本人に合ったものを作成し、利用者または家族にサービス内容をわかり易く説明する。定期的または状況変化に応じて、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、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る。また、行動障害（BPSD）の軽減、認知症の進行を緩和するため、ケアの実践・評価を繰り返し適切な介護を展開していく。
- ・各委員会は、日々のケアに活かせるよう現状の把握・分析・評価・対応策を発信し、より良いケアを継続して展開していく。
- ・年間計画を立て、身体拘束廃止、虐待防止、事故防止、感染症対策、緊急時の対応、介護技術の学習会を行う。また、施設内外の研修受講のほか、職員間で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。また、食中毒・インフルエンザ、ノロウイルスの学習会を行い、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。

- ・個々の利用者の生活機能向上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。
- ・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。

(3) 給食部門

給食部門

今期のテーマ～楽しく、美味しい食事の提供

〔給食管理〕

- ・利用者の食歴を尊重した食事の提供に努め、食の満足感を高める。
- ・新作メニューを積極的に取り入れ、バリエーション豊富な食事の提供に努める。
- ・器、色彩、盛り付けを工夫し、食欲がわくような演出を行う。
- ・単調な食生活にならないよう、内外の情報収集を行い毎日の楽しみに繋がるように努める。
- ・季節感のある食材と変化に富んだ調理方法を心掛ける。
- ・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。
- ・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。

〔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。
- ・感染症予防を徹底すると共に、発生時に迅速に対応できる体制を強化する。
- ・厨房内の清潔に努め、定期的に清掃を行なう。

〔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施設や厨房内で共有し質の向上を目指す。

【年間行事食予定一覧表】

月	ホーム	デイサービス
4月	誕生者祝い膳 祝日行事食（昭和の日）	お楽しみご膳・健康食の日・選択食の日 祝日行事食（昭和の日）
5月	誕生者祝い膳 祝日行事食（憲法記念日・みどりの日 ・こどもの日）	お楽しみご膳 健康食の日・選択食の日 祝日行事食（こどもの日）
6月	誕生者祝い膳	お楽しみご膳 健康食の日・選択食の日
7月	誕生者祝い膳・お祭り 祝日行事食（海の日）	お楽しみご膳・健康食の日・選択食の日 祝日行事食（海の日）
8月	誕生者祝い膳 開設記念日・お盆	お楽しみご膳・健康食の日・選択食の日 開設記念日・お盆
9月	誕生者祝い膳 敬老会・祝日行事食（秋分の日）	お楽しみご膳・健康食の日・選択食の日 敬老会・祝日行事食（敬老の日）（秋分の日）
10月	誕生者祝い膳 祝日行事食（体育の日）	お楽しみご膳・健康食の日・選択食の日 祝日行事食（体育の日）
11月	誕生者祝い膳 祝日行事食（文化の日）（勤労感謝の日）	お楽しみご膳・健康食の日・選択食の日 寿司バイキング・祝日行事食（文化の日）
12月	誕生者祝い膳・冬至 もちつき・クリスマス会・大晦日	お楽しみご膳・健康食の日・選択食の日 冬至・もちつき・クリスマス会
1月	誕生者祝い膳 お正月料理・七草粥 祝日行事食（成人の日）	お楽しみご膳 新年会 健康食の日・選択食の日
2月	誕生者祝い膳 節分・祝日行事食（建国記念の日）	お楽しみご膳・健康食の日・選択食の日 祝日行事食（建国記念の日）
3月	誕生者祝い膳 雛祭り・祝日行事食（春分の日）	お楽しみご膳・健康食の日・選択食の日 雛祭り・祝日行事食（春分の日）

※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。
選択食を随時取り入れる。

【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、利用者が安全・安心・快適な生活を送る事が出来るよう、スタッフ一人一人が専門的知識と技術の習得に努め、質の高いケアを展開していく。

(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・評価に関わ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応え、より質が高く本人に合ったケアを展開出来るよう連携を深めていく。

(3) 認知症のケアの確立

認知症に関する専門知識を習得し、認知症への理解を深め、受容・共感的な関わりを基本に、利用者の自己決定や自己選択、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。

(4) ターミナルケア

医師により看取りと判断され、本人・家族が施設での看取りを希望された場合、多職種が連携し苦痛の緩和に努めると共に、本人・家族が残された時間を悔いなく過ごす事が出来るよう配慮し、その人らしい最期が迎えられるよう支援する。

(5) 身体拘束の廃止・高齢者虐待の防止

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。やむを得ず、身体拘束が行われる場合、身体拘束廃止委員会で検討し、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。

利用者の人権の擁護、虐待防止のため、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。

(6) 自己啓発

知識や技術の習得に励み、基本に忠実であると共に専門職としての良識を持ち、組織人としてあるべき姿勢で取り組む。また、自ら率先して状況の改善に取り組む姿勢を持ち、お互いに切磋琢磨できる組織風土をつくり、組織全体の介護の質の向上を目指す。

【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る。また、本人の生活歴を十分に考慮すると共に、過剰介護により自立を妨げることのないよう、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。

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。

(2) リーダー制を活用し、各階フロアの組織的取り組みによるケアの充実

居室担当者と適宜連絡をとりつつ多職種との連携、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、主任・主任補佐に各フロアにおける課題を明確化させ、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。

(3) 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、十分なアセスメントを

行い、ADLの維持・向上に繋がるよう専門的介護を実施、展開していく。
 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、その人にあった環境を整える。また利用者が、役割や生き甲斐を持つことで生活にメリハリを持っていただき、心身の安定を図る。

(4) 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する。また、定期的に家族へ連絡し、不安や希望等の相談に対し、適宜速やかに対応する姿勢を持つ。終末期を迎えた利用者の家族、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。

(5) 行事・レクリエーション

日々の生活の中で生活機能向上の視点を持ち、社会感覚を豊かにするとともに日常のレクリエーションプログラムを充実させる。楽しみや季節感が感じられる行事を企画し、ボランティアや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	選択によるレク（8月夏祭り・9月敬老会）	昭和の日献立	
5月		子供の日献立	
6月		健康食	
7月		海の日献立	
8月		開設記念日献立	
9月		敬老会、お彼岸献立	
10月		健康食	
11月		健康食	
12月		餅つき、クリスマス会	クリスマス献立、年越し献立
1月		新年会・節分・雛祭り	おせち献立、七草粥、鍋献立
2月			節分献立
3月			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

(6) 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共に、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行っていく。近隣の小学校に出向き、介護教室を行い「施設とはどのようなところか」「誰にでも出来る介護」を伝えていく。

(7) 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。

(8) 介護福祉士・看護師の専門性を高める活動

より多くの研修を受講し、その内容を他の職員へ伝達する機会を設ける。また施設内学習会での講師を担い、スキルアップに繋げる。

(9) 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、また実習を通じて当施設で働きたいと思われる施設であるために、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を活用などにより、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き在宅生活が継続できるよう生活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（介護予防通所介護・通所介護）事業では、住み慣れた自宅や地域で豊かな生活を送ることができるよう地域包括ケアシステムを基盤に、心身機能、活動、参加の側面から支援し、アクティビティ活動や趣味活動、社会交流を通して『生きがい活動』の場としてのスタイルの実現を目指す。更に、レスパイト機能の充実と障害者の地域移行など幅広い福祉ニーズに対応できるような柔軟性の兼ね備えた事業所作りを目標とする。

2 選択サービスおよびくらし活動の充実

① 機能訓練の充実

3 か月毎の居宅訪問により生活状況および心身機能の把握から生活機能の向上を目的とした「機能訓練計画書」を作成し、日常生活動作訓練、個別リハビリ、集団リハビリを行うと共にアクティビティ活動と自主トレーニングコーナーの活用により各自が自由に身体を動かすことのできる環境作りを行う。

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栄養状態の改善が図られると共に「食」に喜びを感じ楽しみある生活が送れるよう「口腔ケア計画」を作成し、利用者自身が「口の健康」に関心をもてるよう口腔体操や食後の口腔ケアにより家庭でも実践出来るような援助およびプログラムの設定を行う。

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、利用者一人ひとりのADL状況や健康状態、嗜好などを把握し、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

利用者個々の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。

⑤ くらぶ活動および役割活動、趣味活動の充実

高齢期における家庭内や社会的役割の喪失などを背景に、生きる意味や価値を見出すことができるよう、くらぶ活動や役割活動、趣味活動の充実を図ると共に利用者自身が主体となり活動を運営していくことができるような「サークル活動」の仕組みづくりを行っていく。さらに「さをり織り」「手芸くらぶ」では作品制作だけではなく利用者自身が企画や販売などに携わることでできるシステムを実現させていく。

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くらぶ活動や行事の実現
- ・趣味活動の継続と生きがい作りの創出
- ・事故防止の徹底

②サービスの質の向上

- ・介護技術の向上（安全安楽な介助方法の取得、研修会や勉強会への参加）
- ・認知症および障害分野の理解と適切な対応
- ・「気づき」から配慮のあるケアと接遇及び個別性の理解
- ・倫理的感受性を磨き「気づきの力」を養いケアに展開していく
- ・科学的根拠に基づいたケアの実践
- ・くらぶ活動の充実および趣味活動の強化、レクレーションや月行事の企画
- ・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
- ・状況に適した業務改善の検討と柔軟な対応
- ・介護福祉士会およびカンファレンスによる専門性およびチーム全体の実践力の向上
- ・自己啓発、育成のための学習会の開催や自主研修および事例発表の実施

○看護部門

①健康管理

- ・健康状態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
- ・医療機関との連携による適切な援助

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

- ・生活状況の把握および体力測定により個々の状態に応じた機能訓練の設定と自主的に取り組むことのできる工夫
- ・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の実施
- ・利用者定員と登録者数の調整および傾向分析により稼働率の安定を図る
- ・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および選ばれる事業所創り
- ・利用者および家族からの照会や相談への迅速な対応
- ・透明性のある事業所作りと誠実な対応による苦情防止
- ・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
- ・地域活動への参加調整および地域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および事例研究への取り組み
- ・相談員連絡協議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に努める

4 通所介護計画書、記録等の内容の充実

アセスメントに基づいた通所介護計画書を作成し利用者自身が目標達成に向けた取り組みができるよう計画書を活用していく。さらにサービス内容がより効果的なものとなるよう利用者と共にモニタリングや評価の機会を作っていく。また、カンファレンスは各職種が専門的知見から積極的に意見を交換することで「真のニーズ」を見極めていく力を養うことができるよう取り組んでいく。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た業務体制をとると共に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、記録用紙の見直しなどにより作業効率のアップを図り、日常業務が効果的となるよう取り組んでいくものとする。更にスーパービジョンにより職員全体の資質の向上と心身の健康の維持を図る。

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、感染症のまん延および予防に努める。

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・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』により統一した適切なケアを展開し事故・苦情等の防止に努める。

8 地域ニーズへの対応

超高齢社会を背景に地域に向けて健康と福祉の意識向上に対する啓蒙活動及び地域住民に対して次世代育成を視野に入れた福祉教育等を実践し地域コミュニティの増進を図っていくものとする。今年度においては『認知症予防教室』（仮名）を開催し、「ふまねっと」や「学習療法」などデイサービスでの活動を基盤とした認知症予防プログラムの展開や世代間交流を通じた福祉教育を実践していく。

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と共に利用者担当職員・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し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共有を図ると共に定期的に内覧会を開催し事業所の信頼性と理解を獲得していく。また、「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、小学校等との交流についても積極的に行ない関係性を大切にしていく。

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。今年度は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

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満足感や生きがいを得られるように努めると共に利用者自身が主体的に活動できるような援助を展開していく。

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の機会や「食」を楽しめるような企画を盛り込んでいく。

別表① 〈デイサービス くらぶ活動・療法活動週間予定表〉

	午前（趣味活動）	午後（くらぶ活動）
月	ステンシ	歌の会、ふまねっと、麻雀、カラオケ、花札、さをり織りなど
火	手芸	音楽療法、ふまねっと、麻雀、カラオケ、花札、さをり織りなど

水	ステンシル	歌の会、ふまねっと、麻雀、カラオケ、花札、さをり織り、朗読（月1回）など
木	手芸	歌の会、ふまねっと、麻雀、カラオケ、花札、さをり織りなど
金	ステンシル	音楽療法、ふまねっと、麻雀、カラオケ、花札、さをり織り、俳句（月1回）など

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	法人内作品展示会
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	市内シルバー作品展示会出展
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	個別誕生会（お茶・お菓子）、お楽しみご膳週間（季節のメニュー、生寿司、鍋など） 外部ボランティア団体による演奏会など	

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、パーソンセンタードケアの理念のもと認知症高齢者及び若年性認知症の利用者が住み慣れた自宅や地域で社会とのつながりを大切に生きがいや楽しみある生活を送ることができるよう地域包括ケアシステムを基盤とした認知症ケアの実践を目指す。また、その人の人生を知り（ナラティブケア）、その人の心に寄り添ったケア（バリテーションセラピー）を展開することで、その人にその症状がどうして生じるのか的確にアセスメントすると共に根拠を見出し確立していくことで認知症ケ

アの地域拠点としての役割を發揮することができるよう取り組んでいく。

2 選択サービス充実

《機能訓練の充実》

心身機能の維持増進ならびに利用者個人の生活に連動した具体的目標設定により「個別機能訓練計画書」を作成し、その実現に向けて日常生活動作訓練、個別リハビリ、集団リハビリ、アクティビティを通じた訓練活動など楽しみながら継続でき効果的な援助を行う。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等を通じて随時充実を図っていく。

《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栄養状態の改善が図られると共に「食」に喜びを感じ楽しみある生活が送れるよう「口腔ケア計画」を作成し、利用者自身が「口の健康」に関心をもてるよう口腔体操や食後の口腔ケアにより家庭でも実践出来るような援助およびプログラムの設定を行う。

《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、利用者一人ひとりのADL状況や健康状態、嗜好などを把握し、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。

3 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馴染みの仲間と楽しみながら役割を持ち能力を發揮できるような環境作りと一人ひとりに合った過ごし方を見出すことで自分らしさが表現できるようなサービスの提供に努める。また、認知症の原因疾患、発症年齢、病期および個々が抱える心の問題など適切にアセスメントするために事業所独自のアセスメントツールを作成し、適切なケアと医療・脳活性化リハビリの包括的な支援体制がとれるよう各機関との連携に努める。さらに認知症のケアは日進月歩であり外部研修参加等により専門的知識および技術の習得と事例検討などを通して事業所の専門性を高めていく。

4 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くらす活動や行事の実現
- ・趣味活動の継続と生きがい作りの創出
- ・事故防止の徹底

②サービスの質の向上

- ・介護技術の向上（安全安楽な介助方法の取得、研修会や勉強会への参加）
- ・認知症の理解と適切な対応
- ・「気づき」から配慮のあるケアと接遇及び個別性の理解
- ・科学的根拠に基づいたケアの実践

- ・くらす活動やレクレーションおよび月行事の企画
- ・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
- ・状況に適した業務改善の検討と柔軟な対応
- ・介護福祉士会およびカンファレンスによる専門性およびチーム全体の実践力の向上
- ・自己啓発、育成のための学習会の開催や自主研修および事例発表の実施

○看護部門

①健康管理

- ・健康状態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
- ・医療機関との連携による適切な援助

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自主的に取り組むことのできる工夫
- ・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の実施
- ・利用者定員と登録者数の調整および傾向分析により稼働率の安定を図る
- ・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および選ばれる事業所創り
- ・利用者および家族からの照会や相談への迅速な対応
- ・透明性のある事業所作りと誠実な対応による苦情防止
- ・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
- ・地域活動への参加調整および地域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および事例研究への取り組み
- ・相談員連絡協議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に努める。

5 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、カンファレンスの場では各職種が専門的知見から積極的に意見を交換することで「真のニーズ」を見極めていくことができるよう取り組んでいく。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。

6 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た業務体制をとると共に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、記録用紙の見直しなどにより作業効率のアップを図り、日常業務が効果的となるよう取り組んでいくものとする。更にスー

パービジョンにより職員全体の資質の向上と心身の健康の維持を図る。

7 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。

8 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』により統一した適切なケアを展開し事故・苦情等の防止に努める。

9 地域ニーズへの対応

要介護認定の有無に関わらず地域に向けた健康と福祉の意識向上に対する啓蒙活動及び地域住民に対して次世代育成を視野に入れた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。今年度は『認知症サポーター養成講座』の開催などにより認知症になっても暮らしやすい地域づくりに取り組んでいく。

10 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学習会の開催などにより家族の心理的サポートを目指す。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、情報の共有を図り、更に定期的に内覧会を開催し事業所の信頼性と理解を獲得していく。

また、「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い関係性を大切にしてい

11 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。

12 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満足感や生きがいを得られるように努めると共に利用者自身が主体的に活動できるような援助を展開していく。

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の機会や「食」を楽しめるような企画を盛り込んでいく。

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	<ul style="list-style-type: none"> ○脳活性化リハビリ ・学習療法（音読、計算、漢字） ・パズル ・習字（書写） ○趣味活動 ・将棋 ・園芸（夏季） ・手芸、工作 ・調理など 	<ul style="list-style-type: none"> ○歌の会 ○音楽療法(火曜日・金曜日) ○カラオケ ○運動レク ○誕生会 ○カルタ
火		
水		
木		
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） お楽しみご膳週間（季節のメニュー、生寿司、鍋など） 外部ボランティアによる演奏会など	

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、利用者が単身・重度の要介護者であっても在宅を中心とする住み慣れた地域で尊厳と個別性が尊重された生活を継続することができるよう取り組む。利用者が精神的な支えや身体的な援助を受けながら残存機能を発揮し自らの生き方を構築できるよう、多面的な視点からアプローチしていく。

また、地域包括ケアシステムの基盤も視野に入れながらホームヘルパーステーションの役割を認識し、他職種との連携を図る。

ホームヘルプサービスが専門性の高い重要な社会サービスとして確立できるよう推進する。

【事業内容】

(1) サービスの提供

・訪問介護サービス

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画に添いヘルパー独自のアセスメントを行い具体的なニーズを明らかにし、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をする。

職務の内容も多様化、細分化されてゆく中で利用者と家族の状況を把握し、課題と必要性の根拠を明らかにしてサービスを導入する必要性を考える。

・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ってサービスを提供する。

利用者自身が自分の人生に主体的、積極的に参画し自分自身で生活を創っていけるよう支援する。

(2) サービスの質の向上

ホームヘルプサービスに必要な技術と知識の向上を図るための課題を取り上げ、必要な専門知識や技術を学ぶ研修を行う。

指導的立場にある管理者やサービス提供責任者を対象とし、より専門的な知識や業務管理に必要なスキルの習得をする研修を行う。

管理者やサービス提供責任者は教育・育成につながることでできるスーパーバイザー的な役割を担う感性と専門性を習得する。

よりよい介護を目指すためにも建設的な意見を出しあえるチーム作りを図る。

支援専門員研修・主任介護支援専門員研修等外部の研修にも参加していく。

また、平成 27 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やっていくこと、包括支援センターとの連携も重視し「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。

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、メンタルヘルスクエアが重要となってくる。セルフケアによりコンディションを整えていくと共に、職員同士が仲間として相手のコンディションを理解し助け合える関係性を構築するために、ラインによるケアを並行しながら日々のミーティングの場において、利用者支援に直接関することのみならず、各職員のコンディションをお互いに配慮し、サポートティブな対応が行えるよう心がけていく。

【事業内容】

アセスメント(課題分析)と居宅サービス計画作成

課題分析の際には、利用者の現在の生活状況とともに、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。居宅サービス計画作成においては、介護保険サービスのみならず、セルフケアや家族介護状況、地域、インフォーマルのつながりなども踏まえ作成する。

ケアマネジメントの機能

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・地域を含めチームで関わる視点(チームアプローチ)を認識し、コーディネーターとしてケアマネジメントの機能を果たしていく。

事業所内ミーティング

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、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、外部研修伝達の間として、臨時に定例会議も別途開催していく。

事例検討、学習会と伝達研修

今年度も実践力の向上を目的とし、研修計画に基づき、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する。外部への研修に参加した場合は伝達研修の機会も作っていき、事業所全体のスキルアップを目指し取り組んでいく。

家族へのアンケートの実施

介護者支援の視点から介護者同士の交流や有益な情報収集の場となるよう例年「家族の会」を開催していたが、家族の外出の機会を作ること等が困難となり、参加人数が減少してきていた。今年度からは新たに介護者の率直な意見を集約するためのアンケート調査を実施し、結果を日々の相談援助・在宅支援に反映できるようにしていく。

7 ケアハウス

【基本方針】

介護保険制度の改訂により、特別養護老人ホームへの入所要件が要介護3以上となった。要介護3になるまでは、在宅での生活をごんばりなさいということである。限りなく要介護3に近い状態まで、現在のケアハウスの介護力で利用者の生活を支えていけるのか？

目の前にとっても大きな課題を提示された。

ケアハウスの利用者支援の方針としては、自立支援・介護予防の視点に立ち、利用者自身が自らの健康を管理し、生きがいを持って自分らしく、ケアハウスでの生活はもとより地域での生活を継続できるよう支援することに尽きる。

その支援を「限りなく要介護3に近い状態まで」持続可能にするにはどうすればよいのか、今年度はそのことを絶えず意識しながら、改めてケアハウスに求められる介護力（ソーシャルワークも含めて）を問い直し、着実に具現化できるよう取り組む一年としたい。

(1) 日常生活の支援

ケアハウスでは現在、利用者の7割弱の方が要支援・要介護認定を受け、そのうちの8割の方が何らかの外部介護サービスを受けて生活を維持している状態である。また、利用者の年齢構成は60代後半から90代後半と幅広く、親子ほど年の離れた方々が同居している形となっている。

一口にケアハウス利用者と言っても、その年齢や性別、身体状況、施設入所までの生活歴、家族状況等様々な背景を持っており、ケアハウスの自立支援・介護予防支援にあたっては、利用者個々の持つ特性に配慮し、次に挙げる4点に重点を置いて取り組んでいきたい。

- ① 利用者自らの中にある力を高め、発揮できるよう支援する。(エンパワーメントの視点)
- ② 職員がそれぞれ専門職として意図的に関わり、その結果を適切に評価できる体制を整える。(PDCAサイクルの実施と活用)
- ③ 家族、外部介護支援サービス事業者との連携を強め、社会資源の開拓と活用を進めることで、利用者を多面的・重層的に支える関係を築く。(ソーシャルワーク機能の充実)
- ④ 世代間交流や地域住民との交流を推進する。

また、具体的には以下のことに積極的に取り組む。

- ・利用者の心身機能やニーズの変化に適切に対応するため、アセスメントの視点を

もって利用者の日々の様子を観察し交流する。懇談会の実施やアンケート調査、苦情や要望への対処が形骸化しないよう留意し、結果については公開することを基本とする。

- ・適時適切な相談援助サービスの提供と導入が図れるよう、定期的にケアカンファレンスを実施する。
- ・サービスの提供に当たっては、利用者間の公平性に配慮しつつ、利用者個々のニーズや特性に応じて、柔軟に対応できるサービス体制の整備に努め、利用者の状況や必要に応じてケアハウスでの「施設サービス計画書」を作成しておこなう。
- ・利用者が明るく生きがいを持ち、その心身機能が低下しないよう、レクリエーションや行事などを企画実施する。レクリエーションや行事活動を通じて利用者間の交流が深まり、また、利用者の自主的な取り組みに発展できるよう、職員は側面から支援する。
- ・家族との連携を深められるよう、特に要支援・要介護状態にある利用者においては、家族への日常の報告、連絡、相談を心がける。また、医療・行政機関、外部サービス事業者との連携を図り、ケアハウスでの生活を維持継続できるよう支援する。

(2) よりよい食事提供に向けて

- ・高齢者に適した食事を毎日3食提供する。また、医師の指示のある時は、指示内容に応じた療養食など特別な食事の提供をおこなう。
- ・利用者の好みに即した食事を提供するため嗜好調査をおこなう。また、栄養士は新たなメニュー作りに取り組み、季節感に富み、サプライズあふれる食事を提供する。
- ・安全な食事の提供のため、職員および調理担当者は食中毒や感染症に対する知識を習得して食中毒や感染症の発生予防に努める。
- ・食事はケアハウスが提供しうるサービスの中で、大きな柱の一つであるが、利用者は入所後の時間の経過とともに自身の食生活に対して、「施設だから」「作ってもらっているのだから」と受け身になってしまう傾向が見受けられる。

ケアハウスでは、利用者の食への満足度を上げる目的で、利用者による献立作りと調理への取り組みを一昨年から実施してきた。この取り組みを通して、職員と利用者が「食べることの意味」や「食べる楽しみ」「食べてもらう嬉しさ」といったものを共に考え、食への関心（主体性）を取り戻す一つのきっかけになっているように思われる。

今年度も引き続き、利用者参加による献立作りと調理への取り組みを継続して実施する。

(3) 保健衛生・環境整備

利用者の高齢化や多岐にわたる疾病、要支援・要介護状態にある利用者の増加に伴い、夜間休日のオンコール、救急搬送などの対応が増えてきている。同時に、一度入院になると長期化、あるいは、退所に至るケースも少なくない。

体調の変化を早期に発見し、利用者の心身機能の低下を最小限に食い止めることができれば、ケアハウスでの生活の維持継続に大きく作用すると思われるが、医療専門職の配置のないケアハウスで、いかに適切に利用者の健康管理をおこなう

かは大きな課題である。利用者の健康維持のため、以下の点に取り組む。

- ・利用者の健康管理に役立てられるよう、健康チェック（バイタル測定、毎週1回）、定期健康診断（年1回）を実施し、身体状況に変化のある時はかかりつけ医や家族と情報の共有をおこない、利用者の健康保持や疾病の予防に努める。
- ・インフルエンザ予防接種の実施や肺炎球菌ワクチン接種の勧め、ノロウイルス等の感染症の知識や対応方法の周知、予防のための環境整備などに取り組む。
- ・職員は利用者の健康状態や受診状況等の把握に努め、情報や記録を整備して、利用者の体調不良時に適切な対応が取れるよう努める。
- ・職員は疾病や急変時の対応など、基礎的な医学知識の習得に励む。

（4）地域・社会交流

- ・赤岩保育所との交流菜園や園芸活動、行事の共催等を継続し、世代間交流を進める。子供たちとの交流を通し、利用者の生活の中に笑顔、喜び、ぬくもり、時には騒々しさ、生命力（パワー）などといったものが入り込むことで、張りのある生活がおくれるようになることを目指す。また、子供たちには、思いやりの気持ちや老いることへの気付きの芽、といったものを感じ取ってもらえることを願い、交流を実施していく。
- ・施設が施設の中だけで自己完結してしまわないよう、利用者各々が地域の一員として、今まで培ってきた知識や経験といったものを発揮しながら生活できるよう、同世代との交流として、地域の高齢者団体との交流を進める。また、地域で開催されている健康セミナーなどへの参加にも積極的に参加できるよう支援する。
- ・26年度は地域の環境整備や美化活動への参加活動として、初めて施設周辺の清掃活動を実施したが、同様の活動を継続して実施し発展させていく。また、火災や自然災害などの緊急時には、町内会や地域住民の方との連携に努める。

（5）職員の資質の向上と自己実現

- ・職員は、専門職として適切な相談支援やサービス提供がおこなえるよう、知識と技術の習得に励み、各種研修会への参加や自己学習に積極的に取り組む。
- ・職員は、自分自身で課題や目標を持ち、課題の克服や目標の達成に取り組む中で専門職として成長できるように努める。

【職員体制】

施設長	1名
ソーシャルワーカー	1名
ケアワーカー	2名
栄養士	1名

調理員（委託）

守衛員（委託）

【職員研修】

- ・より質の高いサービス提供のため、施設内外の各種研修会、学習会へ積極的に参加し、知識と技術の向上に努める。

【防災計画・防災訓練】

- ・災害その他緊急事態に備え、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。
- ・非常時に職員や守衛員と連携し、より安全に避難できるよう、各階利用者の中から選出された連絡員を置き、防災および非常時の協力体制が取れるよう努める。
- ・非常事態の発生に備え、町内会や地域住民と連携して的確な対処ができる体制づくりに努める。

【休日・夜間の管理体制】

- ・ケアハウスは休日、夜間の職員配置がないことから、委託警備会社から派遣される守衛員が初期対応をおこなうこととなる。
- 休日、夜間の緊急時には、守衛員から待機職員へオンコールする体制を取り、連携して対応をおこなう。
- また、非常災害時には特別養護老人ホームの職員および守衛員と協力し、初期活動をおこなう。

【平成27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 利用者献立調理	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		
5月	外出レク（お花見） 交流菜園開始 （赤岩保育園との交流） こどもの日（行事食） 母の日（行事食）		地域ボランティア清掃
6月	運動会 交流菜園 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） 交流菜園 夏祭り（小樽地区法人合同）	避難訓練	
8月	バーベキュー 七夕祭り（花火大会） 交流菜園収穫祭 （赤岩保育園との交流）		

9月	創立記念日 敬老祝賀会 十五夜祭り（行事食） お彼岸おはぎ作り	健康診断	
10月	外出レク（紅葉見学） 芋もち作り（赤岩保育園との交流）		地域ボランティア清掃
11月	文化祭・文化作品展 漬物作り	インフルエンザ予防接種	
12月	クリスマス会 餅つき		給食嗜好調査
1月	新春かるた大会 仮想カラオケ大会		日常生活アンケート
2月	節分豆まき 鍋パーティー ケアハウス雪明りのみち	避難訓練	
3月	ひな祭り お彼岸ぼたもち作り		

*その他、音楽演奏会などの催事を企画し、実施する（不定期）

【レクレーション・クラブ活動週間予定】

曜日	午 前	午 後
月曜日		娯楽（麻雀）クラブ （13:30~16:00） あみもの同好会（14:30~15:30） 俳句会（第4月曜日 14:00~） *講師 ボランティア
火曜日	書道クラブ（10:00~11:00） 脳トレーニング（11:00~11:45）	コーラスクラブ（16:00~17:00） *隔週
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（10:00~11:00） 脳トレーニング（11:00~11:45）	レクレーションゲーム （14:00~15:00）
金曜日	脳トレーニング（11:00~11:45）	手芸クラブ（14:00~16:00）
土曜日		娯楽（麻雀）クラブ （13:30~16:00）

- *その他 みんなの体操(毎日 11:30～)
園芸クラブ(夏期のみ)
絵手紙教室(月1回 講師ボランティア)

8 グループホーム

【基本方針】

共に笑い、そして誰もが輝き、生きる活力となり、夢や希望を抱けることを目指していく。

(1) “輝くこと”と“生きる活力”

今年度は、人員不足などの様々な困難を、皆の生きる力を合わせ、誰もが笑顔で、そして“輝くこと”に取り組んでいく。

そのためには、皆の“ちから”の発揮が必要である。皆様々な“ちから”を持っているが、出しきれていないことや気がついていないこともある。職員一人ひとりの“ちから”が集まり、チームとしての“ちから”になり、利用者が“輝き”、“ちから”が発揮できるように取り組んでいく。

“ちから”「様々なことに気づき(気づく力)、そして考え(考える力)、行動する(行動力)、そして諦めない(努力)」はもちろん必要であり、そしてそれぞれの特技や趣味を生かし、“なんでもできるちから”を兼ね備えた介護・看護職員を目指していく。

(2) 夢や希望を抱く

利用者一人ひとりの思いや夢や希望は、たくさんある。しかしうまく表現できないことや今は苦しく見失っていることもある。また、ご家族も思いはたくさんある。日々のケアやケアカンファランスでアセスメント(分析)し、真のニーズの把握を行い、よりよいケアマネジメントを展開していく。また、夢や希望を持ち続けるということは、看取りケアにおいても同様に考える。

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つことができるような環境や学びの場があり、活力のある職場づくりに取り組んでいく。

(3) 豊かに生きる

人生は様々であり、豊かさの価値観も違う。誰もが「こころ豊か」であることを願っている。

利用者も職員も、それぞれ人生を歩んでいるが、グループホームという環境では、お互いがお互いの人生に、影響しあっている。私たち職員は、人の人生(命)に携わっている者として、「豊かさとはなにか」「人生とは」「尊厳とは」などを自身に問いかけることから始め、自分自身が「こころ豊か」に生き、人としてのやさしさを第一に人として成熟していく必要がある。

(4) 認知症の緩和ケア・・・認知症ケア従事者に求められているもの。

認知症の緩和ケアとして、ストレスなどから出現する行動障害などの苦痛緩和に取り組み、利用者自身が“私らしく生きている”と実感できることを目指してきた。その一

例として、婦人部活動がある。しかし、現実には、緩和できていない場面もあり、利用者、職員共に苦しんでいる。この“苦しみ”が、認知症の進行やQOLの低下をまねき、ケアの質及び職員のモチベーションの低下につながっている。その対処法として、『当事者研究』の視点が有効と考える。

「Let's! 一緒に研究を」を合言葉に、利用者、職員共に自身の“苦しみ”や“生きづらさ”を見出し、今同じ環境に生きているものとして、そのつながり（関係性）を大切に、研究が日常化していくように取り組んでいく。そこで、重要なことは、利用者の日々の“語り”と、職員は自分自身も当事者であるという自覚である。利用者は、当事者としての思いを言葉でうまく表現できにくいため、その思いを変わりに表現していく方法を考え、新たな認知症の緩和ケアの考え方として追求していく。

認知症ケア従事者として、認知症の知識、コミュニケーションをはじめとする技術、柔軟な思考、暖かな振る舞い、豊かな人間性などを身につけ、円滑なチームワークで、認知症の緩和ケアについて研鑽していく。

(5) 地域の中でのグループホームのあり方

地域の方々とは、お互いの行事などの交流、また世代間交流として赤岩保育所や町会の子供会（はるキッズ）と様々な交流を行ってきている。

前年度より行っている「オレンジカフェ in あかいわ」を開催していく。グループホームに、人が集い、それぞれが悩みや苦しみを語り合い、人と人のつながりを大切に、その中から楽しみや喜びを分かち合い、ひとり一人が生きがいを持ち、豊かな毎日を送ることができる基点となることを目指していく。カフェの運営は、地域の方々（運営推進会議）、グループホームの利用者、家族、職員など誰もが中心となり、認知症ということにとらわれず、多様性のある活動を行っていく。

そのために、参加者のニーズや運営推進会議の意見を聞き、様々な方の興味のある、楽しめる、企画に取り組んでいく。

災害や防火対策として、地域住民への避難訓練参加の呼びかけはもちろん、どのような災害に弱い地域なのかなどを把握し、その対策を行っていく。

(6) ケアの質の向上

人手・人材不足は改善されない状況であり、今年度もその状況が改善される見込みが薄い。また、利用者の高齢化も進み、身体状況の低下、認知症の進行や多様化する精神疾患など著しく重度化している。やはり変わらず求められることは、どのような状況下においても、対応（ケア）できる“ちから”を持ち得ることである。

- ・自身の専門職としての立場を理解し、そのスキルを磨き、実践していく。その行動は、常に、真摯で誠実であり、今に満足せず、思想しつづけることができる“ちから”を身につけていく。専門職としての成長が急務である。
- ・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、やさしさや思いやりのあるケア、丁寧なケアを行うために、常識的な考え方を身につけ、気づく力を養い、心のこもったケアを実現していく。
- ・職員は、自身を見つめ、夢や希望の実現のため、1年度の目標を持ち、成長するよう努力していく。係長や主任またユニットリーダーは、スーパービジョンの知識をもち、職員と共にケアの質の向上を目指す。
- ・新人や経験年数の少ない職員が、知識と技術を身につけ、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。

- ・看取りケアでは、「自分らしい最期を迎える＝自分らしく生きる」ということが重要である。このことは介護の基本であり、つまり日々のケアが重要である。しかし、死に直面すると職員は、不安や戸惑い、迷いなどから、その人らしさを見失ったり、ストレスを抱くことが多い。死生観（死について、生きるということ、尊厳ある死）などを学び、共にいることのすばらしさを実感し、利用者や職員が充実した日々を送っていく。

【年間行事等予定】

月	月行事	各行事食	地域活動	保健・防災活動
4月	開設記念 婦人部：会合	開設記念献立		
5月	お花見、端午の節句 婦人部：会合・東屋花植え活動 春のお茶会の開催	お花見外食、端午の節句料理	はるキッズ：介護体験教室 オレンジカフェ in あかいわ	
6月	日帰り温泉旅行 ドライブ 婦人部：会合	外食	運営推進会議 はるキッズ：介護体験教室	避難訓練 健康診断
7月	夏祭り、潮祭り見学、ドライブ 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、うに丼、外食	町内会レク参加 はるキッズ：介護体験期間（ボランティア活動）	
8月	七夕、焼肉パーティー、夜景ドライブ、	七夕献立、焼肉	運営推進会議 盆踊り はるキッズ：介護体験期間（ボランティア活動）	
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	運営推進会議 避難訓練 オレンジカフェ in あかいわ	避難訓練
10月	もみじ狩り、ドライブ 婦人部：会合、コロケ作り	外食	北山中文化祭参加 はるキッズ：ハロウィン	
11月	ドライブ 婦人部：フラワーアレンジメント教室	鍋料理	運営推進会議 オレンジカフェ in あかいわ	インフルエンザ予防接種
12月	餅つき、クリスマスパーティー、大掃除 婦人部：会合・忘年会	クリスマス献立・ケーキ作り、年越し献立	運営推進会議 はるキッズ：餅つき 介護体験期間	
1月	お正月 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	はるキッズ：介護体験期間（ボランティア活動）	
2月	節分、雪あかり 婦人部：会合	節分献立、中華バイキング、鍋料理	運営推進会議 はるキッズ：節分	
3月	ひな祭り、彼岸祭、春の寿司祭 婦人部：会合・報告会	ひな祭り献立、お彼岸献立、お寿司	運営推進会議 はるキッズ：介護体験期間（報告会）	
毎月 随時	・誕生会（該当者のいる日） ・地域での戸外活動 ・手芸等の趣味活動（毎日）	・誕生会食（該当者の好みの献立） ・季節の旬の食材を取	・ボランティアあかり来訪 ・赤岩保育所との交流（園児訪問、各行	・毎月防災自主点検 ・ラジオ体操、みんなの体操、フレディエ

<ul style="list-style-type: none"> ・季節を感じられる環境作り ・音楽療法（毎週金曜日） ・花、野菜作り ・さをり織り工房はる（小物作り販売） 	<ul style="list-style-type: none"> り入れた献立 ・健康食（麦や十六雑穀、食物繊維など） 	<ul style="list-style-type: none"> 事） ・はるキッズ[®]来訪 	<ul style="list-style-type: none"> サイス[®]（毎日）
--	---	--	---

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
7 : 30	朝食調理、配膳
8 : 00	朝食、朝食後片付け
9 : 00	体操
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、ゲーム等）
15 : 00	体操
16 : 30	外出者帰所
17 : 00	夕食準備
18 : 00	夕食、夕食後片付け
21 : 00	施錠、消灯

9 生活支援ハウス

【基本方針】

小樽市より、前年度に事業の廃止が決定され、今年度は、廃止時期が決定される。利用者の不安や憤りが大きい現状であり、小樽市と協力し、情報は迅速に伝え、個々の希望する新しい生活ができるよう支援していく。

【支援内容】

(1) 日常生活の支援

- ・その時々状況への不安に対し、丁寧に対応していく。
- ・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とともに行事については、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などを提供し、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。
- ・教養娯楽用品や中庭の整備を図り、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

- ・健康講座を地域に公開し、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 季節の湯（3日間）	バイタルチェック（毎週実施） 健康講座（年2回）
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期間
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お知らせする。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。

1 1 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、「若い」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）オレンジカフェ（認知症カフェ）

稲穂町のサンモール商店街で、26年度から不定期に開催しているオレンジカフェ活動を促進し、認知症についての相談会、さをり織り体験、駄菓子販売などを通じて高齢化に伴う地域が抱える様々な課題を市民と共有していく。

（4）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。

(5) 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 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5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、副施設長、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	ユニットマネジメント会議	毎月第4水曜日 17時30分～	施設長、副施設長、介護課長、ユニットリーダー、ソーシャルワーカー 看護主任 栄養士、機能訓練指導員 他関係職員	関係者
	ユニットケアカンファレンス	毎月1回 ユニット毎に 日程調整し実施 19時15分～	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、機能訓練指導員、栄養士、嘱託医	関係者
	リーダー会議	毎月第4水曜日 18時30分～	介護課長、介護主任、介護主任補佐、ユニットリーダー	関係者
臨 時	入居判定会議	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、ケアマネージャー、第三者委員	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17時～17時30分	管理者、ケアマネージャー	関係者
	会議	毎週水曜日 12時～13時	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っさむはる）

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
	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、ケアマネージャー、栄養士	関係者
	行事会議	毎月第1水曜日	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	毎月第3木曜日	介護主任、介護職	関係者
臨時	デイサービス合同会議	隔月1回程度	管理者、介護職、ソーシャルワーカー、事務職	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
	デイサービス合同会議	隔月1回程度	管理者、介護職、ソーシャルワーカー、事務職	関係者

職員会議日程（指定居宅介護支援事業所はる清田）

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45分 毎夕17時00分～17時30分	管理者、ケアマネージャー、デイ管理者	関係者
	会議	毎週水曜日 13時～14時	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清田）

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

	ケアカンファレンス	毎月第2火・木曜日	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー	関係者
	行事会議	毎月第1水曜日	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	デイサービス会議	毎月第3水曜日	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー	関係者
臨時	デイサービス合同会議	隔月1回程度	管理者、介護職、ソーシャルワーカー、事務職	関係者

職員会議日程（札幌市西区第3地域包括支援センター）

区分	開催日時	参加者	人数
定例	ミーティング 毎朝 8時30分～ 9時	センター長、主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、ケアマネジャー、事務職員	関係者
臨時	業務会議 必要時	センター長、主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、ケアマネジャー、事務職員	関係者

II 事業別事業計画

1 介護老人福祉施設

(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、それらの付随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。

今年度より、入所対象者の基準が要介護3以上とされる中、公平な判断又は緊急事例の対応等円滑に入居準備ができるよう、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に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

- ・ 入居相談に際しては、『札幌市指定介護老人福祉施設等入所指針』に基づき、入居希望者の心身や生活環境を的確に把握し、適切で公平かつ迅速な判断及び対応に努める。
- ・ また、入居申し込み待機者の状況を正確に把握する為、待機者に対して待機を継続するか否かの追跡調査など、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希望の実態把握後、再度適切な判定会議を開催する。

③ コミュニティワークの展開

- ・ボランティア活動を活性化させるために、施設独自のボランティアグループの拡大努力は勿論、地域包括ケアシステムの構築を見据え、町内会や包括支援センター等と連携し、気軽なボランティア活動ができる場及び支え合える場として、地域住民とともに活動内容及び方法を追求する。
- ・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。
- ・月1回開催している入居者主体の『婦人部』活動の充実を図ると共に、活動の場を施設内・外に広げ、地域の町内会と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 自己評価の導入により施設の在り方を検討し、見直しに努める。

- ・自己評価は、事業所が提供するサービスの課題を見つけ、職員の気づきを促し、サービスの改善を継続的に行うこと、評価結果を公表することにより、利用者のサービス選択の支援につなげることを目的としている。介護報酬の改正による報酬の引き下げがある中、今後も選んでいただける施設である為には、より質の向上を目指さなければならない。
- ・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職務に対する責任と主体性を持ち、各職種が専門性を発揮しながらチームアプローチのもと、人がより良く生きるための生活を支える視点を強化する。

○介護部門

- ・利用者の生活をトータル的に支えるために、自立支援介護の実践と丁寧な対応心がけ利用者及び家族と信頼関係が形成できるように努める。
- ・自己決定によりその人らしい生活を送れるようアセスメント能力を高め、生活する上でのリスクマネジメントの視点を忘れず一連のケアマネジメントを通して根拠あるケアの提供に努める。
- ・介護職員の質向上のため施設内研修会を定期実施し、受講するだけではなく専門職として講師をする機会を得る。
また参加したスタッフはユニット会議で講師となり介護職員全員が知識と技術を習得できる機会を確保する。
- ・各委員会は、日々のケアに活かせるように現状把握、検討結果、今後の課題を発信する。
 - I、自立支援については、施設全体の取り組みとして全職種参加のトータルケア委員会を中心に「人が持ち合わせている自然の身体機能が高まる」ように水分の重要性を理解し、歩行器歩行等の運動を取り入れ、下剤使用を減らし自然排便を促しおむつゼロを目指す。
 - II、レジデント生活向上委員会は、学習療法をコミュニケーションツールのひとつとして有効な時間になるように工夫しながら継続する。
また季節の行事など生活に彩りを加えることが出来るような企画を立案していく。

Ⅲ、業務改善委員会は「ほのぼの」を使用した情報共有の強化を行い多職種との連携や家族への伝達をスムーズに行えるように改善を行っていく。

利用者にかかわるコストについて検討し、より良いケアの提供と同時に経費削減の意識を持ち合わせ事ができるように各ユニットへ発信していく。

Ⅳ、リスクマネジメント委員会では、感染、褥瘡、栄養サポート、事故防止、身体拘束防止、虐待防止の知識を繋ぎ合わせ予防に努める。

○看護部門

- ・利用者の状態変化が早期に把握できるよう多職種と情報を共有し健康管理に努める。
- ・多職種と連携をし、疾病及び事故の予防に努める。
- ・利用者の健康維持が出来るよう、嘱託医に必要な情報を提供し適切な医療が受けられるよう配慮する。
- ・利用者の健康に関する変化について随時ご家族に情報を提供し、信頼関係が形成できるよう、又いつでも不安を相談して頂けるような環境作りに努める。
- ・地域の医療機関と連携し、利用者の通院や入院が適切に行う事が出来るよう配慮する。
- ・施設での看取りを希望されている利用者及び家族が穏やかな気持ちで最期を迎えることが出来るよう適切な説明、対応を行う。
- ・常に整理・整頓し清潔で明るい環境作りに努める。
- ・チームワークを大切にし、業務の円滑化を図るために互いに協力し合い情報の共有が出来るよう努力する。
- ・専門職として利用者の健康状態を的確に観察・判断ができるよう知識と技術の向上に努める。

○機能訓練・各種療法部門

- ・個々の利用者に対する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、利用者または家族に訓練内容をわかりやすく説明する。
- ・無理のない機能訓練を多職種と連携し日常生活の中で実施し、利用者の残存機能の維持及び機能低下防止に努める。
- ・利用者が他利用者やボランティアの人々と交流を持つことにより、心の充実感や安心感、楽しみとできる時間を過ごすことができるよう工夫に努める。
- ・施設内外の研修会などに積極的に参加し技術の習得に努める。

(3) 給食部門（はっさむはる）

- ・季節感を感じられるよう旬の食材を取り入れ、栄養価はもちろん視覚や嗅覚にもアプローチ出来る献立作成を心掛ける。
- ・利用者に出来たての食事や雰囲気を楽しんで貰えるよう、定期的にユニットやフロア内で調理の実演を計画・実施していく。
- ・「口から食べること」は基本的な日常生活行為であり、生きる意欲や楽しみに繋がっている。「最期まで口から食べること」を支援する為、個々人に寄り沿ったメニューの立案・提供に努める。
- ・委託業者と密に連携し、味や盛り付けにこだわった食事の提供、誤配膳・異物混入等事故が無いように努める。
- ・ノロウイ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出来るよう食品衛生管理に努める。
- ・「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。

【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おくれるよう、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希望に応じいつでも提供（日々の記録の閲覧）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、ターミナル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、収支状況を家族等に毎月通知するほか、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・小学校・中学校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) 自己評価を実施し、サービス提供の在り方を検討し、サービス向上に努める。
- ⑤ 自己評価を実施し、ご家族・ご本人の求めているサービス提供の在り方の見直しを行う。
 - ⑥ 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、利用者・ご家族の声に耳を傾ける機会とする。
- (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を努める。
- (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・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 デイサービス事業（介護予防通所介護・通所介護）

【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、在宅生活の支援、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）を目指し、サービスの質を向上させていくと同時に安心・安全なケアの提供を常に心掛け地域住民にも信頼されるように努める。また、「ノマド福祉会」のケア理念【ホスピスケアとコミュニティケアの実現】の基、地域に密着した通所介護を目指す。

サービス提供時間は9：30～16：00（送迎時間は除く）で実施する。定員

40名に対して、一日平均36名の利用を目標として、新規利用者や体験利用者の積極的な受け入れを行う。

サービス内容に関して、心身を活性化させるようなレクリエーション・趣味活動（個別レク、集団レク）の充実を図り、その他、個別機能訓練・集団機能訓練等の運動についても、利用者に負担がなく生活動作の改善・維持に繋がるよう運動メニューを作成する。

介護実習・生活相談員実習の受け入れについても、養成実習施設として、質の高い専門職を育成する使命のもと、積極的に行っていく。

（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、利用者の個別ニーズ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。また、日頃のケアしている場面からもニーズを引き出すように各職員が努めていく。

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、体験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（予防）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、日々の生活の中での利用者の気持ちを尊重し、個別性に合わせて介護方法等を検討し、ミーティングや介護技術講習会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、施設内外のチームアプローチ関連、サービス向上関連、認知症関連、ソーシャルワーク関連の研修等へ積極的に参加し、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、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われるよう、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、情報公開・発信・共有に努める。

また、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継続し、サービス内容や方法についての検討等を行う。アンケート結果は利用者に配布し、意見・要望についての返答や、今後の施設の方針について返答する。

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』を毎月、利用者・家族、関係機関等に向けて発行する。また、広報誌やクラブ活動の実施内容を随時ホームページに掲載し、地域住民がはっさむはるの活動内容について閲覧できるようにする。

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随時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体験利用についても継続して受け入れていく。ボランティアを招いての季節行事や、さをり織りや手芸、書道作品の展示などで、地域との交流も図っていく。

【サービス内容】

(1) 送迎

事業所と自宅間の移動を安全に行うことを目的に、移動・乗降時の転倒事故や、運転中の車輻事故等を防ぎ、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い、情報の共有に努め、日々のケアに活かし、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い、利用者に安心して利用していただけるようにする。

(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。利用者の体調が安定し、在宅生活が維持できるよう、家族との情報交換も行い、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、必要なアドバイスを行う。また、利用者や家族が在宅でも健康管理ができるよう、健康に関する相談や、情報発信を行う。

利用時の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

利用者が転倒などの不安なく、安全に身体の清潔を保持できる機会と、入浴の楽しみを提供する機会と捉え、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）でサービスを実施する。また、個別の身体状態、希望に沿った介助、自立を支える介助を行い、健康状態等に合わせて、シャワー浴や清拭等の対応も行う。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。

業務マニュアルに基づき、浴室での事故のないように見守りを行い、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。

(4) 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、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）、個別趣味活動、小グループの活動、集団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』に沿って季節感を感じられる催しや外出の機会を提供する。

(5) 個別機能訓練

個別機能訓練に関して、個別機能訓練加算Ⅱ（50単位）を算定する。加算対象・要件を利用者・家族へ説明し、同意のもとで実施していくものとする。

利用者の生活機能の維持、向上を目指し、機能訓練指導員、生活相談員、介護職員とともに共同話しあい、個別機能訓練計画書を作成する。訓練計画に沿った機能訓練を機能訓練指導員が実施する。

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、個別機能訓練内容（歩行・起立訓練、段差昇降訓練、転倒予防訓練、拘縮予防訓練、エアロバイク・生活動作の改善・練習等）の適切なプログラムを作成する。利用者・家族と居宅介護支援事業所との間で適切に情報共有ができ、効果的かつ参加意欲が向上するものとなるよう、個別機能訓練を行っていく。

また、3ヶ月毎にご自宅にも訪問し評価を行い、必要に応じてミーティング等で随時計画を見直し行う。

(6) 排泄

利用者の身体状況に応じた介助、自立を支援する介助を行うとともに、プライバシーに配慮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。

(7) 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持てるように、管理栄養士や厨房委託業者と連携をとり、利用者の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する、食器を工夫するなど、美味しく召し上がって頂くよう配慮する。季節に

合わせたメニュー、行事用のメニューなども提供する。

なお、管理栄養士を中心として利用者へ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。嗜好調査に関しては、契約時・随時・アンケート等で確認していく。

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。

別表①『平成 27 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	集団体操（ボール・タオル等をつかった上肢の体操、下肢の体操、口腔体操）等 趣味活動（編み物等） ゲーム（トランプ・オセロ、将棋、囲碁等）、 軽作業（タオルたたみ、折込み作業等） 脳トレーニング （計算問題、パズル、間違い探し、クロスワード・漢字書き取り等）				
午後	・クラブ活動（創作クラブ さをり織り、書道、ハンドマッサージ、カラオケ、音楽、懐かしみおしゃべり、ふまねっと 絵手紙 手芸） ※さをり、書道、手芸、絵手紙、創作クラブは費用徴収 ・フラワーアレンジメント（不定期開催・月 1 回～2 回程度）実費徴収				
	全体でのレクリエーション、個別レクリエーション 大型スクリーンを使用した体操などのレク活動				

※各曜日にクラブ活動、グループ分けした活動を 2～3 つ設定し利用者を選んで頂く。

活動曜日は利用者のニーズにあわせ毎月設定し、カレンダーで配布する。

※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。

※午前の集団体操のメニュー内容も変更。ケアワーカーも生活リハビリの視点から、体操を行う。

※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 27 年度年間行事予定』

月	行事名	行事内容	備考
4 月	春の催し：	旬の桜を見に行くため、近隣の農試公園へドライブ	外出レクリエーション 6 月～10 月にかけて季節、時期を選んで観光、食事などのコースを設定。買い物外出は、回数を増やして、参加者を募集して行う。
5 月	お花見ツアー		
6 月	夏の催し：	夏をテーマにした活動を提供。清涼感を感じてもらえるような飲み物・かき氷等を提供するイベントを開催。	
7 月	外出レク・夏祭り		
8 月			
9 月	秋の催し：外	ボランティアによる音楽・踊り等	

10月	出レク・敬老会	の披露（敬老会）・おやつを提供	
11月			
12月			
1月	冬の催し： 忘年会	クリスマス用の食事・職員からの 出し物等披露	
2月			
3月			

* 毎月行う茶話会にて、その月の誕生日の方をお祝いし、誕生カードをお渡しする。

4 居宅介護支援事業所（はっさむはる）

【基本方針】

介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」が推進される中、ケアマネジャーには自立支援に資するケアマネジメントの推進、多職種協働や医療との連携が求められている。

個々のケアマネジャーが日々の支援に向き合い、研修や地域活動への積極的な参加を通じて自己研鑽を図ることで事業所全体のケアマネジメントの質を高め、行政機関や各地域包括支援センター・医療機関等の関係機関と引き続き密な連携をしながら地域で信頼される事業所づくりを目指す。

（1）受け入れ体制について

平成26年8月にケアマネジャー1名を増員し、ケアマネジャー5名体制となっている。平成27年度も引き続き5名体制での運営を行っていく。

近隣地域や地域包括支援センター、医療機関等々より居宅介護支援の相談も増えており、担当件数も増加傾向となっている。今年度は標準件数とされているケアマネジャー1名あたり35件（要支援は1件あたり0.5名換算）、事業所全体としては175名の受け入れを目標としていく。

また、相談を待つ姿勢ではなく、立ち位置を地域に置き、誰もが気軽に相談に訪れていただけるような働きかけを行っていく。

（2）「特定事業所加算」の算定について

平成27年度は介護報酬改定があり、現在算定している特定事業所加算の類型も多様化するため、主任介護支援専門員やその他の人員配置など、当事業所において現状で満たす算定要件に応じた「特定事業所加算」の算定を行い、各職員が自己研鑽に努め、専門職としての自覚を持って業務を行い、適正な事業運営ができるようにする。

特定事業所や主任介護支援専門員に求められる役割も多くあり、積極的に支援困難ケースを受け入れ、他事業所とも密な協力体制を取りながら地域に貢献できるような役割を果たしていく。

加算算定要件でもある定期的な会議や事例検討では、各ケアマネジャーが専門的視点から議論を交わし、制度やマネジメントに関する情報についても共有している

ことで知識が深まり、幅広い視点で支援を行うことができるようになっていく。

その他の加算についても、要件を満たしたものについては適宜算定し、利用者の生活の質の向上へ還元できるようにしていく。

(3) ケアマネジメントの質の向上と法令遵守

各ケアマネジャーが、それぞれの経験年数やニーズに応じて適切な研修が受けられ、知識や技術が得られ専門性が高められるよう、外部研修や法人内の研修に積極的に参加できる機会を確保する。介護・医療、その他の分野との連携についても地域包括ケアシステム推進の中では重要視されているため、幅広いネットワークを作り、スムーズな連携が利用者支援に生かされるようにしていく。

支援対象者のおかれている状況が多様化している中で今後も増加が予想される「支援困難ケース」への対応については、事業所内での検討はもとより、行政や地域包括支援センターなどとも連携し、多職種で支援を検討していく体制を取り、制度等も最大限に活用していく。

また、支援が複雑化し継続的になることにも配慮し、各ケアマネジャーの心身の負担も考え、管理者を中心に担当者へ技術的・精神的なサポートを適宜行い、いつでも不安や悩みを相談し合える事業所環境を作る。

介護保険法や指定基準等の各法令に従い、利用者及び家族の人権・意思を尊重し、公正中立な立場で適正なケアマネジメントを行う。

【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に、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。

5 地域交流事業

(1) ボランティア活動の推進及び支援

- ・ボランティア活動を活性化させるため、施設独自のボランティアグループの拡大努力は勿論、地域包括ケアシステムの構築を見据え、町内会や包括支援センター等と連携し、気軽なボランティア活動ができる場及び支え合える場として、地域住民とともに活動内容及び方法を追求する。
- ・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、ボランティアの活動を支援するほか、市内小中高及び専門学校・大学の学生ボランティア活動も積極的にコーディネートする。
- ・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

ホームヘルパーや介護及び社会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・食事介助については、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

施設として大きな行事（夏祭り）において、町内会・地域住民の方との交流を図る場としての継続は勿論、レクリエーションの中では規模が大きい音楽クラブ（毎週水曜日）時のボランティア参加やさをり織を通じた交流ができるような交流の場をコーディネートする。

また、隣地の保育園・幼稚園又は小・中学校等との交流の継続・受け入れ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 1 7 条部門

デイサービス事業（介護予防通所介護・通所介護）

【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。

開設6年目を迎え、以前からあった利用者様からのニーズ、祝日開催を現行の職員数での実施を検討する。稼働率90%以上を実現させるためには、私用、受診等での休みの際は、振り替え利用を提案等し、できる限りの柔軟な対応で稼働率の維持を図る。

看護職員を2名態勢にすることで、医療ニーズに高い利用者様の受け入れを、今まで以上にやっていく。

25年度より、行われているデイサービス全体会議を年8回の予定で行い、情報共有、稼働率維持上昇、職員育成、離職防止について、話し合いをしていく。

（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、体験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。同意を得た通所介護計画書は担当介護支援専門員にも交付する。

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、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、利用者・家族、関係機関等に向けて月1回発行する。また、居宅介護支援事業者等については、広報誌に加え、事業所の特色を記したパンフレットを送付し、空き状況を随時発信していく。

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、体験利用についても、引き続き受け入れていく。

【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、関係機関、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、機械浴槽）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、足浴、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、同姓介助、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、転倒防止のため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目標を設定し、個別活動（歩行・起立訓練、嚥下訓練、昇降訓練、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、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、身体機能を把握し、介護度が重い方でも参加可能なプログラムも作成する。

(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、厨房委託業者、栄養士と連携をとり、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。また利用者の嗜好調査等を定期的の実施し、年6回行う給食会議を通して、厨房委託業者、栄養士に伝え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、自宅での食事形態を確認し誤嚥・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) 緊急時及び事故発生時の対応

デイサービス実施中の病状の急変、その他緊急事故が発生した際は、マニュアルに基づき適切な対応を行う。

受診の付添等必要であればできる範囲で行い、家族に寄り添った対応を行う。

(9) ボランティア・実習生

17条ではボランティア1名が継続して来てくれている。今年度もボランティアの受け入れ、介護等体験の実習・介護実習生を積極的に受け入れていく。

別表①『平成27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）				
午後	脳トレーニング（計算、間違い探し、漢字書き取り等）				
	音楽クラブ・手芸クラブ・折り紙クラブ 集団体操 全体でのレクリエーション 麻雀				

別表②『平成27年度年間行事予定』

月	行事名	行事内容
4月	映画鑑賞	プロジェクターでの映画上映
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	施設の外で茶話会を行う
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	職員の出し物・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

包括部門

【基本方針】

平成 27 年度の介護保険制度改正の重要な柱の一つである、「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、札幌市西区第 3 地域包括支援センター（以下「センター」という）においても、担当区域内の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を続けられるように、医療・介護の連携や、認知症高齢者への支援、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実や介護予防事業の推進などに取り組むことが求められている。

平成 25 年 4 月のセンター開設から 1 年が経過し、地域住民・関係機関への周知と連携も徐々に進んでいるが、地域の中で未だ相談・支援につなげていない潜在的ニーズを抱えた高齢者が多いものと考えられる。そのため、前年度に続いて総合相談支援事業に重点をおいて活動し、地域住民・関係機関への広報活動やネットワーク構築などによりセンターへの相談につなげて、関係機関やサービス・制度の利用など必要な支援を提供していく。

権利擁護事業・介護予防事業については、前年度の事業実施により、それぞれ権利侵害への対応や予防・啓発、二次予防事業対象者の把握など、一定の成果は得られたと考えている。一方で、権利擁護事業では職員の資質向上や関係機関とのさらなる連携、二次予防事業では潜在的対象者の発見など、今年度取り組むべき課題も明らかとなった。

また、包括的・継続的ケアマネジメント事業は、前年度は積極的に実施できず、相談や個別処遇検討会議の開催等の支援件数も計画を大きく下回る結果となった。今後、「地域ケア会議」の開催が介護保険法に位置づけられるなどの動向もあり、困難ケース等の支援の一環として地域住民・関係機関が参加する会議を開催するなど、積極的なケアマネジャー支援を行なっていくことが必要である。

さらに、介護予防支援については、地域の高齢化等の要因から利用者が前年度 1 年間で 60 名程度増加しており、今後もこの傾向は続くと考えられる。介護保険法や関係法令の趣旨に沿って適切なケアマネジメント業務を行なう一方、業務の効率化・統一化を図るとともに職員の増員等の必要な措置を講じることで、包括的支援事業の実施に支障をきたさないように努めていく。

2. 各事業についての事業計画、事業見込み

(1) 総合相談支援

① <目標>

担当区域内の関係機関への訪問や住民活動への参加を積極的に行い、関係の強化・センターの周知を図り、相談件数の増加につながる（H25 年度：約 30 件／月⇒H26 年度：約 40～50 件／月）。

<具体策>

- センターの事業内容について、わかりやすいパンフレットを作成する。
- 担当区域内の関係機関や住民活動のうち、特に連携の必要性が高いと思われる下記機関・活動へ重点的に訪問し、各機関・活動の情報収集とともに、パンフレット配布や事業内容の説明を行う。
 - ・ 医療機関
 - ・ 民生委員
 - ・ 町内会
 - ・ 老人クラブ・サロン活動
- 地域住民への周知のため、回覧板を活用する等によりパンフレットを配布する。

② <目標>

センター職員が、職種や相談内容にかかわらず相談受付を適切に行なうことができる。

<具体策>

- 利用者・家族等からの電話・センターへの来所等による相談のほか、地域のネットワークを通じて、相談を受け付ける。
- 受け付けた相談の内容・緊急性等により、必要に応じてセンター内の多職種で情報共有・検討を行ったうえで、適切な制度・機関の紹介、実態把握のための訪問等、適切に対応する。
- センター職員の研修参加等により、相談援助技術を向上させる。
- 相談内容を集計・分析し、相談の傾向や地域の状況等を把握することで、センターの各事業活動に活かす。

(2) 権利擁護

① <目標>

外部研修参加・事例検討等により、職員の権利擁護に関する対応能力を向上させる。

<具体策>

- 社会福祉士だけでなく、主任介護支援専門員・保健師についても、高齢者虐待対応や成年後見制度など、権利擁護に関する外部研修等に参加し、多職種でケースの支援を行う。
- 相談援助・ケアマネジメント技術の向上を目的として、支援困難ケースや虐待ケースなどについて、2ヶ月に1回程度センター内での事例検討会を開催する（地域ケア会議の開催など、包括的継続的ケアマネジメント業務にも活用することも視野に入れて実施）。
- 消費者被害に関する情報共有や啓発のため、前年度に引き続き、区内地域包括支援センターと共同で「ほっとワーク会議」を開催する。
- 権利擁護全般に関する情報共有や啓発のため、前年度に引き続き、区内地域包括支援センター・区保健支援係と共同で「弁護士との勉強会」を開催する。

② <目標>

地域住民・関係機関への啓発活動の機会が増えることで、権利擁護に関する理解を深めてもらい、早期発見・対応につなげる。

<具体策>

- 前年度に続き、「ほっとワーク会議」の一環として、担当地区を中心として西区内の訪問介護事業所を訪問し、パンフレットの配布・説明を行うとともに、講話・研修の提案を行い、要望に応じて開催する。
- 担当地区内の居宅介護支援事業所や医療機関を訪問、パンフレットの配布・説明を行うとともに、講話・研修の提案を行い、要望に応じて開催する。
- 年度内にセンターの専門職全員がキャラバンメイト養成講座を受講し、地域住民・関係機関からの要望に応じて、認知症サポーター養成講座を開催できる体制を整える。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント

<目標>

地域の介護支援専門員と関係機関とのネットワーク構築を支援し、介護支援専門員のニーズに応じて個別処遇検討会議を開催できる。

<具体策>

- 担当区域内の居宅介護支援事業所を訪問し、介護支援専門員との情報交換や相談対応を継続的に行う。
- 支援困難ケース等、必要に応じてサービス担当者会議や、多職種・住民等も参加する個別処遇検討会議の開催を支援する。
- 札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部、西区在宅ケア連絡会の運営・研修会等への参加を通じて、介護支援専門員同士、また、介護支援専門員と関係機関とのネットワーク構築に協力する。

(4) 介護予防ケアマネジメント

<目標>

地域に潜在している二次予防事業対象者の発見に努め、担当地区の高齢者の健康促進を目指し、介護予防を実践する。

特に、前年度に二次予防事業参加が少なかった発寒地区の参加者が増え、年度末までに発寒・発寒北地区合わせて50名（担当地区高齢者人口の0.5%）の参加を目標とする。

<具体策>

- より効果的な啓発活動を行うため、二次予防事業について地域住民向けのパンフレットを新たに作成する。
- 下記の活動を通じて、二次予防事業についての周知・啓発活動とともに、生活機能チェックリストを積極的に実施する（500件程度）。
 - ・発寒地区の地域イベント
 - ・発寒北地区の「春のふれあい交流会」
 - ・老人クラブ・いきいきサロン等の活動
 - ・センターで関わっている要支援者の配偶者、サービス未利用の要支援者
- 介護予防センターと連携し、すこやかクラブへの見学・参加や、二次予防事業や健康等に関する講話を実施し、啓発に努める。
- 民児協等の会議に積極的に出向き、二次予防事業についての周知・啓発活動を実施する。

(5) 要支援者への介護予防ケアマネジメント（介護予防支援）

<目標>

ケアマネジメントの質を向上し、個別性に合ったケアマネジメントを行う。

<具体策>

- 担当区域内の要支援者に対して、適切な介護予防ケアマネジメントを行う（毎月の給付管理件数は、400件（うち再委託80件）前後の見込み）。
- ケースの内容により、センター内で情報を共有し、支援内容や方針について検討・協議する機会を設ける。
- 介護予防支援業務に関するマニュアルを作成し、適宜見直しを行うとともに、チェックリスト等を活用し、業務実施状況の確認・点検を行う。
- 再委託先の居宅介護支援事業所と連携して、業務実施状況の把握に努め、必要に応じてケアマネジメントに関する指導・助言を行う。

清田部門

1 デイサービス事業（介護予防通所介護・通所介護）

【基本方針】

「コミュニティケア」の実現を目指す。

地域包括ケアシステムの在宅生活を支える重要な機能として、通所介護サービスを通じて、その人が本来行っていた家庭や地域での役割を維持・回復出来るよう「社会」と関わり、生きがいや目標、役割を持って生活を送れるよう支援する。

また、医療と介護が協働し、ウイステリア清田病院前内各事業所（医療機関）・周辺事業所と連携することにより「在宅生活」を包括的に支えることが出来るよう支援する。

（1）個別性に応じたサービスの計画と実施

当事者研究の視点を元に、利用者一人ひとりの抱える想い・悩みに寄り添い、個々が必要と考えているサービスを自らが選択し、機能回復、生活支援が個別に行えるよう努める。

また、より本人の状況を知るため、同一建物内、周辺居宅介護支援事業者・地域包括支援センターとの連携、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、おためし利用を通じて必要な情報を把握し、利用者のニーズ把握に努める。

居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下、介護サービス計画等）に沿って通所介護計画を作成する際は、個別かつ具体的な記載に努め、作成した通所介護計画については、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、担当介護支援専門員に詳細な情報提供が出来るよう努める。

（2）介護方法の標準化と専門性の向上

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努め、家族に家庭での介護方法の助言ができる程度の技術習得・安心感を持ってもらえるよう努める。

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うものとし、全職員が業務マニュアル等に沿った介護を実践できるように、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、個々の専門性以外にも柔軟に対応できるよう事故の発生防止に努めるものとする。

さらに、施設内外の研修について、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努める。

（3）利用者・家族・地域との信頼関係作り

本人・家族・各事業所などに定期的なアウトカム評価を用いて、開かれた通所介護事

業所を目指す。また、ボランティア・園児訪問などを積極的に受け入れ、自らも地域に貢献出来るよう地域活動に参加する。

契約時や送迎時に近隣住民への挨拶も行い、利用者本人が地域へ出て、交流を行いやすい環境作りに努める。

利用者・家族の個々にニーズを把握し、本人・家族が必要としているサービスを提供することで、信頼関係を構築できるよう努める。また、各事業所へは、本人のニーズを適切に情報提供し、サービス内容に反映させるよう努める。

苦情があった場合は、速やかに誠意を持って対応し、状況把握、信頼回復に努める。利用者自身が地域へ出られるよう支援を行う。

【サービス内容】

(1) 送迎

移動・乗降時の転倒防止や、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護と安全法規を厳守した運転に努める。

(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）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。

男女の入浴を週ごとに、午前と午後を交換し、楽しみを持って入浴してもらえるよう努める。

(4) 排泄

介助が必要な利用者に対し、排泄サイクルを把握、家族との情報を共有することで、

可能な限りトイレでの排泄が行えるよう支援する。

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、トイレ内の快適で清潔な環境づくりに努める。

(5) 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、食事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、随時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に配慮し、通所介護計画介護を作成し、摂取状況を記録に残す。

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。

(6) 家族の負担軽減

家族に対して、送迎時、来設時などに、いつでも相談できるような環境作りに努め、家族支援も通所サービスの支援として提供出来るよう努める。

通所介護を利用することにより、介護負担の軽減を図り、家族の休息や趣味・仕事などの時間を確保できるよう支援する。また、利用者、介護方法、疾患などに対する不安を軽減できるよう、相談窓口を設け、状況に応じて専門職が対応する。

(7) 機能訓練

日常生活の中でリハビリテーションが行えるよう、生活場面に即した機能訓練を行い、介護予防、生活機能が維持・向上出来るよう支援する。

IADL（手段的日常生活動作）を支援プランに積極的に取り入れ、住環境・社会資源を有効に活用し、家や地域での役割を維持・回復できるよう支援する。

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、ホットパック等）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か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

(8) 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、ボランティアの等の協力を得ながら、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、「年間行事計画」に沿って毎月毎に、季節感を感じられる催しや外出の機会を提供する。

◇自助

職員によるレクリエーション提供以外に、利用者同士でデイサービスの行事、レクリエーション（予防体操）・食事メニュー等を企画・立案し、利用者自身が目的を持ってデイサービスに参加してもらえよう支援する。

◇色彩

色彩を取り入れた利用環境にすることで、活動能力を高め、気分の変化、会話を弾ませるなどのQOLを引き出すことが出来るよう支援する。また、「さをり織り」を取り入れ、物作りを通して、自分で好きな色を選択することで、個性を楽しむことが出来るよう支援する。

2 居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援事業所はる清田）

【基本方針】

介護支援専門員として、各医療機関・介護機関など、それぞれの専門性と地域包括ケアシステムの中で果たしている役割について相互に理解するため、コミュニケーションや顔の見える関係に努める。

また、在宅医療連携拠点事業やケア連絡会、地域ケア会議をはじめとする地域包括支援センターの取組等様々な多職種連携の関係性作り・OFF-JTを通して、利用者還元され、適切なアセスメントやマネジメント能力の向上するよう努める。

清田区の先進的モデルとなりえる、高齢者専用住宅内に訪問看護、医療機関、病院等隣接されていて、デイサービス・レストランも地域へのコミュニティの場・地域資源の一部としても十分に機能する可能性があるため、デイサービスセンターはる清田と共に地域に貢献出来るような事業所作りを目指す。

① 受け入れ体制について

平成25年8月より開設となり、現在12名の利用者を担当している。昨年度は、清田区第一・第二包括支援センターからの依頼が9割を占めているため、今後も良好な関係性を維持出来るよう密な連絡・連携に努める。また、4月より介護支援専門員が変更となり、他機関との関係性も一からとなる可能性もあるが、出来るだけ多くの利用者を獲得できるよう、医療機関・行政などとの連携や地域に周知して頂けるよう普及活動に努める。

② ケアマネジメントの質の向上と法令遵守

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を充実させるほか、医療の知識不足が課題となっているので、対象となる研修にも積極的に参加します。特に医療機関との連携は、ケアマネジャーの積極性がより求められていますので、情報共有の在り方、カンファレンスなどを通じて、連携から信頼の構築となるよう努力します。

今後、相談が増えると予想される「支援困難事例」への対応については、よりいっ

その多職種との協働、成年後見制度・日常生活自立支援事業の活用など、地域を含めて支援の幅を広げます。

また、支援が継続的になる事にも配慮し、各ケアマネジャーの心身の負担を軽減して支援が可能となるように、特に管理者・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、対応します。

また、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他管理者・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います。

【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に、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。