



# 平成24年度 **あすなろの家** 事業計画

## — 目 次 —

1、はじめに	1
経営・運営の基本方針	2
平成24年度重点課題	3
各サービスの基本方針	4~5
2、特養・ショート部門	
特養（ロング）	6~10
ショート	10~13
3、在宅部門	14~15
デイ	15~18
認知症型デイ	18~19
ヘルパー	20~22
4、ケアハウス	23~26
5、居宅介護支援・支援センター	
居宅介護支援	27~29
支援センター	29~32
6、厨房	33~36
7、個別の課題	37



## 1、はじめに

平成24年度は、小林施設長の退任に伴い、新たな管理体制でのスタートとなります。私たちは今、自分たちの14年の歩みを振り返り、これから取り組むべき課題から目をそらさず、明確にし、それらの課題ひとつひとつの改善を、計画的に推進していきます。新管理体制初年度では、「新体制の定着」「ケアに対する姿勢の見直し／職員の質の向上」「研修システム構築の着手」「給与体系の構築の着手」「制度改正に対応した体制作り」に重点を置き事業を推進します。

今年度は、介護保険改定の年にあたりますが、引き続き厳しい経営環境におかれることが予想されます。私たちは、制度の内容を常に研究し、ご利用者・ご家族が安心して、また安全に利用できるサービスを提供するとともに、施設自体が地域での生活を保障するものになるように努力します。そして皆様に信頼のできる施設として選んでいただけることにより、安定した経営を維持し、ご利用者にとって快適な環境と設備の整備を行い、地域貢献の役割りと両立できるように努めます。

## 運営・経営の基本方針

あすなるの家は、現状・課題から、各部署がそれぞれの介護のあり方を追求し、実践し、常に見直しを行ってきた。この力は大変重要な部分であると評価している。今後は、地域の中での施設の役割や位置づけに目を向け、自分たちが何を目指し、何をすべきかなど、地域の福祉を意識し行動していくことが、施設を運営・経営する上で重要になると感じている。これまで施設としては、主にS型デイへの参加・協力として、支援センター職員、デイサービス職員、特養入居者が関わりを深め、また地域行事についてもケアハウス入居者の飯田祭や山原のお花見への参加と一歩一歩広げてきた。今後は職員全体の意識の改革として、地域を意識する、地域のニーズに対応する意欲が必要であり、ひとりの例外もなく実践、経験を重ねてほしい。

施設本来の役割は、困っている方々の「最後の駆け込み寺」または「セーフティーネット（安全網、網の目のように救済策を張り、全体として安全・安心な生活を確保、提供できる）」であり、その存在自体が地域での生活を保障するものであると考えている。しかし、現状は施設全体の意識が施設の中に向いている。地域の方々とふれあい、対話をしていくなかで、様々な分野の連携や協力の必要性など、職員ひとりひとりが実感として理解できるようになってほしい。特養を筆頭に、在宅サービス・居宅介護支援は、他では受け入れられない方々の最後の砦であると考えている。最後の砦ということは、関わり方の困難な方々の受入が必然的に多くなるが、施設本来の役割を担うことに、職員ひとりひとりがプライドを持ち、基本的にはどのような方でも受け入れていくことができる力量を持った施設であってほしい。しかし、認知症の方をはじめ、大変な状況にある方を受け入れるには、人・時間・お金がかかる。さらに、安全で安心な生活を提供するためには、職員の意欲や力量、そして事故や苦情に適切に対応できる力が必要になってくることから、それらの課題を十分に考慮した上で計画的に推進する。

現在のあすなるの家があるのは、事業部ごと独自に努力・向上してきたことにより、他の施設に類を見ない自由な発想や行動力を育てられてきたからだと感じている。だからこれからも自由な発想や行動力を育てることにに関しては伝統として守っていきたい。そして今後は施設全体の理念に対する大きな舵取りを管理部が担い、幹部職員の意識の向上や事業を動かす技術力の習得、各職員のスキルアップを目指していくことで、さらに進化・発展させていきたいと考えている。しかしその自由な職場風土の反面、恐らくは一部の職員であると信じているが、職員の「人としての資質」・「社会人としての資質」に関わる深刻な問題が表面化してきた現実がある。今後この問題を通して、当該職員、部署への対応と同時に、あすなる全体の課題として問題解決を全職員で進める。今は職員ひとりひとりの意識（お年寄りとの関わり、一緒に働く仲間、仕事の捉え方、働く意欲）を変える方法を模索している段階である。これからも、「オールあすなる」をスローガンに、人材不足の解消・業務連携・経費の見直し・職員教育・ひとつの施設（共同・協力）を目指し、さらにその中から生まれる職場風土を作る方向性は踏襲する。今後も職員のスキルの向上、意欲の向上に繋げ、これらをさらに推進することで、キャリアパスのシステム構築に繋げたい。そしてだれもが働きたい・働き続けたいと感じる職場を作り上げることを目指していく。

最後に、わたしたちあすなるの家は、社会がどんな情勢になろうが、地域社会との調和を大切に、いつしか地域に無くてはならない存在となれることを願いたい。

## 平成 24 年度 重点課題

### ① 新体制の定着

平成 24 年度は施設長が変わり、それに伴い大きく組織が変わる年度となります。千葉新施設長を中心とした体制の定着を図っていきたいと考えています。

### ② ケアに対する姿勢の見直し・職員の質の向上

平成 23 年度は特に今まで問題として現れなかったケアに対する姿勢や職員の質に関して深く考えなければならない事項が多く表面化し、その都度対応をしてきました。これらの事は、地域に根ざしたあすなろを目指す上で、非常に重要な点であると考え、特に重点を置いて取り組んでいきたいと考えています。

### ③ 研修システム構築の着手

②を行う為にもいままでにそれぞれの部署に任せてあった研修に関して、オールあすなろを踏まえた上で施設全体の向上・相互間協働を見据えた研修システム構築を目指し、その構築に着手していきたいと考えています。

### ④ 給与体制の構築の為の着手

頑張っている職員を評価できるシステム作りをしていきたいと考えています。給与自体への反映はまだ先のことになるかと思いますが、まずは仕事に対する自己評価・他者評価を行ない、評価される事で仕事に対するモチベーションのアップを図っていきたいと考えています。

### ⑤ 制度改正に応じた体制作り

平成 24 年度は介護保険の制度改正にあたる年になります。今まで無かったような加算の対象ができたり、反対にあった加算が標準のサービスに含まれ加算として認められなくなる事も今までの改正の中で実際にありました。制度の改正内容を正確に把握し、それに基づいた対応がいち早く行えるようにしていきたいと考えています。

# あすなろの家 各サービスの基本方針・理念

## 特 養

健康と心身機能の維持・回復のための健康管理に対応するとともに、あすなろの家という大きな家で一人一人の利用者が心地よく生活できるような、家庭的な安らぎの場をつくり、提供することに努める。

## ショ ー ト

利用者にショート利用時、それぞれに合った楽しみを提供し、また利用したいと思えるようなショーツステイにする。

楽しく利用できる事で家族の心身の負担軽減が出来、利用者・家族ともに満足してもらえるようなショーツステイにしていく。

## 在宅サービス(デイ・ヘルパー共通)

お年寄りのケアをしていくにあたって、全てのサービスでケアの基本になるのは在宅（家）での生活と考える。家でどんな生活をしているか？家でどんな生活をしてきたか？を知ったうえで、はじめてお年寄り1人1人に添ったケアがおこなえるのではないかと。そこを大事に在宅サービスとして事業を展開していきたい。

地域のお年寄り、またそのご家族の在宅生活を長く支えていくため、通所介護・訪問介護の各事業が在宅サービスとして短期入所等、他部署と連携しながら総合的なサービス提供を行い、常に「利用者、ご家族のニーズの変化、法令面のうごき、地域の様子」を意識し、情報収集に努め、サービスの質の向上のため見直しを行いながら、柔軟なサービス提供を目指していく。

## デイサービス・認知症対応型デイサービス

「愛優笑」えがお ～気づこう 考えよう やってみよう～

- ・たくさんの笑顔をみるために、たくさんの愛をもって、たくさんの優しさで、安心、安全そして元気を提供したい。
- ・お年寄りのこと、職員のこと、業務のこと、いろいろなことに「気づきたい」、そして「考える」、考えたことを「やってみる」を繰り返す そんなチームを目指したい。

～そして、特養、ショート併設という好条件な環境にあるが、特養併設だから、ショートがあるからではなく、「ここがいいからあすなろデイを利用したい」と選んでもらえるデイサービスを作りたい。

## ヘルパー

寄り添うこと から

～お年寄り、ご家族のこれまでの生活、これからの生活、いろいろな思いに「寄り添う」ことからヘルパーの仕事は始まる。そして、寄り添い続けたい。

- ・ 「いつまでもこの家で自分らしく暮らしたい！」そんな当たり前の思いを支えたい。
- ・ たくさんの和をつくりたい

～お年寄りとの和、ご家族との和、地域との和、職員同士の和、

信頼の和、笑顔の和、明るい和～

## ケアハウス

ケアハウスは集団生活の難しさも抱えているが、ケアハウス全体として大きな家族のように入居者同士が思いやりを持ち、見守りあっている。施設入所という形ではあるが、入居者が自立した日常生活を送ることができるように、職員は専門職として行動する。その上で、地域の中で、自分なりの自立した生活を継続できる生活のノウハウを蓄積し、ケアハウスが自ら情報発信や地域活動ができるようになることを目標とする。

## 居宅介護支援事業・在宅介護支援センター

「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援する」ことを目標に、介護が必要な状態となることを予防し、介護が必要な状態となった場合にも、介護サービスを利用し自立した生活のための能力維持、向上に向け支援する。また、利用者の方がその人らしい生活を送っていただけるとともに、家族にも在宅介護を維持していただけるような支援およびアプローチを行なっていく。

さらに、新体制での運営方針のもと、あすなるの家の職員であることを常に意識した行動と「オールあすなる」体制の一翼を担うことを心掛けていく。

## 厨房

お年寄りの健康の保持と生きるための活力となり、味覚・季節感を楽しみ、且つ安全で喜ばれる食事を提供する。そのために、栄養ケアマネジメントの概念に基づき、個々人の心身の状況、特に栄養状態に見合った食事が提供できるように努力していく。

また、地域との関りの中で『食』への関心を高め、その手助けとなれるよう努力する。

## 2、特養（指定介護老人福祉施設）・ショート（短期入所生活介護）部門

### 特 養（介護老人福祉施設）

#### （基本方針）

健康と心身機能の維持・回復のための健康管理に対応するとともに、あすなるの家という大きな家で一人一人の利用者が心地よく生活できるような、家庭的な安らぎの場をつくり、提供することに努める。

#### 1. 利用者のケア

利用者の個性を活かした、その人にとっての当たり前の生活やその人らしい生活を送ることができ、利用者が受けたい介護が提供できることをケアの基礎とする。

#### ① ケアプランの検討と介護

ケース検討を実施して個々の生活に対する希望や要望・習慣、現在の身体精神状況に合わせたプランを作成し、プランについて定期的に本人・家族と多職種による面談・説明を行う。その際に、これからの生活の指針となる栄養の摂り方や看取りについての意向を確認し、プランについて同意を得る。新規利用者に対してはまず入居時に暫定のプランについて説明・同意を得て、入居後の様子を把握してから随時説明を行っていく。

本人・家族・多職種で話し合い、本人・家族の意向を取り入れながらできる限り意向に添えるプランを作成・提供していくことで、利用者自身が生活の中心者として居心地良く生活できるように援助していく。

又、利用者の状態に応じた柔軟な対応ができるよう、ケアワーカー・看護職員・栄養士などが、ミーティング等を活

用し、常に連携を図りながら随時その時の状況にあった対応を取れるようにしていく。更に、利用者ごとの機能訓練計画の作成・実施を継続していく。

利用者の生きがいを中心となるようなプランを作成・実行していくことで、本人にとって豊かな生活を提供できる様にしていく。23年度に作成した向上委員会の内容を活用し、ケアプランに沿った全利用者の生活リズムに合わせた職員の動き（業務）を作成し、利用者の個性を活かした生活作りをしていく。

#### ② 健康面について

利用者の全てが、何らかの意味でその心身に障害をもっており、ややもすると疾病が再発したり、新たな疾患にかかったりする。このため、看護職員や嘱託医とも連絡を密にし、利用者の心身の健康状態を常に留意するとともに、本人・家族の意向をふまえながら必要に応じて医療機関とも連携し、できる限りその人にとっての普通の生活が継続できるように看護・介護で協力し利用者を支えていく。また、利用者のその時々々の体調に応じた食事を提供していけるように、厨房との協力関係も継続していく。特に、感染症の蔓延の防止には力を入れ、集団感染を引き起こさないように努める。

さらに、利用者の心身の状況が変化していることに対応できるよう、必要に応じて病状に対する勉強会を行い、現状に応じた対応が柔軟に行えるようにしていく。

#### ③ 重度化への対応

医療行為検討委員会の実施により、介護・看護の連携・協働が図れる体制になったため、委員会の名称・委員会メンバーは別として、引き続き連携・協働がしやすい体制作りをしていく。

また、痰の吸引等の医療面も必要な利用者も多くなっていくことが予想される為、それに対応できるための研修を定期的に行ない、不安なく受け入れることができる体制を作っていく。

#### ④ 看取りについて

人には誰でもいつかは死が訪れる。看取り期を見極めるのは容易なことではないが、その人らしい人生の最期を迎えられるよう、日常生活の中においても利用者がどのように生き抜きたいかと考えているかを常に念頭に置いたケアをケアワーカー・看護職員が協働して行っていく。

看取り期には利用者本人の尊厳を最大限尊重し、家族と協力しながら連絡を密にし、お互いの気持ち・意向を常に確認しながら、家族・職員自身の精神的ケアを含めたケアが実施できるようにしていく。また、看取りをともに迎えた後は、偲びのカンファレンスを実施し、その人らしい最期を迎えることができたかを職員同士で確認しあうとともに、今後につなぐことができるようにしていく。

#### ⑤ 家族との関係

家族の状況と家族と利用者の関係を考慮しながら、利用者の近況や状態について、定期的・随時連絡することで家族と利用者・施設の関係が円滑となるように援助する。また、家族会の総会や懇談会・施設行事への参加などを通じて、施設の考え方を家族に広く知ってもらう機会を作るとともに、アンケートを実施し、家族からの率直な意向・要望を取り入れやすい環境を築き、介護の内容に反映させていく。

#### ⑥ 楽しみの提供

生きがい活動や誕生日の取り組みは継続しながら、活動状況の見直し・改善を行ない、時間にとらわれず生きがい提供できる様にしていく。

また、外出や外食など、利用者・家族の意向や希望に合わせて対応していくように努め、楽しみながら安全に外出・外食などができるように配慮していく。さらに、外部からの慰問や喫茶の受け入れ、地域の催し物への参加など社会との触れ合いや繋がりを大切にするとともに、季節の変化を感じられるよう、四季折々の行事を取り入れていく。

## 2. 特養としての方向性

相談員3人体制という新体制に変更し、今まで不十分であった利用者・家族・職員に対して細かく丁寧に対応する事ができる様にしていく。また、ケアワーカーよりケアリーダーを選出し、現場における理念・事業計画・向上委員会で決定された業務がどの程度実施されているか把握すると共に、率先して業務の推進・見直しができる様な体制とする。

勤務階や職種にとらわれず、特養全体として取り組む事で、より良い特養作りを目指していく。そのために、定期的な職員のローテーションの実施と、更にオールマイティーに業務ができる職員を作り、広い視野に立ってより良い特養を作っていく視点を持った職員を育成していく。

介護・ケアの方法の認識を統一していく事で、どの職員が行っても利用者のその時のニーズにあった気持ちのよい対応ができる体制を作り、ケアの質の向上につなげていく。また、職員の都合によって利用者

生活が混乱しない様にし、利用者家族が満足し納得できる様な生活を提供していく。

オールあすなろの意識を持ち、デイサービスとの連携・交流は継続していくとともに、その他の部署とも情報の共有をする事で統一したケア・安心したケアが提供できる様にする。

積極的な係活動を行ってきたが、係が主体となる事で係任せになってしまい、全体の動きが把握できない職員も少なくなかった為、係の積極性はそのままに、係が主体的に動くのではなく、係発信で職員全体を動かせるようなシステムを作っていくことで、職員全体が全ての動きについて意見が言え把握できる状態にしていきたい。そのため今年度はその準備に着手していく。

### 3. 職員の専門職としてのレベルアップ

重点課題の「ケアに対する姿勢の見直し・職員の質の向上」を受け、下記の様に取り組んでいく。

#### ① 新人教育の実施

新人1人に対し、ベテラン職員と新人と年齢の近い職員を教育担当のペアとし、基本的な技術の習得はもちろんのこと、相談しやすい環境づくりをする。約2～3ヶ月の新人としての研修期間後に独り立ちとなるが、その後も教育担当の職員を中心に独り立ち後の不安や疑問に応えることができる様、意見交換ノートの活用については見直しを行い、技術面だけでなく精神面においてもフォローできる関係を作ること、今までのあすなろらしさや介護への思いを伝え、同じ思いを持った仲間を作っていくことができる様にする。

#### ② 職員のレベルアップの体系化

新人が独り立ちした後に中堅職員が新人のレベルアップの手助けができ、かつ、中堅職員のフォローを主任職員ができるような体制作りをしていく。また、一人で頑張りすぎず、チームでケアしている意識をもち、お互いに声を掛け合い報告・連絡・相談がスムーズに行えるように意見を伝えあえる環境づくりをする。

日常的に職員同士で話ができる時間を持つことが難しい為、お互いの意見・気持ちを率直に出し合う機会を持てるよう、ミーティングの時間を上手く活用するとともに、お話の会などの内部研修でじっくり意見を出し合う・聞く時間を作っていく。また、特養の今までの歴史を伝え・知ることで常に介護に対して前向きな姿勢で取り組めるようにしていく。

職員会議で介護技術に対するマニュアルの読み合わせを行ない、定期的に手順の確認をする事で、同じサービスが提供できる様にしていく。また、職員はケアの能力を磨き向上し、自分が変わらなければ何も変わらないことを念頭に置き仕事にあたるようにする。

#### ③ 意欲の向上

希望するような研修に参加できるよう配慮しながら、職員のレベルアップの助けになる様、参加者から他の職員に特養職員会議などで研修内容を報告すると共に、研修の成果を現場に活かしていける様な体制づくりを目指す。係や委員・行事なども希望を取り、より意欲的に実施してもらえる環境を作っていく。

自己評価・他者評価について取り入れ、23年度の3月に24年度の自分の目標を設定し、振り返りや修正をしながら24年度末に24年度の自分を評価し次年度の目標設定する事でステップアップを図っていく。

### 4. 実習生・ボランティア

急速に進む高齢化社会に対応するには、人材育成は不可欠なものである。利用者の生活に不都合が生じ



ない範囲で広く実習生を受け入れていき、実習担当職員が中心となって対応していきながらも、職員全体で未来のケアワーカーを育てるとともに、職員自身の成長の糧としていく。また、現在協力いただいているボランティアを大切に、今後も継続して来ていただけるように努力していきとともに、新しいボランティアの受け入れも積極的にしていき、利用者に生きがいとなるような新しい人間関係や楽しみを提供できる機会を増やしていく。さらに、ボランティア懇談会などを通じ、ボランティアの意向も取り入れつつ、施設の考え方などについても周知してもらい、職員の思いを伝えていくことでより良好な関係を築けるようにしていく。

多くの実習生を受け入れている為、実習受け入れ担当者を配置し、受け入れる為の研修に参加するとともに、実習生に対しての手引きを作成・職員への周知をすることでお互いにより充実した実習ができるようにしていく。

## 5. 職員採用について

利用者の状況・社会情勢などを勘案しながら、計画的な採用をしていき、利用者にとってより良いケアが提供できる基礎を作るとともに、職員にとっても心身ともに働きやすい職場を作っていくことができるようにする。

## 6. 事故対策について

事故対策委員会の開催により事故の分析、対策の検討・実施・評価が行えるようになってきたため、継続して行えるようにしていく。また、事故に対する意識を向上させ、同じ様な事故を繰り返さないためにも危険予知の研修を取り入れながら、ミーティングや職員会議で具体的な対策を検討・実施し、継続的に対策が実行できるようにしていく。

## 7. 迅速な入居対応について

退居者が出てから入居に至るまで、煩雑な手続きや家族との調整に時間を費やしてしまうことが多い。特養へは百数十という申し込みがあり、多くの方が待機していることを考えると、1日でも早く入居できることが望ましい。入居に至るまで、よりスムーズに対応できるように優先入所上位の方には前もって声を掛け調整し、現在の本人・家族の状況を把握した上で、より多くの方に利用してもらえるように努める。

また、申込者と定期的に連絡を取り合うことで待機者をつながりを持ちながら、常に状況を把握できるようにしていく。

## 8. 地域との関わり

施設内に居ては知りえない地域のニーズを捉えていくことで、今後施設利用をしていくであろう新しい世代のニーズを視野に入れ、今の施設介護を見直し新たなニーズに対応できる準備をしていく。

- ①特養職員が地域を知るために特養職員会議を活用した内部研修を継続する。
- ②地域に明るい支援センターとタイアップした形で協力を得て、特養をより身近な存在に感じてもらうように、特養について知ってもらえる機会を作っていく。
- ③地域で行われる活動や行事などに特養の職員として参加する機会をもち、地域が施設に期待している役割について知る。

## 9. 防災について

数年の間に起こる確率が非常に高いとされている東海地震に備え、毎月の訓練は継続しながら各職員が備蓄品の保管場所・内容を把握し、その時が起こってもマニュアルに沿って慌てず・落ち着いて行動ができる様にしていく。

## 10. その他

様々な年代の利用者自身や家族などの利用者周辺の状態に応じた、個別性を重視した環境整備・対応に努める。

## ショート（短期入所生活介護）

### （基本方針）

利用者にショート利用時、それぞれに合った楽しみを提供し、また利用したいと思えるようなショートステイにする。

楽しく利用できる事で家族の心身の負担軽減が出来、利用者、家族とともに満足してもらえるようなショートステイにしていく。

### 1、 利用者のケア

少しでも長く在宅での生活が続けられるように個々の生活リズム、ペースを大切にし、その人らしい生活を送れるようにする。

#### ① ケアプランの検討と介護

家族やケアマネと連携し、個々の目的に応じたケアプラン作成・家族への交付をする。ケアプランの作成・評価・モニタリングを介護・看護職員全体がミーティングで話し合い、関わる事で個々の利用目的などを把握し、より良いケア、質の向上を目指す。

ケアプランに基づいた個々の目的に応じた支援をし、在宅での生活が続けられる様、可能な限り本人と家族の要望に応え、在宅生活に近い支援をする。

個々のファイルにケアプランに沿った記録を書き、過去の記録を確認し、次につなげられる様にする。

#### ② 健康面について

利用者が他者、職員との関わりを持つ事でストレス発散や気晴らしになり、また社会との接点となるような居場所作りをする。またショートの利用によって ADL が維持できる生活を送れる様にしていく。

ノロウイルス、疥癬、インフルエンザ、風邪等の感染症には、予防として注意呼びかけの手紙を早めに配布すると共に感染症の持ち込みを無くす為に、入所前の検温依頼、電話連絡での情報収集、利用中の観察を行い、疑いのある場合には受診を勧める。ケアワーカー・看護職員全体で協力し、利用

者を支えていく。

### ③ 連携について

利用者の情報を全体で把握し、個々に合わせた対応により安心、安全に生活できるサービスを提供する。変化があった時には、早急に全体に伝え、対応していく。

家族との連絡ノートの活用、電話連絡、ケアワーカーの施設送迎対応、ケアマネや在宅サービス利用時の情報などにより、自宅での生活状況を知る機会を作り、ケアワーカー・看護職員全体も把握した上で支援できる様にする。またショートステイ利用中の様子を正確にわかりやすく家族に伝える事で、家族と共通の認識や情報を持ち、連携していける様にする。

他事業所、デイサービス・ヘルパー、ケアマネとも情報交換を密にし、利用者の情報を共有し、一体となって協力しながら利用者と同じ支援、より良いケアを提供できる様に努める。

## 2、事業所として

### ① 制度改正について

平成24年4月に制度改正がある為、内部研修にて制度の内容について全職員が把握し、自覚できる様にする。そのうえで新規、緊急ショートステイには早急に応じられる体制作りを引き続き行っていく。

### ② 事故について

事故を未然に防ぐ、もしくは大きな事故につながらないようにヒヤリハットをミーティング、事故対策委員会で話し合い対策をとる。事故報告書、ヒヤリハットの対策を個々のファイルに入れ、対策が忘れず繋がるよう申し送りをし、同じ様なヒヤリハットが繰り返されないように周知、徹底する。また、防ぐことのできる事故に関しては減らす努力をしていく為に、危険予知の研修も取り入れていく。家族、ケアマネ、他職種への相談、連絡を密にする事で状況について共通の認識をもてる様にする。

### ③ 接遇（職員のレベルアップ）、苦情について

職員同士注意し合える環境作りに努め、接遇、介護技術の向上を目指す。

常に接遇を意識し、挨拶をする、待たせないなど気持ちの良い接客と共に、丁寧な対応を心掛ける。その為にもショートマニュアルを随時見直し、マニュアルに沿ってケアワーカー・看護職員全体が利用者に対して責任を持って対応出来る様にする。

忘れ物や紛失には充分注意し、入・退所時の確認を確実にを行うと共に荷物に名前を書いてもらえる様に利用者、家族に再度お願いをしていく。洗濯物はネットを活用し、洗濯時にダブルチェックを行う事で紛失防止に努める。

送迎時、周りを気に掛け、ゆとりを持ち、安全に送迎できる様にする。ケアワーカーが家族と丁寧に対応する時間を作り、安全確実に迎え入れ送り出しができる体制作りを目指す。

相談員は細かな情報でもケアワーカー・看護職員に伝える。そして相談員、家族、ケアマネからの情報をきちんと記録に残す事で、次回利用時に活かし、ケアワーカー・看護職員全体で把握する事で、苦情を少なくしていく努力する。また介護サービス提供にあたって知り得た個人情報は第三者に漏らさないようにする。

また苦情があった場合には、利用者・家族それぞれに合った対応を早急に検討し、職員全体に伝え、

統一し、実施していく。

新規の方には相談員からあすなろでの生活について丁寧に説明し、理解して頂ける様にし、利用に対する不安を軽減できる様にする。

#### ④ 社会との関わり

新規利用者、緊急のショートステイには、柔軟に対応し、社会資源の1つとしての役割が果たせる様にする。

見学、相談にも対応し、施設内を説明しながら見学してもらう事で施設の様子を知ってもらう。

#### ⑤ 利用について

利用者、家族の希望期間、日数に柔軟に対応出来るようにしながら、利用者の滞在人数を均一にできる様に努め、必要に応じてケアマネとも連携・調整していく。希望に応じる事が出来ない時はキャンセル待ち出来る事を説明し、空きが出たらすみやかに連絡調整をし、利用に繋げていく。

#### ⑥ 家族との関わり

相談員、ケアワーカーが出来るだけ送迎に行く様にする。家族と関わる事で家での様子を聞いたり、本人の背景が見えたり、情報収集が出来る。

家族の面会時は、必ず挨拶し、曖昧な事を伝えてしまう事で家族が不安や混乱してしまう事を避ける為に、利用中の様子を相談員が伝えていく。また家族との関係が円滑になる様に、いつもと様子が違う時には連絡をし、その都度家族の意向を確認、相談して対応していく。

#### ⑦ 防災について

毎月の訓練は継続しながら各職員が備蓄品の保管場所・内容を把握し、その時が起こってもマニュアルに沿って慌てず、落ち着いて行動が出来る様にしていく。

緊急時の際の連絡等についても、検討していく。

### 特養・ショート共通の年間行事

4月		10月	衣替え
5月	運動会	11月	
6月	衣替え・歯科検診	12月	お楽しみ会
7月	七夕飾り作成・納涼祭	1月	初詣
8月		2月	節分
9月	敬老会・健康診断	3月	お花見・健康診断

### 定例行事

- 第1水曜日 シャイニング
- 第3水曜日 モルティー
- 衣替えは衣類の様子によって家族と相談しながら随時対応
- 月間で生きがい活動を定期実施
- 喫茶は不定期に実施

## 職員研修計画

<特養職員会議で実施>

※毎回実施するテーマ 各委員会報告（事故・拘束、公衆衛生、褥瘡、防災、生きがい、医療行為）

その他 4月；看護師不在時の対応・救急車対応 5月；認知症について  
6月；虐待について  
7月；ターミナルについて（精神的ケア含む）（指針・対応方法）  
8月；非常災害時の対応  
9月；身体拘束について（指針・対応方法）  
10月；褥瘡対策（指針・対応方法）  
11月；精神疾患について  
12月；プライバシーの保護  
1月；医療に関する研修 自己評価  
2月；レベルアップ研修 来年度の目標  
3月；レベルアップ研修

<内部研修>

「感染症及び食中毒の予防及びまん延防止について」  
「事故発生予防に関する研修」 「看取りについて」  
「地域について」

<外部研修>

「認知症について」 「身体拘束について」

<全体研修>

「法令遵守」 「介護福祉サービスについて」 「事故防止」 「感染症予防」

## 3、在宅事業

### （基本方針）

お年寄りのケアをしていくにあたって、全てのサービスでケアの基本になるのは在宅（家）での生活と考える。家でどんな生活をしているか？家でどんな生活をしてきたのか？を知ったうえで、はじめてお年寄り1人1人に添ったケアがおこなえるのではないか。そこを大事に在宅サービスとして事業を展開していきたい。

地域のお年寄り、またそのご家族の在宅生活を長く支えていくため、通所介護・訪問介護の各事業が在宅サービスとして短期入所等、他部署と連携しながら総合的なサービス提供を行い、常に「利用者、ご家族のニーズの変化、法令面のうごき、地域の様子」を意識し、情報収集に努め、サービスの質の向上のため見直しを行いながら、柔軟なサービス提供を目指していく。

### ○連携

デイ、ヘルパーではなく、在宅サービスとしての一体的な体制作りを行い、自然に連携のとれたサービスを提供できるよう努力すると共に、在宅サービスとしてのケースの情報の共有、苦情の対応等、サービス間の連携を意識していく。

デイ、ヘルパー合同で職員育成のための会議も続けていく。

### ○体制

24年度は施設全体の組織が大きく変わる。それに伴い、在宅も新体制でのスタートとなり幹部職員を中心に新体制を定着させる。

### ○職員教育

幹部職員、ベテラン職員、中堅職員、新人職員それぞれ目標、やりがいをもって業務にあたるよう、また、職員の技術、意識において質の向上をはかるため、それぞれの希望を取り入れ、目的をもち内部・外部研修に取り組み、報告会を行いより充実したものにしていく。また、救急時の対応、介護保険制度等の学習機会等、事業所としての最低限の研修も引き続き計画をたて実施していく。デイサービスに関してはひきつづき、看護師からの簡単な医療知識研修を続けていく。

在宅サービスとして合同の研修会も実施していく。

### ○家族、地域へむけて

それぞれのサービスでの活動の様子、取り組み等を家族、地域の方に理解してもらえるよう、S型への参加を続けていく。また、地域が在宅サービスに何を求めているのかという視点をもちながら活動していく。

## 防災対策の整備について

東日本大震災を受け、今までの防災に対する考え方、マニュアルは通用しないことを痛感した。在宅サービスは幅広い多くの場面が想定され、マニュアル作成など、対応策を準備していくことは、大変困難な作業になることが予想されるころではあるが、通所介護事業所・訪問介護事業所、あすなる職員として災害時、どんな動きをするべきなのか？今準備しておくことは何か？等、早急に「防災対策の整備」をすすめていく。

## デイサービス（通所介護事業）

### 介護理念（認知対応型 共通）

「愛優笑」 えがお ～気づこう 考えよう やってみよう～

- ・ たくさんの笑顔をみるために、たくさんの愛をもって、たくさんの優しさで、安心、安全そして元気を提供したい。
- ・ お年寄りのこと、職員のこと、業務のこと、いろいろなことに「気づきたい」、そして「考える」、考えたことを「やってみる」を繰り返す そんなチームを目指したい。

～そして、特養、ショート併設という好条件な環境にあるが、特養併設だから、ショートがあるからではなく、「ここがいいからあすなるデイを利用したい」と選んでもらえるデイサービスを作りたい。

### 1 個別対応

定員 29 名と大きな集団にはなるが、ケア、アクティビティ活動等、「個」を大切に考えていく。

#### ①お年寄りのケア

- ・ 排泄チェック表、健康チェック表、等記録を活用して個別記録を作成、また、テーブル担当の職員を中心に、状態の変化等申し送りの徹底により、職員がお年寄りの状態をきちんと把握したうえで援助をおこなっていく。
- ・ ケアマネからのケアプランをもとに、お年寄りの家庭生活を考慮した個別のケアプランを作成し、それぞれの目的にあった援助をおこなっていく。家族・ケアマネにも交付する。また、統一された視点でケアができるよう、プランをもとに一人ひとりのお年寄りのケアポイントを職員で話し合い決定する（ケアポイントとは職員がお年寄りのどこに着目し、注意してケアをしていくかのケア項目）。ケアの中で検討していく必要がある事は随時確認、検討、申し送りを行い、職員全員で把握していく。
- ・ 歩行方法や食事形態などのケアについて、家ででの生活と繋がりのあるケアを目指すために家族に家での様子、希望なども確認する機会をつくり在宅生活が続けられるケアをしていく。

#### ②アクティビティ活動

- ・ お年寄りの身体、精神レベル、楽しいの感じ方はひとりひとりちがう。皆に満足してもらえるよう、

その方にあった取り組みをしてもらえるよう、1日に4～5種類の活動を計画し、その日やりたい企画をご自分で選んでいただき参加してもらおう小グループ活動を引き続きおこなっていく。また、その方がデイへ通っている目的、家族の考え方も考慮し、強制はしないが他の活動を勧めるなど工夫していく

- ・ 活動は季節行事、身体をつかう活動、頭をつかう活動、手先を使う活動、足湯、ゆったり入浴、屋外活動（機能訓練）、調理、おやつ作りなど、お年寄り、家族の意見を聞きながらバランスよく組み入れる。

また昨年度の挑戦で取り組んだ「中庭の活用」、「野菜を育て調理して食べる」活動も継続していく。

- ・ 活動1つ1つの目的を明確にし、お年寄りにも示した上で選択してもらおう。

### ③お誕生日の取り組み

- ・ こちらからの一方的なお祝いではなく、本人の「願い思い」を探して、それに近い形でお誕生日の取り組みをひとりひとりさせてもらう。「願い思い」に関しては、その方の歴史、生活をよく知ることで見えてくる面もあるので、職員は個を知る努力をしていく。
- ・ 誕生日の取り組みがその日だけのものでなく、お年寄りにとって目標づくりなど、生きる意欲につながるような自立支援のきっかけになればという意識をもち取り組む。
- ・ 家族や地域の方にもあすなろでの様子を知っていただくいい機会になるので、引き続きデイ新聞特別号や、家族への招待状をだすなど工夫してお知らせし、この取り組みについて、目的等まで深く知っていただけるようにする。
- ・ 職員にとっても、お年寄りと1対1で関われる貴重な機会となり、大きな感動を感じることもできる場面も多い。この取り組みの目的はぼやけがちであるが、お年寄りにも深い喜びを感じてもらえるよう、職員が「お誕生日の取り組み」の意味、目的を理解し取り組んでいくことに力をいれていく。

## 2 自立支援

- ・ お年寄りのレベル低下を防ぐため、能力をきちんと把握し、なんでも援助するのではなく、ご自分でできることは励ましながら、見守るよう接していく。また、活動の中で在宅での生活動作に生かせる機能訓練、例えば調理、日曜大工のような作業なども取り入れていく。

## 3 家族、地域との連携

- ・ あすなろデイの活動を、家族、地域に知ってもらうよう新聞の発行を引き続き行う。また、家族に対してはケアプランの交付、お誕生日の取り組みへの参加などをおし、今まで以上に情報交換できるようにする。また、他事業所にも新聞の配布、ホームページ等をおして活動を紹介していく。
- ・ 地域のボランティアは積極的に受け入れていく。
- ・ 地域の中で自分たちができること、必要とされていること（役割）を考えながら、楽しくS型への参加を続けさせてもらう。

## 4 業務

- ・ 相談員、介護職員、看護師が責任を再確認し、専門性をいかしながら連携、協力し効率よく業務が



行えるような体制をつくる。また、行事の担当制、年間の係、業務の役割分担をそれぞれの職員が責任をもって取り組む。

- 毎日の業務に意識を高くもっていただけるよう事業所としての「小さな目標」、職員一人一人の「小さな目標」を設定しその達成を皆で確認し合う。それを繰り返して行っていくことで、事業所全体のレベルアップにつなげたい。(自己評価)
- 活動・ケース・介護方法・職員業務等について、月1回の会議、日々のミーティングで検討していき目的や意味の確認も行う。また日々の確認として、申し送りノートの活用や朝礼、行事、入浴の打ち合わせでも行う。
- 幹部職員で月1回行なう打合せは、業務全体の問題点、改善点等の検討を行なっていく。また今年度より体制が変わるため、より幹部職員の連携を強めていく。
- 業務マニュアルの見直しを年2回行っていく。(必要により随時)
- 職員の状況をみて、計画的な職員採用、幹部職員育成を行う。
- 制度を熟知し、必要な部分は整備を行なう。(提供時間、祝日稼働)
- 職員の勤務形態のちがいはあるが(正規職員・期間職員・時間給職員)それぞれの立場で理解しあい、気持ちよく働ける職場になるよう努力していく。

## 5 他部署との連携

- 訪問介護、短期入所、ケアハウス、ケアマネの利用者についてはそれぞれとの連絡を密にする。また、他事業所のケアマネに対しても、状態の変化等連絡を密にする。  
食事、おやつなど食に関することは、デイサービス利用のお年寄りにとっても大きな楽しみであるので厨房との連携も強めていく。
- これまで続けてきた「オールあすなろ」の考え方を基に、他部署との職員間の業務連携をすすめていく。

## 6 事業所としての方向性

- 利用率向上、利用人数のばらつきを防ぐために、ケアマネや家族と利用希望、空き情報の連絡を日々行う。また、できる範囲のサービスは柔軟に対応するようにする。
- 常に利用者のニーズがどこにあるのかを見極め、経営の面からも新しい方向性を検討していく。(祝日稼働、提供時間の検討)

## 7 感染症等対策

- 利用開始時に診断書の提出を求め、感染症の有無を確認し、職員が媒介者にならないように細心の注意を払う。必要があれば主治医との連絡をとる。消毒等の対応についてはマニュアルに添って行う。
- 引き続き、感染症及び食中毒予防及びまん延防止マニュアルに添った研修を行う。

## 8 事故防止・苦情対応

- ヒヤリハット報告、接遇チェックを毎日ミーティング、朝の打合せの中で確認、毎月の会議で再度見直すことで事故防止につとめる。また、起きてしまった事故に対応できるよう、事故対応マニュアル

ルに添った研修を行う。

- ・ ヒヤリハットの対策から作成された、「送迎時注意リスト」「靴の履き替えリスト」「入浴時注意リスト」「入浴時フロア注意リスト」「臥床者リスト」「口腔ケアチェックリスト」、各テーブルのチェック表（爪切り、髭剃り、荷物の確認）を活用し、ミスから生まれる事故、苦情を防ぐ。
- ・ 車の運転は安全運転を徹底する。またあすなろの看板を背負っているという意識を常にもち、一般車両へのマナーを怠らないようにする。
- ・ 苦情に関しては、苦情の大小を問わず丁寧な対応をし、（マニュアルに添って）今後に生かすようにしていく。

## 9 介護予防通所介護

- ・ 介護予防も自立支援の一部としてとらえ、「いつまでも健康で自立した暮らしが営めるよう、心身の低下を予防する事」を目的として介護予防に取り組んでいく。現在の活動を大きく変えるのではなく、活動の中で「予防」の分野を確立させたい。「予防」についての情報収集、学習を積極的に行い、アクティビティ活動等、介護予防としての活動を整えていく。

### ★ デイサービスh 24年度の挑戦

今、行っている取り組みの目的を職員みんなで確認し合い、みんなで理解し活動していく。

## 認知症対応型デイサービス（認知症対応型通所介護事業）

（介護予防認知症対応型通所介護）

基本的な考え方、業務推進については通所介護事業と同様で活動する

### 認知症対応型通所介護事業としては

あすなろが開所し15年目。デイサービスも開所時から併設型、認知症対応型を行ってきた。この14年の実践の中で認知症の利用者さんに対するケアについてもいろいろ考えることができた。そして、今、認知症予防、軽度の認知症の進行予防が大事なのでは？という発想にたどり着いた。そして、「認知症予防」に重点をおいた認知症対応型デイサービスを行いたいと考え、それを実践していく。

### 基本的なケアの方針

- ・ 「自分で選ぶ」「自分で決定する」「自分で行う」ことの支援をする。
- ・ 自宅での生活を意識し、生活に活かされるようなプログラムを用意する。
- ・ 自宅で介護されている家族との連携を強くもち、家族への柔軟な支援もしていく。

## プログラム

- 生活密着脳トレ

「漢字」や「計算」ではなく、実際の生活に役にたててもらおうよう、「買い物計算問題」や「ゴミの出し方問題」などで脳を刺激する。

- 個人ノート

日にち、朝ごはんのメニュー、健康観察の結果、デイで行ったこと・・・など、時間をとお年寄りに書いてもらう。

- 回想法

お年寄り一人ひとりが現在を豊かに生きていくために過去の回想を語るのは自然なことで、回想を通して過去を現在に生かしている。高齢者の歴史、体験、こだわり、習慣をより深く理解し、日常の援助に生かせるよう回想を取り入れたいと考えている。

- アクティビティ活動

アクティビティ活動としては、第1週「屋外活動」 第2週「予防向けお勧め行事」 第3週「おやつ作り」 第4週「回想法」を提供していく。また1ヶ月を通して「月のテーマにちなんだ壁面作り」「個人の趣味活動」「ゴミ袋作り」等をお年寄りの選択のもと行っていく。

- 生活機能維持訓練

職員が何でも全てやってしまうのではなく、家庭での生活維持を意識し「お茶だし」「食事の配膳」「盛り付け」「食事の量の調整」「下膳」「茶碗洗い」等なるべく自分でやってもらうことを大切にする。

# ヘルパー（訪問介護事業）

## 介護理念

### 寄り添うこと から

～お年寄り、ご家族のこれまでの生活、これからの生活、いろいろな思いに「寄り添う」ことからヘルパーの仕事は始まる。そして、寄り添い続けたい…

- ・ 「いつまでもこの家で自分らしく暮らしたい！」そんな当たり前の思いを支えたい
- ・ たくさんの「和」をつくりたい  
～お年寄りとの和、ご家族との和、地域との和、職員同士の和、信頼の和、笑顔の和、明るい和～

## 1 自立支援

- ・ 過剰な援助をしてしまいがちであるが、介護保険上の訪問介護として常に「自立支援」を念頭におき、お年寄りの身体的、精神的能力を見極める目をもち、できることはやっ<sup>て</sup>いただき、見守る。また、できることを増やしてもらうような声掛け、援助を心掛け活動していく。

## 2 家族、地域との連携

- ・ 活動の場が地域になるので、自然と地域の方と接する機会が多くある。お年寄り、家族、地域のニーズをキャッチする等、お年寄りと地域、また、あすなると地域のパイプ役になるような意識を持ちたい。また、家族に対しては、ケアプランの交付などをおし、情報交換するようにしていく。
- ・ ヘルパーの活動、会議等の取り組みの様子を家族や地域に知ってもらえるよう、あすなる通信、ホームページの活用や、ヘルパー通信の内容を充実させていく。

## 3 サービス提供

- ・ ケアマネからのケアプランをもとに、個別のケアプランを作成し、それぞれの目的にあった援助を行っていく。また、利用者、家族には説明をして交付する。ケアマネにも交付する。
- ・ モニタリングは定期的に行ない、サービス提供の点検をしていく。問題点、気付いた事等を取り上げ、担当者会議などを通して、ケアマネに伝えてプランの変更の検討などへつなげていく。
- ・ サービス提供責任者を中心に日々情報交換をしていきながら、積極的にケース検討をひらく事により、いつでも誰でも同一の援助を提供、継続でき、「何の為に訪問しているのか？」という訪問の目的を理解、確認していく。

## 4 業務

- ・ ヘルパー会議は月1回全スタッフで行い、事故対策、研修を中心に連絡、調整等を行う。
- ・ 業務マニュアルの見直しを年2回行っていく。（必要により随時）
- ・ 制度を熟知し、必要な部分は整備を行なう。H24・4 改正により導入される「定期巡回・随時対応サービス」については周りの動向をみていきたい。

- ヘルパーの業務的に単独での活動が主になる為、職員間のコミュニケーションがとりにくいのが現状である。少しでもその部分を補い、「ヘルパー通信」「ヘルパーかわらばん」の発行を通して、全スタッフが関わって作成することを大切にする、などチームワークよく業務が行えるよう、楽しみながらコミュニケーションがとれるものを工夫していく。

- あすなるヘルパー介護理念はいつでも目に入るヘルパーステーションに掲げる。

## 5 介護予防訪問介護

- 基本的には訪問介護の考え方が同じだが、より介護予防、自立支援を念頭に意識して活動していく。

## 6 感染症対策等

- 利用開始時に診断書の提出を求め、感染症の有無を確認し、職員が媒介者にならないように細心の注意を払う。必要があれば、主治医との連絡をとる。消毒等の対応についてはマニュアルに添って行なう。
- 引き続き、感染症及び食中毒予防及びまん延防止マニュアルに添った研修を行なう。

## 7 事故防止・苦情対応

- 「ヒヤリハット報告」「利用者の声メモ」を活用し事故防止、苦情対応に努める。具体的な方法としては全スタッフが関わるかたちで「ヒヤリハット、利用者の声会議」を開き、ヒヤリハットについては、原因究明 再発防止について、利用者の声については定期的に対応について話し合い、その内容を全体会議で報告する。

- また、事故対応マニュアルに添った研修を行なう。

## 8 新体制の定着

- 施設の新体制を受け、在宅部として 訪問介護部門としても新しい体制となるため、体制の定着に重点を置く。

## 9 体制強化・職員育成

- 多くの需要に対応できるよう、また「特定事業所」としてレベルの高いサービスを提供をおこなうため、職員育成を中心とした体制の強化に力をいれていく。
- 時間給職員の多様な勤務形態・労働条件の整備
- 事業所として力を付けて行くため、技術、知識等含めた研修を様々な形で、職員一人一人の年間計画を作成し実施していくことでレベルアップを目指す。
- 職員の質が大事なお仕事である。長く勤務できるよう、相談助言等、働きやすい環境作りをする。
- サービス提供責任者以外のスタッフも担当者会議等に参加する機会を作る。

## 10 自己評価

- 24年度の重点課題を踏まえ、23年度から始まった「月の心掛けと自己評価」は継続していく。この取り組みを会議などで確認し合い、事業所としてのレベル向上につなげていく。

## 1.1 他部署との関係

- ・ 通所介護、短期入所、ケアハウス、ケアマネの利用者についてはそれぞれとの連絡を密にする。また他事業者のケアマネに対しても、状態の変化等連絡を密にする。
- ・ これまで行なってきた「オールあすなる」という考えを基に、「特養の洗濯業務」など部署にこだわらず、あすなる職員として協力、連携する姿勢を常にもっていく。

### 在宅研修計画

事故防止(ヒヤリハット) 接遇改善については、毎回の会議の中で研修を取り入れていく。

### 在宅サービス(デイ・ヘルパー) 職員研修計画

	デイサービス	ヘルパー
4月	業務マニュアル研修、見直し 感染症マニュアル研修	
5月		業務マニュアル研修、見直し 感染症マニュアル研修
6月	事故対応マニュアル研修 感染症マニュアル研修	
7月		事故対応マニュアル研修 感染症マニュアル研修
8月	個人情報取扱い研修 感染症マニュアル研修	
9月	自己評価	個人情報取扱い研修 感染症マニュアル研修・自己評価
10月	認知症研修・利用者の意向、満足度調査 感染症マニュアル研修	
11月		認知症研修・利用者の意向、満足度調査 感染症マニュアル研修
12月	業務マニュアル研修、見直し 感染症マニュアル研修	
1月		業務マニュアル研修、見直し 感染症マニュアル研修
2月	身体拘束廃止研修 感染症マニュアル研修	
3月		身体拘束廃止研修 感染症マニュアル研修

## 4、ケアハウス

### (基本方針)

ケアハウスは、集団生活の難しさも抱えてはいるが、ケアハウス全体として大きな家族のように入居者同士が思いやりを持ち、見守りあっている。施設入所という形ではあるが、入居者が自立した日常生活を送ることができるように職員は専門職として行動する。その上で地域の中で、自分なりの自立した生活を継続できる生活のノウハウを蓄積し、ケアハウスが自ら情報発信や地域活動ができるようになることを目標とする。

(ケアハウスの日常生活とは)

入居者が安心できる生活をおくる。

入居者が自分なりの自立した生活をおくる。

入居者が個性を發揮できる生活をおくる。

### 1. ケアプランの作成、実践、見直し(本人、家族の意向を組み入れる)

#### ① 入居者の健康と体力の維持

- 健康診断の結果と注意点を把握し、主治医と協力関係を築く努力をして、ケアプランに活かす。
- 体を動かす機会の少ない入居者に対して、レクなどを通じて体力維持向上できるようなサポートを考えていく。
- 口腔ケアについて入居者への啓発を行う。

#### ② 自立者の生活と主体性を引き出す。

- やまぶき(入居者の自治会)解散後、入居者が自主的に暮らしやすいケアハウスを目指して活動する姿勢が見られつつあるため、それを新たな「自主組織」の芽生えと捉え見守り育てて行く。
- ケアハウス入居により、あきらめたり、依存するのではなく、主体的に生活できるようにケアプランを作成する。

#### ③ 要支援者・要介護者への援助

- 担当ケアマネのプランとリンクしたケアプランを作成し、ケアハウスの生活を支えていく。
- ケアハウスでの生活を維持できるように、ケアハウスのサポートシステム、各種サービスを利用し支えていく。
- ケアハウスでの生活に不自由が出現してきた時に、サービスを利用して生活する、転居する、住家として家族やほかの支えで生活する等、入居者、家族、ケアマネと相談しながら今後について方針を立てていく。
- 多くの入居者の最大の不安となっているターミナル(家族との関係、主治医との関係、訪問看護、ショートステイなどの介護保険サービスとの関係など)について検討する。

#### ④ ケアの統一

- 申し送りの時間をケアプランの検討や、入居者の課題や状況を的確に把握し、業務を円滑に行うためのミーティングの時間とする。

### 2. ご家族との関係

- ケアハウスの役割や理念等ご家族に伝えることでケアハウスを理解していただく。

- ・ 施設行事に多くの家族が参加してくれるように、その都度呼びかけていく。
- ・ あまり訪問がない家族、近くに身内がない等、本人の状況が正確に伝わっていない場合や、訪問があっても今後についての見通しを立てるためにも、ご本人の様子や、ケアハウス内の出来事を個別にもしくは通信などでご家族にお知らせしていくなかでケアハウスとのつながりを強化していく。
- ・ 緊急時の対応、レベルが低下した時の家族の協力、介護が必要になった時の介護サービスの利用、ケアハウスでの生活が困難になった場合について、随時話し合いを持ちながら、ターミナル期をどう過ごさせたいか、ご家族の意向を聞いておく。

### 3. 職員のレベルアップ

#### ①ケアプランの取り組み

- ・ ケース検討からケアプラン作成、実践、見直しに職員全員が関わり、個別ケアを意識し課題を克服できるようにする。

#### ②職員研修

- ・ 認知症の理解、入居者の意欲を引き出す関わり、レクリエーションなど外部研修に参加し、ケアハウス職員会議で報告、話し合うことで新しい実践やケアの内容を深める努力をする。
- ・ 自施設だけでなく、他施設や地域に目を向け、ケアハウスのあり方を考える。
- ・ 全員が同じように業務を行うことができるように、また常に状況に応じた変化に対応できるように随時マニュアルの見直しをする。
- ・ 施設内で調査、研究の機会を持つ。

### 4. 連携について

#### ①ボランティア

- ・ 現在入っているボランティアは、継続できるように協力しながら、新たなボランティア（趣味の講師、慰問、セラピー等）を開拓する努力をする。

#### ②他事業部との連携

- ・ 支援センターに地域のお年寄りと同様にケアハウスの入居者を見てもらい、地域に生きることを考えたり、迅速なサービス導入ができるようにする。
- ・ 要支援者、要介護者については、担当ケアマネからケアプランを交付してもらい、他事業部と連携しチームで支えていく。
- ・ ケアハウス単独の給食委員会を（年2回）設け、又「ケアハウス連絡ノート」の活用により、食事が楽しみとなっている入居者の意向を厨房に伝え、またバランスの良い食事の必要性、及び食中毒予防の重要性を伝えていく。
- ・ 特養の介護職員、夜間管理人に入居者の状況を小まめに連絡しておき、緊急時の対応、体調不良時の夜間の対応をお願いする。

#### ③地域との関わり

- ・ 入居者、家族あてのお便りを個人情報には注意を払いながら更に広げていく。
- ・ 地域包括支援センターと連携し、ケアハウスの入居者と関わりを持ってもらうとともに、ケアハウスを地域の資源としても活用してもらう。
- ・ S型デイサービスに、入居者が参加できるように協力する。



- ・ 地域の行事（関田神社の行事、飯田祭り）に積極的に参加するなど新たな地域とのつながりを検討する。
- ・ 「特養あすなろの家」を「ケアハウスしみず」の住人にとって最も近い地域と位置づけ、ケアハウスの住人がそこでボランティア活動などの地域活動ができるよう支援する。

## 5. 運営について

- ・ 速やかな入居のためにお便りを送るなど待機者の状況を把握する。
- ・ 新たな入居希望者を募るためにホームページの活用など、ケアハウスについて正確な情報を流す努力をする。
- ・ 入居申し込み思案中の人や、入居申込者に対して「体験入居」を積極的に勧め、「ケアハウスしみず」に対する理解を深めてもらう。

## 6. 苦情、事故対応 環境整備

- ・ すべての苦情に誠意をもって対応し、職員間で共通のルール作りをしていく。
- ・ 苦情の公開を行い今後に生かしていく。
- ・ 「ご意見箱」の利用やアンケート等を通じて入居者の表面に出にくい意向をくみ取る努力をする。
- ・ 自己評価を実施する。
- ・ 事故防止のために、事故対策委員会を開催し、把握できる事故は把握し今後に生かしていく。また日常的に危険箇所の発見、解消に努める。
- ・ 緊急時の対応について職員、入居者、家族へ徹底する。
- ・ 外部からの不審者の進入等に備えて、防犯カメラを活用し、入居者の安心、安全を図る。
- ・ 常に施設内を清潔に保ち、感染症等に対する意識を高める。

## 7. 防災について

- ・ 入居者の防災委員と年4回会議を行い、入居者と施設と協働で防災について考えていく。
- ・ 「地震時の緊急対応マニュアル」「火災発生時対応マニュアル」を使いやすいものにできるように、入居者と一緒に見直していく。

## 年間行事計画

	ケアハウス行事	施設行事	その他
4月	プチ行事		
5月	<u>バス旅行</u>		
6月	喫茶		
7月		納涼祭	
8月	<u>プチ行事</u>		
9月		敬老会	
10月	バス旅行		<u>飯田祭り</u>
11月	喫茶		<u>静岡市清水福祉総合文化祭</u>
12月	クリスマス&忘年会		
1月	<u>プチ行事</u>		
2月	新年会		
3月	喫茶		

\* プチ行事、その他は以下の行事を視野に入れて、検討する。

ミニバザー ミニドライブ 買い物ツアー 初詣 カラオケ

新たなクラブ活動の開始 趣味の発表の場づくり 〈ケアハウス文化祭など〉

## 定例行事

短歌教室 第4金曜日

脳トレ 第1日曜日

## 職員内部研修計画 (ケアハウス職員会議で実施)

4月 秘密保持について

5月 「緊急時の対応マニュアル」について

6月 「地震時の緊急対応マニュアル」について

7月 「感染症・及び食中毒予防対応マニュアル」について

8月 「火災発生時対応マニュアル」について

9月 事故対策について

10月 介助法

11月 入居者の抱える病気について

12月 「感染症・及び食中毒予防対応マニュアル」について

1月 介護保険の知識

2月 苦情処理について

3月 事業計画の周知

外部研修参加 救急法 高齢者に生じやすい症状について 認知症 成年後見制度 レクリエーション  
軽費部会研修

## 5、ケアマネ（居宅介護支援）在宅介護支援センター

### （基本方針）

「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援する」ことを目標に、介護が必要な状態となることを予防し、介護が必要な状態となった場合にも、介護サービスを利用し自立した生活のための能力維持、向上に向け支援する。また、利用者の方がその人らしい生活を送っていただけるとともに、家族にも在宅介護を維持していただけるような支援およびアプローチを行なっていく。

さらに、新体制での運営の基本方針のもと、あすなろの家の職員であることを常に意識した行動と「オールあすなろ」体制の一翼を担うことを心掛けていく。

## 居宅介護支援事業

### ① 介護保険制度に関する業務

介護保険制度において、ケアマネジャーに課せられる役割を十分に理解し、常に利用者本位であることを意識したケアマネジメント及びそれに伴う業務を行なっていく。

<要介護（要支援）認定申請>

- ・利用者の希望に応じ、要介護（要支援）認定の申請について代行申請支援等の支援を行う。
- ・利用者の状態が変化した際は、要介護認定区分変更申請を速やかに援助する。

<その他介護保険に関わる申請>

- ・介護保険制度に関する必要な申請（負担限度額申請、居宅サービス利用促進事業申請等）についても必要に応じて援助をする。

<要介護認定訪問調査>

- ・行政からの委託を受けて公平、公正かつ適切な要介護認定調査を実施する。

<アセスメントの実施、サービス担当者会議の開催およびケアプランの作成>

- ・利用者宅を訪問し、適切な課題分析（アセスメント）を行う。
- ・サービスの開始時および状態変化によってサービス内容が変更となる際は、サービス担当者会議を実施し、適切なサービスが利用者へ提供されるようサービス提供者間での情報の共有を行う。
- ・課題分析、担当者会議の結果によりケアプランを作成し、利用者及びサービス事業者に交付する。

<サービス調整>

- ・利用者へのサービス利用票の交付、サービス事業所へのサービス提供票の交付を確実にいき、確実にサービスが提供されるよう調整を行う。

<関係機関との連携>

- ・利用者が、住み慣れた場所で自分の生活を続けるために、本人、家族、サービス事業所、行政機関（包括含む）、医療機関等との信頼関係を構築する努力を常に行い、緊急時の対応も可能になる体制を作る。
- ・事例検討会、地域包括支援センター主催の会議へ参加し各機関と円滑な連携に努める。

## ② 情報の共有と連携

施設全体が新体制となることから、情報の伝達、共有をこれまで以上に意識し、他部署との連携を図るとともに、地域（地域包括支援センター、地区社協等）とも連携を図り、地域に向けた施設運営の一翼を担っていく。

<支援センター内およびケアマネジャー間の情報共有、連携>

- ・「オールあすなろ」体制を意識し、他部署との連携を随時図る。
- ・在宅介護支援センターあすなろとの連携を図り、地域資源、地域ニーズの把握に努めるとともに、インフォーマルサービスの活用に努める。
- ・各事業部との情報共有により、介護サービスの迅速な提供および緊急時の対応などスムーズに行なえる体制を作るとともに、円滑なサービス提供が行なえるよう連携強化を図る。
- ・介護保険制度、サービス事業所の情報を日常業務やケアマネ会議の中で確認する体制を作ることで利用者にとって不利益が生じないよう努める。
- ・ニーズへの迅速な対応と、各ケアマネの不在や緊急時に対応するため、毎日それぞれの業務内容を確認し、把握できる体制を確保する。
- ・業務日誌を日々供覧することで、業務内容、ケース状況の確認を行なう。

<地域包括支援センターとの連携>

- ・地域包括支援センターから依頼を受けたケースや困難事例、虐待事例等については、予防プランのみならず積極的に地域包括支援センターと連絡を取り、連携に努める。
- ・事例検討会への参加を継続し、事例提供についても依頼については積極的に応じていく。

<地区社協、民生委員等の地域福祉団体、地域住民との連携>

- ・各事例において、必要に応じて積極的に地区社協や民生委員、地域住民と連携を図る。
- ・地区社協の活動を把握し、ケアプラン作成に有効活用していく。

## ③ 職員のスキルアップと業務の見直し

施設全体の運営方針を受け、今一度あすなろの家の職員としての意識を持つとともに、業務の振り返り、見直しを定期的に行なうことで、資質の向上を図っていく。

<質の向上と自己評価および業務の見直し>

- ・第2回目のケアマネジャーのアンケート調査を実施し、ケアマネジメントの見直しや自己評価、自己分析を行い、質の向上を図る。
- ・算定（加算・減算）確認をはじめ、課題分析（アセスメント）、ケアプラン作成、モニタリング、担当者会議などの業務が確実に実施できているか定期的に確認する。
- ・職場外での業務時は特にあすなろの家の職員であることを特に意識し、秩序ある行動を心欠ける。
- ・ケアマネ業務マニュアルの適切な遂行と定期的な見直しをする。
- ・セルフケアの実践として、業務上の悩み等が相談できる機会作りや環境作りに努める。

## ④ 地域での活動

地域で生活する高齢者の支援をする立場であり、今後は在宅介護支援センターだけでなく、

ケアマネジャーとして地域活動への参加を積極的に実践していく。

- ・「和茶屋」での出張相談を継続するとともに、来客者や地域住民向けの「ミニ講演会」を出張相談時に開催する。
- ・将来的には地域内の社会資源（スーパー、生涯学習交流館、銀行等）において、出張相談が開催できるよう実績を積んでいく。

## ⑤ 特定事業所としての活動

介護保険制度改正を受け、特定事業所の算定根拠を再度確認するとともに、算定を継続していけるよう、適切な業務遂行を実践していく。

- ・特定事業所加算Ⅱを算定し、モデル的居宅支援事業所としての活動を実施していく。
- ・主任ケアマネの配置により、より質の高いケアマネジメントを行い、地域の事業所の模範となる事業所を目指していく。
- ・ケアマネ会議を週1回開催することで、各利用者の情報伝達や地域資源の情報交換等を密に行なっていく。
- ・24時間連絡体制により、緊急時の速やかな対応が可能な体制を作る。
- ・適切な業務遂行により、加算項目を含めた介護報酬の適切な算定をする。
- ・研修計画の策定により、定期的な研修の参加、内部研修を実践しスキルアップを図る。

## ⑥ ケアマネ会議の開催と充実化

特定事業所加算算定のため、週一回の開催を基本とする上で、会議の内容を充実させ、業務遂行に必要不可欠な会議として確立していくことを目指していく。

- ・各ケアマネが意欲的に参加できるよう、書記、内部研修、ヒヤリハット集計、事例検討の事例提供、進行を役割分担化する。
- ・週一回の定期開催により、ケアマネジャー間の利用者情報の伝達、その他情報交換や事例検討、業務マニュアルの見直しを実施し、ケアマネの質の向上や業務の見直しを図る。
- ・外部研修の報告を行なうことで、研修内容を各ケアマネジャーに周知することで、研修の振り返りもあわせて行なう。
- ・日々の業務における課題や疑問などを積極的に議題として取り上げる。
- ・必要に応じて定期外での開催により、業務見直しを図る。

# 在宅介護支援センター

## ① 総合相談事業

在宅の要介護高齢者、又は要介護となるおそれのある高齢者や家族に対し、以下に記した各種相談に早急に対応し、また個々のニーズに応じたサービスの調整や各種申請などをすみやかに実施する。

- ①介護保険の利用相談、申請受付
- ②在宅での介護方法についての総合相談、支援

- ③静岡市高齢者福祉サービスの利用啓発、申請、申請受付
- ④施設入所・入院などの情報提供および必要に応じた斡旋
- ⑤地域のニーズ（高齢者、ボランティア、地区社協等）の把握
- ⑥その他高齢者総合相談

## ② 行政・地域・他事業所との連携

高齢介護課をはじめとする行政機関や、民生委員、地区社協といった地域の関係機関の方々との連携に努め、地域福祉の発展に貢献する。

- ① 高齢介護課、保健福祉センターなどの行政機関との連携
  - ・静岡市高齢者福祉サービスの調整
  - ・処遇困難ケースへの対応、連携
- ② 地区社協・民生委員との連携
  - ・介護家族懇談会への参加（年1回）
  - ・S型デイスタッフ懇談会の共同開催（年1回）
  - ・S型デイへの参加及び自立支援に対する相談、啓発
  - ・S型デイとあすなるの家の交流（場の提供、利用者間交流等）
  - ・S型デイのニーズに対応した支援
  - ・各種研修会等の共同開催
- ③ 介護保険事業所およびその他関係機関との連携
  - ・介護保険事業所との連携
  - ・インフォーマルサービスの活用と発掘（例えばいきいきセンターあすなるなど）

## ③ 地域包括支援センターとの連携強化

地域包括ケアの推進の流れの中にあり、在宅介護支援センターの役割や地域福祉への貢献を考えていく上で、地域包括支援センターとの連携強化を図り、積極的な情報交換を行なっていく。

- ① 定期的な協議の場を設ける
  - ・行政および地域包括支援センターの動き、方向性を随時把握していく。
  - ・在宅介護支援センターの活動において、地域包括支援センターの協力体制を得る。
- ② 地域向け活動を共同で企画していく
  - ・福祉マップの作成、配布を共同で実施していく。
  - ・ボランティアや地域住民向けの研修会等の共同開催していく。

## ④ 広報活動

地域住民に対し、あすなるの家や在宅介護支援センターのPRを積極的に行ない、福祉サービスの周知、利用啓発を行なっていく。

- ① 地域行事への積極的な参加
  - ・介護家族懇談会、S型デイへの参加

- ・参加要請を受けた行事への参加
- ② 「あすなろ通信」の活用
  - ・S型デイ参加時に参加者、ボランティアへ配布
  - ・いきいきセンターあすなろを通じた「あすなろの家をつくる会」への配布
- ③ 地域住民へのあすなろの家及び在宅介護支援センターの周知
  - ・あすなろ通信、S型デイ等を通じての周知
  - ・PR活動を通じて地域ニーズの把握
  - ・「和茶屋」における定期的な出前相談の継続

## ⑤ 各事業部および居宅支援事業所との連携

特養を母体とするセンターであると同時に、各在宅サービス、居宅介護支援事業所と隣接しているセンターであることから、各サービス事業部、ケアマネ、さらにはケアハウスとの連携を強化していく。

- ①特養入所相談
  - ・入所申込相談、受付
  - ・優先入所検討委員会への参加、資料作成
  - ・入所待機者名簿の管理
- ②情報の共有
  - ・ケアマネへの新規利用者の情報提供および支援
  - ・各在宅サービス事業部への情報提供およびサービス依頼
- ③行事等の活動支援
  - ・その他各事業部の地域向け活動における支援

## ⑥ 防災対策

今後高い確率で発生が予想されている東海地震をはじめとした大規模震災に対する防災対策について、地域住民や地域内の介護事業所、その他関係諸団体とともに整備を図っていく。

- ①地域住民との協議の場を設ける
  - ・自治会、民生委員、地区社協等、地域防災に携わる住民との協議
  - ・要援護者、住民ボランティア等に対する防災マップの作成を検討
- ②地域包括支援センターとの協議
  - ・災害時における事業所としての対応について協議
  - ・地域住民や地域内の事業所に対する防災ネットワーク作成の検討

## ケアマネ会議開催計画および研修計画

◆定期開催 毎週水曜日 16:00~17:00

◆参加者 管理者、ケアマネ、在宅介護支援センター相談員

★第1水：ヒヤリハット、第2水：内部研修、第3水：ケース報告、第4水：事例検討

開催月	研修内容	その他
4月	ケアマネの倫理・法令遵守	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ヒヤリハット</li> <li>・ 事例検討</li> <li>・ ケース報告</li> <li>・ 新規ケース紹介</li> <li>・ 業務マニュアル点検</li> <li>・ 事業所の情報の共有</li> <li>・ 業務の見直し</li> <li>・ 研修報告</li> <li>・ その他</li> </ul>
5月	感染症	
6月	プライバシー保護、個人情報保護	
7月	高齢者虐待	
8月	認知症	
9月	災害・防災対策	
10月	日常生活自立支援事業	
11月	成年後見制度	
12月	福祉用具の活用	
1月	セルフケア	
2月	在宅サービス	
3月	地域資源	

◎その他外部研修の参加として

- ・ 認定調査研修 ・ 成年後見制度研修 ・ 介護予防研修 ・ 精神疾患に関する研修
- ・ 介護支援専門員専門研修 ・ 在宅における看取りの研修 ・ 権利擁護に関する研修
- ・ 地域包括・在宅介護支援センター協議会研修 等



## 6、厨房

### (基本方針)

お年寄りの健康の保持と生きるための活力となり、味覚・季節感を楽しみ、且つ安全で喜ばれる食事を提供する。そのために、栄養ケアマネジメントの概念に基づき、個々人の心身の状況・特に栄養状態に見合った食事が提供できるよう努力していく。また、地域との関わりの中で『食』への関心を高め、その手助けとなれるよう努力する。

### 1、他職種との連携

厨房は全てのセクションと関わっているため、それぞれのセクションとの連携を密にし、話し合いの場を設けていく。

- ① 特養・ショートについては、アセスメント結果に基づいて個々人の疾患や栄養状態に応じた献立作成、栄養補助食品・経腸栄養剤の選択、提供回数と投与速度、投与時間、食べ物の嗜好を考え合わせ、個々人に最も適した、より具体的な栄養補給が提供できるよう栄養ケアプランを作成していく。そのために特養・ショートとの話し合いは、毎日の打ち合わせへの出席、又必要に応じて随時実施し、他職種との連携を図り進めていく。打ち合わせへの出席は栄養士が出席し必要に応じてその旨を調理員にもきちんと伝えていく。

調理員はお年寄り個々人の食事形態・栄養状態に合った食事が提供できるよう努めていく。

- ② ケアハウスについては、給食委員会または必要に応じ会議を開き、お年寄りの意向等を取り入れ献立作成・調理に反映させていく。また「ケアハウス連絡ノート」の活用により食事内容等の変更などをきちんと伝えていく。

更に、お年寄りにバランスの良い食事の必要性、噛む事の重要性を伝えていく。

また食中毒予防の知識も伝えていく。

特養とは別に、材料・食器・盛り付け等を変えるなどしてケアハウスの独自の食事を提供していく。ケアハウスの行事食を取り入れていく。(新年会などに調理員による「にぎり寿司」を実施する。)

- ③ デイについては、給食委員会を活用しデイの食事に対する意向を聞いた上で、お年寄りの意向を献立作成・調理に反映させていく。

調理員による「手作りおやつ」を定期的に提供していく。必要に応じ料理の紹介(説明)等をしていく。

### 2、職員の専門職としてのレベルアップ

入所者のニーズ(食事形態・食事量・嗜好・制限食など)に対応するため、調理責任者は、主任(管理栄養士)との連絡調整を密に行うことにより、日々変化するニーズに答えていくと同時に、各調理員の全面的なレベルアップを図る体制としていく。

- ① 的確に入所者のニーズに対応できるよう先ず調理員の調理技術のレベルアップを図る。

そのために基本的な調理技術の見直し・指導を図り、各々が的確に調理ができるようになる

と共に、積極的に調理講習会等に参加し調理技術の習得に努めていく。

また、新しいメニューについては、その調理方法を必ずノートに記載していく。

- ② 調理責任者は食事変更等の連絡を正確に伝達・表示し、調理業務（材料の切り方・調理方法・盛り付け・配膳等）が円滑に進むよう主任・他の調理員との連携を行う。  
常に「お年寄りのための食事を作っている」という認識を一人ひとりが持つていく。
- ③ 給食会議・厨房職員会議への参加により、食事に関わる問題点を話し合い、美味しく喜ばれる食事、個々人の身体状況に合った食事が提供できるよう努力していく。  
(各食事形態の食事を試食し、量・硬さ・味付け等について検討していく。また新しいメニューの試食会も実施し各セクションの意向を参考に調理に反映させていく。)
- ④ 調理員の内部研修（テーマを決める）の実施によりお年よりの食事状況を把握し適した食事形態・調理方法で食事が提供できているか？を確認し、より適したものが提供できるよう努めていく。  
(嗜好調査の実施も行う。)
- ⑤ 外部研修などにもできる限り参加して『食』に関する知識・調理技術・栄養面の知識向上を図ると共に、衛生面についての正しい知識の習得に努める。又食事形態・咀嚼・嚥下機能が口腔ケアと深く関わっているため、口腔ケアなど他のセクションに関わる研修からの知識も重ねて習得するよう努力していく。またトロミ剤の使用方法などの研修も他職種と協力して実施していく。(平成24年度も実施予定)
- ⑥ 研修（内部・外部）などで得た知識は、厨房職員会議で発表してもらい、仕事に対する意欲・知識を高め仕事に反映させていく。
- ⑦ 厨房職員会議での栄養ケアマネジメントの報告により調理員もお年寄りの健康状態・栄養状態を把握し個々人の身体状況に合った食事が提供できるよう努めていく。
- ⑧ 調理員の献立を取り入れ、調理することによって、献立に変化をつけると同時に仕事(調理)に対する調理員の意欲・知識を高めていく。

### 3、新しいものへの取り組み

栄養ケアマネジメントの開始に伴い、個々人のお年寄りの咀嚼・嚥下機能に合った食事、同時に状態を改善するための食事を提供し食生活の向上を図っていく。そのために他職種と協力し口腔機能訓練などを取り入れ咀嚼・嚥下機能のアップを図り、経口摂取が継続できるよう支援していく。

- ① むせがある方の水分補給ゼリーとして「お茶ゼリー・ポカリゼリー・黒蜜ゼリー」、栄養補給ゼリーとして「サンゼリー・アルジネードウォーターゼリー」等、「あすなるの家」独自のゼリーを提供し

栄養状態の改善を図っていく。

② 手作りのおやつを増やし、おやつにも変化をもたせ楽しんで頂く。

③ 必要時、身体状況によりゼリー食の提供をしていく。

#### 4、衛生管理

HCCAPの概念（全ての調理工程における衛生管理の徹底化）に基づいて衛生面の重要性を伝えていく。（手洗いの徹底・食材・食品・調理の温度管理・保存管理・毎月の保菌検査等）

更に「大量調理施設衛生管理マニュアル」に基づき「衛生管理点検表」を活用し、調理員の衛生面に対する意識を高めていく。（同時に家族の健康管理の把握をしていく。）

行政からの食中毒連絡事項等を全職員に放送または文書で伝える。また全職員会議の際に「食中毒予防の講習会」を実施し、全職員の衛生管理に対する意識を高めていく。

常に衛生面の意識付けをするために「ATP検査」を定期的実施していく。

#### 5、防災

一番「火元」になりやすいため、一人ひとりが火災・地震に対する危険性・重要性を認識して仕事に取り組むよう努力していく。

月一回、防災委員会を中心に注意事項を確認し、報告書を提出する。

特に厨房職員は「非常用備蓄食品」の取り扱いがスムーズに実施できるようその知識を周知する。

定期的に非常用備蓄食品の確認を行い、不足したものは随時補っていく。

年2回防災訓練を実施する。（1回は炊き出しによる訓練）

#### 6、地域との関わり

生活の基盤となる『食事』について、その重要性を施設のお年寄りだけでなく地域の方にも関心を持って頂きたい。「あすなる通信」「在宅の調理講習会」などを活用して、いろいろな献立の紹介、食事の大切さを伝えていく。

#### 7、地産地消への取り組み

地域と協賛し、安心・安全・新鮮・低価格な食材（主に米・野菜等）を取り入れていく。

#### 8、職員の健康管理

職員の健康管理の一環として、全職員会議の際に「栄養指導の講習会」を実施する。

#### 9、職員会議

以上の計画を進める上で「厨房職員会議」を月1回実施するとともに、常に問題点と改善方法を明らかにするため、「厨房打ち合わせ」を定期的開催する。

## 職員内部研修計画

毎回実施するテーマ「栄養ケアマネジメント経過報告」「感染症および食中毒の予防およびまん延防止マニュアル」の読み合わせ 「衛生管理（清掃面等）の確認」

4月；「食事形態の見直し」「ケアハウスの食事について」

5月；「調理方法について」・・切り方、作り方、味付けなどの再確認、疑問点の検討

6月；入所者に合った食事形態で提供されているかの検討。（きざみ食、超き食の方の食べている様子を観察）

7月；「食事形態の見直し」「ケアハウスの食事について」

8月；衛生管理の見直し（ごきぶりの発生具合、冷蔵庫内の汚れ、換気扇の汚れ等）

9月；「調理方法について」・・切り方、作り方、味付けなどの再確認、疑問点の検討

10月；「食事形態の見直し」「ケアハウスの食事について」

11月；嗜好調査及び報告

12月；入所者に合った食事形態で提供されているかの検討。（きざみ食、超き食の食べている様子を観察）

1月；「食事形態の見直し」「ケアハウスの食事について」

2月；「調理方法について」・・切り方、作り方、味付けなどの再確認、疑問点の検討。

3月；新しい献立について（取り入れたい献立など）

## 7、個別課題について

### (1) 新管理体制の構築

平成24年度は、施設長交代に伴い新たな管理体制でのスタートとなる。あすなろの家全体の運営・経営の基本方針のもと、今期はまず人員配置の見直し、各職員の役割りと業務内容の見直し、研修体系と給与体系の検討を実施する。そして介護保険改正に伴う算定基準を研究し、利用者のニーズに合ったサービス展開を行う。介護保険が社会的に定着し、多様な施設の増加に伴い、利用者・家族・国民の意識が変化し、施設に求める「サービス」の質・内容も大きく変わりつつあることを強く意識し、全職員への周知を行う。

### (2) 人材育成・研修

利用者の多様なニーズに対応できるように、これまで以上の、またこれまでとは異なるケアに対する姿勢・職員の質の向上に努めたい。いままで各部署に任せてあった研修に関して、オールあすなろを踏まえ、施設全体の向上・相互間協働を見据えた研修のシステムを構築する。

### (3) 防災対策

災害時に入居者及び職員の安全を確実に確保するために、①全職員防災訓練、②各部署の毎月の訓練の充実を図る。また、特に夜間においては職員による避難が不可能なことから、全職員はもちろん、消防・消防団・地域住民の協力が適切に得られるよう対応を検討する。

平成23年3月11日の東日本大震災を忘れることなく、必ず起るであろう東海地震に備えて、①住環境の安全確保、②非常食・備蓄品の確保、③地震マニュアルの検討・周知、④太陽光発電・発電機等の非常電源の使用法訓練を進める。

また地域全体として考えると、大震災発生後には、介護が必要な方の生活が、困難を極めることが想定される。今後は、介護が提供できる設備を持つ介護施設、自治会、地区社協、包括支援センターを含め、地域で暮らす要介護者が安全に避難生活を送ることができるように、関係機関と検討を開始する必要性を強く感じている。

### (4) 施設・設備・備品の保守・改修・買替え

施設開設から14年を経過し、内装の汚れ、設備の老朽化・不具合の頻発、故障が多くなっている。今期は、故障の頻度が増してきた空調設備の大型改修を行い、入居者・利用者の快適な生活、職員の働きやすい環境を確保することに努めたい。また今後も大型機器の買替え、改修、点検を計画的に行う。