



平成23年度 **あすなろの家** 事業計画

— 目 次 —

1、はじめに	1～3
[各サービスの基本方針]	
2、特養・ショート部門	
特養（ロング）	4～7
ショート	8～10
3、在宅部門	11
デイ	12～14
認知症型デイ	15～17
ヘルパー	18～20
4、ケアハウス	21～24
5、居宅介護支援・支援センター	
居宅介護支援	25～27
支援センター	27～29
6、厨房	30～32
7、個別の課題	33



1、はじめに

平成23年度も、原則的には前年度までの事業計画を引き継ぎ、経営の維持を前提に努力致します。各事業部が創意と工夫で試行錯誤を繰り返し、ゼロから築き上げてきた自らの介護に自信を持ち、事業部間の更なる連携・協力を進めることで、それぞれの置かれている困難性や意識の違いをお互いに認識することができ、さらに「あすなろの家」はひとつであるという連帯感を強めていきます。

今後、あすなろの家が維持、存続、発展していくには、「職員集団の力量と資質」に懸っていると云っても過言ではないという判断に立ち、各職員が、各々の置かれている立場で、自信と責任を持ち、明るく笑顔で働くことのできる体制を構築していきます。そのためには、①各事業部間の日常的、かつ緊密な情報交換 ②各事業部間の日常的な相互研修 ③あすなろ全体を視野に入れた職員教育、人事などを実践していきます。

平成24年度には介護保険の改正が控えています。この1年は、情報を的確に把握し、制度の変更内容と各事業部の目指す方向性の検証が大切になり、そして地域社会に目を向ければ、この制度改正では「地域包括ケア」の推進という大きな方向性が打ち出されています。この制度の変化と、私たちと地域住民との関わりから見えてくる「真の要望」を的確に把握し、積極的に事業に取り入れ、地域福祉に反映、貢献できるように努力します。

あすなろの家 各サービスの基本方針・理念

特養（ロング）

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（短期入所生活介護）

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。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。

そして、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（訪問介護事業）

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

入居者が安心し、生き生きと明るく生活できるように必須サービスの提供のほか、入居者が各種サービス（インフォーマルを含む）を活用し、地域の中に溶けこみ自分なりの自立した生活とその人らしさを発揮できるように入居者と職員と共に歩む。

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。

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。

又、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（ロング）

（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、介護・看護・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。そのためにも、特養の理念を再確認すると共に、プランに対する考え方についての勉強会を実施できるようにしていく。

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、看護師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 痰の吸引等について

優先入所においてはどうしても口腔内の吸引が必要であったり経管栄養の方が重度であると判断され、

その順位が上位になることが多い。より多くの利用希望者を受け入れる為にも、平成22年4月1日の「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」の通知に従い、医療行為検討委員会を開催し、介護・看護の連携をとりながら、必要な研修を実施し、安全に安心して受け入れる事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、家族会の総会の活用や懇談会の開催により、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

前年度より開始した生きがい活動は継続しながら、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

1階・2階にとらわれず、特養全体として取り組む事で、より良い特養作りを目指す。

定期的な職員のローテーションの実施と、さらにオールマイティーに業務ができる職員を作ることで、より広い視野に立って各階で行われてきた良い部分を取り入れ、そうでない部分を改善できる視点を持つようにする。

介護マニュアル・理念を活用することで、特養として同じ目標に向かって介護していけるようにする。係活動・行事担当は引き続き各階統合・選抜で行うことで、お互いの意見・思いなどを知る機会を作り、情報の交換・共有をしていく事で職員同士の関係を密にできるようにする。

また、生きがい活動を中心とした係間の連携を図ることで1人の利用者に対してどのように働きかけをしていくことができるか、お互いに協力し合いより良いケアを提供できるようにする。

3. 職員の専門職としてのレベルアップ

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、意見交換ノートを活用し、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で、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していく。

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や職員会議の際に時間を作り、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。

事故対策ができるようになり、事故が減少した反面、事故に対応する経験が少なくなることで、勤務年数が長い職員でも、事故発生時にスムーズな対応ができないことがある。職員会議で行っている実習や訓練などの疑似体験を継続し、観察力や判断力・対応を身に付け確認することで、介護力の底上げを図る。

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。

仕事に対しての目標を持ちながら勤務できる様に、前年度末に自分の1年間の仕事ぶりを振り返ると共に、次年度の目標を明確にできる様な自己評価を実施し、それをもとに1年間目標に向かって意欲的に取り組んでもらえるようにしていく。

他部署への研修・お話の会など、他の職員と話し合う機会を作り、客観的に自己の介護について振り返ることができる様にする事で、職員同士がお互いの意見や思いを理解した上で、同じ方向を向いて仕事に望めるようにしていく。

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、職員全体で未来の介護職員を育てるとともに、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くとともに、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

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. 情報公表について

介護サービス情報の公表制度により公表された内容で、不足や修正が必要な事項については、実施に向けて検討をしていく。

7. 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ミーティングや係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。

8. 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、多くの人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との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。

9. 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えるように、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。

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、その人らしい生活が送れる事ができるようにする。

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・モニタリングを看護・介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、より良いケアが提供できる様にする。

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れ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。看護・介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、介護職員の施設送迎対応、ケアマネからの情報などにより、自宅での生活状況を知る機会を作り、看護・介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。

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に同じ支援ができるようにしていく。

担当者会議は利用時の様子を伝えられ、相談する事ができる場なので、できる限り参加し、家族、他

事業所からの情報も得て、より良いケアの提供ができる様に努める。

2、 事業所として

① 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にし、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。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。

② 苦情について

接遇に対しての意識を向上する。

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。

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、看護、介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。そして介護サービス提供にあたって知り得た個人情報に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、利用者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。

忘れ物・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。

新規の方には相談員からあすなろでの生活について説明し、不安軽減をする。

③ 社会との関わり

新規利用者、緊急のショートステイにはできる限り早急に応じられるように対応し、社会資源の1つとしての役割が果たせる様にする。

④ 職員のレベルアップ

ショートマニュアルに沿って看護・介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接遇、介護技術の向上を目指す。そのためにもショートマニュアルをより使いやすいものに見直しをしていく。

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。

介護職員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。

⑥ 家族との関わり

介護職員が出来るだけ送迎について行く様にする。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、情報収集出来る。

家族の面会時は、必ず挨拶、利用中の様子を伝えていく。家族へ曖昧な事は伝えない。正確な情報を伝えられるように体調に関わる事は、看護師、その他は相談員から伝える様にしていく。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する。

特養・ショート共通の年間行事

4月	喫茶	10月	喫茶・衣替え
5月	運動会	11月	喫茶
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
- 誕生会は各階で随時実施
- 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

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・1月；レベルアップ実習（2回） 自己評価
 - 2月；プライバシーの保護について 来年度の目標
 - 3月；医療に関する研修

<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

○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、意識のレベル向上のために、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企画していきたい

○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、新聞等の発行を広げながら続けていく

また、新しい取り組みとして、支援センターと連携しS形デイへの参加を計画したい

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。

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。また、家族・ケアマネにも交付する。

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）、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。
- ・ 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、それにちかいかたち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とみ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はなく、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、活動をデイ新聞特別号や、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努力したい（h23年度、力を入れたい取り組み）
- ・ 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がぼやけがちではあるが、その都度話し合い確認していく

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等と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。
- ・ 地域にも目をむけてみようという意で、職員のS型参加を計画したい

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けるよう、「小さな目標」を設定しその達成を皆で確認しあう、それを繰り返し行っていくことで、事業所全体のレベルアップにつなげたい
- ・ 活動・ケース・介護方法・職員業務等について、月1回の会議及び毎日のミーティングで検討していく。
- ・ 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、必要に応じて、係りの担当職員にも参加してもらうようにする。
- ・ 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）
- ・ 職員の状況のみて、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。
- ・ 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たい

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。

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。
- ・ 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きたい

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に添った研修を行う。
- ・ ヒヤリハットから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」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。
- ・ 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 2 3年度の挑戦

- ・ 中庭での活動を取り入れていく
- ・ デイで育てた野菜を調理して食べる
- ・ 「誕生日の取り組み特別号」の新聞を発行する

認知症対応型デイサービス（認知症対応型通所介護事業）

今まですすめてきた認知症の方への寄り添うケアは継続し、より認知症への理解を深め、認知症の方が地域で生活する援助ができればと考えている。

- ・ 認知症のケアに関しては、社会的にもいろいろな取り組みがされているので、研修、職員間の意見交換等をとおして、認知症の方のケア向上を目指す。また、「認知症の方のケア」について平成21年度、職員全員で学習してきたが、薄れていってしまった部分もあるため、再度、学習機会をもちたい
- ・ 行事等は、小グループではあるが無理強いをせず、その日の様子に応じた対応（自由レク）を職員が察知し行う。

1 個別対応

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。また、家族・ケアマネにも交付する。

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）、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。
- ・ 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、それにちかいかたち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とみ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はなく、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、活動をデイ新聞特別号や、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

いただけるよう努力したい（h23年度、力を入れたい取り組み）

- ・ 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がぼやけがちではあるが、その都度話し合い確認していく

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

- ・ あすなるデイの活動を、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。
- ・ 地域にも目をむけてみようという意で、職員のS型参加を計画したい。

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けるよう、「小さな目標」を設定しその達成を皆で確認しあう、それを繰り返し行っていくことで、事業所全体のレベルアップにつなげたい
- ・ 活動・ケース・介護方法・職員業務等について、月1回の会議及び毎日のミーティングで検討していく。
- ・ 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、必要に応じて、係りの担当職員にも参加してもらうようにする。
- ・ 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）
- ・ 職員の状況のみを、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。
- ・ 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たい

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。

6 事業所としての方向性

- ・ 一般型のデイとの単位的な比較もあり、利用者が集まりにくい現実があったが、「認知症対応型デイ」としての特徴を前面に打ち出して、より専門性をもった活動の道を模索し検討していきたい

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に添った研修を行う。
- ・ ヒヤリハットから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」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。
- ・ 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 介護予防認知症対応型通所介護

事業が開始してから5年が経過したが、利用該当者ゼロであった。今後のみとおしも不明だが、情報収集を積極的に行い、利用があった場合は介護予防としての活動を整えていく。

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、ヘルパーとして常に「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もち、できることはやっけていただく、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、あすなろ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、あすなろ通信の活用や、ヘルパー通信の内容を充実させていく。

3 業務

- ・ サービス提供責任者を中心に日々情報交換をしながらケース検討会を行うことにより、いつでも同一の援助をおこない継続できるようヘルパー会議、チーム会議を定期的に行き、モニタリングを行う。また、充実したものになるよう研修など取り入れていく。
- ・ 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おこなっていく。また、家族・ケアマネにも交付する。
- ・ 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。
- ・ ヘルパーの業務的に単独での業務が主になるため、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、チームワークよく業務が行えるよう「ランチトークの会」や「ヘルパーかわらばん」の発行など、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、取り入れていく。

4 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、他事業所のケアマネに対しても、状態の変化等連絡を密にする。

5 体制強化・職員育成

- ・ 多くの需要に柔軟に対応できるよう、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。
- ・ 主査を中心とした体制の確立
- ・ パート職員資格取得の斡旋
- ・ パート職員の多様な勤務形態・労働条件の整備
- ・ 事業所として力をつけていくため、技術、知識等含めた研修を様々な形で、職員1人1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。

6 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

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。打合せ、チーム会議の中で「ヒヤリハット報告」「利用者の声メモ」を取り入れ、検討する場としていく。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に添った研修を行う。
- ・ バイク、車の運転は安全運転を徹底する。
- ・ 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。

8 介護予防訪問介護

- ・ 情報収集を積極的に行い、介護予防としての活動を整えていく。特に予防訪問介護の場合は、利用者の制度に対する理解も乏しいため、本来の目的どおりの活動は困難な状況である。利用者の自立を支援していくために、ケアマネ等と連携し、制度の理解を得る努力もしていく。

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)

入居者が安心し、生き生きと明るく生活できるように必須サービスの提供のほか、入居者が 各種サービス（インフォーマルを含む）を活用し、地域の中に溶けこみ自分なりの自立した生活とその人らしさを発揮できるように入居者と職員と共に歩む。

1. 自立した日常生活の維持

① 入居者の健康と体力の維持に努める

- ・ 健康診断の結果と注意点を把握し、アドバイスができるようにする。
- ・ バランスの良い食事の重要性を勉強会や話し合い等で意識してもらう。
- ・ 感染症、食中毒の予防に対する知識をもってもらう。
- ・ 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。

② 自立した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2年目を迎え、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」の芽生えと捕らえ見守り育てて行く。
- ・ 日々の生活を楽しく生きがいのあるものにするために、外出行事や小グループ活動などができるように援助する。
- ・ 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な援助の仕方を考える。

③ 要支援者・要介護者への援助

ADLレベル低下者が増加する中で、できる限り「ケアハウスしみず」での生活が長く続けられるように、「あすなる」の他のセクションとの連携を強め、総合的な援助を行う。

- ・ 担当ケアマネと連携して、ケアプランを実践していく。
- ・ 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に対応できる条件作り（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。

2. ご家族との関係

- ・ 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. 業務の見直し

①ケアプランの作成と実践

- ・ ケアプランを個別に見直し、誕生日などに個別ケアをとりいれていく。
- ・ 食事の状況の把握のために行事の時など一緒に食事をする機会をつくりケアプランにいかしていく。

②行事の見直し

- ・ 年間行事、定例行事など入居者、職員の意見を取り入れ取り組みやすいもの、目標が持てる物などに変えていけるように検討する。

③業務マニュアルの作成

- ・ 全員が同じように業務を行うことができるように、また業務の見直しのためにも業務マニュアルを作成する。

4. 職員育成

①資質の向上

- ・ 利用者本位のケア、自立施設の中での認知症の方への対応、入居者の意欲を引き出す関わり方など、研修やケアプランの実践を通して、理解を深める。
- ・ 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。
- ・ 委員会や行事を分担、担当することで個別の責任感や対応能力を高める。
- ・ 他軽費老人ホームや養護老人ホームと交流する機会をつくり、ケアハウスのあり方を考える。

②ケアの統一

- ・ 業務が円滑に行われ、入居者の状況を的確に把握できるように、申し送りの時間を充実させ、統一したケアができるようにする。

③ケアプランの実践

- ・ 個々に問題が起きた時にケアプランを見直し、援助目標を立て、実践、振り返りをする事で課題を克服する力を身につける。

5. 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）を開拓する努力をしてケアハウスとしてボランティアを育てたい。

②他事業部との連携

- ・ 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のために支援センターと連携する。
- ・ 要支援者、要介護者については、担当ケアマネ 在宅部門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。

④ 地域との関わり

- ・ 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。
- ・ ケアハウスが地域の資源となれるように検討する。
- ・ 「特養あすなるの家」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。

6. 運営について

- ・ 速やかな入居のために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ケアハウスについて正確な情報を流すなど努力する。
- ・ 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。

7. 防災、事故防止について

- ・ 入居者の防災委員と定期的に会議を行い、自主防災の意識を高めていく。
- ・ 入居者と相談しながら、居室内の家具の転倒防止のための固定をしていく。
- ・ 「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」を周知する。
- ・ 事故防止のために、日常的に危険箇所の発見、解消に努めるとともに緊急時の対応についての徹底と訓練を行う。

8. 環境整備

- ・ 屋上 食堂周りの出窓のプランターの苗を計画的に植える。できれば入居者の中で、園芸に興味のある人と一緒にやっていく。
- ・ 入居者の意見を取り入れながら、2階、3階の談話室を使いやすい雰囲気に変えていく。
- ・ 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。

9. 苦情、事故対応

- ・ 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。
- ・ 「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。
- ・ 事故対策委員会を開催し、把握できる事故は把握し今後に活かしていく。

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			
6月	喫茶		
7月			七夕飾り
8月		納涼祭	
9月		敬老会	
10月	喫茶		
11月	バス旅行		
12月	クリスマス&忘年会		
1月	新年会		
2月			豆まき
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。

- ・飯田祭り 清水総合福祉展覧会 ミニバザー ミニドライブ 買い物ツアー 初詣
- 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
- 喫茶・プチ行事 第2木曜日
- 脳トレ 第1、第3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 事業計画の周知
- 5月 秘密保持について
- 6月 「感染症・及び食中毒予防対応マニュアル」読み合わせ
- 7月 入居者の抱える病気について
- 8月 事故対策について
- 9月 「地震時の緊急対応マニュアル」読み合わせ
- 10月 簡単な介助についての知識
- 11月 「感染症・及び食中毒予防対応マニュアル」読み合わせ
- 12月 入居者の抱える病気について
- 1月 介護保険の知識
- 2月 苦情処理について
- 3月 事故対策について

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

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。

居宅介護支援事業

① 介護保険制度に関する申請の援助

＜要介護（要支援）認定申請＞

- ・利用者の意思を踏まえ、要介護認定の申請に必要な協力を行い、要介護（要支援）認定の更新の際は、認定期間満了日の遅くとも1ヶ月前には申請が行なわれるよう必要な援助を行なう。
- ・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し、必要なサービス量が確保できるように努める。

＜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。

② 要介護認定調査

＜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できるよう努める。

③ ケアマネジメント（予防含む）

＜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、利用者、家族の心身の状態、生活への意欲、サービスの利用状況を確認し、課題分析と状況の確認を的確に行う。
- ・課題分析、状況確認の結果、ケアプランの見直しを行う場合、基本的にはサービス担当者会議を開催し（利用者、家族、サービス事業所の状況を的確に把握した上で）、担当者間で援助目標の共有と役割分担を明確にし、利用者の自立支援に向けてそれぞれの業務が行えるように調整する。

＜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を行い、確実なサービス提供に努める。

＜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。

④ 情報の共有と連携

＜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＞

- ・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。
- ・在宅生活の維持のため、インフォーマルサービスの活用や地域の方々へのアプローチを在宅介護支援センターとの連携強化により図っていく。
- ・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。

⑤ 職員のスキルアップ

＜質の向上と自己評価および業務の見直し＞

- ・ヒヤリハットを定期的に報告、共有することで、自らの業務を自己評価し、業務改善に繋げていく。
- ・各ケアマネの業務内容を知ること、ケアマネ業務マニュアルの点検を行うことで、業務の見直しを行い質の向上を図る。
- ・第2回目のケアマネ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。

⑥ 特定事業所としての活動

- ・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。

⑦ ケアマネ会議の開催と充実

- ・週1回の定期開催により、ケアマネ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。

- ・在宅介護支援センターあすなろとの共催により、地域のニーズの把握、新規利用者の情報収集を行なう。
- ・各ケアマネが意欲的に参加できるような議題を設定し、活発な意見交換と業務改善の場にする。
- ・外部研修の報告を行なうことで、研修内容を各ケアマネに周知することで、研修の振り返りもあわせて行なう。

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、以下に記した内容の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型デイとあすなろの家の交流（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
- 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ろなど）

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 地域向け活動の共同企画を提案していく
 - ・福祉マップの作成、配布を共同で実施していくことを提案していく。
 - ・ボランティアや地域住民向けの研修会等の共同開催を提案していく。

④ 広報活動

地域住民に対し、あすなろ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
 - ・「いきいきセンターあすなろ」における定期的な出前相談の検討

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

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 15:30～16:30

◆参加者 施設長、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"> ・ ヒヤリハット ・ 事例検討 ・ ケース報告 ・ 新規ケース紹介 ・ 業務マニュアル点検 ・ 事業所の情報の共有 ・ 業務の見直し ・ 研修報告 ・ その他
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
- ・ 地域包括・在宅介護支援センター協議会研修

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。

お年寄りと一緒に食事をするにより、食事状況・身体状況を把握し調理等に反映させていく。

- ② ケアハウスについては、ケアハウスとの給食委員会（年2回）を設け、又「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。

また、お年寄りに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お年寄りの意向を取り入れ献立作成・調理に反映させていく。

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、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。特におやつについては、毎回同じにならないよう食事処「和茶屋」の方と協力し変化をもたせ手作りのおやつを提供していく。又、調理員の手作りおやつも取り入れていく。

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・嗜好など）に対応するため、毎日交代で調理責任者（その日のリーダー）を決め、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。

- ② その日のリーダー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）
- 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仕事に反映するよう
努める。
- 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。
- 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

- ① 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っていく。
- ② 水分補給ゼリー（お茶ゼリー・ポカリゼリー・黒蜜ゼリー）、栄養補給ゼリー（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」独自の食品を作っていく。

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・食品の温度管理・材料の保存管理・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。

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き、月一回、防災委員を中心に注意事項を確認していく。

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、「栄養指導」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」を定期的に行う。

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

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；全体の食事形態の見直し（きざみ・超き・ミキサー）

7、個別課題について

(1) 人材育成・研修

介護保険施行が社会的に定着してきたことと多様な施設が増加することにより、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。また、個別介護の推進のためにも、介護職員は「これまで以上の」及び「これまでと異なる」能力が求められる。さらに、介護保険法等の基準に沿った研修の実施が義務付けられたことから、外部研修への積極的な参加はもちろん、各部署での業務の連携に伴う内部研修及び全体で計画的な職員育成と、事故防止や公衆衛生・防災・個人情報保護なども含む多様な研修を進める。

また、幹部職員に求められる能力も広がることから、新たに幹部職員研修も検討する。

(2) 家族や地域との連携

家族との連携や信頼関係を深めることは当然大切なことであるが、更に在宅福祉充実のためにも、地域との連携、地域福祉の推進に努める。そのために、あすなるの家全体として、S型デイへの協力や講師派遣、新たな相談窓口の設置、あすなる通信などの広報活動、災害時の地域との協力関係、近隣の諸施設との連携にも努める。

(3) 防災対策

万一の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、定期的な全職員防災訓練、各部署の毎月の訓練を引き続き行う。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、火災などの災害時に近隣在住の職員はもちろん、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。

予想される大地震に備えて、住環境の安全確保、備蓄、さまざまな想定でのマニュアルと訓練・周知、応急処置の研修などを進める。

ケアハウスは、夜間には職員不在となることから、自主的な避難、協力し合う自主防災体制、特養職員との連携を一層強める。

デイについても火災や地震による避難訓練を重ね、災害に備える。

(4) 施設・設備・備品の保守・改修・買替え

入居者の重度化に対応できるように、介護用品・設備の買替えを随時検討する。また施設開設から13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ことから、計画的に改修、点検、買替えを行うこととする。