



# 平成27年度 **あすなろの家** 事業計画

## — 目 次 —

1、法人理念	1
あすなろの家理念・基本方針	2
平成27年度重点課題	3~4
重点課題達成へ向けての各部署の取り組み	5~8
2、特養・ショート部門	
特養（ロング）	9~11
ショート	11~12
3、在宅部門	13
デイ	14~18
認知症型デイ	18~19
ヘルパー	19~22
4、ケアハウス	23~27
5、居宅介護支援・支援センター	
居宅介護支援	28~30
支援センター	31~32
6、厨房	33~37



## 1、清水あすなろ福祉会 理念

一、すべての子ども、障がいのある人、高齢者が健康で文化的な生活がおくれるよう、地域の人々と力を合わせて、地域福祉の充実と向上に努め、施設として可能な限り必要な支援を行ないます。

二、子どもたちが集団の中で、一人ひとりが大切にされ、高齢者や障がいのある人も一人の人格として尊重される施設運営をめざし、常に努力します。

三、利用者・職員・地域住民・関係者の協力を基礎に健全な財政の確立に努め、一人一人の意見を大切にす  
る民主的な運営・経営を行ないます。

四、公的な責任と共同の力で、だれもが、必要なときにいつでも利用できる福祉施設の実現をめざし、広範  
な人々と協力します。

# あすなろの家 理念



## 3つのキラキラ笑顔を … 「夢・挑戦・勇気」

### 1つのキラキラ笑顔

⇒ あすなろの家に集うご利用者、ご家族の「笑顔」をたくさん見たい！「笑顔」でいてほしい！！

### 2つのキラキラ笑顔

⇒ あすなろの家を支えてくれている地域の皆さん、ボランティアの皆さんの「笑顔」をたくさん見たい！  
「笑顔」でいてほしい！！

### 3つのキラキラ笑顔

⇒ あすなろの家を動かす職員の「笑顔」をたくさん見たい！「笑顔」でいてほしい！！

キラキラ笑顔、単なる笑顔ではなくキラキラ笑顔。

創られた笑顔ではなく、心が動いたときに出てくるようなとびきりの笑顔。

心が動く、そんな容易なことではありません。「あすなろの家」は人と人とがふれ合う場所。

心と心でふれ合うことが出来たら、キラキラ笑顔を導き出すことが出来るのでは。

そんなキラキラ笑顔が3つ合わさった時、私達が目指す「あすなろの家」が出来上がるのではないかな。

もちろん、笑ってられる時ばかりではありません。ただ、そんな時も心に寄り添っていつか笑顔になってほしい。

ご利用者・ご家族・地域・職員、皆がキラキラと笑ってられる、そんな「あすなろの家」にしたい。

そんな思いが込められています。

私たちはこのような大きな「夢」をもち、「夢」に向かって、多くの「挑戦」をしていくことになるでしょう。その「挑戦」の中で変わっていく「勇気」、決断する「勇気」、伝え合う「勇気」を持っていきたい。3つのキラキラ笑顔を見るために…

## あすなろの家運営・経営の基本方針

- 一. ご利用者の生活の質を向上させる専門性の高い介護の提供を行います。
- 二. ご利用者と気持ちを通じ合う介護を行います。
- 三. ご利用者のご家族とのつながりを大切にします。
- 四. ご利用者に安全で気持ちよく生活して頂ける環境を提供します。
- 五. ボランティア、地域との交流を積極的に行い、施設機能を活かした地域支援に取り組みます。
- 六. 職員は『素直な姿勢』、『謙虚な姿勢』、『努力する姿勢』を持ち続け、視野を広げ、豊かな人間性を築くよう自己研鑽します。

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（網の目のように救済策を張り、生活全般として安全・安心を確保し、提供できる安全網）」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、上記六つの基本方針のもと、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になります。

## あすなろの家 平成27年度重点課題

- ① 平成28年3月31日（木曜日）までに  
あすなろの家はオムツゼロ 施設になります。
- ② 「ご利用者とご家族とのつながりを大切に考える」ことに  
真摯に取り組めます。

平成26年4月 あすなろの家に初めてきちんとした形で理念というものが掲げられました。その理念、基本方針を実現させていく為、1年1年どの部分に特に力を入れて取り組んでいくのかを、あすなろの家を動かす職員に分かりやすく示す目的で重点課題を挙げています。1年1年の積み重ね、継続することで理念の実現へつなげたいと考えておりますので、今まで重点課題として取り組んできた「オールあすなろ」「人財育成」についても当然継続されていくものと捉えてください。

### 1つ目の課題

これからの介護に求められる質とは？

「毎日をいきいきと 笑顔で過ごしてもらいたい」高齢者介護に関わる私たち共通の思い。どうしたら笑顔になっていただけるのか？人間の尊厳って何？人間の尊厳とは人間らしさをつくっているもの⇒食べたいものを食べる、清潔に気持ちよく過ごす、行きたいところへ行く…等。その人にあった個別ケアを考える前段階として、まず、高齢者ケアの基本である「水」「食事」「排泄」「運動」の大切さについてもう一度考えてみたい。現在私達が提供しているケアはどのようなだろう？

「自立支援介護」は三大介護といわれてきたオムツ交換、食事介助、入浴介助から介護の世界を一変させる。「自立支援介護」にはまず各種の基礎知識が必要で、それに基づく理論が、そして実践技術さらには経験から生まれてくる経験知が必要となる。

私たちあすなろの家は「自立支援介護」を実践し利用者、家族、地域に還元することで、施設の存在自体が地域での生活を保障できるものとなれるよう、自立支援型の施設、在宅支援を目指します。

平成25年5月介護力向上研修会へあすなろの家が初めて参加しました。平成25年度は主任中心に学習を行い、特養では研修会で出される課題を実施していく為、少しずつ会議等で職員も学習を行いながら、手探り状態での水分ケア、歩行ケアを実行してきました。また、特養以外の部署にも、資料配布などを通して「自立支援介護」という概念が伝えられ年度末には「水」の本も全職員に配られました。

平成26年度に入り重点課題の中にも職員全体で「自立支援介護」について学び、正しい技術と知識を習得し～と謳われ、6月には灯光園の澤島施設長、職員さんをお招きし貴重な体験談、応援メッセージを頂くことが出来ました。同じく6月より会議を利用した学習やテストが行われ、一生懸命に勉強をしている姿が施設のあちこちで見られました。特養では9月エスカルゴ・ふんばる君も取り入れられ、ケアの取り組みが加速しました。在宅でも10月頃から居宅が水に関するアセスメント表を作成し、それがきっかけとなり「自立支援介護」を在宅の利用者にも取り入れるという挑戦が始まりました。

さあ平成27年度。「自立支援介護を実践しあすなろの家の存在自体が地域での生活を保障できる場所になる」そこを目指す第一歩としての重点課題、達成目標を挙げました。オムツゼロを達成しただけでは目指すところの完成ではありませんが、オムツゼロを達成しなければ目指すところに届きません。克服、改善していかなければならない課題は山積みですが、達成に向けて施設全体で取り組んでいきます。

## 2つ目の課題

あすなろの家基本方針の三、ご利用者とご家族とのつながりを大切にします。について少し考えてみてもらいたいと思います。ご利用者にとってご家族の存在は他に変わることのできないかけがえのない存在。ご利用者にとってはそんなご家族と過ごせる時間は何物にも代えがたい幸せな時間、個人差はありますがある程度の残された時間の中であとのくらいご家族と一緒に過ごす時間が持てるのか…。そんなご利用者の想いを想像してみた時、私たち施設の職員という立場から、ご家族に対し足を運びやすい施設となっているか？「また会いに来よう」という気持ちになってもらえるような雰囲気を作りだせているのか？在宅でご利用者のケアをしているご家族は、どんな思いを持たれているのか？

三、ご利用者とご家族とのつながりを大切にします。どこにでもあるような文言ですが、意味を深く掘り下げて考え、一つでも多くのキラキラ笑顔をひきだしていくための取り組みを進めていきます。

以上項目に分けての課題となっはいるが、どれも単独なものではなく全てが絡み合い、全てが実現できることで、理念に近づくものである。

これらの目指すものを一緒に実現していくためにあすなろ職員に持ち続けてもらいたいもの

**「素直な姿勢」 「謙虚な姿勢」 「努力する姿勢」**

一緒にがんばりましょう

## 重点課題達成へ向けての各部署の取り組み

- ① 平成28年3月31日木曜日までにあすなるの家はおむつゼロ施設になります。
- ② ご利用者のご家族とのつながりを大切に考えることに真摯に取り組みます。

### 特養

#### 【①の達成へ向けての取り組み】

- ・職員の自立支援介護についての理解（勉強会・テスト）、実践していくことの意識の統一（ケアプラン・記録）
- ・介護力向上講習会への参加、宿題の取り組み
- ・自立支援介護実践施設への実習
- ・ケアプランを基とした水分ケア、排泄ケア、食事、歩行、認知症ケアの提供  
↑記録用紙の書式変更  
↑ご利用者を小さな単位でケアしていく。そのために介護職員、看護職員の業務整理、統一
- ・特養としてだけでは対応が難しい部分は、他部署にも協力してもらう
- ・御家族、地域へ向けての自立支援介護勉強会の実施

#### 【②の達成へ向けての取り組み】

- ・接遇面含めた研修の実施
- ・ご家族、職員からのアンケート等を実施し、ご家族との過ごし方配慮マニュアルの作成
- ・ご利用者にとって過ごしやすいきれいな環境を毎日整えていく（掃除・整理整頓・修理・交換）
- ・日々の介護を見て頂けるような見学会の実施
- ・誕生日企画、納涼祭などの行事は家族と過ごしてもらえそうなものを多く企画、実施する
- ・ケアプラン説明会議はご利用者、ご家族の意向の確認の場とすると共に、ご利用者の普段の様子をわかりやすく伝える場としても活用していく
- ・看取り期にはご利用者本人の尊厳を最大限尊重できるようご本人、ご家族の気持ちを常に確認しご家族と協力しながらケアしていく

### ショート

#### 【①の達成へ向けての取り組み】

特養表記事項以外に

- ・無理のない範囲で、ケアマネ、家族を交えたかたちでの自立支援介護の在宅導入
- ・あすなる以外のケアマネに向けての自立支援介護の周知

#### 【②の達成へ向けての取り組み】

- ・接遇面含めた研修の実施
- ・ご家族、職員からのアンケート等を実施し、ご家族との過ごし方配慮マニュアルの作成

- ・ご利用者にとって過ごしやすいきれいな環境を毎日整えていく（掃除・整理整頓・修理・交換）
- ・日々の介護を見て頂けるような見学会の実施
- ・サービス担当者会議はご利用者、ご家族の意向の確認の場とすると共に、ご利用者の普段の様子をわかりやすく伝える場としても活用していく
- ・介護において自宅、施設で困っている事等をご家族と共有し、一緒に解決策を探していくような関係作りをしていく

## 在宅

### 【①の達成へ向けての取り組み】

- ・職員の自立支援介護についての理解（勉強会・テスト）、実践していくことの意識の統一（デイ・ヘルパー）
- ・アクティビティ活動の中に歩行を取り入れていく（デイ）
- ・個別活動の中にエスカルゴをとりいれていく（デイ）
- ・あすなるケアマネのケースに関しては、水のアセスメント表を参考にした水分ケアの実施（デイ・ヘルパー）
- ・御家族、地域、他事業所ケアマネへ向けての自立支援介護勉強会の実施（デイ・ヘルパー）
- ・特養としてだけでは対応が難しい部分の支援、協力（デイ・ヘルパー）

### 【②の達成へ向けての取り組み】

- ・接遇面含めた研修の実施（デイ・ヘルパー）
- ・日々の介護を見て頂けるような見学会、昼食試食会の実施（デイ）
- ・サービス担当者会議はご利用者、ご家族の意向の確認の場とすると共に、ご利用者の普段の様子をわかりやすく伝える場としても活用していく（デイ・ヘルパー）
- ・介護において自宅、施設で困っている事等をご家族と共有し、一緒に解決策を探していくような関係作りをしていく（デイ）
- ・ご家族の困っている事、想いを知るためアンケート等を活用していく（デイ・ヘルパー）
- ・特別な時間として、ご家族も参加して頂けるような、お誕生日の取り組み実施（デイ）
- ・在宅でケアしているご家族はどんな想いでいるのか、困っている事など話し合える機会づくり（デイ・ヘルパー）
- ・ご利用者、ご家族にスポットを当てたデイ新聞、ヘルパー通信の発行（デイ・ヘルパー）

## 居宅

### 【①の達成へ向けての取り組み】

- ・職員の自立支援介護についての理解（勉強会・テスト）、実践していくことの意識の統一  
→ケアマネ会議内における勉強会・テストの実施  
→月に1回は自立支援介護の実践における進捗状況と今後の取り組みの確認
- ・自立支援介護を在宅介護に浸透させる  
→あすなるの在宅サービスと連携してケアプラン作成と実践  
→26年度に作成した「自立支援介護に関するアセスメント表」を活用し4つの基本ケアの推進とご利用者、

## ご家族への周知徹底

→他事業所のサービス関係者にも「自立支援介護」に関する理解を求め、ケアプランに基づいたサービス提供、連携

→和茶屋等における出張相談での「自立支援介護」に関するミニ講演の実施

→S型デイサービスに関する行事を活用した地域の皆様への情報発信

### 【②の達成へ向けての取り組み】

#### ・接遇面含めた研修の実施

→服装、言葉使い、思いやり等の接遇に関する研修とスキル向上

→ご利用者、ご家族のつながりを捉えたケアプラン作成の実践と研修

#### ・ご利用者とご家族の“思い”をきちんと捉える

→言葉に込められる“思い”や隠された“思い”を捉える

→必要とされる“ケアマネージャー”になる

#### ・地域包括ケアに欠かせない地域を代表する事業所となる

→ご利用者・ご家族の思いを捉える（定期訪問によるモニタリング、訴えの傾聴・サービス量・終了後の振り返り）

→ケアマネ会議の充実（実践的な内容の議題の取込み）

→地域活動への参加

## ケアハウス

### 【①の達成へ向けての取り組み】

・職員の自立支援介護についての理解（勉強会・テスト）、実践していくことの意識の統一

・水分摂取量を増やすため喫茶を定期的に関開く

・行事の中に散歩を取り入れる

・入居者へ向けての自立支援介護勉強会の実施

・特養としてだけでは対応が難しい部分の支援、協力

### 【②の達成へ向けての取り組み】

#### ・接遇面含めた研修の実施

・ご家族にもケアハウスという施設について理解頂いたうえで、ご入居者のケアハウスでの生活に直接的ではなくても参加してもらうことを職員間で共有していく

・ご入居者の将来像などをご入居者、ご家族と話し合う場を作り確認していく

・お誕生日のメッセージ、ケアハウス内の行事についてご家族からの参加も募る

・ケアハウスの様子、ご入居者の様子を伝えていく為の通信誌の発行

## 厨房

### 【①の達成へ向けての取り組み】

- ・職員の自立支援介護についての理解（勉強会・テスト）、実践していくことの意識の統一
- ・水分ケアのためゼリーの種類を増やす
- ・水分ケアのため嗜好に合った飲み物を取り入れる
- ・排便コントロールのため食物繊維の強化
- ・最後まで美味しく口から食べることを目指し、常食化への取り組みを続ける
- ・「食べること」の大切さ、重要性を施設内、地域へ伝え自立支援に繋げていく
- ・特養としてだけでは対応が難しい部分の支援、協力

### 【②の達成へ向けての取り組み】

- ・接遇面含めた研修の実施
- ・ご家族に気軽に足を運んでもらえるよう、食に関する相談会、握りずし、魚のさばき方、おやつ作り会、献立紹介等食に関するイベントの開催
- ・行事や説明会議等を通し、ご利用者、ご入居者、ご家族との関係作りを調理員含め積極的におこなっていくことによる「直接介護」ではないが同様の意識を持っていくという意識共有



## 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） **笑顔のために ～いつまでも元気に過ごす～**

#### 自立支援・・・平成28年3月31日までにおむつゼロにする！

自立支援介護とは「水分摂取、栄養、自然排便、運動」の重要性に着目し、利用者本人の体調を整え、活動量を上げることで体力を回復し、意欲、活力を取り戻す事を基本精神とする自立を支える介護。介護の力で元気になる、認知症を治す そういう心構えでいたい。

#### ご家族との関わり・・・ご家族とのつながりを大切に作る！

～ご利用者とご家族との繋がりを大切にしていけるために～

ご利用者にとってご家族と過ごす時間は何にも替え難い喜びの時間なのではないか。ご利用者にご家族との楽しい時間を多く過ごしてもらえよう、ご家族が足を運びやすい雰囲気作りを心掛けていく。

### 【自立支援介護】

### 【ご家族との関わり】

#### 職員のレベルアップ

##### ☆意識統一

諦めない、努力が必要 できるようにするには  
どうしたらいいかを考える  
おむつをする事は嫌なこと 惨めなこと  
常にプロとしての自覚をもつ  
ジョブカード、小さな目標を活用し、振り返り  
向上していく  
健康管理を徹底する

##### ☆知識、技術の習得

勉強会、テストの実施  
他部署への講師  
介護力向上講習会に参加し、宿題実施  
TENA を熟知する  
おむつゼロ施設への実習

#### 職員のレベルアップ

##### ☆接遇、事故

命を預かっているという意識をもつ  
事故対策継続、モニタリングシステム作り  
ミーティング内容の検討  
接遇、事故研修を行う  
ご家族と過ごす際のマニュアル作成  
ご利用者への日々の配慮  
ご家族へ気持ちの良い挨拶、対応をする  
利用者の声は素直に受け止め、全職員で話し合い改善  
していく

##### ☆安心安全な環境、設備

きれいな環境を日々整えていく  
キラキラdayへの参加  
破損、故障を見つける為にチェックを行う  
感染症対策の徹底

## ☆専門性

介護独自の理論を学ぶ

介護職でないとできないケアの確立、技術の向上  
午前の水分、歩行状況を確認し、午後の動きを組み立てる

常食化を進めていく

排便コントロールの実施 下剤廃止

認知症の原因を探り、認知症を治す

## ☆ご利用者を知る→信頼関係が鍵を握る

ご利用者との関わりを多く持ち、話を傾聴する

ご利用者の過ごしてきた環境、今までの人生などを知る努力をする

## ケアプラン

### ☆ケアの統一

自立支援介護を主としたケアプランの実施

ケアプランをもとにケアを実施

### ☆生きがい

個々に合わせた楽しみの提供

外出・散歩・買い物などの機会を増やす

慰問、喫茶は継続 ボランティアさんと協力

## 他部署との連携

他部署の協力も得て、自立支援行う

情報共有 報告・連絡・相談

## 業務、体制

ワーカー、NS 業務整理 統一

書式の整理、変更 相談員3名 情報共有

少人数グループで対応できるシステム作り

行事、係、ご利用者の担当 誰でも出来る様にする

防災委員会の報告を会議内で行う

施設防災訓練は必ず参加する

(年間行事計画参照)

## ☆在宅、地域を知る

職員も地域に出て、地域のことを学ぶ

S型、地域の行事に参加する

通信、納涼祭、ホームページを通じて、特養を知ってもらう

介護保険の知識も勉強し、聞かれた時に答えられるようにする

## ☆家族、地域へのアプローチ

ご利用者の様子は随時報告、連絡、相談する

ご家族、S型スタッフ、地域などへの自立支援勉強会の実施

自立支援器具の実践会

日々の介護の見学会を行う

誕生企画、納涼祭でご家族と過ごす時間を作る声かけをしていく

最期までご家族と一緒に後悔のないようにケアをしていく

ケアプラン説明会への参加声かけ、日程調整

迅速な入所調整を継続、入所前から信頼関係を作り、安心して入所ができるようにする

## ☆新人育成 相手の立場に立つ（新人職員）

全職員でみる 誰が教えても同じシステム作り

新人育成計画を立てる

業務チェック表を活用する

1ヶ月に1回、主任と話をする時間を作る

## ☆ボランティア、実習生

介護の仲間を作る意識をもつ

ボランティア懇談会、活動時には参加

## ショート（短期入所生活介護）

基本的な考え方（理念等）、業務推進については特養に沿って行なう。

### （基本方針）

自立支援介護で住み慣れた家、地域でいつまでも元気に！！

自立支援介護で家族をサポート、バックアップ！！

### 【ご利用者とご家族とのつながり】

#### ・相談員

安心、安全を常に意識

ご家族への対応は早く行なう

ご家族への報告・連絡・相談を行なう

自宅、施設で困っている事などを家族と

一緒に探り、解決する

事故対策 家族に報告する

利用者、家族 話しやすい関係を築く

（入退所の際の連絡、送迎）

### 【自立支援介護】

#### ・アセスメント 利用者を知る

（他部署と連携）

#### ・ケアプラン作成

#### ・モニタリング

#### ・ケアの統一

#### ・水分1500cc摂取

日替わり喫茶

水分アセスメント

担当者会議参加 利用者、家族の想い、意向を聴く

ショートでの様子を知ってもらう

(ノートの内容検討、見学、写真など)

利用者の把握

#### ・職員

在宅へ帰ることを常に頭に入れる

ご家族の体験談、気持ちを聴く機会を作る

送迎へ行き、在宅での生活を知る

担当者会議、面接に相談員と行く

常に接遇の意識を持つ

プロの意識を持つ

接遇、事故 意識向上 (決められたことの実施)

ヒヤリ、事故の周知徹底

家族対応マニュアルの作成

気持ちの良い挨拶、対応

新規の利用者への声掛け、配慮を行なう

#### 【改善事項】

- ・ショート係を作る
- ・ショート業務見直し
- ・楽しい行事 (デイとコラボ)
- ・安心出来る環境、居場所作り  
(顔見知りを作る)
- ・きれいな環境
- ・社会資源となるように努める
- ・あすなろ通信、ショート便りで  
ショートでの様子を伝える
- ・滞在人数の均一に努める
- ・緊急ショート、ロングショート受入

#### ・食事 常食化

自力摂取

椅子に座り、良い姿勢をとる

口腔ケア、体操

#### ・排泄

トイレに座る

起床時、冷水、冷乳

寒天、ファイバー使用

#### ・運動

歩行練習 (外出、買い物、散歩)

エスカルゴ

立位訓練

#### ・利用者、家族への説明、見学会

#### ・他事業所説明会

## 3、在宅事業

### (基本方針)

ご利用者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、はじめてご利用者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。

地域のご利用者、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「ご利用者、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。

### ○体制

在宅事業部として、大きな事業部となるので、リーダー的職員の育成に力を入れ、組織を安定させていく。

### ○職員教育

幹部職員、ベテラン職員、中堅職員、新人職員が、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、研修についてはそれぞれの希望を取り入れていく。また、救急時の対応、介護技術の統一、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。看護師からの簡単な医療知識研修を続けていく。

### ○家族、地域へむけて

それぞれのサービスでの活動の様子、取り組み等をご家族、地域の方々に理解してもらえよう、新聞の発行を続けていく。またご家族や地域の声に耳を傾け、応えていけるようにしていきたい。引き続き支援センターと連携しS形デイへの参加を継続していく。

### ○防災対策の整備について

災害に備え、防災委員会を中心とした取り組みを施設として考えてきた。在宅サービスは幅広い多くの場面が想定されるため、マニュアル作成や、ご家族にも防災シートの記入の協力を得るなど、災害に対しての対策は少しずつ整ってきたように思う。防災シートに関しては、在宅としてどう活用していくかを検討していく。通所介護事業所・訪問介護事業所として、あすなる職員として、災害時にどんな動きをしていくかの意識や動きに関してはまだ不十分であるため、防災委員会を中心に施設職員として防災について考えていきたい。

## デイサービス（通所介護事業）

### 「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
- ・ご利用者のこと、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、「個」に重点をおいたケア、アクティビティ活動を大切に考えていく。

### ① ご利用者のケア

- ・ご利用者が「なぜデイサービスを利用されるか」という原点に戻り、会話や行事への参加の意味、お誕生日の企画の意味、個別活動の参加の意味を再確認する。
- ・ケアマネージャーからのケアプランをもとに、個別のプランを作成し目的にあった援助をおこなっていく。また、全職員が一人ひとりのご利用者に統一したケアができるように、ご利用者のどこに着目、注意してケアをしていくかというケアポイントを職員で話し合い決めていく。
- ・5人から6人のご利用者に対して一人の職員が担当となり、健康状態やご家族からの連絡を把握し必要な情報は責任をもって全職員に伝えていく。
- ・ご利用者の状態を職員が把握・注意し対応できるリスト（排泄チェック、荷物の確認、入浴・送迎の注意事項など）を基にご利用者、ご家族が安心して過ごせる環境をつくる。
- ・ご利用者の歩行状態や健康状態、認知の進行状態など、ご利用者への対応方法の確認等職員間で把握が重要になっていく。そのためにケース検討を行い、記録として残していく。また見直しや、修正もおこなっていく。
- ・サービス担当者会議では、ご利用者、ご家族の意向の確認をし、ご利用者の普段の様子を伝えていく。

### ② アクティビティ活動

- ・目的も表示された4～5種類の活動の中から、自分で選んで参加して頂く小グループ活動を引き続き行う。活動の内容は季節行事、身体をつかう活動、頭をつかう活動、手先をつかう活動、足湯、ゆったり入浴、屋外活動（機能訓練）を取り入れる。「おやつ作り」、「中庭の活動」、「野菜を育て調理して食べる」活動は毎月固定の週に行っていく。活動内容はご利用者やご家族の意見も取り入れていくために、アンケートなども実施していく。

- ・アクティビティー活動はご利用者の年齢や身体レベルにも違いはあるが、生きがい作りとなるよう時代背景も入れながら企画、準備をしていく。また、基本的な事ではあるが「ご利用者が参加する」ということを再確認し、企画の中でアイデアや工夫をして、ご利用者が楽しめるものを考えていく。そして取り組みの意味を定期的に確認しながら行っていく。
- ・ご利用者の時代にあった歌やゲームが提供できることを介護職員として必要不可欠なものとする。また、習得していくための研修や学習の場を作っていく。
- ・27年度の重点課題の自立支援の取り組みの1つとして歩行を取り入れ、楽しみながら行えるようすすめていく。

### ③ 個別活動

- ・ぬり絵や間違いさがし、毛糸マット、刺子と定番になってきてはいるが見直しや改善の確認は随時行う。
- ・エスカルゴを取り入れて、身体を動かす取り組みも入れていく。

### ④ 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、ご利用者の「願い思い」を探して、それに近いかたちで一人ひとりに取り組ませてもらう。この「お誕生日の取り組み」がその日だけのものでなく、ご利用者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作りをしていく。
- ・一人のご利用者にも一人の職員が担当となり、実施することで、ご利用者にとって大切にしている事は何か？「個」を知る良い機会とすると共にそれを日々のケアの参考にしていく。また、職員教育という面からも「個」を大事に考えることの大切さを学ぶ機会としていく。
- ・ご利用者にとって1番大切なご家族を招待し、1年に1度特別な時間を過ごしてもらうような企画も取り入れていく。お誕生日の取り組みをご家族や地域の方にも知って頂くために、引き続きデイ新聞やお誕生日特別号の発行を続けていく。また、この取り組みがあすなろの家独自の取り組みという事を地域の方や他事業所のケアマネージャーにもアピールしていく。

## 2 自立支援

- ・職員の自立支援介護についての勉強会、テストを実施する。実践に向けての意識統一を図るため、ご家族、地域、他事業所ケアマネに向けての勉強会も行っていく。
- ・あすなろのケアマネのケースに関して水分アセスメント表を参考に水分ケアを実施する。
- ・トイレでの排便を実践していくご利用者は、ショートと連携し統一していく。
- ・ご利用者が在宅での生活が続けられるように、今できている事を維持できるよう見守る。一人ひとりのご利用者の現在のレベルの把握をし、できなかったことができるようになったという機会が作れるよう声掛け、援助をしていく。
- ・生活動作に生かせるよう、機能訓練や手先を使う手芸・工作・日曜大工なども取り入れていく。

### 3 ご家族とのつながり

- ・在宅でケアしているご家族の想い、困っていることなどを話し合える会を実施する。介護において自宅、施設で困っていること等をご家族と共有、一緒に解決策を探すような関係作りをしていく。
- ・ご利用者、ご家族にアンケートを実施し、口には出せない困っていること悩んでいることなどデイへの要望なども確認していく。
- ・ご家族向けに日々のあすなろデイサービスのケアを見ていただけるような見学会を実施し、昼食試食会も実施する。
- ・ケアの基本は在宅（家）での生活であるので、ご家族からの情報をデイサービスでのケアに役立てていく。ご家族と一緒にケアしていくという意識を持ち、相談やアドバイスをしながらケアしていく。
- ・ご利用者、ご家族にスポットをあてた新聞を発行する。

### 4 地域との連携

- ・ご家族や地域の方にもあすなろのデイサービスの活動を知って頂けるよう、引き続きデイ新聞の発行を行う。デイ新聞をみてあすなろのデイサービスに関心が向けられるような内容になるように大切にしている事をわかりやすく伝えていく。載せる記事については職員全員で決めていく。
- ・他事業所にも新聞の配布、ホームページ等をとおして活動を紹介していく。
- ・ボランティアの受け入れを継続的に行う。
- ・地域の中の「あすなろの家」の職員という意識のもと、自分たちにできること、必要とされている事（役割）を考えながらS型デイサービスに楽しく参加していく。
- ・飯田小学校の生徒との交流を継続予定とする。取り組みの目的、意味を再認識して準備や連絡を工夫し、交流がお互いの活力になるような取り組みとしていく。

### 5 業務

- ・月一回のデイサービス会議では業務の見直し、取り組みの確認、介護方法の見直しを行い、事業所として必要な研修は会議の中で取り入れていく。職員が意見を出しやすい場になるよう、内容や進行方法も工夫していく。
- ・毎日行うミーティングではケースの確認・検討を行い、全職員が情報を共有していくために申し送りノートや各打ち合わせで再確認していく。
- ・業務マニュアルの見直しを随時行う。また必要であれば修正していく。
- ・相談員、介護職員、看護師が責任を再確認し、それぞれの専門性を生かしながら連携、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、業務の役割をそれぞれの職員が責任をもって取り組む。
- ・制度を熟知し、必要な部分は整備を行う。

### 6 体制強化、職員育成

- ・幹部職員の月1回の打ち合わせでは、業務の問題点、改善について検討する場とする。ご利用者のケア・職員のことなど随時情報を共有し、あすなろデイの方向性の確認をしていく。
- ・新人職員が業務を覚えていく中で、指導を目的とした担当職員を位置づける。業務指導のほかに、メンタル面のサポートもおこなっていく。どの職員が指導しても同じ業務や内容であるように指導して、新人職員が聞き



やすいような環境を作っていく。

- ・職員の勤務形態（正規職員・期間職員・時間給職員）に違いはあるが、それぞれの立場を理解し気持ちよく働けるよう工夫と努力をしていく。
- ・施設内外の研修への参加を通し、各分野での専門性を身につけプロの介護職員という自覚をもっていく。
- ・施設全体で取り組んでいる「研修システム」は、職員の目標設定からどんな研修が必要か考えてもらい個々に研修を取り入れていく。「評価システム」を通し、施設のレベルアップ、職員のモチベーションアップにつなげていく。
- ・接遇面含めた研修の実施をする。

## 7 他部署との連携

- ・訪問介護、短期入所、ケアハウスと統一したケアを目指すために特記事項や変更事項などをお互いに伝達していく。またあすなろのケアマネ、他事業所のケアマネにも状態の変化等の連絡をしていく。
- ・ご利用者にとって、食事は大きな楽しみでもあるのでご利用者の声を厨房に伝えていく。また、ご利用者の厨房見学や、栄養士にも食事の様子をみに来てもらうなどして身近な関係と連携を築いていく。
- ・これまで続けてきた「オールあすなろ」の考え方を基に、業務やケアの意見を伝え合う姿勢、受け入れる姿勢をもち、今まで以上に他部署との職員間の連携を強くし特養のオムツゼロ達成に向け支援、協力をしていく。
- ・特養職員とデイ職員が勤務の交流をしていく中で、業務や取り組みを理解し、意見や情報交換をしていくことでお互いの業務の質を高めていく。
- ・利用率を上げていく為に各部署と連携、取り組みを検討し実行していく。

## 8 事業所としての方向性

- ・利用率の安定を目指すために、空き情報や希望利用の連絡をご家族やケアマネに日々おこなっていく。できる限り柔軟性をもって対応していく。
- ・常に利用者のニーズはどこにあるかを見極め、経営の面からも新しい方向性を引き続き検討していく。

## 9 感染症等対策

- ・衛生面の強化として「1日2回の換気」「排泄ケア時の予防着の着用」「食事摂取前、ご利用者の手を超酸化水で拭く」「食事時のエプロン着用」「職員の靴裏への超酸化水の噴霧」「手洗いうがい」「マスクの着用（随時）」の取り組みを行い職員が感染の媒介者にならないよう、定期的に確認を行い継続していく。
- ・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。また、引き続き看護師による医療知識研修も継続していく。
- ・利用開始時に感染症の有無を確認し、必要であれば診断書の提出を求める。消毒等の対応はマニュアルに添って行う。

## 10 事故防止・利用者の声対応

- ・ヒヤリハットの係の職員が中心に、朝礼や各打ち合わせ、会議の中で事故防止の声かけを行っていく。また再発防止の為に対策を全職員で検討、ルールを作り全職員が意識して業務にあたる。
- ・ヒヤリハット、利用者の声からの対策から作成された、「送迎注意リスト」「靴の履き替えリスト」「臥床者リスト」を活用し、また、担当テーブルのチェック欄の（爪切り、髭剃り、荷物の確認）を活用し、ミスから生ま

れる事故や利用者の声を防いでいく。

- ・利用者の声（接遇）に関しては、大小に問わず丁寧な対応と次に生かせるよう職員が意識していく。
- ・車の運転は安全運転を徹底する。一般車両へのマナーを怠らず、あすなろの看板を背負っているという意識を持ち運転業務にあたる。

## 11 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。現在の活動の中に「予防」の分野を確立していく。
- ・生活機能向上グループ活動として「洗濯動作」「調理動作」「家事動作」「工作」の取り組みを継続的に行い、一か月ごとの評価もしていく。
- ・「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や個別活動の中にも取り入れ、介護予防としての活動を整える。

## 認知症対応型デイサービス（認知症対応型通所介護事業）

### （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

### 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、ご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・・・などを振り返り、職員が関わりながら時間をとって行う。

- ・回想法

ご利用者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。

職員に向け、定期的に回想法の研修を行っていく。

- ・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「回想法」第3週「おやつ作り」第4週「おやつ作り」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」等をご利用者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。

- ・壁面展示会

前年度から行っている「壁面展示会」は、1ヶ月を通して作成し、完成した壁面を飯田小学校・飯田生涯学習交流館・はとぴあに展示し、ご利用者と共に見学に行く。

## ヘルパー（訪問介護事業）

### 寄り添うこと から

～ご利用者、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

～ご利用者との和、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

- ・介護保険上の訪問介護としての「自立支援」を心掛け活動していく

- ・職員の自立支援介護についての勉強会、テストの実施。実践に向けて意識を統一する

- ・あすなろのケアマネに関して水分アセスメント表を参考にした水分ケアをする

## 2 ご家族とのつながり

- ・ご家族と一緒にケアをしていくという意識を持ち、相談やアドバイスしながら情報の共有をし、サービスの提供を行う。
- ・介護において自宅、施設で困っていることを家族と共有、一緒に解決策を探すような関係作りをする。
- ・在宅でケアしている御家族の思い、困っていることなどを話し合える会を実施する。
- ・ご利用者、ご家族にスポットを当てたヘルパー通信を発行する。
- ・ご家族へのケアプランの交付を通し、情報交換、情報共有を強化していく。

## 3 地域とのつながり

- ・活動の場が地域になるのでご利用者、ご家族、地域のニーズをキャッチする。
- ・ご利用者と地域、あすなろと地域のパイプ役になるような意識を持つ。

## 4 サービス提供

- ・ケアマネからのケアプランをもとに、個別のケアプラン作成し、目的にあった援助を行う。またご利用者、ご家族には説明して交付、ケアマネにも交付する。
- ・定期的にモニタリングを行い、サービスの点検をしていく。問題点、気付いた事等を取り上げ、担当者会議を通して、ケアマネに伝えてプランの変更の検討につなげていく。
- ・サービス提供責任者を中心に日々情報交換をしていく。
- ・ケース検討会を積極的に開き、いつでも誰でも同一の援助を提供、継続する。「何の為に訪問しているのか？」を理解、確認していく為、ケアプランの訪問の目的を伝えすすめていく。
- ・「思い」のような面でのケースの関わり方の統一を図り、ご利用者と気持ちを通じ合えるケアを行っていき、全スタッフが同じ思い、同じ方向を向いてご利用者と関わっていく。

## 5 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、調整を行う。
- ・業務の見直しを年1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う。
- ・ヘルパー通信は、あすなろの家ヘルパーの様子をご利用者、ご家族、地域へお知らせしていくためのものとして発行する。また事業所としてチームワーク良く業務が行えるよう楽しみながら取り組み、全スタッフが関わって作成することを大切にする。

## 6 介護予防訪問介護

- ・基本的には、訪問介護の考え方と同じだが、より介護予防、自立支援を意識して活動していき、いつまでも在宅での生活が続けられるよう今できる事を減らさないような声掛け、できることを増やしていくような声掛けを心掛けていく。

## 7 感染症対策等

- ・利用開始時に、提供するサービスによっては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。必要であれば、主治医との連絡をとる。消毒等の対応については、マニュアルに沿って行う。
- ・ヘルパー会議でのデイの看護師からの医療知識研修は継続して行う。
- ・公衆衛生委員会からの衛生面の徹底として、出された項目について部署としての徹底を継続的に行い、ご利用者に気持ち良く生活して頂けるよう環境を整えていく。

## 8 事故防止・利用者の声対応

- ・「ヒヤリハット、利用者の声会議」は全スタッフが関わるかたちで月2回開く。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。
- ・利用者の声については、施設としての対応の基本を受け、どんなに小さな声であっても伝えてくれてありがたいという気持ちを持ち、早急にそして1つ1つ丁寧に対応していく。
- ・ヒヤリハット、事故防止については、「意識する」にとどまらず、適切な対策をたて「ヒヤリハット、利用者の声会議」の中で守られているかどうかの点検、確認をしていく。
- ・また、事故対応マニュアルに添った研修を行う。

## 9 体制強化・職員育成

- ・多くの重要、困難ケースに対応できるよう、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為職員育成を中心とした体制の強化に力を入れていく。
- ・ヘルパー増員に力を入れ、ベテランヘルパーが新人ヘルパーに技術的な面、精神的な面も含め教育するシステムを確立していく。事業所の拡大については、組織として力をつけながら模索していく。
- ・施設全体で取り組んでいる「研修システム」については、職員の目標設定からどんな研修が必要かを考えてもらい、個々に研修を取り入れ、事業所として必要な研修は会議の中に取り入れていく。「評価システム」を通し職員育成、事業所のレベルアップにつなげていく。
- ・時間給職員の多様な勤務形態・労働条件の整備。
- ・職員の質が大事な職種である。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、引き続き担当者会議に出席し、ご利用者、ご家族の意向の確認をし、ご利用者の普段の様子を伝えいく。
- ・27年度の重点課題を踏まえ、接遇面含めた研修をおこなっていく。

## 10 他部署との連携

- ・通所介護・短期入所・ケアマネ・ケアハウス・特養とはそれぞれ連絡を密にする。また他事業所のケアマネに対しても、状態の変化等連絡する。
- ・これまで行ってきた「オールあすなろ」という考えを基に、部署にこだわらず良い刺激を受け合い、良い影響を与え合いながら取り組みたい。部署の垣根を取り除き、伝え合うことができる環境を作り、27年度の重点課題を踏まえ、特養のオムツゼロ達成に向けて、あすなろの職員として支援、協力をしていく。

## 11 防災について

- ・被災に備えた体制として、職員への災害伝言ダイヤルの活用方法は、いつでもわかるよう携帯できるものとし、あすなろからのご家族への連絡手段と在宅サービス災害対応シートは訪問時、被災にあった時の対応としていつでも誰でもわかるように確認していく。

### 在宅研修計画

事故防止(ヒヤリハット) 待遇改善については、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		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

「安心できる住家でありたい」を目標に、何を求め、何をしていかなければいけないかをご入居者と職員が一緒に考えていけるケアハウスでありたい。

それぞれに年齢、生活習慣、生きてきた環境の違う30名が少しずつ歩み寄り、交流の場である行事に多く参加し、お互いを理解し支え合いながら安心、安全な生活が送れるケアハウスを作り上げていくことを目指していきたい。

また、ケアハウスしみずが施設全体の中でもっと浸透し、ケアハウスしみずのご入居者の認知度を高めるしくみや取り組みを行っていく。

### 27年度重点課題 ケアハウスの取り組み

#### 【自立支援】

「毎日をいきいきと 笑顔で過ごす」

自立した生活が可能な60歳以上の高齢者が生活する場であるケアハウス、ケアハウスで自立した生活を維持していくためには「自立支援介護」の基本である「水」・「食事」・「排泄」・「運動」をケアハウスの生活の中に取り入れ、実践していく。そのためには私たち職員が、ご入居者と自立支援介護について一緒に考え、一緒に実践していく。

具体的な取り組みとして・・・

- 職員の自立支援に向けての理解（勉強会・テスト）実施に向けての意識の統一。
- 週に一度、ケアハウス食堂で喫茶を行います。
- 月に2回（隔週）、行事に「散歩」を導入し歩行を実践していきます。
- 5月、8月、11月、2月、で自立支援講習会を行います。

#### 【ご家族とのつながり】

ケアハウスのご入居者、一人一人のご家族との関わり方は様々です。ご兄弟やご息様が遠方の為、会うことが難しくなっていることも事実です。ご家族にもケアハウスという施設の理解を再確認して頂くと共に、直接的ではなくともご入居者のケアハウスでの生活に参加して頂けるよう施設としても工夫と努力をしていきます。

具体的な取り組みとして・・・

- ご入居者、ご家族と面談を行い、ご入居者の将来について一緒に考えていく。  
（同意会議）
- ケアハウスの様子をわかりやすくお知らせするなどの取り組みを行います。  
（7月、3月に配布または郵送する）
- 27年度はお誕生日のメッセージにご家族にも参加して頂く。

## 1、ケアプランの作成、実践、見直し

### ① ご入居者の自立生活の継続

- ・自立した生活を一日でも長く継続していくために、生活改善の助言や把握を行い、必要であればサービス（デイサービス・訪問介護）につなげ、生活にメリハリを作っていく。
- ・自立した生活に欠かせない健康を自己管理していくことの呼びかけは行うが、集団生活であるため一年に一度、健康診断を受けてもらい現在の状態や変化を把握し注意点や改善点の自覚や理解についてご入居者と一緒に取り組んでいく。

### ② ご入居者の意欲とやりがいを見出す

- ・閉鎖的な空間でもあるので、年齢や性別関係なく交流できる時間と企画を多く持つことで入居様同士の隔たりを少なくして、ご入居者同士で意欲ややりがいもてる空気感をつくる。
- ・「何か役に立ちたい・・・」という気持ちを大事にしていくためには、職員の綿密な配慮と仕組みが必要になる。一人、一人の性格や年齢を考えながら一人一人のご入居者が活躍できる場を作っていく。
- ・個々の趣味や、特技がケアハウスの生活の中で生かせるような取り組み考え、生きがいや楽しみにつなげていく。(クラブ活動・ボランティア活動)

### ③ 要支援者、要介護者への援助

- ・生活に援助が必要となってきたご入居者を把握していくため、常に全入居者の状況を観察し、伝達し合う。そこで、対応や対策を考えていく。また、ご家族と相談しながら介護申請やサービスの見直しを居宅と協力し行っていく。
- ・担当ケアマネージャーのプランをもとにケアハウスのプランをたて、生活を支えていく。
- ・生活に支援が必要となったご入居者に、サポートシステムとして支援サービスの利用をすすめながらケアハウスの生活を支えていく。
- ・ケアハウスでの生活が困難になってきた時に、ケアハウス入居者支援体制を利用し特養入所を待つ、転居する、住家として家族や他の支えで生活する等、入居者、家族、ケアマネージャーと相談しながら今後について方針を立てていく。
- ・多くのご入居者の不安となっているターミナル（ご家族との関係、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）について勉強会を開いていく。

### ④ ケアの統一

- ・ご入居者の問題点に対し、統一したケアができていくよう職員が意見を出し合う場としてケース検討会の実施を行う。また、月に1度の会議の中でもケースについての考え方の統一として意見交換を行い、統一につなげていく。
- ・ケアプランをもとに、支援ができているか等の評価を定期的に行い、プランの見直しや改善も行う。
- ・ご入居者一人ひとりと面談を行い、普段聞き出せないことを収集し、その方に合ったケアや取り組みにつなげていく。



## 2、ご家族との関係

- ・ご家族が来やすいケアハウスを作っていく。風通しの良い雰囲気を作る為に、掲示物にも工夫をし、明るい空間づくりと職員の笑顔と丁寧な対応を実践していく。
- ・ご入居者の身体状況や、精神状況などを身元引受人であるご家族、ご親戚の方に相談しながら方向性や対応策を職員と一緒に考えていく。また緊急時の対応についてご家族に確認するなど、ご家族との連携強化にも力を入れる。

## 3、業務

- ・職員が全員そろうことが少ない部署であるので、申し送りノートや日誌での情報の伝達のカギとなる。情報が落ちないように、記入と確認の徹底を引き続き行っていく。
- ・27年度から日誌の形式を変え、個人の記録というスタイルに変更する。プランや担当者会議の内容を職員がいつでも確認できるようにしていく。
- ・ケアハウスでの業務の見直しを職員と確認しながら、見直し、改善を行い27年度は新しい形にしていく。

## 4、職員育成

- ・重点課題「人財育成」を踏まえ、キャリアパスの導入により職員がやりがいをもって業務に携われる体制を部署で活かし、職員の力を十分に発揮できるようにしていく。
- ・引き続き施設内部研修、外部研修に年間を通し参加し、介護技術や知識を学び、活かしていく。また内部研修の講師となる場合は、積極的に取り組むことでより知識を高めていく。
- ・ケアハウス職員一人一人がケアハウスはどんな施設か？を説明できるよう、会議の中で研修を行い、どのような場面でも説明ができるようにしていく。
- ・施設として取り組んでいる「小さな目標」を引き続き取り組み、施設、部署、職員のレベルアップにつなげていく。
- ・ケアハウスという部署として、あすなるの職員として前を向いて業務に携われるよう、定期的に面談を行い職員とのコミュニケーションを取っていく。

## 5、連携

### ① 他部署との連携

- ・重点課題でもある「オールあすなる」の意識を強め、他部署の問題もあすなる職員として責任をもって考え、同じ方向を向いていく努力をしていく。
- ・夜間職員が不在となるため、特養職員や夜間管理人への報告のシステム化とケアハウスご入居者のアセスメント内容の確認、修正など、ご入居者の情報が浸透していくようにする。
- ・ケアハウスのご入居者が全部署の職員にも認知され、支えてもらうために、ケアハウスの行事にも参加してもらい交流の場を多く持っていく。
- ・厨房職員と給食委員会以外で打ち合わせを行い、改善や見直しをしていく。食事は大きな楽しみでもあるので、ご入居者の声を「ケアハウス連絡ノート」で迅速に厨房に伝え、厨房からの声も入居者に届くよう連携を強めていく。
- ・要支援者、要介護者の担当ケアマネージャーへご入居者の生活の様子を随時伝え、身体的、精神的な変化を共

有し対応できるようにしていく。必要であれば担当ケアマネージャーにも検討会に出席してもらうようにしていく。

- ・在宅サービス（デイサービス・訪問介護・ショートステイ・居宅）の情報が伝わりやすくしていくため、通信や作品を閲覧できるようにしていく。また見学も随時できることを周知していく。

## ② ボランティア

- ・園芸、クラブ活動などでケアハウスの生活を豊かにするため手助けしてくれているボランティアとの関係を大切に展開できる所は一緒に考えていく。
- ・ケアハウスの行事への招待をし、26年度以上に27年度は交流する場を広めていく。

## ③ 地域との関わり

- ・地域行事（関田神社まつり、飯田祭り）やS型デイサービスに参加し、地域との関わりを持ち、ケアハウスとして地域への協力を行っていく。
- ・地域の方も参加できるクラブ活動、または地域の方が講師として参加してもらえる呼びかけ、企画をしていく。
- ・入居者が講師となって行っている「太極拳」の参加を地域の方に広めるため、入居者と宣伝活動を行っていく。
- ・地域の方にケアハウスを知っていただくためにS型デイサービスや地域の福祉懇談会などにも足を運び、相談なども受け付けていく働きかけを行う。

## 6、 運営について

- ・高齢者の生活について選択肢が増えてきていることから今後稼働率100%を保つことが困難になってくると思われる。特養と在宅サービスが併設であり、総合的に支えていくことができることを強みとして、積極的に情報提供していく。
- ・夫婦部屋の募集を常に行っていく。また、ケアハウスとはどんな施設か？をわかりやすく周知できる資料を高齢者の情報が行き交う居宅介護支援事業所に説明を兼ねて配布していく。
- ・待機者状況の整理・把握を定期的に行い、入居が迅速に行われるようにしていく。
- ・入居を申し込まれた方や思案中の方に体験入居を勧め、ケアハウスに興味や安心感が持てるような対応をしていく。
- ・ケアハウスに相談に来た高齢者の方、家族の方に丁寧な対応を行っていくことで、すぐに利用につながらなくとも、また相談できる施設となるよう、気持ちのよい対応をしていく。
- ・27年度よりご入居者負担の生活費、事務費の値上げが実施される。内容について職員が質問等に対応できるようにしていく。

## 7、 ご入居者の声、事故対応、環境整備

- ・居室の設備が老朽化のため、修繕が必要になってきている。特に退去から入居の期間を利用してチェックし、修繕の依頼をしていく。また、随時ご入居者からの修繕依頼の対応も行う。
- ・利用者の声を職員が共通の認識をしながら、解決や改善できることは迅速に対応し職員への要望、ケアハウスの要望を形にしていく。
- ・みんなの声の利用やアンケート等を通じて、ご入居者の表面に出にくい意向をくみとる努力をする。

- ・事故防止のため、日々の記録から対策を早急に検討し同じ事故が起こらないよう職員が統一した意識、取り組みを行う。また、事故対策委員会を開催し今後に生かしていく。
- ・緊急時の対応を職員間で研修を行い迅速な対応ができるようにしていく。また入居者、ご家族にも対応の徹底を行う。
- ・ご入居者の安心、安全の確保の為に、外部からの不審者の侵入等に備えて、防犯カメラを活用していく。
- ・「衛生面の強化」を引き続き取り組み、超酸化水の使用の徹底、エプロンの着用、手洗い、うがい、を実施しまん延予防に努める。
- ・ケアハウスの公共の場の使用に関して、ご入居者一人、一人が気持ちよく利用できるように月の予定やポスターなどを利用し呼びかけを行う。

## 8、 防災、緊急時の対応について

- ・ケアハウス独自の防災訓練を定期的に行い、防災班長会の開催により班長を中心に防災への意識を高めていく。また、施設の防災委員の報告も組み込んでご入居者に伝えていく。
- ・「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」を入居者と定期的に確認し、見直しや改善を入居者とともに行っていく。
- ・ご入居者が倒れてしまった、けがをしたなどの緊急時、職員がどう動くかの研修をマニュアルに沿って行う。定期的に見直しを行い、迅速な動きができるよう研修を重ねていく。
- ・ご入居者の各居室のわかりやすい場所にご入居者のアセスメントを準備し、緊急時に入居者様の情報を伝えられるようにしておく。また、職員が不在時にご入居者が対応できるようご入居者と訓練を行っていく。(救急搬送の場合)

### ・年間行事

	ケアハウス行事	施設行事	その他
4月	お花見		
5月	バス旅行		
6月	茶話会 納涼祭の準備活動		
7月	七夕の集い	納涼祭	
8月	花火大会		
9月	敬老会	敬老会	
10月	茶話会 飯田祭り参加		
11月	バス旅行		静岡市清水福祉総合文化祭
12月	クリスマス&忘年会		
1月	新年のつどい 鏡開き		
2月	節分 新年会		
3月	茶話会		

- ・定例行事 … 短歌教室・脳トレ・リハビリテーション・新聞ちぎり絵・散歩・喫茶
- ・防災訓練 … 年に2回行う（防災班長会も同時期に行う）

## 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」

この基本方針のもとで、“自立支援介護”の知識、技術の修得を目指し、「あすなろなら安心」と思っていたいただけるようなケアマネジメントや事業展開を行なっていきます。

### 居宅介護支援

居宅介護支援事業所としては、第一に特に在宅部門の部署と連携しながら「自立支援介護」の在宅での取組みを進めていきます。平成 26 年度に作成したアセスメント表を活用しながら、水分をはじめ、食事、運動、排便の 4 つの基本ケアをケアプランに取込み、基本方針に掲げる「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」ことに取組みます。

第二にケアマネジメントの質の向上、第三に地域への取組みの推進です。ケアマネジメントの質の向上に関しては、基本であるケアマネジメントに加えて昨年度から取り組んでいる「あすなろの家の居宅として」をより意識し、迅速かつ適切な対応・支援を心掛けます。地域への取組みについては、和茶屋での出張相談・ミニ講演会を継続し、今年度はさらに S 型デイサービス会場での開催を進めます。また、ご利用者やご家族、地域の皆様からの声をあすなろの家に反映させることで、どんな方でも利用しやすい開かれた施設の実現に努めます。

#### ① 「自立支援介護」の浸透

「自立支援介護」を在宅介護において浸透させていきます。そのためにまずあすなろの家の在宅サービスと連携してケアプランの作成と実践を図ります。26 年度に作成した「自立支援介護に関するアセスメント表」を活用し、4 つの基本ケアの推進とご利用者、ご家族への周知徹底に努めます。また、あすなろの家の在宅サービス以外の他事業所のサービス関係者にも「自立支援介護」に関する理解を求め、ケアプランに基づいたサービス提供の連携を進めます。

<ご利用者・ご家族・サービス事業書への周知>

- ・「自立支援介護」の取組みの説明
- ・取組みに対しての理解と同意を得る
- ・サービス事業所を交えた勉強会の実施

<アセスメント表の活用>

- ・アセスメント表に基づくアセスメントの実施
- ・アセスメント表の定期的な見直し

<ケアプランの作成>

- ・4 つの基本ケアに基づくケアプランの作成
- ・担当者会議におけるサービス提供者への周知徹底

<モニタリングの徹底>

- ・3 ヶ月～6 か月で定期的なアセスメントを実施
- ・ケアプランの進捗状況を確認し状態を観察

## ② ケマネジメンツの質の向上

「あすなろなら安心」と思っていただけの事業所をめざし取り組んできたエリア拡大やチーム力の向上、一体的支援等を活かしながら、「あすなろの家の居宅として…」をより意識し、今年度は「個」の力をさらに伸ばすこと、また「ご利用者とご家族のつながりを大切に考えることに真摯に取り組む」ために、ご利用者とご家族の“思い”をきちんと捉えられるようなケアマネジャーになります。そして、「あすなろの家指定居宅介護支援事業所」を地域を代表する事業所にし、地域包括ケアに欠かせない存在になります。

<ご利用者・ご家族の“思い”を捉える>

- ・定期訪問におけるモニタリングおよび訴えの傾聴により“思い”を捉える
- ・ご利用者とご家族のつながりを考え、家族介護と介護サービスの量を考え整える
- ・訪問終了後に今一度振り返りの時間を作る

<ケアマネ会議の有効活用>

- ・概ね週一回の開催を義務付けられているケアマネ会議の継続
- ・輪番制による会議の進行、議題の検討、課題抽出
- ・実践に即した事例検討やロールプレイの実施
- ・事業計画の進捗状況および予定の確認

<地域活動への参加>

- ・飯田庵原高部地区圏域会議への参加および情報発信
- ・静岡市「認知症ケアに携わる多職種協働」への参加と企画推進
- ・認知症家族の会「いちごの会」への参加
- ・介護家族懇談会への参加と家族への周知勧誘
- ・飯田庵原圏域事例検討会への参加

## ③ 地域へ向けた取り組み

和茶屋における出張相談&ミニ講演会も浸透し、他部署の方々の参加も少しずつ進んできており、今後も事業継続を進めていくと同時に、今年度はさらにS型デイサービスの会場での出張相談&ミニ講演会の開催をしていきます。また、あすなろの家がより地域の皆様から必要とされる存在となるべく、地域活動を通じて得た「声」を「ご利用者の声」と捉え施設へ届けます。

<和茶屋等での出張相談&ミニ講演会>

- ・毎週火曜日にケアマネ1名が参加し食事をしながら個別の相談に応じる
- ・介護や福祉に関する講演を10～15分程度実施し、積極的な情報発信を行なう
- ・他部署の職員の方と月一回程度一緒に参加する
- ・金融機関や病院、診療所等の「待合室」を活用した出張相談の検討

<S型デイサービス会場での出張相談&ミニ講演会>

- ・S型デイサービス終了後の時間を活用し、S型デイのご利用者とボランティアの方々を対象にミニ講演会の実施
- ・あすなろの家全部署での取組みに繋げることを検討していく

- ・頻度としては各会場年間に1～2回程度
- <施設へ「声」を届ける>
- ・地域活動で得た「声」を施設に届ける
  - ・居宅での活動を先駆けとしてあすなろの家全体の取組みに活かす

#### ④ ケアマネジメント業務の遂行と広報活動

介護保険に関連する業務全般と新規ご利用者獲得のための広報活動を行い、特定事業所としての責任を全うしながら、月平均120件のケース数を達成します。

<介護保険関連業務>

- ・ご利用者のご希望に応じ、要介護（要支援）認定または、区分変更申請を代行する
- ・その他介護保険に関する必要な申請や、福祉サービスに関する申請についても援助する
- ・行政との委託契約のもと、公平かつ公正な要介護認定調査を実施する
- ・ご利用者との契約に基づき、アセスメント、サービス担当者会議、サービス調整、月1回のモニタリングを欠かさず行い、在宅での生活を支援する
- ・ご利用者の体調の変化に応じて迅速な対応と緊急時の対応を心掛けるとともに、入院の際には必要な情報をご本人の了解の下で医療機関と共有し、医療機関との連携に努める
- ・介護予防プランについては、これまで同様に各圏域の地域包括支援センターとの委託契約の下で要支援1および要支援2の方の支援を行なう
- ・処遇困難（虐待等）なケースに関しては行政や地域包括支援センターとの連携のもとで支援する

<24時間連絡体制>

- ・営業時間（月～土曜の8：30～17：30）以外の相談や連絡については、専用の携帯電話による時間外対応とする
- ・時間外の携帯電話については、ケアマネが交替で所持する

<エリア拡大>

- ・主に飯田庵原圏域とするが、その他に高部・港北・有度・港南の各圏域も積極的に受け入れる
- ・月の受入れ可能件数の連絡を忘れずに行い、安定した新規ケースの受入れに努める

## 在宅介護支援センター

飯田地区社会福祉協議会様との共同企画も少しずつ増え、あすなろの家が地域福祉活動に少しずつ貢献できるようになってきました。また 26 年度は、特定の職員だけでなく多部署の職員が地域の方々と交流する機会を持つようになりました。今年度はさらに地域へ出ていくこと、地域の方々と交流する機会を作っていきます。

同時に、静岡市の認可を受けているセンターとしての機能を十分に生かし、主に居宅の業務が円滑に遂行できるように市との連携を図ります。

### ① 総合相談

介護保険のことをはじめとし、介護や福祉に関する相談を積極的に受け付けるとともに、居宅介護支援事業所の出張相談等、地域のニーズを把握した場合には専門機関へ働きかけを行うなど、地域と施設だけでなく、地域と行政の橋渡しの役割も担います

<総合相談および地域のニーズ把握と発信>

- ・介護保険や介護方法等介護に関する相談や福祉に関する相談を受ける
- ・地域のニーズを積極的に把握し、介護保険サービスや行政の福祉サービス向上に努める
- ・地域包括支援センターとの協力体制を強化する

### ② 行政・地域・他部署・他事業所との連携

行政・市社協・地区社協・連合自治会・民協等の諸団体との協働を意識し、日頃から連携を図ることとで様々な企画の運営に携わっていきます。

<各専門機関との連携>

- ・行政、地域包括支援センター、民生委員、飯田地区社会福祉協議会との連携

<地域活動への参加および企画>

- ・S型デイサービスへの参加（職員派遣、バス貸出）
- ・介護家族懇談会の企画・共催
- ・飯田まつりへの参加（出店や入居者の参加）
- ・S型デイスタッフ懇談会の企画、開催（飯田地区社協との共催）
- ・S型デイスタッフ研修会の企画、開催（飯田地区社協との共催）、職員派遣
- ・S型会場や各自治会の防災訓練見学や参加

### ③ 防災対策

地域防災の情報収集をし、同じ圏域内の福祉団体やサービス事業所等と共有していきます。また、あすなろの家の在宅サービス（居宅介護支援含む）ご利用者へ防災に関する情報発信をしていきます。

<情報収集と共有>

- ・主に飯田地区の防災情報の収集を行い、近隣事業所と共有します
- ・在宅で生活されるご利用者へ防災に関する情報を発信します

**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 16:00～17:30

◆参加者 管理者、ケアマネ、在宅介護支援センター相談員

開催月	研修内容	その他
4月	福祉用具研修	<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	コンセンサスゲーム	
6月	感染症	
7月	地域について	
8月	介護保険制度改正について	
9月	褒めゲーム	
10月	コンセンサスゲーム	
11月	コンセンサスゲーム	
12月	フォトランゲージ	
1月	相互理解・マインドマップ	
2月	コンセンサスゲーム	
3月	認知症	

●他にあすなろの家職員対象の内部研修への参加も予定

●その他外部研修の参加として

- ・ 認定調査員現任研修 ・ 介護予防研修 ・ 精神疾患に関する研修 ・ 介護支援専門員更新研修
- ・ 地域包括ケアに関する研修 ・ 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）

健康の保持と生きるための活力の源である「食べること」を通して、他職種で協力しながら、ご利用者のQOLの向上と栄養状態の改善に繋げ、更に常食化に向けた取り組みを行い、最後まで美味しく口から食べることを支援していく。

また、厨房職員は常にご利用者の事を考え、多様なニーズに対応できる調理技術・専門意識の習得に力を入れていく。

### 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、栄養ケア・マネジメントによりご利用者一人ひとりの疾患や栄養状態を把握し、低栄養の予防や改善を行うことにより、常食への移行可能なご利用者の的確な判断を行っていく。  
特養ご利用者の常食摂取者を現在の21名から30名を目指し自立支援に繋げていく。  
そのために特養・ショートとの話し合いは、毎日のミーティングへの出席、また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等（調理員）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、多様なニーズに対応できるよう努力し食事の提供に努める。
- ② ケアハウスについては現在、28名のうち、1名は粥・きざみ食で提供している。  
今後は全員が常食化になるよう取り組み自立支援に繋げていく。  
そのために、給食委員会・ケアハウスとの打ち合わせを活用し、職員との連携を図りご利用者の意向等を伺い献立作成・調理に反映させていく。また、行事食・季節感のある食事・嗜好を取り入れた食事の提供により「食」の大切さ、食べることの楽しさを伝えていく、また「調理講習会」を実施し料理を楽しんで頂きたい。同時に食中毒予防の知識も伝えていく。
- ③ 在宅（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、嗜好調査の実施・結果からご利用者の声を献立作成・調理に反映させていく。  
「厨房手作りおやつ」をデイのご利用者と一緒に作ったり、「にぎり寿司」「魚の下ろし方」などのデモンストラーションを実施し「食」に対して興味を持って頂く。  
「松花堂の弁当」を提供し、見た目の楽しみ、食事に変化ををつけ食欲増進に繋げていく。また、季節感のある献立・地元の食材を取り入れた献立を取り入れていく。
- ④ 在宅（ヘルパー）については、検食をすることで色々な料理を紹介し在宅で調理をする上での参考にして頂きたい。

## 2、職員の専門職としてのレベルアップ

常食化に向けた取り組みを行うために先ず、ご利用者のニーズ（食事形態・食事量・嗜好・制限食など）に対応できるよう、調理員は主任（管理栄養士）との連絡調整を密に行っていく。

そのために各方面からの専門知識、調理技術を習得し多様なニーズに応えていく。

例えば

- ・自立支援介護に必要な「水」「食事」「排便」「運動」の基礎知識を習得する。
- ・調理師試験に合格する。
- ・新しいメニューを取り入れる。
- ・給食だよりの発行。

などの目標を各自が持ち、仕事に対する意欲を向上させ、事業計画を進めていく。

- ① 自立支援介護に必要な「基礎知識」「理論」を学び「実践技術」「経験知」に繋げていく。
- ② ご利用者のニーズに的確に対応できるよう、先ず調理員の調理技術のレベルを図っていく。  
そのために調理講習会に参加し調理技術の習得に努める。
- ③ 担当調理員は食事内容変更等の連絡を正確に伝達・表示し、調理業務が円滑に進むよう主任・他の調理員との連携を図っていく。
- ④ 給食委員会・厨房職員会議への参加により、課題への取り組み・食事の大切さを伝えながら、常食化に向けた取り組みを行い、最後まで美味しく口から食べることを支援していく。
- ⑤ 調理員の内部研修（毎月テーマを決める）の実施により食事摂取状況、食事内容（栄養量・食事形態等）、調理方法の見直しを図り、より多くの方が常食を食べて頂けるよう努めていく。
- ⑥ 嗜好調査を年1回実施し、献立作成・調理に反映させていく。
- ⑦ あすなるの家内部研修・外部研修などの内容を充実させ、厨房で必要な栄養、調理、衛生管理、嚥下咀嚼についてだけでなく、自立支援介護に必要な「食事」は勿論のこと「水」「排便」「運動」についても学び「オムツゼロ施設」を目指していく。（平成28年3月31日までに）
- ⑧ 調理員の献立を取り入れることにより、日々の献立に変化をつけると同時に仕事に対する調理員の意識向上、調理技術のレベルアップを図っていく。

## 3、新人栄養士の教育

- ・献立作成が的確に且つ速やかに実施できるよう先ず調理技術の習得に努める。  
そのため、ベテラン調理員は調理技術・専門知識の指導に努める。（常時）
- ・献立作成（調理員の献立作成と同時に実施）（4月から毎月1回）
- ・年齢構成及び荷重平均栄養給与目標量の計算（毎年4月）
- ・検収簿の書き出し（毎月毎日分）（4月から）
- ・業者別の発注名書き出し（4月から毎月）
- ・乾物・調味料・米・缶詰め・経腸剤・栄養補助食品等の在庫管理及び発注（継続中）
- ・各会議の出席（ケアハウスの打ち合わせ、給食委員会、内部研修）と議事録の作成及び厨房会議での報告（毎月報告）
- ・食事提供者としての自覚を持ち衛生管理に留意する。

- ・わからないまま業務を実施すると、事故を招くリスクが高くなるため課題が発生した際にはきちんと指導を受ける。
- ・調理技術、栄養管理の意識の習得のため外部研修に参加する（随時）

#### 4、新しいものへの取り組み

栄養ケアマネジメントを反映させた個別対応食の提供、同時に栄養状態を把握し低栄養の予防や改善を図りADLの「自立支援」とQOLの向上に繋げていく。

序々に常食化に向けた取り組みを行い、最後まで美味しく口から食べることを支援していく。

そのために、他職種と協力し「自立支援介護」の基本となる体調管理のための「水分」「栄養」「歩行・排泄」「認知症ケア」の知識を習得し実施していく。

- ・確実に水分を摂って頂きたいので嗜好に合った飲み物を取り入れていくことを検討する。
- ・排便コントロールのため、食物繊維を食事の中に強化していくことを検討する。
- ・水分補給ゼリーの種類を増やしていく。

#### 5、衛生管理

健康の保持・生活の安全を保つため衛生面の強化を徹底する。

- ① そのために、HCCAPの概念（総合衛生管理製造過程：全ての調理工程において衛生管理の徹底）に基づいて衛生面の重要性を伝えていく。（食材・食品・調理の温度管理、鮮度管理、保存管理、配膳管理等）
- ② 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、健康面に対する知識・意識を高めていく。（同時にご家族の健康管理の把握をする。）
- ③ 厨房内に「掃除表」を作り実施し、厨房内の衛生管理に努める。
- ④ 上記内容は毎日実施する。
- ⑤ 年1回の衛生監査、及び衛生指導により職員全員に衛生面の重要性・必要性を伝えていく。
- ⑥ 毎月1回「掃除の日」を設け・厨房職員全員で換気扇・下水等全体の掃除を実施し衛生面の強化を図っていく。
- ⑦ 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「食中毒予防講習会」を実施し、全職員の衛生管理に対する知識を高めていく。
- ⑧ 厨房入り口に「超酸化水」を設置。入室の際、足裏（又は全体）に噴霧し菌の侵入を防止する。
- ⑨ 常に衛生面の重要性・必要性の意識付けをするため「ATP検査」を定期的実施していく。

#### 6、利用者の声・事故

- ① 誤嚥事故を起こさないよう、食事摂取状況・食事内容・調理方法に注意する。そのために、厨房職員同士の連携また各セクションとの連携を密に行い、苦情・事故防止に努める。
- ② ヒヤリハット・事故についてはきちんと報告書を提出し、その都度対策をたてヒヤリ・事故を繰り返さないよう各自がしっかりと自覚し対応していく。
- ④ 必要に応じ会議を設ける。

## 7、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。

- ① 月1回（厨房職員会議の日）防災委員（主任）を中心に「防災マニュアル」を確認し、一人ひとりがその内容を理解できるようにしていく。そして、確認事項を記載し報告書を提出する。
- ② 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習得していく。定期的に「非常用備蓄食品」の在庫・賞味期限の確認を行い、不足分の補充、入れ替えを行っていく。
- ③ 年2回防災訓練を実施する。（1回は炊き出しによる訓練を予定）

## 8、地域との関わり

「食えること」は健康の保持と生きるための活力の源となる。施設のご利用者だけでなく、地域の方へも「最後まで美味しく口から食えること」の重要性を伝え、自立支援に繋げていく。

- ① 「あすなる通信」「ホームページ」「展示会」などを活用し、いろいろな献立の紹介、健康一口メモなどのお知らせをしていく。
- ② 調理講習会を通して地域の方とふれあい、その中で食事を作る楽しみ、食べる楽しみ、食の大切さを一緒に学んでいく。（年1回）

## 9、地産地消への取り組み

地域と協賛し、安心・安全・新鮮・低価格な食材を取り入れていく。あすなるの家と地域との「和」を広げていく。

- ① 食材の残飯を利用し肥料を作る。それを活用しあすなるの畑で野菜を作る（畑ボランティアさんに協力をお願いする。）現在：大根・冬瓜の利用がある。
- ② 地元の方から米の購入。

## 10、職員の健康管理（食育）

職員の健康管理の一環として、全職員会議の際に「栄養指導等の講習会」を実施する。また、生きる上での基本となる「食育」を通して健全な食生活を実施できるよう給食委員会などで伝えていく。

## 職員内部研修計画

毎回実施するテーマ「事業計画」「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」または「大量調理施設衛生管理マニュアル」の読み合わせ

4月：「食事形態の確認・訂正」「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：ご利用者の食事摂取状況確認。きざみ食、超き食、ミキサー食の見直し（常食化検討）

7月：「食事形態の確認・訂正」「ケアハウスの食事について」

8月：衛生管理の見直し（ゴミブリの発生具合、冷蔵庫内外の汚れ、換気扇の汚れ、その他の確認）

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：「食事形態の確認・訂正」「ケアハウスの食事について」

11月：嗜好調査

12月：ご利用者の食事摂取状況確認。きざみ食、超き食、ミキサー食の見直し（常食化検討）

1月：「食事形態の確認・訂正」「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：地元のものを使ったメニューなど地域性、季節感を考えたメニューを考え取り入れる

●きざみ食の大きさを検討していく。