

平成 29 年度 事業計画書

介護老人福祉施設 早蕨
デイサービスセンター 樹蔭
デイサービスセンター 庵
ホームヘルプステーション あおやぎ
居宅介護支援事業所 さわらび
高知市高齢者支援センター 五台山出張所

【平成 29 年度 社会福祉法人さわらび会 事業方針】

平成 29 年度は社会福祉法が大きく改正される年である。その主な内容としては、「経営組織のガバナンスの強化」「事業運営の透明性の向上」「財務規律の強化」「地域における公益的な取り組みを実施する責務」「行政の関与の在り方」などである。

当法人においては今後も透明性のある事業経営（運営）に務め、従事する職員に対しては一般常識を基本としたモラル形成により一層努めたい。

また、施設が持っている「マンパワー」や「知識・技術」を地域のために活かすことでこれまでの関係から一歩踏み込んだ関係性づくりの年としたい。

利用者サービスにおいては、利用者の ADL 全般において「全体（集団）」から「個」に重点を置き、個人単位での QOL の向上に努める。

1. サービス提供

- サービスの個別化
- ケアプランの分析と理解（根拠のあるサービス）
- サービスの見える化（説明義務の達成）
- 重篤化防止（早期発見・早期対応）
- スキルアップ・アンケートの定着

2. コンプライアンス

- 法令・条例・通達などの周知、共有と遵守
- 就業規則・諸規則・法令遵守マニュアルの遵守
- 業務マニュアルの徹底
- 個人情報の厳密な取扱いと保護

3. 利用者尊厳

- 身体拘束・高齢者虐待ゼロと疑わしき行為の禁止
- 利用者ニーズに応じた環境整備
- 利用者と家族のつながりの維持（連携連絡）

4. 苦情解決と相談対応

- 第三者による苦情相談・介護相談の窓口と検討委員会の充実
- 苦情解決に向けた速やかな対応
- 苦情内容の公表

5. 職員処遇と健康管理

- 腰痛予防…①始業前の腰痛予防体操の実施 ②定期健診の実施
- 健康増進の促進および衛生管理と感染予防
- 人事考課を用いた適正な評価と質の向上（人材育成）
- 「ありがとう BOX」の推進
- 管理職と現場職員のヒアリング時間の確保
- メンタルヘルスケア（ストレスチェック）

6. 研修参加（スキルアップ）

- 外部講師による勉強会の実施
- 研修参加による資質向上
- 他施設・他事業者との情報交換（交流）の増大
- 資格所得に関する研修会への参加協力

7. 地域活動（地域貢献）

- 困難事例・緊急事例への取り組みと協力（医療機関の地域連携室、地域における関係機関との連携による協力）
- 地域の老人会、町内会等が行う活動への参加協力
- 地域の健康増進と介護相談受付

8. 情報開示（事業運営の透明性）

- 事業計画書・事業報告書
- 財産目録
- 収支計算書
- 定款
- 現況報告書

【 介護老人福祉施設 早蕨 】

1. 基本方針

(1) 生活の場としての施設援助

利用者の方々が安心して生活して頂けるように環境を整え、生活の場を提供する。

(2) 個別ケアへの取り組み

個人のニーズに応じた個別の対応を行なえるよう、施設サービス計画書を作成し他職種協働により本人の望むライフプランが可能となるようにチームでサポートしていく。

(3) 職員研修の実施

組織として人材を育て、組織も人材も育つことを目標に、研修を実施していく。

研修形態は、施設内研修と施設外研修、研修テーマを①職員啓発・理念の理解②症状の理解③介護技術・対応方法④マネジメント等に分け、年間で研修計画をつくり、内容別に人選していく。階層別には、新任職員、中堅職員、指導的職員、管理者別に実施して行く。

特養部会では、職員の意見を取り入れたテーマで研修を行って行く。

(4) 地域貢献

社会福祉法人として高齢者を支え・頼りとなる地域の拠点の一つとなり、誰もが住み慣れた地域でできる限り健康で安心して生活できるよう援助する。①高齢者のみで生活されている家族で事前に申込みのあった方については住宅へ訪問し不燃物等のゴミ出しの手伝いを行う。②地域の方で健康や介護について悩みのある方を対象に年2回、各種専門職（看護師、介護士等）を交え相談会を開催し問題解決に対応して行きます。

2. 介護方針

(1) 離床対策

寝食分離を基本とし、朝・昼・夕の食事はもとより、おやつやレクリエ

ーションの時間にも全員離床に努める。また、目的のない離床による座りきりを防止する為に、個人の希望するクラブ活動や趣味の時間・個別の外出など要望に対して出来るだけ対応できるようヒアリングする時間や関わりを増やし、その人らしい生活時間を送れるよう努める。

(2) 認知症入居者への対応

自尊心を尊重し、施設生活を穏やかに表情良く過ごしてもらえるように援助する。

- ① 新規入居時、その方の生活歴を情報収集し対応方法を検討する。
- ② 個人の嗜好、身体状態に合わせて一日に必要な水分量を確保する。
- ③ 利用者との積極的な関わりを持ちその方の思いをくみ取る。
- ④ 利用者の要望には出来る限り迅速に対応する。
- ⑤ 施設内・外の認知症ケア研修会へ参加し認知症の理解を深めケアに活かす。
- ⑥ 新任職員の入職時は、その都度専門的な視点から認知症の勉強会を開催する。

(3) 身体拘束廃止、虐待防止の推進

利用者の尊厳を尊重したケアに努め、身体拘束ゼロ、虐待ゼロに取り組む。

- ① 毎月、身体拘束廃止・虐待防止委員会を開催する。
- ② 虐待防止に関する勉強会としては、4月、9月、2月とするが、不適切なケア等が見られた場合はその都度、ヒアリングを行う。

(4) 在宅支援

サービス計画担当者会にて在宅復帰が可能な状態なのか、また御本人や御家族の意見を聞くと共に在宅復帰ができるための自立支援を検討する。

3. 生活援助方針

(1) 食事と栄養

給食委員会を月に一回行い、検食記録やアンケート結果、職員からの意見を参考に検討し、より美味しく好まれる食事、季節感、安全性のある食事の提供を目指す。また、外出行事、季節行事、レクリエーション、

趣味活動を通じて美味しいお弁当、お菓子を提供する。要望があれば料理クラブに参加し利用者と調理を行う機会を持つ。

毎日の食事が利用者一人ひとりの状態にあったものであるか、また食事に対して意見、感想、要望はないかを知る為嗜好調査を継続して行う。嗜好調査の内容については給食委員会で発表し、内容の検討を行う。対応が必要な時は対応を検討する。

介護部門と連携し、利用者個々の食事内容の適正化を図るとともにケアプランと連動した栄養ケアマネジメントを実施していく。

著しい体重減少、摂取量の低下が見られる利用者には看護部門とも連携し栄養状態の確認、補食の検討を行い、状態の改善を目指す。

研修には積極的に参加し、利用者にとって安全でおいしい食事の提供を行っていく為の知識を身につける。

新しい献立の企画を行い、毎月1食は新しい献立を提供する。季節感のある食事の提供も積極的に行う。納涼祭、敬老会にはその日にちなんだお弁当を提供し、誕生日会、ホーム喫茶の時は手作りのお菓子の提供を続けていく。行事以外のおやつでも手作りおやつの提供の回数を増やす。独居などで食事の用意が難しい方を対象に月に1～2度の頻度で手作りのおかずを販売する地域貢献を行う。

(2) 口腔ケア

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に技術的言及や指導を月1回以上行う「口腔機能維持管理体制」を確保する。歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が利用者に月4回以上口腔ケアを行う。「口腔機能維持管理」を行い、誤嚥性肺炎の予防、嚥下障害の改善を図る。口腔委員会を5月、10月の年2回開催とする。

ケアを始める前に口臭・出血の有無等の確認を行い、口腔内異常の早期発見に努める。

義歯使用者には、夜間義歯を預かり洗浄を行う。

(3) レクリエーション、クラブ活動、趣味活動

余暇の楽しみとして利用者のこれまでの経験、体験を生かした季節行事、月、週(単位)での行事を企画し行う。

華道、茶道、料理、音楽鑑賞等のクラブ活動を行うと共に、趣味活動も取り入れ、少人数個別での活動の場を提供する。

地域との交流にも参加して頂く。又、ボランティアによる訪問も引き

続き受け入れていく。

感染症時期（12～2月）の外出に関する企画は県下の流行状況を確認し随時の対応をとり感染対策に留意しながら行っていく。

（4）排泄ケア

排泄委員会を月1回行い個人別の排泄状況を把握し困難事例時には検討し解決策を探る。

機能訓練指導員と連携し座位保持が可能な方には出来る限りトイレでの排泄を支援する。

個別の排泄パターンから使用するオムツの検討をする。

排泄委員を中心に年2回以上勉強会を開催し困難事例や排泄に関する要点をおさえる。

また新任職員入職時には随時勉強会を開催し技術の習得になるように対応、その後も定期的に勉強会、ヒアリングを行い確認する。

（5）入浴

利用者の清潔を維持すると共にリラックス効果を得て頂く。

午前・午後に入浴を継続し利用者にとって入浴が楽しみの1つになる様、コミュニケーションをとりつつ「ゆっくり」浴槽に浸かって頂ける事を目標に個別ケアの体制へと取り組む。

利用者へのサービス向上とともに職員の身体的負担の軽減にも努める。

個々の利用者にあった器具で入浴が行えているか月1回の委員会で検討する。

（6）個別機能訓練

機能訓練指導員が他職種と連携を図りながら、利用者様一人ひとりの生活の場に即した動作、生活を豊かにする視点で個別機能訓練計画書を作成し、日常生活を営むために必要な機能の維持・改善に向けて訓練をすすめていく。

- ① 機能訓練指導員は、日常生活場面（移乗、排泄、更衣等）での活動を中心に個別訓練、集団体操を取り入れて、利用者の生活スタイルに合わせて展開していく。
- ② 機能訓練計画書は、利用者や家族の思い、多職種の意見を含めて3ヵ月毎に評価を行い次回プランへと繋げていく。状態に変化がある場合はプラン変更とする。機能訓練計画書の同意を得て訓練を進め

ていく。

- ③ 個別訓練プログラムは、個々の状態に合わせて、歩行訓練、平行棒歩行訓練、立位訓練、滑車運動、関節可動域訓練等を取り入れていく。

(7) 褥瘡予防ケア

褥瘡者 0 人を目指す。

- ① 褥瘡予防委員会を月 1 回行う。
- ② OH スケールを作成 (3 ヶ月に 1 度 OH スケールを見直す)、リスクの検討をする。
- ③ 状態により、エアマット、体圧分散マット、体圧分散クッションを使用する。
- ④ 栄養ケアマネジメントを行う。体重減少など気にかかる利用者は体重測定を 1 回/月から 1 回/2w に増やし Alb、Tb のチェックも含め医師との連携をとって行く。
- ⑤ 入浴時、排泄の介助時、更衣時には皮膚の観察を行い、変化があれば看護師に報告する。
- ⑥ 高リスク者で体位交換が自力にて出来ない利用者は褥瘡予防計画書又はケアプランを作成する。褥瘡予防計画書は 3 ヶ月に 1 回評価する。
- ⑦ 褥瘡を作らない介護技術を学び介護する。ベッドギャッジアップ時は、ずれ落ち防止のため足元から挙上して頭部を拳上することを徹底する。
- ⑧ 褥瘡予防の研修会に参加する。

(8) 事故発生防止

- ① 毎月、事故防止検討会を開催し、全体分析、個別分析を行い再発防止を図り評価する。
- ② 連続してヒヤリハットリスク 2 の提出がある場合は事故に繋がる可能性が高い為事故防止対策関係職員を施設長又は介護主任が召集を掛け検討会を開催する。
- ③ ヒヤリハットリスク 2、事故報告書に関して、再発防止策は原則発生日、事故報告の場合は 3 日以内に今後の対応策を決め職員に周知徹底する為にリスク 1・2 確認ファイルに閲覧サインをし、翌日には対策の統一を図る。

(9) ケアプラン

- ① 包括的自立支援プログラムを活用し他職種参加のもと原則6ヶ月毎に担当者会議を開催する。

解決すべき課題の把握と対策を立案しケアプランの仮作成を行う。またご家族と担当者会議日の調整を行い、アセスメント内容を伝え利用者の現状を知って頂くように努める（不参加の場合は電話もしくは仮プランを含めて郵送する等して現状がわかるように努める）。結果を踏まえて家族のケアに対する希望を聞き取り後、仮プランを説明する。

- ② 解決すべき課題には優先順位を立てる。

- (1) 生命に関すること
- (2) 利用者・ご家族の意向
- (3) その他優先すべき解決課題

- ③ 状態に変化（疾病、事故、褥瘡形成）等が見られた際、要介護度に変更があった際、利用者やご家族から希望があった際、期限が満了した際には担当者会を開催し、ケアプランの検討を行う。

4. 医療と看護

利用者の高齢化に伴い食事に時間を要し嚥下も難しくなっている方が増えて来ている。また、度々肺炎を発症したり持病で入退院を繰り返される方もいるため施設での体調管理は非常に重要で異常がみられたらできるだけ早い時期にかかりつけ医を受診することで施設生活が維持できるように努める。御家族との関係も密とし、体調変化等や病院受診あれば報告連絡を図る。

(1) 健康管理

- ① 利用者の体調変化の早期発見に努め、医療機関との連携を図る
- ② 食事・水分の摂取量および排泄状況の観察（必要に応じ水分出納チェック）
- ③ 毎日、発熱者の状況を把握する
- ④ 排泄の管理
- ⑤ 健康診断の実施（新入居時、1年毎）
- ⑥ AED等救急用具の整備及び救急時の備え
- ⑦ 新利用者の健康状況の把握

(2) 施設内の感染予防

- ① 利用者・職員・面会者の健康チェック
- ② 換気を充分にし、適度な室温・湿度の保持管理
- ③ インフルエンザの予防注射の実施
- ④ 感染症流行時には、マスクの着用と手指消毒、手洗いの励行
- ⑤ 利用者の急な発熱やノロウイルスが疑われる場合には個室対応とする。
- ⑥ 下痢、嘔吐時適切な汚物処理と早期環境の回復（ノロウイルスへの対応）
- ⑦ 迅速で的確な初期対応の徹底
- ⑧ 2ヶ月に1回、感染症委員会を開催。インフルエンザ、ノロウイルス流行期には毎月開催する。種類別感染者の症状を個々に確認の上対応を検討する。
県下の感染症発生状況により、必要に応じて委員会を開催し、対策を立案する。
- ⑨ ノロウイルス流行期には全体会にてノロウイルスの勉強会を開催し吐物の処理の手順を実技指導する。

5. 稼働率

目標 入居率：入居者 96%、ショート・空床：100%

入居 優先入居の観点から長期待機者の状態を再確認できる体制を確保し、待機者の状況把握に努める。これにより入居検討会時、現在入居されている利用者へのサービス水準を確保すると同時に新たな入居者への対応も可能とするように総合的に判断し対応するように努める。

ショート入居 新規、利用中の利用者が継続して利用をして頂けるように現場職員とも連携を図る。さわらび居宅事業所との連携、他事業所との関わりを増やすことにより利用者のニーズの維持に努める。

ショートステイの利用を他事業所に情報提供することにより、困っている利用者を利用して頂けるように努める。

緊急での問い合わせにも多職種と連携をとり受け入れ体制を広げていくよう努める。

6. 地域貢献

社会交流 早蕨の夏祭りの時には地域の方に協力して頂き、五台山夏祭りや田役には施設職員が積極的に参加し交流を図る。
今後の取り組みとして施設を開放し地域の方と利用者とのふれあいや体操等を一緒に行い交流を図れるように努める。

【 デイサービスセンター 樹蔭 】

1. 基本方針

利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、通所介護サービスを提供する。また、他者との交流や室内レクリエーションへの参加やリハビリテーションを行うことにより身体機能の維持、向上を目指し、「生活リズム」や「生きがい」をつくり在宅での閉じこもり防止・社会的孤立感の解消・心身機能の維持向上を図る。

2. 事業内容

(1) 主たる介護サービス

送迎・入浴・食事・個別機能訓練・健康チェック・レクリエーション・遊ビリテーション・口腔機能向上訓練に加えて、要介護者には日常の動作訓練、要支援者には必要に応じて運動機能向上訓練、65歳未満の利用者には、若年性認知症のケアの個別のプログラムの実施。

(2) 介護サービス内容

① 通所介護計画

居宅介護支援事業者の居宅サービス計画に沿って、通所介護計画書を作成し、ご利用者又はご家族に対し説明を行う。通所介護計画に

沿ったサービスの実施状況及び目標の達成状況を記録し評価する。

② リハビリテーション（個別機能訓練・運動器機能向上訓練）

生活機能の改善及び生活の質が向上できるよう身体機能に応じてパワーリハビリテーションや、いきいき百歳体操を行う。希望及び必要に応じて、理学療法士が理学療法や温熱療法（ホットパック）、マッサージ療法（ウォーターベッド型マッサージ器）、及び居宅にて行える自主訓練の指導を行う。

③ 年間行事

季節感のある行事を行う。施設内の飾り付けを定期的に変えていくことにより季節感を味わってもらい、生活意欲・社会及び身近な出来事への関心を持ってもらい、自ら積極的に参加し楽しんでもらうことを目的とする。

④ レクリエーション(個別・集団)

遊ビリテーションの目的を含め気分転換し精神安定できることで脳活性化を図る。利用者同士の交流を含め、意欲的・自発的に活動が出来るように努める。

個別レクリエーションは、身体・頭脳を使うことにより、能力の維持を目的とする。（くもん学習療法・計算ドリル・漢字ドリル・カレンダー作り・季節に合った創作）

個人の趣味や趣向を取り入れるよう将棋や囲碁、小人数(ユニット)で取り組めるレクリエーションを提案し活動行う。

毎月イベントを行い、季節を感じて頂き、刺激を与え心身の活性化を図る。（誕生日会・陶芸教室・屋台）

⑤ 入浴

浴室での事故対応を強化し、利用者が安心して安全に入浴できるよう努める。

入浴拒否のある方や、希望者には個浴を活用する。

移動が困難な方や身体的障害がある方には特殊浴槽にて安全に入浴ができる様に努める。

⑥ 食事

施設内の厨房で昼食を用意し提供する。月に2日間、屋台をホールに設置し、調理や盛り付けを行い、季節感のある食事の提供を行う。また病状に応じた特別食、食事形態を用意することにより、安心、安全に食事を摂って頂く。

食事摂取量のチェック、介助が必要な方には十分な摂取量を摂取

できるよう必要に応じ食事介助を行う。

⑦ 排泄

援助が必要な方には適宜トイレへの誘導などの介助を行い、必要に応じて整容、更衣、洗濯を行い、清潔面にも気を配る。

⑧ 口腔機能向上訓練

口腔衛生の指導及び援助を行う。食事前に口腔体操を行い、嚥下訓練を行う。食後に口腔ケアへの声かけを行い、歯磨きやうがいを促す。また、口腔機能向上の内容を充実させる為に、必要な方に対し歯科衛生士の指導をもとに個別に口腔機能向上訓練を行う。

⑨ 健康管理

通所時に健康チェック（血圧測定・体温測定・毎月1回体重測定）、身体状態の観察を行う。又、必要に応じて持参の薬の管理、服用時の援助を行う。

⑩ 送迎及び家族交流

送迎時は職員が家族及び利用者の意見・状況を聞き他の職員とも情報を共有する。伝達事項（利用日に気づいた事、健康チェック、入浴、処置、レクリエーション等）は各自、連絡票に記入し、必要に応じて家族に連絡する。

利用者やご家族に向けたデイ便りの発行を毎月1回行う。

又、満足度アンケートを年1回実施し、ご家族のニーズの把握に努める。

（3）利用者数

1日平均45名を目標とする。

（4）その他

① ケアマネジャー及び他サービス提供機関との協力

サービス担当者会に参加し、情報を共有すると共に、「通所介護計画書の評価」等を行い情報の共有をする。

② 地域交流

近隣の小中学校の職場体験実習等の受入。又、パンフレット等の配布により活動内容を地域に発信して行く。

③ 社会貢献・地域貢献

職員一人一人が年1回以上のボランティア活動（交通安全運動や地域でのあいさつ運動、地域のイベント等）に参加する。また地域

住民の必要とされるニーズのリサーチを行う。

④ サービスの周知

見学者・体験利用者への対応。

⑤ 業務改善

新人職員の育成のため、新人研修マニュアルを参照し実施する。又、現職員に対しても知識や技能のレベルアップを図る為、施設外への研修への参加を促す。また、職員間での情報の共有を強化していく為、毎月、事故検討会やデイ会議を行い、行事の反省・評価・次月の行事決定、そして業務の改善についても話し合う。少人数(ユニット)での、機能訓練やレクリエーションを実施する。

【 デイサービスセンター 庵 】

1. 基本方針

少人数の家庭的な雰囲気の中、住み慣れた地域で、利用者がその人らしい生き方・生活が長く継続できる様に通所介護サービスを提供する。又、通所する事により生活にリズムができ、生きがいや楽しみをつくり、在宅での閉じこもり防止・社会的孤立感の解消・心身機能の維持向上、家族の介護負担の軽減を図る。

2. 事業内容

(1) 主たる介護サービス

送迎、入浴、食事、機能・日常動作訓練、健康チェック、レクリエーション

(2) 介護サービス内容

小規模ならではの特性を活かし、利用者のニーズに沿った内容とする。

① 通所介護計画

居宅サービス計画に沿い、個別援助計画を作成する。利用者又は家族に説明を行い同意を得た上で、通所介護計画に沿ってサービスを実施し、記録、モニタリング評価、改善事項の検討を行いながら目

標達成に努める。

②機能訓練(集団・個別)

個別機能訓練では、在宅生活が少しでも長く継続できるよう、自宅を訪問し日常生活を送る上での課題を見出し、具体的な目標をたて訓練を行う。訓練は、利用者に目標を意識してもらえそうな声掛けをしながら行い、訓練内容については、マンネリ化しない様に工夫をし変化をつけて行う。また、似通った目標を持つ利用者がある場合はペアになって行い、互いの意欲の向上を促していく。

集団では、いきいき百歳体操、リハビリ体操、ラジオ体操を行い利用者全員で楽しみながら体を動かせる様にしていく。同時に個々の身体状態や希望に応じて、脳トレやマシンでの運動、マッサージ療法(ウォーターベッド型マッサージ器)、上肢運動のできるマシン使用し引き続き多様な希望にも応えていく。

③年間行事

毎月、季節を感じる行事を行う。又、季節に応じた飾り付けを利用者と作る事で、四季の季節感を感じて頂く。

④レクリエーション

集団レクリエーションでは、昔の遊びやゲームを通して童心にかえってもらい、競い合うことで自信や意欲向上につなげていく。回想法や、脳トレ要素も踏まえた内容のレクリエーションも取り入れ、頭と体両方を刺激していく。

個別レクリエーションでは、季節感のある創作、カレンダー作成、脳トレ(計算、漢字ドリル、脳トレプリント)に取り組み、脳の活性化を図る。また、個別レクで出来上がった作品は、自宅に持ち帰り、自宅でも季節感や製作できた達成感を感じてもらおう。利用者の誕生日は、当日か前後の利用日に誕生会を行いお祝いをする。

天候が良い時には外気に触れながら日光浴をし、植木の世話や植物を育てる喜びを感じてもらおう。

⑤入浴

個浴、マンツーマン援助でゆったりと、安全に入浴できるよう努める。個々の好みにあった温度や時間に対応していく。また、冬至の日にはゆず風呂にする等、可能な限りではあるが入浴時でも季節を感じる事が出来る様にしていく。

⑥口腔機能向上

昼食前に口腔体操と昔懐かしの唱歌を歌い、喉や肺の力をつけ誤嚥

防止と口腔機能の向上を図る。また、同時に認知症の進行防止にも努める。毎回口腔ケアの必要性を利用者に伝えて行き、食後の口腔ケアが出来る様声掛け援助を行う。

⑦健康管理

バイタルチェック、体重測定（月1）、入浴時の皮膚、心身状態の観察を行う。必要に応じて持参薬の管理、服用時の援助を行う。送迎時に本人または家族から当日の状態を聞き、送迎申し送りノートに記入し、誤薬防止の為、薬預かりの場合は記名の上、薬専用袋に入れ、口頭とノートにて管理する。

⑧送迎及び家族との交流

家族との連絡ノートには、バイタル、入浴の有無、食事量、服薬等の記入をし、利用時の状態や表情が家族にもわかるように写真を添付する。返信欄を設け、利用者と家族の意見や要望が常に聞けるようにし、必要に応じて家族に電話連絡をする等、家族との関わりを増やし意見や要望、又相談がしやすい雰囲気作りに努める。独居利用者には、離れて暮らす家族にも状態が分かる様に定期的に連絡をする。

⑨食事

利用者一人一人の咀嚼、嚥下能力にあわせた形態の昼食、おやつを提供する。また、当日の利用者の体調や状態にあわせ、食事の形態を変更する等柔軟に対応する。食事環境についても限られたスペースではあるが、できるだけ希望にそえるようにする。献立においては、可能な限り季節を感じることできる献立作りにし、また利用者の希望を聞き取り、好みのメニューが提供できるよう努める。誕生日会の際には、誕生者の希望を聞き、誕生者の好む食事とおやつを提供できるよう努める。

定期的に食事についてのアンケートを配布し、利用者や家族の意見や要望を聞きとり、改善をはかる。

(3) その他

①ケアマネジャー及び他サービス機関との連携

関連ある他部署、他機関と情報を共有し連携を図る。

②地域交流、地域貢献

年二回、町内の清掃活動に参加し、地域との関わりを深めながら、施設のある地域に少しでも貢献していく。また、可能な限り地域で

の活動に参加していく。

年二回の運営推進会議を開催し、利用者家族、地域住民、地区民生児童福祉委員と情報交換を行う事で、地区との連携を深めると共に、施設の運営の透明性を確保していき、地域に寄り添った施設を目指していく。

③職員研修

施設内外の研修に積極的に参加し、職員のスキルアップに努める。利用者個々にあったサービスが提供できるよう部会にて勉強会を行い、新人職員には新人研修を行う事で新旧職員のサービスの統一に努める。研修計画に沿った研修と、高齢者虐待と身体拘束については毎月勉強会を行うこととする。

3. 利用者数

新件確保の活動として、居宅、ケアマネジャーの訪問を継続して行う。利用者実人員 30 名、1 日平均 12 名を目標とする。

【 ホームヘルプステーション あおやぎ 】

1. 基本方針

利用者が住みなれた地域で心豊かに安心して暮らし続けたいという気持ちに寄り添って、日常的に介護を必要とする高齢者の生活を支え、その家族や介護者を支援し、自立支援を目的としてホームヘルプサービスを提供します。

2. 業務目標

- (1) 事業所内において、ケア会議をもち、利用者様の持っているニーズの把握や問題等を早期に分析、解決に向けて取り組み、在宅生活を支援していく。
- (2) 高齢者の特徴（精神面・身体面）を理解し、受容と共感の「心」で接し、その人の生活史にも着目し、「自己決定権（主体性）」を尊重すると

共に、家族や周囲の環境にも配慮する。

(3) 利用者の意見・要望そして苦情を真摯に受け止め、サービス内容の改善に努める。また、的を得た「言葉」、思いやりのある「声かけ」、笑顔を絶やさない「表情」、的確な「動作」をモットーに、質の高いサービスを提供する。

(4) 施設内外の研修に積極的に参加し、資質向上を図る。

3. 基盤目標

他居宅介護支援事業所との連携を密にし、信頼関係を持つことにより、新規利用者の確保につなげる。また、利用者数 35 名を目標とする。

4. 地域貢献・社会貢献

高須・介良・五台山地域でのボランティア、地域の一人暮らしの高齢者への見守り活動を検討する。

【居宅介護支援事業所 さわらび】

〈基本方針〉

- ・利用者の自主性と自立性の向上を目指す援助が適切に提供されるようにしっかりと生活実態を把握してアセスメントを行い、特定の事業所に集中する事の無いように公正中立な事業所選定にて、自立を目指した居宅サービス計画を作成、交付し、利用者及び家族に同意を得る。
- ・月 1 回以上の訪問は徹底し、日常生活の把握、サービス利用状況の確認を行い、定期的に利用者及び家族の参加を基本としつつ担当者会を開催する。
- ・サービス事業者等に個別サービス計画の提出を求めてケアプランが確実に実行されているかを確認する。
- ・ニーズを解決できるよう連携して利用者の介護度が進行しないように支援していく
- ・関わった方々と信頼関係を築くことで地域の方が相談しやすい事業所づくりを目指す。

- ・法定研修等における実習受け入れ事業所として、適切な指導を行い人材育成に貢献する。

〈法令順守〉

法令・規定等を遵守し、福祉の理念に基づいた良心により行動する。

〈職員研修〉

- ・職員のさらなる質の向上のため、年間計画をたて全員が積極的に施設内外の研修に参加し、研修内容を他職員へフィードバックすることにより全員の資質向上を図る。
- ・実習受け入れ事業所としての研修にも積極的に参加する。
- ・今後増えてくるであろう在宅での医療管理の必要な利用者へ適切なケアプランを提供できるように、医療機関との連携を密にし研修にも積極的に参加していく。
- ・介護保険や社会の情勢に対する情報収集を怠らず、変化に対応できるようにする。

〈苦情解決〉

- ・介護支援専門員の苦情解決担当を置き、いつでも利用者の相談窓口となれる体制をとる。

〈秘密の保持〉

- ・契約締結時に必ず個人情報使用目的書を説明し、了承を得て署名・押印を頂く。業務上知り得た利用者又はその家族の情報は介護計画作成等に必要最小限使用し、秘密保持を周知徹底する。

〈情報の共有〉

- ・週一回定例会を持ち、処遇困難ケース・ケアマネジメントの方法等について話し合い、改善方法を検討する。
- ・公的機関や介護サービス事業所からの通達文書はもれなく周知する。

〈24時間体制〉

- ・ケアマネが当番制により24時間連絡体制を確保し、相談および緊急時に対応する。

〈関係市町村及び地域・他の保健医療・福祉サービス提供者との提携〉

- ・各関係機関や地域との日頃からの連携を密にし、利用者に迅速及び公平中立なサービスを提供できる様に心掛ける。

- ・地域支援センターからの困難事例も受け入れる。

〈地域貢献、社会貢献〉

- ・地域の老人会に出向いて行事のお手伝いや時間を頂き介護相談を受けたりミニ講習を行いたい。

〈契約利用者数について〉

平成 29 年度の利用者の目標実績数は要介護者 140 名とする。

【高知市東部地域高齢者支援センター 五台山出張所】

1. 基本方針

地域の高齢者が住み慣れた地域でできる限り自立した日常生活を継続していくことができるようにするため各種相談に応じ、高齢者の介護予防や生活支援・福祉の増進に資する活動を行なう。

対象者や相談者の立場に立った支援ができるように努め、保健・医療・福祉の総合相談窓口としての役割を担う。

ネットワークを通じた地域の高齢者の実態把握に努め、要援護高齢者への早期対応を図る。

2. 総合相談

高齢者・介護保険等に関する全般の問い合わせについて相談を受け、関係機関と緊密な連携のうえ、適切なサービス利用や機関・制度へつなぎ、継続的に支援を行なう。

3. 地域活動

(1) 地域の現状や課題の把握及び公的・民間・地域のつながりを活かした支援体制の構築

- (2) 宅老所・ミニデイ・老人クラブ・障がい者グループ等との交流や支援
- (3) インフォーマルサービスの情報収集と情報の更新・整備
- (4) 民生委員定例会等の地域で開催される会への出席
- (5) 介護予防に関する普及啓発
(健康講座や認知症サポーター研修等の開催、ボランティアポイント制度の周知)
- (6) いきいき百歳体操の開催支援
- (7) 地域住民の自主的な活動に協力（ボランティア等活動のきっかけづくりの場の提供）

4. 個別支援

- (1) ニーズをしっかりと捉え、保健・医療・福祉などの生活全般にわたるケアを効果的・効率的に支援する
- (2) 介護相談・苦情への対応
- (3) 認知症の人の在宅支援（認知症初期集中支援推進事業の活用）
- (4) 介護保険・介護予防・日常生活支援総合事業の周知と情報提供
- (5) 高齢者虐待の早期発見・支援

5. その他

- (1) 研修会への積極的な参加や関係機関との情報交換や交流により自己研鑽に努める。
- (2) 高知市地域福祉活動推進計画（平成25～30年度）の下、高知市社会福祉協議会と連携し、小地域圏域での地域づくり活動に本年度も取り組む。