

平成 31 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 31 年度 社会福祉法人さわらび会 事業方針】

社会福祉法人さわらび会として平成 31 年度は以下の三点について特に取り組みたい。

1 つ目は、高齢者の死亡原因の高位である肺炎予防を目的とした「口腔ケア」である。朝夕食後の口腔ケアは大体できるようになったが、毎食後の確実な実施には至っていない。口腔ケアが「肺炎（誤嚥性肺炎）の予防」や「認知症の（進行）予防」等、多岐に渡って身体に好影響を与えることが言われている。

2 つ目は、トイレでの排泄動作の確立である。家族の意見として、外出・外泊が出来ない理由のひとつに排泄介助があげられている。オムツ交換が出来ないと言われていたが、車椅子に座ることが出来る方は、トイレにも座ることが出来ると言われており、トイレに座ることが出来れば外出・外泊の機会も増え、社会性の拡大や家族との思い出作り、生きがいにもつながると考えられる。

3 つ目は、従事する職員の確保である。職員の資質向上のためには教育部門の強化は必須であり、退職者を減らすためにはストレスの軽減に努める必要がある。そのためにも職員とのヒアリング時間の確保に努めたい。

平成 31 年度も心のこもったサービスに努め、改善すべきは速やかに改善し、継続すべき点は職員全員が継続出来るように努めたい。

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（疾病予防と早期発見・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廃止

- 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始業前のラジオ体操(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
- 資格取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健康相談の受付

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
- 苦情内容の公表

【 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が行なえるよう、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

福祉施設の職員として、良質で適切なサービスが提供できるよう、研修を実施していく。

施設外研修では、職位階層別、職種別、分野別に年間で研修計画をたて職員に受講してもらい、職員個々のスキルアップを図る。

施設内研修では、月に1回施設全体で専門分野の勉強会と、施設外研修参加者より研修報告を行う。外部講師を招いての講習も行っていく。

「スキルアップ・アンケート」を今年も実施し、アンケート結果を基に、ケアの見直しを行っていく。

(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田役など地域の清掃活動へ参加する。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回を目標に各種専門職（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いく。

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・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、その人に合った生活時間を送れるよう個別での計画に努める。

(2) 認知症入所者への対応

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 新規入所時、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 1 日に必要な水分量を確保する。
- ③ 利用者との関わりを積極的に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。
- ⑦ 利用者の 1 日の生活の中で混乱された様子はみられたか、快適に暮らせているかの把握をする。BPSD 等の症状が見られた際には記録を詳細に取り、チームで検討し BPSD 軽減、消失を目標にする。
- ⑧ 認知症者への対応で困っている事はないか個別にヒアリングし指導、実践を行う。実践後に変化があった場合は記録に残し職員間で情報を共有する。

(3) 介護職員教育

- ① 職員に対して、法人の理念・事業方針に沿ったケアが出来る様に職員教育に努める。
- ② 毎日の入所者に関する申送り事項を出勤時に口頭伝達、ノート等で共有しケア実践行う。職員間では報連相を行いチームケアに繋がるように対応を行う。
- ③ 早蕨の介護基本マニュアルに沿ったケアの実施をより高めるために定期的に職員はマニュアルを参照しケアの再確認を行う。

(4) 身体拘束廃止、虐待防止の推進

- ① 利用者の尊厳と主体性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

- ② 毎月、身体拘束廃止・虐待防止委員会を開催する。
- ③ 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、スピーチロック等不適切なケア等が見られた場合はその都度、ヒアリングを行い、再発防止に努める。

(5) 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か、ご本人やご家族の意見を聴取し在宅復帰の支援としてトイレでの排泄が可能となる取り組みを行う。日常的に行える立ち上がり、移乗時の筋力活用、機能訓練による運動等を実施する。ご家族でも支援が可能となる様に、オムツのあて方、立ち上がり時の注意点等、排泄手順を知って頂きご家族との外出、外泊の機会が増える様に努める。

3. 生活援助方針

(1) 食事と栄養

給食委員会を月に1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。対応が必要な時は速やかに行う。

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、食事形態の確認と見直し、適切な器具の提供等を行い、栄養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。旬の食材や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回数を増やす。

(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に 2 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に 2 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、夜間義歯を預かり破損等の義歯の状態を確認し洗浄を行う。

昼食前には口腔体操を実施、自歯のない方や胃瘻の方にもガーゼでの拭き取りなど適切な方法による口腔ケアを実施する。

毎食後の口腔ケアを実施し、利用者全員の毎食後の口腔ケアを最終目標とする。

(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

排泄委員会を月に 1 回行い、個人別に排泄状況を確認し適切な援助方法を探る。

排泄の時間帯や回数を他職種共同でアセスメントを取りトイレでの排泄回数が増える支援を行う。

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ことで、施設行事等の外出や家族との外出の機会を増

やしていく。

排泄介助時には陰部洗浄を実施し尿路感染の予防を行う。

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。

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。

個々の利用者に合った器具で入浴が行えているか 1 回/月の委員会で検討する。

(6) 個別機能訓練

機能訓練指導員が利用者一人ひとりの日常生活基本動作に着目し、生活の場に即した動作・生活を豊かにする視点で他職種と連携を図りながら、日常生活を営む為に必要な機能の維持、改善に向けてのアプローチをしていく。

- 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、入所者の生活スタイルに合わせた動作への訓練を進めていく。
- ② 機能訓練計画書は、入所者や家族の思い、多職種の意見を含めて 3 ヶ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、移動動作訓練、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に 1 回行う

- ② 入所時に 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 利用者の状態に適したエアマット、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入所者は体重測定を 1 回/月から 1 回/2 週に増やし Alb、Tb のチェックも含め医師との連携を図る。
- 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。また皮膚乾燥等があれば保湿剤を塗布し骨突出があればフィルム剤等を貼付する。
- 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拳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ことを意識し事故防止対策関係職員を施設長又は介護主任が召集をかけ検討会を開催する。
- ② 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 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。事前に各職種や、利用者の担当職員から情報を収集しアセスメントを行い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、仮プランを説明し了承を得る。また、プラン更新時には職員に申送りや掲示などで周知をすることでサービスの統一に努める。

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、介護認定期間が満了した際には担当者会を開催し、ケアプランの評価と再検討を行う。

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。肺炎を繰り返される方もいるため毎食後の口腔ケアや体調管理は非常に重要で、介護スタッフとの連携を図り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し治療を受けることで施設生活が維持できるように努める。またご家族との関係も密とし体調変化や病院受診時等報告し連携を図る。

(1) 健康管理

嘱託医と連携を図りながら日々の健康管理、施設内感染の防止、予防接種の実施、疾病の早期発見、早期治療等に取り組んで行く。特に夜間のオンコール体制については嘱託医との連携も図りながら緊急時でも素早く対応出来るように努める。

(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(9時.11時.13時.16時)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

⑥ 下痢、嘔吐時適切な汚物処理と迅速で的確な初期対応の徹底とし医療

機関を受診。

- ⑦ 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。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
- ⑧ 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

5. 稼働率

目標 入所率：入所者 96.5%、ショート・空床：100%

入所 優先入所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。これにより入所検討会時、現在入所されている利用者へのサービス水準を確保。施設見学や相談に随時対応し、新たな入所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

ショート入所 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。他居宅事業との連携、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。在宅での生活習慣を重視し、家族との良好な関係を築いていく事でリピーター確保に努める。
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介護や健康について悩みのある方を対象に年2回を目標に相談会を開催し問題解決に対応して行く。

【 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・在宅介護についての相談やアドバイス・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個別や小集団での機能訓練を行う。他職種と共同し作成した個別機能訓練計画に基づき、パワーリハビリテーションや日常生活動作訓練、個別機能訓練は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）、エアロバイク、階段昇降訓練及び居宅にて行える自主訓練の指導を行う。

リハビリテーションに参加することで、動作・体力の改善や心理的・活動性の改善を図る。

外部のリハビリテーション専門職と連携して機能訓練のマネジメントを行い評価する。

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を感じ、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。(季節行事・誕生日会・陶芸教室・慰問)

⑤ 入浴

身体機能維持の為「できる所は自分で行う」を基に支援を行う。浴室内の事故防止対応を強化し、利用者が安心して安全に入浴できるよう努める。

入浴時にはプライバシーに配慮し、不安なく気持ちよく入浴できるように環境整備や雰囲気作りを心がける。

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

温かい物は温かく、冷たい物は冷たく、適温にて提供できる配膳を行う。月に2日間、屋台をホールに設置し、五感を刺激できるよう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。健康管理のため体調に合わせて食事形態の変更を行い摂取量の確保を図る。水分の提供、摂取の声かけ、摂取量のチェックを行う。

高い評価を得ている食事であるが、維持ができるよう給食委員会へ参加し、利用者の要望・意見を反映させる。

⑦ 排泄

プライバシーを保ち、対応時の言葉使いにも配慮を行い、安全で不快を感じさせない援助を行う。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う。

必要に応じて排泄状況を記録し、健康管理等に活用する。

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

通所時にバイタル測定、毎月 1 回以上体重測定を行い、健康状態の確認を行う。入浴時や歩行状態等を観察し身体状態の確認を行う。体調不良時には家族・ケアマネ・医療機関と連携し対応行う。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

送迎時は交通法規を守り、安全に送迎を行う。

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

月～金曜日は 1 日平均 43 名を目標とする。

土曜日は 1 日平均 30 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」等を行い情報の提供を行う。

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(地域の清掃活動への参加や、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・体験利用者を積極的に受け入れる。

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。現職員に対しては施設外への研修への参加を促し、知識や技能のレベルアップを図る。職員が隔たりなく、相談事や悩みを打ち明けられる関係性を作り職員が働き甲斐のある活力溢れる職場作りを目指す。

就業時に腰痛体操を行い、介助時にはスライディングシートやマルチグローブの使用を推進、促進し腰痛を発生させない対策をとる。

⑥ 感染症予防

排泄介助後、入退社後は手洗い、うがいの励行、手指消毒剤の使用。咳エチケットを守る。

インフル流行時期には換気や湿度管理を行い感染拡大を防ぐ。

インフルエンザ罹患者の把握を徹底する。

【 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で、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、利用者一人一人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ようような声掛けをしながら行う。また、似通った目標を持つ利用者がある場合は2～3人の小さなグループで実施することで、互いの意欲の向上につながるよう促していく。自宅での課題に向けて、多職種が協力しアプローチする事で目標達成を目指していく。

集団体操では、いきいき庵体操、リハビリ体操、ラジオ体操を行い、利用者が自然と体を動かせる様にしていく。同じ内容だけでなく、季節毎に体操の内容を一部変更し利用者に興味を持って取り組んでもらえる様工夫する。また、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を使用し引き続き多様な希望にも応えていく。

利用者の生活動作レベル維持・向上の観点から、訓練には生活に密着した物を使用する。利用者が日常生活で使用しているものに対して困っていることが改善できるよう取り組んでいく。

③ 年間行事

四季を感じる行事を行う。行事の際には、室内装飾（視覚）・音楽（聴覚）・食事やおやつ（嗅覚・味覚）で季節を感じ取れる様に工夫する。季節に応じた室内装飾は利用者で作成し、四季の季節感を作りながらも感じて頂く。

年間行事の中に、利用者と職員で年2回火災や津波浸水の防災避難訓練を実践する。様々な場面での災害を考え利用者と職員の防災

意識向上と起こりうる災害に対し行動できるよう備えていく。

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。脳トレ要素も踏まえた内容のレクリエーションをより多く取り入れ、物忘れ予防にもアプローチしていく。

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、出来上がった個人の作品は、自宅に持ち帰り、自宅でも季節感や制作できた達成感を感じてもらう。また、利用者の特技を生かせる内容を取り入れ、了解を得た上で作品を展示する事で「まだまだ出来る」と言った自信にもつなげていく。利用者の誕生日には、当日又は誕生日前の利用日に、手作りの誕生日カードをプレゼントし、皆でお祝いをする。

天候が良い時には外気に触れながら日光浴をする。希望者がいる時には職員と一緒にガーデニングや清掃活動をし、役割を持つことでやりがいや生きがいを感じて頂く。

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。又、発語・会話も喉や肺の力が付く為、日中の発語や会話が増えるように働きかけていく。

口腔ケアについては、必要性を伝え食後口腔ケアの声掛け・誘導を毎回行っている事で定着してきている。誤嚥性肺炎予防を目的として、自力で出来ている方も定期的に口腔内（義歯・自歯）の確認をしていく。口腔内の状態の悪化等確認し必要な場合は家族や担当ケアマネジャーに報告し早期に改善できるようにする。

⑦ 健康管理

バイタルチェック、体重測定（月1）を行う。利用者のニーズにおいて必要な場合は測定の回数を増やす等対応する。入浴時には皮膚、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職員間で情報を共有する。利用時に普段は違う様子（言動、バイタル、食事量等）が見られた際には、状態に応じて家族へ電話連絡をする。連絡ノートでの報告と合わせて帰りの送迎時に口頭でも家族に報告し異常の早期発見、健康維持に努める。

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する。必要に応じて家族に電話連絡をし、家族との関わりを増やすことで相談しやすい雰囲気作りに努める。独居利用者には、特変時以外であっても、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、行事食を含め、可能な限り季節を感じることできる献立作りをする。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、利用者と家族の意見や要望を聞きとり、改善を図る。

(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 2 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。地域交流の為、毎月 1 回は介良横堀地区公民館で行われているいきいき百歳体操に参加する。また、可能な限りではあるが介良地区、五台山地区を含め、地域での行事や活動に積極的に参加していく。

年 2 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、地域に寄り添い拓かれ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。また、サービス内容を充実し、多様な利用者の受け入れ体制を作り利用者増に努める。利用者実人員 25 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

利用者が住み慣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、自立支援を目標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) 利用者満足

ご利用者の心身や状況を把握し、希望に添った適切なサービスが提供できるよう努める。

また、サービス時には積極的にコミュニケーションを図り信頼関係作りに努める。

(2) 自立支援

生活リハビリとして、生活援助サービスをともにを行う事により ADL

の保持と QOL を向上させ、在宅生活の継続をめざす。

(3) サービス内容の改善

ヘルパー同士情報を共有し、利用者の心身の状態や生活状況に合わせて統一したサービスの提供に努める。

研修に積極的に参加し、多様なニーズを幅広く受入出来る体制を作っていく。

本年度は身体介護も積極的に受入をしていきたいと考える。

(4) サービスの質の向上

ホームヘルパー同士や他職種との交流を通じて、知識・技術の研鑽に励み専門性の確立を図る。毎月の施設内研修とヘルパー勉強会を行い、質の高いサービスが提供できるようにする。

3. 利用者数

他居宅への訪問を積極的に行い、新規利用者の確保に努める。利用者数 35 名を目標とする。

4. 地域貢献・社会貢献

社会福祉法人に勤める職員として一人ひとりが少しでも地域に貢献できるよう努める。介良地区での清掃活動や五台山地区での地域イベント等に参加し、地域との交流を深める。

また、地域の一人暮らしの高齢者への見守り・声かけ、必要時の支援も引き続き行う。

【居宅介護支援事業所 さわらび】

1. 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。

2. 法令順守

- ・介護保険法令・規定等を遵守しつつ福祉の理念に基づいて、施設内外において行動・言動に注意し、他者の立場になって物事を考え、他者の気持ちを大切にし良心により行動する。

3. 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。
- ・在宅での医療管理の必要な利用者に適切なケアプランを提供できるよう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。

4. 苦情解決

- ・介護支援専門員の苦情解決担当を置き、利用者やご家族の相談窓口となり苦情や相談等があった際は迅速に対応し早期解決に努める。

5. 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。

6. 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。

7. 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。

8. 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。

9. 地域貢献、社会貢献

- ・定期的に地域の公民館に出向いて交流をもち行事のお手伝いや介護相談を受けることにより地域に密着した事業所であるように心掛ける。

10. 契約利用者数について

- ・平成 31 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

住民の各種相談を幅広く受け付けて、制度横断的な支援を実施。

要援護者の視点に立った柔軟な対応と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（多様なマンパワーや社会資源の活用）
- (4) 民生委員定例会等の地域で開催される会への出席・情報交換
- (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・継続の為の後方支援
- (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・苦情への誠意と迅速な対応
- (3) 認知症の人の在宅支援（認知症初期集中支援事業の活用）
- (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) 地域ケア会議や各種研修等への参加によって個別事例のケアマネジメント実践力の向上や必要な知識の習得に努める。
- (2) 高知市地域福祉活動推進計画（平成31年度）・高齢者保健福祉計画（平成30～32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。