

社会福祉法人 和悦会

平成30年度事業計画書

社会福祉法人和悦会

羽曳野特別養護老人ホーム

加美北特別養護老人ホーム

浜特別養護老人ホーム

法人理念

私たちは、人と人のふれあいを大切にし、明るく和やかな雰囲気の中、お年寄りが生きがいを持って自立したセカンドライフを過ごしていただけるよう「和して悦ぶ」（相互理解）の精神のもと、地域の方に愛され、必要とされる施設を目指し、心の通ったサービスを提供いたします。

目次

平成 30 年度法人経営方針	…1
羽曳野特別養護老人ホーム	
平成 30 年度経営方針	…2
平成 30 年度主な施策	…2
1. 特別養護老人ホーム	
重点目標	…3
1) 認知症への対応強化	…3
2) 地域連携・包括ケアシステムの推進	…3
3) アンケート調査に基づいた活動	…3
4) 人事考課制度を運用してのケアの質の担保	…3
5) 研修	…3
部門別具体的目標・計画	
6) 介護	…3
7) 介護支援専門員	…4
8) 医務	…4
9) 管理栄養士	…4
10) 生活相談員	…4
11) 事務	…4
2. デイサービスセンター	
重点目標	…5
1) 信頼関係の構築	…5
2) 新規の獲得	…5
3) 人事考課制度の運用	…5
4) 研修・勉強会の実施	…5
部門別具体的目標・計画	
1) 介護	…5
2) 生活相談員	…5
3) 医務	…6
4) 管理栄養士	…6
委員会別具体的目標	

1) 事故防止委員会	…6
2) 感染症又は食中毒の予防及びまん延防止委員会	…6
3) 高齢者虐待防止・身体拘束廃止委員会	…6
4) 苦情対応委員会	…6
5) 第三者委員会	…7
6) 褥瘡予防委員会	…7
7) 安全衛生委員会	…7
3. ケアプランセンター	…8
4. 在宅介護支援センター	…9

加美北特別養護老人ホーム

平成 30 年度経営方針	…11
平成 30 年度主な施策	…11

1. 特別養護老人ホーム部門

重点目標	…13
1) サービス向上に向けて	…13
2) 人材育成	…13
3) 実習・研修受け入れ	…13
4) 地域との連携	…13
5) 行事等	…13

部門別具体的目標・計画

6) 介護	…14
7) 介護支援専門員	…14
8) 医務	…14
9) 管理栄養士	…14
10) 作業療法士	…14
11) 生活相談員	…14
12) 事務	…14

委員会別具体的目標

1) 安全衛生委員会	…15
2) 事故予防委員会	…15
2) 感染症対策委員会	…15
3) 身体拘束廃止委員会	…15
4) 褥瘡対策委員会	…16

5) 接遇委員会	・・・16
6) 第三者委員会	・・・16
2. 在宅部門 デイサービスセンター	・・・17
3. 在宅部門 居宅介護支援事業所	・・・18
4. 在宅部門 配食サービス	・・・20
5. 在宅部門 地域包括支援センター	・・・21

浜特別養護老人ホーム

平成 30 年度運営方針	・・・24
平成 30 年度主な施策	・・・24

1. 特別養護老人ホーム部門

重点目標	・・・25
1) サービス向上	・・・25
2) 人材育成	・・・25
3) 実習受入	・・・25
4) 地域連携	・・・25
5) 行事	・・・25

部署別具体的目標・計画

6) 介護	・・・26
7) 介護支援専門員	・・・27
8) 管理栄養士	・・・27
9) 医務	・・・27
10) 作業療法士	・・・28
11) 生活相談員	・・・28
12) 事務	・・・28

委員会別具体的目標

1) 安全衛生委員会	・・・28
2) 感染症対策委員会	・・・29
3) 高齢者虐待・身体拘束廃止委員会	・・・29
4) 褥瘡対策委員会	・・・29
5) 顧客満足度委員会	・・・29
7) 事故・ヒヤリハット対策委員会	・・・30

2. 在宅部門 デイサービスセンター	・・・31
--------------------	-------

3. 在宅部門	居宅介護支援事業所	・・・32
4. 在宅部門	配食サービス	・・・33

羽曳野特別養護老人ホーム

平成 30 年度 社会福祉法人和悦会 経営方針

平成 30 年 4 月介護・医療・障がいの同時改正にあたり、介護保険の改定方針は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、国民 1 人 1 人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、以下の 4 点を重点項目として掲げた。

- I 地域包括ケアシステムの推進
- II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現
- III 多様な人材の確保と生産性の向上
- IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

また、社会福祉法では社会福祉法人の公益性・非営利性を確保する観点から制度を見直し、国民に対する説明責任を果たし、地域社会に貢献する法人の在り方を徹底するという観点より以下の 5 点を重点項目とし既に改正、施行された。

- 1. 経営組織のガバナンスの強化
- 2. 事業運営の透明性の向上
- 3. 財務規律の強化
- 4. 地域における公益的な取組を実施する責務
- 5. 行政の関与の在り方

これらの法律の改正は、地域包括ケアを推進する中、介護事業者の在り方、地域福祉の主たる担い手とされる社会福祉法人の在り方を示しているに他ならない。引き続き、羽曳野・加美北・浜各拠点に於いて、提供している各サービスを中心にご利用者・地域と真摯に向き合い、また、地域で活躍する医療機関など地域包括ケアシステムを推進する他機関とも連携し我々が果たすべき役割を自覚し、それを通じて見えてくる地域の問題と正面から向き合い、『和して悦ぶ』の法人理念のもと、“地域が元気になる支援”を考え実践することを方針とする。

平成 30 年度 施設経営方針

法人理念「和して悦ぶ」の心で相互理解を目指し、目の前の“その人”一人一人に向き合い理解することでご利用者・ご家族の皆さま・地域の方々のニーズに合ったサービス提供を目指す。

職員一人一人が「誰のために、何のために」ということを第一に考え、目標・目的を常に意識して、しっかりとした根拠・ニーズに基づく計画をご利用者・ご家族に示した上で支援にあたる。そして、実際の結果や効果を適切に評価し、常に見直していくことでサービスの質の向上を目指す。

さらに、地域包括ケアシステムの地域福祉の拠点としての役割を意識し、介護保険事業では【プロのケアが必要な方への支援】が求められており、要介護度の高い方への対応が求められる中、地域の皆さまから頼りにされるサービス提供事業所として、また「施設」から地域の「住まい」へなるべく組織としてのレベルアップを目指す。

平成 30 年度 主な施策

- 1) 職員一人一人が個人個人のご利用者様・ご家族様に目を向け、視線を拾い目を合わせ、耳を傾け、日々の生活の変化に注目するという姿勢を持つことを意識し、説明出来る根拠に基づく支援をすることで、信頼関係をより強固なものにし、組織全体での相互理解を深める。
- 2) 地域に根付いた事業を目指し、より多くの方に必要とされ、より多くの方に満足いただけるサービス内容となるよう、その結果を共有し評価する事によりサービスを随時見直す。
- 3) 特養部門・在宅部門ともにご利用者様のニーズを適切に把握し、特に重度化する利用者の支援に必要な情報・介護技術の習得を常に行い生産性の向上を目指し、その内容を事業所のみならずご利用者様・ご家族様・関係機関としっかりと共有することにより、スムーズな支援・サービス提供をこころがけ、ご利用者様自身はもちろん、ご家族の皆さまや地域の方々にも満足いただく。
- 4) 新規にサービスを利用される方は特に制度やサービスに対する理解のレベルが大きく異なることを理解し、ご利用者様・ご家族様に分かりやすく説明を実施し、利用される方々の生活が持続可能なニーズに合ったサービスや情報の提供を実施する。
- 5) 様々なサービス提供を通じ、社会福祉法人が求められている地域における公益的な取組の実施の為、地域ニーズを掘り起こし具体的な実践に向けて活動を強化していく。

1. 特別養護老人ホーム

重点目標

『中重度の要介護者の住まいであることを常に意識し適切な介護が提供できる体制づくり、医療ニーズへの対応に着目することでご入所者に安心、安全で自立支援、重度化防止に向けて質の高い介護サービスの提供に努める。』

1) 認知症への対応強化

- i 外部研修、内部伝達研修を通して常に最先端のケアのあり方を意識する。

2) 地域連携・包括ケアシステムの推進

- i 行事を通して近隣幼稚園の交流を図る。行事には地域ボランティア等の社会資源を活用する。
- ii 行事の機会等に外部の方を招き、施設の存在を周知し地域と身近な施設を目指す。
- iii 職員が外部研修の講師を担い、施設の持つマンパワーを地域へ提供する。

3) アンケート調査に基づいた活動

- i 常に第三者や世間の考えを意識し、全職員が当事者意識を持ち活動を行う。

4) 人事考課制度を運用してのケアの質の担保

- i 個々の職員が自身の能力を最大限に引き出せるよう目標設定と評価を実施する。
- ii 各部署が月間目標を設定し、目標達成に向けて全体で取り組む。

5) 研修

- i 年間予定に沿って内部研修を実施する。
- ii 積極的に外部研修に参加し、伝達研修を行うことで今後のケアに活かす。

部署別具体的目標・計画

6) 介護

i 2階フロア

職員のスキルアップを目指し、ご入所者に心の通ったサービスを提供できるようにし、ご入所者が生きがいを持って生活を送れるようにする。

- ・職員の危機管理能力の向上とフロアミーティングによる介助方法・環境の見直し。
- ・ご入所者1人ひとりのニーズを把握し、個々に合った過ごし方を提供する
- ・ご入所者1人ひとりに合った水分量を提供し、尿路感染症や脱水症を予防する。

ii 3階フロア

介護専門職の自覚を持って個々の人間性を尊重し、コンプライアンスのもと、ご入所者に心から喜んでいただけるように、サービスを提供し支援する。

- ・質の良いヒヤリハットを意識的に提出し、事故を予防する。
- ・個々に会う余暇活動に取り組み、穏やかに生活できるよう支援する。
- ・バルコニーでの菜園活動等を通し、生きがいを感じてもらえるよう支援する。

iii 入浴・衣類班

ご入所者1人ひとりにそった入浴形態を提供し、入浴が生活の楽しみのひとつとなるよう取り組んでいく。専門部門として介助技術・知識の向上を目指す。

- ・足浴や入浴後に白癬爪のケアを実施し、白癬の悪化防止に努める。
- ・浮腫や血行不良が見られる方に対して各職種で連携し軽減・悪化防止に努める。
- ・スキンケアを行い皮膚状態悪化の早期発見・治癒を心がけ受診者ゼロを目指す。
- ・入浴会議を毎月実施し、より安心・安全・快適に入浴していただけるよう努める。
- ・年に3回を目標に常勤・非常勤職員に勉強会を行う。

- ・毎月2回変わり風呂を実施する。
- iv 排泄・リネン班
排泄調査を行い個別の排泄介助を確立し、ご入所者のQOLの向上及びADLの維持または回復に努める。
 - ・自立した排泄のための調査の実施・個々に適した排泄介助
 - ・褥瘡の早期発見、早期対応を行い悪化防止に努める。
 - ・スカイリフトを使用しトイレで排泄してもらうことによりQOL向上を図る。
 - ・いきいき体操を定期的実施し、腸の動きを活性化させ自然排便を促す。

7) 介護支援専門員

- ご入所者・ご家族の求める生活に少しでも近づける為、意向やニーズの抽出、達成状況の的確な把握に努め、ケアプランを通して適切なサービスを実施していく。ご入所者・ご家族と、積極的で密な関わりにより信頼関係を築き、その人らしく生活が送れるようケアマネジメントを行っていく。
- i 重度化予防・生活の質の向上に繋がるケアプランの作成
 - ii ご入所者・ご家族との信頼関係の構築
 - iii 介護支援専門員個々のスキルアップ

8) 医務

- ご入所者が健やかで安心して生活が送れるよう、医療部門の中心的役割を担う立場から関係職種と連携を図り、日常生活の中で状況の変化を的確に捉え、疾病の早期発見・早期対応にあたり、心身共に健康維持へ努めていく。
- i 状態観察に努め、異変を早期発見できるよう努める。
 - ii 医療的見地から、各職種への医療的相談・アドバイスの役割を担う
 - iii 常時各階に看護師を配置し、ご入所者に積極的に関わり、心のケアに努める。

9) 管理栄養士

- 個々の身体状況等に基づいて各専門職と連携してご入所者・ご家族の意向に沿いながら、適切な栄養介入を行う。食事提供においては、ご入所者にとって食事は生活の楽しみとなることを理解し、美味しく安全な食事を提供できるように検討を重ねる。
- i 厨房委託業者と連携し、品質管理された食事提供を行う。
 - ii 変化率に留意した栄養ケアマネジメントの実施
 - iii 楽しみの一つとなりえる食事提供の実現
 - iv 研修会への積極的な参加を通して管理栄養士のスキルアップを目指す

10) 生活相談員

- 社会資源であるベッドを効率的に地域に活用していただくことで支援が必要な高齢者に利用していただくことを目的とし入退所の調整を円滑に行い、ベッド総利用率99%を目指す。
- i 医療機関や他事業所にベッド空き状況を開示し効率的なベッド利用に努める。
 - ii 各部署と信頼関係を構築し介護現場の状況を理解し、ご家族への情報発信を行う。

11) 事務

- 来設されるみなさまに、好印象を持っていただける様、明るく親切・丁寧な対応をする。また、各部署との連携を図り、全体の業務がスムーズに遂行される様、日々の情報収集に努める。
- i 窓口対応・電話対応等、お待たせしない対応をする。
 - ii 整理整頓を心がけ、仕事をしやすい環境にする。
 - iii 業務内容の見直しをし、効率良く・確実な仕事ができるようにする。

2. 在宅部門 デイサービスセンター

重点目標

『ご利用者、ご家族一人ひとりの気持ちを理解し、心から安心・信頼していただけるようにサービスの提供を行う。ご利用者が地域の中で、その人らしい生活を送ることができるように支援する。

職員一人ひとりが地域の方々に対する相談窓口であると認識し、相談をいただいた際には、相談事項が解決できるように取り組む。』

1) 信頼関係の構築

- i 積極的に送迎・入浴・排泄等の支援方法等についての情報を発信する。
- ii ご家族や居宅介護支援事業所の方に当事業所に来ていただく機会を設ける。
- iii 地域の清掃への参加や地域のイベントに積極的に参加する。

2) 新規の獲得

【デイサービス】登録者数 110名 1日平均利用者 35名 体験利用獲得 90%以上

【ショートステイ】登録者数 100名 ベッド利用率 100%

- i 居宅介護支援事業所への周知活動方法の見直し
- ii ニコトレの実施方法を見直し、より多くの方に利用していただく。
- iii ご利用者、ご家族向けに感染症予防や介護に関する講習会を実施する。
- iv 体験利用後の獲得率 90%以上を目指す。

3) 人事考課制度の運用

- i 個々の職員が自身の能力を理解し、能力の向上ができるよう運用する。
- ii 助言・相談を通して職員間のコミュニケーションの機会を増やす。

4) 研修・勉強会の実施

- i 年間計画に沿って研修・勉強会を実施する。
- ii 外部研修については、参加後に必ず報告会を実施する。

部門別具体的目標・計画

5) 介護

ご利用者、ご家族1人ひとりへの理解を深める。利用者様が在宅で望む生活を実現できるように、自立支援に向けたサービス提供を行う。また、ご家族の介護負担の軽減を図り、在宅での生活が継続できるように支援を行う。

- i 接遇の見直し、要望や相談の収集を行い顧客満足度の向上を目指す
- ii 自主点検の実施と介護保険報酬改定内容の把握を行い、適切な事業運営を行う。
- iii ケアプランの内容、目標を全職員で共有する。
- iv 機能訓練を転院の35名全員が参加できる体制を整える。
- v 利用者様1人ひとりの過ごし方を検討する。

6) 生活相談員

すべてのご利用者・ご家族との会話を大切にし、それぞれの状態や環境等の変化に合わせて相応しいサービスを提供できるよう、情報のこまめなやり取りを心がけ、ご利用者にご家族がともに安心して、在宅生活をより長く続けられるよう支援していく。

また、デイサービスだけでなく、ショートステイや施設入所といった、将来的に必要な可能性のあるサービスの利用を視野に入れ、状況の変化に対応し継続的に支援することで、地域の中での生活を実現し、地域から必要とされる施設を目指す。

- i ご利用者、ご家族、関係機関に対して迅速かつ正確に情報提供を行う。

- ii ご利用者に対して、必要な情報提供や助言を行い、関係作りを意識して行う。
- iii 地域の社会資源の情報や福祉に関わる情報収集を行う。
- iv 面接、相談時に適切に情報を収集し、各専門職へ周知する。
- v 在宅介護支援センターや社会福祉協議会と連携し、ニーズに合ったサービスを提供することで、地域に必要とされる施設を目指す。
- vi 広報・営業活動を強化し、新規の依頼獲得を目指す。

7) 医務

ご利用者の健康状態の把握に努め、ご利用者、ご家族に安心して利用していただけるように援助する。ご家族、他職種との連携を図り、ご利用者に適切な対応や助言ができるようにする。

- i 誤薬が発生しないように、服薬手順を徹底して守る。
- ii 日々ご利用者の状態を注意深く観察し、異常の早期発見に努める。
- iii 職員会議で高齢者の疾患の特徴や観察のポイントを周知する。
- iv 季節に応じて職員の健康管理への注意喚起を行っていく。

8) 管理栄養士

ご利用者一人ひとりの嗜好・栄養状態の把握に努め、それに基づき計画的に食事を提供することで、低栄養を予防し、要介護状態の軽減、悪化防止を図り、安定した在宅生活を送れるように支援する。

- i 厨房委託業者と連携し、品質管理された食事提供を行う。
- ii 環境の向上と食欲を増すような工夫を行い、食事満足度の向上を図る。

委員会別具体的目標

1) 事故防止委員会

- i 特養
 - ・ヒヤリハット、事故報告書を精査し、事故の傾向を分析し事故を未然に防止する。
 - ・ヒヤリハットから住環境での事故につながる場所がないか見直しを行う。
 - ・転倒等のリスクのある方のリストの見直しを行い、事故への意思を高める。
- ii 在宅
 - ・定期的にヒヤリハット増加キャンペーンを実施する。
 - ・危険性の高いヒヤリハット等を連絡帳に記載し、危機意識を高める。
 - ・定期的に運転手と助手に車両運行時の注意事項を周知する。
 - ・ドライブレコーダーの映像を用いて事故予測の意見交換を行う。
 - ・年に3回、各車両のドライブレコーダーの動作確認を実施する。
 - ・年に4回危険予知トレーニングを実施する。
 - ・2ヵ月に1度、車椅子、机等の使用物品の安全点検を行う。

2) 感染症又は食中毒の予防及びまん延防止委員会

- i 正しい情報収集と知識の習得、情報共有を行う。
- ii 感染症又は食中毒の予防及びまん延防止
- iii 食中毒の発生防止

3) 高齢者虐待防止・身体拘束廃止委員会

- i 年に2回、身体拘束や不適切ケア帽子のため研修を行う。

4) 苦情対応委員会

- i 申し立てがあれば申し出者の訴えの意味が理解できるまで聴き取り、確認を行う。
- ii 苦情に対して早急に事実確認を行い、適切に対応する。

- iii 各部署の職員会議で苦情内容の周知を行う。
- 5) 第三者委員会
- i 「施設サービス向上のためのアンケート調査」の効果的な運用
- 6) 褥瘡予防委員会
- i 定期的な皮膚状態の確認
 - ii 物品の適切な使用・新たな予防用具・予防方法の検討
 - iii 早期治癒に向けての受診検討
 - iv 褥瘡発生メカニズムの正しい知識の習得
- 7) 安全衛生委員会
- i 労働災害の発生を未然に防ぐ
 - ii 職員の交通事故、交通違反の防止及び交通安全意識の高揚
 - iii 職員のこころと体の健康管理を積極的に推進する

3. 在宅部門 ケアプランセンター

重点目標

『ご利用者のニーズを適切に捉え、ご利用者の気持ちに寄り添えるケアプランの作成を行い、ご利用者・ご家族・サービス事業所等としっかり情報共有することで、スムーズな支援をこころがけ、ご利用者自身はもちろん、ご家族や地域の方にも満足頂けるよう努め、可能な限り住み慣れた地域で安心して生活できるよう、自立支援・重度化予防を意識して支援していく。但し、ご利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合、又はご利用者が介護保険施設等への入所を希望する場合には、介護保険施設等への紹介、その他の便宜の提供を行う。

見える形での社会貢献、地域貢献ができるよう事業展開していく。』

1) 適正な事業運営を実施する

- i コミュニケーションを重視し、状況の把握に努め信頼関係を得る。
- ii ニーズを正確に捉え、その人らしい居宅サービス計画を作成する。
- iii モニタリングでは利用者様、ご家族にしっかりと目を向け、生活の変化に着目する。
- iv 基準や通知を正確に把握し、記録作成を大切な業務と位置づけ、しっかり整備する。
- v 各サービス提供事業所と連携強化を図る。
- vi 公平中立の立場に立ち、特定事業所集中減産を回避する。
- vii 業務管理により、効率的に業務を遂行し、随時新規相談等に対応する体制を目指す。
- viii ケアプランの依頼相談に対して可能な限り対応する。
- ix 秘密保持及び個人情報の適切な取扱いを行う。
- x ケアプラン件数を意識し、数値目標の達成を目指す。
数値目標→月 105 件

2) 介護支援専門員の質の向上を図る

- i 法人内ケアプランセンター連絡会の出席(年3回開催予定)
- ii 内部研修・外部研修を通じ倫理観の醸成と基礎知識や情報を収集する。
- iii 居宅介護支援事業者連絡会に積極的に参加する。
- iv 事業所内の会議にて情報交換を密に行う。
- v 苦情や相談、要望等を真摯に受け止め問題解決を図る。
- vi アンケート調査等により業務の振り返りを行う。
- vii 人事考課制度等を活用し、年に2回、自己評価を実施する。

3) 医療との連携を強化する

- i 医療ニーズの高いケースについてはプラン担当時にかかりつけ医に連絡を行う。
- ii 必要に応じ往診時や通院時に同行し、顔の見える良好な関係作りを目指す。
- iii 入院時にはご利用者に関する必要な情報提供を可能な限り、入院先に出向いて行う。
- iv 退院時には病院等の職員と面談を行い、必要な情報収集を行う。
- v 医師や看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー等との懇親会に積極的に参加する。

4) 地域ネットワークの構築を図る

- i 地域包括支援センターとの関係をより強固なものとし地域に根ざした支援を行う。
- ii 地域に出向き、気軽に相談していただける周知活動を行う。
- iii 虐待疑いのケースについては地域包括支援センターに相談し、最悪の事態を防ぐ。
- iv 地域ケア会議の参加。
- v 認定調査の委託継続。
- vi 支援の中で見えてくる地域の課題を、地域包括支援センター等に情報発信する。

4. 在宅部門 在宅介護支援センター

年間目標

高齢者の尊厳の保持と自立支援の目的の下、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、生活支援コーディネーターとして、地域包括ケアシステムの構築に向けた活動を行う。積極的にアウトリーチすることにより、地域ニーズの把握に努め、新たな地域課題の解決に向けた取り組み等を行う。

- ・ 1回／月以上、地域の催し等へ参加を目指す。
- ・ 4回／月以上、訪問実態把握の実施を目指す。

1) 窓口業務

- i 在宅介護等に関する各相談に対し、電話、面接等により、総合的に応じる。
- ii 各種保健福祉サービスの紹介、利用方法等に関する情報の提供を行う。
- iii 要援護高齢者等の保健福祉サービス利用申請手続きの受付、代行等の便宜を図る。
- iv 対象者の心身状況を把握し、必要に応じて相談及び助言を行う。
- v 虐待の相談窓口として把握した情報を速やかに地域包括支援センターに報告する。
- vi 虐待・困難ケース等の同行訪問や緊急訪問を行う。
- vii 必要に応じ居宅を訪問し、対象者の心身状況またはそのご家族等の状況把握と介護保険や高齢者福祉サービスの紹介等を行う。
- viii 対象者の居宅を訪問し、チェックリスト、アセスメントを実施する。

2) 見守り支援業務

- i ひとり暮らしまたは高齢者世帯で、見守りが必要な高齢者への居宅訪問等を行う。
- ii 支援内容について地域包括支援センターの担当者と調整を図り、連携して対応する。
- iii 対象者についての情報収集とアセスメントを行い、見守り支援プランを作成する。
- iv 見守り支援プランに基づき、原則月1回程度の見守りを行う。
- v 見守りを行った結果は、支援経過記録に記載し、地域包括支援センターへ報告する。
- vi 見守り支援プランは、3ヶ月から6ヶ月ごとに評価を行う。

3) 地域ケア会議開催業務

- i 地域や民生委員等に参加を求め地域ケア会議を開催し対象者等への支援を行う。

4) 住宅改修理由書作成業務

- i 介護予防住宅改修費の支給に係る理由書の作成を行う。

5) 事業報告

- i 各種業務の実施にあたり、月1回地域包括支援センターに業務報告を行う。

6) 生活支援体制整備業務（生活支援コーディネーターの設置）

- i 地域の各種団体等の活動に参加し、地域ニーズや資源の調査を行う。
- ii 各エリアの会議において、事務連絡および議事進行等の主体的な役割を担う。
- iii ブランチ会議にて各エリア・各校区の報告や情報提供を行う。
- iv 地域に必要なサービスや活動の開発を地域と一体的に行う。
- v 生活支援サービスの情報をリストや冊子にまとめ、地域の支援者等に提供する。
- vi 地域へ出向き、地域組織の主催する行事等で講習会や勉強会等で、情報提供を行う。
- vii 関係機関との顔の見える関係づくりを促進する。
- viii 個別課題があがってきた場合は地域ケア会議につなげる。

7) 大阪しあわせネットワーク（生活困窮者レスキュー事業）

- i 既存制度では対応できない方等を対象とし、自立に向けた支援を行う。
- ii 羽曳野市福祉施設連絡会を活用し、羽曳野市コミュニティーソーシャルワーカー・スマイルサポーター連絡会により多くの障がいや児童等の事業所も参加して頂く。

加美北特別養護老人ホーム

平成 30 年度 施設経営方針

昨年 11 月の理事長及び施設長の交代に伴う必要な組織改編により、利用者、家族、地域の皆様との間にこれまで築いた信頼関係を損なうことがないように、安心いただけるように、新たな体制を固めていく。

また、今年度は医療・介護報酬同時改定にあたり、一人一人が状態に応じた適切なサービスを受けられるように、質が高く効率的な介護の提供体制を整備するため、地域包括ケアシステムの推進に向けて医療・介護連携を強化すること等を柱とした国の施策が打ち出された。これらを踏まえ、法人理念、法人方針に沿って、当施設の運営方針を次のように定める。

1. 職員一人一人が、利用者の尊厳を守り、言葉にならないその思いにも寄り添い、「もし私だったら」「もし私の親だったら」と想像し、心をくみ取り、最善のサービス提供に努める。
2. 職員一人一人が、培った知識と技術を十分生かし専門性を発揮して、新たなステージにあってもその役割を前向きに担い、利用者、家族の皆様から必要とされる施設を目指す。
3. 職員一人一人を大切に育成し、その成長が利用者、家族の悦びに繋がるように努め、信頼される施設を目指す。
4. 事業の持続性のある財務状況を維持し、地域のニーズに合った社会貢献を主体的に進め、地域の皆様から必要とされる施設を目指す。

平成 30 年度 主な施策

- 1) 地域包括ケアシステムの推進に重要な役割を担う「中重度者を地域で支える仕組み」の中核として、特養・デイサービスセンター・ケアプランセンター・地域包括支援センターの医療ニーズへの対応力及び認知症の方への対応力を強化するための取り組みを進める。
 - ・ 介護保険の理念、法人理念とコンプライアンス 5 つの視点の理解を全職員に徹底することにより、中重度者を支えるための根幹となる利用者の尊厳と自立支援に対する意識を高め標準化する。職員採用時に限らず、その後も持続できるよう、職場内への掲示や、業務開始時の唱和を推奨する。
 - ・ 特養部門においては、昨年度から取り組みをはじめた「看取り介護」について、利用者及び家族への周知を行い希望により対応できるよう、また加算算定ができるよう早期に体制を整える。また、そこで生まれる職種を超えた施設一体の支援の形を大切に、深めて行く。さらに、介護職員について認定特定行為業務従事者認定の資格取得を支援することで、喀痰吸引のケアが提供できる体制を拡充し、入退院の際等、さらにスムーズな医療との連携を目指す。
 - ・ 在宅部門においては、デイサービスセンターにおける中重度者、認知症の方の受入について、これまで培った知識と経験を生かし、さらには非常勤職員や経験の浅い職員のレベルアップに努め、全体の対応力を上げる。ケアプランセンターについては、今年度改定により運営基準に追加となる内容に特に留意し、医療連携の強化と質の高い適正なサービス調整に更に努める。配食サービスについては、助成対象者が絞られてはいるものの正確な安否確認と情報伝達に対する評価とその必要を認められる状況であるため存続を目指す。

- ・地域包括支援センターについては、その機能強化や評価の義務付けが検討される中、業務の拡大が見込まれるが、地域のニーズを的確に把握し効果的な活動を展開していく。
- 2) 利用者、家族、地域の皆様の安心、安全、満足に繋がる取り組みや職員教育を実践し、サービスの質の向上を目指す。
- ・サービス事業所においては、重大事故0を目指し、事故分析を確実にを行い同様の事故を繰り返さない。
 - ・特養部門において、ショートステイを含めた平均利用率98%以上、入院者日平均5名以内の管理を目指し、貴重な社会資源として無駄なく最大限に活用いただけるように努める。
 - ・これまで2年間取り組んできた全職員対象の「接遇コミュニケーション力の向上研修」について、習得した知識と技術を定着させるため、指導者向け研修を実施する。
 - ・介護福祉士資格の取得を支援するため、法人の実務者研修受講支援に加え、自習室の提供、教材の貸し出し等の支援を行う。
- 3) 様々な機会を通して地域のニーズを探り、地域の方々ともに考え行動することで地域貢献への土壌を作る。
- ・大阪府社会福祉協議会を窓口として社会貢献事業への参画、よって祭の開催、認知症カフェ(かみきっ茶)の開催について継続する。
 - ・認知症介護指導者、認知症ケア専門チームを中心に、法人内施設職員に、また地域の方々に向けて、認知症の理解と認知症ケアの理解を深めるための活動を進める。

1. 特別養護老人ホーム

重点目標

『 「看取り介護」や「認知症専門ケア」等の地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの求められる役割を担えるように職員のスキルアップを図る。

人事考課制度を活用し、個々の職員が目標を持ち常にサービス向上のために前向きに取り組むことができるようにし、ご利用者様が安全な環境で安心して毎日の生活を送っていただけるよう支援する。 』

1) サービス向上に向けて

- i サービス向上のためのアンケート調査を実施しサービス改善に向けて取り組む。
- ii 12月に全スタッフに向けてアンケート集計結果報告会を実施する。
- iii ご利用者の状態に合わせて適切な水分量を確保し、尿路感染症や脱水症の予防を行う。
- iv 介護職員を中心に、看取り介護やエンゼルケアに関する外部研修に参加し、参加者伝達研修を行い他職員にフィードバックする。
- v 看取り介護についての施設内研修の場で、実践したケースを振り返る機会を設ける。
- vi 看取り介護マニュアルを整備する。
- vii 7月と9月に認知症についての勉強会を実施する。

2) 人材育成

- i 定期的にマニュアルの各種マニュアルの見直しを行う。
- ii 人事考課制度を活用し、職員のモチベーション向上や成長できるきっかけとする。
- iii 3か月に1度「業務振り返りチェックシート」を実施する。
- iv 年間計画とおり内部研修を実施する。外部研修についても積極的に参加する。
- v 資格取得に向けての援助を行い、職員個々のスキルアップとサービス向上につなげる。

3) 実習・研修受け入れ

- i 介護福祉士・社会福祉士養成課程の施設実習の積極的受け入れ
- ii 介護等体験（教職免許）、看護学生・各種療法士の施設実習の受け入れ
- iii 就労前の職場体験、インターンシップの活用

4) 地域との連携

- i ご利用者も地域の行事に参加できるよう支援する。
- ii 地域の催し等に職員がボランティアとして参加する機会を設ける。
- iii 加美北幼稚園との相互訪問により世代間交流の場を設ける。
- iv ボランティアの協力によるクラブ活動の設立を目指す。
- v 認知症カフェ「かみきつ茶」にさらに広い世代にお越し頂けるよう周知活動を行う。
- vi 平野区のキャラバンメイトと協力し認知症サポーター養成講座を開催する
- vii 大阪しあわせネットワーク（生活困窮者レスキュー事業）のコミュニティソーシャルワーカーとしての活動を行う。

5) 行事等

- i 年間計画に基づきイベント・行事を実施する。
- ii 園芸部活動として、作物の植え付けから収穫・調理までを行う。
- iii 4月から10月までの月に1度、外出支援レク「歩幸会」を実施する。

部署別具体的目標

6) 介護

介護の専門職としての技術向上と介護職員としての基本的な考え方を学び、ご利用者が安心して過ごせるようにする。各部門で3か月に1度会議を実施する。また、6か月に1度は介護職員の全体会議を実施し、施設全体の課題点の共有や改善に向けての意識統一を行う。

i 2階フロア

- ・日勤者と夜勤明け者の情報共有の強化。
- ・個々のご利用者にあった食後臥床時間を設定し、臀部の剥離形成を予防する。

ii 3階フロア

- ・介護職員として求められる接遇マナーや声かけ等が行える。
- ・決められたルールが何のためにあるのかを理解した上で遵守できるよう徹底する。
- ・朝礼の際に法人理念とコンプライアンス5つの視点の唱和を取り入れる。

iii 4階フロア

- ・フロア会議の場で職員間の情報共有を密に行う。

v 入浴班

- ・1日の業務内で誰が何を担当するのかを事前に決め、個々の役割を明確にする。
- ・介護技術の向上。

7) ケアマネジャー

30年度の報酬改正によって特養に求められている介護の質を意識したケアプランを作成する。ターミナルケアの質の向上を図る。

i 新設の加算取得の為の書類を整備する。

ii ターミナルと判断された際に早いタイミングでカンファレンスを開催する。

8) 医務

ご利用者の異常の早期発見に努める。それぞれの看護師のスキルアップを図る。看取り介護を開始するにあたって多職種との連携を強化する。

i 個々の看護師が多職種と連携をとり情報収集を行い、状態を把握できるようにする。

ii 安楽に日常生活を送る事ができるよう援助を行う。

9) 管理栄養士

これまでの生活歴の中で培った食習慣を、栄養ケアマネジメントのプロセスの中で把握し、尊重した食生活をなるべく最期の日まで送って頂ける様、支えていく。

i データの把握に努め、低栄養状態のリスク改善を図る。

ii 給食会議や介護力向上委員会の際に平均水分摂取量についての情報を共有する。

iii 効果的な栄養・水分補給を行い、健康状態の維持・改善に努めていく。

iv 月に2度以上、栄養士ミーティングを実施する。

v 各フロアへ食事形態・禁忌食品等を記載した利用者名簿を配布する。

vi 口腔衛生管理体制加算・経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定を継続する。

vii 胃ろう造設者のお花見外出・バースデイランチ等の実施。

viii 口腔ケア指導や嚥下体操を実施し、経口摂取の機能を維持に努める。

ix 目前提供とおやつレクそれぞれを毎月1回以上実施する。

x ホームページで管理栄養士の取り組みを情報発信する。

10) 作業療法士

OTプログラム参加時の様子から、ご利用者の「できること」「その人らしさ」を見つけ、ご利用者1人ひとりに合った楽しい時間、安らぐ時間を提供する。「ここに連れてよかった

た」と思ってもらえるような、楽しく満足感のある豊かな生活になるために、自己実現の場や普段と異なる刺激を提供し、「楽しかった出来事」を思い出せるように働きかけていく。

- i よってって祭りにて特養フラダンスチームの発表を行う。
- ii 実習生が来た際には、普段行えないようなレクリエーションを実施する。
- iii ご利用者の生活歴や大切にしていた事の情報を得る。

11) 生活相談員

年間の入所利用率 95.0%、ショートステイを含めたベッド総利用率 98.0%を目指す。ご家族、他事業所、医療機関、地域の方々との信頼関係を築き、地域の方に愛され、必要とされる施設を目ざす。ホームページを中心として情報公開を積極的に行い、透明性の確保に努めると共に、活動をアピールする。

- i 入所待機者の適切な管理を行い常時 2 名の面談済み待機者がいるよう調整する。
- ii 定期的に外部機関への訪問を行い、関係性を構築する。
- iii 医療機関と連携し、無駄なくベッド管理ができるよう入退院者の管理を行う。
- iv ホームページ活用し情報を発信することで、透明性の確保に努める。
- v 看取りの実施に向け、相談援助技術の向上に努める。

12) 事務

施設基本方針に沿って、各事業所が目標達成できるよう支援する。

- i 支払業務の現行の引継書を整備し、マニュアルとして完成させる。
- ii 各事業所の経費按分などを迅速に行えるようにマニュアルを作成していく。
- iii 電気・ガス・水道の使用量と料金について毎月の実績を管理し、数値を公表する。
- iv 新たな加算等に対して、説明資料の配布や同意書の改修等を行う。

委員会活動

1) 安全衛生委員会

【怪我のない職場作り】

- i 産業医との連携により、事故防止を啓発するポスター掲示（2 か月に 1 度）を行う。
- ii ストレスチェックの実施
- iii 1 日 2 回以上職場の換気を実施し、職員の感染症を予防する。

2) 事故予防委員会

【骨折事故を 8 件以下、誤嚥・喉詰り事故を 0 件にする】

- i 毎月の委員会にて、事故の発生要因を分析し、事故防止策の検討を行う。
- ii 事故・ヒヤリハット発生後の処理と情報共有の方法を再検討する。
- iii 事故発生後の再発防止策の実施と実施後の点検
- iv 5 月、11 月に危険予知トレーニングを実施する。
- v 事故発生要因を検討し、必要があれば設備・介護機器等の点検を実施する。

3) 感染症対策委員会

【感染症発生をできる限り予防し、発生時には感染を拡大させない】

- i 感染症の発生予防と拡大防止
- ii 4 月、10 月に感染症予防研修、5 月に手洗い講習を実施。

4) 身体拘束廃止委員会

【身体拘束 0 を目指す】

- i 月に 1 度委員会を開催し、内容は介護職員、その他職員に周知する。

- ii 身体拘束の実施が緊急やむを得ず必要だと考えられる場合の対処の整備
 - iii 6月に身体拘束についての内部研修を実施する。
 - iv ご家族への啓発活動の実施。
- 5) 褥瘡対策委員会
【褥瘡形成のリスクを把握し、適切に予防ケアを行う】
- i 客観的な分析のもと、根拠に基づき褥瘡予防ケアを実施する
- 6) 介護力向上委員会
【客観的なデータや指標に基づいて、根拠のあるケアを行う】
- i 水分量の把握と個々の状態に応じた対応
 - ii 新たな介護機器導入の検討
 - iii 排泄にかかる要介護状態改善に向けての検討の実施
- 7) 第三者委員会
- i 利用者アンケートの詳細な分析と職員の意識向上
 - ii 第三者委員会会議
 - iii 巡回訪問におけるケース検討

2. 在宅部門 デイサービスセンター

重点目標

『ご利用者に質の高いサービスを提供する為に個人及びチームでのケア力の向上を図りデイサービスセンター加美北のファンを増やす』

目標達成のための具体的な方針

- ・月間目標を策定し、PDCA サイクルを取り入れ提供するサービスの継続的改善を図る。
- ・事業所外の活動にも積極的に参加し、得た情報をフィードバックする。
- ・地域との交流の場として身近に感じて頂けるように「かみきつ茶」活動を継続する。

1) 介護職員

- i 目標に基づいた行動と振り返りを行う事でより良いサービスにつなげていく。
- ii 認知症ケア力向上に向けての研修や会議の企画、実施を行う。
- iii 身体面、精神面の変化に気を配り、他職種と情報を共有する。
- iv 平野区認知症ケアネットワークでの活動を現場での実践に活かしていく。

2) 生活相談員

- i 平成 30 年度報酬改定に合わせて事業所規模とサービス提供時間について変更を行う。
- ii サービス終了時刻を早めることで残業時間を軽減し、働き安い環境を整える。
- iii ご利用者の状態変化に気を配り、必要時に速やかに関係各所に連絡する。
- iv 月平均利用率 90%以上、登録利用者数 115 名以上の確保を目指す。
- v 大阪市老人福祉施設連盟デイサービスあり方研究会の活動。

3) 機能訓練指導員

- i 安全且つ効率的な NICo トレプログラムの実施。
- ii 報告書など各書類を見直し、無駄を省き、効率化を図る。
- iii 心身機能の維持のアウトカムとして、全員を対象にバーサルインデックスを実施する。
- iv その人らしさを理解したグループ分けによって、安心して参加できる場を提供する。

4) 医務

- i 行き届いた体調管理実施の為に他職種に対して医療知識の情報提供を行う。
- ii 感染予防対応を実践出来るように対応マニュアルの見直しを行う。

5) 管理栄養士

- i 選択メニュー・イベント食の実施。
- ii 心身の様々な特性に対し、適切な食事提供を行える様、努めていく。

6) サービス向上にむけて

- i 月間目標を定め、達成に向けて行動していく。
- ii 苦情が寄せられた際には、その内容や対策について職員間で話し合う場を設ける。

7) 事故・ヒヤリハットについて

- i 「ヒヤリハットを増やして事故を減らす」をスローガンとしリスクに気付く目を養う。
- ii ドライブレコーダーの映像を定期的を確認し、職員間で共有する。
- iii 外部講師を招いての安全運転講習を年に 2 回実施する。

3. 在宅部門 ケアプランセンター

重点目標

「医療・介護の役割分担と連携を図れる地域包括ケアシステムの推進、自立支援・重度化防止のための質の高い介護サービスの提供、介護サービスの適正化・重点化という制度の安定性・持続可能性の確保をより一層進められる支援体制を構築していく」

目標達成のための具体的な方針

- ・介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で自分らしい生活が継続できるように様々な社会資源を活用し、総合的、効果的に在宅生活を支援する。
- ・意思決定能力の不十分な方に対して、常に最善の方法を用いて利益と権利を擁護する。
- ・入院時や退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携を促進する。
- ・公正中立なケアマネジメントを確保する。
- ・要介護状態等の軽減悪化の防止に資する介護サービスの提供をコーディネートする。

1) 適正な運営について

- i 特定事業所としての配置基準を満たす。
- ii 1人（常勤換算）当たりの給付担当件数は36件以上（90%以上）を目標とする。
- iii 適正なケアマネジメント管理、および給付管理の実施
 - ・居宅サービス計画書標準様式及び記載要領に従って書類作成、記録等を行う。
 - ・特定事業所として、必要に応じ24時間連絡の取れる体制を確保する。
 - ・実務過程見学実習等にて人材育成への協力を行う。
 - ・ご利用者に関する情報共有、事例検討等を目的とした会議を概ね週1回開催する。
 - ・公平中立性の確保のため、集中減算とならないよう管理を行う。
 - ・モニタリングを注意喚起や情報提供の機会として有効に活用する。
- iv 相談窓口としての立場の確立
 - ・敷居が低く、相談しやすい環境づくりを行う。
 - ・介護保険請求に至らないケースにおいても真摯に対応する。
 - ・苦情や相談について、迅速かつ適切な対応を図る。
 - ・地域の関係者や住民からも相談が寄せられるよう周知活動を行っていく。
- v 秘密保持および個人情報情報の適切な取り扱い
- vi 緊急時、災害時対応
 - ・地域の方と連携を図り、緊急時、災害時のリスクマネジメントに取り組む。
 - ・地域の防災状況を確認し、避難場所および関係機関等の情報の共有、提供を行う。
 - ・職員間の連絡方法の取り決めや、避難行動支援について対応策を協議する。
 - ・ご利用者自身が防災意識を高められるよう防災月間等には積極的に情報提供を行う。
 - ・地域の防災訓練等、協力体制を意識し参加を行っていく。
- vii その他
 - ・法人内連絡会を行い、情報交換や共有の場を持つ。
 - ・法人内で内部監査を行い、適正な運営について適宜点検を行う。
 - ・職員が働きやすい職場環境を目指し、メンタルヘルスを意識した運営を行っていく。
 - ・職業倫理や法令遵守を意識し適切な運営を行う。

2) 介護支援専門員の質の向上について

- i 相談援助職として対人援助技術を磨き質の高いケアマネジメントを実施する
 - ・ご利用者自身の「望む暮らし」を提案できるようコミュニケーション能力を養う。
 - ・施設内・外部研修会への参加や内部学習を積み重ね、援助技術や対応力を高める。

- ・「自己評価表」を活用し、支援者として常に自己点検や自己覚知を行う。
 - ・ご利用者の「尊厳」を第一に考え、自らの先入観や偏見を排し、権利擁護に努める。
 - ・高齢者虐待に対して常に意識を持ち、適切に対応できる知識やスキルを磨く。
 - ・ご利用者の持つ強みに目を向け、自立支援につなげる技術を修得する。
 - ・介護保険制度に精通し、高齢者支援にかかる他制度を理解し、適切に支援を行う。
 - ・「課題整理総括表」や「評価表」を活用する。
- ii 体制整備と連携意識の醸成
- ・事例の共有や検討を行う体制をつくる。
 - ・担当者以外が見てもわかりやすいケース台帳、一覧名簿を作成する。
 - ・情報共有、記録の整備・整理を行い、担当者が不在でも対応できるようにする。
 - ・事務作業の効率化および業務管理を行う。
 - ・困難ケースや新規ケースを積極的に引き受ける。
 - ・利用者利益が最優先かつ最大限となるよう共通認識を持つ。

3) 医療との連携

- i 病院との連携
- ・担当ケアマネジャーの氏名等を医療機関に提供してもらおうよう利用者に依頼する。
 - ・入院先の医師や職員に対して必要な情報提供を速やかに行う。
 - ・退院又は退所にあたって、病院の職員等と面談を行い必要な情報提供を求める。
 - ・医療ニーズが高い方は、退院前カンファレンスの開催を依頼する。
 - ・病院等の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行う。
- ii かかりつけ医との連携
- ・かかりつけ医への訪問、電話連絡等により顔の見える関係作りを行う。
 - ・認知症になっても地域で暮らし続けられるようかかりつけ医との連携を強化する。
 - ・医療系サービスの利用について意見を求めた医師へケアプランを交付する。

4) 地域ネットワーク構築

平野区は人口約20万人と大阪市内で一番人口が多い地域であり、高齢化率は27%を超え、一人暮らしや、介護や周囲の支援を必要とする高齢者がますます増加している。高齢者生活保護率も110%(パーミル)を超え、公助による支援が影響している地域である。地域包括ケアシステムの構築にあたり、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として「住まい」「生活支援・福祉」といった分野が重要であるが、公助・共助・自助・互助をつなぎ合わせ体系化・組織化する役割が必要。特に意識的に「互助」の強化を行っていくことが求められている。

- i 地域包括支援センター・サービス提供事業所・行政・地域との連携
- ・介護保険事業者連絡会を通してサービス提供事業所との連携強化の取り組みを行う。
 - ・介護保険事業者連絡会居宅部会へ部員を派遣する。
 - ・地域包括支援センター主催の研修会への参加。
 - ・地域活動コーディネーター、民生委員等との交流。
 - ・専門機関、弁護士等の専門職、大阪市成年後見支援センター、行政との連携を図る。
- ii 地域における総合的なケアマネジメント実施および調整
- ・地域包括支援センターおよび行政機関等と連携し、困難ケースへ対応する。
 - ・地域課題を把握・整理し、フォーマルとインフォーマルネットワーク構築に努める。
 - ・在宅関連連絡会議での意見交換、他部署との連携を図る。

4. 在宅部門 配食センター

生活支援型食事サービス事業目的

心身の機能低下や障がい等により食事の調理が困難な高齢者等に対し、関連サービスの利用調整を行いながら配食サービスを実施することにより、在宅高齢者等の自立した生活の確保を図ることを目的とする。

重点目標

『安否確認が必要なご利用者へ、個別の対応を柔軟に行い、ご利用者やご家族の思いに寄り添う事で、地域から必要とされる事業所を目指す。』

- 1) お弁当配達で安否確認を行う事業がある事を知って頂く。
 - i 比較的受入易いサービス形態である特性を活かし他のサービスや支援への窓口となる重要な事業であることを認識し、周知活動を積極的に行っていく。
- 2) 生活支援型食事サービスに携わる人々との関わりを密にしていく。
 - i 訪問時に配達員から積極的に声掛けを行い、信頼関係を構築できるよう努める。
 - ii ご家族・ケアマネジャーとの情報共有を密に行い、ご利用者にとって常に最適なサービス提供を行う。
 - iii 事業所間で情報交換・情報共有を行う。
 - iv 地域包括支援センター、大阪市と連携し適切なサービス提供に努める。
 - v 配色担当スタッフ間で情報を共有し、ご利用者の状況に即したサービス提供を行う。
- 3) ご状態が変化されていく中であっても、継続して利用して頂ける様、努める。
 - i 加美北特有の柔軟なサービス提供を強みとし、ご状態が変化されていく中であっても、長く継続して利用して頂ける様努める。

5. 在宅部門 地域包括支援センター

重点目標

地域包括ケアシステムの構築に向け、地域支援事業の『包括的支援事業（総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務*地域ケア会議の実施、介護予防ケアマネジメント）、新しい介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業）』、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築、指定介護予防支援事業を通じ取り組みをすすめる

上記事業に加え在宅医療・介護推進事業、生活体制整備事業、認知症総合支援事業とも連携しながら、地域包括ケアシステムの構築に向け取り組みを強化する

要介護認定者等の自立支援・重度化防止に向けた自立支援型ケアマネジメントの推進に向け、自立支援型地域ケア会議（自立支援型ケアマネジメント検討会議）を活用し取組をすすめる

1) 地域ケア会議の充実に向けた取り組み

- i 困難ケース、ふり返し、まとめ
 - ・地域ケア会議（個別ケース検討）の目的に沿った関係者への参加を促進
 - ・ふり返りの地域ケア会議の開催
 - ・担当圏域の地域ケア会議から見えてきた課題を、関係者を交えてまとめる
- ii 自立支援型地域ケア会議
 - ・自立支援重度化防止に向け自立支援型地域ケア会議の開催

2) 在宅医療・介護連携推進事業との連携

- i 在宅医療・介護連携支援コーディネーターとの連携
 - ・在宅医療・介護連携支援コーディネーターと個別ケース等についての情報交換を行う

3) 生活体制整備事業との連携

- i 生活支援コーディネーター（ふれ愛員）との連携
 - ・地域の社会資源や活動の場に関する現状や課題について情報交換を行う
 - ・生活支援コーディネーターが開催する協議体会議に参加し情報交換を行う

4) 認知症総合支援事業との連携

- i 認知症強化型地域包括支援センターとの連携
 - ・認知症初期集中支援チーム（オレンジチーム）との連絡会
 - ・地域の認知症高齢者支援に関する取り組みの現状及び課題を共有する。
 - ・区の認知症施策推進会議に参加し課題について関係者と共有を行う

5) 地域住民組織との顔の見える関係づくり

- i 地域活動や行事への参加を通じ顔の見える気軽に相談できる関係を築く
- ii 地域に出向いて相談対応の充実を図る
- iii 高齢者や地域住民への出前講座を開催
 - ・各地域で行われている食事会、喫茶会、その他活動への参加
 - ・食事会、喫茶会での出張相談会
 - ・町会、地域住民組織、民生委員、老人会等向けに研修会の開催

6) 専門機関団体と住民組織、行政との連携強化の取り組み

- i 担当圏域内の連合ごとのニーズ及び地域特性の把握

- ii 既存のネットワークとの定期的な情報交換や会議への参加
- iii 課題解決に向け協働した取り組みを行う
- iv 連携が不足している関係機関への働きかけを行う
- v 地域住民組織と介護・医療関係者が協力して、顔の見える関係から一歩進んだ相互理解の促進
- vi 地域の社会資源の把握及び地域に不足しているサービスを理解いただく。
- vii るんるん交流会を通じ地域住民組織、医療、介護、行政、社協、包括が地域課題を共有する。
- viii 地域福祉活動コーディネーターと介護支援専門員との顔の見える関係を築く。
- ix 地域での見守りシステムの構築
- x 地域ケア会議への参加勧奨及び合同の事例検討会開催を働きかける
- XI 障がい者支援機関との連携に向けての交流会の実施。

7) 包括支援業務

- i 総合相談支援及び権利擁護業務
 - ・要介護状態にならないような予防対策から状態に応じた介護・医療サービスまで切れ目なく提供する。
 - ・地域の高齢者の心身の健康維持、生活の安定のために必要な援助、支援を行う。
 - ・地域における情報が寄せられるネットワーク構築を行う
 - ・事務所内にて包括支援担当者を常置し、速やかに対応できる体制を継続する
 - ・定期ミーティングを行い、支援方法や手段の習得、知識の共有を行う。
 - ・成年後見制度に関する相談については全てを受理簿に登録し適切に対応を行う。
 - ・虐待対応については、高齢者自身の安全確保、養護者支援も視野に入れて関わる。
 - ・生活困窮から生活のしづらさ等が窺われる場合は平野区社協とも連携し支援にあたる。
- ii 包括的・継続的ケアマネジメント
 - ・介護支援専門員に対し相談窓口の開設や研修を開催する。
 - ・担当地域の介護支援専門員や居宅介護支援事業所との顔の見える関係作り。
 - ・施設・病院と在宅との連携、他制度を円滑に利用するための関係機関との連携体制の構築。
 - ・支援困難事例に対する事例検討会を開催し事例の振り返り及び今後の支援に繋げる
 - ・「平野区居宅介護支援事業者連絡会」等を活用し、介護支援専門員同士のネットワーク組織の発展・強化を行う。
- iii 介護予防ケアマネジメント
 - ・要介護状態の発生を出来る限り防ぐ事が出来る、地域のフォーマル・インフォーマルサービス資源の把握を行う。
 - ・住民主体の通いの場で行われている「いきいき百歳体操」や、健康づくりに関する活動等、地域の高齢者が健康維持に取り組める活動への参加勧奨を行う。
- iv 指定介護予防支援業務（予防給付）
 - ・一人当たりの予防プラン数を10件以下とし包括支援業務に支障のない範囲で行う
 - ・利用サービス事業所が偏らないように依頼を行う（占有率50%未満）
 - ・介護予防計画作成者は本人が望む自立した生活が送れるように支援を行う
 - ・センター直プランと委託プランとのバランスを考えた運営を心掛ける。

8) その他業務

- i 車いす貸し出し事業
 - ・地域の高齢者に対し、必要な時に無料にて車いすの貸し出しを行う。
- ii 家族介護支援事業
 - ・家族介護支援の集い「喜楽」にて2カ月に1回講演会や勉強会、交流会を開催する。

- ・認知症高齢者支援地域連携事業と連携し講演会やシンポジウムの開催を行う。
- iii 地域密着型運営推進会議
- ・地域密着型サービスグループホーム・小規模多機能居宅介護（2カ月に1回）・小規模通所介護（6ヶ月に1回）運営協議会への参加

浜特別養護老人ホーム

平成 30 年度 施設経営方針

2007 年の当施設開設以来、培ってきた地域社会との関係性や経験知識を活用し地域社会に貢献できる福祉施設を目指す。

引き続き、関係法令の遵守を第一として施設運営に取り組んでいく。特に社会福祉法で社会福祉法人に求められている公益的な取組の責務については、施設間で連携を取り実現化させたい。

福祉人材の確保が社会的な課題となっている中で当施設でも人材の育成と確保に取り組んでいく。

法人としてのパワーが最大限に発揮できるよう施設間の情報交換、連携に努力する。

施設の財務状況の健全化に取り組んでいく。

地域の福祉サービスの中核的な担い手として地域社会に貢献していくことを職員全員が意識し、地域から必要とされる施設を目指す。

平成 30 年度 主な施策

1) 法人理念・コンプライアンス意識の浸透、職業倫理の意識づけ

- ・ 「法人理念とコンプライアンス」のレクチャを年 2 回（4 月・9 月）の受講を全職員が受講する。
- ・ 利用者様の人権や職業倫理を遵守し業務が遂行できているかを職員がセルフチェックする「業務振り返り票」は、全職員が 3 か月毎に上長に提出する。

2) 職員の教育体制、実習受入れの整備

- ・ 利用者の重度化に対応するため今後とも積極的に研修や勉強会への参加、実施を続ける。
- ・ 法人、施設の財務状況についての講義をリーダー以上のスタッフに対して実施する。
- ・ 前年度に引き続き各専門職がチームでテーマを掲げ、研究に取り組むことを推進。社会福祉協議会等の取組発表会に積極的に参加のための申し込みをする。
- ・ 各種学校からの現場実習や介護等体験を社会貢献のひとつと捉えて積極的に受け入れる。介護関係以外の栄養士、療法士や看護師の実習についても受け入れる。その準備があることを、学校や関係機関に告知していく。

3) サービス満足度と利用率の向上

- ・ 特別養護老人ホーム、デイサービスともに目標とする利用率の達成に努力をする。福祉施設としてより多くの方の利用が社会への貢献につながる事を認識する。
- ・ 地域で高齢者介護について相談があれば一番に足を運んでもらえるような存在になることを目指し、相談の窓口や情報提供を担当するソーシャルワーカー部門が施設の顔になることを十分に意識して活動する。
- ・ 利用者の満足度の向上の為に昨年に引き続き 3 つの方向性を示す。
 - ① 重度介護利用者に対応できる体制
 - ② 質の高い食事に関する環境の提供
 - ③ 質の高い入浴に関する環境の提供
 - ・ ①について 介護職による継続的な胃ろう処置が出来ることを目指す。
 - ・ ②について 特養、ショートステイでは、家庭の台所から料理のにおいが漂うようなリビングを理想として、食事の味や形態以外にもユニット型のキッチンやリビングを活かした食事を楽しめる環境づくりに努め満足度と利用率の向上に繋げていく。

・③について 充実した入浴の機器類を今以上に活用する方法を模索する。現在最低週2回とされている入浴回数も含め、利用者のニーズに対応した体制を進める。

4) 施設内組織の整備、経費等を見直し健全な財務体質を目指す

- ・ 人事評価制度をさらに定着すべく本部と連携し進めていく。
- ・ 会計事務について適宜、経営管理の情報が提供できる体制を維持する。さらに精度とスピーディにできることを目指す。
- ・ 事務長が直轄でチームを作り全体を見直し経費の抑制を図る。前年度に電気供給会社を3月より変更している。どの程度の経費節減になるのか検証を行う。
- ・ ガスなどについても契約を見直し業者の選択等を検討。
- ・ LED照明への交換など将来的な経費圧縮を見込める案なども検討し情報収集に努める。
- ・ 経費等を見直しと利用率の安定化により健全な財務体質を目指す。
- ・ 法人全体の組織構築プロジェクトと密に連携を図り、施設内の組織人事の適正化を進める。

5) 地域における公益的な取り組みの検討と実施

当該地域において求められる福祉的支援について生活相談員、介護支援専門員等が中心となり検討していく。継続可能な「無料」または「低額」で提供できる地域公益事業について取り組んでいく。

1. 特別養護老人ホーム

重点目標

『ユニット型特養に求められているものは、「個別ケアを実現するための手段」というユニットケアの本質を理解し、一人一人の個性が生き、それぞれの生活リズムに沿って営まれる生活への支援である。その支援を実現させることで、ご入居者・ご家族との信頼関係を築き、“浜特養を選んで良かった”と喜んでいただき、地域に愛され必要とされ選んでいただける施設となることを目指す。その一環として、重度化するご入居者様に対して、介護職員による胃ろう対応、喀痰吸引対応の実施に取り組んでいく。』

1) サービス向上

- i 各施設で連携し、「施設サービス向上のためのアンケート調査」に取り組む。
- ii 介護職員による胃ろう対応、喀痰吸引対応が実施できる体制作りを目指す。

2) 人材育成

- i 人事考課制度を活用し、定期的な面談を実施する。
- ii 職員内部、外部研修の実施
- iii 資格取得に向けての援助
- iv 職員の離職率軽減に向けて、離職率 17.7%(全国平均)以下を目指す。

3) 実習受入

- i 介護福祉士実習（近畿社会福祉専門学校）
- ii 管理栄養士実習(大阪樟蔭女子大学)

4) 地域連携

- i 例年通り、近隣保育園(俊英館保育園)との交流を行う。
- ii 施設入居者も地域住民であると地域から認識していただけるよう、地域の資源に出かける機会を作る。
- iii 行事の際、焼野地域の町会と懇親会を開催し、地域との交流の促進に努める。
- iv 地域の福祉団体「ホタルの会」が主催する行事に当施設スペースを提供する。
- v 鶴見区ボランティアビューローに出向き、ボランティア活動について知識を深める。

5) 行事

- i 年間計画に基づき施設内行事、外出行事を実施する。

部署別具体的目標・計画

6) 介護

ご入居者とのふれあいを大切にし、個々の生活背景を把握しニーズを汲み取り、お一人お一人に喜んでいただけるサービス提供を目指す。介護支援専門員・生活相談員など他職種との連携を図り、ご家族の希望も含め「共創」することでホスピタリティ向上を目指す。

- i ご家族にも協力いただき、個々のニーズに沿った活動企画をケアプランに組み込む。
- ii 管理栄養士と連携し、食事・水分摂取量の変化に合わせ迅速な対応を行う。
- iii 入浴班のスタッフを増員するとともにスタッフの教育に力を注ぐ。入浴は入浴班がすべて対応するシステムづくりを行う。
- iv 職員育成
 - ・ユニット会議で法人理念の唱和を行い、法人理念に沿った業務遂行を意識付ける。
 - ・胃ろう注入を行える介護職員を増やし、ご入居者の重度化へ対応する。

・ユニット会議で1月のベッド利用率を発表し、ベッド利用率に対する意識を強化する。

7) 介護支援専門員

ご入居者ご家族とカンファレンスを行い、職員間の認識とご家族との認識に差が出ないように努める。ご入居者にも積極的に参加してもらい、ご入居者・ご家族が望む生活をケアプランに反映させ生活の質・満足度の向上を目指していく。各専門職とのチームケアを心がけ、ご入居者の潜在能力を活用し、ご入居者・ご家族が望む生活をケアプランに反映させていく。また、こちらからも積極的に提案を行いご入居者の生活の質の向上を目指す。

- i サービス担当者会議やカンファレンスをご入居者・ご家族を含めて行っていく。
- ii 各入居者ご家族に年に1度は現在の状況を伝えられる場を作る。
- iii ご入居者の階移動時には、移動前後の階職員を集めカンファレンスを行う。
- iv 入居前提のショートステイの場合はショート利用時からカンファレンスを実施する。
- v 会議以外でも連絡や定期的な経過の報告を行う。
- vi ケアマネジャーが積極的に介護現場に携わり、介護職員と連携を図る。
- vii ユニットケアの環境を活かし個別対応を重視していく。
- viii 高齢者虐待、身体拘束について勉強し、不適切な介護がないか常に確認する。

8) 医務

ご入居者が心身共に安定した生活を過ごされるように、個々のニーズに合わせた適切な医療、看護を提供する。ご入居者の介護度の重度化に対応できるように、より質の高い看護、サービス提供を目指す。

- i 体調変化の観察と情報収集を行い、異常の早期発見に努める。
- ii 他職種との連携をはかりご利用者の個別性に合わせた医療、看護の提供を行う。
- iii 介護職による医療的ケアが安全に行えるように、介護職他専門職と連携をはかる。
- iv カンファレンスなどに参加し、個々のニーズに合わせた看護の提供に努める。
- v 施設内外の研修に参加し特養の看護師としての知識、役割、認知症の理解を深める。

9) 管理栄養士

出来る限り長く、食事を口から食べていただき、栄養状態の維持から健康維持、ADL維持向上に繋げ、お元気に過ごしていただくための適切な栄養管理を行う。目前調理や調理に参加していただくことで、五感（視覚、聴覚、触覚、嗅覚、味覚）を使い、食事に対する楽しみを持ち意欲的に生活していただけるよう食を食べることから働きかけを行う。災害発生時、食事の提供ができるよう備蓄食を整備する。施設で提供している食事や食事に関する取り組みについて、ご家族様・地域の方に知っていただく。

- i 栄養ケアマネジメント
 - ・各階に管理栄養士を配置し、細かな食事喫食状況をモニタリングする。
 - ・低栄養状態のリスクが高いご入居者には早期に栄養面からのアプローチを行う。
 - ・出来る限りご入居者が望む食事を提供できるよう他職種と検討する。
 - ・食思低下されている方に対し、嗜好品の買い出し・ご入居者との買い物など意欲改善に繋がるアプローチを行う。
 - ・給食委託会社との給食会議を通して、安全でおいしい食事提供を継続する。
- ii 食事提供
 - ・食堂テーブル環境、ユニット食器など食事を楽しむための食事環境を提案する。
 - ・多職種協働で「料理療法」の取り組みを実施できるよう取り組む。
 - ・「ユニット調理」では嚥下調整食もユニットで調整し質の高い食事を提供する。
 - ・月1回以上のおやつまたは食事のレクリエーションを実施する。
 - ・献立に季節感のあるものを取り入れ、季節の移り変わりを感じていただく。
 - ・年1回、嗜好調査を行い、ご入居者のご意向を給食献立に反映させる。

- iii 災害発生時の備蓄食
 - ・6月には3日分の主食と飲み水の備蓄を完了させる。備蓄食は各階談話室の畳み下スペースに保管する。
- iv ご家族様に施設の食事を知っていただく機会として4月に家族試食会を開催する。
- v 施設で提供している昼食・夕食の食事写真及び献立内容を毎日ブログに掲載する。

10) 作業療法士

- ご入居者が今まで大事にされてきた作業活動を聞き取り、生活の中で健康を維持し、生きがいを感じる時間を過ごせるよう、他部門と連携を取りながら支援、活動を行う。
- i ご入居者が大事にされてきた作業活動を行えるように、プログラムを変更し実施する。
 - ii ご入居者の満足度と心身状態の把握のため、数量的に評価を行う。
 - iii ユニットごとに計画を立て、他部署と協働して支援する。
 - iv 基本動作、応用動作を基盤に生活を支えられるよう各職種と検討し、機能訓練を行う。
 - v 定期的に施設職員やご家族にむけて研修・講習を企画し実施する。

11) 生活相談員

- 入居待機者管理を適切に行い、社会福祉法人としての役割を果たせるように、ご家族をはじめ、事業所、病院など地域の方々との信頼関係を築き、連携を図れるよう努める。平成29年度のベッド総利用率は96.5%であるため、今年度97.5%を目標とする。
- i 新規入所相談時にはその場で面談の日時設定を行う。
 - ii 生活歴や入院歴等から、入院者を減らせるよう情報収集を行い、他部署と共有する。
 - iii 面接時に生活歴を丁寧に聞き取り、大切にしてくられた想いに焦点を当てる。
 - iv ご入居者、ご家族からの相談に対して、共に考える姿勢をとる。外部資源も活用し、「その人らしい生活」を送ることができる支援に努める。
 - v 地域における公益的な取り組みの検討

12) 総務

- 受付業務や事務業務に留まらず、労働環境の整備やコスト削減、人事において、各部署、各職種間のコンセンサスを図り積極的に働きかけていく体制を目指す。職員にとって魅力とやりがいのある働きやすい職場環境作りにも尽力し、人材確保につなげる。
- i 36協定の実施
 - ・2月より次年度の労働者代表の立候補を呼びかける。
 - ・3月 労働者代表が決定すれば、代表就任に異議がないか全職員に署名を行う。
 - ii 消防署のご協力のもと4月と9月に防災訓練を行う。
 - iii 年に1回(夜勤者は年2回)の健康診断を実施する。
 - iv 残業の現状をデータで把握する。それを元に職員に声を掛け残業時間の減少に努める。
 - v 不在にしがちな職員向けに荷物受取りサービスがあることを告知する。
 - vi 夕食お弁当お持ち帰りサービスを職員全員に知って頂くために再度、告知を行う。
 - vii 随時備品の補修・メンテナンスを実施し、備品を管理する。
 - viii ご家族・お客様を「出来る限りお待たせしない」姿勢を常に心がける。
 - ix 消耗品等に関する削減や総務作業の効率化を図ることにより、コスト削減を図る。
 - x リーダー以上の職員を対象に、財務状況の報告会を実施する。
 - XI 夜勤パート5枠・夕方パート3枠・朝食パート3枠を獲得し、職員の充足を図る。
 - XII 新入職員の獲得と現職員の離職を防ぐ為にクラブ活動等の働く事以外のつながりを検討し、形にする。

各種委員会

1) 安全衛生委員会

職員が健康に、安全に、安心して業務ができる職場環境を整えることで、より長く勤める

事ができる施設を目指す。

- ・月1回（第1火曜日）の産業医の訪問を続ける。
- ・職員に産業医の告知を行う。
- ・職員のメンタルヘルスに取り組む。
- ・職員の腰痛等、身体への影響を軽減できるよう福祉用具の活用を積極的に行う。
- ・腰痛予防の体操の実施。
- ・怪我や事故がないよう掲示物の貼り出し等を行う。
- ・重い物を運ぶ時には台車を使用する。
- ・照明の明るさに気を付け、適切な照度を保ち視覚情報を確保する。

2) 感染症対策委員会

ご入居者、職員が感染症に罹らないよう努める。感染症発生時は、感染拡大防止に努める。職員、ご入居者、ご家族に対して感染予防の理解と意識の向上に努める。

- ・出勤時の手洗いうがい、介助前後の手洗い消毒と冬季のマスク着用を行う。
- ・感染症発生時は速やかに感染症マニュアルに沿って各職種連携し対応を行う。
- ・感染予防や季節ごとに蔓延が予想される感染症についてのポスター掲示を行う。
- ・感染症についての施設内研修を年に2回以上行う。
- ・月1回感染症委員会の実施。
- ・感染症委員メンバーより職員に働きかけ感染症に対する知識と意識の向上を図る。

3) 高齢者虐待・身体拘束廃止委員会

高齢者虐待についての法令を理解し、不適切な介護を含めた虐待の予防に向けて認知と周知に努め、高齢者虐待の心理状況や背景を深く理解するようにする。身体拘束、引き続きゼロを目指す。スピーチロック等身体以外での拘束も職員の認識を高め行われることが無いようにする。

- ・「業務振り返りチェックシート」を3ヵ月に1度実施する。
- ・施設内研修を行い、専門意識やスキルの獲得と知識の共有を図る。
- ・月1回委員会を行い、虐待ニュース等の情報を共有する。
- ・コミュニケーションスキルを磨き、場面に適した発言や行動ができるようになる。
- ・施設外研修に積極的に参加し知識を高める。
- ・施設内研修を行い、研修で学んだ身体拘束の知識を共有できるようにする。

4) 褥瘡対策委員会

褥瘡発生時には早期治癒と再発の防止に努める。各職種と連携をはかり、利用者の褥瘡発生リスクを減らし快適な生活を継続出来るように努める。

- ・月1回委員会を開き、褥瘡の高リスク者・褥瘡発生者の回診を行う。
- ・施設内研修を年1回以上行う。
- ・介護時、皮膚状態の観察を行い褥瘡発生時には速やかに各職種連携し対応する。

5) 顧客満足度委員会

ご入居者、ご利用者、ご家族にとって、施設職員へ苦情を訴えることは大きな負担であることを認識し、申し立てがあった際は速やかに聴き取る。苦情に対し、早急に事実確認を行う。その上で、適切な対応を検討し、適正な運営が行えるようにする。隔週で開催する委員会にて、苦情内容について報告、職員間で共有し同じ苦情が発生しないよう取り組む。第三者委員に定期的に訪問をしていただき、中立的な観点からのご意見をいただく。ご入居者、ご家族が直接話をしていただけるよう来設日の事前の告知をするとともに、行事時には担当委員に来設いただけるよう呼びかける。法人全体の取り組みとして第三者委員会を開催し、苦情相談対応記録を開示する。併せて、「施設サービス向上のためのアンケート調査」結果の開示も行い、関わりを持っていただく。

- ・毎週開催の生活相談員・介護支援専門員会議において外部研修で学んだ情報の共有に努める。
- ・ご入居者、ご家族が話しやすい環境を作り苦情を未然に防ぐ。
- ・第三者委員の定期的な訪問(3ヶ月に1回)を通じて、潜在的な意見を発見する。
- ・解決が難しい事案が発生した場合は速やかに担当委員へ連絡し、早期解決に努める。

6) 事故・ヒヤリハット対策委員会

事故・ヒヤリハットの減少を図るとともに、重大事故ゼロを目指す。ヒヤリハットから、危険を予測し出来る限り事故が発生しないように先手を打ち事故予防に努める。

- ・職員が感じたヒヤリハットを簡単に記載できるツールを整備する。
- ・事故・ヒヤリハット発生後に他ユニットにも情報を伝達し注意喚起を行っていく。
- ・事故・ヒヤリハットの作成、閲覧がスムーズに行えるようツールの見直しを行う。

2. 在宅部門 デイサービス

重点目標

「ご利用者様はお客様」

ご利用者様の意思を尊重し、ご利用者様本位のサービス提供を心掛ける。
介護職、生活相談員、管理栄養士、看護師と各職種の専門知識を活かし、一日を有意義に過ごして頂けるように支援する。

年間目標

- ・法人理念に基づき、ご利用者、ご家族のニーズに関係部署や他事業所等と連携し早急に応じることのできるような体制作りを行う。
- ・顧客満足度に繋がるようなサービス提供を常に意識し、一つ一つの行動に安心安全な対応を心がけ、介護の基本を崩さず利用者様主体のサービスを行う。
- ・一日当たりの実利用者数 90%を目標にする。
- ・ご利用者個々への介護方法、送迎方法について全職員が把握し統一した対応を行う。

1) 食事

- i 管理栄養士と協力し安全に楽しんで食事をして頂ける環境作りを行う。
- ii 食事前には口腔体操の実施を継続して行う。
- iii 毎月の食事、おやつレクリエーションを実施する。
- iv デイサービス広報活動として管理栄養士にて昼食をインスタグラムへ上げる。

2) 入浴

- i ご利用者の状態やニーズに合わせた適切な入浴サービスを提供する。
- ii 必要な福祉用具を検討し、より安全に入浴して頂けるよう支援する。
- iii 毎月、入浴剤を使用しての入浴レクリエーションを実施する。

3) レクリエーション

- i ご利用者様が楽しんで頂けるよう実施する。
- ii ご利用者様が達成感を得られるような工作作りを取り入れる。

4) 個別機能訓練

- i 看護師によりご利用者のニーズにお答え出来るような個別機能訓練を実施していく。

5) 車両管理

- i ドライブレコーダーを2ヶ月に一度確認し、危険な個所があれば情報共有する。
- ii 「お客様に乗って頂く車両」という自覚を持ち、清潔を保つよう車両の清掃を行う。

3. 在宅部門 ケアプランセンター

重点目標

地域の方から気軽に相談してもらえる事業所を目指す。状況を考慮し、地域の方々と共に考え、より住みやすい地域に変えていけるよう主体性をもって取り組む。

年間目標

- ・36件（予防1／2換算）以上稼動／月（一人当たり）とする
- ・特定事業所加算Ⅲを取得する。
- ・地域でその人らしい生活継続の為、意思決定支援と社会資源調整を行う。
- ・ターミナルケアはもとより地域包括ケア推進の担い手として、医療との連携を進める。介護サービスだけでなく、医療や福祉、近隣住民やボランティア等のインフォーマルサポートを含めた連携体制の構築を図る。

1) 適正な運営について

- i 管理者の主任介護支援専門員を専従とし、現在の主任介護支援専門員とあわせ介護支援専門員を2名に増員し、半年を目処に特定事業所加算を取得する。
- ii ケアプラン作成過程を公平・中立に遂行し、自立支援や重度化予防が図れるようサービス提案を行う。
- iii 「実務研修」、「見学・観察実習」の受け入れを行う。
- iv 特定事業所加算算定要件である24時間連絡・相談に対応できる体制を構築する。

2) 介護支援専門員の質の向上について

- i 主任ケアマネ研修で獲得した包括的・継続的ケアマネジメントを実践し、より質の高いケアマネジメントを通して地域で選ばれる事業所をめざす。
- ii 在宅会議・ケアプラン会議・法人ケアプラン会議において情報を密に共有する。
- iii 前期と後期に分けて、自己評価表の自己評価項目をチェックし、振り返りを行う。

3) 医療との連携

- i 個々の病態を踏まえ主治医、MSWとの密な連携を心がける。
- ii 入院後や退院前カンファレンスに積極的に参加する。
- iii ターミナル期のケースについては、入退院時生活や治療が途切れてしまわないよう十分な情報共有を心がける。
- iv サービス事業所からの情報をもれなく、医師、歯科医師、薬剤師に伝達する。

4) 地域ネットワーク構築

大阪市鶴見区の人口は約11万人。人口推計（平成27年度）においては年少人口の割合が多く、高齢者の割合が低い。しかし、65才以上の単身世帯は24区中17位ではあるが鶴見区も年々増加傾向にある。このような特性を理解し、必要な生活支援サービスが一体的に提供されるよう連携体制を構築し、適切な支援に繋げる。

- i 地域包括支援センター、行政機関と連携し、困難ケースの対応を行う。
- ii 介護事業所連絡会、地域ケア会議へ参加し、コミュニティー力を養う。
- iii 社会資源について、第1火曜日に各自による情報収集を提示し、共有する。
- iv 定期的（1/月）にふれあい喫茶への訪問を行い、地域との情報交換を行う。

4. 在宅部門 配食サービス

年間目標

- ・適切な運営に努める。
- ・ご利用者の体調を把握し他事業所と連携を図る。

1) 適切な運営

- i 配食時に体調を伺うなどのコミュニケーションを図り、必要に応じ介護支援専門員と連絡をとる。
- ii ご利用者への食事内容に対する満足度の確認を行うと共に、栄養改善目的や栄養補給の一環としての委託事業であることを念頭においた食事内容となるように努める。