

社会福祉法人 和悦会

令和 3 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

令和2年度法人方針	…1
<b>羽曳野特別養護老人ホーム</b>	
令和2年度運営方針	…2
令和2年度主な施策	…2
<b>1. 特別養護老人ホーム</b>	
重点目標	…3
1) 信頼関係の構築	…3
2) 自立支援・重度化防止への取り組み	…3
3) 人材育成と環境改善	…3
4) 地域包括ケアシステムの構築に向けた活動	…3
5) 感染症・災害対応	…3
6) 研修	…4
<b>部門別具体的目標・計画</b>	
1) 介護（フロア班）	…4
2) 介護（入浴・衣類班）	…4
3) 介護（排泄・リネン班）	…4
4) 介護支援専門員	…5
5) 医務	…5
6) 管理栄養士	…5
7) 生活相談員	…6
8) 事務	…6
<b>2. デイサービスセンター</b>	
重点目標	…7
1) 信頼関係の構築	…7
2) 新規の獲得	…7
3) 人事考課制度の運用	…7
<b>部門別具体的目標・計画</b>	
1) 介護	…7
2) 生活相談員	…7
3) 医務	…8
4) 管理栄養士	…8

## 委員会別具体的目標

- 1) 事故防止委員会 ……9
- 2) 感染症又は食中毒の予防及びまん延防止委員会 ……9
- 3) 高齢者虐待防止・身体拘束廃止委員会 ……9
- 4) 苦情対応委員会 ……9
- 5) 第三者委員会 ……9
- 6) 褥瘡予防委員会 ……9
- 7) 安全衛生委員会 ……9

3. ケアプランセンター ……10

4. 在宅介護支援センター ……12

## 加美北特別養護老人ホーム

令和2年度経営方針 ……14

令和2年度主な施策 ……14

### 1. 特別養護老人ホーム部門

重点目標 ……15

- 1) サービス向上 ……15
- 2) 人材育成 ……15
- 3) 社会貢献・地域交流活動 ……15
- 4) 業務の効率化 ……15
- 5) 災害対策 ……15

### 部署別目標

- 1) 介護 ……16
- 2) 医務 ……16
- 3) 管理栄養士 ……16
- 4) 生活相談員・介護支援専門員 ……16
- 5) 事務 ……16

## 委員会活動

### 拠点単位

- 1) 安全衛生委員会 ……17
- 2) 虐待防止・身体的拘束適正化委員会 ……17
- 3) 事故防止委員会 ……17
- 4) 介護職員による喀痰吸引等の業務にかかる安全委員会 ……17

5) 感染症予防委員会 ……17

6) 褥瘡予防委員会 ……17

特養内

1) 排泄委員会 ……17

2) 安全衛生委員会 ……17

3) 接遇委員会 ……17

2. 在宅部門 デイサービスセンター ……18

3. 在宅部門 居宅介護支援事業所 ……20

4. 在宅部門 地域包括支援センター ……22

**浜特別養護老人ホーム**

令和2年度運営方針 ……24

令和2年度主な施策 ……24

1. 特別養護老人ホーム部門 ……25

2. 在宅部門 デイサービスセンター ……26

3. 在宅部門 居宅介護支援事業所 ……27

## 法人理念

私たちは、人と人と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。

## 令和3年度 法人方針

### 原点回帰

社会福祉法人和悦会は平成8年(1996年)8月に設立され、令和3年4月1日より25年  
目の事業年次が開始されます。本当に多くの方々の協力のもと現在も活動できています。

平成9年4月羽曳野で始まり、平成13年(2001年)4月より平野区加美北で、続いて平  
成19年(2007年)4月より鶴見区浜に活動拠点を増やしながらいき今日に至っております。職  
員数も総勢300名を超える規模となり、24時間365日活動出来ていることに感謝していま  
す。

法人25周年を目前に、我々は次の25年の活動に向け歩みだすステージに立っていると  
思います。

法人設立当時は福祉・介護事業は公的サービスである”措置制度”下で運営されていま  
した。平成12年(2000年)4月より介護保険が導入され”措置から契約へ”とサービスの  
在り方が大きく変わりました。多くの職員の皆さんは現状の介護保険下での活動しかご存  
じないと思います。2025年を目指して我々だけでなく社会全体が色々な取り組みを行って  
きたところです。

我々は、今、本当に社会から必要とされる存在になるため何が必要でしょうか。

令和3年4月に介護報酬が改定されます。報酬改定は定期的に行われるものです。この  
改定は単位介護報酬の点数の改定ではなく、”今、介護現場に求められるサービスの在り  
方”を示しています。今回の改定の概要は次の5つを柱に示されています。

1. 感染症や災害への対応強化
2. 地域包括ケアシステムの推進
3. 自立支援・重度化防止の取組の推進
4. 介護人材確保・介護現場の革新
5. 制度の安定性・持続可能性の確保

現状を取り巻く環境下でも確実に活動を要求される介護事業に関わるものとしての在  
り方や今後の在り方に対しても示されていると感じます。

我々は介護保険の事業者であるとともに、そもそも社会福祉法人であります。現在我々  
が携わっている大部分は介護保険事業であります。常に社会福祉法人であることも忘れ  
てはなりません。

家族、地域の皆さんに、どんな時代になろうとも社会からずっと必要とされる存在で在  
り続けるために、今一度、原点に立ち戻り今後の活動の在り方を考える必要を強く感じて  
います。

今一度現状を自ら省み、しっかりと我々の未来を見据え共に歩んで行きましょう、ご協  
力宜しくお願い致します。

羽曳野特別養護老人ホーム

### 令和3年度 施設運営方針

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・地域の方々に期待されているレベルの満足いただけるサービス提供を目指す。

職員一人一人が、より具体的に、「誰のために、何のために」ということを利用者目線・家族目線で第一に考え、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、介護事業だけでなく医療やその他の事業者とも連携を強固にし、地域の皆さまから頼りにされるサービス提供事業者として、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。

### 令和3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、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基本とし、新たに導入される”LIFE”等の導入による科学的介護の取組を推進しまた介護現場へのICTの導入を積極的に行い、しっかりとした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、また、介護保険改定がなされる初年度として、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、どのような状態・状況になられても利用者・家族目線から物を見て考え、その内容を事業者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。

以上

## 1. 特別養護老人ホーム

### 重点目標

『 法人理念を強く意識し、人と心を通わせることを大切にする。互いに心を通わすことができるサービス提供を行い、ご利用者、ご家族一人一人に安心できる生活を送っていただく。また、ご利用者が地域社会と関わりを持てる機会を提供し、可能な限り、自己選択、自己決定に基づいた生活を送っていただく。』

ご利用者一人一人に向き合い、その人の現状を理解し、必要な支援とは何か考え、自立支援を基本とする、質の高いサービスを提供できるように、職員の育成に取り組む。

私たちは、地域の一部であり、地域の方々が生活をする場所であることを理解し、地域社会との信頼関係も大切にし、地域から愛され、必要とされる事業所であることを目指す。』

### 1) 信頼関係の構築

- ・一つ一つの言葉の意味を相手に確認し、互いに同じ認識を持って支援にあたる。
- ・職員間において報告、連絡、相談を徹底し、信頼し合える関係性を保持する。
- ・施設サービス向上のアンケートの結果の振り返りを行い信頼関係を構築していく。

### 2) 自立支援・重度化防止への取り組み

- ・各専門職が連携し、口腔ケア、排泄支援、機能訓練等を実施する。
- ・ご利用者が可能な限り心身の機能を維持し、自立した生活ができるように支援する。

### 3) 人材育成と環境改善

#### i 職員教育

- ・接遇の基準を作成し、現在の接遇が適切であるか振り返る。
- ・各部署で言葉遣い、表情、身だしなみの改善を徹底する。
- ・基本的な介助方法、機器の取り扱いについて動画でのマニュアルを作成する。
- ・いつまでどのような知識と技術を身につけてもらうか計画を作成する。
- ・ご利用者の心身の状態、職員のキャリアに応じて、職員の配置、勤務体制を検討。

#### ii 介護機器を取り入れた業務改善

- ・生産性を向上させ、質の高いサービスが提供できるようにする。
- ・より活用できる使用方法を模索すると共に記録に関する機器の導入も検討していく。
- ・眠りスキャンを活用し夜間の十分な睡眠時間が確保できるように支援を行う。
- ・インカムを活用し各職員間のスムーズな連携を行い、無駄な時間を削減する。

### 4) 地域包括ケアシステムの構築に向けた活動

#### i 関係機関との連携

- ・地域の医療・福祉に関わる他事業所へ定期的に訪問しする。
- ・各事業所と円滑に連携を図ることができる関係性を構築することを目指す。

#### ii 地域との関わりの方の確保

- ・施設行事を通して、地域住民や地域の事業所と交流を図ることを継続して行う。

### 5) 感染症・災害対応

#### i 感染症対応

- ・感染症に対する正しい知識を周知し、感染症への対応方法について研修を実施する。
- ・感染症の発生を想定し、他のご利用者が安全に生活できる体制を整備する。

#### ii 災害対応

- ・災害発生時の連絡方法を定期的に確認する。
- ・定期的に避難訓練等の災害発生に備えた訓練を行う。
- ・食事や必要物品の備蓄についても内容を検討し、備蓄が行えるようにする。

## 6) 研修

### i 内部研修

- ・年間計画に基づき内部研修を実施する。

### ii 外部研修

- 職員、組織にとって必要と考えられる研修については、適時参加していく。

## 部署別具体的目標・計画

### 1) 介護（フロア班）

#### i 信頼関係の構築

- ・評価項目を設定し、他部署からの評価を受ける。
- ・アンガーマネジメント、ストレスマネジメント等の勉強会の実施。
- ・情報の伝達が正しく行われるように写真、動画での記録も活用する。
- ・適切な接遇が行えているか客観的に確認するためにフロア内を動画撮影し評価する。

#### ii サービスの質の向上

- ・事故、ひやりはっと発生時に検討会議を行い、情報の更新、伝達を行う。
- ・フロア各職員に担当居室を決めて、毎月居室の備品の点検・破損がないか確認。
- ・フロア内で日常的に使用する机・椅子等は毎月初めに点検を行う。
- ・ご利用者毎に担当職員を決め、再アセスメントが必要な事項があればフロア職員全員が意見を出し合える仕組みを作る。
- ・具体的な介助方法や変更点を動画でマニュアル化する。

#### iii 感染症予防対策

- ・予防着、手袋の適切な着脱方法の動画マニュアルを作成する。
- ・毎朝のご利用者の体温管理、また職員の体調管理を行い、早期発見に繋げる。
- ・口腔ケアの動画マニュアルを作成し、全員が同じケアが出来るように研修を行う。

### 2) 介護（入浴・衣類班）

#### i 安心・安全・快適な入浴環境作り

- ・各フロア班と情報を共有しご利用者が入浴しやすい状況を整える。
- ・羞恥心に配慮した入浴方法の検討。
- ・必要に応じて入浴の時間や個浴・同姓介助等を検討する。
- ・毎月第一水曜に設備や備品の点検を行い修繕箇所がないか確認する。
- ・月に一度の入浴班会議を実施し、ご利用者の入浴形態の再アセスメントを行う。
- ・新人研修の資料や動画、移乗方法、機械操作の動画でのマニュアルを作成する。
- ・ご利用者の内出血や傷、褥瘡等は iPad で記録して経過観察に利用する。

#### ii スキンケア

- ・医務・介護支援専門員と相談し保湿クリームなど塗布を検討する。
- ・皮膚状態悪化の早期発見・早期治癒を目指す。
- ・関節の拘縮に伴うただれや白癬や両足の趾間の白癬・爪白癬の悪化防止と早期治癒。
- ・フットケアを実施し、浮腫や血行不良と白癬の予防に努める。

#### iii 衣類の管理

- ・洗濯する際は記名、縫いつけを確認し、衣類の紛失をしない。
- ・気候やご利用者の好みに合わせ日々のメリハリが付く衣類の選択を行う。
- ・衣替えの時期や衣類の過不足がある場合は生活相談員を通じてご家族に相談する。

#### iv 変わり風呂

- ・毎月第3週目の月・火に変わり風呂を実施する。

### 3) 介護（排泄・リネン班）

#### i 信頼関係の構築と排泄介助におけるご利用者様への配慮

- ・排泄介助時は常にご利用者と視線を合わせ、お声かけを行う。
- ・介助中は安全に留意しつつも羞恥心に配慮し排泄における QOL 向上を目指す。

ii 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

- ・排泄介助の時間や回数など、より個々に適した排泄介助を行えるよう検討する。
- ・おしめ交換においても個々の排泄状況や皮膚状態に応じて介助方法等検討する。

iii ADLの回復または維持するための排泄介助の実践

- ・スカイリフトの使用によるADLの回復または維持
- ・ご利用者の身体状況を把握し、残存機能を生かした介助を行う。

iv 褥瘡の早期発見・対応

- ・皮膚状態を観察・把握し、剥離や褥瘡の早期発見・早期対応にて悪化防止に努める。
- ・早期対応としてロホクッション・エアマットの使用検討を行う。

v 感染症発生時や災害時の業務継続に向けた取り組み

- ・人員配置及びオシメ交換の回数の検討
- ・感染予防対策及び、感染予防研修
- ・オシメ及び物品の在庫の確保

4) 介護支援専門員

i 自立支援・重度化予防に向けたプランニング

- ・寝たきり防止・褥瘡の防止に重点を置いて、ADL・生活環境を適切に評価する。
- ・日々目標や生きがいを持った生活を送れるよう目標の共有を図っていく。

ii ご入所者・ご家族との信頼関係の構築

- ・日ごろよりご入所者・ご家族と積極的に密な関わりを持ち、信頼関係を構築する。
- ・最低3ヶ月に1度担当者会議・プラン更新を行う。
- ・最低週8時間以上は介護・介護補助の役割を担い、意向の確認等を行う。

iii 専門職としてのスキル向上

- ・制度や法律等の知識、コミュニケーションスキル、認知症への理解を向上させる。

5) 医務

i ご利用者とのコミュニケーション促進と認知症への理解

- ・ご利用者様の生活に積極的に関わりを持つことができるよう努めていく。

ii 疾病の早期発見

- ・ご利用者1人1人の状態観察に努め、既往歴や日頃の状態を把握する。
- ・顔色・呼吸状態・バイタルサイン、採血データ（1回以上/3ヶ月）、健康診断（胸部X線 年1回/年・心電図 年1回以上/年）、回診（必要時）などから異変を早期発見できるように努める。

iii 感染症予防の強化

- ・新型コロナウイルス等の感染発症を防止する為、問題提起・情報発信を行う。

iv 医療ニーズへの対応

- ・バルーン・胃ろう・在宅酸素療法等を安全に管理ができるようスキルアップを行う。

6) 管理栄養士

i 満足度の向上

- ・状態に合わせて柔軟に対応できるように、厨房委託業者との連携を密にする。
- ・個々の嗜好を確認し、これまでの食習慣を尊重した食生活を送れるように支援する。
- ・旬や行事を大切にし、食事から四季を感じられるようなイベントを企画する。

ii 安全な食事の提供

- ・厨房委託業者と連携し感染症対策が強化する。
- ・平時より備蓄等の整備と備蓄等を使用した訓練等を計画する。

iii 変化率に留意した栄養ケアマネジメントの実施

- ・積極的にミールラウンドを実施し、個別に必要な食事を調整する。
- ・個々のご入所者への栄養管理を強化する。
- ・フレイルの予防のためのビタミンDの生成を目的とした日光浴の実施

iv 楽しみの一つとなりえる食事提供の実現

- ・環境を向上させ食欲を増すような工夫を実施していく。

v スキルアップ

- ・オンライン研修会への積極的な参加
- ・アンケート結果等を利用し、求められている方向を意識した業務改善
- ・法人栄養士会議への参加（2、5、8、11月第三木曜日 zoom 開催）

7) 生活相談員

i ご利用者・ご家族との信頼関係の構築

- ・画一的な対応ではなく、その方に伝わる方法を考えて報告・連絡・相談を行う。

ii 他部署との連携

- ・各部署への報告・連絡・相談を丁寧に行う。
- ・介護支援専門員と2週間ごとに会議を開き、情報を共有する。

iii 外部関係機関等との連携

- ・関係機関等から情報を収集し、ニーズに合わせた利用方法を提案していく。

iv 生活相談員の資質向上

- ・前期と後期にそれぞれ1回以上、部署内で苦情相談事例の検討会討会を開催する。
- ・新規入所申込み者を毎月絶えず獲得することを目指す。

8) 事務

i 窓口対応・電話対応等、お待たせしない対応をする

ii 働きやすい環境づくり

iii 効率良く・確実な仕事ができるようにする

## 2. デイサービスセンター

### 重点目標

『 感染症や災害への対応力強化を行いながら、ご利用者、ご家族一人一人の気持ちを理解し尊厳を保持しつつ、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。

CHASE・VISIT へのデータ提出とフィードバックの活用により PDCA サイクルの推進とケアの質の向上を図る。質の高い計画を作成し、全職員が利用者様の目標達成のために支援できるようにしていく。』

### 1) 信頼関係の構築

- ・ご利用者の状態や生活状況を積極的に報告する。
- ・基本の挨拶を徹底・家族様へのフィードバックを蜜に行う。
- ・感染症予防の取組みを家族様、各事業所に知っていただけるような広告を作成する。
- ・地域の情報を収集し、当デイサービスが貢献できるように取り組む。

### 2) 新規の獲得

#### 数値目標

デイサービス : 登録利用者 90 名、平均利用者 32~35 名、体験利用獲得 90%以上  
ショートステイ : 登録者数 90 名、ベッド稼働率 100%

- ・現在ご依頼いただけていない居宅支援事業所を中心に周知活動を行う。
- ・機能訓練の実施方法を見直し、より多くのご利用者に利用していただけるようにする。
- ・ご利用者、ご家族向けに脱水予防、感染症予防、介護に関する講習会を実施する。

### 3) 人事考課制度の運用

- ・自身の能力を理解し、能力の向上ができるように個々の目標設定、評価を行う。

### 部署別具体的目標・計画

#### 1) 介護

##### i 顧客満足度の向上

- ・ICT の活用による介護記録の負担軽減
- ・アセスメントやモニタリング会議を行い、安心して過ごせる環境づくりに取り組む。
- ・高齢者虐待防止研修や勉強会の実施。
- ・接遇チェックや毎月会議での接遇マナーに関する講義を行う。
- ・ドライブレコーダー、車両の点検、修理箇所、洗車日などの情報を管理。
- ・車椅子やフロアの設備の点検など行い、事故への防止に取り組む。

##### ii 適切な事業運営

- ・9月に自主点検表を用いて、サービス提供の実施が適切であるか確認を行う。
- ・ご利用者ごとのケアプランの目標を一覧にし、職員間で共有する。
- ・介護保険報酬改定内容の理解

##### iii サービス内容の見直し

- ・感染予防を行い、安心して楽しんでもらえるレクリエーションの内容を考える。
- ・介護技術や介護保険に関する知識の向上を目指し、勉強会を開く。
- ・ご利用者と共に花や野菜を育てる。

#### 2) 生活相談員

##### i 信頼関係の構築

- ・ご利用者、ご家族、関係機関に対して、迅速かつ正確な情報提供を行う。

##### ii 情報収集と周知徹底

- ・面接、相談時に、適切に情報を収集し、ICT の簡素化を図り各専門職へ周知する。
- iii 在宅介護支援センターとの連携
  - ・町会や老人クラブ、地域の各種等の活動に参加し、住民のニーズを探る。
  - ・地域包括支援センターが主催する地域ケア会議等に参加する。
- iv 広報・営業活動の強化
  - ・年間で 50 名以上の体験利用依頼獲得を目指す。
  - ・毎月、各事業所のケアマネジャーへ空き状況等を伝え、紹介を依頼する。

### 3) 医務

- i 感染予防対策
  - ・新型コロナウイルス感染チェックシートを使用し管理していく。
  - ・ご利用者の熱の確認や体調の観察を行い、体調不良の早期対応に努める。
- ii 事故の防止
  - ・誤薬が発生しないように、服薬手順を徹底厳守する。
- iii 異常の早期発見
  - ・ご利用者の状態に変化が見られた際には、各専門職へ報告を行う。

### 4) 管理栄養士

- i 安全な食事の提供
  - ・栄養管理指針や大量調理マニュアルを元に書式やマニュアル・手順等の検討を行う。
- ii 個人の栄養管理
  - ・3 か月に 1 回 体重や BMI の情報を配布する。
  - ・毎日、昼食前に食の効能の話を取り入れる。
  - ・ICT の活用で、身長や体重の管理を行うことで業務の効率化を図る。

## 委員会別具体的目標

### 1) 事故防止委員会

#### i ヒヤリハット報告と活用

- ・ヒヤリハット、事故報告書のデータに基づき事故種別などで精査する。
- ・危険性の高い物は各職員に周知することで、事故の防止に繋げていく。

#### ii 危険予知訓練

- ・8月1月にKYTを実施し、職員一人一人の意識を高める。

#### iii 車輛事故防止と交通安全意識の強化

- ・車輛運行時の注意点や確認事項を定期的に周知する。
- ・ドライブレコーダーの映像を用いて意見交換を行う。

#### iv 使用物品の安全点検

- ・車イス、机、椅子等を毎月総点検し、事故に繋がる危険因子を取り除く。

### 2) 感染症又は食中毒の予防及びまん延防止委員会

#### i 感染症対策の強化 基本予防策とスタンダードプリコーションの定着

- ・指針の整備・マニュアルの見直しを行い現状に沿った内容へ変更する。
- ・内部研修等を通じて基本予防策・スタンダードプリコーションの定着化を図る。
- ・外部研修を受けることで、正しい知識の習得と情報収集を行う。
- ・施設内で感染症が発生した時のフローチャートを用いた訓練を実施する。
- ・4月と9月に感染症発生予防研修を実施する。

#### ii 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 研修の実施

- ・年間2回以上の内部研修を行う。

#### ii 接遇の改善

- ・年間3回、自身の言動を振り返り、適切なサービス提供が行えているか確認する。

### 4) 苦情対応委員会

#### i ご意見・ご要望の理解

#### ii 早期対応・早期解決

#### iii 職員への周知

### 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

#### ii 第三者委員の施設訪問

### 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

#### v 栄養状態の把握と改善

### 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を積極的に推進する

#### iv 新型コロナウイルス感染症の予防に努める

### 3. ケアプランセンター

#### 重点目標

『ご利用者へ満足のいくサービスを提供することができ、新規の相談等、気軽に相談して頂ける事業所を目指す。』

新型コロナウイルス感染症が流行し、不安からご利用を控える方もおられ、フレイルや重度化が進むことも懸念されます。介護予防、重度化予防につながり、安心してご利用して頂けるように、情報提供等を行なっていきます。今後、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、高齢者が増えていくなかで、ご利用者が住み慣れた地域において、尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるように「地域包括ケアシステム」の構築が実現できるように、その一翼を担います。また、社会福祉法人として、社会貢献を意識し、地域の方々に我々の活動を理解して頂き、地域から求められ、無くてはならない存在となるように、日々取り組んでいきます。ご利用者、ご家族のご意向を尊重し、しっかりと課題を把握しながら、必要な情報提供を行ない、各サービス事業所、医療機関等との情報共有、連携を図り、住み慣れた地域で安心して日常生活を送ることができるよう支援していきます。生きがいを感じ、幸せを感じていただき、ご満足いただけるような支援をこころがけます。また、地域へ積極的に出向き、少しでも地域貢献ができ、より多くの方に知って頂けるような事業所をめざします。

#### 年間目標

- ・「施設サービス向上のためのアンケート調査」について、すべての項目において満足度80%以上を目指す。
- ・運営基準減算や特定集中減算等がなく、特定事業所加算Ⅲ算定を継続する。
- ・給付管理 101件/月（介護71件、予防・総合60件）、利用率90%以上

	項目	内容
i 適正な事業運営の実施	集団指導	集団指導へ参加し居宅ケアマネ会議等で情報共有する。
	介護報酬改定	介護報酬改定内容を把握し、居宅ケアマネ会議等で情報共有する（勉強会の実施等）。
	自主点検	年に一度、自主点検表を活用し、業務の振り返りを行なう。
	特定事業所加算	加算の算定要件を満たしているか毎月チェックする。
	指導監査室	羽曳野市指導監査室等からの連絡事項等を確認し、居宅ケアマネ会議等で情報共有する。
	運営基準	運営基準を順守し、運営基準減算等を受けないようにする。
	特定集中減算	年2回特定集中減算チェックシートにて紹介率の確認。
	内部監査	1回/3年、内部監査を受ける。

	項目	内容
ii 介護支援専門員の質の向上	施設サービス向上のためのアンケート調査	「施設サービス向上のためのアンケート調査」結果を真摯に受け止め、日々の業務の振り返りを行なう。また、必要時には、業務内容の是正を行なう。
	居宅ケアマネ会議	定期的に関催（概ね週1回） 1. 現に抱える処遇困難ケースについての具体的な方針 2. 過去に取り扱ったケースの問題点及びその改善方針 3. 地域における事業者や活用できる社会資源の状況 4. 保健医療及び福祉に関する諸制度 5. ケアマネジメントに関する技術 6. 苦情があった場合は、その内容及び改善方針 7. その他必要な事項（業務改善等） 8. 新規ケース等について

	研修	研修計画に基づき、内部・外部研修に参加
	認定調査	認定調査の依頼があれば対応する。
	ケアプランチェック	年2回事業所内において、「ケアプラン点検シート」に基づいて、互いにチェックを実施する。
	他法人合同事例検討会	年2回、他法人と合同で事例検討会を開催する。 6法人（羽曳野市社会福祉協議会、アンジュ居宅介護支援事業所、四天王寺悲田院ケアプランセンター、青山ケアセンター羽曳野、ケアプランセンターまほろば、羽曳野特養ケアプランセンター）

	項目	内容
iii 医療との連携の強化	入院時連携	ご利用者が、医療機関へご入院された際、「入院時情報提供書」を作成し、医療機関へ提出する。
	退院・退所時連携	ご利用者が、医療機関や介護老人保健施設等から退院・退所する際、カンファレンス等へ参加し、必要な情報収集を行ない、「退院・退所情報記録書」を作成する。
	医療連携	主治医との連携を図るため、必要時には、訪問診療や通院に同席し、顔の見える関係を築く。
	医療と介護の連携	羽曳野市地域包括支援センター主催の「羽曳野市医療と介護の連携研修会」へ積極的に参加する。（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、セラピスト、医療ソーシャルワーカー等が参加予定）

	項目	内容
iv 地域ネットワークの構築	交流研修会	河南町及び太子町地域ケア担当者会議、羽曳野市地域福祉専門職ネットワーク交流会、藤井寺保健所難病地域支援ネットワーク会議等へ積極的に参加する。
	地域ケア会議	地域包括支援センター等が開催する地域ケア会議へ積極的に参加する。
	地域活動	地域で開催される校区福祉委員会、ふれあいネット雅び、民生委員児童委員協議会、自治会等の行事へ積極的に参加する。

#### 4. 在宅介護支援センター

##### 重点目標

『地域から求められ、気軽に相談して頂ける事業所を目指す。』

新型コロナウイルス感染症が流行し、活動の機会も減り、閉じこもりがちな高齢者が増えている現状がある。地域や関係機関と連携しながら、実態把握し、情報提供やサービスの調整等を行ない、少しでも活動の機会が増えるように支援していきます。団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、生活支援コーディネーターとして、ご利用者が住み慣れた地域において、尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるように「地域包括ケアシステム」の構築が実現できるように、一翼を担います。また、社会福祉法人として、社会貢献を意識し、地域の方々に我々の活動を理解して頂き、地域から求められ、無くてはならない存在となれるように、日々取り組んでいきます。

##### 年間目標

- ・ 12回／年以上、校区福祉委員会、地域の各種団体等の会議、行事等へ参加。
- ・ 48回／年以上、訪問実態把握、窓口相談対応の実施。

項目		内容
地域相談窓口業務	窓口業務	在宅介護等に関する相談に対し、総合的に応じる。内容によっては、地域包括支援センター及び各関係機関等へ連絡調整と連携する。
		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及びその積極的な利用についての啓発を行なう。
		地域の要援護高齢者等またはそのご家族等の保健福祉サービスの利用申請手続きの受付、代行（市への申請書の提出）等の便宜を図る。
		自立支援の観点を踏まえ対象者の心身の状況を把握し、必要性があると判断する場合は、福祉用具の紹介、並びに福祉用具の選定若しくは具体的な使用方法又は住宅改修に関する相談及び援助を行なう。
		高齢者虐待の相談窓口として把握した情報については、所定の「虐待等支援困難事例シート」等を記入し、速やかに地域包括支援センターに報告する。
		虐待・困難ケース等の同行訪問や緊急的に訪問しなければならない場合の対応を行なう。
		必要に応じ居宅を訪問し、心身状況またはそのご家族等の状況把握を行ない、必要な介護保険や高齢者福祉サービスの紹介等を行なう。
		対象者の居宅を訪問し、チェックリストの実施、対象者の心身状況やご家族の状況などのアセスメントを行なう。
	見守り支援業務	定期的に訪問等を行ない、対象者の継続的な状況把握や見守り等を実施し、所定の様式に基づき報告を行なう。
	地域ケア会議開催業務	地域の民生委員、CSW や病院等の関係機関と調整を行ない、見守り支援業務の対象者や必要なケースについて会議を開催する。
モニタリング業務	通所サービスCおよび訪問型サービスCの利用修了者を対象にモニタリングを行ない、必要に応じて適切な社会資源へつなぐ。	

住宅改修理由書 作成業務	理由書の作成日において、要支援1及び要支援2の認定がある利用者に対して、居宅を訪問し、住宅改修に係る理由書の作成を行なう。
事業報告	地域相談窓口業務、見守り支援業務、地域ケア会議開催業務、モニタリング業務、及び住宅改修理由書作成業務の実施にあたっては、それぞれに定める様式により、月1回地域包括支援センターに業務報告を行なう。

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）

項目	内容
生活支援体制 整備業務 (生活支援コ ーディネータ ー)	ふれあいネット雅びの会議や、地域の各種団体等の活動に参加し、住民と日常的な意見交換を行ない地域ニーズや資源の調査等を行なう。
	ランチ会議にて各校区の報告や情報提供を行なう。また、地域からあがってきた課題の把握や整理、意見交換を行なう。
	地域に必要なサービスや活動（社会参加・活動の場・居場所等）の開発を地域と一体的に行なう。
	生活支援サービスの情報をリストや冊子にまとめ、対象者、地域の支援者・活動者、居宅介護支援事業所等に提供する。
	地域や生きがいサロンへ出向き、町会や老人クラブ等の地域組織や当該地域組織、サロン利用者の主催する行事等で講習会等を行なう。
関係機関（サービス提供主体、地域の諸団体、介護保険事業等）の顔の見える関係づくりを促進する。	
事業報告	生活支援コーディネーターの実施にあたっては、月1回地域包括支援センターに業務報告を行なう。

加美北特別養護老人ホーム

## 令和3年度 施設運営方針

加美北特別養護老人ホームは、法人理念と方針のもと、次の基本方針を掲げ、変化する環境の中にあっても原点に立ち戻り、現状のニーズを確実に捉え、地域の皆様の望む暮らしの実現に向けて、より満足度の高いサービスの提供を追及し、「真に社会に必要とされる施設」を目指します。

- ・ 職員一人一人が利用者様の尊厳を守り、言葉にならないその思いにも寄り添い、心をくみ取り、最善のサービス提供に努めます。
- ・ 職員一人一人を大切に育成し、その成長が利用者様、家族様の悦びに繋がるように努めます。
- ・ 職員一人一人が培った知識と技術を十分活かし、専門性を発揮して、新たなステージでもその役割を前向きに担い、利用者様、家族様の期待に添えるように努めます。
- ・ 職員一人一人が感染症や災害への意識と知識を高め、対応力を強化し、利用者様に安定的・継続的に必要なサービスを提供できるように努めます。
- ・ 事業の永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、地域福祉の拠点として、皆様に永く必要とされる施設を目指します。

## 令和3年度 主な施策

### 1) 認知症の方への対応力及び医療ニーズへの対応力を強化する

介護保険の理念、法人理念とコンプライアンスの研修を全職員に実施することにより、認知症・中重度者支援の基礎となる「利用者の尊厳と自立支援」の理解を深める。

介護職員については認知症介護基礎研修以上の資格を必須とし取得を進める。

特養部門においては、「看取り介護」について、新たに示されるガイドラインに沿ってさらに内容を充実させる。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し、連携を深める。さらに、介護職員の認定特定行為業務従事者認定の資格取得を支援し、喀痰吸引ケアの提供体制を拡充し医療機関との連携を速やかに行う。

在宅部門においては、デイサービスセンターでの中重度者、認知症の方の受入について、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おいては、特定事業所としての機能を発揮し、事業所間連携、医師との情報連携の強化と質の高い適正なサービス調整に努める。地域包括支援センターにおいては、地域包括ケアシステム構築の中核として、地域ケア会議の推進等、さらに機能を充実させ、地域のニーズを把握し効果的な活動を展開する。

### 2) 安心、安全、満足に繋がる取り組みを実践し、より多くの皆様にご利用頂く

サービス事業所においては、「重大事故0」を目指し、事故防止研修や事故分析を確実に効果的に実施する。また、アンケート結果から見える現状のニーズや課題分析から対応を工夫、改善することで、より多くの皆様の満足と新たな利用に繋がるように努める。拠点全体において、目標となる接遇やコミュニケーションを啓発し、規律と笑顔の有る気持ちのよい職場づくりを実践する。さらに、サービスの質の評価、データ活用、職員間の情報共有や負担軽減に繋がる機器の導入を積極的に検討すると共に、導入した機器を効果的に活用する。

### 3) 様々な機会を通し地域の方と共に考え行動することで地域のニーズを探り、地域貢献への土壌を作る

大阪しあわせネットワーク事業への参画、実習生の受入等、十分な感染症対策行い可能な形での継続を検討する。

### 4) 感染症や災害発生時における業務継続に向けた取り組みと地域連携を進める

感染症や災害発生時における業務継続に向けた計画等の策定、研修、地域住民参加型の訓練(シュミレーション)について検討する。また、感染症発生とまん延防止徹底のため、サービス事業所においては年1回以上の研修、訓練(シュミレーション)を実施する。

## 1. 特養部門

### 重点目標

『 ご利用者お一人お一人のこれまでの生き方に敬意を払い、生きがいを持って自立した生活を実現していただけるよう多職種が連携をして支援を行う。  
特養利用率 95.0%、総利用率 97.5%を確保する。 』

#### 1) サービス向上

##### i 生活環境の整備

- ・居室ごとに担当者を割り振り、タンス内の整理、備品の管理を行う。
- ・各フロアにて定期的に車椅子を洗浄する。(毎日 1~2 台)
- ・衣類の補充、タンス内整理等をご家族と協力して実施する。

##### ii 看取り介護体制の強化

- ・ガイドラインの内容に沿った対応の実施。
- ・ご利用者の人生観や価値観などをできる限り把握する。
- ・ご利用者、ご家族の意向プランに反映させ、ご家族と各職種が目的を共有する。
- ・看取りケア終了後には毎回振り返りカンファレンスを実施する。

##### iii 行事

- ・感染症予防を十分に意識した上で内容を検討する。
- ・実施後にはホームページにて活動状況を公表する。

#### 2) 人材育成

##### i マニュアルに基づく指導の徹底

- ・毎年 1~2 月に全体の見直しを行う。

##### ii 職員研修

- ・年間計画のとおり、施設内研修を実施する。
- ・新人教育には OJT の手法を用いる。

##### iii 人事考課制度の面談

- ・各職員の長所と課題を整理し成長できるきっかけとする (4 月、11 月に面談実施)

#### 3) 社会貢献・地域交流活動

##### i 地域交流活動

- ・感染症の動向等を確認しながら活動できる方法を検討する。

##### ii 大阪しあわせネットワーク (生活困窮者レスキュー事業)

- ・コミュニティソーシャルワーカーとして都度相談対応を行う。

##### iii 実習受入

- ・感染症予防策を十分に行った上で可能な範囲の受け入れを行う。

#### 4) 業務の効率化

##### i 介護支援ソフトの活用による各種記録の電子化

##### ii 見守り支援ロボットの導入検討

#### 5) 災害対策

##### i 消防署と連携した避難訓練の実施

##### ii 感染症・災害発生時の事業継続計画 (BCP) の策定

##### iii 備蓄食料・飲料水の確保

## 部署別計画

### 1) 介護

#### i 尿路感染症予防

- ・尿路感染の発生要因についての研修（年2回）
- ・陰部洗浄やおむつ交換の手技についての確認（3ヶ月に1度）

#### ii 誤嚥性肺炎予防

- ・他職種と連携をとり、ご利用者の状態に合わせ食事形態等の変更検討を行う。
- ・口腔ケアの方法、正しい食事姿勢等に関する研修（年2回）

#### iii 転倒事故予防

- ・ご利用者の転倒のリスクの共有
- ・居室内の環境整備の実施
- ・新入職員への指導内容を担当者間で共有。

#### iv 感染症予防

- ・感染予防チェックリストの実施（3ヶ月に1回）

### 2) 医務

- ・誤嚥性肺炎、尿路感染リスク者の状態把握
- ・他部署と看取りカンファレンスを実施し認識を共有する

### 3) 管理栄養士

- ・ミールラウンドの実施（1回/日以上）
- ・おやつレクの実施（月1回以上）
- ・嚥下体操の実施（4回/月）
- ・水分摂取量低下に伴う高リスク者《水分提供強化者》の管理（週1回）
- ・脱水、発熱者への経口補水液の提供勧奨《随時》
- ・データ（水分摂取量）の管理、関係部署との共有（月1回以上）
- ・心身の状態変化に応じた食事形態、提供内容の検討（随時）

### 4) 生活相談員・介護支援専門員

- ・ケアプラン更新時にご利用者、ご家族の意向を確認する（上半期50回以上）
- ・ご利用者、ご家族同席の担当者会議を開催する。（上半期30回以上）
- ・アセスメント、モニタリング内容をデータ化しLIFEにてデータ提供（月1回）
- ・フィードバックを受けた内容を基に計画立案し、家族に説明、職員への周知を実施。
- ・ADL指標である Barthel Index を使用しご利用者のADLの評価を行う（半年に1回）
- ・居宅介護支援事業所へのショートステイの空き情報の案内（月2回）
- ・医療機関への訪問と特養のご案内の実施。

### 5) 事務

- ・中間採用において必要な人材の獲得に向けて人材開発室と連携する。
- ・各スタッフに節電意識の啓発を行うために、月毎の光熱水費の周知を行う。
- ・備品への購入日の貼付や在庫管理と発注依頼を一元化した表の作成。
- ・有給休暇の計画的かつ円滑な取得を支援する。
- ・令和3年度の介護報酬改定に伴う変更内容を確認し正確な保険請求を行う。

## 委員会活動

### 拠点単位

- 1) 安全衛生委員会
  - ・業務上通勤途上の怪我や病気の発生状況についての把握と周知
  - ・過去に発生した事故をもとに労働災害防止に向けて労働環境の整備を実施する
  - ・職員のメンタルヘルス不調を未然に防ぐためにストレスチェックを実施する。
  - ・職場におけるハラスメントを防止するための方針を周知する。
- 2) 虐待防止・身体拘束適正化委員会
  - ・虐待防止研修・身体拘束防止研修を複数回実施する。
  - ・入職時に身体拘束適正化・高齢者虐待防止研修を実施する。
  - ・虐待の芽チェックリストを定期的実施する（年2回）
- 3) 事故防止委員会
  - ・ヒヤリハット・事故発生状況について情報を共有し再発防止策について検討する。
  - ・年間4回以上危険予知訓練を実施する。（6月、9月、12月、3月）
  - ・フロア共用部分の見守りカメラを活用し、客観的な事実を基に発生要因の検討を行う。
- 4) 介護職員による喀痰吸引等の業務にかかる安全委員会
  - ・介護職員による喀痰吸引の実施状況の確認
  - ・介護職員による喀痰吸引の実施時に発生した事故等の検証と再発防止策の検討
  - ・看護師より介護職員に喀痰吸引の手技についての講習
- 5) 感染症予防委員会
  - ・年2回の感染症予防研修と看護職員による手洗い講習を実施する。
  - ・大型加湿器、空気清浄機、ジアイーノ等の適切な使用・管理を実施する。
  - ・標準予防策の徹底。
  - ・感染症が疑わしい症状を有するご利用者の早期対応により感染拡大を防止する。
  - ・感染症が発生した事を想定した訓練を実施する。
- 6) 褥瘡予防委員会
  - ・多職種が協働し褥瘡ケア計画を作成し、計画に基づき褥瘡管理を実施する。
  - ・褥瘡リスクの高い方や、繰り返し褥瘡を形成している方についての予防策を検討する
  - ・入所時とそれ以降は定期的（3ヶ月に1回）に褥瘡発生リスクの評価を行う。

### 特養内委員会

- 1) 排泄委員会
  - ・陰部洗浄、剥離形成者の洗浄、排便時の石鹼洗浄方法の手技確認（3ヶ月に1度）
  - ・排泄マニュアルの見直し（1月）
  - ・尿路感染症発症者の原因検証と再発予防策の検討、予防策の実施状況の確認と評価を行う。
- 2) 安全衛生委員会
  - ・3ヶ月おきにKYT（危険予知訓練）研修の実施。
  - ・毎月事故防止に関するスローガンの設定。
  - ・重大事故の発生要因の検証と再発防止策の検討、防止策の実施状況の確認と評価を行う。
- 3) 接遇委員会
  - ・毎月接遇に関するスローガンの設定。

## 2. デイサービスセンター加美北

### 重点目標

人の想いに寄り添い、専門性を活かしたサービスを提供することで利用者様の人生を豊かにすることができる事業所を目指す

#### 1) 介護職員

##### i 自立支援

- ・職員会議で毎月、ご利用者の ADL や介助方法について見直しを行う。

##### ii 認知症ケア力の向上

- ・研修の企画・実施や会議等での意見交換を重ねていく。

##### iii 感染症対策

- ・年 1 回以上の研修、訓練(シミュレーション)を実施する。

##### iv 働きやすい環境づくり

- ・全職員との定期的な面談の実施や ICT を活用することで残業時間ゼロを目指す。

#### 2) 生活相談員

##### i 信頼関係の構築

- ・職種との情報共有に努め、関係各所に速やかに報告する事で信頼関係の構築につなげる。

##### ii 相談援助技術力の向上

- ・ご利用者と目線を合わす事や傾聴する姿勢を持ってコミュニケーションを図る。

##### iii 通所介護計画書

- ・事業所の特性等を活かした通所介護計画書を作成し、多職種と共有を図る。

##### iv 安定した事業の継続

- ・月平均利用率[上半期]80%以上、[下半期]85%以上を目指す。
- ・各曜日の登録利用者数 42 名を確保する。
- ・体験利用時に安心感を持って頂けるように職員から積極的に声掛けを行なう。
- ・新型コロナウイルス感染症による利用自粛者へ安否確認サービスの提供を継続する。

##### v 介護報酬改定

- ・ご利用者にとって必要とされるサービスについて新設の加算の取得していく。

#### 3) 機能訓練指導員

##### i NICo トレ

- ・プログラムの内容などに関するアンケートを定期的実施する。
- ・NICo トレのプログラムとしても、スクリーンを有効活用する。

#### 4) 医務

##### i 他職種連携

- ・ご利用者の状態観察をする中で気づいた変化を他職種へ報告する。

##### ii 感染症対策

- ・対策マニュアルの徹底や更新を行う。
- ・研修や訓練時には看護職員を中心として他職種協働で取り組む。

##### iii 医療情報の提供

- ・介護職員や相談員に対して医療知識の情報提供を行う事でケアの質の向上を図る。

#### 5) 管理栄養士

##### i 食形態・提供方法

- ・ご状態の変化に伴って随時食形態・提供方法を変更する。

## ii イベント食

- ・安全面と美味しさの両面へ配慮した内容にて実施していく。

## 6) サービス向上にむけて

- ・デイサービス挨拶標語である「手を止めて 目を見て 笑顔で 先にする」を励行する。
- ・季節行事やボランティアの受け入れの再開に向けて検討する。
- ・デイルームの環境整理や季節に応じた掲示を行う。
- ・業務マニュアルの更新、見直しを定期的に行う把握し、統一されたサービス提供に努める。
- ・サービス向上の為のアンケートを実施し、その結果を踏まえて必要な改善を図る。

## 7) 事故・ヒヤリハットについて

- ・日頃から利用者様やその周囲の状況に気を配り、変化があれば職員間で情報を共有する。
- ・職員会議等で各月毎の事故やヒヤリハット報告の内容を分析する。
- ・ドライブレコーダーの映像を職員間で共有し事故再発防止策の検討資料として活用する。

## 8) その他

### i 感染症対策の強化

- ・委員会の開催、指針の整備、研修及び訓練の実施に向けた準備を行う。

### ii 業務継続に向けた取組みの強化

- ・感染症や災害発生時の業務継続に向けた計画等の策定、研修及び訓練の実施。

### iii 災害への地域と連携した対応の強化

- ・非常災害対策訓練の実施にあたり、地域住民の参加が得られるよう連携に努めていく。

### iv 認知症への対応力向上に向けた取組みの推進

- ・介護職員を対象に認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じる。

### v 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

- ・利用者等への説明、同意について署名や押印以外の電磁的な対応を積極的に取り入れる。

### 3. 加美北特養ケアプランセンター

#### 重点目標

介護保険サービスに限定しない生活支援サービスを包括的に提供できるケアプラン作成を目指す。

#### 1) 適正な運営について

##### i 職員配置・体制

- ・管理者1名（主任介護支援専門員、常勤）
- ・常勤の主任介護支援専門員1名以上（管理者を兼ねることができる）
- ・常勤・専従の介護支援専門員を2名以上
- ・主任介護支援専門員資格更新（取得）、介護支援専門員資格の適宜更新

##### ii 給付担当件数

- ・ケアマネジャー1人（常勤換算）当たり給付担当件数35件以上

##### iii 事業所運営の機能強化

- ・職業倫理や法令遵守を意識した適切な運営
- ・地域包括支援センターからの支援困難事例へのケアマネジメントの提供
- ・苦情相談への迅速かつ適切な対応と業務改善
- ・利用者に関する情報共有、事例検討等目的とした会議を概ね週1回開催
- ・障害福祉制度の相談支援専門員との連携
- ・感染症対策の指針の整備、委員会の開催、研修・訓練の実施
- ・感染症や災害時であっても業務が継続できる計画（BCP）策定、研修・訓練の実施

##### iv 適正なケアマネジメント及び給付管理の実施

- ・アセスメント、計画作成、サービス担当者会議の開催、モニタリングの実施
- ・「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」に従った書類作成・記録
- ・モニタリング訪問時に月別テーマに関する情報提供や注意喚起を実施。
- ・看取り期を迎える支援にあたっては、ガイドラインの内容に沿って取り組む
- ・実務過程見学実習等（法定研修）にて人材育成への協力
- ・各種加算（特定事業所、入院時連携、退院・退所等）の適宜算定
- ・訪問介護、通所介護、福祉用具貸与サービスを対象に特定の事業所へ集中させない管理

##### v 秘密保持および個人情報の適切な取り扱い

- ・知り得た情報について守秘義務を遵守
- ・個人の情報や記録の保持と廃棄は、慎重かつ適切に取り扱う

##### vi 緊急時、災害時対応

- ・平常時から地域の方たちとの連携を意識したリスクマネジメントのためのアセスメント実施
- ・利用者が暮らす地域の防災状況の確認、避難場所及び関係機関等の情報共有と提供
- ・職員間の連絡方法の取り決め、避難行動支援について対応策の整備
- ・利用者自身が防災意識を高められるよう防災月間等の積極的な情報提供
- ・協力体制が作れるよう地域の防災訓練等への参加

##### vii 働きやすさの追求

- ・利用者へのよりよい支援のために
- ・業務のムダ・ムラ・ムリを適宜点検し、業務時間を捻出する
- ・文書負担軽減や手続きの効率化による業務負担軽減
- ・育児や介護と仕事の両立ができるよう支援を行う
- ・ストレスマネジメント、アンガーマネジメントに努め、メンタルヘルスに取り組む
- ・適切なハラスメント対策の実施

## 2) 介護支援専門員の質の向上について

### i 対人援助技術を磨き質の高いケアマネジメントを実施

- ・利用者自身の「望む暮らし」を引き出し、よりよい支援について提案する
- ・「安心ハンドブック」を活用し、「人生会議（ACP）」を推進する。
- ・家族も支援対象となり得ることへの理解を深める
- ・介護離職とならないよう家族介護者にも配慮した支援を提案
- ・コミュニケーション力を養う
- ・苦手分野の克服、幅広い分野の知識の習得
- ・施設内・外部研修への参加、事業所内部学習により学びを深め実践へ活用
- ・「自己評価表」を活用し、自らの支援について定期的に点検
- ・「課題整理総括表」や「評価表」の活用。
- ・利用者の持つ強み、興味、能力に目を向け、自立支援につなげられる技術を習得
- ・虐待発生や再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修を実施

### ii 体制整備と連携意識の醸成

- ・事業所全体で問題が解決できるよう、事例共有や検討の体制を整備
- ・担当外のケアマネジャーであっても確認しやすいケース台帳の整理
- ・支援困難ケースや新規ケースを積極的に引き受け、事例対応の経験値を上げる

## 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うよう利用者に依頼しておく。
- ・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。
- ・退院にあたり病院の職員等と面談を行い利用者に関する必要な情報提供を求める。
- ・病院等の職員と共に利用者の居宅を訪問し、必要に応じてサービス等の利用調整等を行う

### ii かかりつけ医との連携

- ・かかりつけ医への訪問、電話連絡等にて情報交換や共有、顔の見える関係作り
- ・少しでも自宅でご家族に看取られながら最期を迎えることができるよう連携を図る
- ・医療系サービスの利用について意見を求めた医師へのケアプラン交付

## 4) 地域ネットワーク構築

### 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等による研修会・交流会等への参加
- ・介護保険事業者連絡会居宅部会へ役員を派遣
- ・地域活動コーディネーター、民生委員等との交流
- ・地域包括支援センターや介護保険事業者連絡会との連携

### 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

- ・ICTを活用した会議等多職種連携の機会を設け、連携の促進を図る
- ・地域包括支援センターと協働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
- ・他法人居宅介護支援事業所と共同事例検討会を実施。

#### 4. 加美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、地域共生社会の実現に向け、『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、第1号介護予防支援事業、地域ケア会議推進事業）』、介護予防・日常生活支援総合事業、一般介護予防事業）、指定介護予防支援事業を通じ多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築取り組みをすすめる。

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、大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議を活用する。

区内の他機関が担う包括的支援事業である『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

##### 1) 地域ケア会議の充実に向けた取り組み

###### i 地域ケア会議（困難ケース、ふり返り、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
- ・担当圏域の地域ケア会議から見えてきた課題について関係者を交えてまとめる。
- ・主体的に課題解決に向けての役割を担ってもらえる狙いで働きかけを行う
- ・地域ケア会議より見えてきた課題をまとめ、課題解決のためにも取り組む。
- ・平野区高齢福祉担当と区内5包括で平野区の課題を共有する。
- ・当圏域から見えてきた地域の課題を、関係機関と共有する。
- ・当センターの取り組みを地域関係者、医療・介護の専門職等向けに活動報告会を開催

###### 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に取り組む。
- ・個別ケースのモニタリング結果について効果等を分析する
- ・検討会議から見えてきた課題をまとめ、区運営協議会へ報告する。
- ・介護支援専門員から受けた相談内容を整理し、圏域の介護支援専門員全体に報告する

##### 2) 在宅医療・介護連携推進事業との連携

- ・在宅医療・介護連携支援コーディネーターと情報交換を行う。
- ・地域の在宅医療・介護に関する現状を共有するための地域ケア会議等を計画的に行う
- ・医療介護の連携に向けた関係機関（区内の病院相談員等）との顔合わせや課題共有の機会

##### 3) 生活体制整備事業との連携

- ・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
- ・居場所づくりプロジェクト会議、「The 男組」会議への参加
- ・地域住民組織による「お茶の間講座」の開催支援、運営企画

##### 4) 認知症総合支援事業との連携

- ・認知症初期集中支援チームとの連絡会議を定例で行い現状及び課題の共有を行う
- ・認知症高齢者支援に関する現状を認知症強化型地域包括支援センターと共有する
- ・区の認知症施策推進会議に参加し認知症高齢者支援の現状を関係者と共有する

##### 5) 地域住民組織との顔の見える関係づくり

- ・各地域で行われている食事会、喫茶会、防災訓練その他活動や行事への参加
- ・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、老人会等に向け研修会開催
- 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
- ・地域ケア会議、地域の会議・行事、総合相談のまとめから各連合のニーズ把握を行う
  - ・各連合事の基礎データ、医療・介護情報、各小学校区の特徴をまとめた地区診断を行う
  - ・るんるんネット連絡会、在宅医療ケア・ネットワーク等と協同した取組
  - ・加美生活支援マップの活用状況の把握に向け、アンケート調査を実施
  - ・地域福祉活動コーディネーターと顔の見える関係に向けた交流会を開催
  - ・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
  - ・連携に向けての交流会実施及び課題を共有し協働して取り組めるように働きかける
- 7) 包括的支援業務
- i 総合相談支援及び権利擁護業務
- ・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
  - ・包括支援担当職員間で支援方法や知識の共有ができるよう、定期ミーティングを行う。
  - ・家族介護者支援の集い「喜楽」等への参加を促進する
  - ・虐待の発見 や防止につながるよう普及啓発活動を実施する
  - ・虐待防止活動評価検討会において、虐待事例への対応の進捗状況の把握を行う
  - ・生活困窮が窺われる場合は社会福祉協議会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
  - ・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、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、指定介護予防支援業務（予防給付）
- ・支援担当職員一人当たりの予防プラン数を10件以下とする
  - ・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
  - ・具体的な日常生活における行為について目標を明確にする
  - ・セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成する
  - ・達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う
- 8) その他業務
- i 車いす貸し出し事業
- ・地域にお住まいの高齢者に対し、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地域住民に向けた講演会やシンポジウムの開催
- iii 地域密着型運営推進会議
- ・圏域内地域密着型サービス事業者主催の運営推進会議への参加

浜特別養護老人ホーム

### 令和3年度 施設運営方針

浜特別養護老人ホームは、法人の運営理念と方針に則り、以下の施設基本方針を掲げます。

- ・ 私たちは、社会福祉法人が運営する介護保険事業者であることを自覚し、利用者様の尊厳を守る質の高いサービスの提供により地域社会に貢献できる施設を目指します。
- ・ 私たちは、関係法令を遵守し施設運営に取り組みます。また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についても、施設間で連携を取り実現化していきます。
- ・ 私たちは、未来の高齢者福祉の担う人材の確保と育成に取り組んでいきます。
- ・ 私たちは、地域福祉の中核的な担い手として地域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します。
- ・ 私たちは、利用者様を感染症への対応の強化を更に進めます。また家族様や地域社会に対して予防のための啓蒙活動を行います。

### 令和3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
  - ・ 全職員を対象とした「法人理念とコンプライアンス」研修を年2回実施。勤務時の自身の行動を「業務振り返り票」で全職員が確認する。
- 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。
  - ・ 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。
  - ・ 各種学校からの実習等を社会貢献のひとつと捉えて積極的に受け入れる。
- 3) サービス満足度と利用率の向上
  - ・ 各事業部門が、利用率の向上が社会貢献につながる事を意識、目標とする利用率達成に努力をする。
  - ・ 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。
- 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。
  - ・ 経費等の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。
- 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。
- 6) 感染症への対応について検討と実施
  - 新型コロナウイルスを主においた感染症対策（リモート会議・マスクやシールド着用・面会の中断・手洗い換気・アルコール消毒等）を引き続き実施。感染者が出た場合の対応について見直し、検討、周知を行う。大阪府等の情報や指示、推奨に基づき柔軟に遅滞なく行動していく。

## 1. 特別養護老人ホーム

### 重点目標

- ・ご入居者様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、ご家族様の希望も含め「共創」することでホスピタリティ向上を目指す。
- ・職員一人ひとりが、法人理念を意識したサービス提供ができる組織・風土作りの実現。

### 1) 余暇活動

- ・ご家族様にも協力して頂き、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。
- ・ご入居者様の「生きがい」となる日課を生活に盛り込むことで生活の質の向上を図る。

### 2) 食事

- ・ご入居者様の食事・水分摂取量の変化に迅速な対応を行う。
- ・食事摂取の状態から体調不良を早期発見し悪化防止に努める。

### 3) 入浴

- ・入浴班のスタッフの教育に力を注ぐ。
- ・職員をフロアごとの担当制とし、個々の好みを把握した質の高い入浴提供を実現する。

### 4) 職員育成

#### i 法人理念に沿った業務の遂行

- ・ユニット会議の際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。

#### ii ご入居者の重度化への対応

- ・胃ろう注入に対応できる介護職員を増やす。
- ・施設内医療系委員会や外部研修への参加により介護職員の医療的知識の向上を図る。

#### iii ベッド利用率に対する意識の強化

- ・ユニット会議とユニットリーダー会議にて、ユニットリーダーよりユニット毎の一月のベッド利用率を発表する。
- ・部門間会議でもユニットごとのベッド利用率の報告を行い、介護職員のベッド利用率に対する意識を強化する。
- ・新規や緊急ショートなどの受入れがスムーズに行える情報伝達システム、職員の連携を図り特養のベッド総利用率向上を目指す。

### 5) 感染予防

- ・出勤時の手洗いうがい、介助前後の手洗い・アルコール消毒、ご利用者様と関わる場合のマスク・フェースシールドの着用を行う。また、徹底して行えるように感染症対策委員会より働きかける。
- ・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い、感染の拡大防止に努める。また必要時、感染症マニュアルの見直しを行う。
- ・新型コロナウイルスの流行状況や感染予防について委員より働きかけを行い、職員の感染予防に対する意識を高め、感染予防策を徹底し継続して行う。

## 2. 在宅部門 デイサービスセンター

### 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。

介護職員、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。

ご家族様の介護負担軽減を図り、在宅でより良い生活が継続できるように支援する。

#### 1) 利用者サービス

- ・法人理念に基づき、ご利用者様、ご家族様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ができるよう努める。
- ・ご利用者様が在宅で望む生活ができるよう、ご家族様の介護負担軽減を図り在宅での生活が継続できるように支援する。
- ・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。
- ・介護予防プログラムとなるように、最新DAMの機械を利用し、ご利用者様の健康維持が保てるよう、また飽きのこないプログラムの提供を行う。

#### 2) 職員育成

- ・ご利用者個々への介助方法、送迎方法について全職員が把握し統一した対応を行う。
- ・質の高い介護職員、生活相談員、看護師を目指し研修会等へ積極的に参加し、職員一人一人の能力向上を目指して、目標設定を明確にし評価、面談を行う。面談を実施することにより、コミュニケーションの機会となり、信頼関係の構築にも繋げる。また、労働環境の向上を目指し、職員の離職率を減らす。
- ・車両事故発生時は速やかにドライブレコーダーを確認し、事故後の対応策や勉強会に活用する。「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) 利用率について

- ・一日当たりの実利用者数 90%（一日 23 名）を目標にする。年間平均利用率 85%を目指す。
- ・今年度の介護報酬改定に沿って、加算の見直しを行い、取得可能なものには適切に対応する。
- ・居宅介護支援事業所からご利用者様を紹介していただけるよう、空き状況の案内やパンフレットを持参し、介護支援専門員との情報共有に努める。

### 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。

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

- ・収支を黒字にする。
  - ・特定事業所加算Ⅲを継続する。
  - ・地域で生きがいを持って生活を続けていただく為、御利用者それぞれへの理解を深め、その人らしい意思決定をして頂けるよう支援する。
  - ・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はなく、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を図る。
- 1) 適正な運営について
    - ・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。
    - ・サービス事業所選択に当たっては、複数の事業者情報を提示する。
    - ・“実務研修見学・観察実習”の受け入れを感染への備えを行いながら、実施する
    - ・24時間連絡・相談に対応できる体制を維持する。
  - 2) 介護支援専門員の質の向上について
    - ・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。
    - ・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。
    - ・自己評価表の振り返りを8月、1月に行う。また11月にケアプランチェックを行う。
    - ・事例検討会を5月10月3月に実施する。
  - 3) 医療との連携
    - ・主治医、MSWと連携をとりスムーズに在宅生活に移行できるよう活動する。
    - ・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。
    - ・訪問介護事業所等からの情報を、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
    - ・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。
    - ・介護事業者連絡会、地域ケア会議へ参加し、コミュニティー力を養う。
    - ・社会資源について、ケアプランセンターミーティングにて情報を共有する。
    - ・月1回ふれあい喫茶への訪問を行い、地域との情報交換を行う。
    - ・地域活動協議会活動への参画と支援を行う。