

令和2年度 社会福祉法人 猪苗代福祉会 事業計画書

社会福祉法人 猪苗代福祉会
特別養護老人ホーム いなわしろホーム
地域密着型特別養護老人ホーム いなわしろホーム
いなわしろホーム 指定短期入所生活介護事業所
指定介護予防短期入所生活介護事業所
いなわしろホーム デイサービスセンター指定通所介護事業所
指定介護予防通所介護事業所
いなわしろホーム 指定訪問入浴介護事業所
指定介護予防訪問入浴介護事業所
いなわしろホーム 指定居宅介護支援事業所
いなわしろホーム 身体障害者短期入所生活介護事業所
いなわしろホーム デイサービスセンター生活介護事業所
訪問入浴サービス事業（猪苗代町より委託）

〒969-2661 福島県耶麻郡猪苗代町大字三郷字寺南7962番地1

TEL 0242-66-4123（代）

FAX 0242-66-4027

TEL 0242-66-4124（デイサービスセンター、訪問入浴介護事業）

TEL 0242-66-4125（居宅介護支援事業）

FAX 0242-66-4126（居宅介護支援事業）

目次

I	法人事務局.....	2
II	総務課.....	4
III	第一事業課.....	6
	i 生活支援領域.....	7
	ii 健康支援領域.....	13
IV	第二事業課.....	17
	i 在宅支援領域.....	17
	ii 居宅支援事業.....	20

I 法人事務局

《 法人理念 》

- 一、地域と共に歩み、共に育み、共に生きる
- 一、心のふれあいを大切に、みんなで楽しい時間を創り出す

《 行動指針 》

- 一、私たちは、つねに利用者の皆様の「声」に耳を傾けます
- 一、私たちは、つねに地域のニーズを真摯に受け止め、地域の発展に力を尽くします
- 一、私たちは、つねに相手の立場を配慮し、お互いの意見を尊重します
- 一、私たちは、つねに法人経営を行う上で基本となる社会的規範やモラルを守ります

《 経営方針 》

- 一、地域に愛される施設
- 一、高品質かつより安全な運営

《 運営項目 》

- 理事会・評議員会・運営協議会
- 苦情解決委員会 年2回定期報告
- 入所検討委員会
- ◎地域密着型いなわしろホーム運営推進会 年6回開催

《 スローガン 》

地域と共になわしろホーム!

《 重点事業計画 》

1. 経営基盤強化と法人体制の充実

- ・社会福祉充実計画を確認し、中長期計画へ反映。
- ・労務管理等外部業務委託
- ・台風等避難計画の作成等防災体制強化の見直し。
- ・防犯カメラ設置の検討。
- ・電力量抑制 LED 更新の検討

2. 地域包括ケアシステムへの対応

- ・総合事業における事業対象者を開拓し、介護予防に努め、地域に根ざした施設づくりを行う。

3. 福祉サービス第三者評価事業受審の活用

- ・地域ニーズの把握。
- ・ケアマネージャーや訪問入浴介護スタッフの隙間時間を活用し、単身世帯者の見守り安否確認や、民生委員、病院などに対する制度説明を行うなど連携を図る。

4. 利用者満足度の向上

- ・ユニット化改修による個別ケアの充実
- ・中重度化する利用者に安心した生活を提供できるよう、介護福祉士による喀痰吸引等の整備を図る。
- ・利用者様本人主体の会議を開き、生活の質の向上を図る。

5. 人材の育成・定着・確保

- ・人材確保の為、コンサルトの活用。
- ・ユニットリーダー研修及び認知症リーダー研修の受講
- ・介護福祉士資格取得準備の支援。
- ・介護支援専門員更新研修の受講支援。
- ・喀痰吸引等研修の受講と指導看護師の育成。
- ・障害者の雇用。

6. 地域貢献

- ・第5回地域ふれあい事業の開催及び運営協議員との意見交換会
- ・共生型障害者デイサービスの拡充に向けての取組み。
- ・下館区 電気柵の分担金協力。
- ・防犯灯の負担。

7. 大規模改修

- ・ユニット化改修工事
- ・空調機更新の検討

Ⅱ 総務課

《 スローガン 》

「 信 頼 」

《 背景と課題 》

介護保険制度が発足した平成12年に比べ介護サービスの利用者数が2.9倍に増えている近年、お互いを尊重しながら建設的に議論し、前向きにチャレンジする組織風土、利用者・法人・地域を生き生きと輝かせていくために、大切な一人の人財として職員が最高のパフォーマンスを発揮できるよう、知識と経験を積む機会を提供し、その培った能力を発揮できるよう舞台を整え、職員の自信と意欲を高める必要がある。

利用者の望む暮らしの実現のために、より良いケアのあり方を追求することで、根拠のあるケアを提供する。そして、法人の継続的な発展のため、人財を育成することで、職員の自立性を高める。また、共生社会実現のため地域貢献事業を実施することで、地域福祉を増進と地域と共に歩む施設を作りあげる。

総務課では、ケア・人財・組織の下支えとして、利用者・法人・地域・職員が生き生きと輝けるよう努力していく。

《 事業計画 》

○ケアを高める事業

利用者の個性、人生、尊厳としっかり向き合い、利用者中心とした最善のケアの推進をおこなえるよう下支えとなる。

- ①根拠のあるケアを提供する（24Hシートの活用）
- ②望む暮らし実現の為の創意工夫やマニュアル作り

○人財を育成する事業

誰もが安心して休暇を取得でき、プラスアルファの働きのできる人財の育成をする

- ①人財確保に向けた取り組み強化（求人パンフレットの作成、HPの活用など）
- ②人財の定着（新任職員研修の実施と達成度の把握）
- ③資質向上研修の支援（教育訓練休暇の取得、研修案内）
- ④後継者の育成

○地域に根差した施設作り

地域貢献事業とボランティアの受け入れで地域に根差した施設を作る

- ①ボランティア受け入れ態勢の構築とボランティアの発掘
- ②地域貢献
- ③地域行事への参加

○財源の確保

- ①稼働率を上げる（家族への意向確認、他事業所・医療施設との連携、実態調査、HPの活用）
- ②加算の算定

○ユニット改修工事

《 基本姿勢 - 誠実・素直・忍耐・感謝 - 》

○総務課職員として

- 一、法令遵守
- 一、周囲に心を配り、サポートする
- 一、他者尊重とアサーティブコミュニケーション
- 一、自身の言動を振り返る
- 一、当事者意識を持ち、主体的に取り組む
- 一、プラスアルファの働きをする
- 一、どうしたらできるか第三の案を考える
- 一、百折不撓の精神を持つ

Ⅲ 第一事業課

《 スローガン 》

つなぎ （こころをつなぐケア、きずなをつなぐサービス）

《 目的 》

こころの通じ合うケア。家庭生活をつなぐケア。私達第一事業課は直接ケアにあたる部署であり、私達のケアによって利用者のADLや精神状況、健康状態が変わって行く。その為、私達は常に自己啓発の意識を持ち、日頃から個々の利用者に対して最善のケアを提供出来るようにしていく。

《 目標 》

- 利用者ひとり、ひとりを重視した個別ケアの計画、実施をする。
- 地域に愛される施設、地域と共に共存できる施設づくりをする。
- 体調の変化等、早期発見と早期対応をする。（職員のみる目の成長を図る）
- 利用者、家族、職員他関わる人が思いやりを感じ、お互いが満足できるケアの提供と、楽しい生活空間づくりをする。
- 情報の共有と伝達システムの構築をする。
- 介護ロボットやIOTの活用により効率化を図る。

（令和2年度の重点的な取り組み）

【地域密着型】より家庭的で高品質ケアの提供を図る。（改修工事によるハード面向上）

【広域型】ユニットケアに近づけるより家庭的ケアを目指していく。（24Hシート等を活用するなど、個別ケアの向上を図る。）

- 利用者個々のプライバシーを重視し、穏やかで安心した生活を提供する。
- 認知症ケアの充実。（認知症対応の再認識と実践。実践者研修2名以上参加。実践者研修終了者のリーダー研修参加で資格取得をする。）
- 喀痰吸引の研修参加。（介護福祉士も喀痰吸引ができるように数か年計画で実施して行く。）
- 病院との連携を図り、早期入院早期退院を実施する。（入院期間の短縮化）
- ターミナルケアの充実。（利用者本人、家族、施設スタッフがすべて良かったと思えるケアにして行く為、研修や振り返りを充実させ、マニュアルを見直して行く。）
- 施設独自の個別ケアの実施をする。（高品質で個性をいかした生活支援の実施。）
- 介護福祉士の取得条件が変わり、経験年数だけでは取得できないので、初任者研修や実務者講習の参加支援など、介護員福祉士取得を推進していく。

i 生活支援領域

《 スローガン 》

“ワン・チーム” （協力とスキルアップ）

《 背景と課題 》

昨今の異常気象や新型の感染症など、生活を脅かす事が多くなっている。現状自分で身を守ることの難しい要介護者守っていくには、施設も先をみこして先手を打っていく必要性に迫られている。

数年前までは、介護業界は安定した職場と言われていたが、現在は倒産施設も出てきているのが現状である。当初、国が試算した団塊の世代の介護保険利用者は数的に伸びていない。介護報酬の改正により在宅重視の取り組みとなっている。施設では多くの加算要件を満たしながら、利用者確保することが生き残りの条件となってきた。

以前は介護老人福祉施設において、長期入所待機者は最低定員の2倍以上の待機者がいないと利用者不足になるとされていたが、現在は定員数より（80人）割り込んでいる状況であり、待機者確保も大事になってきている。

介護福祉士においては、専門学校も毎年定員割れで、他の科目に変更するなどしている。介護福祉士の受験資格が改正され、経験年数だけでは取得できなくなり、数年後には介護福祉士不足が予想される。生活支援としては実務研修や初任者研修などの参加希望者は、積極的に支援していくようにする。国などでは外国時人労働者や寮設置に補助制度を出しているが、実際の現場との格差も懸念されている。

《 事業計画 》

〈 広域、地域密着共通 〉

1、利用者様と笑顔でふれあい、利用者が自分らしい生活を出来るケアの実践。

生活が自然であると思える、満足を感じるケアを行う。「心の通うケア」を通じて利用者及び家族との信頼関係を深めていく。

- (1) 個別ケアの充実(個々に対してそれぞれ適切なケアがあることを理解し、全員が同じではないこと、特に自分の常識のみの狭小空間で物事をはかることがないようにする)24Hシートなどの活用をする。
- (2) 利用者個々の希望や評価から、ニーズや特性を見出し、より望まれた個別ケアに取り組む。
- (3) 施設で現在出来る対応はもとより、どうしたら出来るかを検討し実行する。
(相手を思う発想・第三的发想などができ、発言や実践が出来る職員の育成をする。)
- (4) プライバシーに配慮し、個人情報の保護をする。

- (5) 予防出来るはずの BPSD（徘徊や異食などの中核症状）は予防する。
- (6) スタッフ一人一人が自身の仕事に責任も持ち、さらに高品質ケアの提供を行えるように業務調整や余暇時間の算出、利用者様とのコミュニケーションを図る。
- (7) 新しい対応方法、取組などを実践して利用者の機能の維持・向上に努める。
（毎月のフロア会議にて個別対応をフロアごとに見直しして行く。）
- (8) ケアの質および効率性を高め、より利用者様が安楽、安心できるケア提供を行う。前記内容を高めることで職員の余裕を持った業務を図り、安定したケア提供を図る。

2、 職員個々が自己啓発の意識を高め、きめ細やかなケアができる職員になれるようにスキルアップを図って行く。（出来ませんではなく、出来るように模索できる。）

- (1) 個別研修計画を生かした研修会の実施や参加をして行く。
- (2) 新人事制度にて、キャリアパスの構築に参加し、職員が自身の道を見つけ、それを意識した目標の設定、資格取得や研修参加に意義を見いだすことで、自己啓発に対する意識の向上が出来る。
- (3) 伝達研修のしかたを見直し、研修結果が施設全体に反映できるようにする。
（職員会の見直しが必要で、身になるものにしていく事で参加率UPを図る。）
- (4) 職員としての意識付けを行い、今まで以上の踏み込んだ考えにいきつけるよう、ともに高めあえる風土作りを行っていく。

3、 各職種の連携を密にし、利用者様やご家族との信頼関係を築き、ケア向上を図って行く。さらにリスク回避を行い安全な施設生活を提供する。

- (1) 他の特養に比べて多才な資格をもった職員がいるので、専門性を生かし利用者様へ、その時点のベストのケアや対応が出来るようにして行く。
- (2) 家族や利用者様の希望を取り入れたサービス提供を行う。積極的にコミュニケーションをとる意識を持つことで、よりタイムリーなニーズ把握を図っていく。
- (3) 家族への連絡を密にし、お互いの信頼関係づくりを強化する。
- (4) リスクに対する意識を高め、より良い対応方法を見出し実践することで、利用者の安心、安全な生活を提供して行く。
- (5) 福祉施設の職員であることをしっかり自覚し、意識を持って取り組む。
（問題点、課題点をしっかり分かろうとする、分かる職員となる。）
- (6) 中・重度の介護が必要な利用者様に対し、多職種で状態変化、把握の早期化を図り、スムーズな医療機関との連携および予後予測からの相談、提案を行う。

4、 当施設の特徴として、リハビリスタッフが充実しているので、生活リハビリを含め利用者のADLの維持、向上を図る。利用者及び家族に喜ばれる施設づくりをして行く。地域へのリハビリ的な貢献も図って行く。

- (1) 個別リハビリ
各スタッフが専門性を活かしつつ、利用者個々のニーズに沿ったリハビリを提供す

る。残存機能の維持向上や拘縮悪化予防など、老人保健施設に負けないリハビリの実践をして行く。リハビリのルーティーン化を予防する。しっかりと個別に管理し、能力維持を図る。

自立支援・重度化防止の為、より個々に対する適正プランの立案と提供頻度、時間の調整を行う。精神面の不調からくる心身不良の増悪が近年多い為、前年度以上に精神面へのケア提供を行う為にも時間算出および業務効率化を行う。

(2) 集団リハビリ

集団による体操を実施し、利用者個々の生活必要な心身機能の向上や活動性の維持向上を図る。集団の活動で、精神面への刺激づけをするとともに、時間の感覚伝達や離床促進にも対応して行く。

(3) 地域へのリハビリ的発信

リハビリスタッフの短期入所者の在宅訪問や在宅へのアドバイスなどを行い在宅支援も行って行く。

(4) 介護予防リハビリの充実

国の指針にもある介護予防利用者のリハビリに力を入れ対応する。

(5) 生活リハビリ

自立支援を念頭においたケア提供の仕方、職員および利用者様がお互いに楽なケア、それを提供する為の知識、技術を外部OTから取得する。

(毎月1~2回介護の基本から先進介護まで勉強会を開催して行く。)

作業療法士が自助食器を使用したり、摂食嚥下アプローチを行うことで、食事を安全に楽しく摂取することが出来る。

業務の効率化を図り生活リハビリをより充実させる。やるべきことの認識を職員が持てるように指導しつつ利用者様の重度化防止を図る。

5、ターミナルケアの希望も増えてきているので、より良いターミナルケアの提供が出来るように、施設全体で取り組んで行く。

(1) より良いターミナルケアを提供できる。態勢や環境づくりをして行く。

(2) マニュアルの見直しを行う。

(3) 他職種連携での対応を行い、それぞれの特色をいかしたケアを提供する。

(4) 職員の勉強会の実施を図り、意識も統一してケアに取り組む。

(5) 家族への精神面のケアについても配慮したケアにして行く。

(6) ターミナル後の意見交換会などで、さらにBestな対応を模索して行く。

(7) 納棺師によるエンゼルケアの研修やエンディングノートなどの勉強や、作法などを学ぶ機会をつくり、職員誰もが高品質な終末をお手伝いできるようにする。

6、地域の要望などに積極的の取り組み、ショートステイの受け入れやボランティア活動への参加等をして行くことで、職員の視野を広げ地域に根差した施設づくりをして行く。

(1) ショートステイスペース変更で、男女比率を解消し地域ニーズに答える。

(2) 職員のボランティア活動への参加を支援する。

- (3) 地域のニーズを探求し、地域に根差した施設づくりをして行く。
- (4) 地域介護講座の実施や施設での取り組みを外部発信していく。
(地域ふれあい事業の継続)
- (5) 地域のイベントや行事参加。施設行事への参加呼びかけや対応をする。

7、 人財の育成を図る。(知識だけを詰め込んだ職員、仕事を早く行うことだけに重点を置くような職員にならないようにする。心を養う。)

- (1) 喀痰吸引研修参加で、介護福祉士でも喀痰吸引できるように令和2年度も2名以上の資格取得を目指すことで、重度化対策を図る。
(スピーディーに喀痰吸引ができることで、誤嚥や窒息等のリスク軽減が図れる。)
- (2) 各種認知症ケア研修参加で資格取得し、より良い認知症ケアの知識を学ぶ。
- (3) 認知症ケアをチームケアで行っていき、施設全体で取り組むことでより良いケアの実現を図る。
(資格取得が最終目的ではなく、実践して効果を得ることが最終目標となる。)
- (4) 認知症ケアについても地域への発信をして、地域の相談窓口となる。
(地域に根差し選ばれる施設になる為。)
- (5) さくらラウンジの有効活用をする。(セミパブリックスペース化)
図書コーナーや喫茶コーナーを作り、面会時にも利用する。プライベートランチ等。
- (6) 研修委員会やケア向上委員会等を中心に内部研修の充実化を図る。
- (7) 人材の力を見極め、人材の力を有効に発揮できるよう業務分担、割り当てを行う。より業務効率が向上できる。
- (8) ロボットやIoTの活用にて業務比重の減少、効率化を図る。使用の為の勉強会の開催や習慣化の為の業務調整および風土作りを行う。

8、 異常気象や感染症対策の強化を図り、安全な生活を確保していく。

- (1) 予測できる対策の早期実施をし、情報収集を強化する。
(地震、土砂災害、猛暑、豪雪など再度防災委員会等で対応の見直しをする。)
- (2) 従来の感染症だけではなく、新型の感染症にも注意をして対応する。
- (3) エアコン等のハード面の入れ替。備蓄見直し。マニュアルの見直しをする。

〈 地域密着型 〉

○令和元年度に指摘を受けたように、まだ漠然としたなかでユニットケアに取り組んでいる状況にある。今年度はさらに出来る事を増やし、利用者ニーズに副ったケアの提供を目指していく。24H シートを充実させることで生活パターンを見出し、新たな気づきや事故防止を図って行く。また、ハード面の改修でより効率的で、安全で過ごしやすい環境づくりをしていく。

- ・利用者や家族は何を求めているのか。(利用者、家族との会話を増やし情報収集をする。)
- ・利用者個々の生活パターンでの支援ケア(随時行動の把握をし、24H シートに記載する。)
- ・空間の有効活用をする。(発想の転換などアイデアを出していく。)

- ・ 余暇時間の充実。(ユニットだけではなく、施設全体でクラブ等を検討する。)

(1) ユニットケアの認識と意識強化

⇒①意識統一、チームとして意識づけ

(ユニット会議開催や居室・業務担当の設定等で自身がチームの中にいること、当事者であるという意識を持つ)

②指導職員の強化

(指導職員の知識・能力強化、管理者の旗振りにて職員の士気向上を図る)

③ユニットケアの知識、技術の獲得

(研修、勉強会参加、設定。自己啓発促進。施設見学等の実施。)

(2) 24時間シートの整備

⇒①しっかりとしたご自宅での生活情報収集。(生活リズム、意向、好み等)

②ご家族様、ご本人様とのコミュニケーション促進。(生活リズム、意向、好み等)

③しっかりとしたご本人様の状態把握。

(生活リズム、自分で出来ること、サポートが必要なこと等)

④各専門職が専門的視点から収集した情報を集約し、共通理解、認識を図る。

(自分で出来ること、サポートが必要なこと等)

⑤収集した様々な情報を考慮したシートの作成、調整、更新

(ケース記録、個別援助計画、ケアプランと関連性がしっかり成されているように)

⑥24Hシートを活用することで、介助量の適正化や職員比重強化時間の算出にて業務の効率化を図り、自立支援や重症化防止、ケアの質向上における利用者様のより良い暮らしの提供へとつなげていく。

(3) 情報の可視化、共通認識の促進

⇒①24Hシートの管理、保管、一覧表の作成、使用

(シートを職員なら誰でもいつでも見れる、保管場所の確立、情報周知等)

②各種報告書、申し送り書の管理、保管、伝達

(重要事項や申し送り事項を職員が確認出来る、保管場所の確立、意識付け等)

③ユニット会議の開催

(ユニット毎で情報集約、発信、業務調整検討等ユニット単体で実施する。)

④情報収集、発信の意識付け

(情報収集する意識を持つ、ケアに関して他職員に聞かないと分からないといったことがないように、前記したように確認出来る場所やシステムの構築)

⑤情報伝達のスムーズ化、その都度の適正ケア提供の検討、調整

(情報を伝達する意識をより強化し、24Hシートや職員の動きをスムーズに調整できるように対応する。ケアの質の向上や自立支援、重症化防止を考えながらも効率性が維持できる。)

- (4) 外出支援を実施する。(地域交流の充実を図る。)現在の規定では家族の求めでの外出支援は年2回になっているが、施設側で外出及び地域交流計画を作成し、外出等を増やしていく。(随時対応できる態勢確保をしていく。)
- ・外出等による気分転換を図ることで、ストレス解消や生活意欲の向上を図る。
 - ・地域交流を図る事で、地域の中での生活感を持って頂くことにより、より生きている充実感を感じて頂く。(精神面への刺激付けの強化)
 - ・幼稚園、保育所、小学校の行事。老人クラブ行事や各サロン活動、町運動会や諸行事など利用者のニーズと照らし合わせ参加して行く。
- (5) 事故の軽減をして行く。利用者の平均要介護も約4と高い数値にある。リハビリスタッフの充実で、20名中13名がリハビリで立位訓練や歩行訓練ができる。しかし、歩行には見守りや一部介助が必要な状態であり、自分では歩ける意識が強く転倒に繋がるケースが多い。(事故は0にはならないが、少なくはできる。)
- ・利用者個々の状態を他職種連携で把握してリスク軽減を図る。
 - ・24Hシートでの行動パターン把握で転倒防止を図っていく。
 - ・余暇活動や外出支援などで日中の刺激を増やし、夜間良眠に繋げていく。
 - ・小集団で、スタッフも専属なので日々の変化が気づきやすいので、変化の面などスタッフ情報を共有して対応することで、事故防止をして行く。
 - ・必要には応じては専門医への相談など、本人もしくは他利用者の最善策を見出して行く。
 - ・事故発生時は他職連携で、再発防止検討会を開催し、事故再発防止に努める。
- (6) 研修参加の促進とユニットケアの共通知識、認識の取得
- ・ユニットケアリーダー研修参加及び資格取得
毎年2名以上の講習参加を目指し、全職員で協力して行く。
(県外施設研修での資格取得などで、視野拡大を図る)
 - ・ユニットの栄養や看護師などの研修参加を推進し、介護員との連携を図る。
(チームケアなので、すべての職種で、ユニットの専門知識を得る。)
 - ・内部、外部研修の参加
(必要な技術、知識、考え方は内部で随時研修を実施)
(ユニットケアの研修会に携わる職員は参加できる)

ii 健康支援領域

①看護

《 目的 》

- ・利用者の中・重度化に伴い医療依存も高くなってきている現状にあり安心・安全な質の高い看護ケアを提供し最後まで心身ともに健やかに生活を送ることができるように日々利用者に寄り添い、家族と多職種との連携を図りながら健康維持を支援していく。

《 事業計画 》

1、健康の維持管理に努める

- ①一人ひとりの疾患の状態を把握しながら日々の健康管理に努め体調変化の早期発見・早期対応で重度化防止に努める。
- ②個々人の残された機能の維持や増進を図り自立支援への援助を行う。
- ③感染症管理に努めタイムリーな対応で蔓延防止を図っていく。

2、スキルアップに努める

- ①安全・安心な看護ケアを提供するため研修参加等で専門性を高め実践し地域へ発信していく（認知症ケア、看取りケア、排泄ケア等）。
- ②個々人のスキルアップを図り、ケアの質向上と効率化に努める。
- ③ユニットケアの理解を深めより良い個別ケア提供ができるように努める。

3、多職種との連携を図る

- ①喀痰吸引研修を終了した介護福祉士に対して技術指導を行い育成する。育成後も適宜振返りを実施し技術の維持向上に努める。
- ②医療情報の収集を行いながら多職種との連携を密にし利用者や家族との信頼構築を継続しながらより安心・安全な質の高いケアの生活を提供していく。
- ③病院や家族と密な連携を図り早期の入退院を勧めていく。

項目	時期	内容	備考
入所者定期健康診断	9月～10月の間に実施予定	胸部レントゲン、血液検査	費用は自己負担
結核検診	9月～10月	上記胸部レントゲンで結核検診を兼ねる。	費用は施設負担

インフルエンザ 予防接種	11月～12月 の間に1回接 種	重要事項説明の際に予め、家族の承諾を得る。 更に1ヶ月前に必要な書類を送付し、接種を 拒否される方以外の入所者に実施。 直近時、嘱託医による健康チェックにて 可能か否か確認後実施	費用は町負担金 を差し引いた分を 自己負担とする。
体重測定	毎月1回		
健康チェック	週1回 毎 火曜日	嘱託医により実施（午後2時半 ～）	
精神科医師の診 察	毎月2回	飯塚HPより往診	
歯科医師の診察	毎月1回	長谷川歯科医院より往診	
定期受診	利用者個々の状態 に応じ、定期的に 受診日を設定	協力医療機関において治療を受 受けている利用者に対し、各々の 病状に応じて対応する。必要に応 じ臨沂受診対応実施。 協力病院以外での受診は家族対応 にて家族と連絡し調整する。	
フォーレや胃チューブ の交換	随時	不可抗力等で抜けた時、必要に応 じ実施	
バイタルサイン測定	入浴前チェック 1検～2検 他再検随時 12月～3月は 毎日体温チェック	定期的に、利用者の血圧、脈拍、体温、呼吸の測 定、その他一般状態の観察を行う。又、体調に 応じ、必要時はバイタルサインを測定する。 インフルエンザ 流行時期（12月～3月） は全員体温チェックをする。	
その他健康管理等について	①スキンケア、創傷 管理について ②脱水予防等 ③口腔機能改 善	… 褥瘡、外傷及び種々の皮膚疾患等を 有する利用者について、医師の指示 のもと適切な管理をする。 … 室内環境を良好に保つ為、温度管理を 密に行う。又、適切な水分摂取ができて いるかどうか観察する。 合わせて、適切な食事摂取ができてい るか観察する。 …歯科衛生士等による口腔ケアの 実施 (2回/月)	

感染症対策について		委員会及び研修の実施（最低1回/3ヶ月）	
その他		猪苗代町保健衛生連絡協議会 県特養連看護師医務担当職員研修会 身体拘束看護実務者研修 終末期ケア・認知症等研修会 等	研修への参加

② 栄養

《 事業計画 》

1. 自立支援への取組み

- (1) 食事ケア：食事姿勢や食事形態の見直しなどを行い、咀嚼や嚥下の状態にあった安全な食事を提供する。リハビリ職員等、多職種職員と連携し食事の際の補助具の検討などを行い、なるべくご自分で食べられるよう支援する。
中・重度のご利用者様は特に、食事が生命の危険にかかわることもあるので安全面も慎重に検討し支援する。
- (2) 経管栄養の利用者に於いても、家族の意向などを確認し、経口摂取の可能性に関する評価などを行い「口から食べること」を支援する。
- (3) 水分ケア：1日の水分摂取量が利用者個別の目標に近づくよう、水分の種類・形態、提供時間などを検討する。
- (4) 排泄ケア：食物繊維を加える、ヨーグルトなどの提供回数を増やすなどし、腸内環境を整えることにより自然な排泄を目指す。

2. 栄養ケアマネジメントの実施

- (1) 栄養ケアの提供：利用者の体重の増減、栄養状態・喫食状況などを把握し、低栄養状態の予防または改善を行う。定期的にモニタリングを行い、常に適正な「栄養ケア」の提供に努める。
- (2) 経口摂取維持の取組み：摂食・嚥下機能や認知機能が低下しても、多職種協働で会議や食事観察などを行い「口からおいしく食べること」を支援する。
- (3) 医療機関との栄養連携強化：医療機関に入院され、施設入所時と大きく異なる栄養管理が必要となった場合には医療機関の管理栄養士と連携し退院後にスムーズな食事提供が出来る様に対応する。

3. 安心・安全な食事の提供

- (1) 安全な食事の提供：安全な食材を仕入れ、自分自身の体調管理を行い、安全な食事の提供に努める。
- (2) 衛生管理：衛生管理の基本を順守し、温冷配膳車・プラスチックラーなどを使い、適正な温度・調理時間を守ることで、食中毒や感染症を予防し衛生的で安全な食事を提供する。
- (3) 非常食等の備蓄管理：非常時を想定し、食材や使い捨て容器など必要なものを備蓄管理する。

4. おいしく喜ばれる食事の提供

- (1) 楽しい時間の演出：食べることの楽しみを感じられるよう、季節や行事にあった食事、希望食やバイキング食などを提供する。手作りおやつを提供や盛付を工夫し楽しくおいしい時間を演出する。
- (2) 食事満足度の向上：温冷配膳車を活用し、食物のおいしい温度を保つことで、食の満足度の向上を目指す。
- (3) 給食委員会や日々のラウンドなどを通じて多職種の職員と連携し利用者様のニーズを把握しより良い食事の提供に努める。
- (4) 情報発信：施設内の壁新聞やホームページのブログなどを通して施設の食事をお伝えし、情報提供することにより利用率の向上を目指す。

5. 食事面からの看取りケア

入所時の面談や定期の担当者会議、嘱託医との面談に出席し、ご利用者様やご家族の意向などを確認し、その意向に沿った望む最期を迎えられるように食事面から支援していく。

IV 第二事業課

i 在宅支援領域

《 スローガン 》

出来ること増やし、笑顔あふれる毎日に

《 基本方針 》

住民が住み慣れた地域や家庭で、自らの知識と経験を生かして積極的に役割を果たし、生きがいを持って人生の最後まで笑顔で自分らしい暮らしを続けることができるよう支援していく。

《 事業計画 》

①通所介護事業

1、笑顔が見られる風土の醸成

- ①安全安心な環境・安全安心なサービスの提供
- ②当デイサービスでしか体験・経験できないコトの創造
- ③利用者様本人が選べる活動プログラム等を準備し、自立支援の取り組みを実施。

2、連携を強化し内容の濃いサービスを提供する

- ①担当者会議・連携会議等での積極的な情報交換
- ③地域への情報発信(特色・総合事業・ターミナル・障害分野)
- ⑤地域ケア会議への参加及び傍聴

3、個別機能訓練・総合事業の実施

- ①デイサービスでの一日を利用者自身が可能な限り介護を受けず実施し、心身機能・生活動作能力・の維持向上を図る。
- ②認知症に対する理解の促進と対応の強化をし、利用者の QOL 向上に寄与する。
- ③意欲と主体性に重点を置き、利用者様本人の身体活動の意識を高めた生活リハビリを提供する。

4、質の高いサービスを継続する為の経営意識の醸成

- ①事業所の取り組んだ結果によって算定される加算(ADL 維持等加算)を理解し、常にどうすれば利用者の ADL が向上するか意識しながらサービスを提供する。
- ②認知症加算の算定要件を知り、どの様な集団がサービスを利用し、どの様なサービスが必要なのか理解したうえで行動する。

デイサービスイベント

日時	内容	特徴
4月	お花見	送迎時に車窓より、猪苗代の豊かな自然を鑑賞します。
6月	運動会	紅白に分かれ、チーム一体となって優勝を目指します。
8月	夏祭り	昔懐かしの出店でのゲームにチャレンジしたり、かき氷や盆踊りを楽しめます。
9月	敬老会	職員の余興や表彰状の贈呈、若返りの遊び等、多種多様な催しを準備します。
10月	高齢者作品展	町内で開催される作品展に向けて、一丸となって作品を作っていきます。
12月	クリスマス会	サンタクロースからのプレゼント贈呈や歌や踊りでクリスマスを盛り上げます。
1月	お正月行事	デイサービスに神社が登場し、初詣を行います。また、書初めやカルタ等で盛り上がります。
2月	豆まき	慰問の子供たちの協力を得て一緒に豆まきを行います。
3月	ひな祭り	お雛様・お内裏様に扮して写真撮影を行います。
毎日	あそびりテーション	身体を動かす遊びと手先を動かす遊びを交互に実施して、心身を刺激します。
毎月	デイサービス通信発行	デイサービスで行われたイベントをご家族の方にお知らせします。なるほどの一口メモもあります。
毎月	口腔ケア・座学	大切な口腔機能を維持するために歯科衛生士が5回/月で来所し、口の確認を行います。
隔月	選択食・おやつバイキング	食べる楽しみを広げる為に多様なメニューが用意されます。
適宜	誕生日会	誕生日が近い利用者全員の誕生日会を行います。めでたの披露もあります。

②訪問入浴事業

1 安全かつ、楽しい入浴の提供

- 1) 個々の心身の状況及び潜在している能力に応じた入浴の介助を行う
- 2) 定期的な訪問入浴を利用することで家族の負担を軽減する
- 3) 入浴中も楽しい会話をするように努め、心身の苦痛と緊張を緩和する
- 4) 身体の清潔を保つことで清潔感やリフレッシュ、更には褥瘡の発生の予防をする
- 5) 障がい者の方への訪問入浴提供

2 関係機関との連携

- 1) 訪問入浴連絡ノートに入浴時の状況を記入し他事業と連携をはかる
- 2) 居宅介護事業所との連携を密にする

3 利用者の拡大に努める

- 1) ケアマネージャーに担当者会議の場等で口頭や紙面を用いたPR活動を行い新規利用者の獲得につとめる
- 2) キャンセル発生時にケアマネと連携する。

4 通常事業内容

- 1) 入浴前・後のバイタルチェックを行い安全な入浴に心掛け、ご利用者様の心身の状況にあったサービスを提供する。
- 2) 体調不良の場合やご利用者が何らかの理由により入浴を拒否している場合はご家族と関係機関と相談し入浴の可否を判断する
- 3) ご利用者の介護等に関する悩みや相談に随時応じる
- 4) 新しい入浴車の取り扱いと操作を把握する
- 5) 新訪問入浴車のメンテナンスを行う

ii 居宅支援事業

《 スローガン 》

自立支援

《 基本方針 》

本人が自立した生活を送れることを目指し、適切にサービスを利用できるよう、心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等に沿って、ケアプラン（居宅サービス計画）を作成、ケアプランに位置づけたサービス事業所等との連絡・調整などを行います。

《 事業計画 》

1. 在宅で自立した生活を送れるように支援する。

ご利用者やご家族のご希望にそって、よりよいサービスの紹介や調整をし、自立支援に基づきケアプランを作成いたします。また、自立支援型地域ケア会議等の参加により他職種からの意見を取り入れ支援します。

2. 行政や医療機関との連携を密にし、サービス事業者と連絡調整を行う。

適切な介護サービスの提供ができるよう、事業者との連絡調整を行います。

行政ならびに地域包括支援センター、民生委員など地域との良好な関係の構築に努めるとともに、退院調整ルールを活用しながら、主治医、訪問看護等、医療機関との連携を密にします。

3. 特定事業所を維持する。

特定事業所加算の要件を満たすよう、インフォーマル（社会資源）や保健医療、福祉に関する諸制度などの理解を深めるとともに処遇困難なケースにも対応できるよう、ケアマネジメントに関する技術のスキルアップを目指します。