

社会福祉法人はまなす厚生会
事業計画(案)

1. はじめに

団塊世代が後期高齢者となる 2025 年を想定して、老人福祉施設のインフラ整備が続いていますが、一步で介護の担い手不足が常態化し、必要とする人員確保が困難で、苦しい施設運営が強いられています。

このような状況下ではありますが、利用者の方に満足いただけるような、明るく思いやりにあふれた組織の運営に心掛けています。

一昨年の報酬改訂により、職員の処遇改善も若干進んだように見えますが、法人としての収益力は厳しい状況が続いています。

また、社会福祉法人が地域密着、地域社会への貢献が求められています。このニーズに対して、現状の要員・設備で何ができるかを模索していきます。

2. 基本理念

- 一、健やか、和やか、明るく楽しい生活の実現
- 一、優しく慈愛に満ちた母の心で臨む、寄り添いの介護
- 一、一人ひとりの歴史の理解と尊重そして継続

3. 目的

「きめ細かなサービス提供を行い、利用者自らの意思に基づいた健康安全な日常生活が送れるよう支援する。」

4. 今年度運営方針

共通方針

「職員間の協力体制のもと、効率的な業務運営を目指す」

5. 事業内容及び利用予定人員

事業名	定員	利用目標人数	内容	年間目標利用者数
特別養護老人ホーム	50名	47.5名	47.5名×366日	17,385名
短期入所生活介護事業	20名	10名	10名×366日	3,660名
通所介護事業	35名	25名	25名×365日	9,125名
生活介護（障害デイ）		1名	1名×52週	52名
訪問介護事業	身体介護		5,110回	
	生活援助		2,190回	
	合計		7,300回	
居宅介護（障害者）	身体介護		0	
居宅介護支援事業	居宅介護サービス計画 月72件（予防2件を含む）			
地域包括支援センター	状態把握訪問 月60件			
通所型サービス（総合事業） （介護給付サービス定員を含む）	35名	3名	3名×365日	1,095名
訪問型サービス（総合事業）		1名		

6. 事業別職員体制

（令和2年4月1日現在予定）

事業	職種	施設長 (管理者)	副施設長	事務長	事務員	直接処遇職員						栄養士	運転手	医師	その他	計	合計	
						相談員	介護員	看護員	ケアマネ	機能訓練指導員	ヘルパー							小計
特別養護 老人ホーム		1		1	2	1	15	2	兼	兼		18	1			23	39	
			1				4	4				9		2	4	16		
短期入所 生活介護		兼	兼	兼	兼	1	4	1	兼	兼		6		1		6	7	
															1	1		
通所介護		兼	兼	兼	兼	3	3	2		兼		8	兼	4		8	21	
							9				9				4	13		
訪問介護		兼	兼	兼	兼						7	7				7	7	
居宅介護 支援事業		1			兼				2			2				2	2	
地域包括支 援センター		兼	兼	兼	兼	2						2				2	3	
いちえ		1														1	5	
計		3	1	1	2	7	22	5	2		7	43	1	5	2	7	51	84
							13	6				19				33		

※上段は常勤職員、下段は非常勤職員

7. 年間計画

	総務・人事	ホーム・ショート	デイサービス	いちえ	設備関係
R2年 4月	・人事考課制度 (運用14年目)	お花見 懐メロミュージック フレンドさん来苑 法話会	・お花見 ・獅子舞鑑賞	・お花見	・防火設備点検 (北陸通言工業)
5月	・監事会 ・避難訓練	大運動会 あすなろ会さん来苑 外出デー	・ドライブ ・お茶会	・買い物 ・健康診断	・循環器メンテナンス (クエイト) ・ワックスがけ (アルコット)
6月	・定時評議員会 ・理事会 ・職員健康診断	よしつね民謡会さん 来苑 外出デー	・おやつ作り	・外食	・厨房検査 (高岡厚生センター氷 見支部) ・空調フィルター清掃
7月	・ストレスチェック	七夕の集い(マヤ保育 園さん来苑) 外出デー 法話会	・七夕飾り作り ・はまなす喫茶 ・お茶会 ・ドライブ	・買い物	・地下タンク点検 (新星)
8月		夕涼み会 外出デー	・高岡七夕ドライブ	・外食 ・納涼祭 ・運営懇談会	
9月		敬老会(麻生民踊島尾 教室さん来苑) 外出デー NSTバンドさん来苑	・ドライブ ・お茶会	・敬老会	
10月		外出デー 法話会 前田民謡会さん来苑 ハロウィン	・運動会	・いちえ生誕祭 ・運動会	・防火設備点検 (北陸通言工業) ・空調フィルター清掃
11月	・インフルエンザ [※] 予防接種 ・避難訓練	追悼の式典 文化祭	・紅葉ドライブ ・お茶会	・紅葉狩り ・文化祭 ・健康診断	・ワックスがけ (アルコット)
12月	・インフルエンザ [※] 予防接種	クリスマス会 餅つき大会 忘年会	・クリスマス会 ・餅つき大会	・クリスマス会 ・忘年会(餅つきあり)	
3年 1月	年賀式	新年会 法話会	・初詣 ・おやつ作り	・新年会	・ボイラー点検 (中部機器株式会社)
2月	・職員健康診断	節分の集い	・節分の会 ・白鳥ドライブ ・お茶会	・節分の会	・水質検査(レジオネ ラ・大腸菌) (北陸保健衛生研究所)
3月	・理事会・評議員会 ・職員健康診断	ひな祭りの集い はまなす祭り お茶会	・ひな祭り ・おやつ作り	・ひなまつりの会	貯水槽点検(新星)

その他

- ・居室の修繕(クロス、床材等)
- ・低床ベッド購入
- ・洗濯室、業務用洗濯機及び乾燥機(開設当初から使用)
- ・防火査察(氷見市消防本部) ・エレベーター点検(毎月)
- ・電気保安点検(2か月に1回)
- ・自動ドア定期点検(3か月に1回)

8. 研修計画

はまなす苑氷見研修計画表 1 (案)

主催	研修名	参加予定者	研修名	参加予定者
県厚生部	認知症介護実践者研修	ホーム介護職員	難病患者等 ホームヘルパー養成研修	訪問介護員
	認知症介護実践リーダー研修	実践者研修修了者 (東海、藪下、釜口)	高齢者虐待対応研修会	ホーム職員
	認知症介護実践指導者研修	実践リーダー研修修了者	認定調査員研修	未定
	ホームヘルパー技術向上研修	訪問介護員		
	サービス提供責任者研修	東海純子、大座一美		
市	氷見市ケアプラン指導研修	介護支援専門員全員	氷見市介護サービス事業者 連絡協議会	各事業所 1 名
	認定調査員研修	未定		
	地域包括ケア会議	村井・川嶋		
福祉カレッジ (県社協)	新任職員研修	新人職員	職場研修担当者研修	ホーム、デイ担当者
	らくらく介護講座 介護技術向上研修	ホーム、デイ介護職員	福祉用具 ケアプランナー研修	未定
	中堅職員研修	ホーム、デイ介護職員	民間社会福祉施設 経理事務研修会	事務職員
	指導的職員研修	ホーム、デイ介護職員	退職手当共済業務 実務研修	事務職員
	運営管理職員研修	未定	民間社会福祉施設 法律問題研修	未定
	施設実習指導者研修	実習担当職員	民間社会福祉施設 労務管理研修会	未定
	福祉用具、住宅改修	未定	介護技術向上研修	ホーム、デイ介護職員
老施協・ デイ協	施設長部会	筑本康夫	栄養士部会	鈴木幸希
	事務長部会	稲積孝純	介護支援専門員部会	守田美和
	事務員部会	江幡幸子	施設職員春季県外研修	未定
	生活相談員部会	川田彩織	施設職員秋季県外研修	未定
	介護員部会Ⅰ	ホーム介護職員	老人福祉施設大会	筑本康夫
	介護員部会Ⅱ	ホーム介護職員	高岡ブロック研修会	筑本康夫
	看護員部会	未定	デイサービス部会	デイ職員
その他	高齢者相談業務担当職員研修	生活相談員	ボランティア受入職員研修	川田彩織
	介護職員現任研修	ホーム介護職員	居宅介護事業所管理者研修	片山有香
	苦情解決責任者研修	各事業所主任	実習指導者受入研修	片山有香
	衛生管理者等研修会	稲積孝純		

その他、有用な研修を厳選して参加いたします。

その他

富山県老人福祉施設協議会専門部会担当施設

専門部	担当施設
施設長（地域福祉）	太陽苑
事務長	いなみ
事務員	ほっとはうす千羽
生活相談員	三寿苑
介護支援専門員	カモメ荘
介護員Ⅰ	はまなす苑氷見 (6月開催予定)
介護員Ⅱ	あんどの里
看護職	常楽園
栄養士	和合ハイツ
調理員	
県福祉施設大会	大江苑
レクリエーション大会	三寿苑
デイサービス部会	ほっとはうす千羽

富山県老人福祉施設協議会高岡地区ブロック研修会

富山県老人福祉施設協議会氷見市連絡会

特別養護老人ホーム
短期入所生活介護事業（ショートステイ）

令和2年度事業計画

1. 令和2年度ホーム・ショートステイ運営方針（事業所目標）

- (1) ご利用者様の尊厳を尊重し、心温まるサービスの提供に努め、ご利用者様のニーズに応えられるよう誠実な援助を目指す。
- (2) 安全で安楽な施設サービスの提供を基礎に、利用者主体の視点で重度化の対応に適應できる体制づくりに努める。
- (3) 介護技術及びサービスの質の向上を目標に、人材育成を図り、ご利用者様ご家族様に満足して頂けるサービスの提供を目指す。

2. 目標計画数

ホーム : 47.5名/日 (95%)
ショート : 10名/日 (50%)

3. 具体的方策

- (1)、ご利用者様一人一人の思いに誠実に向き合い、尊厳あるサービスの提供ができるような体制づくり、穏かな日常生活が送れるよう努める。
 - a その人らしさを理解する視点を高め、利用者・利用者家族の意向を知るためのアセスメント能力を養い、その人の思いに添ったサービスの提供と穏かな日常を提供できる。
 - b 短期入所生活介護（ショートステイ）においては、定期利用の方が定着していただけるように努める。
 - c 苦情が表面化しやすい環境づくり、潜在的な苦情の発見に努め、苦情スキルの習得を図る。
 - d 接遇についての研修にてスキルアップを図り、心のこもった思いやりのある対応が行える事で、ご利用者様ご家族様との信頼関係を構築。
 - e ケアカンファレンスやフローア会議等でケース検討する事で、ケア内容の周知、統一を図る。
 - f 特徴あるサービスの開発に努め、施設サービスの独自性の向上を目指す。
- (2) 日常業務やケアの目的や意義と安全性を考え、ご利用者様の状態に応じ、統一したケアに努める事で、自立支援及び事故防止につながる事を目指す。
 - a 各委員会活動の充実・活用、ケアカンファレンス等にて、ご利用者様の生活における課題の、早期発見早期解決に努めると共に、日常の何気ない会話からも

ニーズの引き出しを行う事で生活の意欲向上を図る。

- b 介護事故、ひやりはっと事例の検証を行い、再発防止策を検討、職員会議や連絡ノートの活用、口頭確認により周知徹底を図り、職員の危機管理能力を高め事故防止につなげる。
- c 業務の内容の見直しや職員配置、重度利用者の方のサービスの質の向上に努める。

(3) 人材育成により、専門性を高め介護のプロとしての意識向上を目指す。

- a 施設内での勉強会を設けることで専門性の向上を図り、資格取得や組織の活性化につなげる。
- b 各種外部の研修へ積極的に参加することで、介護技術向上や知識の蓄積を重ねるとともに、他施設との職員等交流を図り情報交換を行うことで、自施設の活性化につなげる。
- c 職員の職場環境への意向や業務内容への提案を聞き取り、調整を図る事で介護力や人間性の向上、職員間の信頼関係の構築を図る。

4. 年間行事予定

3 ページ参照

通所介護事業（デイサービスセンター）
令和2年度 事業計画

1. デイサービスの今年度運営方針

共通方針

- (1) ご利用者様の尊厳を尊重し、個別のニーズに合わせ明るく楽しいサービス提供を目指します。

事業所方針

- (1) 利用者・利用者の家族（介護者）のニーズを的確に把握し、さらに満足していただけるよう環境づくりに努める。
- (2) 介護技術向上に努め、目的に沿った質の高いサービス提供を目指す。
- (3) 介護保険法改正を理解し、デイサービスに最も適切な体制を整える。

2. 利用目標

(1) 通所介護

1日 25名

(2) 介護予防

1日 3名、合計1日 28名を目標とする。

3. 課題及び重要事項

(1) 介護保険法改正を理解する

介護保険法改正や介護報酬改正を理解し、デイサービスに合った体制を整える。

(2) 介護支援専門員へのモニタリングと評価の徹底にむけたケアの統一

利用者の状況を日常的・継続的に観察・把握し、一ヶ月毎のモニタリングを徹底する事で評価につなげる。また定期的に事業所内でカンファレンスを行う事で、事業所で統一したサービスの提供を行う。

(3) デイサービスにおける業務（介護・看護等）マニュアルの見直し

現在ある業務（介護・看護等）のマニュアルの見直しを行い、不十分な点を補うべく改訂を行う。

(4) 要支援者の自立支援に努める。

要支援1・2の利用者を要介護状態にならないよう最大限防止する。また、介護支援専門員との連携を密にし、状態が悪化しないよう維持・改善を図る。

(5) コストの削減

現在ある物品の在庫確認、消耗品・物品の使用目的を再確認し、無駄のないよう職員全員がコスト削減に努める。

4. 苦情対策

利用者が安心してサービスを利用できるよう、苦情や要望を幅広く蓄積のうえ苦情内容を分析し、苦情払拭に向けた検討を重ね、サービス改善に資する。

5. 身体拘束廃止

利用者の心身の状態を的確に把握（問題行動がある場合には、その原因を追求する）し、人権の尊重から身体の拘束を廃止し、利用者の立場に立った支援を行う。

6. 安全管理体制

利用者に、安全なサービスを提供できる環境づくりに努め、転倒などの事故防止策や対応方針を本人・介護者に十分説明を行い、理解と協力を得る。また、利用者個々の状態に応じた安全管理体制に努める。

7. 職員研修

(1) 職場研修

実際の事例（事故報告書兼ひやりハット報告書及び事例集）を生きた教材として職場内研修に活用し、介護サービスの質向上とスキルアップを目指す。

(2) 職員の意識改革とサービスの向上

a 各種研修への積極参加を目指し、スキルアップを図る。研修に参加した場合、有益な事案は定例会議で発表し、有効な知識の共有を図る。

b 介護サービス質向上の観点から、職員間のサービス統一を目指す。必要に応じて、職員勉強会を実施する。

(3) 職員勉強会年間計画

a 【前期（4・5・6・7月）】

- ・ 前年度の問題点分析と今年度の対策
- ・ 介護保険法改正の理解・見直し
- ・ 業務マニュアルの見直し・改訂
- ・ 個別ファイルの整理整頓 等

b 【中期（8・9・10・11月）】

- ・ 記録（方法・様式・用紙）改善、見直し
- ・ モニタリングと評価の確認
- ・ 通所介護計画書・個別機能訓練計画書の同意確認
- ・ アセスメント作成
- ・ 前期での問題点（改善、反省点等）の具体的対応策検討

c 【後期（12・1・2・3月）】

- ・ 通所介護計画書の見直し
- ・ 来年度にむけ、利用者毎の職員役割担当振り分け（利用者増減に合わせて）
- ・ 個別ファイルの整理整頓
- ・ 感染症マニュアルの見直し・改訂
- ・ 中期中間問題点（改善、反省点等）の具体的対応策検討
- ・ 前期・中期の反省点整理、次年度への問題点の検討 等

(4) 施設方針の提示

法人の方針に沿った施策について、項目毎の進捗度をチェックし、職員個々の目標進捗管理につなげる。

はまなす苑氷見指定居宅訪問介護事業所
(ホームヘルプサービス)

令和2年度事業計画

1. 運営目標

(1) 共通目標

職員間のコミュニケーションの強化を図り、職員の協力の元、事業所の特性を活かした質の良いサービスの提供を行う。

(2) 事業所目標

有料老人ホームいちえに併設された訪問介護事業所である特性を活かし効率の良い業務運営を図る。職員間の連携を密に図り、協力体制を強化する。

2. 目標計画数

- ・ 日中 (8:00~18:00) の稼働率…100%
例：身体介護 1 (30分) ×7回 生活援助 2 (45分) ×2回
身体介護 2 (60分) ×4回 身体 1(30分)生活 1(30分)×2回
- ・ 夜間 (18:00~22:00) ・ 早朝 (6:00~8:00) の稼働率…100%
例：身体介護 1(30分)×6回 身体 1(30分)生活 1(30分)×2回
生活援助 2(30分)×1回
- ・ いちえ入居者に対して 90%の方が訪問介護を利用する。

3. 具体的方策

(1) 訪問介護の稼働率の増加と介護収入の確保

- a 日中・夜間・早朝の稼働率 100%
- b 利用者様の特性及び個々に有する能力に応じ、自立した日常生活が送れるよう、必要なサービスを見極め、入居者様・家族様の意向に沿ったヘルパーサービスを提供し利用の定着につなげ業務改善を行う。

(2) 職員資質の向上と人材育成

- a 訪問介護員として、接遇やマナー、専門職としての意識と人材育成を目指し、安心・安全・良質なサービスの提供を行う。
- b 職場内・外の研修へ積極的に参加し、職員の技術向上とコミュニケーション能力の強化を図る。
- c 日常業務の生産性向上を推進できる人材の育成を行う。

(3) 利用者様・家族様との信頼関係の確保

いちえに訪問・面会に来られた方へ、職員の方から率先して声をかけ挨拶を行う。些細な出来事でも情報提供し、信頼関係につなげる。

(4) 多職種との連携を強化し、情報共有を図る。

いちえに併設された訪問事業所だからこそ出来る、細かい日常の様子の情報提供を行い、必要なサービスの定着に繋げていけるようにサポートする。

(5) 利用者様・家族様・各関係者からの声を大切に傾聴し、問題解決・サービスの改善に努める。

居宅介護支援事業所

令和2年度 事業計画

1 今年度運営方針

(1) 共通目標

利用者一人ひとりに寄り添い、尊厳を尊重したサービス提供を行い、利用者やご家族に満足していただけるよう思いやりの心での対応を意識し信頼関係を深めていくことに努めます。

事業所間の情報を共有し、職員間の協力体制を作り、業務運営が効率的に行われるよう努める。

(2) 事業所目標

a 利用者の尊厳の保持と自立した生活が送れるよう利用者、家族の意向を取り入れ居宅サービス計画を作成します。

b 目標とする計画数を達成できるように努力します。全体数を把握し新規相談に対応していきます。

c 地域で行われるケア会議などにも積極的に参加し各地域の民生委員、推進委員の方と顔の見える関係作りを目指します。

2 目標計画数

*1ヶ月あたり

	R2 年度目標数
予防給付プラン	2 件 (1 件×2 名)
介護保険プラン	70 件 (35 件×2 名)

* 認定調査 (委託) 担当者 更新、変更時

3 業務実施内容

(1) 居宅サービス計画の作成と継続支援 (介護予防事業を含む)

(2) アセスメントの把握、援助内容、モニタリング、サービス担当者会議の開催、退院カンファレンスの参加、支援経過についての記録、利用票の作成、提供表の配布、実績の確認

(3) 利用者に関する情報または留意事項に関わる伝達を目的とした会議の実施 (週1回)

(4) 相談業務

a 利用者の家庭を訪問し福祉に関する要望や介護方法などについての相談、助言を行う。

b 電話、来苑などによる相談に対し問題解決のための助言を行う。

c 介護保険制度の説明、介護認定の代行申請

- (5) 認定調査の協力（保険者から依頼）
- (6) 24 時間連絡可能な体制作り。
- (7) 福祉用具、介護機器、用品の紹介。

4 具体的方策

- (1) 介護保険制度や契約内容について利用者、家族に対しわかりやすい説明を心がけます。
- (2) 利用者の身体状況に応じ必要な多職種間のカンファレンスを行い、月 1 回のモニタリングを実行します。
- (3) 利用者、家族の相談に対し迅速な対応をするよう努力します。
- (4) 県、広域圏、市、社会福祉協議会の行う研修に積極的に参加し知識の向上に努めます。
- (5) 参加した研修について情報の共有等のため勉強会を行います。
- (6) 事業所内での研修を計画的にすすめていきます。

氷見市地域包括支援センター 南条地域相談窓口 (はまなす苑氷見)
令和2年度業務計画

1. 運営方針

(1) 共通方針

担当地区内で75歳以上の独り暮らし又は2人共75歳に達した夫婦世帯等を対象に、安否確認や生活相談など日常生活の不安解消に努める。各種保健福祉サービスの利用調整により自立支援に努める。

ただし、民生委員や個別に訪問依頼があった場合には対象者が75歳前、同居世帯でも構わない。(推進委員は市より依頼があった同居世帯も含む)

(2) 事業所方針

A 地域において生活機能低下の恐れのある高齢者や要援護高齢者を早期発見し、必要に応じ介護予防事業や介護保険事業につなげると共に、必要、緊急性に応じて見守り、訪問の支援を行う。

B 介護予防について啓発を行うと共に、地域とのネットワークを深める地域包括支援センターの窓口となることに努める。

2. 対象者

(1) 実態把握、状況把握の訪問(原則年1回)

A 高齢者のみの世帯

(65歳以上高齢者のみ世帯、名簿該当者、同居世帯)

B ひとり親と子供(独身男性、女性)世帯、認知症と疑わしき対象者がいる世帯等、市役所より依頼があった世帯(推進委員)

C 民生委員等、関係機関から連絡、相談があった高齢者など

(2) 定期見守り訪問(年3~4回程度)(推進委員は回数に制限はない)状況把握の訪問をした人のうち、見守りが必要な高齢者

A 二次予防事業対象者のうち介護予防プランの作成につながらない高齢者

B 75歳以上の独居または二人とも75歳以上の夫婦、兄弟、親子世帯で、まわりに支援してくれる人がいない高齢者

C 二次予防事業対象者施策(足腰元気教室)終了者で、70歳以上の独居または高齢者夫婦世帯。

D その他・見守りが必要と思われる高齢者・世帯

(a) 独居や高齢者のみの世帯で生活に不安を感じている高齢者

(b) 介護・介護予防サービスの利用やインフォーマルサービス

(地域社会からの支援等)の利用が必要と思われる高齢者

(c) 介護が必要な状態ではないが、生活面での問題(家庭環境等)を抱えている高齢者

(d) 身体の機能低下の恐れのある高齢者

(e) 高齢者のみの生活では今後、自立した生活を続けることが困難になつていくと考えられる高齢者

(f) 虐待・障害などがみられる高齢者、高齢者を含む世帯

(3) 特別見守り訪問 (随時)

・虚弱、機能低下により特に必要と認められる高齢者等を市と協議の上、施設入所、病院入院、介護サービス等、機能回復までの見守りを実施。

・定期見守りの高齢者・民生委員等の依頼により、早急な対応が必要だと協議、判断された場合、見守り訪問を実施。

3. 業務実施内容

(1) 状況把握の訪問を行う対象については自宅を訪問し、対象者の基本チェックリストの聞き取り、アセスメントを行う。信頼関係の構築に努める。困りごとなど相談しやすい雰囲気をつくる。

A 申請が必要な高齢者→基本的には家族・親族が申請を行うが、それが難しいと判断される高齢者に対しての介護保険申請の代行を行う。

家族に対して介護申請の必要性・申請の手順の説明を行う。

B 二次予防事業対象者→足腰元気教室の参加を勧める。

地域包括支援センターへ報告。

C その他・訪問対象者→見守りが必要と判断される場合は年3~4回程度の訪問を継続。

(2) 同居家族が居た場合でも支援が必要と判断され尚且つ民生委員、近隣住民など地域から連絡を受けた方への対応。

A 認知症状等があり、家族では対応が難しい。周囲がどう対応して良いか分からないケース相談→包括へ相談、報告し必要があれば同行訪問を行う。

地域、地区、関係機関との連携を図る。

B 虐待が疑われる→包括へ報告、相談後に指示を仰ぐ。

(3) 市の事業に参加

「地域との情報交換会」に参加し、地区役員・民生委員との情報交換を密に行なう。

高齢者見守り・SOS ネットワーク事業に参加し地域における認知症高齢者の知識を深め、広める。地域包括支援センター会議に参加し事例検討や情報交換を行う。

(4) 介護予防教室への参加

A 市事業に同行

自立生活の継続及び要介護状態になることの予防を図る目的とする。

市役所包括支援センター職員、各窓口職員と同行し、ふれあいランチや介護予防大作戦等の教室等の参加。

B 出前事業開催

転倒による寝たきり防止のための生活・環境指導や運動機能訓練、認知症予防を図る。

老人会等の高齢者が集まる場へ要請されたり、自ら働きかけたりし介護予防に関する

る教室を開催。

(5) 通所型介護予防事業の実施

- ・運動機能向上プログラムに沿って、週2回サービスの提供。
- ・3ヶ月から6ヶ月までの期間、運動機能に改善認められたら卒業。要介護認定や、長期体調不良の場合は中止となる。
- ・3ヶ月毎に体力測定を行う。3ヶ月前の状態と比較し、今後の課題を検討。評価し、健康課へ報告。
- ・個々に応じた運動プログラムを提供・実施・指導を行う。
- ・参加者の健康管理・生活指導を行う。
- ・卒業後の見守り訪問と再入学の案内。

(6) 第3層生活支援コーディネーターとしての役割を遂行する。

(地域支え合い推進員)は高齢者の生活支援、介護予防の基盤整備を推進していく事を目的とし、地域において生活支援、介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たすものとする。

月に1度、4ヶ所ブランチに配属された生活支援コーディネーター、第2層生活支援コーディネーターが集まり協議する。毎月の訪問による困りごとを実績で抽出しインフォーマルサービスを紹介したり今後の活動支援等、決定する。

4. 目標

	目標数
実態把握、見守り訪問、特別見守り (1ヶ月)	60件

5. 課題 (相談員、推進員共通)

- (1) 民生委員や地域住民との連携をとり、地域で暮らす高齢者が安心して暮らせる地域づくりに努める。
- (2) 地域からの相談に対して、迅速に対応出来るよう努める。
- (3) 閉じこもりがちな高齢者が、地域との関わりを持てるようにサポートし、地域からの孤立防止に努める。
- (4) 地域包括支援センター・関係機関との連携に努める。
- (5) 新規見守り対象者へ、地域の相談窓口であることのPRに努める。
- (6) 相談への対応が的確に行えるよう、研修の参加等を行い知識の向上に努める。
- (7) 二次予防事業対象者に対し、教室参加の必要性をPRする。
- (8) 要介護状態にならないために、自宅でも継続して行える体操メニューの検討・提供に努める。

6. 認知症地域支援推進員事業計画について

目的：超高齢化社会に向けて、認知症になっても住み慣れた地域で住み慣れた家で自分らしく暮らしていけるための支援活動を行う。

7. 認知症高齢者支援体制の構築

平成28年 認知症地域支援推進員 市包括2名 (各ブランチに1名) 配置

(1) 認知症の正しい理解と早期発見・早期対応

- ①認知症サポーター養成講座の開催・認知症ケアパスの普及
- ②認知症初期集中支援チーム構築
- ③初期認知症対応型カフェ推進事業（物忘れ・認知症相談会）

(2) 認知症予防への取り組み

認知症サポーター養成講座・認知症予防講座（出前講座）実施

(3) 認知症高齢者に対する対応力向上・家族支援の充実

- ①認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク・見守り訓練実施
- ②RUN伴
- ③研修（スキルアップ）
- ④会議（地域ケア会議・ワーキング会議・高齢者見守り体制会議）
- ⑤窓口合同会議（毎月実施）

8. 推進員の訪問対象

- ①介護認定は受けているがサービスにつながっていない人
- ②親（80代）子供（50～60代世帯）
- ③市包括より訪問依頼・民生委員さん近所の方からの情報にて訪問連携を取り、認知症であっても地域全体で見守れる地域作り
- ④認知作用と思われる本人・家族に訪問 相談に応じ適切な支援に繋ぐことで認知症の方も家族さんも安心して生活できる環境づくり
（相談をうけ介護申請から 認定調査 ケアマネジャーまでへつなぐ支援）

9. 認知症初期集中支援チーム

令和元年 認知症初期集中支援チーム員会議（年1回程度）

初期集中支援チーム会議（対象者に合わせ随時実施）

初期集中支援チーム

H31年 認知症集中支援チーム員 施策 構築 実施

(1) 目的

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる認知症初期集中支援チームを配置し、Dr との連携により早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築とすることを目的とする

(2) 対象者

40歳以上で、在宅生活しており、かつ認知症が疑われる人または認知症の人で以下のいずれかに該当する人

医療サービス、介護サービスを受けていない人又は中断している人で以下のいずれかに該当する人

- ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- イ 継続的な医療サービスを受けていない人
- ウ 適切な介護サービスを受けていない人
- エ 介護サービスが中断している人

(3) 支援期間

安定的な支援に移行するまでの、初回訪問時から概ね最長6カ月とする
その他、支援チームにおいて必要と認められる人

(4) 初期集中支援チーム員

認知症サポーター医との連携により適切な支援へつなぐ

① 認知症サポーター医

② ふるさと病院（山本 道子医師） 福老館クリニック（須崎 雄計医師）
中村記念病院（中村 万理医師） 白石整形外科医院（白石 美治医師）

③ 市役所包括支援センター（推進員）

④ 沖崎 美希（保健師）

⑤ ブランチ（推進員）

ふるさと地域相談窓口 高澤 正三（介護支援専門員）

上庄谷地域相談窓口 竹岸 明美（介護福祉士）一部窓口業務と兼務

灘浦地域相談窓口 村田 理恵（介護福祉士）

南条地域相談窓口 川嶋 康子（准看護師）

(5) 氷見市認知症初期集中支援チーム員会議（年間1回程度）

① 実施活動チーム編成

サポーター医 1名（1ケースに1名）

市包括 1名

対象者に関わったブランチの推進員 1名 の1チーム3名で結成

② 初期集中支援チーム初期集中支援チーム活動の実施

初回 事前検討チーム会議を行う（医師・市包括・窓口推進員）

アセスメント（DASC）認知度

（DBD） 認知症行動障害尺度

（ZBI） 介護負担尺度

サービスなどが適切な支援が出来るような仕組み作り（目安は半年とする）

医師のアドバイスに伴い継続支援

2ヶ月以内に推進員によりモニタリング施行

医師に経過報告（アドバイス）

6か月程度でサービスにつながれば終了とする

最終チーム員会議を行うことにより終了

（H31～R1年度 南条地域での対象者 0名）

有料老人ホーム いちえ

令和2年度 事業計画

1. 令和2年度 いちえ 事業所目標

- (1) チームで効率的に業務を遂行できる仕組みをつくる。
- (2) 入居者、家族、職員、いちえに関わる人々が良好な人間関係を構築し、お互いが心地良く笑顔で過ごせる環境をつくる。

2. 目標計画数

入居率 100% (夜勤可能な介護職員を12名確保できた場合)

※現状…介護職員(管理者含む)7名で、目標入居率60%

3. 具体的方策

(1) 業務改善を進めることで、生産性向上を目指すとともに、業務の負担軽減による労働環境の改善を図る。

- a 業務改善の取り組みとは、品質・費用・時間をより良い状態にすることであるとの認識を職員全員で共有し、現場での実践につなげる。
- b 業務改善の取り組みの一環として、職員一人ひとりの仕事の「はかどり感」「達成感」に着目し、それを継続的に評価して具体的改善項目に反映させる。

(2) サービスの拡大とノウハウの蓄積を推進し、事業所が提供するサービスの発展に努める。

- a ニーズに可能な限り応えられるよう体制を整え、特徴あるサービスの開発に努めることで独自性を高め、他事業所との差別化を図る。
- b 中山間地域に居住する高齢者、独居高齢者の、冬季・夏季の短期利用(概ね3ヶ月)を積極的に受け入れる。
短期利用の予定が長期に延長したり、退去後の再入居につながるよう、満足度の高いサービスの提供に努める。
- c 医療ニーズの高い入居者、入居者の重度化に対応すべく、医療面のバックアップ体制を強固に整える。
- d マニュアル整備により、ケアの標準化をすすめるとともに、リスクマネジメントの強化を図る。

(3) 併設の訪問介護事業所との一元的なサービス提供により、必要な介護

を切れ目なく提供できるよう体制を整える。

訪問介護事業所と連携をとりながら、入居者、家族、ケアマネジャーへの情報提供を細やかに行い、適切にサービス提供が行われるよう支援する。

(4) 接遇力を磨き、コミュニケーション力を高めることで、お客様である「入居者」「家族」だけでなく、「職員」や「関係機関の人々」も気持ちよく過ごせるようスキルを身につける。

- a 接遇についての研修を定期的に行い、意識、技術の向上を図る。
- b 身近な具体的事例を元に振り返りの機会を設けることで、すぐに実践できる方法を職員間で共有し、日々の業務に活かす。
- c コミュニケーションが上手くとれなかった経験や失敗したことを、職員間で話し合い認め合うことで、抱え込みがちなストレスの軽減につなげる。

(5) 入居者一人ひとりの個性を知り、思いを尊重したサービスの提供に努める。画一的なサービス提供に頼らず、入居者それぞれに合わせて可能な範囲で柔軟に対応できるよう、サービスの個別性を高める。

- a 職員の入居者担当制を継続し、日頃のコミュニケーションやアセスメントにおいて個別に関わることで関係性を深め、ニーズの吸い上げを行う。
- b 職員間の情報共有に努め、ケアの統一を図り、個別に多様なサービスを取りこぼしなく提供できるよう対応する。

(6) 安定運営、サービス強化のための重要課題である人材確保に努める。また、職員が健全に勤務を継続することができ、それによって質の高いサービスが継続的に提供されるようにするために、職場環境の整備を強化する。

- a 管理者が、定期的に職員の個人面談を行い、職員のニーズや抱える問題、健康状態を把握し、可能な限りそれに応えられるような施策を適宜検討する。
- b チームの構成員が考える「働き方」について全員で考え、実現に向けて協力し合う仕組みを検討する。

4. 年間行事予定

3 ページ参照

3 ページ記載以外の行事

- ・誕生会
- ・おやつ作り
- ・セレクトメニュー
- ・バイキング
- ・健康相談会
- ・防災訓練 など