

2019年度
事業計画書
(案)

社会福祉法人 丹の国福社会

目 次

社会福祉法人丹の国福社会 理念	-----	1
社会福祉法人丹の国福社会 組織図	-----	2
老人保健施設あやべ 在宅介護支援センターあやべ西 事業計画書 案	-----	3
老人保健施設あやべ 委員会 組織図	-----	4
運営委員会 運営方針	-----	5～6
施設サービス 運営目標・方針	-----	7～9
地域在宅支援サービス 運営目標・方針	-----	10～12
地域福祉貢献事業	-----	13
特別養護老人ホーム丹の国荘 事業計画書 案	-----	14
特別養護老人ホーム丹の国荘 組織図	-----	15
特別養護老人ホーム丹の国荘 運営目標・方針	-----	16～20
ケアハウス日向館 事業計画書 案	-----	21
ケアハウス日向館 組織図	-----	22
ケアハウス日向館 運営目標・方針	-----	23～27
ヘルパーステーションあやべ西 事業計画書 案	-----	28
ヘルパーステーションあやべ西 運営目標・方針	-----	29～30

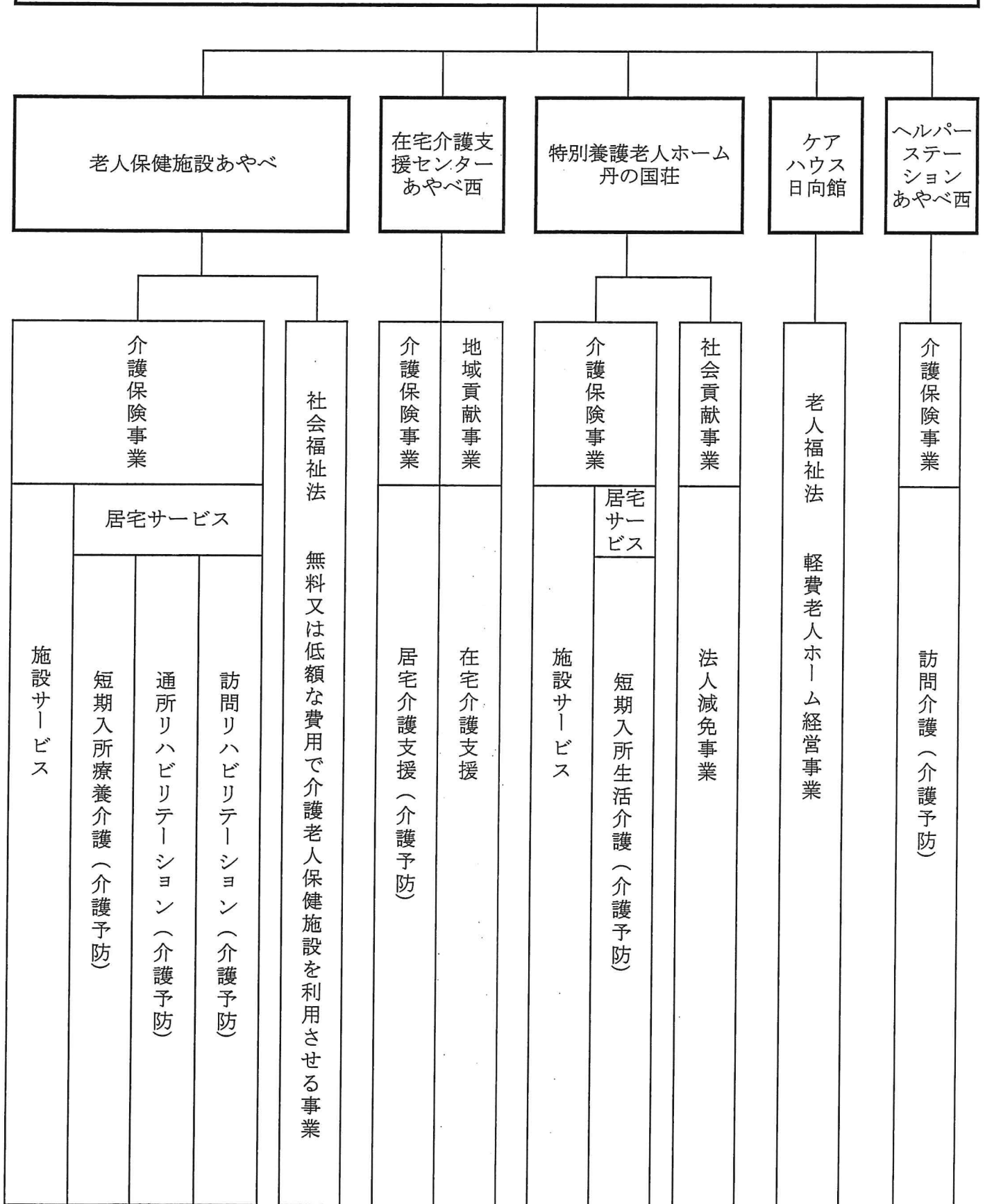
理 念

社会福祉法人丹の国福祉会は、社会福祉事業法に基づく特殊法人であり高い公共性に倫理性を旨として、国民の負託に応えると共に、地域社会における福祉サービスの充実発展に貢献するため、ここに倫理綱領を定め、これを理念とする。

- (1) 法人は、人間としての尊厳と社会連帯を基本理念とし、法の基に公平・公正な法人運営に努める。
- (2) 法人は、常に福祉の真理を探究し、民間社会福祉事業としての先駆性、独自性を発揮しつつ、創意工夫ある事業を展開し、国民の期待に応える。
- (3) 法人は、財政基盤の安定、強化を図り、社会的信用を高め、合理的、且つ健全で活力ある経営に努める。
- (4) 法人は、社会の進展に応じ、国際的視野をもって経営し、法人・施設の機能を挙げて、地域福祉サービスの充実発展に寄与する。
- (5) 法人は、職員の資質・専門性の向上を図ると共に、職員の生活の質を高め、人材の育成に努力し、よき社会人として地域福祉サービス発展に寄与する。

社会福祉法人 丹の国福祉会

社会福祉法人 丹の国福社会

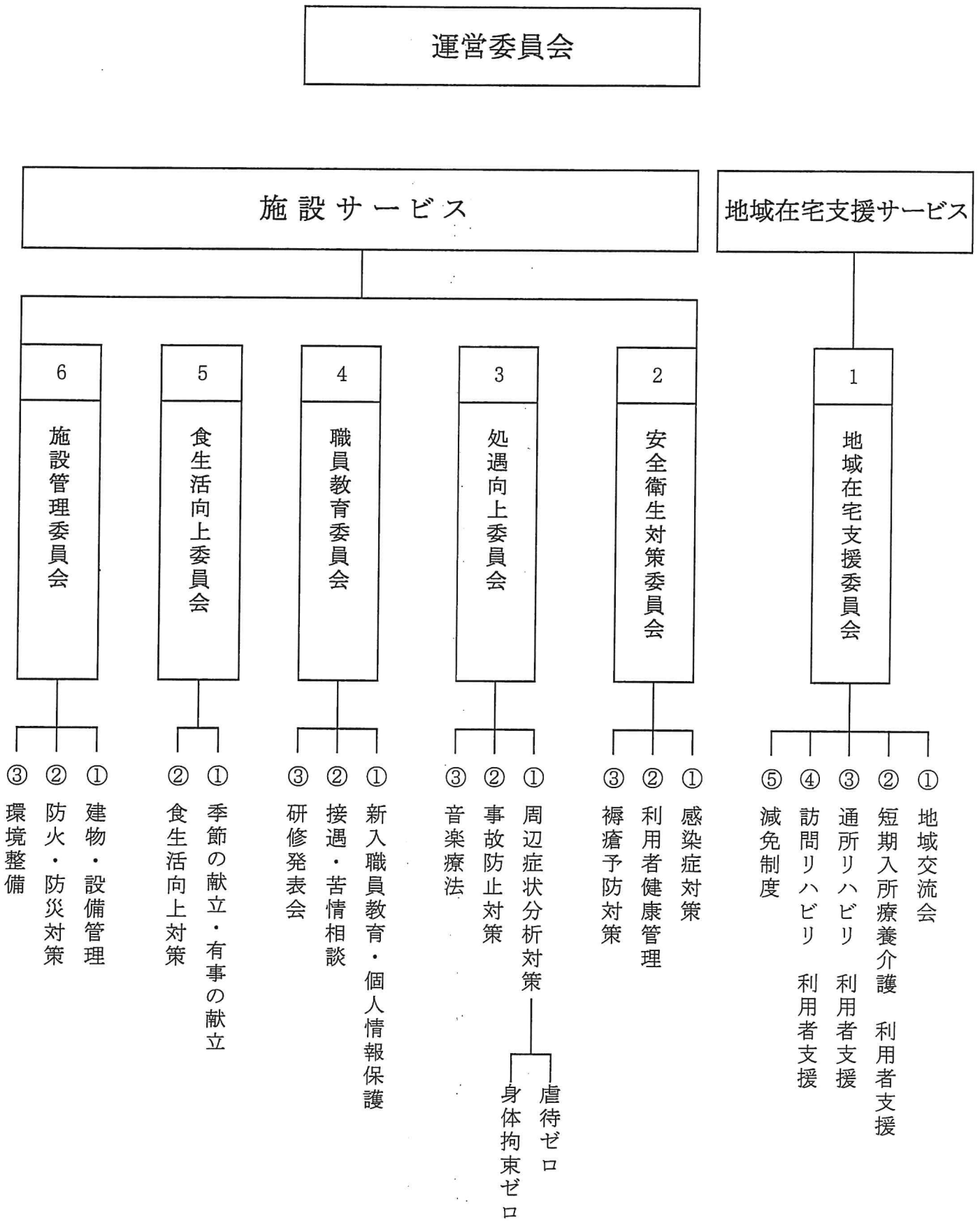


2019年度
事業計画書

(案)

社会福祉法人 丹の国福社会
老人保健施設 あやべ
在宅介護支援センター あやべ西

老人保健施設あやべ 委員会 組織図



運営委員会

《 運営方針 》

1. 利用者様の自立支援と要介護状態の重度化防止

利用者様の心身の状況及び病状並びにその置かれている環境に照らし、医学的管理の下に要介護状態区分の程度に適した看護・介護及びリハビリ等のサービスを提供し、その悪化を防ぐことが出来るようにしていく。

また、介護保険法で推進する自立支援・重度化防止に向けた取組に対応すべく、行政の関連施策との連携を図り、地域共生社会の実現、制度の持続可能性確保に配慮していく。

2. 安全管理、健康管理に取り組み、きめ細かい介護を実践

利用者様の安全確保のため、各種災害対策を強化する。また、事故等の発生を未然に防ぎ、発生時には早急な対応ができるよう連携を図る。

利用者様が使用する施設の設備・備品等について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じる。また医薬品及び医療器具の管理を適正に行う。

感染症対策については、食中毒や感染症発生の予防・蔓延をしない措置として、安全衛生対策委員会と食生活向上委員会を中心に連携して対応していく。

3. 医療との十分な連携

介護保健施設の給付対象のサービスは医療との密接な関係を有していることから十分な連携を取っていく。利用者様が利用中に医学的管理の必要なケースが生じた時は、必要に応じて地域の協力医療機関に依頼していく。

4. 身体拘束の廃止

サービスの提供に当たっては、当該利用者様又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為については一切行わない。

処遇向上委員会で、処遇困難事例について対応策の検討を重ね、起こりうる二次的な弊害を考慮して、全廃という形で職員が一丸となり対応していく。

5. サービスの適正化を図り、利用者にふさわしいサービスの総合的・効率的な提供

利用者様が利用しやすく、適切な介護サービスが円滑かつ容易に提供できるよう、利用者本位を原則としていく。また従来からの介護サービス計画の内容を充実し、各職種が連携して利用者様及びその家族を支援していく。そして、個々の要介護状態等の区分に応じたサービスの必要性を重要視し、そのサービスが複合施設として適切に広く提供されるようにしていく。

提供したサービスに関する利用者様及びその家族、または地域からの相談・苦情を受け付ける窓口を設置し、迅速かつ適切にその対応に当たる。

6. 在宅復帰を重視した施設運営

在宅復帰を重視した施設運営を行い、出来る限り住み慣れた家庭や地域で生活を送ることができるよう、専門職であるセラピストの指導のもと、リハビリを行いADLの維持向上を図る。

施設退所後もADLの維持・向上ができるよう、短期入所療養介護・通所リハビリ・訪問リハビリ等の居宅サービスを充実させ、居宅介護支援事業所を通じて、家庭復帰後の在宅療養を積極的に支援する。また、介護予防の観点からも適切なサービスを提供する。

7. 認知症高齢者の積極的な受入、対応強化

増加していく認知症高齢者に対して適切な対応が出来るよう、職員は十分な知識を養い、適切な判断と深い理解を持った処遇で精神の安定を図り、認知症専門棟を有する施設としての役割を果たす。

8. 地域社会への貢献

地域福祉に関しては、その要望に即応出来るよう、地域の行政、医療、保健機関との関連を大切に、相互の交流・連絡に努め在宅高齢者への支援を行い、施設のもつサービスの専門的機能が円滑に利用される拠点として公益を重視した事業を展開する。

- ①第2種社会福祉事業「無料または低額な費用で介護老人保健施設を利用させる事業」の受入率を年間で安定させるとともに、低額利用の指針を策定し実施する。
 - ②通所リハビリテーションは、豊里地区、物部地区、志賀郷地区を中心とする利用者のニーズに最大限応える体制を整えるとともに、介護サービスが不十分な地域のニーズに応える。
 - ③訪問リハビリテーションは、利用者の自宅を訪問して適切なリハビリテーションを実施することにより居宅で自立した生活が維持できるよう支援する。
 - ④在宅介護支援センターあやべ西を基点に、地域包括支援センターをはじめとする地域の事業所と連携して地域の高齢者を支える。
- また、地域の関係機関に施設を開放し見学やボランティアを積極的に受け入れる。

9. 職員の資質向上

サービスの質を確保していくため、サービスを提供する人材の確保と資質及び専門性の向上に努める。職員は、専門的知識と技術の習得に努めると共に、専門資格取得を積極的に進め、ケアプランに沿ったサービスの提供をする。

法人理念、施設の趣旨及び運営方針を理解し、保健福祉サービス事業に従事する上での人間性を高め、利用者様のために、専門技術の向上と福祉の心を持った介助にあたる。

《 事業内容 》

老人保健施設あやべ

- ・ 介護老人保健施設施設サービス 85床
- ・ (介護予防) 短期入所療養介護 空床利用
- ・ (介護予防) 通所リハビリテーション (定員35名)
- ・ (介護予防) 訪問リハビリテーション
- ・ 無料又は低額な費用で介護老人保健施設を利用させる事業

在宅介護支援センターあやべ西

- ・ 居宅介護支援事業 (介護保険の要介護等認定調査等)
- ・ 介護予防支援事業
- ・ 在宅介護支援事業

施設サービス

「平成」という 30 年続いた元号が残り少なく、まもなく新元号となる。老人保健施設は医療と介護の連携で在宅支援が進んでいる。新年度も老人保健施設が持つ機能を生かし、自立、在宅支援で地域を支援する。

しかし、在宅生活では、お寺、神社とお参りし、心を満たす祈りがあつた。施設に入所するとこの祈りが遮断されている。人間は「心のやすらぎ」を必要として生きていく。施設入所でこの祈りを組み込みたい。若き日の遠い足音、「祈り」で精神的安定も提供できればと考える。「衣、食、住、祈」である。施設内に小型の神殿を設置し、お塩、お米、お酒などを供え、心を揺るがしている。

◇ 介護老人保健施設の理念と役割 ◇

内 容	
1. 包括的ケアサービス施設	利用者の意思を尊重し、望ましい在宅または施設生活が過ごせるようチームで支援する。 そのため、利用者に応じた目標と支援計画を立て必要な医療・看護や介護、リハビリテーションを提供する。
2. リハビリテーション施設	体力や基本動作能力の獲得、活動や参加の促進、家庭環境の調整などの生活機能向上を目的に、集中的な維持期リハビリテーションを行う。
3. 在宅復帰施設	脳卒中、廃用症候群、認知症等による個々の状態像に応じて、多職種からなるチームケアを行い、早期の在宅復帰に努める。
4. 在宅生活支援施設	自立した在宅生活が継続できるよう、介護予防に努め、入所や通所などのサービスを提供するとともに、他のサービス機関と連携して総合的に支援し、家族の介護負担の軽減に努める。
5. 地域に根ざした施設	家族や地域住民と交流し情報提供を行い、さまざまなケアの相談に対応する。市町村自治体や各種事業者、保健・医療・福祉機関などと連携し、地域と一体となったケアを積極的に担う。 また、評価・情報提供を行い、サービスの向上に努める。

【 医療・リハビリサービス 】

[医療]

《 目 標 》

1. 在宅復帰に向け、利用者様が心身ともに健康で豊かな日常生活が送れるよう、疾病の予防、早期発見、治療に努める。
2. 高齢者介護に当たる職員が、意欲と責任を持って職務を遂行できるよう、健康管理のサポートを行うとともに、安全な職場環境づくりを推進する。

《 方 針 》

1. 慢性疾患を持った利用者様が、施設内においても治療を継続し、安定した健康状態で生活できるよう、医師、薬剤師、療養課と連携し健康管理を行う。
2. 利用者様の在宅復帰に向けて、健康の回復やADLの向上を図り、安心して地域社会に戻ることができるよう、各関係機関と連携し支援を行う。
3. 肺炎や尿路感染などの急性疾患に罹患した利用者様に対し、入院しなくても慣れ親しんだ施設の中で安心して治療を受けて頂けるよう、医師の指示のもと必要な医療を提供する。
4. 病状により、施設内での医療の提供が困難な利用者様については、医療機関において適切な医療が受けられるよう連絡調整や情報提供を行う。
5. すべての職員が心身ともに健康で、毎日の業務に取り組むことができるよう、腰痛予防メンタルヘルスケア、労働事故のない職場環境づくりを中心に安全衛生活動を推進する。

[リハビリ]

《 目 標 》

老人保健施設でのリハビリの役割は、在宅復帰を支援していく事や在宅での生活を継続できるように支援していく事である。介助や介護の必要性のある方も、介助を受けながらも尊厳ある生活をしていただくことでQOLの向上や達成につなげていく。

リハビリを実施する上では、利用者様・ご家族様の意向や要望を踏まえ、それらに対応できるよう、今後ともシステムの見直し、リハビリの機能強化のため取り組んでいく。

《 方 針 》

1. 入所のリハビリに関しては、在宅復帰率とベッド回転率の向上を見ながら、リハビリを実施していく。新規入所、病院からの退院後の入所者の方々には、利用者、家族の同意のもと、短期集中リハビリを実施していく。
2. 日常のケアにあたり利用者の意向に沿うマネジメントと共に、個別のケアプランの見直しを行い、理学療法士・作業療法士・看護師・介護職員の意識の統一を図る。
また、利用者様個々の情報を共有していき、事故の発生を減少できるようにリスクマネジメントをする。
3. 接遇面に関しても、利用者様やご家族様、ケアマネージャーあるいは他事業所等からの苦情がないように努める。担当者会議等へも積極的に参加していく。
4. リハビリテーション施設として、専門職（PT・OT）による個別リハビリ・集団リハビリを実施することにより身体機能の維持・改善に努める。
専門職による利用者様の身体・精神機能の評価・リハビリプランを作成し、入所後3ヶ月毎に再評価、身体状況に変化があれば評価し、利用者様に合ったリハビリプランを作成することで、ADLの維持改善、QOLの充実を図る。
5. 生きがい対策として、集団生活の場を広げる為に、集団リハビリ・レクリエーションなどに参加して頂き、廃用性の筋力の低下予防、精神機能の活性化を図る。

【 療養サービス 】

《 目 標 》

介護老人保健施設の基本理念・役割また丹の国福社会の理念を念頭に、日々サービスの質の向上に向け、利用者様のニーズを把握し、尊厳を守り、安全に生活していただけるよう、また在宅生活が少しでも長く続けていくことが出来るように、中間施設であることを踏まえ、利用者様のADLの向上を目標としていく。

施設入所される利用者様においては、精神介護を必要とされる方が多くなってきており、職員一人ひとりの技術や姿勢のスキルが問われるようになってきている中で、介助にも力を入れ統一された処遇が行われるように努めていく。

療養介護にあたって施設ケアマネージャーが、入所された利用者様・家族のニーズを把握しケアプランを作成する。ご利用中状態に変化が見られたときは、プランの見直しをケアプラン評価委員会へ報告し、サービス担当者会議を行い、介護認定の見直し等への即応性を図っていく。

私達は、自立支援の原則を守り介護予防にも力を入れていく。また、入所された利用者様が療養生活を送るうえで、心身の機能の低下・障害を抱えておられる利用者様にADLの向上を目指し、医師・PT・OTの指導の下、必要があれば集中リハビリを実施することで寝たきりにならないよう、身体機能を少しでも長く維持できるよう支援していく。

《 方 針 》

[第一ケアセンター]

一般棟では医療を必要とする利用者様に対して、インシュリン注射、血糖測定、バルン留置、ストーマの交換等医師の指示の下で行っていくことで、安全で安心した施設生活を送っていただけるよう取り組んでいく。

褥瘡が発生しないよう夜間は2時間おきの体位変換を実施したり、エアークッションを車椅子利用時に使用したりベッド上ではクッションを利用して褥瘡予防に努める。褥瘡発生時には委員会に報告を行い改善に向けての対応をしていく。

身体拘束ゼロを自覚し、認識を職員全員で深めケアの実践を継続するために、自己点検を実施するとともに第三者によるケア棟内の点検も行う。

[第二ケアセンター]

認知症専門棟では性格、環境、人間関係等多様な要因が関連して起こる強い不安や混乱、一人一人がかかえておられる周辺症状に対して、他職種との連携を取りながらケアマネージャーがケアプランを作成し、それに基づき尊厳を持った介護を行えるようする。また利用者様の言葉に対しては否定せず受容し自分らしい日常生活が送れるよう支援していく。

- ・周辺症状に対しては1週間に1回のカンファレンスを行い困難事例の検討を行う。
- ・3つのユニットにより同じ職員が対応することで「なじみの関係」を構築していく。
- ・利用者様の尊厳、プライバシーを守り利用者様の声に対して否定せず受容する。
- ・ケア棟職員全員が専門性を高められる施設内研修や外部研修に参加する。
- ・身体拘束は行わず、処遇で対応していく。
- ・事故が起こらないよう日々の利用者様の行動、変化を観察する。

地域在宅支援サービス

[居宅介護支援事業]

在宅介護支援センターあやべ西

《 目 標 》

平成30年4月には、地域でケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援などに市町村が積極的に関わることができるよう、保険者機能の強化という観点から、都道府県が指定する居宅介護支援事業者の権限等について市町村に移譲された。

次期介護保険制度改正においては、高齢者、子ども、障害者などすべての人が地域、暮らし、生きがいをともにつくり、高めあうことのできる「地域共生社会」を実現されることが求められ、在宅介護支援センターにおいても、その相談支援体制の強化が期待されることから、次の事項について力を入れていく。

《 方 針 》

(1) 在宅生活継続への支援

「できる限り住み慣れた家で、なるべく自分の力で活動的な生涯を送りたい」この願いを現実のものとするために、要介護・要支援状態になる前から、一人ひとりの状況に応じた予防対策を図るとともに、要介護状態となった場合においても、可能な限り地域で自立した日常生活を送れるよう支援する。

(2) 在宅における医療機関との連携

疾病や受傷により入院された利用者が退院して自宅での生活に戻るにあたり、医療保険から介護保険への利用が迅速でスムーズに行えるよう、関連病院との情報共有や退院時のカンファレンス等を積極的に行っていく。また、継続的に在宅診療を受けている利用者の方々は特に医療ニーズが高いため、主治医や訪問看護師との連携を密に取り合い、きめ細かく適切なサービスが提供できるよう努めると共に、利用者が医療系サービスの利用を希望している場合などは、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治医等に対してケアプランを交付する。

また、訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネージャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネージャーから主治医等に必要な情報伝達を行う。

(3) 利用者の尊厳を守る

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族等に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることなどを説明する。また、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業者のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。

(4) 関係機関との連携と協働

事業の運営にあたっては、フォーマル、インフォーマルな社会資源等との連携に努める。併せて居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求め、意識の共有を図る。また、地域包括支援センターと連携を図り、支援困難事例にも対応可能な体制を整備する。介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保する。

(5) 職員の資質の向上とメンタルヘルスケア

居宅介護支援の事業については、常に最新の情報を取得するため公的な研修会については積極的に参加する。研修等に参加後は事業所内で勉強会を開催し、情報や知識の伝達を図る。

また、支援困難ケース等については事業所内で情報を共有し、全員で対応できる体制を作ると共に、確認作業を通じ自信をもって仕事に臨めるようにする。

[通所リハビリテーション]

《 目 標 》

通所リハビリテーションでは、普段は自宅で生活を送っている要支援者・要介護者が、より自立した日常生活が出来るよう支援し、利用者様一人ひとりの身体状況を把握し、リハビリ専門職や介護職員、担当ケアマネージャーと綿密に連携を図り情報の共有を行う。また、利用者様と介護者の意向を確認しながら評価・アセスメントし、リハビリテーションの計画、実施をすることにより、ADLの維持、向上を図り一日でも長く在宅での生活が維持できるよう支援していく。

精神面に関しても、レクリエーション活動や趣味活動に参加していただくことにより、他の利用者様の方々と交流を図ることで、QOLを高めると共に、ADLの維持向上を図り、その人が心身ともに生き生きと明るく、自分らしい生活を送ることが出来るようサポートする。

《 方 針 》

- (1) 利用者様、家族様の希望や目標に沿った支援を行うために、居宅サービス計画書を基に、評価・アセスメントし、リハビリ実施計画書を作成し実施していく。
また定期的に担当者会議を開催し、利用者様、家族様、ケアマネージャー、リハビリ専門職、介護職員、福祉用具業者等で現状確認を行い、今後の支援方法などを検討する。
- (2) 自宅での入浴が困難な方に対しては、介助を行うことにより、安全に入浴していただけるよう支援する。自分で行える事は可能な範囲で行っていただき自立支援を促す。入浴支援を行うことにより、身体の清潔を保ち、身体状態や皮膚の観察を行い、異常の早期発見に努め、家族様やケアマネージャーに報告し、状態悪化を防ぐ。
- (3) レクリエーションに関しては、季節に合ったゲーム等を組み込んでいき、参加者全員が楽しめるゲームを考え、計画準備をして実施していく。また趣味活動に関しては、利用者様それぞれの趣味を把握し、趣味活動を楽しめる時間を提供する。身体機能の維持だけでなく、脳を活性化し認知予防する効果もある。
- (4) 来所時には、バイタル測定、状態観察を行い、自宅での生活状況や身体状態を伺い体調確認を行う。利用者様それぞれの既往歴も把握し、利用中の状態観察を行うことで異常の早期発見、医療機関の早期受診ができるよう努める。
- (5) 職員は利用者様、家族様、他の関連職種の方に対して不快感を与えないよう、しっかりと挨拶を行い、言葉づかいや態度に注意を図り、信頼関係を築けるよう対応する。
- (6) 大雨・大雪警報や近年の特別警報発令に伴い、施設長の判断を仰ぎ、開所する場合は地域の状況を確認し、利用者様、家族の意思を確認し、安全に送迎する。

[訪問リハビリテーション]

《 目 標 》

利用者様が安心、安全にその人らしい在宅生活が継続できるよう、主治医の指導のもとに理学療法士、作業療法士のリハビリ専門職が、利用者本人と家族の生活再建、安定、発展を支援していく。また、老人保健施設あやべの施設サービス利用後の自宅環境との適合を調整する役割を担い在宅復帰を推進していく。

《 方 針 》

(1) 身体状況の観察

利用者様の心身の状態、生活環境を踏まえて。その生活の質の確保を図るよう、主治医と密接な連携のもと訪問リハビリテーション計画に沿って行う。

- ・バイタルチェック（体温・脈拍・呼吸・血圧測定等）
- ・病状の観察や助言、精神面の健康状態の確認と助言
- ・介助者の健康状態の確認と助言、再発予防と予後予測のための観察

(2) 日常生活への指導・助言

利用者様の心身状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的、具体的な方法、必要な環境の整備、療養上守るべき点及び療養上必要な事項について、利用者様及びその家族が理解しやすいよう指導又は説明を行う。

- ・ADL指導
- ・身体機能（身体、柔軟性、バランス等）の維持改善
- ・痛みの評価と物理療法等の疼痛緩和
- ・福祉用具または補助具、住宅改修の評価と相談
- ・摂食嚥下機能、コミュニケーション機能の改善
- ・QOLの向上や趣味、社会参加促進の為の助言

(3) 介護相談

- ・療養生活、家族への介護指導、精神的な支援、福祉制度利用の助言相談

(4) その他

- ・医学の進歩に沿った適切な技術をもって対応できるよう新しい技術の習得、研鑽を積む

[介護予防サービス]

《 目 標 》

介護予防サービスは「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」軽度者の状態に即した自立支援と「目標指向型」のサービス提供を推進する観点から、ケアマネジメントの徹底を図る。

要介護状態の発生を出来る限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこととする。

《 方 針 》

介護予防の観点から積極的な役割が期待されるなか、日常生活上の支援などの「共通的サービス」と通所リハビリにおいては運動器機能の向上を目指す。

〈運動器機能の向上〉

理学療法士等を中心に看護・介護職員等が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施していく。

無料または低額な費用で介護老人保健施設を利用させる事業

老人保健施設あやべでは、地域福祉貢献事業として、利用者様・保証人様の申請により、独居・老夫婦世帯、家庭の事情等を勘案し、当施設での利用料支払額を減免させていただく事業を実施する。

この利用料減免制度に関しては、国の補助で実施されるものではなく、生活困難者の方のご利用を援助する目的で、丹の国福祉会が独自に減免規定を設けて実施する。

毎月の当法人減免判定委員会の判定により、利用料減免の可否、種別等が決定される。

社会福祉法人丹の国福祉会 減免規定

1. この規定は、社会福祉法（旧社会福祉事業法）第2条第3項の規定に基づく事業施行を目的としてこれを定める。
2. 生計困難者が当法人老人保健施設を利用する場合、当該者又はその者の属する所帯の家庭からの申し出により、利用料の当人負担を減免するものとする。
 - (1) 生計困難者に対する利用料の減免は、当該者の属する所帯の所得が生活保護法による最低生計基準の200%に達しない場合に実施するものとする。
 - (2) 減免の額は、療養費（利用料を含む）の総額の10%以上とし、その減免を受けた入所者の延べ人数が、入所者の総延べ数の10%以上となるよう実施するものとする。
 - (3) 利用料の減免に当たっては、当該者又は当該者の属する所帯の所帯主に対して利用料減免申請書による申請を求める。その際、当該所帯の所得状況の書類を併せて提出を求めることとする。
 - (4) 申請書類の提出があった場合、その所帯の生活状況を調査し、施設長が決裁を行い、決定事項を当該者に通知することとする。
 - (5) 当施設には相談員を置き、利用者の相談を受けることとする。
3. この規定は、その定めるところが実状にそぐわない事情が生じた場合は、当法人 理事会の決議を経て改正することができる。

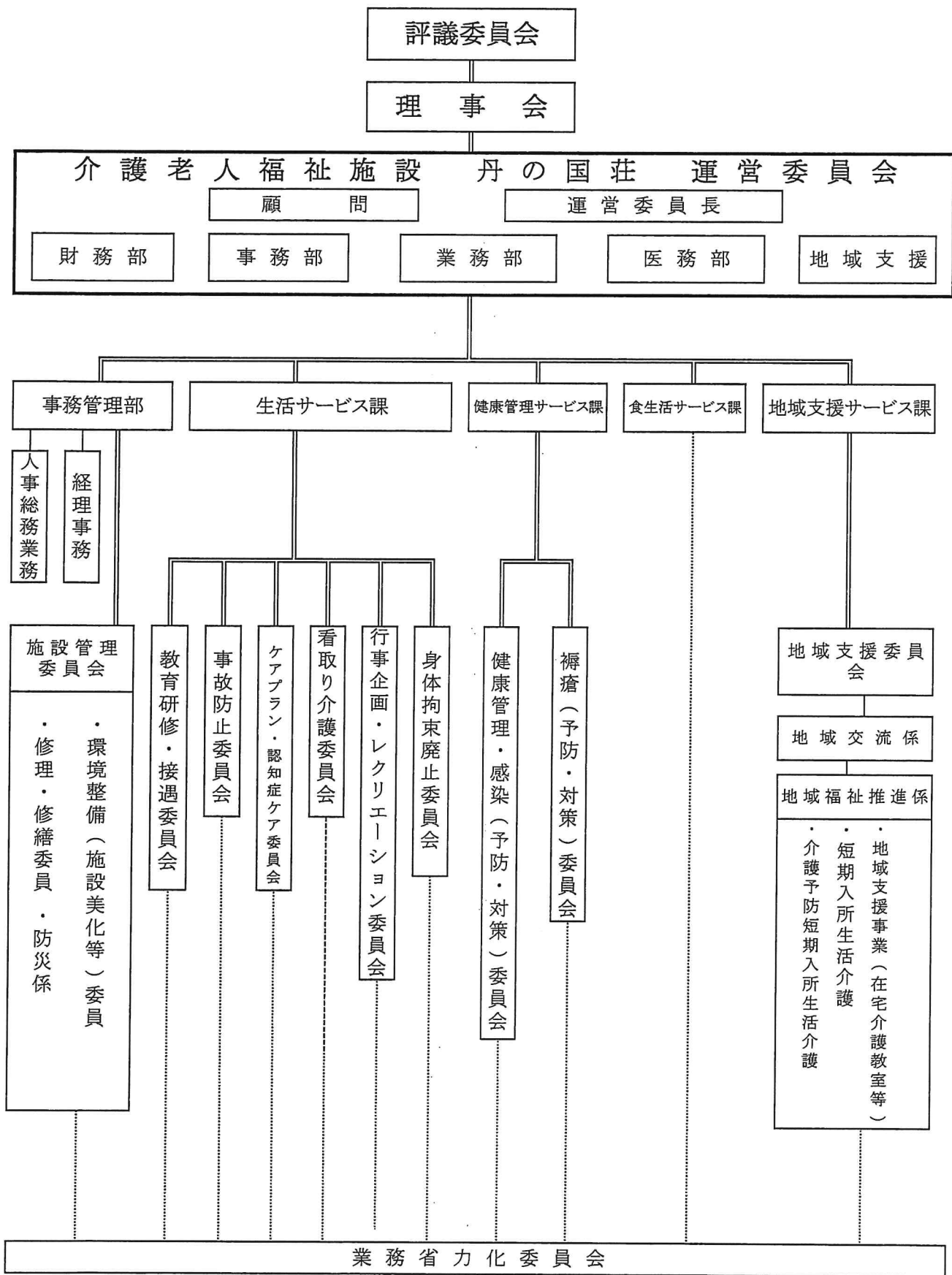
2019年度
事業計画書

(案)

社会福祉法人 丹の国福祉会
特別養護老人ホーム 丹の国荘

社会福祉法人 丹の国福祉会

(丹の国荘 組織図)



運営目標

京都府北部の人材難が依然として続いており、今後も人員確保に苦戦が想定されます。平成30年度より、外国人労働者の積極的な受け入れを進めており人材確保に努めて参ります。

また、平行して一人一人のスキルアップを行い、特養としての専門性・安全性を高めていくことが求められることとなります。丹の国荘では職員の資質・専門性・安全性の向上を図るとともに、人材の育成に努力し、生活の質を高め、よき社会人として地域福祉サービスの発展に寄与します。

綾部市内の高齢者人口に対して施設の数は飽和状態にあります。加えて要介護認定者数が13%減少しており、ご利用者の確保競争が激化しております。その為、いかに当施設がご利用者にとって安住・安息の施設となり、地域に根ざした介護ができるのが重要になって参ります。「丹の国荘」としてだけでなく、「丹の国福社会」として何ができるのかを検討し、それを実践していくことでご利用者の評価に繋げていきます。そして、より一層法人一丸となり取り組んでいきます。

介護保険法の改正や要介護認定者の減少に伴う収益減のなか、今年度も施設運営の厳しい年となりますので、電気代や人件費・修理修繕費等のコスト管理にも十分注意していきます。

重点運営目標

一人一人の生活習慣や個性を尊重し、状態にあったケアプランを作成していきます。そのケアプランを職員がしっかりと把握し、統一した処遇で対応していけるよう努めます。そうすることで、少しでも人生の最期を心穏やかに過ごしていただけるように支援していきます。

運営方針

①職員の専門性向上の取り組み

1) 認知症ケア対応能力の向上

- ※ 認知症ケア実践リーダー資格の取得推進。
- ※ 認知症ケアに関する内部・外部研修の受講。

2) 支援能力の向上

ご利用者の介護度は、重度化する一方、他方では医療的ケアを必要とするご利用者も増え、ますます専門的ケアが求められています。

特養は多くの専門職がチームを組んで、お一人の介護を行っています。その優位性を活かすとともに、より専門性を高め資質の向上に努めます。

- ※ 職員の研修

- ※ 定期的職場内の研修、研修会の報告
 - ※ 外部研修の参加
- 3) 計画的な口腔ケアの実施
- 口腔ケアは疾病予防、健康維持・増進につながります。また、誤嚥性肺炎の予防にも繋がります。その為、ご利用者の口腔機能を維持するための口腔ケアに努めます。

②主要な支援計画

- 1) ケアプランに基づいた生活支援
- ※ 介護支援専門員は、担当職員に情報収集を行いADL、健康、心理、生活全般の日常察と状態の変化等の把握に努めます。
 - ※ 介護支援専門員が作成するケアプランの原案過程で、リーダーに助言等を求めます。
 - ※ 各専門職者で行われるケアカンファレンスは「いま何を望んでいるのか」「いまだどのような支援が必要か」直近の情報交換を通じた専門的、多角的な視点から生活支援の内容を、ご家族に説明し、ご利用者の希望やご家族の希望を踏まえたうえで方法について検討していきます。
 - ※ 個別援助計画の援助方針、援助内容が日々の生活の中で、どれだけ有効に展開されているかのモニタリングに力を注ぎ、よりよい個別援助に繋げていきます。
- 2) 安心・安全・快適な生活環境の整備
- ※ 居室担当者は、各受け持ち居室の環境整備に努めます。
 - ※ 各委員会のメンバーは、委員会の任務と役割に応じて生活環境の整備に努めます。
 - ※ 異常の箇所がある場合は速やかに修理・修繕報告書を提出し素早く対応します。
- 3) 身体拘束廃止の取り組み
- ※ 原則身体拘束のない介護の提供を行います。
 - ※ ご利用者・ご家族の要望に基づくケースであっても、経過観察を踏まえた情報交換の場を設け、拘束廃止に向けた取り組みを推進します。
- 4) ボランティアやクラブ活動の充実を図り、張りのある日常生活の提供
- ※ 月1回の誕生日会や二胡演奏。月2回の映画上映会。
 - ※ ボランティア参加（傾聴ボランティア・歌のボランティア）の協力を含め内容の充実を図ります。
 - ※ 夕食前の簡単にできる嚥下体操等。
- 5) ボランティアの受け入れと地域交流
- ※ ボランティアについてはご利用者にとって楽しみの要素があること、又地域に対して施設を開放し、地域の社会資源として運営の状況をよく知っていただく。

6) 機能訓練の充実

- ※ 特養での機能訓練は、ご利用者の心身状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善もしくはその減退を予防する訓練を実施します。
- ※ 機能訓練士（看護師）による個別訓練。
- ※ 介護職員による生活全般の行為の支援を通じた残存機能の維持。

③ 苦情解決・管理体制の改善

苦情に発展する前にご利用者の不満の芽を把握できるよう努めます。特に苦情発生時の素早い対応を実施していけるよう取り組みます。

1) ご利用者のご家族からの苦情・不満について積極的ヒアリング実施

- ※ ご利用者、ご家族に積極的に声をかけ、生活の様子を確認します。その際、苦情・不満・悩み事を、お伺いした場合は、その日の内に内容をスタッフで確認し施設長に報告を上げ、なるべく早く対応できるように解決策を提示します。

2) 家族との連携・コミュニケーション

- ※ ご利用者の福祉の増進と、円滑且つ安心してご利用者を預けられる施設事業の運営に貢献する事を目的として行います。生活状況をご家族に知らせて、いろんな理解を得たり、ご家族からの要望なども聞くということで、ご家族との良い関係づくりを目標として行えるよう努めます。

④ 人材育成 - 介護・看護知識・接遇能力・技術力の向上

ご利用者に接するにあたってサービスマナーとは「相手を大切に思う気持ちを状況（場面）に応じて適切に表現する」福祉実践そのものを目指しています。

サービスマナーの向上は、“介護の質”を高め、ご利用者にとって心地よい生活空間と満足をもたらす原動力そのものです。教育研修・接遇委員会が、主となり挨拶や声かけ、会話や丁寧な介助、施設全体でしっかりと行われているか、不断に自己点検と相互点検を通して、サービスマナーの向上に努めます。

⑤ コスト意識を持った施設運営による経費削減を通じた 経営の安定化

綾部市内の要介護認定者数が13%減少しており、収益にも影響がでております。開設20年以上が経過し、大規模修繕に備え稼働率を意識した運営を行い、今まで以上に知恵と工夫を結集して“無駄”を省き、減収分を補う経費の削減に取り組みます。

⑥ショートステイ事業における方針

前述のように、綾部市内に於いて新たな施設の開所や既存施設の増床により、ご利用者確保競争が激化しております。新規ご利用者・既存ご利用者が再び利用したいと思える施設となる為、更なるサービスの質向上に努めます。また、地域の方々に親しまれ、ご利用者・ご家族に安心して生活できる施設を目指します。ご利用者・ご家族の意向に添った柔軟なサービスが行えるよう、他職種で協力の下サービスの提供に努めていきます。

※ご利用者・ご家族の意向を把握し支援に努めます。

ご利用者・ご家族の意向を担当者会議等でしっかりと把握し、ケアプランに取り入れ、職員全体で統一したケアが出来るよう努めます。

※ご利用者の自立支援とご家族の負担緩和に努めます。

ご利用者のライフスタイルに関する情報収集を行い、個人個人の生活リズムに合わせた生活支援の充実を図ります。また、在宅に戻られてもご家族が負担を感じる事が少なくなるよう支援に努めます。

※ご利用者の立場になり、その人にあったケアの実現に努めます。

その人らしい生活ができるよう個別ケアと個別対応に対する意識の統一を行い、その人に合った支援に努めます。

※ご利用者・ご家族が安心して施設を利用して頂けるよう、安全対策の強化を図ります。事故予防（対応）・苦情相談を強化し、安全で安心な施設となるように努めます。

法令遵守

法令を遵守することは事業の基本であり契約・プラン・同意は欠かせないものです。又、介護保険法自主点検表を活用し、厳守されているか確認していきます。

各事業所は、介護保険法及び同法関係通知及び当該介護保険事業の実施に関する各方面の法令等の内容について、十分に理解し、これら法令（基準）を遵守して運営をしていく。

《 方針 》

- 1 職員は、専門知識と技術の習得をさらに進めると共に、介護福祉士や介護支援専門員などの専門資格の取得を積極的に進め、ケアプランに沿ったサービスの提供に努める。
施設の趣旨及び運営理念に徹し、保険福祉サービス事業に従事する物としての人間性を高め、施設利用されるお客様の心身を理解した上で、福祉の心を備えたケアサービスを提供する。
- 2 職員は、認知症に対し十分な知識を養い適切な判断と深い理解を持った処遇で精神の安定を図り、地域社会における社会福祉法人としての役割を果たしていく。
能力を活用した趣味クラブサービスを提供する。
- 3 地域福祉に関しては、その要望に即応出来るよう、地域の行政、医療、保健機関との関連を大切に、相互の交流・連絡に努め、短期入所・介護予防短期入所・ヘルパーステーション等により在宅高齢者への支援を行い、施設の持つサービスの専門的機能を円滑に利用される拠点としての弛まぬ努力をする。

法人減免・利用促進策の実施

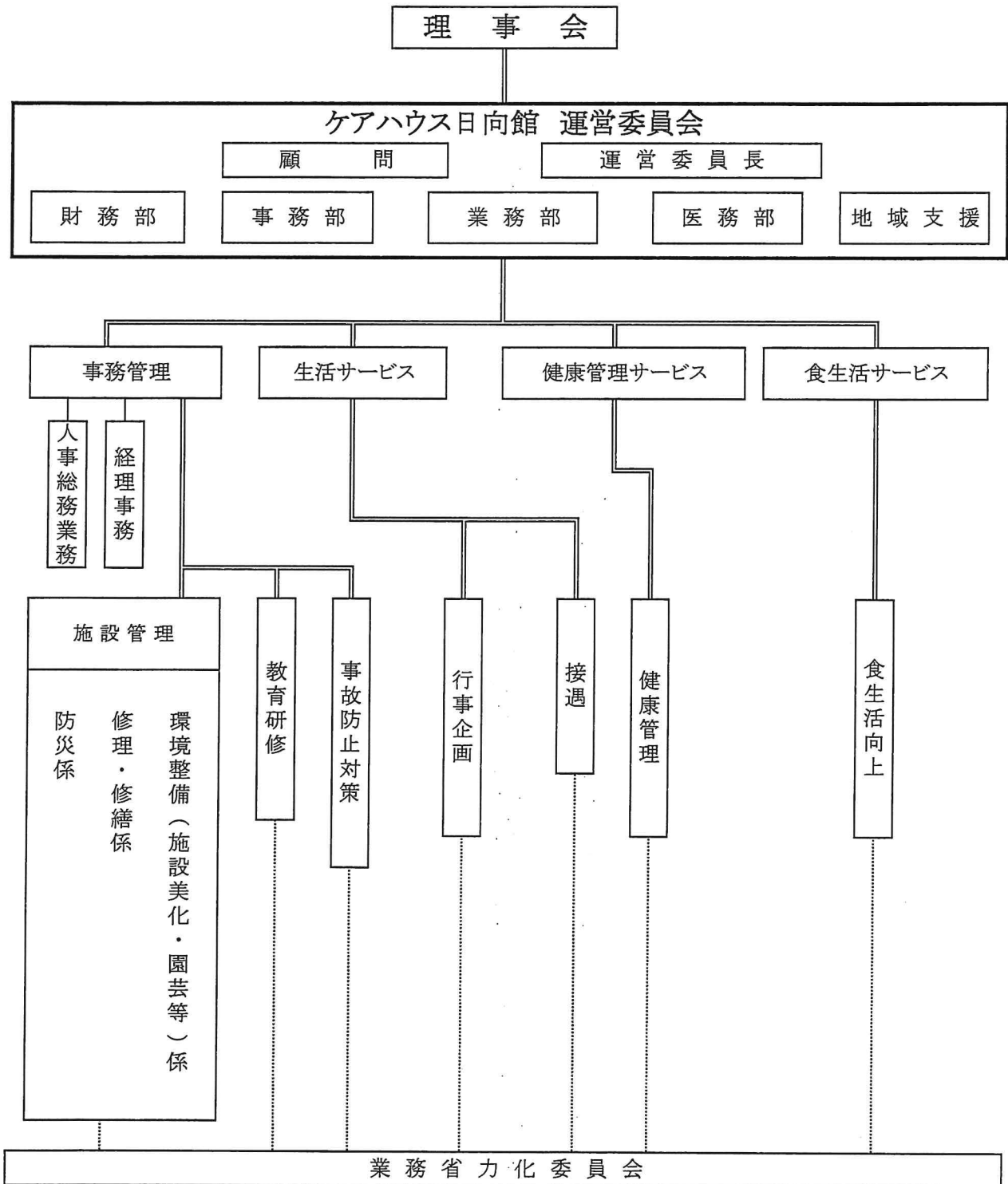
社会福祉施設としてセーフティーネットの役割を担っていくため、低所得者層の方々が介護サービスを利用しやすいよう法人減免措置等を通じて利用促進を図っていきます。

2019年度
事業計画書

(案)

社会福祉法人 丹の国福祉会
ケアハウス日向館

社会福祉法人 丹の国福祉会
(ケアハウス日向館 組織図)



運営目標

2019年度については、ご利用者の高齢化・身体状況の変化に対応すべく、①要介護度・身体状況に合ったサービス提供支援への取組み ②サービス提供支援における法人内他事業所との連携強化 ③認知症への対応 ④社会性の維持と生きがいについて取り組んでいく為、下記の具体的運営方針を定める。

運営方針

① 要介護度・身体状況に合ったサービスの提供支援への取組み

※ 高齢化に伴いADLの低下等、身体状況変化や認知能力の低下についてご家族への報告・連絡・相談を行います。必要に応じ新規要介護認定の相談や、介護支援専門員と連携して区分変更の相談や介護保険サービスの提供内容の再検討を行い、ヘルパーサービスや通所サービスの導入等、身体状況に合ったサービスを提供に繋げていきます。

ADLの重度化等によりケアハウスで受けられる介護保険サービスでは自立生活のフォローが難しくなった場合は身体状況に応じて、またご利用者・ご家族の希望も考慮し、老人保健施設あやべ、特別養護老人ホーム丹の国荘への入所照会及び支援を行う等、サービスが途切れる事の無いよう連携していきます。

② サービス提供支援における法人内他事業所との連携強化

※ 重度化に伴い老人保健施設あやべ、特別養護老人ホーム丹の国荘への施設移動については、身体状況と同時にご利用者・ご家族の希望も考慮し、法人内他事業所へスムーズに移動できる様、ご利用者情報の早期提供・共有等の連携強化に努めます。

③ 認知症ケア対応能力の向上

※ 認知症ケアや認知症予防に関する情報収集を行い、研修をしていきます。

※ 居室内・共用部において事故の可能性が予想される案件については、事前に察知及び改善できる様に気を配り、安全管理に努めます。

※ 認知症の一因になりうる居室の閉じこもりにならない様、積極的にイベント等には、参加して頂けるよう声掛けをし、社会性を維持していただける様にします。また認知症が故に行動を制限してしまう事が無いよう、ストレス無くお過ごし頂ける環境作りを行います。

※ 相談、声掛けにおいてはご利用者の声を注意深く伺い、精神的に不安を感じる事無く、安心して頂ける対応を心掛けます。

④ 社会性の維持と生きがい

※ ケアハウスの居室は、全て個室で自由に時間を過ごす事ができ、プライバシーが保たれている反面、目が届きにくく孤立しがちな面があります。趣味等に生きがいを持ってお過ごしの方もおられるが、引きこもり等で社会性を失う危険性もある為、普段から積極的に職員による声掛けをし、食事の時以外でもご利用者同士でコミュニケーションをとって頂けるようにします。また、傾聴ボランティアや歌のボランティアに参加して頂き、色々な方とのコミュニケーションを通して社会性の維持と生きがいを持って頂けるよう努めます。

昨年度に引き続き取り組むべき課題

① 法令遵守

老人福祉法に定義されるケアハウスの目的について理解し、かつ多くのご利用者が関わる介護保険法の法令についても、認識し事業遂行していきます。常に法令遵守の意識を持ち、適正な施設運営に臨んでいきます。

② 経費コスト削減推進

ケアハウスの施設収入は、国によって定められた利用料により、施設収入の上限が決まっている為、上限に近づけるべく空室を減らし、退居が決まれば早急に選考・入居交渉し、スムーズに居室稼働へと繋げていき、また新規入居希望者の開拓も行っていきます。ご利用者には迷惑をかけず、サービスの質の低下になる事無くコストを削減する為、コスト管理を徹底していきます。以下に削減対象となるものを挙げる。

1. 修繕コスト管理

当施設は平成10年12月に開設されており平成30年12月をもって20周年が経過した。26年度より館内照明にLEDを導入し、光熱費のコスト削減に努めています。居室内の設備についても同じく26年度にエアコン・照明器具の新型機入替を実施しているが、給湯器設備の老朽化が進行しており、ご利用者には利用年数に応じて負担割合を定めている。今後においても発生する補修について、ご利用者の環境面・安全面に配慮した上でコストを最小限に留めていくよう修繕内容と費用について内容確認をしっかりと行っていきます。

2. 消耗品の無駄削減・省エネ・コスト削減

光熱水費の削減については常に必要最小限の使用を心掛け、無駄な電気、水道等の使用を減らすよう常に意識して使用していきます。物品費については消耗具合を確認し、過剰在庫にならないよう在庫管理を行い、省エネ・コスト削減を推進していきます。

③ 人材育成 ー接遇能力の向上ー

接遇能力の向上は重要課題の一つであり、直接ご利用者に介護で携わる機会は少ないものの、相談業務や日常会話においても、ご利用者に与える印象によっては不愉快な事となり得ます。心を込めた接遇を心掛ける為、以下に人材育成研修の方向性を示します。

1. 接遇研修の充実（接遇マニュアル）

ー高齢者の心を学ぶー

より良い接遇を行うために、ご利用者にアンケートを実施し今後にかかしてまいります。普段から日常会話においても、ご利用者の考えを理解し、各々の性格等も考慮しつつ対応にあたります。

2. 外部研修の内部での有効活用

外部で研修を受けてきた職員は学んできた内容について、当施設内部向けに自身による研修報告書の作成を行い、研修に参加していない職員にも外部研修を還元していきます。

④ ボランティア受入

ーボランティア受入基本方針ー

ご利用者にとってボランティアの方々と接する事は一つの楽しみであり、気分の活性化を促すもので、地域に対して施設を開放し、地域の社会資源として運営の状況をよく知って頂くための機会でもあります。特に歌の会などは、ご利用者も直接参加出来る為、楽しみにされているご利用者も多い。また、傾聴ボランティアとのお話では施設外の情報を聞く事も多く、楽しみであると同時に良い刺激にもなっています。今後も当施設をご訪問頂けるボランティアとのお付き合いを大切にしていきます。

ーご利用者に地域社会との連帯感をお持ち頂くためにー

ケアハウスに入居される経緯として多いのは、体調不良等での入院や親族宅での療養を機に独居生活に不安を感じた、ご本人・ご家族が入居を希望される場合が多くなっています。申込の段階では入居に抵抗がある方もおられたが、見学や入居説明により、前向きに考えられる方がほとんどです。地域社会とご利用者との交流の機会が少なく、お互いの情報が少なかったのも原因の一つと考えられる。その意識を改善する為、ご利用者に閉塞感を与えないようボランティアを受け入れ、地域交流を進めていきます。

ーボランティアの受入ー

ボランティアの受入は、地域との交流を促進する意味において重要であるが、施設職員で提供させて頂く、イベント等とは違った楽しみを生活に添えられ、日々の生活のちょっとした変化で精神的な活性化となるものと考えています。今後においてもボランティア活動を継続したいと思っけるよう企画・調整を行い、スムーズに活動が行いやすいよう調整し、ボランティアとの信頼関係を築いていきます。

⑤ 苦情解決・管理体制の改善

苦情発生時の迅速対応を常とし、苦情に発展する前にご利用者の欲求や不満を察知し、解決に向けた提案や実現可能な限りで希望に沿う形で対応していきます。

1. ご利用者のご家族からの苦情・不満について積極的ヒアリング実施

生活相談員、介護職員が施設内巡回の時に、ご利用者・ご家族に積極的に声掛けを行い、コミュニケーションを通して生活の様子を確認し、その際に苦情・不満・悩み事をお伺いした場合は、施設長に報告を上げ、早急に複数の解決策を提示します。内容により早急な回答や解決策の提示が難しい場合はその理由をお伝えし、可能な限り早期の回答・解決策提示を行います。

2. アンケートの結果活用

年に1回アンケートを実施し、内容分析を行い、今後に活かしていきます。アンケートの構成は「たいへん満足」、「まあまあ満足」、「ふつう」、「あまり満足していない」、「不満である」の5段階の項目でご回答頂くものと、文章による回答のもの2種類を用意し、アンケートを行います。5段階回答については各段階の増減を比較し、「たいへん満足」が増えていくよう結果を踏まえて改善策を立てます。文章による回答のものについては、内容を分析し、改善の余地のあるものについては対策を検討していきます。

3. 介護支援専門員・居宅サービス事業所巡回

主に当施設をご利用頂いている、ご利用者の介護支援専門員や他事業所居宅に対し定期的に巡回し、一人一人のご利用状況および当施設の認識をお伝えすると共に、苦情・不満・悩み等が発生していないか確認します。苦情等がある場合には、内容を持ち帰り、早急に回答させていただきます。入居に関するご相談についても積極的に取り組んでいきます。

⑥ 感染症対策

毎日の訪室あるいは面談により体調伺いを実施して、体調不良の早期発見に努め必要に応じて受診の支援等を行います。感染症が疑われる場合は拡大防止の為、居室対応を行い、ご利用者・ご家族にご理解して頂きるよう努めます。治まれば早期に復帰して頂けるよう支援していき、多くのご利用者に迷惑をおかけしないよう感染症対策管理は怠ることなく実施していきます。

主な感染症対策

1. 感染症対策委員会による現況把握

インフルエンザ、ノロウイルス、胃腸カゼ、食中毒、疥癬

2. 厚生労働省や京都府発表、法人内各部署の情報、マスコミ報道、インターネット上の感染症情報源追跡等により時節ごとに応じた感染症管理

3. 感染症侵入時のマニュアルによる対応

⑦ 事故対策

想定される事故の危険性を可能な限り予見し、対策を検討・実施する事で事故防止に努めます。日々の生活状況により安全面を考慮し、介護保険サービスの必要性を感じる場合はご利用者・ご家族、介護支援専門員と相談・連携し、対策を検討・実施していく。事故発生時には、ご利用者の安全確認後、速やかに施設長やご家族に連絡を行い対応に当たります。

2019年度
事業計画書

(案)

社会福祉法人 丹の国福祉会
ヘルパーステーションあやべ西

事業計画書

目標：大きな介護保険制度の変革の流れを理解し対応します。

近年、大きな介護保険制度の改革に伴い、在宅サービスの重要性やサービスの質の向上が更に求められています。このような状況下を理解し、サービスの提供に努めていきます。

今後も、ご利用者が住み慣れた地域の中で、在宅生活が継続できるようサービスを提供させていただきます。

方針：上記目標を達成する為に、以下の点に注力していきます。

- ① ヘルパーとしての専門性を活かし、自立度や病状などの個別の事態に対応できるような介護を目指します

自らの役割を認識し、専門的な分野でヘルパーとしての任務を果たしていくことで、利用者の個々の暮らしを総合的に支えられるよう努力します。

具体策

利用者の自立に対する機能低下や向上への支援、病状に配慮した食事作り、身体面や心のケアを意識した援助の仕方を常に念頭に置き、見守り・サポートしていきます。

- ② 仕事の内容を省みます

日々の、利用者様お一人お一人に対する訪問内容について反省を行い、課題を把握し改善を行うことによって、サービスの質および職員の資質の向上を図ります。

具体策

利用者様から苦情を頂戴した場合は別途報告書を担当ヘルパーに記入してもらい、反省会を担当ヘルパー、サービス提供責任者、施設長で開催し問題点を把握、分析をし、改善策を提示し、全ヘルパーで情報共有し、二度と同じ過ちを繰り返さないようにします。

また、1件訪問した後、必ず仕事内容の振り返りを行い、一日の終わりには、1日の振り返りを行うように心がけ、次の支援への向上に繋げていきます。

③ 利用者様の変化に気づき、他職種との連携を図ります

利用者様の体調の変化に気を配り、観察していつもと違う様子を見つけ、他職種や家族との連携を図ります。

具体策

訪問時のあいさつの時、顔色を見たりや会話をし、いつもと違う変化があれば、ケアマネージャーをはじめ家族や介護に携わる関係者に連携をとりながら、業務に反映させていきます。

④ スキルアップのため職員の研修参加を促します

職員研修の案内がある場合、1年を通してできる限り参加できるよう調整します。

具体策

研修案内がある場合、一度には参加できないことが多いので、各自平均に参加できるよう順次予定表の調整を行っていきます。できる限り研修に参加し、各自のスキルアップを図ります。

⑤ 利用者様の自立支援に努めます

利用者様が自宅で快適な生活が送れるよう、利用者様の意思を尊重した上で、注意深く見守ります。

具体策

利用者様の食事・移動・排泄・入浴などにおいて、できることへの判断を敏感に感じ、ご本人ができることへの促しや声かけを行い、利用者様のADLの向上に繋がります。

上記の目標及び方針を通じて、利用者様の満足の向上を図り、良いヘルパーとして認められる事に価値を見出して日々の業務にあたっていきます。ひいては当事業所の価値の向上に繋がっていくと考えます。