

平成31年度事業計画

社会福祉法人阿吽会

特別養護老人ホーム穂の国荘

短期入所生活介護事業所穂の国荘

通所介護事業所デイサービスセンター穂の国荘

居宅介護支援事業所穂の国荘

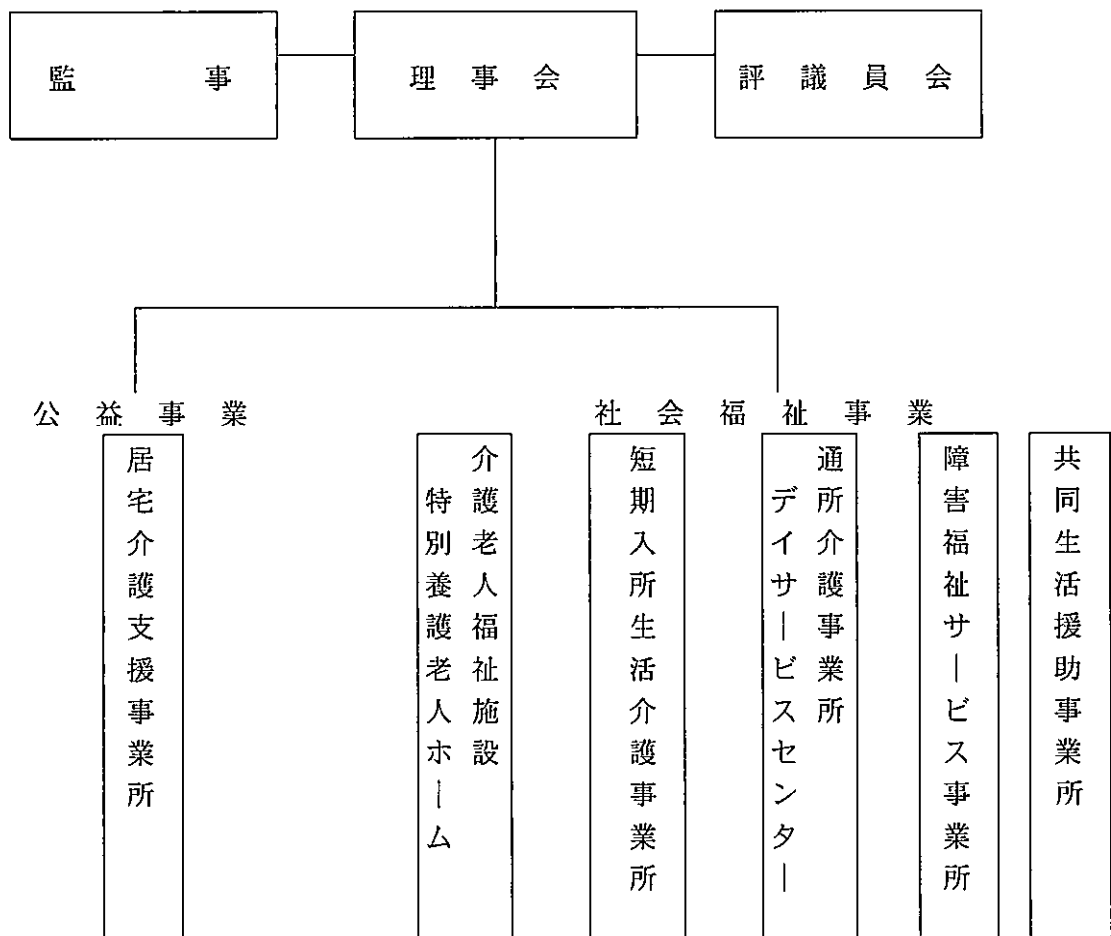
障害福祉サービス事業所ほのくに

共同生活援助事業所ほのくにホーム

1. 運 営 方 針

阿吽会は、多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者が個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援することを目的として、次の社会福祉事業を行う。

2. 運 営 組 織 図



3. 阿吽会職員配置

①特別養護老人ホーム穂の国荘・短期入所生活介護事業所穂の国荘 (定員：特養80名、短期20名)

項目	配置基準	現在員	内訳
管理者	1	1	デイサービス管理者兼務
生活相談員	1以上	3	常勤3名(特養介護支援専門員兼務1名、デイ相談員兼務1名)
介護支援専門員	1	2	常勤2名(特養生活相談員兼務1名)
看護職員	3以上	8	常勤7名
介護職員(看護職員)	34以上	34(8)	常勤30名(介護職員)
栄養士	1以上	1	常勤1名(管理栄養士1名)
機能訓練指導員	1以上	3	常勤3名(特養看護師兼務3名)
医師	必要数	1	
事務員	適当数	1	常勤1名

②通所介護事業所デイサービスセンター穂の国荘 (定員30名)

項目	配置基準	現在員	内訳
管理者	1	1	特養管理者兼務
生活相談員	1以上	4	常勤3名(デイ介護職員兼務3名 特養相談員兼務1名)
看護職員	1以上	4	常勤4名(デイ機能訓練指導員兼務3名)
機能訓練指導員	1以上	3	常勤4名(デイ看護職員兼務3名)
介護職員	4以上	7	常勤5名(デイ相談員兼務3名)

③居宅介護支援事業所穂の国荘 (介護支援専門員1名につき利用者数35名)

項目	配置基準	現在員	内訳
管理者	1	1	主任介護支援専門員兼務
介護支援専門員	1以上	4	常勤3名(主任介護支援専門員兼務1名)

④障害福祉サービス事業所ほのくに (定員：生活介護30名、就労継続支援B型10名)

項目	配置基準	現在員	内訳
管理者	1	1	ほのくにホーム管理者兼務
サービス管理責任者	1以上	1	常勤1名(生活介護、就労継続支援B型兼務)
生活支援員	7以上	12	常勤6名(ほのくにホーム支援員兼務2名)
看護職員	1以上	1	常勤1名(ほのくにホーム生活支援員・世話人兼務)
医師	必要数	1	
事務員	適当数	1	常勤1名

⑤共同生活援助事業所ほのくにホーム (定員：男性5名、女性5名)

項目	配置基準	現在員	内訳
管理者	1	1	ほのくに管理者兼務
サービス管理責任者	1以上	1	常勤1名(ほのくに支援員兼務)
生活支援員	1以上	3	常勤2名(ほのくに支援員兼務1名、看護師兼務1名)
世話人	1.4以上	9	常勤1名(ほのくに看護師勤務1名)

1. 基本方針

入所者一人ひとりが、主体性を持った個人として尊重され地域の中で生き生きとした生活が送られることを目指します。そして、施設での生活であっても特別ではなく、ごく普通の暮らしを基本に考え一緒に築き上げて行きます。また、福祉施設という本来の意義、役割を忘れず、困っている方々全てに対して救援・援助に積極的な姿勢を持ち、穂の国荘の理念である、「明るい笑顔」、「あたたかい手」、「やさしい心」を基本として地域の皆様から安心して利用していただける施設を目指して行きます。

① いきいきとした「自分らしい生活」を実現するための支援

入所者一人ひとりが「明るい笑顔」で過ごしていただけるように「できない」ことに注目した支援ではなく、「できる」こと「できる可能性」や「望む生活」への支援をすることによって、自らの生活を自らの意思で営むことができるようサポートして行きます。また、入所者の皆様それぞれの生活習慣、価値観を尊重し「自分らしい生活」を確立していただき、その実現に向かって支援して行きます。

② 安心して生活できる環境、雰囲気づくり

笑顔あふれるケアと、思いやりの心を持って、入所者の皆様の日々の生活の不安を軽減し、施設整備にも努め、明るく楽しい生活環境、雰囲気づくりを目指します。

③ 個々人のニーズを把握し、快適に生活ができるプランの実現

ケアプラン・栄養ケアマネジメント・機能訓練等により、個々のニーズをアセスメント（課題分析）し、実践・評価することで、個々人にあったプランの実践につなげ、より毎日が楽しく生きがいの持てる生活ができるよう支援して行きます。

④ サービスマナーの向上

グループ共通の理念である3S（親切・清潔・スマート）を基本とし、穂の国荘の理念である「明るい笑顔」「あたたかい手」「やさしい心」を常に持ち笑顔で接し、思いやりの心を忘れないように努めます。サービスの向上は介護の質を高め、入所者の皆様に満足をもたらすということを一人ひとりが自覚し、これにあたります。

⑤ 的確な入所相談業務に努める

通り一遍の事務的な対応でなく、常に相手の立場に立った姿勢で相談業務に当たります。たとえ早期の入所が困難であっても、その時点で最適なサービスを一緒に考えながら業務にあたり、相談者が納得し安心していただけるように心がけます。

⑥ 地域社会との交流の推進とボランティアの受け入れ

地域に開かれた施設として、積極的に地域との交流を深めていくとともに、地域の皆様が安心して生活できるように福祉の拠点としての役割を担って行きます。また、ボランティアの受け入れも積極的に行い日常生活の活性化を図ります。

⑦ 災害時における施設の役割

災害時には豊川市と連携をとり、地域の皆様の安全確保と精神的負担を軽減できるような役割を施設として担って行きます。

⑧ 情報開示による情報の透明性

情報のオープン化を図り、いつでも誰でも情報の閲覧ができるような体制づくりをすすめて行きます。また、地域等外部からの開示要請にも積極的に行い、当施設への理解を深めていただける努力をして行きます。

⑨ コスト意識を持ち、無駄をなくす

職員一人ひとりが常にコスト意識やエネルギー節約の意識を持ち、無駄な消費をなくすよう改善し、施設を少しでも良い状態に保てるよう努めて行きます。

⑩ 退所から新規入所受け入れに伴うスムーズな対応

退所されてから新規入所者を受け入れるにあたり、ご家族への説明や準備等で、ある程度の期間が必要になってきますが、事前に上位者の意向を確認しながら、スムーズに入所してもらえるように努めて行きます。

⑪ 実習生の受け入れ

福祉の人材育成は福祉施設の重要な役割であると認識し、大学及び専門学校等の実習を積極的に受け入れ人材育成に努めます。

2. 重点目標

① 入所者の重度化に伴うケアの充実

原則要介護3以上の方が入所対象者となっており在宅での生活が困難な方々が入所対象者となっています。入所される方々も高齢であり要介護度が上がるにつれ医療的ケアの必要性が高くなります。施設生活の中で医療的ケアが高い状態になることも多くあり、介護と医療が連携を行いながら入所者の方々が安心して生活を継続できるような体制作りを目指して行きます。たとえどのような状態・状況になってもご本人やご家族が心穏やかに生活をしていただけるよう支援を目指して行きます。

② ケアプランに基づいた生活支援

入所者の皆様それぞれに対して身体機能的要因・心理的要因・社会環境的要因等をアセスメント(課題分析)し、その方にあった介護計画を作成し実施します。

多職種連携・協働で定期的に見直しされるカンファレンスにおいて、「何を望んでいるのか」「今よりも楽しい生活とは何か」と常に入所者の方々の立場になって検討して行きます。

③ 身体拘束廃止の取り組み

原則として身体拘束のない介護の提供を行いますが、生命の危険性があると判断された場合にのみ、ご家族の同意により緊急一時的な対応を取ります。一時的に行われた場合であっても、経過観察・話し合いを行いながら適切な対応を検討し、身体拘束廃止に向けた取り組みをします。また、身体拘束等の適正化の為の対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図り、身体拘束についての研修を行うことでケアの質を高めます。

④ 栄養ケアマネジメントの実施

人間の基本的欲求である「食べる楽しみ」を重視し「食べる」ことによって低栄養状態を改善・予防します。一人ひとりの食事の能力に応じて栄養補給方法や栄養相談などを配慮した栄養計画を作成し、定期的に評価することにより低栄養状態の早期発見・早期改善を行い健康維持に努めて行きます。

④ 「終の棲家」としての役割

入所者の高齢化・重度化とともに、施設で最後を迎える方が増える中、ご家族からの「最期は穂の国荘で」とのニーズが増加傾向にあります。入所者ご本人が住み慣れた環境で安心して、終末期を迎えられるよう環境を整え、ご本人・ご家族が希望する看取りケア、ターミナルケアを多職種連携・協働で努めます。

⑥ 迅速な苦情処理

入所者の皆様の声には常に耳を傾け、苦情に対しては迅速に対応し、快適な生活を送っていただけるように努めます。

⑦ 職員研修の充実

職員一人ひとりに必要な知識・技術が修得できるよう下記内容等における施設内外の研修に参加する機会を提供し、より専門性を高め、資質の向上に努めます。

- ・グループ研修(拡大研修)への参加、呼びかけ
- ・グループ外研修参加の機会を提供
- ・若手職員研修の実施と内容の充実化
- ・中堅職員の計画的な職場研修の実施
- ・喀痰吸引等の研修

⑧ 施設設備の整備

施設設備更新の計画実施を行い、入所者の方の安全安心を確保し、より良い環境作りに努めます。

● 栄養士

栄養ケア・マネジメントは、入所している利用者に対して、食べ物の嗜好や、かんだり、飲み込んだりといった食事の能力に応じて、ひとりひとりのプログラムをつくることにより栄養管理を行うことです。低栄養状態は、身長や体重、食事の摂取量を基に、低・中・高リスクに区分し、栄養補給方法や栄養相談などの栄養ケア計画を作り、それを実施します。体重は1か月ごとに測り、リスクによって異なりますが、ほぼ3か月ごとに栄養状態チェックを行い、必要な場合には栄養ケア計画を見直します。

また、栄養管理だけでなく、献立の面においても、利用者に喜んでいただけるように努力いたします。

① 栄養ケア・マネジメントの実施

人間の基本的欲求である「食べる楽しみ」を重視し、「食べる」ことによって低栄養を改善・予防します。そのために、多職種協働により、ひとりひとりの食事の能力に応じて栄養補給方法や栄養相談など栄養計画を作成し、定期的に評価して、低栄養状態を早期発見・早期改善を行って健康維持に努めていきます。

② 楽しみにつながる献立づくり

旬の食材を使用して、季節感をあじわっていただきます。

また、季節の行事を意識した献立や、イベント食（年に2回）を取り入れることにより、日常生活のアクセントになるよう、変化のある献立づくりを目指します。

③ 家庭を意識した食事づくり

生活の場であることを意識し、適温の食事の提供を心がけるとともに、どう調理すれば、おいしく食べていただけるかを工夫しながら、少しでも家庭の食事に近づけるように努めます。

④ 衛生管理の徹底

「大量調理施設衛生管理マニュアル」に基づいて衛生管理を行い、食に起因する事故を起こさないように、新鮮で安全な食材を仕入れ、安心できる食事を提供します。

●介護職員

穂の国荘では利用者の重度化が進み、3大介護（入浴、排泄、食事）においてもソフト、ハード面で見直しをして行かなければなりません。入所者一人ひとりがその人らしい生活ができるように、今年度は、今一度基本に戻り、介護職員の専門性を高め、業務の見直しを行い、安全安心の居住環境を推進して行きます。具体的には委員会活動を中心に他職種と連携を取りながら業務を行います。

（1）日常生活ケア

・食事

- ① 各フロアにて、居室配膳や自力摂取の難しい方への介助など、利用者様に合わせた対応を考え、限られた人員で最大限の食事介助をして行きます。
- ② 車椅子使用の方が増え、デイルームのスペースが狭くなっています、スペースを確保するため、食事席、テーブル配置等を随時見直し、より良い環境にして行くための改善案を検討して行きます。
- ③ 各利用者様の食事形態や介助方法等、適切な食事が提供できるよう、委員会、担当、多職種で共同し検討して行きます。

・排泄

- ① 排泄マニュアルに沿って、職員による排泄介助の質の差なくし、プライバシーの配慮と一定のレベルでの排泄介助が提供できるよう努めて行きます。随時マニュアルの見直し、検討を行って行きます。
- ② トイレ誘導可能な利用者様が各フロア増加しています。心身の状況に合わせ個別に対応することも検討し、トイレでの排泄が維持できるよう努めます。
- ③ 皮膚トラブル改善の為、泡洗浄を取り入れ陰洗業務の質の向上を行います。

・入浴

- ① 安全に入浴して頂けるよう浴室、脱衣場での業務、事故対策を見直しマニュアルの改善をして行きます。
- ② 入浴介助の人員により、適切な入浴予定を組み、利用者様が週2回以上入浴できるよう努めて行きます。

(2) 各委員会活動

排泄改善委員会・入浴改善委員会・食事改善委員会・生活改善委員会等の委員会活動は各委員会の中で最善の介護について話し合いを持ち、内容の充実をはかり介護のロスを削減し無駄を無くして行きます。

① 排泄改善委員会

入所者の様々な思い・習慣を出来るだけ尊重し、高齢・障害で自分の思いが出来なくなる部分を少しでも軽減できるように利用者と考え排泄介護の取り組みを行い、今までの生活習慣に近い排泄動作を支援して行きます。

利用者一人ひとりにあった排泄備品を使用し、できる限りプライバシーの保護に努め、羞恥心や負担が少ないような回数や時間などを心がけ、臀部等のスキントラブルにも注意を払います。

② 食事改善委員会

入所者の食事をする環境づくりを色々な角度から考える。

栄養チェックは栄養ケアマネジメントを中心に行い、食事の咀嚼・嚥下する行為がスムーズになるような取り組みを考え食生活の充実を図ります。

入所者一人ひとりの状況（要介助、人間関係など）にあった、食事環境の提供に心がけ、ゆとりあるフロアの食事スペース確保や居室配膳という小規模対応を実施して行きます。

③ 入浴改善委員会

入浴の効果と安全な入浴の方法を行うことで、入所者の希望に沿った入浴を提供することを考え、あらゆる入浴場面における自立支援を実施出来る取り組みを行います。マンツーマン入浴を心がけ、入所者一人ひとりの身体状況や嗜好（入浴時間、回数）に沿った入浴の提供を実施して行きます。

④ 生活改善委員会

フロアの生活環境を整備し、毎日が楽しく快適に過ごしていただけるようサポートさせていただきます。また、入所者の生活空間であるフロアの安心、安全を確保するため、環境整備を実施して行きます。

介護実習受入計画表(予定)

学校名	期間		内容
宝陵高校福祉科1年	11月12日	11月15日	デイ介護実習
〃	11月19日	11月22日	〃
宝陵高校福祉科2年	6月10日	6月14日	〃
〃	7月22日	7月26日	〃
宝陵高校福祉科2年	11月11日	11月15日	特養介護実習
〃	11月18日	11月22日	〃
宝陵高校福祉科3年	6月3日	6月7日	〃
〃	6月10日	6月14日	〃
〃	7月22日	7月26日	〃
〃	7月29日	8月2日	〃
宝陵高校専攻科2年	9月4日	9月6日	特養臨地実習
〃	9月17日	9月19日	〃
〃	9月20日	9月25日	〃
〃	9月30日	10月2日	〃
〃	10月4日	10月8日	〃
〃	10月23日	10月25日	〃
〃	10月31日	11月5日	〃
〃	11月6日	11月8日	〃
〃	11月11日	11月13日	〃
中部福祉保育医療専門学校2年	8月12日	9月6日	特養介護実習
中部福祉保育医療専門学校1年	2月3日	2月21日	〃
〃	2月19日	2月29日	〃

宝陵高校専攻科実習は特養2F・特養3F・デイサービスで各1日ずつ3日間の実習。

* 上記以外に実習契約をしている学校

◎ 宝陵高校本宮校舎(豊川養護学校)

◎ 豊橋創造大学短期大学部

* その他実習

◎ 一宮中学校職場体験学習

月別行事予定表

月	内 容	月	内 容
4月	桜花見	12月	クリスマス会
	開設記念食事会		餅つき大会 & カラオケ(特養・西部保育園合同)
5月	端午の節句	1月	お雑煮
	レクリエーション大会(特養・西部保育園合同)		初詣(豊川稲荷)
6月	菖蒲園見学(賀茂菖蒲園)	2月	節分祭
	芋のつるさし(特養・西部保育園合同)	3月	ひな祭り
7月	七夕会		防災訓練(特養合同)
	穂の国荘 夏祭り	<p>* 定例の行事</p> <p>誕生会(プレゼント贈呈)</p> <p>体重測定(年3回)</p> <p>* クラブ活動</p> <p>ちぎり絵(毎月)、手芸(隔月)</p> <p>* 定期ボランティア</p> <p>傾聴(毎月)、山口マジック(隔月)</p> <p>ハンドマッサージ(月2回)、メイク(毎月)</p>	
8月	流しそうめん		
	納涼祭		
9月	敬老祝賀会		
	西部保育園敬老慰問(特養合同)		
	防災訓練(特養合同)		
10月	芋掘り(特養・西部保育園合同)		
11月	秋の外出		

① 入所稼働率目標90%以上の実現

利用者、ご家族の要望を把握し、サービスの質の向上、ご利用者満足度のアップに努めます。

特養入所待機者の増加に伴い、その暫定策としての長期利用希望者が増加しています。しかし、長期利用者が特養入所等となった場合の稼働率へのリスクは多大です。そのため、介護支援専門員等関連機関との連携強化により、空室の迅速な対応につなげていき、また、短期入所サービスの空室状況の情報を積極的に提示し、新規利用者の開拓、確保に努め利用実人数の増加を図ります。

② 特養空床利用の積極的活用

特養での入院や退所から新規入所に至るまでの間など、長期間空いた部屋をショートステイとして活用し、利用者の様々なニーズに応じて行きます。

③ 緊急時の対応強化

短期入所サービス本来の目的でもある緊急時の対応も積極的に対応します。介護支援専門員との連携を密にし、利用者はもとより、ご家族にとっても安心のできるサービスを心がけます。そのために、介護疲れ・介護者の入院・冠婚葬祭・旅行等の際に安心してサービスを受けられる体制をつくります。

④ 安心して生活できる環境づくり

利用中、環境の変化による不安や緊張から、心身に変調をきたすことも充分予想されるため、安心感を持っていただけるような対応と心身の状態の観察には注意を払い、適切な援助により安心して生活が送れるように配慮をします。

また、利用中にはサービス計画書を作成し説明をすることにより、利用者、ご家族の不安を取り除いて行きます。

⑤ 入退所の事務等の円滑化

初回のご利用については、各事業者・他職種との連携を密にし、事前に面接等により調査を行い、ご利用者およびご家族の状況について把握します。

利用者及びご家族に安心して利用していただけるように、サービスの説明を十分に行います。また、退所時には利用中の状況、サービス実施内容、状態の変化等、ご家族に分かりやすく文書にて報告して行きます。

入退所時の簡素化等、業務の改善を推進し、利用者及びご家族への負担を少なくするとともに、業務軽減分を利用者へのサービス向上へとつなげていくよう努めます。

⑥ 健康管理

心身の状況観察とバイタルチェック等により、異変の早期発見と疾病の予防に努めます。また緊急時には応急処置および医療機関、ご家族との連携を図りながら迅速に対応して行きます。

高齢者の多くが、たとえ要介護状態等になったとしても、住み慣れた自宅や地域での生活が継続でき、また、可能な限り自分のことは自分で行いたいという自立した日常生活を望まれています。その思いに応えるため、サービスの役割である「心身機能の維持向上及び健康管理」、「利用者の方々の社会的孤立感の解消」、「安心・安全な入浴の提供」、「行事やレクリエーション等を通して、利用者への活動意欲の提供」、「ご家族の方々の身体的・精神的な介護負担の軽減」等を念頭に置き在宅生活を支えさせていただきます。

要支援状態の利用者に対しては、介護予防やリハビリテーションを評価し、現状の心身機能をできるかぎり維持向上して行けるようにサービスを提供させていただきます。

通所介護においては引き続き中重度者、認知症ケアの必要な方への対応をさせて頂き、継続して行きます。機能訓練においても心身機能の維持向上への評価など、より専門性の高いサービスの提供や医療、介護、予防等を含めた多職種との連携を実施して行きます。

介護保険の基本理念「個人の尊厳の保持」、「在存能力の活用」を常に念頭におき、利用者を始めとする地域の方々からも理解と信頼を得られるよう努めて参ります。

そして、これからは地域共生社会の実現に向けた取り組みも必要です。既存の枠組みに捉われない独自のサービスを構築し、地域の方々が生み慣れた場所で安心して暮らして行けるように環境を整えサービス提供をさせていただきます。

(1) 継続的な個別ケアへの取り組み

① 通所介護計画は、居宅介護サービス計画に基づき、アセスメントを行い、個々の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成します。サービスの提供期間中にはモニタリング等により利用状況を把握し、介護支援専門員との連携を図り、必要に応じて計画の見直しや変更を行います。

② 個別機能訓練（運動機能の向上）計画は利用者の自立の支援と、日常生活の充実に資する事を目的として、適切な機能訓練を計画します。

また、3ヶ月に1回以上は利用者の居宅を訪問させて頂き、内容や計画の進捗状況等を家族に説明し見直しを実施していきます。

機能訓練の実施にあたっては内容により個別やグループ別の対応を行います。機能低下の原因を理解し、必要な訓練が適切に提供でき、残された機能を最大限に活かせるよう配慮しながら参加できるように配慮します。

③認知症ケアの実施

認知症の利用者の今までの歩みを踏まえ、表情の変化や、特徴を理解し細やかな観察を十分に行い、利用者のペースに合わせ、落ち着いた、安心できる雰囲気を作り、笑顔で利用して頂ける様に努めます。

また、レクリエーション活動や音楽療法、身体機能低下防止のため軽度の運動も含めたプログラムを実施します。

④要支援者の自立支援

利用者に対して、日常生活の様々な活動の自立度の向上を重視した個別のプログラムの作成と自立に向けての支援を行います。

(2) 利用者主体の事業所づくり

利用者の多種多様なニーズに応え、求められるサービスが確実に提供できる様、継続的に見直し改善しています。

また、豊富なレクリエーション等を提供し、利用者の方々にとって利用する事が楽しいと感じられる事業所づくりに心がけ、利用者の拡大につなげます。

(3) 事故防止と迅速な苦情処理

利用者の意思及び人格を尊重し、事故防止に努め、利用者の立場に立ったサービスを提供します。また、苦情・相談及び要望に関しては真摯な態度で受け止め迅速かつ適切に対応します。

(4) 健康管理

心身の状況を観察、健康チェック等により異変の早期発見と疾病の予防に努めます。また、緊急時には医療機関、ご家族との連携を図り迅速に対応します。

(5) ご家族に対する支援

安心して在宅生活が維持できるよう、ご家族と密に連絡を取り信頼関係を築き、話し合う機会をつくるよう努めます。

また、利用者のご家族の日常生活についての相談を受けるとともに、必要に応じ家庭等に訪問し環境把握に努めます。

(6) 職員の資質向上

サービスの質の向上を図るため、研修等に参加し介護保険制度、福祉制度、高齢者心理等の専門的な知識を習得します。また、研修で得た知識・情報等を他職員に伝達し職員全体の資質向上に努めます。

(7) 関係機関との連携

介護支援専門員、地域の関係機関との連携・協力を努め、サービス提供時得られた利用者、ご家族の情報を介護支援専門員等へ提供し情報を共有します。

(1) 居宅介護支援の方針

介護保険の基本理念である「自己決定の尊厳」「その人らしい生活の継続」及び「自立支援」を基本とし、たとえ一人暮らしになっても、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けて頂けるように支援して行きます。

また、常に利用者の意向を踏まえ、自立支援に向けた居宅サービス計画を作成し、そのプランに従ってサービスが提供されるよう多種多様の事業者と調整しながら、在宅での生活が継続できるよう支援して行きます。

①利用者の尊厳を守る

居宅介護支援の提供にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその方の立場に立ち、思いを引き出し、納得のいくサービスが提供できるよう支援して行きます。また、利用者に提供されるサービス等が特定のサービス事業者に偏ることがないように公正中立な立場に立って支援して行きます。

②在宅生活継続への支援

要介護状態等、どのような状態になってもその利用者が可能な限り、在宅において、個人の有する能力に応じ、自立した日常生活を自らの意思で営むことができるよう支援して行きます。

③在宅における医療機関との連携

利用者の心身状況、置かれている環境に応じてその方の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所から総合的かつ効果的に提供されるよう支援して行きます。

また、在宅において継続的に医療を受けている医療ニーズが高い利用者においては、医療機関との連携を密にし、きめ細かくサービスの提供ができるよう支援して行きます。

(2) 重点目標

たとえどのような状態になっても、住み慣れた地域で誰もが安心して心豊かに、自分らしい生活を続けられるような基盤・システムの実現に向け、地域で確立して行くことが求められています。この基盤こそが地域包括ケアシステムであり、構築して行くために医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携されることが必要となります。

東三河広域連合や社会福祉協議会等と連携し、地域の皆様が安心して生活して頂けるよう他職種協働のもと、地域包括ケアシステム構築にむけて取り組んで行きます。

(3) ケアマネジメントの充実

①アセスメント（課題分析）

利用者はもちろん、介護者の意向状況を把握し、解決すべき課題や生活動作等に対する可能性を分析し、それらに基づく目標を導き出します。

②居宅サービス計画の作成

利用者の希望や課題分析の結果により効果的な支援を行うため、継続的、計画的な居宅サービスの利用を考え、居宅サービス計画を作成します。そのため当該地域における居宅サービスの体制を把握し連携を密にします。居宅サービス計画には、具体的な目標を示して行きます。

また、利用者ご自身によるサービスの選択が行えるよう、適正な情報提供を行い、支給限度額や費用負担額を考慮した居宅サービス計画を作成し、同意を得ます。

③サービス担当者会議

利用者及び介護者、サービス提供事業所等が参加することにより、生活への要望や課題を直接会って確認することで、関係者全員が共有できるとともに、自立支援に向けて一緒に取り組んで行きます。

④モニタリング（サービス実施状況の把握及び評価）

モニタリングは、利用者に対する継続的なアセスメントです。その際は、利用者や介護者の要望や苦情を口に出して頂けるような関係を築いていくとともに、サービスの実施状況も確認します。

⑤居宅サービス計画の見直し

モニタリングの結果からケアプランの変更の必要性が生じたら、その内容を確認し、利用者状態の変化及びニーズを把握し再アセスメントを行い、居宅サービス計画を見直し作成し、再度同意を得ます。

⑥主治医との連携

主治医との連携により身体状況の悪化を予防します。必要に応じて入退院、入退所時の情報交換を行い、居宅サービス計画の変更等を行います。

⑦関係機関との連携と協働

事業の運営にあたり、東三河広域連合、各市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅支援事業所、介護サービス事業所等との連携に努めます。

⑧地域包括ケアシステムの構築に向けて

個々の介護支援専門員の自立支援に向けた適切なケアマネジメントの実践が必要であり、多種多様な社会資源のコーディネートやネットワークを構築した地域づくりが不可欠となります。情報収集や課題整理もさることながら、ご本人の持つ強みや地域の資源などを引き出し、チームマネジメントに繋げることが求められます。また、主任介護支援専門員は地域に求められているサービスを掘り起し、発信する役割もあります。

(4) その他の業務内容

- ・ 要介護更新時の申請援助
- ・ 実績管理
- ・ 給付管理票の作成と国保連への請求業務
- ・ 各種研修会への参加及び、研修会の企画運営

(5) 介護支援専門員の資質・専門性の向上

①専門知識及び技術の向上

専門職としての業務を的確に行えるよう内・外部の研修に参加し、資質向上に努めます。また、介護支援専門員としての資格保持のため、法令で定められた更新研修を受講します。

②不満や苦情に対して、迅速かつ適切な対応

受付時の対応について、相手の立場に立ち不快感を与えないように対応します。

③個人情報の取り扱い

言動や行動に注意し秘密保持厳守に努めます。

④困難ケースへの取り組み

どのようなケースであれ積極的に受け入れる姿勢を持ち、情報を共有することで事業所全体で依頼ケースの検討をし、ケアに取り組みます。

⑤メンタルヘルスケア

日々過酷な感情労働に携わる職種であることから、ストレスによるバーンアウトを引き起こさないよう心身の健康管理には十分配慮し、明るく笑顔の絶えない職場づくりを心がけて行きます。

(6) 介護サービス情報の公表

介護サービス事業所やサービス内容の選択を支援する仕組みとしてインターネット上の情報公開やホームページに最新の情報を掲載することにより、利用者、介護者をはじめ、いつでも誰でも自由に入手できるよう整備し、随時更新して行きます。

(7) 後進の育成

介護支援専門員実務研修において、居宅介護支援事業所で行う「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習（概ね3日間程度）」が平成29年度から改定されました。

実習内容として、介護支援専門員が行う一連のケアマネジメントプロセスを同行・見学し経験することで、実践にあたっての留意点や今後の学習課題等を認識することを目的として実習を行います。

特定事業所の加算要項の一つに「実習生の受け入れが出来る事」があります。その要項を満たすためにも、新しく資格を取得した介護支援専門員の実習生受け入れを行います。

(8) 居宅介護支援費、各種加算の取得について

現在、穂の国荘居宅介護支援事業所は、

- ・居宅介護支援費（1）
- ・特定事業所加算 Ⅲ を算定させていただいています。

法令で定められた基準を遵守し、利用者への援助が適切かつ円滑に提供できるように、医療連携等の加算に繋がる業務も積極的に行います。

居宅介護支援は様々な関係者との連携を必要とされます。ICT等の活用で多職種との連携を強化し、居宅介護支援以外の制度も熟知し、地域と共生していくために、時代の波に乗り遅れないようにアンテナを張り業務にあたります。

はじめに

異なる障害を持つ方たちが一緒に生活をする中、利用者個々人の課題が浮き彫りになってきています。個人が地域と適切に関わる難しさもあります。その課題を克服し、利用者それぞれが戸惑うことなく穏やかに淡々と生活できることを目指します。そのために常に統一した声かけと支援ができるよう心掛けていきます。毎日支援者が変わるので、情報共有はもっとも重要です。細かく正確に日常の個人の様子が共有できるように努めます。日中活動の場とホームでの様子が異なることも多く、事業所との連絡も密にしていきます。

人権擁護の観点からは、グループホームは入所施設の次に虐待が多いという全国調査の結果があります。理由としては世話人が一人に対応する場面が多いためですが、ほのくにホームは週5日は二人体制のため、いつでも相談しながら支援ができるので統一した支援と速やかな対応に生かされると考えています。利用者も家族も年を重ねていくので、週末や祝日の利用の仕方を検討し、家族の協力も得ながら利用日数の増加を考えていきます。

1. 基本方針

障害者が共同して生活を営むことを通じ、精神、経済、生活面で親兄弟等から自立し、また、個人の能力を生かしながら地域生活との接点を持ち、人として豊かに日常生活を送ることができるよう支援します。

従事者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って支援を行います。支援の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、他施設及び事業所、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的な支援に努めます。

2. 職員体制

- ・管理者 (常勤：ほのくに施設長兼務) 1名
- ・サービス管理責任者 (常勤：ほのくに支援員兼務) 1名
- ・生活支援員 (常勤：世話人・ほのくに看護師業務兼務1名、ほのくに支援員兼務1名、ほのくに事務員兼務1名) 3名
- ・世話人 (非常勤) 9名 (支援員兼務1名)

3. 事業内容

(1) 利用定員

- ・ほのくにホームA棟 (男性5名)
- ・ほのくにホームB棟 (女性5名)

(2) サービス内容

- ・個別支援計画の作成
 - ・アセスメントを行い、その利用者の状況や希望に応じた支援計画を作成します。
 - ・定期的 (6か月ごと) にモニタリングを行い、利用者のニーズの変化に対応します。
- ・利用者に対する相談支援
 - ・身の周りに関する悩み、入居者同士のトラブル、精神面での相談など日常生活上起こりうる事柄に対し相談支援を行います。また各種申請やサービス利用などに関わる支援も行います。
- ・食事の提供
 - ・栄養バランスに配慮し、朝・夕の食事を提供します。
- ・入浴、排せつ、食事の介助
 - ・自分で行えることは自分で行うように促しながら、介助や支援が必要な場合は個別に行います。

- ・健康管理に関する支援
 - ・毎朝の検温・排便チェックを含め、健康管理に留意します。
- ・金銭管理に関する支援
 - ・必要に応じて行います。
- ・余暇活動の支援
 - ・個人のニーズに応じて余暇を充実できるよう、レク活動や外出、外食などを支援します。
- ・緊急時の対応
 - ・利用者の容態に急変があった場合は速やかに家族へ連絡をし、必要な場合は協力医療機関にて処置を講じます。
- ・職場、他の障害福祉サービス事業者等との連絡調整
 - ・日中活動の場である事業所、個別の相談員との連携を密に行い、入居者の支援がスムーズに行えるようにします。変化があればすぐに連絡します。
- ・その他の必要な介護、支援、家事、相談、助言
 - ・入居者の希望に沿った細かな支援を心掛けます。
 - ・近隣の住民、学校、事業所、店舗とも必要に応じ情報交換を行い、地域の中で利用者が適切に生活が営めるようにします。

(3) 日課表

時間	入居者	世話人
6:45	起床・整容	出勤、朝食準備、宿直者退勤
7:00	朝食	
	歯磨きなど	朝食片づけ、身支度支援、掃除
9:00	出勤	入居者出勤見送り・記録 9:45退勤
15:30		出勤、トイレ掃除、入浴準備
16:00	帰宅	帰宅受け入れ
	洗濯物片付け・入浴	夕食準備、入居者対応
18:00	夕食	夕食
	入浴・自由時間	夕食片づけ、入居者対応、記録
20:00	水分補給	お茶など準備 20:30退勤
21:00		宿直者出勤
22:00	就寝	

(4) 非常災害対策

具体的な非常災害対策計画を立て、非常災害に備えるために定期的に避難、救出、その他必要な訓練（年2回）を行うとともに、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設置します。

(5) 苦情解決

利用者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、苦情を受け付けるための窓口を設置し、市町村等から指導または助言を受けたときは、必要な改善を行います。

(6) 職員研修の実施

利用者に対し適切なサービスの提供ができるよう、人権の擁護、虐待の防止等に努め、従事者の資質向上のために研修を実施します。

豊川市グループホーム連絡会（隔月1回）に参加し、各グループホームの状況を知ると共に情報交換に努めます。

(7) その他

各人の誕生日のお祝いや外食、季節の行事などを随時実施します。