

国においては、人口構造の大きな変化として、いわゆる団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）に達することで、年金、医療、介護などの社会保障の必要性が急増する2025問題を直近の課題として対応を進めてきました。これに加えて近年では、いわゆる団塊ジュニア世代が後期高齢者になる2040年問題がクローズアップされ、現役世代が急減する「少子高齢・人口減少社会」への対応が強く求められています。

社会福祉分野においても、地域の衰退、家族機能のさらなる脆弱化等により地域生活課題がさらに多様化・複雑化されることが想定されるなか、それぞれの社会福祉法人が地域におけるセーフティネットとしての役割を十分に発揮し、地域に根差した事業を展開することが重要となります。特に、地域生活課題に対しては、社会福祉事業の範囲や役割・機能を再検討して対応をすすめるとともに、公的なサービスや社会福祉事業では対応できない制度の狭間にある課題への対応や、生活支援に必要な様々な分野との連携・協働のもと、高齢者、障害者、子ども、そして世帯を視点に、包括的に支援する体制が重要となります。まさに地域共生社会の実現を主導する役割が求められる。

今後の事業展開においては、多角化・多機能化などの自律的な経営基盤を確立・強化することを基本に、地域特性に応じた福祉ニーズの相違などを十分に踏まえ、サルス会が地域のセーフティネットとしての役割を担い続ける方策を検討し、未来志向で事業を展開していく。

人材の確保についても、多様な人材が働きやすく、やりがいをもって働き続けられる職場環境づくりに努めていくとともに、社会や地域住民に対するPR活動にも積極的に取り組み、日々の実践や法人の取組、福祉の仕事の魅力を“見せる化”し、関心と理解につなげていく。

また、限られた社会資源の中で、効率的かつより質の高い福祉サービスを提供するために、業務効率化やICT、ロボット、AI、IoT等の活用などの業務改善に取り組むとともに、多職種の連携・協働のもと、生産性を向上させていく。

I 経営に対する基本姿勢

行動指針1 経営者としての役割

社会福祉法人の経営者は、リーダーシップを発揮、を実践するとともに地域の生活課題や福祉ニーズに対して素早く対応します。また、中長期的な視点から福祉に従事する者（現役世代）の減少に伴い、現在より人手不足の深刻度を増すことが予想される中、業務の価値を高めるために生産性の向上に努めます。

行動指針2 組織統治（ガバナンス）の強化

地域住民の負託に応えるべく、公正かつ透明性の高い適正な経営を可能にする実効性のある組織体制を構築して、組織全体を適切に統治します。

行動指針3 健全で安定的な財務基盤の確立

公益性の高い事業活動の推進および信頼性の高い効果的な経営の観点から、健全な財務基盤を確立します。

行動指針4 コンプライアンス（法令等遵守）の徹底

社会福祉法など関係法令はもとより、法人の理念や諸規程さらには広い意味での社会的ルールやモラルを遵守した経営を行います。

II 支援に対する基本姿勢

行動指針 5 人権の尊重

制度では対応できないニーズを把握して応えていく姿勢、家族なども含めた生活全体を支える姿勢を明確に示し、すべて人々の人権と尊厳を尊重して、本人の自己決定・自己選択に配慮した支援をします。

行動指針 6 包括的支援の充実・展開

福祉サービスの利用者に限らず、福祉的支援が必要な人を誰一人取り残さないよう、ソーシャルワークを充実展開していきます。

行動指針 7 サービスの質の向上

福祉サービス利用者の立場に立って、品質の向上に向けた体制を構築し、適切かつ良質なサービスを提供します。

行動指針 8 安心・安全の環境整備

安心・安全で良質な福祉サービスを提供するため、利用者の生活環境・利用環境を整備します。

III 地域社会に対する基本姿勢

行動指針 9 地域共生社会の推進

既存の制度では対応が困難な多様化・複雑化する地域課題や生活課題に高い専門性をもって積極的にかかわり、多様な関係機関や個人との連携・協働を図り、地域における公益的な取組を推進します。

また、必要な支援を包括的に確保し、地域包括ケアを深化、推進させ、地域共生社会の実現を主導します。

行動指針 10 信頼と協力を得るための積極的な PR

サマソ会が非営利法人として、社会福祉法人の使命を果たし、自立的な経営を確立していくためには、財源負担者たる住民からの信頼や協力が必要不可欠です。“見える化”にとどまらない“見せる化”を推進し、国民の信頼と協力を得るために、積極的な PR に取り組みます。

IV 福祉人材に対する基本姿勢

行動指針 11 中長期的な人材戦略の構築

基本理念に基づき、めざす法人経営を実現するために、期待する職員像を内外に明示し、外部・内部環境を踏まえた中長期的な人材戦略を構築します。また、法人内サービスに留まらず、既存の制度では対応できない地域社会の福祉ニーズに応えることができるよう、種別の枠を超えて、包括的な支援を行うことのできる人材育成をめざします。

行動指針 12 人材の採用に向けた取組の強化

良質な福祉人材の採用に向け、様々な手段を講じます。また、将来の福祉人材育成の視点から、福祉の仕事の啓発として情報発信、福祉教育にも取り組みます。

行動指針 13 人材の定着に向けた取組の強化

福祉サービスの継続と発展のために、職員処遇全般の向上、働きがいのある職場づくりに取り組みます。また、多様な職種、多様な背景を持った人材、雇用形態、年代の人材が働きやすい職場づくりを推進します。

行動指針 14 人材の育成に向けた取組の強化

それぞれの法人がめざす職員像に基づき、職務能力の開発および全人的な成長を目的とした人材育成に取り組みます。また、組織において、福祉サービスの質と量の向上の「要」となるリーダー層の育成に取り組むと共に「地域共生社会」を実現する総合的な人材の育成にも取り組みます。

【基本方針】

1. 感染症や災害への対応力強化

日頃から感染症や災害への備えをし、感染症や災害が発生した場合でも、介護サービス利用者が安定的・継続的にサービスを受けられる体制を構築するよう推進します。

各拠点事業の職員に、感染症や災害に対応するため、事業継続計画（BCP）等の策定、「委員会の開催」や「指針の整備」「研修の実施」「訓練の実施」を義務付ける。（3ケ年計画）

2. 地域包括ケアシステムの推進

介護サービス利用者が住み慣れた地域で、尊厳を保ちながら必要なサービスを切れ目なく受けられるような取り組みを推進します。

増え続ける認知症高齢者への対応力を向上させる取り組みとして、無資格の介護職員が「認知症介護基礎研修」を受講するよう、各拠点事業の職員に義務付ける。（3ケ年計画）

1. 認知症への対応力向上に向けた取組の推進

2. 看取りへの対応の充実

3. 医療と介護の連携の推進

4. 在宅サービス、介護保険施設や高齢者の住まいの機能・対応強化

5. ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

6. 地域の特性に応じたサービスの確保

3. 自立支援・重度化防止の取り組みの推進

データを活用して介護サービスの質を評価し、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスを提供するよう推進します。

CHASE（チェイス）・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取り組みを推進し、新たな評価システムを構築する。

*CHASE とは、介護サービス利用者の状態や提供したケアに関するデータベースで、VISIT は通所・訪問リハビリにおけるリハビリ計画書などのデータベース。

これらのデータを介護サービス事業所が提出し、データベースからフィードバックを受けることで、フィードバックの内容を踏まえたケアを实践でき、ケアの質を向上させる。

1. リハビリテーション・機能訓練、栄養の取組の連携・強化

2. 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

3. 寝たきり防止等、重度化防止の取組を推進

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

介護人材不足の課題に対応するため、介護人材の確保、介護現場の革新を推進します。

仕事と育児・介護の両立ができる環境整備を進め、ハラスメント対策も強化するなど、職場環境改善を推進します。

1. 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

2. テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

3. 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

進

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図るよう推進します。

必要なサービスは残しつつ、利用の少ないサービスや過剰なサービスは見直しを行なう。

1. 評価の適正化・重点化
2. 報酬体系の簡素化

【年間職員研修計画】

法人の経営理念や期待する職員像を明示し、サービス目標等に基づいた人材育成に関する方針を明確にし、研修を一元的に推進する体制の整備等、その方法を確立する。

限られた人員の中で介護人材のレベルアップに向けた教育体制を構築するため、新規入職者へのOJTやマネジメントを担う教育・指導担当職員として、リーダークラスを対象とした、中間管理職者を養成するためにかかる費用の一部を助成する。これにより、事業所内における教育・指導担当職員の養成が可能となる。

システムは、OJT、Off-JT、SDSで構成する。

OJT…職場研修

Off-JT…職場外研修

SDS…自己啓発支援 (Self Development System)

法人の経営理念・基本方針を具現化し実践していくためには、個々の職員がその使命感を強く意識し、責任感と誇りをもって仕事に取り組むとともに、個々の職員の能力開発を通じて、サムス会全体の力を向上させていくことが重要となる。

職員に対する研修については、入居者の状態が重度化し、施設に求められる役割が変化している今日では、職員のスキルアップのための研修はますます欠かせないものとなっている。利用者の人権と安全な生活を守るため、福祉施設職員として求められる知識と技能を高め、多様化、重度化するニーズに対し責任を持って施設サービスが提供できる職員を育成する。また昨年は新型コロナウイルスの影響によりオンライン研修が頻回に実施されていた。施設内で気軽に参加ができることから、本年もオンライン研修への積極的な参加をしていく。

研修の意義Ⅰ

*新たな知識・技術の習得と職員の成長

新たな知識・技術を習得することにある。研修は、専門的な知識や技術である「テクニカルスキル」ばかりでなく、状況確認、リーダーシップ、意思決定、コミュニケーション、チームワークといった「ノンテクニカルスキル」と呼ばれる能力・資質の向上のためにも有効である。知識や技術の習得などに伴い、それを適切に支援するための研修の実施が求められている。受講者だけでなく、講師を務める職員も受講者とともに学び成長できるという側面も重要である。

研修の意義Ⅱ

*意欲的な職員の確保

職員確保の際の訴求力になる事が挙げられます。自らの能力を継続的に高めたいと考える積極的な職員は、研修が充実した施設に魅力を感じます。職員の成長を支援する組織であることがモチベーションの高い優秀な職員を確保できる効果に繋がります。

研修の意義Ⅲ

*多職種協働の促進

研修の企画・実施を通じた多職種協働の促進。企画段階では、研修の企画を多職種で行うことが相互理解の促進につながると指摘されています。

(階層別研修計画)

『生涯研修』新任職員研修『キャリアパス対応生涯研修』中堅職員コース。リーダーを中心に参加、中堅職員コースからチームリーダーコースへとステップアップを行いユニットリーダーとしての資質向上を目的とする。

(新人職員を対象とする総合研修)

新卒者及び、中途採用職員に対する総合研修を4月に実施。新人職員の資質向上及び早期離職の防止を図る。

(認知症介護基礎研修)

令和3年度より、無資格の介護職員に対する「認知症介護基礎研修」の受講が義務付ける。3年間の経過措置期間がある為、無資格の介護職員に対して順次受講をしていき、認知症の方に対する対応力を向上させていく。

(内部研修)

各専門職による研修を行い、施設全体の利用者に対するサービスの質の向上及び、ユニットリーダー個人の情報収集能力・情報分析から構成・伝達力等の資質向上に繋げる。

○全職員対象とする研修の開催

- ・看取りについて
- ・感染症対策について
- ・急変時の対応について
- ・事故発生防止について
- ・身体拘束適正化及び虐待予防について
- ・褥瘡予防について

○外部事業所による研修の開催を行い、より専門的知識や技術的な支援方法を学び施設全体のサービスの質の向上に繋げる。

- ・口腔衛生について
- ・介護職員フォローアップ研修（介護技術、事故予防、コミュニケーション）
- ・感染症対策について
- ・認知症及び認知症ケアについて
- ・看取り介護について
- ・排泄介助におけるスキンケア

(外部研修)

○SDS (Self Development System) を中心に外部研修へと参加をしていき、施設内だけでは学ぶことのできない新しい知識や技術の習得、伝達研修を実施して施設全体のサービスの質の向上に繋げる。楽技介護RXセミナーへの参加。入居者の動線の邪魔をせず、且つ入居者職員共に負担の少ない介助方法の習得をして、入居者のADL、QOLの向上と、職員の腰痛予防や介護負担の軽減を図っていく。

(専門研修計画・資格取得支援)

- 資格取得の為に費用の助成を行い、医療ニーズや認知症有病者への対応力強化及び、加算取得を目指す。
- ・喀痰吸引等研修（第1号、第2号）
 - ・喀痰吸引実習指導者

- ・認知症ケア専門士
- ・介護福祉士
- ・介護支援専門員
- ・介護職員初任者研修
- ・介護福祉士実務者研修等
- ・社会福祉士

【実習受入計画】

事前打ち合わせより大学側と施設側とで密に計画をたて、実習先となるユニットに協力を依頼する。学生がより良い環境の下で実習が実施できるよう職種を問わずサポートする。新型コロナウイルスの流行状況に合わせ、都度現地実習を行うか、オンライン実習にて行うか検討する。

令和4年度 実習受入計画

○鈴鹿医療科学大学看護学部 看護学科

臨地実習 老年看護学

(期間) 1月～12月 全8クール 1クール5～6名

○鈴鹿医療科学大学保健衛生学部 医療栄養学科 管理栄養学専攻

臨地実習Ⅰ 給食栄養理論

(期間) 2月 全2クール 1クール2名

○鈴鹿医療科学大学保健衛生学部 リハビリテーション学科 理学療法学専攻

初期臨床実習

(期間) 2月 全1クール 1クール1名

○鈴鹿医療科学大学保健衛生学部 医療福祉学科

社会福祉士国家試験受験資格取得に関わる実習

(期間) 8月～9月 うち23日間 1名

※特別養護老人ホーム、短期入所介護、通所介護事業所では、実習指導の資格を保有した職員がおらず、資格取得要件を満たしていない為、順次取得予定。

○鈴鹿医療科学大学 底力実習

(期間) 9月～1月 全14クール

【人材確保】

- 就職期の若年層から魅力ある仕事として評価・選択されるようにし、さらには従事者の定着の促進を図るための「労働環境の整備の推進」
労働環境の改善が求められる中、多様で柔軟な働き方を可能にすることでワークライフバランスを改善し、生産性および採用力の向上に繋げていける法人を目指すため、変則勤務職員の週休3日・10時間勤務制の導入に取り組む。
- 今後、ますます増大する福祉・介護ニーズに的確に対応し、質の高いサービスを確保する観点から、従事者の資質の向上を図るための「キャリアアップの仕組みの構築」
- 介護福祉士や社会福祉士等の有資格者等を有効に活用するため、潜在的有資格者等の掘り起こし等を行うなどの「潜在的有資格者等の参入の促進」
- 福祉・介護サービス分野において新たな人材として期待される、他分野で活躍している人材、高齢者等の「多様な人材の参入・参画の促進」の視点から、人材確保のために講ずべき措置を整理。
- 改正出入国管理法に基づく特定技能実習生の受入れ及び他制度による外国人材の受入れ等と併せて、日本での就労継続を希望する外国人材への生活やキャリアパスの構築等の実現に向け、障壁となる法令等を把握するとともに、必要な予算確保をする。
- 鈴鹿医療科学大学と提携する企業主導型保育園との連携により、職員の福利厚生や定着性、新たな採用に生かす。

【鍼灸治療の取り組み】

在宅部門（デイサービス、ショートステイ）の利用者を中心に鍼灸治療希望者に鍼灸治療およびマッサージなどのサービスを実施。緩やかに利用者が増加する傾向であり、利用者・家族の方々に当施設の鍼灸治療を知ってもらい、当施設利用者を増やすためにチラシを作成した。新型コロナウイルス感染症が収まらず、感染予防のため「鍼灸講座」は行われていない。ショートステイ利用者には「鍼灸雑談」として東洋医学や鍼灸と触れ合う機会を頂いた。コロナ感染症の収束が見込めない状況である為、引き続き鍼灸業務を徹底的な感染症対策を講じたうえで実施することとする。

鍼灸治療の感染症対策の取り組み

1. 鍼灸治療サービスの対象は当施設利用者に限り、他の施設と併用の方はサービス対象外とする。
2. 利用者への治療予定は交差することを避け、施設内での感染拡大を抑えるように対策する。
3. 利用者への治療は一人ずつ行い、施術前後も徹底的な消毒・換気を行う。

利用者への鍼灸治療の取り組み

1. 鍼灸治療を希望する利用者に対し、鍼・灸・物理療法を以って、1回/1～2週（約40分/回）の頻度（個人や症状に応じて、異なる場合もある）で治療を行う。
2. 利用者の身体状態をしっかり把握し、東洋医学理論・現代西洋医学を用いて、一人一人に合った治療を行い、どんな利用者にも、常に心と身体のバランスに目を向け、その人らしく生きていくことを側面から支える。
3. 高い技術力・対応力を持って利用者・家族との深い信頼関係を高めていく。

他の職員との関わりへの取り組み

1. 相談員と連携し、入所申込み・施設体験の方（ご本人・家族様）に、他の施設にはない鍼灸治療サービスを提供していることを積極的に発信する。ホームページを更新して鍼灸治療サービスを紹介する。
2. 鍼灸治療の適応疾患・症状など医学知識を現場職員と共有し、より一層東洋医学の鍼灸を深く理解してもらえるように努力する。
3. ユニット会議に出席して、鍼灸利用者の状態をより把握し、鍼灸治療の参考にする。

鍼灸師のレベルアップへの取り組み

1. 他の勉強会・研修会・学会にも積極的に参加する。
2. 参考書や書籍を読み、常に新しい知識を身につける。

鈴鹿医療科学大学とのかかわり

1. 一昨年度から流行している新型コロナウイルス感染症により、例年行っていた鍼灸学科2年生全員の臨床実習Ⅰ（施設見学および実習）と鍼灸学科学生のボランティア活動などはすべて中止。今年度も未定。

【社会貢献活動】

○桜の森カフェ

「認知症の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境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」ことを基本理念とし、介護者・認知症の本人、また、認知症に対し不安を感じている本人等への支援を推進する施策として、全国で認知症カフェの設置・運営が推進されている。

認知症になると気力の低下や失敗への不安から、家に閉じこもりがちになることがある。

介護をしている家族も、徘徊や事故への懸念から外出を控えさせてしまう傾向もみられる。

自宅の中ばかりで過ごす社会との接点を失い、症状の進行が加速してしまう恐れも大きい。また、介護する側にとっても、閉鎖された家庭の中で介護を続けることは大きなストレスとなる。このような状況を回避し、当事者だけでなく、介護家族、専門職、地域の人々が集まり、同じ状況の仲間が皆で認知症に向き合う場こそが認知症カフェである。様々な情報交換やそれぞれの心のケアも認知症カフェ開催の大切な目的の1つとなっている。

桜の森白子ホームでは、鈴鹿市認知症カフェ「医療や介護のはなしができるカフェ」への登録を行い、市内にある他の認知症カフェとも交流を持ちながら、認知症の方だけでなく、そのご家族や地域住民を対象に開かれた施設を目指すためのカフェ運営を行う。

コロナ渦のため、感染拡大防止の観点より施設内・地域においても昨年度桜の森カフェを開催することができなかった。しかし、今年度にあたっては、コロナ渦が続いていることで人と人との交流の場が無くなってきている地域の実情を踏まえ、コロナウィルスの感染拡大状況に合わせ必要な感染予防対策をしっかりと行ない、施設内での開催を検討するだけではなく、地域に出向いて実施することをより積極的に検討していく必要があると考えられる。

カフェの目的

- 認知症の人とその家族が安心して過ごせる場
- 認知症の人とその家族がいつでも気軽に相談できる場
- 認知症の人とその家族が自分たちの思いを吐き出せる場
- 本人と家族の暮らしのリズム、関係性を崩さずに利用できる場
- 認知症の人と家族の思いや希望が社会に発信される場
- 一般住民が認知症の人やその家族と出会う場
- 一般の地域住民が認知症のことや認知症ケアについて知る場
- 専門職が本人や家族と平面で出会い、本人家族の別の側面を発見する場
- 運営スタッフにとって、必要とされていること、やりがいを感じる場
- 地域住民にとって「自分が認知症になった時」に安心して利用できる場を知り、相互扶助の輪を形成できる場

カフェのプログラム内容

桜の森カフェ 年間プログラム内容

毎回開催…健康体操、介護相談(介護保険・介助方法)、薬膳茶とお菓子提供

定期開催…鈴鹿医療科学大学先生による講演・鍼灸についての講演

開催日・開催時間 コロナ感染拡大の状況に合わせて開催の日時を検討(可能であれば定期開催)

開催場所 地域交流室・地区市民センターや地域の集会所等

運営スタッフ 桜の森職員、地域包括支援センター職員、認知症初期集中支援チーム職員、鈴鹿医療科学大学学生ボランティア等

対象者 地域住民、桜の森特養・桜の森デイサービス・ショートステイ・居宅・の利用者とその家族・桜の森訪問看護の利用者とその家族・桜の森病院の患者様とその家族

○ホリデー子ども広場 運営

待機児童ゼロや育児休業の長期化を推し進めると表明するなど、少子化対策がここ20年ほど急がれている。また、子育て世代における共働き率も上昇している現状から、子どもが生まれても、働いている間子どもを預けられるかどうかは、子育て世代にとって大きな問題である。

鈴鹿市内では祭日も利用できる保育所は2箇所しかない。職場に子どもを預けられるという事は働きやすい職場環境をつくり、離職者を減らす事に繋がる。また親の働く姿を見ることは、親子関係にも良い影響をもたらす、福祉的感覚が芽生える。入居者・利用者にとっても、子どもとふれあうことは刺激的でとても楽しみである。

桜の森白子ホームでは、子育て支援として、祭日にホリデー子ども広場を開催し子どもを職場へ預けられる環境づくりを行う。

コロナ渦のため、昨年度のホリデー子ども広場の開催をすることはできなかった。
今後は地域の実情・コロナの感染状況に合わせ、しっかりと感染予防対策を行い実施することを検討していく必要があると考える。

○開催日・開催時間

月1回(祝日)開設 (6月・10月・12月・1月・2月除く) 8:30~17:30

○開催場所

地域交流室、桜の森病院研修室、鈴鹿医療科学大学体育館、近隣の公園

○運営スタッフ

桜の森白子ホーム職員、鈴鹿医療科学大学学生ボランティア

○対象者

桜の森白子ホーム職員の子ども

○出張出前講座・介護者教室の実施

社会福祉法人サムス会には、介護福祉士・看護師・鍼灸師・社会福祉士・管理栄養士・介護支援専門員など様々な専門職が勤務している。また、高齢者の生活に関わることについてのスペシャリストの集合体とも考えられる。

法人の運営が始まって6年が経とうとし、地域の方々の「桜の森白子ホーム」の認識度合いも高くなってきている。法人が現在まで「桜の森白子ホーム」を運営してこられたのも、地域の方々の協力があったのことで考えられる。

地域が高齢化していく中、誰もが介護をする側・される側になる。また、介護が必要な状況になった際にどのようなサービスや制度が利用できるのかなかなか分かりづらい状況もある。そこで、様々なスペシャリストが集まっている法人の強みを活かし、地域の方々とより信頼関係を築いていくためにも、地域の方々が学びたい「介護や福祉のこと」に関する講座を地域の希望に合わせて来所での形式や出張出前の形式にて開催するものとする。

※鈴鹿医療科学大学や桜の森病院にも講師として協力が得られるようであれば、出いただけるよう依頼。学生のボランティアについても、協力を仰ぐ。

※地域包括支援センターが地域と共同し実施する介護予防教室やサロン等からの要望にも対応する。

○開催日・開催時間

地域や団体の希望に合わせて調整

○開催場所

地域や団体の希望に合わせて調整(地区市民センターや地域の集会所・公民館等、桜の森白子ホーム内、桜の森病院研修室)

○運営スタッフ

桜の森白子ホーム職員、地域包括支援センター職員、認知症初期集中支援チーム職員

○対象者

地域住民や地域団体等

※開催内容については、それぞれの専門職でどのような講座を開催できるのか、あらかじめメニューを検討する場を設け、提案があったメニューの一覧を出前講座のチラシとして使用する。

○地域高齢者・法人サービス利用高齢者の外出サポート

「ちょっとした旅行に出かけたい」「買い物に出かけたい」「栄養バランスのとれた食事を摂りたい」と希望を持ちつつ、介助が必要となってくる等外出するための交通手段がないため、その思いを実現することが難しくなっている高齢者が増加している。「買い物難民」「フードデザート問題」といった言葉が耳にされるようになってから数年経っているのも現状である。そこで、法人の所有している車が稼働しない時間帯に、地域の高齢者や法人サービス利用高齢者の方々が安心して旅行や買い物に出かけることができる企画を、コロナ渦の状況に合わせて

実施していくものとする。

コロナ渦が続いている現状より、昨年度地域高齢者・法人サービス利用高齢者の外出サポートの開催の検討や実施を行うことができなかった。今後は地域の実情・コロナの感染状況に合わせ、しっかりと感染予防対策を行い実施することを検討していく必要があると考える。

○開催日・開催時間

旅行：年に1回 買物：2ヵ月に1回 を目標に

○開催場所

旅行：多目的トイレがある三重県内の観光名所や神社仏閣 買物：バリアフリーの商業施設

○運営スタッフ

桜の森白子ホーム職員、地域包括支援センター職員、認知症初期集中支援チーム職員、医療科学大学学生ボランティア

○対象者

地域にお住いの高齢者・桜の森白子ホームサービス利用高齢者

【防災・減災活動】

当施設における入居者・利用者・職員の防災・減災活動については、年2回実施している避難訓練活動において、夜間の火災発生を想定した訓練と地震災害の発生を想定したものを行なっていく。また訓練の実施に地域住民の参加が得られるよう連携に努めていく。

当施設は鈴鹿市と福祉避難所の設置運営に関する協定を結んでおり、災害時に福祉避難所での避難生活が必要な自主避難をした地域の高齢者や障がい者等及びその家族を収容することとなる。そのため収容された避難者が3日間必要な物品等を備蓄しておく必要があり、備蓄品の確保、更新と備蓄場所の確保を進めていく。

自然災害の発生時だけでなく、新型コロナウイルス感染症発生時においても入居者、職員の安全確保や業務継続に向けた計画等の策定、研修や訓練の実施を進めていく。

七年目を迎えた桜の森白子ホームは、入居されている方々の重度化が進み、介助量が大きく、職員への負担も大きくなってきています。また、ご本人や家族にとってもコロナ禍で面会できない状況も重なり不安な毎日となっています。その為、今年度は眠りスキャンを導入します。バランスの取れた生活リズムの提供と、より質の高い睡眠が確保できると同時に、職員の負担軽減にも努め人員配置基準の緩和なども行う。

入居者の医療ニーズへの対応、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、今年度は更に生活機能向上連携の取り組みを行う。

要介護者へのケアを高めていくべき、喀痰吸引等への対応や嘱託医との連携と看取り介護の深化をはじめ、医療ニーズへの対応力を高めていくことも不可欠である。

高齢者は環境の変化で精神面・体力面で負担が大きくなる為、重度化する入居者の誤嚥性肺炎の予防として、口腔ケアに力を入れ入院日数を減らしていく。外部医療機関・専門職等との連携についても視野を広くしていき、定期的な勉強会だけでなくより実践に近い形での研修を開催し、常に新たな知識と技術を身につけていく。

【基本方針】

1. 人権の尊重

利用者の自己決定と選択を尊重し、その権利擁護を実現するとともに、個人の尊厳に配慮した良質かつ安心・安全なサービスを提供する。

2. サービスの質の向上

常に入居者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供する。

サービスの質の向上に向けた体制と知識・技術を身につける。

その為の研修にも積極的に参加していき、全職員が同じ質の高いケアを提供できるようにする。

3. 地域との関係の継続

入居者の生活が施設やサービスの中で完結することなく、家族や知人・友人、地域住民との関係が継続、さらに促進されるように支援する。

4. 生活環境・利用環境の向上

良質かつ安心・安全なサービス提供を実現するため、入居者の生活環境をより快適な場になるよう整える。

【具体的取り組み】

1. 災害への地域と連携した対応の強化

災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められるため、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととする。

2. 認知症介護基礎研修の受講の義務づけ（3ヵ年計画）

認知症ケアに携わる者として、より認知症について理解を深める必要がある。本人主体の介護を行い、認知症の方の尊厳の保障を実現していく観点から、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていく。介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、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。

3. 看取りへの対応の充実及び看取り期における本人の意思に沿ったケアの充実

看取りについて「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。

また、サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努める。

4. リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進
 リハビリテーション・機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組は一体的に運用されることで、摂食・嚥下機能の維持・改善、口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防等、効果的な自立支援・重度化予防に繋がる。その為、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する計画作成や会議に、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加し連携を図る。

5. 生活機能向上連携
 入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的(歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施する)に行なう。

6. リスクマネジメントの強化
 事故発生防止のための指針の整備、事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備。

【対策と実施方法】

1. 新型コロナウイルス感染症に対応するための対策
 コロナウイルスに関する情報も常に新たなものを収集し、的確な判断と決断・情報の共有に努める。他施設や地域の学校とも情報の共有をしていく。
2. 認知症介護基礎研修の受講の義務づけ介護職として日々ケアに当たる者には必要不可欠な知識の研修であるため、受講を必須とする。
3. 看取り期における本人の意思に沿ったケアの充実
4. 看取りへの対応の充実
5. リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進
6. 生活機能向上連携加算の見直し
7. 個別機能訓練加算の拡充
8. 口腔衛生管理の強化
 ケアに入っている外部歯科に研修・勉強会での協力を依頼していき、より実践に近い形の実技を習得する。
9. 栄養ケア・マネジメントの見直し
10. 多職種連携における管理栄養士の関与の強化
11. CHASE・VISIT 情報の収集・活用を評価する加算の算定
12. ADL 維持等加算の拡充
13. 寝たきり予防・重度化防止のためのマネジメントの推進
14. サービス提供体制強化加算の見直し
15. 見守り機器等を導入した場合の夜勤職員配置加算の見直し
16. 見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和促進
17. テクノロジーの活用によるサービスの質の向上や業務効率化の推進
18. 人員配置の見直し
19. リスクマネジメントの強化

機能訓練指導員具体的取り組み

・個別機能訓練の実施

入居者の希望や身体機能に合わせて個別的な機能訓練を実施し、疼痛軽減や日常生活動作能力の維持・工場を目指す。同時に入居者の身体機能の評価・把握を行い、個々に合ったADLを提供できるようユニット職員と相談を行う。機能訓練をしながらも積極的にコミュニケーションを図ることで、本人が不安に思っている事、希望や楽しみ等の聞き取りを行い、実際の機能訓練へと反映させていく。体調不良や入院により長期臥床の方に対しての離床開始のタイミングを、医務・介護と相談しながら、バイタルの変動に関しても問題ないか判断し、早期離床を促していく。

機能訓練を実施する場所に関しては、車椅子上・ベッド上・特浴中など、利用者の状態に応じて一番適した場所にて機能訓練を実施していく。こちらが必要だと判断した場合、あるいはユニットからの依頼にて、必要な方には機能訓練の頻度を上げていき、身体機能の改善に努める。

・機能訓練計画の作成・家族への説明・管理

機能訓練にて入居者の身体状況や主訴等の把握を行い、三か月ごとに計画書の更新を行う。またご家族様に説明し同意を得ることで、機能訓練に対する理解を得る。

・生活リハビリテーションの作成・管理

毎日の生活の中で、簡単な運動の取り入れや自立性を促した日常生活動作を実施することで、運動習慣の確保及び身体機能の維持・工場を図る。入居者の身体機能の変化に応じて、生活リハビリの内容の再検討を行う。また、生活リハビリの実施・継続によって、ユニット職員の日常的な運動継続の必要性および自立支援への理解を深め、その方に合った介助量・介助方法の選択を介護職員自身で行っていきけるような方向性へと進めていく。

・福祉用具の選定

入居者に合った車椅子やクッション・靴等の選定を行い、日常生活を少しでも安楽に過ごしていただけるよう努める。また、施設の物品として本当に必要なものであるかの選定・管理を行う。

・介護職員への指導

入居者の安全・安楽を意識した解除をすべての職員が行っていきけるよう、職員指導を実施する。また、職員の負担軽減を図ることが出来るような介助方法の検討を行っていく。

・ポジショニング表の作成・指導

褥瘡・拘縮予防を図っていきけるよう、ポジショニング表の作成を行う。また、実際にユニット会議等の場で職員と一緒に確認しながらポジショニングを行うことで、正しい方法の理解を得て、今後の介護に活かせるよう努める。また、ポジショニング表にポイントや注意点を書き加えることで、直接説明できなかつた職員にも理解してもらえようわかりやすい説明を心がける。

・ユニット会議への参加

身体状況や機能訓練の内容・経過をそれぞれのユニットへ伝えることで、情報共有・目標の統一を図る。普段の生活では行っていないが、機能訓練ではこんなことが出来ているということ伝えることで、出来るADLとしているADLの差異を埋め、過介助から自立支援の方向へと進めていきけるよう努める。

・PT 実習生の受け入れ・指導

コロナ禍にて2年間実施できていないが、鈴鹿医療科学大学理学療法学科の学生の実習の受け入れを行う。見学実習（5日間）の間に、特養の特色や理学療法士の役割、入居者と関わることの楽しさを伝える。入居者に許可が得られたら、実際に身体に触れさせていただき、学校での勉強と実際に入居者を前に評価することの違い、難しさを感じてもらい、評価実習・臨床実習までの今後の学習に活かしてもらえようことを目的に進めていく。

・ショートステイからの相談（ポジショニング指導・機能訓練・福祉用具の選定）

入居者の身体状況の相談に乗り、必要に応じて対応していく。福祉用具の選定やポジショニ

ング指導を行うことで、入居者が安楽に過ごせるよう努める。

- ・事故防止委員会への参加

事故の内容を検討し、原因を探し出すことで、同じような事故を繰り返さないよう多職種で対策を考える。また、事故報告書・ヒヤリハット報告書を分かりやすく記載していただけるような書き方の指導や方法の検討を委員会メンバーで検討していく。

- ・褥瘡予防委員会への参加

すでに褥瘡が発生している人、リスクの高い人を多職種で共有することで、早期の改善と予防に努める。ポジショニングが必要な方に対応し、出来るだけ早い治癒を目指す。また体重管理や栄養に関しても、委員会メンバーで話し合うことでより良い環境を整えらるとともに、対応方法に関しても検討・実施をしていく。経過を見ていくことで、再発防止に努める。

- ・バーセルインデックスの測定

半年に一度、各利用者様のバーセルインデックスを測定する。経過を追っていくことで目に見える数値としてADL 状況を知ることが出来るため、今後の機能訓練や日常生活における介助方法等の検討に活かしていく。

- ・LIFE 導入

入居者ごとのADL 値、機能訓練計画をLIFE を用いて厚生労働省に提出し、フィードバックを受ける。自立支援・重度化防止の効果が裏付けられたエビデンスに基づくサービスを目指していく。

栄養士具体的取り組み 栄養ケアマネジメントについて

- ・CHASE・VISIT 情報の収集・活用を評価する

入所者ごとのADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、LIFE を用いて厚生労働省に提出しフィードバックを受け、それに基づき、特性やケアの在り方等を検証し、必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報、その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する。

- ・個人に合わせた栄養管理の実施

低栄養状態であると、疾病の回復が遅く、合併症発生頻度を高め、死亡率も高いことが知られている。また褥瘡発生のリスクも高く難治化すると言われている。

早期に低栄養状態などのリスクの有無や課題を把握し、適切な栄養ケアを実施する為の栄養ケア計画を医師、管理栄養士、看護師等が共同し作成する。入居者本人や家族の同意を得た上で、作成した栄養ケア計画に従い食事提供や観察を行い、経過を記録する。また入居者本人やご家族との会話や栄養相談から、食の嗜好や問題点を把握し、より良い食事提供を行う。食事時に入居者のところを訪れるミールラウンドを行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施する。低栄養状態のリスクが高い入所者に対しては2週間に一度、低栄養状態のリスクが低い入所者にも、3ヶ月に一度はスクリーニング・アセスメントを実施し食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応する。

- ・多職種共同

多職種と情報を共有する為、サービス担当者会議・褥瘡予防委員会に出席し、相談や情報の共有をし、栄養ケアに役立てる。

- ・適正な食事内容での提供を行う

食事摂取基準 2020 年版を用いて、栄養素の不足や欠乏の予防・過剰摂取による健康障害の予防・生活習慣病の予防・高齢者の低栄養予防・フレイル予防の為に習慣的に摂取すべき栄養量を、朝昼夕の食事または補助食品を用いて提供出来るようにする。また嚥下や咀嚼状態に応じた調理方法を用い、食べやすい形態にして提供する事で、入居者が「自分の口で食べ

る喜び」をサポートし、健康を支える。身体の機能に合わせた適切な食事を提供することで、入居者一人ひとりが、その人らしい日常を健やかに過ごせるようになる。評価は喫食量(毎食)・体重測定(月1回)にて行う。

- ・行事食や食のイベントを取り入れる

高齢になると食が細くなりがちである。またコロナウイルス感染対策で外出や外食の実施が難しくなり、季節感や刺激を感じられる機会が減少している。そこで季節ごとの行事食やイベントなどを催して、食べる意欲を引き出す。

ミールラウンドや委員会出席時に入居者や職員(多職種)の意見を取り入れながら、給食業務を委託している株式会社トモと協力し、喫食者のニーズや季節に合った食事を提供できるようにする。

- ・入院時・退院時の連携

特養入居者が医療機関へ入院し、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(経管栄養又は嚥下調整食の新規導入)であって、施設管理栄養士が特養相談員を通じてまたは直接医療機関の管理栄養士と相談し、栄養ケア計画原案を作成し、再入所できるような体制を整える。

医療ニーズへの対応力の向上

- ・個人のニーズに沿ったケアを行う為に本人や家族の意思・意向を尊重し、入居前の本人と家族へ医療に関する聞き取りをより詳しく実施し、それをもとに医療機関・各専門職との連携協力を実施。
- ・介護職員の喀痰吸引研修2号資格取得者を増やすことで急変時、早期対応が出来ると考えられるため、継続した外部研修への参加と資格取得者を増員する。また指導者資格の取得も行う。
- ・褥瘡や状態変化の早期発見・的確な判断による処置実施
- ・研修会への参加や勉強会の開催による知識向上
- ・早朝、夜間または深夜の緊急時に看護師待機とし対応体制の確立と多職種との連携
- ・入居者の状態観察を行い他部署との連携を図り医療、疾病予防の実施
- ・知識の向上、統一した看護ケアを実施するための研修などへの参加

入居者の自由と尊厳を大切に“その人らしさ”が続けられる個別ケア支援体制の構築

- ・接遇、マナーの改善

入居者の人権と尊厳を守る為、又、虐待及び身体拘束防止の観点からも職員の接遇、マナーの改善を行っていく。施設外での研修と組み合わせる施設内での指導を行い、意識の向上を図る。接遇については定期的に研修を行い、また各ユニット会議で注意喚起をしていく。

- ・研修

今までは、ユニット内で研修に1.2名出席し伝達講習で終了となっていたが、今年度は全職員を対象とし、数回にわたって同じ研修を開催していく。

必須となっている研修だけでなく、桜の森白子ホームとして不足している知識と技術についても精査し開催していく。また、軸となる役職のある職員についても相応の研修を開催していく。

- ・個別支援

個別ケアについて職員一人一人が理解と知識を身に付け、24時間シート及びケアプラン(施設サービス計画書)に沿った支援を行う。重度化する入居者に対して画一的なサービスの提供を行うのではなく、個々の入居者のニーズとデマンドに応じていき、施設全体の満足度を高めていく。

また入居者だけではなく、その家族のニーズとデマンドも把握していき、サポート体制を充

実らせていく。

常にサービスを受ける方の立場に立った施設介護事業を実施するため、自らその提供するサービスの質の評価を行う。

- ・桜の森白子ホーム独自に作り上げた個人評価表使用
社会人としての接遇・環境整備・基本的な介護技術と支援方法を、評価表を用いて自己評価する。また、上司からの評価も行うことで自分に不足している事柄を客観的に捉え振り返る事で、更なる知識と技術・サービスの質の向上に努める。

業務の標準化と統一した業務行動（介護）

- ・24時間シートの作成。
個々の入居者に対して、より統一した支援を行っていきけるよう24時間シートの作成を行っていく。見聞録の様式を使用し、各ユニットリーダー及びサブリーダーが中心となり、各専門職と共同して24時間シートの作成を行う。作成した24時間シートは、変更や追加があれば随時記入できるようにしておき、ケアへと反映させていく。
 - ・毎月のユニット会議の開催。
毎月各ユニットで会議を開催し、ケアと業務の統一を図る。
 - ・ケアプラン（施設サービス計画書）に則った支援。
アセスメント、ケアプランの作成（Plan）、実施（Do）、モニタリング・評価（Check）、修正（Action）のPDCAサイクルにてケアマネジメント業務を実行していき、現在の画一的なケアプランを、さらに個々の状態と目標に合わせた内容へと修正していき、より自立（自律）した日常生活を営むことが出来るようにする。また現場の介護職員にもケアマネジメント業務に携わってもらうことで、理解と共通意識を持って支援を行っていきけるようにする。
- #### クラブ活動の開催
- 施設生活の中で楽しみや生きがいを感じられるようなクラブ活動の開催。他ユニットの入居者同士・また地域社会との交流も含めたクラブ活動を開催する。
習字や生け花などのクラブの他、心身共に落ち着けるような季節に応じたアロマなど用いた活動も開催する。

業務の標準化と統一した業務行動（看護）

- ・専門職としての経験と知識を持ち寄り、個々のスキル向上と入居者への統一したケアを実施していくために情報共有し多職種と協力していく。
- ・入居者が安心して生活を送る事が出来る為の支援をしていく。
- ・月1回 医務会議開催
- ・各ユニットのカンファレンスやサービス担当者会議、看取りカンファレンスにて情報共有しケアの統一を図る。
- ・処置表を用い統一した処置の実施
- ・褥瘡委員の介入により褥瘡に対し統一された処置の実施
- ・感染症対策に関しての施設独自のマニュアルの活用

短期入所生活介護を提供するにあたっては、高齢者の多様化する暮らし方に対応できる専門性を培い、柔軟性の高い在宅事業の運営を展開する。

地域包括ケアシステムの推進と中重度の要介護者への更なる強化を推進する。

短期入所に関する内容として、緊急時の円滑な受入れが促進されるよう、又、医療機関との連携や医療面の対応力がこれまで以上に求められ医療福祉、看介護の連携調整が必要になっている。

家族の介護負担軽減から社会的入院の補完まで、様々なニーズに応じられるサービスの質の向上を目指すとともに、家族、関係機関との連携に努めながら効率よく利用希望に対応する。また、在宅生活が継続できるような支援の仕組み、機能訓練士による個別機能訓練、介護方法の情報提供し、可能な限り地域で生活できるような支援体制を強化していくことが必要である。

短期入所のニーズは、今後益々高まると思われる中、利用者から選ばれる短期入所生活介護事業所を目指し、リピーター利用者を増やしていく。

【基本方針】

1. OT・PTを配置し、ADL・IADL・趣味活動・社会参加の維持・向上を目的とした機能訓練を実施し、ショートステイの個別機能訓練加算を算定する。
「レスパイトケア」の役割だけでなく自立支援介護として「個別機能訓練」が提供できる仕組み作りをしていく。
2. 在宅生活が継続できるよう、ショートステイ利用中も自宅と変わらない環境を整え、介護・看護・相談員の全ての職員が利用者、家族の情報を共有する。また、信頼関係を構築しながら必要な生活をサポートし、個々のニーズに沿ったケアを提供する。
3. 相談援助技術の専門的スキルを向上させ、利用者、家族の気持ちを受けとめ、その人らしい生活ができるように、きめ細やかな心遣いのあるサービスを提供すると共に、利用者本人や家族の言葉にも耳を傾ける。
また、困難ケースに対応できる専門性を養い、柔軟な対応を心がけ、緊急時と重度者の受け入れ体制の強化を図り、他職種連携に努める。
4. 事業を安定継続させるため、リピーター利用者の獲得を目指し、年間利用率97.5%を目指す。また、サービスの利用率の向上及びサービスの質の向上ができるように、他部署との連携強化を図る。
5. 利用中は、安全・安心を第一に、楽しく生活ができるようレクリエーションの実施を行う。個々の身体機能にも合わせた個別での生活レクも継続的に提供していく。

【具体的取り組み】

1. 医療ニーズのある利用者の受け入れを柔軟に行い、それらに伴う知識を深め、関係機関と連携を図り、質の高いサービスが提供できるよう各職員のスキルアップを図る。
2. 個々の利用者・家族のニーズに的確に応え、信頼関係を築く。
新規利用者の場合、施設利用前の自宅での生活の状況をより詳しく家族に聞き取る事と、必要となれば利用前に他職種でケア方法を検討するカンファレンスを開催する。
3. 介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない無資格者について、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ことを義務づける。利用者の状況の変化にも落ち着いて対応できる能力と判断力を身に付ける。また、社会人・専門職としての適切な接遇マナー、コミュニケーション力を身につける。
4. 専門職としてのスキル向上、働きやすい環境を構築し、業務の効率化（記録・入力作業の効率化）を図り負荷を軽減する。
5. 居室の効率的な利用を行い、空床利用の含め稼働率97.5% 平均19.5名/日 を維持する。

【対策と実施方法】

1. 介護、看護・相談員の連携を今以上に密にし、利用前の状況や情報を本人・家族・介護支援専門員より詳しく聞き取り、それをもとに医療機関との連携を実施する。医療度の高いケースの場合には、専門職が集まりカンファレンスを行い、情報共有を元に統一したケアができるよう支援していく。
また、介護職員の喀痰吸引研修2号資格取得者を増やすことで早期対応が出来ると考えられるため、継続した外部研修への参加を行う。
2. ケアプランに基づいたケアの実践と、可能な限り在宅生活に戻られる事を念頭におき、食事・入浴・排泄等の介護・相談及び援助、健康管理に対する介護を行う。利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう援助する。又、家族と密に連絡・相談が行えるよう「連絡帳」の活用をする。
3. リーダーを中心に専門職としての接遇マナー（あいさつ・身だしなみ・言葉遣い）を指導し、職員一人ひとりがおもてなしの精神がもてるようにする。
4. 職員のキャリアアップやスキルアップ研修への積極的な参加を促し、専門職としての知識・技術・意欲の向上に努める。
職員との定期的な面談やコミュニケーションを図り、人材の定着に努めることで働きやすい環境を目指す。
情報の共有・ケアの統一をすることで記録や入力効率化を図る。
5. 稼働率の向上が図れるように、地域の居宅介護支援事業所に空床情報を提供すると共に、緊急ショートについても柔軟に対応していく。
また長期期間の利用者を4割程度常に確保し、短期間の定期利用の方を多く利用に繋げ統括主任・特養相談員との連携を図り特養入院者の空床ベットの有効利用に努める。
現在利用していただいている利用者の担当介護支援専門員や家族に利用状況や利用中の様子、また生活の中で変化があれば速やかに報告。それら伝達・報告を密接連携に努める事での信頼関係の構築。意向も常に把握し継続的な利用維持に繋げる。
令和3年度は平均稼働率107%（R4.1月現在）令和4年度は平均稼働率97.5% 平均19.5名／日を維持するよう努める。

新型コロナによる負担増に配慮し、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、日頃の感染症対策の取り組みを強化し、委員会の開催や指針の整備、研修や訓練（シミュレーション）を実施する。

その人らしく自立した生活が出来るよう利用者のニーズに応えるサービス提供をするためには、「介護保険の理念である自立支援・重度化防止をより一層図っていくこと」を重点に事業展開し、在宅生活が継続出来、望まれるサービス提供の実現に努め、チームで利用者、家族の情報を共有し、信頼関係を構築しながら生活全般をサポートし、利用者の個別化を重視した通所介護計画を作成・実施する。

また、相談援助技術の専門的スキルを向上させ、利用者、家族の気持ちを受けとめ、その人らしい生活ができるように、きめ細やかな心遣いのあるサービスを提供し、困難ケースに対応できる専門性を養い、柔軟な対応を心がけた受け入れ体制の強化を図る。

さらに、デイサービスの経営を安定的に行っていくためには、経営指標（人件費率や稼働率）等を正しく判断し経営戦略を立て、安定的に経営するための労働生産性を高め人員配置の適正化をすすめる。

【基本方針】

1. ご利用者・ご家族・介護支援専門員等から情報から希望・課題を確認し、利用者個々に合わせたプログラムを作成・実施し自立支援・重度化を防止する
2. 身体機能の向上・認知機能の低下予防を図り、在宅生活の継続とそれに伴う介護負担軽減を目指すことを中心に機能訓練を実施
3. 適正な人員配置による人件費率コントロール
4. 稼働率向上を目指した受け入れ態勢

【具体的取り組み】

1. 前年度に引き続き、通所介護計画書は、デイサービスご利用に際し基本的な計画書（説明書）となるため、利用者一人一人が何を目的に通所介護を利用するのかを分かりやすくし、利用者・家族共に利用する事でのメリットを明確化する。また、担当の介護支援専門員ともモニタリングや日々の様子報告を通じて、情報共有を密に行い、利用者への質の高いケアを目指す。個別機能訓練加算については引き続き、専門職を配置している事から、本人・家族からの意向と自宅環境に合わせた、より専門的なプログラムを計画・実施していく。また、自宅環境・福祉用具を評価し、積極的に家族・介護支援専門員へ働きかけ、利用者にあった住環境・福祉用具を提案する。また、厚生労働省にデータを提出し、実施した結果と根拠の蓄積とサービスが適正であったかをフィードバックを受け、根拠のある訓練を実施していく。これにより自立支援・重度化防止と共に、ADLの維持・向上を目指し、満足度へと繋げる。
2. 年齢を重ねていくことで身体機能低下・認知機能の低下により、利用者自身が在宅困難になってしまう場合がある。その為、ご利用者個々に合わせた身体機能・認知機能へのアプローチを行うと共に、利用者の状態変化に注意し、職員間だけでなく家族と共有し早期の臨機応変な対応を行っていくことで在宅生活の継続を支援していく。
3. 労働生産性を高め人員配置を適正化する。デイサービスの人件費率（人件費割合）においては60%台を目指す。
4. デイサービスの稼働率アップはデイサービスを黒字運営する上での絶対条件であるため、稼働率を最低でも85.5%まで上げ、維持する。またショートステイ併用者の利用日を事前把握し、スポット利用を勧め、27名を受け入れる為の環境づくりを行う。

【対策と実施方法】

1. ご本人・ご家族の意向の確認と自宅環境に合わせて、具体的にわかりやすい個別機能訓練計画書を作成、見込まれる効果の説明を行い十分な理解と納得のもと同意を得て、評価を行い、また、居宅介護支援事業所に対しても、本人を取り巻くチームの一員としてのご理解をいただく。介護支援専門員へも積極的に働きかけ、利用者の住環境の評価、福祉用具の提案などを行う。また、LIFE を活用し、効果の「見える化」や厚生労働省からのフィードバックを受け、根拠ある訓練を実施する。
2. LIFE 情報の収集・活用を評価する加算を算定する。ADL 維持等加算の拡充。認知機能の低下を伴うご利用者に対しては2名から3名のグループでの訓練を実施。認知機能の低下から意欲低下へと繋がり個別訓練に否定的な利用者でもグループで行う。また、意欲の低下と共に減少してくる社会的交流の面を評価する。認知機能面でのアプローチとして2重課題にも取り組み、グループでは相互に会話が生まれ共に刺激し合い、個別の訓練では、ご本人のペースで取り組むことで認知症状の日内差であるのかを進行度合いの評価へと繋げていく。
職員間で訓練や課題の目的を共有し、利用者の変化に対し早期対応を可能にする。職員間・家族とも情報共有し、在宅生活の継続が困難となる問題への早期の対応に繋げる。
3. 介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、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ことを義務づける。
4. 職員配置において、人件費を抑えつつ、福祉現場に求められる自立支援・重度化防止・きめ細かな心遣いのサービスが提供出来る職員数を確保。質の低下へと繋がる事を防ぐ為、専門職のスキル、独自性を開化させ、「やり甲斐」を見出し評価する事でパート職員であってもスキルの向上、責任感、満足感を得られる為の課題と環境を提供する。適正な人員配置と職員一人一人のスキルにより集客、稼働率の安定へと繋げる。
5. 稼働率について、突発的な当日のキャンセルが軽減したものの完全になくなる事は容易でなく、入院や急なショートステイ利用などがあり、不安定な状態ではある。しかし、利用者・家族・ケアマネージャーと密に情報交換する中で、事前に予定が把握出来る事も多く、調整がとりやすくなる。定員27名ではあるが、ショートステイ定期利用や定期受診など事前に把握している情報の中で28名から30名の枠内で確保されている利用者の柔軟な受入れを可能としていく。また曜日固定ではなく、スポットでの利用を勧め、利用者のペースで来ていただく柔軟な受け入れ態勢を整えることにより、予定稼働率の上昇を目指す。
日頃より利用者の思いに寄り添い、傾聴し、共に貴重な時間を過ごし、家族とのやり取りの中で、現状の悩みや不安を伺いサポートする事で安心感を提供し、利用の安定に繋げる。

地域の高齢者が要介護状態になっても住み慣れた地域で、その能力に応じて日常生活が継続していけるよう、当居宅介護支援事業所として公正・中立な立場でのケアプランの作成を行い、利用者本人がどのような生活を望んでいるのか、利用者の意向、自己決定を尊重し、利用者の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントを心がけ、医療・介護のサービスが切れ目無く受けることができるように支援を行い、地域包括ケアシステムの一員としての役割を果たしていく。

また、当法人のショートステイ、デイサービスセンター、地域包括支援センターや桜の森病院の訪問看護ステーションとも連携を取り、介護者が安心して介護が継続でき、介護者の身体的・精神的な休息についても支援をしていく。

実務面においては、入院・退院時における医療側との情報連携を行なうこと、ターミナルの利用者の在宅生活の支援、在宅での看取り支援に積極的に取り組み、「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」「ターミナルケアマネジメント加算」を算定していく。

介護支援専門員として専門的知識の習得、ケアマネジメントスキル向上のため、積極的に外部（オンライン）の研修、事例研究・検討会への参加や内部での勉強会をしていく。

【基本方針】

1. 適正なサービス提供を行なうために遵守すべき制度内容を熟知する。
2. 医療と介護の連携を強化するため、医療機関や医療サービス提供事業所等との連携を積極的に取り組む。
3. 要介護状態になった高齢者が住み慣れた地域で日常生活が継続していけるように支援する専門的知識及びケアマネジメントスキルの向上に努める。

【具体的取り組み】

1. 標準担当件数を維持し、公正・中立なケアマネジメントを行なう。
介護保険制度をよく理解し、必要な書類の定期的なチェックと適切な給付管理を行い、適正な請求（加算項目の適正な請求及び過誤請求の防止）を行う。
2. 関係医療機関・居宅サービス事業所との連携強化を行なう。
担当利用者の主治医や訪問看護ステーション等、居宅サービス事業所との連携を積極的に行い、在宅での生活の継続、在宅での介護の継続、在宅での看取りの支援を行う。
3. 質の高いケアマネジメントの提供
特定事業所加算算定事業所として、地域の居宅介護支援事業所との事例研究会の共同開催、地域包括支援センターから紹介の支援が困難なケースへの取り組み、介護支援専門員に対する計画的な研修の実施、参加をする。

【対策と実施方法】

1. 法令、運営基準について遵守できているか、実地指導事前提出書類の「自己点検表」を使用し、定期的に確認を行なう。また、鈴鹿亀山地区広域連合の実施する集団指導や研修会、介護支援専門員協会や地域包括支援センターが開催する研修会（オンライン）に参加する。減算項目、加算項目について請求漏れや過誤請求がないか、チェック表を作成しチェックを行なう。
2. 当法人の地域包括支援センターとの連携を図り、要介護認定利用者の支援を積極的に行う。また認定結果が要支援となった利用者は当法人の予防介護支援事業所への紹介を行っていく。病院での治療を終えて在宅に帰る利用者の在宅生活、在宅介護、在宅での看取りを主治医や訪問看護ステーション、居宅サービス事業所と連携を取り支援していく。
地域包括ケアシステムの一員として、利用者が医療・介護のサービスが切れ目無く受けることができるように支援を行う。
3. 下半期には常勤ケアマネジャーを1名増員し特定事業所加算（Ⅱ）1ケース400単位の加算が

算定できる事業所を目指していく。経験年数の少ないケアマネジャーの指導を行い、事業所や地域の戦力となってもらえるよう育成していく。玉垣、桜島地域で特定事業所加算算定をしている居宅介護支援事業所と 1~2 人で運営している事業所をまじえて事例研究会や勉強会を共同で開催し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に努める。また、三重県介護支援専門員実務研修の実習生受け入れへの協力をしていく。

医療との連携を図り、「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」については今後も継続し算定していく。在宅で看取りを希望される利用者、家族の支援について「ターミナルケアマネジメント加算」を算定していく。

鈴鹿亀山地区広域連合が策定する「第8期介護保険事業計画」において、日常生活圏域を見直しより相談体制を充実・強化するため、地域包括支援センターが増設された。地域包括ケアシステムの実現を推進していく拠点の担当圏域をコンパクトにすることで、各地域の地域課題に柔軟に対応できる体制の構築を図ることとなった。(地域共生社会に向けたプラットフォームとなる)

当法人が拠点とする玉垣地区に鈴鹿第5地域包括支援センターを設置することで、玉桜まちづくり協議会圏域の地域住民に対し、生活の中の困りごとの相談・見守り・安心して生活できる地域づくりなどきめ細かい支援を実施する体制構築を図る。今後も地域づくり協議会・地区民生委員児童委員連絡協議会・自治会等地域活動を行う各種団体との連携強化を目指す。

【基本方針】

団塊の世代が後期高齢者になる2025年に備え、令和3年度より日常生活圏域を再編成し、まちづくり協議会単位に「地域型地域包括支援センター」を開設。地域包括支援センターが鈴鹿市内に4か所の設置から8か所へと増設。さらに、「地域型地域包括支援センター」8か所の後方支援や行政とのパイプ役を担う「基幹型地域包括支援センター」が1か所設置され、地域住民の総合的な相談体制が重層的に整い、地域性に合わせた柔軟な対応が可能となる体制が整った。

当法人は玉桜まちづくり協議会圏域を担当。担当圏域の2021年の人口は25,573人。65歳以上人口は5,523人となり、高齢化率は21.6%。すでに高齢化率が21%を上回る「超高齢社会」となっている。団塊の世代が後期高齢者となる2025年の推計人口は26,414人。65歳以上推計人口は5,772人となり、高齢化率推計は21.9%。20年後(2040年)の推計人口は27,572人。高齢化率推計は27.9%となっており、高齢化率が徐々に高くなっていく。

{出典：鈴鹿亀山地区広域連合 第8期介護保険事業計画(案)より}

第8期介護保険事業計画(案)の基本理念である『住み慣れた地域で、いつまでも自分らしく暮らせる長寿社会の創造』に則り、すべての住民が住み慣れた地域で生活が継続できるまちづくり(地域包括ケアシステムの構築)の一員としての役割を果たしていく。

24時間・365日相談対応できる環境を整え、「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」「介護予防ケアマネジメント業務」「多職種共同による地域包括支援ネットワークの構築」「地域ケア会議関係業務」「指定介護予防支援事業」など地域包括支援センター業務を、行政・地域の各種団体や住民・様々なサービス提供事業所・地域の医療機関、さらには、鈴鹿医療科学大学との信頼関係・ネットワークを構築しながら取り組んでいく。

【具体的取り組み】

- ① 担当圏域の歴史や風土を学び、地域にある資源を把握する。
- ② 地域住民への地域包括支援センターの啓発。
- ③ 玉桜まちづくり協議会や民生児童委員・自治会・老人会をはじめとする、地域の各団体等に地域包括支援センターを知っていただき、スムーズに相談・情報共有できる顔の見える関係づくりを行う（地域行事や各諸団体の会議等への参加）。
- ④ 玉桜まちづくり協議会や民生児童委員・自治会・老人会をはじめとする地域の各団体を対象に、要望に合わせ出張出前講座を開催し、まちづくりに携わる方々の学びの場に協力する（鈴鹿医療科学大学との共同開催についても検討）。
- ⑤ 担当圏域で開催されているサロンや健康教室において、介護予防教室や終活、介護保険制度等、地域の要望に合わせ出張出前講座を随時(1団体につき年2回程度)開催し、介護予防・健康維持の普及啓発に努める。
- ⑥ 出張出前講座の活動やその活用方法について普及啓発に努める。
- ⑦ 玉桜まちづくり協議会福祉部会にて開催を検討されているサロン開催への協力。
- ⑧ 担当圏域にあるサービス提供事業所との顔の見える関係作を作る。
- ⑨ 地域の困りごと・困難ケースの相談対応等について、3職種で密な情報共有を行いスムーズにチームアプローチできるようそれぞれの専門性を活かした対応について意見交換・協議の場を随時持つ。
- ⑩ 地域住民が困っていること等を気軽に相談できる環境づくりや、地域との関係性を作る。
- ⑪ 相談者がどのようなことに困りどのような生活を望んでいるかを知り、丁寧な相談対応に努める。さらに、その相談内容を累積し地域としての課題・問題になっていないかを検討。必要に応じ基幹型包括支援センターや各地域包括支援センター・行政機関と連携を図り、生活しやすい地域づくりへと繋げていく。
- ⑫ 地域包括支援センター職員としての専門性やスキル向上のため、積極的に外部の研修や事例研究・事例検討会等へ参加する。

【対策と実施方法】

- ・コロナ渦の状況に合わせ地域活動に積極的に参加することで、地域関係者との顔の見える関係づくりを行い、信頼関係を構築し地域との関係性を発展させていく。
- ・住民が気軽に相談できる環境を整え、地域包括支援センターについて知っていただき、気兼ねなく相談いただけるようにする（地域包括支援センターについての普及啓発）。
- ・いただいた相談を累積し、地域課題の把握と課題解決へ向けての行動・不足資源の把握や開発に繋げる。
- ・基幹型地域包括支援センターや他の地域型地域包括支援センター・行政機関等との連携を深め、対応に苦慮することが出てきた際に相談し合える関係づくりを行う。
- ・担当圏域内のサービス提供事業所との顔の見える関係作りを行い、スムーズな連携を図り円滑で切れ目のない相談・支援等が提供できる体制を築く。
- ・社会福祉法人サムス会だけではなく、医療科学大学とも連携し、地域に専門的知識や技術の還元を行うとともに、職員や学生が地域活動に協力できる場を持つことができるよう努める。

令和4年度 認知症初期集中支援チーム事業計画

わが国では、高齢者人口の増加に伴い2025年の認知症の有病者数は約700万人となり、65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していくと推計されている。(出典:「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業))

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境で暮らし続けることができるよう、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」による関わりをはじめ、認知症の早期診断および早期対応が重要となる。

認知症の早期発見・初期支援に対しては、その相談件数・支援対象者は増加している。今後も、認知症が疑われる場合に早期に必要な支援につなげられるよう、認知症初期集中支援チームの周知を図るための啓発活動や、必要なサービスにつなげるためのサービスの受け皿の整備が図られる必要がある。

当法人が担当する北部圏域の高齢化率の推計は緩やかに増加傾向にあり、認知症の有病率の増加も予想される。認知症に対する意識・知識については高まってきている一方、認知症に対する不安を抱える高齢者が多いのも事実である。認知症は誰もがなり得るものである一方、予防活動によって発症や進行を遅らせることが可能である。認知症に対する正しい理解を促すとともに、その予防活動に早期からつなげることも重要と考えられる。

認知症の人とその家族が交流し、支えあえる地域づくりを目指す認知症カフェの取組との連携を図り、住み慣れた地域で暮らし続けるための自立生活への支援を実施し、これからの地域共生生活に向けて取り組んでいく。(鈴鹿亀山地区広域連合第8期介護保険事業計画)

【基本方針】

2015年に新しい認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)が提示され、国を挙げて認知症に取り組んでいく道標が示された。認知症初期集中支援チームはこのうち、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」と「認知症の人の介護者への支援の柱」として取り上げられ、新オレンジプランの中でも重要な機能として位置付けられた。

担当する北部圏域では、高齢化率の推計は緩やかに増加傾向にあり、認知症の有病率の増加も予想される。認知症の早期発見・早期対応は、住み慣れた地域での生活を長く継続するために重要な支援である。

これまでの認知症総合支援事業実施に伴い構築されたネットワークを引き継ぎ活用しながら、認知症の早期発見・早期診断および早期対応に向けた支援体制のさらなる構築や医療・介護の連携に努め、若年性認知症の方への支援やその支援体制の構築をはじめ、認知症の状態に応じた適切なサービスが切れ間なく提供されるよう、関係機関との連携の強化・社会資源の発掘や構築・並びに地域の認知症対応能力向上に取り組む。

【具体的取り組み】

- ① 認知症初期集中支援推進事業
- ② 認知症地域推進事業
- ③ 普及啓発活動
- ④ 地域の関係機関や鈴鹿市との緊密な連携体制の構築
- ⑤ 地域の社会資源の把握や連携について、新たな社会資源開発の取り組み
- ⑥ 認知症に関する事業の取り組み実績
- ⑦ 高齢者支援に関する取り組み実績

【対策と実施方法】

- ① 認知症疾患医療センター、認知症サポート医、中部認知症初期集中支援チーム及び認知症地域支援推進員、地域包括支援センター、担当圏域の地域関係者・関係機関及び行政などとの顔の見える関係づくりを随時行い、業務の中における報告・連絡・相談を密に実施することでスムーズに情報交換できるよう努める。
これまでの事業実施に伴い構築されたネットワークを引き継ぎ活用しながら、認知症の早期発見・早期診断及び早期対応に向けた支援体制のさらなる構築や、医療・介護の連携の推進に努める。
- ② 若年性認知症の方への支援や支援体制の構築。
- ③ 認知症の方への見守りや支援に係る地域ネットワークの現状を把握し、そのネットワークが強化できるよう努める。また、認知症に対する正しい理解を啓発し、地域の認知症の方の発見力や認知症対応力を強化する仕組みを構築して行くことで、地域に潜在する認知症の方の早期把握や支援につなぐ取り組みを進める（行政や中部初期集中支援チームと協同し、担当圏域内の教育機関や企業等へも働きかける）。
- ④ 積極的に地域関係者の会議や地域で行われている高齢者サロン・認知症カフェに出席し、その活動が継続・活性化するよう専門職として協力し、認知症の人を支援する関係者との連携を強化していく。
- ⑤ 認知症の方の一人歩きに際する探索活動とそのネットワークづくりについて、まちづくり協議会や地域の諸団体と協同し、探索活動のシミュレーション実施に向けて検討を重ねていく。
- ⑥ 地域の歴史や現状を把握し、現在どのような課題や問題が地域の中にあるのかを地域関係者や各専門機関、地域包括支援センターと連携・課題抽出・検討し、現在の支援体制の強化や不足していると思われるサービスの提案・提供ができるネットワークの構築を実施。
- ⑦ 桜の森カフェ（認知症カフェ）の運営協力。