

令和6年度から始まる第9期介護保険事業計画期間は、その計画期間中にいわゆる団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年を迎えることとなる。これまで累次の介護報酬改定や制度改正により、地域包括ケアシステムの推進を図ってきたが、今後、高齢者人口がピークを迎える2040年頃に向けて、85歳以上人口割合の増加や生産年齢人口の急減といった更なる人口構造の変化やそれに伴う社会環境の変化が見込まれており、引き続き、不断の見直しが必要である。

また、生産年齢人口の減少が顕著となり、介護を含む各分野における人材不足が更に大きな課題となることが見込まれるとともに、特に近年、物価高騰や全産業における賃金の引上げが進む中で、サービス提供体制の確保の観点から、介護人材の確保と介護事業所の健全な経営環境を確保することが重要な課題である。これに相まってDX等の事業環境の変化が生じ、生産性の向上も課題となっている。当法人としては、今後、これまでの取組も踏まえながら、質の高い、自立支援・重度化防止に資するサービスの提供を引き続き推進していく。

【基本方針】

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において利用者の尊厳を保持しつつ、質の高い公正中立なケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進する。また医療ニーズが高い方や看取りへの対応を強化する観点から、医療・介護DXも活用した情報連携の推進や入退院時支援の強化、利用者の状態に応じた専門職の配置など医療と介護の連携をより一層推進することや新型コロナウイルス感染症対応の経験を踏まえながら、感染症や災害への対応力を高めていくこと、高齢者虐待防止、安全性の確保等の取組の推進を図る。さらには、認知症の方の尊厳を保持しつつ、認知症の対応力向上に向けた取組を進めて行く。

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

高齢者の自立支援・重度化防止といった介護保険制度の趣旨に沿い、多職種による連携を通じた取組の推進や、アウトカム指標を踏まえた評価の推進に向けたデータの活用等を行うことが必要となる。様々な角度からの自立支援・重度化防止に係る取組やリハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を一層推進していくこと、介護現場において科学的介護の取組が進むよう令和3年度改定より開始されたLIFEを活用した質の高い介護を進めていく。

3. 良質なサービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

介護を担う人材の不足や将来の担い手減少の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、賃上げ等を通じた介護人材の確保・生産性の向上に対応していく。

この課題に対応するため、全産業における賃上げの動きも踏まえ、介護職員の処遇改善、介護職員のやりがい・定着・キャリアアップにもつながる職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進していくことが必要である。

また、経営の協働化・大規模化やテレワークなどの柔軟な働き方などを通じた介護職員の負担軽減や効率的なサービス提供の推進に資する取組により、喫緊の課題である人材確保につながる職場環境づくりを進める。

人材育成計画

【6年度基本方針】

- ①コアバリュー（大切にしたい価値観）に則った実践を行っていきます。
- ②介護福祉士等の有資格者及び、同等の知識量を持つ職員を育成し、ケアの質の向上を目指します。
- ③利用者の満足度向上を図る為、個々を尊重したケアが行える職員を育成していきます。
- ④安定したユニット運営が出来るよう、リーダー職のスキル向上を図ります。
- ⑤新人職員の離職防止ができ、安定したケアを継続的に提供できる環境を目指します。

【具体的取り組み】

- ①コアバリューの記憶と、コアバリューに則った行動実践を義務として、職員へ周知を行う。
- ②実務者研修の受講の推進と支援、介護福祉士資格の取得者を増やしていく。また医療的対応力の向上の為、有資格者に対して、喀痰吸引の資格取得を推進していく。その他施設内のオンライン研修の内容拡充と、外部研修の受講をしていく。
- ③個々のアセスメントと実践能力の向上、24時間シートの作成を行う。作成した24時間シートを元に個別ケアを実践していく。
- ④リーダーに求められるマネジメント能力の向上の為、研修の参加や実施を行っていく。
- ⑤入職時オリエンテーションの実施や、新人職員指導を行うメンターの統一と育成を行っていく。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①コアバリュー（大切にしたい価値観）
 1. 利用者中心！（…中心？本当に中心にできていますか？）
 - ・誰よりも利用者のことを知ろう！
 - ・隙を見つけては、利用者与会話しよう！
 2. 前向き×前向き×前向き
 - ・良くない時ほど、前向きに考え、発言、行動を大切にしよう！
 - ・愚痴ではなく“どうしたら前に進むか”を考えよう！
 3. あなたはサムス会の仲間！
 - ・他事業所、他部署、他職種とも助け合おう！
 - ・自分のことだけではなく、周りを気遣い信頼し合える職場にしよう！
 - ・現場感覚と経営感覚の両方を持つよう！
 4. ”ロウカ“をキレイにしよう。
 - ・施設の“廊下”を綺麗にしよう！職場のキレイを保とう！
 - ・心を“老化”させない！素直、プラス発想、勉強好きでキレイな心を保とう！
 5. 自律、成長しよう！
 - ・自分の意見を持つことを大事にしよう！相手の意見を受け入れよう！
 - ・成長意欲を持つよう！何か一つ、新しいことにチャレンジしよう！

*上記内容での半期毎の評価を行い、面談毎に確認を行う。
- ②資格取得の為の費用や業務での研修受講等助成内容を明確にし、中長期的に見て介護福祉士取得を目指している職員、及びその適正がある職員へ、実務者研修の受講を推進する。
また今後医療的対応が必要な方の受け入れ態勢を整えていく為、制度改正前に介護福祉士を取得している職員を中心に、喀痰吸引研修の受講を推進していく。
現存の施設内での法定研修の実施だけではなく、スキルアップ研修の内容の更新と、キャリアアップ研修や、介護技術向上の為の研修を実施していく。
- ③標準的なアセスメント（認定調査項目等も活用）内容の統一と理解を図る。また令和5年度中に作成した24時間シートをユニット内で共有、標準の業務内容として、統一したケアの実践を行う。24時間シートに関しては、個別性を重視したケアを行っていけるよう、ユニット職員で都度見直しを行っていくこととする。

④リーダー職員向けの研修への参加、動画配信を行う。またマネジメントスキルだけではなく、技術力の向上を図る為の研修への参加の促しも行い、ユニット職員への技術指導を的確に行っていくスキルを身に付けていく。動画視聴は必須として、リーダー会議時に知識習得のレベルを確認していく。

⑤入職時に施設の概要説明や、研修の実施を行う。また新人職員指導を行う職員は3等級以上、若しくは3等級に相当する職員をメンターとして新人職員指導にあたらせ、指導内容の差異を軽減と、1人立ちまでの定期的な面談を行い、1人立ちまでのサポートを行う。

法人研修計画

【6年度基本方針】

- ①各専門職階層別での役割の理解と、実行できる体制の確立を目指します。
- ②階層別評価表の運用を行い、職員の意欲向上と生産性の向上を図ります。
- ③法定研修、その他スキルアップ研修の充実と、参加率の向上を目指します。

【具体的取り組み】

- ①各専門職階層別に、自身の役割を理解してもらう為、階層別業務マニュアルの配布を行う。
- ②階層別業務マニュアルと、コアバリューを用いた評価表を評価基準として職員に明示。自身の現状の立ち位置と照らし合わせ、自身のキャリアアップの為のヴィジョンを描きやすくしていく。
- ③法定研修（感染、身体拘束虐待、事故防止、看取り、BCP）の内容見直しと、推奨スキルアップ研修の追加を行っていく。また昨年同様、スプレッドシートを活用した復命書の提出を義務として、参加率の確認を行う。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①各専門職階層別でのマニュアル及びコアバリューの実践を標準の業務とした、評価表を作成している。評価表の配布も同時に行うことで、階層別の業務内容及びコアバリューの重要性を周知する。また新たに3等級以上となった職員については、階層別業務研修の視聴をして、自身の責務について理解を図る。
- ②上半期及び下半期に面談を実施。評価表を用いて職員の長所や短所を明確にすることで、今後昇給やキャリアアップする為の改善点を、自身で知る機会としていく。
- ③法定研修の内容について、復命書だけではなく、会議等の場で習熟度を確認。習熟度に合わせて、研修動画の変更を行っていく。推奨スキルアップ研修では、階層別での推奨動画及び、現状の支援で不足している知識や技術を確認し、現状に合わせた動画の選定していく。積極的に研修参加をしてもらう為にも、研修の参加率も評価項目として組み込んでいく。

実習受入れ計画

【6年度基本方針】

- ①実習満足度向上の為、実習指導者としての知識・技術の向上を目指します。
- ②実習や体験を通し、地域に根差した福祉施設を目指します。
- ③次世代の福祉の担い手の輩出の為、福祉分野への興味と関心が高められる取り組みを実践していきます。

【具体的取り組み】

- ①実習指導の為の資格取得支援や、専門職としての知識向上の為の支援を行っていく。
- ②鈴鹿医療科学大学を始め、世代や国籍、地域を問わず実習の受け入れを行っていく。

③食事や入浴、排泄だけの日常ケアに留まらず、ICT 機器の活用や QOL 向上の為の支援を行っていく。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

①介護福祉士実習指導者や社会福祉士実習指導者、キャラバンメイト等実習や講師に必要な資格取得者の選出を行う。また実習生に対して的確な指導を行う必要があることから、専門職としてのベーシックな知識と、その応用力を身に着ける必要がある。

ユニット会議等を通し、日常ケアの中から基本の再確認と、個々のケースに対しての対応力を高め、柔軟な思考力を身に着けていく。

②鈴鹿医療科学大学「臨地実習 老年看護学」「医療栄養学科 管理栄養学専攻」「リハビリテーション学科 理学療法専攻」「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」「底力実習」その他「職場体験事業（小中高一般含む）」「介護福祉士養成実習」「慰問」「ボランティア」その他依頼があった実習や職場体験、上記実習や体験について、受け入れ可能であれば原則全ての依頼を受ける。

人材確保・離職防止計画

【6年度基本方針】

- ①人材の採用に向けた取り組みの強化。
- ②人材の定着に向けた取り組みの強化。
- ③人材の育成に向けた取り組みの強化。

【具体的取り組み】

- ①令和7年3月卒業生の採用を行う。
- ②就職期の若年層から魅力ある仕事、職場として選択されるようにする。
- ③特定技能実習生の受け入れを継続していく。
- ④多様で柔軟な働き方が可能な職場環境を整え、人材の確保につなげる。
- ⑤資格取得のための支援を行う。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①令和7年3月新卒採用向けの就職サイトを活用して採用活動を行う。
- ②広報委員会での SNS の活動を利用して若年層に介護の仕事、当施設の職場に興味をもってもらい、採用につなげていく。
- ③SUMS 株式会社と連携を取りながら特定技能実習生の受け入れを行っていく。
- ④週休3日・10時間勤務制を定着させて、ダブルワークや資格取得、プライベートの充実等に休日を活用してもらい、職員紹介採用制度と合わせて魅力ある転職先にしていく。
- ⑤介護福祉士、介護福祉士実務者研修、喀痰吸引等研修等の資格取得の為の費用の支援や受講の為の勤務調整を行い資格取得のしやすい環境を整える。

防災・減災活動計画

【6年度基本方針】

- ①策定した事業継続計画（BCP）の見直し、更新を行う。
- ②避難訓練活動を行う。
- ③災害時の地域と連携した対応や訓練の計画を作る。
- ④備蓄品の確保を進める。

【具体的取り組み】

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①BCP についての最新情報の収集を行う。
- ②地震災害想定、夜間の火災発生想定の定期的な避難訓練を実施する。
- ③地域住民の参加が得られる避難訓練計画を作成する。
- ④備蓄品、備品の不足分の購入計画を立てる。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①BCP に関する研修会等への参加や策定した BCP の実地訓練等による見直し、更新を行う。
- ②地域包括支援センターと連携して地域住民が参加してもらえる当施設の避難訓練を行う。
- ③福祉避難所の設置運営についての勉強会や研修を行う。
- ④災害発生後 3 日分の備蓄品の確保、備品の整備を行う。

機能訓練計画

【6 年度基本方針】

- ① 利用者様の ADL 維持・向上に繋げるための機能訓練実施数の確保
- ② 居宅サービスの事業拡大、SS の機能訓練対象範囲を増やす
- ③ 機能訓練指導員の施設外活動の拡大
- ④ 機能訓練指導員の診療能力向上及び指導力の向上による利用者様に提供する質の向上
- ⑤ HAL の活用

【具体的取り組み】

- ①デイサービスにおける機能訓練実施数を 14 単位/日以上を確保する。また、デイサービスにおける骨折等重大事故 0 件を目指す。
特養・SS における機能訓練合計実施数を 14 単位以上/日を確保する。内訳としては特養 2 回以上/月、SS 2 回以上/週。急病や老衰以外の防ぐべき身体機能の低下を予防し、ADL 維持加算Ⅱ（60 単位）の算定を目指す。特養において、骨折事故 0 件および褥瘡発生 0 件を目指す。
- ②デイサービス、サービス予防 A、サービス予防 C、訪問型サービス C の事業に取り組む。契約時に家族・ケアマネが希望されていた人の機能訓練を中心に実施していたが、定期利用者かつ SS・DS 併用者の中で必要な方、機能訓練指導員が必要であると判断した方にはこちらから積極的に働きかけ、個別機能訓練加算の算定につなげる。
- ③施設外活動の一環として、日本理学療法士協会の活動を実施。
- ④実習生を随時受け入れていき、機能訓練指導員が学習、指導、研鑽する機会を設け、診療能力・技術向上に繋げる。
- ⑤HAL の活用をまずはスタッフに使用し慣れていただく。現在通信機能が使えず様々なデータを拾うことが出来ない状況であるため、データを拾うための通信環境が整い次第、利用者様に使用していき身体機能向上のために活用していく。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①利用者様へ適時アドバイスを実施し、身体機能の変化を見逃さないよう徹底し自立支援する。施設内での移動だけでなく居宅での活動や移動手段、家屋などの情報を聴取し、デイサービス・SS 内の動作指導に留まらず、在宅での移動手段や住宅環境を含めた指導を行っていき、活動範囲や ADL の維持および拡大を目指した介入を行っていき自立支援に繋げる。
特養においては機能訓練だけでは身体機能の維持を図ることは出来ない為、ユニットの職員一

人一人が過介助のリスクや自立支援の大切さを理解することで、自立支援を意識した介助が日々の当たり前となり、生活の中で利用者様が自身の機能を発揮することが可能となり、身体機能の維持に繋げる事が出来る。それに伴い、下肢機能の低下も予防することができ、転倒予防に繋げていく。また褥瘡に関しても、R6年度より褥瘡マネジメント加算を算定する。昨年度までにより除圧に適したマットレスの購入、簡易体圧測定器も購入していただいております、それらを活用しながら全職員で連携を図り褥瘡発生ゼロを目指す。

②機能訓練指導員だけでなく介護職員がサービス予防Aを利用者様に指導できるように指導方法をマニュアル作成し実践する。初回利用の利用者様毎に理学療法士がプログラムを立案し、作成したトレーニングプログラムを実践できるよう介護職員に落とし込み、職員全体の指導力向上に繋げていく。

DS利用者においてSS利用中にも継続して運動習慣を持っていただけるよう、またDSと同様の機能訓練をSSでも提供できるように、DS機能訓練指導員と情報共有し、訓練を実施する。また、普段のSS利用時の様子や送迎時の様子などから、機能訓練指導員が必要であると判断した方には、SS相談員から家族やCMへ積極的に働きかけてもらい、個別機能訓練加算の算定に繋げ、身体機能低下予防・日常生活動作の自立性向上を目指していく。

③三重県理学療法士協会の鈴鹿・亀山ブロック事業の研修会等の企画、運営を随時行う。

④臨床実習について厚生労働省より2020年以降入学の理学療法士学校生の評価実習および総合実習指導者は臨床実習指導者講習会の受講者に限られるとのことで、条件を満たす臨床実習指導者が当施設には1名と少ないため、臨床実習指導者講習会を受講し指導者を増やし、実習生受け入れ態勢を拡大する。学生指導を行う中で機能訓練指導員としての診療技術の向上、学習機会の増加、自己研鑽を行う機会を増やす。

⑤HALの利用者様使用に当たって、ある程度の理解力も必要であり、またあくまで自立支援を目的とした機械であるため利用者様自身の意欲も必要となる。普段かかわっている利用者様の中で、適応する方がいるか話し合いの中で選定していく。その後実際に訓練の中で使用し、立ち上がり・歩行時などの安定性が向上しているのか、客観的に評価していくとともに利用者様自身で感じている変化に対しても聞き取りを実施していく。

管理栄養計画

【6年度基本方針】

- ①利用者に満足していただける豊かな食生活を目指す。
- ②個人に合わせた栄養管理を実施し、入居者の健康管理、生活の質の向上、疾病改善、要介護度の維持改善をサポートできる。
- ③摂食嚥下障害を有する入所者や食事摂取に関する認知機能の低下が著しい入所者の経口維持支援を充実させ、また経管栄養から経口への移行をスムーズに行える。
- ④災害時に、栄養不足による健康被害が出ないよう安定した食事提供ができる。
- ⑤在宅高齢者の栄養支援が効率的・効果的に行える。

【具体的取り組み】

- ①利用者や職員の意見を収集し、行事食や食のイベントを取り入れ、季節感や楽しみを持っていただく。栄養バランスの取れた健康な食事内容で提供する。
- ②特養入居者に対し、栄養ケアマネジメントと褥瘡ケアを実施する。
- ③栄養ケアマネジメントを実施している入居者の中で、摂食機能障害および誤嚥が認められる対象者を選定し、食事観察の実施・会議の開催・経口維持計画書を作成し、医師または歯科医師の指示を受け、本人または家族に同意を得て、特別な管理を行う。多職種が連携して安全な食事摂取に繋げ、誤嚥性肺炎の発症を減らす。また経管により食事を摂取している入居者で、

経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けた者を対象に経口摂取を進める。

④自然災害、感染症のまん延等の不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い時間で復旧させる為の方針、体制、手順等を示した計画(業務継続計画 BCP)に沿った非常時の給食提供マニュアルを作成する。

⑤通所サービス利用者に対し管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行う。その結果を利用者又は家族に説明する。地域包括支援センターと協力し、栄養関連で問題を抱える在宅高齢者に対し介入できる。認知症カフェや介護者のつどいにて健康につながる栄養の知識の普及を行う。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

①高齢になると食が細くなりがちである。そこで季節ごとの行事食やイベントなどを催し、入居者の生活にメリハリを与え食べる意欲を引き出す。

食事時に入居者のところを訪れるミールラウンドやユニット会議出席時、年1回の食事アンケートにて、入居者や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。

また桜の森病院の栄養士業務を兼務しているの、そこで得た知識を白子ホームでの献立内容や栄養ケアに生かす。

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。

②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。

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対しては、3ヶ月に一度栄養スクリーニング・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。褥瘡ケア計画書を他職種共同で作成、実施し、入居者の褥瘡の治癒・予防を行っていく。

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。

サービス担当者会議・褥瘡予防委員会に出席し多職種と情報を共有する。

評価は喫食量(毎食)・体重測定(月1回)にて行う。栄養士が介入する事で、低栄養の高リスク者が減り、また低栄養状態からの早期改善、褥瘡の発生予防・早期治癒を目指す。

③現に経口で食事摂取する者で、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入居者で、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けた者を対象とし、月1回医師・歯科医師・管理栄養士・看護師・ケアマネージャー等が共同して、入所者の栄養管理のための食事の観察および会議等を行い、入所者ごとに経口による継続的な食事摂取を進めるため、特別な管理方法(誤嚥を防止しつつ継続して経口による食事の摂取を進めるための食事形態、摂食方法等における適切な配慮)を示した経口維持計

画を作成する。計画に従い医師・歯科医師の指示を受けた管理栄養士または栄養士が栄養管理を実施する。

計画の作成及び見直しを行った場合においては、特別な管理の対象となる入居者またはその家族に説明し、その同意を得る。これは摂食機能障害及び誤嚥が認められなくなったと医師または歯科医師が判断する日まで継続する。

また経管により食事を摂取している入居者で、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要であるとして、医師の指示を受けたものを対象に、医師・歯科医師・管理栄養士・看護師・ケアマネジャーその他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した経口移行計画を作成する。またこの計画については対象となる入所者及び家族に説明し、その同意を得る。経口による食事の摂取を進める期間は、経口からの食事の摂取が可能になり経管による食事の摂取を終了した日まで、または180日以内とする。

④災害時等においても継続した食事提供を行う為には、平常時から災害時等の対応について検討を行い、各施設に沿ったマニュアルを準備しておくことが大切である。

災害時の指示系統、職員の緊急連絡網、災害時に連絡が必要な行政機関・ライフライン等の連絡先、災害時に連絡が必要な業者・協力施設等の連絡先、被災状況チェックリストと被災状況に応じた対応、備蓄品一覧と保管場所、備蓄食品を用いた献立、備蓄品の調理及び盛り付け方法、食数や食種の管理、衛生管理の方法を給食委託会社と協議しマニュアルに示し共有し、非常時でも食事提供が出来るような体制づくりを行う。

⑤通所サービス(デイサービス)利用者に対し、利用者ごとの低栄養のリスクを利用開始時に把握し、管理栄養士・看護職員・介護職員・生活相談員その他の職種の者が共同して解決すべき栄養管理上の把握を行う。その結果を利用者、家族に報告する。低栄養状態等の利用者は介護支援専門員に情報共有し、サービス提供の検討を依頼する。必要に応じて、管理栄養士との栄養食事相談や情報提供を行う。

地域包括支援センターが主体となる地域ケア個別会議で、栄養関連で問題のある方で、管理栄養士の介入が必要とされる場合に出席出来るよう、地域包括支援センター職員と連携しておく。

鍼灸治療計画

【6年度基本方針】

- ①鍼灸施術で利用者の健康維持・症状緩和を図り、その人らしい生活が送れるように努める。
- ②鍼灸施術が利用者を支える手段であると認知してもらい、鍼灸の活躍の場を広げることを目指す。
- ③東洋医学や鍼灸の情報を発信し、社会貢献に努める。また、桜の森白子ホームの特色のひとつとしてアピールすることを目指す。
- ④多職種とのコミュニケーション強化。
- ⑤様々な症状に対応できるよう、鍼灸師のスキルアップを目指す。

【具体的取り組み】

- ①鍼灸希望者に対しデイサービス1回/W、特養1回/2W、ショートは利用中1回か利用頻度の高い方は1回/2W。件数6件~/日を目標として、個々の状態、症状、希望に合わせたオーダーメイド施術を行い、健康維持・症状緩和を図り、自立を支援する。
希望しているが施術枠に入れず待機されている方いるので、予定表の組み立て直し、健康維持の方の枠を活用するなどして新規希望者をに入れていけるよう工夫する。
- ②鍼灸施術を行っている利用者のケアマネジャーと連絡をとり、ケアプランに加わることで、介護サービスのひとつとして鍼灸が活動していることを知ってもらう。
- ③桜の森カフェや出前講座等で東洋医学や鍼灸を題材とした情報を発信することで、セルフケ

アでの体調管理や養生による社会貢献、尚且つ施設での鍼灸施術を知ってもらう機会にする。
④相談員と連携し、入所申込み・施設体験の方に、他の施設にはない鍼灸施術サービスを提供していることを発信する。

認知症等により患者自身が答えられない場合もあるので、現場職員にも利用者の問診やバイタルの確認をし、施術時の場面だけでなく日常生活からも情報収集し施術の参考にする。

⑤現状、施設での患者の主な症状としては運動器疾患による疼痛が全体のうち50%を占める。運動器疾患を得意とする現代鍼灸での対応が、より患者の症状に対応できるのではないか。また、現代鍼灸（主に筋肉・関節・神経系の症状・疾患が治療対象）は現代医学の理論を用いるので、科学的なサービスを提供できるのではないかと考える。運動器疾患に対しては患者の状態に合わせて、現代鍼灸での施術を行っていくことを検討する。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

①鍼灸施術は安全な場所、施術室か居室で行いプライベートな空間で安心して受けてもらうよう心がける。利用者の状態やバイタルに注意し、施術での体調悪化が考えられる場合は、施術を希望されても理由を説明し控えていただく。施術中にも利用者の状態は常に観察しておき、急変あった場合には即座に対応する。

②ADL・QOLの維持・向上の介護サービスのひとつとして鍼灸があることを理解し、知っていただく。VASやNRSなどを使い、なるべく見える形で、施術の評価ができるよう模索していく。

③東洋医学は中国伝来のもののため言葉が理解しづらく、日本人にはなじみのない考え方もある。ただ東洋医学の物事を伝えるだけでなく、理解しやすくなるよう言い換え等工夫してより身近に・楽しく感じてもらえるよう努力する。

④興味持たれた方は紹介してもらい、鍼灸の説明、施術室や道具の見学して頂き、希望あればお試しを行い、雰囲気を感じてもらおう。お試しする場合は、初めての場所や体験などで緊張し、副反応が出やすいので、リラックスしてもらえよう声かけしながら、体調の変化に注意して行う。施術開始前には職員にも声かけを行い、利用者の体調等特変はないか確認する。

⑤現代鍼灸に対する知識・技術を深めるため、必要に応じて専門書や学会・セミナーで学習を行う。

D X ・ SNS 活用事業計画

【6年度基本方針】

①SNSを活用した、イベントや行事の広告宣伝を行い、介護を身近に感じてもらう。

②SNSを活用した、専門職による情報発信を行う。

③SNSを活用し、社内の様子や雰囲気を伝え、採用に繋げる。

④活用する全てのSNSのフォロワー総数を一万人を目標とする。

⑤youtubeを使った研修などの動画配信による、社内研修の充実化を図る。

【具体的取り組み】

①Instagramを使用し、行事給食委員と連携し、行事の際にはタイムリーに行事の様子を投稿する。家族様へはもちろん、SNSを使用している人へ施設内の取り組みを理解していただく。

②施設内の若手職員に役割をもってもらい、自分の専門職として得た知識や情報をアウトプットする。

③Instagramを使用し、社内・職員の雰囲気をSNS上で伝え、感じていただく事で働きやすい環境をアピールし採用につなげる。

④Instagram以外のSNSも使用し、総フォロワー1万人以上を目指す。定期的に投稿することで認知度を高め、広報の役割も担う。委員の中での目標設定をすることで、若手職員の介護以外での取り組みの充実を図る。

⑤社内研修をYouTubeにアップすることで、社員の研修参加率を上げる。他の業界の研修なども

積極的に周知することで、職員のモチベーションの向上を図り、離職率低下を図る。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

①個人情報には十分に気を付け、メリット・デメリットを把握し、情報を発信する。また、コロナ禍で面会などに制限がかかる中、施設内の様子を発信することは重要になってくる為、施設内の行事の際はタイムリーに投稿する。それによって、日々の様子を伝えることができ、家族様の安心に繋げる。また、デイサービスにおいては、施設内の取り組みで利用紹介につながるケースが多いため、外部評価を高めるためにも、積極的にレクなど日々の様子を投稿する。

②若手職員の育成は今後、最も職員定着において大事になってくる。日々の業務以外のことで、役割をもってもらい、情報をアウトプットする力を養う。また、定期的に委員会を開催することで、職員同士のコミュニケーションを図り、提案・発言する場を設け、成功体験につなげる。

③普段交流のない、他部署の職員間でのコミュニケーションツールとして活用する。また社内の様子を伝え、働きやすい環境のアピールをする。

④委員の中での目標設定をすることで、若手職員の介護以外での取り組みの充実を図る。若手職員の交流の場を作る。

⑤社内研修をYouTubeにアップすることで、社員の研修参加率を上げることで介護技術の向上を図り、施設の質の向上につなげる。

特別養護老人ホーム事業計画

【6年度基本方針】

介護

- ①入居者一人一人のニーズと、家族の思いに寄り添い、常にその立場に立ってケアを行う。
- ②ケアサービスの質を向上させるための、知識と技術向上に向けた研修を開催する。
- ③個々のADL機能維持に向けたケア方法の統一と、生活リハビリを継続する。
- ④生活の場としての基本となる環境（住）を整え、安全に食事（食）を提供し、心と身体を守る（衣）を整える。
- ⑤年間稼働率97%の維持を目指す。

【具体的取り組み】

介護

- ①ユニットは生活の場であり、一人一人のニーズに常に寄り添い、入居者優先の環境と業務を整える。また、個々のケアプランもしっかり把握し本人・家族の思いやニーズに向き合い、日々のケアにあたる。
- ②入居者の身体機能低下に伴い、入院のリスクが上る誤嚥性肺炎予防に向け、食事に関してケア統一を行う。
介護士・看護師・栄養士・理学療法士・相談員が常にコミュニケーションを取ることで早期の判断と変化に対応。その方に合わせた食事形態と環境、その他姿勢や食器など適宜見直しと介助方法を指導していく。また、口腔衛生に関しても昨年に引き続き訪問歯科（ルピナス歯科）と協力し、口腔衛生保持に努める。
- ③介助方法として過介助になりがちになる場面を取り上げ、機能低下に繋がる事を理解しケアに当たる。
- ④専門職としての知識・技術・洞察力・判断力を身につけるための研修の開催と参加を促していく。施設に義務付けられた勉強会や研修だけでなく、施設内外での研修にも積極的に参加を促し個人のスキルアップを目指し、質の高いケアを提供できる職員を育てる。
- ⑤一人一人の排泄支援計画を作成し、排泄支援に対して質を高めるとともに個々に合わせた物品の選定と、ケア方法の見直しを行う。また、尿路感染予防にも努める。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

介護

- ①誤嚥性肺炎での入院ゼロを目指す。
誤嚥性肺炎は機能低下だけでなく、意欲低下や食事という楽しみを奪うことにも繋がり、食べる事に対して苦痛な思いをさせてしまうことになる。
その方に合わせた安全な食事を提供すると共に、食後の口腔ケアの管理を行い、手技・物品の選定、場合によっては訪問歯科（ルピナス歯科）とも協力し指示指導を仰ぐ。少しでも長く経口摂取を継続していく事が出来る様、口腔ケアや誤嚥性肺炎についてのリスク管理を行う。
3カ月一度口腔ケア方法の実施確認を行う。
食事に関しても安全に食べて頂くことを第一とし、形態の変更時は看護主任・栄養士・介護主任・ユニットスタッフと共に状況の確認を行ったうえで変更していく。
（令和5年度1月現在で誤嚥性肺炎での入院1名）
令和6年度は誤嚥性肺炎0名を目指す

②骨折ゼロを目指す。

転倒事故予防の一環としても、一人一人の残存機能をしっかり理解し、過介助にならないようなケアの統一と、機能変化に気付き速やかに専門職に相談する。また、その後のケアについて指示やアドバイスを確認し今後のケア方法を決めていく。

骨折等で入院した場合は、退院前にカンファレンスを行い事前に今後のケア方法を決めておく。家族の意向や思いも聞き取りを行い、退院後施設での生活を継続出来る様、居室やフロアーの環境整備を整える。

骨折による機能低下は本人の気力低下だけでなく、介助量が増え職員への身体的負担も増えることに繋がるということを意識し日々のケアに当たる。

(令和5年度1月現在で骨折6名)

令和6年度は骨折0名を目指す

③新入職員の教育指導体制を徹底。

週休3日を開始するにあたり、定期的に職員補充がされていき、令和5年10月に特養全ユニット完全移行が出来る体制が整った。その中で行われている、新入職員への教育指導を今後も継続的に行い、試用期間終了後もいつでも相談できる体制をとる。月に1度は職員短時間で面談を行うようにし、職員のメンタルケアも行う。職員にとっても働きやすい環境にすることでより良いケアを提供していく。

④感染予防を徹底する

コロナウイルスに限らず、インフルエンザ等あらゆる感染症に対して、予防対策の徹底と感染が認められた際の対応をスムーズに行う。

⑤安心・安全な生活の場を提供する。

ユニットは生活の場であり、それぞれの24時間シートを作成しその方に合わせた生活支援にあたる。介護士に求められる知識・技術・洞察力・判断力を身につけ、各専門職との連携を密にし、入居者の変化に迅速に対応していく。一人一人の生活や行動をしっかりと把握することで防げる事故を無くす。

⑥看取りケアとACPについて。

施設での看取りに関して、その方らしく最期を過ごして頂けるよう本人と家族の思いと意向に寄り添い、多職種連携し支援に取り組む。そのためにも本人や家族と、日頃から積極的なコミュニケーションを取っていき、意向の聞き取りをしていく。

看取りケアに関わったことのない職員もいるため、看護主任と協力し最期を迎える時の過ごし方。介護職員としての関わり方や身体の変化に気付ける知識と対応力を身につけるよう指導し、一つ一つのケアを工夫していく。看取りケアは特別なものではないということを共通認識とし、穏やかな時間を過ごして頂けるよう支援していく。また、デスカンファレンスも開催し今後の看取りケアに生かしていく。

【6年度基本方針】

看護

- ①ACPでの終末期ケアでQOLの向上を目指す。
- ②予防可能な疾患を予防し入院数軽減。
- ③質の高い看護ケアの提供。
- ④利用者の健康維持と疾病及び感染症による罹患の早期発見。
- ⑤感染蔓延予防と適切な対応。

【具体的取り組み】

看護

- ①ACPへの取り組み（自己決定、尊厳の保持、代弁）により、入居者・家族にとって後悔のない終末期を迎えていただく。
- ②誤嚥性肺炎の発生状況を把握し、特徴を掴んだ上で予防に努め、入院者数を減らす。
相談員やSS主任と連携を取り、空床利用を有効活用する。
- ③家族とのコミュニケーション強化、専門職としての質の向上に向けた看護研修への参加。
- ④日々の状態確認、異変時の適切な対応を実施する。
- ⑤流行性感染症についての情報を把握しておく。定期的な予防接種の実施。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

看護

- ①入居者・家族と十分に話し合い、嘱託医をはじめ、鈴鹿中央総合病院との連携を充実し、入居者本人の意思決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療・ケアを進める。
また、入居者や家族の意志は変化し得るものであることを踏まえ、入居者・家族が自らの意思をその都度示す、伝えることができるような支援を行い、話し合いを繰り返し行う。
看取りケアに関する職員教育を充実し、医療的支援の不安を軽減するなど看取り支援において、「積極的な看取りケアへの取組」を関係者が共通した意識でケアを行う。
また、実践の振り返りを行うことで、看取りケアの対応力を高めていく。
- ②介護、看護、協力医療機関及び協力歯科医院との連携を図り口腔内の清潔を保つことや口腔ケアの技術向上を図ることで、誤嚥性肺炎のリスクを軽減し、入院者数を減らし減収幅を抑える。経口摂取移行・維持、肺炎予防のための口腔ケアの充実のため介護、医療、栄養の更なる連携に加え、専門職の指導を取り入れ、リスク管理を行う。
また、入院した場合に備え、相談員やSS主任と情報共有を行い、空床利用や新規入居者の対応が円滑に進めるように準備を行う。
- ③入居者・家族とのコミュニケーションを重要視し、入居者はもちろんのこと、家族にとっても「居心地の良い空間」づくりに努めていく。
家族とのコミュニケーションを図ることで、信頼関係の構築に繋げ、家族や本人のニーズに沿った看護ケアの提供に努めていく。
コミュニケーションを強化する事により、家族に対し近い立場で医療的ケアを実践することで安心感と多職種連携を重視した、質の高い看護で一人ひとりに寄り添った看護提供を目指す。また、知識・技能と人間としての豊かさを兼ね備えた専門職を目指し、看護研修への積極的な参加と実践を通じた学びにより、資質・姿勢等の向上に努める。
- ④一人ひとりの心身の状態について、各職種との連携のもと、日々の健康維持と、疾病の早期発見に努める。健康診断の実施。（胸部X—P 1回/年、心電図・血液検査は嘱託医の判断の下、実施）。体調不良時、緊急時には家族、嘱託医との連携を密にし、適切な処置、迅速な対応を行っていく。

⑤近年、インフルエンザやノロウイルス、新型コロナウイルス感染による高齢者施設における集団感染並びに感染症による死亡等が注目視され、その感染予防と蔓延防止は大きな課題となっている。

当施設においても、2022年夏にクラスターが発生し対応に追われた経緯があり、今後も徹底した予防対策に日々努めていく必要がある。今年度も更なる感染予防に努め、流行感染への迅速な対応、予防接種の推進等、基本対応を慎重に取りすすめていく。

ショートステイ事業計画

【6年度基本方針】

- ①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
- ②相談援助技術の専門的技術を向上させ、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耳を傾ける。
また、緊急時と重度者の受け入れ体制の強化、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る。
- ③ADL・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。
- ④専門職としてのスキル向上を図り、働きやすい環境の構築に努める。
- ⑤居室の効率的な利用を行い、空床利用含め稼働率 100% 平均 20 名/日 を維持する。

【具体的取り組み】

- ①個々の利用者のニーズに的確に応え、家族の意向にも耳を傾け信頼関係を築く。
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
- ②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。
- ③個別機能訓練加算について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、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。これにより自立支援・重度化防止と共に、ADLの維持・向上を目指す。
- 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。また、主任・サブリーダーを中心に職員の個人面談を実施し働きやすい環境の構築に務める。
- ⑤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、空床利用含め居室の効率的な利用を行い、年間利用率 100%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。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①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。
- ②主任・サブリーダーを中心に専門職としての知識・技術の指導及び接遇マナー（あいさつ・身だしなみ・言葉遣い）の指導を行い、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。
- ③個別機能訓練加算について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、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。これにより自立支援・重度化防止と共に、ADLの維持・向上を目指す。

④施設内・施設外研修に積極的に参加し、職員の知識・技術・意欲の向上を目指す。また、主任・サブリーダー中心に職員の些細な変化に気づけるよう職員間のコミュニケーションを積極的に行い、働きやすい環境の構築を目指す。

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。

長期期間の利用者の確保、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。

デイサービス事業計画

【6年度基本方針】

- ①利用者・家族・介護支援専門員等からの情報から希望・課題を確認し、個々の利用者に合わせてプログラムを作成・実施し自立支援に繋げる。また、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、利用者の在宅生活の継続と家族の介護負担軽減を目指すことを中心に機能訓練を実施する。
- 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出来るように、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。
- ④平均稼働率94%を目指し、柔軟な受け入れ体制を確保し、外部評価を高め、新規利用者をコンスタントに獲得する。また、体験利用からの本利用の獲得率の上昇を目指す。
- ⑤適正な人員配置による人件費率のコントロールを行う。

【具体的取り組み】

- ①通所介護計画書は、デイサービスの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。
- ②年齢を重ねていくことで身体機能・認知機能の低下により、在宅生活が困難になってしまう場合がある。その為、専門職による訓練を実施し、個々の利用者に合わせて身体機能・認知機能へのアプローチを行い在宅生活が継続出来るよう支援していく。
- ③困難ケースや、依頼のあったケースを断ることなく、受け入れた上でみえる課題を居宅介護支援事業所と情報共有し、利用者にあったサービスの提供に心がける。また利用者の声を聴き、柔軟に利用日の変更・追加・振替を行う。
- 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、毎月稼働率を最低でも90%まで上げ、それ以上を目指す。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、28名を受け入れる為の環境づくりを行う。
- ⑤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。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- 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通所介護計画書・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」やフィードバックを受け根拠あるケアを実施する。
- ②個別機能訓練加算は常に上位の加算を取得できるよう職員配置する。また、ADL維持等加算・個別機能訓練加算Ⅱに関しては取りこぼすことのないよう、評価を行い、こちらも常に上位加算を算定できるよう心掛ける。認知機能の低下を認められる利用者に対しては2名から3名のグループでの訓練を実施し意欲低下に繋がらないよう個別訓練に否定的な利用者でも積極的に声掛けを行い、訓練・交流の機会を確保する。
また、個別訓練は、自宅の環境を評価し、自宅での生活とリンクした訓練の実施を心掛ける。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。また困

難ケースにおいても断ることなく、柔軟に受け入れ、その中で見える課題を居宅介護支援事業所と共有し、解決に向かう。

④稼働率について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 28 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け入れを可能としていく。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。また、新規利用枠がなくても体験利用のみでも利用していただき、デイサービスの雰囲気を感じていただく。体験時のご様子や、ケアの提案を行うことで、本利用へと繋がるよう居宅介護支援事業所と連携を図る。また、空き状況については随時 FAX など営業をかける。

⑤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。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・きめ細かなサービスが提供出来る職員数を確保する。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。

予防デイサービス A 事業計画

【6年度基本方針】

- ①介護予防に努め、住み慣れた地域で高齢者が生活できるよう支援する。
- ②要支援・事業対象者に向けたサービスの充実を図る。
- ③適正な人員配置による人件費率のコントロールを行う。

【具体的取り組み】

- ①要支援者・事業対象者に対するサービスを実施することで要介護状態になることを予防し、高齢者の住み慣れた地域での生活を支える。
- ②要支援者・事業対象者へのサービスの充実を図ることで、サービスの選択肢の幅を広げる。
- ③デイサービスの職員の派遣により人件費を最小にしてサービスを提供し、利益率を上げる。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

①②通常のデイサービスでは要支援者に対しては、どうしても要介護の方が緊急性が高いと判断し、利用をお断りすることが多くあった。サービス A の開設により、要支援者・事業対象者の介護予防サービスを実施し、多様なニーズに応える。また、利用している方々がゆくゆく要介護状態になったとしても桜の森デイサービスで支援できるようし、桜の森デイサービスの利用へとつなげる役割を作る。さらに地域包括支援センターとの連携を図り、利用者のサービスの選択肢を増やすことで、様々なニーズに応え、その方々の地域での生活を続けることを支援する。実際に市町村が進めている総合事業を行うことで地域の課題を見つけ、包括支援センターとともに、地域課題の解決に向け取り組んでいく。

他事業所ではできない、専門職（デイサービスの理学療法士）を配置し、身体機能の低下予防のための運動プログラムを提案することで他事業所との差別化を図り、付加価値をつける。

③通常のデイサービスの職員を派遣する形で職員配置を行うことで、職員を増やすことなく、人件費を抑えサービスを提供し、利益率の向上を目指す。

予防デイサービスC事業計画

【6年度基本方針】

- ①介護予防に努め、住み慣れた地域で高齢者が生活できるよう支援する。
- ②要支援者・事業対象者に向けたサービスの充実を図る。
- ③適正な人員配置による人件費率のコントロールを行う。

【具体的取り組み】

- ①要支援者・事業対象者に対するサービスを実施することで要介護状態になることを予防し、高齢者の住み慣れた地域での生活を支える。
- ②要支援者・事業対象者へのサービスの充実を図ることで、サービスの選択肢の幅を広げる。
- ③デイサービスの職員の派遣により人件費を最小にしてサービスを提供し、利益率を上げる。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

①サービスCに関しては利用者負担は全くなく、サービスに抵抗があったり、初めての利用で介護保険サービスがどういったものかわからない方でも比較的利用しやすいサービスとなっている。地域包括支援センターとの連携を図り、そういった方々の支援が出来る体制を整える。また、サービスを提供できる期間が定まっているため、一定期間経過した次の支援先としてデイサービスやサービスAにて受け入れることで、桜の森で要支援者・事業対象者のサービスをワンストップ化できるよう努める。そうすることで、要介護状態になった方でも同じ桜の森の職員によるサービス提供をし、安心につなげる。

実際に市町村が進めている総合事業を行うことで地域の課題を見つけ、包括支援センターとともに、地域課題の解決に向け取り組んでいく。

③通常のデイサービスの職員を派遣する形で職員配置を行うことで、職員を増やすことなく、人件費を抑えサービスを提供し、利益率の向上を目指す。

第5 地域包括支援センターひいらぎ事業計画

【6年度基本方針】

- ①団塊の世代が後期高齢者となる2025年を迎えることも近くなっており、その対応を担う地域の窓口としての役割もさらに大きくなると考えられる。地域包括支援センターの役割をスタッフ一人ひとりがしっかり把握・認識し、担当圏域内に広く啓発する。
- ②担当圏域に積極的にアウトリーチし、地域住民に積極的にフレイル予防を普及・啓発する。
- ③行政や基幹型地域包括支援センターだけでなく、担当圏域の地域づくり協議会や民生委員・児童委員協議会、自治会など地域の各種団体との関係の強化・深化。
- ④担当圏域内の介護保険サービス提供事業所や入所施設、インフォーマルサービス提供事業所だけでなく、医療機関や教育機関等との連携強化。
- ⑤認知症初期集中支援チーム、認知症地域推進員、チームオレンジ、圏域内にあるグループホームとの連携を強化し、地域住民に認知症についての正しい理解や認知症の人やその家族にやさしい地域づくりを推進する。
- ⑥人材の確保と人材育成に取り組み、専門職・総合相談援助職としてのスキルアップを図り、チーム力を向上させる。
- ⑦業務の効率化についてスタッフ間で協議検討し、情報を共有。鈴鹿市内の地域包括支援センターで実施している「包括よくなるチーム」での会議内容を参考にし、事務作業の効率化を図れるように努める。

【具体的取り組み】

- ①地域包括支援センターについての広報・啓発につながる広報誌の作成・発行や地域イベントへの参加のほか、一つひとつの業務を丁寧に行い関わっていただく方とのつながりを大切にすることで、地域包括支援センターを一人でも多くの人に知っていただく。
- ②地域ケア個別会議（必要時開催）、地域ケア圏域会議（年3回）、自立支援型地域ケア会議（年2～3回）の開催だけでなく、ケアマネジャー支援会議（年3～4回）など、地域包括支援センターに開催が義務付けられている会議の開催を通して、地域や様々なサービス提供事業所、圏域内のケアマネジャーや医療機関・薬局など地域包括ケアに関わる専門職や地域の方々との情報の共有や関係の強化・深化。あわせて、地域包括支援センターの地域における役割について啓発を行う。
- ③認知症初期集中支援チーム、認知症地域推進員、チームオレンジ、圏域内にあるグループホームとの情報共有や連携をスムーズに行い、必要時に会議やイベントに出席。認知症の人やその家族の相談対応やサポートを行う。
また、認知症初期集中支援チーム、認知症地域推進員、チームオレンジ、担当圏域内のキャラバンメイトと共同し、認知症サポーター養成講座を実施。認知症に対する正しい理解や認知症の方やその家族を支える杖となる人を一人でも多く養成する。
- ④年4回広報誌「ひいらぎだより」を作成。困りごと発生の際の豆知識となる情報を提供したり、季節にちなんだ健康やフレイル予防にまつわる情報を届け、地域包括支援センターについて広く啓発するとともに、作成にあたって圏域内の様々な事業所などに記事の掲載を依頼し連携。顔の見える関係づくりに努める。
- ⑤担当圏域内で実施されているふれあいいきいきサロンや玉桜まちづくり協議会、民生委員・児童委員協議会が開催するイベントの開催に協力し、フレイル予防等の啓発を行うとともに、地域包括支援センターの窓口機能や介護予防・日常生活支援総合事業の啓発を行う。
- ⑥公共施設である玉垣会館との関係性を構築し、依頼いただいている「健康相談会」の場を定期的に開催。地域の方々とのつながりを大切にし、地域包括支援センターの窓口機能を啓発する。また、商業施設や薬局、企業などとの顔の見える関係づくりを行い、「出張健康相談・相談」が実施できるように働きかけ、定期的に街中での相談が実施できるように努め、地域包

括支援センターについての啓発の場を増やすことができようように努める。

⑦社会福祉法人サルス会に所属する専門職や鈴鹿医療科学大学の学生ボランティアに協力を依頼し、地域包括支援センター業務である「家族介護者教室」を年1～2回開催。家族介護者同士のつながりや情報交換の機会だけでなく、レスパイトとなるよう企画する。

⑧行政や専門職団体、医師・医療機関などが開催する研修会や事例検討会に積極的に参加し、スキルアップを図るだけでなく、顔の見える関係づくりにもつながるように努める。

⑨事務所内で行う定例会議などにおいて、業務効率化について意識を持つことができようように計らうとともに、ICTの活用や取組について協議・実行する。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

① 地域包括支援センターの啓発活動

- ・年4回広報誌「ひいらぎだより」を作成
- ・玉桜まちづくり協議会、民生委員・児童委員が開催する会議への出席
- ・玉桜まちづくり協議会、民生委員・児童委員が開催するイベントへの開催協力・出席
- ・玉垣会館での「健康相談会」の開催と地域の方との交流
- ・圏域内で開催されているふれあいいきいきサロンやクラブ活動などとの連携を図れるように努め、フレイル予防について・地域包括支援センターについて啓発
- ・圏域内で行われているチームオレンジの活動である「オレンジカフェ おひさま」のバックアップ
- ・「家族介護者教室」の年間1～2回の開催
- ・認知症サポーター養成講座を様々な認知症に係わる専門機関と協同し開催

②地域包括支援センターについての啓発だけでなく、消費者被害防止やフレイル予防への取組、介護保険や介護予防・日常生活支援総合事業などについても啓発の機会を持ち情報発信する。

③スタッフ一人ひとりが地域包括支援センターの役割や、業務内容についてその意義目的についてもしっかり理解し、その意義目的に合った活動ができるように努める。

地域包括支援センターの役割や、スタッフのスキルアップについては、外部研修の活用や、内部研修を持つ。

④年度内に地域ケア個別会議随時開催、地域ケア圏域会議3回以上、自立支援型地域ケア会議年2～3回、ケアマネジャー支援会議年3～4回などの会議がスムーズに開催できるようあらかじめ年間計画・タイムテーブルを検討。3職種で協力しそれぞれの会議を開催する。会議の開催により、地域包括ケアの推進や深化を図るとともに、地域包括支援センターの啓発につなげる。

⑤認知症初期集中支援チーム、認知症地域推進員、チームオレンジ、圏域内にあるグループホームが主催する会議や行事への開催協力や参加を行い情報共有や連携がスムーズに図れるように努め、認知症の人やその家族の相談対応やサポートを行う。

また、年2～4回を目標に認知症サポーター養成講座を認知症初期集中支援チーム、認知症地域推進員、担当圏域内のキャラバンメイトと共同し実施。認知症に対する正しい理解や認知症の方やその家族を支える杖となる人を一人でも多く養成。『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』を目指す。

居宅介護支援事業計画

【6年度基本方針】

- ①特定事業所加算の要件見直しの内容について対応を行う。
- ②市町から指定を受けて介護予防支援を行う場合について対応を行う。
- ③他サービスとの連携によるモニタリング要件の緩和について対応を行う。
- ④担当利用者数の確保に努める。
- ⑤在宅での看取り支援に積極的に取り組む。

【具体的取り組み】

- ①改定による特定事業所加算の要件について情報収集を行う。
- ②居宅介護支援事業所で介護予防支援を行う場合の報酬単位、要件について情報収集を行う。
- ③改定による他サービスとの連携によるモニタリング要件の緩和について情報収集を行う。
- ④地域包括支援センターや桜の森病院、市内の病院の医療ソーシャルワーカーとの連携を図る。
- ⑤桜の森病院や訪問診療医、訪問看護ステーションと連携を取り、在宅での看取りに取り組む。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ① 2024年改定で見直される特定事業所加算の要件についての説明研修会等への参加やネットに出てくる情報を収集し、対応できるようにする。現在算定している特定事業所加算Ⅲは単位数が309単位/月→323単位/月になる予定、加算Ⅱは421単位/月となっており、さらに常勤ケアマネジャー1名を採用し加算Ⅱが算定できる体制を目指していく。
- ② 居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を行う場合の報酬単位、指定要件等について説明研修会等への参加やネットに出てくる情報の確認を行い対応する。1ケース：472単位となる見通しであり、当法人には予防介護支援事業所もあるため指定については状況を見ながら検討をしていく。
- ③ テレビ電話などによる「オンラインモニタリング」の実施を認める一定の要件を確認し対応する。
- ④ 2024年改定で居宅介護支援費報酬半減の基準が各ケアマネジャーの担当利用者数40件以上から45件以上に改定される予定であり、ケアマネジャー1人当たりの担当ケース40件以上の確保を目指す。地域包括支援センターと担当ケース数の状況等を情報連携し要介護認定利用者の紹介につなげていく。あわせて、担当ケース数に合わせたケアマネジャーの処遇改善策を実施していく。
- ⑤ 医療との情報連携を行い「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。

予防居宅介護支援事業計画

【6年度基本方針】

- ①地域包括支援センタースタッフとの情報共有を密にし、スムーズに連携を図る。
- ②「介護予防・日常生活支援総合事業」「介護保険」の意義目的やそれぞれのサービスの特徴を理解し、担当圏域内でサービス利用を必要とする方が目標を持ち自立支援に向けてサービス利用できるようマネジメント業務に取り組む。
- ③住み慣れた地域での生活が継続できるよう、利用者の力・社会資源を把握し利用者の尊厳を保持しつつ、フレイル予防・自立支援の観点でケアマネジメントや、必要や状況に応じた途切れないサービスが提供されるよう取り組む。
- ④地域包括支援センターに要支援認定となったと相談が入った際、初回訪問より予防支援事業所ケアマネジャーが地域包括支援センター3職種と連携しスムーズに対応する。
- ⑤委託先居宅介護支援事業所との情報共有を密にし、担当の負担が増大していかの確認ができる関係性を築く。担当の負担が増大していると感じられた際は、委託解除について積極的にコミュニケーションをとっていく。

【具体的取り組み】

- ①対象者の情報についてだけでなく、社会資源や制度についてなど、地域包括支援センタースタッフと情報共有を密にし、スムーズに連携を図り対応する。
- ②フォーマルサービス・インフォーマルサービスそれぞれのサービスの意義目的や特徴を理解・把握し、利用者に分かり易く説明できる力を養うとともに、担当圏域内の地域の現状や地域課題が把握できるように努める。
- ③地域包括支援センターに要支援認定ありと相談が入った際、初回訪問より同行。予防ケアマネジメント対応をスムーズに実施し。サービス利用に至る期間が短くなるように努める。
- ④地域包括支援センター相談員が新規相談受付対応の際、要支援認定見込みや事業対象者該当登録とした場合、早い時期から同行訪問・引継ぎを実施。新規担当利用者を積極的に受け入れることで「要支援でも要介護でも担当可能なケアマネジャーに担当依頼を希望」され、居宅介護支援事業所に委託となるケース数が最小限となるよう努める。
- ⑤委託先居宅介護支援事業所との情報共有を密にし、担当の負担が増大していかの確認ができる関係性を築く。担当の負担が増大していると感じられた際は、委託解除について積極的にコミュニケーションをとっていく。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①地域包括支援センター相談員が、相談対応時より利用者のアセスメントを行い、具体的な困り事の内容やサービス利用にあたっての意向を確認。予防ケアマネジメントへの引継ぎがスムーズにできるよう努める。
- ②地域包括支援センターに要支援認定であると相談が入った際は、新規対応ケースの建て込み状況より早いうちから担当ケアマネジャー決定し、初回訪問より同行しサービス利用がスムーズにできるよう積極的に対応する。
- ③質の高い公正中立な予防ケアマネジメントの確保のため、外部の研修を有効活用するとともに、朝礼や月1回の事務所内での会議などで情報交流・共有を行う。
また、地域包括支援センターで開催する「ケアマネ支援会議」の開催協力や出席を行うことで、ケアマネジャー同士の横のつながりを持ち、様々な情報交換・共有を行う機会を持つ。
- ④委託先居宅介護支援事業所に、対応が大変となってきた際は気兼ねなく相談をとアナウンスし、問い合わせいただいたケースについては早急に引継ぎができるように努める。
- ⑤予防支援事業所のケアマネジャーは、担当件数目標を60件とし、1か月約4名の新規担当ケース受け入れを目標とする。新規担当の際の精神的負担や書類作成の負担が大きい際には、事

務作業については事務員をはじめ他のスタッフも積極的に協力する。または、時期を開けて新規ケースを受け入れるか、すでに地域包括支援センターの職員で担当しサービスが落ち着いているケースを引き継ぎ、目標の一人のケアマネジャーにつき60件担当に近づくよう努める。