

令和7年度 社会福祉法人サムス会事業計画（案）

超少子高齢・人口減少社会の到来により、2040年問題に直面する我が国にあっては、地域の二極化や、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ます。サムス会においても、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、地域に根差した実践を展開し、多様なニーズに対して柔軟に応え続けることができるよう、自律的な経営を確立するとともに、連携・協働のうえ事業を展開していきます。

また、現役世代の減少に伴い、福祉人材の確保はいつそう困難になることが想定されます。どのように新たな人材を「採用」するかとともに、採用した人材をどう「育成」し、「定着」させるかが非常に重要な視点となります。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きます。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が求められるため、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きます。

【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・法人研修（案）

【7年度基本方針】

- ①コアバリュー（大切にしたい価値観）に則った支援を行っていきます。
- ②利用者満足度の向上を目指します。
- ③職員の意欲向上及び生産性の向上を図ります。
- ④職員の介護スキルや知識の向上を図ります。
- ⑤安定した支援を継続して行えるよう離職率の低下を目指します。

【具体的取り組み】

- ①コアバリューに則った支援が行えるよう、コアバリューの内容の周知と確認を行う。
 - ②利用者個々のアセスメント及び24時間シートの作成と修正を繰り返し、職員が共通認識を持って個別ケアの実践を行っていく。
 - ③階層別業務マニュアルに則った業務実践と、階層別に合わせた評価表を用いて評価を行っていきます。またキャリアアップの定義の明確化と資格取得支援を行い、リーダー職以上の職員の育成を行っていきます。
 - ④法定研修（感染対策、身体拘束及び虐待防止、事故防止、看取り、BCP）の実施と、推奨スキルアップ研修の拡充を行っていきます。また社会福祉協議会や老人福祉施設協会等の研修にも積極的に参加を行っていきます。
 - ⑤入職時のオリエンテーションの実施や、新人教育制度に則った教育を行っていきます。
- また半期毎の評価と共に面談を行っていき、職員1人1人の課題解決を図ります。

【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、利用者と会話しよう！
 - 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とう！

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！
- ・成長意欲を持とう！何か一つ、新しいことにチャレンジしよう！

各ユニットへ掲示し周知を図ると共に、半期毎の評価を行う。

②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。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。

③各階層別の業務内容に沿った業務の実践を行う為、業務マニュアルの確認を行う。また介護職員 2 等級業務マニュアルとして、15 分単位毎の業務手順がある為、利用者や実際の業務に合わせた内容へと適宜変更を行い、業務の標準化を図り評価へと反映させていく。また各階層及び専門職に合わせた評価表へと都度見直し、修正を行い、評価者の評価基準の統一を図ります。

またキャリアアップの定義を明確化し、介護福祉士や介護支援専門員資格取得等推進を行っていきます。資格取得を目指すことで知識やスキルの向上を図っていきます。

④各法定研修（感染対策、身体拘束及び虐待防止、事故防止、看取り、BCP）の年 2 回の受講が必須であることから、研修の受講管理を行う。また内容については都度見直しを行い、現状に適した研修内容としていきます。法定研修と同様に感染対策の BCP 及び自然災害の BCP の訓練が義務化となっている為、有事に備えて各 1 回ずつの訓練を実施していきます。

推奨スキルアップ研修及び外部研修については、現状の職員スキルに合わせた研修内容を推奨していくとともに、掲示板へと研修案内を掲示していき、自己研鑽出来る環境を整える。

⑤入職時に施設概要や方針についての説明、経験年数に合わせた新人職員研修を実施していく。また日々の記録と 1 か月等節目の面談を行い、個々の不安の軽減や、スキルアップに繋げていく。また半期毎に評価表を参考に各職員に面談を行い、新人職員同様に不安や悩みの解消に努めると共に、個人の課題解決を行っていき、働きやすい職場環境づくりを行っていきます。

実習受入れ計画（案）

【7年度基本方針】

- ①社会福祉施設として、実習や体験事業を通し、地域に根差した福祉施設を目指します。
- ②医療福祉分野への興味関心を高められる取り組みを実践していきます。
- ③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。

【具体的取り組み】

- ①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入を行っていく。
- ②日常的なケアだけに留まらず、ICT 機器の活用や QOL 向上の為の支援を行っていく。
- ③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。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①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 理学療法学専攻」「医療福祉学科社会福祉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、受入可能であれば原則全ての依頼を受ける。
- ②従来の福祉施設のイメージを払拭する為、ICT 関連の機器の積極的な導入と使用、説明を行う。その為にも職員に十分に機器に対しての理解が必要なので、職員に対して ICT 機器導入のメリットや活用方法の説明、現場での実際の活用、その有用性を理解してもらう。また三大介護をこなすだけでなく、利用者の QOL 向上の為の余暇支援を、フロアリーダー及びサブリーダー中心に計画を行っていき、実習での体験を通して福祉のイメージの払拭をしていく。
- ③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。また福祉施設職員として恥ずかしくない接遇マナーを身に着ける為、日頃の指導や評価を行っていく。

防災・減災活動計画（案）

【7年度基本方針】

- ①策定した事業継続計画（BCP）に沿った研修と実地訓練を行う。
- ②事業継続計画（BCP）の見直し、更新を行う。
- ③避難訓練活動を行う。
- ④備蓄品の確保を進める。
- ⑤災害時の地域と連携した対応や実地訓練の計画を行う。

【具体的取り組み】

- ①策定した事業継続計画（BCP）に沿った実地訓練を行い、実際の場面で計画した内容が実行可能なものか検証をしていく。
- ②実地訓練と研修で出た課題について検討を行い、事業継続計画（BCP）の見直し、更新をしていく。
- ③夜間想定と地震想定 of 避難訓練を行い、緊急通報、初期消火活動、避難誘導の行動を習得していく。
- ④被災時に必要となる備蓄物品の必要量の確保をしていく。
- ⑤南海トラフ地震発生時の福祉避難所の設置運営についての研修、実地訓練への参加をしていく。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①感染症編と自然災害編で策定した事業継続計画（BCP）について、年 2 回実地訓練を行い、計画内容が実際に当施設で円滑に実行できるのかを確認、検証していく。
- ②実際の場面を想定した現場での実地訓練と研修、勉強会で計画通りに実行が難しい課題について検討を行い事業継続計画（BCP）の見直し、更新をしていく。
- ③火災発生時の初期消火の行動がスムーズに行えるように消火器や消火栓設備の使用方を訓練時に実施していく。
- ④事業継続計画（BCP）で算出した備蓄品リストの品目の必要量について不足分の補充を行い計画上の必要量を確保していく。
- ⑤地域包括支援センターと連携をとり、近隣の地域住民の参加が可能な避難訓練計画を作成していく。

人材確保・離職防止計画（案）

【7年度基本方針】

- ①未経験者や異業種から転職する人材を含む多様な人材の採用活動をしていく。
- ②入職後の人材が定着して長く勤務が継続できる職場環境を整備していく。
- ③ホームページのリニューアルにより、当施設の魅力の発信をしていく。
- ④資格取得の支援を行い、職員のスキルアップ、キャリアアップのできる職場環境を整える。
- ⑤福利厚生のアウトソーシングサービスへの加入により職員の福利厚生の充実をしていく。

【具体的取り組み】

- ①ホームページのリニューアルにより、SNS での当施設の魅力や情報の発信を積極的に行い、未経験者や異業種からの転職者に興味を持ってもらえるようにしていく。
- ②随時応募者の採用面接対応を行うことにより人材確保の好循環を作っていく。
- ③職員が相談や提案がしやすい職場環境を整えていく。
- ④資格取得の支援を行い、無資格、未経験者からでもスキルアップ、キャリアアップのしていける職場環境を整える。
- ⑤どの職員でも利用がしやすい福利厚生のアウトソーシングサービスへの加入をしていく。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①リニューアルしたホームページを積極的に活用し、未経験者や異業種の人材が介護の職場に興味をもってもらえる情報を発信していく。
- ②見学や応募を随時受付し、見学や面接を行って入職者を絶やさない状態を維持していく。
- ③サブリーダー・リーダーの役職者について3ヵ月に1度面談を行いモチベーション保持の支援を行っていく。
- ④資格取得の支援を行い、職員のスキルアップ、キャリアアップのできる職場環境を整える。
- ⑤職員の利用率の高い内容の充実した福利厚生のアウトソーシングサービスへの加入により、魅力のある職場作りをしていく。

機能訓練計画（案）

【7年度基本方針】

- ①利用者のADL維持・向上に繋げるための機能訓練実施数の確保
- ②施設外活動およびアウトプットの場の拡大による機能訓練指導員の診療能力向上及び指導力の向上
- ③他職種へのスクエアステップ、ポジショニング等の伝達講習
- ④他部門、他施設との連携の強化
- ⑤HALの活用の拡大

【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を予防するシステム作成を実施する。

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3回以上/月、SS2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。

②施設外活動の一環として、日本理学療法士協会の活動を継続していく。また、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

③前年度研修を受講し取得した技術を、他職種へ伝達講習し技術を広め、施設全体の知識・技術の向上に寄与する

④地域包括センターや居宅の介護支援専門員との連携を密に行い、利用者の紹介を頂きサービス予防の活動を継続していく

⑤現在、デイサービス利用者に対して起居動作訓練の一環としてHALを活用中であり、身体機能・活動向上に寄与している状況である。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

①利用者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。また、転倒リスクの高い利用者のリスト等、対応策を周知する。

特養においては理学療法士の機能訓練だけでは身体機能を維持することは困難。職員一人一人に過介助のリスクや自立支援の必要性を理解してもらい、個々の機能に配慮した介助が日々行われることで、利用者が生活の中で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、転倒予防に繋がる。また、更衣・移乗介助における骨折事故が発生しているが、機能訓練指導員として拘縮の発生・悪化予防および改善に努めることで、利用者様・職員それぞれにとって負担の少ない介助が出来る環境を整えていく。また利用者・職員それぞれにあった移乗方法の検討や指導を必要時行っていく。

②三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、運営を継続していく。また、施設活動としては出前講座やデイカフェ開催において機能訓練指導員の発表者増大により、アウトプットできる人員を増やす

③令和6年度にスクエアステップの指導員資格を理学療法士2名、介護福祉士2名が取得する。これを活用してサービス予防A・Cで利用者に提供するとともに、施設内での伝達講習を行い指導できる職員をデイサービス内で増やす。また、ポジショニングにおいても特養の職員へ伝達講習を行い、褥瘡予防や利用者の快適な安静肢位を保つことに繋げていく。

④昨年度新規に立ち上げたサービス予防の活動において、地域包括支援センターからの紹介が欠かせないものとなる。地域包括センターへ随時、現在のサービス利用者の人数の報

告を行い状況を把握していただき、サービス予防 A に関しては日程調整を行い利用日の偏りが出ないように努めることと、通所型サービス予防 C に関しては常時 5 名を確保・維持できるようにすること、訪問サービスにおいても常時 5 名程度を確保・維持できるようにし活動を行っていき介護予防を行っていく。

⑤ADL の向上や身体機能向上を高める介入方法の一環として今後も継続してデイサービス利用者に対し HAL を活用していく、更にデイサービスだけでなく対象者を予防 A 利用者にも活用していけるよう説明と同意を行っていき拡大していく

管理栄養計画（案）

【7 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する
- 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、季節感や楽しさを提供していただく。栄養バランスの取れた健康な食事内容で提供する。
- ②特養入居者全員に対し、栄養ケアマネジメント・褥瘡ケアを実施し計画書を作成する。
- 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）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。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。桜の森カフェや介護者のつどい、出前講座、みんなの保健室すずカフェ、オレンジフェスティバル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、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る。定期的に給食会議を実施し、給食委託会社であ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。

桜の森病院の栄養士業務を兼務しているので、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、褥瘡発生のリスクも高く難治化する。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、ただちに対応する。対応後の評価は喫食量(毎食)・体重測定(月 1 回)にて行う。定期的な栄養状態の情報を、ユニット会議(サービス担当者会議)・褥瘡予防委員会に出席し栄養状態を多職種へ伝達する。栄養士だけでなく、看護師・介護士・機能訓練指導員と共同する事で多角的なケアが実施出来、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入所者に対し、医師の診断で摂食機能を適切に評価する。

誤嚥が発生した場合の管理体制の整備、食形態の配慮など誤嚥防止のための適切な配慮を、多職種(医師・歯科医師・管理栄養士・看護職員・介護支援専門員その他の職種)共同で実施出来る体制を整備する。

経口により食事を摂取できるものの、摂食機能障害を有し誤嚥が認められる入所者で医師又は歯科医師の指示を受けた者を対象とし、医師・歯科医師・管理栄養士・看護師・介護支援専門員等が共同して、入所者の栄養管理のための食事の観察および会議等を月 1 回以上実施し、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。ただし 180 日以降も経口摂取が一部可能であって、医師の指示に基づき経口摂食のための栄養管理と支援が必要と認められる場合は 180 日を超えても継続する。

④災害時等においても継続した食事提供を行う為に、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。

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。

サムス会が実施する桜の森カフェ、大学が実施するすずカフェに、年 1～2 回定期的に参加し、そこで栄養についての知識普及を行う。出前講座・オレンジフェスティバルは依頼があった場合に参加する。

鍼灸治療計画（案）

【7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多職種連携
- 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、健康維持の方に対しては施術サイクルの期間を伸ばしていき、その空いた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携をとり、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、セルフケアや養生での体調管理の方法で社会に貢献する。また、東洋医学や鍼灸を認知してもらい、鍼灸施術への一助となるように努める。

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。

認知症等により利用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。

施術開始前には職員にも声をかけ、利用者の体調等特変はないか確認する。

⑤現状、施設での利用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53%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と考える。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利用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。
動きやすい身体作り→機能訓練で体力アップ

【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してより身近に・楽しく感じてもらえるよう工夫する。科学的根拠や生理学で説明可能な場合はそのように努める。
- ④興味持たれた方は紹介してもらい、鍼灸の説明、施術室や道具を見学して頂き、希望あればお試して温灸器を行い、鍼灸とはどのようなものなのか体験していただく。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るよう声かけしながら、体調の変化に注意して行う。
- 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（案）

【7 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。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（案）

介護

【7年度基本方針】

- ①入居生活が安心して過ごせるよう、環境を整え、多職種が情報を共有し、個々のニーズに沿ったケアを提供する
- ②入居者の気持ちを受けとめ、その人らしい入居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。
- ③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
- ④ADL・IADL・趣味活動の維持・向上を目的とした機能訓練の実施し、生活リハビリを継続する。
- ⑤居室の効率的な利用を行い、空床利用含め稼働率 97・5% 平均 78 名／日 を維持する。

【具体的取り組み】

- ①一人一人のニーズに寄り添い、入居者優先の環境と業務を整える。また、個々のケアプランを把握し本人・家族の思いやニーズに向き合い、日々のケアにあたる
- ②介護に直接携わる職員のうち、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。入居者の状況の変化にも落ちつ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、フロア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。
- ④フロアリーダーを中心に入居者一人一人の介助方法をユニット会議で話し合い、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の統一を図る。
- ⑤事業を安定継続させるため、入院があった際には速やかに空床利用し、居室の効率的な利用を行い、年間稼働率 97・5%を目指す。また、入居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ケアプランに基づいたケアの実践と、安心した入居生活を念頭におき、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。入居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支援する。
また、24時間シート・眠り s c a n の活用を活かし、個々に合わせた物品の選定とケア方法の見直しを行い、排泄支援計画の作成にあたる。
- ②フロア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。フロアリーダーを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う。また、週休3日の導入より職員一人一人のプライベートの充実を図り、働きやすい環境の構築を目指す。

④入居者一人一人の残存機能をしっかり理解し、過介助にならない支援。機能変化に気があれば、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再度ユニット会議で話し合い、ケアの統一を図る。

⑤誤嚥性肺炎を予防するケア（口腔ケア・食事介助等）を多職種と連携を図り支援する。また、訪問歯科（ルピナス歯科）とも協力し指示指導を仰ぐ。

尿路感染を予防するケア（排泄介助時の陰部洗浄・入浴介助）を徹底して支援する。

骨折等で入院した場合は、フロアリーダーを中心に速やかに何故骨折をしたのかを検討し、統一したケアを再度思考し支援にあたる。

入院等があった際には、統括主任・主任と連携を図り、空床ベットの有効利用に努め稼働率の安定を図る。

看護

【7年度基本方針】

- ①多職種との連携強化を図り、自立（自律）した生活が営める環境を構築していきます。
- ②入院・疾患の予防の為の取り組みの推進と実施を行っていきます。
- ③1人1人に合わせた適切な医療ケアを提供していきます。
- ④利用者の尊厳の保持の為の取り組みを実践していきます。
- ⑤感染症蔓延防止を図ります。

【具体的取り組み】

- ①介護・リハビリ・栄養・相談等と、日常や会議での情報の共有及び提供、収集を行い、自立（自律）を阻害している要因の分析と、医療的ケアでの改善を行っていく。
- ②ICT機器を活用しながら、エビデンスに基づいた支援を行い、疾患及び入院の予防を図ります。
- ③利用者個人に合わせた適切な医療ケアを提供する為、専門職としてのスキル向上を図ると共に、嘱託医との連携を密に取っていく。
- ④利用者とその家族の意思を尊重し、日常的な医療ケア及び看取り期の対応を柔軟に行っていきます。
- ⑤日常的な感染症対策、感染症発生時の拡大防止の為の対策及びその指導を行っていきます。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①他職種からの報告や、ケース記録及びユニット会議等で、自立（自律）を阻害している要因を分析。特に褥瘡による疼痛の管理治療、排泄に介助を要している可能性のある内的疾患の改善や、排便コントロールの為の下剤の使用方法を見直し、自然排便の促しを行っ

ていく。褥瘡予防及び排泄機能の改善をすることで、褥瘡マネジメント加算及び排泄支援加算の上位加算の取得を目指す。

②協力歯科医院による口腔内の情報提供及び、日常的な口腔内の状態、嚥下状態や既往歴の把握を行い、日常的なリスク管理を行う。特にリスクの高い方に対しての口腔内清潔保持の為に指導や、介護士・管理栄養士と連携を取り食事形態の見直しを行っていく。また水分摂取状況や排尿状態の確認、残尿チェッカーを活用し尿路感染の予防を図る。

③利用者状態把握をして、看護師内での情報共有を行うとともに、統一した看護ケアを行う。また個人でもより利用者の適切な状態把握、処置や嘱託医への報告、対応が出来るよう看護スキル向上の為に研修を行っていく。

④医療施設ではなく、自宅での生活の延長線上で日常生活を営む場であることを十分に理解した上で、施設で提供できる医療行為を明確にしていく。その中で利用者本人と家族の医療行為の希望や終末期の希望を十分に確認して日常のケアへと反映、特に疼痛及び痒みについてのケアは積極的に行っていく。終末期については、本人が安楽に過ごしていただく為の看護ケアは勿論のこと、介護職員に対しても適切なケア方法の指導を行っていくと共に、勉強会の実施を行う。終末期に入る以前より QOL を向上させる支援を、他職種と共同して計画、実施をしていく。

⑤感染症 BCP 及び感染症マニュアルを現状の環境に則った内容へと変更を行い、感染症発生時の対応を行っていきます。また感染症対策の訓練や勉強会を実施していきます。

ショートステイ事業計画（案）

【7 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、多職種が利用者、家族の情報を共有する。また、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。
- 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。
- 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、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。

②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本人・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る。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。

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、リーダーを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、緊急ショートステイ利用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居者の空床ベッド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（案）

【7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たプログラムを作成・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た身体機能・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、利用者に合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、34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50%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34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34名から36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。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などで営業をかける。

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。

通所型サービス A 事業計画（案）

【7 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、どうしても要介護者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に、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。

通所型サービス C 型事業計画（案）

【7 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】

- ①②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に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、一定期間がたっ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（案）

【7 年度基本方針】

- ①団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を迎えることになり、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。
- ② 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「重層的支援」にも対応できるようスキルアップを図り、チーム力を向上させる。
- ⑦認知症高齢者の家族を含めた家族介護者の支援の充実のためには、地域包括支援センター総合相談支援機能を活用することが重要であり、センターが果たすべき役割に応じて適切に業務を行えるよう、桜の森白子ホームの同敷地内に地域包括支援センターの事務所と会議室等を建設する。

【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事で、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。また、年3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、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及び顔の見える関係づくりに努める。
- ②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。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。
- ③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。

④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「健康体操」の場を定期的に開催。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・生活相談」が実施できるように働きかける。社会福祉法人サマ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「介護者つどい」を年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。

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。

⑥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意義目的を理解し、「重層的支援」にも対応できるよう内外研修を行い、人材確保につなげる。また、鈴鹿医療科学大学の看護学生や社会福祉士の学生を積極的に受け入れ、人材育成に取り組む。

⑦包括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に計らうとともに、ICTの活用や取組について協議・実行し、地域包括支援センター総合相談支援機能を充実させるため、桜の森白子ホームの同敷地内に地域包括支援センターの事務所や会議室等を建設する。

【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3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「健康体操」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が図れるように努め、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
- ・「介護者のつどい」の年間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など

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

報発信し、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回以上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。

③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「健康体操」の場を定期的に開催。地域の方々とのつながりを大切に、地域包括支援センターの窓口機能を啓発する。

④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・生活相談」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地域包括支援センターについての啓発の場を増やすように努め、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、年2回程地域の公共施設等で「介護者のつどい」を開催する。

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。

⑥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、「重層的支援」にも対応できるよう外部研修の活用や内部研修を持ち、人材確保につなげる。また、鈴鹿医療科学大学の社会福祉士の学生や看護学生の実習において、積極的に受け入れ、卒業後、即戦力になるよう人材育成を行う。

⑦包括内で行う定例会議などにより、業務の進捗状況及び情報共有し、業務の見直しを行い、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・実行し、認知症高齢者の家族を含めた家族介護者の支援の充実のためには、地域包括支援センター総合相談支援機能を活用することが重要であり、センターが果たすべき役割に応じて適切に業務を行えるよう、桜の森白子ホームの同敷地内に地域包括支援センター独自の事務所等を建設することにより、地域住民の方に対して分かりやすくなり、相談室やトイレ、会議室など充実させて、誰でも気軽に相談できる場所及びフレイル予防教室、出前講座、介護者のつどい等を行う場所づくりに努める。

社会貢献活動計画（案）

【7年度基本方針】

- ①職員一人ひとりが「地域包括ケアの一員」であることを認識し、地域に求められる社会福祉法人を目指す。
- ②社会福祉法人サムス会のサービスや取り組み・理念を様々な方法で広く地域に啓発する。
- ③地域に出向き、地域を知り、地域の実態把握に基づいたサービス提供に努める。
- ④地域の実態や住民の生活状況を法人内の様々なサービス提供や地域活動の中から感じ取り、どのようなニーズがあるのか把握し、ニーズに沿ったサービス提供ができるよう努める。
- ⑤福祉避難所としての体制の整備・確立。
- ⑥サロンがない地域において、サロン立ち上げを推進する。

【具体的取り組み】

- ①社会福祉法人サムス会の取組や理念を広く知っていただけるよう、様々なツールを活用し啓発していく。
- ②社会福祉法人サムス会が持つ社会資源や専門職としての力を、地域活動や地域住民のニーズに合わせ柔軟に提供する（桜の森カフェ・出前講座・介護者のつどいなどの開催）。
- ③質の高い「自立支援・重度化防止」や「重層的支援」に資するサービス提供を引き続き推進していく。
- ④地域の実態や地域住民の生活状況を把握し、まちづくり協議会や民生委員と協働し、「支えあいネットワーク」の構築に努める。
- ⑤福祉避難所の役割を把握し、施設内のBCPの随時見直しだけでなく、地域と協働した取り組みとなるように努める。
- ⑥まちづくり協議会の社会福祉部や担当圏域の生活支援コーディネーターと連携し、サロンのない地域の自治会長及び民生委員と協働し、サロン立ち上げを支援する。

【具体的取り組みのための対策と実施方法】

- ①社会福祉法人サムス会で取り組んでいる事業の意義や目的・特徴や強みを把握・理解し、当法人の取り組みを様々な情報ツールを活用し、見える化していく（ホームページやパンフレット・広報誌だけでなく、SNSを活用し様々な年代層に啓発）。パンフレットや広報誌は利用者・利用者家族だけでなく、医療機関や様々な専門機関・事業所にも手に届くように工夫し、「顔の見える関係づくり」を構築・深化。
- ②当法人で取り組んでいる事業の意義や目的、特徴や強みを職員一人一人がしっかり理解・把握・認識し、質の高い「自立支援・重度化防止」や「重層的支援」に資するサービスを提供する。
- ③質の高いサービスの提供が実現できるよう、それぞれの専門性を発揮し、業務における連絡・報告・相談がスムーズに行われ、エビデンスに基づいたチームケアが実践できるよう人材教育に取り組む。

- ④地域やサービス利用者やその家族のニーズを調査・把握し、ニーズに合わせ社会福祉法人サムス会の人材を活かした地域活動を行う（桜の森カフェ・出前講座・介護者のつどいなどの開催についても専門職のチームで実施検討する）。
- ⑤福祉避難所の取組が災害時にスムーズに行えるよう、地域の防災訓練とタイアップし、定期的に防災訓練が実施できるよう努める。また、防災訓練での経験を、BCPの策定に活かすことができるよう努める。
- ⑥地域で開催されているサロンに出向き、地域住民と交流し、信頼関係を築きつつ、サロンのない地域にも出向き、まちづくり協議会の社会福祉部や生活支援コーディネーターと連携し、自治会長や民生委員と協働し、サロン立ち上げを支援し、地域住民が気軽に交流できる場所を作っていく。

居宅介護支援事業計画（案）

【7年度基本方針】

- ①拠点の移動に伴い人員規模の拡大を目指していく。
- ②多様な働き方が可能になるようにリモートワークの導入を検討する。
- ③経験年数の少ないケアマネジャーの育成、指導を行ない人材確保をしていく。
- ④利用者の紹介先を開拓し、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拠点の移動により事業所のスペースを確保して人員規模の拡大を目指していく。
- ②リモートワークの採用により多様な働き方が可能になる環境を整備して、ケアマネジャー不足の状況の中人材の確保を行っていく。
- ③ケアマネジャー未経験者の採用から育成、指導をしていける体制を整えていく。
- ④急性期病院、回復期病院の医療ソーシャルワーカーとのパイプを開拓していく。
- 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拠点の移動により事業所のスペースを確保して、ケアマネジャーの人員規模を拡大していく。当法人のサービス利用者の確保につなげていく。
- ②リモートワークを採用している先進的な事業所の取り組みの情報を入手して、当事業所で運用していくための検討材料を収集していく。
- ③ケアマネジャーのなり手不足の状況の中、当法人の職員も含めケアマネジャー未経験者の採用に取り組み、育成、指導をしていける体制を作っていく。
- ④急性期病院、回復期病院の医療ソーシャルワーカーとのパイプを開拓して在宅への退院の情報連携が可能な関係作りをしていく。
- ⑤医療との情報連携を行い「入院時情報連携加算 200 単位」「退院・退所加算 450 単位」「ターミナルケアマネジメント加算 400 単位」を算定していく。

予防居宅介護支援事業計画（案）

【7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な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。
- ⑥介護予防ケアマネジメントにおいて、地域包括支援センターが果たすべき役割に応じて適切に業務を行え、業務効率化を図るため、桜の森白子ホームの同敷地内に地域包括支援センターの事務所と会議室等を建設する。

【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な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。
- ⑥介護予防ケアマネジメントにおいて、包括内で行う定期会議などで業務効率化について意識を持つことができるように計らうとともに、ICTの活用や取組について協議・実施し、桜の森白子ホームの同敷地内に地域包括支援センターの事務所と会議室等を建

設することにより、要介護認定を受けた地域住民の方が相談しやすい場所作りに努める。また、包括所属のケアマネジャーに対して、業務効率化を図るため、リモートワークを推奨していく。

【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軽に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。地域包括の3職種においても、担当件数目標を1人10件とし、直営件数150件以上を目標数値とする。
- ⑥介護予防ケアマネジメントにおいて、業務効率化の意識を持ちつつ、ICTの活用を協議・実施を行うとともに、地域包括支援センターが果たすべき役割に応じて適切に業務を行えるよう、桜の森白子ホームの同敷地内に地域包括支援センター独自の事務所等を建設することにより、地域住民の方に対して分かりやすくなり、相談室やトイレ、会議室などを充実させて、要介護認定をお持ちの地域住民の方が気軽に相談できる場所作りに努め、包括に所属するケアマネジャーのリモートワークを推奨し、業務管理システムを確立していく。