

令和2年度

事業計画

「ありがとうと言われるケアからありがとうと言えるケアへ」

特別養護老人ホーム南山の郷

南山の郷デイサービスセンター

南山の郷居宅介護支援事業所

ケアハウス南山の郷

認知症グループホームみなみやま

小規模多機能ホームみなみやま

高齢者向け住宅みなみやま

はじめに

わたしたちは、社会福祉法人として地域に果たさなければならない使命感をもち、理念を実現していく上で専門職としてふさわしい知識・技術の向上を目指して日々活動していかねばなりません。

そして、地域の生活に目を向け、一人ひとりの利用者が尊厳をもって暮らすことができるよう在宅～入所に至るまでの生活支援を追求しながら、常に最善のサービスが提供できるよう努力していくことが求められています。

また、地域の核となる施設として、さらには地域住民の地域の「駆け込み寺」として誰もがいつでも利用できる施設となるよう、行政や関係機関と連携を取りながら、日々、最善の努力を尽くさなければなりません。

地域社会に貢献する責任と義務を担うため、法人機能の全てを総合的・有機的に結び付け施設機能（サービス・人材・資源）を最大限活用して貢献していくことが社会から期待されています。また、それが社会福祉法人とそこで働く者と、他の事業との社会的責任の違いでもあります。

自分の仕事が、「常に誰かの支えになっている」、また「誰かの役に立ちたいという思い」を持ち続けることを忘れずにいきましょう。

尊厳の保障に向けて

好き好んで病気や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとっての本来の普通の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち尊厳の保障を実行することが我々の専門職の役割です。

法人の運営理念

仏教精神を基盤として創立し、共に苦しみ、共に喜ぶ同朋相互扶助の日々を生活の信条とし、「命の輝き」を追求する。

※「命の輝き」とは・・・法人にかかわる全ての人々（利用者とその家族、地域住民、ボランティア、職員とその家族）の命の輝きを意味します。

施設経営方針（大切にしたいこと）

愛知育児院は、「人との出会いと別れ」、子どもからお年寄りまで、それぞれの世代やその人らしい「いのちの輝き」を求めて・・・を大切にしながら、明治42年以来、この南山の地で地域に根ざした活動を行ってきました。

どの方もたとえ介護が必要になっても、今までの暮らし、今までの人づき合い、今までの生き方を続けていきたいと願ってはいないでしょうか。「安心して介護を受けたい、住み慣れた場所で介護が必要になっても自分らしく生きたい」そんな思いに応えていくことが私たちの事業方針です。どの方に対しても在宅から施設入所まで一貫してその方に合わせたサービス提供ができるよう、「その人らしい生活が最期まで送れること」「自分が入りたいと思える施設づくり」「自分が住み続けたいと思える地域づくり」という想いを大切にし、その方の心と生活に寄り添い支えていきます。

また、「尊厳ある介護」、「自立支援」、「普段どおりの生活の継続」、要介護度が下がっても・失われた身体機能の回復が無理であっても精神的な「生きがい」「やる気」「元気」を見つけられる生活支援をモットーに、常に利用者の最善の利益を考え既成概念にとらわれず、工夫と改善を忘れることなく、「自分や自分の家族にして欲しいサービス」を実践し、「その方の幸せと笑顔」をともに喜び合えるようになることを目標とします。

利用者・家族の笑顔と本来の暮らしを取り戻そう「その人がその人らしく」を合言葉に！

1. その人らしく

個人を尊重した個別ケアの実践ができる（介護の常識に捉われない視点で）

2. 笑顔と挨拶

職員として自信・満足を得ることで優しさと輝きが伝えられる

（優しく、思いやりと人と人との温度を大切にする）

3. 思いやり

相手の立場で見る・聴く・考える・感謝する

4. ゆっくり、よりそって

ゆったり、落ち着いた雰囲気の中で、その方お一人おひとりの時間の流れを大切にし、生きる力を最大限サポートする。

5. 集いの場

地域に根ざした施設として役割を果たす。暮らす人、集う人、支える人は大きな家族です。ともに寄り添い支え合っていく。

職員行動指針について

ここに定める「職員行動指針」は、法人理念・施設経営方針を具現化・実践かするにあたり、法人が求める職員像を示すとともに、職員自身が専門職としてどうあるべきか、職員一人ひとりが個人としどのようになりたいかを明確にしていく羅針盤となるものであり、その目標に向かって互いに取り組んでいくための指針となるものです。事業所も職員も常に念頭におきながら活動していきましょう。

職員行動指針

<求める職員像>

職員各々が、初心を忘れず自らを理解し、専門職としての意識と知識・能力を有し、自分で考え行動できる専門職となること。

(直接サービス：サービス精神)

1. 利用者の立場にたったサービス提供を充実させよう。

(協力：介護・看護の連携)

2. 介護活動と看護活動の協力を努力しよう。

(間接サービス：会議、教育の充実)

3. 意思の統一をめざして会議・ミーティングを行い、教育を大切にして、職員の資質向上の努力を行って知識の均一化、情報の一体化を心掛けよう。

(環境整備：予算確保)

4. 職員の働く場の環境・設備を予算をもとに整備して、働きやすい職場にするよう努力しよう。

(時代意識：先見力)

5. たえず外部に目を向け時代を察知し、時代に即応したサービスを考えよう。

(実行力：即応性)

6. 検討し、決定した事柄を実践に移すとき、スピード、即応性を意識して実行しよう。

(評価：チェックカ)

7. サービス活動の結果を定期的に検討評価し、たえず改善するよう努力しよう。

職員行動指針の概要

(直接サービス：サービス精神)

1. 利用者の立場に立った活動を充実させよう

- ① 利用者のADL（日常動作能力）及びIADL（手段的日常生活動作）を把握して、特性に合わせたサービスを提供する努力を怠らない。
 - ② 利用者のADLに基づいて、生きていることを感じられるコミュニケーションに努力して、利用者に（高い目標でなくてよいので）、QOL・日常生活の質の目標を設定して、担当するものがその充実に努力する。
 - ③ サービス提供は、基本的にチームでサービスする。利用者には、その人について1年を通じてお相手する担当者を必ず正副2名（部門により1名）確保をする。
 - ④ これからの時代のサービス提供は、新しい発想により行われるものであり、現在の直接サービスに頭を固定せず、提供するサービスが、施設内、施設外を含めたものであることに着目して、施設外サービスの多様性に対して困難が伴うが、じっくりと検討して行動の幅を広げて、人としての日常活動として納得できるよう目標を設定し、少しずつその幅を広げていく。
- (イ) 施設外活動は多様であり、娯楽、買物、食事、診療、旅行、里帰り、趣味、スポーツなど時間の制約の中で、協力して、計画的に実施する。
- (ロ) 施設外活動の実施は、小グループにて行うこととして、事前にADL・IADLに基づいて小グループを編成しておくこと。
- (ハ) 個人活動の場合も、チームにて事前にスケジュールを十分に検討して参加メンバーの理解と協力を求めながら実施する。
- (ニ) 診療活動は、利用者の施設外活動の一環として行われるものであり、そのサービスが介護、看護各部の協力によるものであり、十分な打ち合わせを行う。

(協力：介護・看護の連携)

2. 介護活動と看護活動の協力を努力しよう

介護、看護職員は、そのサービスの内容が異なるが、協力して意思の通じ合う関係でなければ業務を行うことができない。両者にて綿密に打ち合わせを行って、結果的に利用者の方に相乗効果のあるサービスができるよう努力する。

(間接サービス：会議、教育の充実)

3. 意思の統一を目指して会議を行い、教育を大切にして、職員の資質向上の努力をしよう

利用者へのサービスは、質の高いサービスを提供することを目標として努力しなければならないし、そのためには、職員一人ひとりの知識、技術の向上と、均一化された質の確保が必要である。また、日々行われるサービスの情報が各自、ばらばらに行われるのではなく、一体化された情報の共有を努力することが必要であり、教育を大

切にして、職員の資質向上の努力を行い、知識の均一化、情報の一体化を心掛けよう。

(環境整備：予算確保)

4. 職員の働く場の環境を整備して、働きやすい職場にするよう努力しよう

利用者に良い介護サービスを提供しようと思えば、その職場は、プロとしての環境整備が必要である。職場の安全の確保、清潔な衛生の確保に加えて、整理整頓に努めて、利用者サービスへの必要な道具の整備を充実することが必要である。同時に、施設は環境整備のための予算を確実に確保するよう努力しよう。

(時代意識：先見力)

5. 絶えず外部に目を向け、時代を察知し時代に即応したサービスを考えよう

今日、介護保険の充実で新しい福祉サービスが次々に生まれています。超長寿社会、高齢者拡大社会が進行する中で老人福祉サービスの充実が求められている。外部に目を向けて、時代を察知して、時代に即応したサービスを行う努力をしよう。

(実行力：即応性)

6. 検討し、決定した事柄を実践に移すとき、即応性を意識して実行しよう。

利用者へのサービスにおいて重要なことは、職員の意思の統一とともに、検討した事項の実行についてのスピードである。職員の一体感のある活動においては、臨機応変な心構えと即応性の高い実行力が要求される。

(評価：チェック力)

7. サービス活動の結果を定期的に検討、評価して、絶えず改善するよう努力しよう

施設内活動、施設外活動、直接サービス、間接サービスと利用者へのサービスは、考えれば多岐にわたり、職員個々に、またチームワークで検討すればいくらでもある。私たちは、利用者のためにいろいろな工夫を行い、その結果を利用者の方々に喜んでいただきたいと思う。そのためには、お互いに会議、ミーティングを開いて検討した結果を、定期的に評価する必要がある。そして、評価に基づいて、あらためて問題点を明らかにして改善を行い、次のステップの目標を設定して活動を行う。

最後に『周りは変わらないかもしれないが、自分と未来は変えることができる。その想いと行動が集団になれば、未来は切り拓ける』『私たちは共に歩む^{パートナー}存在』です。

中期事業計画（5か年計画＜令和2年度～令和6年度＞）

1. 地域のセーフティネットまた地域包括ケアシステムの中核を担う社会福祉法人として、介護が必要な高齢者の暮らしを支える専門性の高い事業の構築と、その実現のために施設及びスタッフの専門性・機能・役割を生かしたサービス提供を進める（生活・福祉・介護・医療のネットワークづくり）。

○入所系サービス・居宅系サービス・居住系サービス・地域密着型サービスなどの様々な機能を複合的に展開することにより、在宅から施設入所まで一貫してサービス提供ができるよう連携を強化していく。それにより、利用者の必要性に応じたサービスが選択でき、介護予防から看取り期までの支援が総合的にできる体制を構築していく。

◇デイサービス・ショートステイの相互利用と共通したサービス提供

◇デイサービス・小規模多機能居宅介護での配食サービスの提供

◇小規模多機能居宅介護によるショートステイの緊急時受入れ

◇小規模居宅介護の定員及び通い定員の見直し検討

◇多職種協働・施設間連携及び関係機関との連携による口腔・栄養管理に係る取組みの充実と、在宅部門への支援体制の充実及び人員配置の強化。

◇デイサービス・ショートステイの個別機能訓練の連携・支援の連続性（質と人員配置の強化・効率化）と機能強化のための他機関との連携。

◇法人内事業所の連携により、同じ利用者に統一された介護計画を基に、お互いが専門的なサービス提供を実施。

◇共生型サービスの提供により障害を持ちながらも継続的なサービスが受けられる支援体制を構築していく（ショートステイ・デイサービス：身体・知的障害限定）

○利用者の重度化が進展していく中で、協力医療機関及び関連施設、協力施設（GH）との連携体制の再構築を図るとともに、看取り及び医療依存度の高い高齢者の受け入れが対応できるように体制・設備・サービスの質の見直しを図る。

◇デイケア若しくは外部リハビリ専門機関との連携によるリハビリ連携パスの構築、スタッフの派遣若しくは機能訓練計画作成支援による継続的なリハビリ支援。

◇退院後の早期リハビリ促進のため職種間及び介護事業所間の連携強化

◇協力医療機関・協力病院との医療連携の整理、急性期及び看取り期対応の充実、関係者の負担軽減

◇訪問看護事業者との連携による医療体制の充実と関係者の負担軽減

◇在宅診療機関との複合連携の体制づくりと医療体制の充実

○認知症ケアに対する理解とケアの質の向上を図り、サービス提供のあり方の構築を目指していく。また、利用者の状態にあったサービスが選択できるよう新たなサービス体制

の整備を図る。

◇既存施設の居室等の心地よい空間づくり

◇認知症デイサービス又は地域密着サテライト型デイサービス整備（デイサービスの機能の集中・分散化）

◇サテライト型小規模多機能・看護小規模多機能型居宅介護等の整備

○地域の高齢者等の生活上のニーズを把握し、適切に既存サービスに結びつけ、制度で救済できない高齢者・障がい者についても支援とニーズの掘り起こしを行う、見守り支援体制を新たに構築していく。また、新たなサービスの開発（例：生活支援サービス、コミュニティーサロン（認知症カフェ）、移送サービス、外出支援サービス等）にも取り組む。

◇地域の見守り支援のコーディネーターを果し、地域の支援団体の育成、支援ネットワークを組織化

◇地域のワンストップサービスの機能を地域の学区組織と連携しながら構築

◇コミュニティーサロンについては、利用者と地域の高齢者との交流、社会参加・生きがい活動の場として位置づけ、区政協力委員会等と連携しながら職員全体で企画運営していく。

2. 個別ケア・グループケアのあり方を再検討するとともに、個別ケアと生活及び介護の質が向上するように具体化を図る。特養については、将来の制度改正を踏まえて準ユニットケアへの移行の研究を進め具体化を図る。

◇生活空間の充実だけではなく、機能性も考慮した快適で安全・安心な環境整備を含め、入浴設備などの改修計画を立案、名古屋市との協議を進め具体化を図る。

◇個別ケアプランを基軸に、ユニット（グループ）単位の業務の在り方及び人員配置の見直し及び職員の帰属化を図り、ニーズに即してケアが実現できる方策を検討する。

◇在宅支援の機能は維持し、特養及びショートステイの定員（特養 90 名、ショート 10 名）を見直し、安定した生活及び空間づくりが展開できるよう名古屋市との協議を進める。

3. 自立支援に向けて科学的視点で実践していく。また、ICT・IoTや福祉機器を活用しながら機能的・効率的に推進していくとともに、ケアの統一・標準化、暮らしの継続性を支援していく体制を構築していく。

◇「心身機能・身体構造」の改善が困難であっても、「活動」「参加」「尊厳の保持」をマネジメントの主眼にして「その人らしい生活の質」を支援していく。

◇心身機能の維持・促進、ADLの改善のためにケアの評価をモニタリングし、科学的な視点で継続的に支援できる仕組みを構築する。

◇多職種連携による拘縮予防と有効なポジショニング・シーティングの知識・技術を学

び安全・安心な介護を実践する中で、生活機能の維持と向上を図る。

◇利用者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、モニタリング指標を用いて評価を行い、多職種協働で褥瘡管理を実施していく。

◇排泄に係る機能を向上させる取り組みとして、超音波機器やICT・IoTを活用しながら科学的に分析し、多職種協働でアプローチする体制を整える。

◇食事の観察、栄養・食事調整等栄養管理をICTを活用しながら、「食べる力を見える化」し分析・対策を多職種協働で実践する体制を進めていく。

4. 併設事業所（ケアハウスを含む）及び関連事業所との連携のあり方を見直し、職員の相互の協力体制を整え、利用者を施設全体で支えるシステムを構築する。

◇ケアハウスでの介護サービス提供を具体化し、関係機関との連携を促進し、小規模多機能を積極的に活用していく。

◇見守り支援システム提供会社と提携し、夜間帯の緊急時対応及び通院支援、送迎業務の一部委託をし、入居者の安心と夜勤業務の負担軽減を図る。

5. 組織運営の確立、介護の質の向上、職員の成長の為に、施設運営のあらゆる場面で、「気づき」＋「意識づけ」＋「P→D→C→Aサイクル」を実行し、決めた事は守り、継続・検証・更に工夫し改善できる風土を確立する。

◇申し送り、ミーティング、カンファレンス、事例検討などを意識化・標準化することで、ケアの質の向上と人材育成を図る。

◇「業務マネジメント」に主眼を置き、①業務の手順を明確化②業務の目的の明確化③業務の見える化④業務のマニュアル化に取り組み、ケアの質向上と人材育成に活かす仕組みづくりを行う。

6. 災害から利用者、家族、地域住民、職員・家族を守る「災害に強い施設づくり」を目指し、体制づくり、設備・備品の整備、ライフラインの整備、教育・啓発活動、地域との連携や施設間協力協定等、災害に備える活動に取り組む。

7. 安全な介護と職員の介護負担軽減（腰痛予防）のための対策を講じる

◇福祉用具及び介護ロボットの導入研究及び利用促進

◇5S活動の推進（整理・整頓・掃除・清潔・しつけ）

視点：「業務の見える化」、「業務の整理」、「業務の引き算」×「多角度」

◇作業環境のハード面の改善と作業内容及び作業プロセスの見直しを図る

8. 人材の確保のための対策と人材育成のための仕組みづくりを有機的に結び付け、併せて人材育成を通して業務の標準化を図る。また継続して職員の処遇改善の対策を講じるなど職員にやさしいやりがいのある職場づくりを目指す。

◇キャリア段位制度活用によるケアの質向上と人事制度との連結・・・キャリア段位制

度導入の研究及び導入

◇目標管理と職員面談の連動による職員サポート体制の構築

◇職員採用と新人教育の連動による人材育成の仕組みづくり

◇ICT・IoTの活用促進と記録・書類の簡素化及び効率化を図り、ICT・IoTツールを活かし、日常の中で教育訓練方法として活用、経営理念の具現化にも繋げる。

◇インターンシップの導入研究

◇実習委員会における若い世代の福祉や介護への理解と人材の掘り起し対策の検討

◇スポット及びコア業務のシルバー人材センターとの業務提携による業務負担軽減

◇目標収支差額比率を超えた資金については、必要なサービス改善、人材確保、職員の処遇改善原資として投資していく。

◇「働き方改革（ワーク・ライフ・バランス）」に対応した働きやすい労働環境を継続して整備していく。具体的には、公休と年次有給休暇の取得バランスと取得促進対策を講じ、休日取得を促進する仕組みを整備する。また、仕事の棚卸と業務改善活動により業務内容及び仕事時間の見直しを図ることで残業の削減に努める。

年次有給休暇取得管理目標（当該年度付与日数）	令和2年度	50%以上
	令和3年度	60%以上
	令和4年度	70%以上

◇やりがいのある働きやすい職場づくりを目指し、業界内の認証制度だけではなく「ユースエール認定」「えるぼし認定」「くるみん認定」「健康経営優良法人認定」等の雇用促進施策の認定制度を積極的に取得していく取組を通して、労働環境の整備促進と組織風土づくり、情報発信などにより人材確保・育成に繋げる。

9. 経営の安定化を目指し、法改正に左右されない財政基盤を強固にする。

◇目標収支差額比率を2～2.5%（中小企業平均利益率）と定め、必要な設備投資、業務の効率化に努め財務体質強化の対策を講じる。

10. 介護保険財政や社会情勢の変化に対応しながら安定した運営基盤を確立していくために、種別を超え連携して展開する事業や災害対策、人材確保・人材育成、共同購入など社会福祉法人間の連携協定の在り方を研究・模索していく。

令和2年度高齢者施設事業方針

1. 「利用者の最善の利益」を常に追求し、尊厳あるサービスの提供を目指す

本人の生き方を尊重し、本人が「自分の人生」を選択して暮らしがしていけるよう、「安全」「安心」「選択の自由」が保持される介護サービス体制・環境の整備に取り組む。

- ・「アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）」「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の考え方を学び、日常及び人生最期までの意思決定支援の実践化と仕組みづくりを検証する。
- ・高齢者虐待・身体拘束・人権保持に関する基本的な考え方を認識する教育の場を持つ。
- ・不適切なケアを生み出す背景を理解して、対策を施設全体で検討し、不適切ケア・虐待を未然に防ぐ施設をつくる。
 - ① 感情のコントロールができる環境づくり
 - ② ケアスキルが職員間で学べる環境づくり
 - ③ 施設のケアの標準化を保つ職場環境づくり
- ・利用者の生きる目標（以前の暮らしの復元、やれることをやる喜びと生きがい、やりたいこと、喜ばれること、好きなこと、寝たきりの人でもその人らしい余暇活動）などを把握し、本人の立場に立った「思いやりのある優しい」活動、支援を行う。

2. ケアの再構築とケアマネジメントの充実を目指す

ケアプランを基に、「その人らしさ」を大切にしたい個別ケアを意識し、利用者の心身の状態や生活パターンに合わせたケア内容や生活支援のマネジメントを行う。また、科学的介護（自立支援ケア：認知症状の改善、歩行・排せつの自立の実践、栄養管理・常食化（軟菜食の導入）に向けたケア、看取りケア、姿勢ケア）に基づく適切なサービス提供を目指し、ケアマネジメント体制を見直す。

科学的介護の視点

- 看取りケア：医療機関との連携の強化、看取り介護指針の更新、家族との関わり構築、多職種連携・協働、利用者・家族との看取りの学び
- 認知症ケア：専門医による識別診断、利用時等の頭部C T撮影、疾患別特徴をおさえたケア
- 栄養管理：食事の観察、栄養・食事調整等栄養管理についてICTを活用しながら、多職種協働で分析、具体的な改善計画を実践
- 口腔ケア・リハ：歯科衛生士による口腔指導、食事形態の見直し、適切な器具の選定・環境整備、個別の口腔ケア・嚥下リハ・言語訓練計画
- 機能訓練：心身機能の維持向上、個別機能訓練の実施、専門職員との連携（リハビリ専門職の連携含む）、アクティビティを取り入れた訓練及び生活リハビリの実施、生活や生活機能が継続する目標に沿った訓練計画が施設や在宅の場面で継続できるシート（リハビリカレンダー）の作成
- 姿勢ケアの推進：ポジショニング・シーティングを意識した統一したケアの実践、心

身状態や生活機能の適切な評価と福祉用具の適切な選定や調整

- (1) ケアの充実とリスクマネジメントの過程を再構築する。
 - ・多職種連携の第一歩として、利用者の日々の情報を多職種が一元化・一覧化して管理し、状態を分析できる仕組みを「介護総合記録表」「モニタリング表」の整備と活用を通して整えていく。
 - ・心身の状態や介護実績、利用者のエピソードなど「記録の書き方」を研究し活かせる記録とする。
 - ・「想いの共有化」「情報の共有化」とケアチェックの仕組みづくり
 - ・日々の申し送り・ミーティングのあり方、カンファレンスやケアプランの内容の充実、現場への反映の方法などチームのレベルアップの仕組みづくり。
- (2) 苦情と事故防止の体制、改善作業を日常業務に反映させ、ケアの充実に具体的に活かしていくサイクルを構築する。
- (3) 利用者・家族への説明責任、情報開示、意見聴取など、利用者・家族と相互理解を深め合える関係づくりの構築を進める(リスクと対応の説明、カンファレンスへの利用者・家族の参加、モニタリング表活用による状態・方向性の相互理解)。

3. 生活環境・生活空間の改善を図る

- (1) 生活環境を見直し、利用者の安全で快適な潤いある生活空間の整備に努める。
- (2) その人らしい生活環境(居室)や落ち着ける空間(ダイルーム)づくりを家族と共につくる。
- (3) 建物・設備・備品の老朽化に対して適切な保守・営繕・更新に努める。

4. 災害に強い施設づくり

- (1) 災害に備えて設備・備品(備蓄品、救助用品、緊急地震速報装置、非常用発電機改修、職員用帰宅用品など)の改善・整備、建物内の転倒防止対策など安全対策を講じる。
- (2) 災害時の利用者、職員や家族の安否確認を行うシステムを構築し、復旧や支援活動が速やかに行える体制を整える。
- (3) 利用者等の支援がスムーズに行えるよう緊急連絡先の整理、支援カード、職員の勤怠管理や利用者のサービス提供記録などの整理を行い、誰でもが安否確認や支援ができるツールを整備する。
- (4) 災害時、関係機関からスムーズに物資や人材の支援が受けられるように、地域や施設間協定を締結しネットワーク構築に努める。
- (5) 事業継続計画(BCP)を基に、設備保守計画を策定するとともに、災害発生時や復旧対応を想定した訓練を、定期的実施していく。

5. 在宅の高齢者の支援を行う体制をつくる

- (1) 認知症高齢者の在宅支援として、自分らしく、住み慣れた地域で暮らしていくために、多世代が集い活用できる地域の拠点の場である認知症デイサービス又はサテライト型デイサービス・地域サロンを昭和区周辺に整備を行うよう調査・検証を進める。また、地域サロンは、地域の子どもから高齢者まで集える憩いの場として整備し、認知症高齢者が地域で暮らし続ける環境整備(地域の介護力の育成)を進める。

- (2) 八事学区の高齢者や地域住民が自由に集え、情報提供（ミニ講座・講演、認知症家族介護教室、介護教室）、趣味や社会活動の提供・交流の場、単身高齢者・障がい者の食事会など地域の介護の支援の場となるサロンを既存のデイサービスの機能に付加していく。また、地域のニーズを把握し関係機関のネットワーク形成及び地域の組織づくり・地域組織の育成・サポート体制の構築を図るために、八事学区社会福祉協議会と協議の場を持てるように働きかける。
- (3) 在宅生活の継続を重視し、特養待機者でも在宅生活がより可能となるよう「在宅入所相互利用サービス」の活用を図り支援していく。
- (4) 「高齢者福祉いきいき相談室」の機能を強化し、いきいき支援センターとの連携の下、積極的に地域に出る活動を通して地域の介護支援、介護相談、住環境相談、介護者の育成・教育の場を提供していく。そのため法人内の専門職と協力して、地域の総合相談窓口としての機能を果たしていく。

6. 職員の専門性の向上、資質の向上に努める

- (1) 定期的な職員面談を通して職員の学ぶ意欲・目標の明確化を図り、1年間を通じて支援することでモチベーションの維持・向上と育成を図り、目標の達成を共に評価する仕組みづくりを構築し試験的に運用を開始、職員の資質向上と人間力の育成を図る。
- (2) 現場力（介護力：法令遵守、医療・介護、利用者の安全・安心が確保できる専門知識や基本知識）を高める内部研修の充実と外部研修への積極的参加、委員会・部門ごとのきめ細かい勉強会の実施等自己研鑽が図れる体制づくりを行い良質なケアに努め業務に反映する。
- (3) 法人と協力しながら、職種別、経験別、役職者別研修を開催し、それぞれの段階、役割に応じた知識・技術や資質習得への支援を行う。
- (4) 介護職員の資格取得を支援するため、資格取得助成制度の活用に加え、介護実務者研修の施設内開催、受験対策模擬試験や実技講習会への業務による参加支援・費用負担、認知症介護実践者研修・リーダー研修、たんの吸引資格取得促進を勧める。
- (5) 介護技術の標準化を行う土台づくりとして、「専門的技術指導者」（キャリア段位制度（アセッサー制））の育成を行い職員研修を主体的に行える体制づくりをする。また、介護手順と基準を明確化し、人材育成に繋げるため介護手順書等の各種マニュアルのフローチャート化や写真による「見える化」を順次進めていく。
- (6) 職員の成長目標、人材育成並びにサービスの質の標準化・向上を図るために「経験別・職務別業務基準」を作成し、評価・サポートできる仕組みづくりを構築、試験的運用を開始する。また、階層別面接とストレスチェック集団集計結果とをリンクさせ職員のサポート体制を構築する。(5)(6)の推進により次期報酬改定に備える。
- (7) 職員採用について、採用面接（気づきと発見の面接術）・実技観察など方法を工夫し新人育成と連動させ、職員教育と仕事へのモチベーションの維持向上に繋げる採用・新人育成プログラムを構築、プリセプター支援制度の定着を図る。
- (8) 専門職の基本として、情報共有及び「報告・連絡・相談」の徹底、適切な記録と活用等の徹底を図るとともに体制の整備をする。

7. 職員の働く環境の改善・整備（原則的に職員が抱える介助は無くす）を進める

- (1) 安全な介護と自立支援を促していくために福祉機器・介護ロボット（見守りセンサー、残尿測定超音波装置、移乗移動支援ロボット、コミュニケーションロボットなど）及び福祉用具の導入（移動リフト、昇降便座、超低床介護ベッドなど）を積極的に進める。また、設備の改修（浴室のリフトの設置、手摺の増設など）を検討し改善を順次進め介護負担と事故の軽減を図る。
- (2) 福祉用具の活用や安全で介護負担の少ない介助方法の研修を行い実践力を高める。また、腰痛予防研修や腰痛予防体操など予防対策を講じる。
- (3) 職員の健康管理体制を推進するため、①健康診断の内容を心身の両面から総合的に判断する内容（がん予防予防検診等）に見直すこと②健康管理やメンタルヘルス面を職員が自由に相談できるように、外部機関と提携し相談しやすい体制を継続する。また、退職した際に安心して職場復帰できるようリハビリ復帰プログラムの理解促進と適切な運用を図る。
- (4) 育児と介護の両立をしながら安心して仕事が継続できるよう「育児と介護の支援プログラム」を整備し、制度の理解促進と適切な運用を図る。

8. 人材確保と職員処遇の改善を図る

- (1) ICTの活用促進とICTと医療・福祉機器の連動をシステム化（IOT）するなど記録・書類の簡素化及び効率化を図り、業務の負担軽減を図る。また、ICTツールを活かしデータを利用した科学的介護を実践化する過程で、日常の中での教育訓練方法として活用、経営理念の具現化にも繋げ仕事の質と労働生産性の向上を図る。
- (2) 職員が安心して働ける基盤づくりのため福利厚生事業の充実に取り組む。具体的には、確定拠出年金制度、永年勤続奨励制度、各種助成事業、保険給付、子育て・介護・医療相談事業、宿泊・レジャー優待事業、研修事業、リラクゼーション設備など充実化を図る。
- (3) 多様な人材の活用、ICT・IoT等の環境整備、業務プロセスの再構築、人材の効果的な配置によりケアの生産性を向上させることで職員の負担軽減を図るとともに、個別ケアに即した業務の見直しを行う。具体策として、大規模施設には、より円滑な情報共有と業務の効率化・人材育成を目指しインカムなどのコミュニケーションツールの活用、介護の質や業務の標準化、業務の効率化を図る。また、夜勤業務の負担軽減の対策として、小規模施設には外部と提携し、緊急時対応や病院付き添い・送迎代行を委託し職員の負担軽減と利用者の安心を担保する。
- (5) スポット及びコア業務のシルバー人材センターとの業務提携による業務負担軽減を模索する。
- (6) 「働き方改革」に対応した就労条件の見直しを進める。
 - ①法改正に即した就業規則、諸規定の見直し
 - ②休日の確保、有給休暇の消化促進に取り組み、リフレッシュしながら仕事との両立ができるよう業務改善を進める。具体的には、公休を見直し、年次有給休暇の中にアニバーサリー休暇等の新たな制度を設けることにより全体として休日取得を促進する仕組みを整備する。同時に準正規職員の公休について正規職員と同一にする。また、

仕事の棚卸と業務改善活動により業務内容及び仕事時間の見直しを図ることで残業の削減に努める。

③労働時間管理の整理を図る。そのため職員への労働時間や仕事の管理の理解・周知を行う。

④職場環境の整備（業務の効率化、業務の細分化等による労働時間の見直し、休憩室の改善による休息環境の提供・職員間のコミュニケーションの促進）など

9. 適切な運営基盤を確立し、統一した組織運営づくりを目指す

(1) 施設業務全般や施設にかかわるルールを見直し、各事業の特殊性は考慮しながら規則・マニュアル・ケア関連様式等を整理・統一し、共通した基準・認識でサービス提供できる体制を整備する。

(2) 事業・労務・経理等について運用のあり方・方法・様式等を見直し、PC・ICTツールを活用・システムを構築するなど高齢者施設全体で一体的に運営し運営の統一と業務の簡素化・効率化を図る。また、社会保険事務業務・経理代行業務などアウトソーシングを進め事務業務の精度向上と効率化を図る。

(3) 第三者評価・内部監査（相互監査）のあり方などを工夫し、サービス・運営に対する適切な評価と先進事例を活かす仕組みづくりに取り組む。また「介護サービス情報公表制度」「介護事業所人材育成認証評価事業」「健康経営優良法人認定」などの取得に取り組む労働環境の整備と働きやすい職場風土づくりに取り組む。併せて情報開示を積極的に行い「透明性」を高め施設運営・サービスに反映させる仕組みづくりに取り組む。

10. コンプライアンスを重視し、介護保険制度改正・報酬改訂に対応した体制整備を図る

令和2年4月の民法改正、令和3年4月に介護保険制度改正・報酬改訂が予定されている。新制度の理解及び適正な運営が行えるよう情報収集を行い、利用者の望まれる支援に必要なサービス構築のための体制づくりと加算取得、サービス提供体制及びサービス内容の再検証・充実を図る。また、利用者・家族への丁寧な説明をするとともに、改正に準拠する実務的準備を進める。

11. 社会情勢の変化に対応した財務基盤の安定を図る

今後の食費材料等の物価上昇、介護報酬収入の増加は望めない情勢のなか財務状況への影響が予想される。それに対応していくために適切な経営を行う基盤づくりが今後も求められる、具体的には、稼働率を維持する具体的な対策を講ずることによって収入を確保すること。給与規程に定める業績連動による人件費配分方式の運用を開始すること。経営状況を迅速に把握・分析し、職員にも財務状況を開示しながら施設全体で対策を講じることにより効率・節約に努める財務体質を確立していく。

※具体的な中身を生み育てるのは、我々一人ひとりとチームです。

令和2年度 事業計画

特別養護老人ホーム南山の郷

1. 基本方針

- (1) 利用者の一人一人が、主体性をもった個人として尊重され、地域社会の中でそれまでの生活(生活スタイル)と「日常性」が継続でき、利用者がその方らしく生き生きと明るく、楽しく、安心して暮らせるよう支援していきます。
- (2) 尊厳ある生活の保障に努めながら、「その人らしい生活を最期まで送れること」の思いを大切にし、寄り添い支えていきます。

2. 主な課題

- (1) 「権利擁護」の認識と、尊厳あるサービスの向上
- (2) 要介護者であっても、日常及び人生最期までの意思決定支援ができるようにしていくための仕組みづくりと実践化
- (3) 科学的介護（自立支援ケア）に基づくサービスの提供とケアマネジメント
- (4) 生活環境・生活空間の改善
- (5) 職員の専門性と資質の向上、働く環境の改善・整備
- (6) 基本を整え、適切で統一した組織運営づくり（「南山の郷」「みなみやま」は一つの複合的なサービス）
- (7) 法令遵守を重視し介護報酬改訂に対応した体制整備
- (8) サービスの垣根を越えた相互利用の推進
- (9) 地域の高齢者・障がい者のニーズへの生活支援
- (10) 外部ボランティアの積極的な活用と受入れ体制の整備
- (11) 災害に強い施設づくり

3. 主な方策

- (1) 個人の生き方を尊重し、本人が「自分の人生」を選択して暮らしがしていけるよう、「安全」「安心」「選択の自由」が保持される介護サービス体制・環境の整備に取り組みます。
 - ▽ 高齢者虐待・身体拘束・人権保持に関する基本的な考え方を認識する教育の場を持ちます。
 - ▽ 不適切なケアを生み出す背景を理解して、対策を施設全体で検討し、不適切ケア・虐待を未然に防ぐ施設をつくります。
- (2) 利用者が、個々の人生観や価値観を踏まえて、日常及び人生の最終段階における意思決定をできるよう取り組みます。
 - ▽ 外部研修・講習会に職員が参加できる機会を作り「アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）」「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライ

ン」の考え方を学びます。施設内でも伝達研修を行い、全ての職種が考え方と必要性を理解できるようにします。

▽ 既存の仕組みの中で、ケアマネジメントを軸として意思決定支援の実践化を図ります。日常面、治療やケアに関して意思決定支援の方法・タイミングを多職種で協議し実践します。

(3) 利用者の「その人らしい生活」の支援に向けた個別ケアの視点を大切に、科学的介護に基づくサービス提供とケアマネジメントを継続していきます。多職種協働を効果的に進めながら、情報管理や分析、対応が効率的にできる体制を整えます。そして、利用者の生活歴を生かした暮らしの支援を通じて、暮らしの満足や楽しみが持てるよう、根拠と成果を意識しながら実施していきます。支援方針及び内容の「見える化」を図り、職員にもご家族にもケア内容が明確にわかるよう工夫します。

1) 科学的介護の実践について

①認知症ケア：認知症のタイプや進行状況、精神疾患や障がい等について専門医の診断とアドバイスを基に、多職種協働でより専門性の高いケアに努めます。

②栄養管理と常食化：食事観察（ミールラウンド）や栄養管理にICTを活用し、多職種で情報を科学的に評価しながら、栄養ケアマネジメントを行います。管理栄養士や機能訓練指導員による退院時の病院との連携にも生かし、利用者の身体状況に合わせた食事形態や食事方法の共有化を図ります。また、できる限り口から食べる常食化の取組みを継続します。美味しく食べしっかりと栄養を摂る工夫として、軟菜食（栄養凍結含浸食）の導入を進めていきます。

③口腔ケア・リハビリ：口から美味しく食べることで誤嚥性肺炎の防止として、歯科衛生士による口腔指導、個別の口腔ケア、言語聴覚士による嚥下リハビリ、言語訓練を行います。経口摂取や食事形態の判断は歯科医師との連携により、嚥下内視鏡検査の結果を基に客観的に判断し安全に実施します。

④機能訓練：個々の生活目標に沿った個別機能訓練を実施します。専門職が作成した計画に沿って多職種が協働して生活場面での訓練に取り組みます。在宅の利用者に対しても施設や在宅それぞれの場面で継続できるような共通のツールとしてシート（リハビリカレンダー）を作成します。また、施設内在宅サービス（ショートステイ、デイサービス）併用の利用者の機能訓練は、相互サービスで訓練計画の内容を共有し方向性の定まった訓練の実施に努めます。

⑤姿勢ケア：ポジショニング（主にベッド上での姿勢保持）とシーティング（椅子や車いすでの座位姿勢）の知識と技術を活かし、生活の場面に応じた姿勢ケアの統一を図ります。専門職のアドバイスを受けながら、利用者の心身の安楽と安全な介助を実践し、拘縮や誤嚥、褥瘡の予防に繋がります。

⑥排泄機能の向上：超音波機器やICT・IoTの活用でデータ分析を生かしたケアに取り組みます。

⑦看取りケア：医療機関と連携を取りながら、介護施設での看取りを多職種連携で家族と共に考え、学びながら実現していきます。医療的判断だけではなく、利用者の人

生最期の過ごし方を考えた看取り期のケアに努めます。

⑧在宅支援：特養の入所者であっても、外出支援、一時帰宅の実現が可能であることを実感できるように職員・家族と連携しながらケアに取り組みます。窓口の発信等、住み慣れた地域・自宅との繋がりが継続できるような相談体制を周知させます。在宅復帰の可能性も協議していきます。

▽ 日々のミーティングのあり方、サービス担当者会議やケアプランの内容の充実、現場への反映の方法などチームのレベルアップの仕組みづくりに努めます。

2) 苦情や事故発生時には速やかに状況確認を行い、改善策を日常業務に反映させ、ケアの充実に具体的に活かしていきます。

3) 利用者・家族への説明責任、情報開示、意見聴取など、ご利用者・家族と相互理解を深め合える関係づくりの構築を進めます。

(3) 生活環境・生活空間の改善を図ります。改修後の居室空間・共有スペースの環境整備を行います。

①高さに配慮した掲示物の工夫等、利用者の視線や動線に合わせた空間づくりを行います。

②居室や食事スペースとは別に、団欒の場として利用できる寛ぎのスペースを整えます。看取り期の対応等、多目的スペースの周知活用を目指します。

③改修し設置した小型機械浴を整備し活用します。利用者の重度化に伴う入浴時の負担軽減と、利用者の生活や状態に合わせた安全で快適な入浴サービスを提供します。

(4) 職員の専門性および資質の向上と介護負担の軽減に努めます。

①部署ごとの役職者による定期的な職員面談を通して、職員の学ぶ意欲や目標を明確化し支援することで、モチベーションの維持・向上と育成を図ります。併せて目標の達成を共に評価し、職員の資質向上と人間力の育成を図ります。

②施設内・外研修への積極的参加、委員会・勉強会の実施等自己研鑽に努め、良質なケアに努めます。

③職員の成長段階、役割に応じた知識・技術や資格習得への支援を行います。「専門的技術指導者」(キャリア段位制度(アセッサー制))の育成を行い、介護職員のキャリア・アップと資質・モチベーションの向上を図ります。

④新人職員の育成と離職低減を図ると共に、人材育成ができる中堅職員の育成と人を育てる風土づくりを進めていきます。(プリセプター制度)

⑤職員の成長目標・人材育成に繋げるため、「経験別・職能別業務基準」を作成し試験的運用を開始します。評価・サポートできる仕組みづくりを構築します。

⑥専門職の基本として、情報共有、報告・連絡・相談の徹底、適切な記録と活用等の徹底を図るとともに体制の整備をします。

⑦利用者の自立支援と職員の腰痛予防の為に、積極的な福祉用具の導入と介護方法の見直し及び腰痛予防研修を行います。介助場面において各種リフトやアシストスーツ等の介護ロボットの活用等、抱上げずに介助できる方法を検討し導入していきます。

⑧安全な介護と自立支援を促していくために福祉機器(センサー、残尿測定超音波装置

など)及び福祉用具の導入(移動リフト、超低床介護ベッドなど)を積極的に進めます。また、設備の改修(浴室のリフトの設置、手摺の増設など)を検討し、改善を順次進め介護負担と事故の軽減を図ります。

⑨多様な人材の活用、ICT・IoTの活用促進と医療・福祉機器との連動をシステム化するなど、記録・書類の簡素化及び効率化を図り、業務の負担軽減を図ります。また、ICT・IoTツールを活かし、日常の中で教育訓練方法として活用、経営理念の具現化にも繋げ、仕事の質と労働生産性の向上を図ります。

⑩個別ケアに即した業務の見直しを行い、コミュニケーションツールの導入、コミュニケーションロボットの活用、介護の質や業務の標準化、業務の効率化を図ります。昨年実施した、介護及び看護職員の人員増員、勤務ローテーションや夜勤形態(2労働日夜勤)の変更については評価を続けながら更なる負担軽減を図る対策を講じます。

(5) 基本を整え、適切で統一した組織運営づくりを目指します。(「南山の郷」「みなみやま」は一つの複合的なサービス)

①第三者評価・内部監査のあり方などを工夫し、サービス・運営に対する適切な評価を行うと共に、情報開示を積極的に行い「透明性」を図りながら、施設運営・サービスに反映させる仕組みづくりをします。

②適宜ルールの見直し、規則・マニュアル・ケア関連様式の整理、手順書の整備を行い、共通の水準でサービスを提供します。

③運営の統一と業務の効率化を目指します。社会保険事務業務・経理代行業務等アウトソーシングを進め精度向上と効率化を図ります。

④介護報酬収入の増益が見込めない情勢のなか、適正な経営を行う基盤づくりに努めます。給与規程に定める業績連動による人件費配分方式の運用を開始します。

(6) 「働き方改革」に対応した就労条件の見直しを進めます。

①法改正に即した就業規則、諸規定の見直しをします。

②公休数の見直し、年次有給休暇の取得促進のための制度の見直しを行います。雇用形態に関わらず、確実な休日の確保に取り組み、リフレッシュしながら仕事との両立ができるよう進めます。仕事の棚卸と業務改善活動により、業務内容及び仕事時間の見直しを図り、残業の削減に努めます。

③労働時間管理の整理を図ります。そのため職員への労働時間や仕事の管理の理解・周知を行います。

④職場環境の整備(業務の効率化、業務の細分化等による労働時間の見直し、休憩室の改善による休息環境の提供・職員間のコミュニケーションの促進)を同時並行で進めます。

(7) 法令遵守を重視し介護報酬改訂に対応した体制整備サービス、提供体制及びサービス内容の再検証・充実を図ります。

・令和2年4月の民法改正、令和3年4月の介護保険制度改正。報酬改訂

(8) 利用者が、法人内の施設の種別を越えて自由に交流することや、利用者サービスの違いに関わらず共通したサービス提供ができるよう取り組んで

いきます。事業所間で定期的に会議の場を設けるなど、相互利用の方法や調整を行い、垣根を越えたサービス提供の工夫をしていきます。

(9) 地域の高齢者・障がい者のニーズへの生活支援に取り組みます。

①居宅介護支援事業の「高齢者いきいき相談室」との連携や、地域の民生委員や老人会、学区の社会福祉協議会とも連携し、地域の独居の方や障がいがある方の情報を収集しながらニーズを掘り起こし、地域の方に関わりながら地域ネットワークの育成・サポート体制づくりを進めていきます。

②職員が施設の外に出て、介護に関わる相談や勉強会の実施などを行うなど、特養が持っている介護に関する知識や技術を地域に還元していきます。

③特養のことを地域の人に知ってもらう為に、入所者が地域のサロン等に参加する可能性を模索し実現を目指します。

④「在宅入所相互利用サービス」の活用を図り、特養待機者が必要な時に特養の利用をし、また在宅に戻り住み慣れた家や地域での生活が可能となるよう支援していきます。

⑤デイサービスが窓口となる八事学区の高齢者や地域住民向けに開催される趣味の講座や交流の場などを、特養の利用者も活用し生活の幅を広げ、気持ちに潤いが持てる工夫をしていきます。

(10) 利用者の潤いのある暮らしづくりの協力者として、積極的に外部ボランティアを受入れる為の体制整備を続けます。

(11) 災害に強い施設づくり

①災害に備えて設備・備品（備蓄品、救助用品、職員用帰宅用品など）の改善・整備、建物内の転倒防止対策など安全対策を講じます。

②災害時の利用者、職員や家族の安否確認を行うシステムを構築し、復旧や支援活動が速やかに行える体制を整えます。

③利用者等の支援がスムーズに行えるよう緊急連絡先の整理、支援カードなどの整理を行い、誰でもが安否確認や支援ができるツールを整備します。

④災害時、関係機関からスムーズに物資や人材の支援が受けられるように、地域や施設間協定を締結しネットワーク構築に努めます。

⑤事業継続計画（BCP）を基に、設備保守計画を策定すると共に、災害発生時や復旧対応を想定した訓練を、定期的実施していきます。

4. 行事予定

4月	花見・花祭り
5月	買い物ツアー
6月	
7月	七夕、夏まつり(こども園)、お相撲さん慰問
8月	夏まつり、花火、総合防災訓練
9月	敬老会(保育園)

10月	運動会(特養、こども園、名古屋市)、ふれあいまつり
11月	名古屋市作品展への参加、移動動物園
12月	年忘れ会、餅つき
1月	初詣、初釜
2月	節分、鍋
3月	スイーツバイキング、梅見、ひなまつり、卒園児お別れ会、総合防災訓練

5. その他

定員

入所 80名、短期入所 20名

職員数 73名(常勤 59名、非常勤 11名、嘱託医 3名)

令和2年度 事業計画

南山の郷デイサービスセンター

1. 基本方針

- (1) 住み慣れた地域（環境）で、社会性を保ち、いつまでも元気でその人らしく自立した生活が維持できるように支援します。
- (2) 利用者の「生涯自宅」でとの思いを踏まえながら、残存機能を活かした自立支援（生活機能の維持・向上）及び生活援助を個別的行ないます。
- (3) 家族の介護負担軽減に努めるとともに安心して利用頂けるよう気軽に相談や報告が出来る体制を整えます。
- (4) 経営の安定、安定したサービスの提供に努めます。
- (5) 認知症に特化したサービス体制を整えます。

2. 主な課題

- (1) 利用者の地域での暮らしを支えるため、医療機関や他介護事業所、地域の住民活動などと連携し、デイサービスを利用されない日でも利用者を支える地域連携の拠点としての機能が発揮できるような体制を整えます。
- (2) 未然に重症化を防ぎ、その人が望む在宅生活が続けられるよう、体調に変化があれば家族や他事業所とすみやかに連携を図り支援方法を検討したり、また不安の軽減の一助となるよう、自宅を訪問しての相談援助などができる体制を構築します。
- (3) 八事学区の高齢者や地域住民が自由に集え、情報提供・趣味や社会活動の提供・交流の場など地域の介護支援の場となるサロン×体操教室を、通所介護の機能に付加し、地域組織の育成、サポートが行えるよう整備をすすめます。
- (4) 「身体の状況・利用の目的」など多様なニーズを的確に把握し、サービス内容に反映させていきます。
- (5) 快適に過ごして頂けるよう環境整備を実施し、整理整頓に努めます。同時に、職員の働く環境の改善や整備にも取り組みます。
- (6) 社会資源の活用を推進します。（ボランティア・地域資源など）
- (7) 事業の安定した運営と快適なサービスが継続して提供できるよう職員同士のチームワークや情報共有を大切にします。また、職員の仕事と生活の調和を重視します。
- (8) 利用者の馴染みの関係を大切にするため、高齢者施設間での個々の交流を定期的を実施します。
- (9) 利用者・家族に親しみを持って頂けるよう開かれたセンターを目指します。
- (10) 非常災害時における安否確認・支援体制を整備します。
- (11) 地域密着型サービスとして、認知症対応型や地域密着サテライト型通所介護開設に向けての施設整備やサービス内容（機能の集中・利用者の分散化）を検討します。

3. 主な方策

(1) 家族や事業所に対する情報提供

家族には毎月発行する新聞や連絡帳にて利用時の状況報告を行います。必要に応じて送迎時や電話にて直接報告を実施します。居宅介護支援事業所などにも同様、利用者の状況を電話や書面によりこまめに提供します。地域住民や居宅介護支援事業所などに当デイサービスでの取り組みを伝える場として、地域の活動（認知症家族教室、昭和区認知症専門部会や事業者連絡会など）に積極的に参加します。

(2) 地域連携の拠点

地域連携の拠点（八事学区）としては、事業所内に限った利用者との対話を主体とした相談業務や個別機能訓練計画作成のみならず、在宅への訪問や地域の活動へ生活相談員などを派遣したり、独自で実施する体操教室に「介護相談」や「男性介護者相談」、「生活上の相談」などサロンの要素も取り入れながら企画・開催し、民生委員など地域の関係機関へも参加の働きかけを行い、八事学区社会福祉協議会との協議の場が持てるよう推進します。

体調不良などで休まれている利用者に対しては、ご自宅に伺い必要な支援を実施。家族や他介護事業所と連携を図り、サービスを利用しない日でも利用者を支える体制を強化します。

また、共生型サービス（身体・知的障害者）を検証し、住み慣れた地域（地域共生社会）でのサービス提供が可能となるよう努めます。

(3) 経営の安定

安定した経営を維持するため、居宅介護支援事業所への訪問を行ったり、法人のホームページを活用し定期的な空き情報を提供します。

問い合わせにも迅速に対応します。

(4) 継続性のあるサービス

カンファレンス前には利用者・家族に利用状況の報告を行い、在宅での困り事や新たなニーズを確認し介護計画書に反映させると共に、職員一人ひとりが利用者の在宅生活全体を把握できるように努めます。また、運動系の集団レクリエーションなどにおいても機能訓練指導員の監修のもと生活機能の維持・向上が図れる機能訓練の要素を取り入れていきます。必要な方へは、言語聴覚士による言語療法なども積極的に実施します。

「利用者の変化を知る」という視点から、栄養スクリーニングにおいて利用者の栄養状態を把握し、低栄養の利用者に対しては夕食の配食サービスや朝食の補助を実施。身体機能に関わる評価において日常生活動作の維持または改善の度合いを確認出来る体制を整え、デイサービスのみならず自宅でも継続して実施が出来る機能訓練の提案を行います。

(5) 認知症ケア

認知症介護実践者研修などの修了者をサービス提供時間帯に配置し、小集団による認知症の症状の進行を緩和するケアを計画的に実施します。

また、新たに回想法ボランティアを定期的に受け入れ、地域の認知症サポーターが活躍

できる場を提供するとともに、職員も一緒に参加することで「利用者の変化を知る」機会を創設します。

(6) 5 S活動の推進

センター内の整理整頓に努め、利用される方が安全に気持ちよく過ごせるよう配慮します。また、職員に対しても、5 S活動（整理・整頓・掃除・清潔・しつけ）の推進を行います。

(7) 社会資源の活用

定期的なボランティア活動（ホール・メイクセラピー・詩吟・理美容・傾聴）は継続して実施。昭和区ボランティアセンターや近隣の各大学などの活用・ボランティア冊子への登録・認知症サポーターフォローアップ研修への働きかけなど、新たなボランティアの発掘にも努めます。また、地域資源として様々な行事の際にお手伝いいただける資源（花たちなど）を今後も増やして行きます。

(8) 人材育成

職員会議や正職員会議をはじめ、終礼などを活用してその都度利用者の処遇面や業務の見直しなど問題把握に努め、改善策を検討→実施→評価→修正します。（積極的なコミュニケーションを図り、職員間の意思統一に努めます。）また、職員の仕事と生活の調和を大切にし、常に業務の適正化を図ります。

定期的な職員面談を実施し、職員の目標などを共有・支援することで職員の資質向上や自身で考え行動できる専門職の育成、また職員の悩みなどの把握や支援につなげます。

(9) 馴染みの関係の維持

高齢者施設間での個々の利用者の馴染みの交流を深める為、お互いの事業所で情報交換を密に行い、支援内容の適正化を検討・実施します。

(10) 接遇

送迎時や来所時の挨拶、電話の対応など利用者・家族に安心していただける対応ができるよう定期的に職員同士で意見交換や接遇指導を実施します。

毎朝礼時には、出勤者全員で「命の輝き」を唱和し、初心を忘れないよう努めます。

(11) 防災

非常災害時における利用者（家族含む）の安否確認の方法および支援のためのBCP（事業継続計画）を整備し、今後は継続計画に基づいた避難訓練を実施します。また、看護職員を中心としてデイサービス独自の緊急時訓練（救急法など含む）も実施します。

4. 行事予定

4月	花見外出、花まつり
5月	節句、菖蒲湯
6月	
7月	七夕
8月	盆踊り、夏まつり、総合防災訓練
9月	敬老会、絵風呂

10月	ふれあいまつり、運動会
11月	
12月	クリスマス会、しめ縄づくり、餅つき、柚子湯
1月	初釜、ボランティア慰労会
2月	節分
3月	卒園祝い、ひなまつり、総合防災訓練

毎月 ルンビニー園交流会（集団／小集団）・ルンビニー園合同誕生日会
 少人数での外出行事（買い物・喫茶・散策など）・職員との食事会
 おやつ作り・作品作り・施設間交流（南山寮喫茶など）

ボラ メイクセラピー・詩吟・理美容・傾聴・各種演奏会（三線・琴・オカリナなど）

5. その他

定員 1日34名

職員数 15名（常勤 8名、非常勤 4名、派遣（看護、運転手）3名）

令和2年度 事業計画

南山の郷居宅介護支援事業所

【事業の目的】

事業所の介護支援専門員が、要介護状態又は要支援状態にある利用者に対し、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、適切かつ公正中立な居宅介護支援を提供することを目的とします。

1. 基本方針

- (1) できる限り住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう、支援に取り組みます。高齢者の権利擁護についての正しい理解に努め、「本人らしい生活」を送ることができるよう本人の思いを汲み取り、生活に反映させていくことを大切にします。
- (2) 介護保険サービス事業者のほか、地域の社会資源に着目し、安心して生活を送ることができるよう情報の収集に努めます。また医療機関、特に掛かりつけ医等との連携を強化し、情報の共有と適切なサービス提供に繋げていきます。
- (3) 居宅介護支援に関する知識・技術を習得する機会を持ち、資質の向上に努めます。

2. 主な課題

- (1) 自立支援と個別化の視点に立ったケアプランの立案
- (2) (1) を叶えるための聞き取り能力や、想いを汲み取る力の向上
- (3) ケアマネジメントに関わる知識、特に令和2年度の医療と介護の同時改定に関する知識の習得と、迅速・柔軟に支援を行うための実践力・応用力の向上
- (4) 各機関や民生委員等との連携強化および地域の新しい情報の収集と、地域に根付いた相談窓口としての発展
- (5) 業務管理や個人情報保護、災害対策に基づいた業務の効率化と記録の整理
- (6) 要介護・要支援認定調査のスキルの向上

3. 主な方策

- (1) 介護給付とケアマネジメントの理解・把握に努め、行政機関、いきいき支援センター、関係事業所、主治医を始めとした医療機関との連携を図ります。また個別性のあるケアプラン作成に努め、利用者の特性を踏まえて自立に向けた支援を行います。
- (2) 介護予防サービス及び総合事業の理解・把握に努め、いきいき支援センターや関係事業所との連携を図ります。また受託した場合は地域のネットワークを活用し、自立支援の視点を持ちながら適切なケアマネジメントに努めます。
- (3) 積極的に研修会等に参加して情報収集を行い、正確な情報提供に努めます。また法人内の研修や会議、自主勉強会等を通し、サービスの質や経営意識の向上に努めます。その他、利用者アンケート（ユーザー評価）や居宅支援の自己評価を行うことで、職員の

資質向上を図ります。

1) 外部研修：積極的に参加し、職員一人ひとりの資質の向上を図ります。

昭和区介護保険関連事業者連絡会主催の研修会、名古屋市介護サービス事業者連絡研究会主催の研修会、認定調査員現任研修、介護支援専門員現任研修、主任介護支援専門員研修等

2) 内部研修：法人内にて各種勉強会等を主体的に計画・実施し、事業所の枠を超えて介護支援専門員、相談員の資質向上に努めます。

事例検討会、相談援助技術研修、福祉・医療・保健制度や生活保護制度等の学習、権利擁護や法令遵守のための法令学習会等

(4) 他事業所や医療機関に対して電話・訪問等の手段を用いて積極的にアプローチを図り、更なる連携を構築していきます。特に早期の在宅復帰に円滑に対応できるよう、急性期病院等との連携強化に努めます。

(5) 介護支援専門員実務研修における実習を受け入れる体制を整え、将来のケアマネジャーの育成に協力していきます。

(6) 業務を効率的に進められるよう、適宜関係書類の見直しを図ります。またプライバシーの保護、個人情報の保護に努め、個人の記録や情報を適切に管理します。

(7) 地域における身近な相談窓口として活躍できるよう、事業所内外からの情報収集に努め、また地域で開催される学習会等への講師派遣を検討する等して、地域の活動に積極的に参加する機会確保と相談窓口としてのレベルアップに努めます。いきいき支援センター主催の連絡会を通して、民生委員との連携・地域支援員との関係を強化し、困難ケースや虐待ケースにもチームとしてより深く取り組めるよう努めます。地域住民に親しまれるよう、法人内にて施設開放のための企画も検討していきます。

(8) 安否確認のためのツール作り等、緊急時・災害時に臨機応変に対応できる体制の構築および、その体制に応じた災害訓練の計画・実施に取り組みます。

4. その他

(1) 介護支援専門員標準担当件数

常勤換算にて概ね40件（要支援者＝介護給付0.5換算）

(2) 職員数 2名（常勤1名、常勤兼務1名）

令和2年度 事業計画

ケアハウス南山の郷

1. 基本方針

- (1) 利用者の方々に今までの生活を維持していただけるよう、課題やニーズを的確に把握し、関係機関と連携しながらサービスを提供します。
- (2) 利用者が、安心して生き生きと明るく生活できるよう、その心身の状況や希望に応じたサービス（行事、日課）の提供を行うとともに、生きがいを持って生活できるようにするための機会を適切に提供し、介護予防に努めます。

2. 主な課題

- (1) 職員の資質と施設サービスの向上
- (2) 稼働率の安定と利用継続のための施設内外のケアの構築
- (3) 苦情への迅速な対応
- (4) 地域等との交流の促進
- (5) 生活環境・生活空間の整備・改善
- (6) 定期的な家族との交流

3. 主な方策

- (1) 利用者との日々のコミュニケーションを図りながら、心身の状況を把握し個別プランを作成します。プランは栄養管理も含めた生活全般について作成し、管理栄養士や関係機関と連携しながら必要な援助や助言を行ないます。
 - ・提供したサービスに関し利用者の意見を聞き、施設サービスの向上を図ります。また、行事や生活支援サービスと等の見直しをすることで利用者の満足度を高めるように努めます。
 - ・利用者のニーズに合わせ、個別ケアに基づいた自立支援の対応に努めます。利用中に要支援や要介護が必要になった場合には、状態に応じて積極的に併設事業所（特に小規模多機能居宅介護）やその他介護保険サービス等の利用を図りながら、できる限りケアハウスでの生活が継続できるよう支援を行います。特に疾患や認知症の発症等により予防的対応が必要なケースについては、早期の段階で介入し、小規模多機能との連携を進め、生活や病状の悪化防止に努めます。
 - ・要支援、要介護認定を受けた方が安心して利用頂けるよう、ケアハウスの対応基準や支援内容を、利用者および関係機関に具体的に示していきます。
 - ・日常の生活相談だけでなく介護認定から各種の書類の申請に関わる相談・代行などにも幅広く対応をしていきます。
 - ・職員と利用者・家族との信頼関係が築けるよう、利用者・家族の不安に親身に対応し、専門職として信頼されるよう意識の向上と適切な対応に努めます。

- ・外部研修、内部研修又は法人内研修を通し、職種・役職に応じた教育訓練を行います。継続的に課題となるテーマ（接遇マナー、認知症の理解など）については、部署内でミニ学習会を定期的実施し職員全体の質を高めていきます。また、利用者アンケートを行うことで職員資質と経営意識の向上に努めます。
- (2) 利用者の個別ケアの対応と自立支援の援助に向けて病状管理シートを活用し、小規模多機能夜勤者等との連携に努めます。情報により可能な対応を行うと共に、本人およびご家族に対し、居宅介護サービス、施設・医療機関に関する情報提供と必要な支援を行います。
- ・他施設に移動するまでの待機期間も、必要に応じての施設サービスと介護保険サービスと医療が安心して受けられる環境を整備していきます。
 - ①医療機関・薬局との連携体制の充実
 - ②緊急対応の充実（医療・ケアマネ・家族・併設施設職員・介護事業者他との役割分担と連携で緊急時の混乱を防止します。）
 - ・24 時間を通して医療的な観察や緊急時の対応が必要な利用者へは、外部の見守りネットワークとの契約で夜間帯でも安心して過ごして頂けるサービスの提供を実施します。
- (3) 利用者や家族からの苦情が寄せられた場合には、速やかに対策を検討して、サービスの改善に努めます。
- (4) 地域資源等を積極的に活用しながら、講座、教室等を企画し介護予防に努めます。
- ① 口腔機能向上 口腔ケアについて歯科衛生士による指導
 - ② 健康 保健センターの保健師による講座
 - ③ 安全・防災 警察署や消防署職員による講座
 - ④ 介護・認知予防 保健所、包括支援センターの講座・相談窓口の紹介
- ・季節に応じた地域の行事や趣味活動の情報を収集し、参加できるよう支援します。また、南山寮や他部署との交流や趣味を生かした活動の場を施設内外で参加できるように企画・情報提供します。
 - ・デイサービスが窓口となる八事学区の高齢者や地域住民向けに開催される趣味の講座や交流の場を活用し、生活の幅と気持ちに潤いが持てる場の提供をしていきます。
 - ・利用者の年代や性別に合わせて、必要な情報や興味の持てるテーマについて情報提供し、生活の活性化と健康寿命の支援をしていきます。
- (5) 建物・設備・備品の修繕・購入を計画に従い実行します。必要に応じて、利用者の生活に支障がないよう速やかに対応します。また、定期的に点検・整備を実施します。老朽化が進んでいる居室の電気温水器は、29 年度から 5 年計画で更新していきます。
- ・要支援や要介護状態、疾患や退院時等の状態変化にも柔軟に対応できるよう、環境整備と必要備品の購入を行います。
 - ・火災・地震対策に備えての安全確保
事業継続計画（BCP）を基に、設備保守計画を策定すると共に、災害発生時や復旧対応を想定した訓練を、定期的実施していきます。居室内外の避難経路の確保と点検、

居室内の非常物品の確保、家具等の転倒防止対策を実施します。

- (6) 定期的に家族との面談等を行い、利用者の状態や状況の情報を共有しながら、利用者が心身ともに安心して生活ができるよう支援します。利用者自身の「思い」を家族とも共有していけるよう、サービス担当者会議、行事への家族の参加の案内や、利用者の写真や記録などを活用し思いの共有ができる工夫を行います。

4. 行事予定

4月	花見会
5月	児童と交流外出行事
6月	名古屋市老人福祉施設輪投げ大会、健康教室
7月	七夕会、盆供養、児童と交流行事
8月	夏祭り、総合防災訓練
9月	敬老会、健康教室
10月	名古屋市老人福祉施設運動会、秋刀魚、ふれあい祭り
11月	一日旅行、名古屋市老人福祉施設協議会作品展
12月	クリスマス会、年忘れ会、餅つき
1月	年賀の会、初詣、初釜、鏡開き
2月	節分
3月	ひなまつり、梅見、総合防災訓練

※懇談会（2か月毎、第四火曜日）

5. その他

定員 30名

職員数 8名（常勤 4名、非常勤 4名）

令和2年度 事業計画

小規模多機能ホームみなみやま

1. 基本方針

- (1) 住み慣れた自宅や地域で、その人らしく最期まで共に支えあい、安心した暮らしが維持できるように支援します。
- (2) 気軽に集い、ほっと、ゆったりでき、優しさと笑顔が溢れる家を目指します。
- (3) 有する能力をいかしたケア(介護から支援)に努め、その時その方に合った「支え方」で提供することで、その人らしい自宅での生活を目指します。
- (4) 経営の安定と安定したサービスの提供に努めます。

2. 主な課題

- (1) 自立支援の視点に立ったケアプランの立案
- (2) 安心して在宅生活を送る為の支援強化と医療連携
- (3) 介護に関わる知識・技術の向上
- (4) 利用者と家族・地域との交流・連携
- (5) 職員の働く環境の改善・整備
- (6) 災害時対策の構築
- (7) 経営の安定

3. 主な方策

- (1) 介護給付ケアマネジメントの理解・把握に努め、行政機関、地域包括支援センター、関係事業所、主治医をはじめ医療機関との連携を図り、個別性のあるケアプラン作成に努め、利用者の特性を踏まえ自立に向けた支援を行います。また、適宜サービス担当者会議を開催し、利用者・家族・職員との意思疎通を図れるように取り組みます。その中で、生きがい等を反映させながら、長期で達成するプログラムを家族と連携しながら継続的に実施します。
- (2) 訪問サービスの二人体制を継続し、在宅生活継続に大切な自宅での生活を支えられるように訪問支援の充実に努めます。
 - ・協力医療機関と連携し、嚥下困難者に対しての摂食嚥下評価を継続的に行いながら、生活の質(食事形態)を確保しながら誤嚥性肺炎予防に努めます。
 - ・認知症のタイプ別ケアとして、家族の同意があれば主治医と相談を行いながら、CT診断等により認知症の種類を把握し、安心して在宅生活が継続できるよう支援に努めます。
 - ・機能訓練指導員(理学療法士・言語聴覚士)を配し、安心して在宅生活が継続出来るように機能の維持・向上に関する指導を利用者・家族・職員に行っていきます。また、言語聴覚士による摂食嚥下評価と嚥下リハビリ・言語訓練を通して機能の維持・

向上を図り、在宅生活が継続出来る適切なケアに努めます。

- (3) 施設内・外研修の積極的な参加と各委員会の勉強会により、知識・技術の向上を図るとともに、参加出来なかった職員に対しても職員会議等でフィードバック研修を行うことにより、知識・技術の統一と向上を図れるように努めます。
 - ・職員間で共通の認識・意識が持てるように、情報共有及び「報告・連絡・相談」の徹底と日々の業務の中での声掛けを意識付けします。
 - ・定期的な職員との面談により、個人目標の確認を行い、目標が達成できるように施設としてのサポートと評価を行いながら、一年間を通して職員育成に努めます。
- (4) 在宅生活・地域との交流が継続出来るように、家族・民生員等の関係作りの構築を行い、適宜ケアプラン・支援の見直しを行います。
 - ・毎月発行する新聞にて、施設行事の案内を行い、利用者と家族との交流促進に努めます。また、夏祭りやふれあいまつり等の行事の中で家族と職員との交流・関係作りを行います。
 - ・地域住民への介護支援の一環で、登録以外の方に対しても緊急性があれば空き居室を使用し、地域利用者の受け入れを行います。
 - ・認知症サポーター養成講座を地域住民の方に受講して頂き、認知症の方が安心して過ごせる地域づくりを目指します。また、施設内で養成講座フォローアップを行うことにより、利用者と地域住民が交流できる場所の提供を行います。
- (5) サービスの質を維持しながら、適正な業務見直しにより効率・節約に努め、職員の働く環境の改善・整備を行います。
 - ・職員会議、役職者ミーティングにより業務の流れ・対応についての確認・修正を適時行います。
 - ・5S活動の推進（整理・整頓・掃除・清潔・しつけ）を図り、「業務の見える化」「業務の整理」、「業務の引き算」×「多角度」により、職員の介護負担の軽減に努めます。
 - ・年に一度実施している、アンケート調査で把握した利用者・家族のニーズ（満足度）について、職員が話し合う場を二ヶ月に一回以上設け、サービスの改善に取り組んでいきます。また、その内容については定例で実施している運営推進会の中でも改善案に対しての意見や評価を、利用者・家族等から聞き取りながら継続的に行っていきます。
- (6) 訪問時に災害時に家具等の転倒防止や転落防止等の安全対策が確保されているかの確認を行い、利用者・家族と相談しながら適宜環境整備に努めます。
 - ・災害時に備えて設備・備品（備蓄品、救助用品、ポータブル蓄電器、職員用帰宅用品など）の改善・整備、建物内の転倒防止対策など安全対策を講じます。
 - ・災害時の利用者、職員や家族の安否確認を行うシステムを構築し、復旧や支援活動が速やかに行える体制を整えます。
 - ・利用者の支援がスムーズに行えるように緊急連絡先の整理、支援カード、職員の勤怠管理や利用者のサービス提供記録などの整理を行い、誰でもが安否確認や支援ができ

るツールを整理する。

- ・事業継続計画（BCP）を基に、災害発生時や復旧対応を想定した訓練を定期的に実施していきます。

(7) 稼働率の安定を図る為に、いきいき支援センター・地域医療連携室等に訪問し、小規模の特性について情報提供を行い、その中で在宅生活を希望される方に対する支援が行えるように、関係の構築を強化して行きます。

- ・ケアハウスと連携して、疾患や認知症の初期から関わりを持ち、状態の安定と予防的な支援が必要なケースについては、ケアハウスとの連携を進め出来る限り長く、ケアハウスで生活出来るような支援に努めます。

4. 行事予定

4月	花見（桜）
5月	母の日、節句、菖蒲湯
6月	父の日、家族会、衣替え
7月	七夕会、土用の丑
8月	夏まつり、花火、かき氷
9月	敬老会（家族会）、お月見
10月	体育会、秋刀魚の日、衣替え、ふれあいまつり
11月	紅葉狩り
12月	年忘れ会（クリスマス会）、柚子湯、餅つき
1月	初詣、初釜、鏡開き、七草の日
2月	節分、花見（梅）
3月	雛祭り、進級祝い（寮・園）

随時、季節感のある手作り昼食・おやつ作り、誕生日会、喫茶外出、世代間交流（ルンビニー園・南山寮）、他施設交流（GH・デイ・特養）、聖歌隊（ボランティア）、個別外出、地域行事を実施します。運営推進会議（2ヶ月に一度、第4月曜日）

5. その他

定員 登録25名

職員数 17名（常勤 11名、常勤兼務 1名、非常勤 3名、機能訓練指導員 2名）

令和2年度 事業計画

グループホームみなみやま

1. 基本方針

- (1) 認知症のため見失われがちなその人の尊厳、個性、可能性、求めていること（願い、希望）を見出して、本人がその人らしい暮らしをゆったりと過ごせるように支えていきます。
- (2) お一人おひとりの個性や残存機能を活かし「一緒に過ごす」ケアを大切にし、自由にありのまま、人や自然とふれあい、地域の中でお互いに支え合いながら生活を楽めます。

2. 主な課題

- (1) 「権利的擁護」の認識と、尊厳あるサービスの向上
- (2) 「その人らしさ」を大切にされた個別ケア
- (3) 介護に関わる知識・技術の向上
- (4) 利用者と家族・地域との交流・連携
- (5) 職員の働く環境の改善・整備
- (6) 重度化に伴う医療との連携
- (7) 災害に強い施設作り

3. 主な方策

- (1) 本人の生き方を尊重し、本人が「自分の人生」を選択した暮らしがしていけるよう、「安全」「安心」「選択の自由」が保持される介護サービス体制・環境の整備に取り組みます。
 - ・施設外研修に参加出来る機会を作り、「アドバンス・ケア・プランニング」「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の考え方を学び、日々の生活の中で生かせるように努めます。
 - ・不適切ケア・虐待を未然に防げるように、不適切ケアに繋がる言動に対して記録を取り、職員会議やグループミーティングで不適切なケアを生み出す背景を共有・理解出来るように検討に努めます。
- (2) ケアプランを基に、利用者の心身の状態や生活パターンに合わせたケア内容や生活支援に努め、「その人らしさ」を大切にされたケアの実践を行います。
 - ・科学的介護（自立支援ケア）に基づいた、ケアマネジメント体制の見直しを行います。
 - ①認知症ケアとして、専門医による識別診断、利用時等の頭部CT診断等によるタイプ別ケアの実施と、精神疾患等の障害についても他職種協働により専門性の高いケアに努めます。

- ②栄養管理として、栄養スクリーニングを用いて、利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに栄養状態の確認を行います。栄養状態に係る情報を医師・歯科医師と共有し改善に繋がります。
- ③口腔ケアとして、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士より、口腔ケアに係る技術的助言及び指導を受けながら、口腔ケアマネジメントに係る計画を立案し、今後も誤嚥性肺炎の予防に努めます。
- ④姿勢ケアの推進として、他職種連携による拘縮予防に有効なポジショニング・シーティングの知識・技術を学び安全・安心な介護を実践する中で、生活機能の維持と向上に努めます。また、心身状態や生活機能の適切な評価と福祉用具の適切な選定や調整を行ないます。
- ⑤看取りケアとして、利用者重度化に伴い、痰吸引が必要となっている為、3年計画で痰吸引研修に順次受講し、受け入れ態勢を整えます。また、協力医療機関と連携を取りながら、介護施設での看取りを他職種連携で家族と共に考え、学びながら実践していきます。

(3) 施設内・外研修の積極的な参加と各委員会の勉強会により、知識・技術の向上を図るとともに、参加出来なかった職員に対しても職員会議・グループミーティング等でフィードバック研修を行うことにより、知識・技術の統一と向上が図れるように努めます。

- ・職員間で共通の認識・意識が持てるように、情報共有及び「報告・連絡・相談」の徹底と日々の業務の中での声掛けを意識付けします。
- ・定期的な職員との面談により、個人目標の確認を行い、目標が達成できるように施設としてのサポートと評価を行いながら、一年間を通して職員育成に努めます。

(4) 利用者が日々の生活の中で生きがいを感じられるように、行きたい場所・馴染みの関係を意識した外出支援を家族と一緒に考えながら実施に努めます。

- ・毎月発行する新聞にて、施設行事の案内を行い、利用者と家族が笑顔で過ごせる時間の提供を行います。また、夏祭りやふれあいまつり等の行事の中で家族と職員との交流・関係作りを行います。また、担当者会議のみの参加だけにならないよう、食事会としての交流も利用者・家族・職員間で行えるようにします。
- ・認知症サポーター養成講座を地域住民の方に受講して頂き、認知症の方が安心して過ごせる地域づくりを目指します。また、施設内で養成講座フォローアップを行うことにより、利用者と地域住民が交流できる場所の提供を行います。

(5) サービスの質を維持しながら、適正な業務見直しにより効率・節約に努め、職員の働く環境の改善・整備を行います。

- ・職員会議、役職者ミーティングにより業務の流れ・対応についての確認・修正を適時行います。
- ・5S活動の推進（整理・整頓・掃除・清潔・しつけ）を図り、「業務の見える化」「業務の整理」、「業務の引き算」×「多角度」により、職員の介護負担の軽減に努めます。

- (6) 利用者重度化に伴い、痰吸引が必要となっている為、3年計画で痰吸引研修を順次受講し、受け入れ体制を整える。
- ・協力医療機関と連携し、嚥下困難者に対しての摂食嚥下評価を継続的に行いながら生活の質（食事形態）を確保しながら誤嚥性肺炎予防に努めます。
 - ・利用者・家族からの看取り希望があった際に、各関係機関と連携を取りながら住み慣れた場所で、終末期を迎えられるように努めます。
- (7) 災害時に備えて設備・備品（備蓄品、救助用品、ポータブル蓄電器、職員用帰宅用品など）の改善・整備、建物内の転倒防止対策など安全対策を講じます。
- ・災害時の利用者、職員や家族の安否確認を行うシステムを構築し、復旧や支援活動が速やかに行える体制を整えます。
 - ・利用者の支援がスムーズに行えるように緊急連絡先の整理、支援カード、職員の勤怠管理や利用者のサービス提供記録などの整理を行い、誰でもが安否確認や支援ができるツールを整理する。
 - ・事業継続計画（BCP）を基に、災害発生時や復旧対応を想定した訓練を定期的の実施していきます。

4. 行事予定

4月	花見（桜）
5月	母の日、節句、菖蒲湯
6月	父の日、家族会、衣替え
7月	七夕会、土用の丑
8月	夏まつり、花火、かき氷
9月	敬老会、お月見
10月	体育会、秋刀魚の日、衣替え、ふれあいまつり
11月	紅葉狩り
12月	年忘れ会（クリスマス会）、柚子湯、餅つき
1月	初詣、初釜、鏡開き、七草の日
2月	節分、花見（梅）
3月	雛祭り、進級祝い（寮・園）

随時、季節感のある手作り昼食・おやつ作り、誕生日会（外出・外食）、世代間交流（ルンビニー園・南山寮）、他施設交流（GH・デイ・特養）、聖歌隊（ボランティア）、個別外出、地域行事を実施します。運営推進会議（2ヶ月に一度、第4月曜日）

5. その他

定員 18名
職員数 16名（常勤 10名、非常勤 7名）

令和2年度 事業計画

高齢者向け賃貸住宅みなみやま

1. 基本方針

介護が必要な車椅子の方でも、個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことが出来るように支援します。

(1) 自分や自分の両親に『して欲しい』ことは、させていただきます。

(2) 自分や自分の両親に『して欲しくない』ことは、絶対にしません。

(3) 「施設」では物足りない「プライバシー」「在宅」では得られない「コミュニティ」を大切に、季節や自然を感じながら生活できる支援をしていきます。

2. その他

定員 6名

職員数 2名（非常勤）

職員配置 (令和2年4月1日)

全職員数：136名（うち非常勤<準正規・パート> 50名・派遣職員8名、嘱託医3名）

職 種		国基準	常 勤	非常勤 (常勤換算)	備 考	
(統括) 施設長		1	1		特養・ケアハウス施設長 高齢者向け賃貸住宅（管理者）	
副施設長		—	2		うち1名運営部門管理・ケアハウス管理 1名ケア部門管理（特養ケアマネ兼務）	
事務員		必要数	3		高齢者施設全体（ケアハウス会計業務除く）	
特別養護老 人ホーム	介護支援専門員	1	3		うち1名副施設長兼務、1名介護職員兼務 1名生活相談員兼務	
	生活相談員	1	3		特養・ショートステイ業務兼務	
	栄養士（管理栄養士）	1	1		特養・ケア・デイ兼務	
	介護職員	3 4	4 2	5. 5 0	うち1名介護支援専門員兼務	
	看護職員	【3】	【5】	【0.84】	【 】看護職員再記、うち1名デイ兼務	
	機能訓練指導員	1		1		理学療法士
				1		言語聴覚士
	調理員	必要数	5	0. 6 6	特養・ケア・デイ兼務	
	清掃職員	—		0. 6 6	特養・ケア・デイ兼務 ※介護業務	
	洗濯職員	—		1. 5 9	特養・デイ兼務 ※介護業務	
運転士	—		0. 2 5	運転・営繕業務兼務、デイ兼務		
嘱託医	(1)		3	内科（うち1名バックアップ医師）、精神科		
デイサービス センター	管理者	1	1		生活相談員兼務	
	生活相談員	1	2		うち1名管理者兼務	
	介護職員	4	4	2. 9 5		
	看護職員	(1)		0. 8 3	機能訓練指導員兼務	
	機能訓練指導員	1		1		柔道整体師
				1		理学療法士
運転士	—		1. 7 5	車輛管理・一部営繕等、特養兼務		
居宅介護支 援事業所	介護支援専門員	1.5	1	0. 5	うち1名管理者、1名小規模兼務	
ケアハウ ス	生活相談員	1	1		主任兼務	
	事務員	1	1		経理・庶務・特養事務兼務、介護業務兼務	
	介護職員	1	2		1名加配	
	調理員	(2)		2. 0 7		

グループホーム	管理者	1	1		小規模多機能ホーム管理者・高齢者向け住宅業務管理兼務
	計画作成担当者	2	2		介護職員兼務、うち1名介護支援専門員
	介護職員	6	10	4.07	うち2名計画作成担当者兼務
	看護職員	(1)			
小規模多機能ホーム	管理者	1	1		グループホーム管理者・高齢者向け住宅業務管理兼務
	介護支援専門員	(1)		0.5	居宅兼務
	看護職員	1	1		
	介護職員	6	9	2.15	
	機能訓練指導員	(1)		0.1	理学療法士、言語聴覚士
高齢者向け住宅	介護職員	1		1.28	1名小規模多機能ホーム介護職員兼務

※ 通所介護の提供時間帯に看護職員が不在の場合には、特養看護職員が健康管理・緊急時対応を行う。

※ 嘱託医、ケアは常勤換算数によらない定数。()は非常勤、嘱託

※ 特養配置基準 (ショートも含めた100床の職員配置)

利用者3人：介護・看護職員1人

平成30年度平均入所者数 100.7人 ÷ 3 = 33.5人 → 34人 (配置基準)

必要配置数：看護職員3人、看護+介護職員=34人、夜勤職員4人

2年度常勤換算数 (介護+看護職員) 47.5人

※ 通所介護配置基準

利用者15人：介護職員1人、5人増す毎1人加配

利用定員34人：4人(1日) *送迎時間を除くサービス提供時間帯

2年度常勤換算数 (介護職員) 6.95人

※ グループホーム配置基準

1ユニットに付、利用者3人：介護職員1人 (常勤換算)

利用定員9人：3人/24時間 (1日)

必要配置数：介護職員3人×2ユニット=6人、夜勤職員2人

2年度常勤換算数 (介護職員) 14.07人

※ 小規模多機能ホーム配置基準

通いサービス (利用定員15名)

利用者3人：介護職員1人 (常勤換算) → 必要数5人/40時間 (1日)

訪問サービス 介護職員1人 (常勤換算)

必要配置数：介護職員6人/48時間 (常勤換算)、夜勤職員1人

2年度常勤換算数 (介護職員) 11.15人

会議・委員会等一覧（令和2年4月1日）

【南山の郷】特別養護老人ホーム・デイサービス・居宅支援事業所・ケアハウス

【みなみやま】小規模多機能ホーム・グループホーム

会議名	部署	開催日	時間	内容
全体職員会議	共通	6.10.2月	14:00～ 16:30～	事業計画・報告、予算・会計報告、運営報告・協議事項、行事確認等、研修（研修報告含む）
経営会議	共通	第2木曜日	13:00～ 1.5h	運営方針検討、人事・労務・財務報告・協議、各部署実績報告・方針協議、経営分析・対応策、翌月予定
連絡調整会議	特養	第4木曜日	16:00～ 1.5h	各部署調整・課題検討、業務及び行事協議・確認事項、ケア方針具体化、グループケア検討
入退所判定会議	特養	偶数月 第2木曜	14:30～	入所申込者の優先入所指針に基づく評価、入所予定者の検討、退所指導事項検討
リーダー会議	特養	月1回	16:00～ 1.5h	各フロア、グループの調整・情報共有、課題検討
フロア会議	特養	月1回	16:00～	各グループの課題等について検討、情報共有、研修
看護職員会議	特養	月1回	16:00～	課題等について検討
厨房会議	特養	第2金曜日	12:15～	献立検討、厨房の課題等について検討
事務所会議	特養	第4木曜日	14:00～	翌月の予定・連絡調整、事務所の課題等について検討
ケアカンファレンス	特養	月曜（3回）	16:00～	介護計画の検討・共有、身体拘束解消検討
ケアカンファレンス	デイ	月1回及び 終礼	17:30～	介護計画の検討・共有、身体拘束解消検討
ケアカンファレンス	ケア	月数回	15:30～	介護計画の検討・共有
ケアカンファレンス	みなみやま	月1回	14:00～	介護計画の検討・共有、身体拘束解消検討
職員会議	デイ	毎月26日	17:30～ 1.5h	事業・運営全般、デイの課題等について検討、翌月予定、研修
職員会議	ケア	第3火曜日	14:00～ 1.5h	事業・運営全般、ケアの課題等について検討、翌月予定、研修
職員会議	居宅	第3火曜日	9:30～ 1.5h	事業・運営全般、居宅の課題等について検討、研修
職員会議	みなみやま	月1回	16:00～ 1.5h	事業・運営全般、小規模多機能ホーム・グループホーム等の課題等について検討、翌月予定、研修
委員会連絡会議	共通	第1金曜日	14:00～	委員会活動の内容確認と情報共有、委員会ごとの連携と協力体制の整理

会議名	部署	開催日	時間	内容
非常災害対策委員会	共通	6.9.12.3月 第3木曜日	14:00～	災害予防対策立案と対策の周知徹底、訓練実施、マニュアル整備
個人情報保護委員会	共通	6.9.12月 第3金曜日	14:00～	個人情報保護対策立案・周知徹底、職員研修計画・開催、マニュアル整備
衛生委員会	共通	第2木曜日	15:30～ 0.5h	衛生管理体制整備、作業環境管理、健康管理、労働衛生教育
事故防止・安全対策推進委員会	居宅以外	偶数月 第3水曜日	14:00～	事故発生の防止、ヒヤリハット・事故分析、医行為に対する安全対策措置、研修計画・開催、マニュアル整備
サービス向上・業務改善委員会	居宅以外	5.8.11.2月 第2水曜日	14:00～	・サービス改善事項検討、要望・苦情対応検討・改善計画策定、ケアマニュアルの見直し、職員研修計画・開催。介護サービス情報公表への対応準備、サービス自己評価の強化、第三者評価結果の活用。 ・介護の質向上のためのルールづくり（排泄・入浴・摂食嚥下・認知症ケア・看取り・口腔ケア・機能訓練・記録等）及び啓発活動。
感染症・食中毒予防対策委員会	居宅以外	奇数月 第2金曜日	14:00～	感染症及び食中毒予防、まん延防止対策、職員研修計画・開催、マニュアル整備
食事委員会	居宅以外	偶数月 第2金曜日	14:00～	前月、翌月のメニュー・行事、栄養管理、常食化に向けての工夫や食事提供の取組、その他検討事項
身体拘束解消委員会	居宅以外	奇数月 第2月曜日	11:00～	身体拘束廃止対策、虐待防止対策検討、職員研修計画・開催、マニュアル整備
褥瘡予防対策委員会	居宅・ケア以外	4.7.10.1月 第3水曜	16:30～	褥瘡予防の計画・実践・評価、ハイリスク者対策、指針整備と研修、
研修委員会	居宅以外	5.8.11.2月 第3金曜日	15:00～	施設内の研修計画、調整、開催
実習委員会	共通	4.7.10.1月 第3金曜日	15:00～	各種実習の受け入れ体制の検討・周知、実習後の振り返りによる専門職養成・サービスの質の向上への反映

※すべての正職員が委員会に所属し、部署・職種・役職を超えて、一人ひとりが専門職として責任と主体性を持って全体の運営に参加し、施設全体の課題に共通した認識で取り組み、職員の成長とサービスの向上、施設の運営のルールづくりを整備していくことを目的としています。

※委員会は、施設に提案・勧告する位置づけとします（諮問機関）。

※会議・委員会等は、昼間の時間に開催します。報告は報告書により閲覧、書面だけでなく施設内掲示板を活用し、誰もが速やかに閲覧可能なようにします。関係職員は必ず閲覧し責任をもって所属部署にて報告すること。また、会議・委員会の主催者は必ず書面だけの報告だけではなく、口頭にて管理者等に報告・相談をすること。

- ※委員会の開催頻度は、法令で定められたものについては法令に従い行いますが、他は原則2か月ごとに行います（一部3又は4か月ごとの開催）。会議のない月はミニ学習会・事例検討又は訓練（年2回）を実施することとします。
- ※各会議・委員会等の開催時間は原則1時間以内とします。
- ※委員会の委員選任に当たっては、職員の希望だけではなく、職員の成長のための必要な観点からも選任すること。
- ※委員会に出席できない場合には、代理出席を立てる、もしくは書面により参加報告を行い、必ず部署の意見や報告が委員会に反映されるようにしてください。

会議・委員会等構成者一覧（令和2年4月1日）

会議・委員会名	特別養護老人ホーム										通所介護			居宅	ケア	みなみやま
	施設長	副施設長・事務員	介護支援専門員	生活相談員	栄養士	介護職員	看護職員	理学療法士	調理員	医師・産業医	生活相談員	介護職員	看護職員・PT等	介護支援専門員	生活相談員・事務員・介護職員	管理者・介護職員
全体職員会議	●	◎	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
経営会議（※各管理者、副施設長、生活相談員等）	●	◎		○							○			○	○	○
連絡調整会議（※生活相談員、主任、フロアリーダー等）◎司会者	△	●	○	◎	○	○	○	○								
リーダー会議（※●主任）						○										
フロア会議（※●主任、◎フロアリーダー等）						○										
入退所判定会議	○	○	○	●	○	○	○	○								
看護職員会議（※●主任）							○									
厨房会議（※●栄養士）					●				○							
事務所会議（※●副施設長）	△	●	○	○	○	○										
各事業所ケアカンファレンス（※ショートステイ：生活相談員）	△	○	●	◎	○	○	○	○		○	●	○	○	○	○	○
各事業所職員会議（※●管理者又は主任、栄養士ケアハウス参加）	△	○			○						○	○	○	○	○	○
委員会連絡会議（※委員会責任者又は副責任者）		●														◎

会議・委員会名	特別養護老人ホーム										通所介護			居宅	ケア	みなみやま
	施設長	副施設長・事務員	介護支援専門員	生活相談員	栄養士	介護職員	看護職員	機能訓練指導員	調理員	医師・産業医	生活相談員	介護職員	看護職員・機能訓練指導員	介護支援専門員	生活相談員・事務員・介護職員	管理者・介護職員
非常災害対策委員会	○	○		○	○	◎	○		○		○			○	○	●
個人情報保護委員会	○	○	○	●		○	○				◎			○	○	○
衛生委員会	◎	●			○	○	○		○		○			○	○	○
事故防止・安全対策推進委員会	△	○	●	○		○	○	○			○			○		◎
サービス向上・業務改善委員会		○		○	○	●	○		○		○			○	○	◎
感染症・食中毒予防対策委員会		○		○	○	◎	●		○	○	○			○	○	○
食事委員会		○		○	●	○	○	○	○		○			○	○	◎
身体拘束解消委員会	△	○	●	○		◎	○	○			○			○	○	○
褥瘡予防対策委員会			○	○	○	◎	●	○		○	○			○		○
研修委員会	△	○		○		○					◎			○		●
実習委員会（※正副：実習指導者）	○		●	○		○					◎			○	○	○

- …責任者 ◎…副責任者 ○…参加者 2. 正副担当者は司会を兼ねる。記録は交代制
3. 非常災害対策・個人情報保護委員会は法人設置会議も担当
4. 介護職員：各施設より原則1名とし、特養についてはフロアごとに1名専任。
5. 正副は原則役職者より選任し、責任者及び委員の任期は原則2年とする（再任及び任期の延長有）。

研修計画

研修名	内 容	開催時期	担当者
新任職員研修	① 介護保険制度と介護業界の動向 ② 施設の基本理念と運営方針 法人及び施設の概要説明(沿革・組織) ③ 介護の基本と緊急時の対応 日課および業務内容 災害時の対応と設備器具の取り扱い 記録の書き方 ④ 職員のサービスの心得について 職員としてのサービス・勤務・諸届について 諸規定の説明 ⑤ 労働安全教育 等 ⑥ フォローアップ研修	採用時 9～10月	施設長 副施設長 管理者 主任 等
外部研修	法人内研修テーマ以外の研修を中心に参加	4月～3月	
内部研修	法人内研修：介護専門研修、救急法研修 階層別研修（3ヶ年） 相談員・ケアマネ研修 看護職員専門研修 新任役職者・新人指導者研修 意思決定支援（認知症、ACP） エンゼルケア及び家族支援 介護実務者研修 全体研修：①虐待・身体拘束、リスクマネジメント②接遇③法令遵守(公益通報・個人情報保護・ハラスメント) 研修報告：外部研修での研修報告 各委員会主催によるミニ研修 ※詳細内容は別紙	5月～3月 職員1回、役職4回 年6回 年3回 年1回 年1回 年1回 5月～11月 全体職員会議 随時 随時	施設長 副施設長 管理者 主任 各委員会 外部講師

※ 内部研修は、すべての部署を参加対象とします。

※ 新人指導にあたっては、指導者（プリセプター）を原則2名選任して業務指導、助言相談に当たることとします。（試用期間を含む1年以内）

※専門的に学びたいテーマについては、外部講師等を招いて施設内研修を実施。

令和 2 年度 研修計画

種別： **尊厳**＝高齢者の尊厳に関する研修、**プライバシー**＝個人情報保護・プライバシーに関する研修、**情報**＝記録・情報共有に関する研修、**倫理**＝倫理・法令遵守に関する研修、**リスク**＝事故及び緊急時対応・災害に関する研修、**接遇**・苦情対応に関する研修、**救急救命**に関する研修、**食中毒**＝食中毒に関する研修、**感染症**＝感染症に関する研修、**認知症**＝認知症ケアに関する研修、**権利擁護**＝身体拘束に関する研修、虐待に関する研修

○令和 2 年度研修計画目標

高齢者のQOLの向上・尊厳の保持を目指した多職種連携に基づく、排泄の自立（自律）支援アプローチ

（研修終了時及び年度終了時、個別達成評価実施）

○経営・運営方針（施設内研修に関すること）

上記のテーマのうち委員会活動に関することは、委員会でミニ学習会を企画。救急救命は、必要に応じ外部講師による講習会等を企画。それ以外は全体職員会議などで啓発を行う。

月	種 別	研修テーマ	救急救命講習等
4	新人等	<ul style="list-style-type: none"> ●新人職員研修 ・法人職員としての基本姿勢・職場のルール ・接遇・ビジネスマナー研修 ・介護保険・事業所運営の考え方の基本 ・介護スキルの基本技術習得及び技術研修 （移乗移動介助、排泄介助、入浴介助、口腔ケア、食事介助、体位交換、更衣・清拭、入浴介助、服薬介助、リネン交換、福祉用具操作） ・高齢者の身体の仕組み・疾患と障害の基礎知識 医療行為と急変時対応 ・認知症の基礎理解 ・チームケアと報連相 ・社会人の基本・心得 ・コミュニケーション（介護コミュニケーション） ・プライバシー・個人情報保護、倫理法令 ・自立支援とサービスマネジメント ・感染症・食中毒予防 ・看取りケア ・リスクマネジメント ・防災（防火）教育（BCP, 安否確認システム説明） ・虐待・拘束防止・不適切ケアと権利擁護 ・観察及び記録のポイント ・介護職のストレス・腰痛予防対策 	口腔ケア研修（全職員向け）
	相談員等	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネ等研修①（事例検討：面接技法・アセスメント） 	
5	全職員	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時対応模擬訓練①（誤嚥・誤飲、沈溺、吐血等） 	実技救命講習（全職員向け）

	看護職員	・看護職員研修①（老年看護の知識と臨床）	（心肺蘇生・AED取扱・止血・異物除去） 介護実務者研修（5月～11月）
6	全職員 相談員等 全職員 （法人）	・接遇、法令遵守（公益通報・個人情報保護・ハラスメント） ・相談員等研修①（診療報酬改定） ・（職員）メンタルヘルスケア・コミュニケーション研修 ・（役職者）職場のメンタルヘルス対策と職員とのコミュニケーション研修	
7	介護技術	・①主な排泄障害の原因・種類・症状と対応方法	
8	相談員等	・相談員等研修②（成年後見と事故救済制度）	
9	介護技術 看護職員 新人職員 役職者① 役職者②	・②排泄ケアの根拠を導く数値化の重要性と情報収集のポイント ・看護職員研修②（老年看護の知識と臨床） ・新人フォローアップ研修（半日） ・中間管理者研修①管理監督者研修①（合同） 年間テーマ「職員の意欲を引き出し行動するための仕組みづくりと育成の仕方（面接技法）」	
10	全職員 相談員等	・虐待、身体拘束防止 ・相談員等研修③（ケアプラン作成・意思決定支援カンファレンス運営手法（伝える技法・引き出す技法の基本スキル）	
11	全職員	・緊急時対応模擬訓練②（心停止、意識喪失、転倒等）	
12	相談員等 役職者① 役職者②	・ケアマネ等研修②（事例検討：担当者会議を通してファシリテーターの役割を学ぶ） ・中間管理者研修② ・管理監督者研修②	
1	介護技術 看護職員	・③利用者個人に合った排泄ケアの見極め方（アセスメント） ・看護職員研修③（老年看護の知識と臨床）	
2	全職員 相談員等 その他	・リスクマネジメント ・相談員等研修④（ICFの理論と理解） ・介護福祉士受験対策実技講習	
3	介護技術 指導者研修 新任役職者 役職者① 役職者②	・④排泄ケア・介助の具体的な個別対応のポイント ・新人職員指導のための仕組みと育成のポイント ・役職者に求められる知識と役割 ・中間管理職研修③ ・管理監督者研修③	

※介護技術研修の各テーマについては、①予防のための日常の観察とケアのポイント②多職種への伝達と判断の仕方③対処方法と観察ポイント④情報共有の為の記録の書き方⑤事例検討の内容を盛り込む。

※緊急時対応模擬訓練は、①多職種連携②兆候の観察のポイント③処置の判断基準④記録と報告のポイ

- ント等を内容に盛り込み、模擬訓練を多職種参加で定期的を開催していく。
- ※実技救命講習、3年ごとに開催（次回は令和4年度）
 - ※介護保険法及び運営基準に定める研修（年2回）は、全体職員会議、外部研修後の伝達研修、施設内研修の一部で内容に盛り込む・時間を取る、委員会主催でミニ講習を行う等工夫して行う（スケジュールは委員会連絡会議で調整）。
 - ※役職者研修は階層別研修プログラムにより行う。役職者①：中間管理職向け、役職者②：管理監督者向け
 - ※格痰吸引、認知症実践者・認知症リーダー研修、介護アセッサー等の資格取得講習は毎年計画的に派遣

実習受入一覧

令和2年4月1日現在

	社会福祉士	介護福祉士	実務者研修等	その他
5月	淑徳大学			
6月	淑徳大学			大谷高校 (ボランティア活動) 介護支援専門員実務研修
7月	中央福祉専門学校			大谷高校 (ボランティア活動)
8月	中央福祉専門学校 アルファ医療福祉専門学校		大谷高校 (初任者研修)	大谷高校 (ボランティア活動)
9月	日本福祉大学 東京福祉大学			
10月	東京福祉大学		日本福祉大学 (教員課程福祉実習)	大谷高校 (ボランティア活動)
11月				大谷高校 (ボランティア活動)
12月				大谷高校 (ボランティア活動)
1月				大谷高校 (ボランティア活動)
2月				大谷高校 (ボランティア活動)
3月				

※大谷高校は、例年ボランティア活動の依頼を受けている。4月入学・進級後に募集される為、活動日と人数の決定は5月以降になる。

※大谷高校の初任者研修は夏休みに依頼あり。

※中学校等の体験学習は例年、冬に受け入れをしているが詳細日程は未定。

※教員の養成課程の福祉体験学習は愛知県社会福祉協議会からの実習指定。

※介護福祉士実習等や社会福祉協議会等の実習は、4月1日段階で依頼を受けている実習依頼団体です。年度途中に追加になる場合があります。