

平成27年度

事業計画書

社会福祉法人 岳南厚生会

## 目 次

No	理念・事業所名	頁
1	法人の理念	2～3
2	社会福祉法人岳南厚生会 本部	4～5
3	特別養護老人ホーム 高原荘 (介護老人福祉施設)	6～11
4	ユニット型特別養護老人ホーム 高原荘 (ユニット型介護老人福祉施設)	12～16
5	高原荘 短期入所生活介護事業 (短期入所生活介護施設)	17
6	在宅介護支援センター 高原荘 福祉相談センター 富士根南	18～19
7	在宅介護支援センター 高原荘 居宅介護支援事業 高原荘	20～21
8	在宅老人デイサービスセンターやすらぎホーム (通所介護施設)	22～23
9	小規模多機能型居宅介護 たかはら	24～26
10	グループホーム たかはら	27～28

## 法人の理念

社会福祉法人岳南厚生会は「敬愛の念」と「要支援者の心情を受容し、大切にしていける精神」をもって、利用者に接し、地域福祉の増進に寄与しようとするものであります。

### 基本方針

- ・健全な環境づくりに努め、利用者の人間性を尊重する。
- ・利用者が安心して生活できるような明るく楽しい施設づくりに努める。
- ・地域住民であるとの認識に立って意思疎通の場を設けていく。

社会福祉法人の公共性という使命と責任を持ちコンプライアンスを徹底し、今後も福祉の新しい流れを創造して邁進していきます。

### 施設の歴史・理念・概要など

特養を軸に居宅部門を運営する高齢者施設です。人は誰もが歳をとり、やがて病気や障害で介護が必要になります。「今までのように自分らしく我儘に。」「誰からもやさしく接してほしい。」「家族と共に…友人とも会いたい」「街に出たい、美味しいものも食べたい。」…この利用者の熱き想いに私たちはどれだけこたえられるのでしょうか。「尊厳を守りゆとりある生活を共に過ごす」を理念として、今、私たちは「ユニットケア」により人間らしく安心して暮らせる「生活」の場づくりをしています。

### ユニットケアへの想い

ユニットケアを実践する過程で重視した取組は、ユニットケアの認識の底上げでした。職員の数だけ介護の認識がありました。意識改革が必要でしたが、意識の高低ではなく、職員が共有すべき意識は何なのだろうかに焦点を絞りました。まず、利用者は単なる「入居者」ではなく「生活者」であるという意識を深める。その意識を基に職員・家族・地域社会との関わりを、施設サービスの中でどのように作り上げていくのかという点です。利用者との関係性に目を向け、利用者との距離感を縮めることで『生活者への生活支援』という施設サービスを、展開することを実践の土台としてきました。ケアの中に生活を取り込む苦勞から、生活の中にケアを取り込むことへの意識改革で、支援する楽しみが生まれました。みなさまの『今、持っている時』を大切に日々実践に励みたい。

#### ◎平成27年度介護保険改正について

介護保険がスタートして15年が過ぎようとしています。その間に、サービスにかかる費用は約3倍、介護保険料も2倍前後まで伸びています。国は、制度改正や報酬改正のたびに、何とか給付を抑えようと「仕掛け」をほどこしてきました。

そうした制度の変更はこれまで、6年ごとの法改正、3年ごとの報酬・基準改定というサイクルで行われてきました。

今回の改正は、介護保険法だけではなく。医療にかかる法律を含めて「社会保障のあり方全体を見直す」ものです。（医療介護総合確保推進法）

効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するための医療制度改革と一体的に、地域包括ケアシステムの構築及び、介護保険制度の持続可能性の確保のために、地域支援事業の充実、低所得者の保険料軽減の強化、予防給付の一部の地域支援事業への移行、特別養護老人ホームの新規入居者を原則要介護3以上に限定すること及び、所得・資産のある人の利用者負担の見直し等を一体的に行う介護保険制度の改革が行われます。

#### ◎地域包括ケアに向かって

縁側カフェは、平成26年7月より小泉拠点を使って地域で暮らす独居高齢者で認知症の方を月1回、在籍する高齢者を中心とする様々な交流やコミュニケーションを生み出していく地域福祉の拠点づくりを推進し地域包括ケアの実践を継続しています。

##### 〈効果〉

- ・事業所の利用者と地域の方との交流の場になっている。
- ・引きこもりがちだった人が楽しみに参加している。生きがいの場になっている。
- ・地域の世話焼きさんをサポート役に入れたことで参加者同士の交流がスムーズにできている。
- ・介護予防、認知症予防の効果がある。

##### 〈課題〉

- ・開催場所までの交通手段がない。
- ・開催場所が事業所だけに参加人員も限られる。
- ・縁側カフェの運営ボランティアの協力が必要と思われる。

##### 〈まとめ〉

高齢者の地域での暮らしを支援するための地域拠点では、「提供する」ものと「力を引き出す」ものとの機能が必要であり、住民が主体に活動することのできる場所の必要性、地域の「強み」や「課題」を明らかにし、適切な生活支援のためのアセスメントをもとに、足りないものや地域の持っている力を発揮する場所や機能を有した拠点づくりを進めていきたい。

事業計画書

1. 基本方針

利用者への情報提供とサービスの質の向上への取り組み、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスの提供に心がける。

高齢者が閉じこもり状態となり、老化に伴う心身機能の低下とあわせて寝たきり状態となることを予防し、人や社会との繋がりの中で、周囲から一人ひとりの人に与えられる立場や尊敬の念、共感、思いやり、信頼を大切に自立支援が適切に行われることも重要である。

そのため、高齢者等、要介護・要支援を必要な者に対する包括的な支援体制の整備を図るものである。

そこで、本年度も、人材の育成、利用者に対し尊厳を持ってなおかつ自立支援を強化し、在宅福祉事業の積極的推進を図りたい。また、開かれた施設運営を主な課題として諸問題の研究を行い、地域資源活用が図られるよう保健・医療・福祉が連携して次の福祉事業を行う。

① 第1種社会福祉事業

(イ) 特別養護老人ホーム高原荘の経営 (介護老人福祉施設サービス)

(ロ) ユニット型特別養護老人ホーム高原荘の経営 (ユニット型 " )

② 第2種社会福祉事業

(イ) 在宅介護支援センター高原荘の経営及び受託経営

・在宅介護支援センター高原荘

・福祉相談センター富士根南

(ロ) 老人デイサービス事業やすらぎホームの経営 (通所介護)

(ハ) 老人短期入所事業 (高原荘) (短期入所生活介護)

(ニ) 小規模多機能型居宅介護事業の経営 (地域密着事業)

(ホ) 認知症対応型共同生活援助事業の経営 (地域密着事業)

③ 公益事業

在宅介護支援センター高原荘 (居宅介護支援)

2. 運営方針

① 必要に応じて理事・評議員会を開催し施設、在宅サービス等の運営の適正化を図る。

② 諸規則・規程の整備等の充実を図る。

③ 予算の適正配分を行い、執行にあたっては能率的な経営を心掛ける。

④ 資産管理の適正化を図る。

⑤ 地域住民との交流の場を提供し、施設の社会化推進を図る。

⑥ 介護予防の推進を図る。

3. 理事会開催年間予定

5月 事業実績報告、決算報告、諸行事等の報告

11月 中間報告 当該年度補正予算

- 3月 当該年度補正予算（本部、施設、事業会計）  
次年度事業計画、次年度予算（本部、施設、事業会計）  
※必要に応じて随時理事会を開催する。

#### 4. 処遇対策

- ① 施設（特別養護老人ホーム）事業計画書による。 （指定介護老人福祉施設）
- ② 施設（ユニット型特別養護老人ホーム）事業計画書による。  
（ユニット型指定介護老人福祉施設）
- ③ 在宅介護支援センター事業計画書による。 （指定居宅介護支援）
- ④ 老人デイサービス事業（やすらぎホーム）事業計画書による。（指定通所介護）  
（指定介護予防通所介護）
- ⑤ 老人短期入所事業計画書による。 （指定短期入所生活介護）  
（指定介護予防短期入所生活介護）  
（指定介護予防訪問介護）
- ⑥ 小規模多機能型居宅介護事業（たかはら）事業計画書による。
- ⑦ 認知症対応型老人共同生活援助事業（たかはら）事業計画書による。  
（認知症対応型共同生活介護）
- ⑧ 在宅介護支援センター高原荘 事業計画書による。  
（福祉相談センター 富士根南含む）

#### 5. その他

- ① 当法人は、福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、又は社会経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な保健・医療・福祉サービスを総合的・包括的に提供されるように援助することを目指し努力する。
- ② 福祉における契約制の導入に伴い、高齢者の権利擁護の取り組みが一層重要になってきており、契約書・重要事項説明書の簡易化及び成年後見制度の活用、法人、事業所の情報開示・苦情処理など多くの施策を展開するよう努めることとする。  
尚、利用者が受けているサービスに対する意向や満足度の把握したことを事業者側の押しつけにならないよう質の向上へ取り組む。
- ② 地域密着型サービス事業の実践を通して研究する。  
これは、住み慣れた地域で最期まで暮らし続けたいと願う人達に応じて、個々の在宅生活を柔軟に、かつ継続的に支援する小規模多機能ケアの実践の取り組みや、グループホームの運営方進を確立していく。

平成27年度 特別養護老人ホーム高原荘（介護老人福祉施設）  
事業計画書

「ユニットケア」とは、自宅に近い環境の介護施設において、他の入居者や介護スタッフと共同生活をしながら、入居者一人ひとりの個性や生活リズムに応じて暮らしていけるようにサポートする介護手法のことを指します。

特別養護老人ホームなどの介護施設は、常時入居者を見守りながら必要に応じて介護できる体制をとっています。そのことによって、入居者に対して365日・24時間体制の安心・安全を実現しています。しかし、その一方で、多くの要介護状態の高齢者を介護するという施設の性格上、多くの人を効率的に介護しようとして、「集団ケア」にならざるを得ない面がありました。しかし今後は、入居者の尊厳ある生活を保障していくためには、一人ひとりの個性と生活リズムを尊重した「個別ケア」が求められています。「個別ケア」を実現する一つの手法が「ユニットケア」なのです。

「ユニットケア」の最大の特徴は、入居者個人のプライバシーが守られる「個室」と、他の入居者や介護スタッフと交流するための「居間」（共同生活室）があることです。入居者10人前後を一つの「ユニット」として位置づけ、各ユニットに固定配置された顔なじみの介護スタッフが、入居者の個性や生活リズムを尊重した暮らしをサポートします。

## 1. 基本方針

高原荘は、老人福祉法及び介護保険法の基本方針に基づいたサービスの提供により、当ホームを利用する入居者に対して地域での生活を地域の人々と共に支え、相談援助及び「生活支援」を行うとともに介護人材の育成を図ることとし、マイホームとなるような生活の場を提供する。

### <目標>生活支援

入居者の皆さんが施設においても、これまで自宅で生活されてきた“その人らしい”自立した生活が継続して営めるよう「生活支援」することを目標とする。

さらに、これからの認知症ケアは、これまでの「身体ケア」モデルから「身体ケア＋認知症ケア」モデルへの変換が求められています。具体的には認知症高齢者の日々の生活をいかに支えるかが問われています。

認知症高齢者を正確に理解・受容し、声かけ、見守り、手助けすることにより、認知症高齢者の人間としての尊厳を最大限に尊重し、日々の生活をとおしてその人らしさを支えるためのケアのあり方について、ともに学び考え実践していく。

## 2. 運営方針

- (1) 適正な予算執行と執行状況の把握。
- (2) 各セクション間の連絡調整と協力と緊密化。
- (3) 研修による職員の資質向上。
- (4) 地域福祉活動の充実。
- (5) 利用者処遇の適正化。

### 3. 処遇目標

#### (1) 生活支援

- \*介護保険制度に沿ったサービスの提供による利用者の自立支援。
- \*入居者の人権、生活並びにプライバシーの擁護を基盤とし、施設内での日々の快適な生活作り及び活性化に努め、整備された設備環境の中での生活の充足。
- \*入居者個人の尊厳の保持を趣旨とした意向や希望の尊重。
- \*家族とのコミュニケーションが図られるようまた、いつでも家族と会えるという安心感が持てるような支援。

#### (2) 介護

- \*生活リハビリ（ICF）をとおり入居者のADL（日常生活動作）にあった残存機能の維持。
- \*観察力の強化と医療部門との連携。
- \*その人らしい生活の場の提供と生き甲斐を引き出せるような支援。
- \*入居者の精神的な自立を促し利用者同志の交流を図れるような支援。

#### (3) 看護

- \*入居者の健康管理及び自立支援。
- \*医師、歯科医と連携して利用者の健康ケアへの努力。
- \*ターミナルケアについて家族の意向にもとづいて他職種や医師等と連携をとりながらできるだけ本人の希望に添えるような支援。
- \*看護・介護の質の向上。
- \*職員の健康管理。
- \*感染症予防対策及びその指導。

### 4. 処遇計画

#### (1) 生活の支援

##### 1. 食 事

- ・自分の食器の使用
- ・主食・おやつユニット内で準備。
- ・体調に合わせ補助具の活用も含め生活リハビリを施行しながら「自ら食す意欲」を引き出し食べる楽しみの提供。
- ・利用者の食習慣や嗜好の把握、利用者の健康面の十分な考慮。
- ・食事摂取量低下時に本人の好物または、食べやすい物の提供。

##### 2. 排 泄

- ・訴えやすい雰囲気作り。
- ・排泄リズムを把握し個々にあわせた誘導、介助。
- ・常時紙オムツ等使用していた利用者に対し、できるだけオムツはずしに向けた支援。

##### 3. 入 浴

- ・体調に合わせ利用者ひとり一人にあわせた入浴の時間帯及び、ADLの状況等を考慮しながらの対応の再検討。
- ・より家庭の入浴に近づけた一般浴（個浴）の対応。



#### 4. 居場所

- ・プライバシーの保護。
- ・家庭的な雰囲気作り。
- ・居間の空間を利用しみんなが集い、やすらぐ場所の提供。

#### (2) 食事に関して

- ・入居者の食習慣や嗜好を把握し、利用者の健康面、栄養面の十分な配慮。
- ・食事摂取量低下時に本人の好物または、食べ易い物の提供を行う。その他臨機応変な対応。

#### (3) 医療に関して

医療を必要とする入居者に対しては、看護職員が医師の指導によりその任務にあたる。又、医師の指示によって入院の必要となる者に対しては、看護職員、ケアマネ、相談員、ケアワーカーがその任にあたる。又、通院治療を必要とする者に対しては、家族との連絡の上で看護職員、ケアマネ、相談員がその任にあたる。

- 1) 入居者の健康管理（年2回の健康診断実施）  
複雑多様な老年者疾患（慢性疾患）の特徴の理解、及び合併症の予防、異常の早期発見と日常の健康状態の把握。
- 2) 身体的機能の維持、回復と健康管理の充実向上への努力。
- 3) 入居者に対する医療の重要性は、入居者の背後にある生活環境、心理的欲求を正しく把握し、病気の治療だけでなくその心を看ることが最も大切なことだと思われる。この点に留意した保健指導。
- 4) 入居者のケアにおいては、心理的側面をとらえながら、介護者との連携、検討（ケア会議）を図り、医療や介護に要求される高度な専門知識の修得が必要。

#### (4) 相談に関して

- ・相談事項に関して相談員（ケアマネ）は、個々の入居者の立場にたってアドバイスを行い、ケアマネジメントの方法による解決策が必要。  
また、看護職員と介護職員の連携による医療的ケアの取り組みも大切。

#### 5. 医務の活動方針

大多数の入居者が、慢性疾患や病気の後遺症を有している。それは、内科・外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科・眼・歯科・精神科と多岐にわたり、個人が複数の疾病を有し、生理的変化と相まって年々虚弱化する傾向にある。

その中で入居者の健康面への関心の高さを念頭におき、「やさしさ溢れる生活看護」を実践し、不安のない安らかな生活を送ることを目標とする。

- ・感染予防に対する徹底を毎月の委員会を通して日常的に生活環境の予防策を行う。

## 6. リハビリ活動方針

入居者の残存機能を充分活用して、生活リハビリを中心に日々の生活の充実、社会性の回復と確立を図ることを基本目標とする。  
個別的、グループ的にアプローチしていく。

### 具体的活動内容

#### (1) 運動動作訓練

個々の機能に応じたプログラムに添って訓練を行い、機能の維持と改善を図る。6ヶ月～1年に一度、評価を受けた、プログラムの見直しをしていく。

#### (2) ADL調査とその援助

全入居者のADL調査を実施する。それに基づき、より有効な生活介護が出来るように介助具の工夫や使用方法のアドバイスを行う。

特に、車椅子の大きさ、高さ、肘かけやブレーキの状態、ベット周辺環境整備に気を配り、入居者個々の機能が充分活用され、かつ安全に自立した日常生活が送れるような援助をする。

#### (3) 生活の中で、食事は自分の手でスプーンを持って食す、また排泄は紙おむつから紙パンツにそして布パンツに移行できるよう支援し、入浴においてもゆっくり家庭用の個浴にてくつろげるよう援助する。

## 7. 厨房給食活動方針

入居者の楽しみの役割は大きく、個々にあった食事の提供により自力での食事が可能となりレベルの向上へとつながることにより生活のリズムが保たれ健康が維持される。

また、嗜好傾向・食事個人情報作成により個々の嗜好や意思を尊重できるセレクト献立に力を入れ入居者に楽しんで喜んで食べて頂くような献立作りや雰囲気作りに努める。

### (1) 具体的活動内容

1) 献立・調理がマンネリ化しないよう四季の味覚を取り入れ、入居者の嗜好に添って、材料の選択・調理の方法・飾り・盛りつけ・味付け・適時適温などに心がける。

#### 2) セレクトメニューの増加

入居者の嗜好を少しでも添えるように、個々の意思が尊重できるようにと考えていく。

#### 3) おやつ

食を通じ昔を懐かしみながら仲間意識を高める様に各ユニットや簡単な調理ができる場所等で手作りおやつ等を入居者と共に準備し栄養の保持をする。

#### 4) 個人対応の強化

- ・ 禁止食品等の代替え食
- ・ 治療食の予約食事箋作成 (DM・塩分制限・透析)
- ・ ユニット化される中で、ますます個人への対応が重要視されるなかで食事箋の作成により個々に対応できる食生活を徹底していく。

#### 5) 衛生管理 (食中毒防止)

清掃区域をローテーションさせ定期的に行う。

6)新ケース受入時の立ち合い

より正確な個人食事情報の作成のため、受入時に家族の方からの家庭での食事の状況・嗜好などを聞き取る。

7)給食会議（偶数月）献立会議（月1回）を行い、職員から日頃の入居者の声を反映して、改善していく。

8. ボランティアの育成・実習生の受入

施設作り、福祉の風土作りに重要な地域住民との連携を深める為に、相談員・ケアマネ・介護福祉士をボランティアコーディネーターとしての位置づけを行い、ボランティアの受け入れを積極的に行う。

- (1) ボランティアの受け入れ体制を整備し、いつでも気軽に参加できる、開かれた施設運営を目指す。
- (2) 施設運営のための、ボランティアの支援、助言を有効に活用し、入居者の生活の質の向上に努める。
- (3) ボランティアと入居者との交流を深め、地域との繋がりを強固なものにし、地域に根ざした運用ができるように努める。
- (4) 福祉の養成校または、ヘルパーの養成研修の実習生についてできるだけ将来の仕事内容に対応できる実習内容とする。
- (5) 現場の求めるボランティアとボランティア希望者との要望に合致できるよう配慮する。

9. その他

- (1) 防災計画は同規定により実施し、避難方法・手順の充実を図る。

(9月：全国一斉 11月：福祉施設防災の日)

- (2) 日課は、現状を基本とし、順次改善し検討する。
- (3) 施設運営の通常経費は介護保険収入でまかなうものとする。
- (4) 環境整備について

毎週月曜日を基本として施設周辺の整備を行い、入居者が自然と親しみ安らぎを生かす。

会議の開催予定表

名 称	回 数	開 催 日 区 分	参 加 職 種
主任者 会 議	年 1 2 回	毎月 第一月曜日	各職種主任
事故防止委員会	年 1 2 回	毎月 第二水曜日	各職種委員
感染症委員会	年 1 2 回	毎月 第二火曜日	各職種委員
利用者懇談会	年 1 2 回	毎月一回	入居者・相談員 各職種主任
寮 母 会 議 ケア 会 議 カンファレンス	年 1 2 回	毎月一回	ケアマネ・相談員・看護職員・栄養士・ケアワーカー
研 修 会	年 4 回	四半期に1回	全 員
厨房職員会議	年 1 2 回	随 時	栄養士・調理員
給 食 会 議	年 1 2 回	毎月 第一水曜日	全 員
献立 会 議	年 6 回	偶数月	全職種
身体拘束廃止 推進委員会	年 1 2 回	毎月 第二水曜日	各職種委員

\*年2回感染症研修

口腔ケア研修会

## 年間行事計画

◎年間を通して誕生会等、入居者のグループ毎に計画し、入居者の個々のニーズにあった内容を支援する。

その他全体を通しての行事を下記の通り行う。

月 別	行 事 名	備 考
4 月	開荘記念日	
7 月	納涼祭	施設と地域住民による祭典
8 月	盆供養	平成26年7月までにお亡くなりになった人
9 月	防災訓練 敬老会	全国一斉 利用者・家族
11 月	福祉施設「防災の日」	総合防災訓練

平成27年度 ユニット型特別養護老人ホーム高原荘（介護老人福祉施設）  
事業計画書

1. 基本方針

高原荘は、老人福祉法及び介護保険法の基本方針に基づいたサービスの提供により、当ホームを利用する入居者に対して地域での生活を地域の人々と共に支え、相談援助及び「生活支援」を行うとともに介護人材の育成を図ることとし、マイホームとなるような生活の場を提供する。

＜目標＞ユニットケア

入居者の皆さんが施設においても、これまで自宅で生活されてきた”その人らしい”自立した生活が継続して営めるよう「生活支援」することを目標とする。

さらに、これからの認知症ケアは、これまでの「身体ケア」モデルから「身体ケア＋認知症ケア」モデルへの変換が求められています。具体的には認知症高齢者の日々に生活をいかに支えるかが問われている。

認知症高齢者を正確に理解・受容し、声かけ、見守り、手助けすることにより、認知症高齢者の人間としての尊厳を最大限に尊重し、日々の生活をとおしてその人らしさを支えるためのケアのあり方について、ともに学び考え実践していく。

2. 運営方針

- (1) 適正な予算執行と執行状況の把握。
- (2) 各セクション間の連絡調整と協力と緊密化。
- (3) 研修による職員の資質向上。
- (4) 地域福祉活動の充実。
- (5) 利用者処遇の適正化。

3. 処遇目標

(1) 生活支援

- \*介護保険制度に沿ったサービスの提供により利用者の自立支援を援助する。
- \*入居者の人権、生活並びにプライバシーの擁護を基盤とし施設内での日々の快適な生活作り及び活性化に努め、整備された設備環境の中での生活の充足を図る。
- \*入居者個人の尊厳の保持を趣旨として意向や希望を尊重する。
- \*家族とのコミュニケーションが図られるようまた、いつでも家族と会えるという安心感が持てるよう支援する。

(2) 介護

- \*生活リハビリ（ICF）をとおし入居者のADL（日常生活動作）にあった残存機能の維持。
- \*観察力の強化と医療部門との連携。
- \*その人らしい生活の場の提供と生き甲斐を引き出せるよう支援する。

\*入居者の精神的な自立を促し利用者同志の交流を図れるよう支援する。

### (3) 看護

\*入居者の健康管理及び自立支援。

\*医師、歯科医と連携して利用者の健康ケア。

\*ターミナルケアについて家族の意向にもとづいて他職種や医師等と連携をとりながらできるだけ本人の希望に添えるような支援。

\*看護・介護の質の向上。

\*職員の健康管理。

\*感染症予防対策及びその指導。

## 4. 処遇計画

### (1) 生活の支援

#### 1. 食 事

- ・自分の食器の使用
- ・食事・おやつをユニット内での準備。
- ・体調に合わせ補助具の活用も含め生活リハビリを施行しながら「自ら食す意欲」を引き出し食べる楽しみの提供。
- ・利用者の食習慣や嗜好を把握し、利用者の健康面の十分な配慮。
- ・食事摂取量低下時に本人の好物または、食べやすい物を提供。

#### 2. 排 泄

- ・訴えやすい雰囲気作り。
- ・排泄リズムを把握し個々にあわせた誘導、支援。
- ・常時紙オムツ等使用していた利用者に対し、できるだけオムツはずしに向けた支援。

#### 3. 入 浴

- ・体調に合わせ利用者ひとり一人にあわせた入浴の時間帯及び、ADLの状況等を考慮しながらの対応の再検討。
- ・より家庭の入浴に近づけた一般浴（個浴）の対応。

#### 4. 居場所

- ・プライバシーの保護。
- ・家庭的な雰囲気作り。
- ・居間の空間を利用しみんなが集い、やすらぐ場所の提供。

### (2) 食事に関して

- ・入居者の食習慣や嗜好を把握し、利用者の健康面、栄養面の十分な配慮。
- ・食事摂取量低下時に本人の好物または、食べ易い物の提供を行い、その他臨機応変な対応。

### (3) 医療に関して

医療を必要とする入居者に対しては、看護職員が医師の指導によりその任務にあたり、又医師の指示によって入院の必要となる者に対しては、看護職員、ケアマネ、相談員、ケアワーカーがその任にあたる。又、通院治療を必要とする者に対しては、家族との連

絡の上で看護職員、ケアマネ、相談員がその任にあたる。

- 1) 入居者の健康管理（年2回の健康診断実施）  
複雑多様な老年者疾患（慢性疾患）の特徴をよく理解し、合併症の予防、異常の早期発見と日常の健康状態の把握に努める。
- 2) 身体的機能の維持、回復と健康管理の充実向上に努める。
- 3) 入居者に対する医療の重要性は、入居者の背後にある生活環境、心理的欲求を正しく把握し、病気の治療だけでなくその心を見ることが最も大切なことであり、このような保健指導に特に留意する。
- 4) 入居者のケアにおいては、心理的側面をとらえながら、介護者との連携、検討（ケア会議）を図り、医療や介護に要求される高度の専門知識を身につける。

#### （4）相談に関して

- ・相談事項に関して相談員（ケアマネ）は、個々の入居者の立場にたってアドバイスを行い、ケアマネジメントの方法により解決を図る。  
また、看護職員と介護職員の連携による医療的ケアに取り組む。

#### 5. 医務の活動方針

大多数の入居者が、慢性疾患や病気の後遺症を有している。それは、内科・外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科・眼・歯科・精神科と多岐にわたり、個人が複数の疾病を有し、生理的変化と相まって年々虚弱化する傾向にある。

その中で入居者の健康面への関心の高さを念頭におき、「やさしさ溢れる生活看護」を実践し、不安のない安らかな生活を送ることを目標とする。

- ・感染予防に対する徹底を毎月の委員会を通して日常的に生活環境の予防策を行う。

#### 6. リハビリ活動方針

入居者の残存機能を充分活用して、生活リハビリを中心に日々の生活の充実、社会性の回復と確立を図ることを基本目標とする。

個別的、グループ的にアプローチしていく。

#### 具体的活動内容

##### （1）運動動作訓練

個々の機能に応じたプログラムに添って訓練を行い、機能の維持と改善を図る。6ヶ月～1年に一度、評価を受け、プログラムの見直しをしていく。

##### （2）ADL調査とその援助

全入居者のADL調査を実施する。それに基づき、より有効な生活介護が出来るように介助具の工夫や使用方法のアドバイスを行う。

特に、車椅子の大きさ、高さ、肘かけやブレーキの状態、居室内の環境整備に気を配り、入居者個々の機能が充分活用され、かつ安全に自立した日常生活が送れるような援

助をする。

- (3) 生活の中で、食事は自分の手でスプーンを持って食す、また排泄は紙おむつから紙パンツにそして布パンツに移行できるよう支援し、入浴においてもゆっくり家庭用の個浴でくつろげるよう援助する。

## 7. 厨房給食活動方針

入居者の楽しみの役割は大きく、個々にあった食事の提供により自力での食事が可能となりレベルの向上へとつながることにより生活のリズムが保たれ健康が維持される。

また、嗜好傾向・食事個人情報の作成により個々の嗜好や意思を尊重できるセレクト献立に力を入れ入居者に楽しんで喜んで食べて頂くような献立作りや雰囲気作りに努める。

### (1) 具体的活動内容

- 1) 献立・調理がマンネリ化しないよう四季の味覚を取り入れ、入居者の嗜好に添って、材料の選択・調理の方法・飾り・盛りつけ・味付け・適時適温などに心がける。
- 2) セレクトメニューの増加  
入居者の嗜好を少しでも添えるように、個々の意思が尊重できるようにと考えていく。
- 3) おやつ  
食を通じ昔を懐かしみながら仲間意識を高める様に各ユニットや簡単な調理ができる場所等で手作りおやつ等を入居者と共に準備し栄養の保持をする。
- 4) 個人対応の強化
  - ・ 禁止食品等の代替え食
  - ・ 治療食の予約食事箋作成 (DM・塩分制限・透析)
  - ・ ユニット化される中で、ますます個人への対応が重要視されるなかで食事箋の作成により個々に対応できる食生活を徹底していく。
- 5) 衛生管理 (食中毒防止)  
清掃区域をローテーションさせ定期的に行う。
- 6) 新ケース受入時の立ち合い  
より正確な個人食事情報の作成のため、受入時に家族の方からの家庭での食事の状態・嗜好などを聞き取る。
- 7) 給食会議 (偶数月) 献立会議 (月1回) を行い、職員から日頃の入居者の声を反映して、改善していく。

## 8. ボランティアの育成・実習生の受入

施設作り、福祉の風土作りに重要な地域住民との連携を深める為に、相談員・ケアマネ・介護福祉士をボランティアコーディネーターとしての位置づけを行い、ボランティアの受け入れを積極的に行う。

- (1) ボランティアの受け入れ体制を整備し、いつでも気軽に参加できる、開かれた施設運営を目指す。
- (2) 施設運営のための、ボランティアの支援、助言を有効に活用し、入居者の生活の質の向上に努める。
- (3) ボランティアと入居者との交流を深め、地域との繋がりを強固なものにし、地域に根



ざした運用ができるように努める。

- (4) 福祉の養成校または、ヘルパーの養成研修の実習生についてできるだけ将来の仕事内容に対応できる実習内容とする。
- (5) 現場の求めるボランティアとボランティア希望者との要望に合致できるよう配慮する。

## 9. その他

- (1) 防災計画は同規定により実施し、避難方法・手順の充実を図る。  
(9月：全国一斉 11月：福祉施設防災の日)
- (2) 日課は、現状を基本とし、順次改善し検討する。
- (3) 施設運営の通常経費は介護保険収入でまかなうものとする。
- (4) 環境整備について  
毎週月曜日を基本として施設周辺の整備を行い、入居者が自然と親しみ安らぎを生かす。

### 会議の開催予定表

名 称	回 数	開 催 日 区 分	参 加 職 種
主任者 会 議	年 1 2 回	毎月 第一月曜日	各職種主任
事故防止委員会	年 1 2 回	毎月 第二水曜日	各職種委員
感染症委員会	年 1 2 回	毎月 第二火曜日	各職種委員
利用者懇談会	年 1 2 回	毎月一回	入居者・相談員 各職種主任
寮 母 会 議	年 1 2 回	毎月一回	ケアマネ・相談員・看護職員・栄養士・ケアワーカー
ケア 会 議			
カンファレンス			
研 修 会	年 4 回	四半期に 1 回	全 員
厨房職員会議	年 1 2 回	随 時	栄養士・調理員
給 食 会 議	年 1 2 回	毎月 第一水曜日	全 員
献立 会 議	年 6 回	偶数月	全職種
身体拘束廃止 推進委員会	年 1 2 回	毎月 第二水曜日	各職種委員

\*年 2 回感染症研修

口腔ケア研修会

### 年間行事計画

◎年間を通して誕生会等、入居者のグループ毎に計画し入居者の個々のニーズにあった内容を支援する。

その他全体を通しての行事を下記の通り行う。

月 別	行 事 名	備 考
4 月	開荘記念日	
7 月	納涼祭	施設と地域住民による祭典
8 月	盆供養	平成26年7月までにお亡くなりになった人
9 月	防災訓練 敬老会	全国一斉 利用者・家族
11 月	福祉施設「防災の日」	総合防災訓練

平成27年度 高原荘 短期入所生活介護事業 (短期入所生活介護)  
(介護予防短期入所生活介護)

事業計画書

特別養護老人ホーム高原荘において、介護保険制度に沿ったサービスの提供を行う。訪問介護（介護予防）、通所介護（介護予防）等の居宅サービスとともに、家で暮らしたい、生活したいという願いが達成できるように、短期入所（介護予防）事業を通して居宅介護支援サービスの役割を果たすものとする。又、居宅介護支援事業者との連携を図り、短期入所生活介護（介護予防）の計画的利用をはかり在宅生活の安定を進める。

◎安心して利用できる施設

- 利用開始の際、心身の状況、本人、家族の要望等を確認し現在有する機能に応じた適切なサービスを提供する。
- 日々の心身状況の確認を行い、環境の変化に伴う体調の変動に備える。
- 利用者、家族の信頼が得られるように、確実なサービスの提供に努める。

◎生活の継続性

- 機能維持に努め、在宅に帰ったときにスムーズに生活が行えるように、家庭状況に配慮したケア計画を策定する。
- 自宅での生活が継続して営めるよう、居宅サービス提供者との情報の共有化を図り、一元的なサービスの提供に努めるものとする。

◎利便性

- 冠婚葬祭等の急な利用希望にも気軽に相談できるように配慮しできるだけ利用者の要望にかなえられるように努力する。

食事サービス

◎給食事業

施設利用者にとって食事は生活の源であり、大きな楽しみの一つである。昔ながらの行事、季節感、家庭的雰囲気配慮した食事を提供し、また事業所内のミニキッチンにておやつ等利用者の方と一緒に調理したりと間接的に日常生活の活性化への援助を行う。

平成27年度 在宅介護支援センター 高原荘  
福祉相談センター 富士根南

事業計画書

地域包括ケアとは「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」（「地域包括ケア研究会」の定義）である。

この地域包括ケア推進の拠点となるのが地域包括支援センターおよびサブセンター・ランチであり、地域包括ケア推進のためには、まず、地域包括支援センター（ここでは、「サブセンター」と「ランチ」を含む）がどのような方向で事業を実施していけばよいのかを明らかにすることが前提となる（なお、サブセンターは地域包括支援センターの支所であり、ランチは窓口と位置づけられているが、ランチは地域支援総合相談の窓口も担っている。多くの在宅介護支援センターはランチを担っている。）。

加えて2012年の介護保険法改正において、「地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活の支援に関する活動に携わるボランティアその他の関係者との連携に努めなければならない」としており、地域包括支援センターは地域の機関や団体との連携の下で、地域包括ケアを進めていくことが求められる。

介護保険制度の導入は、保健・医療・福祉等の関係者のみならずボランティア等の地域における住民が参加して行う地域支援活動が適切に行われることが重要である。

そのため、支援センターに期待される役割は新たな分野を含め、今後とも大きなものがある。

また本年度は、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めて様々な生活支援サービスが日常生活の場で用意されていることが必要であり、同時にそれがバラバラに提供されるのではなく、包括的・継続的に提供できるような地域での体制づくりが必要である。高原荘においても民生委員・地域住民との連携を深め、より一層の地域に根ざした相談・支援を推進したい。

要支援・要介護度の軽度の高齢者などに介護予防としての支援をし、在宅介護に関する総合的な相談やサービスの申請及びそのニーズに対応した各種の保健福祉サービスが総合的かつ一体的に受ける事を目的とする事業運営を行う。

## 目 的

在宅介護支援センターは、在宅の要援護高齢者、若しくは要援護となるおそれのある高齢者、又はその家族等に対し、在宅介護等に関する総合的な相談に応じ、その家族等の介護等に関するニーズに対応した各種の保健、福祉サービスが総合的に受けられるように、高齢者並びにその家族等の福祉の向上を図ることを目的とする。

- (1) 地域住民の相談に適切に対応し、介護保険制度及び介護予防サービスなどひろく福祉サービスについて理解していただき、新しい利用ニーズの発掘に努める。
- (2) 訪問活動と支援経過を細やかに記録し、ケアプランを作成し各事業所と連携を十分に図りながら専門的な観点からサービスが提供され、利用者が納得できるケアプラン作りに努める。
- (3) 利用者個人の尊厳の保持を趣旨とし、意向や希望を尊重する。

## 事業内容

介護報酬の対象とならない総合相談、高齢者実態把握や要介護者以外の者等に対する保健

福祉サービスの利用調整（申請代行）等を行う。

○総合相談支援

- ①地域包括支援センターとの連携
- ②地域サービスマップ作成
- ③苦情対応（マニュアルの整備と適切な対応）を適切に行う。
- ④ケアマネジャ、サービス事業者等の従事者からの相談に対応する。
- ⑤認知症、虐待等の困難ケースへ関係機関と共同で対応する。
- ⑥関連専門機関等（医療等）と共通事項に関して連携方法を調整する。

○介護予防マネジメント

- ①介護予防プランを作成しサポートする。
- ②実態把握に基づき、介護予防対象者を的確に把握する。
- ③地域住民グループ支援事業
- ④介護予防関連専門機関と共通事項に関して連携を図る。

○専門職員の配置

- ①相談援助業務の経験年数が長い職員の配置を行う。
- ②有資格者（社会福祉士）（看護職員）の配置を行う。

○実態把握：地域に出向き独居及び高齢者の実態を把握することにつとめる。  
民生委員、自治会、地域住民等との地域懇談会に参加。

○申請代行：介護保険、福祉サービスの申請代行、調整を行う。

○連絡調整：現状を把握し必要な援助のため各事業所への連絡調整を行う。

居宅介護支援事業

事業計画

介護保険事業として、介護支援専門員に期待される役割は、今後とも大きなものがある。在宅の要支援、要介護者及び介護を行っている家族に対し介護に関するあらゆる相談におうじ、在宅介護に関する相談やサービスの申請及びそのニーズに対応した各種の保健・医療・福祉サービスのみならずボランティア等の地域における住民が参画して行う、いわゆる包括支援が総合的かつ一体的に提供できることを目的とする事業運営を行う。

事業目標

- (1) 利用者を受け入れアセスメントを実施するとともに「ICF」にもとづき、ケアプランを作成しサービス事業者を選定、サービス実施状況のモニタリングを実施する。
- (2) 利用者に対して介護支援専門員は、個々のケースを総合的に鑑み、最前のケアマネジメントを実施する。
- (3) 身体的、精神的及び社会環境的に異なる状況にある個々の利用者のニーズに応じて、適切なサービスを選択するために、地域のサービス資源について十分な知識を持ち、リアルタイムな情報の収集をする。
- (4) サービス計画表、給付管理表、サービス利用票、提供票の修正、管理を円滑かつ適正に行う。

事業内容

○申請代行

要介護認定（要介護更新認定、要介護状態の区分の変更の認定、要支援認定、要支援更新認定）にかかる申請等行う。

○支援活動

ネットワークを活用した情報収集を行い、利用者にとって最前な在宅での生活が営めるように、積極的に地域に出向き利用者とその家族との連携を緊密にする。

○サービス計画の内容検討

利用者に提供する介護サービスを直接処遇職員の担当とともに、サービス計画を作成し、随時その内容の検討、意見交換を行う。

○職員研修

介護サービスの質的な向上を図るため専門的な知識、技術の研鑽に努める。

○定期的なサービス担当者会議

居宅サービス計画に基づき各サービス事業部門が利用者に適切なサービスを提供するための意見、情報、報告事項等を総合的に検証してサービス計画を決定する。

○効率的、効果的な運営

綿密に計画し、正確かつ能率的な運営を行う。

○情報の管理

適切で信頼されるケアマネジメントを実行するため、その根拠となる情報の管理を効果的に行うことを徹底する。

○関連機関とのネットワークづくり

介護支援サービスを円滑に実施するために、行政機関等と連携を図り利用者の立場から協力体制を確立する。

○研修、教育、研究活動への参加

- (1) 介護・医療に関し技術の向上と利用者個人に合わせた支援の習得を行う。
- (2) 専門職としての能力を向上させるため、計画的に研修会へ参加する。

平成27年度 老人デイサービス事業 やすらぎホーム (通所介護)  
(介護予防通所介護)

事業計画書

1. 基本方針

施設の健全な環境に努め、要介護及び要支援状態の人に対して地域での生活を地域の人々と共に支え、相談援助及び介護支援を行うとともに利用者が明るく・楽しく・安心して利用できるサービス内容とする。

- (1) 利用者人数の拡大を図るため利用者及び家族にデイサービスの利用を積極的に勧めるように努める。また新規利用者の獲得のため、他居宅介護支援事業所にパンフレット等を配布する。
- (2) 定期的にアンケート調査を行い、利用者・家族のニーズ、状況、要望等を十分に把握し、利用しやすい運営体制の確立に努める。
- (3) 利用者の通所介護及び介護予防通所計画作成にあたっては利用者及び家族のニーズに応じた計画にするよう、十分な説明をし、納得した計画であるよう努める。
- (4) 利用者個人のニーズにあったプログラムを提供し、サービスの質を高める。
- (5) 機能訓練プログラムを見直し生活リハの充実を図る。
- (6) 契約書・重要事項説明書の見直しを行う。
- (7) サービスの自己評価を行い、サービス改善に努める。

2. 処遇方針

在宅生活への援助

要介護及び要支援状態等になった利用者が住み慣れた居宅での生活を可能な限り長く維持できるよう、日常生活上必要なサービス及び機能訓練を提供し、心身機能の維持向上並びに家族の身体的・精神的負担を軽減する。また他の利用者との交流を通じ社会的孤立感の解消をも図る。

3. 処遇目標

- (1) 関係機関及び家族との連携を深め、利用者が在宅でより良い生活が過ごせるように援助していく。
- (2) 自らの資質の向上を図り、より良い支援を行っていく。

機能訓練プログラム

4. 年間行事計画

月別	行 事	備 考
4	開荘記念日 花見見物	市内
5	端午の節句 八十八夜	

月別	行 事	備 考
5	母の日	
6	父の日	
7	七夕祭り	
8	納涼祭	
9	総合防災訓練 敬老会	全国一斉
10	運動会	
11	福祉施設防災の日	総合防災訓練
12	福祉作品展 クリスマス会	市内福祉施設合同
1	どんど焼き	
2	節分（豆まき） バレンタインデー	
3	ひな祭り ホワイトデー	

定例行事 誕生会は、毎月各曜日実施

#### 5. 日課表

時 間	項 目	内 容
8 : 0 0	送迎車両出発	移送車両出発
8 : 5 0	到 着	
～	お 茶	
	バイタルチェック	体温・脈・血圧をチェック
	入浴	一般浴・中間浴・特浴
	アクティビティ	
12 : 0 0	昼食・休憩	
13 : 3 0	ラジオ体操	
	アクティビティ	日常生活動作訓練
14 : 4 0	お や つ	
15 : 3 0	帰りの挨拶	
16 : 1 5	送迎車両出発	移送車両出発
16 : 5 0	車両帰着	
	ホーム内掃除	
17 : 0 0	記 録・反省会	翌日の連絡事項
3 0	業務終了	注意事項の確認と、伝達事項

#### 6. 記録関係

日 誌

事業実施報告書

ケア記録

行事実施録



平成27年度 小規模多機能居宅介護事業所たかはら  
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所  
事業計画書

小規模多機能型居宅介護とは～最期まで自宅で暮らすための支援  
「施設の安心を自宅でも可能に～小規模多機能型居宅介護～」

年をとっても、住み慣れた自宅で、慣れ親しんだ環境のもと、なじみの人たちと関わりをもちながら暮らし続けたいと、誰もが望んでいるのではないのでしょうか？しかし、実際は自宅で介護が必要になると、そんな願いとは関係なく、住み慣れた自宅を離れ、家族や友人たちとも別れて、遠く離れた施設へという流れがありました。

もし、介護が必要になっても、自宅の近くに、安心して「通う」場所があり、必要に応じて「宿泊」ができ、緊急時や夜間でも訪問してくれるといった、「24時間・365日の安心」があれば、介護のために自宅を離れるのではなく、これまでどおり住み慣れた場所で、暮らし続けることができるのではないのでしょうか？そんな高齢者の願いから生まれたのが、平成18年4月の介護保険制度改正で新設された地域密着型サービスの一つである「小規模多機能型居宅介護」です。今までの在宅サービスだけでは実現しきれなかった「一番安心できる住みなれた自宅や地域で、自分らしく、これまでの暮らしを続けること」ができるように、在宅でも24時間・365日の安心を提供していきます。言うなれば地域を施設に見立てたようなサービスです。自宅を施設の居室と捉え、道は廊下。施設の職員が居室にお邪魔するように自宅に訪問し、日中のつどいの場として食堂へ集まるように事業所に通う。小規模多機能型居宅介護とは、「通い」や「宿泊」「訪問」といった機能を駆使し、自宅での暮らしを支えるものです。

小規模多機能型居宅介護では、同じ場所で、顔なじみの利用者同士や職員が「通い」を中心に、「宿泊」「訪問」といった支援によって継続的に関わります。

そのため、環境の変化に敏感なお年寄り（特に、認知症の方）の不安を和らげることができ、また、ご本人やご家族の変化に瞬時に気づくことができるため、状況や状態に合わせて臨機応変に、その時その人にあった「支え方」を提供することができます。それが一体的に関わる良さであり、小規模の強みでもあります。

また、お年寄りのこれまでの「暮らし方」に添って、本人、家族、地域、専門家などがチームとなって、必要なサービスを必要に応じて提供していくことで、「地域での暮らし」を実現していきます。

自宅で生活するということは、そこに住む私たちが「主人公」ということです。好きな時間に起き、自分好みの食事をし、いつ、誰と会うかを自分自身で決め、好きな時間に寝る。そんな当たり前の暮らしを、介護や支援が必要になっても可能な限り継続して、最期までその人らしい人生を送ることができることを目指しています。

#### ◎安心した生活を支える小規模多機能型居宅介護の4つのポイント

##### 1) 本人の思いや願いをかなえる支援

一人ひとりに合った支援をしていくには、ご本人の本当の思いや望みをくみとることが大切です。そのためには、関わりの中で、ひとりひとりに寄り添い、気持ちに向き合い、時間をかけて丁寧に支えることから始まります。思いや願いを受け止め、ご本人の「暮らし」の中に楽しみが見いだせる支援をさまざまな角度から提供していきます。

##### 2) 24時間365日「その人らしい暮らし」を支える

「暮らし」を支えるということは、24時間365日、切れ目ない支援を安心とともに届け

るということです。先ず24時間365日の介護面での安心を提供します。

狭義の介護だけではなく、「その人らしい」暮らしを支えます。「その人らしさ」とは、自己実現そのものであり、その方の「これまで」「今」「これから」の暮らし全体を丸ごとお付き合いする中で、理解できるものです。

私たちは「介護する」「介護される」の関係でなく、「共に生きることを支援する」協力者です。馴染みのスタッフにより、本人ができること、できる可能性があることに目を向け、持っている能力を活かし、ご本人の「暮らし」を継続的に支えていきます。

24時間365日の暮らしには、多くの支援が必要になります。食・移動・入浴・寝るなど人の継続した営みが途切れては24時間の暮らしの支援にはなりません。このいわゆる「最低不可欠の介護」が欠かせません。

### 3) 馴染みの地域で暮らし続けることの支援

住み慣れた場所というのは、そこに流れる空気や見慣れた風景がある、ただそれだけで私たちをほっとした気持ちにさせてくれます。とりわけ、環境の変化に敏感なお年寄りや認知症の方にとって、「なじみの環境」を継続させることが、一番の「安心感」を与えてくれます。

行き交う人たちとのふれあい、軒先や縁側に尋ねてくれる知人との交流、通い慣れた行きつけのお店での買い物など、ご本人がこれまで培ってきた家族や地域社会との関係を断ち切ることなく、これまでと同じように地域で共に暮らすことができるよう支援していきます。

### 4) 地域との支えあい

これまでの本人の自宅や地域の中での暮らしぶりを知っているのは、事業所ではなく、ご家族やご近所、友人の方たちです。介護が必要になってもこれまでどおりの生活を実現するために、本人を一番よく知っている人の協力は欠かせません。介護が必要となったからといってライフスタイルを変えるのではなく、地域へ積極的に参加していくことによって、ご本人がこれまで培ってきた関係に触れることができ、「今まで」を知ることができます。地域との支えあいは一方通行ではなく、地域の皆さんからさまざまなことを教えてもらい、事業所は専門知識やノウハウを地域へ還元する、「支え」「支えられる」地域との関係づくりを目指しています。

## 小規模多機能型居宅介護と既存サービスとの違い

すでにあるサービスとは何が違うの？

～新しいかたちの小規模多機能型居宅介護のサービス～

### ◎「通い」と「デイサービス（通所介護）」との違い

デイサービスでは、施設が決めた時間や提供されるプログラムに合わせて、利用者が日中過ごしています。レクリエーション、食事、入浴といった流れがパッケージになっています。

小規模多機能型居宅介護での「通い」では、一人ひとりの暮らし方にあわせて、その人の自宅での一日を思い描いた上で、その人にとって必要なことだけを、「通い」を通して提供していきます。過ごし方は人それぞれです。自分らしい時間の過ごし方をするということです。例えば、朝から夕方まで滞在するのではなく、その人が必要としているお風呂だけ、食事だけといったほんの数時間の利用という使い方もあります。

### ◎「宿泊」と「ショートステイ（短期入所生活介護）」との違い

ショートステイでは、あらかじめ利用したい日を決めて予約し、利用します。利用したい日が空いていないと他の施設を予約し、日程変更をすることになります。これまでは、施設の空室状況に応じて利用を判断せざるを得ない、本人や介護者の状況の変化には対応しにくい現実がありました。

「宿泊」では真に必要な時には必ず利用できます。

また、認知症のお年寄りにとっては「いつも利用している場所と違う施設に」ということになると、大きな不安やストレスを持つことになり認知症の混乱を深める要因になっていました。

小規模多機能型居宅介護での「宿泊」は、通い慣れた場所で、顔なじみの職員や他の利用者がある安心した環境で、安心して泊まっていただけます。

また、ご本人の状況を良く知っている職員が、緊急時にも臨機応変に対応できるため、いざというときの強い味方です。

#### ◎ 「訪問」と「ホームヘルプ（訪問介護）」の違い

これまでの「訪問介護」と明らかに違うことは、30分未満や1時間など、訪問介護サービスの枠に合わせて、支援内容を決めるのではなく、必要なときに必要な量の支援ができるということです。服薬管理のための数分の訪問や、お互いの関係づくりを目的とした長時間の訪問もあります。回数も、毎日必要な方もいれば、月に一回だけ必要な方もいます。枠にとらわれない支援が可能です。自宅での緊急時には即訪問いたします。

小規模多機能型居宅介護では、通い、宿泊、訪問といった各サービスの内容は細かく定められてはいません。一人ひとりの暮らしが異なるように、支援の内容も異なります。現在の制度は、通いを中心に生活を支える仕組みになっていますが大切なことは、「通う」ことではなく、通いを通じて何を支援するかということです。生活や暮らし全体を通しての流れの中で困っていることは何か、自宅での暮らしを成り立たせるために必要なことは何かを見極め、柔軟に支援していきます。

小規模多機能型居宅介護事業所を中核とした地域コミュニティの推進は「運営推進会議」を通して事業所のあり方や地域との関わりを議論し、事業所を中核として、住民との共同による地域コミュニティの推進を図っていく。

- 1) 指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護が地域に密着し地域に開かれたものにするために、運営推進会議を開催する。
- 2) 運営推進会議の開催は、おおむね2ヶ月に1回以上とする。
- 3) 運営推進会議のメンバーは、利用者、利用者家族、地域住民の代表者、富士宮市の担当職員もしくは事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センターの職員、及び小規模多機能居宅介護についての知見を有する者とする。
- 4) 会議の内容は、事業所のサービス内容の報告及び利用者に対して適切なサービスが行われているかの確認、地域との意見交換・交流等とする。
- 5) 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表する。

縁側カフェは、小泉拠点を使って地域で暮らす独居高齢者で認知症の方を月一回、在籍する高齢者を中心とする様々な交流やコミュニティを生み出していく地域福祉の拠点づくりを推進しています。

施設入所の理由は「安心」が欲しいから、独りになった時・何かあった時・家族に迷惑をかけたくない、の不安を解決する選択心が少なく、サービスが欲しいのではなく「つながり」が欲しい、困った時に助けてくれる相手、親身になってくれる相手、気に留めてくれる存在が、自分のことはできるだけ自分で選択し、決めたいそんな地域づくりを進めています。

平成27年度 認知症対応型共同生活援助事業  
認知症対応型共同生活介護事業所たかはら  
グループホームたかはら  
事業計画書

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護事業所たかはら事業計画書

1. 事業所の目的及び運営方針

(1) 目的

グループホームたかはらが行う事業は、認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じた自立した生活を営む事ができるように支援する。

(2) 運営方針

- ① 事業所は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、適切に行います。
- ② 事業所は、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮する。
- ③ 事業所は、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮する。
- ④ 共同生活住居における従事者は、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその代理人に対し、サービスの提供方法について理解しやすいように説明を行います。
- ⑤ 事業所自ら、その提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

8つのキーワード

1) 一人ひとりに向き合い、気持ちにより添う

お年寄り一人ひとりの思いや願いを大切にします。障害があっても認知症であっても、まず一人のひととして尊重し、思いや願いを受け止め、共感することから支援は始まります。

2) 本人が気持ちに折り合いを付けていく支援

歳をとるにつれ、以前はできていたことができなくなったり、人の手を借りなければならない状況になっていきます。気持ちのうえでそれを受け入れるのは、簡単なことではありません。日常的な関わりを通して、お年寄りが自分の状態や周囲の変化を受けとめ、気持ちの折り合いをつけることを支援します。

3) 一日の生活がスムーズに流れる支援

障害があつたり、認知症になることで、生活の流れは滞りがちです。たとえば、食事やトイレを自分ですることができない場合、手助けしてくれる人がいなければ、日常生活は成り立ちません。一日の流れがスムーズに流れるように、手助けが必要な場面に合わせて適時支援します。

4) 家族や地域社会とのつながりを断ち切らない支援

介護が必要になると、それまでそのお年寄りが地域の中で築いてきた友だちづきあいや、地域との関わりが切れてしまいます。これまで築いてきたつながりを断ち切ることなく、関係が継続できるよう支援します。

5) 自分の近くの地域社会から切り離さない支援

これまでは自宅での介護が困難になると、地域から遠く離れた施設に移り住んでいました。介護が必要になっても、住み慣れた地域に近い環境で生活が続けられるよう支援します。

6) 生きる力（人としての誇りや意欲）を奪わない支援

介護が必要になっても、すべてのことができなくなるわけではありません。時間をかければできることは、手を出さずに見守るなど、一人ひとりのお年寄りの状態を見ながら、本人の誇りや意欲を奪わないよう支援します。

7) 馴染みの関係を築いていく支援

サービスによって介護する者や居場所が異なると、認知症のお年寄りは混乱してしまいます。継続した関わりの中からのなじみの関係を築くよう支援します。

8) 家族や地域社会との関係を調整する支援

一人ひとりのお年寄りの思いや願いを叶えるためには、そのお年寄りの思いや生活の状態を家族や地域の方々と共有し、みんなで一緒に支援しつなぎ役を担っています。

グループホームや小規模多機能型居宅介護事業所を中核とした地域コミュニティの推進は「運営推進会議」を通して事業所のあり方や地域との関わりを議論し、事業所を中核として、住民との共同による地域コミュニティの推進を図っていく。

- 1) 指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護が地域に密着し地域に開かれたものにするために、運営推進会議を開催する。
- 2) 運営推進会議の開催は、おおむね2ヶ月に1回以上とする。
- 3) 運営推進会議のメンバーは、利用者、利用者家族、地域住民の代表者、富士宮市の担当職員もしくは事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センターの職員、及び小規模多機能居宅介護についての知見を有する者とする。
- 4) 会議の内容は、事業所のサービス内容の報告及び利用者に対して適切なサービスが行われているかの確認、地域との意見交換・交流等とする。
- 5) 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表する。

