平成２３年度　しおさいの里等複合施設

事　業　計　画

１．平成２３年度の事業方針

昨年の大規模な組織改革を経て新たに地域の基幹福祉施設としての一歩を踏み出したわけであるが、現在、当複合施設を取り巻く環境は、少子高齢化に伴う医療・福祉問題や雇用問題、財政問題、また経済優先による格差問題や環境問題等、数々の課題を抱えている。

このような社会情勢が不安定な時こそ、社会福祉法人として、また地域における基幹施設として利用者の生活を支援し、職員の生活を守り地域の期待に応えるための工夫と努力がなお一層求められていると考える。

平成 21 年に制定した法人基本理念の実現、ならびに当複合施設の安定的・発展的な事業継続に向け、下記の重点目標を掲げ各種事業を推進することとする。

【重点目標】

① 効果的・効率的な事業経営に向け、管理機能を強化する（経営基盤の強化）。

② サービスの質の向上ならびに介護職員の負担軽減の観点から、3 交替制勤務に向けての取り組みを推進する。

③ 相談支援機能を強化し、利用者及び地域の課題やニーズを職種間及び複合施設間で共有し、サービス利用につなげる。

④ 国の動向を踏まえながら介護・看護職員のケア体制の連携強化に向けての取り組みを推進するとともに、医療的ニーズ等に可能な限り対応できる体制を整備する。

⑤ 障害者雇用の取り組みを推進する（法定雇用率 1.8%を目指す）。

⑥ 次世代育成支援の観点からの地域貢献活動を推進する。
（年 1 回の社会奉仕活動の実施）

⑦ 経営の安定化を図るため、部門ごとに目標値を設定し、その達成に向け取り組みを推進する。

◇特　養　部　門：前年度の利用水準（97%）を維持し、業務改善・経費節減に努める。（前年比+200 万円の収支改善につながる）

◇身障入所部門：新事業への移行に加え、前年度の利用水準（98%）を維持し、業務改善・経費節減に努める。
（前年比+1,400 万円の収支を確保する）

◇身障短期部門：重度利用者の受入れ改善や業務改善・経費節減に努める。
（前年比+170 万円の収支改善につながる）

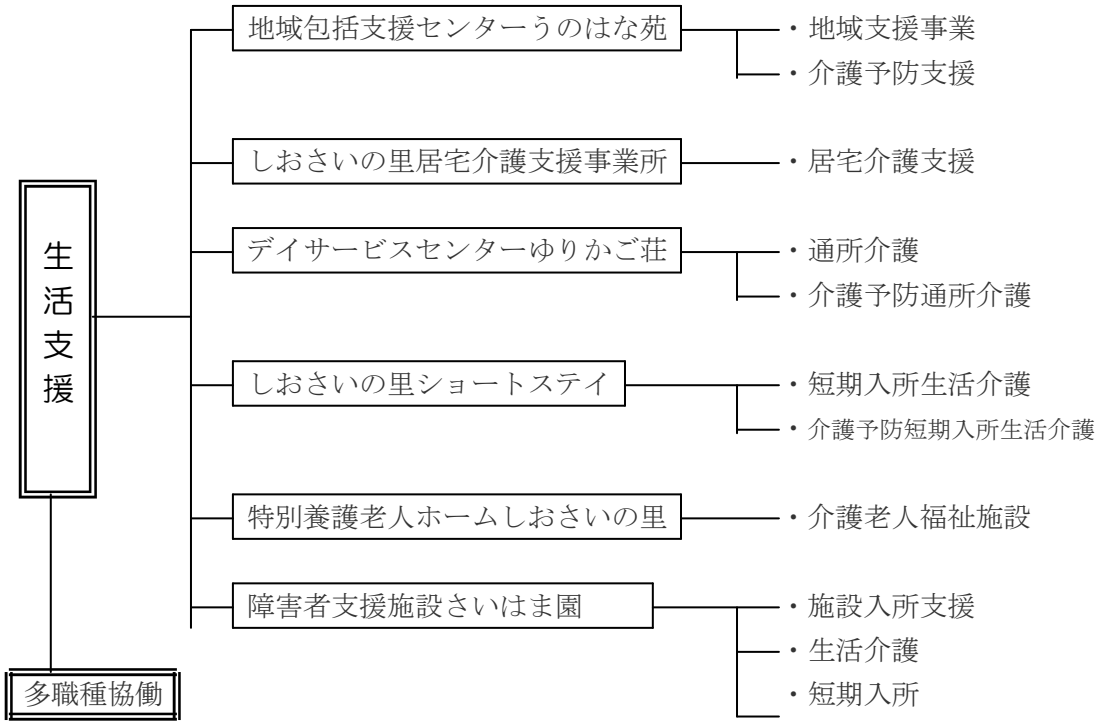
◇短期入所部門：1 日平均+2 名の利用、または重度利用者の受入れ改善、業務改善・経費節減に努める。（前年比+700 万円の収支改善につながる）

◇通所介護部門：1 日平均+3 名の利用、または重度利用者の受入れ改善、業務改善や経費節減に努める。（前年比+900 万円の収支改善につながる）

◇地域包括支援：業務改善や経費節減等に努める。
（前年度+50 万円の収支改善につながる）

◇居宅介護支援：業務改善や経費節減等に努める。
（前年度+60 万円の収支改善につながる）

２．事業体系



＊平成 23 年 4 月 1 日より地域包括支援センターうのはな苑は上越市大潟保健センターに移転し業務を行う。

平成２３年度　特別養護老人ホームしおさいの里

事　業　計　画

１．しおさいの里の目指すところ（中長期的な目標）

平成１１年４月の開設から１２年が経過した。この間、わが国においては、社会福祉基礎構造改革のもと、社会福祉関係各法の改正、介護保険制度の導入、社会福祉法人改革等、大転換の時期を迎えた。

その中で、新しい社会福祉の理念として、「個人が尊厳をもって、その人らしい自立した生活が送れるように支える」ことが掲げられた。また、その具体的方向性として、①個人の自立を基本とし、その選択を尊重した制度の確立、②質の高い福祉サービスの拡充、③地域福祉の推進、が打ち出された。

「措置」から「契約」の時代に移行した現在、上述した社会福祉の理念、方向性を踏まえた福祉サービスへの変革が、当施設においても求められている。今後は、「自己評価」「第三者評価」「ユニットケア」「身体拘束ゼロ推進」「高齢者虐待防止」「リスクマネジメント」等の具体的な取り組みを通じて、真の「利用者主体の福祉サービス」を実現することがしおさいの里の目指すところである。

２．重点目標・努力点

① 個別ケアの充実に向けての取り組みを強化する。

a. 施設サービス計画（ケアプラン）の充実を図る。（アセスメント、実施、モニタリング、個別援助計画等の充実）。

b. 栄養ケアマネジメント及び個別機能訓練（ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ）の充実を図る。

c. 集団処遇から個別ケアを重視したサービス体制への見直し（ユニットケアの推進。利用者に寄り添えるための介護サービスの検討。業務（職員）中心の発想から利用者中心の発想に基づいたサービスの展開）。

d. 「いきいき・快適生活宣言」を尊重したケアの実現・充実に向けて、継続的に取り組む。（身体拘束ゼロ推進）。

e. 高齢者虐待防止のための取り組みを推進する。

f. 認知症ケアの充実を図る。（利用者の「尊厳」を支えるケアの確立）。

g. 利用者の障害の重度・重複化に対して、利用者・家族の意向を考慮して、できる限りの対応を目指す。（看取り介護・ターミナルケアの充実）。

② リスクマネジメント体制の充実を図る。

a.「事故事例」や「ヒヤリ・ハット事例」の収集・分析を通し、改善策を検討し、実践する。

b. 業務マニュアル等の作成・活用により、職員間での情報の共有化、サービスの統一化を図る。

c. 面会時や「あっと・ホーム」等を通じ、家族とのコミュニケーション、信頼関係の構築に努める。

d. 苦情解決体制の充実を図るとともに、苦情の分析からサービスの質の向上に努める。（苦情情報の共有化、「声なき声」を聞き出す工夫等）。

e. インフルエンザ、ノロウイルス等、感染症予防に努める。

③ 職員研修（施設内外）及び施設研修受入れ等を通じて、職員の資質向上に努める。

④ 併設施設として、チームとして、その意義・メリットを考えながら、利用者にとっ

てより良いサービスが提供できるような体制を目指す。(多職種協働)。

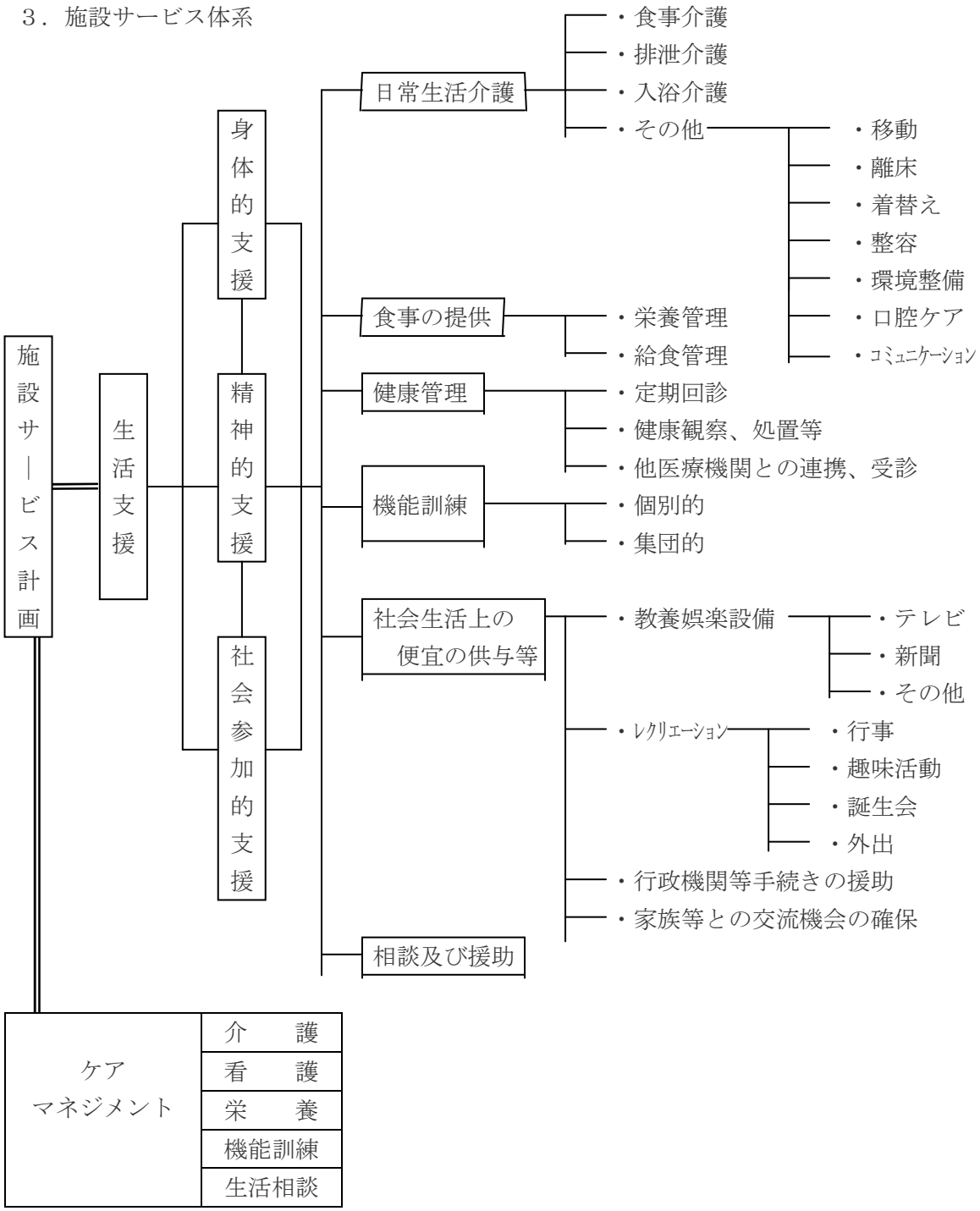
⑤ 地域における福祉全般の拠点として、幅広く施設機能を提供するとともに、地域と一体となった施設運営に努める。

a. ボランティア、施設体験、専門実習等の受入れを促進する。

b. 施設行事への地域住民の参加や、利用者の社会参加等、地域交流を促進する。

c. 緊急災害時の地域住民の受入れに配慮する。

３．施設サービス体系



平成 23 年度　デイサービスセンターゆりかご荘・しおさいの里ショートステイ

事　業　計　画

１．当事業の基本方針

当施設は『質の高いサービス』、『連携』、『安心』の３本の柱のもと、デイサービスおよびショートステイ事業を推進する。

①『質の高いサービス』

a. 利用者主体の理念に基づき、利用者ができるだけ住み慣れた地域で、日常生活の能力に応じて自立した生活を営むことができるよう、支援を行う。

b. 必要な日常生活上の介護および機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持ならびに利用者家族の身体的および精神的不安の軽減を図る。

c. 認知症ケアの充実を図り、利用者に「ハリ」と「リズム」をつくり、精神的安定が図れるよう努める。

d. 職員の人間性を重視し、明るく元気で、やさしさと誠意に満ちた、熱意のある職員を育成する。

②『連携』

a. 介護支援専門員、地域の関係機関との連携・協力に努める。またサービス提供場面で得られる情報やニーズを的確にキャッチし、家族ならびに関係機関との情報の共有に努める。

b. 地域における福祉全般の拠点として、幅広く施設機能を提供すると共に、地域と一体となった施設運営に努める。

c. しおさいの里居宅部門としてのメリットを生かし、利用者と職員とがなじみの関係を構築できるように努める。

③『安心』

a. 質の高いサービスと連携により、利用者ならびにその家族に「安心」を提供する。

２．重点目標

①個別ケアの充実に向けての取り組みを強化する。

a. モニタリングやサービス担当者会議を開催し、ケアプラン（通所介護計画、介護予防通所介護計画、短期入所生活介護計画、介護予防短期入所生活介護計画）の充実を図る。

b. 「いきいき・快適生活宣言」を尊重したケアの充実・実現に向けて、継続的に取り組む。（身体拘束ゼロ推進）

c. 高齢者虐待防止のための取り組みを推進する。

d. 口腔機能向上のためのケアを充実し、継続的に取り組む。

②リスクマネジメント体制の充実を図る。

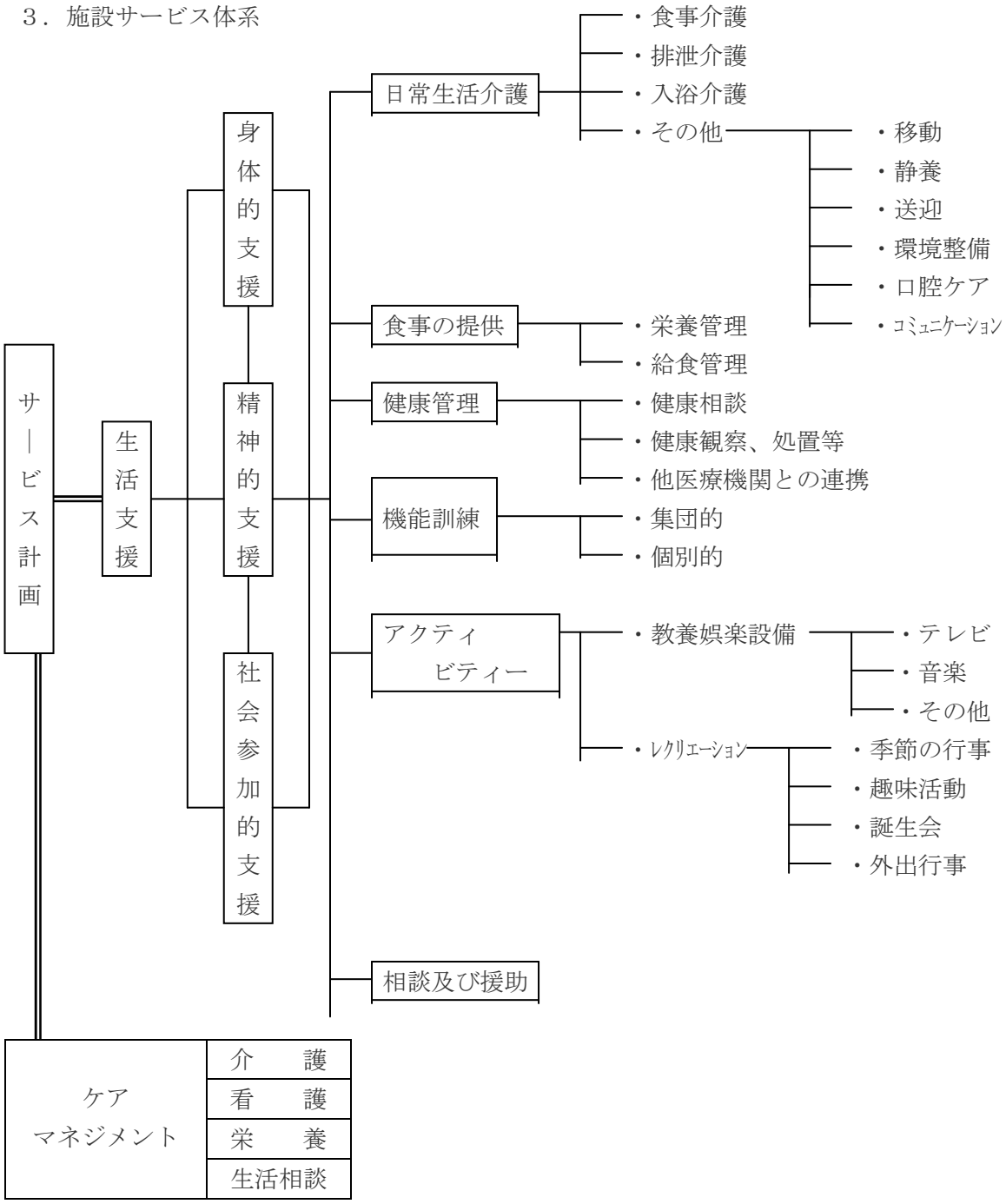
a. 「事故事例」、「ヒヤリ・ハット事例」を活用し、クオリティーインプルーブメント（「より質の高いサービスを提供することによって、多くの事故が未然に回避できる」という考え方）の視点で改善策を検討する。

b. 業務マニュアル等の作成・活用により、職員間での情報の共有化、サービスの統一化を図る。

c. 苦情解決体制の充実を図るとともに、苦情の分析からサービスの質の向上に努める。

d. インフルエンザ、ノロウイルス等、感染症予防に努める。

３．施設サービス体系



平成 23 年度　障害者支援施設さいはま園

事業計画

１．基本的な考え方

当施設の基本理念は、『人と人とのつながり、地域のひろがりに貢献します』を掲げている。それは、ご利用される皆様への「自立支援」を通して、地域に暮らすすべての方々にとって生活がより豊かに感じられるようにお互いを尊重し、支え合う社会の実現に向けて実践をすることを目指している。ことに多種多様な障害を持った利用者の生活を支援していくには、型にはまった画一的な支援をしていてはならないと考え、一人ひとりをしっかりと見つめ、何が問題かを探った上で、適切な頃合いを見計らい、その方に最もふさわしい方法で支援展開していく必要がある。そのためには、支援者は、個々の「能力」を見極め、「できる力や意欲」を引き出していけるような支援をしなければならない。利用者が自身の問題や課題を「常に介助を受ける側」「支援を受ける側」という一面だけで捉えず、「できる力や意欲」を生かしながら、「自己選択・自己決定」のもとで自分の生活を主体的に構築していけることが理想である。

現在、当施設は開所から１２年が経過し、利用者の障害の進行が見られている現状にある。さらに今後も障害の重度化、重複化、高齢化が予想されるが、一人ひとりの「できる力や意欲」を生かしながら、施設内のみで生活が終結してしまわないよう「いま」を見つめながらも、先を「見越した」支援を展開していく必要である。そして、施設という門戸を開き、地域社会との交流を目指し、人と人とのつながり、地域の広がりに貢献するものである。

２．重点目標

①個別支援計画を充実し、一人ひとりの「できる力や意欲」を生かしながら、ＱＯＬの向上に努める。

②ミーティングの強化、情報の共有化により個別支援の統一を図る。

③健康の保持増進に努める。

a. 栄養ケアマネジメント及び個別機能訓練の充実を図る。

b. 医師（医療機関）、看護職員、栄養士等との連携を強化する。

④リスクマネジメント体制の充実を図り、事故を未然に防ぐ。

a.　障害についての理解を深め、起こりうる事故を未然に防ぐ。

b.　苦情解決体制の充実を図り、サービス向上に努める。

c. 避難訓練を定期的に実施し、安全かつ迅速に避難できるよう、日頃から備える。

⑤家族および家族会との密接な連携を図る。

⑥ショートステイを積極的に受け入れ、在宅の身体障害者、家族を支援する。

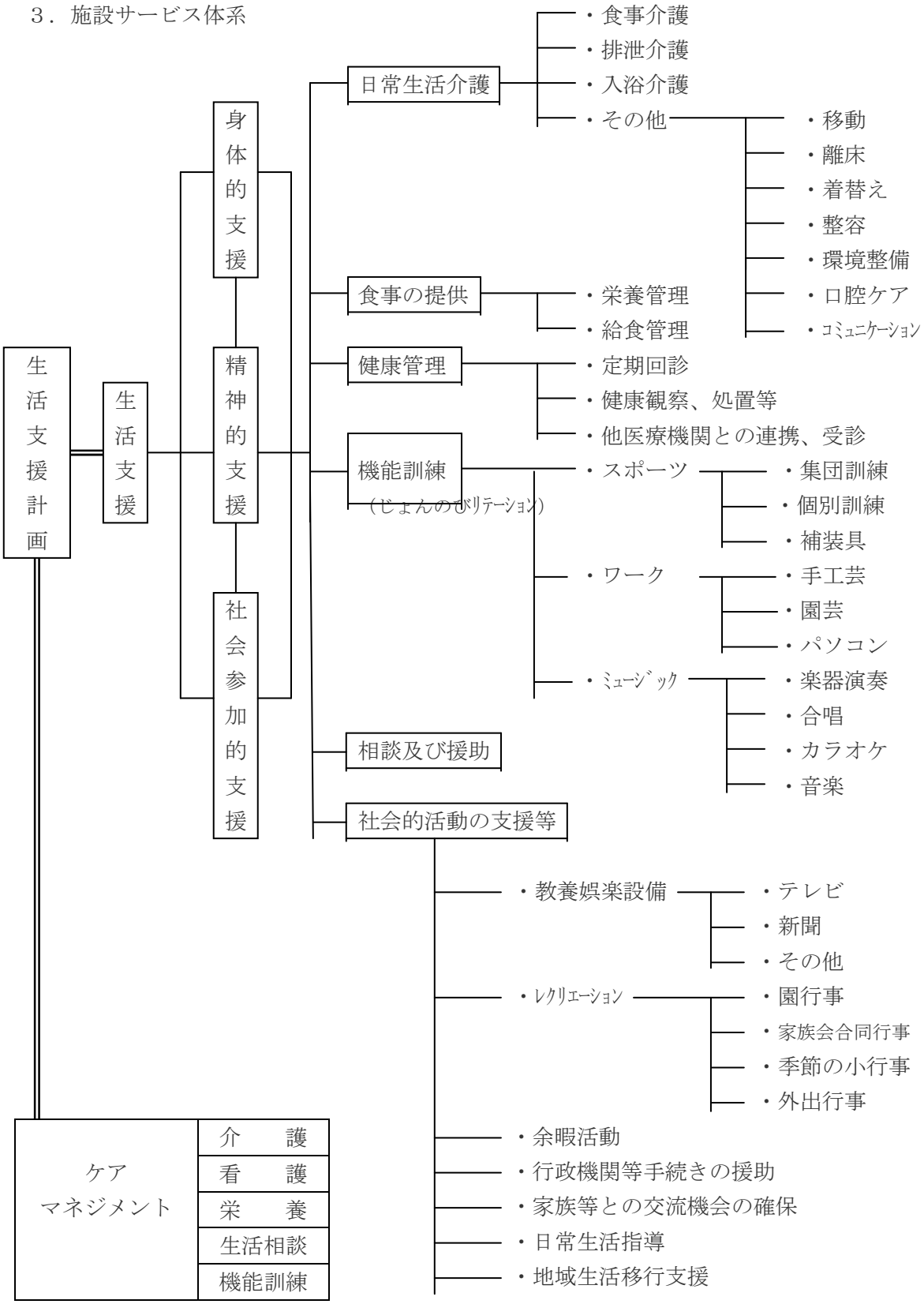
⑦しおさいの里、夕映えの郷等、同一法人内の施設との連携を図る。

⑧職員の資質向上を図る。

実践をとおして得た知識と見識をもって理論を考え、また、職員研修を重ね、研鑽を積むことにより理論を深め、専門性を高めていく。

⑨国の施策（障害者自立支援法から障害者統合福祉法（仮称））を見据えた取り組みを行う。

３．施設サービス体系


生活支援計画
生活支援
身体的支援
精神的支援
社会参加的支援
日常生活介護
・食事介護
・排泄介護
・入浴介護
・その他
・移動
・離床
・着替え
・整容
・環境整備
・口腔ケア
・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ
食事の提供
・栄養管理
・給食管理
健康管理
・定期回診
・健康観察、処置等
・他医療機関との連携、受診
機能訓練
（じょんのびﾘﾃｰｼｮﾝ）
・スポーツ
・集団訓練
・個別訓練
・補装具
・ワーク
・手工芸
・園芸
・パソコン
・ﾐｭｰｼﾞｯｸ
・楽器演奏
・合唱
・カラオケ
・音楽
相談及び援助
社会的活動の支援等
・教養娯楽設備
・テレビ
・新聞
・その他
・ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ
・園行事
・家族会合同行事
・季節の小行事
・外出行事
・余暇活動
・行政機関等手続きの援助
・家族等との交流機会の確保
・日常生活指導
・地域生活移行支援
ケアマネジメント
介護
看護
栄養
生活相談
機能訓練

平成 23 年度　地域包括支援センター　うのはな苑
事　業　計　画

１．事業の目的

高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を支えるために、専門職としての役割や相互間でのチームアプローチにより保健・福祉、医療のみならず、民生委員やボランティアとのインフォーマルサービスとの連携を図り、地域包括ケアの実現に向けての取組みを行う。

２．事業内容

①　地域支援事業

a. 総合相談支援

地域の身近な相談窓口として地域住民に当センターの周知を図るため、老人会や住民の集会に参加する。また、地域の商店や公共機関等への周知や案内掲示により、相談しやすい関係作りを構築していく。

実態把握は一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯を優先とし、訪問を中心に行う。（目標）50 件／月

高齢者と子（男性）の二人暮らし世帯は支援体制が取りにくいこともあり、民生委員と連携を図っていく。

b. 権利擁護

成年後見制度や日常生活自立支援事業等の周知を重点的に行い、高齢者の権利擁護についての関心を高める。また、高齢者虐待や認知症高齢者等の見守り支援体制を構築すべく、民生委員・地域住民・社会福祉協議会と連携を図り、見守りネットワーク作りを行う。

c. 包括的・継続的ケアマネジメント

毎月、介護支援専門員連絡会を開催し、担当ケースの相談や情報交換を行い、ケアマネジメント力の向上を支援する。また主治医等との関係作りを行い、介護支援専門員から困難事例等の相談に対して迅速に連携が取れるように医療機関や薬局等との連携を図る。

入院（入所）している高齢者に対して継続的な支援が受けられるように関係機関及び関係者と連携を図る。

d. 介護予防ケアマネジメント

二次予防事業対象者の把握に努めるため、多くの高齢者に対して基本チェックリストを実施できるように老人会等に協力を得る。高齢者は基本チェックリストに馴染んでいけるように定期的に実施できるように医療機関との連携を図っていく。

また、介護予防プランの内容をＱＯＬの向上を視点に考え、高齢者が達成できる目標設定を行っていく。

e. 転倒・認知症予防教室

一次予防事業対象者に寝たきりや認知症の予防方法について学習し、地域で介護予防に対する関心を持てるように支援する。（老人会と連携）

f. 介護者を抱える家族のつどい（毎月開催）

認知症等の要介護者を抱える介護者が日頃の介護ストレスを解消できるように悩みを相談したり、介護内容の情報交換を行う。また、保健・福祉・医療から講師を招き、介護方法や介護予防についての知識を身につける。

g. 介護者教室（年１回開催）

現在介護をしている方や介護に興味のある方に知識や介護技術を身につける。

② 介護予防支援

a. 介護予防サービス計画の作成

１）申し込みの受付。契約締結

要支援認定者から利用申込を受けた場合には重要事項説明書に同意を得た上で契約を締結する。

２）課題分析

上越市より認定調査結果および主治医の意見書を入手し、利用者宅を訪問し、利用者基本情報や基本チェックリストを活用する。

３）介護予防サービス計画の原案を作成。

課題分析等に基づきどのような支援が必要かを利用者と調整し、利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成する。

４）サービス担当者会議の開催。

サービス担当者会議の開催等により、介護予防サービス計画原案について専門的意見を聴取する。

５）介護予防サービス計画の交付。

利用者又は家族に説明し、同意を得た後、介護予防サービス計画を利用者又は家族に交付する。

６）サービスの提供

介護予防サービス事業者に対し、介護予防サービス計画に基づき適切なサービス提供がされるよう連絡調整等を行う。

７）モニタリング、評価

必要に応じて利用者宅を訪問するなどの方法により計画の実施状況を把握し、３～６ヶ月に１回、計画の達成状況について評価する。

８）給付管理、介護報酬の請求

介護予防サービスの利用実績を確認し、所定の表に記載。介護報酬請求に関する所定の書類を作成し、介護報酬の請求を行い、介護報酬を受領する。

上記事務のうち１)、２）及び８）にかかる事務以外、その実施を指定居宅介護支援事業所に委託することができる。

b. その他

１）要支援認定の更新申請の代行

２）介護予防地域密着型サービスや介護保険施設等の紹介

平成 23 年度　しおさいの里居宅介護支援事業所

事　業　計　画

１．事業の目的

要介護状態等になった場合でも利用者が可能な限り住み慣れた地域・居宅において、その心身の状態や有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう支援することを目的とする。

２．事業内容

居宅介護支援事業（ケアマネジメント）

①居宅を訪問しての課題分析（アセスメント）

・利用者及び家族の生活に対する意向やサービスへの希望の確認

・心身の状態、置かれている環境等から生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の分析

②居宅サービス計画（ケアプラン）原案の作成

・サービスの目標及び達成時期の確認

・サービスの内容、種類、頻度の確認

③サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催

・要介護認定（新規・更新・区分変更）時に開催

・利用者及び家族とサービス担当者の同席参加

・サービス担当者からの専門的意見の聴取

・ニーズ、居宅サービス計画の確認

④居宅サービス計画の確定

・利用者及び家族への説明と同意

・居宅サービス計画（第１～３表及び７・８表）を利用者とサービス担当者に交付

・居宅サービス計画に基づくサービスの実施

⑤居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）

・月１回以上、利用者の居宅を訪問

・課題、心身状態、問題等の変化やサービス実施状況等の継続的な把握

・実施状況の把握の記録を毎月記録

・必要に応じた居宅サービス計画の見直し

⑥その他

・医療機関、介護サービス事業者、保険者、地域包括支援センター等との連携

・地域の関係機関（社会福祉協議会、民生委員、自治会等）との連携

・介護サービス事業者についての相談・苦情の窓口及び対応

・介護保険関係の申請代行

・介護保険施設等への仲介

・給付管理、介護報酬の請求

３．事業の具体的取扱方針

①高齢者の心身の状況や家族の環境を踏まえ、自己選択に基づき、適切なサービスが様々な事業所から総合的・効率的に提供できるようにする。

②高齢者の意思及び人格を尊重することにより、常に高齢者の立場を考え、提供されるサービス事業者が偏ることなく、中立公正を原則とする。

③居宅サービス計画は「軽減の観点」、「悪化防止の観点」、「予防の観点」より作成す

る。

④利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を週１回以上開催する。

⑤３６５日２４時間連絡体制を確保し、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保する。