平成２４年度　しおさいの里等複合施設

事　業　計　画

１．平成２４年度の事業方針

今年は３年に一度の報酬改定の年にあたる。国は施設から在宅へと考え方をシフトしてきており、社会福祉を取り巻く環境は目まぐるしく変化し、施設経営は、ますます厳しい状況となって来ている。

平成２２年に組織改革を経て新たな一歩を踏み出してきたのだが、利用者が重度化し医療行為が増えていく中、施設に求められる役割はますます増加している。それに伴い職員の肉体的・精神的負担も増加している。今後の施設の方向性をしっかり示す必要があると考えるが、まずは組織の足元をしっかり固める必要があると考える。

昨年具体的数字を示し取り組んできたわけであるが、「法人理念」を軸に当複合施設を取り巻くさまざまな環境に今後も積極的に取り組みたいと考える。

引き続き、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、今年度も下記の重点目標を掲げ各種事業を推進することとする。

２．重点目標

①　利用者の重度化等に伴い、増加する医療的ケアを提供するニーズに適切に対応するため、チームケアを強化する。　【高齢介護課、障害支援課】

a. 看護職員と介護職員の役割分担及び連携体制の見直しを行う。

b. 法令に基づく医療的ケアを多職種が協働して実践する。

c. 認定特定行為業務従事者（たんの吸引等５０時間研修）を計画的に養成する。

②　多様化・複雑化する利用者及び地域の課題やニーズに対応するため、関係機関や多職種等とのつながり（連携力・調整力）を強化する。　【高齢介護課、障害支援課、居宅介護支援、地域包括支援】

a. ソーシャルワーカーとしての資質向上のための研修機会を幅広く提供する。

b. ソーシャルワークに関する助言・相談体制の充実を図る。

③　デイサービスセンターの機能を強化し、利用者の自立支援及びサービスの質の向上につなげる。　【高齢介護課】

a. 施設設備の改修（拡張）を実施する。

b. 利用時間延長へのニーズに対応するための業務改善を行う。

c. サービス提供内容についての見直しを行う。

④　介護職員の負担軽減ならびにサービスの質の向上の観点からの三交代制勤務の取り組みを継続する。　【高齢介護課、障害支援課】

⑤　虐待防止に向けた取り組みを推進する。　【全体】

a. 人権意識向上委員会を中心とした啓発活動を継続的に実践する。

b. 平成２４年１０月に施行される障害者虐待防止法について、職員に周知する。

⑥　効果的・効率的な事業経営を推進する。　【管理課】

a. 部門間の連携を図り、消耗品等のコスト削減に努める。

b. 効率的・効果的な業務改善を行う。

c. 法人間の労務管理の調整を図る。

d. 法人間で連携を図り、新会計基準への移行を進める。

⑦　障害者雇用を強化する。　【管理課】

a. 法定雇用率 1.8%達成後も障害者雇用の増員を図る。

⑧　施設職員の精神的健康を増進する。　【管理課】

a. メンタルヘルス相談体制を樹立し職員に周知する。

b. メンタルヘルスに関する研修会を行う。

⑨　介護職員処遇改善交付金事業から介護報酬（介護職員処遇改善加算）への制度変更を受け、法人内での職員の処遇改善の在り方について見直しを行う。　【管理課】

⑩　個々の職員のやりがいを創出することや、職員間でのコミュニケーションが深まる等、組織の活性化を図るための手段として、目標管理制度に向けた取り組みを開始する。【全体】

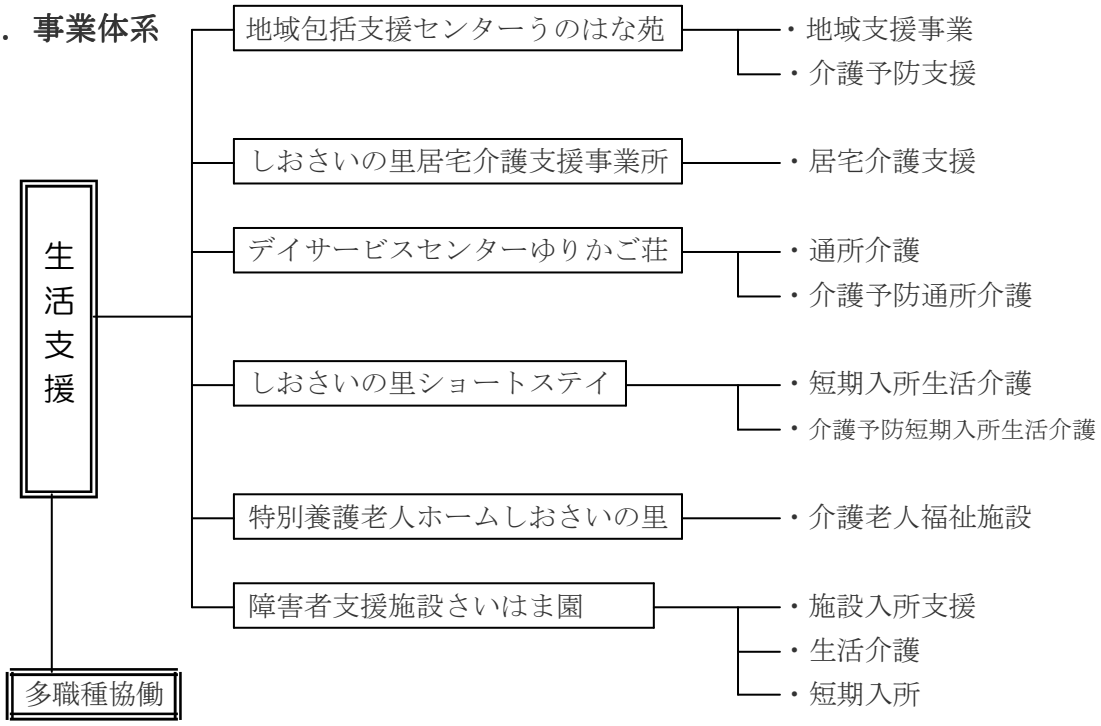
a. 経営目標、組織目標、チーム目標、個人目標をそれぞれ設定し、達成に向け取り組みを行う。

⑪　地域貢献活動を実践する。　【全体】

a. 次代を担う子どもたちの健全育成に貢献するため、地元小中学生等の職場体験等を積極的に受け入れる。

b. 社会奉仕活動について計画し、年１回実施する。

３．事業体系



特別養護老人ホームしおさいの里

部　門　計　画

１．事業方針

平成１１年４月の開設から１３年が経過した。介護老人福祉施設は介護保険における介護サービスの基本理念によって、利用者本人の主体的な意思によって選択される介護サービスの一つであり、生活の場としての役割を持つ。平成１７年からユニットケアを導入し、一人ひとりの尊厳を尊重し、その人らしい生活を送れるよう支援してきた。

今後とも、介護サービスの基本理念を踏まえつつ、「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」「自己評価」等の具体的な取り組みを通じて、「利用者主体の福祉サービス」を実現すること目指している。

また、介護人材不足を乗り切るために、労働環境を向上させ、働きやすい職場作り、優秀な人材確保、専門性の高い職員育成にも努め、利用者満足度を高める体制の仕組みを作ることも課題である。

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. 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）。

h. 利用者の日常生活を支える介護の一環として、知識や技術を習得した職員が医師・看護師の指導のもと、必要とされる医療的ケアを行うための体制づくりに取り組む。

② リスクマネジメント体制の充実を図る。

a.「事故事例」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）。

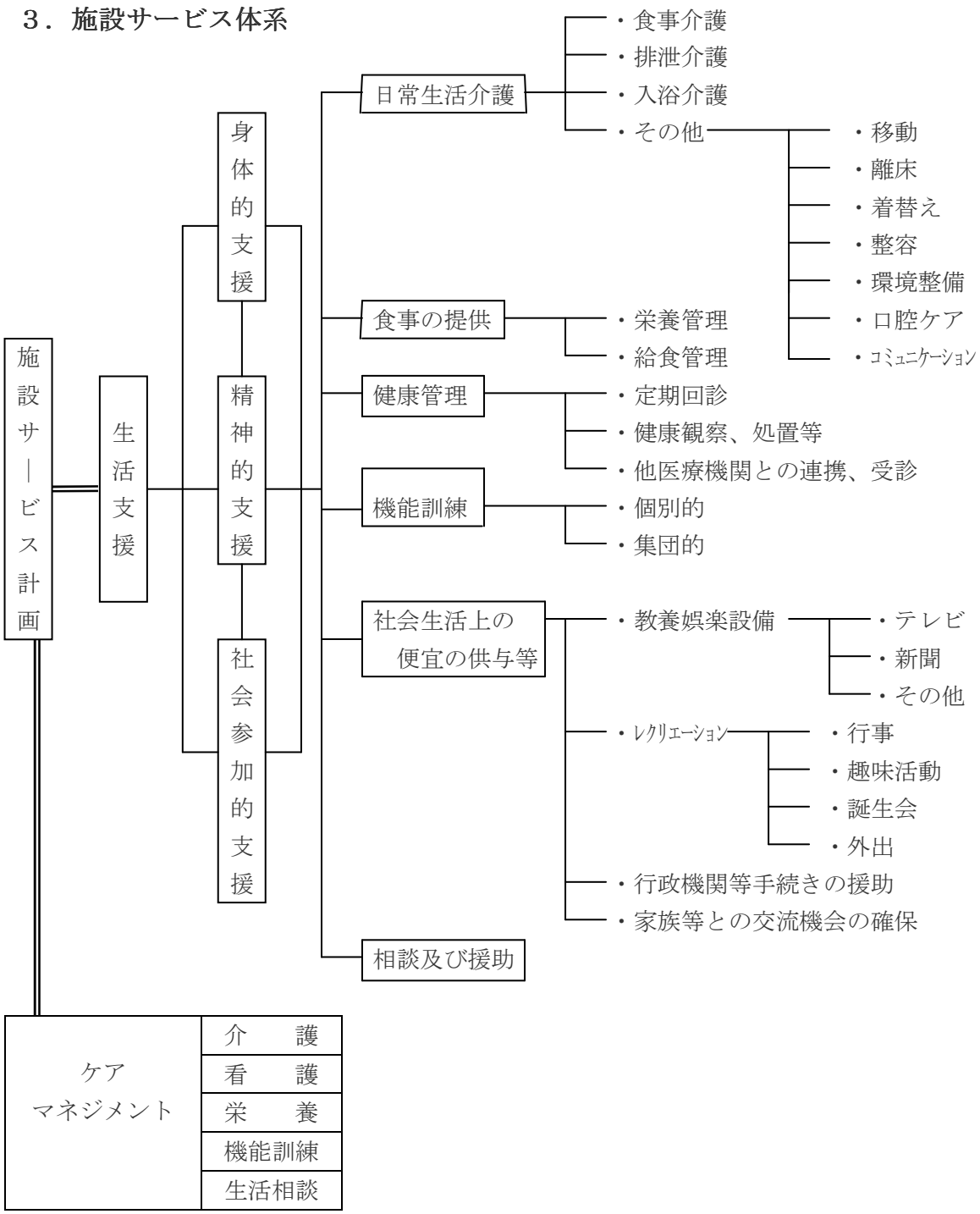
⑤ 地域における福祉全般の拠点として、幅広く施設機能を提供するとともに、地域と一体となった施設運営に努める。

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



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

部　門　計　画

１．事業方針

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。

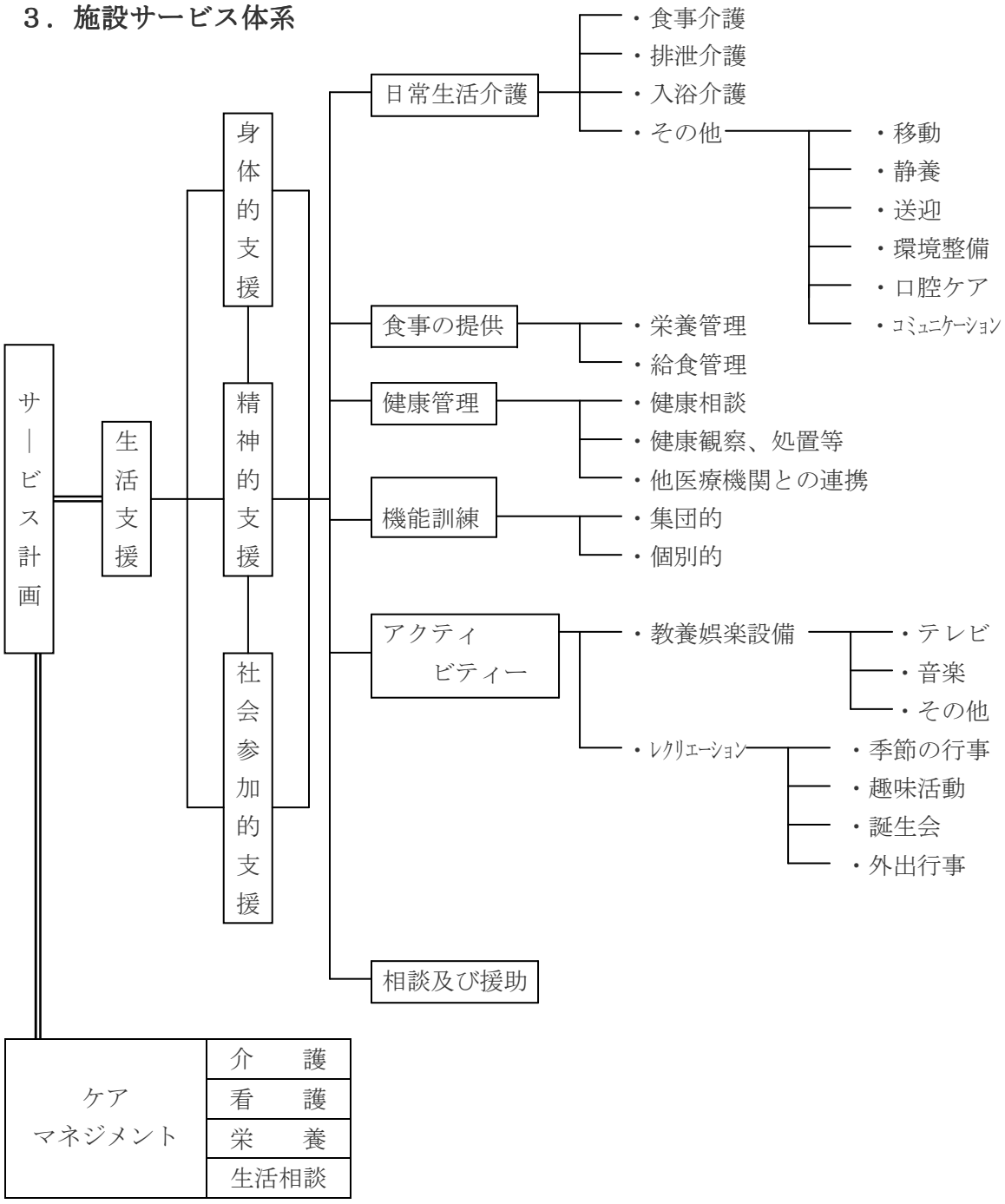
②リスクマネジメント体制の充実を図る。

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



障害者支援施設さいはま園

部　門　計　画

１．事業方針

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、一人一人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。そして、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、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個別ケアの充実に向けての取り組みを強化する。

a. 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。

b. 障害者虐待防止のための取り組みを推進する。

c. 他職種間の連携を強化し、情報の共有化により個別支援の統一を図る。

②健康の保持増進に努める。

a. 利用者の高齢化や障害の重度・重複化による身体症状に合わせたケアを確立する。

b. 痰吸引等の医療的ケアに対し、法令に基づき、医師の指示書、看護師の指導のもとに体制を構築する。

c. 感染症による差別をせず、正しい知識を習得し、予防に努める。

③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。

④家族および家族会との密接な連携を図る。

⑤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。

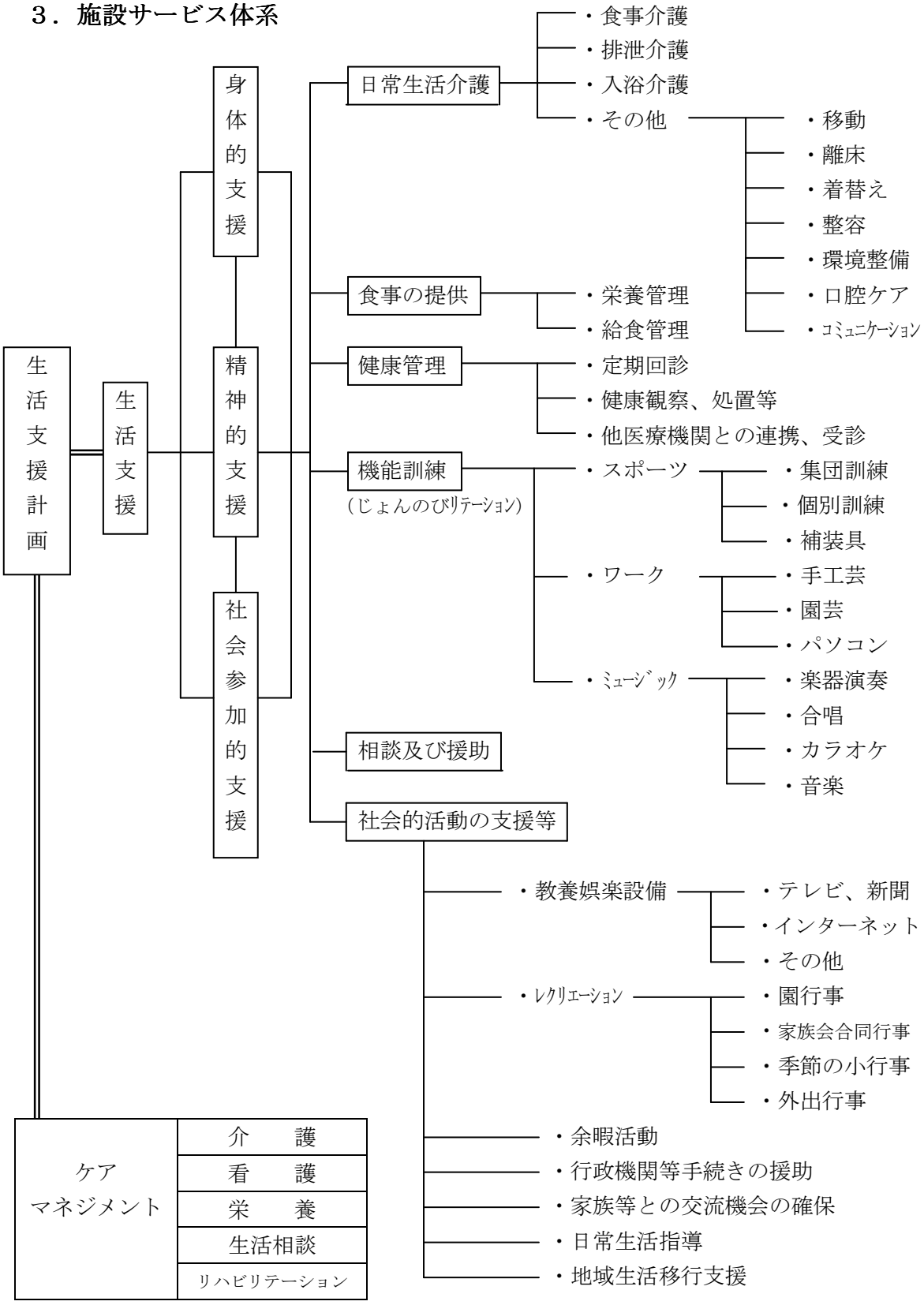
⑥しおさいの里、夕映えの郷等、同一法人内の施設との連携を図る。

⑦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。

⑧国の施策（障害者自立支援法から障害者総合支援法）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
・インターネット
・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
リハビリテーション

しおさいの里居宅介護支援事業所

部　門　計　画

１．事業方針

要介護状態等になった場合でも利用者が可能な限り居宅において、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、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、この計画に基づいて適切な居宅サービスの提供が確保されるよう、介護サービス事業者などとの連絡調整や、その他の便宜を提供する。

２．重点目標

① 利用者の心身の状況やご家族の環境を踏まえ、利用者自身の選択に基づいて、適切な居宅サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう努力する。

② 利用者の意思と人格を尊重することにより、常に利用者の立場に立つとともに、利用者に提供される居宅サービスが特定の事業者に偏ることなく、公正中立を原則とする。

③ 常に真摯な態度で臨み、利用者からの相談や苦情等についてサービスを実施するうえでの糧として真剣に受け止め、常に資質の向上に努める。また、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図る。

④ サービスは、利用者の心身の状況がより良くなるようにする（軽減の観点）、悪化しないようにする（悪化防止の観点）、そして要介護状態が進まないようにする（予防の観点）ために提供する。

⑤ 居宅サービスが利用者の生活の全体的な支援となるよう、居宅サービス計画の作成後も、常に利用者やご家族、居宅サービスを提供する事業者等と連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握するとともに、利用者の心身の状況の変化に応じて臨機応変に居宅サービス計画の見直しを行う。

⑥ 介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連携を図る。

⑦ 利用者に関する情報又はサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催する。

⑧ ２４時間連絡体制を確保し、かつ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。

⑨ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施する。

⑩ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、サービスを提供する。

３．具体的事業内容

（１）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

・介護サービスについての相談・苦情の窓口及び対応

・介護保険関係等の申請代行

・介護保険施設等への仲介

・給付管理、介護報酬の請求

（２）職員の資質向上のための研修等

・全国老人福祉施設協議会が開催する研修会等への参加

・新潟県老人福祉施設協議会が開催する研修会等への参加

・新潟県が主催する研修会等への参加

・上越市が主催する各種研修会や講演会への参加

・上越地域居宅介護支援事業推進協議会が開催する研修会や講演会への参加

・介護支援専門員に係る研修の受講（専門（更新）研修Ⅱ、主任介護支援専門員研修）

・地域包括支援センターが開催する介護支援専門員連絡会、地域ケア会議、研修会への参加

・各種団体が開催する研修会や講演会への参加

・併設の複合施設合同研修会への参加

・その他、各自の自己研鑽

地域包括支援センターうのはな苑

部　門　計　画

１．事業方針

上越市大潟区に住む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送るためには医療・保健・福祉（介護）のみならず、民生委員や地域の支え合いなどのインフォーマルなサービスとの連携（＝地域包括ケア）が必要である。この地域包括ケアの実現に向けて様々な関係機関との調整（コーディネート）する中核機関として、それぞれの専門性を発揮し、相互間で協働（チームアプローチ）しながら取り組んでいくこととする。

２．重点目標

①　総合相談支援事業

ａ．７０歳以上の独居高齢者及び７０歳以上の高齢者のみの世帯の実態把握は毎月４０件（実人数では年間４００人）を目標とする。（７月・２月は実態把握強化月間）

ｂ．民生委員との個別の連携が図れるようになってきていることから、今年度は民生委員と地区毎の情報交換会を開催し、地域のニーズを把握する。

ｃ．上越市社会福祉協議会大潟支所と事業の連携を図る、地域のボランティアを養成する等、インフォーマルサービスの充実が図れるように取り組んでいく。

ｄ．高齢者とのつながりのある銀行や商店などに地域包括支援センターの周知活動を行い、見守り・相談ができる体制を構築する。

ｅ．自然災害時等における地域住民の安否確認について、関係機関が連携して対応できる体制を構築する。

②　権利擁護事業

ａ．頸北・名立ブロック地域包括支援センターで認知症キャラバン・メイトの支援を行い、町内会長向けの認知症サポータ養成講座を実施する。その後、町内会等からの依頼があれば町内会単位で実施する。

ｂ．認知症や高齢者虐待、消費者被害の早期発見・見守り体制を構築するために行政、医療機関、介護保険事業所、社会福祉協議会、民生委員、まちづくり大潟などの関係者（機関）とで見守りネットワークを立ち上げる。

③　介護予防マネジメント事業

ａ．多くの高齢者に基本チェックリストを実施するために、訪問活動以外にも老人会やいきいきサロン等での集会の場で基本チェックリストを実施する。また、二次予防事業対象者には介護予防の取り組みを紹介し、継続的な支援が必要な場合には、介護予防サービス計画を作成し、介護予防訪問指導が利用できるように調整する。

ｂ．老人会やいきいきサロン等で高齢者の関心がある生活習慣病や転倒・認知症予防について紹介し、介護予防の意識を高められる取り組みを継続していく。

④　包括的・継続的ケアマネジメント事業

ａ．毎月開催している介護支援専門員連絡会の他にも介護支援専門員より困難事例の相談があった場合は行政や医療機関、サービス事業所等の関係機関と調整を図り、地域ケア会議を開催する。

ｂ．市より要介護認定未利用者の情報を収集しながら、定期的に訪問することで、状態の変化等で介護サービスを利用するときに居宅介護支援事業所との引き継ぎがスムーズに行えるようにする。

⑤　介護予防支援

ａ．介護保険の理念に基づき、「自立支援」の視点のもと、「その人らしい生活」が送られるような目標を設定し、利用者自らが取り組めるよう支援する。

ｂ．介護保険法の改正に伴い、居宅介護支援事業所への委託件数の制限がなくなったことで、要介護から要支援になった場合には委託を受けていただけるよう事業所に働きかける。

３．目標を達成するための留意点

①　毎朝の申し送りで相談内容や支援した方法を共有したり、意見交換をすることで担当以外でも対応が可能な状態にする。

②　月１回または随時話し合いの場を持ち、対応マニュアルの作成や業務内容の見直し、事業内容の打ち合わせ、報告をする。内容は議事録を作成し、上司に報告する。