

令和6年度 グループホームはなんばの里事業計画

1. 事業の目的

(1) 介護保険法に基づく指定認知症対応型共同生活介護の提供

要介護者であって認知症の状態にある利用者に対し、適正な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

(2) 介護保険法に基づく指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供

要支援者であって認知症の状態にある利用者に対し、適正な介護予防認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。

2. 運営の方針

(1) 介護保険法の主旨に沿って、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、利用者（要介護者）が共同生活住居における家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の援助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それぞれの役割を持って自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指す。

(2) 介護保険法の主旨に沿って、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、利用者（要支援者）が共同生活住居における家庭的な環境と地域住民との交流の下でそれぞれの役割を持って自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行い、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上につながるよう努める。

(3) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、サービスを提供するよう努める。

(4) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

(5) 提供するサービスの質の自己評価を行い運営推進会議にて報告するとともに、それらの結果を公表し、その改善を図る。

3. 今年度の重点目標

- ・施設内外での研修に積極的に参加し、専門的な知識と技術を身につけ、一人ひとりのスキルを向上させる。スキルを向上させることで、職員のモチベーションアップを図る。
- ・利用者の言動や表情、状態などの観察能力を高め、日々変化する利用者に対するアセスメント力を身につける。記録を詳細に書き記し、その情報を共有・理解し、チームでの連携、チーム力を高めていく。

4. 利用者援助の展開過程

●利用の申込 ↓	<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレット、入所案内、入所申込書を利用者・家族へ渡す。 ↓ ・入所申込書の受理→入所待機者名簿への掲載
●面接 ↓	<ul style="list-style-type: none"> ・入所前調査の実施 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>アセスメント票（入所検討に関わる部分）の作成 主治医の診断書又は診療情報提供書の受理 情報提供書の受理（ケアマネ、入院・入所施設等より）</p> </div>
●入所検討・決定	<ul style="list-style-type: none"> ・作成・受理した書類をもとにホームでの共同生活が可能か検討し、利用者・家族の意向を確認の上決定する。
↓	
●契約の締結	<ul style="list-style-type: none"> ・入所契約書の締結、重要事項説明書の説明及び同意と交付。看取りに関する指針の説明及び同意と交付 ・入所に際してのオリエンテーション
●アセスメント ↓	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント票(フェイスシート、アセスメント)の作成
●初回援助計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ・暫定プランの作成及び利用者(家族)への説明及び同意と交付 ↓ ・暫定プランの見直し、サービス提供者の役割分担、具体的な援助方法の提案、承認(サービス担当者会議) ↓ ケアプラン(1~4表)の作成[1か月以内]及び利用者(家族)への説明及び同意と交付
●計画に基づく援助の実施 ↓	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供（次章「援助の実施」にて明示）
●モニタリングの実施 ↓	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供の記録、モニタリングシートの作成
ケアプランの見直し ●再アセスメント ↓	<p>[定期（1年毎）及び利用者ニーズの変更に応じて見直しを行う。]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン作成検討用アセスメントの作成
●サービス担当者会議 ↓	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン変更の必要性の検討、サービス提供者の役割分担の確認、具体的な援助方法の提案、承認 ・サービス担当者会議録の作成
●援助計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの作成及び利用者(家族)への説明及び同意と交付
↓	
●終結（退所）	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡退所…家族・主治医・保険者との連絡・連携。 ・病院・他施設への入院・入所、在宅復帰…家族・主治医・保険者との連絡・連携。病院・他施設・居宅介護支援事業所等への情報提供。

5. 援助の実施

(1) 食事

- ・管理栄養士によってメニュープランニングされる外部業者のゼロクック（湯煎商材）宅配サービスを利用する。
- ・月1回程度の昼食及び行事食については、利用者・職員の共同作業により食事作りをおこなう。利用者の食事作りの支援及びより豊かで楽しみのある食事づくりに努める。
- ・炊飯及び湯煎・盛付・配膳・下膳・後片付け等は利用者・職員の共同作業にて行う。
- ・食事チェック、嗜好調査の実施により利用者の嗜好・健康状態を把握しながら食事形態・献立に活かすように努める。
- ・食事時間 朝食…8:00～ 昼食…12:00～ 夕食…17:30～

(2) 排せつ

- ・利用者個々の身体機能や羞恥心に十分考慮しながら、援助していく。
- ・排せつ状況を細かく記録することで個人にあった排せつ形態、排せつ感覚を把握し利用者のニーズに応じた援助を行っていく。又、体調不良・異常の早期発見に努める。

(3) 入浴

- ・身体の清潔、血行促進に加え、利用者の気分転換・楽しみとなるような時間としていく。又、入浴の時間を活用して、生活リハビリ、整容、身体チェックの徹底を図っていく。

(4) 洗面、口腔清拭、整容、更衣

- ・利用者の生活行為をより社会的な活動に拡大するための準備的行為であることに着目して自立に向けた援助を行っていく。

(5) 基本的動作介助、リハビリ

- ・日常生活全般にわたって生活リハビリの考えに基づいたケアを行い、利用者の現能力の維持・向上に努める一方、事故防止に万全の配慮を行う。

(6) 医療・健康

- ・看護職員により24時間連絡体制を確保し、主治医・協力医療機関・協力歯科医療機関等との連携のもとで利用者の通常の健康管理及び夜間・緊急時の対応を適切に行っていく。
- ・新型コロナウイルス感染症の対応は『新型コロナウイルス感染症の基本対応 社会福祉法人多伎の郷（高齢者施設・事業所）』に基づいて行う。

(7) 家事、日中活動、行事

- ・利用者が職員と食事や清掃、洗濯、買物、園芸、農作業、レクリエーション、行事等を共同で行うことによって良好な人間関係に基づく家庭的な生活環境の中での日常生活が送れるように努める。

クラブ活動（書道クラブ、折り紙クラブ）

誕生会兼お楽しみ会（利用者の誕生月に開催）

※行事・活動の実施、ご家族参加の行事、ボランティアの受入れ等は感染症の状況に応じて検討していく。

年間行事

月	内 容	月	内 容
4月	花見	11月	文化祭、スイーツ作り
5月	端午の節句、遠足	12月	クリスマス・忘年会（家族招待）
6月	かたら団子作り	1月	書初め、鏡開き（ぜんざい）、初詣
7月	七夕会、はなんばの里まつり（家族招待）	2月	節分（豆まき）
9月	敬老会、おはぎ作り	3月	ひな祭り、ぼた餅作り
10月	運動会		

6. サービス評価

- (1) 自己評価の実施、運営推進会議での報告及び公表
- (2) 情報公表制度の受け入れ
- (3) 自己評価、情報公表制度を通してサービスの向上に努める。

7. 苦情解決

『社会福祉法人多伎の郷苦情解決実施要領』に基づき、利用者からの苦情に対し、適切な解決に努める。

8. 非常災害対策

消防避難訓練（避難訓練・通報訓練・消火訓練） 2回/年

9. 家族との連携

常に利用者の家族との連携を図り、利用者と家族の交流等の機会を確保するよう努める。

- (1) 介護計画作成時の協力依頼、同意
- (2) 面会、外出、外泊の依頼
- (3) 機関紙の送付
- (4) 行事参加の呼びかけ
- (5) ボランティア（窓洗い等）の協力依頼
- (6) 近況報告（年4回実施、4月、7月、10月、1月）
- (7) 四季の衣類交換、衣類整理（家族の協力を得る）
- (8) 入所者預り金報告（預り金等管理料を徴収している入所者及びその家族への預り金報告）
（年4回実施、近況報告作成送付時）

* (2) 外出、外泊の依頼、(4) については感染症等の状況に応じて可能な対応を行っていく。

10. 地域社会との連携

利用者が豊かで生きがいのある暮らしをしていくためには、地域社会の正しい理解や協力が必要である。ホームの専門機能を地域に開放すると共に、ボランティア・関係諸団体の協力を求め、地域社会との交流・連携を図っていく。

ただし、感染症の状況に応じて可能な連携を図っていく。

- (1) 運営推進会議の設置、開催（2月に1回）
- (2) 出雲市、地域包括支援センター、社会福祉協議会、その他福祉団体等との連携
- (3) こども園、小中学校等教育機関や老人会との連携
- (4) 地域行事への参加、ホーム行事への招待
- (5) ボランティアの積極的な受入
- (6) 実習の受け入れ
- (7) 広報活動（機関紙の発行）
- (8) 出雲市介護相談員派遣事業の受け入れ（年3回）
- (9) 自己評価の結果公表
- (10) 苦情の受付
- (11) 施設設備の地域開放、地域を対象とした認知症研修会の開催

11. 職員勤務

区分	始業 ～ 終業	休憩
早出	7時00分～16時00分	11時30分～12時30分
平常	8時30分～17時30分	12時30分～13時30分
平常	9時00分～18時00分	12時30分～13時30分
遅出	10時00分～19時00分	13時00分～14時00分
夜勤	17時00分～9時30分	0時30分～2時00分
		2時30分～4時00分

(施設長)

12. 研修

(1) 施設内研修（外部研修の復命研修を含む）

新規採用時、詰所会議時、法人全体研修・訓練時等に実施するよう調整していく。

『職員一人一研修』を担当し、詰所会議等で必要な研修を行う。

① 『基準上義務的に施設内で必要な研修・訓練』の実施。

研修・訓練	研修内容	実施回数	新規採用時
身体的拘束等の適正化のための従業者に対する研修	身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該グループホームにおける指針に基づき、適正化の徹底を行うもの	年2回以上	○
高齢者虐待防止の研修	虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該グループホームにおける指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うもの	年2回以上	○
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止に関する研修	感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該施設における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うもの	年2回以上	○
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止に関する訓練	平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応についての訓練(シミュレーション)	年2回以上	
感染症及び災害に係る業務継続計画のための研修	感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかわる理解の励行を行うもの	年2回以上	○
感染症及び災害に係る業務継続計画のための訓練	感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、施設内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等	年2回以上	
非常災害対策に関する訓練	避難、救出その他必要な訓練	年2回以上	
事故発生の防止のための研修	事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該グループホームにおける指針に基づき、安全管理の徹底を行うもの	年2回以上	○

② 加算算定の要件となっている研修・会議の実施

看取り研修【看取り介護加算算定】

③「介護サービス情報公表制度」でチェック項目となっている研修への取り組み

認知症及び認知症ケアに関する研修	事故の発生予防等に関する研修
プライバシーの保護の取り組みに関する研修	非常災害時の対応に関する研修
身体的拘束等の排除にかかる研修	非常災害時の避難、救出等に関する訓練
従業者に対する医療に関する教育、研修	感染症及び食中毒の発生の予防等に関する研修
ターミナルケア(終末医療)に関する従業者研修	全ての「新任」の従業者を対象とする研修
精神的ケアに関する従業者研修	全ての「現任」の従業者を対象とする研修
倫理及び法令遵守にかかる研修	

(2)施設外研修

施設外研修への参加は新型コロナウイルス感染症の状況に応じて検討していく。感染蔓延状況でズームでの研修案内があった場合はズーム研修に参加する。

- ① 行政や福祉・医療関係の職能団体等から案内がある研修会への参加
- ② 認知症介護基礎研修の受講[医療・福祉関係の資格を有さない職員対象]

(3)経験年数別研修について

新規採用時		経験年数1～3年未満	経験年数3年以上	経験年数5年以上
指導者	指導内容	・認知症の理解とケア (落ち着いた生活作りのポイント)	・認知症の理解とケア (認知症のコミュニケーションをとりやすくする)	・実践リーダー研修
施設長	・サービスの心得／・運営方針について／・利用者援助の基本的考え(社会福祉援助技術)について／・虐待防止マニュアル説明／・日課・業務表について			
施設長・ 計画作成 担当者	・接遇技術の習得／・業務の流れ全般について／・ケアプランについて／・記録方法について／・マニュアル説明(事故・緊急時対応、身体拘束廃止)／・利用契約書について ／・利用者預かり金の取り扱いについて	・認知症高齢者「その人らしさ」を支えるために必要な知識・技能を習得するための研修		
看護師	・蘇生法の習得／・与薬について／・特殊な処置について(吸引)／・マニュアル説明(感染対策・食中毒発生防止)	・記録の書き方研修		
介護職員	・介護実技指導(現場指導) 対職員での介護演習→介護場面の見学→指導職員見守りのもとでの介護の実施→一人での介護 (体位交換、車椅子等の移動介助、移乗介護、食事介助、おむつ交換等排せつ介助、清拭、入浴介助)	・生活支援のための認知症介護のありかたに関する研修 ・認知症実践者研修(経験年数2年以上) ・認知症介護基礎研修の受講[医療・福祉関係の資格を有さない職員対象(3年の経過措置あり)]		
自宅研修	ビデオ研修[ビデオで学ぶ介護技術の基本] (体位交換、移動、食事、排せつ、清拭、洗髪、入浴等)			

13. 諸会議、委員会の開催

会議名	開催	参加職員	会議の内容
詰所会議	月 1 回	施設長、ユニットリーダー、計画作成担当者、介護職員、看護職員	<ul style="list-style-type: none"> 施設全体の業務方針等についての協議、各係からの連絡、確認 高齢者虐待防止の検討（不適切ケアについての検討） 業務・日課についての検討 認知症ケアに関する技術指導及び留意事項の伝達 次月の予定確認、連絡調整
サービス担当者会議 兼ユニット会議 身体的拘束等廃止検討会	月 2 回	(利用者、家族)、施設長、ユニットリーダー、計画作成担当者、介護職員、看護職員	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の集団・個別援助方法についての検討 業務・日課についての検討 利用者のケアプラン検討、個別援助方法についての検討 モニタリング 高齢者虐待防止の検討（不適切ケアについての検討） 身体的拘束等の適正実施について確認、廃止に向けての検討
運営推進会議	1回/2月	委員…施設長、利用者家族、地域住民代表者、市職員もしくは出雲市高齢あんしん支援センター職員、	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況報告 活動報告、活動予定の説明 外部評価結果についての報告 要望・助言等 身体拘束適正化委員会
身体的拘束等適正化委員会	年 4 回	施設長、運営推進委員 運営推進会議時〔開催月 5・9・11・1月〕	<ul style="list-style-type: none"> 身体的拘束等の適正化の知識の普及・啓発のための対策の検討
虐待防止検討委員会	年 1 回	施設長、計画作成担当リーダー (デイサービスセンターやまもと合同開催)	<ul style="list-style-type: none"> 委員会の組織・指針の整備・職員研修に関する事 相談・報告体制の整備に関する事、市町村への通報に関する事 再発防止策に関する事
事故防止・安全対策委員会	年 2 回	施設長、安全対策担当者、ユニットリーダー、計画作成担当リーダー、介護職員、看護職員	<ul style="list-style-type: none"> 収集した情報に基づく分析・評価
感染対策委員会	年 2 回	施設長、看護職員、ユニットリーダー (デイサービスセンターやまもと合同開催)	<ul style="list-style-type: none"> 予防・まん延防止のための指針整備等についての検討
入所検討委員会	随 時	施設長、計画作成担当者、看護職員	<ul style="list-style-type: none"> 入所者の決定