

令和5年度
事業計画

あさくさ
asakusa

あ な た と 共 に こ の 街 で



特別養護老人ホーム 浅草

あさくさ高齢者在宅サービスセンター (ほのぼの)

あさくさ地域包括支援センター

ケアマネジメントセンターあさくさ

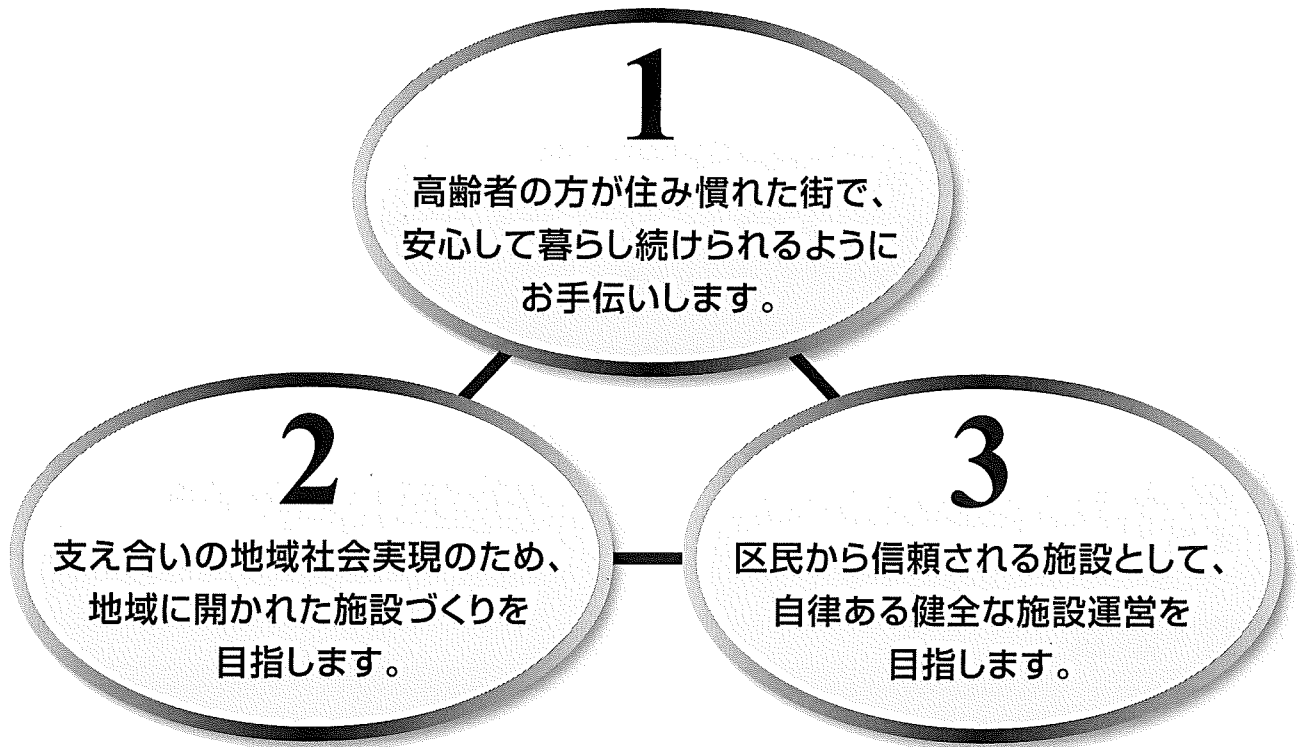
あさくさホームヘルプステーション

<https://asa-toku.com/>

CONTENTS

はじめに	1
目次	2
基本理念・基本方針	3
1 施設概要	4
2 事業内容	5
あさくさ地域包括支援センター(地域支援総合相談)	5
ケアマネジメントセンターあさくさ(居宅介護支援事業)	12
あさくさ高齢者在宅サービスセンター(認知症対応型通所介護)	15
あさくさホームヘルプステーション(訪問介護事業)	18
特別養護老人ホーム浅草(短期入所生活介護含む)	21
3 組織及び職務分担	32
組織図	32
職種別職務分担概要	33
意思形成の流れ	38
各種会議等運営表	39
特養各会議	40
在宅各会議	41
4 地域との連携	42
認知症ケアの支援ネットワーク活動について(仮「あさくさ認知症ネット」)	42
近隣町会・地域住民との活動	43
ボランティア活動の受け入れ	43
こどもや児童・生徒たちとの交流活動	43
5 防災・防犯計画	44
防災・防犯訓練計画	44
自衛消防組織と任務	45
6 安全衛生	47
7 職員研修と人材育成	47
8 資料	48
ほのぼのご利用者週間予定	48
デイサービスセンター職員日課	49
特養ご利用者週間予定	50
特養介護士業務日課	51
特養看護師業務日課	52
管理栄養士・厨房業務日課	53
身体的拘束等の適正化のための指針	54
身体的拘束等にかかわる取り扱い	57
職員研修プログラム(令和5年度)	60
倫理綱領(笑顔の浅草 15か条)	61
コンプライアンスルール	62
個人情報保護に関する説明事項	63
苦情・相談対応のながれ	64
マニュアル更新計画	66

基本理念



基本方針



※この基本方針を体現する職員のありかたを明確にするため「倫理綱領〈笑顔の浅草15か条〉」を策定した。

所在地

《特別養護老人ホーム浅草》

- 住所 111-0032 東京都台東区浅草4-26-2
- 電話番号
 - ・特別養護老人ホーム浅草 03-3876-1094 (代表)
 - ・あさくさ高齢者在宅サービスセンター (ほのぼの) ”
 - ・あさくさホームヘルプステーション ”
 - ・あさくさ地域包括支援センター 03-3873-8088
 - ・ケアマネジメントセンターあさくさ 03-3875-8825
- F A X 03-3871-9524 (共通)
- ホームページ <https://asa-toku.com/>

設立・運営

- 設立: 台東区
- 運営: 社会福祉法人 台東区社会福祉事業団
- ホームページ <https://taitoswc.org/>

事業開始年月日

- 特別養護老人ホーム (短期入所生活介護含む) 昭和62年5月11日
- 在宅介護支援センター 平成10年7月1日
- 高齢者在宅サービスセンター (訪問介護) 平成10年7月1日
(平成14年3月31日事業廃止)
- 居宅介護支援 平成12年4月1日
- 地域包括支援センター 平成18年4月1日
- 高齢者在宅サービスセンター (認知症対応型通所介護) 平成18年9月1日
- あさくさホームヘルプステーション 平成22年4月1日
- 特別養護老人ホーム (短期入所生活介護含む) 令和3年4月1日～令和4年9月30日
(改修工事にとまない事業休止)
令和4年10月3日 (事業再開)

土地建物の状況

《特別養護老人ホーム浅草》

- 敷地面積 1548.30㎡
- 建物面積 907.07㎡
- 延床面積 4588.35㎡
- 建物構造 鉄筋コンクリート造 地上5階 地下1階

あさくさ地域包括支援センター（地域支援総合相談）

《担当地区》 浅草、千束、花川戸

運営方針

地域包括支援センターに寄せられる相談は、虐待や貧困、ゴミ屋敷といった課題が複合的に絡み合ったケースなど複雑化し、緊急性の高い相談も増えてきています。また、新型コロナウイルス感染症により、交流・活動の場に参加できなくなったことで認知症の進行や身体機能が低下された方もいます。

このような状況下にある高齢者や家族介護者を支援するため、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援サービスなどが切れ目なく提供されるよう多職種が連携し、チームアプローチによる対応を行う「地域包括ケアシステム」を充実させていきます。

また、積極的に地域に出向き担当地域の実態を把握し、支援が必要な方に迅速・円滑な対応をし、「ともに支え合うまちづくり」を目指していきます。

事業内容

(1) 介護予防ケアマネジメント（指定介護予防支援事業含む）

要支援者および事業対象者に対して、ケアマネジメントを実施するに当たっては、今後、本人がどのような生活をしたいかという具体的な日常生活上の目標を明確にし、その目標を本人、家族、事業実施担当者が共有するとともに、高齢者自身の意欲を引き出し、自主的に取り組めるよう支援します。

居宅介護支援事業所に委託しているケースは、サービス担当者会議への出席や同行訪問等を行い、情報の共有と適切な支援を行います。

認定結果が確定する前にサービスを利用する暫定ケアプラン作成については、対象者が年々増加する傾向にあります。居宅介護支援事業所との連携を図り、迅速に適切なサービス提供が行われるように努めます。

(2) 総合相談支援事業

① 総合相談・実態把握

高齢者やその家族、地域から寄せられる相談内容は、多種多様です。その相談に対して、実態把握や情報収集に努め、相談内容を的確に把握し、関係機関等と連携を図り、必要と思われる各種サービスの提供や支援につなげます。すぐに支援につながらない場合であっても、継続的に見守り、関与を続けます。

地域包括支援センターで対応できない相談が寄せられた場合は、区の関係部署や関係機関等を案内します。

2 事業内容

②関係機関、地域住民等とのネットワーク構築

広報誌、地域行事、ホームページなどで多くの方に、地域包括支援センターの周知を行います。また、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティアなど、地域における様々な関係者とのネットワークの構築を図り、地域の高齢者を支援します。

③見守りネットワーク

訪問や電話による見守り活動を積極的に行います。啓発用グッズの配付や救急医療情報キットの案内を通して、感染症予防・熱中症予防の啓発を行っていきます。

参集型に限らず、Zoom等による見守りネットワーク地区連絡会等を実施し、高齢者が安心・安全に生活が続けられるよう見守り体制を整えます。

(3)権利擁護事業

①成年後見制度の利用支援

成年後見制度の利用が必要と思われる高齢者やその親族に対して、台東区や台東区権利擁護センター、医療機関等と連携し、必要に応じて申し立て等の支援を行います。

②高齢者虐待に対する対応

虐待の予防を目指して、認知症の方や家族への支援を行い、地域の介護支援専門員や関係者との連携強化を図ります。早期に相談や通報が寄せられるように、地域の方への理解促進のための活動を積極的に行います。虐待通報を受けた場合には区に報告した上で速やかに事実確認し、「台東区高齢者虐待対応マニュアル」等に基づき、支援会議等を実施し、再発防止に努めます。

③消費者被害の予防

新たな手法の詐欺行為が発生し、特殊詐欺などの被害を受けることが増えています。消費者被害については、警察や区消費者相談センター等と連携し、被害防止の注意喚起を行います。

(4)包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

①医療・福祉との連携

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等と連携します。また在宅と施設の連携等、地域において、多職種相互の協働により、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援を行います。

②地域の主任介護支援専門員との連携

対面だけでなく、Zoom等によるオンライン会議の開催などにより、主任介護支援専門員との連携強化を図ります。また主任介護支援専門員連絡会とも協働して、介護支援専門員の質の向上に寄与します。

③介護支援専門員に対する支援

地域で業務に当たる介護支援専門員からの相談に、適切に対応できる体制を整えます。具体的には、困難ケースへの同行訪問やサービス担当者会議への出席を専門的な見地から行います。また、「ケアマネジャーの集い」で情報交換や事例検討会等を行います。

(5)認知症総合支援事業

①認知症地域支援・ケア向上事業

認知症地域支援推進員を中心に、認知症に関する相談への対応、認知症の方やその家族への支援を行います。

また、地域の医療機関と協働で年6回、認知症カフェを開催します。さらに、「認知症ケアパス」の普及や、認知症サポーター養成講座の開催により、認知症の理解が促進できるようにします。

②認知症初期集中支援推進事業

認知症地域支援推進員は「認知症初期集中支援チーム」の一員として、認知症が疑われる人あるいは認知症の人に対して、認知症初期集中支援の実施に取り組み、早期発見・早期対応に向けて支援を行います。そのため、日頃より認知症コーディネーター、認知症疾患医療センターなど、保健・医療・福祉・介護の関係機関との連携を行っていきます。

③若年性認知症への取り組み

若年性認知症の方へのサービスや社会資源が不足している実態を踏まえて、認知症地域支援推進員が中心となり、介護支援専門員や地域の医療機関相談員と連携しながら、若年性認知症の方への支援を行っていきます。

(6)地域ケア会議推進業務

「地域ケア個別会議」や「見守りネットワーク地区連絡会」を開催することにより様々な地域課題を発見し、整理・分析を行います。更に構成員と機能が異なる「介護予防・自立支援に向けた地域ケア個別会議」、「地域ケア包括合同会議」、「台東区チームミーティング」、「台東区地域ケア全体会議」に出席し、抽出された地域課題を解決する方法について検討します。地域ケア会議の「個別課題の解決」、「ネットワークの構築」、「地域課題の発見」、「地域づくり・資源開発」、「政策形成」の5つの機能が果たせるように取り組みます。

(7)医療・介護連携の推進

①入退院時における連携

新型コロナウイルス感染症により、医療機関での面会等が出来ず、十分な情報が得られないなど、医療連携の課題があります。退院時に在宅ケアへの移行がスムーズに行なわれ、高齢者が安心して生活が送れるように、入退院時情報連携シート等を活用し、連携を図っていきます。同様に入院時の連携も密に行います。

②サービス利用時における連携

主治医に対しケアプランについての情報提供や意見聴取を行い、医療との連携に努めます。また、必要と判断した場合には、利用者の同意を得たうえで、利用者の状況について医療関係者に情報提供します。

(8)生活支援の充実・強化

住み慣れた地域で安心して暮らすことが出来るよう、生活支援コーディネーターや地域住民と連携を図りながら、高齢者の社会参加の促進や孤立化防止に継続的に取り組みます。併せて災害時の安全確保等についての情報提供をしていきます。

(9)一般介護予防事業に関する業務

区の実施する介護予防事業や自主グループの普及啓発を行い、区民が介護予防に取り組むよう支援します。また、「介護予防担当者会議」に出席し、区と共に介護予防事業へ取り組んでいきます。

(10)区の高齢者サービスに関すること

- ①区の高齢者給付事業の申請受付
- ②区が実施する高齢者給付事業の案内
- ③特別養護老人ホームの入所申請受付

今年度の重点課題

①	総合相談支援業務	民生委員の改選に伴い、新たに顔の見える関係づくりや協力関係の強化
②	権利擁護業務	虐待の通報や対応が増えている
③	総合相談支援業務	介護が必要のない元気な高齢者への地域包括支援センターの周知不足

重点課題に対する目標と具体的な取組

課題番号	目標	数値	目標に向けた具体的な取組
①	民生委員との関係構築	計画 1回	民生委員ごとの包括職員の担当を継続し、より相談しやすい体制を作っていく。また、新たな民生委員との連絡会を開催する。
②	虐待防止の普及啓発	計画 —	直接サービス提供を行う介護サービス事業所に虐待啓発や周知活動を行い早期発見・早期対応に繋げていく。
③	元気な高齢者への地域包括支援センターの普及啓発	計画 —	生涯学習や趣味のグループ等に参加している元気な高齢者に向けて、出前講座や広報誌等で地域包括支援センターの周知を行い、「転ばぬ先の杖」としての相談窓口となるよう働きかけていく。

地域包括支援センター人員体制状況

※1 包括的支援業務とは総合相談・権利擁護・包括的継続的マネジメント支援業務を指す。
 ※2 介護予防ケアマネジメントとは介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務を指す。

令和4年度 No.	常勤(常・非常勤(非))	週の勤務時間(残業除く)	資格(持っているもの全てに○)							包括実務経験年数(年)	包括的支援業務※1	介護予防ケアマネジメント※2
			社会福祉士	保健師	看護師	主任介護支援専門員	介護支援専門員	精神保健福祉士	介護福祉士			
1	常	40	○			○		○		11	○	○
2	常	40	○			○	○		○	10	○	○
3	常	40	○				○	○		7	○	○
4	常	40			○		○			5	○	○
5	常	40	○				○	○	○	15	○	○
6	常	40		○	○					6	○	○
7	常	40	○							3	○	○
8	非	28					○			4		○
9												
10												

その他の資格 … No.8 柔道整復師

その他の資格 … No.7 柔道整復師

2 事業内容

年間計画表

項目	内容	人数・数量 など	取組活動の経過(月)														
			4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
地域ケア 個別会議	計画 課題となっているケースについて、地域住民や専門職等が集まり、情報の共有や支援方法の検討を行う。	2回	←-----→				←-----→										
							①							②			
													①				
見守り ネットワーク 地区連絡会	計画 第1回目の開催で前年度の実績報告を行う。各回ともにテーマや事例を通し、情報や意見交換を行う。対面開催を基本とするが、感染状況に応じ、書面開催も検討する。	2回 参加者 50人 (延べ)	準備	←	→				準備	←	→						
			開催			①						開催		②			
			報告				①								②		
広報誌 「笑顔の浅草」 の発行	計画 各関係機関や区民の来所される場、民生委員等に配付し、情報提供や地域包括支援センターの周知に努める。	2回 各500部		←	→							←	→				
				①									②				
街づくり 懇談会	計画 街づくりに繋がることを意識し、住民及び関連機関から地域の実情を知り、共通の課題等についての意見発表を行う場とする。新型コロナウイルス感染防止対策として、1回の参加人数を制限し、同じテーマで2回の開催とする。対面開催を基本とするが、感染状況によっては他の開催方法を検討する。	1回 参加者 50人 (延べ)						←	→	←	→						
									①		②						

《ケアマネジャー支援》

項目	内容	人数・数量 など	取組活動の経過(月)														
			4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
ケアマネジャー の集い	計画 新型コロナウイルス感染対策を行い、感染状況を踏まえ開催方法を検討する。事例検討会・情報交換会・勉強会等を実施し、地域のケアマネジャーの資質向上と横のつながりを図る。		←-----→				←-----→										
				①										③			
					←	→						←	→				
					合同		②					合同			④		
ケアマネジャー への支援	計画 主任介護支援専門員連絡会にて、介護支援専門員から地域包括支援センターに寄せられた相談内容の整理・分類方法・シートの作成等を検討する。		←-----→														

《認知症地域支援推進事業》

項目	内容	人数・数量 など	取組活動の経過(月)												
			4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
認知症カフェ (喫茶YOU)	【台東病院・みのわ地域包括支援センター】 認知症に関する知識や様々な情報提供・啓 発や認知症当事者や家族介護者の交流を 目的とし、台東病院・みのわ地域包括支援 センターと連携して広く住民にPRを行い、住民 が気軽に立ち寄れるよう開催する。	6回 60人 (延べ)		①		②		③		④		⑤		⑥	
認知症 サポーター 養成講座	町会、地域のマンションや企業等に講座開 催の働きかけ、新型コロナウイルス感染対策 を行いながら対面での開催を目指す。開催 に至らない場合も、認知症に関する情報発 信、啓発活動を行い、ミニ講座なども積極的 に行っていく。	2回 40人 (延べ)			①							②			
認知症初期集中 支援推進事業	事業の構成メンバーとして、対象者の把握か ら初期集中支援の実施を通し、適切な支援 につなげる。	1ケース 以上						①							
介護者サロン (ほのぼのの集い)	在宅介護をされている方や介護経験者が交 流を持ち、体験や思いを分かち合い、相互 の支え合いを支援するためのサロンを新型コ ロナウイルス感染防止対策を行った上で開催 する。する。	12回 60人 (延べ)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫

ケアマネジメントセンターあさくさ(居宅介護支援事業)

中長期計画(ケアマネジメントセンター)令和5~7年度

1. ケアマネジメント能力の向上

- ・主任介護支援専門員資格取得の支援を積極的におこないます。
- ・各様々な研修の情報を収集し積極的に研修参加をおこない質の高いケアマネジメントにつなげていきます。参加した研修については事業所内で伝達研修をおこない、情報共有をおこないます。
- ・事業所内での事例検討会、社会資源研究、各種制度勉強会を週1回開催し質の高い公正中立なケアプランの作成に活かしていきます。

2. 医療機関とのネットワークの強化

- ・地域の医療機関との連携を密にして在宅から医療機関、医療機関から在宅への移行をスムーズにおこないます。入院中の経過を把握し退院時カンファレンスに積極的に参加し、在宅生活への移行をスムーズに行います。

3. 困難ケースへの対応と地域ネットワークの構築

- ・サービス拒否、重度の認知症、虐待、ターミナルケア等、比較的困難と思われるケースを積極的に受けていきます。介護保険事業所、地域の様々な機関との連携・協力を通してマネジメントの幅を広げていきます。

4. 健全な経営を目指します。

- ・ケアプランの質の維持、ご利用者、ご家族との適切な面接の時間を確保しつつ健全な経営が継続できるように、ケアプランの件数を管理していきます。
- 事業所としてケアプラン作成月平均160件を限度にしていきます。

運営方針

地域包括支援センターに併設した事業所として、公正中立な居宅介護支援事業を展開していきます。地域に展開されるケアマネジメントの、質の向上につながるような模範的な介護予防ケアマネジメントおよび介護給付ケアマネジメントを実践していきます。

運営の柱

(1) 個人の尊厳を守るケアマネジメントの実施

質の高いケアマネジメントを実施するために、ケアマネジャーの知識を高め、技術向上を図りながら、運営していきます。

困難ケースのケアマネジメントについても積極的に実施していきます。

地域包括支援センターをはじめとする関係機関と積極的な連携をして、ご利用者のニーズに、適切かつ迅速に対応いたします。

(2) 主任介護支援専門員の配置

主任介護支援専門員を配置し、ケアプランの作成やその技術指導、相談及び助言を実施することで、事業所全体のケアマネジメント技術の向上を目指します。また、主任介護支援専門員が配置され、指導体制が整っているため、介護支援専門員実務研修の実習生受入事業所として、都に登録をしています。

(3) ケアマネジメント能力の向上

ケアマネジャーの能力向上を目的として、研修や資格取得については、事業所として積極的に支援していきます。

(4) 要介護認定調査の実施

積極的に要介護認定調査を受託し、地域に暮らす高齢者の実態把握につなげていきます。

(5) 客観的事業評価

事業団が行う居宅介護支援事業について、アンケート調査等によるニーズ調査および有識者等による客観的な事業評価を行い、改善に役立てていきます。

事業内容

(1) 介護給付ケアマネジメント、介護予防ケアマネジメントの実施

① 個人の尊厳を守るサービスの実施

人権尊重を基本とするケアマネジメントを実施するため、ご利用者の権利についてケアマネジャー（介護支援専門員）が熟知し、最大限にその意思を尊重したケアプラン作成とサービスコーディネートを行います。

② 個人情報保護規程の遵守

法人の定める個人情報保護規程にしたがった業務遂行を徹底するために、この事業におけるデータベース、個別記録ファイルの管理、情報開示に関する取り扱い等について担当職員が熟知し対応いたします。

③ 法令遵守の徹底

ケアマネジャー（介護支援専門員）各自は進行管理表を用いて、毎月業務の進行管理を行います。報酬請求の前には必ずこの進行管理表による相互点検を行い、担当ケアマネジャー及び点検者の署名を行います。

④ サービス担当者会議、ケアカンファレンスの開催

ご利用者のニーズに適合したチームケアを実現するため、サービス担当者会議を適切に開催してまいります。また、事業所内のケアカンファレンスを効果的に実施し、認知症高齢者や虐待の疑いのある高齢者等の困難ケースへの対応も的確に行います。

特に緊急を要するような利用者やご家族の状況の場合、併設する、地域包括支援センター・訪問介護・通所介護・短期入所生活介護などの協力を得ながら、解決方法を検討します。

⑤ 効率的でバランスのとれた経営

ケアマネジャーは適切な件数を目標設定し、着実に実績管理をしていきます。

新規認定調査の指定法人として、公正な調査を効率よく実施できるようにします。具体的には、介護保険利用の丁寧な説明や困難ケースの調整などを積極的におこない、区介護保険課への報告や場合によっては本人に同意をとり地域包括支援センターに情報提供をおこないます。また、年間の事業目標及び毎月目標件数を設定して実績管理をしていきます。

職員の技量向上等

(1) スーパービジョン体制と職員研修の実施

① スーパービジョンの実施による個別の職員及びチームの力量向上

ご利用者の生活上の困難に共感を持って向き合うためには、ケアマネジャー一人ひとりに適切な価値判断が求められ、そのためには専門的相談援助技術の体系的な基盤の構築が求められます。スーパーバイザーとバイザーが、相互にこの基盤を確認した上で、具体的な課題についての対応を可能にする成長を目指した取組みをします。

② 研修参加による必要な知識の確保や技術水準の向上

東京都介護支援専門員現任研修の受講を計画的に行います。また認知症ケアやケアマネジメントに関する具体的な講習に参加し、必要な情報の確保に努めます。

(2) 確実な実績管理と業務改善による効率化の達成

ケアマネジメントと介護認定調査の二つの事業を安定して運営していくために、個人別実績表を活用して実績管理をしていきます。

また個々のケアマネジャーが効率的に業務を実施するために、個人とチームの課題についての個別申告表を活用して、組織的な業務改善の取組みをしていきます。

(3) 客観的事業評価

① アンケート調査等の実施

ご利用者ご家族へのアンケート調査等によるニーズ調査および有識者等による客観的な事業評価を行い、改善に役立てていきます。

② 事故・苦情に関する分析

ヒヤリハットを含めて事故や苦情について、積極的に取組みます。ご利用者ご家族に誠実に対応するとともに、的確に情報を収集し状況を分析し、原因を究明し再発防止やサービス改善を達成できるように努めます。

あさくさ高齢者在宅サービスセンター(認知症対応型通所介護)

中長期計画(令和5~7年度)

1. 送迎業務についての具体的提案

- ・ワゴン車等の車両を利用ニーズに応じて使い分け、希望時間に応じていけるよう調整し運行します。
- ・認知症対応型デイサービスの送迎は、介護職1名が添乗する。迎えから帰宅まで介護に係る職員が添乗することで、安心してデイサービスを利用できる環境を整えていきます。

2. 医療を必要とする高齢者への緊急対応についての具体的提案

- ・緊急時の対応について、サービス開始前に家族・ケアマネジャーと情報を確認し、いざという時に速やかに対応できるように家族・主治医・看護師が緊急対応の中心となるが、送迎中のことも考えられるため、マニュアルを整備し定期的に見直し、運転手や添乗員の訓練を計画実施します。

3. 認知症高齢者への対応についての具体的提案

- ・パーソンセンタードケアを目標に掲げ、その人らしさを尊重した過ごし方をお手伝いし、より家庭的な環境を演出する。調理、お茶入れ、洗い物、洗濯物たたみ、散歩などを自然に取り入れていきます。
- ・認知症対応型デイサービスの職員は、通常の家庭生活の中で着ている服を着用する。室内装飾は各家庭で使われている物にしていきます。
- ・その方の能力を把握し、何ができるのかをよく理解し、興味・関心を探ることで、ケアの場面で相手の言いたいこと(明確な言葉にならない)を十分に聴き、気持ちを支えるよう対応していきます。

4. 家族との連携、交流についての具体的提案

- ・「連絡ノート」によって利用都度のサービス実施報告と家族からの情報提供を受けます。
- ・デイサービス、ショートステイを利用する家族の集い「ほのぼのの集い」を定例開催し、各種情報提供と体操教室による健康づくり支援、家族同士の相互交流を図っていきます。
- ・施設内の全サービスの相談員チームで、家族、ケアマネジャー、他関係機関との交流会や研修会等のプログラムを企画して、ネットワークを構築していきます。

運営方針

認知症対応型通所介護は地域密着型サービスとして、住み慣れた自宅や地域での生活を継続できるようにするため、認知症ケアの質と量の充実を図り、地域に開かれた良質なサービスの提供を確保していきます。

サービス提供にあたっては「パーソンセンタードケア(その人を中心としたケア)」を目標に掲げ、「主役は本人」であり「利用者中心」の「その人らしさ」を保った生活を送れるような援助を心がけていきます。

また、地域包括支援センター、住宅介護支援事業者その他保険・医療・福祉サービス提供者との密接な連携を図っていきます。

2 事業内容

職員配置

管理者	生活相談員	看護師	介護職(常)	介護職(準)	アルバイト
1名	3名(兼)	1名(再)	2名(兼)	2名	2名

※内介護福祉士6名

重点課題

1・送迎業務についての具体的提案
2・医療を必要とする高齢者への緊急対応についての具体的提案
3・認知症高齢者への対応についての具体的提案
4・家族との連携、交流についての具体的提案

目 標

- 1・地域における認知症ケアの要としての機能
- 2・地域福祉機能の充実
- 3・事業団らしさの発揮

具 体 策

① サービス提供の考え方

- ・最新の認知症ケア手法を積極的に取り入れ、チーム全体で共有した上でケアをしていきます。
- ・サービスを生活の一部と位置づけ、自宅との継続性を大切にされたケアを実践していきます。
- ・サービスは、家庭の中で着ている普段着(私服)に近いユニホームでサービスを提供していきます。
- ・室内装飾・調度品は、馴染みのある物を用い、環境から落ち着いた雰囲気を作り出していきます。
- ・個々の有する能力を把握し、興味・関心・自身でできることを探りケアを提供していきます。
- ・伝えたいこと(言葉にならない声)を十分に聴き、気持ちを支えるケアを提供していきます。

② ケア

- ・移動中も快適に過ごしていただくため車内も落ち着いた雰囲気を作っていきます。(車内装飾や音楽を流す等)
- ・入浴は、有する能力と希望を加味し、最適な方法で提供しています。
- ・提供時間内に発生する個々の要求を、自然に受け入れた活動としていきます。(調理・洗い物・洗濯たたみ・散歩など)

③ 医療を必要とする利用者への対応

- ・サービス開始前に家族・ケアマネジャーと情報を共有し、緊急時に速やかに対応できるように家族・主治医・病院との連携方法を明確にしていきます。

④ 家族との連携、交流

- ・「連絡ノート」を活用することで、ご家族・介護者と過去・現在・未来について、相互の情報を共有しケアの充実を図ります。
- ・デイサービス、ショートステイを利用する、各種情報提供者と家族同士の相互交流を支援します。
- ・施設内の全サービスの相談員チームで、家族、ケアマネジャー、他関係機関との交流会や研修会等のプログラムを企画して、ネットワークを構築していきます。
- ・併設する短期入所と連携して、家族間交流の機会をもうけるなど、在宅生活を積極的に支援します。

⑤ その他

- ・ホームページや広報誌を活用し、利用者・家族・ケアマネジャーに対するリアルタイムでの情報提供をしていきます
- ・地域における認知症ケアの牽引役としての機能を発揮していきます。
- ・相談員、送迎担当それぞれが携帯電話を持ち、ご家族・ケアマネジャー・他の介護事業者間の連絡等の迅速な対応を行います。
- ・最新のコンピュータシステムを駆使し、効率的な事務処理のもと、直接ケア時間を創出しケアの充実を図ります。

あさくさホームヘルプステーション(訪問介護事業)

中長期計画(ホームヘルプステーション)令和5~7年度

1. 登録型ホームヘルパーの確保、育成、定着を図る

- ・必要な人員を計画的に募集、採用し円滑にサービスが提供できる体制を維持していきます。

2. チームケアの充実

- ・日常生活動作の低下を予防できるように、ケアマネジャー、医師、薬剤師、リハビリテーション職員等関係者との情報交換を密にし、ホームヘルパーの視点から具体的で効果的なサービスを提案できるようにしていきます。

3. 健全経営を目指します。

- ・自立的な経営ができるように、目標管理をおこないます。
利用率90%以上。月間稼働時間 1,100時間~1,200時間

サービス実施方針(運営方針)

事業団が実施する訪問介護は、地域ニーズ(特に土・日)によるホームヘルプサービスの供給量低下が懸念されていることから、稼働時間の増加を図り、必要な方に必要なサービスを提供できるよう事業体制を整備していきます。また、困難ケースの援助など模範的なサービスの提供を目指し、台東区全体のホームヘルプサービス向上のけん引役となるよう取組んでいきます。

サービス提供にあたっては地域におけるトータルケアという観点から、保健・福祉・医療各分野の関係諸機関との連携によるチームケアを実現していきます。

総合事業(訪問型サービス)では、自力で家事等を行うことが困難な場合であって、家族や地域による支え合いや他の福祉施策などの代替サービスが利用できない場合について、適切なケアマネジメントに基づきサービスを提供します。サービスの提供にあたっては「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善の可能性の高い」利用者の状態に即した自立支援の観点から、地域包括支援センター等の関係各機関と連携を図り利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行い、利用者ができる生活行為を増やしていき、日常生活の自立の可能性を最大限引き出せるよう援助していきます。

運営の柱

(1) 透明性、信頼性が確保された質の高いサービス

- ① サービス提供責任者による訪問面接を中心に、顧客ニーズの把握と適切な情報提供に努め、より質の高い訪問介護計画を作成していきます。
- ② チーム運営方式として展開してきた実績をもとに、サービス提供責任者のリーダーシップとヘルパー間のチームワークによるサービス提供を行っていきます。

(2) 人材育成

- ①ヘルパーとして必要な法令の知識の習得、倫理観の習得を定例の研修会で学び実践していきます。
- ②カンファレンスを通じて、新人ヘルパーに個別援助とサービス提供方法の教育を行います。
- ③高齢者介護のノウハウが集積している特養での現場実習、救急救命講習、援助困難事例等への対応訓練などの研修を計画的に実施し、個々のヘルパーの技能を向上させていきます。

(3) 効率的な運営

- ①採算性を確保した効率的運営を実施していくため、経営分析による管理を実施していきます。
- ②サービス管理システムの構築
サービス提供責任者のリーダーシップのもと、より適切で効率的なサービス管理システムの構築をしていきます。

(4) 他部門との協働の在り方の検討

他部門との協働関係の在り方について検討します。

- ①ターミナルケア支援に関すること
- ②自立支援、リハビリテーションに関すること
- ③認知症高齢者の尊厳を守るケアに関すること
- ④医療行為に関すること

(5) リスクマネジメントの実践

事故防止および事故発生時の対応を徹底するため、以下の課題に取り組んでいきます。

- ①事故報告書、統計作成と対策分析
- ②「ヒヤリ・ハット」報告の実施と事故防止マニュアルの作成
- ③業務（作業）手順のマニュアル化の促進
- ④安全管理及び衛生管理のための取り組みの実施
(緊急時対応マニュアル、感染予防・防止マニュアルの周知)

(6) 苦情解決体制の確立と案内

苦情に対し迅速かつ誠実に対応していくため、苦情解決の流れを徹底するとともに、アンケート調査等を活用し業務改善に取り組んでいきます。

(7) 自己評価および第三者による事業評価、意見収集等

- ①自己評価および第三者評価
事業者自己評価の定期実施を行い、「介護サービス情報の公表制度」・「福祉サービス第三者評価事業」に積極的に取り組み、改善に役立てていきます。
- ②年1回以上アンケート調査（「顧客満足調査」）を実施し、改善に役立てていきます。
- ③ホームページの活用など区民に分かりやすく適切な情報提供・情報開示に積極的に取り組みます。

2 事業内容

(8) ケアマネジャー、かかりつけ医等との連携

ケアマネジャー、関係諸機関等との連携を強化し積極的に困難ケースに対応していくなど、区の規範となるような事業を展開していきます。

- ①サービス担当者会議への参加
- ②施設内合同カンファレンスの恒常設置
- ③困難ケースに対する地域包括支援センター及び区との連携

事業内容

(1) サービスを提供する対象地域

浅草、東浅草、西浅草、花川戸、今戸、千束、松が谷、北上野、東上野、入谷、根岸1～3丁目、下谷1～2丁目

(2) サービス概要

	概 要
身体介護	①食事介助 ②入浴介助 ③排泄介助 ④清拭介助 ⑤体位交換 ⑥通院介助 ⑦その他（ニーズに沿った身体介護の提供）
生活援助	①買物援助 ②調理援助 ③清掃援助 ④洗濯援助 ⑤その他（ニーズに沿った生活支援の提供）
介護相談	介護方法の指導や介護上の悩みごと等の相談に応じます。
日常生活支援 総合事業第1号 訪問事業	自立支援の観点から、地域包括支援センター等の関係各機関と連携を図り、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行い、利用者ができる生活行為を増やしていき、日常生活の自立の可能性を最大限引き出せるよう援助していきます。
産前産後支援	妊産婦や乳児を介助する人がいない家庭にヘルパーを派遣して、子育てのお手伝いを行います。
養育支援	子どもの育児、養育に困っていて、支援が必要なご家庭に対し、子どものより良い育ちを確保するお手伝いをします。
ひとり親家庭 ホームヘルプサービス	ひとり親家庭の親または子が、一時的な病気などでお困りの時に、育児や家事を援助するためのサービスを提供します。
子育て家庭家事援助 (ファミリー・サポート)	社会福祉協議会より子育て家庭家事援助利用券の交付を受けたご家庭にヘルパーを派遣し、家事援助のお手伝いを行います。
高齢者住宅生活 援助員(LSA)	台東区より平成30年4月から受託したサービスです。高齢者住宅生活援助員(LSA)は高齢者住宅である「シルバーピア」に3時間滞在し、安否確認や高齢者の生活についての相談、関係機関との橋渡しをおこない、自立した生活を支援します。シルバーピア浅草、シルバーピア金竜、シルバーピア蔵前の3棟を担当します。

(3) 介護保険外サービス

訪問介護事業を実施する中で、介護保険法サービスだけでは、十分に対応できない部分や、制度上、介護保険サービスが利用できない利用者に対して、介護保険外サービスを提供し、総合的かつ一体的なサービスができるよう介護保険外サービスを実施していきます。

特別養護老人ホーム浅草

- 介護老人福祉施設 定員 69名
- 短期入所生活介護（ショートステイ） 定員 3名

中長期計画(令和5～7年度)

1. 人材育成(全事業共通)

浅草職員研修プログラムと個別研修計画により、研修体系を明確化し、職員の知識、技術、倫理の向上をはかり、より専門性の高い援助を提供します。

スーパービジョンの意義と価値を共有して、スーパーバイザー、スーパーバイジー関係の確立をしていきます。



施設長	係長のスーパーバイザー、スーパービジョン研修等の指導を担当
特養係長	主任職員のスーパーバイザー、課題解決におけるスーパービジョン
看護係長	主任看護師のスーパーバイザー、問題解決におけるスーパービジョン
主任介護士	フロアリーダー・実習生のスーパービジョン
主任看護師	看護師のスーパーバイザー
リーダー	担当フロア職員のスーパーバイザー

5年度	6年度	7年度
充実 段位制度活用	推進 段位制度活用	推進 段位制度活用

2. 事務改革(全事業共通)

介護報酬請求、介護、看護日誌システムの統合により利用者台帳をセクション間で共有化し、事務効率を改善します。

5年度	6年度	7年度
充実 見える化、PDCAサイクルの整備	推進 科学的介護の実現	推進 科学的介護の実現

3. 事業改革

寄り添うケア(生活モデル)、口腔ケア、ソフト食の提供を引き続き充実し、ニーズに応える、より質の高いサービスを提供していきます。

また、重度の要介護、認知症の方に対し、在宅生活を継続できるよう、ショートステイの活用を提案していきます。

5年度	6年度	7年度
充実 認知症高齢者への環境支援	推進 医療ニーズ対応の強化	推進 地域に開かれた個人生活の支援

ショートステイをより利用しやすいものに改善していくため、定期利用の枠を作り、予約方法の改善を行うとともに空床情報についてFAX等で情報提供を行う。

	5年度	6年度	7年度
ショートステイ利用方法改善	推進	推進	推進

4. 収支改革

入院者の空きベッドをショートステイの希望のある方に活用し、利用率の向上を図ります。

5年度	6年度	7年度
96%	96%	96 %

運営方針・運営の柱**【特別養護老人ホーム】**

事業団が運営する特別養護老人ホームは、地域包括ケアシステムの担い手として、住み慣れた台東区で安心して暮らし続けられるよう、一人ひとりの個性や価値観を尊重した援助を行い、地域の一員として社会参加が図れるように努めます。

入居者及び待機者の重度化と、経管栄養や痰吸引等医療行為を必要とする方が増えてくることが予想されます。配置医や歯科医等、他職種連携強化を図り、要介護者を支える施設としての機能を高めていきます。

従来型施設においても、個別援助が求められています。従来型であっても家庭的な雰囲気でもセミプライベート空間をつくり、「寄り添うケア（生活モデル）」を実践していきます。そして、一人ひとりの個性や希望が最大限尊重される個別援助を追求していきます。

【短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護】

短期入所生活介護については、在宅生活の継続性という観点から介護者の負担軽減及び機能の維持・向上を目的として、リハビリ等施設機能を活用した支援をしていきます。また、ご家族が急に介護困難になった場合や、虐待等のケースへの対応強化が求められています。各施設では「地域福祉の拠点となり、住み慣れた台東区で安心して暮らし続けられるよう援助する」という観点から、緊急対応の強化に取り組んでいきます。

(1) パーソン・センタード・ケア

日本社会事業大学福祉援助学科の下垣光准教授を講師に、定期的な研修会を開催し、特養浅草の認知症介護への取り組みに対する指導・助言もいただきながら、パーソン・センタード・ケアに取り組んでいます。

より具体的に進展させるため、まず基本的な環境整備の実施と「ライフレビューブック」の活用におきます。高齢者の肯定的な側面を理解して生活史を知ることにより、一人ひとりのその人らしさの理解を深めて、より専門的な個別ケアの実現を目指します。（参考文献：ライフレビューブック 高齢者の語りの本づくり）

(2) 希望、意思の尊重

権利擁護という観点から、個人の希望や意思が最大限尊重されるよう取り組んでいきます。意思能力の乏しい方については、成年後見制度の活用に取り組んでいきます。

(3) 生活の質の向上

「生活の質の向上」という観点から、食事・入浴・排泄等の基本的援助のあり方について、根本から見直し、改善していきます。また、メリハリのある生活となるよう、運動や外出、余暇の機会を援助していきます。令和3年度の改修工事より、居室の各個人に家具が整備され、入居者のプライバシー確保がより充実されています。

(4) 看取りケアの支援

特別養護老人ホームが、「ついの住処(すみか)」となる方もいらっしゃるとの観点に立ち、看取りケアについて、「看取りケアの指針」・「医療ニーズのガイドライン」をもとに、ご利用者・ご家族、配置医、協力医療機関等と施設が連携して取り組んでいきます。

(5) 自己評価および第三者による事業評価、意見収集等

- ① 「介護相談員」によるアドボカシー(代弁)機能を、施設運営の改善に役立てていきます。
- ② 「福祉サービス第三者評価事業」に積極的に取り組みます。また、毎年自己評価を実施し、第三者評価と比較考慮しつつ改善に役立てていきます。
- ③ 年1回以上アンケート調査(「顧客満足調査」)を実施し、改善に役立てていきます。

(6) 地域に開かれた施設運営

- ① 透明性を高く保ち、適切な情報提供・情報開示に取り組めます。
- ② 地域や児童・生徒との交流の場づくりを含め、地域行事に積極的に参加・協力していきます。
- ③ 全職員が接遇・マナーの向上に努め、明るくさわやかな施設づくりに努めます。
- ④ ボランティアの積極的な受け入れと育成を図ります。
- ⑤ 実習生の受け入れとともに、台東区内の中学生・高校生の職場体験の場として提供する等、地域の福祉人材育成に努めます。

(7) 効率的な運営

- ① 重度化に対応しつつ業務改善を行い、効率の良い人員配置を迫及していきます。
- ② 経営分析により具体的な数値目標を立てて経営改善に取り組んでいきます。
- ③ 入院者の空きベッドをショートステイに活用し、経営効率の向上を図ります。

食事・栄養ケアマネジメント

ご利用者にとって食事は大きな楽しみであり、健康上の大切な要素です。おいしく、楽しく安全に食事ができるように努めるとともに、栄養的・嗜好的に十分配慮された献立を作成します。

ご利用者にはゆとりを持って食事していただけるように、ご本人に合わせた食事時間の提供に取り組んでいます。

また食の安全に配慮して、基本的に国産の食材(外国産も安全性を吟味した物)を継続して提供していきます。

(1) 食事時間

朝食	7:30 ~ 9:30
昼食	12:00 ~ 14:00
夕食	18:00 ~ 20:00
おやつ	15:00 ~

(2) 食 種

主食	米飯・粥(全・7分・5分・3分・おもゆ・ミキサー)・パン類(パン粥)・麺類
副食	普通食(普通食・一口食)・ソフト食(ソフト食・なめらか食)・ミキサー食
特別食	医師の指示により随時対応(減塩食・貧血食・カロリー制限食・経管栄養食等)

2 事業内容

(3) 行事食

献立の中に季節感を持たせるほか、各地の郷土料理等を取り入れ、食生活を多彩にします。
※季節行事には、季節を感じられる「ランチョンマット」をつけて提供しています。

(4) 栄養管理・嗜好調査等

栄養マネジメント	ご利用者個々の状態と希望に沿った食事・栄養のマネジメントサービスで、17年10月よりスタートしていますが更に洗練していきます。
食事懇談会	2ヶ月に1回、食事の嗜好や希望等について入居者と直接話し合い、その結果を献立に反映させます。また、直接お話を聞けない入居者に対しても、個別に嗜好等が把握できるよう話し合いの場を持ちます。
栄養アドバイス	食事懇談会や日常の食事時間を通じて随時行います。 (例：塩分について、食中毒について)
お楽しみ昼食	月1回日曜日の昼食に工夫を凝らした食事の提供を行います。また、年に2回の割合で選択食を提供していきます。
食事話し合い	月1回入居者にとっておいしく楽しい食事が提供できるように各セクションと連携を取り栄養士と介護士が中心となり、話し合いを進めていきます。

(5) 提供している食形態:3カテゴリー5分割

① 普通食（常食）

- ア) 普通食（常食）：何も手を加えない職員の食べるものと同じ状態。
- イ) 一口食：普通食にひと手間加え、一口大に切り分けた状態。

② ソフト食

- ア) ソフト食：圧力釜等で、舌で押しつぶせる程度の硬さや、卵や芋類等の食材をつなぎとして使用し合わせ飲み込みやすい状態にしたもの。
- イ) なめらか食：ミキサーにかけた食材を、ゼラチン等で固めた状態。

③ ミキサー食

食材をミキサーにかけた状態。

④ その他

ご利用者の状態に合わせて、高栄養のゼリー食も対応します。

(6) 誤嚥予防、嚥下機能に障害のある方への取り組み

「口腔ケア」が誤嚥性肺炎の予防、口腔機能向上による低栄養の改善や、咀嚼運動の脳中枢への刺激効果など、高齢者にとって重要であることが近年認識されています。

摂食・嚥下機能に障害がある利用者の方々には、ソフト食を積極的に提供しています。そして歯科医師と歯科衛生士の口腔ケアチームと施設の多職種が参加する口腔ケアカンファレンスで、毎月食形態の見直しをしています。また、歯科医師の研修を受け入れる等、協力関係を築き、入居者の健康維持と向上につながるよう努力しています。

排 泄

【個別援助、尊厳を守る視点の重視】

一人ひとりの状態を把握して、それに沿ったきめ細かい対応により自立を目指す介助を行います。そして、プライバシーを守り、ご利用者のお気持ちに細かく配慮した援助を行います。また、必要のある方々にはその方に合った用具やオムツ等の提供を行います。

入 浴

(1) 個別援助入浴の推進

身体の清潔保持と体調変化(皮膚疾患等)の早期発見に努めます。

快適さと安全面、プライバシーに気を配った個別援助入浴に取り組んでいきます。

(2) 雰囲気づくり

“季節の湯”（5月菖蒲湯・12月ゆず湯）など、楽しくくつろげる入浴を提供します。

(3) フットケア、足浴

足指・つめの異常、疾病、四肢の循環不全等の改善を目的に行います。

	月	火	水	木	金	土	日
午前	機械浴 個浴 短期入所	機械浴 個浴 短期入所	機械浴 個浴 短期入所	機械浴 個浴 短期入所	機械浴 個浴 短期入所	機械浴 個浴 短期入所	機械浴 個浴 短期入所
午後	個浴 機械浴 短期入所	個浴 機械浴 短期入所	個浴 機械浴 短期入所	個浴 機械浴 短期入所	個浴 機械浴 短期入所	個浴 機械浴 短期入所	個浴 機械浴 短期入所

整 容

清潔な服装、生活場面に合わせた着替えの援助を行い、社会生活の継続性を大切にしていきます。理髪サービスに加えてボランティア美容師によるカットの機会をお作りし、生活に張り潤いができるようにしていきます。

◎モーニングケアだけではなく、適宜整髪を行います。

◎ひげそり・つめきりなどは、入浴時やおやつ後の時間を利用して行います。

◎衣類だけではなく、靴や車椅子等の清潔保持にも心掛けて行きます。

機能訓練・補装具・日常生活用具

非常勤の理学療法士が、個々のニーズに合った機能回復及び機能維持の運動を援助します。また生活の質を高め、自立的な生活がおくれるよう、個々の状態に合わせた補装具・自助具・日常生活用具について、リハビリ担当と療法士を中心に検討し、導入あるいは提案していきます。

また、短期入所生活介護（ショートステイ）をご利用の方にも機能訓練を行います。

2 事業内容

(1) 訓練内容

- (ア) ゲームやグループ体操により拘縮予防をはじめ、身体機能や体力の維持を図ります。
- (イ) 移動の困難な方には、ベッドサイドにて機能訓練を実施します。
- (ウ) 趣味や楽しみを生かし、生活意欲・行動意欲の維持を図ります。
- (エ) 適切な介護機器・福祉機器の選択とアドバイスをを行い、自立的な生活の維持を図ります。また、安楽な生活がおくれるよう援助します。
- (オ) 医師よりリハビリ指示書が出された場合は、指示書に基づき、評価及び訓練を行い、経過を記録していきます。
- (カ) 適切で安全な介護が行えるよう、職員に対してアドバイス・研修を行い、事故の予防に役立てます。そして職員の腰痛予防対策としても機能させます。

(2) 週間スケジュール(予定)

	月	火	水	木	金	土	日
作業療法士(OT)		午前					

健康管理

健やかで安心して生活できるよう一人ひとりの健康状態に留意し、疾病の早期発見に努め、疾病等にかかった場合は適切な治療が受けられるように援助を行います。

また、利用者の重度化に伴う医療ニーズに対応するため「医療ニーズの高い入居者の受け入れのためのガイドライン」の下、配置医や協力病院との連携をさらに強化していきます。

介護福祉士が、たん吸引を行える「認定特定行為業務従事者認定証」を取得し、医療ニーズの高い方の受け入れ体制を整えます。

(1) 疾病の予防・異常の早期発見・健康維持増進援助

①居室訪問

全室を訪問し、顔を見て心身の状態把握に努めます。

②食事・排泄・睡眠状態・一般状態・精神状態の把握

毎日の報告、記録物、ケアカンファレンス、フロアミーティング等で情報収集します。

③定期的バイタルチェック

午前・午後に検温、入浴日は血圧測定、酸素飽和度を行います。体重は月1回測定します。その他、異常時は随時行います。

④回診の補助

回診の診療（月～金曜日）時、利用者の健康状態の報告及び諸介助を行うとともに、指示を受け適切な処置を実施します。なお、精神科医については月1回診察を実施します。

⑤記録の充実

処遇向上のためOAによる記録システムの充実とともに経過表、栄養プランシート等の記録物の整理見直しを進めます。

⑥健康診断

健康診断を年1回実施します。診断結果については利用者・家族等にお知らせします。
必要時、精密検査を実施します。

⑦歯科検診

浅草歯科医師会の訪問による歯科検診を年1回実施します。（必要時、歯科受診します）

⑧各職種との情報交換

朝・夕の定時ミーティング時に医療的諸注意・処置に関する各種情報を具体的にわかりやすく提供・交換します。

⑨精神的支援

利用者 と接する時間を多く持つように努め、心の悩みや訴えを理解・受容し、共感的関わりの中で心の支えに努めます。

(2) 医療処置

医師の指示、看護判断により処置を行います。また的確な医療処置ができるよう薬品の常備、衛生材料、医療器具の管理点検を行います。

(3) 医療機関への入院、外来受診時の付き添い

疾病の悪化を防ぎ健康回復のため他職種と連携協力して入院及び外来受診の付き添いを行います。このとき、医療機関に対して情報提供、また看護・介護上の諸注意事項についての情報を得て、疾病の早期治療を援助します。

(4) 入院中の利用者への援助

医療機関及び家族等と密に連絡をとり、利用者の病状把握や入院治療により生じた身体的・精神的負担の軽減に努めます。また、退院後にホームでの生活を円滑に送れるように、病院から受けた情報提供を基に適切な援助方法を提供していきます。

(5) 看取りケア（施設における「看取り」）

「看取りケアの指針」を基に、ご利用者本人やご家族の希望を確認し、できるだけ望ましい生活ができるよう「看取りケア計画書」を作成し実施していきます。ただし、施設における「看取り」には一定の条件や制約があり、ご家族の協力も必須となります。「医療ニーズの高い入居者の受け入れのためのガイドライン」に沿って、最大限の支援が図られるよう配置医、協力病院との連携を強化していきます。

(6) 緊急時の対応

適切な対応ができるよう緊急マニュアル、救急処置手順の整備、施設内教育を実施します。

(7) 感染予防

利用者が安全安心な生活ができるよう感染に対する知識・技術を習得し、危険が及ばないよう援助していくため「感染症予防対策委員会」を18年度に発足いたしました。

感染防止の日常化ため「スタンダード・プリコーション」の周知徹底に取り組んでいます。

(8) 褥瘡予防対策委員会

施設長、特養係長、看護師、介護士、介護支援専門員、管理栄養士、理学療法士、相談員の協働で、褥瘡の予防、早期発見に努め、適切な対応方法について協議しケアにあたります。

2 事業内容

(9) インフォームド・コンセント（情報提供に基づく自己決定優先の原則）

わかりやすく情報提供し、自己決定に基づいた援助をしていきます。

(10) 家族への支援

利用者の生活が安定できるよう日常生活の様子、健康診断の結果や健康状態の変化時の様子等、介護・健康面について家族に情報提供します。また、家族との交流の場へ積極的に参加し、コミュニケーションを図り相互の連携に努めます。

(11) 機能訓練への取り組み

個々の日常生活能力を把握し、リハビリ指示書に基づいた利用者の機能維持・向上の援助に努めます。

(12) 配置医との連携

安楽な生活を安心して暮らすためには福祉・医療・保健の連携が鍵となります。

特別養護老人ホームは、『入院治療を必要としない高齢者で、身体的・精神的な障害により、常時介護を必要とする者で、家族において介護が困難な高齢者を介護する生活施設』です。そして、利用者は加齢により複数の疾病をかかえています。

配置医は在宅におけるホームドクターのような役割を担っています。利用者が安心してホームで暮らすために、看護師・介護士と連携し、日常の健康管理や緊急時の対応にあたっています。

(13) 配置医事務連絡会

ホームと配置医の連携を円滑にし、利用者の健康管理を適切に行うために、随時開催します。構成メンバーは、配置医・施設長・特養係長・特養看護係長・特養生活相談員・主任看護師・その他必要に応じた関係職員とします。

(14) 配置医ならびに協力病院

① 配置医

医師名(敬称略)	所在地	電話番号	回診日	医療機関名
真中 哲之(内科)	花川戸1-13-15 1F	6231-7581	月	浅草ハートクリニック
森 規勝(内科)	浅草5-64-8	3874-5341	火	聖愛クリニック
豊田 隆志(内科)	浅草4-33-7	3872-8617	水	浅草第一診療所
塩川 玄三(内科)	千束1-4-11	3872-0153	木	塩川内科医院
山田 英明(外科)	西浅草3-16-6	5806-3077	金	山田英明下町クリニック
遠藤 眞実(精神科)	上野桜木1-12-12	3822-2201	月1回	土田病院

② 協力病院

名称	所在地	電話番号	診療科目URL参照
永寿病院	東上野2-23-16	3833-8381	https://www.eijuhp.com/
浅草寺病院	浅草2-30-1	3841-3330	https://www.sensoji-h.or.jp/
浅草病院	今戸2-26-15	3876-1711	https://www.asakusa-hp.jp/

③ 協力歯科

名 称	所 在 地	電話番号	診療科目URL参照
日本歯科大学附属病院	千代田区富士見2-3-16	3261-5511	http://dent-hosp.ndu.ac.jp/nduhosp/
ジェイエムビル歯科医院	台東区蔵前2-6-3	5820-6874	https://www.jm-shika.com/

余暇支援

利用者の社会性継続や生活の潤いのために、地域行事への参加や地元の子供たちと交流する機会を積極的に提供していきます。また、一人ひとりの身体の状態や趣味・嗜好の違いを考慮しつつ、余暇を充実して過ごしていただけるよう援助します。

(1) クラブ活動

クラブ名	活 動 日	活 動 時 間	活 動 場 所
歌・体操	月・火・水・木・金・土・日	午前・午後	2F/3F/4F

(2) 個別余暇活動

囲碁や将棋を趣味とする利用者にボランティアを紹介したり、ボランティアと共に植物を育てている利用者がいます。今後も皆さんの趣味活動や楽しい時間を支援していきます。

(3) 行事計画

月	行 事	季 節 行 事	地 域 行 事 参 加
4月	幼稚園児との交流	花 見	ボランティアフェスティバル
5月	幼稚園児との交流	節句・菖蒲湯	三社祭町会神輿訪問
6月	幼稚園児との交流		お富士さんの植木市
7月	隅田川花火大会見学	七 夕	
8月			
9月	幼稚園児との交流 敬老会	月 見	
10月			
11月	幼稚園児との交流		酉の市
12月		クリスマス・ゆず湯	
1月	新年祝賀会	初 詣	
2月	百歳を祝う会	節 分	
3月		ひな祭り	

※感染症の状況により訪問コンサートや「幼稚園児との交流」「地域行事参加」は対応変更になる事があります。

2 事業内容

ご家族との連携

(1) 懇談会の開催

ご利用者やご家族のご意見・ご希望が施設運営により反映できるよう、家族懇談会等の充実をさらに図ります。また、家族会の代表とボランティアの代表と共に、介護相談員に参加をお願いする新しい懇談会「春夏秋冬」の開催(年4回)を行います。その他、施設行事への参加や家族会による家族同士の交流についても積極的に働きかけていきます。

(2) 広報誌「笑顔の浅草」の定期発行

施設の広報紙などを通じて、施設での暮らしの様子についてお知らせしていきます。家族関係の継続を維持していただくために、ご面会・一時帰宅・電話取次ぎ等のご希望には積極的に援助を行なっていきます。また、ホームでの行事予定、お知らせ、寄せられたご意見、介護保険情報なども積極的にお知らせしていきます。

認知症ケア

認知症のパーソンセンタードケアを推進しその人らしさを尊重した過ごし方や、環境を検討し提供していきます。

身体的拘束ゼロ

身体的拘束ゼロを目指してあらゆる代替ケアについて家族と一緒に検討します。厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」版『身体拘束ゼロへの手引き』を遵守します。

※別紙資料「身体的拘束等にかかわる取り扱い」参照

介護サービス計画(ケアプラン)

利用者の希望がケアプランに反映されるように、利用者や家族等のカンファレンスへの参加など、多様な方法によりニーズを把握していきます。また、入居前の生活習慣や家族・友人関係等の継続性を最大限に尊重するなど充実を図っていきます。

- (1) 介護支援専門員が利用者及び家族の希望と、解決すべき課題に基づき、介護士、看護師、栄養士、生活相談員等との連携により原案を作成します。
- (2) 利用者への説明と同意を得ます。
- (3) 自己決定を尊重し、適切な選択が図られるための情報提供に努めます。
- (4) 状況の変化があれば、サービス計画の変更等迅速に対応します。
- (5) 栄養マネジメントについて管理栄養士と協同していきます。

介護支援専門員 (ケアマネジャー)	
2・3・4階	山田 靖子

立替金

個人支払い分（受診料、薬代等々）を施設側で一時的に立替で支払い、月々の施設利用料の請求書に立替金として請求し一緒に引き落とします。なお、立替えた分の領収書は、施設利用料の領収書と共にお渡しします。

※平成20年度より実施

事故防止

- (1) 在宅サービス部門とも協同したリスクマネジメント委員会活動を充実させます。
- (2) 事故については事故報告書を作成し、事故原因や防止策を明らかにするとともに情報の共有を図ります。
- (3) ヒヤリハットレポートの活用を促進します。
- (4) 事故防止に向けた取り組みとして介護上のトレーニング(OJT)を実施します。
- (5) 事故事例を基にした事故防止対策マニュアルを活用して予防に努めます。

短期入所生活介護・予防短期入所生活介護

在宅生活の継続性という観点から、介護者の負担軽減及び残存機能の維持を目的として、施設機能を活用した自立支援を行なっていきます。

- (1) ケアプランにおけるショートステイの役割に沿ったサービス提供

ケアマネジャーとの連携を強化し、利用者のケアプランにおけるショートステイの役割を相互認識し、その役割に沿ったサービス提供を行っていきます。

- (2) サービス利用時の状況報告

ショートステイ利用中の状況を家族やケアマネジャーにフィードバックするなど、継続的な在宅生活の支援を行っていきます。

- (3) 定期利用枠の活用

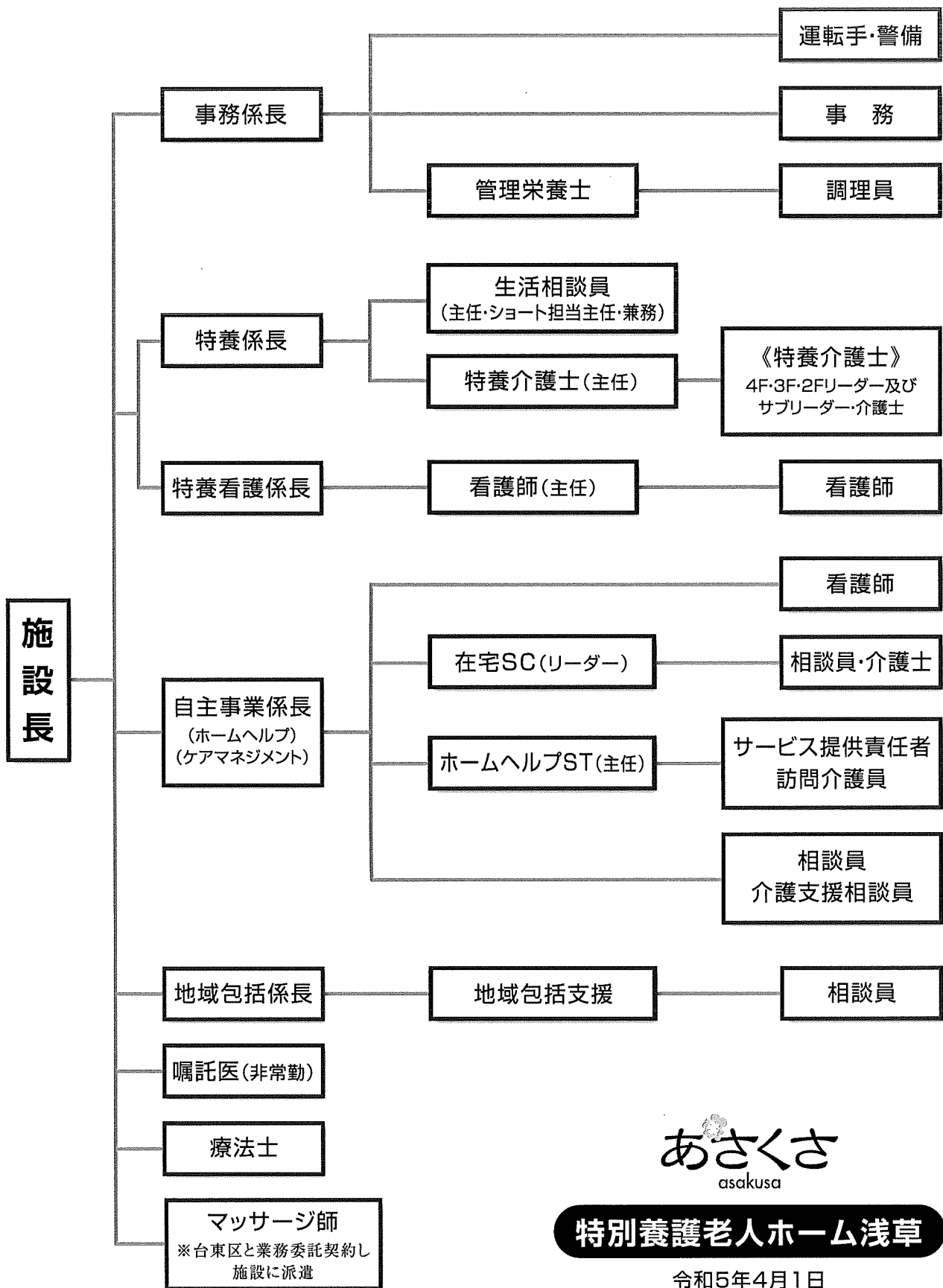
在宅生活を長期間支えられるよう、定期的な利用が出来るよう行なっていきます。

- (4) 利用率の目標

入院等の空きベッドを活用して可能な限り利用ニーズに応えていきます。利用率目標は、定率とせずに、特養入居率97%をするために必要な(空床)補足率の達成とします。

3 組織及び職務分担

組織図



あさくさ
asakusa

特別養護老人ホーム浅草

令和5年4月1日

職種別職務分担概要

職 種	職 務 内 容
事務係長	①事務・施設管理業務の統括に関すること 《事務・施設管理業務》 ・文書管理事務 ・会計・経理事務 ・物品の管理・出納事務 ・施設の管理・保守業務 ・給与・旅費事務 ・職員の福利厚生・健康管理事務 ・防災計画策定・実施 ②人事管理事務(含サービス) ③職員研修事務に関すること ④その他庶務全般
事 務	①事務・施設管理業務に関すること 《事務・施設管理業務》 ・文書管理事務 ・会計・経理事務 ・物品の管理・出納事務 ・施設の管理・保守業務 ・給与・旅費事務 ・職員の福利厚生・健康管理事務 ・防災計画実施 ②人事事務(含サービス) ③その他庶務全般
管理栄養士	①食事調理に関する計画の作成(栄養管理) ②食事調理の指導 ③食材料発注、検収、保管 ④調理員の指導 ⑤記録、日誌類の作成、保管 ⑥担当職務に関する月間実績、統計資料の作成 ⑦食事懇談会を主催すること ⑧その他必要事
特 養 係 長	①特養サービス全般の統括 ②事業計画・事業報告・業務改善に関すること ③関連機関との調整 ④調査資料の作成に関すること ⑤特養・ショートステイの苦情処理に関すること ⑥事故防止に関すること ⑦ボランティアの受け入れおよび養成 ⑧地域(町会等)との協力・調整 ⑨介護報酬請求・利用料請求業務管理 ⑩特別養護老人ホーム職員の研修に関すること ⑪特養職員のスーパービジョンに関すること ⑫社会福祉士実習受け入れ ⑬その他必要な事項

3 組織及び職務分担

職 種	職 務 内 容
<p style="text-align: center;">特 養 生 活 相 談 員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①特養係長の補佐 ②入退居関連業務 ③入居者相談サービス及び家族関連業務 ④立替金管理に関する業務 ⑤関連機関との連絡・調整 ⑥ボランティアの受け入れ ⑦関連機関への届け出・報告・統計・調査資料等の作成 ⑧日常業務全般の調整・連絡 ⑨介護報酬請求及び利用料請求事務 ⑩サービスに関する苦情・意見の窓口 ⑪その他必要事項
<p style="text-align: center;">特 養 短 期 入 所 相 談 員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①短期入所生活介護サービスに関すること ②担当職務に関する月間実績・統計資料の作成 ③関連機関との連絡・調整 ④短期入所生活介護サービス利用者の送迎 ⑤特養・短期利用者の受診時及び入退院時の送迎 ⑥介護報酬請求及び利用料請求事務 ⑦サービスに関する苦情・意見の窓口 ⑧特養相談員の補助 ⑨その他必要事項
<p style="text-align: center;">特 養 看 護 係 長</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①医務サービス全般の統括 ②勤務表の作成・確認及び勤務調整に関すること ③事業計画・事業報告・業務改善に関すること ④関係機関との調整 ⑤調査資料の作成に関すること ⑥特別養護老人ホーム職員の感染症研修に関すること ⑦配置医事務連絡会に関すること ⑧月間実績、統計資料等の作成 ⑨看護師のスーパービジョンに関すること ⑩その他必要事項
<p style="text-align: center;">主 任 看 護 師</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①特養看護係長の補佐 ②医務サービス全体の調整と向上への取り組み ③勤務表の作成及び勤務調整に関すること ④他のセクションとの連絡調整に関すること ⑤医療・感染症予防についての内部講習・指導に関すること ⑥月間実績、統計資料等の作成 ⑦看護師のスーパービジョンに関すること ⑧その他必要事項
<p style="text-align: center;">看 護 師</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①利用者の健康管理・看護に関すること。 ②医師との連絡調整 ③医務室及び薬品、医療機器の管理に関すること ④記録、日誌類の作成保管 ⑤サービス向上への取り組み ⑥入居者の通院・入院時の付き添い ⑦その他必要事項

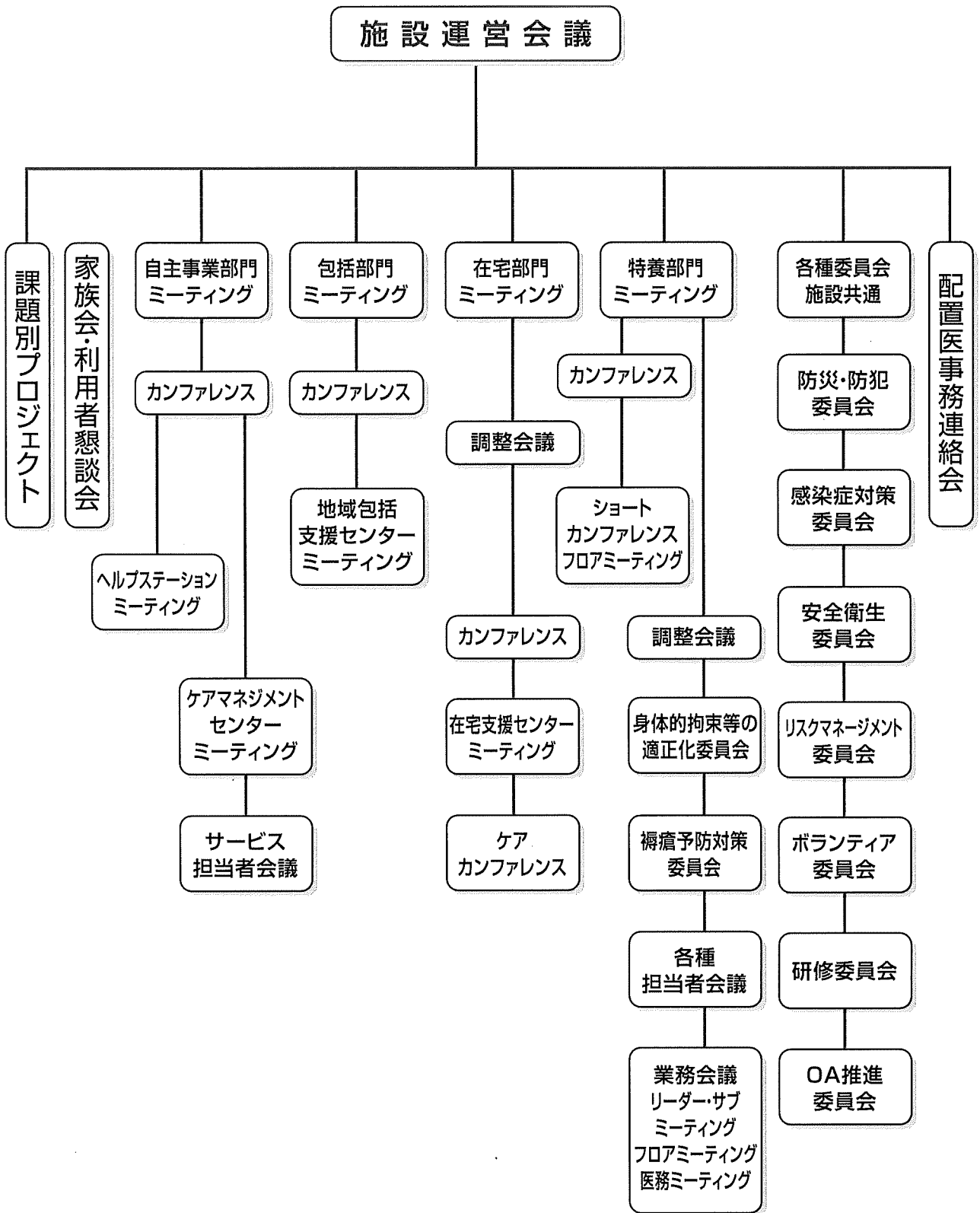
職 種	職 務 内 容
<p>特 養 介護支援専門員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①入所者の希望や個性、生活に合わせた介護計画の作成 ②モニタリング ③カンファレンスへの家族の参加調整・連絡 ④カンファレンスの開催・進行 ⑤入居者のサービス内容変更時の適宜カンファレンスの調整・開催 ⑥入居者のサービス内容変更時の家族への連絡 ⑦介護認定更新手続きの家族への連絡や書類申請 ⑧その他必要な事項
<p>特 養 主任介護士</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①特養介護サービス全体の調整と向上への取り組み ②勤務表の作成、勤務変更取りまとめ ③特養介護士の管理・指導 ④フロアリーダーへの指導・助言及び育成 ⑤フロア巡回(サービスチェック・入居者相談) ⑥カンファレンスの取りまとめ ⑦担当職務に関する月間実績・統計資料の作成 ⑧実習生・ボランティアの受け入れ計画、実務指導への助言 ⑨特養係長の補助 ⑩介護士のスーパービジョンに関すること ⑪その他必要事項
<p>特 養 フロアリーダー</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①フロア業務全般の把握、情報伝達とサービス向上への取組み ②フロア介護士への指導・助言及び職員の育成 ③勤務表の作成、勤務変更取りまとめ ④ケース記録のチェックと補完記入 ⑤介護士間のコミュニケーションの円滑化 ⑥必要会議への参加 ⑦実習生・ボランティアの実務指導 ⑧主任介護士の補助 ⑨フロア介護士のスーパービジョンに関すること ⑩その他必要事項
<p>特 養 介護士</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①入居者の日常及び余暇活動の援助 ②入居者へのサービス向上への取組み ③居者の保健・衛生保持 ④家族関係の援助 ⑤社会参加・地域活動参加援助 ⑥短期入所生活介護の実施 ⑦在宅サービスセンター事業への協力 ⑧地域(町会等)との協力 ⑨入所者の受診・入院時の付き添い ⑩浴室管理 ⑪洗濯室管理 ⑫リネン類管理 ⑬その他必要な事項

3 組織及び職務分担

職 種	職 務 内 容
<p style="text-align: center;">在 宅 係 長</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①在宅部門サービス全般の統括 ②事業推進運営管理 ③事業計画・業務改善の統括 ④在宅部門職員の研修に関する事 ⑤関連機関との調整 ⑥在宅部門の苦情処理に関する事 ⑦ケアマネジメントの管理 ⑧調査資料の作成に関する事 ⑨ボランティアの受け入れおよび養成 ⑩地域(町会等)との協力・調整 ⑪介護報酬請求・利用料請求業務管理 ⑫介護士・相談員のスーパービジョンに関する事 ⑬その他必要な事項
<p style="text-align: center;">在 宅 S C 介護士(リーダー)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①在宅サービスセンター業務の調整 ②勤務表の作成及び調整 ③日常業務を通じての寮父母への指導・助言 ④介護士間のコミュニケーションの円滑化 ⑤在宅サービスセンター利用者日常相談 ⑥センター利用者ニーズの把握・対応 ⑦在宅サービスセンター業務の改善立案に関する事 ⑧スタッフミーティング等必要会議への参加 ⑨他のセクションとの連絡調整に関する事 ⑩介護報酬請求及び利用料請求事務 ⑪その他必要事項
<p style="text-align: center;">在 宅 S C 介 護 士</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①利用者の日常生活援助 ②利用者の余暇活動援助 ③利用者の保健・衛生保持 ④家族関係の援助 ⑤社会参加・地域活動参加援助 ⑥地域(町会等)との協力 ⑦ホーム事業への協力
<p style="text-align: center;">在 宅 S C 相 談 員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①利用者のケアマネジメントに関する事 ②在宅サービスセンター利用関連業務 ③サービス担当者会議への出席 ④スタッフミーティング等必要会議への参加 ⑤ケアマネジャー・関連機関との連絡・調整 ⑥在宅サービスセンターのサービス調整 ⑦在宅サービスセンターサービス内容の改善立案に関する事 ⑧介護報酬請求及び利用料請求事務 ⑨サービスに関する苦情・意見の窓口 ⑩担当職務に関する月間実績・統計資料の作成 ⑪ニーズの把握と対応 ⑫その他必要な事項
<p style="text-align: center;">包 括 係 長</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①支援センター業務の統括 ②支援センター業務の改善の立案に関する事 ③ケアカンファレンスやの実施に関する事 ④見守りネットワーク地区連絡会に関する事 ⑤支援センター職員研修計画立案に関する事 ⑥統計調査資料・届け出等の総括 ⑦連機関との調整に関する事 ⑧その他必要事項

職 種	職 務 内 容
<p>地域包括支援C 相 談 員</p>	<p>①台東区所管サービスの情報提供及び窓口業務 ②要介護認定調査受付業務 ③介護機器・用具等の紹介 ④各種サービスの広報・利用啓発 ⑤苦情・意見の窓口 ⑥届け出・統計資料等の作成 ⑦介護予防プランの作成 ⑧地域との協力(民生委員・ボランティア他) ⑨その他必要な事項</p>
<p>自主事業係長 ・ケアマネジメントC ・ホームヘルプST</p>	<p>①ケアマネジメントセンター、ホームヘルプステーション業務の統括 ②ケアマネジメントセンター、ホームヘルプステーション業務の改善の立案に関すること。 ③ケアマネジメントセンター、ホームヘルプステーションの職員研修計画に関すること。 ④統計調査資料・届出等の総括 ⑤実習生の調整、指導の総括 ⑥他のセクションとの調整 ⑦苦情対応に関すること ⑧関係機関等の調整 ⑨ケアマネジメントセンターの介護報酬に関すること ⑩その他必要な事項</p>
<p>ケアマネジメントC 介護支援専門員</p>	<p>①ケアマネジメントの実施 ②各種サービス・権利擁護・成年後見人制度・介護等に関する相談 ③関連機関・サービス実施機関との連絡・調整 ④要介護認定調査業務 ⑤その他必要な事項</p>
<p>ホームヘルプ ステーション主任</p>	<p>①ホームヘルプステーション業務の調整 ②勤務表の作成及び稼働表の調整 ③日常業務を通じてのヘルパーへの指導・助言 ④ヘルパーのコミュニケーションの円滑化 ⑤ホームヘルプステーション利用者日常相談 ⑥ホームヘルプステーション業務の改善立案に関すること ⑦スタッフミーティング等必要会議への参加 ⑧他のセクションとの連絡調整に関すること ⑨介護報酬請求・利用料請求業務 ⑩アルバイトの賃金計算 ⑪その他必要事項</p>
<p>サービス提供責任者</p>	<p>①利用サービスの調整 ②訪問介護計画書の作成 ③モニタリング、アセスメント ④サービス担当者会議出席 ⑤ヘルパーの業務管理、調整、指導、育成等の実施 ⑥ヘルパー稼働実績集計 ⑦提供表の実績報告 ⑧その他必要事項</p>
<p>ホームヘルパー</p>	<p>①利用者の身体介護、生活援助 ②健康状態の確認 ③その他必要事項</p>

意思形成の流れ



各種会議等運営表

《特養・在宅共通》

会議名	構成員	実施時期	会議要旨
施設運営会議	施設長 事務係長 特養係長 在宅係長 包括係長 特養看護係長 自主事業係長 必要に応じて 関係職員	随時	事業全体の方針、運営に関する最高意思決定会議。施設運営に関する諸課題やスタッフミーティングにて出された問題等について検討し、方針を決定する。
課題別プロジェクト	任命された職員	随時	事業推進にあたっての課題についての研究及び推進機関とする。プロジェクトの設置およびその内容については、施設運営会議、またはスタッフミーティングで決定する。
各種委員会 ・防災、防犯 ・感染症対策 ・安全衛生 ・リスクマネジメント ・ボランティア ・研修 ・OA推進	施設長 担当係長 担当職員 ※必要に応じて スタッフMの参加者	定期 随時	防災・感染症対策・ボランティア・労働安全衛生・リスクマネジメント・研修の6委員会は、施設総体のものとして各セクションの委員により構成し、課題解決にあたる。
利用者・家族懇談会	利用者家族等 施設長 事務係長 特養係長 特養看護係長 在宅係長 特養生活相談員 SC生活相談員 その他必要な者	定期 随時	特養入居者・在宅サービス利用者およびその家族等との連携を図り、施設運営とサービスの向上を目指す。 また利用者間相互の自立と連帯の促進につながるよう、自治的な取り組みを支援する。方法として、懇話会・意見箱の設置・ケアプラン作成への参加・サービスモニタリング等がある。

特養各会議

会議名	構成員	実施時期	会議要旨
配置医 事務連絡会	施設長 事務係長 特養係長 特養看護係長 特養生活相談員 主任看護師 看護師 配置医 その他必要な職種	随時	入居者の健康管理を中心に、施設における医療及びそのあり方を協議・検討する。
調整会議 身体的拘束等の 適正化委員会	特養係長 特養看護係長 特養生活相談員 主任介護士 主任看護師 フロアリーダー 管理栄養士 在宅係長	3月 6月 9月 12月	施設方針の内容を確認するための会議。 併せて、方針に従ったサービス実施の具体的な方法等について調整する場とする。
ケアカンファレンス	施設ケアマネージャー 特養係長 特養看護係長 特養生活相談員 主任介護士 フロアリーダー 看護師 担当介護士 管理栄養士	週1回	入居者のケアプランを策定・決定する会議として 位置付け、これに基づき入居者援助を実施する。 ※開催は、ソーシャルワーカーもしくは同等の者とする。
ショートカンファレンス (フロアミーティング)	特養生活相談員 主任介護士 主任看護師 介護士 看護師 管理栄養士	毎日 随時	夜勤者からの報告、または日勤者からの報告を受けてその日の利用者援助を確認する。 また、日々の利用者援助課題について検討する。 ※開催は、ソーシャルワーカーもしくは同等の者とする。
褥瘡予防対策 委員会	施設長 特養係長 特養生活相談員 看護師 施設ケアマネージャー 担当介護士 管理栄養士	毎月	医師他各セクション協働で、リスクのある利用者に対して褥瘡予防の方法、早期の対応について協議する。
担当会議	主任介護士 フロアリーダー 担当介護士 看護師	随時	各種課題・行事担当者の会議。 会議後、担当者が意見を取りまとめて報告する。
業務会議 フロアミーティング リーダーミーティング 医務ミーティング	特養係長 特養生活相談員 主任介護士 特養看護係長 主任看護師 担当介護士 看護師 管理栄養士	随時	業務の課題について検討する。また、業務についての周知を行う。

在宅各会議

会議名	構成員	実施時期	会議要旨
在宅サービスセンターミーティング (認知症)	在宅係長 在宅サービス センター職員	定例	業務について、日常的課題と中長期的課題の両面から検討する。
ケース検討会 (認知症)	在宅係長 在宅サービス センター職員	定例	在宅サービスセンター利用者についての情報を共有し、援助計画を検討・決定
在宅サービスセンター 調整会議 (認知症)	在宅係長 在宅主 任者	定例	センター運営について、日常的課題と中長期的課題の両面から検討する。
支援センター ミーティング	包括係長 支援センター 職員	定例 随時	業務について、日常的課題と中長期的課題の両面から検討する。
支援センター カンファレンス	包括係長 支援センター 職員	定例 随時	支援センターで対応しているケースについて情報共有・援助方針・計画の検討・決定をおこなう。
ケアマネジメント センター ミーティング	自主事業係長 介護支援専門員	定例 随時	業務について、日常的課題と中長期的課題の両面から検討する。
ケアマネジメント センター カンファレンス	自主事業係長 介護支援専門員	定例 随時	業ケアマネジメントセンター利用者についての情報共有、援助方針・計画についての検討・決定をおこなう。
サービス 担当者会議	担当相談員 各サービス担当者 関係諸機関担当者 自主事業係長 (必要に応じて)	随時	ケアマネジメントセンター・地域包括支援センター相談員が介護支援専門員として担当する利用者の援助方針援助計画について検討し確認する会議とする。
ホームヘルプ ステーション 調整会議	施設係長 自主事業係長 ヘルパー主任 サービス提供者 責任者	定例	ヘルプステーション運営について、日常的課題と中長期的課題の両面から検討する。
ケアカンファレンス	自主事業係長 ヘルパー主任 サービス提供者 責任者	定例 随時	ヘルプステーション利用者についての情報を共有し、援助計画を検討・決定する。
ヘルプステーション ミーティング	自主事業係長 ヘルパー主任 サービス提供者 責任者 ホームヘルパー	隔月	業務について、日常的課題と中長期的課題の両面から検討する。

4 地域との連携

認知症ケアの支援ネットワーク活動について(仮「あさくさ認知症ネット」)

1. 趣旨

社会福祉法人台東区社会福祉事業団の拠点施設として、浅草では感染症の状況により「認知症ケアの支援ネットワーク活動」を地域貢献活動の一つとして実施する。

2. 活動の骨子

① 認知症の方と介護者の支援

「ほのぼのの集い」

月1回／4月、5月、6月、7月、8月、9月、10月、11月、12月、1月、2月、3月

担当：地域包括支援センター、デイサービス、特養、ケアマネセンター

「認知症を学ぶ家族の会」

年4回／6月、9月、12月、3月

担当：ケアマネセンター、デイサービス、特養、精神科医

② 事業者連携・専門職者フォーラム

特養浅草、ほのぼの、グループホームつくし、ケアマネセンターあさくさ、あけぼの、
ふくろう、浅草医師会立訪問看護ステーション

担当：特養、デイサービス、ケアマネセンター

3. 個別相談

① 個別相談による支援を行い、活動で把握したニーズへ個別的な対応を行っていきます。

② ケアマネージメントセンター、特養及びデイの生活相談員による対応、地域包括支援センターへのリファーを行います。

③ 弁護士、司法書士、精神科医、医師等各専門相談員も必要に応じて紹介していきます。

4. 地域社会への情報発信

ア. 講演会／上映会／シンポジウム……………年1～2回

イ. 街づくり懇談会（参加、発表）……………年2回

ウ. 実践発表会（参加、発表）……………年1回

エ. ボランティアフェスティバル……………年1回

近隣町会・地域住民との活動

「ボランティアフェスティバル」、「三社祭」などの行事への参加には、近隣町会の協力が欠かせません。

近隣の皆さんの暖かい心遣いを大切に、今年も行事への参加にあたってはコロナの状況を見て、地域との連携を密に図っていきたいと思います。

地域の福祉拠点の活動として施設全体で「笑顔の浅草 街づくり懇談会」を開催します。地元町会、ボランティア、利用者家族、地域の関係機関との協働での営みを推進します。

また、浅草中町会とは「防災応援協定・要綱」を結び、万一に備えての訓練を合同で実施しています。

ボランティア活動の受け入れ

浅草ホームでは多くの熱心なボランティアの方々による行事のお手伝いや、日常的な生活援助活動によって利用者の生活が支えられています。開かれた施設運営を目標に掲げている浅草ホームにとっては、重要で欠かせない存在です。

ボランティアのプロフィールや思いは本当に様々ですが、共通しているのはその活動によって何らかの自己実現を図ろうとされていることであろうと思われます。施設にとっては、ボランティアは、その活動そのものに加えて、地域の住民としての意識で常にサービスを観ていただき率直なご意見を賜ることができることが意義深いと思われます。風通しのよい施設には不可欠の存在です。

「ボランティア懇談会」「ボランティアサロン」や「ボランティアのつどい(総会)」を計画しています。これは、自主的・主体的な活動としてのボランティア活動を推進するためにボランティア自身が積極的に関わっていける環境づくりをしていくとともに、ボランティアの声が施設運営(利用者援助)に反映される機会づくりをしていくものです。このことを意識して感染症に留意しながら、積極的に取り組んでいきたいと思ひます。

施設介護ボランティア育成事業との連携を行っていきます。

特養介護、認知症介護の現場への受け入れ計画てきに行い、終了後の継続育成対応を行い、講習、および施設実施を、地域(施設を含む)で活動しようとしている住民等が活用できるように支援してきます。

こどもや児童・生徒たちとの交流活動

地域にある施設として、近隣の幼稚園・小学校・子どもクラブ等との互いに楽しめる有意義な交流活動を積極的に実施してきます。また、中学生・高校生に職業体験をとおして高齢者との交流を深められるよう積極的な受入をしています。

【今年度活動予定】

幼稚園	児童館	小学校	中学校	高校
千束幼稚園 富士幼稚園	千束児童館	千束小学校 富士小学校	桜橋中学校 浅草中学校	浅草高校

※感染症の状況により行います。

5 防災・防犯計画

火災や地震などの災害から入居者・利用者の生命・財産の保全を図り、損害についても最小限に防止するため防災訓練を実施します。被害を最小限に抑えるためには全員が的確に活動することが必要です。そのため本施設では自衛消防組織を設置し、年間計画を策定して訓練をかさねています。

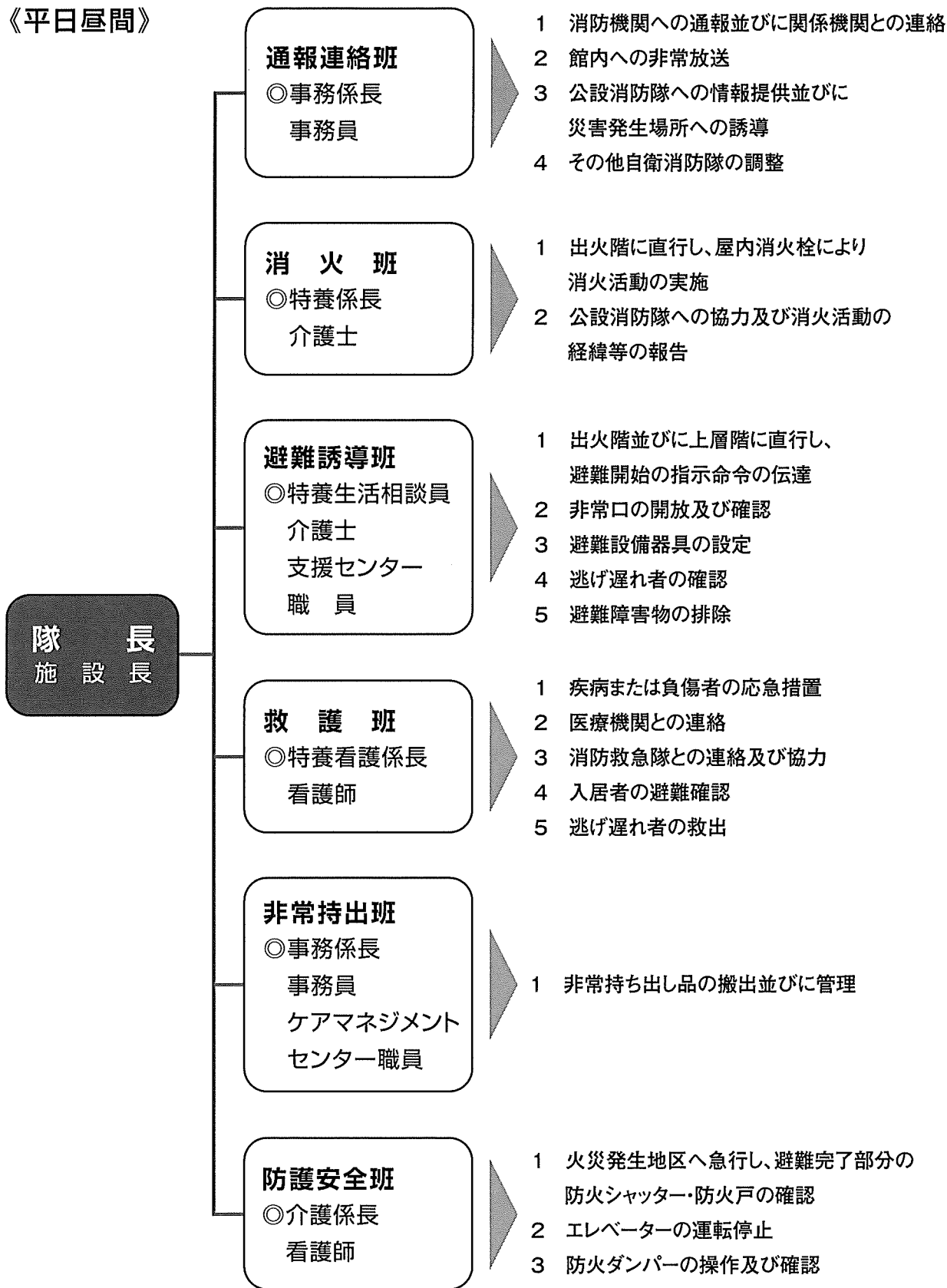
また地域の浅草中町会と災害時の応援協定を結び、毎年、町会と消防署が参加する総合防災訓練を実施しております。さらに消防署の協力を得て職員に対する普通救命の講習を行い、職員の緊急対応能力の向上を図っています。

防災・防犯訓練計画

実施月	訓練概要
4月	BCP 行動訓練 (消防計画等に基づく任務及び施設内防災設備の確認) 防犯訓練 (刺股訓練、講義)
5月	消防訓練 (通報訓練、初期消火訓練及び避難誘導訓練)
6月	消防訓練 (通報訓練、初期消火訓練及び避難誘導訓練)
7月	消防訓練 (通報訓練、初期消火訓練及び避難誘導訓練)
8月	消防訓練 (通報訓練、初期消火訓練及び避難誘導訓練)
9月	消防訓練 (通報訓練、初期消火訓練及び避難誘導訓練 実放水訓練)
10月	総合防災訓練 (消防・通報・避難誘導・町会応援等の総合訓練 昼間想定)
11月	地震想定訓練 (発生直後の点検、応急対応訓練、備蓄品確認、危険箇所点検) 防犯訓練 (刺股訓練、講義)
12月	消防訓練 (屋内消火栓訓練及び避難誘導訓練)
1月	地震想定訓練 (発生直後の点検、応急対応訓練、備蓄品確認、危険箇所点検)
2月	消防訓練 (屋内消火栓訓練及び避難誘導訓練)
3月	総合防災訓練 (消防・通報・避難誘導・町会応援等の総合訓練 夜間想定)

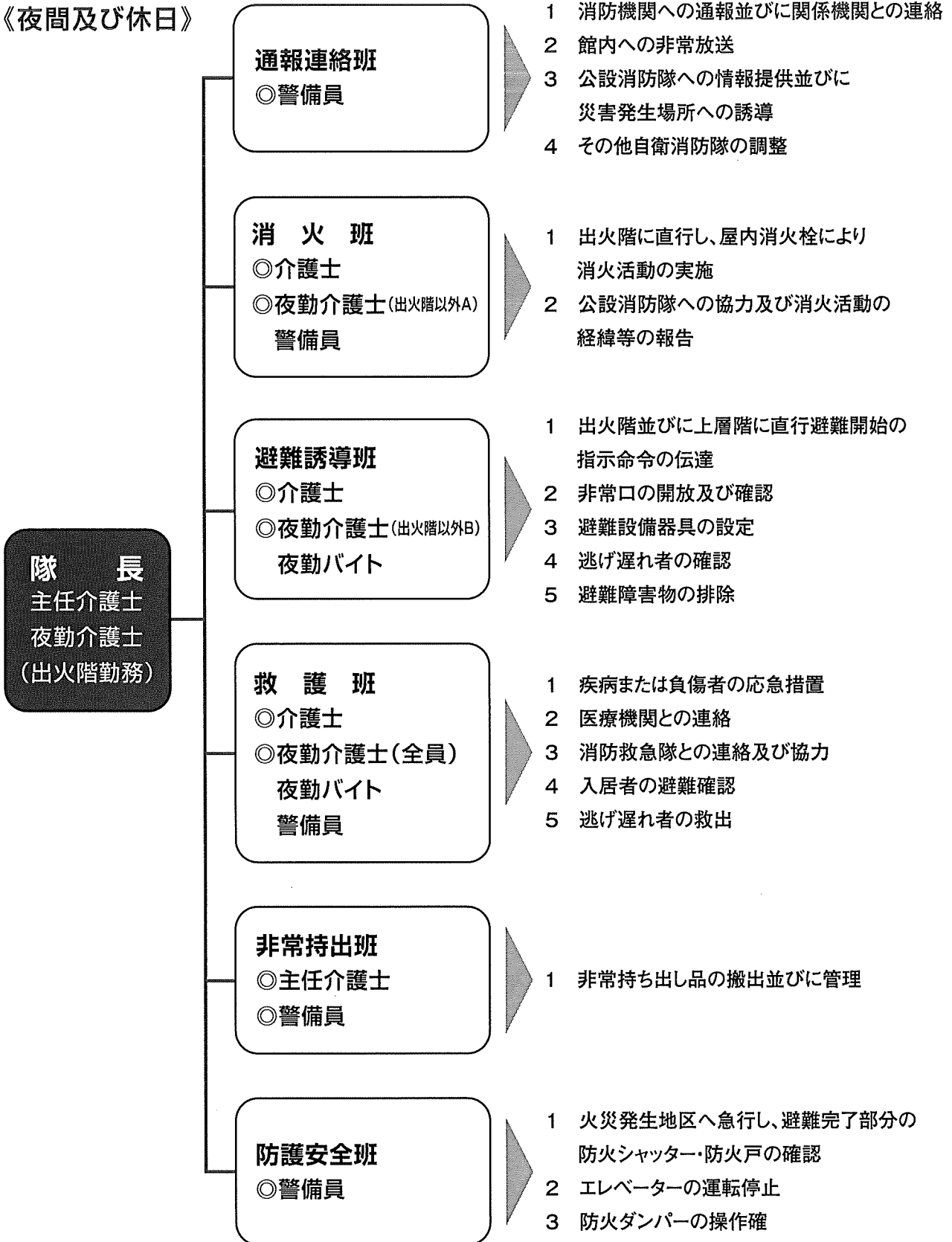
自衛消防組織と任務

《平日昼間》



自衛消防組織と任務

《夜間及び休日》



産業医および衛生管理者を選任、安全衛生委員会を設置し、施設管理者等と協同して労働衛生管理の充実を図るための業務を行っています。衛生管理者は産業医と連携し、健康に異常のある者の発見及び措置、作業条件・施設の衛生上の改善、労働衛生教育、健康相談、その他職員の健康保持に必要な事項を行います。

産業医との連携

- 1 定期的に施設内を巡視し、設備、作業方法、衛生状態に関する指導を受けています。衛生管理者は安全衛生委員会を開催し、指導内容を各職員に周知した上で施設内の環境改善を図っています。
- 2 職員の定期健康診断等の結果に関する助言を受け、職員の健康を確保できるように努めています。特に深夜業を伴う職員への健康管理や腰痛の発生、メタボリック症候群予防に留意しています。
- 3 職場におけるメンタルヘルス対策について相談し、心の健康問題を抱える職員への対応および職場への復帰支援に関する助言を受けています。

「職員研修プログラム」(資料参照)による内部研修を中心にした体系的な研修を行っています。「浅草」では、スーパービジョン体制と研修プログラムを、人材育成の二つの柱と位置づけ経年的に実施しており、これによって職員の専門性が磨かれて多様化・複雑化するニーズに対応する能力向上が期待され、また安定してこの職場で働いていけることにつなげていこうとしています。

一方で介護福祉士、社会福祉士、初任者、実務者研修等の各種専門職養成過程の配属実習を積極的に受入れ、また、特別養護老人ホームほうらい、台東つばさ福祉会と協力し、福祉人材の育成に広く貢献していきます。実習生には事業別職種別に任じられた実習指導者が「職員研修プログラム」への参加も含めた個別の実習計画に従って適切な指導をいたします。

外部講師の招聘

当施設は、施設外部の専門家による研修プログラムを充実させています。心身の健康維持を目的とする「体操教室」では、全身のストレッチとリラクゼーションのため、一年を通して時間・曜日相談の上、指導をしていただきます。

また、各職種の専門性を高めるプログラムとして、外部講師を複数の先生方をお願いして年間を通して継続的に運営してまいります。主なプログラムはグループセッションの中で参加職員が実践に即した内容を提示し、講師から個別具体的な助言指導を受ける形態で行います。

8

資料

ほのぼのご利用者週間予定

	A M	P M
月	機能訓練指導員による指導・訓練 活動プログラム 入浴の実施（個浴）	入浴の実施（個浴）
火	機能訓練指導員による指導・訓練 活動プログラム 入浴の実施（個浴）	入浴の実施（個浴）
水	PTによる指導・訓練 活動プログラム 入浴の実施（個浴）	入浴の実施（個浴）
木	機能訓練指導員による指導・訓練 活動プログラム 入浴の実施（個浴）	入浴の実施（個浴）
金	機能訓練指導員による指導・訓練 活動プログラム 入浴の実施（個浴）	入浴の実施（個浴）
土	機能訓練指導員による指導・訓練 活動プログラム 入浴の実施（個浴）	入浴の実施（個浴）

デイサービスセンター職員日課

	利用者日課	職員日課
8:30	迎え開始(送迎車運行) 手洗・うがい 健康チェック	日勤出勤 迎え従事 朝のミーティング フロアミーティング ご利用者援助
9:00		
9:30	午前のプログラム	
10:00		
11:00	・全体でのグループ体操等の集団訓練 ・個別訓練の継続(介護予防) ・プログラムの継続(認知症通所介護) 口腔体操	
12:00	昼 食	昼食介助 交代で休憩
13:00	準 備	ご利用者援助
14:00	午後のプログラム お茶の時間	
15:00		
30	送り開始(送迎車運行)	送り業務従事 ミーティング 記録作成 次回デイ活動準備
16:00		
30		
17:00		
15		17:15 日勤退勤
18:15		18:15 遅番退勤

特養ご利用者週間予定

	A M	P M
月	入浴 (機械・個浴・ショート) 理髪 (月に1回) 余暇支援	入浴 (機械・個浴・ショート) 作業療法 (OT) 医師の回診 余暇支援
火	入浴 (機械・個浴・ショート) 美容ボランティア (2カ月に1回) 余暇支援	入浴 (機械・個浴・ショート) 食事懇談会 (2カ月に1回) 医師の回診 余暇支援
水	入浴 (機械・個浴・ショート) 理学療法 (PT) 余暇支援	入浴 (機械・個浴・ショート) 医師の回診 余暇支援
木	入浴 (機械・個浴・ショート) 余暇支援	入浴 (機械・個浴・ショート) 医師の回診 余暇支援
金	入浴 (機械・個浴・ショート) 余暇支援	入浴 (機械・個浴・ショート) 医師の回診 余暇支援
土	入浴 (機械・個浴・ショート) 余暇支援	入浴 (機械・個浴・ショート) 余暇支援
日	入浴 (機械・個浴・ショート) 余暇支援	入浴 (機械・個浴・ショート) 余暇支援

特養介護士業務日課

	早 番	日 勤	遅 番
7:20	申し送り・オムツ交換 離床・洗面		
7:30	配膳・配薬・食事介助 下膳		
8:00			
30	下膳・コール対応・口腔ケ ア・エプロン洗濯	フロア申し送り・下膳・ 口腔ケア・コール対応	
9:00	フロア申し送り オムツ交換・トイレ誘導	オムツ交換・トイレ誘導	
10:00	検温・水分補給・入浴介助	シーツ交換・居室清掃・入 浴介助	
30	トイレ誘導・フロア業務	トイレ誘導	
11:30	お茶・おしぼり準備	お茶・おしぼり準備	
12:00	昼食配膳・食事介助		
30			申し送り・昼食介助
13:00	休憩	休憩	口腔ケア・エプロン洗濯
14:00	コール対応・見守り・ おやつ準備	下膳・コール対応・口腔ケ ア・見守り・洗濯・おやつ準 備・入浴介助	下膳・コール対応・見守り・ 洗濯・おやつ準備
15:00	おやつ介助・水分補給 検温	おやつ介助・入浴介助	おやつ介助・余暇活動
30	トイレ誘導・入浴介助	トイレ誘導	休憩
15:45	記録		
16:00		オムツ交換	
15	業務終了		医務からの申し送り・夕食 就寝薬受け渡し
45			離床・お茶・夕食準備
17:00		離床・夕食配膳・夕食準備	
15			
30		日勤・業務終了	
18:00		配膳・夕食介助・下膳・ 就寝介助	配膳・夕食介助
19:00		臥床・地下洗濯室清掃・ 備品補充・オムツ補充	コール対応・就寝介助・臥床・ デイルーム清掃・モップがけ・洗 濯・就寝後、口腔ケアコップ消 毒・ワーカー室清掃他
30		遅番業務終了	
20:00			コール対応・検温・水分補給・ 就寝薬服薬
30			トイレ誘導
21:40			業務終了

深 夜 勤		深 夜 勤	
21:00	申し送り	1:00	各階にてオムツ交換・トイレ誘導
30	オムツ交換・トイレ誘導		コール対応
22:00	各階にて、コール対応	6:00	検温・水分補給・記録・離床・ 洗面・整髪介助
	オムツ交換・トイレ誘導	30	トイレ誘導・デイルームへ誘導
	オムツ交換	7:30	申し送り・業務終了
	交替で2時間休憩 (4階職員・アルバイト1時間ずつ 分けて休憩)		

特養看護師業務日課

	特養担当	在宅担当
8:30	朝食前吸引 胃ろう・経管栄養食提供・バルーン蓄尿チェック廃棄・服薬確認	在宅業務ミーティング
9:00	担当業務の確認 各フロア記録チェック 各フロア巡回・一般状態の観察・バイタルチェック・受診者確認及び受診予約等	利用者健康チェック 一般状態の観察、バイタルチェック、受診、検査結果確認、在宅酸素利用者チェック、昼食薬のチェック、責任番申し継ぎ(随時)、入浴後処置、利用者援助
9:30	相談員・栄養士・PTとミーティング 外来受診及び入院の付添い・内服薬準備・与薬前のダブルチェック・個人記録整理・包交・処置・入浴後処置・検査・入居受け入れ ショートステイ受入・担当話し合い参加	
12:00	排泄状況チェック・臨時処方薬の確認・休憩	利用者健康チェック
13:00	昼食前吸引・胃ろう・経管栄養食提供・服薬援助・食事状況チェック 医務ミーティング	バイタル入力、連絡ノート入力、昼食前薬与薬、食事見守り、食事量チェック、昼食後薬与薬、点眼、再検者バイタルチェック、入浴後処置、爪切り、利用者援助
30	医師回診補助・処方箋の確認・バイタルチェック・包交・検査・指示・処置実施 調剤薬局との連絡確認・衛生材料づくり 動態表チェック・記録物整理・ショートステイ受け入れ・医薬品補充 各フロア巡回・各会議参加	
15:30	夕食前吸引	
16:00	胃ろう・経管栄養食提供	
16:30	介護士への申し送り(夕食時薬の引渡し) 容体急変時の電話連絡指示 内服薬分包整理 衛生材料整備、室内清掃 記録(随時)	ケース記録入力、責任番申し継ぎ、(随時)、物品補充、家族・ケアマネ連絡(随時)
17:00	吸引チューブ交換・吸引ビン洗浄 点眼薬・座薬挿入・バルーン蓄尿チェック及び廃棄	在宅サービスセンター ミーティング出席 ～業務終了～
30	業務終了	

管理栄養士・厨房業務日課

	管理栄養士	調理員	早番 中番 遅番	パート調理員
5:00				5:00
6:00		調理	5:30	
7:00		配膳		7:00
8:00		食器洗浄	7:30	
8:30	出勤・検品・おやつ	調理		
9:00	準備			
9:30	申し送り			
10:00	ミーティング	ミーティング	10:00	10:00
11:00	ミーティング			10:30
11:30	事務			
12:00	・献立作成	配膳		
12:30	・食材発注			
13:00	・栄養書類作成等	休憩		
13:30	各フロア巡回	食器洗浄		13:30
14:00	休憩	調理		
14:30	検品		14:30	14:30
15:00	事務			
15:30	・献立作成			
16:00	・食材発注			
16:30	・栄養マネジメント			
17:00	書類作成等			
17:15	・各会議出席			
17:30	勤務終了	配膳	17:30	17:00
18:00				
19:00		食器洗浄		
20:00		清掃	20:00	20:00

身体的拘束等の適正化のための指針

1. 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方

「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について」において、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならないと規定されている。

もとより、身体的拘束は、入所者の尊厳が著しく損なわれた状態である。身体的拘束は、褥瘡の発生・関節の拘縮・筋力の低下・食欲の低下、精神的苦痛等々の弊害をもたらし、ひいては、入所者の生きる力を奪うものである。

当施設は、人間の尊厳という普遍的な価値を保持するために本指針を定め、職員一人ひとりが、身体的拘束等をしないケアの実施に努めるものである。

2. 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項

- 身体的拘束適正化検討委員会の設置目的と活動内容
- 身体的拘束の実施を判断するためのカンファレンスの実施。
- 身体的拘束を実施した場合の解除に向けたカンファレンスの実施。
- 身体的拘束の適正化を推進するための職員に対する教育指導。
- 身体的拘束の事例分析および分析結果の周知徹底。
- 身体的拘束適正化検討委員会の構成メンバー及び役割
- 施設長・特養係長・特養看護係長・生活相談員・介護主任・看護師・管理栄養士等を基本とし、その他第三者や医師・精神科医師等、専門家も活用する。委員長は事案に応じて必要な職種等を招集することができる。

(委員長等の役割)

委員長(責任者) 特養係長——日常的な状況把握・委員会の招集・その他調整

副委員長(副責任者) 介護主任——日常的な状況把握・介護職員への指導等

副委員長(副責任者) 特養看護係長——日常的な状況把握・医師との連携・その他調整

看護主任——日常的な状況把握・医師との連携・その他調整

副委員長(副責任者) 相談員——日常的な状況把握・家族等への説明・その他調整

- 身体的拘束適正化検討委員会の開催頻度
- 委員長は、委員会を3か月に1回以上開催する。開催にあたっては、リスクマネジメント委員会及び感染症対策委員会と一体的に運営することができる他、運営推進会議を活用することもできる。また、事案が発生した場合は、適宜委員会を開催することができる。

3. 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針

- 身体的拘束等の適正化のための指針に基づいた研修プログラムを作成し、年2回以上、施設内等で研修を開催する。
- 新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施する。
- 研修の実施内容について記録する。

4. 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針

- 身体的拘束適正化検討委員会への報告
- 事例を集計、分析し、発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性や適正化策を検討する。
- 身体的拘束等について報告するための様式の整備
- 身体的拘束等の発生ごとに、その状況、背景、身体的拘束の実施から解除までの経過について記録し、身体的拘束適正化検討委員会での分析や検討に付するために別紙、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」(記録1)・「緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録」(記録2)を作成する。(以下(記録1)・(記録2)とする)

5. 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針

- やむを得ず身体的拘束を実施するか否かの判断
- やむを得ず身体的拘束を実施するか否かは、身体的拘束適正化検討委員会においてカンファレンスを実施し、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件について具体的に検討し判断する。カンファレンスで検討した内容については、(記録1)に記す。
- 夜間等緊急時で身体的拘束適正化委員会を開催できない場合は、複数の職員で「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件に該当するか検討する。その結果、身体的拘束を行う場合は(記録1)を作成し、委員長へ(委員長に報告できない場合は、副委員長へ)報告する。委員長はできる限り速やかに身体的拘束適正化検討委員会を開催し対応を決定する。
- 当該入所者および家族等への説明と同意について
- 身体的拘束の実施、変更及び解除の際に、当該入所者及び家族等に説明し同意を得るための様式を(記録1)とする。
- やむを得ず身体的拘束を行うと判断した場合は、委員長または副委員長から当該入居者及び家族等に対し、カンファレンスで検討した内容に基づいて、身体的拘束の目的、方法、理由、期間、時間帯等を、(記録1)を使って説明し、同意を得る。
- 当初説明し同意を得た期間を超えて、やむを得ず身体的拘束を継続する場合は、今までの経過やモニタリング、カンファレンスで検討した内容等を(記録2)に記録し、それに基づき、再び(記録1)を使って説明して、同意を得る。
- 職員への周知と情報共有について
- 施設内でやむを得ず身体的拘束を実施する場合は、その事例について身体的拘束等適正化委員会へ報告し、集計、分析した結果等を職員に周知徹底し、情報共有を図る。
- 記録について
- (記録1)に、身体的拘束を実施する際の状況や背景、(記録2)に身体的拘束の実施から解除に至るまでの経過を記録する。記録は少なくとも2年間保管する。
- 解除について

- 身体的拘束実施後、常にモニタリングし、適宜、身体的拘束等適正化委員会のカンファレンスを実施して、できるだけ早期に身体的拘束が解除できるように努める。解除となった場合は、当該入所者及び家族等に報告する。

※身体的拘束の実施から解除までの流れは別紙のフローチャートのとおり。

6. 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

入所前の説明の必須項目として、入所予定者および家族等に本指針の写しを提供し、丁寧に説明する。また、施設内の掲示板において本指針を掲示し、入所者及びその家族等がいつでも閲覧し、内容を把握することができるようにする。

7. その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

身体的拘束等をしないサービスを提供していくためには、職員全体で以下の点について十分に議論して共通認識を持ち、身体的拘束等を無くしていくよう取り組む必要がある。

- マンパワーが足りないことを理由に、安易に身体拘束等をしない。
- 事故発生の法的責任問題の回避のために、安易に身体的拘束等をしない。
- 高齢者は転倒しやすく、転倒すれば大ケガになるという先入観だけで、安易に身体的拘束等をしない。
- 認知症高齢者であるということで、安易に身体的拘束等をしない。
- サービス提供の中で、身体的拘束等を必要と判断する際、本当に緊急やむを得ない場合に該当するのか、他に方法はないかを十分に検討する。

身体的拘束等にかかわる取り扱い

1. 厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」の遵守

介護保険法における(当時)厚生省令(平成11年3月31日付)において、身体的拘束等の禁止規定が以下のとおり載せられました。

「サービスの提供に当たっては、当該入所者(利用者)又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない。」
(アンダーラインは筆者によるあとづけ)

また、同時に「身体拘束ゼロ作戦推進会議」を設置し手引書の作成がされてきましたが、平成13年3月に「身体拘束ゼロへの手引き」として取りまとめられました。都道府県指導検査においてもこの手引きをもとに指導を受けております。

当ホームにおいても、この「身体拘束ゼロへの手引き」に則った対応をいたします。

2. 解釈

《身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為》

「何が身体的拘束や行動を制限する行為にあたるのか」具体的介護の場面では常にこう問われます。

「身体拘束ゼロへの手引き」において次のような行為が挙げられております。

1. 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
2. 転落しないようにベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
3. 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
4. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
5. 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、また皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
6. 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
7. 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
8. 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
9. 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
10. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
11. 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

上記の項目においては、個々のケースで「ちょっとこの方に対して、この項目は身体拘束というには問題あるのではないのでしょうか」と言われることが想像に難くありません。しかし、それでも上記の項目を身体的拘束と行動を制限する行為に該当すると認識することが重要です。

個別ケースにおける対応の適正さは、適切なカンファレンスと本人や家族に理解されるケアプラン作成をとおして判断されることです。ケアマネジャーによる明快かつ厳格な検証が重要となります。

《緊急やむを得ない場合の対応》(例外規定)

例えば、転倒の危険性があるにもかかわらず独りで歩行してしまう行為などは、骨折等の危険を伴い何らかの介護上の対応が必要になります。この対応に、上記の身体的拘束・行動制限をしないで危険を回避するためには、その方策が十分研究されているか、また検討されなければなりません。

しかし、その研究や検討の余裕がなく、生命又は身体保護がすぐに必要な場合がこの例外規定に該当します。このような状態は、夜勤帯と日勤帯とは違ってきますし、そのケースの困難性によっても違ってきます。

介護保険指定基準上、「当該入所者(利用者)または他の入所者(利用者)等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合」には身体拘束が認められているが、これは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されるケースに限られる。

厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」身体拘束ゼロ作戦推進会議より

以下の三つの要件を満たすことが必要

切迫性

利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

非代替性

身体拘束その他の行動制限を行なう以外に代替する介護方法がないこと

一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

《例外規定に関する留意点》

抑制については、精神保健福祉法第36条3項に、精神病院での拘束の条件が認められているが、老人福祉施設では認められていません。その上で、例外を認めざるをえないということであるなら、最低以下のことに注意する必要があります。

1. 「抑制」の目的、誰のためか、何のために行なうのかを明らかにする。
2. 「抑制」の解消方法の検討と試行をする。
3. 「抑制」による負の効果(利用者の心身に与えるダメージ)の回復を図る。最小限のものとなるよう配慮する。
4. 第三者が、検証できるように記録に残す。
5. 利用者及びご家族に十分な説明をし、了解を得る。

3. 対応

以上のことを踏まえて、以下のように整理し対応します。

《原則》

- ①身体的拘束と行動制限をしない援助をあらゆる方法で選択する。
- ②身体的拘束と行動制限が、部分的(時間・場所)にどうしても必要な場合は、最小限のものとする。

《最小限とは》

- ・ **時間的最小限**(最小限の時間)
- ・ **場所的最小限**(最小限の場所)
- ・ **方法的最小限**(より制限をしないですむ方法)

- ③上記の原則による対応を、本人(可能ならば)・家族に説明し、理解を得る。

この時、説明書を作成し、確認のサインと印をもらう。(このことは、ケアプランの説明として、入居者(利用者の)生活全体を見通した中で説明されることが望ましい)

- ④経過について記録に残す。

《その他》

夜勤帯等でカンファレンスを開くことができず、その時の職員が、入居者(利用者)の生命又は身体の保護が必要な事態で、拘束や行動制限の代替ケアがどうしても思いつかないなど、カンファレンスを待たず、その職員の判断で上記の《原則》をもとに対応せざるを得ない場合がある。

ただし、申し送りは徹底すること。その後、速やかにカンファレンスを開催し、《原則》に従った対応を施設として検討しなければならない。

職員研修プログラム(令和5年度)

レベル	対象	目標	育成項目 (実施時期)	内容	講師
I (基礎)	全職員必修 全職員必修 新人研修 新人研修 全職員 全職員 全職員	援助専門職としての基盤的な知識・技術の習得を目指す。	①倫理・法令遵守虐待防止研修(4月、5月) ②緊急・救急時対応【演習】 ③緊急時の対応【マニュアル】(随時) ④トランスファー研修(8月、11月) ⑤食事介助研修 ⑥認知症基礎講座(11月) ⑦認知症の適切なケア(12月)	権利擁護と虐待防止、関係法令の確認とルール 普通救命講習、2005年版ガイドライン対応 AED訓練を含む 24時間・365日施設・緊急事態・すべきこと・具体的対応の手順 利用者と介護者の安全を守る介護方法を実践的に取得する 「嚥下障害食事マニュアル」による適切な食事介助の方法 認知症とは、中核症状・周辺症状、原因疾患、治療と対応等について その人らしさを大切に認知症ケア、パーソンセンタードケアとは何か	地域包括相談員 日本堤消防署救急救命士 リスクマネジメント委員会 理学療法士 リスクマネジメント委員会 土田病院 遠藤 真実医師 特養係長、主任相談員
II (中級)	職務リーダー 主任	第線のチームリーダーとしての知識・技術の習得を目指す。	①感染症対策の意義と方法(8月、11月) ②精神科コンサルテーション(4、7、10、1月) ③嚥下(摂食事故防止)研修(2月) ④施設での看取りについて学ぶ(1月) ⑤その人らしい生活とケア実践(6月) ⑥嚥下を助ける食事の工夫(9月) ⑦フロアリーダーグループスーパービジョン(毎月) ⑧ケアマネグループスーパービジョン(毎月) ⑨職員の腰痛予防について適時	予防すべき感染症の種類とその方法、拡大防止対策の実際 専門相談援助職に対する精神科領域からの指導助言のためのセッション リスクマネジメントの目的/機能/方法/実際 病院でのターミナルケアから介護施設での看取り支援の方法を学ぶ 先進施設に学ぶユニット型ケア、食事・入浴・排泄の支援の実際 各種とろみ剤の違いと使用方法、ソフト食等について実際に体験して学ぶ 特養フロアリーダー、サブリーダーと月1回のセッションを開催 ケアマネジメントセンターのケアマネジャーと月1回セッションを開催 最新の介護ロボット等を検討し導入していく	感染症対策委員会 土田病院 遠藤 真実医師 外部講師(リスクマネジメント委員会) 協力病院看護師(特養係長) 研修及び実習報告(介護職) 管理栄養士 特養係長 自主事業係長 外部見学等
III (幹部)	係長、施設長	事業運営への意識的関与と職員への指導技術の習得を目指す。	①情報活用法とセキュリティー ②係長・相談員スーパービジョン(5、8、11、2月) ③権利擁護研修・コンサルテーション(12月)	インターネット及びPC使用時のセキュリティーについて 事業担当相談主任・係長への助言指導、スーパーバイズ技術等を検証 法律に基づく要支援高齢者の権利擁護のための具体的対応について	OA活用委員会 松土篤正施設長 リーガルサポート 檜山 雪子司法書士

倫理綱領

〈笑顔の浅草 15か条〉

私たち職員は次のような基本姿勢を堅持して、高齢者が住みなれた町で安心して暮らし続けられるようお手伝いし、支え合いの地域社会実現の為、地域に開かれた施設づくりを目指し、区民から信頼される施設として、自律ある健全な施設運営を目指します。

(利用者本位のサービスの提供)

1. 明るく朗らかな態度で、笑顔による受容の姿勢を保持すること。
2. 個人の尊厳が保持されるよう、あらゆる局面で意思を尊重すること。
3. 社会的に妥当な要求をニーズととらえ、利用者の利益を追求すること。
4. 相互に緊密な連携を図り、チームワークを徹底すること。

(地域福祉機能の充実)

5. 常に地域社会の一員であることを自覚して行動すること。
6. 住民、ボランティアへの積極的な連携の姿勢を保持すること。
7. コミュニティケアの一翼を担う立場で、地域ネットワークを推進すること。

(透明性、信頼性の確保)

8. サービスや事業運営について、積極的に情報を開示し適切な説明をすること。
9. プライバシーや個人情報の保護を徹底し、顧客の利益を損なわないこと。
10. 利用者からの苦情や要望を確実に受け止め適切な対応をすること。
11. 常に利用者の立場から質の向上に向けたサービスの改善を図ること。

(事業団らしさの発揮)

12. 地域社会の福祉ニーズを幅広く把握し、達成に向け困難性が高い課題についても、真摯に取り組むこと。
13. 蓄積したノウハウを十分に活かすとともに、確かな技術基盤の上に創意工夫を活かした開拓的な対応をすること。

(自立的、効率的運営の推進)

14. 質の高いサービスをより効率的に提供できるよう常に自らの業務を検証すること。
15. 他のサービス事業者と競い合い、より優れたサービス運営を実現する気概を持って自己研鑽に努めると同時に積極的な提言提案をすること。

私たち職員は、支援、介護が一方的になっていないかを利用者の立場にたって、常に自己点検を行い、他者からの批判については謙虚に受け止めるとともに、この職員倫理に反する行いは、相互にこれを見過ぎさず、改善のために努力を惜しみません。

特別養護老人ホーム浅草 利用者権利擁護指針(コンプライアンスルール)

※介護保険施設及び介護サービス事業におけるコンプライアンスルールとは、単に法令の遵守と最低基準を守るだけのルールではなく、利用者の基本的人権を侵害することなく、利用者一人ひとりのニーズに応えるサービス提供を行うためのスタッフの専門性を高める為の行動指針です。

(総合的な視点)

- ・私たち特別養護老人ホーム浅草の職員は、人が見ている時も、見ていない時も、いつも変わらぬ対応を行います。
- ・利用者一人ひとりの普通の生活(権利)を守ります。
- ・利用者一人ひとりの心身の状態や希望に沿った支援を行います。
- ・認知症の方にも、子ども扱いせず、一人ひとりの生活習慣を尊重し、希望やニーズに沿った対応をします。
- ・自分で決めることが出来るようにお手伝いします。
- ・金銭の取扱を明らかにします。
- ・法令等を常に確認し、そのルールに基づいたサービス提供を行います。

《普通の生活(権利)支援とは》

- ・一人の人として尊重し、敬います。
- ・一人ひとりに合った楽しみを持って生活できるようにします。
- ・お風呂やトイレなど、普通の生活が安心してできるようにします。
- ・外出したり、会いたい人に会えるように調整するなど、一人ひとりの思いや希望を尊重します。
- ・地域の住民としての活動参加の機会を持てるように支援します。

《丁寧な話し方・聞き方》

- ・誰に対しても「〇〇さん」と呼びます。
- ・小さな子供に使うような言葉を使わず、普通の丁寧な言葉を使います。
- ・専門用語は使わず、その人にわかりやすい平易な言葉を使います。
- ・足を止めて、顔を見て話を聞きます。
- ・思い、心配、嬉しい…等を受け止めて共感します。

《丁寧な対応》

- ・常に所在と安全に気を配ります。
- ・常に様子と体調に変わりがないか気かけます。
- ・一人ひとりに対して挨拶します。
- ・必ず説明し了解を得ます。
- ・行動を決めることを押し付けず、提案し、決めたことを尊重します。より良いサービスが出来るように常に勉強します。

認知症等で判断の難しい方に対しても介護してあげるという態度をとりません。以下の虐待行為を行いません。

(身体虐待)

- ・排泄や食事等で失敗したときに、子供をしつけるようにたたく。
- ・部屋や玄関に鍵をかけて閉じ込める。
- ・介護服を着用させる。

(言葉・心理的虐待)

- ・「なにやってるのよ」「汚い」「くさい」と怒鳴る。
- ・その日の気分に対応を変える。
- ・目でにらんだり、大声で威嚇する。おびえさせる。
- ・返事をせず無視する。

(性的虐待)

- ・排泄等のことを回りに聞こえるように話す。「〇〇さん、おしっこ漏らしているよ」等。
- ・ワイセツな言葉で侮辱する。
- ・性的な行動を強要する。

(介護放棄～ネグレクト)

- ・オムツ、下着を濡れたまま放置する。
- ・具合が悪いのに診察を受けさせない。
- ・十分な食事を出さない、水分補給をしない、食欲がなく食べられない状態を放置する。
- ・安全に過ごしているか確認しない。
- ・汚れを放置する。

私たち特別養護老人ホーム浅草の職員は入居者に対しても、ご家族に対しても、いつも同じく丁寧な対応、丁寧な話し方に務め、話をよく聞く事に努めます。

個人情報保護に関する説明事項

当施設では、「個人情報保護方針」の則り適切なサービスを提供する為に、ご利用者様の個人情報を適切に管理・運用いたします。

.....

① ご利用者様へのサービス提供に伴い、ご本人の身体状況、介護状況、生活状況、ご家族の状況や連絡先等の情報を頂戴いたします。

.....

② 当施設が適切にサービスを提供する為に、各担当部署にて個人情報を共有します。また、健康管理の為、主治医、協力病院、調剤薬局等に対し、必要な個人情報を当施設から提供します。

.....

③ サービス担当者会議において、サービス提供上必要であると認められる場合に限り個人情報を用いることがあります。

.....

④ 施設内に、ご利用者様のお名前や写真を掲示することがあります。

.....

⑤ 当施設の広報誌に、ご利用者様の日常や行事の写真を掲載することがあります。

.....

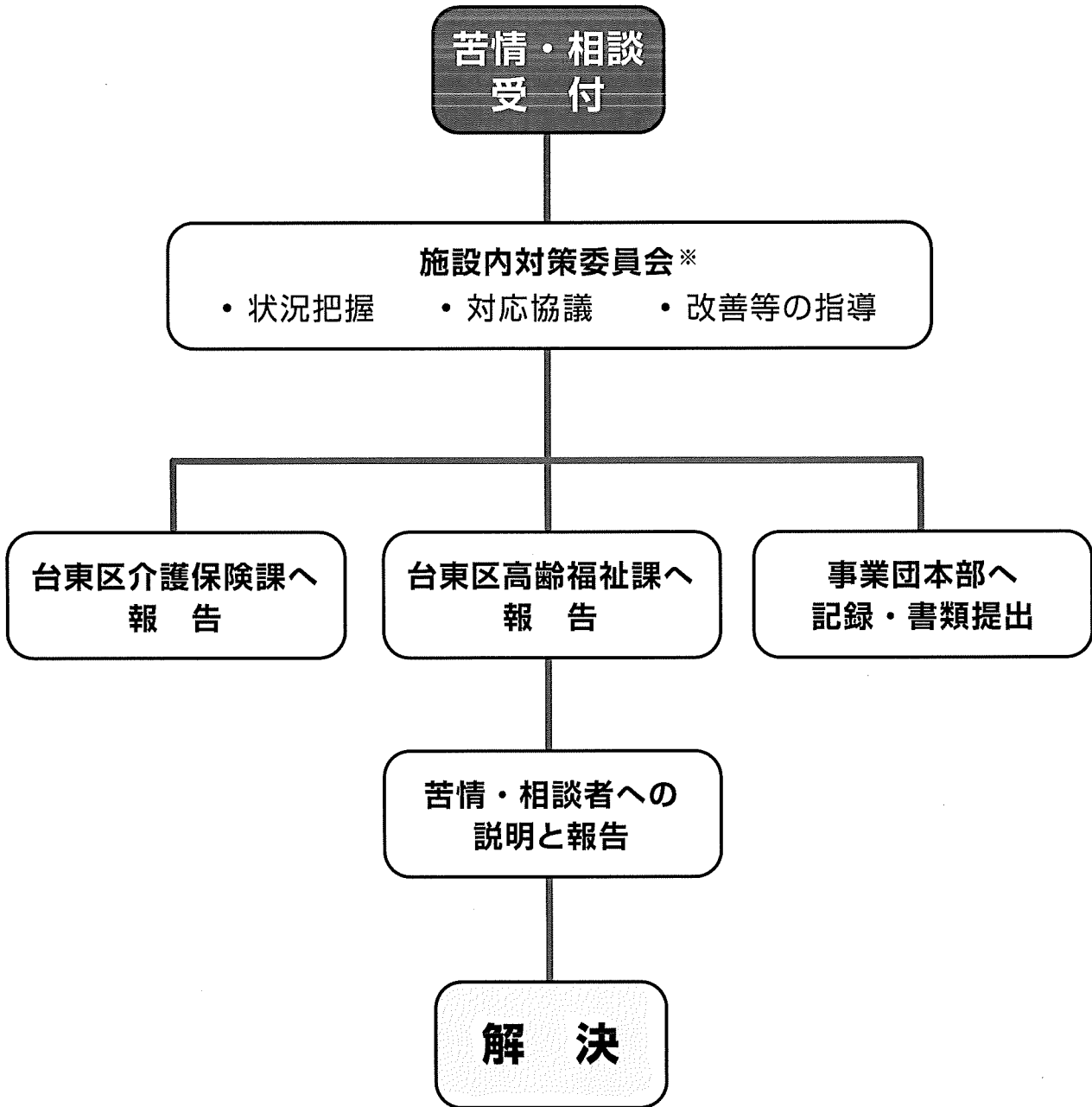
⑥ 当施設を紹介する目的で、当法人のホームページやケーブルテレビ等に写真や映像を載せることがあります。

※明らかに個人が特定できる場合には事前にご相談いたします。

.....

苦情・相談対応のながれ

台東区立特別養護老人ホーム浅草



※施設内対応委員会とは、施設長を長として事務係長、特養係長、介護係長、特養相談員その他必要な関係職員で構成した苦情・相談の解決を図る委員会です。施設内対応委員会で対応しきれない案件や事業団全体での対応が望まれるケースについては、台東区社会福祉事業団本部の関係職員を中心とした「事業団苦情対策委員会」を開催いたします。

日頃より当施設のサービスをご利用いただき誠にありがとうございます。

当施設では、各サービスのご提供にあたりましては、皆様に安心してご利用いただけますよう努めておりますが、何かお気づきの点やご相談・苦情等がございましたら、下記あてにご遠慮なくお寄せ下さい。

1. 当施設の相談・苦情窓口

令和5年4月1日現在

サービス名	担当者	連絡先
特別養護老人ホーム浅草(ショートステイ含む)	鈴木 隆仁 070-6475-0865	03-3876-1094
特別養護老人ホーム浅草(ショートステイ含む)兼務 あさくさ高齢者在宅サービスセンター(ほのぼの) あさくさホームヘルプステーション	谷本 和仁 070-6475-0754	
ケアマネジメントセンターあさくさ	山崎 一博 070-6475-0784	
あさくさ地域包括支援センター	桑田 篤 070-6475-0869	03-3873-8088

2. 法人の相談・苦情窓口

台東区社会福祉事業団 総務課 (みのわ福祉センター)	総務課 係長	03-5603-2228
-------------------------------	-----------	--------------

3. 台東区の相談・苦情窓口

台東区役所 介護保険課(台東区役所2階)	03-5246-1244
----------------------	--------------

4. 台東区の相談・苦情窓口

東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	03-5283-7020
------------------------------	--------------

※受付時間はいずれも月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分

マニュアル更新計画

マニュアルの見直しを随時行なっていく。新しいマニュアルについては、法人全体と施設内で、作業部会により見直しを行い改定していく。

種 別	マニュアル名	現在版	更新規則
共 通	緊急対応	令和5年4月	随時・1年
	感染症対策	令和5年4月	随時・1年
	高齢者虐待	令和5年4月	随時・1年
	情報管理	令和5年4月	随時・1年
	苦情対応	令和5年4月	随時・1年
	人材育成（アルバイト）	令和5年4月	随時・1年
	ボランティア	令和5年4月	随時・1年
特養ホーム	食事	令和5年4月	随時・1年
	入浴	令和5年4月	随時・1年
	排泄	令和5年4月	随時・1年
	事故対応	令和5年4月	随時・1年
	身体拘束	令和5年4月	随時・1年
	金銭管理	令和5年4月	随時・1年
	個人情報	令和5年4月	随時・1年
	認知症ケア	令和5年4月	随時・1年
	服薬管理・介助	令和5年4月	随時・1年
	外出・外泊	令和5年4月	随時・1年
	健康管理	令和5年4月	随時・1年
	ターミナルケア（精神的ケア）	令和5年4月	随時・1年
行方不明時対策	令和5年4月	随時・1年	
在宅介護	事故防止	令和5年4月	随時・1年
	送迎	令和5年4月	随時・1年
ケアマネ	プライバシー保護	令和5年4月	随時・1年
	ケアマネジメントセンター	令和5年4月	随時・1年

あさくさ
asakusa

