

介護関係（おくらの里 特養）

利用者個々の尊厳と人格を尊重し、自立支援を目指したケアを実践することで、心身機能の低下を防ぎ、利用者が日常において気力を持って活動的な生活が送れる様に支援します。また、情報の共有化を図ることで各職種と協力・連携したチームケアを展開し“利用者利用者家族の心に寄り添える”様に支援していきます。

1. 個別ケア（処遇全般）

- (1) 利用者個々の心身状態を細かくアセスメントし、個性や特徴・嗜好・生活歴を把握し、その人の本質を見極め、多様なニーズを的確に把握する事で、個別に応じたケアプランを多職種協働のもと立案します。また、利用者・家族の意向や思いを把握しケアに反映し、個々に視点を当てた係わりを持つことで、利用者1人1人の自己実現を目指した支援を行います。
- (2) 介護の視点に基づき、新規利用者やショートステイ利用者の生活支援に必要な情報を収集し、状態把握や受入れ準備を行うことで、在宅・施設などから繋がりあるケアが実践できる様に取り組みます。
- (3) 利用者の個別特性に応じたリスクアセスメントを行い、カンファレンスなどを通じ職種・職員間で情報を共有し、業務改善や連携を図ることで、状態や状況を的確に捉えた統一性のある対策を実施し、レベル低下に繋がるような事故やヒューマンエラーによる事故を防ぎます。
- (4) 四季を感じさせる様な余暇活動や地域とのつながりを感じて頂ける余暇活動を立案・実施することで充実した日々が送れるよう支援し、利用者のやりたい事やできる事に目を向け、可能な限り実現を目指します。また、余暇活動の様子や生活の様子を写真等の記録に残し、利用者や家族と一緒に思い出を振り返ることのできる材料として活用します。

2. 重度者ケア・看取り介護

- (1) 平常時の状態（バイタル・栄養摂取状況・排泄状況・視覚的情報[表情や様子]等）を小まめに観察することで、異変に気付ける観察力を身に付け、職員間・職種間で情報共有し連携を密に図ることで、状態異常に早期対応し、重症化や長期入院を回避できるように取り組みます。
- (2) 利用者個々の状態や生活リズムに応じ、離床支援を行い活動する時間を設けます。また、有効的なポジショニングやシーティングを実践することで、姿勢や呼吸状態・筋緊張を改善しリラックスした状態で過ごす事で、関節の拘縮進行や褥瘡等の皮膚トラブル、摂食・嚥下機能の低下を予防したケアを行います。
- (3) 利用者の食事姿勢の見直しや摂食状態、嚥下能力に応じた食事介助を行うことで、誤嚥を予防し、経口摂取が継続できる様に支援します。また、状態に適した口腔ケアを実践により口腔衛生、口腔機能を維持することで誤嚥性肺炎を予防します。
- (4) 職員個々が感染対策に関する知識を深め、日頃から標準予防策を徹底できる様に取り組みます。また、発症時には各職種と協力し迅速に発症者の対応（個室隔離や消毒等）を行い、感染症蔓延予防対策を講じます。
- (5) 看取り介護は日常生活の延長にあると捉え、日頃から利用者・家族との情報交流を重要視し、その方の人生に寄り添いながら「ここで最期を迎えることが出来て良かった」と感じて頂ける様に、本人や家族の意向を踏まえたケアに取り組みます。また、看取り介護実践後には利用者・家族の声や各職種からの意見を材料にカンファレンスを行い、看取り介護の取り組みに係わる振り返りを行うことで次に活かし、実践力や質の向上が図れるよう取り組みます。

3. 認知症ケア

- (1) 認知症による BPSD の認識・理解を深め、行動要因を探り、情報を共有することで対応の仕方やケア方法を統一し、利用者が一人の人間として尊厳や役割を持って生活できる様に支援します。
- (2) 身体拘束ゼロ、高齢者虐待防止、QOL の向上を推進し、職員1人1人が不適切なケアに対する正しい認識や知識を持ち、随時ケアの改善や振り返りを行うことで、利用者の尊厳を守り、自尊心を傷つけられることのない様に取り組みます。
- (3) 職員の関わり方が環境因子になりうるということを認識し、傾聴の姿勢で受容的・共感的に対応することで情動の小さな変化にも気づき、外見表現や言葉の表現を工夫することで、安寧に過ごせる様に支援します。
- (4) ユニットの家庭的な雰囲気により過ごし易い環境を作り、日常生活に変化（活動への参加支援、日課・役割の提供、更衣支援）を付けることで、健康的な生活リズムを構築し、認知症の進行を予防します。

4. 人材育成

- (1) 職員の研修参加を促進し、精力的に研修報告の場や機会を設け、介護に関する知識や技術を深め、将来の目標設定が行える様に取り込むことで、職務に対する意欲を向上させ、キャリアに応じた実践力や判断力を身に付けサービスの質の向上を目指します。また、持ち得た技術・知識を活用して、新人職員の指導・育成・評価を行い、チームケアの一員としてサービスを提供することができる様に教育を行います。
- (2) 職員間の「報・連・相」を基本とし、日頃から各職種・職員・部署間のコミュニケーションを密に行うことで、業務に対し互いに注意・意見し合える良好な関係性を築き、問題に対する共通意識を持ち柔軟な協力体制を構築することで、離職を予防し安定した介護が提供できる様に取り組みます。
- (3) 無駄・無理・ムラのない様に見直しを図り、業務の効率化に努め、個々のキャリア・特性に応じた役割を分担化することで、役割に対する責任感や意識が持て、職員の育成に繋がるよう取り組みます。

看護関係（おくらの里 特養）

利用者の重度高齢化が進む中、日々の健康管理と状態把握に努め、嘱託医・他職種との連携により、異常の早期発見につなげ、異常時の対応が円滑かつ迅速に行える様に取り組みます。また、感染症予防、褥瘡対策や終末期ケアに重点を置き、知識・技術の向上を図りケアの質の向上を目指します。入所者個々に、一人の人間として尊厳を保ち、喜びを持って日々の生活を送れる様、医療面に加え精神面においても、家族を含めた支援を行うことで、より良い医療を提供していきます。

1. 適正な健康管理

- (1) 職員間の連携を密にし、情報を共有することで、疾病の予防と早期発見ができるよう努めます。
- (2) 歯科医の定期的な治療・指示を受け、口腔内の保清、食生活の維持、誤嚥性肺炎の予防に努めます。
- (3) 急変時には、嘱託医や職種間で情報を共有し、対応をスムーズに行うことで病状の重症化を防ぎます。
- (4) 医薬品の適正管理と内服方法の確認を確実にし、職員間で情報を共有し内服支援による事故を防ぎます。

2. 感染予防と衛生管理

- (1) 感染対策の指針を適切に運用し予防ができる様、感染対策予防委員会の定期開催や感染予防対策内部研修を年2回実施することで、危機管理体制を確保し、感染対策物品の補充や点検・室温調整・換気・手洗い・うがいの励行を推進し、入所者・職員の健康管理を促進します。
- (2) 各部署・職種が統一した感染対策ができる様に対応を標準化し、施設内の体制整備を行います。感染症発生時には迅速に臨時の委員会を開催し、状況を把握と意識統一を図り、感染症の蔓延を防止します。
- (3) インフルエンザ・ノロウイルスなど流行する感染症は早期に情報収集し、徹底した予防対策に努め、感染症の持ち込みや発症を阻止する為、来訪者にも協力を仰ぎ、健全な生活環境を提供します。

3. 褥瘡予防対策

- (1) 入所者全員に褥瘡のリスク評価を行い、リスクに応じて褥瘡好発部位の皮膚清潔や栄養状態の把握、除圧道具の活用や適切なポジショニングなどを実施することで、皮膚の健康状態に留意したスキントラブルの予防に努めます。また褥瘡発生時には嘱託医と各職種と連携を図り、褥瘡予防計画を立て、計画に沿って、適切なケアを行うことで、感染症などの二次障害の防止に努めます。
- (2) 管理栄養士から栄養マネジメントにおける観点から栄養状態高リスク者や体重減少の著しい方などの褥瘡発生の高い方に関する意見を求め、栄養指導を受けることで共同して褥瘡予防・悪化の予防に努めます。

4. 終末期ケアの実施

- (1) 施設の看取り指針に沿って、夜間緊急連絡体制を確保するとともに、利用者の状態に合わせたカンファレンスを行い、本人や家族の意向を踏まえた終末期ケアが実施できるように努めます。
- (2) バイタル測定や状態のこまめな観察により、利用者の状態を把握し、変化に応じた対応を行います。また、施設で提供できる医療の範囲を明確にし、嘱託医や各職種との連携により必要な医療処置を行い、終末期におけるケアを実践します。
- (3) 家族と嘱託医がお互い信頼し、必要な医療を提供できるように橋渡しを行い、家族・利用者が納得して安らかな終末期を送れる様に支援します。

5. 看護師の知識の向上と医療的ケアへの取り組み

- (1) 外部研修に積極的に参加し、広い視野を持ち知識を進取し、日常業務へ反映させられる様に努めます。
- (2) 看護職員の定着率の向上を目指し、働きやすい環境作りを行うことで、やりがいを持ち施設における良質な医療が提供していける様に努めます。
- (3) 嘱託医や各職種と連携のもと、介護職員が適切な医療的ケアが実践できるよう、現場での的確な助言・指導・実施計画書の作成・報告等を行います。

相談職関係（おくらの里 特養）

入所者1人1人のこれまで歩いてこられた生活歴や意思を尊重し、個別な係わりを持ちながら安心した生活が送れるよう支援します。また、多職種との連携を強化し情報共有を図ることで、心身の健康保持・家族の要望に対応できるようサービスの質の向上を目指し、家族にとっても施設が安心できる場所であると同時に地域社会において、社会資源の一つとして親しみの持てる開かれた場所となれるよう取り組みます。

1. 入所者処遇、相談援助

- (1) 入所者の心身状態等を的確にアセスメントし、入所者・家族の要望に基づき、多職種と協働して個別ニーズを捉えた入所者本位のサービス計画を作成し、自立（自律）支援を目指します。新規入所の場合は、在宅や施設、医療機関などから繋がりあるケアが行える様に情報を収集し計画に反映します。
- (2) 日頃から家族に入所者の心身状態や生活状況などを報告し、コミュニケーションを図ることで相談しやすい関係・環境作りを行うことにより、良好な信頼関係が構築できる様に取り組みます。家族とのやり取りの中で知り得た入所者支援に関わる情報を多職種にも発信・共有することで、ケアの質の向上に繋がります。
- (3) 入所者・家族からの要望や苦情を真摯に受け止め、迅速かつ誠実に対応すると共に、多職種と連携し再発予防策を講じます。また、情報を開示し透明性の確保と今後のサービス改善に繋がります。
- (4) 入所者の入院に際しては、医療機関と連携・家族との連絡を密に行います。長期入院が必要となった場合には、主治医の見解の基、家族・多職種と協議の上、入所者・家族にとって最善の対応を提案させていただきます。
- (5) 職種間で入所者のリスク情報を共有し、協力し合うことで介護事故の発生予防・減少に努めます。また、介護事故が発生した場合は、関係機関への連絡・報告を速やかに行い、多職種協働により事故原因を究明し事故対策を協議した上で、家族の不安や不満に繋がらない様に誠実な説明・対応に努めます。
- (6) 看取り介護は、本人と家族が係わりやすい環境を作り、不安や戸惑いの気持ちに寄り添いながら随時、相談や要望に応えることで、安心して安らかな最期を迎えられる様に多職種と協働して支援します。

2. 入退所者への対応

- (1) 必要性が高い方の優先的な入所が行える様に入所基準を明確化し、適正化を図ることで入所決定過程の透明性・公平性を確保し、円滑に施設入所を進められる様に取り組みます。
- (2) 退所に関わる状況を的確に把握・判断し、家族や関係機関との連絡・相談及び調整を行うことで円滑な退所支援が行える様に努めます。
- (3) 退所から新規入所までの空床期間を概ね14日以内とし、円滑に新規入所者を迎え入れられる様に調整することで稼働率の低迷を防ぎます。
- (4) 各居宅介護支援専門員や医療機関のソーシャルワーカー等と連携し、情報交換を行い施設入所の申し込みに繋がるよう努めます。

3. マネジメント力の向上と多職種との連携

- (1) 研修や他施設との交流の場に参加することで自己研鑽し、職員個々の相談援助技術や知識、マネジメント力の向上を図り、利用者や家族への支援が充実する様に取り組みます。
- (2) 日頃から多職種との情報共有に努め、「行き違い」や「思い違い」がない様に意思疎通を図り連携を強化し、職員・職種間での調整がスムーズに行える様に取り組みます。

機能訓練関係（おくらの里 特養）

人は加齢に伴い身体機能・認知機能が低下していき、また疾病に罹患することにより一層全身機能は低下しやすくなり、ADLも低下してきます。色々な補助具を用いても生活が自立していれば問題も少ないですが、生活に他者の援助が必要となります。このことを踏まえ多職種と連携しつつ個々に適した計画のもと機能訓練を行い、身体機能・認知機能・生活機能の維持・向上を図ることで、日常生活を営むのに必要な機能を改善又はその減退を防止していきます。

1. 機能回復訓練計画の立案

利用者又は家族の希望と、介護支援専門員・看護職員・介護職員・生活相談員・管理栄養士ら多職種の意見を反映し、利用者1人1人の生活状態・生活動作の観察を行い現在の身体機能を評価した上で、個別機能訓練計画書の作成を行います。また、その後3ヶ月毎に1回以上、利用者又は家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進行状況等を説明し、訓練内容の見直し及び作成を行います。

2. 機能訓練の実施

カンファレンスにて策定された計画書に則り、個々の機能訓練を実施していきます。

- （1） 個別機能訓練では個々に適した関節可動域訓練（各関節の屈伸運動・プーリー）、日常生活動作訓練（食事・整容・排泄・更衣・入浴動作訓練等）、基本動作訓練（起き上がり・移乗・端坐位・立ち上がり・立位保持・歩行訓練等）、筋力強化訓練（車椅子自走訓練・ハンドグリップ・トレーニングチューブ・重錘バンド装着による下肢の運動等）、物理療法（ホットパック・メドマー等）を実施します。
- （2） 集団訓練では運動能力を主とした集団レクリエーション（新聞棒体操・風船バレー・ターゲットゲーム等）、歌体操及びカラオケ、音楽療法、作業療法（行事制作・書道等）、脳トレ（迷路・塗り絵・計算問題・間違い探し等）の活動を数多く取り入れ、身体機能維持・向上及び認知機能の低下を予防します。また、ボランティアを有効活用し、継続的な取り組みに繋げていきます。
- （3） 筋緊張の緩和、拘縮予防、褥瘡発症予防、誤嚥予防を考慮し離臥床時共に安全で安楽な体勢で過ごせる様、利用者個々の障害に合わせた個別的なポジショニング・シーティングを設定します。
- （4） ショッピングや食事会、近隣の公園や施設を散歩する等四季を楽しむ外出行事に同行し、心身のリハビリ、認知力の低下予防を行います。

3. 職種間への情報の提供

介護職員に筋緊張・拘縮・褥瘡・誤嚥予防のポジショニングやシーティング、又機能訓練（ストレッチ・筋トレ・立位訓練等）方法の正しい情報を提供し共有する事で、機能の維持・向上に取り組む体制作りを施設として固めていきます。個別性のあるポジショニング・シーティング・機能訓練方法をパンフレット化し提示します。

4. リスク管理

使い過ぎによる過用症（過用性筋力低下・過用性筋損傷・過用性体力消耗）や誤った訓練法が引き起こす誤用症（関節損傷・末梢神経麻痺）等のリスク面に十分留意しつつ訓練を実施していきます。

5. 専門職としての資質向上

年1回研修等を通じ知識力、技術力を習得し専門職としての資質の確保・向上を図っていきます。

栄養関係（おくらの里 特養）

食事は入所者の楽しみ、喜びと認識し、生命の糧、健康の保持だけではなく、心豊かな生活を送るための大切な役割を果たせるよう、季節感あふれた美味しい食事の提供を通じQOLの向上を図ります。また、多職種と協力し、多角的な視野にたった栄養ケアマネジメントを実施し、利用者の栄養状態の維持・改善と心身の健康を保つ支援を行います。

1. 栄養ケアマネジメントの実施

- (1) 低栄養状態の予防・改善を重要な課題として、スクリーニング及びアセスメントより解決すべき課題やニーズを把握します。カンファレンスにおいて多職種で内容を協議し、栄養ケア計画を作成します。
- (2) 栄養ケア計画を実施していく中で、栄養状態・食事摂取状況等を定期的にモニタリングし、利用者の状態変化に柔軟に対応していきます。
- (3) 栄養ケア計画に基づいて利用者の個別性に対応し、安全で衛生的な食事、経腸栄養法による栄養補給を行います。
- (4) 口腔機能の維持にも目を向け、口腔マッサージ等を実践し、嚥下機能や摂食機能を保ち「食べる」ことを維持できるよう支援します。
- (5) 利用者及び家族に栄養ケア計画の内容を分かり易く説明し、十分な同意のもと栄養ケアを実施します。

2. 質の高い食事の提供

- (1) 摂食調査・嗜好調査・検食簿の結果を参考に、栄養バランス、味、食事量にムラのない食事提供を目指します。
- (2) 疾患のある利用者には、その病態に応じた療養食を提供します。
- (3) 季節の移り変わりを実感できるように旬の食材を積極的に用い、彩や盛り付けを工夫し、食欲を刺激するような食事の提供を心がけます。

3. 適切な衛生管理

- (1) 感染予防対策委員会と連携し、感染症又は食中毒の予防及びまん延防止に適切な対応を行います。
- (2) 食中毒の予防・蔓延防止指針や衛生管理マニュアルに基づき、食品衛生及び厨房内の衛生管理を徹底します。
- (3) 常に食事提供者としての自覚を持ち、自身の体調管理に努めます。
- (4) 食材は原材料と産地確認を行い、国産品及び地産の物を優先的に使用します。

4. 情報の共有と提供

- (1) 利用者、職員に対して持続的に栄養に関する情報を提供し、知識の向上を図ります。
- (2) 栄養委員会の開催により、低栄養状態の入所者の栄養改善・食事内容等について検討を重ねます。
- (3) ニーズの多様化に適応する調理技術と専門知識の習得及び質の高い食事提供を目指す為、職場会の開催や積極的な内外の研修会への参加を行います。