平　成　１　６　年　度

事　業　計　画　書

社　会　福　祉　法　人ノマド福祉会

目　　　次

Ⅰ 事　業　計　画
１ 運 営 方 針　3
２ 基 本 事 業　4
３ 組 織 体 制　7
４ 各部門別重点目標 8
(1)事務部門
(2)生活相談支援部門
(3)介護･看護部門
(4)給食部門
５ 職員会議　11
６ 職員研修　13
(1)施設外研修
(2)施設内研修
７ 自主的防火管理体制 16
Ⅱ 事　業　別
事　業　計　画
１ 介護老人福祉施設 18
２ ショートステイ事業 21
３ デイサービス事業 23
４ ホームヘルプサービス事業 27
５ 訪問看護事業 29
６ 在宅介護支援センター･居宅介護支援事業所 30
７ ケアハウス 32
８ グループホーム 36
９ 生活支援ハウス 39
１０ 支援費サービス(身体障害者ｼｮｰﾄｽﾃｲ事業) 41
１１ 地域交流事業 42

Ⅰ　事　業　計　画

１　　運　営　方　針

市立赤岩保育所の隣地4，452.04 ㎡に、研修宿泊機能を備えた生活支援ハウス(定員 12 名)及び痴呆性高齢者グループホーム(定員 9 名×3 ﾕﾆｯﾄ)が平成 15 年度に完成しました。いずれも小樽市内での開設が待ち望まれていた施設であり、向後、関係機関や地域の支援を得て、質の高い介護サービスを提供していくものであります。

特別養護老人ホームでは、公正な入居判定を実施し、ユニットケアの視点と方法を必要に応じて取り入れつつ、個別ケアと日々の機能訓練及びアクティビティ活動の一層の充実に努力します。又、老朽化した設備の修繕等を実施します。

ケアハウスでは、利用者の自立した生活を支援するため、平成 16 年度も利用者主体の様々な地域交流事業、クラブ活動等を実施するとともに、介護等を必要とする利用者に対しての適切な対応に努めます。

デイサービスセンターでは、平成 15 年度から開始した週６日実施体制を維持し、引き続き季刊広報紙「逢」の発行、クラブ活動はじめ各種行事の充実に向けて積極的に

取り組みます。居宅介護支援事業では、居宅訪問やモニタリングの実施を更に徹底し、アセスメントの向上と自立支援に向けたケアプラン作成に努めます。

在宅介護支援センターでは、在宅高齢者の実態把握を推進し、介護教室の開催など予防事業・啓発事業の実施に鋭意取り組みます。

ホームヘルプサービスでは、サービス提供体制を強化し、調理技術の向上など一層のケアの質的充実に努めます。

訪問看護サービスでは療養生活のトータルな支援を目指します。

支援費サービスでは、身体障害者短期入所サービスを実施します。

又、新たなグループホーム事業では、痴呆性高齢者の生活の質の向上を目指し、生活支援ハウスでは、安心で快適な住環境の確立を目指します。

その他、本年度も事務処理の効率化を目指し、各部署で情報電子化を促進するとともにセキュリティ対策の確立に向けて努力します。又、ホームページの内容を充実し、介護教室や講演会の開催、実習生・見学者の受入、「暖」ほか広報紙誌の発行、利用者・家族懇談会の開催等により、外部に開かれた運営を推進するとともに、職員の資質向上のため、一層の研修内容の充実に更に努めます。

２　基　本　事　業

（１）介護保険事業・支援費制度事業

（介護保険事業は「（介）」、支援費事業は「（支）」と注記）

①　介護老人福祉施設（介）

定　員　80名

対象者　介護保険法の定めによる要介護被保険者

明るく家庭的な雰囲気づくりと地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って施設サービス計画を作成し、それに基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ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　短期入所生活介護事業（介）（支）

定　員　20名

対象者　介護保険法の定めによる要支援及び要介護被保険者並びに身体障害者福祉法の定めによる身体障害者

利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目指す。

③　通所介護事業（介）

定員　（併設型）40名　（痴呆専用併設型）10名

対象者　介護保険法の定めによる要支援及び要介護被保険者

利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行う

ことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目指す。

④　訪問介護事業（介）

対象者　介護保険法の定めによる要支援及び要介護被保険者

利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他生活全般にわたる援助を行うことを目指す。

⑤　居宅介護支援事業所（介）

対象者　介護保険法の定めによる第1号被保険者及び特定疾病（政令の定めによ　る）を有する第2号被保険者

利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、又、利用者の心身の状況、その置かれている環境に応じて、適切な保健医療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、常に利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立って、その提供する指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう公正中立な支援を目指す。

⑥　訪問看護事業（介）

対象者　介護保険法の定めによる要支援及び要介護被保険者

利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指す。

⑦　痴呆対応型共同生活介事業（介）

対象者　痴呆の状態にある者で、介護保険法の定めによる要介護被保険者

利用者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、家庭的な環境のもとで、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことを目指す。

（２）その他の老人福祉事業

①　軽費老人ホーム　ケアハウス

定　員　50名

対象者　原則として60歳以上で、自炊ができない程度の身体機能の低下が認められ、又は高齢等のため独立して生活するには不安が認められ、家族の援助を受けることが困難であるもの。

低額な料金で日常生活上必要な便宜を供与し、入所者が健康で明るい生活を送れるようにすることを目指す。

②　在宅介護支援センター

小樽市からの委託を受け、次の地域型支援センターの事業を、居宅介護支援事業所その他関連機関等との連携により行うことで、地域の要援護高齢者及びその家族の福祉の向上を図ることを目指す。

ｉ）福祉用具の展示、利用対象者の心身の状況を踏まえた福祉用具の紹介並びに福　祉用具の選定若しくは具体的な使用方法又は高齢者向け住宅への増改築に関する　相談及び助言

ⅱ）地域の要援護高齢者等の心身の状況並びにその家族等の状況等の実態把握及び　介護ニーズ等の評価
ⅲ）各種の保健福祉サービス及び介護保険サービスの存在、利用方法等に関する情　報の提供及びその積極的利用についての啓発
ⅳ）在宅介護に関する各種の相談に対し、電話、面接、訪問等により行う在宅介護　の方法等についての指導、助言等
ⅴ）地域の要援護高齢者等又はその家族等の保健福祉サービスの利用申請手続の受　付、代行等の便宜を図るなど、利用者の立場に立っての保健福祉サービスの適用　の調整

③　生活支援ハウス

実施主体　小樽市
定　　員　12名
対 象 者　原則として60歳以上の一人暮らしの者、夫婦のみの世帯に属する者及び家族による援助を受けることが困難な者であって、高齢等のため独立して生活することに不安のあるもの

ⅰ）高齢等のため居宅において生活することに対し不安のある者に対し、必要に応じ住居を提供する。
ⅱ）各種相談、助言を行うともに緊急時の対応を行う。
ⅲ）加齢によるADL低下に伴い通所介護、訪問介護等介護サービス及び保健福祉サービスを必要とする場合は必要に応じ手続の援助等を行う。
ⅳ）地域住民との交流を図るための各種事業及び交流のための場の提供等を行う。

④　その他老人福祉法の定めによる事業、小樽市等から委託を受けた事業

ⅰ）特別養護老人ホームにおける小樽市生活管理指導短期宿泊事業の受託等
ⅱ）デイサービスセンターにおける小樽市生活支援事業の受託等
ⅲ）介護認定調査の受託
ⅳ）その他地域福祉推進のため必要な事業

（３）地域交流事業

ⅰ）各種交流事業の推進及び地域交流スペースの活用
ⅱ）ボランティア活動の推進及び支援
ⅲ）介護教室、講演会等の開催
ⅳ）実習生、見学者の受入れ及び講師派遣等

３　組　織　体　制

（別紙）

４　　各部門別　　重　点　目　標

(1) 事 務 部 門

職種間及び部署間相互の連携が円滑に図られるよう、又、利用者及び家族との意志疎通や関係機関との連絡調整に遺漏のないよう、通知や連絡文書の収受、発送及び保管のシステムを確立し、職員の心身の健康増進と利用者等からの法人事業に対する信頼確保に向けて、次に掲げる事項について、必要な事務を適正かつ正確、迅速に実施する。

・新たな生活支援ハウス及びグループホーム事業の円滑な運営を図るため、利用者、小樽市及び関係諸機関等との連絡・協議を適宜行う。
・利用者からの利用料徴収について、利用料の郵便口座振替利用を更に促進させ、利用者の一層の利便向上、事務処理の効率化、収納率向上等を図る。
・各種決裁業務に対し専決者を定め、責任所在の明確化と事業執行の把握体制の確立を図る。
・施設内外の設備等に係る破損箇所の修繕・修復、芝生及び植栽の維持管理と改善に努めるとともに、設備の経年老朽化に対し、適切な保守契約の締結等を実施する。
・情報公開のためのわかりやすいデータ整理と資料整備を推進する。
・職員給与支給、出退勤等の適正な管理に努める。
・長期的な健全経営と職員の勤務意欲増進の視点から、給与規程の見直しと改定の作業　を推進する。
・会計収支について、適正で、正確かつ迅速な処理に努める。
・防災対策の充実・強化に向けて、利用者及び職員に対する訓練・啓発活動を行う。

・備品及び固定資産の管理について、体系化と整理を促進する。
・施設運営全般について、合理的・効率的な事務処理の流れを追求するとともに、利用　者が快適に利用でき、職員が快適に働きやすい環境づくりをこころがけて、補修、工事　等の必要な措置を適正な手続を経て適切に行う。

⑵ 生 活 相 談 支 援 部 門

利用者の立場から 介護保険制度、支援費制度、それらの附帯的各種制度の活用を図るとともに、施設内外の研修受講のほか、ソーシャルワークの実践を通じ知識と技術の習得に努め、各種の研究に取り組む。特に、平成 17 年度以降の介護保険制度の改定及び介護報酬体系の改定についての情報収集に努め、利用者に対し十分に説明責任を果たしていくものとする。

レジデンシャルソーシャルワークの展開

・利用者の立場に寄り添い、他職種との連携のもと、利用者が主体的に生活をおくることができるよう、日々の相談業務を行っていく。
・利用契約においては、説明と同意のプロセスを重視し、利用者・及び家族がいたずら　な不安を抱えることなく安心して施設生活を送れるよう努力する。
・利用者の権利擁護という観点から、必要により成年後見制度等の活用を図る。
・利用者の家庭環境に配慮し、家族も十分視野にいれた支援を行っていく。
・適切な入所相談に努め、公正な入所判定会議の開催を行う。

コミュニティワークの展開

・高齢者福祉はもちろんのこと、全般的な社会福祉の向上という視点をもち、関係諸機　関との連携のもと日々の業務を行っていく。
・ボランティア活動について、「あかり」その他のボランティア団体、地域住民とともに活動のありかたを考え、施設として可能な支援、協力のありかたを追求する。
・実習生の受け入れにあたっては、ソーシャルワーカーの育成、教育という社会的責任　を十分考慮する。

⑶ 介 護・看 護 部 門

スタッフ一人一人が、各自の役割に対する責任感と主体性を持ち、建設的な意見を提起するとともに、ケア内容の一層の充実に向けて介護・看護業務全般の見直しと改善を不断に行っていく姿勢を確立するため、次の事項について取り組む。

・ちょうじゅシステムの活用による利用者情報の科学的な把握
・特養利用者の在宅復帰の可能性についての定期的な検討の実施
・利用者に提供したサービスの内容等の具体的な記録の徹底
・第三者評価システム導入の検討並びに自己評価の実施及び評価結果の公表
・ケアプランの作成及び評価に係る介護職と看護職との連携の強化
・ケアマニュアル又は業務マニュアルを業務指針とし、身体拘束その他利用者の行動制限の行為等を行わず、ユニットケア（利用者に寄り添うケア）の考えを取り入れるなどした個別ケアの充実
・安全、清潔で、家庭的な明るい環境づくり

・集団処遇ではなく自己選択を基本とする自由なアクティビティ・プログラムの充実に　向けた検討
・職員育成のための研修、面談等必要な措置

介護部門
・特養では4グループ制の業務体制実施により利用者となじみの関係を構築することに努める。
・利用者のプライバシーに配慮しながら、季節や時間が感じられ、潤いと感動のある個性的な生活空間の創出に向けて、自立支援のための個別ケアを実施するとともに、笑顔と丁寧な応対をこころがけ、なじみのあたたかい人間関係の構築を目指す。
・寝たきり防止のため寝食分離を促進する工夫をこころがけ、機能回復訓練やレクリェーションを適宜提供するなど、ゆったりとした時間経過の中にもメリハリのある生活の創出に努める。
・利用者及び家族の個々のニーズを把握し、他職種と連携して状況にあったケアプランを作成するとともに、週間サービス計画表と日課計画表を作成して利用者又は家族にサービス内容をわかりやすく説明することをこころがけ、定期的、又は状況変化に応じて適宜、ケアプランの評価と変更を実施する。
・痴呆性老人に対するケアの充実に向け、生活歴についてのアセスメントを充実させるとともに、日々安全で清潔、快適な生活環境の確保に努め、適切な介護により随伴精神症状や問題行動の軽減を図り、痴呆の進行を緩和・防止するための実践及び研究に取り組む。。
・抑制ゼロのケアを引き続き推進するとともに転倒等の事故防止対策を綿密に整備する。
・施設内外の研修受講のほか、ケアワーカー各自が積極的に自主研修に取り組み、知識　と技術の習得に努める。

看護部門
・嘱託医及び地域の医療機関、関連保健機関との連携を一層強化し、利用者の通院又は入院が適時、適正に行われるよう調整に努める。
・多種慢性疾患を抱え、又は非定型的な急性期症状を呈する高齢の利用者に対し、日常的な観察により早期の異常発見に努めるとともに、定期健康診断等による健康管理を実施する。
・結核、インフルエンザ、MRSA、レジオネラ症等の感染防止のため必要な措置を日常的に実施し、感染症が施設内に発症した場合は、施設内感染症対策マニュアルに基づき、速やかに適切な措置を行って感染の拡大防止に努める。
・他職種との連携によるチームアプローチを強化し、利用者のADL向上のため、QOLに配慮した看護を展開する。
・施設内外の研修受講のほか、セミナー、講演会等で症例発表の機会を持つなど積極的に自主研修に取り組む。

機能訓練・各種療法部門

・個々の利用者の機能訓練の必要性及び内容が明らかにされた「生活リハビリテーション評価表」に基づき必要な訓練計画を実施するとともに、常に、日常生活上の挙措を通じた無理のない機能訓練を計画的に実施していくよう心がける。
・利用者の残存機能の維持及び機能低下防止を図るとともに、利用者がボランティアの人々や他利用者との交流を持つ中でうち解けた楽しい時間を過ごすことができるよう工夫に努める。

(4) 給 食 部 門
・利用者が、安心で快適な食生活を送ることができるよう、栄養所要量算定、献立作成、食材選択・検品及び調理・配膳並びに嗜好調査、残食調査等を実施する。
・適時適温配膳とともに、利用者と適宜意見交流を図りつつ、個人別嗜好カルテに基づ いて、個人的嗜好にも極力対応した給食を実施する。
・ムラのない統一された味つけを心掛け、美しい盛りつけと季節感の感じられる食事の提供に努める。
・利用者の障害状況に応じた食器又は補助具の利用について、日常的に配慮する。

５　職 員 会 議

チームアプローチによる総合的ケアを推進するため、必要な以下の会議を適宜開催し、職員間の相互理解と情報の共有化を図る。

職員会議日程（全施設）

区	分	開 催 日 時	参 加 者	人数
定例会議	朝礼	毎朝 8 時 30 分～ 約 10 分間	施設長、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾜｰｶｰ、看護職、 栄養士、 事務員	参加可能職員全員
	幹部会議	毎週月曜日 13 時～14 時半	理事長、施設長、課長職員ほか、	8 名
	職員全体会議	隔月最終火曜日 19 時～20 時	施設長以下全職員	全 員
	給食会議	毎月最終木曜日 16 時～16 時半	施設長、課長職ほか、 （委託先）担当部長、調理チーフ等	関係者
	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ･ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	毎月最終火曜日 13 時～	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱｸﾞﾙｰﾌﾟ「あかり」メンバー 施設長、課長職、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰほか	関係者

職員会議日程（特別養護老人ホーム）

区	分	開 催 日 時	参 加 者	人数
例	朝・夕ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	毎朝 9 時 45 分～10 時 毎夕 17 時～17 時 30 分	施設長、看護介護課長、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾜｰｶｰ、看護職、機能訓練指導員、栄養士	関係者
	スタッフ運営会議	毎週第１第４金曜日 17:40～18:40	施設長、看護介護課長、各主任、機能訓練指導員、ソーシャルワーカー	関係者

会	ケアカンファレンス	毎週 2F 水曜 10:30～11:30 3F 火曜 10:30～11:30	施設長、看護介護課長、ｹｱﾜｰｶｰ、看護職、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、栄養士、介護支援専門員、機能訓練指導員、嘱託医	関係者
	リーダー会議	毎月第二火曜日 19 時～20 時	施設長、看護介護課長、介護主任、介護主任補佐、2F､3F ﾌﾛｱﾘｰﾀﾞｰ等	関係者
	ホーム会議	毎月第四金曜日 19 時～20 時	施設長、看護職、介護職、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、栄養士、機能訓練指導員	関係者
	フロア会議	毎月１回　各フロア	介護職、看護職、機能訓練指導員	関係者
臨時	入所判定会議	適宜(最低年 4 回)	施設長、看護介護課長、看護主任、介護主任、　ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、栄養士、ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	関係者
	行事会議	毎月２回程度	行事委員職員	関係者

職員会議日程（デイサービスセンター）

区　分		開 催 日 時	参　加　者	人数
定例	朝・夕ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	毎朝　8 時 35 分～ 8 時 40 分 毎夕 17 時 15 分～17 時 30 分	管理者、ｿｰｼﾔﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾜｰｶｰ､看護職、栄養士	関係者
	新規利用判定会議	毎週水曜日 17 時 30 分～	管理者、ｹｱﾜｰｶｰ、看護職、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、栄養士	関係者
臨時	ケアカンファレンス	毎月 1～3 回程度	管理者、ｹｱﾜｰｶｰ、看護職、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、栄養士 ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	関係者
	行事会議	毎月２回程度	ｹｱﾜｰｶｰ、看護職、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ	関係者

職員会議日程（ホームヘルパーステーション）

区　分		開 催 日 時	参　加　者	人数
定例会議	朝・夕ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	毎朝 8 時 40 分～ 9 時 毎夕 16 時 30 分～17 時	管理者、サービス提供責任者、ホームヘルパー	関係者
	ﾍﾙﾊﾟｰﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	毎月一回 17 時～18 時	管理者、サービス提供責任者、ホームヘルパー	関係者

職員会議日程（訪問看護ステーション）

区　分		開 催 日 時	参　加　者	人数
定例会議	朝・夕ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	毎朝 8 時 40 分～ 9 時 毎夕 16 時 30 分～17 時	管理者、訪問看護師	関係者
	ケアカンファランス	毎月一回 17 時～18 時	管理者、訪問看護師	関係者

職員会議日程（居宅介護支援事業所・在宅介護支援センター）

区　分		開　催　日　時	参　加　者	人数
定例会議	朝・夕ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	毎朝 8時40分～ 9時 毎夕 16時30分～17時	管理者、ケアマネージャー	関係者
	事務打合せ会議	随時 17時～18時	管理者、ケアマネージャー	関係者

職員会議日程（ケアハウス）

区　分		開　催　日　時	参　加　者	人数
定例会議	朝・夕ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	毎朝 9時30分～ 毎夕 16時30分～17時	施設長、事務員、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾜｰｶｰ、栄養士	関係者
	行事・給食会議	毎月第一火曜日 10時半～11時	施設長、事務員、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾜｰｶｰ、栄養士	関係者
	ケアカンファレンス	随時	施設長、看護介護課長、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾜｰｶｰ、栄養士、ｹｱﾏﾈｰｿﾞｬｰ	6名
臨時	入所判定会議	新規入所発生時随時	施設長、看護介護課長、ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、栄養士、ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	6名

職員会議日程（グループホーム）

区　分		開　催　日　時	参　加　者	人数
定例会議	朝・夕ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	毎朝 9時00分～ 毎夕 17時00分～	管理者、計画作成担当者、ｹｱﾜｰｶｰ	関係者
	ユニット会議	毎月	計画作成担当者、ｹｱﾜｰｶｰ	関係者
	ケアカンファレンス	ユニット開催　毎月	管理者、計画作成担当者、ｹｱﾜｰｶｰ	関係者
		合同開催　毎月	管理者、計画作成担当者、ｹｱﾜｰｶｰ	関係者
	リーダー会議	月１回	管理者、計画作成担当者、ｹｱﾜｰｶｰ	関係者

職員会議日程（生活支援ハウス）

区　分		開　催　日　時	参　加　者	人数
定例会	朝・夕ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	毎朝 9時30分～ 毎夕 16時30分	管理者、生活援助員	関係者
	行事会議	毎月	管理者、生活援助員	関係者

議	スタッフ会議	毎月	管理者、生活援助員	関係者

６　　職　員　研　修

職員の資質向上と専門的知識の習得を目的として、以下の外部研修に積極的な参加
を促すとともに、施設内の研修を以下に掲げる予定の他、必要に応じて開催する。

(1) 施設外研修

①指導員研修

研　修　名	参加対象職員	実施予定	主　　催
新任指導員研修	経験２年未満のＳＷ	５月	北海道社会福祉協議会
指導員専門研修	経験２年以上５年未満 SW	６月	
指導員指導職員専門研修	経験５年以上のＳＷ	２月	全国社会福祉協議会

②介護職員研修

研　修　名	参加対象職員	実施予定	主　　催
新任介護職員研修	経験２年未満のｹｱﾜｰｶｰ	５月	北海道社会福祉協議会
介護職員専門研修Ⅰ	経験２年以上５年未満のｹｱﾜｰｶｰ	６月	
介護職員専門研修Ⅱ	経験５年以上のｹｱﾜｰｶｰ		
直接処遇職員研修	ケアワーカー	秋頃	後志老人福祉施設協議会

③栄養士･調理員研修

研　修　名	参加対象職員	実施予定	主　　催
栄養士専門研修	経験２年以上の栄養士	８，９月	北海道社会福祉協議会
給食職員研修	栄養士	時期未定	後志老人福祉施設協議会

④看護師研修

研　修　名	参加対象職員	実施予定	主　　催
看護師専門研修Ⅰ・Ⅱ	看護師	９･11 月	北海道社会福祉協議会
看護師研修	看護師	９月	北海道看護協会

⑤法人役職員研修

研　修　名	参加対象職員	実施予定	主　　催
法人役員専門研修Ａ	法人理事・監事・評議員	１月	北海道社会福祉協議会

⑥施設長研修

研　修　名	参加対象職員	実施予定	主　　催
施設長専門研修Ａ	施設長	２月	北海道社会福祉協議会
施設長研修	施設長	時期未定	後志老人福祉施設協議会
老人福祉施設長セミナー	施設長	２月	北海道老人福祉施設協議会

⑦課題別研修

研　修　名	参加対象職員	実施予定	主　　催
痴呆性老人処遇研修	ｹｱﾜｰｶｰ・看護師･ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ	10･11 月	北海道社会福祉協議会

⑧特別研修

研　修　名	実施予定	主　　催
社会福祉法人経営者研修会(経営管理コース) 社会福祉法人経営者研修会(人事管理コース)	４月 ５月	全国社会福祉協議会
社会福祉施設長資格認定講習	5-3 月	
総合相談窓口従事者養成研修	11 月	北海道社会福祉協議会
介護支援専門員養成実務研修受講資格準備講習	６月	
全道老人福祉施設研究大会	6/13-14	北海道老人福祉施設協議会
全道老人福祉施設ニューリーダー養成研修	７月	
老人福祉施設研究発表会	9-10 月	
平成 15 年度カントリーミーティング	10 月	
老人福祉施設グレードアップセミナー	１月	

⑨デイサービス研修

⑨デイサービス研修

研　修　名	参加対象職員	実施予定	主　　催
施設長研修	施設長	時期未定	後志デイサービスセンター協議会
職員研修	デイサービスセンター職員	時期未定	

⑩グループホーム職員研修

研　修　名	参加対象職員	実施予定	主　　　催
痴呆介護実務者研修(基礎過程)	グループホーム職員	時期未定	
痴呆介護実務者研修(専門過程)	グループホーム職員	時期未定	

⑪事務研修

⑪事務研修

研　修　名	参加対象職員	実施予定	主　　　催
経理・事務担当者専門研修Ａ	事務員	時期未定	北海道社会福祉協議会
事務職員研修	事務員	時期未定	後志老人福祉施設協議会

⑫他先進施設等見学研修

研　修　名	参加対象職員	実施予定	行　先　等
特別養護老人ホーム	ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾜｰｶｰｶｰ等	時期未定	未定
ケアハウス	ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾜｰｶｰｶｰ等	時期未定	未定
グループホーム	ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾜｰｶｰｶｰ等	時期未定	未定
生活支援ハウス	ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ、ｹｱﾜｰｶｰｶｰ等	時期未定	未定

＊　その他の研修についても、必要に応じて適宜、参加調整をしてゆく。

(2)施設内研修

実施予定時期	研　修　名	参加対象職員	講　師　等
４月	新採用者研修 ケアマネ・スキルアップ研修①	新採用者 ケアマネージャー	理事長、はる管理職等
5月	CW・フォローアップ研修①(合同) CW・指導者研修①(合同) ケアマネ・スキルアップ研修②	CW・2年以上5年未満 初任者を指導する職員 ケアマネージャー	
６月	CW・初任者研修①(合同) ヘルパー・スキルアップ研修① ケアマネ・スキルアップ研修③	CW・2年未満 ホームヘルパー ケアマネージャー	
７月	CW・指導者研修②(合同) ケアマネ・スキルアップ研修④ ヘルパー・スキルアップ研修② 資格取得支援研修	初任者を指導する職員 ケアマネージャー ホームヘルパー 各資格受験予定者	
８月	CW・初任者研修②(合同) SW・スキルアップ研修①(合同) ケアマネ・スキルアップ研修⑤	CW・2年未満 SW ケアマネージャー	
9月	CW・指導者研修③(合同)	初任者を指導する職員	

	ケアマネ・スキルアップ研修⑥ ヘルパー・スキルアップ研修③	ケアマネージャー ホームヘルパー	
10月	スーパービジョン研修①（合同） CW・初任者研修③（合同） ヘルパー・スキルアップ研修④ ケアマネ・スキルアップ研修⑦	主任、主任補佐・ﾘｰﾀﾞｰ CW・２年未満 ホームヘルパー ケアマネージャー	
11月	CW・指導者研修④（合同） ケアマネ・スキルアップ研修⑧ デイサービス・スキルアップ研修① 外部研修報告会	初任者を指導する職員 ケアマネージャー デイサービス職員 関係職員	
12月	CW・初任者研修④（合同） ヘルパー・スキルアップ研修⑤	CW・２年未満 ホームヘルパー	
１月	CW・指導者研修⑤（合同） CW・中堅者研修①（合同） ヘルパー・スキルアップ研修⑥	初任者を指導する職員 ホームヘルパー	
２月	CW・初任者研修⑤（合同） 管理者研修（合同） CW・フォローアップ研修②（合同）	CW・２年未満 課長職以上 CW・２年以上５年未満	
３月	スーパービジョン研修②（合同） 外部研修報告会	主任・主任補佐・ﾘｰﾀﾞｰ 関係職員	

上記のほか、ホスピス・ケア等をテーマとした講演会、シンポジウム等を開催する。

７　自主防火管理体制の徹底

（１）防火管理者の指揮により、消防計画に基づく消火、通報、避難誘導訓練を実施する。
（２）日常的に自主チェックを行い、安全管理を推進する。
（３）施設の物置等は必ず施錠し、安全管理に努める。
（４）施設内外の整理整頓に努める。
（５）喫煙者については特に注意し、折りにふれ火災予防を呼びかける等、防火意識の高揚に努める。
（６）乾燥機、ガス器具等の取り扱いに日常的に注意するとともに、器具の必要な定期点検を実施する。
（７）職員に対し、防火用具、消火器の取り扱いについて知識習得の徹底を図るとともに、消防設備の定期点検を実施する。また夜勤のケアワーカー及び宿直警備

員にあっては、消火器の位置確認、使用方法について、随時点検と復習を怠らないよう心掛ける。

（８） 地震等に備え、居室内等の整理棚などが倒れ落ちる危険がないかどうか日常的に点検を行う。

（９） 防排煙設備について、受信機、感知器、排煙窓、防火戸等の点検を徹底する。

（10） 消防用設備について、消防器具、屋内消火栓設備、スプリンクラー設備、自動火災通信機

設備、避難器具、誘導灯及び誘導標識、非常電源（自家用発電設備）、非常電源（蓄電池設備）、配線などの点検を徹底する。

（11） 危険物設備の安全管理の徹底について、次の措置を行う。

① 灯油をタンクに入れる場合、必要に応じて職員が立ち会う。

② 定期点検を実施する。

③ 油漏れを早期に発見するための、定期的な残量点検確認を実施する。

Ⅱ　事　業　別　事　業　計　画

１　　介護老人福祉施設

【ケアの基本方針】

（１）利用者主体のケアの確立

利用者及び家族のケアに対する意向を充分に配慮し、安全・安心・快適な生活を保障出来るようスタッフ一人一人が知識と技術の習得に励みその専門性を高める。

（２）チームアプローチ

アセスメント・ケアプラン作成・及び実践・評価に係る一連の介護課程において多職種がそれぞれの専門性を活かし 利用者の多様なニーズに答え、より質の高いケアを展開出来るよう連携を深めていく。

（３）生活支援

利用者のプライバシーに配慮しながら自己選択を基本とし、季節の変化を楽しめる潤いのある生活空間の創出に向けて笑顔と丁寧な対応を心がける。

又、在宅復帰を念頭に入れた生活リハビリの視点を保持することを心がける。

（４）痴呆性老人のケアの確立

受容・共感的な関わり、またユニッツトケアの視点や方法を取り入れ、精神的に安定した生活を送っていただけるよう援助する。

（５）ターミナルケア

利用者が予後不良と診断され、本人・家族から施設内での看取りを希望された場合本人・家族が望むその人らしい最期が迎えられるよう援助する。

（６）自己啓発

常に知識と技術の研鑽に努めてケアの質の向上を図り、また実践に基づいた理論の 確立により、ケアの充実に貢献していく。

【ケアの展開方法】

（１）ケアプランの作成・評価

・ニーズを的確に把握するため本人・家族の意向を充分に伺い、また自立支援の視点を持ったアセスメントを行い、担当ケアワーカー、看護師、機能訓練指導員等、他職種の専門的意見を聴取しながら、ケアプラン原案を作成する。グループリーダーはそのプロセスを側面的に支援する。

・ケアプラン原案を、他職種及び本人・家族が参加するケアカンファレンスにおいて検討し、必要に応じて修正を行い、完成させる。また、適宜評価を行い、新たなケアプランに反映させていく。
・すべてのプロセスは、利用者・家族に公開され、又同意を得るものとする。
・アセスメントツールは三団体方式（包括的自立支援プログラム）を用いる。

（２） 快適な環境の提供

個々の居室内に、なじみの品、写真等の装飾、あるいは寝具等日用品の設置などを図り、利用者が自分の部屋として安心して利用できるよう、本人及び家族と調整しながら工夫する。

（３） 居室担当制によるケアの実行

日々のケアは、介護職員を4グループに分けての居室担当制とし、各居室担当者は担当利用者の生活全般について、安全かつ快適であるよう責任をもって配慮する。

（４） フロアリーダー制を活用したケアの充実

居担当者と適宜連絡をとりつつ他職種との連携、調整等に当たる日々のフロアリーダーを定め、当日の業務全般に遺漏のないよう努めるとともに、ケアプランの展開、問題点の把握、カーデックスの整理、申し送り等においても率先した役割を果たすものとする。

（５） 各階フロアの組織的取り組みによるケアの充実及び継続

各階主任補佐を中心として各フロア、グループにおける課題を明確化させ、適宜速やかに、相談、報告、検討を行って、細やかなケアの展開を図る。

（６） 自立支援に向けた介護の展開

利用者に対して単なるお世話ではなく、ADLの維持・向上、またはADL低下予防を念頭に置いて、個人に合わせた生活の質の維持・向上、心身の活性化などを目標とする。この場合、無理強いはせず、また過剰介護により自立を妨げることのないよう、専門的介護を実施展開する。

さらに在宅復帰を念頭にして障害となるものを知り、具体的援助を行う。

痴呆性老人のケアについては、家庭的雰囲気の中で精神的な安定を得て、本人の能力を十分活かした生活が出来るよう創意工夫する。家族介護教室やわらぎにおいて、小グループによる炊事、洗濯、掃除等の体験計画を実施し、又はテラスにおいて家庭菜園等の試みを実施し、評価を行う。また、身体機能については、機能訓練指導員が中心となり十分なアセスメントを行い、利用者・家族の意向を反映した上でリハビリの計画を立てていく。

（７） 家族のケア

利用者の状況に関し、家族が必要とする情報を必要に応じいつでも提供できるようにする。

家族の不安、希望、相談に対し、適宜速やかに対応する姿勢を持つ。

希望又は必要に応じ、家族の介護指導を行う。

亡くなられた利用者の遺族が様々な感情を吐露できるよう配慮していく。

（８） 行事・レクリエーション・機能訓練の充実

季節感が感じられる毎月の行事や、様々なレクリエーションを通して、楽しみや生きがいを感じられる生活を提供し、社会感覚を豊かに維持するとともに地域と

の交流を図っていく。また、毎日の生活においてもレクレーションプログラムの多様化(書道教室・絵手紙教室等開催)を工夫、日常品の購入に関しても利用者が自由に選択出来るよう地域の店舗への買い物の機会を多く持つ。機能訓練に関しては、日常動作を通して、心身の機能維持と生活の活性化を図る。

【年間行事計画】

月	月行事予定	各月行事食予定
4月	外出レク	寿しバイキング
5月	お花見	母の日献立
6月	外食ツアー	父の日献立
7月	水族館等　外出レク	海の日献立
8月	夏祭り・七夕祭り	七夕献立
9月	敬老会、彼岸祭、外出レク	十五夜献立、お彼岸献立
10月	運動会、外出レク	運動会お弁当
11月	お食事会	バイキング料理
12月	餅つき、クリスマス会（実行委員会）	クリスマス献立、年越献立
1月	新年会	おせち献立、七草粥
2月	豆まき・雪祭り	節分献立

【年間行事計画(前頁からの続き)】

月	月行事予定	各月行事食予定
3月	ひな祭り、彼岸祭	ひな祭り献立、お彼岸献立
毎月	誕生会	誕生会食

※更に、バイキングや鍋パーティ等は適宜盛り込んでいく。

（９）預かり金品の管理

利用者の希望に応じて金品を預かる場合は、毎月の厳正な残高等の管理のもとに、定期的に収支状況を家族等に通知するほか、随時要望に応じ、収支状況の公開に必要な処理を速やかに行う。

（10）地域交流

ボランティアや生徒・学生が日常的に利用者と交流できるような場をコーディネートするとともに、利用者が外出等により地域の方と積極的に触れ合うことができる機会を設けていく。

（11）ターミナルケア

ターミナル期を迎えた利用者の基本的要求を満たし、さらに、本人及びその家族が望む終焉を実現できるよう、チームが一丸となり感染防止、環境整理に配慮する。

利用者が孤独な死を迎えることのないよう死に至るプロセスとケアを学習し、また、家族とともに看取る環境づくりも考慮していく。

（12）介護福祉士・看護師の専門性を高める活動

施設内外の研修受講の他、セミナー、講演会等で症例発表の機会を持つ。

（13） 実習生受け入れ態勢の強化

看護・介護それぞれの専門性を高めることに寄与するため、実習生に対する指導力の強化を図る。

２　ショートステイ事業

【基本方針】

（１） 在宅生活継続のための介護サービス計画の作成

ケアマネージャーの作成する居宅介護サービス計画書に基づき、利用者・家族の意向を十分踏まえた上で、在宅生活継続を視野にいれた適切な短期入所生活介護計画を作成し、専門的なケアを実施する。

本人、家族への短期入所生活介護計画の説明にあたっては、施設での生活の流れ（日課表）と提供する介護サービスについて具体的に説明し、十分な納得と同意が得られた上でサービスを利用していただく。

（２） 的確なアセスメントに基づく安全・安心なサービス提供

利用前の事前訪問等により、利用者の心身状況を的確に把握し、リスクマネージメントの徹底化をはかり、事故防止に努める。また、利用中も利用者の状態変化に応じて、利用者・家族とよく相談をし、ケアマネージャーとの連携のもと、適宜短期入所生活介護計画を見直し、適切なサービス提供を行う。

（３） 利用者・家族の声を重視したサービス提供およびサービスの質の向上

利用者・家族との日頃のコミュニケーションや家族との連絡ノートの活用などにより、利用者・家族の意向・ニーズの把握に努め、提供するサービス内容を常に吟味する姿勢でサービスの質の向上を目指す。その観点により、苦情に対しても迅速かつ適切な対応を行っていく。

（４） 居宅介護支援事業所との連携によるサービス利用希望への迅速・適切な対応

サービス利用の相談受付に際しては、ケアマネージャーとの連携により、利用者の心身状況や家族状況をよく把握し、様々な利用ニーズに配慮した迅速かつ適切な対応により、短期入所生活介護施設としての使命を果たす。

（５） 支援費制度への対応

昨年度に引き続き支援費サービスの相談、提供を継続する。

【事業内容】

（１） 基本的な生活介護

利用者の心身機能の維持を目的として、利用者及び家族の要望を踏まえ、自宅との継続した生活を支援するための専門的な介護を提供する。

食事　食事形態、摂取方法、嗜好等について利用者の希望を踏まえ、できる限り家庭での状況に近づけた食事を提供する。

入浴及び整容　利用者の希望や身体状況に合わせて特殊浴槽と一般浴槽を使い分け、安全で快適な入浴サービスを提供する。入浴に対する利用者ニーズが高いことを踏まえ、柔軟な入浴対応を心がけるとともに、場合によっては、部分浴や清拭の対応によって利用者の清潔保持を図る。

排泄　自宅での排泄介護の状況を踏まえ、利用者の尊厳とプライバシーの保護に十分配慮した快適で適切な排泄介護を行う。

（２）送迎サービス

家屋の立地状況や利用者の身体状況等を配慮して、安全な送迎サービスを検討、実施する。送迎時間の設定については、利用者及び家族の希望にも配慮した対応をする。送迎時間の設定については、利用者及び家族の希望に配慮して対応する。

（３）機能訓練及びアクティビティサービス

利用者の心身状況をふまえ、短期入所生活介護計画にもとづいた適切な機能訓練を実施する。その他、レクレェーションや音楽療法などのアクティビティサービスの機会を積極的に設け、利用者の楽しみの拡がりや心身機能の維持、向上を目指す。

３　　デイサービス事業

【基本方針】

(1)「個別ケア」「自立支援」の視点に立ったサービス提供

利用者・家族の個別のニーズを的確に把握し、具体的な援助目標の設定と適切なサービス内容の選択により通所介護計画を作成する。今年度からは、サービス実施記録のみならず、通所介護計画作成や評価、カンファレンス資料作成など、サービス提供の各過程においても「ちょうじゅ」システムを活用することとする。これにより、サービス実施記録の効果的な分析と職員間での適切な情報共有を図り、デイサービスの利用が、利用者の心身機能の維持・向上や家族の介護負担の軽減など、在宅生活の継続に資するものとなるよう努める。

(2) 要介護状態等の改善

デイサービスの役割として、心身機能の維持・向上に向けた取り組みの重要性がさらに増しており、機能訓練等のプログラムの充実を図るとともに、その機会を通じて、身体機能の維持・向上、痴呆症状の悪化予防に努める。そのため、利用者の心身の状況や生活状況に合わせて、機能訓練計画を含む通所介護計画を作成し、実施する。

又、体力測定の結果など具体的な指標により、機能訓練等の成果を現すことを目指す。

(3) 地域ニーズへの対応

要支援者及び要介護者を利用対象とする一般併設型、中～重度の痴呆症状を有する高齢者を対象とした痴呆専用併設型の2単位のデイサービス事業を運営するとともに、要介護認定において「自立」と判定された高齢者、介護保険対象外の身体障害者についても可能な範囲で受け入れを継続し、地域生活の支援に努める。

又、契約前の「おためし利用」の希望にも応じることで、利用に係る不安等を解消し、円滑なサービス利用に繋げていく。

さらに、待機者の増加に伴って、各居宅介護支援事業所との連絡調整や新規利用者判定会議のあり方などを見直すことで、新規利用申込者に迅速に対応できる体制作りを図る。

（4）事故防止対策の徹底

事故発生時は、マニュアルに基づく適切な対応に努めるとともに、当日の職員ミーティングにて、事故状況の分析や再発防止策の検討を行い、「インシデント・レポート」に記載することとする。また、デイサービス職員内で、事故防止等について検討するグループを編成し、「ヒヤリ・ハット事例」の収集・分析などを行い、事故防止に努める。

（5）サービスの質の向上への取り組み

利用者及び家族からの意見や要望、苦情については、生活相談員を中心として、誠意ある対応と、適切な改善策の早期実施に努める。また、事業所によるサービスの自己評価を実施し、サービスの質の向上を図る。

さらに、介護技術等の学習会、事業所内での研修報告会等の機会を通じて、各職員の質の向上に取り組むこととする。

（6）家族に開かれた施設づくり

連絡ノートの活用や、送迎時などに日頃から緊密なコミュニケーションを図ることで、家族と職員との間で情報の共有を図る。又、個別面談の機会や、デイサービス利用時の様子を見学してもらう機会などを適宜設定し、生活相談員を中心として対応することで、家族との信頼関係を深めるように努める。

さらに、年4回のデイサービス広報誌『逢（ほう）』の発行や介護者教室の共催など、家族・地域に開かれた施設づくりを目指す。

（7）地域及び関係機関との連携

利用者のプライバシー保護に十分配慮した上で、在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所等のサービス事業所や行政機関等との連携を密にし、情報を共有することで、利用者が在宅生活の継続に必要なサービスを適切に利用できるように、地域全体での支援体制の構築に努める。又、「あかり」をはじめとするボランティア団体や実習生の受け入れ等を通じて、利用者と地域との「つながり」を尊重した「生きがい」となるようなデイサービスであることを目指す。

（8）痴呆性高齢者へのケアの見直し

デイサービス職員内で、痴呆性高齢者のケアについて検討するグループを編成し、穏やかに過ごせる環境作りや、小グループ活動の提供等に取り組むことで、痴呆性高齢者の生活の質の向上と、徘徊等の行動障害の緩和による家族の介護負担の軽減に努める。

【事業内容】

（1）送迎

安全で正確な送迎を目指し、利用者及び家族の要望や利用者の身体・精神状況を考慮に入れた上で、送迎順路・順序を決定する。地理的に車輌を進入させることが困難な立地や、冬期間の天候・路面状況の悪化等についても、安全に配慮した上で柔軟に対応する。また、送迎サービスの業者委託によりエリアの拡大、送迎時間の短縮に努める。

さらに、職員の運転技術の向上への取り組みと車輌管理についても適切な実施に努める。

（2）健康チェック

利用者の健康状態を把握するため、毎回、バイタル測定、観察（安否確認・顔色・発汗・皮膚状況・排泄状況など）、毎月１回の（必要に応じて随時）体重測定を行い、その状況を毎回連絡帳に記入し、利用者・家族へ伝える。また、必要に応じて居宅介護支援事業所等との情報交換を行うとともに、緊急時はマニュアルに沿って、速やかに主治医等と連絡をとり、指示に従い適切に対応する。

（3）入浴

職員の関わりや入浴時間、浴室内の環境の再検討、「月のお風呂」の設定などにより、安全で楽しめる入浴となるように努める。利用者の身体・精神状況により介助浴、機械浴を提供し利用者の清潔を保つ。体調不良等の場合には、シャワー浴、足浴や清拭といった対応を行う。

介助浴では、重度の身体状況の場合には、大浴場へ入浴する恐怖心軽減や安全のため専用の椅子を用意し、浴槽への出入りは状況に応じ二人介助で行う。又、個々の状況に対しては利用者の希望に沿って柔軟に対応する（同性介助、酸素の使用など）。

（4）排泄

自立への援助の視点から、利用者の身体・精神状況を念頭におき、できる限りトイレでの排泄を心掛ける。また、陰部清拭を行い、清潔を保ち、皮膚のトラブルの防止に努めるとともに、プライバシーに配慮した介助に努める。

（５）機能訓練

機能訓練の更なる充実のため、個別の機能訓練計画により、利用者の身体機能の回復及び機能低下防止を目的として実施する。その際、利用者の

身体状況や意欲を十分に観察・考慮の上、必要に応じて、家庭でも継続できるような日常生活動作訓練等を実施する。又、体力測定の結果や日々の機能訓練の状況を記録し、定期的な評価を行うことにより、機能訓練計画の再検討を行い、利用者・家族のニーズに即した機能訓練の実施に努める。

（６）アクティビティサービス

それぞれが楽しめるデイサービスを目指し、利用者の声を聞き希望にそったレクリエーションの提供に努める。又、各種クラブ、療法活動の充実や、痴呆性高齢者用のプログラム、男性利用者用のプログラムなど、メニューの充実と内容の強化を図る。又、可能な限り外出や行事の機会の設定に努める。

（７）食事

利用者からの声を聞き、栄養士とも連携して意見を反映するように努める。適時適温の配膳を実施し、身体状況や嗜好にあわせた個々の献立を検討する。

（８）行事

利用者の安全に配慮した上で、楽しい時間と空間の演出を図る。又、昨年度特に利用者から好評であった外出レクリエーションや「納涼祭」については、内容をさらに充実させた上で実施するよう努める。

平成16年度デイサービス年間行事計画			
４月	利用者交流パーティー		左記のほか 毎月 誕生会 カラオケ 随時 行事食 （ｵｰﾄﾞﾌﾞﾙ、鍋等）
５月	お花見ドライブ		
６月	運動会	外出ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ（公園等）	
７月	青空パーラ		
８月	盆踊り	納涼祭	
９月	利用者懇談会	外出ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ（外食）	
10月	収穫祭(収穫、調理、賞味)		
11月	文化祭（作品展示等）		
12月	クリスマス会		
１月	新年会		

平成16年度デイサービス年間行事計画			
２月	豆まき		
３月	ひな祭り		
その他	体力測定(年 2 回)、個別懇談会(随時)、介護者教室		

平成16年度デイサービスクラブ活動等週間予定表			
曜日	10:00～11:30	13:00～14:00	14:00～15:00
月	絵手紙クラブ	小グループ活動 （痴呆性高齢者対象）	小グループ活動 （痴呆性高齢者対象）
火	手芸クラブ	音楽療法	音楽療法
水	ステンシルクラブ	音楽クラブ	小グループ活動 （痴呆性高齢者対象）
木	手芸クラブ	園芸クラブ（夏季）	小グループ活動 （痴呆性高齢者対象）
金	園芸クラブ（夏季） カラオケクラブ（随時）	音楽療法 俳句クラブ	音楽療法
土	ステンシルクラブ（夏季） 陶芸クラブ（随時）	小グループ活動 （痴呆性高齢者対象）	小グループ活動 （痴呆性高齢者対象）

４　ホームヘルプサービス事業

【基本方針】

（１）利用者主体のサービス提供

利用者自身による自由な選択を前提とし、可能な限りその居宅において自立した生活が断続できるよう、利用者の心身に応じたサービスを提供する。

また、休日や早朝・夜間緊急時のサービスにも迅速に対応できる旨利用者に説明
をする。

（２）訪問介護計画に基づいたサービスの提供

利用者及び家族のニーズに応じた課題分析（アセスメント）に基づいた居宅サービス計画に沿い、訪問介護計画を作成・交付をし、利用者・家族に分かりやすく説明をし、同意を得たうえでサービスの提供をする。

定期的又は状況変化に応じ随時カンファレンスを開催し、自立支援の視点を持ちながら個別化を図る。

また、定例ミーティングや定期的なモニタリングを行い、サービス内容の見直しを行い、他職種と連携をとりながら適切なサービスにつなぐ。

（３）サービスの質の向上

ヘルパーは、常に知識と技術の習得に努めサービスの質の向上を目指し、理論の確立（研究）と自己研鑽に努め、施設内外の研修には積極的に参加する。

　また、利用者アンケートや自己評価を行い、分析した結果をサービスに反映しヘルパーの質の向上を図るとともに、業務マニュアルを周知徹底し、各利用者に適切なサービスを行う。

（４）プライバシーの保護

　利用者の家庭を継続的、反復的に訪問するため、個人のプライバシーに充分配慮し厳正に遵守する。また、利用者・家族からの意見、苦情に対しては迅速かつ誠意ある対応を行い適切な改善策を立てる。

（５）「ちょうじゅ」システムの導入による活用

全ヘルパーが「ちょうじゅ」の活用を習熟することで、記録の統一・簡潔化を目指し、かつ各部所の情報を共有・連携をすることで統一的なサービスを行う。

（６）アクティビティサービス

利用者の希望を取り入れ、季節に応じた外出の機会や他利用者との交流の場をプ　ランし、楽しみや生きがいを感じられるよう、生活の活生化を図る。

５月上旬　お花見・昼食会

10月上旬　日帰り温泉と紅葉見物

【事業内容】

サービス内容を適切に見直し利用者のQOLを図り在宅生活の継続を支援する。

（１）生活援助

　訪問介護計画書に基づき、掃除・洗濯・買い物・調理など、利用者の希望に沿い、かつ丁寧で質の高い生活援助を行い、潤いと安心のある生活ができるよう援助する。

（２）身体援助

　訪問介護計画に基づき、入浴・通院介助等利用者の残存機能の維持・活性化を図りながら利用者の安全を確保し、安心のある居宅生活の継続を援助する。

（３）　相談助言

　利用者の心身状況や家庭状況などを的確に把握し、利用者から相談を受けた場合は、プライバシーの保護に配慮しつつ、相談を受けた内容をケアマネジャーなどと共有し、適宜、適切な助言などを行う。

　また、利用者が安心して相談できるよう、ケアを通じ信頼関係の構築に努力する。

（４）送迎サービス

通院介助の際の送迎を行う。

利用者の心身状態を把握し、移乗・移動・運転に細心の注意をして安全で安心し　ていただける送迎サービスを行う。

５　訪問看護事業

【基本方針】

（１） 自立支援のための予防的看護を提供する

訪問看護師等によって、健康を阻害する因子を日常生活の中からアセスメントし、利用者が、主体性を持って健康の自己管理と生活の質を高めることができるようになることを目指す。

（２） チームアプローチの実践

多種慢性疾患を抱える利用者に対し、適切な医療、保健、福祉が提供されるよう、チームアプローチを実践し、信頼される訪問看護ステーションを目指す。

（３） 適切な訪問看護計画の作成

利用者の希望、主治医の指示、居宅サービス計画をふまえ、十分なアセスメントを行い、訪問看護計画を立てる。

【事業内容】

（１） 健康管理

フィジカルアセスメントを基本とし、生活習慣、全身状態（血圧、体温、脈拍等）及び病状の観察と適切な助言を行う。

（２） 日常生活の看護

入浴をはじめとする身体の清潔のためのケアや、食生活の援助、排泄のケア、生活環境の整備を行うとともに、廃用や褥瘡を予防するためのケアを実施する。

（３） 在宅リハビリテーション

日常生活動作を基本とし、生活リハビリテーションを行い、及び、福祉用具や住宅改修の活用についての相談に適切に対応する。

（４） 精神・心理的な看護

精神状態の観察と適切な助言を行うとともに、社会参加への促しも実施する。

（５） 痴呆症の看護

痴呆症のケアを行い相談に対応する。必要に応じ専門医の診察を促す。

（６） 検査・治療促進のための看護

慢性疾患（糖尿病、高血圧、肝臓病等）による療養生活の相談に適切に対応し、在宅酸素や留置カテーテル等の管理、服薬の指導管理を行うとともに、主治医の指示による処置・検査、定期的な診察を受けているかどうかの確認を行う。

（７） 家族支援

病状、介護、日常生活等に関する相談を受け、適切な精神的支援を行う。

（８） ケアマネジャー、その他サービス提供事業所等との連携

利用者や家族の同意を得た上で、他機関、他事業者等と利用者の健康や予防に関する情報を共有する。

（９） 終末期の看護

ホスピスケアの理念を理解し、利用者が在宅を望み、家族が在宅で看取りたいと意思表示された場合に、在宅でその人らしい生活が損なわれず、QOLが維持ないし高められるような在宅ホスピスケアの提供に努力する。

（10） 訪問看護師養成講習会（北海道委託事業）の参加

より質の高い専門的な訪問看護サービスを提供していくため、多くの参加者がを出席できるよう体制整備に努める。

６　在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所

（１）在宅介護支援センター

【基本方針】

①　自立支援及び介護予防にかかわる支援

要援護の状態にある地域の高齢者の実態把握に努めると共に、各種の相談に応じ、自立支援及び介護予防に必要な情報の提供・各種サービスの申請を代行し、必要に応じて介護予防プランを作成する。

②　介護保険制度活用に向けての支援

介護保険制度の活用が望ましいと思われるにもかかわらず、要介護度の認定を受けて　いない、もしくはサービス利用に至っていない高齢者やその家族に対し、介護保険制度の紹介及び煩雑な手続きを支援する。

③　地域福祉の向上

在宅介護支援センターの役割の周知と、潜在ニーズの発掘、また、介護予防・自立支援・介護保険等の情報の発信を目的に、広報誌の発行や介護教室等の開催を企画・実施する。また、町会や地区の民生委員などとの交流の機会を持ち、情報交換、関係の強化を図る。

④職員の資質の向上

センター内での意見交換を通し、また、各研修会等に積極的に参加し、技術及び知識の習得と研鑽に努める。

【事業内容】

①　相談業務

高齢者本人、その家族、地域住民、及び小樽市等からの依頼を受けて、医療・保健・　福祉等の相談を実施する。

②　実態把握

地域に住む高齢者の実態把握を行い、記録を保存する。

③　申請代行

各種サービス の利用にあたり、煩雑な手続き、申請等を代行する。

④　介護予防プランの作成

介護予防、自立支援の観点から必要に応じて、介護予防プランを作成する。

⑤地域に向けての啓発活動

（ⅰ）町会や民生委員の会議等に出向き、在宅介護支援センターの役割の周知に努める。また、情報交換を行う中で、地域のニーズを分析する。

（ⅱ）在宅介護支援センターの役割の周知と、潜在ニーズの発掘、また、介護予防・自立支援・介護保険等の情報の発信を目的に在宅介護支援センター独自の広報誌を発行する。

・広報誌　年2回発行

（ⅲ）過去の転倒予防教室、介護教室等の実績を生かし、また町会や民生委員との情報交換の中で地域のニーズを分析しながら、地域に望まれる内容の介護教室、講習会、講演会などを企画、運営する。

・ 地域に向けての介護教室、講習会、講演会などの開催

（２） 居宅介護支援事業所

【基本方針】

① 利用者、家族の生活課題（ニーズ）を的確にアセスメントし、自立支援を目指した質の高いケアマネージメントを展開していく。

② ケアマネージャーの専門性に加え、多職種の専門性を活かしたチームアプローチを実践する。

【事業内容】

① ケアマネージメント

＊給付管理にとどまらない本来のケアマネージメント（ソーシャルワークの一技法＋各職種の専門性）を展開する。

＊より良いケアマネージメントを展開するにあたり、ケアマネージャーとしての専門的知識・技術の向上を目指すため、様々な研修への参加、事業所内カンファランスや研修を開催する。

② 居宅サービス計画の作成・モニタリング

＊利用者・家族それぞれのニーズに配慮し、適宜モニタリング・見直しを行い、質の高い居宅サービス計画を作成する。

＊毎月の居宅訪問を徹底し、細やかなモニタリングを行うと共に、常に各サービス提供事業所からも情報等を収集し、居宅サービス計画を見直し、作成する。

＊居宅サービス計画を作成の際は、保健・医療機関との連携を強化し、内容を充実させる。

＊困難な事例に対しては、居宅サービス計画を作成する前や困難な問題がおきた時、事業所内のスタッフ間で情報を共有し、その利用者・家族にとって何が必要で大切かを考え、適切な対応を行う。

＊アセスメントツールは社会福祉士会方式を用いる。

③ 支援経過の記録、管理

＊具体的かつ詳細な記録を行い適切に管理する。

＊居宅サービス計画に反映させる。

④ 給付管理

＊各サービス提供事業者と連携を取りながら、利用票・提供票を含む給付　管理を適切に行う。

⑤ サービス担当者会議の開催

＊利用者、家族の同意を得ながら、各サービス提供事業者の担当者や場合によっては利用者、家族の参加と共にサービス内容などを検討する為、適宜開催する。

⑥　要介護認定調査

＊小樽市等の委託を受けて、要介護認定調査を行う。

⑦　その他

円滑な事業所運営を行なう為、必要時、居宅介護支援事業所会議を開催する。

７　　ケアハウス

【基本方針】

・利用者の自主性を尊重し、明るく生きがいのある生活を送れるように努める。

・加齢等による利用者のニーズに対応するため、アセスメント、ケアプランを充実させ、 ケアハウスでの自立した生活の継続を支援する。

・家族や地域社会との交流を積極的に保ち、信頼関係をより深めて行く。

【利用者の援助方針】

（１）日常生活の支援

・利用者が安心して明るく生活できるように、清潔で快適な環境整備に努める。

・レクリエーション及びクラブ活動は、利用者の自主性を尊重しながら実施する。特に加齢による身体機能低下を防止するためのレクリエーション等を適宜実施し、機能回復及び維持に努める。

・行事については、その企画や準備の段階から利用者に積極的に参加してもらい、自発的な行事運営を目指す。それらの活動や交流を通じて日常生活に意欲と潤いをもたらすことのできるように支援する。

・公平なサービス提供に配慮しつつも、通院や外出の援助等利用者のニーズやその状況に応じて柔軟に対応できるサービス体制の整備に努める。

・介護保険制度や在宅福祉サービスの利用等についての説明会及び健康に関する講座等を適宜実施し、利用者に理解を深めてもらう。

・利用者が心身の障害、または疾病等により介護が必要となった場合は行政機関、各サービス実施者と十分な連携をとり、在宅福祉サービス等が利用できるように援助する。

・日常生活についてのアンケートや懇談会を適宜実施し、利用者の要望や生活実態の把握に努める。また、悩みや苦情等の相談に応じ、利用者間の人間関係を円滑に整える。常に、利用者からの相談に対応できる体制を整え、利用者と職員の関係をより深めるように努める。

・教養娯楽用品の活用の推進等、利用者の余暇活動の活性化及び自主的な活動を支援し、それらを通じて、利用者同士が互いに協力し合い、相互の信頼関係を深めていけるように援助する。

（２）食事について

・高齢者に適した食事を毎日３食提供する。また、医師の指示がある場合は、その指示による特別の食事を提供する。

・利用者に対する嗜好調査を定期的・継続的に実施する。また、日常的に食事に対する意見や要望等を聞き入れながら、栄養バランスにも配慮した利用者の希望する献立づくりに努める。
・温冷食を各適温で提供だきるよう配慮する。又、盛りつけ等に配慮し、楽しい食事雰　囲気作りに努める。
・食品の調理加工及び保管を衛生的に行い、食事に適した清潔で明るい環境づくりに努める。

（３）保健衛生について

・利用者の定期健康診断は、年１回以上行い、その記録を保存する。また、健康チェックを日常継続的に実施し、健康管理に配慮するとともに、健康の保持及び疾病の予防に努める。
・インフルエンザ予防接種等の機会の提供を行う。また、利用者自身に健康管理への自覚を促し、健康管理のための計画と実行を継続的に支援する。
・利用者の健康状態に関する情報や記録は常に整備し、体調急変時には、かかり付け医及び近隣の医療機関または家族等との連携により、速やかで適切な対応をなし得る体制を準備する。

（４）環境整備について

・施設内外の美化と整理整頓を心がけ、安心と潤いのある生活環境を提供する。
・施設や備品の適切な維持管理を実施するとともに、利用者のニーズに応じた教養娯楽用品やその他備品の調達及び設備の整備に努める。

（５）個別援助計画

・ケアハウスでの自立した生活を継続するため、利用者の実態を把握し個々のニーズに即したサービスを提供する。必要に応じて個別ケアプランを作成し、個別に支援する。

（６）家族との交流

・利用者の日常生活の様子や健康状態等の近況報告を適宜実施し、家族との信頼関係をより深めていく。また面会や施設行事への参加等の働きかけを積極的に行い、利用者と家族の良好な関係の確立、保持に努める。

（７）地域との交流

・地元町会や学校、ボランティアの受け入れ等、利用者と地域社会との交流の機会をつくるとともに、施設への理解と協力関係を深める。
・隣接する赤岩保育所と交流菜園での園芸活動や行事の共催等日常的な交流をより活発に深め、友好的な関係を推進する。

【職員体制】

・施設長	１名	・調理員（委託）
・事務員	１名	・守衛員（委託）
・ソーシャルワーカー	１名	
・ケアワーカー	２名	
・栄養士	１名	

【日課予定表】

6時00分　玄関開錠・守衛員巡回
7時30分　朝食（準備・後片付け）
8時30分　清掃・入浴準備
9時30分　職員ミーティング
生活支援・自主活動援助・レクレーション・クラブ活動
11時45分　みんなの体操
12時00分　昼食（準備・後片付け）
14時00分　入浴開始（土は10時より）
生活支援・自主活動援助・レクレーション・クラブ活動
16時30分　職員ミーティング
17時30分　夕食（準備・後片付け）
19時00分　入浴終了（土は17時まで）
21時00分　玄関施錠
22時00分　守衛員巡回・消灯（共用部）

【職員研修】
・より質の高いサービス提供のため、各種研修会へ参加し、職員の知識及び技術の向上を図る。又、先進施設への視察も積極的に行い、施設環境の充実に努める。

【防災計画・防災訓練】
・災害その他緊急の非常事態に備え、防災（消防）計画を定め、その計画をもとに年2回以上防災・避難訓練を実施し、利用者の防災意識の向上に努める。
・非常時に職員または守衛員との連携がとれるように、利用者の中から各階ごとに連絡員を選出し、防災及び非常時の心得を共有し協力体制がとれるよう努める。
・施設内のみで対処できない場合の非常事態の発生に備え、日頃より地域に協力を仰ぎ、その連携の上で的確に対処することのできる体制づくりに努める。

【休日・夜間の管理体制について】
・休日・夜間については、業務を委託した警備会社より派遣される守衛員が利用者の安全確認を行い、緊急時には待機職員と連携の上対応する。
・万一、火災等非常事態の場合は、特別養護老人ホームはるの職員及び守衛員と連携をとりながら速やかに初動活動を行う。

【平成16年度ケアハウスはる行事計画】

月	行　　事	保健衛生・防災	会議・集会等
月例等	誕生会、ビデオ上映会 お楽しみ入浴	バイタルチェック（毎週実施）	入居者懇談会（隔月実施）
４月	お茶会	避難訓練	資源回収
５月	お花見 こどもの日（行事食） 母の日（行事食）		

６月	大運動会 父の日（行事食） テーブルバイキング	健康診断（さわやか運河検診）	まち育て出前講座
７月	外出レク バーベキューパーティ	健康診断（肺ガン検診） 避難訓練	資源回収
８月	夏まつり（合同） 七夕祭　　　　収穫祭		
９月	敬老祝賀会、 十五夜祭（行事食） お彼岸おはぎづくり		まち育て出前講座
10 月	外出レク お菓子づくり	避難訓練	資源回収
11 月	文化祭（作品展、発表会）	インフルエンザ予防接種	
12 月	クリスマス会 もちつき		まち育て出前講座

【平成 16 年度ケアハウスはる行事計画（前頁からの続き）】

月	行　　事	保健衛生･防災	会議･集会等
１月	新年会、カルタ大会		資源回収
２月	節分、鍋パーティ		給食嗜好調査
３月	ひなまつり 彼岸祭（おはぎつくり）		まち育て出前講座

※　その他に、音楽会、合唱会等を随時実施する予定

【レクリエーション・クラブ活動週間予定】

曜日	午　　　前	午　　　後
月曜日	･歌を楽しむ会（10:00～11:00）	･ 娯楽クラブ（13:30～15:00） ･ 俳句の会（第 4 月曜日 15:00～） 講師　辻井　彰夫氏（ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ）
火曜日	･書道（10:00～11:00）	･ レクレーション、ゲーム （14:00～15:00）
水曜日	･カラオケ（10:00～11:00）	･ ステンシルクラブ （14:00～15:00）

木曜日	・健康チェック 10:00～2 階入居者 10:30～3 階入居者 11:00～4 階入居者	・ 手芸クラブ（14:00～16:00）
金曜日	・ 娯楽クラブ（9:30～11:00） ・レクリエーション、ゲーム （10:00～11:00）	・レクリエーション、ゲーム （14:00～15:00）
土曜日	・民謡の会（10:00～11:00）	
その他	・園芸クラブ（夏期のみ） ・みんなの体操（毎日 11:45～） ・絵手紙、カラオケ 各教室（月１回）	

８　　グループホーム

【ケアの基本方針】

（１） 利用者主体のケアの確立

利用者一人一人の特性及び家族のケアに対する意向を充分に把握し、安全・安心・快適な生活を保障出来るようスタッフ一人一人が知識と技術の習得に励み、その専門性を高める。

（２） チームアプローチ

アセスメント・ケアプラン作成・及び実践・評価に係る一連の介護過程において利用者の個性や特性に応じた質の高いケアを展開出来るよう計画作成担当者と介護職員との連携を深める。

（３） 生活支援

利用者のプライバシーに配慮しながら、季節の変化を楽しめる生活空間や、なじみの関係に基づく家庭的な雰囲気の創出に向け、笑顔と丁寧な対応による寄り添うケアの実践を心がける。

（４） 痴呆性老人のケアの確立

受容・共感的な関わり、竹内理論に基づく三類型（葛藤型・回帰型・遊離型）対応の方法や視点を取り入れ、精神的に安定した生活を送っていただけるよう援助する。 MRO法（モディファイド・リアリティ・オリエンテーション）を日常生活の各

局面（懇談、料理、かたづけ作業等）で応用することも取り入れ、見当識や現実認識力、行動力を高め、痴呆進行の緩和・防止を図るものとする。

（５） ターミナルケア

利用者が予後不良と診断され、本人・家族がグループホームでの看取りを望む場合は、その人らしい最期が迎えられるよう援助することを目指す。

（６） 自己啓発

常に知識と技術の研鑽に努めてケアの質の向上を図り、また実践に基づいた理論の 確立により、ケアの充実に貢献していく。

【ケアの展開方法】

（１） ケアプランの作成・評価

・ニーズを的確に把握するため本人・家族の状況を十分に把握するとともに、本人・家族の意向にも配慮し、また自立支援の視点から他職種の専門的意見なども必要に応じて聴取しながら、ケアプラン原案を作成する。

・ケアプラン原案を、ケアカンファレンスにおいて検討し、必要に応じて修正を施し、完成させる。また、適宜評価を行い、新たなケアプランに反映させていく。

・すべてのプロセスは、利用者・家族に公開され、又同意を得て実施するものとする。

・アセスメントツールは三団体方式（包括的自立支援プログラム）を用いる。

（２） 快適な環境の提供

なじみの家具及び装飾品設置や絵画、写真等による個室内デザインの工夫、寝具等の日用品についての工夫によって、利用者が自分の部屋として安心して利用できるよう、本人及び家族と調整を行う。

（３） 自立支援に向けた介護の展開

利用者に対し単なる世話ではなく、ADLの維持・向上、またはADL低下予防を念頭に置いて、個人に合わせた生活の質の維持・向上、心身の活性化などを目標とする。この場合、むろん無理強いはせず、また過剰介護により自立を妨げることのないよう専門的介護を展開することを目指す。

家庭的雰囲気の中で精神的な安定を得て、本人の能力を十分活かした生活が出来るよう創意工夫する。各ユニットにおいて、炊事、洗濯、掃除等の共同作業を工夫を凝らして楽しく実施し、又はテラスや中庭において様々な試みを実施し、評価を行う。

（４） 行事・レクリエーション・機能訓練の充実

季節感が感じられる毎月の行事や、様々なレクリエーションを通して、楽しみや生きがいを感じられる生活を提供し、社会感覚を豊かに維持するとともに地域との交流を図っていく。また、毎日の生活においても、利用者の自主的な思い思いの過ごし方を基本としつつ、レクリエーションプログラムを多様に工夫し、日常品の購入に関しても利用者が自由に選択出来るよう地域の店舗への買い物の機会等を多く持つ。機能訓練に関しては、日常動作を通して、心身の機能維持と生活の活性化を図る。

【年間行事計画】

月	月行事予定	各月行事食予定
4月	買い物等　外出レク	寿しバイキング
5月	お花見、戸外活動	母の日献立
6月	買い物等　外出レク、戸外活動	父の日献立
7月	買い物等　外出レク、戸外活動	海の日献立
8月	夏祭り、戸外活動	七夕献立
9月	敬老会、彼岸祭、戸外活動	十五夜献立、お彼岸献立
10月	合同運動会、戸外活動	運動会お弁当
11月	もみじがり、お食事会	バイキング料理
12月	餅つき、クリスマス会、大掃除	クリスマス献立、年越献立
1月	新春かるた、双六、福笑いゲーム	おせち献立、七草粥
2月	豆まき・雪祭り	節分献立
3月	ひな祭り、彼岸祭	ひな祭り献立、お彼岸献立
随時	誕生会（該当者のいる日）	誕生会食

※更に、３ユニット合同でのバイキングや鍋パーティ等は適宜盛り込んでいく。

（５）預かり金品の管理

利用者の希望に応じて金品を預かる場合は、毎月の厳正な残高等の管理のもとに、定期的に収支状況を家族等に通知するほか、随時要望に応じ、収支状況の公開に必要な処理を速やかに行う。

（６）地域交流

家族はもとより近隣住民、ボランティアや生徒・学生が日常的に利用者と交流できるような場をコーディネートするとともに、利用者が外出等により地域の方と積極的に触れ合うことができる機会を設けていく。

（７）ターミナルケア

利用者の希望により、ターミナル期を迎えた利用者の基本的要求を満たし、さらに、本人及びその家族が望む終焉を実現できるよう、職員が一丸となり感染防止、環境整理に配慮する。

利用者が孤独な死を迎えることのないよう死に至るプロセスとケアを学習し、また、家族とともに看取る環境づくりも考慮していく。

（８）介護職としての専門性を高める活動

グループホーム内外の研修受講の他、セミナー、講演会等で症例発表の機会を持つ。

グループホームはる　１日の生活の流れ

5:30～7:00　起床（起床時間は入居者各自で設定）、身支度、洗顔、体操 7:30　朝食調理、配膳 8:00　朝食　朝食後かたづけ　●	
8:30　玄関・ホール等清掃 9:30　外出希望者随時外出準備	昼食まで各自自由 （家族との面会等） 診察の必要な方は、病院へ行き診察を受ける
11:30　昼食準備　● 12:30　昼食　昼食後かたづけ　●	
14:00　入浴、洗濯等	夕食まで各自自由 （家族との面会、懇談、ゲーム、リハビリ等）
16:30　外出者帰所　● 夕食準備 18:00　夕食　夕食後かたづけ　●	
	就寝まで各自自由 （家族との面会、懇談、ゲーム、リハビリ等）
21:00　施錠、消灯　●	

９　生活支援ハウス

【基本方針】

・利用者の自主性を尊重し、明るく生きがいのある生活を送れるように努める。

・加齢等による利用者のニーズに対応するため、アセスメント、ケアプランを充実させ、 生活支援ハウスでの自立した生活の継続を支援する。

・家族や地域社会との交流を積極的に保ち、信頼関係をより深めて行く。

【利用者の援助方針】

（１）日常生活の支援

・利用者が安心して明るく生活できるように、清潔で快適な環境をつくる。

・レクリエーション及びクラブ活動を組織し、利用者の自主性を尊重しながら実施する。

・行事については、その企画や準備の段階から利用者に積極的に参加してもらい、自発的な行事運営を目指す。それらの活動や交流を通じて日常生活に意欲と潤いをもたらすことのできるよう支援する。
・公平なサービス提供に配慮しつつも、利用者の身体等の状況に応じて柔軟に対応できるサービス体制を整備する。
・介護保険制度や在宅福祉サービスの利用等についての説明会及び健康に関する講座等を適宜実施し、利用者に理解を深めてもらう。
・利用者が心身の障害、または疾病等により介護が必要となった場合は行政機関、各サービス実施者と十分な連携をとり、在宅福祉サービス等が利用できるように援助する。
・日常生活についてのアンケートや懇談会を適宜実施し、利用者の要望や生活実態の把握に努める。また、悩みや苦情等の相談に応じ、人間関係がこじれることのないよう配慮するとともに、利用者と職員との関係を信頼できるものとしてつくりあげる。
・教養娯楽用品の整備を図り、利用者の余暇活動の活性化及び自主的な活動を支援し、それらを通じて、利用者同士が互いに協力し合い、相互の信頼関係を深めていけるように援助する。

（２） 保健衛生について

・利用者の定期健康診断は、年１回以上行い、その記録を保存する。また、健康チェックを日常継続的に実施し、健康管理に配慮するとともに、健康の保持及び疾病の予防に努める。
・インフルエンザ予防接種等の機会の提供を行う。また、利用者自身に健康管理への自覚を促し、健康管理のための計画と実行を継続的に支援する。
・利用者の健康状態に関する情報や記録は常に整備し、体調急変時には、かかり付け医及び近隣の医療機関または家族等との連携により、速やかで適切な対応をなし得る体制を準備する。

（３） 環境整備について

・施設内外の美化と整理整頓を心がけ、安心と潤いのある生活環境を提供する。
・施設や備品の適切な維持管理を実施する。

（４） 個別援助計画

・生活支援ハウスでの自立した生活を継続するため、利用者の実態を把握し個々のニーズに即したサービスを提供する。必要に応じ個別ケアプランを作成し、個別に支援する。

（５） 家族との交流

・利用者の日常生活の様子や健康状態等の近況報告を適宜実施し、家族との信頼関係を築いていく。また面会や施設行事への参加等の働きかけを積極的に行い、利用者と家族の良好な関係の確立、保持に努める。

（６） 地域との交流

・地元町会や学校、ボランティアの受け入れ等、利用者と地域社会との交流の機会をつくるとともに、施設への理解と協力関係を深める。
・隣接する赤岩保育所と交流菜園での園芸活動や行事の共催等日常的な交流をより活発に深め、友好的な関係を推進する。

【平成 16 年度生活支援ハウスはる行事計画】

月	行　　事	保健衛生・防災	会議・集会等
月例等	誕生会、ビデオ上映会 お楽しみ入浴	バイタルチェック（毎週実施）	入居者懇談会（隔月実施）
４月	お茶会		
５月	お花見 母の日（プレゼント）		
６月	父の日（プレゼント） 庭造り	健康診断（さわやか運河検診） 避難訓練	
７月		健康診断（肺ガン検診）	
８月	夏まつり（合同） 七夕祭		
９月	敬老祝賀会、 十五夜祭		まち育て出前講座
10 月	外出レク	避難訓練	
11 月	文化祭（作品展、発表会）	インフルエンザ予防接種	
12 月	クリスマス会 もちつき		まち育て出前講座
１月	新年会、カルタ大会		
２月	節分		
３月	ひなまつり 彼岸祭		まち育て出前講座

10　支援費サービス事業

（１）身体障害者ショートステイ事業

平成15年4月1日より施行された支援費制度については、特別養護老人ホームはるで指定身体障害者短期入所サービスを提供する。

事業所所在地　　小樽市赤岩 2 丁目 18 番地 22 号

事業所名称　　身体障害者短期入所はる

利用予定人数　　年間延べ 12 名(予定)

【基本方針】

① 利用者主体のケアの確立

利用者の個別性に配慮したケアの実践に向け、全職員が利用者のニーズを適確に把握するためのアセスメント技術の習得と総合判断能力の養成に努める。

② チームアプローチ

他職種の専門性を活かした支援によって利用者の多様なニーズに応え、利用者にとっての「自立」と QOL 向上を検討し、利用者・家族との合意をもとにした自立支援のケアを実践する。また、職種間では互いの専門性を理解しながら連携を図り、より質の高いケアを提供できるように自らの専門性を高めていく。

③ 生活支援

「はる」の利用者が安心して快適に過ごせるよう、日常生活をさりげなく支え、清潔で安全な生活環境を提供する。

④ 在宅支援の視点

連絡ノートの活用等により、家族に対し、施設生活の様子やサービス提供内容について十分な周知を図る。又、インシデントの状況を分析することによって、事故の再発防止に努めるとともに、利用者及び家族からの意見、要望又は苦情に対しては、迅速かつ適切に対応して、サービスの質の向上に努める。

【事業内容】

① 基本的な生活介護（食事・入浴及び整容・排泄等）

②　送迎サービス

③　アクティビティサービス

利用者の希望と必要性に応じて、レクリエーションや音楽療法等、多様なアクティビティーサービスを提供し、心身機能の維持、向上及び活性化を図る。

11　　地域交流事業

（１）ボランティア活動の推進及び支援

・「あかり」の活動を支援するほか、市内各学校の学生、生徒等の独自のボランティア活　動をコーディネートする。又、ボランティア活動参加を積極的に呼びかけて、地域との　交流の活発化を図る。

・介護者教室や市民講座の開催を企画するとともに、広報紙の発行等を積極的に行うこ　とにより、地域コミュニティのかたちづくりに寄与することを目指す。

（２）実習生の受け入れ

①基本姿勢

ホームヘルパーや福祉士制度等を支える実習施設として、各養成機関との連携を密接にとりつつ、それぞれの実習生の目指す職種の実習を統一的なプログラムにより支援する。職員にとっては、施設や事業活動の全体像を再把握し、利用者に

対する処遇と業務を振り返る機会となし得ることから、教示・指導技術を向上させながら、職員自身の資質向上を図っていく。

②利用者への配慮

施設は、外部に対し様々な形で開放されているが、実習生の受け入れ（又は見学者の受け入れ）に際しては、利用者の立場に立って下記の事項に配慮する。

1）掲示や懇談会等によって事前にお知らせする。
2）実習初日に実習生を紹介する。
3）オリエンテーションにおいて、プライバシー保護と守秘義務について確認する。
4）特に排泄や入浴の介助については、実習状況を判断して、実施する。

実習生の存在が利用者にとって、精神面での活性化や喜びにつながるような実習指導　をすることで、両者に対しプラスに働くように配慮していく。

③平成 16 年度実習生受け入れ予定

■ホームヘルパー2 級

11 月, 12 月	（特養＋DS＝5 日間）	20 名	双葉高校
未定	（特養＋DS＝5 日間）	未定	ポリテクセンター
未定	（特養＋DS＝5 日間）	未定	ヒューマンアカデミー
未定	（特養＋DS＝5 日間）	未定	介護労働安定センター

■介護福祉士

8/3～14	（特養）	1 名	NHK 学園

■社会福祉士

5/10～7/30	（DS）	1 名	藤女子大
8/ 3～ 9/ 2	（DS）	1 名	北星学園大
8/ 3～ 9/ 2	（特養）	1 名	北星学園大

■看護師

4/26,27	（DS）	2 名	小樽看護専門学校
4/28,30	（DS）	2 名	小樽看護専門学校
5/ 6,7	（DS）	2 名	小樽看護専門学校
9/ 6～9	（DS）	3 名	市立小樽病院高等看護学院
9/13～16	（DS）	3 名	市立小樽病院高等看護学院
9/21～24	（DS）	3 名	市立小樽病院高等看護学院
10/ 4～7	（DS）	3 名	市立小樽病院高等看護学院
10/18～21	（DS）	3 名	市立小樽病院高等看護学院

※ その他、ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ2 級、社会福祉士、栄養士等を含めて日程が未定のものは適宜調整していく。

（３） 講師派遣

地域の保健・医療・福祉の増進に寄与することを目的として、講師派遣の要請がある場合には、できる限り応じていく。

（４） 地域との交流等

各月の行事等において、隣地の赤岩保育所や北山中学校をはじめ各保育所、学校等と　の交流を積極的に推進する。