

平成 17 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

介護保険制度がスタートして5年目、初めての抜本的な制度の見直しが図られている中に於いて、制度の基本理念である、高齢者の「自立支援」、「尊厳の保持」を基本とし制度の持続可能性を高めていくため、様々な改革が求められている。

新予防給付の創設、施設給付の見直し（居住費用・食費見直し）等々、今後、当法人の経営を取り巻く環境は非常に厳しい状況にあるが、この様な時にこそ変革の好機ととらえ、平成18年度からの新たな制度の構築に対応出来る法人運営をすべく、今年度から検討を重ねていかなければならない。

また、平成17年度は、札幌西区発寒の敷地3,442.12㎡において、介護を必要とする高齢者が地域に根ざした生活を安心して継続できる為の総合的支援をすべく小規模生活単位型の新型特別養護老人ホーム（定員80名・ショートステイ定員20名）を中核とする各種の居宅サービス機能を兼ね備えた多機能型の施設整備に着手し、平成18年度の開設を目指します。

特別養護老人ホームでは、入居判定において他施設との意見交換をし、公正な入居判定基準の構築を検討し、より公正な入居判定の実施を行います。

また、個別ケアと日々の機能訓練及びアクティビティの一層の充実に努めます。

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17年度も利用者主体の様々な地域交流事業及びクラブ活動を実施し介護を必要とされる利用者に対しては、適切な対応に努めます。デイサービスセンターでは、利用者楽しんで頂ける各種行事をはじめクラブ活動の充実に向け積極的に取り組みます。また、新予防給付に向けた機能訓練、リハビリ等の取り組みも検討します。引き続き、季刊広報誌「逢」の発行も行います。居宅介護支援事業所では、居宅訪問における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の作成に努めます。在宅支援センターでは、在宅高齢者の実態把握を推進し、予防事業・啓発事業の実施に努めます。ホームヘルプサービスでは、サービス提供体制の強化と、調理技術や接遇の向上など一層のサービス及び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居宅での生活の質（QOL）の向上に努めます。また、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。またグループホーム事業では、それぞれのユニットのコンセプトに基づく展開を図り認知症高齢者の生活の質の向上目指し、生活支援ハウスでは、利用者の自主性を尊重し安心して快適な生活が出来る住環境の確立を目指します。

その他、事務処理の効率化を目指し各部署での情報電子化を促進すると共にセキュリティ対策の確立に向けて努力します。また、新たに平成17年度から「ホームヘルパー養成講座（2級）」を開催し、地域の方々が福祉に参加し介護の担い手となり得る機会を提供し、共に住み慣れた地域での質の高いケアの推進に努めます。さらに、ホームページの内容を整備し外部に開かれた法人運営を目指し、介護教室・講演会の開催、実習生・見学者の受け入れ、広報誌「暖」の発行、利用者・家族懇談会等の開催を推進すると共に、職員の資質向上のため、外部研修及び施設内研修の充実に努めます。

基 本 事 業

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旨とする。

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旨とする。

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旨とする。

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旨とする。

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旨とする。

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、通知や連絡文書の收受、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。

(2) 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り、利用者・御家族の安心できる生活環境づくりに努める。また、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。

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ゆう視点をもち、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、地域住民の方々と

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。

(3) 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エ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、安心して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
	ボランティア・ミーティング	毎月最終火曜日 13時～	ボランティアグループ「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	
定例会議	朝・タミーティング	毎朝 9時45分～10時 毎夕 17時～17時30分	施設長、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、各主任、機能訓練指導員、ソーシャルワーカー	関係者
	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、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、介護主任、介護主任 補佐、2F、3Fフロア アリダ等	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、看護主任、介護主任、 ソーシャルワーカー、 栄養士、ケアマネージャー	関係者
	行事事務会議	毎月2回程度	行事事務職員	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	
定例会議	朝・タミーティング	毎朝 8時35分～ 8時40分 毎夕 17時15分～17時30分	管理者、ソーシャルワーカー、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 ケアマネージャー	関係者
	行事事務会議	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・タミーティング	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 —
	ヘルパーミーティング	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 —

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・タミーティング	毎朝 8時40分～ 9時 毎夕16時30分～17時	管理者、訪問看護師
	ケアカンファレンス	毎月一回 17時～18時	管理者、訪問看護師

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・タミーティング	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
	事務打合せ会	随時 17時～18時	管理者、ケアマネージャー

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・タミーティング	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
	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
	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、ケアマネージャー
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、ケアマネージャー

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・タミーティング	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	
	ユニット会議	毎月	計画作成担当者、ケアワーカー	
	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
		合同開催	毎月	管理者、計画作成担当者、ケアワーカー
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		

職員会議日程（生活支援ハウス）

区分	開催日時	参加者	人数
定例会議	朝・タミーティング	毎朝 9時30分～ 毎夕16時30分	管理者、生活援助員
	行事事業	毎月	管理者、生活援助員
	スタッフ会議	毎月	管理者、生活援助員

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・ホームヘルパー	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)	4月	全国社会福祉協議会
社会福祉法人経営者研修会(人事管理コース)	5月	
社会福祉施設長資格認定講習	5-3月	北海道社会福祉協議会
総合相談窓口従事者養成研修	11月	
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

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

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。

施設内研修

研修名	内容		担当者	開催時期	参加予定
新採用者研修	法人の理念	法人の理念 〃 ケアの理念 〃 各部署の事業内容	田尻 大森 油谷 阿部（美） 各部署主任	4月上旬	当該年度4月1日採用者 前年度採用者は、採用時研修で行われなかった内容について受講 特養 デイサービス ヘルパーステーション 居宅（ケアマネ） 訪問看護 ケアハウス グループホーム 生活支援ハウス 事務・栄養士 より該当者
	利用者の人権と意思の尊重	人権擁護 プライバシー保護 家族のプライバシーへの配慮 情報の取り扱い			
	介護技術	身体介護 生活支援 認知症介護			
	接遇	マナー 専門職としての姿勢・態度			
	医学・リハビリ	医学知識 リハビリテーション			
	リスクマネジメント	リスクマネジメントの考え方 緊急時の対応について 救急訓練 事故・感染症予防 インシデント			
	倫理と法令遵守	専門職の価値と倫理 倫理綱領など職業人としての行動規範 不法行為の防止			
	苦情対応	苦情対応の考え方と対応の実際 第三者委員について			
	地域交流	地域交流の考え方 ボランティア活動の理解 見学者への対応			
	ホスピスケアとコミュニティケア				
採用時研修	法人の理念	法人の理念 ケアの理念 所属部署の事業内容		採用時ごと	各部署にて 特養 デイサービス ヘルパーステーション 居宅（ケアマネ） 訪問看護 ケアハウス グループホーム 生活支援ハウス 事務・栄養士 より該当者
	利用者の人権と意思の尊重	人権擁護 プライバシー保護 家族のプライバシーへの配慮 情報の取り扱い			
	介護技術	認知症介護実習 実習			
	接遇	マナー 専門職としての姿勢・態度			
	リスクマネジメント	リスクマネジメントの考え方 緊急時の対応について 事故・感染症予防 インシデント			
	倫理と法令遵守	専門職の価値と倫理 倫理要領など職業人としての行動規範 不法行為の防止			
	苦情対応	対応の考え方と対応の実際 三者委員について			
初任者研修 （～2年未満）	法人の理念	法人の理念 〃 ケアの理念		年3回	特養 デイサービス ヘルパーステーション ケアハウス グループホーム 生活支援ハウス より該当者
	アセスメント	対象者理解のためのアセスメント アセスメントの活用			
	利用者の人権と意思の尊重	人権擁護 プライバシー保護 家族のプライバシーへの配慮 情報の取り扱い			

施設内研修 (前項から引き続き)

初任者研修 (～2年未満)	価値と倫理・ディレンマ 認知症介護 事例研究	専門職の価値と倫理 ディレンマ事例の考え方 認知症の理解 介護の実際 事例研究方法論			
フォローアップ研修 (2年以上5年未満)	法人の理念	法人の理念 〃 〃の理念		年 3 回	特養 デイサービス ヘルパーステーション ケアハウス グループホーム 生活支援ハウス より該当者
	利用者の人権と意思の尊重	人権擁護 プライバシー保護 家族のプライバシーへの配慮 情報の取り扱い			
	介護技術	身体介護 生活介護 認知症介護			
	接遇	マナー 専門職としての姿勢・態度			
	医学・リハビリ	医学知識 リハビリテーション			
	リスクマネジメント	リスクマネジメントの考え方 緊急時の対応について 救急訓練 事故・感染予防 インシデント			
	倫理と法令遵守	倫理綱領など職業人としての行動規範 不法行為の防止			
	価値と倫理・ディレンマ	専門職の価値と倫理 ディレンマ事例の考え方			
	苦情対応	苦情対応の考え方と対応の実際 第三者委員について			
	地域交流	地域交流の考え方 ボランティア活動の理解 見学者への対応			
	事例研究	事例研究方法論			
中堅者研修 (5年以上)	利用者の人権と意思の尊重 価値と倫理・ディレンマ 認知症介護 事例研究 他部署実習	人権擁護 プライバシー保護 家族のプライバシーへの配慮 情報の取り扱い 専門職 の価値と倫理 ディレンマ事例の考え方 認知症の理解 介護の実際 事例研究方法論 他部署実習		年 2 回	同上
指導者研修	法人の理念 スーパービジョン 価値と倫理・ディレンマ 認知症介護 事例研究	法人の理念 〃 〃の理念 スーパービジョンの理論 事例検討 専門職の価値と倫理 ディレンマ事例の考え方 認知症の理解 介護の実際 事例研究方法論		年 3 回	特養 デイサービス ヘルパーステーション ケアハウス グループホーム 生活支援ハウス より該当者
スーパービジョン 研修	スーパービジョン	スーパービジョンの倫理 事例検討		年 1 回	同上
ケアプラン研修	アセスメント ケアプラン 評価	対象者理解のためのアセスメント アセスメントの活用 ケアプラン作成の実際 記録 評価・モニタリングなど		年 2 回	同上
管理者研修	社会福祉法人の運営について	社会福祉法人の運営について		年 1 回	同上

施設内研修 (前項から続き)

ケアワーカー研修	介護技術	食事 口腔ケア 排泄 入浴・清拭および整容 異動および外出支援 認知症		年3回	特養 デイサービス ヘルパーステーション ケアハウス グループホーム 生活支援ハウス より該当者
	生活援助	環境整備			
ホームヘルパー研修	介護技術	食事 口腔ケア 排泄 入浴・清拭および整容 異動および外出支援 認知症		年8回	ヘルパーステーション 全スタッフ
	生活援助	掃除・選択・買い物など 調理			
	利用者の人権と意思の尊重	人権擁護 プライバシー保護 家族のふらいばしへの配慮 情報の取り扱い			
	接遇	マナー 専門職としての姿勢・態度			
	リスクマネジメント	リスクマネジメントの考え方 緊急時の対応について 救急訓練 事故・感染症予防 インシデント			
	倫理と法令遵守	専門職の価値と倫理 倫理綱領など商業人としての行動規範 不法行為の防止			
	苦情対応	苦情対応の考え方と対応の実際 第三者委員について			
ケアマネージャー研修	ケアマネジメント	ケアマネジメント理論 事例検討		年6回	居宅(ケアマネ) 全スタッフ
	医学	医学知識 救急訓練			
	リハビリテーション	リハビリテーションの基礎知識 リハビリテーションの実際			
	ソーシャルワーク	ソーシャルワーク理論 面接技術			
ソーシャルワーカー研修	ソーシャルワーク	ソーシャルワーク理論 面接技術		年1回	各部署のソーシャルワーカー
	周辺領域の学問	周辺領域の学問			
看護師研修	福祉施設における看護職の役割	看護の専門性とチームアプローチ 周辺領域の学問		年1回	各部署の看護職員

職員研修担当者

以下のいずれかの要件を満たす物

- ①介護福祉士・社会福祉士・看護師のいずれかと介護支援専門員の資格を有する者
- ②各部署の主任以上

スーパーバイザー

以下のいずれかの要件を満たす者(各部署にて)

- ①介護福祉士・社会福祉士・看護師のいずれかと介護支援専門員の資格を有する者
- ②各部署の主任補佐以上
- ③施設内のスーパービジョン研修を受講した者

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つては、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十分に配慮し、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) 認知症のケアの確立

受容・共感的な関わり、またユニッ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、症状が生活施設の中で看取ることとの出来る範囲であり、本人・家族が施設での看取りを希望された場合、その人らしい最期が迎えられよう援助する。

(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

・ケアプランの作成においては、ICF方式を取り入れ、利用者本人、家族の目標・意思を十分に伺い、より具体的な目標を立て、また自立支援の視点を持ったアセスメントを行い、チームアプローチの機能を十分に活かしケアプラン原案を作成する。

アセスメント過程においては、本人の生活歴を十分に考慮する。

・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、プラン、評価、記録は「ちょうじゅ」システムを活用し、より効率的、効果的に行い、利用者の生活の充実につなげる。

(2) 快適な環境の提供

・共有スペースに、家具等により家庭的な雰囲気を取り入れゆとりの空間をつくる。

・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る。フロアリーダーは、当日のフロア全体の業務に遺漏のない様に努めるとともに、ケアプランの展開、課題の把握を行う。

(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) 自立支援を視野に入れた介護

・利用者に対して過剰介護により自立を妨げることをしないよう、また単なるお世話ではなく、ADLの維持・向上、またはADL低下予防を念頭におき専門的介護を実施展開する。

さらに、在宅復帰の妨げとなる事項について、十分なアセスメントを行い、在宅復帰に向けての具体的なケアプラン作成によりアプローチを試みる。

認知症の方のケアについては、家庭的雰囲気の中で精神的に安定した生活がおくれるよう、環境を整えると同時に、炊事、洗濯、掃除、家庭菜園等の生活体験を通し症状の改善・安定を試みる。

(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。

終末期を迎えた利用者の家族、あるいは亡くなられた利用者の遺族が感情を吐露できるように配慮していく。

(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行事や、日常のレクリエーションプログラムの多様化により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によるせいかつの活性化を図る。機能訓練に関しては、日常動作を通して、心身の機能維持を図り、また、機能訓練指導員による具体的なプログラム作成により身体機能の維持・向上を目指す。

【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	外出レク	海の日献立
8月	夏祭り・七夕祭り、納涼祭	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	外出レク	体育の日お弁当
11月	お食事会	バイキング
12月	餅つき、クリスマス会（実行委員会）	クリスマス献立、年越し献立
1月	新年会	おせち献立、七草粥
2月	節分祭・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

【年間行事計画（前項からの続き）】

月	月行事予定	各月行事食予定
毎月	誕生会	誕生会食

※上記記載の他、利用者の要望や、スタッフの発想による催し物、献立については、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

地域住民の方や学生・生徒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。また、ボランティアの方の受け入れを積極的に働きかけ、日常的に第3者の方の客観的なご意見をいただき、地域交流のコーディネートを行っていく。

(11) ターミナルケア

ターミナル期を迎えた利用者の状況を十分にアセスメントし、精神的・肉体的苦痛の緩和に配慮し本人及びその家族が望む最期を実現出来るよう、チームが一丸となりケアに取り組む。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、孤独にならないよう、さらに、感染防止・環境整備に配慮する。

(12) 介護福祉士・看護師の専門性を高める活動

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たし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を活用などにより、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、レクリエ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) 「小規模・多機能・地域密着型サービス」提供に向けての取り組み

平成18年度に予定されている介護保険制度の改正実施にスムーズにたいおうしていくことが求められる。デイサービス事業では、認知症高齢者を対象とした10名程度の定員の通所施設を新たに開設することを目指し、体制の整備を進めていく。

①既存スペースの有効活用と「くつろげる」空間作り

現在利用定員が50名と人数的に多くなっており、利用者にとって必ずしも快適な空間とは言えない現状になってきている。そのため、既存スペースを有効に活用しソファ等必要な備品を設置することで、利用者にとっての身体的・精神的な負担を軽くし、快適に過ごして頂けるような空間の提供に努める。

②認知症高齢者に対するケアの見直し

現在の痴呆専用併設型の利用者を中心とした、10名前後の認知症高齢者のグループを編成する。そのグループの利用者に対して、より充実したサービスを提供できるよう、家庭的な雰囲気あ感じられる専用のスペースを新たに設ける。また、認知症高齢者については、より詳細なサービス内容を含む通所介護計画書を作成し、認知の進行防止、行動傷害の軽減などを目指すケアを提供する。

さらに、職員の業務割りを見直し、認知症高齢者に関わる職員をできるだけ固定し、「顔なじみ」の関係を作ることで、落ち着いて過ごせるような環境を作る。

③職員研修会の充実

認知症高齢者へのケアについての研修会や、「小規模・多機能・地域密着型サービス」の先駆的な取り組みを行っている施設の見学・実習などを通じて、必要な知識・技術の習得に努める。

(2) 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～重度の認知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共に、要介護認定において「非該当」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。

また、契約前の「おためし利用」も継続して受け入れ、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。

(3) 要介護状態の維持・改善

機能訓練指導員を中心として、「体力測定」や個々の利用者の身体状況・生活状況に合わせた機能訓練計画を作成し、機能訓練を提供する。機能訓練計画は、利用者の心身状況の変化や、「体力測定」の結果に基づいて適宜、変更する。

また、今年度もさらに機能訓練プログラムや使用器具を充実させ、利用者自身が主体的に、楽しみながら、意欲的に取り組むことができるようにし、要介護状態の維持・改善に努める。

(4) 通所介護計画書、記録等の内容の充実

「ちょうじゅ」システムによる通所介護計画書作成やサービス実施記録に昨年度より取り組み、軌道に乗ってきたところであるが、今年度は内容の充実に努める。

通所介護計画は、より個別的、具体的な内容となるように、事業所独自のアセス

メントを実施し、それに基づいた通所介護計画書作成の取り組みを始める。また、各利用者の通所介護計画書に記載されたサービス内容について、職員間での情報共有を適切に行うたまたまの方策を検討し、サービス内容の統一を図る。

さらに、記録については、作成した通所介護計画書に沿った内容となるように、「ちょうじゅ」システムの改善や、記録の分担方法等も含めて検討していく。

(5) 事故防止・感染防止対策の徹底

今年度は、『インシデント・レポート』の書式の見直しを行い、事故原因、再発防止策等についての分析を、適切に、効率的に行えるものとする。また、職員間で、『インシデント・レポート』の内容等、事故防止に関する情報共有を適切に行うための方策について検討し、事故防止に努める。

感染防止については、看護職員を中心として、『感染症マニュアル』を随時見直すとともに、ミーティング等で感染症対策についての情報を職員に周知し、感染症の予防に努める。

(6) 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については、サービスの質の向上の機会と捉え通所介護計画書のサービス内容に反映させる等の迅速かつ適切な対応を行うものとする。なお、利用者及び家族からの苦情を受け付けた場合は、生活相談員を中心として、マニュアルに基づき、誠意ある対応と、適切な改善策の早期実施に努める。

また、『業務マニュアル』の見直しを行い、サービスの改善と、ケア方法の統一による事故・苦情等の防止に努める。

さらに、事業所によるサービスの自己評価の実施とともに、外部評価の実施についても検討し、その結果を利用者に情報開示することで、サービスの質の向上につながる。

(7) 家族・関係機関及び地域との連携

送迎時や、連絡ノートの活用により、自宅での状況、利用時の状況について、利用者の家族と情報交換を積極的に行うように努める。また、利用者担当職員・生活相談員を中心として、家族との別面談や施設見学の機会を設定するとともに、年4回のディサービス広報誌『逢（ほう）』の発行も継続し、家族との信頼関係を深めることを目指す。

地域内の居宅介護支援事業所や在宅支援センター等のサービス事業所や行政機関等との連携については、利用者の円滑なサービス利用に欠かせないものであり、サービス担当者会議の参加、モニタリングへの回答等の機会を通じて、情報の共有を図る。その際は、利用者おプライバシー保護に十分配慮するように努める。また、介護者教室の共催などにも積極的に協力していく。

さらに、「あかり」をはじめとするボランティア団体との協力や実習生の受け入れについても積極的に行う。

【事業内容】

(1) 送迎

安全で正確な送迎のため、利用者及び家族の要望や利用者の心身状況を考慮に入

れた上で、送迎経路・順序を決定する。地理的に車輛を進入させることが困難な場合や、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、送迎時間の短縮等、利用者の利便の向上に努める。

さらに、職員の運転技術の向上に努め、安全で快適な送迎のために車輛管理を定期的実施する。

(2) 健康チェック

利用者の健康状態を把握するため、毎回のバイタル測定、体調確認（声かけ・顔色・発汗・皮膚状況・食事や水分の摂取状況・排泄状況の観察など）、毎月（必要な場合は随時）の体重測定を実施する。これらの状況は、記録に残すとともに、連絡の一とに記入し、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への情報提供を行う。

さらに、体調急変等の緊急時には、マニュアルに沿って、速やかに家族や主治医等との連絡を取り、適切な対応を行う。

(3) 入浴

利用者の心身状況に応じて、一般浴もしくは特殊浴の利用を検討し、安全・清潔・心身の機能維持に配慮した介助に努め、体調不良などの場合にも、シャワー浴や清拭、足浴などの対応を必要に応じて実施する。また、入浴の前後には、看護職員を中心として、皮膚状況等の観察や必要な処置を実施する。

さらに、浴室内の環境整備、「季節のお風呂」の実施などにより、快適な入浴となるように努め、入浴時間や同性介助など、個別の希望にも沿うよう、柔軟に対応する。

(4) 排泄

可能な限りトイレでの排泄を行えるように、利用者の心身状況に応じて、誘導・移乗・着脱・後始末等の必要な介助とともに、排泄状況や皮膚状況の観察も行う。

また、プライバシーや清潔感に配慮し、随時、トイレ内の環境整備に努める。

(5) 機能訓練

「体力測定」の結果等に基づいて作成された機能訓練計画に沿って、要介護状態の維持・改善を目的として実施する。

個々の利用者の心身状況や目的に応じて、個別プログラム（歩行・起立訓練・嚙下訓練・拘縮予防訓練・ホットパックなど）や小集団プログラム（握力維持向上訓練・下肢筋力筋力維持向上訓練・関節可動域訓練など）を提供し、ラジオ体操・リハビリ体操については、ほぼ全ての利用者を対象に実施する。

(6) 食事

栄養士と連携の上で、適時適温の配膳を実施し、身体状況や嗜好に合わせて、食事形態や献立の変更等、柔軟な対応に努める。食事介助を必要とする利用者には、誤嚥・窒息などの事故に十分注意した上で、介助を行う。

また、利用者からの食事内容についての希望や意向を随時確認し、日々の献立や

行事に反映させる。

(7) アクティビティサービス

各種クラブや療法活動（別表①参照）の機会を個々の利用者の心身状況や希望に応じて提供する。また、月の行事（別表②参照）やレクリエーションでは、利用者の安全に十分配慮しながら、季節感を感じられる、楽しい時間を提供し、利用者が満足感や生きがいを得られるように努める。

外出レクリエーションは、年度内に1回、外食や観光など、目的別に複数の行き先を設定し、利用者の希望に応じて、選択の上参加してもらうこととする。さらに、夏期は、施設周辺への散歩・外出を積極的に実施する。

「納涼祭」は、昨年度より内容を充実させた上で、施設・地域の行事との重複を避け、7月に実施することとする。

別表①〈デイサービス クラブ活動・療法活動週間予定表〉

	10:00 ~ 11:30	13:00 ~ 14:00	14:00 ~ 15:00
月	ゲーム (将棋・囲碁など)		絵手紙・・・月1回
火	手芸	朗読	音楽療法
水	ステンシル	音楽	
木	手芸	園芸・・・夏期	
金	園芸・・・夏期	音楽療法 俳句	音楽療法
土	ステンシル・・・隔週 陶芸・・・隔週	手作業（折り紙等	

別表② 〈デイサービス 年間行事予定表〉

	月行事	その他
4月	音楽・芸能鑑賞会	
5月	お花見ドライブ	外出レクリエーション（～6月）
6月	大運動会	作品展示会①
7月	青空パーラー	「納涼祭」
8月	分踊り	
9月	敬老会	外出レクリエーション（～11月）
10月	収穫祭	
11月	文化祭	作品展示会②
12月	クリスマス会	体力測定（～2月）
1月	新年会	
2月	豆まき	
3月	ひな祭り	
毎月	誕生会（お茶・お菓子・カラオケ） 行事食（きせつのメニュー・ジンギスカン・鍋など）	

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

- ① 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。
- ② 事業所は、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。
- ③ 業務マニュアルの適宜改定を行い各ヘルパーに周知徹底を図る。
- ④ 職員の資格取得を支援し、ヘルパーも自ら資格取得の為の努力をとし、利用者に適切なサービスの提供を行う。

(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」システムの活用

全ヘルパーが「ちょうじゅ」の活用をし訪問介護計画書に基づき且つ充実した記録の作成を目指し努力する。

(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、利用者の自立支援を目指し、かつ希望に添い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。

(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の相談を行う。

(4) 精神・心理的な看護

精神状態の観察と助言。社会参加への促し。

(5) 認知症の看護

認知症のケアと相談。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）の療養生活の相談。在宅酸素や留置カテーテル等の管理、服薬指導・管理。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。

(7) 家族支援

あらゆる病状、介護、日常生活等に関する相談、精神的支援。

(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、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を提供する。

(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、できるだけ参加できるように体制整備に努める。

(11) 訪問看護実践発表会（北海道看護協会）等の研究発表会への参加
訪問看護の実践を発表することにより、日常の看護実践をふりかえり、
利用者の求める訪問看護について考える。

(12) 地域の医療機関との交流
幅広く医療機関との交流を持ち、医師との連携を図る。積極的に研修会にも参加する。

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

要介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 自立支援に基づいたケアマネジメントの実践

きめ細かいアセスメントとモニタリングに基づき、自立支援を目指したケアマネジメントをてんかいする。利用者自身が主体となって、みずからの生活を創造していけるよう質の高い支援を目指す。

② チームアプローチの実践

利用者を取り巻く、他職種・他事業所と連携し、包括的な支援を実践する。

【事業内容】

① ケアマネジメント

*アセスメント

アセスメントツールとして、全国社会福祉協議会作成の「居宅サービス計画ガイドライン」を採用し、利用者及び周辺領域のアセスメントを行う。また、様式にとどまらず、個別のニーズや問題を明らかに出来るよう、個々のケアマネージャーの技量の向上を目指す。

*居宅サービス計画の作成

的確なアセスメント、及びモニタリングに基づき、自立に向けた居宅サービス計画を作成する。利用者が主体となって参加出来るような計画を心掛ける。

*モニタリング

利用者宅への定期訪問（月1回）及び、サービス担当事業者への文書でのモニタリングを行い、3ヵ月に1度を目安とした居宅サービス計画の評価を行う。

*サービス担当者会議

利用者の要介護ど更新時、及び日々のサービス提供にあたって問題が発生した時にはサービス担当者会議を開催し事業者間での問題共有、意見交換、サービス提供に当たっての意思統一を図る。会議の結果を有益に活用し、居宅サービス計画に反映する。サービス担当者会議が諸事情により行えない時は、電話・文書によるサービス内容の照会を行い、これを代替とする。

*支援経過の記録・管理

日々の支援内容の記録を行う。個人情報の漏洩を防止し、個別台帳ファイル及び、パソコンデータ上で適切な管理を行う。

*給付管理

利用者及び、サービス提供事業者の不利益にならないよう、正確な給付管理を行う。

② 要介護認定調査の実施

小樽市より委託を受け、要介護認定調査を行う。

③居宅介護支援事業所会議の開催

円滑な事業所運営を目指し、ケアマネージャー間の意見換・方針決定の場として、適宜、居宅介護支援事業所会議を開催する。

④カンファランス・勉強会の開催

ケアマネージャーとしての知識や技術の向上の為、事業所内におき、カンファランス・勉強会を適宜開催する。

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利用者間の親睦をふかめるとともに、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、利用者と職員と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できるよう配慮する。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。
- ・経年による設備や備品の故障や不具合について適切な修繕及び維持管理を徹底し、利用者の生活への影響を最小限に止めるよう努める。
- ・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) 個別援助計画について

・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ため、必要に応じて個別ケアプランを作成し、ケアハウスでの自立した生活を継続するため支援する。

(6) 家族との交流について

・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) 地域との交流について

- ・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・レクリエーション・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・レクリエーション・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、その連携の上での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17年度ケアハウスはるの行事計画】

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（おはぎづくり）		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（ボランティア）
火曜日	・書道（10:00～11:00）	・レクリエーション、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	<ul style="list-style-type: none"> ・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十分に把握し、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

利用者の尊厳及び人格を尊重し、プライバシーに配慮しながら、季節の変化を楽しむ生活空間や、なじみの関係に基づく家庭的な雰囲気創出に向け、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) 認知症高齢者のケアの確立

受容・共感的な関わりを通じ、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、認知症進行の緩和・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、その人らしい最期を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）を用いるが、今後は認知症高齢者のケアに適したアセスメントツールの導入を検討していく。

(2) ユニットのコンセプトに基づく展開

・こでまりユニットは、小動物（犬や金魚…）を飼育し、また地域の動物などと触れ合うことで、心の安らぎ、意欲の向上を図り、自立心を養う。また、動物を介して、利用者間の関係づくりが円滑になることを図る。

・なのはなユニットは、週1回の音楽療養法、利用者が好む音楽を提供し、精神の安定を図る。また、耳慣れた音楽の存在によって、記憶に刺激を与え、回想療法をも目

指す

・ほおずきユニットは、中庭において、栽培する花や野菜の選択から栽培、収穫までを利用者と共に行い、その過程が各自の役割となり、自立した生活を支援する。また自然との触れ合いを通じて五感を刺激し、認知症の緩和を目指す。

(3) 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。

(4) 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、むろん無理強いせず、また過剰介護により自立を妨げることも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。

(5) 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	ドライブ	出張料理
5月	お花見、端午の節句	お花見弁当、端午の節句献立
6月	小旅行	外食
7月	ピクニック	土用の丑、ジンギスカン
8月	七夕、夏まつり、焼き肉パーティー	七夕献立、焼肉
9月	お月見、敬老会、彼岸祭	お月見献立、お彼岸献立
10月	もみじ狩り、小旅行、収穫祭	外食
11月	ドライブ	鍋料理
12月	餅つき、クリスマス会、大掃除	クリスマス外食、年越し献立
1月	お正月	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） 買い物、地域での戸外活動、 外出レク	誕生会食（該当者の好みの献立） 季節の旬の食材を取り入れた献立

※3ユニット合同での行事を適宜盛り込んでいく。

(6) 預かり金品の管理

利用者または家族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。

(7) 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。

近隣住民やボランティアについては、認知症の勉強会を開催するなどし、認知症の理解を働きかけていく。

(8) 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。

(9) 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

9:30 玄関・居間・自室等清掃

10:30 外出希望者随時外出準備

11:30 昼食準備

●
|
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

●
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、団欒、
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

21:00

施錠、消灯

(家族との面会、団欒)

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。
- ・介護予防の観点から、リハビリテーション的な運動活動の機会を提供し、身体機能の維持、向上を図る。それらの活動が日常生活に反映され、自立した生活が継続していくことを支援する。
- ・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。
- ・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

連絡ノートを活用等により、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

なし

■社会福祉士

5/9 ~ 7/15	(DS)	8名	藤女子大
8/1 ~ 8/31	(DS)	1名	北星学園大

■看護師

4/18, 19	(DS)	2名	小樽看護専門学校
4/20, 21	(DS)	2名	小樽看護専門学校
4/27, 28	(DS)	2名	小樽看護専門学校
5/9 ~12	訪問看護ST	2名	市立小樽病院高等看護学院
9/5 ~8	(DS)	3名	市立小樽病院高等看護学院
9/12~15	(DS)	3名	市立小樽病院高等看護学院
9/20~22	(DS)	3名	市立小樽病院高等看護学院
10/3~6	(DS)	3名	市立小樽病院高等看護学院
10/17~20	(DS)	3名	市立小樽病院高等看護学院

※ その他、ホームヘルパー 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。