

平成 20 年 度
事 業 計 画 書

社 会 福 祉 法 人 ノ マ ド 福 祉 会

目 次

法人全体（小樽・はっさむ・北 17 条共通）	-----	1
I 基本事業	-----	2
1 介護保険事業・障害者福祉事業	-----	2
2 その他の老人福祉事業	-----	3
3 地域交流事業	-----	3
4 組織体制	-----	4
5 職員研修	-----	5
6 自主防火管理体制の徹底	-----	9
小樽部門	-----	10
I 運営方針	-----	11
II 各部門別重点目標	-----	12
(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		
III 職員会議	-----	15
IV 事業別事業計画	-----	18
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（通所介護）事業	-----	22
4 デイサービス（認知症対応型通所介護）事業	-----	26
5 ホームヘルプサービス事業	-----	31
6 居宅介護支援事業所	-----	33
7 ケアハウス	-----	34
8 グループホーム	-----	38
9 生活支援ハウス	-----	42
10 障害者福祉サービス事業	-----	43

1 1	地域交流事業	-----	44	
はっさむ部門		-----	46	
I	運営方針	-----	47	
II	各部門別重点目標	-----	48	
	(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			
III	職員会議	-----	51	
IV	事業別事業計画	-----	53	
	1	介護老人福祉施設	-----	53
	2	ショートステイ事業	-----	56
	3	デイサービス（通所介護）事業	-----	57
	4	居宅介護支援事業所	-----	61
	5	地域交流事業	-----	63
北17条部門		-----	65	

平成 21 年 度
事 業 計 画 書

社 会 福 祉 法 人 ノ マ ド 福 祉 会

目 次

法人全体（小樽・はっさむ・北17条共通）	-----	1
I 基本事業	-----	2
1 介護保険事業・障害者福祉事業	-----	2
2 その他の老人福祉事業	-----	3
3 地域交流事業	-----	3
4 組織体制	-----	4
5 職員研修	-----	5
6 自主防火管理体制の徹底	-----	8
小樽部門	-----	9
I 運営方針	-----	10
II 各部門別重点目標	-----	11
(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		
III 職員会議	-----	14
IV 事業別事業計画	-----	17
1 介護老人福祉施設	-----	17
2 ショートステイ事業	-----	20
3 デイサービス（通所介護）事業	-----	21
4 デイサービス（認知症対応型通所介護）事業	-----	24
5 ホームヘルプサービス事業	-----	29
6 居宅介護支援事業所	-----	31
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 障害者福祉サービス事業	-----	41

1 1	地域交流事業	-----	42
はっさむ部門		-----	44
I	運営方針	-----	45
II	各部門別重点目標	-----	47
	(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		
III	職員会議	-----	50
IV	事業別事業計画	-----	51
	1 介護老人福祉施設	-----	51
	2 ショートステイ事業	-----	54
	3 デイサービス（通所介護）事業	-----	55
	4 居宅介護支援事業所	-----	59
	5 地域交流事業	-----	61
北17条部門		-----	62

小 樽 部 門

I 運 営 方 針

平成21年度は、介護報酬の初のプラス改定でスタートするが、過去2回に渡るマイナス改定や稼働率低下による経営状況の悪化を回復するまでには至らない、厳しい状況が続く可能性が高い。

デイサービスは、併設型（大規模事業所）・認知症対応型ともに、前年度よりも高い稼働を見込むことができそうである。特に認知症対応型デイサービスは各方面から高い評価を得ており、今後とも、さらなる質の向上に努め、地域密着型サービスとしての新たな展開にも取り組んでいきたい。

しかし、ショートステイの稼働は低迷が続いており、法人全体の経営状況改善のためにも、受け入れ体制の整備、質の向上、営業努力など、事業所全体で積極的な取り組みをしていく必要がある。

その他、各事業所も、介護保険法における運営基準及び加算項目等などの重点項目について、自主点検を行うとともに、法令遵守を徹底する。特に、特定事業所加算の指定を受けるホームヘルプステーション及び居宅介護支援事業所（21年度より）においては、職員の教育・指導、管理・連絡体制等を強化し、利用者・家族や関係機関及び地域住民から、更なる信頼が得られるよう努力する。また、介護保険外の事業所（ケアハウス及び生活支援ハウス、障害者サービス）も同様に、サービスの質の向上や法令遵守に努めるものとする。

さらに、開設12周年を迎えるにあたり、職員間で法人理念を再確認し、ケアの本質である「やさしさ」を具現化できるよう、利用者・家族への「緩和ケア」と、子供から高齢者、障がいを持つ方々など対象を限定されない「コミュニティケア」に取り組むものとする。特に、過年度より継続している「世代間交流事業」は、さらに内容を充実させて実践するとともに、地域住民が施設を身近に感じ、さまざまな形で運営に参加できるような仕組み作りにも取り組むたい。

II 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遂行し、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。

- ・事業の円滑な運営を図るため、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し、経理の職員研修会を定期的に関き現状報告等を行う。
- ・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。
- ・ホームページについて定期的に更新し、地域の人々に最新の情報を提供するよう努める。
- ・保守契約の見直しや、無駄な費用がないかを確認しながら経費削減を促進する。

(2) 生活相談支援部門

利用者の立場から、介護保険制度、障害者自立支援制度、それらの付带的各種制度の活用を図り、利用者・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。

①入居者の安心で快適な生活への援助

- ・利用者の立場に寄り添い、他職種との連携のもと利用者主体の施設生活の確立という視点で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める。
- ・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、家族も十分視野に入れた支援を行っていく。
- ・家族と適宜個別に面談の機会を設けるとともに、定期的な面談の機会も設け、利用者の日常の様子を伝え、家族の要望を取り入れていくよう配慮する。
- ・利用者のこれまでの生活や地域社会とのつながりの継続性を図るため、入所時における適切な情報収集に努めるとともに、外出の機会の拡大や保育園や小中学校との交流等により、生活環境が閉ざされたものとならないように配慮していく。

②適切な入居相談ならびに入居判定会議の開催

- ・入居相談に際しては、入居希望者の心身や生活環境を的確に把握し、適切な入居相

談に努める。また、入居優先度判定委員会設置要項の見直しを適宜行い、適切な開催に努めていくものとする。また、入居申し込み待機者の状況を正確に把握するよう努め、把握方法についてより効果的な方法を検討していくものとする。

③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持ち、関係諸機関との連携のもと日々の業務を行っていく。
- ・高齢者の虐待防止のため、早期発見・緊急時の対応等、地域住民・地域包括支援センター・警察等と連携を図り、権利擁護に努める。
- ・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、地域住民とともに学び、その活動を支援していく。
- ・実習生の受け入れにあたっては、ソーシャルワーカーの社会的育成、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行な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。

- ・特養利用者の在宅復帰の可能性について、適宜利用者の状況に合わせ検討をする
- ・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と再アセスメントへの活用
- ・介護サービス情報公開の義務化、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関わる介護職と看護職との連携の強化
- ・業務マニュアルを指針とし、身体拘束その他利用者の行動制限の行為を行わず、見守りの中で安心して生活していただけるケアへの取り組み
- ・安全、清潔で、家庭的な明るい環境作り
- ・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
- ・職員の自己啓発、育成のための研修や事例発表等の実施

①介護部門

- ・現行のグループケアの充実に向け、よりゆとりある利用者本意のケアを提供するため、職員の勤務形態と業務全般の見直しに随時取り組む。
- ・寝たきり防止のため、機能回復訓練やレクレ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、多職種と連携して状況にあった栄養ケアプラン。
- ・施設サービス計画（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または家族にサービス内容をわかりやすく説明することを心がけ、定期また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。
- ・認知症高齢者のケアの充実に向け、「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」の導入を検討をし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行動障害の軽減を図り、認知症の進行を緩和防止するための実践及び学習に取り組む。
- ・抑制ゼロのケアを推進するとともに、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。

②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。
- ・介護職員を対象とした医療処置の学習会を企画開催する。特に救急蘇生法や痰吸引については実習形式で企画を検討する。
- ・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。
- ・入所者の重度化等に伴う医療ニーズの増大に対する観点から、看護師の配置と夜間休日における24時間連絡体制（オンコール体制）を確保する。
- ・疾病や急な変化による治療の延長上にある看取りではなく、生活の延長上にある自然な看取りを実践できるよう、自然な「最期」について医療者だけにならず、常に他職種で検討する。
- ・入所者の服薬管理を、地域の調剤薬局、薬剤師と協議し、より安全で安心できる服薬管理を実施する。

③機能訓練・各種療法部門

- ・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

- ・「栄養ケアマネジメント」において、利用者の栄養状態・食事摂取状況等に関するアセスメントを行ない、多職種が協働し作成した栄養ケア計画を基に、個人に対応した栄養管理と定期的な評価を引き続き実施する。
- ・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、食品・衛生管理（食中毒等）に引き続き努める。
- ・旬の食材を使い季節感の感じられる献立と、食欲をそそる盛り付けで、利用者が食べる楽しみを感じられるような食事の提供に努める。
- ・年間行事を通し、利用者が食事作りに携る機会を作る等、変化に富んだ食事の提供方法について検討する。
- ・定期的な嗜好調査と、残食による利用者の嗜好傾向を把握し、その結果を反映し喜ばれる食事の提供を目指す。
- ・利用者個人の嗜好や、時々食事摂取状況に応じた食事の提供ができるよう、他職種と連携を取りながら、メニューの充実を図る。

Ⅲ 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、ほか、	6名
	職員全体会議	不定期 年3回程度 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、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30分～	ボランティアグループ「あかり」メンバー 施設長、看護課長・介護課長、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火曜日 17:40～18:40	施設長、各主任、主任補佐、 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・金 10:00～10:30 3F 火・金 10:00～11:30	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フロアリーダー等	関係者
	ホーム会議	隔週金曜日 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、看護課長、介護課長、 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・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	随時	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	関係者
	ヘルパ－ミーティング	毎月1回 17時30分～18時30分	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（居宅介護支援事業所）

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	関係者
	会議	毎月1回 16時30分～17時30分	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・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	関係者
	行事・給食会議	毎月第1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、看護主任、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	関係者
臨 時	入所判定会議	新規入所発生時随時	施設長、ソーシャルワーカー、栄養士、 ケアマネージャー	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
定例会議	朝ミーティング	毎朝9時30分～	施設長、生活援助員	関係者
	行事会議	毎月	施設長、生活援助員	関係者
	スタッフ会議	毎月	施設長、生活援助員	関係者

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、看護・介護主任補佐、 計画作成担当者、ケアワーカー	関係者
	ユニット会議 (各ユニット開催)	毎月	管理者、看護・介護主任補佐、 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 (各ユニット開催)	毎月	管理者、看護・介護主任補佐、 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、看護・介護主任補佐、 ユニットリーダー	関係者
	グループホーム会議	月1回	管理者、看護・介護主任補佐、 計画作成担当者、ケアワーカー	関係者
臨時	広報会議	月1回	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者
	事故防止・防災会議	年4回	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者
	行事会議	年4回	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者
	身体拘束廃止会議	年4回	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者
	地域交流会議	適宜	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者
	入所判定会議	適宜	統括施設長、特養施設長、 管理者、看護・介護主任補佐	関係者
	ホームページ会議	月1回	各ユニット担当者、看護・介護主任補佐	関係者

IV 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

介護支援専門員を中心に、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決定や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

認知症に関する専門知識を習得し、受容・共感的な関わりをベースに、利用者の人格を尊重し、自分らしく穏やかに生活できるよう支援する。

(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るよう支援する。

(6) 身体拘束の廃止

利用者の生命または身体を保護するために、緊急をやむを得ない場合を除き、身体的拘束及びその他の方法により利用者の行動を制限しない。身体拘束が行われた場合には随時再検討を行い、身体拘束を継続する必要性がなくなった時点で、速やかに解除する。

(7) 虐待の防止

利用者の人権の擁護、虐待の防止のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し研修を実施する。

(8) 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、利用者本人、家族の目標・意向を十分に伺い、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、多職種及び本人・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、又同意を得て交付するものとする。

アセスメント、プランの作成と実行、評価の流れを適切に記録することで再アセスメントにつなげ、利用者の生活の充実に図る。

(2) 快適な環境の提供

居室はプライベートな空間ととらえ、個々の居室内になじみの品や写真等の装飾、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。また、居間としての機能を持つフロアが落ち着いて寛げる空間となるよう工夫に努める。

(3) 居室担当制によるケアの実行

日々のケアは、各フロアを4もしくは5グループに分けての居室担当制(グループケア)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支援する。

(4) フロアリーダー制を活用したケアの充実

居室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、検討を行い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、介護予防の視点に立ち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、職員入居者との馴染みの関係の中で精神的に穏やかな生活がおくれるよう、環境を整えると同時に、その方々にあった役割や生き甲斐を持つことで症状の改善・安定を試みる。

(7) 家族のケア

利用者の状況に関し、記録の公開を含め、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、また、日々の生活の中で機能を維持できるように生活リハビリの視点や社会感覚を豊かにするとともに地域との交流による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	選択による外出レク	寿しバイキング
5月		母の日献立
6月		父の日献立
7月		海の日献立
8月		七夕献立
9月		十五夜献立、お彼岸献立
10月		体育の日お弁当
11月		バイキング

12月	餅つき、クリスマス会	クリスマス献立、年越し献立
1月		おせち献立、七草粥
2月	施設内にて居酒屋、料理レク	節分献立
3月		ひな祭り献立、お彼岸献立
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、随時要望に応じて速やかに収支状況の公開に必要な処理を行う。

(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、日常的に第三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、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) 自立支援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、利用者が在宅で自立した生活を継続できるよう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。また、定期的なモニタリングを行い、居宅介護支援事業所・他サービス事業者との連携のもと正確な状況把握に努めていくものとする。

(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、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) 障害者自立支援制度への対応

今年度から施行となる障害者自立支援制度のもと、障害者福祉サービスの相談・提供を行う。

【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していくものとし、専門的な介護を提供する。

食事～食事形態、摂取方法、嗜好などについて利用者の希望をふまえ、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。また、入浴のニーズが高いことを踏まえ、柔軟な入浴対応を心掛け、場合によっては部分浴や清拭の対応などにより、利用者の清潔保持を図る。

排泄～自宅での排泄介護の状況も踏まえた上で、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などを配慮して、安全な送迎方法を検討し、適切な介護技術による安全な送迎サービスを行うことに力をいれる。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た対応をする。

(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の提供により、利用者の心身機能の維持、向上を目指す。

3 デイサービス（通所介護）

【基本方針】

（1）介護保険制度改正に対応するための取り組み

予防給付の実施に対応し、デイサービス（通所介護）事業では利用者が住みなれた自宅や地域で、できる限り自立した生活を継続するため、心身状態の維持・改善を支援していくことを目指す。また新たなサービス内容の提供、現状のサービス内容の充実を図っていく。

① 機能訓練の充実

制度改正の主要な目的である、利用者の身体機能の維持・改善を実現するために、定期的に「体力測定」を実施し、その結果や、個々の利用者の心身状況、生活状況を考慮に入れた個別機能訓練計画を、機能訓練指導員を中心として作成する。計画の作成にあたっては、利用者・家族の意向とともに、ケアマネージャーや主治医など他機関とも連携を取り、身体機能の維持・改善に効果が現れる内容とする。機能訓練の実施にあたっては、作成した計画に基づき、3ヵ月毎の評価についても適切に行なうものとする。

また、機能訓練の内容については、外部研修への参加、他施設における見学・実習等を通じて、随時充実を図っていくものとする。

② 栄養マネジメント・口腔機能向上サービス実施に向けての取り組み

利用者のニーズや、サービス実施も視野に入れて検討を進めることとする。具体的には、必要な人員配置等の体制の整備を検討するとともに、外部研修への参加や他施設における見学実習等を通じて、最新の知識・技術を取り入れ、利用者の栄養状態や口腔機能の改善に資するサービスが提供できるように努めるものとする。

（2）地域ニーズへの対応

要介護認定において、要介護1～5と認定された高齢者を利用対象とするが、要介護認定において「非該当」と認定された高齢者、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、要支援1・2と認定された高齢者に対して、介護予防通所介護サービスを提供する。

特に、「非該当」と認定された高齢者に対するサービスについては、介護予防事業の重要な役割を担うものと予想されるため、新予防給付の対象となる利用者と同様に心身状態の維持・改善を目指すものとする。

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) 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ついては、内容の更なる充実に努める。

通所介護計画書は、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ない、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、適宜「ちょうじゅ」システムの改善等を、記録の分担方法等も含めて検討していく。

(4) 事故防止・感染防止対策の徹底

『事故報告書』より事故のデータ（時間・場所・事故の内容）を収集し、事故原因、再発防止策等についての分析を、適切に、効率的に行なう。また、職員間で『事故報告書』の内容等、事故防止に関する情報共有を適切に行な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。

(5) サービスの質の向上への取り組み

制度改正に伴って開示が義務化された「介護サービス情報の公開」について、適切に公表することに加え、事業所独自の自己評価や、利用者懇談会・利用者アンケート等を実施し、サービスの質の向上につなげる。

また、『業務マニュアル』の見直しを行ない、サービスの改善と、情報の共有・ケア方法の統一により事故・苦情等の防止に努める。

さらに、利用者それぞれが楽しみを見つけ、選択できる多様な活動を検討していきたい。そのため、既存スペースを有効に活用し、利用者にとっての身体的・精神的な負担を軽くし、楽しく快適に過ごせるような空間の提供に努める。

(6) 家族、関係機関及び地域との連携

送迎時や、連絡ノートを活用により、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なうように努める。また、利用者担当職員・生活相談員を中心として、家族との個別面談や施設見学の機会を設定するとともに、年4回のデイサービス広報誌『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・地域包括支援センターや、他サービス事業所、医療機関、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、利用者のプライバシー保護に十分配慮するように努める。

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なう。

【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車椅子・ソリ等を使用し柔軟に対応する。

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、連絡ノートに記入し、利用者・家族へ伝える。また、必要に応じて、地域内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等への情報提供を行なう。

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とり、適切な対応を行なう。

(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る。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、浴室内の環境整備等により、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なえるように、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なう。

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

利用者の自立の支援と日常生活の充実に資する事を目的として、個別機能訓練計画を作成し、個別プログラム（歩行・起立訓練、嚥下訓練、拘縮予防訓練、ホットパック、メドマーなど）や小集団プログラム（握力維持向上訓練、下肢筋力維持向上訓練、関節可動域訓練、脳トレーニングなど）の複数の機能訓練の項目を設定し、ラジオ体操・リハビリ体操、健口体操については、ほぼ全ての利用者を対象に実施する。

機能訓練メニューについては、利用者の心身状況の維持・改善に効果が現れ、参加意欲を向上させるものとなるよう、随時個別ニーズに対応する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目した評価を行う。

(6) 食事

栄養士と連携の上で、適時適温の配膳や行事食の充実、旬を取り入れたメニュー等を実施し、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、介助を行なう。

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、また年2回のアンケート調査を実施し、日々の献立や行事食に反映させる。

(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、初夏と秋の2回企画し、外食や観光など、目的別に行き先を設定し、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。

また、夏期は施設周辺への散歩・外出を積極的に実施する。

4 デイサービス（認知症対応型通所介護）

【基本方針】

認知症対応型デイサービス事業では、認知症高齢者及び若年性認知症の方達の心身状態の維持・改善を支援していくことに主眼をおき、新たなサービス内容の提供や選択サービス、現状のサービス内容の充実を図っていく。また、地域固有の文化や環境を視野に入れ、地域住民との文化的交流や野外活動等を通し高齢者福祉についての関心や認知症ケアの啓発に繋がるとともに、自立と共生の地域づくりの拠点となるよう専門機関としての役割を見出していく。

(1) 機能訓練の充実

利用者の身体機能の維持・改善を図るために、定期的に「体力測定」を実施し、その結果や個々の利用者の心身状況、生活状況を考慮した個別機能訓練計画を、機能訓練指導員を中心として看護師・介護職員・生活相談員その他の職種が共同して利用者毎に個別機能訓練計画書を作成する。計画書の作成にあたっては、利用者・家族の意向とともに、ケアマネージャーや主治医など他機関とも連携を取り、身体機能の維持や改善、認知症高齢者の特性に配慮した内容とする。機能訓練の実施にあたっては、作成した計画に基づき3ヶ月毎に評価を行い、本人・家族への説明、同意を得るものとする。

また、外部研修への参加、他施設における見学・実習等を通じて、機能訓練の充実を図っていくものとする。

(2) 認知症高齢者に対するケアの見直し

家庭的な雰囲気の中で、一人ひとりに合った過ごし方を見出し、自分らしさが表現できるようサービスの提供に努める。

さらに、認知症対応型の利用者と職員が「なじみの関係」になるよう努め、安心した空間のなかで、認知症の進行防止や行動障害の軽減をはかり、それぞれが自分らしい生活を取り戻すことができるよう家族と連携を図りながらサービスの提供を行う。

また、他施設見学・外部研修参加等により、認知症高齢者に対するケアの専門的知

識・技術の習得に努めるものとする。

(3) 栄養マネジメント・口腔機能向上サービス実施に向けての取り組み

利用者のニーズや、サービス実施も視野に入れて検討を進めることとする。具体的には、必要な人員配置等の体制の整備を検討するとともに、外部研修への参加や他施設における見学実習等を通じて、最新の知識・技術を取り入れ、利用者の栄養状態や口腔機能の改善に資するサービスが提供できるように努めるものとする。

地域ニーズへの対応

中～重度の認知症状を有する方達を対象として事業を運営するとともに、地域交流を通じて介護の抱え込み等を防ぐべく、サービス利用の啓発や潜在化したニーズを発掘していく。

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。

(1) 通所介護計画書、記録等の内容の充実

通所介護計画書は、より個別的、具体的な内容となるように、認知症高齢者に対するセンター方式によるアセスメントの導入を再検討し、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ない、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、適宜「ちょうじゅ」システムの改善等を含めて検討していく。

(2) 事故防止・感染防止対策の徹底

『インシデント・レポート』によりインシデントのデータ（時間・場所・インシデント内容）を収集し、事故原因や再発防止策等についての分析を、適切に効率的に行なえるものとする。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の周知徹底を行ない事故の再発防止に努める。

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。

(3) サービスの質の向上への取り組み

情報の開示が義務化された「介護サービス情報の開示」について、適切に公表することに加え、自己評価や利用者、家族との懇談会・年2回のアンケート等を実施し、サービスの質の向上につなげる。

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

(4) 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なうように努める。また、利用者担当職員・生活相談員を中心として、家族との個別面談や施設見学の機会を設定するとともに、年4回のデイサービス広報誌『逢（ほう）』の発行の他、毎月発行予定の『はるだより』によ

り家族との信頼関係を深めることを目指す。

地域の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターや、他サービス事業所、医療機関、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、利用者のプライバシー保護に十分配慮するように努める。

さらに、「あかり」をはじめとするボランティア団体との共同活動や実習生の受け入れ及び、保育所・幼稚園等との世代間交流を積極的に行う。

【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車椅子・ソリ等を使用し柔軟に対応する。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、日々の車両点検や車輛管理を定期的に行う。

(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・不調を訴えられない為、本人からのサインなど）、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、連絡ノートに記入し、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・地域包括支援センター等への情報提供を行なう。

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とり適切な対応を行なう。

(3) 入浴

利用者の心身状況に応じて、個浴を利用し、状況に合わせ一般浴もしくは特殊浴の利用、安全・清潔・心身の機能維持に配慮した介助に努める。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、浴室内の環境整備等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なえるように、利用者の心身状況に応じて、誘導や移乗、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なう。

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

利用者の自立の支援と日常生活の充実に資する事を目的として、個別機能訓練計画を作成し、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、メドマーなど）や小集団プログラム（握力維持向上訓練、下肢筋力維持向上訓練、関節可動域訓練、間違い探しなど）の複数の機能訓練項目を設定し、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。

機能訓練メニューについては、利用者の心身状況の維持・改善に効果が現れ、参加意欲を向上させるものとなるよう、随時個別ニーズに対応する機能訓練の体制及び、サービス提供方法に着目した評価を行う。

(6) 食事

栄養士と連携し、適時適温の配膳に努め、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なう。

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、日々の献立や行事食に反映させる。

(7) アクティビティサービス

各種クラブや療法活動（別表③参照）の機会を、個々の利用者の生活歴等を踏まえながら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は、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、初夏と秋の他に随時企画し、外食や観光など目的別に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。

また、夏期は施設周辺への散歩・外出を積極的にし、機能訓練の一環としての意味合いも合わせて位置づけていくものとする。

別表①〈デイサービス クラブ活動・療法活動週間予定表〉

	午前	午後
月	ステンシル 折り紙（月1回）	絵手紙
火	手芸	朗読 音楽療法
水	ステンシル	音楽クラブ
木	手芸	カラオケ
金	ステンシル	音楽療法 俳句（月1回）、書道

別表②〈デイサービス 年間行事予定表〉

	月行事	その他
4月	大運動会	
5月	お花見ドライブ	
6月	音楽・芸能鑑賞会	作品展示会① 外出レクリエーション（～8月）
7月	青空パーラー	

8月	夏祭り・盆踊り	
9月	敬老会	
10月	収穫祭	外出レクレーション（紅葉ドライブなど）
11月	文化祭	作品展示会②
12月	クリスマス会	
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（季節のメニュー、生寿司、鍋など）	

別表③〈認知症対応型デイサービス クラブ活動・療法活動週間予定表〉

	午前	午後
月		
火	○脳トレーニング ・ 簡単計算 ・ 音読 ・ 漢字 ・ 読み書き ・ パズル ・ 書写	○手作業 ・ 折紙 ・ ステンシル ・ 作品作り ・ おやつ作り ○囲碁 ○将棋 ○園芸（夏季） ○音楽療法（火曜日・金曜日）
水		
木		
金		
土		

5 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継続できるよう、利用者の残存機能の維持を図り、心身の状態に応じたサービスを提供する。

(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関する課題分析（アセスメント）に基づいた居宅サービス計画に沿い、事業所としてのアセスメントを行い自立支援を目指した訪問介護計画を作成・交付し、利用者又は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。

利用者及び家族の状況変化に応じ、随時ケアマネージャーへの情報提供し検討を行いケアプランに反映させ、自立支援の視点を持ちながら個別ケアを実践する。

定期的にケアプランの評価やモニタリング・サービス担当者会議への参加等で他職種との連携を図り、適切なサービスの実践につなげる。

(3) 介護予防訪問介護サービスの提供

介護予防訪問介護サービスは、「要支援」の認定を受けた利用者が対象となる。地域包括支援センターとの連携により、介護予防サービス計画に添い、介護予防訪問介護計画を作成・交付し、利用者及び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。

介護が必要な状態にならないように心身の衰えを予防・回復するための3つの習慣【①活動的に暮らすことで老化をおくらせる。②運動などで心身機能の保持・増進をはかる。③大病やけがを予防する。】が大切であることから、サービスは利用者と一緒に行う又は出来ることは自分で行うとの自立の姿勢を強く打ち出し、在宅生活の継続につながる支援であることを利用者と共に共有する。

(4) サービスの質の向上

- ①ミーティング等において、管理者及びサービス提供責任者とヘルパーとの情報共有を徹底する。（利用者の状況・サービス内容等）
- ②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、月に1回のスキルアップ研修や施設内外の研修には積極的に参加し、自己研鑽に努める。
- ③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。
- ④業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。
- ⑤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し、利用者に必要なサービスの提供を行なう。

(5) 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、利用者及び家族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。

(6) 記録内容の充実を図る

当日サービスを提供した内容を申し送り書に記録し、サービス提供責任者に報告を行い次のサービスにつなげる。

「ちょうじゅ」での記録は、訪問介護計画書・予防訪問介護計画書に基づき、且つ利用者の心身の変化など詳細な記録を行い内容の充実につとめる。

身体介護、特に通院介助においては、通院介助報告書にリハビリ・待ち時間・車中の算定の有無等を記録し、ケアマネージャーへ送付、通院内容の情報を提供する。

(7) アクティビティサービス

日頃、外出の機会が少ない利用者の希望を取り入れ、開放感や他利用者との交流などで楽しく過ごせる時間を提供し生活の活性化を図る。

本年は昨年同様、全ヘルパーサービス利用者を対象に、郊外への日帰りドライブ「定山溪小金湯温泉バスツアー」を企画する。

【事業内容】

支援を必要とする人の生活習慣や価値観を尊重し、心身の状況変化に迅速に対応、サービス内容を適切に見直し、利用者のQOLの向上を図り在宅生活の継続を支援する。

(1) 生活援助

訪問介護計画及び介護予防訪問介護計画に基づき、掃除・洗濯・買い物・調理などの日常生活の援助で、利用者一人ひとりのニーズにあった自立支援を目指し、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継続できるよう援助する。

(2) 身体援助

訪問介護計画に基づき、排泄・入浴・通院介助等利用者の身体に直接接触して行う介助で、利用者の残存機能の保持・活性化を図りながら健康面の配慮を行い安心のある在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、利用者及び家族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ー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

通院時にはヘルパー介助のもと、事業所の車を無料提供し送迎を行う。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払い、安全で安心な送迎サービスを行う。

(5) 緊急時の対応

利用者または家族からの要請を受けた場合は、ケアマネージャーと連携し、必要と認められたときには、介護計画にないサービス（身体介護）にも対応できる体制を整える。

6 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展開する。利用者自身が主体となって、自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。

③個人情報保護の徹底

個人情報の取り扱いに関しては細心の注意を払い、適切に管理を行なう。

【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なう。また、様式にとどまらず、個別のニーズや問題を明かにできるように、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でき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と、サービス担当事業者への文書でのモニタリングを月1回行ない、利用者の心身状態の把握やサービス実施状況、短期目標の達成度など、モニタリング表および支援経過記録に記載する。

*サービス担当者会議

初回ケアプラン作成時、要介護度更新時、要介護度区分変更時などサービス担当者会議を開催（どうしても各事業所の都合がつかない場合などはサービス内容の照会に代替。）し、ご本人・ご家族、関係諸機関との意見交換、目標の共有などを行なう。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。

*支援経過の記録・管理

日々の支援内容の記録を行なう。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なう。

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交換・方針決定、また研修などの伝達の間として、適宜、居宅介護支援事業所会議を開催する。原則として毎月第2火曜 16:30 より行なう。

④施設内外への研修会・勉強会への参加

激変する介護保険制度への対応、また各ケアマネの技術及び知識などのスキルの向上の為、施設内外の研修会・勉強会への参加を行なう。特に小樽市ケアマネ連絡協議会の研修会等へは積極的に参加し、小樽市における介護保険の動向の把握や、各居宅介護支援事業所との情報交換を心がける。

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、必要に応じてアセスメント、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、日常生活において困難を生じたときは、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季節感のある献立づくりに努める。

- ・献立により選択メニューを導入し、利用者の希望に即した食事の提供を行うとともに、食事を選ぶことのできる楽しさも合わせて提供する。

- ・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中毒等の衛生事故を予防し、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、その他感染症予防の周知等、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）
・ソーシャルワーカー	1名	・守衛員（委託）
・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	個別対応・浴室清掃準備
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・個別対応
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21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 日常生活アンケート
5月	外出レク（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		まち育て出前講座
7月	外出レク（回転寿司） 畑作業 バーベキューパーティ	避難訓練 健康診断	資源回収
8月	夏まつり（合同） 七夕祭（花火）・夏の外出レク 収穫祭（赤岩保育園交流）		
9月	敬老祝賀会、 十五夜祭（行事食） お彼岸おはぎづくり		
10月	外出レク（紅葉、日帰り温泉） お菓子づくり（赤岩保育園交流）	避難訓練	資源回収
11月	文化祭（作品展、発表会） 漬け物つけ・畑片付 ロングクリスマス	インフルエンザ予防接種	
12月	クリスマス会 もちつき		
1月	新春カルタ大会 仮装カラオケ大会		資源回収
2月	節分豆まき 鍋パーティー		給食嗜好調査
3月	ひなまつり 彼岸祭（ぼたもちづくり）		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14:00～） 講師（ボランティア）
火曜日	・ 書道（10:00～11:00） ・ 脳トレ（11:00～11:45）	・ フラダンス（14:00～15:00） ・ コーラス（隔週）（16:00～17:00） 講師（ボランティア）
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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・脳トレ(11:00～11:45) 	<ul style="list-style-type: none"> ・手芸クラブ (14:00～16:00)
金曜日	<ul style="list-style-type: none"> ・娯楽クラブ (9:30～11:00) ・脳トレ(11:00～11:45) 	<ul style="list-style-type: none"> ・レクレーション、ゲーム (14:00～15:00)
土曜日		<ul style="list-style-type: none"> ・娯楽クラブ (麻雀)
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

利用者一人一人の思い・バックグラウンド及び家族のケアに対する意向を十分に把握し、安全・安心・快適な生活の保障を基本とし、自分らしく生活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一人一人の思いや特性に応じた質の高いケアを展開出来るよう介護支援専門員及び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、季節の変化及び今まで大切にしてきた風習等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) 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・掃除作業等）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、認知症の緩和を図るものとする。

(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、豊かな感性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、主治医からの意見及び助言、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、また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）を使用し、今後は認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の導入を実現していく。

(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（金魚など）を飼育し、またボランティアドッグの訪問、地域の動物などと触れ合うことで、心のやすらぎ、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回の音楽療法、利用者が好む音楽を様々な場面で提供し、精神の安定、時には活性を図る。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

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できるよう創意工夫する。各ユニットにおいて、炊事、洗濯、掃除等の共同作業の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家族や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、心身の機能維持との生活の活性化を図る。

【年間行事】

月	月行事予定	各行事食予定	保健活動予定
4月	開設記念、ドライブ	開設記念献立	
5月	お花見、端午の節句、町内会花壇づくり	お花見弁当、端午の節句料理	

6月	日帰り温泉旅行	外食	
7月	くだもの狩り、夏祭り、海水浴、小旅行、町内会行事参加	土用の丑、ジンギスカン	健康診断
8月	七夕、焼肉パーティー、夜景ドライブ、盆踊り	七夕献立、焼肉	
9月	お月見、敬老会、彼岸祭、一泊旅行、収穫祭	お月見・お彼岸献立、敬老祝膳、収穫祭献立、	
10月	もみじ狩り、くだもの狩り、ハロウィン	外食	
11月	ドライブ、芸術発表会	鍋料理、ケーキバイキング	インフルエンザ [※] 予防接種
12月	餅つき、クリスマス喫茶、大掃除	クリスマス献立、年越し献立	
1月	お正月、映画会、新年会	おせち、七草粥、パンバイキング	
2月	豆まき、雪祭り、映画会	節分献立、出張料理、鍋料理	
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、地域の行事への参加 赤岩保育園との交流（園児訪問、各行事）	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、赤岩保育園との積極的な交流、町内会の花壇作りなどの行事に参加し、地域の方と気軽に触れ合うことが出来る機会を設け、さらに充実していく。

入居者とボランティアが、なじみの関係となり、入居者の生活範囲の拡大を目指すため、ボランティア導入を実現していく。また、学童や近隣住民、ボランティアに対して、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) 看護・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や学習会の開催の他、セミナー、講演会等で症例発表の機会を持つ。

(10) 健康管理・保健衛生

- ・看護師を中心とし、医療関係者との連携を深めていく。
- ・バイタル測定、体調の確認を日常継続的に実施し、健康の保持及び疾病の予防に努め、主治医には、急変時や日々の状態の報告をし、速やかに適切な対応を行う。

- ・利用者の高齢化及び重度化傾向のため、専門的な健康管理、ターミナルケアに向け、医療連携体制を充実していく。
- ・利用者の定期健康診断は、年1回行い、その記録を保存する。
- ・利用者のインフルエンザ予防接種は、家族の了解を得て、主治医と連携し行い、感染を予防する。また、様々な感染症に対しても、日頃から危機感をもち、マニュアルを基に感染の予防及び万延を防ぐ。
- ・日頃からユニット内、特に台所やトイレなどの清潔を保ち、食中毒等の予防に努める。

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、朝食後片付け
9 : 30	玄関・居間・自室等清掃
10 : 30	各自自由（家族との面会等） 外出希望者随時外出準備
11 : 00	昼食準備、
12 : 00	昼食、昼食後片付け
14 : 00	入浴、洗濯、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
17 : 00	夕食準備
18 : 00	夜食、夜食後片付け
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が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、迅速にその状況を把握し、適切な援助をし、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。

【基本方針】

(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とともに、活発な利用者同士の交流、楽しみのある生活を支援する。
- ・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ができるよう支援する。
- ・介護予防の視点から、リハビリテーション的な運動活動の機会や口腔機能や認知症予防の教室を提供し、心身機能の維持、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、人間関係が円滑にいく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

- ・年1回以上は身体測定を行い、健康チェックを日常継続的に実施し、健康の管理をし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や感染症予防に対する理解への働きかけを行う。

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、かかりつけ医及び近隣の医療機関または家族等の連携により、速やかに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。利用者の変化にともないカンファレンスを随時行ない、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。

【年間行事計画】

月	月行事予定	健康衛生・防災
月例等	誕生会（当日にプレゼントを贈る） ビデオ上映会 季節の湯（3日間） 園芸活動	バイタルチェック（毎週実施） 健康講座
4月	開設記念祭、懇談会	

5月	お花見	身体測定
6月	小旅行	避難訓練
7月	夏祭り、納涼パーティー	
8月	七夕、焼肉パーティー、小旅行 懇談会	
9月	お月見、敬老会	
10月	もみじ狩り、収穫祭	避難訓練、身体測定
11月	お食事会（鍋）、懇談会	インフルエンザ予防接種
12月	餅つき、クリスマス喫茶、忘年会	
1月	新年会	
2月	豆まき	
3月	ひな祭り（お茶会）	

10 障害者福祉サービス事業

(1) 身体障害者ショートステイ事業

平成18年4月1日に施行された障害者自立支援法に基づき、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
 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。

1 1 地域交流事業

(1) ボランティア活動の推進及び支援

- ・ボランティアグループ「あかり」や個人ボランティア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) 世代間交流の充実と発展

これまでも、高齢者への緩和ケア実践を基盤として、隣接する保育所等との交流事業に積極的に取り組んできたが、核家族化や「死」に対する意識の変化などの影響のためか、多くの子どもたちが高齢者と馴染むのに時間を要し、中には高齢者の言動に拒否反応を示す子どもがいるのも現状である。しかし、本来、緩和ケアは「死」を迎えるためのケアではなく、最期まで充実した「生」を全うするためのケアである。「死」を忌み嫌い、遠ざけるのではなく、むしろ乳幼児期から高齢者に触れる機会を多く持ち、「若い」や「障がい」「認知症」などに対する理解を深めることにより、「高齢者の尊厳」や「生と死」について、広く市民レベルで共に考える文化の創造に寄与したいと考える。

そこで、乳幼児期における「認知症教育」及び「死の準備教育」というテーマで、保育所、小学校の各児童に対して年齢・段階別に達成目標を設定し、各施設の高齢者の特徴を加味しながら、計画的な交流事業を行っていききたい。子どもと高齢者の交流を計画的に行い、「緩和ケア」における「認知症教育」「死の準備教育」に発展させて取り組んでいく。具体的には、20年度は、赤岩保育所の園児と各施設の利用者がその特性に合わせて、「グループホーム・認知症型デイサービスのユニットを1クラスの園児がそれぞれ定期的に訪問し、なじみの関係になる」「畑作業を一緒に行い収穫を共に喜ぶ機会を持つ」「デイサービスのクラブ活動に園児が参加し、利用者の指導を受ける」など、行事参加の枠を超えた活動を行なう。

(3) 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、利用者に対するケアと業務を振り返る機会となし得ることから、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。

(4) 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。

法人全体

小樽・はさつむ・北 17 条共通

I 基本事業

1 介護保険事業・障害者福祉事業

※介護保険事業は「(介)」、障害者福祉事業は「(障)」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)(障)

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者並びに障害者自立支援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)(障)

対象者：介護保険法の定めによる要支援及び要介護者

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) 認知症対応型共同生活介護事業(介)

対象者：認知症の状態にある者で、介護保険法の定めによる要介護者
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) 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

- ①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。
- ②各種相談、助言を行うとともに緊急時の対応を行う。
- ③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。
- ④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。

(3) 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

- ①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
- ②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
- ③介護認定調査の受託
- ④その他地域福祉推進のため必要な事業

3 地域交流事業

- ①各種交流事業の推進及び地域交流スペースの活用
- ②ボランティア活動の推進及び支援
- ③介護教室、講演会等の開催
- ④実習生、見学者の受入れ及び講師派遣等

4 組織体制

(別紙)

5 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
認知症高齢者処遇研修	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	
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19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デイサービスセンター職員研修

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
認知症介護実務者研修(基礎過程)	グループホーム職員	時期未定	
認知症介護実務者研修(専門過程)	グループホーム職員	時期未定	

⑪事務員研修

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
デイサービスセンター	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	ケアワーカー等	時期未定	未定
生活支援ハウス	生活援助員等	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、参加調整をしていく予定。

研修計画
(別紙による)

6 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、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。

はっさむ部門

I 運営方針

【札幌】

平成 21 年度は介護報酬の引上げ改定に伴い、それに見合う高品質のサービス提供が求められる事は明らかです。はっさむはるではサービス利用者とそのご家族が納得できる施設サービスの提供と職員一人ひとりのケア技術の向上、更に職員間の技術と知識の伝承が確実に出来るように見直しをする時期と考え「基本にたち返り持続した質の高いケアサービス提供が図れる」一年にしたいと考えております。更にご家族もケアに参加いただけるような取り組みを行っていきそれと共に地域の一員としての役割の確認、町内会とのネットワークの構築と高校のボランティア部との協働事業も視野に置き活動を行っていきます。

【ホーム】

利用者の加齢による病気の発症で医療に依存せざるを得ない方々の増加と介護度の高まりで、20 年度下期は入院者が多数あったこと踏まえ以下に重点をおき運営を進めてまいります。

- ① 利用者の個別性から生じるニーズを尊重した丁寧なケアの提供を実践すると共に安心して暮らすことが出来るように日々の生活を整えていきます。
- ② 入居者の高齢化と共に医療依存度が高くなってきていることを踏まえ、適切な受診受療を早期に行い入院にいたるケースを極力少なくする努力を行い経営の安定を図るように努めます。
- ③ 安全な暮らしを維持するために事故を予測し防止することを日々努力いたします。
- ④ ユニット型特養は多くの人手を要することがこれまでの実践から確認されており、現行の限られた人的資源の効果的活用と安心できるチーム編成を行い検証していきます。

【ショートステイ】

平成 20 年度はショート利用者稼働率が上がり経営が軌道に乗り始めた年でしたが、ショートのご利用者の約 80%は定期利用者で稼働の安定に繋がる大きな要因で、丁寧なケア提供の賜物と捉えて上記を踏まえて以下のように取り組んでいきます。

- ① ホームと同様ケアの質の見直しを行っていきます。
- ② 新たな方々が継続利用に繋がるようなケアを提供していきます。
- ③ 稼働目標を 90%に設定し安定収入が維持継続できるようにいたします。

【デイはっさむはる】

平成 20 年度は 5 月に利用定員を引き上げたため、稼働率の低下がありましたが年度の後半で目標稼働率を達成しました。デイの職員の丁寧な関わりが信頼を得たためか、見学者やお試し利用者も増加しているので、今後も現状以上の稼働を維持できるようにしていきます。

- ① 本年は利用定員を予定規模の 40 人へと引き上げ収入を高めて行きたいと考えております。
- ② 個別性を重視したケアの提供を目指してきましたが更に一人ひとりの生活歴を踏まえ土地柄に合ったプログラムの開発に努めていきたいと考えております。

【デイ 17 条】

平成 20 年 1 月から定員 15 名で本格稼働を開始し個別ニーズに沿ったケアの提供を実践し、平成 21 年 1 月には一日平均 10 名を超えるご利用をいただけるようになりました。

- ① 本年は利用定員を 20 名に引き上げ稼働増加を図っていきたいと考えております。
- ② デイはっさむはると同様に地域性を加味し、単独デイサービスの新たな姿を作り上げて生きたいと考えております。
- ③ 稼働率目標を 90%に設定し法人運営に寄与できるように努力をいたします。

【居宅介護支援センター】

介護支援専門員 2 名体制で運営している居宅介護支援センターは、各支援専門員が上限までの件数を抱え仕事に取り組んできました。本年度も地元根ざしたセンターとして地域ネットワークを駆

使し、在宅で生活する人たちに適切な支援ができる居宅運営をしていきます。

【研修等】

職員の研鑽は法人としての取組みと共に、札幌市の指導に基づき施設として実施しなければならことも多々指摘されている事実を押さえ学習委員会の機能を充実させ、はっさむはる自体の研修プログラムを構成し実施する一方、年度末には実践発表の時間を作り職員の資質向上を図ります。

施設の運営状況を振り返るために介護保険施設運営基準に照らした自己評価を実施するよう札幌市より指導を受けたので自己評価を実施し、はっさむはるのケアの質を適切な水準に引き上げる努力をしていきます。

Ⅱ 各部門別重点目標

(1) 事務部門

職員が快適で働きやすい職場環境の整備に努めるとともに、各事業の運営が円滑に行えるよう必要な事務を確実に実行する。

他部門との協力体制を確立し、地域への福祉サービスの向上を図る。

地域住民、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適正かつ正確、迅速に実施する。

- ・札幌市及び関係諸機関との連絡・協議を適宜行い、事業の円滑な運営に努める。
- ・利用料徴収について、指定金融機関からの自動振替制度の利用を更に促進させて利用者の利便性及び収納率の向上、出納事務の効率化を図る。
- ・給与事務、出退勤等を含む労務管理は、監督機関の指導のもと適正な業務に努める。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・避難訓練等を定期的実施して防災意識の向上を図るとともに、職員及び利用者に対し非常時に適切な行動がとれる体制づくりに努める。
- ・職員に対し、定期的に健康診断及び腰痛検診を実施し、身体状況の把握と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。
- ・感染予防の一環から、職員に対しインフルエンザ等予防接種の機会を提供する。また、その他感染症予防の周知等、職員に健康管理への自覚を促し、健康管理に関する継続的な支援を行う。
- ・施設内外の設備等について、適正かつ効率的な方法での使用や運転を心がけ、万一、故障及び破損等が発生した場合は、速やかに修繕・修復を実施して各事業への影響を最小限に止めるものとする。又、芝生及び植栽の維持管理に努めるとともに、適切な保守契約の締結等を実施する。
- ・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る環境づくりを心がける。

(2) 生活相談支援部門

利用者の立場から、介護保険制度、障害者自立支援制度、それらの付带的各種制度の活用を図り、利用者・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。また、引き続き介護保険制度や障害者自立支援法についての情報収集に努め利用者への適切な説明・相談に応じていく。

① 入居者の安心で快適な生活への援助

- ・利用者の立場に寄り添い、他職種との連携のもと利用者主体の施設生活の確立という視点で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った支援を行っていく。
 - ・ 利用者のこれまでの生活や地域社会とのつながりの継続性を図るため、入所時における適切な情報収集に努めるとともに、逆デイサービスなど外出の機会の拡大や近隣保育、小・中学校との交流等により、生活環境が閉ざされたものとならないように配慮する。
- ② 適切な入所相談ならびに入所判定会議の開催
- ・ 入所相談に際しては、入所希望者の心身や生活環境を的確に把握し、適切な入所相談に努める。また、入居優先度判定委員会設置要項の見直しを適宜行い、適切な開催に努めていく。また、入所申し込み待機者の状況を正確に把握するよう努め、把握方法についてより効果的な方法を検討していく。
- ③ 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持ち、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、施設独自のボランティアグループの発足に努め、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、施設に可能な支援、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社会的育成、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。

- ・ ほのぼの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
- ・ 業務マニュアルを指針とし、身体拘束その他利用者の行動制限の行為等を行わず、見守りの中で安心して生活していただけるユニットケアへの取り組み
- ・ 安全、清潔で、家庭的な明るい環境づくり
- ・ 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

① 介護部門

- ・ ユニットケアの導入等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、丁寧な対応をこころがける。
- ・ 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、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。

- ・ 認知症高齢者のケアの充実に向け、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行動障害の軽減を図り、認知症の進行を緩和・防止するための実践及び研究に取り組む。
- ・ 褥瘡予防の意識を持ち、他職種が連携し皮膚トラブルの早期発見・予防に努める。
- ・ 身体拘束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。
- ・ 職員自身が自己研鑽に努め自己評価を年に一度実施する。

② 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、ノロウイルス、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。
- ・ 介護職員を対象とした医療処置の学習会を企画開催する。特に救急蘇生法や痰吸引については実習形式で企画を検討する。
- ・ 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。

③ 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を明確にした「個別機能訓練計画書」を作成し利用者又は家族に訓練の内容をわかりやすく説明し、無理のない機能訓練を多職種と連携し計画的に実施していく。
- ・ 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

- ・ 「栄養ケアマネジメント」において、利用者の栄養状態等に関するアセスメントを基に、栄養ケア計画を多職種で作成し、利用者・家族への説明・同意・交付のプロセスを引き続き実施する。
- ・ ノロウイルス、食中毒等の衛生事故を予防し、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食品・衛生管理に努める。
- ・ 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食事を提供する。
- ・ ムラのない統一された味つけを心掛け、美しい盛りつけと旬の素材を取り入れた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。

Ⅲ 職員会議

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、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、 機能訓練指導員、栄養士、事務員他	参加可 能職員 全員
	運営定例会議	毎月第4火曜日 18時～	施設長、各主任、主任補佐、他関係職員	関係者
	職員全体会	適宜	施設長以下全職員	参加可 能職員 全員
	給食会議	毎月第1金曜日 16時～	施設長、栄養士、他関係職員 (委託先) 担当部長、調理チーフ他	関係者

職員会議日程（特別養護老人ホームはっさむはる）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	リーダー会議	毎月第3木曜日 17時～	施設長、介護主任、ユニットリーダー、他関係 職員	関係者
臨 時	入所判定会議	適宜(最低年4回)	施設長、施設長、各主任、ソーシャルワーカー 、介護支援専門員、栄養士、第三者委員	関係者
	ユニットケアカ ンファレンス	随時	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー 介護支援専門員、機能訓練指導員、栄養士、嘱 託医	関係者
	行事会議	適宜	関係職員	関係者

職員会議日程（デイサービスセンターはっさむはる）

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30分～ 8時35分 毎夕 17時15分～17時30分	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー 一栄養士	関係者
	新規利用判定 会議	随時	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー 一栄養士	関係者
臨 時	ケアカンファ レンス	毎月第2第4水曜日	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー 一介護支援専門員、栄養士	関係者
	行事会議	毎月1回程度	介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者

職員会議日程（居宅介護支援事業所はっさむはる）

区 分	開 催 日 時	参 加 者	人 数
定 例 会 議	朝・タミーング 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	関係者
	会議 毎月第 1 火曜日	管理者、ケアマネージャー	関係者

IV 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たユニット形式で、全室個室という環境を提供し自己選択を基本に、季節の変更を楽しめる潤いのある生活空間の創出に向けて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

認知症に関する専門知識を習得し、受容・共感的な関わりをベースに、利用者が穏やかに生活できるよう支援する。

(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るよう支援する。

(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、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、多職種及び本人・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、又同意を得て交付するものとする。アセスメント、プラン、評価、記録は「ほのぼの」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

ユニットケアの導入にあたり全室個室のプライベートスペースを提供する。

個々の居室内では、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。

プライベートスペースのほか、セミプライベートスペース、セミパブリックスペース、パブリックスペースの有効活用も提案しながら快適な環境となるように支援する。

(3) ユニット担当制によるケアの実行

利用者との馴染みの関係を築くため、日々のケアは介護職員をユニット担当制とする。各ユニット担当者は担当利用者の生活全般について把握し、安全かつ快適であるよう責任をもって配慮する。

(4) ユニットリーダー制を活用したケアの充実

ユニット担当者と適宜連絡をとりつつ他職種との連携、調整等を行う。ユニットリーダーは、当日のユニット・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

各階リーダーを中心として各フロア、ユニット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のないよう、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、ユニットケアの導入により精神的に穏やかな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ていつでも提供できるようにし、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。

また、年4回の家族懇談会を開催し、ご家族を巻き込んだケア・加齢による身体機能の変化・認知症の理解などを勉強する機会を企画し、交流を図る。

他、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生活の活性化を図る。また、利用者の希望やスタッフの発想による催し等について適宜盛り込んでいく。

機能訓練に関しては、「個別機能訓練計画」を作成し、身体機能の維持・向上を目指す。

【年間行事計画】

月	内 容	具体的内容
4月	各ユニットで検討	
5月	外出レクリエーション	主に外食を楽しむ
6月	外出レクリエーション	主に外食を楽しむ
7月	各ユニットで検討	
8月	夏祭り	施設全体で企画する。
9月	敬老の日	
10月	外出レクリエーション	主にドライブを楽しむ
11月	各ユニットで検討	
12月	クリスマス・餅つき	施設全体で企画する。
1月	各ユニットで検討	
2月	節分	
3月	ひなまつり	

※誕生会は個人の誕生日に合わせて、個別に企画する。

※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・外部からの催し物等、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、施設独自のボランティアグループの発足に努め、ボランティアの方の受け入れを積極的に働きかけ、日常的に第三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) 自立支援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、利用者が在宅で自立した生活を継続できるよう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。また、定期的なモニタリングを行い、居宅介護支援事業所・他サービス事業者との連携のもと正確な状況把握に努めていくものとする。

(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、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・家族を対象にアンケート調査を実施し、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) 障害者自立支援法への対応

障害者自立支援法のもと、障害者福祉サービスの相談・提供を行う。

【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していくものとし、専門的な介護を提供する。

<食事>食事形態、摂取方法、嗜好などについて利用者の希望をふまえ、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。また、入浴のニーズが高いことを踏まえ、柔軟な入浴対応を心掛け、場合によっては部分浴や清拭の対応などにより、利用者の清潔保持を図る。

<排泄>自宅での排泄介護の状況も踏まえた上で、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などに配慮して、安全な送迎方法を検討し、適切な介護技術による安全な送迎サービスを行うことに力をいれる。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た対応をする。

(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の提供により、利用者の心身機能の維持、向上を目指す。

3 デイサービス（通所介護）事業

【基本方針】

介護保険法の趣旨に基づき、心身機能の維持・向上や社会交流の機会の確保、介護者の負担軽減等、利用者や家族の期待に応えられる通所介護（介護予防通所介護含む、以下同じ）サービスの提供が求められ、利用者・家族に選ばれる施設作りのため、様々な取組みによりサービスの質を向上させていくと同時に安心・安全なケアの提供を常に心掛け信頼されるように努めます。

また、現在定員 35 名で実施しているが、利用ニーズは今後も高まっていくものと考えられる。更なる定員増については、検討すべき諸課題を整えて、実施できるようにしていきたい。

（1）個別性に応じたサービスの計画と実施

個別のニーズに即した通所介護サービス提供により、心身機能の維持向上等に効果が現れるよう、利用者の個別性に応じた通所介護計画書（介護予防通所介護計画含む、以下同じ）を作成し、計画に基づいたサービスの実施に努める。

通所介護サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者・地域包括支援センターからの情報提供及びサービス担当者会議や、職員による事前訪問、おためし利用等を通じて必要な情報を収集し、個々の利用者のニーズを把握する。

担当職員が、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下、居宅サービス計画等）に沿って通所介護計画書を作成するが、その援助目標やサービス内容、留意点等については、個々の心身状況や生活状況に応じた、個別かつ具体的な記載に努める。また、作成した通所介護計画書の内容については、利用者本人・家族に説明の上、同意を得て交付する。

さらに、通所介護計画書の内容に沿って統一されたサービスが実施されるように、ミーティングやカンファレンス等を通じて計画内容の情報共有に努める。また、担当職員を中心として、利用者・家族の意見も確認したうえで定期的な評価を行ない、必要に応じて介護支援専門員等への情報提供や、計画の見直しを行なうものとする。

（2）介護方法の統一と、介護技術の向上

適切な介護の提供により、転倒や誤嚥等、サービス提供中の事故発生を防止するよう、職員の介護技術の向上に努める。

サービスの提供は、事業所で作成している業務マニュアルに沿って行なうものとし、その内容については、定期的に見直し、修正・加筆できる体制を整備する。また、全職員が業務マニュアル等に沿った介護を実施できるように、ミーティング等を通じてその内容の周知徹底に努める。なお、インシデント・事故の発生時には、ミーティングで再発防止策を検討したうえで、インシデントレポート・事故報告書を作成し、かつ事故状況を職員間で検証する機会を設け、同様の事故発生防止に努めるものとする。

さらに、施設内外の研修に積極的に参加し専門性を高め、事業所内での研修報告会を実施し、最新の知識や技術に基づいたサービスが提供できるように努める。

（3）利用者・家族・地域との信頼関係づくり

利用者・家族、さらには地域住民からも信頼されるサービス事業所となるよう、サービス提供に関する情報公開・発信・共有に努めるものとする。

第一に、利用者・家族と事業所との間で適切に情報共有ができ、効果的なサービス提供が行なわれるよう、利用中や送迎時、連絡ノート、電話等、様々な手段により、利用者・家族の意向を確認し、サービス内容に反映させるよう努める。また、日常的なコミュニケーションとは別に、利用者・家族に対してサービス内容についてのアンケートを実施することとし、内容や方法についての検討等、実施の準備を進める。

第二に、デイサービスでのサービス内容等を周知し、事業運営についての理解を得るため、デイサービスセンターはささむ はる広報誌『はあとふる』を今年度に引き続き、利用者・家族、関係機関等に向けて発行する。また、居宅介護支援事業者等については、広報誌に加え、利用の空き状況等についても情報を提供していく。

第三に、利用に係る不安を解消し、スムーズな利用につなげるため、サービス利用希望者に対する、見学やおためし利用についても、継続して受け入れていく。

【サービス内容】

(1) 送迎

移動・乗降時の転倒事故や、運転中の車両事故等を防ぎ、事業所と自宅間の移動を安全に行なうことを目的に、全ての職員が、業務マニュアルに沿った介助と交通法規を遵守した運転に努める。

さらに、送迎時には、家族への情報提供や自宅での生活状況の確認を行ない、情報の共有に努め、記録に残す。

なお、送迎の経路・順序等については、利用者の心身状況や、本人・家族の要望等に配慮した上で、効率的に行なうために随時検討する。送迎は運転表をもとに行い、希望に応じて事前に電話連絡を行なう。

(2) 健康管理

利用者の健康状態の維持・改善のため、バイタルチェック（血圧、体温、脈拍）や観察（表情、食事・水分の摂取状況、排泄状況、皮膚状態等）、体重測定（月1回、必要に応じてそれ以上）等を実施するとともに、家族との情報交換を行ない、看護職員を中心として個々の健康状態を把握し、異常・変化の早期発見に努める。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へ連絡し、適切な対応を行なう。

また、バイタルチェックや観察等の情報は、個人情報使用同意書の使用目的を遵守し、必要に応じて、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、医療機関等へ提供する。

なお、デイサービス利用中における感染症の発生・まん延を防止するため、感染予防マニュアルに基づいた対応を徹底する。

(3) 入浴

利用者が安全に身体の清潔を保持できる機会を提供するために、個別の心身状況に応じた入浴形態（一般浴槽、特殊浴槽、個別浴槽）を選択し、業務マニュアルに沿った介助を実施する。また、健康状態等に合わせて、シャワー浴や清拭等の対応も行なう。介助の際は、同性・異性介助のご希望を伺い安心して入浴して頂けるよ

う努めていく。

さらに、浴室・脱衣室の環境整備に努め、入浴の時間などの希望にも可能な限り柔軟に対応する。また、季節の湯を各曜日、月に1、2回程度実施し、より満足感を得られるようにする。

(4) 排泄

利用者が可能な限りトイレでの排泄を行なえるように、心身状況に応じた介助を行なう。また、排泄ケアの際には、プライバシーを尊重した関わりを行なうとともに、トイレ内の快適で清潔な環境づくりに努める。

(5) 機能訓練

利用者の身体状況の維持・向上を目的に、原則として全ての利用者について個別機能訓練計画書を作成し、計画に沿った機能訓練を実施する。

個別機能訓練計画書の作成にあたっては、個々の利用者の心身状態や生活状況に応じた具体的な目標を設定し、個別機能訓練（歩行・起立訓練、嚥下訓練、拘縮予防訓練、ホットパック等）や集団機能訓練（握力維持向上訓練、下肢筋力維持向上訓練、関節可動域訓練等）を組み合わせた適切なプログラムを作成する。また、3ヶ月毎に計画の評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行なうものとする。

なお、活動内容については、効果的かつ参加意欲が向上するものとなるよう、ミーティング等で随時見直しを行なうものとする。

(6) 食事・口腔ケア

バランスの良い食事が安全に摂取でき、食事についての楽しみが満たされるように、管理栄養士や厨房委託業者と連携をとり、身体状況や嗜好に応じた食事を、適時適温の配膳により提供する。また、食事メニューに応じて、提供直前に材料を調理し、美味しく召し上がって頂くよう配慮する。

なお、管理栄養士を中心として利用者の嗜好調査等を実施し、日常の献立や行事食メニュー等に反映させる。

食事の際、自力摂取が困難な利用者には、誤嚥・窒息などの事故に十分注意した上で、職員が介助を行なう。

さらに、利用者の口腔内の状態を適切に保てるよう、食後の口腔ケア等を実施する。

(7) アクティビティサービス

デイサービスの利用が楽しみとなり満足感や生きがいを得られ、心身機能の維持・向上が図られるように、ボランティア等の協力を得ながら、別表①『アクティビティ活動計画』の通り、個別活動や小グループの活動、全体でのレクリエーションを提供する。また、別表②『年間行事計画』に沿って各月毎に、季節感を感じられる催しや外出の機会を提供する。

別表①『平成 21 年度アクティビティ活動計画』

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	創作活動（季節の小物作り・塗り絵・折り紙）、園芸活動等 ゲーム（トランプ・オセロ等）、軽作業（タオルたたみ、折込み作業等） 脳トレーニング（計算、間違い探し、クロスワード・漢字書き取り等）				
午後	装飾品作り	囲碁・将棋	音楽クラブ	麻雀 カラオケ	テーブル ゲーム 音楽鑑賞
14:00 ～ 15:00	集団体操（みんなの体操、季節の体操） 全体でのレクリエーション、個別レクリエーション				

別表②『平成 21 年度年間行事予定』

月	行事名	行事内容	
4月	お楽しみ会	カラオケ・お茶会等	
5月	お花見	近隣の農試公園等へドライブ	5月後半～7月前半 外出行事（観光）
6月	運動会	紅白に分かれて行う運動ゲーム等	
7月	納涼会	外で楽しんで頂く催し等	
8月	夏祭り	盆踊り体操・出店等	
9月	敬老会	バイキング形式等の食事提供	9月後半～11月前半 外出行事（買物・外食）
10月	スポーツ大会	様々な種類の運動ゲーム等	
11月	文化祭	利用者様が作成した物の展示会	
12月	クリスマス会	ビンゴ大会・装飾品作りなど	
1月	新年会	カラオケ・新年の遊び・お茶会等	
2月	節分	豆まき	
3月	ひな祭り	お菓子作り・ひな人形作り	

* 外部団体による音楽等の発表会は、日程が決まり次第お知らせする。

* 毎月行う茶話会にて、その月の誕生日の方をお祝いし、誕生日カードをお渡しする。

4 居宅介護支援事業所（はっさむはる）

【基本方針】

（１）利用者受け入れ・相談体制の拡充

前年度まで、ケアマネジャー２名の体制で事業運営を行ってきたが、担当可能件数の上限に近付いており、今年度中に、新規利用者の受け入れが困難となることが予想される。そのため、ケアマネジャーを１名増員して３名とすることで、地域住民や関係機関等からの利用依頼や相談等に応えられる体制を整える。

なお、利用者数の増加により、各ケアマネジャー間で利用者に関する情報等を共有する必要性がさらに増すと考えられる。緊急の相談等に対しては、担当者以外でも、迅速かつ適切な対応ができるように、週１回の定期的なミーティングを開催する。

（２）平成２１年度介護報酬改定への対応と、ケアマネジメントの質の向上

今年度の報酬改定により、従来の「特定事業所加算」は、「特定事業所加算（Ⅰ）・（Ⅱ）」へ見直されている。サービスの質の向上とともに、事業経営の改善を図るためにも、次年度以降に向けて、「特定事業所加算（Ⅱ）」の算定が可能となるように、事業運営を行うこととする。

同加算の算定の要件の一つとして、事業所への主任介護支援専門員の配置が求められているところである。今年度から、所属するケアマネジャーの主任介護支援専門員の資格取得に向けて、介護支援専門員専門研修Ⅰ・Ⅱ、主任介護支援専門員研修の受講を進めていく。また、その他の法人内研修や外部研修等にも積極的に参加することで、ケアマネジメントに関する知識や技術の向上を図る。

さらに、今年度の報酬改定では、医療機関や介護保険施設等の機関との情報共有などの連携や、認知症高齢者・独居高齢者への支援等に関して、加算による評価が行われている。これらの事例に適切なケアマネジメントを行うことができるように、地域内の居宅サービス事業者やボランティア等のインフォーマルサービス、医療機関、介護保険施設、地域包括支援センター、行政機関等と、日頃から連携を図り、ネットワークを構築しておく必要がある。

（３）法令・倫理等に沿った事業運営

利用者・家族をはじめとした地域住民や関係機関等との信頼関係が継続し、サービス提供が適切に行われるよう、法令・倫理等を遵守した行動に努める。

特に、利用者及び家族の人権尊重に十分配慮し、個人情報保護や苦情・要望等への適切な対応を徹底する。

また、介護保険法や関連する基準・通知等、倫理基準、事業所のマニュアル等に沿って、質の高いケアマネジメント業務を確実に実施するとともに、居宅サービス事業者の紹介にあたっては、公正中立な立場で、利用者及び家族への情報提供を行ない、ニーズや意向に沿った適切な事業者選択ができるように支援する。

【事業内容】

（１）要介護高齢者に対するケアマネジメント

① 相談受付・契約

介護サービス利用等に関する相談を受けた場合、その利用者の心身状況等に応

じて、介護保険制度についての説明や要介護認定申請の代行、他機関への紹介等、必要な支援を行なう。その中で、居宅サービス計画作成の依頼を受けた場合は、事業所の重要事項についての説明を行ない、利用者・家族の同意を得た上で契約を締結し、担当のケアマネジャーを決定し、ケアマネジメントの提供を開始する。

② アセスメント

利用者・家族との面接を行ない、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』を使用して、利用者・家族の生活全般についての状況を把握し、課題分析を行なう。

③ 居宅サービス計画の作成

実施したアセスメントに基づき、解決すべきニーズに対する援助目標・援助内容を検討し、利用者・家族の意向をふまえて居宅サービス事業者との利用調整を行なった上で、居宅サービス計画書原案を作成する。計画書は、利用者・家族にもわかりやすい表現で作成することをこころがけ、特に、援助目標の設定にあたっては、利用者が主体的に取り組むことのできる具体的かつ実現可能なものとする。

居宅サービス計画書原案は、サービス担当者会議を開催（もしくは、サービス担当者に対する照会を実施）し、関係機関や職種の専門的意見を聴取・確認した上で、必要に応じて内容を修正し、居宅サービス計画を作成する。

作成した居宅サービス計画は、利用者・家族に説明して同意を得た上で交付し、サービス提供事業者等にも交付する。

④ 利用者宅への訪問

サービス提供開始後は、利用者宅への月1回以上の訪問の他、電話等の方法で、利用者の心身の状況や生活状況の把握に努めるとともに、サービスの実施状況や援助目標の達成状況、利用者・家族の意向等について、モニタリングを実施する。

⑤ モニタリング

利用者・家族へのモニタリングと併せて、居宅サービス事業者に対しても、訪問や電話、文書等の方法で、サービスの実施状況や援助目標の達成度等について、モニタリングを1ヶ月に1度実施し、記録する。

利用者・家族、事業者へのモニタリング結果は、「モニタリング総括票」に記載する。モニタリングが効果的に行なわれ、かつ、記載が簡略化できるように、現在の「モニタリング総括票」の書式は、随時見直しを行っていく。

モニタリングの結果、必要と判断された場合には、居宅サービス計画の変更に向けて、再度アセスメントやサービス担当者会議等を実施する。

⑥ サービス担当者会議

居宅サービス計画の初回作成時や変更時、要介護認定の更新や区分変更時、その他必要に応じて、サービス担当者会議を開催（もしくは、サービス担当者に対する照会を実施）し、主治医や居宅サービス事業者等、関係機関との意見交換、目標の共有などを行なう。会議の結果は有益に活用し、以後の支援内容に反映させる。

⑦ 支援経過の記録・管理

①～⑥に関わる日々の支援内容については、正確な記録を残すように努める。記録や関係書類については、個人情報保護に配慮し、個別ファイル及びパソコンデータ上で適切な管理を行なう。

⑧ 給付管理

利用者及び居宅サービス事業者に不利益が生じないよう、正確な給付管理を行なう。

(2) 要支援高齢者に対するケアマネジメント

要介護認定を受けていた利用者が要支援認定を受けた場合など、地域包括支援センターからの委託があった場合、要支援高齢者に対しても、介護予防サービス計画の作成等のケアマネジメントを行なう。要支援高齢者に対しても、(1)と同様に行なうが、地域包括支援センターとの緊密な連携を図り、特に要支援状態の維持・改善に主眼を置き、要介護状態への移行を予防できるようなケアマネジメントを行なう。

5 地域交流事業

(1) ボランティア活動の推進及び支援

- ・職員に向けて、ボランティアを受け入れる為の教育を行ない、準備を整える。
- ・ボランティアグループの発足に努め、個人ボランティア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。
- ・定期的なボランティア会議や勉強会を設け、ボランティアが活動しやすい環境を整える。
- ・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、利用者に対するケアと業務を振り返る機会となし得ることから、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) 地域との交流等

各月の行事等において、隣地の保育園・幼稚園又は小・中学校等との交流を積極的に推進する。

(4) こども110番の家

緊急時、地域の子供たちの避難場所としてステッカー表示し、開放する。

北 1 7 条部門

平成21年度デイサービスセンターはる北17条 事業計画

【基本方針】

心身機能の維持・向上や社会交流の機会の確保、介護者の負担軽減等、利用者や家族の期待に応えられる通所介護（介護予防通所介護含む、以下同じ）サービスの提供が求められており、利用者・家族に選ばれる施設作りのため、様々な取組みによりサービスの質を向上させていくことが必要である。

なお、開設から1年3ヶ月が経ち、利用人数平均が12名を越えてきたので、状況に応じて、今年度中に利用定員を15名から20名に増やすことも検討していく。

（1）個別性に応じたサービスの計画と実施

個別のニーズに即した通所介護サービス提供により、心身機能の維持向上等に効果が現れるよう、利用者の個別性に応じた通所介護計画（介護予防通所介護計画含む、以下同じ）を作成し、計画に基づいたサービスの実施に努める。

通所介護サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者・地域包括支援センターからの情報提供及びサービス担当者会議や、職員による事前訪問、おためし利用等を通じて必要な情報を収集し、個々の利用者のニーズを把握する。

そして、担当職員が、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下、居宅サービス計画等）に沿って通所介護計画を作成するが、その援助目標やサービス内容、留意点等については、個々の心身状況や生活状況に応じた、個別かつ具体的な記載に努める。また、作成した通所介護計画の内容については、利用者本人・家族に説明の上、同意を得て交付する。

さらに、通所介護計画の内容に沿って統一されたサービスが実施されるように、ミーティングやカンファレンス等を通じて計画内容の情報共有に努める。また、担当職員を中心として、利用者・家族の意見も確認したうえで定期的な評価を行ない、必要に応じて介護支援専門員等への情報提供や、計画の見直しを行なうものとする。

（2）介護方法の統一と、介護技術の向上

適切な介護の提供により、転倒や誤嚥等、サービス提供中の事故発生を防止するよう、職員の介護技術の向上に努める。

サービスの提供は、事業所で作成している各種マニュアルに沿って行なうものとし、その内容については、定期的に見直し、修正・加筆できる体制を整備する。また、全職員が業務マニュアル等に沿った介護を実施できるように、ミーティング等を通じてその内容の周知徹底に努める。なお、インシデント・事故の発生時には、ミーティングで再発防止策を検討したうえで、インシデントレポート・事故報告書を作成、職員間で周知徹底し、同様の事故発生防止に努めるものとする。

さらに、施設内外の研修に積極的に参加し、事業所内での研修報告会を実施することにより、最新の知識や技術に基づいたサービスが提供されるように努める。

(3) 利用者・家族・地域との信頼関係づくり

利用者・家族、さらには地域住民からも信頼されるサービス事業所となるよう、サービス提供に関する情報公開・発信・共有に努めるものとする。

第一に、利用者・家族と事業所との間で適切に情報共有ができ、効果的なサービス提供が行なわれるよう、利用中や送迎時、連絡ノート、電話等、様々な手段により、利用者・家族の意向を確認し、サービス内容に反映させるよう努める。また、日常的なコミュニケーションとは別に、利用者・家族に対してサービス内容についてのアンケートを実施することとし、内容や方法についての検討等、実施の準備を進める。

第二に、デイサービスでのサービス内容等を周知し、事業運営についての理解を得るため、デイサービスセンターはる北17条広報誌『はあとふるN17』を今年度中も継続して、利用者・家族、関係機関等に向けて発行する。また、居宅介護支援事業者等については、広報誌に加え、利用の空き状況等についても情報を提供していく。

第三に、利用に係る不安を解消し、スムーズな利用につなげるため、サービス利用希望者に対する、見学やおためし利用についても、継続して受け入れていく。

【サービス内容】

(1) 送迎

移動・乗降時の転倒事故や、運転中の車両事故等を防ぎ、事業所と自宅間の移動を安全に行なうことを目的に、全ての職員が、業務マニュアルに沿った介助と交通法規を遵守した運転に努める。

さらに、送迎時には、家族への情報提供や自宅での生活状況の確認を行ない、情報の共有に努める。

なお、送迎の経路・順序等については、利用者の心身状況や、本人・家族の要望等に配慮した上で、効率的に行なうために随時検討する。

(2) 健康管理

利用者の健康状態の維持・改善のため、バイタルチェック（血圧、体温、脈拍）や観察（表情、食事・水分の摂取状況、排泄状況、皮膚状態等）、体重測定（月1回、必要に応じてそれ以上）等を実施するとともに、家族との情報交換を行ない、看護職員を中心として個々の健康状態を把握し、異常・変化の早期発見に努める。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へ連絡し、適切な対応を行なう。

また、バイタルチェックや観察等の情報は必要に応じて、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、医療機関等へ提供する。

なお、デイサービス利用中における感染症の発生・まん延を防止するため、マニュアルに基づいた対応を徹底する。

(3) 入浴

利用者が安全に身体の清潔を保持できる機会を提供するために、個別の心身状況に応じた入浴形態（一般浴槽、特殊浴槽）を選択し、業務マニュアルに沿った介助を実施する。また、健康状態等に合わせて、シャワー浴や清拭等の対応も行なう。

さらに、入浴による満足感を得られるように、浴室・脱衣室の環境整備に努め、入浴の時間などの希望にも可能な限り柔軟に対応するように努める。

（４）排泄

利用者が可能な限りトイレでの排泄を行なえるように、心身状況に応じた介助を行なう。また、排泄ケアの際には、プライバシーを尊重した関わりを行なうとともに、トイレ内の快適で清潔な環境づくりに努める。

（５）機能訓練

利用者の身体状況の維持・向上を目的に、原則として全ての利用者について個別機能訓練計画を作成し、計画に沿った機能訓練を実施する。

個別機能訓練計画の作成にあたっては、個々の利用者の心身状態や生活状況に応じた具体的な目標を設定し、個別活動（歩行・起立訓練、嚥下訓練、拘縮予防訓練、ホットパック等）や小グループ活動（握力維持向上訓練、下肢筋力維持向上訓練、関節可動域訓練等）を組み合わせた適切なプログラムを作成する。また、3ヶ月毎に計画の評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行なうものとする。

なお、活動内容については、効果的かつ参加意欲が向上するものとなるよう、随時見直しを行なうものとする。

（６）食事・口腔ケア

バランスの良い食事が安全に摂取でき、食事についての楽しみが満たされるように、食事委託業者と連携をとり、身体状況や嗜好に応じた食事を、適時適温の配膳により提供する。また、随時利用者の嗜好調査等を実施し、日常の献立や行事食メニュー等に反映させる。

なお、自力摂取が困難な利用者には、誤嚥・窒息などの事故に十分注意した上で、職員が介助を行なう。

さらに、利用者の口腔内の状態を適切に保てるよう、食後の口腔ケア等を実施する。

（７）アクティビティサービス

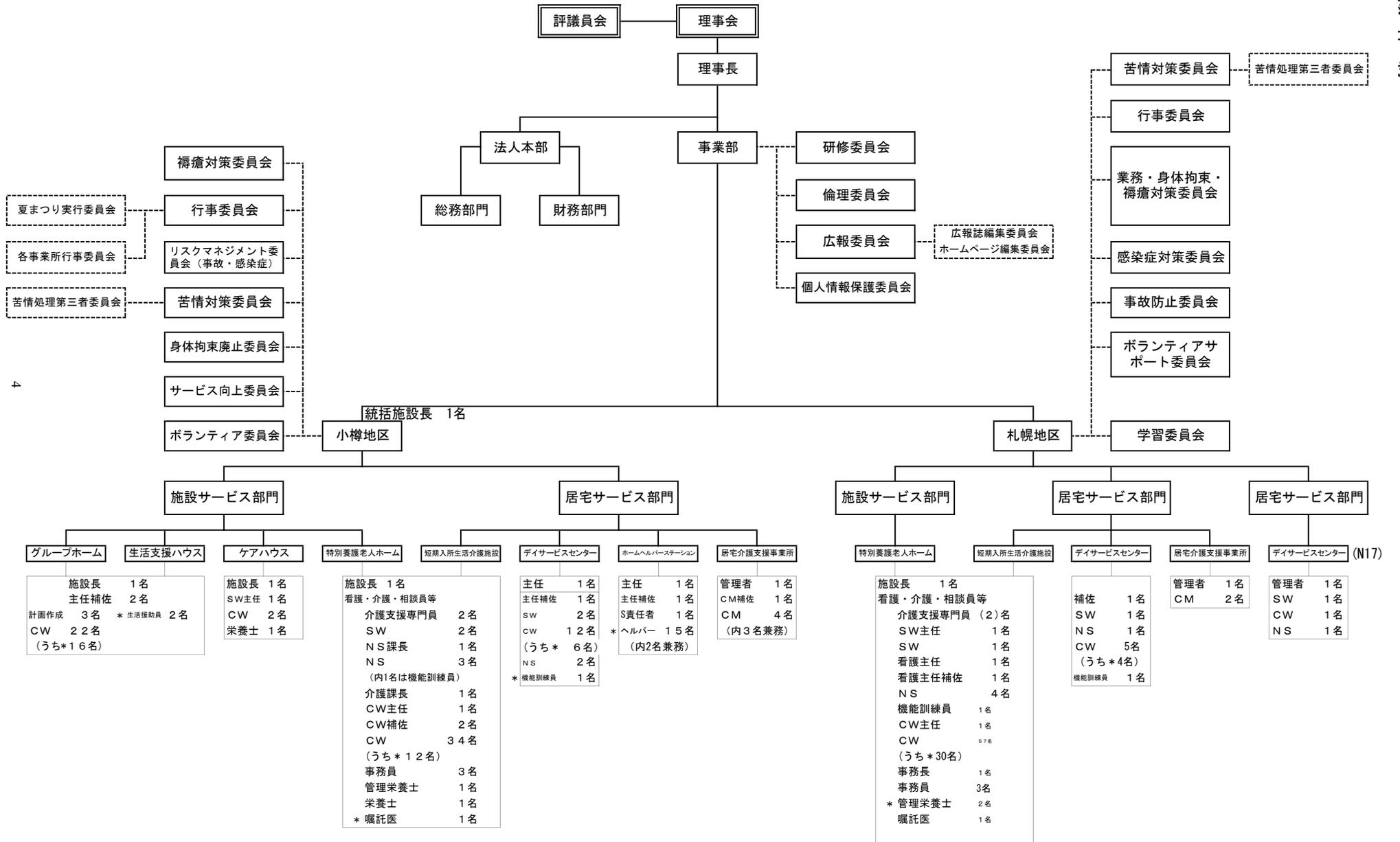
デイサービスの利用が楽しみとなり満足感や生きがいを得られ、心身機能の維持・向上が図られるように、ボランティア等の協力を得ながら、別表①『アクティビティ活動計画』の通り、個別活動や小グループの活動、全体でのレクリエーションを提供する。また、別表②『年間行事計画』に沿って各月毎に、季節感を感じられる催しや外出の機会を提供する。

別表①『平成21年度アクティビティ活動計画』

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	創作活動（手工芸、塗り絵等）、園芸など ゲーム（オセロ、将棋等） 脳トレーニング（計算、間違い探し、漢字書き取り等）				
午後	麻雀	カラオケ	麻雀	カラオケ	囲碁
14:00 ～ 15:00	集団体操 全体でのレクリエーション				

別表②『平成21年度年間行事予定』

月	行事名	行事内容	特記事項
4月	ビデオ鑑賞	昔懐かしい映画の上映	プロジェクター使用
5月	お花見	近隣の公園へドライブ	
6月	外出レクリエーション	ドライブ、回転すし	アンケートで行き先決定
7月	お楽しみ会	ゲーム大会	
8月	青空パーラー	外で茶話会	
9月	外出レクリエーション	ドライブ、回転すし	アンケートで行き先決定
10月	紅葉ドライブ	近隣の名所へドライブ	
11月	文化祭	手作り作品展示など	
12月	クリスマス会	ケーキ作り、カード作り	
1月	新年会	カラオケ・お茶会など	
2月	節分	豆まき	
3月	ひな祭り	お菓子づくり	



* 印は非常勤職員

平成21年度 研修計画

		ノマド福祉社会のみ	関連法人と合同開催
4月	新採用者研修(新任)	法人の理念・ケアの理念 接遇 価値・倫理と法令遵守 プライバシー保護と権利擁護 医療に関する知識 事故防止について 緊急時の対応について 褥瘡発生予防について 感染症及び食中毒の予防について 身体拘束廃止について 高齢者虐待防止について 非常災害時の対応について 苦情対応について 看取り(精神的ケア等)について 認知症ケア 介護技術 アセスメント 施設(通所・訪問・居宅)介護計画 施設(通所・訪問・居宅)介護サービス	
	ヘルパースキルアップ研修①(現任)	接遇について	
5月	認知症ケア研修①(現任)		認知症ケアの理念と権利擁護 認知症の基礎知識 コミュニケーション技術
	ヘルパースキルアップ研修②(現任)	価値・倫理と法令遵守	
	全体研修①(現任)	非常災害時の対応について(小樽・発寒)	
	ケアマネスキルアップ研修①(現任)		ケアマネジメントの理論と実際
6月	中堅者研修①(現任)	価値・倫理と法令遵守 身体拘束廃止について 医療に関する知識	
	ケアプラン研修①(現任)	アセスメント ケアプラン作成 評価 サービス担当者会議	
	DSスキルアップ研修①(現任)		認知症ケア 予防ケア ケアプラン・モニタリング等
7月	リーダー研修①(現任)		感染症及び食中毒の予防について 褥瘡発生予防について 高齢者虐待防止について
	初任者研修①(現任)		看取り(精神的ケア等)について 認知症ケア
	ヘルパースキルアップ研修③(現任)	利用者の人権と意思の尊重	
8月	フォローアップ研修①(現任)	プライバシー保護と権利擁護 事故防止について 緊急時の対応について	
	ヘルパースキルアップ研修④(現任)	リスクマネジメント・苦情対応	
9月	看取りに関する研修		看取りケアの理念 専門職としての死生観 看取りケアの実際 家族への支援とチームアプローチ
	ヘルパースキルアップ研修⑤(現任)	緊急時の対応・事故と感染予防	
	ケアマネスキルアップ研修②(現任)		対応困難事例の理解と支援
10月	フォローアップ研修②(現任)	価値・倫理とディレンマ 褥瘡発生予防について 感染症及び食中毒の予防について	
	ヘルパースキルアップ研修⑥(現任)	生活援助・調理実習	
	ソーシャルワーク研修①(現任)		SWの価値・知識・技術 SWIに必要な周辺学問
11月	中堅者研修②(現任)	事故防止について 緊急時の対応について 看取り(精神的ケア等)について	
	全体研修③(現任)	感染症及び食中毒の予防について(小樽・発寒)	
12月	リーダー研修②(現任)		スーパービジョン
1月	初任者研修②(現任)	身体拘束廃止について 高齢者虐待防止について プライバシー保護と権利擁護	
2月	認知症ケア研修②(現任)		認知症ケアの理念と権利擁護 認知症の基礎知識 コミュニケーション技術
3月	中堅者研修③(現任)	介護保険制度の理解 対応困難事例の理解と支援	
随時	中途採用者研修(新任)	法人の理念・ケアの理念 接遇 価値・倫理と法令遵守 プライバシー保護と権利擁護 医療に関する知識 事故防止について 緊急時の対応について 褥瘡発生予防について 感染症及び食中毒の予防について 身体拘束廃止について 高齢者虐待防止について 認知症ケア 介護技術 施設介護サービス	

部分は事業所別・職種別の研修