

平成 22 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	2
I 基本事業	3
1 介護保険事業・障害者福祉事業	3
2 その他の老人福祉事業	4
3 地域交流事業	4
4 組織体制	5
5 職員研修	6
6 自主防火管理体制の徹底	10
小樽部門	11
I 運営方針	12
II 各部門別重点目標	13
(1) 事務部門	13
(2) 生活相談支援部門	13
(3) 介護・看護部門	14
(4) 給食部門	16
III 職員会議	17
IV 事業別事業計画	19
1 介護老人福祉施設	19
2 ショートステイ事業	22
3 デイサービス（通所介護・介護予防通所介護）	23
4 デイサービス（認知症対応型通所介護）	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	35
8 グループホーム	39
9 生活支援ハウス	42
10 障害者福祉サービス事業	44
11 地域交流事業	45
はっさむ部門	47
I 運営方針	48
II 各部門別重点目標	49
(1) 事務部門	49
(2) 生活相談支援部門	49
(3) 介護・看護部門	50
(4) 給食部門	51
III 職員会議	52
IV 事業別事業計画	54
1 介護老人福祉施設	54
2 ショートステイ事業	57
3 デイサービス（通所介護）事業	58
4 居宅介護支援事業所（はっさむはる）	62
5 地域交流事業	64
北17条部門	65

# 法人全体

小樽・はっさむ・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旨とする。

### (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

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)(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) 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支援及び要介護者が、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。

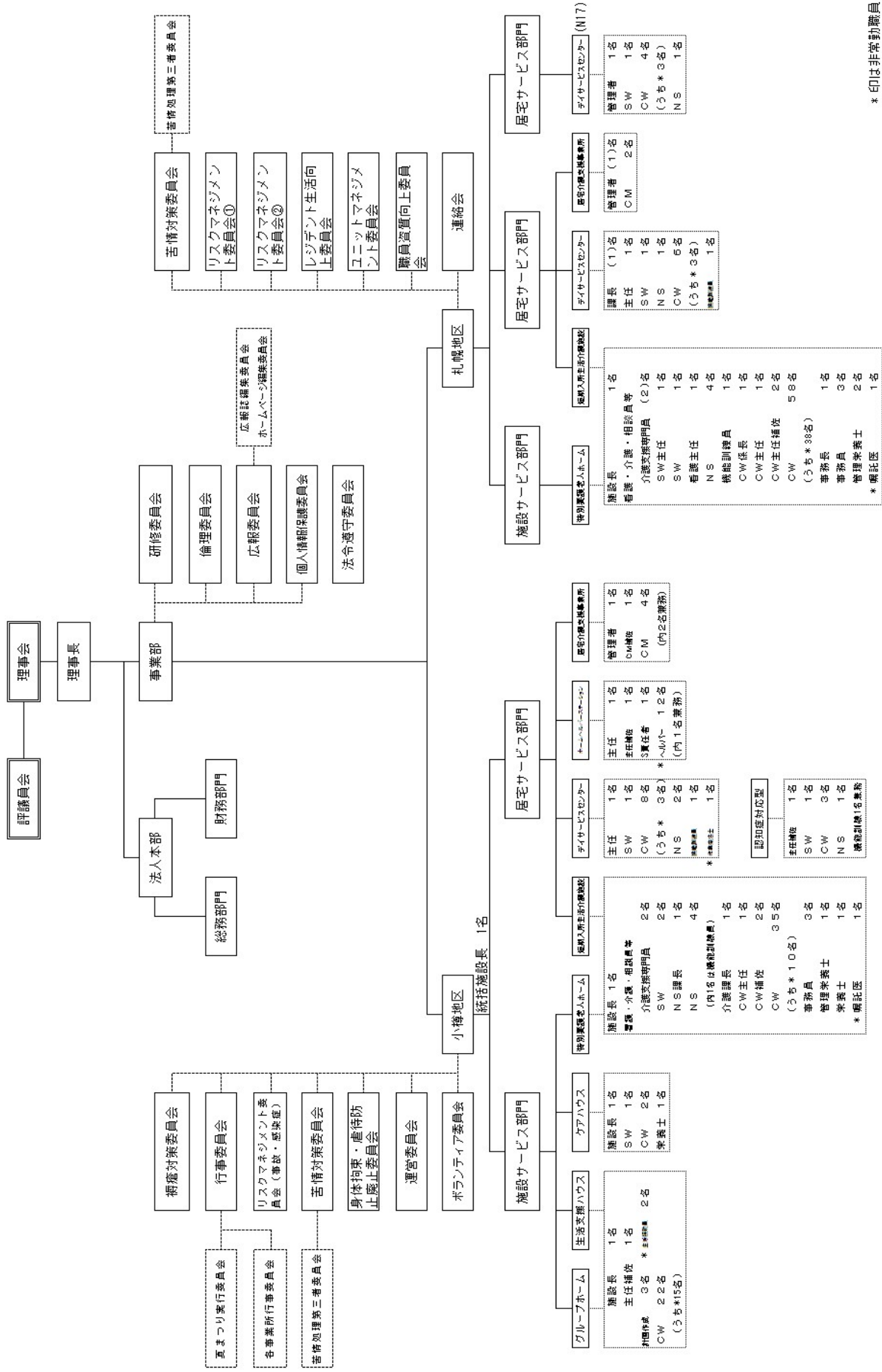
### **(3) その他老人福祉法の定めによる事業、小樽市等から委託を受けた事業**

- 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



\*印は非常勤職員

## 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22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。



## (2) 施設内研修

平成22年度 研修計画

		ノマド福祉のみ	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	
	管理者研修①		スーパービジョン（上級編）
	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
			SW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（中級編）
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	
	フォローアップ研修③（現任）		スーパービジョン（初級編）
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

## 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。

# 小 樽 部 門

# I 運 営 方 針

平成22年度は、開設13周年を迎える年であり、これまでの実践を振り返り、さらなるサービスの質向上を目指す年としたい。しかし、施設・設備の老朽化は進み、ハード面の改修・整備は急務であるが、同時にソフト面の充実により、競争力を高めていく必要がある。下記の重点項目を中心に、サービスの質向上に取り組んでいきたい。

## 1. マネジメント部門の強化

法人運営の透明化を確保するため、財務の適正な処理と開示に努めるとともに、その他情報開示のためのデータ管理と資料整備を推進する。また、法令遵守、個人情報保護等の周知・徹底及び各種事務処理の効率化等、マネジメント部門の強化を図りたい。

さらに、職員のメンタルケアや処遇改善等、労働環境にも配慮した労務管理を行うとともに、人材育成を目的とする新たな人事システムの構築に取り組みたい。

## 2. 食の改善・充実と健康増進

利用者・入居者の個々の状態に合わせた食事の提供は、これまでも、その「形態」による工夫を行ってきたところではあるが、さらに、生活習慣病の予防や健康増進に寄与する食事の創意工夫、また嗜好や心身の状態に柔軟に対応できる提供体制の整備に取り組みたい。原材料や調理方法、季節に合った食材の選択等から、「食」を見直していくことで、利用者・入居者の健康に寄与していきたい。

## 3. 地域交流及び世代間交流

過年度より継続している「世代間交流事業」は、赤岩保育所との年齢別交流に加え、近隣小中学校との交流や、地域での子育て支援等に発展させられるよう、内容を充実させて実践していきたい。また、「地域交流事業」では、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を作るため、これまで実施してきた「夏祭り」「盆踊り」「町会行事への参加」等に加え、東屋や菜園を利用した「交流の場」を数多く設定していきたい。

## 4. 教育

法人の施設内研修及び各事業所の学習会を充実させることに加え、全職員が法人の運営や経営の状況を理解できる仕組みや「学びの場」を多く設けていきたい。また、法人理念の再確認と新職員への伝達を徹底するとともに、「緩和ケアとコミュニティケア」を実践する職員の資質向上に努めたい。

## 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、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。
- ・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し、個人情報保護等について適正且つ安全に行っていく。
- ・職員給与支給、出退勤等の適正で透明性のある管理に努める。
- ・長期的な健全経営と職員の勤務意欲増進の視点から、給与規程等の各種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。また介護職員の処遇改善にあたっては北海道介護職員処遇改善交付金事業を活用し、人員の確保を図る。
- ・財務について、明瞭で透明性のある適正開示に努め、正確かつ迅速な処理を行う。
- ・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、体系化と整理を行い一層の経費削減を図る。
- ・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長期的な展望を踏まえて、適正な手続を経て実施する。
- ・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。

### (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利用者の安心で快適な生活への援助

- ・利用者に寄り添い、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ることができるよう努める。
- ・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、家族も充分視野に入れた支援を行っていく。
- ・家族と適宜面談を行いながら利用者の日常の様子を伝え、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、入居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配慮していく。
- ・毎月、茶話会等利用者の生活の楽しみにつながるような企画を個別に計画する。

#### 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、適切なものとな

るよう努める。また、適宜入居優先度判定委員会設置要項の見直しを行い、市役所関係者や第三者委員への参加を呼び掛け、適切な開催に努めていくものとする。

- ・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充分考慮する。

## (3) 介護・看護部門

職員一人一人が、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
- ・施設サービス計画書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

- ・全ての介護職員が均質で安定したサービスを提供できるよう、業務マニュアルの整備、見直しを随時おこなう。
- ・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。
- ・自立支援の視点から施設サービス計画書（ケアプラン）を作成し、プランの作成においては利用者と家族の意向を基に作成し、十分な説明を心がけ同意を得る。  
また、プランは定期または利用者の状況変化に応じて適宜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、日々安全で清潔、快適な生活環境の確保に努め、適切な介護により心理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、介護職員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、定期的にバイタル測定を行い、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、ノロウイルス等の発生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知識の学習会を企画開催する。特に、誤嚥性肺炎の防止の観点から口腔ケアについての知識を深めるための学習会を検討する。
- ・ 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、適正な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、家族にも参加を促しながら、常に多職種で展開していく。
- ・ 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

- ・ 個別機能訓練計画書を定期的に作成し評価し、次回の個別機能訓練計画書に反映させる。
- ・ 個別機能訓練計画書は施設サービス計画書と連動し作成する。
- ・ 機能訓練については、介護職員との連携し、個別機能訓練計画書を基に、個々の利用者の残存機能維持及び機能低下防止を図ると共に利用者の参加意欲を向上させるものとなるよう作成する。
- ・ レクリエーションを通して、職員・ボランティアの方々や利用者同士の交流を持つ中で、楽しい時間を過ごす事が出来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、他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。
- ・旬の食材を用いた季節感のある献立の作成に努める。また、美しい盛り付けと彩りで、食べる楽しみを感じられる食事の提供に努める。
- ・年間行事を通し利用者の前で調理を行ないその場で提供をするデモンストレーションを取り入れた食事や、変化に富んだ食事の提供方法について検討・実施する。
- ・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、その結果を反映した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。また、食材や調理方法の選別・研究を重ね、飲み込みやすく安全なソフト食への完全移行を目指す。
- ・外部研修へ積極的に参加し、常に新しい知識を得て、給食サービスの向上に生かす。

#### 【予定年間行事食一覧表】

	ホーム	デイサービス
4月	祝日行事食（昭和の日）	誕生会・祝日行事食
5月	祝日行事食（こどもの日）	誕生会・祝日行事食
6月	未定	誕生会
7月	祝日行事食（海の日）	誕生会・祝日行事食
8月	デザートバイキング	誕生会
9月	敬老会・祝日行事食	誕生会・敬老会
10月	土用の丑（うなぎの提供）	誕生会・土用の丑
11月	祝日行事食（文化の日）	誕生会・祝日行事食
12月	冬至・クリスマス会・大晦日	誕生会・クリスマス会
1月	お正月料理・祝日行事食（成人の日）	誕生会・新年会
2月	節分・祝日行事食（建国記念の日）	誕生会・節分
3月	ひなまつり・祝日行事食（春分の日）	誕生会・ひなまつり

### 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
	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・夕ミーティング	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（ホームヘルプステーション）

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
	ヘルプミーティング	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に十分に配慮し、安全・安心・快適な生活を保障出来るよう職員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・実践・評価に係る一連の介護過程において、介護支援専門員を中心に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の保護と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。  
また、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) 施設サービス計画書（ケアプラン）の作成・評価**

ケアプランの作成は、利用者本人、家族の意向をよく伺い、自立支援の視点でアセスメントを行い、より具体的で達成可能な目標を設定して原案を作成する。

ケアプラン原案は、チームアプローチの機能を十分に発揮できるよう、多職種が参加するサービス担当者会議で検討して完成させる。

すべてのプロセスは、利用者・家族に公開され、また、同意を得て交付するものとする。

プランの完成・交付後はその実施状況を適切に記録し、定期的にモニタリングと評価を行い、再アセスメントと新たなプランの作成につなげ、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などの装飾、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生活できるよう、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、組織的取り組みによるケアの充実**

居室担当者と適宜連絡を取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、利用者が安全・快適に生活できるよう当日のフロア全体のケアの実施状況を把握する。

また、介護主任を中心に各フロアで定期的にミーティングを持ち、利用者及び業務上の課題を明確にすることで、ケアの質の向上と業務の改善を図る。

#### **(5) 自立支援を視野に入れた介護**

自立支援・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・利用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。

#### (6) 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。

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。

#### (7) 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		寿しバイキング
5月		母の日献立
6月		父の日献立
7月	選択による外出レク・季節の行事 (花見・彼岸祭・紅葉狩りなど)	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	施設内にて季節の行事 (新年会・豆まき・雛祭りなど)	おせち献立、七草粥
2月		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) 身体拘束廃止・虐待防止への取り組み**

緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行わない。

実施においては、指針および身体拘束委員会で定められた手続きを遵守し、利用者・家族の同意を得て行うものとする。実施状況は漏らさず記録し、利用者の心身の状態、環境面の変化などを随時アセスメントし、拘束状態の解除に向けて取り組む。

また、社会問題化している高齢者虐待については、その多くが「対象者理解の不足」や言葉による抑制や無視と言った「不適切なケアの放置」によって生起しているとの観点から、プリセプターシップやスーパービジョン、ケアカンファランスや事例検討を通して日々のケアを常に振り返り、「ケアの専門性」と「利用者本位」の視点確立に取り組む。

#### **(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**

ケアマネージャーの作成する居宅介護サービス計画書に基づき、利用者・家族の意向を十分踏まえた上で、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、ケアマネージャーとの連携のもと、適宜短期入所生活介護計画を見直し、適切なサービス提供を行う。

#### **(3) 利用者・家族の声を重視したサービス提供およびサービスの質の向上**

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

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

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

#### **(5) 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・介護予防通所介護）

### 【基本方針】

デイサービス（通所介護・介護予防通所介護）事業では利用者が住みなれた自宅や地域で、出来る限り自立した生活が継続できるよう心身状態の維持・向上や社会交流の機会の確保を支援し、日常生活上の生活行為の向上を目指していく。

さらに、上記目標に資する為「共通サービス」に加え「選択的サービス」の充実を図り、利用者・家族に選ばれるデイサービス作りのため、新たなサービス内容や現状のサービス内容の充実を図っていくこととする。

### （１）選択サービスの充実

#### ①機能訓練の充実

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及び運動器機能向上計画を、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ヵ月または1ヶ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。栄養マネジメント・口腔機能向上サービスもケアの一環ととらえ、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

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

開示が義務化されている「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、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・精神的な負担を軽減し、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、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) 健康管理**

利用者の健康状態を把握するため、毎回のバイタル測定（血圧・脈拍・体温）や体調確認（顔色・発汗・皮膚状況・食事や水分の摂取状況・排泄状況・睡眠状態）、毎月（必要な場合は随時）の体重測定を実施する。また、自立支援を主眼とした自己管理システムの導入を検討し、健康に関する関心を高め、更なる在宅生活の継続に繋がることを目的とする。

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、プライバシーを尊重した係りを行うとともに、清潔感に配慮し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。

介護予防通所介護については、利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練であって利用者の心身の状態の維持又は向上に資するものとした運動器機能向上計画を作成し実施する。又、計画書に基づき1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。

## (6) 食事

食事の楽しみが満たされるように、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。また、食後の口腔ケア等を実施し口腔内の清潔に努める。

## (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、利用者自身が選べるアクティビティを提供し、その中で季節感を感じられる、楽しい時間を過ごして頂き、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に図っていく。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。

### **(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、「認知症の緩和ケア」という視点で利用者と職員が「なじみの関係」になるよう努め、安心した空間のなかで、個別性を重視し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・技術の習得や事例検討などを通して事業所の特色作りを図っていく。

### **(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。栄養マネジメント・口腔機能向上サービスもケアの一環ととらえ、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、社会資源としての役割を新たに見出し課題としていく。

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、適宜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ている「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、自宅や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、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、利用時のバイタル測定（血圧・脈拍・体温）、体調確認（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、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、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、継続性が図られるようなものとし、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、利用者自らも献立やおやつ作りに参加できる環境を提供する。

#### **(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、利用者の役割を視野にいれ自発性を促し、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。

	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	外出レクリエーション（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と自己決定を前提とし、心身ともに健やかに過ごし、またその有する能力を最大限に生かし、自立した日常生活を営み継続出来るように、利用者の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やる又は出来ることは自分でやる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有する。

#### **(4) サービスの質の向上**

- ①ミーティングや管理者との会議等において、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月に1回のヘルパー全員参加のミーティングで、困難と感じている事例を報告し、全員で検討・対策を考え、情報の共有とサービスの向上に努める。
- ③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、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。
- ④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。
- ⑤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。
- ⑥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、ヘルパーの質の向上が利用者への適切なサービスの提供につながることを目指す。

#### **(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ついては、職務上知り得た情報はすべて守秘の対象であることに、充分配慮し厳正に遵守する。

また、利用者・家族からの意見、苦情に対しては真摯に受け止め、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、日時・言動・状況・心身の変化など事実を記録し且つ客観的な読みやすさを意識した記録を行い内容の充実につとめる。

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、共有する。

#### **(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、温泉旅行やお花見などの楽しい時間を企画し、生活の活性化を図る。またヘルパーとサービス以外の時間を一緒に過ごすことで親しみを深め、より円滑な関係をつくることを心掛ける。

#### **(8) 広報活動**

今年新しく取り組む予定の広報誌「ヘルパーだより」は、年3回位の発行を目標に準備中である。全利用者に配布、情報・話題を提供し、共有することで、より一層理解を深めあうことを図る。

## 【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あり（そのために必要な一連の行為を含む）、本人が家事を行うことが困難な場合に行われるものである。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、体調を維持して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（そのために必要となる一連の行為を含む）、利用者の残存機能の保持・意欲向上や活性化を図りながら健康面の配慮を行い迅速な対応で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ジャーなどと共有し、問題解決に向けて適宜、適切な助言などを行い側面的援助の姿勢で対応していく。

また利用者が安心して相談できるよう、自己表現できるような雰囲気作りに配慮し、日頃の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。利用者個々の心身状態を把握し、移乗・移動・運転に細心の注意を払い、運転手とヘルパーが協力し、安全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）に対して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地域の相談窓口としての責務の認識と他事業所との連携

地域福祉を担う地域の相談窓口としての認識を持ち、電話や来訪による相談受けを行う。利用者支援にあたっては、必要により医療機関、介護保険施設、地域包括支援センターなどの他機関との連携を図り、包括的な支援が行えるようにする。

#### ②専門職としての実践力の向上

自立支援を念頭に置いた在宅介護支援を行うため、ケアマネジメントの質の向上を図っていく。毎朝のミーティングの実施により、利用者への支援経過の共有や相談を行い、社会資源等に関しても個々の職員が一定の知識を持てるよう情報共有をしていく。その他事業所内において学習会や事例検討会の開催を行い、法人内や外部の研修会への積極的参加も行っていくことで、知識・技術の向上を目指していく。

### ③健全で安定した事業運営

介護保険法などの関連法令の遵守、個人情報適切な取り扱いにより、利用者・地域から信頼をもたれる事業運営を行っていく。昨年度から特定事業所加算Ⅱの算定を行っており今年度も引き続き算定が行えるよう、一人あたりの担当件数を40件未満とし、主任介護支援専門員の配置や24時間相談連絡体制、定期的なミーティングの開催などの体制をとっていく。

## 【事業内容】

### ①居宅介護支援(要介護者へのケアマネジメント)

利用者、家族から契約締結の希望があった際には、事業所内で担当の介護支援専門員を決定し支援を開始する。

#### \*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、利用者及び家族の生活全般に関する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、利用者・家族の意向を踏まえて自立に向けた居宅サービス計画を作成する。

#### \*モニタリング

利用者宅への定期訪問や都度の電話相談、サービス担当事業者への文書でのモニタリングを月1回実施し、利用者の心身状態や生活状況の把握、サービス実施状況、短期目標の達成度などの把握を行う。結果については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

居宅サービス計画の初回作成時や変更時、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（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を実施）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させていく。

#### \*支援経過の記録・管理

記録はわかりやすく正確であるよう努めていく。個人情報の漏洩を防止できるよう、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

小樽市や他市町村より委託を受け、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。事例検討や学習会とあわせ、原則として毎月第2火曜16時より行う。

#### ④施設内外への研修会・勉強会への参加

職員の技術及び知識などの向上の為、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、利用者との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・レクレーション・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22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 畑作業 父の日（行事食） テーブルバイキング		
7月	外出レク（回転寿司） 畑作業 夏祭り（合同）	避難訓練 健康診断	資源回収

8月	バーベキュー 七夕祭（花火） 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 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	・ レクリエーション、ゲーム	・ 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	・ 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）	・ 手芸クラブ（14:00～16:00）
金曜日	・ 娯楽クラブ（9:30～11:00） ・ 脳トレ（11:00～11:45）	・ レクリエーション、ゲーム （14:00～15:00）

土曜日	・ 娯楽クラブ（麻雀）
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 園芸クラブ（夏期のみ）</li> <li>・ みんなの体操（毎日11:45～）</li> <li>・ 絵手紙、カラオケ 各教室（月1回）</li> </ul>

## 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看護職員や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を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、春のお茶会	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、ハロウィン焼き芋会	外食	

11月	ドライブ、芸術発表会、秋のお茶会	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、冬の大運動会	おせち、七草粥、パンバイキング、運動会弁当	
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	
毎月 随時	はる婦人部会（会合や行事の準備など） 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 赤岩保育所との交流（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、赤岩保育所との積極的な交流、町内会の花壇作りなどの行事に参加し、地域の方と良好な関係づくりをし、気軽に立ち寄ることができるグループホームを目指す。

入居者とボランティアグループあかりとの交流をさらに充実し、なじみの関係を継続し、入居者の生活範囲の拡大を目指す。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。
- ・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

・毎日の安否の確認や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行事の共催等、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	
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
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、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。

# はっさむ部門



## I 運営方針

利用者の介護度変化が年々増大している事を踏まえ、職員は利用者の心身の変化に迅速に対応し“はっさむはる”で長く生活をしていただく様に、また地域で生活される方々がより良い環境のもとで長く自宅で生活ができるよう支援する事を念頭にネットワークを組んで行動していきます。

### 1 家族と利用者の連携を深める

“はっさむはる”の利用者のご家族は来訪頻度や施設への関心も高く、施設の開設から丸4年を経過したところで、家族、利用者の満足度調査を行い調査後は施設運営に反映する取り組みを行います。

また、施設の誰もが良い環境で更に手厚いケアを受けられるようにご家族がケアの種々の場面に参加できる働きかけの取り組みを行います。

### 2 職員の資質向上と職員支援の取り組み

“はっさむはる”は特養及びデイサービスの介護職員の半数以上は非正規職員であるが、介護職員の雇用形態に関わらず一人ひとりの介護職員に求められる力は大きくなっています。ノマド福祉会はこれまで法人として職員の資質向上に取り組んできているが、各施設に勤務する職員は施設ごとに異なる事もあり、それぞれにより高度な個別的技術と知識が求められています。平成22年度は各委員会がこれまで以上に活性化し職員間の連携を強め“はっさむはる”のケアの質を更に高められるように委員会活動を展開していきます。

### 3 目標稼働率の安定と利用定員の変更

特別養護老人ホームはっさむはるの稼働率を維持する為に特に退所者が発生した時には空室期間を2週間程度に留めるように努力していきます。

ショートはリピーター利用で安定しているが、昨年度からの傾向として利用直前のキャンセルも多く、月により稼働の変動が大きい時もあり課題として浮上してきました。平成22年度は可能な限りこのような事態が発生しない為の取り組みを行い、90%稼働を目指していきます。

“デイサービスセンター”は平成22年4月1日付で定員の引き上げを行います。“デイサービスセンターはっさむはる”は40名、“デイサービスセンターはる北17条”は25名とし、更に年度後半の定員引上げを予定し年度末は30名の定員にしていきます。

定員の引上げは一時的に稼働率の低下も予測できるが、5ヶ月を目途に90%の稼働に達するように行動し、稼働の安定と収入の増加を図っていく努力をします。

居宅介護事業所は地道な活動があり微増ではあるがその件数を膨らませてきた。本事業所が今後その体制を強化し地域貢献をすると共に収益増に結びつく基盤整備の取組みの検討をしていきます。

### 4 事故防止の仕組みの検証

事故発生減少の取組を強化するために、現在の事故防止システムの見直しを図っていきます。

### 5 職員の支援

職員、特にパート職員の離職防止ができずにきた3年であるが、今年こそは職員の離職者を最小限にしたいと考え職員が働きやすい環境を整えていく。その手法として現在行っている“ホーム会議”への積極的な参加の働き掛けを行い適切な意見交換の場としていきます。

## 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業務を確実に実行する。
- ・介護職員の処遇改善にあたっては北海道介護職員処遇改善交付金事業を活用し、その改善に努めるとともに継続的な雇用の実現及び人員の確保を図る。
- ・長期的な健全経営を目指し、各経費の見直しや適正な人員配置を促し費用の削減に努める。
- ・地域及び関係機関との連携を密にし、又、地域への福祉サービスの向上を図るため、他部門との協力体制を強化する。
- ・地域住民、利用者等からの法人事業に対する更な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。
- ・職員の勤務意欲増進の視点から、諸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、介護保険制度や障害者自立支援制度及び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たし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、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。

## ④ アンケートによるご家族の意向調査を行なう

- ・ 開設より3年経過し、ユニットごとの特徴や傾向が確立されてきている中、ご家族とのコミュニケーション不足が課題になってきている。
- ・ 閉ざされた苦情・要望を掘り起こすことで、新たな改善点に繋がる可能性を期待し、ご家族の声に耳を傾ける機会とする。

## (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。

- ・ ほのぼのシステムを活用し、日々変化している利用者生活情報を基に科学的な把握を行う。そのためには利用者に提供したサービス内容等の具体的な記録を行う。
- ・ ケアプランの作成及び評価に係る一連の流れにおいて、その人らしさを追及するため多職種との連携強化に努め、ご家族と共に支援できる体制を築いていく。
- ・ 褥瘡ゼロを継続するため、委員会を中心に予防強化の取り組みを行う。
- ・ 家庭的な明るい雰囲気作りと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を行う。
- ・ 自己選択を基本としアクティビティ・プログラムの充実に取り組む。
- ・ 特養利用者の在宅復帰可能性についての定期的な検討の実施を行う。
- ・ 職員育成のために外部研修への参加、自己学習の積極的な参加に取り組む。

## ① 介護部門

- ・ ユニットケアの導入等により丁寧な対応を心がけ利用者となじみの関係を構築する

ことに努める。

- ・ 個別ケア実践にあたり、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その人らしい根拠あるケアプランを作成し、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る。定期的、又は状況変化に応じて適宜、ケアプランの評価を実施する。
- ・ 機能回復訓練やレクリエーションを計画的に行い、ゆっくりとした時間の流れの中にメリハリのある生活の創出に努める。
- ・ 認知症高齢者のケア充実に向け生活歴のアセスメントを生かし、適切な介護により行動・心理状況の軽減に取り組む。
- ・ 褥瘡予防の意識を持ち、多職種が連携し皮膚トラブルの早期発見・予防に努める。
- ・ 各委員会は集計、報告にとどまる事なく、日々のケアに生かせるように分析結果、再発防止策として委員会からメッセージとして発信することに努める。
- ・ 施設内外の研修受講のほか、スタッフ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、ノロウィルス、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。
- ・ 施設内外の研修受講のほか、講演会など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。

## (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。
- ・ ノロウィルス、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。
- ・利用者に出来たての食事を楽しんで貰えるよう、定期的にユニットのキッチンで調理を行い、調理中の音や香り、出来立ての料理を楽しんでいただく（生寿司や天ぷらなど）。

### 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	毎月最終水曜日 18時～	施設長、課長、係長、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30分～	施設長、介護係長、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、介護職、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、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、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、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
	ケアワーカー会議	随時	介護主任、介護職	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	毎月第1火曜日	管理者、ケアマネージャー	関係者

職員会議日程（デイサービスセンターはる北17条）

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	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	関係者
臨時	ケアカンファレンス	随時	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	行事会議	随時	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	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出来るよう、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、定期的な家族懇談会を開催し、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、ご家族を巻き込んだケアが取り組めるように交流を図る。

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、地域で活動している団体等により催しの企画を積極的に受け入れ、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	
6月	外出レクリエーション	
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	
11月	外出レクリエーション	
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、悔いのない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、講演会等で事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、新規利用・おためし利用の問い合わせも増えてきている為、年度当初に 40 名への引き上げを検討している。定員増によるスペースの確保・送迎体制を整え、早い段階で実施していきたい。

#### （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っさむはる広報誌『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、季節の湯を随時実施し、より満足感を得られるようにする。

#### **(4) 排泄**

利用者様の心身状況に応じた介助を行なうとともに、プライバシーに尊重した関わりを行っていく。また、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 22 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）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 書道	音楽クラブ	麻雀 カラオケ	麻雀 手芸
14:00 ～ 15:00	集団体操（みんなの体操、季節の音楽体操） 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 22 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	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）質の高いケアマネジメントの提供

地域住民をはじめとして、地域包括支援センターや医療機関など、当事業所への居宅サービス計画作成の依頼・相談の中でも、独居高齢者や認知症高齢者、医療ニーズの高い利用者や虐待につながる可能性のあるケースなどが徐々に増えてきており、ケアマネジャーの知識・技術のさらなる向上が求められている。

そのため、サービス内容に関する自己評価の実施や、法人内研修、介護支援専門員専門研修をはじめとした外部研修等への積極的な参加により、当事業所のケアマネジャーが、面接技術やアセスメント・ケアプラン作成等、ケアマネジメントに関する知識や技術を高めることで、要介護・要支援高齢者が、各種サービスを適切に利用して、在宅生活を安心して継続できるように努める。

また、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、行政機関等との連携を強化し、多職種が協働して、適切なケアの提供を図る。

#### （2）「特定事業所加算（Ⅱ）」の算定に向けた取り組み

昨年度の報酬改定により創設された「特定事業所加算（Ⅱ）」の算定にあたっては、事業所に主任介護支援専門員の配置が必要となっている。当事業所でも、地域の要介護・要支援高齢者に対して、質の高いケアマネジメントが提供できるように、加算の算定に向けた取り組みを行っていく。

職員の実務経験の状況から、平成 22 年度の研修受講・資格取得は困難な見込みであるが、来年度以降の加算算定に向けて、適正な事業運営とともに、定期的な会議実施等を行っていく。

#### （3）法令・倫理等に沿った事業運営

不適切なケアマネジメントの提供を予防するだけでなく、利用者及び家族の人権が十分に尊重されるように、介護保険法をはじめとして、人員や運営に関する基準等に沿ったケアマネジメント業務を実施する。さらに、事業所マニュアルに関しても、適宜見直しを行う。

また、個人情報の保護に関して、情報管理に必要な対応を徹底するとともに、利用者・家族からのサービスに関する苦情・要望等の申し出に対しては、迅速かつ適切に対応し、利用者・家族の希望や意向が十分に尊重されるように努める。

### 【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 17 条部門

## 【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、通所介護サービスの利用ニーズは、高まっており、平成22年4月より利用定員20名から25名への増員を予定し、状況に応じて、今年度中に利用定員を30名程度まで増やすことを目指す。

### （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北17条広報誌『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、運転中の車輛事故等を防ぎ、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。

通所介護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、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、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。

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 22 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）				
	ゲーム（オセロ、将棋等、麻雀）、パソコン				
	脳トレーニング（計算、間違い探し、漢字書き取り等）				
午後	集団体操				
	全体でのレクリエーション				
	麻雀				

別表②『平成 22 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	近隣の公園等へ	5月後半～7月前半 外出行事（外食・観光）
6月	運動会	風船バレー等運動のゲーム	
7月	映画鑑賞	大型スクリーンにて鑑賞	
8月	茶話会	青空パーラー	
9月	敬老会	松花堂弁当形式等の食事提供	9月後半～11月前半 外出行事（外食・観光）
10月	紅葉狩り	近隣の公園等へ	
11月	文化祭	作品作り	
12月	クリスマス会	ケーキ作り等、お鍋の提供	
1月	新年会	新年の遊び・お茶会等	
2月	節分会	豆まき、お鍋の提供	
3月	ひな祭り	お菓子づくり	