

平成 23 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	20
1 介護老人福祉施設	20
2 ショートステイ事業	23
3 デイサービス（通所介護・介護予防通所介護）	24
4 デイサービス（認知症対応型通所介護）	27
5 ホームヘルプサービス事業	32
6 居宅介護支援事業所	34
7 ケアハウス	36
8 グループホーム	39
9 生活支援ハウス	43
10 障害者福祉サービス事業	45
11 地域交流事業	46
はっさむ部門	48
I 運営方針	49
II 各部門別重点目標	50
(1) 生活相談支援部門	50
(3) 介護・看護部門	51
(4) 給食部門	52
III 職員会議	53
IV 事業別事業計画	55
1 介護老人福祉施設	55
2 ショートステイ事業	57
3 デイサービス（通所介護）事業	59
4 居宅介護支援事業所（はっさむはる）	64
5 地域交流事業	66
北17条部門	68

# 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。

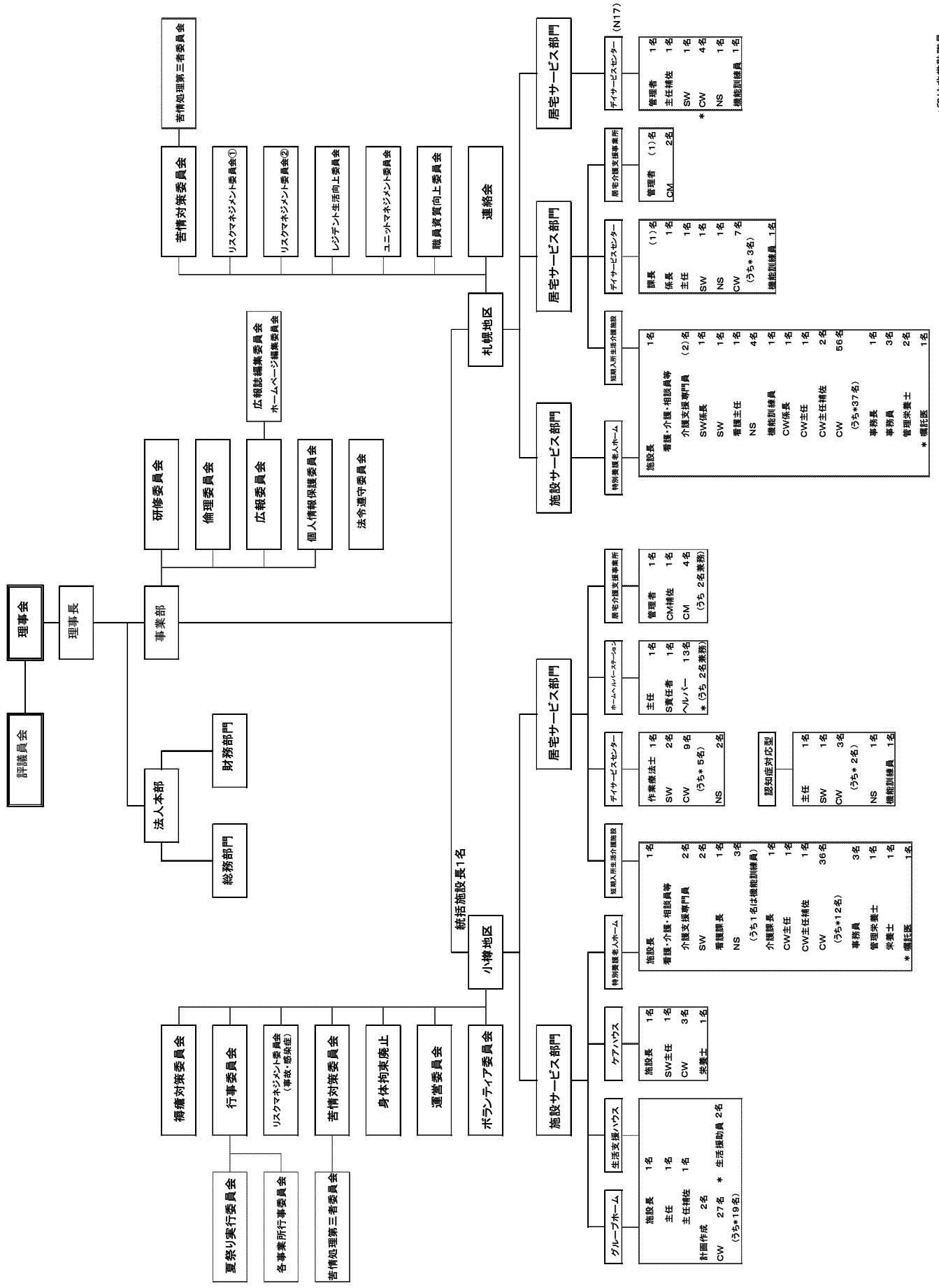
### **(3) その他老人福祉法の定めによる事業、小樽市等から委託を受けた事業**

- 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



\*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23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23年度 研修計画

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（各事業所）	
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
	経理研修①（課長クラス）	法人の収支状況について
		財務諸表などについて
	DS職員スキルアップ研修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
	経理研修②（係長クラス）	法人の収支状況
		財務諸表などについて
	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（各事業所）
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
	経理研修③（主任クラス）	法人の収支状況について
		財務諸表などについて
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
	フォローアップ研修③（現任）	スーパービジョン（初級編）
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

## 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23年度は、「ホスピスケアとコミュニティケア」という法人理念に基づき、それぞれの事業所で「緩和ケア」が実践されるよう、各事業所が主体的に課題を見つけ、積極的な姿勢で事業に取り組むこととする。

また、職員一人ひとりが、高齢者等と「共に生きる」ことを模索し、実践を通して成長できるよう、スーパービジョンの充実に努めながら、以下の実践を行う。

### 1. コミュニティにおける各事業所の役割を拡大・発展させる

これまで培ってきた地域住民からの信頼に甘えることなく、制度の狭間にあるニーズにも応えることができる事業所を目指して、職員一人ひとりが、従来の枠組みに捉われない発想で事業所の運営にあたる。また、22年度にスタートした「社会福祉フォーラム」をさらに発展させ、社会の様々な課題に取り組む社会福祉法人としての使命を明確にしていく。

### 2. 利用者及び職員の「食と健康」に関する取り組みを行う

「介護とは何か」という原点に立ち返り、「暮らしを支える」施設における各専門職のあるべき姿について、「食と健康」というテーマを通して、実践・考察を深める。

### 3. 職員の専門性向上のための取り組みを充実させる

「小樽市相談員連絡会」の立ち上げと運営、「介護福祉士による事例検討会」の開催、「法人内事例発表会」の開催、「実践事例集」の作成等、各専門職の資質向上を目指した取り組みを充実させる。

### 4. ホスピタリティの浸透を図る

全職員が、「より良いサービス」提供のあり方を模索し、相手の立場に立って行動ができるよう、各事業所での指導を徹底する。

### 5. 新たなサービスの開発に挑戦する

今後の介護保険制度等、社会福祉制度の方向性を見極めながら、各事業所が、社会福祉法人としての存在価値を高められるようなサービスの開発に挑戦する。

## Ⅱ 各部門別重点目標

### (1) 事務部門 (小樽・札幌共通)

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、行政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、利用料の未収金管理を徹底し収納率向上等を図る。
- ・個人情報取り扱いについて、関係法令を順守し適正、且つ安全に取り扱う。
- ・職員給与支給、出退勤等を含む労務管理について、法令に基づき適正な管理に努める。
- ・法令や社会情勢の変化に伴い、各種規程の見直しと改定の作業を推進する。
- ・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および人員の確保を図る。
- ・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い、併せて、経理の研修会を定期的に関き、職員が法人の運営状況の把握のため現状報告を行う。
- ・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、定期的な整備点検を行い安全管理に努める。
- ・ホームページを活用し、法人の運営状況、利用状況等を発信しながら営業活動や、職員採用へと繋げていく。
- ・職員に対し、定期的に健康診断及び腰痛検診を実施し、心身の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。
- ・保守契約の見直しを含む、経費削減に努め長期的な健全運営を目指す。

### (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。

- ・利用者の生活の楽しみにつながるような企画を計画する。

## 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

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行為を行わず、見守りや工夫の中で安心して生活していただけるケアへの取り組み
- ・高齢者虐待に対する職員の理解を深め、人権や尊厳に最大限配慮したよりよいケアの構築に向けた取り組み
- ・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、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、生活リハビリ・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、多職種と連携して状況にあった栄養ケアプランを作成する。また、身体状況に合わせ随時栄養ケアプランの見直しを行う。
- ・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、利用者または家族にサービス内容をわかり易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。
- ・認知症高齢者ケアの充実に向け、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学習及び実践・ケアに取り組む。
- ・抑制ゼロのケアを推進するため、身体拘束に関する学習会を定期的実施し、職員の理解を深め意識改善に取り組み、実践の中での工夫を行なう。また、転倒等の事故防止対策を綿密に整備し、さまざまな視点で再発予防に向けた取り組みを行なう。
  - ・高齢者虐待に対する学習会を定期的実施し、日々の業務の中でスーパーヴィジョン、OJT、プリセプターシップなどの手法を用いて職員夫々の介護実践の振り返りをおこない、利用者理解を深め、利用者の特性に応じて質量ともに「適切なケア」がおこなえるよう取り組む。
  - ・施設内外の研修受講のほか、職員間で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、適正に迅速に行われるよう調整に努める。
- ・多種慢性疾患を抱え、または、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。また定期的なバイタル測定や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、レジオネラ菌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知識の学習会を企画開催する。特に、誤嚥性肺炎の防止について口腔ケアについての知識を深めるための学習会と看取り期にある利用者の心身機能を理解す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、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、家族に参加を促しながら、常に多職種と連携し検討する。
- ・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共に、利用者の参加意欲を向上させるものとなるようなサービスを計画し、展開する。
- ・レクレーションを通して、利用者が職員・ボランティアの方々や他利用者との交流を持つ中で、打ち解けた楽しい時間を過ごすこと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、利用者個々の栄養状態・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。
- ・食品・衛生管理を徹底し、利用者が安全で快適な食生活を送ることができるように努める。
- ・感染症予防を徹底すると共に、厨房内外の発生時に迅速に対応できる体制を強化する。
- ・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、利用者と共に旬の野菜の栽培・収穫と調理を行なうことで、食に対する興味を引き出せるよう努める。
- ・年間行事を通し、利用者の前で調理・提供を行なう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。
- ・新しいメニューを積極的に取り入れ、食べる楽しみを感じられる食事の提供に努める。
- ・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、時々の食事摂取状況に応じた食事の提供ができるよう、他職種と連携をとりながらメニューの充実を図る。  
また、咀嚼・嚥下機能の低下が見られる利用者に対応した、ソフト食またはゼリー食の研究と提供に努める。
- ・外部研修へ積極的に参加し、給食サービスの向上に生かす。

#### 【年間行事食予定一覧表】

	ホーム	デイサービス
4月	祝日行事食（昭和の日）	誕生会・健康食の日・祝日行事食
5月	祝日行事食（こどもの日）	誕生会・健康食の日・祝日行事食
6月	未定	誕生会・健康食の日
7月	祝日行事食（海の日）	誕生会・健康食の日・祝日行事食
8月	デザートバイキング	誕生会・健康食の日・青空パーティー
9月	敬老会・祝日行事食	誕生会・健康食の日・敬老会
10月	土用の丑（うなぎの提供）	誕生会・健康食の日・土用の丑
11月	祝日行事食（文化の日）	誕生会・寿司パーティー・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・健康食の日・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・祝日行事食

### 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、介護職 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4火曜日 18:00～19:00	施設長、各課長、各主任、主任補佐、 ソーシャルワーカー	関係者
	サービス担当者 会議	毎週 2F 月・木 10:00～10:30 3F 火・金 10:00～10:30	施設長、介護職、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	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	不定期 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、介護支援専門員	関係者
	フロア会議	毎月1回 各フロア 2F第3水曜日19時～20時 3F第3金曜日19時～20時	介護職	関係者
臨 時	入所判定会議	適宜(年4回程度)	施設長、看護課長、介護課長、 ソーシャルワーカー、栄養士、介護支援専門員	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。

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。身体拘束が行われる場合、身体拘束委員会で検討し、毎日の記録と随時評価をおこなう。身体拘束の継続の必要性がなくなった時点で速やかに解除する。

##### (7) 高齢者虐待の防止

利用者の人権の擁護、虐待の防止のため、責任者を配置する等必要な体制の整備をおこなうとともに、職員に対する研修を定期的実施する。

##### (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おこない、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、適宜評価をおこない、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、同意を得て交付するものとする。

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を図る。

## (2) 快適な環境の提供

居室はプライベートな空間にとらえ、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3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、課題を把握し、対策について検討調整する。

## (5) 各階フロアの組織的取り組みによるケアの充実及び継続

主任・主任補佐を中心として各フロア、グループにおける課題を明確化させ、適宜速やかに相談、報告、検討をおこな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おこない、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。

## (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努める。

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。

希望または必要に応じ、家族の介護指導をおこなう。

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	外食ドライブ	寿しバイキング
5月	お花見ドライブ	母の日献立
6月	水族館見学 お祭り見学	父の日献立
7月	はる夏祭り	海の日献立
8月	納涼祭 赤岩祭り見学	七夕献立
9月	敬老会 秋の彼岸祭	十五夜献立、お彼岸献立
10月	紅葉狩りドライブ	体育の日お弁当
11月	外食ドライブ	バイキング
12月	クリスマス会 餅つき	クリスマス献立、年越し献立
1月	新年会 鍋パーティー	おせち献立、七草粥
2月	節分豆まき	節分献立
3月	ひな祭り 春の彼岸祭	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おこなう。

### (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おこなっていく。

### (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おこない、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おこなう。

#### (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おこなっていく。

#### (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

障害者自立支援制度のもと、障害者福祉サービスの相談・提供をおこなう。

### 【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おこなう。

#### (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おこな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「共通的サービス」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・改善及び日常生活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。

さらに、要介護認定の有無に関わらず地域の高齢者に対する健康と福祉の意識向上に向けての啓蒙活動及び地域住民に対する福祉教育等を実践することで地域コミュニティの増進を図っていくものとする。

また、サービス利用の啓発や契約前の「おためし利用」も継続していくことで、利用に係る不安等を解消し、円滑なサービス利用に繋げていく。

### （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を行う。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行っていく。

### （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即日行くと共に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働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についても積極的に行なっていく。

## 【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に実施する。

## (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・脈伯・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、上下肢筋力強化運動・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、選択食や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、年2回のアンケート調査の実施から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。

#### **(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、認知症を呈する各疾患の理解と対象者理解のアセスメントから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、個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**

『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即日行うと共に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。

### **(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、上下肢筋力強化運動・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

食事の楽しみが満たされるように選択食や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、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。

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）	マーじゃん、折り紙、カラオケ、美容
火	手芸	音楽療法 ふまネット、カラオケ、法引き、美容
水	ステンシル	折り紙、カラオケ、美容、料理（月2回）
木	手芸	ふまネット、カラオケ、法引き、美容
金	ステンシル	音楽療法 映画、カラオケ、美容、俳句（月1回）

別表②〈デイサービス 年間行事予定表〉

	月行事	その他
4月	音楽・芸能鑑賞会	
5月	お花見	
6月	大運動会	外出レクレーション（お花見ドライブなど）
7月	青空パーラー	
8月	夏祭り・盆踊り	作品展示会
9月	敬老会	
10月	紅葉狩り	外出レクレーション（お花見ドライブなど）
11月	文化祭	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○脳トレーニング</li> <li>・ 簡単計算</li> <li>・ 音読</li> <li>・ 漢字</li> <li>・ 読み書き</li> <li>・ パズル</li> <li>・ 書写</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○手作業</li> <li>・ 折紙</li> <li>・ ステンシル</li> <li>・ 作品作り</li> <li>・ おやつ作り</li> <li>○囲碁</li> <li>○将棋</li> <li>○園芸（夏季）</li> <li>○音楽療法（火曜日・金曜日）</li> </ul>
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、施設内外の研修には積極的に参加する。スキルアップ研修ではヘルパー自ら講師を務める等、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。
- 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に読みやすく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

外出の機会が少ない利用者の希望を取り入れ、今年度はお花見やドライブのほか、新しく買い物ツアーを企画し、生活の活性化を図る。又、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

広報誌「ヘルパーだより」は、今年も年3回の発行を行う。

全利用者に配布し話題を共有することで、より一層理解を深めあうことを図る。

又、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターにも配布し、ステーションのサービス内容や余暇活動の情報を伝えることで、利用者確保に繋げる。

## 【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。また、介護者支援の視点から「介護者の集い」を開催し、介護者への側面的な支援の展開を図っていく。

#### 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。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 在宅介護支援(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、個別のニーズや課題を明かにできるように、個々のケアマネ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ぬよう、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、ケアマネジャー間の意見交換・方針決定、また研修などの伝達場として、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。

### ⑤「介護者の集い」の開催

介護者支援の視点から、介護者同士の交流や有益な情報収集の場となるよう介護者の集いを開催し、介護者の側面的な支援を図っていく。また、集いの際に居宅介護支援に関し

てのアンケート調査も合わせて実施し、結果を日々の相談援助に反映できるようにしていく。

## 7 ケアハウス

### 【基本方針】

- ・利用者の自主性を尊重し、明るく健康で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、自立した生活の継続を支援する。
- ・地域に開かれたケアハウスを目指し、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、利用者の自主性や体調に配慮しながら実施する。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深めるとともに、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。
- ・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とともに、今までにない食時提供方法を考案する。
- ・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。また、メニューだけではなく、実際に調理する現場の中でも創意工夫を凝らす。
- ・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、かかり付け医師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	3名	
・栄養士	1名	

### 【職員研修】

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

### 【防災計画・防災訓練】

- ・災害その他緊急の非常事態に備え、防災（消防）計画を定め、その計画をもとに年2回以上防災・避難訓練を実施し、利用者の防災意識の向上に努める。
- ・非常時に職員または守衛員との連携がとれるように、利用者の中から各階ごとに連絡員を選出し、防災及び非常時の心得を共有し協力体制がとれるよう努める。
- ・施設内のみで対処できない場合の非常事態の発生に備え、日頃より地域に協力を仰ぎ、その連携の上での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23年度ケアハウスはる行事計画】**

月	行 事	保健衛生・防災	会議・集会等
月例等	誕生会、ビデオ上映会 お楽しみ入浴	バイタルチェック（毎週実施）	入居者懇談会（隔月実施）
4月	お茶会	避難訓練	資源回収 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	・ 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、精神的な安定ができ、自分らしく充実した生活が送れるよう援助する。

MRO法（モティファイト・リアリティ・リエンテーション/実際の生活による見当識再生誘導）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。また、認知症ケアの研究をし、認知症の緩和ケアの表現化を目指していく。

#### **(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。

重度化した場合は、心身状況を適切なアセスメントの上、福祉用具（電動ベットや車椅子）を選択し提供する。

安心、安楽であり快適な生活のため、温湿度の管理や騒音への配慮など細やかな配慮を行い、ストレスや苦痛のない生活を目指す。

#### (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や婦人部活動などを実施し、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、日常動作や簡単なリハビリテーションを通して、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・防災活動予定
4月	開設記念、ドライブ、春のお茶会 婦人部：会合・春のお茶会の開催	開設記念献立	
5月	お花見、端午の節句、町内会花壇づくり 婦人部：会合・東屋花植え活動	お花見弁当、端午の節句料理	
6月	日帰り温泉旅行 婦人部：会合	外食	地域との避難訓練
7月	くだもの狩り、夏祭り、小旅行、町内会 行事参加 婦人部：会合・ジンギスカン炊き出し	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 婦人部：特養での活動（喫茶開催）	七夕献立、焼肉	
9月	お月見、敬老会、彼岸祭、一泊旅行、収 穫祭 婦人部：会合・収穫祭準備	お月見・お彼岸献立、敬老祝膳、 収穫祭献立、	地域との避難訓練
10月	もみじ狩り、くだもの狩り、ハロウィン 焼き芋会 婦人部：会合	外食	
11月	ドライブ、芸術発表会、秋のお茶会 婦人部：秋のお茶会開催	鍋料理、ケーキバイキング	インフルエンザ <sup>※</sup> 予防接種
12月	餅つき、クリスマス喫茶、大掃除 婦人部：会合・フラワーアレンジメント、忘年会	クリスマス献立、年越し献立	
1月	お正月、冬の大運動会 婦人部：会合・新年会	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	

	婦人部：会合		
3月	ひな祭り、彼岸祭 婦人部：会合・報告会	ひな祭り献立、お彼岸献立	
毎月 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、地域の方と良好で気軽な関係づくりをし、気軽に立ち寄ることができるグループホームを目指す。

利用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、認知症の理解やグループホームの役割などの働きかけを強化していく。

### （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。グループホーム内での学習会では、介護力の平均化、質の高い人材育成のために、経験年数別にて不足している知識及び技術等を分析し、集中的な習得を目指す。また、介護福祉士の専門性について研鑽し、その専門性を具現化し、一人一人が自覚し、質の高いケア理念がもてるよう目指す。

### （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に対し、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。

・食生活では、コレステロールや中性脂肪の減少、体重の減少、便秘の改善など、十六雑穀米や黒豆茶などを取り入れ、カロリー等が少なく満足感のあるバランス良い食事提供を実施し、健康な生活を目指していく。

### (11) 事故防止及び防災について

事故報告書を収集し、事故防止委員会にて、客観的に事故の原因分析を行い、再発防止に努め、職員一人一人の意識の向上に努めていく。

火災及び災害対策として、詳細な避難計画の立案、施設内外の月1回の自主点検、年2回の地域住民等参加の避難訓練、各防災用品の準備及び点検を行い、職員一人一人の防災に対する意識を高め、火災をおこさず、また非常に備えていく。

### (12) 職員としての資質

信頼されるサービス提供のために、法人理念を理解し、一生懸命にその実現を目指していく。丁寧で誠実な接遇態度で、思いやりのある関わりで、温もりのあるグループホームケアを目指していく。

#### 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。

### (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るとともに、施設への理解と協力関係を深める。
- ・隣接する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）	バイタルチェック（毎週実施）

	ビデオ上映会 カラオケ（隔月） 季節の湯（3日間） 園芸活動	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、盆踊り、小旅行、懇談会	
9月	お月見、敬老会	避難訓練
10月	もみじ狩り、収穫祭	
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支援し、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、「老い」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、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

平成 23 年度は開設 5 年を迎える決算の年であり、これまで私たちが大切にしてきた事と日々の暮らし、安定した命の営み（食事・排せつ・睡眠）の見直しと充実を図る。

平成 21 年頃から入所者の嚥下機能の低下が顕著となりその対策に苦慮した。平成 22 年度は言語聴覚療法士のボランティアが“チームの一員”として加わり、より専門的な食事と口腔機能の関係、口腔ケアの方法、嚥下と咀嚼に関する知識と技術を学ぶ機会を得て、利用者のケアに反映する取り組みをしてきた。

平成 23 年度はこれらの実践を基に、“はっさむはる”の入所者が最期まで味覚を満ちし美味しく安全に、可能な限り自分の口で食物や水分を摂る事が継続できると共に、職員が更なる専門知識と技術の習得ができる様に施設全体として取り組み、質の高い命の営みとより良いケアの提供ができるように職員の資質向上に務める。

### 1. 持続的な経口摂取継続の取組みと色彩豊かな食事の提供

言語聴覚療法士（ボランティア）の支援を得て、入所者一人ひとりの適切な食事形体、咀嚼・嚥下の評価、より丁寧な口腔ケアの手法を学び、入所者の誰もが最期まで、食を楽しみ安全な食事が続けられる取組みを実践する。

職員の誰もが適切な食事形体を把握ができる評価方法を確立し、更にこれらを実現するために職員の知識と技術の習得が図れるように取り組む。

日々の食事が味覚と視覚を満足できるように、メニューと調理の工夫を行い、更に食事内容と味の質の向上を図り、欠食や残量の減少を目指す取り組みを給食業者と共に行い、最期まで尊厳ある生の営みができる食事の提供を行う。

### 2. コミュニティケアの視点での施設からのメッセージの発信

高齢者施設は「高齢者ケアの専門家集団でありケアの専門的な知的財産を有する社会資源」である。その資源を活用し入所者の家族と地域の方たちに向けての社会貢献活動、“施設主催の学習の機会”を設定し知的、技術的な財産の社会還元を図る取り組みをする。

### 3. 稼働の安定を図る

施設経営には高い稼働収入が不可欠で、平成 22 年度の稼働を受けて、平成 23 年度の各事業所の稼働目標を「特養 98%、ショート 96%、デイはる 92%、デイ北 17 条はる 91%」とする。しかし“デイ北 17 条はる”は昨年度に続き、年度途中での定員引き上げを予定、最終目標を 89%とする。また稼働の維持と共に心を込めた温かいケアの実践を継続する。

居宅介護支援事業所は地道ながら定員限度までの人数を抱えて運営しており、現状を維持し在宅生活が継続できるように心を込めて支援する。

### 4. 職員の支援

離職者が減少する取組み、気持ちの支援、仲間での支え合いの仕組みを更に充実させると共に現在、職員が企画している会議・学習の機会の支援を継続する。

## Ⅱ 各部門別重点目標

### (1) 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れ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。
- ・ 入居者主体の『婦人部（仮称）』を発足し、地域の町内会と共に、施設内・外で共同の活動ができることを目指す。
- ・ 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4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

スタッフ一人ひとりが、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毎日行う。
- ・ 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。
- ・ 褥瘡ゼロを確立するため、褥瘡予防委員会を中心に予防、再発防止の取り組みを行う。
- ・ 家庭的な雰囲気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。
- ・ レジデント生活向上委員会を中心に自己選択を基本としたアクティビティ・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できるように努める。
- ・ 個別ケア実践にあたり、利用者及び家族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原案を作成する。利用者及び家族と共にサービス担当者会議を開催しサービス内容をわかりやすく説明する機会を確保しケアプランの同意を得るように努める。また、3ヶ月に1度のモニタリングの実施、状況変化においては即時評価を行い修正プランを作成する。
- ・ サービス担当者会議では、ケアプラン内容に留まらず、ご家族から普段の気がかりな事などを引き出せる時間となるように配慮する。
- ・ 機能回復訓練やレクリエーションを計画的に行い、ゆっくりとした生活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、職員自身が環境である事を自覚し適切な介護が行えるように取り組む。
- ・ 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、常日頃より利用者を把握していることで早期の異常発見をみきわめができ判断力と直観力を身につけられるよう努める。
- ・ 利用者の全体像を把握し御家族に情報提供ができ情報を共有することで信頼関係が築けるように努める。

- ・施設の終末期のケア方針や看取り期の予測を御家族がイメージできるような説明を適時・適切に伝える。
- ・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（はっさむはる）

- ・「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・交付のプロセスを実施する。
- ・利用者の低栄養状態の改善にあたっては、利用者の基本的な日常生活行為であり、生きる意欲や楽しみにつながる「口から食べること」を優先的な課題として、多職種と協働で行う。
- ・ノロウイルスや食中毒等の事故を予防し、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、個人的嗜好にも極力対応した食事内容や、他職種と連携し利用者の嚥下状態に合った食事形態の提供を行う。
- ・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。
- ・利用者に来てたての食事を楽しんで貰えるよう、定期的にユニットの内で調理の実演を行い、調理中の音や香りを感じたり、また調理作業を一緒に行うなどし、出来立ての料理や雰囲気味わってもらおうよう努める（生寿司・ぎょうざ・天ぷら・お好み焼きなど）。

### 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	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おくれるよう、環境を整えると同時に、炊事、洗濯、掃除、家庭菜園等の生活体験を通し症状の改善・安定を試みる。

### (7) 家族のケア

利用者の状況に関し、家族が必要とする情報を必要に応じ、いつでも提供できるようにし、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・看取りケア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、語れる機会を設ける。

(例：命日にあわせての訪問やお手紙・電話などでコンタクトをとる)

### (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。

## 1 2 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。

## 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、利用者の心身機能の維持・向上や社会交流、入浴機会の確保、介護者の負担軽減等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る中で、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、平成22年4月より定員を40名に引き上げているが、一日平均36名を維持していく為、新規・体験利用の調整、かつ、レクリエーションや昨年度から取り入れた個別クラブ活動の更なる充実を行っていく。

### (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。また、昨年度実施した個別事例研究も継続して行っていきたい。

## (3) 利用者・家族・地域との信頼関係づくり

利用者・家族、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、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、エアロバイク等）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 23 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 折り紙クラブ	麻雀 カラオケクラブ	麻雀 手芸
14:00 ～ 15:00	集団体操（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 23 年度年間行事予定』

月	行事名	行事内容	
4月	春の茶話会	カラオケ・お茶会等	
5月	お花見ツアー	近隣の農試公園等へドライブ	5月後半～9月後半 外出行事（観光、買物、外食）
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	夏祭り月間	盆踊り体操や夏にちなんだゲーム	
9月	スポーツ大会	様々な種類の運動ゲーム等	
10月	敬老会	バイキング形式等のおやつ提供	芸能披露（ボランティア参加）
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	冬の装飾品作り等	
1月	新年会	カラオケ・新年の遊び	
2月	節分	豆まきにちなんだゲーム等	
3月	ひな祭り	ひな人形作り、映画鑑賞会	

\* 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。10月前後を予定。

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



## 4 居宅介護支援事業所（はっさむはる）

### 【基本方針】

平成24年度に予定されている介護保険制度の見直し・報酬改定に向けて、地域での高齢者の生活を支えるケアのあり方や、ケアマネジメントの果たすべき役割について議論が行われている。

その中で、独居や高齢夫婦世帯の利用者や要介護度の高い高齢者などが、住み慣れた地域で安心して生活を続けられるように、24時間対応定期巡回・随時訪問サービスや複合型サービスなどの新たなサービス導入も検討されているほか、ケアマネジメントに関しても、利用者のニーズに沿って自立支援を促進するなど、その質の向上が求められている。

当事業所においても、次年度の制度見直し・報酬改定に即した対応ができるように、情報収集や体制整備などを進める。また、下記項目について重点的に取り組み、サービスの質の向上を図ることで、利用者の在宅生活の継続がより良い形で実現できることを目指していく。

### （1）ケアマネジメントの質の向上

適切なケアマネジメントにより、利用者の心身機能の維持・向上や自立支援、家族の介護負担軽減などそれぞれの利用者が抱えているニーズを充足できるように、アセスメントやプランニング、モニタリングなどケアマネジメント技術を向上することが求められる。さらに、認知症高齢者への対応や高齢者虐待、ターミナルケアなど、専門的な知識を持って対応することが必要な利用者も増えてきている。そのため、法人内外の研修への参加を計画的に実施するほか、事例研究にも積極的に取り組むこととする。また、いわゆる「困難事例」については、事業所内で情報共有し、支援内容・方法について協議する機会を作り、適切な支援が行われることを目指す。

また、チームアプローチの視点から、個々の利用者の状態にあったサービスが提供できるように、地域内の居宅サービス事業者やインフォーマルサービスに関して、常に最新の情報を得るように努める。さらに、札幌市の介護支援専門員連絡協議会の集会等に参加するほか、地域包括支援センターや行政機関、介護保険施設、医療機関などとも、日頃から連携を図ることとする。

### （2）主任介護支援専門員の資格取得・「特定事業所加算（Ⅱ）」の算定

昨年度に、当事業所のケアマネジャーが主任介護支援専門員の研修受講の要件を満たし、今年度後半には研修を受講し、資格を取得する見込みとなっている。

当該研修の受講により、ケアマネジャーがさらに質の高い知識・技術を身に付け、地域の様々なニーズに応えられる事業所となることを目指す。

また、主任介護支援専門員の資格取得に伴い、適正な事業運営とともに定期的な会議の開催を行うことで「特定事業所加算（Ⅱ）」の算定要件を満たすこととなる。加算算定の開始は今年度末の予定であるが、毎月の給付管理数の維持・増加を図ることと併せて、事業所収支の改善を目指す。

なお、ケアマネジャー1人あたりの給付管理数が40件を超える場合には、ケアマネジャーの増員も検討する。

### (3) 法令・倫理等に沿った事業運営

介護保険法をはじめとして、人員や運営に関する基準等を随時確認するとともに、事業所マニュアルの見直しや業務チェックリストの活用などを通じて、適切な事業運営を行うものとする。

さらに、人権尊重の観点から、個人情報漏洩などの事故が起こらないように、事業所内での文書管理や関係機関への情報提供など十分に注意する。また、利用者・家族からのサービスに関する苦情・要望等への対応や、高齢者虐待を発見した場合の関係機関への通報など、迅速かつ適切に対応するものとする。

## 【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

原則として居宅での面接を行ない、利用者・家族の心身状況や生活全般について情報を収集する。その上で、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、専門的な視点での課題分析を行なう。

#### 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目標やサービス内容について決定する。目標設定の際には、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となるよう心がける。また、サービス事業所の選定にあたっては、中立・公正な立場で、利用者・家族の意向を十分に尊重して決定する。

居宅サービス事業者の選定後、利用調整を行なった上で、利用者・家族が理解しやすい表現にて、居宅サービス計画書原案を作成する。

居宅サービス計画書原案は、サービス担当者会議を開催し、必要に応じて内容を修正した上で、利用者・家族に説明して同意を得て交付する。また、サービス提供事業者等にも迅速に交付する。

#### ④ サービス担当者会議の開催

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、利用者の心身状況に大きな変化があった際など必要に応じて、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）する。会議の開催にあたっては、利用者及び家族のほか、主治医や居宅サービス事業者の担当者が可能な限り出席できるように日程を調整する。

会議では、利用者・家族が意見や希望を自由に述べられるように配慮するとともに、担当者から居宅サービス計画書(原案)に関して専門的な意見を聴取し、サービス内容や目標の確認、支援方針の統一のほか、関係機関との情報交換を行う。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。

#### ⑤ 利用者宅への訪問・モニタリング

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。

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、モニタリングを実施する。

利用者・家族、事業者へのモニタリング内容は、「モニタリング総括票」に記録する。モニタリングの結果、必要な場合には、再アセスメントやサービス担当者会議等を経た上で、居宅サービス計画を変更する。

#### ⑥ 支援経過の記録・管理

①～⑤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。

#### ⑦ 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に、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、様々な取り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23年7月までに利用定員25名から30名へ増員し、状況に応じて、今年度中に利用定員を33名にし、実利用30名を目指す。

看護職員を1名増員し、機能訓練指導員を配置、個別機能訓練加算対応を実施する予定。

### （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

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**

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、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 23 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（手芸等、塗り絵等）				
	ゲーム（オセロ、将棋、麻雀、囲碁）				
脳トレーニング（計算、間違い探し、漢字書き取り等）					
午後	音楽クラブ・集団体操				
	全体でのレクリエーション 麻雀・将棋・囲碁				

別表②『平成 23 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	運動会のようなゲーム	
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月前半～10月後半 外出行事（外食・観光）
10月	映画鑑賞	大型スクリーンにて鑑賞	
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	