

平成18年度 社会福祉法人いいたて福祉会事業計画について

1. 平成18年度	社会福祉法人いいたて福祉会事業計画・・・・・・・・・・	1
2. 平成18年度	特別養護老人ホームいいたてホーム事業計画・・・・・・・・	2～ 5
3. 平成18年度	特別養護老人ホームいいたてホーム医務室事業計画・・・	6～ 8
5. 平成18年度	特別養護老人ホームいいたてホーム厨房事業計画・・・・	9
6. 平成18年度	いいたてデイサービスセンター事業計画・・・・・・・・・・	10～14
7. 平成18年度	いいたてヘルパーステーション訪問介護事業計画・・・・	15
8. 平成18年度	いいたてヘルパーステーション訪問入浴介護事業計画・・・	16
9. 平成18年度	いいたて在宅介護支援センター 指定居宅介護支援事業計画・・・・・・・・・・・・・・・・	17～19
10. 平成18年度	飯舘村地域包括支援センター事業計画・・・・・・・・・・	20～21
11. 平成18年度	事務室事業計画・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	22～23

平成18年度 社会福祉法人いいたて福祉会事業計画

1. 基本方針

介護保険制度の改正に伴い、新たな予防給付事業や自立支援事業等が追加、更に介護報酬も改正されたものの、その内容は未だ厳しい状況にあることから、法人全体の経営も厳しい状況が予測される。このような状況のなか、定期的な理事会・評議員会・監事会を開催し安定した経営を目指すため、法人役員として自己研鑽に努める。

また、ホーム事業に於いては、ユニットケアを強化推進するため、既存部分の改修工事を行い、平成16年度増築部分のハード面に近づけることで、より良いサービスの提供を還元する等、積極的に運営に参加し、当会らしい施設づくりを目指す。

2. 事業内容

- ・理事会・評議員会・監事会の開催
 - ア. 理事会年4回、評議員会年2回、監事会年1回を基準に開催する。
 - 予算、決算、基本財産、事業計画及び事業報告の審議
 - 定款及び諸規程変更の審議
 - その他必要に応じて臨時に理事及び評議員を召集し審議する。
- ・役員研修
 - ア. 県内外の優良な施設及び先進施設を選定し、次の研修会を実施する。
 - 充実した運営及び経営のノウハウに関すること。
 - 役員研修に関すること。
 - イ. 関係機関が主催する役員研修会に参加する。

3. その他

- ご利用者等とのコミュニケーションを図る交流会の実施
- 家族会（ご利用者含む）と当会役職員との交流会を実施
 - ホームの主行事に参加（主行事に案内通知をする。）

平成18年度 特別養護老人ホームいいたてホーム事業計画

1. 基本方針

“家の暮らし”をテーマに、在宅の延長線上であるような生活を送れるよう、ご利用者一人ひとりが自分らしく“生き”“活き”と生活できることに重点をおいた“支援”を基本とする。

2. 具体的な施策

1) ご利用者を尊重した生活スタイルの展開

- ① ADL（日常生活動作）を熟知し、一人ひとりに合った支援が行えるようにする。

（個別毎のADL表作成→家毎に整理し必要に応じてパソコンを開いて情報を得、また情報を随時更新することで、通常支援はもとよりタイムリーな支援を行う。）

- ② 一人ひとりの生活リズムを大切にし、無理のない生活を送れるようにする。

（起きたい時間に起き、寝たい時間に寝る。参加したい行事に参加する等、可能な限り選択できるような生活の提供を行う。）

- ③ ご家族との連絡を密にし、現在の生活の状況提供やメンタル面の支えになって頂けるようにする。

（面会だけに頼らず、積極的に電話で話をする、手紙の交換をする等、ご利用者の精神安定を図る。また、職員は家族との連絡を積極的に行い、信頼関係を深めるよう努める。）

- ④ 「自分らしい生活」「自由な生活」を念頭に、一つでも願いや希望が叶えられるよう支援に努める。

（今日は入浴したくない、別な場所で食事をしてみたい等、ご利用者が、今考えていることを気軽に伝えられる環境整備づくりと、また、意思疎通困難なご利用者が、何を考えていらっしゃるのかを察することができるように努め、支援をする。）

- ⑤ 孤立することなく、家の一員として生活できるように支援する。

（一人ひとりの時間を大切にしながら、他のご利用者とも会話ができるような支援方法を探り出す。また、役割を設けることにより自分が役に立っているという自信や存在を確認出来るような声かけや励ましをする。）

- ⑥ ご利用者とのタッチに心がけ、信頼関係を築き安心して生活ができるよう支援する。

（あらゆる場面で適切な援助や支援、ボディタッチにより、安心され、信頼関係が深まるように努める。）

- ⑦ 共同生活なのだから皆と同じ物を使用しなければならないという観念を脱却して頂く。

（在宅であれば、ごく自然に行われている行為を少しでも取り入れられるように努める。例えば：入浴時のマイタオル、マイバスタオルの使用等）

- ⑧ ケア会議を定期的実施し、ご利用者の自立を目指す。

（ご本人のライフスタイルを大切にされた支援計画を作成し自立支援を目指す。）

- ⑨ 身体拘束ゼロのケアを継続

（声かけ（言葉）や表情（態度）も、内容によっては拘束になることを理解する。）

2) 介護職員のレベルアップと充実

- ① 基礎介護技術から、ご利用者のレベルに合わせた応用介護技術を身につけケアにあたる。
(ご利用者のレベルは日々変化し、その都度、対応が適切に行われるようにする。)
- ② 「いいたてホームの目指すケア」を常に念頭に置き、職員一人ひとりが同じ気持ちで支援することができるよう、月1回の家会議や全体定例会にて於いて、各家の現況・課題・取り組み等を報告し、全体で確認を繰り返す。
(各家の取り組み確認と、問題意識を常に持つことで、質の向上を図る。)
- ③ データ管理の充実を図る。
(パソコン等を活用することで、様々なデータを得、集計し評価することで、ケアにフィードバックする。)
- ④ 各種研修会へ積極的に参加することで、新たに学び得たものをフィードバックし、一人ひとりのスキルアップを目指す。
(研修会等で得た知識や技術を定例会議で報告や実演等により全体で習得する。)

3) 他事業所との連携の充実

- ① 常に身体の変化をキャッチし、細やかなことでも看護師等と連絡を密にし、早期治療や事故防止等に努める。
(早期受診や危険行為防止に努める。)
- ② 短期入所ご利用者の方にも、サービス担当者会議(ケアマネと連携)を開き、ケアの手法等について十分な検討を行い、安心してご利用頂けるよう努める。
(短期入所は在宅サービスの一環であることを踏まえ、ホームと在宅での生活にギャップが生じないように十分な配慮をしながらケアに努める。)
- ③ ケア会議内容に基づき、ご利用者の体調管理に努め、更に厨房との連携を強化しサービス提供に繋げる。
(ご利用者の状態の変化や嗜好を常に把握し、栄養士との連絡を密にし、食べやすいように、形が分かるように、また喜んで食べて頂くような食事提供に努める。)

4) リスクマネジメントの充実

- ① 介護や生活全般におけるリスクを想定し、各マニュアルを充実し事故防止に努める。また、事故発生の際は手順に従い最大限の支援が行えるようにする。
(予防については、ヒヤリ・ハットをメモ化、誰もが気軽に書け、検討することで事故防止に繋げる。また、事故発生については、アクシデント報告とし、事故発生時の対応を明確に記録し、誰にでも説明できるように整備する。)

3. 重点事業目標

1) 個別支援の充実

- ① ケアプランに基づき、一人ひとりの生活スタイルに合った支援を提供する。
(3ヶ月に一度及び状態変化時にケア会議を実施)

2) 委員会活動の充実

- ① 各委員会で、年間事業計画に基づき、委員が責任を持って取り組む。

行事委員会：年間行事を年度当初に作成、漏れのないよう準備する。

主な年間行事			
合同行事		家毎の行事	
実施日	内容	実施日	内容
平成18年 4月30日(日)	家族会総会・花見会	平成18年 5月14日(日)	母の日
8月5日(土)	夏まつり	6月18日(日)	父の日
9月17日(日)	ホーム敬老会	12月25日(月)	クリスマス
10月8日(日)	運動交流会・芋煮会	平成19年 1月13日(土)	団子さし
12月28日(木)	餅つき		
平成19年 1月2日(火)	新年会	2月3日(土)	節分
		3月3日(土)	ひな祭り

環境委員会：清掃や畑づくり、または美化活動等を行う。

褥瘡対策委員会：褥瘡に関する予防や改善を行う。

排泄委員会：個々に合った排泄用品の提供に努め、排泄自立に向けた支援ができるよう努める。

リスクマネジメ：「ヒヤリ・ハットメモ」の定着から改善及び問題点を確認し、職員一人ひとりが、リスクに対する意識を持って支援できるよう、あらゆる分野や場面のマニュアルを提供し事故防止に努める。

3) 家長会議の充実

- ① 家長は、家のリーダーとして自覚を持ち、常に向上心を持ってケアに取り組むと共に、家の職員のまとめ役とし、協調性を保ちながら支援ができるよう努める。
- ② 月1回の定例会議を開催し、いいたてホームのテーマを目指すための方法を模索実施する。
- ③ 家向上委員会で決められたことを積極的に取り組む。

4) ^{ほむ}家向上委員会の充実

- ① 総括を中心に、いいたてホーム全体のケアの方向性を確認し、修正を行う。
- ② 問題及び課題については、随時取り上げ必要に応じ会議を開き改善に努める。
- ③ 常にホームの向上を考え、ソフト面の評価やハード面の改善に向けた検討を行う。

5) 既存施設のハード面改修により、より良いケアの充実に努める。

- ① なごみの家（対面式台所の設置）、ほほえみの家（仕切り壁撤去によるフロアの拡大）、のどかな家（カウンター撤去によるフロアの拡大）、浴室改修（個浴増設、脱衣室拡大、トイレ設置）により、充実した生活の支援をする。

6) 創意工夫による環境整備に努める。

- ① 常備されている器具や道具を活用し、極力無駄な消費を避けた事業に取り組むため、在庫

確認、冷暖房管理、節電等を徹底すると共に、本当に必要なものを整備して頂く。

4. 検討事項

- リスクマネジメント委員会はホームを中心に行ってきたが、福社会全体として立ち上げる。

1. 業務計画

1) ご利用者及び職員の健康管理

① 健康状態の把握

- a. 介護サイドとの連絡を密にし、心身の健康状態の把握と異常の早期発見に努める。
- b. 短期入所利用時の送迎時の観察と申し送りを徹底することで、ご利用期間中の安全と安心を確保する。

② 定期健康診断

- a. 入居者 ⇨ 年2回の基本検診、年1回の胸部レントゲン（結核検診）
- b. 職員 ⇨ 年2回の基本検診（夜勤業務従事者）年1回の基本検診（一般）
- c. 腰痛検査 ⇨ 年2回の専門医診察（特養介護員）年1回の腰部X-P（全員）

③ 健康の維持

- a. 「食」の見直し（新規） ⇨ 食事とは単に生命維持だけのものではなく、生活の質を高める大事な援助である。経管栄養を始めとし、医師や栄養士・介護サイドとの連携を十分に図り意義のある内容にして行く。
⇒ ケアプランに反映。
- b. 口腔ケアの充実（継続） ⇨ 介護予防の中でも重要なポジションを占める援助である。個別のケアに努め経口摂取の維持や誤嚥性肺炎の予防に努める
⇒ アセスメント表の作成・ケア評価。
- c. フットケアの充実（改善継続） ⇨ 専門員の指導の下、浮腫・糖尿病・白癬症に的をしほりケアをしていくことで健康への意識を高めていく。⇒ 個別性を持たせるため各家で指導して行く。
- d. 褥瘡対策委員会の継続 ⇨ 褥瘡のみに限らず、皮膚の健康を意識した内容にして行く。各家から委員を選出し知識を深め早期発見早期治療を目指す。
⇒ データの充実を図る。
- e. 受診への対応（継続） ⇨ 定期・臨時の判断をし、計画を立て他職種との協力を得て行う。家族への連絡調整も必須。入院中に関しては定期的に訪問をし、経過を見守り報告して行く。

2) 感染症対策

- ① 感染症対策委員会の継続 ⇨ 施設における感染症の知識を深めること、他事業所との協力体制を整えることで全体の質を高め、職員の健康に対する関心を深めていく。
- ② インフルエンザワクチン接種 ⇨ 配置医師により11月から1月の間に行うもの。基本的に1回接種。

3) 緊急時の対応

- a. 救急蘇生の方法と手技について定期的に勉強会を開催。(東棟・西棟別)
- b. 内服薬をはじめ個別の医療的な内容についてのマニュアル作成。

4) 診療所との協力体制

- a. ご利用者の身体の変化や取り巻く状況の変化など適宜報告し、指示を仰ぐ。
- b. 連絡を速やかに行うことで、病院への受診も円滑に行う。

5) 福祉ターミナルケアについて

ご利用者本人や家族の医師を汲み、心と身体の充実した生活を最期まで支えるケアを提供するために、医療やケアの体制、高齢者の死に対する倫理や制度の検証を繰り返し、周囲の理解を得るための努力をしていく。

- ① 医療との連携
- ② 方針の明確化
- ③ 本人・家族とのコミュニケーション
- ④ 知識・技術の向上
- ⑤ 介護職の医療行為

6) 業務内容

東棟・・・3人配置

西棟・・・2人配置

早番・・・ 8:00～17:00

日勤・・・ 9:00～18:00

遅番・・・10:00～19:00

2. 日課計画表

(1日の主な業務)

	午 前	午 後
日課	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間状況の把握 ・ショート送迎の確認 ・機能訓練 ・処方薬の管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診の確認 ・バイタルチェック ・生活援助 ・ケア会議出席 ・入浴者対応 ・医薬品と衛生材料の補充 ・夜勤者への申し送り ・記録 ・配薬

3. 週間・月間・年間内容

(週間・月間・年間の主な業務)

	看護職が主体に担う	他職種と連携して行う業務
週間	<ul style="list-style-type: none"> ・定期回診日の診療補助 ・処方薬分包 ・薬品発注、受理 ・処方薬の把握と服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・環境、器具の点検と整備 ・短期入所者の送迎 ・通院の介助 ・その他
月間	<ul style="list-style-type: none"> ・体重測定 ・衛生材料管理 ・定例会の実施 ・常備薬点検 ・勤務表作成 ・機能訓練予定作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・各行事への参加 ・各会議への出席 ・予定表提出 (職員定例会、委員会、ケース)
年間	<ul style="list-style-type: none"> ・バイタルの管理 ・入院報告書管理 ・予防接種 ・施設内診療の調節と介助 ・受診報告書管理 ・各委員会開催 ・事業計画 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン作成 ・受診介助 ・新規利用者の実態調査 ・定期健診 ・行事への参加 ・機能訓練

平成18年度 特別養護老人ホームいいたてホーム厨房事業計画

1. 基本方針及び重点目標

『口から美味しく食べて頂く』ため、栄養ケアマネジメントを反映させた個別対応食の提供に努めながら、ご利用者、調理者双方が愉しむことが出来る食事を提供する。

2. 年間事業計画

1) 食事サービスの質の向上

① 介護食（ソフト食、ゼリー食等工夫した食事）の提供

ご利用者に五感で満足して頂ける質の高い食事とメニューの提供を目指す。

② 食事内容の充実

通常の食事をはじめ希望食、選択食、行事食などのメニューの提供方法に工夫を加え、愉しみや期待感を持って頂けるよう努める。

厨房から出向く出張料理で、ご利用者とのコミュニケーションを深めると共に、ご利用者の現況を総合的に把握・分析・評価を行い食事提供に反映させて行く。

③ 記念日やお祝い食の充実

当ホームらしい手作りお祝い会を盛り上げ、記念日が更に思い出深いものになるよう食事面（オリジナルバースデーケーキの提供等）で演出効果を高める。

④ 食材の地産地消

鮮度の確保や村ならではの食材を提供するため地産地消を検討する。

⑤ 衛生管理徹底

食中毒や感染症予防に注意し、安全で美味しい食事を提供する。また、本年度より夜間厨房内殺菌器設置し、より安全性を目指す。

2) 栄養ケアマネジメント継続

① 栄養アセスメント、モニタリング継続、多職種協働で検討し、ご利用者の体力及び機能低下予防に努める。

② 職種を超え、情報を共有しながら連携して行く。

3) 職員の質の向上

① チームの一員としての自覚を持ち、責任をもって常に確認しながら、ご利用者に喜んで頂ける食事提供に取り組む。

② 日々変動するニーズに対応できる調理技術と専門知識を習得し、質の高い食事提供を目指すため、積極的に施設内外の研修に参加し、自らも定例会等で勉強会を行う。

③ 自ら家に出向き、介護職員から情報を得、より質の高いものを目指す。

4) 給食会議

① 毎月、第2金曜日に実施。ご利用者本位を基本とし、更に質の高い食事サービスを提供するため多角的に討議し、結果を実施する方向で進める。

5) 嗜好調査

① 年2回実施。ご利用者の意見を反映させながら栄養ケアマネジメントに活用する。

平成18年度 いいたてデイサービスセンター事業計画

I 一般型デイサービス事業

1. 基本方針

要介護者等の特性を踏まえ、ご利用者の有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事の介助、その他生活全般にわたる援助及び機能訓練を行うことを目的とし、地域の関係機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供を行う。

2. 重点強化項目

- (1) ケアプランに基づくケアの実施（個別に沿った具体的なサービスを提供）
- (2) ADLの強化と向上（アクティビティー、趣味の活動等）

3. 利用対象者

要介護状態又は要支援状態にある高齢者等

4. 事業内容

ア 送迎	イ 食事	ウ 入浴	エ 機能訓練
オ 生活相談	カ 健康チェック	キ 日常生活援助	

5. 事業内容強化

- ・ 午後の体操・日常動作訓練（身体機能のレベルアップ及び維持を目指す。）
 - ・ ご利用者同士の交流（アクティビティや趣味を生かした製作活動。開所日毎日）
- ☆幕の内弁当が好評で楽しみにしている方が多いので、継続して行く。
- ☆年2回のお彼岸にぼたもちを提供する。
- ☆時々おやつのお嗜好を変えて提供する。
- ☆ボール遊びを行なうことにより、少しでも体が動くように支援して行く。
- ☆季節を体で感じて頂くため、天候の良い日に多めの時間をとり、ゆったりと見学できるように毎回ルートを変えながら多くの方に参加して頂く。
- ☆交流している様子や制作活動等を写真に残しパネルなどに貼りだす。

6. 年間行事

- ・ 誕生会 2ヵ月に1回行う レクリエーション大会 7月、11月、2月の年3回実施
2月のクリスマス会は今年度も実施する。

7. 職員の配置

- ・ この事業を行うため次の職員を置くものとする。
施設長1名・生活相談員2名・准看護師1名・介護員3名・調理員1名・運転手1名

8. 利用定員

1日当たり、一般型20名

II 認知症対応型（地域密着型）事業

1. 基本方針

- ・ご利用者が可能な限り、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事が出来るよう、必要な日常生活上の支援及び個別機能訓練を行うことにより心身の機能の維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減が図れるようにサービスを提供する。
- ・家庭に、引きこもりがちな認知性高齢者が、サービスを自由に選択することにより、生活に「ハリ」「リズム」をつくり精神的安定が図れるように努める。

2. 重点強化項目

- 1) ケアプランに基づくケアの実施（個別に沿ったサービスを提供）
- 2) ADLの維持向上とアクティビティサービス（個別に沿ったサービスを提供）
- 3) ご利用者のペースに合わせ、且つ安心できる雰囲気をつくり、ご利用者の意志を尊重するよう努める。

3. 利用対象者

要介護状態にある高齢者

4. 事業内容

個別機能訓練……体操、ゲーム、音楽などを個々に応じたプログラムで対応する。

食 事……ご利用者の状態に合わせた食事を提供するとともに、行事食の提供により食事への楽しみを増やす。

入 浴……体調の変化に留意し、安全、快適な入浴をして頂けるように支援する。

健康チェック……心身状態の観察を行うとともに、持参薬の管理、服用の援助を行います。

送 迎……送迎時に家族とのコミュニケーションを大切にし、安心してご利用して頂けるよう、介護職員が添乗する。

生活相談……随時対応する。

5. 年間行事

月	内 容	月	内 容
4月	花の種まき	10月	収穫祭
5月	花見ドライブ	11月	紅葉ドライブ
6月	さつまいも、ミニトマト苗植え	12月	クリスマス会
7月	梅採り、梅漬け	1月	新年会、団子さし
8月	夏祭り	2月	節分
9月	敬老の祝い	3月	ひな祭り

誕生会は毎月実施

6. 職員の配置

・この事業を行うため次の職員を置くものとする。

施設長1名・生活相談員2名・准看護師1名・介護員3名・調理員1名

7. 利用定員

1日当たり、認知症型10名

Ⅲ 認知症対応型予防（地域密着型）事業

1. 基本方針

- ・ご利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活を送ることができるように、個々の能力に応じたサービスを選択することにより、生活機能の維持向上に努める。
- ・住み慣れた地域で家庭生活を継続できるようにサービスを提供します。

2. 重点強化項目

- 1) ケアプランに基づくケアの実施
(個別に沿ったサービスを提供)
- 2) ADLの維持向上とアクティビティサービス
(個別機能訓練、体操、音楽、ゲーム、手工芸等)

3. 利用対象者

要支援1, 2にある高齢者

4. 事業内容

個別機能訓練……体操、ゲーム、音楽などを個々に応じたプログラムで対応する。

食 事……ご利用者の状態に合わせた食事を提供するとともに、行事食の提供により食事への楽しみを増やす。

入 浴……体調の変化に留意し、安全、快適な入浴をして頂けるように支援する。

健康チェック……心身状態の観察を行うとともに、持参薬の管理、服用の援助を行います。

送 迎……送迎時に家族とのコミュニケーションを大切にし、安心してご利用して頂けるよう、介護職員が添乗する。

生活相談……随時対応する。

5. 年間行事

月	内 容	月	内 容
4月	花の種まき	10月	収穫祭
5月	花見ドライブ	11月	紅葉ドライブ
6月	さつまいも、ミニトマト苗植え	12月	クリスマス会
7月	梅採り、梅漬け	1月	新年会、団子さし
8月	夏祭り	2月	節分
9月	敬老の祝い	3月	ひな祭り

誕生会は毎月実施

6. 職員の配置及び利用定員

- ・認知症対応型（地域密着型）事業の範囲内

IV 介護予防支援デイサービス事業

1. 基本方針

・ご利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことのできるよう援助に努めるとともに、心身の状況、その置かれている環境等に応じ、ご利用者の選択に基づき人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ち物事を考え支援することで、より質の高い真のサービスの提供を目指す。

2. 重点強化項目

- ・ケアプランに基づくケアの実施
- ・ADLの強化と向上
 - 1) アクティビティ（体操、音楽など）
 - 2) 機能訓練（階段昇降、立位訓練、平行棒など）
 - 3) 口腔ケア

3. 利用対象者

要支援1，2にある高齢者

4. 事業内容

ア 送迎 イ 食事 ウ 入浴 エ 機能訓練
オ 生活相談 カ 健康チェック キ 日常生活援助

5. 年間行事

	行事内容		行事内容
4月	花見	10月	
5月	端午の節句	11月	機能訓練評価・レクリエーション大会
6月	機能訓練評価	12月	クリスマス会
7月	七夕・レクリエーション大会	1月	団子さし・機能訓練評価
8月		2月	節分・レクリエーション大会
9月	機能訓練評価	3月	ひな祭り・機能訓練評価

6. 職員配置

- ・一般型デイサービス事業の範囲内

v 身体障害者デイサービス事業（支援費制度）

1. 目 的

身体障害者の特性を踏まえて、ご利用者の有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴・排泄・食事の介助、創作活動、その他生活全般にわたる援助を目的とする。

2. 重点強化項目

個々のADL状況の把握（ケアプラン作成）と、それに対する維持向上を目指し、各種サービス提供のほかに創作活動（主に趣味を生かした作品製作等）を主に展開する。

3. 利用対象者

身体障害者（重度・中度・軽度）

4. 事業内容

ア 送 迎	イ 食 事	ウ 入 浴	エ 創作活動
オ 生活指導	カ 健康チェック	キ 日常生活援助	

5. 職員の配置

- ・この事業を行うため次の職員を置くものとする。
施設長1名・生活相談員1名・介護員1名

6. 開 所 日

月曜日とする。

平成18年度 いいたてヘルパーステーション訪問介護事業計画

1. 基本方針

ご利用者の心身の有する機能の維持向上を念頭に置き、“自分らしいライフスタイル”と“安心して過ごせる日常生活を営む”ことが出来るよう、身体介護をはじめ生活援助等において支援して行く。

また、ご利用者の家族に対し、介護援助方法や相談等も受けることで、在宅介護が苦にならないように支援する。

2. 利用対象者

要支援・要介護状態等にある高齢者、身体障害者及び知的障害者等

3. 重点事業項目

① サービス内容の質の確立と強化

・統一した支援や介護ができるよう、介護技術の自主研修や調理実習を行う。また、定例会時にも参考資料を出しサービスの質の強化を図る。

② ケアプランに基づき、ニーズの把握や問題・課題等を早期に分析及び評価することで、解決へ繋げると共に、介護サイドの立場も同時に考慮し支援して行く。

・ご利用者の抱えているニーズの把握、分析、評価しサービス提供へ繋げる。

・ご利用者を支えている方や介護者の抱えている問題への支援

・連絡ノートの継続

・居宅介護支援センターや地域包括支援センター等、各関係機関との連絡調整を図り、通常サービスはもとよりタイムリーな介護も提供できるように努める。

③ 新規ご利用者の拡大のため、パンフレットを作成しPRに活用する。

④ どのようなサービスなのか理解して頂くため、お試しご利用（身体介護に限る）期間を設け無料で提供する。

⑤ 身体障害者及び知的障害者（支援費）対象の訪問活動

ご利用者とのコミュニケーション及び介護者の負担軽減を図ると共に、不安を与えないよう、安心して落ち着いた生活が営めるよう統一したサービスの提供を心がけ、日々努力をして行く。（ご利用者・家族）喜ばれるケアを心がけサービスの提供にあたる。

4. 通常事業内容

・身体介護に関すること。

ア、食事の介助 イ、入浴の介助 ウ、排泄の介助 エ、清拭

オ、体位交換 カ、衣類の交換

・生活に関すること。

ア、買い物 イ、調理 ウ、掃除 エ、洗濯 オ、相談に関すること。

5. 職員の配置

・所長1名、サービス提供責任者1名、介護員6名（兼務3名）

平成18年度 いいたてヘルパーステーション訪問入浴介護事業計画

1. 基本方針

要支援・介護状態等にある方を対象に、看護及び介護職員が安全かつ迅速に快適な入浴サービスを提供する。

- ・ 個々の心身の状況及び潜在している能力に応じた入浴介助を行う。
- ・ 入浴を通して質の高い日常生活が送れるよう支援する。
- ・ 関連機関との密な連携をとり、より良いサービスに努める。

2. 重要事業項目

(1) 安全かつ楽しい入浴を提供

専門的な入浴技術サービスを提供することによって、ご利用者の方が安全かつ楽しい入浴を味わって頂く。また、入浴中も出来るだけ会話するように努め、楽しい入浴と安心感を与える。

また、身体の清潔を保つことで、心身の苦痛と緊張を緩和し、生きがいと意欲をもたらす。

- ① ご利用者及び介護者の的確なニーズ把握と分析を行い、適切なサービス提供に繋げる。
- ② サービス提供時の声かけや対話に重点をおき安心感を与える。
- ③ 入浴剤の種類（香りの種類）を整え、ご利用者の好むものを使用し楽しい入浴に努める。
- ④ 居宅支援事業者や包括支援センターとの連携を密にする。
- ⑤ 新規ご利用者の拡大のため、パンフレットを作成しPRに活用する。
- ⑥ どのようなサービスなのか理解して頂くため、お試しご利用期間を設け無料で提供する。

3. 通常事業内容

- ・ 入浴にあっては、医師の意見書やご利用者の健康状態を確認し、心身の状況にあったサービスを提供する。
- ・ 入浴前のバイタルチェック及び食事摂取等のチェックを行い、常に安全な入浴に心がける。
- ・ 体調不良と判断した場合や、ご利用者が何らかの事由により入浴を拒否している場合は、無理に入浴を行わない。また、往診を勧める等、病気等の早期発見に努める。

4. 職員の配置

- ・ 所長1名、准看護師2名（兼務1名）、介護員5名（兼務3名）

平成18年度 いいたて在宅介護支援センター指定居宅介護支援事業計画

1. 事業の目的

介護保険制度改正に伴い、新たに追加された「介護予防」「自立支援」を視野に入れ「介護給付」と共に、強化に向けた取り組みを目標とし、要介護者が在宅で自立した生活を営み継続できるように、要介護状態の軽減策や悪化予防策の提供を図る。また「利用者本位のサービス提供」、「医療と福祉の総合化」及び「人格の尊重」を支援し、総合的かつ効果的に提供されるように支援して行く。

2. 基本方針

- ① 要介護状態等となった場合に於いても、そのご利用者が可能な限り、在宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を継続できるように配慮・援助して行く。
- ② ご利用者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、当人の選択に基づき、適切な保健・医療・福祉サービス等の事業者から総合的かつ効率的に提供されるように支援して行く。
- ③ 居宅介護支援の提供にあたっては、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にその立場に立って、提供される居宅サービス等が、公正中立に行なわれるようにして行く。
- ④ 事業の運営にあたっては、市町村、包括支援センター、他居宅支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設等との連携を密に図って行く。

3. 重点事業目標

- ① 介護保険制度改正内容を早急に習得し、ご利用者の視点に立ったサービス情報の提供を推進、またスムーズに活用できるようにする。
- ② 各居宅サービス事業者の事業内容を把握し、適切なケアマネジメントに基づき、最適なサービスが提供できるようにする。
- ③ ケアプラン作成については、要介護者を居宅支援事業所が担当し、要支援者を包括支援センターが担当するよう明確に分け、専門性と質の高いケアマネジメントを実施。また、サービスの充実が求められている中重度者への在宅生活継続のための支援強化を図る。
- ④ 重要性を増す認知症ケアの充実を図るため、多職種協働・地域密着型の総合的なケアが提供できるようにする。
- ⑤ 医療との連携を必要とする要介護者への対応を強化し、ケアマネジメントにおける主治医等と連携し、在宅介護ニーズへの対応など、専門的ケアの充実が図れるようにする。

4. 通常業務内容

ア) 給付管理業務

- (1) 居宅依頼届出の確認
- (2) 重要事項の説明と同意（契約）

- (3) ニーズの把握、課題分析（アセスメント）
- (4) 居宅介護サービス計画（ケアプラン）の作成
- (5) サービス担当者会議による調整
（利用者個人に対し要介護認定更新・区分変更、ケアプラン変更時に開催）
- (6) ケアプランの説明と同意確認
- (7) モニタリングの実施。（月1回の訪問）
- (8) サービス実施状況の把握（3ヶ月1回評価実施）
- (9) 給付管理票の作成と国保連へ提出

イ) 一般業務

- (1) 介護保険制度に関する相談等（住宅改修・福祉用具貸与等、申請方法の援助）
- (2) 制度導入に伴うサービス調整の充実を図る。
- (3) 苦情受付窓口を設け相談受付・処理改善を行う。
- (4) 村及び市町村との委託により、介護認定の認定調査を行う
- (5) 指定居宅介護支援事業所の啓蒙を図り理解を深め、指定居宅介護支援の提供を行う。

ウ) 研修

- (1) 質の向上を図るために、月1回の内部研修（定例会時）を行う。
- (2) 積極的に外部研修に参加する。

5. 委託業務

(1) 家族介護用品給付事業（村からの委託事業）

目 的 村在住の方で、在宅で介護を要している家族を対象に、家族介護の支援として介護用品を給付し、在宅での介護が継続できるよう支援する。

対 象 者 介護保険認定 要介護3・4・5の方を介護している家族

事業内容 ・紙おむつの給付 「紙おむつクーポン券」による現物支給
・介護用食器の給付 介護用食器等の現物給付

(2) 家族介護者交流事業（介護者の集い）（村からの委託事業）

目 的 在宅で介護を要している介護者を対象に、日頃の介護に関する悩みやストレス等を同じ境遇の仲間と交流することで、疲れ等を癒し、リフレッシュをして頂くことを目的に実施する。

場 所 村内施設

対 象 者 介護保険認定 要介護4・5の方を介護している介護者

事業内容 ・事業内容日頃の疲れを癒していただき、リフレッシュして頂く。
・介護者同士の交流や介護相談の場の提供

(3) 家族介護者支援事業（家族介護教室）（村からの委託事業）

目 的 在宅で介護されている介護者と地域の住民の方を対象に、介護保険制度の周知と制度活用方法について説明会を開催。実際に介護に直面しなければ他人事である実情を踏まえ、少しでも介護に対する関心を持ち、いざと言うときに役立てられるような知識を習得できるよう支援する。

場 所 20行政区（行政区の希望により実施）
希望団体の指定する場所

対 象 者 要介護者の家族・村民全対象

事業内容 ・介護に関する技術の講習
・介護保険及び福祉事業の紹介
・痴呆者に関する介護技術の講習
・福祉用具説明等

(4) ふとん乾燥消毒事業（村からの委託事業）

目 的 在宅において布団等寝具類の洗濯及び乾燥消毒することが困難な要介護の方を対象に、サービスを提供することにより、衛生管理等を支援する。

対 象 者 介護保険認定 要介護4・5の方

事業内容 寝具類洗濯乾燥消毒の現物給付

6. 職員の配置

・所長1名、介護支援専門員5名

1. 事業の目的

「地域住民の心身の健康の保持及び生活安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援すること。」を基本目的に高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活が継続できるように、できる限り要介護にならないよう「介護予防サービス」を適切に確保するとともに、「包括的かつ継続的なサービス体制」を確立した、地域包括ケアを支える中核機関として、どのようなサービスを利用すべきかわからない住民に対して、最初の相談窓口となり、そのニーズに適切に対応できる拠点とすること。

2. 事業運営の基本方針

地域包括支援センターは、次の3つの視点に立脚した運営をします。

(1) 公共性の視点

介護保険をはじめとする村の介護・福祉行政の一翼を担い「公益的な機関」として、公正で中立性の高い事業運営に努める。

(2) 地域性の視点

地域のサービス利用者や事業者、関係団体、一般住民等の意見を幅広く汲み上げ、それらをセンターの日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題の解決に積極的に取り組む。

(3) 協働性の視点

地域の中に積極的に入り問題の発見に努めるとともに、地域の保健・福祉・医療の専門職やボランティア、民生児童委員など地域福祉を支える様々な関係者と密接な連携を図る。

3. 重点業務

地域包括支援センターは、目的の実現のために次の基本機能を担い、多職種連携により、時に協働し、時に一体となって、高齢者の在宅での生活を支え、地域生活に安心を提供する役割を果たす。

(1) 総合相談支援・権利擁護

- ・ 高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐこと。
- ・ 虐待の防止など高齢者の権利擁護に努めること。

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

- ・ 高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の様々な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援すること。

(3) 介護予防マネジメント

- ・ 介護予防事業、新たな予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なマネジメントを行なうこと。

(4) 共通的支援基盤構築

- ・ 地域に、総合的、重層的なサービスネットワークを構築すること。

4. 重点事業

(1) 新予防給付ケアマネジメント

要介護認定申請により、要支援認定を受けた利用申込者に対し、本人の状況により介護予防給付サービスプランを作成し一定期間毎に評価を行い要介護状態になることのないように、心身ともに自立高齢者へ導く。

- ① 利用申込の受付
- ② 利用申込者との契約の締結
- ③ 利用者の意向と課題分析（アセスメント）
- ④ 介護予防サービス計画作成（ケアプラン）
- ⑤ サービス担当者会議の開催
- ⑥ モニタリングの実施（必要に応じて訪問）
- ⑦ 評価（3～6ヶ月に1回）
- ⑧ 給付管理と介護報酬の請求

(2) 介護予防事業に関するケアマネジメント

飯舘村が選定した特定高齢者（要支援・要介護状態に陥る可能性の高い高齢者（高齢者人口の5%程度を想定））に対し、自立の保持のため身体的・精神的・社会的機能の維持向上を目標に介護予防を実施する。

- ① 対象者の把握
- ② 介護予防ニーズの特定・課題分析（アセスメント）
- ③ 介護予防計画作成（ケアプラン）
- ④ 事業の実施（転倒予防教室など、村からの委託事業）
- ⑤ モニタリング（必要に応じて）
- ⑥ 評価（一定期間経過後）

5. その他

- (1) 実態調査の実施（一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯など）
- (2) 地域ケア会議の定期開催（月1回以上）

6. 職員の配置

- ・ 所長1名、保健師1名、介護支援専門員1名

平成18年度 事務室事業計画

1. 基本方針

行政及び関連施設、また各事業所との連絡調整を密にし、スムーズな事務処理を徹底すると共に、常に新着情報の入手先取りに心がけ、先進的かつ情報源としての事務に取り組む。

2. 基本的姿勢

事務サイドは、常に各事業所の土台となり、裏方の業務を担う。

3. 重点目標

平成17年度の反省等を踏まえ、次の項目に重点を置く。

(1) 機関紙の定期発行

a. 茶田夢二年2回（7月、2月）発行、かわら版毎月1回推進

（※ 平成17年度：茶田夢の発行については、年1回に留まっていた。またパソコンに慣れることと文書を纏める力を養うためのかわら版も、途切れ途切れになっていたことによる。）

(2) 介護保険制度の熟知に努める。

a. 通知文やインターネットから習得する。また、定例会において情報交換や最新情報資料の提供を行う。

（※ 介護保険法改正に伴い、各自、県からの通知文やインターネットを活用し、情報を得、定例会等に於いて資料をもちより周知に努めると共に、各事業所等に伝えたり、一般の方から聞かれても応えられるようにする。）

b. 積極的に研修会に参加する。

（※ 常に新しい情報を得ることや、他施設との情報交換を目的に、積極的に内外研修に参加する。）

(3) 申請及び報告の周知徹底

a. 職員の自己責任について諸会議で説明等をするほか、文書にて通知し徹底する。

（※ 平成17年度：職員個人に係る申請や報告が度々遅れることにより、事務が遅れていたため。）

(4) 業務のスムーズ化

a. 各自、業務内容を再点検し、簡略かつ効率的な方法を探り見直しを行う。

b. 時期的繁務においては、業務分担及び業務協力によりスムーズに処理する。

c. 事務分掌を再度確認、関連業務については情報等を共有し速やかに処理する。

（※ 事務処理に於いて、類似書類等一本化できる書類は、パソコンを活用し正確かつ効率的に処理し無駄を省く。情報を共有しなければ効率が悪いものについては、パスワード管理を徹底したうえで共有し、相互活用できるようにする。また、繁務時期は、担当に係わらず応援体制を整え相互協力を行う。）

(5) 定款・諸規程等の勉強会を実施

a. 当会の定款や諸規程について、主任及び副主任等を対象に年5回実施する。

(※ 平成17年度：当会の組織や規則等を理解されていない職員もいたことから、定款と各事業所の処務規程・就業規則・給与規則を中心に説明会を実施する。)

3. 一般業務

事務職務分掌により、各担当が責任をもって業務にあたり、ミスとロスを無くすよう自己研鑽に努める。