

平成19年度社会福祉法人いいたて福祉会事業計画

1. 平成19年度 社会福祉法人いいたて福祉会事業計画	1
2. 平成19年度 特別養護老人ホームいいたてホーム事業計画	2~17
(1) のどかな家事業計画	5
(2) なごみの家事業計画	6
(3) ほほえみの家事業計画	7
(4) ゆとりの家事業計画	8
(5) ひだまりの家事業計画	9
(6) めくもりの家事業計画	10
(7) くつろぎの家事業計画	11
(8) やすらぎの家事業計画	12
平成19年度 いいたてホーム医務室事業計画	13~15
平成19年度 厨房事業計画	16~17
3. 平成19年度 いいたてデイサービスセンター	
通所介護事業計画	18~23
(1) 一般型デイサービス事業	18~19
(2) 介護予防デイサービス事業	20
(3) 認知症対応型デイサービス事業	21
(4) 介護予防認知症対応型デイサービス事業	22
(5) 障害者支援デイサービス事業	23
4. 平成19年度 いいたてヘルパーステーション	
訪問介護事業計画	24~28
(1) 訪問介護事業	24
(2) 介護予防訪問介護事業	25
(3) 居宅介護等事業	26
5. 平成19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	27~28
(1) 訪問入浴介護事業	27
(2) 介護予防訪問入浴介護事業	28
6. 平成19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	29~30
7. 平成19年度 飯舘村地域包括支援センター事業計画	31~32
8. 平成19年度 事務室事業計画	33

## 平成19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、新規事業や村委託事業が追加されたものの、経営的観点からみれば、引き続き厳しい状況が予測される。

このような状況のなか、当会が運営する各事業が安定したものにならないと、地域に根ざしたサービス提供ができなくなるため、定期的な理事会・評議員会・監事会を開催し、法人役員として経営のみならず積極的に運営に参画し、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。
- ・役員研修等
  - ア. 関係機関が主催する役員研修会に参加する。
    - 県主催の役員研修
  - イ. 施設評価に関する研修
    - 第三者による施設評価結果に基づく改善点等について取組む。
  - ウ. 先進施設、関連施設等への視察研修を実施
    - 充実した運営及び経営のノウハウに関すること。
    - 他施設から取り入れられるものの研究等

### 3. その他

- ご利用者及びご家族等と役職員のコミュニケーションを図る交流会を実施
- 主行事に参加（当会が運営する各事業所の主行事に案内通知をする。）
  - ホーム家族会と当会役職員の交流会を実施

## 1. 基本方針

ご利用者の暮らしを支える中で、「家族等との繋がり」をキーワードとし、メンタル面の充実を図るために、家族との連携をとりながら、ご利用者一人ひとりの生活をサポートしていく。

## 2. 具体的な施策

(1) 「家族等との繋がり」をキーワードに年間事業計画を立て、生活支援を展開していく。

- ① 誕生日には家族の面会をお願いし、家族とともに祝う等の連絡をする。  
ご利用者の誕生日には、必ず「家族等との接点を持つ」ことを目標とする。ご利用者にとって、どんなプレゼントよりも家族の言葉や面会に勝るものはないことから、常にコンタクトがとれるような関係に努める。  
(面会が無理であれば電話などで会話をして頂くことや、バースデーカードを送ってもらえるような工夫をする。)
- ② 気軽に面会に来れるような雰囲気づくりに努める。  
(笑顔で声をかけ、次回も楽しみに来て頂けるようする。)
- ③ 2ヶ月に一度の定期的なお便りに、分りやすい日常生活の様子をお知らせする。
- ④ ご利用者が好きだった食べ物などを、自宅から持参してもらうことをきっかけとして、食から家族との繋がりを深めるように努める。(持参する食べ物は衛生的に安全な物)
- ⑤ ケアプラン作成にあたり、家族の意向を伺うと共に、ケア会議への参加を可能な限りお願いし、ご利用者の生活支援を家族と共に行っていく。
- ⑥ ホーム行事への参加呼びかけを行う。  
ご利用者と共に楽しい時間を共有することで、家族との思い出づくりと喜びを実感できるようにする。
- ⑦ 家族からの意向を積極的に伺い、介護職員と家族が一体となってご利用者をサポートして行くよう努める。  
日常的な会話から、家族の想いや意向を伺いケアに取り込んでいく。
- ⑧ いいたてホームの取り組みを随時開示し、理解と協力が得られるようアプローチしていく。  
(茶田夢での広報や家族へのお便りを利用して随時伝えたい事を掲載する。)
- ⑨ 定例会に於いて、ホーム全体で「家族との繋がり」に取り組むという意識を確認しながらケアを展開して行けるようにする。

※ 具体的な計画は各家の計画による。

(2) 身体拘束をしないケアの継続

- ① 身体拘束をしないケアを継続すると共に、ご利用者の精神安定を図り、家族からの不信感を抱かれることなどないよう努める。

(3) ケアのスキルアップ

- ① 介護職員が各々資格取得を目指す。  
(ご利用者及び家族等が安心して生活が送れるよう、職員が各々ケアのスキルアップに努める。)

- ② 積極的に各種研修に参加し知識や技術を得、それを会議時に研修報告をすることで、職員全体がスキルアップするように努める。

(4) 他職種との連携

- ① ご利用者一人ひとりをケアするためには、介護職員のみでのケアでは成り立たないことを常に認識してケアにあたる。
- ② 常に看護職員、栄養士、事務職員と連絡調整を行いホームが一丸となってケアに取り組む。

3. 重点事業

(1) 「家向上委員会」の充実

- ① 理念に沿った事業に対し受けた第三者評価に基づき、意識向上委員・生活支援委員・給食委員の3部門で、改善点及び問題点をひとつひとつクリアして行くよう努める。

(2) 家長会議の充実

- ① 会議の議事に家報告を必須とし、8つの家の連携を強化する。また、情報交換をすることで1つの家が孤立しないようにする。
- ② 家長は、常にリーダーとしての自覚を持ち他の介護職員のリーダーとして、また、まとめ役として取り組めるように努める。(計画的にリーダー研修に参加する。)

3) 各委員会の充実

- ① 委員会は年間計画に基づき、委員が責任を持って取り組む。

ア. 行事委員会：年間行事を計画的に実行して行く。

主な年間行事			
合同行事		家単位行事	
平成19年 4月30日(日)	家族会総会・花見会	平成19年 5月13日(日)	母の日
8月 4日(土)	夏祭り	6月10日(日)	父の日
9月16日(土)	ホーム敬老会	10月中旬	芋煮会・レクリエーション
10月1日(月)	ホーム創立・10周年祝い	12月25日(火)	クリスマス会
12月28日(金)	餅つき	平成20年1月	団子さし
平成20年 1月 2日(水)	新年会	2月3日(土)	節分
		3月3日(月)	ひな祭り

尚、今年度は創立10周年のため記念に残るような行事ができるように努める。

イ. 環境委員会

ホーム内外の美化活動及び畑づくりを中心に行う。

ホール・廊下・各居室ワックスかけ等を中心になって行う。

ウ. 褥瘡(じょくそう)対策委員会

褥瘡に対する予防や改善を行うと同時に、勉強会等を開催し、職員の褥瘡対策に対する意識を高める。

エ. 口腔ケア対策委員会

口腔ケアに関するあらゆる方法や取り組みを、委員が中心となり充実したケアに取り組む。

オ. 食事検討委員会

食事に関することを検討し、少しでも在宅に近い食事、ご利用者一人ひとり

に合った食事、楽しい食事ができるように創意工夫し取り組んで行く。

今年度は、メラミン食器から陶器の食器使用することを目指し取り組んで行く。

カ. 排泄委員会

ご利用者一人ひとりに合った排泄が快適にできるよう検討し、排泄用品に頼るだけでなく安全に快適に排泄支援が行われるよう努める。

(一人ひとりに合ったトイレの手すりの位置の検討等)

キ. リスクマネジメント委員会

あらゆるリスクに関する項目のマニュアルを整備し、リスクを最小限に留められるよう努めると共に「ヒヤリ・ハット」の集計及びアクシデント報告をまとめる。

(4) 第三者評価を受け、新たな展開に取り組む。

- ① 第三者評価内容をうけ、家向上委員会を中心として、その改善点及び問題点を一つひとつ見直し、検討を行い、期間を定め改善に向け取り組むよう計画して行く。
- ② 各家単位で、取り組めることを毎月話し合い、どの様な点を改善したいのか、どう改善していくか、どう改善されたかを職員会議で報告し向上していけるようにする。

(5) 言葉遣いに注意したケアに取り組む

- ① 身体拘束及び高齢者虐待対策に取り組む中、職員一人ひとりが基本的な言葉遣いに気をつけることに重点に置き取り組んでいく。

(6) ケアプランの充実

- ① 現プランの確認と見直しを定期的及び心身の状況に応じ行う。
- ② ADL的要素よりも生活歴を活かす。
- ③ 質の高いケアマネジメントにするため、「ニーズ」や「こうすれば良くなるのでは」との前向きな意見を取り上げ、プランに反映させる。

## 平成19年度 のどかな家事業計画

### 1. 家目標

『施設』と『家』の隔たりを感じさせない雰囲気の中で、ご家族が気軽に立ち寄れる家を目指す。

### 2. 方針

ご利用者を主体とする職員の意識改革

#### (1) ご利用者を知る。

ホーム入居に当たっての経緯や家族の意向・フェイスシートの確認等

#### (2) 家族と一緒にご利用者の支援にあたる（メンタルケア）。

#### (3) 職員（介護職員と）としての基本的姿勢を熟知する。

### 3. 具体的計画

#### (1) 担当者が情報収集行い、家の話し合いにて周知する。

#### (2) 手紙や電話、面会時にケア会議開催・行事等のお知らせをする。

偶数月以外の『家通信』等でコミュニケーションを図る。

#### (3) 基本的マナーの習得

職場内研修の実施（挨拶・電話の対応・手紙・服装）。マニュアル作成

（これらを習得することで、家族への対応が積極的に行えるようになると同時に、イメージアップを図れる。）

### 4. 生活面での計画

#### (1) 生活について

① 職員間の連携を図り、ご利用者との信頼関係を築きながら笑顔のある家にする。

② 身体機能の低下や、年齢が高いこともあるため、無理のない落ち着いた生活を基本に、明るく楽しい家にする。

#### (2) 食事面について

① 時間に拘らず、ゆっくり落ち着いた食事時間帯にしたい。

#### (3) 排泄面について

① トイレでの排泄を基本とし、個々に合わせた介助方法を検討して行く。

#### (4) 入浴面について

① 安全に楽しく落ち着いて入浴できるように配慮して行く。

## 平成19年度 なごみの家事業計画

### 1. 家目標

家族とのかかわりを大事にして、ご利用者の気持ちに寄り添うと共に、ご家族と多くのコミュニケーションを図る。

### 2. 方針

- (1) ご家族に面会の働きかけをし、直接接して頂くことで家族の絆を感じて頂く。
- (2) 終末期に於ける看取り介護に対して、心を込めて見送りをできるような家として、ご家族に声掛けして行く。

### 3. 具体的計画

- (1) お誕生日のお知らせを家族にお願いし、心から喜んで頂けるようなお祝いする。
- (2) 面会の少ない方にも、出来るだけ行事に参加して頂くようお知らせをすると共に、ご利用者の幸せな時間を持って頂けるように努める。
- (3) レベルダウンが見られる時等の急なお知らせばかりでなく、日常生活での楽しい過ごした方もお知らせする。
- (4) 外泊を希望する時には、ご家族の協力を頂き、気分転換と家族のぬくもりを感じて頂く。

### 4. 生活面の計画

- (1) 生活について
  - ① 気軽に何でも相談やお願いができるような家で、あったかい和やかな家を目指す。
- (2) 食事の面について
  - ① 質の重視と多彩な彩りを感じるようなメニューや、季節感を味わえる手作り料理、誕生食なども喜んで頂けるメニューの作成
  - ② 自分の食器（瀬戸物）に切り替え、家らしさを出す。
- (3) 排泄の面について
  - ① 個々の状況に応じて速やかな対応を心がける。
- (4) 入浴について
  - ① 個々に応じ、気持ちの良い入浴提供を心がける。

1. 家目標

- (1) ご家族との絆を強くする。
- (2) ご家族とご利用者の居室作り。
- (3) 終末期に於ける看取り介護や、ご利用者と家族の看取りが可能になるようにする。

2. 方針

- (1) ご利用者の誕生日には、家族も一緒に祝って頂く様な方向に導く。
- (2) ご利用者が在宅で過ごされていたような居室作りを行う。
- (3) 終末期にはご利用者・家族・看護師との連携を密にし、安楽に過ごせる体制を整える。

3. 具体的計画

- (1) ご利用者の誕生会に招待状を送付し、一緒に食事や会話をして過ごして頂くように努める。また、介護職員もより一層ご利用者を知るための情報をご家族から得る。
- (2) ご利用者が愛用していた品物やお気に入りの写真などを持参して頂き、ご家族と一緒に季節に応じた居室作りをして行く。
- (3) ご家族からの情報提供で、何を望み、望まれていたのかを聞き取り、出来るものは叶える。また、一番会いたいと思っている方に面会をお願いしたり、更には、家族の方にも看取りにも携わって頂けるようお願いをする。
- (4) その他、協力や呼びかけ等の内容
  - ① ご利用者の誕生会
  - ② ホーム行事への参加
  - ③ 4月 花見を兼ねてドライブ（ご利用者の家の近くを通る。）
  - ④ 8月 夏まつりへの参加呼びかけ

4. 生活面の計画

- (1) 生活について
  - ① 家庭的な雰囲気の中、笑いあり・会話あり等、ご利用者がいままで普通に生活してきた家庭に近づける家づくり。
- (2) 食事の面について
  - ① ご飯で季節感を感じる食事の提供（きのこ・山菜・豆）
    - ア. 屋外での食事をして気分転換を図る。
    - イ. ご利用者に合った食事形態で美味しく食べて頂くよう心がける。
    - ウ. 個々にあった専用の陶器食器の使用
    - エ. 高血糖のご利用者の健康状態を保てる体制作り。
- (3) 排泄の面について
  - ① 現在、使用しているオムツで良いのか随時検討し改善して行く。
    - ア. 排泄の訴えを見逃さず残存機能を活かし自立を目指す。
    - イ. 皮膚トラブルを見逃さない。
- (4) 入浴について
  - ① 身体の清潔に努め癒しの時間の場にして行きたい。
    - ア. 入浴日以外の日に、手足浴を行い良眠を促す。



## 平成19年度 ゆとりの家事業計画

### 1. 家目標

ご家族の方に、誕生会や行事等と呼びかけ、参加して頂くことで、家族との絆（信頼関係）を深める。

### 2. 方針

- (1) ご家族への情報提供と時間（思い出作り）を大切にする。
- (2) 一人ひとりが安心して楽しく過ごせるよう関わりを大事にする。

### 3. 具体的計画

- (1) お便りを毎月出し、普段の様子や今後の予定等を伝える。また、字が書ける方には本人が書いた手紙も同封する。
- (2) 面会時には、一緒にお茶をしたりして近況を報告しコミュニケーションを図る。
- (3) 誕生会や行事等に参加頂けるよう、面会時や手紙、電話で協力頂けるよう努める。
- (4) おやつ作り、外出、レクリエーション等を行い気分転換や交流を図る。
- (5) ふるさと訪問の実施（自宅や自宅近辺にドライブに出かける。）
- (6) ご家族の方と一緒に中庭でお茶会や昼食会を行う。

### 4. 生活面の計画

#### (1) 生活について

- ① 家庭的で安心できる温かみのある家づくりをして行く。

#### (2) 食事の面について

- ① 旬の食材を利用し、五感で楽しめる食事の提供。また、おやつ作りを実施する。

#### (3) 排泄の面について

- ① トイレ環境の整備（消臭対策）の実施。プライバシーに配慮した支援、環境整備を行う。

#### (4) 入浴について

- ① ゆったりと安全に入浴して頂けるよう個人に合った環境を整え、リラックス出来るよう浴室で音楽などを流す。

## 平成19年度 ひだまりの家事業計画

### 1. 家目標

ご利用者と家族の絆を深めると共に、コミュニケーションを多く図ることにより信頼関係を築き、笑顔で楽しく、生き生きと一日一日を大切に過ごせるように支援して行く。

### 2. 方針

ご利用者一人ひとりの生活に合わせた支援を行い、優しい気持で接しスキンシップを多く取る。また、家族との連絡を密にする事により、ご利用者と家族の繋がりが深まり、不安なく安心して過ごせるようにする。

### 3. 具体的計画

- (1) ご利用者の誕生日には、家族に連絡し面会を促す。来られない家族の方には何らかの形で家族との接点を持って頂き、楽しい誕生日になるようなお祝いする。
- (2) なかなか面会に来られない家族の方には、手紙等に返信用の葉書等を同封し、ご利用者宛に送って頂くことで、家族の繋がりが持て、淋しさを感じる事無く過ごせるようにする。
- (3) ご利用者のケアに何が大切か、今何が必要なのかを、ご利用者主体に考え、要望や趣味などを取り入れ「その人らしさ」を引き出せるようなケアプランが出来るようにする。
- (4) ひだまりの家族で、11月に芋煮会を計画し各家族で材料を持ちより家族と一緒に作り、家庭の味を味わい交流を深める。

### 4. 生活面での計画

- (1) 生活について
  - ① ご利用者の好きな花や緑を飾ることで、季節感を感じて頂き、また、家族のコミュニケーションを深めると共に、心を癒し、居心地の良い家づくりをする。
  - ② やさしい声かけ、笑顔で接する事で、ご利用者が安心し、孤独を感じることなく、仲良く過ごせるようにする。
- (2) 食事の面について
  - ① 瀬戸物の食器を使用することで、食卓にぬくもりを感じ、食事を楽しんで頂く。
  - ② 季節のおやつ（年4回）を一緒に作る事で、作る楽しみを味わって頂く。
  - ③ 毎食後の口腔ケアを継続する事で、食事を美味しく食べて頂く。
- (3) 排泄の面について
  - ① ご利用者の排泄パターンに合わせ、残存能力を活かしトイレでの排泄を援助すると共に、介護職員の介護技術の向上に努める。
  - ② ご利用者に合ったパットを使用することで、皮膚トラブルの防止に努める。
- (4) 入浴について
  - ① ご利用者にあった入浴方法で、安全、安楽に入浴して頂く。
  - ② 入浴剤を使用し、家庭のお風呂と同じようにゆったりと気持ちよく入浴を楽しんで頂く。

## 平成19年度 めくもりの家事業計画

### 1. 家目標

- (1) ご家族との関わりを多くしご利用者を知る。
- (2) 出来れば個々に対し、年に1回は、ご利用者の希望にそよう支援する。

### 2. 方針

- (1) 2ヶ月に1度の連絡に留まることなく、必要に応じて、手紙や面会時、電話等で連絡を取り合うと共に、家族の都合も伺いながら計画を立てる。
- (2) 家族総会の時、1年間の「家目標」をご家族に説明し理解を得る。

### 3. 具体的計画

- (1) 行事は、家族の意向も優先し多く参加して頂く為に1~2ヶ月前から連絡をとる。
- (2) ご家族と一緒に行事食や正月飾り(しめ縄)を行い、生け花等についても、ご家族の方の指導を受けながら一緒に行えるようにする。
- (3) 誕生日は自宅で家族と一緒に祝って頂きたいが、状況及び状態により外出や外泊が困難な場合は、なるべく家に足を運んで頂けるよう手紙等を送付する。
- (4) 日常の生活状況が家族にも分かるよう、出来るだけ多く写真を撮りファイルにコメント付きで残す。また、ファイルは、家族の方がいつでも見れるように常に居室に置く。どうしても来られない場合は、手紙と一緒に同封し、それに対しての家族からのコメントを返信して頂けるように努める。

### 4. 生活面の計画

- (1) 生活について
  - ① ご利用者の特技や趣味を活かしながら、生き活きとしたレクリエーションや行事を展開する。
- (2) 食事の面について
  - ① 美味しく楽しく食べて頂く為に、月に1回は豪華な食器・お膳を使用し料亭に行った気分浸って頂く。
- (3) 排泄の面について
  - ① 排泄パターンを把握し、個々に合ったパット使用、状態に合わせ臨機応変に対応する。
- (4) 入浴について
  - ① 寝る前に入りたいという、ご利用者の意見を反映し夜間浴を試行的に行う。

## 平成19年度 くつろぎの家事業計画

### 1. 家目標

ご利用者一人ひとりが“生き”“活き”と生活できるよう、ご家族とのコミュニケーションを密にとり信頼関係を深めて行く。

### 2. 方針

- (1) 個々のADL状況を熟知し、家族の方が来られた時に現在の生活状況を報告する。
- (2) ご家族の方が来られやすい雰囲気づくりに心がける。(言葉使い、接待態度など。)

### 3. 具体的計画

#### (1) 誕生会

本人希望のメニューを取り入れ、ご家族にも声掛けし家全体でお祝いをしてあげる。

(どの様にお祝いするか、家族の方と連絡をとる。)

#### (2) ドライブ

ドライブをする事によって、飯館の季節を五感で感じて頂けるようにしたい。

#### (3) 外食

食べたい物を召し上がって頂く。

#### (4) おやつ作り

季節感のあるおやつ作りを家族の方と一緒にする。

(家族総会后、ご家族の方に理解して頂き、日程等について相談する。)

### 4. 生活面の計画

#### (1) 生活について

- ① 一人ひとりが気兼ねなく希望や訴えを出しやすい雰囲気づくりをし、和気藹々と過す事の出来る「家」にする。
- ② ご利用者や家族の方にとって、居心地の良い「家」の雰囲気づくりを進めると共に、信頼関係も持てるような「家」づくりに努める。

#### (2) 食事面について

- ① 食前体操をすることによって、唾液の流出を促し咀嚼力を高める。
- ② 季節の野菜や山菜料理等を提供することにより、飯館の季節感を味わって頂く。
- ③ 個々にあった食事時間を提供する事により、楽しい食事をして頂く。
- ④ ご利用者に食べたい物を聞いて提供する。(ラーメン、蕎麦がきなど。)

#### (3) 排泄面について

- ① 個々にあったパッドを検討、使用し不快感を与えない。
- ② 季節も考慮する。

#### (4) 入浴面について

- ① 個々にあった入浴を提供し、ゆったりと入って頂く。
- ② 浴室も、季節感を感じられる雰囲気づくりをして行く。

1. 家目標

家族との繋がりを大事にし、やすらげる家をつくる。

2. 方針

在宅に近い雰囲気づくりを心がけ、ゆったりと気持ちよく生活して頂く。また、利用されるお客様が安心して過ごされると共に、家族の方にも安心してご利用して頂けるようにする。

3. 具体的計画

(1) ご利用になる前日にケア会議を設ける。

(ケアマネージャー、居宅支援、看護師、栄養士、主任又は副主任、相談員、介護職員が参加し、家庭での生活内容、健康状態などを考慮し、よりよいケアを検討する。)

(2) 「ショートステイ利用時準備物確認表」に、家族からの要望や自宅での様子など記入して頂き、介護職員からは利用中の様子などを記入し、家族との繋がりを密にする。

4 生活面の計画

(1) 生活について

- ① 家庭での生活習慣を出来るだけ変えることなく、お客様に合ったケアを心がける。
- ② コミュニケーションを多くとり、お客様の心身の変化を見逃さない。
- ③ 過ごしやすい生活空間をつくる。

(2) 食事の面について

- ① 食べる事は楽しみの一つである。食べやすいように刻んだり、軟らかくしたり、嫌いな物を別品に変えるなど、お客様に合った食事により美味しく食べて頂く。
- ② 作る楽しみを味わう。柏餅や団子、季節に合ったものなど介護職員と共に料理して作る過程を楽しむと共に、食べる意欲を促す。

(3) 排泄の面について

- ① 在宅と同じ排泄介助を行う。お客様のプライバシーを守り、ストレスにならないように注意する。
- ② 生活の場が変わり、便秘になる方もいるので、その方の排泄パターンを知り、看護師と連携して体調管理に努める。

(4) 入浴について

- ① お客様の状態に合わせ、個浴、機械浴を使用し、ゆったりと安全に入浴して頂く。
- ② 自宅のお風呂のように、好きな入浴剤を使用し、心身ともにリラックスされるように配慮する。

## 1. 基本方針

口から食べ・自分の足で立ち・歩く、また出来ることは自分でする喜び等、ごく『あたりのまえ生活』を尊重し、健康且つ生き活きとした日常生活で営んで頂くため、原点にもどり、介護職員等と共に一丸となり生活支援をして行く。

また、暮らしの中において個々の支援方法を探り、ご利用者の自然な“一番の笑顔”を見たいための努力を惜しまない。

## 2. 具体的な施策

### (1) 業務計画

ご利用者及び職員の健康管理

#### ① 健康状態の把握

ア. 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。

イ. 短期入所利用時及び送迎時の観察と申し送りを徹底することで、期間中の安全と安心を確保する。

#### ② 感染予防対策の徹底

ア. 感染症対策委員会を柱に活動し意識を高めていく。

イ. 予防がいかに肝心かについて再認識し、それについての労を惜しまない。

#### ③ 定期健康診断

ア. ご利用者（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）

イ. 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）

エ. 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）

#### ④ 健康の維持

ア. 「食」の見直し

ご利用者の嗜好が反映される食事提供を目指すことは、健やかに暮らすことに重要不可欠である。何よりも楽しく摂取することで得られる副産物に目を向けていきたい。

イ. 口腔ケアの充実

介護予防の中でも重要なポジションを占める支援である。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）

エ. フットケアの充実

専門職の指導の下、浮腫・糖尿病・白癬症に的をしぼ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いく。）

オ. 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いく。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。）

カ. 内服薬の管理

正確に投与するなど、薬剤の管理については3度の確認を怠らない。

キ. 機能訓練実施

座位訓練・歩行訓練のみならず、ベッド上での拘縮予防運動の実施

ク. 受診への対応

定期・臨時受診の判断と計画を立て、他職種の協力を得て行う。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し経過を見守り報告していく。

(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 感染症・専門知識のマニュアル作成

新人職員を含めた施設内研修実施

③ 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) 診療所との協力体制

① 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。

② 連絡を速やかに行うことで、病院への受診も円滑に行う。

(4) 看取り介護について

看護職員として、特別養護老人ホームという『生活の場』で何ができるか。ご本人や家族の希望にどれだけ沿えるかを常に課題とし、ご利用者の人生に最期まで関わるといふ、経験には言い表せないほどの価値があると思われる。

① 他職種との情報共有及び連携を密にする。

② 方針の明確化・ケアプランへの導入

③ 本人・家族との信頼関係を保つ。

④ 各専門職の権限・責任・能力を理解したうえでの協働

⑤ 重度化対応加算と看取り対応加算についての取り組み。

(5) 業務内容（職員配置と勤務時間）

東棟・・・3人配置、西棟・・・2人配置

早番・・・8時00分～17時00分

日勤・・・9時00分～18時00分

遅番・・・10時00分～19時00分

① 日課計画表

	午 前	午 後
日 課	・夜間状況の把握 ・受診の確認 ショート送迎の確認 機能訓練 バイタルチェック 処方薬の管理 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 記録 夜勤者への申し送り 配薬

② 年間・月間・習慣内容

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



## 1. 基本方針

人間の活力の源である“食べること”をとおして、ご利用者のQOLの向上と栄養状態の改善に繋がれるように、多職種で協力しながら、美味しく楽しい食事サービス（目で見て食欲をそそり、味で楽しめる食事）を提供できるよう目指していく。

## 2. 具体的な施策

### (1) 食事サービスの向上

- ① 食事内容の充実を図り献立や提供方法に工夫を加えて楽しみや期待感を持って頂くと共に、食べたい意欲を引き出せるよう努めていく。

#### ア. 献立

(ア) ご利用者、職員の意見を考慮し、また嗜好を反映させ長期スパンメニューを作成し献立のワンパターンを改善していく。

(イ) 食事もおやつも手作りを多くし、インスタントはできるだけ控える。

#### イ. 選択食

(ア) 4月から実施できるよう、18年度内から取り組み、試行、検討を重ねていく。

(イ) 昼食に限らず取り入れ、ご利用者の満足感に繋げていく。

#### ウ. 希望食

(ア) 誕生日食など担当職員同士で話し合いながら家の希望食に対応していく。

(イ) 食事感想記録簿を作成し、次回に活かしていくと共に自分達の実績を残す。

(ウ) 体調に応じた食事提供を柔軟に対応していく。

(エ) 行事食は、季節感を盛り込みながら更なる演出を工夫していく。

(オ) 介護食は、ソフト食、ゼリー食の検討及び継続的な提供に努める。

(カ) 食器は、施設全体で生活感を感じられる瀬戸物等を中心とした食器使用に取り組んでいく。

- ② 食材の地産地消拡大

現在使用中の食材以外にも地産地消拡大を検討していく。

### (2) 栄養ケアマネジメントの継続

多職種協働で検討、情報を共有しながら連携し、栄養ケアマネジメントを反映させた個別対応食提供に努めていく。（嗜好調査も含む。）

### (3) 衛生管理徹底

- ① 食中毒及び感染症予防に努め、安全で美味しい食事を提供する。

- ② 厨房内清掃については、衛生意識を高めると共に、確実に遂行するよう新たに厨房内清掃チェックシートを作成し記録として残す。

- ③ 厨房内配置、不用品を見直し衛生的で働きやすい環境作りに取り組む。

### (4) 意識向上を図る

- ① 業務見直しを常に行い、いつから実施するのか具体的なスケジュールを組み担当者を中心に進めていく。

- ② 厨房内に独自の委員会を設置する。

- ③ 各委員会に属し、情報を収集、共有化することで施設職員としての自覚を高める。

- ④ 常に変動するニーズに対応出来る調理技術と専門知識の習得および質の高い食事提供を目指し施設内、外での研修を行う。

洋菓子店 ～ デザート部門充実、手作りヨーグルト応用の技術習得のため  
食事提供先進施設 ～ 食事優良施設のサービスを学び、反映させるため

(5) 給食会議

- ① ご利用者本位を基本とし、「どうしたら実現できるか」前向きに取り組むため建設的意見を基に討議する。各委員会、厨房会議を経て意見をまとめていく。
- ② 必要に応じて会議の在り方についても随時検討、見直していく。

平成19年度 いいたてデイサービスセンター 通所介護事業計画  
《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て、ご利用者の有する能力に応じ、生きがいを持ち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支援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. 具体的な施策

(1) 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）

(2) 利用対象者

要介護状態にある高齢者等

(3) 事業内容

① 主な内容

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

(4) 重点強化項目

① ADLの強化と向上

ア. 心身の健康や身体機能の維持及びレベルアップを目指して、出来る限り体が動くように支援していく。（体操・日常動作訓練・ビーチバレー等のレクリエーション、太極拳、音楽等のプログラムを作成し、カレンダーに表示）

イ. 口腔内清掃及び嚥下機能の維持に努める。

（うがい、舌の運動、発声練習、嚥下体操など）

② 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）

③ 「お話し会」の開催

（ボランティアにご協力頂く。 年3回実施予定）

④ 行事食で「ぼたもち」がご利用者の方々に大変好評なので、毎月の行事食は「ぼたもち」を提供していく。

⑤ 時々おやつのお趣向を変えて提供する（季節を感じていただけるもの等）。

⑥ 天候を見ながら、帰りがけにバスハイクのようなかたちで楽しんで頂けるような配慮をする。（ルートでの配慮、季節を感じる、交流）

(5) 年間行事

① 誕生会は毎月実施（利用者主体、参加型）

② レクリエーション大会（応援合戦なども含めて実施していきたい。）

	内 容		内 容
4月	花見ドライブ	10月	
5月	花植え・レクリエーション大会	11月	紅葉ドライブ・レクリエーション大会
6月		12月	クリスマス会
7月	梅採り、梅漬け	1月	団子さし
8月	レクリエーション大会	2月	節分・レクリエーション大会
9月	敬老の祝い	3月	ひな祭り

(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人、生活相談員2人（1人兼務）、看護師・機能訓練指導員2人（1人兼務）、

介護員6人（3人兼務）、調理員1人、運転手1人

(7) 利用定員

指定介護予防通所介護事業と併せ、1日20人の範囲内

平成19年度 いいたてデイサービスセンター 介護予防通所介護事業計画  
 ≪介護予防デイサービス事業≫

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て、利用者の選択に基づき人格を尊重し、常に利用者の立場に立って資質を向上させ、質の高い真のサービスの提供を目指す。

2. 具体的な施策

(1) 重点強化項目

- ① ケアプランに基づくケアの実施
- ② ADLの強化と向上

ア. 運動機能の強化・アクティビティ

(体操、音楽など運動機能を強化するためのプログラムを作成し、カレンダーに表示していく。)

イ. 口腔内清掃及び嚥下機能の維持に努める。

(うがい、舌の運動、発声練習、嚥下体操など)

(2) 利用対象者

要支援1, 2にある高齢者

(3) 事業内容

① 主な内容

- 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

(4) 開所日

毎週火曜日とする。

(5) 年間行事

- ① 誕生会は毎月実施(ご利用者主体、参加型)
- ② レクリエーション大会(応援合戦なども含めて実施していきたい。)

	内 容		内 容
4月	花見ドライブ	10月	
5月	花植え・レクリエーション大会	11月	紅葉ドライブ・レクリエーション大会
6月		12月	クリスマス会
7月	梅採り、梅漬け	1月	団子さし
8月	レクリエーション大会	2月	節分・レクリエーション大会
9月	敬老の祝い	3月	ひな祭り

(6) 職員の配置

- ① この事業を行うため次の職員を置くものとする。
- ② 生施設長1人、生活相談員2人(1人兼務)、看護師・機能訓練指導員2人(1人兼務)、介護員6人(3人兼務)

(7) 利用定員

指定通所介護事業と併せ、1日20人の範囲内  
 但し、火曜日の開所は介護予防デイサービス単独で25人

平成19年度 いいたてデイサービスセンター 地域密着型事業計画  
 ≪認知症対応型デイサービス事業≫

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援助及び個別機能訓練を提供します。

四季折々の行事を活動の中に取り入れながら、家庭的な雰囲気の中で心身の機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減が図れるようにサービスを提供します。

2. 具体的な施策

(1) 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て、安心できる雰囲気をつくり、利用者の意志を尊重するように努めます。

(2) 利用対象者

要介護状態にある認知症高齢者

(3) 事業内容

- ① 送迎 送迎時に家族とのコミュニケーション（在宅での状態把握）を大切にし、安心して利用していただけるように、介護職員が添乗しています。
- ② 食事 ご利用者の状態に合わせた食事（嗜好）を提供し、月毎の行事食によって食事への楽しみとして捉えたい。
- ③ 入浴 体調の変化に留意し、安全、快適な入浴をしていただけるように声かけ・見守り・介助を行います。
- ④ 個別機能訓練 体操、ゲーム、音楽、趣味（手芸等）などを個々に応じたプログラムで対応できるようにしています。
- ⑤ 健康チェック 心身状態の観察を行うとともに、持参の薬の管理、服用の援助を行います。
- ⑥ 生活相談 日常の生活における悩みごと等の相談を行います。

(4) 年間行事

- ①誕生会は毎月実施（利用者主体、参加型）
- ②レクリエーション大会・・応援合戦なども含めて実施していきたい。

	内 容		内 容
4月	花見ドライブ	10月	
5月	花植え・レクリエーション大会	11月	紅葉ドライブ・レクリエーション大会
6月		12月	クリスマス会
7月	梅採り、梅漬け	1月	団子さし
8月	レクリエーション大会	2月	節分・レクリエーション大会
9月	敬老の祝い	3月	ひな祭り

(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人、生活相談員2人（1人兼務）、看護師・機能訓練指導員2人（1人兼務）、介護員6人（3人兼務）

(6) 利用定員

指定介護予防認知症対応型通所介護事業と併せ、1日12人の範囲内

平成19年度 いいたてデイサービスセンター 地域密着型介護予防事業計画  
 ≪介護予防認知症対応型デイサービス事業≫

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援助及び個別機能訓練を提供します。

四季折々の行事を活動の中に取り入れながら、家庭的な雰囲気の中で心身の機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減が図れるようにサービスを提供します。

2. 具体的な施策

(1) 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て、安心できる雰囲気をつくり、利用者の意志を尊重するように努めます。

(2) 利用対象者

要支援1, 2にある認知症高齢者

(3) 事業内容

- ① 送迎 送迎時に家族とのコミュニケーション（在宅での状態把握）を大切に、安心して利用していただけるように、介護職員が添乗しています。
- ② 食事 ご利用者の状態に合わせた食事（嗜好）を提供し、月毎の行事食によって食事への楽しみとして捉えたい。
- ③ 入浴 体調の変化に留意し、安全、快適な入浴をしていただけるように声かけ・見守り・介助を行います。
- ④ 個別機能訓練 体操、ゲーム、音楽、趣味（手芸等）などを個々に応じたプログラムで対応できるようにしています。
- ⑤ 健康チェック 心身状態の観察を行うとともに、持参の薬の管理、服用の援助を行います。
- ⑥ 生活相談 日常の生活における悩みごと等の相談を行います。

(4) 年間行事

- ① 誕生会は毎月実施（利用者主体、参加型）
- ② レクリエーション大会（応援合戦なども含めて実施していきたい。）

	内 容		内 容
4月	花見ドライブ	10月	
5月	花植え・レクリエーション大会	11月	紅葉ドライブ・レクリエーション大会
6月		12月	クリスマス会
7月	梅採り、梅漬け	1月	団子さし
8月	レクリエーション大会	2月	節分・レクリエーション大会
9月	敬老の祝い	3月	ひな祭り

(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人、生活相談員2人（1人兼務）、看護師・機能訓練指導員2人（1人兼務）、介護員6人（3人兼務）

(6) 利用定員

指定認知症対応型通所介護事業と併せ、1日12人の範囲内

平成19年度 いいたてデイサービスセンター 障害者支援事業計画  
《障害者支援デイサービス事業》 (仮称)

1. 基本方針

身体障がい者の特性を踏まえ、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、自立訓練や生活介護（入浴・排泄・食事の介助、その他生活全般にわたる援助）を目的とする。

2. 具体的な施策

(1) 重点強化項目

- ① 個々のADL状況の把握（ケアプラン作成・実施）
- ② 個々のADLの維持向上を目指し自立訓練や、各種サービス提供のほかに創作活動（趣味を生かした作品製作等）を展開する。

(2) 利用対象者

身体障がい者（軽度等は自立訓練、重度等は生活介護）

(3) 事業内容

① 主な内容

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	ク. 自立訓練

(4) 開所日

- ① 毎週月曜日とする。

(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人、生活相談員1人、介護員1人

(6) 利用定員

指定通所介護及び指定介護予防通所介護事業と併せ、1日20人の範囲内



平成19年度 いいたてヘルパーステーション訪問介護事業計画  
《訪問介護事業》

1. 基本方針

ご利用者の尊厳、基本的人権を尊重し、専門職としての自覚を持ち、ご利用者が安心して自立した日常生活を営むことが出来るよう、身体介護及び生活援助を支援していく。

また、その家族と共に、ご利用者に対し、より良い介護方法の提供や相談等を受け自立支援に向けたサービスを提供する。

2. 具体的な施策

(1) 重点事業項目

- ① サービス内容の質を確保するため、ケアプランに基づき、よりきめ細やかなサービスを提供する。また、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、サービスの質の向上を図る。
- ② ステーションにおいて、ケア会議を持ち、ご利用者の持っているニーズの把握や問題等を早期に分析し、解決に向けて取り組んでいくと共に介護者の立場も同時に考慮し支援していく。
- ③ 潜在能力を引き出し、機能低下の予防を図る。
- ④ 介護者の抱えている問題への支援
- ⑤ ご利用者のニーズを把握し日常生活を安全、安心して送れるよう支援する。
- ⑥ ヘルパーと、ご利用者及び介護者間との連絡ノートを活用する。
- ⑦ 一人暮らしや、高齢者世帯の安否確認等をし、安心して生活出来るよう支援する。
- ⑧ コミュニケーションを図りながら、本人のできることは本人ができるよう支援する。
- ⑨ 新規利用者の拡大のため、パンフレットを活用する。
- ⑩ 居宅支援事業所との連携を図る。
- ⑪ 言葉遣いに注意しプライバシーを保護する。
- ⑫ どのようなサービスか理解して頂くため、お試し利用（身体介護、生活援助）期間を設け無料で提供する。

3. 利用対象者

要介護状態等にある高齢者

4. サービス提供内容

(1) 身体介護に関すること。

- ① 食事の介助
- ② 清拭・入浴介助
- ③ 排泄の介助
- ④ 身体整容
- ⑤ 体位交換
- ⑥ 衣類の交換
- ⑦ 移乗・移動の介助
- ⑧ 就寝・起床の介助

(2) 生活に関すること。

- ① 掃除
- ② 洗濯
- ③ ベットメイク
- ④ 衣類の整理・被服の修理
- ⑤ 相談に関すること
- ⑥ 一般的な調理・配下善
- ⑦ 買物・薬の受け取り

5. 職員の配置

- (1) 所長1人、サービス提供責任者1人、介護員5人（兼務3人）

平成19年度 いいたてヘルパーステーション訪問介護事業計画  
《介護予防訪問介護事業》

1. 基本方針

ご利用者の尊厳、基本的人権を尊重し、専門職としての自覚を持ち、ご利用者が安心して自立した日常生活を営むことが出来るよう、身体介護及び生活援助を支援していく。

また、その家族と共に、ご利用者に対し、より良い介護方法の提供や相談等を受け自立支援に向けたサービスを提供する。

2. 具体的な施策

(1) 重点事業項目

- ① サービス内容の質を確保するため、ケアプランに基づき、よりきめ細やかなサービスを提供する。
- ② ステーションにおいて、ケア会議を持ち、ご利用者の持っているニーズの把握や問題等を早期に分析し解決に向けて取り組んでいくと共に、介護者の立場も同時に考慮して支援していく。
- ③ 潜在能力を引き出し、機能低下の予防を図る。
- ④ 介護者の抱えている問題への支援
- ⑤ ご利用者のニーズを把握し日常生活を安全、安心して送れるよう支援する。
- ⑥ ヘルパーと、ご利用者及び介護者間との連絡ノートを活用する。
- ⑦ 一人暮らしや、高齢者世帯の安否確認等をし、安心して生活出来るよう支援する。
- ⑧ コミュニケーションを図りながら、本人の出来ることは本人が出来るよう支援する。
- ⑨ 新規利用者の拡大のため、パンフレットを活用する。
- ⑩ 包括支援センターとの連携を図る。
- ⑪ どのようなサービス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。
- ⑫ 言葉遣いに注意しプライバシーを保護する。

3. 利用対象者

要支援状態にある高齢者

4. サービス提供内容

(1) 身体の介護に関すること。

- ① 食事の介助
- ② 清拭・入浴介助
- ③ 排泄の介助
- ④ 身体整容
- ⑤ 体位交換
- ⑥ 衣類の交換
- ⑦ 移乗・移動の介助
- ⑧ 就寝・起床の介助

(2) 生活に関すること。

- ① 掃除
- ② 洗濯
- ③ ベットメイク
- ④ 衣類の整理・被服の修理
- ⑤ 相談に関すること
- ⑥ 一般的な調理・配下善
- ⑦ 買物・薬の受け取り

5. 職員の配置

- (1) 所長1人、サービス提供責任者1人、介護員5人（兼務3人）

平成19年度 いいたてヘルパーステーション居宅介護等事業計画  
《指定障害福祉サービス事業所》

1. 基本方針

ご利用者の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴・排泄・食事の介護、その他生活全般にわたる支援を行う。

また、その家族と共に、ご利用者に対し、より良い介護方法の提供や相談等を受け、適正な居宅介護を提供する。

2. 具体的な施策

(1) 重点事業項目

- ① サービス内容の質を確保するため、ケアプランに基づき、よりきめ細やかなサービスを提供する。
- ② ステーションにおいて、ケア会議を持ち、ご利用者の持っているニーズの把握や問題等を早期に分析し解決に向けて取り組んでいくと共に、介護者の立場も同時に考慮して支援していく。
- ③ 潜在能力を引き出し、機能低下の予防を図る。
- ④ 介護者の抱えている問題への支援
- ⑤ ご利用者のニーズを把握し日常生活を安全、安心して送れるよう支援する。
- ⑥ ヘルパーと、ご利用者及び介護者間との連絡ノートを活用する。
- ⑦ 一人暮らしや、高齢者世帯の安否確認等をし、安心して生活出来るよう支援する。
- ⑧ コミュニケーションを図りながら、本人の出来ることは本人がやるよう支援する。
- ⑨ 新規利用者の拡大のため、パンフレットを活用する。
- ⑩ 市町村・包括支援センターとの連携を図る。
- ⑪ 言葉遣いに注意し、プライバシーを保護する。

3. 利用対象者

身体障がい者、知的障がい者、障がい児、精神障害者等

4. サービス提供内容

(1) 身体の介護に関すること。

- ① 食事の介助
- ② 清拭・入浴介助
- ③ 排泄の介助
- ④ 身体整容
- ⑤ 体位交換
- ⑥ 衣類の交換
- ⑦ 移乗・移動の介助
- ⑧ 就寝・起床の介助

(2) 家事援助に関すること。

- ① 掃除
- ② 洗濯
- ③ ベットメイク
- ④ 衣類の整理・被服の修理
- ⑤ 相談に関すること
- ⑥ 一般的な調理・配下善
- ⑦ 買物・薬の受け取り

5. 職員の配置

- (1) 所長1人、サービス提供責任者1人、介護員5人（兼務3人）

平成19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  
《訪問入浴介護事業》

1. 基本方針

要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。

- (1) 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。
- (2) 定期的な訪問入浴を利用することで、リフレッシュや安心感等を感じて頂き、生活機能の維持、向上に繋がるよう支援する。
- (3) 関連機関と密な連携をとり、より良いサービスに努める。

2. 具体的な施策

(1) 安全かつ楽しい入浴を提供

専門的な訪問入浴サービスを提供することによって、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心身の苦痛と緊張を緩和し、また、身体の清潔を保つことで、清潔感やリフレッシュ、更には褥瘡の発生を予防したりと、生きがいと意欲をもたらす。

- ① 自覚していない病態の変化を含め、健康状態の異常を早期発見することに心がける。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。

(2) 関係機関との連携

- ① 医療処置を受けられている場合は、医師の往診の有無や指示等を、連絡ノートに記入して頂き連携を図る。
- ② 居宅介護支援事業者との連携を密にする。

(3) 利用者拡大に努める

- ① 新規ご利用者の拡大のため、パンフレットを作成し各戸に配布しPRする。
- ② 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 より多くの方に理解をして頂くため、訪問入浴の講習会を行う。

3. 通常事業内容

- (1) 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、医師の意見書を確認し、ご利用者の心身の状況にあったサービスを提供する。
- (2) 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、往診をすすめる等、病気の早期発見に努める。
- (3) ご利用者の介護等に関する悩み事や相談に随時応じる。
- (4) 看護職員及び介護職員は、サービスを提供するうえで、ご利用者及び家族の知り得た情報を正当な理由なく、第三者には漏らさない。
- (5) 急変時は、ご家族・主治医等、緊急連絡先へ可能な限り連絡すると共に、救急車を要請する等措置を講じます。

4. 職員の配置

- (1) 所長1人、准看護師2人（兼務1人）介護員4人（兼務3人）

平成19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  
《介護予防訪問入浴介護事業》

1. 基本方針

要支援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。

- (1) 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。
- (2) 定期的な訪問入浴を利用することで、リフレッシュや安心感等を感じて頂き、生活機能の維持、向上に繋がるよう支援する。
- (3) 関連機関と密な連携をとり、より良いサービスに努める。

2. 具体的な施策

(1) 安全かつ楽しい入浴を提供

専門的な訪問入浴サービスを提供することによって、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心身の苦痛と緊張を緩和し、また、身体の清潔を保つことで、清潔感やリフレッシュ、更には褥瘡の発生を予防したりと、生きがいと意欲をもたらす。

- ① 自覚していない病態の変化を含め、健康状態の異常を早期発見することに心がける。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。

(2) 関係機関との連携

- ① 医療処置を受けられている場合は、医師の往診の有無や指示等を、連絡ノートに記入して頂き連携を図る。
- ② 包括支援センターとの連携を密にする。

(3) 利用者拡大に努める

- ① 新規ご利用者の拡大のため、パンフレットを作成し各戸に配布しPRする。
- ② 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 より多くの方に理解をして頂くため、訪問入浴の講習会を行う。

3. 通常事業内容

- (1) 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、医師の意見書を確認し、ご利用者の心身の状況にあったサービスを提供する。
- (2) 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、往診をすすめる等、病気の早期発見に努める。
- (3) ご利用者の介護等に関する悩み事や相談に随時応じる。
- (4) 看護職員及び介護職員は、サービスを提供するうえで、ご利用者及び家族の知り得た情報を正当な理由なく、第三者には漏らさない。
- (5) 急変時は、ご家族・主治医等、緊急連絡先へ可能な限り連絡すると共に、救急車を要請する等措置を講じます。

4. 職員の配置

- (1) 所長1人、准看護師2人（兼務1人）介護員4人（兼務3人）

## 1. 基本方針

介護保険法に基づき、ご利用者が要介護状態になった場合でも可能な限り、住み慣れた地域において自分らしい生活を継続するため、①高齢者の自己決定権の尊重（高齢者の尊厳）、②自立支援、③在宅生活の継続を目指し、ご利用者の心身の状況に応じ、適切な居宅サービスが利用できるよう、一人ひとりに多職種が連携し、継続的にフォローアップしていく。また、生活機能というプラス面からみるよう視点を転換し、「問題」を「意欲」に繋げていく。

### (1) 自立支援

ご利用者が要介護状態になっても、可能な限りできる範囲で、自分らしい生活を営むことができるよう、自ら主体的に・積極的に参画し、自分のための人生を創っていくことを支援する。

### (2) 利用者主体

ご利用者の現況や状態、生活等に於いて、当人の望みを十分に把握し、それを踏まえ最もふさわしいサービスを提供できるよう支援する。

### (3) ケアマネジメント

一人のご利用者が居宅と施設サービスを受ける際、その時期や場所等、担当する専門員の違いなどにより、一連のサービス提供を分断されたものに理解することがないよう、連携を密に持ち、一連の継続したケアを提供できるよう支援する。

### (4) ネットワーク

ご利用者の選択に基づき、適切な保健・医療・福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるように、連絡調整を行っていく。

## 2. 具体的な施策

### (1) ご利用者のケアプラン作成への主体的な参加（介護支援専門員との協働）

ご利用者や家族が、自立に向け主体的に参加して頂き、説明及びアセスメントを行うなかで、自分の問題状況を分かち合い、共に歩んでくれるよう一緒にケアプランを作成していく。

### (2) 住み慣れた自宅生活への支援

介護を要するご利用者が、受けているケアを維持しながら自立した生活を営む本拠は、居宅と地域社会であると考え。施設や病院への入居・入院は、一時期及び緊急的な利用であるため、住み慣れた落ち着く場所（地域や居宅）で介護支援を受けられるよう、継続的に支援する。

### (3) サービス担当者会議の充実

質の高いケアマネジメントを実践するため、サービス担当者間で、ご利用者の状況に関する情報を共有すると共に、専門的な見地からの意見交換を行いサービスの調整を図る。

## 3. 重点事業内容

### (1) ケアマネジメント

#### ① 課題分析（アセスメント）実施

- ア. サービスへの希望確認
- イ. 心身の状況、置かれている環境等から生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の分析・把握

② ケアプラン原案作成

- ア. サービスの目標及び達成時期の確認
- イ. サービスの内容、種類、頻度の確認

③ サービス担当者会議（ケアカンファレンス）

- ア. 要介護更新認定、変更認定時に開催
- イ. ご利用者及び家族とサービス提供事業者が同席参加
- ウ. ニーズ・サービス計画の確認

④ ケアプラン確定

- ア. ご利用者等の同意の確認
- イ. 居宅サービス計画（第1・2・3及び7・8表）をご利用者及び担当者全員に交付
- ウ. サービス計画に基づくサービス実施

⑤ モニタリングの実施

- ア. 月1回以上ご利用者の居宅を訪問
- イ. 原因、状態、問題、意欲の変化やサービス実施状況等の継続的な把握
- ウ. 目標達成に関する評価
- エ. 実施状況の把握（モニタリング）の記録を毎月記録
- オ. 必要に応じたケアプランの見直し。

(2) 在宅介護への支援と介護支援専門員の質の向上

① 介護者へ介護技術やその方法を指導（介護教室等により、介護相談の開催）

- ア. 在宅介護方法や介護負担軽減のメンタルケア相談等
- イ. 機関紙等により、制度改正等のお知らせ（2ヶ月1回、居宅利用者へ発行）

② ケアカンファレンスの充実（月1回、事業所内での検討会）

- ア. 新規及び困難ケースご利用者のケース検討会
- イ. 居宅事業所内でのご利用者の情報交換とプラン検討

③ ケアマネジメント学習会（職員研修・事業所内学習会開催）

- ア. アセスメント～ケアプラン作成の学習
- イ. 資源の発掘と活用の学習

④ 各サービス事業所との連絡調整と相談

- ア. 各サービス事業所のご利用者の把握と調整を行うため、担当者を決めスムーズな連絡調整を図れるようにする。
- イ. ご利用者の把握と帳票、会議等の確認

4. 職員配置

所長1人、介護支援専門員4人

## 1. 基本方針

高齢者が、住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続するためには、できるだけ要介護状態にならないよう予防対策から高齢者の状態に応じた介護サービスや医療サービスまで、様々なサービスを、高齢者の状態変化に応じ、切れ目なく提供することが必要となることから、地域包括支援センターは、高齢者の心身の健康の維持、保健・福祉の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行う。

### (1) 基本方針の三本柱

地域包括支援センターは、以下のような基本的な視点に立脚した運営を行います。

#### ① 公益性の視点

介護保険制度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

村の特性や実情を踏まえた柔軟な事業運営を行う。

#### ③ 協働性の視点

地域の中に積極的に入り問題の早期発見に努める。又地域の保健福祉・医療・介護の専門職やボランティア・民生児童委員など福祉を支える様々な関係者と密接な連携を図る。

## 2. 具体的な施策

地域包括支援センターは、目的を実現するために、次の事業を実施する。

### (1) 総合相談支援事業・権利擁護事業

#### ① 個々の高齢者に、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用に繋げる等の支援を行う。

ア. 地域における様々な関係者とのネットワーク構築

イ. ネットワークを通じた高齢者の心身の状況や家庭環境等についての実態把握

ウ. サービスに関する情報提供等の初期相談対応や、継続的・専門的な相談支援

エ. 権利擁護の観点からの対応が必要な方への支援

### (2) 包括的・継続的マネジメント事業

#### ① 主治医、ケアマネジャー等との多職種協働や、地域の関係機関との連携により、包括的・継続的なケアマネジメントを実現するための後方支援を行う。

ア. 日常的個別指導・相談業務

イ. 支援困難事例等への指導・助言業務

ウ. 包括的・継続的なケア体制の構築業務

エ. 地域におけるケアマネジャーのネットワークの形成業務

### (3) 介護予防ケアマネジメント事業

#### ① 高齢者が要介護状態になることをできるだけ防ぐよう、又要介護状態になったとしても状態がそれ以上悪化しないように支援する。

ア. 新予防給付

イ. 介護予防特定高齢者施策

### (4) 地域ケア体制確立のためのネットワークの強化

介護保険サービス、保健福祉サービスを効果的に提供していくために、サービス提供体制ごとに次のようなネットワークの強化を図る。



① 介護保険サービスネットワークの強化

村、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者を中核とし、介護サービスが適正に実施されるよう、居宅介護サービス事業者や介護保険施設、医療機関、関連機関との連携を強化する。

② 専門的ネットワーク体制の強化

地域包括支援センターを中核に、地区内の様々なサービスや相談などをコーディネートできるように、地域内の医療機関、民生委員・児童委員などとの連携を強化する。

③ コミュニティネットワーク体制の強化

高齢者にもっとも身近なコミュニティエリア内における行政区等各団体間の連携を強化し、支援を必要としている人を早期に発見したり、見守ったりする体制や、きめ細やかなサービス提供ができる体制を整備する。

### 3. 重点事業

(1) 新予防給付に関するケアマネジメント事業

① 介護保険の軽度認定者（要支援1・2）に対するケアマネジメントを実施します。

- ア. 利用申込みの受付
- イ. 契約締結
- ウ. アセスメント
- エ. 介護予防サービス計画原案の作成
- オ. サービス担当者会議の開催
- カ. 介護予防サービス計画書の交付
- キ. サービス提供における連絡調整
- ク. モニタリング
- ケ. 計画の達成状況の評価
- コ. 給付管理業務
- サ. 介護報酬の請求

(2) 介護予防特定高齢者施策

① 村が相談又は訪問等の機会に生活機能低下の早期把握を目的とした「基本チェックリスト」を活用し、介護予防事業の利用が必要と思われる特定高齢者（虚弱高齢者：高齢者人口の5%程度を想定）を把握する。それを受けて、個々の高齢者の心身の状況や生活環境、廃用による生活機能低下が生じた原因に応じた総合的かつ効果的な支援計画を作成し、支援して行く。

② 一定期間後の評価及び必要に応じて計画の見直しを行う。

- ア. 一次アセスメント
- イ. 介護予防ケアプランの作成
- ウ. サービス提供後の再アセスメント
- エ. 事業評価

### 4. 委託事業

(1) 村の委託により、創意工夫を生かした多様な事業を実施します。

① 家族介護支援事業等

- ア. 家族介護教室
- イ. 家族介護者交流事業
- ウ. 介護用品給付事業

② 介護予防事業

- ア. 運動器機能向上事業

### 5. 職員の配置

(1) 所長1人、管理者・保健師1人、介護支援専門員1人

## 1. 基本方針

法人の理念に沿って、居宅サービスと施設サービス事業者が互いに連携を図ることで、より良い繋がりのあるサービス提供ができるよう各事業所に必要な情報を提供すると共に、各事業所間がスムーズな連絡調整を行なえるようなシステムづくりに取り組む。  
(連帯感・協調性を深めると共に、新着情報の提供とパイプ役に努める。)

## 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。  
(前年度と同様。各事業所をサポートする役目を担う。)

## 3. 具体的な施策

前年度の課題から、制度及び最低限知って頂きたい情報の提供を各事業所へ出向き次の勉強会を行なう。

### (1) 定款・諸規程を中心とした勉強会の実施(各事業所年2回)

① 全事業所を対象に行なう。但し、ホームに於いては家長会議で行なう。  
(組織のあり方や就業等に関する義務や権利等について)

### (2) 申請及び報告等の意義や記入方法、提出期限についての周知徹底を行う。

① 全事業所を対象に行なう。特に主任会議等を開催し徹底する。  
(担当者は、申請及び報告、提出物の期限等を厳守することと、それに伴う責任について理解できるようにする。(上記(1)と併せて行う。))

② 文書用紙の統一や文書の書き方についてマニュアル作成  
(文書を見やすく、効率的にするため。)

## 4. 一般業務

### (1) 各制度の熟知に努める。

① 担当者は、通知文やインターネットから積極的に制度及び関連情報を熟知し、定例会に於いてフィードバックに努める。  
② 内外研修会に積極的に参加する。最新情報の収集に努めると共に、他施設との情報交換、常に一歩リードを目指し業務に努める。

### (2) 広報誌の発行

① 茶団夢=年2回(7月、2月)発行

### (3) 業務のスムーズ化

① 昨年同様、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と共に、業務協力体制を惜しまずにスムーズに処理する体制を整える。  
② 事務分掌を再度確認、効率的に進んでいない場合、専門性に関係なく提案するなど相互協働に努める。

(専門性及び特殊性故に自ら気付かない場合もあるので、事務サイドに留まることなく生活相談業務や栄養業務等にも積極的に提案して行くと共に、逆に事務サイドも他からの意見を受入、分析し良い物は取組む。)