

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет»
(национальный исследовательский университет)
Высшая школа экономики и управления
Кафедра «Экономика и управление на предприятиях сферы услуг,
рекреации и туризма»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА
Рецензент, директор Комплексного центра
социального обслуживания по
Калининскому району города Челябинска
_____/ И.Н. Лось /
« ____ » _____ 2018 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой, к.э.н., доцент
_____/Т.А.Худякова/
« ____ » _____ 2018 г.

Развитие стационарозамещающих технологий социальной работы с
маломобильными гражданами

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ЮУрГУ – 39.03.02. 2018. 474 ВКР

Руководитель,
_____/ Е.А. Антипова /
« ____ » _____ 2018 г.

Автор,
студент группы ЭУ-474
_____/Э.А. Сафина /
« ____ » _____ 2018 г.

Нормоконтролер, ст. преподаватель
_____/ М.Г. Ефимова /
« ____ » _____ 2018 г.

Челябинск 2018

АННОТАЦИЯ

Сафина Э.А. Развитие стационарозамещающих технологий социальной работы с маломобильными гражданами. – Челябинск: ЮУрГУ, ЭУ-474, 2018, 90 с., библиогр. список. – 80 наим., 3 таб., 1 приложение.

В данном исследовании проанализированы теоретические, организационно-правовые, технологические аспекты стационарозамещающих технологий социальной работы с маломобильными гражданами.

Основное внимание уделено маломобильным гражданам, их проблемам, развитию стационарозамещающих технологий социальной работы с маломобильными гражданами.

Проектом выпускной квалификационной работы выступает организационно-правовая работа по усовершенствованию применения стационарозамещающих технологий с маломобильными гражданами, которая будет осуществляться на базе Отделения дневного пребывания МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения по Калининскому району города Челябинска».

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	7
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ.....	10
1.1 Маломобильные граждане: понятие, категории, проблемы.....	10
1.2 Инновационная практика социальной работы с маломобильными категориями граждан.....	16
1.3 Роль стационарозамещающих технологий в области социальной работы.....	26
2 ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	31
2.1 Деятельность школ реабилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья.....	31
2.2 Особенности приемных семей для граждан пожилого возраста.....	37
2.3 Развитие сопровождаемого проживания инвалидов.....	47
3 АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	56
3.1 Опыт работы Школы реабилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья на базе МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения по Калининскому району города Челябинска».....	56
3.2 Организационно-правовая работа по усовершенствованию деятельности Школы реабилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья на базе «Комплексный центр социального обслуживания по Калининскому району города Челябинска».....	66
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	74

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	76
ПРИЛОЖЕНИЯ	85
ПРИЛОЖЕНИЕ А. О внесении изменений в Положение о деятельности «Школы реабилитации и ухода».....	85

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы выпускной квалификационной работы состоит в том, что развитие новых технологий, их эффективное внедрение в самые разнообразные стороны жизни человека в настоящее время стало неотъемлемой частью развития современного общества. То, что вчера казалось фантастикой, сегодня становится явью. Все это в полной мере затрагивает и систему социального обслуживания граждан.

Сегодня в России создана полноценно функционирующая система социального обслуживания населения. Ежегодно ею охвачено около 19 миллионов человек – инвалидов, пожилых людей, семей с детьми, граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В начале третьего тысячелетия поиск новых эффективных форм оказания социальной помощи населению – одна из современных тенденций социального обслуживания граждан. Среди них следует выделить широкую ориентацию на использование стационарозамещающих технологий.

Социальный эффект стационарозамещающих технологий заключается в обеспечении возможности получения квалифицированной помощи и поддержки по месту жительства без госпитализации и улучшении в связи с этим качества жизни маломобильных граждан. При правильной организации работы в этом направлении, достигается полноценный медицинский и социальный эффект.

Внедрение современных стационарозамещающих технологий – это перспективная форма организации социальной помощи населению, направленная на охрану здоровья и реабилитацию граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также создание условий для предупреждения развития негативных последствий и различных социальных проблем, мобилизацию скрытых резервов, способности человека справляться с возникшими проблемами.

Объектом исследования является стационарозамещающие технологии.

Предмет изучения – применение стационарозамещающих технологий социальной работы с маломобильными гражданами.

Гипотеза: развитие стационарозамещающих технологий социальной работы с маломобильными гражданами позволит повысить её эффективность и результативность, а также обеспечит более успешную реализацию целей государственной социальной политики.

Цель работы – изучить роль стационарозамещающих технологий социальной работы с маломобильными категориями граждан.

Задачи работы:

– дать всестороннюю характеристику маломобильных граждан: понятие, категории;

– произвести теоретико-методологический анализ проблем маломобильных категорий граждан;

– обобщить и проанализировать накопленный опыт социальной работы с маломобильными гражданами в стране;

– произвести теоретико-методологический анализ развития стационарозамещающих технологий;

– обобщить и дать анализ применяемых стационарозамещающих технологий социальной работы с маломобильными категориями граждан;

– разработать организационно-правовую и практическую работу по усовершенствованию применения стационарозамещающих технологий с маломобильными гражданами;

– определить жизнеспособность и перспективы внедрения предложенной организационно-правовой и практической работы по усовершенствованию применения стационарозамещающих технологий с маломобильными гражданами.

Практическая значимость данной работы состоит в том, что разработанный нами проект организационно-правовой и практической работы по усовершенствованию применения стационарозамещающих технологий с маломобильными гражданами может быть использован в практической деятельности комплексного центра социального обслуживания населения.

Основные положения и выводы исследования апробированы в выступлениях на XXIII международной молодежной научной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения основателя Ур СЭИ В.И. Антипина, «Россия сегодня: социально-экономические и духовно-нравственные ориентиры развития нации. Взгляд молодых», которая состоялась 19.04.2018.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ

1.1 Маломобильные граждане: понятие, категории, проблемы

Маломобильные группы населения – люди, испытывающие затруднения при самостоятельном передвижении, получении услуги, необходимой информации или при ориентировании в пространстве [1].

К маломобильным гражданам относятся:

– инвалиды всех категорий, нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приведшими к ограничению жизнедеятельности, и вызывающее необходимость их социальной защиты;

– лица пожилого возраста;

– беременные женщины;

– граждане с малолетними детьми, в том числе использующие детские коляски;

– другие лица с ограниченными возможностями или способностями самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, либо вынужденные в силу устойчивого или временного физического недостатка использовать для своего передвижения необходимые средства, приспособления и собак-проводников.

Основной задачей, которая стоит не только перед государством, но и в целом перед обществом, это – создать условия для беспрепятственного передвижения, доступа маломобильных граждан и их пользования объектами социальной, транспортной и инженерной инфраструктур; устранение дискриминационного воздействия архитектурных, транспортных и коммуникационных барьеров, ущемляющих права и свободы маломобильных граждан. Поэтому создание доступной и комфортной среды для данной категории граждан является не только актуальной темой, но и шагом, позволяющим устранить «отношенческий» барьер

к ним, и характеризует степень зрелости общества. Поэтому создание безбарьерной среды для маломобильных граждан возможно, во-первых, укреплением и совершенствованием существующей нормативной правовой базы, направленной на создание безбарьерной среды; во-вторых, улучшением существующей инфраструктуры в целом.

Несмотря на принимаемые меры и некоторые определенные положительные сдвиги, инвалиды и другие маломобильные группы населения до настоящего времени остаются одними из самых неблагополучных категорий населения и требуют дополнительного внимания и поддержки.

Особое внимание следует уделить категории инвалидов и детей-инвалидов.

Согласно Декларации о правах инвалидов «инвалид» – это лицо, которое не в состоянии самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка врожденного или приобретенного, его умственных и физических возможностей [2].

В Федеральном законе от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 18.03.2018) инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [3].

Люди с ограниченными возможностями составляют особую социальную группу населения, неоднородную по своему составу и дифференцированную по возрасту, полу и социальному статусу, занимающую значительное место в социально-демографической структуре общества. Особенностью данной социальной группы является неумение самостоятельно реализовать свои конституционные права на охрану здоровья, реабилитацию, труд и независимую жизнь. Несмотря на гарантированные Конституцией равные права всем людям России, возможности реализации этих прав у людей-инвалидов.

Реализацию гарантированных государством прав и удовлетворение основных потребностей, а также дальнейшее включение в общество людей с ограниченными возможностями осуществляют семья, школа, лечебные и реабилитационные учреждения, общество в целом.

Основными социальными проблемами людей с ограниченными возможностями являются барьеры в осуществлении прав на охрану здоровья и социальную адаптацию, образование, трудоустройство. Переход на платные медицинские услуги, платное образование, неприспособленность архитектурно-строительной среды к особым нуждам людей–инвалидов в зданиях общественной инфраструктуры (больницах, школах, средних и высших образовательных учреждениях), финансирование государством социальной сферы по остаточному принципу усложняют процессы социализации и включение их в общество.

Специалисты, которые работают с инвалидами, обратили внимание на следующие проблемы (барьеры, с которыми сталкивается семья с ребенком-инвалидом и сам ребенок в нашей стране):

- 1) социальная, территориальная и экономическая зависимость инвалида от родителей и опекунов;
- 2) при рождении ребенка с особенностями психофизиологического развития семья либо распадается, либо усилена опекает ребенка, не давая ему развиваться;
- 3) выделяется слабая профессиональная подготовка таких детей;
- 4) трудности при передвижении по городу (не предусмотрены условия для передвижения в архитектурных сооружениях, транспорте и т.п.), что приводит к изоляции инвалида;
- 5) отсутствие достаточного правового обеспечения (несовершенство законодательной базы в отношении детей с ограниченными возможностями);
- 6) сформированность негативного общественного мнения по отношению к инвалидам (существование стереотипа «инвалид – бесполезный» и т.п.);

7) отсутствие информационного центра и сети комплексных центров социально-психологической реабилитации, а так же слабость государственной политики.

Инвалидность – это ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными отклонениями. Вследствие этого возникают социальные, законодательные и иные барьеры, которые не позволяют человеку имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того чтобы они могли жить независимой жизнью.

Патологические процессы, развивающиеся у лиц с ограниченными возможностями, с одной стороны, разрушают целостность и естественность функционирования организма, с другой – вызывают комплексы психической неполноценности, характеризующиеся тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью, изолированностью или, наоборот, эгоцентризмом, агрессивностью, а подчас и антисоциальными установками [4].

К наиболее часто встречающимся отклонениям в эмоционально-волевой сфере у лиц с ограниченными возможностями относятся:

- 1) эмоциональная вялость;
- 2) апатичность;
- 3) зависимость от опекающих лиц;
- 4) невысокая мотивация к самостоятельной деятельности, в том числе направленной на коррекцию собственного болезненного состояния;
- 5) невысокий адаптивный потенциал.

Одна из важнейших социальных проблем лиц с ограниченными возможностями – проблема их социальной реабилитации и интеграции.

Существуют различные подходы к определению понятия реабилитации (сам термин «реабилитация» происходит от латинского «ability» – способность,

«rehabilitation» – восстановление способности), особенно среди специалистов-медиков. Так, в неврологии, терапии, кардиологии под реабилитацией подразумеваются, прежде всего, различные процедуры (массаж, психотерапия, лечебная гимнастика и т.д.), в травматологии и ортопедии – протезирование, в физиотерапии - физическое лечение, в психиатрии – психо- и трудотерапия.

В Российской энциклопедии социальной реабилитация определяется как «комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов» [5]. Таким образом, понимаемая реабилитация включает в себя функциональное восстановление или компенсацию того, что нельзя восстановить, приспособление к повседневной жизни и приобщение к трудовому процессу больного или инвалида. В соответствии с этим различают три основных вида реабилитации: медицинскую, социальную (бытовую) и профессиональную (трудовую).

При истолковании понятия «реабилитация» мы исходим также из его характеристики в официальных документах известных международных организаций.

По определению Международной организации труда (МОТ), сущность реабилитации состоит в восстановлении здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими способностями для достижения максимальной физической, психической, социальной и профессиональной полноценности.

Согласно решению Международного симпозиума бывших социалистических стран по реабилитации в 1964 году, под реабилитацией следует понимать совместную деятельность медицинских работников, педагогов (в области физической культуры), экономистов, руководителей общественных организаций, направленную на восстановление здоровья и трудоспособности инвалидов.

Во втором отчете Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения по реабилитации в 1969 году говорится, что реабилитация – это

координированное применение медицинских, социальных, просветительских и профессиональных мероприятий по обучению или переобучению инвалидов для достижения ими по возможности наиболее высокого уровня функциональной активности [6].

Широкое и всестороннее определение реабилитации было дано на IX Сессии министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран в Праге, в 1967 году. Это определение, на которое опираемся и мы в нашем исследовании, после некоторой коррекции выглядит следующим образом: реабилитация в современном обществе – это система государственных и общественных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических, юридических и других мер, направленных на восстановление нарушенных функций организма, социальной активности и трудоспособности больных и инвалидов.

Как подчеркивается в материалах Всемирной организации здравоохранения, реабилитация инвалидов не ограничивается узкими рамками восстановления отдельных психических и физических функций. Она предполагает комплекс мер, обеспечивающих возможность для инвалидов вернуться, либо максимально приблизиться к полноценной общественной жизни.

Конечной целью реабилитации инвалидов является социальная интеграция, обеспечение их активного участия в основных направлениях деятельности и жизни общества, «включенность» в социальные структуры, связанные с различными сферами жизнедеятельности человека – учебной, трудовой, досуговой и другие – и предназначенные для здоровых. Интеграция инвалида в определенную социальную группу или общество в целом предполагает возникновение у него чувства общности и равенства с другими членами этой группы (общества) и возможность сотрудничества с ними как равными партнерами.

Проблема социальной реабилитации и интеграции лиц с ограниченными возможностями – комплексная, многоплановая проблема, имеющая различные

аспекты: медицинский, психологический, социально-педагогический, социально-экономический, правовой, организационный и другие [7, 8, 9].

Конечными задачами медико-социальной реабилитации являются: обеспечение лиц с особыми потребностями возможности вести как можно более соответствующий возрасту образ жизни; максимальное приспособление их к среде и обществу путем обучения навыкам самообслуживания, накопления знаний, приобретения профессионального опыта, участия в общественно-полезном труде и т.д., а с психологической точки зрения – создание положительного Я-образа, адекватной самооценки, ощущений безопасности и психологического комфорта [10].

Социально-экономический аспект данной проблемы связан с уровнем жизни инвалидов. Результаты ряда исследований, проведенных в нашей стране, свидетельствуют о том, что в этом плане инвалиды представляют особую социальную группу, отличающуюся от средней популяции по уровню и качеству жизни, по активности участия в общественных процессах [11]. У них ниже средняя заработная плата, уровень потребления товаров, уровень образования. У многих инвалидов остается нереализованным желание заниматься трудовой деятельностью, их общественная активность ниже средней в популяции. Отличаются они по семейному статусу и ряду других показателей.

Итак, лица с ограниченными возможностями – это особая социальная группа людей, имеющая существенно важные в социальном плане особенности и требующая по отношению к себе особой социальной политики.

1.2 Инновационная практика социальной работы с маломобильными категориями граждан

Начиная с 2000-х годов проблемы социальной политики становятся центральной темой социально-экономических программ и государственной политики. Накопленный к этому периоду ресурсный потенциал, а именно

стабилизация и рост экономики, повышение уровня жизни населения, позволили приступить к модернизации в социальной сфере.

Социальная сфера в России исторически развивалась преимущественно под опекой государства и в значительной степени за счет казны, формировалась в направлении организации попечения, призрения и взаимопомощи в интересах бедных и других групп населения, которые не могли самостоятельно обеспечить свое существование.

В XXI веке необходимость поиска баланса между требованиями рыночных реформ и комплексом социальных проблем обусловила новую идеологию развития социальной сферы как сочетание государственного регулирования и активизации самозащитных функций населения. С вхождением в рыночные отношения и формированием смешанной экономики открылись широкие возможности участия граждан в добровольных организациях и объединениях. В новой России активно развиваются различные формы гражданского самоуправления, разворачивают свою деятельность социальные организации и политизированные гражданские движения.

Субъектами социальной политики сегодня выступают различные партии, общественные движения и объединения, отстаивающие интересы различных социальных групп, а также сами граждане, которые активно взаимодействуют для решения возникающих социальных проблем.

Социальная сфера – не застывшая структура социальных связей и отношений [12]. В ней непрерывно протекают сложные, противоречивые процессы преобразований под воздействием множества факторов. К факторам, воздействующим на социальную сферу, относятся:

- природно-географический фактор (особенности природно-географической среды и ее влияние на занятия, образ жизни населения);
- социально-демографический фактор (половозрастной состав, численность населения по категориям и группам, рождаемость и смертность, семейные отношения, миграционные процессы, занятость и т.д.);

- производственно-технологический фактор (степень развития предприятий региона);
- социально-экономический фактор (особенности функционирования социальной инфраструктуры);
- социально-правовой фактор (уровень правового самосознания населения);
- социально-политический фактор (влияние социальной политики на воспроизводство социальных ресурсов);
- социально-информационный фактор (характер влияния средств массовой информации на социальные отношения и процессы в обществе, регионе);
- социокультурный фактор (традиции в обществе, наличие учреждений культуры);
- национально-этнический фактор (влияние национальных интересов различных групп населения, их традиций и обычаев);
- социально-психологический фактор (проявление переживаний, настроений различных групп населения, учет их образа жизни).

В современной России стратегия развития социальной сферы строится на так называемой двухцелевой ориентации: на развитии социальной динамики и на обеспечении социальной стабильности в стране и социальной защищенности населения. Это позволяет обеспечивать каждому гражданину минимально необходимые условия жизнедеятельности, создавать равные стартовые возможности для самореализации.

К ведущим направлениям инновационной деятельности в социальной сфере современной России можно отнести:

- информатизацию социальной сферы, под которой понимается социально-экономический и научно-технический процесс создания оптимальных условий для удовлетворения информационных потребностей и реализации прав граждан и органов власти всех уровней на основе формирования и использования информационных ресурсов);

– увеличение разнообразия организационных форм и технологий удовлетворения социальных потребностей разных групп населения, переход к индивидуализации социальных услуг;

– расширение круга субъектов социальной деятельности, вовлечение в процесс решения социальных проблем широких слоев населения, что позволит стимулировать социальную активность и социальную самодеятельность, расширению социального самообслуживания;

– участие инновационно-активных организаций в международных программах и конкурсах;

– создание инновационных центров в различных регионах для обеспечения координации взаимодействия и поддержки участников инновационной деятельности [13].

Опыт зарубежных стран показывает, что наиболее благоприятная социально-экономическая среда для инновационной деятельности – это область мелкого предпринимательства. В этой области наиболее чутко реагируют на вновь возникающие общественные потребности и эффективно используют возможности рынка для освоения инноваций. Бюджетные предприятия социальной сферы далеко не всегда имеют возможность столь же оперативно реагировать на изменения потребностей социума, в силу не столько недостатка финансирования, сколько отсутствия заинтересованности во внедрении новых технологий.

Мировой опыт осуществления социального развития свидетельствует о ведущей роли государства в создании и распространении социальных инноваций. В социальных инновационных процессах государству необходимо участвовать не только в качестве их организатора, но и в качестве соинвестора, способного разделить совместно с предпринимательским и некоммерческим сектором расходы на создание социальных инноваций. Активное участие государства в такой деятельности достаточно часто приводит к усложнению процессов и бюрократизации и, как следствие – к снижению эффективности и качества внедряемых социальных инноваций.

Одним из способов разрешения этого противоречия является создание государственно-частного партнерства, способного обеспечить эффективную разработку и внедрение инноваций в социальной сфере. Государственно-частное партнерство – это институционально-организационное объединение интересов государства, предпринимательских и некоммерческих структур в целях реализации социально значимых проектов и программ.

Характерными чертами современного этапа развития социальной работы в России являются развитие инновационных процессов в социальной отрасли и востребованность научно-практических исследований, направленных на изучение механизмов, воздействующих на эти процессы, повышающих значимость инновационных эффектов. Нормативное представление о социальном механизме инновационных процессов в социальных учреждениях – это описание такого режима его работы, который обеспечивает необходимые обществу темпы развития учреждений и предприятий в системе социальной защиты населения.

Основой работы данного механизма является активность социальных групп новаторов – инновационное сообщество. Наличие такого сообщества – условия формирования благоприятного инновационного климата. Инновационный климат учреждения формируется на основе индивидуального сознания работников. При достаточном уровне инновационной активности работников нововведение осуществляется успешно. Улучшение результатов деятельности учреждения оказывает обратное действие на систему локальных результатов инновационных процессов (например, растут фонды материального поощрения, расширяются возможности для роста технической оснащенности организации).

Успех инновационной политики определяется не только от социально-экономической ситуации в каждом конкретном регионе, но и от того, насколько заинтересованы в инновационном процессе различные социальные группы населения. Опыт деятельности социальных служб показывает, что даже самое незначительное нововведение может оказать положительное воздействие на всю систему социальной защиты населения. Поэтому изучение инновационного опыта

деятельности социальных учреждений позволяет представить ближайшие перспективы развития системы социальной защиты населения [14].

В Челябинской области функционирует система учреждений, оказывающих социальные услуги гражданам с ограниченными возможностями здоровья и семьям, воспитывающим детей-инвалидов. Социальное обслуживание престарелых и инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе, осуществляется в 19 государственных (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, геронтологические центры, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для умственно отсталых детей) и 8 муниципальных (дома-интернаты малой вместимости для граждан пожилого возраста и инвалидов, детский дом-интернат для детей с дефектами физического и умственного развития) стационарных учреждениях социального обслуживания, в общей сложности на 4 646 мест. Все 27 стационарных учреждений (государственные и муниципальные) имеют лицензию на медицинское обслуживание [15].

Все проживающие находятся под диспансерным наблюдением, так как в доме-интернате нет легких пациентов, многие имеют не одно, а сразу несколько достаточно серьезных заболеваний.

Налажена преемственность в работе между специалистами областного бюро медико-социальной экспертизы и интернатами, что также способствует улучшению качества жизни инвалидов: регулярно проводится освидетельствование представленных больных и разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов. С каждым годом расширяется перечень средств реабилитации, предоставляемых проживающим: кресло-коляски, ходунки, противопролежневые матрасы, трости, специализированная обувь, корсеты и так далее.

Помимо медицинского обслуживания организован уход за беспомощными проживающими. Используются многие гигиенические и технические средства, облегчающие и повышающие качество ухода (противопролежневые матрасы,

функциональные кровати, гигиенические средства германской фирмы «Hartmann»).

Ежегодно более 1000 граждан, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания населения, осваивают основы профессий садовника, санитара, дворника, грузчика и других. Работая в учреждении, они оказывают помощь медицинскому персоналу в уходе за ослабленными проживающими, вносят достаточно большой вклад в благоустройство территорий, занимаются уборкой помещений. Это позволяет им чувствовать себя востребованными в обществе, повысить самооценку, радоваться достижениям и, как следствие, отмечается улучшение их психологического состояния. Некоторые из проживающих оформлены на штатные должности работников учреждений [15].

Большая работа проведена по созданию для клиентов стационарных учреждений комфортных, благоприятных условий жизнедеятельности. Созданы современные зоны отдыха, прогулочные площадки.

Во всех государственных учреждениях, где проживают инвалиды молодого возраста, развивается реабилитация методами физической культуры и спорта. Более половины, а именно триста человек, молодых инвалидов из отделений реабилитации регулярно занимаются спортом [16].

Для осуществления социально-культурной реабилитации ежегодно проводится областной смотр-конкурс художественной самодеятельности и декоративно-прикладного творчества граждан с ограниченными возможностями, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания Челябинской области.

Кроме стационарного обслуживания, в области представлены другие формы социального обслуживания инвалидов. Граждане с нарушением функции опорно-двигательного аппарата и умственной отсталостью могут получить образование в государственном образовательном учреждении начального профессионального образования «Профессиональное училище-интернат №1 инвалидов» по

следующим специальностям: швея, вышивальщица, обувщик, слесарь-ремонтник машин и оборудования различного назначения, портной, закройщик.

Для инвалидов по слуху из числа выпускников специальных (коррекционных) образовательных учреждений I, II видов функционирует государственное образовательное учреждение начального профессионального образования «Профессиональное училище-интернат № 2 для инвалидов по слуху имени И.И. Шуба», осуществляющее подготовку квалифицированных специалистов по следующим профессиям: токарь-универсал, фрезеровщик-универсал, слесарь механосборочных работ, слесарь-ремонтник. Прием обучающихся в данное учреждение открыт для граждан всех регионов России [17].

Кроме того, в 1999 году создан Региональный центр образования инвалидов в Челябинском государственном университете с учебно-консультационными пунктами в ряде муниципальных образований области для обучения инвалидов по месту проживания. Находясь в составе факультета доступности высшего образования ЧелГУ, Региональный центр взаимодействует с 8-ю факультетами университета. В Центре создан банк данных, с помощью которого решается проблема поиска потенциальных абитуриентов. Прием абитуриентов ведет комиссия. Ее цель – на основе индивидуального подхода принять решение по каждому абитуриенту о рекомендации его к зачислению на учебу с учетом его стремлений и состояния здоровья в динамике. Специалисты педагоги и психологи сопровождают учащихся с ограниченными возможностями здоровья на протяжении всего процесса обучения.

С 2007 по 2009 годы количество учреждений системы социальной защиты населения, способных предоставлять гражданам с ограниченными возможностями необходимые формы реабилитации, увеличилось с 33 до 53 [15]. Это привело к увеличению числа инвалидов, прошедших реабилитацию.

При комплексных центрах социального обслуживания муниципальных образований Челябинской области создано 36 пунктов проката. На их ежегодное оснащение направляется более 600 тысяч рублей. Особо востребованными

техническими средствами реабилитации являются: ходунки, трости, костыли, детские и взрослые кресла-коляски. В короткие сроки инвалиды имеют возможность воспользоваться необходимыми техническими средствами.

С целью повышения качества и эффективности социальной работы с гражданами пожилого возраста, профилактики преждевременного старения и интенсификации научных исследований в области геронтологии создаются сети различных социальных учреждений пяти уровней:

- территориальный геронтологический центр, создаваемый для оказания квалифицированной стационарной и консультативно-диагностической помощи населению старших возрастных групп;

- геронтологическое отделение многопрофильной больницы, предназначенное для долечивания и медицинской реабилитации после курса интенсивного лечения в стационарах для лиц старших возрастных групп;

- отделение медико-социальной помощи как структурное подразделение центров социального обслуживания населения муниципальных районов, оказывающих медико-социальную помощь на дому гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию;

- надомное обслуживание граждан старше 60 лет с тяжелыми формами хронических заболеваний (визиты врачей, медицинских сестер, лечение и реабилитации на дому и др.);

- ночные службы медико-социальной помощи на дому [18].

Динамично развивается сеть домов с малой вместимостью – муниципальных стационарных учреждений на 10–15 мест. В перспективе они могут функционировать вместо крупных стационаров, построенных по типу больниц и технологически не приспособленных для создания условий, приближенных к домашним.

Совершенствование технологий социальной работы, которые направлены на устранение проблем преждевременного старения, ставит перед собой следующие первоочередные задачи:

- медицинское сопровождение в соответствии с возрастом на основе разработанных программ колоногидротерапии организма, низкокалорийной диеты, растительных антиоксидантов, современных геропротекторов, адаптогенов и биогенных стимуляторов лечебно-физкультурных методов реабилитации;
- проведение прикладных научных исследований по геронтологическим проблемам, разработка и внедрение современных технологий социальной работы, связанных с профилактикой преждевременного старения;
- анализ современных научных и эмпирических достижений в области социальной реабилитации возрастной патологии;
- мониторинг качества жизни пожилых людей, создание и ведение регистра реабилитационного потенциала;
- участие в разработке целевых программ и разноуровневых стандартов и нормативов по проблемам социальной реабилитации инвалидов разных категорий;
- организация и практическое участие в подготовке и реализации программ переподготовки и повышения квалификации специалистов, работающих с пожилыми людьми [19].

Внедрение инновационных технологий и методов работы, разработка программ и проектов влияет не только на вовлечение маломобильных граждан в активную социальную жизнь, влияет на сохранение здоровья и повышение качества социального обслуживания граждан, но и на реализацию профессиональных навыков работников сферы социального обслуживания населения.

Социальная значимость использования разных подходов состоит в вовлечении инвалидов и других маломобильных категорий населения в общественную жизнь для сохранения уверенности в себе, противодействию социальной изоляции и одиночеству, оживлению социальных контактов, поощрению независимости.

1.3 Роль стационарозамещающих технологий в области социальной работы

Стремительное развитие новых технологий, их эффективное внедрение в самые разнообразные стороны жизни человека в настоящее время стало неотъемлемой частью развития современного общества.

В области социальной защиты населения продолжительное время стационарные технологии социальной работы рассматривались как одни из основных форм социального обслуживания граждан. Однако существующие стационарные организации социального обслуживания не могут полностью обеспечить всех нуждающихся граждан в данной форме обслуживания, но и социально-экономические процессы в обществе внесли существенные коррективы в понимание оказания поддержки граждан [20].

В Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в России до 2025 года отмечена необходимость проведения мероприятий по развитию инфраструктуры организаций социального обслуживания. Одно из направлений программного документа, включает в себя развитие стационарозамещающих технологий предоставления социальных услуг.

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития России на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 года, важнейшими направлениями инновационного развития государства являются создание эффективной адресной системы поддержки граждан пожилого возраста и инвалидов, решение вопросов полного удовлетворения потребности пожилых людей в постороннем уходе, повышение эффективности системы организации медицинской помощи [21].

Указанные векторы развития определяют фокус государственной помощи, подразумевающей развитие форм предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам (нестационарной, полустационарной, стационарной и срочной социальной); оказание эффективной поддержки семьям, предоставляющим пожилым людям и инвалидам уход на дому; развитие системы предоставления медико-социальной помощи, в том числе помощи, оказываемой

гражданам пожилого возраста на дому, координация взаимодействия системы здравоохранения с системой социальной защиты населения.

Одним из путей достижения поставленных задач является применение новых экономически эффективных моделей оказания помощи, одной из которых являются стационарозамещающие технологии.

Стационарозамещающие технологии – это формы и методы предоставления социальных услуг гражданам, нуждающимся в стационарной форме обслуживания, вне стационарных учреждений в объеме, необходимом и достаточном для нормализации их жизни [22].

Как отмечает Е. А. Шамонова, стационарозамещающие технологии социального обслуживания нацелены на максимально возможное продление автономной жизни в привычных условиях пожилых граждан и поддержание их социального, психологического и физического статуса, а также оптимизацию затрат на оказание той или иной услуги, повышение качества и доступности социальных услуг [23].

Данные технологии носят бюджетный характер. Пребывание одного человека в стационарном учреждении социального обслуживания в десять раз дороже, чем средняя стоимость обслуживания его на дому. Кроме того, социальный эффект указанных технологий чрезвычайно высок.

В здравоохранении активно применяются стационарозамещающие формы медицинской помощи пациентам ортопедотравматологического, хирургического, терапевтического, психиатрического и иных профилей. Данные формы медицинской помощи впервые были созданы в 30-е годы XX века в виде ночных стационаров, стационаров выходного дня и дневных стационаров с режимом частичной госпитализации.

В 1960-е годы работа по развитию указанных форм помощи была активизирована. Однако интерес со стороны руководителей органов и учреждений отечественной системы здравоохранения к развитию данной формы работы в последующие 20 лет был потерян, в частности, из-за нерешенности

вопросов финансирования. В середине 1980-х годов внедрен термин «стационарозамещающие технологии» как форма оказания квалифицированной медицинской помощи населению в первичном звене отечественного здравоохранения [24].

В Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в России до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 года, отмечена необходимость проведения мероприятий по развитию инфраструктуры организаций социального обслуживания. Одно из направлений программного документа, связанное с развитием современных форм социального обслуживания, включает в себя развитие стационарозамещающих технологий предоставления социальных услуг, в том числе по долговременному уходу за гражданами старшего поколения, полностью или частично утратившими способность к самообслуживанию, а также стимулирование родственного ухода за данной категорией граждан [25].

В течение последнего десятилетия в разных регионах Российской Федерации (Курской, Ленинградской, Московской, Нижегородской, Новгородской, Томской, Челябинской областях, Краснодарском крае и др.) внедряются новые технологии социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов. Среди социальных инноваций преобладают стационарозамещающие технологии: «выездная бригада социальных работников», «услуги сиделки», «специальный дом для одиноких престарелых», «санаторий на дому», единая диспетчерская служба, приемная семья для граждан пожилого возраста и инвалидов, школы реабилитации и ухода и прочее [26, 27, 28, 29].

Одной из стационарозамещающих технологий являются школы реабилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья.

В рамках деятельности данных школ осуществляется социальная реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов, направленная на компенсацию утраченных способностей к самообслуживанию в быту и навыков самостоятельной жизнедеятельности [30]. Кроме того, в школах проходит

обучение граждан, в составе которых проживают люди, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе, навыкам ухода за лежачими родственниками, использования технических средств реабилитации и специальных средств гигиены. В процессе работы школ реабилитации и ухода осуществляется реализация индивидуальных программ реабилитации инвалидов с использованием оптимального набора средств и методик социальной реабилитации, имеющихся в распоряжении учреждений социального обслуживания.

«Услуги сиделки» оказываются гражданам, инвалидам, пенсионерам, маломобильным гражданам, нуждающимся в постоянном постороннем уходе на дому вследствие частичной или полной утраты способности к самообслуживанию. В перечень услуг, предоставляемых сиделкой, входят социально-бытовые, санитарно-гигиенические услуги и процедуры, направленные на поддержание жизнедеятельности граждан.

«Мобильные бригады» предназначены для оказания социальных услуг в отдалённых от административного центра населенных пунктах. В сельских районах работает выездная социальная помощь, маршруты которой проходят по деревням, позволяющая пожилым гражданам получить консультацию специалистов отдела социальной защиты, услуги комплексного центра социального обслуживания.

«Специальный дом для одиноких престарелых» предназначен для предоставления престарелым людям жилья. Суть данной технологии состоит в том, что человек проживает в привычных домашних условиях и по желанию получает социальные услуги, предоставляемые комплексным центром.

«Приёмная семья для граждан пожилого возраста и инвалидов» предполагает совместное проживание и ведение общего хозяйства лица, нуждающегося в социальных услугах, и помощника, желающего организовать приемную семью, взять на себя заботу и оказание социальных услуг пожилому человеку, который не является его родственником. Данная технология даёт возможность пожилым

людям и инвалидам вести привычный образ жизни и быть социально защищёнными.

«Санаторий на дому» позволяет повысить социальную защиту граждан пожилого возраста и инвалидов путём предоставления им услуги по оздоровлению на дому (физиотерапевтические процедуры, ЛФК, массаж, фитотерапия). В течение всего курса обслуживаемые ежедневно находятся под наблюдением работников комплексного центра социального обслуживания населения. На каждого подопечного составляется индивидуальный план реабилитационных мероприятий. К таким мероприятиям относятся: выполнение назначений врача, гимнастика, фиточай, обучение навыкам самомассажа, просмотр и обсуждение художественных фильмов и другие. При необходимости гражданину предоставляются услуги психолога, парикмахера.

Целью данной технологии является устойчивое повышение качества жизни обслуживаемых граждан, активизация их социальной роли и сохранение самостоятельности в пожилом возрасте, индивидуальная и социальная адаптация обслуживаемых граждан и продление активного долголетия.

Социальный эффект всех перечисленных стационарозамещающих технологий заключается в обеспечении возможности получения квалифицированной помощи и поддержки по месту жительства без госпитализации, в улучшении качества жизни маломобильных категорий граждан. При правильной организации работы в этом направлении достигается полноценный медицинский и социальный эффект.

Внедрение современных стационарозамещающих технологий – это перспективная форма организации социальной помощи населению, направленная на охрану здоровья и реабилитацию граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также на создание условий для предупреждения развития негативных последствий и различных социальных проблем, мобилизацию скрытых резервов, способности человека справляться с возникающими проблемами.

2 ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

2.1 Деятельность школ реабилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья

Главной ценностью каждого современного общества является человек. Создание развитой экономики, социально-экономические и политические преобразования, утверждение гуманистических ценностей, все это направлено на создание условий для полноценной жизни человека. Проблема инвалидности в современном обществе становится всё более актуальной и значимой, так как с каждым годом, количество людей, имеющих серьезные ограничения жизнедеятельности, неуклонно растет.

Особенности их образа жизни и имеющиеся социально-экономические проблемы выдвигает новые требования к оказанию социальной помощи. Пожилые люди и инвалиды наряду с непосредственно медицинской помощью, обусловленной тем или иным хроническим заболеванием, не в меньшей степени нуждаются в мероприятиях социальной реабилитации, направленные на улучшение качества жизни, обеспечение условий для проживания в собственном доме как можно длительное время посредством правильного ухода.

Социальные мероприятия включают в себя осуществление медицинской, социальной, профессиональной, социально-средовой, социально-педагогической, социально-психологической реабилитации, абилитации и социально-бытовой адаптации пожилых и инвалидов.

В представлении Е.И. Холостовой – реабилитация – комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности. Этот процесс нацелен не только на восстановление способности человека к жизнедеятельности в социальной среде, но и самой социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам [31].

По мнению Дементьевой Н.Ф., реабилитация-процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на более полную компенсацию ограничения жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья, со стойким расстройством функций организма [31].

Согласно Федеральному закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» под реабилитацией инвалидов понимается система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности [32]. Программа реабилитационных мероприятий включает в себя:

- восстановительная терапия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности);
- реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности);
- санаторно-курортное лечение;
- протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов;
- обеспечение профессиональной ориентации инвалидов (профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации).

Понятие «абилитация» имеет неоднозначные трактовки. На сегодняшний день нет согласия среди авторов, обращающихся к этому понятию.

В медицинской литературе понятие абилитации часто дается в сравнении с понятием реабилитации. По Л.О. Бадалян: «Абилитация – это система лечебно-педагогических мероприятий, имеющих целью предупреждение и лечение тех патологических состояний у людей, еще не адаптировавшихся к социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможности трудиться, учиться и быть полезным членом общества» [33]. Об абилитации следует говорить в тех случаях, когда инвалидизирующее больного патологическое состояние возникло в раннем детстве. Этот человек не владеет навыками самообслуживания и не имеет опыта общественной жизни.

В Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» абилитация инвалидов рассматривается как система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности [32].

Программа индивидуальной абилитации включает в себя следующие меры:

- восстановительные (реконструктивная медицинская помощь, протезирование, ортезирование);
- профессиональные (оказание помощи при устройстве на работу, меры адаптации на новом рабочем месте);
- физкультурно-оздоровительные (привлечение к культурно-массовым мероприятиям, участие в соревнованиях);
- социальные (предоставление возможностей к самореализации, оказание помощи в процессе поступления в высшие учебные заведения, налаживание социальных контактов).

Реализация основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной, транспортной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации, абилитации инвалидов[32].

На базе отделений Комплексных центров социального обслуживания продолжена работа по развитию школ реабилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья, в рамках которых проводятся лечебно-оздоровительные, физкультурно-оздоровительные, социально-психологические мероприятия, обучающие семинары для родственников, осуществляющих уход за гражданами.

Школы реабилитации и ухода представляют собой стационарозамещающие технологии, позволяющие продлить пребывание граждан пожилого возраста,

инвалидов в адаптированных домашних условиях, сократить количество случаев направления в стационарные организации социального обслуживания [34].

Работа школ реабилитации и ухода осуществляется по следующим направлениям:

- обучение родственников, осуществляющих уход за маломобильными гражданами, базовым знаниям, умениям и навыкам, необходимым в уходе;
- просветительская и разъяснительная работа по поддержке здоровья обслуживаемых граждан, в том числе с привлечением специалистов медицинских и иных организация;
- демонстрация гражданам пожилого возраста и лицам с ограниченными возможностями здоровья технических средств реабилитации, средств ухода, обучение пользования ими, содействие в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации;
- проведение социально-реабилитационных мероприятий;
- оказание помощи в обучении навыкам компьютерной грамотности;
- повышение квалификации специалистов, задействованных в школах реабилитации и ухода.

Основная цель «Школы реабилитации и ухода»:

- 1) достижение оптимально возможного уровня жизни и социальной адаптации инвалида или пожилого человека, в привычной для них домашней обстановке в окружении семьи;
- 2) повышение эффективности социально-реабилитационных мероприятий;
- 3) создание благоприятной обстановки и психологической атмосферы в семье, обеспечивающей снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности;
- 4) формирование личностных предпосылок для адаптации к изменяющимся условиям и мотивации на здоровье, побуждающих к активной жизни в социуме;
- 5) расширение возможности трудоустройства, обучения родственникам, осуществляющим уход за инвалидами или пожилым человеком;

б) снижение потребности в услугах лечебно-профилактических учреждений и учреждений социального обслуживания инвалидов, граждан пожилого возраста, оказывающих реабилитационные услуги.

Наиболее востребованными формами работы школы реабилитации и ухода являются проведение на базе отделений дневного пребывания муниципальных учреждений занятий на пневмотренажерах, электрографе, адаптивные игры, анимационные мероприятия, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными гражданами, оксигенотерапия [35].

На базе школ реабилитации и ухода проходят регулярные занятия для молодых инвалидов и детей-инвалидов в рамках клубной деятельности «Феникс», «Фантазеры», «Волшебная нить», «Поиграем, малыш» и другие. Под руководством специалистов учреждений осуществляется знакомство с окружающим миром, создаются поделки на специальных станках из ткани, бисера, кожи, бумаги, проходят занятия по развитию у детей-инвалидов воображения, мышления, памяти и другое.

Работа данных школ является способом повышения качества жизни граждан, нуждающихся в поддержке, уходе, а также достижения оптимально возможного уровня жизни тяжелобольного человека в привычной для него домашней обстановке, посредством максимального охвата населения различными социальными услугами, оказания своевременной и оптимальной помощи гражданам с целью восстановления и развития собственного потенциала и возможностей.

В комплексных центрах социального обслуживания населения, помимо школ реабилитации и ухода, специалистами по социальной работе и работниками учреждений применяются иные стационарозамещающие технологии, например, школы активного долголетия, школы диабета и другие (таблица 1.1).

В рамках указанных школ привлекаются специалисты медицинских организаций, в рамках школы безопасности для пожилых людей – специалисты прокуратуры, правоохранительных и иных органов. С пожилыми людьми

проводятся занятия по следующим направлениям: «Пожарная безопасность», «Безопасность на дорогах», «Мобильная безопасность», «Противодействие терроризму» и другие [36].

Граждане пожилого возраста приобретают навыки безопасной жизнедеятельности в быту и общественных местах, обеспечиваются наглядными материалами, памятками с указанием телефонных номеров аварийных, социальных служб.

Таблица 1.1 – Иные стационарозамещающие технологии

Наименование технологии работы	Краткое описание технологии работы	Положительный эффект технологии работы
Школа активного долголетия	<ul style="list-style-type: none"> – просветительская и разъяснительная работа по психофизиологическим особенностям граждан; – обучение методам укрепления и сохранения здоровья, навыкам самопомощи, снижение негативных последствий гиподинамии; – формирование среды общения; – разъяснительная работа о здоровом образе жизни и профилактики заболеваний 	<ul style="list-style-type: none"> – сохранение и укрепление психологического и физического здоровья; – повышение грамотности в вопросах здорового образа жизни; – создание условий для активного долголетия и эмоционального благополучия
Школа диабета	<ul style="list-style-type: none"> – разъяснительная работа по психофизиологическим особенностям граждан, страдающих сахарным диабетом; – проведение мероприятий по вопросам защиты интересов больных сахарным диабетом, предупреждения осложнений диабета с заполнением дневников питания; – обучение навыкам самопомощи; – оказание услуг по измерению сахара в крови 	<ul style="list-style-type: none"> – повышение качества жизни граждан, страдающих сахарным диабетом; – повышение грамотности в вопросах контроля над уровнем сахара в крови; – создание условий для активного долголетия и эмоционального благополучия

Школа безопасности для пожилых людей	<ul style="list-style-type: none"> – просветительская работа о видах опасностей, действиях в опасных и чрезвычайных ситуациях; – подготовка граждан эффективно противодействовать экстремальной ситуации, обучение навыкам самопомощи и безопасной жизнедеятельности; – разъяснительная работа о здоровом образе жизни 	<ul style="list-style-type: none"> – повышение уровня безопасности в повседневной жизни; – повышение морально-психологической устойчивости в условиях опасных ситуаций; – преодоление возрастных кризисов
--------------------------------------	---	--

Таким образом, деятельность Школ реабилитации и ухода направлена на социальную поддержку граждан, проведение работы по социальной адаптации и интеграции пожилых людей и инвалидов в современное общество, созданию условий для самореализации, поддержания физической активности и продления творческого долголетия, что способствует повышению качества жизни нуждающихся в этом граждан.

2.2. Особенности приемных семей для граждан пожилого возраста

Стремительное развитие новых технологий, их эффективное внедрение в самые разнообразные стороны жизни человека в настоящее время стало неотъемлемой частью развития современного общества. Все это в полной мере затрагивает и систему социального обслуживания граждан.

Поиск новых эффективных форм оказания социальной помощи населению – одна из современных тенденций развития социального обслуживания населения. Среди них следует выделить широкую ориентацию на использование стационарозамещающих технологий.

Стационарозамещающие технологии социального обслуживания нацелены на максимально возможное продление автономной жизни в привычных условиях пожилых граждан и поддержание их социального, психологического и

физического статуса, оптимизацию затрат на оказание той или иной услуги, повышение качества и доступности социальных услуг [37].

Новой стационарозамещающей технологией социального обслуживания граждан пожилого возраста является приемная семья. Из опыта ряда развитых стран хорошо известна модель фостерной (приемной, замещающей) семьи для детей, а также практика помещения пожилых людей в семьи с условием оплаты государством предоставляемых услуг. Подобный опыт присутствует в таких странах как: США, Англия, Швейцария, Франция и.т.д. Разработка и внедрение в России сходной модели приемной семьи для пожилого человека может способствовать решению некоторых актуальных индивидуальных (личностных) и групповых социальных проблем таких, как уменьшение очередей в дома-интернаты для престарелых и инвалидов и выработка альтернативной модели жизнеустройства граждан данной категории. На протяжении пятнадцати лет в регионах Российской Федерации реализуется данная технология [38]. Семья играет огромную роль и является важной жизненной ценностью для любого человека, независимо от возраста. Особую необходимость в семейном окружении и заботе испытывают одинокие пожилые люди, которые частично утратили способность к самообслуживанию в силу возрастных причин и состояния здоровья. Социальная нестабильность в обществе приводит к тому, что пожилые люди ищут защиту в семье, пытаясь адаптироваться к новым социальным условиям и новому статусу при помощи близких людей. Через семью и общение с детьми и внуками пожилой человек пытается найти свое новое место в жизни.

Приемная семья предоставляется одиноким гражданам пожилого возраста и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе, наблюдении и семейной заботе. Основные задачи этого вида социального обслуживания – создание семейного окружения для гражданина, психологическая реабилитация личности и оказание социально-бытовых услуг [39].

Приемная семья представляет собой совместное проживание пожилого человека, нуждающегося в социальных услугах, и лица, желающего организовать приемную семью и взять на себя оказание помощи и социальных услуг пожилому человеку или инвалиду, не являющемуся его родственником. Организация приемных семей позволяет сохранять традиции семейной заботы о старшем поколении, налаживать связь поколений, укреплять статус пожилых людей в семье и в обществе. Приемная семья принимает на себя обязательства по содержанию и обеспечению пожилого человека необходимым уходом, питанием, лекарственными средствами, предметами повседневного спроса, оказанию доврачебной медицинской помощи, медицинскому сопровождению, организует общий быт, досуг на основе взаимоуважения, создавая благоприятный психологический климат [40]. Срок пребывания в приемной семье может колебаться от одного месяца до нескольких лет в зависимости от желания обеих сторон. Одним из важных моментов при создании приемных семей для пожилых граждан и инвалидов является подбор кандидатов, которые могли бы принять его в семью, а также профессиональное сопровождение приемной семьи в период адаптации. Период адаптации в пожилом возрасте носит специфический характер, так как большинство пожилых людей утрачивает свой прежний статус, положение в обществе и социальные связи. Исходя из этого, семья, в том числе и приемная, оказывает социально-психологическую поддержку членов семьи. Это может быть: эмоциональная поддержка, информационное содействие, моральное содействие, оказываемое пожилому человеку или инвалиду другими членами семьи, а также организация повседневной индивидуальной деятельности. Благодаря социально-психологической поддержке у пожилого человека возникает чувство защищенности, он осознает, что о нем заботятся, его уважают и ценят, у него появляется понимание того, что негативные чувства, испытываемые им в процессе старения нормальны и естественны, так как соответствуют его возрастным особенностям и положению. «Задушевность, как качество русского человека нашла свое выражение в характере народа», – считает И.А. Костюк [41].

Семья принимает к себе пожилого человека, который выступает для нее хранителем нравственных ценностей, народных традиций, жизненного опыта поколений, «так социальная действительность преломляется на уровне отдельно взятой личности» [41].

Проживание в приемных семьях в условиях рыночных отношений должно быть взаимовыгодным, только таким оно будет востребовано с обеих сторон.

По желанию сторон местом проживания приемной семьи может стать как жилое помещение приемной семьи, так и жилое помещение пожилого гражданина.

Семья с хорошим семейным микроклиматом – это возможность продления жизни в домашней обстановке, систематическое оказание различных видов помощи, решение жилищных проблем.

Необходимо отметить, что помещение пожилого человека в семью должно быть взаимовыгодным, только тогда модель приемной семьи будет востребована с обеих сторон. Исходя из этого, возникает несколько вариантов приемной семьи для пожилого человека [42]:

– вариант, когда семья имеет больного родственника и один из членов семьи вынужден находиться дома, выходя на социальное пособие по уходу, может взять на себя обязательство оказания помощи и другому престарелому гражданину, приняв его в свою семью. В данном случае деятельность лица, ответственного за содержание и социальное обслуживание пожилого человека приравнивается к труду социального работника, учитывается трудовой стаж и производится доплата семье, равная сумме содержания на одного человека в стационарном учреждении;

– вариант, когда одиноко проживающий пожилой человек, имеющий собственное жилье, предоставляет семье на условиях соответствующего договора свою квартиру для совместного проживания. Семья принимает на себя обязательства по содержанию, обеспечению ухода, созданию комфортной психологической обстановки приемному члену семьи. В этом случае жилое

помещение после смерти пожилого человека переходит в собственность приемной семье.

В любом из представленных вариантов семья поднимает социальный статус пожилого человека, он чувствует себя более защищенным, не нарушается привычный ритм жизни.

Помимо этого, у пожилого человека не будет страха перед одиночеством, появится возможность общения, оказания посильной помощи и передачи накопленного жизненного опыта другим членам семьи.

Обслуживание в приемной семье трудно сравнить с надомным обслуживанием, так как данная форма обслуживания является самостоятельной, имеющей свои особенности, но по характеру услуг, количеству и кратности их предоставления приближается к стационарному обслуживанию [43].

Кроме того, сопоставляя примерные затраты на содержание одного обслуживаемого в приемной семье, с содержанием в отделении обслуживания на дому и в отделении постоянного и временного проживания в год, можно прийти к выводу о том, что расходы на обслуживание в приемной семье ниже, чем в отделении постоянного и временного проживания и немного выше, чем при надомном обслуживании. Но количество услуг, их кратность в приемной семье намного превышает эти показатели при обслуживании на дому.

Следует обратить особое внимание на социальную значимость приемной семьи для пожилого человека [44]:

- во-первых, сразу снимается проблема жизнеустройства одиноких пожилых граждан;
- во-вторых, им обеспечивается постоянный уход;
- в-третьих, предупрежден резкий рост очередности на стационарное обслуживание;
- в-четвертых, дополнительно оказывается поддержка семьям, принявшим пожилого человека.

С другой стороны, принимающая семья также заинтересована в подобном статусе, поскольку получает [45]:

- возможность реализации своего нравственного потенциала;
- возможность получения дополнительного дохода, что особенно немаловажно, например, для сельских жителей.

Кроме того, к созданию такой семьи обе стороны должны быть подготовлены морально. Так, например, в большинстве стран мира практика определения пожилых людей в приемные семьи существует в виде института временных патронатных семей, который в нашей стране еще не развит должным образом. Однако подобный опыт есть и в России: геронтологи города Сургута внедрили модель «гостевой семьи». В ней пенсионер может проживать до двух месяцев без оформления каких-либо документов. Если ему в новом доме понравится, можно будет оформить отношения на постоянной основе. Но тут возникают юридические проблемы: ведь в документах должно четко оговариваться, что станет с жилплощадью и имуществом стариков после их смерти. А далеко не все одинокие пенсионеры имеют желание немедленно составить завещание на малознакомых людей.

В любом случае в приемных семьях должны быть частыми гостями социальные работники и психологи. Последние утверждают, что взять в семью пожилого человека зачастую сложнее, нежели маленького ребенка. «Дело в том, что взрослый человек прекрасно осознает всю необычность ситуации, боится, что не оправдает надежд, что будет обузой для семьи. Именно поэтому очень важно создать в семье такой климат, при котором обе стороны будут чувствовать себя максимально комфортно».

Внедрению такой формы работы через центры социального обслуживания мешает отсутствие нормативно-правовой базы. Необходимо законодательно отрегулировать вопрос об оплате труда лиц из приемной семьи, о расходах на содержание пожилых людей, а также вопросы, касающиеся их имущества и жилья. Осложняет работу и психологический фактор.

В данном случае речь идет, прежде всего, о том, что пожилой возраст это сложный период адаптации. В этом возрасте человек приспосабливается к потере физической силы и здоровья, выходу на пенсию, потере супруга (супруги), организации повседневной индивидуальной деятельности. Он присоединяется к новой для него возрастной группе пожилых людей и вынужден принять новые социальные роли. В пожилом возрасте социально-психологические черты человека могут варьировать от высокой сохранности структуры личности и мотивов поведения до полного их разрушения. В какой бы степени сохранности личность ни находилась, ей сложно адаптироваться к новой действительности без посторонней помощи [36]. При этом социально-психологическая поддержка приемной семьи может иметь разнообразные виды: эмоциональная поддержка, материальная помощь, организация повседневной индивидуальной деятельности, информационное содействие, моральное содействие, оказываемое пожилому человеку другими членами семьи. Участие в группе и вступление в контакты с другими людьми повышают самооценку пожилых людей и облегчают их социализацию вне группы.

Именно поэтому социально-психологическая поддержка семьи, в том числе и приемной, является основой адаптации пожилого человека к позднему периоду жизни. Благодаря этой поддержке у пожилого человека возникает чувство защищенности, он понимает, что о нем заботятся, его ценят и уважают. Социально-психологическая поддержка также дает человеку понимание того, что негативные чувства, испытываемые им в ситуации старения нормальны, так как соответствуют его возрастным особенностям и положению. Она стимулирует пожилого человека к открытому выражению своих чувств и мыслей, повышает самоуважение [46]. Кроме того, выполняя посильную работу по дому, помогая остальным членам приемной семьи вести домашнее хозяйство, пожилой человек обретает чувство уверенности в своей полезности, что помогает ему в определенной мере адаптироваться к периоду старости.

Стремление людей в период поздней взрослости жить заботами семьи приводит к усилению интереса к жизни. Индивидуальная повседневная деятельность имеет огромное значение в наполнении социальным смыслом позднего периода жизни. Если на первых этапах начала старости для пожилого человека это сохраняемая или частично сохраняемая общественная деятельность, то затем речь может идти лишь о тех или иных формах повседневной занятости.

В России первым регионом, который предложил в 2005 году подобную альтернативу государственным социальным учреждениям для граждан пожилого возраста и инвалидов, стал Пермский край, закрепив новую форму обслуживания в региональном законодательстве. С 2007 года технология «Семья для пожилого» стала действовать в рамках краевой целевой программы [47].

В настоящее время опыт внедрения рассматриваемой стационарозамещающей технологии существует во многих субъектах Российской Федерации – Курганская область, Ленинградская область, Новосибирская область, Республика Бурятия и другие [47].

В Челябинской области в целях повышения качества жизни пожилых людей действовала утвержденная постановлением Правительства Челябинской области от 22.10.2013 № 335-П государственная программа «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста и иных категорий граждан в Челябинской области» на 2015–2017 гг. [30].

Перечень программных мероприятий соответствует основным положениям «Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» и предусматривает решение такой задачи, как внедрение и развитие стационарозамещающих технологий [48].

В Челябинской области приняты Закон от 30.12.2015 № 282-ЗО «Об организации деятельности приемных семей для граждан пожилого возраста и инвалидов на территории Челябинской области» и порядок создания приемных семей, утвержденный постановлением Правительства Челябинской области

от 23.03.2016 N 98–П. Законодательством определены принципы организации деятельности приемной семьи, которая создается на основании договора [49].

Обслуживание в приемной семье осуществляется лицами, взявшими на себя обязательства по уходу за одинокими или одиноко проживающими дееспособными гражданами пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалидами, нуждающимися в постоянном постороннем уходе в связи с полной, либо частичной утратой способности или возможности к самообслуживанию.

Создание приемных семей не допускается:

- если принимающие и принимаемые лица являются супругами, близкими родственниками, полнородными и неполнородными (имеющими общего отца или общую мать) братьями и сестрами, а также усыновителями и усыновленными;

- при отсутствии согласия всех совместно проживающих совершеннолетних членов семьи принимающего лица на проживание в этой семье принимаемого лица;

- если принимаемое лицо и (или) принимающее лицо и (или) проживающие совместно члены семьи страдают (страдает) хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, карантинными инфекционными заболеваниями, активными формами туберкулеза, хроническими и затяжными психическими расстройствами, венерическими заболеваниями, требующими лечения в медицинских организациях;

- если принимающее лицо имеет или имело судимость за тяжкие или особо тяжкие преступления;

- если общая площадь жилого помещения, предполагаемого для совместного проживания приемной семьи, в расчете на каждое лицо, проживающее в данном жилом помещении, окажется меньше учетной нормы площади жилого помещения, установленной органом местного самоуправления [50].

При соблюдении определенных законодательством условий и при наличии необходимых документов муниципальными органами социальной защиты

населения и Министерством социальных отношений Челябинской области рассматривается вопрос создания приемной семьи с оформлением договора в сроки, установленные вышеуказанным постановлением Правительства Челябинской области.

В период действия данного договора лицу, осуществляющему уход, выплачивается ежемесячное вознаграждение, размер которого ежегодно индексируется. В 2018 году размер данного вознаграждения составляет 7935 рублей.

Гражданин пожилого возраста, согласно договору, отчисляет приемной семье до 75% средств от пенсии, предназначенные для покупки ему продуктов питания, предметов повседневного спроса, одежды, лекарственных препаратов.

Местом проживания приемной семьи может стать как жилое помещение приемной семьи, так и жилое помещение пожилого человека (инвалида).

Преимуществами применения данного вида технологии являются:

- 1) возможность снижения потребности граждан в стационарной форме социального обслуживания;
- 2) решение проблемы дефицита мест в стационарных учреждениях;
- 3) улучшение социального самочувствия пожилых людей и укрепление связи поколений.

В отличие от надомного социального обслуживания, достоинствами приемной семьи являются поддержка традиций семейной заботы о людях старшего поколения, оказание необходимых им социально-бытовых услуг и решение проблемы жизнеустройства одиноких граждан пожилого возраста, утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе и наблюдении. Кроме того, приемная семья для пожилого человека является альтернативой стационарному социальному обслуживанию [51].

Нельзя игнорировать и возникающие риски при внедрении данной новой технологии. Так, специалисты-практики обращают внимание на то, что создание

приемной семьи для пожилых людей и инвалидов может привести к возникновению нарушений привязанности между принимаемым и принимающим лицами. Благоприятное существование приемной семьи зависит от многих факторов, в том числе от развития системы сопровождения приемных семей, профессиональной подготовки и переподготовки кадров для органов социальной защиты.

Несмотря на значительное количество работ, посвященных вопросам социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, проблема совершенствования форм социального обслуживания этой категории клиентов органов социальной защиты является актуальной. Рассмотренная нами инновационная технология приемных семей для граждан пожилого возраста и инвалидов, начавшая широко внедряться в различных регионах нашей страны, требует основательного научно-теоретического осмысления.

Подводя итог вышесказанному, необходимо еще раз упомянуть о том, что приемная семья – это одна из стационарозамещающих технологий социальной работы и новых эффективных форм социального обслуживания граждан пожилого возраста. Пожилой человек входит в приемную семью с намерением преодолеть одиночество и получить уход. С другой стороны, находится семья, готовая его принять и обеспечить поддержку на договорных началах.

2.3 Развитие сопровождаемого проживания инвалидов

Одной из стационарозамещающих технологий социального обслуживания является сопровождаемое проживание инвалидов, предусматривающая возможность предоставления инвалидам социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных услуг и проведения мероприятий по социальному сопровождению инвалидов (содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам) в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия

жизнедеятельности и сохранения пребывания в привычной, благоприятной для него среде, выработки навыков, обеспечивающих максимально возможную самостоятельность в реализации основных жизненных потребностей (организация быта, досуга, общения и социальных связей), и адаптации к самостоятельной жизни.

Организация предоставления инвалиду социальных услуг и проведения мероприятий по социальному сопровождению осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами Российской Федерации и законодательными и нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации [52].

При организации сопровождаемого проживания инвалидов рекомендуется учитывать нормы Закона Российской Федерации от 25 июня 1993 г. № 5242-1 «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации» [53].

При организации сопровождаемого проживания инвалидов:

1) предусмотрены мероприятия, направленные на проведение обучающих занятий по формированию социальных компетенций, развитию и сохранению навыков самообслуживания (осуществление гигиенических процедур, принятие пищи, уход за одеждой и обувью и т.д.), навыков, необходимых для самостоятельной жизни (приготовление пищи, покупка продуктов и товаров, пользование общественным транспортом, использование банковских карточек и т.д.), обучению и сохранению навыков пользования техническими средствами реабилитации (при необходимости) и навыков социально-средового взаимодействия и коммуникации (пользование мобильными телефонами, Интернетом и др.), а также мероприятия по адаптации данных лиц к самостоятельной жизни;

2) создаются условия для обеспечения возможности получения инвалидами основного общего, профессионального и дополнительного образования в образовательных организациях и организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящихся в территориальной доступности от места их проживания, в образовательной среде наравне с гражданами, не имеющими ограничений жизнедеятельности и не требующими наличия специальных условий для получения образования, в целях их наиболее полной социальной адаптации (в случае если образование инвалидами не получено);

3) организуется занятость инвалидов в дневное время, в том числе вне жилого помещения, в котором они проживают [54].

При организации образовательных мероприятий, досуговой деятельности, работы по развитию жизненных компетенций при сопровождаемом проживании инвалидов учитываются индивидуальные программы реабилитации и абилитации инвалидов и рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии.

Сопровождаемое проживание инвалидов, включая этап учебного или тренировочного сопровождаемого проживания инвалидов организуется в специализированных жилых помещениях учреждения, в котором инвалид постоянно проживает.

Сопровождаемое проживание инвалидов организуется в индивидуальной или групповой формах [55].

Индивидуальное сопровождаемое проживание инвалидов осуществляется для тех инвалидов, которые нуждаются в периодическом сопровождении.

Групповое сопровождаемое проживание инвалидов – для тех инвалидов, которые нуждаются в регулярном или постоянном сопровождении.

При групповом сопровождаемом проживании инвалидов формируются группы инвалидов численностью 2–7 человек (далее – малые группы).

Формирование малых групп осуществляется с учетом соответствия площади жилых помещений, в которых производится проживание указанных малых групп, установленным нормативам обеспечения площадью жилых помещений.

При этом инвалиды размещаются в комнатах не более чем по 3 человека и площадь жилого помещения, используемого для сопровождаемого проживания инвалидов, позволяет постоянно находиться в данном жилом помещении не только инвалидам, но и лицам, которые осуществляют функции по их сопровождению.

При формировании малых групп рекомендуется соблюдать следующие условия:

1) добровольность (согласие инвалида на сопровождаемое проживание инвалидов в составе конкретной группы);

2) проведение курса учебного или тренировочного сопровождаемого проживания инвалидов;

3) индивидуальные особенности развития и потребности инвалида;

4) степень выраженности ограничений жизнедеятельности каждого инвалида в малой группе;

5) включение в группу инвалидов разного пола и возраста;

6) гетерогенный состав группы с разной потребностью в объеме услуг ее участников (регулярное, периодическое, постоянное сопровождение) [56].

В состав малых групп рекомендуется включать инвалидов с ограничениями жизнедеятельности разной степени тяжести и сложности. В целях обеспечения безопасности и качества жизни инвалидов в состав малой группы рекомендуется включать [57]:

– одного инвалида, самостоятельно не передвигающегося, имеющего нарушения интеллекта, а также другие нарушения и нуждающегося в постоянном сопровождении и помощи со стороны, но таковых может не быть в составе группы, тогда может увеличиваться число инвалидов, нуждающихся в ином виде сопровождения;

– одного инвалида с выраженными нарушениями поведения, социального взаимодействия: расстройствами аутистического спектра, шизофренией, нуждающихся в постоянном сопровождении и присмотре, но таковых может не

быть в составе группы, тогда может увеличиваться число инвалидов, нуждающихся в ином виде сопровождения;

– до четырех инвалидов, имеющих нарушения интеллекта, нарушения опорно-двигательных функций и/или поведения, но выраженные в меньшей степени, чем у первых двух, частично способных обслуживать себя и нуждающихся в регулярном сопровождении;

– одного инвалида, нуждающегося в периодическом сопровождении, но таковых может не быть в составе группы, тогда может увеличиваться число инвалидов, нуждающихся в регулярном сопровождении.

При организации сопровождаемого проживания инвалидов в малой группе рекомендуется предусмотреть сопровождающий персонал надлежащей квалификации и в достаточной численности в целях обеспечения безопасности для проживания малой группы.

При организации сопровождаемого проживания инвалидов соблюдаются следующие подходы [58]:

- 1) приоритет уважения человеческого достоинства и прав личности;
- 2) добровольное согласие инвалида и его опекуна о предоставлении ему сопровождаемого проживания инвалидов;
- 3) комплексный межведомственный подход при предоставлении ему технологии сопровождаемого проживания инвалидов;
- 4) ориентация на максимальную независимость и самостоятельность инвалида;
- 5) индивидуальный подход, оказание помощи инвалиду соразмерно потребностям, но не как к объекту обслуживания (партнерство, ассестирование и наставничество как основные элементы отношений);
- 6) ориентация на развитие максимально возможной самостоятельности инвалида, содействие занятости и интеграции в общество.

Сопровождаемое проживание инвалидов рекомендуется организовывать для инвалидов в возрасте старше 18 лет.

Возможность сопровождаемого проживания инвалидов определяется на основании оценки ограничений основных категорий жизнедеятельности инвалида и нарушенных функций организма, определенных в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида, с учетом следующих критериев [59; 60]:

1) согласие и готовность инвалида проживать совместно с другими в малой группе;

2) возраст старше 18 лет;

3) отсутствие инфекционных контагиозных заболеваний, обострения психического заболевания в форме, представляющей опасность для собственной жизни и здоровья инвалида и (или) жизни и здоровья окружающих;

4) отсутствие, старость или болезнь родителей (опекунов);

5) решение опекуна в интересах подопечного при согласии подопечного.

Критерием для определения нуждаемости и периодичности в сопровождаемом проживании инвалидов является степень выраженности ограничений жизнедеятельности с учетом заключения в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида, разработанной в соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 июня 2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31 июля 2017 г., регистрационный № 47579) [61].

При определении сопровождаемого проживания инвалида рекомендуется учитывать объем предоставления инвалиду социальных услуг и услуг по реабилитации и абилитации (постоянно, регулярно, периодически), а также длительность предоставления данных услуг (в день/неделю), выраженную в единицах времени (от 4 до 24 часов в день/неделю).

Рекомендуется три варианта объема предоставления инвалиду социальных услуг [62]:

1) постоянное сопровождение – для инвалидов с тяжелыми множественными нарушениями, ежедневно нуждающихся в постоянном присмотре, помощи и уходе, с длительностью предоставления услуг свыше 8 и до 24 часов в сутки;

2) регулярное сопровождение – для инвалидов, которые могут частично обслуживать себя, взаимодействовать и ориентироваться в ближайшем окружении, но каждый день нуждаются в регулярной помощи, в частых напоминаниях, иногда в замещающем исполнении, с длительностью предоставления услуг от 4 до 8 часов в сутки;

3) периодическое сопровождение – для инвалидов, которые несколько раз в неделю нуждаются в напоминании, содействии или помощи сопровождающих при выполнении действий для решения отдельных задач организации своей жизни, с длительностью предоставления услуг от 4 до 12 часов в неделю.

Сопровождаемое проживание инвалидов может быть организовано юридическим лицом независимо от его организационно-правовой формы и (или) индивидуальным предпринимателем, осуществляющим социальное обслуживание.

Оказание услуг сопровождаемого проживания состоит из четырех основных этапов [63]:

1 и 2 этап – это отборочно-диагностический и подготовительно-реабилитационные, целью которых является подбор кандидатов для подготовки к учебному (тренировочному) сопровождаемому проживанию инвалидов, формирование групп инвалидов для сопровождаемого проживания;

3 этап – учебно-сопровожаемое проживание, целью которого является обучение инвалидов навыкам самостоятельной жизнедеятельности посредством освоения необходимых социальных компетенций, их коррекция, развитие возможностей к самостоятельному удовлетворению основных жизненных потребностей, адаптации к самостоятельной жизни;

4 этап – самостоятельное сопровождаемое проживание, целью которого является оказание необходимой помощи в развитии и поддержке максимально возможной самостоятельности инвалидов в организации их повседневной жизни, в обеспечении условий, направленных на создание им возможностей участия в жизни общества.

Необходимые рекомендации, для организации сопровождаемого проживания инвалидов [64]:

Следует учитывать нуждаемость инвалида в получении таких услуг, состояние здоровья, возраст, характер обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности, зависимость от посторонней помощи.

При организации мероприятий по социальному сопровождению инвалидов при сопровождаемом проживании инвалидов рекомендуется осуществлять привлечение организаций, предоставляющих психологическую, педагогическую, юридическую медицинскую, социальную помощь, не относящуюся к социальным услугам на основании межведомственного взаимодействия.

Для создания и развития сопровождаемого проживания инвалидов рекомендуется оценить достаточность принятых в субъектах Российской Федерации законодательных и нормативных правовых актов, регулирующих вопросы предоставления социального обслуживания, в том числе установления перечня социальных услуг, регулирующих тарифы на социальные услуги, и при необходимости внести в них изменения, в том числе в части объема и кратности предоставления социальных услуг.

Мероприятия по сопровождаемому проживанию инвалидов рекомендуется определять исходя из принципов, обеспечивающих необходимость ориентации на нормализацию жизни человека с инвалидностью, комплексный подход при оказании услуг, индивидуальный подход (оказание помощи соразмерно потребностям), создание условий проживания малыми группами или индивидуально, ориентацию на развитие самостоятельности людей с инвалидностью.

При организации сопровождаемого проживания инвалидов следует обеспечить предоставление социальных услуг в соответствии с индивидуальными программами предоставления социальных услуг (далее – индивидуальная программа).

Результатом организации сопровождаемого проживания должно стать проживание (продолжение проживания) получателя социальных услуг с инвалидностью в домашних условиях с предоставлением необходимых ему социальных услуг.

3 АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

3.1 Опыт работы Школы реабилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья на базе МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения по Калининскому району города Челябинска»

Школа реабилитации и ухода функционирует на базе Комплексного центра социального обслуживания населения. Комплексный центр социального обслуживания – это учреждение социального обслуживания, находящиеся в ведении органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации или муниципальных органов социальной защиты населения, создаваемое в целях оказания помощи людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, помощи в реализации законных прав и интересов, содействия их социального и материального положения, а также психологического статуса [65].

В структурное подразделение учреждения входит:

- отделение срочного социального обслуживания, на базе которого осуществляется обеспечение техническими средствами реабилитации;
- отделение социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста;
- отделение дневного пребывания для граждан пожилого возраста и инвалидов (на базе которого функционирует школа реабилитации и ухода для лиц с ограниченными возможностями здоровья) [66].

В соответствии с приказом Министерства социальных отношений Челябинской области от 09.09.2011г. № 304 «О создании «Школ реабилитации и ухода», приказом Управления социального развития Администрации города Челябинска от 30.09.2011г. № 677, в МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения по Калининскому району города Челябинска» на базе отделения дневного пребывания начала свою деятельность Школа реабилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья (далее – Школа),

созданная с целью организации комплексного подхода к созданию социально-реабилитационного пространства.

Для осуществления процесса комплексной реабилитации в штате отделения работают заведующий, врач, медицинская сестра, психолог, культорганизатор, инструктор по физической культуре.

Отделение располагает достаточной площадью. Для работы выделены помещения: гардероб, комната для занятий на современных пневмотренажерах, холл для культурно-массовых мероприятий, сенсорная комната для проведения психологической разгрузки, библиотека, комната для занятий ручным трудом, комната социально-бытовой адаптации, процедурный и медицинский кабинеты.

В рамках предоставленной Управлением социального развития Администрации города Челябинска субсидии учреждению в сумме 200 тысяч рублей на проведение ремонтных работ, реконструкцию здания в соответствии с пунктом 21 областной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов в Челябинской области» на 2012-2015 годы, утвержденной Постановлением Правительства Челябинской области от 15.12.2010 г. № 301-П «Об областной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов в Челябинской области», в отделении создана безбарьерная среда для всех категорий инвалидов: обеспечен беспрепятственный вход и передвижение внутри здания для инвалидов-колясочников, входная группа оборудована поручнями на ступенях, имеется тактильная полоса-опасность, контрастные полосы на ступенях и пандусе, знаки доступности, информационная мнемосхема [67]. Оборудованы туалетные комнаты, холл, обозначены пути передвижения, приобретена «Индукционная петля для слабослышащих», нанесена яркая контрастная маркировка для ориентации слабовидящих людей.

С целью организации эффективной деятельности, разработано Положение о Школе, Положение о социальном консилиуме Школы, составлено расписание работы, утверждены карты социальной реабилитации и блок-схема предоставления социально-реабилитационных услуг, Правила поведения граждан

при социальном обслуживании в Школе, разработана сводная диагностическая карта выявления нуждаемости в социальных услугах граждан с ограниченными возможностями здоровья, подготовлены информационные буклеты о деятельности Школы и объявления об открытии Школы, размещённые в центре, районном Управлении социальной защиты населения, учреждениях здравоохранения [68].

Комплекс социально-реабилитационных услуг базируется на индивидуальной программе реабилитации инвалида, на заключении врача о состоянии здоровья клиента, о его физических и психологических особенностях, то есть на предоставлении врачами исчерпывающей информации о нуждаемости конкретного клиента в конкретных социальных услугах.

Организационная работа Школы включает в себя:

Клиент приходит в Школу, имея при себе паспорт и индивидуальную программу реабилитации; специалистом проводится собеседование и консультирование, направленное на ознакомление клиента с услугами, условиями их предоставления, правилами поведения, режимом и графиком работы Школы заполняется Карта социальной реабилитации клиента, собирается Консилиум, на заседаниях которого составляется реабилитационный маршрут каждого конкретного клиента на основе индивидуальной программы реабилитации и Карты социальной реабилитации, начинается реализация социально-реабилитационных мероприятий под руководством врача. На промежуточных консилиумах реабилитационные маршруты корректируются, дополняются с учётом рекомендаций каждого специалиста и прежде всего, врача, а также по желанию самого клиента. По завершении реабилитационных мероприятий специалисты, ответственные за реализацию плана, в пределах своей компетенции подготавливают заключения о выполнении планов социальной реабилитации для рассмотрения на Консилиуме с целью принятия решения о завершении либо о продлении реабилитации Клиента. В случае принятия Консилиумом решения о

продлении сроков реабилитации, специалистами, разрабатывается комплекс дополнительных реабилитационных мероприятий [69, 70].

Оценка эффективности проводимых реабилитационных мероприятий осуществляется на основе следующих показателей: степень повышения социальной активности, улучшения состояния здоровья, стабилизации психоэмоционального фона, динамика развития коммуникативных способностей, динамика эмоционально-волевой сферы, полное или частичное восстановление утраченных функций организма, степень повышения мотивации на реабилитацию, обучение, трудовую деятельность.

Социально-реабилитационное пространство Школы реабилитации и ухода выстроено, согласно Национальным стандартам социального обслуживания населения в следующих направлениях:

1) Медицинская реабилитация, которая включает в себя [71]:

– лечебно-оздоровительные мероприятия: наблюдение за состоянием клиента (измерение артериального давления), проведение, в соответствии с назначением лечащего врача, медицинских процедур, кислородотерапии, фитотерапии, ароматерапии, пульсооксиметрии, измерение уровня сахара, антропометрии;

– содействие в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации, демонстрация технических средств реабилитации;

– обучение членов семьи основам медико-психологических и социально-медицинских знаний для проведения реабилитационных мероприятий в домашних условиях и навыкам общего ухода (беседы, консультации, видеолекции по обучению навыкам и организации правильного ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья).

2) Физкультурная реабилитация (реабилитация средствами физической культуры и спорта) включает в себя [72, 73]:

– часы оздоровительной физкультуры (комплексы упражнений для улучшения зрения, слуха, дыхательную гимнастику, суставную гимнастику, комплекс

упражнений на укрепление иммунной системы, занятия на современных пневмотренажерах);

– заслуженной популярностью среди клиентов Школы реабилитации пользуются занятия скандинавской ходьбой. Она тренирует 90% мышц тела и подходит людям всех возрастов и любой подготовки. Занятия проводятся в группах под руководством инструктора по физической культуре, за изменением состояния здоровья следит врач учреждения. Занятия скандинавской ходьбой помогают людям восстанавливать и сохранять здоровье, силу духа, оптимизм, тем самым, улучшая качество жизни;

– в Школе эффективно используется электрограф, предназначенный для восстановления навыков письма, тренировки координации движений, выработки чувства позиции и направления путем обводки предложенных форм без ошибок;

– с целью приобщения лиц с ограниченными возможностями здоровья к систематическим занятиям физической культурой и спортом, для повышения морально-волевых качеств, клиентам предлагаются адаптивные игры «Палет-пентаж», «Жульбак», «Кульбуто», которые развивают глазомер, меткость, координацию, стратегическое мышление и лидерские качества.

3) Профессиональная и трудовая реабилитация:

– это профессиональная ориентация, содействие в трудоустройстве, профессиональное обучение и образование (подразумевается организация встреч с работниками службы занятости по вопросам трудоустройства и обучения, оформление информационных стендов, оказание помощи в овладении новыми знаниями и информационными технологиями).

4) Социальная реабилитация, которая включает в себя:

– социально-средовую реабилитацию, социально-бытовую адаптацию: (обучение пользованию техническими средствами реабилитации, осуществление социального патронажа, включая работу на дому мультидисциплинарной бригады). Мультидисциплинарная бригада в учреждении – это межпрофессиональное объединение специалистов центра (с привлечением

специалистов по социальной работе, юрисконсульта, психолога, медицинского работника), созданное с целью оказания экстренной социальной помощи с выездом и оказанием социальных услуг на дому гражданам, оказавшимся в кризисной ситуации, и организацией последующей планомерной реабилитации клиента. Гражданам, при выявлении нуждаемости, в экстренном порядке оказывается содействие в ремонте и уборке квартир, оформлении документов, необходимых для получения льгот, проводятся социально-правовые и психологические консультации, оказывается социально-экономическая помощь в виде материальной и натуральной помощи. При острой необходимости оказывается содействие в помещении клиентов на стационарное лечение, в совершении на дому (по просьбе клиента) церковных ритуалов служителями Свято-Симеоновского кафедрального собора, в содействии в помещении граждан в социальные центры по оказанию помощи лицам без определенного места жительства.

Клиентам, при необходимости, оказывается содействие в предоставлении услуги «Социальное такси» по доставке отдельных категорий граждан к объектам социальной инфраструктуры города, выдача в прокат инвалидных колясок, тонометров.

По запросу проводятся консультации клиентов и их родственников по правовым вопросам, подготовка исковых заявлений, представление интересов клиента в судах, содействие в восстановлении утраченных документов.

Следующий аспект социальной реабилитации – это социально-психологическая реабилитация, которая включает в себя [74, 75]:

Социально-психологическое консультирование, психодиагностику и обследование личности, профилактическую работу (групповые и индивидуальные консультации, тренинги с применением методов сказкотерапии, релаксотерапии, диагностики и обследование личности с последующей психокоррекционной работой, создание групп взаимоподдержки);

Следующий аспект – социокультурная и социально-педагогическая реабилитация:

– это анимационные услуги – экскурсии, организации выставок, концертов художественной самодеятельности, календарные праздники и социально-значимые акции;

– занятия в клубных объединениях: «Имидж», «Пегас», «Ли́ра», «Гармония», «Возрождение», «Рукодельница», «Синема».

Подробнее остановимся на достаточно новом направлении клубной и кружковой деятельности в рамках работы Школы реабилитации.

В соответствии с Государственной программой Челябинской области «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста в Челябинской области» на 2014-2016 годы, утвержденной постановлением Правительства Челябинской области от 22.10.2013г. № 335-П, в целях совершенствования работы по повышению компьютерной грамотности граждан старшего поколения, в рамках работы Школы реабилитации, в учреждении организовано клубное объединение «Виртуальный мир» [30]:

Сегодня все больше людей сталкиваются с необходимостью умения работать на компьютере. Многие люди пожилого возраста и инвалиды лишены актуальной информации, связанной с получением мер социальной поддержки, электронных государственных услуг. У них, по сравнению с более молодыми поколениями, в связи с отсутствием навыков работы на персональном компьютере, меньше возможности для общения и развития, самореализации и получения признания. Кроме того, люди, ограниченные в передвижении, лишены возможности живого общения с другими людьми. Приобретение навыков работы на компьютере в клубном объединении «Виртуальный мир», в значительной степени снижает остроту перечисленных проблем.

Информационно-практические занятия включают в себя три раздела и проводятся в два этапа:

1) уроки компьютерной грамотности для начинающих, на которых даются основные знания о работе на компьютере со стандартными программами, граждане учатся переносить данные на электронные носители информации, осуществлять поиск информации в сети Интернет, работать с интерактивными картами местности, знакомятся с работой браузеров, с сайтом государственных услуг;

2) на уроках компьютерной грамотности для более опытных пользователей клиенты знакомятся с почтовыми сервисами, с социальными сетями, программой Microsoft Word, программами видео и аудио общения в сети Интернет.

В течение всего процесса обучения гражданам задаются практические домашние задания.

Занятия для данной категории граждан проводятся в более спокойном темпе, с частым повторением пройденного материала, с периодическим возвратом к уже отработанным вопросам.

Для повышения эффективности реабилитации в Центре организовано взаимодействие учреждений социального блока различной ведомственной принадлежности.

Администрацией центра проведены презентационные мероприятия для представителей учреждений здравоохранения района, подписаны соглашения о социальном партнёрстве с поликлиниками № 3,5, с целью:

- укрепления межведомственного взаимодействия по выявлению, осуществлению подбора лиц, нуждающихся в социальной реабилитации на базе Школ;

- создания информационной базы данных о лицах с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в различных видах социально-реабилитационных услуг;

- обеспечения доступности предоставления социальных услуг населению.

Разработаны совместные планы деятельности, ставшие неотъемлемой частью соглашений о партнерстве. В рамках планов предусмотрено проведение таких

мероприятий, как организация выездных социальных приёмных, проведение санитарно-просветительских мероприятий для граждан с ограниченными возможностями здоровья, проведение лекций, практических семинаров для социальных работников центра, инвалидов и их родственников по обучению навыкам общего ухода за инвалидами и тяжелобольными.

В своей деятельности Центр также осуществляет взаимодействие:

- с районным Управлением социальной защиты населения, с целью информирования и направления граждан в Школу реабилитации;
- со службой занятости населения в целях организации встреч с профессиональными консультантами;
- со стационарными лечебными учреждениями;
- с государственным учреждением Челябинский областной реабилитационно-физкультурный центр инвалидов «Импульс»;
- с Челябинской Епархией.

В настоящий момент, в целях решения основных задач в рамках работы Школы реабилитации, заключено Соглашение о взаимном сотрудничестве с Федеральным государственным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы Челябинской области», разработан и утвержден план взаимодействия. Это позволит нам сосредоточить и объединить усилия всех основных участников процесса реабилитации инвалидов, определить максимально эффективные направления, и объективно оценивать результаты работы, а также рационально использовать государственные социально-экономические ресурсы.

В работе с гражданами пожилого возраста и лицами с ограниченными возможностями для обеспечения качества оказываемых услуг очень важен профессионализм сотрудников учреждения. В 2013 году руководитель Комплексного центра, совместно с заведующей отделением дневного пребывания, прослушали курс в ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта Минтруда России по программе: «Основы социальной

реабилитации граждан пожилого возраста и инвалидов». Специалисты отделения социального обслуживания на дому, ответственные за обучение социальных работников, повысили квалификацию на базе Частного образовательного учреждения дополнительного образования «Центр образования «Каритас» по программе: «Основы ухода за лежачими больными» и в ООО «Компания Интехпрод» по теме: «Организация ухода за гражданами пожилого возраста в домашних условиях». Социальные работники прошли обучение на базе Государственного стационарного учреждения социального обслуживания «Челябинский геронтологический центр». В комплексном центре ежегодно утверждаются планы работы Школы реабилитации и ухода, в рамках которых ежеквартально проводятся лекции и практикумы, ставшие эффективной формой повышения профессионального мастерства сотрудников. Это особенно важно в настоящее время, когда предъявляются серьезные требования к компетенции работников социальной сферы.

Социальные работники Комплексного центра, в свою очередь, обучают граждан пожилого возраста, инвалидов и их родственников по вопросам ухода в домашних условиях, в том числе с использованием технических средств реабилитации, информируют и консультируют родственников, осуществляющих уход, по вопросам реабилитации, оказанию правовой помощи.

Получившие консультации родственники и лица с ограниченными возможностями здоровья способны быстрее компенсировать все морально-этические и психологические проблемы, возникающие в семье. Это важный социальный аспект более полной и быстрой интеграции данной категории лиц в общество.

3.2 Организационно-правовая работа по усовершенствованию деятельности Школы реабилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья на базе МБУ «Комплексный центр социального обслуживания по Калининскому району города Челябинска»

Проанализировав особенности стационарозамещающих технологий социальной работы, опыт деятельности МБУ «Комплексный центр социального обслуживания по Калининскому району города Челябинска», а также применение данных технологий в указанном учреждении, считаем целесообразным по согласованию с Министерством социальных отношений Челябинской области и Комитетом социальной политики города Челябинска проведение следующей организационно-правовой и практической работы по усовершенствованию применения стационарозамещающих технологий с маломобильными гражданами:

1) организационно-правовая работа: внесение изменений в Положение о школе реабилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья, добавив в название указанной школы и в разделы Положения слово «абилитация» с включением соответствующих направлений деятельности учреждения по проведению абилитационных мероприятий (Приложение А).

2) практическая работа: внедрение танцевально-двигательной терапии.

В связи с тем, что социальная интеграция людей с ограниченными возможностями здоровья в многогранную жизнь общества становится все более актуальной в условиях современных социально-экономических изменений и трансформации всех сфер жизнедеятельности российского общества, в настоящее время особенно остро стоит проблема реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья. В этой связи первостепенное значение приобретает поиск оптимальных технологий и методов для качественного предоставления социально-медицинских, педагогических, психологических, правовых услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности. В работу с такой категорией граждан предлагаем внедрить такой метод реабилитации как танцевально-двигательная

терапия. На сегодняшний день более интересным ее элементом для получателей социальных услуг может стать инклюзивный танец.

В практике используются различные виды танца, танцевально-двигательные методики и их составляющие, но наиболее интересным ее элементом является инклюзивный танец, когда встречаются обычные люди и люди с особенностями развития и вместе танцуют, создавая совершенно новый, ни на что не похожий творческий продукт. В основу танца положена идеология, которая исключает любую дискриминацию инвалидов, вызывает положительные эмоции, обеспечивает равное отношение ко всем людям. Это совместное и длительное танцевальное творчество человека с ограниченными возможностями и здорового человека.

Инклюзивный танец помогает преодолеть страхи, закрепощенность, инертность у людей с ограниченными возможностями здоровья. Занятия танцами становятся для многих из них позитивным центром повседневной жизни, дарят много радости и общения, музыки, двигательной активности и самовыражения.

Данный проект объединит творческих личностей, увлеченных хореографическим искусством. Для реализации проекта будут использоваться технологии и принципы инклюзивного образования.

В процессе творческой деятельности у обучающихся формируются и развиваются общеучебные умения: рефлексивные и поисковые (исследовательские); навыки оценочной деятельности и сотрудничества.

Особое значение приобретает взаимодействие традиционных и инновационных педагогических подходов на занятиях хореографии.

Так к инновационным формам работы на занятиях относится «импровизация». Достоинство этой формы занятий состоит в том, что оно является общедоступным, так как во время импровизации акцент ставится не на качество выполненных движений, а на тонкость выражения человеком собственных эмоций, честное выражение чувств и абсолютную свободу движений. Это дает возможность человеку с ограниченными возможностями как бы «протанцевать»

ощущение внутренних образов, что помогает специалисту понять его движущие силы прошлого и настоящего. Такую форму занятий можно проводить с инвалидами разных нозологических групп (сенсорными и опорно-двигательными нарушениями, с интеллектуальными ограничениями и аутистами). Танец в этом плане является прекрасным средством, который может объединить людей, создав надежную основу для дружбы и длительного сотрудничества.

Несмотря на многообразие работы инклюзивного танца, он используется как средство самовыражения и общения, влияет на когнитивные способности людей с ограниченными возможностями, а также делает реабилитантов более расслабленными и улучшает их эмоциональное состояние.

Танцевальные занятия могут быть организованы на базе отделения дневного пребывания.

Данные занятия будут проходить не как разовое мероприятие, а как система занятий в рамках каждого заезда после занятий физической культуры.

Кроме того, специалисты отделения дневного пребывания, в том числе культурный организатор, совместно с инвалидами будут посещать танцевальные сайты, осуществлять поиск специальной литературы и необходимой информации по хореографии. Акцент ставится на умение проанализировать материал и применить его на практике.

Разнообразные подходы к обучению людей с ограниченными возможностями здоровья инклюзивным танцам способствуют накоплению социальных связей, интеграции в общество и формированию активной жизненной позиции.

3) практическая работа: организация школы православия.

Школа православия для пожилых людей – это проведение курса лекций просветительского характера: основного богословия, священной истории и истории Церкви.

Целью организации Школы Православия является улучшение психологического состояния граждан пожилого возраста через приобщение их к православному веру.

Основными задачами Школы Православия для пожилых людей будут являться:

- предоставление пожилым гражданам социально-психологических услуг с привлечением к этой работе священнослужителей;
- организация и проведение занятий со священнослужителями;
- усвоение начал православного вероучения, изучение Библии, Нового Завета;
- посещение православных храмов и участие в церковных Таинствах;
- организация и проведение паломнических экскурсий.

Для организации данной работы необходимо разработать Положение о Школе Православия для пожилых людей и утвердить его приказом директора Комплексного центра социального обслуживания населения, разработать тематический план лекций, к которым будут привлечены священнослужители.

На каждом занятии в Школе Православия слушателям будет предоставляться раздаточный материал: памятки, буклеты, подготовленные специалистами отделения дневного пребывания и одобренные священнослужителями, а также печатный материал СМИ православной Церкви.

Ожидаемые результаты от работы Школы Православия:

- улучшение психологического состояния граждан пожилого возраста;
- удовлетворение духовных потребностей;
- осмысленное вхождение пожилого человека в церковную жизнь;
- воцерковление граждан;
- активное построение собственной жизни вне церкви по христианскому канону.

4) практическая работа: внесение изменений в кабинет социальной адаптации, реабилитации и абилитации.

Комната социальной адаптации, реабилитации и абилитации – это модель жилого помещения, которое будет оборудовано вспомогательными техническими средствами реабилитации, доступными для инвалидов, с приспособлениями для обучения правилам пользования техническими средствами реабилитации и бытовым навыкам, в соответствии со спецификой имеющихся заболеваний.

Цель создания комнаты – приспособление человека, который имеет ограниченные возможности здоровья, к условиям социума. Роль специалиста в комнате социальной адаптации, реабилитации и абилитации заключается в том, чтобы обучить инвалида и помочь ему закрепить приобретенные навыки, то есть предоставить возможность сделать самому тот или иной набор упражнений.

Задачи:

- 1) создать условия и помочь людям с ограниченными возможностями здоровья пройти курс обучения основным социальным навыкам при помощи технических средств реабилитации;
- 2) обучить инвалидов пользованию специальным адаптивным оборудованием, с помощью наглядных пособий (модулей);
- 3) предоставить необходимую информацию, в том числе консультативную помощь, как инвалидам, так и членам их семей, с проведением практических занятий.

Механизм реализации данной инновационной технологии.

Суть реализации инновационной технологии заключается в организации доступности и получении инвалидами жизненно-необходимых знаний и навыков социально-бытовой адаптации в условиях оборудованной модели жилого помещения, так называемого “жилого модуля”. Модуль содержит зоны прихожей, кухни, зоны для пользования техническими средствами реабилитации.

В первую очередь, предполагается обучение бытовым навыкам на тренировочном стенде, с помощью размещенных на нем управляющих устройств: дверные ручки, кнопки, цоколи для электроламп, выключатели, розетки, шнуровки, молнии, а также мясорубка, телефонный аппарат.

В рамках обучения будут проводиться комплексы упражнений:

- 1) комплекс направлен на восстановление мелкой моторики. С этой целью, для удобства клиента, стенд приводят в горизонтальное положение, первые упражнения инвалид делает вместе со специалистом, затем самостоятельно;

2) комплекс, тренирующий захваты в кистях, который проводят на вертикально установленном стенде.

Занятия будут проводится ежедневно по 20-30 минут.

Затем будет проводится обучение пользованию бытовыми приборами такими, как электроплитой, электроутюгом, водопроводными кранами в мойке. Затем работа будет продолжаться в реальных условиях под контролем социального работника. Занятия по восстановлению бытовых навыков проводятся индивидуально или в малых группах по 2–3 человека, с участием, при необходимости, родственников обучающихся.

Основным результатом социальной абилитации инвалида будет появление у инвалидов чувства удовлетворенности жизнью, расширения возможностей для творческой активности, достижение успеха в общении и совместной деятельности малой группы (в семье, с друзьями) и среде жизнедеятельности. Помимо этого, успешная реализации данной технологии даст возможность:

- организовать свободный доступ к получению навыков социальной адаптации лицам с ограниченными возможностями здоровья;
- расширить профессиональное ориентирование деятельности Учреждения;
- повысить качество предоставляемых услуг;
- оказать необходимую социальную поддержку наименее защищенным категориям населения.

Смета расходов для приобретения оборудования и технических средств для зоны «Кухня» представлены в Таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Приобретение оборудования для зоны «Кухня»

Наименование	Количество	Цена за единицу	Сумма
Фиксаторы для удерживания и открывания банок 3-х видов	3 шт.	900	2700
Нескользящие коврики для посуды и продуктов питания	3 шт.	600	1800

Окончание таблицы 3.1

Специальные столовые приборы, оснащенные ручками из нескользящего материала (ложка, вилка, нож)	3 шт.	700	2100
Ограничитель для пищи	3 шт.	800	2400
Поильники	2 шт.	300	600
Дозаторы для сыпучих продуктов	3 шт.	400	1200
Специальные разделочные доски, оснащенные металлическими удерживателями, деревянными ограничителями и резиновыми фиксаторами	2 шт.	4000	8000
Приспособления для очистки овощей и фруктов	1 наб.	3000	3000
Приспособления для открывания консервных банок, механические и электрические	2 шт.	4000	8000
Безопасное приспособление для заточки ножей	2 шт.	400	800
Кухонная посуда	1 наб.	7000	7000
Электроплита	1 шт.	10 000	10 000
Электроутюг	1 шт.	5000	5000
Итого:			52 600

Смета расходов для приобретения оборудования и технических средств для зоны «Прихожая» представлены в Таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Приобретение оборудования для зоны «Прихожая»

Наименование	Количество	Цена за единицу	Сумма
Шкаф	1 шт.	25 000	25 000
Вешалка	5 шт.	400	2000
Рожки для обуви	3 шт.	2500	7500
Крючки для захвата	3 шт.	700	2100
Итого:			36 600

По итогам вышеуказанных расчетов, можно сделать вывод, что полная стоимость проекта составляет 89 200 рублей.

Данная сумма будет получена за счет субсидии в рамках федеральной целевой программы «Доступная среда», которая распоряжением Правительства РФ от 23 февраля 2018 г. № 308-р была продлена до 2025 года. Утверждена постановлением Правительства от 1 декабря 2015 года №1297.

Контроль за ходом реализации проекта и целевым использованием финансовых средств и ресурсов, будет осуществлять директор Комплексного центра социального обслуживания по Калининскому району.

Таким образом эффективность и значимость данного инновационного проекта заключается в том, что применение технологий социальной абилитации людей с ограниченными возможностями здоровья позволит им чувствовать себя свободно и включаться в различные виды деятельности, обрести самостоятельность, уверенность в своих возможностях и меньшую степень зависимости от помощи других людей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день развитие стационарозамещающих технологий социальной работы становятся приоритетным направлением социального обслуживания в нашей страны. Все усилия государства направлены на социальную поддержку маломобильных граждан, в связи с этим возрастает значимость.

В своей работе мы дали демографическую, социологическую, статистическую экономическую, психологическую характеристики маломобильным гражданам. Нами была сформулированы основные потребности маломобильных граждан в различных сферах.

Рассмотрели проблемы маломобильных граждан, разбив по сферам жизнедеятельности, выделили наиболее актуальные для социальной работы с ними. Главенствующими проблемами данной категории граждан являются жилищные условия, трудоустройство, материальное положение, медико-социальные особенности.

Проведенные исследования организационно-правовых аспектов социальной работы с маломобильными гражданами позволили выявить, что на федеральном уровне законодательство не определяет, кто такие маломобильные граждане. Как правило, маломобильные граждане входят в категорию населения с низким материальным доходом, из этого следует вывод, что целью государственной политики Российской Федерации в отношении маломобильных граждан является разработка системы эффективных комплексных мер государственной социальной поддержки, которые будут предоставлять для них благоприятное существование.

Социальные учреждения, оказывающие социальную поддержку и помощь маломобильным гражданам, находятся между собой в определённой связи, так как базируется на правовых принципах социального обеспечения, и выполняют общую функцию. Все названные системы, хоть и имеют самостоятельный характер, выполняют главную задачу – оказание материальной, натуральной,

адресной, психологической помощи нуждающимся гражданам при наступлении различных социальных рисков.

Также нами были рассмотрены технологии социальной работы с маломобильными категориями граждан. Специалист по социальной работе с маломобильными гражданами должен опираться на глубокое знание индивидуальности и специфики такой группы, и быть профессионально подготовлен, образован, эрудирован, помимо всего этого следует повышать свою квалификацию посредством курсов, семинаров, получения дополнительного образования и работать по обмену за рубежом, чтобы в следствии пробовать применять эффективные зарубежные методы.

Отдельно была рассмотрена деятельность комплексных центров социального обслуживания населения, так как они являются важным звеном в цепи огромной структуры социального обслуживания, имеющий богатый опыт работы и квалифицированных специалистов, которые оказывают профессиональную помощь и поддержку маломобильным гражданам.

В качестве проекта нами была предложена организационно-правовая и практическая работа по усовершенствованию деятельности учреждения, направленную на развитие стационарозамещающих технологий работы с маломобильными.

Таким образом, для преодоления негативных тенденций необходимо усилить меры социальной поддержки и защиты маломобильных граждан. Государственная политика в первую очередь должна ориентироваться на превентивные и профилактические меры, которые будут способствовать предупреждению трудностей в этой области.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1 Строительные нормы и правила СНиП 35-01-2001 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения» [Электронный ресурс] // <http://docs.cntd.ru/document/1200022394>. (03.05.2018г.)

2 «Декларация о правах инвалидов» (принята Резолюцией 3447 (XXX) на 2433–ем пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН 09.12.1975г.) [Электронный ресурс]//<http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=INT&n=15978#03625888232653054>. (03.05.2018г.)

3 Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 48. – Ст. 4563.

4 Гусякова, Л.Г. Пособие по технологии работы с детьми с ограниченными возможностями: учебник / Л. Г. Гусякова.– М.: Социальное здоровье России, 2013. – 210 с.

5 Холостова, Е.И. Российская энциклопедия социальной работы: учебник: в 2 т. / Е. И. Холостова.– М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2016. –1032 с.

6 Олиференко, Л.Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.Я. Олиференко.– М.: Издательский центр «Академия», 2009. – 345 с.

7 Малофеева, Т.В. Инвалиды в России – узел старых и новых проблем / Т. В. Малофеева // PRO ET CONTORA. – 2007. –№3. – С.80–105.

8 Поликов А.В. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями / А.В. Поликов. – М.: КТМУ, 1996. – 207 с.

9 Василькова, Ю.В. Социальная педагогика / Ю.В. Василькова.– М.: ВЛАДОС, 2000. – 321 с.

10 Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы : учеб. пособие / Л. И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 368 с.

11 Холостова Е.И. Настольная книга специалиста – социальная работа с инвалидами / Е.И. Холостова. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 153 с.

12 Ковалев, В.Н. Социология социальной сферы. Ч. 1. Теоретико-методологические основы: учеб. пособие. / В.Н. Ковалев. – М.: Изд-во РГСИ, 1993. – 123 с.

13 Платонова, Н.М. Инновации в социальной работе: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / Н.М. Платонова. – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 256 с.

14 Авдюшкина, Е.А. Технологии социальной работы с маломобильными гражданами, реализуемые в Республике Мордовия / Е.А. Авдюшкина // Индивидуальный предприниматель. – 2015. – №5. – С. 14-17.

15 Гехт, И.А. Социальная защита инвалидов в Челябинской области: современная практика и перспективы / И.А. Гехт // Социальное обслуживание. – 2011. – № 11. – 158 с.

16 Башкирова, М.М. Физическая активность и спорт среди инвалидов: реальность и перспективы/ М.М. Башкирова // Спорт для всех. – 2009. – №1–2. – 45 с.

17 Инструктивное письмо «О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений I–VIII видов» [Электронный ресурс] // <http://docs.cntd.ru/document/901793889>. (03.05.2018г.).

18 Ильницкий, А.Н. Старческая астения как концепция современной геронтологии / А.Н. Ильницкий // Геронтология. – 2013. – Т. 1, № 1 – С. 408–412.

19 Малыхин, В.П. Модернизация технологий социальной работы по проблемам профилактики преждевременного старения / В.П. Малыхин // Отечественный журнал социальной работы. – 2006. – № 3. – С. 52 – 57.

20 Карелова, Г. Т. Социальная защита: вчера, сегодня и завтра. / Г.Т. Карелова // Человек и труд. – 2002. – № 6. – С. 24–28.

21 Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662–р (ред. от 10.02.2017) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2008. – № 28. – Ст. 2536.

22 Клочко, Е.Ю. Жизнь без барьеров: о перспективах и изменениях в положении детей с инвалидностью и инвалидов с детства / Е.Ю. Клочко // Психологическая наука и образование. – 2016. – Т. 21, № 1. – С. 94–107.

23 Шамонова, Е.А. Стационарозамещающие технологии предоставления социальных услуг пожилым гражданам и инвалидам / Е.А. Шамонова // Вестник социального обслуживания Югры. – 2016. – № 1 (9). – С. 8–12.

24 Бутарева, М.М. Стационарозамещающие технологии в здравоохранении Российской Федерации / М.М. Бутарева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – № 4. – С. 23–29.

25 Кочьян, Л.М. Социальное обслуживание и социальная защита как парадигмы российской социальной работы / Л.М. Кочьян // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2013. – Т. 2, № 6 (122). – С. 45–54.

26 Кошарная, Г.Б. Особенности обучения пожилых людей / Г.Б. Кошарная // Интеграция образования. – 2013. – № 4 (73). – С. 57–61.

27 Антипова, Е.И. Инновационные технологии социальной работы: социальный контракт и приемные семьи (опыт Челябинской области) / Е.И. Антипова // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2016. – № 4. – С. 197–210.

28 Герасимова, О.Ю. Центр социального обслуживания населения – эффективная форма реабилитации инвалидов / О.Ю. Герасимова // Непрерывное медицинское образование и наука. – 2015. – Т. 10, № 3. – С. 12–15.

29 Информационные материалы Минтруда России об успешном опыте работы субъектов РФ в сфере социального обслуживания // Социальное обслуживание. – 2015. – № 11. – С. 100–110.

30 Постановление Правительства Челябинской области «О государственной программе Челябинской области «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста и иных категорий граждан в Челябинской области» на 2015 – 2017 годы» № 335-П от 22.10.2013 г. (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // <http://docs.cntd.ru/document/424032075>. (03.05.2018г.).

31 Холостова, Е.И. Социальная реабилитация: учеб. пособие. / Е.И. Холостова. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2006. – 340 с.

32 Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24.11.1995 г. // Собрание законодательства Российской Федерации. – № 48. – 1995 – Ст. 4563.

33 Бадалян, Л.О. Невропатология: учебник. 2-е изд. / Л.О. Бадалян. – М.: «Издательство Академия», 2003. – 368 с.

34 Блинова, М.Г. Новые подходы к социальному обслуживанию населения / М.Г. Блинова // Современные научные исследования и разработки. – 2016. – №3. С. 167–170.

35 Дашкина, А.Н. Адаптация международного опыта надомного обслуживания пожилых людей и инвалидов к условиям регионов России / А. Н. Дашкина // Социальное обслуживание. – 2010. – № 7. – С. 39–42.

36 Карабут, А.П. Повышение качества жизни пожилых людей и инвалидов через внедрение инновационных технологий социального обслуживания в Ставропольском крае / А. П. Карабут // Социальное обслуживание. – 2010. – № 10. – С. 16–23.

37 Бахуташвили, Т.В. Технологии социальной работы с маломобильными гражданами в сельской местности / Т.В. Бахуташвили. – М.: Индивидуальный предприниматель Туголуков А.В., 2016. – 198 с.

38 Гайдар, М.У. Модернизация социального обслуживания пожилых людей на дому / М. У. Гайдар // Социальная работа. – 2010. – № 4. – С. 15–17.

39 Хамаганова, Н.Н. Развитие социального обслуживания населения в Республике Бурятия / Н. Н. Хамаганова // Социальное обслуживание. – 2010. – №5. – С. 23–27.

40 Новоженина, Е.А. Приемные семьи для пожилых людей. Из опыта Астраханской области / Е. А. Новоженина // Социальная работа. – 2011. – № 1. – С. 34-36.

41 Костюк, И.А. Субъект–субъектные отношения через призму менталитета и душевной жизни человека. Социально-экономические системы: современное видение и подходы: сборник трудов Шестой международной научно – практической конференции / И.А. Костюк // НОУ ВПО «СИБИТ», – 2011. – № 5 С. 61–65.

42 Бикмурзина, Н.А. Приемная семья – новая модель социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов / Н. А. Бикмурзина // Социальное обслуживание. – 2008. – № 3. – С. 31–38.

43 Бадя, Т.П. Инновационные методы социальной работы с пожилыми гражданами / Т. П. Бадя // Отечественный журнал социальной работы. – 2009. – №4. – С. 42–48.

44 Захарова, О.Г. Приемная семья для пожилых граждан как новая технология социального обслуживания / О. Г. Захарова // Работник социальной службы. – 2006. – №1. – С. 11–19.

45 Бондаренко, И.Н. Приемная семья для пожилого человека: право на существование десять лет спустя / И. Н. Бондаренко // Социальное обслуживание. – 2011. – № 1. – С. 42–60.

46 Зелинская, Д.И. Социальные аспекты здоровья населения. / Д.И. Зелинская // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 6. – С. 8.

47 Долгова, Т.М. Особенности развития приемной семьи для граждан пожилого возраста в Республике Бурятия / Т. М. Долгова // Вестник Бурятского государственного университета. – 2013. – № 5. – С. 110–114.

48 Распоряжение Правительства Российской Федерации «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» №164-р от 05.02.2016г. [Электронный ресурс] http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_193464. (03.05.2018г.).

49 Закон Челябинской области «Об организации деятельности приемных семей для граждан пожилого возраста и инвалидов на территории Челябинской области» № 282-ЗО от 24.12.2015г. [Электронный ресурс] // <http://docs.cntd.ru/document/43284126>. (03.05.2018г.).

50 Азарова, Е.Г. Приемная семья и проблемы ее социального обеспечения / Е.Г. Азарова // Журнал российского права. – 2014. – №3. – С. 63–78.

51 Инновационные технологии социальной работы с пожилыми людьми // Работник социальной службы. – 2010. – №4. – С. 84–95.

52 Федеральный закон Российской Федерации «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» № 442-ФЗ от 28.12.2013 г. [Электронный ресурс]//http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558. (03.05.2018г.).

53 Закон Российской Федерации «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации» №5242-1 от 25.06.1993г. [Электронный ресурс] // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2255. (03.05.2018г.).

54 Казибкова, З.М. Анализ некоторых проблем инвалидов / З.М. Казибкова // Вестник Махачкалинского филиала МАДИ. – 2011. – №11 – С. 102–109.

55 Веричева, О.Н. Социальная реабилитация молодых инвалидов как основа интеграции их в общество / О. Н. Веричева / Отечественный журнал социальной работы. – 2012. – №1. – С. 76–82.

56 Валеева, Н.Ш. Адаптация и реабилитация в социальной работе: учебное пособие / Н.Ш. Валеева. – М.: Издательство Академия, 2009. – С. 382.

57 Зияннурова, Л.Р. Характеристика проблем и особенностей маломобильных граждан / Л.Р. Зияннурова // Новая наука. Проблемы и перспективы. – 2016. – № 10–2. – С. 83–86.

58 Гуслякова, Л.Г. Пособие по технологии работы с детьми–инвалидами / Л.Г. Гуслякова. – М.: Социальное здоровье России, 2015. – 250 с.

59 Миндель, А.Я. Интеграция молодых инвалидов – миф или реальность / А.Я. Миндель // Образовательная политика. – 2011. – № 6 (56). – С. 36–100.

60 Офстад, Х. Ценность человека в нашем обществе / Х. Офстад // Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями. – СПб., 2003. – С. 125–135.

61. Приказ Министерства труда и социальной защиты «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» № 847 от 14.12.2017г. [Электронный ресурс] // <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71736806/>. (03.05.2018г.).

62. Мазаева, Е.Ф. Опыт работы методического объединения психологов, работающих с инвалидами / Е. Ф. Мазаева // Работник социальной службы. – 2010. – № 7. – С. 99–102.

63. Шахбанова, Ю.А. Актуальные вопросы социального обеспечения инвалидов / Ю.А. Шахбанова. – Омск: МЦНС «Наука и Просвещение», 2017. – 239 с.

64 Герасимова, О.Ю. Центр социального обслуживания населения – эффективная форма реабилитации инвалидов / О.Ю. Герасимова // Непрерывное медицинское образование и наука. – 2015. – Т. 10, № 3. – С. 12–15.

65 Пустовойтова, М.В. Опыт работы комплексного центра социального обслуживания населения / М.В. Пустовойтова // European research. – 2016. – №10 (21). – С. 106–108.

66 Разинькова, Ю.С. Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов в отделении дневного пребывания / Ю. С. Разинькова // Работник социальной службы. – 2010. – № 2. – С. 49–60.

67 Постановление Правительства Челябинской области «О государственной программе целевой программы Челябинской области «Доступная среда» на 2016 – 2020 годы , № 301-П от 15.12.2010 г. [Электронный ресурс] // <http://docs.cntd.ru/document/432982094>. (03.05.2018г.).

68 Михалев, И.В. Актуальные проблемы реализации социальной политики в регионах РФ / И.В. Михалев // Сервис PLUS. – 2008. – № 4. – С. 37–41.

69 Немерюк, Е.Е. Современные тенденции государственной политики в отраслях социально-культурной сферы / Е.Е. Немерюк. – Саратов: Изд-во «Саратовский источник», 2017. – 212 с.

70 Смирнов, С.С. Реализация государственной политики в сфере поддержки инвалидов органами социальной защиты населения Челябинской области / С.С. Смирнов // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. – 2014. – №4. – С. 42–49.

71 Никитин, О.Л. Опыт внутриведомственного взаимодействия в сфере геронтологии и гериатрии в интересах пожилых граждан и инвалидов / О. Л. Никитин // Социальное обслуживание. – 2010. – № 12. – С. 85–88.

72 Матвеев, Л.П. Теория и методика физической культуры / Л.П. Матвеев. – М.: ФиС, 2013. – 544 с.

73 Рубцова, Н.О. Проблемы реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорта / Н.О. Рубцова. – М.: Городец, 2014. – 450 с.

74 Филоненко, В.И. Социальная работа: Словарь – справочник / В.И. Филоненко. – М.: Контур, 1998. – 480 с.

75 Сорвина, А.С. Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА–М, 2003. – 427 с.

76 Официальной сайт Министерства социальных отношений Челябинской области [Электронный документ] // <http://minsoc74.ru>.

77 Официальной сайт Министерства труда и социальной защиты РФ [Электронный документ] // <https://rosmintrud.ru>.

78 Официальный сайт Комитета социальной политики города Челябинска [Электронный документ] // <http://socchel.ru>.

79 Официальный сайт Муниципального бюджетного учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения по Калининскому району города Челябинска» [Электронный документ] // <http://kcs05.eps74.ru>.

80 Послание Президента Федеральному собранию от 01.03.2018 «Послание Президента Федеральному Собранию» [Электронный документ] // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_291976.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

О внесении изменений в Положение о деятельности «Школы реабилитации и ухода»

Нами разработан проект, в котором мы предлагаем внести изменения в Положение о деятельности «Школы реабилитации и ухода» Комплексного центра социального обслуживания по Калининскому району города Челябинска, в целях улучшения его работы.

Внести изменения:

1. В название Положения, добавив слово «абилитация», то есть «Школа реабилитации, абилитации и ухода».

2. Пункт 1.1. добавить «абилитация».

3. Пункт 1.3. дополнить определением «абилитация инвалидов» и основными направлениями реабилитации и абилитации, согласно Федеральному закону от 24.11.1995г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», а также что предусматривает реализация основных направлений реабилитации и абилитации.

Абилитация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов (в том числе детей-инвалидов) включают в себя:

– медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;

– профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию;

– социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;

– физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Реализация основных направлений реабилитации, абилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной, транспортной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации, абилитации инвалидов.

4. В пункт 2.1. внести изменения «Организация выявления и осуществление подбора лиц, нуждающихся в социальной реабилитации и абилитации на базе Школы»

5. В пункт 2.4 добавить «Проведение анализа и обобщение информации, во взаимодействии с консультативным отделением Центра, о методах и формах социальной реабилитации и абилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Осуществление связи с другими учреждениями по вопросам совершенствования форм и методов работы и выявление новых технологических приемов и средств реабилитации и абилитации.»

6. В пункт 3.1 внести изменения, добавив «абилитация». «Порядок направления лиц с ограниченными возможностями здоровья в Школу реабилитации, абилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья.

7. В пункте 3.2.2 исправить «При согласии Клиента на проведение реабилитации и абилитации он обязан предоставлять специалистам Школы достоверную и исчерпывающую информацию (в пределах своих возможностей), необходимую для разработки, организации и проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий, а также выполнять

рекомендации и действия, предписанные программой карты социальной реабилитации.

8. В Пункт 3.3 внести изменения «При проведении первичной консультации специалист (ответственное лицо) знакомится с Клиентом и предоставляет ему следующую информацию:

- о Центре и Школе (структура, задачи, функции, часы работы, перечень реабилитационных услуг и др.);

- о комплексной социальной реабилитации и абилитации (цель и задачи, законодательно-нормативная база, права и обязанности клиента, его семьи, опекуна или попечителя), предоставляемой Школой;

- о характеристиках услуг, области их предоставления, доступности и затратах времени на предоставление услуг, условиях их предоставления;

- о возможности оценки качества социально-реабилитационных услуг со стороны Клиента (своевременность предоставления услуг, их полнота и эффективность);

- о взаимосвязи между предложенной услугой и реальными потребностями Клиента;

- о порядке, этапах и сроках реабилитации у данного Клиента (порядок и этапы проведения реабилитационной диагностики, формирование реабилитационного маршрута, реализация индивидуальной программы социальной реабилитации инвалида; оценка эффективности проведения мероприятий).

По окончании первичной консультации: 1) в случае выраженного желания клиента пройти реабилитацию, специалист проводит дополнительное собеседование, заполняет Карту социальной реабилитации и абилитации; Клиент оформляет заявление о зачислении его на обслуживание в Школу; ответственный подготавливает проект приказа о зачислении клиента на обслуживание и отдаёт на подпись директору центра; 2) в случае отказа Клиента от предложенных услуг оформляется его

письменный отказ, Клиенту предоставляются информационные буклеты о деятельности Центра и Школы.

9. В пункт добавить «После утверждения Карт реабилитации и абилитации куратор доводит информацию до клиента о предлагаемых видах, формах и объёмах социальных услуг; даёт необходимые пояснения с письменным подтверждением (указанием мероприятий, дней недели, времени и особенностях проведения того или иного мероприятия) в памятке Клиента Школы ухода и реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.»

10. В пункт 3.5.4. По завершении реабилитационных и абилитационных мероприятий специалисты, ответственные за реализацию плана реабилитации и абилитации, в пределах своей компетенции подготавливают заключения о выполнении планов социальной реабилитации и абилитации для рассмотрения на Консилиуме с целью принятия решения о завершении либо о продлении реабилитации Клиента.

11. В пункт 3.5.5. В случае принятия Консилиумом решения о продлении сроков реабилитации и абилитации, специалистами, в пределах своей компетенции, разрабатывается комплекс дополнительных реабилитационных и абилитационных мероприятий.

12. В пункт 3.6.1. «Постреабилитационная работа проводится с Клиентами, прошедшими основной курс социальной реабилитации и абилитации в Школе и выразившими желание на проведение постреабилитационных мероприятий, и включает в себя следующие мероприятия:

- приглашение Клиентов на культурно-досуговые мероприятия, проводимые Центром;
- приглашение Клиентов к участию в проведении акций, праздничных мероприятий и пр.;
- информирование Клиентов о новых видах и услугах Школы;

– осуществление периодических контактов с Клиентом и его родственниками с целью своевременного реагирования на возникающие проблемы Клиентов (содействие в решении социально-бытовых проблем, оказание социально-экономической помощи, обеспечение техническими средствами реабилитации и пр.).

13. В пункт 3.6.2. «Ответственным за организацию постреабилитационной работы является заведующий Школой реабилитации, абилитации и ухода за лицами с ограниченными возможностями здоровья».

14. В пункт 4. «В своей деятельности Школа осуществляет взаимодействие:

– с учреждениями системы социальной защиты населения района, города и области с целью информирования и обмена опытом работы в области социальной реабилитации и абилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья;

– со службой занятости в целях содействия в организации встреч с профессиональными консультантами;

– с лечебно-профилактическими учреждениями (поликлиники, стационары, центры реабилитации инвалидов и пр.) с целью обеспечения комплексного подхода к процессу реабилитации и абилитации;

– с бюро медико-социальной экспертизы по вопросам реализации индивидуальных программ реабилитации;

– с общественными организациями с целью привлечения предприятий, учреждений, некоммерческих и коммерческих организаций к решению проблем социальной реабилитации граждан с ограниченными возможностями здоровья».

15. В пункт 5 «Специалисты Школы имеют право:

– планировать свою деятельность и определять перспективы развития Школы по согласованию с директором Центра;

– повышать свой профессиональный уровень путем обучения на курсах переподготовки и повышения квалификации;

– привлекать, при согласовании с директором Центра, специалистов общественных организаций, медицинских и других учреждений для более эффективного проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий, участия в семинарах и тренингах;

– вносить предложения в план работы Центра по оптимизации и повышению эффективности работы Школы».