

平成28年度事業報告

中期目標に沿って重点項目を設定して取り組んできました。以下は昨年の重点項目の実施状況です。

【平成28年度の利用率の実績】

区分	生活支援課		障害者支援課			地域支援課		
	特養	短期入所	入所支援	短期入所	生活介護	高齢	認知	居宅
目標	98%	102%	98.5%	99.0%	85.0%	80.0%	10.0%	60件
28年度実績	95.1%	96.8%	92.5%	91.2%	68.7%	62.7%	0.0%	61件
27年度実績	95.4%	99.4%	91.9%	112.9%	72.1%	65.7%	8.5%	56件

【職員配置(介護職員)】

事業所	人員基準	常勤	非常勤 (常勤換算)	合計	資格
特養	32人	28人	12.9人	40.9人	介護支援専門員7人 介護福祉士26人
障害者支援	7人	5人	4.9人	9.9人	社会福祉士1名 介護支援専門員2人 介護福祉士8人
高齢通所	5人	2人	5.3人	7.3人	社会福祉士1人 介護支援専門員1人 介護福祉士5人

※ 平成29年3月現在

I 平成28年度重点目標に対する取り組み及び成果の報告

1 重度・医療的ニーズの高い利用者や認知症への対応力の強化

特別養護老人ホーム・・・今年度は退院後に状態変化がみられる方が多かったため、ケアプランの変更の際には入院時の状況や退院後の様子を観察し、必要時はカンファレンスを開きながら、転倒のリスクや医療行為に関するリスクを盛り込んだケアプランを作成しました。来年度に向けて、新たに入居される利用者について転倒転落の危険性が高

い方、褥瘡がしやすい方などの場合はリスクをあらかじめ想定・把握した暫定ケアプランを作成し、入居後も全身状態や認知症の悪化、転倒など今後重大な問題となる可能性がある場合はご家族への状況の説明、家族の意見を聞きながら暫定ケアプランの見直しを行い、職員のリスクマネジメントの意識向上や事故防止に繋がるようにしていきたいと思えます。

経口維持の取り組みについては月一回の食事観察を行うこと、歯科医師からの指導を職員に申し送ること、経口維持計画書を作成することを継続してきました。口腔予防体操を食事前に行い、また食事形態を変更する際に訪問歯科医師に嚥下状態を確認してもらうなど、職員の意識向上に繋がりました。

介護職員等による痰の吸引等のための研修・認知症介護基礎研修等に参加し、職員の医療行為や認知症ケアに対する対応力の強化を図りました。

障害者支援施設 ・ ・ ・ 相談支援事業所のサービス等利用計画を受け、利用者本人の意向・家族の要望を取り入れた個別支援計画の作成を行い、利用者の心身状態やADLの変化時には担当者会議を開催し計画の見直しをして対応の強化を行いました。担当支援員が月1回のモニタリングと半年に1回の目標を見直すことで、リスクや事故防止に対する意識に変化が見られました。利用者家族に対しても、利用者のリスクや事故防止の説明を行い、毎月行ったモニタリングで情報を共有し、理解を得られるように努めました。

通所・認知症通所 ・ ・ ・ 看護と連携を図り、胃瘻対応の方（3名）とストマ装着の方（1名）を受け入れ、個別の対応に努めました。登録者数の1/3が認知症高齢者日常生活自立度Ⅲ以上を占める中で、1人ひとりの状況を把握し小さな変化も見逃さず、個々の対応を行いました。昼食前には「練馬区お口すっきり体操」を行い、咀嚼力・嚥下力の向上を図りました。食後の口腔ケアは全員を対象に行い、QOLの維持向上に努めました。午後のプログラムでは1月20日に「訪問歯科医によるお口チェック」、2月17日に「お口すっきり体操歯科衛生士」による講演を実施しました。

2 人材の採用・育成及び職員処遇の充実

採用に関しては、短時間からフルタイムまでのパート、午前・午後・1日通しての入浴専門、常勤職員に関しては、経験者と未経験者を分けるなど、採用の間口を広げてハローワークを中心に、有料媒体を有効活用し、派遣職員を使いながらもなんとか1年間、体制を維持することができました。

実習生も介護福祉士養成校から4名の受入ができ、1名採用に繋がりました。

東京都社会福祉協議会主催の研究発表会には派遣職員に頼るところが多いなど、職員体制が厳しかったため、挑戦することはできませんでした。

個別の育成計画に関しては、前年度に引き続き作成を行いました。

ケアマネ業務のできる介護職員(フローケアマネ)を2~3名配置する目標をたてましたが、実際には1名の職員に留まりました。

研修に関しては、外部研修に32名の職員が参加し、内部研修は専門委員会を中心に年間延べ50日間の内部研修を開催しましたが、出席率が低かったため、業務改善会議で出席率を高めるための施策を検討し、来年度に備えました。

3 稼働率等に関する数値目標

毎月事業所ごとに月次報告会議を開催し、利用率の目標値の進捗状況及び施策の確認を行いました。

(生活支援課)

特別養護老人ホーム・・・4月から7月は、重度化に伴う入院が常に1~3名あり、8月より骨折等の入院も含め入院者が15名まで増加する厳しい状況となり、8月から9月の退所者は8名で、在籍者は74名まで減少しました。9月・10月に入所検討委員会を5回開催し、早期入所に努め、空床は積極的にショートステイ利用を行いました。11月には在籍者79名・入院者もなく落ち着きました。今期の延べ入院数は38名と昨年より18名減少しましたが、30日を超える長期入院は18名と昨年より3名多く、入院日数が長期の傾向となり、その結果として95.1%と目標達成には至りませんでした。

高齢者短期入所事業・・・空床利用の多かった8~10月の3ヵ月間は、稼働率100%を超え、月平均新規利用者は6名と昨年より増加はしているが、長期利用者の退所等で、稼働率95%以上の月は4ヵ月に留まりました。結果的として、96.8%と目標達成には至りませんでした。

(障害者支援課)

施設入所支援・・・6月に療養型施設への入所があり、1名の退所がありました。練馬区での入所調整では候補者が決定されず東京都枠で入所調整を行い、8月末に入所者が決定しました。また、3月にも入院先からの転院に伴い、1名の退所がありました。9月以降は在籍者10名となりましたが、3名の利用者の入院があり100%達成したのは4月と11月のみでした。合計3ヶ月以上の空床と、約5ヶ月間の入院期間等から目標は達成出来ませんでした。

生活介護(通所)・・・年間での問い合わせが少なく、見学は数名あるが、本人や家族の利用目的や他利用者との交流などで希望に沿えないこともあり、

新規契約は1名となりました。又、当日欠席・入院・怪我による休みが多く、入院後の医療的ケアに対応困難となるケースや、介護保険制度への移行に伴う利用終了などで4名の利用終了があり、目標は達成出来ませんでした。3月末における登録者は12名。

短期入所 . . . 5名の新規利用がありました。しかしながら、継続利用に結びついている利用は1名でした。又、利用者の家庭等の環境変化により施設入所等で利用終了となる方もおり、目標を達成出来ませんでした。

(地域支援課)

通所介護（高齢デイ・認知症対応型デイ） . . . 4月の登録者は、新規利用者9名を含む36名でスタートしました。施設入所や入院・利用中止また短期入所を併用されるケースも多く、稼働率の目標達成には至りませんでした。3月の登録者は38名となりました。認知症対応型については、10月から再開しましたが、利用登録者はいませんでした。

居宅介護支援 . . . 介護支援専門員2名体制で平成28年4月のケアプラン作成件数は59件でしたが、毎月2～3人程度のケアプラン新規相談が地域包括支援センター支所(4～5ヶ所)からあり、年間通じて月件数のなみはありましたが、平成29年3月は62件の結果となりました。

4 施設サービス計画(ケアプラン)の策定と実施の徹底

特別養護老人ホーム . . . 引き続き、居室担当者の作成した情報シート(身体機能・清潔・認知症・QOLの面でプランに組み入れたい事)を活用して、現在の心身状況に合った個々の生活に則した具体的なプランを作成しました。

更新プランの見直しの際のアセスメント及びモニタリングが徹底されていないケースがあったため改善を行っていきます。

障害者支援施設 . . . 相談支援事業所のサービス等利用計画を受け、利用者本人の意向・家族の要望を取り入れた個別支援計画の作成を行いました。利用者の心身状態やADLの変化時には担当国会議を開催し計画の見直しを行いました。利用者の家族に対しても、モニタリング表で説明し、情報を共有しました。

通所・認知症通所 . . . アセスメントから得られた情報とケアプランに基づいた通所介護計画書を作成し、支援に努めました。区分変更や利用者の変化に伴い計画書の見直しを行いました。担当ケアマネージャーと連絡を密に行い、毎月状況報告書を届け、PDCAサイクルに基づいたサービス提供に努めました。

5 専門委員会の設置と活動

職員の資質の向上を図るため、各専門委員会で内部研修を実施するとともに、委員会の活動内容の見直しを行い、業務改善に結びました。また、現場への負担を考慮し委員会の一部を簡略化しました。

6 防火・防災対策の強化

毎月、疑似消火器による消火訓練・担架搬送訓練・避難経路の確認・消火栓の使用方法・スプリンクラーが作動した場合の止め方の確認等を実施しました。6月には夜間想定訓練ではなく、実際に夜勤者に参集職員を加えた夜間訓練を実施しました。10月には光が丘消防署・光が丘高齢者相談センター高松支所・ボランティア・町内会役員・地域住民の方々のご協力により、地震防災訓練（避難訓練・負傷者の搬送訓練・通報訓練・消火訓練・消火栓の使用方法）及び炊き出し訓練を実施しました。

7 事故報告

練馬区に届け出た事故は10件でした。

転倒（疑いを含む）	7件	居室内にて転倒（右足首亀裂骨折） 廊下にて転倒（右大腿骨頸部骨折、入院） 廊下にて転倒（左大腿骨骨折、入院） 居室内トイレ前にて転倒（右大腿骨頸部骨折、入院） 居室内ポータブルトイレ前にて転倒（左大腿骨踝上骨折、入院） 廊下にて転倒（左大腿骨頸部骨折、入院） 廊下にて転倒（左橈骨遠位端骨折、入院）
転落	2件	居室ベッドより転落（右肋骨骨折） 車いすから転落（左前額部裂傷）
その他	1件	利用者間の暴力行為（左鎖骨遠位端骨折、及び左第二肋骨骨折）

8 福祉サービス第三者評価

今年度は、特別養護老人ホーム及び障害者支援施設とも株式会社医療福祉経営研究所に利用者調査のみの依頼としました。

9 利用者状況

【特別養護老人ホーム】

●利用者の性別入所者数（入院者は除く）・平均年齢 ※29年3月現在

性別	在籍者数	平均年齢	性別	在籍者数	平均年齢
男	24人	77.7歳	女	56人	85.6歳

●要介護度 ※29年3月現在

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
0人	8人	15人	25人	32人

【高齢者短期入所事業】

●介護度・年間延べ人数

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
0人	3人	48人	133人	122人	150人	122人

【障害者支援施設事業】

●入所支援利用者の性別在籍数・平均年齢 ※29年3月現在

性別	在籍者数	平均年齢	性別	在籍者数	平均年齢
男	4人	51.7歳	女	5人	47.0歳

●短期入所利用者(区分・年間延べ人数)

障害支援区分3	障害支援区分4	障害支援区分5	障害支援区分6	
5人	64人	35人	229人	

●生活介護利用者(区分・年間延べ人数)

障害支援区分3	障害支援区分4	障害支援区分5	障害支援区分6	
226人	522人	279人	2,556人	

【通所介護事業】

●高齢者デイサービス(介護度・年間延べ人数)

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
0人	65人	714人	1293人	748人	264人	332人

●認知症対応型デイサービス(介護度・年間延べ人数)

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人

【居宅介護支援事業】

●居宅介護支援利用者数 ※29年3月現在

申請中	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
0人	1人	0人	16人	29人	7人	7人	3人

II 利用者サービス(介護職) ●は28年度計画 ⇒は報告

1 特別養護老人ホーム

ア 重度・医療的ニーズの高い利用者や認知症への対応力の強化

●食事前に口腔体操を行い、安全で口から食べる楽しみを継続できるよう支援を図ります。

⇒最低でも1日1回以上、実施するよう努めました。

●咀嚼、嚥下困難な方へは個々の状態に合わせた食事提供方法(食事形態・水分・お茶ゼリー)を工夫するとともに、誤嚥リスクの減少や経口摂取維持のための適切な介助方法等について、周知を図ります。

⇒歯科衛生士による経口摂取確認を定期的実施し、食事前には頬や口腔マッサージを行いました。

●認知機能低下時には、個々の状態に合わせた食事介助・提供方法の工夫を行い、できる限り自立に向けた支援を行います。

⇒お握りを一口サイズにて提供・介助皿の利用・汁物をマグカップに移すなど工夫を行い、利用者個人に合わせ、自立に向けた支援を行いました。

●東京都の痰吸引等の研修を積極的に受講し、重度化への対応力を強化します。

⇒今期は東京都の痰吸引等の研修に2名参加し、看護師不在時の吸引対応を強化しました。

●安全な環境を工夫し作ることで、転倒等の予防を図ります。

⇒居室担当者が中心となって環境整備を行い、申し送り・グループミーティング内でも転倒予防対策のミニカンファレンスを行いました。

●利用者のニーズを満たすことで、転倒を誘発する行動を予防します。

⇒利用者の身体的・精神的ニーズを把握することで、不穏行動を軽減し危険行動を未然に防ぎました。

●褥瘡の予防・早期発見に努め、委員会及び多職種協働にて治療に向けてチームケアを行います。

⇒利用者の状態変化を素早く発見し、看護師及び多職種と協働し連携を図り早期治療に努めました。

イ 人材の採用・育成及び職員処遇の充実

●面談により、3年間の育成計画(業務・資格取得・研修・自己研鑽に分類)を作成し、個々の目標を明確にすることにより、モチベーションの向上と個々の成長を図ります。

⇒職員体制を整備することを優先的に行ったため、全職員の作成には至りませんでした。

●職能評価表の結果に基づき具体的な目標を設定し、達成感と評価を通してステップアップを図ります。

⇒上司と面談し具体的な目標を設定しました。また、グループ目標を達成するよう毎朝朝礼で目標を唱和し意識を高めました。

●新人指導に関してはリーダー・指導担当で指導内容を統一し、進行状況は確認表を用いて指導にあたり、新人職員の不安の軽減を図ります。習得に向けて、必要に応じて繰り返し業務上で指導を行っていきます。

⇒新人指導表に基づいて指導内容の確認とレベルに合った指導を実施しました。また、一ヶ月と三ヶ月面談を行い、業務内容や職場環境についても確認を行いました。

●業務マニュアルの見直しを委員会中心に行います。又、評価も継続しケアの統一を図ります。

⇒今期では、新たに「外食レクリエーションマニュアル」の作成と「看取りに関する指針」の改正を行いました。

●主任による面談を2ヶ月に1回行い、職員一人ひとりの意見や思いを受け止め、不満やストレスの軽減に繋げ、気持ち良く働くことができる環境作りを行います。

⇒面談を重ねて職員一人ひとりの意見や不満を受け止め、多少でも働きやすい環境作りに努めました。

●委員会中心に外部研修から内部研修及び発表の機会に繋げていきます。また、外部認知症修から発表報告を行っていきます。

⇒グループミーティングで発表の場を設け、認知症の理解を深めその人らしい穏やかな生活を送れるように知識の共有を図りました。

ウ 稼働率に関する数値目標

●施設内の消毒清掃・消毒液噴霧を毎日行い、また委員会の感染予防研修にて発生時の対応等を確認し、インフルエンザ・ノロウイルス等の蔓延予防を図ります。

⇒手摺り等の消毒・居室と廊下等の空間除菌噴霧を毎日行いました。加湿器の使用・換気を常に行い、蔓延予防を行いました。そのため、ノロウイルス・インフルエンザの発生には至りませんでした。感染症委員会の研修でも再度周知徹底できました。

●できる限り利用者が入院することがないよう、事故防止・感染症対策・口腔ケア・陰部の清潔保持の実施を行い、多職種連携にて健康管理を行います。

⇒衝撃吸収マット(ベッド脇設置)10枚、床センサー2枚、座面センサー6枚、低床ベッド5台、見守り支援ベッド2台を新たに導入し、事故対策を行いました。利用者の状態変化の早期発見に努め、異変時には看護師に報告し対応を周知徹底し、状態悪化を防ぎました。

●入院のための空床では、ショートステイ利用者が楽しめる時間の提供を行い、利用しやすい環境づくりに努めます。

⇒ラジオ体操・レクリエーション・個別趣味を多くして楽しんで頂きました。自宅の延長となるよう心地良い居場所作りに努めました。

エ 施設サービス計画(ケアプラン)の策定と実施の徹底

●入所前の相談室による情報と担当者による情報シートにて、利用者の個別ニーズと生活歴を反映した施設サービス計画を作成し、その人らしい自立に向けた支援を徹底します。担当者会議の随時開催と速やかなサービス計画の見直しを行い、チームケアの実践とサービスの向上を図ります。

⇒相談室・居室担当・他職員と連携をとり、個別ニーズ・生活歴を反映したケアプラン内容の見直しことができました。

●毎月15日と末日にケアプラン内容の実施状況を確認し、目標の達成度により見直しの必要性を検討します。

⇒月2回のグループミーティングで情報を共有し、多面的に利用者の状態を把握してケアプラン目標の見直しに結びました。

2 短期入所事業

(1) サービスの目標

ア 個別ニーズを反映した短期入所生活介護計画を職員間で把握し、サービスを提供します。また、多職種間協力のもと、楽しみがある生活環境を作ります。

⇒短期入所生活介護計画にて意向と支援内容を確認し、またデータベースの申し送り等の確認を行い、支援の統一を図りました。体操・レクリエーション活動を行い、楽しみのある生活を提供しました。

イ 在宅での生活を念頭に置き、心身状況に変化が見られた場合などは、本人、家族、居宅介護支援事業から状況把握を行い、介護計画書に反映させます。

⇒利用中も状況把握を行い、変化があった際には情報共有し、介護計画書を変更しました。

ウ レクリエーション内容を充実させ、利用者が楽しんで生活できるように努めます。

⇒体操、カラオケ、屋上散歩、季節の制作などレクリエーションを行いました。

エ 高齢者相談センター、福祉事務所、医療機関と連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

⇒利用中の体調不良時には、家族・居宅ケアマネージャーに連絡し、場合によっては受診同行を行い、投薬等で必要があれば施設嘱託医に処方依頼をするなど、総合的なサービスに努めました。

オ 利用者の自立支援と安定した心身の維持に努めるとともに、利用者の家族の精神的及び身体的負担の軽減を図ることにも留意したサービスを提供します。

⇒日々の利用者の状態を確認し、寄り添った対応を心掛け自立を促すよう努めました。ご家族の介護負担の状況により、居宅ケアマネージャーと相談の上利用調整を行いました。また緊急ショートステイの受入れも柔軟に行いました。

カ 送迎サービスを送迎基準に基づいて実施します。

⇒希望者には送迎を行いました。が、広範囲となっていました。

(2) サービス内容

ア 食事

●管理栄養士の管理のもと、利用者に相応しい食事形態で提供します。カロリーや塩分などの制限がある利用者も多くなっているため配膳時には十分注意します。季節食・行事食等、楽しみのある

る食事を提供します。

⇒情報収集を徹底し、食事形態・制限・禁食の配慮を行いました。季節食、行事食、郷土料理などを提供し好評でした。

●体調、嚥下状態の変化により、利用者・家族の確認の上、食事内容及び形態の変更を随時行います。

⇒体調、嚥下状態に変化がある場合は、家族・居宅ケアマネージャーに報告・確認し、食事内容・食事形態の変更を行いました。

イ 入浴

●安全で安心して入浴できるサービスの提供は勿論のことですが、利用者本人及び家族の意見も取り入れ、満足いただける入浴ができるように努めます。

⇒在宅に近い形で、安全で満足いただける入浴を心掛けました。

●短期間の利用者も入浴できるよう日程調整を行います。

⇒希望により、出来る限りの調整を行いました。

ウ 排泄

●家庭での状況を考慮し、できる限り同様の介助を行います。

⇒家庭環境に合った介助法を計画に入れ、介助の統一を図りました。排便の把握を行い、必要時に家族に連絡をして排便コントロールを行いました。

エ その他

●機能訓練の要望により機能訓練指導員と連携し、安全面を重視した生活リハビリを実施することで身体機能の維持に努めます。

⇒機能訓練指導員に相談・評価を行い、安全な立位・歩行・座位などを提案し、生活リハビリを行いました。

●レクリエーションや外出の機会を多く取り入れ、楽しく短期入所生活が出来るよう考慮します。

⇒レクリエーションや行事への参加、屋上散歩などを行いました。

●利用期間及び事情を考慮し、条件の範囲で利用中の衣類等の洗濯を行います。

⇒独居の方、家族状況や利用期間を考慮して、衣類の洗濯を行いました。

(3) 行事

●毎月の誕生会や、季節ごとに特養・生活介護の合同行事を行います。

⇒納涼祭・秋まつり・運動会・クリスマス会などの合同行事に参加しました。

(4) 重度・医療的ニーズの高い利用者や認知症への対応力の強化

●特に帰宅願望の強い認知症利用者の対応として、他部署の職員にも情報を提供し注意を促すなど見守りを強化します。

⇒帰宅願望の強い利用者に対しては、他部署の連携を取り見守り強化を行いました。離設の危険性がある場合はチップを装着していただき、施設玄関にて対応が出来るようにしました。その他、BP SDのある方に対して、家族・居宅ケアマネージャーに報告し連携を行いました。

●認知症に伴う行動を予測し、居室等の環境整備・持ち物管理を行い、事故のリスク低減を図りま

す。

⇒場合によってはご家族・居宅ケアマネージャーと相談、荷物は寮母室預かりとし、事故を防ぐように努めました。

●重度及び医療行為が必要な利用者の受け入れに際しては、詳細な情報収集と医療連携体制を整え、介護職員と看護職員で情報共有を図ります。

⇒面談前・面談後の追加情報を都度共有しました。在宅主治医に情報提供を依頼し、施設嘱託医へと繋げました。

3 障害者支援施設

ア 障害の重度・重複利用者への対応力強化

●障害の重度化に伴い、施設入所者の居室及び生活介護室等の使用箇所の環境を整備します。利用者の安全と支援員の介護負担軽減に努めます。

⇒ADL低下に伴う、抱え上げる介助方法を減らすためにリフトの使用徹底を行いました。また、リフトレールのない場所でもリフト使用が行えるように、床走行式リフトを導入して、利用者の安全と介護負担の軽減を図りました。

●身体障害に知的障害や精神障害を重複している等、重複利用者の特性を理解し適切なサービス提供に努めます。

⇒特性の理解を共通認識するために、研修の参加や支援員ミーティングでの話し合いを行い、サービスの提供を行いました。

●受け入れ可能な医療的ケアの範囲を検討します。受け入れに際しては関係機関(福祉事務所・相談支援事業所・主治医等)との情報共有を図り、本人・家族だけでなく職員の不安軽減に努めます。

⇒医療的ケアの常時の対応は、特に夜間時に職員体制上難しい部分があり、夜間での救急搬送がスムーズに行えるよう、書類の整理をして対応方法の共有を行いました。

イ 人材の育成

●職能基準に基づき、支援員一人ひとりの等級に応じたより具体的な目標を設定し、本人のモチベーションの向上と育成を図ります。

⇒具体的な目標設定を行い、目標の達成を継続することで完結することができました。

●外部研修は本人の希望や役割、育成計画に基づき実施します。研修で学んだことは、朝礼や支援員ミーティング等で発表し、業務の改善や向上、個々のスキルアップに繋がります。

⇒職員の勤務体制上、外部研修に参加する機会が少なかったが、部署内での研修も行き、業務の改善を行いました。

●個別の支援マニュアルの見直しを適宜行うことで、統一したケアを心掛け、支援員が不安なく業務を行うことが出来るよう努めます。

⇒担当支援員と支援方法の見直しを行い、統一したケアを行うために情報の共有を行いました。

●新人教育はリーダー・指導職員を中心に、「新人教育マニュアル(平成27年3月作成)」に沿って行き、1ヵ月後・3ヵ月後に定期的な評価を行います。

⇒リーダーを中心に、統一したケア方法の指導を実施しました。

●より良いサービス提供及び業務の効率化を図る為、リーダーを中心に「支援員ミーティング」を行うことで問題点を提起・協議し業務の見直しを行います。

⇒支援員ミーティングを定期的に行い、業務の見直しを行いました。

●主任による面談を適宜行い、支援員が抱えている問題点や悩みを受け止め一緒に考え、笑顔の多い職場を目指します。

⇒面談を行い、意見を確認し、実施できるように一緒に考慮して、支えあいのできる環境作りに努めました。

●「知らなかった。聞いていなかった。」がないよう、報・連・相を徹底し良好な職場環境を作ります。

⇒「知らなかった。聞いていなかった。」ということがないよう、朝のミーティングで報告・連絡・相談の徹底を図り、良好な職場環境作りに努めました。

ウ 経営の安定化

●施設入所支援 98.5%、障害者短期入所 99%、生活介護 85%(通所 70%)の目標達成の為、入所者の健康管理を他職種と協力して行います。

⇒健康管理に医師、看護師からの指示や連携を取りましたが、入所者の入院が続いてしまいました。

●インフルエンザをはじめとする感染症予防のための知識を研修を通して学び、施設内の消毒を定期的に行うことで施設内感染を防ぎます。

⇒消毒を定期的に行い、感染症予防のための手洗い等を行うことで、施設内での感染防止に努めました。

●やむを得ず長期入院になった場合には、空床を有効に活用出来るよう検討します。

⇒長期入院時には、空床の短期入所利用を行いました。登録している短期入所利用者も限られており、活用しきれませんでした。

●練馬区や和光市等近隣の各総合福祉事務所や相談支援事業所との情報交換を密にし、生活介護・短期入所の利用提案を行うことで利用率の向上に努めます。

⇒利用者の相談支援事業所や福祉事務所に定期的に訪問し、新規利用者の獲得に努めました。

●生活介護の利用希望者からの問い合わせには、送迎範囲・利用日等の相談に可能な限り応じます。

⇒問い合わせには、相談と見学対応を行い、利用者の希望に沿うように努めました。

エ 個別支援計画の策定と実施の徹底

●相談支援事業所のサービス等利用計画を受け、利用者のニーズに基づいたものとなるよう利用者の意向・家族の要望を反映した個別支援計画の作成に努めます。

⇒サービス等利用計画の確認、意向や要望をサービス担当者会議で確認し、個別支援計画の作成を行いました。

●サービス内容が適切か計画に沿ったサービス提供が行われているか月1回モニタリングを行い、少なくとも6ヶ月に1回目標の見直しを実施します。

⇒担当支援職員がモニタリングを行い、サービス提供内容が適切であったか確認の上で、サービス管理責任者と計画の見直しを行いました。

●利用者の心身の変化・ADL 低下等が生じた場合は、速やかに担当者会議を開催し計画の見直しを行います。

⇒利用者の変化に合わせて、都度、計画の見直しを行いました。

オ 防火・防災対策の強化

●BCP 初動 30 分マニュアルに沿った防災訓練等に参加し、生活介護実施時間・施設入所支援時間等の時間帯による対応の違いを各支援員が理解し、行動出来るよう努めます。

⇒防災訓練に参加し、曜日・時間帯により異なる対応を行動できるようにしました。

●夜間地震想定訓練に参加し、各支援員がマニュアルを理解し行動できるよう努めます。

⇒夜間地震想定訓練に参加し、夜勤の支援員が行動できるようにしました。

●大規模防災訓練を計画、実施することにより、地域での苑の役割を理解します。

⇒防災訓練に参加し、地域との連携方法などを確認しました。

●備蓄品の保管場所を全支援員が確認し災害時の対応に備えます。

⇒全支援職員で備蓄品の確認を行いました。

カ 会議・ミーティングの充実

●原則1ヵ月に1度支援員ミーティングを行い、情報の共有を図ると共に問題点について話し合います。必要時には法令・制度等の動向や障害についての勉強会を開催します。

⇒1ヵ月に1度の支援ミーティングは行えない事もありましたが、ミニミーティングで情報の共有を図りました。

●生活介護では利用者懇談会を3ヵ月に1度の割合で行い、利用者の要望等を聴き取りサービス提供に活かします。

⇒利用者懇談会を開催し、利用者同士での意見交換などが行えました。

●施設入所支援では入所者会議を3ヵ月に1度の割合で行い、行事への参加等について話し合います。話し合いには支援員も加わり、より楽しい生活を送ることが出来るよう支援します。

⇒入所者会議を開催し、利用者間での話し合いが持てましたが、なかなか意見を出せない利用者もいました。

●家族同士の交流・情報交換の場となるよう、家族会を年に4度(納涼祭・地域振興バザー・クリスマス会・3月)開催します。

⇒行事の都度に家族会の開催を案内しましたが、参加する家族がおらず、開催はできませんでした。

4 通所介護事業

ア 重度・医療的ニーズの高い利用者や認知症への対応力の強化

●デイルームや使用箇所の環境整備を行い、安全に過ごせ、危険箇所を作らないために月初に検を生活相談員が中心に行い、予測しうるリスクを考え利用者の安全と職員の働きやすい環境を整えます。

⇒毎朝、業務開始前に室内の危険箇所の有無を確認し環境整備に努めました。

●介護の中重度な方や認知症の方、医療行為が必要な方を受け入れるための人員配置と同時に、情報収集を行い利用者の自立支援に向けたサービス提供を図る環境改善を実施し、課題となるもの(食事、排泄、入浴、静養、車両など)は介護職全員で共有し、法人のさまざまな状況も考慮し改善計画を主任が平成 29 年 1 月までに作成します。

⇒中重度者受け入れのため、看護と連携を図り胃ろう、ストマ造設の利用者を受け入れました。他の事業所で受け入れ困難な認知症の方も受け入れ、職員間で情報の共有を図り支援に努めました。

イ 人材の育成

●面談で目標シートの評価を行い、平成 28 年度目標シートを個人の等級に合わせて 4 月に介護職員が自分で目標を設定し、リーダー、主任が確認の上で実現できるように努めます。

⇒目標シートに目標設定を行い、それぞれが達成に向けて努力をしました。

●個別の研修に関しては、本人の希望とスキルや役割、育成計画なども含めて相談の上で、研修委員会を通じて計画を立て実施を図ります。

⇒研修委員会を通じて認知症基礎研修、人権擁護などの研修に参加しました。

●外部研修を受けた場合は、受講後のデミーティングなどで研修内容を受講者が報告し、業務の向上改善に繋がるように職員全員で内容の検討をします。

⇒デミーティングで報告発表を行い資料を閲覧できるようにし、職員間で情報を共有し業務に活かしました。

●内部研修は活用できる部分を、職員全員がデミーティングなどで検討して、活用部分を共有した上での実施徹底を図ります。

⇒ほぼ全員が内部研修に参加できるようシフト調整をし、しっかりと研修報告書を作成し内容の理解とその活用に努めました。

●業務内容や支援・介助方法などの変更に合わせて、都度マニュアルの見直しをリーダー、主任が行い、見直しがあれば年度内に変更し周知徹底を行います。

⇒ミーティングにおいて、マニュアルの確認を行いました。

●デミーティングでは主任とリーダー、相談員は協力し、職員の意識や共有すべき情報等の確認を行います。個々のスキルアップを図るとともに、職員の状態把握に努めます。また、福祉の動向や方向性の確認も行い、利用者のサービス計画立案や作成を行い、コミュニケーションと連携の強化に努めます。

⇒ミーティングにおいてあらかじめ問題を提起し情報を共有しました。

●運営規定、重要事項説明書、契約書の内容変更を主任と相談員が確認し、運営に支障がないように図ります。

⇒平成 29 年度の介護職員処遇改善加算の改定に伴い、契約書別紙の変更を行い、利用者への説明と書面の取り交わしを行いました。

●リーダー、主任による面談を適宜行い、職員一人ひとりの意見や思いを受け止め、不満やストレスの軽減に繋げ、気持ち良く働くことができる環境作りとモチベーションの向上を図り、職員の定着も図ります。

⇒職員各自が役割を持ち責任を持って遂行することで、モチベーションの向上を図りました。

ウ 経営の安定化

●通所介護利用率 80%、認知症対応型通所介護は 10 月より再開予定で目標設定。従業者の配置を考慮し、安定した運営を図ります。相談員の業務を調整し、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所への月 1 回の定期訪問や事業案内を行い、地域包括ケア会議等の参加などで連携をして良好な関係作りを行います。また、居宅介護支援事業との連携を密にして、利用者ニーズの収集や把握を行い、サービス提供に応じる体制で満足度を高めて目標達成を図ります。

⇒デイサービスとショートを併用する利用者が多くまた入院者も多かったため、80%には達しませんでした。10 月より認知症対応型通所介護を再開しましたが、登録者はありませんでした。居宅介護支援事業所へ月 1 回の定期訪問を行いました。

エ 通所介護計画書の策定と実施の徹底

●新規利用、ケアプラン変更時、相談員は直ちにアセスメントを行い、介護職員・相談員等で通所介護計画書を作成します。介護職員は計画内容の確認と実施を徹底し、又、実施に伴う ADL(日常生活動作)および IADL(手段的日常生活動作)の評価に努めます。介護記録に実施確認を反映し、状況報告書は介護職員が毎月 10 日までに作成し、相談員は状況に応じて、モニタリングと評価を家族や担当ケアマネージャーに月 1 回以上の報告と報告記録を行います。

⇒生活相談員は必要時には直ちにアセスメントを行い、通所介護計画書を作成し、介護職員は計画に基づく実施に努め介護記録に反映させました。相談員は月に 1 度担当ケアマネージャーに状況報告書を届けました。

●個人情報保護も考慮し、新規利用の通所介護計画作成手順を守り、重要事項説明書の説明と利用契約を行い、後に利用者の心身状況、希望及び環境の把握などアセスメントを行います。

⇒手順に則り、新規利用者の契約などを行い、後にアセスメントを作成しました。

オ 防火・防災対策の強化

●事業継続計画の内容を全職員が確認し、マニュアルを確認しながらの訓練を重ねて、全職員で送迎方法などを含めた防火・防災対応ができるように努めます。

⇒防災訓練に参加し、対応方法を確認しました。

●デイサービスが練馬区の福祉避難所になっていることをデイミーティング等で再度確認、全職員で意識し、対応ができるように努めます。

⇒練馬区の福祉避難所であることを全職員が確認しました。

●10月の大規模防災訓練の計画、実施により地域福祉拠点としての役割を実感し、地域の関係機関との連携強化と意識の向上を図ります。

⇒大規模防災訓練に参加して災害時の対応方法を確認しました。

●職員全員が備蓄品の保管場所を確認し、災害時の対応に備えます。

⇒BCP 委員会の研修に参加し確認しました。

カ 社会福祉法人としての地域貢献

●地域振興バザー、防災訓練などの案内及び周知などに努め、地域行事への参加の機会を増やし

ます。

⇒秋祭り・防災訓練の案内の周知を行いました。

5 居宅介護支援事業

ア 居宅サービス計画書の策定

●新規利用者の相談・要望等あれば速やかに連絡をして訪問し、介護保険について説明を行いケアマネジメントの手順を守り、利用者の立場に立ちながら、日常生活の維持や向上につなげていく自立支援型ケアマネジメントの視点に力を入れ、目標の達成が図れる居宅サービス計画を作成し、説明して同意の上でサービスの調整を行うよう努めます。

⇒自立支援を意識してケアマネジメントを行うように努めました。

●サービス提供に関わる事業者には、居宅サービス計画を提供した後、各サービスにおける計画書の提出を求めます。また、サービスの適切な効果の確認を行います。

⇒各サービス事業者からは計画書の提出があり、適切な効果があったか確認するように努めました。

イ 利用者への支援向上のための環境整備

●マニュアル内容は制度の変更に合わせ行います。

⇒制度の変更に伴い、マニュアルの見直しを行いました。

●事業所内のデータや書類の整理整頓を行い、利用者の個人情報保護を徹底できるように努めます。また、マイナンバーが必要な書類については、原則として記入済みの書類は扱わない対応を行い、書類の提出等は本人や家族に依頼します。その対応ができない場合には、未記入で取り扱います。

⇒個人情報保護にはデータや書類を鍵のかかる箇所に保存し管理を徹底しました。

●運営規定、重要事項説明書、契約書の内容変更を管理者と介護支援専門員が確認し、運営に支障がないように図ります。

⇒運営に支障がないように契約書等の内容確認を行いました。

ウ 人材の育成

●面談で目標シートの評価を行い、平成28年度目標シートを個人の等級に合わせて4月に介護支援専門員が設定し、管理者が確認の上で目標が実現できるように努めます。

⇒管理者が面談にて介護支援専門員の目標を明確にした上で目標設定シートを作成し、目標の達成に努めました。

●個別の研修に関しては、本人の希望とスキルや役割、育成計画なども含めて相談の上で、研修委員会を通じて計画を立て実施を図ります。

⇒個々の能力に応じて研修計画をたて、参加できるように業務日程の調整を行いました。

●外部研修を受けた場合は、受講後に必ず研修内容を受講者が報告し、業務の向上改善に繋がるように職員全員で内容の検討をします。

⇒研修報告書を作成し、報告を行っていましたが、職員全員での内容検討には至りませんでした。

●身体拘束廃止・虐待防止委員会に参加して、居宅での高齢者虐待防止に関する知識向上を図ります。

⇒委員会に参加することにより、高齢者虐待防止についての知識向上に努めました。

エ 防火・防災対策の強化

- 事業継続計画のマニュアルに沿い、事前に利用者の安否確認方法や、避難先と連絡先の確認を介護支援専門員は行い、実際の場面を想定し、情報は書面で整理して管理者も把握ができるように努めます。

⇒事前に利用者の安否確認方法や避難先は確認できていますが、書面での整備までには至りませんでした。

オ 経営の安定化

- 運営の安定化を図り、新規のケアプラン作成受入を行います。要介護者を対象とし年間アベレージ 60 件のケアマネジメントを目標に、利用者の減少も見込んだ作成に努めます。

⇒年間通じての件数維持は難しかったが、年間アベレージは 61 件でした。

- 高齢者相談センター(地域包括支援センター)への訪問を管理者と介護支援専門員で行い、地域ケア会議への情報提供も協力して行い連携の強化と目標の達成を図ります。また、地域支援課内の連携を強めるとともに、外部情報からデイサービスの利用率向上に関しての提案などに努めます。

⇒地域包括支援センター主催の会議や毎月訪問を継続していることで、連携の強化が図れました。そこで得られた情報をデイサービスや短期入所利用率向上に繋がるようアドバイスを行いました。

カ 社会福祉法人としての地域貢献

- 地域包括支援センターへ月 1 回の訪問と利用者・家族との連携を行い、地域での良好な関係作りをも視野に入れた活動に努めます。

⇒利用者・家族と信頼関係は良好でした。さらに地域包括支援センターとの関係性も構築できました。

- バザーで認知症に関する講演会の計画をし、また外部のケアマネ連絡会に出席するなど、地域との連携をさらに深められるように努めます。

⇒講演会は3年間継続したため、終了となりましたが、外部ケアマネ連絡会には積極的に参加して横のつながりの強化が図れました。

6 共通部門(介護職以外)

(1) 食事サービス室

ア 安全で栄養価の高い美味しい食事提供を目指します。

- 食事は毎日摂取するものなので添加物・既製品に頼らない食事作りを続けていきます。家庭的で、バランスのとれた美味しい食事を提供します。

⇒保存料等の添加物は使用しないよう、その日の食事はその日に調理し、温かいものは温かく、冷たいものは冷たい状態で提供できるよう心掛けました。また、既製品にはできるだけ頼らず、煮物や焼き魚など、家庭的で、バランスにも配慮したメニューの作成を心掛け、提供を行いました。

イ 栄養ケアマネジメントの徹底

- 利用者の個別のニーズや状態に合わせた栄養ケアマネジメントを徹底します。スクリーニングを踏まえた十分なアセスメントの実施により、栄養状態等についての課題を的確に把握し、利用者

適した具体的な栄養ケアプランを作成し、支援を行います。また、褥瘡発症時等の体調変化を踏まえ、プラン変更の必要性を確認した場合には、介護・看護・相談室と連携し、速やかに栄養ケアプランの見直しを行います。

⇒定期的な栄養ケアマネジメントの見直しを行い、利用者の栄養状態の把握に努めました。利用者の体調変化があった時は、速やかに状態を把握し、必要に応じて栄養ケアプランの見直しを行いました。

ウ イベント食の実施

●利用者に食事を楽しみにして頂けるよう、毎月のお誕生日会でのケーキや、毎月の季節食・行事食等バラエティに富んだ食を心掛け、献立の充実を図ります。

⇒毎月のお誕生日会では手作りケーキを提供し、喜んでいただきました。毎月の季節・行事食は食事サービス委員会で検討し、利用者に満足していただけるよう内容の充実を図りました。

エ 別献立、選択食の実施

●生活介護では、年齢の若い利用者も多い為、高齢入所・高齢通所拠点とは別に、ボリュームを考えた献立を作成し、利用者の満足度向上に努めます。

⇒実施回数が少なく、利用者の満足度が向上したとは言えませんでした。

●食事を選ぶ楽しみを持っていただけるよう、週に1回の選択食を実施し、内容の充実を図ります。

⇒選択食は週に1回実施でき、利用者の希望の食事を提供できました。

オ 嗜好調査の実施

●利用者ニーズを取り込み、食事をより充実させる為、年に2回の嗜好調査を行い、食事サービス委員会で調査結果を分析・検討し、メニューへ反映させます。

⇒年2回実施し、メニューへ反映させ利用者に喜んでいただけることができました。

カ 衛生管理

●利用者に安全な食事を提供する為、調理職員は毎月1回(4～9月は2回)の細菌検査に加え、日々の業務開始前に、チェック表により個別衛生点検を行います。また、厨房内を常に清潔に保つ為、衛生管理を徹底します。

⇒検便検査は月1回、夏場は月2回実施しました。厨房職員はチェックシートを使い、衛生管理を徹底しました。

キ 業務マニュアルの標準化

●業務の効率化を図る為、業務マニュアルを随時見直し、標準化します。

⇒業務マニュアルは必要時見直しを行いました。

ク 備蓄品の整備

●非常食を見直し、メニューから検討し、整備にあたります。

⇒非常食の見直しを行うことができませんでした。来年度は食事サービス室ではなく、BCP委員会で検討して行きます。

ケ 研修の参加

●美味しい食事を提供することはもちろんのこと、利用者の高齢化・重度化に対応し、安全に配慮した食の知識等を収集する為、研修会に積極的に参加し、情報収集に努めます。

⇒今年度は「認知症の方への食支援」と「施設の栄養管理の向上」の研修へ参加し、情報収集に努めました。

【平成 28 年度 年間行事（食事サービス室）】

月	行事名	行事食	誕生会
4	お花見	お花見御膳－桜鯛の刺身・桜海老ご飯・桜のおすまし	フルーツロールケーキ
5	端午の節句	かつおのたたき	パリブレスト
6	リクエスト食	オムライス	洋梨とピスタチオのタルト
7	七夕	七夕そうめん・茶碗蒸し・スイカ	お芋と小豆のロールケーキ
	土用の丑の日	うなぎの混ぜご飯	
8	季節食	①冷やし中華 ②おろしスパゲティ ③宮崎県郷土料理	フルーツシュークリーム
9	敬老の日	天ぷら・赤飯・茶碗蒸し	モンブランタルト
	秋分の日	秋刀魚の塩焼き・松茸ご飯	
10	イベント食	刺身盛り合わせ	ロールケーキ苺ソース
11	イベント食	海鮮丼	さつま芋のモンブラン
12	クリスマス	ビーフシチュー・スモークサーモンサラダ・野菜のコンソメ煮・あさりのズッパディペツェ・フォカッチャ・ブッシュドノエル 2016	レアチーズケーキ
	大晦日	年越し天ぷらそば	
1	お正月	お雑煮、おせち料理・刺身・赤飯	ショートケーキ
	七草	七草粥	

1	鏡開き	ぜんざい	
2	節分	恵方巻き	フルーツロールケーキ
3	ひなまつり	ちらし寿司、茶碗蒸し	レアチーズケーキ

(2) 生活相談室

ア 重度・医療的ニーズの高い利用者や認知症への対応力の強化

- 嚥下困難な利用者の誤嚥を予防し、出来る限り経口摂取が継続できるよう、また、誤嚥性肺炎予防のための食事介助方法や口腔ケアを徹底し、多職種と連携し経口維持計画の作成を行います。

⇒嚥下評価や毎月の食事観察に多職種で参加し、歯科医師との連携のもと経口維持計画の作成を行いました。

- 終末期ケアにおいて家族への連絡・説明・相談・調整を行い利用者及び家族の尊厳を支える支援を行います。最期までその人らしさを尊重した日々を過ごしていただけるよう、これまでの経験や偲びの会から、より温かい看取りを目指します。

⇒面会時の状態報告、状態変化時はご家族と相談し意向を尊重しながら対応しました。飲食中止の判断をどうとらえるかが難しく、意見が分かれるところでもありました。居室に写真や思い出の品を飾ったり、居室内で「感謝の会」を催すなど温かい空間を作れるようご家族・他職種と努めました。他職種との勤務調整が難しく、偲びの会の時間を作れない時もありました。

イ 人材の採用・育成及び職員処遇の充実

- 目標設定シートにおける個人目標は、面談にて前期の評価を踏まえ具体的に設定し、2カ月に1回面談にて達成度の確認を行います。

⇒2か月毎の面談は行えませんでした。朝礼で業務の進捗状況を常に確認しました。

- 現場のケア体験を活かした自立かつ個別ケアを目指したケアプランの作成のために、フロアーケアマネへの指導と連携を行います。

⇒フロアーケアマネは1名のみでしたが、連携をとりながら入所時からプラン作成業務、担当者会議、認定調査を実施してもらいフロアーケアマネ体制を維持できています。

ウ 稼働率に関する数値目標

- 特養入所はマニュアルに基づいた面接・検討会を行い、常時5～6名の待機者を確保し、10日程度を目安にスムーズな入所に繋がります。待機者減少の状況により臨時的な面接・検討会を行います。

⇒概ねその様に実施できました。空床はショートステイで極力利用しました。

- 終末期ケアの指針・マニュアルに基づき、利用者・家族の意向に沿って出来る限り苑で看取りを行うよう支援します。

⇒意向に沿って支援できました。

- 高齢者短期入所における送迎を基準に基づいて実施し、新規利用拡大と利用の継続に繋げ

ます。

⇒状況により広範囲の送迎を行いました。

エ 施設サービス計画(ケアプラン)の策定と実施の徹底

●入所前面接において、健康状態・ADL・生活歴・家族関係・趣味など情報収集を十分に行い、利用者及び家族の意向を十分に反映したその人らしい自立に向けたケアプラン作成を行います。

⇒情報収集を行い、今までの生活習慣をなるべく継続できるようなプラン作りに努めました。

●褥瘡発症、体調及び精神、ADLの変化が見られる利用者については、臨時の担当者会議開催し速やかにケアプランの変更を行います。

⇒臨時の担当者会議がスムーズに開催できず、速やかなプランの変更とはいきませんでした。

●リスクアセスメントを施設サービス計画の作成及び見直しの中に取り入れ、利用者の様々なリスク(転倒・医療行為関連・状態変化など)への対応や介護事故防止を図ります。

⇒プラン変更時には転倒のリスクや医療行為に関するリスクを盛り込んだケアプランを作成しました。

●利用者との直接的なコミュニケーションを行うと共に居室担当者・多職種との連携により、利用者の状態や変化を把握しニーズを導き出して行きます。

⇒プランの更新時に利用者、および居室担当者からの意見を聞きニーズを導き出しました。

●定期的にご家族が集う場を開催し、ニーズを把握します。利用者、ご家族、施設の良きコーディネーターを努めます。

⇒試食会とご家族の介護体験を何うことをテーマとして、2回の家族会を開催できました。

●地域と施設の大切な接点であるボランティアを積極的に募り、多彩な余暇・趣味活動を実施することで個別ケアの充実を図ります。

⇒積極的な広報活動はできませんでした。直接利用者と関わってくださるボランティアの方が新規で2名入り、塗り絵、オセロ、手作業等の余暇・趣味活動に参加してもらいました。

(3) 機能訓練室

利用者の状態が加齢や病態により日々変化していく中、利用者の残存機能の低下を防ぐために、利用者の意欲を引き出すリハビリを実施します。また、介護職員をはじめ他職種と連携し生活に密着した利用者の満足度が向上するアプローチを実施します。

ア 基本方針

●ADLの維持、向上やQOLの向上を目指したアプローチを実施します。

⇒特養入所の全利用者に対して個別機能訓練を提供する体制を確立し、実施しましたが、ADLやQOLに結びつくアプローチができているとは言い難く、来年度の課題とします。

●生活リハビリや介助動作の検討を介護職員と一緒にを行います。

⇒介護職員から依頼があった場合に適宜、生活リハビリや介助動作の検討を一緒に行いました。

●身体機能のみに特化せず、精神機能や心理的側面へのアプローチを心掛けます。

⇒必要に応じて一部の利用者には精神機能や心理機能の賦活を目的としたアプローチを行いました。

イ 年間目標

●個別機能訓練の対象者を入所者全体に拡充し、全利用者の心身状況の把握に努めます。

⇒個別機能訓練の対象を特養入所の全利用者に拡充することができました。

●移乗、食事、排泄、入浴などの生活場面にできる限り介入し、ADLの把握に努めます。

⇒個別機能訓練の拡充とともに、生活場面に介入できる時間が少なくなっていました。生活場面そのものを訓練とする工夫が必要であり、来年度の課題とします。

●個別機能訓練の内容や時間配分などを見直し、より効果的な介入を目指します。

重度者には、ある程度の回数を確保し(短時間であっても週に数回を確保)、認知症者には作業活動や回想法などの精神面の腑活を目的としたグループ活動などを実施していきます。

⇒週1回の個別機能訓練の実施が限度と考えられ、重度者で特に拘縮予防が必要な利用者は家族希望で訪問マッサージも併せて実施し、その中で、機能維持を目指しています。認知症者に対するアプローチは不十分なままであるので、来年度の課題とします。

●計画書の作成や発送などの事務作業の効率化を図ります。

⇒計画書を単独で郵送する形式から、請求書に同封する形式に変更したことで、幾分の時間と経費の節減につなげることができました。

(4) 看護室

利用者の加齢により体力、免疫力が低下し、発熱やそれに伴う食欲不振や誤嚥が体調の急変に繋がるため、介護職員とも協力し早期の対応に努めます。

ア 異常の早期発見と体調管理

●毎朝の申し送り及び訪室で健康状態を把握すると同時に、毎日1回は利用者顔と顔を合わせ、利用者の「普段との違い」を見逃さないようにします。

⇒介護職員の情報とバイタル・観察・アセスメントにて健康状態を把握し健康維持に繋がりました。また、必要時には医療機関への連携を図りました。

●利用者の入浴の機会を活用して、利用者の健康状態の観察を行います。

⇒入浴中・入浴後の観察にて皮膚トラブルや整形的病変に対応しました。

●食事摂取量、体重、検査データの情報をもとに、管理栄養士・介護職と連携のうえ、栄養補給方法を検討し体力低下を防ぎます。

⇒栄養会議にて検討を行いました。7月の健康診断時と2月(対象者)に血液検査を実施しました。

●食事時に嚥下状態を観察し、介護職員と協議し誤嚥をなくす工夫をします。

⇒介護職員と相談し、嚥下状態に合わせた食事形態を検討しました。必要時には吸引を行いました。

●利用者の体調の変化等を踏まえて担当者会議を開催し、速やかにサービス計画の見直しを行なうと共に、朝のミーティングを利用し、ミニカンファレンスを開き、問題の解決、情報の共有化と周知徹底を図っていきます。

⇒担当者会議には必ず参加し検討を行い、朝のミーティングで情報共有を図りました。

●オンコールを実施し、夜間緊急時に介護職へ適切なアドバイスを行っていきます。

⇒夜間救急時マニュアルに基づいてオンコール対応を行いました。

イ 利用者への支援向上のための環境整備

●業務マニュアルの見直しと利用者ごとの看護計画を作成し、看護職員の提供するサービスの向上を図ります。

⇒業務マニュアルの見直しは不十分なため来期の課題とします。

●円滑な業務体制を図るため、看護間協力のもと、適正な人員配置を行います。

⇒派遣職員にて体制を整えていますが、短期の交代があるため、研修・指導にて円滑な業務遂行に努めました。

●夜間緊急時の対応のため、痰吸引等の内部研修を実施します。

⇒数人の研修に留まってしまい不十分なため、来期は計画的実施を図ります。

●看取りの際は家族の意思を把握すると共に、家族との連絡を密にし、納得のいく最期を迎えられるよう、ニーズに沿ったケアを行います。

⇒ご家族・多職種にて相談し、可能な限り意向に沿うよう実施しました。ご家族から感謝の言葉をいただくケースも多くありました。

ウ 人材の育成

●職能基準に基づき、職員一人ひとりの等級にあったより具体的な目標設定を行い実施します。

⇒チーム目標・個人目標を面談で設定し、評価を行いました。

●看護職員のスキルアップの課題を明確にし、その習得に向けた看護室としての研修計画を作成します。

⇒今期は実施出来なかったため、来期の課題とします。

●介護職員が痰吸引等の医療行為が安全に実施できるよう、資格取得者の復習を行います。

⇒今期は東京都痰吸引研修に2名参加し、実地研修を行いました。

●褥瘡の発生の予防と発生時の対応について職員研修を行います。また、褥瘡発生時及び必要に応じ随時ミニカンファレンスを行い早期治癒に努めます。

⇒外部研修の受講・ミニカンファレンスにて早期治癒を図りました。来期は書類の完備を行います。

●感染症の発生の予防と発生時の対応についてマニュアルを見直し、職員研修を行い、看護師の指示のもと速やかな対応かつ対応マニュアルの周知徹底を図ります。また、感染症発生時は、臨時会議を開き、状況に応じた対応を検討します。

⇒感染症発症時及び発症疑い時には臨時会議を開催し、感染拡大を防ぎました。

●認知症、精神疾患の外部研修を受講し、適切なアセスメントが出来るように努めます。

⇒今期は外部研修を受講出来なかったため、来期に計画をたてます。

エ 外部、関係機関との連携

●外部受診、入退院時の対応、緊急時の対応等、看護室が中心となり、医療機関との情報提供・情報収集を適切に行い、良好な関係作りや連携を図ります。

⇒適切な対応にて問題なく実施しました。

平成28年度 年間行事

月	特 養	通所介護	生活介護
4	お花見散歩 昭和会館合唱演奏会	お花見ドライブ	お花見ドライブ
5	子供のイベント 母の日レク(制作) 長唄ファミリーコンサート	端午の節句	端午の節句
6	父の日レク(制作) 菖蒲湯 ハワイアンバンド	手作りおやつの会 菖蒲湯	
7	七夕祭り 納涼祭	七夕祭り 納涼祭	七夕 納涼祭
8			花火
9	敬老会 花火		
10	秋祭り 秋桜散策	秋祭り 運動会	秋祭り 運動会
11	紅葉散歩 地域もちつき会	手作りおやつの会	コスモスドライブ
12	クリスマス会 年賀状描き	クリスマス会	クリスマス会・美術展鑑賞
1	苑内初詣・新年会 白菊幼稚園遊戯会	初詣と正月遊び	苑内初詣
2	節分(鬼退治)	節分 美術展鑑賞	節分
3	雛祭り	雛祭り	雛祭り
年間プログラム	誕生日会：月1回 カラオケ：月1回 フラダンス：月1回 民謡：月1回 施設長と歌おう：月1回 くーちゃんぼんちゃん会：月1回 その他(風船バレー、塗り絵 体操、書道、トランプ、カラオ ケ、百人一首、口腔体操 折紙等)	誕生日会：月に1～2回 陶芸：月2回 土曜日 大正琴：第4火曜日 革工芸：月2回 水曜日 書道：月2回 土曜日 施設長と歌おう：月1回 外出レク：不定期	誕生日会：月1～2回 施設長と歌おう：月1回 その他(手作りおやつの会・ミ ニドライブ・リラクゼーション・ カラオケ・映画 DVD 鑑賞・ゲ ーム・ネイル・茶話会・ビーズ 制作・季節の制作・体操・脳ト レ・陶芸等) 施設入所支援 行事 ドライブレク(季節の良い月の 土曜日1回/月)) 昼食ケータリング(苑の行事 無い月の土曜日1回/月)