

平成29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29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	98.0%	100%	98.5%	99.0%	80.0%	80.0%	40.0%	60件
29年度実績	97.3%	85.8%	93.9%	64.6%	64.3%	55.7%	0%	62.4件
28年度実績	95.1%	96.8%	92.5%	91.2%	68.7%	62.7%	0%	61件

I 平成29年度重点目標に対する取り組み及び成果の報告

1 理念の徹底

施設長による倫理研修を実施するとともに、新人職員には入職時のオリエンテーションで倫理研修を行いました。また利用者が笑顔になるよう、月の目標と理念の唱和を行い、言葉・態度・身だしなみを重視した接遇の徹底に努めました。

2 重度化や医療的ニーズの高い利用者及び認知症への対応力の強化

特別養護老人ホーム・・・今年度は高齢化による入院に加え、年末からのインフルエンザによる入院もあり退院後の様子を観察し、必要時はカンファレンスを開催して、転倒や医療行為に関するリスクの予防を盛り込んだケアプランを作成しました。重度化に対応するために、3モーター低床型ベッド5台、モジュール車いす7台とチルドリクライニング車を5台、及び車椅子用クッション12枚を導入しました。安楽で安全な移動・移乗・座位に繋がっています。経口維持の取り組みについては月一回の食事観察・歯科医師からの指導を周知・経口維持計画書を作成することを継続しました。食事中はテレビを消して音楽を流すように環境を変え、食事に集中することで食の楽しみに繋げ、誤嚥予防を図りました。

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の強化が見られました。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。短期入所では医療的ケアの必要な方を、看護との連携を図り受け入れすることが出来ました。

通所・認知症通所・・・今年度も看護と連携を図り、個別の対応に努めました。登録者数の1/3近くが認知症高齢者日常自立度Ⅲ以上を占める中、一人ひとりの状況を把握し個々の対応を行いました。又、体調の急変にも看護と連携し、速やかに対応し救急搬送を行った結果大事に至らず利用再開に繋がりました。入浴においては、利用者の著しいADL低下に伴い個浴対応に困難が見られた場合は特殊浴へ、又ADLに向上が見られた場合は個浴対応と、利用者の状態に合わせて見直しを速やかに行いました。毎月行うモニタリングの本人・家族の満足度調査では満足であるという評価を多く頂きました。

3 人材の育成・職員処遇の充実及び人材の確保

人材の育成に関しては、全ての職員に等級にあったより具体的な目標設定シートを作成し、振り返りを行いながら技術に合わせた指導を行いました。

職員の処遇面に関しては、平成29年8月21日から常勤8,000円/月、非常勤50円/時、平成30年3月21日から常勤4,000円/月、非常勤20円/時のベースアップを実施しました。

研修に関しては、外部研修に22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31日間の内部研修を開催しました。

人材の確保に関しては、採用の間口を広げ、ハローワークを中心に有料媒体の活用や相談面接会への参加等により、短時間勤務の職員はかなり確保できたものの、常勤職員の採用が難しく、派遣職員に頼るところが大きくなってしまいました。

4 地域貢献活動

今年度も10月に「秋祭り」を開催し、地域住民が参加できるフリーマーケットや模擬店、高齢者疑似体験、演芸等を実施し、約324名もの地域住民が施設を訪れ、交流を図る事ができました。

また、練馬区情報相談ひろば きっさ「えん」では、地域住民の相談受付を行うとともに、活動の一つとして理事長による「健康いきいき講演会」を施設内、高齢者住宅、他デイサービスセンター等で行い好評を得るとともに、町内会の役員として地域活動に貢献しました。

5 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。

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の変化時には担当者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 . . . 利用開始時と変更必要時には速やかに通所介護計画書を作成しサービス提供に努めました。毎月状況報告書を各事業所へ届け担当ケアマネジャーとも連絡を密にして在宅支援に繋げました。

6 防犯対策の強化

光が丘警察署 生活安全課 防犯係に依頼し、不審者対応訓練及び詐欺・空き巣・ひったくり対策等についての講話を29年7月10日に実施しました。

また、防犯カメラ等の防犯設備、出入り口・避難口・鍵・照明等の設備の点検及び必要に応じて補強を行いました。

7 防火・防災対策の強化

毎月、避難経路・集合場所の確認、担架での搬送方法、スプリンクラーの元栓の止め方と設置場所の確認、消火栓・消火器の使用法の説明、簡易トイレの使用法の説明、防災設備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。11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・土支田三丁目町会役員・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・消火栓の使用法）及び炊き出し訓練を実施し、非常災害時の関係機関との連携体制を強化しました。

8 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 . . . 今期の退所者は例年に比べ半数に近い10名で、その内看取り対応は6名と比率が高くなり在苑期間の拡大となりました。入院に関しては病状等により病院を選定し入院期間の短縮に繋がりました。年末のインフルエンザ集団発生による入院が5名でしたが、今期の延べ入院数は26名と昨年の38名に比べ大幅な減少となりました。目標達成には至りませんでした。97.3%と厳しい職員体制の状況下で努力の成果はありました。

高齢者短期入所事業 . . . 10月までは平均稼働90%でしたが、利用中止者の増加・長期利用者の施設入所によるキャンセル・1月のインフルエンザ集団発生によ

るキャンセルが重なり結果、85.8%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

・・・昨年度の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。4月には地方の入所支援施設への希望者が退所されました。練馬区での入所調整で候補者が決定し、6月と7月に入所調整を行い、入所者が決定しました。8月以降は在籍者10名となりましたが、9月から11月まで1名、3月に1名の入院があり、100%達成したのは4ヶ月のみでした。合計4ヶ月以上の空床と、約4ヶ月間の入院期間等から目標は達成出来ませんでした。平成29年度より練馬区の入所調整方法が登録制に変更になりました。そのために、入所登録前の見学希望が増えております。

生活介護(通所)

・・・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、新規契約は来年度4月からの1名となりました。又、当日の体調不良・入院などによる休みが多く、入院後の医療的ケアに対応困難となるケースで利用終了となるなど、3名の利用終了があり、目標は達成出来ませんでした。3月末においての登録者は8名。

短期入所

・・・2名の方が見学に来られ、1名の新規利用がありました。しかしながら、医療的ケアが必要であり、限定的な利用となっております。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ありました。入所者の重度化と人員不足により、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、38名でスタートしました。

1年間の問い合わせは30件以上あり、希望者には送迎付きで見学をして頂きました。新規契約は10名となりました。内、3名は利用後に施設入所等で残念ながら利用中止となりました。又、長く通って頂いた利用者の入院、施設入所が続き利用中止者も多く、短期入所利用を併用されるケースも多くあり稼働率の目標達成に至りませんでした。認知症対応型通所介護においては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29年4月のケアプラン作成件数は63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)から相談があったことで、平成29年8月に施設入所等で10名減となりましたが、年間アベレージ62.4件となり、目標60件を達成しました。最終的に平成30年3月は68件の結果となりました。

9 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。

10 事故報告

練馬区に届け出た事故は3件でした。

転倒	1件	居室内にて転倒(右橈骨遠位骨折)
原因不明	1件	発見時内出血・腫脹(右足捻挫)
集団感染	1件	インフルエンザA型入居者51名(内5名入院) 職員8名・インフルエンザB型職員3名

11 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。

12 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 ※30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	23人	77.3歳	女	57人	85.2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	5人	13人	26人	36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	2人	34人	114人	135人	169人	80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 ※30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	52.7歳	女	6人	50.8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
7人	60人	20人	149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
249人	261人	141人	2721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	103人	586人	768人	879人	354人	176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 ※30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	0人	3人	22人	27人	7人	5人	4人

II 利用者サービス(介護職) ・は29年度計画 ⇒は報告

1 特別養護老人ホーム

ア 理念の徹底

・当苑の理念「利用者の笑顔が、家族の安心、職員の喜びに」に基づき、利用者が笑顔になるよう月の目標と理念の唱和を行うと共に、言葉・態度・身だしなみを重要視し、接遇の徹底を図ります。

⇒全体朝礼で目標を唱和し、グループ朝礼で再度、目標と理念を唱和し意識を高め、日々業務にあたりました。

イ 重度化や医療的ニーズの高い利用者及び認知症への対応力の強化

・特殊機械浴を利用して、コミュニケーションをとりながら、安心安全かつ心地良い入浴を提供します。

⇒座位保持が困難な方も職員の見守りのもと、寝たまま安全に快適に入浴されました。

・離床センサー内蔵のベッドを利用して、転倒・転落・徘徊からの事故を未然に予防します

⇒ベッド上の動き出し、起き上がり、端座位を検知・通知される為、転倒・転落のリスクが軽減しました。

・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1日1回は実施し、誤嚥予防に努め、必要な方には個別に頬・口腔マッサージを行いました。

・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。

また、自助具・介護皿を積極的に活用し自力摂取を支援します。

⇒歯科衛生士による経口摂取確認を定期的実施し、食事前には姿勢を整え、頬・口腔マッサージを行いました。また、咀嚼・嚥下・体調に合わせ、自立に向けた支援を行いました。

・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。

⇒介助皿の利用、汁物の取っ手付きカップ利用、スプーン使用の工夫を行い、利用者個人に合わせ、自立に向けた支援を行いました。

・便秘予防やトイレでの排泄等を行い、尊厳ある排泄を目指します。

⇒その方に合った排泄方法を選び、自立を促しました。気持ちに寄り添い、自尊心を傷つけないように心掛けました。

・東京都の痰吸引等の研修を積極的に受講し、看護師の実技研修を定期的受けることで安全な痰吸引の実施に努めます。

⇒今期は不参加でしたが、定期的に看護師による実習を受け、看護師不在時の安全性確保に努めました。

・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。

⇒居室担当者を中心に、居室の整理整頓・家具や物品また配線の位置などの環境作りを行いました。

また、夜間は足元ランプを使用し、安全を確保しました。

・エアーマットやクッションを適切に活用すると共に、清潔保持・体位交換を行い褥瘡の予防と早期発見に向けてチームケアを行います。

⇒排泄介助時に発赤等をチェックし、看護に報告するとともに、多職種と相談し、エアーマット等を活用しました。

ウ 人材の育成・職員処遇の充実及び人材の確保

・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。

⇒リーダーとの面接で、業務遂行レベルを客観的に見つめ直し、個々に合わせた目標設定を行いました。

・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。

⇒コミュニケーションをとるため常に声掛けし、主任との面談を行い、習得状況の確認を行いました。

・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。

⇒業務マニュアルを見直しは、時間の確保が難しく、実施できませんでした。

・主任による面談を定期的に行い、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。

⇒定期的な面談は時間の確保が困難でしたが、職員から相談があった際には、思いを受け止めるようにしました。

・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、外部認知症研修から発表報告を行っていきます。

⇒外部研修の参加はほとんどできませんでした。

エ 地域貢献活動

・自治会の催し物の参加・協力及び苑の行事等において地域のボランティアの方や幼稚園との交流を深めると共に、地域の行事への参加も行っていきます。

⇒秋祭りを中心とした行事や日常のレクリエーションの際に、地域のボランティアの方や幼稚園にご協力をいただき、相互交流を図りました。

オ 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、アセスメントを実施し、すばやく状態が把握出来るよう努めます。担当者会議にて情報を共有し、チームケアの実践とサービスの向上を図ります。

⇒担当者会議を通じ他職種で情報共有を図り、その結果をチームに申し送ることで、よりよいケアを目指しました。

・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。

⇒体調の変化が少ないことが多いため、月末の月1回ケアプランの実施状況を確認しました。

カ 防犯対策の強化

・施設内の防犯講習会に参加します。

⇒講習会に出席して実技指導を受けました。

・マニュアルに沿った訓練を実施します。

⇒マニュアルに基づき防災訓練・夜間地震想定訓練を実施し、対応力の向上に繋がりました。

キ 防火・防災対策の強化

・毎月のBCP初動30分の防災訓練、大規模防災訓練、夜間地震想定訓練に参加し、マニュアルの再確認及び体感することで被害を最小限に留めるよう努めます。

⇒防災訓練に参加し、多種の場面を想定することが出来ました。

ク 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、また感染症(疑いを含め)発生時には委員会を中心に状況や対応を各職域に周知徹底し、蔓延予防を図ります。

⇒施設内の消毒・換気は適宜、実施しましたが、冬季にはインフルエンザの集団感染が発生してしまいました。

・事故防止・感染症対策・口腔ケア・陰部の清潔保持を心掛け、入院することなく体調を維持できるよう支援します。

⇒自治体に報告を行う事故(感染症以外)は2件と激減しました。次年度は感染症マニュアルを見直し、再発防止に努めます。

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事故を未然に防ぎ、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。また、多職種間協力のもと事故を未然に防ぐように努め、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、柔軟な緊急利用の受入れ等総合的なサービス提供に努めます。

⇒緊急利用に関しては人員体制の状況で対応困難な期間がありました。利用中の体調不良時には、家族・居宅ケアマネジャーに連絡し、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、居宅ケアマネジャーと相談の上利用調整を行いました。

カ 送迎サービスを送迎基準に基づいて実施します。

⇒送迎基準に基づき送迎サービスを行いました。

(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ので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・居宅ケアマネジャーの確認の上、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を行い、かつ利用者本人及び家族の意見を取り入れ、満足いただける入浴ができるように努めます。

⇒入浴日程調整を含め在宅に近い形で、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、排便コントロールが必要な時は家族に承諾を得て実施しました。

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。

⇒機能訓練指導員が相談・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。

・家庭事情を考慮し、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。

・初回利用、帰宅願望、転倒の危険性のある利用者には、職員間で連携をとり、事故対応策を検討し再利用に繋がります。

⇒リスクの高い利用者にはその都度職員間で対策を話し合い再利用に繋がりました。

(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においては、他部署へ情報提供を行い、見守りを強化すると共に対応策を検討します。

⇒帰宅願望の強い利用者に対しては、都度対応策を検討し情報の共有・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、BPSDのある方に対して、家族・居宅ケアマネジャーに報告し連携を行いました。

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・居宅ケアマネジャーと相談、荷物はお預かりし、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 理念の徹底

・職員一人ひとりが挨拶・身だしなみ・態度・言葉遣いなどの接遇を向上させ、理念の徹底を図ります。

⇒挨拶などの接遇は行えるようになっているが、言葉遣いや声を掛ける際の配慮が適切でない場合があり、継続して接遇の向上を図っております。

イ 障害の重度・重複利用者への対応力強化

・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利用者の状態に合わせて整備し、利用者の安全と支援員の介護負担軽減を図ります。

⇒利用者のリフト使用検討と使用徹底を行い、ご家族にも理解を得て、リフトベルトを購入してもらうなど、利用者の安全と介護負担の軽減に努めました。

・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。

⇒特性の理解を深めるために、支援員ミーティングを行い、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。

⇒受け入れに関しては、看護、関係機関とも相談しながら検討を行いましたが、医療職の体制上、日中の受け入れが可能でも夜間の対応が出来ないため、受け入れは困難な状況です。また、救急搬送がスムーズに行えるように、必要書類をまとめて、周知徹底を行いました。

・車いす、クッション、リフトなどの機器、用具の使用目的や方法、手順の徹底を行い、有効に活用することで自立支援に努めます。また重度化に伴うリスクを防止すると共に支援員の負担軽減を図ります。

⇒利用者の特性に合わせた機器や用具の使用を徹底することで、自立支援につながるように努めました。

ウ 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。

⇒具体的な目標を設定し、目標達成を意識しながら業務を行うことで、今後も継続が必要な目標と、達成することで新たな課題をとらえることができました。

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

⇒体制上、外部研修の参加は少ない状況でしたが、参加した研修は支援員ミーティング等で他の職員にも伝え、職員の知識向上やスキルアップが行えました。

・個別の支援マニュアルの見直しを適宜行い、統一したケアを行うために、必要に応じて業務上で繰り返し指導し、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。

⇒担当の支援員と支援方法の見直しを行った後、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に沿って行い、1・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。体制上、リーダーを中心に指導を行うシフトを組むことが難しく、新人が混乱してしまうことがありました。

・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」を行います。情報の共有を図ると共に問題点を提起して話し合います。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。

⇒支援員ミーティングを定期的に行い、個々の気づきから業務の見直しを行いました。

・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職場環境を目指します。

⇒面談を行い、意見の確認などを行い、実施ができるように一緒に検討して、支え合いのできる環境作りに努めました。

・内部研修は、得た知識・技術を業務に生かせるような視点で参加し、支援員ミーティングで協議を行います。

⇒内部研修から支援員ミーティング内で業務の改善を検討しました。

エ 地域貢献活動

・秋祭り等の行事で地域との交流を深めて、社会資源としての情報発信に努めます。

⇒秋祭り等の行事を、他の障害者施設や関係機関に情報発信しました。

オ 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を中心に家族の要望も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を請求し、意向や要望をサービス担当者会議で本人にも確認し、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。

⇒担当支援員がモニタリングを行い、サービス提供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。

⇒利用者の身体的・精神的な変化に合わせて、都度、計画の見直しを行いました。

カ 防犯対策の強化

・防犯に関する講習会に参加し、不審者対応マニュアルの確認、周知徹底を図ります。

⇒講習会に参加し、対応方法の確認を行いました。

キ 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理解しました。

・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。

⇒障害者支援課の全職員で備蓄品の保管場所確認を行いました。

ク 数値目標

・施設入所支援 98.5%、障害者短期入所 99%、生活介護 80%(通所 60%)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。

⇒看護職員と連携し健康管理に努めました。しかし、体調不良の訴えからの入院や、急な体調変化での入院となる利用者がありました。

・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で学び、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。

⇒消毒を定期的に行うこと、職員のがい、手洗いや咳エチケットなどから感染は発生しませんでした。

・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、空床の短期入所利用の希望はありませんでした。

・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、希望に沿えるように努めました。

ケ 会議・ミーティングの充実

・生活介護では利用者懇談会を 3 ヶ月に 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。

⇒要望の確認を行い、できることを一緒に考えていけるように行いました。

・施設入所支援では入所者会議を 3 ヶ月に 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。

⇒行事の内容を利用者が話し合いながら決定し、行事に参加することができました。

・家族同士の交流・情報交換の場となるよう、家族会を年に 2 度(秋祭り等の行事後に)開催します。

⇒家族会のお知らせはしましたが、行事後の家族会に参加するご家族がいませんでした。

4 通所介護事業

ア 明るく優しい施設作り

・明るく清潔で安心して過ごせる施設環境に努めます。

⇒毎日2回デイルーム、トイレ、廊下等消毒・換気を行い感染症対策に努めました。

・職員一人ひとりが優しく親切であるために、挨拶・身だしなみ・言葉遣い・話し方など接遇マナーを守り、内部・外部研修などで資質の向上を目指します。

⇒職員全員が利用者一人ひとりに丁寧に接し、接遇マナーを守りました。研修等で資質の向上に努めました。

・ここに通いたいという気持ちになり、楽しく過ごしていただけるような毎日を提供します。

⇒利用者が快適に過ごせる様、おもてなしの気持ちで対応し喜んで頂きました。

・利用者一人ひとりの意志及び人格を尊重し、身体的及び精神的な状況、状態に即したサービス提供を、心掛けます。利用者の喜び(笑顔)が職員の喜びとなるように努めます。

⇒利用者一人ひとりを尊重し、より質の高いサービス提供に努めました。利用者の笑顔が職員の喜びとなりました。

イ 人材の育成

・面談で目標シートの評価を行い、平成29年度は4月に目標の見直しと設定を行い、管理者・リーダー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、研修委員会を通じて計画を立て実施を図ります。

⇒人員体制上、全員では無いが一部の職員が本人希望とスキルに合わせ外部研修に参加しました。

・外部研修を受けた場合は、デイミーティングなどで研修内容を報告し、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。

⇒外部研修に参加した際はデイミーティングにて報告し職員間で情報共有し業務に活かしました。

・内部研修で、学んだことを身につけ仕事に活かすようにします。

⇒内部研修に参加出来る様シフト調整をし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。

・デイミーティングではリーダー、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提起し職員全員で討議し情報の共有をしました。又、利用者のサービス計画立案を職員全員で検討し在宅支援の一環に繋げました。

・運営規定、重要事項説明書、契約書の内容変更を管理者、リーダーと相談員が確認し、運営に支障がないようにします。

⇒平成30年度の介護報酬改定による利用料金変更に伴う契約書別紙の変更を速やかに行い利用者や家族へ説明と書面の取り交わしを行いました。

・管理者、リーダー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。

⇒職員一人ひとりの意見を聞き、働きやすい環境作りに努めました。又、役割を持つ事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利用率40%。従業者の配置を考慮し、安定した運営を図ります。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良好な関係作りを行います。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目標達成を図ります。

⇒ デイサービスと短期入所を併用する利用者も多く、又施設入所等の理由で利用中止者も多く目標は達成しませんでした。認知症対応型通所介護の登録者はいませんでした。ミニ地域ケア会議に参加し情報交換をしました。

エ 通所介護計画に基づくサービス提供

・新規利用又はケアプラン変更時、相談員は直ちにアセスメントを行い、通所介護計画書を作成します。

⇒ 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ました。

・ケアプランに基づいた適正な通所介護計画を作成し利用者及び家族の意向と状況把握に務め全ての利用者がより良い在宅生活を継続出来るような計画づくりとサービス提供を行ないます。状況報告書は毎月 10 日までに作成し月 1 回以上の報告を担当ケアマネジャーに行います。

⇒通所介護計画書を作成し介護職員は計画に基づきサービス提供を行い記録に反映し、在宅生活継続に努めました。状況報告書にて月に 1 回ケアマネジャーに報告を行いました。

・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確認し、マニュアルに沿った訓練を重ね、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。

⇒訓練の際はマニュアルに沿って行動し、全職員がほぼ正確に行動が出来る事が分かりました。

・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理解し、対応ができるように努めます。

⇒練馬区の福祉避難所になっている事を意識しつつ、防災訓練等に参加しました。

・秋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認識をもち、地域の関係機関との連携強化を図ります。

⇒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。

・備蓄品の保管場所を確認し、災害時の対応に備えます。

⇒BCP 委員会の定期訓練に参加し災害時の対応に備え備蓄品の確認も行いました。

カ 防犯対策の強化

- ・施設内の防犯講習会に参加します。
- ⇒講習会に参加し対応方法の確認を行いました。

キ 社会福祉法人としての地域貢献

- ・納涼祭、秋祭りなど地域の方の参加、防災訓練などの地域住民の方との連携、社会資源を活かし、近くで開催される行事、季節に合わせた行事等への参加の機会を増やします。
- ⇒利用者、家族に秋祭りの案内を情報提供しました。

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。
- ⇒ケアマネジメントプロセスを重点に置き、利用者の自立につながる支援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。
- ⇒サービス提供事業者からの計画書の提出を求め、サービスが利用者に適切な効果があったか確認するように努めました。
- ・東京都が示すガイドラインを用いて行うケアプラン点検で介護支援専門員の質の向上を図ることに努めます。
- ⇒ガイドラインを用いることでケアプラン点検となり、資質の向上に繋がりました。

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。
- ⇒制度改正に伴い、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。
- ⇒利用者の個人情報は鍵のかかる書庫に保管・管理を行いました。
- ・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。
- ⇒平成 30 年度法改正に伴い、内容変更を行いました。

ウ 人材の育成

- ・面談で目標シートの評価を行い、平成 29 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と一緒に目標設定し、達成できるように努めました。
- ・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。

⇒個々の能力や希望にあわせて研修計画をたて、研修に望めるよう調整致しました。

・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、フィードバック報告を受けることで情報共有することができました。

・資質向上のため、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ついての知識向上を図ります。また、認知症ケアの理解を深めるために認知症ケアに関する研修を受け、従事者の研修の充実を図ります。

⇒苑内の研修や外部研修を通じて高齢者虐待防止、認知症ケアの理解に努めました。

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。

⇒利用者の避難先と連絡先を確認するよう努めました。

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。

⇒年間を通じて件数変動はあったものの、年間アベレージは62.4件で目標を達成致しました。

・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との連携により得られた情報をデイサービスや短期入所利用につながるよう資料も含めて提供致しました。

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。

⇒定期的に4ヶ所の地域包括支援センターに訪問し、連携強化に努めました。

・地域ケア(圏域)会議の出席や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。

⇒地域包括支援センターと地域ケア会議等を通じて連携を強化することができました。

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、食事時のラウンドを強化することで、利用者の声を直接聞き、その方に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。

⇒定期的な栄養ケアマネジメントの見直しを行い、食事時のラウンドを月10回以上実施することで、利用者の栄養状態をより具体的に把握できるよう努めました。

・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。

⇒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。また、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な充実した内容になるよう努めました。

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。

⇒週に1回程、高齢拠点とは別の献立を実施し、利用者の満足度向上に努めました。

・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 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。

カ 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。

⇒業務マニュアルの見直しは大きく行えなかった為、来年度の課題にして行きたいと思います。

キ 研修への参加・実施

・利用者の高齢化・重度化に対応し、安全に配慮した食事や介助の知識を得る為、研修会に参加するとともに、そこで得られた情報を内部研修につなげ、職員の食への意識向上に努めます。

⇒今年度は「嚥下障害革命」の研修へ参加し、情報収集に努めましたが、医師の指示の下行う高度なも

のであり、施設での内部研修実施には至りませんでした。来年度も研修へ積極的に参加し、情報収集に努めたいと思います。

ク 地域貢献

・秋祭りの模擬店や大規模防災訓練での炊き出しでは食事サービス室が中心となり、地域住民の方が興味を持ってくれるような内容を考え、参加者との交流を深めます。

⇒秋祭りでは沢山の地域の方が見え、模擬店もその中の一つとして貢献ができました。大規模防災訓練では地域の方に参加していただき、交流を深めました。

【平成 29 年度 年間行事（食事サービス室）】

月	行事名	行事食	誕生会
4	お花見御膳	桜鯛の刺身・桜海老ご飯・桜のおすまし	野菜のロールケーキ
5	端午の節句	かつおのたたき	洋梨のタルト
6	イベント食	大人のお子様ランチ	フルーツロールケーキ
7	七夕	七夕そうめん・茶碗蒸し・スイカ	和風ロールケーキ
	土用の丑の日	うな井	
8	リクエスト食	①冷やしたぬきそば ②和風ツナスパゲティ	夏みかんショートケーキ
9	敬老の日	天ぷら・赤飯・茶碗蒸し	チョコバナナケーキ
	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	モンブランタルト
11	イベント食	海鮮丼	フルーツシュークリーム
12	クリスマス	ビーフシチュー・サーモンサラダ・冬野菜のマカロニグラタン・あさりのトマトスープ・ピラフ・ブッシュドノエル 2017	ミルクレープ
	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	苺ショートケーキ

	七草	七草粥	
	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	フルーツタルト

(2) 生活相談室

ア 理念の徹底

- ・他職種、委員会、リーダー職等と連携を取り、快適な環境作りを行います。
⇒快適な環境作りに向けて他職種・委員会・リーダー職等との連携に努めました。
- ・介護支援専門員として、人権尊重・主体性の尊重・公平性・中立性・社会的責任・個人情報の保護の基本姿勢を認識し、模範となるよう努めます。
⇒介護支援専門員として倫理に基づいた行動を心掛けました。

イ 重度化や医療的ニーズの高い利用者及び認知症への対応力の強化

- ・状態に合った車いす・クッションを多職種連携により選定し、事故・褥瘡予防を行い快適な生活の提供に繋がります。
⇒多職種と連携しながら、最大限ご本人にあった福祉用具を提供し快適な生活の提供に繋がりました。
- ・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。
⇒毎月の食事観察をもとに、歯科医の指導をうけながら経口維持計画の作成を行いました。
- ・看取り指針に基づいて、終末期ケアの体制構築・強化に向けてPDCA サイクルを実施します。
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。
⇒計画・カンファレンスを行いました。偲びの会は委員会にて開催するなど統一化していないため、今後検討していきます。

ウ 人材の育成・職員処遇の充実及び人材の確保

- ・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、半期毎に達成度の確認を行います。
⇒半期の目標達成度合いにより後期は意識して努めたが、達成に至らない目標もありました。

エ 地域貢献活動

- ・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。
⇒前期は定期的に来苑してくださる方がいたが、現在は終了されました。

オ 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。

⇒入所前の情報収集を行い、今までの生活習慣をなるべく継続できるようなプランを作成できるよう努めました。

・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、臨時の担当者会議を開催し、速やかにケアプランの変更を行います。

⇒臨時の担当者会議を開催し、ケアプランの変更を行いました。

・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。

⇒作成時は転倒リスクや医療行為に関するリスク、状態が変化した部分を取り入れるようにしました。

・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。

⇒プランの更新時には利用者・および居室担当者からの意見を聞きニーズを導きました。

・家族懇親会を定期的で開催し、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としての役割を務めます。

⇒家族懇親会は7月に開催し、事業計画の説明を行いました。

カ 防犯対策の強化

・施設内の防犯講習会に参加します

⇒防犯講習会に参加し、実技の指導を受けました。

キ 防火・防災対策の強化

・毎月の防災訓練、大規模防災訓練等に参加して、実際の場面で有効に活かすことが出来るようにマニュアル等の把握に努めます。

⇒大規模防災訓練に参加し、対応方法を確認しました。毎月の防災訓練については業務都合上参加が出来ませんでした。

ク 稼働率等に関する数値目標

・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の面接・検討会を行います。

⇒入所検討会は随時実施し、入所時期を検討し入所に繋がりました。

・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。

⇒看取りの理解により、苑での看取りが増えています。状態の変化時にも改めて意向の確認を行いました。

・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がります。

⇒送迎は継続し実施しています。

・特養利用者の入院が発生した場合は、関係医療機関との連携をとりながら早期対応に努め入院期間の短縮を図ります。また、緊急ショートステイの利用に繋げることで入院空床を有効的に活用します。

⇒入院時は、ご家族や医療相談員と連携し早期の退院に繋がりました。

(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、残存機能の活用・低下を防ぐことを目指します。利用者の状態に応じて、生活の場に即した動作の訓練や生活を豊かにする訓練を実施します。また、介護職員をはじめ、他職種と連携し、より良いサービスの提供に努めます。

ア 基本方針

- ・ADLの維持・向上やQOLの向上に向けたアプローチを実施します。
⇒訓練室での訓練が中心でしたが、一部は実際の生活場面において実施することができました。
- ・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。
⇒介助動作の検討は必要に応じて介護職員と一緒に行いました。
- ・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提供します。
⇒歌や散歩、買い物などを訓練に取り入れました。

イ 年間目標

- ・移乗、食事、排泄、入浴などのADLの把握に努め、生活に即した訓練を実施します。
⇒計画書作成の度に、ADLの現状確認を行いました。
- ・福祉用具の適切な活用、シーティング、ポジショニングなどの対応を強化し、重度化に対応します。
⇒福祉用具の評価やシーティング、ポジショニングは最低限の対応は行いましたが、時間的制約もあり、強化までは行えませんでした。
- ・身体機能や耐久性、認知機能などを総合的にアセスメントし、適切な移動形態・介助形態とすることで、事故による急激な生活機能の低下を防ぎます。
⇒排泄や入浴の形態を適宜評価し、安全性・快適性を確保できるよう努めました。
- ・認知症の周辺症状の観察を通じて、精神機能や心理的側面のアセスメントを行い、周辺症状の軽減や精神的安定を目指します。
⇒相手方が安心できるような関わり・声かけを意識しました。
- ・散歩や趣味活動、買い物などの生活が豊かになる訓練も実施します。
⇒一部の利用者の訓練に散歩や買い物を取り入れました。

(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。
⇒ファイルメーカーの情報及び他職種の報告を基に問題を抽出し観察・対応を行いました。食事の時に全利用者を確認しています。
- ・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。
⇒入浴後の処置時に観察を行いました。入浴担当職員からの皮膚・関節など異常の報告によりその都度対応しました。

・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。

⇒栄養会議の出席、体調不良時はミニカンファレンスにて食事内容を検討しました。

・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。

⇒誤嚥時の対応はしているが、誤嚥をなくす工夫まで至りませんでした。

・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。

⇒ケース会議、ミニカンファレンスに出席し、医師への上申後の内服薬調整を行い、外部受診に繋げました。

・便秘者が多いため、排便コントロールに力を入れていきます。

⇒便秘、下痢者を抽出してコントロールを実施しています。

・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。

⇒普段のオンコール業務は問題なく対応しています。心肺停止時の対応は検討していきます。

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。

⇒業務マニュアルは修正作業を継続しています。看護計画は施設サービス計画書に組み入れました。

・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。

⇒可能な限り調整しました。

・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。

⇒内部研修は実施しましたが、実習は来期の課題となります。

・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。

⇒状態を随時ご家族に連絡し、意向に沿うように努めました。

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。

⇒目標設定を作成し実施しました。

・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。

⇒ナースプラザ研修を受講して、スキルアップに努めました。

・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。

⇒実習には至らなかったため、来期の実施に努めます。

・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。また、関連記録・書類の管理の徹底を図ります

⇒内部研修は行いました。ミニカンファレンスを開催し多職種で対応しました。書類は作成を継続しています。

・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。

⇒臨時会議・治癒に向けての対応は実施しました。インフルエンザ集団感染における問題点・反省点を抽出して来期にマニュアルを作成します。

・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。

⇒外部研修には受講していないため、来期に繋げます。内服調整は精神科外部受診にて行いました。

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。

⇒基本的に受診同行を行い、医療機関との調整は円滑に行いました。

平成29年度 年間行事

月	特 養	通所介護	生活介護
4	お花見散歩	お花見ドライブ	お花見ドライブ
5	母の日レク(制作) 季節のドライブ	端午の節句	端午の節句
6	父の日レク(制作) 季節のドライブ	手作りおやつ会	
7	七夕祭り	七夕祭り	七夕
8	花火		
9	敬老会	敬老を祝う会	
10	秋祭り ハロウィン 運動会	運動会	秋祭り 運動会
11	コスモス散歩	手作りおやつ会 コスモスドライブ	
12	クリスマス会	クリスマス会	クリスマス会
1	苑内初詣 ・ 新年会	初詣と正月遊び	苑内初詣
2	節分(豆まき)	節分	節分
3	雛祭り 若葉会(芸能サークル)	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	誕生日会：月に1～2回 陶芸：月2回 火曜日又は水曜日 革工芸：月2回 水曜日 書道：月2回 火曜日 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(ミニドライブ・カラオケ・映画 DVD 鑑賞・ゲーム・茶話会・ビーズ制作・季節の制作・体操・脳トレ等) 施設入所支援 行事 ドライブレク