

# 平成24年度 事業報告書

特別養護老人ホーム 大慈弥勒園

## 1. <法人ヴィジョン>

- ①経営の強化
- ②サービスの質の向上
- ③教育システムの充実

## 2. <基本方針>

老人福祉法・介護保険法の理念及び法人の設立精神である「和顔愛語・上敬下愛」及び法人訓を基本方針として、高齢者の人権を尊重し、自立を目指して、高齢者の精神的、肉体的な援助を行なう。又、ゲストの皆様との人間関係を深め、笑顔を忘れず“生活の場”として、利用された方及びご家族に満足していただけるサービスを提供する。特養においては、認知症専門棟及び一般棟の特色を活かしたケアができる様努める。

## 3. <中・長期計画>

### ●最終目標

- ①『ふあっとほーむな生活を目指す』

※ふあっとほーむとは、和みのある家庭的な雰囲気の中で、人と人とのつながりを大切にすること

- ②『一人ひとりが輝き、あなたが主役になる場所を目指す』

### ●中期目標

- ①経営理念やヴィジョンを全員が把握し、徹底していくことで特色ある施設作りができる。
- ②職員レベルを向上させプロ集団を形成すると共に、サービスの質を向上させる。

### ●24年度重点目標

『トイレでの座位排便の安定化を図る』※実施対象の全ゲスト  
☆具体的数値目標（対象者）

食事摂取量・・・平均1300 kcal（9割摂取）

水分摂取量・・・平均1,500ml 摂取

歩行回数・・・平均300回

歩行距離・・・平均100m

車椅子使用率・・・平均40%以下

便失禁率・・・平均40%減

前年度実績を全て上回る結果となっている。特に、水分量は目標達成まであと少しの状況まできており、便失禁率は目標達成に至った。

しかし、この数値はプラム棟での好結果が起因しており、本来の対象である一般棟においては、もう少しの現状である。

次年度は、目標値をあげ『おむつゼロ』を目指したい。

	平均食事量	平均水分量	歩行回数	平均歩行距離	車椅子使用率	便失禁率
目標	1300 kcal	1500 ml	300 回	100m	20%以下	40%以下
4 月	1,268	1,333	361	99	—	39.0%
5 月	1,268	1,388	418	95	—	38.5%
6 月	1,271	1,360	337	54	—	36.2%
7 月	1,258	1,346	321	101	67.4%	37.4%
8 月	1,270	1,346	401	132	67.6%	36.6%
9 月	1,281	1,428	419	113	67.4%	38.9%
10 月	1,285	1,453	428	114	67.4%	35.1%
11 月	1,312	1,473	464	111	67.4%	38.5%
12 月	1,317	1,449	457	110	75.5%	40%
1 月	1,299	1,366	318	88	75.3%	43%
2 月	1,288	1,335	226	129	74.8%	45%
3 月	1,249	1,289	252	93	72.3%	46%
平均値	1,287	1,402	385	96.8	68.5%	38.2%
達成率	99.0%	93.4%	128.5%	96.8%	29.2%	104.7%
前年実績	1,242kcal	1,290ml	257 回	91.4m	—	48%
増減	+45	+112	+128	+5	—	-9.8%

#### 4. <<部門別目標>>

##### <ケア部門>

#### ◎プラム棟：『重点対象者シートにおけるA・Bランク者の排便リズムの安定化』

##### ①チーム力の向上

##### A) 目標管理

主任・リーダーを中心に取り組んできたが、「個人の能力」と「目標」の設定の重要性和困難性を深く理解出来た取り組みであった。職員個人の能力とマッチした目標が設定出来れば、計画通りに進める事が出来、職員個人の能力も向上が見られた。反面、目標設定が上手くいかない職員に関しては逆にモチベーションの低下に繋がった例もあった。何よりも管理者が職員個人個人を深く理解する事が重要であると痛感した。

##### B) 情報共有の強化

取り組みを進めていく中でどうしても情報が詳細になり過ぎる。一部の職員のみが情報を共有した状態で業務を進行する事になり、職員の団結性に欠ける場面が多々見られた。11月頃より、情報を増やす事だけではなく整理する事に重点を置いて取り組みを行い、結果的に若干の改善は見られたが、今後も増加していく情報を如何に職員間で共有するかは課題となる。

##### ②日常の運動量20%UP

##### A) 運動の業務化

運動面に関しては歩行運動の回数、歩行距離(m)を数値目標として設置。結果、歩行運動の回数は目標数300回/月に対し、525回/月、歩行距離は目標数100mに対し105m/月と数値目標を達成する事が出来た。詳細を見ると年度半ば頃から、ゲストのADL低下が見られた為、平均値の低下が見られたが、部門員を中心に改善を図る事で、数値を維持する事が出来たと考える。今年度掲げていた運動の業務化については、歩行する事の重要性を職員個々に伝えながら進める事で定着しつつある。

### ③食事・水分量の増加

#### A) スクリーニングの実施をする。

結果的に著しく食事摂取量が低下するという事はなかったが、7月頃より要食事介助者の増加により、個々のスクリーニングが追いつかない状態が続いた。座席の変更や提供時間の工夫により、改善を試みてきたが根幹の解決には至っていない。今後も食事介助の標準化を進め、職員個人個人の介助力の向上に努めたいと考える。

#### B) 平均水分摂取量 1500ml

目標値 1500ml に対し、実数値 1549ml と大幅に目標数値を上回る事が出来た。背景としては職員個々の意識向上が大きいと考える。開始当初は業務過多による不満の声もあったが、取り組みを行い、結果を目にしていくなかで重要性を理解し、職員全員で一丸となって取り組む事が出来た結果と考える。

### ◎一般棟：『自立支援論の実施』

#### ①水分摂取量の増量・常食への移行を促進させる。

##### A) 全体の平均水分摂取量を 300ml UP

チーム内でのコミュニケーションを大切にし、それにより職員間の一体感が生まれ、意識の向上に繋がった。又、一体感に伴い、水分値も右肩上がりとし上昇していたが、11月の最高値を境に下げに転じ、水分値の 300mlUP は達成できなかった。その理由には末端職員までの意識が不十分である事や職員の体調不良等により人員が安定しない事が起因として考えられる。

##### B) 食事形態の向上

部門内で水分中心にアクションを行った為、目標に対しての成果は出ていない。だが、形態向上の必要性は高く、次年度に繋がる様、給食委員会との連動にてアセスメントシート の書式完成と活用の流れを決定した。又、当初計画していた『口腔内環境を整える』に関しては、課題が多くあり、より歯科との連携・調整を必要とし、次年度は精度を高め、力を入れていきたい。

#### ②トイレでの自然排便

##### A) 排便リズムの把握

チームより他職員へ全体会議や引継ぎにて報告・連絡し、ゲスト毎にトイレ誘導時間の指定を行った。深度のある、分析に至っておらず、全体の排便リズムの把握までは行えなかった。その結果は便失禁率にて表していたが、目標値は達成できなかった。

しかし、特定のゲストに関しては、排泄データを元に、トイレ誘導時間の細かな指定や誘導回数を増加した。今後は、個別検討を重ね、アセスメントを排泄のみに捉えず、1日に焦点を当て、3チームが連動したデータを分析する事が必要ではないかと考えている。

##### B) 下剤の中止

1年を通し、医務と協議を続けた。緩下剤や下剤系の内服薬を数名中止にしたが、自然排便には繋げる事は難しかった。結果、無排便が続く事により嘔吐されるケースが目立った。次年度には水分の飲用量や運動量等を照らし合わせ、下剤の中止を検討したい。又、日中に排便が出来る様、服用時間の変更等、部署間連携も密に行う必要があると考える。

#### ③運動の実施

##### A) 状態に応じた運動の実施

チーム内で歩行運動対象者の選定を行っているが、対象者の入院やフロア移動等で、安定した実施数や実施量には至らず。又、下半期を境に職員の退職や欠勤数の増加に伴い、運動時間を設ける事が困難となったのも原因のひとつと考えられる。次年度には日々の生活の流れに組み込んだ運動を模索していきたい。

## B) 拘縮の予防

部署内にてベット上におけるポジショニングの検討や物品整理を行った。当初予定していた外部研修の積極的な参加や効果の測定に関しては、一部の職員間で取り組みを行ったが、全体への指導や働きかけは、満足のいくものではなかった。その結果として拘縮の悪化等の件数の低下へと繋がっていない事は各報告からも読み取れる。

### ④標準サービスの向上

#### A) 動きたくなるような環境整備

広告物や写真等の変更を実施したが、計画当初に掲げた『ゲストが展示物を見に行きたくなる・考える・そして自ら一步を踏み出す』といったレベルには到達していない。その理由には行事数やレクリエーションの時間が年々減少傾向にある事が挙げられる。又、記録の仕方や展示・提示するような資料が少ない事が課題であり、改善が必要である。

次年度においては、広報戦略の一環としても、内外の利害関係者に示す記録物は重要であると再認識する。施設で行う行事・行動に対して、記録の撮り方や残し方に、より質を求め、多方面で反映出来るように行動を起こしたい。

### ⑤ゲストの自立に向けた意識の向上

#### A) 外出の機会を設ける

外出を目標にする事でより意欲・意識の向上と充実を目的とし、年間計画に合わせた行事を実行。しかし、外出数に関しては少ない結果となった。目標と目的を明確にした行事の実行は出来なかったが、看取り導入期に自宅への外出を行い、ご家族・他部署との連携の中で生まれた機会もあった。

次年度においては標準サービス向上の一環とし上項目にも記載した『外への発信が出来る・伝わる』を目的の一部としてより高度なものへ移行を図りたい。

## <相談援助部門>

### ①自立支援に向けたケアプランの作成

- A) 生活の質の向上
- B) 生活歴に対する情報収集の拡充
- C) 個別性を重視する

施設での生活が、より豊かなものになる様に入所以前の生活情報の収集に努め、日々の関わりの中で役立てる様にした。又、ゲストの心身の変化に対する対応策を迅速、且つきめ細やかなカンファレンスを行う事で、職員間での情報のずれがなくなる結果が得られた。ゲストやご家族に対しても、日常生活をよりご理解を頂ける機会が持て、ゲストを中心にお互いの理解が深まる事にも繋がったと思われる。

各種療法については『8. 行事等の実施内容・反省点』に記載。

## <経営部門>

### ①充足率99%維持を目指し、経営基盤の安定を図る。

- A) 各部署等と共同し、ゲストの疾病予防策を検討して健康維持を図る。
- B) 入所待機者との関わりを増やし状況を把握する。上位3名の面接を常に行い、スムーズな入所を目指す。緊急入所についても率先して行動する。
- C) 総務部と共に経営分析を長期・中期的に行い健全な経営を維持する。
- D) 介護福祉士の合格率100%を目指す。

前年度平均充足率98.7%に対し、今年度は97.8%と約1%ダウンした。理由は、※1の入退所等内訳表にもある通り、入院者が前年度比で約2倍に増えた事に尽きると考えられる。反対に死亡退所(看取り者)が減少している事を考えると、ケア部門・看護部門・相談援助部門がうまく連携し、早めの対応ができた結果とも言える。

死亡の場合は、次のアクションに即移行できるが、入院の場合はある程度の待機が必要となり空床期間が延びてしまう為、このような状況が起因したと考えられる。

待機者は、依然168名(3/31時点)程度であるが、近年緊急性が減少してきている。新規施設の増加や老健の特養化等考えられるが、外部の状況よりも、当園としてのアピールポイントをうまく伝えきれていないのも現状であり、マーケティングの勉強会やご家族へのアンケートを実施している。

介護福祉士の合格率は33%(12名受験し4名が合格)であった。今回は、筆記試験対策勉強会や実技試験対策会も施設で開催している。

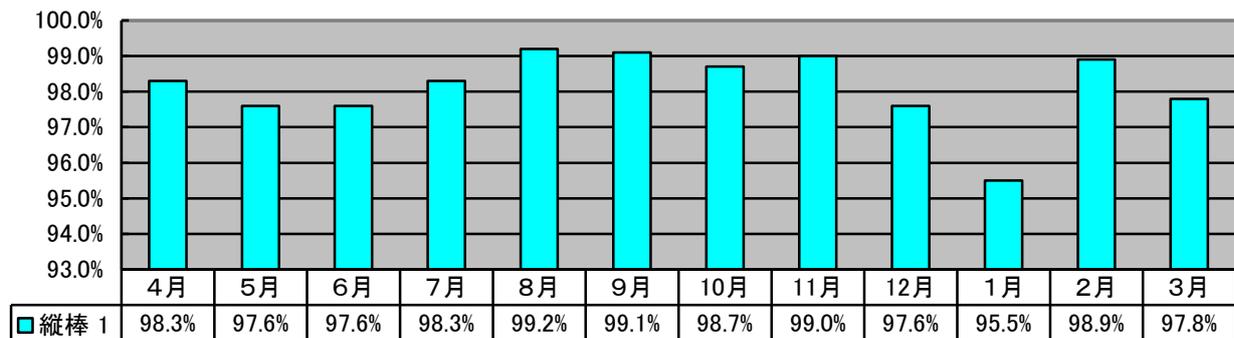
②新たな加算取得を目指し収入アップを目指す。

A) 認知症専門ケア加算の取得を目指す。

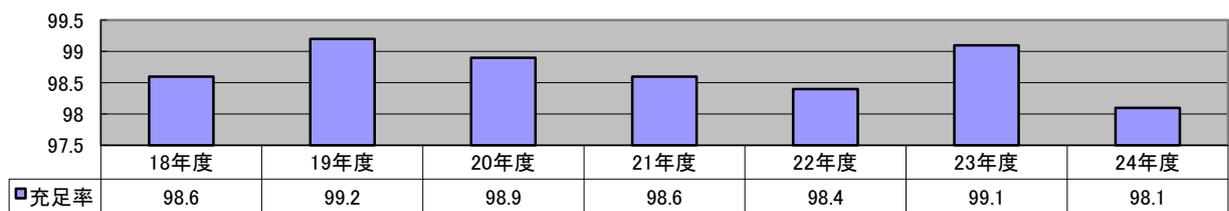
	24年度受講者数	これまでの累積数	加算取得に必要な人数
認知症実践者研修	6名	12名	—
認知症リーダー研修	1名	2名	4名以上

25年度には必要数が確保できる見込みである。

●24年度月別充足率表



●年度別充足率推移 (※1)



●入退所等内訳表 (※2)

	入所	退所	入院	退院	死亡	外泊
① 24年度	27	1	50	39	15	1
② 23年度	31	1	23	22	24	2
増減①-②	-4	0	+27	+17	-9	-1

●介護度別年齢別等人数表

平成25年3月31日時点での在籍数

平均滞在期間3.5年(男性3.7年、女性3.4年)

最高滞在期間17年(男性)

要介護度	平成24年度				平成23年度			
	合計人数	男	女	平均	合計人数	男	女	平均
1	7	1	6	89.5歳	7	1	6	84.8歳
2	10	2	8	85.3歳	15	3	12	84.2歳
3	24	5	19	84.3歳	26	6	20	84.6歳
4	27	9	18	84.4歳	20	6	14	86.5歳
5	31	3	28	88.1歳	33	1	32	87.2歳
合計	99	20	79		101	17	84	
平均介護度		3.4	3.7	3.6		3.3	3.6	3.5
平均年齢		79.9歳	87.4歳	85.9歳		78歳	87.4歳	85.8歳
最高年齢		86歳	102歳			92歳	103歳	
最小年齢		54歳	57歳			53歳	67歳	

<理学療法科>

●年間計画内容

ゲストのADLレベルの状態を観察すると同時に、必要であると判断すれば、そのゲストの状態に適合したリハビリ項目を計画・施行する事で、レベル低下を最小限に抑え、同時に現場への対応策を指示・報告する事で二次的・三次的リスクを未然に回避する役割を担う。

●実践目標

- ①個別機能レベルの評価
- ②早期対応

生活対応・残存機能評価に関してはカンファレンスを通じて、家族・現場への報告等問題なく実施出来た。また状態の変化に対しての現場対応の指示も随時で施行出来た。年間目標にも挙げている座位排便へ繋がる運動部門への助言・提言は少人数の対象者ではあったが指示・実行出来ていた。しかし、専門分野からの積極的な行動に移す事が出来ていない為、今後の課題として、対象者に応じてアプローチを増やして行く事が、オムツゼロに繋がると考えられる為、来年度も実践目標に挙げ取り組んで行きたいと考えている。

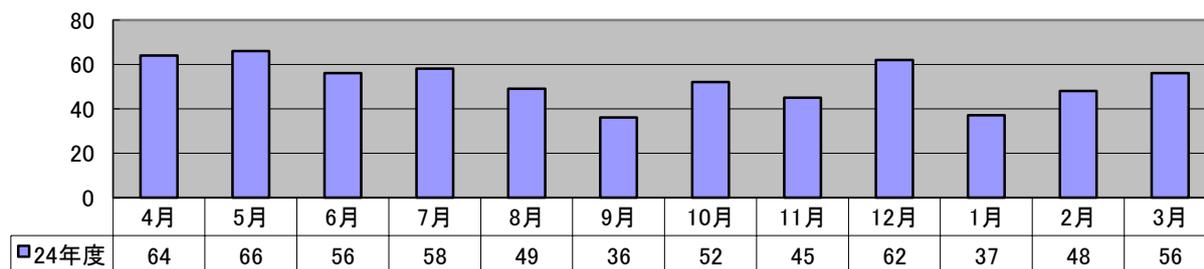
●まとめ

今年度の実践目標の中で、弥勒園で取り組むオムツ0（座位排便）に関して、運動部門との連携を図る事が出来たが、実施・検討していく中でいくつかの課題等も見つかり、次年度へのステップに繋がっていくものも見えてきた。また、ゲストの状態把握に関しては、ケアカン以外の場面においても随時に実践出来ていた様に思われる。

●業務実績

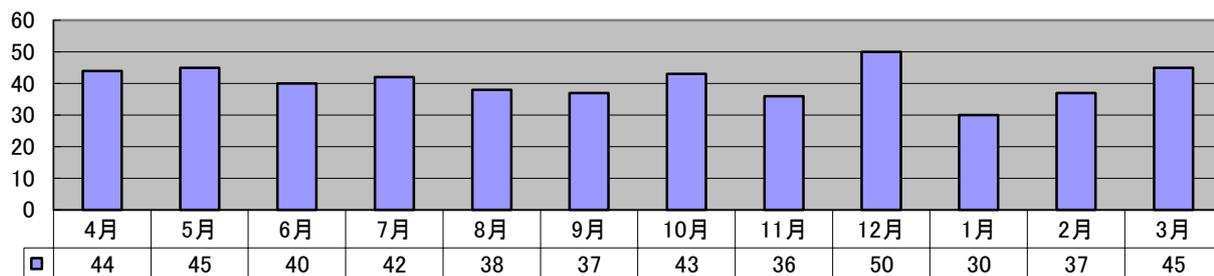
○物理療法・・・年間629回（23年度712回）

物理療法



○運動療法・・・年間 487 回 (23 年度 2, 194 回)

運動療法



<看護部>

『自立支援を基本とした看護の展開を図る』

- ①看護職員のフロア配置で CW との連携を充実させる。
- ②処方薬の管理・指導ができる。
- ③ゲストが穏やかな終末を迎えることが出来るように援助する。

介護職員に対して、看護師が主催する研修会を4月～7月に実施した。生理学や看取りなど内容は多岐に渡るが、約20名程度の参加があり有意義な時間であったと思われる。申し送りに関して、毎日定時に実施しているが、連続性・確実性・共有性を伴っていなかったことから、『申し送りファイル』を用いて改善している。看取りに関して、多職種連携インフォームドコンセントを基本に、より個別性を重視した取り組みを開始している。

●年間業務

月	項目	内容
6・7月	職員定期検診	胸部X線、採血、検尿、検便、心電図、腰椎X線 (CWのみ)
11・12月	ゲスト・全職員	インフルエンザ予防接種
	弥勒園 (2回目)、入所者定期検診	胸部X線 採血等
1月	弥勒園 (CWのみ) 定期検診	採血

●週間診療表 > ※眼科・耳鼻科等は、外部へ随時受診。

曜日	午前 午後	医師名	診療科目	頻度
月	午前・午後	坪内淳一	内科	毎週
	午前	平山 尚哉	歯科	毎週
火	午前・午後	坪内淳一	内科	毎週
	午後	松尾信二	精神科	毎週
水	午前	真継 猛	整形外科	毎週
	午後	松浦 肇	皮膚科	月2回
		平山尚哉	歯科	毎週往診
木	午前	坪内淳一	内科	毎週
	午後	坪内淳一	内科	毎週
金	午前	坪内淳一	内科	毎週
	午後	坪内淳一	内科	毎週
土	午前	森 啓行	糖尿内科	毎週
	午後	坪内淳一	内科	毎週
		松尾信二	精神科	毎週

## <栄養科>

### ①自立支援理論実施による全員常食化をめざす

#### A) 理論と現状を整理し自立支援にむけて計画的に実施する。

上半期で食事形態、個人別必要エネルギー、Dr指示による提供エネルギーの整理はできた。年度後半はモデルケースで食事カンファレンスを開始している。来年度は他職種協働のミニカンファレンスを継続して実施する事と、自立支援計画の対象者候補を上げる為、食事面でゲストの変化を見つける為の職員教育が課題である。

#### B) 食事形態アセスメントシートの作成

給食会議ですすめ上半期で土台を作り、下半期でシートを仕上げた。年度後半にはモデルケースを挙げて使用したが、給食委員のメンバー変更があり計画通りには進まなかった部分があり、H25年度で導入した際に更新が必要である。

#### C) 栄養ケア計画の個人別管理

個別管理は問題なく実施できている。下半期は誤嚥リスクを回避する為、他職種での試食や、個別に誤嚥性肺炎のリスクを確認し対応した。アセスメントシートを活用した個別検討は、H25年度から行う事となった為、個別検討は給食会議が主となっていた。約半数の療養食対象者のゲストがいる為、見た目が他者と変わらないよう献立作成、提供時に出来る限り配慮し、ご家族、ゲストと直接確認しながら説明を行っている。少量高カロリー補助食品が必要な場合や、食品からの胃ろう対象となったゲストについてもご家族の理解を得て対応できている。

### ②食生活の質を向上

#### A) 水分、食事摂取量増加に向けてフロア別の厨房調整

自立支援導入により、厨房で準備する水分量が大幅に上がった。提供時間や量、内容が各フロアごとに違う為、給食会議で各フロアの内容を確認し、その都度厨房のタイムテーブルを見直す事で、通常的水分、トロミ、ゼリーの形態別で提供できている。

#### B) ゲストの嗜好にあった食事計画の実施

食事行事については、新しく昼食時に1Fでは月1回バイキング、間食時に月1回たこやき作りを継続して実施できた。療養食対象の方が約半数いる中で毎日は難しいが、実施した行事についてはゲストからは好評である。実施する中で自立支援に繋がる可能性を見つけ、数件食事形態の変更にまで至ったケースはあったが、全職員に職員間での目標が浸透していない。来年度は、ゲストに楽しんでいただく目標と、ゲストの隠れた可能性を見つける為の職員の目標を毎回確認して、実施する必要がある。

8月にゲストへ食事メニューアンケートを実施した。3Fではアンケート結果からバイキングを実施する際には、ゲストへその旨をお伝えし楽しまれていた。職員へは自立支援についてのアンケートを実施し、ゲストにとって美味しい食事とは何か、自立支援・常食をめざす目的は何かを項目にいった。結果、フロア間や職員・パートにより理解度や意欲にもズレがあり、職員教育と目的の共有が必要であると感じた。

サービスアンケートで、食事サービスを「良い」と答えた数値が上がっているが、フロアに差があり、来年度も食事行事の継続と新しいサービスを考える必要がある。

### ●療養食加算

今年度は、退院直後にまず摂取していただくことが重要な状態の方が多く、療養食提供を見合わせるケースが多かった。又、大慈園へ入所する前に経口で摂取されない状態のゲストを介護をされていたご家族等からは、療養食を希望されない事もあり、疾病に対するリスクをご説明した上で療養食を止めるケースが2件あった。療養食の数値制限がある40名という約半数近くのゲストにも、食事を楽しんでいただけるよう、来年度も食事行事を継続し、新しい食事行事を実施していく必要がある。

病院で経口摂取されず、胃ろう等で園へ帰園されたゲストが、園で経口摂取に戻ったケ

ースが2件あった。多職種で状態を観察し嚥下も問題なく、経口摂取が継続できており、ご家族も喜ばれている。しかし、経験と知識、外からの観察でしか評価できず、嚥下状態を科学的に確認できる機材がない為、経口移行加算の対象とはならない。今後もこういったケースはあり得る為、ご家族に誤嚥リスクを十分理解して頂き、信頼された上で実施する必要がある。



### ●月間行事

行事食	内容
誕生日会	1 Fは月1回、予定通り昼食で特別食、間食はケーキを提供している。当日は3 Fも同メニューで提供し、ゲストには、ごちそうの日として定着している。3 Fの誕生日会はゲストの誕生日当日に対象ゲストにのみ特別食を提供している。
家族食事会 おやつ作り	おやつ作りは家族食事会の日ゲストと一緒に作り昼食後のデザートで提要。内容は対象ゲストにあわせて実施。今年は昼食時にお品書を添えている。
たこやきパーティー	1 Fは毎月1回実施できた。3 Fは9月に実施した。ゲストと一緒にたこやきを作り間食で提供した。
コーヒー喫茶	1 Fでパン購入日とあわせて毎月実施した。SSでは年度後半から月1回実施している。
選択食	朝食のみ和食、パン食の選択食を実施しているが、摂取量が低下傾向の方は昼夕食でも随時希望される内容、摂取しやすい内容に変更している。嗜好確認を年2回、ゲスト個人別で行い、肉類、魚類、麺類、揚げ物については対応を継続して行っている。
バイキング	1 Fは7月から月1回昼食時に実施。内容はおでん、おにぎり、クリスマスメニュー、おせち、お好み焼き、冷やしそうめんとメインは毎回別メニューである。ゲストが並んで料理を選ぶのではなく、職員がゲスト席へお持ちして、選んでいただく事で継続できている。 3 Fでは、間食時に12月はクリスマスケーキバイキング、3月は串揚げを実施しゲストの前で揚げ、ゲストアンケートからの実施であることをお伝えし喜ばれていた。

### ●年間行事食

略語の説明→弥（弥勒園全体）、SS（ショートステイ）

月	年間行事	内容	施設
4月	お花見	園庭で抹茶からお茶をたてて、和菓子と共に提供した。	弥・SS
5月	母の日	赤飯と天ぷらメインで特別食を提供した。	弥・SS
6月	父の日	盛りつけにお屠蘇器を使用し、寿司を提供した。	弥・SS
7月	七夕	昼食は寿司、夕食は素麺で特別食を提供した。	弥・SS

8月	地藏盆	露店営業し地域交流の一環として職員が接客した。	弥・SS
9月	地域祭り (川祭り)	地域交流の一環として大慈園から食品露店を出店し、職員が接客した。	
	敬老の日	昼食は天ぷら、茶碗蒸して特別食を提供した。	弥・SS
11月	焼き芋	間食に園庭で焼き芋を提供した。	弥・SS
	秋祭り	間食は露店営業。	弥・SS
	地域祭り (井吹西)	地域交流の一環として大慈園から食品露店を出店し、職員が接客した。	
12月	忘年会	1F：昼食時バイキング形式でオードブルで提供した。 3F：間食時バイキング形式で提供した。	弥・SS
	クリスマス	12月24日25日は間食、夕食でクリスマスの雰囲気を出したデザートを提供した。	弥・SS
	年越し蕎麦	夕食にうどんそばを提供した。麺がお好きなゲストにはメインにして提供した。	弥・SS
1月	元旦 (正月料理)	1日はお屠蘇とおせちを提供し、3日までお正月にちなんだ特別食を提供した。	弥・SS
	七草粥	夕食で七草粥を提供した。	弥・SS
	餅つき	間食時に全館合同で餅つきを実施し、その場でおろし餅、きなこ餅を提供した。	弥・SS
2月	節分	昼食に巻き寿司、夕食で鰯を使用した料理を提供した。	弥・SS
3月	ひな祭り	昼食で菱寿司に型を取り提供した。	弥・SS

## 5. 《行事等の実施内容・反省点》

### ＜毎月定例行事＞

行事名	部署	反省等
家族 食事会	1・3F	その月の誕生者がご家族と共に、食事をする時間を提供している。担当職員を固定する事によって、連携もうまく行くようになってきている。また、各テーブルに職員配置する事により、職員とのコミュニケーションは勿論、ご家族同士での会話も弾むようになった。
メイクボラン ティア	1・3F	化粧ボランティアに依頼し実施している。終了後、表情が穏やかになり、笑顔も多く見られた。普段聞かれない言葉が多く聞かれ、好評であった。
園外買い物	1F	セリオへ行き、思い思いの過ごし方をされている。園内での食事とは違った摂取状態が見られた。今後活用していきたい。
くもん式 学習療法	1・3F	参加者6名～10名程度。3回/週を目途に学習療法士を取得した介護職員より実施している。 効果測定として、FAB検査・MMSE検査を学習療法の参加前後に実施し、一部の参加ゲストに対し認知力の向上が見られた。ADLやQOLでの変化も見られ、あまり自発的な発語のなかった方が積極的にお話されるようになったり、療法自体が生活上の楽しみになった方等、様々な効果が得られている。職員にとっても、ゲストとゆっくりとコミュニケーションが取れる場面となっており、学習療法を通して得た情報を普段のケアに用いる姿も見られる。ゲストにとって、楽しみの一つと出来るように取り組んでいきたい。
園芸療法	1・3F	園芸療法士より1回/月の指導を仰ぎながら、職員と参加ゲストで植物を育て、下記のように季節に応じた製作作業を実施。普段は自発的に活動

	<p>されない方が植物を前にすると、積極的にお世話をされたり、職員に様々な事を教えて下さる姿が印象的であった。24年度より取り組み始めたばかりではあるが、参加ゲストやご家族からも好評を頂いている。</p> <table border="1"> <tr><td>5月</td><td>草花の寄せ植え</td></tr> <tr><td>6月</td><td>フラワーアレンジメント</td></tr> <tr><td>7月</td><td>押し花のうちわ作り</td></tr> <tr><td>8月</td><td>二十日大根の種まき</td></tr> <tr><td>9月</td><td>二十日大根の間引き、芝人形作り</td></tr> <tr><td>10月</td><td>球根の水耕栽培</td></tr> <tr><td>11月</td><td>球根とビオラの寄せ植え</td></tr> <tr><td>12月</td><td>お正月のこけ玉作り</td></tr> <tr><td>1月</td><td>押し花や野菜ペイントを用いた色紙作り</td></tr> <tr><td>2月</td><td>フラワーアレンジメント</td></tr> <tr><td>3月</td><td>寄せ植え</td></tr> </table>	5月	草花の寄せ植え	6月	フラワーアレンジメント	7月	押し花のうちわ作り	8月	二十日大根の種まき	9月	二十日大根の間引き、芝人形作り	10月	球根の水耕栽培	11月	球根とビオラの寄せ植え	12月	お正月のこけ玉作り	1月	押し花や野菜ペイントを用いた色紙作り	2月	フラワーアレンジメント	3月	寄せ植え
5月	草花の寄せ植え																						
6月	フラワーアレンジメント																						
7月	押し花のうちわ作り																						
8月	二十日大根の種まき																						
9月	二十日大根の間引き、芝人形作り																						
10月	球根の水耕栽培																						
11月	球根とビオラの寄せ植え																						
12月	お正月のこけ玉作り																						
1月	押し花や野菜ペイントを用いた色紙作り																						
2月	フラワーアレンジメント																						
3月	寄せ植え																						
音楽療法	<p>1・3F</p> <p>毎月4回音楽療法士の講師と職員で実施している。今年度は、ボードの配置や座席の見直しを実行した事で、セラピストが個人と関わりやすくなり、音楽を通して楽しい交流の場の提供が出来たと思われる。固定曲を使用した事で、利用者の記憶力の維持に効果があり、集団セッションであっても、一人ずつ発声をすることで、自己表現の拡大と自信の回復を促すことができる。歌を通じた人との交流は、周囲への関心が広がり、充実感・安心感・協調性を得ることができるようと思われる。</p>																						

<年間行事>

日付	行事名	部署	反省等
4/8	花見	3F	天気良く、ゲストのADLに合わせ役割を持って頂く。お茶をたてる等、桜の花も満開で有意義に過ごして頂けたのが表情より読み取れるた。
4/9	花見	1F	園庭にて雰囲気作りも行った。又、提供する飲み物も多数用意し、温いものは温い内に飲用して頂く事が出来、参加者からは非常に好評であった。
5/13	母の日	1・3F	男性から女性ゲスト全員へ手渡した。
5/15	簡単いちご大福	1F	ゲストにいちご大福を作って頂き摂取。試行錯誤しながら調理され、うまく丸める事が出来ると自然と笑顔がこぼれる様子が印象的であった。
5/24	遠足	3F	花鳥園へ遠足。鳥、花を見て喜ばれる。昼食のバイキングを楽しまれた。
6/12	お好みパーティー	1F	SSホールにて調理を行う。最初は「出来ない。」と消極的であったゲストも時間が経過するにつれ、主体的に参加される様子が見られた。又、普段は小食なゲストも「おいしい。」と2枚・3枚と摂取される姿が印象的であった。
7/12	バイキング	1F	普段と違った食事の雰囲気に戸惑われるゲストもおられたが、反対に普段は自力摂取されないゲストが自力摂取されるという場面も見られた。今後の介助にもいかしていけるよう取り組みを継続していきたい。

7/15	夏祭り	3F	3階ホールにて昔を思いだして頂くような雰囲気作りを行い、ヨーヨー釣り・スーパーボウルすくい等、真剣に取り組まれる様子が伺えた。
8/4	みなと神戸花火大会	1・3F	直前に参加予定のゲストが「行きたくない。」と訴える等、トラブルはあったが、結果的には「また来年も行きたい。」との言葉を多く頂く事が出来た。
8/7	フルーツカクテル	1F	初の取り組みであり、職員も戸惑う事もあったが、ゲストとのコミュニケーションが多く取れた行事であった。作業も比較的簡単である為、今後も継続的に実施していきたい。
8/9	園庭花火	3F	園庭にて手持ち花火・打ち上げ花火等を実施した。
8/28	たこ焼き	1F	調理場面に積極的に参加されるゲストが多く、活気のあるおやつ作りとなった。
9/13	オードブルパーティー	1F	味・雰囲気共に好評で、普段の食事形態と違ったものでもおいしそうに摂取される姿が印象的であった。
9/23	たこ焼き	3F	ホールにて実施。『切る・焼く・塗る・振りかける・配る・食べる』等、ゲストの方々に役割を持って頂いた。ホール内を漂う香ばしい香りが、食欲を増進させた。
9/25	ホットケーキ	1F	ショートステイ食堂にて、ホットプレートを使用したホットケーキ作りを実施。普段は無口なゲストが得意げにホットケーキを返され、一緒に参加したゲストからも拍手が起こる等、和やかで明るい雰囲気で行われた。
11/16	花鳥園遠足	3F	毎年の定例行事である為、問題なく終了した。
11/18	大慈園秋祭り	1・3F	他部署の応援もあり、スムーズに進行する事が出来た。
11/27	おにぎりビュッフェ	1F	食堂内にさんまの匂いが広がると、進んでさんまを摂取されるゲストが多く見られた。数名ではあるが、骨付きでさんまを提供する事で器用に取り除く様子も見られた。
12/12	たこ焼き	1F	普段、穏やかに過ごされるゲストが進んで参加され、積極的に調理される様子が見られた。参加者からも毎回好評である為、継続的に実施していきたい。
12/20	忘年会	3F	計画段階で企画者が戸惑い、多少他部署との連携が上手くいってない面もあったが、無事終了した。
12/21	クリスマスパーティー	1F	バイキング形式で提供し、職員がサンタに扮してプレゼントを配る。中には涙を流して喜ばれるゲストもおられ、良い思い出になったのではないかと考える。
1/4・5	初詣	1・3F	近隣的神社へ初詣に行く。参加者は各々に参拝し、作法等を職員に教えて下さる姿も見られた。
2/3	紅白玉	1・3F	職員が鬼に扮装し、ゲストより豆に見立てた小豆袋を投げて頂く。大きな笑い声と共に「鬼は外！福は内！」とホール内に参加者の声が響いた。
2/20	おでんバイキング	1F	自ら選択し、摂取されるゲストが多々おられ、食事を視覚的に楽しんで頂けたように感じる。今後も様々な取り組みを行い、食事が楽しみになるよう努めていきたい。
3/7	三木ホースランドパーク	3F	天候良く、計画通りに実施し遅延・問題なく終了。気分転換になったと表情・発語から読み取られた。
3/17	串揚げ	1F	『美味しかった・ありがとう』の言葉がいただけた。アンケート結果からエビが好評であった。今後、食事形態UPに対して分析・調査する場としても活用したい。

3/20	お好み焼きバ イキング	1F	担当者の変更により、進行が遅れたという反省点はあるが、参加ゲストからは「温かい、おいしい。」と好評であった。
------	----------------	----	--

## 6. <職員会議・OFF-JT>

頻度	会議名				
月1回	看取り・褥瘡委員会	事故再発防止委員会	サービス向上委員会	感染症防止対策委員会	マニュアル部会
	369 会議	主任会議	行事委員会	事業戦略推進委員会	給食委員会
	マナーアップ委員会	全体会議 (1F・3F)	非常災害時対策委員会	デイ検討委員会	正副施設長会議
	オムツゼロ委員会	医療的ケア推進委員会	労働衛生委員会	部門会議	
随時	ケアカンファレンス		人事委員会		

日付	研修会内容	参加人数
5/30	北欧式トランスファー①・傾聴スキル	32 人
6/27	看取り事例発表・北欧式トランスファー②	29 人
7/25	情報共有システム・手洗いの大切さ・北欧式トランスファー③	38 人
8/29・9/26	高齢者虐待	164 人
10/31	スキンケアの重要性・清潔保持・オムツゼロ	25 人
11/28	挨拶方法・給食委員会、行事委員会取り組み報告	25 人
12/26	腰痛予防・持ち上げない介助	34 人
1/30	看取り期の観察項目・AED・挨拶	30 人
2/27	事故事例報告・嘔吐処理	33 人
3/27	昇格昇級者発表・コンプライアンス	40 人

## 7. <会議等の実施内容及び反省点>

### ①ケアカンファレンス（原則毎週水曜開催）

→ご家族・担当者（CW等）がより良いサービス提供する為に開催。その際現状報告と前回会議後からの経過等も報告した。又、新入所や状態変化のあるゲストに対応できる様努めた。

### ②人事委員会（年4回程度）

→人事評価の検討会議。新制度施行にて、基準や検討方法等の変更点を確認しながら、能力が向上できるシステム作りに努めた。次年度は、新制度の熟成に焦点をあてる。

### ③事故再発防止対策委員会（毎月第2水曜日）

→委員変更等もあり、効果を期待できないと思われたが、実施していく中で旧メンバーからのアドバイスを受け、上手くまとまれていたと思われる。新たな課題として、委員会として初めて現場対象に密着した会議（1・2・3・デイ・委員長のみ参加）を座談会風にセッティングし、他部署からの発言・アドバイスを多く引き出す様に取り組んだ。結果、感じた事を現場目線から発言し、またそれを受けた部署は参考にするといった、大変有意義な時間を過ごせた事は大きかった。今後の課題としては、委員会から立案した伝達方法を現場全員に浸透させる事で事故再発防止につなげて行く事が最大の課題として挙げられる。

### ④感染症防止対策委員会（毎月第3水曜日開催）

→様々な感染症の蔓延防止の為、月に1回定例開催。又、感染症の診断(疑いも含む)等があった際には施設長の判断のもと緊急開催し蔓延防止策や対応の検討を行っている。11月頃より、

各部署で感染症のゲスト、職員が発生した際に、報連相の問題点が上がってきた。委員会、OFF-JT等で報連相の確認を行い、不備はあるものの、3月の段階でどの部署もほぼ不備なく出来、マニュアル化も出来浸透している。実際に感染症が蔓延する事も無く結果は出た。マニュアルの成熟度に関して今後も継続して部署の会議、OFF-JTで嘔吐処理の実践をする事で意識、知識の向上を目指して行きたい。

⑤サービス向上委員会（毎月第3水曜日開催）

→ゲスト、ご家族の言葉を大切に、サービスの向上に繋げる為の検討を行っている。前年度から行っている「相談件数の増加（書面化）」を図り、「各部署毎月5件」の報告書提出を求め、この情報を基に、ゲストからの声を大切にすべく、職員の傾聴スキルを向上させる事に重点を置いている。また、老施連で実行する「エコキャップ回収」を推進すべく、委員会として取り組み23, 220個（ワクチン27人分）の実績を残せた。

⑥行事委員会（毎月第3月曜日開催）

→楽しい大慈園をモットーに園内外で行われる行事を企画、運営している。又、広報活動として「だじの森(機関紙)」の編集を行っている。今年度も、地藏盆と樋谷川祭りに加え、井吹台西町の祭りや神出町の祭りに参加し、大成功を収める事ができた。特に地藏盆は地域に定着してきており、23年度の約倍の500名を超える参加人数にまで増加している。

⑦マニュアル部会（毎月第2土曜日開催）

→今年度は、「新人財マネジメントシステム」への変更に伴い、「職務基準書及びマニュアル」の作成を行い、完成する事ができた。今後は、年1回程度開催し、更新していく予定である。

⑧看取り・褥瘡委員会（毎月第4月曜日開催）

→「安心して死ねる場所」を合言葉に、園で自然な形で最期を望まれるゲストに、より良い最後を迎えて頂く為の援助、環境整備等の検討を行っている。今年度は、「症例カンファレンス」を行い、現場で実践できるよう検討した。

⑨給食委員会（毎月第1水曜日開催）

→目標である『食事行事』は継続して行えている。また、食事行事はアンケートで人気の高かったメニューで企画実施し、ゲストより好評であった。全員常食については、ゲストの咀嚼嚥下能力を総合的に評価できるデータとなるアセスメントシートの作成に取り組み、多職種で意見交換を行いながら数件のモデルケースを実施し、完成させることができた。また、11月に職員を対象に行った自立支援の食事について行ったアンケート結果から、今後組織としてどのように進めていくかという課題に対して、OFF-JTで全員常食を目指す意味、食事形態アセスメントシートを活用した個別検討会を定着させる、食事形態レベルアップにつながる新しい発見が出来る食事行事の報告等を行い、今年度は土台作りの年となった。次年度も他職種共同で取り組み、目標達成できるように取り組んでいきたい。

⑩マナーアップ委員会（毎月第4木曜日開催）

→職員個々のマナー向上を目的とし、全職員のマナー自己チェック、整理整頓意識向上、社会人としてのマナー向上について取り組みを行った。挨拶は年々良くなってきているが、整理整頓については、できていない部署が変わらずできていない状況である。注意できない委員が多数みられる課題が残った。環境面が一番大切なので改善が必要である。

⑪非常災害時対策委員会（毎月第4水曜日開催）

→毎月1回の訓練に継続的に取り組めた事は評価出来る。火災に対する職員の役割や行動については、向上したのではないかと考える。今後も意識が維持出来るよう継続的に訓練を行っていく必要がある。東日本大震災以降、震災想定のマニュアルやBCP（事業継続計画）の必要性が大きく取り上げられている。この事を受け、携帯電話のメール機能を使用した連絡網の作成やポータブル発電機の購入、備蓄食の確認等を行ってきたが、不十分な点が多い。日々のリスク管理や緊急時対応等、普段の業務にも直結する事も有る為、形にしていきたい。

⑫事業戦略推進委員会（毎月1回開催）

→老人部門の全事業所が集まり、法人内の共通の課題に対して様々な取り組みを行っている。今年度は、「トータル人財支援システム」が施行され、人事委員会等を中心に習熟度を高めると共に、「新卒採用計画」を策定し、職員用パンフレットの作成をした。また、老人施設での虐待報道を受け、法人内でも『高齢者虐待防止研修』を全職員に対して実行している。

⑬オムツゼロ委員会（毎月第3月曜日開催）

→組織力強化と専門的検討を推進する為、専門職（看護、栄養、機能等）を中心に検討している。「指針策定」「重点実施者選考システム」を活用し、優先的に実施していくゲストの選定や個別事例検討を委員会で行っている。事業目標でもある為、更に推進できるよう努める。

⑭労働衛生委員会（毎月1回）

→職員の労働環境改善のため、各職種が集まって開催している。年度途中で委員長交代となったが、職員健診結果の共有や介護職員の腰痛予防研修等を行うことができた。

⑮369会議（毎月1回開催）

→弥勒園の一般棟、プラム棟の職員（ケアマネ、相談員、主任、リーダー）で構成し、統一した対応の為の情報の共有や行事等を検討している。

⑯1F・3F全体会議・リーダー会議（毎月1回開催）

→事業計画の具体化と全職員への浸透を図っている。また、意見交換を活発にする事で、ケアに組み入れる事ができた。

8. <リスクマネジメント報告>

☆事故の定義・・・膝が地面に接地した時点で事故とみなす。

①報告件数

○年度別事故件数

前年度に比べ事故報告59件減少となり、6年前と比べると半数減少している事から、この取り組みとして一定の効果はみられる。

○24年度報告件数

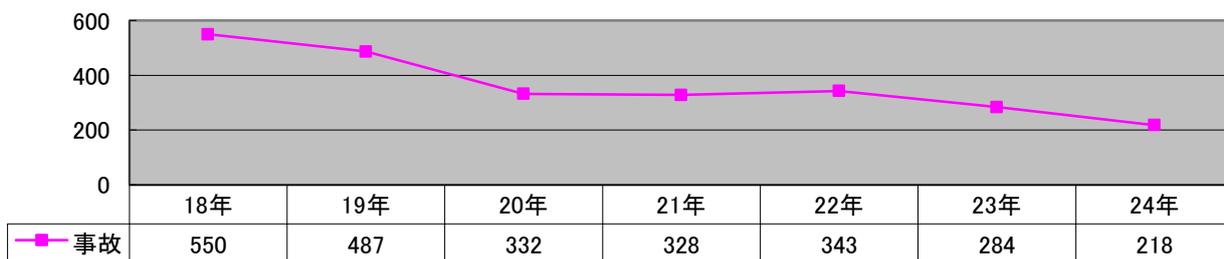
1F

年間件数に大きな変化は見られていない。最大報告件月は、5月のドキドキ465件、事故14件であった。4～7月に掛けてドキドキの報告件数については特定ゲストによるものが80件/月程度含まれている為に数値が上昇。以降は状態が落ち着かれた為に報告数が激減している。又、職員の入替わりにより、年度始めの事故報告件数が多い。

3F

昨年度の報告件数と比較し、大幅な減少値を示した。その理由として、ハイリスク者の退所・ゲストのADL低下が挙げられる。その反面、新入所の事故に対し原因の追及及び対策の共有が出来ず、類似事故が発生した事も事実であり、今後対策の共有・評価方法の見直しが必要となる。

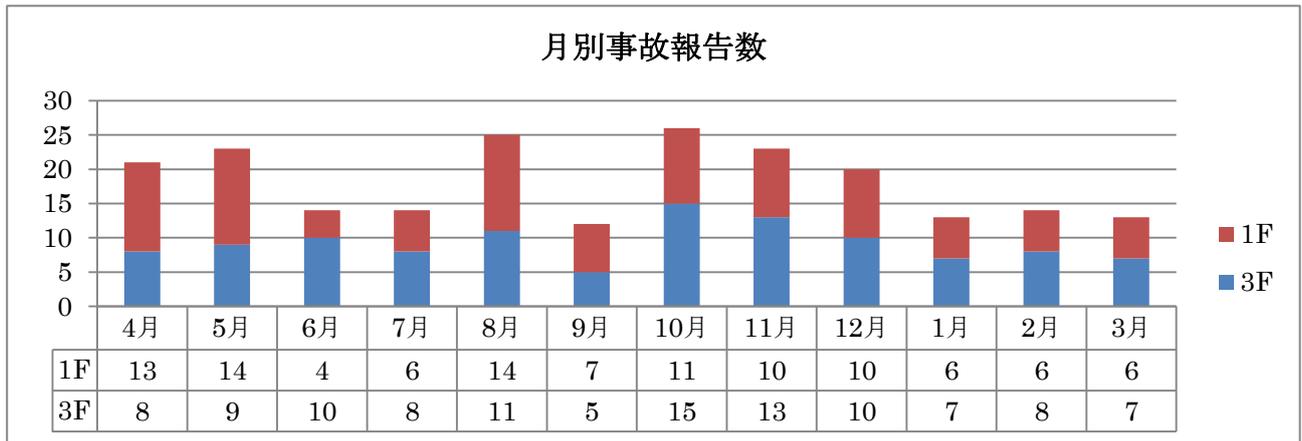
年度別事故件数



24年度				23年度			
報告件数	合計件数	事故	ドキドキ	報告件数	合計件数	事故	ドキドキ
	4,941件	218件	4,723件		5851件	284件	5,567件

○内訳

24年度				23年度			
報告件数	合計件数	事故	ドキドキ	報告件数	合計件数	事故	ドキドキ
1F	3,711件	107件	3,604件	1F	3,773件	103件	3,670件
3F	1,230件	111件	1,119件	3F	2,078件	181件	1,897件



②発生場所別件数

1F

居室が最も多く報告されている。次いで、食堂・共同トイレとなっている。居室の報告数については、起居動作、歩き出しにリスクを伴うゲストが大多数である為に報告数が飛び出ているものと考ええる。

3F

例年同様、居室の割合が最も高いが、件数はここ2年間で約2500件近く減少している。特定のゲストの退所及びADL低下が起因している。又、食堂での報告件数が減少しており、ハイリスク者の把握・リスクに対する意識向上を表した数値であると分析する。



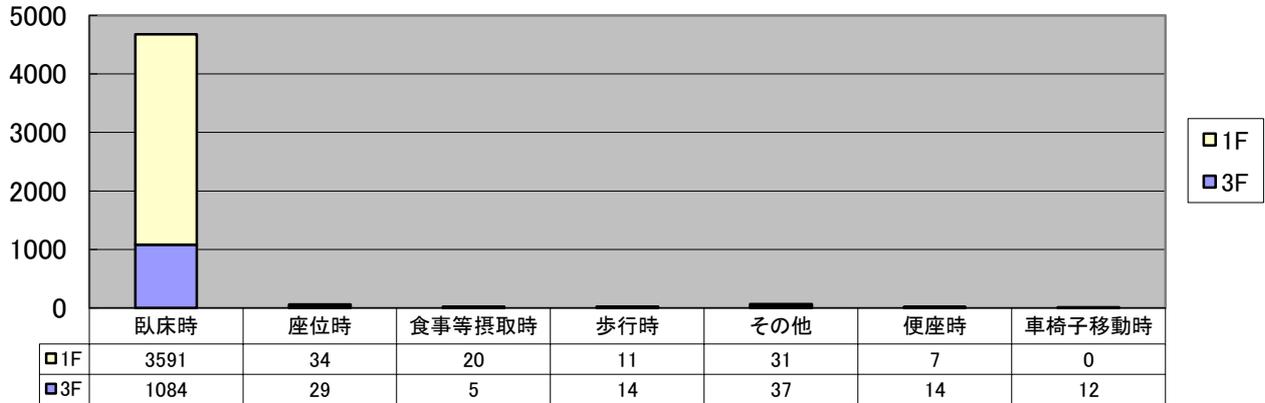
③発生状況別件数

1F

臥床時が最も多く報告されている。次いで、座位時・食事・水分摂取時・歩行時となる。臥床時が最も多い利用としては上記報告にもあるように起居動作、歩き出しにリスクを伴うゲストが大多数である為である。

3F

臥床時の報告件数は多いが数値は減少している。考えられる理由としては、特定ゲストの退所・ADL 低下が挙げられる。その反面、ベッドからの転落・滑落事故も起きており、ベッドセンサーがあまり活用出来ていない事も事実である。



④発生内容別件数

1F

発生内容別件数に関しては、事故は転倒49件。次いで剥離・内出血・その他である。転倒事故が多いのは上記でも記入した様に、歩きだしにリスクを伴うゲストに対してのアセスメントをより深く行っていく事が今後の課題となる。

3F

転倒事故の報告件数が最も高いが、昨年度に比べ事故件数は約60件程減少している。その中でも、転倒・滑落事故件数が大幅に減少している。その理由として、ゲストのADLの低下だけでなく、リスクに対して職員の意識が高まってきている事も挙げられる。その一方で剥離・内出血の報告件数が減少傾向にない事は望ましくない。それには昨年同様形成の起因に移乗・着脱介助といったスキルと意識を高く持つ事で防げた事故でもあった。

○事故内容



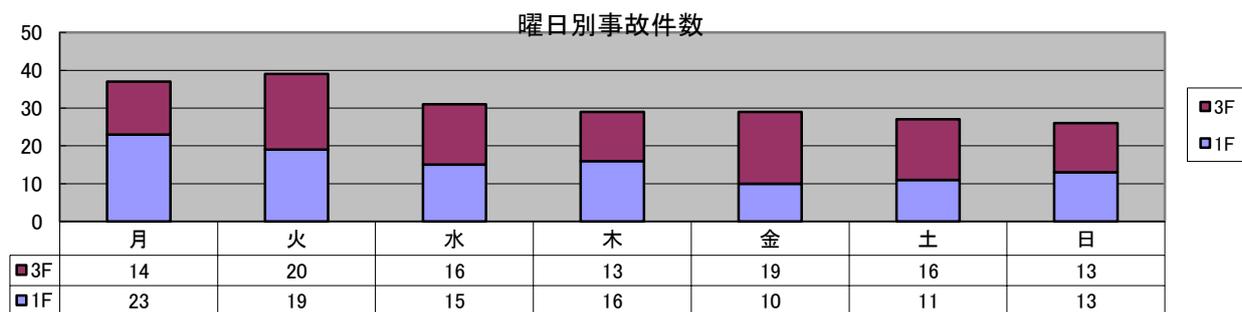
○ドキドキ内容



⑤曜日別件数

1F・3F

曜日別については、件数に大きな差は見られない。



⑥時間帯別件数

早朝 4:00~6:59    朝 7:00~11:59    昼 12:00~16:59  
 夜 17:00~22:59    深夜 23:00~3:59

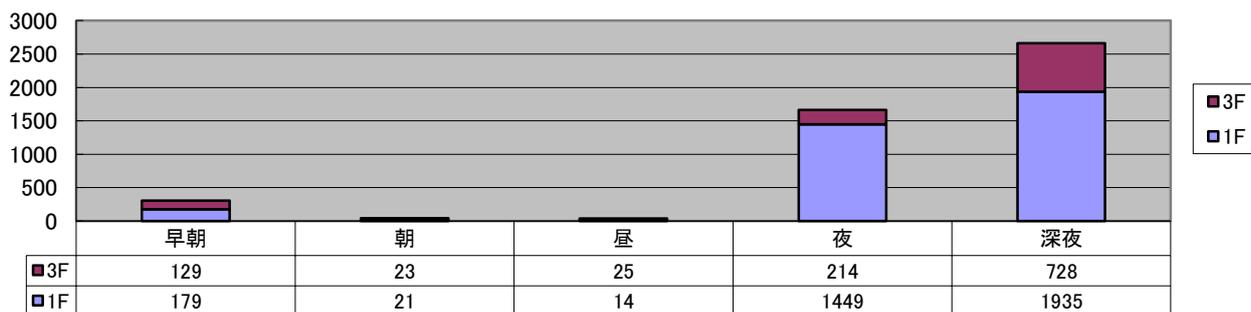
1F

昼、夜が32件と最も多い。夜、深夜、早朝と職員が少ない時間に歩きだしにリスクを伴うゲストが大多数である為事故、ドキドキともに他の時間より多いと考える。ただし、日中はドキドキ報告書の提出が少なく、今後の課題となる。昼の事故件数が多いのが服薬未与薬が職員のミスから1日で数件合った日があり。多くなっていると考え。

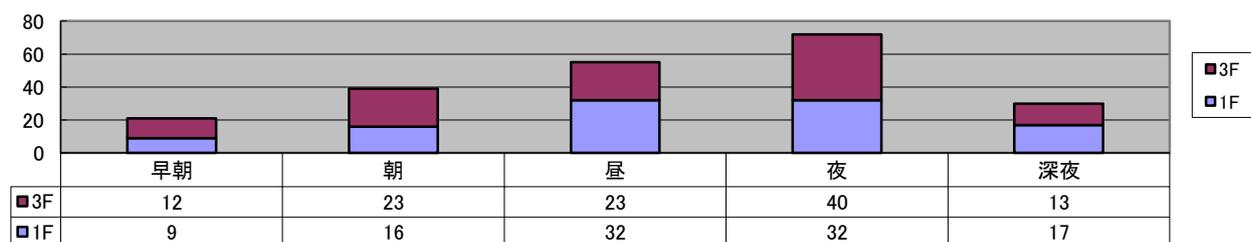
3F

全体数値は減少している。特に深夜のドキドキ報告に関しては、約400件程減少している。これには、ハイリスクパーソンの退所及びゲストの生活リズムの安定及び夜間入眠されないゲストが減少した事が挙げられる。依然、深夜の夜~早朝にかけての事故件数が減少していない事も事実であり、職員はより危機管理能力を求められる事になった。

○ドキドキの時間帯



○事故の時間帯



⑦まとめ

1F

年間報告件数は大きな変化は見られていない。職員の入退職によるスキルの問題もあるが、事故に対しての予測が徹底されておらず、事故の分析と対策をカンファレンスを行い実施していかなければいけない。ドキドキ、事故の報告の発生場所、時間は、居室、臥床時と歩きだしにリスクを伴うゲストに対してのアセスメントをより深くしていく事が今後の課題となる。ドキドキ件数は、端座位が最も多く、次いで転倒の恐れとなっており、やはり歩き出しにリスクを伴うゲストが大多数である事が要因となっている。歩きだしによる転倒事故で骨折に至ったケースが数件あり同様の事がない様に今後は注意をしていきたい。また、同内容の事故は無い為、対策の成果が出ている所もある。

3F

報告件数が減少しているが、類似事故の減少には至っておらず課題である対策の検討及び共有については十分な改善は出来なかった。又、ゲストの思いと現状のADLが違った事で起きてしまった事故もあり、リスクコントロールの難しさを感じた。現状、個人の危機管理能力・スキルにバラツキがあり、指導・助言が必要である。次年度においては、個々の意識向上及び対策検討・共有・評価の徹底と頻度を増加する必要性が高い。そして、組織図を用いた報連相を合理的かつ正確に行い、末端職員まで情報が漏れなく伝わり、スキルのバラツキを無くし、類似事故の減少に向けた行動をとり、サービスの標準化を目指したい。

9. << 苦情・相談結果報告 >>

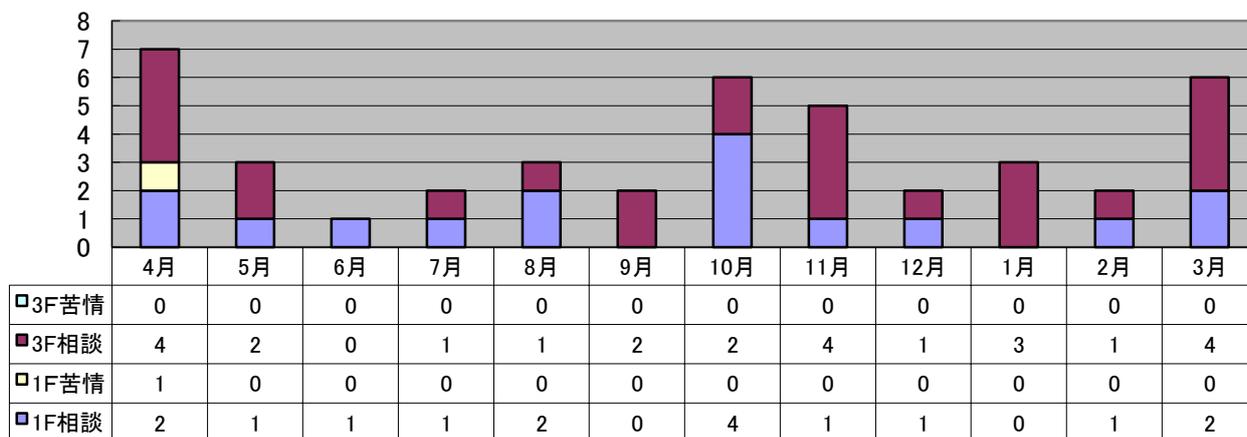
苦情の定義→施設長が直接対応した件を苦情とする。

○報告件数

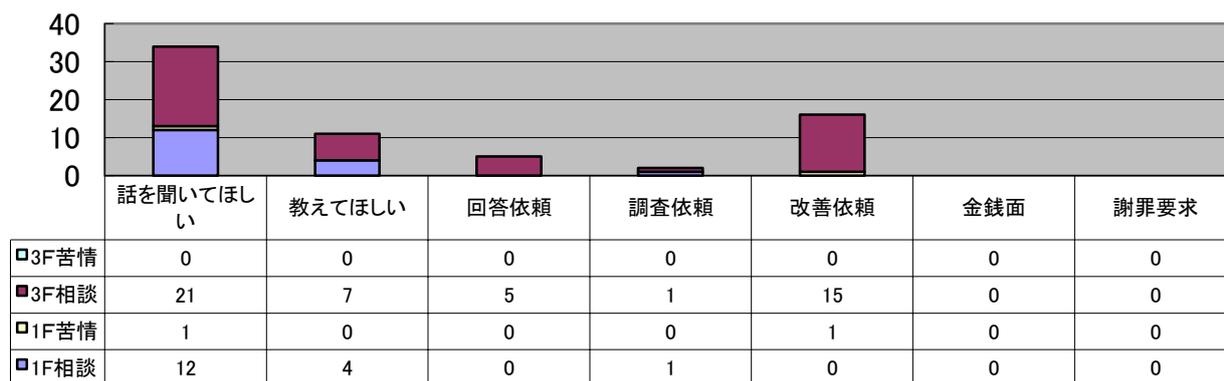
報告件数	24年度			23年度			
	合計件数	苦情	相談	報告件数	合計件数	苦情	相談
	42件	1件	41件		55件	1件	54件

○内訳

報告件数	24年度			23年度			
	合計件数	苦情	相談	報告件数	合計件数	苦情	相談
1F	17件	1件	16件	1F	24件	1件	23件
3F	25件	0件	25件	3F	31件	0件	31件



## 要望分類



※複数回答しているため件数が多い。

### ○主な内容

1F→職員の情報共有、整容・清潔保持に関する内容が最も多く聞かれた。  
3F→普段の生活の中での決められていた対応を忘れていたり、ゲストに対する配慮に欠けていたことが原因と思われる相談が聞かれていた。

### ○まとめ

#### 1F

報告数の内、半数程度は特定のゲストご本人からの訴えであった。認知症専門棟という特性上から、ご本人・ご家族からの声が聞き出しにくい為、貴重な声として改善に取り組んでいる。内容としては殆どが「職員の情報共有が出来ていない」というものであった。慣れた職員の退職や介護職未経験者の増加により、ちょっとした職員の配慮が欠落しているケースが殆どである。

#### 3F

報告書の件数が0件の月もあり、相談が減少しているように思えるが、実際は職員がゲストの言葉を「いつものことだ」と考え、相談として改善しなければならないとの捉え方ができていない事が要因の一つであると思われる。又、今年度はご家族からの職員の対応に対する相談や、同じ事故を繰り返してしまった事に対する改善依頼の相談が聞かれた。事故対策と同様に職員一人一人のスキルや意識の向上が出来なければ、来年度も同様の相談が聞かれるであろうと考えられる。  
組織図を基に、ゲストやご家族の訴えを傾聴し改善していくことが、新たな事故や苦情を未然に防ぐことが出来るのだということを伝え、指導を行い、本当の意味での相談件数の減少を目指していきたい。

## 10. <総括>

### ①1F

結果的には数値目標として掲げた、「食事量」、「水分量」、「運動量」、「便失禁率」の内、3項目（「食事量」、「水分量」、「運動量」）は達成する事が出来た。当初は職員にとっても「負担」という意識が強くあったが、進めていく中で「標準」という意識にチェンジ出来た事が一つの大きな成果であると考えられる。

反面、職員個々で見ると「能力」・「技術」に差が出てきており、その結果、客観的に部署を見ると団結力が欠けているように映る。残る一つの数値目標である「便失禁率」低下への取り組みに対しては、職員個々の能力・技術の向上が必須である。今年度を活かし、次年度も職員個々の目標管理、職員間の情報共有を中心に取り組んでいきたい。

②3F

年度前半、計画に即したアクションを起こす事が出来ず、その目的や意図が末端職員へと伝わっていなかった事から、各職員の考えの違いを作り、行動の変化がまれ、援助も個人のノウハウに頼りきった形であった。

下半期に入り、職員の異動や管理職の変更により、組織の再編成に時間を費やす事となった。全体会議でBS法を用い課題の明確化や重要度の高い課題の認識を部署内で共有した。

又、一部の職員間で図れていたコミュニケーションの重要性をクローズアップし、組織図の作成を行った。本来の立場や指導担当者を明確にし、情報が流れる道筋と課題が改善される仕組み作りを急務とし行動した。次年度においても、その重要性は高く、情報の共有化と目標管理制度の強化に対しての目標を立案した。個人の成長とチーム力の向上がマッチし、標準サービスを高め、事業の安定化と目標達成を狙いたい。

③全体

施設目標である『オムツゼロ』への取り組みに関して、数値目標は一定の成果を示している。部署報告にもある通り、意識向上が大きく起因している。それは、『オムツゼロ』の取り組みだけに限らず、『トータル人財システム』の目標管理制度で、より詳細な目標を設定した事で、行動に移せる体制になった事も一つである。

人財確保について、今年度は年度途中で主任が2名交代する事となり、これまで積み上げてきた連携の部分や部署内の管理において、再構築を図る必要が生じた。又、介護職員については、募集しても良い人財が来ない状況が続いている事から、これまで求人媒体に頼っていた方法を、ホームページを核としたウェブマーケティング方式へと抜本的に見直す事とし、次年度から施行予定である。その他にも、フェイスブック等を活用する予定である。

今後も事業目標達成の為、職員同士の連携を深め、ゲストが安心して大慈園で生活できる様努めていきたい。又、副施設長を中心とした組織作りと『情報の発信』をテーマに実行していきたいと考える。