

## 平成 22 年度 事業報告書

特別養護老人ホーム 大慈弥勒園

## 1. &lt;法人ヴィジョン&gt;

- 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. &lt;基本方針&gt;

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、クライアン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. &lt;ケア部門&gt;

## &lt;5 カ年計画&gt;

## ●最終目標 ①『ふあつとほむな生活を目指す』

※ふあつとほむとは、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』

## ●22 年度重点目標

## ○部門別目標

## ◎1F : 『日中の認知症による周辺症状（問題行動）ゼロを目指す』

A) アセスメントの方法・書式を統一し、CWが情報を共有し易い環境を作る。

- ・全入所者分作成。（月 3 名ずつ実行していく）
- ・詳細な意見（CW個人のコツ）を収集する為、BS法を用いる。

→年度初めはBS法（ブレインストーミング法）による会議を実施し、出来る限り詳細にゲストのアセスメントを行うよう取り組んだ。全職員より収集した情報を元に、ケアに取り組む体制を作った結果、数名ではあるが暴言・暴力の減少、夜間の良眠に繋げる事が出来た。6月より自立支援論(水分・食事・排便・運動)を基軸としたケア及びアセスメントを開始。今までにない介護の取り組みに開始当初は右往左往する場面が多く、取り組みが結果に結び付く事はなかった。その後、排泄委員会を中心にオムツ0委員会の立ち上げ、又、部署内での部門設置等、職員間での情報共有・介護力向上を図り、2月末には少数ではあるが成功と呼べる結果が生まれた。職員間の情報共有・統一したケアの実践による結果であると考え。

B) 馴染みのある落ち着いた雰囲気作りをする。

- ・掲示板等を設置し、ゲストに毎日の変化を感じて頂く。（毎月実施）
- ・季節に応じたディスプレイの実施をする。（7月、9月、12月、3月）
- ・昔ながらの家具等を使用する。

→環境系の設置により、季節に応じたディスプレイや空間の有用性を考慮したフロア改善を実施した。ディスプレイを作成する中でゲストが興味を持たれるものを探り、雰

囲気作りに取り組むと共に、ディスプレイ方法を工夫すれば自発的な運動にも繋がる  
と考え、昭和の風景やゲストの作成した習字や行事での写真をディスプレイするよう  
に変更する。現在では、数名ではあるが毎日ご覧になるゲストもおられる。今後も改  
善を加えながら継続的に取り組んでいきたい。

C) レクリエーションや日常生活の場において、ゲストと関わる機会を増やす。

- ・昭和の記憶等の回想法を用いてコミュニケーションを行う。
- ・CWの日常業務となってしまう物の中から共に実施できるものを分けて行  
う。(洗濯物、掃除、配膳準備等)
- ・運動の機会を増やす。(朝・夕に10分間の散歩、ラジオ体操等)

→ゲストとの関わりに関して、コミュニケーションのシステムを考案し、実施。結果、  
少しずつではあるがゲスト毎に応じたコミュニケーションが実施出来るようになって  
きている。又、関わりの増加として、化粧療法・たこやきパーティーの行事固定化を  
実施した。職員の中で担当者を固定する事で専門的に取り組み、良い雰囲気を実施出  
来ている。又、ラジオ体操・嚙下体操を業務固定する等、関わりの増加を図る。今後  
も継続的に実施し、一つ一つの質が向上するよう考慮していきたい。

◎3F : 『ゲスト、一人ひとりの個別性を引き出す事ができる環境を作る』

A) 新アセスメントシート(24時間シート)を活用し、ケアサービスに取り入れる。

- ・初年度は達成率50%を目標

→前年度から取り組んでいる。状態報告者や新入所者に対して活用を行い、ゲストの状  
況が分かるようになり、標準化が図れるようになった。目標達成には至らなかったが、  
「検討シート」として活用している。しかし、年度途中から「オムツゼロ」の目標に  
切り替えた為、一旦中止とした。

B) その人らしい生活が送れる様、好きな小物・言葉・食べ物・毎日の行動パターン等  
を把握し24時間シートへ落とし込む。

- ・居室スペースにおいても、個別性が引き出せる様にする。

→上記A)同様、年度途中から目標変更した為、活用には至らなかった。しかし、上半  
期は新入所者を中心に活用しある程度の評価はできる。

C) 引継ぎ・カンファレンス・職員会議等で周知徹底を行い、情報の共有を密に行う。

→様々な場面で情報の共有化を図っているが、末端のCWまでの浸透が不十分である。  
原因としては、伝える側がわかり易く噛み砕いた言葉等を使っておらず理解が進まな  
い事等であった為、リーダーを中心にできるだけ同じ言葉で伝えられるよう、書面化  
と、理解が不十分なCWには、個々に言葉を選んで話すようにしている。

○相談援助部門

A) ゲスト個々の習慣や思いを大切に、積み重ねられた経験を施設に於いても発揮で  
き家庭生活の延長線上にある事を基本としたケアプランの作成を行う。

- ・個々の生活暦を基盤とした生活の確立。
- ・アセスメント及びモニタリングの実施。
- ・ゲストやご家族のご要望に応じた各専門職との調整。
- ・6ヶ月毎のケアカンファレンスの開催。

→施設での生活を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

関わりの中で役立つ様にした。又、ゲストの心身の変化に対する対応策を迅速、且つ決め細やかに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。

B) ゲストやご家族が気軽に相談に来られる様に、情報交換を密にとる。

- ・介護主任と生活相談員が中心となり、各専門職等と相互連携を図る。
- ・ご家族に面会時や必要に応じて、電話等で適時適切に介護主任と共に報告し、コミュニケーションを密にとることを心がけご家族の希望や意見を反映させる。
- ・ケアカンファレンス時、ご家族に同席して頂き、書面・口頭にて近況報告を行う。
- ・家族食事会や外出行事等でゲストと共にご家族とのコミュニケーションを図る。
- ・状態に変化があれば、速やかに報告を行う。
- ・新入所時は、1週間毎日状態の報告（電話・FAX等）を行う。
- ・苦情相談件数を50%削減（21年度比）

→昨今のゲスト及びご家族のニーズが多種多岐にわたり、増加傾向にある中での各部門担当者、相談者への対応について、スムーズに連絡調整が出来、出来るサービスを提供し、電話や直接コミュニケーションをとる事でニーズの充足に心がけてきたが、疎遠になっているご家族への対応等依然努力の必要がある。今後は更に連絡等密にとり、意見反映が出来るように配慮を図っていきたい。

#### 4. <<経営部門>>

##### <22年度重点目標>

①充足率99%維持を目指し、経営基盤の安定を図る。

- A) 各部署等と協働し、ゲストの疾病予防策を検討して健康維持を図る。
- B) 入所申し込み者との関わりを増やし状況を把握する。
- 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。

→平成22年度平均充足率98.4%（21年度98.6）と目標である、99%に届かなかった。原因として、死亡16名（21年度22名）、入院38名（21年度24名）と入院者が前年度より、14名も増えた事でベッド管理がしにくい状況になったと思われる。これは、開設15年目を迎えゲストの状態悪化と新入所者も、重度の方が最優先で入所になる事から状態変化の可能性が高くなる事が原因である。また、新規施設開設等で「すぐに入所したい」という待機者が減ってきており、空床期間が長くなってしまいう傾向にあった。次年度は、最優先待機者を5名とし、相談員だけでなく、役職者全員で面接を随時行い直ぐに入所出来る体制で実行したい。

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

→今年度に認知症専門ケア加算は取得できなかった。それは、「認知症実践リーダー研修修了者」が、0名であった事である。しかし、次年度では2名取得予定である為、積極的に実行し認知症ケアを追求していきたい。

#### 5. <<看護部>>

##### <22年度重点目標>

①看取りケアの充実を図る。

A) ゲスト及びご家族の意思確認を行う。

- ・リビングウィル（生前意思確認表）を用いて説明する。
- B) 看取りに関する書類を完成させる。
  - ・『緊急時の対応』『入所後の医療について』等の書類の作成を行う。
- C) ミニカンファレンス等の開催を通じて、職員間のコミュニケーションを密にし、情報の共有を図る
 

→上記の書類を通じて、ご本人やご家族と話し合いを進める事ができた。「緊急時の対応」については、全ゲストの確認が実行できず、次年度に持ち越しとなった。ミニカンファレンスを通じ、職員間の情報共有と医師からの状態説明後に、ご家族の意思確認を行い、看取りケアの実施ができた。

## 6. <栄養科>

### <目標>

- ①ゲストから多くの「おいしい」の言葉を聞くことができる。
  - A) ゼリー食を昼食でも充実させ、新しい食事形態を確立する。
  - B) 食事に関わる職員全員が食事内容を理解し、給食会議を通して再確認する。
  - C) おやつ作りや調理実践行事のメニューは季節感を考慮し、ニーズにあった楽しく感じる作業内容を計画し実施する。
  - D) 『職員・利用者アンケート』の満足度を100%にする。
 

→A) は、実行できた。味もよいと職員の評価も高い。B) は、3Fでは年間行事と共に実施しており、定期的に季節に合わせて行えた。1Fでは栄養士が中心で毎月少人数での実施であったが、年度後半からはショート食堂で職員配置を充実する事で、以前より参加人数が増加し、来園されているご家族も一緒に召し上がっていただきよい傾向である。次年度より月1回、間食時に定期的に行う事を決定した。C) は、アンケート結果は昨年度より満足度は10%低下しており、目標達成できていない。D) の結果から、「食器洗浄の不十分」との意見があった為、厨房の体制を整え、洗剤についても選定変更を行ったが、老朽化しているものもあり、落ちない汚れが目立ってきている。見た目、味については、調理師の引き継ぎがスムーズにいかず課題がのこる。
- ②誤嚥予防の知識を深め、事故防止に努める。
  - A) 食事に関わる職員全員が食事内容を理解し、給食会議を通して再確認する。
 

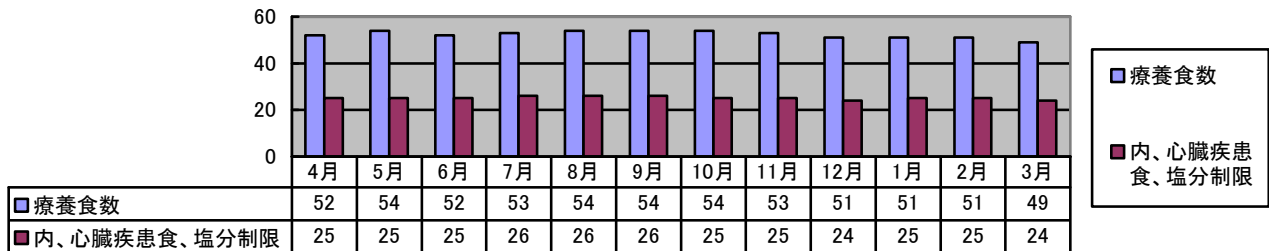
→当初の計画通り、給食会議では気になるゲストを毎月挙げて、現状と今後の対応を確認する事で誤嚥事故防止に努めた。又、年度末には食事形態の変更方法、経緯について振り返りを行った。月1回給食委員会で勉強会を実施し委員の中では咀嚼嚥下のメカニズム等は再確認できた。部署へ持ち帰った後の全職員への浸透具合に差がみられる事は今後の課題である。
- ③新体制にむけてタイムテーブルを新しく作る。
  - A) 月1回委託業者と会議を行い、一年で作成する
  - B) ケアハウス栄養科と連携して業務の効率化を図る。計画案作成にあたり試験的に実施する際は関連業者・部署の理解、協力を得る。
 

→新体制のタイムテーブルは7月から実施し、一部修正しながら現在まで大きな問題はない。急な人事異動や個別能力も考慮して、契約人数以上の配置ではあるが、委託業者から了解を得て問題なく業務は行えている。ケアハウス栄養科との連携は問題なくできているが、委託業者の人員配置については、今後も継続した話し合いは必要である。厨房改造については当初の計画より変更があり、将来館内はオール電化になる方

向となった為、設計から練り直し始めた所である

### ○療養食加算

→厚生労働省からの塩分制限値が厳しくなって以降、平成22年度昨年度中には療養食加算（減塩食対象者）が15名減少したが、その後減少することなく平成22年11月までほぼ横ばいであった。平成22年12月より、療養食を提供していた方の永眠が続いており減少傾向にある。今後も年2回の定期検診時は医師の指示を仰ぎ、必要な方へは出来る限りストレスを感じる事がない療養食を研究し提供する必要がある。経口維持加算について、対象者の変更はあるも、4名と前年度と大きく変化はなかった。



### ○月間行事

→家族食事が1・3F合同で行うことになり、食後に提供するおやつ作りを食事会フロアにて実施した。参加者のニーズに合わせて作業工程を考慮し内容もかき氷、桜餅、ドーナツなどメニューを増やした。他、月間行事食は計画通り実施した。

## 7. <年間行事食実施>

※略語の説明→弥（弥勒園全体）、1F、3F、SS（ショートステイ）、

月	行事	内容	施設
4月	お花見	お花見弁当→間食時に行事食を提供した	3F・SS
5月	子供の日	巻き寿司をメインに特別食を提供した。	弥・SS
	母の日	特別食を提供した。	弥・SS
6月	父の日	特別食を提供した。	弥・S
7月	七夕	特別食を提供した。 3F→間食で冷やしそうめんパーティーを実施した。	弥・SS
8月	地藏盆	地域交流の一環として園庭で職員が地域の方を接客し露店を出店した。	法人
9月	敬老の日	特別食を提供した。	弥・SS
10月	秋祭り	園庭で昼食後に露店販売を行った。	弥・SS
11月	たこやきパーティー	3F→間食時、ゲストから見えるようベランダで職員が焼き、提供した。	弥・SS
12月	クリスマス会	昼食にオードブルで提供した。	1F・SS
	忘年会	間食時、おやつオードブルを提供した。	3F
	年越しそば	大晦日夕食時に弥勒・SSは腕子そばで提供した。	弥・SS
1月	元旦	昼食→1日はおせち料理、3日までは正月料理とした。	弥・SS
	餅つき	間食でもちつきを実施し、参加者にその場で提供した。	弥・SS
2月	節分	昼食は巻きずし、夕食は鯛をメインにした特別食を提供した。	弥・SS
3月	ひな祭り	菱寿司をメインに、雛あられを添えて提供した。	弥・SS

## 8. &lt;理学療法科&gt;

## &lt;年間計画内容&gt;

ゲストのADLレベルの状態を観察すると同時に、リハビリが必要であると判断すれば、状態に適したリハビリ項目を計画・提供・施行する事を担っている。又必要とされないゲストに対しても様子・状態観察を施行する。その際、順次現場への対応策も報告し二次的・三次的リスクを未然に回避する役割も同時に担う。

## &lt;実践目標&gt;

## ①個別機能レベルの評価

A) 生活対応の見直し（個別対応）・・・年2回

B) 残存機能レベル評価・・・年2回

## ②早期対応

A) 退院→帰園後・新入所のレベル状態観察・対応・・・随時

## ③関係部署との連携（報告・連絡・相談）

A) 診察依頼・リハビリ依頼・・・随時

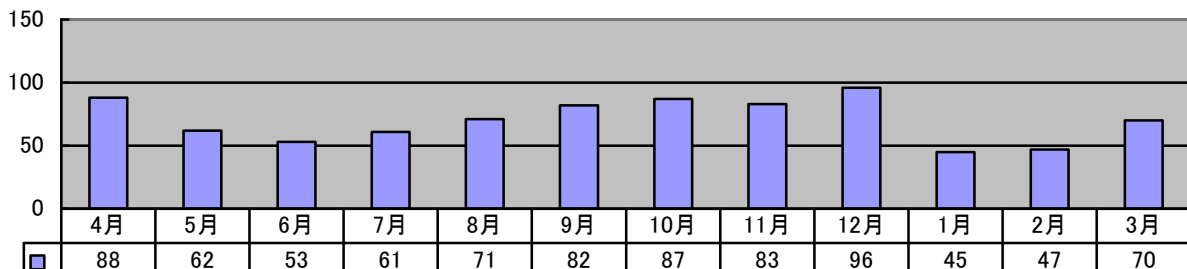
B) 現場対応策の提言・・・年2回の職員研修等

→施設全体をみて、若干ではあるがレベル低下の見受けられるゲストが増加傾向にある様に思える為、カンファレンス時にて状態の見直しだけでなく、その時々におけるレベル評価をすると共に、現場での対応の指示も行ってきた。新入所のゲストに対しても同様に状態チェックを実施し、現場対応面に関する情報を現場職員・相談員等と共に検討し連携を図ってきた。

## &lt;業務実績&gt;

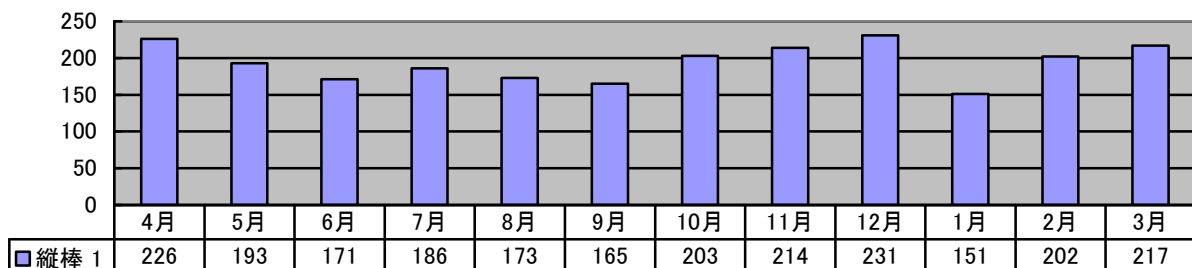
○物理療法・・・年間845回（21年度1,101回）

物理療法（全館）



○運動療法・・・年間2,332回（21年度1,095回）

運動療法（全館）



## <まとめ>

実践目標に関して、比較的全体を見てもほぼ施行出来たと思えるが、前年度からの課題であった精神的な緩和ケアに対しては、今年度においても殆ど手付かずであった事が反省材料である。その部分に時間を取る余裕が今のところなく、訪室機会が作れない事が原因として考えられる。今後は少しでもコミュニケーション時間を設け、何らかのアプローチをかけて行きたいと考えている。

又、施設全体的に日常生活レベルが低下傾向に見受けられる為、来年度は特に、日常生活リハの指示・指導に力を入れていく事で、現状の低下傾向を防止しリスク減少にも反映して行きたいと考えている。

## 9. 《行事等の実施内容・反省点》

### 1・3F 合同家族食事会（毎月1回）

→前年度より、1・3F 合同で取り組む事となった。今年度は、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。

### コーヒー喫茶（毎月1回）1・3F

→ケアハウス大慈からのパン販売を利用して喫茶の雰囲気の中で間食を提供した。パンは個人購入でお好きなものを選ばれ、好評である

### 音楽療法（月4回）1・3F

→週一回音楽療法士が来園し、1・3F で実施して5年目となる。非常に楽しみにされている方が多く講師も積極的に職員への指導も行っており、職員のみでの実施も行えるようになってきた。個別ケアにいかせるよう努力したい。

### 化粧クラブ（毎月1回）1・3F

→化粧療法のボランティアに依頼し実施している。施術中、拒否される方が一人も出なかった。化粧終了後、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。

### 買い物外出（月2回）1・3F

→マンツーマン対応で近隣の施設へ外出する。参加された方の馴染みの場所であった為、大変喜んでおられた。買物中に子供を見かけるなり、「握手して」と笑顔で話しかけられ、楽しそうにされている姿が印象的であった。

### お花見（4/5）1・3F

→明石公園へ花見に外出する。ゲスト5名、職員7名の参加。天候も良く参加者からは好評であった。

### 花見会（4/6）3F

→3F ホールと園庭にて、寝たきりの方や介助が必要な方等、普段行事に参加しにくいゲストを対象に実施した。天候にも恵まれ「桜はやっぱりいいね」等も聞かれ良い機会となった。

### フラワーアレンジメント（4/18）3F

→季節の花を生ける事で、手先に集中力を高める事を目的とし、9名のゲストが参加された。「花をみるのが久しぶりで、とても楽しい」との声が聞かれた。

### 野球観戦（6/1）3F

→3名のゲストが参加され、今回はフィールドシート（砂被り席）にて観戦する。グラウンドから近いと言う事もあり、感動されている様子が伺えた。又、観戦中、得点が入り、歓声が沸く度に嬉しそうに拍手をしたり、又、観戦中、満面の笑みを浮かべておられたのが印象的であった。

### 離宮公園遠足（6/2）1・3F

→ゲスト3名、職員4名参加し、離宮公園に行く。園内は、坂道や階段も多い事から、帰園時には、疲れた表情を見せられたが、良い気分転換になった様子。

#### 花鳥園遠足 (6/29、7/27) 1・3F

→普段みる事のない動物との触れあいや様々な植物を鑑賞され、終始楽しんで頂けた。また、あまり会話する事のないゲスト同士がよく話しをされていたのが印象的であった。

#### 素麺パーティー (7/7) 3F

→具材を切る所からゲストと共に実施した。職員の不安をよそに見事な包丁さばきであった。また、素麺も箸を上手に使われ、味も良かったらしく大好評であった。

#### 夏祭り (8/3) 3F

→前年同様に3F ホールにて、ヨーヨー釣り・輪投げ等を行う。短い時間ではあったが、多くのゲストに参加して頂く事が出来た。

#### みなと神戸花火大会 (8/1) 1・3F

→恒例行事。長距離の移動であったが、体調不良者も出ず、最期まで観覧する事が出来た。

#### たこ焼きパーティー (8/3、1/25、3/26) 1F

→雰囲気作りとして、飾りと音楽(懐メロ)を実施する。参加中、途中退席されるゲストがおらず、最後まで集中して参加して頂く事が出来た。

#### 地藏盆 (8/23) 全館

→今年度より、法人全体で地域貢献をする事を目的に大慈園の園庭で開催する。地域への呼びかけ等も功を奏し、約150名の沢山の方々が参加して下さった。職員だけでなく、業者等も含め様々な方々の協力があり成功できた。

#### 園庭花火大会 (8/30) 3F

→ゲスト12名、職員6名参加。恒例行事。手持ち花火を職員と共にやる事で、楽しめた様子であった。

#### 樋谷川祭り (9/11)

→初めて、地域行事に参加する。当日は暑かったが、沢山地域住民が参加され、当園からも露店と沖繩踊りで参加した。次年度も、地域貢献できるよう積極的に参加したい。

#### 釣りツアー (9/21) 1F

→当日の気温が30℃以上もあり、参加ゲストの体調が心配されたが、実施時間を短縮し、水分補給等の配慮を行い、特に問題見られなかった。最後まで集中して取り組まれ好評であった。

#### 楽しんでくだ祭 (11/21) 全館

→施設内で実施した。恒例行事である為、スムーズな進行ができ大好評であった。

#### クリスマス会&忘年会 (12/21) 3F

→2ヶ月前より、職員間・関係部署と調整を図る事が出来た為、食事・間食・職員の出し物(女装)・職員のピアノ演奏に合わせての全体合唱・今年の思い出をスライド上映等、スムーズに進行出来、参加されたゲストからは大好評であった。又、職員が一致団結し、協力出来た事も良い結果に繋がった要因として評価したい。

#### 諏訪神社初詣 (1/4) 1・3F

→10名が参加される。少し肌寒く感じられたが、年始の良い一日になったと感じる。又、諏訪神社に思い出の多いゲストもおられ、懐かしそうな表情をされているのが印象的であった。

### 10. 《会議の実施内容・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)

→人事考課の検討会議。会議での内容は各委員へフィードバックし各々がスキルアップする術を見出せるように努めている。

③事故再発防止委員会（毎月第2水曜日開催）

→「職員のミスによる事故が減少しない」「状態変化への対応の周知徹底が出来ない」「移乗介助動作時等における剥離・内出血・打撲痕の形成が減らない」以上3点の課題を挙げ、それに対し、①職員の意識改革の為の意識調査②現場巡回③移乗介助自己評価を実行する事ができた。課題の克服までには至らなかったが、除々に意識が浸透しつつあり、現場責任者の行動がより実効的になってきた。更に検討を進めていきたい。

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。前年度に、新型インフルエンザ大流行の反省も踏まえ委員会内で「園内での感染症発症 0%」の目標を設定し、様々な対応をした結果、ゲスト間での感染なく、目標は達成された。しかし、新入職員等を中心にマニュアルの浸透ができていない課題もあり、よりわかり易い様式を検討する等で、対応を図っている。

⑤サービス向上委員会（毎月第3水曜日開催）

→ゲスト、御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。今年度は、法人内で「苦情の定義」が設定された事と共に、相談件数の増加（書面化）を図る事が決定した為、「各部署毎月5件」の報告書提出を求めた事により、報告件数は増加してきている。又、委員会内で、「同じ苦情相談の発生が繰り返えされている」という課題に対し、その都度対応はできたものの、現場での意思統一にはまだまだ不十分であった。ゲストからの声を大切に受け止め、ケアの質の向上に努めたい。

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種々の行事を企画、運営している。又、広報活動として「だいじの森(機関紙)」の編集を行っている。今年度は、地蔵盆と榎谷川祭りが業務に追加され試行錯誤の繰り返しであったが、大成功を収めることができた。

⑦マニュアル部会（毎月第2土曜日開催）

→職員一人一人が持つ知識を共有の財産として捉え、知識の発見、蓄積、交換、共有、創造、活用をプロセス的に行いマニュアルの構築、見直しを行っている。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」の作成を行った。

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、園で自然な形で最後の望まれるゲストに、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、「リビングウィル」「緊急時の確認書」の書類を作成し、ゲストやご家族への説明を行った。

⑨給食委員会（毎月第1水曜日開催）

→全ゲストのスクリーニングを行い、データを基に栄養状態の改善を図っている。又より楽しく美味しい食事をとの観点から、食事に関する行事の企画、運営を行っている。

- ・1カ月間の体重変化と個々の食事摂取状況についての確認。
- ・嚥下状態から水分のトロミ剤、ゼリー対象者の確認と見直し。
- ・食事がメインとなる行事計画と各部署での実施状況反省。
- ・誤嚥予防に関する勉強会を実施。

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。継続して行うことが課題として残ったが、自ら自分のマナーを見直す職員が増え、改善がみられた。

## ⑪非常災害時対策委員会（毎月第4水曜日開催）

→非常災害時（地震、火災等）に対する防災意識向上や警戒発令時の敏速な対応等、総合的な推進を目的に、マニュアルの検討や避難訓練等を行っている。今年度も、ケアハウスと合同で避難消火訓練の実施や通報訓練を行い、マニュアルの浸透を図っている。

## ⑫排泄委員会（毎月第3水曜日開催）

→「オムツアンダー30」を目標に今年度から実施する。5カ年計画を策定しアセスメントから開始した。今年度は研修会等の参加を通じて目標達成に動き出し、2名の成功事例の成果が得られた。今後は、「オムツゼロ委員会」で専門職を中心に、個別事例等を検討するため、この委員会は廃止とする。

## 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。排泄委員会の後を引き継ぎ、「指針策定」「重点実施者選考システム」の検討を開始した。事業目標でもある為、更に推進できるよう努める。

## ⑭医療的ケア推進委員会（毎月1回開催）

→胃ろうと吸引を介護職が実行できるように、看護・介護職の協働作業手順やヒヤリハット等の検討を行っている。1月から開始したばかりであるが、ゲスト・ご家族への説明等も含め安全に実行できる体制の整備にあたっている。

## ⑮基準書作成委員会・職種部会（毎月2回開催）

→「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」の作成を行った。

## ⑯1・3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。

## ⑰リーダー会議（毎月1回開催）1・3F

→事業計画推進の為に、主任及びリーダーが集まり協議している。

## ⑱1F全体会議（毎月1回開催）

→前年度末より、会議をより有意義なものにする為、BS法での意見収集を実施。職員より「普段、情報交換出来ない事が多いので良い時間になる」と好評価であった。現在、オムツゼロの取り組みを行うに当たり、意識統一に力を入れている。今後も出来るだけ多くの職員からの意見が拾えるよう進行していきたい。

## ⑲3F全体会議（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。

## 11. ≪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
	1・3会議	主任会議	行事委員会	排泄委員会	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	研修委員会	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	基準書作成委員会	職種部会	
随時	ケアカンファレンス		人事委員会		

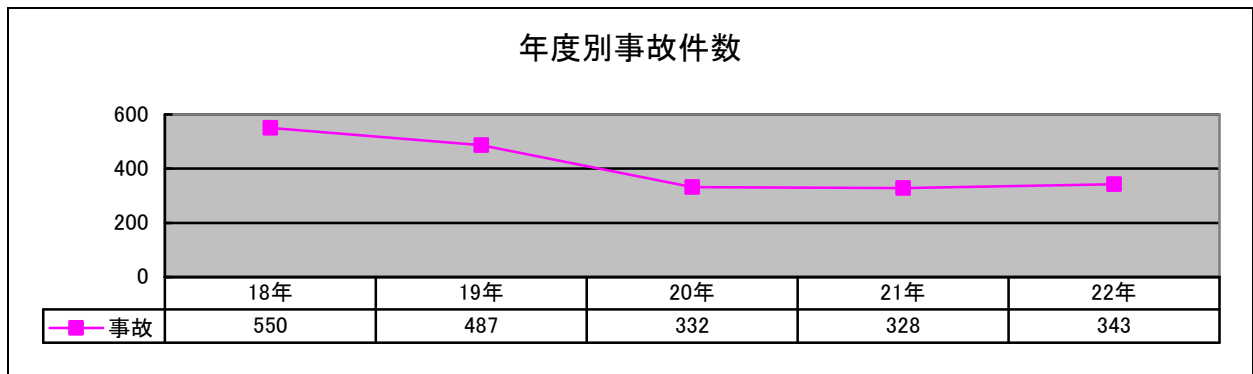
日付	内容	参加人数
5/31	高齢者虐待について (外部講師)	46 人
7/28	尿路感染、緊急時対応、アンケート結果報告、コンプライアンス	43 人
10/27	災害時の対応、労働衛生、終末期の観察点	47 人
11/24	医療的ケア、褥瘡ケア、養護について、苦情対応	32 人
2/23	リスク事例発表、ノロ対処方法	37 人
3/2、23	コンプライアンス (外部講師)	81 人
3/30	新人財マネジメント	30 人

## 12. 《リスクマネジメント報告》

### ○年度別事故件数

- ・現行の集計方法を用いた 18 年度から事故件数は着実に減少傾向にあったが、今年度若干増加した。

☆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・・・7,985 件 (事故 343 件、ドキドキ 7,642 件)

3F→3,504 件 (事故 192 件、ドキドキ 3,312 件)

1F→4,481 件 (事故 151 件、ドキドキ 4,330 件)

前年度 8,227 件 (事故 328 件、ドキドキ 7,899 件)

3F→3,936 件 (事故 228 件、ドキドキ 3,708 件)

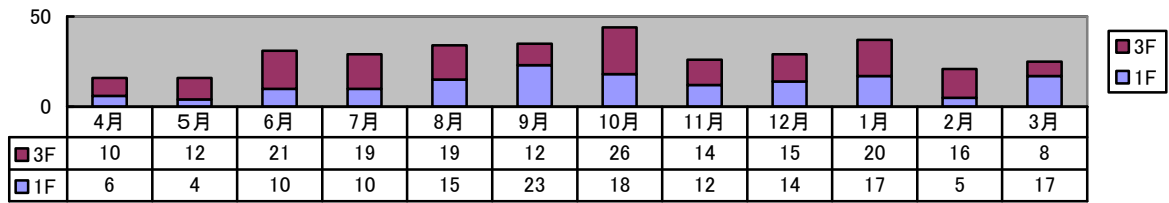
1F→4,291 件 (事故 100 件、ドキドキ 4,191 件)

→前年度に比べ 242 件減少。

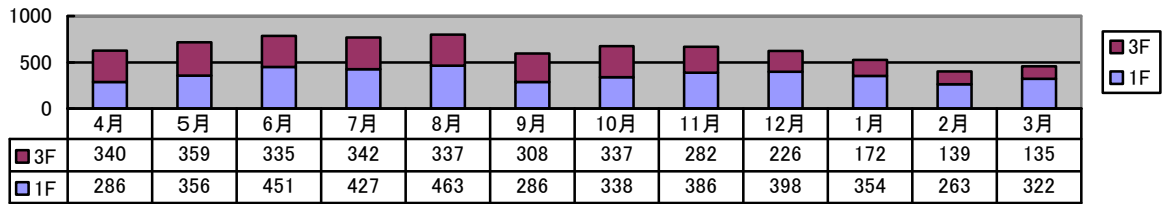
- 1F→8 月以降、平均的に事故報告数が増加した。これは、職員の入れ変わり、ゲストの ADL 低下が重なった事に起因する。ドキドキの報告件数も 6～8 月に掛けて上昇している。これは特定のゲストの ADL 低下によるものである。

- 3F→昨年度の報告 (228 件) より減少したが、月によっては 20 件を超える報告数が挙げられた。この背景には、対応が難しいハイリスク者による同様の事故が続いた、もしくは職員の意識・介助スキルの不足により対策が徹底できなかった事が背景にあると考える。ドキドキの報告件数は 1 月以降減少している。これは ADL 低下や報告数の多いゲストの入院があった為と考えられる。

### 22年度月別事故推移



### 22年度月別ドキドキ件数



### ②発生場所別件数



- 1F→居室の割合が最も高く、次いで食堂、廊下となっている。前年と比較すると食堂の報告件数が上昇。内容は日中の歩行困難者の立ち上がり・歩き出しが最も多い。食堂での立ち上がり・歩き出しの原因としては排泄によるものが多く聞かれている為、誘導時間の細分化に努めている。
- 3F→例年同様、居室での割合が最も高い。特定のゲストのセンサー反応回数が多く、報告数が多いことである。次に居室トイレ・食堂となっている。トイレでの報告件数が前回の10倍となった。背景に特定のゲストが自力で排泄をされていたが、レベル低下により援助が必要となった為、トイレ前にセンサーを設置したことである。

### ③発生状況別件数

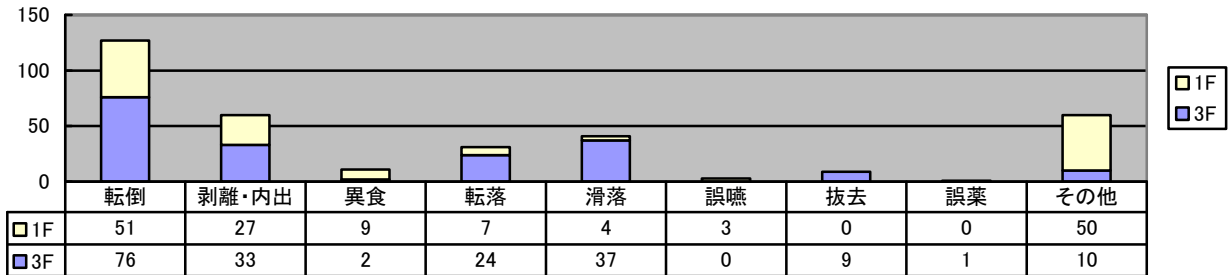


1F→臥床時の報告数が最も多い。これは夜間のセンサー対応者が多く、起き上がりから歩行の間にリスクを伴うゲストが多い事が分かる。立位時・歩行時の減少については、歩行されるゲストが減少した為と考えられる。

3F→昨年度同様、臥床時の報告数が最も多い。これは夜間のセンサー対応者が多く、特定のゲストの報告数が同様に続いた為である。数値的には前年度と比較し大差なく、ゲストの入退所によって微妙な変化は読み取れる。

④発生内容別件数

○事故内容



1F→転倒の報告件数が最も多く、次いで剥離・内出血、異食となっている。前年度と比較すると転倒の報告件数は5倍。これは特定のゲストによる報告件数が半数以上であり、同様の事故が相次いだものである。

3F→転倒の報告件数が最も多く、次いで滑落、剥離・内出血、となっている。剥離・内出血の報告件数が前年度（55件）より減少したが、入浴時の衣服着脱の際に剥離・内出血の事故報告も挙がった。又、事故再発防止対策委員会で目標にしていた『衣服着脱時の形成0%』も達成できなかった。

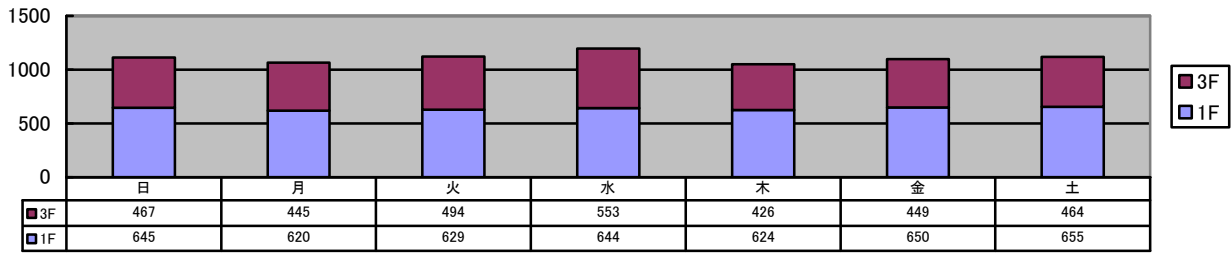
○ドキドキ内容



1F→前年度に続き、「転倒の恐れ」の報告件数は増加。座位から歩き出しの場面においてリスクを伴うゲストが増加している事が分かる。暴言、暴行、異食の恐れ等、認知症専門棟に多く見られたドキドキは殆ど見られなくなっている。これは専属の職員のスキルアップにより穏やかに過ごされるゲストが増加したものと考えられる。

3F→前年度に続き、「端座位」・「転倒の恐れ」の報告件数は増加したが、他の項目に関しては全体的に報告数が減少傾向にある。これには日中のドキドキ報告数の減少及び、リスクコントロールに関しての意識が薄れてきている事も考えられる。その為、3階ではリスクマネジメントに対してのシステムの見直しを検討している。

⑤曜日別件数



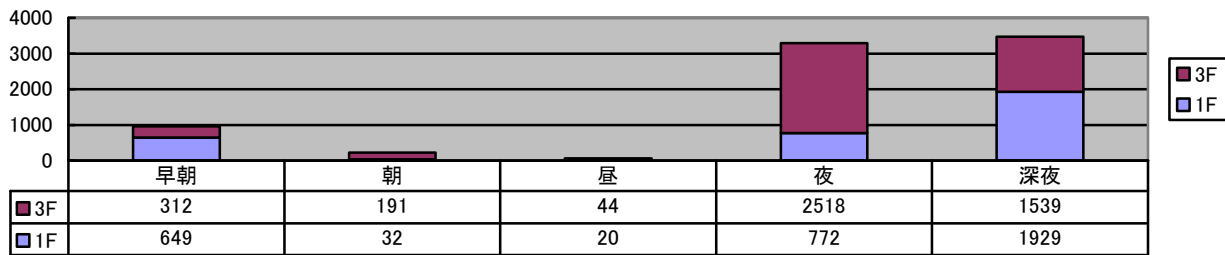
1F→前年度と比較すると日曜日の事故報告件数が増加。これはゲストのADL低下により日曜日にも入浴介助を行うようになり、業務が過密になった為と考えられる。

3F→曜日別によっての大差はないが、日曜日の事故件数が低い。これには、出勤者に経験の豊富な職員が配置されている事が多く、他の曜日と比較して減少傾向にある。

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

○ドキドキの時間帯

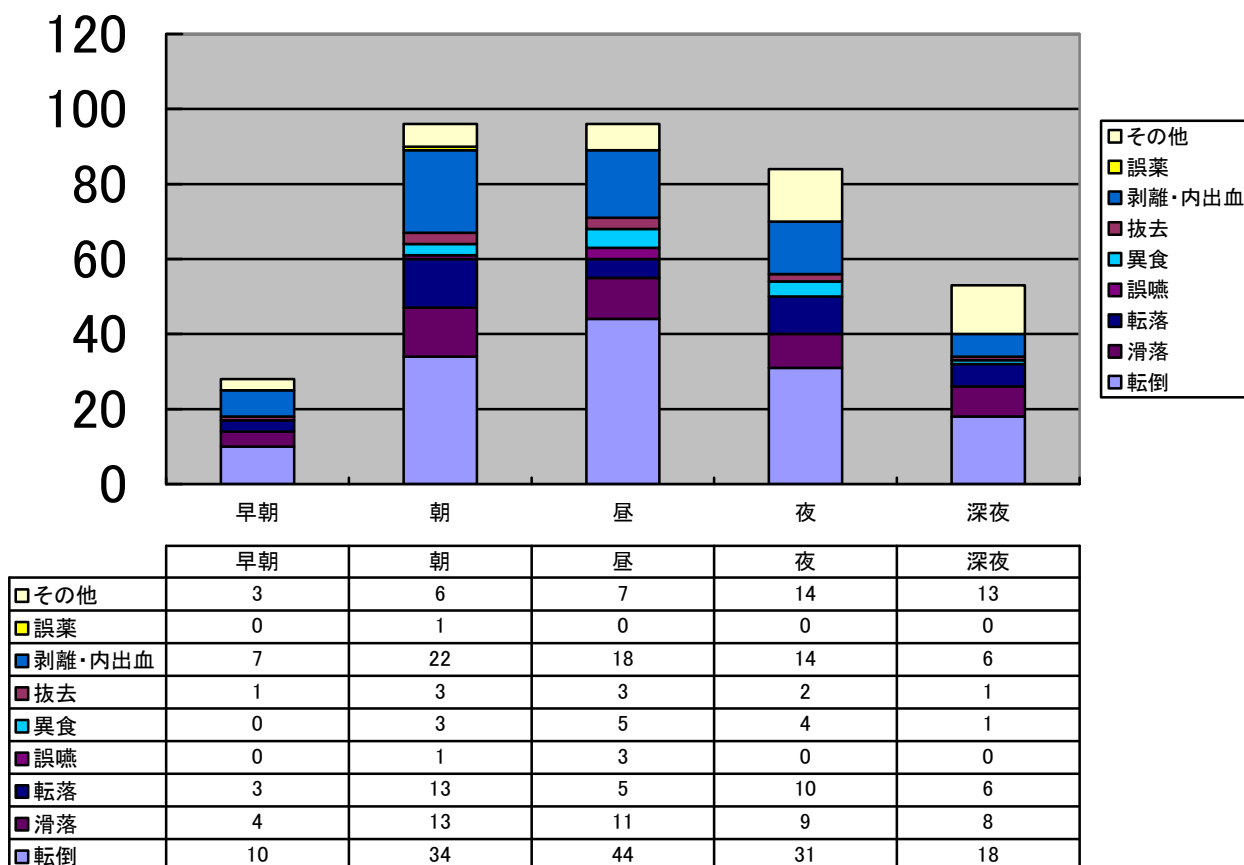


1F→「夜」・「深夜」の事故報告数が前年度と比較すると3倍近く上昇。これは特定のゲストの転倒事故及びこの行為が継続して見られたものである。ドキドキの報告数の「夜」と「深夜」の比率が逆転。生活リズムの安定により、深夜に目を覚まされるゲストが減少している事が分かる。

3F→「夜」、「深夜」の報告件数が高いのは前年度同様である。ゲストの入退所により多少の前後はあるが、「昼」のドキドキ報告数を増加できるようにしたい。

○事故の時間帯

- ・ドキドキ報告数が、「夜」「深夜」帯に多い反面、事故報告数は「朝～夜」の時間帯に集中している。ゲストの活動が活発な時間帯での事故発生率が高く、食後、居室に戻った後、自力移乗にて転倒するような、同様の事故報告が重なったことが要因としてある。夜間～深夜の「その他」に関しては特定ゲストのこの行為の報告数が8割程度を占める。



### ⑦まとめ

1F→ADL低下が著名に現れるゲストが多くおられた。特に立ち上がりから歩き出しに掛けてリスクを伴うゲストが増加し、結果、転倒の報告件数が増加したものとする。6月頃より職員の配置が固定しているが、指導・助言が行き届いていない現状がある。その為と同様の事故が頻発していると考えられる。2月よりハイリスクとなるゲストに職員が付き添えるよう業務改善を行う。結果、ハイリスク者の事故報告数は減少傾向にあるが、職員のスキル向上及び、ゲストのADLの変化に合わせた業務改善を行っていく必要がある。

3F→ゲストの入退所やフロア配置の変更等により事故・ドキドキ共に件数の増減はあるが、全体的な経過としては減少傾向にあるが、施設利用年数の高いゲストにおいて、ADLの低下が顕著にみられてきている事を考えると、ハイリスクパーソンの増加見込みがたつ。又、事故件数が多い背景・要因として前年度の際には連携や見守り不足・事故に対する意識の低さを課題とし改善策を講じていたが、当年度においても同様の事故が確認された為、十分な課題の改善はされていない。又、事故の対策・評価においても上手く機能していないのも一つの要因として考えられる。他、ゲストの入退所及び職員の入れ替わりによって件数の増減幅が大きく表れている為、知識・スキル不足の者への指導のあり方についても、さらに追及する必要があると感じられた。現状及び課題に対する改善策として次年度においてはリスクコントロールを上手く機能し良いPDCAのスパイラルが回るよう、3Fで展開されているシステムから見直しを行っていきたいと考える。

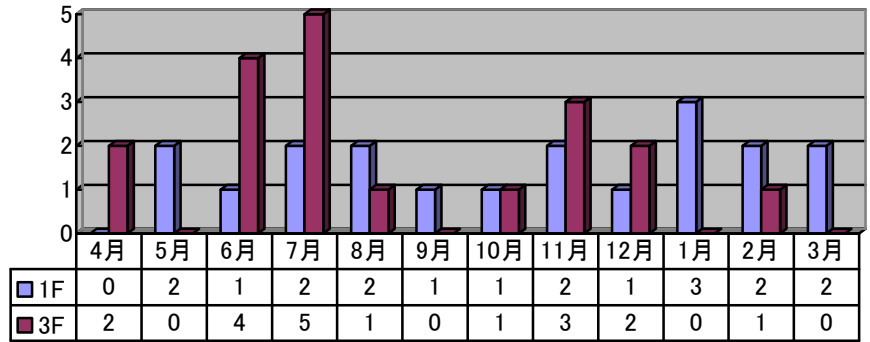
13. ≪苦情・相談結果報告≫

苦情の定義→施設長が直接対応した件を苦情とする。

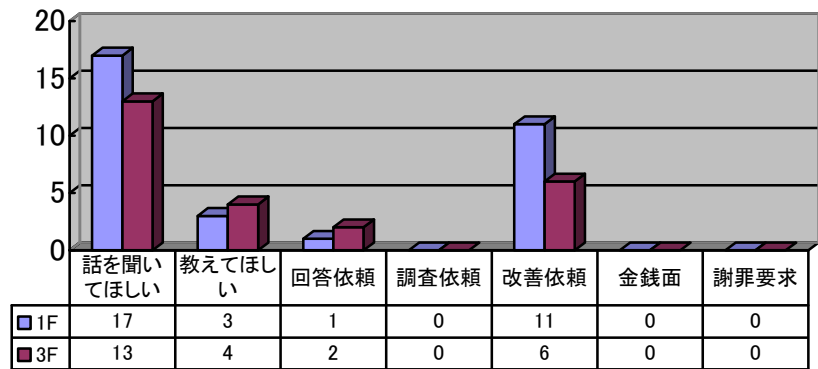
○報告件数・・・ 38件 (1F 19件、3F 19件)

☆苦情報告なし

前年度 8件 (苦情報告なし)



要望分類



※複数回答しているため件数が多い。

○主要内容

内容	
報告・連絡が出来ていない	N s コール対応が遅い
CWの対応が悪い	居室の衣類管理等
整容への配慮	

○まとめ

1F→御本人からは話を聞いて欲しいや、決まった事が出来ていないといった内容の相談が多く聞かれた。御家族からは面会された際に整容(衣類の汚れ・爪等)が不十分が最も多く、次いで「伝えているのに出来ていない」という内容の相談が多く聞かれた。傾向として、要望内容が細分化されてきている。引き継ぎの方法や職員会議等を改善し、情報共有・職員間の連携強化を行っていく必要がある。

3F→ある特定のゲストの方々からの相談件数が多く、「N s コール」「CWの対応」等、ケア内容への相談が多かった。3F内で以前から課題にあがっている事でもあり、職員会議等を通じて改善を図った。

## 14. &lt;&lt;総括&gt;&gt;

## ①1F

→全ゲストのアセスメントに重点を置き、BS法を用いた会議及び情報収集を実施した。5月より施設を上げて自立支援論（オムツ0）に取り組む事となった。方法は違えど、合わせて取り組んでいく中で発熱者の減少や生活リズムの安定化、中には異食行為の減少と周辺症状を治める事に成功した事例もあり、「排泄」と「認知症」の深い関わりを実感する事が出来た。実際に、自立支援論の目標である「下剤未与薬での日中の座位排便」に近づくゲストもおられ、職員間でも少しずつではあるが理論が浸透し、介護力の向上に繋がっていると考えられる。まだまだ課題は多いが、来年度も重点的に取り組み、施設の標準サービスとして確立出来るよう努めたい。

## ②3F

→当初計画していた「24時間シート」の活用を一旦中止し、「オムツゼロ」に重点を置いた目標に切り替えた。老施連主催の研修会で、全ゲストの「水分1500ml摂取」「要介護度4の方の歩行」等困難な課題が出され、開始当初はCWの理解が進まない状況であったが、担当者の選定により、実効的な目標設定を行った事で少しずつ浸透してきた。3F内で2名の成功者が出た事で、CWのモチベーションもあがるようになり、部門内での意見も活発になった。次年度も更に検討を進め、専門性を向上させたい。

## ③全体

→大慈弥勒園の最終目標達成の為、中長期計画を策定し実現に向けて動き出した。部門目標で挙げていた『日中の認知症による周辺症状（問題行動）ゼロを目指す』『ゲスト一人ひとりの個別性を引き出す事ができる環境を作る』という目標を年度途中から変更し『日中の座位排便の安定化を図る』という目標に切り替え、より「オムツゼロ」体制の構築に向けて動き出した一年であった。

目標変更した理由は、老施連主催の研修会での課題が非常に困難な設定をされており、実務上優先せざるを得ない状況になった事と、最終目標達成への近道と判断した為である。

開始当初は、「オムツゼロ」という目標が大きすぎて理解が進まず困難であったが、『日中の座位排便の安定化を図る』という行動レベルの目標に切り替え実行する事で理解が進んできた。しかし、同じ施設であっても1・3Fでの実行力に違いが随所にみられるようになり、1FCWの理解が深まり次のステップに進んでいったが、3Fでは対象ゲストとCWの人数も多い事もあり思うように進んでいない状況であった。原因は、主任の『指導力』であった為、年度途中で3Fの主任が交代し施設ケアマネージャーが中心となって部門運営するように変更した事で、改善が図れるようになった。

現在では、特に午前中の園庭やフロア内で、歩行練習（散歩）するゲストが多数みられるようになり、昨年と同じ頃に比べるとADLはかなり向上している。又、水分摂取量も平均約300mlは増えており評価できる。

次年度は、更に目標達成者が増加するよう検討したい。また、看護職のフロア配置ができるようになれば、さらに推進できると思われる為、施設全体で職種は違っても、同じ目標を共有できるよう努めたい。