

平成22年度 かんだ連雀 事業報告書要約

平成22年度の概況

開設丸7年目を迎え、新たな事業展開をするなかで連雀全体としてのサービスの質の向上を目指した。昨年を引き続き、数値的には非常に厳しい一年であった。

1. 特別養護老人ホーム 定員55名
 - ・平均介護度(4.2)は毎年大きくは変わらないものの、入所期間(平均2.9年)は多少短くなった。これは、入所当初から体調のリスクは高いが、最期を千代田区で迎えたい意向により入所されるケースが多いためと考えられる。その為益々嘱託医、看護、近隣医療機関との連携強化が求められた。年間稼働率 95.3%
 - ・チームの取り組みや居室担当の取り組みに幅が広がり、個別支援を意識した外出活動や援助方法が検討されるようになった。
2. 高齢者在宅サービスセンター
 - ・短期入所生活介護(年間稼働率 114% 平均介護度3.3) 家族の意向の確認およびチーム内での定期的な話し合いによる情報の共有が図れた。
 - ・通所介護(年間稼働率 61.3% 平均介護度2.6) 日々の職員体制をやりくりしながら、サービス担当者会議に積極的に参加した。
 - ・訪問介護(11月1日開設 延べ登録者介護保険16名、委託4名) 正職員2名と常勤契約1名でスタートし、当初は厳しかったが徐々に利用者を増やすことができた。
3. 高齢者あんしんセンター神田
 - ・包括的支援事業、区の委託事業、介護予防支援事業、独自事業により、神田地区の総合相談窓口として、高齢者・家族の安心の拠り所として機能した。
 - ・特定高齢者プラン40件、介護予防プラン150件作成した。
 - ・神田で元気がながいき教室5回、神田で元気に手遊びフラ体操6回開催した。
4. 居宅介護支援センター プラン作成件数 延べ 725件
 - ・あんしんセンター、高齢者在宅サービスセンターと連携し、よりスムーズに困難ケースの解決を導けた。東日本大震災時も、この連携の中で、より迅速で適切な対応が図れた。
 - ・要支援1・2のプランを受託した。
 - ・ちよだケアマネ連絡会の会長として、千代田区のケアマネの資質向上に参画した。
5. 千代田区宮淡路町高齢者住宅
 - ・相談、団らん室の管理、住民自らが企画する交流会等への後方支援など、住民が安心して自立した生活を送ることができるように、生活協力員業務を行った。

神田合同運営責任者会議、神田事業推進会議を通して岩本町ほほえみプラザとの連携を密

平成22年度の課題

1. 法令を遵守する。
業務管理体制整備を推進する、各種規程等の見直しを図る
2. 家族支援システムを本格稼働させる
運用の定着化を目指す
3. 岩本と連携したサービスの対応を拡充する
岩本での食事サービス事業の開始を契機とした戦略的事業を検討する
訪問系事業を開始する
4. サービス自主評価等から業務を見直す
継続して強化の必要な防災対策を徹底する
各部署業務課題を抽出して共有化を図る
5. 人材確保と人材育成を図る
ヒトの確保～バランスの良い配置を目指す
OJT×チャレンジプランの活用と研修の参加を充実させる
6. 安全、安心かつ和める館を構築する
リスクマネジメントを徹底する、ボランティアを活用する
7. 収支バランスを改善する
単年度収支を黒字化する、中長期計画を立案する

		サービス利用・提供状況	平成22年度事業計画の執行評価
運営・管理	事務局担当	1 経理は本部集約業務との連携により業務分担が明確になったとともに、施設内部での業務に力を入れることができた。 2 居宅支援事業所の事務所移動や訪問介護の開始により部門配分等の処理等を行った。請求は家族支援システムにより、本部との連携を行い、間違いのない請求ができた。 3 担当業務の入れ替えや相互確認により、業務補完体制が整った。 4 本部主導のもと勤怠管理システム・給与計算が一体化し業務の効率化が図れた。	1 間違いのない利用者請求をすることができ、未収金の回収もスムーズにできた 2 本部との連携の中、情報共有を密に行い漏れのない財務処理ができた。 3 事務所会議にて課題を整理し、今後の事務所体制整備の足がかりになった。
	サービス向上	1 法人の基本指針を踏まえて、社会人としての節度を持ってサービス提供にあたった。 2 サービス自主評価の結果を事業に反映した。 3 チャレンジプランへの取り組み、各種研修への参加と研修報告によるフィードバックを徹底し、施設全体やチームの中の役割を意識した個々の能力向上を目指した。 4 岩本・連雀のサービスの特色を生かし、その利用者により合致したサービスを提供した。 5 SVと連携し、事業推進会議を軸に各部署間連携を意識しながらサービス向上に努めた。 6 在宅部門ではあんしんセンター、居宅介護支援事業所、訪問介護相互の密接な連携により、密度の高いサービスを提供した。	1 サービスの質の向上が図れた。 2 訪問介護事業を開始し軌道に乗せた。 3 苦情には迅速・丁寧・誠実に対処した。 4 第三者評価でも高評価を得た。 5 高齢者住宅の生活協力員業務は、かんだ連雀を母体とし、あんしんセンターと連携を図りながら対応した。 6 神田地域の相談拠点として機能した。
	地域包括支援センター	1 高リスク独居高齢者に対し電話訪問、配食サービス、緊急通報システムを活用し見守りした。 2 虐待防止の判断基準作成が課題だったが、完成に至らなかったため継続課題としたい。 3 特定高齢者の独自のフォローアップ事業を実施し、体系づくりを行った。次年度へ継続する。 4 医療介護連携チームケアファイルの作成やワーキングでの活動を通じて事業確立に努めた。 5 医療情報キットの配布や安心生活見守り隊研修等で活動を強化した。 6 介護予防支援の受託可能な居宅介護支援事業所を開拓した。	1 毎日の個別記録を業務日誌に添付し、情報の共有を図った。 2 窓口当番設置で相談体制を強化した。 3 年度当初、文書により業務分担を明示したことで役割分担を明確に計画を遂行した。
居宅	訪問介護	1 あんしんセンター・デイ・ショートと情報を共有し、困難ケースや緊急時の対応ができた。 2 ご利用者・ご家族には、丁寧な説明を心がけ、介護保険ではできない制度の隙間を埋める支援を調整し、住み慣れた地域で暮らし続けることを支援した。 3 積極的に医療の現場に出向き、医療との連携を図る取組みをした。 4 ちよだケアマネ連絡会運営委員としての活動に参加し、情報収集し、楽習会(がくしゅうかい：千代田の独自の名称)の開催に積極的に取り組んだ。	1 同法人内にサービス部門・地域包括がおかれているメリットを活かすことができ、連携のとれた支援ができた。 2 部署内の情報は定期会議で確認し起きた問題は、そのつど部署内で話し合いの場を持てた。
	デイ	1 11月に新規開設後、営業の訪問により各居宅事業所・あんしんセンターと関係づくりをした。 2 連雀のあんしんセンター・居宅との連携協力のもと徐々に利用者が増やすことができた。 3 他の居宅からのターミナル2名の利用者の支援依頼を受け、本人・家族への支援をした。 4 千代田区在宅支援サービスの外出支援サービスの受託をし、介護保険サービスと併せて生活実態に即した支援をすることができた。	1 11月に新規開設し、実績を重ねた。 2 新チームを形成し、業務の目的、施設の中での位置づけ、相互の意思疎通など一つの部署として形作ることができた。 3 あんしん、居宅との連携も図れた。
ホーム	特養	1 稼働日 年間309日 延べ利用者2,816人 月平均利用者数 234.6人 2 相談員の配置により、多くのサービス担当者会議に出席できた。その結果、ケアマネジャーほか、サービス提供事業所の担当者顔と顔を合わせることで、情報共有がスムーズにいった。 3 現場復帰した職員と新任職員で半数以上占め、全般を遂行できる職員が限られていたため、業務の流れなど基本的なことを全員が同じようにこなすようにすることで精一杯だった。 4 入浴希望が多いものの、体制面でニーズに応えきれないという課題がある。	1 高齢化・重度化が進む中、ショートステイ利用との重複や震災の影響も稼働率が低下した一因となった。 2 ケアマネジャーや他事業所との情報共有がスムーズとなり、ケアの統一が図れた。 3 体制が安定せず、人材育成が不十分。
	看護	<ホーム> 1 個別援助を意識し居室担当やチームを中心とした取り組みが出来つつあり、幅が広がった。 2 年間を通して職員体制が安定しなかった。そのため新規職員へ業務内容を伝える作業や勤務上でも見習いの期間を設けなければならず、既存の職員の負担が大きかった。 3 又フロアによっては職員体制が年度末に縮小し、業務遂行だけで手一杯の日が増えた。 4 計画的にケアプランやモニタリングを行なう事が出来、担当者会議を経て本人の目標を導き出すことが出来た。 <ショートステイ> 1 個別援助計画の継続と書式の見直しに取り組み、滞在環境の改善や過ごし方を検討した。 2 定期的にショートステイの話し合いをすることで、情報の共有に努めた。又デイサービスとの情報の交換や話し合いを持つことで同一利用者へ対応を共有する事ができつつある。 3 可能な限り柔軟に緊急ショートを受け入れを行なった	1 居室担当を中心とした個別援助を利用者の生い立ちや趣味嗜好を踏まえ検討されるようになった 2 利用者が落ち着ける生活の場を作る職員体制構築には至らなかった 3 計画作成者を中心とした話し合いが定期的に出来、作成者だけの想いではないチームによる目標が立てられた。 4 滞在中の目標や家族の意向を把握しているにも関わらず計画書に反映できなかった。 5 話し合い自体の頻度は少なかったがデイとの共同による取り組みを確立した。 6 SSフロア以外でも多数受け入れた。
連携	食事	1 日常生活から看取りのケアまで体調変化に対応するよう嘱託医と連携して取り組んだ。 ・施設での看取り希望が増え、他職種と連携し、14名の方を連雀でお見送りさせて頂いた。 ・体調不良時の対応については相談員を中心に嘱託医、介護と連携し取り組んだ。 2 感染予防対策:感染予防研修・インフルエンザ、肺炎球菌予防接種を実施した。 3 定期健康診断・検便の確実な実施に努めるとともに研究会・委員会と協働し、各種研修(基礎看護、感染予防、褥瘡予防、誤嚥研修等)を開催した。	1 嘱託医、関係医療機関との連携はスムーズに行われた。 2 看護連絡会での各種マニュアル(看取り感染・褥瘡)の完成が継続課題。 3 デイサービス利用者への関わりを増やすことが課題である。 4 利用者に感染症の罹患は無かった。
	食事	1 一日提供食数 172食 年間提供数 63037食 提供平均栄養価:1472kcal たんぱく質:56.8g 塩分:8.5g 2 夕食時に1～2品のムース食を提供し、フロア全体にムース食を定着させる事が出来た。 3 試作は行なえたが、食材ごとのレシピの収集にまではいたらなかった。 4 委員会・研究会に積極的に参加したが、他部署との情報の共有や情報発信ができなかった。	1 全員が2施設対応出来る育成計画だが職員体制の変化もあり達成できていない。 2 食事連絡会を通し、計画的な交換研修により真空調理法の育成につながった。 3 計画生産から真空調理法への移行および岩本からの配送も実施できた。