

平成 29 年度 事業活動報告

はじめに

平成 28 年 3 月に社会福祉法等の一部改正が成立し、事業運営の透明性の向上、地域における公益的な取り組みの責務が求められる事となり、経営面の公表だけでなく、地域福祉活動を通し地域とのつながりを意識した年度であった。平成 24 年から取り組んできた八田小学校での認知症サポーター養成講座は八田公民館での健康講座、多々良公民館での認知症カフェに発展し、地域の関係団体や社協との連携も密になってきている。11 月には福岡市より共創のまちづくりへの活動として表彰された。更に多々良地域においては人口が 8 千人を超す見込みで、地域包括支援センターでは職員定数が 1 名増員となる。

今後も法人の先頭に立ち、地域の要求を掴む事が求められる。

人材の確保推進においては 2025 年問題を目前にしながらも免許取得者の潜在化、他産業への流出など社会的な問題が危惧される中、当法人においても紹介・派遣会社経由の入職が多い。入職 1 年未満の退職も続いた事から離職を生まない職場づくりは即急な課題となった。利用者は、重度化による急変、状態悪化により平均在所期間が短縮し、入退所者数は年間 20 名と増加傾向にある。一方では申込みの介護度制限が影響し待機者は減少している。今後は更に、社会情勢を見据えた管理・教育による人材・経営の安定性が求められる。

I、経営課題 経営評価は平成 29 年度決算報告を参照

II、法人の課題

- | |
|--|
| ○ 八田・箱崎の協調と協力体制 お互いが支えあい高めあう職場づくり 3. ⑤ |
| ○ 介護ウエーブの発展 担当者任せにしない 2. ① |
| ○ 包括支援センターを先頭に地域へ打って出る 1. ① |
| ○ 医療との連携。特に母体病院とのスムーズな連携(第 6 次長計をうけて) 3. ③ |
| ○ 次世代の利用者に向けたサービスの質を考察する 2. ③④ |

1. 無差別・平等の地域包括ケアをつくり上げる

- ① 地域包括ケアの礎となる運営推進会議・地域にねざした福祉・医療を創る会は地域の民生委員、自治会の参加を得、2 回の地域学習会を開催した。顔の見える関係構築の場となっている
- ② 福岡市や東区のキャラバンメイト講習依頼への対応、東区小規模多機能連絡会に法人からも参加し、関係家族と一緒に活動に参加した
- ③ 月 1 回の「認知症と家族の会」集いに法人として参加。認知症の家族を介護してきた、している方のお話を聞く中で、ご家族の悩みや喜びをお聞きしている。参加者は感想をまとめ 3 月の全職員会議で報告した
- ④ 「ふくおかライフレスキュー事業」のサポーター養成研修(3 日間)に 2 名が参加、法人で 4 名のサポーターとなったが、初年度である今年度は訪問活動への要請はなかった。東区では現在 4 法人、

5事業所が加入し、2か月に1回16事業所が集まり地区連絡会を開催、事例検討等を開始した

2. 介護改善の取り組みと他団体との連携

- ① 介護ウェブ署名活動に法人として毎回5～10名程度参加。毎月第4水曜に30分、博多駅にて介護関連の改善を求める訴え・署名活動を実施。次年度は現場職員の参加増を目標にする。1月28日県連医療介護福祉部主催の介護ウェブ学習会には11名参加、法人から施設の現状と課題について指定報告を行った
- ② 21・老福連に加入し、理念を守る取り組みを今後も守っていく。12月には4名が交流集会（神戸にて2泊3日の開催）に参加、2事例を発表。また、2月25日の県連看護介護活動交流集会には21名参加、6事例の発表を行った
- ③ 県・市老協に加入している。施設間連携を継続する目的で相談員、機能訓練士、介護支援専門員が各部門で会議に参加。箱崎統括部長が「次世代委員」の委員長を務めた
- ④ 障害・保育部門と高齢部門とが参加する「福祉共同会議」月1回の会議に出席。各分野の取り組み、課題を報告し、共闘連携を行なっている
- ⑤ 八田まちづくり協議会の、冬の防犯パトロールに2名参加した

3. 管理、教育課題

- ① 平成29年度新卒介護福祉士入職1名。新入職オリエンテーションは14名で実施。宿泊研修3名参加。学生実習受け入れは、社会福祉士5名（八田）2名（箱崎）、介護福祉士なし。介護福祉士養成校は定員割れしている状況だが、9ヶ所の養成校と4ヶ所の大学訪問を実施。引き続き法人の理念、教育・育成体制を伝えるとともに、行事関係へのボランティア受け入れも声掛けしていく。利便性から八田より箱崎拠点の強みがある事を意識しておく
- ② 平成29年度入職者数35名。退職者数32名
入職時職種は介護福祉士20名。初任者研修1名。実務者研修2名。無資格者1名。看護師4名。准看護師1名。夜警1名。ヘルパー2級3名。事務2名。作業療法士1名。雇用区分は常勤Iでの入職が15名（入職者比42%）だったが、そのうち37%が退職している。ここ3年転職での退職が年間13～14名。面接は事務局長、施設長、統括部長で対応。介護に対するイメージと実務とのギャップ、身体的負担や通勤時間、休日希望など細かい点で問題が生じた経過があり、今後の確認内容に活かしていく
- ③ 千鳥橋病院、たたらりハビリテーション病院との医療連携では定期協議が定着している。3か月退所の問題を訴え続けた結果、退所判断は早くなり入退所者数は増加傾向にある。月1回たたらりハビリテーション病院管理会に参加
- ④ 委員会は法人委員会が（防災・労働安全衛生・教育・苦情解決・社保・広報・レクボラ・接遇・実習担当・PC記録）八田・箱崎拠点の委員会は（栄養ケア・褥瘡・食事・安全・身体拘束廃止・感染予防・排泄入浴・ケアマネ・入所検討）を運営（総括は別紙参照）
- ⑤ 教育委員会・法人が運営する全職員会議は毎月実施し、監査や情報公表等で問われる研修内容を網羅している。年7回は各拠点で分割開催。勤務上、参加できない職員への伝達・理解を今後も教育委員会で追求していく。9月の交流集会では「介護・看護、ちどり福祉会の魅力や誇りを語り合い伝えよう」をテーマに意見交換、グループワークを実施。人材不足の忙しい中でもコミュニケーションが重要、教育システム、福利厚生が整っている、ローテートの必要性など多岐に渡る意見交換や

協調の場、お互いを認め・高め合う場となり毎年好評。各交流集会参加に先駆け事例発表も行い、学びや気付きの機会となっており、評価できる。外部研修は 53 の研修に延べ 62 人が参加、業務保障時は報告書を提出し、各事業所にて伝達学習を実施した

- ⑥ 育成面接は体制困難から実施が遅れた。職員の要求聴取や成長の評価が遅れた事は職場づくりへ影響したと考え、人事課題の面からも次年度は計画通り実施する必要がある。各事業所では定着支援面談を予定の入職 1 ヶ月目の前 3・7・14 日目に追加した。メンタルヘルスにおいては環境の変化による悩み等も含め、年 6 回、11 人が専門医師による面談を受けた。改善が必要な案件については職場責任者と相談するなど対応を行った
- ⑦ 新たな資格取得は介護福祉士 1 名、介護支援専門員 1 名、キャリア段位制度の要となるアセッサーは 4 名。レベル 4 認定者は 3 名となった。介護福祉士実習指導者講習に 2 名参加、キャラバンメイト養成研修に 1 名参加。箱崎では新入職員に育成ノート利用を開始（4 月より法人全体で運用）
- ⑧ 3 月に事務局長、施設長の定年退職があり、平成 30 年 4 月に両名が交代となる。後継者育成では八田相談員課長の拠点異動、統括部長就任に向けた動きがある
- ⑨ 12 月中旬より入所者、職員がインフルエンザに罹患。箱崎特養では 2 人目の罹患が確認された時点で同フロア 8 名に予防投与を開始、最終的には 10 名の発症が続いた。1 月は職員家族の罹患が続く。2 月は八田特養で入所者 1 名、職員 1 名の罹患が確認され同フロア 17 名に予防投与を開始し蔓延はなかった。予防投与においてはご本人、ご家族等へ了承を戴いた。

4. 賃金・労働条件改善

- ① 介護職員処遇改善加算の取得による 1~8 号俸のベースアップとそれに伴う短時間職員の時給改定、准看護師・大卒事務と社会福祉士体系の改定を実施
- ② 介護職員が新たな資格取得や上級資格を取得するための費用の一部補助をする、法人独自の介護資格 チャレンジ応援制度を新設し、2 名の利用があった（実務者研修）

用語解説

- ふくおかライフレスキュー事業：県内の賛同した社会福祉法人が「ふくし」を行う事を目的とした非営利活動。拠出金にて運営し、必要な利用者には基本現物給付する。3 日間の養成研修に参加したサポーターが各施設、分野から集まり、相談者に対応するしくみ。地域における公益的な取組に当たる
- 21・老福連：21 世紀 老人福祉の向上をめざす施設連絡会の略。北海道から沖縄の賛同施設は平成 30 年 4 月 17 日現在 99 施設。毎年全国を回る形で 2 泊 3 日の交流集会を開催している
- 次世代委員：福岡県老人福祉施設協議会、会則第 16 条に基づき設置された専門委員会の委員。委員会の目的は経営、サービス担当者の育成と相互研鑽及び資質向上を図る。委員定数 16 名
- 福祉共同会議：憲法が生きる福祉社会をめざす福岡共同会議の略。保育・福祉・高齢分野が集まり各分野の情勢や課題、運動について報告、協議、協働している
- キャリア段位制度：職業能力を職種ごとに、全国统一基準にもとづいた段位によって評価・認定する仕組みのこと
- アセッサー：職員の職業能力を判断する人（通信教育と講義が必要）法人には現在 5 名います。
- キャラバンメイト：認知症サポーターの講師 法人には現在 7 名います。
- チャレンジ応援制度：介護職員が新たな介護資格、上級資格を取得する為の受講等費用の一部を補助する制度。要件あり。

Ⅲ、各事業所課題

いきいき八田拠点

平成 29 年度は特養の稼働率目標を 95.2%（常時 3.5 名空床）とし、第 2 四半期は好調だったものの年間の平均稼働率は 94.0%と到達しなかった。入院者数が前年度 44 件から 53 件に増加し空床が 1500 日を超える事態となった。退所者の平均入所期間も前年度 4 年 9 ヶ月、29 年度 3 年 7 ヶ月と短くなり、ますます重度化が進行している。ケア実践の主体である介護職員の流動が著しく、定着を図ることが大変困難な状況である。

ショートステイは、年間の稼働率平均実績を 91.8%、空床利用含め 93.5%まで向上させ、地域からの緊急利用の要望に積極的に対応した。デイサービスは、機能訓練指導員の急な退職があったが管理者はじめ職員の奮闘で全ての月で目標 21 名以上の 23.5 名、予算比 112%を達成した。認知症デイサービスは、昨年度に引き続き困難な事例に対応し、全ての月で目標 6 名以上の 7.2 名を達成した。地域包括支援センターは受託 3 年目を迎え、職員配置が安定し地域の砦としての役割を發揮している。

地域貢献の取り組みは、9 月から開始した「しろうおカフェおれんじ」（認知症カフェ）を法人外連携含め順調に運営しており、行政、社協、地域、医療・介護事業所との連携・協働の輪が広がった。

〈特養〉（広域型・地域密着型）

1. 稼働率 95.2%(広域型 94.9%・地域密着型 97.0%)を確保し、安定した経営を維持する。
 - ①協力病院や家族との連絡調整を定期的に行い、入院期間を相互確認し退院・退所の目安をつける。
随時の連絡調整により、1 人あたり平均入院日数は前年度 26.8 日から 24.4 日へ短縮できた。
 - ②生活相談員課長・看護課長・統括部長の 3 者で連携し、入退院・入退所調整を行う。
病院との連絡調整やカンファレンス参加などで連携・分担して対応した。
 - ③空床活用のための業務改善を行い、目標をもって活用する意識付けを行う。
生活相談員と統括部長間の情報共有はできたが、退院目途が不透明なことも多く空床利用率は前年度 6.0%から 5.1%へ下がった。
2. 働きやすい職場づくりを行う。
 - ①教育システムの流れを明確にし、新入職員のサポートを確実に実施する体制づくりを行う。
育成面接や介護技術チェックの流れを年間スケジュールで見える化した。新入職員の定期面接などのフォローアップを確実に実施できていない部分があった。
 - ②主任・副主任・ユニットリーダーとして力を発揮するためのリーダー養成を行う。
主任リーダー会議で業務改善提案や個人の尊厳（人権）学習を実施した。
 - ③職員個人とユニットの状況を総合的に捉え、必要なローテーションを検討する。
介護・看護課長とともにユニットの状況把握に努め、主任以下への必要な指導等を行ったが、異動にまで結びつけられなかった。
 - ④ユニット内・ユニット間の連携を構築・強化する。
全体的な協力・連携はすすんでいるが、特定のユニット・フロアで課題が残った。
 - ⑤職員が自ら業務改善の意識を持ち、提案できる職場環境をつくる。
年度後半の主任リーダー会議あるいはユニット会議において、ユニットリーダー以上が業務改善を

自主的に提案する場面が増えた。

⑥介護の楽しさを実感し、職員間の横のつながり、親睦を深められるような企画を設ける。
交流会等の企画を検討したが実施に至らなかった。

⑦会議・委員会がそれぞれの役割を果たしているか、進捗を随時確認する。
委員会出席あるいは議事録確認により、方針に沿って活動を進捗させているか確認した。

3. 利用者の生活を豊かにする個別ケアの充実を図る。

①認知症学習会や各種研修を通じて認知症の理解を深め、認知症ケアの向上を図る。
外部研修は職員体制の課題によりほとんど出せなかった。認知症学習会の参加も偏りがあった。

②歯科と共同して口腔ケアの充実をはかる。
たたりハ歯科衛生士による利用者数名の口腔ケア技術ラウンドを実施した。実施方法を学び、意識向上につながったが、他多数の入所者の口腔ケアには課題が残る。

③重度化に対応できるユニットケアのあり方を検証する。
直接的介助の増大に伴い業務改善を行ったが、ユニットケアのあり方の検討には到達できなかった。

④家族との連絡方法を把握・検討し、より信頼関係を深める接遇力を身につける。
電話連絡場面における接遇を観察できなかった。

⑤利用者・家族の思いに寄り添う看取り介護をさらに発展させる。
29年度は2名の方の看取り介護を行った。1丁目の方は孫が寄り添う中で息を引き取る看取りとなった。

4. いきいき八田らしい地域包括ケアシステムを目指す。

①行政・社会福祉協議会・関係機関・地域と協働した地域公益活動をさらに拡大させる。
ふくおかライフレスキュー事業に参画したが連絡会以外の動きはなく終わった。下記②③の取り組みの中で行政や社協、地域との連携が広がり、協働の取り組みが広がった。

②「地域にねざした福祉・医療を創る会」による活動を継続し、地域との関係を深める。
地域課題の把握や地域住民との学び合いを継続実施した。9月は「障がいのある方が地域で暮らし続けるための課題」をテーマに講演と意見交換を実施、民生委員など47名が参加した。2月には「地域の見守り活動」をテーマに多々良校区自治会長らから講演と意見交換を実施、民生委員など43名が参加した。地域の福祉力向上に寄与できたと実感した。

③あらたに主任ケアマネジャーなどと連携して「認知症カフェ」の取り組みをすすめる。
9月から、多々良校区関係団体や医療・介護関係事業所との連携の下、多々良公民館で「しろうおかフェおれんじ（認知症カフェ）」を開始。毎月開催しスタッフ含め7回で延231名の参加、市政だより東区のページや社協広報誌に掲載された。

5. 事故・苦情を正しく把握し、適切な対応ができる体制をつくる。

①事故・苦情の初期対応を適切に行う。
苦情は「情報の取り扱いに関するもの」が2件あったが、迅速に対策を立案・実行し問題につながらないように対応した。

②事故・苦情の根本原因を精査し、実効性ある再発防止策を立案する。
全ての事故でカンファレンスを実施し再発防止策を立案してきたが、転倒や内出血等同じ入所者で繰り返すことがあり、実効性については課題が残った。

6. 利用者や職員の処遇改善を獲得する取り組みを行う。

①県連や他事業所と協働して介護ウェーブ活動に取り組む。

年間の半分の6回が雨天で流れたが、県連や福岡医療団、NPOなどと連携して取り組むことができた。

②署名の内容を職員が正しく把握し、対外的アピール力を養う。

全てのフロアではなかったが、職員会議で署名内容の説明を行っていた職員がいた。

③認知症の人と家族の会や福祉共同会議、他団体との連携を強化する

アルツハイマーデーの街頭宣伝に参加し、認知症への理解を求める宣伝を行った。障がい・保育団体との連携の場である福祉共同会議にも定期的に参加した。

文責：統括部長 川添 大介

〈ショート〉

1. 利用者確保・床稼働の安定化

稼働率は各月及び年間平均ともに目標 89.5%とし、年間平均で実績 91.8%と達成した。平均介護度は上半期 2.88 まで低下した月もあったが、下半期は平均 3.2 を超過し収益増に貢献した。

①ショートステイの長期利用者を安定的に確保する

長期利用者の継続確保により、稼働は安定していた。状況により増減はあったが6床確保できた。

②長期待機者を常に把握し、長期利用者の入所や入院時の空床期間を減らす

長期利用者の施設入所や入院が同時期に3名あり、その月は影響を受けたが、待機者把握により翌月までの影響はでなかった。

③新規利用者、定期利用者確保の為に特徴を活かした営業活動と広報活動を実施する

新規利用者獲得に向けた具体的な取り組みはできていない。

④緊急利用や追加利用に迅速に対応し、必要時は静養室活用を進める

医療的処置や認知症等で見対応困難と思われる利用者を受け入れたことで、ケアマネジャーからの信頼を得て、緊急利用や追加利用の依頼も増えた。受け入れに際しては生活相談員、介護職員ともにスムーズな対応ができていた。

2. 新しい取り組みと業務の見直しにより、常にフレッシュで活気ある事業所を作る

①新しい行事やレクリエーション、ニーズを取り入れた手作業、機能訓練を実施する

利用者のニーズを確認しながらおやつ作りや、プランターでの園芸(野菜作り)に取り組んだ。人材不足が継続し、新しいレクリエーションの取り組みにはつながりにくかった。

②多職種で連携し情報の共有、個別ニーズへの対応を図る

利用者のケアに関わる情報について、相談員間の情報共有不足や職種間の情報共有あるいは伝達不足があった。必要な情報が伝達されず、個別ニーズに対応できないことがあった。施設外との連携についても、利用者の健康状態に関する情報が相手方から伝達されないことがあった。

③ユニット会議等でサービスを評価、見直しをすることでサービスの向上に努める

ユニット会議内で利用者の個別カンファを行いケアの統一やサービスの見直しを検討できた。

④家族の希望や在宅介護の状況を把握し、家族も含めた包括的ケアを実施する

家族の介護力が弱いケースや虐待が疑われるケースなど、利用日数追加や長期ショートへの移行など提案することができた。

- ⑤こまめな報告・忘れ物減・苦情、事故、要望等の早期対応を徹底し利用満足度を高める
重大な事故や苦情はなかったが、職員の入れ替わりもあり忘れ物や事故が多くなることがあった。次年度は原因究明や具体的に数値化し忘れ物を減らしたい。また、満足度アンケートを実施し、改善点が目に見えるようにしていく。
- ⑥特養併設のメリットを活かした認知症の個別ケア、安心、安全、安定の『快護』を提供する
職員の入れ替わりも激しく余裕をもった快い介護とまではいかなかった。認知症重度は個別で関わる必要性が高く、職員の精神的負担が大きかった。在宅生活支援のために認知症症状を点ではなく線で捉え必要な対応につなげていく必要がある。

3. 法人間、協力病院との連携体制強化

- ①法人内で稼働率状況、共通利用者の状態、営業情報を共有化する
共通利用者の状態についてはその都度情報交換できた。また、相談員会議を中心として各事業所の営業や稼働率状況も把握するよう努めた。
- ②箱崎ショートステイと空床情報、長期ショート確保状況等、連携体制を強化する
長期利用者リストをお互いに共有し空床が出た時や CM や SW からの問い合わせや紹介があったときに連絡を取り合うことができた。
- ③たたりらハビリテーション病院との長期ショート調整を二拠点で対応する
八田、箱崎ともに長期の空床が発生した時は、長期利用希望者の確認を病院 SW に行った。また、それに伴い長期利用の打診をもらうことが増えた。

4. 入院空床の稼働を意識する

- ①退院調整との連携を図り空床期間の把握に努める
空床期間はその都度確認できていた。また、病院側にもショートで利用している期間を伝えることで退院を調整してもらうことができた。
- ②緊急利用時の入院空床活用を進める
まずはショート床を優先して調整し、難しい時のみ入院空床の案内となるため、年間 97 日の活用にとどまった。地域密着型ユニット床での空床は料金面や再度契約が必要な点で利用しづらく、案内したが利用に至らなかった。特養職員はショートステイの受け入れに慣れていない課題はあるが、事故や混乱なく対応できていた。
- ③入院空床の居室状況等により静養室を活用する
静養室を活用するケースは発生しなかった。

文責： 副部長 門司 純
統括部長 川添 大介

〈デイサービス〉

1.利用者確保と安定した事業運営 目標 21名/日

体験利用は 51 件(内要支援 24 件)、新規利用 37 件獲得し、平均利用は 23.5 名と全ての月で稼働・予算達成ができた。

- ①空き状況や活動ニュースを定期発行し居宅介護支援事業所への営業活動を強化し利用者獲得に繋げる。

営業範囲を拡大し利用実績のない居宅への訪問、活動ニュースやレクカレンダーの配布を行い営業活動の強化に努めた。また、体験利用時の報告シートの変更等を行い、紹介や新規利用に繋げることができた。

②目標を達成する喜びをともに共有し、職員全員の営業意識を高める。

職場会議で実績報告や毎月の稼働・予算の達成状況を伝える他に、当日キャンセルの連絡を受けた時は振替利用の提案を行う等、職員の営業意識を高めることができた。

③利用者の状況を関係事業所へこまめに報告し信頼関係を構築する。

利用状況報告書を毎月配布し利用者の状況を詳しく報告することができた。また、些細な利用者の状況変化も見落とさずに報告し、担当ケアマネとの関係づくりを図った。

④利用者の体調管理に努め、入院者の状態把握と調整を密に行い空きを長期化させない。

利用者の体調不良時は迅速に家族・関係者へ報告し、早目に受診を促すよう努めた。毎月、家族や担当ケアマネに入院者の状況確認を行い、入院や中止で空きが出た際には利用者・家族に利用日追加の提案を行い稼働安定に繋げることができた。

⑤満足度アンケートを実施し、現状の評価と改善に努め、より望まれるサービスを提供する。

利用者満足度アンケートは60名に配布し51名回収できた。おやつの内容を改善して欲しいという要望や外出をもう少し増やして欲しい等の意見があり、おやつの内容変更や外へ出る機会を増やすため散歩の時間を設ける等の改善を行った。

2.サービスの質を高め、選ばれる事業所を目指す

①利用者、家族の想いに寄り添った個別ケアを実施し、利用満足度を高める。

利用者が自主的に活動に取り組める環境づくりや、利用者・家族の要望に柔軟に対応し、外周散歩や手芸等の個別活動を実施した。また、送迎範囲を志免町や和白まで拡大し短時間利用も柔軟に受け入れた。

②利用者一人ひとりに合った機能訓練の実施と充実を図り、活気あるデイサービスを目指す。

機能訓練指導員の退職があり個別機能訓練Ⅰは11月からやむを得ず算定中止となったが、今年度から開始した個別機能訓練Ⅱは訓練内容の充実も図ることができ利用者の楽しみのひとつとなっている。

③自主性・積極性を取り入れた回想法を行い、認知症予防に努める。

機能訓練指導員の退職により回想法グループ活動は終了したが、レクリエーションの時間に回想法の手法を取り入れ、認知症予防に継続して努めることができている。

④職員の技能を活かした、サークル活動や「八田げんき会」等のレクリエーションの充実を図り、利用者の生きがいつくり繋げる。

利用者一人ひとりが活躍できるようマンネリ化したサークル活動を見直し、新たな活動として料理サークルを開始した。「八田げんき会」は毎週様々な講義内容が利用者の学ぶ意欲に繋がり、利用日追加にも繋がった。

⑤利用者の意欲を引き出し、軽度者から重度者まで役割を持って活躍できるデイサービスを目指す。

利用者のできる能力に目を向け、個々に合った活動を提供することで利用者の意欲向上に繋げることができた。

⑥今年度から始まる総合事業への対応を進める。

4月から生活支援型サービスを開始したが利用がなかったため、要介護者の利用増加に伴い10月に生活支援型サービスは休止し、利用定員数を30名に変更した。

3.法人内と連帯法人との連携を果たす

①法人内事業所との情報共有を図り利用者のケアに反映させる。

ショートステイと利用者の情報交換を行い、利用者・家族が安心してサービスを利用できるよう努めた。

②在宅部門の連携を強化し、利用者のニーズに合わせたサービスを目指す。

認知症デイサービスと連携し合同での行事や箱崎デイサービスとの合同会議を実施することができた。また、利用者の状況に応じ認知症デイサービスや箱崎デイサービスへの紹介を行い、利用者のニーズに合わせたサービスの提案ができています。

③地域包括支援センターとの連携や、地域とのつながりを強化する。

問い合わせや体験利用等、積極的に応じ新規利用にも繋げた。また、八田校区のランタン祭りでは、ランタン作りに協力することができた。

④母体病院、介護支援事業所との連携を強化する。

送迎範囲外の利用や利用拒否のある方、お迎え時に更衣介助や衣類の洗濯が必要な方等、困難事例を積極的に受け入れ、柔軟な対応ができた。

4.職員育成

①職員一人ひとりのスキルアップを援助し「考えて動ける」職員作りを進める。

職員の異動等はあったが、新入職員が焦らず業務を習得していけるよう、職員全員でフォローを行い、互いに助け合いながら楽しく働ける職場作りができた。

②研修参加・資格取得を奨励し、向上心や向学心を育む環境作りを行う。

外部研修や内部研修への積極的な参加と伝達講習も行うことができた。研修参加を自ら希望する職員も増えた。

③職種間で連携・協働し、利用者の在宅生活を支える質の高い介護を目指す。

看護、機能訓練指導員や他部署との情報交換や連携を図ることができた。また職場会議で機能訓練についての学習会を実施し、機能訓練への意識を高めることができた。

④職員の積極性を伸ばし、共に成長し、前進するデイサービスを目指す。

職員の意見や提案は積極的に受け入れ、新しいサークル活動や行事など様々なことにチャレンジできるデイサービスづくりができた。

文責：課長 坂本 望

〈認知デイサービス〉

1. 利用者確保と安定した運営を行う。 目標 6.0人/日

問い合わせ23件、体験9件、新規利用8件獲得し目標の6.0人を上回った利用者平均7.2人を確保することが出来た。

①困難事例の受け入れを可能な限り行い、事業所評価を向上させ、ケアマネージャーとの関係を高める。

引きこもりとなった方への自宅訪問はもちろん困難事例の受け入れを行ない利用者に寄り添った対応に努めたことで事業所評価の向上へと繋がった。

- ②居宅支援事業所等への営業活動を強化し、情報交換をすることで利用者獲得を目指す。
東区から博多区の居宅支援事業所へ活動範囲を拡大すると共に利用実績がない事業所への訪問を行い事業所 PR と空き情報を伝えたことで新規利用者獲得に繋がった。
- ③担当ケアマネージャーへの現状報告や利用者の変化を速やかに報告し、的確な支援につなげる。
ケアマネージャーとの連携が上手く図れず難航する場面もあったが、家族の声や利用者の状態変化等こまめに報告を行った。
- ④「運営推進会議」を通じて状況や課題、成果等を報告し、地域に開かれた事業所を目指す。
年 2 回の運営推進会議で直近の登録者数、行事やレクリエーションを通じての様子や運営の特徴について地域の方々へも報告できた。
2. サービスの充実を図り、認知症デイの特徴あるケアを目指す。
- ①アットホームなケアの取り組みを行いながら利用者一人ひとりに楽しみや役割を持っていただく。
利用者に寄り添ったケアに取り組み行事やレクリエーション等の参加で楽しみや役割を持っていただくことができた。
- ②在宅生活での状態等を把握し利用者に合わせたケアを提供することに努める。
送迎時に家族との談話も心がけ自宅での様子、家族の介護に対する不安等、傾聴し日頃のケアに役立てることができた。
- ③認知症により閉じこもりとなった方等にも訪問や声掛けを続け信頼関係をつくる。
無理に外へ出ることを勧めず繰り返し訪問しながら信頼関係の構築に努めることができた。
3. 利用者、家族、に対する満足度を高めよりよいサービスを行う。
- ①認知症ケアでの助言や相談を行い、医療サービスと協働した在宅ケアにつなげる。
医療、介護面での相談など他職種と連携し利用者・家族の在宅ケアに繋がった。
- ②年 1 回のアンケート調査を実施し事業所活動の客観的な評価を行う。
利用者満足度アンケート調査を実施し「リハビリをして欲しい」との要望が 1 件あり歌体操など体を動かすレクリエーションを取り入れ改善を行った。その他「いつも感謝しています」との声を多くいただき家族の中には度々来訪され談笑されるなど開かれた環境となっている。
- ③認知症に対する知識や実践を学び利用者に安心感と家族に支持していただけるケアを実現させる。
認知症学習会の実施や外部研修の参加を活かし支持いただけるケアに努めることができた。
4. 法人内の事業所と連携を強化し、包括的なサービスを行う。
- ①法人内の相談員を中心に情報を共有し、よりの確な利用者ケアに反映させる。
ショートステイ相談員との情報共有で併用利用している方のケアがスムーズに行えた。
- ②在宅部門での情報共有を高め、法人事業所を活かしたサービス提供をつなげる。
デイ管理会での情報共有や相談員会議にて箱崎デイとの情報共有もでき活動の確認や提案等よりの確なケアに繋げることができた。
- ③認知症に関する知識と実践を積み上げ、法人内の認知症ケア向上につなげる。
認知症学習会を通し大牟田市のみさき病院から医師の協力を得て法人内の困難事例に対する助言を頂く等、認知症ケアの向上に繋げることができた。

文責：主任 八朝 智子

いきいき箱崎拠点

箱崎拠点の実績は昨年度から比べると収入増であるものの、特養の稼働率低下と小規模多機能の平均介護度低下により全体的には予算達成できなかった。その中でもショートは実績を上げ一定の成果が見られた。在宅部門は外部からの評価も高く選ばれる事業と言える。予算に対しての意識を高め、実績でも評価される事業所にするのがより高い事業所の質を確保することに繋がる。

地域との関わりでは講師派遣や行事への参加を例年並みに取り組んでいる。新しい取り組みを友の会と協力して行う予定だったが計画のみで実施は平成30年度からとなった。

今年度は例年にも増して退職者が多く、新しい職員確保にも苦戦した。全ての方針は職員あってこそその取り組みになる。業務改善と人材確保を同時に行い、職員を育て、流出を防ぎ、利用者により良い生活を送ってもらえる拠点作りを行う。

〈特養〉 (広域型・地域密着型)

1. 床稼働率 96%を確保し、安定した経営を維持する。 **平均稼働率実績 94%**

①協力病院、家族との連絡調整・面談を細目に行い、早期の退院・退所判断を行う

延べ18名の入院で入院日数の合計は513日、平均入院期間は29日/人と昨年度の17日/人を大きく上回った。骨折入院が1名、全身状態の悪化で入院が長期化した2名、たたら転院による長期化1名いたことが原因。状態悪化の2名は結局退院後間もなく再入院して退所となった。一旦受け入れることで退所時に家族の納得は得られるものの、退所にすべきだったケースなのか判断に迷いがある。たたらの転院は千鳥橋病院の都合でもあった。病院や家族とは細目に連絡を取っていた。

②生活相談員と連携しながら、次期入所候補の確認・面談を計画的に行う。

退所の可能性が発生した時点で相談員に伝え連携は図れた。しかし4月末から5月末にかけて退所者5名と集中し、その期間は新規入所に苦戦し平均入退所ロス16日と昨年度を上回った。相談員2名でいつでも対応できる体制が必要。

③入院期間を明確にし、空床のショートステイ活用をすすめる。

空床利用件数は26床。昨年度よりは増えているが利用率は4.1%と下がっている。ある程度入院期間は見込める部屋でも依頼に繋がらず活用が進まなかった。

2. 充実した個別ケアを実践し、他施設、他事業所との差別化を図る。

①軽度者から重度者までそれぞれの暮らし方を全体で検討し多様な個別サービスを提供する。

入所者の介護度やレベル低下の状態に合わせてユニット会議や現場レベルで話し合いを行った。重度化が進んでおり必要なケアを臨機応変に対応する。

②ユニット間、ユニット内、職種間での情報共有を確実にし、統一されたケアを行うと共に互いの協力関係を強化する。

ユニットリーダーの交替で情報共有が進んだユニットもあれば逆のケースもあった。人が少ないからこそ他職種間での情報共有、協力体制は構築できた。

③認知症の人でも安心して暮らせるように認知症ケアについて学習をすすめる。

認知症学習会への出席が少ない。事例発表で帰宅願望の取り組みを発表したものの特養で認知症の学習が進んでいるとは言えない。次年度は積極的な参加を進める。

④委員会、会議の役割・内容を再度検討し、ケアの向上に繋がる取り組みを行う。

下半期から委員会の出席率が減り委員会や会議が開催できないこともあった。委員会や会議の数が多く調整が困難な時もあるので委員会編成も見直しが必要。

- ⑤地域・ボランティアとの関係を大切にし、利用者が社会との繋がりを感じられる施設づくりを行う。

地域のボランティアや演芸サークルなど積極的に受け入れを継続し、ボランティアとのコミュニケーションも図れている。利用者の楽しみに繋がっている。

3. 事故、苦情への対応を迅速に行い、信頼される施設づくりをする。

- ①事故や苦情について同じ事故や苦情が発生しない様な課題分析や対応策を検討し事故・苦情発生率を減らす。

全体的に昨年度より事故の件数は減少した。事故によってはカンファだけでなくユニット会議で再度対応について協議する事もあった。苦情は事務所の対応に対するものが1件あり。ルールの徹底や迷った時に上司に相談するなどの対策が必要。

- ②小さな意見も拾い上げ、苦情や事故に繋がる前の対応を心がける。

日々の業務や会話の中で知り得たことを多職種からの報告で把握することにより、本人や家族の思いに対応し大きな苦情・事故は発生しなかった。

- ③利用者満足度アンケートの回収率を上げる内容を考え、実施分析しサービスの質向上を目指す。

アンケートの内容を5段階評価のシンプルなものにして評価しやすい様に変更した。回収終了後に不満部分の対応について検討する。

- ④日常業務の中で利用者本人の意向に沿ったケアを意識し実践する。

外出企画や誕生会など今までしていないことや本人の希望に合わせて企画できていた。訴えの多い人に偏りがちだが、意向が確認できない人に対しては職員同士の話し合いや家族の意向を確認しケアを工夫できた。

4. 職員がやり甲斐を感じる職場作りを行い、働き続けたい事業所を作る。

- ①業務内容を常に見直し、ムリ・ムダ・ムラのない業務を構築する。

業務の見直しはユニットリーダーを中心に各ユニットの状況に合わせて随時行ってきたが、難しかったという意見もあった。

- ②職員自らが職場改善について意識を高め、提案できる環境づくりをする。

ユニット会議を中心として意見が出る様になってきた。普段の業務の中でもユニット内で意見交換ができています。

- ③個人のレベルに合わせた新人教育プログラムをユニットだけでなく全体で考え協力しながら実践すると共に、能力、希望に合わせた外部・内部研修を計画する。

部長課長会議を開催し新人育成ノートを作成するなど全体で育成出来る様に取り組んだ。外部研修への参加が少なく内部研修中心になった。

- ④腰痛対策、メンタルヘルスの取り組みを進め心身共に職員の健康を守る。

今年度はメンタルで休む職員が少なかったもののストレスは高いという意見は多い。細目に話しを聞くなどの対応が必須。腰痛対策は予防体操を今年度から変更した。その他、職員個人が整骨院に行くなど対策しており昨年度の様に業務に支障が出るケースは少なかった。

- ⑤役職者が協力し新入職員の定期面談を確実に行うと共に、課題がある職員への面談を早期に行い、

今後の必要なローテーションを検討する。

現場は面談まではできなくても声かけはしている。下半期からは派遣でも入職後の面談を細かくしていたが部長中心になった。現場や課長と打ち合わせをして面談の振り分けが今後必要。部長課長会議で入職後1ヵ月間の面談頻度を増やし実施できている。ローテーションのきっかけは退職によるものが中心になっているが希望も考慮し異動によって以前より意欲が高くなった職員もいる。

文責：統括部長 兒島 伸

〈ショート〉

1. 利用者確保・床稼働の安定化

目標 86.5%稼働 9.5人/日

①居宅介護支援事業所に定期的に空床情報を送付する

稼働が安定していない月は細目に空床情報を送付し、長期利用でも受け入れ可能であることを記載した際は直後に数件の問い合わせがあった。

②緊急ショートや利用追加・キャンセル待ちに迅速に対応する

今年度の平均稼働率は86.1%、入院床込みで86.7%で稼働率は未達成となった。原因としては1月～3月にかけての平均稼働が79.2%と落ち込んだことが挙げられる。緊急や追加利用・キャンセル待ちにはケアマネや他職種と連携し行う事が出来た。

③長期利用希望待機者を管理し利用調整を行う

1月より長期利用者が2名退所となり、数名の長期利用者のリストはあったが、他施設に決まっていたり、なかなか折り合いがつかず迅速に利用調整を行う事が出来なかった。

④入院空床の積極的な活用

入院床は4、6、9、10月の活用で3名の方が述べ日数26日間の利用で、ほぼ前年度と同じ数字になっている。

⑤利用者獲得のため新規事業所も含めた定期的な広報・訪問活動

ショートステイ便りと行事のスケジュール表、月の報告書を作成し居宅訪問時に持参する。毎月8～10件訪問を行ない利用に繋がるケースもあったが、その場での新規の依頼はほとんどなかった。新規事業所について数は少なかったが訪問を行う事が出来た。

2. 個別の要望に対応できるスムーズさや柔軟性を活かし「また来たくなる事業所」を目指す

①個々のニーズを反映したレクレーションや手作業、機能訓練を実施する

レクや手作業は本人や家族の意向を汲み取り実施することが出来た。機能訓練も機能訓練士の協力を得ながら取り組むことが出来ているが、職員によって提供の質にばらつきも見られ職員の育成と時間確保が課題である。

②行事や外出等の充実を図り、利用者の希望に沿った余暇活動の提供

誕生会を中心に行事や外出は希望に沿ったものを提供する事が出来た。余暇活動では個別に好きな作業を準備したり、チャンポンや餃子作り等新しいアイデアの考案を行い取り組むことが出来た。

③細やかな記録や情報報告の向上を図り、丁寧な家族対応を行う

細やかな記録を記載する事に対して意識付けは出来ているが、利用中に提供している事が記録として残せていない事もある。夜間帯の記載については家族やケアマネから問い合わせもあった。

実施しているにもかかわらず、出来ていないと判断されることもある為、細やかな記録を周知徹底して行きたい。

④チェックリストを活用し、忘れ物や紛失をなくす

今年度の忘れ物合計は39件で、前年度より若干ではあるが増加している。最も多い月では7件発生している。忘れ物がなかった月は11月のみで、毎月の様に忘れ物があった。忘れ物の場所としては、タンスや冷蔵庫など防げる物もある為、退所の際、確認を徹底して行きたい。

⑤利用満足度調査の実施と評価に基づいたサービスの質の向上

アンケート結果に基づき、入浴回数や機能訓練実施等対応出来るものは改善を行った。また、家族からの声に対しても全てに返答し理解を求める事が出来た。今後も満足度調査を実施し、サービスの向上を目指して行きたい。

3. 在宅生活を支える事業所としての支援機能の強化やリスク管理の徹底

①利用者を取り巻く家庭環境・サービス利用状況の把握

面接の際、家庭環境をチェックし自宅に近い環境で生活できるよう努めている。居室のセッティングに関しても、図で表し準備品を記載することで他職員にも徹底出来ている。また、改善した方が良い点など介護スタッフより提案を受けることもあった。

②介護職員を含めた送迎体制と担当者会議への参加

上半期は介護スタッフも送迎に携わる事が出来たが、下半期は職員体制によって送迎要員が出せなかった。担当者会議については年1回の参加となる。引き続き参加を希望している職員もおり出来る限り調整していきたい。

③ご家族やケアマネ・他事業所との密な情報交換と申し送りの徹底

家族には利用報告書を利用毎に渡し、ケアマネには月の報告書を渡している。また、送迎時に日頃の様子も含め状態変化について確認を行っており、他職種で申し送りを行っている。ケアマネに対しても随時報告を行っている。

④多職種間の日常的な情報共有を行い事故や苦情を予防する

苦情は今年度3件発生した。居室の汚れに関するものと衣類の汚れに関するものであったが、報告や連絡不足にて発生している事もあり、未然に防ぐ上でも統一した対応を行って行く必要がある。

⑤困難事例や緊急対応の積極的な受け入れ

熊本地震被災者で福岡に移住し急遽受け入れた事例、介護に対し拒否が強い方や他施設で受け入れ困難な利用者の対応を行った。一方で、職員の負担増による心身のケアも課題である。

4. 拠点・事業所間の連携強化

①法人内での情報（稼働率状況、共通利用者の状態、他の事業所情報）の共有化

相談員会議において運営状況の報告・確認、情報共有を行っている。

②本体施設ショートステイとの連携体制の強化（空床情報、長期SS確保状況、取り内容）

空床の確認や長期ショートステイの空床状況は、受け入れ困難時に八田と箱崎で連携できている。また、共通の利用者に対しても、情報交換や利用調整を適宜行っている。

③小規模多機能・デイサービス・サ高住との連携体制の強化

デイと共通の利用者も多く、利用状況の報告や情報交換を行う事で統一した援助にも繋がってい

る。小規模多機能・サ高住の申込者の情報交換についても連携している。

文責：主任 高山 拓司

〈小規模多機能〉

1. 平均登録者数 21.5 名、平均介護度 3.0 を目標に経営の安定化を図る

平均登録者数 20.7 名、平均介護度 3.1 だった。年間通して予算目標達成した月は 1 回もなかった。

① 毎月の居宅介護支援事業所、老人保健施設、病院等への営業活動

→ 通い、宿泊の制限があるため積極的な営業に行けなかった。新規の内訳はハウスからの紹介 2 名、居宅 1 名、個人 2 名だった。

② 小規模多機能ホームのどこかを理解して頂けるようなパンフレットを作成し営業活動を行う

→ のどかの 1 日、リハビリの様子、春夏秋冬の催し物の写真を載せたり、事例紹介を載せて小規模多機能を理解していただけるようなパンフレットを作成し、営業に使用した。

③ 新規問い合わせ事業所への迅速な営業活動と紹介元へのその後の様子を知らせ、関係性を構築する

→ 紹介をいただいたケアマネや MSW へは報告を行っている。

2. 利用者の思いに寄り添うケアの実践

① 利用者の状態変化に伴うニーズの把握と自己決定を尊重したケアを実践する

→ 利用開始時は生活拠点が自宅の割合が多かったが、状態変化や本人の気持ちの変化に伴い通いや宿泊を受け入れるようになっていく。連泊に近い状況の方でも短時間でも自宅で過ごせる提案や実行を行い本人の思いを尊重したケアを実践できている。104 歳の方の事業所での看取りの際は家族、医療関係者と一緒に最期まで寄り添うケアができた。

② 周年祭、夏祭り、クリスマス忘年会を家族も一緒に楽しい時間を共有できるよう企画し思い出を作る

→ 6 周年、夏祭り、クリスマス忘年会は家族も一緒に楽しむことが出来た。厨房の入れ替わりにより、例年通りにはいかなかったが、新しい形で実施できた。

③ 利用者の思いを最大限尊重しながらも、在宅生活の継続ができるよう、家族への配慮と支援を行う

→ 自宅での介護の方法や、ちょっとしたコツやアドバイスなど、日頃からコミュニケーションをとっている職員が家族のことも気にかけて気軽に相談できる関係性を構築できている。また、東区小規模多機能連絡会合同の家族会も開催している。

3. 職員育成

① 福岡市小規模多機能ケアネットワーク、東小規模多機能連絡会への参加を促し、職場会議で学習内容の共有を行う

→ 新人研修、地域との連携、看護師研修、事例発表、その他各職員 1 回以上研修に参加することができた。職場会議で自分の学びを伝えることで学習内容を振り返り、「伝え方」の難しさを感じている。

② 地域評価（第三者評価）をもとに職員の相互理解を深め、自らを振り返る評価をし、さらなるサービスの質の向上に努める

→ 今回で 3 回目となり、前回よりも出来ていることが増えた事、さらに良いサービスを目指す為

にどのように取り組んでいくかを皆で話し合うことができた。運営推進会議のメンバーに取り組み内容を伝え、理解していただくことの課題も出ている。

③ライフサポートワークを活用し利用者の個別ケアの理解を深める

→1表だけの活用しかできていなかったが、今年度2表の作成に取り組み、全員分の作成ができた。一人一人の生活を再度アセスメントし直すことで見えてきた面もあり、今後の課題としては、全員が全利用者の把握をしっかりしていくにはどのように書式を活用していくか。

4. 地域の事業所として地域活動を行う

①東区小規模多機能連絡会と連携し、認知症サポーター養成講座の開催等、地域包括ケアに向けた取り組みを行う

→箱崎中学校への認知症サポーター養成講座の協力、東区区役所職員対象の認知症サポーターステップアップ講座の開催、東区小規模多機能劇団の活動は年間5回の開催実績だった。いずれもアンケートで好評をいただき、劇団員のモチベーションも上がっている。

②町内や公民館行事への参加をすることで、地域との顔なじみの関係をつくる

→毎月のはこぎカフェに加え、しろうおカフェ、個別のひまわりサロンへの送迎を通して地域の方と顔見知りの関係性ができてきている。地域の夏祭りでは地域の方から声を掛けていただけるようになった。地域の防災訓練に始めて参加できた。

③地域に向けた介護予防活動として健康体操教室への講師派遣

→ブロック別会議での講師派遣の名簿に挙げてもらった。民生委員との交流会等で伝えているが、実際に要請はなかった。30年度に自主グループへの講師派遣が2回予定されている。

文責：課長 山下 裕美

〈いきいき箱崎デイサービス〉

1. 利用者確保と安定した経営を確立

【目標】 24名/日 宿泊35件/月 【実績】 23.2名/日 宿泊30.5名/月

①居宅支援事業所を中心に訪問などを行い、いつでも相談してもらえる事業所を目指し、利用者獲得につなげる

居宅支援事業所へ営業を行い、毎月新規利用者（平均2.5名/月）の紹介があった。医療ニーズが高い方や、提供時間や送迎等個別の支援が必要な方の相談も多く、柔軟に対応してきた。

②利用者の異変の早期発見・早期対応及び関係事業所へ迅速に報告することにより、入院期間の短縮・早期回復に努める

利用者の状態変化時は、家族やケアマネに報告することが出来たが、年間を通して入院者は多かった。

③宿泊定員を4名に増やし、宿泊ニーズのある利用者を獲得する

契約時、問い合わせの際に宿泊の案内を行い、契約者は増えているが、利用回数が少なく年間平均30.5名で、目標には達しなかった。定員を4名に増やしたことにより、希望者には宿泊を利用してもらえた。

④総合事業を開始し、幅広い利用者獲得につなげる

生活支援型サービスを利用される方はいなかった。

2. サービス内容を充実し、『元気が湧き出すデイサービス』を目指す

- ①さらに個別機能訓練の充実を図ることで、日常生活における機能向上と維持に努め満足度を高める
認知症の進行や身体機能が低下する中、日常生活での困りごとに対して、家族や他事業所からの情報をもとに機能訓練を実施し、機能向上や維持ができた。
 - ②現在のサークル活動の継続と、新たな活動の提案を行い、楽しい時間を過ごしていただく
サークル活動で、人気のあったパン作りは毎月1回から2回に増やし、幅広い利用者の交流にもなり、楽しい時間が持てている。新たに園芸を開始し、中庭や玄関が華やかになり、リハビリやデイに来る楽しみにつながっている。
 - ③サ高住との共同での行事を開催し、複合施設である魅力を打ち出す
ハウスと合同での食事会を開催し、家族を招待した。3名の家族が参加され、ハウスとデイでの様子をみて頂くことができ、新規に入居された利用者家族に魅力を伝える事が出来た
 - ④総合事業の内容を確立する
八田デイとの会議、デイ会議で話し合いをし、準備をしてきたが、実践する機会は無かった
3. 併設事業所との利点を生かした相互的なサービス運営を行う
- ①サ高住と連携し、合同での行事を開催し、安心して生活できる環境作りに努める。
デイを利用されていないサ高住入居者と一緒に、食事会・豆まき・夏祭り・運動会・ハーモニカ演奏会等を開催し、サ高住職員と協力し、行事を開催し、安心して生活できる環境づくりに努めた
 - ②いきいき箱崎ショートステイと相互に連携し、利用者の在宅生活を支える
新規利用者だけでなく、普段の様子を職員同士で情報共有することができた
 - ③特養・ショート・のどかとともに地域との関わりを強める
箱崎カフェに1回、文化祭に出かけデイ利用者様の舞台も観賞する事が出来た。
4. 職員の育成
- ①施設内外の研修への参加や職員間の情報交換を行うことで、職員の知識および技術の向上を図り、資格所得を応援する
外部研修は、普通救命講習に2名、安全運転講習に1名参加した。実務者研修の資格取得者が2名。
車両事故が多く発生した。送迎中の駐車場所、デイ会議での検討、外部研修への参加を実施した
 - ②認知症ケア・中重度者ケア・医療ニーズの高い利用者対応の経験を積み、高い専門性を持つプロ集団を目指す
認知症ケア、在宅酸素、褥瘡、気管切開等のケアにおいて、職員相互に学び合い、助言や、アドバイスを受けながら、全員で在宅生活を支えてきた
 - ③リーダーとなる職員の育成
派遣職員、新人職員の定着が難しく、厳しい体制の中ではあったが、事例発表や業務改善を通して成長している
 - ③職員一人ひとりが体調管理を行うことで業務の安定化を図る
職員の当日休みが多く、当日の勤務変更が多く奮闘してきたが、ハウス職員、のどかや特養と箱崎拠点全体で支えてもらった。職員一人ひとりが、互いの役割をこえて自然に協力し合えた

文責：課長 濱道 沙織

〈いきいきハウス箱崎〉

1. 満室を維持する。 21室

平成29年度は21名でスタートし、4・6・11・1月に1名ずつ退去となったが待機者に定期的に連絡をいれ入居の可否を確認する事で、約1ヶ月で入居に至った。2018年3月現在 男性4名 女性17名 要支援7名 要介護14名（平均介護度は2.1） 平均年齢88歳である。

①入院中の病状把握につとめ、退院の可否を含め関係医療機関との連携を図る。

入院した入居者には病院へ面会に行き、病棟看護師やソーシャルワーカーに状態を確認するとともに、退院の時期やハウスでの生活が可能かどうかの確認を行った

②空室が出た場合はすぐに横断幕を掲げる。

直ぐに入居が決まった為横断幕を掲げることはなかった。

③待機者名簿を作成し、空室時の迅速な対応に備える。

待機者名簿を整理し空室が出た時に連絡をする順番を決め、空き室が長く続くことはなかった

④待機者へは、随時連絡をいれその後の状態などを確認し、状況把握に努める。

定期的に連絡をすることで入居の可否の確認が取れた。

2. 健康管理を強化し、サービスの適合性を高める。

①日常生活の把握と在宅生活を維持の為、必要時には、緊急時手順に応じた対応を続ける

食事量をチェックし食欲のない入居者には補助食品を提供する事で、体調を整える事が出来た。また、心不全で入退院を繰り返していた方には体重測定、水分量の管理を行い訪看や往診に状態を伝え長い期間在宅生活を維持する事が出来た。また酸素吸入を利用して生活していた方には、携帯酸素と在宅酸素の切り替えを補助していった。緊急時手順に応じた対応も出来ていた。

②病状の悪化を家族、関係事業所等に伝え、迅速な対応につなげる。

体調不良時には家族やケアマネージャー病院に状態を伝え、早めの受診を勧め状態の悪化を防ぐことが出来た。

③心身の状態変化があった場合は、必要に応じてサービス利用や変更など提案していく。

介護サービスの受け入れが悪くひきこもりがちで自室の掃除が行き届かない入居者に小規模多機能の利用を勧め、他者との交流や身の回り品の購入、部屋の掃除が出来るようになり、ハウスでの生活が継続出来ている

3. 併設の事業所との利点を生かし、入居者の満足度を高める。

①レクリエーションや行事を企画し、入居者間の親睦を深める。

年3回の交流会を実施し家族も参加する事が出来た。

②併設のデイと共同での取り組みを強化し、入居者の安心、安全を高める。

朝夕の申し送り、業務日誌や食事水分量管理表、夜間巡回サービス表を活用して入居者の状態を把握する事が出来た。

③友の会班会の取り組みとして、コーラスを練習し皆の前で発表出来るようにしていく。

バイタル測定後参加者と共にコーラスを練習して11月の鍋会の時に発表する事が出来た。また、友の会本部より車出しや運転、ボランティアの援助が有り名島神社に外出する事が出来た。

④拠点施設との行事に参加し、共に楽しむ

毎週のボランティア喫茶や月1回のお茶会、夏祭りや敬老会ボランティアによる演奏会、デイとの

共同運動会等の声掛けや誘導を実施する事で参加する方も多く入居者間の交流も出来ていた。

文責：絹川 みどり

〈地域包括支援センター〉

1. 総合相談支援の機能を向上させ、地域との連携を進める。

平成 29 年度のセンター評価では、27 年度の最下位、28 年度の最下位から一つ上を乗り越え、大多数のセンターと同じ「標準」レベルにまで力量を向上させることができた。支援方針を話し合う 3 職種協議を根気強く実施したこと、区との連携を強化したことが評価されたものである。

①総合相談においては個別支援が重要と考え、初回相談時での情報収集力や主訴を明確に捉える能力を高め、相談対応力を強化させる。

各種研修に参加することで主訴を捉えることを念頭においた情報収集を行うことにつながり、対応力の向上を図ることができた。

②支援方針を 3 職種(保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー)の視点を活かしながら適宜協議する。初回相談時が重要と考え、終礼や朝礼を含め 3 職種協議を適宜行うことで支援方針を決め対応できた。

③民生委員、校区社会福祉協議会など住民主体の会合に積極的に参加し地域とのネットワーク構築を進める。

民児協に毎回出席、民生委員や校区社会福祉協議会、自治会参加の懇談会等にも参加することで、関係機関等の関係づくり、連携を図ることができた。

④課題のある高齢者については地域ケア会議を開催し、個別支援と地域の課題抽出につなげる。

認知症高齢者に対して地域支援が必要なケースに関して、東区地域保健福祉課と連携し個別支援会議を 3 回、6 月に高齢者の運転等に関して、民生委員とケアマネを交えた*圏域連携会議を開催した。

2. 地域での介護予防の取り組みについて啓発や支援を行う。

①各校区のサロン等に参加しながら参加者やボランティアの状況を捉え、必要時は総合相談支援へつなげる。

ふれあいサロン等からの講師等の依頼もあり参加することで、地域との信頼関係構築につながるとともに参加者等の状況把握や高齢者の掘り起こしにもつながったことで、総合相談にも活かすことができた。

②新たに変更される*健康づくり教室において教室受託事業者と連携し、教室参加者に対する支援を実践する。

*介護予防郵送把握事業が開始となり、郵送事業対象者 147 名、虚弱高齢者に対する支援に向けて現状把握から教室参加へ 16 名つなげ、受託事業者と連携を図ることでフォローアップまで実施することができた。

③*介護予防自主グループの運営自立を目標に支援をする。

自主グループの自立を目的とした関わり方によって、自主グループによる運営の自立までにつながることができた。

3. 消費者被害・虐待等防止の啓発活動を通じながら高齢者の権利を擁護する。

①処遇困難事例・虐待事例等を把握し 3 職種間で情報を共有、支援方針を検討・協議する。

処遇困難事例や虐待事例等で適宜 3 職種での協議を行い、情報の共有と支援方針を検討することができた。

処遇困難事例 7 件中、1 件は虐待と判断した事例、1 件は現在も対応中。

②困難指定の際の*困難要素チェック、3 職種協議を重視し、事案についての確に捉える。

困難事例を検討する際はチェックシートを用いて 3 職種協議を行い、事例に対して的確な対応が行えた。

③各区からの消費者被害の情報などから啓発資料を作成し、民児協やサロン等各種会合、介護サービス事業所等へ啓発する。

啓発資料を作成し毎回民児協に参加、14 居宅介護支援事業所、八田交番への啓発活動に加えて 10 カ所の金融機関、13 カ所の医療機関、15 ヶ所の薬局へも拡大して行った。

4. 包括的・継続的ケアマネジメント活動を通じた、地域ネットワークづくりを展開する。

①居宅介護支援事業所巡回を継続して行い事業所の特徴を評価・分析、地域ネットワーク作りに活用する。

居宅支援事業所への巡回訪問や事例検討を行い、地域ネットワーク作りの一助ができた。

②居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーと連携し、ケアマネジャーへの支援・指導を行う。

主任ケアマネジャーと連携し、ケアマネジャーへの支援が行えた。

③会議や連絡会等に参加し、医療機関、介護サービス事業所、施設等との連携を深める。

認知症に関する啓発も含めて認知症診療医と病院の 13 カ所の医療機関と 9 カ所地域密着型サービス事業所の運営推進会議等の参加を優先したことで、通所系の介護サービス事業所訪問ができなかったため、来年度の課題とした。

5. 指定介護予防支援業務（予防ケアプラン）と総合事業を円滑に実施する。

①各プランナーの力量と担当件数に留意し、適切に支援する。

各プランナーに合わせて対応件数等の調整を行ったものの新規の依頼や認定結果によって介護予防支援に戻ってしまうケースもあり、各プランナーの担当件数が増加している状況が続いていた。

②対応困難な利用者事例について密に連携し 3 職種とプランナーで情報を共有する。

対応困難なケースについては 3 職種と相談し、同行訪問を行うなど情報共有と対応を協力して行えた。

③*総合事業開始により、適切に対応できるように支援体制の構築と支援を行う。

総合事業について研修会等への参加や介護サービス事業所と連携を図り準備を進めたことで、円滑に移行することができた。

用語解説

※圏域連携会議

平成 27 年度介護保険制度改定で法制化された地域ケア会議の一つ。福岡市では①個別支援会議、②高齢者地域支援会議（校区）、③圏域連携会議（圏域）、④地域包括ケア推進会議（区レベル）、⑤地域包括ケアシステム推進会議（市レベル）の 5 階層で構成。個別事例から地域課題を抽出し、最終的に政策形成まで反映させようというもの。

※健康づくり教室

正式名称は「65歳からの健康づくり教室」。福岡市主催だが、医療機関等に委託し運動や栄養・口腔などについて講話や実際に体を動かす教室を行うもの。東第6が担当する圏域では原土井病院が受託している。

※介護予防郵送把握事業

当該年度の70歳・75歳の高齢者に対し市が健康チェックリストを郵送し、回答のあった者について市が包括へ情報を提供。包括の保健師を中心として電話・訪問を行い、健康状態の把握や介護予防教室につなげる事業。

※介護予防自主グループ

65歳からの健康づくり教室修了者を中心に各地域に自主的に結成された介護予防の運動等を行うグループ。東第6が担当する圏域には「多々良いいきいき会」が結成され、いきいき八田の地域交流スペースで月2回程度活動している。

※困難要素チェック

総合相談支援の過程で、処遇困難事例や虐待事例を見落とさないようにするためのチェックシート。認知症や経済問題などの本人状況、および親族・地域との関係もしくはサービスの受け入れ状況の双方から1つずつ以上のチェックがつけば困難事例と指定、区へ報告し支援する。虐待は1つチェックでも指定事例となる。

※総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業の略。福岡市では、現行相当サービスとA型（基準緩和型）サービスが実施されている。A型は現行相当の7割程度の報酬。平成30年度からはC型（短期集中型）サービスのモデル事業が開始される。

文責：センター長 最上 直子

平成30年4月13日 事業所長会議

平成30年4月27日 事業所長会議

平成30年5月11日 事業所長会議

平成30年5月17日 理事長スタッフ会議