

<各事業前年度評価検証>

黒石特別養護老人ホーム

<<評価>>

- ① 病歴・内服薬を整理し、利用者の身体状態の把握に努め、多職種が協働してリスクを早期発見する。
 - ・病歴、内服薬のデータは定期的に更新し、薬の最新の情報を確認できる体制を整備した。また個人健康管理に関するファイルを月単位での変化者が見える化することもできた。さらに年間での状態把握について看護で書類を整理整頓し情報共有できる環境を設定したことで、多職種が医療に関する情報を取り入れることが可能になった。
 - ・モニタリングを確認する時には、利用者の状態の変化を早期に発見・判断をするために話し合いの場を設けることにより、ケアの変更や家族への報告が円滑となり、適時判断につながり、それに伴い看取り加算取得率の上昇につながった。また家族アンケートの回収率や満足度が上がった。
- ② 職員同士が意見を出し合い、物事を判断・修正を行い、当事者意識を持って業務運営ができる。
 - ・日々の業務運営をするにあたり、突発的な事象が発生した場合のルール化がされており円滑に業務をすすめることができた。その中でグループリーダーが先に立ち声を掛け、教える場面が増えた。

課題

- ・気づきの記録をする仕組みを作ったが、ケース担当者が記録をする内容を理解出来ず、気づきの記録を一般化することが出来なかった。もっと気づきの内容を細分化し、提示する必要があった。
- ・危険予測は出来ているが、自分の価値観で優先する業務内容が異なり結果として、事故やミスに繋がっている現状がある。利用者の生活を繋ぐイメージすることを苦手とし、全てその場しのぎの介護になっている。
- ・日々のOJTのフィードバックがないため、良い事を行っても継続性がない。

黒石デイサービスセンター

<<評価>>

- ・LIFE 関連に伴い所定の計画書に変更し、計画書内で目的から評価まで表すことができるようにした。各ケース担当別での入力作業になると、それぞれの視点での内容となってしまうため、定型文を使い体重など具体的な数値で表すようにした。また、栄養・口腔機能についても、計画書やアセスメントを作成後、居宅支援事業所への情報提供も行い、徐々にではあるが、口腔・栄養スクリーニング加算取得に繋げることができている。各利用者に於いては、昼食後の嗽や歯磨きが定着し機能低下は防げているが、栄養面の支援が具体的に対応できておらず、書類の処理に追われ評価までできていない状態である。
- ・生活機能向上連携について、毎月理学療法士による利用者一人ひとりの評価は行われているが、計画書の内容が不十分であるため、加算取得まで至っていない。また、その指標となるモフトレについても、実施はしているが正しく個別化ができておらず、評価や居宅支援事業所への情報提供ができなかった。活動支援については、点つなぎが好評であり自費購入できるように申込から購入までの支援をし、今後も定期的に続けていく。
- ・利用実績としては、新型コロナウイルスの影響で感染予防のため休む方が多く、稼働率は平均で76.2%となっている。入院者も多く、その大半は有料老人ホームへ入居するため、自宅復帰する方は少ない。家族や居宅支援事業所から、利用者本人の機能低下や環境変化等で今後のサービスの進め方の相談が増え、利用者の現状を踏まえ多方で協議し、次の段階へ進めることができている。医療機関への連絡や訪問看護事業所への情報提供の機会も多かった。

課題

- ・各書類作成の遅れが改善できるような仕組み作りを行う。
- ・生活機能向上連携加算に伴う様式の整備と、本人・家族や関係機関への案内と訓練等を実施する
- ・実施記録について、記録内容の視点のズレや希薄さが目立つため、評価や計画書へ繋がる記録へ正す。

黒石在宅介護支援センター

<<評価>>

- ・生活保護制度を学ぶ機会を持ち、情報取得の仕方や適切な機関へのつなぎ方 相談の仕方などを学んだ。資料の整備を図れたことから、今後のマネジメントに活かしたい。制度の理解により、家族への助言の仕方を変えることができ、情報の整理のため各種制度活用者の個人ファイルにラベリングをし、わかりやすく手に取りやすいものとなった。
研修計画については個人で学びたいことの希望を取り、居宅事業部全体での共通研修に取り入れ、全体で学ぶ手法をとり、個人のスキルアップ研修計画につなげた。この方法を次年度も実施したい。
- ・モニタリングを経過記録へ入力するために定型例文を作成したことで、記録時間の短縮につながった。
- ・0JT の実践として、ケースの取り組みの流れや確認、実際に同行してサポートする機会を持ち、日々の引継ぎ時に経過報告を受けるなど育成につなげた。

課題

- ・業務効率を図るために、定型文の作成が適切と思われるものを洗い出しているが、未完成であり、次年度も整備が必要。
- ・書類整備は個人差があり、遅れの原因を検証し、改善内容を洗い出し、記録の平準化につなげる。
- ・コロナウイルス対策の緩和が図られた後、従来のケアマネジメント業務に移行する前に、業務整理が必要である。
- ・マネジメントをするうえで、多職種からの視点で捉えるため、法人内の多職種からの助言を受け、連携しながら進めていく必要がある。

黒石ケアサポートセンター

〈評価〉

①職員の気付きを高め、認知症ケアへのアプローチを実践できる。

チーム全体で認知症ケアへの PDCA サイクルの共通理解と DEMBASE の検証結果から背景要因分析の身体的ニーズの優先的な項目（排尿、排便、水分）を抽出しルールを決め、カンファレンス時に取り組んだ。アセスメントより排泄面では、排便の把握や受診時相談し服薬での調整へ繋がった方や水分では水分確保のため検討等し、排便コントロールが整ったことで、行動・心理症状の減少にも繋がった。また、3つの身体的ニーズの項目を決めたことで、チームでの背景要因分析の視点が高まり、行動・心理症状について一人ひとりの視野がひろがり記録へも繋がった。

DEMBASE を活用し検証したなかで、中核症状からの関わり、行動の変化への気付きの必要性の把握となり、DEMBASE の根拠に基づいたケアの実践から行動・心理症状がある方への3つの関わり方を決めている。一人ひとりが実践に向けた振り返りと行動を考え、本人の想いに向き合うため、チームで具体的な行動ポイントを決め、チームでの習慣化へ向け共有を図っている。

②家族支援に向けた基本姿勢を身につけ実践する。

家族支援に向けた基本姿勢については、課題から上半期は挨拶、下半期は言葉の奥にある気持ちの理解に向けて、実践、アンケート、振り返り、勉強会の実施をした。また、介護者アセスメントシートを活用し家族の支援方法を検討、支援方法と上記の取り組み内容、勉強会でのコミュニケーション技術を活かし支援をしている。その結果、話しを受け入れ、コミュニケーションをとる機会が増えた。

支援を行い、家族の想いに耳を傾けることで関係性が図れ、不安や困りごとなどの相談から利用者の在宅生活の維持をすることへ繋がることを理解できた。基本ポイントとして挨拶の必要性を共有し継続的な実践へ繋げることとした。

課題

DEMBASE より身体的ニーズへのアプローチと共に中核症状からの関わりの把握となり、対象者へ丁寧に関わり結果として行動・心理症状の減少がみられていたが、全体への実践までは至らなかった。又、全体で認知症ケアの関わり方へのアンケートを実施し主観的評価となったが、客観的評価まで実施ができず、個々の認知症ケアへの理解度、実践度の把握まで至らなかった。一人ひとりが基本的な関わりから向き合い、利用者の心情を知り、声を集めると共に、主観的、客

観的評価から成果度の把握に向けた取り組みが必要となる。又、行動・心理症状の数値化に向け、DEMBASE の活用と共に、ケアの効果把握のための仕組み作りについて見直しの必要がある。課題の実践に向けて、仕組み作りと共に職員同士が互いに気付きを伝えあうチームでの実践に取り組んでいく。又、認知症ケアを伝えていくため、利用者の想いと共に根拠のあるケアを収集し、生活に繋ぐ支援へ取り組んでいきたい。

養護老人ホーム景楓荘

《評価》

取り組み①地域への働きかけについて

利用者が自由に外に出掛けられるための仕組み作りと案内するチラシは作成した。実際に活用し、自由に散歩に出る利用者も数名ではあるが見られている。ただ、本来の目的である地域との繋がりが、事業所を知ってもらうという働きかけに関しては、感染状況もあり実施に至っていない。利用者が外出するための準備として、日々の中で、身体機能を維持するための働きかけを行い、午後の活動時間に実践している。1日の生活の中で習慣となり、楽しみに積極的に参加する利用者も増えている。

取り組み②利用者への関わりを通してPDCAサイクルの理解

6月職員へ、利用者への関わりやチームについて調査を行い、その結果を基にグループごとに取り組みを進めてきた。その中で、中心的に動くメンバーが数名見られ、PDCAの理解には繋がった。又、2月に2回目の調査実施し、自分たちが決めた取り組みにより意識して行動することができたとの声も挙がっている。取り組み実践前後の調査結果は、全ての項目で1～2名が良い方へ変化があった。全体的に大きな数字の変動はないが、質問に対しての理由、中身に少し変化が現れている。

チームケアに対して、相手への信頼や尊重が大切などの言葉も出てきており、さまざまな利用者へケアする中でチームの大切さを実感する、再確認することには繋がったが、実際の物事の実践やケアの場面を見ると反映されていない部分も見られ、自分自身の言動が次の人に繋がるということに不足を感じる。

課題

稼働率について

措置入所が少ない中で措置機関への働きかけ、情報交換は継続することと、他養護老人ホームでの取り組みなども参考にしたいところである。

訪問介護については、本人の身体状況と支援の整合性についてパッケージを基に、一般から特定に切り替え介護申請する人などを検討し、準備を進めている。

取り組みについて

養護老人ホームの特性でもある、利用者の状態像が幅広く、ニーズが多様化している。利用者として関わる中で事業所だけの支援ではなく、周りとの協働が必要であるため、地域との繋がりに関しては、感染動向も踏まえながら実践に繋がりたいところである。

取り組み②に関しては、チームケアの重要性は理解しているが、ケア実践していく中で職員同士で利用者の思いや要望に対して、考え方、捉え方に個人差があった。その人の訴えに対して、集団生活の規則規定はあるが、その中で自分たちができること、ここまではできるといった明確なものが事業部には不足しているのではないかと考える。

事業管理部・給食グループ

《評価》

・今年度から本格的に栄養ケア関連の入力、会議、カンファレンス、入所手続きなどに参加するため、栄養ケアマネジメントに携わる栄養士を1名配置することによって、手続きなどは計画的に行うことができた。

- ・各事業部 粥の量を統一し提供していたが、特別養護老人ホームの利用者には必要栄養量に対して提供量が多いのではないかと、残食が多く食事摂取にも時間がかかっていることから、200 g から 150 g に変更している。量を 50 g 減らしたことによって不足するエネルギー等は栄養パウダーを添加し補っており、残食調査では栄養パウダー使用前と比較して約 15% 減少している。介護職員からの評価では一部の利用者は満足感が得られないのではという意見もあるため利用者の活動量や状態別に量を調整していく必要がある。
- ・グループ全体として栄養士・調理職員の役割が不明確で、互いの進捗状況が見えづらく、給食提供に係るケアやカリキュラム変更後の実施・評価が不足していた。
それにより課題解決が滞っている状況もある。

課題

- ・栄養ケア関連の手続きに使用する書類は整理が必要。保管方法を取りきめ次年度からの運用を目指す。入所の際身長、体重が分からず当日中にスクリーニング・計画書の提出まで至らない事業部もあるため、情報の事前確認や入力の前段階の進捗状況を互いに確認することで滞りのないよう運用する。
 - ・高リスク者へのモニタリングや、給食会議内で栄養ケアについて協議する場を設け、定期的に利用者の状態を確認して記録に残し、食事内容の提案・提供にグループ全体で取り組んでいく体制を整える。
食事内容としては、衰弱期、看取り期に入る前段階の食事として、「量を増やさず栄養価を補う工夫」「1日3回にとられない食事」に重点をおき、法人内で共通して提供できる流れを作る必要がある。
- ・グループ内での役割や分担を決め、計画時に評価時期までを設定しPDCAサイクルを運用する。
また、栄養ケア関連や多職種との協議・連携記録が不足しているため、記録方法や内容を整備する必要がある。

事業管理部・総務グループ

《評価》

- ・ジョブローテーションを実施して、前任者の業務の進め方を確認しながら業務を進めたが、同じ流れで業務処理ができなかった。
- ・年次有給休暇の管理台帳を作成して、各事業部とも調整し、年度内において5日間の計画年休が取得できている。
- ・業務の進捗状況について、チェック表を作成して管理していたが、チェック項目のない項目に関して確認できていなかった。
- ・事故予防のため、施設内外の安全点検表を作成し、週2回点検を実施している。昨年冬期に転倒事故が続いたため、状況・場所を全員で確認し融雪剤を撒くことにした。融雪剤を購入し、天候を見ながら撒くようにしている。今年度取組んだ場所では転倒事故はなし。他に転倒事故が起こりそうな場所がないか続けて取組んでいく必要がある。
- ・タイムカードの打刻漏れが多く、勤務時間の確認整理に時間がかかっていたが、会議等を通して発信を続けることにより打刻漏れは少なくなった。

課題

- ・ジョブローテーションを実施した際にも業務をスムーズに進められるよう手順書の見直しが必要である。
- ・各業務の処理日については、年間・月間チェック表で共有できているが、業務の進捗状況が分からないため、毎週金曜日に進捗状況の確認と次週の業務内容の確認・調整、チェック項目等の見直しが必要である。