

令和 2 年度
 特別養護老人ホーム蓬仙園 蓬仙園短期入所生活介護事業所
 蓬仙園通所介護事業所
 ほうせんえん居宅介護支援事業所

事 業 報 告

I 全体的に取り組んだ項目

【年間目標】

令和 4 年度の移転開設に向けて

「知る」「待つ」「活かす」を目標に掲げ各部門に張り出したが、全職員に対して浸透できなかった。目標の意味を各個人が理解し、支援に繋げる。

1) 入所の人生に寄り添う支援・・・**P.1～13**

基本的人権を護り、常に入所者の立場に立ったサービス、入所者主体のサービスの提供に全職員が一体となって取り組んできた。職員、一人ひとりが尊厳を支えるケアの実践に努めてきた。

2) 職員の資質の向上・・・**P.14～17**

①職員学習会を開催

職場内研修・職員研究発表会を開催した。

《4月18日開催 第28回職員研究発表会》

| | | |
|---|-----------------------|------|
| 1 | 日常生活の中でのリハビリ（活かす）動作 | 介護部門 |
| 2 | ソフト食の提供について | 栄養部門 |
| 3 | 2020年7月28日豪雨に伴う避難について | 事務部門 |
| 4 | 「私の思い」に耳を傾ける | 福祉部門 |
| 5 | よりよい在宅生活の為に～多職種との関わり～ | 介護部門 |
| 6 | Y・M様の意欲向上と職員の関わり | 介護部門 |

- ・11月19日 医療的ケア教員講習会に看護師1名参加した。
- ・新規採用職員教育・・・10名
- ・一年間先輩指導職員を1対1で配置した。
- ・新規採用職員は、毎月末に経験したこと、反省したこと、気づきなどの記録のノートを作成し、先輩指導職員や上司からアドバイスを受けた。

- ・ 振り返りの会を年 27 回実施した。
 - ・ 新人職員で無資格の職員へ多職種の先輩職員が勉強会を行い、介護の基本を学んだ。
- ②入所者が自分らしく落ち着いて暮らすために、多職種で検討し取り組めたが、今年度は面会の制限もあり家族と共に取り組めなかった。

令和 3 年 3 月 31 日現在（82 名の職員）

| | | | | | |
|-----------------|------|---------------|------|-----------------|------|
| 社会福祉士 | 4 名 | 介護福祉士 | 45 名 | 介護支援専門員 | 16 名 |
| 看護師 | 4 名 | 准看護師 | 3 名 | 管理栄養士 | 2 名 |
| 栄養士 | 3 名 | 調理師 | 9 名 | 衛生管理者 | 1 名 |
| 歯科衛生士 | 1 名 | 理学療法士 | 1 名 | 作業療法士 | 1 名 |
| 鍼灸マッサージ師 | 1 名 | 社会福祉主事 | 29 名 | 防火管理者 | 5 名 |
| 認知症ケア専門士 | 5 名 | 主任介護支援専門員 | 4 名 | 痰吸引等 14 時間研修修了者 | 41 名 |
| 痰吸引等 50 時間研修修了者 | 41 名 | 認知症サポーター | 42 名 | 公式輪投げ普及員 | 8 名 |
| 認知症キャラバンメイト | 10 名 | ユニットリーダー研修修了者 | 4 名 | | |

3) 安全の徹底と接遇技術・介護技術の向上

- ・ 日常生活の中で、機能訓練指導員が安全な移乗の仕方を指導できた。
- ・ 動作介助時のルールに沿った移乗介助ができた。

4) 地域と共にある施設、地域交流・・・P. 18

- ・ 「蓬仙園だより」を 2 回発行した。（7 月 31 日 94 号、1 月 6 日 95 号）
- ・ 「要覧」を発行、公共機関・医療機関等へ設置した。
- ・ 「ホームページ」を随時更新した。（1 年間で 132 回）
- ・ 「カレンダー」を 11 月に配布した。
- ・ 定期的に業者に段ボールの回収を依頼、売上金は中川小学校の廃品回収に寄付とさせていただきます。

5) 快適な生活環境

- ・ 毎週のパトロールチェックにて温度と湿度を把握した。
- ・ 衛生管理者と衛生委員による定期職場環境巡視の実施
5 月～10 月は月 1 回実施
11 月～4 月の冬期間は週 1 回実施
- ・ 入所者の寒さ対策として、24 時間の暖房と加湿器可動の実施

6) 防災対策の強化・・・P. 19

《施設外》

- ・ 村山地区特別養護老人ホーム災害時施設相互応援協定による、通報伝達訓練（沼木敬

寿園)に参加した。

《施設内》

- ・避難訓練、消火器使用訓練、発電機使用訓練、図上訓練を年間計画通り実施した。
- ・毎月の「防火・防災自主点検」の実施
- ・年2回の非常用備品のチェックと補充
- ・年2回の消防設備点検

令和元年度の反省と令和2年度に向けて

・7月28日8時15分、蔵王川は増水し、下の駐車場裏の水路も増水し水が溢れている。ボイラー室前の土砂とこもれば側の山側の土砂が崩れ落ちる。防火委員会との検討の結果、土砂崩れと浸水被害を考慮し各施設へ避難の準備をすることとする。13時に山形市内と上山市内の施設合わせて8か所のご協力の下、17時15分に入所者80名避難完了する。

翌日、大雨警報解除となり15時に避難所より入所者全員帰園する。

令和3年度の課題として、例年実施している訓練内容をもう一度見直し、より実際に全職員が何時発生するかわからない災害に備え行動できる体制づくりと避難する施設の確保が必要。

7) 職員の健康保持増進と快適な労働環境作り・・・毎月衛生委員会開催

- ・定期健康診断の実施(5月・11月)
- ・定期健康診断の結果に異常の所見がある場合には、再検査を受診し、その結果を衛生管理者に報告することを就業規則にも記載した。
- ・メンタルヘルス対策として、職員のストレス診断調査を山形県医師会センターへ委託し実施した。
- ・衛生委員会たよりの「すこやか」を発行した。年間3回発行(第1回:食中毒について 第2回:新型コロナウイルス 第3回腰痛について)
- ・各棟会議の前と職員会議終了後に、機能訓練指導員が中心となり腰痛体操を行なった。

8) 感染症対策の強化・・・毎月感染症対策委員会開催

- ・感染症対策として、全職員による出勤時の検温と体不調時の報告を行った。
- ・感染症マニュアルの見直しを行った。
- ・インフルエンザ予防接種を11月に全職員施行した。
- ・衛生委員会と感染症対策委員会と合同で感染症対策に取り組んだ。
- ・全職員対象に、感染状況や対策についてメールで周知した。
- ・全職員対象にノロウイルスの対応研修を行った。
- ・山形県内の感染症の動向を掲示板に掲示を貼り、注意を促した。
- ・2月に浴槽のレジオネラ菌の検査を実施したが、検出されなかった。
- ・燻煙式の防虫剤を洗濯場に1回とデイサービスに2回行った。

令和元年度の反省と3年度に向けて

- ・【感染症対策の強化】職員2名、新型コロナウイルスに罹患しました。職員だけの罹患により長期入所者やショートステイ、デイサービスの利用者も検査の結果は全員陽性でした。
令和3年度の課題として、新型コロナウイルスを想定した対策と施設に持ち込まない対策の検討が必要。

9) 関係機関との連携

- ・新型コロナウイルスの影響により出席できなかった。

10) 苦情処理体制の確立と充実

①みな様の声の会（施設長と入所者との懇談会）

| | |
|-----------|-----|
| 令和2年4月2日 | 9名 |
| 令和2年8月6日 | 10名 |
| 令和2年10月1日 | 10名 |
| 令和3年1月18日 | 18名 |

4回 延べ47名

- ・感染症対策により、第三者委員と懇談会は中止した。

2件の苦情があった。

- ① 令和2年11月18日受付 長期入所されている娘より、来園され苦情を頂く。

《内容》

- ・10月12日、腹部膨満感あり嘔吐みられ、かみのやま病院医師より良くなるまで食事を中止とする。身元引受人へ看護師より現在の状態を報告する電話を入れるが、繋がらず翌日電話で報告をする。
11月18日、その後も腹満続き症状回復していない為、病状説明の為身元引受人来園して頂き医師との面談を実施する。身元引受人仕事の都合にて妻と娘来園される。
医師より、本日までの経過報告を説明するが施設に対する対応に納得できない。
内容として、体不調に至るまでの経過報告と治療内容が一切家族には報告が何故なかったのかを事細かく報告をして欲しい。

《苦情内容精査》

- ・体不調に至るまでの経過報告と治療内容を家族への連絡が抜けてしまった。

《今後の対応》

- ・体不調時や通院時等の変化が見られた時は、速やかに家族へ連絡する。
・報告をしたかどうかの最終的な確認を生活相談員が行う。

② 令和3年2月18日受付 長期入所されている身元引受人より電話で頂く。

《内容》

- ・肺炎球菌ワクチンを接種したと自己負担金の報告を身元引受人へ電話で報告する。2月17日に別の職員から「ワクチンを過去に接種したかどうかと聞かれ、過去に実施した旨を伝えたが、今回は聞いていない。接種した後に確認の電話が入るのは可笑しいのではないか。」と話がある。

《苦情内容精査》

- ・問診表に、ワクチンの既往の記入が抜けており、その際事前に家族へ確認が必要であった。

《今後の対応》

- ・家族からの記入後、生活相談員が内容を確認し、看護師も確認し2重のチェックをする。

②苦情解決委員会（偶数月開催）開催、第三者委員から毎回「苦情はない」との報告を受けた。

Ⅱ 主に施設サービス部門で取り組んだ項目

1) 自立支援に向け継続的な介護支援を行なう

- ・ケアプランの充実
- ・生活意向アンケートの活用

2) 入所者の健康管理の充実

③入所者の皮膚の保湿効果を高めるのにクリームを塗布し、保湿に努めた。

④各部門との連携

身体状況変化時に、その方に対して、今、早急に何をしなければならないか、各部門が集まり今後の生活に向けての話し合いを行ない、細かい対応ができた。

- ・健康診断や定期検査などの実施。

⑤新型コロナウイルスの影響により、他施設での喀痰吸引研修ができず施設内でのフォローアップ研修のみ実施した。

- ・定期的に安全委員会を行い、喀痰吸引が安全かつ適切に行われているか検討した。

3) 医療機関との連携強化・・・P.20

4) 食生活の充実・個々のニーズに即応した食事サービスの提供 P.21～24

① 28日のつや姫の日（地産地消の日）も定着し、旬のものを献立にたくさん取り入れることができた。

- ・ホームページ「自慢の食事」の更新も定期的に実施した。
- ・嗜好調査の実施と食事への反映
- ・献立会議を行ない、季節の食材や料理方法及び新メニューについて検討を行なった。

- ② 体調が悪い時はご本人が食べたい物、食べられる物を提供して少しでも早く回復に向かうよう対応した。

5) いつまでも口から食べて味わいのある生活を送る

- ・毎月各棟会議において、食事場面での個々の課題や対応策を検討した。
- ・多職種が連携して体勢や食事形態などを検討し、安全においしく召し上がっていただけるよう努めた。
- ・経管栄養の方に食事やおやつなどを少しでも経口摂取できるように試み、食べる楽しみを味わっていただいた。
- ・歯科衛生士と機能訓練指導員が中心となって嚥下反射、ムセの評価確認をおこなった。

6) 栄養ケアマネジメントの実施

- ・「栄養ケア・マネジメントマニュアル」に沿って栄養ケアを実施
毎月の体重測定、定期的な血液検査、毎日の食事摂取状況の把握、褥瘡や体調変化等の観察に努めた。

7) 食中毒予防の徹底

- ・調理マニュアル遵守により、手洗いや消毒の徹底を図った。
- ・害虫駆除を実施した。(2回)
- ・毎月検便を実施した。
- ・冬場(12月～3月まで)はノロ検便を実施したが、健康保菌者は誰もなかった。
- ・6月に調理職員や介護職員の手、調理器具、調理中の食材、保存検食の大腸菌検査を行った。その結果、改善が必要なものに関して速やかな対応を行った。

8) 家族との連携の強化

- ・例年実施している家族会総会や役員会が開催できなかった。
- ・新型コロナウイルスの影響もあり、面会を制限させて頂いた為、例年行っていた行事をご家族が参加できなかった。
- ・棟内で行った誕生会の写真をご家族様へ郵送させて頂いた。
- ・新型コロナウイルスの影響により、サービス担当者会議を職員のみで開催しケア計画書については郵送し同意を頂いた。
- ・家族の面会を制限させて頂き、窓際からもしくはリモートにて面会を行って頂いた。

令和元年度の反省と3年度に向けて

- ・【家族との連携の強化】面会の制限にて家族会を中止させて頂きました。終息時には開催予定。面会が出来ない状態が続く中、施設側から状況を細かく発信し窓際からリモートによる面会を実施していく。

9) 看取り介護の実施

- ・今年度は13名の退所者のうち11名の方を看取らせて頂いた。今年度は、新型コロナの影響もあり面会ご家族との連携体制を整え、協力して悔いのないターミナルの援助に努めた。
- ・看取り介護の同意を家族より頂いた後、多職種で看取り介護に向けたカンファレンスを行った。
- ・看取り介護終了後に、棟会議にて振り返りを行った。
- ・お亡くなりになった方を偲び、職員の想いや振り返りを行なった。
- ・遺留金品引渡し時、ご遺族の方から「もう少しこうして欲しかった。」「こういうものがあれば良かった、」など施設に対する意見や要望をお聞きしたが、感謝のみ述べられて、特にご意見はいただかなかった。

10) 口腔ケアの充実

- ・歯科衛生士による口腔ケアの実施
- ・歯科衛生士の指導にて、口腔ケアの月間目標を掲げ、介護職員に対し具体的な技術的助言及び指導を行った。
- ・介護職員からの相談に必要な応じて口腔ケアを行い、異常を早期に発見することができた。
- ・食事の待ち時間を利用し、歯科衛生士が中心となり口腔体操を行い、口腔内を潤すことにより誤嚥予防に努めた。
- ・歯科医師による往診や通院によって治療ができた。

11) 褥瘡予防対策

- ・褥瘡ができない寝具類（枕、マット等）を含めたベッド環境や多職種が連携して褥瘡をできないケアに努めた

12) 安全対策・・・P. 25~28

毎月の各棟会議において、ひやりはっと、事故に対しての検討、離床検知装置を使用し、安全に過ごしていただける環境整備等について検討を行なった。

- ・事故報告 250 件、ひやりはっと報告 205 件、 計 455 件
- ・事故内容に関して、誤薬は 25% 表皮剥離は 24% 転倒・しりもちは 20%
- ・発生時間帯に関して、夕食から朝食まで 39%、朝食から昼食まで 25%、昼食から夕食まで 35%
- ・場所に関して、約 38%は居室で発生 約 19%はロビーもしくはホールで発生
- ・結果として、骨折 4 件、創傷 47 件、打撲 23 件
- ・骨折の内訳 ①顔面骨折 ②右下端骨折 ③第 1・3 腰椎圧迫骨折 ④左大腿骨転子部骨折

①重度の認知症があり、立ち上がりに職員の介助が必要な方。

休息中、ソファーに座っている。立ち上がり数歩歩行され、バランスを崩し転倒される。

その後通院し、顔面骨折の診断を受ける。

②常時ベッド上にて生活しており、自力での離床は難しい方。

夕食後、車椅子を自力操作し自室へ戻り床頭台の扉を開けて確認していると、バランスを崩し、前のめりで転落される。その後通院し、右下端骨折で入院治療となる。

③精神疾患あり、自力で歩行器を使用し歩行されている方。

歩行器を自力で歩行され、食堂より自室内へ自力で戻る。バランスを崩し転倒される。その後、通院し第1・3腰椎圧迫骨折の診断を受ける。

④認知症あり、歩行にはふらつきあり職員付き添いの下歩行されている方。

夜間、自室内で転倒されているのを職員が発見する。足元にはセンサーマットを常時使用していた。その後通院し、左大腿骨転子部骨折と診断され入院治療となる。

令和元年度の反省と3年度に向けて

・事故の件数が多くひやりはっとの件数が事故の件数を比べると少ない。日々の生活の中でリスク分析を行うが、繰り返す傾向あり。リスク分析の方法について見直す必要あり。

令和3年度の課題として、事故が起きてから対策を講じるのではなく、事故リスクがある入所者及び利用者に対し、いかに予測を立てるかということに職員の意識をシフトしていくことが、事故件数削減の鍵となると思います。

13) 身体拘束等の適正化

当法人は身体拘束ゼロに取り組み、拘束しない介護を長年継続してきているが、全職員もこれからも身体拘束に繋がらない様に意識して介護を行う為に次の事をおこなった。

- ・新人職員オリエンテーション時に、施設における身体拘束等の適正化に関する指針の説明を行った。
- ・3か月に1回委員会を開催し、現在行っている介護が身体的拘束等に当たらないかの確認をおこなった。
- ・全職員対象とした研修会を2回実施

14) 機能訓練

- ・機能訓練指導員による個別・集団リハビリの強化・・・P. 29

15) アクティビティの充実

- ・外出機会の提供・・・P. 30
- ・セブンイレブン蔵王の森の協力による移動売店
(毎月1回、主に木曜日10:00に食堂ホールで開催)
- ・お一ばん上山店の協力により、好みの食べ物や日常生活に必要なものを注文

・「習字の会」を月1回開催・・・**P.31**

・「ミュージックケア」の実施（毎月各棟ごと1回）

16) ユニットケア

- ・ユニットに向けての勉強会を各個人2回行った。
- ・各棟に分かれて、ユニットに向けて食事の提供（大皿）を施行した。

短期入所生活介護事業所（ショートステイ）

1) 利用者のニーズに応じた介護サービスの提供

- ・利用者の心身の状況に応じた適切な提供ができた。機能訓練指導員と共に自宅と同様の環境整備に努めた。

2) 短期入所生活介護計画の作成

- ・施設ケアマネを中心に、介護計画書を作成し、家族より同意をいただいた。計画書に沿ったケアができた。

3) 家族との連携

- ・送迎時、書面にて利用時の様子を伝えたが口頭で説明を付け加えて確実に家族へ情報を提供するように努めた。
- ・利用中体調を崩され、主治医への通院が家族で対応できる時は家族に依頼し、通院をできない利用者には、園で送迎を行なった。（年間：11件）

4) ケアマネとの連携

- ・ケアマネからの情報が、うまく担当者に伝達されなかったことが多々あったので、情報はケース入力と口頭で誰もが把握できる体制に改善した。
- ・ショート担当からケアマネへの情報は書面と電話で申し送りができた。

5) リハビリテーションへの取り組み（個別機能訓練加算）

- ・家族より希望があれば、担当の機能訓練指導員が残存する身体機能を活用して生活機能の維持及び向上を図る機能訓練を実施した。

○個別機能訓練加算実績

| 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 計 |
|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|----|
| 人数 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 5 | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 60 |

7) 利用者の拡大

- ・自宅での介護が困難な利用者や自宅で生活が難しい単身利用者を、30日超えて長期的に利用して頂いた。

- ・ホームページで、各介護支援事業所への空き情報の提供ができた。

- ・一人暮らしの方への夕食支援（1年で2個）

| 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 計 |
|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|---|
| 個数 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |

令和元年度の反省と3年度に向けて

- ・【利用者の拡大】前年度と比べると稼働率が増加しました。増加はしたが定期的な利用者の確保ができなく新規利用者の数も減少。来年度は、個々のニーズに合わせた介護を目標に職員全体で取り組む。その他各介護支援事業所との連携をより強固に図り、利用者の拡大に努めたい。

Ⅲ主に居宅サービス部門で取り組んだ項目

1 通所介護事業所（介護予防・日常生活支援総合事業）

1) きめ細かなサービスの提供

- ・作成した通所サービス計画に基づき、「利用者主体」「個別性」を尊重したサービスを提供することができた。
- ・活動内容では、行事の希望を聞き取ってから実施するまで時間がかかった。
- ・利用者の自立支援、自己決定ではリスクを考えて介助してしまうことがあった。
- ・利用者同士や職員とのコミュニケーションをとおして、社会交流の場を提供することができた。
- ・毎月、体重測定をして健康管理に努めることができた。
- ・個別に対応希望があれば、食後の口腔ケアを歯科衛生士が介入し評価ができた。

- ・一人暮らしの方への夕食支援は希望者に提供できた。

| 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 計 |
|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|-----|
| 個数 | 78 | 74 | 75 | 70 | 60 | 74 | 67 | 48 | 44 | 40 | 21 | 46 | 697 |

2) 生きがいづくりのお手伝い・・・P. 32

- ・不自由な心身の状態にあっても、毎日の生活や人生を楽しみながら暮らしていくために、さまざまな活動を取り入れた。
- ・利用者から役割や生きがいを持っていただき、より笑顔がみられるような機会になるよう、芋煮会や餅つきなどの行事は準備の段階から栄養部門が関わり、利用者と共に調理を行なうことができた。
- ・毎月1週間、主菜の選択（肉料理と魚料理から）をしていただき、満足を得ることができた。
- ・季節感が感じられる入浴剤を使用することにより、ゆっくり入浴できる工夫ができた。

- ・音楽を取り入れた活動の実施（歌ってリハビリ・ミュージックケア・DVD等）をすることができた。

3) リハビリテーションへの取り組み（個別機能訓練）・・・P. 33

- ・趣味活動や個別機能訓練の実施と個別リハビリ計画書の作成を行った。
- ・通所サービスは一般に外出、社会交流の場としての機能があり、職員一同そのことを意識して関わることができた。
- ・リハビリテーションを全人的復権ととらえ機能訓練を行なうだけでなく、日常生活場面で活用できるように在宅を訪問し、環境整備も含め支援していくことができた。
- ・要望の多い外出活動を実施し、満足を得ることができた。

4) 口腔ケアへの取り組み

- ・個別で歯科衛生士が口腔清掃の指導や、摂食・嚥下機能に関する訓練など、適切な指導が実施できた。

5) ご家族との連携

- ・送迎時や自宅でのサービス担当者会議などで、日頃のデイサービスでの過ごし方や表情などを伝え、安心して利用していただくことができた。

6) 確実な記録の作成

- ・各人のケースや支援経過をまとめ、ご家族や主治医との相談や報告の記録等、誰がみてもわかるような記録の作成に努め、個人ケース記録を充実することができた。

7) 利用者の拡大・・・P. 34

- ・地域包括支援センター、居宅支援事業所と連携することはできた。
ホームページに空き情報を配信できた。

日常生活支援総合事業・通所型サービスA年間利用者

| 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 計 |
|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|-----|
| 人数 | 30 | 32 | 28 | 27 | 32 | 31 | 34 | 27 | 28 | 25 | 14 | 32 | 340 |

令和元年度の反省と令和3年度に向けて

- ・【利用者の拡大】通所介護・予防・日常生活支援総合事業所共に、居宅支援事業所や地域包括支援センター等に利用者拡大する為に連携している。新たな加算を取り組むことにより利用者に選ばれる通所介護事業所になるよう努力し、新規利用者の開拓に努める。

その他 安全対策・・・P. 35～36

- ・事故報告 24 件、ひやりはっと報告 11 件、 計 35 件
- ・事故内容に関して、転倒 8 件・しりもち 3 件 表皮剥離 3 件 その他 11 件

2 居宅介護支援事業所

1) 自立支援に向けた居宅サービス計画の作成

- 利用者やご家族、他のサービス事業者との連携を密に行ない、個人個人にあった居宅サービス計画を作成し過不足のない支援を行うよう努めた。
- ・個人情報やプライバシーの保護を遵守し、正確な記録を作成した。
- ・個別性を重視したアセスメントの実施ができた。
- ・「自立支援」を目標に、利用者の代弁者としての介護支援専門員のあるべき姿を意識
- ・地域包括支援センターやサービス提供事業者等との連携ができた。
- ・重度の認知症利用者や独居高齢者へ特に細心を払った援助ができた。

2) 運営基準に則した適切な業務の実施

- ・サービス担当者会議の開催

| 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 回数 | 5 | 4 | 6 | 2 | 7 | 5 | 8 | 2 | 3 | 2 | 3 | 7 |

合計 54 回 月平均 4.5 回

- ・可能な限り利用者宅訪問を実施ができた。
- ・公正中立な訪問調査の実施ができた。
- ・コンプライアンスの遵守

3) 介護予防支援・日常生活支援総合事業

- ・地域包括支援センターと連携

4) 利用者拡大への取り組み・・・P. 37～38

- ・上山市、地域包括支援センター、各サービス提供事業者、医療機関等との連携・連絡調整ができた。

5) 事業所としての取り組み

- ・担当ケアマネは支援当日速やかにケース入力を行い、毎週の居宅会議を継続することで、全員で情報を共有するができ、利用者に対して担当以外のケアマネでもいつでも対応できるようにした。
- ・24 時間連絡体制を確保、利用者の相談を迅速に対応できた。

業務時間外の連絡相談件数

| 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 回数 | 2 | 6 | 3 | 5 | 5 | 7 | 11 | 9 | 12 | 19 | 2 | 5 |

合計 86件 月平均 7.2回

- ・主任介護支援専門員を中心に切磋琢磨し介護支援専門員として協働体制を強化した。

その他 外部研修への参加・・・P.39