

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成29年度)

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構  
 公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 140-0001

所在地 東京都品川区北品川4-7-35 御殿山トラストタワー9階

評価機関名 株式会社 医療福祉経営研究所

認証評価機関番号

機構 07 - 180

電話番号 03-5422-7938

代表者氏名 薄井 照人



以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①		経営	H0802032
	②		福祉	H0602082
	③			
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】(介護予防含む)			
評価対象事業所名称	グループホーム シルクロード 鎌水		指定番号	1392900161
事業所連絡先	〒	192-0375		
	所在地	東京都八王子市鎌水141番地		
	TEL	042-674-1710		
事業所代表者氏名	大塚 仁史			
契約日	2017年 6月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2017年 6月 4日			
利用者調査結果報告日	2017年 8月 7日			
自己評価の調査票配付日	2017年 6月 4日			
自己評価結果報告日	2017年 8月 7日			
訪問調査日	2017年 8月 17日			
評価合議日	2017年 8月 17日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	・場面観察方式による利用者調査では、担当の評価者がお昼を挟む一定時間フロアに滞在し、利用者の活動の場面を観察しながら意向の把握に努めました。 ・職員の自己評価では、オリジナルの回答シートを用意し、階層別の評点分布だけでなく、より問題点を特定しやすいように集計結果をまとめて、事業所に報告しました。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

事業者代表者氏名

29年 9月 17日  
 グループホーム シルクロード 鎌水  
 ホーム長 大塚 仁史



1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述                  （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>(1) 誰に対してもいつも笑顔で敬意を持って接します。                  (2) 利用者のひとりひとりの自立した暮らしを支えます。                  (3) 利用者や家族に納得していただけるサービスを提供します。                  (4) 情報公開を積極的に行い、透明性のある運営を行います。                  (5) 効果・効率を考えた運営をし、経営の安定に勤めます。</p>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1) 職員に求めている人材像や役割</p> <p>ア) 利用者の立場になって考えられる職員                  イ) 介護の専門家としてのプライドと知識や責任感                  ウ) 介護に対する工夫やアイデア                  エ) 職員本人の充実感や心の平静</p> <p>(2) 職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>ア) チームワーク介護が基本であり、単独でいかにすばらしいケアを行っても駄目で職員間も声掛けしながら、話し合いを持ちながらの介護                  イ) 職員の人間的な本質の部分のやさしさ                  ウ) 利用者(家族)は、ホームへの期待「いつまでもここで生活できたら」との思いを受け止め、重度化した場合であっても、十分な観察力と知識でひとり一人の利用者のケアに当たる</p>

調査対象	①家族アンケート…対象は利用者の家族。有効回答内訳は男性7%、女性93%。80歳未満20%、80歳代33%、90歳以上47%。利用1年未満27%、3年未満27%、3年以上47%。 ②場面観察方式…調査当日、在所していた利用者全員
調査方法	①調査票による無記名式のアンケートを実施。調査票を事業所の封筒にて家族に郵送、記入済みの調査票は専用封筒にて、直接評価機関に返送していただきました。 ②評価者が一定時間リビング等に滞在し、利用者の生活や活動の様子を確認しました。
利用者総数	17
利用者家族総数(世帯)	17
共通評価項目による調査対象者数	15
共通評価項目による調査の有効回答者数	15
利用者総数に対する回答者割合(%)	88.2

**利用者調査全体のコメント**

家族に対するアンケートおよび場面観察方式を実施しました。

- ・場面観察では、担当評価者がお昼を挟む一定時間、生活・活動場面を観察しました。
- ・総合的な事業所に対する評価は、「大変満足」か「満足」合わせて100%と非常に高い満足度が示されています。
- ・各取り組みに対しての回答は11設問中8の設問で「はい」と回答された方が80%と非常に高い満足度が示されています。
- ・自由記述では、「スタッフの方たちの配慮・優しさによって本人も安心して生活していることが伝わります。希望すればいつでも訪問できますし、室内・本人の身の回りも不快臭などが全くなく、今後も現状が維持されてゆくことを望んでいます。」といった声や、「細かいことにも気を遣って頂き、小さなことでも連絡をくださるので家族としては大変助かっております。職員さんには感謝しております。」といった意見が挙がっています。

**場面観察方式の調査結果**

調査の視点：「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

**評価機関としての調査結果**

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

化粧ボランティアが来所した時の利用者同士および職員との関わりの一場面で利用者の変化に着目しました。

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

午前中は入浴する利用者、他の利用者と談笑しながらテレビを見て過ごしている方など様々でした。その日は化粧ボランティアの方も見えて、近日に迫る、納涼祭に向けて眉を整えていただくなど、いつもと違う場面がありました。うれしそうに順番を待つ利用者もいましたが、化粧を終えた利用者の方が、鏡に映る自分の顔を見て、初めは喜ばれていたが、次第にキレイになりすぎたと不安な表情で、他の利用者が化粧されている様子を凝視する場面がありました。その時、職員が、「きれいになりすぎちゃったかな。」と声をかけ、利用者の目の前に置かれていた鏡をさりげなくしまいました。鏡で自分の顔が見えない状況になったことで、利用者は安堵の表情を浮かべていました。職員がキレイだと思う気持ちを主張するのではなく、利用者の「今」の気持ちに寄り添うことで、不安な気持ちを取り除いていました。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

コメントを入力してください

6月の家族会において頂き、ご家族にアンケート趣旨を説明する。ご利用者様の入替りが数件あり、会参加が初めての方もいるためこの会を利用した。同時に職員にも配布。第三者評価を数年に一度お願いしている。前回との比較、サービスの比較になればとの思いよりである。

特色の違いがあるユニットで、1Fより2Fの方が、要介護度が高い方も生活する。お元気な方と重度の方が生活する中での関わりを調和をとりながら職員はケアにあたっている様子が汲み取られている。ホームでのご利用者様を職員は負担にならないように考え役割を持った生活を行っている様子が読み取られており当法人のケア方針を反映している。

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 家族への情報提供はあるか	15	0	0	0
「はい」と回答された方が100%でした。「面会時に様子を話していただき安心する」といった意見が挙がっています。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	15	0	0	0
「はい」と回答された方が100%でした。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	14	0	0	1
「はい」と回答された方は93%、「どちらともいえない」「いいえ」と回答された方おらず、「無回答・非該当」は6%でした。「いつも声をかけていただき、笑顔で接していただけるのが何よりです」といった意見が挙がっています。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	11	0	0	4
「はい」と回答された方は73%、「どちらともいえない」「いいえ」と回答された方おらず、「無回答・非該当」の方が26%でした。「詳しい説明や連絡があるので信頼しています」といった声が挙がっています。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	5	3	0	7
「はい」と回答された方は33%、「どちらともいえない」と回答された方は20%「いいえ」と回答された方おらず、「無回答・非該当」は46%でした。「このような場面に接したことがない」「分かりません」といった意見が挙がっています。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	15	0	0	0
「はい」と回答された方が100%でした。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	12	0	0	3
「はい」と回答された方が80%、「どちらともいえない」「いいえ」と回答された方は20%、「無回答・非該当」は20%でした。				
8. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	12	1	0	2
「はい」と回答された方は80%、「どちらともいえない」と回答された方は6%、「いいえ」と回答された方はおらず、「無回答・非該当」は0%でした。				
9. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	14	1	0	0
「はい」と回答された方は93%、どちらともいえないと回答された方は7%、「いいえ」「無回答・非該当」はいませんでした。「口頭・書面の説明をじっくり考える時間がもらえるのでありがたいです」といった意見が挙がっています。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	13	0	0	2
「はい」と回答された方は86%、「どちらともいえない」「いいえ」と回答された方はおらず、「非該当・無回答」は13%でした。				
11. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	6	3	0	6
「はい」と回答された方は40%、「どちらともいえない」と回答された方は20%、「いいえ」と回答された方はおらず、「無回答・非該当」は6%でした。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況
	9/9	
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している	
	評点(0000)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど)	
評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている		
評点(00)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している	
評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している		
評点(000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	

## カテゴリー1の講評

### 今年度、新たに副ホーム長職を新設し、組織改革に取り組みました

設立当初から看取り介護に取り組み、地域の介護ニーズに対応すべく、さらに地域密着型特別養護老人ホームを平成24年度に設立し、グループホームとの一体経営で現在に至っています。社会福祉法人制度改革等、各施設運営だけではなく法人運営に比重が置かれてきた現状もあり、法人理事長でもあるホーム長に成り代わり現場をまとめていくための新たな体制の構築に取り組むべく、今年度より、副ホーム長職を新設しました。副ホーム長が現場の統括職を担うことで、円滑な運営につながるようこの目的を達成すべく、この新体制の確立が期待されます。

### 事業計画書に法人設立の経緯から運営方針を記載し、職員、家族に周知しています

毎年作成している事業計画書には、法人設立の経緯、趣意、法人名の由来が巻頭に記載され、そして、法人の理念、基本方針、目的、運営方針と続き、介護のスローガンである、「和の介護」・・・融和・調和・和み(なごみ・和の心)の意味合いが詳しく記載されています。事業計画書は全職員に配布し、毎年6月に開催する家族会でも配布して家族に方針を伝えています。事業計画書に毎回法人設立の経緯から介護のスローガンまでを記載し続けていくことで、職員が改めて方針、方向性を確認できること、家族への再周知が図れる効果があると推察されます。

### 重要案件の決定プロセスなど職員への周知方法の工夫が期待されます

ユニット会議にて各ユニットにおける個別ケア等にて検討し、常勤会議にてホーム全体のことを検討する場としそれぞれ隔月で開催しています。ホーム運営に関することはホーム長、副ホーム長、法人事務局というメンバー構成で施設運営会議にて検討し重要案件が決められています。検討内容や結果は会議録や申し送りノートなどで職員に周知をしています。しかしながら、その決定プロセスについて職員に十分伝わりきれていない面が職員自己評価のコメントなどから見受けられます。どこまでを職員に伝えるのか、伝わっているかを確認することが期待されます。

カテゴリ-2		
2	経営における社会的責任	
サブカテゴリ-1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	○ 非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	○ 非該当
サブカテゴリ-2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	○ 非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	○ 非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	○ 非該当



## カテゴリー2の講評

### 人権を尊重した介護を提供していくことを「介護のスローガン」にて周知しています

介護職員として守るべき法などについては倫理要綱に記載し、入社時に誓約書を取り交わすとともに伝えていきます。また、介護職員としての立ち振る舞い、介護に対する考え方は、毎年作成し全職員に配布している「事業計画書」に記載しています。制度論だけでなく、わかりやすい言葉で人権を尊重した介護を提供していくことが「介護のスローガン」である、「和の介護」に記されています。その他、年1回、「虐待の芽チェックリスト」にて利用者に対する接し方などの自己点検を行い、実施1ヶ月後にも再度実施して意識づけが行われています。

### 第三者評価結果の公表や季刊誌の配布にて広く当ホームの情報を提供しています

当ホームは毎年第三者評価を受審し、外部評価を受けることで現在の施設運営状況を客観的に捉え、法人や当ホームが目指す介護への取り組みに注力しています。また、受審結果が公表されることで、当ホームの取り組みを情報提供することにもつながっています。年2回発行している季刊誌は、地域にある病院、居宅介護事業所、町会、学校など約1,000部を配布しています。地域内の様々なところで当ホームの情報を伝えていくことで、法人理念である、「地域で住み慣れた生活を続けるための福祉拠点の役割を果たします。」を推進すべく取り組んでいます。

### 多くのボランティアを受け入れ、利用者の生活を支えています

市内ボランティアセンターからの要請で、傾聴ボランティアの受け入れを行っています。ホームに足を運んでいただき、利用者が職員以外の地域の方と触れ合う良い機会となっています。有償ですが美容室のカットボランティア、音楽療法ボランティアが来所し、その他、シーツ交換、元家族による化粧ボランティアなど多くのボランティアの協力にて利用者の生活を支えています。ボランティア活動をするにあたり、留意事項を示した「心得」を渡し、プライバシーに関することなどを説明しています。

3			カテゴリ-3	
利用者意向や地域・事業環境の把握と活用				
サブカテゴリ-1(3-1)				
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			8/8	
評価項目1				
利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)				評点(〇〇)
評価	標準項目			
◎ あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている			○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる			○ 非該当
評価項目2				
利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる				評点(〇〇〇)
評価	標準項目			
◎ あり ○ なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる			○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している			○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる			○ 非該当
評価項目3				
地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している				評点(〇〇〇)
評価	標準項目			
◎ あり ○ なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる			○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる			○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している			○ 非該当
カテゴリ-3の講評				
<p>利用者調査や面会時の会話、苦情・相談カードにて家族の意向を収集しています</p> <p>毎年、第三者評価の中で実施している利用者調査にて家族等の意見を吸い上げていますが、家族が面会に訪れた際に記載していただく、「面会カード」の裏面を、「苦情・相談カード」としており、家族が気兼ねなく意見や要望を挙げることができるよう工夫しています。面会に訪れた時に職員と交わす会話の中でも家族からの要望等には個別に対応しています。今後さらなる取り組みとして、家族から頂いた声は苦情なのか要望なのか、またどのように対応したのかを職員間で共有することで統一した対応が可能となります。今後の取り組みが期待されます。</p> <p>活動報告が主となっている運営推進会議の在り方、進め方は課題と捉えています</p> <p>隔月で開催している運営推進会議のメンバーは、鍾水地区民生委員、市の高齢いきいき課、併設する地域密着型特養の家族、グループホームの家族、市のふれあい相談員、地域にあるデイサービス管理者のほか、法人理事、事務局で構成されています。この運営推進会議には地域包括支援センターの職員の参加がなく、また、民生委員の参加は持ち回りのため固定した人員ではないことから地域内で検討されている高齢者に関する情報が収集しにくい環境にあり、運営推進会議がホーム内の活動報告に留まっており、形骸化している現状があり課題と捉えています。</p> <p>市内グループホーム連絡会に参加し、共通課題などを共有しています</p> <p>市内のグループホームで構成されているグループホーム連絡会に参加しており、職員のモチベーション向上、業務に追われている、緊急時の対応など、市内グループホームが運営上抱えている共通課題について情報共有・交換が行われています。この市内グループホーム連絡会には市の担当職員も同席し、これら共通課題を把握するとともに市からの連絡事項等もこの場で共有することができています。この連絡会では職員交換研修やグループホーム見学会も実施しており、色々な取り組みを知る機会を作り、運営する上での参考になっています。</p>				

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 10/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		
評点(000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		
評点(0000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		
評点(000●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ-4の講評

**今年度から法人全体の事業目標を掲げ、職員に周知しています**  
 これまで事業計画書で設定していた目標は各ユニットで掲げた目標でしたが、今年度より法人全体としての目標を立て職員に周知を図りました。「施設中長期目標」掲げ、その他、①介護サービスの提供、②医務サービスの提供、③食事サービスの提供、④地域との関わり、の4点について重点目標を設定しました。地域密着型特養との一体経営であることから法人全体の課題として捉えて取り組むことを意識して設定しています。法人全体での目標を設定したことで、法人職員として目指す今後の取り組みが可視化されました。

**事業計画の策定時に各担当の業務分担を行い、遂行する業務を明確にしています**  
 各種会議のほか委員会や各種担当を割り当て、立案した計画等を実行できるよう事業計画書内に明記しています。役割を遂行するにあたり、各委員会および担当者の業務内容も細かく記載しており、自分が何を行うことが必要なかを一目で確認することができます。各自が担当した業務については、事業報告書にて、ユニット、委員会、担当が遂行した内容がまとめられていますが、事業計画を策定する際に予め、各担当が年度内で行う重点目標を策定しておくことで、事業報告書の記載内容についても理解も進むことが推察されます。今後の工夫が期待されます。

**防災訓練や「ひやりはっと・気づき報告書」にて安全面の確保に取り組んでいます**  
 職員体制が薄くなる夜間を想定して毎月防災訓練を実施しています。訓練内容は初期消火や利用者の誘導避難に重点を置き、万が一に備え適切で迅速な対応が行えるよう準備しています。また、年1回、AED操作を含む救急訓練も実施しています。不審者対応についての訓練は特に実施しておらず、職員体制が薄くなる時間は施錠することで対応していますが、今後は訓練の必要性を感じており検討する予定です。安全対策として実施している「ひやりはっと・気づき報告」の取り組みは継続して行っていますが周知徹底については工夫が必要な面が見受けられます。

カテゴリ-5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(00●●●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○ 非該当
カテゴリー5の講評		
<p>「業務目標・成果シート」を導入し、職員のやる気に報いる仕組みを構築しています</p> <p>昨年から職員に対する個人面談を行い、文章などで伝えてきてはいましたが、職員の思いを「聞き取る」ことが不十分との反省から、今年度「業務目標・成果シート」を導入し、この評価は報酬に反映することにより職員の頑張りを評価する仕組みを構築しました。「業務目標・成果シート」に具体的な業務目標やチャレンジ目標、仕事の進め方、自己啓発を掲げ、上半期、年間で成果と反省をまとめ、上長との面談にて振り返りを行います。職員の育成や定着に視点をおいたこの取り組みが軌道に乗り、職員のやる気向上につながることを期待されます。</p> <p>今年度、組織改革の一つとして、副ホーム長を配置しました</p> <p>組織改革の一つとして現場を理解した中で職員を直接指導できるよう、介護職員としての意識・介護力の向上につながることを目指し、副ホーム長を配置しました。今まで直接ホーム長とのやり取りであったことも、副ホーム長を配置することでワンクションとなり、より風通しの良い職場環境を作りたいというホーム長の意図があります。組織改革の意図は事業計画書内にも明記し職員、家族にも伝えていますが、職員自己評価においては、この意図が伝わりきれていない意見が散見しています。職員にその真意が「伝わる」よう、取り組むことが期待されます。</p> <p>新たな職員集団での利用者に対するケアではありますが、高い満足度が示されています</p> <p>昨年度、長年ホームで利用者を支えてきたベテランの常勤職員2名が退職し、新人職員を迎えて欠員とは至らないまでも職員の育成と同時進行で利用者の生活を支えてきました。新たな職員集団での利用者に対するケアではありますが、当ホームの持つ家庭的な雰囲気、看取りへの対応は受け継がれており、利用者調査の結果でも総合的な満足度は100%と家族からの高い評価があります。人材確保が厳しい業界全体の課題の中、折り込み広告などでの人材募集や職員の有休取得の確保や給与規程の見直しなどを行いながら、職員の定着に向けて取り組んでいます。</p>		



カテゴリー8

8 カテゴリー1～7に関する活動成果

サブカテゴリー1(8-1)

前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている  
 ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」  
 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」  
 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

今年度、新たに副ホーム長職を新設し、組織改革に取り組みました

社会福祉法人制度改革等、各施設運営だけではなく法人運営に比重が置かれてきた現状もあり、法人理事長でもあるホーム長に成り代わり現場をまとめていくための新たな体制の構築に取り組むべく、今年度より、副ホーム長職を新設しました。副ホーム長がユニットリーダーを兼務していることもあり、これから徐々に副ホーム長としての職務に専念できる環境を整えながら、現場の統括職を担うことで、円滑な運営につながるようとの目的を達成すべく、この新体制の確立が期待されます。

サブカテゴリー2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている  
 ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

「業務目標・成果シート」を導入し、職員のやる気に報いる仕組みを構築しています

昨年より職員に対する個人面談を行い、文章などで伝えてきてはいましたが、職員の思いを「聞き取る」ことが不十分との反省から、今年度「業務目標・成果シート」を導入し、この評価は報酬に反映することにより職員の頑張りを評価する仕組みを構築しました。「業務目標・成果シート」に具体的な業務目標やチャレンジ目標、仕事の進め方、自己啓発を掲げ、上半期、年間で成果と反省をまとめ、上長との面談にて振り返りを行います。職員の育成や定着に視点を置いたこの取り組みが軌道に乗り、職員のやる気向上につながることを期待されます。

サブカテゴリー3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている  
 ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」  
 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

服薬のチェック体制を見直した結果、服薬事故減少に繋がりました

利用者の各々の主治医が処方した服薬はホーム指定の薬局に処方箋を渡しています。薬局は利用者毎に朝、昼、夕の1週間分を個包しホームに配達し、看護師が処方箋と照らし合わせながらチェックし事務所の棚に保管しています。その日の服薬は職員が朝、昼、夕に分け他の職員がチェックし、投薬の際は担当職員が日付と名前を確認し利用者との職員にも確認しています。空袋は専用の袋に破棄するなど、各場面毎のダブルチェック体制を整え服薬事故減少に繋がりました。さらに細心の注意を払い服薬事故防止に努めています。



サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へに向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

稼働率の低下や支出減への取り組みを行い成果が表れています

看取り介護に取り組む当ホームでは、稼働率の低下に伴う収入減の状況を経営的視点から、様々な加算取得と、また、生活保護受給者も入所できるよう仕組みを見直し収入をキープできるよう取り組んでいます。今年度、職員の時間外勤務の申請方法を事後申請から事前申請に切り替えました。その結果、必要な超過勤務が整理され、超過勤務手当が減となり支出の見直しにつながりました。

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している  
・カテゴリ-3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

家族が気兼ねなく意見や要望を上げることができるよう工夫しています

毎年、第三者評価の中で実施している利用者調査にて家族等の意見を吸い上げていますが、家族が面会に訪れた際に記載していただく、「面会カード」の裏面を、「苦情・相談カード」としており、家族が気兼ねなく意見や要望を上げることができるよう工夫しています。また、年2回の家族会の出席率も高く家族からの意向を把握する取り組みは変わることなく継続して行われています。昨年度、長年ホームで利用者を支えてきたベテランの常勤職員2名が退職し、新人職員を迎えて欠員とは至らないまでも職員の育成と同時進行で利用者の生活を支えてきましたが、当ホームの持つ家庭的な雰囲気、看取りへの対応は受け継がれており、利用者調査の結果でも総合的な満足度は100%と家族からの高い評価があります。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ-6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ-1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>4/4</b>
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-1の講評		
<p>地域包括支援センターや地域の小学生に季刊誌を配り情報提供を行っています 年に2回、約200事業所分の季刊誌を発行しています。家族への配布や、事業計画とともにホームページへの掲載をしています。地域包括支援センターへも配布し、地域交流会では地域の小学生に季刊誌を渡し、情報発信をしています。小学生に季刊誌を配布することで自宅に持ち帰り、家庭で親御さんに見てもらおう等して、地域の多くの方にホームを知ってもらおう機会となっています。</p> <p>見学は随時対応しており、見学者へはホームの現状をありのまま伝えています ホームの見学はホーム長、副主任が担当しており、事前に連絡がない急な場合にも対応しています。見学対応時には、グループホームの役割について説明するとともに、家庭の延長であるということを伝えています。また、ホームに入居したとしても全てが必ず安全というわけではなく、転倒や怪我をしまうリスクがあることや、家庭の延長といっても一定のルールがあることを伝えています。また見学の依頼があった際に満室の場合には、見学者に対して他のグループホーム情報を提供したり、グループホームを選ぶ際のポイント等を説明しています。</p> <p>ホームページ上でホームの特徴や利用者にとって必要な情報を掲載しています ホームページでは、「グループホームとは」という事から始まり、ホームが大切にしていることを記載しています。特に穏やかに生活してもらうことを目的としていることや、家族とホームが協力をして介護を作りあげるというホームとしての介護に対する基本的な考え方が示されています。ホームの特徴として、利用者のスケジュールが無いこと、地域とのつながりを大事にしてケアすること、普通の生活、尊厳のある生活を送ることができるようにケアをしていくことが示されています。</p>		
サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>7/7</b>
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目2</b> サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		<b>評点(0000)</b>
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2の講評

**新たな環境に早い段階で馴染むことができるよう気をつけてケアを行っています**

新規に入居があった場合には、その方が望むこと、できること、役割は何なのか、という視点でアセスメントを行っています。利用者に「自分には役割がある」ということを実感してもらえるようなケアをしていくためには何が必要であるのか、職員全員で考えています。また、利用者はおお客様ではあるが、家族のような存在でありたい。という考え方を大切に、声掛けや関わり方があまりにも「お客様対応」にならないよう、アットホームな関係づくりをするようにしています。

**入居に際しては、家族やその人の気持ちを最大限尊重し、ケアに繋がっています**

入居に際しては、「気持ちシート」に利用者の思いや家族の思いを記録し、まとめています。このシートには、利用者の楽しいと思うことや、不安に思うこと、やりたいこと等が記載されており、利用者の理解に繋がっています。標準のアセスメントシートだけでなく、「気持ち」に着目したシートを使用することで、その人の深い部分、より心理的な部分を理解し、職員全員でその人にあったケアを早い段階で提供できるようになることに繋がっています。

**退去時においても利用者や家族の不安が軽減されるようケアをしています**

病院に入院することになった場合には、その病院に同行し、ホームでの生活の様子や食事や認知症の症状の特徴など細かい点を説明しています。他の施設への転居となった場合においてもその施設において可能な限り今までの生活を継続して送ることができるよう、情報を細やかに伝えるようにしています。また終末期を迎え、ホームにて亡くなられた利用者が居た場合には、亡くなられた後もそのご家族に電話してお話を聴く等して不安や悲しみの軽減を図っています。

サブカテゴリー3

3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	10/10
---	-----------------	-----------------------	-------

<b>評価項目1</b> 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		<b>評点(000)</b>
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目2</b> 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している		<b>評点(000)</b>
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○ 非該当

<b>評価項目4</b> 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
● あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○ 非該当

サブカテゴリー3の講評

**アセスメントから介護計画作成、モニタリングまでの過程を確立しています**

新規で入居になった場合には、様々な情報から、「利用者や家族はこう思っているだろう」という視点から暫定ケアプランを作成しています。暫定ケアプランを作成した後、1ヵ月後にケアプランを作成し、6ヵ月経過した段階で見直しをしています。見直しの際には、担当者だけではなく、ユニットの職員一人ひとりに評価をもらい、ケアプラン変更につなげています。見直し期間の半年の中で、介護計画の実施内容で無理はないのか、本当にその人に合っているのかなどは日々の介護記録にて記録をとって職員間で共有をしています。

**「気持ちシート」や「アセスメント表」を基に介護計画を作成しています**

入居時に作成する標準のアセスメントシートだけではなく、利用者や家族の思いがまとまっている「気持ちシート」の内容を基に介護計画を作成しています。気持ちシートを基に、その人が本当にしたいこと、生活の中で楽しいと感じること、不安に感じることは何なのか、そういったことを踏まえて今まで送ってきた生活が継続され、かつ安心して生活を送ることができるためのケアプラン作成につなげています。入居前と入居後の「気持ち」の変化を記録できるようなシートがあるとより計画作成時に活用できることが推察されます。

**日々の記録は介護計画との連動が分かるように記録しています**

一つひとつの介護計画には記号をつけています。実施した内容は介護記録に記録を取り、その際には実施したことが分かるように介護計画にある記号を記録にも記載しています。介護計画、記録に記号を振ることによって、連動性があり、計画の進捗状況やその人の今の状況に合っているのか、見直しは必要ないのか等がすぐに分かるようになっていきます。見直しをする際にも記録と計画が連動しているので、どの職員が見てもすぐに計画の進捗状況が分かるようになっていきます。

サブカテゴリー5

5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	7/7
---	--------------------	-----------------------	-----

<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
● あり ○ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○ 非該当

サブカテゴリ5の講評

利用者のプライバシーに配慮し、普段の職員同士の話し合いの際にも工夫をしています  
 プライバシー保護マニュアルに則り、普段のケアにおいても居室に入る際には必ずノックし、利用者の確認をとってから居室に入るようにしています。露出を伴うケアの際には、職員が1対1で対応し、利用者の羞恥心への配慮をしています。職員同士で利用者についての話をするときでも、他の利用者などにわからないように名前ではなく居室番号で呼ぶように配慮をしています。

虐待チェックシートを活用し虐待の発生を未然に防ぐための取り組みを行っています  
 はい、いいえで回答する形の「虐待チェックシート」を活用し、職員に取り組んでもらい職員会議で振り返りを行っています。「虐待チェックシート」に取り組むはするものの、回答の統計を報告するような形に留まっています。今後の取り組みとして、どういった行動や言動が虐待に該当してしまうのか等を話し合う場や普段からそういった行動や言動を振り返る場を設定することによって、より虐待防止についての職員の危機意識が向上することが推察されます。

居室の設えや環境設定など、それまでの生活が継続できるようなケアを行っています  
 居室へは家具や仏壇など、ホームに入居する前から使っていた身の回りのものをそのまま持ち込むことができるようになってきました。また新聞もホームでとっているものとは別に利用者個人で取ることが可能になっています。可能な限り、入居前の生活が継続できるように配慮し、その人が落ち着いて暮らすことができるようにケアをしています。また、利用者同士の少しの言い合いなどについても、問題にならない程度であれば「普段の生活だから」という視点でそれも生活の一部として捉えています。

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化 サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/11

評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○ 非該当

評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○ 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○ 非該当

サブカテゴリ6の講評

外部研修に参加する機会が多くあり、報告書で共有をしています

多くの職員が研修に参加する機会があり、情報提供することで職員も主体的に研修に参加するようになってきています。研修受講後は研修報告書で振り返りを行い、各職員が各自確認をする形で共有を図っています。しかし、外部で受けてきた研修をなかなか現場に落とし込んでみたり、実践に繋げることができていないことをホームとして課題と感じています。今後は研修で学んできたことを利用者実践してみることなど、より現場にフィードバックする形をとることで、個人が学んできたことをホームに浸透させ、利用者還元できると推察されます。

利用者のケアや日々の状況の確認のために随時「15分ケア会議」を行っています

利用者の状態の変化や日々の状況の確認のために、「15分ケア会議」を開催して、利用者についての話し合いを行っています。月々の会議を待つ話し合うのではなく、少し空いた時間を使って利用者の状況についてタイムリーに話し合う場があることによって、利用者にとって「今必要なケア」を提供することに繋がっています。対応を即座に決めることが出来ない内容については、1週間等、ある程度の期間において様子を見るなど、対応についても工夫をしています。

マニュアルが整備されており、職員がいつでも確認ができるようになっています

プライバシー保護マニュアルや、看取り対応マニュアル等が整備されています。特に看取り対応マニュアルは同法人の特養と共通のものが作成されており、今年の8月に内容も改訂され、より見やすく実践に繋がられる内容になりました。特に終末期の利用者の身体的な状況の変化については呼吸など細かい点まで記載されています。利用者だけでなく、家族の心理状況や負担についても記載があり、このマニュアルには法人、ホームとしての看取り期の方針やすべきことが盛り込まれています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
		23/23	
1 評価項目1 認知症対応型共同生活介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
◎ あり ○ なし	1. 個別の認知症対応型共同生活介護計画に基づいて支援を行っている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 関係職員が連携をとって、支援を行っている		○ 非該当
評価項目1の講評			
<p>介護計画書の内容に沿っての支援を行い記号を用いて実施の有無を確認しています                      介護計画書の作成にあたっては、利用者や家族の希望や要望と全職員で実施したモニタリングの結果を踏まえ、ユニット会議で支援内容を検討し作成しています。毎日、新聞を購読し目を通したい人、筋力強化に自転車こぎのマシンを使用したいなどの希望には介護計画書のサービス内容に記載し記号をつけ、実施した際はケース記録に記号を記載し計画と支援の連動性に努めています。介護計画書に基づいての支援内容の実施記録によって、全職員が関わってのモニタリングを行う際の参考になり確認することが出来ています。</p> <p>利用者一人ひとりの行動パターンを大切にその人らしい生活が送れるよう支援しています                      利用者一人ひとりの生活ペースや行動パターンを家族から聞き取り、利用者の要望も取り入れその人らしい生活が送れるよう支援しています。朝の起床時間や日中の過ごし方、入浴の時間帯など、その人の意思や習慣を大切にした介護計画書を作成し、自立に向けた支援に取り組んでいます。買い物に行く、季節の花の観賞、外出として地元の祭りや初詣など、また日常的な入浴についても午前中や夕方など利用者の習慣や希望を大切にしています。気分転換を図る機会を設けながら生活リズムを整えその人らしい支援に心掛けています。</p> <p>朝礼、ケア会議、フロアミーティングなどによって関係職員は連携し支援を行っています                      利用者の情報は全体朝礼やフロアミーティング、ケア会議によって確認し、日々の支援を行っています。全体朝礼ではホーム長、副ホーム長、看護師、フロア職員によって利用者の報告や予定などの確認しています。フロアミーティングでは日勤から中勤へ漏れの無いよう詳細な申し送りを行い、問題が生じた場合はその都度、解決に向けた話し合いを行っています。勤務シフトがローテーションの為、申し送りノートや会議録など出勤時には必ず目を通す事を徹底し、職員間の共通認識に努め、医療機関とも往診や緊急時の対応が整備され連携体制で支援しています。</p>			
2 評価項目2 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
◎ あり ○ なし	1. 食事に関する一連の作業等利用者の生活場面では、利用者の主体性と能力を活かして支援を行っている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりに応じた生活への参加ができるよう工夫をしている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 利用者の心身の状況に応じて、生活するうえで必要な支援(食事や入浴、排泄等)を行っている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	4. 各種手続きや買い物等日常生活に必要な事柄について、利用者本人による実施が困難な場合に代行している		○ 非該当

評価項目2の講評

利用者の心身の状況に応じて誰もが食事の準備や調理などに関われるよう配慮しています

ホームの食事は主菜、副菜は併設の特別養護老人ホームで作り、各フロアの台所でご飯を炊き汁物を作っています。米を研ぐ、汁物に入れる食材を洗い、調理し、味つけなど主体的に行う利用者や、盛り付けは腰かけながら職員の声掛けで行う利用者もいます。食後の後片付けや食器洗いや食器拭きなど無理強くない可能な限り行えるよう職員は常に笑顔で見守っています。朝食はフロアで作っていますので食材の買い物に利用者も同行し一緒に食材選びをすることもあり、主婦として長年培ってきた食事作りに参加することで、能力を活かした支援になっています。

利用者毎の興味を把握し様々な生活に参加することで残存機能の維持に繋がっています

利用者一人ひとりの興味のあることや得意や不得意をユニット会議やケース会議で確認しながら、変化についても職員間で把握しながら生活に参加できるよう支援しています。掃除機をかける人や雑巾で窓拭きをする人、洗い物をする人など場面毎に割り振りを行っています。車いすや重度の利用者にも役割として、毎月行われる誕生会に「誕生カード」を読んで渡すなど、出来ることに参加してもらっています。役割を認識している利用者は積極的に役割を行い、利用者同士で協力し合う場面もあり様々な残存機能維持に繋がられています。

利用者には出来る事は自身にしてもらうことを基本に支援を行っています

利用者一人ひとりの心身の状況に応じて日々の支援をし、利用者ができることは自身で行うことをホームの基本としています。食事は自分で食べられない場合は職員が側に付き添い介助を行っています。入浴については着脱、洗身、洗髪は自身で出来ることはやってもらうよう促しの声掛けし、一般浴槽での入浴が困難な場合は併設施設の機械浴槽(ミストシャワー浴)を使用し安全に入浴できる体制を整えています。排泄も声掛けや誘導によりトイレでの排泄に心掛けています。日用品の買い物は職員の付き添いで利用者が自ら選ぶ場合と代行の場合もあります。

3 評価項目3

利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 日常生活の中で、利用者一人ひとりの状態に応じて身体を動かす取り組みを工夫している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などくみを整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、医療機関等と速やかに連絡できる体制を整えている	○ 非該当

評価項目3の講評

日々の健康管理は週1回のバイタルチェックと月1回の体重測定で確認しています

利用者の健康状態は週1回のバイタルチェックと看護師による毎朝の視診で確認しています。月1回実施の体重測定は前月比との値を出し増減に気配りし、年1回の健康検診は職員付き添いで利用者各々の主治医で受け、結果はホームで保管し健康状態の把握をしています。また利用者の日々の状態は職員が注意深く観察し、変化が見られた際には看護師に連絡し、必要に応じて主治医に連絡を入れ指示を仰いでいます。夜間帯の体調変化時はホーム長と看護師に連絡する体制を整え、家族にはその都度の様子や受診した場合と健康検診の結果など報告しています。

日課の体操や散歩、フィットネスマシンを実施し身体機能低下防止に努めています

利用者の身体機能低下防止の為に毎日職員の号令で、手足や首を動かし声を出すなどとDVDをかけラジオ体操を行っています。フィットネスマシンも促しながら使用し、散歩は時間を見計らって出かけ、掃除や洗い物、配膳下膳など家事活動でも立つ歩くの動作の継続に配慮しています。ホームの間取りは中庭を中心にリビングから廊下を一巡できるようになっており、散歩や外出が難しい時は手すりに沿って歩くこともあります。買い物やホームの周りの散歩やお花見などの外出も実施することで下肢筋力低下防止を図っています。

服薬のチェック体制を見直した結果、服薬事故減少に繋がりました

利用者の各々の主治医が処方した服薬はホーム指定の薬局に処方箋を渡しています。薬局は利用者毎に朝、昼、夕の1週間分を個包しホームに配達し、看護師が処方箋と照らし合わせながらチェックし事務所の棚に保管しています。その日の服薬は職員が朝、昼、夕に分け他の職員がチェックし、投薬の際は担当職員が日付と名前を確認し利用者との職員にも確認しています。空袋は専用の袋に破棄するなど、各場面毎のダブルチェック体制を整え服薬事故減少に繋がりました。さらに細心の注意を払い服薬事故防止に努めています。



4 評価項目4 共同生活が楽しく快適になるよう工夫している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者がお互いに関わり合いながら楽しく生活することができるよう支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事業所での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 居室や食堂などの共用スペースは、利用者の安全性や快適性に配慮したもとなっている	○ 非該当

評価項目4の講評

職員が利用者同士の橋渡しや潤滑剤になり日々の生活が楽しくなるよう工夫しています

ホームでの日々の生活にスケジュールはなく利用者一人ひとりのリズムを大切にしています。利用者がお互いに尊重し協力しながら生活できるよう、職員は利用者同士の橋渡しや潤滑剤になっています。利用者同士のおしゃべりも多く職員は見守りながら、良い場面やトラブルに繋がりそうな場面をケース記録や気づき報告書に記録し、朝礼やフロアミーティング、ケア会議での報告や検討しています。気づき報告書の書式を変更したことで、職員に意識変化があり気づきの記録が増え、またトラブルが全て悪いと捉えないで生活の一部と思うようになっています。

利用者の意思を尊重し無理強いのない生活ペースの支援に努めています

利用者の日々の生活は他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない限り原則自由としています。フロアでのテレビ視聴には職員は利用者の好みを把握し、歌番組やフィギュアスケート、相撲、プロ野球やコントなどを録画し、その時のタイミングで視聴しています。毎日、新聞や絵本を読む習慣の人も居り、また希望があればアルコール類を他の利用者の就寝後居室やフロアで飲むことも可能とし、以前には事例もありました。施錠のかかってない玄関から出て行く利用者には、職員が付き添いホームの周りを散歩し気分転換にするなど気持ちに寄り添っています。

居室やフロアの空調管理や湿度調整に気配りし利用者の安全性や快適性に配慮しています

フロアや玄関を入った壁には利用者と職員の共同作品が飾られ、季節感が感じられるよう工夫した作品になっています。フロアや廊下など共有スペースは掃除が行き届いており、利用者のつまずきや転倒などが起きないよう、動線には物を置かないように注意を払っています。利用者の居室と日中過ごすことの多いフロアの空調管理や換気の為に窓を開けたり湿度調整に気配りしています。居室のエアコンと空気清浄器はホームが設置し、加湿器は利用者の持ち込みになっていますが、管理は職員が行い安全性や快適性に配慮しています。

5 評価項目5 事業所と家族等との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 家族や利用者の意向を考慮して、家族等が参加できる事業所の行事を実施している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 家族等が事業所等に対し、意見や要望を表せる機会を設け、それらを活かした支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 重度化した場合や終末期に備え、あらかじめ本人や家族等と話し合い、事業所でできることを説明しながら、方針を共有している	○ 非該当

評価項目5の講評

家族会を年2回、全家族の参加型行事を年3回開催し多くの家族の参加を得ています

ホームでは家族が参加できる行事として家族会を年2回、併設の特別養護老人ホームと合同の納涼祭と敬老会、餅つきを開催しています。家族会では終了後に各々の家族で居室での食事や外食に出かけられるよう配慮しています。納涼祭には家族の協力を得て盛大に行われ、利用者も職員もゆかたや甚平を着て祭りの雰囲気を楽しんでいます。敬老会には利用者の様々な場面の写真をCDにしてプレゼントし家族から好評を得ています。餅つきには家族が杵で餅を搗き鏡餅作りや搗き立ての餅をいただきました。利用者は家族と過ごせる楽しい行事になっています。

面会時には利用者の現状報告し日常の些細な事でも家族に報告して共有化に努めています

家族が面会に訪れる機会は多く、その都度職員は利用者の現状報告をしています。日常の微熱や鼻水が出た時点でもメールや電話にて知らせ些細な事でも職員と家族との共有に努めています。今回の調査でも利用者の報告や説明の項目には全員が「はい」との回答があり、「小さなことでも連絡を下さるので助かってます」のコメントもあり、ホームへの信頼の高さが窺えます。家族からの意見や要望は年2回開催の家族会に於いてや、日頃の電話やメールでの連絡の際と面会時に聞き取っています。

「看取り対応マニュアル」を改訂し、看取りについての内部研修を実施しました

ホームでは開所以来多くの看取りの実績の経験を踏まえ今年度「看取り対応マニュアル」を改訂し、より極め細かな内容にしました。看取り期にたどる経過など記載し、理解した職員が家族の心の準備に寄り添えられるようになっています。揺れ動く家族の心情を踏まえ「看取りに関する委任状」を新たに作成しました。看取り後に家族には「看取り介護実施に関するアンケート」と職員には「評価と課題」などのアンケートで振り返りを行っています。このマニュアルに沿って職員研修を実施しましたが、職員の精神ケアについては今後の課題としています。

6 評価項目6

利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 地域の情報等を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 運営推進会議で話し合われた意見を活かして支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 区市町村や地域包括支援センターと日頃から連絡を取り、協力関係を築きながら支援を行っている	○ 非該当

評価項目6の講評

地域や小学校の行事に参加し子供達や地域住民との交流を楽しんでいます

地域の情報については2ヶ月毎に開催の運営推進会議で収集しています。町会の祭りには案内状が届き地域の盆踊りや神社の祭りに参加し、露店で買い物をするなど地域住民との交流を楽しむことが出来ています。神社の祭りの子供神輿がホームの前に立ち寄り利用者はおひねりを渡し、また地域2校の小学校の運動会に数名が応援に行き子供達の力強い走りや演技に拍手を送っています。年1回の地域交流会には来所の小学生10名位から育てた花鉢のプレゼントがあり、おやつと一緒に食べ歌をうたうなど、地域の子供達との触れ合う機会が多く得られています。

ボランティアと中学生による職場体験を受け入れ利用者との交流に繋げています

ホームには地域ボランティアの音楽療法や化粧ボランティア、シーツ交換、各居室のエアコンや車いすに網戸や窓ガラスの掃除ボランティアなどが来所しています。職場体験学習の中学生を受け入れ、家事やシーツ交換などの作業と利用者と一緒にトランプなどのゲームを楽しんでいます。ボランティアや中学生には個人情報についての説明しています。また利用者は日用品やユニットで用意のおやつなどを近隣のスーパーに買い物に行き、四季折々の花見にも出かけるなど地域資源を有効的に利用しています。

運営推進会議を地域の各分野の方と行政や家族の参加を得て2ヶ月毎に開催しています

運営推進会議は2ヶ月毎に開催し、地区民生委員、ふれあい相談員、他事業所の管理者、行政の高齢者いきいき課の職員、特養の代表家族3名、グループホーム代表家族2名、法人から3名のメンバーで話し合われています。法人からは活動報告や事業報告や第三者評価結果報告などを伝え、行政からは地域の動向などの報告があります。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所とは日頃から連絡を取り合い連携に努め、虐待などの緊急を有する案件にも積極的に協力しています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	2-1-2	第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている
タイトル①	第三者評価結果の公表や季刊誌の配布にて広く当ホームの情報を提供しています	
内容①	当ホームは毎年第三者評価を受審し、外部評価を受けることで現在の施設運営状況を客観的に捉え、法人や当ホームが目指す介護への取り組みに注力しています。また、受審結果が公表されることで、当ホームの取り組みを情報提供することにもつながっています。年2回発行している季刊誌は、地域にある病院、居宅介護事業所、町会、学校など約1,000部を配布しています。地域内の様々なところで当ホームの情報を伝えていくことで、法人理念である、「地域で住み慣れた生活を続けるための福祉拠点の役割を果たします。」を推進すべく取り組んでいます。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-2-2	サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている
タイトル②	サービス終了時はほぼ看取りであることから、その方針を予め丁寧に伝えていきます	
内容②	利用者のサービス終了はほとんどが看取りであることから、看取りに対する方針を家族に説明しています。「看取り対応マニュアル」を家族に配布して、看取り介護の内容や家族としての心構えを説明し、「急変や終末期における医療や介護に関する意思確認書」を入居時にいただいています。この確認書は、「現時点でのお気持ちについて可能な範囲でご記入ください。ここに書かれた内容は今のお考えであり、今後いつでも変更できます。」と、記入する側の気持ちを察した配慮ある言葉で始まっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-5	事業所と家族等との交流・連携を図っている
タイトル③	家族に利用者の現状報告し日常の些細な事でも報告して共有化に努めています	
内容③	家族が面会に訪れる機会が多く、その都度職員は利用者の現状報告をしています。日常の微熱や鼻水が出た時点でもメールや電話にて知らせ些細な事でも職員と家族との共有に努めています。今回の調査でも利用者の報告や説明の項目には全員が「はい」との回答があり、ホームへの信頼の高さが窺えます。家族からの意見や要望は年2回開催の家族会での吸い上げや日頃の電話やメールでの連絡の際と面会時に聞き取っています。家族会への出席率はほぼ100%と家族との関係性の良さは受け継がれています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	事業計画書には介護の方向性などが集約されており、職員、家族に配布することで法人の大切にしている思いを共有しています
	内容	毎年作成している事業計画書には、法人設立の経緯、趣意、法人名の由来が巻頭に記載され、そして、法人の理念、基本方針、目的、、運営方針と続き、介護のスローガンである、「和の介護」・・・融和・調和・和み(なごみ・和の心)の意味合いが詳しく記載されています。事業計画書ではありませんが、法人職員としての立ち位置や介護の方向性などが集約されており、職員が悩んだとき、介護の在り方に迷った時に立ち回り確認できる要素を含んでいます。職員、家族にも配布することで法人の大切にしている思いを共有できるよう継続して取り組んでいます。
2	タイトル	ホームと家族の信頼関係は面会時や利用者の些細な状況でも知らせる日頃の連絡体制や、家族会や家族参加型行事の実施により築かれています
	内容	ホームでは年2回の家族会と家族参加型の納涼祭、敬老会、餅つきの行事を開催しています。納涼祭や敬老会と餅つきは家族の協力のもと盛大に行われ、利用者には子供や孫たち家族と過ごせる嬉しい行事になっています。日々の中では面会に訪れる家族は多く、その都度職員は利用者の現状報告し、微熱や鼻水が出たなど些細な事でもその時点で電話やメールで知らせ情報共有に努めています。今回の調査でも利用者の報告や説明の項目には全員が「はい」の回答と、「小さなことでも連絡を下さるので助かる」のコメントがありホームへの信頼の高さが窺えます。
3	タイトル	利用者の意思や習慣を大切に日常生活に必要な作業に主体的に関われるよう支援し、一人ひとりの能力を活かせるよう努めています
	内容	ホームでは利用者の意思や習慣を大切に日々の支援をしています。食事の主菜、副菜は併設の特別養護老人ホームで作れ、各フロアの台所でご飯を炊き汁物を作っています。米を研ぐ、汁物に入れる食材を洗う、調理、味付けなどを、職員の声かけや利用者が自ら慣れた手つきで調理の準備などを行っています。掃除機をかける、雑巾で窓拭きをするなど利用者の状態に合わせ無理のないよう割り振りし、車いすや重度の人には役割とし誕生カードを渡すなど誰もが生活に参加できるよう配慮しています。利用者は生き活きと作業し能力を活かした支援になっています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	入居前と入居後の利用者の気持ちの変化を改めて見直すなど、「気持ちシート」の活用方法について改めて検討することが期待されます
	内容	利用者や家族の思いをまとめた「気持ちシート」の内容を基に介護計画を作成しています。その人が本当にしたいこと、生活の中で楽しい、または不安に感じることは何なのか、そういったことを踏まえて今まで送ってきた生活が継続され、かつ安心して生活を送ることができるための計画作成に繋がっていますが、その後の見直しなどは行っていない現状にあります。利用者にとってどんな変化が表れているのかなどを把握することで、よりその人にフォーカスした計画の策定につながると推察されます。気持ちシートの活用について改めて検討することが期待されます。
2	タイトル	重要案件などの決定プロセスや内容について職員に周知する範囲や方法について検討することが期待されます
	内容	ホーム運営に関することはホーム長、副ホーム長、法人事務局というメンバー構成で施設運営会議にて検討し、ユニット会議では各ユニットにおける個別ケア等にて検討し、常勤会議にてホーム全体のことを検討する場としそれぞれ隔月で開催しています。検討内容や結果は会議録や申し送りノートなどで職員に周知をしています。しかしながら、重要案件など、その決定プロセスについて職員に十分伝わりきれていない面が職員自己評価のコメントなどから見受けられます。どこまでを職員に伝えるのか、伝わっているかを確認することが期待されます。
3	タイトル	組織改革や法人の目指す介護の方向性など、経営層の意図が職員に「伝わる」よう取り組むことが期待されます
	内容	組織改革の一つとして、今年度副ホーム長を配置しました。今まで直接ホーム長とのやり取りであったことも、副ホーム長を配置することでワンクッションとなり、より風通しの良い職場環境を作りたいというホーム長の意図があります。組織改革の意図や、法人の介護に対する考え方や方向性も含め、事業計画書内に明記し職員、家族にも伝えていますが、職員自己評価においては、この意図が伝わりきれていない意見が散見しています。職員の「気づき」に期待を寄せている部分もありますが、職員にその真意が「伝わる」よう、取り組むことが期待されます。