

施設番号	
施設名	

「福祉サービス第三者評価を準用した調査」結果報告書(平成29年度)
(八王子市地域密着型特別養護老人ホーム運営費補助)

年 月 日

社会福祉法人明日檜
地域密着型特別養護老人ホーム 施設長 大塚 仁史 殿

郵便番号 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

株式会社医療福祉経営研究所

評価機関名

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



以下のとおり調査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	地域密着型特別養護老人ホーム			
調査対象事業所名称	地域密着型特別養護老人ホーム シルクロード鎌水			
事業所連絡先	郵便番号	192-0375		
	所在地	東京都八王子市鎌水117-1		
	電話番号	042-674-1710		
事業所代表者氏名	大塚 仁史			
契約日	2017年 6月 1日			
利用者調査票配布日(実施日)	2017年 7月 25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布日	2017年 7月 19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 8日			
調査結果合議日	2017年 8月 8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)	<ul style="list-style-type: none"> ・聞き取り調査当日の昼食は、試食を兼ねて利用者と同じ食事を食堂で一緒にとらせていただきました。 ・本人聞き取り調査を補完する目的で滞在調査を実施しました。 ・滞在調査では、調査員が定時間施設内をラウンドし、生活や活動の様子を拝見する中で、利用者の意向を可能な範囲で把握しました。 ・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調査結果報告書を受け取りました。

29年 9月 8日

事業者代表者氏名 特別養護老人ホーム シルクロード鎌水 印
施設長 大塚 仁史



1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</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) 誰に対しても笑顔で敬意を持って接します。 2) 利用者様の一人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、経営の安定に努めます。</p>
2	<p>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）</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、単独ですばらしいケアを行っても自己満足に終わってしまうため、職員間の声かけや話し合いのもとに提供する介護 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

事業者と協議し比較的コミュニケーションに支障がなく意向確認ができる18名を選定し、個別の聞き取りを実施した。対象者の内訳は男性6名、女性20名、年齢は80歳代未満13%、80歳代57%、90歳以上26%

調査方法

・一人30分程度、施設内で聞き取り調査を実施。事前に施設側に対象者の特性を所定のシートにまとめていただき、参考としました。

利用者総数

29

共通評価項目による調査対象者数
 共通評価項目による調査の有効回答者数
 利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
	26	26
	26	26
0.0	89.7	89.7

利用者調査全体のコメント

・標準手法である利用者ご本人に対する聞き取り調査を実施しました。
 ・聞き取り調査を補完する目的で聞き取り調査の当日に合わせて滞在調査と、家族アンケートも実施しました。ト
 ・聞き取り調査当日の昼食は、給食の試食も兼ねて、利用者と同じ献立の昼食を食堂で一緒にとらせていただきました。
 ・滞在調査では、担当評価者がお昼を挟む一定時間、施設内をラウンドし、作業や活動の様子を拝見する中で、利用者の意向を可能な範囲で把握しました。
 ・総合的な事業所に対する評価は、利用者本人の聞き取り調査では「大変満足」「満足」と回答した方は80%と高い満足度が示されています。

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》

《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》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

利用者調査結果

実数の合計が有効回答者数と一致しない共通評価項目があります

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. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	22	1	1	2
「はい」と回答された方が84%と非常に高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は3%、「いいえ」と回答された方は3%、「無回答・非該当」は7%でした。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	21	0	1	4
「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。「どちらともいえない」と回答された方はおらず、「いいえ」と回答された方は3%、「無回答・非該当」は15%でした。				
3. 施設の生活はくつろげるか	17	4	2	3
「はい」と回答された方は65%、「どちらともいえない」と回答された方は15%、「いいえ」と回答された方は7%、「非該当・無回答」は11%でした。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にしているか	18	1	4	3
「はい」と回答された方は69%と非常に高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は3%、「いいえ」と回答された方は15%、「無回答・非該当」は11%でした。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	22	1	0	3
「はい」と回答された方は84%と非常に高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は3%、「いいえ」と回答された方はおらず、「無回答・非該当」は11%でした。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	20	2	1	3
「はい」と回答された方は76%と高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は7%、「いいえ」と回答された方は3%、「無回答・非該当」は11%でした。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	17	1	0	8
「はい」と回答された方は65%、「どちらともいえない」と回答された方は3%、「いいえ」と回答された方はおらず、「無回答・非該当」は30%でした。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	7	0	0	19
「はい」と回答された方は26%、「どちらともいえない」「いいえ」と回答された方はおらず、「無回答・非該当」は73%でした。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	19	2	1	4
「はい」と回答された方は73%と高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は7%、「いいえ」と回答された方は3%、「無回答・非該当」は15%でした。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	16	1	0	9
「はい」と回答された方は61%、「どちらともいえない」と回答された方は3%、「いいえ」と回答された方はおらず、「無回答・非該当」は34%でした。				
11. 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	4	0	7	15
「はい」と回答された方は15%、「どちらともいえない」と回答された方はおらず、「いいえ」と回答された方は26%、「無回答・非該当」は60%でした。				
12. 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	3	0	7	15
「はい」と回答された方は12%、「どちらともいえない」と回答された方はおらず、「いいえ」と回答された方は28%、「無回答・非該当」は60%でした。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	12	2	1	11
「はい」と回答された方は46%、「どちらともいえない」と回答された方は7%、「いいえ」と回答された方は3%、「無回答・非該当」はいませんでした。				
14. 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	0	0	11	15
「はい」「どちらともいえない」と回答された方はおらず、「いいえ」と回答された方は42%、「無回答・非該当」は57%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(〇〇〇〇)	
	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(〇〇)		
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(〇〇〇)		
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9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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人々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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、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。

カテゴリ-3		
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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<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意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、市の高齢者いきいき課、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>看取りに関するアンケートを実施し、家族の意向把握を行いました</p> <p>「看取り介護実施に関するアンケート」を看取り介護対象となり体験した家族に向けて実施しました。看取り介護後の取り組みについて迅速に対応して改善を図りました。このアンケートにより、家族の看取り介護に対する思いを改めて知る機会となりました。これらの実施を踏まえ、併設するグループホームが開設以来、医療機関と連携しながら先駆的に取り組んできた看取り介護を継続していくために、看取り対応マニュアルの改訂など、見直しを行いながら取り組んでいます。</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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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。グループホーム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いますが記入者に偏りがあることなど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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー5の講評

「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。

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

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。

カテゴリ-8

8 カテゴリ-1～7に関する活動成果

サブカテゴリ-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-1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-1:「リーダーシップと意思決定」
- ・カテゴリ-2:「経営における社会的責任」
- ・カテゴリ-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。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-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-5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-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-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・共有の面において向上している

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-6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-6:「サービス提供のプロセス」
- ・カテゴリ-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

嗜好調査と残菜調査を年2回実施し献立の作成や調理方法に反映させています

利用者の嗜好調査はアンケート方式で職員が聞き取り、残菜調査は3日分を集計し、調査結果は栄養士と調理師で検討した結果を給食委員会に図り献立作成など検討しています。季節の食材を使い、味覚、視覚、臭覚で楽しめるよう配慮した献立作成に心掛けています。子供の日には鰹、土用の丑にはうなぎなど季節の食材の料理を提供し、秋には利用者が協力し手作りおやつのスィートポテトを作り季節の味を楽しんでいます。行事食では特別食の利用者にも軟らかく食を常食と同じ器に盛り喜ばれ、今回の調査では「食事は美味しい」の声が多く聞かれています。

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

加算取得や支出減への取り組みを行い成果が表れています

ショートステイの休止や稼働率の低下に伴う収入減の状況を経営的視点から、様々な加算取得につなが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効果が期待されます。

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

看取りに関するアンケートを実施し、家族の意向把握を行いました

「看取り介護実施に関するアンケート」を看取り介護対象となり体験した家族に向けて実施しました。看取り介護後の取り組みについて迅速に対応して改善を図りました。このアンケートにより、家族の看取り介護に対する思いを改めて知る機会となりました。これらの実施を踏まえ、併設するグループホームが開設以来、医療機関と連携しながら先駆的に取り組んできた看取り介護を継続していくために、看取り対応マニュアルの改訂など、見直しを行いながら取り組んでいます。

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 4/4
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>法人で作成しているホームページで方針等の他、利用料についても情報提供しています</p> <p>法人で作成しているホームページは、法人設立の経緯、趣意、法人名の由来から始まり、法人理念、基本方針を丁寧に記載し、外部の方々に情報発信しています。法人経営の隣接するグループホームの特徴を細やかに掲載しており、地域密着型の当施設との違いをページを通して知ることができ、また、利用料についても詳しく記載しています。その他、事業計画や季刊誌もホームページからダウンロードできるようにしており、施設に問い合わせる前に情報を得る事ができる利点があります。</p> <p>季刊誌や介護支援専門員連絡協議会の活動を通して当施設の情報提供がなされています</p> <p>年2回、季刊誌を発行しています。この季刊誌は、半年間の施設の様子を一目でわかるよう写真を多用し、紙面を通して施設の様子を感じ取っていただけるよう作成しています。この季刊誌が家族に配布するほか、地域の病院、居宅介護事業所、町会など約1,000部を印刷して当施設の取り組みを地域内の様々なところへ情報提供しています。その他、市内の介護支援専門員連絡協議会にケアマネジャーが参加しており、その活動を通じて、当施設の存在は関係機関にも広く情報提供されています。</p> <p>見学者には当施設の情報以外に幅広く介護事業に関する情報も提供しています</p> <p>見学者への対応は生活相談員を兼務するケアマネジャーが担当し個別に日程を調整して行っています。施設の特徴を季刊誌を用いてユニット型のよさや行事の取り組みのほか、生活の中でリハビリに重点を置いて実施してはいないこと、あくまでも生活重視の施設であることを伝え、利用者も家族も施設方針に納得した中での入居となるよう丁寧に伝えていきます。さらに、市の特養の入所指針や広域型と地域密着型特養の違いについてや、すぐに入所を希望しているようであれば他の特養の状況も伝えるなど、地域の福祉拠点としての役割も果たしています。</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 6/6
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

評価項目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		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-2の講評

多角的な視点で入所判定会議を行い、入所決定後は生活相談員が訪問して確認します
 入所希望者は入所判定会議を経て契約への流れとなっており、この入所判定会議は、現在、運営推進会議の日を活用して実施しているため、地区の民生委員や市の担当者、利用者家族など多様なメンバーで構成されており、多角的な視点で入所判定が行われています。入所が決まると生活相談員が自宅や入院先など利用者の所在地に訪問し、自宅内の環境や利用者の状況をアセスメントシートに基づき聞き取りを行い、看護師とユニットの職員に情報提供し受け入れの準備を行います。契約日には家族に来所いただき生活歴など細かく情報収集を行っています。

これまでの生活の延長の場として新たな生活を開始できるよう準備しています
 生活相談員が入所前の訪問時に確認する利用者状況は、アセスメント表の項目に沿って行われています。当施設で作成しているアセスメント表は、生活相談員が確認する(1)基本台帳、看護師が確認する(2)傷病関係、介護職が確認する(3)ADL等と、専門的な視点で状況把握できるよう細分化しています。(1)基本台帳では、家族構成、自宅の間取り、生活歴などを確認しており、入所日に合わせて利用者の状況を職員間で共有し、受け入れ体制を整えています。これまでの生活の延長の場として新たな生活を開始できるよう準備しています。

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
 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。

サブカテゴリ-3

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

評価項目1 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		評点(〇〇〇)
---	--	---------

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

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している		評点(〇〇〇)
---	--	---------

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(〇〇)
---	--	---------------

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 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		評点(〇〇)
---	--	---------------

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー3の講評

介護、医務、栄養と専門的な視点と家族の意向を踏まえてケアプランを作成しています
 アセスメント表の情報を基に、利用者のケアプランを作成しています。ケアプラン作成にあたり開催するサービス担当者会議への家族の参加率はほぼ100%と非常に高く、家族とともに利用者の生活を支えていくためのプランにてケアがなされていることが推察されます。モニタリングは、「ケアプラン確認票」にてアセスメント表と合わせて、介護、医務、栄養とそれぞれの専門的視点からプランの見直しを行っています。この確認票を基にサービス担当者会議にケアプランを見直ししていくというプロセスを踏んでいます。

ケアプランの周知、記録の連動性について確認し合うことが期待されます
 利用者ひとり一人の様子は個別ケース記録に記載しています。記録は、黒字が日勤、赤字が夜勤、青字が医務と区別して記載していくことで、内容を確認しやすくなるよう工夫しています。記録内容については、その日の利用者の様子に留まっており、ケアプランで示すサービス内容の経過を把握するまでにはまだ不十分な点がうかがえます。ケアプランで示すサービス内容を介護職員が把握しきれていない現状が課題とリーダー層は捉えています。ケアマネジャーも含め、ケアプランの周知、記録の連動性について確認し合うことが期待されます。

ユニット会議や職員会議にて様々な案件について検討が行われています
 ユニットごとにある介護日誌に、勤務別担当者名、面会者、出来事、利用者個別の連絡事項、業務関係などを記載し、その日の様子を一枚で確認でき、ユニット内職員全体で把握できるよう取り組んでいます。各ユニット会議にて利用者のケアに関することや業務改善などについて検討していますが、職員全体で議題を共有することも重要と捉え、2ヶ月に1回職員会議を開催しています。職員自己評価において、ユニット間、多職種との連携は課題と捉えており、今後の継続した取り組みから改善が図れていくことが期待できる取り組みです。

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
----------	---------------------------	--------------------------	------------

評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)
-------------------------------------	--	----------------

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外者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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 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(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ5の講評

個人情報の取り扱いについて丁寧に細やかな対応がなされています

個人情報保護規程に基づき、契約時に利用者、家族に対して説明し、利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的、介護サービス以外の利用目的が明記されている「個人情報使用同意書」を取り交わしています。また、写真等の使用については、「スナップ写真等の肖像使用同意書」を用意しており、こちらも、使用目的及び用途を明確にしており、個人情報の取り扱いについて丁寧に細やかな対応がなされています。

生活領域であることに配慮しながら、利用者のプライベートな空間を大切にしています

居室はすべて個室のため、プライベートな空間として利用者が今までの生活の延長として過ごすことができるよう、可能な限り、慣れ親しんだ身の回りの品々を持ち込むことを可能としています。起床時間についても無理やり起こすことはなく、食事時間も可能な範囲で遅らせて取ることもできます。居室に入室する際は、必ずノックをや声かけをしてから入ることを周知しています。見学者を案内する際、食事時間は避けていただくようお願いしています。利用者の生活領域を守るため、食事の様子を他人には見られたくないであろうとの配慮しての対応です。

「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実施しています

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」に記載しており、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、拘束委員会にて集計しコメントを職員に公表しています。更なる取り組みとして、あがってきたコメントやチェックが外れた項目などについて職員間でディスカッションするなど、全体で共有する場面を作ることも期待されます。

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		
評価		標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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			
評価		標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー6の講評

業務の基準となるマニュアルは他の資料も活用しながら整理し管理しています

業務マニュアルはユニット別に時系列で作成しています。この業務マニュアルは、日勤、夜勤が就業中の時間で行う内容について、業務内容、そのポイントなどが示されています。その他、業務の基準となるマニュアルは全てを施設で作成しているわけではなく、都で発行しているものなどを上手に引用して整理されています。マニュアルは一冊のファイルに整理し、目次と更新年月日を入れて管理しています。改善点としては、マニュアルにより作成日の有無があるので、統一して管理することが期待されます。

介護事故防止指針を作成し、事故防止に対する意識向上に取り組んでいます

介護事故防止指針として、介護事故防止に対する施設方針をまとめたものを職員に配布し、危機管理に対する意識向上を図っています。「気づき・ヒヤリハット・アクシデント・事故」についても線引きを明確にして職員が統一した基準で事故予防に努めることができるよう周知しています。ヒヤリハットで名前があがる回数が多い利用者について各ユニットで対応策を考え実施しています。各ユニットで挙がるヒヤリハットを事故委員会で共有していますが、ヒヤリハットを記入する職員に偏りがある点は今後の検討事項と見受けられます。

チームケアを目指し多職種協働での仕組みの構築を始めています

当施設は隣接するグループホームの生活スタイルに準じて、3ユニットで構成され、各ユニットで利用者の特徴や生活リズムなどに応じて生活を組み立ててケアが行われています。その中で、ケアマネジャー、医務、栄養、介護との連携による利用者のケアには課題があると職員は捉えており、改善策の一つとして、今年5月過ぎから他のユニットでの勤務にも入るよう、ジョブローテーションを取り入れました。さらに2ヶ月に1回の勉強会、打合せの記録の共有など、チームケアを目指して多職種協働で利用者を支えていけるよう仕組みの構築を始めています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
		43 / 43	
1 評価項目1 施設サービス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. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>ケアプランの進捗状況を確認するモニタリングの強化を課題と捉えています</p> <p>アセスメント(1)で利用者の基本情報を、アセスメント(2)で傷病情報を、アセスメント(3)でADLなどを把握して、家族の参加がほぼ100%のサービス担当者会議にて利用者のケアプランを検討し作成しています。利用者へのケア内容についての検証はユニット会議内で行われていますが、ケアプランに記載している援助内容がまだ具体的ではなく、モニタリングの必要性について課題との意見があがっています。利用者の現状を把握しながら必要なケアを必要な時に提供できるよう、内容の精査も含め職員が意見を出し合い検討することが期待されます。</p> <p>サービス担当者会議は家族を含む多職種で検討しています</p> <p>6ヶ月に1回開催しているサービス担当者会議には、ケアマネジャー、介護、医務、家族が参加して利用者に必要なケアを行えるよう検討しています。サービス担当者会議を開催するにあたり、ケアマネジャーよりアセスメントの見直しをユニットリーダーに依頼し、各セクションでチェックをしたあと会議に臨むというプロセスを踏んでいます。ユニット会議は介護職のみで行っていますが、医務、栄養も同じ場を共有しながら意見を交わす機会を作ることで多角的な視点でのケアが可能となることが推察されます。今後の検討が期待されます。</p>			
2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			
評点(〇〇〇)			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている		○非該当

評価項目2の講評

利用者一人ひとりの食形態を把握し喫食状況表に記載し状態に応じた食事提供しています

利用者一人ひとりの喫食状況表を作成し、食形態と嗜好や禁止食などを記載し誰もが美味しく食べられるよう配慮しています。職員と共に栄養士や医務職も食事の見回りや食事介助を行い、嚥下状態から適切な食形態の確認や希望などを把握しています。給食委員会は各ユニットから職員1名と医務職と栄養士によって3ヶ月毎開催され、検食簿の集計や各ユニットよりの問題点や要望などを話し合い、喫食状況表の更新を行っています。日々の食事状況からも食形態などの見直しの為に、必要に応じて臨時的給食委員会を開催し検討することもあります。

体重と身長を3ヶ月毎に測定しBMI(体格指数)を出し栄養状態を把握しています

利用者の栄養状態把握には3ヶ月毎に体重と身長と胸囲を測定しBMI(体格指数)を把握しています。BMIが基準値に達していない利用者や気になる場合は毎月測定しBMIを出し、低栄養状態の場合は医務職と相談しエンシュア(高カロリー-飲食)を摂取し低栄養状態の改善に取り組んでいます。糖尿病の塩分制限や水分制限が必要な場合は家族と相談しながら対応しています。しかし疾病の軽減や健康回復の為に治療食の対応や、栄養ケアマネジメントの実施はされていないのが現状です。

給食委員会では多職種が検討しながら経口での食事摂取に努めています

施設の食形態は主食は常食、粥、副食は常食、一口大、粗刻み、刻み、極刻み、ミキサー食を用意し、利用者の嚥下状態に合わせた提供を行っています。水分はゼリー状にしてむせる事のないよう配慮するなど、経口での食事摂取が継続できるよう支援しています。各ユニットの職員は、喫食状況表を確認しながらその日の利用者の状態に合わせた盛り付けを行い配膳している為に適量での提供につながっていることで残菜が少なくなっています。

3 評価項目3

利用者が食事を楽しむための工夫をしている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

嗜好調査と残菜調査を年2回実施し献立の作成や調理方法に反映させています

利用者の嗜好調査はアンケート方式で職員が聞き取り、残菜調査は3日分を集計し、調査結果は栄養士と調理師で検討した結果を給食委員会に図り献立作成など検討しています。季節の食材を使い、味覚、視覚、臭覚で楽しめるよう配慮した献立作成に心掛けています。子供の日には鰹、土用の丑にはうなぎなど季節の食材の料理を提供し、秋には利用者が協力し手作りおやつやスイーツポテトを作り季節の味を楽しんでいます。行事食では特別食の利用者にも軟らか食を常食と同じ器に盛り喜ばれ、今回の調査では「食事は美味しい」の声が多く聞かれています。

利用者の状態や他の利用者との相性などを考慮にテーブル席を決めています

施設では利用者の状態や他の利用者との相性などを考慮にテーブル席を決め固定にしています。食事時にはテレビを消し各ユニットで静かで落ち着いて食事ができるような音楽を流しています。利用者からの希望の曲を流すこともあり、ゆったりとした雰囲気の中での食事風景になっています。ご飯は3食共各ユニットで炊き、汁物と副菜は厨房で作り各ユニットで盛り付け配膳していますが、朝食の味噌汁は夜勤の職員が作っています。施設の食器は陶器を使用し、箸と茶わんや湯飲みは利用者が各々用意したものを使用しています。

朝食は利用者一人ひとりの状況に合わせ、昼食は全員揃っていただいています

利用者の食事時間は朝食については一人ひとりの状況に応じています。取り置きは料理が出来上がった時点から2時間までとし、寝ている場合は声かけしなるべく時間内に食べていただくようにしています。昼食は全員が揃っていただき、利用者同士や職員とのおしゃべりを楽しみながらの時間になっていますが、一人ひとりのペースで食べられるよう職員は気配りしています。夕食も利用者の状態や入浴後などは時間をずらすこともできますが、現状ではほぼ全員で食べられ、常に適温での食事提供に配慮しています

4 評価項目4

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4の講評

施設の入浴は利用者一人ひとりの状態に応じ一般浴と機械浴で対応しています

施設設置の浴槽は個浴はまたぎの動作をしなくても入れ、機械浴は寝たままミストシャワーを浴びる方式の為に、心臓への負担軽減と感染予防になっています。利用者一人ひとりの状態を見極め立位や座位が可能で体力ある方には個浴に案内しています。個浴の場合は1人の職員がユニットでの声かけから誘導、着脱、浴室内、ユニットへの戻りの流れを一貫しての対応で行い、羞恥心などに配慮しています。機械浴の場合は外介助1名、中介助2名の職員で対応し、身体にはタオルを掛けるなど利用者の安心や安全な入浴支援に努めています。

週2回の入浴支援時は利用者と職員の会話の弾む機会になっています

利用者の入浴は週2回の支援で男性と女性は同日に時間を違え入れ替え方式で対応しています。希望者には同性介助を行い羞恥心に配慮し、個浴の場合は一人の職員が一貫して対応の為、普段話すことの少ない利用者からの希望や要望などを聞くことができる良い機会になっています。声掛けで拒否の見られた場合は順番を変えたり、入浴の言葉を出さないなどその時点での工夫でスムーズな入浴に繋げています。浴室には音楽を流したり季節によってはゆず湯や菖蒲湯など、ミストシャワーにはアロマを使用し利用者がリラックスできるように配慮しています。

浴室は職員が清掃や消毒を行い換気にも配慮し清潔で安全な入浴支援を行っています

入浴担当職員は終了後に浴槽や浴室を洗い消毒し、脱衣所はモップをかけ、換気の為に窓を開け換気扇を回しています。マット類は定期的に業者が取り替え、利用者の着替えとタオル類はそれぞれ専用の洗濯機で洗っています。入浴日の朝は浴槽に入れる湯の温度の確認や、機械浴の試運転をして不備がないかのチェックを行い、清潔で安全な入浴支援に努めています。

5 評価項目5

排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目5の講評

利用者の状態を把握し便座に腰掛け自然な排泄に繋がられるよう努めています

利用者の排泄パターンを把握し、排便に関しては状態を見ながらトイレに誘導し便座に腰掛けての排泄を促しています。自然排泄に繋がられるようトイレへの誘導と共に水分補給にも気配りしています。夜間のおむつ交換や排泄についてはチェック表に記録し、尿量を測りパットやおむつが適正であるかどうかの確認を行い、利用者の尿量に合ったパットやおむつを使用することで夜間の尿漏れを防いでいます。また便秘の方の薬使用時には職員間の情報共有のもと、頻繁な見守りの対応に心掛けています。

利用者の羞恥心にはカーテンを閉め排泄物は手提げカゴを用いて処理しています

利用者の羞恥心への配慮はおむつ交換時やポータブルトイレの使用時はドアやカーテンを閉め、臭気には消臭剤を用いたり換気して臭いがこもらないようにしています。またおむつ交換後のおむつや排泄物が、他の利用者の目に触れないよう手提げカゴを使用し処理しています。トイレの清掃は清掃職員が行い、汚れた時点ではその都度職員が清掃し清潔保持に努めています。新人職員にはOJTにて利用者一人ひとりに応じたおむつの種類や当て方とポータブルの使い方など、また声かけや誘導方法など排泄介助の全般について学んでいます。

6 評価項目6

移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

利用者の移動方法は家族の希望や本人の意思や状態を考慮に検討し決めています

利用者の移動方法は本人の意思や心身の状態を踏まえ家族の希望も考慮に検討し決めています。職員による手引きや手すりに掴まりながらの歩行ができる利用者は少なく、多くの利用者は手動車いすを使用しユニット内を自由に動いています。時には、通常に車いす使用の利用者が自力で立ち上がり手すりに掴まりながら歩くこともあり、職員の見守りや介助で本人の意思を尊重した支援になっています。長い時間座位が難しくなった場合は、リクライニング車いすへの変更をユニット会議で検討し、家族にも連絡しています。

移乗はスライディングボードを導入し利用者の安全確保と職員の腰痛軽減に繋がっています

施設ではベッドと車いす間の移乗にはスライディングボードを導入し、利用者の安全確保や職員の腰痛予防に繋げ、また2人対応を1人での対応も可能となっています。スライディングボードを正しく安全に使用する為に、熟知した職員が指導しています。利用者は抱きかかえられた時の痛みや締め付けられ感はなく、良いとの反応を示しています。施設では職員の介助や自由に移動する利用者の安全性を高める為の移動方法の検証やポジショニングの勉強する機会が必要と考えています。

福祉用具の点検や清掃はイベント前と日々必要に応じてユニット毎に行っています

利用者使用の車いすなどは外出やお祭りなどイベントの行われる前には必ず、タイヤの空気圧やブレーキ、ネジなどを点検し、また清掃もして安全に安心してイベントに参加できるように配慮しています。日常的には各ユニット毎に汚れなどや不具合を見つけた時点で、清掃やタイヤに空気を入れたりし、また移動の動線にも気配りし利用者が安全で快適に使用できるよう配慮しています。

7 評価項目7

利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・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. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目7の講評

生活リハビリは日々の動きを続けることが心身の機能維持に繋がれると考えています

朝の着替えや洗面、食器やスプーンを持ち食事をすること、車イスで自走すること、歩いてトイレに移動すること、声を出して歌をうたうなど、利用者が生活を送る中での動作一つ一つが利用者の身体機能維持につながり、生活リハビリを主体に取り組むこととしています。これらを行って行くことで心身の機能維持に繋がれるよう支援していますが、「リハビリ」の捉え方については職員間で少し乖離がある面が見受けられます。利用者の身体機能維持に必要な生活リハビリについて今一度、確認し合うことが期待されます。

福祉用具は各ユニットに必要なに応じて点検し対処しています

施設が用意の福祉用具は車イスとベッドに取り付けるL型用具があり、利用者使用の車イスなどの福祉用具は個人の持ち物で、身体状況により車イスや杖など必要になった時点で利用者が用意しています。施設や利用者個人持ちに関わらず各ユニット毎に日々使用状況を確認し、タイヤの空気圧やネジの緩みなど必要に応じて対処しています。またイベントの前には必ず点検や清掃を行い、利用者が常に安全に使用できるよう配慮しています。

8 評価項目8

利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目8の講評

利用者一人ひとりの心身の状態を医務職と介護職の協働によって把握し管理しています

利用者は年1回の健康診断と週1回の往診を受け、結果は家族にも知らせいます。日々の心身の状態は個別ケース記録に職員と看護師での色別や重要な事柄には困いなどして記録し、職員間の情報共有によって健康管理をしています。日々の生活援助に看護師が積極的に入り、利用者の状態を確認することにより記録からでは見えない問題点が分かるようになり、的確な判断での対応に繋がっています。バイタルチェックは看護師対応で週2回実施し、入浴の可否判断や、活気のない利用者の食事摂取量を確認し職員と一緒に対応策を検討しています。

服薬マニュアルに沿って各場面でのダブルチェック体制の実践に努めています

服薬は薬局から利用者毎の個包で届けられ、看護師2名によって内服一覧表で確認し、薬の種類の記事は色分けし鍵付きの棚に保管しています。配薬後は空袋で飲み忘れがないか確認しています。各場面に於いてのダブルチェック体制の実践によって、落薬や誤薬など服薬事故は減少しています。歯科検診は年3回実施し、必要に応じて治療を行うとともに入れ歯や義歯の状態など、口腔内の健康把握に努めています。

「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

施設では今年度「看取り対応マニュアル」を改訂し、より極め細やかな内容にしました。看取りの指針を明確にし、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きます。揺れ動く家族の心情を踏まえ「看取りに関する委任状」を取り交わせるよう新たに作成しています。看取り後の家族には「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。

9 評価項目9

利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際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. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目9の講評

更衣支援は状態に応じ支援し、モーニングケアは基本全員に実施しています

利用者の朝の起床後と夜の就寝前の更衣は、状態に応じて着替えの支援しています。身体状態の拘縮や麻痺が強く痛みを伴う利用者や、食事以外はベッド上で過ごす利用者はゆったりしたパジャマを部屋着として家族に説明し、入浴対応時のみに着替えをしています。他の利用者の着替えはできる部分は自分で行うよう促しながら支援しています。寝癖直しの整容や目脂については個別の洗浄綿で取り除き、また洗面台で洗顔できない場合はホットタオルを用いて拭き、全員のモーニングケアを行い気持ちの良い1日のスタートになるよう努めています。

利用者の睡眠支援は一人ひとりのペースに合わせた生活リズムを大切にしています

利用者の日常生活は一人ひとりのペースに合わせた生活リズムを大切に、安定した睡眠に繋がれるよう支援しています。日中はリビングでテレビや雑誌を見たり、職員と会話を交わし、時にはおやつ作りに参加するなど、居室でゆったり寛ぎながらテレビを見たり本を読んだり様々な生活スタイルがあり、利用者は自由に過ごしています。就寝時間がほぼ決まっている方が多い中で、夜になりタンスの整理をする、夜中までリビングで過ごすなど落ち着きがなく眠りにつけない方には、自分のペースで眠りにつくまで職員は静かに見守っています。

10	評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている	評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 施設での生活は、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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目10の講評			
<p>居室には慣れ親しんだ品物の持ち込みや飲食も家族からの申し出により可能としています 居室には今までの生活で慣れ親しんだ品物や神棚や仏壇の持ち込みを可能としています。また家族からの申し出があれば面会時のみ、ソフトドリンクやおやつなどを飲食することも可能とし、家族からは飲食の種類や量を聞き取っています。各ユニットでのレクリエーションはたこ焼きやお好み焼きなどのおやつ作りや、風船バレーなど楽しんでいます。ボランティアによる音楽療法もあり、利用者は鈴やタンバリン持ち歌をうたったりしていますが、無理強いのないような声かけはしていますが参加は利用者の意思を尊重しています。</p> <p>施設では毎月様々な行事を実施したり外出する機会も設け利用者の笑顔がみられています 施設では新年会や納涼祭や敬老会など毎月行事を実施しそれに伴う行事食も提供し利用者の楽しみになっています。また季節の花の梅、桜、紫陽花などの観賞や地域の祭りに参加したり、小学校の運動会の応援に出掛けるなど外出の機会も設けています。納涼祭ではゆかたを着て金魚釣りやスイカ割に興じ、クリスマスには大きな手作りケーキを作ったり、年末の餅つきでは手慣れた手つきで鏡餅を作っています。外出や行事の写真には真剣な眼差しや笑顔いっぱいの表情が写っています。</p> <p>ユニット毎に固定の職員配置を行うことで利用者とは馴染みの関係が築かれています 職員の配置は各ユニット毎に固定され利用者とは馴染みの関係が築かれるよう、スローガン「和の介護」に努めています。落ち着きのない利用者には、特に馴染みの職員がその方に合わせた声のトーンで話し掛けたり、症状に合わせた対応に心掛けています。トラブルが生じた場合は周りの利用者には理解を求める為に職員が説明しています。職員達はトラブルが生じた現象だけに捉われず、なぜ生じたのかを考える訓練に意識して取り組んでいます。職員の固定により他の視点が介入しにくい点もあり、自由に意見交換ができる関係性を築きたいとも考えています。</p>			
11	評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている	評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が地域の一員として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	<input type="radio"/> 非該当	

評価項目11の講評

季節毎の花見や地域のお祭りに参加するなど外出の機会を設けています

施設では併設のグループホームとの連携によって地域の情報入手し、利用者の外出の機会を設けています。季節毎の梅や桜や紫陽花など花の開花や菊祭りなどの情報も得て観賞に出掛けています。数か所の地域のお祭りにも参加し子供神輿に笑顔の拍手を送ったり、町会の盆踊りでは飲み物や焼き鳥をごちそうになり、地域の方達との触れ合いを楽しんでいます。また風船バレー対抗戦に参加の為、日々練習に励み当日は鉢巻をして目を輝かせ風船を追い試合を楽しみ、他の施設の方達と声を掛け合うなど触れ合う機会になっています。

地域と利用者、地域と施設の関係性がより深まる取り組みを検討することも期待されます

施設には音楽療法や髪カットの有償ボランティアと、化粧やシャツ交換や窓ガラスや網戸と車いすなどの清掃のボランティアが来所し、利用者と触れ合っています。地域の小学校の運動会の応援に出掛けたり、お祭りに参加する機会もありますが、日常的に近隣の住民とあいさつや会話を交わす機会はあまり多くない現状があります。災害時などに備えて、地域と利用者、地域と施設の関係性がより深まる取り組みを検討することも期待されます。

12 評価項目12

施設と家族との交流・連携を図っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目12の講評

施設の各ユニットには直通電話を設置し家族が気軽に連絡できるようにしています

年2回法人発行の季刊誌を家族に送付し、「半年の出来事」として行事や外出した時の様子を写真を多用して利用者の笑顔伝えていきます。また、施設では各ユニットに直通電話を設置し家族が気軽に連絡できるようにしています。利用者の状況報告は面会に来所された際に都度伝えているほか、ユニットリーダーを中心に状態変化の場合はユニットリーダーが、医療面については看護師が、それ以外については生活相談員と内容により担当分けをして、直接連絡していますが、常勤職員も家族への連絡が的確にできるよう育成の必要性を感じています。

家族参加の行事は年3回開催され家族同士や職員と利用者の交流の機会になっています

施設では家族の協力を得ながら家族同士の交流を目的に年3回行事を開催しています。8月の納涼祭は、そうめん流しやゲームとゆかたを着ての盆踊りなど家族の協力で賑やかに盛大に行われ、家族同士や職員と利用者も交えた交流になっています。9月の敬老会には紅白の布を張り巡らせたお祝いムードの会場で、太鼓の演奏が披露され家族と共に長寿のお祝いをしています。施設では特にこの日を大切にしています。年末にはユニット毎に家族が杵を振り、利用者と一緒に鏡餅を作り、搗き立ての餅を大勢の家族や利用者、職員と一緒に笑顔でいただいています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-2-1	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
タイトル①	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①	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②		
評価項目	6-2-1	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
タイトル②	多角的な視点で入所判定会議を行い、入所決定後は生活相談員が訪問して確認します	
内容②	入所希望者は入所判定会議を経て契約への流れとなっており、この入所判定会議は、現在、運営推進会議の日を活用して実施しているため、地区の民生委員や市の担当者、利用者家族など多様なメンバーで構成されており、多角的な視点で入所判定が行われています。入所が決まると生活相談員が自宅や入院先など利用者の所在地に訪問し、自宅内の環境や利用者の状況をアセスメントシートに基づき聞き取りを行い、看護師とユニットの職員に情報提供し受け入れの準備を行います。契約日には家族に来所いただき生活歴など細かく情報収集を行っています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者一人ひとりのペースや生活スタイルを大切に意思を尊重しながら朝の起床から夜の就寝まで自由に過ごせるよう支援しています
	内容	施設の「介護スローガン」「和の介護」の文言に「利用者様の個性を熟知し…真に求める個別介護が見えてくる」と記載されています。朝の起床時間は利用者の目覚めを待ち、朝食も2時間の猶予の対応とし、就寝についても眠りにつくまで静かに見守るなどしています。日中に関してもリビングでテレビを見たり雑誌を読んだり職員と会話を交わしおやつ作りに参加するなど、また居室でゆっくり過ごすなど様々な生活スタイルがあります。職員は利用者一人ひとりの個性を熟知し、個別介護に徹し、意思を尊重して個々のペースで過ごせるよう支援しています。
2	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返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。
3	タイトル	利用者の生活を守りつつ、地域の福祉拠点としての役割も果たしています
	内容	利用者の生活の場である施設内を案内する際は、利用者の生活領域を守るため、食事の様子を他人には見られたくないであろうとの配慮から、食事時間中は見学者への対応は避けています。見学者への対応はケアマネジャーが日程調整して、施設の強みも弱みとも受け取れる部分も伝えて納得した中での入所となるよう努めています。利用者の生活を守りつつも、市の特養の入所指針や広域型と地域密着型特養の違いについてや、すぐに入所を希望しているようであれば他の特養の状況も伝えるなど、地域の福祉拠点としての役割も果たしています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	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。
2	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。
3	タイトル	多職種にてケアプランで示すサービス内容の周知、記録の連動性について確認し合うことが期待されます
	内容	ケアプラン作成にあたり開催するサービス担当者会議への家族の参加率はほぼ100%と非常に高く、家族とともに利用者の生活を支えていくためのプランにてケアがなされていることが推察されます。利用者に関する日々の記録内容については、その日の利用者の様子に留まっており、ケアプランで示すサービス内容の経過を把握するまでにはまだ不十分な点があがります。多職種にてケアプランで示すサービス内容の周知、記録の連動性について確認し合うことが期待されます。