

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(令和3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)

2021年10月14日

社会福祉法人 明日檜
 特別養護老人ホームシルクロード鎌水
 施設長 大塚仁史 殿

郵便番号 104-0061

所在地 東京都中央区銀座5-6-12みゆきビルbizcube7階

評価機関名 株式会社アミュレット

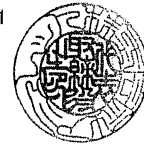
認証評価機関番号

機構 04 - 141

電話番号 03-6255-6463

代表者氏名 代表取締役 畑中健夫

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		組織マネジメント	H0401044
	②		福祉サービス	H0401045
	③		福祉サービス	H1701073
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別				
調査対象事業所名称		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番1号	
		電話番号	042-674-1710	
事業所代表者氏名		施設長 大塚 仁史		
契約日		2021年 6月 18日		
利用者調査票配布日(実施日)		2021年 7月 23日		
利用者調査結果報告日		2021年 7月 31日		
自己評価の調査票配布日		2021年 7月 1日		
自己評価結果報告日		2021年 7月 31日		
訪問調査日		2021年 8月 4日		
調査結果合議日		2021年 8月 4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)		【利用者調査】当日の体調なども考慮して聞き取り可能な方16名を対象に聞き取り調査を実施しました。聞き取り時には感染予防、防止対策を徹底したうえでソーシャルディスタンスを保ち聞き取り調査を行いました。 【事業評価】自己評価の集計に関しては、職員全体での集計結果のほか、職員階層別での集計も行い、職員階層別での乖離を確認できるように工夫しました。訪問調査では、前回の結果と比較し成果を上げた取り組みが確認できるように、前回関わった評価員をメンバーに入れ、訪問調査に臨みました。		

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。

2021年 10月 14日

事業者代表者氏名 施設長 大塚仁史



調査対象

令和3年7月末日現在、特別養護老人ホームシルクロード鎌水に入居する利用者29名を対象に調査を実施しました。

調査方法

施設に入所している利用者の内、日常生活動作状況や認知症状等を考慮し、アンケートによる回答や面談による聞き取りが可能な利用者すべてを施設側と協議して選出し、16名に聞き取り調査を実施しました。

利用者総数

29

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
0	29	29
0	16	16
0.0	55.2	55.2

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(%)

利用者調査全体のコメント

「利用中の事業所を総合的に見て」の質問では「大変満足」が6名、「満足」が6名、「どちらともいえない」が3名、「不満」が1名となりました。
 14の質問項目で「はい」と回答した割合が高かった項目は「1.食事の献立や食事介助など食事に満足しているか」で、14名が「はい」と回答しました。次いで、「5.施設内の掃除、整理整頓は行き届いているか」で13名の方が「はい」と回答しました。一方で「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」、「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」、「14.外部の苦情窓口にも相談できることを伝えられているか」の3つの質問では「はい」の回答割合が低い結果となりました。
 アンケートに寄せられた自由意見では、よいところに入れてよかったと思います、食事や職員の対応について好意的な意見が出ています。また、色々と話せる友達を望む意見や我慢していることなどもあるといった意見も出ています。

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

・コロナ禍での評価であったが、感染対策を整えて対応して頂き安心して受審することができました。
 ・職員にとってはこの福祉サービス第三者評価が自らの仕事を振り返る機会となっております。
 ・ホームとして利用者様の「その人らしい生活」を送って頂くためにはどのようにすれば良いか、出来る限りのことを行っていきたくて考えております。ホームの方針を理解して評価して頂けたと思っております。

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. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	14	1	0	1
14名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、食事の味付けが良いことや食材の硬さもちょうど良いなどの意見が多く寄せられています。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	10	2	3	1
10名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、よくやってくれていますとの意見やトイレの時はもう少し早く来てほしいですなどの意見も出ています。				
3. 施設の生活はくつろげるか	8	3	4	1
8名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、編み物や塗り絵、みんなでトランプをしています、テレビを見て過ごしていますとの意見や、やりたいことはいっぱいあります、身体が痛いのでどうしても我慢してしまうことがあります等の意見が出ています。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	10	3	3	0
10名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、職員の方は親切です、看護師が排便の確認をしてくれますとの意見のほか、あまり聞かれませんかとの意見も出ています。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	13	2	0	1
13名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、清潔感があります、リビングも居室もよく拭いてくれますなどの意見が出ています。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	12	2	1	1
12名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、みんな良い人です、悪くありませんなどの意見やなんとも感じませんとの意見も出ています。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	2	2	2
10名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、熱が出た時に解熱剤をくれましたとの意見や具合が悪くなったことが無いのでわかりませんとの意見も出ています。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	6	4	0	6
6名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、口喧嘩などがありますが、職員が間に入ってくれますやそんな話をすることがありませんとの意見も出ています。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	11	2	1	2
11名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、職員みんな良い人ですとの意見が出ています。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	12	1	1	2
12名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、年齢を聞いても教えないように配慮してくれます、必要なことは引き継いでくれますとの意見のほか、普通にしてくれています、プライバシーは必要ありません、すべての人を信頼しているのでとの意見も出ています。				
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	3	0	0	13
3名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、わかりませんとの意見が出ています。				
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	2	0	2	12
2名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、教えてもらいましたとの意見が出ています。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	9	2	1	4
<p>9名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、親切に対応してくれます、大概のことはやってくれますとの意見のほか、伝えていません、まだ言ったことがありませんなどの意見も出ています。</p>				
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	2	0	6	8
<p>2名の利用者が「はい」と回答しました。 自由意見では、わかりません、聞いたことがありませんとの意見が出ています。</p>				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

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 7/7
	評価項目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. 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 type="radio"/> 非該当
	<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、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 type="radio"/> 非該当
	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、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <input type="radio"/> 非該当
	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. 重要な案件の検討や決定の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. 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 type="radio"/> 非該当
	<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 <input type="radio"/> 非該当
	カテゴリ1の講評	
	法人理念、運営方針、スローガンを事業計画書に明記し職員、家族へ周知しています 法人設立の経緯、趣意、法人名の由来のほか、法人の理念、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)について事業計画書に明記しています。さらに、2021年4月の介護報酬改定事項を踏まえて当年度の具体的な取り組みについても事業計画書に明示しています。事業計画書については全職員に配布してユニット会議時に説明しています。利用者の家族には施設の方針等について、利用契約時に説明するほか9月の敬老会時において事業計画の進捗を報告していますが、現状はコロナ禍のため全家族に送付していません。 法人との連携をより強化していくために組織の見直しも計画的に進めています 施設役職・担当者の役割と業務内容については、事業計画書に明記しています。職員への周知については事業計画書の配布をもって周知しています。各ユニットリーダーが中心となりリーダーシップが取れるように、今年度改めてリーダーの役割について、各リーダーの意見なども踏まえて見直しを行っています。今年度法人内の組織に、併設のグループホーム間との業務調整、職員のメンタル面の観察などを担う業務管理部門が創設され、法人と施設のリーダー層との連携強化なども図れるなど、法人との橋渡し役としての機能を発揮することができています。 重要案件は経営層のほか専門職も加わり検討し、職員会議で全体に周知しています 施設運営に関する事や重要案件については、月に一度併設のグループホームのホーム長、副ホーム長、専門職を交えた合同会議の中で検討、決定を行っています。検討及び決定事項については議事録の回覧、申し送りノートを活用し職員に周知しています。また、職員会議を毎月実施しており、職員会議の中でも合同会議の決定事項について全体に周知すべきことを報告しています。利用者の支援方針等については各ユニット会議や職種ごとの会議、さらに防災、感染症対策、給食、事故・褥瘡・拘束対策委員会を定期的に開催し各議事録で職員に周知しています。	

カテゴリー2		
2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリー1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
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について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目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)の実現に向けた中・長期計画及び単年度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. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)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. 中・長期計画をふまえた単年度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. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、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	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半年・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
カテゴリー2の講評		
<p>各種の関係者、関係機関から情報を収集しホームの現状の課題等を抽出しています</p> <p>施設の現状及び課題の明確化に向けて、家族からの意見や要望については第三者評価の家族アンケート、昨年度来のコロナ禍の影響で行事への参加を中止としているため電話連絡を通して意見等を確認しています。事業運営に関する職員からの意向については職員会議やユニット会議、職員との個人面談の中で確認しています。地域の福祉の現状は、2ヶ月に一度運営推進会議での確認を主流としていますが、コロナ禍の影響で現状書面開催のため、意見や要望等がある場合には書面や電話連絡を通して確認しています。</p> <p>抽出した課題に基づき中長期の目標及び単年度計画を定め事業計画書に明示しています</p> <p>福祉サービス第三者評価の利用者アンケートや職員との個別面談、運営推進会議での意見、業界全体の動向などを踏まえて、施設の現状や課題を抽出して施設中長期及び単年度の目標を明確にしています。中長期目標として、感染症や災害への対応力強化・業務継続に向けた取り組み・LIFE情報の収集活用とPDCAサイクルの推進・加算項目の具現化を掲げ、単年度目標として、1)感染症対策の強化、2)認知症への対応力向上に向けた取り組み、3)自立支援・重度化防止の取り組み、4)介護人材の確保・介護現場の革新を事業計画に明示しています。</p> <p>年度重点目標、部門目標も明確にし、目指していく方向性を分かりやすく示しています</p> <p>施設の部門目標として、LIFE情報の有効利用の推進、職員一人ひとりの育成計画とその支援への取り組み、利用者様の日々の生活に対する細やかな生活支援の促進、居宅担当者の役割を一層明確にし、職員一人ひとりの意識をより深めていくことを事業計画書に明記しています。法人内全サービス共通の中長期目標、年度重点目標、部門目標を明確にまとめ全体で目指していく方向性を分かりやすく示しています。各重点目標や年度目標は職員とも共有していますが、目標の進捗状況や達成状況を確認していく仕組みがより明確になることを今後期待します。</p>		

3 経営における社会的責任			カテゴリ-3
サブカテゴリ-1(3-1)			
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	2/2
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、遵守されるよう取り組んでいる			評点(〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 全職員に対して、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(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(3-2)			
利用者の権利擁護のために、組織的な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	4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている			評点(〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている			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	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として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
サブカテゴリ-3(3-3)			
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	4/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる			評点(〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している		<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		評点(○○●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-3の講評

守るべき法や規範、倫理等については倫理要綱に明記しています

当法人では事業計画書内に、融和、調和、和み(なごみ・和の心)を介護のスローガンに掲げ、利用者の個性を熟知する事や利用者の人格を思いやる気持ちを持つことなど法人全体で目指している介護に対する考え方を明確にしています。福祉サービスに従事する者として守るべき法や規範、倫理等については倫理要綱に明記しています。また、入職時には誓約書を取り交わし、守るべき規範や倫理などを周知しています。職員自己評価の結果からも守るべき法や規範、倫理等に周知については「そう思う」との回答結果が高く、職員の理解も高まっています。

不適切ケア防止に向けて、職員の寸劇によるオンライン研修を実施しています

苦情窓口は重要事項説明書、事業計画書内に内外の窓口を明記し、入居契約時や年度当初の敬老会行事参加時などを通して説明しています。意向や要望は電話連絡を通して確認し、オンライン面会の要望などにも柔軟に対応しています。利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が発生しないように、職員会議やユニット会議の場で注意喚起を図ると共に、施設内において併設のグループホームと合同で身体拘束・虐待防止研修(年2回)の実施、寸劇による不適切ケアの研修をオンラインを通して実施し職員の意識強化につなげています。

昨年度来のコロナ禍の影響もあり地域貢献に向けた取り組みは自粛しています

第三者評価を定期的を受審し、外部の目を定期的に導入し透明性を高めています。ボランティアについては受け入れ態勢は整備していますが、コロナ禍の影響もあり現状は理美容の受け入れのみに留めています。また、地域の福祉ニーズについては書面開催としている運営推進会議、介護支援専門員連絡協議会への参加を通じて収集しています。地域貢献活動についてもコロナ禍の影響で他機関と連携しながらの取り組みは自粛していますが、地区の独居老人問題等には、地域包括支援センターと連携して対応していく体制としています。

カテゴリ-4

4 リスクマネジメント

サブカテゴリ-1(4-1)

リスクマネジメント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

5/5

評価項目1

事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる

評点(○○○○○)

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の実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応でき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	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-4の講評		
<p>各種委員会において、リスクマネジメントに対して組織的に対策を講じています</p> <p>併設のグループホームの職員を交えて法人全体で取り組んでいます。感染症防止対策委員会、事故・褥瘡・拘束・虐待防止検討委員会において合同で協議しており、リスクマネジメントに対して対策を講じています。各委員会での決定事項については、議事録に残し、全体で共有できる体制としています。事業運営を図っていく中では、事故や感染症の発生、不審者の侵入、自然災害など様々なリスクを洗い出し、特に災害への備えについては優先順位を上げ、BCPの策定、毎月の避難訓練、防災用品の整備等を計画的に進めています。</p> <p>BCP(事業継続計画)の策定も進めており、今後完成度を高めていく予定としています</p> <p>災害に備え、地震や火災を想定した避難訓練を毎月実施し、水消火器による消火訓練、非常用発電機の使用法の確認、AEDの操作も含む救急訓練なども同時に実施しています。また消防計画や帰宅困難者の指針についての作成のほか、今後策定が義務付けられるBCP(事業継続計画)についても策定を進めています。今後さらに完成度を高めていく予定としています。ホーム内での事故発生後は「事故報告書」に事故内容の詳細、原因と改善点を明確にしています。危険事例については「気づき・ヒヤリハット報告書」に蓄積し、事故予防につなげています。</p> <p>情報の重要性や機密性を踏まえ、情報の保護・管理を適切に行っています</p> <p>情報の収集や利用、保管、廃棄についての規程・ルールについては、「個人情報保護規定」及び「個人情報利用目的」に明示しており、これを契約時に利用者・家族に交付して説明し、同意の署名・押印も受領しています。職員には、雇用契約の際に利用者の個人情報の取り扱いなどについて説明し同意を得る様になっています。また、施設内各ユニットにパソコンを設置していますが、職務に応じてアクセスできる範囲を設定しています。利用者の個人記録や写真なども保管していますが、不測の事態に備え、毎日事務所のパソコンにバックアップを取っています。</p>		
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・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している		評点(●●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる		評点(○○●●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、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. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(○○○○)
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・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<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、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<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、意欲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. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	3/3

評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		評点(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	<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、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ5の講評

求める人材像を明確にしハローワークや求人誌により必要な人材確保に努めています
「利用者の立場になって考えられる職員」や「介護の専門家としてのプライドと知識や責任感」等を求めている人材像に掲げ、「チームワーク介護」や「職員の本質の部分のやさしさ」、「重度化した場合であっても十分な観察力と知識で一人ひとりの利用者のケアにあたる事」を職員に持ってほしい使命感に掲げています。人材の確保については、ハローワークや折り込みチラシ、インターネット求人などの活用のほか、職員の知人の紹介などを通して採用活動を進めています。新規職員の応募者減少が課題となっており、今後の打開策を検討しています。

自己評価と他者評価による人事評価制度を導入し、自身の強みや弱みを把握しています
職員の育成に向けては、内部研修を中心にして知識や技術の向上に努めています。昨年度来のコロナ禍の影響もあり、集合研修のスタイルを取ることは難しいため、研修内容を動画で配信し、SNS上で個別で確認できる仕組みを導入しています。不適切ケアの防止に向けては職員の寸劇を動画で配信するなどの工夫を取り入れています。また自己評価と他者評価を取り入れた人事評価制度も新たに導入し、自身の強みや弱みを確認できるようにしています。人事評価の項目は前回評価時に全体的に評価が低かった項目を取り上げ、課題解決につなげています。

資格、経験、職責等を反映する賃金形態に変更し、働き甲斐の向上に努めています
給与形態については、昨年度より資格、経験、職責等を反映する賃金形態に変更し、働き甲斐の向上に努めています。今後は人事評価の結果なども給与等に反映できる仕組みを検討しています。福利厚生に関しては、公的な制度の加入のほか、法人の互助会制度、就労年数に応じた特典等を通して充実化を図っています。就労状況に関しても、公休の所定数確保のほか有給休暇に関して交代で取得できるように取り組んでいます。組織改革なども計画的に進め、法人組織内に業務管理部門を創設したことで、併設施設との連携もよりスムーズ化が図られています。

カテゴリー7	
7 事業所の重要課題に対する組織的な活動	
サブカテゴリー1(7-1)	
事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている	
<p>評価項目1</p> <p>事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)</p>	
<p>前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)</p> <p>法人の理念、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)の実現に向け、「人材育成によるサービスの質の向上」を目標に掲げて取り組みました。特に職員不足により、2名体制の取れないユニットへの応援が可能な人材の育成を行い、利用者へのサービス提供に支障が生じないように取り組みました。また、機械浴については各ユニットの職員が共同で介助を行っていることもあり、他ユニットの利用者の状態を得理解したうえで介助することでアクシデントや事故が最小限に抑えることができるよう取り組みました。</p>	
目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評</p> <p>コロナ禍の影響もあり、当初予定していた研修などを実施することができないこともありましたが、各種情報の共有を図るために職員一斉メールで周知する仕組みを作るなど、コロナ禍でも可能な限り情報共有が図れるよう取り組みました。しかしながら職員の育成については法人全体として永遠の課題として捉えています。新規職員の採用に向けても、自社採用に力を注ぎ、ホームページのリニューアルなどを通して意識高い職員の応募が増加していけるように取り組むことを今後の新たな目標としています。</p>	

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

法人内の共通課題として、職員一人ひとりのスキルアップ、職員チームワークと他部署との連携を掲げています。これらの重要課題克服に向けて、併設のグループホームと合同での研修会や委員会活動の活性化を目標に掲げました。新型コロナウイルスの感染防止に努めながら、オンライン研修の導入や委員会活動時間についても極力短縮して実施するなどの工夫を図りました。また、法人内の多職種との連携を深め、各職域の事情を互いに理解しあい利用者の状況に応じた最善の対応が実践できるように努めることを目標に前向きに取り組めました。

目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

令和2年度は年間を通してコロナ禍の影響もあり、職員会議や各種研修会、人の移動や密の機会となる諸会合の開催も暫定的に中止となりました。しかしながら、研修についてはインターネット動画サイトなどを活用した研修を取り入れるなどの工夫を図ることができました。また、施設3大行事である納涼会、敬老の日、餅つき大会に関しても、家族の参加はできませんでしたが規模を縮小して、開催することができました。開催に向け職員も感染対策と併用して進めていくことになりましたが、互いに連携を取り合いながら進めたことで職員間の結束力の向上につながりました。

さらなる連携強化を図る上において、組織改変も計画的に進め、法人と各施設との連携がより高まるように令和3年度より業務管理部門を新たに立ち上げました。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー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
サブカテゴリー1の講評		
<p>施設の情報は、パンフレット、ホームページ、季刊誌により提供しています</p> <p>施設の情報は、パンフレット、ホームページ、季刊誌「シルクロード鑑水」により提供しています。パンフレットでは、施設の特徴や利用方法について詳細に説明しています。施設内の様子も写真で紹介しています。ホームページでも情報を提供しており、施設内の見取り図の紹介や費用負担、各種加算について、申し込みから入所までの手順等を記載しています。また、季刊誌「シルクロード鑑水」は職員が中心となり作成し、年2回発行しています。法人の運営する特別養護老人ホーム・グループホームの半年の出来事や行事の様子等を写真付きで紹介しています。</p> <p>季刊誌の送付や各種連絡協議会の活動などを通して関係機関へ情報を提供しています</p> <p>パンフレットや季刊誌「シルクロード鑑水」は市内の居宅介護支援事業所、病院、行政に送付しています。特に季刊誌「シルクロード鑑水」に関しては年2回発行し、定期的に地域の関係機関に送付しています。また、2ヶ月に一度運営推進会議はコロナ禍の影響で「書面開催」としていますが、議事録を地域の関係者(地区民生委員、ふれあい相談員、地域住民、市の担当課職員、家族等)に送付して活動内容を報告しています。市内の介護支援専門員連絡協議会の活動などを通して、当施設を知って頂けるような働きかけにも努めています。</p> <p>コロナ禍により施設見学は止めていますが写真付き資料等で丁寧に説明しています</p> <p>利用希望者等の見学の受け入れについては、昨年度来のコロナ禍の影響で施設内の見学は止めており、併設のグループホーム3階の相談スペースにおいてパンフレット、季刊誌において施設の概要や取り組みを説明し、施設内の様子については居室や共用部分の様子を写真でお伝えするようにしています。入居相談は月ベースで2件ほどあり、居宅介護支援事業所のケアマネジャーの紹介や市が発行している施設情報誌を見ての問い合わせも増えています。できる限り分かり易く施設や生活の様子丁寧に説明し、利用希望者の不安が和らぐように努めています。</p>		

サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の 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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
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
サブカテゴリー2の講評		
<p>入所にあたっての重要事項については契約時に各種書類を用いて丁寧に説明しています</p> <p>施設入居にあたっての基本的ルールについては入所前の説明時に丁寧に説明しています。重要事項については入居契約の際に「契約書」、「契約書別紙」、「重要事項説明書」に基づき丁寧に説明し、説明後押印を受領しています。さらに、個人情報保護に対する基本方針、ショートステイ居室使用同意書、スナップ写真肖像使用同意書、緊急連絡先等一覧表、急変や終末期における医療や介護に関する意見確認書についての取り交わしも行っています。また、介護報酬の個人負担金や加算内容等に変更が生じた際には「利用料金同意書」を改めて取り交わしています。</p> <p>入所前に取り寄せた新規利用者の情報は全職員で共有する仕組みを築いています</p> <p>利用者の支援に必要な個別事情等は、入居前の事前面談時、コロナ禍で実施が難しい場合には電話確認や資料を取り寄せて確認しています。事前面談時に確認した内容については「利用者台帳」に記録しています。今後はLIFE(科学的介護情報システム)の項目を加味したアセスメント票に変更していく事も予定しています。事前に確認した嬉しい事や楽しい事のほか現状不安に感じている事など職員間とも事前に共有し、事前面談での情報を踏まえ入居直後の支援方針を初回の個別介護計画書に示し、入居契約時に家族の同意を得ています。</p> <p>入所直後は他者との交流や利用者のペースを大切にしたい支援を心がけています</p> <p>入居直後は、初回の個別介護計画書に沿って支援を進めていきますが、利用者本人や家族の意向を大切に支援し、施設内で本人がどのような生活を送りたいかを感じ取り、本人が望む生活が送れるように、家族の協力も得ながら支援を行っています。入所後においては、他者との関係が構築できるようにユニット内の利用者との交流が図れるような配慮や職員とも信頼関係が構築できるように努めています。また、入居前に確認した利用者の基本情報を確認し、利用者の特性に合わせた支援を提供していくことを入所当初は大切にしています。</p>		

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	10/10
3	個別状況に応じた計画策定・記録		
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をしている		<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きみを整備している		<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きみがある		<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-3の講評			
<p>ケアプラン更新時には所定のアセスメントシートを活用し現状や課題等を抽出しています</p> <p>ケアプランの更新にあたっては、シルクロード鑑水アセスメント票を活用して基本台帳のほか、疾病関係、日常生活動作、既往歴、疾病歴、食事・栄養面についての現状や課題等を抽出しています。抽出した課題に基づき、担当者会議を行いケアプランに掲げる目標を検討し、ケアプランを作成しています。アセスメントの見直しは、ケアプランの見直しに合わせて半年に一度実施する仕組みとしています。定期的に利用者の日常生活動作状況及び生活を送る上での留意点等について課題を抽出し、利用者個々に作成しているケアプランに反映しています。</p> <p>ケアプラン作成にあたっては、介護及び専門職、家族の意見等を踏まえて作成しています</p> <p>アセスメントで抽出した課題に基づき、生活相談員、ケアマネジャー、医務、ユニットリーダー、家族が参加する担当者会議において総合的な意見を踏まえてケアプランを作成しています。ケアプランには短期(6ヶ月)、長期(1年)の目標を掲げ、短期目標期間である6ヶ月毎ケアプランの見直しを行っています。ケアプランを見直す際には、各ユニットに「ケアプラン確認票」を配布し、変更が必要な箇所について各職員から意見を上げてもらい、職員の意見もケアプランに反映できる仕組みを築き、個々の状況に合わせたケアプランを作成しています。</p> <p>利用者の日々の状況は所定の書式に残し、申し送りを通して全体で共有しています</p> <p>施設内での利用者の活動や生活の様子については個別の「ケース記録」に記録しています。ケース記録には日中の様子は黒、夜間の様子は赤、医務の記録を青、生活相談員の記録を緑の色で記録し、全体で必ず共有すべきことについては記録内容をピンクのマーカーで囲むなど、記録様式の中で様々な工夫を図り記録内容の共有化につなげています。「24時間個別記録」において利用者個々に、食事摂取量、排尿、排便、点眼、入浴状況、バイタル値等を記録しています。利用者情報の共有は日々医務も交えて申し送りを行い、情報の共有化を図っています。</p>			

サブカテゴリ5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

5/5

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)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている	<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(〇〇)
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		
<p> 利用者の羞恥心やプライバシーに配慮して日々支援を行っています 利用者に関する情報を外部とやり取りする必要がある際には、家族の同意を得る事を基本としています。契約時には「個人情報使用同意書」、「スナップ写真等の肖像使用同意書」を交わし、個人情報使用にあたっての同意を得ています。利用者のプライバシーへの配慮では、居室へ入室する際にはノックをすることや利用者へ一声かけてからの入室を基本としています。郵便物の取り扱いについても送り主の住所や名前を記録に残し、家族の方にも報告を入れています。トイレや入浴介助の際にも声かけやカーテンの開閉を徹底し、羞恥心へ配慮をしています。 </p> <p> 利用者のできることや得意なことを引き出し生活習慣に配慮できるように努めています 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣については、利用開始前に実施している事前面談での確認のほか、ケアプラン作成時や日々の関わりを通じて定期的に確認しています。特に生活習慣については日々の支援を通じて、利用者の出来る事、出来ないことの把握に努めています。ケアプランの作成及び見直し時には、支援に関わる職員からの意見に基づき、生活相談員、ケアマネジャー、医務、ユニットリーダー、家族が参加する担当者会議において可能な限り利用者のできることや得意な事を引き出し、利用者の意思を尊重した支援が提供できるように努めています。 </p>		

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

5/5

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	
<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

評点(〇〇)

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改変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当たり、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

サブカテゴリ6の講評

最新の手順が反映できるようにマニュアルは各委員会で適宜見直しを行っています

「最新手順書ファイル」を作成し、各種業務マニュアルを挟み込み職員が常時確認できる体制としています。利用者の重度化など状況の変化に応じて関係職員間で話し合い、必要なマニュアルの整備、既存マニュアルの見直しを行い、全体で標準化出来るように取り組んでいます。また、各委員会の中でもマニュアルの点検を行い、変更が必要な際にはマニュアルを改定しています。しかしながら職員自己評価の各種手順の改変の時期や見直しの手順が定まっているかの項目では「わからない」と回答するケースもあり、全体での再度の確認も望まれます。

支援内容の共有化や業務の見直しは毎月のユニット会議内で協議しています

利用者一人ひとりに作成しているケアプランについては短期目標期間である半年に一度見直しを行い、見直しにあたっては「ケアプラン確認票」を活用し支援に関わる職員からの意見を収集し、生活相談員、ケアマネジャー、医務、ユニットリーダー、家族が参加する担当者会議において総合的な意見を踏まえてケアプランを作成する仕組みとしています。業務内容の見直しに関しては毎月のユニット会議の中で職員の意見を確認しながら進めています。ユニット会議が定例化できていることで、職員間の情報共有が図られていることは施設の強みとなっています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリ4	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	40/43
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>その人らしさを引き出し出すために、職員の意見を活かし、ケアプランを作成しています</p> <p>ケアプランの作成にあたっては、利用者一人ひとりの状態に合わせて適切な支援を受けて施設内で快適に、安全に生活を送るという目標を挙げています。また、いかに施設内でその人らしく生活が送れるかについてを大切な考えの一つに置き、ケアプランを作成しています。ケアプランに基づいた支援が提供できるように、各ユニットにアセスメント表、ケアプランの1~3表を置き、職員が常時確認できる体制としています。ケアプランの見直しの際には、留意点を記録した「ケアプラン確認票」を活用して、会議や日々の職員の意見も踏まえ見直しを行っています。</p> <p>施設では、介護のスローガンを示して、ユニットケアの充実に日々取り組んでいます</p> <p>施設では、「和の介護」を柱に融和・調和・和み(なごみ・和の心)の三つの和に重点を置いて支援しています。利用者にとって当施設は終の住処であり、ゆっくりと時間が流れる中で思い思いの生活スタイルがあるということ、利用者一人ひとりの生活スタイルを出来る限り尊重するケアが求められていることを大切に、「自分らしく生きようということをお話させていただく」という方針を全職員で共有して、ユニットケアの充実を目指しています。この方針に基づき利用者の意向や状態に応じた支援を提供できるように職員が一丸となって取り組んでいます。</p> <p>多職種が日々連携するチームワーク介護を基本とした利用者の支援を進めています</p> <p>担当者会議において、生活相談員、ケアマネジャー、医務、ユニットリーダーが参加する総合的な意見を踏まえてケアプランの作成、見直しを行っています。ケアプランの作成、見直し以外にも常時多職種が連携を図りながら、日々実施している申し送りには医務スタッフも必ず入り利用者の状態を共有するほか、各ユニットリーダー同士が連携して勤務シフトを作成するなど、ユニットを超えた連携も図れています。当施設では、チームワーク介護を基本としており、重点目標に、「職員間の声かけや話し合いの下、提供する介護」を掲げて、取り組んでいます。</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				
<p>食事は利用者の状態に合わせた形態で提供して、他職種が協力して食事介助を行っています</p> <p>食事は、利用者の健康や身体機能の状態に応じた形態で提供しています。食事形態は、主食(常食、全粥)、副食(常食、一口大、極きざみ、きざみ、ミキサー)の種類に分類して、利用者の身体状況に応じて変えています。食事の提供は栄養士、介助には介護職員のほか、介護支援専門員等が協力して従事しています。その際には、可能な限り利用者自身で召し上がるように自助具を使用することや、職員が利用者のペースに合わせてタイミングを図りながら声かけを行っています。また、誤嚥や誤飲への十分な注意を払って必要に応じて支援を行っています。</p> <p>利用者の状態に合わせた配膳等により、残菜が少なくなるように取り組んでいます</p> <p>利用者の栄養状態に関して、特に全体で共有する必要性のある事項については医務から情報を提供して、職員間で共有しています。また、体重や身長を1か月1回計測して、BMI(肥満度)等の数値から低栄養状態のリスクを抽出しています。さらに、希望者については、年一回の健康診断でレントゲン、採血、検尿などの検査を行っています。そのほか、給食委員が中心となり、喫食状況表をその都度見直して、利用者の状態に合わせた食事形態や利用者の覚醒状態、食欲が高まる時間帯に合わせることで、残菜が少しでも少なくなるように取り組んでいます。</p> <p>家庭の延長として、温もりのある食事を提供していくことを主眼としています</p> <p>利用者が経口での食事摂取継続を図るために、生活相談員、介護支援専門員、医務、ユニットリーダーが参加する担当者会議で総合的なケアの方針を検討して、それらを基にケアプランに反映しています。施設での生活は家庭での延長と感じていただけるように、食卓の雰囲気や温かいものは温かい内に提供することに配慮しています。また、視覚や嗅覚から季節を感じて、楽しんでいただけるメニューを定期的に提供しています。嚥下が低下したように、口腔体操なども取り入れながら経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいます。</p>				

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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○非該当
評価項目3の講評		
<p>利用者の好みの反映や季節行事を通して食の楽しみにつなげています</p> <p>利用者の食の好みについては、日常会話の中から聞き取り、献立に反映できるように取り組んでいます。また、リクエスト食としてパンバイキング、お寿司の提供、ユニット毎におやつレクでケーキバイキングや喫茶店を行いました。さらに、クリスマスメニュー、お正月のお節料理、バレンタインの日には手作りおやつとしてチョコレートづくりに取り組んだり、敬老会でお祝い膳の提供など季節の行事を通じて食の楽しみにつなげています。これらの活動は、給食委員会が中心となり、栄養士、ユニットの介護職員と連携を図りながら進めています。</p> <p>ユニット毎での盛り付けや配膳のため、その方に合わせた量や食形態での対応が可能です</p> <p>当施設では、利用者一人ひとりの状態に合わせた食事提供を基本としています。食事はお盆にすべてセットして提供するのではなく、主食のご飯は、各ユニットごと炊飯器で炊き、利用者の目の前で炊飯器からお茶碗に盛り付けを行っています。みそ汁も同様に盛り付け、温かいものは温かく、冷たいものは冷たいまま提供しています。ユニット毎で盛り付けや配膳を行っているため、その方に合わせた量や食形態で日々の食事を提供しています。利用者の要望は反映しているものの、今後は選択食の機会もあとより一層、楽しみが増えると考えます。</p> <p>食事内容に対しての利用者満足度は、非常に高い結果となっています</p> <p>食事の席については、利用者の状態や他の利用者との相性なども考慮して決定しています。また、新型コロナウイルスの感染予防としては、食事中なるべく会話は避けるように配慮を行っています。食事の提供時間は決まっていますが、覚醒状態が悪い利用者に対しては、提供を2時間程度までずらしています。食事内容について利用者の満足度は高く、第三者評価の利用者アンケート「食事の献立や食事介助など食事に満足しているか」の質問では、「はい」と回答した割合が高く、自由意見からも「食事がとても美味しい」等、高評価を得ています。</p>		
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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>一般浴とシャワーバスを導入して、利用者の状態に合わせた入浴を可能としています</p> <p>各ユニットには一般浴室を設置しており、利用者の状態に合わせて入浴できる体制を整えています。週2回入浴できる体制を築き、入浴中は職員が介助につき、各ユニットの一般浴室では職員とのマンツーマンの時間を大切に、ゆっくり会話を楽しむなど、入浴中のマンツーマンの時間を有効的に活用して利用者とのコミュニケーションを図っています。一般浴での入浴が困難な場合にはシャワーバスを利用しており、お湯の中に入らないため、心臓への負担軽減の配慮をしています。また、入浴時や入浴後の体調不良時には看護師と連携を図る体制としています。</p> <p>入浴時には、利用者の羞恥心に十分に配慮したうえで対応しています</p> <p>入浴は、利用者の状態に合わせて一般浴かシャワーバスにおいて入浴できる体制を築き、一般浴では「またぎ」動作をしなくても入浴できる浴槽を使用する等、利用者の負担軽減も考慮しています。入浴の誘導や介助については、男女が重ならないように配慮したり、浴室のドアを開放したままにしない、タオルを掛け露出を少なくするなど、羞恥心に配慮して対応することを徹底しています。入浴の介助は、利用者一人ひとりに丁寧に対応することを基本としており、入浴の順番を廊下で待っていただくことが無いように、一人ひとり丁寧に対応しています。</p> <p>利用者が落ち着いて気持ち良く入浴が楽しめるように、環境の工夫をしています</p> <p>認知症の利用者に対しても、入浴の際に混乱が生じないように個別に丁寧な対応を図り、スムーズに入浴できるように支援しています。入浴を拒否するケースには決して無理強いせず、時間を置いてから再度声をかけたり、最初に声をかけた職員とは別の職員が声をかけるなど、利用者のペースを大切に対応しています。また、落ち着いて気持ちよく入浴が楽しめるように、ゆったりとした音楽を流すことや、入浴剤を使用しています。さらに、皮膚に異常が診られた場合は、看護師と連携して対応しています。そのほか、季節のゆず湯や菖蒲湯を行っています。</p>		

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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当

評価項目5の講評

極力薬に頼ることなく利用者の状態に応じて自然な排泄を促すように努めています

利用者の排泄の支援については、失禁のある利用者でも状態に合わせて便座に座っていただき排泄を促す工夫を取り入れるなど、極力薬に頼ることなく、自然な排泄を促すように努めています。また、各ユニットで体操を取り入れる等、活動性を高めることにしています。トイレにお連れする際には、そと耳元で声をかけるなど羞恥心に配慮して、極力トイレで排泄できるように取り組んでいます。トイレ誘導時の声かけについて、成功した事例を申し送りやミーティングを通じて職員間で共有する等、羞恥心に配慮した適切な対応ができるように取り組んでいます。

排泄をテーマにした勉強会等の開催を通じて、排泄介護技術向上に努めています

オムツ交換やトイレ誘導等の排泄介助方法、トイレ内での介助方法や利用者の持てる力を活かし、手すりにつかまり立ちしていただく方法、職員の負担軽減に向けた介助方法等について、各ユニットリーダーやベテラン職員を中心に職員に助言や指導を行い介護技術向上に努めています。また、年2回、オムツ業者による「排泄介助」をテーマとした勉強会を開き、オムツの選定の仕方、オムツのあて方等の技術取得に努めています。さらに、ユニット会議を通じて、利用者一人ひとりの排泄方法について、職員間で協議して統一したケアをができるようにしています。

トイレやポータブルトイレの清掃・消毒を定期的に行い、衛生面に配慮しています

短時間に何度も排泄する状況にある利用者に対しては、利用者や家族の意向に基づき、ポータブルトイレを活用(基本的に施設が手配している)した排泄支援を行っています。トイレは、午前と午後のそれぞれにおいて定期的に清掃と消毒を行い、ポータブルトイレは、利用者が排泄する都度清掃と消毒を行っています。トイレやポータブルトイレの清掃に際しては、汚れの程度や臭いの状況に応じて次亜塩素酸ナトリウムを使用しています。また、便器の周囲に置くマットは、臭いの不着を防止するための消臭効果を備えたすべり止めマットを活用しています。

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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当

評価項目6の講評

利用者の状態に応じて車いすの利用者でも極力ご自身で移動できるように支援しています

利用者一人ひとりの日常生活動作状況は、「シルクロード鑑水アセスメント表」を活用し、生活歴や既往歴、日常生活動作状況等をケアプランの見直しに合わせて定期的に確認しています。アセスメント表やケアプランは常時確認できる状態にして、職員間において利用者一人ひとりの日常生活動作状況の把握に努めて、利用者個々の状態に合わせて支援を行っています。移動の際には、極力自立を促して歩行状態に不安のある利用者には、職員が転倒に注意しながら付き添っています。また、自走式の車いすの利用者には極力ご自身で移動できるように促しています。

利用者一人ひとりの状態に合わせて安全に移乗できるように取り組んでいます

ベッド移乗や車いす操作など移動のための介助が安全に行われるように、各ユニットリーダーが中心となり、日々の支援の中で職員に指導を行うようにしています。移乗介助では、利用者の状態に合わせて職員2名で対応するほか、スライディングボードを使用して安全に移乗できるように取り組むなど、利用者一人ひとりの状態に合わせて対応を図っています。また、利用者が使用している車いす等の福祉用具の整備については、各ユニット毎で汚れを拭き取ったり、エアを入れるなどの取り組みを通じて、快適に利用できるように取り組んでいます。

利用者が使用する福祉用具の定期的な点検と共に、必要に応じた整備等を行っています

利用者の状態に応じて福祉用具の活用を施設サービス計画に位置付けているが、その選定や適合については、医務と介護職員が協議して行っています。車いすや歩行器等は定期的に清掃する(車いすは汚れの程度に応じて洗浄している)と共に、タイヤの空気圧の点検やブレーキの作動を確認する点検、歩行器や多点杖の締め金具の点検等を行っています。移動や移乗、体位変換等に関する職員研修を行い、多様化する車いす、歩行器、スライディングボード等に対する知識や技術、安全で効果的な活用方法を習得する取り組みを行っています。

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		
<p>運動療法等が必要なケースでは、外部サービス(訪問マッサージ)を活用しています</p> <p>機能訓練指導員は医務スタッフが兼務をしており、施設内では生活リハビリを中心とした、機能訓練を中心に行っております。また、運動療法等が個別に必要なケースでは、外部サービス(訪問マッサージ)を活用しています。現状、利用者個々に機能訓練プログラムを作成、および評価の仕組みは築いておりませんが、医務が介護職員に機能訓練の指導や助言を行っています。また、各ユニットで利用者の状態に合わせて、活動性を高めるレクリエーションを中心に実施しており、生活の中での活動性の向上を目指して、身体機能低下防止につなげています。</p> <p>医務とは、日常的に連携して生活リハビリを中心とした訓練を日々取り入れています</p> <p>ケアプラン作成および見直し時の担当者会議には、医務も参加しており、利用者の状態に応じて、生活の中で活動性を高めていけるように、ケースカンファレンスを通じて検討しています。日々実施している申し送りに医務スタッフが加わっており、医務からの助言等を日々伝達しています。入所の際に、家族からリハビリの強化を望む意見が上がった際には、機能訓練は、あくまでも生活の中で活動性を向上していくことを目的としており、運動療法等が必要なケースでは外部サービス(訪問マッサージ)を活用していく旨を説明しています。</p>		
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		
<p>医務に常駐している看護師が中心となり利用者の健康管理や支援を行っています</p> <p>医務に常駐している看護師が中心となり利用者の健康管理や支援を行っています。当日の医務リーダーが朝9:00に各ユニットを巡回して、日勤者から利用者の申し送りを受けると共に、各ユニットで測定しているバイタルや排泄状況、食事摂取量、皮膚状態について日々確認して、必要に応じて職員に指示や助言を伝えています。また、利用者の状態に変化が見られた際には、速やかに医務に連絡を入れる体制をとっています。看護師もケアプラン作成前の担当者会議に参加して、支援方針の共有のほか利用者の支援に必要な情報を提供しています。</p> <p>服薬までの手順を明確にして、服薬事故が発生しないように細心の注意を払っています</p> <p>服薬の管理は、看護師が中心となり管理しています。薬局から届けられた薬を薬剤師と看護師が確認して、所定の薬箱に薬をセットして、各ユニットに配布しています。各ユニットの職員は、薬を看護師から受け取った後に再度セット状況を確認するダブルチェックの体制を築いています。服薬時は日付、名前、いつ服用する薬かを声に出して読み上げ、服用していただいています。落薬が無いように飲み込むまでの確認も徹底しています。誤薬防止に向けて、注意深く取り組むと共に服薬マニュアルを作成して、服薬手順を明確にして、全職員に周知を図っています。</p> <p>終末期の対応については家族等の意向を踏まえ個別に定めるようにしています</p> <p>利用者の体調に変化が生じた際には、現場スタッフから医務へ連絡を入れることを基本としています。医療機関との連携においては提携先の診療所の主治医が当法人の理事ということもあり、気軽に相談に応じることができ、緊急時にも迅速な対応が図ることができています。また、終末期の対応については、入所当初から家族の方に施設の具体的な取り組みを説明して、先々どのように看取りに取り組むかについて家族の意思も早い段階から確認して、利用者本人、家族の意向を総合的に踏まえた上で終末期の対応を個別に定めるようにしています。</p>		

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	
●あり ○なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当

評価項目9の講評

更衣支援は、利用者の状態等を確認し介助が必要な場合には職員が丁寧に対応しています

起床後や就寝前の更衣支援については、利用者の状態や意思を確認して、介助が必要な場合には職員が丁寧に対応しています。自立度の高い利用者には、職員から声かけを促して、ご自身で着替えや整容等が実施できるように取り組んでいます。また、ご自身で実施することが難しい場合には、職員が個別につき、利用者の洋服などの確認を取りながら丁寧に対応しています。さらに、行事参加時には、本人の好みの衣類を選ぶ等、活力につながるようにしています。衣類の衣替えにおいては、家族に依頼して、気候や季節に適した衣類が着用できるようにしています。

起床後の洗顔や整髪等に関しても利用者の状態を確認しながら個別に対応しています

起床後の洗顔や整髪等に関しても利用者の状態を確認しながら個別に対応しています。ご自身で身なりを整えることができる利用者にも職員が確認を行い、服装や整髪等に乱れがある場合には、個人用の寝ぐせ直しスプレーやブラシなどで身だしなみを整えています。ご自身でできる利用者は声をかけながら、洗顔をし身だしなみを整えていただくように取り組んでいます。男性利用者には定期的なひげそりを行い、安全面を考慮しながら電動ひげそりを使用して、身だしなみを整えています。散髪については、定期的に訪問理美容による散髪を行っています。

日中の活動性の向上や夜間の訪室を最小限に努め、安眠の確保に努めています

利用者が安定した睡眠が取ることが出来るように、日中の生活リズムも利用者個々の状態に応じたリズムで生活できるように支援しています。また、就寝時間についても極力利用者一人ひとりのペースに合わせ、夕食後、リビングで少し落ち着いた後、居室に戻り就寝しています。夜間のトイレ誘導やパット交換等についても定時で実施していますが、利用者の睡眠状態により時間を変更するなど、睡眠を優先するように支援しています。また、夜間の睡眠の安定化に向け、日中の活動性を各ユニットで高めるほか、夜勤者の安否確認による訪室も最小限にしています。

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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当

評価項目10の講評

認知症に対する専門的な理解に基づき、利用者の行動等を尊重する支援を行っています

利用者の自由な行動を尊重して、認知症の中核症状(記憶障害や見当識障害、失認等)による影響やBPSDの出現を最小限にする取り組みを行っています。そのことに伴い、利用者が他の利用者の居室に誤って入ってしまい利用者同士のトラブルが生じた場合や、利用者自身に危険が生じる可能性がある場合等は、職員が必要な対応を行っています。また、利用者が立ち上がった際、職員が危険を回避するために「立たないでください」「ちょっと座ってください」等の言葉をかけること(スピーチロック)を防止するため、OJTIによる取り組みを行っています。

コロナ禍でも小規模(フロア単位)で楽しめるような活動を工夫して行っています

今年度は新型コロナの影響で大きな行事やクラブ活動・ボランティア受け入れなどは中止せざるを得ないが、小規模(フロア単位)で利用者が楽しめるよう、イベント・レクリエーション活動を工夫しています。職員の乾杯の音頭でスタートし利用者の好きな食事を楽しんで貰えるようクリスマス会を実施したり、おやつレクリエーションで手作りのお菓子を提供しました。また、小規模単位で行えるカードゲームや運動等を行いました。そのほか、利用者リクエストの映画鑑賞会や月毎の誕生日会を行う等、感染対策を取り、楽しめる機会も取り入れています。

ユニット内は利用者がくつろいで過ごせるよう家庭的な雰囲気作りに努めています

利用者が落ち着いて過ごすことができるよう設えに配慮しています。ユニットは、家庭のような雰囲気をつくるため、馴染んでいる家具等を持ち込んだり、飾り物を工夫したり、鉢植えを置いたりして生活空間を演出しています。炊飯と盛り付けをユニット内で行ない、食事どきにご飯やお味噌汁の匂いが漂うのも、家庭のような環境作り一役買っています。「施設では家庭での生活の延長」という考え方を大切にしながら、施設職員全員が統一した認識を持ち支援を行っています。

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(○●●)
	評価	標準項目	
	○あり ●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	○非該当
	○あり ●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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
評価項目11の講評			
<p>コロナ禍の中でも、工夫しながら小学生との交流などを継続しています</p> <p>コロナウィルス感染拡大までは、毎年地域住民と一緒に夏祭りを開催したり、地域に買い物や外食へ出かけたりと利用者が楽しむ行事を行っていました。今年度は、感染予防に配慮して小学校の児童と利用者の関りは継続しました。内容は、直接の対面でのやりとりは避けて、季節の食物を頂いたり、そのお返しとして利用者の制作物をプレゼントする形式で交流しています。地域住民との交流はコロナ禍のため今年度は交流する機会はありませんが、コロナ禍収束後には徐々に交流を深めていくことを検討しています。</p> <p>コロナ禍が収束した際には、地域との繋がりを更に深めていきたいと考えています</p> <p>利用者の活動が広がるよう地域との交流を大切にしていますが、今年度はコロナ禍の影響で地域との交流や外食や遠出などの機会は控えていますが、コロナ禍でも楽しめるように、食事の出前を取るなどして地域の資源を活用しています。コロナ禍で制限のある生活の中でも、少しでも利用者が楽しめるように職員がアイデアを出して、ユニットごとに様々なイベントを実施しています。また、コロナ禍が収束した際には、ボランティアの受け入れ再開等、地域の人々と利用者と触れ合う機会を様々に企画して、地域との繋がりを更に深めてゆきたいと考えています。</p> <p>施設長会や介護支援専門員連絡協議会などへ参加して幅広く外部と連携を図っています</p> <p>地域の情報収集については、施設長会や介護支援専門員連絡協議会への参加、介護保険課や地域包括支援センターと連携を図り、多くの情報が収集できるように努めています。各種会議等において得られた情報について全体に周知が必要な際には職員に共有するなど、施設運営に役立てています。各種会議等においては、新型コロナウイルスの感染状況によって、オンラインでの開催になりますが、定期的に地域貢献の一環として参加しています。また施設側でも施設の方針や面会についてのお知らせなどの情報をホームページに掲載して、外部に情報を発信しています。</p>			
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(○○●)
	評価	標準項目	
	●あり ○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	○非該当
	○あり ●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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
評価項目12の講評			
<p>ユニット直通の電話を活用して、利用者の家族との連携を深めながら支援しています</p> <p>利用者の状態の変化は、ユニットリーダーが直接家族に電話をして報告しています。家族からの相談なども面会時に限らず電話でも随時受け付けて対応しています。家族が気軽に連絡を入れられるよう仕組みを整えて、家族との円滑なコミュニケーションを図って、連携を深めながら支援を行っています。利用者アンケートにおいて職員の対応について良好な意見が寄せられていました。職員間で共通認識に立つ利用者の状況の報告については、ユニットリーダー以外の介護職員も介護面の報告ができるよう、職員の観察力や対応力向上に向けた職員育成に期待します。</p> <p>事業所に対する苦情や要望、運営に関する意見などの受け付け及び、対応を行っています</p> <p>事業所に対する苦情や要望、施設運営に関する意見や要望などに対して、迅速な受け付けと対応に努めています。運営に関する要望には、様々な性質のものがあるため、早期の解決が可能な内容、時間を要する内容、困難な内容に分類をして、適宜必要な対応を行っています。また、苦情などを主張する手段は、事業所に直接申し出るほか、八王子市、東京都福祉サービス運営適正化委員会、第三者委員などの公的・第三者機関に設置された窓口でも可能であることを明確に示して、契約時には必ず説明するようにしています。</p> <p>WEBの面会等も取り入れながら、ご家族とのつながりの維持を図っています</p> <p>通常であれば、居室でゆっくりと団らんの時間を設けて、家族と利用者がゆっくり過ごせるように環境を整えたり、誕生日や四季の行事などに家族と一緒に参加する時間を大切にしています。しかし、感染症対策の観点から、現在は気兼ねなくゆっくりと面会ができない状況であり、15分以内の予約面会やWEBでの面会を取り入れながら、利用者や家族とのつながりが維持できるように工夫をしています。そのほか、時間のない家族でも、窓越しで利用者の顔を少しでも見たいという機会を設けて、幅広い家族のスタイルに合わせて対応しています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-2-1	組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる
タイトル①	法人内組織改編も計画的に進め他部署との連携強化に力を入れています	
内容①	法人内の共通課題として、職員一人ひとりのスキルアップ、職員チームワークと他部署との連携を掲げています。特に他部署との連携に関しては、併設のグループホーム職員と合同での委員会活動や同一の研修内容の受講などを通して、各職域の事情を互いに理解しあい利用者の状況に応じた最善の対応が実践できるように前向きに取り組んでいます。さらに、連携強化を図る上において組織改革も計画的に進め、令和3年度より法人と各施設間の橋渡し役となるように業務管理部門を新たに立ち上げ、さらなる連携強化を目指して前向きに取り組んでいます。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-1	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
タイトル②	多職種間及びユニットを超えて職員同士が日々連携し利用者の支援にあたっています	
内容②	施設内では多職種が日々連携し利用者の支援に取り組んでおり、ケアプランの作成時には、生活相談員、ケアマネジャー、医務、ユニットリーダー、家族による担当者会議を開き、総合的な意見を踏まえてケアプランを作成し、職種を超えて支援目標を共有しています。多職種間で様々な意見を出し合い相互的に支援方針を決定できていることは当施設の強みとなっています。日々の申し送りにおいても医務スタッフも必ず入り利用者の状態を共有するほか、各ユニットリーダー同士が連携して勤務シフトを作成するなど、ユニットを超えた連携も図れています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-2	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
タイトル③	バラエティーに富んだメニューや食事レクを通して食の楽しみに力を入れています	
内容③	当施設では、利用者一人ひとりの状態に合わせた食事提供を基本としています。食事はお盆にすべてセットして提供するのではなく、主食のご飯は、各ユニットごと炊飯器で炊き、利用者の目の前で炊飯器からお茶碗に盛り付けを行っています。おみそ汁も同様に盛り付け、温かいものは温かく、冷たいものは冷たいまま提供しています。さらにお寿司や魚、中華などバラエティーに富んだメニューの提供のほか、季節の食事が楽しめるように、行事食の提供、レク活動として喫茶店を開き、コーヒーや紅茶、洋菓子の提供など、食の楽しみに力を入れています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者の一人ひとりの要望に応じた丁寧な対応、利用者が和む環境づくりに努め、施設全体でアットホームな雰囲気を大切にしています
	内容	「和の介護」融和・調和・和み(なごみ・和の心)を介護のスローガンとして掲げています。施設全体でアットホームな雰囲気を大切にしており、利用者の一人ひとりの要望に応じた丁寧な対応、利用者が和む環境づくりを各ユニットを通して大切にしています。職員も業務に追われることなく、利用者優先のケアを心がけ、職員も利用者一人ひとりに丁寧に対応している様子が利用者へのアンケート調査時にも確認できました。利用者との距離が近く、家庭的な雰囲気を大切に、スローガンにもある和の介護の実現に向け一体となり取り組んでいます。
2	タイトル	感染対策を取り、施設3大行事の実施や施設内でのレク活動も盛んであり、利用者の笑顔を引き出すために前向きに取り組んでいます
	内容	納涼会、敬老会、餅つき大会は法人の3大行事として定着しており、毎年、四季折々の行事を実施し、季節感が感じられるように取り組んでいます。例年多くの家族や地域住民の参加もあり利用者も多くの方と触れ合う機会となっています。昨年度来のコロナ禍の影響で家族や地域の方は今年度参加はできませんでしたが、規模を縮小する形で実施しています。また、ユニット合同でのレク活動なども率先して職員が発案しています。外出などできない分、施設内で楽しめる企画を職員自らが考え、利用者の笑顔を引き出していこうと前向きに取り組んでいます。
3	タイトル	動画配信の研修など、研修内容及び実施方法に工夫を図り、コロナ禍においても職員スキル向上に向け前向きに取り組んでいます
	内容	施設では、内部研修を中心にして知識や技術の向上に努めています。昨年度来のコロナ禍の影響もあり、これまでのように職員を一堂に集めての集合研修のスタイルは難しいため、研修内容を動画で配信し、SNS上で個別で確認できる仕組みを導入しています。不適切ケアの防止に向けての研修では職員が寸劇で演じた内容を撮影しSNS上で確認できるような工夫も取り入れています。職員調査の自由意見からもSNSを通しての研修について好意的な意見が散見されています。職員のスキル向上に向け、コロナ禍でも工夫を凝らし前向きに取り組んでいます。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	新規職員の応募をさらに高めていくためにも、ホームページのさらなる充実化を期待します
	内容	施設の情報についてはパンフレットのほか、ホームページ、季刊誌「シルクロード鍾水」により提供しています。季刊誌は年2回発行され、特別養護老人ホーム及び併設のグループホームの半年の出来事や行事の様子等を写真付きで紹介し地域の関係機関等にも送付しています。現在、ホームページ改訂に向けての準備を進めています。今後に向けてはホームページの内容についてもさらに充実させ、ホームページ上からも日常の取り組みや行事の様子、さらには求職者用のページなども充実させ、応募者が増えるような工夫も取り入れられると良いと思われます。
2	タイトル	現在作成しているBCPの完成度をさらに高め、BCPを稼働させた訓練の実施なども今後期待します
	内容	災害に備え、地震や火災を想定した避難訓練を毎月実施し、水消火器による消火訓練、非常用発電機の使用方法の確認、AEDの操作も含む救急訓練なども同時に実施しています。また消防計画や帰宅困難者指針についての作成のほか、今後策定が義務付けられるBCP(事業継続計画)についても策定を進めています。今後さらに完成度を高めていくことにしています。避難計画が適切であるか、物資の備蓄状況や、災害発生後の業務についてどのように進めていくかなど、実際に作成したBCPを稼働させた訓練なども実施できると良いと思われます。
3	タイトル	職員個々の希望や能力に応じた個人別の育成計画を作成し、個別育成計画に沿って計画的に職員の育成が図られることを期待します
	内容	職員の知識やスキルの向上に向け、コロナ禍の中でもインターネット動画サイトを活用した研修の実施など、工夫を凝らして実施しており、職員調査の自由意見からも高い評価を得ています。また人事評価制度も導入し、自己評価、他社評価を通して自身の強み、弱みの把握につなげています。今後は、どのような力量を身につけたか職員との面談等を通じて確認し、職員一人ひとりの能力向上に関する意向を踏まえ、法人のキャリアパスと連動する形で個人別の育成計画の作成につなげ、個々の育成計画に基づき計画的に職員の育成が図られることを期待します。