

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和5年度】

年 月 日

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

〒 211-0005  
所在地 神奈川県川崎市中原区新丸子町727-3  
リバービューハイツ302

評価機関名 一般社団法人 チーム結

認証評価機関番号 機構 21 - 255  
電話番号 044-819-7931  
代表者氏名 新井 結花

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	新井 結花	経営	H0802032
	②	大野 美鈴	福祉	H2101044
	③	佐野 真奈美	福祉	H1202015
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】(介護予防含む)			
評価対象事業所名称	グループホーム シルクロード鎌水		指定番号	1392900161
事業所連絡先	〒	192-0375		
	所在地	東京都八王子市鎌水141番地		
	Tel	042-674-1710		
事業所代表者氏名	大塚 仁史			
契約日	2023 年 8 月 1 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023 年 8 月 11 日			
利用者調査結果報告日	2023 年 10 月 16 日			
自己評価の調査票配付日	2023 年 8 月 2 日			
自己評価結果報告日	2023 年 10 月 16 日			
訪問調査日	2023 年 10 月 23 日			
評価合議日	2023 年 10 月 23 日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	・場面観察方式による利用者調査では、福祉分野担当評価者が一定時間ユニットに滞在し、利用者の生活の場をを観察しながら、職員との関わりの様子を確認しました。また、アンケート調査は、家族が気兼ねなく回答できるよう専用封筒にて直接評価機関に返送していただきました。 ・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はなく、問題点をより特定しやすいよう集計結果をまとめて事業所に報告しました。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。  
本報告書の内容のうち、

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

年 月 日

事業者代表者氏名

印

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1) 誰に対しても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><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>ア) 利用者の立場になって考えられる職員 イ) 介護の専門家としてのプライドと知識や責任感 ウ) 介護に対する工夫やアイデア エ) 職員本人の充実感や心の平静</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>ア) チームワーク介護が基本であり、単独ですばらしいケアを行っても自己満足で終わってしまうため、職員間の声掛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一人ひとりの利用者のケアに当たる</p>

調査対象	対象者は利用者の家族	
調査方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調査票による無記名式のアンケートを実施。調査票を事業所の封筒にて家族に郵送、記入済みの調査票は専用封筒にて、直接評価機関に返送していただきました。</li> <li>・場面観察を実施しました。</li> </ul>	
利用者総数	18	
利用者家族総数(世帯)	18	
共通評価項目による調査対象者数	18	
共通評価項目による調査の有効回答者数	12	
利用者家族総数に対する回答者割合(%)	66.7	

### 利用者調査全体のコメント

・場面観察では、評価者が一定時間、生活の様子や利用者職員との関わりについて観察しました。

・総合的な事業所に対する評価は、「大変満足」または「満足」と回答の方が合わせて12名と大変高い満足度が示されています。

・11設問のうち、3設問で全員が「はい」と回答しており、4設問について「はい」と回答の方が80%以上と高い満足度が示されています。

・自由記述では、5組の家族からコメントが寄せられています。「大変信頼できる施設でいつも感謝しています。」「本人が安心して過ごしているのが家族もほとんど全てのことをお任せしています。」など感謝の気持ちを伝えるコメントが挙がっています。

### 場面観察方式の調査結果

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

### 評価機関としての調査結果

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

午前中のお茶の時間の過ごし方は個々にそれぞれで、その後、数名で話をしながら作品作りを始めたが、一人の利用者の手も会話も止まってしまう、その際の職員のかかわりを観察しました。

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

数名で話をしながら作品作りを楽しんでいました。その時は職員は過度な話しかけもせず、利用者の様子を見守っていました。少しすると、一人の方が飽きてしまったのか、会話も作品作りも止まってしまう。その様子を見ていた職員が、「〇〇さん、これを貼ろうと思うんだけどどうかな？」と話しかけ、同じユニットに入られた利用者の顔写真を見せたところ、とてもうれしそうな顔をして、うなづかれました。その後、また、作品作りを始めて他の方との話の輪にも入りました。利用者が少し違うことに気持ちを向けることができたことで、切り替えることができた一場で、利用者職員との関係性の良さを見ることができました。

今年度よりキャリアパスの見直しを行い、評価基準や評価方法を変更致しました。グループホームはリーダー職員の異動に伴い、体制が大きく変わりました。感染症対策を講じて場面観察を行って頂きました。体制の変化に伴い、利用者様の生活の変化を少しで感じて頂き、利用者様が日常生活を送るなかで職員が関わっていく様子を観察して頂くことが出来て良かったです。

## 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. 家族への情報提供はあるか	12	0	0	0
全員が「はい」と回答しています。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	12	0	0	0
全員が「はい」と回答しています。				
3. 職員の待遇・態度は適切か	10	1	1	0
「はい」と回答した方が10名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、「いいえ」と回答した方が1名です。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	9	0	0	3
「はい」と回答した方が9名、「無回答・非該当」が3名です。「いいえ」と回答した方はいません。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	6	1	0	5
「はい」と回答した方が6名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、「無回答・非該当」が5名です。「いいえ」と回答した方はいません。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	10	2	0	0
「はい」と回答した方が10名、「どちらともいえない」と回答した方が2名です。「いいえ」と回答した方はいません。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	11	0	0	1
「はい」と回答した方が11名、「無回答・非該当」が1名です。「いいえ」と回答した方はいません。				
8. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	10	0	0	2
「はい」と回答した方が10名、「無回答・非該当」が2名です。「いいえ」と回答した方はいません。				
9. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	12	0	0	0
全員が「はい」と回答しています。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	7	1	0	4
「はい」と回答した方が7名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、「無回答・非該当」が4名です。「いいえ」と回答した方はいません。				
11. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	6	2	1	3
「はい」と回答した方が6名、「どちらともいえない」と回答した方が2名、「いいえ」と回答した方が1名、「無回答・非該当」が3名です。				

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 <b>7/7</b>
	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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	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 <span style="float:right">評点(〇〇〇)</span>	
	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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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く <span style="float:right"><input type="radio"/>非該当</span>
	カテゴリ1の講評	
	事業計画は、組織の存在意義を職員が毎年確認できる一冊となっています 事業計画の冒頭は、法人の設立経緯、趣意、法人名の由来に続き、法人理念、基本方針、介護のスローガンが毎年必ず掲載されています。介護のスローガン「和の介護」は「融和・調和・和み」を示しており、その捉え方も丁寧に記載しています。新規職員も経験の長い職員も、いつでも事業計画の説明を受けた時、手にした時に、自分が身を置く法人の目指すところ、介護の軸となるところ、組織の存在意義を意識できる機会となっています。	
	法人の方針や組織におけるルールを共有して業務を遂行できるよう取り組んでいます 職員採用面接の時に、介護のスローガン「和の介護」や法人の理念・方針と共に、現職員の考えを含めた法人の求める人物像について説明を行っています。年度途中での中途採用の職員はおおよそ2時間30分位かけてオリエンテーションを行い、就業規程・給与規程など様々な内容を説明して、経営層の考えや組織におけるルールを共有して業務を遂行できるよう意識統一を図っています。また、事業計画についても説明を行い、年度中に入職であっても当該年度の運営目標などを共有していけるよう取り組んでいます。	
	各職種の業務内容や役割と会議が持つ役割を事業計画に明記し、共通理解を得ています 事業計画には、職員会議やユニット会議については会議が持つ役割が、また、役職・担当業務内容として、施設長をはじめ、介護支援専門員・生活相談員、医務、栄養、ユニットリーダー、ケアスタッフの業務内容が明記されているため、法人全体で各職種の業務内容と役割を確認することができています。同敷地内にあるグループホームとの一体経営であるため、経営方針に関することなどは、法人全体の運営会議にて検討・決定しています。利用者に関することなどはユニット会議にて検討し、迅速な対応ができるよう取り組んでいます。	

カテゴリ-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-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-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
カテゴリ-2の講評		
<p>毎年第三者評価を受審し、家族等の意向把握の機会として活用しています</p> <p>当ホームでは毎年第三者評価を受審しており、家族から当ホームの取り組みに関するアンケート調査にて把握しています。コロナ禍により、定例であった家族懇談会の開催も中止してきた中、毎年第三者評価の受審を通して運営に関する意見をいただくこと、利用者に対するケア方針などについてはケアプランの作成・見直し時に意向を把握し、利用者や家族の意見を取り入れてホームの経営や利用者へのケアに活かしています。</p> <p>介護業界に関する情報収集や情報交換、学習の機会を得ることができています</p> <p>東京都社会福祉協議会の施設長会や市の施設長会、地域包括支援センター主催の研修への参加のほか、当施設の主任介護支援専門員は市の介護支援専門員連絡協議会の理事を務めており、東京都社会福祉協議会の相談員研修会にも参加して、国や東京都、八王子市における介護業界に関する情報収集や情報交換、学習の機会を得ることができています。これらの内容は、生活相談員・医務・栄養士・ユニットリーダーが出席する合同会議で報告がなされ、施設内での共有を図っています。</p> <p>部門別、委員会、行事など担当業務別にそれぞれ年度目標を立てて取り組んでいます</p> <p>事業計画は中長期目標を掲げて当ホームと隣接する地域密着型特養の共通目標として単年度計画を策定しています。介護・医務・食事のサービス提供と地域との関わりについてそれぞれ重点目標を掲げ、その他、部門別、委員会、行事などの担当業務別についても目標を掲げ取り組み内容を記載しています。さらに今年度は介護報酬改定事項を踏まえての取り組みについても明記しています。これに対し事業報告は一年の取り組みを写真を多用して丁寧にまとめていますが、掲げた目標の実行プロセスや評価を明記するという点ではまだ改善の余地があります。</p>		

3 カテゴリー3		
3 経営における社会的責任		
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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
サブカテゴリー3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
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(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



### カテゴリー3の講評

#### コンプライアンスに関すること、認知症理解など年間研修計画に盛り込んでいます

事業計画に年間研修計画を掲載しており、その中でコンプライアンスに関すること、認知症理解などの知識の習得につながるよう職員として知ってほしい内容について取り組むこととしています。また、職員の入職時には中途入職も含めてオリエンテーションを150分位かけて実施し就業規則をはじめ、介護スローガン「和の介護(融和・調和・和み)」について説明を行っています。このスローガンの「和み」には「たとえ認知症であろうと、人格を思いやる気持ちが一番である」という意味合いも込められており、人権尊重が表現されています。

#### 利用者の声や日々の生活の中での「気づき」を高めていくために取り組んでいます

利用者に対する日々の介護の中での「気づき」を高めていくための「気づき・ヒヤリハット報告書」の取り組みがあります。事故を未然に防ぐ一つとしてのヒヤリハットだけではなく、利用者の声や日々の生活の中での「気づき」なのかを、チェックを付けることで判別できるようにしています。ヒヤリハットは職員も積極的に挙げており、エビデンスをどのように捉えているか、主観になっていないか、利用者のいない自己満足ではないかなど職員に伝えながら、利用者の声や思いを汲み取ることができるよう取り組んでいます。

#### 施設としての地域とのつながりという点では法人として模索している状況が続いています

敷地内に併設する地域密着型特養と合同で開催している運営推進会議のメンバーは、行政、民生委員、地域包括支援センター、利用者家族、施設長、生活相談員、グループホームのケアマネジャーで構成され、年6回、偶数月に開催しています。主任介護支援専門員が介護支援専門員連絡協議会の理事であることから地域における福祉ニーズや現状を知る機会となっていますが、当ホームとしての地域とのつながりという点では自治会への加入などもなく、法人として模索している状況が続いています。

4 カテゴリー4		
リスクマネジメント		
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー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(〇〇〇〇〇)
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 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 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 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 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	
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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(〇〇〇〇)
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 checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	
<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 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	
カテゴリー4の講評		
<p>併設する特別養護老人ホームと協同し、利用者の介護事故予防等に取り組んでいます  介護保険施設におけるリスクマネジメント強化の一環で、安全対策担当者の配置義務に伴い、その業務内容は事業計画内の各種委員会の今年度目標にも明記され、併設する地域密着型特養と協同し、利用者の介護事故予防に取り組んでいます。コロナ禍における感染防止対策は2類から5類に移行しても一定の取り組みは継続して利用者の「命を守る」行動に注力しています。当法人における高リスクは安定した職員の雇用・定着も挙げられることから給与体系の見直しなどにも着手し取り組みを進めています。</p> <p>専門的な知識の向上は介護業務におけるリスク管理につながると捉えて取り組んでいます  介護保険制度や地域密着型特別養護老人ホームの社会的な位置づけや、利用者の特性も多様化している中、認知症と精神疾患のある方への対応などについて職員の理解が進まないことが、人員不足による業務遂行が困難という点に結びついていないかということを経営層は懸念しており、改めて「認知症とは?」「特養ってどんなところ?」「グループホームってどんなところ?」というアンケートを行いました。職員の頑張り認めながらも専門職としての知識向上は介護業務におけるリスク管理につながると捉えて取り組んでいます。</p> <p>様々な情報は電子化での管理がなされ、毎日バックアップを取っています  施設内の情報管理は、職務に応じて使用できるよう管理されており、職員の個人情報などに関するものは、アクセス権限を設定しています。様々な情報は電子化での管理がなされているため、万が一に備えてサーバー内の情報は毎日バックアップを取っています。紙面で管理している資料や記録は各ユニットでの施錠管理としており、個人情報については、外部に持ち出さないこととして取り扱いに注意を払っています。</p>		

5 職員と組織の能力向上			10/12
サブカテゴリ1(5-1)			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況
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			10/12
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(〇〇)
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(〇〇)
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 checked="" type="radio"/> あり <input 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(〇〇●●)
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(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)			3/3
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
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(〇〇〇)
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

## カテゴリー5の講評

### キャリアパスと給与の見直しを行い、給与体系の見える化を図りました

東京都の補助事業を活用してキャリアパスと給与体系の見直しを図り、再構築した人事考課制度を今年度から運用開始しています。職員の給与見直しを行い、給与体系の見える化を図りました。キャリアパスを見直したことで、常勤職員、契約職員、65才以上の方を含む非常勤職員はパートナー、リーダー職を指導職と位置づけが明確になりました。その一方で、事業計画内で示す役職・担当業務内容と施設内の現状からは、経営層を含め役割権限の見直しなども視野にいたれた検証が必要な点も見受けられます。今後の検証・検討が期待されます。

### 新たな人事考課制度は職員への説明と考課者研修を行いスタートしています

今年度から運用を開始した新たな人事考課制度は、オンラインにて職員への説明を行い、考課者には手順書を渡して考課者研修も実施しました。一次面接はリーダーが実施し評価も行います。まずは役割定義を理解してもらうことからはじめ、職員が立てた目標への取り組みは自己評価したものに対してリーダーが○×△を評価表に記載しており自身でもこの結果を確認することができます。面談では職員個々の職場に対する思いを把握し、職場環境の改善に反映していくよう取り組んでいます。

### 職員の希望を把握して法人全体の年間研修計画を立てることを検討しています

職員体制の状況やコロナ禍により内部研修に注力してきました。また、人事異動による体制の変更に伴い、ユニットごとに月間目標を掲げ、統一した見解のもと利用者への介護に取り組めるように職員間で共有しています。今後の取り組みとして、職員からどのような研修をしたいかという希望を把握して法人全体の年間研修計画を立てるようにしていきたいと経営層は考えています。また、職員への指導、ユニット連携の強化を目的として新任職員への月1回の面談を3ヶ月間実施するなど職員定着への取り組みに注力しています。

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

評価項目1

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)

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)

新入職者もありシルクロード鍵水の方針を理解し、協働するにはユニット内及び他部署との連携が大切であるが、できていない、機能していない部分があるため、人材育成によるサービスの質の向上を法人統一の目標としました。今後も職員不足が予想される中、職員の合理的な配置や互いのユニットを理解し、欠員時に応援が出来るように取り組んでいます。基本は生活の場であり、利用者様主体のホームであり、それを専門職が協力しあいカバーする、利用者本人が主体のフォローするのが我々であることを共有すべく取り組みました。しかしながら、お互い専門職のぶつかり合いなど連携にはまだ至らず、今年度も継続して重点目標として取り組んでいます。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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)</li> <li><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</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><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</li> </ul>

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

法人理念である、「心の通い合う支援を個々の通い合う仲間が提供します。」職員全体が共通理解のもと、介護のスローガンである「和の介護」を実践していることが利用者の生活を支えることになる、このベースを作ることを最優先として、職員が「協働」していくことに取り組まれました。しかしながら、今年度は法人内でリーダー層の異動もあり、職員が変わってもサービスの質を保てるよう、リーダー層が自覚を持つことなど今年度も継続してチームを作ることに対して試行錯誤しながら取り組んでいます。

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)

共通目標に設定し4年目になりますが、新しい職員さんが半数を占め、中堅、リーダー層とシルクロード鍵水の方針理解が不十分の中、施設の基本であるサービスの向上と、チームワーク、他部署との連携は永遠の課題ともいえるため、職員チームワークと他部署との連携を目標に掲げて取り組みました。職員不足やユニット間の情報共有に取り組むなか、2名体制の取れないユニットへの応援が可能な人材育成を行い、利用者サービスへの支障がないよう、月1回面談を持ちながら新任職員は3ヶ月で基本業務覚えていけるよう取り組みました。今年度も引き続き継続しながら、職員の階層に対する到達目標や研修体系を整え、体系を確立できるよう職員面談、職員評価を効果的に行えるよう取り組みこととしました。

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

理念を職員全体で共有した中で、自分の役割に責任を持ち取り組むとともに、新しい職員が増えていることから当法人の大切にしている介護を習得していくために取り組みました。また、職員の定着を図るためには、職員育成と共に、法人内の人事考課の見直しも必要と捉え、東京都の事業を活用してコンサルティング会社を導入して人事考課の見直しに取り組みました。結果、退職希望の減少につながったと経営層は捉えています。今後は報酬体系の見直しもつなげていきたいと考えています。

## 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>ホームページをリニューアルし、法人全体の情報提供を行っています</p> <p>法人作成のリニューアルしたホームページでは、見る側を意識して、動画を盛り込み詳しく当ホームと隣接する特養の全容が伝わるよう作成されています。「私たちが大切にしていること」をして、介護スローガン「和の介護」融和・調和・和み(なごみ・和の心)が明記され、法人の目指す介護方針がわかりやすい言葉を用いて丁寧に記載されています。今回のリニューアルで、利用者のリアルな表情を掲載していくことで当施設での暮らしがイメージできるよう工夫しました。そのため、写真掲載について改めて家族に説明し同意をいただきました。</p> <p>季刊誌の発行とパンフレットにて当ホームの取り組みなどについて情報発信しています</p> <p>法人で発行している季刊誌は年2回の発行にて、法人の理事をはじめ地域内の医療機関や居宅介護事業所、老人保健施設などに配布しています。その発行数は1,000部を超え、積極的な情報発信は毎年継続して行われています。また、当ホームを紹介するパンフレットは、A5判の冊子で作成しています。表紙にはQRコードやURLが掲載されており、ホームページに飛ぶようにしているので、パンフレット内には掲載しきれない情報を見ることが可能です。</p> <p>見学者の案内や対面での面会を再開することを予定しています</p> <p>見学者への対応は、コロナ禍のため館内での案内は中止しておりますが、当ホームの3階にて動画などを用いて説明を行っています。電話によるお問い合わせからの見学となっておりますが、急遽、来訪された方についても臨機応援に対応しています。見学の際、市内のグループホームのことについても説明をしています。当ホームの待機者は減少傾向にあり、見学に来園される方にも丁寧な対応を心がけています。</p>			

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
2	サービスの開始・終了時の対応		
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. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評			
<p>これまでの生活環境や生活歴を丁寧に聞き取ることを心がけています</p> <p>入所前には、電話もしくは家族への面接を実施して、入所希望者の状態について聞き取りを行います。特にこれまでの生活環境や生活歴を丁寧に聞き取ることを心がけています。また、利用者や家族の意向を把握して今後の新しい生活に活かすようにしています。必要に応じて、在宅サービスを利用されていた方については、担当のケアマネジャーや事業所に可能な範囲で情報提供をお願いしています。今後の取り組みとしては、業務管理担当だけでなく計画作成担当者やリーダー、介護職員の同行訪問を検討したいと考えています。</p> <p>利用者の状態を細かく情報収集して当施設で必要なケアを検討しています</p> <p>利用者に関する情報は、アセスメント表1～4に細かく記載しています。アセスメント表1は、家族情報、緊急連絡先、生活歴、介護情報などを、アセスメント表2は医療関連情報、服薬、認知・行動障害などを、アセスメント表3はADLに関して、現状、リスク、対応などが記載されています。さらに、アセスメント表4では既往症、病歴と食事・栄養に関する現状やリスク、対応等と治療食などの特記事項が記載されています。利用者の状態を細かく情報収集しており、状態把握をした中で当施設で必要なケアを検討しています。</p> <p>看取りに関する取り組みを冊子にまとめて家族に説明しています</p> <p>長期入院による退所もありますが、当ホームでは看取り対応を行っているため、ほとんどが看取りでの退所という現状があります。当施設の看取りの指針とともに、看取り介護に関する内容を冊子にまとめており家族に説明しています。実際にお別れが近づいたときの変化・お別れが来た時の変化・看取り計画書などについての丁寧に説明しています。大切な家族との別れへの家族の心情に寄り添っている対応です。</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		
<b>評価項目1</b> 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		<b>評点(〇〇〇)</b>	
評価	標準項目		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
<b>評価項目2</b> 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している		<b>評点(〇〇〇)</b>	
評価	標準項目		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(〇〇)</b>	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある		○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している		○非該当
<b>評価項目4</b> 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		<b>評点(〇〇)</b>	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している		○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している		○非該当
<b>サブカテゴリ-3の講評</b>			
<p><b>アセスメント表やユニットリーダーからの報告を基に利用者の介護計画を立案します</b></p> <p>介護計画作成の流れはケアマネジャーが各ユニットリーダーから利用者の生活の様子など現状報告を挙げてもらい、変化のあるところについては、アセスメント表に落とし込んでもらうこととしています。アセスメント表やユニットリーダーからの報告を基に利用者の介護計画を立案します。まずは案の状態が家族に電話等で説明を行い、今後の意向も把握します。その後、意見を加味して作成した介護計画は、コロナ禍からの取り組みをまだ継続しており、郵送にて家族が内容を確認および署名、捺印後に返送していただく形を取っています。</p> <p><b>介護計画は1冊のファイルにまとめて確認でき、記録の書き方も工夫しています</b></p> <p>アセスメント表は、敷地内に併設する特別養護老人ホームの様式に揃えて作成することとしました。職員の異動もあることから、統一した様式での確認をしていくことは、業務を遂行する上でも有効な取り組みと推察されます。利用者の介護計画は一冊のファイルにまとめてユニットに置いており、職員がいつでも内容を確認できるようにしています。ケース記録はそれぞれの職種の職員が記録しており、その際、日中の様子は黒字、業務管理担当は緑、医務課は青、夜勤は赤と色を変えて記録をしておくことで、職員が判別しやすくなるよう工夫しています。</p> <p><b>利用者のその日の様子などは、様々な様式に記録され、職員間で共有しています</b></p> <p>ホーム内での申し送りは、夜勤から早番、早番から遅番、遅番から夜勤へと勤務交代がある時間に設定して行われています。利用者に関する情報は、ケース記録の他に、「ヘルパー日誌」にはその日の予定と連絡事項や申し送りすべき内容を、「総合チェック表」にはバイタル状況、食事摂取状況、排便、入浴の有無等が記録され、その日の利用者の気持ちの部分も記載するようにしています。ユニット会議にて利用者の対応について話し合い、職員間で共有する時間を持っています。</p>			

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
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>他の利用者もに外部の方からも利用者が特定されにくい環境を整えています</p> <p>個人情報の取り扱いについては、契約時に「個人情報同意書」と「写真等の肖像使用同意書」を用いて説明し同意を得ています。今回、ホームページのリニューアルにあたり、再度、写真掲載について家族に確認も行いました。館内では、会議の議事録に利用者に関する内容を記載する時も、個人ファイルの背表紙も、一週間の活動で利用者が参加することを記したボードも個人名は記載せず部屋番号の記載としており、申し送りの際も同様の取り扱いがなされています。他の利用者もに外部の方からも利用者が特定されにくい環境を整えています。</p> <p>職員のお互いの言い方や受け止め方に配慮があるかなど委員会で確認しています</p> <p>利用者の気持ちを尊重した対応を行うためには、不適切なケアに対する法人の方針を再確認する必要と不適切な声掛けや対応を自ら見直す必要があると経営層は感じています。職員がお互いに注意しあえる組織風土の醸成を図ることの必要性もあり、スピーチロックや不適切な対応になっていないか、指摘する側と指摘される側ともお互いの言い方や受け止め方に配慮があるかなど、事故・褥瘡・拘束防止・虐待検討委員会にて話し合いを行っています。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
6	事業所業務の標準化		
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当	
<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映している	○非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>職員間で統一感のあるケアができるよう職員間で協力し取り組んでいます</p> <p>職員の異動があった今年度は、年度途中から1階と2階のユニットで、一日の流れを統一しました。1階と2階の職員がそれぞれ行う基本業務を一緒に行うよう変更することで、職員の入れ替わりやヘルプに入った時なども対応ができるよう意図した取り組みです。一つのユニットでは、一週を一表にして、午前中、午後、夜間の各利用者の予定をボードに落とし込んでいます。シフト勤務のため、職員は利用者の予定を見て、適切なアプローチをすることが可能となっています。職員間で統一感のある取り組みができるよう注力しています。</p> <p>マニュアルの整備はできているが活かし方という点で課題があると経営層は捉えています</p> <p>ホームの業務に関するマニュアルは1冊にまとめて各ユニットに設置しています。マニュアルには1ページ目に「職員倫理規定」次が「介護事故防止指針」「個人情報保護に対する基本方針」と続き、個人情報保護に対する方針の中にはその根拠も示されています。法人が大切にしている視点などがこのマニュアルの中から窺い知ることができます。各マニュアルは法律や制度、ガイドラインの変更があった時に見直すこととしていますが、マニュアルの活かし方という点で課題があると経営層は捉えています。</p>			

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	23/23
1 評価項目1 認知症対応型共同生活介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 個別の認知症対応型共同生活介護計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 関係職員が連携をとって、支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>介護計画は利用者と家族の意向を踏まえ、継続的に支援できるようたてられています</p> <p>介護計画を作成する際は、入居前から利用者と家族の意向を文書及び直接面談等で確認し作成しています。入居後も継続的に実施できているか、職員全員が評価をし、ユニット会議にて検討されます。概ね半年に一度の見直しですが、入居後の生活行動に変化があった際は変更し家族の同意をとっています。個々の利用者が生活の中で目標をもって暮らしていけるよう支援しています。</p> <p>利用者の生活歴や価値観を大切に、その人らしく暮らしていけるよう支援しています</p> <p>今年度のホームの目標として、利用者が暮らしの中に安心や楽しみをもていただけるようにしています。利用者がホームでの生活に自分の居場所を感じ、心地良く生活できる空間作りを実践しています。必要以上の声かけはせず、そっと見守りながら利用者の「その人らしさ」を支援しています。場面観察では、リビングで新聞を読んでいる方、自室で読書している方、廊下を散歩している利用者へ過剰に関わらず、安全面を気にしながら職員は利用者を見守っていました。利用者のペースを大切に、行動パターンを把握した上でケアサービスに努めています。</p> <p>フロアごとのユニット間で連携が図れ、共通意識をもつことを目指しています</p> <p>利用者の毎日の状態や予定の確認が把握できるよう、ユニットごとに10時にフロアミーティングにおいて情報共有が図られています。情報については、個人ケース記録と温度版の確認をおこない、問題点や課題がある場合はその都度話し合い、ケア会議にて周知し関係職員の連携が図られています。フロアごとのユニットにおいては業務の違いがあり、今後は応援体制が組めるようユニットごとの特性を大切にしながら、業務の流れを統一していくことを目指しています。</p>			
2 評価項目2 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 食事に関する一連の作業等利用者の生活場面では、利用者の主体性と能力を活かして支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに応じた生活への参加ができるよう工夫をしている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の心身の状況に応じて、生活するうえで必要な支援(食事や入浴、排泄等)を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 各種手続きや買い物等日常生活に必要な事柄について、利用者本人による実施が困難な場合に代行している		○非該当
評価項目2の講評			
<p>利用者が自主的に食事の準備や片付けが行えるよう、自然な声かけをしています</p> <p>利用者は目についたカップを布巾で丁寧に拭いてお盆にのせている場面を拝見させていただきました。利用者は自由にパントリーに入り作業ができるよう職員は環境を整えています。利用者の性格やこれまでの生活歴を把握し、食事に関する一連の作業を支援しています。料理になじみのない利用者へは無理強いせず、料理好きな利用者には「野菜を切っていただけますか?」と声をかける等、ホームでの生活は家庭そのものです。定期的な取り組みとして安全性を保ちながら調理に関しては、職員が付き添っていれば行える作業は利用者がおこないます。</p> <p>利用者が生活の中で興味もち行動できるよう、職員はできることの把握に努めています</p> <p>利用者のできることと興味のあることを職員全員が把握できるよう、ユニット会議やケース会議で情報共有しています。職員は利用者の得意不得意を熟知しており、シーンごとに割り振り、自尊心をもていただけるような声掛けや対応を心がけています。また、洗濯たみを積極的におこなう方を横で見ていた利用者が、そのうち手を出して恐るおそるたたんでいたが、最後はスムーズにおこなうことができました。職員は利用者の興味を邪魔することなく、利用者の性格に応じた声掛けで生活への参加ができるよう支援しています。</p> <p>利用者一人ひとりの維持している機能を生かし、状態に合わせた介助をおこないます</p> <p>利用者の維持している機能を大切に考え支援にあたっています。排泄については、利用者がトイレにいくタイミングを見逃さず必要に応じて介助をし、プライバシーを尊重しています。福祉用具の活用や、パット使用については一人ひとりのパターンに合わせ、課題となることは介護日誌やケース記録に記載してユニット会議にて検討しています。入浴は一人ひとりの状態に合わせた入浴方法を選択し、利用者が目につくようにリビングのホワイトボードには、入浴日を掲示しています。</p>			

3 評価項目3 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 日常生活の中で、利用者一人ひとりの状態に応じて身体を動かす取り組みを工夫している	○非該当	
●あり ○なし	3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしきみを整えている	○非該当	
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、医療機関等と速やかに連絡できる体制を整えている	○非該当	
評価項目3の講評			
<p>毎日の健康管理は「総合チェック表」温度版を活用し職員間で情報共有しています          ホームでは、精神科・内科・泌尿器科の3つの医療機関と、医師、法人医務の看護職員、介護職員が連携し利用者の健康管理がおこなわれています。毎朝のミーティングでは、その日の利用者一人ひとりの健康状態の情報共有がおこなわれています。総合チェック表は常勤、非常勤にこだわらず、全職員が、血圧、体温、脈拍などの記録のすべてが、情報として一目で確認できるよう1ページに記され、わかりやすく情報が記入されていて見落としがないように工夫されています。</p> <p>過去の服薬事故の、振り返りから学んだ服薬事故防止への取り組みがあります          調剤薬局から届けられた薬を、薬局職員と看護職員が確認し、ダブルチェックがおこなわれています。服用の際には名前と日付を声に出して読み上げ、利用者が飲み込むまで確認しています。臨時薬については過去に飲み忘れによる事故が多かったため、服薬マニュアルが見直されました。服薬事故防止のための「臨時役確認表」を活用しているが、服薬確認の欄にチェックがあるものの、担当者のわかりにくさがあります。担当者をわかるようにしておく、事故原因の追及などに役立てていけると考えられます。</p> <p>併設している特養医務室と連携し、24時間オンコール対応ができる体制を整えています          夜間は介護職員が支援していますが、併設している特養医務室と連携し、24時間オンコール対応ができる体制を整えています。夜勤者は利用者に急に変化が生じた場合、当番の看護職員に連絡します。電話での指示や、必要に応じて出勤し対応にあたります。看取り体制もあり連携は欠かすことができません。日中においても、各階の担当者や看護職員が判断し、医療機関に繋げ、日々の健康管理に併せ、月2回の往診、月1回の体重測定、年1回の健康診断をおこなっています。</p>			
4 評価項目4 共同生活が楽しく快適になるよう工夫している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者がお互いに関わり合いながら楽しく生活することができるよう支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 事業所での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○非該当	
●あり ○なし	3. 居室や食堂などの共用スペースは、利用者の安全性や快適性に配慮したものとなっている	○非該当	
評価項目4の講評			
<p>利用者同士で過ごす楽しい時間を、職員は大切に見守っています          職員は、共に生活している利用者同士の時間を大切にしています。それぞれが、一人ひとりのプライベート空間となる個室で生活しています。お友達を誘い「遊びにいらっしやいよ」と声をかけお部屋でおしゃべりを楽しむこともあります。リビングでは、ある利用者が洗濯物の置き方を迷っていると、他の利用者が「端を合わせるときれいにたためるよ」と、お互いが言葉のキャッチボールをしながら一日を過ごします。職員は、利用者同士が関わりをもちながら支え合い生活できるように努めています。</p> <p>利用者の身体状況や、一人ひとりの意思を把握した上で生活を支援しています          ホームでの生活は基本自由を尊重しています。しかし、機能低下によりベット上での生活時間が増えている利用者もいます。居室で過ごす時間が多くなった利用者へも、そっと放棄し、安全を確認しながらその人が穏やかに生活できているか確認しています。廊下を散歩する、壁の飾り物を丁寧になおしている、自室で読書をする。利用者は、決められたルールの中で自由に過ごすことができます。リビングではテレビが点けてあり、利用者の興味ある番組を職員はあらかじめ録画し、視聴して頂いています。毎日が我が家のように感じられる空間作りに努めています。</p> <p>見守りセンサーを活用し利用者の動きや動線を検証し、事故防止につなげています          空気清浄機、加湿器など設置し空調管理がおこなわれています。リビング、トイレ、浴室や廊下など清潔に保たれており換気もされている事を場面観察調査で確認することができました。環境面だけでなく、職員のさりげない声掛けや誘導で安全が図られています。本人、家族に同意を得た上で実証実験を利用し、各部屋に見守りセンサーを取り付けられました。職員は各自に携帯しているスマートフォンで利用者の動きを確認することができます。利用者の行動や動線を把握することで危険回避や生活パターンをつかみ、事故防止に役立てています。</p>			

5 評価項目5 事業所と家族等との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族や利用者の意向を考慮して、家族等が参加できる事業所の行事を実施している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○非該当
●あり ○なし	3. 家族等が事業所等に対し、意見や要望を表せる機会を設け、それらを活かした支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 重度化した場合や終末期に備え、あらかじめ本人や家族等と話し合い、事業所のできることを説明しながら、方針を共有している	○非該当
評価項目5の講評		
<p>家族参加の行事ができない中で、代わりにできることはないか考え、試行しています</p> <p>ホームでは家族懇談会を年2回開催し、家族から意見等をうけ施設運営の向上に取り組んでいます。以前は納涼祭、敬老会、餅つき大会には多くの家族が参加し利用者との交流を図っていましたが、未だ再開に至ってません。そんな中でも利用者の様子が見れるように個人別に写真集のCDを作成しています。写真の取り方も工夫をし、1年間撮りためたものを家族に贈り、家族が安心できる内容になるよう取り組まれています。面会についてはようやく再開し、居室内で15～30分と制限はありますが大変喜ばれています。このまま継続できるよう努めています。</p> <p>利用者のホームでの様子は面会時に伝え、状態変化の際は速やかに電話で伝えていきます</p> <p>ホームでの面会が再開し、面会時に利用者の様子を伝える機会が増えました。日常の利用者の様子や状態の変化を伝え、家族の意向を確認しています。急な変化の際は介護リーダーが主に連絡することとし、丁寧な説明を心掛けています。意見や要望は併設する特養の入口にある「ご意見用紙」に記入することも可能ですが、事務所への手渡しとなるためご意見自体はあまりありません。ケアプラン提示などで直接意見を伺うケースが多く、意見を出しやすくするためには更なる工夫が望まれます。</p> <p>ホームでの看取りを家族が安心して受け入れられるよう支援しています</p> <p>入所前から、あらかじめ「ホームにおける看取り介護の考え方」を家族へ伝えていきます。重度化し、終末期への転換期をどう迎えるか、家族、医師、看護師、職員で話し合いがおこなわれ、セレモニーの場をどう作り上げるか方向性を決めていきます。終末期を迎えるにあたり、家族へは「愛する人の旅立ちにむけて」の冊子をお渡しし、家族が受け入れる準備ができるよう丁寧な説明がおこなわれます。冊子には「お別れが近づいたとき」と見出しをつけ寂しさだけが残らないような説明がなされ、職員も家族同様に利用者を大切に想う気持ちが記されています。</p>		
6 評価項目6 利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の情報等を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している	○非該当
●あり ○なし	4. 運営推進会議で話し合われた意見を活かして支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	5. 区市町村や地域包括支援センターと日頃から連絡を取り、協力関係を築きながら支援を行っている	○非該当
評価項目6の講評		
<p>利用者が地域で暮らし続けるため、楽しみを感じ生活できるよう支援しています</p> <p>法人は地域とのつながりを大切であると考えています。小学校の行事参加や中学生との交流を深め、町会で行われる地域行事にも参加しています。しかし、利用者の重度化に伴い地域との交流や外出に工夫が必要と感じている。毎週木曜日に「ふれあい相談員」の方が行政から出向いてくれ、市内の話をしてくれたり傾聴してくれているため、利用者は地域の情報を聞くことができている。地域の行事など目にする機会が少ないため、利用者が目に見える所に掲示するなど工夫されることが期待されます。</p> <p>運営推進会議へ参加し、地域との関わりをもち支えあえるよう取り組んでいます。</p> <p>運営推進会議は2か月ごとに開催しています。民生児童委員、行政、ふれあい相談員、ホームの家族、ホーム長、他事業所職員などで構成されています。今年度は各委員会の委員が参加し、感染症委員会の報告では、ホーム内でコロナ感染発症でのゾーニングの実態を報告し興味をもっていただきました。ホームで協議された内容を議事録にまとめ、活動報告書として構成メンバーに配布されました。とても丁寧にわかりやすく説明されており、今後は参加者以外の家族へ配布することで、地域と情報共有が図れると考えられます。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-5	事業所と家族等との交流・連携を図っている
タイトル①	終末期において「お別れが近づいたとき」を、家族に丁寧に説明しています	
内容①	終末期において「お別れが近づいたとき」を、家族が穏やかな気持ちで受け入れられるよう丁寧に説明しています。また、職員がホームにおける看取り介護の考え方を理解しケアできるよう看取り対応マニュアルを全職員へ配布しています。重度化し、終末期への転換期をどう迎えるか、話し合いを繰り返し方向性を決めていきます。家族へ意志の確認をおこない「愛する人の旅立ちにむけて」をお渡しし、終末期を受け入れていただけるよう丁寧な説明をしています。利用者が安楽に最期の時を迎えられるよう、ホームと家族の心の情報共有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	6-6-1	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
タイトル②	職員間で統一感のあるケアができるよう職員間で協力し取り組んでいます	
内容②	職員の異動があった今年度は、年度途中から1階と2階のユニットで、一日の流れを統一しました。1階と2階の職員がそれぞれ行う基本業務を一緒に行うよう変更することで、職員の入れ替わりやヘルプに入った時なども対応ができるよう意図した取り組みです。一つのユニットでは、一週間を一表にして、午前中、午後、夜間の各利用者の予定をボードに落とし込んでいます。シフト勤務のため、職員は利用者の予定を見て、適切なアプローチをすることが可能となっています。職員間で統一感のある取り組みができるよう注力しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	3-2-1	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
タイトル③	利用者の声や日々の生活の中での「気づき」を高めていくために取り組んでいます	
内容③	利用者に対する日々の介護の中での「気づき」を高めていくための「気づき・ヒヤリハット報告書」の取り組みがあります。事故を未然に防ぐ一つとしてのヒヤリハットだけではなく、利用者の声や日々の生活の中での「気づき」なのを、チェックを付けることで判別できるようにしています。ヒヤリハットは職員も積極的に挙げており、エビデンスをどのように捉えているか、主観になっていないか、利用者のいない自己満足ではいけないことなど職員に伝えながら、利用者の声や思いを汲み取ることができるよう取り組んでいます。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者が自分の居場所を感じ、我が家のように感じられるグループホームらしさに溢れるホームとなっています
	内容	ホームでの生活は、原則利用者のペースで自由に過ごせるよう支援しています。利用者の特性を把握し、料理を得意とする利用者には調理を行えるよう声をかけ支援しています。一見危険と思われる包丁の使用も、職員は近くで見守っています。リビングのテレビには、利用者リクエストの映像が映っていました。こじんまりしたリビングならではの見やすい大きさのテレビに、利用者は釘付けになります。そこには、我が家とを感じるグループホームらしさがあります。職員は利用者の気持ちに寄り添い、利用者の居場所作りを支援しています。
2	タイトル	当ホームにおける介護方針を理解していただいた上で、「終の棲家」と考えて、ここでの生活を送ってほしいと家族に伝えています
	内容	利用者の入所にあたり、当ホームにおける介護方針を理解していただいた上で、費用のこと、当ホームでは看取りを行うこと、このホームを「終の棲家」と考えて、ここでの生活を送ってほしいと家族に伝えています。当ホームで重視しているのは、家庭的な雰囲気や大切にしていくことです。利用者の生活歴を丁寧に聞き取り、他の利用者への影響などを考えて、契約の有無も決めています。食事提供も治療食への対応はしておらず、転倒リスクは考慮しつつも不必要な拘束はしないことなど、ここでの生活を望んでの入所となるよう、丁寧に方針を伝えています。
3	タイトル	ホームページのリニューアルでは、利用者のリアルな表情を掲載していくことでここでの暮らしがをイメージできるよう工夫しました
	内容	リニューアルしたホームページでは、見る側を意識して、動画を盛り込み詳しく当ホームと隣接する特養の全容が伝わるよう作成されています。「私たちが大切にしていること」として、介護スローガン「和の介護」融和・調和・和み(なごみ・和の心)が明記され、法人の目指す介護方針がわかりやすい言葉を用いて丁寧に記載されています。今回のリニューアルでは、利用者のリアルな表情を掲載していくことでここでの暮らしがをイメージできるよう工夫しました。多くの方に法人全体の取り組みを伝えることで、人材確保にもつながることも期待できます。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	階層別および職員個々の育成計画の作成を進めると共に、役割権限の見直しなどこれから数年先の姿をイメージした取り組みが期待されます
	内容	キャリアパスを整備し、常勤職員、契約職員、65才以上の方を含む非常勤職員はパートナー、リーダー職を指導職と位置づけが明確になりました。これら与えられた役割を果たすべく、法人全体の階層別育成計画作成やリーダー層の育成は喫緊の課題となっており、職員個々の育成計画の作成も合わせて取り組みを模索しているところです。その一方で、事業計画内で示す役割・担当業務内容と施設内の現状からは、経営層を含め役割権限の見直しなども視野にいれた検証が必要な点も見受けられます。これから数年先の姿をイメージした取り組みが期待されます。
2	タイトル	事業報告書は掲げた目標の実行プロセスや評価を明記するなど、事業全体の総括という視点で報告内容の充実を図ることが期待されます
	内容	事業計画は中長期目標を掲げて当ホームと隣接する特養の共通目標として単年度計画を策定しています。部門別の重点目標を掲げ、その他、部門別、委員会などの担当業務別についても目標を掲げ、さらに今年度は介護報酬改定事項を踏まえての取り組みについても明記しています。この事業計画に対して、事業報告は一年の取り組みを写真を多用して丁寧にまとめていますが、部門別や委員会等にて掲げた目標の実行プロセスや評価を明記するという点ではまだ改善の余地があります。事業全体の総括という視点で報告内容の充実を図ることが期待されます。
3	タイトル	新たな体制でのスタートとなり、チームケアを行えるよう少しずつ職員間で進めている標準化を今後も継続して取り組むことが期待されます
	内容	ホームの業務に関するマニュアルは1冊にまとめて各ユニットに設置しています。法人が大切にしている視点などがこのマニュアルの中から窺い知ることができます。また、職員が協力し合い業務を進めていけるよう業務の標準化にも着手しています。しかしながら、理念や方針の浸透も含め、職員への指導とマニュアルの活かし方という点での課題があると経営層は捉えています。今年度、新たな体制でのスタートとなり、チームケアを行えるよう少しずつ職員間で進めている標準化を今後も継続して取り組むことが期待されます。