

神奈川県社会福祉事業団
横須賀老人ホーム 御中

【平成30年度】
第三者評価結果報告書

公益社団法人 長寿社会文化協会

1	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>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)信頼・期待される施設運営と地域貢献に努めます。 経営理念の「人にやさしい豊かな心」「地域社会への貢献」「活力ある経営」に基づく、ご利用者とご家族等、地域、関係諸団体に 信頼・期待される事業所運営、地域貢献。</p> <p>2)立場・思いに寄り添い、ご利用者本位の心豊かな生活の実現に努めます。 ご利用者の意思及び人格を尊重し、自己決定ができ笑顔で楽しみのある生活（「心豊かな生活」）が実現できるよう、創意工夫。</p> <p>3)ご相談・ご要望・苦情に対し、誠実・適切・迅速に対応します。 ご満足いただけるサービスの提供ができるよう、小さなご相談から誠実に受け付け、適切、迅速に対応します。</p> <p>4) 安心・安全にご利用いただける施設の維持・管理に努めます。 常に安心・安全にご利用頂けるよう、設備の維持管理を適正に行い、ご利用者の身体状況等に合った生活環境を工夫します。また、職員教育と防災訓練を実施し、施設の維持・管理に努めます。</p> <p>5)法令遵守による適正な業務推進・管理に努めます。 老人福祉法、介護保険法等を遵守し、適正なサービスの提供、リスクマネジメントの徹底、適正な業務推進・管理。</p>
2	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>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分で考え行動できる人 ・「～したい」と言える人 ・お互いを支え合える人 ・コミュニケーション能力の向上に努める人 ・自分の与えられたポジションを精一杯果たす人
	<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><職員行動指針></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人権擁護 ・自立支援 ・差別の禁止 ・サービスの質の向上 ・福祉の心と専門的技術の習得・実践等 ・リスクマネジメントの確立 ・地域との共生 ・地域交流 ・災害への対応 ・法令遵守 ・規律の保持 ・環境保全 ・個人情報保護と情報の発信・開示 ・目標ある自己研鑽 ・活力ある職場づくりと効果的な業務遂行 ・改善意見の提言・企画参加

調査対象

利用者205人全員を対象とした。その内、体調や本人意向等から聞き取り可能な30名に対して調査を行った

調査方法

聞き取り調査。

利用者総数

205

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
	30	30
	30	30
	14.6	14.6

利用者調査全体のコメント

総合的満足感は、「大変満足」6.7%、「満足」66.7%であり、「満足」以上が73.4%である。「どちらでもない」が23.3%、不満が、1人で3.3%である。自由意見としては、「感謝している」、「職員は良くしてくれる」、「大変良いところ」など肯定的意見が多い。他方、食事に対する要望や「入居者の身になって考えてほしい」、「よく話を聞いてほしい」等の希望も出ている。

設問(14項目)別には、別表の「利用者調査表」の通りである。

肯定的回答の「はい」が、90%以上のものは、「食事関係」と「生活スペースの整理・清掃」の2問である。80%以上のものは、「必要な介助」、「したいことをして過ごせる」、「職員の態度などが適切」、「体調不調時の職員の対応」、「職員が自分の気持ちを大切にしてくれている」、「プライバシーは守られている」の5問である。50%未満のものは、「計画を作る時要望を聞いてくれるか」、「困った時に相談できるところを伝えてもらっているか」の2問となっている。

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

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 自由意見は、ほとんどが「美味しい」、「満足している」である。	28	2	0	0
2. 日常生活に必要な介助を受けているか 自由意見は、トイレ、入浴、食事、移動などの介助について特段の不満は出ていない。「ナースコールはすぐ来てくれる」の反面「来るのが遅い」という意見もあった。	24	3	0	3
3. 施設の生活はくつろげるか 自由意見は、「テレビを視る」という意見が多い。「何もしない」という人も相当数いる。「読書」、「塗り絵」、「ラジオ」など自分で楽しんでいる人もある。「他の利用者との会話が楽しい」、「2週間に1回の演奏会を楽しみにしている」人もいる。	24	2	4	0
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか 自由意見は、「体の調子を聞いてくれる」という意見がほとんどであるが、「聞いてくれない」と答えた人も数人いる。「看護師さんが巡回してくれる」という意見もある。	22	2	6	0
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか 自由意見は、「部屋は清潔になっている」という意見がほとんどである。	28	2	0	0

6. 職員の接遇・態度は適切か	26	4	0	0
自由意見は、多くは、「言葉や態度は良い」というものであるが、「個人差がある」、「お横柄な人がいる」、「言葉使いが乱暴な人がいる」などの意見もあった。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	24	5	1	0
自由意見は、ほとんどが「対応してくれると思う」というものである。「病院があるので心配していない」という意見や「対応してくれるとは思わないので我慢している」という意見もある。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	18	12	0	0
自由意見は、「利用者同士のいさかいは見たことがない」という意見が多く、その中で、いさかいなどが「あれば上手くやってくれると思う」と「職員の対応はわからない」という意見に分かれている。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	24	2	4	0
自由意見は、「大切にしてくれていると思う」という意見がほとんどである。他方、「あまり気持ちを聞いてくれない」、「大切にしてくれているとは思わない。仕事だからやっているという感じがする」という意見もあった。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	25	4	1	0
自由意見は、「プライバシーは守られている」、「守られていると思う」という意見がほとんどである。その中で、「他人に見られたくないことを職員が守ってくれているとは思わない」、「入浴介助を同性にして貰えると嬉しい」という意見もあった。				
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	14	6	10	0
自由意見は、「計画は見た」、「計画は聞いた」、「聞いたと思うが忘れた」というものの他、「計画は見たことがない」、「計画は聞いたことがない」という意見が半数近くあり、希望を聞いてもらったことと計画との関係が理解できていない人もいた。「希望は家族が聞いてもらっていると思う」という意見も数件あった。				
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	18	12	0	0
自由意見は、「職員の説明はわかりやすい」という意見が多いが、計画については、「聞いていない」、「わからない」という意見も多い。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	23	5	2	0
自由意見は、「不満はない」、「不満があっても言えない」という意見が多かった。その中で「職員は言えばやってくれる」、「言えばやってくれそう」という意見が多かった。「不満はないが、希望は言えない」という意見もあった。				
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	8	0	21	1
自由意見は、「知らない」という意見がほとんどであった。「聞いた」、「知っている」という意見もあったが、その場合も「相談したことはない」というものであった。				

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	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○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	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○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	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
カテゴリ1の講評		
<p>経営理念など明示し、多様な方法で、職員・利用者に理解を得られるよう取り組んでいる</p> <p>事業所の理念・方針として、運営法人の「経営理念体系図」(「経営理念」3項目、それに基づく「経営方針」7項目、「職員行動指針」17項目)、事業所の「運営方針」5項目を明示している。職員には、これらを年度事業計画で示すと共に、マニュアル集の巻頭や人事考課・能力開発シートへの掲載等によって周知徹底を図っている。人権擁護については、各職場で「月間目標」を決め、朝礼で唱和している。利用者には、重要事項説明書に記載して説明する他、家族懇談会での説明、廊下に運営方針の額の掲出、ホームページへの掲載等によって伝えている。</p> <p>経営層の役割の明示とその取組みはあるが、一層の職場の一体感醸成が期待される</p> <p>経営層の役割は、毎年職員配置図として、組織・役職・氏名が示され、全職員に伝えられる。また、諸会議の出席者・委員会のメンバーとして、その中の経営層の役割が明示される。その上で、経営層は、各部署・フロア・委員会の年度目標の策定・振り返り・職員個人目標の設定・振り返りを行う他、職員の人事考課実施による評価・能力開発、日常の指導・能力発揮、チームワーク等、目標の達成・職場の活性化に取り組んでいる。しかし、職員自己評価の結果では、それ等についての認識が十分理解されていないことが窺われ、その原因の分析が期待される。</p> <p>重要な案件の決定方法は明確にされているが、周知方法の工夫が望まれる</p> <p>事業所の重要な案件の決定は、会議・委員会合議を行い、テーマにより、その場であるいは運営会議で決定され、「起案」については稟議により決定される。決定事項の職員への周知は、全体ミーティング、議事録の回覧等によって行われる。例えば、年度事業計画についても、各部署・フロア・委員会での振り返りを基に運営会議で決定される。利用者・家族には、家族説明会、掲示、ホームページ等によって伝えられる。職員自己評価の結果によれば、周知に疑問が出ており、議事録作成・回覧方法等、周知方法の工夫が望まれる。</p>		

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(○○○○○○)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	○非該当
◎あり ○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	○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 3/5
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(○●●)
評価	標準項目	
○あり ◎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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
○あり ◎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	○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(○○)
評価	標準項目	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当

カテゴリ-2の講評										
<p>事業計画策定のため、利用者、職員、地域、福祉事業などの情報を収集・分析している</p> <p>事業所の計画を策定するための利用者の情報は、個別テーマで「嗜好調査」、「看取りアンケート」等を行って把握している。また、家族等からは家族会、家族説明会、家族訪問時の聞き取り等によって収集している。職員の意見は、会議や委員会の他、年間目標設定面接、意向申告書提出時等にも把握している。地域の情報は、地区施設長会、自治会、併設の地域包括支援センター等から把握し、福祉事業の動向については、法人の会議、役員となっている地区社会福祉協議会、専門誌等から収集・把握している。</p> <p>法人の総合計画に基づき、年度事業実施計画、年度目標が決められている</p> <p>当事業所が目指す理念・方針に向けて、法人の総合経営計画を基に毎年事業計画が策定されている。具体的には、作成に当たり、前年の事業計画、年間目標について、各部署・フロア・委員会が振り返りを行うと共に、法人の総合経営計画、事業所の当年度の運営方針、各部署の新しいテーマ等を総合的に勘案し原案が策定される。この案が幹部会議、運営会議等で審議決定され、新年度の事業実施計画が策定されている。今後、社会福祉法人に求められる課題が増大することが想定される中で、中・長期的構想も含めた総合経営計画の策定が期待される。</p> <p>年度中間・末の振り返りなど進捗管理を確実にし、計画の着実な実行に取り組んでいる</p> <p>策定された事業計画は、年度目標が示され実行される。各部署・フロアにおいては、職員一人ひとりが人事考課面接としてそれぞれの年度目標から見た自分の職場の現状を分析し、課題を抽出し、考課者と面接の上で自己の年間目標を立て達成に取り組むことになっている。年度中間と年度末には達成状況の振り返りが行われる。委員会においては、毎月進捗管理を行う他、年度中間には振り返りをまとめて運営会議に報告し、着実な実行に結び付けるようにしている。有効な進捗管理実施のため、目標の達成度をより明確に測ることができる指標の工夫が期待される。</p>										
カテゴリ-3										
3	経営における社会的責任									
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									
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>◎あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td> <td>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、定期的確認している。</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		◎あり ○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	○非該当	◎あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的確認している。	○非該当
評価	標準項目									
◎あり ○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	○非該当								
◎あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的確認している。	○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									
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>◎あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		◎あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当	◎あり ○なし	2. 利用者の意向(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	○非該当
評価	標準項目									
◎あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当								
◎あり ○なし	2. 利用者の意向(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	○非該当								
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>◎あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		◎あり ○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	○非該当	◎あり ○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	○非該当
評価	標準項目									
◎あり ○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	○非該当								
◎あり ○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	○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 5/5									
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>◎あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		◎あり ○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	○非該当	◎あり ○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	○非該当
評価	標準項目									
◎あり ○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	○非該当								
◎あり ○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	○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	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
カテゴリ-3の講評		
<p>職員行動指針を定め、研修、月間目標などにより職員が理解を深めるよう取り組んでいる</p> <p>職員が守るべき規範・倫理等について、施設の経営理念・経営方針に基づいた職員行動指針を定めて職員に周知している。「尊厳を守るケア検討委員会」を設けて「不適切と思われるケア」等について検討を行う他、人権擁護の月間目標を定め、朝礼などで復唱している。また、「法令遵守、個人情報保護、倫理規程、身体拘束廃止・虐待防止」等の研修を行い職員の理解を深めるよう取り組んでいる。虐待防止については、自己点検シート(30項目)で年1回自己点検を行っている。虐待の疑いのある情報があつた場合の対応マニュアルの整備・周知が望まれる。</p> <p>職員は日常的に利用者一人ひとりと忌憚なく話し合える関係築くよう取り組んでいる</p> <p>当事業所への苦情や相談については、苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員、横須賀市、神奈川県国保連等の窓口を重要事項説明書に明記し、入所時に説明している。第三者委員の氏名等は、別紙で配布するとともに掲示板に貼り出してある。また、ホームページでも受け付けている。利用者の意見・苦情に対しては、苦情解決制度を施設内に掲示して周知すると共に、法人の苦情解決規程に基づき速やかに対応している。また、職員は日常的に利用者一人ひとりと忌憚なく話し合える関係を築き、直接、希望や苦情が把握できるよう取り組んでいる。</p> <p>地域社会への貢献を経営理念とし、情報を開示し関係先と連携して取り組んでいる</p> <p>経営理念に「地域社会への貢献」を掲げ、年度事業実施計画には、運営方針として「信頼・期待される施設運営と地域貢献」を挙げている。法人のホームページには、経営状況や職員の募集、各事業所の詳報等を載せて情報を開示している。当事業所に設置されたボランティア連絡協議会では外出支援等を行う他、地域のライオンズクラブ、茶道、傾聴の会等もボランティアとして多数活動している。また、地元自治会、地区社会福祉協議会等とも協働して地域の福祉に取り組む他、地域包括支援センターと連携して認知症カフェの設置・運営の支援もを行っている。</p>		
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 3/5
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●●)
評価	標準項目	
○あり ◎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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
○あり ◎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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○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(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当

カテゴリ4の講評	
<p>火災・天災時避難訓練や防災設備点検・取扱い訓練・手順訓練をおこなっている</p> <p>事業所が目指していることを阻害する恐れのあるリスクを洗い出して優先順位をつけていないが、「火災時職員行動フローチャート」の周知を行うと共に、フローチャートに沿った火災に伴う避難訓練を実施している。また「天災(地震・津波・土砂崩れなど)のフローチャート」の周知を行い、フローチャートに沿った避難訓練を実施している。防災設備点検(非常放送設備・自動火災報知器・スプリンクラー警報盤などを含む)を年2回実施して所轄消防署に報告すると共に、取扱い訓練や手順訓練をおこなっている。</p> <p>感染症発生時対応フローに基づいて感染拡大の防止に取り組むようにしている</p> <p>災害や深刻な事故等に備えた事業継続計画(BCP)を策定していないが、外部委託している厨房業務においては火災・業務停止等の事情により、その業務の全部または一部の業務が困難となった場合の保証のため、予め業務代行業者を指定している。また施設内に診療所を併設しているため、施設における感染症対策では、感染症の病原体を施設外部から持ち込まないように感染症対策(主な感染経路)図にするなどと共に、感染症発生時対応フローに基づいて感染拡大の防止に取り組む他、流行時にはホームページに、家族等の訪問者への依頼・留意事項を伝えている。</p> <p>「個人情報使用同意書」に基づき、個人情報を必要な場合のみ使用するようになっている</p> <p>情報の重要性・機密性を踏まえて、職員一人ひとりに職員IDとパスワードを設定してアクセス制限を設けると共に、ウイルス対策ソフトウェアを導入して外部からの不正アクセスを防止している。事業団として保有する情報の公開に関しては必要な事項を情報公開規程として定めて取り組んでいる。施設で扱っている個人情報については、利用者・家族に対して個人情報保護に関する基本方針・個人情報保護の利用目的などを分かりやすく説明すると共に、別に定める「個人情報使用同意書」に基づき、個人情報を必要な場合のみ使用するようになっている。</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
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p>	
評価	標準項目
◎あり ○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
○非該当	
◎あり ○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
○非該当	
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇●)</p>	
評価	標準項目
◎あり ○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
○非該当	
○あり ◎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
○非該当	
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇●●●)</p>	
評価	標準項目
◎あり ○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
○非該当	
○あり ◎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
○非該当	
○あり ◎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
○非該当	
○あり ◎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
○非該当	
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>	
評価	標準項目
◎あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賞金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている
○非該当	
◎あり ○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
○非該当	
◎あり ○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
○非該当	
◎あり ○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
○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(〇〇〇)

評価	標準項目	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当

カテゴリ-5の講評

見学受入れによる採用、異動・配置などにより人材の確保・適正配置に取り組んでいる

当事業所の職員は160人を超えており、同じ施設内の養護老人ホーム、その他の事業所を含めると200人を超える。採用は、法人のホームページに、経営理念・職員の行動指針等を示し、応募エントリーフォームを設定している。また、介護福祉士等の養成研修や福祉系学生の実習や見学を年間延180人以上(29年度)受け入れ、福祉人材の育成に貢献すると共に、関係先との関係も構築し、法人の人材確保にも繋げるよう取り組んでいる。併せて、自己申告制度により職員の意向も把握し、法人全体の適正な人材配置を見据えた異動・配置を行っている。

職員育成は体系的に進めているが、職員の意向把握などより有効な取組みが期待される

職員の育成は、3日間の新採用職員研修、介護技術・知識、利用者の尊厳・人権を守る意識等について、各職員の到達段階、キャリアデザインに応じて、所内(個別テーマ)、法人(主に階層別:課長、リーダー、中堅等)、外部(主に専門職)研修へ計画的・継続的参加できるように取り組んでいる。(29年度は延500人弱参加)今後これらの育成体系を明示すると共に、人事考課制度、自己申告制度の中に育成の面を一層明確に組み込む等により、職員の意向把握を行い、到達段階の共有を得た上で、個人別計画を立て、より有効な育成を行うことが期待される。

職員の働く意欲向上には施設として多面的に取り組んでいるが、フロアごとの差が見える

職員の就業環境は、休暇取得、時間外勤務、ストレス等に十分配慮されている。また、人事考課で目標設定・評価の面接、所属委員会での指導を受け、達成感を味わう機会があり、意欲向上に繋がる仕組みとなっている。職場の人間関係については、職員の親睦会はあるが、職員自己評価結果によればリーダーも含め良否が2分している。組織としての力の面から見ると、横断的課題は、委員会・プロジェクトチーム等によって高められているが、年間目標設定に見られるように、日常の学び・課題解決はフロアのリーダーシップに委ねられ、質的差がみられる。

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)

当法人は、特別養護老人ホームを3施設運営しており、共通する重要課題は全体として取り組んでいる。29年度は、重点事項である「『ご利用者中心のケア』による尊厳を持った自立支援」を目指し、その基本となる利用者一人ひとりの記録の電子化とその運用・定着化を重点課題として取り組んだ。
27年当時、記録はトピックス中心であったため記録のない利用者もあり、かつ専門職がそれぞれに記録・保管している等の問題があり、各部署のメンバーによる「電子記録化プロジェクト」を立ち上げた。その中で、利用者の一部を、翌28年度には、全利用者の「電子記録化」を達成すると共に、音声入力、ICレコーダーの導入、入力ルールの統一、各フロア報告の電子化等も行った。
29年度は、更に、記録頻度の見直し、ケアプランとの連動、音声入力のレベルアップ等を行った。その結果、記録の質の向上、内容の充実等の課題は残るものの、一定の成果得られたため、その後の進行管理は「副介護長・主任会議」に引きつぐ形でプロジェクトは終了した。30年度は、「尿路感染」による入院者数が多いことから、日常的なケアの見直し、利用率の向上を目指し、「排泄ケア向上プロジェクト」を立ち上げた。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ○ 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 ○ 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ○ 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) ○ 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>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ○ 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 ○ 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1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

事業計画で示した重点事項「利用者中心のケア」を実現するため、その基本となる全ての利用者の様々の記録を一元化し、職員間で共有されることを目標として「電子記録化プロジェクトチーム」を立ち上げて取り組んだ。3年間の活動となったが、毎年振り返りを行い、記録内容、記録方法等の改良を重ね、29年度までに一定の成果を得た。その結果を確認して、その後の進行管理は、定常的な会議に委ねることとし、プロジェクトチームは次年度に継続することなく終了することとした。次年度は、改めて、重点課題である利用率の向上、日常のケア向上を目指して、別のプロジェクトチームを立ち上げた。この電子記録化により、職員の日々の記録の負担減、一元化による職員間の共有化等による「利用者中心のケア」への環境が整うと共に、職員の働く環境の改善にも効果があったと想定できる。

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)

施設の重要事項として、年度事業計画に示された「『ご利用者中心のケア』による尊厳をもった自立支援」を行う面からの日常的なケアの見直しと利用率の目標達成と言う面からの「尿路感染」を原因とする入院数の削減と言う面から、各フロアのケアの中心を担う、副介護長・主任クラスをメンバーとして「排泄ケアプロジェクトチーム」が立ち上げられた。特にパット、紙オムツ、紙パンツのサイズの選択について、一人ひとりの利用者の状況を再確認し、それに応じた支援を行うようにすることを目標とした。
排泄介助の方法は、施設の「生活支援マニュアル」を基本としながらも、それぞれのフロアの方法で行われていた。このため、プロジェクトチーム、各フロアで、現状を振り返る中で、外部講師による適切なパット、紙オムツ等の選択、当て方等の研修を受講した。また、利用者の排泄時間、オムツのサイズ、尿量、失禁状況等を詳細に観察し、適切なサイズ、当て方を個別に決めて対応した。これらの結果、「尿路感染」による入院者・皮膚疾患の減少、紙オムツ等の購入費用の減少につながった。また、排泄ケアを行う上での観察ポイントを作成し、今後の職員研修に生かしていくことを確認した。

目標の設定と 取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 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 ○ 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 ○ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ○ 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) ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ○ 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 ○ 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2で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評</p>	
<p>前年度の入院の原因として「尿路感染」によるものが多かったという実績から、日常のケアの課題と利用率の減少に繋がるという観点から「排泄ケア」の見直しがテーマとなった。また、3年間続けて効果の出た「記録の電子化プロジェクトチーム」が終了したこともあり、あらたに「排泄ケアプロジェクトチーム」が立ち上げられた。排泄ケアに於いても基本的には施設共通の「生活援助マニュアル」に基づくケアが行われているが、実情は、各フロアによってそれぞれの方法によって行われており、横断的なプロジェクトチームによる確認も含めた見直し、それらに合わせた外部講師による研修もおこなわれた。それらに基づき、利用者一人ひとりに合ったオムツの選択、支援方法が決められ、それらを定めるための観察ポイントも作成された。これらの成果は、新人研修などに反映されている。結果として、オムツ等の費用削減、入院数の減少、皮膚病の減少という大きな効果を生み出している。この成功例が、職員のやりがい、次の改善への意欲に繋がることを期待できる。</p>	

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	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
サブカテゴリ-1の講評		
<p>ホームページは、ニュースとして行事などの報告やお知らせを随時更新して提供している</p> <p>パンフレットには当事業所の運営方針、介護老人福祉施設・通所介護・訪問介護など事業団(法人)が運営している介護保険によるサービスの概要、付属診療所・包括支援センターなどのサービス、行事の様子を文字を大きめにし、写真を多用するなど高齢者が見やすいように配慮し、記載して提供している。市事業所の正面玄関ロビーに設置されているマガジンラックなどにその時々最新の情報を配架し、来所者や見学者などに情報提供している。ホームページは、ニュースとして行事などの報告や必要なお知らせ情報を随時更新して提供している。</p> <p>正面玄関のスペースを使った広報活動(携帯端末による動画広報など)を展開している。</p> <p>利用希望者等が情報を入手しやすいルートや実態を把握しその状況に合った、市の介護保険サービス基本情報に掲載したり、地区高齢者福祉施設協議会シンポジウムの時や事業所行事の時に事業所情報を提供している。また市受託事業である地域包括支援センターから事業所情報を提供したり、福祉事務所・居宅介護支援事業所などへも事業所情報を提供している。広報委員会の取り組みとして、事業所やフロアの一年間の行事をフォトフレーム(携帯端末による動画)にして、行事内容を映像で見ることができるようにしている。</p> <p>事業所に対する問合せや相談には施設長期入所担当相談員が対応することになっている</p> <p>事業所に対する問合せや相談には事業所長期入所担当相談員が対応することになっている。見学・入所の申し込みは、原則として電話などでの予約が必要であり、日程も原則は平日であるが、介護者の都合に合わせて土・日・祝日も対応している。また見学に来所した際は玄関横の事務所に申し込みをすることになっている。事業所見学時にはパンフレットなどの資料に基づき、居室・浴室・食堂などの施設環境や事業所サービスの特徴などを入所後の日常生活がイメージできるよう分かりやすく紹介して入所に繋げている。</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	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○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		
<p>入所の順番は毎月おこなわれる入退所検討委員会で決定している</p> <p>入所申し込みは事前に電話で予約(月曜・火曜・木曜・金曜の13時30分または15時、随時)し、施設に来所して面談しながら入所申込書を記入する仕組みになっている。入所の順番は「要介護度、利用者本人・介護者の意向や状況等」を勘案し、毎月行われる入退所検討委員会で決定している。待機期間中に要介護度や介護者の状態が変わったり、他事業所に入所が決まった時などには当事業所に連絡があり、当事業所への入所の順番がきた時には当事業所から、利用待機者に連絡するようにしている。また入所申込者は年1回、現況届を出すことになっている。</p> <p>入所時説明チェック表を活用し、説明に漏れがないようにしている</p> <p>新規利用者には、サービス開始前に「入所前事前訪問」を生活相談員と看護師が行い、基本的ルール・事業目的・運営方針、施設設備やサービスの概要、利用料金表による利用料金等を説明し、同意を得ている。また重要事項の説明の際、注意事項として付属診療所または他医療機関で医療保険適用により受診した場合には、別途自己負担金が必要であることを伝えている。また説明に漏れがないよう入所時説明チェック表を活用して項目に沿って説明するようにしている。</p> <p>体調変化などにより、入所対象外になった時には、転出先に情報提供をおこなっている</p> <p>入所前事前訪問時に利用者や家族等の意向・要望などを確認し、記録している。入所初日は、関わる職種すべてで対応し、支援に必要な個別事情や意向・要望等の再確認をしている。また利用者の言葉遣い・行動や表情などから、不安やストレスなどを察知した場合には、その軽減に努めるようにしている。また、入所から1～2週間の間に、付属診療所医師が再診断を行い、薬の調整及び健康管理の相談に応じている。体調の変化などにより、特別養護老人ホーム入所対象外になった時には、転出先に情報提供を行い、支援の継続性に配慮している。</p>		
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		
<p> 計画期間終了1か月半前までに、アセスメント表などの見直しをおこなうことにしている 入所前事前訪問時にアセスメント表を使用し、サービスを開始する際に必要な利用者一人ひとりの事情・心身状況・生活状況・ニーズ等の情報収集を行い、記録している。アセスメント情報に基づき課題整理総括表で課題を明確にし、多職種で構成するサービス担当者会議で検討し、利用者一人ひとりの施設サービス計画書を作成している。計画作成プロセスの中で利用者・家族の希望を計画に反映させて、家族などに署名・捺印をもらっている。施設サービス計画期間終了1か月半前までに、アセスメント表・課題整理総括表の見直しを行うことにしている。 </p> <p> 施設サービスの見直し・変更時には、多職種でのカンファレンスを開催して実施している 利用者の生活習慣・趣味などについても可能な範囲で施設サービス計画に反映させて支援に取り組むと共に、計画は6か月ごとに定期モニタリングを実施し、その結果に基づき見直している。利用者の体調変化等による緊急時や退院時・看取り介護開始時等には、適切に対処できるよう再アセスメントを行い、多職種でのカンファレンスを開催し、専門的意見を反映させて施設サービス計画を変更する仕組みにしている。 </p> <p> 介護システムを活用し、オンラインで記録の確認ができる仕組みになっている 月1回、個別施設サービス計画(目標)に沿った支援の実施状況や個々の利用者に関する日々の生活状況及び状態(病態等)がどのように推移したかを介護システムのケース記録に記述して、職員間で共有している。その他、看護記録、医師記録、栄養ケア提供経過記録などもある。これらの記録類は毎朝の全体ミーティング、各フロアミーティング、サービス担当者会議等で情報共有している。また、介護記録は、介護記録ソフトによって、オンラインで確認ができるようになっている。 </p>		
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 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)を外部和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

<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p>	
評価	標準項目
◎あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)
◎あり ○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
サブカテゴリ5の講評	
<p>個人情報保護について方針・規程を利用者などに詳しく説明し、同意を得て使用している</p> <p>事業所が知り得た利用者・家族などに関する個人情報に関しては、事業所の個人情報保護に関する基本方針や個人情報保護規程に則って取り扱うことを入所契約時に説明している。その際、個人情報の利用目的・適正管理・第三者への提供・開示請求への対応などについても詳しく説明している。個人情報を使用する場合には、「個人情報使用同意書」に基づき使用している。</p> <p>入室する際は声をかけるなどプライバシーに配慮した支援に取り組んでいる</p> <p>事業所の「生活支援マニュアル」に示された排泄時や入浴時などのケア手順に記載されたプライバシーに関する事項を遵守して支援を行っている。また、4人居室、2人居室は、個人ごとにカーテンで仕切ってプライベートな空間を確保し、入室する際は声をかける等に配慮して支援するよう取り組んでいる。</p> <p>入所時に家族から「のびのびシート」を記入してもらい、入所後のケアの参考にしている</p> <p>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うために、入所前の面接時に、利用者本人の生活歴・生活習慣等を把握し職員間で情報共有すると共に、提供するサービスに関する利用者の希望・要望を確認しながら支援している。また、入所時には、家族から「のびのびシート」を記入してもらい、アセスメントシートには書ききれなかった、利用者本人が喜ぶことや落ち着く環境などを補足的に把握し、入所後のケアの参考にしている。</p>	
サブカテゴリ6	
6	<p>事業所業務の標準化</p> <p style="text-align: right;">サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5</p>
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
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
◎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
◎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
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p>	
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改変の時期や見直しの基準が定められている
◎あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている

サブカテゴリ6の講評

体系化したマニュアルで常に一定レベルのサービスを提供できるようにしている

事業所として、「介護の標準化」を目指し培ってきた介護技術・知識の専門性を体系化したマニュアル(「生活支援マニュアル」)を作成している。内容は、法人の経営理念、基本的な業務の抽出から始めて業務実施手順・留意事項などをまとめ、事業所のサービスを標準化し、提供するサービス水準の一定化を図っている。新人にとっても、業務の流れ・内容を理解し、常に一定レベルのサービスを提供できるようになっている。このマニュアルによって、支援方法が明確化され、日々起こる事柄の根拠を共有するツールとなり、見直しなどに有効に活用できている。

「生活支援マニュアル」のみならず他のマニュアルなども随時見直している

「生活支援マニュアル」に沿った支援が実践されているかを定期的に確認するために、自己点検表(チェックリスト)を作成している。自己点検表は単に「生活支援マニュアル」通りにできたか、できていないかだけでなく、新人職員への指導内容を標準化し、新人職員が自らの理解の到達点を客観的に把握できるようになっている。また介護保険法等の法令や規制、介護手段・方法、特殊浴槽等の機械や介護器機等が変われば、それに合わせたマニュアルに変更が必要なため、「生活支援マニュアル」のみならず他のマニュアルなども随時見直している。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サブカテゴリー4	
サービスの実施項目	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 42/43
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
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>施設サービス計画に基づきサービス提供し、半年ごとにモニタリングしている</p> <p>利用者中心の支援に向けて、これまでの生活歴や希望及び多職種の専門的意見を反映させた施設サービス計画に基づき、利用者一人ひとりの意向・気持ちも尊重し、自ら選択し自己決定できるようにサービス提供している。専任の事業所ケアマネジャー2名を配置し、また各フロアにケアマネジャー資格を持った職員を配置して、双方のケアマネジャーが情報共有を行いながら半年ごとに現状のモニタリング・アセスメント・施設サービス計画の内容検討(計画内容通りに実施されていることの確認及び目標の達成度合や変更の必要性の有無等)をしている。</p> <p>利用者が笑顔で楽しみがある心豊かな生活を送れるように取り組んでいる</p> <p>施設サービス計画に基づいた個別支援に重点を置きながら、利用者・家族の立場・思いに寄り添い、利用者の意思や人格を尊重し、利用者の小さな希望も汲み取り、自己決定ができ笑顔で楽しみがある心豊かな生活を送れるように取り組んでいる。また「生活支援マニュアル」に基づいた安心・安全な介護の実践とプライバシーに配慮した支援を行うと共に、利用者一人ひとりの生きがいのある生活づくりのため、フロアごとの活動や四季を感じる全体行事等を行い生活の質の向上が図れるように取り組んでいる。</p> <p>医師・看護師・管理栄養士・介護員・生活相談員など多職種で連携を取って支援している</p> <p>個別の施設サービス計画作成に基づいた支援を総合的に行うため、また平均介護度4前後を推移し利用者の重度化と医療的ケアを必要としている利用者が増加しているため、関係する職員間で連携する仕組み(サービス担当者会議やケアカンファレンスなど)をフロアごとに行っている。特に胃ろう、尿カテーテル、継続的な喀痰吸引、褥瘡予防等の医療的な支援が必要な人や看取り介護で最期まで当事業所で過ごす人等個別的専門性が必要なため、医師・看護師・管理栄養士・介護員・生活相談員・ケアマネジャー等、多職種間で連携を取りながら支援している。</p>	
<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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
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

栄養ケア計画を作成して一人ひとりの状態に適した食事を提供している

利用者の健康状態や摂取状況について定期的にアセスメントを行い、管理栄養士が作成する栄養ケア計画に基づき、ケアマネジャー、看護師、介護員等の多職種で話し合い、柔軟に食事形態の変更を行っている。モニタリングを実施して評価を行い、必要に応じて栄養ケア計画の見直しに繋げている。看取りの人で食事摂取が難しくなってきたり、厨房でゼリー状にしたり、家族の協力により市販の好きな物等、本人の食べられるものを提供している。糖尿病食・脂質制限食等の疾病に合わせた療養食を提供し、病状回復や健康保持に努めている。

栄養ケアマネジメントを実施し、利用者一人ひとりの栄養状態の把握と改善に努めている

管理栄養士を中心に、全利用者を対象に栄養ケアマネジメントを実施している。体重の推移、食事・水分摂取記録、血液検査等を基に低栄養状態のリスクを判定し、リスクの高低に応じた期間でモニタリングやアセスメントを実施し、個別の栄養ケア計画を策定している。体重が減少して改善が必要と思われる場合は、介護員、看護師等と協力しながら、食事形態を見直し、食事量を増やしている。また高たんぱく・高カロリーのゼリー・ムース、栄養補助食品を積極的に導入し、一人ひとりに適切なケアを行うことにより栄養状態の改善に向けた支援を行っている。

多職種が連携して経口での食事摂取が継続できるように支援している

管理栄養士、介護員、看護師、機能訓練指導員、ケアマネジャーは各フロアを回り、食事の仕方や姿勢、食事量、飲み込みの反応、口の動き等を観察している。訪問歯科医師からの指示や日常の口腔ケアの助言を受けて、食事形態・食事環境・食事介助方法・口腔ケア等を見直している。嚥下能力の低下した利用者には、一人ひとりの状態に合った口腔機能の維持や向上とできる限り経口での食事摂取が継続できるように支援している。食事前には介護員が嚥下体操を行ったり、個別機能訓練で口腔マッサージを実施し、誤嚥予防に努めている。

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

行事食や誕生日食などが利用者の生活の楽しみとなっている

食事が日々の生活の楽しみとなるように、行事食やイベント性のある食事を提供している。行事食としてひな祭り、春のお花見、クリスマス、お正月等の行事や季節の時に特別な食事を提供している。また、嗜好品はお煎餅やお菓子、ケーキ等とコーヒー、紅茶、ジュース等の飲み物を毎日提供している。フロアごとの誕生日食は昼食とは別にフロアの予算でケーキを購入し、職員がちらし寿司やビーフシチュー、おにぎり、豚汁を作っている。希望者にはレストラン等から出前を注文することができる。ホームページに写真を載せて知らせている。

利用者の意向や要望を大切に、食事の時間が楽しいものとなるように支援している

食事の時間は原則決められているが、朝の起床時間、通院、外出のある時には早出しや延長もしている。食事を食べるペースがゆっくりな利用者には30分前からは出している。体調不良時等は居室での配膳も対応している。延食は食品衛生上2時間以内としている。食事摂取に関しては、利用者の意向や要望を大切にしており、覚醒状態をしっかり確認し、時間をかけて自動具等を使って自力での摂取ができるように支援している。利用者のその日の状態や生活パターンに合わせ、食堂での食事時間が楽しいものとなるように支援している。

一人ひとりの希望や状態に応じて食事の形態・食器・座席の配置などを工夫している

各フロアでは温冷配膳車を導入し、利用者の着席に合わせ利用者の顔と食札を照らし合わせてから適温で配膳している。食事の摂取時は誤嚥を防ぐため姿勢保持に注意を払い、むせやすい食品や水分にトロミをつけたり、一人ひとりの状態に合わせた自助食器と食事介助を組み合わせている。各フロアの座席はあらかじめ定めているが、利用者の希望や身体状況、利用者同士の相性などを考慮しながら随時見直している。利用者の高齢化や重度化に伴い、食事介助が必要な利用者が増えており、見守りや確認が安全にできるよう、座席の配置等を工夫している。

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>利用者の状態に合わせて入浴形態を選択し、個別に支援をおこなっている</p> <p>入所時のアセスメント表を確認し、利用者の状態に合わせて入浴形態を選択している。浴室は各階にあり、入浴形態は一般浴・中間浴(車イス対応)・特殊浴(寝たまま入れる)である。最近の利用者の重度化が進み、中間浴は全利用者の60%で、特殊浴が40%である。一般浴の入浴設備はバリアフリー対応でなく、現在は入浴できる利用者がほとんどいない。入浴前には健康チェックを行い、入浴の可否を確認している。入浴介助者は利用者の全身状態の確認を併せて行い、必要に応じて看護師が処置や軟膏塗布を行っている。</p> <p>入浴支援が困難な利用者には、気持ちを尊重し誘導方法を工夫して個別に対応している</p> <p>認知症や入浴嫌い等で入浴拒否のある利用者には散歩や興味のあることをしたり、仲の良い利用者と一緒に浴室まで行ってもらい誘導方法等で個別に対応している。利用者の羞恥心に配慮し、他者から見えないようにカーテンを引いたり、入浴時はタオルなどで肌の露出を最小限に抑え、同性介助の希望があれば他フロアの協力を得て、事業所全体で対応できるようにしている。入浴困難だった利用者が入浴できた時はケース記録や申し送り等で情報共有している。体調不良等で入浴ができない場合は全身清拭や更衣支援で清潔を保持している。</p> <p>入浴を楽しめるように、音楽を流したり、季節の湯や保湿ローションなどで工夫している</p> <p>脱衣室にラジカセを置き、身体の清潔を保つだけでなく、心身のリフレッシュやリラクゼーション効果を高める取り組みを行っている。菖蒲湯やゆず湯等で季節感を味わいながら入浴できるようにしている。シャンプーやボディシャンプー、保湿ローションは個別に持ち込むことができ、湯上りには全身に事業所のオリーブオイルをつけ、皮膚の乾燥を予防している。浴室は使用後に毎回換気・清掃を行っており、毎日15～16時頃委託業者が清掃をしている。また中間浴(車イス対応)は週1回介護員が消毒をして、衛生面や感染予防に配慮している。</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

利用者の負担の軽減を考慮して、可能な範囲でトイレ誘導し、自然な排泄を促している

利用者・家族の意向を確認し、利用者の身体状況に合わせて施設介護計画に沿った排泄支援を行っている。利用者一人ひとりの排泄リズムを把握し、長い廊下を生活リハビリも兼ねて車イス自操、また手引き歩行、歩行器を押しながら利用者の有する能力に応じて、可能な範囲でトイレでの排泄を促している。定時誘導や声かけ誘導、見守り、また1人介助で立位をとるのが難しい利用者でも、座位保持が可能であれば2人介助でトイレでの自然な排泄を支援している。便秘気味の利用者には、看護師と相談し、食事量、水分量、運動等個別の支援を検討している。

排泄ケア向上プロジェクトを立ち上げ、排泄ケアの見直しの取り組みをおこなっている

平成30年度に排泄ケア向上プロジェクトを立ち上げ、尿路感染症や褥瘡等の改善や不適切なパットの使用を見直している。構成メンバーは副介護長、主任介護員、生活相談員、看護師等である。利用者の96%が紙オムツ、リハビリパンツ、パットを使用しており、オムツの上にリハビリパンツを重ねたり、サイズの合わないパットを使用していたのを改善した。「生活支援マニュアル」で排泄方法を学び、看護師より陰部洗浄の研修を受けるなど排泄ケアを見直し、尿路感染・湿疹・褥瘡者の減少と紙オムツ・パットの使用量削減に取り組んでいる。

排泄介助を受ける利用者の気持ちを尊重し、衛生面や臭気対策に配慮している

排泄介助を行う時は、利用者の耳元で声掛けし、利用者の自尊心や羞恥心を傷つけないようにしている。居室でオムツ交換をする時はカーテンを閉め、不必要な露出を避け、汚れたオムツやパットは小さなビニール袋に入れ、使用した清拭布と一緒に蓋付きのバケツに入れる。すぐ汚物処理室に持って行き処理をしている。トイレ清掃は委託業者が行うが、汚れた時はその都度介護員が清掃をしている。ポータブルトイレは夜勤者が消臭剤等を使って処理・消毒を行っている。必要に応じて換気を行い臭気を防ぐとともに衛生面に十分な配慮をしている。

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

車イスの自操、手引き歩行、歩行器など自らの意思で移動できるよう支援している

現在70%の利用者が車イスを常時使用している。利用者調査で「生活に必要な介助を受けているか」の質問に、「トイレは車イスで移動し、介助なしで一人でできる、トイレ内では介助をしてもらい、ベッドから車イスに移乗する時だけ介助してもらっている」等利用者は自分の意思、自分の有する能力に応じた移動をしていることが窺える。他にはトイレ誘導時や食堂に行く時は手引き歩行、手すりを使用しての歩行、杖歩行、歩行器や手押し車等で移動している。身体に合った福祉用具を使用することで、利用者の身体的な負担を軽減し、安全に移動している。

利用者の転倒や転落などの防止に向けて細かい配慮をしている

車イスの移乗は転倒やずり落ち等の危険性が高く、「生活支援マニュアル」で支援の仕方を指導したり、研修を行っている。介護員は機能訓練指導員と連携し、車イス上の座位保持のための工夫を行っている。足こぎや立ち上がりやすいようにし、座面の高さや幅が利用者の身体に合うようにクッション・枕・タオル等を使用してフットレストの位置を調整している。車イスやベッドへの移乗時に、一人介助が危険な場合は利用者の安全を重視して2名の職員で介助を行い、利用者、介護者双方の負担を軽減するように努めている。

家族会が車イス清掃、介護員などが日常的な車イスの点検・修理、清掃をおこなっている

事故防止対策検討委員会では、車イスを安全に使用するために、毎年車イスの整備や使い方について外部の福祉用具業者を招き、研修を行っている。車イスは普通型自操式とリクライニング、立ち上がるとブレーキがかかるものの3種類で、利用者の身体状況や障害の状態に応じて車イスを選定している。クッション等を使用して座面の工夫を行い、安楽な姿勢で座位保持ができるように配慮している。家族会主体の活動として車イスの清掃ボランティアを行っており、フロアの介護員や送迎の運転手が空気圧やブレーキの点検や修理等の整備、清掃を行っている。

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(○○○●)
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
○あり ●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	○非該当
評価項目7の講評		
<p>定期的に個別機能訓練計画を見直し、多職種が連携して計画の実施に繋げている</p> <p>機能訓練指導員は利用者・家族の意向や機能評価の結果に基づき、個々の課題を抽出し目標を設定している。個別機能訓練計画は3か月毎に評価・見直しを行い、カンファレンス会議でケアマネジャー・生活相談員・管理栄養士・看護師・介護員等と利用者の状態について情報を共有している。身体機能の維持や精神的な安定を目的に、顔面・口腔マッサージ、足浴、マッサージ、アクティビティ等に取り組んでいる。今年度作業療法士を配置し、多職種と連携して計画の実施に繋げているが、更に全利用者に対する個別機能訓練の取り組みが課題となっている。</p> <p>機能訓練指導員と介護員が連携し、日常生活の中で生活リハビリを実施している</p> <p>機能訓練として機能訓練指導員が行う訓練と介護員が行う日常生活の維持・向上を目指した生活リハビリを実施している。関節拘縮予防のためにおしぼりたたみやエプロンたたみ等、下肢筋力の維持・向上のためにトイレ移動を利用した歩行訓練等をしたり、生活リハビリとして積極的に取り組んでいる。機能訓練指導員は申し送り、カンファレンス、ケース記録等から日々の利用者の状態の変化を把握して情報共有を図っており、必要に応じてベッド上の体位変換や車イス上の座位保持等の安楽な姿勢について助言や指示を出している。</p> <p>福祉用具全般について定期的に確認し、チェック表を作成することが望まれる</p> <p>利用者の日常生活を支えるため、特殊寝台、エアーマット、センサーマット、機械式浴槽等の福祉用具が導入されている。福祉用具はサービス担当者会議で利用者の心身状況を見極め、使用や導入時期を検討している。介護員が気づいたことはフロア会議等で話し合い、使用することによって不備があれば必要に応じて修理している。車イスと同様に定期的に福祉用具の点検をして安全に使用できるようにするとともに、点検項目を定めたチェック表の作成等の工夫が望まれる。</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(○○○○○)
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の状態に感じ、口腔ケアを行っている	○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、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	○非該当
●あり ○なし	5. 終末期の対応をすでにしているか、行うための準備が行われている	○非該当

評価項目8の講評

施設内に付属診療所があり、看護師が24時間配置され健康管理をおこなっている

付属診療所は平日は毎日医師がおり、すみやかに受診することができる。内科は月曜日から金曜日までで、他に泌尿器科、精神科がある。訪問診療として歯科、皮膚科、訪問マッサージ、眼科、耳鼻科がある。胸部X線撮影もでき、年1回の健診を行っている。健診結果により内服薬の検討・調整を行っている。看護師の業務は定期健康診査、インフルエンザ予防接種、診察の介助、服薬や処置、排便コントロール、褥瘡処置、外部受診、感染防止対策、終末期の看護等幅広くあり、介護員、管理栄養士、機能訓練指導員等と連携・協働を図っている。

誤薬防止マニュアルを見直し、服薬管理チェック体制を強化して誤薬ゼロを目指している

服薬管理は誤薬防止マニュアルに基づき、チェック体制を強化し、誤薬防止に努めている。看護師は薬局から薬が届くと、薬ケースへセットして、利用者の名前と薬袋のチェックを行い、セット後に再度ダブルチェックを行い、医務室で管理している。食事前までに薬ケースを各フロアに持って行く。介護員は、配薬の担当者を決め、薬ケースをワゴンに載せて利用者に配薬して回っている。過去に薬の空袋に錠剤が残っていたり、セットミスや食堂でのダブルチェック漏れ等がヒヤリハット報告書に見られたので、更にチェック体制を強化することが望まれる。

終末期の生活を穏やかに過ごすことができるように多職種協働で支援をおこなっている

24時間看護師がおり、また医師にも24時間連絡が取れる体制を整えている。利用者や家族へは入居時に「看取り介護指針」に基づく説明を行い、その後も何度か意向の確認を行っている。職員へは内部研修を通して、看取り介護に関する共通理解を促している。看取り介護期に入ると、毎月サービス担当者会議を開き、看取り介護計画書の変更を頻回に行い、多職種と情報共有を図っている。生活相談員や看護師を中心に利用者・家族の不安な気持ちに寄り添い、終末期の生活を穏やかに過ごすことができるように支援している。

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

利用者の意思を尊重し、日々快適に過ごせるように更衣支援をおこなっている

事業所では入居時に更衣や整容について利用者・家族の意向を確認している。初回のアセスメントで習慣やこだわりなどを収集し、利用者の状態に合わせて、施設サービス計画書を作成し、支援をしている。夜勤者が短時間でフロア全員の利用者に起床時の排泄介助と更衣介助をするのは困難であり、利用者が食堂等で他の利用者と共に過ごす時間には、整った服装でいられるように、入浴時や早番や日勤のスタッフがいる時に、1日1回どこかで更衣するように工夫している。その他、食べこぼしや排泄の汚れ等があった時にはその都度更衣をしている。

利用者の生活習慣に配慮しながら身だしなみを整える支援をおこなっている

起床後は洗顔や温タオルを用いた顔拭き、ヘアブラシで整髪等の整容を行っている。男性利用者の中には居室で電気シェーバーによる髭剃りを行っている人もいる。自分で身支度ができる人は少なく、利用者の状態に合わせて声をかけて促し、1日の生活にメリハリができ、毎朝爽やかな気持ちで他の利用者と会えるように支援をしている。また、外部の理・美容師による定期的な訪問美容があり、希望によりカットや毛染めのサービスを受けることができる。利用者の生活習慣に配慮しながら、身だしなみを整え生活意欲の向上に繋げている。

快適な睡眠が得られるように環境や生活リズムを整え、夜間の安眠に繋げている

利用者が夜間に安定した睡眠をとることができるように心身状況等も考慮しながら居室環境の整備や日中の過ごし方に配慮している。日中臥床がちな利用者にはできるだけ活動的に過ごせるよう離床を促し、夜間の安眠に繋げるように心がけている。夜間は定期的に巡回し、消灯はスタッフルーム以外は19:30頃である。全居室に温湿度計を設置し、エアコンは適温に設定している。インフルエンザ流行時期は1日2回窓を開けて換気している。昼夜逆転や夜間不穏がある利用者は夜間状態を詳細に記録し、看護師に相談したり日中の活動を見直している。

10	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>	
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		
<p>日常生活は、利用者の意向、価値観などを尊重し、自由に過ごせるようにしている</p> <p>事業所での日常生活は他の利用者への迷惑や自身の健康面・安全面への影響を及ぼさない範囲で、7つのフロア毎に利用者の意向を引き出しながら、どのような場面でも無理強いされないことがない自由の尊重や一人ひとりの個性や価値観を尊重した支援をしている。例えば日中の過ごし方では各フロアの居室でのんびりと過ごしたり、食堂や談話コーナーでテレビを観たり、談話をしたりして自由に過ごしている。また施設サービス計画に沿って実施しているボランティアによるクラブ活動(傾聴、茶道)に参加している。</p> <p>利用者の施設での生活が楽しくなるように「お楽しみ会」を実施している</p> <p>利用者の施設での生活が楽しくなるように、施設サービス計画に沿って7つのフロア毎に誕生会・「お楽しみ会(お寿司の出前など)」を実施すると共に、全体行事として夏祭り、敬老祝賀会、のびのびふれあいフェスティバル、餅つき大会等を実施している。外出しにくくなっている利用者には、事業所内で「ローズマリーのポプリづくり」「折り紙」等のアクティビティを実施している。協力してもらったボランティア・実習生と共に、居室から出て行える活動に取り組んでいる。</p> <p>丁寧な言葉遣いで利用者の気持ちに沿った声掛けや支援に取り組んでいる</p> <p>事業所の運営方針にある「心豊かな生活」の実現に向けて利用者一人ひとりの意向と人格を尊重し、多職種で連携・協力してチームとして支援を実践すると共に、利用者・家族等に対し親切で丁寧な言葉遣いで利用者の気持ちに沿った声掛けや支援に取り組んでいる。また、「尊厳を守る検討委員会」で利用者に対する対応を振り返る中、3か月ごとに人権擁護に関する目標を決め、毎日唱和するなどして職員間で共有し、意識を高めるように取り組んでいる。</p>		
11	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
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

ボランティアの送迎協力でフロア毎に月1度の「お出かけ会」を実施している

利用者の社会性の保持、地域社会への積極的な参加を図る機会として、ボランティアの送迎協力でフロア毎に月1度の「お出かけ会」を実施すると共に、個別の施設サービス計画に沿って、利用者の希望を聞きながら個別や少人数で外出を実施している。例えば外食のためファミリーレストランへ、ウィンドウショッピングや(利用者が)飲酒のため近くの商店街へ、買い物のためスーパーマーケットへ、お墓参りのため公園墓地へ等の外出支援を行っている。

「お出かけ会」を含めて利用者の生活の幅を広げる活動に力を入れて取り組んでいる

利用者が地域の一員として生活できるよう地域団体による交流訪問を実施している。神輿連合会や町会による夏祭りの神輿、地元幼稚園の園児(年2回)、裏千家による茶会など、地域の様々な団体が施設に訪問する機会(交流訪問)を設けると共に、年に2回施設内を開放して地域の方も含めた行事を行っている。施設を挙げて「のびのびフェスティバル」を開催しフリーマーケット・模擬店・イベント等で利用者が地域の人々とふれあいを楽しんでいる。「お出かけ会」を含めて利用者の生活の幅を広げる活動に力を入れて取り組んでいる。

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	
◎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

利用者の日常的な様子や健康・生活状態の変化などを分かりやすく伝えている

家族との面会は利用者の健康上に支障がない限り制限せず、午前8時30分から午後8時まで希望通りに面会でき、食べ物の持ち込みは、生ま物以外は自由で、「何を」「どの位」食べたかをスタッフ伝える仕組みになっている。家族の面会は多く、その際には、利用者の日常の様子や健康・生活状態の変化などを分かりやすく伝えている。その他、看取り介護対象の利用者の家族への週に1度の報告、半年に1度全ての利用者家族等へ手紙の送付等を行っており、ホームページには家族向けコーナーがあり、パスワードによってアクセスできるようになっている。

家族に呼びかけをして利用者と家族と職員が交流できる機会を設けている

行事委員会では利用者・家族・地域団体・ボランティアとの交流の場として施設行事企画実施している。夏祭り・餅つき大会・のびのびフェスティバルなどの案内をして家族に参加してもらっている。また、夏期家族交流促進期間(7月15日～8月15日)と年末年始家族交流期間(12月11日～1月8日)を企画し、利用者と家族と職員が交流できる機会を設けている。その他、施設ホームページの「ご家族の皆さまへ」では、家族に向けてのニュース・機関誌(「野比の四季」)を発信して施設の状況を伝えている。

施設が家族会と力を合わせて利用者の生活を支える仕組みになっている

利用者を中心に個々の家族と施設がパートナーシップを取れるように家族会を組織し、年1回の総会の他に施設と意見交換会を実施している。家族会は年間を通して施設の行事に参加・協力すると共に家族相互の親睦も図っている。夏祭り・敬老の日・ふれあいフェスティバル等の施設行事の他、ギター演奏会・焼き芋会・車イス清掃など家族会主体の活動を行っている。家族会が家族の集合体として組織的に施設と向き合い、よりよい支援を目指して建設的な意見・意向を発信し、施設と力を合わせて利用者の生活を支えるよう活発に活動している。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-1-4	職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる
タイトル①	職員を大切する施策、上司との意思疎通をおこなって退職率は3%台となっている	
内容①	職員の就業環境は休暇取得率70%以上、夜勤明けの残業・日勤なしとし、ストレスチェックも実施し心身の健康に配慮している。育成面では、キャリアデザインに応じた研修を計画的、継続的に進める他、委員会・プロジェクトチームへの参加により、問題解決方法の習得に加え、参画意識と達成感によるやりがいにも繋げている。また、人事考課制度による年度計画に沿った個人目標設定、自己申告による職務の希望などフロアの上司と意思疎通をする仕組みもあり、これらの職員を大切にする施策に力を入れ、29年度の退職率は非常勤者も含めて3%台である。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	3-3-1	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
タイトル②	地域の福祉教育・福祉介護の普及啓発・地域との関係づくりに力を入れて取り組んでいる	
内容②	福祉系大学や介護福祉士養成施設などから社会福祉士・介護福祉士受験資格取得のための施設実習を受け入れ、また教員免許取得介護等体験受け入れなど、社会福祉に関わる人材育成に取り組んでいる。中・高校生の体験学習やインターンシップ、ボランティア、地域団体の見学を受け入れ、高齢者や認知症の人への理解、高齢者介護施設における生活の理解を深める機会とし、また経済連携協定(EPA)に基づく介護福祉士候補者の受け入れなどもおこない、地域の福祉教育や福祉・介護の普及啓発、地域との関係づくりに力を入れて取り組んでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-5	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
タイトル③	排泄ケア向上プロジェクトを立ち上げ、排泄ケアの見直しに取り組んでいる	
内容③	前年度の利用者の入院原因として、「尿路感染」が多かったため、今年度は、「排泄ケア向上プロジェクト」を立ち上げ排泄ケアを見直すこととした。外部講師による、適切なパット・紙オムツの選択方法、当て方などの研修を行う他、各フロアで尿量、失禁状況を記録・検証し、利用者一人ひとりの観察ポイントを作成して対応している。また、「生活支援マニュアル」の排泄介助の再徹底、看護師による陰部洗浄の研修も行って排泄ケアを見直した。その結果、尿路感染による入院者のみならず、湿疹・褥瘡者、紙オムツなどの購入費用の減少にも繋がっている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	年度事業実施計画が、各組織、職員個人にブレイクダウンされ、進捗管理をおこない着実に実行されるようにしている
	内容	当事業所は、「当年度事業実施計画」策定手順として、事前に「前年度の各部署・フロア・委員会の年間の振り返り」をまとめた上で策定し、それに基づき「当年度の各部署・フロア・委員会の目標」が決められ、さらにそれを基に、各職員は人事考課制度を通じて上司と相談し各自の年度目標を立てている。進捗管理は、各部署・フロア会議・委員会、事業所全体の運営会議で毎月おこなわれる。秋には中間の振り返りがおこなわれる。職員は、年2回人事考課面接で振り返りをおこなう。全ての計画は、実行状況が必ずオープンとなり、着実な実行に繋がっている。
2	タイトル	神奈川県が実施している独自の取り組みである「かながわベスト介護セレクト20」において3回表彰を受けている
	内容	法人の経営理念である「人に優しい豊かな心」「地域社会への貢献」「活力ある経営」の実現に向けて利用者一人ひとりが住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続できるよう自助・互助・共助・公助の社会資源を活用し継続的に支援する体制を構築して取り組んでいる。高齢者を取り巻く状況が著しく変化する中で介護サービスの質の向上、職員の育成・処遇改善、経営理念の実現などに取り組み、その結果神奈川県が実施している独自の取り組みである「かながわベスト介護セレクト20」に3年連続表彰を受けている。
3	タイトル	施設内に付属診療所があり、24時間配置された看護師が多職種と連携して健康管理や看取りケアをおこなっている
	内容	施設内に付属診療所を併設している。24時間看護師がおり、また医師にも24時間連絡が取れる体制を整えている。内科は月曜日から金曜日までで、他に泌尿器科、精神科がある。訪問診療として歯科、皮膚科、訪問マッサージ、眼科、耳鼻科がある。また胸部X線撮影もでき、年1回の健診も行っている。看護師の業務は幅広くあり、利用者・家族へは入居時に「看取り介護指針」に基づく説明を行い、その後も何度か意向の確認を行っている。介護員へは内部研修を通して、看取り介護に関する共通理解を促し、多職種と連携して看取りケアを行っている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	キャリアデザインの理解と職員の納得が得られた個人別育成計画の策定が望まれる
	内容	職員の育成については、新採用職員研修において、法人の経営理念を始め高齢者福祉事業所で働く職員としての基本的知識、当事業所における仕事の心構えを3日間に亘って受ける。その後は、階層別研修(採用2~3年、中堅、リーダー、課長...)、並行して専門知識、新たな知識・技能の研修が組まれている。この教育体系は、キャリアデザインとしてある程度職員に認識されているが、さらに育成の成果を高めるためにも、自己申告制度、人事考課制度などを活用するなど、職員一人ひとりの希望とニーズについて納得した個人別の育成計画の策定が望まれる。
2	タイトル	「天災(地震・津波など)対応のフローチャート」の内容のレベルアップ・改善など、事業継続計画(BCP)の策定が望まれる
	内容	災害や深刻な事故などに遭遇した場合に備えた事業継続計画(BCP)を策定していないが、「天災(地震・津波・土砂崩れなど)対応のフローチャート」は作成しており、それに基づいた避難訓練も実施している。天災対応時も含めて、事業継続計画(BCP)に必要な事柄や項目(例えば、大災害時施設設備点検・応急処置対策、職員参集手段、帰宅困難者対応などの項目)を想定し、「天災対応のフローチャート」内容のレベルアップ・改善を進め、事業所全般にわたる事業継続計画(BCP)の策定が望まれる。
3	タイトル	誤薬防止マニュアルを見直しているが、一層、服薬管理チェック体制を改善することが望まれる
	内容	誤薬防止マニュアルの見直しが課題になり、事故防止対策委員会で検討を重ねてを改定している。その中で、看護師は薬局から届いた薬を「薬ケース」へセットして、利用者の名前と薬袋の確認し医務室で管理している。各食事前までに「薬ケース」を各フロアに運び、介護員の担当を決め、「薬ケース」をワゴンに載せて利用者に配薬して回り、飲み込むまで確認している。しかし、マニュアル改定後、朝食後の薬の入れ忘れ等の発生もあり、一層、マニュアルの徹底を進めると共に、服薬管理体制そのもの(特にチェック体制)の見直しが見られる。