

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

株式会社メディカルケアシステム
介護付有料老人ホーム シニアフォレスト横浜金沢

平成30年11月19日

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

福祉サービス第三者評価結果報告書

〒	251-0024
所在地	神奈川県藤沢市鵠沼橘1-2-7
評価機関名	株式会社フィールズ
認証評価機関番号	認証第6号
電話番号	0466-29-2-9430
代表者氏名	関野 保

評価者氏名	評価者氏名					修了者番号等		
	①	山口 圭子					神機構-316	
	②	鈴木 順子					神機構-674	
	③	山田 秀樹					神機構-260	
	④							
	⑤							
	⑥							
福祉サービス種別		特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム・ケアハウス)						
評価事業所名称		介護付有料老人ホーム シニアフォレスト横浜金沢						
評価事業所連絡先		〒	236-0033					
		所在地	神奈川県横浜市金沢区東朝比奈3-24-5					
		TEL	045-789-0055					
評価事業所代表者		施設長 和田 修						
契約日		2018	年	8	月	25	日	
利用者調査実施日		2018	年	9	月	5	日	
利用者調査報告日		2018	年	9	月	20	日	
自己評価の調査開始日		2018	年	8	月	24	日	
自己評価報告日		2018	年	9	月	5	日	
訪問調査日		2018	年	10	月	20	日	
評価合議日		2018	年	10	月	20	日	
コメント (評価の工夫点、第三者性確保のための措置など)		利用者調査におけるアンケートの回収方法は、回答者から直接評価機関に郵送してもらう方法により回答者が意見を言いやすくした。 第三者性を確保するため、評価機関内に第三者を含めた評価委員会を設けて相談できる体制を整えた。						

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） 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） 1) 当社に関わる全ての方の幸せを追求する 2) 5S活動 3) 徹底した挨拶 4) つながり 5) 信頼 終の住処としてお看取りまで対応させて頂く。その上で入居者様及びご家族様が安心・安全に過ごして頂ける体制と対応を行う。地域貢献できる様に地域との連携を図っていく。
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） （1）職員に求めている人材像や役割 介護技術に固執することなく、相手の気持ちに立てる人材。 気づく力を養い、自分で考えられる介護をする事。 全職員が各々の立場においてリーダーシップを発揮し、マネジメントを行える人材。 （2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 笑顔の追求。相手の気持ちに立って仕事をする事。 関わる方々の幸せの追及。

《事業所名：介護付有料老人ホームシニアフォレスト横浜金沢》

調査対象

現在の利用者52名を対象にして、アンケートに回答可能な30名に実施した。

調査方法

調査票を評価機関で準備して施設から利用者に配っていただいた。
回答はどうじに配った回答封筒にて、評価機関に郵送してもらった。

利用者総数

52

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
15		15
28.8	0.0	28.8

利用者調査全体のコメント

利用者全員を対象として、アンケートを30通を送付して50%の回収率をえました。

施設全体の総合的な質問「ここでの介護サービスをあなたはどのように感じていますか」に、回答者の7%が「大変満足」と答え、「満足」の87%を含めて94%が満足しています。

全体への意見・感想としては、「とても良く面倒みて頂いてとても感謝しています。」「皆さん笑顔で接して頂いております。」の他に、「大変お世話になっております。当然のこととは思いますが、職員の方の対応にバラつきがあると思う事があります。個性は大いに結構であると思いますが・・・。」もあります。

特に評価の高い項目として、「食事や入浴以外で、あなたが生活するうえで必要な介助を受けられていますか」であり「はい」は93%になっています。一方で「あなたが困ったときに、職員以外の人にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか」については、「はい」は7%、「いいえ」が13%となり、残り80%は「どちらともいえない」「非該当」になっています。

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》

<非該当>

《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》

<非該当>

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

<非該当>

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事介助には、満足しているか	10	2	0	3
「はい」の回答は67%となっています。				
2. 入浴介助は安心できるか	10	5	0	0
「はい」の回答は67%となっています。				
3. 食事、入浴以外の日常生活に必要な介助を受けているか	14	1	0	0
「はい」の回答は93%を占めています。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	13	2	0	0
「はい」の回答は67%となっています。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	10	0	2	3
「はい」の回答は67%となっています。「いいえ」の回答も13%あります。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	13	1	0	1
「はい」の回答は87%となっています。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	12	2	0	1
「はい」の回答は80%となっています。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	4	7	1	3
「はい」の回答は27%に留まっています。「非該当」も20%あります。ほとんどは「どちらともいえない」になっています。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	12	2	0	1
「はい」の回答は67%となっています。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	10	3	1	1
「はい」の回答は67%となっています。「どちらともいえないも」20%あります。				
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	10	4	0	1
「はい」の回答は67%となっています。「どちらともいえないも」27%あります。				
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	8	6	0	1
「はい」の回答は53%となっています。「どちらともいえない」も多く40%となっています。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	10	4	0	1
「はい」の回答は67%となっています。「どちらともいえないも」27%あります。				
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	1	6	2	6
「はい」の回答は7%のみとなっています。「いいえ」も13%あります。「どちらともいえない」40%、「非該当」40%と多くあります。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目		
	カテゴリー1		
1	リーダーシップと意思決定		
	サブカテゴリー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	サブカテゴリー毎の 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
	カテゴリー1の講評		
	職員はクレドカードを社員証と一緒に携帯し、理念を理解しています 職員には、入職時オリエンテーションで新人ハンドブックを用いて、管理者から理念やスローガンについて説明をしています。また、入職時に法人の企業理念、介護理念、行動規範を記載してあるクレドカードを渡しています。職員は常にクレドカードと社員証を携帯し、理念を意識しています。月に1回申し送りなどで、理念の読み合わせを行い、職員の理解を深めています。施設の職員ステーション内に理念、社是の他に職員が考えた施設スローガンを掲示し、職員に周知しています。		
	全体会議で管理者からリーダーシップの必要性や役割について説明しています 月1回開催される全体会議で、管理者からマネジメントやリーダーシップの必要性や役割について説明しています。施設の専門職の指導は主に施設長や副施設長が行い、介護職員の指導やとりまとめは主に介護主任が行っています。毎月の収支報告や業務改善などは管理者が指揮し、会議などでの議論の最終結論は管理者が行うなどリーダーシップを発揮しています。施設としてはサーバントリーダーシップの考えを基に、相手を思いやり、みんなで目標を達成できるようなリーダー育成を目指しています。		
	本部で毎月リスクマネジメント委員会を開催し、運営に関する話し合いを行っています 毎月本部でリスクマネジメント委員会を開催し、各施設の管理者が集まり、会社の方針や運営に関する重要な案件についての話し合いを行っています。年1回開催される経営幹部会議では、法人の19施設の施設長が各施設の取り組みを話し合ったり、代表取締役が講師になり研修を実施し、経営層の意思統一を図っています。施設では施設長、副施設長、介護主任で重要な案件を話し合い決定しています。決定事項は申し送りや運営懇談会などで、職員や入居者・家族に伝えています。		

	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	5／6
	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	2／5
	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

カテゴリー2の講評		
運営懇談会で満足度アンケート調査を実施し、利用者の意向や満足度を把握しています 毎年4月と10月に運営懇談会を開催しています。家族、利用者、自治会長、職員などが参加して、行事のDVD 観賞や意見交換を行っています。前もって家族や利用者からの意見を書面で提出してもらい、議題に取り上げ話し合っています。運営懇談会で、家族や入居者に満足度アンケート調査を実施しています。アンケートでは館内清掃、居室清掃状況、職員挨拶、言葉遣い、身だしなみ、笑顔の6項目の利用者と家族の満足度を調査しています。10満点で毎回9点以上の好評価を得ています。		
リスクマネジメント委員会にて、業界や社会情勢の動向について情報共有しています 毎月本部で開催されるリスクマネジメント委員会で、高齢者の推移や人材確保について、外国人労働者雇用など社会情勢の動向を把握し、検討を行っています。毎月の稼働率や介護保険収入、家賃収入、住所別入居状況などを把握し、課題を抽出しています。職員の配置は2:1以上のゆとりある配置をしていますが、稼働率が常に95%以上を保っているため経営は安定しています。年1回本部主催で開催される経営幹部会議では、各施設から経営状況を報告し共有しています。地域のネットワークに参加出来てないので、地域情報の把握が課題です。		
中・長期計画と単年度計画は策定されていませんが目標値の確認はしています 事業所の中・長期計画と単年度の計画は策定されていませんが、毎年年間売り上げや空室期間状況、入居媒体内訳、地域別入居状況などを表やグラフにまとめ検証を行っています。月1回本部で開催される有料老人ホーム経営幹部戦略ミーティングでは、有料老人ホーム3施設の施設長が入居者の稼働率や職員の離職率、目標値に対する進捗状況などを報告し、共通の課題についての話し合いを行っています。		
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	
☒ 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、理解が深まるように取り組んでいる	☐ 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、定期的に確認している。	☐ 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	
☒ 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	
☒ 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	2/5
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	
☒ 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(●●●)		
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		
毎年管理者が講師になり、「倫理及び法令遵守に関する研修」を実施しています 毎年「倫理及び法令遵守に関する研修」を全職員対象に管理者が講師になり実施して、理解が深まるように取り組んでいます。職員アンケート結果でも「守るべき法や規範、倫理を理解して遵守している」と回答した職員が90%以上いました。また年1回県の「自己点検シート」で虐待防止に係る30項目のチェックシートで虐待防止の確認をしています。全体会議で職員同士が言葉遣いや支援で気になることなど話し合っています。日々の申し送りの中でも不適切な言動が無いように管理者から注意喚起を行っています。 苦情解決制度について利用契約時に重要事項説明書で説明し館内に掲示しています 苦情解決制度について利用契約時に利用者・家族に重要事項説明書で説明しています。苦情相談窓口担当者、第三者機関、行政の連絡先を伝えています。苦情処理体制表は館内1階掲示板に掲示し、利用者や外来者にも周知しています。苦情があった場合は苦情対応マニュアルに基づいて対応し苦情相談記録に経過を記録し、内容は申し送り時に全職員へ伝え共有しています。 金沢区災害時事業所に登録し、災害発生時に地域への共助活動を行います 運営懇談会には、自治会長や民生委員にも参加してもらい、地域の情報を得ています。施設の夏祭りには、利用者、家族の他に自治会長、地域住民が参加して130名程の人が集まりました。ボランティアはフラワーアレンジメント、アロマセラピー、楽器演奏など定期的に受け入れています。体験学習はまだ受け入れていませんが、近隣の小、中学校に受入れの為の挨拶に行っています。金沢区災害時等協力事業「強助隊」に登録し、災害時に応急活動支援など地域への共助活動を行い、災害時の受け入れもしていく予定です。		
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	4/5
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●)		
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
カテゴリー4の講評 毎月リスクマネジメント委員会に各施設の管理者が集まり、リスク対策を立てています 毎月リスクマネジメント委員会に各施設の管理者が本部に集まり、リスクマネジメントに関する話し合いを行いリスク対策を立てています。施設の事故防止委員会や感染症対策委員会は毎月防止対策についての話し合いを行っています。感染症委員会の担当の看護師からは、インフルエンザやノロウイルスなどの予防についての情報発信をしています。不審者侵入に対しては、警備会社のセキュリティシステムを導入し、電子錠の番号は定期的に変更するなど対策を行っています。BCPはまだ策定されていません。 個人情報保護規定を作成し、館内に掲示しています 個人情報保護規定に則り、医療に関する書類やケアプラン、その他個人情報に関する書類はステーションの鍵にかかる戸棚に保管しています。新人研修やプライバシー保護に関する研修で個人情報遵守の必要性と対応方報について職員へ周知しています。利用者の情報は個別ファイルを作成し、個別管理をしています。秘密保持に関しては介護保険利用契約書に明示しており、利用者・家族に知らせています。パソコンやUSB は事務所内のみで使用し、事務員と施設長のパソコンはパスワードでアクセス制限しています。		
カテゴリー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
		6/12
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	
● 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
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	
○ 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

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	
☒ 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
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●●)		
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(賃金、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 2/3
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●)		
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		
直接処遇職員2:1以上の職員体制で夜勤も3名体制のゆとりある配置にしています 職員の採用は本部と連絡をとりながら、施設で行っています。毎月シフト表を本部に提出し、職員の勤務状況を報告しています。職員体制は、直接処遇職員は2:1以上の1.7:1のゆとりある職員体制になっています。夜勤も3名体制で休憩はとれています。看護師は7名在籍し、毎日2～3名が勤務し、バイタル測定や服薬などの健康管理を行っています。非常勤職員を常勤職員に登用するなど職員のモチベーションの向上を図っています。 年間研修計画に基づいて、研修を実施しています 毎年年間の研修計画を作成し、施設で研修を実施しています。倫理及び法令に関する研修、非常災害時の対応、感染症発生予防、身体拘束排除のための取り組み、事故発生予防・再発防止に関する研修などを管理者や看護師、各委員会が講師になり実施しています。研修毎に日時や参加者、内容を記載した研修報告書は作成していますが、個人の研修レポートは作成していません。外部研修に参加する機会も少ないです。職員の指導のために本部の有料老人ホーム経営幹部戦略ミーティングで、教え方ツールを検討・作成中です。 昇給時に管理者が考課表で評価を行い、本部に提出し反映しています 昇給を決定するのは本部ですが、昇給時に管理者が全職員対象に考課表を作成し、本部へ提出して昇給に反映をしています。常勤職員には賞与時期前にも人事考課を実施し、賞与にも反映しています。シフト表は希望休や有休の希望を優先して作成しています。残業は基本的には無いようにしています。日頃から上司が感じたことを伝えたり、褒めたりして職員とのコミュニケーションを図っています。給与明細書と一緒に施設長や副施設長、主任などから一筆箋に手書きで、感謝や褒める言葉を書いて渡しています。		

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) 【課題・目標】・職員のレベルアップ、個々のレベルに合わせた研修・指導・5S活動推進 【取り組み】・研修アンケートなどから、研修内容を見直し、技術などの個別指導を取り入れました。例えばオムツ交換などの技術をマンツーマンで指導したり、接遇研修を取り入れるなどしました。【取り組みの結果】・必要な研修が年間計画に盛り込まれました。・個別指導は実施でしたが、個別指導を行なってきた職員の入れ替わりもあり、個々の能力の差も見られるため、目標達成度合いは60%ぐらいです。【振り返り(検証)・今後の方向性】・引き続き、年間研修及び個々の個別研修や指導は継続して行う必要があると考えました。	
目標の設定と取り組み	☒ 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	☒ 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	☒ 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 看取りも行っている施設なので、利用者の生活の安心、安全を保つためにも、職員の介護技術や知識、気づく力のレベルアップを図る必要がある為、上記の目標設定を行いました。取り組みの結果、研修計画に接遇。マナーなど取り入れることが出来ましたが、個別指導では、職員の入れ替わりや個々の能力の差もあり、目標達成は出来ていません。次年度も継続し年度研修や個別研修・指導を行なっていく予定です。	

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)

【課題・目標】・安定した職員体制作り―入職後の受け入れ態勢の徹底、コミュニケーションの充実。【取り組み】・新入職者に対して出勤時には、全職員から一声の声掛け運動の実施をしました。・職員への個別面談や普段の会話の中で褒めることを増やしてコミュニケーションの充実を図りました。【取り組みの結果】・一声の声掛け運動は、特定の職員だけが実施している様子がみられ、目標達成度は40%程度です。・コミュニケーションの充実に関しては、意識して出来ていたと思われるので、70%程度達成できました。【振り返り(検証)・今後の方向性】・一声の声掛け運動は全職員が一丸となって実施していけるようになるまで継続し促していく必要があります。・コミュニケーションの充実は完結するものではないので、今後も継続していく必要があります。

目標の設定と取り組み	☒ 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	☒ 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	☒ 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2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

上記目標に対して取り組んだ結果、新入職員に対しては全職員に一声の声掛け運動を期待したが、常勤職員など特定の職員が実施していたので、目標達成度は40%位なので、次年度の活動に継続して実施することになりました。また個別面談や普段の会話の中で褒めることは実施できたので、コミュニケーションの充実は70%位達成できました。コミュニケーションの充実は継続することが必要なので、次年度も継続することで、反映させました。

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	5/5
評価項目1 利用希望者等に対して介護サービスの情報を提供している			
評点(〇〇〇〇〇)			
	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、介護サービス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している	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 新たに介護を必要とする利用希望者等や入居者に向けて、介護サービスの利用の情報を提供している	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 介護サービスの情報を、行政や関係機関等に提供している	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	5. 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
サブカテゴリー1の講評			
パンフレットには、介護サービス内容や利用料金など分かりやすく書かれています パンフレットは、利用希望者の特性を考慮して分かりやすく簡潔に書かれています。施設の介護理念を掲載し、入居条件や利用料金、介護体制、充実した医療連携サービス、居住空間、食事、入居までの流れなどが書かれています。手厚い介護体制や個人情報保護方針も載せています。職員の笑顔の写真も掲載し温かみを感じられます。事業所での一日の様子も時間を追って写真付きで紹介されており、入居後の生活がイメージしやすくなっています。 ホームページは写真や動画を多用し具体的な生活の様子を分かりやすく載せています ホームページは写真を多用し、建物内のラウンジ、エントランスはホテルのような雰囲気伝わってきます。施設長の挨拶や白いピアノが置かれた食堂談話室、屋上広場などの様子や食事内容、浴室の一般浴槽から機会浴まで掲載しています。障害者用オストメイトや災害有事に備え自家発電機も完備した写真も載せています。動画も活用し、具体的な生活の様子が視覚的にも一目で見て分かるように工夫しています。利用希望者にとって必要な空室情報も載せています。 利用希望者の問い合わせや見学には個別の状況に応じ相談員が対応しています パンフレット等は地域ケアプラザや老人ホーム紹介会社、病院相談室、居宅介護支援所に置いて情報提供しています。利用希望者の問い合わせや見学には事業所の相談員が対応しています。駐車場も完備し、利用者の状況等も考慮して必ずひと組毎に丁寧に対応をしています。多い時は月に十数件の問い合わせがあり、納得のいく説明をしています。郵送希望者にはパンフレットやその月の行事予定表、ニコニコ新聞を添えて郵送しています。また、5泊6日までの体験入居も受け付けています。			
	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	7/7
評価項目1 介護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. 介護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. 介護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. 介護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 介護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	
● あり ○ なし	1. 介護サービス開始時に、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	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 介護サービスの利用開始直後には、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	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 介護サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 介護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	○ 非該当
サブカテゴリー2の講評		
契約時に介護サービスの内容や重要事項等を利用者・家族に説明し同意を得ています 入所の契約時に介護保険利用契約書、重要事項説明書、シニアフォレスト横浜金沢運営規定等を用いて、基本的ルール、重要事項、施設サービスの内容、利用者負担金、個人情報保護規定、相談・苦情対応、事故発生時の対応等を利用者の状況に応じて、利用者、家族に丁寧に説明しています。契約書や重要事項説明書に署名捺印を交わして利用者、家族の同意を得ています。 支援に必要な情報はアセスメント表に記録し職員で共有しています 介護サービス開始時に、利用者の支援に必要なこれまでの生活歴や医療情報、ADL、特記事項をアセスメント表に記録しています。アセスメント表には、契約時に確認した利用者や家族の意向も記録しています。これらの個別事情や要望などの情報は、ケアマネジャー、相談員、看護師、介護職員、機能訓練指導員などの各部署で共有して、介護サービス利用前の生活を踏まえた支援になるようにしています。使い慣れた家具の持ち込みなど落ち着いて過ごせるように支援しています。 サービスの開始時、終了時には環境変化による影響を緩和する取り組みをしています 入居が決まった時点で、利用者の状況や性格に応じたフロアや食事の席など職員で意見を出し合い検討し、他の利用者との良好な関係づくりを意識しています。入居直後は、利用者の不安やストレスが軽減されるように、職員は声掛けを多くするよう努めています。食事の時などは、利用者同士コミュニケーションが円滑に行われるように職員が間に入るなど配慮しています。また、他施設への転居の場合、スムーズに進むように転居先からの問い合わせには情報提供をしています。		
サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 11/11
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	
● 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

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特定施設サービス計画を作成している 評点(〇〇〇〇)		
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. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	☐ 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	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	☐ 非該当
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	
☒ あり ☐ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	☐ 非該当
サブカテゴリー3の講評		
アセスメント表に利用者の課題をサービス場面ごとに記録しています 支援をするうえで必要な利用者の心身状況や生活状況は入所時に利用者や家族から聞き取り、アセスメント表に記録し把握しています。利用者一人ひとりに合ったサービス提供を行うためにアセスメント表から個別のニーズや課題を抽出し、サービス場面ごとに記録しています。利用者状況に応じたアセスメントの手順は確立しており、原則としてアセスメントは6ヶ月毎に見直し、利用者が何を求めているのか正しく知り、今後どのような介護サービスが必要なのか整理しています。 利用者の希望や心身状況に応じた特定施設サービス計画書を作成しています 利用者一人ひとりに合った質の高いサービスを提供するために、ケアマネジャーによる聞き取りや各部署からの報告によって利用者の希望を把握しています。利用者の希望を尊重して、心身状況に応じた特定施設サービス計画書を計画作成担当者が作成し、利用者、家族にわかりやすく説明し同意を得ています。3ヶ月毎にモニタリング及びサービス担当者会議を開催しサービスの評価を行い、必要に応じて見直しています。急変時は随時サービス担当者会議を開催し計画の変更等を行っています。 利用者の変化等の記録が行われ、申し送り等で情報共有しています 利用者一人ひとりに関する必要な情報は、ケアマネジャーが支援記録を記載し、介護職員が介護記録を記載しています。介護日誌には申し送り事項欄があり個人の特記すべき事項も記載し、朝、ター日二回の申し送りで利用者の情報を職員間で共有しています。申し送りには施設長、相談員、ケアマネジャー、看護師、機能訓練指導員、夜勤の介護職員、日勤の介護職員リーダーが出席しています。朝の申し送り後には、各フロアにて日勤リーダー中心にフロアの申し送りを行っています。		

サブカテゴリー5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	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	
● あり ○ 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、利用者の同意を得るようにしている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		○ 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(〇〇)			
評価		標準項目	
● あり ○ なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている		○ 非該当
サブカテゴリー5の講評			
利用者のプライバシーの取り扱いについては適正に管理、運用しています 職員はプライバシー保護の研修を必ず受講し、利用者の個人情報適正に管理、運用しています。また、職員は福祉サービスを提供する上で知り得た利用者等に関する情報に対して守秘義務を守っています。この守秘義務は契約終了後も同様です。入居契約時に個人情報の取り扱いについて利用者に説明し、同意書を交わしています。適切な利用者支援を行うために外部への照会や他機関との連携の際も利用者本人の納得と同意が基本と考えています。 支援の中で触れる利用者のプライバシーに対する配慮を徹底しています 居室への出入りは必ずノックをし、利用者の了解を得ることを原則としています。個人宛郵便物等は開封せずに本人または家族に手渡すこととしています。入浴時には浴室扉に性別を表記し、利用者の羞恥心に配慮しています。入浴、排泄の介助においては同姓介助を希望する利用者に対しては出来るだけ同性職員による介助が行えるように職員配置をし、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ます。 利用者の価値観や生活習慣を配慮し、意思を尊重した支援を行っています レクリエーションなど声掛けはしますが無理強いはしません。一人で散歩したいと言う利用者には職員が付き添いますが、必ず理由を説明しています。利用者の日常生活の支援の際には利用者の意思尊重に努め、利用者の価値観や生活習慣に配慮し、柔軟な対応をしています。利用者のニーズに関してどのような形なら実現するのか、どのような点が困難なのか、職員、利用者、家族で話し合いの場を設けて、より利用者の希望に沿った支援が行えるようにしています。			
サブカテゴリー6			
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の 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	
● 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介護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、日常的に介護サービスの手引書等を活用している		○ 非該当

評価項目2 介護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	
● あり ○ なし	1. 提供している介護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	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 提供している介護サービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○ 非該当
サブカテゴリー6の講評		
各種マニュアルを整備し、業務の標準化を図っています 業務の一定レベルのサービス水準を確保するため、各種マニュアルを整備しています。各種マニュアルは事務所で保管し、いつでも閲覧できるようにしています。書類整備委員会、業務改善委員会、感染症委員会、事故防止委員会等や全体会議で、提供しているサービスについて定期的に点検、見直しをしています。最近では、お風呂の提供曜日を見直してゆったりと入浴出来るようにしました。 マニュアルは点検、見直しのため検討会議を行っています 職員は分からないことが起きた際や業務点検のためにマニュアルを活用したり、先輩職員に相談したりしています。介護サービスの向上を目指して、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みとして、毎年4月に各種マニュアルの見直しの検討会議を行っています。そこで話し合われたことは検討会議議事録に記録し、決定したことはマニュアルにも追加しています。 基本事項やマニュアルの見直しは職員や利用者等からの意見や提案を反映しています 事業所、利用者、家族の意見交換の場として年2回運営懇談会を開催しています。運営懇談会では、出席者を小グループにして意見を言いやすい環境にして様々な意見を吸い上げる工夫をしています。運営懇談会の出欠表は自由に意見を書けるアンケートともなっています。また、面会時に努めて家族の意見を聞いています。利用者や家族の意見、職員の提案は各種委員会や全体会議で速やかに協議する体制になっています。家族の意見で、間食の提供方法を変えた事例があります。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4																			
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	16 / 16																		
1	評価項目1 特定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している 評点(〇〇〇)																				
	<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. 特定施設サービス計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>3. 利用者の支援は関係機関と連携をとって行っている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 特定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. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○ 非該当	● あり ○ なし	3. 利用者の支援は関係機関と連携をとって行っている	○ 非該当								
評価	標準項目																				
● あり ○ なし	1. 特定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. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○ 非該当																			
● あり ○ なし	3. 利用者の支援は関係機関と連携をとって行っている	○ 非該当																			
評価項目1の講評																					
特定施設サービス計画書に基づいた利用者の日常支援を行っています アセスメントに基づいて、利用者が望む生活が送れるように計画作成担当者が特定施設サービス計画書を作成しています。特定施設サービス計画書は利用者、家族の意向を反映し、利用者の心身状況に応じて利用者課題に対して長期目標、短期目標を設定し、援助内容には担当者や頻度を記載し、職員間で共有しています。それをさらに、日課計画表に落とし込み、特定施設サービス計画書の内容を日常の支援に反映させています。 利用者の特性や変化に合わせたコミュニケーションの取り方を検討、工夫しています 軽度の難聴の利用者には、文字盤の道具を使用して、コミュニケーションを図るなど、利用者の特性に応じてコミュニケーションのとり方を工夫しています。職員は利用者の言葉や気持ちを共感、受容、否定せずに受け止めることを心がけています。コミュニケーションについての申し送りをし、新入居の方や状態の変化に合わせた効果的なコミュニケーションの方法を常に検討しています。毎日のレクリエーションの内容は利用者の特性や状況によって決めています。 関係各機関と連携を取りながら利用者支援を行っています 横浜市高齢施設課、地域ケアプラザなどの行政や協力医療機関、地域の自治会と連携を取り、利用者の支援をしています。協力医療機関は月に2回訪問診療を実施し、利用者に対する処遇及び各種サービスが適切に提供されるよう必要な指導助言をしています。事業所の看護師は、朝8時から夜7時が勤務時間ですが、看護師が不在の時間帯でも24時間オンコールで指示が受けられる体制になっています。看護師と提携医療機関との連携も取れており、利用者、家族の安心に繋がっています。夜間オンコールチャートも整備しています。																					
2	評価項目2 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている 評点(〇〇〇〇〇)																				
	<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. 利用者状況に応じた食事介助を行っている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 利用者状況に応じた入浴介助を行っている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>3. 利用者状況に応じた排泄介助を行っている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>4. 利用者の好みを反映した服装、整容の介助を行っている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>5. 利用者の状況に配慮した移動・離床その他の介助を行っている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 利用者状況に応じた食事介助を行っている	○ 非該当	● あり ○ なし	2. 利用者状況に応じた入浴介助を行っている	○ 非該当	● あり ○ なし	3. 利用者状況に応じた排泄介助を行っている	○ 非該当	● あり ○ なし	4. 利用者の好みを反映した服装、整容の介助を行っている	○ 非該当	● あり ○ なし	5. 利用者の状況に配慮した移動・離床その他の介助を行っている	○ 非該当		
評価	標準項目																				
● あり ○ なし	1. 利用者状況に応じた食事介助を行っている	○ 非該当																			
● あり ○ なし	2. 利用者状況に応じた入浴介助を行っている	○ 非該当																			
● あり ○ なし	3. 利用者状況に応じた排泄介助を行っている	○ 非該当																			
● あり ○ なし	4. 利用者の好みを反映した服装、整容の介助を行っている	○ 非該当																			
● あり ○ なし	5. 利用者の状況に配慮した移動・離床その他の介助を行っている	○ 非該当																			

評価項目2の講評														
利用者の嚥下状態に応じた食事形態で食事を提供しています 利用者の嚥下状態に応じ、食事の形態を常食、刻み食、一口大、ミキサー食、ソフト食に細かく分類し、その中から選択しています。できるだけ自力摂取を促していますが、利用者のADLの状態等に応じ、職員が介助をする場合もあります。食堂は窓が大きくて明るく落ち着いています。職員が利用者の間に入り、利用者同士のコミュニケーションがうまく図られて楽しい食事時間になるように配慮しています。食事量などは、介護記録、食事水分バイタルチェック表に記載しています。 利用者状況に応じた入浴介助、排泄介助をし、羞恥心に配慮しています 浴室は、一般浴、座浴、機械浴の3種類があり、利用者は負担を感じることなく入浴ができます。週2回の入浴は利用者のADLの状況を見て浴室の選択をしています。介助で入浴する方、見守りで入浴する方等利用者状況に応じた入浴介助をしています。入浴は希望者はもちろん、基本的に同性介助となっています。利用者状況に応じ清拭で済みます場合もあります。排泄については排泄表で利用者の排泄パターンを把握してさりげなくトイレ誘導をしています。 できるだけ利用者の好みを反映した服装や身だしなみの介助を行っています できるだけ利用者の好みを反映した服装になるように、利用者自身が選択できるよう選択肢を設けるなどの工夫をしています。訪問理・美容が入っており、利用して身だしなみを整えています。食事やレクリエーション時にはできる限り離床してフロアに出てくるように介助しています。車いす、歩行器、杖など移動方法については、利用者の希望と転倒リスクなど安全を考慮し、職員で常に相談し、必要に応じて変更しています。														
3	評価項目3 利用者の健康を維持するための支援を行っている 評点(〇〇〇)													
	<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. 利用者の健康状態を把握し、必要に応じて利用者や家族に説明をしている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には速やかに対応できる体制を整えている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>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くみを整えている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 利用者の健康状態を把握し、必要に応じて利用者や家族に説明をしている	○ 非該当	● あり ○ なし	2. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には速やかに対応できる体制を整えている	○ 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くみを整えている	○ 非該当	
評価	標準項目													
● あり ○ なし	1. 利用者の健康状態を把握し、必要に応じて利用者や家族に説明をしている	○ 非該当												
● あり ○ なし	2. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には速やかに対応できる体制を整えている	○ 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くみを整えている	○ 非該当												
評価項目3の講評														
利用者の健康管理は看護師を中心に行っています 7名の看護師が勤務する中で、常時2～3名が出勤し、介護職員から情報を得て、利用者の健康管理をしています。看護師は朝8時から夜9時までの勤務ですが、看護師が勤務していない時間帯などはオンコール体制を敷き、夜間に体調不良等が起こった場合でも、看護師の指示を受けることができます。看護師と提携医療機関との連携も取れており、安心できます。利用者の健康状態など、必要に応じて利用者や家族に説明をしています。 提携医療機関と連携して情報共有し、必要時には速やかに対応できる体制を整えています 日頃から、提携医療機関とは連携を図り、月2回の訪問診療を受け、情報共有が来ています。急変時には提携医療機関に状況報告をし、指示を仰ぐことができます。希望者には歯科の訪問診療が週に1回あり、治療や口腔ケアを受けることができます。眼科の往診も3ヶ月に1回行われています。また、訪問マッサージ師の相談にも応じています。看護師と提携医療機関との連携もスムーズです。提携医療機関への通院同行費用は月額利用料金に含まれています。また、入院中も居室利用権は存続します。 服薬管理はチェック体制を徹底して誤薬防止を図っています その日に利用者が飲む薬は個別に仕切られ、名前や写真が貼りつけられたケースに入れて管理しています。まず、看護師2名体制でチェックしながら利用者の薬をこのケースにいれます。次に看護師から介護職員へ渡す時も2名で必ず確認しています。服薬時も名前を読み上げて間違いがないか確認しています。この3回のチェックを経て利用者に薬が渡ります。介護職員は利用者が薬を飲み込むところまで確認をしています。チェック表も利用して徹底した服薬管理をしています。														
4	評価項目4 利用者の身体機能などの状況に応じた機能訓練等を行っている 評点(〇〇〇)													
	<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. 生活機能の向上、低下の予防等に関する取り組みの計画を作成し、実施している</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかにすることができる視点を入れている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>3. 福祉用具は定期的に使用状況を確認し、必要に応じて対処をしている</td> <td>○ 非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		● あり ○ なし	1. 生活機能の向上、低下の予防等に関する取り組みの計画を作成し、実施している	○ 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いかにすることができる視点を入れている	○ 非該当	● あり ○ なし	3. 福祉用具は定期的に使用状況を確認し、必要に応じて対処をしている	○ 非該当	
評価	標準項目													
● あり ○ なし	1. 生活機能の向上、低下の予防等に関する取り組みの計画を作成し、実施している	○ 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いかにすることができる視点を入れている	○ 非該当												
● あり ○ なし	3. 福祉用具は定期的に使用状況を確認し、必要に応じて対処をしている	○ 非該当												

評価項目4の講評		
利用者の身体状況等に応じた機能訓練計画書を機能訓練指導員が作成し、実施しています 生活機能の向上、低下の予防等に関する取り組みとして機能訓練指導員が機能訓練計画書を作成し、実施しています。これは、筋力トレーニング等により、利用者の関節の可動域を広げたり、利用者の身体状況に応じた機能維持・回復訓練のメニューとして立案しています。機能訓練指導員とケアマネジャーとの連携が図られており、機能訓練計画を作成する前に利用者や家族から希望を聞き、利用者、家族のニーズに即した機能訓練計画書となっています。機能訓練業務日誌に記録しています。 機能訓練計画書は生活リハビリの視点からプログラムを組んでいます 機能訓練計画書は生活リハビリの視点を多く取り入れています。利用者個別の状況によって、手引き歩行でトイレ誘導したり、トイレで立位を取ったり、食堂では座ったりと、日常生活の場で活かすことができるように作成しています。食堂談話室の片隅には平行棒が設置され、歩行運動が手軽にできるようになっています。機能訓練指導員は各居室を回り、利用者の身体状況や変化を常に把握して、利用者に向けたプログラムを提案しています。 福祉用具の使用状況の確認と対処は定期的に行っています 特定施設サービス計画書や機能訓練計画書の見直しと併せて、車いすなどの福祉用具の使用状況を確認しています。確認後は必要に応じてすぐに対処しています。車いすなどは清掃を兼ねて定期的にチェックして利用者が気持ちよく使用できるようにしています。結果はチェックシートに記載して漏れがないようにしています。		
5 評価項目5 事業者と家族との交流・連携を図っている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 家族からの相談に対応する担当職員の存在をわかりやすく明示している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の日常の様子や施設の現況を定期的に家族に知らせている	○ 非該当
評価項目5の講評		
エレベーター横の職員紹介ボードに職員の顔写真を載せています 全職員の笑顔の顔写真を廊下に掲示し、職員紹介をしています。平成30年4月から、より利用者と密接な関わりを持ち適切なサービス提供をするために、職員は居室担当制となりました。各居室入口横に担当者の名前を明示し、誰が担当者であるか一目で分かるようにしています。居室担当制になったことで、職員の意識も変わり、サービスの向上に繋がっています。 年に2回、意見交換の場として運営懇談会を開催しています 年に2回、利用者、家族、職員の参加により、施設の運営等に関しての意見交換の場として運営懇談会を開催しています。運営懇談会は半数近くの家族が出席しています。施設での日常生活を収めた動画を放映し、利用者の日常生活を紹介しています。動画の作成は、日常の色々な場面を取り入れ、日頃の状況を家族に理解してもらうように心がけています。家族には利用者の日常の様子が分かれると好評です。そこで出た意見等は運営会議議事録に記録し、検討しています。年に2回家族アンケートも取り、運営に活かしています。 日々、家族との信頼関係を築くように心がけています 施設のエントランスの受付に、フォトフレームを置き、スライドショーで施設での日常生活が見られるようになっています。受付の職員との会話の時や面会簿への記入時に気軽に見ることができます。受付を済ませた家族が居室に行く間に、受付から各階の職員に内線で誰が来たか伝えています。そうすることで、各階の職員は慌てることなく家族の到着を待って声掛けをし、利用者の日頃の様子を伝えています。健康状態に関することは即日に電話で家族に報告しています。日々家族との信頼関係を築くように心がけています。		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	1-1-1	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
タイトル①	職員はクレドカードを社員証と一緒に携帯し、常に理念を意識して行動しています	
内容①	職員には、入職時オリエンテーションで新人ハンドブックを用いて、施設長から理念やスローガンについて説明をしています。また、入職時に法人の企業理念、企業理念、行動規範を記載してあるクレドカードを渡しています。職員はクレドカードと社員証を携帯し、理念を常に意識し行動しています。月に1回申し送りなどで、理念の読み合わせを行い、職員の理解を深めています。施設の基本方針である5S活動の整理、整頓、清掃、清潔、躰を実践し、職場改善によりミス無くしたり、少しの変化にも気付ける職員を育てるなどの取り組みを行っています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-5	事業者と家族との交流・連携を図っている
タイトル②	年に2回、意見交換の場として運営懇談会を開催しています	
内容②	年に2回、利用者、家族、職員の参加により、施設の運営等に関する意見交換の場として運営懇談会を開催しています。運営懇談会は半数近くの家族が参加しています。施設での日常生活を収めた動画を放映し、利用者の日常生活を紹介しています。動画の作成は、日常の様々な場面を取り入れ、日頃の状況を家族に理解してもらうように心がけています。家族には、利用者の日常の様子が分かると好評です。そこで出た意見は運営懇談会議事録に記録し、検討しています。年に2回家族アンケートも取り運営に活かしています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-3	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル③	提携医療機関と連携して情報共有し、必要時には速やかに対応出来る体制を整えています	
内容③	日頃から、提携医療機関とは連携を図り、月2回の訪問診療を受け、情報共有ができています。急変時には提携医療機関に状況報告し、指示を仰ぐことができます。希望者には歯科の訪問診療が週1回あり、治療や口腔ケアを受けることができます。眼科の往診も3ヶ月に1回行われています。また、訪問マッサージ師の相談にも応じています。看護師と提携医療機関との連携も取れていて安心できます。提携医療機関への通院同行費用は、月額料金に含まれます。また、入院中も居室利用権は存続します。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	医療対応型介護付有料老人ホームとして、提携医療機関と連携を図り、看取りまで実施しています
	内容	看護師が7名在籍し、常時2～3名が出勤し、介護職員から情報を得て、利用者の健康管理をしています。看護師は朝8時から夜7時までの勤務ですが、看護師が勤務していない時間帯はオンコール体制を敷き、夜間に体調不良が起こった場合でも、看護師の指示を受けることができます。提携医療機関と看護師とも連携が取れていて安心です。医療機関との連携体制の充実により、看取りを希望する利用者家族も多く、前年度も数件の看取りを実施しています。
2	タイトル	職員間のコミュニケーションを図り、働きやすい職場づくりに取り組んでいます
	内容	シフト表は職員の希望休や有休の希望を優先して作成し、残業は基本的には無いようにしています。日頃から上司が感じたことを伝えたり、褒めたりして職員とのコミュニケーションを積極的に図るよう努めています。職員が管理者に気軽に相談できる雰囲気になっています。給与明細書と一緒に施設長や副施設長、主任などから一筆箋に手書きで、感謝の言葉や褒めることなどを書いて渡しています。新入職員には全職員から一声声掛け運動を実施するなど職員間のコミュニケーションを大切にし、働きやすい職場作りに取り組んでいます。
3	タイトル	ゆとりのある職員体制で、利用者が安心して生活ができるように努めています
	内容	直接処遇職員は2:1以上の1.7:1のゆとりある職員体制になっています。夜勤も3名体制で休みがとれるようになっています。看護師は7名在籍し、毎日2～3名が勤務しバイタル測定や服薬などの健康管理を行っています。生活上の支援については介護職員、ケアマネジャー、相談員、看護師、機能訓練指導員などが連携しながら行っています。施設で看取り介護迄で行っていますので、利用者が安心して生活ができる体制になっています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	整備された各種マニュアルの十分な活用が期待されます
	内容	各種マニュアルを整備し、施設が提供している介護サービスの基本事項や手順等を明確にしています。マニュアルは関係委員会が協議し、毎年4月にマニュアルの見直しの検討会議を開催して検討しています。マニュアルは事務所に保管し、いつでも閲覧できる状態にしています。しかしながら、職員は分からないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に介護サービスのマニュアルを活用しているのは少数に留まっています。介護サービスの向上を目指すためにも、もっとマニュアルを活用されることが期待されます。
2	タイトル	事業計画が策定されていませんので、今後策定することが期待されます
	内容	事業所の中・長期計画と単年度の計画は策定されていませんが、毎年年間売り上げや空室期間状況、入居媒体内訳、地域別入居状況などを表やグラフにまとめ検証を行っています。今後は、事業計画を作成し、事業所の課題・目標を設定し、それに対する取り組みを実施し目標達成状況を全職員で確認することが期待されます。
3	タイトル	個別の育成計画を作成し、人材育成を行うことが期待されます
	内容	年間の研修計画は作成し、マネジメント、リーダーシップなどの学習機会を設け人材育成を行っていますが、個別の育成計画は作成されていません。今後は一人ひとりの状態に合った研修計画や資格取得、指導法などキャリアアップを目標にした個別育成計画を作成し、定期的面談などで本人の意向を確認しながら、人材育成を実施することが期待されます。



株式会社フィールズ

〒251-0024 藤沢市鵠沼橘1-2-7 藤沢トーセイビル3F

TEL : 0466-29-9430 FAX : 0466-29-2323
