

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成30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

〒 104-0061

所在地 東京都中央区銀座5-6-12みゆきビルbizcube7階

評価機関名 株式会社アミュレット

認証評価機関番号

機構 04 - 141

電話番号 03-6255-6463

代表者氏名 代表取締役 畑中健夫

以下のとおり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		経営	
	②		福祉	
	③			
	④			
	⑤			
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		
	TEL	0426-74-1710		
事業所代表者氏名	ホーム長 大塚仁史			
契約日	2018 年 5 月 17 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2018 年 6 月 10 日			
利用者調査結果報告日	2018 年 8 月 9 日			
自己評価の調査票配付日	2018 年 6 月 20 日			
自己評価結果報告日	2018 年 8 月 9 日			
訪問調査日	2018 年 8 月 30 日			
評価合議日	2018 年 8 月 30 日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	【利用者調査】18名のご家族に対してアンケート調査を実施しました。6月の家族会時に時間を頂き、第三者評価及びアンケート実施の主旨等を伝え、参加された家族の方に直接アンケート用紙を配布し説明しました。 【事業評価】自己評価の集計結果については、職員全体での集計結果のほか、ユニットごとの集計も行い、ユニット間での乖離を確認できるように工夫しました。訪問調査では、過去の第三者評価の結果も踏まえ、ホームの強み、弱みを分析し、グループホームの評価経験者を評価員に配置し訪問調査に臨みました。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む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。

2018 年 10 月 23 日

事業者代表者氏名 ホーム長 大塚仁史

印

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) 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。
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 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 (2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) ア) チームワーク介護が基本であり、単独でいかによいケアを行っても駄目で職員間も声掛けしながら、話し合いを持ちながらの介護 イ) 職員の人間的な本質の部分のやさしさ ロ) 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

調査対象

グループホームシルクロード鍾水に入居される利用者18名と18名の家族を対象に実施しました。

調査方法

利用者に対しては、場面観察方式を実施しました。家族へはアンケート用紙、返信用封筒を評価機関で準備し、6月の家族会時にアンケートの趣旨を説明し配布しました。

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

15

利用者家族総数に対する回答者割合（％）

83.3

利用者調査全体のコメント

「利用中のホームを総合的に見て」の質問では「大変満足」が8名、「満足」が6名、「無回答」が1名となりました。11の質問では、4項目において回答した家族全員が「はい」と回答しました。全体を通じて「はい」の回答割合が高く、家族の満足度が高い結果であり、「いいえ」の回答は全項目を通じてありませんでした。アンケートに寄せられた自由意見では、利用者の気持ちを大切にしていること、利用者のできることでないことを把握していること、職員の適切な対応、生活の質向上に向けた取り組みに感謝を表す意見が寄せられています。一方で職員の負担やストレスの増加、人員の不足を懸念する意見も寄せられました。利用者に対しては場面観察調査を実施しました。職員は利用者と積極的にコミュニケーションを取っており、利用者に気持ちの変化が見られた際にも迅速に対応し、安心感が高まるように支援していました。

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》

昼食の準備もひと段落し、昼食までの時間リビングに集う利用者に職員が七夕で飾る短冊に願い事を書いてもらうようをお願いしていました。短冊の色も利用者の好みを確認しながら、リビングにいる利用者一人ひとりに短冊とペンを配りました。短冊の準備が整うと、それまで他の利用者や職員と元気に話していた一人の利用者が急に無口になり、キッチン内で作業している職員の様子を目で追いかけて、ペンで机を軽くたたき行為が始まりました。その様子に気づいた職員がその利用者の隣に座り、利用者の気持ちが落ち着くように寄り添い対応しました。

《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》

職員が利用者の隣に座ると、利用者は小声で職員に自分の思いを伝えていました。短冊に願い事を書くことについては理解していましたが、短冊に書く内容が無いことを気にしており、他の利用者は短冊に書く内容が固まっているように思えたようで、自分だけが何も書くことが無いことに不安に感じていました。対応した職員も機転を利かし、その利用者のみに聞こえるような声で、いつも口に出してお願いしていることを書けばよいとのアドバイスを送っていました。アドバイスを受けると、利用者も気持ちが和らいだ様子で、普段口にしていないことを職員の力を借りながら短冊に書くことができました。利用者の気持ちの変化に柔軟に対応したことで、利用者は笑顔を取り戻し、その後は再び他の利用者や職員と会話を楽しんでいました。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

6月の家族会においで頂き、ご家族にアンケート趣旨を説明する。今回ご利用者様の入れ替わりが数件あり、初めての方もいるためこの会を利用した。同時に職員にも配布。第三者評価を数年に一度お願いしている。
特色の違いがあるユニットで、1Fより2Fの方の方が、要介護度が高い方も生活する。お元気な方と重度の方が生活するなかでの関りを調和をとりながら職員はケアにあたっている様子が汲み取られている。
ホームでのご利用者様を職員は負担にならないように考え役割を持った生活を行っている様子が、読み取られており当法人のケア方針を反映している。

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	15	0	0	0
回答した家族全員が「はい」と回答しました。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	14	1	0	0
14名の家族が「はい」と回答しました。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	13	2	0	0
13名の家族が「はい」と回答しました。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	15	0	0	0
回答した家族全員が「はい」と回答しました。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	10	3	0	2
10名の家族が「はい」と回答しました。 自由意見では、トラブルを未然に防いでくれたことに対して感謝する意見が寄せられました。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	14	1	0	0
14名の家族が「はい」と回答しました。 自由意見では、「認知症の進行や体力低下に伴い、当初と条件が変わってきています」との意見が寄せられました。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	15	0	0	0
回答した家族全員が「はい」と回答しました。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
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	14	1	0	0
14名の家族が「はい」と回答しました。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
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	15	0	0	0
回答した家族全員が「はい」と回答しました。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	13	2	0	0
13名の家族が「はい」と回答しました。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
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	12	2	0	1
12名の家族が「はい」と回答しました。 自由意見は特に寄せられませんでした。				

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		
	事業計画書に理念や介護のスローガンを明記し職員、家族に説明し理解を深めています 法人設立の経緯、趣意、法人名の由来のほか、法人の理念、介護のスローガンである「和の介護」融和・調和・和み(なごみ・和の心)について事業計画書に明記しています。事業計画書については、併設の特別養護老人ホームと合同で実施する年度当初の合同研修の場で職員に説明し理解が深まるように取り組んでいます。利用者や家族には入居契約時のほか、毎年6月の家族会開催時に事業計画書、事業報告書を配布し、ホーム長、副ホーム長から前年度の取り組み、今年度の方針について説明を行っています。 新設した副ホーム長が統括職を担い、円滑な運営が図れるように取り組んでいます 経営層(ホーム長・副ホーム長・主任)の役割と業務内容については、事業計画書に明記しています。職員への周知については事業計画書の説明をもって周知しています。ホームでは前年度、グループホームの統一ケアの構築、業務内容の改善等を進めていくために副ホーム長職を新設し、副ホーム長が現場の統括職を担い、円滑な運営が図れるように取り組んでいます。副ホーム長は1階ユニットの主任を兼務し、2階ユニット主任、ホーム長が日々連携し、ホームの方向性を検討、決定を行うなど、前年度確立した新体制を機能させています。 重要案件はホーム長、副ホーム長、法人事務局間で方向性を決定し職員に周知しています ホーム運営に関する事や重要案件については、ホーム長・副ホーム長・主任・法人事務局において昨年度より運営に関する方向性等を話し合う会議を行っています。会議は随時行い、必要に応じて医務室や栄養等も参加し重要案件の検討を進めています。会議での決定事項については、ユニット会議や職員会議時に報告するほか、議事録で全職員に周知しています。利用者家族へは年2回実施している家族会での報告のほか、年2回発行の季刊誌でホームの取り組みなどの報告、行事のお知らせなどは開催1ヶ月前に案内文書を送付しています。		
	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	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(〇〇〇〇〇〇)

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

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(〇〇〇)

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(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)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

家族、職員、地域の関係者から意向や要望等を定期的に確認する仕組みを築いています
毎年受審している第三者評価の利用者アンケートのほか、家族会(年2回)での意見収集、看取りケア実施後のアンケート調査などを通じて利用者の家族から意向や要望等を確認しています。事業運営に関する職員からの意向については職員会議やユニット会議、職員との個人面談の中で確認しています。地域の福祉の現状については、2ヶ月に一度運営推進会議を実施し、会議に参加する民生委員、ふれあい相談員、市役所担当課職員、地域代表者、利用者家族、他事業所管理者の方から地域福祉の課題や現状について定期的に確認できる体制としています。

職員処遇・組織改革について新たな課題も明確にし法人全体で計画的に進めています
福祉サービス第三者評価の利用者アンケートや職員との個別面談、運営推進会議での意見を通じて、施設の現状や課題を明確にしています。特に前年度から法人全体で進めている職員処遇・組織の改革については、職員会議で職員の意見を参考にしながら計画的に進めています。計画的に進めていく中では職員間の情報共有や勤務体系、人事評価システムの有効性など新たな課題も明確になり、その課題解決に向け、自組織の課題を明確にすること、職員参加型の組織形成、職員の納得性の考慮、仕事の見える化を進めていくことなどを重点目標としています。

今年度の重点目標を事業計画書に明記し、目指していく方向性を明確にしています
当法人が運営する各施設の現状や課題等を踏まえた上で、併設の特別養護老人ホームとの共通目標として、①介護サービスの提供②医療サービスの提供③食事サービスの提供④地域との関りの4点について重点目標を掲げています。各重点目標には年度目標を掲げ全体で目指していく方向性を明確にしています。各重点目標や年度目標は事業計画書に明記しており職員も常時確認できる体制としています。が、目標の進捗状況や達成状況を確認していく仕組みがより明確になることを今後期待します。

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
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に取り組み、定期的に確認している。		○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
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	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		
●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 守るべき法や規範、倫理等については倫理要綱に明記しています 福祉サービスに従事する者として守るべき法や規範、倫理等については倫理要綱に明記しています。また、入職時には誓約書を取り交わし、守るべき規範や倫理などを伝えています。さらに当法人では事業計画書内に、融和、調和、和み(なごみ・和の心)を介護のスローガンに掲げ、利用者の個性を熟知する事や利用者の人格を思いやる気持ちを持つことなど法人全体で目指している介護に対する考え方を明確にしています。また、併設の特別養護老人ホームと合同での研修を定例化し、守るべき法や規範、職業倫理などの周知を図っています。 身体拘束・虐待防止研修を年2回実施等、虐待防止に向け組織的に取り組んでいます			

苦情窓口は重要事項説明書、事業計画書内に内外の窓口を明記し、入居契約時や年度当初の家族会の時に家族に説明しています。また意向や要望等を気兼ねなく表出できるように「面会カード」の裏面に苦情・相談を記入できる欄を設けています。利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が発生しないように、職員会議やユニット会議の場で注意喚起を図ると共に、施設内において併設の特別養護老人ホームと合同で身体拘束・虐待防止研修(年2回)の実施、事故・褥瘡・虐待対策委員会の設置など組織的に取り組む体制を築いています。

外部の目を入れホームの透明性を高め、地域との関係づくりに前向きに取り組んでいます

毎年第三者評価を受審し、外部の目を定期的に導入し透明性を高めています。さらに車いす等の掃除、シーツ交換、お化粧品などのボランティアも受け入れ利用者が外部とのふれあう機会につなげています。また、地域の福祉ニーズについては併設の特別養護老人ホームと同時開催している運営推進会議、市内のグループホーム連絡会への参加を通じて収集しています。地域貢献活動としては、地域包括支援センター主催の地域貢献活動に協力し、ホームの見学及び各ユニットでの昼食試食会などを利用者の生活に支障の無い範囲で実施しています。

カテゴリー4

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

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(○○○○●)

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(○○○○○)

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

各種委員会に職員を派遣し、リスクマネジメントに対して組織的に取り組んでいます

併設の特別養護老人ホームと合同開催している感染症対策委員会、事故・褥瘡・拘束対策委員会にホームからも担当職員を派遣し、リスクマネジメントに対して対策を講じています。各委員会での決定事項については、議事録に残し、全体で共有できる体制としています。事業運営を図っていく中では、事故や感染症の発生、不審者の侵入、自然災害など様々なリスクを洗い出し、防犯カメラの設置準備を進めるほか、災害を想定して毎月の避難訓練、防災用品も順次入れ替えを進めています。市も順次防災無線を福祉施設へ設置していく準備なども進めています。

災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備えての事業継続計画の作成を期待します

災害に備え、地震や火災を想定した避難訓練を毎月実施し、水消火器による消火訓練、非常用発電機の使用方法的確認、AEDの操作も含む救急訓練なども同時に実施しています。また消防計画や帰宅困難者指針についての作成はありますが災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備えての事業継続計画の作成は今後の課題としており、今後の整備を期待します。ホーム内での事故発生後は「事故報告書」に事故内容の詳細、原因と改善点を明確にして再発防止に取り組むほか、危険事例については「気づき・ヒヤリハット報告書」に蓄積し、事故予防につなげています。

情報の重要性や機密性を踏まえ、情報の保護・管理を適切に行っています

情報の収集や利用、保管、廃棄についての規程・ルールについては、「個人情報保護規定」及び「個人情報利用目的」に明示しており、これを契約時に利用者・家族に交付して説明し、同意の署名・押印も受領しています。職員には、雇用契約の際に利用者の個人情報の取り扱い方などについて説明し同意を得る様にしています。また、ホーム内各ユニットにパソコンを設置していますが、職務に応じてアクセスできる範囲を設定しています。利用者の個人記録や写真なども保管していますが、不測の事態に備え、毎日事務所のパソコンにバックアップを取っています。

5 職員と組織の能力向上			カテゴリー5
			サブカテゴリー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		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	8/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている			評点(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
			サブカテゴリー2(5-2)
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	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 求める人材像を明確にし、職員の紹介制度などを通じ必要な人材確保に努めています 「利用者の立場になって考えられる職員」や「介護の専門家としてのプライドと知識や責任感」等を求めている人材像に掲げ、「チームワーク介護」や「職員の本質の部分のやさしさ」、「重度化した場合であっても充分な観察力と知識で一人ひとりの利用者のケアにあたる事」を職員に持ってほしい使命感に掲げています。人材の確保については、ハローワークや折り込みチラシ、インターネット求人などの活用のほか、職員の知人の紹介なども取り入れ、紹介者が採用に至ったケースにおいては、紹介料を支給する等、必要な人材が確保できるように努めています。 2ヶ月に一度併施設との合同研修を開催し知識や技術の向上に努めています 職員の知識や技術向上に向け、2ヶ月に一度併設の特別養護老人ホームと合同での研修を実施しています。研修では介護報酬改定内容や身体拘束・虐待について、看取り・事故発生防止、感染症対策・認知症についてなどをテーマに掲げ定期的に実施しています。また合同研修の中では外部研修参加者による報告会も実施し研修内容の共有化を図っています。今後に向けては、どのような力量を身につけたいか職員との面談等を通じて確認し、職員一人ひとりの能力向上に関する意向を踏まえ、個人別の育成計画が作成できることを期待します。 課題を改善し、今後も引き続き職員処遇・組織の改革を進めていく方向としています 昨年度より、職員処遇・組織改革を目標として、職員会議等で職員の意見も取り入れながら、運営・組織の見直しを進めています。賃金形態に関しても資格、経験、職責等を反映する形態に変更する等職員の意欲向上につながるよう努めています。しかしながら給与規定の等級表に職員レベルに沿った等級と合致しているかについて等改善の必要性も感じており今後も引き続き、リーダー層を中心に、会議等の場で取り上げて、職員処遇・組織の改革及び職員の意識改革を推し進めていく方向としています。		
カテゴリ-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-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) 職員の離職防止、働きやすい職場環境の構築に向け、職員処遇の改善を目標に掲げ、給与体系を変更し、処遇改善、キャリアアップを目的に、資格、勤続年数、業務評価、職責等を反映する給与体系の見直しを行いました。		
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、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む) ☐ 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価の選択に関する講評		

職員の処遇改善に向け取り組み検証の結果、人材不足が慢性化している現状において、勤務体系そのものの見直しの必要性や人事評価システムが有効に動いていないため職員も明確に捉えていないことなどが新たな課題となっています。評価基準等も含め職員に周知できていたか、給与規定の等級表に職員レベルに沿った等級と合致しているかを今年度の改善課題とし、1) 自組織の課題を明確にしておくこと、2) 職員のニーズをくみ取って職員参加型にすること、3) 職員の納得性を考慮する、4) 仕事の見える化を進める、5) まずは行動にその次につなげることを新たな目標に掲げ事業計画に反映しています。

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)

ユニット間のほか、法人内多職種との調整や業務内容の統一化を図るために副ホーム長職を配置しました。副ホーム長を中心にリーダーを含めて話し合いを行い、ホーム全体の問題点を一つずつ洗い出し、業務内容の改善等に努めました。また、基本の統一と職員の見解・経験値の向上を目指し、法人内に設置している感染症対策委員会、給食委員会、事故・褥瘡・拘束対策委員会にホームの担当職員も参加する体制としたほか、併設施設との合同研修会を偶数月に実施する体制を築きました。

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2で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評

各ユニット毎、独自のケアと業務になっていたことが洗い出され、どのような方法での軌道修正が適切かについて協議を進めてきました。前年度は職員の退職もあり、副ホーム長も現場業務を優先せざるを得ない状況もあり、軌道修正に向けた大きな幹を作る作業にまではなかなか至っていないこともあり、今期も引き続き、職員会議の中で議論を進めていくことをホームの計画に反映しています。さらに今後職員不足が予想される中、職員の合理的な配置や各ユニットで勤務を助け合える体制の構築を図ることで、職員のケアに対する経験値を上げ、職員同士の交流によりマンネリやケアの改善につなげていくことを今期の目標としています。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目（カテゴリ6-1～3、6-5～6）

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●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			
パンフレットやホームページ、季刊誌によりホームの情報を提供しています ホームの情報は、パンフレット、ホームページ、季刊誌「シルクロード鍾水」により提供しています。パンフレットはホームの特徴や利用方法、持ち込み品、Q&Aによる病気や入院の際の対応方法をわかりやすく説明しています。ホームページでは、ホーム内の様子を写真で紹介したり、ホームの特徴や入居時にかかる費用について掲載しています。季刊誌「シルクロード鍾水」は職員が中心となり作成し、年2回発行しています。法人の運営する特別養護老人ホーム・グループホームの半年の出来事や行事の様子等を写真付きで紹介しています。 地域の関係機関へ季刊誌の配布や運営推進会議を通じて関係機関へ情報を提供しています パンフレットや季刊誌「シルクロード鍾水」は市内の居宅介護支援事業所、病院、行政に配布しています。特に季刊誌「シルクロード鍾水」年2回発行し、毎回1,000部以上地域の関係機関に配布しています。また、2ヶ月に一度運営推進会議を開催し、地域の関係者（地区民生委員、ふれあい相談員、地域住民、市の担当課職員、家族等）に活動報告を行うほか、季刊誌の配布により定期的に情報を提供しています。市内のグループホーム連絡会にも定期的に参加し、各管理者との意見交換を通じて当ホームの取り組みを広く伝えるように努めています。 ホーム見学の要望には柔軟に対応し、ホームの取り組みや現状を丁寧に説明しています 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、突然の来訪であっても柔軟に対応しています。見学はホーム長が対応し、ホーム内を案内し居室の様子やトイレ、浴室などの状況の説明、重度化になっても終末期のケアに対応しているという方針も伝えていきます。またリハビリやアクティビティーについて、特に現状利用者の重度化もあり外出活動など全体で出かけることは難しくなっていることなどについても丁寧に伝え、利用前の不安が軽減できるように配慮しています。			
	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	7/7
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(〇〇〇〇)
評価	標準項目		
☒ あり ☐ 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		☐ 非該当
☒ あり ☐ 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		☐ 非該当
☒ あり ☐ 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		☐ 非該当
☒ あり ☐ 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		☐ 非該当
サブカテゴリー2の講評			
入居にあたっての重要事項は契約時に各書式を用い丁寧に説明しています 利用にあたっての基本的ルールについては入居前の見学時に説明しているほか、重要事項については入居契約の際に「契約書」、「契約書別紙」、「重要事項説明書」に基づき丁寧に説明し、説明後押印を受領しています。さらに、重度化対応、終末期ケア対応の指針についての説明、個人情報保護に対する基本方針、ショートステイ居室使用同意書、スナップ写真肖像使用同意書についての取り交わしも行っています。また、介護報酬の個人負担金や取得している加算内容等に変更が生じた際には「利用料金同意書」を改めて取り交わしています。 入居前の利用者、家族の要望等は事前面談時に収集し、職員間で情報を共有しています 利用者の支援に必要な個別事情等は、入居前の事前面談時に確認しています。事前面談時に確認した内容については「日常生活動作(ADL)確認表」、「利用者台帳」に記録しています。さらに事前面談時に確認した内容を「心身の情報(気持ちシート)」にまとめアセスメントで確認した内容を「心身の情報(気持ちシート)」に落とし込み、嬉しい事や楽しい事のほか現状不安に感じている事など職員間で共有できるようにしています。事前面談での情報を踏まえ入居直後の支援方針を初回の個別介護計画書に示し、入居契約時に家族の同意を得ています。 入居直後は、本人が望む生活が送れるように、家族の協力も得ながら支援を進めています 入居直後は、初回の個別介護計画書に沿って支援を進めていきますが、利用者本人や家族の意向を大切に支援し、ホーム内で本人が何をして生活していきたいかを感じ取り、本人が望む生活が送れるように、家族の協力も得ながら支援を行っています。入居後において病気による入院や著しく状態が重度化した際にホームでどこまで対応してくれるのかという不安を軽減するために、病気になった際にはホームの職員が協力病院への受診に同行できる事や往診による対応も可能である事なども事前に家族に説明し、不安が和らぐように配慮しています。			
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	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		
☒ 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介護計画を作成している			
		評点(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りを整備している		☐ 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			
利用者の心身の状況や生活状況等は「日常生活動作(ADL)確認表」に記録しています 利用者の日常生活動作状況のほか、排泄、入浴、食事状況についての現状については「日常生活動作(ADL)確認表」に記録しています。また、嬉しいことや楽しいと感じていること、現状不安に感じている事などを「心身の情報(気持ちシート)」に落とし込み、これらの情報を踏まえて個別介護計画書を作成しています。個別介護計画書の見直しにあたってはモニタリングとして全職員で評価を実施しています。評価の結果、利用者のADL(日常生活動作状況)等に変化がみられる際には再アセスメントを実施する仕組みとしています。 介護職員、看護職員、家族等の意見を総合的に踏まえて個別介護計画書を作成しています ユニット会議において介護職員、看護職員、家族等の意見を確認し、総合的な意見を踏まえて個別介護計画書を作成しています。個別介護計画書作成後は家族に説明し同意を得ています。個別介護計画書は半年ごとに見直しを行う仕組みとしていますが状態が著しく変化した際や入院により状態の変化があった際にはケース会議を開催し、介護計画書を見直し状態に適した支援が提供できるように取り組んでいます。個別介護計画書の見直しの際には全職員でモニタリングを行い、目標の達成状況を確認し、新たな目標についてユニット会議で検討しています。 利用者の日々の様子は「個別ケース記録」に記録し、申し送りで共有化を図っています 利用者の日々の様子は「個別ケース記録」に記録しています。ケース記録は日勤帯・夜間帯・看護師の記録内容を色を分けて記入し、記録内容についても喜びや悲しみなどを感じられるような内容となるように努めています。処遇内容、医師からの指示等についても記録できる欄を設けています。バイタル状況、食事摂取状況、排便、入浴の有無等は「総合チェック表」に記録しています。利用者の情報は申し送りや申し送りノートを活用して情報共有を図るほかユニット会議、職員会議を交互に実施し必要事項を職員全体で共有化が図れるように取り組んでいます。			
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-5の講評			
利用者のプライバシーや羞恥心に配慮し、日々支援を行っています 利用者に関する情報を外部とやり取りする必要がある際には、家族の同意を得る事を基本としています。契約時には「個人情報保護に対する基本方針」、「スナップ写真等の肖像使用同意書」を交わし、個人情報使用にあたっての同意を得ています。利用者のプライバシーへの配慮では、居室へ入室する際にはノックをすることや利用者へ一声かけてからの入室を基本としています。郵便物の取り扱いについても送り主の住所や名前を記録に残し、家族の方にも報告を入れています。トイレや入浴介助の際にも声かけやドアの開閉を徹底し、羞恥心へ配慮しています。 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮して日々支援を行っています 利用者個別に作成している介護計画書には個人の意思や習慣を踏まえた目標を設定し、日常の支援の中で利用者の意思を尊重し対応できるように取り組んでいます。ホーム周辺に散歩に出かける際やレクリエーションの参加も無理強いする事無く、利用者の意思を大切に各ユニットで支援しています。また、利用者の生活習慣については日々の支援を通じて、利用者の出来る事、出来ないことの把握に努めています。個別の介護計画書を見直す際には全職員がモニタリングに関わりながら介護計画の評価を行い、利用者のできることや得意な事を引き出しています。			
サブカテゴリ-6			
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	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
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている			
評点(〇〇)			
評価	標準項目		
☒ 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		☐ 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するようにしている		☐ 非該当

サブカテゴリー6の講評

「グループホームシルクロード鑑水マニュアル」を整備し業務の標準化を図っています

業務の標準化を図るために「グループホームシルクロード鑑水マニュアル」として、ケアプランと包括的自立支援計画について、家族と共に歩むケア、基本的なケアや業務の流れを明確にしているほか、プライバシー保護や苦情事故等のマニュアルを作成しています。また、事故報告とヒヤリハット(気づき)の区分を明確にしておき、ケースに応じてどちらの書式に記録するのか職員が確認できる状態にしています。利用者の支援方針や日々の気づきについては職員会議やユニット会議時において職員間で協議を進め、サービス手順の統一化を図っています。

マニュアルの見直しにあたっての基準がより明確になることを期待します

利用者個別に作成している介護計画書については半年ごとに見直しを行い、見直しにあたっては、全職員がモニタリングに関わりながら介護計画の評価を行い、利用者のできることや得意な事を引き出しており、全職員の意見を踏まえて個別の介護計画書の見直しを行っています。「グループホームシルクロード鑑水マニュアル」については作成担当者については明確にしていますが、今後に向けてはマニュアルの見直しの基準をより明確にし、職員の意見も反映し現状に沿った内容になっているかについて定期的に確認できる仕組みづくりを期待します。

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 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) <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. 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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 関係職員が連携をとって、支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		●あり ○なし	1. 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	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 職員全体で利用者の支援目標を共有し日々の生活に反映できるように取り組んでいます 介護計画書の作成にあたっては、全職員間で実施したモニタリングの結果を踏まえ、ユニット会議で介護計画内容を検討し、全職員の意見、家族の意見を総合的に踏まえて作成しています。介護計画書に基づく支援が提供できるように、利用者の日々の活動の様子を記録している「ケース記録」に介護計画書内で記した番号を記載し、介護計画書に基づいた支援内容を日々記録できるように取り組んでいます。介護計画書作成にあたっては、個人の意思や習慣を踏まえた目標を設定し、職員全員で目標を共有し日々の生活に反映できるように支援しています。 利用者個々のライフスタイルを出来る限り尊重し、その人らしさを引き出しています 利用者一人ひとりには思い思いの生活スタイルがあり、個々のライフスタイルを出来る限り尊重するケアが求められていることを大切に、全職員が「自分らしく生きるを大切にお世話させていただく」という方針を理解したうえでユニットケアの充実が図れるように日々支援しています。日々の生活の中では、字を書くのが得意な利用者に食事のメニューをホワイトボードに書いてもらったり、ホーム入居前に呼ばれていた呼び方で利用者のことをお呼びすることで安心感につなげるなど、一人ひとりのライフスタイルを尊重し各ユニットで支援を進めています。 支援に関係する職員が日常的に連携し利用者の支援を行っています 日々の支援では各階の職員が連携し、利用者の支援にあたっています。情報共有の確実性を高めるために、申し送りノートや会議録などに必ず目を通す事を徹底し、必要な情報が全職員に周知できるように努めています。法人内の医務とも連携し、入浴時に皮膚状態の確認、担当看護師が勤務シフトに入るなど医務との連携も図っています。主治医とは月2回の往診を通じて連携し利用者の体調変化時にも迅速に対応が図れる体制としています。併設の特別養護老人ホームの職員とも委員会活動や合同行事(納涼会、敬老会、もちつき)を通じて連携を図っています。																
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) <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. 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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		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	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		
食事準備や後片付けではできる限り利用者に声をかけ参加できるように努めています 食事は、主菜、副菜は併設の特別養護老人ホームで作られたものがホームに運ばれてきます。ご飯とおみそ汁については各ユニットで作っています。食事の盛り付けやテーブル拭き、配膳などは可能な方は、職員が声をかけ、作業に参加できるように支援しています。食事中は職員も食卓を囲み、利用者と一緒に食事を取っています。食事介助が必要な方には職員がそばにつき介助に入るほか、食事形態についても嚥下の能力に応じて個別に対応しています。食後の後片付けもできる方には声をかけ、テーブルやお皿拭きの作業に関われるように取り組んでいます。 利用者にも役割を持って頂き、様々な活動に参加できるように支援しています 四季を感じられる行事の開催やボランティアやふれあい相談員の方との触れ合い、ホーム周辺の散歩、家事活動への参加など様々な活動に参加できるように支援しています。食材の買い物に職員と一緒に出かけたり、消毒用に使用している強酸性水を職員と一緒に汲みに行くなど、利用者にも役割を担って頂き様々な活動に参加できるように取り組んでいます。また、車いすを利用している方や重度の利用者に対しては、体力的に負担をかけないように配慮しながら、パズルや折り紙など職員もサポートしながら楽しむ事ができるように支援しています。 利用者の状態に応じて、生活するうえで必要な支援を行っています 利用者一人ひとりの心身の状況等については、ユニット会議やケース会議、介護計画書見直し時のモニタリング時に職員間で確認し、利用者一人ひとりの状況に応じて適切な支援が提供できるように取り組んでいます。食事中、ご自身で摂取することが難しい場合は、職員が隣に座り利用者のペースに合わせて食事の介助を行っています。入浴についても職員が介助に入り、洗身や洗髪など必要な介助を行っています。一般浴層での入浴が困難な際には併設施設の機械浴層を使用し入浴するなど、重度の方でも安全に入浴できる体制を整えています。		
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くみを整えている	○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		
担当の看護師、医務スタッフ、主治医と連携し利用者の健康状態を管理しています ホーム担当の看護師が週に一度勤務シフトに入り、利用者の状態を把握しているほか、法人の医務スタッフも申し送りに参加し利用者の健康状態を確認し、必要な指示を提供しています。主治医の往診も月に2回あり、利用者の健康状態を定期的に確認しています。ホーム内でも入浴前にバイタル確認を行うほか、利用者の状態については職員が日々注意深く観察し、利用者の体調に変化が生じた際には速やかに看護師、必要に応じて主治医に連絡を入れる体制とし、夜間については夜間担当の看護師に連絡を入れ指示を仰ぐ体制としています。 体操や散歩、家事活動への参加を通じて活動性を高め身体機能低下防止に努めています 利用者の身体機能低下防止を図るために、各ユニットで朝の体操を日課としています。気候の良い季節にはホーム周辺の散歩に出かけたり、ホーム内で自転車こぎのマシンを使用し活動性を高め、身体機能低下防止につなげています。また、日常生活の中でも家事活動への参加を促したり、食材の買い物への同行、消毒用として使用する強酸性水を職員と一緒に汲みに行くなど、日頃から利用者の活動性が高まる様に、職員も利用者積極的に声を掛け、家事活動への参加や外出など、利用者の状態を考慮しながら日々工夫を図っています。 服薬前のダブルチェックを徹底し、服薬事故の発生を防いでいます 各ユニット、利用者9名の1日分の薬が入ったBOXが薬局から届き、看護師がセット状況に誤りがないかBOXの中身を確認しています。利用者への服用時には、その日服用する薬の日付と名前を2名の職員でダブルチェックを行い、服用しています。服用時には飲み込みの確認まで徹底し、落薬についても防いでいます。利用者個々の薬のセット方法を変更し、薬局や医務とも連携し、各職員が事故が起きないように注意深く取り組んでいる事もあり、服薬の事故は発生していません。今後は現状の仕組みを服薬マニュアルへの反映を期待します。		

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			
利用者個々のペースを尊重して楽しく生活が送れるように支援しています 利用者は日中リビングで過ごす時間が多く、利用者同士のおしゃべりを職員が見守ったり、職員が中に入り適度にコミュニケーションを取ったり、好きなパズルゲームを楽しめるようにサポートする等、利用者個々のペースを尊重して楽しく生活が送れるように支援しています。「和の介護」・・・融和・調和・和み(なごみ・和の心)を「介護のスローガン」としています。利用者にとって当ホームは終の住処であり、ゆっくりと時間が流れる中で思い思いの生活スタイルがあるということを大切にし、利用者のペースを尊重して日々支援を提供しています。 季節行事やホーム内での取り組みを充実させ楽しく生活が送れるように努めています 毎年、四季折々の行事を実施し、季節感が感じられるように取り組んでいます。納涼会、敬老会、餅つき大会は法人の3大行事として定着しており、毎年多くの家族や地域住民の参加もあり利用者も多くの方と触れ合う機会となっています。3大行事以外にも、お化粧ボランティアや地域のふれあい相談員の方の来所もあり利用者と交流を深めています。地域の中学生が職場体験で訪れ利用者と交流を図るなど、地域の方との交流も定着しています。利用者にも無理のない範囲で季節行事やホーム内での取り組みを充実させ楽しく生活が送れるように努めています。 日々の掃除を徹底し、ホーム内の安全性及び快適性に配慮しています リビングには利用者と一緒に作成した装飾品を掲示し季節感を感じられる工夫を図っています。リビングやトイレ、浴室、廊下などの共用スペースは掃除が行き届いており清潔且つ快適性に配慮しています。居室内のレイアウトも今まで使い慣れた物や馴染みの物を置いて頂き、利用者が快適に、家族が面会に訪れた際もゆっくりと過ごして頂ける様に配慮しています。家族アンケートの「事業所内の掃除、整理整頓は行き届いているか」の質問では「はい」と回答した割合が高く、家族の満足度も高い結果となっています。			
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、事業所で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		
季節行事や家族会(年2回)には多くの家族が参加しホームとの交流を深めています 併設の特別養護老人ホームと合同で実施している納涼会、敬老の日、餅つき大会に多くの家族が参加できるように、6月の家族会で家族の希望も確認し開催日を決定しています。毎年多くの家族の参加があり、家族の協力を毎年得て行事を行う事が出来ています。家族会についても年2回実施し、家族の参加率も高く、家族会終了後は利用者と一緒に昼食を取り、利用者と一緒に過ごす事が出来るように配慮しています。また、日頃から些細なことでも家族に連絡を入れる事を徹底しており、家族との意思疎通を日頃から密に取り連携を図っています。 面会カードの裏面を工夫し気兼ねなく意見や要望等を表出できるようにしています 家族等がホームに対して意見や要望を表せるように、毎年2回家族会を開催し、行事日程等、家族から意見を募るなど、家族の意見を大切にした運営を基本としています。また、家族が来訪時に記入する「面会カード」の裏面には、「苦情・相談」を記入できる欄を設け、気軽に意見等を表出できるように取り組んでいます。利用者の日常の様子は面会時に直接報告するほか、些細な事でも迅速に報告する体制としています。家族アンケートの「家族への情報提供はあるか」の質問では回答した家族全員が「はい」と回答し家族の満足度も高い結果となっています。 「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づき契約時にホームの方針を説明しています 開設以来ホームでは、終の棲家として最期まで住み慣れた環境で過ごしたいとの要望に応え、看取りケアに対応していく事をホームの基本方針としています。入居契約の際にも「重度化対応・終末期ケア対応指針」について丁寧に説明しています。職員に対してもホーム長から看取りケアに対するホームの方針を説明するほか、「看取り対応マニュアル」を整備し、それに基づく研修も実施しています。看取り後には家族、職員にアンケートを実施し、家族、職員の意見を踏まえ、「評価と課題」などをアンケートを通じての振り返りを行っています。		
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		
地域で開催される盆踊りやお祭りには利用者と一緒に出かけ交流を深めています ホーム周辺の地域情報は2ヶ月に一度開催している運営推進会議で収集しています。会議には地区民生委員、ふれあい相談員の方の参加を受けており、地域情報のほか、意見等を収集しています。町会とも日頃から良好な関係を築いており、お祭りの案内が届き、利用者と一緒に地域の盆踊りや神社のお祭りに参加しています。神社のお祭りでは、子ども神輿がホームの前に立ち寄ってくれる事で利用者も地域住民や子ども達と交流することができ、利用者も子ども達との交流を毎年楽しみにする等、地域と良好な関係を築き利用者の楽しみの幅を広げています。 お祭りや小学校行事、職場体験の受け入れなどを通じて子ども達とも交流しています 地域の子ども達との交流はお祭り以外にも小学校から招待を受け、運動会や音楽会、焼き芋、味噌づくりなどのイベントに参加をして交流を深めています。逆に子ども達がホームに訪れ、合唱やお花のプレゼントを受けるなどホーム内でも交流する機会も設けています。また、職場体験学習の中学生を受け入れ中学生と交流を図ったり、子ども達主体のミュージカル鑑賞なども行っています。さらに、化粧ボランティアや地域のふれあい相談員の方の来所もあり利用者と会話やゲームを楽しみながら交流を深めています。 地域包括支援センターや居宅介護事業所とも連携し緊急案件にも柔軟に対応しています 運営推進会議には地区民生委員やふれあい相談員、利用者家族、他事業所管理者、市の担当課職員の参加を受け2ヶ月に一度定期的に開催しています。会議ではホームの活動報告、事業計画や事業報告の説明、利用料金について等、毎回のテーマに基づき実施しています。地域や行政からの意見を参考に今後の運営につなげていけるように努めています。地域包括支援センターや市内の居宅介護支援事業所とも日頃から連携を図り、緊急を要する案件にも積極的に協力し、困難事例の受け入れも前向きに進めています。		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-1	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
タイトル①	職員間の情報の共有やコミュニケーションを深め支援の充実につなげています	
内容①	職員間の情報の共有やコミュニケーション強化を図るために、これまでの常勤会議を職員会議に改め、非常勤職員の参加も可能とし、全職員が必要な情報を共有できるように取り組んでいます。また併設施設とも必要時に連携が図れるように、合同研修会の定例化や各委員会への職員派遣を通じてコミュニケーションを深めています。日々の朝礼には、医務スタッフも必ず入り、利用者の健康状態を確認するほか必要な指示を現場に送り、医療面をサポートしています。全職員が一丸となり、関係職員のコミュニケーションを深め支援の充実につなげています。	

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	事業所と家族等との交流・連携を図っている
タイトル②	日頃からきめ細やかな対応を図り、家族の安心感が高まるように取り組んでいます	
内容②	利用者の些細な変化でも家族に連絡を入れる等、日頃から家族と密な連携を図っています。ホームでは年2回家族会を開催していますが、家族の参加率も高く、年間行事の日程について家族の意見も確認しながら、6月の家族会の中で行事開催日を決定しています。行事への家族の参加率が高いことで、利用者も家族と楽しい時間を過ごすことができています。今年度の家族アンケートの結果からも日頃のホームの取り組みに対する肯定的な意見が多く寄せられています。日頃からきめ細やかな対応を図り、家族の安心感が高まるよう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③		
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③	終の棲家として最期まで住み慣れた環境で過ごしたいとの要望に応えています	
内容③	開設以来ホームでは、終の棲家として最期まで住み慣れた環境で過ごしたいとの要望に応え、終末期のケアに対応していく事をホームの基本方針としています。職員にもホームの方針を的確に伝え、終末期のケアの心得を共有するほか、併設施設との合同研修でも看取りをテーマとした研修を通じて、繰り返しホームの方針や職員の心構えを伝えています。家族にも、「重度化対応・終末期ケア対応指針」について丁寧にホームの方針を伝えています。利用者の状態の転換期ごとに話し合いを持ちながら、終末期ケアの方向性を関係職員と共に決定しています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者は重度化傾向にありますが、季節感を感じて頂く工夫やできる限り生活への参加を促し役割を持ち生活が送れるように支援しています
	内容	利用者一人ひとりには思い通りの生活スタイルがあり、個々のライフスタイルを出来る限り尊重していくことをホーム全体で大切にしています。現状利用者は重度化傾向にありますが、季節行事の実施やホーム内の装飾を工夫し季節感が味わえるように工夫を図ったり、併設施設との合同行事を通じて生活の活性化を図っています。日常の生活の中でも食材の買い物同行や消毒用に使っている強酸性水を職員と一緒に汲みに行くなど生活への参加を出来る限り促しています。重度化を迎えても役割を持ち生活が送れるように職員が一丸となり取り組んでいます。
2	タイトル	併設施設との合同研修会の定例化や委員会活動への参加を通じて、情報交換や考え方などを共有する機会が増えています
	内容	職員の知識や技術の向上及び職員間のチームワーク、連携強化を目指し、今年度から併設の特別養護老人ホームとの合同研修を2ヶ月に一度実施しています。研修では身体拘束・虐待について、看取り・事故発生防止、感染症対策、認知症について等毎回テーマに沿って実施しています。今後は外部研修に参加した職員の報告会なども検討しています。研修以外にも感染症対策委員会、事故・褥瘡・拘束対策委員会に今年度からホームの職員も参加し、併設施設の職員とも情報交換や考え方などを共有する機会が増え、成功事例などを取り入れることができています。
3	タイトル	近隣地域の小中学生と交流する機会が多くあり、利用者も子ども達との交流を楽しみにしています
	内容	地域のお祭りの日には、子ども神輿がホームの前に立ち寄り、利用者と交流を図ったり、近隣の小学校から行事の招待を受け、運動会や音楽会、焼き芋、味噌づくりなどのイベントに参加をして交流を深めています。子ども達がホームに来所するケースもあり、合唱やお花のプレゼントを受けるなどホーム内でも交流できる機会を設けています。さらに中学生とも毎年恒例となった職場体験学習での交流が定着しています。利用者も子ども達との交流を楽しみにしており、地域の子ども達との交流を通じて、生活の活性化につながっています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	各種業務マニュアルの見直し時期をより明確にし、マニュアルの内容が現状に即しているか定期的に確認できると良いと考えます
	内容	業務の標準化を図るために「グループホームシルクロード鍾水マニュアル」として、ケアプランと包括的自立支援計画について、家族と共に歩むケア、基本的なケアや業務の流れを明確にしているほか、プライバシー保護や苦情事故等のマニュアルを作成しています。今後に向けては各種マニュアルで示した内容が現状の業務に即しているか等、定期的にマニュアルの内容を確認できる仕組みづくりへの期待と共に、合同研修会などで必要に応じてマニュアルを教材として活用する等、活用性についてもより高まることを期待します。
2	タイトル	利用者の日常生活動作状況や課題等を定期的に確認するために、再アセスメントを定例化を期待します
	内容	個別介護計画書の見直しの際には全職員でモニタリングを行い、ユニット会議において目標の達成状況の共有や新たな支援目標についてユニット会議で検討しています。介護職員のほか、看護職員、家族の意見も総合的に踏まえて新たな個別介護計画書を作成する流れとしています。アセスメントについてはモニタリングの結果、状態に変化が見られた際に再アセスメントを行う仕組みとしていますが、例えば長期目標終了時点において再アセスメントを定例化する等、利用者の日常生活動作状況や課題等を定期的に確認できると良いと考えます。
3	タイトル	職員個々の希望や能力に応じた個人別の育成計画を作成し、計画的に職員の育成が図られることを期待します
	内容	今年度からスタートした併設の特別養護老人ホームとの合同研修会の定例化や外部研修についても案内を掲示し参加を促しています。職員調査の自由意見からも研修機会が増えたことを評価する意見が上がっています。今後に向けては、どのような力量を身につけたいか職員との面談等を通じて確認し、職員一人ひとりの能力向上に関する意向を踏まえ、法人のキャリアパスと連動する形で個人別の育成計画の作成につなげ、個々の育成計画に基づき計画的に職員の育成が図られることを期待します。

