施設番号	
施設名	

「福祉サービス第三者評価を準用した調査」結果報告書【平成31年度(2019年度)】
(八王子市地域密着型特別養護老人ホーム運営費補助)

2019年12月8日

社会福祉法人明日檜
地域密着型特別養護老人ホーム　施設長　大塚　仁史　殿

郵便番号 140-0001

所在地 東京都品川区北品川4-7-35　御殿山トラストタワー9階

評価機関名 株式会社医療福祉経営研究所

認証評価機関番号　　機構 07 — 180

電話番号 03-5422-7938
代表者氏名 薄井　照人

以下のとおり調査を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①		福祉	H0802032
	②		経営	H0602082
	③		福祉	H1801095
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	地域密着型特別養護老人ホーム			
調査対象事業所名称	地域密着型特別養護老人ホーム　シルクロード鑓水			
事業所連絡先	郵便番号	192-0375		
	所在地	東京都八王子市鑓水117-1		
	電話番号	042-674-1710		
事業所代表者氏名	大塚　仁史			
契約日	2019 年 6 月 1 日			
利用者調査票配布日(実施日)	2019 年 7 月 12 日			
利用者調査結果報告日	2019 年 8 月 5 日			
自己評価の調査票配布日	2019 年 6 月 23 日			
自己評価結果報告日	2019 年 8 月 5 日			
訪問調査日	2019 年 8 月 6 日			
調査結果合議日	2019 年 8 月 6 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)	・聞き取り調査当日の昼食は、試食を兼ねて利用者と同じ食事を食堂で一緒にとらせていただきました。 ・本人聞き取り調査を補完する目的で滞在調査を実施しました。 ・滞在調査では、調査員が定時間施設内をラウンドし、生活や活動の様子を拝見する中で、利用者の意向を可能な範囲で把握しました。 ・職員の自己評価では、オリジナルの回答シートを用意し、階層別の評点分布だけでなく、より問題点を特定しやすいように集計結果をまとめて、事業所に報告しました。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む調査結果報告書を受け取りました。

2019年12月8日

事業者代表者氏名　施設長　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）利用者様やご家族に納得
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、単独ですばらしいケアを行っても自己満足に終わってしまうため、職員間の声かけや話合いのもとに提供する介護
イ）職員の人間的な本質の部分のやさしさ
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、充分な観察力と知識でひとり一人の利用者のケアに当たる

《事業所名：特別養護老人ホームシルクロード鑓水》

調査対象	事業者と協議し比較的コミュニケーションに支障がなく意向確認ができる18名を選定し、個別の聞き取りを実施した。対象者の内訳は男性5名、女性13名でした。
調査方法	・一人30分程度、施設内で聞き取り調査を実施。事前に施設側に対象者の特性を所定のシートにまとめていただき、参考としました。

利用者総数　29

	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数		29	29
共通評価項目による調査の有効回答者数		18	18
利用者総数に対する回答者割合（%）	0.0	62.1	62.1

利用者調査全体のコメント

・標準手法である利用者ご本人に対する聞き取り調査を実施しました。
・聞き取り調査を補完する目的で聞き取り調査の当日に合わせて滞在調査と、家族アンケートも実施しました。
・聞き取り調査当日の昼食は、給食の試食も兼ねて、利用者と同じ献立の昼食を食堂で一緒にとらせていただきました。
・滞在調査では、担当評価者がお昼を挟む一定時間、施設内をラウンドし、作業や活動の様子を拝見する中で、利用者の意向を可能な範囲で把握しました。
・総合的な事業所に対する評価は、利用者本人の聞き取り調査では「大変満足」「満足」と回答した方は83%と満足度が示されています。
・自由記述では8名の方から率直な意見が寄せられており、「みなさん良い方でね。ありがとう」「ここに初めて来た時から満足しっぱなし」など肯定的な意見が複数見られました。

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》

《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	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. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	16	2	0	0
「はい」と回答された方は89%と高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は11%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「美味しいですよ」という意見や「味も量も良い。ちょっと固いなと思う時もある」というコメントが寄せられています。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	15	1	0	2
「はい」と回答された方は83%と高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は6%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」と回答された方は11%でした。「丁寧にやってくれています」という意見や「お風呂も最高。ここは最低なものはない」というコメントが寄せられています。				
3. 施設の生活はくつろげるか	12	4	1	1
「はい」と回答された方は67%、「どちらともいえない」と回答された方は22%、「いいえ」と回答された方は6%、「無回答・非該当」と回答された方は6%でした。「テレビ見たり、散歩したり」という意見や「本を読んだりしている。たまにたいくつになることもある」というコメントが寄せられています。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	14	2	1	1
「はい」と回答された方は78%と満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は11%、「いいえ」と回答された方は6%、「無回答・非該当」と回答された方は6%でした。「どっか痛いところはないか聞いてくれます」という意見や「良くしてくれてますよ。心配してくれてます」というコメントが寄せられています。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	16	1	0	1
「はい」と回答された方は89%と高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は6%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」と回答された方は6%でした。「特別気になるところはありません」という意見や「いつも綺麗になってます」というコメントが寄せられています。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	14	3	0	1
「はい」と回答された方は78%と満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は17%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」と回答された方は6%でした。「親しみやすくて、よく話もきいてくれます」という意見や「時によっては少しありますね。慣れていければね」というコメントが寄せられています。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	14	2	0	2
「はい」と回答された方は78%と満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は11%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」と回答された方は11%でした。「看護師さんも話しやすいし、よく見てくれます」という意見や「安心　その都度、適切に対応してくれてます」というコメントが寄せられています。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	5	1	0	12
「はい」と回答された方は28%、「どちらともいえない」と回答された方は6%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」と回答された方は67%でした。「本当に感心します。みんなに気を使ってくれています」という意見や「職員もいっしょに話をしているから。トラブルにはならないよ」というコメントが寄せられています。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	15	2	0	1
「はい」と回答された方は83%と高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答された方は11%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」と回答された方は6%でした。「居心地はいいですよ」という意見や「職員さんたちは優しい」というコメントが寄せられています。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	16	0	0	2
「はい」と回答された方は89%と高い満足度が示されています。「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」と回答された方は11%でした。「それは守られてるね、個室でよかった」という意見や「職員にも自分のことを言わないから」というコメントが寄せられています。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	4	0	1	13
「はい」と回答された方は22%、「いいえ」と回答された方は6%、「無回答・非該当」と回答された方は72%でした。「ちゃんと話しています」という意見や「そういうことはよく分かりません」というコメントが寄せられています。				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	4	0	0	14
「はい」と回答された方は22%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」と回答された方は78%でした。「ちゃんと説明してくれている」という意見や「それぞれの職員からの報告を受けています」というコメントが寄せられています。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	14	3	0	1
「はい」と回答された方は78%、「どちらともいえない」と回答された方は17%、「いいえ」と回答された方は一人もいませんでした。「無回答・非該当」と回答された方は6%でした。「よくやってくれるよ。言う前にやってくれるよ。察しがいいので最高」という意見や「あまり言わまいから。遠慮しちゃいます」というコメントが寄せられています。				
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	6	1	9	2
「はい」と回答された方は33%、「どちらともいえない」と回答された方は6%、「いいえ」と回答された方は50%、「無回答・非該当」と回答された方は11%でした。「なかなか見ないよね。いますが、話をしたことはないです」という意見や「そういうのは分からない。何にも不自由してないからどうでもいいわね」というコメントが寄せられています。				

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（○○）

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（○○）

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（○○○）

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

介護のスローガンである「和の介護」が職員に定着してきました

「1.心の通い合う支援を心の通い合う仲間が提供します」「2.地域で住み慣れた生活を続けるための福祉拠点の役割を果たします」という法人理念を掲げ、その下に5つの基本方針を位置付けています。施設・事業所の運営方針として、「施設から暮らしの場に」という地域密着型特養としての家庭的な雰囲気や職員との関係構築を大事にし、「和の介護」という介護のスローガンが職員に定着してきました。今後、さらなる浸透に向けて、法人理念や「和の介護」について職員同士の考えを共有する機会を設け、互いに理解を深めていくことが期待されます。

家族の協力を仰ぎながら「施設から暮らしの場に」へ近づけられるよう取り組んでいます

年1回の家族懇談会では、日々の活動報告や第三者評価結果の報告・情報共有が中心です。事業計画書は家族にも配布され、施設の重点目標などを知ることができるツールとなっています。サービス担当者会議へは家族が必ず参加できるよう配慮されおり、家族対象の利用者調査においても、計画を作成・見直しをする際に、家族の状況や要望を聞いてくれているかという設問について、全員の方が「はい」と回答しています。運営方針である「施設から暮らしの場に」へ近づけられるよう、家族の協力を仰ぎながらケアプランの充実や組織運営を行っています。

会議体の情報共有、討議、意思決定などの機能分化の明確化が期待されます

奇数月に行われる全職員参加の職員会議、多職種が参加する合同会議、ユニットリーダー会議、ユニット会議（カンファレンス）と会議体は討議内容、参加者により階層に設定され、意思決定機関として経営層で構成される運営会議が位置付けられています。議題は事前に集約し、議事録はコピーを供覧し、職員間の周知を図っています。しかし職員会議は勉強会の要素が強くなりつつあり、会議体の中で情報共有や討議が十分に行われていない状況があります。それぞれの会議や議題の位置づけを明確にし、情報共有、討議、意思決定などの機能分化が期待されます。

2 カテゴリー2

事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行

サブカテゴリー1(2-1)

事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6／6

評価項目1

事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している

評点(○○○○○○)

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

サブカテゴリー2(2-2)

実践的な計画策定に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5／5

評価項目1

事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している

評点(○○○)

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
	福祉業界の動向や地域の状況を踏まえ中長期の方針をより具体化することが期待されます 事業計画書を作成するにあたって、職員会議やユニット会議にて職員からの意見、要望を把握するとともに、サービス担当者会議で家族の声をサービスの質の向上につなげられるようにしています。また、施設長会や介護支援専門員連絡協議会への参加、東社協、併設のグループホームの運営推進会議などから収集した情報を参考に福祉業界の動向や地域の状況を把握しています。中長期目標は設定していますが、こうした情報から法人・事業所の将来像(ありたい姿)を設定し、どういった準備が必要か中長期の方針(方向性)をより具体化することが期待されます。 事業計画書の内容とのつながりを持たせたユニット目標を毎月設定しています 事業計画書には特養と併設グループホームの共通目標として、①介護サービス、②医務サービス、③食事、④地域との関わりの4つの項目で、それぞれに中長期目標、重点目標、年度目標が設定され、それを踏まえ、各ユニットや部署ごとの行動計画に落とし込んでいます。ユニット会議や合同会議等の会議の都度報告を仰ぎ、進捗確認を行っています。また、職員にとって事業計画書が身近な存在となるよう、ユニットごとの目標に事業計画書の内容とのつながりを持たせ、ユニットの特徴や感染症が流行る季節などを踏まえ、毎月目標を設定しています。 方針を共有しやすいよう5W1Hの項目で行動計画をより具体化することが期待されます 各ユニットや部署の行動計画は前年度の取り組みを踏まえ作成してますが、行動計画の役割分担や目標(ありたい姿や数値目標)が設定されていないため4つの項目についての具体的な評価がなされておらず、進捗を評価しにくい状況にあると推察されます。例えば、「個々の心身の状況を把握し、生活していく中のニーズや要望を理解してケアサービスを提供する」ために、各ユニットや部署の誰が、いつ、どのような取り組みを行い、どういう成果を目指すかなど、法人・施設の方針(方向性)を共有しやすいよう行動計画をより具体化することが期待されます。

	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(○○)

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(○○)

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(○○)

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

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

評価項目1
透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる

評点(○○)

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

カテゴリー3の講評

「融和」「調和」「和み」からなる「和の介護」は行動指針的な位置づけです

「融和」、「調和」、「和み」で構成される「和の介護」を法人の介護のスローガンと位置づけています。「融和」は利用者との信頼関係を築く中でその人らしい生き方や必要な介護を導き出すこと、「調和」は職員が潤滑剤となってユニットで大家族のように生活できるよう支援すること、「和み」は自分のことを理解してくれる職員の存在による心落ち着く、癒される空間を提供することを目指しています。リーダー層がユニット内に掲示するなど、行動指針的に職員の意識醸成を図り、主体的な行動を後押しできるよう、今後の取り組み成果が期待されます。

面会カードの裏面、苦情相談窓口についての周知を図り、対応できるようにしています

利用者や家族からの要望や苦情については口頭で伝えられることが多く、家族と職員との関係性の良さが推察されます。何かあれば、誠意をもって対応することを心がけています。面会カードの裏面に苦情・要望について受けつけられるようにしており、玄関の事務所からは見えない場所のポストに匿名で投函できるようにしています。事業計画書の最終ページには八王子市や東京都、法人、各施設の相談・苦情受付窓口の連絡先が記載されています。事業計画書は家族会で配布、説明されているため、何かあれば外部の相談窓口を活用できることが伝えられています。

地域で存在感を発揮できるよう行事参加や広報活動から一歩進んだ取組みが期待されます

実習生や小中学校からの職場体験、ボランティアは併設グループホームと合同で受け入れています。地域公益的な取組の一環として、主任ケアマネジャーの勉強会の会場を開放したり、RUN伴に毎年参加し、他事業所とのつながりを持っています。しかし、アウトリーチ的に地域に出て福祉ニーズを拾い上げ、法人や施設が有するノウハウを生かした新たな福祉サービスの創造や提供までには至っていません。法人や施設が有するノウハウを還元できるよう、事業計画書の「地域との連携による各種行事参加」や「広報活動」から一歩進んだ取組実践が期待されます。

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 5／5

評価項目1
事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる

評点(OOOOO)

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(OOOO)

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

通年で感染症を外から持ち込まないよう手洗い場での手洗い、うがいを徹底させています

施設では来所者に対して、必ず玄関にある手洗い場での手洗い、うがいを徹底させ、通年で感染症を外から持ち込まないよう取り組んでいます。毎月行っている避難訓練では、夜勤帯の職員配置を想定した初期消火訓練を行ったり、消防署を招いた消火訓練やAEDの使い方の訓練を受け、万が一に備えています。現在、事業継続計画(BCP)の作成はありませんが、災害時の非常食備蓄についてのさらなる充足に取り組んだり、プロパンガスを活用した火の元を確保したり、帰宅困難者指針を作成し、組織的な対応ができるよう準備を進めている状況です。

再発防止策の評価・検証を行うことが期待されます

「その日、その場で事例をたくさん書いてみんなで情報を共有することが重要」という目的をもって、所定の様式にて、日々の業務の中での職員の気づきを集約していますが、事故褥瘡拘束防止委員会では事故やヒヤリハットの報告が中心となっており予防策を講じるまでには活用できていないと経営層は捉えています。事故報告書には事故の詳細を記載するとともに、再発防止策を記載しています。ただし、その再発防止策の評価は行われていない状況ですので、事故・褥瘡・拘束防止委員会の議題として、2～3か月後の評価・検証を行うことが期待されます。

情報漏洩を防止するためのアクセス制限や施錠できる書庫で個人情報を管理しています

機密性の高い情報は職務に応じて使用できるパソコンを制限し、ネットワークフォルダにパスワードを設定し、アクセス制限をかけて管理しています。個人情報は外部へ持ち出さないよう配慮し、紙媒体の情報はユニットごとに施錠できる書庫で管理しています。ほとんどの書類はサーバーで管理し、バックアップを取って、不測の事態に備えています。

	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(○○)

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(○●●●)

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(○○○○)

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(○○○)

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

カテゴリー5の講評

キャリア形成や能力開発に向けた個人の育成計画の策定が期待されます

職員のキャリア形成や能力開発の指針であるキャリアパスは作成していますが、実態に即した運用に課題を残しています。今年度、リーダー会議にて、KJ法を用いて、リーダー業務やリーダー像の認識を図ったり、経営層とリーダー層が話し合う機会を設け、共通認識を図りました。個別面談を通して、個人の目標設定は行っていますが、職層に応じて求められる目標レベルと連動していない状況があります。今後、実態に即した職員に対する期待人材像や求められる能力、資格などを見直し、個人のキャリア形成や能力開発に向けた育成計画の策定が期待されます。

内外部研修の受講や各委員会活動を通して、職員の専門性の向上に取り組んでいます

可能な限り、積極的に職員を外部研修に派遣して、おり、受講後にレポートを作成し、回覧や研修時に報告し、個人の学びを組織の学びに生かせるように取り組んでいます。内部研修として、働き方改革や身体拘束・虐待防止、看取り介護、事故発生防止、感染症対策などのテーマで行っています。また防災、事故・褥瘡・拘束対策、感染症対策、給食、広報の5つの委員会を通じて、それぞれの専門性を高め、気づきを通して、サービスの質の向上に向けて取り組んでいます。

働き方改革を見据え、働き甲斐を感じられる職場環境改善や雇用形態の見直しました

業界全体での人材不足の影響は当法人・施設にも及んでおり、定着率は年々低下傾向となっています。その流れを食い止めるため、職員が長く安定して就労できるよう、①ビジョンを描いて介護の魅力を感じられるようにします、②学ぶ機会をもって丁寧に育てていきます、③給料はできるだけ高くします、④休みもできる限りとれるようにします、⑤労働環境の改善に取り組むことが、事業計画書に謳われています。また、今年度から就業規則の変更に伴い、常勤および非常勤の区分を変更し、労働条件や役割に応じて、正規職員、非正規職員に見直しました。

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)

法人の共通目標として、①介護サービスの提供を設定し、重点目標として「人材育成によるサービスの質の向上」「職員チームワークと他部署との連携」の2つを位置付けています。施設の方針を理解し、協働するユニットおよび他部署との連携が重要ではあるが、出来ていない・機能していない部分があった。
そのため、副施設長を中心にユニット・多職種が共同して業務の調整や統一化を図り、職域を超えた議論が行えるよう着手した。
介護、医務、栄養が一体となり、利用者一人ひとりの状態に合わせたケアを実践することが出来た。しかし、お互いの専門性がぶつかり合い、業務のなすりつけが生じ、退職者が出る事態にまで発展した。

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

今年度も継続して、2つの重点目標を設定し取り組んでいます。
今年度は経営層とリーダー層が話し合う機会を意図的に多く設け、経営層の考えを、きちんとリーダー層にも伝えられるようにし、共通認識を深めることが出来ました。
また、ユニット会議に副施設長が参加し、現場の意見や要望、困っていることをタイムリーにくみ取り、スピード感を持って対応できるよう努めました。
さらに働き方改革を見据え、働き甲斐を感じられる職場環境の改善や雇用形態の見直しを図るなど、組織の新陳代謝を進めながら、法人として、施設として目指すサービス提供に向けて取り組んでいます。

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動（評価機関によるまとめ）

職員不足やユニット間の情報共有を強化することで、2名体制の取れないユニットへの応援が可能な人材の育成を行いました。情報共有は一斉メールで周知する仕組みとしたことで、機械浴（シャワー浴層）は各ユニットの職員が協働で介助を行う場合でも、他ユニットの利用者の状態などを事前の情報を理解したうえで介助することが出来るため、インシデントや事故を最小限に抑えることが出来ています。
しかし、ユニットリーダーなどのリーダー層以上の理解は得られているものの、新任や経験年数の浅い職員のさらなる理解、周知が課題となっている。

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

引き続き、重点目標に「人材育成によるサービスの質の向上」と「職員チームワークと他部署との連携」を掲げ取り組んでいます。今後の目標としては、職員の職層に対する到達目標や研修体系を整備し、より現実的な人材育成の体系づくりの必要性について、経営層は課題として捉えています。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目（カテゴリー6-1～3、6-5～6）

No.	共通評価項目

サブカテゴリー1

1 サービス情報の提供　　サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4／4

評価項目1
利用希望者等に対してサービスの情報を提供している　　評点（○○○○）

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している	○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

サブカテゴリー1の講評

広報委員会を発足して季刊誌を企画・作製しイベントの様子を分かりやすく示しています

季刊誌は年に2回、1000部作製し、地域のクリニックや病院、居宅支援事業所、介護老人保健施設、包括支援センター、学校や見学者などに配布しています。今年より広報委員会を発足して企画・作製しており、職員の意見も取り入れ写真も多く掲載するように変更し、各月のイベントや取り組みの様子などをカラーで分かりやすく示しています。見学者に対して季刊誌2回分とパンフレットを渡すことによって、施設の一年の流れを理解しやすいように工夫しています。

介護支援専門員連絡協議会での活動に積極的に参加して、施設の情報提供をしています

介護支援専門員連絡協議会での活動に積極的に参加して、施設の情報提供をし、他施設とのつながりをもって連携できるように取り組んでいます。理事会では各施設の情報交換などを行っており、ブロック会では主任介護支援専門員である当施設のケアマネジャー参加し、在宅の介護支援専門員とも関りを持つことができるため施設について情報を提供する機会につなげています。また、ブロック会を当施設内で行うことによって、直接施設に来てもらうことができ、施設についてより知ってもらう機会になっています。

見学者に対して施設の説明をするとともに利用希望者の状況を聞き相談にも応じています

見学者の対応について、日時を決めて実施しています。お昼の食事の時間は、利用者のプライバシーを考慮して見学を実施しないようにし、それ以外の時間で受けるようにしています。見学者への対応において、特別養護老人ホームや当施設についてパンフレットや季刊誌を渡して説明をするとともに、利用希望者の現在の状況や希望を聞き寄り添った対応を行っています。すぐに入所を希望されている場合で必要に応じて他の施設を紹介するなどの相談にも応じています。

2	サブカテゴリー2		
	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	6／6

評価項目1
サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている

評点（○○○）

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（○○○）

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

利用者情報は介護、医務スタッフと共有し、利用者を迎え入れる準備が行われています

入所にあたり、あらかじめ入所前に見学に来ていたこととしています。これから利用者の住まいとなる場所を見ていただき入所日に備えていただきます。この日に生活歴の聞き取りなどを行うための面談も実施しています。利用者の身体的状態だけではなく、今までの生活環境や家族の意向や希望を把握しています。入所前は来所いただくだけではなく、状況に応じて関係機関より樹生報提供を受けた認定調査の情報をもとに訪問することもあります。利用者情報は介護、医務スタッフと共有し、利用者を迎え入れる準備が行われています。

入所日の様子を観察し、職員の見解を参考にして作成したケアプランを提示しています

利用者に関する情報はアセスメントシートに集約しています。基本台帳、傷病関係、日常生活動作、嗜好カルテの4項目に細分化して利用者の状態を把握しています。アセスメントを医務とユニット職員で共有し、想定されるリスクを確認し、ケアプラン作成の参考にしています。入所の面談等にて把握した利用者や家族の希望やアセスメントシート等の情報から、入所日には総合的な支援方法を記載したケアプランの第1表を作成して受け入れています。入所日の様子を踏まえ1週間後にケアプランの第2、3表を作成してケアの方向性を決めて同意を得ています。

入所日は午前中に来所いただき、昼食時から他の利用者と一緒に過ごしています

入所日は午前中に来所いただき、昼食時から他の利用者と一緒に過ごしていただけるようにしています。昼食時には他の利用者に新規利用者を紹介して、ユニット全体で新規利用者を歓迎しています。昼食時の様子や排泄の状態などを職員は観察して「今」の状態を把握するよう努めています。この取り組みは、慣れない環境の中での生活が始まるため、入所初日にできるだけ長い時間、新たな生活の場に居ることで、利用者が夜の不穏な状態になることが軽減されるようにとの意図があります。利用者への配慮ある取り組みです。

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（○○○）

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施設サービス計画を作成している

評点（○○○）

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たうえで、必要に応じて見直している	○非該当
◉あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のし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（○○）

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（○○）

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

ケアプランは利用者に関わる様々な方からの視点を取り入れ検証しています

ケアプランの見直しにあたり、半年ごとに「ケアプラン確認票」でモニタリングを実施しています。「ケアプラン確認票」には、アセスメント表の基本台帳、傷病関係、日常生活動作、嗜好カルテのほか、ケアプラン、日課計画表について、医務、ユニット職員が見直しを行うこととしています。変更点は赤字で記載し、家族と協議したい内容については「家族協議」、施設内で統一したいことは「施設統一」と記載して職員間での周知を図っています。ケアマネジャーの視点だけではなく職員、家族など利用者に関わる様々な方からの視点を取り入れ検証しています。

サービス担当者会議の家族参加率はほぼ100%という実績があります

サービス担当者会議は、家族の予定とユニットリーダーの出勤日を優先して、ケアマネジャーが日程調整し、開催しています。入所時の説明の際、サービス担当者会議には家族の出席をお願いしていることを必ず伝えており、ほぼ参加率100%という実績があります。家族の元を離れて新しい生活を始めた利用者がいない今の生活が当たり前になってしまうのではなく利用者への関心が薄れていかないよう家族と現状を共有していきたいという施設の意図があります。「利用者様やご家族に納得していただけるサービスを提供します」と掲げた方針を実践しています。

週間予定表の見直しに必要な項目が個別ケース記録で網羅されています

利用者の一日の様子は、「個別ケース記録」に記載しています。定時薬、食事、排泄、点眼、体位交換、尿量、入浴状況、リネン交換、バイタル、処置、整容、注意事項、検討事項が記録されており、利用者の一日の健康状態等を一目で把握できるようになっており、しかも1ページで1週間分の記録がなされていることから、前日の様子なども把握しながら確認することが可能です。利用者の週間予定表を特に家族には理解いただくようケアマネジャーは伝えており、週間予定表の見直しに必要な項目がこの個別ケース記録で網羅されています。

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（OOO）

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生じた場合には、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（OO）

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

他の利用者から見られないようにカーテンや手提げカゴを使用して対応しています

入浴介助の際は、なるべく同性介助になるように配慮した対応をとっています。異性の職員に介助されることに抵抗を感じている利用者がいた際には、時間をかけて本人と話し合い、どのように対応すればよいか考え、タオルをかけて隠すことにより納得してもらうことができました。排泄介助において、オムツの交換後の排泄物が他の利用者に見えないように、手提げカゴを使用して、羞恥心に配慮した対応をしています。大きい車いすの方など、トイレが狭くドアが占められない場合は、カーテンで対応し見えないように気を付けています。

一人ひとりの意見を聞き、一緒に考えながらどのように対応するべきか決めています

利用者の意思を尊重するために、一対一で話してくる時は何か要望などがあるため、見逃さずに必ず話を聞くようにしています。行事なども無理やり参加させるようなことはせずに、参加したい行事のみ参加してもらうように心がけています。本人の意思をできるだけ尊重し、嚥下機能の低下により、食べられるものが制限される場合などは食べることができるもので工夫して代替した対応をしています。一人ひとりの考えや意見を聞き、一緒に考えながらどのように対応するべきか決めています。

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 4／5

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（○○○）

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（○●）

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

今年の4月よりマニュアル係を選出し、マニュアルを改変する取り組みを始めています

防災委員会、事故褥瘡拘束委員会、感染症対策委員会、給食委員会などの各委員会ごとにマニュアルを作成し、制度の改変などの時期に合わせて、その都度更新しています。また、今年の4月よりマニュアル係を選出し、マニュアルの内容について不備がないか話し合い、必要に応じて各委員会に再振り分けを行い、改変するように働きかける取り組みを始めています。隣接するグループホームと合同で感染症予防など共通する部分はマニュアル係が連携していくことが期待されます。

職員がモデルとなって利用者の目線で、支援の受け方を体験する取り組みを行っています

職員会議時に手順書の見直しを兼ねて、職員がモデルとなって実際に利用者の立場の目線で、触られ方や羞恥心などについて支援の受け方を体験する取り組みを行っています。必要な研修について職員に聞き取りを行い、利用者の安全確保や状態把握は必須であり危険な部分も多いため入浴介助について研修を行うことになりました。実際に浴室内で行い、マニュアルの通りでよいのか確認し、利用者の目線に立ったマニュアルに改変する取り組みにつながっています。

アンケート調査や面談を実施して実際の支援や手順書の見直しに取り入れています

利用者、家族や職員の意見を実際の支援や手順書の見直しに取り入れるために、アンケート調査や面談を実施しています。嗜好調査などのアンケート調査を家族会で発表できるように年に1度行っています。また、職員についても少なくとも年に1回は面談を実施して普段考えていることを伝える機会を設けており、メンタルヘルスの関係など何かあればその都度行っています。また、新入職員に対しては、試用期間を設けて一カ月ごとに面談をしながら本採用に向けてお互いに意見を交換をしています。

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	43／43

1 評価項目1

施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている

評点（○○○）

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

各ユニットにて月のケア目標を設定し、利用者に向き合う工夫をしています

利用者が日々の生活の中で「どうしたいか？」いうことに着目して、利用者の意向を把握するよう職員は努めています。各ユニットにて月のケア目標を設定し、利用者個々のケアに取り組みながらも、ユニット全体で統一した目標を持ち、利用者に向き合う工夫をしています。その中で、利用者に対するケアプランに示している短期目標に照らし合わせた援助内容については、具体性や職員への周知という面で、施設ではまだ徹底までは至らず課題と感じています。

住み慣れた環境に近づけるよう、自宅からの持ち込みなど可能な範囲で対応しています

入所前に生活相談員が利用者の自宅等に訪問し、入所後の生活についての希望や今までの生活環境について把握し、ケアプランに反映しています。利用者の居室内も住み慣れた環境に近づけるよう、自宅からの持ち込みなど可能な範囲で対応しています。利用者の居室にはご家族の写真やテレビの設置など、利用者が自分の時間をゆったり過ごすことができるような環境が整えられています。利用者調査においても、「部屋でのんびり過ごしています。」などの声もあり、ユニット型で個室であることから自分なりの楽しみ方を見つけて過ごしています。

多職種が参加して利用者に対するケアの状況等を共有できるよう取り組んでいます

利用者の日々のケアは各ユニットにおいてユニットリーダーを中心に行うこととしており、利用者の状況等はユニット会議にて前月検討した内容の確認から始まり前回からの気になる点も出し合いユニット内の職員で検討しています。生活相談員がケアマネジャーも兼務しており、家族とのパイプ役を担い、サービス担当者会議を開催する際はユニットリーダーの勤務日と家族が来訪できる日にちを調整し、多職種が参加して利用者に対するケアの状況等を共有できるよう取り組んでいます。

2 評価項目2

食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点（○○○）

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

職員が統一した状況で利用者への食事提供ができるよう丁寧な仕組みを整えています

利用者一人ひとりの食形態や禁止食、嗜好などを記載した喫食状況表を作成しています。この喫食状況表は、トロミをつけて提供する際のトロミの固さまで記載しており、職員が統一した状況で利用者への食事提供ができるよう丁寧な仕組みを整えています。このため、日々の食事提供において利用者に適した配膳が行えていることで残菜も少なく効果が表れています。各ユニットから選出した給食委員を中心に年4回、利用者の状態に即した食事提供が行えるよう喫食状況表の見直しも含め、協議しています。

食形態は利用者に対して一番良い状態で提供できるよう取り組んでいます

利用者に提供する食形態は、常食、一口大、刻み、極刻み、ミキサーで対応しています。これらの食形態は配膳する際に職員が対応しているため、ばらつきが生じないよう基準の大きさなどを写真で示すなど工夫しています。食形態に変更がある場合は食事箋を栄養士に提出し、栄養士は喫食状況表を修正して食事箋とセットにしてユニット内で回覧し共有しています。月1回開催している栄養会議にてトロミ剤の作り方やおかゆの状態を均等にするために炊飯の仕方等を確認しており、利用者に対して一番良い状態で提供できるよう取り組んでいます。

利用者一人ひとりの栄養状態等を多職種で確認しあい対応しています

医務、栄養士等は昼食時など各ユニットに入り、直接利用者の喫食状況を確認しています。医務は利用者の嚥下状態も確認でき、栄養士等は利用者の嗜好も含め、残菜状況を把握できるため、利用者の変化などに迅速に対応できる状態が作られています。また、利用者の身長・体重・腹囲を計測し、一人ひとりのBMI（体格指数）を把握して栄養状態の確認を行っています。BMIが基準値を超えた場合、下回る場合など必要に応じて栄養補助食品も活用しながら利用者に対して適切なケアを提供できるよう多職種で確認しあい対応しています。

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（○○○○）

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

嗜好調査などで把握した利用者の希望を献立に反映して提供しています

嗜好調査を年2回行い、味、量、希望するメニューなど利用者から聞き取りして希望を把握しています。この結果は献立に反映するよう努めています。また、利用者の誕生日には可能な限り好きなメニューを提供するようにしており、本人にとっても良いプレゼントとなっていると推察されます。献立表は利用者に渡していますが、利用者の希望を取り入れたリクエストメニューであることなどは記載されていません。記載し伝えておくことで利用者が食に対する興味、関心を高めることも期待できます。今後の工夫も期待されます。

自宅で食事をしているような環境を提供できるよう取り組んでいます

食事提供に使用している食器は陶器を使用し、箸、お茶碗、湯のみなどは利用者個々に準備したものを使用しています。共同生活ではありますが、自宅で食事をしているような環境で食事ができるよう、食事の時間を施設では大切にとらえています。そのため、見学者の受け入れ時間も利用者の食事時間は避けて対応するようにしています。食事時間は利用者の状態に応じて対応していますが、昼食時間はみなで一緒に「いただきます。」の挨拶から始めて食事時間を共有するようにしています。共同生活であるが故に楽しい時間となるよう意図しています。

食事時間中は食事に集中できるよう環境を整えています

朝食の時間で職員配置の関係でヘルプが必要と思われるユニットに調理のパート職員が入り、利用者と一緒に朝食をとっています。食事の盛り付けは各ユニットで行われているため、食事の匂いを感じながらそれぞれの席で配膳を待っています。食事時間中はテレビを消して音楽を流し、食事に集中できるよう環境を整えています。今後の取り組みとして、より利用者が食事を楽しみにしていただけるよう、選択食の導入も検討したいと考えています。

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（○○○○）

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

入浴は誘導から入浴、着替えまで基本的にマンツーマンで行っています

利用者の身体状態に合わせて、個浴である一般浴もしくはシャワーバスにて入浴が行われ、入浴の時間帯は利用者の希望に合わせて実施しています。入浴は誘導から入浴、着替えまで基本的にマンツーマンで行っており、万が一、拒否が見受けられた場合も無理強いすることなく対応しています。特に個浴での対応は、利用者と職員がゆっくり会話ができる時間と捉えており、利用者の話を聞くことを大切にしています。シャワーバスでの入浴となる利用者の時間的ゆとりが個浴に比べると厳しく改善課題と職員は捉えています。

同性介助を求める利用者の気持ち等を考慮し、対応しています

入浴時の介助で同性介助を希望する方については、その日の人員配置の問題もあり必ずしも希望通りの対応ができないこともあるため、利用者本人と家族と話し合いなるべく配慮するよう心がけています。シャワーバスでの入浴の際は、タオルを体にしっかりとかけて利用者の羞恥心へ配慮したうえで実施するよう、同性介助を求める利用者の気持ち等を考慮することを職員間で確認しました。施設側の職員配置の都合で済ませるのではなく、利用者の気持ちを理解して対応するよう心がけています。

利用者がまた入りたいと思えるような入浴時間となるよう取り組んでいます

入浴時は利用者の全身をチェックし、身体状態に変化がないかなど確認しています。入浴は身体の清潔保持のためだけではなく、気持ちよくリラックスした時間となるよう一緒に会話をしたり、入浴があまり好きではなかった利用者がスムーズに入れるよう音楽を流すなど工夫しています。しょうぶ湯やゆず湯など季節を感じる変わり湯や、入浴剤を使用するなど、利用者がまた入りたいと思えるような入浴時間となるよう取り組んでいます。

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（○○○○）

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

可能な限りトイレで便座に座り排泄できるよう取り組んでいます

利用者の身体状態を把握したうえで、可能な限りトイレで便座に座り排泄できるよう取り組んでいます。そのための水分摂取量を確保するために、日中などに提供する飲み物は利用者が好きなものを飲んでいただくようにしています。また、食事やおやつの時間など決まった時間での提供だけではなく、利用者に声をかけていつでも水分を摂取できるよう促しています。飲み物だけではなくゼリーでの提供も行われており、利用者の自然排泄につながるよう取り組んでいます。

排泄パターンを色分けして個別ケース記録に記載し職員が確認できるようにしています

利用者個々の排泄パターンを把握して適切な介助ができるよう、排泄パターンを色分けして個別ケース記録に記載し職員が確認できるようにしています。おむつを使用している利用者も、日中はトイレに座っていただく機会を作りトイレでの排泄ができるよう取り組んでいます。設置しているトイレの広さが十分確保できてないため、介助している際の様子が外に見えないよう扉の内側にカーテンをつけており配慮があります。また、おむつ交換時も手提げのかごを使用して排泄物が見えないよう工夫しています。

6 評価項目6
移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点（○○○）

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

施設内の移動は、自分で行きたいところに行けるよう移動方法を検討しています

施設内の移動は、自分で行きたいところに行く、自分でできるところまではしていただくことを基本として、利用者本人の希望や家族の意向を踏まえた上で移動方法を検討しています。車イスで自走する際、利用者がアームレストをあげてしまうこともあるため、カバーで保護するなど安全に使用できるよう対応しています。安全面を考慮してはいますが、利用者にアザができていることもあり、ポジショニングなどの検証の必要性も職員は課題と感じています。

ストレッチャーからの移乗実体験は、介助時の利用者の気持ちを知る機会となりました

利用者の移乗は身体状態等を確認しながら、時には2人介助で行う、スライディングボードを使用するなど利用者の安全確保とともに職員の腰痛予防も含め、取り組んでいます。入浴時、ストレッチャーからスライディングボードを使用しての移乗方法について、講師を招いて勉強する機会を設けました。移乗する際の速度によっても「こわい」と感じることがあるなど、職員は実体験を通して介助を受ける利用者の気持ちを知る良い機会となりました。

車イスの点検は利用者が安心かつ気持ちよく使用することができるよう確認しています。

利用者が使用する車イスなどは、各ユニットで管理しています。週1回または月1回など各ユニットで掃除の日を決めて、タイヤの空気圧やブレーキの状態、汚れなどをチェックしています。車イスは利用者の移動手段の一つであることから、利用者が安心かつ気持ちよく使用することができるよう確認しています。車イスの点検、清掃はボランティアが行ってくれることもあり、職員以外のチェック体制の構築にもつながっています。

7 評価項目7

利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている

評点(○○○○)

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いかす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

楽しく生活することが暮らしの中のリハビリとなるよう取り組んでいます

施設では生活のすべてをリハビリと捉えており、利用者に無理強いするのではなく、楽しく生活することが暮らしの中のリハビリとなるよう取り組んでいます。生活の中でのリハビリであることから、利用者がストレスを感じるようなアプローチをするのではなく、利用者のニーズを見極めて促すようにしています。足の広げ方、歩き方を見てこうしようかなど、利用者とも確認しながら取り組んでいます。

五感を刺激することも利用者にとってのリハビリになると捉え介助しています

機能訓練指導員は、家の中でできることを中心に利用者が体を動かす機会を設けています。ラジオ体操の音楽を流すとリズムに合わせて自分で体を動かす、膝を少しさすって動かすなど、ちょっとした動作を引き出すことができるようさりげなくリハビリにつなげています。五感を刺激することも利用者にとってのリハビリになると機能訓練指導員は捉えており、食事の際もスプーンを持つ手に職員の手を添えて口に持っていく動作を手助けすることで自分で食べる喜びを感じていただくなど、過度な介助にならないよう利用者の持つ力を信じて関わっています。

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しくみを整えている	○非該当
◉あり ○なし	3. 利用者の状態に応じ、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行っているか、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

様々な医療機関と手厚い協力体制を構築しています

当施設は5つの医療機関が嘱託医とて連携しており、手厚い協力体制を構築しています。歯科については月2～3回来訪し3ヶ月に1回、口腔内の検査も行っています。精神科医は月2回、泌尿器科は月1回と利用者の様々な症状に対応できる状況にあります。医療機関との太いパイプは、家族にとっても職員にとっても心強い環境です。その他、整形外科や皮膚科なども対応いただける環境があり、医療機関に対する当施設の存在を発信しつづけてきた一つの成果と推察されます。

薬局の協力のもと利用者の服薬情報をまとめた一覧表を見ながら看護師がチェックします

利用者の服薬管理が看護師を中心に行っています。地域の薬局の協力もあり、利用者の薬は1週間ごとに所定の場所に薬局の方がユニットごとに一人ずつセットしてくれています。その際、服薬不要のところには敢えてクッションを入れていただけるよう看護師からの要望にも応えてくれています。セットされた薬は、利用者の服薬情報をまとめた一覧表を見ながら看護師がチェックします。ユニットでも配薬前チェックを行い、与薬時、片付けの際に再度チェックを行い、服薬に関する管理を徹底しています。

看取り後は職員がその時に抱いた自分の感情を整理する機会を設けています

看取りに対する取り組みは当法人の特徴であり、看取りに対する姿勢、取り組み方法、家族に知っておいてほしいことを契約時に家族に伝え、その日を迎える時への準備を行っています。終末期を迎えた利用者に対するケアがこれまで看護師を中心に行っていましたが、最期の時を迎えた際の「お食い締め」は家族にお願いすることにしました。家族が最期に旅立ちの送りだしをすることで一緒に看取りを経験することができています。看取り後は、「看取り介護実施に関する職員アンケート」を実施しその時に抱いた自分の感情を整理する機会を設けています。

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（○○○）

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

モーニングケアは基本的に全員を対象に行っており個々に合わせた整容が行われています

更衣支援については、利用者の身体状況や要望に応じて実施しています。モーニングケアは基本的に全員を対象に行っており、共同生活の場である施設内で気持ちのよい時間を過ごすことができるよう支援しています。整容を行う場所は居室になりますが、人によっては違う場所で行うこともあり、個別対応がなされています。個人用のブラシや寝ぐせ直し剤を使用して身なりを整えます。有料ではありますが、毎月1回、カットボランティアも来訪し利用者も活用しています。

本人が納得して眠りにつくことで、安定した睡眠につながるよう対応しています

毎日の生活が利用者のペースに合わせた生活リズムとなるよう支援しています。就寝時間はそれぞれのペースですが、リビングでテレビを見ている方などは、例えば「野球中継が終わってから寝る。」など、本人が納得して眠りにつくことで、安定した睡眠につながるよう対応しています。今までの生活リズムで昼夜逆転の利用者や、夜、起きていることで職員を独り占めできるという方もあり、本人の気持ちも理解しながらもそれぞれ過度にならないよう配慮しながら対応しています。

10 評価項目10
利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている

評点（○○○○）

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

利用者の居室、ユニット内と生活環境を整えることに注力しています

入所時の面談の際、家族に対して、「利用者の個室は今まで暮らしてきた部屋と同じような環境になるようにしてください。」とお願いしています。着なくても洋服をたたんで置いておくことで安心したり、昔書道をしていた方が自分の作品を壁に貼ったり、家族の写真を飾るなど、ユニットで個室という利点を生かし、それぞれのプライバシーを確保し、利用者が穏やかに過ごすことができるよう取り組んでいます。ユニット内も季節を感じることができるよう室内装飾の担当を配置して取り組むなど、利用者の生活環境を整えることに注力しています。

大きな行事も普段の生活も利用者一人ひとりが楽しめる時間になるよう取り組んでいます

当施設の3大行事である、納涼祭、敬老会、餅つきは、家族も参加する恒例行事で毎年盛大に行うことができています。また、2ヶ月に1回、ユニット合同レクリエーションも実施しており、七夕の時はお茶を飲みながら短冊を書くなど楽しみました。ユニット内でおやつをいただきますが、それぞれの担当が利用者の好みに合わせておやつを見つくろい提供しています。普段の何気ない時間も特別な時間もそれぞれ利用者一人ひとりが楽しめる時間になるよう取り組んでいます。

利用者の気持ちを尊重しながら可能な限り対応できるよう努めています

職員配置は担当ユニットを決めて、利用者との関係性を作りやすくなるような環境となっています。リビングで洗濯物をたたむお手伝いをしていただく方、外気浴は積極的に行うなど利用者への個別対応がなされています。喫煙習慣のある利用者も、「たばこが吸いたい。」という気持ちが離床につながると判断した場合は可能な限り対応します。どうしても職員が介護度の高い方に時間を取られてしまうことがありますが、動ける方が我慢することなく楽しむことが必要と職員は考えており、検討課題と捉えています。

11 評価項目11
地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

評点（○○○）

評価	標準項目	
◉あり　○なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	○非該当
◉あり　○なし	2. 利用者が地域の一員として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている	○非該当
◉あり　○なし	3. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当

評価項目11の講評

季節ごとの外出行事の企画や利用者のニーズに応える個別外出も実施しています

施設で行う行事は年間計画を作成して実施しており、その中で季節ごとに外出行事を取り入れています。春は市内の川沿いで泳ぐ鯉のぼりの見学に出かけたり、隣接する同法人経営のグループホームの方々と一緒に近隣の小学校などの行事見学や、地域行事など、地域の中に出かけていく機会を設けています。今後の予定としては、利用者と一緒におやつを買いに行くことや、新年を迎えたら初詣に行くなどの企画もしています。また、小グループでの行動だけではなく個別外出も実施しており、利用者個々のニーズにも応えています。

施設内での地域の方々とのふれあいは利用者の楽しみの一つです

毎年春に行われている地域内の神社で実施しているお祭りでは、子ども神輿が施設に立ち寄ってくれています。利用者はこの施設で暮らす住民として、子どもたちを総出で出迎えています。子どもたちとの触れ合いは利用者の楽しみの一つです。また、地域の相談あんしんセンターとの連携で、ユニットに来訪され、利用者と一緒に昼食を取り交流する企画も実施しています。外に出向くことが難しい利用者にとって、施設内での交流機会はここで生活しているからこそ実現でき、良い刺激になっていると推察されます。今後も継続していくことが期待されます。

12 評価項目12
施設と家族との交流・連携を図っている

評点（○○○）

評価	標準項目	
◉あり　○なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○非該当
◉あり　○なし	2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している	○非該当
◉あり　○なし	3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している	○非該当

評価項目12の講評

行事には多くの家族が参加され利用者や施設内の状況を知る機会となっています

利用者の生活の様子は半年ごとに発行している広報誌に掲載している多くの写真からもうかがい知ることができます。また、敬老会の行事に合わせて開催している家族会で施設長から様々な報告がなされています。施設の3大行事には多くの家族が参加され、一緒にその時を過ごすことで利用者や施設内の状況を知る機会となっています。家族が施設に足を運びやすくなるよう行事を活用し、利用者と家族、家族同士、職員と、利用者を取り巻く多くの方々との良好な関係構築となるよう取り組んでいます。

離れていてもともに利用者を支えていけるよう家族との連携を大切にしています

各ユニットに直通電話が設置されており家族がいつでも連絡できる環境があります。利用者のケアプラン作成、見直しにあたり開催するサービス担当者会議は、家族の予定を優先して日程調整し、利用者の現状把握と家族の希望を把握して、利用者の介護に対する方向性を共有しています。また、利用者の日々に様子を写した写真を居室に設置した箱に入れており、家族が面会に来た時に持ち帰れるようにしています。敬老会の時には1年分の利用者の写真を収めたCDも渡しています。離れていてもともに利用者を支えていけるよう家族との連携を大切にしています。

家族の声を受け止め施設での看取り介護のさらなる向上を目指しています

施設では看取りに対する方針を丁寧にまとめた「看取り対応マニュアル」を作成しています。家族に対しても丁寧に看取り介護の内容や家族としての心構えを説明しており、家族の「その時の気持ち」を大切にしていることも伝えています。看取り介護実施後は、「看取り介護実施に関するアンケート」として、職員の対応、医療・看護体制、介護サービス、設備・環境、看取り介護全体について、家族の意見をいただいています。家族からの言葉を真摯に受け止め、施設が大切に取り組んでいる看取り介護のさらなる向上を目指しています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-6-1	手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている
タイトル①	「心の通い合う支援」の実現に向けて、利用者支援を体験する取り組みを行っています	
内容①	職員会議時に手順書の見直しを兼ねて、職員が利用者となり、触られ方や羞恥心などについて支援の受け方を体験する取り組みを行っています。必要な研修について職員に聞き取りを行い、利用者の安全確保や状態把握は必須であり危険な部分も多いため入浴介助について研修を行うことになりました。実際に浴室内で行い、マニュアルの通りでよいのか確認し、利用者の目線に立った支援に改善していく姿勢は、法人の理念である「心の通い合う支援を心の通い合う仲間が提供します」に沿った取り組みであると言えます。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-12	施設と家族との交流・連携を図っている
タイトル②	離れていてもともに利用者を支えていけるよう家族との連携を大切にしています	
内容②	各ユニットに直通電話が設置されており家族がいつでも連絡できる環境があります。利用者のケアプラン作成、見直しにあたり開催するサービス担当者会議は、家族の予定を優先して日程調整しているため、ほぼ100%の出席率となっています。利用者の現状把握と家族の希望を把握して、利用者の介護に対する方向性を共有しています。また、利用者の日々に様子を写した写真を居室に設置した箱に入れており、家族が面会に来た時に持ち帰れるようにしています。離れていてもともに利用者を支えていけるよう家族との連携を大切にしています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-8	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	様々な医療機関と手厚い協力体制を構築しています	
内容③	当施設は5つの医療機関が嘱託医とて連携しており、手厚い協力体制を構築しています。歯科については月2～3回来訪し3ヶ月に1回、口腔内の検査も行っています。精神科医は月2回、泌尿器科は月1回と利用者の様々な症状に対応できる状況にあります。医療機関との太いパイプは、家族にとっても職員にとっても心強い環境です。その他、整形外科や皮膚科なども対応いただける環境があり、医療機関に対する当施設の存在を発信しつづけてきた一つの成果と推察されます。	

《事業所名：特別養護老人ホームシルクロード鑓水》

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	普段の何気ない時間も行事などで楽しむ特別な時間も、利用者の生活を重視した「暮らしの場」となるよう取り組んでいます
	内容	利用者の居室はこれまでの生活を再現すべく、家族の写真や使い慣れたものを持ち込み落ち着いた環境で過ごせるようにしています。また、当施設の3大行事である、納涼祭、敬老会、餅つきは、家族も参加して利用者と一緒に楽しめる内容で盛大に行われています。ユニット内で企画するレクリエーションや個別のニーズに応じた外出など、普段の何気ない時間も特別な時間もそれぞれ利用者一人ひとりが楽しめる時間になるよう取り組んでいます。利用者の生活を重視した「暮らしの場」となるよう取り組んでいます。
2	タイトル	看取り後の家族の声と職員の思いを吸い上げ、看取り介護のさらなる向上を目指しています
	内容	看取りに対する取り組みは当法人の特徴であり、看取りに対する姿勢、取り組み方法、家族に知っておいてほしいことを契約時に家族に伝え、その日を迎える時への準備を行っています。終末期を迎えた利用者に対するケアがこれまで看護師を中心に行っていましたが、最期の時を迎えた際の「お食い締め」は家族にお願いすることにしました。家族が最期に旅立ちの送りだしをすることで一緒に看取りを経験することができています。看取り後は職員が抱いた自分の感情を整理する機会と看取り後の家族の声を吸い上げ看取り介護のさらなる向上を目指しています。
3	タイトル	経営層とリーダー層との対話を重ね、組織改革や法人の目指す方向性の共通認識を図り、組織の活性化やサービスの質の向上を目指しています
	内容	昨年度の課題でもあった組織改革や法人の目指す方向性などの共有について、今年度はリーダー層との対話の機会を多く設け、経営層が考えていることをリーダー層に伝え、考えさせることで、徐々に共感を得ていると経営層は評価しています。その例として、KJ法によるリーダー像の共有や介護のスローガンである「和の介護」をユニット内に掲示し、自分たちの行動指針的に活用していこうと主体的に行動する姿があります。経営層と同じ方針（方向性）や意見を持ったリーダー層の活躍により、組織の活性化やサービスの質の向上を目指しています。

No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	組織改革や法人の目指す方向性や取り組みの浸透を目指し、事業計画書等のさらなる活用が期待されます
	内容	施設が一体感を持ち組織的な取り組みを進めていくことができるよう取り組んできた結果、経営層とリーダー層の捉え方は統一されてきましたが、一般職員への浸透という点ではまだ組織全体が共感するまでには至っていないと経営層は捉えています。事業計画書の行動計画を見直すなど、組織の仕組みを活用することで職員にも分かりやすく伝えることができると推察されます。職員一人ひとりの想いを組織やサービスの高次化につなげられるよう、事業計画書や人材育成の仕組みのさらなる活用が期待されます。
2	タイトル	アウトリーチ的な地域福祉ニーズに対して、地域で法人・施設の存在感を発揮できるような地域公益的な取組実践が期待されます
	内容	併設グループホームと合同で実習生や小中学校からの職場体験、ボランティアを受け入れています。また、主任ケアマネジャーの勉強会の会場を開放したり、RUN伴に毎年参加するなど、他事業所とのつながりが持てるようにしています。しかし、アウトリーチ的に地域に出て福祉ニーズを拾い上げ、法人・施設が有するノウハウを生かした新たな福祉サービスの創造や提供までには至っていません。今後、事業計画書の「地域との連携による各種行事参加」や「広報活動」から一歩進んだ、地域で存在感を発揮できるような地域公益的な取組実践が期待されます。
3	タイトル	OJTの実践などの人材育成や、隣接するグループホームと合同で感染症予防など共通する部分の標準化を連携していくことが期待されます
	内容	積極的に職員を外部研修に派遣させたり、内部研修で様々なテーマについて取り組んでいます。また、業務の標準化としては今年の4月よりマニュアル係を選出し、内容について不備がないか話し合い、必要に応じて各委員会に改変するように働きかけています。しかし、職員一人ひとりに合わせた育成には至っていない現状があります。新入職員に対するOJTの実践などの人材育成や、隣接するグループホームと合同で感染症予防など共通する部分の標準化を連携していくことが期待されます。