

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成25年度)

25年 10月 30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

〒 273-0048

所在地 千葉県船橋市丸山2丁目10番15号

評価機関名 NPO法人 ヒューマン・ネットワーク

認証評価機関番号

機構 06 - 163

電話番号 047-404-6300

代表者氏名 吉谷 健二



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 | 吉谷 健二 | 経営 | H0306095 |
| | ② | 土井 義昭 | 福祉 | H0402065 |
| | ③ | 鈴木 京子 | 福祉 | H1101014 |
| | ④ | | | |
| | ⑤ | | | |
| | ⑥ | | | |
| 福祉サービス種別 | 指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】 | | | |
| 評価対象事業所名称 | (地域密着型介護老人施設入所者生活介護) 特別養護老人ホーム わとなーる | | | |
| 事業所連絡先 | 〒 | 133-0073 | | |
| | 所在地 | 東京都江戸川区鹿骨1-3-8 | | |
| | TEL | 03-6804-8722 | | |
| 事業所代表者氏名 | 施設長 七戸 崇 | | | |
| 契約日 | 2013年 8月 1日 | | | |
| 利用者調査票配付日(実施日) | 2013年 8月 21日 | | | |
| 利用者調査結果報告日 | 2013年 9月 9日 | | | |
| 自己評価の調査票配付日 | 2013年 8月 1日 | | | |
| 自己評価結果報告日 | 2013年 9月 9日 | | | |
| 訪問調査日 | 2013年 9月 12日 | | | |
| 評価合議日 | 2013年 9月 13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) | 当施設が理念として掲げ、実現したいと考えている事がどのように実現されているのか、組織運営の専門家と福祉現場を熟知した評価者が専門的立場で実践プロセスを丁寧に確認した。評価報告書は偏りが無いように合議の上、公平・公正な評価報告書の作成に努めた。 | | | |

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、

- ① 機構が定める部分を公表することに同意します。
- ② 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- ③ 別添の理由書により、公表には同意しません。

2013年 10月 30日

事業者代表者氏名 施設長 七戸 崇



| | |
|---|---|
| 1 | <p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)利用者・家族そして職員が「輪となって」信頼関係を築き、明るく和やかで活力ある施設づくりを目指す。 2)人としての尊厳を支えるサービスの提供を行います。 3)暮らしの継続性、日常性の維持を目指します。 4)利用者一人ひとりに対応できる質の高い職員の育成を行います。 5)日常的に多くの人に関わる事の出来る施設作りを目指します。</p> |
| 2 | <p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>（1）職員に求めている人材像や役割</p> <p>①専門職としての自覚を持ち、常に創意工夫をする。 ②利用者個々に対応できるよう資質の向上に励む。 ③気づき、気配り、心遣いを大切にする。 ④利用者と向き合いお互いに楽しむことが出来るよう心掛ける。 ⑤年会2回の自己評価報告の提出により職員への役割等の説明を徹底する。</p> <p>（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）</p> <p>①住み慣れた地域の中で、その人らしい自立した日常生活を提供するよう心掛ける。 ②リスクマネジメントを意識し、事故防止や危険回避に取り組む。 ③家族や地域社会と協力し合い、利用者が地域との関わり合いを持てるようにする。</p> |

《事業所名：(地域密着型介護老人施設入所者生活介護)特別養護老人ホーム わとなーる》

調査対象

入所者全員を聞き取り対象として、心身状況が聞き取り調査に耐えうる利用者を事業者と協議の上、5名を聞き取り調査対象とした。同時に20名家族の方にアンケート調査を実施した。

調査方法

マンツーマンでの聞き取り調査を評価者3名で行った。場所は居間や居室、廊下の端等、落ち着いて話を聞ける場所で行った。聞き取り調査後に現場視察を行った。家族アンケートは調査機関に直接郵送して頂いた。

利用者総数

20

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 |
|-------|------|------|
| 20 | 5 | 25 |
| 13 | 5 | 18 |
| 65.0 | 25.0 | 90.0 |

利用者調査全体のコメント

総合的な施設に対する満足度は「大変満足」と回答された方が2名全体の40%「満足」と回答された方は3名60%であり、満足以上の回答が100%であった。家族アンケートでも「大変満足」と回答された方は7名54%「満足」と回答された方は6名46%であり、ご本人聞き取り調査・家族アンケート共に「満足」以上回答は100%と極めて高い評価であった。代表的な意見は「ここでの生活は楽しく、雰囲気が良い感謝している」等であった。聞き取り調査では【サービスの提供】【利用者の尊重】【個別の計画】【要望の対応】ほとんど全ての項目が80%～100%の「はい」回答で極めて高い満足回答であった。家族アンケートもほぼ同様の高い満足回答であった。

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)とそれに対する事業者のかかわり

調査時に観察することができた場面から評価者が感じたこと

《調査時に観察した場面》

《調査時に観察した場面から評価者が感じたこと》

事業者コメント

| |
|--|
| |
|--|

利用者調査結果

| 共通評価項目 コメント | 実数 | | | |
|--|----|---------------|-----|------------|
| | はい | どちらとも いえない | いいえ | 無回答 非該当 |
| 1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか | 4 | 1 | 0 | 0 |
| 「はい」と回答された方は4名で全体の80%家族アンケートでは11名85%と高い満足回答であった。「どちらともいえない」と回答された方が1名20%、家族アンケートでは2名15%であった。自由意見としては「献立も味も良い家ではこれだけ出来ない」「親切によくやってくれる」「味もおいしくメニューも変化あり上手です」等であった。 | | | | |
| 2. 日常生活で必要な介助を受けているか | 4 | 0 | 0 | 1 |
| 「今のところ助けはいりません」と回答された方は非該当に分類した。他の方は全員「はい」と回答され、家族アンケートでも13名100%と極めて高い評価であった。自由意見としては「看護師さんすぐ来てくれる」「満足しています」「風呂で助けてくれる」等であった。 | | | | |
| 3. 施設の生活はくつろげるか | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 聞き取り調査ができた5名の方は全員「はい」と回答された。家族アンケートで「はい」と回答された方は7名54%で、「どちらともいえない」と回答された方が5名38%であった。本人調査と家族調査の差は、聞き取り調査が難しい方の「生活の楽しみ工夫」が求められる回答と思われる。自由意見としては「仲間とお喋りを楽しむ、職員さんと散歩に行く」「レクリエーションに参加する」「ニュース見たり居間で好きなようにしている、この前花火がよかった」等であった。 | | | | |
| 4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 「はい」と回答された方は5名で全体の100%、家族アンケートでも13名100%と極めて高い評価であった。自由意見としては「看護師さん中心に気配りしてくれる」「スタッフは気配りしてくれる」等であった。 | | | | |
| 5. 病気やケガ等緊急時の対応は、安心できるか | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 「はい」と回答された方は5名で全体の100%、家族アンケートでは「はい」と回答された方は10名77%で、「どちらともいえない」と回答された方は3名23%であった。自由意見としては「安心です、先生も毎週来てくれます」等であった。 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6. サービス提供にあたって、利用者のプライバシーは守られているか | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 「はい」と回答された方は5名で全体の100%、家族アンケートでは「はい」と回答された方は9名69%、「どちらともいえない」と回答された方は3名23%であった。自由意見としては「大丈夫です」等であった。 | | | | |
| 7. 利用者の気持ちは尊重されているか | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 「はい」と回答された方は5名で全体の100%、家族アンケートでは12名92%と高い評価であった。自由意見としては「大事にして貰っています」「本当によくやってくれる」等であった。 | | | | |
| 8. 職員の対応は丁寧か | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 「はい」と回答された方は5名で全体の100%、家族アンケートでは「はい」と回答された方は10名77%、「どちらともいえない」と回答された方は2名15%であった。自由意見としては「丁寧です」「優しいです」「みんな優しい」「よい人ばかりです」等であった。 | | | | |
| 9. 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 | 0 |
| 「はい」と回答された方は4名で全体の80%、家族アンケートでは13名100%であった。自由意見としては「いろいろ言える」「聞いてくれる」等であった。また、家族からは「定期的に話し合う場がある」との意見であった。 | | | | |
| 10. 【個別の計画について説明を受けた方に】 個別の計画に関しての説明はわかりやすかったか | 3 | 0 | 1 | 0 |
| 説明を受けたと回答された方で「はい」と回答された方は3名で全体の80%、家族アンケートでは12名100%であった。分かりやすい説明がなされていると思われる。 | | | | |
| 11. 【過去1年以内に利用を開始し、利用前の説明を受けた方に】 サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったか | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 聞き取り調査で利用前の説明を受けたと回答された方はゼロでした。家族アンケートでは5名の方が説明を受けたと回答され「はい」回答は5名100%と高い評価であった。 | | | | |
| 12. 不満や要望を事業者(施設)に言いやすいか | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 「はい」と回答された方は5名で全体の100%、家族アンケートでは11名85%であった。自由意見としては「言ってます」「十分ですが、必要があれば言います」「言うことができる」等であった。 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 13. 利用者の不満や要望は対応されているか | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 「はい」と回答された方は5名で全体の100%、家族アンケートでは12名92%であった。自由意見としては「やってくれます」「いい人ばかりだからやってくれます」等であった。 | | | | |
| 14. 第三者委員など外部の苦情窓口にも相談できることを知っているか | 2 | 0 | 2 | 1 |
| 「はい」と回答された方は2名で全体の40%、「いいえ」と回答された方が2名40%。家族アンケートで「はい」と回答された方は9名69%「いいえ」と回答された方は4名31%であった。 | | | | |

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7、8)

| | | |
|-----|---|---|
| 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 9/9 |
| | 評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(0000) | |
| | 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)を明示している ○ 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、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 | 3. 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 |
| | ◎ あり ○ なし | 4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) ○ 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(00) | |
| | 評価 | 標準項目 |
| | ◎ あり ○ なし | 1. 経営層は、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、自らの役割と責任に基づいて行動している ○ 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(000) | |
| | 評価 | 標準項目 |
| | ◎ あり ○ なし | 1. 重要な案件を検討し、決定する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

利用者・家族・職員の信頼関係のもとに明るく和やかな施設づくりをしている

法人の基本理念「人間性溢れる居住空間の創造」の基に、施設目標「利用者・家族・職員が『輪となって』信頼関係を築き、明るく和やかで活力ある施設づくりを目標とする」を定め、4つの施設理念①人としての尊厳を支える・・・②暮らしの継続性、日常性の維持・・・③職員育成④多くの地域の人に関わる・・・を掲げ、パンフレット、事業計画書に明示している。毎日の朝礼にて全職員で理念を唱和し、ケアプランを理念実行計画として具体的に指導し職員の実践行動の向上を目指している。

経営層は事業展開を図り、職員育成に力を注いで将来に備えている

経営層はじめ職員の役割は業務分担表に明示されている。この数年経営層が事業をリードしてきた主な内容は①地域高齢者ニーズに答えて事業展開を図ってきた事②職員に昇進の機会を作り、夢を持てるようにする事③職員の確保と育成に力を入れてきた事④幹部職員を育成し、運営を任せるていく事⑤話し合いによる職員主体の運営を図る等であり、施設の使命である地域ニーズに答え、そのため職員育成に力を注いできた。

日常の運営に関する決定は各種会議で話し合われ施設長の承認を得て実行される

事業展開等の最重要意思決定は法人理事会で決定するが、日常の施設運営に関する意思決定は職員主体の各種会議で検討され、施設長の承認により決定される。各会議の種類と目的は、運営会議では各部門代表が毎月集まり、運営全般、方針の実行・決定、職員議題の検討、リスクマネジメント等検討している。職員会議は日々のケア内容の検討、利用者情報の共有、研修報告書の共有等行っている。他に9つの委員会等各会議の目的と役割を明確にして円滑な組織運営がなされている。

| カテゴリ-2 | | |
|---|--|-------------------------|
| 2 経営における社会的責任 | | |
| サブカテゴリ-1(2-1) | | |
| 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 4/4 |
| 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・倫理などを周知している | | 評点(〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ◎ あり ○ なし | 1. 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)などを明示している | ○ 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)などの理解が深まるように取り組んでいる | ○ 非該当 |
| 評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている | | 評点(〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ◎ あり ○ なし | 1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している | ○ 非該当 |
| サブカテゴリ-2(2-2) | | |
| 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 7/7 |
| 評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある | | 評点(〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ◎ あり ○ なし | 1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など) | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている | ○ 非該当 |
| 評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している | | 評点(〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ◎ あり ○ なし | 1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など) | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている | ○ 非該当 |
| 評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている | | 評点(〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ◎ あり ○ なし | 1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている | ○ 非該当 |

カテゴリ-2の講評

個人の尊厳を守る研修や委員会活動に力を入れている

個人の尊厳を守る意識向上のために、身体拘束廃止研修と委員会活動、虐待防止研修と委員会活動に力を入れている。規定として、職員倫理規程、職員行動指針、就業規則の服務心得、個人情報保護規定、各種業務マニュアルを定め周知・徹底を図っている。新人は入職時に施設長が倫理・心構え等教育し、宣誓書の提出を求め、1～3か月間の研修期間で基礎教育を行っている。

地域連携会議や関係機関会議等に積極的に参加し、地域課題の解決に努めている

地域包括支援センターが中心となって開催される地域連携会議に出席し、地域の課題を共有し解決方法を探っている。また、施設では地域の夏祭りに参加し介護相談を受けたり、年2回介護相談セミナーを実施している。一方地域関係機関の連携として、地域密着型サービス事業者連絡会、熟年者介護施設連絡会に積極的に参加し、虐待防止委員会・研修会等に参加し活発に活動している。また、地域の熟年サポーターを受け入れ地域の方と利用者の交流を図る等ボランティア活動を支援している。

福祉サービス第三者評価を毎年受審し積極的にサービス改善に努めている

福祉サービス第三者評価を毎年受審し、施設運営の改善に努めている。第三者評価報告書は運推進会議や家族会で報告し、また、受付カウンターに設置し誰でも閲覧できるようにしている。介護サービス情報公表制度では今年度7月の最新の情報に改定され公開されている。広報誌「Next」納涼祭など行事報告と同時に決算表を掲載し運営の透明化に努めている。

カテゴリ-3

3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

サブカテゴリ-1(3-1)

利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

8/8

評価項目1

利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)

評点(〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目2

利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる

評点(〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 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を把握することに取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目3

地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している

評点(〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している | <input type="radio"/> 非該当 |

カテゴリ-3の講評

利用者調査の結果を重視しサービス改善に努めている

苦情解決制度は苦情対応規定や対応マニュアルを設定し、入所契約時の重要事項説明書で説明し、投書箱を設置するなど周知・徹底に努めている。また、第三者委員を地域の方にお願ひし、年2回第三者による利用者直接聞き取り調査を実施するなどして利用者満足の上昇に努めている。毎年実施している第三者評価の利用者本人、家族調査の結果を重視し、家族会に報告しサービス改善に努めている。今年度の調査結果では利用者・家族ともに大変高い満足結果であった。

地域課題を受けて事業展開など検討している

地域の課題は地域連携会議や関係機関の地域密着型サービス事業者連絡会、熟年者介護施設連絡会、区の情報交換会、運営推進会議等に参加し、1人暮らしの高齢者の見守り課題等情報を共有し、また、施設として貢献できる課題を設定し、事業展開等に活かしている。

| カテゴリ4 | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|
| 4 | 計画の策定と着実な実行 | |
| サブカテゴリ1(4-1) | | |
| 実践的な課題・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 11/11 |
| 評価項目1 取り組み期間に応じた課題・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. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 年度単位の計画を策定している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる | ○ 非該当 |
| 評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している | | 評点(〇〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ◎ あり ○ なし | 1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している | ○ 非該当 |
| 評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる | | 評点(〇〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ◎ あり ○ なし | 1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 4. 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 |

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上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

4/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|-----------|---|-------|
| ◎ あり ○ なし | 1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる | ○ 非該当 |

カテゴリ-4の講評

年間計画と職務分担を明確にし円滑な事業運営を図っている

法人本部で中期事業計画を策定し、当施設では地域ニーズや事業環境分析に基づき事業展開を図っている。単年度計画は方針、目標、各部門別の年間活動方針、行事計画、防災計画、組織職務分担表、緊急連絡先等を明確にしている。計画と職務分担を年度初めに全職員で確認し円滑な運営を図っている。各部門の計画は理念の実践計画として策定されるが、計画は測定可能な具体的な設定が望ましい。

「特養を良くする会」で職員主体のサービス改善が実行されている

計画実行の確認は毎月の運営会議で行われる、サービスの質の改善は「特養を良くする会」で職員が中心になって自発的に提案し改善を図っている。改善をシステム化するために、問題点に気づいた時、改善方法を具体的にマニュアル等に具体化し、実行期限を定める等の実行度を引き上げる工夫を期待したい。また、年1度詳細なサービス自己評価を行っているが、確認のみに終わっているため、PDCAサイクルが回る様に活用について検討する必要があると思われる。

事故・感染防止は、対策を話し合い・実行・結果確認とシステム化し徹底している

火災・地震等災害に備えて、消防署の協力の基に年2回総合防災訓練を行っている。また、夜間想定訓練を2回、避難訓練を1回実施し、特に火災の初期消火を重点に訓練し災害に備えている。感染対策と事故防止対策はマニュアルを整備し、転倒転落事故防止、入浴事故防止、誤嚥防止、誤薬防止、感染防止等のマニュアルを整備し、各委員会がヒヤリハット報告書、事故報告書とに基づく対策を検討し、職員で話し合い、実行、結果確認とシステム化して防止に努めている。

| カテゴリ5 | | |
|--|---|---------------------------|
| 5 | 職員と組織の能力向上 | |
| サブカテゴリ1(5-1) | | |
| 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる | | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/8 |
| 評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている | | 評点(○○○) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| 評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる | | 評点(○○○●●) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | 2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | 3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している | <input type="radio"/> 非該当 |
| サブカテゴリ2(5-2) | | |
| 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる | | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7 |
| 評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる | | 評点(○○○) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |

| 評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる | | 評点(0000) |
|---|---|----------|
| 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・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる | ○ 非該当 |
| カテゴリ-5の講評 | | |
| <p>総合的な自己評価と施設長面談により職員の育成を図っている</p> <p>職員に求める人材像として①専門職自覚と創意工夫②資質向上③気づき・気配り・心遣い④利用者と向き合う⑤役割意識等があるべき職員像として求め、その上で①その人らし自立した日常生活②リスクマネジメント意識③家族・地域と連携等を使命感とし期待している。年2回勤務評価を実施し、理解力、業務遂行、知識・技術、規律、責任感、勤務態度、報告等について自己評価を行い、施設長面談にて個人の育成を図っている。なお現在、法人として人材育成の制度づくりに取り組んでおり、完成すれば各事業所のバックアップ体制となるので大いに期待したい。</p> <p>介護技術評価とOJT体制、マニュアルの見直し等により介護技術の統一を期待したい</p> <p>知識・技術の向上として小規模施設で20名の職員構成であるが、積極的に外部研修に参加し、年間13回各種研修に参加している。施設内研修では各委員会が研修資料を作成し、心構え・マナー、三大介護、感染対策、身体拘束ゼロ等36回資料作成し、プリント配布による知識向上を行っている。新人等介護技術に職員差があると思われるので、簡素な技術面の確認評価と現場リーダー等によるOJT体制を明確にする必要がある。また、課題の重要性の高いものから介護マニュアルを見直し、マニュアル研修等により介護技術の統一を図ることを期待したい。</p> <p>職員の自発的な提案によるサービス改善が遣り甲斐のある職場づくりに繋がっている</p> <p>「特養を良くする会」等の場で職員提案によるサービス改善が進み、昨年より改善していこうとする職員意識が向上している。また、職員の協力体制の向上や意見の言いやすい雰囲気など職場が建設的な雰囲気である。理念唱和やケアプランによるきめ細かいケアの実行、さらに家族と職員の会話が働き甲斐向上に繋がっている。着実に職員モチベーションが向上しており、さらに遣り甲斐のある職場づくりに大きく期待したい。</p> | | |

カテゴリ-8

8 カテゴリ-1～7に関する活動成果

サブカテゴリ-1(8-1)

前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-1で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ-1:「リーダーシップと意思決定」
 ・カテゴリ-2:「経営における社会的責任」
 ・カテゴリ-4:「計画の策定と着実な実行」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

地域ニーズに答え事業展開をし、人材育成に力を注いでいる

この数年経営層が事業をリードしてきた主な内容は①地域高齢者ニーズに答えて事業展開を図ってきた事②職員に昇進の機会を作り、夢を持てるようにする事③職員の確保と育成に力を入れてきた事④幹部職員を育成し、運営を任せていく事⑤話し合いによる職員主体の運営を図る等であり、地域ニーズに答え、そのため職員育成に力を注いできた。

サブカテゴリ-2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-5で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ-5:「職員と組織の能力向上」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

施設長面談と自主的な改善運動によって働きがい向上している

年2回勤務評価を実施し、理解力、業務遂行、知識・技術、規律、責任感、勤務態度、報告等について自己評価を行い、施設長面談にて個人の育成を図っている。また、「特養を良くする会」等の場で職員提案によるサービス改善が進み、昨年より改善していこうとする職員意識が向上している。また、職員の協力体制の向上や意見の言いやすい雰囲気など職場が建設的な雰囲気である。理念唱和やケアプランによるきめ細かいケアの実行、さらに家族と職員の会話が働き甲斐向上に繋がっている

サブカテゴリ-3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-6で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ-6:「サービス提供のプロセス」
 ・カテゴリ-7:「情報の保護・共有」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

ケアプランに基づく個別支援が充実している

ケアカンファレンスシート(アセスメントシート)には利用者本人・家族の希望・要望が生言葉で多く記載され、また利用者の現状把握は客観的に具体的に把握するように努め、数値化する努力が見られる。ユニットケアによる利用者一人ひとりの個性を尊重したケアが行われている。また、利用者ごとに介護記録に基づき、月間まとめが作成され、1ヶ月間の生活状況、健康状態が一目で分かり、ケアプランに基づく支援の総括となっている。家族も「今」の利用者の生活状況が理解しやすい優れた記録になっている。また、提供サービスの質の改善は「特養を良くする会」で職員が中心になって自発的に提案し改善を図っている。

サブカテゴリ4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

職員の働きがい向上ときめ細かいサービス提供により成果が上がっている

職員の育成や自発的な改善運動による働きがい向上等によって職員の定着率が向上している。小規模で地域密着型サービスの特徴を生かした、きめ細かいサービス提供により、利用者の評価が高く利用率の向上等の結果、財務内容は改善し成果が上がっている。

サブカテゴリ5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者意向を重視してサービス向上を図っている

苦情解決制度は苦情対応規定や対応マニュアルを設定し、入所契約時の重要事項説明書で説明し、投書箱を設置するなど周知・徹底に努めている。また、第三者委員を地域の方をお願いし、年2回第三者による利用者直接聞き取り調査を実施するなどして利用者満足の向上に努めている。毎年実施している第三者評価の利用者本人、家族調査の結果を重視し、家族会に報告しサービス改善に努めている。今年度の調査結果では利用者・家族ともに大変高い満足結果であった。

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(0000) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している | | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている | | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している | | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している | | <input type="radio"/> 非該当 |
| サブカテゴリ-1の講評 | | | |
| <p>ホームページやパンフレットを中心に施設情報の提供に努めている</p> <p>ホームページやパンフレット、広報紙等で施設の情報を提供している。パンフレットは写真を中心にガラス張りの陽光ふりそぐ居間や居室、入浴設備、機能訓練設備が掲載され、理念である「輪」=「和」の考えやユニットケアによる最良のサービスを提供する方針を明示している。広報紙「Next」は行事やイベント、日常生活の様子を写真で掲載し大きい活字で読みやすく工夫されている。広報紙は地域自治会や関係機関に配布し、日常活動や決算報告等の情報を提供し地域連携に努めている。</p> <p>見学希望者には希望日時にそって提供サービス内容等詳しく案内している</p> <p>利用希望者が月3～4人見学に来られ、土曜、日曜日の見学が多いが入所申込担当のケアマネージャーと施設長で対応している。施設説明書で理念・方針やユニットケアによる個別性の尊重、提供サービス内容、料金等利用者ニーズに応じて詳しく説明している。また、質問の多い入所までの期間については区の基準に基づいて丁寧に説明している。</p> | | | |
| サブカテゴリ-2 | | | |
| 2 | サービスの開始・終了時の対応 | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 | 6/6 |
| 評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている | | 評点(000) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している | | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている | | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している | | <input type="radio"/> 非該当 |

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| 評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている | | 評点(〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 |
| サブカテゴリー2の講評 | | |
| <p>サービス開始時の多くの情報を分かりやすくニーズに対応して説明している</p> <p>サービス開始時には契約書や重要事項説明書、施設案内所でサービス内容、医療機関、災害・事故対応、苦情解決制度等必要な説明は全部説明するが、特に長期入院の場合の対応や、看取り希望、身体拘束ゼロの取り組みと事故防止、料金等の説明は重点的に説明し納得の上で入所していただく様に努めている。施設ではサービス内容について、家族の同意を得ると同時に本人にもサービス内容や生活がイメージし易い「しおり」を作成し、今後本人の納得を重視し説明を行いたい方針なので期待したい。</p> <p>入所前の生活情報を詳しく聞き、その人らしい生活が継続できるように努めている</p> <p>入所前の生活情報を特養入所面談記録に具体的に詳しく記録し、入所後落ち着いた生活をしてもらえる様に全職員で共有している。入所前ご自宅訪問にはケアマネージャー、介護リーダー、看護リーダーが訪問し、生活歴、趣味、日常生活習慣、価値観、性格等その人らしく生活していただくため、生きがいとなる精神面の情報を詳しく確認しケアプランに反映している。</p> <p>入所直後は声かけ見守りを重点的に行いストレス軽減と健康管理に努めている</p> <p>入所直後の環境変化によるストレスの影響を避けるために、利用者が入所前に着ていた衣服や使い慣れた物を持ち込んでもらい、また、声かけや見守りを重点的に行っている。健康状態の変化、食欲等環境変化による影響がないか観察し対応している。また、家族には生活の様子を伝え家族連携により穏やかな生活が送れるように支援している。</p> | | |
| 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 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている | <input type="radio"/> 非該当 |
| 評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している | | 評点(〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している | <input type="radio"/> 非該当 |

| | | |
|--|---|---------------------------|
| 評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している | | 評点(〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している | <input type="radio"/> 非該当 |

| | | |
|--|---|---------------------------|
| 評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している | | 評点(〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している | <input type="radio"/> 非該当 |

サブカテゴリー3の講評

理念・方針の具体化がケアプランとして個性を尊重したケアが行われている

当施設の方針である①人としての尊厳を支える②暮らしの継続性、日常性を維持③地域の人が関わる方針の具体的な実行計画がケアプランであり、施設長は言葉でなく実践することを目指してケアプランの計画と実行を通じて職員教育を行っている。ケアカンファレンスシート(アセスメントシート)には利用者本人・家族の希望・要望が生言葉で多く記載され、また利用者の現状把握は客観的に具体的に把握するように努め、数値化する努力が見られる。ユニットケアによる利用者一人ひとりの個性を尊重したケアが行われている。

ほぼ全家族参加のケアカンファレンスを通じて、利用者・家族・職員の信頼関係が高い

利用者・家族・職員が「輪となって」信頼関係を築く目標のもとに、ケアカンファレンスにはほとんどの家族が参加している。利用者・家族の意向が具体的に記載され、意向を伝えることが難しい利用者の場合も「笑顔や良い表情がどんとき出るか」を職員情報から把握している。家族が「今」の利用者の状態を理解し、ケアの内容を理解して頂くことにより、信頼関係が高まっている。家族アンケートの結果では「ケアプラン作成時希望は聞かれるか」「ケアプランの説明は分かりやすいか」の設問は100%満足回答であった。

記録が月間まとめとして集約され、家族も生活状況が理解し易い記録となっている

記録に関するマニュアルでは「何のための記録か」「役立つ記録とは」「5W1Hで記録」「介助項目別記録要点」等が記載され、日常的にケアプランに沿った援助と正確な記録の指導がなされている。利用者ごとに介護記録に基づき、月間まとめが作成される。まとめは1ヶ月間の生活状況、健康状態が一目で分かり、ケアプランに基づく支援の総括となっている。家族も「今」の利用者の生活状況が理解しやすい優れた記録になっている。

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 | 7/7 |
| 評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している | | 評点(〇〇〇) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用者に関する情報(事項)を外部和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 | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 | |

評価項目2

サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点(0000)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|---|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている) | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用者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、組織的に予防・再発防止を徹底している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 |

サブカテゴリー5の講評

個人情報保護方針や介護マニュアルに従ってプライバシーに配慮した支援に努めている

個人情報を外部とやりとりする必要がある場合に関しては、入所時に個人情報保護方針を説明し、個人情報利用同意を得ている。また、個人情報保護方針や利用目的は入口掲示板に掲示し周知している。プライバシーの保護に関しては、部屋は個室でプライバシーを保ち易いが、入室する場合はノックし、必ず挨拶して入室するなど配慮している。保険証等は施錠保管し、郵便物等はファイルし書庫に保管している。入浴や排泄介助時には、マニュアルに従い羞恥心に配慮した介助を心がけている。

職員の研修や個人面接等で言葉遣い等を指導し個人の尊厳を守っている

利用者の意思を尊重し、日常生活のあらゆる場面で意思確認をし利用者本人の選択と決定に基づいて支援するように心がけている。利用者の発言を具体的に「生」のまま記録し職員の思い込みにならない様に配慮している。職員の発言が利用者の気持ちを傷つけないように、虐待防止研修を年4回行い、また、会議や個人面接で言葉遣いの指導をし、個人の尊厳を守る支援を心がけている。

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

10/11

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(00●)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|---|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 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(000)

| 評価 | 標準項目 | |
|--|--|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(〇〇〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|-----------|--|-------|
| ◎ あり ○ なし | 1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている | ○ 非該当 |

サブカテゴリ6の講評

介護マニュアルは理念等の基本方針に基づき領域別に詳しく要点が整理されている

介護マニュアルには法人理念、施設理念をまず掲げ、地域密着型サービスとは、ユニットケアとは等等施設が大切にしている考えをまず掲載し、実践方法として各項目別に展開されている。プライバシー保護マニュアル、羞恥心への配慮、接遇マニュアル、認知症の方への接し方等が最初に解説され、次いで三大介護や移動介助(図を多用)口腔ケア、整容・清拭、記録等となっている。中でも記録マニュアルは何のための記録か、5W1Hを踏まえた具体的記録、介護領域別記録要点等詳細に記載されている。

職員によるマニュアルの見直しにより、新人に統一性のある指導を期待したい

基本の介護マニュアルは優れた内容で整備されているが、マニュアルに基づく業務水準の見直しや、職員参画によるマニュアルの見直し等が不十分と思われる。また、新人のOJT指導内容が職員によってバラつきがあるとの指摘が自己評価でされている。職員全員で各介助マニュアルについて、現在の業務水準を点検し、必要があればマニュアルの見直しを行い、新人指導はマニュアルによって行う等統一性のある介助ができるように期待したい。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ-6-4)

| サービスの実施項目 | | サブカテゴリ-4 | サブカテゴリ毎の 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(〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ◎ あり ○ なし | 1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている | | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている | | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている | | ○ 非該当 |
| 評価項目1の講評 | | | |
| <p>月毎に目標を定めケアプランと提供サービスが乖離しない仕組みを持っている</p> <p>月別の介護日誌の冒頭に、利用者毎の目標が記載されている。これは、各居室担当の介護者が検討し記載することとなっている。ケアプランの短期目標の中から重点項目として選び、目標が達成されれば次月変更されることとなっている。それがケアプランの中でどの部分なのかを認識する手立てとして、ケアプランの番号も目標の横に項目として記載する。このように自分たちが行っているケアがケアプランと、どのように関係し、推移しているかを検証記録する仕組みを持っている。現場の実践として高く評価したい。</p> <p>家族との情報共有に努め、利用者意向を叶える支援を行っている</p> <p>ケアプランの更新時には、ほとんどの家族が参加してケアカンファレンスを行っている。家族とのコミュニケーションが密であるため利用者の生活歴を詳細に知る事が出来ている。洗濯物を畳む、編み物をするなど生活習慣の継続が行われており、ケアプランにも反映させている。また利用者に関する家族との情報共有に継続性があるためニーズに応え易い。例えば墓参り、利用者の住まいの地域での行事参加など、より個別性の高い支援がタイムリーに行われている。</p> <p>「特養をよくする会」などの複数の合議体制により、多職種連携で支援が行われている</p> <p>毎月ケアプラン更新者に対して検討されるケアカンファレンスでは家族、生活相談員、居室担当者、看護師、栄養士、ユニットリーダーが参加してケアプランの見直しを行っている。ユニット会議では月1回ユニット毎に運営、利用者の個別案件について話し合いがなされている。また介護支援専門員が中心となって施設全体のサービスを検討する自主的な集まりから発展した「特養をよくする会」が現場の自発的な提案によってサービス改善が行われている。このような定期的な合議だけでなく、日頃の現場でも職種の壁を越えて情報共有が取られている。</p> | | | |
| 2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | | |
| | | | 評点(〇〇〇) |
| 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

利用者の残存能力に対応し食事提供が行われている

栄養ケアマネジメントが3か月に一度確実に更新されていることが記録から確認することが出来る。栄養士から厨房に対して「食事連絡表」を用いて食事形態、提供時間等の変更回数も多く、かつ確実に行われていることが確認出来る。また、利用者の日々の体調変化に応じて栄養補助食品の導入が家族の確認の上行われている。このような仕組みが機能しているのは、栄養に関する課題分析(スクリーニング)が細かく行われている成果であると思われる。

詳細な記録に基づき多職種が情報を共有して利用者の食事支援が行われている

日々の食事に関する記録は「食事摂取管理表」に記載される。ユニット毎の利用者一覧で主、副菜の摂取量を五段階で表記する。また水分摂取量もコップ一杯を200ccと推定し、どれだけ摂取したか具体的分量を記載している。介護職と管理栄養士の間には日々の情報共有に関する定められた書式は存在しないものの、昼食を中心とした日頃の管理栄養士の食事現場確認の際に情報交換が頻繁に行われている。介護職との連携だけでなく低栄養状態者に対しては看護職も加わり、日々の情報共有がなされていることも記録から確認することが出来る。

家族に「分かりやすく」を目標に栄養ケア計画を作成している

基本は3か月一度の課題分析(スクリーニング)が行われるが、中度の低栄養者は1か月毎に、状態が悪い場合は2週間毎に頻度を上げて行っている。褥瘡を含む難治性潰瘍(床ずれ)は栄養状態の改善が必要な利用者にはアミノ酸の一種であるアルギニン含有する栄養補助食品の導入などが行われている。その経過を含め栄養ケア計画は項目が多くても10ヶ以内にまとめられている。言葉も家族が分かりやすいように難解な言葉を多用していないのが特長である。このように「わかりやすく」をモットーとした計画が作成されている。

3 評価項目3

利用者が食事を楽しむための工夫をしている

評点(〇〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|-----------|--|-------|
| ◎ あり ○ なし | 1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている | ○ 非該当 |

評価項目3の講評

食事の自由度が高く、食を楽しむ工夫が随所に見られる

入所時に本人の希望など嗜好調査を行い希望に沿った食事提供に努めている。季節の行事には特別食が用意され、納涼祭などの年2回のイベントにはバイキング形式の食事が行われる。またパン食を希望する人がおられバリエーションを増やし、週3回朝食時にパンが提供されるが、卵やツナの入ったサンドウィッチが提供されるようになって好評なようだ。食事に関する楽しみは行事はもとより、日常生活の中でも随所に見られる。写真や広報誌にその様子が小まめに残されており、利用者の80%以上が満足していることをそれが裏付ける結果となっている。

利用者が食事の準備に参加する取り組みを継続できるように期待したい

地域密着型の小規模施設であることから、ゆったりと時間が流れているような印象を受ける。中でも食事を一方的に提供するのではなく、料理完成までのプロセスに利用者に関わる事が珍しくない。安全面を担保した上で、包丁を使ってみたり、衛生面を考慮して餃子を作ってみたりと利用者の残存能力を見極めた上で個別に対応している。しかし、利用者の心身状況も加齢に伴い低下しており、その継続性について介護現場は腐心している。今後もそのような取り組みが継続できるようにプロセスを細分化して出来ることを更に見極めて支援することを期待したい。

食事介助マニュアルは更なる重度化に向けて充実することを期待したい

食事の介助マニュアルは現場の視点から作られている。着席時の姿勢の挿画を基に声かけなどのポイント9つの注意点を簡条書きにし簡潔にまとめられている。食事が自立の利用者は55%と入居者総数の過半数を超えているものの、経管栄養での食事摂取者が数名、全介助者が数名おられ、今後の更なる重度化も予想される。今後は施設全体の食事マニュアルも更なる重度化に合わせて改訂していくことが求められ、重度利用者の食事介助技術の研修等も求められる。

| 4 評価項目4 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | 評点(〇〇〇〇) |
|--|---|----------|
| 評価 | 標準項目 | |
| ◎ あり ○ なし | 1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている | ○ 非該当 |
| 評価項目4の講評 | | |
| <p>青森産檜浴槽などを取り入れ利用者の状態に合せた入浴を行っている 一般浴は入居者の3割程度で特殊浴槽利用者は7割である。利用者一人あたり週2回の入浴を行っている。「入浴スケジュール表」を用いて体調不良で入浴日の変更になっても、その後に入浴回数漏れがないように調整が行われている。日常生活動作が低下しても利用者の身体状態に応じた入浴形態を用意しており不足はない。法人の本部がある青森産の檜の浴槽が設置され、開設以来丁寧に管理され檜の香りがする浴槽で、高齢者の入浴についてのこだわりを感じる。</p> <p>個別にコミュニケーションをとり、また、ゆず湯など入浴を楽しむ工夫が多い 入浴を利用者との個別のコミュニケーションの機会ととらえ、会話を十分交わすように心掛けている。入浴介助はマン・ツー・マンの対応となっている。認知症の利用者が入浴や着脱の拒否がある場合には、声掛けを工夫したり、歌を歌って気分転換を促すなどしている。柚子湯、菖蒲湯などの特別な入浴の日などは、地元の浴場組合の物品提供を受けるなどして、毎月なんらかのイベントとして実施している。認知症や身体能力が低下しても入浴を楽しむ工夫は随所に見られ、利用者目線でのサービスが実施されている。</p> <p>入浴に関するマニュアルは動画やイラストの検討など分かりやすい表現を期待したい 入浴に関するマニュアルは「介護マニュアル」の中の入浴マニュアルとしてA4、1枚にまとめられている。着脱方法、室温、湯音など介護者として注意すべき点を箇条書きで22点にまとめている。清拭に関しては注意点6点として、まとめている。現場の介護職員の目線で現場が作成したマニュアルということで実践的である。職員からも特にこのマニュアルで業務に支障がないとの事である。しかし新入職員が初めて見た時に業務がイメージしにくいものであることは否めない。動画やイラストの挿入検討など継続的な改善のしくみが明確になることを期待したい。</p> | | |
| 5 評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | 評点(〇〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ◎ あり ○ なし | 1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる | ○ 非該当 |
| ◎ あり ○ なし | 4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている | ○ 非該当 |

評価項目5の講評

排泄に関する記録が充実し支援の向上につなげている

排泄管理表では排尿がパット内であった場合は赤い丸印をつけ、トイレで出た場合は白い丸印をつけ、また便は硬さや量を記号や数値化してユニット毎に日毎の管理を行っている。この記録の蓄積により、適切な排泄方法を課題分析し、利用者や家族の意向に基づき自立に向けた排泄支援を行っている。日中にトイレを利用する利用者(自立2名、誘導10名)が60%と高く充実した支援の向上につなげている。

排泄マニュアルはビジュアル化など更なる進化に期待したい

排泄に関するマニュアルはプライバシーなどの注意点14項目のチェックポイントを箇条書きで記載している。また排泄時における前と現在と後の観察のポイントを記入し重大な身体変化を予め予測する手立てとなっている。現場の視点でまとめられ、簡潔明瞭である点については評価したい。しかし新入職員の活用という点ではイメージしにくいものとなっている。その点を補完するためにイラスト、写真、動画を多用し、わかりやすさを更に極めたマニュアルに移行することを期待したい。

定期的な排泄に関する研修の実施に期待したい

昨年度に排泄に関する研修を行ったが、職員自己評価によると職員間の技術レベルの差を指摘する声が聞かれる。オムツ交換だけでなく、トイレ誘導の工夫、排泄リズムのチェックのポイント、排泄管理表の活用方法についてのルール化など施設、ユニット、利用者毎の支援の統一については更に深めて行く必要があると思われる。各種会議での話し合いだけでなく、内部研修や外部研修をより積極的に行いサービスの向上につながることを期待したい。

6 評価項目6

移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|-----------|---|-------|
| ● あり ○ なし | 1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている | ○ 非該当 |

評価項目6の講評

ケアプランに基づき統一した移動支援が行われている

歩行自立が3名、自走車イス利用者が2名、介助用車イス利用者が15名である。利用者の意向を元にしながらも、移動・移乗に関して十分に職員間で協議し、課題分析(アセスメント)を行っている。具体例として、居室から車イスを自走してフロアに向かうなど利用者の動機や目的を明確にして筋力維持につなげている。ケアプラン上に目標を明確にして支援が行われている事も特長であると思われる。

マニュアルは施設の独自性を踏まえたものに発展することを期待したい

移動に関するマニュアルは介護サービスの中でも一番分量が多い16ページに及ぶものとなっている。イラストが多様され、車イス利用者85%であることから車椅子の扱い方、車椅子からベッドへの移乗方法など車椅子と関係するものがほとんどである。他のマニュアルと違う点は介護現場でポイントをまとめたものでなく、一般的なものを流用している点である。現状のものに併せて現場の注意点をまとめた整理が行われ、移乗移動支援関係マニュアルに関してもPDCAのマニュアルを常時見直す仕組みが明確になることを期待したい。

| | | |
|---|--|-----------|
| 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(〇〇〇〇) |
| 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、定期的の使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている | ○ 非該当 |
| 評価項目7の講評 | | |
| <p>機能訓練指導員と職員は、ADL・QOLを基本とした機能訓練に取り組んでいる</p> <p>日常の行動から抽出した課題をもとに個別の機能訓練計画が策定されている。計画書は、マッサージ師、看護師、居室担当者を中心として家族の要望も取り入れながら作成され、日々のスケジュールに組み込まれている。ADL、QOLを基本とした生活中心(起座訓練、プレス運動、背延ばし状態のひねり運動)の訓練と理学療法として行なわれる訓練は、(間接の可動域訓練、麻痺足の運動、やマッサージによる疼痛の緩和)暮らしと身体の両面から成り立っている。評価表により月毎に細かい評価が行なわれている。</p> <p>日常生活の場で生活リハビリが行なわれている</p> <p>花の水やり、編み物、食器洗い、その他手伝いなど、利用者の好きなこと、やりたいことが個別計画に織り込まれ、楽しみながら行なえる機能訓練としての面を持っている。同時にケアカンファレンスで抽出した家族の要望「ボタンかけが出来るようにしてほしい」「散歩の回数を増やしてほしい」「立てれば良い」「何か一つでも出来るようになってほしい」もきめ細かく取りあげられ、レクリエーションなどと共に生活リハビリの基本となっている。自立支援の視点から、個々の利用者の好みなどが作業療法として反映されて行くと思われ。</p> <p>車椅子の清掃とタイヤ点検が毎月行なわれている</p> <p>車椅子整備に関して「車椅子清掃とタイヤ点検確認表」を作成している。点検は、月毎に各居室担当者が行ないユニットリーダーが確認している。点検確認が100%に達しておらず、施設としてこれを達成・定着させる仕組みが必要との認識を持っている。他の福祉用具の使用状況と併せて、点検と確認の仕組みが整えられることを期待したい。</p> | | |
| 8 評価項目8 利用者の健康を維持するための支援を行っている | | 評点(〇〇〇〇〇) |
| 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きみを整えている | ○ 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

終末期や看取りにはオンコール体制が確立され適切なケアが行なわれている

施設は看取りの説明を早い段階から利用者と家族に行ない方針を共有している。医師により終末期と判断された時点で、関係者による話し合いのもと看取り対応計画書が作成され、家族の同意を得た上でケアが開始される。職員は看取り介護の意識が高く、施設のあるべき姿として受けれており、終末期や看取り対応の利用者には、他職種連携による適切なケアが行なわれるよう努めている。夜間対応の「マニュアル」や「看取りの方緊急連絡網」を作成し、手順化している。入院施設のある病院とも連携し、施設内においてもオンコール体制を確立している。

服薬管理のチェック体制強化の模索から事故防止に対する意識の高さが窺える

医療依存度の高い利用者の増加により服薬管理が複雑化する傾向にある。2週間毎に搬入された定時薬を分別する作業は、2名の看護師により数日をかけて行なわれている。セットミスを防ぐため作業に専念できるように配慮され、看護師間で相互に確認している。臨時薬も同じように取り扱われ、定時薬に追加する仕組みとなっている。利用者に配薬されるごとに介護記録に職員の認印が押され、責任の所在が明らかにされている。事故報告されている飲残などの初歩的ミスに関しては確認体制の見直しが望まれる。

健康管理は病院と連携し日々職員間で共有されている

定期的な内科と精神科の受診及び月4回の訪問歯科診療のほか、入院施設のある病院と提携している。嚥下の状態に問題があれば訪問による口腔リハビリが行なわれ、食事形態の維持などの成果を得ている。胃ろうの利用者には、看護師による食前の口腔ケアのあとに栄養注入が行なわれている。ケアカンファレンスに家族と他職種が出席する仕組みが構築され、利用者の健康状態が共有されている。管理者は医療以外の健康管理についての予防的な視点から、環境の調整や介護職に対する更なる意識付けが必要との認識も持っている。

9 評価項目9

利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている

評点(〇〇〇)

| 評価 | 標準項目 | |
|-----------|---------------------------------------|-------|
| ● あり ○ なし | 1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている | ○ 非該当 |
| ● あり ○ なし | 3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている | ○ 非該当 |

評価項目9の講評

利用者の状態に合わせた睡眠が支援されている

就寝時間を決めておらず、利用者本人の状態や訴えにより個々にベッドに誘導している。頻回に起きるなど状態の変化が顕著に表れた場合は、医師に相談のうえ薬を処方してもらい、その後の様子を見るようにしている。利用者の内数名が入眠剤や睡眠薬を服薬している。夜中に眠れなくなった利用者には職員が居間で話し相手をしたり、傍に居て落ち着いてもらったりするよう努めている。施設はユニットケア対応のため、他の利用者から睡眠について影響を受ける事が少ない。

利用者の状態を勘案しながら着替えと身だしなみに関する支援が行なわれている

寝たきりの利用者以外は、基本的に起床時と就寝時に着替えの支援が行なわれている。朝の排泄介助時にその日着るズボンやスカートを取替え、上着は出来る限り利用者本人に取り換えてもらうようにしている。起床時の洗顔は全利用者が蒸しタオルを使用している。髪形が気になる人や化粧の必要な人は、鏡の前で身だしなみを整えられるように支援している。外出する時や階下のデイサービスを訪問する時などに着替えの希望や訴えがあれば、都度沿えるように努めている。

| 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(〇〇〇〇) |
|--|---|----------|
| 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

利用者の意向を引き出しながら一定のルールのもとでその意思に答えている

他の利用者の迷惑にならない範囲で、出来る限り利用者の要望に対応している。例えば、ホーム以外から調達されたピザなど、他の利用者と違うものを食べる場合は自室で食べるようにしてもらっている。それ以外の制約は設けていない。他には、カラオケの好きな利用者には、施設以外の場所でも楽しめるよう併設のデイサービスが行なうカラオケに定期的に参加してもらうなどしている。

レクリエーションを介して利用者が日々穏やかに過ごせるよう提供時間を増やしている

個々の生活の活性化を図るため大正琴や編み物、ぬりえ、催事の飾り付けに使用する品の製作などが行なわれている。合同で行うレクリエーションには、お喋りを楽しむ、DVDや音楽鑑賞、各種体操やボール投げ、カラオケなどがある。今年度は業務時間の見直しにより、レクリエーションの提供時間を増やすことが出来た。重度化が進み入所時には出来ていたことが、年毎に出来なくなっていく利用者が多い。自立支援の視点からレクリエーションの更なる成果が期待される。

落ち着いた生活と利用者の気持ちに沿った支援を行うため環境整備に努めている

利用者に対する声かけの工夫や寄り添う支援を心掛けている。職員は認知症が重度化している利用者に対応するため、利用者の輪の中に入り、利用者同士の会話を促すよう努めている。気持ちを傷つけないように、言葉が出てくる前の5～6秒間を待つことを心掛けたり、難しい質問を避け「はい」か「いいえ」で答えられるようにしている。また、落ち着かない利用者については一緒に歌を歌ったり、レクリエーションへの参加を促すなどしている。居室担当者を中心に、利用者一人ひとりへの対応を日常的に話し合い職員間で共有している。

| 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(〇〇〇) |
|--|--|---------|
| 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. 利用者が地域の一人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

日常の散歩は「外に出よう」を合言葉に全職員で取り組んでいる

気分転換や五感の刺激の機会として「外に出よう」を施設の合言葉にしている。雨天以外は、毎日数名づつ朝の時間帯に近隣の散歩を行っており、介護職、ケアマネージャー、生活相談員、栄養士など職員全体で積極的に取り組んでいる。重度化が進む利用者に対しては、ペランダに出て外気浴が出来るよう支援している。今年も江戸川区が行なう花火大会を施設の屋上から鑑賞することが出来、喜ばれた。

区の事業や行事に関わり地域密着型の施設としての役割を果たしている

施設は地域密着型事業者として、区役所や他施設との協力体制に重点を置き、有事の際などに連携を取れるようにしている。「区民館まつり」には介護事業者としてブースを担当し、祭りの一翼を担っている。近隣の小学校の体験学習の受け入れを行った事により、その後も継続的に遊びに訪れてくる子供もいる。区の事業である熟年サポーター制度の受け入れをしたり、広報誌によるボランティアの募集も継続的に行うなど、地域との繋がりを大切にしている。

地域との連携を強化し、開かれた施設の体制作りに努めている

利用者の今ある近隣との付き合いはもとより、入所以前に暮らしていた馴染みの場所との関係性を重視し大切にしている。旧知の人と交わったり、お祭りなどの行事も楽しめるよう、家族の協力も仰ぎ実現出来るようにしている。利用者には地域住民の一員として地域や組み会(町会)との交流に積極的に参加してもらうようにしている。納涼祭やクリスマス会などの催し事にも力を入れ、今年度は納涼祭に150名の参加を得た。町会が主催する盆踊り大会には施設から多数の利用者が参加し、楽しみ事の一つとなっている。

12 評価項目12

施設と家族との交流・連携を図っている

評点(〇〇〇)

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

評価項目12の講評

利用者の日常の様子は広報誌や写真を通じて家族に定期的に伝えられている

主に家族を対象とした「わとなーる掲示板」が作られ、月毎に利用者の様子が伝えられている。「わとなーる掲示板」は写真やイラストを多用し、行事や暮らし向きなどが伝わりやすいという特徴を持っている。欄外を利用して居室担当者からの一言も添えられ毎月家族に報告されている。施設の壁には撮りためた写真に番号が付されて貼られ、家族が入手できるように申込書が添えられている。無償で配布されている。

運営推進会議、ケアカンファレンスでの家族の意見が施設運営に活かされている

施設の理念の冒頭に「利用者・家族・そして職員が輪となって信頼関係を築き、明るく和やかで活力のある施設づくりを目指す」ことが掲げられている。2ヶ月毎に行われる運営推進会議には、地域の役職者や、住民、家族など多数の出席が見られる。議事録は、家族会の意見に関する回答や家族の紹介など家族に関する事が多くみられる。半年に一度家族が参加出来るケアカンファレンスが行なわれ、各セクションの職員と家族の意見交換がされている。家族の判断を仰いだり、利用者や家族のニーズに答えられる利点がある。

家族の訪問や家族の集いなどを通じた交流が行なわれている

施設の取りまとめた「平成24年度面会状況」の内、月別面会者数は 月平均延べ人数 108名、月平均延べ組数85組 と報告されている。家族の訪問には時間の制限を設けず、ありのままを受け入れている。家族の中には自分の家族の自室だけでなく、共有部分の清掃を行ってから帰宅する人もいる。家族会は不定期ではあるが行事ごとに開催され、家族と利用者・職員が交流できる機会が確保されている。家族会の議題は幅広く、アンケート報告、第三者結果報告、クリスマス会のタイムスケジュールなどが見られる。議事録が作成されている。

| 事業者が特に力を入れている取り組み① | | |
|--------------------|---|---|
| 評価項目 | 2-1-1 | 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・倫理などを周知している |
| タイトル① | 個人の尊厳を守る研修や委員会活動に力を入れている | |
| 内容① | 個人の尊厳を守る意識向上のために、身体拘束廃止研修と委員会活動、虐待防止研修と委員会活動に力を入れている。規定として、職員倫理規程、職員行動指針、就業規則の服務心得、個人情報保護規定、各種業務マニュアルを定め周知・徹底を図っている。新人は入職時に施設長が倫理・心構え等教育し、宣誓書の提出を求め、1～3か月間の研修期間で基礎教育を行っている。 | |

| 事業者が特に力を入れている取り組み② | | |
|--------------------|--|--|
| 評価項目 | 6-3-2 | 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 |
| タイトル② | 理念・方針の具体化がケアプランとして個性を尊重したケアが行われている | |
| 内容② | 当施設の方針である①人としての尊厳を支える②暮らしの継続性、日常性を維持③地域の人に関わる方針の具体的な実行計画がケアプランであり、施設長は言葉でなく実践することを目指してケアプランの計画と実行を通じて職員教育を行っている。ケアカンファレンスシート(アセスメントシート)には利用者本人・家族の希望・要望が生言葉で多く記載され、また利用者の現状把握は客観的に具体的に把握するように努め、デジタル化する努力が見られる。ユニットケアによる利用者一人ひとりの個性を尊重したケアが行われている。 | |

| 事業者が特に力を入れている取り組み③ | | |
|--------------------|---|-------------------------------------|
| 評価項目 | 6-4-11 | 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 |
| タイトル③ | 地域との連携を強化し、開かれた施設の体制作りを努めている | |
| 内容③ | 利用者の今ある近隣との付き合いはもとより、入所以前に暮らしていた馴染みの場所との関係性を重視し大切にしている。旧知の人と交わったり、お祭りなどの行事も楽しめるよう、家族の協力も仰ぎ実現出来るようにしている。利用者には地域住民の一員として地域や組み会(町会)との交流に積極的に参加してもらうようにしている。納涼祭やクリスマス会などの催し事にも力を入れ、今年度は納涼祭に150名の参加を得た。町会が主催する盆踊り大会には施設から多数の利用者が参加し、楽しみ事の一つとなっている。 | |

| No. | 特に良いと思う点 | |
|-----|--------------|--|
| 1 | タイトル | 理念の実践に努め、利用者が地域と関わりながら明るく和やかに暮らしている |
| | 内容 | 「利用者・家族・職員が『輪となって』信頼関係を築き、明るく和やかで活力ある施設づくりを目指して、4つの施設理念①人としての尊厳を支える・②暮らしの継続性、日常性の維持・③職員育成④多くの地域の人に関わる・」を掲げ、毎日の朝礼にて全職員で理念を唱和し、また、マニュアルには地域密着型サービスの使命を冒頭に掲げ、接遇マナー初め具体的な介護方法を設定し周知を図っている。ケアプランを理念実行計画として具体的に指導し職員の実践向上を目指している。利用者調査の結果も非常に高い満足結果が確認されている。 |
| 2 | タイトル | 正確な記録と意向を尊重したケアプランによって個別ケアが充実し家族との信頼関係が高まっている |
| | 内容 | 記録に関するマニュアルでは「何のための記録か」「役立つ記録とは」「5W1Hで記録」「介助項目別記録要点」等が記載され、日常的にケアプランに沿った援助と正確な記録の指導がなされている。利用者ごとに月間まとめが作成され、1ヶ月間の生活状況、健康状態が一目で分かり、家族も「今」の利用者の生活状況が大変理解しやすい記録になっている。ケアカンファレンスにはほとんどの家族が参加し、利用者・家族の意向が尊重され、きめ細かくニーズに対応した支援を心がけている。ケアプランを核に家族との信頼関係が高まっている。 |
| 3 | タイトル | 職員提案による自発的なサービス改善が進み、職員主体の運営によって働きがいのある職場づくりができています |
| | 内容 | 「特養を良くする会」等の場で職員提案による自発的なサービス改善が進み、昨年より改善していこうとする職員意識が向上している。また、職員の協力体制の向上や意見の言いやすさ等職場の雰囲気働きやすい環境と思われる。また、積極的な事業展開を図っているため、昇進の機会が増え職員の夢が叶えられやすい状態であり、家族の訪問が多く職員との会話が職員の働きがいにつながっている。目標が明確であり職員主体の運営がなされているので、やり甲斐のある職場づくりができています。 |
| No. | さらなる改善が望まれる点 | |
| 1 | タイトル | 年間研修計画にもとづく内部研修の充実を望みたい |
| | 内容 | 小規模施設で20名の職員構成であるが、積極的に外部研修に参加し、年間13回各種研修に参加している。施設内研修では各委員会が研修資料を作成し、心構え・マナー、三大介護、感染対策、身体拘束ゼロ等36回資料作成し、プリント配布による知識向上を行っている。職員からは話を聞く研修を希望する声もあるので、希望の多い研修の年間計画を立て、外部研修参加資料をもとに内部研修資料を作成し、報告を毎月の職場会議で行うなど検討を望みたい。 |
| 2 | タイトル | 個人別介護技術レベル確認によるOJT体制の確立を期待したい |
| | 内容 | 職員に求める人材像や使命感を明確にして、年2回勤務評価を実施し、理解力、業務遂行、知識・技術、規律、責任感、勤務態度、報告等について自己評価を行い、施設長面談にてモチベーションの向上を図っている。介護知識・技術の細かい個人別レベル把握は新人以外はなされていないので、旧人も介護項目別に把握し、得手・不得手を確認する必要があると思われる。確認表をもとにした現場リーダーによるOJT指導体制の確立を望みたい。法人本部は人材育成システムを構築中であり完成を大いに期待したい。 |
| 3 | タイトル | 職員参画による介護マニュアルの見直しを望みたい |
| | 内容 | 介護マニュアルには法人理念、プライバシー保護マニュアル、羞恥心への配慮、接遇マニュアル、認知症の方への接し方、三大介護、移動介助、口腔ケア、整容・清拭、記録等よく整備されたマニュアルがある。一方で、職員参画によるマニュアルの見直し等が不十分と思われる。職員全員で各介護マニュアルについて、現在の業務水準とマニュアルを照合し、マニュアルの見直しを行い職員手作りのマニュアルを望みたい。また、新人指導はマニュアルによって行う等統一性のある介助ができるように期待したい。 |