

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) 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。</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>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</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>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で終わってしまうため、職員間の声掛けや話し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 ウ)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</p>

調査対象

利用者全員
聞き取り方式 事業所と協議し、意向確認が可能な方を選定して個別の聞き取りにて実施しました。

利用者総数

27

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
	14	14
	14	14
0.0	51.9	51.9

利用者調査全体のコメント

・総合的な感想において、「大変満足」と回答した方が2名、「満足」と回答した方が10名と高い満足度が示されました。「どちらとも言えない」と回答した方が2名でした。・個々の質問に対する回答状況を見ると、問5の「施設内の清掃・整理整頓は行き届いているか」の問いに対し、全員が「はい」と回答しています。・自由記述では「家にいるよりずっと良い」「外出したい」「何も困ったことはない」「皆さん良い方だから良いですよ」「良くしてくれている」「もう少しお話ができる人がいたら良いと思う」「良い感じなので苦労したことない」などのコメントが挙がっています。

場面観察方式の調査結果

調査の視点：「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

評価機関としての調査結果

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

--

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

--

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	11	0	1	2
「はい」と回答した方が11名、「いいえ」と回答した方が1名、無回答・非該当が2名でした。「一人で生活している時よりよっぽど良い」「見て美味しそうに見えないけど食べてみると美味しい」「いつも美味しい」「朝からこんな食べれないっていうものが出るの」などのコメントが挙がっています。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	12	1	1	0
「はい」と回答した方が12名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、「いいえ」と回答した方が1名でした。「歩くのがヨタついた時は手伝ってくれる」「できなきゃ手伝ってくれる」「お風呂は全介助です」「できることは自分でやっている」などのコメントが挙がっています。				
3. 施設の生活はくつろげるか	11	2	1	0
「はい」と回答した方が11名、「どちらともいえない」と回答した方が2名、「いいえ」と回答した方が1名でした。「多少は自由に過ごしています」「行事は参加する」「テレビ見て寝てる」「リビングにいて皆でテレビ見たり雑談ですね」「何にもやることがない」などのコメントが挙がっています。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	8	2	3	1
「はい」と回答した方が8名、「どちらともいえない」と回答した方2名、「いいえ」と回答した方が3名、無回答・非該当が1名でした。「看護師が聞いてくれる」「皆さん色々心配してくれています」「私が元気だからかもしれないけど聞かれないわね」「そういうのいかな」などのコメントが挙がっています。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	14	0	0	0
全員が「はい」と回答しています。「お掃除の人が来てやってくれる」「綺麗にしてくれます」「全てが綺麗になっている」「男性の方が土曜日に掃除に来てますね」などのコメントが挙がっています。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	11	1	0	2
「はい」と回答した方が11名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、無回答・非該当が2名でした。「いいえ」と回答した方はいません。「今のところ大丈夫」「皆良い人」「皆さん親切にやってくれる」「悪くないよ」などのコメントが挙がっています。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	1	0	3
「はい」と回答した方が10名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、無回答・非該当が3名でした。「いいえ」と回答した方はいません。「職員に言えば見てくれる」「看護師に言う」「重い処置ができなくなったら病院に連れて行ってしてくれます」などのコメントが挙がっています。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	3	0	0	11
「はい」と回答した方が3名、無回答・非該当が11名でした。「いいえ」と回答した方はいません。「口ゲンカもあるけど、すぐに仲直りします」「認知症の方が多いけど大丈夫です」「長くなるにはいざこざは嫌だから」「他の人とあまり話をしないからどうなのかしら」などのコメントが挙がっています。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	9	4	0	1
「はい」と回答した方が9名、「どちらともいえない」と回答した方が4名、無回答・非該当が1名でした。「いいえ」と回答した方はいません。「それは知らないけれど、不足はないから叶えてくれるんじゃないか」「表面に出さないけれど考えていると思う」「ここは良い人ばかりよ」「多少は考えてくれると思う」などのコメントが挙がっています。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	13	1	0	0
「はい」と回答した方が13名、「どちらともいえない」と回答した方が1名でした。「いいえ」と回答した方はいません。「何か言葉をかけて入ってくる」「気にしない」「開けっ放しでも気にならない」「よく守ってくれますよ」勝手に部屋に入ってくる」などのコメントが挙がっています。				
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	2	1	7	4
「はい」と回答した方が2名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、「いいえ」と回答した方が7名、無回答・非該当が4名でした。「その都度何かあればお話ししますよ」「多少は聞かれたことあるかもしれないけど忘れた」「聞いたことないかな」などのコメントが挙がっています。				
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	2	0	8	4
「はい」と回答した方が2名、「いいえ」と回答した方が8名、無回答・非該当が4名でした。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	6	2	1	5
<p>「はい」と回答した方が6名、「どちらともいえない」と回答した方2名、「いいえ」と回答した方が1名、無回答・非該当が5名でした。 「しょっちゅう話をしていれば言える思う」「一人で生活するよりよっぽどいいから不満ない」「あまり困ってることや言わなきゃいけないことはないです」「何も言ったことない」などのコメントが挙がっています。</p>				
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	3	1	7	3
<p>「はい」と回答した方が3名、「どちらともいえない」と回答した方1名、「いいえ」と回答した方が7名、無回答・非該当が3名でした。「家族を呼びつける」「ふれあい相談員さんと話していると楽しくて嬉しくなる」「相談によるわね」「それは知らないけど、色々言う必要はないですよ」などのコメントが挙がっています。</p>				

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	
	事業計画は、組織の存在意義を職員が毎年確認できる一冊となっています 事業計画の冒頭は、法人の設立経緯、趣意、法人名の由来に続き、法人理念、基本方針、介護のスローガンが毎年必ず掲載されています。介護のスローガン「和の介護」は「融和・調和・和み」を示しており、その捉え方も丁寧に記載しています。新規職員も経験の長い職員も、いつでも事業計画の説明を受けた時、手にした時に、自分が身を置く法人の目指すところ、介護の軸となること、組織の存在意義を意図できる機会となっています。 法人の方針や組織におけるルールを共有して業務を遂行できるよう取り組んでいます 職員採用面接の時に、介護のスローガン「和の介護」や法人の理念・方針と共に、現職員の考えを含めた法人の求める人物像について説明を行っています。年度途中での中途採用の職員はおおよそ2時間30分位かけてオリエンテーションを行い、就業規程・給与規程など様々な内容を説明して、経営層の考えや組織におけるルールを共有して業務を遂行できるよう意識統一を図っています。また、事業計画についても説明を行い、年度中の入職であっても当該年度の運営目標などを共有していけるよう取り組んでいます。 各職種の業務内容や役割と会議が持つ役割を事業計画に明記し、共通理解を得ています 事業計画には、職員会議やユニット会議については会議が持つ役割が、また、役職・担当業務内容として、施設長をはじめ、介護支援専門員・生活相談員、医務、栄養、ユニットリーダー、ケアスタッフの業務内容が明記されているため、法人全体で各職種の業務内容と役割を確認することができています。同敷地内にあるグループホームとの一体経営であるため、経営方針に関することなどは、法人全体の運営会議にて検討・決定しています。利用者に関することなどはユニット会議にて検討し、迅速な対応ができるよう取り組んでいます。	

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(000000)
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(000)
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(00)
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

毎年第三者評価を受審し、利用者や家族の意向把握の機会として活用しています

当施設では毎年第三者評価を受審しており、評価の手法である利用者調査にて利用者からの意見を直接聴く機会を設けています。また、家族からも同質問内容にて施設の取り組みに関するアンケート調査にて把握しています。コロナ禍により、定例であった家族懇談会の開催も中止してきた中、毎年第三者評価を受審を通して運営に関する意見をいただくこと、利用者に対するケア方針などについてはケアプランの作成・見直し時に意向を把握し、利用者や家族の意見を取り入れて施設経営や利用者へのケアに活かしています。

介護業界に関する情報収集や情報交換、学習の機会を得ることができています

東京都社会福祉協議会の施設長会や市の施設長会、地域包括支援センター主催の研修への参加のほか、当施設の主任介護支援専門員は市の介護支援専門員連絡協議会の理事を務めており、東京都社会福祉協議会の相談員研修会にも参加して、国や東京都、八王子市における介護業界に関する情報収集や情報交換、学習の機会を得ることができています。これらの内容は、生活相談員・医務・栄養士・ユニットリーダーが出席する合同会議で報告がなされ、施設内での共有を図っています。

部門別、委員会、行事など担当業務別にそれぞれ年度目標を立てて取り組んでいます

事業計画は中長期目標を掲げて当施設と隣接するグループホームの共通目標として単年度計画を策定しています。介護・医務・食事のサービス提供と地域との関わりについてそれぞれ重点目標を掲げ、その他、部門別、委員会、行事などの担当業務別についても目標を掲げ取り組み内容を記載しています。さらに今年度は介護報酬改定事項を踏まえての取り組みについても明記しています。これに対し事業報告は一年の取り組みを写真を多用して丁寧にまとめていますが、掲げた目標の実行プロセスや評価を明記するという点ではまだ改善の余地があります。

3 経営における社会的責任			カテゴリ-3
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、理解が深まるよう取り組んでいる	○非該当	
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○非該当	
サブカテゴリ-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	

カテゴリー3の講評

コンプライアンスに関すること、認知症理解など年間研修計画に盛り込んでいます

事業計画に年間研修計画を掲載しており、その中でコンプライアンスに関すること、認知症理解などの知識の習得につながるよう職員として知ってほしい内容について取り組むこととしています。また、職員の入職時には中途入職も含めてオリエンテーションを150分位かけて実施し就業規則をはじめ、介護スローガン「和の介護(融和・調和・和み)」について説明を行っています。このスローガンの「和み」には「たとえ認知症であろうと、人格を思いやる気持ちが一番である」という意味合いも込められており、人権尊重が表現されています。

利用者の声や日々の生活の中での「気づき」を高めていくために取り組んでいます

利用者に対する日々の介護の中での「気づき」を高めていくための「気づき・ヒヤリハット報告書」の取り組みがあります。事故を未然に防ぐ一つとしてのヒヤリハットだけではなく、利用者の声や日々の生活の中での「気づき」なのかを、チェックを付けることで判別できるようにしています。ヒヤリハットは職員も積極的に挙げており、エビデンスをどのように捉えているか、主観になっていないか、利用者のいない自己満足ではいけないことなど職員に伝えながら、利用者の声や思いを汲み取ることができるよう取り組んでいます。

施設としての地域とのつながりという点では法人として模索している状況が続いています

敷地内に併設するグループホームと合同で開催している運営推進会議のメンバーは、行政、民生委員、地域包括支援センター、利用者家族、施設長、生活相談員、グループホームのケアマネジャーで構成され、年6回、偶数月に開催しています。主任介護支援専門員が介護支援専門員連絡協議会の理事であることから地域における福祉ニーズや現状を知る機会となっていますが、施設としての地域とのつながりという点では自治会への加入などもなく、法人として模索している状況が続いています。

カテゴリ-4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ-1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 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(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当
サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	○非該当
●あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○非該当
カテゴリ-4の講評		
併設するグループホームと協同し、利用者の介護事故予防等に取り組んでいます 介護保険施設におけるリスクマネジメント強化の一環で、安全対策担当者の配置義務に伴い、その業務内容は事業計画内の各種委員会の今年度目標にも明記され、併設するグループホームと協同し、利用者の介護事故予防に取り組んでいます。コロナ禍における感染防止対策は2類から5類に移行しても一定の取り組みは継続して利用者の「命を守る」行動に注力しています。当法人における高リスクは安定した職員の雇用・定着も挙げられることから給与体系の見直しなどにも着手し取り組みを進めています。		
専門的な知識の向上は介護業務におけるリスク管理につながると捉えて取り組んでいます 介護保険制度や地域密着型特別養護老人ホームの社会的な位置づけや、利用者の特性も多様化している中、認知症と精神疾患のある方への対応などについて職員の理解が進まないことが、人員不足による業務遂行が困難という点に結びついていないかということを経営層は懸念しており、改めて「認知症とは?」「特養ってどんなところ?」「グループホームってどんなところ?」という内容を盛り込んだ研修を行いました。職員の頑張り認めながらも専門職としての知識向上は介護業務におけるリスク管理につながると捉えて取り組んでいます。		
様々な情報は電子化での管理がなされ、毎日バックアップを取っています 施設内の情報管理は、職務に応じて使用できるよう管理されており、職員の個人情報などに関するものは、アクセス権限を設定しています。様々な情報は電子化での管理がなされているため、万が一に備えてサーバー内の情報は毎日バックアップを取っています。紙面で管理している資料や記録は各ユニットでの施設管理としており、個人情報については、外部に持ち出さないこととして取り扱いに注意を払っています。		

5 職員と組織の能力向上		サブカテゴリ-1(5-1)	
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	10/12
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(〇〇)	
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-2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/3

評価項目1

組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に
取り組んでいる

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○非該当
●あり ○なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-5の講評

キャリアパスと給与の見直しを行い、給与体系の見える化を図りました

東京都の補助事業を活用してキャリアパスと給与体系の見直しを図り、再構築した人事考課制度を今年度から運用開始しています。職員の給与見直しを行い、給与体系の見える化を図りました。キャリアパスを見直したことで、常勤職員、契約職員、65才以上の方を含む非常勤職員はパートナー、リーダー職を指導職と位置づけが明確になりました。その一方で、事業計画内で示す役職・担当業務内容と施設内の現状からは、経営層を含め役割権限の見直しなども視野にいれた検証が必要な点も見受けられます。今後の検証・検討が期待されます。

新たな人事考課制度は職員への説明と考課者研修を行いスタートしています

今年度から運用を開始した新たな人事考課制度は、オンラインにて職員への説明を行い、考課者には手順書を渡して考課者研修も実施しました。一次面接はリーダーが実施し評価も行います。まずは役割定義を理解してもらうことから始め、職員が立てた目標への取り組みは自己評価したものに対してリーダーが○×△を評価表に記載しており自身でもこの結果を確認することができます。面談では職員個々の職場に対する思いを把握し、職場環境の改善に反映していくよう取り組んでいます。

職員の希望を把握して法人全体の年間研修計画を立てることを検討しています

職員体制の状況やコロナ禍により内部研修に注力してきました。また、人事異動による体制の変更に伴い、ユニットごとに月間目標を掲げ、統一した見解のもと利用者への介護に取り組めるように職員間で共有しています。今後の取り組みとして、職員からどのような研修をしたいかという希望を把握して法人全体の年間研修計画を立てるようにしていきたいと経営層は考えています。また、職員への指導、ユニット連携の強化を目的として新任職員への月1回の面談を3ヶ月間実施するなど職員定着への取り組みに注力しています。

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)

新入職者もありシルクロード舗水の方針を理解し、協働するにはユニット内及び他部署との連携が大切であるが、できていない、機能していない部分があるため、人材育成によるサービスの質の向上を法人統一の目標としました。今後も職員不足が予想される中、職員の合理的な配置や互いのユニットを理解し、欠員時に応援が出来るように取り組んでいます。基本は生活の場であり、利用者様主体のホームであり、それを専門職が協力しあいカバーする、利用者本人が主体のフォローするのが我々であることを共有すべく取り組みました。しかしながら、お互い専門職のぶつかり合いなど連携にはまだ至らず、今年度も継続して重点目標として取り組んでいます。

<p>目標の設定と 取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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

法人理念である、「心の通い合う支援を個々の通い合う仲間が提供します。」職員全体が共通理解のもと、介護のスローガンである「和の介護」を実践していることが利用者の生活を支えることになる、このベースを作ることを最優先として、職員が「協働」していくことに取り組みました。しかしながら、今年度は法人内でリーダー層の異動もあり、職員が変わってもサービスの質を保てるよう、リーダー層が自覚を持つことなど今年度も継続してチームを作ることにに対して試行錯誤しながら取り組んでいます。

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)

共通目標に設定し4年目になりますが、新しい職員さんが半数を占め、中堅、リーダー層とシルクロード鍵水の方針理解が不十分の中、施設の基本であるサービスの向上と、チームワーク、他部署との連携は永遠の課題ともいえるため、職員チームワークと他部署との連携を目標に掲げて取り組みました。職員不足やユニット間の情報共有に取り組むなか、2名体制の取れないユニットへの応援が可能な人材育成を行い、利用者サービスへの支障がないよう、月1回面談を持ちながら新任職員は3ヶ月で基本業務覚えていけるよう取り組みました。今年度も引き続き継続しながら、職員の階層に対する到達目標や研修体系を整え、体系を確立できるよう職員面談、職員評価を効果的に行えるよう取り組みこととしました。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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

理念を職員全体で共有した中で、自分の役割に責任を持ち取り組むとともに、新しい職員が増えていることから当法人の大切にしている介護を習得していくために取り組みました。また、職員の定着を図るためには、職員育成と共に、法人内の人事考課の見直しも必要と捉え、東京都の事業を活用してコンサルティング会社を導入して人事考課の見直しに取り組みました。結果、退職希望の減少につながったと経営層は捉えています。今後は報酬体系の見直しもつなげていきたいと考えています。

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(〇〇〇〇)
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
サブカテゴリー1の講評		
<p>ホームページをリニューアルし、法人全体の情報提供を行っています</p> <p>法人作成のリニューアルしたホームページでは、見る側を意識して、動画を盛り込み詳しく当施設と隣接するグループホームの全容が伝わるよう作成されています。「私たちが大切にしていること」をして、介護スローガン「和の介護」融和・調和・和み(なごみ・和の心)が明記され、法人の目指す介護方針がわかりやすい言葉を用いて丁寧に記載されています。今回のリニューアルで、利用者のリアルな表情を掲載していくことで当施設での暮らしがイメージできるよう工夫しました。そのため、写真掲載について改めて家族に説明し同意をいただきました。</p> <p>パンフレットは館内の写真を掲載して情報量を増やすなど検討することが期待されます</p> <p>当施設を紹介するパンフレットは、A5判の冊子で作成しています。表紙にはQRコードやURLが掲載されており、ホームページに飛ぶようにしているので、パンフレット内には掲載しきれない情報を見ることが可能です。パンフレットは、グループホームの設備や内容をまとめたページで始まり、後半のページから当施設の内容を記載しています。法人の理念・基本方針、施設と建物の概要が記載されていますが、館内の写真の掲載がないため、今後リニューアルするなど検討が期待されます。</p> <p>見学者の案内や対面での面会を再開することを予定しています</p> <p>法人で発行している季刊誌は年2回の発行にて、法人の理事をはじめ地域内の医療機関や居宅介護事業所、老人保健施設などに配布しています。その発行数は1,000部を超え、積極的な情報発信は毎年継続して行われています。また、見学者への対応は、コロナ禍のため館内での案内は中止しておりますが、隣接するグループホームの3階にて動画などを用いて説明を行っています。電話によるお問い合わせからの見学となっておりますが、急遽、来訪された方についても臨機応援に対応しています。</p>		

サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<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>これまでの生活環境や生活歴を丁寧に聞き取ることを心がけています</p> <p>入所前には、電話もしくは家族への面接を実施して、入所希望者の状態について聞き取りを行います。特にこれまでの生活環境や生活歴を丁寧に聞き取ることを心がけています。また、利用者や家族の意向を把握して今後の新しい生活に活かすようにしています。必要に応じて、在宅サービスを利用されていた方については、担当のケアマネジャーや事業所に可能な範囲で情報提供をお願いしています。今後の取り組みとしては、生活相談員やケアマネジャーだけでなく介護職員の調査時の同行を検討したいと考えています。</p> <p>利用者の状態を細かく情報収集して当施設で必要なケアを検討しています</p> <p>利用者に関する情報は、アセスメント表1～4に細かく記載しています。アセスメント表1は、家族情報、緊急連絡先、生活歴、介護情報などを、アセスメント表2は医療関連情報、服薬、認知・行動障害などを、アセスメント表3はADLに関して、現状、リスク、対応などが記載されています。さらに、アセスメント表4では既往症、病歴と食事・栄養に関する現状やリスク、対応等と治療食などの特記事項が記載されています。利用者の状態を細かく情報収集しており、状態把握をした中で当施設で必要なケアを検討しています。</p> <p>看取りに関する取り組みを冊子にまとめて家族に説明しています</p> <p>長期入院による退所もありますが、当施設では看取り対応を行っているため、ほとんどが看取りでの退所という現状があります。当施設の看取りの指針とともに、看取り介護に関する内容を冊子にまとめており家族に説明しています。実際にお別れが近づいたときの変化・お別れが来た時の変化・看取り計画書などについての丁寧に説明しています。大切な家族との別れへの家族の心情に寄り添っている対応です。</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たうえで、必要に応じて見直している	<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きみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある	<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

アセスメント表から課題となる点を抽出して、モニタリング時の評価に反映しています

生活歴やADLの状態を細かく聞き取りして作成しているアセスメント表の内容や基にケアプランを作成しています。ケアプランは半年ごとにモニタリングを行います。その際、アセスメント表の見直しを行い課題となる点を抽出して、モニタリング時の評価に反映し、ケアプランの見直しを行っています。モニタリングの内容やケアプランの見直しについての家族への確認はコロナ禍のため電話連絡が主となっていますが、見直しの内容や看取りに入る際は来所していただき説明しています。

個別ケース記録は職種や勤務時間により記載する際に色を変えて工夫しています

利用者の生活状況は個別ケース記録に毎日記載しています。ケース記録はそれぞれの職種の職員が記録しており、その際、日中の様子は黒字、生活相談員は緑、医務課は青、夜勤は赤と色を変えて記録をしておくことで、職員が判別しやすくなるよう工夫しています。職員間の情報共有は夕方の申し送りの際、生活相談員と医務がユニットを巡回して介護職員と行うようにしている他、メールを活用して後から確認できるようにしています。

24時間個別記録は、一週間分を1ページで記載できる様式を用いています

利用者の24時間個別記録も作成しています。定時と薬、臨時薬、食事特記、排泄特記、尿量、排便、入浴状況、リネン交換、バイタル、処置・整容、注意事項、検計事項を記録しています。この24時間個別記録は、一週間分を1ページで記載できる様式を用いているため、利用者の一週間の状況が一目で確認できる利点があり、利用者の状態変化に気づき、迅速に対応しやすい状況となっていることが推察されます。

サブカテゴリ-5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部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	<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(〇〇)
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-5の講評		
<p>他の利用者にも外部の方からも利用者が特定されにくい環境を整えています</p> <p>個人情報の取り扱いについては、契約時に「個人情報同意書」と「写真等の肖像使用同意書」を用いて説明し同意を得ています。今回、ホームページのリニューアルにあたり、再度、写真掲載について家族に確認も行いました。館内では、会議の議事録に利用者に関する内容を記載する時も、個人ファイルの背表紙も個人名は記載せず部屋番号の記載としており、申し送りの際も同様の取り扱いがなされています。他の利用者にも外部の方からも利用者が特定されにくい環境を整えています。</p> <p>職員のお互いの言い方や受け止め方に配慮があるかなど委員会で確認しています</p> <p>利用者の気持ちを尊重した対応を行うためには、不適切なケアに対する法人の方針を再確認する必要と不適切な声掛けや対応を自ら見直す必要があると経営層は感じています。職員がお互いに注意しあえる組織風土の醸成を図ることの必要性もあり、スピーチロックや不適切な対応になっていないか、指摘する側と指摘される側ともお互いの言い方や受け止め方に配慮があるかなど、事故・褥瘡・拘束防止・虐待検討委員会にて話し合いを行っています。</p>		

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
<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 checked="" type="radio"/> あり <input 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(〇〇)	
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
サブカテゴリ-6の講評	
<p>新人職員の意見から、入浴方法の見直しを行いマニュアルの変更を行いました</p> <p>各種マニュアルは各委員会の中で必要に応じて見直しを行うこととしています。マニュアルの改定は行っていますが、活用という点では継続した課題であると経営層は捉えています。今年度は新人職員からの意見から、特浴マニュアルの見直しを行いました。職員会議の際、実際に職員がモデルとなり浴室にて入浴方法を確認し、リーダー会議にて決定しています。職員からの提案に耳を傾け、必要な時に必要な見直しをすることも、マニュアルが活用できている一例となると推察されます。</p> <p>施設内での研修を行うことで業務の標準化に取り組みへとつなげています</p> <p>実際に毎日の利用者に対するケアに関して、職員から困りごとなどについてアンケートを実施しました。その中で、認知症の方の対応方法が知りたい、周辺症状の違いなどの意見が出され、「失敗談の中から学ぶ認知症」ということで、他者の困ったことから学ぶ機会を作りました。利用者のケアにあたり、認知症を学ぶことでより個性の高いケアへの実践につなげることが可能となります。施設内での研修を行うことで業務の標準化に取り組みへとつなげており、職員の入れ替えが続いた中で共通理解を勤める有効な取り組みです。</p>	

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		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	43 / 43
サブカテゴリ-4			
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>各職種で記載しているケアプラン確認票を基にケアプラン変更を行っています 利用者一人ひとりのケアプランは、半年ごとのモニタリングの際に「ケアプラン確認票」を各職種で記載しており、これを基にケアプランの変更に至る仕組みとなっています。しかし、職員の入れ替えなどにより、ケアプランに沿った日々の記録までには至っていないと考えており、今後周知していきたい意向です。また、職員一人ひとりがケアプランに関わっている意識を持っていくため、アセスメントを居室担当が変更していくようにしたいと考えており、ケアプランのさらなる充実が期待できます。</p> <p>ユニットという小規模な環境下で、馴染みの職員が支援をしています 当施設では、「融和・調和・和み」の「和の介護」を重んじており、そのためユニットという小規模な環境下で、馴染みの職員が支援をしています。家庭の延長として、利用者に馴染みの食器を持ち込んでもらい、盛り付けをユニット内で行い、温かい食事を利用者一人ひとりの希望の量や食形態で提供することができています。利用者にその人らしい生活を送ってもらうために、利用者の意向を聞きながら自身で行えることは行えるよう職員間で情報を共有して支援し、さらに家族とコミュニケーションを図り、協力も得ながら利用者理解に努めています。</p> <p>多職種が連携を図り、人員体制を補う利用者支援に取り組んでいます 利用者支援に関わることは多職種間で検討し、取り組んでいます。昼食時に栄養士が利用者の喫食状況を直接確認することができており、食形態の検討を多職種で行っています。生活相談員は入浴介助のフォローに入り、看護職員は食事介助のフォローだけでなく、利用者の散歩にかかって出るなど、人員体制を補う利用者支援に取り組んでいます。また、職員はユニット固定配置ではありますが、情報の共有を積極的に行うことにより、ユニット同士で助けに行ける環境を作っており、職員間の連携により円滑に利用者支援ができる体制があります。</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			
<p>利用者が自分で食べる楽しみを継続できるよう工夫しています 食事の形態は、一口大、刻み、極刻み、ミキサーがあり、ごはんやパンについても粥やミキサー対応を行っており、利用者一人ひとりの嚥下機能や意向などを把握した上で提供しています。給食委員を中心に「喫食状況表」を作成し、利用者一人ひとりの主食(ごはん・パン・麺それぞれ)と副食の形状や提供量、汁物形態、禁食、トロミ、注意事項が詳細に明示されています。自助具やカーブのある皿、取っ手付きの汁椀など利用者に合った食器も共有し、利用者が自分で食べる楽しみを継続できるよう工夫しながら、確実な提供ができるしくみを整えています。</p> <p>多職種間で話し合い、食形態の変更や栄養補助食品の提供を進めています 当施設では特に栄養ケアマネジメントとしては行っていないですが、低栄養状態の把握や改善対応の仕組みは整備しています。利用者の食事摂取状況や状態は、栄養士が栄養アセスメントに記録を残し、身長・体重を毎月測定することでBMI値を把握し、低栄養状態となるリスクを割り出しています。低栄養の傾向が見られた場合は、リーダー職員、看護職員、生活相談員、栄養士で話し合いを行い、食形態の変更や、経腸栄養剤(ドリンクやゼリー)・プロテインパウダーなどの栄養補助食品の提供を進め、状態の改善を図っています。</p> <p>全職員が一定状態のトロミが提供できるよう、視覚の工夫を行っています 昼食時には介護職員の状況次第で看護師も食事介助に入ったり、栄養士もユニットを巡回し、利用者の食事時の状態把握ができています。利用者に嚥下状態の低下が見られた際には、栄養士と看護職員も交え、トロミ剤の使用や食事形態変更の検討を行っています。トロミの状態をユニット内で話し合い、誰でも一定状態のトロミが提供できるように、計量スプーンは量で3色に分けており、利用者ごとにトロミ剤を色別に何杯入れるか(汁物・水分別)を明示しているなど、視覚効果の工夫で全職員が同様の状態で提供できるしくみを作っています。</p>			

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

利用者が落ち着いて食事ができる環境づくりをしています

当施設では、家庭の雰囲気や温かい食事を提供できるよう、食器は陶器を使用し、利用者それぞれにご飯茶碗と箸、湯飲みを用意してもらっています。ご飯をユニット内で炊き、盛り付けもユニットで行っているため、利用者一人ひとりに合わせた量や食形態で提供することができます。昼食はユニット利用者全員で同じタイミングで摂るようにしていますが、朝食はユニットで炊いた粥や雑炊を利用者の覚醒状況などに合わせて提供し、夕食についても食事の速度等により提供時間をずらすなど、利用者が落ち着いて食事ができる環境づくりをしています。

利用者が食事を楽しめるよう演出を行いながら工夫に努めています

施設では歳時に合わせた食事の提供を行っており、季節に沿った行事食や食材の提供で、利用者には食事で季節を感じてもらおう工夫を行っています。納涼会の屋台メニューや、敬老会の御祝い膳、誕生日会の天ぷらなど行事食のほか、毎年鮎の塩焼きを提供する機会や、お節に鮎きた頃の黒毛和牛を使ったすき焼き、忘年会では目の前で作って皆で囲む鍋、併設のグループホームと合同で餅つきも行って鏡餅を作り、つきたてのお餅を食べることもできます。利用者が食事を楽しめるよう演出を行いながら工夫に努めています。

少しずつコロナ禍前の楽しみが反映できる日常を取り戻しています

利用者の食事に関する希望は、栄養士が昼食時の巡回時に利用者から聞いて日々の食事に反映しています。献立は、火曜日はパンの提供日、土曜日は種類の提供日と決まっており、その中でも色々な種類を提供することで飽きの来ない献立を考えています。また、ユニット単位でおやつレクなどを行っており、ユニット内で利用者の希望や提案を反映して作る場所から楽しんでいます。さらに、行事の際にノンアルコールビールの希望や、誕生日でお寿司の出前を取るなど、少しずつコロナ禍前の楽しみが反映できる日常を取り戻しています。

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(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

利用者がゆっくと落ち着いて入浴できる環境を整えています

利用者一人ひとりの入浴については、利用者の状態をアセスメントし、本人の希望や身体状態に合った入浴形態と必要な支援を導き出しています。施設には各階に個浴があり、立位の取れる利用者には個浴を利用してもらっています。個浴は基本的に職員が一人ひとりの対応を行っており、一人の職員が一貫して支援を行う中で職員との会話を楽しみながら入浴してもらっています。入浴時は利用者の好きな香りの石鹸やトリートメントなど、個々の希望に沿って使用しており、利用者がゆっくと落ち着いて入浴できる環境を整えています。

特殊浴を利用する利用者一人ひとりの支援方法を明確にしています

施設の1階には、臥床状態で入ることのできる特殊浴を整備しています。特殊浴を利用する利用者の情報は、どのユニットの利用者でも全職員が同様に介助できるよう、外介助と中介助で分けて一覧にし、利用者一人ひとりの支援方法を明確にしています。利用者が他者の目に晒されないよう、カーテンを二重にしてプライバシーに配慮しています。また、認知症の利用者によって入浴に対する拒否がある場合には、無理強いをしない中でも、好きな音楽を流すことで誘導できるケースもあり、利用者の気持ちに配慮した支援に努めています。

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(0000)
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		
<p>座位を保つことができればトイレ誘導を行い、座ってもらうことを基本としています</p> <p>利用者の排泄支援は、座位を保つことができればトイレ誘導を行い、座ってもらうことを基本としています。そのため、利用者一人ひとりの排泄パターンや意向を把握し、自立性を考慮した支援に努めています。おむつを使用しているも、朝食後にトイレ誘導して座ってもらうことで排便を促せることもあるため、職員の共通認識として取り組んでいます。そのほか、朝10時にバナナと牛乳の提供を毎日続け、水分摂取の促しやオリゴ糖・ビフィズス菌などの摂取も看護職員と相談しながら行っており、積極性を持って自然排便への取り組みを行っています。</p> <p>排泄用品が見えないよう工夫し、見守り時も利用者の羞恥心に配慮しています</p> <p>トイレの清掃は夜勤者が行い、汚れた都度職員が清掃を行って衛生管理に努めています。利用者の居室で排泄介助に入る際には、排泄用品などが他者に見えないよう手提げかごを使用するほか、トイレでの見守り時も、使用中の札を付けて職員はトイレの外で待機するようにしており、羞恥心へ配慮しています。また、利用者によっては、排泄の失敗を心配するあまり、パッドをたくさんあてることを希望するケースもありますが、今後は尿量を測定する機会を設け、データに基づいて一人ひとりに最適な排泄用品を選択したいと考えています。</p>		
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(000)
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		
<p>利用者の移動に関しては、できるだけ自力で移動ができるような支援に努めています</p> <p>利用者の移動に関しては、本人の希望や状態に合った移動方法と必要な支援を職員間で検討しています。必要に応じて歩行器などの選定を行い、できるだけ自力で移動ができるような支援に努めています。現状としては、2名が独歩可能で、動き出しの際の見守り支援を行っています。そのほかの利用者は車イスを利用しており、利用者自身で操作して移動ができるよう、ブレーキにかけやすい細工をしたり、座面の低い車イスを導入し、脚を使って移動する利用者にはフットレストを外すなどして工夫しています。</p> <p>利用者が安全かつ快適に車イスを使用できるよう整備に努めています</p> <p>施設利用者の平均要介護度は現在4.0で、移乗の支援を多く要する現状があります。安全に移乗の支援を行うことができるよう、利用者の状態により2種類のスライディングボードを導入しています。スライディングボードは、各ユニット内で使い方の周知を図り、拘縮が強い場合には看護師へ相談するなど、安全に使用できるよう努めています。利用者の車イスは、居室担当が1週間に1回点検することとし、車イス清掃や空気入れは環境整備選任の職員やボランティアに担ってもらうなど、利用者が安全かつ快適に車イスを使用できるよう整備に努めています。</p>		

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(0000)

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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目7の講評

生活の中で必要な機能を維持できるよう、体操などの時間を設けています

機能訓練指導員として准看護師を配置していますが、積極的な機能訓練プログラムは実践していません。個別の機能訓練を希望する場合には、訪問マッサージなどの外部サービスを活用しています。基本的に生活リハビリを中心に身体機能の維持を行っており、トイレでの立ち上がりや移乗の際の立位保持、自力での移動など、生活の中で必要な機能を維持できるようにしています。そのほか、介護職員による体操などを行っており、ラジオ体操や動画配信サービスを活用した体操、職員による体操など、余暇時間を作って取り組んでもらうようにしています。

福祉用具は利用者一人ひとりに必要なものを職員間で検討し、提供しています

福祉用具については、居室担当の職員が中心となり、状態確認やメンテナンスを行っています。利用者に合う市販の福祉用具がない場合には、職員がクッション(拘縮予防)を手作りするなど、利用者一人ひとりに必要なものを職員間で検討し、提供しています。福祉用具を使用しても利用者の皮膚状態が悪くなってしまったケースでも、介護職員をはじめ、看護職員、栄養士が協力して各専門分野でできることを行い、状態完治につなげています。

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(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		
<p>利用者の体調変化時の対応は、看護職員が介護職員への周知を図っています</p> <p>日々の健康管理は、基本週2回利用者ごとの入浴日に看護職員がバイタル測定を行っています。看護職員は、他職種として介護職員と協働するだけでなく、食事介助のフォローに入ったり、利用者を外気浴に連れて行くなど協力体制があります。また、施設には内科医や精神科医が来訪し、利用者の健康状態維持・改善を図っており、法人の理事である診療所の医師へはいつでも相談ができる体制があります。利用者の体調変化時の対応は、看護職員が介護職員への周知を図っており、薬の変更や内出血などがあつた際には、利用者家族への連絡も行っています。</p> <p>ユニットごとに医務室日誌を作成して、利用者一人ひとりの状態を記録に残しています</p> <p>利用者の服薬管理は看護職員が中心となって実施しています。薬局から届いた利用者の内服薬は一化されており、届いた薬に間違いがないか看護師間でダブルチェックを行い、当日の配薬のセットを再度ダブルチェック、与薬時に介護職のダブルチェックと、徹底した管理に取り組んでいます。歯科医師によるケア指導があつた際は、ケース記録に一人ひとりのケア方法を看護職員が手書きして共有しています。また、看護職員間では、ユニットごとに医務室日誌を作成して利用者一人ひとりの状態を記録に残し、「医務何でも申送簿」にて情報共有を図っています。</p> <p>終末期の利用者家族には面会を制限せず、ゆっくりと家族の時間を作れるようにしました</p> <p>終末期に関する意向は、入居時に意思確認書で把握しており、希望を確認すると共に、いつでも変更できることを伝えています。家族へは、家族に向けて～大切な人の旅立ちにあたって～という文書を渡し、家族が看取りへの心構えができるよう支援しています。看取り後は家族へアンケートを依頼し、今後の看取り支援につなげています。今年度は7名の看取りを行い、コロナ禍で面会制限があつた中でも終末期の利用者家族には面会を制限することなく受け入れ、お食い納めをしてもらうなど、ゆっくりと家族の時間を作れるようにしました。</p>		

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

更衣・整容支援は施設入居前の生活に準じ、意向に沿った支援を行うようになっています
 更衣支援は、施設入居前の生活に準じ、無理強いすることなく、できるところは見守りするようにして意向に沿った支援を行うようになっています。自身で着替えやすいよう、首回りが詰まっていない衣類にもらうように家族に伝えることもあります。起床後の支援は、洗面台に誘導し、自身での洗顔が難しい利用者については、ホットタオルを用いて、自身で拭いてもらったり、介助を行うなど支援しています。また、男性に電気カミソリを用意したり、利用者一人ずつ寝ぐせ直しスプレーやブラシを準備し、身だしなみを整えられるようになっています。

個々の利用者の生活リズムを理解して支援に努めています
 利用者の睡眠が安定したものとなるよう、排泄介助は定時でなく、利用者ごとのパターンを把握して支援しています。自身に合った寝具で良眠につながるよう、施設入居前からの使い慣れた枕やタオルケット、毛布などの寝具を持ち込んでもらい、季節ごとに入れ替えています。入居前の生活を把握して支援を継続できるようにしており、利用者の希望を聞いて本人が居室に戻りたいタイミングで案内するようにしています。利用者によっては消灯後に居室でテレビを見るなど、個々の利用者のリズムを理解して支援に努めています。

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(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

利用者の希望に沿って、その人らしい生活を送ることができるよう支援を行っています
 施設での生活は、基本的な時間やルールなどはありますが、利用者の意思を尊重し、食事・起床・睡眠時間等、利用者の希望に沿った生活スタイルを維持して、その人らしい生活を送ることができるよう支援を行っています。利用者の居室には思い出の品などを自由に飾ってもらい、趣味のものを持ち込んでもらうことで、居室が利用者にとって居心地の良い空間になるよう配慮しています。ユニット以外の利用者との顔を合わせるような行事の際は、普段よりもお洒落な服に着替えってもらうなど、利用者の気持ちに寄り添う心配りも大切に考えています。

少ない人員の中でも利用者が楽しめる機会を作れるよう工夫しています
 今年度はコロナ禍が明け、納涼会や餅つき、クリスマス会など、併設のグループホームとの合同行事を開催することができました。文化の日に犬と猿が慰問に訪れる機会もありました。そのほか音楽療法も再開ができ、ユニット合同で、回想療法を交えながら季節の歌や体操、講師との掛け合いを楽しんでいます。ユニット単位でも、スイカ割りやおやつレクなどに取り組んでいます。行事やレクリエーションの企画書は、実施後に良い点改善点などの振り返りを行っており、少ない人員の中でも利用者が楽しめる機会を作れるよう工夫しています。

ユニットケアは、馴染んだ顔ぶれの中で生活できるメリットがあります
 当施設は少人数の家庭的な環境を重視したユニットケアを行っています。利用者には自宅などで使用していた馴染みの物を持ってきてもらうようしており、利用者が落ち着いて生活できるよう配慮しています。職員は基本的にユニット固定配置のため、関係性を築いて馴染んだ顔ぶれの中で生活を送ってもらうことができるメリットがあります。また、認知症の周辺症状への理解を深められるよう、新入職員にプリントを配付すると共に、ユニット内で事例を基にディスカッションを行い、認知症に対する共通認識を高める取り組みを行っています。

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(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

ドライブで桜を観に行くほか、外気浴で気分転換を図っています

コロナ禍以前は、地域住民を招いての納涼夏祭り開催や、小学校の運動会等の学校行事、地域のお祭りなどに参加することができていましたが、ここ数年は自粛せざるを得ない状況です。ドライブで桜を観に行くほか、外出に取り組むことはできていませんが、看護師が状況を見つつ利用者を散歩に連れて行っており、外気浴で気分転換を図っています。職員の人員確保が難しい状況ではありますが、個々や少人数で対応ができることを模索し、取り入れていくことも期待されます。

ボランティアの来訪もあり、少しずつコロナ禍前の交流を取り戻しています

今年度より、音楽療法が再開し、利用者が音楽を楽しむ機会が作れました。そのほかボランティアとして、傾聴ボラや車イス清掃、エアコン掃除・写真撮影を行ってくれるボランティアの来訪もあり、少しずつコロナ禍前の交流を取り戻しています。また、2か月ごとに開催している運営推進会議は、民生委員、市の担当職員、ふれあい相談員、地域のデイサービス職員、家族代表、グループホーム職員、施設職員などで構成され、状況報告や地域の情報について収集できる機会となっています。

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(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

家族に利用者の1年分の写真を郵送し、利用者にはスライドショーを行いました

コロナ禍以前は、納涼夏祭りや餅つき、敬老会は家族参加の行事としていましたが、今年度も様々な感染症の流行を鑑み、利用者職員のみで開催しています。以前は家族会で年間の施設状況をスライドと共に報告していましたが、家族会の開催を休止している状況であるため、1年分の写真を家族に郵送する取り組みへと変更しており、利用者には敬老会でスライドショーを行いました。また、年2回発行している広報紙は、家族や地域に配布すると共にホームページからダウンロードが可能で、施設の情報を伝えるツールとなっています。

家族と職員がコミュニケーションを図りやすい環境を整えています

現在家族と利用者の面会は、午前午後で面会可能時間を設定し、一組あたり30分程度という制限はありますが、毎日の面会でも可能としています。看取り対応の利用者については制限は一切設けていません。また、各ユニットには直通のダイヤルインを整備しており、家族が利用者の担当であるユニットへ直接気軽に連絡を入れることができます。利用者の状態により家族へ連絡する際は、ユニット職員や看護師、生活相談員の各専門職から連絡するようしており、家族と職員がコミュニケーションを図りやすい環境を整えています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-2-2	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
タイトル①	「看取り介護に付き添うご家族の皆様へ」という冊子にまとめて家族に説明しています	
内容①	長期入院による退所もありますが、当施設では看取り対応を行っているため、ほとんどが看取りでの退所という現状があります。当施設の看取りの指針は「シルクロード鎌水で、看取り介護に付き添うご家族の皆様へ」としてまとめており家族に説明しています。実際にお別れが近づいたときの変化・お別れが来た時の変化・看取り計画書などについての丁寧に説明しています。大切な家族との別れへの家族の心情に寄り添っている対応です。	

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	コロナ禍も面会を継続し、利用者と家族の時間を大切に考えています	
内容②	家族の面会はコロナ禍も継続し、現在は一組あたり30分程度という制限はありますが、毎日の面会でも可能であり、看取り対応の利用者については制限は一切設けていません。今年度は訪問調査の時点で7名の看取りを行い、お食い納めをしてもらうなど、ゆっくりと家族の時間を作れるようにしました。また、各ユニットには直通のダイヤルインを整備しており、家族が利用者の担当であるユニットへ直接気軽に連絡を入れることができます。利用者の状態により家族へ連絡する際は、各専門職から連絡するようしており、家族との関係構築に注力しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	4-1-1	事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる
タイトル③	専門的な知識の向上は介護業務におけるリスク管理につながると捉えて取り組んでいます	
内容③	介護保険制度や地域密着型特別養護老人ホームの社会的な位置づけや、利用者の特性も多様化している中、認知症と精神疾患のある方への対応などについて職員の理解が進まないことが、人員不足による業務遂行が困難という点に結びついていないかということを経営層は懸念しており、改めて「認知症とは？」「特養ってどんなところ？」「グループホームってどんなところ？」という内容を盛り込んだ研修を行いました。職員の頑張りを認めながらも専門職としての知識向上は介護業務におけるリスク管理につながると捉えて取り組んでいます。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	歳時に合わせた行事食など、食事提供の工夫を行い、少しずつコロナ禍前の楽しみが反映できる日常を取り戻しています
	内容	施設では歳時に合わせた食事の提供を行っており、季節に沿った行事食や食材の提供で、利用者に食事で季節を感じてもらおう工夫を行っています。月毎の行事食のほか、毎年鮎の塩焼きを提供する機会や、お節に飽きた頃の黒毛和牛を使ったすき焼き、忘年会では目の前で作って皆で囲む鍋、ノンアルコールビールの提供、お寿司の出前など工夫して提供し、併設のグループホームと合同の餅つきで、つきたてのお餅を食べることもできます。さらに、ユニット単位でおやつレクなども行い、少しずつコロナ禍前の楽しみが反映できる日常を取り戻しています。
2	タイトル	円滑に利用者支援ができるよう、多職種が連携するだけでなく、人員体制を補う支援に取り組んでいます
	内容	利用者の生活の維持・改善等、支援に関わることは多職種間で検討し、各専門職ができることに取り組む連携体制を整えています。さらに、生活相談員は入浴介助のフォローに入り、看護職員は食事介助のフォローだけでなく、利用者の散歩をかって出るなど、人員体制を補う利用者支援に取り組んでいます。また、職員はユニット固定配置ではありますが、各ユニットリーダーを中心に情報の共有を積極的に行うことにより、ユニット同士で助けに行ける環境を作っており、職員間の連携により円滑に利用者支援ができる体制があります。
3	タイトル	経営層の考えや組織におけるルールを共有して業務を遂行できるよう意識統一を図るべく、入職時に丁寧な職員への説明が行われています
	内容	年度途中での中途採用の職員はおおよそ2時間30分かけてオリエンテーションを行い、介護のスローガン「和の介護」や法人の理念・方針と共に、現職員の考えを含めた法人の求める人物像について説明を行っています。また、事業計画についても説明を行い、年度中に入職であっても当該年度の運営目標などを共有していけるよう取り組んでいます。経営層の考えや組織におけるルールを共有して業務を遂行できるよう意識統一を図るべく、入職時に丁寧な職員への説明が行われています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	階層別および職員個々の育成計画の作成を進めると共に、役割権限の見直しなどこれから数年先の姿をイメージした取り組みが期待されます
	内容	キャリアパスを整備し、常勤職員、契約職員、65才以上の方を含む非常勤職員はパートナー、リーダー職を指導職と位置づけが明確になりました。これら与えられた役割を果たすべく、法人全体の階層別育成計画作成やリーダー層の育成は喫緊の課題となっており、職員個々の育成計画の作成も合わせて取り組みを模索しているところです。その一方で、事業計画内で示す役職・担当業務内容と施設内の現状からは、経営層を含め役割権限の見直しなども視野にいれた検証が必要な点も見受けられます。これから数年先の姿をイメージした取り組みが期待されます。
2	タイトル	施設内において取り組む課題の優先順位を考えつつ、地域に対するアプローチ方法など検討していくことが期待されます
	内容	運営推進会議を敷地内に併設するグループホームと合同で年6回開催していること、介護支援専門員連絡協議会の理事である主任介護支援専門員がいることで、地域における福祉ニーズや現状を知る機会がありますが、施設としての地域とのつながりという点では自治会への加入などもなく、法人として模索している状況が続いています。利用者が地域との関わりを深める機会や災害時に協力をいただける関係構築は必要と推察されます。施設内において取り組む課題の優先順位を考えつつ、地域に対するアプローチ方法など検討していくことが期待されます。
3	タイトル	事業報告書は掲げた目標の実行プロセスや評価を明記するなど、事業全体の総括という視点で報告内容の充実を図ることが期待されます
	内容	事業計画は中長期目標を掲げて当施設と隣接するグループホームの共通目標として単年度計画を策定しています。部門別の重点目標を掲げ、その他、部門別、委員会などの担当業務別についても目標を掲げ、さらに今年度は介護報酬改定事項を踏まえての取り組みについても明記しています。この事業計画に対して、事業報告は一年の取り組みを写真を多用して丁寧にまとめていますが、部門別や委員会等にて掲げた目標の実行プロセスや評価を明記するという点ではまだ改善の余地があります。事業全体の総括という視点で報告内容の充実を図ることが期待されます。

