

調査対象

利用者全員

調査方法

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

29

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    |
|-------|------|------|
|       | 19   | 19   |
|       | 16   | 16   |
| 0.0   | 55.2 | 55.2 |

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11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、無回答が1名でした。・個々の質問に対する回答状況を見ると、問6の職員の態度・接遇は適切かの問いに対し、全員が「はい」と回答しています。・自由記述では「住み心地が良い。」「今の生活に満足している。」「みんないい人ばかり。みんな仲良くやっている。」「コロナで誕生日会がない。」「コロナで生活が変わっています。」「外に出て買い物をしたい。桜の満開の時にドライブをしたい。」「レクリエーションみたいなことができる」とお互いの親睦が図れると思う。」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<br>コメント   | 実数 |               |     |            |
|--|----|---------------|-----|------------|
|  | はい | どちらとも<br>いえない | いいえ | 無回答<br>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  | 15 | 1             | 0   | 0          |
| 「はい」と回答した方が15名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、「いいえ」と回答した方はいません。「美味しいですよ。色々出ますよ。」「美味しいです。ほとんど好きです。行事食が出ます。」「良いほう。私の口に合っている。」などのコメントが挙がっています。  |    |               |     |            |
| 2. 日常生活に必要な介助を受けているか   | 12 | 1             | 0   | 3          |
| 「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、無回答・非該当が3名、「いいえ」と回答した方はいません。「お風呂を手伝ってくれる。」「何とか自力でやっているけど、世話にならないよう努力しています。」「お願いするとすぐ来てくれます。」「こういうお願いをしたことがないのでわかりません。自分のことは自分でしてます。」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  | 14 | 2             | 0   | 0          |
| 「はい」と回答した方が14名、「どちらともいえない」と回答した方が2名、「いいえ」と回答した方はいません。「部屋で過ごしてます。」「寝たりテレビ見ている。」「本を読んでいる。なくなると家族に買ってきてもらっている。」「テレビを見たり手紙を書いたり。よく友人に手紙を書きます。」「何も仕事してないからな。楽しみはない。」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   | 11 | 1             | 3   | 1          |
| 「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、「いいえ」と回答した方が3名、無回答・非該当が1名でした。「よく見てもらっています。」「ダイエットしている。毎月体重測定している。」「今日はどうか？と声をかけてくれる。それだけで気持ちが良い。」「毎朝どうか聞いてくる。」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  | 15 | 0             | 0   | 1          |
| 「はい」と回答した方が15名、無回答・非該当が1名、「いいえ」と回答した方はいません。「1週間に1回リネン交換、モップ拭きしてくれる。」「年中掃除している。自分の家以上だよ。」「いつも綺麗になってますよ。」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   | 16 | 0 | 0 | 0  |
| 全員が「はい」と回答しています。「特に悪くない。」「このリーダーはとて素晴らしい人だよ。」「みんな良い方です。知らんぷりする人もいるけど。」「みんな優しいです。」「時々もう少し丁寧になって思うことはある。」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   | 11 | 2 | 0 | 3  |
| 「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、無回答・非該当が3名、「いいえ」と回答した方はいません。「看護師さんもいるけど忙しいだね。」「看護師が診てくれる。」「人によってですが、心配してくれます。」「いつも元気なのでわかりません。」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  | 6  | 0 | 0 | 10 |
| 「はい」と回答した方が6名、無回答・非該当が10名、「いいえ」と回答した方はいません。「一人我儘な人がいます。警戒していますが別に何にも起きません。」「私はそれなりに対応しています。問題になるようなことはない。」「ここでの争いはありません。」「みんな仲良いですよ。悪口はない。」「話はしない。トラブルが起きないようにしている。文句言ってる人はいる。」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  | 12 | 1 | 0 | 3  |
| 「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、無回答・非該当が3名、「いいえ」と回答した方はいません。「考えているんでしょうね。」「みんな親切ですよ。手回しが良くていいですよ。」「そう思ってますよ。」「ちゃんと考えてくれると思うな。」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  | 15 | 1 | 0 | 0  |
| 「はい」と回答した方が15名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、「いいえ」と回答した方はいません。「必ずノックしてから入ってきてくれる。」「何も無いから大丈夫です。」「本当は部屋の扉は閉めてほしい。」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  | 2 | 4 | 8  |
| 「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2名、「いいえ」と回答した方が4名、無回答・非該当が8名でした。「ケアプランは知っている。作る時には聞いてくる。」「ケアプランは聞いたことはないが、ケアマネは知っている。」「多分家族と話してるんじゃないか。」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  | 0  | 2 | 0 | 14 |
| 「どちらともいえない」と回答した方が2名、無回答・非該当が14名でした。  |    |   |   |    |

|   |    |   |   |   |
|---|----|---|---|---|
| 13. 利用者の不満や要望は対応されているか  | 10 | 2 | 1 | 3 |
| <p>「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2名、「いいえ」と回答した方が1名、無回答・非該当が3名でした。「不満はない。」「あれば言える。やってくれるでしょうね。」「我慢することもある。」「頼んだことがないからわかりません。」「職員さんは忙しいからなかなか話せないけど何か不安なことは話したいと思ってます。」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  | 4  | 0 | 5 | 7 |
| <p>「はい」と回答した方が4名、「いいえ」と回答した方が5名、無回答・非該当が7名でした。「八王子の人。ケアマネがいます。」「何か聞いたことあります。」「ないです。困ったことがない。家族に言うと思う。」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(カテゴリー1～5、7)

| No.  | 共通評価項目   |  |
|--|--|--|
| 1  | カテゴリー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<br>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<br>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<br>重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している   |  |  |
| 評点(〇〇〇)  |  |  |
| 評価   | 標準項目   |  |
| ●あり ○なし  | 1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている  |  |
| ○非該当   |  |  |
| ●あり ○なし  | 2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している   |  |
| ○非該当   |  |  |
| ●あり ○なし  | 3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている                                       |  |
| ○非該当   |  |  |
| カテゴリー1の講評  |  |  |
| <p>理念・基本方針・および介護のスローガンは事業計画書に記載して周知に努めています</p> <p>法人理念「心の通い合う支援を心の通い合う仲間が提供します」、「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、基本方針5項目については、介護のスローガン「和の介護」とともに施設内各所に掲示し内外に宣言しています。特に介護のスローガンである「和の介護」については当施設の根幹をなすものであり、理解を深めるため事業計画にも記載し配付しています。経験年数の浅い職員が半数を占め、理念の理解が不十分な職員もいる中、さらなる浸透を図るために職員同士で意見交換するなどの機会を増やすことが望まれます。</p> <p>事業計画の縮小版を配付して、理念・方針等を常に意識付けできるよう工夫しました</p> <p>理念方針の周知のため年度当初に事業計画の説明を行っていましたが、新型コロナウイルス感染症の拡大で対面による集合会議の開催が難しくなりました。そのため直接ホーム長の講和を皆で聞く機会が減り、伝わりにくくなった部分があると感じています。そこで事前に収録した事業計画等の説明動画を全員に視聴してもらうとともに、事業計画書の縮小版を作成して全員に配付することとしました。職員が常に携行できるサイズとし、介護のスローガンをはじめとする施設の方針を常に確認し意識付けできるようにすることを目指しています。</p> <p>重要な事項は運営会議で即座に決定し、合同会議において周知しています</p> <p>日常的な判断はユニット毎に行っています。重要な事項は運営会議で決定します。運営会議は定期的には開催せず、必要に応じて随時開催するので緊急を要する事案も即座に決定できています。決定事項は併設するグループホームと合同で月1回開催する合同会議でユニットリーダーに周知しています。その後ユニットリーダーはユニット会議で全職員に周知する仕組みとしています。職員会議はもともと連絡事項の周知というより勉強会の場としていましたが、新型コロナウイルス感染症拡大以降は行わず、ユニット会議や申し送りノートを活用して周知しています。</p> |  |  |

| 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<br>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<br>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<br>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-2の講評  |   |                      |
| <p><b>経営層と職員の個人面談はお互いの理解を深める貴重な機会です</b><br/>         利用者の意向は日々の関わりの中で把握する他、毎年福祉サービス第三者評価を受審し聞き取り調査を実施しています。家族会が中止され、家族の意向は電話での確認が中心となっていますので、一方通行にならないよう丁寧な意向確認に努めています。職員の意向はユニット会議や個人面談で把握することとしています。業務多忙で面談が予定通り行えないこともありますが、職員との個人面談はお互いの理解を深める貴重な機会であり、十分に時間を割いて実施に努めることが望まれます。</p> <p><b>事業報告と事業計画が大きなPDCAサイクルの中で連動していくことが期待されます</b><br/>         中長期目標が単年度事業計画に記載されており、大きな方向性を示しています。これをもとに単年度事業計画を策定していますが、計画の進捗を測定し評価する機会を十分に確保しているとは言えない状況です。計画を評価して課題を抽出し、その課題をもとに次年度の事業計画が策定されると経営者にとっても職員にとってもよりわかりやすいものとなります。両者は大きなPDCAサイクルの中に位置づけられると考えると、事業計画と事業報告が密に連動するような仕組みができることが期待されます。</p> <p><b>利用者のためにも職員のためにも、ボランティア活動の再開が待たれます</b><br/>         新型コロナウイルス感染症拡大により家族や近隣住民を招いての行事を中止しています。実習生の受け入れも取りやめ、ボランティア活動もほとんど中止していますが、ボランティアは一番身近な第三者であり、施設の応援団であるとともに外部の目でもあります。行事や実習生の受け入れも中止しボランティア活動もなくなると外部の目が失われ、職場環境としてよくないと感じています。利用者にとってもボランティア活動の再開が待たれるところですが、よりよい職場環境の実現という視点においても早期の再開が待たれます。</p> |   |                      |

| 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<br>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<br>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<br>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、職員が相互に日常的言動を振り返り、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 | 4/5    |
| 評価項目1<br>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<br>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●)          |        |
| 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

#### 介護のスローガンとして「和の介護(融和・調和・和み)」を掲げています

福祉サービスに従事する者として遵守すべき法・規範及び倫理は就業規則や倫理要綱に規定しているほか、新入職員オリエンテーションのメニューにも入れて伝えています。オリエンテーションでは法人理念のほか、当施設の介護のスローガンである「和の介護(融和・調和・和み)」について十分に時間をとって説明しています。当スローガンは事業計画書にも記載し、法人内外に広く宣言しています。今回の職員自己評価においても利用者の権利擁護に関する項目が最も高く、職員の意識の高さが伺えます。

#### 虐待防止についてはオリジナル教材を使用して毎年2回研修を行っています

苦情解決についての仕組みを整え、苦情受付担当者、解決責任者を明示しているほか、施設以外の相談窓口の案内を事業計画書に記載しています。面会カードの裏面に苦情や相談を記載できるようにしていますが、面会が中止となっているため、家族への電話連絡ではより丁寧に利用者の様子を伝えるよう心がけています。虐待防止については、以前は虐待の芽チェックリストをそのまま使用して自己チェックをしてきましたが、現在では当施設の傾向をふまえたオリジナルの教材を作成して、年2回の研修を行っています。

#### 長引くコロナ禍のなか、地域貢献として何ができるのか、法人として模索しています

地域の福祉ニーズはグループホームと合同で年2回行う運営推進会議のほか、当事業所の主任介護支援専門員が理事を務める市の介護支援専門員連絡協議会を通じて把握しています。コロナ禍が長期化し、ボランティアや小中学校の職場体験など、地域との交流は理美容ボランティアを除き中止しています。またリピーターが多かった短期入所生活介護も依然受け入れを中止しており、地域との接点をなかなか広げることができていない状況です。このような状況下であっても、地域貢献として何ができるのかを法人として模索しています。



| 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<br>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(00000)            |
| 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<br>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(0000)             |
| 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  |  |                      |
| <p><b>職員の安全に対するアンテナを高くするための工夫が期待されます</b></p> <p>介護事故の予防に向けて昨年度に設置が義務付けられた安全対策担当者を任命しています。事故防止のための指針の整備、事故発生時の報告、事故後の分析を通じた改善策の周知徹底のための体制整備、定期的な研修の実施などを各委員会と連携して行っています。気づき、ヒヤリハット報告も継続しており、集計結果の報告と分析を行っていますが、重要なことはこれらの取り組みを通して重大事故を未然に防ぐことであり、KYT(危険予知トレーニング)など職員の安全に対するアンテナを高くするための工夫が期待されます。</p> <p><b>完成したBCPの初動対応部分を日ごろの訓練に適用して完成度を高めていく予定です</b></p> <p>当施設の一部が市の指定する浸水予想区域に含まれているため、要配慮者利用施設避難確保計画を策定しています。想定を変えながら定期的に避難訓練を実施し、またライフラインの遮断に備え利用者が必要とする薬類は1週間分をストックしています。給食は外部委託ではなく自施設調理なので、食材も一定量の備蓄があります。ここ数年の課題であった事業継続計画(BCP)がほぼ完成し、実践的に運用できる段階となりました。特に初動対応の部分を日ごろの訓練に適用し、見直しを加えながら完成度を高めていく予定です。</p> <p><b>機密性の高い電子データには3段階のアクセス制限を設け、セキュリティを高めています</b></p> <p>利用者に関する機密性の高い情報のうち、紙面によるものは各ユニット内で施錠して管理しています。電子データは施設内のサーバーで管理し、職員全体で使用するデータ(書式)については、パスワードは設定せず使用できるようにしています。情報のほとんどは既に電子化されており、不測の事態に備え毎日サーバーのバックアップをとっています。個人情報の使用や写真の使用についても、当該対象者から同意書を徴しています。今回の職員自己評価でも、情報管理への意識が高いことがうかがえます。</p> |  |                      |

| 5 職員と組織の能力向上                                  |  |                  | 9/12     |
|---|--|------------------|----------|
| 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 | 9/12     |
| 評価項目1<br>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<br>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●)   |
| 評価  | 標準項目   |                  |          |
| ●あり ○なし                                       | 1. 事業所が求める職資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. 事業所が求める職資または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と運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<br>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<br>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)・称賛などを運動させている              |                  | ○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<br>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     |

カテゴリー5の講評

雇用環境の悪化が続く中、離職しない職場づくりをすすめていく意向です

職員の募集が思うようにいかない状況が長く続いており、法人ホームページやハローワーク、ポスティングなどあらゆる手段を講じていますが応募もありません。就職合同説明会に参加しても駅から遠い立地条件が不利となかなか採用に至らず、ここ数年採用コストが増加しています。そこでまずは離職を減らすことを再重要課題としました。そのための取り組みとして、過去の退職理由を分析すること、キャリアパスを再整備して職員が将来を展望できるようにすること、さらに個人面談を充実させ、意向の把握等に注力していく意向です。

動画配信により内部研修の充実を図っています

新型コロナウイルス感染症の拡大により外部研修があまり開催されなくなったため、内部研修を充実させてきました。今年度は動画を準備して各自がアクセスして視聴することとしました。視聴後には内容に関する理解度チェックテストが用意されており、このテストに回答して受講修了となります。これらすべてがオンラインで実施されており、理解度チェック後ただちに集計・分析して公表しています。これらの繰り返しによりよい研修へのステップとなり、やがて職員全体の財産となることが期待されています。

現有職員のスキルアップを目標とした個別の育成計画の策定が進展することを期待します

現在用意しているキャリアパスは、職員に期待する職責・職域及び経験年数ごとの基準と連動しているといえない状況で、職員にとってわかりにくくなっている点が課題と認識しています。現在はコンサルテーションを導入して見直しを始めています。個人面談は、ホーム長と事務局長が職員と2対1で行い個別に意向を把握するよう努めていますが、個別の育成計画策定には至っていません。今後は面談に主任やリーダーも関与する意向があるので、現有職員のスキルアップを目標とした面談の充実と、個別の育成計画の策定が進展することを期待します。

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)

当事業所の永遠のテーマともいべき2つの目標は、「人材育成とサービスの向上」と「職員チームワークと他部署との連携」です。このうち「人材育成とサービスの向上」については継続課題として4年目となります。その間も職員の入退職が毎年生じたため、経験年数の浅い職員が半数を占めるに至りました。その結果、当施設がスローガンとして掲げている「和の介護」への理解が不十分な職員が一定数生じ、職員間の力量の差が広がっていることが懸念されました。新型コロナウイルス感染症拡大の影響で十分な外部研修を受講することができないなか、内部研修を充実させ職員のスキルアップを図る必要があるとともに、職員のモチベーションを維持向上させるための取り組みも必要となりました。内部研修は動画視聴とし、効果測定とその集計分析もオンライン化しました。またキャリアパスについても、職員が自身の将来を展望できるようなものへの見直しを始めました。

|                        |  |
|------------------------|--|
| <p>目標の設定と<br/>取り組み</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>                     |
| <p>取り組みの検証</p>         | <ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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)</li> <li><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</li> </ul> |
| <p>検証結果の反映</p>         | <ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><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</li> </ul>                     |

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

内部研修の充実は一定の成果が生じたと評価しています。しかし例えばヒヤリハットの分析などは深掘りできていないため、「気づきの力量」にはまだまだ差があると感じています。今年度以降はKYT(危険予知トレーニング)なども取り入れて気づきの力を磨き、職員間の力量の差をなくしていくことを目標としています。モチベーションの向上は離職防止にも役立つと考えており、新たにコンサルテーションを導入してキャリアパスの見直しを開始しています。また個人面談の時間を十分に確保しつつ、新たなキャリアパスに基づいて個別研修計画が策定できるよう継続的に取り組んでいく意向です。

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

当事業所の永遠のテーマであるふたつ目「職員チームワークと他部署との連携」について、これまでうまく進まなかった原因を分析し、新たにに取り組むこととしました。  
今回は介護・栄養・医務の異なる職種が協力・連携できるよう生活相談員を調整役としました。お互いの専門性をぶつけ合うのではなく認めあうことが重要であることを説明し、それぞれの違いを理解することに努めてきました。

|            |  |
|------------|--|
| 目標の設定と取り組み | <ul style="list-style-type: none"><li><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</li><li><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</li><li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li></ul>                     |
| 取り組みの検証    | <ul style="list-style-type: none"><li><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</li><li><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)</li><li><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</li></ul> |
| 検証結果の反映    | <ul style="list-style-type: none"><li><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</li><li><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</li><li><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</li></ul>                     |

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

生活相談員を中心として、ユニットリーダー・医務・栄養の専門職が話し合いを重ねて結論を導き、結論だけでなくその経緯まで理解できるよう取り組みました。その結果、各職種のスタンスの違いが理解できるようになり相互の歩み寄りが生まれ、お互いを認め合う風土が醸成されてきました。

職員の不足は今後も続くことが予想される中、お互いのユニットの違いを理解してカバーし合う体制づくりも同時に進めています。今年度以降もユニット間、他部署との連携について継続的に取り組みを進めていくこととしています。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ-6-1~3、6-5~6)

| No.  | 共通評価項目  |                      |
|--|---|----------------------|
| サブカテゴリ-1   |   |                      |
| 1  | サービス情報の提供                                     | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4 |
| 評価項目1<br>利用希望者等に対してサービスの情報を提供している  |   | 評点(〇〇〇〇)             |
| 評価   | 標準項目  |                      |
| ●あり ○なし  | 1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している              | ○非該当                 |
| ●あり ○なし  | 2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている  | ○非該当                 |
| ●あり ○なし  | 3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している                    | ○非該当                 |
| ●あり ○なし  | 4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している | ○非該当                 |
| サブカテゴリ-1の講評  |   |                      |
| <p>施設の情報は、パンフレット、ホームページ、季刊誌で提供しています</p> <p>施設の情報は、パンフレット、ホームページ、季刊誌「シルクロード鏈水」で提供しています。パンフレットでは、施設概要や利用方法を写真を入れながらわかりやすく説明しています。ホームページでは、法人の理念や施設内の見取り図、費用負担など、申し込みから入所までの手順等を掲載しています。採用情報については、求める人物像やスタッフインタビューの掲載などホームページを活用してもらおうとしています。季刊誌「シルクロード鏈水」は職員が作成しており、法人内事業のイベントや行事を写真で紹介しています。</p> <p>各種連絡協議会への参加を通じて、季刊誌を関係諸機関へ送付し情報提供に努めています</p> <p>パンフレットや季刊誌は市内の居宅介護支援事業所や、協力連携医療機関や老健、行政等に送付しています。特に季刊誌は年2回発行し、毎回200部は近隣に配っており、地域への情報開示に努めていることで近隣からの入所希望もあります。また、相談員が役員をしている介護支援専門員連絡協議会の活動を通して、地域密着型特養の良さを知ってもらうような活動を広く行っています。ホームページに関しては、今後も改良しながら利用者ご家族への情報発信だけではなく、人材確保にも対応できるホームページを目指しています。</p> <p>コロナ禍により施設見学は中止していますが、写真付き資料で丁寧に説明しています</p> <p>毎月2人~3人の見学希望者があり、丁寧な対応によって100%入所申し込みに繋がっています。コロナ禍により施設内の見学は中止しており、見学希望者は、同法人グループホームの3階相談室でパンフレットや季刊誌で施設概要を説明し、ふんだんな写真で施設内の雰囲気や居室の様子や共用部分の様子を見てもらい伝えています。丁寧な説明を心がけており、利用希望者の家族や本人が安心できるように努めています。ここ数年は、ケアマネージャーからの紹介や市の施設情報誌を見ての問い合わせも増えています。</p> |   |                      |

| サブカテゴリ-2  |  | サブカテゴリ毎の<br>標準項目実施状況 | 6/6  |
|---|--|----------------------|------|
| 2   | サービスの開始・終了時の対応                                   |                      |      |
| 評価項目1<br>サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている  |  | 評点(〇〇〇)              |      |
| 評価  | 標準項目   |                      |      |
| ◎あり ○なし   | 1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している     |                      | ○非該当 |
| ◎あり ○なし   | 2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている           |                      | ○非該当 |
| ◎あり ○なし   | 3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している          |                      | ○非該当 |
| 評価項目2<br>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   |                      |      |
| ◎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-2の講評   |  |                      |      |
| <p>入所にあたっては丁寧な説明をし、利用者情報は全職員で共有しています</p> <p>入所前には必ず、電話調査及び家族面接を実施して、入所希望者の状態以外にも生活環境や生活歴を丁寧に聞き取り、家族の意向も確認しています。入所前に在宅サービスを利用している方は、担当のケアマネやサービス事業者に活動の様子を聞き取っています。入所後の基本的ルールについても入所前の面談時に説明しています。利用者情報は介護・医療スタッフで共有しています。</p> <p>新入所者の情報はアセスメントシートに記載し入所当日は個別介護計画を提示しています</p> <p>事前面接時の情報は「基本台帳」に記録しています。利用者情報はアセスメントシートに記載し利用者の状態を把握しています。アセスメントシートは医務とユニット職員で共有し、ケアプラン作成の参考としています。基本台帳やアセスメントシートの情報から、入所日には総合的な支援方法を記載した第1表を暫定的な個別介護計画として作成しご家族の同意を得ます。入所日から1週間の様子観察を踏まえ、1週間後に残りの個別介護計画書を作成しケアの方向性を決めてご家族に同意を得ています。</p> <p>サービス終了時には利用者やご家族の不安を軽減し支援できる取り組みがあります</p> <p>施設では、サービス終了時とはほとんどが看取りケア対応したうえで退所となっています。そのため家族パンフレット冊子を作成しており、「シルクロード鍼灸で、看取り介護に付き添うご家族の皆様へ」という表紙で、お別れが近づいたときの変化・お別れが来た時の変化・看取り計画書及び看取り加算についての内容を冊子の中で丁寧に説明しています。退所後も「退所時振り返りシート」を家族に記入していただき、施設の業務改善にも繋げています。施設を退所された後もご家族とのつながりを大切にしています。</p> |  |                      |      |

サブカテゴリ-3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況 10/10

評価項目1  
定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している  
評点(〇〇〇)

| 評価      | 標準項目  |      |
|---------|---|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している          | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている                  | ○非該当 |

評価項目2  
利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の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                                  |      |
|---------|---------------------------------------|------|
| ●あり ○なし | 1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている         | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している            | ○非該当 |

評価項目3  
利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している  
評点(〇〇)

| 評価      | 標準項目  |      |
|---------|---|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある                         | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している | ○非該当 |

評価項目4  
利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している  
評点(〇〇)

| 評価      | 標準項目  |      |
|---------|---|------|
| ●あり ○なし | 1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している     | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している | ○非該当 |

サブカテゴリ-3の講評

ケアプラン更新時はアセスメントシートを活用して課題を検証しています  
ケアプランの更新にあたり、半年ごとにモニタリングを実施しています。アセスメント表の基本台帳・傷病関係・日常生活動作・既往症・食事栄養面のほか、ケアプランや日課計画表について課題等を抽出します。抽出した課題に基づき医務・ユニット職員が担当者会議を開催し、ケアプランに掲げる目標を検討してケアプランを作成しています。ケアプランはケアマネジャーの視点だけではなく、全職員やご家族の視点も反映した内容となっています。また、アセスメントシートの見直しも、ケアプランと合わせて半年毎に実施しています。

サービス担当者会議の家族参加率は100%に近く様々な工夫があります  
サービス担当者会議は家族の予定を最優先としてケアマネジャーが日程調整をしているため、100%に近い参加率があります。入所時の説明の際に、半年ごとのサービス担当者会議への出席をご家族にお願いしている効果が表れています。施設の考え方の中に、ご家族が利用者を入所させたことで利用者への関心が薄れていくことなく最期まで施設とともに見守ってほしいという施設側の意図があります。利用者やご家族に納得していただけるサービスを提供するという、地域密着型特養らしい方針に基づいています。

利用者状況は所定の様式に記載し、全体で共有していく仕組みがあります  
利用者の状態や生活の様子は個別のケース記録に記載しています。ケース記録は、日中・夜間・医務・生活相談員の項目を作り記録を残すなど、記録様式の中で工夫をしてわかりやすく共有しやすい記録内容としています。また、「24時間個別記録はLifeにそった項目を取り入れており、今後の加算取得にも対応できる内容となっています。利用者情報の共有は、日々医務も交えて申し送りがなされており、一人一人の利用者を医療とケアの両側面から情報共有を図っています。



|  |   | 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<br>利用者のプライバシー保護を徹底している   |   | 評点(〇〇〇)          |      |
| 評価   | 標準項目  |                  |      |
| ●あり ○なし  | 1. 利用者に関する情報(事項)を外部和やりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている                      |                  | ○非該当 |
| ●あり ○なし  | 2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている |                  | ○非該当 |
| ●あり ○なし  | 3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている   |                  | ○非該当 |
| 評価項目2<br>サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している  |   | 評点(〇〇)           |      |
| 評価   | 標準項目  |                  |      |
| ●あり ○なし  | 1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)                         |                  | ○非該当 |
| ●あり ○なし  | 2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている   |                  | ○非該当 |
| サブカテゴリ-5の講評  |   |                  |      |
| <p><b>利用者の羞恥心やプライバシーに配慮した支援を実施しています</b></p> <p>利用者に関する情報を外部とやり取りする必要がある売位には、家族の同意を必ず得ています。契約時には、「個人情報同意書」「写真等の肖像使用同意書」を提示し、個人情報使用にあたっての同意を得ています。利用者へのプライバシー配慮では、居室への入室の際のノックや声掛けを基本としています。また、個人宛の郵便物に関しては、送り主の住所や氏名を記録に残し郵送物はご家族へ届けています。入浴や排泄介助はカーテンやドアの開閉を徹底しており、声掛けも羞恥心に配慮した声掛けを実施しています。</p> <p><b>利用者一人一人の意見を聞き、利用者の生活習慣に配慮できるように努めています</b></p> <p>利用者の意思を尊重するために傾聴の時間を大切にしています。また、一人一人の価値観や生活習慣については入所前事前面接での確認のほか、日々のかかわりを通じて定期的に確認しています。特に生活習慣については日々の支援から利用者のできる事、できない事の把握に努めており、本人の意思をできるだけ尊重したケアに取り組んでいます。ケアプランの作成及び見直し時やサービス担当者会議では、利用者の得意な事ややりたい事を引き出し協議して、利用者本位の支援が提供できるように努めています。</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<br>手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている   |  | 評点(〇〇〇)              |
| 評価   | 標準項目   |                      |
| ◎あり ○なし  | 1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている    | ○非該当                 |
| ◎あり ○なし  | 2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている       | ○非該当                 |
| ◎あり ○なし  | 3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している             | ○非該当                 |
| 評価項目2<br>サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている  |  | 評点(〇〇)               |
| 評価   | 標準項目   |                      |
| ◎あり ○なし  | 1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更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6の講評   |  |                      |
| <p>マニュアルは適宜見直しを図ることで最新の手順書を活用できる仕組みとなっています。</p> <p>マニュアルは各委員会の中でも点検を行い、変更が必要な際にはマニュアルを改定しています。各種マニュアルは手順書ファイルとして冊子になっており、職員が常時確認できる体制をしています。実際には常時確認する使い方にはなっておらず、部分的な活用場面もあり、マニュアル活用の定着化が課題となっています。しかし、必要なマニュアルの整備や既存マニュアルの見直し等、着実に実施しており、マニュアルに関しては場面に応じてほぼ揃っており見やすい内容となっています。</p> <p>支援内容の共有化や業務の見直しは定期的に会議で協議しています</p> <p>一人一人のケアプランについては半年毎に見直しを行い、支援にかかわる職員からの提案をサービス担当者会で総合的に協議し判断してケアプラン作成をしています。業務内容の見直しについては、定例のユニット会議で確認しながら進めています。ユニット会議の定例化によって職員間の情報共有がスムーズに行われています。また手順書に、利用者や家族、職員の意見を取り入れるために年に1回アンケート調査を実施しており、嗜好調査などは有効なツールです。職員についても定期的に面談を実施し、OJTマニュアルの見直しや業務改善に繋げています。</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<br>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>各職種でモニタリングを行い、利用者の状態把握と今後の支援を検討しています</p> <p>利用者一人ひとりのケアプランは、6か月ごとにモニタリングを行い、利用者の状態の推移を確認して見直しを行っています。モニタリングは「ケアプラン確認票」を各職種で記載しており、合わせてアセスメント表と現在のケアプラン、日課計画書などを配付して変更や加筆をした後、これを基に家族へ提案し、ケアプランの変更に至る仕組みです。ケアプラン確認票は「生活に関する評価と捉えアセスメントや計画の変更になるもの」であることを認識し、各ユニットで利用者の状態把握と今後の支援を検討しています。</p> <p>ユニットという小規模な環境下で、利用者の意向を聞きながら支援しています</p> <p>利用者が施設においてその人らしい生活を送るためには、利用者個々の個性の理解が必要であると考えています。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していくことにも繋がっています。利用者支援の中で、利用者の意向を聞きながら職員間で情報を共有し、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。また、家庭の延長として温もりある食事を提供するため、施設内で手作りしています。盛り付けを各ユニットで行い、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。</p> <p>多職種間の連携により、円滑に利用者支援ができる体制が整備されています</p> <p>現在感染予防のため、多職種で集まる会議はできていませんが、日常的に利用者支援に関わることは多職種が連携をして決定、実行しています。昼食時には栄養士もユニットで配膳業務を行っており、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。また、看護師はユニットの申し送りに参加するだけでなく、生活援助の業務にも積極的に関わっており、夜勤シフトのフォローにも入っているなど、多角的に利用者を見ることができており、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<br>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>詳細な「喫食状況表」に、利用者の食事に関する情報を集約しています</p> <p>利用者の食事に関しては、一人ひとりの状態を把握した上で各利用者に合った食形態で提供しています。食事の形態は常食、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います。給食委員が中心となり「喫食状況表」を作成しており、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、禁忌、トロミ、注意事項が詳細に明示されていることで、職員が食事の取り分けをしやすく、間違いが起こらない仕組み作りをしています。</p> <p>多職種で連携し、低栄養状態の把握や改善に取り組んでいます</p> <p>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ませんが、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。利用者の栄養状態については、主食と副食の摂取状況の確認と、身長・体重を毎月定期的に測定して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。栄養状態に注意が必要と判断される場合は、リーダー職員、看護師、相談員、栄養士で話し合いを行い、食形態の変更や、ドリンク・プロテインパウダーなどの栄養補助食品などの提供を進め、状態の改善を図っています。</p> <p>視覚効果の工夫により、全職員が同様の状態でトロミを提供できる仕組みとなっています</p> <p>昼食時には栄養士もユニットで配膳業務を行っており、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、栄養士と看護師も交え、トロミ剤の使用や食形態変更の検討を行っています。トロミをつける際には、専用の3つの計量スプーンを使用し、一定の状態を提供できるようにしています。計量スプーンは量で3色に分けており、喫食状況表には利用者ごとにトロミ剤を色別に何杯入れるかが明確になっており、視覚効果の工夫により全職員が同様の状態で提供できる仕組みとなっています。</p>  |   |         |                  |

|                                 |  |          |
|---------------------------------|--|----------|
| 3 評価項目3<br>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

行事に合わせた献立を毎月提供しており、食で季節を感じてもらおう工夫をしています

食事は利用者の大きな楽しみであることから、お節料理、ひな祭り、母・父の日、七夕、敬老会など行事に合わせた献立を毎月提供しており、食で季節を感じてもらおう工夫をしています。さらに、秋分の日には手作りおはぎや、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。また、毎年利用者に第一希望から第三希望までリクエストメニューを挙げてもらっており、今年度は冷やし中華やナポリタン、グラタンなどのリクエストを献立に反映しました。今後は選択食や郷土料理も導入したい考えもあります。

喫茶店風のイベントや出前の活用で、利用者の楽しみを減らさないよう工夫しています

現在コロナ禍で大々的な行事や外出が難しい中、利用者にも少しでも外出気分を味わってもらえるよう、おやつの時間を利用して喫茶店風のイベントを年4回開催しています。コーヒーはドリップして香りを立たせ、紅茶やコーラ、オレンジジュースなど数種類から選ぶことができます。プリンやケーキなども用意し、ユニットで手作りすることもあります。装飾も施し、非日常感を演出する工夫も行っています。また、誕生日会ではお寿司の出前を取ることもあり、コロナ禍でも利用者の楽しみを減らさないよう工夫しています。

家庭の雰囲気、温かい食事を提供できるようにしています

当施設はユニットケアで、利用者にはそれぞれでご飯茶碗と箸、湯飲みを用意してもらっており、ご飯をユニット内で炊き、家庭の雰囲気、温かい食事を提供できるようにしています。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。また、昼食についてはユニット内の利用者が一同に揃って食事を摂っていますが、朝食は覚醒状況など利用者の状況に合わせて提供しており、夕食についても食事の速度などに合わせて提供時間をずらすなど、落ち着いた食事ができる環境づくりをしています。

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、一級浴等)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

個浴は職員が一对一の対応を行っており、利用者はゆっくり入ることができる環境です

施設には各階に個浴があり、個浴は跨がずに入ることのできる浴槽を整備しており、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对一の対応を行っており、一貫して支援を行うことで利用者はゆっくり入ることができる環境です。認知症の利用者に対し、拒否がある際に無理強いすることなく、時間をずらしたり別日に変更するなどしており、清拭や着替えのみで対応することもあります。また、お風呂に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を行っています。

特殊浴は、どのユニットの利用者でも全職員が同様に介助できる体制を整備しています

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おり、ドーム型のシャワー浴であることにより、心臓への負担軽減や感染症予防にもつながっていると考えられます。現在利用者の7割弱が特殊浴の対象となっており、シャワー浴担当を設け、浴室の環境整備や利用者の状態把握のために情報を一元化することで、円滑に入浴支援ができるよう工夫しています。利用者の情報は外介助と中介助で分けて一覧にし、それぞれ支援方法を明確にすることで、どのユニットの利用者でも全職員が同様に介助できる体制を整備しています。

|                                       |   |          |
|---------------------------------------|---|----------|
| 5 評価項目5<br>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

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を進めています  
 当施設では、利用者の排泄支援はトイレへ誘導し、座ってもらうことを基本としていることから、おむつを使用している利用者にも、座位を保つことができればトイレ誘導を行い、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を進めています。自然排便への取り組みは、水分摂取の促しやオリゴ糖・ビフィズ菌などの摂取、昼には必ず便座に座ってもらうなどの工夫に取り組んでいます。下剤を必要とする場合は、看護師と相談員と相談をし、排便状況を明確に記録しながらコントロールを行う体制があります。

利用者の羞恥心に配慮し、排泄用品などが見えないよう手提げかごを使用しています  
 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。利用者の居室における排泄介助に入る際には、排泄用品などが見えないよう手提げかごを使用しており、介助時にはドアやカーテンを閉め、羞恥心へ配慮しています。しかし、トイレでの介助の際は、トイレの構造上で中が見えてしまうことを懸念しており、ユニットによってはカーテンを取り付けるなどの工夫はしていますが、より一層の配慮が必要だと考えています。

|                                       |   |         |
|---------------------------------------|---|---------|
| 6 評価項目6<br>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

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  
 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。必要に応じて杖や歩行器、シルバーカーなどの選定を行い、歩行を継続できるよう支援しています。また、現在利用者の9割弱が車イスを利用しており、ブレーキにかけやすい細工をしたり、利用者自身で操作して移動が可能な場合は、自走できるよう座面の低い車イスを導入するなど、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。

安全な移乗支援のため、利用者の状態によりスライディングボードを導入しています  
 施設利用者の平均要介護度が3.8という状態の中、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、安全に使用できるよう努めています。利用者の車イスの環境整備については、基本的に居室担当がチェックシートを基に実施しており、食べこぼしなどに留意してケアしています。また、車イス清掃にはボランティアも関わっており、来訪できる状況になれば対応してもらうことができます。

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| 7 評価項目7<br>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   |           |
| ●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にすることができる視点を入れている             | ○非該当      |
| ●あり ○なし   | 3. 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  |  |           |
| <p>生活リハビリを中心に、生活の中で必要な機能を維持できるようにしています</p> <p>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。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。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利用できるようケアプランに盛り込んでいます。</p> <p>体操を中心に利用者が体を動かすことができる取り組みを行っています</p> <p>機能訓練指導員は看護業務が中心となっているため、機能訓練指導員としての積極的な関わりは難しい現状があり、利用者には介護職員による体操などに取り組んでもらっています。ユニット単位で行っており、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、余暇時間を作って行っています。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。利用者によっては職員がクッション(拘縮予防)を手作りするなど、必要なものを職員間で検討し、提供しています。</p>  |  |           |
| 8 評価項目8<br>利用者の健康を維持するための支援を行っている   |  | 評点(00000) |
| 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  |  |           |
| <p>看護師は、生活援助の業務にも積極的に関わっており、強い協力体制があります</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バイタル測定を行っています。看護師は、他職種として介護職員と協働するだけでなく、生活援助の業務にも積極的に関わっており、夜勤シフトのフォローにも入っているなど、強い協力体制があります。また、施設には週1回嚥下医が来訪し、利用者の健康状態維持・改善を図っています。利用者の体調変化時の対応は、看護師が介護職員への周知を図っており、法人の理事である診療所の医師へいつでも相談ができる体制を築いています。</p> <p>服薬管理は段階的なダブルチェックを基本とし、リスク管理も徹底しています</p> <p>利用者の服薬管理は看護師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包化されており、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、徹底した服薬管理に取り組んでいます。さらに、服薬支援時は話しかけないことを周知し、飲んだ後の空袋もチェックして、袋の中に少しでも粉が残っていた場合にはヒヤリハットとして挙げており、空袋は10～15日間保管しておくなど、リスク管理も徹底しています。</p> <p>看取り支援は家族の気持ちに配慮し、看取り後も家族から意見をもらっています</p> <p>終末期に関する意向は、入居時に意思確認書を基に把握しており、希望を詳細に確認すると共に、いつでも変更できることを伝えていきます。家族が施設での看取りを希望した際は、本人・家族の意向を踏まえて多職種でのカンファレンスを開き、協力医と共に看取り支援を行います。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、家族が心構えできるよう支援しています。看取り後の家族へアンケートを依頼し、職員からもアンケートを取って振り返りを行い、これらを基にカンファレンスを開催して今後の看取り支援に繋げています。</p> |  |           |

| 9 評価項目9<br>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

日々の更衣や整容は、利用者ができないところを支援する体制があります  
 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、上衣のみ自身で着替えてもらうなど、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しています。起床後の支援は、洗面台に誘導し、整容の支援を行っています。自身で洗顔できる利用者には洗顔してもらっていますが、できな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、介助を行うなどしています。男性利用者にも自身で電気カミソリで剃ってもらい、剃り残しをフォローするなど、できないところを支援する体制があります。

自身に合った寝具で良眠につながるよう、使い慣れた寝具を持ち込んでもらっています  
 利用者の睡眠が安定したものとなるよう、巡視やオムツ交換、体位交換は利用者ごとのパターンを把握して支援に入るようにしています。そのほか、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っています。入居前の生活リズムで、消灯後に居室でテレビを見ている利用者もいます。夜間の消灯は、夜という認識を持ってもらうため少しずつ消灯していったり、朝はゆっくりの起床の利用者もいるため、朝早くからミキサーをかけないなどの配慮もしています。

| 10 評価項目10<br>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た生活スタイルを維持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、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や作ったものなどを自由に飾ってもらい、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。個々の生活習慣も、決まった時間にテレビを見たり、手紙を書いて家族に送ったり、健康上問題がない場合には、ノンアルコールビールなどの嗜好品も提供することが可能です。利用者の意思を尊重し、その人らしい生活を送ることができるよう支援に努めています。

感染症対策をしながら、併設のグループホームとの合同行事を開催しています  
 コロナウィルスの影響で活動の制限がある中、感染症対策をしながら、納涼会や敬老会、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は開催を続けることができています。そのほか利用者にも少しでも外出気分を味わってもらえるよう、おやつ時間を利用して喫茶店風のイベントを年4回開催しています。フロアやユニット単位でも、スイカ割りやおやつレクなども行っており、ちょっとした非日常感も演出するなど、利用者が楽しめる機会づくりに努めています。

職員は馴染みの関係を築き、利用者が落ち着いて生活できるよう配慮しています  
 当施設はユニットケアで、少人数の家庭的な環境を重視しています。職員も基本的にユニット固定配置のため、馴染みの関係を築き、利用者が落ち着いて生活できるよう配慮しています。また、認知症の利用者の周辺症状への配慮として、プライベート空間へのアプローチは、利用者と一緒にすることとしています。ユニット会議内で認知症の利用者への対応に関するプリントを配付しましたが、認知症に対しての職員の理解を深める取り組みは今後もすすめたいと考えています。

|   |  |         |
|---|--|---------|
| 11 評価項目11<br>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   |  |         |
| <p>今年度はドライブと屋上活用を再スタートさせることができました</p> <p>コロナ禍以前は、地域住民を招いての納涼夏祭りや小学校などでの地域行事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。外出も難しい状況ですが、今年度になりドライブと屋上活用を再スタートさせることができました。地域資源として寿司の出前を活用するなど取り組んでおり、今後は集団で難しいことも、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。</p> <p>理美容や清掃ボランティアは時機を見て受け入れを行っています</p> <p>昨年度に引き続き、例年実施してきた化粧ボランティアや音楽ボランティア、職場体験学習の受け入れは、感染予防のためすべて休止中となっています。その中で、理美容や、車イス・エアコン等の清掃ボランティアについては時機を見て受け入れを行っています。また、運営推進会議は2か月ごとに書面開催しており、民生児童委員、市の担当職員、ふれあい相談員、家族代表、グループホーム職員、施設職員などで構成され、状況報告などを行っています。</p>   |  |         |
| 12 評価項目12<br>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   |  |         |
| <p>家族会の開催を休止しているため、1年分の写真を家族に郵送しています</p> <p>以前は、納涼夏祭りや餅つき、敬老会の行事に家族も参加していましたが、現在はコロナ禍となり利用者と職員のみで開催しています。さらに、敬老会に合わせて家族会を行い、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す。そのため、1年分の写真を家族に郵送する取り組みへと変更しています。また、年2回発行している広報紙は、毎回1000部を印刷して家族や地域に配布し、施設の情報を伝える機会を設けています。</p> <p>家族と直接の面会は、条件付きですが受け入れを行っています</p> <p>現在家族と利用者の面会は、感染対策のため制限を設けており、WEBによる面会、来訪する場合は週1回(日曜日以外)窓越しに15分以内という条件下ですが、受け入れを行っています。看取り対応の利用者についてはその限りではありません。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電話を掛けることが可能です。逆を言えばユニット職員や看護師から家族へ電話ができるため、タイムリーに利用者の状態を伝えられ、家族とコミュニケーションが図りやすい環境と考えられます。</p> |  |         |



| 事業者が特に力を入れている取り組み① |   |                        |
|--------------------|---|------------------------|
| 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①              | 詳細なマニュアルを作成し、看取りの理解を深めるとともに仕組みを明確にしています   |                        |
| 内容①                | 終末期に関する意向は、入居時に意思確認書を基に把握しており、希望を詳細に確認すると共に、いつでも変更できることを伝えています。家族が施設での看取りを希望した際は、本人・家族の意向を踏まえて多職種でのカンファレンスを開き、協力医と共に看取り支援を行います。看取り支援について詳細なマニュアルを作成しており、看取りの理解を深めるとともに仕組みを明確にしています。看取り後は家族にも協力を得て意見をもらい、職員間もアンケートで振り返りを行って、これらを基にカンファレンスを開催して今後の看取り支援に繋げています。 |                        |

| 事業者が特に力を入れている取り組み② |   |                    |
|--------------------|---|--------------------|
| 評価項目               | 6-4-12  | 施設と家族との交流・連携を図っている |
| タイトル②              | 家族の気持ちに寄り添い、関係性を築きながら利用者支援に取り組んでいます   |                    |
| 内容②                | 様々な施設で感染防止の観点から面会を取りやめているところが多い中、利用者や家族の希望を汲み、条件つきですが直接の面会を受け入れています。看取り対応の利用者についてはその限りではありません。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、家族がユニット職員や看護師と直接話ができる環境を作っています。さらに、看取り支援については、家族に向け、～大切な人の旅立ちにあたって～という文書を渡し、家族が心構えできるよう配慮しており、家族の気持ちに寄り添い、関係性を築きながら利用者支援に取り組んでいます。 |                    |

| 事業者が特に力を入れている取り組み③ |   |                                     |
|--------------------|---|-------------------------------------|
| 評価項目               | 1-1-1   | 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している |
| タイトル③              | 事業計画書はコンパクトな縮小版を作成し、非常勤職員にも配付して周知に努めています  |                                     |
| 内容③                | 事業計画書には年度の重点目標はもちろん、法人理念や基本方針も記載しています。年度目標は部門ごと、委員会ごとに策定し、目指す方向が明確になっています。例年の職員自己評価において、非常勤職員の理念方針や計画についての理解が不足している傾向が見えることから、事業計画書を非常勤職員にも配付して周知に努めています。また携行できるようにコンパクトな縮小版を作成して配付し、いつでも確認できるように工夫しています。 |                                     |

| No. |      | 特に良いと思う点   |
|-----|------|--|
| 1   | タイトル | 職種の垣根を越えて職員間の連携ができており、それにより円滑に利用者支援ができる体制があります   |
|     | 内容   | 現在感染予防のため、多職種で集まっての会議はできていませんが、日常的に利用者支援に関わることは多職種が連携をして決定、実行しています。半年ごとのモニタリングは「ケアプラン確認票」を各職種で記載しており、多角的に利用者を見てケアプランを立てることができています。また、栄養士もユニットで配膳業務を行ったり、看護師はユニットの申し送りに参加するだけでなく、生活援助の業務にも積極的に関わっており、夜勤シフトのフォローにも入るなど、職種の垣根を越えて連携ができており、それにより円滑に利用者支援ができる体制があります。 |
| 2   | タイトル | 併設のグループホームとの合同行事やフロア・ユニット単位での食事レクなど、コロナ禍でも利用者が楽しめる機会づくりに努めています   |
|     | 内容   | コロナウイルスの影響で活動の制限がある中、感染症対策をしながら、納涼会や敬老会、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は開催を続けることができています。さらに、歳時に合わせた献立を毎月提供しており、食で季節を感じてもらおう工夫をしています。、そのほか利用者に少しでも外出気分を味わってもらえるよう、環境を変化させた喫茶店風のイベントや、フロアやユニット単位でもスイカ割りやおやつレクなども行っており、ちょっとした非日常感も演出しながら、コロナ禍でも利用者が楽しめる機会づくりに努めています。  |
| 3   | タイトル | 「何をやるか」ではなく、「なぜやるか」を徹底して指導することを心がけ、職員一人ひとりのスキルアップを継続的に目指しています  |
|     | 内容   | 人材の育成は大きくかつ継続的なテーマです。新人を定着させる取り組みとして、特養とグループホーム合同でユニットケアの基本となる考え方や当法人の基本スローガン「和の介護」を指導しています。その際に「何をやるか」ではなく「なぜやるか」を理解させることを徹底しています。ケアの方針の理由についてははっきりと説明を受け深く理解できた職員は初めてのケースや困難なケースでも応用が利き、結果としてチームワークも向上していきます。一人ひとりにじっくり時間をかけて「なぜやるか」を説明し、着実なスキルアップにつなげています。    |
| No. |      | さらなる改善が望まれる点   |
| 1   | タイトル | 次世代のリーダーを現有職員から育成するために、経験値とモチベーションの向上を課題としています   |
|     | 内容   | ホーム長と事務局長の2名で施設をけん引する状況が長く続いています。職員の入れ替わりが一定数生じており、また業界全体の就業環境が依然厳しく職員の増員もままならないため、次のリーダー候補者の育成が難しい状況です。現在特養の副ホーム長は空席となっており、管理職を目指す職員が少ないことが課題です。職員がリーダーや管理職を目指すためには経験値とモチベーション向上が必要です。他部署を経験する、キャリアパスの見直しにより職員個々が自身の将来像を描けるなど、現有職員からリーダー・管理職候補が育つことを期待します。      |
| 2   | タイトル | 定期的に外部の目を入れることの重要性を認識されているので、コロナ禍の難しい状況下であってもボランティア再開の検討が望めます  |
|     | 内容   | 新型コロナウイルス感染症拡大により家族や近隣住民を招いての行事を中止しています。実習生の受け入れも取りやめ、ボランティア活動もほとんど中止していますが、ボランティアが一番身近な第三者であり、施設の応援団であるとともに外部の目でもあります。行事や実習生の受け入れも中止しボランティア活動もなくなると外部の目が失われ、職場環境としてよくないと感じています。利用者にとってもボランティア活動の再開が待たれるところですが、よりよい職場環境の実現という視点においても早期の再開が待たれます。                 |
| 3   | タイトル | サービスの質を高め、より高いサービス提供に努めるためにも、尊厳あるケアや接遇への意識を職員全体で高める工夫も期待されます   |
|     | 内容   | 現場職員の退職などによる職員の入れ替わりが一定数あり、利用者定員29名なので職員数も多くない中で、OJTマニュアルの工夫やwebを用いた職員勉強会開催なども行われていますが、一方で利用者への接遇に関しては、職員間で捉え方などすり合わせが必要な場面も見受けられます。職員の言動について不適切ケアに繋がらないように、定期的な研修や全職員対象の話し合える会議等工夫することで、尊厳あるケアの意識向上にも繋げることが期待されます。  |