

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成28年度)

2017年 3月 29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

〒 162-0808

所在地 東京都新宿区天神町68番地 橋本ビル2階

評価機関名 有限会社ウエルエージング総合研究所

認証評価機関番号

機構 03 - 057

電話番号 03-3268-5212

代表者氏名 代表取締役 合木 洋

印

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	合木 洋	経営	H0302012
	②	金井 朋紀	経営	H0302013
	③	岩附 加代子	福祉	H0802066
	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	特別養護老人ホーム敬愛ホーム		指定番号	1373000262
事業所連絡先	〒	190-0032		
	所在地	立川市上砂町2-14-1		
	TEL	042-537-5637		
事業所代表者氏名	施設長 鈴木 雅子			
契約日	2016年 11月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2017年 2月 9日			
利用者調査結果報告日	2017年 2月 17日			
自己評価の調査票配付日	2016年 11月 1日			
自己評価結果報告日	2017年 2月 9日			
訪問調査日	2017年 2月 24日			
評価合議日	2017年 3月 21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)	職員自己評価は146標準項目全て回答してもらい集計分析して評価の参考とした。利用者調査は、聞き取り面談方式を実施。別途場面観察と家族アンケート調査も実施。訪問調査はサービス中心のヒヤリングを1日と組織マネジメントで1日、講評事実確認を1日の計3日間行った。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。  
本報告書の内容のうち、

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

2017年 3月 23日

事業者代表者氏名 社会福祉法人敬愛会理事長 青木澄雄 印

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></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 ご利用者様の基本的な権利が保護される介護を実施します                  ② ご利用者様が安心して家庭的な生活が出来る様に支援します                  ③ ご利用者様が生き甲斐を持って生活出来る様に支援します                  ④ 職員間のチームワークを良くして明るい環境を実現します                  ⑤ 介護技術の向上に努力します</p>
2	<p><b>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）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>ご利用者様には尊敬の念を持ち、いつも笑顔と優しい心を持って接し、寄り添いながら、生活の質の向上を図る努力を惜しまない人。また職員間では、チームワークをとれる人、自己及び組織全体で専門的能力の向上を図る気持ちを持つ人。</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ご利用者様一人ひとりを大切に、絶えず共感と深い理解を持って接するように努める                  ②残された生をどう生きるか、どうすればその方や家族が満足して頂けるかを常に考え、尽くす。                  ③共に働く職員同士理解しあい、批判ばかりでなく協力できる人。</p>

調査対象

利用者総数30名を対象に施設長と協議してコミュニケーションの可能な方8名が選定された。調査当日には利用者の体調等を確認して、当初選定者全員である8名を調査実施対象者とした。その他家族アンケート調査も行い評価の参考とした。

調査方法

評価者1名が面談し、2名が離れたところから観察。各項目の設問は分かり易い言葉に置き換えて質問を実施した。回答は評価者全員がマーキングし合議で決定。

利用者総数

30

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
	8	8
	8	8
	0.0	26.7

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(%)

**利用者調査全体のコメント**

総合満足度については、「大変満足」「満足」が90%、と大多数が満足感を有していた。、「不満」は10%であった。各項目でも同様に90%の方が「はい」と回答している。また第三者委員については、利用者はほとんど理解していないと思われる。なお1年以内の利用者は4名であった。

**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 ほぼ全員が「はい」と回答、満足していると思われる。	7	1	0	0
2. 日常生活に必要な介助を受けているか ほぼ全員が「はい」と回答、「どちらともいえない」も複数あるが、ほぼ満足していると思われる。	6	2	0	0
3. 施設の生活はくつろげるか ほぼ全員が「はい」と回答、施設の生活には満足していると思われる。無回答が単数あった。	7	0	0	1
4. 職員は日常的に、健康状態を気にしているか 「はい」と回答の方は、経験者であり満足している。残りの「どちらともいえない」「無回答者」は病気やけがをしたことがないためと回答している。	5	2	0	1
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか ほぼ全員が「はい」と回答、施設内の清掃、整理は行き届いていると思われる。	7	1	0	0

6. 職員の接遇・態度は適切か	3	4	0	1
「はい」と回答の方が少ない項目である。残りの「どちらともいえない」は人によって違うためと回答している。無回答者も単数あった。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	7	1	0	0
ほぼ全員が「はい」と回答、病気やけがの対応には満足していると思われる。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	7	1	0	0
ほぼ全員が「はい」と回答、トラブルへの対応は職員を信頼していると思われる。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	6	1	0	1
ほぼ全員が「はい」と回答、「どちらともいえない」も複数あるが、ほぼ満足していると思われる。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	6	1	0	1
ほぼ全員が「はい」と回答、「どちらともいえない」も単数あるが、プライバシーは守られていると思われる。				
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	7	1	0	0
ほぼ全員が「はい」と回答、要望の聞き取りには満足していると思われる。				
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	7	1	0	0
ほぼ全員が「はい」と回答、職員の説明には理解していると思われる。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	6	2	0	0
<p>ほぼ全員が「はい」と回答、「どちらともいえない」も複数あるが、ほぼ満足していると思われる。</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	0	5	0	3
<p>「はい」は回答ゼロであった。利用者は外部の窓口の存在は理解していないと思われる。</p>				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

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 <b>9/9</b>
	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

## カテゴリー1の講評

### 理念基本方針の明示, 浸透に努めている

事業所が目指す理念、基本方針は事業計画書に記載、「職員の誓い」と共に介護に従事する職員の基本姿勢を明示している。その浸透には、言葉以上に意識や行動を大切にしようとしているが、職員自己評価からは、今後一層の取り組みが必要と思われる。なお、ホームページや広報誌への掲載を通して、利用者家族や外部の人からの理解を得る努力をしている。更に玄関ロビーには、大型液晶モニターを設置し、利用案内、行事の記録、当日の担当者等が確認できるようにしてビジュアルな情報提供にも力をいれている。

### 経営層の役割の明確化

当施設の運営主体は社会福祉法人敬愛会であるが、管理運営は、組織上法人本部の下に施設長の責任によって統括する体制となっている。年度事業方針は施設長が職員の意見を取り入れ事業所運営の細目に渡って具体的に策定されている。職員とのコミュニケーションは、施設長が現場シフトにも入り経営層と現場との意思疎通も活発に行われ、日常の業務運営は幹部を含む職員全員が一体となって進められている。

### 重要な案件の決定と周知

重要な案件については、施設長を中心に立案し理事長決裁による稟議決定、若しくは事案により理事会での合議決定が行なわれている。日常の業務案件については、職員間で協議のうえ、決裁を行なう理事長とは、施設長が専用携帯電話やLANネットを活用して打ち合わせが行われ、十分な意思疎通のもとでの決定が行われている。その内容は職員会議や申し送りノートにて周知しているが、決定事項の決定プロセスについての説明や周知が今後の課題と思われる。なお法人関連は施設長会議にて周知徹底と、必要に応じ家族へも説明している。



2			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、地域の方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

## カテゴリー2の講評

### 社会的責任と透明性の確保

敬愛会倫理規定に守るべき法・規範・倫理が明示され、事業計画書やホームページ上でも福祉施設の社会的責任のあり方として内外に公表、施設全体はこれを念頭において常にコンプライアンスマインドを持って業務を遂行している。情報公開にも力を入れ、第三者評価結果の全項目を自身のホームページで公表し活発な地域社会への情報発信のもとで透明性の確保を図ろうとしている。

### 福祉の専門性を生かし地域社会のニーズに対応

地域の人々からの介護福祉に関する問い合わせは施設長が中心となって専門性を生かして対応している。入所決定に際し一般には困難なケースでも柔軟に対応し受け入れたり、実習生の受け入れや近隣の小中学校からの現場体験学習の申し入れに応えている。ボランティアの受け入れは活発であり、個人情報保護を重視したマニュアルを作成して対応している。催物を中心に毎年多数の団体や個人が来所している。その他、地域の様々な団体に発表会の場として1階ホールを提供しており、その場面を利用者も見学できるようにしている。

### 地域の関係先との連携

市の老人福祉施設会や社会貢献事業連絡会に加入し情報収集や協働の場として友好関係を保っている。防災関連では消防署や自治体と防災協定や災害活動等に関する協定書を結び、火災や災害の際の相互援助の実施を確認している。災害時の避難場所の提供や支援物資提供拠点としての場所提供等で連携をはかっている。利用者の災害用品の備蓄もしている

3			カテゴリ-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	
<b>評価項目1</b> 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) <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>				
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			○ 非該当
<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>				
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を把握することに取り組んでいる			○ 非該当
● あり ○ 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			○ 非該当
● あり ○ 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			○ 非該当
<b>評価項目3</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>				
評価	標準項目			
● あり ○ 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			○ 非該当
● あり ○ 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			○ 非該当
● あり ○ 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			○ 非該当
カテゴリ-3の講評				
<b>利用者の意向把握に努めている</b> 利用者の苦情・要望については、契約時の重要事項の一つとして相談窓口の説明はしているが、施設長、相談員、介護者全員が利用者との日常のコミュニケーションを中心にして、他に、現場での日々の観察での意向把握を大切にしている。家族の意向についても、定期的な家族アンケートの実施、第三者評価時の家族アンケート結果、面会時の直接会話、メール、電話など多様な方法での把握に努めている。				
<b>利用者意向の集約、分析と実現のプロセス</b> 利用者の意向は様々であり、可能な限り家族と話し合いを持って、その中で利用者が望んでいることを明らかにし、主にサービス担当者会議で議論のうえ判断や解決をしている。利用者の希望は、極力実現させるよう工夫し、相談員が中心となって個別援助計画に反映させ、事案によっては事業計画に反映させることもある。職員への周知は、申し送りノートにて行い、実施面の徹底を図ろうとしている。				
<b>地域の福祉ニーズや事業に関する情報の収集</b> 入所見込み者に関する情報は待機者調査やショートステイ利用者の中から入手しており、法人内各事業所間の情報交換の場である施設長会議も活用されている。行政との定期的な打ち合わせや社会福祉協議会、老人福祉施設協議会等での情報の入手に努め、一方法人としてサービス提供能力の拡大を推進しており、地域の福祉の環境やニーズの動向の分析・把握に力を入れている。				

カテゴリー4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリー1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 10/11
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 <span style="float:right">評点(000)</span>		
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 <span style="float:right">評点(0000)</span>		
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 <span style="float:right">評点(000●)</span>		
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

中長期を展望した計画の策定と実行体制

昨年度、法人の新しい事業として地域の福祉の多様化も展望し、ニュータイプの多機能福祉施設を開設した。その新設の施設との人的連携が中期的に進んでいる。一方当事業所では、利用者の重度化に備えた対応体制の構築という課題に取り組んでいる。重度化対応の中で職員のチームケアが必要とされるターミナルケアの実施体制作りならびに利用者の昼夜のメリハリのある生活への支援の強化が、実質的には中長期の計画して取り組まれている。計画の目標とその達成状況を職員と共有し必要に応じ変更や修正のうえ実現を期している。

年次計画の策定は現場の意向を反映

年次事業計画は、法人本部の基本方針等を基に協議し、施設長が年度の課題を示し立案・集約して計画案を作成、理事会の承認を得て年次事業計画として取り組みを行っている。策定の過程で、利用者や家族あるいは職員の意向や現場の状況を踏まえ、課題を多角的視点から捉え、常に経営層・現場責任者・職員が協議して納得できる計画にしており、四半期毎の監事による業務監査や予算管理を行い、法人内の事業所別の比較を含め計画の進捗状況や達成度合の確認が行われる体制である。

利用者の安全確保のための創意工夫

利用者の安全確保は、事故記録について、発見者が記録をし、全員が共有できるように記録簿の書式を大幅に改善した。また、事故当日にカンファレンスを実施し、対策を検証検討して、更なる共有化を図り、次の事故へとつながらないように努めている。行政への報告や連絡もなされており、ヒヤリハット事例の記録化・共有化により事故の未然防止に繋ぐ努力をしている。なお地域自治会と災害時相互援助協定を結び、防災訓練・救命訓練は職員と利用者が参加している。

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 8/8
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(000)
評価	標準項目	
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○ 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(00000)
評価	標準項目	
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 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(000)
評価	標準項目	
● あり ○ 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	○ 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、互いに学ぶことに取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 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(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・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

**職員の確保が優先課題**

当施設の職員数は、常に法的な必要定数を満たしている。しかし、人材構成で法人内の人事異動や新規採用者もあるが、余裕を持った人員配置には未だなっていない。そのため、利用者の重度化の進行のなかで、介護現場の業務遂行の体制強化を図るためにも、まずは人材確保を優先し、新入職員に対しては、介護業務未経験者へは内部研修の充実、経験者には能力技量の向上並びに利用者の立場で考える介護基本の習得が急がれる課題となっている。

**職員育成に向けてより十分な対応を**

職員の能力・資質の向上には、人事考課の活用とともに、研修機会が与えられており、介護職員スキルアップ研修等の外部研修への参加には日程調整も行われ、法人主催のキャリアパス研修も実施されている。職員からはなお教育研修の不足感が職員自己評価で出されているので、その背景を探り育成計画の見直しが望まれる。

**職員のやる気向上のための取り組み**

本年度は、処遇改善が図られており、更に人事考課に基づき評価、昇進、昇給、賞与などの決定や資格取得の奨励などの人事マネジメント、あるいは有給休暇の取得、職員親睦会の補助等の就業あるいは福利厚生対策の実施を通して職員のやる気向上を図ろうとしている。しかし、実態として職員は日常の業務に追われ余裕がなくなっている状況を踏まえ、仕事への志気向上を図っていく必要があり、準職員への登用や正職員への登用が職員のやる気向上に繋がると思われる。

7			7	
7				
情報の保護・共有				
サブカテゴリ-1(7-1)				
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
<b>評価項目1</b> 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる <span style="float: right;">評点(000)</span>				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している			○ 非該当
● あり ○ なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している			○ 非該当
● あり ○ なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している			○ 非該当
<b>評価項目2</b> 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している <span style="float: right;">評点(0000)</span>				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している			○ 非該当
● あり ○ なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している			○ 非該当
● あり ○ なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している			○ 非該当
● あり ○ なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている			○ 非該当
7-1の講評				
<b>情報管理のIT化でサービス向上に繋ぐ</b> 各種情報は、IT化されており、職員間の情報共有や家族への情報伝達によりサービス向上に繋がっている。新システム「介護トータルシステム寿」にて、業務運営に活用しており、介護情報が施設内のLANより、パソコン画面の利用者情報メニューや介護日誌等の即時閲覧ができ、情報伝達と共有化のスピードが増している。このシステムは法人の他の事業所とネットワーク化されており、事業所間での情報共有に役立っている点で各事業所の連携が必要な取り組みに欠かせない存在となっている。				
<b>利用者家族への情報提供にも徹底を期す</b> 「介護トータルシステム寿」のもと、家族はインターネットで「ご家族専用サイト」へアクセスすれば、パソコン、スマートフォンで利用者の介護記録を主体とした生活記録を閲覧できるので、家族と施設の信頼関係の確立に役立っている。なおインターネットが利用できない家族に対しては、別途面会時の説明や「ニュースレター」による利用者情報の提供でカバーしている。				
<b>個人情報の取り扱いでプライバシーに配慮</b> 法人として個人情報管理規程に基き、玄関ロビーには同規定を掲示するとともにプライバシー保護のために厳正な管理を行っており、ホームページや広報資料への個人情報掲載には、利用者もしくは家族の了解を必ず得ることとしている。玄関ロビーの液晶モニターの写真でも利用者氏名欄は外されている。また職員のみならず、実習生・ボランティア・外部委託者にも誓約書を取り、守秘義務の徹底を図っている。				



カテゴリー8

8 カテゴリー1～7に関する活動成果

サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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  
 ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」  
 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」  
 ・カテゴリー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

経営層と介護現場のコミュニケーション

正職員を中心として現場職員が問題意識と向上心を持って業務にあたるように取り組んできた。成果として施設長が介護現場に入ることにより、少しづつコミュニケーションがとれるようになり、業務改善の提案が徐々に浸透してきた。

サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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  
 ・カテゴリー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

個々の意識の向上への取り組み

チームワークの重要性の意識付け、必要業務の分担の決定等の職員個々の意識の向上に取り組んできた。会議等で職員全員が発言するようにしており、業務を分担することで少しづつ責任感が芽生えてきたが、意識向上にはまだ成果が見えてこない。

サブカテゴリー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・共有の面において向上している

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、以下のカテゴリー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  
 ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」  
 ・カテゴリー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

事故記録のフォーマットの改善

事故記録のフォーマットの改善に取り組んできたが、フォーマットの改善と同時に、これまでは正職員だけが記録をしていた事故記録を、発見者が記録して全員がその情報を共有するようになった。更にその日のうちに事故についてのカンファレンスを行い、対策を検討し、次の事故へつながらないようにしていることは、大きな成果である。

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

安定的な収支バランスの確保

当施設の財政状態は良好であるが、各年度収支のバランスを確保するために、収入面では稼働率に重点をおいて管理し、一方支出面では各費目の見直しや削減を図ってきている。その中で本年度の対応項目として、おむつ類のコスト削減に取り組んできた。排せつの研修会や利用者毎のアセスメントの実施によりコスト削減に成果があった。

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

利用者意向の把握と家族とのコミュニケーション

利用者の苦情、要望については、職員全員が利用者との日常のコミュニケーションでの把握に努め、一方家族の意向についても、面会時に家族へ日頃の生活状況を口頭で伝える取り組みと緊急時対応については家族の意向を伺う機会を持った結果、家族とのコミュニケーションでは少しずつではあるが成果がみられる。

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
	●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>分り易いサービス情報の提供に努めている</p> <p>当施設のサービス情報の提供は、パンフレット、ホームページが中心であるが、内容の説明もできるだけ専門用語を使用せず分りやすい文章で表現し、写真によるイメージ提供を主体に見る人に理解してもらうための配慮がされている。特に、ホームページはサービス内容につき具体的な生活イメージを掴めるよう配慮され、利用料・入退所手続き・苦情対応についての詳細な記載に加え、事業経営項目及び第三者評価の全項目も開示しているので、施設の概要を理解する上で行き届いたものとなっている。</p> <p>利用希望者や一般の人の見学への対応</p> <p>利用希望者と家族には見学をすすめており、土日祝日を含め可能な限り希望の日時に合わせている。一般の方の見学は、入居者の生活を優先しており、多人数や長時間滞在、居室内の見学は制限している。地域の見学希望者には見学のみでなく、介護サービスの選択や介護全般などについて相談にのり、困難性・緊急性を有する希望者には必要に応じてショートステイや法人の他のサービスの利用の提案をするなど、地域からの個別要請への協力を行っている。なお見学者への対応にはできるだけ多くの職員ができるようにすることを課題の一つとしている。</p> <p>地域との交流促進に向け情報伝達の工夫</p> <p>当施設は日頃から地域とのつながりを大切にし情報公開を積極的に行って地域の理解と協力を得るように努めている。年2回法人共通で発行されている会報誌「ニュースレター」は、有力な伝達手段として折々のトピックスを流して家族や地域の方々の方々の当施設への関心を高める効果を導いており、地域ボランティアの来訪や、世代間交流が目的の地域の保育園児から小中学生まの来訪に繋がっている。</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
	●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している
	○非該当	
	●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている
	○非該当	
	●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している
	○非該当	

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○ 非該当

サブカテゴリー2の講評

**入所開始前の説明を念入りに行っている**  
 入所開始時にあたり、サービスの内容・施設での生活の様子・利用料金表等の重要事項の説明は、施設長、相談員が中心となって、家族の立会いのもとで、利用者が理解できるような説明に努め、出来るだけ分かり易く行ない、必ず同意の署名・捺印をいただいている。入所時には、施設長もしくは相談員が利用者宅を訪問して利用者の入所前のADLの状態や生活状況を詳細に家族の話やその場の目視から得て、アセスメントシートに記入し、ケアプランの作成に連動させ入所後のケアに生かしている。

**入所直後の利用者への配慮**  
 入所直後の利用者に対しては、環境の変化を考慮に入れ、生活のリズムの確保と不安軽減を図るために、コミュニケーションと、馴染んでいた物品等を置くなど、居室面の雰囲気にも配慮を行っている。一方、入所直前面接で聞き取った内容の確認と、入所にあたっての不安や配慮してほしいことを記録して全職員で共有している。入所後一カ月は様子観察に注力して利用者の急な変化にケアプラン上の手当ても含めスムーズな対応ができるよう継続性への配慮に努めると共に、帰宅願望の強い利用者には、一時帰宅の取扱いを含め、家族と打ち合わせをしている。

**終末期の対応にも努める**  
 サービス終了時の対応は、現実的には終末期の施設内での支援が大半を占め居宅支援への移行の例は稀である。ここを終の棲家とされた方が多く、施設でのターミナルケアを可能にするための医療、看護、静養室、宿泊、看取り等にわたるケアプランに基づく実施体制を整え、家族の要望に応え実践している。

サブカテゴリー3

3 個別状況に応じた計画策定・記録 サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況 10/10

評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○ 非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の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

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

<b>評価項目4</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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

**利用者情報の確実な把握と活用**  
 アセスメントで得られる利用者の心身・生活情報に関する情報はケアプランに活かされ、「サービス担当者会議」で利用者毎の課題の設定・見直しに使用されている。情報のデジタル化でLAN経由で関係部門で共有・活用されている。入居者台帳・アセスメント記録・ケアプラン・介護日誌・申し送り・ケース記録・バイタル記録・治癒通院記録等がパソコンに入力されている。ケアプランの見直しは6か月毎にサービス担当者会議にかけているが状況に応じてその都度対応している。

**利用者の希望事項の取扱いとケアプラン作成で居室担当者の関与**  
 利用者の希望は対応できる範囲で提供サービスに組み込まれているが、ケアプランの見直しによる変更の有無に係わらず、利用者もしくは家族には必ず説明し同意を得ている。その際、担当職員は分かりやすく説明することを心掛けている。また、ケアプランは業務担当職員のみならず、非常勤職員を含め居室担当者も作成にタッチしており、現場事情の反映と意識の強化でより質の高いプランの実現を図ろうとしている。

**職員の情報共有をより確実にするために**  
 利用者情報は全て「介護トータルシステム寿」でデジタル化され、職員だけが閲覧可能で共有化が図られているが、介護日誌の申し送りや伝言は徹底を期するため、バックアップとして申し送りノート等の紙ベースでも対応している。しかし、一旦各自が取り込んだ等の情報が共有されず同じ対応が継続できない状況が起こっており、意識の継続が必要だとして申し送りノートの項目の改善に取り組んでいる。担当者会議の内容の確認は確実にしている。

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**

<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	<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	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	○ 非該当
◎ あり ○ 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	○ 非該当

サブカテゴリ5の講評

**利用者のプライバシー保護を徹底**  
 利用者の基本的な人権の尊重は、基本理念の一つに掲げられ、法人として「個人情報管理規定」を定め、職員はそれを念頭に日常の支援に努めている。利用者の情報を開示する場合に備えて予め利用者や家族の同意を得ておくことを厳守すると共に、居室への入室時の声掛け、パーティションを使用して入浴や排泄時の羞恥心に対する配慮、郵便物の直接本人への手交、公開する写真で本人が特定できないよう配慮を行っている。インターネットで家族が「家族専用サイト」へアクセスする場合はIDとパスワードが必要で、部外者はアクセスできないようにしている。

**虐待防止の取り組み**  
 利用者の生命・財産の安全確保については、部外者の施設への立ち入りのチェックや、居室への出入り禁止・外部からの「入居しているか否か」の問い合わせに対する回答拒否等を徹底している。これまで虐待は起こったことは無いが、当施設の介護理念の実現のための基本行動として虐待防止に仕組み、職員会議や研修会で利用者処遇の留意事項として常に意識させている、特に「言葉による虐待」には注意の徹底を図っている。

**その人らしい生活ができる支援に努める**  
 介護支援にあたり、利用者にはスケジュールやルールを無理に押し付けることはせず、本人の生活歴を大切に、できるだけ個人の権利を尊重し、身体拘束が必要な場合を含めその人らしい生活ができるよう職員全員が平素心掛けています。一方今回の利用者調査の中で、もう少し利用者の声が職員へ伝わるような会話を望む意見が複数出されており、介護とは「声掛け」をして「援助する」ことであるとの基本の実行に努めて欲しい。

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	11/11
	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(〇〇〇)	
	評価	標準項目		
	◎ あり ○ なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○ 非該当	
◎ あり ○ なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○ 非該当		
◎ あり ○ なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○ 非該当		
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇〇)		
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
◎ あり ○ 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			○ 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

**業務水準の確保に向けマニュアルの整備・活用**

全ての業務マニュアルは職員が作成し、パソコンの「文書管理システム」に入力され職員はいつでも利用できるようになっている。内容は写真やイラストを多用して分かりやすく、デジタル化されているので検索し易く、基準に従い見直しも随時している。しかし、マニュアルの活用は実態として充分と言えない状況が職員自己評価でも現れており、新入職員教育や介護雇用プログラム職員の育成の面からも改善に取り組む必要があると思われる。

**居室担当制と業務担当制できめ細かい介助の実現**

サービス提供業務を現在の職員構成でサービスの質を維持しながら仕事や時間の効率を上げていく取り組みをしている。居室担当の役割を明確に意識して担当する部屋の利用者の介護業務にあたる居室担当者と同時に業務担当者として、食事、排せつ、入浴、事故検討、レクリエーション、機能訓練、職員研修、健康管理・感染症対策、業務管理・施設管理、ケアプラン、環境整備、消防の12の業務のどれか一つを担当して、業務担当責任者と共に業務推進やマニュアル作成見直し等のスタッフとしての役割を担っていく体制を整えている。

**職員の能力向上の機会**

職員はサービス担当者会議をはじめとする各種会議や打ち合わせを通じて能力向上の機会が与えられており、さらに介護主任等による一人ひとりに対する助言・指導の場も用意されている。また、施設間ネットワークや施設長会議にて施設相互の意見交換を行って介護レベルの向上に努めたり、法人内事業所合同の研修会での介護知識の取得や技術向上を図ろうとしている。今後の継続的取り組みが課題と思われる。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
		43 / 43	
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている			
評点(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><b>利用者の個別性を尊重した介護の実践</b></p> <p>施設サービス計画は、利用者が「普通の生活」と「自身のペース」で行い得ることを要素に組み立てられ、利用者があらゆる生活の場面で自立を目指すことを職員に理解させている。そして、利用者一人ひとりが異なる個性と生活をもっているため、個々の希望や意向を確認し、サービス担当者会議での議論を経て施設サービス計画の作成と見直し時に反映させ、「介護トータルシステム寿」で職員が共有することにより、小規模施設の特性を生かした個別介護の実践に繋げている。</p> <p><b>利用者とのコミュニケーションのとり方の工夫</b></p> <p>利用者とのコミュニケーションのとり方は、特性やADLに合わせた方法で行っており、難聴の方とのメモによる会話をはじめ、声の大きさやテンポ・繰り返し・態度等での工夫を全職員が心がけている。特に、認知症の方とのコミュニケーションは会話による意思疎通を大切にしているが、状況に応じた話題の選択などをおこなって会話の機会を増やし、楽しい施設生活の実現に繋げていくことを期待したい。</p> <p><b>関係職員連携による利用者支援</b></p> <p>関係職員の連携はサービス担当者会議で相談員が中心となって利用者の状態変化に柔軟に対応し、看護師と介護職員の協議を進展させている。日常業務の推進にあたっては職員間の密接な連携のもとでサービスの充実を図っている。特に、食事・入浴・排泄というメインのサービスや支援の実施面では、介護・看護・栄養各職員の連携に止まらず、医師や歯科衛生士との連携も大切にしている。更に、居室担当の一員である非常勤職員もサービス担当者会議へ出席をするようにしている。</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

食事方針に沿っておいしい食事の提供に努めている

ホームの食事方針が明示されており、毎月給食会議を開き、管理栄養士を中心に栄養情報や献立検討を行い食事プランを作成しているが、食事は普通食と特別食を基本とし、朝・昼・夕の三食に和・洋の別や、食べやすくするための刻み・ミキサー食・温冷適温での提供、あるいは持病に備えた食事・減塩食の用意など利用者の選択の幅を広げて美味しい食事の提供に努めている。

利用者の健康状態や配慮した食事の提供

毎日のバイタルチェック、毎月の体重測定で利用者の健康状態を確認しているが、特に体重が減少傾向にある利用者には低栄養予防のための食事面での配慮と必要に応じて栄養補助食品を提供するようにしている。なお、「介護トータルシステム寿」で個人別健康状態が把握できるようになっているので可能な限りメニューに反映させている。

経口での食事摂取面の対応

嚥下能力が低下した利用者の経口摂取の継続あるいは胃ろうを導入された利用者が、誤嚥防止のための口腔ケアを中心に歯科医、歯科衛生士、看護師等が連携しながら指導訓練にあっている。

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(0000)

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

利用者に喜ばれる食事にするための工夫

食数が30名であることや施設内厨房で作っていることから、調理上の温度管理やきめ細やかな味付けが可能である。嗜好調査は栄養士が利用者の意向を聞きメニューに反映させている。お正月・お盆・クリスマス会・誕生日会等の行事食はふんだんに昼食に盛り込まれたり、旬の食材を取り入れたりして、メニューの内容もバラエティに富んだもので利用者調査でも好評をえている。

食事場所、時間面の配慮

食事の座席は、自立者、要介助の2グループのテーブルに分け、食事をとっている。相性や気の合う人同士が同じテーブルになるように配席しているように場面観察では見えた。食事時間は、朝7時半、昼12時、夕6時をめどに、誘導して席に着いたのをめどにスタートしている。家族来訪時や利用者の体調や通院などの都合により時間変更も可能にしている。なお、食事中は食事に集中してもらうためテレビは消すようにしてBGMを流している。

食堂の雰囲気と外食機会の工夫で飲食の楽しみ

食堂の雰囲気は和やかで落ち着いており、職員のきめ細かい食事介助もあって利用者はゆっくりと食事を楽しんでいる様子であった。月に1回栄養士と調理担当による手作りおやつを提供して利用者は非日常的な雰囲気の花菓を楽しんでいる。また今年3月から年2回全利用者を対象に外食の機会を設けて交代での食事を開始した、参加できないグループの方には出前を取ったり、普段と異なるおやつを購入して楽しんでいただいている。

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

**利用者の状態に応じた入浴支援**

現在利用者のほとんどが何らかの介助が必要な状況のもとで週2回の入浴または清拭が行われ、職員はADLに合わせ、ミスト浴中心で入浴支援にあたっており、体調不良で入浴困難の人には清拭で対応している。入浴には2名以上の入浴介助担当者が浴室に入り、脱衣・洗身・入浴・着衣をほぼマンツーマン対応に近い状態でっており、看護師は体調のチェックとりわけ皮膚状態の入念な観察を行い、健康管理に役立っている。更に脱衣所には暖房器具を別途設置している。

**利用者の羞恥心への配慮と認知症利用者への誘導の工夫**

男性と女性は別時間に入浴、浴室では1対1の同性介助に努め更にパーテーションを設置して羞恥心への配慮もしている。一方認知症の方の中で、入浴誘導の際に拒否される人もおり、職員は無理強いしないで声掛け誘導の工夫をしたり、様子を待ったりしてゆっくり入浴できるように注意をして介助し、その対応の要・不要は申し送りして徹底している。

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

一人ひとりに応じた排泄介助

一人ひとりの排泄状況を観察し記録を取ることを通して、ADLと体調の変化を的確に判断できるようにして、便秘の人に対する薬に頼らないで牛乳やヨーグルトを飲用する等自然排便への誘導をはじめ、定時もしくは尿便意に応じた排泄介助の支援をしている。その結果、おむつの着用は昼間は外すようにして必要最低限の着用とすることが可能となり、職員会議等での排泄介助方法の研修効果も加わって、目標を置いた施設全体のおむつ外しの取り組みの成果に繋がっている。

排泄環境の整備

トイレは夜間は常夜灯やセンサーマット等により、安全で使いやすさへの配慮を行っている。一方、ポータブルトイレについては、屋間は雨天を除き外で天日干しをしたり、使用即清掃を目標に管理しており、職員各人が利用者のそばに行った際はトイレを使用の有無にかかわらず、必ず便器の中を確認するチェック体制のもとで臭気問題の発生を防いでいる。おむつや下着の交換は、利用者の尊厳を尊重しつつタイミングを図りアセスメントで得た適切な排泄アイテム交換を促すよう努めている。

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

施設サービス計画の中で移動方法の展望

入所前の情報や入所後のアセスメントから利用者の移動の状況を把握し、ホームの生活での移動方法を展望して利用者の意向も勘案のうえ適切な用具の選択を行っている。また、ベッドからの移乗の際の必要に応じて二人介助あるいはリクライニング式車椅子を用意して安全を期している。ただ、自力での移動ができる人の場合はなるべく車椅子ではなく杖、歩行器などの補助具の使用に留め、歩行の機会を出来るだけ多く持ってもらおう配慮をしている。

利用者の状態に合った移動器具の選定

移動器具は、入所当初は施設備え付けの車椅子または歩行補助器を使用してもらうが、その後利用者の状態をみて、車椅子の自走や手引き歩行など残存機能を生かした移動に適した用具を会議にかけて選定している。家族と相談のうえ本人に合った車椅子を持ち込みするケースや、施設で本人にあった車椅子を提供する場合もある。車椅子のメンテナンスにも配慮して車椅子点検表を作成し修理や洗浄あるいは必要に応じリニューアルを実施している。

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	
● 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行う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

**常勤の機能訓練士の指導でリハビリの充実**

これまで当ホームの機能訓練は外部の作業療法士が来所して個人別プログラムに基いたリハビリを実施していたが、平成25年度初めからトレーニングルームを新設し、常勤の機能訓練士を採用し、専任体制のもとでパワーリハビリを含むより専門的なリハビリに切り換えて充実を図った。特に一対一のリハビリなので、コミュニケーションを図りながら利用者の状態を的確に把握できる体制になったことは評価できる。

**生活上のリハビリを職員が中心となって実施**

機器の使用や専門指導員による訓練の他に職員が日常のケア業務の中で取り組む課題が生活上のリハビリを中心に構成されており、「動ける・痛みがない＝生きがいに繋がる」との支援方針に立って、廊下・テラス・庭園等を使用する歩行訓練、スクワット、手足の痛みの改善、ADLの低下防止、関節の拘縮予防等を指導員のプランの基にプログラムが実施されている。

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(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しくみを整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○ 非該当

評価項目8の講評

病気への早期対応を目指す健康管理

利用者の健康管理は、年1回の定期健康診断と、週1回の嘱託医の往診で、病気の早期発見・早期治療が可能になる体制があり、発病の際は個人別の状況を把握している主治医が緊急時には何時でも来てくれる体制となっている。インフルエンザやノロウイルスなどによる感染症の予防は徹底した衛生管理を行い、また、服薬は各食事毎に看護師が時間別薬箱に入れて、介護職員と看護師の責任で袋の氏名に沿って二重チェックをして誤薬、落薬の防止に努めている。経口での食事摂取と誤嚥予防を目的に歯科医・歯科衛生士の指導のもとで口腔ケアも実施されている。

緊急の医療対応を円滑にするために医療機関と連携を密に

利用者の健康に変化が見られる場合は、随時看護師がバイタルチェックを行い、主治医へ報告し、指示を受け、日頃連携を図っている医療機関の受診あるいは入院へ進めるケースが多い。その際「介護トータルシステム寿」の中で利用者バイタル記録があるので、緊急入院の場合でも電子化された医療記録が即時にプリントアウトでき、病院での速やかな治療対応を可能にしている。また、緊急時対応の一環として、立川消防署の指導を仰ぎ、一定の訓練を受けている。

終末期対応の確実な実施

「終の棲家」として捉えている利用者・家族が多くホームでの看取りについては円滑な実施のために、入所時から、本人、家族とどう最期を迎えるかの話し合いを重ね、看取り同意書のもとで「看取り等の計画書」を準備して状況に応じ職員、看護師、医師ならびに家族がどう対応していくかを十分に打合せをしている、一方、的確な対応が取れる職員を増やすための職員会議での事例の振り返りの話し合いを行っている、必要が生じた時の医師や家族との連携に対応している。

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

起床後、就寝前の更衣の支援強化を実施、成果に期待

大半の利用者は更衣・整容の介助を必要としているが、これまで実態として起床後、就寝前に着替えをしていない人や就寝時に寝巻に着替えない人が相当数おり、生活のメリハリや共有スペースの雰囲気考慮に入れ、更衣支援を強化していく改善策を年次計画に入れ取り組みをスタートさせているが、一部の利用者にとどまっている。今後も早番、遅番勤務者の介助時間の工夫や、朝の顔拭をするなど実施率が高められるように職員のチーム力発揮で成果を期待したい。

整容の支援と服装面の配慮

起床後の洗顔や整髪等身だしなみを整えるための支援は日常化しており、身だしなみや服装では家族と相談の上利用者の好みの衣類を季節に合わせて準備するようにつとめ、さらに寝具類の交換・選択・消毒など清潔の保持がよく図られている。家族アンケートの中に、何時も同じものを着用しているのもっと気を使って欲しいとの声もある。

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

日常生活の中で楽しめるボランティア等による機会が多い

ボランティアによる音楽会・演芸会・落語会などのイベント・行事が年間を通して数多く開催され、さらに趣味・娯楽のクラブ活動や月2回の音楽療法のプログラムなど施設の生活を楽しく潤いのあるものにするための機会が豊富に提供され、利用者は転倒防止の見守りのもとで自由に楽しんでいる。また、近隣の保育園・小学校との交流は利用者には新鮮な刺激を与え、生活の目標あるいは生きがいを持ってもらう機会になっている。

外出機会増加の工夫

利用者の生活をできるだけ普通の生活に近づける機会にもなっている。その中で外出機会に繋がるような楽しみとして希望者には、近隣の店舗での買物や外食をし、社会との触れ合いを保とうとするものである。また、庭園を利用して行う、外気に触れ草花の鑑賞を通してリフレッシュする機会となるため積極的に取り入れている。利用者や家族からは更なる外出機会を望む声が出されており、付き添う職員の体制とりわけ重度化した利用者の外出支援のあり方を含め引き続き増加させる工夫に取り組んでいる。

認知症利用者が落ち着いて生活できる支援のあり方

当ホームは認知症の利用者が大半を占め、支援上の留意点として利用者のペースに合わせた係わり合いが必要になってきている。職員には、利用者調査等で出される反応や日常の接触の中で言葉として出されない希望をくみ取り個々の利用者により寄り添う対応上の工夫と抑制的でない受容的対応が課題となっている。

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

地域との交流で利用者の生活の幅が広がる

設立以来、地域の環境にも恵まれ交流が極めて活発であることがこの施設の長所の一つになっている。ドライブ、外食、買い物、外気浴等の外出機会の他に、利用者に非日常的な生活を楽しんでもらうための音楽・演芸等の慰問ボランティアは年間を通して多数の訪問があり、地域の保育園との交流への参加も行われこれらの世代間交流が利用者の新たな生き甲斐と生活の幅を広げることに繋がっている。またセラピー活動の一つである音楽療法の専門家が定期的に來所して、音楽を通してのリフレッシュの機会提供に協力している。

職員以外の人々との交流、

研修実習の受け入れは専門学校を中心に対応している。地元の小・中学校の体験学習も多く受け入れ、高齢者の現状を理解する機会にしよう努めている。しかし重度化の進行に伴い外出の機会が減少し外部の人々との交流の機会も少なくなっている。災害時の地域との連携体制を整えるために、必要な避難訓練や消防訓練には職員とともに利用者も参加している。

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

家族の面会は活発だが、家族参加行事のあり方を再検討

家族等の面会は、基本的に昼間の面会時間の制限をつけておらず、家族のオープンな面会のための来訪が頻繁に行われている。しかし、家族の参加できる納涼祭、敬老会などの行事予定表を家族に案内しているが、家族の参加は減少している。一方家族会についても、近年家族の高齢化、遠方居住、勤務等の事情から参加する家族が減ってきている。その対策として家族会については、年1回開催されるが、業務報告や連絡と参加家族の意向や要望を伺うことに加え、参加したご家族が介護福祉に関心があるテーマでの意見交換(例えば看取りについて)を行っている。

インターネット活用で施設内の様子を伝達

「介護トータルシステム寿」では、ほぼリアルタイムで利用者の生活状況を公開しており、家族はインターネットから、IDとパスワードを入力すれば、「家族専用サイト」で利用者の様子を直ちに知ることができ、安心に繋がっている。ネットを利用しない家族には、いつでも同様な情報をプリントアウトし提供することが可能であると伝え理解を得ている。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-3-1	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
タイトル①	個別援助計画の強化	
内容①	(1)ご利用者様のQOLの向上を念頭におき、その人らしい生活が送れるような個別援助計画を作成する。 (2)居室担当者を中心にして、アセスメントや介護にたいする意向の把握を行う (3)利用者に応じた目標と援助計画をたて、医療・看護・介助・リハビリの多職種で協働し、かつ、職員全体で共通認識を持って統一したケアを実施する。 (4)ご家族と必要に応じて面接や電話をして、ご利用者様の状態について報告するとともに、介護に対する意向や施設への希望、家族の思いなどを話し合い、プランに反映させていく。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	4-2-1	利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる
タイトル②	安全・安心な介護	
内容②	(1)ご利用者様の個々のリスク管理を行い、事故を未然に防ぐ。 ①現状で考えられるリスクを把握し、個別に対応策を検討・実施 ②一か月単位でヒヤリハット、事故記録などを検証し、対応策を検討 ③転倒や転落のリスクの高い利用者については、離床センサーを稼働させ、事故を未然に防ぐ ④カンファレンス等を通して情報の共有の徹底 ⑤事故件数を前年比-10%を目標 (2)感染症対策 ①職員は手洗い・ウガイの徹底、冬期マスク着用 外来者や業者は手指消毒 ②定期的消毒、室温・湿度管理 ③外来者のインフルエンザの確認	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-6-1	手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている
タイトル③	マニュアルの見直しと活用	
内容③	(1)食事・排泄・入浴・事故検討・環境整備・物品管理などを中心に課題を把握し、改善への取り組みを行う (2)業務内容を明確にし、改善への取り組みと同時にマニュアルを定期的に見直し、またその周知を図り効果的に活用できるようにしていく。 (3)必要書類の作成及び管理	



No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	担当制度の見直しできめ細やかなサービスの実現
	内容	現在の職員構成で、職員は利用者の個別支援を行う居室担当としての役割と、同時に、食事、入浴、排泄、レクリエーション、健康管理・感染症対策、機能訓練、ケアプラン、職員研修等の施設全体の介護業務推進を行う業務担当としての役割をどれか一つ担って活動をしている。この担当制への移行により居室担当としての意識がより向上しており、利用者調査では高い満足感を示している。ホーム全体の課題解決に利用者の意向や要望をはじめ現場志向を生かした取組みが活発に行われており、よきめ細やかな介護実現に向けての体制が定着してきたと思われる。
2	タイトル	利用者に喜ばれる食事にするため数々の工夫が行われている
	内容	食事は利用者の施設での生活の満足度を左右するサービスの一つであり、利用者に喜ばれる食事にするための検討は栄養士を中心に関連する介護・看護・医療・調理のメンバーで構成される給食会議で行われている。利用者の好み、健康状態、嚥下咀嚼機能、季節、行事等に応じて普通食、特別食を基本に和洋の献立を作成し、施設内厨房で調理して提供している。利用者調査の結果では、ほぼ全員が「美味しい」と回答している。特に行事のご馳走、月1回の栄養士と調理士の手作りおやつ等への期待や楽しみが大きい。
3	タイトル	利用者の安全確保の創意工夫
	内容	利用者の生活場面で起きる転倒等の事故への対応は極めて重要であり、同タイプの事故再発防止に役立せるため、事故記録について発見者が記録し全員で共有できるように記録簿を大幅に改定した。その上、事故当日にカンファレンスを実施し、対策を検討し更なる共有化を図り、次の事故へつながらないように迅速な対応を心掛けるよう徹底させている。行政への報告や連絡もなされており、ヒヤリハット事例の記録化・共有化により、事故の未然防止になるよう努めている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	重度化対応への人材確保が最優先課題
	内容	昨今の介護関係の労働市場は地域的な差はあるものの、全体として極めてタイトになってきており、当ホームでの活動地域でも新入職員を選択して採用することが難しい状況になってきている。一方、職員の転出入の動きも活発化してきており、また利用者の高齢化、重度化の進行で定員に変更なくとも仕事の実態面から増員の必要性も生じて来ており、職員の余裕を持った人員配置での対応ができる人員体制まで募集・採用面の取組みを行うことが最優先課題と思われる。
2	タイトル	職員の育成はOJT中心で、資格取得の取組みを課す
	内容	従来、採用段階で本人の能力・適性・資格等の職員の質の面での選別を行って一定の基準を満たす人材の数を比較的楽に揃えることが可能であった時代は終わり、状況の変化に適したコンセプトで人材の育成に取り組む必要性が生じている。先ず確保した介護業務未経験の新入職員の資格取得を育成計画の第一歩に据え、できるだけ介護の実践をやりながら必要な知識や技術を習得するためにOJT指導で現場に役立てる人材の育成とリーダーのレベルアップが課題と思われる。
3	タイトル	情報共有化の再検討・再構築
	内容	各種情報は、デジタル化されており、職員間の情報共有や家族への情報伝達によりサービス向上につながっている。新しいシステム「介護トータルシステム寿」は汎用性が增大して、活用面の利便性で役立っている。しかし旧システムからの入力方法や表示項目変更への迅速対応、運用活用面で、家族専用サイトの情報項目拡大が課題と思われる。更にバックアップとして紙ベースの申し送りノートについての課題もあり、項目の改善等の取組みをしているが、今後活用の面で更に進化させることが課題と思われる。