# 福祉サービス第三者評価結果報告書(平成30年度)

2019 年 4 月 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

〒 150−0043

所在地 東京都渋谷区道玄坂2-18-11サンモール道玄坂221号

評価機関名 株式会社ハッピーネットワーク

認証評価機関番号

機構 07 — 174

電話番号 03-5941-6571 代表者氏名 廣田耕作

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		修了者都	号
	① 廣田耕作			経営		H03060	56	
	② 岡本久美子			福祉		H1601013		
評価者氏名・担当分野・評価者・世界の	③ 演邉由紀			福祉		H1401010		
価者養成講習修了者番号	4							
	<b>⑤</b>							
	6							
福祉サービス種別	指定介護	老人福祉施	没【特別	人養	護老人ホーム】			
評価対象事業所名称	若木ライ	フ					指定番号	1371901990
	₹	174-0065					•	
事業所連絡先	所在地	東京都板橋	区若木	1 –	21-3			
	Tel	03-3933-39	00					
事業所代表者氏名	清水	雄二						
契約日	2018	年 12月	12	日				
利用者調査票配付日(実施日)	2018	年 12 月	12	日				
利用者調査結果報告日	2019	年 3月	1	日				
自己評価の調査票配付日	2018	年 12 月	12	日				
自己評価結果報告日	2019	年 3月	1	日				
訪問調査日	2019		11	日				
評価合議日	2019		11					
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)	者を配し図	医療面、ケアマン 当者が減ってい	ネジメン	トの	態を把握するべく 両面から考察に 人数を絞り一人で	努めた。利	川田者調査で	では重度化の

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、√ ⑥ 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。

2019 年 4月 日

事業者代表者氏名 清水雄二

印

平成30年度

《事業所名: 若木ライフ》

1  理念・方針 (関連 カテ)	`リー1 リーダーシップと意思決定)
------------------	--------------------

|事業者が大切にしている考え(事業者の理念・ビジョン・使命など)のうち、

特に重要なもの(上位5つ程度)を簡潔に記述

(関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定)

- ①私たちは、人を慈しみ利他心をもって誠実に取組む「慈誠の心」をはぐくみ、利用者が穏やかに安心して生活できるよう支援します。
- ②地域の人々の善意が結集し、実践できる地域福祉の拠点となることを目指します。
- ③利用者の尊重:・利用者の尊厳を守り、その人らしく生活できるよう利用者の意向を引き出し尊重するサービスを提供します。
- ・利用者が有する能力に応じた自立した日常生活を営めるよう、良質かつ適切な支援をします。
- ④地域福祉の推進:・利用者が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会・文化など様々な分野の活動に参加する機会が持てるよう地域福祉を推進します。
- ・地域住民やボランティア、医療、行政などと連携協力して地域福祉サービスの拠点を目指します。
- ⑤健全経営の実現:事業経営を自己収入で賄うため無駄を無くし効率化を図って健全な経営を行います。

# 2 期待する職員像 (関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上)

- (1)職員に求めている人材像や役割
- 1. 心のこもった対応(自己啓発)
- 2. サービスの質の向上努力(創意工夫)

(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)

- 1. 役割の自覚と責任
- 2. 課題の把握と解決の意欲

《事業所名: 若木ライフ》

調査対象

調査時点の入所者90人の内訳は男性22人、女性68人で、 平均年齢は86.2歳、平均要介護度は4.1である。この方々 について施設側とも相談し意思疎通が可能な方9人を対象に

聞き取り調査を実施した。

9人の方には予め施設側から聞き取りの趣旨を説明して頂 き、個別に評価者と対話が出来る環境を設定して貰い、評価 者が1対1で聞き取りを行った。

調査方法

利用者総数 90

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
0	9	9
0	9	9
0.0	10.0	10.0

## 利用者調査全体のコメント

総合的な感想としては「大変満足」が3人=33.3%、「満足」が5人=55.6%、「どちらともいえない」が1人=11.1% で、満足以上と答えた人は合計88.9%という結果だった。個々の設問を見ると問2、4では全員が「はい」と回答してい る。最後の自由意見を読むと「ここに来れて良かった、毎日有難く感謝です」、「今のままで良いです」、「ここはフルーツも 出るから良い」など満足な声が聞かれた。他には「たまに外出や外食したいです」、「塗り絵以外に折り紙をもしてみた い」、「車椅子なので体が痛い」という意見も聞かれた。聞き取りの後は1階から4階まで回りながら、利用者が昼食を摂 る様子や服薬介助を観察し、その後の口腔ケアや入浴・トイレ誘導の様子、個別機能訓練・集団体操やフロアでの過ご し方などを様子観察した。施設では外国人介護職の受け入れが始まっていて、訪問時にも地下の機械浴にて外国人3 人が内介助、外介助共にチームワーク良く働いていた。常勤正職員として育成担当の外国人も配置されているほか、社 会福祉法人としては珍しく職業紹介室を設置して人材派遣にも乗り出したところである。

## 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
価機関が選定した提面》	

《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	5の変化》

者調査結果				
共通評価項目		実	数	
コメント	はい	どちらとも いえない	いいえ	無日
. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	8	1	0	
はい」が8人=88.9%、「どちらともいえない」が1人=11.1%という結果だった。コメン 栄養士は感じが良く挨拶もする。食事は100点満点です」、「美味しくて、味・量ともに良し 肉の味はまあまあ。以前いた老健は美味しかった」などの声が聞かれた。				
. 日常生活で必要な介助を受けているか	9	0	0	
回答した9人全員が「はい」と答えている。コメントとしては「おむつをしてナースコールで呼 こ週2回入りコールすると直ぐ来てくれる」、「トイレは一部介助で風呂はチェアインバスに」 らけどたまには出掛けてみたいです」などの声が聞かれた。				
. 施設の生活はくつろげるか	6	1	2	
はい」が6人=66.7%、「どちらともいえない」が1人=11.1%、「いいえ」が2人=22. 未は食べることでクラブは書道をしている」、「塗り絵が好きでは花見にも行く」、「行事で猿 テはテレビのニュースが楽しみ」、「折り紙や習字にも誘われるけど車椅子では座位が辛し 可もしないから楽しくない」、「なにもしない」などの声が聞かれた。	が来て楽し	かった」、「」	以前は習字	<b>!もし</b> /
. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	9	0	0	
回答した9人全員が「はい」と答えている。コメントとしては「服薬をして貰っている」、「話し技 れるし職員と話す方が楽しい」、「してません」などの声が聞かれた。	」 卧けてくれる	とおしゃべ	りしている」	 、「聞
<ul><li>施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか</li></ul>	8	1	0	

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

r ·				r
6. 職員の接遇・態度は適切か	7	2	0	0
「はい」が7人=77.8%、「どちらともいえない」が2人=22.2%という結果だった。コメントい」、「皆さん優しいです」、「背中がかゆいと訴えると仕方なさそうにやってくれる」、「職員がる」などの声が聞かれた。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	8	0	1	0
「はい」が8人=88.9%、「いいえ」が1人=11.1%という結果だった。コメントとしては「看護師に世話になることはほとんどない。ここではリハビリがないから自分で足を動かすしたなどの声が聞かれた。				
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	1
「はい」が7人=77.8%、「いいえ」と「非該当・無回答」が各1人=11.1%ずつという結果いからケンカもない」、「喧嘩もイジメも見たことないです」、「特にみんな仲が良い訳じゃない声が聞こえるけど、関わらないように知らん顔をしている」などの声が聞かれた。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	5	2	0	2
「はい」が5人=55.6%、「いいえ」「非該当」が各2人=22.2%ずつという結果だった。コ す」、「知りません」などの声が聞かれた。	メントとして	は「そう思い	います」、「	普通で
10. 利用者のプライバシーは守られているか	8	1	0	0
「はい」が8人=88.9%、「どちらともいえない」が1人=11.1%という結果だった。コメントです」、「嫌な思いなどしたことはない」、「男性職員の方が優しいかな」という意見が聞かれかけ		プライバシ-	ーについて	は大丈夫
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	4	2	1	2
「はい」が4人=44.5%、「いいえ」「非該当」が各2人=22.2%ずつ、「いいえ」が1人=1「家族が来るのでケアプランなどは任せている」、「ケアプランは知らないけど兄弟が来るとかどうか忘れた」、「目標は立ててない。自宅では初詣に行ってたけどここでは出られない」が	-緒に外食	するのが第	としみ」、「目	
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	3	2	1	3
	1			ļ

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	6	0	0	3
「はい」が6人=66.7%、「非該当」が3人=33.3%という結果だった。コメントとしては「Bらね」、「言えますよ」、「遠慮しないで言える」、「困った事は無いけど、あとどのくらいここに関かれた。				
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	0	5	4
「いいえ」が5人=55.6%、「非該当」が4人=44.4%という結果だった。「聞いたことがあ	りません」。	という意見が	が聞かれた	.0

۰.					
Ĺř	組織マネジメント:	指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】〕	《事業所	<b>平成30年度</b> ff名: 若木ライフ》	
		ト項目(カテゴリー1~5、7)			
No.	<del> </del>				
1	リーダーシップと意		<u></u>		
	車業研が日指して	サブカテゴリ- ていることの実現に向けて一丸となっている			
		,いることの夫権に同けて、人になっている	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	7/7	
	評価項目1 事業所が目指して	ていること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知し			
	ている	.6.のこのでは、アンコン・多子とは、これでは、これでは、	評点(〇〇)		
	評価		標準項目		
	<ul><li>● あり ○ なし</li></ul>	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針 みを行っている	針など)について、職員の理解が深まるような取り組	○ -1L=+ \\\	
			ひという ション・ション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	一 非該当	
		2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方質 まるような取り組みを行っている	針なと)について、利用有本人や多族寺の理解が本	○ 非該当	
	評価項目2	<u> </u>		<b>○</b> 9FBX →	
	経営層(運営管理	目者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表	<b>売上(○○)</b>		
	明し、事業所をリー	-ドしている 	三十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二		
	評価		標準項目 ン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と書		
	● あり ○ なし	任を職員に伝えている	ン、全个川町でに、マスクリンコン・・・ロッ・・・ロッ・・	○ 非該当	
		2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョ			
	(a)	住に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リ	ダーシップを発揮している 	○ 非該当	
	評価項目3	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			
		) C、経呂暦(建呂官垤有呂む)は美情を始まれて )内容を関係者に周知している	評点(〇〇〇)		
	評価		標準項目		
		1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決ま			
	あり ○ なし			○ 非該当	
		2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯につい	ハて職員に周知している	→ ¬► =+ νι	
	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	ヘハイ 立亜にウドナスの内容を決定級績を伝えて	○ 非該当	
	● あり ○ なし	る。利用有等に対し、里安は条件に関する決定事項に いる	Jいし、必安に応しして WM台に人た性性で IA へ く	○ 非該当	
$\vdash$	<u> </u>	 カテゴリー1の講評		O 21 22.	
$\vdash$	<u></u> 土木冊今「茲』	カテコリー1の講計 成の心」の実現を目指し健全経営と地域福祉 <i>0</i>			
	開設から19年目	を迎え、ここ数年来継続している組織変更と大幅な業務	務改善が徐々に軌道に乗り、理念と基本方針が職員に		
	してきている。今年	年度も各フロアごとの月間介護目標を定め、特養全体と 組み、③介護の質の向上と業務改善、④組織体制強化	としては①利用率目標を97%に据えた健全経営の取り	り組み、②人	
		はか、③介護の員の向エと業務改善、受組職体制強化 タイムカードを新たに導入するなど、状況把握と改善に		上来で地座に	
	人 =# II	ゲーナペー・エートマカウンキノケニフレン	1-4· -1.7		
	介護職税括ける	ーダーを選任したことで決定が速く行えるように	こなっている		

施設長などは朝礼参加を始め館内巡回も引き続きおこない、申し送りも改めてスピーディかつ効率的な伝達を実施している。経営層は日頃より模範的な行動を心掛けており、日々の巡回の中でも業務改善の指示を出している。看取りの開始と共に看護師長も看護カンファレンスを開催し利用者の情報収集を積極的に行っている。今年度より介護職統括リーダーを選任して2階に常駐させたことで、1階事務と現場との情報交換が迅速化し、決定が速く行えるようになっている。職員からも「情報共有がスムーズになった」という声が聞かれている。

#### |地域との関係やリスクマネジメントの理解度が上がり職員の意識向上と成長が感じられる

事業計画などの重要案件は理事長決裁の後に理事会・評議員会で機関決定され、全部署の代表により月1回開催する全体連絡会で職員に説明している。家族には来所時に話すほか広報誌の郵送などにより、来所が難しい家族にも周知するよう努めている。職員アンケートでは地域との関係づくりやリスクマネジメントの項目で理解度が高くなっており、職員の意識向上と成長が感じられる。30年春には駅前に認可保育園を開設したほか職員確保と育成の一環としてキャリア段位アセッサー養成や外国人の活用が始まり、慈誠会グループとして更なる発展を期待したい。

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

サブカテゴリー1(2-1)

事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出し ている サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況

6/6

評価項目1 事業所を取り ている	巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出し <b>評点</b> (〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目	
<ul><li>あり ○ to</li></ul>	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
<b>●</b> あり ○ た	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している :U	○ 非該当
	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 :し	○非該当
● あり ○ to	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 にし	○非該当
● あり ○ to	5. 事業所の経営状況を把握・検討している にし	○非該当
<ul><li>● あり ○ to</li></ul>	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
実践的な計画	策定に取り組んでいる サブカテゴリー毎の	
	標準項目実施状況	5/5
	していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現 期計画及び単年度計画を策定している <b>評点(〇〇〇)</b>	
評価	標準項目	
● あり ○ to		○ 非該当
<b>●</b> あり ○ た	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
<ul><li>あり ○ to</li></ul>	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 <b>評点(〇〇</b> )	
評価	標準項目	
<ul><li>● あり ○ to</li></ul>	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、職員の役割め活動内容など)、日指オ日標、達成度合いを測る指標を明示している。	○非該当
	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
		ı
ケアマネジャー況や要望につ	充実させたことで家族等への対応力が向上している -6名体制で相談体制が手厚くなり、月4回開催するカンファレンスでは担当職員、看護師長のほか各専門職がいて話し合いサービス向上に取り組んでいる。利用者から外出や園芸をやりたいという希望が出ると、公園へのドライブなどを提供するようにしている。今年19年目を迎えた施設では入所者の入れ替わりの時期を迎えて入	の散歩や屋上
	利用者の獲得と入院などの退所支援に備え生活相談員を増員したことで、相談体制は強化されている。	vem are la
地域の福祉ニ	の貢献のため多くの会議で地域住民の参加を求めて開催している ーズは行政、板橋・地区ネットワーク、民生委員の相談協力員、地域包括支援センター連絡会、都の社協や区	内施設長会な
実に向けた協	ドルを通して情報収集に励んでいる。また、在宅療養ネットワークでは病院・介護施設が参加して看取りや医療動体制を構築し、ケアマネジャーなどが参加している。地域社会への貢献にも力を入れており、評議員会や地域は町会長をはじめ地域住民の参加を求めて開催している。	
	D高い計画となるよう現場の意見を反映させた事業計画を立案している D年度に至る3年計画に沿って各年度の事業計画が策定されている。事業計画の構成にも見直しを加え、「特	<b>養介護職</b> ।
「特養ケアマネ 述する方式に なった。より詳	」などの部門ごとに重点目標を掲げ、それぞれ「課題・問題点」、「目標達成の手段・方法」、「3年後の中期目様変更されている。また、指導監査などで指摘された事項も明記することで改善すべき課題や目標がより明確化さ 細な中・長期計画については現在検討中であり、給排水・外壁・浴室改修など安全面での修繕に関わる計画に	票」に沿って記 されるように
る。		
経営における		
	サブカテゴリー1(3-1)	

社会人・福祉サー 達成に取り組んて	-ビス事業者として守るべきことを明確にし、その サブカテゴリー毎の ⋷いる 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 守されるよう取り組んでいる <b>評点(〇〇)</b>	
評価	標準項目	
<b>計価</b> ● あり ○ なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるように取り組んでいる	○ 非該当
<b>●</b> あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるように取り組み、定期的に確認している。	○ 非該当
	サブカテゴリー2(3-2)	
	護のために、組織的な取り組みを行っている サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1	— — — — — — — — — — — — — — — — — — —	
利用者の意向(意 対応する体制を	(見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に 巻えている <b>評点(〇〇)</b>	
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
	  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	
● あり ○ なし	ELIMINATION SET PIRATES STATES AND SET OF SE	○ 非該当
評価項目2	<u> </u>	
虐待に対し組織が	りな防止対策と対応をしている <b>評点(〇〇</b> )	
	н тип 1 С С /	
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
<ul><li>あり ○ なし</li></ul>	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○ 非該当
	   サブカテゴリー3(3-3)	_
地域の福祉に役っ	立つ取り組みを行っている サブカテゴリー毎の	
地域の開催に入っ	サンカナコリー毎の 標準項目実施状況	5/5
評価項目1		
透明性を高め、地	b域との関係づくりに向けて取り組んでいる 評点(〇〇)	
	TTM\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	
評価	標準項目	
	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
評価項目2		
	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	
一 一 一 一 一		
● あり ○ なし		○ 非該当
<b>●</b> 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
	  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	
<b>●</b> あり ○ なし		○ 非該当
	カテゴリー3の講評	•
身体拘亩埜止	を掲げ安全確保以外は原則禁止として定めている	
守るべき法・規範 常的な取り組みと	・倫理については業務マニュアルの「職員の服務」に明記され、採用時には職員から機密保持の誓約書を貰 ・仏では朝礼などで伝えるほか他施設での事件・事故発生時には新聞記事などを引用しながら解説し必要な 。板橋区の苦情相談員を年6回受け入れており、利用者からの相談内容は施設長が口頭で話を聴き、区に	場合は個別
	。被傷区の古情拍談員を平り回えげ入れており、利用省からの指談内各は危談及が口頭で記さ続き、区に体拘束禁止を掲げ、安全のためのミトンと車いすベルトについてはサービス検討委員会で厳正に対応してい	

虐待等に関しては研修開催などをおこない組織的に防止策に取り組んでいる

契約書の重要事項説明書の中で各種苦情相談窓口の説明をおこなっており、年6回来訪する区の苦情相談員には施設の状況を見てもらい入居者との会話の中から意向を聞き出して貰っている。ほかには、区の相談室のパンフレットも備え、意見投書箱も設置することで職員が日頃から入所者の意見や要望を聞き出すような体制が築かれている。虐待等に関しては外部研修への参加や内部研修の開催によりマニュアル、指針などの共有を図るほか、インシデントレポートの提出と内容の精査、事故防止委員会の開催により組織的に防止策に取り組んでいる。

## 特養やデイにボランティア活用のメニューを取り入れ継続的な関係の構築を期待する

毎月園児が来訪する地元保育園の運動会には職員が参加して交流を続け、地元中学生の職場体験やジュニアリーダーが来所して利用 者と昔遊び等を楽しんでいる。中学校2ヶ所の職場体験と夏ボランティアは利用者からの人気も高く継続しており、認知症サポーターの受 け入れも実施し、認知症カフェの導入を検討している。担当者を配置してボランティアの活用に力を入れており、併設デイサービスや特養 の事業・行事にボランティアを活用するメニューを取り入れ、継続的な関係を構築するようお願いしたい。

	カテゴリー4			
リスクマネジメント				
	<del>サ</del> ブカテゴリー1(4-1)			
リスクマネジメント	-に計画的に取り組んでいる サ <b>ブカテゴリー毎の</b> 標 <b>準項目実施状況</b>	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 <b>評点(〇〇〇〇〇</b> )			
評価	標準項目 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	1		
● あり ○ なし	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		
0 th 0 th	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	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
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	3. 火舌や床刻な事故寺に遺迹しに場合に胴え、事未継続計画(BCP)を束止している 	○ 非該当		
<ul><li>あり ○ なし</li></ul>	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		
<ul><li>あり ○ なし</li></ul>	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	〇 非該当		
	サブカテゴリー2(4-2)			
	理を適切に行い活用できるようにしている サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4/4		
評価項目1 事業所の情報管 <sup>3</sup>	理を適切に行い活用できるようにしている <b>評点(〇〇〇〇</b> )			
評価	標準項目	1		
● 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		
<ul><li>あり ○ なし</li></ul>	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		
<ul><li>あり ○ なし</li></ul>	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		
<ul><li>あり ○ なし</li></ul>	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	〇 非該当		
	カテゴリー4の講評			

## BCPを早期に策定し秋には全体シミュレーション訓練を実施している

リスクマネジメントについては事故・感染症について事故防止委員会や衛生委員会にて定期的な協議を行い、指針、マニュアルを作成して優先順位も検討している。また、老朽化した設備などは中・長期計画の基づいた入れ替えや修繕を実施している。BCPは早期に策定し、今年秋には部門代表が参加してシミュレーション訓練を実施している。定められたタイムテーブルに沿って行われ、発災後2時間以内全職員の8割が駆け付けられることを確認している。

# 安全については全体連絡会や事故防止委員会で話し合いマニュアルに反映させている

安全については全体連絡会や事故防止委員会で話し合い、結果は事故マニュアルにフィードバックしている。インシデント・アクシデントレポートの提出増を図り、インシデントは年々増加している。月1回全体連絡会の後に開催される事故防止委員会では、事例検討の中で要因分析を行うほか関連する研修も行っており、事故につながる事例が減少するよう図っている。防災面ではデイなども含めた施設総合避難訓練を年2回実施するほか各フロアでも毎月夜間通報防火避難訓練を実施している。

情報管理と個人情報保護については適切に対応している

利用者等の情報は鍵付きキャビネットに保管されパソコンへのアクセス権限はID、パスワードにより保護され、特養で使用する全てのパソコンにはウィルス防御ソフトが搭載されデータの抜き取りや不正使用に対応している。個人情報保護に関する規定が整備され利用目的も明示されている。個々の開示請求についてはその重要性について施設長がその都度判断し状況に応じて適切な対応を行うよう努めている。個人情報の保護については、朝礼にて事あるごとに説明をしているほか、実習生からも同意書を取るなど適切な取り組みを継続して行っている。

	1	カテゴリー5	
5	職員と組織の能力	向上	
	<b>士 华 = 7</b> 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12	サブカテゴリー1(5-1)	
	成・定着に取り組ん	こいる経営・サービスを実現する人材の確保・育 サブカテゴリー毎の んでいる 標準項目実施状況	12/12
	評価項目1 事業所が目指して	こいることの実現に必要な人材構成にしている	
	サネバル 口 旧しく	評点(〇〇)	
١	評価	標準項目	
I	Вішч	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	
	● あり ○ なし		○ 非該当
		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	
	(a)	組んでいる	○ 非該当
	評価項目2	サタンサンス   サカルション・カンス	
	事耒所の水のる♪ □	人材像に基づき人材育成計画を策定している <b>評点(〇〇</b> )	
I	<u>=π /π</u>		
Ì	評価	標準項目  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	
I		されている	○ 非該当
Ì		  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	
	● あり ○ なし	成計画を策定している	○ 非該当
	評価項目3	1	
		人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる <b>評点(〇〇〇〇</b> )	
	<u> </u>		
Ì	評価	標準項目 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	
	● あり ○ なし	1. 勤務形態	○ 非該当
I	0		
	<b>● あり </b>	C. 戦員   一人いこうい 息性   代社   談寺に至って、   四人 / 四   四   八 / 四   四   四   米 たし こ で で	○ 非該当
I		  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	<b>○</b> 2FBX →
	● あり ○ なし	3. 戦員一人ひとりの自以の以木を唯祕し、四八四の自以(明1197日四・1219年)	○ 非該当
	0	  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	0 31 122 1
Ì		いる	○ 非該当
I	評価項目4		O 37 EX-1
		ナ、職員の意欲向上に取り組んでいる	
	I	評点(〇〇〇)	
I	評価	標準項目	
I		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	O # = + **
I	● あり ○ なし		○ 非該当
ı	_	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	<u> </u>
			○ 非該当
ı	_	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	○非無业
١	● 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
	<b>●</b> あり ○ なし	4. 啾貝间の皮灯は入間  気体性余のにめの以り私のさ打つしいる  	○ 非該当
۱	<u>⊕</u> ພາ	 サブカテゴリー2 (5-2)	
۱	組織力の向上に耳		
۱	- 1-2-1-24 - 1-3-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-	現り組んといる ザブカナコリー 無の 標準項目実施状況	3/3
۱	評価項目1		
	組織力の向上に向  取り組んでいる	向け、組織としての学びとチームワークの促進に <b>評点(〇〇〇</b> )	
	証価	は がく こう がん	
- 1		• • • • • • • • • • • • • • • • • • •	

<ul><li>● あり ○ なし</li></ul>						
1	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				
<ul><li>あり ○ なし</li></ul>	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				
<ul><li>あり ○ なし</li></ul>	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	1.				
	曜の場が得られることでモチベーションアップが期待される					
員評価を行い上ま て外部研修などに	施設が求める人材は「心のこもった対応が出来る人」であり、「温かみの感じられ思いやりのある人」を望んでいる。人事考課を導入して職員評価を行い上司が判断した結果は年2回の賞与と昇給に反映される。仕事内容は業務分掌規定に明示され、各職員の職務能力に応じて外部研修などに参加している。従来の異動は施設内部のみに留まっていたが2年前からはグループ内他施設との異動も始まっている。 を健・保育園など新規事業において特養で育成した人材の活躍の場が得られることで、モチベーションアップにもつながると期待される。					
昨年同様改革	が目に見える形で進んでいることを歓迎しているように感じる					
力を入れている。 遣事業の指導者	際に気付きや創意工夫について職員の自発的な取り組みを促し、介護士育成委員会では職員育成と手順職員アンケートでは、外国人受け入れ、ICTの活用、職員間の良好な関係などを評価する声が聞かれる一方情成、外出やレクの増回、デイの黒字化などが改善点に上がっている。有休が取れないなどの声も聞かれる 情成、外出やレクの増回、デイの黒字化などが改善点に上がっている。有休が取れないなどの声も聞かれる 最余り厳しいものはなく、改革が前に進んでいることを歓迎する感じが伝わってくる。	5、外国人•派				
	そ心して働ける職場づくりにより地域を支える人材づくりを期待したい					
性を養うため介護 白熱した議論もみ	合と実績主義を採用し、目標設定と反省を確実に行うことで、職員能力の向上を図る機会を多く設けている。 職員と看護師でミニカンファレンスを行い、ワーカー会議にも課題解決型会議を取り入れ、各フロア代表によられている。経営層はなるべく巡回して職員が話し掛けやすい雰囲気を作っているほか、退職者には退職のバックしている。今後も職員が末永く安心して働けるような職場づくりをして、地域を支える人材づくりにつなっ	る会議では D理由も聴く				
	カテゴリー7					
事業所の重要課題	<b>夏に対する組織的な活動</b>					
	サブカテゴリー1(7-1)					
事業所の重要課題	昼に対して、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					
降の改善につない		、今年度以				
	と題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)	T 7 5 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7				
・職員の意識向上を図るため、役割と権限を明確化して、現状のリーダー職の負担軽減及び全体を把握する統括リーダーの配置を行い、個々の責任感やリーダーシップの向上を図る必要性を感じたことから、役割・権限の明確化と人事制度の見直しを目標に据えた。・具体的な取り組みとして介護職統括リーダーを選任し、若い人材をリーダー職に選任するなどした。・その結果、人材育成に多大な貢献をもたらしたほか、リーダーとしての自覚を持たせることにより、責任感の向上にもつながっている。						
	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					
目標の設定と 取り組み	<ul><li>● 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>○ 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></ul>					
	○ 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					
	<ul><li>○ 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>○ 具体的な目標が設定されていなかった</li></ul>					
取り組み	<ul><li>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>具体的な目標が設定されていなかった</li><li>目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</li></ul>					
取り組み	<ul> <li>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>具体的な目標が設定されていなかった</li> <li>目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</li> <li>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> </ul>					
取り組み	<ul> <li>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>具体的な目標が設定されていなかった</li> <li>目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</li> <li>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>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

これる Cの味思い	を引き続き継続とし、基本理念を念頭に置いて地域に貢献できる、また、地域福祉の拠点となる事を目指すこととする。
評価項目2 事業所の理念・基 降の改善につなけ	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 ずている(その2)
 前年度の重要誤	果題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)
不足に悩むことな ついて、これから <sup>3</sup> 足に一役買う事を	り成功した部分はあるが、その後の定着や育成、教育面で更なる強化が必要となっている。また、若木ライフとして人材 ・く、更なるは地域に根ざす、また地域に貢献できる施設を目指すことを背景として、介護人材の定着と人材育成、教育に も引き続き課題とし、これまでの良い点を継続しつつ引き続き人材確保と十分な育成を図り、引いては地域の介護人材不 ・担えるまでに至るなど、日標に据えた。
	新人育成、教育の強化、人材育成委員会を発足させたほか、衛生委員会を発足したことで職場環境の改善を図った。ま ミュニティを活用した人材確保と育成も同時に図った。
	人材確保についてはほぼ十分といえる結果が得られたが、職員の定着及び育成、教育については、100%目標達成で
1.010 3120	
	● 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
目標の設定と 取り組み	○ 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
4人の北西の	○ 具体的な目標が設定されていなかった
	● 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った
取り組みの検証	
取り組みの検証	
取り組みの検証	○ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む)
取り組みの検証	<ul> <li>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>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> <li>次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた</li> </ul>
	<ul> <li>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>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> <li>次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた</li> </ul>

平成30年度

《事業所名: 若木ライフ》

# 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	サービス情報の扱	<sup>是供</sup> 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	対してサービスの情報を提供している <b>評点(〇〇〇〇</b> )	
	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
	<b>●</b> あり ○ なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	○ 非該当
	● あり ○ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○ 非該当
	<b>●</b> 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
	施設独自のホ	ームページの更なる活用を希望する	
	活できる終の棲家員数・サービス内	当当しホームページのリニューアルをして、イベント情報・求人情報・利用案内など充実と拡大を図った。表紙でも指します」と謳い、緊急のお知らせ(赤枠)・最新情報・介護初任者研修や職員募集を掲載し、特養へり容・料金表(PDF)・スタッフブログ・若木ライフだよりが閲覧できるようになっている。ブログは30年11月(秋よりは27年6月号が準備中で滞ているため、改善を希望する。	ノンクすると定
	毎年受診してい	<b>いる第三者評価の情報公開制度を継続願いたい</b>	
	9年度の評価結り せるよう整備する	を受審し、ホームページの関連サイト(法人本部)とリンクさせて介護サービス情報の公表結果も要約版とし 見を踏まえたサービス改善計画・実施状況を掲載している。実施状況では職員がブログを活用し施設の状況 となっている。また、「若木ライフだより」に関しては広報委員などを整備して体制を整え、職員も日々興味・『 と信していこうという意欲が欲しいところであり、今後に期待したい。	!を家族に知ら
	見学・問い合え	oせ窓口は相談員が担当し丁寧な対応に努めている	
	対応し相談は後日に職員募集・介護	は相談員が窓口となり丁寧な対応に努めている。土・日・祝日でも見学可能として、相談員不在の際には管 引対応する仕組みができている。対応した内容は業務日誌に記録して管理している。また、リニューアルした 職員初任者研修・介護職員実務者研修・ボランティア募集などの情報を積極的に発信していることで、今年 入れており、少しずつではあるが効果が表れてきている。	ホームページ
		サブカテゴリー2	
2	サービスの開始・	· · · · · · ·	6/6
	評価項目1 サービスの開始に	こあたり利用者等に説明し、同意を得ている <b>評点(〇〇〇</b> )	
	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
	<ul><li>あり ○ なし</li></ul>	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
	<b>●</b> 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	なび終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている	
			(000)
	評価	標準項目	1 7
	<b>●</b> #n ○ #1	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 	
	あり ○ なし		非該当
		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	<u> </u>
	● あり ○ なし		非該当
		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	○ ±=±₩
	● あり () なし		( ) 非該当
		サブカテゴリー2の講評	
		契約書を締結しサービスを開始している	
	も丁寧に分かり易 お試しはなどは必	R約説明は、相談員がパンフレット・契約書・重要事項説明書にて説明し、個人情報についての相談 公伝えて同意書に署名捺印を得ている。入所と同時に契約を結びサービス提供を開始する流れと 3項ではないが、待機期間の長い方や要望があった際にはショートステイから入所となる場合もある ADLの確認・把握とともに利用者・家族の意向や要望を聞き取り、サービスの提供を開始して計画	なっている。入所前の る。入所時用のアセスメ
	サービス開始	時に施設長をはじめ専門職が立ち会うことで安心感につながっている	
	介・施設の説明・頻 の暫定サービス計	こ施設長をはじめ、看護師長・統括リーダー・機能訓練・生活相談員など入所生活で関わる専門職 疑問や要望への対応を各視点にて説明しており、利用者・家族の安心感と信頼関係の構築に努め 十画書に沿って支援をおこない、2か月以内に確定プランに移行させている。この間、分からない事 予め伝え備えている。居室に馴染みの物(位牌・仏壇など)を持ち込むことを可能とし安心感につな	でいる。入所開始時 が多いため家族に聞く
	  退所時には利	用者・家族の不安軽減を図り支援の継続性に努めている	
	昨年度の退所者に	は、入院10名、死亡11名で、入院時のベッド確保は3か月としており、詳細は重要事項説明書に「	
		:宅復帰の際には、再入所が可能である事や各機関への連携についても説明している。退所の際( 援の継続性に努めている。今年度死亡した方の大半が看取りであり、また、施設をあげて「笑顔で	
		んでいることから、今後も看取り研修を続け、知識・技術の向上を期待する。	エルでであれているかと
		サブカテゴリー3	
3	 個別状況に応じた		-毎の ・ ・ ・ ・ ・
		標準項目実施	
	評価項目1 定められた手順に ている	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 <b>評点</b> (	(000)
	評価	標準項目 標準項目 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	,
	● 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 	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	0	  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	<u> </u>
	<b>● あり ○ なし</b>		○ 非該当
		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	
	<b>●</b> あり ○ なし		〇 非該当
	評価項目2 利用者等の希望と	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 <b>評点</b> (	(000)
	評価	標準項目	
		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	
	<b>●</b> あり ○ なし		○ 非該当
		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	
	<u> </u>		
	<b>●</b> あり ○ なし		〇 非該当
		3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○ 非該当 ○ 非該当

相談員記録)を整備し、個人ファイルを作成して管理している。アセスメント見直し一覧表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了できるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。  可能な限り日程調整をして家族参加をお願いしているケアマネジャーが利用者・家族の意向や要望を聞き取り、現場職員からの情報を参考にしてサービス計画書に反映させている。意思疎近が困難な方には、表情の変化や職員・家族からの意見を参考にしている。年1~2回の定期的な見直しや状態変化の際にカンファレンスを実施し、家族の参加率拡大を図り、月曜日~土曜日まで可能な範囲で日程調整をしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。  介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をが願いしたい。  介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。出勤すると先ずパソコンでスタブレットとパソコンを活用して介護記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。看護師・夜勤者・日勤者・相談員・ディとで記載する文字を色分けする事で視覚的に分かり易くし、また、どこにいても入力できて漏れなく共有できるシステムとなっている。全部署が顔を揃えておこなう朝礼のやり方を現在模案中であり、現場の意見を踏まえながら意義のある朝礼となるよう検討している。  サブカテゴリー5 フ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  野価項目1 利用者のブライバシー保護を徹底している  「非該当」  2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のブライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている ・非該当 ・非該当						
● あり ○ なし 1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある						
● 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権格したのかについて具体的 (	l		<b>評点(OO)</b>			
● 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権格したのかについて具体的 (	ı	評価	標準項目			
● あり ○ ない に記録している	ľ	<b></b>	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			
● あり ○ なし に記録している		● あり ○ なし		○ 非該当		
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    評価		<b>●</b> あり ○ なし		○ 非該当		
● あり ○ なし  ② 非しまり・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  ② 非該当  → カリ ○ なし  → カリ ○ なし  サブカテゴリー3の講評  利用者個々の情報を整備し個人ファイルを作成し管理している  入所者及び状態変化時のほか一定期間ことにアセスメントを実施し、利用者の水態観察をおこなっている。利用者の日々の様子を介護記録に限して課している。入所者及び状態変化時のほか一定期間ことにアセスメントを実施し、利用者個々の情報ペケアプランファイル・介護記録・生活相談記録にを選している。カファイルを作成し管理している。利用者個々の情報ペケアプランファイル・介護記録・生活相談記録と整備し、個人ファイルを作成できずできるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。 可能な限り日程調整をして家族参加をおお願いしているケアマネジャーが利用者。家族の意向や要望を問き取り、現場職員からの情報を参考にしてサービス計画書に反映させている。意思辞述が困難な方には、表情の変化や職員・実施からの意見を参考にしている。ケアマネジャーが利用者の素的でも、の後には、力が日本の表情の変化や職員・実施からの意見を参考にしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。  介護記録のシステム化を図り、月曜日~土曜日まで可能な範囲で日程調整をしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。  介護記録のシステム化を図りの事職種で情報共有できる体制を構築している。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。  オブルットといソコンを活用して介護記録のシステム化を図りの表種で情報共有できるが制き「割助者・相談員・デイとで記載するアシュール・再発連絡とケア記録を直接している。全部署が顔を描えながら、事務連絡とケア記録を直接している。また、どこにいても入力できて漏れなく共有できるシステムとなっている。全部署が顔を描えないので、非務連省である事材ので表述を描えるよう検討している。  サブカテゴリーをの表達項目実施状況 5 / 5    東価項目1   利用者のブライバシー保護を徹底している   東海(〇〇〇)   東価項目1   利用者のブライバシー保護を徹底している   東海(〇〇〇)   東価項目1   利用者のブライバシー保護を徹底している   東藤当   1、利用者の同意を得るようにし   東藤当   1、利用者の同意を得るようにし   東藤当   2、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている   東藤当   2、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている   東藤当   2、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている   東藤当   1、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている   1、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている   1、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている   1、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている   1、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている   1、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている   1、利用者のブライバシーに配慮したませている   1、利用者のブライバシーに配慮したませている   1、利用者のブライバシーに配慮したませている   1、利用者のブライバシーに配慮したませている   1、利用者のブライバシーに関する   1、利用者のブライバシーに関する   1、利用者のブライバシーに関する   1、利用者のブライバシーに関する   1、利用者のブライバシーに関する   1、利用者のブライバシーに関する   1、利用者のブライバシーに関する   1、利用者ので対している   1、利用者ので対しを構造している   1、利用者のでは、利用者ので						
● あり ○ なし  ② 非し送り・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 ② 非該当  ② 非し送り・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 ② 非該当  サブカテゴリー3の講評  利用者個々の情報を整備し個人ファイルを作成し管理している 入所者及び状態変化時のほか一定期間ごとにアセスメントを実施し、利用者の水態観察をおこなっている。利用者の日々の様子を介護記録に環境に職員間で共有し、相談員も生活相談記録に記載して共有している、利用者個々の情報やアプランファイル・介護記録・生活相談員記録と整備し、個人ファイルを修成し管理している。アスメント見直し一覧表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了できるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。 可能な限り日程調整をして家族参加をお願いしているケアマネジャーが利用者。家族の参加や歌員、家族の参加を参考にしてサービス計画書に反映させている。意思辞述が困難な方には、表情の変化や職員、家族からの意見を参考にしている。年1~2回の定期的な見直しや状態変化の際にカンファレンスを実施し、家族の参加率拡大を図り、月曜日~土曜日まで可能な範囲で日程調整をしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしてい。 介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。 介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考定しているがら、今後も継続をお願いたい。 プジコール(半務連絡)とアア記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。名前書・相談員・デイとで記載するアジコール(半務連絡)とアア記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。名前書・相談員・デイとで記載する文字を色分けする事で視覚的に分かり易えし、東議とでいるも、サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 サブカテゴリーをの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリーをの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリーをの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリーをの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリーをの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリーをの表準項目実施状況 「ル利用者のブライバシー保護を徹底している」・非該当 (・多り なし) 1・利用者の同意を得るようにしままは当日によりでは、利用者の同意を得るようにしままは当日によりでは、利用者の同意を得るようにしままは当日によりでは、利用者の同意を得るようにしままは当日によりでは、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている。「非該当し、日間では、日間では、日間では、日間では、日間では、日間では、日間では、日間では	ŀ	<b>郵</b> 価	<b>煙淮百日</b>			
<ul> <li>● あり ○ なし</li> <li>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</li> <li>② 非該当</li> <li>サブカテゴリー3の講評</li> <li>利用者個々の情報を整備し個人ファイルを作成し管理している</li> <li>入所者及び状態変化時のほかー定期間ごとにアセスメントを実施し、利用者個々の情報(ケアブランファイル・介護記録・生活相談記録に記録して共有している。利用者個々の情報(ケアブランファイル・介護記録・生活相談記録とを整備し、個人ファイルを作成して管理している。アセスメント見直し一剪表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了できるよう調整し、個人ファイルを作成して管理している。アセスメント見直し一剪表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了できるよう調整し、人りに10名程度の見直しをおこなっている。</li> <li>可能な限り日程調整をして家族参加をお願いしているケアマネシルーが利用者・家族の海のや要望を聞き取り、現場職員からの情報を参考にしてサービス計画書に反映させている。意思疎述が困難な方には、表情の変化や職員・家族からの意見を参考にしている。年1~2回の定期的な見直しや状態変化の際にカンファレンスを実施し、家族の参加率拡大を図り、月曜日~土曜日まで可能な範囲で日程調整をしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。</li> <li>介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いたたい。</li> <li>オブルットとがソコンを活用して介護記録のシステム化を図り、多職種で情報共有できるメニール(本務連絡)とケア記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。看護師・夜動者・日動者・相談員・ディとで記載するエール(本務連絡)とケア記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。看護師・夜動者・日動者・相談員・ディとで記載する主を分けらかり易くし、また、どこにいても入れできて湯れなく共有できるメステムとなっている。全部署が顕を揃っておこる前礼のやり方を現在模案中であり、現場の意見を踏まえながら意義のある前れとなるよう検討している。</li> <li>プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</li> <li>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</li> <li>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</li> <li>「利用者のブライバシー保護を徹底している</li> <li>「本報道目</li> <li>・カリのでは、利用者の同意を得るようにしまは当りでいる。</li> <li>「本報道目</li> <li>・カリのでは、利用者の同意を得るようにしまは当ります。</li> <li>「利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしまが同意を得るようにしまないる。</li> <li>「本報道目</li> <li>・カリのでは、利用者の同意を得るようにしまないる。</li> <li>「利用者のブライバシーに記慮した支援を行っている。</li> <li>「本報道目</li> <li>・カリのでは、利用者のブライバートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている。</li> <li>・おりのでは、利用者のブライバートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバートな空間への出入り等、日常のでは、利用者のブライバートな空間への出入するは、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しないるが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、対しまれているが、まれている。</li> <li>「本述のよりには、「本述をいるが、「本述のより、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述をいるが、「本述を</li></ul>	ľ	<u> </u>				
● あり ○ なし サブカテゴリー3の講評  利用者個々の情報を整備し個人ファイルを作成し管理している 入所者及び状態変化時のほか一定期間ごとにアセスメントを実施し、利用者の状態観察をおこなっている。利用者の日々の様子を介護記録に残して職員間で共有し、相談員も生活相談記録に記載して共有している。利用者個々の情報(ケアプランファイル・介護記録・生活できるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。 可能な限り日程調整をして家族参加をお願いしている ケアマネジャーが利用者・家族の意向や要望を聞き取り、現場職員からの情報を参考にしてサービス計画書に反映させている。意思疎近が困難な方には、表情の変化や職員・家族からの意見を参考にしている。年1~2回の定期的な見直しや状態変化の際にカンファレンスを実施し、家族の参加率拡大を図り、月曜日~土曜日まで可能な範囲で日程調整をしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。 介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している ダブレットとパソコンを活用して介護記録のシステム化を図り、多職種で情報共有できる体制を構築している。出勤すると先ずパソコンでスケジュール(事務連絡)とケア記録を確認し、入院者はピンケで記載して周知している。看護師・夜勤者・日談員・ディとで記載する大字をとから介持する事で視覚的に分かり易くしまま。ここにいても入力できて漏れなく共有できるメステムとなったとなっている。全部署が顔を揃えておこなう朝礼のやり方を現在模案中であり、現場の意見を踏まえながら意義のある朝礼となるよう検討している。 サブカテゴリー5  ブライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 サプカテゴリー毎の機準項目実施状況  デ価項目1 利用者のブライバシー保護を徹底している  「利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしま数当 のましている 「本報項目」1・利用者の同意を得るようにしま数当 のましている。非該当 2・個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のブライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている ・非該当 2・個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のブライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている ・非該当 2・個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のブライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている ・非該当 2・個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のブライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている ・非該当 2・個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のブライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている ・非該当		<b>●</b> あり ○ なし		○ 非該当		
サブカテゴリー3の講評 利用者個々の情報を整備し個人ファイルを作成し管理している 入所者及び状態変化時のほか一定期間ごとにアセスメントを実施し、利用者の状態観察をおこなっている。利用者の日々の様子を介護 記録に残して職員間で共有し、相談員も生活相談記録に認動して共有している。利用者個々の情報(ケアブランファイル・介護記録・生活 相談員記録)を整備し、個人ファイルを作成して管理している。アセスメント見直し一覧表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了 できるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。 つ能な限り日程調整をして家族参加をお願いしている ケアマネシャーが利用者・家族の意向や要望を関連取り、現場職員からの情報を参考にしてサービス計画書に反映させている。意思疎述 が困難な方には、表情の変化や職員・家族からの意見を参考にしている。年1~2回の定期的な見直しや状態変化の際にカンファレンス を実施し、家族の参加率拡大を図り、月曜日~土曜日まで可能な範囲で日程調整をしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい 介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。 ダブレットとパソコンを活用して介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。対力がユール(事務連絡)とケア記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。看護的・夜勤者・日勤者・相談員・ディとで記載すると先ずパソコンでス ケジュール(事務連絡)とケア記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。看護的・夜勤者・日勤者・相談員・ディとで記載する メアシュール(事務連絡)とケア記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。看護的・夜勤者・日勤者・相談員・ディンで記載すると先ずパソコンでス デジェール(事務連絡)とケア記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。看護的・夜勤者・日勤者・相談員・ディンで記載すると表すが見かが表します。 サブカテゴリー毎の 横準項目を検状況 評価項目 利用者のブライバシー保護を徹底している  PAの可うイバシー保護を徹底している  PAのののは入り等、日常の支援の中で、利用者の同意を得るようにしている。  ・ 本語 「利用者のブライバシー保護を徹底している」 ・ 非該当  「利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	ľ		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			
利用者個々の情報を整備し個人ファイルを作成し管理している 入所者及び状態変化時のほか一定期間ごとにアセスメントを実施し、利用者の状態観察をおこなっている。利用者の日々の様子を介護 記録に残して職員間で共有し、相談員も生活相談記録に記載して共有している。利用者個々の情報(ケアブランファイル・介護記録・生活 相談員記録と整徳し、個人ファイルを作成して管理している。アセスメント見直し一覧表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了 できるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。 可能な限り日程調整をして家族参加をお願いしている ケアマネジャーが利用者・家族の意向や要望を聞き取り、現場職員からの情報を参考にしてサービス計画書に反映させている。意思疎近が困難な方には、素情の変化や職員・家族からの意見を参考にしている。年1~2回の定期的な見直しや状態変化の際にカンファレンスを実施し、家族の参加率拡大を図り、月曜日~土曜日まで可能な範囲で日程調整をしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。 介護記録のシステム 化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。 ダブレットとパソコンを活用して介護記録のシステム化を図り、多職種で情報共有できる体制を構築している。 サブカテンリンと活用して介護記録のシステム化を図り、多職種で情報共有できる体制を構築している。 サブルトションを活用して介護記録のシステム化を図り、多職種で情報共有できる体制を構築している。 サブルトションを活用して介護記録のシステム化を図り、多職種で情報共有できるなよりを割者・日勤者・相談員・ディイとで記載する文字を色分けする事で視覚的に分かり易くし、また、どこにいても入力できて漏れなく共有できるシステムとなっている。全部署が顔を揃えておこなう朝礼のやり方を現在検索中であり、現場の意見を踏まえながら意義のある朝礼となるよう検討している。 サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況  「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 1 利用者のブライバシー保護を徹底している PT は 1 利用者の 1 利用者の 2 日本のでは 3 日本ので				○ 非該当		
入所者及び状態変化時のほか一定期間ごとにアセスメントを実施し、利用者の状態観察をおこなっている。利用者の日々の様子を介護記録に残して職負間で共有し、相談員も生活相談記録に記載して共有している。利用者個々の情報(ケアブランファイル・介護記録・生活相談員記録)を整備し、個人ファイルを作成して管理している。アセスメント見直し一覧表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了できるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。アセスメント見直し一覧表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了できるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。アセスメント見直し一覧表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了できるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。アセスメント見直し一覧表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了できるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。  可能な限り日程調整をして家族参加をお願いしているケアマネジャーが利用者・家族の意向や要望を聞き取り、現場職員からの情報を参考にしてサービス計画書に反映させている。意思疎近が困難な方には、素情の変化や職員・家族からの意見を参考にしている。41~2回の定期的な見直しや状態変化の際にカンファレンスを実施し、家族の参加率拡大を図り、月曜日~土曜日まで可能な範囲で日程調整をしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。  介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。出勤すると先ずパソコンでスケジュール(事務連絡)とケア記録を確認し入院者はピンクで記載して周知している。看護師・仮動も・目動す も制設員・ディとで記載する文字を入り付する事で視覚的に分かりあくして記載を指するシステムとなっている。全部署が顔を揃えておこなう朝礼のやり方を現在検索中であり、現場の意見を踏まえながら意義のある朝礼となるよう検討している。  サブカテゴリー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  1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている  「非該当」  2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のブライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている  ・非該当			サブカテゴリー3の講評			
入所者及び状態変化時のほか一定期間ごとにアセスメントを実施し、利用者の状態観察をおこなっている。利用者の日々の様子を介護記録に残して職員間で共有し、相談員も生活相談記録に記載して共有している。利用者個々の情報(ケアブランファイル・介護記録・生活相談員記録)を整備し、個人ファイルを作成して管理している。アセスメント見直し一覧表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了できるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。  可能な限り日程調整をして家族参加をお願いしているケアマネジャーが利用者・家族の意向や要望を聞き取り、現場職員からの情報を参考にしてサービス計画書に反映させている。意思疎近が困難な方には、表情の変化や職員・家族からの意見を参考にしている。年1~2回の定期的な見直しや状態変化の際にカンファレンスを実施し、家族の参加率拡大を図り、月曜日~土曜日まで可能な範囲で日程調整をしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。  介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。  介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。出勤すると先ずパソコンでアグシュール(事務連絡)とケア記録を確認し入院者はピンクで記載して周知している。看護師を動きも割者・相談員・ディとで記載するエール(事務連絡)とケア記録を確認し入院者はピンクで記載して周知している。看護師を動きも割者・相談合・ディとで記載する大学を分けする事で視覚的に分かり易くし、また、どこにいても入力できて漏れなく共有できるシステムとなっている。全部署が顔を揃っておこなう朝礼のやり方を現在検索中であり、現場の意見を踏まえながら意義のある朝礼となるよう検討している。  サブカテゴリー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5  「非該当日」  「利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている ・非該当		利用者個々の	情報を整備し個人ファイルを作成し管理している			
ケアマネジャーが利用者・家族の意向や要望を聞き取り、現場職員からの情報を参考にしてサービス計画書に反映させている。意思疎近が困難な方には、表情の変化や職員・家族からの意見を参考にしている。年1~2回の定期的な見直しや状態変化の際にカンファレンスを実施し、家族の参加率拡大を図り、月曜日~土曜日まで可能な範囲で日程調整をしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考慮しながら、今後も継続をお願いしたい。  介護記録のシステム化を図り多職種で情報共有できる体制を構築している。 タブレットとパソコンを活用して介護記録のシステム化を図り、多職種で情報共有できる体制を構築している。出勤すると先ずパソコンでスケジュール(事務連絡)とケア記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。看護師・夜勤者・日勤者・相談員・デイとで記載する文字を免分けする事で視覚的に分かり易くし、また、どこにいても入力できて漏れなく共有できるシステムとなっている。全部署が顔を揃えておこなう朝礼のやり方を現在模索中であり、現場の意見を踏まえながら意義のある朝礼となるよう検討している。  サブカテゴリー5  ブ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  サブカテゴリー毎の標準項目 利用者のブライバシー保護を徹底している  評価項目1 利用者のブライバシー保護を徹底している  評価 にいる  「非確項目 1. 利用者の同意を得るようにしている」 「非該当」 ② まり こむ 「これ」の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のブライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている 「非該当」」を持ちましている。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれには、利用者の同意を得るようにしている。また。とこれを記し、利用者のブライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。とこれを記している。また。といるにはいるにはいる。また。といるにはいるにはいるにはいる。また。とこれを記している。また。とこれを述れている。また。とこれを記している。また。と述述を表している。また。とこれをいるにはいるにはいる。また。とこれをいるにはいるにはいる。また。といるにはいるにはいるにはいるにはいるにはいるにはいるにはいるにはいるにはいるには		入所者及び状態変化時のほか一定期間ごとにアセスメントを実施し、利用者の状態観察をおこなっている。利用者の日々の様子を介護記録に残して職員間で共有し、相談員も生活相談記録に記載して共有している。利用者個々の情報(ケアプランファイル・介護記録・生活相談員記録)を整備し、個人ファイルを作成して管理している。アセスメント見直し一覧表(予定表)を作成し、見直しが10か月前後で完了できるよう調整して、月に10名程度の見直しをおこなっている。				
タブレットとパソコンを活用して介護記録のシステム化を図り、多職種で情報共有できる体制を構築している。出勤すると先ずパソコンでスケジュール(事務連絡)とケア記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。看護師・夜勤者・日勤者・相談員・デイとで記載する文字を色分けする事で視覚的に分かり易くし、また、どこにいても入力できて漏れなく共有できるシステムとなっている。全部署が顔を揃えておこなう朝礼のやり方を現在模索中であり、現場の意見を踏まえながら意義のある朝礼となるよう検討している。 サブカテゴリー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  「評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している  「評価 標準項目  「利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている  「非該当 」 「非該当 」 「記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、利用者のブライバシーに配慮した支援を行っている  「非該当		ケアマネジャーが が困難な方には、 を実施し、家族の	ケアマネジャーが利用者・家族の意向や要望を聞き取り、現場職員からの情報を参考にしてサービス計画書に反映させている。意思疎通 が困難な方には、表情の変化や職員・家族からの意見を参考にしている。年1~2回の定期的な見直しや状態変化の際にカンファレンス を実施し、家族の参加率拡大を図り、月曜日~土曜日まで可能な範囲で日程調整をしている。利用者の高齢化に伴い家族の高齢にも考			
プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 5/5 評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		タブレットとパソコ ケジュール(事務) 文字を色分けする	ンを活用して介護記録のシステム化を図り、多職種で情報共有できる体制を構築している。出勤すると先ず 連絡)とケア記録を確認し、入院者はピンクで記載して周知している。看護師・夜勤者・日勤者・相談員・デイ 事で視覚的に分かり易くし、また、どこにいても入力できて漏れなく共有できるシステムとなっている。全部乳	とで記載する		
プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 5/5 評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している			サブカテゴリー5			
利用者のプライバシー保護を徹底している    評価	5	プライバシーの保	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	5/5		
評価 標準項目  1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている  ○ 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	ı					
<ul> <li>① あり ○ なし</li> <li>② あり ○ なし</li> <li>② あり ○ なし</li> <li>② あり ○ なし</li> <li>② 1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている</li> <li>② 非該当</li> <li>② 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</li> <li>○ 非該当</li> </ul>		利用者のプライバシー保護を徹底している				
<ul> <li>① あり ○ なし</li> <li>② あり ○ なし</li> <li>② あり ○ なし</li> <li>② あり ○ なし</li> <li>② 1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている</li> <li>② 非該当</li> <li>② 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</li> <li>○ 非該当</li> </ul>	ļ					
<ul> <li>● あり ○ なし</li> <li>でいる</li> <li>○ 非該当</li> <li>② たし</li> <li>② たし</li> <li>② たし</li> <li>ご、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている</li> <li>○ 非該当</li> </ul>	ļ					
● あり ○ なし で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている ・		<b>●</b> あり ○ なし		○ 非該当		
3. 利用者の差恥心に配慮した支援を行っている	ľ	<b>●</b> あり ○ なし	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		
<ul><li>● あり ○ なし</li><li>● ます ○ まま当</li></ul>	ſ	<ul><li>● あり ○ なし</li></ul>	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 非該当		

	■評価項目2 ■サービスの実施に	こあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している	
	ク こハジスルニー	にあたり、利用者の権利と引う、個人の思心と尊重している 評点(OO)	
	評価	標準項目	
	<u> </u>	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)	
	<b>●</b> あり ○ なし		○ 非該当
		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	
	<b>●</b> あり ○ なし		○ 非該当
		・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
_	プライバシーの	)考え方について説明し情報提供に関する同意書に署名捺印を得ている	
		考え方」の前文に、「若木ライフはプライバシー保護に最大限の注意を払っています」と明記したうえで、プラ	イバシーの考
	え方と適用される	範囲・情報の取得と利用・情報の開示・セキュリティについて・プライバシーの考え方の改定についてとともに	こ、情報提供
		D説明を入所時に相談員が説明し署名捺印を得ている。また、ボランティア受け入れ時にも「お願いと個人情 設をあげて取り組んでいる。希望者には可能な範囲で同性介助とし羞恥心に配慮している。	報保護の同
	を1には.の.なこがに	以との17 C4X7/10/0 Cv 10/0 11/1 主音には 11/10/04地図 C17/14/1/15/15/15/15/15/15/15/15/15/15/15/15/1	
	接遇マニュアル	レを整備し朝礼や会議などで周知を図っている	
		には必ずひと声かけて意思を確認し、無理強いしない支援を心掛けている。各ステーション内に接遇マニュフ	
		そるよう管理している。また、朝礼や会議などで施設長・看護師長が折に触れてマナーの周知も図っている。「	
		隻職やその他の職員向けに「接遇マナー」研修を実施し、知識・技術・施設全体でレベル向上に取り組んでい 説明をする場面で、「○○く~ん」やあだ名で伝えている場面が見られた為、言葉づかいや呼称の統一もお原	
	13/14 14 - 15/14 1		AC 0.2.
	虐待防止委員	会の活発な活動を期待する	
		・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
		している。隔月で板橋区苦情相談室の訪問相談を受け入れ、利用者が第三者と話せる機会を設けている。 店	
		は、区担当部署と連携する体制を整えている。昨年度、虐待防止委員会が中心となり年1回チェックシートを っていたが、今年度の実施は不明である事から、虐待防止委員会の活発な活動と内容を記録に残す事の徹」	
	たい。		
		サブカテゴリー6	
6	事業所業務の標準	準化 サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	5/5
	評価項目1		
	手引書等を整備し	ン、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている <b>評点(〇〇〇</b> )	
	4	一番 (000)	
	評価	標準項目	
	@ +n	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	<u> </u>
			○ 非該当
		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	
	● あり ○ なし		○ 非該当
		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	
	● あり ○ なし		○ 非該当
	評価項目2		
	サービスの向上を	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 <b>評点(〇〇</b> )	
	1	町	
	評価	標準項目	
	0	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	0
	● あり ○ なし		○ 非該当
		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	

#### サブカテゴリー6の講評

# 業務マニュアルを配布して支援の統一を図っている

各種業務マニュアルを各ステーションにて管理し、いつでも確認出来るようにしている。業務マニュアルは全介護職員に配布し、支援の統一を図っている。ワーカー会議の定例化と指導・助言の記録の徹底をおこない、マニュアルには写真を添付して分かり易く工夫している。 施設長や看護師長が定期巡回を実施し、朝礼・会議などにて点検をおこない、制度改正時や新しい情報入手時の変更や月1回の全体連絡会や各委員会にて、検討・見直し・改善に取り組んでいる。

## 危険予知訓練を研修に取り入れ共通認識が得られるよう希望する

インシデント・アクシデントや苦情・要望・相談に対するレポートを作成し、会議などで共有して周知徹底を図っている。レポートは集計して 利用者からの苦情や要望に応えるため「気づき」も含めて実施している。同じ事故を繰り返さないよう再発防止策を検討し、サービス計画 書の変更につなげ支援に活かしている。訪問時、片手にバケツ持ち、もう片方の手で車いすのグリップを握って誘導している場面が見られ た。危険予知訓練などを研修に取り入れ、危険であるとの共通認識のもとで支援がなされるよう希望する。

#### 視覚的に分かり易くするために動画による介護技術マニュアルの作成を検討している

チームエルダー制を導入して新人育成を実施し、担当者は相性などを踏まえて選定して6か月を目処に育成に取り組んでいる。今年度3 月より介護士育成委員会を設置し、外国人や介護が初めての人を対象に人材育成に取り組むとしている。現在、アセッサー資格保持者が5名在籍しており、外国人の育成に役立てるよう意義などを検討したいとしている。マニュアルを動画にする事で介護技術など視覚的に分かり易くしたいなど構想を練っており、今後が期待される。 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 43/43 標準項目実施状況 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(000) 標準項目 評価 1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている ● あり ○ なし ○ 非該当 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 ● あり ○ なし ○ 非該当 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 ● あり ○ なし ○ 非該当 評価項目1の講評 システムを活用して施設サービス計画を共有している タブレットとパソコンからケアプランを閲覧できる環境となり、施設サービス計画書を全員で共有して支援をしている。介護保険の理念にあ る自立支援を目指し、自分で出来る事は自分で出来るように、介助が必要なところと合わせて計画書を作成している。アセスメントの見直 しと兼ねてカンファレンスを開催し、計画の見直しをしてカンファレンス記録を残し、申し送りノートに変更後の要点や注意点を記載して申し 送り時に共有するなど徹底している。また、計画の詳細もシステム内で確認でき、計画に沿った支援をおこなっている。 ケアマネジャーを中心に専門性を活かした支援に取り組んでいる 入所前の計画策定ではケアマネジャーが事前面談をして入所となり、入所時から2か月間の暫定プランをもとに支援にあたっている。介 護・看護・機能訓練指導員などが入所当日に利用者の状態について確認し計画変更することもあり、入所者の状態に合わせて臨機応変 に変更している。また、ケアマネジャーは生活相談員や介護職を兼任しているために利用者の把握がしやすく、専門性の高い支援につな がっていると考える。 利用者の意向や状態を考慮し生活の継続性を踏まえた計画作成に努めている 利用者の意向や要望を聞き取る際、コミュニケーションが困難な方への対応として、代弁や家族の望むこと・行動から予測してニーズを汲 み取るように努めている。例えば、体重コントロールのためにハーフ食を提供していた方で、BMIや栄養値は安定しているが、外見が痩せ

# 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 評価 標準項目 1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている ⑤ 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 ○ ま数当 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 ○ ま数当

すぎていると家族から心配の声が上がったことを受け、主食を小盛り・副食は全量提供して3~4か月単位で体重の推移を観察してから計

画に切り替え、家族の不安の軽減と利用者の食事の質向上を図ったケースがある。

#### 評価項目2の講評

#### 栄養委員会を開催し利用者の状態に応じた食事提供に努めている

月1回の栄養委員会では、管理栄養士・看護師長・看護師・介護職員・生活相談員が利用者10名前後の食事提供の仕方や栄養状態について把握している。食事を楽しんでもらえるよう、残菜が多い時には次回の献立や調理方法について食べやすくなるように、常に工夫・検討している。管理栄養士が入所者1人ひとりの食事観察・身体状況・栄養状態などを把握する為にラウンドしており、記録・申し送り内容と連動させて計画に反映できるよう図っている。

## 栄養ケアマネジメントの充実を図るため栄養ケア計画を策定している

低栄養改善のため、今の食事形態が適しているのか・義歯が合っているか・口腔内に異常はないかなどについて、その都度話し合いの場を設けている。また、健康診断でのアルブミン値の数値が低い方・食事量の少ない方・体重減少など低栄養のリスクが高い方や褥瘡の方には、管理栄養士が栄養ケア計画を作成し、利用者・家族の同意を得た上で実施している。管理栄養士・看護師・介護職員が介入して支援をおこない、3か月ごとにモニタリングをして進捗状況を確認し次の計画につなげている。

#### 介護職員による簡単な口腔体操の実施をお願いしたい

歯科医・歯科衛生士訪問時には、口腔ケアの指導を受け口腔内の衛生保持と嚥下機能の向上に努めている。機能訓練指導員がフロア毎に歌や体操を、他利用者とのコミュニケーション・脳の活性化・心肺機能の維持・嚥下機能維持を目的に実施している。介護職員による口腔体操はしていないとのことだったため、利用者全員が揃う食事の前に介護職員が簡単な口腔体操(歌を1曲唄う・パタカラ体操・早口言葉・舌の体操など)を実施し、皆が食事に意識が向くようにお願いしたい。

#### 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	
	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	
● あり ○ なし		○ 非該当

#### 評価項目3の講評

## 30年3月より給食を委託業者に変更している

困難な人材確保に対応し定期的な業務運営の確保を目指し、29年度6月を目途に給食業務の委託を進め、30年3月から業務委託を開始している。また、管理栄養士が交代したことで食事のメニューの幅が広がり、吸い込みが弱く麺が食べられない方は米飯に、ご飯よりパンの方が進む方にはパンを中心に提供するなど、柔軟な対応に替えている。利用者聞き取りでは9名中8名が満足と応え、「栄養士は良く見かける・ご飯の量も味も良い・フルーツが出るから良い」との意見がある一方で、「インゲンが毎日出て飽きる・ご飯が少し多い」との意見も聞かれた。

#### 普段の食事・行事食など楽しみの1つである食事提供に力を入れている

朝食時にはヨーグルトや乳酸菌飲料を提供し、昼食時には生の果物や缶詰の果物を必ず出している。昼食時にうどんやラーメン・パンな どを提供し、選択メニューはないが、例えば2月ではチーズハンバーグのソースで、トマトかデミグラスソースの選択を実施している。また、 2月3日には行事食で恵方巻を提供し、楽しみの1つである食事に力を入れていることがうかがえる。今後はホームページやブログなどを 活用し、普段の食事や行事食の様子などがコメントとともに掲載されると、利用者の生活場面の雰囲気が良く伝わると考える。

## 食後の口腔ケア方法を変更しスムーズに排泄介助に移行できるよう図っている

身体状況の変化により席替えを要することがあり、その際は利用者の合意を得て変更している。配膳タイミングは衛生上着席してからの 上膳としている。必ずしも全量摂取を目的にするのではなく、利用者本人が「ごちそうさまでした」の挨拶や手が止まるなど示した時点で「ご 馳走様ですか?」と再度意思を確認した後に、下膳するよう統一を図っている。また、以前はテーブル席でそのまま実施していた口腔ケア の場所を出口付近に変更したことで、スムーズに排泄介助へ移行できるようになり、業務改善につながっていると推察する。

評価項目4 入浴の支援は、科	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
	評点(OOOO)	
評価	標準項目	
	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
	  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	<del>                                     </del>
● あり ○ なし	- NOTO MAT MANOR AND DO SEND COMMON OF THE PROPERTY OF THE PRO	│
<b>●</b> 80.7		○非該ヨ
	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
● あり ○ なし		○ 非該当
		O PERS
	評価項目4の講評	
自立支援や転	倒事故防止に向けた取り組みと介助者を増やした支援に努めている	
入浴時の自立支 また、入浴時の間 時に事故防止を[	援と転倒防止を図るため、職員の介護負担の軽減と効率化、職員・介助者の目線から手すりの位置を付け 機員体制も中介助(洗体)2名・外介助(着脱・誘導)2名だったが、外介助を3~4名に増員することで、効率を 図っている。昨年度大規模修繕(エネルギー消費量の削減)に取り組み、老朽化した空調・照明・給湯器の改 所化の進む外壁・内装・大型備品などに着手している。今後は予防保全を基本とし更新したいとしている。	を高めると同
	護師の目で全身チェックできる体制を整えている チェックを実施し、看護師が入浴介助に関われるように、看護師立会いやPHSで連絡する体制を整えている	る。利用者の
確認してもらい、	状の観察に努め、看護師と連携した処置や指示が受けられるよう強化している。処置が必要な際には必ず減 症状の変化に応じて投薬変更につなげている。投薬変更後3日間は評価をして薬局に報告している。看護的 職員の指導や知識向上に役立っていると思われる。	
	して更なる羞恥心への配慮に取り組んでいる	
時間につなげてい の配慮につなげ <sup>*</sup>	t、4階一般浴、地下1階にてチェアインバス・機械浴を用意し、利用者の状況に応じた対応をして、安全・安ィ いる。また、今年度修繕の一環で地下1階にある機械浴のすりガラスドアに、スモークフィルムを貼付して更な ている。入浴を楽しむ工夫として、温泉気分が味わえるようにのれんを取り付けたり、行事湯としてゆず湯や。 いる。本人・家族・相談員・介護職員が連携して保湿剤を塗布し肌の保湿管理にも努めている。	なる羞恥心へ
評価項目5		
排泄の支援は、利	<b>利用者の状態や意思を反映して行っている</b>	
	評点(〇〇〇〇)	
5∓ /±		
評価	標準項目  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	
@ +n	1. 利用省の意向で外部に応じ、自然な評定と促する人名成と   プミいの	○
あり ○ なし		○ 非該当
	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
	  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	
@ +n	6.  別11   11   11   11   11   11   11	○
● あり ○ なし		○ 非該当
	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
	I .	

#### 評価項目5の講評

## 利用者や家族の要望を取り入れ自然な排泄を促している

生活状況シートにより排泄パターンの把握に努め、利用者1人ひとりに適した支援を提供している。家族の要望に応じ、時には2人介助で対応することもあり、出来る限り要望を取り入れながら自然な排泄を促している。介助用手袋は「1ケア1手袋」を徹底し衛生面に配慮している。トイレ使用後は必ずトイレのドアを閉め、消臭剤散布に徹し臭気軽減に努めている。オムツ・尿器・Pートイレなどその方に合った形態にて対応し、利用者聞き取り時には「ナースコール使用の際には直ぐに来てくれる」との意見が聞かれていた。

## 昨年度外部講師による排泄ケア講習会を実施して技術向上に努めている

現在の平均介護度は4.1であり、排泄介助を要する人が85人と多くなっており、平均要介護度の上昇と同時にオムツ利用者も増加している。昨年度内部研修に外部講師を招いて「排泄ケアの本質理解、オムツ・パッドの正しい使用方法、排泄ケアトラブル事例検証」について講習会を開催し、知識・技術の向上に努めている。また、朝食時にヨーグルトや乳酸菌飲料を提供したり、日中離床時間を設けて身体を動かす機会を取り入れることや腹部マッサージを実施するなど、自然排泄につながるよう取り組んでいる。

#### 呼び方を工夫し羞恥心に配慮した支援に取り組んでいる

オムツを「ダイパー」、排泄を「青空」と呼び変える事で羞恥心に配慮した取り組みをしている。拒否の強い方の支援では、実施できなかった時と出来た時の声掛け方法について詳細に記録し、職員間で共有しながら個別に対応するよう努めている。また、共通理解が得られた支援方法があれば計画書にも落とし込み、羞恥心や自尊心に配慮した無理のない方法について全介護職員が対応出来るよう図っている。

3	輕	풰	珥	Ħ	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)

н і іш	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			
● あり ○ なし		○ 非該当		
	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			
● あり ○ なし		○ 非該当		
	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			
● あり ○ なし		○ 非該当		

#### 評価項目6の講評

#### 機能訓練指導員を中心に適切な移乗方法を指導している

入所時には機能訓練指導員も立ち会い新しい環境のもとで適切な移乗方法や移動支援についての検討を実施し、全職員に申し送りでの 伝達や記入により周知徹底するように努めている。既存の利用者についても機能訓練指導員が毎日利用者の身体状況や身体の傾きな どを観察し、申し送り時に職員に伝え自立できるよう支援している。介護職員は機能訓練指導員にいつでも相談できる環境があり、判定の 後に支援方法の変更があれば介護記録にも記載することで周知徹底している。

## 福祉用具を活用し利用者・職員の安全・安心につなげている

利用者の移乗介助をおこなう際、体格の大きな方などでは職員2人以上で対応するなど事故防止に配慮している。利用者の安全・安心に つながる配慮とともに職員の腰痛予防にも配慮して適切な福祉用具を導入しているほか、昨年度機能訓練指導員による車いすの選定と シーティングに取り組んでいる。利用者に合った車いすの利用により、安楽な姿勢を維持することができ、寝たきり予防、生活空間の拡 大、身体機能の維持を図っている。

-		
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 <b>評点(〇〇〇〇)</b>	
評価	標準項目	
<u> </u>	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
<b>●</b> 800		<b>○</b> F-M3
	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている	
● あり ○ なし		○ 非該当
	  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
	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
(a)		○ 非該当
	評価項目7の講評	
3か月を日途(	こ機能訓練計画書の評価・見直しをおこなっている	
	は新規入所があると必ず立ち会ってアセスメントを実施している。個々の利用者のフロアでの様子も観察し	たがら刊せた
	であればんがかめるとどり 立ち云うとう ピスプンドを天地している。 画々の利用者のプログ ての様子で観察とプログの申し送りやフロアリーダー・サブリーダーを中心に2週間に1度のフロア会議に参加している。 専門耶	
	介護職とも密に連携しながら個々に合った個別機能訓練計画書を作成し、3か月を目途に評価・見直しをし	
	分した。 録と一緒に綴じ、いつでも確認できて日常生活で機能の向上を目指して支援に活かしている。	CO WO II/MAX
	No. of the state o	
7070501	と道た中体して幼、 L t. 古揺た図っていて	
-	指導を実施して統一した支援を図っている	
	持や臥床時の補助クッションなどの使用に関するポジショニングをおこなっている。いずれも機能訓練指導	
	バイザーとして基幹病院の機能訓練士からのアドバイスを受けられる関係性を築いている。また、外部研修	
	ニングを判定することで褥瘡や拘縮予防につながるよう計画に取り組んでいる。機能訓練指導員は実施すべ	べき内容として
介護記録に介護	職員向けの指示内容を書き込み、フロア内での指導などをおこない周知を図っている。	
日常生活の中	での見守り支援を心掛け生活リハビリに取り組んでいる	
機能訓練指導員	がおこなうリハビリ以外にも、日常動作の中で介護職員が生活リハビリの要素を取り入れた支援をおこなえ	るようにしてい
	音の様子を見守り、出来る限り自立支援に徹している。施設内ではエレベーターの昇降や自動販売機での買	
も自身で開けても	らうなど日常生活を意識して実践している。機能訓練指導員の判断や指導を取り入れて適切な支援がおこ	なえるよう努
め、日常の動作会	全般を生活リハビリと捉え、機能維持が図られるよう取り組んでいる。	
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(0000)	
評価	標準項目	
	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	
● あり ○ なし		〇 非該当
© w)		O 9FBX II
	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	
● あり ○ なし		○ 非該当
	10 利用者の決能に広じ、口味をマナにっている	
	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	
● あり ○ なし		○ 非該当
	   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	
0 ± 5 0 · ·		
● あり ○ なし		○ 非該当
	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	1
♠ *n ○ *.		○非計並
● あり ○ なし		○ 非該当

#### 評価項目8の講評

## 服薬時の手順に沿って安全で確実な服薬支援に努めている

服薬時の手順を作成し、安全で確実な服薬支援に努めている。①~⑦までの流れを写真とともに掲載し、留意点は赤字で記すなど視覚的に分かり易くなっている。④薬が複数ある場合には介護職が必ず名前と日付確認し1人ずつ封を切って1つの袋にまとめる、⑤毎服薬時、薬袋の名前と本人を照らし合わせてから服薬介助すると記入してあるが、④では1つの袋にまとめる際に落薬や粉薬をこぼしてしまう危険もある為、服薬時に小さな容器にまとめることをお勧めしたい。また、⑥では飲み込みまでの確認の追記をお願いしたい。

## 終末期の対応は家族の同意を得て実施している

看取り介護に至るまでと看取りカンファレンスの手順書をフローチャートで簡潔に分かり易く明記している。担当医から初見で終末期と判断された際には、家族と協議して同意を得たうえで施設内での看取りを開始している。看取り希望の場合は家族より「看取り介護同意」に明記の上終末期をおこない、昨年度死亡した方の大半は看取り対象となっている。逝去後、医師への連絡・死亡確認・死亡診断書作成・エンゼルケア・旅立ちの衣装への着替え、見送り、ケアの振り返り・偲びのカンファレンスまでを実施して、皆が出来るよう取り組んでいる。

#### システムを活用して利用者の健康管理に努めている

昨年度新しい情報システムを導入して利用者の記録をデータ化し、タブレットを使って相談員・看護師・管理栄養士・機能訓練指導員が 日々の記録を入力している。食事量・水分チェックは集計表で1週間分が見られるようになっている。職員は出勤すると全体スケジュール を確認後に前日の記録を確認している。個人記録をデータ化しており、利用者全員の健康状態の把握が可能であり、また、事務連絡で感 染予防の注意喚起も発信できるシステムとなっている。

評価項目9			
利用者が日々快	<b>適に暮らせるよう支援を行っている</b>		
評点(〇〇〇)			
== /==	I≡ /# - T □		
評価	標準項目		
	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている		
● あり ○ なし			〇 非該当
	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		
● あり ○ なし			○ 非該当
	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		

## 評価項目9の講評

#### 利用者の身体の状況に応じて就寝前更衣を実施している

利用者の平均介護度が4.1と高いこともあり、全員への起床時と就寝前の更衣支援が難しくなっているが、個々の利用者の身体状況に応じて可能な限りパジャマ更衣を実施している。起床時の髭剃りや整髪は毎朝必ずおこない、自分で出来る方はシェーバーをテーブルに置いてしてもらっている。整髪は朝食配膳前までにおこない、出来る方は自身でモーニングケアを居室で済ませて出て来ている。介助が必要な方はホットタオルにて清拭し眼脂はコットンを使って綺麗にしている。

## 自然に入眠できるような支援を心掛けている

● あり ○ なし

中々寝付けない方に対しては無理強いすることなく、自然に眠くなるまで見守る姿勢を第一としている。温かいお茶を飲んで体を温めてもらったり、横に座って話を聞くなど寄り添い、照明が気になる方は居室の電気を一度消して様子を見たり、物音に敏感な方は居室のドアを閉めるなど入眠できる環境づくりに努めている。昨年度AIロボット(見守りシステム)を5台導入し、利用者の動きをシルエットやイラストで通知するようになっており、睡眠の妨げにならず良質な睡眠につながるよう活用している。

○ 非該当

10	評価項目10				
10		D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	評価			
	一一一				
	<b>●</b> あり ○ なし	れている	○ 非該当		
	9 337 9 33		O 31 EX.		
	0.1	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			
	● あり ○ なし		○ 非該当		
		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			
	● あり ○ なし		○ 非該当		
		  4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている			
	(a ±n () +1				
	● あり ○ なし		( ) 非該当		
		評価項目10の講評			
	定期的な認知	症研修に参加し利用者の特性に合わせた支援に努めている			
		外部研修に年2回参加して認知症に関する理解を深め、昨年度は内部研修にて「認知症ケアパスを用いた	認知症の理		
		施している。利用者が落ち着いて生活できるよう声掛けなどを工夫している。帰宅願望が強くいつも玄関先を			
	については、1階	玄関先まで付き添って気分転換を図り、その後も不穏が続く時には、1階事務員の協力を得ながら玄関外の			
	鯉やカメなどを眺	めてもらい、落ち着けるような支援に努めている。			
	多くの利用者な	が参加できるレクリエーションの種類の増加を希望する			
	月1回の書道クラブはボランティア講師を中心に利用者2~5名が参加し、手芸クラブは職員が中心となって2~13名が参加し楽しんでい				
	る。定例行事では誕生日会(年12回)・保育園交流会(7回)・買い物広場(2回)を実施しており、訪問時には、デイサービスと合流して書				
	道に集中し打ち込んでいる様子が見られた。昨年度ピアノとオーボエの演奏会や合唱の鑑賞会・春の三味線コンサートなど外部から招いて実施したし、2階ディルー・ルフストランスを発力している。				
	て実施したり、2階デイルームにて入居者10名が参加してカラオケを楽しんでいる。今後も多くの利用者が参加できるようお願いしたい。 				
	利用者と職員がともに楽しめるレクリエーションが望まれる				
	職員アンケートにて「利用者の外出機会が少ない」「日常の中でのレクが少ない」「季節を感じる行事を増やした方が良い」などの意見が聞				
	かれていた。訪問時、利用者が廊下やフロアで過ごしている場面が見られ、TVはついているが視聴している方は特定の方に限られ、実際には職員が見守りしやすい場所にいてもらっているように感じた。利用者とのコミュニケーションを図ることも支援の1つと捉え、名前を呼ん				
	で声を掛ける、何気ない日常会話から、一緒に歌や体操など利用者を巻き込みながら共に楽しめることからお願いしたい。				
11	評価項目11				
	地域との連携のも	b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			
	<b>_</b>	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			
	● あり ○ なし		○ 非該当		
		  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			
	⊕ #n ∩ tol	持てる機会を設けている	○非転虫		
	<b>⊕</b> ω,		○ 非該当		
		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			
Í	● あり ○ なし		○ 非該当		
			l		

#### 評価項目11の講評

#### 定期的に保育園や学生などとの交流会を設けている

近隣の認可保育園の園児25名と保育士2~3名が来所して、利用者とともに合唱や貼り絵・ミニ運動会(お遊戯や玉入れの実施)・3月は お別れ挨拶、ふれあい交流・園児からお礼の言葉が書かれた模造紙をプレゼントされるなど、一年を通して交流を深める機会を設けてい る。保育園の運動会・卒園式にも園児交流会担当職員2名が参加するなど関係構築に努めている。その他、ジュニアリーダー・学生の体 験学習や行事があり、地域住民との交流を積極的に実施している。

## 今年度も秋の芸術鑑賞会に「お猿のショー」を実施し楽しい時間を過ごしている

衣類やお菓子など利用者と一緒に買い物ができる広場を年2回開催するほか、年間行事として熱帯植物園(利用者7名)・花見(利用者11名)・屋上での花火大会(利用者20名・家族3名)を実施している。今年度も、秋の芸術鑑賞会にお猿による様々なショーを披露してもらい、利用者・家族合わせて80名が参加し、猿と芸人との愉快な掛け合いに笑いが絶えない時間を過ごし、利用者聞き取り時「行事で猿が来て楽しかった」との意見も聞かれていた。また、この際の様子はブログに写真とコメントで掲載し雰囲気を伝えている。

#### 施設を老人クラブの集会場として提供するなど更なる地域交流を期待したい

今までは地域の民生委員・町内会長・老人クラブ会長など地域との関わりはあるもののつながりが薄かったため、今後は施設を集会場として貸与することで地域住民との交流やボランティア活動の拠点としても期待できる。「地域福祉サービスの拠点となる」という理念にも通じることから、更なる地域交流の拡大を期待したい。

評価項目12	*** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** **		
他設と家族との父	:流·連携を図っている	評点(000)	
		#1 XIII ( C C C )	
評価	標準項目		
	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている		
● あり ○ なし			○ 非該当
	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		
● あり ○ なし			○ 非該当
_	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		

## 評価項目12の講評

#### 日常の様子を定期的に家族に知らせる手段を検討されたい

● あり ○ なし

入所者の平均年齢が86.2歳と高齢であり、同時に家族も高齢となっているため、日常の様子を面談して報告する機会がなかなか確保できないのが現状である。相談員2名とケアマネジャー4名(各フロアに1名)が常駐しており、家族来訪時には、日々の様子・身体状況の報告や行事での写真を渡すなど報告に努めている。家族に知らせる手段として、定期的に広報誌「若木ライフだより」の発行やリアルタイムでブログを活用することなど、是非とも検討をお願いしたい。

## 多くの家族に参加してもらえるように家族会の在り方について検討を希望する

行事をおこなう際には案内状を送付して家族参加を募っている。納涼祭・敬老会・年忘れお楽しみ会が3大イベントとなっており、利用者・ 家族・職員がともに楽しめる交流機会となっている。参加できない家族への情報提供として若木ライフだよりの発行とブログへの掲載をお 願いしたい。また、家族会を年1回(3月)に開催しているが、多くの家族に参加してもらえるように、行事と兼ねて実施することも一つと考え る。施設運営に対して家族からの要望や意向を聞き取る機会の在り方について検討を希望する。

○ 非該当

平成30年度

《事業所名: 若木ライフ》

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-2-1	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
タイトル①	外国人も含めて資格保持者が増えている	
内容①	外国人も含めて資格保持者が増えている 同時期に開設された特養の中ではおそらく資格取得者数は多い方と思われ、現在介護職員の3分の2以上が介護福祉士を取得している。外国人でも3人の介護福祉士保持者を中心に育成を実施している。受験補助の支給も実施して講師資格の保持者も2人いるほか、昨年から始めた初任者研修では外部からの講師も受け入れ始めている。相談員やケアマネジャーができる人材が増えることで、できる人材の層が厚くなり、法人及び引いては地域への貢献度も高まることが期待される。	

事業者が特に力を入れている取り組み②			
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②	終末期の対応は家族の同意を得たうえで実施している		
内容②	ら初見で終末期と判践 望の場合は家族より「 り対象となっている。」	を看取りカンファレンスの手順書をフローチャートで簡潔に分かり易く明記している。担当医か所された際には、家族と協議して同意を得たうえで施設内での看取りを開始している。看取り希看取り介護同意書」に明記の上で、終末期ケアをおこない、昨年度死亡した方の大半は看取近去後、医師への連絡・死亡確認・死亡診断書作成・エンゼルケア・旅立ちの衣装への着替り返り・偲びのカンファレンスまでを実施していて、皆が出来るよう取り組んでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
		利用者が食事を楽しむための工夫をしている
評価項目	6-4-3	
タイトル③	食後の口腔ケアの方法を変更しスムーズに排泄介助に移行できるよう取り組んでいる	
内容③	食後の口腔ケアの方法を変更しスムーズに排泄介助に移行できるよう取り組んでいる  身体状況の変化により席替えが必要となる場合があり、その際は利用者本人の同意を得て変更している。配膳のなるとが、はなく、本人が「ごちそうさまでした」の挨拶や手が止まるなどした時点で「ご馳走様ですか」と再度確認した後に、下膳するよう統一している。また、以前はテーブル席で座ったまま実施していた口腔ケアを、出口付近に移動したことで、その後スムーズにトイレに行きやすくなり、業務改善につながっていると推察する。	

《事業所名: 若木ライフ》

Nο	性に白し	《事業所名: 右木フイノ》		
INO.	.   特に良いと思う点 			
	タイトル	社会福祉法人制度改革に沿った取り組みを着実に実行している		
1	内容	外部から招へいした施設長・看護師長のもと、各部門を支える主任クラスなどが中心となり、社会福祉法人制度 改革の中で各自が柱となって引き続き成果を上げている。この19年間の歩みを振り返ると、決して平たんな歩 みではなかったが、地域に根差す病院グループの中にある特養としてのアイデンティティが徐々に明確になり、 その存在が光り始めてきたと感じる。今後は地域包括ケアの中で果たすべき役割は益々増大し、高齢のみなら ず地域の障害・こどもなど他事業との連携機会も増えてくると思われ、若木ライフとして更なる活躍を期待した い。		
	タイトル	更なる羞恥心への配慮について取り組んでいる		
2	内容	昨年度大規模修繕(エネルギー消費量の削減)に取り組み、老朽化した空調・照明・給湯器の改修と次年度に向けて外壁・内装・大型備品改修に着手している。また、今年度修繕の一環として地下1階にある機械浴のガラスドアにスモークフィルムを貼付して羞恥心への配慮が実現した。今後は、予防保全を基本として利用者の安心・安全に配慮しながら、設備を更新していきたいとしている。		
	タイトル	視覚的に分かり易くするために動画マニュアルの作成を検討している		
3	内容	新人育成にチームエルダー制を導入し、担当者は相性などを考えて選び6か月を目処に育成に取り組んでいる。今年度3月より介護士育成委員会を設置し、外国人や介護が初めての人を対象に人材育成に取り組み始めている。現在、アセッサー資格保持者が5名在籍しており、外国人の育成に役立てるよう意義などを検討したいとしている。介護マニュアルを動画にする事で介護技術など視覚的に分かり易くしたいなどの構想を練っており、今後が期待される。		
No.	さらなる			
	タイトル	財務体質の改善を推進して地域で一番と言われるよう期待したい		
1	内容	昨年は派遣費用などの増加で80%近かった人件費率が74%とやや下がり、給食の外注化や光熱水費のコストダウンにより財務内容が若干改善されている。抜本的には毎月の利用率目標の必達と常勤比率の引き上げが不可欠であり、今後も引き続きコストダウンと人材の確保・育成をお願いしたい。社会福祉法人の使命である地域貢献の為には財務体質の改善は表裏一体であり、若木ライフが地域で一番と言われるように期待したい。		
	タイトル	危険予知訓練を研修に取り入れ「気づき」の視点を養うとともに虐待防止委員会の活躍を希望する		
2	内容	訪問時に介護のプロとして安全上も問題がありふさわしくないと思われる場面が見られたため、研修に危険予知訓練などを取り入れ、「気づき」の視点を養って、共通認識のもとで支援ができるよう希望する。また、昨年度知意にはといる場合である。また、昨年度は虐待防止委員会が中心となり年1回チェックシートを使って自身の支援を振り返っていたが、今年度の実施は不明瞭なため、虐待防止委員会の更なる活動と共に内容を記録に残すことの徹底をお願いしたい。		
	タイトル	服薬時の手順書について再度の検討をお願いしたい		
3	内容	服薬時の手順を作成して安全で確実な服薬支援に努めている。支援の流れを写真とともに掲載し、留意点は赤字で記すなど視覚的に分かり易くなっている。「介護職が必ず名前と日付を確認し1人ずつ封を切って1つの袋にまとめる、「服薬時、薬袋の名前と本人のを照らし合わせてから服薬介助する」と明記されている。前者では1つの袋にまとめる際に落薬やこぼしてしまう危険もあると思われ、小さな容器にまとめることをお勧めしたい。また、後者では「飲み込みまでの確認」を追加するようお願いしたい。		