

福祉サービス第三者評価結果報告書【平成31年度(2019年度)】

2020年 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・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	廣田耕作	経営	H0306056
	②	岡本久美子	福祉	H1601013
	③	河西明子	福祉	H1001016
	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	若木ライフ		指定番号	1371901990
事業所連絡先	〒	174-0065		
	所在地	東京都板橋区若木1-21-3		
	TEL	03-3933-3900		
事業所代表者氏名	清水雄二			
契約日	2020年 2月 7日			
利用者調査票配付日(実施日)	2020年 2月 7日			
利用者調査結果報告日	2020年 3月 5日			
自己評価の調査票配付日	2020年 2月 7日			
自己評価結果報告日	2020年 3月 5日			
訪問調査日	2020年 3月 12日			
評価合議日	2020年 3月 12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)	開設から丸20年目を迎えた特養の実態を把握するべく福祉系に特養の運営に詳しい評価者を配し医療面、ケアマネジメントの両面から考察に努めた。利用者調査では重度化の進行で該当者が減っていることから人数を絞り一人ひとりに時間を掛けてじっくりと話を聞くことに集中した。			

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。

2020年 3月 31日

事業者代表者氏名 清水雄二

印

<p>1</p>	<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私たちは、人を慈しみ利他心をもって誠実に取り組む「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。</p>
<p>2</p>	<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>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)</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. 役割の自覚と責任 2. 課題の把握と解決の意欲</p>

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85.4歳、平均要介護度は4.0である。この方々について施設側とも相談して意思疎通が可能な方8人を対象に聞き取り調査を実施した。

調査方法

8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でき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。

利用者総数

90

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
0	8	8
0	8	8
0.0	8.9	8.9

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**

総合的な感想としては「大変満足」が3人＝37.5%、「満足」が4人＝50%、「無回答」が1人＝12.5%で、満足以上と答えた人は合計87.5%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」と回答していて、「いいえ」はごく少数にとどまった。最後の自由意見を読むと「施設長などが巡回してくれて有難い」、「好きな辞書を読んだり研究ができて嬉しい」、「困った事もないし職員も優しいから良い所です」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」、「個室よりも相部屋の方が寂しくなくて良い」、「たまにボール投げなどで体を動かしたい」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などを観察し、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軌道に乗り、訪問時にも3階の食事介助はほぼ全て外国人介護職が担当していた。館内には恒例の秋の芸術鑑賞会で来訪した猿回しの写真が掲示され、ほかに保育園児の来訪もあって、利用者の楽しみになっている様子がうかがえた。

**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	7	1	0	0
「はい」が7人＝87.5%、「どちらともいえない」が1人＝12.5%という結果だった。コメントとしては「お粥だけけど味は良いです」、「刺身かすき焼きかの選択食はあります。サンマ刻まずに出る」、「ご飯は美味しくて残さずに食べている」、「朝・昼はパン、夕はお粥で味はまあまあかな」、「食事は余り良くなって前の老健の方が良かった」などの声が聞かれた。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	8	0	0	0
回答した8人全員が「はい」と答えている。コメントとしては「集団体操をしたりベッド上で体を動かしたりしている」、「たまに地下で歩行訓練をしてもらえる」、「風呂は週2回ゆっくり入れるし、ホットタオルも1日4回貰えるんです」、「立位が取れないので風呂もトイレも手伝って貰っている」、「たまに外出して買い物かしてみたい」などの声が聞かれた。				
3. 施設の生活はくつろげるか	6	1	1	0
「はい」が6人＝75%、「どちらともいえない」と「いいえ」が各1人＝12.5%ずつという結果だった。コメントとしては「たまに甥夫婦が面会に来てくれるのが楽しみです」、「午前中は先生が来て体操と歌をやっているけど今日はお休みでした」、「華道も体操もないし、歌が好きだけどそれも無いです」、「耳が遠いからテレビも観ないし手が震えるから習字も出来ません」、「歩けるようになったら自宅に帰りたい」などの声が聞かれた。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	6	1	1	0
「はい」が6人＝75%、「どちらともいえない」と「いいえ」が各1人＝12.5%ずつという結果だった。コメントとしては「職員は皆さん良い人でよく話すし良くしてくれますよ」、「夜勤は若い外国人だったけど日本語も上手でしたよ」、「看護師から眠剤を貰って熟睡している」、「尿も取ってくれる」、「みんな良い人だけど、職員とも看護師とも話さない」などの声が聞かれた。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	8	0	0	0
回答した8人全員が「はい」と答えている。コメントとしては「職員が掃除するからいつもキレイです」、「掃除も整理整頓もしてくれて清潔です」、「一晩にトイレは3回くらい行くけどよく眠れています」という意見が聞かれた。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	5	2	0	1
「はい」が5人=62.5%、「どちらともいえない」が2人=25%、「非該当」が1人=12.5%という結果だった。コメントとしては「職員は優しく丁寧です」、「外国人が多いけど言葉にも問題はなくて良いです」、「言葉遣いも服装なども変な人はいない」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	6	1	0	1
「はい」が6人=75%、「どちらともいえない」と「非該当」が各1人=12.5%ずつという結果だった。コメントとしては「看護師がいるから安心です」、「何かあれば飛んできてくれる」、「耳が遠いから話しても通じないんです」という意見が聞かれた。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	6	1	0	1
「はい」が6人=75%、「どちらともいえない」と「非該当」が各1人=12.5%ずつという結果だった。コメントとしては「ケンカもイジメも見ることがない」、「されたことはないけどトラブルを見たことはあるよ」、「いさかいはないけど声が大きくてうるさい人はいるよ」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	0	0	3
「はい」が5人=62.5%、「非該当」が3人=37.5%という結果だった。「そう思います」、「尊重して貰えている」、「普通ですね」などの声が聞かれた。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	5	0	0	3
「はい」が5人=62.5%、「非該当」が3人=37.5%という結果だった。「プライバシーについては大丈夫です」、「4人部屋だけど問題ありません」という意見が聞かれた。				
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	0	0	4
「はい」と「非該当」が各4人=50%ずつという結果だった。コメントとしては「ケアプランの説明を聞いたことがある」、「ケアプランを見たことある。毎日ポケットテレビを観てから眠剤を飲んで寝ています」、「親族がたびたび来るからお任せしている」、「ケアマネジャーのお世話になっている」などの声が聞かれた。				
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	4	0	0	4
「はい」と「非該当」が各4人=50%ずつという結果だった。コメントは特に聞かれなかった。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	4	1	0	3
「はい」が4人=50%、「どちらともいえない」が1人=12.5%、「非該当」が3人=37.5%という結果だった。コメントとしては「要望などは話している」、「言うように努めています」、「もしもあれば言えると思う」などの声が聞かれた。				
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	2	0	2	4
「はい」と「いいえ」が各2人=25%ずつ、「非該当」が4人=50%という結果だった。コメントは特に聞かれなかった。				

I 組織マネジメント項目（カテゴリ1～5、7）

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>7/7</b>
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している	
	評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている
		○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている
		○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている	
	評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている
		○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している
		○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している	
	評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている
		○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している
		○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている
		○非該当
	カテゴリ1の講評	
	地域の介護人材不足にも一役買えることを目標に据えて人材育成に尽力している 開設から20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改善が徐々に軌道に乗り、理念と基本方針が職員に浸透し定着してきている。今年度も各フロアごとの月間介護目標を定め、特養全体としては①加算取得と利用率向上による健全経営の取り組み、②外国人を含む人材育成への取り組み、③ICT利用促進と介護の質の向上と業務改善、④組織体制強化、⑤BCP活用と地域福祉の推進、などと定めている。人材不足で窮する施設が多い中、人材確保と育成を成功させ、ひいては地域の介護人材不足にも一役買えることを目標に据えている。 介護職統括リーダーを選任したことで決定が速く行えるようになってきている 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、巡回中に気づいた事があれば改善の指示も出している。看取り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。昨年度から介護職統括リーダーを常駐させたことで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BCPなどリスクマネジメント理解度が上がり意識向上と成長につながる 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。家族来訪時には相談員やケアマネジャーが話すほか、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で理解度が高くなっており、職員意識向上と成長が感じられる。駅前認可保育園の開設の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軌道に乗り、慈誠会グループとしての更なる発展を期待したい。	

カテゴリー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
サブカテゴリー2(2-2)			
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している		○非該当
●あり ○なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している		○非該当
●あり ○なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている		○非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している		○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる		○非該当
カテゴリー2の講評			
<p><b>相談体制を充実させたことで家族等への対応力が向上している</b></p> <p>ケアマネジャー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利用者の状況や要望につ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、公園への散歩や屋上ガーデニング、ドライブなどを提供するようになっている。今年20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退所者が増えており、新規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。</p> <p><b>地域社会へ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</b></p> <p>地域の福祉ニーズは行政、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ど複数のチャネ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的ケアの充実に向けた協働体制を構築し、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法人全体で力を入れており、評議員会や地域防災協定など多くの会議に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。</p> <p><b>現場の意見を反映させた事業計画を立案し法定の障害者雇用にも取り組んでいる</b></p> <p>中期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、「特養介護職」、「特養ケアマネ」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年後の中期目標」に沿って記述する方式に変更されている。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れた。より詳細な中・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取り組んでいるほか、法定の障害者雇用にも取り組んでいる。</p>			

3 経営における社会的責任			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			<b>サブカテゴリ毎の標準項目実施状況</b> <b>2/2</b>	
<b>評価項目1</b> 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			<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. 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(3-2)			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
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			<b>4/4</b>	
<b>評価項目1</b> 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			<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. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		2. 利用者の意向(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		<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目2</b> 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている			<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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-3(3-3)			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている			<b>5/5</b>	
<b>評価項目1</b> 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			<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. 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○非該当
カテゴリ3の講評		
<p><b>身体拘束禁止を掲げ安全確保以外は原則禁止として定めている</b></p> <p>守るべき法・規範・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っている。日常的な取り組みとして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場合は個別指導も行っている。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、区にも報告している。施設では身体拘束禁止を掲げ、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る。</p> <p><b>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</b></p> <p>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。</p> <p><b>特養やデイにボランティア活用メニューを取り入れ継続的な関係の構築を期待する</b></p> <p>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。</p>		
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 <b>5/5</b>
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当

サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(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>BCPを早期に策定して全体シミュレーション訓練も実施している</b></p> <p>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計画して実施している。BCPは早期に策定し、昨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。訓練は既定のタイムテーブルに沿って実施し、発災後2時間以内に全職員の8割が到着することを確認している。</p> <p><b>実質的な防災要因としては内水氾濫がもっと危険度が高いため備えをしている</b></p> <p>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反映させている。インシデント・アクシデントレポートの提出増を回り、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総合避難訓練を年2回実施するほか、各フロアで毎月夜間通報防火避難訓練を励行している。実質的な防災要因としては内水氾濫がもっと危険度が高いため備えをしている。</p> <p><b>情報管理と個人情報保護については適切に継続している</b></p> <p>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、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、実習生などからも同意書を取るなど適切な取り組みを継続している。</p>		
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・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 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(00)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している		評点(00)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	○非該当

<b>評価項目3</b> 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		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
●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
<b>評価項目4</b> 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	○非該当
サブカテゴリー2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</b> <b>3/3</b>
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
●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
<b>カテゴリー5の講評</b>		
<p>他施設等で活躍の場が得られることでキャリアアップとモチベーションアップにつながる</p> <p>施設が求める人材は「心のもった対応が出来る人」であり、「サービスの向上努力ができる人」を選んでいる。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3年前からはグループ内他施設との広範囲な異動も定着している。施設の老健・保育園など新規事業にて特養で育成した人材の活躍の場が得られることで、キャリアアップとモチベーションアップにつながることを期待する。</p> <p>職員からはおおむね満足な印象を受けるが個人の満足ではまだ努力が必要である</p> <p>申し送りの際の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書の改定に力を入れている。職員アンケートでは、外国人雇用と育成、学生アルバイト雇用、職員同士の仲が良く職場が明るい、などを評価する声が聞かれる一方、外国人の育成不足、外出やレクが少ない、日本人職員の不足、などが改善点に上がっている。法人として外国人雇用を早めに決断したことで比較的良好な状態であると感じるが、キャリアパスや個人別育成の理解と認識不足もうかがえ、個々の職員の満足迄は至っていないと考える。</p> <p>職員が安心して働ける職場づくりと地域全体を支えられるような人材づくりを期待したい</p> <p>少数精鋭で能力給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。職員の自主性を養うため介護職員と看護師でミニカンファレンスを行い、ワーカー会議にも早くから課題解決型会議を取り入れ、フロア代表による会議では白熱した議論もみられる。経営層は極力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、退職者には退職の理由も聴くようにして原因を検討して、今後も職員が末永く安心して働けるような職場づくりに努め、地域全体を支えられるような人材づくりを期待したい。</p>		

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)

・職員の意識向上を背景として役割と権限を明確化し、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うほか、個々の責任感やリーダーシップの向上を図ることを背景に、役割・権限の明確化と人事制度の見直しを目標とした。  
 ・具体的な取り組みとしては、介護士育成委員会や外国人職員育成委員会等を発足して、人材育成の強化を図った。  
 ・取り組んだ結果として、人材育成について多大な貢献をもたらし、リーダーとしての自覚を持たせることで責任感の向上へとつなげることができた。

<p>目標の設定と 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

・振り返りと今後の検証として、これまでの課題を引き続き課題として捉え、基本理念を念頭に置き、地域に貢献できること、地域福祉の拠点となる事を目指す。

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)

・人材確保については成功した部分はあるが、その後の定着や育成、教育面では更なる強化が望まれたほか、施設として人材不足に悩むことなく、さらに地域に根ざすこと、地域に貢献できる施設を目指すことを目標に掲げた。  
 ・具体的な取り組みとしては、人材育成の為に委員会を発足させて研修への取り組みを強化するとともに、内部研修講師の役割を若い職員が率先して行う事で向上心アップを図った。さらには、特養としては5年ぶりに介護実習生の長期間受入れを行い、育成及び入職につなげる取り組みを行った。  
 ・取り組んだ結果として、人材確保についてほぼ十分と呼べる結果が得られたが、職員の定着及び育成と教育については、100%目標を達成できなかった。

<p>目標の設定と取り組み</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2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

・振り返りと今後の検証として、介護人材の定着と人材育成、教育について今後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、ひいては地域の介護人材不足にも一役買えるまでに至ることが目標である。育成のみに止まらず、介護に特化する専門分野についての教育も充実を図りたい。

II サービス提供のプロセス項目（カテゴリー6-1～3、6-5～6）

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	4/4
	評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
	サブカテゴリー1の講評		
	<p><b>施設独自のホームページのさらなる活用を期待したい</b></p> <p>施設ホームページでは、イベント情報・求人情報・利用案内などの充実と拡大を図っている。表紙に「介護のお悩みお聞きします。健やかライフをお手伝いします。」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ている。特養へリンクすると定員数・サービス内容・料金(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る。現在は「お知らせの際と職員募集時のみ」の更新となっているため、古い情報のまま滞っている状況であり、閲覧者が知りたいと思われる生の良い情報が提供できるよう希望する。</p> <p><b>広報誌やブログにて施設情報を幅広く発信できるようお願いしたい</b></p> <p>毎年第三者評価を受審し、ホームページ関連サイト(法人本部)とリンクさせて30年度評価結果報告書を掲載し公表している。29年度は評価結果を踏まえた改善計画・実施状況(予定を含む)を掲載している中で、H30年10月頃に職員がブログなどを活用して施設の状況を家族に知らせる予定であると約束している。今後は広報誌委員会やブログ担当などを新設し、職員も日々興味・関心を持って自分たちで情報発信していこうという意欲が欲しいところであり、健闘を待ちたい。</p> <p><b>見学・問い合わせは相談員が窓口になり随時対応している</b></p> <p>見学・問い合わせには相談担当が窓口となって随時対応している。土・日・祝日でも見学可能として相談員が不在時には管理課職員が対応し、相談は後日対応するという仕組みになっている。対応時の内容は業務日誌に記載して管理するほか、職員募集・介護職員初任者研修・介護職員実務者研修・ボランティア募集などの情報をホームページにて積極的に発信している。今後はブログなどで施設での取り組み(行事や利用者の日常の様子・研修など)を紹介することで、施設の雰囲気がいよりの掴みやすくなると思う。</p>		

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 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 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評			
<p>契約書・重要事項説明書にて相談員が丁寧に説明している</p> <p>入所前の面談・契約時には、相談員がパンフレットや契約書・重要事項説明書にて丁寧に説明するほか、個人情報についての相談窓口・看取りについても分かり易く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締結してサービス提供を開始する流れとなっている。入所前のお試しなどは必須としていないが、待機期間の長かった方や要望があった場合にはショートステイからの入所も可能としている。利用者・家族の意向や要望を聴取してアセスメント表にてADLを把握し、サービス提供を開始して計画書に反映している。</p> <p>サービス開始時には施設長はじめ専門職が立会って信頼関係の構築に努めている</p> <p>サービス開始時には施設長はじめ、看護師長・統括リーダー・リハビリ・生活相談員など入所生活に関わる専門職が立会い、自己紹介・施設の説明・疑問や要望への対応を各視点で説明し、利用者・家族の安心感と信頼関係の構築に努めている。入所開始時には暫定プランにて支援をおこない、2か月以内に確定プランへ移行させている。この間分からない事が多いことから、家族にもたずねることがある旨を予め伝え協力体制を整備している。居室には可能な範囲で馴染みの物を持ち込んでもらい、落ち着いて過ごせるように配慮している。</p> <p>サービス終了時には利用者・家族の不安軽減と支援の継続性に配慮している</p> <p>昨年度の退所者は、入院7名・死亡21名となっている。入院時のベッド確保は3か月間としており、詳細は重要事項説明書に明記し入所時に伝えている。入院や在宅復帰の場合は再入所も可能であることや各機関への連携について説明し、利用者・家族の不安軽減と支援の継続性に配慮している。看取りに関する指針を作成して、職員に周知を図るとともに研修にも取り入れて知識・技術の向上や心得を学んでいる。施設での看取りに力を入れており、「笑顔で生活できる終の棲家を目指す」と掲げて鋭意取り組んでいる。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	10/10
3	個別状況に応じた計画策定・記録		
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直ししている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している		<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している		<input type="radio"/> 非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-3の講評			
<p><b>アセスメント見直し一覧表(予定表)を作成して実施している</b>  入所時及び状態変化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継続している。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残している。利用者一人ひとりの情報、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。また、アセスメント見直し一覧表(予定表)を作成して、見直しが8か月前後で完了できるように調整し、月に10名程度の見直しをコンスタントに実施している。</p> <p><b>ケアマネジャーが利用者・家族の意向や要望を聴取して反映させている</b>  ケアマネジャーが利用者・家族の意向や要望を聴取し、アセスメントや各専門職の情報・意見を参考にして施設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、サービス担当者会議に家族が参加できない場合は事前に意向確認を実施している。年に1~2回の定期的な見直しや状態変化の際にはカンファレンスを開催して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している。利用者の高齢化に伴い家族の健康状態にも配慮しながらの継続を希望する。</p> <p><b>1階の朝礼と各階にて朝・夕2回の申し送りとノートを活用して情報共有している</b>  8時50分に1階で実施している朝礼は、司会職員の進行により特養・ショートステイ・デイサービス・機能訓練・包括・居宅・栄養士・看護師・人材育成・管理課・施設長から一言の流れで順次申し送りがあり10分程度で終了しているが、テンポが速く声小さいため聞き取りにくいと感じた。その後、フロアに移り担当看護師とともに夜勤者からの申し送りを事細かにおこなっている。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進め、多職種で情報共有できる体制を作り、各階ごとの申し送りノートで洩れなく共有できるよう取り組んでいる。</p>			

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部和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(00)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-5の講評			
<p><b>契約時に情報提供に関する同意書について説明し同意を得ている</b></p> <p>契約時に相談員が個人情報保護に関する基本方針、個人情報の取得・個人情報の目的・個人情報の第三者提供・個人情報の管理と開示、訂正、利用中止、削除・個人情報の体制の継続的な改善・問い合わせ窓口について丁寧に説明し、情報提供に関する同意書に署名捺印を得ている。ホームページにも「プライバシーポリシー」について明示しているほか、ボランティア受け入れの際にも「お願いと個人情報保護の同意」を取り交わすなど、個人情報保護には法人をあげて取り組んでいる。</p> <p><b>接遇マナーや羞恥心に配慮できるようお願いしたい</b></p> <p>利用者支援の前には必ずひと声かけて意思確認をして無理強いない支援を心掛け、各階にて接遇マニュアルを保管して、いつでも確認できるようにしている。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を図っている。今年度2月には介護統括が講師となり「接遇研修」を全体連絡会の際に実施している。訪問時、職員をあだ名で呼ぶ・髪を束ねていないなどの場面やトイレカーテン越しに「まだ、でた？」との声かけが聞かれた。職員は意識して接遇マナーや羞恥心に配慮し、互いに注意し合える環境づくりを希望したい。</p> <p><b>職員自身の支援の振り返りを研修に取り入れることをお勧めしたい</b></p> <p>今年度5月に相談員などが講師となって「虐待防止・権利擁護研修」を開催して知識・技術の向上を図っている。また、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、もしも虐待被害が認められた際には、区担当部署と連携する体制を整備している。現在年1回実施している高齢者虐待発見チェックリストは「利用者が発するサイン」に気づくのが目的のため、今後は不適切な支援を含めて職員自身の支援を振り返る機会となるような「虐待の芽チェックシート」などの活用をお勧めしたい。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
6	事業所業務の標準化		
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>	
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	
<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>	
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	
<b>サブカテゴリ-6の講評</b>			
<b>業務マニュアルを配布して支援の統一を図っている</b> 各種業務マニュアルを各階ステーションに常備して、いつでも確認できるようにしているほか全職員にも配布し、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実施し、マニュアルには写真を添付して視覚的に分かり易く工夫している。施設長や看護師長が各フロアを定期巡回して朝礼・会議などでも点検をおこない、制度改正時や新しい情報入手時の変更、月1回の全体連絡会・各委員会にて検討をおこない、見直しと改善に取り組んでいる。			
<b>ヒヤリハットを事例として事故防止研修を開催している</b> 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、施設サービス計画書に反映させている。今年度8月と1月に事故防止研修を開催し、1月ではヒヤリハットを事例として共通理解・共通認識が持てるように実施している。職員は常にアンテナを張って利用者を意識しながら業務にあたるよう心掛け、不穏な方がいる際には寄り添う介助をお願いしたい。			
<b>介護士育成委員会を中心に新人(外国人含む)育成に取り組んでいる</b> チームエルダー制を導入して新人育成を実施して、担当者は相性などを踏まえて選定し、6か月を目処に育成に取り組んでいる。介護士育成委員会を中心に新人(外国人含む)育成に取り組んでいる。毎月介護士育成委員会を開催し、外国人メンバーと介護統括と育成メンバーにて話し合っている。やはり一番の課題は言葉のようで、「外国語使用の原則禁止」を実践している。自己チェックシート(身だしなみなど)を実施し、基本事項や食事介助など9項目にはルビを振って分かり易く工夫するなど、施設をあげて育成に取り組んでいる。			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリー4		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>5W1Hを基本に記録の充実を希望する</p> <p>タブレットとパソコンから施設サービス計画書が閲覧でき、全員で共有して支援の統一を図っている。自立支援を目指し自分で出来ることは自分で出来るように、介助が必要など合わせて計画書を作成している。アセスメントの見直しを兼ねてカンファレンスを開催して記録に残し、申し送りノートに変更後の要点や注意点を記載するとともに申し送り時に共有化を図っている。8時半(夜勤)・16時半(日勤)を基本に看護師が時間と内容を看護記録として記録に残しているが、今後は5W1Hを基本として具体的に記載して記録の充実をお願いしたい。</p> <p>利用者・家族の意向や要望を考慮して生活の継続性を踏まえ計画策定している</p> <p>利用者個々のアセスメント表でコミュニケーション・視力・聴力についても把握し、意思伝達の可否や備考欄に対応方法(例えば、傾眠気味で自ら意思表示することは少ないが覚醒していれば伝達できる)などを記載し共有している。夜間帯も比較的入眠できているが日中も傾眠が多い方の場合は、声掛けを多くして覚醒を促し、行事やグループリハビリへの参加や日常的な役割(タオルやエプロンたたみなど)を持ってもらい、気持ちに弾みがつくように計画書に盛り込み支援している。</p> <p>ケアマネジャーを中心に専門性を活かした支援を実施している</p> <p>入所前の計画策定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か月間は暫定プランにて施設に馴染むことを目的に支援にあたっている。介護・看護・栄養士・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、臨機応変に計画変更できる体制を整えている。ケアマネジャーが生活相談員や介護職を兼任していることもあり、利用者の状態を把握しやすく専門性の高い支援につながっていると考える。</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					
<p>管理栄養士が食事時にラウンドして状態観察に努めている</p> <p>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名前後に対して、食事提供の仕方や栄養状態について話し合っている。食事を楽しんでもらえるように残菜が多い時などは次回の献立や調理方法について工夫し検討している。管理栄養士が利用者一人ひとりの食事観察・身体状況・栄養状況などを把握するためにラウンドし、直接利用者に声をかけたり現場職員からの意見などを収集し、記録や申し送り内容と連動させた計画につなげている。</p> <p>栄養ケア計画を作成し低栄養改善に取り組んでいる</p> <p>健康診断で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を作成し利用者・家族から同意を得たうえで実施している。低栄養改善のため、今の食事形態が適しているのか・義歯が合っているのか・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。管理栄養士・看護師・介護職員が連携して支援をおこない、3か月ごとにモニタリングを実施して現状に即しているのか進捗状況を確認して、次の計画に反映させている。</p> <p>食事前にメニュー紹介や口腔体操を取り入れ食事に意識が向くよう希望する</p> <p>歯科医・歯科衛生士訪問時には、口腔ケアの指導を受けて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ごとに歌や体操をグループリハビリとして実施しているが、フロア利用者の全員参加ではなく、ある程度の座位保持可能な方や指示が理解できる方などと対象者が決まっている。全利用者が揃い食事を待つ時間、早々にエプロンを着用するのではなく、介護職員が簡単な口腔体操(パタカラ体操・歌を1曲歌う)やメニュー紹介など出来る出来ないに関わることなく皆が食事に意識が向くようお願いしたい。</p>					

3 評価項目3 利用者が食事を楽しむための工夫をしている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	○非該当	
●あり ○なし	2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	○非該当	
●あり ○なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる	○非該当	
●あり ○なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○非該当	
評価項目3の講評			
<p>利用者一人ひとりの状態に合わせた食事形態を用意している</p> <p>利用者一人ひとりの状態に合わせて、主菜が米飯・粥・粥ミキサー・パン・パン粥、副菜が普通・キザミ・みじん・ミキサーなどの食事形態を用意している。また、アセスメントに「嗜好」を取り入れ、食べ物の好き嫌い・飲酒や喫煙の有無・アレルギー・趣味などを聴取して把握し活かしている。利用者聞き取りでは8名中7名が食事は満足と答え、「リクエストは出来ないが選択食はあった」「刺身とすき焼きですき焼きを選んだ」「お粥なので恵方巻は食べられなかった」「栄養士はだれか分からない」などの意見が聞かれた。</p> <p>利用者の楽しみである食事提供に力を入れている</p> <p>行事食予定表を作成し、通常の行事のほか土用の丑の日にうな井・大晦日に年越しそば・七草に春の七草がゆなども取り入れて楽しめるよう工夫している。また、毎月お誕生会をおこない、おやつにケーキを提供しその月の誕生者を祝っている。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、サンドイッチやうどん・カレー・三食丼など工夫して彩りよく提供している。今後は、ブログを活用して普段の食事や行事食の様子などを写真を添え、職員や栄養士からのコメントを掲載するとより雰囲気は伝わると考える。</p> <p>食後の口腔ケアから排泄介助にスムーズに移行できるよう工夫している</p> <p>身体状況の変化により席替えを要することがあり、その際には利用者の合意を得たうえで変更している。配膳タイミングは衛生上着席してからとなっているが、お茶を配る場合も同様でお願いしたい。以前はテーブル席で実施していた口腔ケアを、出口付近に変更したことで排泄介助へスムーズに移行できている。テーブル席で待っている利用者が不穏になり立ち上がりや動きがあった際には、離れた場所からの声かけではなくその方が落ち着けるような声掛けの仕方・工夫をチームケアで実践するよう希望する。</p>			
4 評価項目4 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	○非該当	
●あり ○なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当	
●あり ○なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○非該当	
●あり ○なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○非該当	
評価項目4の講評			
<p>入浴時には全身チェックをおこない異常発見時には看護師につなげている</p> <p>入浴時には全身チェックを実施し、看護師が入浴介助に関わ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。利用者の状態変化時や症状の観察に努め、異常発見時には看護師につなげて処置や指示が受けられるように強化している。処置が必要な際には必ず看護師の目で確認してもらい、症状の変化に応じて投薬変更につなげ、投薬変更後3日間は評価して薬局に報告している。看護師が入浴に関わることで、介護職員の指導や知識の向上に役立っている。</p> <p>利用者の状態に合わせた入浴形態を提供している</p> <p>入浴形態としては、4階に一般浴、地下1階にチェアインバスと機械浴を用意し、利用者一人ひとりの状態に合わせて提供し、安全・安心・楽しい時間につなげている。入浴を楽しむ工夫として、温泉気分が味わえるように暖簾を取り付けたり、行事湯としてゆず湯や入浴剤を使用している。本人・家族・相談員・介護職員が連携して保湿剤を塗布して肌の保湿管理にも努めている。入浴時の職員体制も中介助(洗体)2名・外介助(着脱・誘導・ドライヤー)3~4名とすることで効率化を図り事故防止に取り組んでいる。</p>			

5 評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	○非該当
評価項目5の講評		
<p><b>生活状況シートにより排泄パターンをつかみ支援している</b> 生活状況シートにより排泄パターンの把握に努め、利用者一人ひとりに適した支援を提供している。家族の要望に応じて時には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。朝食時にヨーグルトや乳酸菌飲料を提供したり、日中に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の実施など、自然排泄につながるよう工夫して取り組んでいる。</p> <p><b>外部講師を招いて排泄ケア講習会を実施して技術向上に努めている</b> 現在の平均要介護度は4であり、排泄介助を要する人は88人と多くなっており、要介護度の上昇に伴ってオムツ利用者も増加している。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」のテーマで講習会を開催し、知識・技術の向上に努めている。オムツ・ポータブルトイレ・尿器などその方に合った形態で対応し、利用者聞き取りでは「トイレは手伝ってもらってコールをする」「夜間に3時間おきに3回ほどトイレに行く」などの意見が聞かれた。</p> <p><b>利用者のプライバシーや羞恥心への配慮の徹底を希望する</b> オムツをダイパー、排泄を青空と呼び方を変えることで羞恥心に配慮するほか、「1ケア1手袋」を徹底して衛生面に配慮している。拒否の強い方は無理強いすることなく、詳細に記録を残して職員間で共有しながら個別対応している。訪問時、排泄カートの汚物のバケツの蓋を使用していなかったり、居室へ無言で入る・昼食のエプロンを付けたまま車いすを自走してトイレドアを開放したまま使用する様子などが見られた。利用者の衛生面やプライバシー保護、羞恥心への配慮を意識して徹底するようお願いしたい。</p>		
6 評価項目6 移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	○非該当
評価項目6の講評		
<p><b>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</b> 入所時には機能訓練指導員も立ち合い、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検討し、全職員への申し送り伝達や記入により周知徹底を図っている。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、申し送りの際に職員と共有して自立支援に努めている。介護職員は機能訓練指導員にいつでも相談できる雰囲気があり、判定後に支援方法の変更があれば介護記録にも残して周知している。</p> <p><b>福祉用具を使用して利用者・職員の安全・安心に配慮している</b> 利用者の移乗介助をおこなう際、体格の大きな方などは職員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つながるとして、各階に移乗シートを置いていつでも使用できるようにしている。また、今年度移乗用ボードを購入して入浴介助で使用する予定である。利用者に応じた車いすを利用することで、安楽な姿勢保持・寝たきり予防・生活空間の拡大・身体機能の維持に取り組んでいる。</p>		

7 評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で見ることが出来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>機能訓練計画書を作成し3か月ごとにモニタリングを実施している</p> <p>機能訓練指導員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。利用者個々のフロアでの様子も観察しながら現状把握したうえで、フロアの申し送りやフロアリーダーなどを中心に2週間に1回のフロア会議に参加している。専門職としての意見を述べて、看護師・介護職員とも密に連携を図りながら、個別機能訓練計画書を作成して3か月ごとにモニタリングにて進捗状況を確認し見直している。訓練計画書は介護記録と一緒に綴じ、いつでも確認して日常生活での機能向上を目的に支援している。</p> <p>各階フロアでの指導をおこない統一した対応に努めている</p> <p>座位時の姿勢保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。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実践している。まずは利用者の様子を見守り出来る限り自立支援に徹し、日常の動作全般を生活リハビリと捉えて機能維持ができるように取り組んでいる。訪問時、立位したままの食事介助や車いす誘導時に左肘がタイヤの上で擦れている様子が見られたため、KYT訓練などを研修に取り入れ、「気づき」を学ぶことも必要と考える。</p>			
8 評価項目8 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などくみを整えている	○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>終末期の対応は家族の同意を得て実施している</p> <p>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、担当医から初見で終末期と判断された場合は、家族と協議し同意を得たうえで施設内での看取りを開始している。看取り希望の際は家族より「看取り介護同意」を得て終末期ケアをおこない、昨年度も施設で看取った方が大半を占めている。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の一連の流れを学べるようにしている。</p> <p>服薬時の手順に沿って服薬事故防止をしている</p> <p>配薬時の手順を作成し介護職員が実施する朝食後と夕食後については、7つの流れに沿って写真を添付して視覚的に分かり易く工夫している。薬ケースから1人ずつ取り出して封を切り複数ある方は名前・日付を確認しながら1つの袋にまとめる。まとめた袋をケースに戻して全員分あるかを確認する。配薬時、薬袋の名前をフルネームで読み上げ顔と名前が合っているか確認後助する、と書かれている。1つの薬袋にまとめる際には小さな容器を使って落薬や粉薬を起こさない工夫と共に、飲み込みまでの確認の追記を希望する。</p> <p>システムを活用して利用者の健康管理に努めている</p> <p>情報システムを活用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共有している。食分量・水分チェックは集計表にて1週間分が一覧でき振り返りに活用している。事務連絡で感染症予防の注意喚起も発信できるシステムであり情報が洩れなく行き渡るようにしている。また、医師の指示のもと、現在実施可能な喀痰吸引、留置力テールの管理などに加えて、経管栄養(胃ろう)と医療的ケアの必要な方の受け入れ体制作りにも努めている。</p>			

9 評価項目9 利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○非該当	
評価項目9の講評			
<p><b>利用者の身体状況に応じて就寝前更衣をおこなっている</b>          利用者の平均介護度の向上に伴い、全利用者への起床時と就寝時の更衣支援が難しくなっているが、利用者一人ひとりの身体状況に応じて可能な範囲で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、自分でできる人は電気カミソリをテーブルに常備して実施してもらっている。食事配膳前までに整髪をおこない、出来る方は居室で介助が必要な方はホッとタオルで清拭し、眼脂はコットンを使って綺麗にしている。</p> <p><b>良質な睡眠につながるよう環境づくりに努めている</b>          新たに見守りシステムを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できるようになっており、睡眠の妨げにならずに良質な睡眠が得られるよう活用している。中々寝付けない方に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。温かいお茶を提供したり横に座って話を傾聴し、照明が気になる方は居室照明を一度消してみるなど入眠出来る環境づくりに努めている。昼間に離床時間を多く取り、離床している間に利用者と職員がともに楽しめるようにレクリエーションの実施をお願いしたい。</p>			
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			
<p><b>認知症研修で学んだ知識・技術を現場で活かせるように期待する</b>          今年度10月に「認知症ケア研修」を開催して、知識・技術の向上を図っている。訪問時、昼食後に掃除するために食堂を締め切り、その間に排泄介助を実施する流れとなっているが、不穏になって動き回る方に対して「～さん座ってください」と声をかけるのみで職員は業務に集中していた。機能訓練指導員が「～さん、座ったほうがいいよ。立っていると疲れちゃうでしょ」と優しく声をかけ手引きで椅子へ座ってもらったが、その後もしばらく落ち着かない様子が続いていた。認知症研修で学んだことがチームケアで活かせるように期待したい。</p> <p><b>多くの利用者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</b>          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り2～13名が参加して楽しんでいる。定例行事では毎月の誕生日会・保育園交流会(年9回)・外出アクティビティ(6回以上)・出張売店(年4回程度)を実施している。利用者聞き取り時「リハビリの先生が外に出してくれるけど部屋の外ぐらい」「昼は食堂で過ごす」「3～4か月に1回100均に出掛けている」「ボール投げしてみたい」「体操はある」「猿回し見た」などが聞かれた。多くの方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。</p>			

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		
<p>定期的に保育園や学生などとの交流機会を設けている</p> <p>近隣の認可保育園の園児30名程度と保育士が来所して、利用者とともに合唱・折り紙・貼り絵・ミニ運動会に参加するなど、1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。今後は行事やクラブなどの様子をブログに掲載することで、より雰囲気伝えられると考える。</p> <p>施設開放を実施するなど地域に根差した施設になるよう期待したい</p> <p>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りはあるものつながりが薄かったため、今後は施設を集会場として開放することで、地域住民との交流やボランティア活動の拠点として使って貰いたい。「地域福祉の拠点となる」という理念にも通じることから、さらなる地域交流の拡大を期待したい。</p>		
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		
<p>日常の様子を定期的に家族に知らせる手段の検討をお願いしたい</p> <p>利用者の平均年齢が85.4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。相談員とケアマネジャーが常駐し、家族来訪の際には日々の様子・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、定期的な広報誌「若木ライフだより」の発行やリアルタイムでブログに掲載することなど、是非とも検討をお願いしたい。</p> <p>多くの家族に足を運んでもらえるように家族会のあり方の検討をお願いしたい</p> <p>納涼祭・敬老会・年忘れお楽しみ会が3大イベントであり、利用者・家族・職員がともに楽しめる交流機会となっており、案内状を送付して家族参加を募っている。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復刊とブログへの掲載をお願いしたい。家族会を年1回3月に開催しているが、さらに多くの家族に参加してもらえるように、行事と兼ねて開催することも1つと考える。施設運営に対して家族からの要望や意見を聞き取る機会のあり方について検討を望みたい。</p>		

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	法人は外国人も含めた資格取得のほか借入金の連帯保証にも責任を持っている	
内容①	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て、外国人に対しても3人の介護福祉士保持者を中心に育成し、受験補助も実施して講師資格保持者もいる。また、外国人学生や留学生には訪日経費として借入金を抱える方も多く、法人がその為の連帯保証もしている。今後相談員やケアマネジャー職が可能な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と感じる。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-3	利用者が食事を楽しむための工夫をしている
タイトル②	今年度選択食を実施し利用者から好評を得ている	
内容②	利用者一人ひとりの状態に合わせて、主菜が米飯・粥・粥ミキサー・パン・パン粥、副菜が普通・キザミ・みじん・ミキサーなどの食事形態を用意し提供している。また、アセスメントに「嗜好」を取り入れ、食べ物の好き嫌い・飲酒や喫煙の有無・アレルギー・趣味などを聴取して活かしている。利用者聞き取りでは8名中7名が満足と答え、「食事のリクエストは出来ないが選択食はある」「刺身とすき焼きですき焼きを選んだ」「お粥なので恵方巻は食べれなかった」「栄養士は誰だか分からない」などの意見が聞かれた。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-2-2	サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている
タイトル③	入所時には施設長はじめ専門職が継続して立会い信頼関係の構築に努めている	
内容③	入所時には継続して施設長はじめ、看護師長・統括リーダー・機能訓練指導員・生活相談員など入所に関わる専門職が立会い、自己紹介・施設の説明・疑問や要望への対応を各視点で説明し、利用者・家族の安心感と信頼関係の構築に努めている。入所開始時に暫定プランにて支援をおこない、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が多いため、家族に聞くことがあることを予め伝えて協力体制を整備している。居室には可能な範囲で馴染みの物を持ち込んでもらい、落ち着いて過ごせるように配慮している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	社会福祉法人制度改革に沿って引き続き貢献度の高い取り組みを実践している
	内容	施設長・看護師長のもとで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積み上げている。20年間の歩みは決して平坦ではなかったが、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、高齢者のみならず地域の障害者や子どもなど他事業との連携機会も増えてきており、更なる活躍と地域貢献を期待したい。
2	タイトル	介護士育成委員会を中心に新人(外国人含む)育成に取り組んでいる
	内容	チームエルダー制を導入して新人育成を実施し、担当者は互いの相性などを踏まえて選び、6か月を目処に育成に取り組んでいる。毎月開催する介護士育成委員会を中心に新人(外国人含む)育成に取り組み、外国人メンバーと介護統括と育成メンバー同士で話し合っている。最大の課題は言葉の問題であり、「外国語使用の原則禁止」を徹底している。自己チェックシート(身だしなみなど)をしてもらい、基本事項や食事介助など9項目にはルビを振って分かり易く工夫するなど、施設をあげて育成に取り組んでいる。
3	タイトル	事故防止と職員の腰痛防止のため福祉用具を積極的に活用している
	内容	利用者の移乗介助をおこなう際、体格の大きな方などは職員2人以上で対応することで事故防止に配慮している。利用者の安全・安心につながるのと同時に職員の腰痛予防にもつながるため、各階に移乗シートを配備している。また、今年度はさらに移乗用ボードを購入して入浴介助で使用する予定である。また、利用者に合った車いすを導入することで、安楽な姿勢保持・寝たきり予防・生活空間の拡大・身体機能の維持に取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	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
	内容	以前は派遣職員の増加などで一時は80%近かった人件費率が70%台後半に下がり、厨房外注化や光熱水費のコストダウンにより財務内容が改善されてきている。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至上命題であり、今後も引き続きコストダウンと人材の確保・育成が必要である。社会福祉法人の重要なミッションの一つである地域貢献の使命を果たすには財務体質の改善は必須条件であり、若木ライフが地域で一番の施設と言われるように期待したい。
2	タイトル	職員自身の支援の振り返りを研修に取り入れることを希望する
	内容	今年度5月に相談員などが講師となって「虐待防止・権利擁護研修」を開催して知識・技術の向上を図っている。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。もしも虐待被害が認められた際には、区担当部署と連携する体制を整備している。現在年1回実施している高齢者虐待発見チェックリストは「利用者が発するサイン」に気づくものであるため、今後は不適切な支援を含めて職員自身の支援を振り返る機会となるような「虐待の芽チェックシート」などの日常的な活用をお勧めしたい。
3	タイトル	5W1Hを基本に記録の充実を図るようお願いしたい
	内容	タブレットとパソコンから施設サービス計画書を閲覧でき、全員で共有して支援の統一を図っている。自立支援を目指して自分で出来ること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を兼ねてカンファレンスを開催して記録に残し、申し送りノートに変更後の要点や注意点を記載するとともに申し送り時に共有化を図っている。記録では8時半(夜勤)・16時半(日勤)を基本に看護師が時間と内容を看護記録として残しているが、5W1Hを基本として具体的な内容も記載して記録の充実を希望する。