

平成28年 4月6日

社会福祉法人清友会
【特別養護老人ホーム】やすらぎシティ東大泉
施設長 寺口 澄子 様

平成27年度福祉サービス第三者評価結果報告書の送付について

平素より、当協会の事業に対し、ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、先日確認を行って頂きました福祉サービス第三者評価結果について別添のとおり送付させていただきました。また、本報告書は、3月31日付で、本日東京都福祉サービス評価推進機構へも報告させていただきました。

評価着手から本日までの長期間、業務多忙中にもかかわらず貴園から、様々なご協力をいただき評価者と共に感謝申し上げる次第です。ありがとうございました。

皆様の期待に応えられるよう、評価の質の向上に評価者ともども取り組んでまいりますので、今後ともよろしくお願ひ申し上げます。

なお、評価費用につきましては、別途ご請求申し上げます。

最後に、皆様方の事業の発展と無事故を心よりお祈り申しあげます。大変にありがとうございました。

公益財団法人日本チャリティ協会
福祉サービス第三者評価室
160-0004 新宿区四ツ谷1-19 中沢ビル4階
事務局次長 二口 雄三郎
電話 03-3341-0803
E-Mail futakuchi@charitykyokai.or.jp

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成27年度)

2016年 3月 31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

〒 160-0004

所在地 東京都新宿区四谷1-19 中沢ビル4階

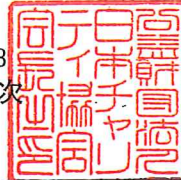
評価機関名 公益財団法人 日本チャリティ協会

認証評価機関番号

電話番号 03-3341-0803

代表者氏名 会長 高木金次

機構 03 - 075



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	伊藤 繁代	経営	H0403084
	②	根橋 圭子	福祉	H0901050
	③	前田 雅代	福祉	H0901049
	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	やすらぎシティ東大泉		指定番号	1372010684
事業所連絡先	〒	178-0063		
	所在地	東京都練馬区東大泉7-27-49		
	TEL	03-3978-5100		
事業所代表者氏名	施設長 寺口 澄子			
契約日	2016年 1月 21日			
利用者調査票配付日(実施日)	2016年 3月 1日			
利用者調査結果報告日	2016年 3月 14日			
自己評価の調査票配付日	2016年 1月 21日			
自己評価結果報告日	2016年 3月 14日			
訪問調査日	2016年 3月 16日			
評価合議日	2016年 3月 26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)	利用者調査は調査員3名で利用者49名のうち39名を対象に調査いたしました。調査にあたり利用者プライバシーに考慮して居室で聞き取り調査を実施しました。組織評価、サービス評価については訪問調査時に、より良い評価の取り組みが出来るように、読み込みの資料を用意していただきました。施設長、相談員、介護主任からの聞き取りもあわせて行い、全体の職員意識の把握に努めました。結果報告書の作成にあたり有識者の意見も取り入れて第三者性の確保に努めました。			

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、

- ① 機構が定める部分を公表することに同意します。
- ② 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- ③ 別添の理由書により、公表には同意しません。

2016年 3月 31日

事業者代表者氏名 施設長 寺口 澄子



1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1) あらゆる人に生きる夢と勇気と希望を提供する。 2) 互いの命の尊厳を尊重し、他人の幸せを願う心を持つ。 3) 何かをするのではなく、させていただく心を持つ。</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1) 職員に求めている人材像や役割</p> <p>・これからの高齢社会に、やる気と情熱を持って働ける人。人とひとのつながりを大切にしていきたいと思える人。創り上げていく喜びややりがいを分かち合える人。</p> <p>(2) 職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>・ユニットケアの理念(くらしの継続・自律支援)を基本に、自分の思いや考えでは無く、ご入居者様の視点に立って物事を考えて働いて欲しい。ご入居者様の思いや考えを受容し、共感する働き方をしてほしい。</p>

調査対象

利用者総数49名の内入院や体調不良の利用者を除いて聞き取り調査をしました。そのうち聞き取りが出来た利用者39名を対象としました。男性11名、女性28名です。86.9%が要介護度3と4で占めています。

調査方法

聞き取り調査をおこないました。ユニットごとに評価者が入り、主に居室で他の利用者に話が聞こえないように配慮しました。施設で共通した言葉を用い、わかりやすい言葉を使って聞き取り調査をおこないました。

利用者総数

49

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	39	39
0	39	39
0.0	79.6	79.6

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

総合的な感想は「大変満足」12.8%、「満足」56.5%、「ふつう」25.6%、「不満」5.1%となっています。70%の利用者は「大変満足」または「満足」と回答しており概ね良好な支援となっていることがうかがえます。「5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか」「6. 職員の接遇・態度は適切か」「7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか」「8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか」の各項目において「はい」の回答が多く、安心・快適性に関して高い評価が得られています。その他、自由記述では、「ここでずっと過ごしたい・満足している・とても良い」など良好な意見も多くありますが、「クラブ活動があればいい・買い物に出かけたい・外の空気がすいたい・遊ぶ機会があると良い」など生活の楽しみを望む意見もあります。

場面観察方式の調査結果

調査の視点：「日常生活の場面で利用者が発するサイン(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	28	9	2	0
「味が良い・美味しい」「献立も良く出来ている」など満足の意見が複数あります。その反面、「外食がしたい」「マンネリ化している」「美味しいものを食べたい」「季節のものを出してほしい」「お酒もたまには飲みたい」「味付けが濃かったり薄かったりしている」などの意見があります。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	29	5	0	5
「自分でできる・自分でやっている」の意見は複数あります。「とても親切にしてくれる」「全体的には良いが雑な人もいる」「おこると怖いけど何でもしてくれる」「呼んでも待たされることがある」「訴えることが困難なので対応が遅くなる」の意見があります。				
3. 施設の生活はくつろげるか	25	7	7	0
「話す相手がいる」「好きなことをやっている」「お茶を出す手伝いをしている」「好きなように生活出来て良い」「一日中本を読んでいる」「テレビを見たり居眠りをして自由にすごしている」「つまらないが特に不満があるわけではない」「歌ったり踊ったりできたらいいと思う」「携帯メール打ってほしい」「社会から孤立している感があり淋しい」「お酒は飲んでいない」などの意見があります。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	29	8	2	0
「聞いてくれる」「よく声をかけてくれる」「聞いてくれるわけではないが安心している」「具合が悪いときは自分から言う」「訴えれば聞いてくれる」「聞いてくれる時と聞かない時もある」などの意見があります。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	37	2	0	0
「きれいになっている」の意見は複数ありました。「自分でも掃除している」の意見も複数あります。「部屋の隅に埃がある」の意見があります。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	34	3	2	0
「言葉は丁寧で感謝している」「皆同じ、大丈夫」「自分の言葉遣いも良くないのでお互い様」「大きな声を出すことがたまにある」「言葉の使い方が良くない人もいる」「注意するとふくれる」などの意見があります。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	30	8	1	0
「具合が悪いときは家族に連絡して病院に行くようになるが人手が足りないので仕方がない」「やってくれるのは当たり前だと思う」などの意見があります。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	30	8	1	0
「いさかいは無いし事例もないがあったら職員は対応してくれると思う」の意見は複数あります。その他「皆仲良くしている」「折り合いをつけて上手に付き合う」「皆おとなしい」などの意見があります。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	25	11	3	0
「要望を言えばできる範囲で受け止めてくれる」「職員はきちんと対応してくれる。面会に来た人が感心していた」「皆優しい」「人によって違う」などの意見があります。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	29	8	2	0
「気にしていない」「知られたくないことはない」「入ったばかりでわからない」の意見のほか、「家族のことを必要以上に話しているが悪く」という意識が無いように思う」の意見があります。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	9	14	16	0
「家族が聞いている」「自分の好きなことはできている」「ケアマネと話したこともない・計画は聞いたことはない」「私の言うことは無理、できない」などの意見があります。「はい」の回答は23.1%と低くなっています。				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	9	16	14	0
「特に不満はないから聞かない」「家族が対応している」の意見があります。「はい」の回答は23.1%と低くなっています。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	24	12	3	0
<p>「人によっては聞いてくれる」「不満に思ったことや、伝えたことがない」「入ってばかりなのでわからない」の意見はそれぞれ複数あります。その他、「痛いときに手伝ってもらいたいがそうはいかない時もある」の意見があります。</p>				
14. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	8	13	18	0
<p>「相談することがない」「家族が知っているかもしれない」「入所の時に説明を受けた」「いろいろ苦情を言っても仕方がない」などの意見がありました。</p>				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 9/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(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(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○ 非該当
	◎ あり ○ なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	◎ あり ○ なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	◎ あり ○ なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) ○ 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	◎ あり ○ なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○ 非該当
	◎ あり ○ なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している ○ 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	◎ あり ○ なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている ○ 非該当
	◎ あり ○ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○ 非該当
	◎ あり ○ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○ 非該当

カテゴリー1の講評

施設の理念・方針は事務室・各ユニットに掲示しています

施設が目指していることは施設パンフレットに法人理念として「その人らしい生活と尊厳を守る介護」を掲げ、事業計画には運営方針が明記しています。また、姉妹法人で指針として活用している「やすらぎ福祉道」をベースに施設像、施設職員の姿勢についても明記しています。家族には入所契約時に施設長が説明をおこなっています。理念は事務室、各ユニットに掲示しています。

施設長はガイダンスをおこない職員の意識を把握して支援に活かしています

施設が目指している理念、基本方針については採用時に施設長が法人理念、サービス規程、職員組織図をもとに職務分掌表で職員一人ひとりにチームワークでの仕事のやり方についてのガイダンスをおこない理解を深めています。また、昼礼時、全体会議・リーダー会議でも伝えられています。また、福祉現場で最も重要としている利用者へのサービスのあり方について「資格だけで仕事するのではなく、心で仕事をするように」と日々事ある毎に職員に伝えて支援に活かしています。

重要な案件は手順に従って決定しています

重要な意思決定や判断に迷ったときは、常に掲示してある理念・方針に職員は立ち返るようにしています。また、施設長は意識して職員が思い起こすことができる様に話をして職員のモチベーションを高める努力をしています。決定事項はユニット会議、リーダー会議、全体会議（各ユニットリーダー・看護主任・生活相談員・管理栄養士・介護支援専門員・施設長）で決定しています。

カテゴリ-2		
2 経営における社会的責任		
サブカテゴリ-1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	<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)などの理解が深まるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー2の講評

職員の行動規範は「やすらぎ福祉道」にうらづけされています

福祉サービスに従事する者として守るべき法、規範、倫理については、施設長が職員採用時に法令遵守について、就業規則、倫理規定、事業計画等をテキストにして指導しています。また、福祉の現場のあり方も常に伝えています。今後、理解が深まる取組みを職員自ら学んでいく仕組みをリーダー及びスタッフで考えていくようにしています。

第三者評価・介護サービス情報の公表で施設の透明性を高めています

開設が平成26年12月のため初めての第三者評価受審でした。「東京都福祉ナビゲーション」で第三者評価・利用者調査結果の公表を予定しています。また、介護サービス情報の公表で施設におけるサービスの提供についても開示しています。玄関に施設パンフレットを置き地域住民、施設見学者に対応しています。必要に応じて郵送もおこなっています。また、居宅介護支援事業所、高齢者相談センター(地域包括支援センター)にも配布して施設の理解に努めています。施設には地域交流スペースがありボランティアや地域住民に開放しています。

ボランティアの受入れ時に「ボランティアのしおり」で留意事項を説明しています

ボランティア活動は地域との交流、社会活動参加、余暇活動の支援をおこなうことで利用者の生活に潤いと人間関係の広がりやふれあいができ高齢者への理解を深めるものとなっています。ボランティア希望者はボランティアカードに登録しています。ボランティア保険はボランティア地域福祉センターで受け付けていることを紹介しています。ボランティア受け入れマニュアルに沿って、受け入れ担当者を決めて「ボランティアのしおり」で受け入れ時にボランティアとしての留意事項を説明しています。

カテゴリ-3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ-1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<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. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している		評点(〇〇●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-3の講評		
<p>苦情・要望に関しては迅速に対応しています</p> <p>利用者には入所時に交わす重要事項説明書で説明をしています。苦情受付担当者、苦情解決責任者、外部の相談窓口を明記しています。利用者一人ひとりの意見、要望、苦情は相談を受けた後、ユニットリーダーや介護支援専門員、相談員を中心に解決に対応しています。</p> <p>利用者アンケートで意向の把握をおこなっています</p> <p>「みなさまの声をお聞かせください」という見出しで利用者アンケートを実施し、利用者の意向を確認しています。アンケートの内容は1、職員姿勢に関すること、2、居室等施設全体の環境に関すること、3、施設での生活に関すること、4、施設サービスに関することでした。このアンケートの結果をサービス向上に繋げていないとしますが、項目別に整理して再度綿密な計画を作成して利用者アンケートに臨むことが必要かと思われます。</p> <p>収集した情報の整理・分析が待たれます</p> <p>福祉事業全体の動向は施設長が連絡協議会等へ参加して情報を得ています。施設としては今後のあり方について参考になるように得た情報を整理・分析してサービスに活用することが待たれます。</p>		

カテゴリ-4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ-1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 11/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 年度単位の計画を策定している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○ 非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		評点(0000)
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○ 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(0000)
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○ 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(○○○●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-4の講評

取り組み機関に応じた課題・計画をおこなっています

当施設は平成26年12月開設されました。利用者受入れ、職員教育に充実を図ってきました。事業計画は本部のひな型に沿って計画し、策定しています。単年度ではありますが本年度重点目標として1、職員教育の充実、2、情報の共有化、3、業務の効率化、4、満床へ向けての取組み等が明記されています。行事等に関してはそれぞれの担当職員が計画から実行まで責任をもっておこなっています。

サービスの現状を踏まえて目標設定をおこなっています

年度単位の事業計画策定にあたっては各委員会、各職種、利用者の要望、サービスの現状を踏まえて各職種で目標設定をおこなっています。現場の意向も反映できるように会議には各職種が参加して合議のうえ作成しています。計画は想定されるリスクを踏まえて実現可能な範囲で目標設定をおこなっています。

利用者の安全確保は各種委員会で守られています

利用者の安全確保の体制は看護師が中心となって衛生管理委員会(感染症予防対策、職員及び施設内の衛生管理及び感染症予防対策について)、防火管理委員会(消防訓練の計画及び実施消防設備と危険物点検、緊急連絡網訓練の実施)について等が計画されています。月1回災害、防災のビデオを見て災害・防災の意識を高めています。ユニットごとに非常口への誘導などの訓練をおこなっています。地域との防災協定も結び利用者の安全が守られています。

カテゴリー5

5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー1(5-1)

事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

6/8

評価項目1

事業所にとって必要な人材構成にしている

評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

職員の質の向上に取り組んでいる

評点(000●●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2(5-2)

職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

4/7

評価項目1

職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる

評点(0●●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(○○○●)

評価	標準項目	
○ あり ● なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ5の講評

施設が必要とする人材の構成にしています

法人理念に沿って職員採用をおこなっています。採用にあたっては施設長・サービス統括責任者で面接にあたっています。施設の理念や方針、施設が求めている能力の有することに合致している人材を採用しています。職員配置は職員の適正を考慮して決定しています。ユニット間の異動も行っています。職員の意向や能力を判断して適材適所に必要とする人材の構成にしています。

施設は職員一人ひとりの質の向上に努めています

採用時の面接・ガイダンスで把握した職員の現状によって研修計画を策定しています。全体研修4回、内部研修15回、外部研修6回が計画されています。研修成果については研修報告書の提出と、内容によっては会議等で発表すると共に資料回覧で情報の共有化に努めています。

職員が研修に取り組める体制を整えています

施設では職員の意向のもとに、仕事に必要な知識の習得・資格取得のために研修に参加しやすいように研修日、実習日はシフトを組みなおして出席できるようにしています。ユニットリーダー研修日、介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉士資格試験日・介護支援専門員更新研修日は出勤扱いとしています。また、研修費・受講費・交通費、また、何かの事故により帰宅困難な場合は宿泊費を全額支給しています。職員がやる気と働き甲斐の向上のための研修に取り組める体制を整えています。

カテゴリー8

8 カテゴリー1～7に関する活動成果

サブカテゴリー1(8-1)

前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」
 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」
 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

現状を踏まえた計画を作成しましたが実行までに至っていません

サービスの現状を踏まえて計画は作成していますが、開所してから職員の動きや、利用者の定員われなどもあり、計画を着実に実施することができず現在に至っています。そのため、具体的な成果として現れていません。次年度は今年度の反省を踏まえて「着実な実行」に取り組む予定です。

サブカテゴリー2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

各種研修計画は作成されていますが成果としては現れていません

研修計画は作成されていますが、研修の参加が上層部に偏っています。全体研修も計画され事業計画に記載していますが、研修が必要な職員の参加等が不足したため成果としては未だ現れていません。具体的な成果として現れていません。今後の職員の情報の共有と共に「組織の能力向上」について再度検討課題となりました。

サブカテゴリー3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」
 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者中心の生活を大切にされた支援をおこなっています

利用者入居時には面接をおこない、詳細な生活リズムを聴き取り、利用者一人ひとりの個性を大切に、その人らしく生活できるように支援がおこなわれています。居室は10人単位のユニットからできており、それぞれのユニットで特色ある支援がおこなわれています。入所して日の浅い利用者もいるので職員は利用者の負担にならないように見守りを行なう等施設生活・人間関係になれる支援をおこなっています。職員は各ユニットごと情報の交換をしながら情報の共有に努めています。

サブカテゴリ4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

空床ベットを満床ベットにする取り組みをおこないました

開所当時から満床にならず、今年度の重点目標の一つに「満床に向けての取り組み」が挙げられています。入居者募集のポスターを貼るなどして平成27年12月から平成28年1月になってやっと満床にこぎつけました。今後も利用者にとって住みやすい環境を整えながら施設サービスの充実を図る計画でいます。誰もが入所したいと思う施設作りを利用者へのサービスを通じて実施する計画でいます。

サブカテゴリ5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

アンケート調査をし利用者の意向を把握しました

利用者・家族宛のアンケートをおこない内容を精査して改善にいかしました。アンケートにはいろいろな意見が出て施設としての改善点が見えてきました。改善することにより利用者・家族から喜ばれました。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○ 非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>パンフレットは施設内の写真や概要を掲載して高齢者相談センター等に配布しています</p> <p>事業所の情報提供としてホームページとパンフレットを作成しています。パンフレットは法人理念や外観の様子、居室、ユニットキッチン、個浴室など施設内を写真で紹介しています。パンフレットには「10名を生活単位として家庭的な雰囲気の中で、和やかで笑顔の絶えない毎日を目指し、その人らしさを大切にまいります」と、記載してユニットケアのサービス提供を利用希望者等にわかりやすく説明しています。このパンフレットは、居宅介護支援事業所や高齢者相談センターに配布しています。</p> <p>行政に毎月の利用状況を報告しています</p> <p>行政に毎月入所・退所の情報を提供しています。また、行政のホームページに掲載する施設情報を提供しています。その他、地域の高齢者相談センターや居宅介護支援センター等からの空き情報等利用状況の問い合わせに応じています。平成26年12月開所して1年を経過した施設です。昨年初回の「介護サービス情報の公表制度」において施設情報を公表しています。</p> <p>見学はショートステイフロアの空いている居室や浴室等を案内しています</p> <p>電話での問い合わせもあり希望者にはパンフレットを送付しています。また、見学は随時受け付けています。より具体的に詳しく見学希望がある場合は日時を設定して、施設長や、生活相談員、介護支援専門員等で施設内を説明して案内しています。ショートステイフロアで空いている居室や共同生活スペース、浴室等を案内しています。来訪者は玄関受付で時間や名前などを記載して来訪者カードに集約して見学者を把握しています。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○ 非該当

評価項目2

サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている

評点(〇〇〇)

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

サブカテゴリ-2の講評

急変時の対応の意思の確認や入所時リスク説明などは特に丁寧に説明しています

入居時に緊急時の連絡が取れる家族等の電話番号や、急変時の治療に対する希望等の説明、居住費や食費、外泊時費用等を重要事項説明書に沿って生活相談員と介護支援専門員が説明して同意を得ています。その他、転倒などによる骨折や外傷の恐れ、皮膚剥離や皮下出血が来やすい状態であること、嚥下能力の低下による危険性などリスク項目に関しては施設長と看護師により丁寧に説明して理解を得ています。ユニットケアは暮らしの継続で家族あつてのケアだと考えているため、忙しいとは思いますが施設に足を運んでほしいことを合わせて伝えていきます。

家族アンケートや面談により意向や利用者状況を「新規・利用者情報」に記載しています

サービス開始時の面談により、本人と家族の意向や日常生活動作・認知機能、生活歴、医療情報などを詳細に「新規・利用者情報」に記載しています。その他、長年築いてきた馴染みの暮らし方を知ることで、可能な限りいつもと変わらない入所前の生活が継続できる様に支援するため、利用者・家族へアンケートを依頼しています。食事の習慣や飲酒・喫煙の習慣、健康法、おしゃべり・色の好み等の項目毎に習慣や好みを記載しています。また、1日の生活の様子は時系列で記載することで利用者の暮らし方を把握して生活の継続性を大切にしています。

入所時は利用者が好む話題で声をかけることや好物の提供等で不安を軽減しています

利用開始時は家族アンケートや面談で得た情報をもとに暫定の施設サービス計画書を作成して支援しています。他の利用者に紹介するとともに利用者の状況を良く見ながら興味のある話題で声をかけるなどの対応をしています。その状況は入居者申し送り職員に周知し共有しています。また、不安で落ち着かない利用者には家族から事前に得た情報で好きな食べ物や飲み物を提供して様子を見ることもあります。利用者の状況に応じて入所時の不安を軽減した支援となるようにしています。

サブカテゴリ-3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリ毎の標準項目実施状況

10/10

評価項目1

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

評点(〇〇〇)

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

評価項目2

利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○ 非該当

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

評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○ 非該当

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

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

サブカテゴリー3の講評

施設サービス計画は日々の支援から得た情報等をもとに多職種が関わって作成しています

施設サービス計画書は介護職、生活相談員、看護師、栄養士など多職種が関わった詳細なアセスメントにより介護支援専門員が作成しています。利用者の意向と家族の意向を把握して短期目標、長期目標を定めています。利用者から意向を言葉として聞き取れない状態であっても家族からの情報や、日々の支援の中から利用者の思いを引き出し支援計画に反映しています。見直しは6ヶ月に1回おこなうほか状況の変化時や要介護度変更等必要に応じておこなっています。週間サービス計画表は1日の支援内容を時系列で示して週間の支援内容をわかり易くしています。

具体的な支援内容は個人チェック表やケア記録に記載しています

利用者の身体状況や生活環境、医療情報は「利用者情報」に詳細に記載しています。日々の排泄状況や、食事・服薬、バイタル測定結果、入浴日などを「個人チェック表」に記載しています。この日々のチェック表は1ヶ月間記載となっているため月毎の状況が一目でわかるようになっています。その他、利用者毎の状況は「ケア記録」に記載して、利用者の状況がわかるようになっています。

屋礼記録や申し送りノート等で情報を共有して支援しています

屋礼は施設長、生活相談員、介護支援専門員、看護主任、管理栄養士、各フロア介護職員で毎日おこなっています。施設全体の連絡事項や日程、利用者状況、引き継ぎ事項などの打ち合わせや確認等おこなって屋礼記録に記載しています。屋礼の内容は介護職員がユニット職員に申し送りをして施設全体の情報を共有化しています。日勤から夜勤、夜勤から日勤への利用者の状況は申し送りで引き継ぎ支援内容や様子を個人チェック表や申し送りノートに記載しています。また、介護システムへの記録もおこなっています。

サブカテゴリー5

5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/7
---	--------------------	-------------------	-----

評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)
------------------------------	--	---------

評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 非該当

<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(0000)</p>	
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. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等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、組織的に予防・再発防止を徹底している <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている <input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ5の講評	
<p>郵便物などの取り扱い等は利用者、家族と事前に話し合っていて決めています</p> <p>契約時に個人情報の利用目的を説明して同意書で同意を得ています。その他、ホームページなどへ利用者の生活状況等掲載する場合は利用者・家族の同意を得ておこなっています。居室へ入る時はノックと声をかけて入室を伝えています。また、郵便物や個人あての文書などの取扱いは事前に利用者や家族と話し合っていて決めています。その他、排泄や入浴など羞恥心の伴う支援は、ドアを閉めて外から声をかけたり、タオルで覆うなど利用者の状況や意向に配慮して支援しています。</p> <p>ユニット会議で職員の言動などについて話し合い振り返りをおこなっています</p> <p>無意識で発した職員の言葉や態度について利用者から意見を聞くこともあります。生活相談員や介護支援専門員、ユニットリーダー等がその状況に応じて直接事実を確認して職員には支援を振り返り改善へ向けた支援となるように話しています。ユニット会議において職員間で情報を共有して振り返りをおこなって不適切だと思われる言動や態度について必要に応じて検討しています。更に、日々の支援を職員一人ひとりが振り返ることを意識的におこなう機会が必要かと思われれます。</p> <p>家族アンケート等により入居前の生活状況を詳細に把握して支援に活かしています</p> <p>入居前の自宅での生活と入居後の生活が継続するように、入居時に詳細な項目の家族アンケートにより把握して、一人ひとりの個性と生活リズムに合わせた「個別ケア」の支援を大切にしています。利用者自身の契約により新聞をとることや飲酒等これまで自宅でおこなっていたことを引き続きおこなっている利用者もいます。利用者が職員に要望などを言い易い関係を築きながら利用者のそばで、利用者の思いや声を聴いています。これまでの生活習慣や意向を把握して生活の継続となる支援を目指しています。</p>	
サブカテゴリ6	
6	<p>事業所業務の標準化</p> <p style="text-align: right;">サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/11</p>
<p>評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている</p> <p style="text-align: right;">評点(000)</p>	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している <input type="radio"/> 非該当
<p>評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている</p> <p style="text-align: right;">評点(000)</p>	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる <input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○ 非該当

サブカテゴリ6の講評

各種マニュアルはユニットごとに置いて必要時に活用しています

言葉遣いや接遇、食事、入浴、事故防止、看取りなど支援に必要な多くのマニュアルを作成しています。また、業務の向上にむけた取り組みとして事故防止検討会や身体拘束・虐待防止委員会、品質向上委員会などの委員会を設けています。各委員会は開所1年3ヶ月で完全実施には至っていませんが、作成しているマニュアルはファイルで整理され各ユニットに置いて必要時に活用しています。

会議において職員の意見や工夫、提案を検討して実践しています

居場所を探して落ち着かない利用者に対してテーブルを前に置いてみました。そのテーブルを動かすとテーブルに沿って移動することが解りました。利用者の状況を見て職員間で検討して様々な方法を試みて利用者にあった落ち着ける環境を設定することが出来ました。支援手順や対応等の変更時は会議や申し送りノートで共通認識を図っています。

利用者の状況に応じて2人介助などで安全な支援となるようにしています

介護の基本は「安全」「安心」「安楽」であることを、昼礼やユニット会議において常に周知して利用者が安心出来る支援を目指しています。また、事故防止検討委員会を設置して事故防止や安全対策について検討することとしています。移乗や入浴などで安全を確保するため2人介助でおこなうこともあります。利用者のその日の体調等に配慮して入浴日の変更や支援方法の変更などを職員間で検討して安全な支援となるようにしています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
		43/43	
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
◎ あり ○ なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている		○ 非該当
評価項目1の講評			
<p>施設サービス計画に基づいて利用者の意向にそった支援を心掛けています</p> <p>入居時に、利用者や家族から聞き取った施設生活をする上での希望や要望を基に作成している施設サービス計画にそって支援を実施しています。利用者の希望や要望を達成するための課題を分析し、解決するためにすべきことを長期目標、短期目標を設定して、支援内容を決定しています。施設サービス計画書は各ユニットに置かれているので職員は常に確認をしながら支援をしています。施設サービス計画は半年に1回評価をして必要によっては見直しをして目標通りに支援が実施されているかの確認をしています。</p> <p>入居前の生活が継続されるよう環境を整えています</p> <p>入所前の利用者の生活の様子を時系列で24時間記入してもらい、1日の生活のリズムを把握してから支援の開始をしています。朝起きてから、食事の時間、食事の時の様子、間食の時間、日中の過ごし方、就寝の時間迄の利用者の大まかな生活習慣を把握する事で、今までの生活を継続した支援となるようにしています。自宅で使い慣れた家具や、仏壇、読書の好きな利用者は書籍や机を持ち込んで自宅と同じような環境にして落ち着いた生活が出来る様になっています。</p> <p>介護支援専門員を中心に多職種が連携して利用者の状況把握に努めています</p> <p>介護支援専門員は各ユニット会議、ユニットリーダー会議、全体会議等に参加し、介護職員や看護師、管理栄養士等の意見を聞いて、利用者の支援が施設サービス計画通りにおこなわれているか、支援に当たって課題は無いかの把握に努めています。施設サービス計画の見直しの際もサービス担当者会議を主催し夫々の専門的な立場からの意見を聞き支援計画の評価、見直し利用者にとって最適な支援となるよう努めています。</p>			
2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
◎ あり ○ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている		○ 非該当

評価項目2の講評

利用者が出来る限り自分で食事をする事が出来る様職員は工夫をしています

利用者の自立を支援する事を目的に、自分で食事をする事の出来る利用者には職員は見守りをするようにしています。生活レベルの落ちてきている利用者には、姿勢を保つ補助として椅子と背中間にクッションやタオルなどで矯正し、テーブルや椅子は高さ調節が出来るものを使い適切な姿勢で食事が出来る様工夫をしています。利用者によっては介助皿や介助用のスプーンを使用して自分で食事が出来る様にしています。

個別の栄養ケア計画を作成し利用者の健康管理にあたっています

利用者の栄養管理は管理栄養士が中心におこなっています。日々の利用者の様子や食事の摂取量のチェック表などを見て、栄養状態の把握に努めています。毎月利用者の体重測定を実施して栄養状態を把握しています。食事の摂取量が少ない場合や、体重の減少が見られる場合は食事の形態を変える等の対応をしています。各ユニットや調理室には利用者食事形態表を置き適切な食事が提供されるようにしています。

利用者一人ひとりの状況に合わせて食事を提供しています

栄養ケア計画を作成する時は利用者一人ひとりのアセスメントをして利用者の状況を把握し計画の見直しをしています。嚥下能力の低下している利用者には、軟菜、刻み、極刻み食等の食形態に変更し、低栄養状態になっている利用者には食事形態を変えと共に栄養補助食品を提供しています。食事の量が少ない利用者には補助食品は栄養士の指示の下で後で渡すなどの工夫をしています。利用者の嗜好品等は家族が用意しています。家族が出来ない場合は職員が用意する等、利用者一人ひとりの要望に合わせて対応しています。

3 評価項目3

利用者が食事を楽しむための工夫をしている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる	○ 非該当
◎ あり ○ なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○ 非該当

評価項目3の講評

利用者の希望にそった食事の提供を心掛けています

管理栄養士が主体になり、嗜好調査を実施しています。毎日の食事に対する満足度、ご飯・お粥の炊き具合や量、おかずの味つけについて等の他に好きな飲み物、好きなメニュー等を利用者から聞き取り献立に反映しています。又、利用者の食事の摂取量や残菜などから利用者の好みを把握する等の努力をしているので、利用者アンケートでは「美味しい」「良く考えて作っている」と言う回答が多くあります。現在朝食はご飯かパンの選択が出来ますが、施設では主食の他にも主菜等も選択食にすることも考えています。

食事の時間は利用者の希望に応じて一定の時間内で対応しています

食事の時間は利用者一人ひとりのペースに合わせて声掛けをしています。朝起きられない利用者などには2時間以内あれば提供するようになっています。ご飯と味噌汁は各ユニットで職員が作るので、温かいものを食べる事が出来ています。主菜、副菜は厨房から温冷庫で運ばれ、温かい主菜・副菜、冷たいデザートが適温で食べられるようになっています。

利用者が楽しく食事が出来る様支援をしています

食事の席は決まっていますが、その日の利用者の気分で違う席に座ることもあります。利用者の意思を尊重して対応しています。食事風景は各ユニットさまざまにランチョンマットを敷いたり、ランチョンマットの上に滑り止めのレース模様のマットを敷いて利便性と装飾性を兼ねたものを使う等の工夫をしているユニットもあります。何も敷かずに配膳しているユニットもあります。ランチョンマットを敷くだけでも食卓が明るい印象を受けました。ひな祭りやクリスマス等の行事の時は特別に行事食が提供されるので利用者は楽しみにしています。

4 評価項目4 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○ 非該当

評価項目4の講評

入浴は利用者の意向を尊重して支援しています

入浴は利用者の意思を尊重して誘導しています。入浴は週2回ですが、入浴の時間帯は利用者の希望を尊重して実施しています。自立度の高い利用者は一人ひとり入浴する個浴を使い、出来るだけ自分で体を洗ってもらい、出来ないところを援助するようにしています。介助を必要とする利用者には職員が1対1で支援をしています。介護度の高い利用者には職員が2名で対応して安全の確保をし、安心して入浴する事が出来る様にしています。

入浴を拒否する利用者にはいろいろな工夫をして実施しています

入浴を拒否する利用者には、時間を替えて誘導したり、声掛けをする職員を変える等の工夫をしています。又、入浴日を変えて対応し、最終的には清拭、足浴に変更する等無理強いをすることの無いよう利用者の意向を大事にした、臨機応変な対応をしています。

入浴が楽しくなるよう工夫をしています

施設のお風呂はユニットバスではありますが、家庭的で清掃も行き届いて快適な空間になっています。浴室には滑り止めマット、介護用チェアー、補助バーなどを設置して、浴室での安全を確保しています。利用者が浴槽でくつろげるよう個浴を基本としています。季節に合わせてゆず湯や菖蒲湯にして利用者が入浴を楽しむことが出来る様工夫をしています。

5 評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	○ 非該当
◎ あり ○ なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	○ 非該当

評価項目5の講評

利用者一人ひとりに応じた、自然な排泄に心掛けています

日中の排泄は出来る限りトイレでする様に、利用者一人ひとりの排泄表の中から排泄の時間を見計らって誘導しています。自分で排泄が出来る利用者にはトイレの外で見守り、介助の必要な利用者はトイレの中に入って声掛けをしながら支援をしています。歩行が困難な利用者は、転倒などのリスクを考慮して、夜間は室内にポータブルトイレを設置して排泄をしています。寝たきりの利用者にはオムツを使用していますが、利用者一人ひとりの排泄の時間を把握して交換をするようにしています。

トイレ誘導やオムツ交換等の支援技術の向上に取り組んでいます

トイレの誘導やオムツ交換の際は他の利用者に気付かれないよう、小声で声掛けをして利用者の羞恥心に配慮するように会議などで職員に徹底しています。車椅子から便座に移乗する際の方法や、オムツ交換の方法などは先輩職員の指導で内部研修をする等支援技術の向上に努めていますが、なかなか統一した支援が出来ていない事が課題になっています。おむつ業者が来て適切なオムツの当て方などの研修はしていますが、まだ出来ていないところがあると施設では考えています。今後も業者による研修は続けて支援技術が向上するよう取り組む予定でいます。

トイレやポータブルトイレの清掃は職員が定期的にして衛生管理をしています

トイレは職員が交代で定期的な清掃をして常に清潔な状態にしています。おむつなどは他の人の目に触れないように収納することにしてありますが、職員間で整然と収納することが課題になっています。ポータブルトイレは職員が朝と夕方に清掃し、居室内の衛生管理にあたっています。各居室には換気扇が設置されているのでおむつ交換時やポータブルトイレを使用した時の室内の換気が出来ています。

6 評価項目6

移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	○ 非該当

評価項目6の講評

利用者が出来るだけ自力で移動が出来る様支援をしています

入所時のアセスメントで把握した利用者の生活レベルを基に、残存機能を出来るだけ維持し自分の意志で自力で移動が出来る様支援をしています。日中の活動の中に午前と午後に体操の時間を取り入れて職員と一緒にしています。歩行が困難な利用者には1日1回は歩くことを目的に食事の時間以外にも職員が誘導しながらユニット内を歩くようにして歩行能力の維持に努めています。車椅子を利用する場合は自操式の物を使用し、利用者が自力で移動出来る様にして機能維持に努めています。

利用者の移乗や移動には安全管理を十分にして実施しています

利用者の状況に合わせて福祉用具を用意して安全に利用者が生活できる環境を整えています。自力で起床できる利用者には身長に合わせて低床ベットを用意して転倒の予防をしています。床にマットコールを敷いて転倒した時や離床したことが職員に分かるようにし、対応がスムーズに出来る様にしています。車椅子やベットからの移乗の際は利用者によっては職員が二人介助を行い、利用者の安全を確保すると共に、不安を与えないような支援方法に努めています。

福祉用具の点検は職員が定期的におこない利用者が快適に使用できるようにしています

車椅子の点検は職員が定期的におこなっています。タイヤの状態やストッパーの掛かり具合など異常が無いかを見て、必要によっては業者に連絡をして修理をしています。同時に清掃も行い利用者が安全に且つ快適に車椅子を利用できるよう努めています。ベットに敷いている起床センサーやマットコール等も清掃をして清潔なものを使用出来る様にしています。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目7の講評

利用者の身体機能に合わせて支援の中に機能維持のプログラムを取り入れています

施設サービス計画を作成する際に、医師や看護師、栄養士の意見も取り入れて、利用者の身体機能に合わせて機能維持のプログラムを取り入れています。職員も含めて利用者全員で午前と午後に体操をして体を動かすようにして体力の維持を図っています。車椅子の利用者には1日1回は車椅子から降りて職員が付いて杖歩行をする利用者もいます。他の利用者も1日に1回はユニット内を歩く様支援をして歩行能力の維持を図っています。リハビリを希望する利用者には個別対応で自費で外部から来てもらい施術を受けることも出来ます。

日常生活の中で利用者が出来る事を設定して生活レベルの維持に努めています

日常リハビリの設定は各ユニット毎で違いますが、食事の盛り付けや配膳を手伝う、おやつを職員と共に作る、献立を考える等、日常生活の中で利用者が出来る事を考えて、声掛けをしています。食事の時には居室から自力で移動するよう声掛けをしています。衣類の着脱、入浴、排せつなども自分で出来る事は自分でする様に見守りし、必要に応じて支援をする等、やりすぎない介護を基本にして生活レベルの維持と向上に努めています。利用者の状況は毎日の昼礼で報告され情報の共有をしています。

利用者にあわせた福祉用具の点検整備をしています

利用者が日常過ごしている食堂などの共有スペースは整理整頓が行き届いて、利用者が移動する際に危険なものや危険な個所が無いよう配慮されています。食堂のテーブルも高さ調節が出来るので、利用者の体型に合わせて調節をしています。ベットも利用者の状況に合わせて低床ベットにする等、職員間で話しあい利用者の意向を確認して使用するようになっています。

8 評価項目8

利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目8の講評

医療との連携が充実していて利用者の健康管理にあたっています

嘱託医の検診は毎週1回行われ、利用者全員の様子を診ています。精神科医も月に2回来所し必要に応じて検診をおこなっています。看護師も日中は常駐し利用者の健康管理にあたり、夜間の利用者の体調変化にはオンコールで対応し担当職員に指示を出しています。利用者の体調に急な変化が起きた場合は、提携病院に搬送することが出来、医療体制は充実しています。口腔ケアも健康管理の重要な事として、歯磨きを朝晩するよう支援をしています。嚥下体操も日課に取り入れています。週に1回歯科医の検診もあり希望者は受診することも出来ます。

看護師が中心になって服薬管理をしています

利用者への服薬は看護師が中心になりおこなっています。看護師はユニット毎の利用者別に分包された薬を箱に入れ、各ユニットの担当職員に渡します。担当職員は利用者の名前と分包されている袋の名前を確認します。与薬の時に再度、袋の名前と利用者の名前を二人体制で確認し、利用者へ渡します。飲み終わったことを確認し、空袋の中も確認をしたうえで箱に戻し看護師に戻しています。二重三重のチェック体制で誤薬の防止に努めています。

利用者の最後までここで過ごしたいと言う気持ちに応じて看取り介護を実施しています

入居時に利用者や家族に看取り介護の説明をし、希望がある場合は同意を得ています。施設としては看護師を始め嘱託医と連携して支援をおこないますが、職員には看取り介護に対する支援方法を周知徹底すると同時にユニット会議で利用者の状況を共有して、全身体制でおこなうようにしています。職員の看取り介護に対する精神的なケアは嘱託医の協力を得て実施しています。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目9の講評

利用者の生活のリズムを大切にしておのらしい生活が継続されるよう支援をしています

入所時のアセスメントで聞き出した、利用者の入所前の生活のリズムを大切に、継続出来る様支援をしています。朝起きる時間から着替え、洗顔、朝食をとる等、利用者一人ひとりの生活のリズムに合わせて無理強いしない誘導をおこない、以前の生活が継続されて精神的に安定した状態になるように職員が連携をしています。精神面で不安定な利用者には、その人が落ち付く場所を一緒に探し、安定した状態になった場所に好きな絵を描く道具を用意する等利用者の気持ちを理解し、適切な支援が出来ている場面もありました。

就寝時間は特に定めず利用者のペースに合わせた対応をしています

就寝時間は決まっていますが、布団に入っても寝付けない利用者には声掛けをしたり、採光を落として静かな環境にする等の対応をしています。どうしても眠れない場合は、食堂でテレビを観ることも出来、職員が傍で見守りをしています。眠りたいのに眠れない利用者には医師と相談をして睡眠導入剤を処方する事もあります。利用者の気持ちを大切に支援を実施しています。

10 評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○ 非該当

評価項目10の講評

利用者の趣味嗜好を把握し、希望にそった生活環境になるようにしています

利用者の趣味や嗜好は利用者アンケートや入所時のアセスメントで聞き取り、希望にそった環境になる様支援体制を取っています。ビールの好きな利用者には医師と相談をして、おやつ時間にビールを提供しています。新聞を読むことが好きな利用者は個人的に新聞を取っています。読書の好きな利用者は自宅で使用していた机を居室に持ち込んで、沢山の書物を並べ気に入った環境を作り楽しんでます。

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ます

午前中と午後の2回ラジオ体操を全員でおこない、リフレッシュの時間を作っています。ユニット単位では初詣や近くの川にお花見に行ったり、カラオケをしたり、ゲームをする等利用者が楽しめる工夫をしています。「カラオケの機器を買ったようだが使ったことが無い」と言う利用者もいるので、持ち回りで使用し5ユニットで共有すると良いかもしれません。個別には散歩を兼ねて近くの店舗に買い物に行ったり、施設内の散歩をしたり、碁を打ったりと自由な時間はゆったりと過ごすようにしています。

利用者一人ひとりの特性を考慮して支援をしています

利用者一人ひとりの生活歴を考慮して、その人に合った支援をするよう心掛けています。利用者の今までの生活の中で一番輝いていた時期の思い出を家族から聞き出して、穏やかに過ごす時間を提供しています。精神的に不安定な利用者には、その人が落ち着いていることが出来る場所を見つけて提供し、好きな事に集中出来る様配慮をしています。室内を歩き回って何かを話している利用者には、職員が共に歩いて他の利用者に迷惑が掛からないようにする等、忙しい中でも利用者丁寧に丁寧に対応する職員もいます。

11 評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者が地域の一員として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○ 非該当

評価項目11の講評

生活リハビリの一環で外出支援を取り入れています

歩行機能の維持を目的に外出支援を施設サービス計画の中に取り入れ、散歩や買い物等の支援をおこなっています。散歩は施設の庭を歩く程度ではありますが、外部の人と接することが出来ます。近くの店舗に散歩を兼ねて買い物に行き好きなものを買う等、反日常的な生活をする事で気分を変えることが出来ます。季節ごとの行事で、お正月は神社に初もうでに行き、春は近くの川にお花見に行く等の外出をしています。少人数のユニット型の施設の利点を生かして定期的に散歩をするようにし、利用者の歩行機能の維持に努める事を期待します。

地域のボランティアを受け入れ利用者と関わる機会を作っています

地域の住民が参加する行事などは今のところありませんが、地域のボランティアが来て住民と触れ合う機会を作っています。ボランティアでハワイアンダンスやギターの演奏会等があり、利用者は楽しい時間を過ごしました。近隣の住民から沢山の油絵の寄贈があり、施設の所々に飾ることが出来き、施設全体がミニギャラリーのようなので、心を和ませてくれます。ひな祭りの時は、近くの人がお雛様の寄贈と飾り付けまでしてくれました。少しずつではありますが地域に根付いた施設になっています。

利用者が利用できる地域情報を収集して積極的に参加する機会を作っています

職員が卒業した近隣の中学校から、定期演奏会の招待があり、利用者が参加しました。春にはに校庭に咲く桜を休校日なら見にきてもいいと言う了解を得て、お花見をすることができました。今回は施設の職員からの情報で、今後も地域の資源を利用して、外出する機会を作ることを検討しています。

12 評価項目12

施設と家族との交流・連携を図っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している	○ 非該当

評価項目12の講評

家族との連携を密にして利用者の支援をする事を考えています

現在は家族との連絡は施設サービス計画書の更新の時に施設に来てもらい説明をしています。その際は利用者と一緒に過ごす時間を作っています。家族の希望があれば、時間のある時は施設に来て利用者の介助をしてもらっています。家族が自然に職員と親しくなり、気軽に相談が出来る関係になっています。施設では利用者家族に意識して電話連絡を取ったり、利用者の相談に応じています。

家族の要望や、相談には随時応じる体制にしています

今年度は家族アンケートを実施して、家族の要望や意見を聞く機会を作りました。利用者との面会も希望があれば場所を提供してゆっくり過ごすことが出来る環境を作っています。家族からの相談にも、日時を設定して介護支援専門員、相談員が対応しています。玄関にはアンケート箱を設置して、傍に記入するメモを置き気軽に投函できるようにしています。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-3-4	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
タイトル①	「ほう(報告)・れん(連絡)・そう(相談)」を常に意識して取り組んでいます	
内容①	施設サービス計画は介護支援専門員を中心に介護職、看護師、管理栄養士など多職種が関わって作成しており、その内容を周知し共有して支援しています。利用者の状況は夜勤帯と日勤帯の申し送りをおこなうほかユニット会議で利用者状況等について検討し情報を共有して支援しています。「ほう・れん・そう」を壁に掲示して職員の意識を高めて情報の共有に力を入れています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-11	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
タイトル②	地域と交流する機会を作る努力をしています	
内容②	地域の住民からお雛様を寄付してもらったり、沢山の油絵を寄贈してもらう等、地域の住民からは関心を持ってもらう事が出来ています。職員が卒業した中学校からは定期演奏会に招待され、利用者の楽しみが出来ています。桜の季節には同じ中学校の校庭に休日に行くことを許可してもらう等、良好な関係を作ることが出来ています。今後は地域の行事の情報を取り入れ、利用者が参加をしたり、地域住民が参加出来る施設行事を行う等の計画をしています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-5-2	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
タイトル③	利用者の意思を尊重した取り組みをおこなっています	
内容③	ユニットケアの理念に沿って、利用者に合わせて基本的な生活リズム(起床・食事・就寝)を基本にして利用者の生活を支えています。利用者は家庭からの延長線上に継続したユニットでの生活があります。職員に見守られながら生活しています。職員は利用者一人ひとりの意向を把握し、利用者のすべてをありのままに捉え受容し、利用者の尊厳を守っています。常に利用者信頼関係を築く努力をしています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	ユニットケアに見られる自由な支援は利用者に安心感を与えています
	内容	利用者の居室は10人単位のユニットケアになっていて、静かな雰囲気での生活ができています。特に家庭のように、ごはんが炊けたにおいや、味噌汁の匂い等食事の準備に取りかかる利用者もいます。利用者が入居する前の生活の延長線上に、継続した生活があることは利用者にとって大変望ましいことです。日常の家庭に近い生活は精神的にも安定した生活ができています。5グループのユニットがそれぞれに自分たちの希望する生活を営んでいます。ユニットごとに特色があることは支援する職員にとってもやりがいに繋がっています。
2	タイトル	利用者一人ひとりの生活のリズムに合わせた支援を実施しています
	内容	利用者一人ひとりの生活のリズムに沿って家庭的な支援を実施しています。入居時に家族に記入してもらう「一日の生活パターン」のシートを基に、利用者の一日の生活リズムを把握して、起床、就寝の時間、毎食の時間、日中の過ごし方、趣味、嗜好等利用者一人ひとりの時間に合わせて、その人らしい生活が出来る様支援をしています。就寝時間も特に設けず、眠れない人はテレビを観ることも出来ます。個人的に新聞を購読し、部屋に机と書物を持ち込んで読書に耽る等、自由でゆったりとした生活環境になっています。
3	タイトル	利用者信頼関係を築きながら共に楽しく過ごす支援をおこなっています
	内容	入居後に入居前の生活の継続性を図るために入居時の面談のほか、詳細な項目からなる家族アンケートを実施しています。利用者が大事にしていることや生活の中でこだわっていること等を把握して、個性と生活リズムに合わせた「個別ケア」の支援を大切にしています。各ユニットごとに利用者主体となる目標を設定して笑顔で過ごせるようサービス提供をしています。また、玄関に「アンケート箱」を設置して利用者や家族の声を反映した支援に取り組んでいます。信頼関係を築きながら利用者・職員が共に楽しく過ごしその人らしく生活できる支援としています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	家族が施設に関心を持つことが出来るように、定期的なユニット便り等の発行が期待されます
	内容	家族には施設サービス計画を更新する時に施設に来てもらい、利用者の近況と支援の内容を説明して了解を得ています。家族の要望は家族アンケートを実施して把握し、今後の支援の参考にしようとしています。家族面談の時には、利用者との面会をしてもらう等、家族との連携を大切にしています。アンケート調査でも家族の要望が具体的に見えてきたと言う事です。ユニット便りや、家族が参加できる行事を設定して、家族が関心をもつことが出来る機会を作ることを期待します。
2	タイトル	支援態度の振り返りをより具体化して利用者の支援の向上に期待します
	内容	利用者に対する不適切な言動や態度等は無意識的におこなっていることもあり、常に職員間で振り返りをすることが大切かと思われず。職員の言葉遣いや態度などについては「入居者アンケート」で意見を聞いたり、直接利用者から情報を得ることもあり、その都度職員間で振り返り注意を喚起して改善に向けていますが、定期的に振り返る等具体化して支援の向上を図っていくことに期待します。開所後のあわただしさもあってその後の研修体制もやや弱くなっています。併せて接遇などの研修と共に取り組むことを願います。
3	タイトル	利用者にとって何が一番必要かを考えられる職員チームワークに期待します
	内容	新しい施設であるため、また、各ユニットになっているため職員の連絡・意思疎通がスムーズにいかないこともあります。同じ方向を見て、一つの事業を成し遂げる姿勢が不足だと上層部は感じています。職員は「今、自分は何をしなければいけないのか」問題意識をもって、利用者にとって何が一番良いサービスなのか、利用者の立場に立って考えられる職員育成と職員チームワークを強めた支援が求められます。

