

東京都福祉サービス第三者評価 評価結果

評価結果基本情報

評価年度	平成30年度
サービス名称	指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】
法人名称	社会福祉法人正寛会
事業所名称	特別養護老人ホームケアコート武蔵野
評価機関名称	株式会社 ウエルビー

コメント

利用者調査は、聞き取りで実施しました。訪問調査は、事前資料の読み込み、職員の自己評価結果、利用者調査結果をふまえて、評価の視点を評価者間で共有し、事前協議で質問事項を整理した上で行いました。インタビューは、施設長、生活相談員、介護主任、看護師、管理栄養士に対応いただきました。

(内容)

- I 事業者の理念・方針、期待する職員像
- II 全体の評価講評
- III 事業者が特に力を入れている取り組み
- IV 利用者調査結果
- V 組織マネジメント項目（カテゴリー 1～5、7、8）
- VI サービス提供のプロセス項目

公益財団法人東京都福祉保健財団

Copyright©2003 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

I 事業者の理念・方針、期待する職員像

1	理念・方針（関連 カテゴリー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） 1)基本理念（人を大切にし心のかもったサービスの提供を目指します） 2)利用者立場に立った介護に努める 3)利用者の個性と意思を大切に介護に努める 4)介護のプロとして広い視野と高い専門性を持ち、資質の向上に努める 5)地域の方から必要とされ、地域に貢献できる施設の運営に努めます
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 ・プロ意識のある人材 ・スキルアップの意欲をもつ人材 ・的確な判断力とテキパキとこなせる介護スキルがある人材 ・利用者一人ひとりを尊重できる人材 (2) 職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） ・介護職として、利用者一人ひとりの能力に働きかけ、その人にあった生き方を援助することができる ・ユニット型特養の理解に努め、謙虚に誠実に利用者に向き合い続けられる ・反省と自己研鑽を忘れず、介護という仕事の中身を深く考えて学び行動し自己管理できる ・地域社会の一員である自覚をもち、地域活動に自発的に参加できる

Ⅱ 全体の評価講評

全体の評価講評

特に良いと思う点

1	<p>地域住民のための福祉拠点としての役割を果たすべく、これまでの実績を積み重ねより一層の地域との関りを深める取り組みに努めています</p> <p>住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けることができる地域包括ケアの構築にあたり、特別養護老人ホームに地域の中で求められる役割は非常に重要視されています。当施設では、様々なボランティアの受入れ、地域や施設の行事を通じての近隣住民との交流、地域包括支援センターとの協力による高齢者の居場所づくりの検討など地道に地域との交流を重ねてきました。さらに、今年度は市内の特養の看護師が集まり情報交換会を開催するなど、地域住民のための福祉拠点としての役割を果たすべく、さらなる地域交流が広がりに努めています。</p>
2	<p>今年度初めに新体制となり、施設の強みとしてユニットケアの充実を目標に掲げ、様々な改革に取り組んでいます</p> <p>開設から10年を経過し、今年度初めに施設長の交代がありました。これまでの施設運営、サービスの提供を踏襲しつつ新体制のもと様々な改革に取り組んでいます。当施設はユニット型であり、ユニットケアをより充実し施設の強みとして取り組むことを目標としています。目標実現に向け、新施設長が職員一人ひとりとの面談を重ね意見を聴取し、課題や問題点などを把握し、職員が学ぶことができる環境づくりにも積極的に取り組んでいます。施設が丸となって課題等へ取り組む姿勢がみられユニットケアへの充実へ進むことが期待できます。</p>
3	<p>利用者支援には、家族からも積極的に意見や要望を聴取し真のニーズを把握し、家族と一体的な利用者支援に取り組んでいます</p> <p>施設を訪問する家族の面会が多いため、職員とのコミュニケーションも円滑なようです。このため、意見や要望なども聴取しやすい環境にあります。さらに、家族懇談会を年に2回開催し、全体の懇談会前にユニットごとの家族懇親会の場を設け要望を聞き取っています。また、計画の更新時に開催される、計画更新のカンファレンスには家族の出席も促し、参加率も高いようです。面会に来ることができない家族からの問い合わせ等にも専門職が誠実に対応し、施設任せではなく、家族もしっかり参加して利用者支援にあたっています。</p>

さらなる改善が望まれる点

1	<p>ユニットケアの充実を図るために、施設長を支え、相談や介護の分野で主導的な役割を果たす人材の育成が期待されます</p> <p>新しい体制の下で今年度の施設運営がスタートを切りました。限られた人数の中で職員も置かれた立場でそれぞれ頑張っており、利用者からもケアについては肯定的な評価が多く寄せられています。今年度の目標として掲げた施設の特徴であるユニットケアを充実させていくためには、施設では当面、組織体制をピラミッド型に構築していく必要を感じています。現時点での人人体制を見直し、施設長の下で相談、介護の面で施設長を支え、その分野に主導的な役割を果たす職員を早急に育成していくことが期待されます。</p>
2	<p>チームケアのあり方を今一度見直し、職員・職種間の情報共有を深め支援の向上につなげる取り組みが期待されます</p> <p>情報や指示を各職員に伝え、それを確実に行うことが難しく伝達ミスも若干みられるようです。昨年は、職員の入替が多少あり、職員間の連携が希薄であったことが要因の1つとなっています。また、職員アンケートからは職種間での情報共有が不十分であるとの声もあがっています。朝の申送りや、記録の整備等は行われています。その事項を、1つのチームとして共有すること、また、共有できたかの確認をすることが職員間の伝達ミスを減らし、チームとしての連帯感も深まり、支援の向上に繋がるものと思われます。</p>
3	<p>ケア記録のとりかたをはじめとした、一定のケアの基準や方向性を具体的に示すことによる業務の標準化が期待されます</p> <p>新体制の下での取り組みの一つとして、ケア記録の改訂として、24時間時系列に利用者の状態を記録する24時間チェックシートを導入する予定です。現在の介護記録の内容は、書き込む職員によってそれぞれ異なるようです。利用者のその時の様子がわからないといったこともあるようです。常勤・非常勤・派遣職員とそれぞれ職員の雇用形態が違いため、ケアへのバラツキもみられることから、記録のとりかたなどをはじめとしたケアに対する一定の基準を決め、業務の標準化への取り組みが期待されます。</p>

Ⅲ 事業者が特に力を入れている取り組み

1	<p>★ ボランティアとの交流を深める機会を作り、利用者の喜びにつながる活動が行われています</p> <p>施設では、様々なボランティアを受け入れています。傾聴ボランティアをはじめとして楽器の演奏や合唱による月2回のコンサートの実施、地域包括支援センターが発起人の地域住民の居場所づくりの話し合いを今年度4～5回実施してきております。また、将棋相手のボランティアも来訪され、利用者も楽しみにして喜ばれている様子が聞き取り調査からもうかがえました。また今年8月にボランティアとの懇談会を開催し、より充実した活動が利用者に提供できるよう意見交換を行っています。</p> <p>関連評価項目(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)</p>
2	<p>★ 利用者一人ひとりの身体状況にあわせ、きめ細かな食事形態で提供しています</p> <p>施設の管理栄養士は、利用者一人ひとりの状態にあわせた食事提供を考え取り組んでいます。5種類の食事形態を用意し、硬さや柔らかさも一人ひとりにきめ細かく対応しています。月1回は、選択食の日を設け、楽しみと季節感あるメニュー提供をしています。嗜好調査も年2回実施し、調査結果を反映しています。食事は委託会社提供ですが、メニューの変更や、旬のフルーツ提供が出来るよう調整しています。朝食のパンメニューでは、副食も変更し、利用者にバラエティー豊かな食事を提供し、食事を楽しんでいただいています。</p> <p>関連評価項目(利用者が食事を楽しむための工夫をしている)</p>
3	<p>★ 機能訓練指導員と介護職員が連携して生活リハビリを展開しています</p> <p>新たに今年度より機能訓練指導員を採用しました。介護現場では、利用者一人ひとりの状況を確認し、専門職、利用者、家族とも相談した、生活リハビリの計画を立案、実施してきました。歩行訓練やDVDを使用した体操、生活上での残存機能を活かした取り組み等、各種のリハビリを行い、生活機能維持に努めてきました。利用者の生活機能を低下させないための工夫、また、他の専門職が気づかない介護職員の目線での生活リハビリは、利用者の望みを汲み取りながら実施しており好評を得ているようです。</p> <p>関連評価項目(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)</p>

Ⅳ 利用者調査結果

調査概要

調査対象：全利用者72名

調査方法：聞き取り方式

全利用者72名のうちご本人の状態を勘案して、8名の方に聞き取り調査を行いました。

利用者総数	72人
アンケートや聞き取りを行った人数	8人
有効回答者数	8人
回答者割合 (%)	11.1%

総括

全利用者の平均年齢は92歳、平均要介護度は4で重度の方が多く利用しています。聞き取り調査を実施した全8名の施設に対する満足度は、「満足」と回答した方が6名、「どちらともいえない」と回答した方が2名でした。「職員が気軽にいろいろな話をしてくれて、ありがたいと思っています」「家では歩けなかったが、ここの廊下で練習をして歩行が楽になったことがとても嬉しい」といったコメントがありました。また、「管理体制の確立をお願いしたい」「お天気がいいときは散歩に行きたいです」といった要望もありました。

利用者調査結果

1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか							
はい	3人	どちらともいえない	5人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
全回答者8名のうち「食事の献立や食事介助など食事に満足している」と回答した方が3名、「どちらともいえない」と回答した方が5名でした。「食事は変化があったのしいです」といったコメントがありました。また、味付けに関する意見がありました。							
2. 日常生活に必要な介助を受けているか							
はい	6人	どちらともいえない	0人	いいえ	1人	無回答・非該当	1人
全回答者8名のうち「日常生活に必要な介助を受けている」と回答した方が6名、「いいえ」と回答した方が1名、「非該当」と回答した方が1名でした。「不便はありません」「十分やってくれます」「コールを押したらすぐに来てくれる」といったコメントがありました。							
3. 施設の生活はくつろげるか							
はい	7人	どちらともいえない	1人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
全回答者8名のうち「施設の生活はくつろげる」と回答した方が7名、「どちらともいえない」と回答した方が1名でした。「読書が好きですし、不自由はしていません」「リハビリの先生がマッサージをしてくれるので楽しみにしています」といったコメントがありました。ほとんどの方が居室でテレビをみて過ごしているようです。							
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか							
はい	6人	どちらともいえない	1人	いいえ	1人	無回答・非該当	0人
全回答者8名のうち「職員は日常的に、健康状態を気にかけている」と回答した方が6名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、「いいえ」と回答した方が1名でした。「気をつけてくれています」「その人にもよるが、夜の見回りのとき眠れないときなどには、声をかけてくれる」といったコメントがありました。							
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか							
はい	8人	どちらともいえない	0人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
全回答者8名が「施設内の清掃・整理整頓は行き届いている」と回答しています。							
6. 職員の接遇・態度は適切か							
はい	6人	どちらともいえない	1人	いいえ	1人	無回答・非該当	0人
全回答者8名のうち「職員の接遇・態度は適切」と回答した方が6名、「どちらともいえない」と回答した方が1名、「いいえ」と回答した方が1名でした。「特に不満はありません」「人それぞれだけど、よくしてもらっています」といったコメントがありました。							
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか							
はい	7人	どちらともいえない	0人	いいえ	0人	無回答・非該当	1人
全回答者8名のうち「病気やけがをした際の対応は信頼できる」と回答した方が7名、「非該当」と回答した方が1名でした。「風邪をひいたときによくしてくれました」といったコメントがありました。							
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか							
はい	1人	どちらともいえない	0人	いいえ	0人	無回答・非該当	7人
全回答者8名のうち「利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できる」と回答した方が1名、「非該当」と回答した方が7名でした。							
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか							

はい	7人	どちらともいえない	1人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
全回答者8名のうち「利用者の気持ちを尊重した対応がされている」と回答した方が7名、「どちらともいえない」と回答した方が1名でした。							
10. 利用者のプライバシーは守られているか							
はい	8人	どちらともいえない	0人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
全回答者8名のうち「利用者のプライバシーは守られている」と全員の方が回答しています。							
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか							
はい	1人	どちらともいえない	0人	いいえ	0人	無回答・非該当	7人
全回答者8名のうち「個別の計画作成時に、利用者や家族の状況は聞かれている」と回答した方が1名、「非該当」と回答した方が7名でした。							
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							
はい	2人	どちらともいえない	0人	いいえ	0人	無回答・非該当	6人
全回答者8名のうち「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」と回答した方が2名、「非該当」と回答した方が7名でした。							
13. 利用者の不満や要望は対応されているか							
はい	6人	どちらともいえない	0人	いいえ	0人	無回答・非該当	2人
全回答者8名のうち「利用者の不満や要望は対応されている」と回答した方が6名、「非該当」と回答した方が2名でした。							
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							
はい	0人	どちらともいえない	0人	いいえ	7人	無回答・非該当	1人
全回答者8名のうち「外部の苦情窓口にも相談できることを伝えられている」ことに対して「いいえ」と回答した方が7名、「無回答」の方が1名でした。							

V 組織マネジメント項目（カテゴリー1～5、7、8）

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

カテゴリー1 リーダーシップと意思決定			
サブカテゴリー1 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			
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		実施状況
標準項目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）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		○
標準項目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		○
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
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		実施状況
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っている		○
標準項目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		○
標準項目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		○
講評			
<p>基本理念や方針は様々な方法で職員への徹底や利用者・家族へ周知が行われています</p> <p>施設では、基本理念「人を大切にし心のこもったサービスの提供を目指します」以下「利用者の立ち場に立った介護に努める」等4つの方針を掲げており、この理念・方針はパンフレットやホームページ、年度事業活動計画書の冒頭に掲載され、施設内の各所にも掲示されています。職員は理念を記載したカードを日常的に携帯しており、毎日の朝礼で唱和を行い、理念の確認を行っています。また、新人職員の研修や年2回開催される家族懇談会でも施設長が理念等の説明を行い、法人の理念や施設の方針についての周知・理解を深めています。</p>			
<p>困難な時期ではありますが、施設長を中心としての体制整備を図り、進めています</p> <p>施設の経営層は施設長、各職種の主任級職員で構成しており、事業計画書に記載されている組織図や定められている業務分掌に基づいて施設運営やサービス提供をしています。施設では、新しく就任した施設長を中心としての体制整備を進めている段階であり、施設で開催されている全職員対象の「職員全体会議」や施設長・各職種のリーダー層で構成する「運営会議」などでは施設長が司会を務め、運営についての方向性や具体的な指示を行い、リーダーシップを取り、事業を進めています。</p>			
<p>重要な案件について承認や検討の道筋が整えられており、その報告も周知されています</p> <p>重要な案件の検討や決定の手順は、職員から施設長への伺い書、施設長から理事長への決裁書、理事長から理事会への議案等、案件のレベルや内容によつて承認のルートや手続きが定まっております。運営等が円滑に進んでいく道筋は整えられています。事業計画や報告、予算、決算、その他の重要事項は運営会議で報告や検討、決定がなされ、運営会議の議事録はユニット毎に配布されて周知が図られています。また、家族懇談会でも重要な事項については資料に基づいて説明がされており、出席できなかった家族には資料を送付してその周知を図っています。</p>			

カテゴリ-2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行			
サブカテゴリ-1 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		実施状況
標準項目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		○
標準項目2	事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目5	事業所の経営状況を把握・検討している		○
標準項目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		○
サブカテゴリ-2 実践的な計画策定に取り組んでいる			
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・長期計画及び半年度計画を策定している		実施状況
標準項目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		○
標準項目2	中・長期計画をふまえた半年度計画を策定している		○
標準項目3	策定している計画に合わせた予算編成を行っている		○
評価項目2	着実な計画の実行に取り組んでいる		実施状況
標準項目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、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		○
標準項目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		○
講評			
<p>利用者・家族の意向を把握すると共に、地域で求められる役割を把握し検討しています</p> <p>利用者へのアンケートを以前からを引継いで今年度実施する予定であり、福祉サービス第三者評価での利用者調査も参考にしてニーズの把握を行っています。また、家族懇談会でも家族の意向を収集して、対応しようとしています。職員には新施設長が4月に職員全員と面談を実施し、その事情や意向を調査し、従来からの問題点などを把握しています。地域の社協の集まりに参加すると共に、地域の社会福祉事業のコアとしての役割を果たしていくべく地域包括支援センターや地域代表者と話し合いを重ねています</p>			
<p>数値を含む定例的な報告を理事会や運営会議に提出し課題や問題の解決を模索しています</p> <p>福祉事業全体の動向を行政や社会福祉協議会からの情報や資料で把握し、必要なものは部署や運営会議で伝達や報告を行い、周知を図っています。数値を中心とした経営状況は「月例報告書」としてまとめ、理事会に提出、報告すると共に、運営会議でも稼働率、入居状況、売り上げ等収支を含めた報告を行って、経営の状況を伝えています。これらの報告等を踏まえて、理事会にも施設の現状や人件費等の経営数値を基にした課題の提起を行って課題解決への取り組みを進めると共に、運営会議でも施設内での問題や課題を提起し、解決への協力を求めています。</p>			
<p>中長期計画の更新を含め、従来の体制から新しい体制の構築を進めています</p> <p>前年度以前に構築され、運営の柱になっていた中長期計画については、今年度を期限としていたことや今年度新体制へ移行したこともあって、今年度中に新しい計画を構築していく予定としています。それに伴い、中長期計画に基づく半年度計画の策定についても、従来行われてきた方式を改善し、各部署の業務目標(年間目標)を企画・立案し、予算編成もそれに応じての編成を行うと共に、目標実施の指標の明確化や進捗状況の確認や振り返りの実施による検証、次年度への橋渡しができる体制の構築を進めていくことにしています。</p>			

カテゴリ-3 経営における社会的責任			
サブカテゴリ-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			
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、遵守されるよう取り組んでいる		実施状況
標準項目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		○
標準項目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。		○
サブカテゴリ-2 利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている			
評価項目1	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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
評価項目2	虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
サブカテゴリ-3 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている			
評価項目1	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		実施状況
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		○
標準項目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		○
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
講評			
利用者・家族からの苦情や訴えに対しての体制を整え、対応を図っています			
<p>施設には行動規範を含めた職員倫理規定が制定され職員に配布されると共に、派遣も含む新人職員には施設長が説明を行い手渡ししています。規範については年度内にも研修を行う等の周知を図る予定です。苦情解決制度については、重要事項説明書に苦情解決窓口、苦情解決責任者が記載されており、いつでも利用できる旨や外部の窓口も紹介されています。また、施設内の各フロアに対応窓口についてのポスターも掲示されています。苦情の多くは職員に直接来ることが多いので、ケアマネや相談員へ報告され、苦情解決記録に対応も含めて記載されています。</p>			
虐待に対しては研修の開催やチェックリストの活用など職員の意識啓発を行っています			
<p>虐待への対応については、高齢者虐待に関する施設内研修を3回実施し、虐待についての意識を啓発すると共に、研修で「虐待の芽チェックリスト」を配布して職員個々が自己の確認を行うと共にチェックリストを回収し、職員意識の把握を行っています。また、施設内の不適切な支援と疑われるような事態には職員に聞き取りを行い実情を把握しています。事業報告や決算書、第三者評価結果等はホームページに掲載しており、玄関でも計画書や規程類等が閲覧できるようになっています。</p>			
地域と共に歩む姿勢で活動し、様々な活動を展開して施設としての役割を果たしています			
<p>地域包括支援センターが発起人の地域住民の居場所づくりの話し合いを今年度4～5回実施しており、施設の夏祭りには、この話し合いの延長で地域の高齢者の方が準備の段階から参加され、当日も運営ボランティアとして参加しました。現在も、ケアコート武蔵野のスペースを活用した地域の高齢者の居場所づくりの検討が進められています。また、武蔵野市の施設長会では、当施設からの提案で、市内特養の看護師を対象とした情報交換会を7月に開催しました。また、施設のスペースを地域のボランティア団体に定期的に提供し喜ばれています。</p>			

カテゴリ-4 リスクマネジメント			
サブカテゴリ-1 リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる			
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		実施状況
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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
サブカテゴリ-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			
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目2	収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している		○
標準項目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		○
標準項目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		○
講評			
施設のリスクを抽出し、予防や対策について委員会を設置し研修を実施しています			
施設では、施設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として事故と感染症を最優先に考えており、外部の侵入等その他のリスクに対しても対応をしています。施設には、事故及び安全対策に関する話を話し合う安全対策委員会及び感染症予防に関する話を話し合う感染症予防対策委員会が置かれており、各々年度2回の職員向け研修を開催することにしており、安全対策では「現場のリスクマネジメント」「ヒヤリハットに対する意識向上」、感染症予防対策では職員をチームに分けQ&Aや嘔吐物の処理実習等の研修を行っています。			
BCPの周知徹底や防災での地域連携は課題ですが、事故防止は徹底して行われています			
施設では事業継続計画（BCP）は立案はされていますが、その内容を職員に周知徹底させているまでには至っていないようです。防災訓練や非常食の備蓄等が行われていますが、防災に関する地域との連携については弱い部分があり、これからの課題として取り組まれることが望まれます。安全対策委員会では各月の事故やヒヤリハットの評価や服薬やセンサーや在宅酸素のチェック、ユニットでの取り組みの検証や事故防止に向けた対策が検討され、事故報告書を基に事故原因の分析や事故防止対策の立案等については徹底して行われています。			
個人や施設の情報管理は整備されていますが、職員への周知徹底や説明が課題です			
施設では個人情報管理規程が定められており、利用目的の明示や開示請求の仕組みも整備されています。ボランティアや実習生に対しては受入規定により説明や個人情報の守秘義務の誓約書もっていますが、職員全体への説明や周知についての取り組みについては施設も不十分と認識しており、説明会や研修を行う予定です。利用者や施設の情報は紙媒体及び電子媒体で整理、管理されており、紙媒体は鍵のかかるファイルケースへ保管すると共に、電子媒体は職員毎のID番号やパスワードを設定し、必要に応じてアクセス権限を設定しています。			

カテゴリ-5 職員と組織の能力向上			
サブカテゴリ-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			
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
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		実施状況
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されている		○
標準項目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		○
評価項目3	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		実施状況
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		○
標準項目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		×
標準項目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		×
標準項目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		×
評価項目4	職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
サブカテゴリ-2 組織力の向上に取り組んでいる			
評価項目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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
講評			
人材募集と共にユニットケアの進展に資する異動等も行われています			
<p>当施設でも人材の募集は重要な課題であり、ホームページでの求人やハローワークの求人票の記入の工夫、ネットでのウェブ求人サイトの使用、など人材の募集に努めており、効果も多少は見られています。ユニットのマンパワーの均一化や人材的に新しい分野にチャレンジする必要があると判断される場合なども含めて、ユニット間の異動を行っています。キャリアパスは給与規定の別紙に掲載されており、職員に配布され、新人職員にも説明はなされていますが、施設としては職員に対してのわかりやすい形での説明や周知が必要であると考えています。</p>			
個別の人材育成計画の構築や人事考課制度の改訂に向けての取り組みに期待します			
<p>施設内での全体研修の開催や行政や東社協等外部機関主催の研修会への参加、eラーニングの実施、資格取得制度の創設と12月からの開始と、施設のユニットケアの充実に向けた職員の資質向上への取り組みが行われています。キャリアパスの仕組みは構築されてきていますので、さらに個別の人材育成計画の策定への取り組みも期待します。また、人事考課制度も設計はなされていますが、考課表や客観的な基準等について不十分な点も見られますので、人事考課制度についても制度の改訂を考えています</p>			
新体制での、ユニットケア充実に向けての体制整備や資質向上に取り組んでいます			
<p>今年度は新しい人事体制でスタートしました。その中でも職員全員との面談で職員の意向を把握すると共に、施設の特徴であるユニットケアの充実を目標にして、中核になる職員の育成や制度的な面での改善を図っています。外部研修を受講した職員の伝達講習での職員間の共有やユニット会議やリーダー会議での業務改善についての取り組み、委員会での課題解決を行っており、また、今まで母体である医療法人と合同の形であった新人歓迎会や忘年会等も、施設規模で実施して風通しの良い関係づくりに取り組んでいます。</p>			

カテゴリ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）	平成29年度は特養の稼働率、短期入所はの稼働率確保を目指し、ユニットケアの推進（介護キャリア制度の推進、日常生活リハビリ機能の向上、介護スキルの向上）を施設目標としてスタートしましたが、目標達成には至りませんでした。新年度、4月に新施設長候補を迎え、全職員への面談を実施して職員の意向確認や施設の現状を把握し、5月に施設長に就任して新しいスタートを切り、新たな30年度の目標に向かって進んでいます。	
評語	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
	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を含む)
	検証結果の反映	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
【講評】 平成30年度当初に人事の大きな異動等があったため、従来の方針を踏襲しての事業計画となっています。新人事において前年度の課題として①サービス提供するために基準となるマニュアルに類するものが更新されておらず、活用されていない②提供サービスが食事・排せつ・入浴中心で、生活に潤いや希望がない、を挙げ、これに対し、今年度は「利用者サービスの質的向上」を第一目標として掲げ、具体的な実行目標として、施設の特徴であるユニットケアを推進するための24時間シート又はそれに類する仕組みを導入すること、提供サービスの質を向上させるために、専門職による機能訓練を開始することを目標にして運営を行っています。		
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）	平成29年度の事業計画で目標とされたユニットケアの推進（介護キャリア制度の推進、日常生活リハビリ機能の向上、介護スキルの向上）については、10に渡る委員会活動は切れ目なく活動しており、研修等も実施しています。その効果が結果に結びついていないかについては思わしくないのが現状であり、新体制の下で当施設の特徴であるユニットケアの充実を目標にしての新たなスタートを切った段階です。	
評語	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
	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を含む)
	検証結果の反映	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
【講評】 平成30年度の5月に就任した施設長は、介護職を統括し、リーダーシップを発揮して現場を変革して行こうとする職員が少ないこと（リーダー不在）を課題として挙げており、今年度は「利用者サービスの質的向上」を第一目標として掲げ、具体的な実行目標として、介護サービス係に統括者を配置し、ピラミッド的な組織運営ができるよう組織変革することを目標にして運営を行っています。新しい人事体制にも取り組んでいます。		

VI サービス提供のプロセス項目（カテゴリー6）

カテゴリー6 サービス提供のプロセス			
サブカテゴリー1 サービス情報の提供			
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目3	事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		○
標準項目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		○
講評			
ホームページにて情報提供を行っています			
<p>施設のパンフレットは行政の窓口、関連法人である病院の窓口などに置かれています。施設のホームページでは、写真を多く使用して利用希望者に見やすいよう工夫をしています。ホームページは、月に1回以上定期的に更新を行い、ショートステイの空き状況をお知らせしたり、イベントの紹介では、行事写真や食事等の写真をアップして紹介されています。また、職員募集やボランティア募集、関連施設の紹介や、第三者評価結果を公表し、多くの情報提供を行っています。</p>			
利用者希望者には丁寧な説明を行っています			
<p>利用を希望される方に対しては、施設で受け入れ可能な介護、医療行為についての説明を行い、申込書への記入、提出をして頂いています。申込後、順番待ちをして、順位が廻って来られた方から、順次、利用者の実態調査、面接を行います。判定会議で入所の可否を決定し、入所可能な場合には、契約手続きに入ります。現在は、待機者がおりますので、多少お待ちいただく状況ではありますが、可能な限り詳細な状況をお聞きし対応しています。施設職員は、家族や介護者の立場になり丁寧な情報提供を心掛けています。</p>			
見学には、個々人の事情に応じて臨機応変に対応しています			
<p>見学は、原則月曜日から金曜日の10：00～16：00としており、土・日曜日は受け付けていませんが、週末にしか見学に来られない方のためにも、予約を受け付け臨機応変に対応をしています。見学には主に生活相談員か介護支援専門員が対応をしています。ほとんどが家族やその関係者が見学に来ることが多く、利用者のそのままの生活の様子をみていただいています。</p>			

サブカテゴリ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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
講評			
サービス開始にあたっては詳細に丁寧な説明を行っています			
サービス開始にあたっての説明は、施設内でのサービス提供や個人情報の利用方法、看取り指針等含め詳細に説明を行っています。入所契約書、重要事項説明書等を1条づつ丁寧に読みあげるだけでなく、事例も含んで説明をしています。入所にあたっての不安軽減のためにも、詳細で丁寧な説明を心掛け、利用者、家族に少しでも安心していただけるよう努めています。			
サービス開始時の不安軽減に声掛けを頻繁に行っています			
新規入所の際には、事前面接で利用者の状況を把握するため、専門職も同行して利用者の特徴や特性を把握しています。その人の特性にあったユニットへの入所ができるように配慮したり、利用者同士の相性やコミュニケーション能力、身体能力等にも配慮するようにしています。また、サービス開始時の不安軽減のためにも、職員が声掛けを頻繁に行う、支援記録をしっかりと記載する等、専門職間で連携し、サービス開始時の不安軽減に最大限、努めています。			
サービス終了時はスムーズに連携できるよう配慮しています			
医療行為が継続的に必要となった際、施設内で対応可能な場合を除き、医療機関への入院か療養型への転院となるケースが多いようです。また、利用者と家族の意向によっては、施設内での看取りも行っています。グループ法人が経営している協力医療機関との連携が密であるため、スムーズな医療連携が図れています。療養型施設への転院に関しては、サマリー等の情報提供だけでなく、医療相談員への情報提供、家族の許可があれば医師との話し合いにも同席してスムーズな連携ができるよう対応をしています。			

サブカテゴリ-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	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	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	実施状況
	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	○
	標準項目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ている	○
	標準項目3	計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○
	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	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	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	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目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	○
講評			
施設内で定めた書式で統一したケアができるよう記録類の整備は徹底しています			
<p>介護ソフトの書式を使用して各ユニットの介護職員、生活相談員、介護支援専門員、機能訓練指導員、看護師等がそれぞれの帳票に入力しています。入力した情報は、各部署でそれらを確認、共有できる仕組みになっています。ケース記録は、介護現場で記載した後、介護支援専門員が確認しています。また、月次には、月ごとの総括表で利用者の体調変化に、いち早く気づける内容となっています。</p>			
計画書は利用者の変化や希望を聞きながら随時見直しをしています			
<p>通常、ケアプランの見直しは6カ月に1回としています。モニタリングは各居室担当者も行き、介護支援専門員に報告しています。介護支援専門員も毎日ユニットを訪問して様子観察を行っていますので状態の把握に抜けがないようにしています。ケアプランの有効期限1～2か月前に各専門職にケアチェック表を配布し、現在の状況確認を行っています。状況を把握後、担当者会議を開催しています。担当者会議には、家族にも参加していただき意見を聴取しています。状態変化等があった際は、随時、計画書の見直しを行い対応しています。</p>			
利用者の状態変化には素早い対応を行っています			
<p>朝の申し送りを始め、生活身体栄養状況記録でユニットの利用者の状況を把握しています。バイタルや食事量、排泄記録、申し送り事項等を記載できるものになっており、利用者の状態変化にいち早く対応できる記録です。また、申し送りで漏れた場合を考慮して、ユニットノートや情報を共有できる介護ソフト等で漏れがない仕組みを構築しています。看護師や介護支援専門員、管理栄養士等もユニットを頻繁にラウンドしており、利用者の状態変化にはいち早く対応できるよう努めています。</p>			

サブカテゴリ4 サービスの実施			
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		実施状況
標準項目1	施設サービス計画に基づいて支援を行っている		<input type="radio"/>
標準項目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		<input type="radio"/>
標準項目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		<input type="radio"/>
講評			
施設サービス計画書を職員間で共有し支援を行っています			
施設の介護ソフトで共有を図り、施設サービス計画書を基に支援を行っています。各部署ごとに介護ソフトを閲覧しています。介護現場では、毎月モニタリングを実施しており、そのモニタリングの結果をケアプラン総括として各部署との連携や話し合いに使用しています。介護ソフトでの情報共有ではありませんが、総括表を作成するにあたっては、他部署との連携を行っています。また、担当者会議等での話し合いの場も多くあります。施設サービス計画書は、職員間で共有し支援を行っています。			
定期的な担当者会議には可能な限り関係職員も参加しています			
定期的な担当者会議には、介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、管理栄養士、家族、必要に応じては医師にも声を掛け参加していただいています。利用者の意向を中心に、家族の意向も確認しながら、各専門職との話し合いを行い支援計画を作成しています。各部署の意向と家族の意向、利用者の意向があわない際は、介護支援専門員が仲介し、丁寧な説明を行っています。			
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		実施状況
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		<input type="radio"/>
標準項目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		<input type="radio"/>
標準項目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		<input type="radio"/>
講評			
利用者の状態にあわせた食事の支援を行っています			
利用者の身体状況や嚥下状態を確認して、食器等の工夫や食事形態にも配慮した支援を行っています。食事形態は常食、一口大、刻み食、ミキサー食、ソフト食等の食事形態を用意し、各利用者の嚥下状態に合わせた食事提供を行っています。また、手が不自由な利用者には、マグカップの使用や食器自助具等を使用して、自分自身で食べることができるよう支援しています。体重測定を月1回行うとともに、体重の増減等にも注意しながら食事量やカロリーについても配慮した支援を行っています。			
医師、歯科医師と相談しながら利用者の利用状態に配慮しています			
嚥下状況については、訪問歯科医師と相談しながら、常食にするかソフト食にするか等の食事形態について、利用者の意思も尊重したうえで決定し、対応しています。食事量の減少が気になる利用者や、体重が急に減少した利用者については、嘱託医師とも相談しながら、処方薬としてエンシュア等の栄養補助をしています。医師の処方を受けるに至らない方のためには、施設側が用意した栄養補助食品の提供等も行っています。			
食事を楽しんでいただくためにも経口での摂取に力を注いでいます			
食事をおいしくいただくためにも5種類の食事形態、トロミ食のトロミ調整、硬さや柔らかさについても微調整を行っています。「食事は口から摂取する」を目標に、いろいろな工夫をしています。管理栄養士は毎日、ユニット内をラウンドし、利用者の状態変化に、いち早く気づけるよう対応しています。また、ケアチェック表では、摂取動作面での問題等や嚥下機能面での問題等という欄を設け、チェックするだけでなく、解決すべき課題として具体的ケアの内容を記載して支援にあたっています。食事を楽しんで頂くためにも経口での摂取に力を注いでいます。			

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	実施状況
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	<input type="radio"/>
標準項目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	<input type="radio"/>
標準項目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	<input type="radio"/>
標準項目4	配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	<input type="radio"/>

講評

月1回の選択食を始め、朝食にも和食や洋食の選択を行っています

月1回の選択食では、ユニットに選択食事内容を貼り出して利用者に告知しています。11月は、肉料理と魚料理を選択できるようになっていました。この選択食については、毎月、メニューを変更して利用者を楽しんでいただいています。また、朝食も和食やパン食を選択できるようにしており、主食だけでなく副食も和食と洋食メニューに変更し、利用者の嗜好に合うよう提供しています。また、年2回、嗜好調査を行い、利用者からの意見をメニューに反映しています。

利用者の希望に応じて食事時間を変更し個別に対応しています

食事の時間は一定の時間が決められていますが、最終加熱後2時間の範囲で、朝起きるのが遅い方や、昼食は少し遅めにお願いしたいなど利用者の希望にできるだけ沿えるよう努めています。遅くなってしまったために食事がさめてしまった場合には、電子レンジで温め直すなど、温かいものは温かい状態で提供しています。また、楽しくおいしく食事をいただこうために、席なども利用者の希望に応じて席替えをしています。

バラエティーあふれる食事提供を行って利用者を楽しんでいただいています

選択食を始め、行事食、誕生日等々、利用者を楽しんでいただける企画を多く採用しています。給食は委託会社が調理を行っていますが、メニュー作成時に変更を依頼し、季節感を感じさせるメニューや、おかずには彩りを多くとり入れています。毎月、最終の日曜日には、誕生日を迎える方のために、おやつ時間にケーキを出し、ハッピーバースデーを行っています。月1回以上は旬のフルーツをメニューにとり入れ、バラエティーあふれる食事提供を行い、利用者を楽しんでいただいています。

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	実施状況
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	<input type="radio"/>
標準項目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	<input type="radio"/>
標準項目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	<input type="radio"/>
標準項目4	利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	<input type="radio"/>

講評

個別支援として1対1での入浴支援を行っています

入浴に関しては、利用者の残存能力を生かすためにも、個々の日常生活動作に合わせた浴室での支援にあたっています。施設では一般浴、個浴、リフト浴、特別浴を導入しており、利用者の身体状態にあわせた入浴方法を選択しています。利用者個々の意見を一番に尊重し、入浴は週2回を基本として、当日の体調や気分等にあわせて、日時を変更するようにしています。また、入浴は1対1を基本として、着替えから入浴までを1名の職員が支援にあたっています。必要なときは複数の職員での介助も行い利用者に安心して入浴できるよう支援しています。

気持ちよく入浴してもらうため、羞恥心には十分配慮しています

入浴の誘導に関しては、利用者の意思を尊重し、入浴拒否者等に対しても、日時を変更する等の対応をしています。また、利用者の羞恥心を軽減するために、顔見知りであるユニットの職員が声を掛けて浴室への誘導等を行っています。同性介助を望む利用者に関しては、同性にて支援していますし、1対1を基本にしていますので、羞恥心には、十分配慮した対応ができていると思われると思います。

入浴は楽しめるよう工夫し季節を感じられるような対応を行っています

利用者が入浴を楽しめるよう、季節感をとり入れた入浴支援を行っています。冬の季節には、ゆず湯、5月には、菖蒲湯等、季節感ある入浴支援を行っています。入浴は楽しみの一環であり、身体の状態確認や、利用者一人ひとりの健康管理の場でもあります。いろいろな工夫をして、少しでも楽しんで頂き、心身ともにリフレッシュして頂く入浴支援に努めています。

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	実施状況
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	<input type="radio"/>
標準項目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	<input type="radio"/>
標準項目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	<input type="radio"/>
標準項目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	<input type="radio"/>

講評

利用者の状態に合わせた排泄支援を行っています

立位を保てる方の排泄介助に際しては、職員は声掛けのみの、見守りでの対応をしています。また、身体的に不自由のある方には、その方の残存能力を活かしながら、できないことを支援しています。利用者一人ひとりの排泄介助の方法については、職員間で共有しています。排泄は、デリケートなことなので、利用者の意思を尊重したきめ細かな支援に徹しています。

利用者が負担を感じる事のない排泄支援に取り組んでいます

利用者の排泄支援は、利用者の安全面等を考慮して必要な場合は複数の職員での対応を行っています。利用者のほとんどが何らかの形で排泄支援を必要としていることから、ポータブルトイレ等の対応も行っています。オムツが必要な利用者には、必ず羞恥心に配慮してカーテンを閉める等の対応をしています。尿路感染症対策として、オムツ等の蒸れがないよう、こまめな交換や陰洗等を行い不快感を与えないよう努めています。

下剤をできるだけ使用しない自然な排便を目指しています

施設では極力、下剤を使用しない自然な排便への取り組みを行っています。便秘等の際は、下剤の調整をしますが、排泄の間隔等の記録を確認しながら支援しています。自然な排便を促すためにも、腹圧のマッサージを始め、日常時間の活動状況や入浴時にお腹の動きを助ける支援の実施、食事面では、りんごの擦りおろしを提供したり、食事メニューに食物繊維の多いものを提供しています。

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	実施状況
標準項目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	<input type="radio"/>
標準項目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	<input type="radio"/>
標準項目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	<input type="radio"/>

講評

利用者が自力で移動ができるよう新たな車イスを導入しました

車イスをご自身で操作してもらうため、ブレーキ部分の改造をしたり、怪我防止のために、車イスのフットレストやアームレスト部分にカバー等の保護材をとりつけたり等、利用者の身体状況にあわせた支援を行っています。自力で移動していただくため、モジュラータイプの車イスや自動ブレーキ付の車イス等を購入しました。利用者の安全面には、十分に配慮していますが、日常生活動作を補助具等でカバーできる部分はカバーし、残存能力を活かせるものは活かすようにした移動支援を行っています。

ベッド移乗や車イスへの移乗等は安全面に十分に配慮しています

利用者の安全面に配慮しつつ、残存能力を活かすことを大切にしていますので、介助が必要な方にはできるだけ自力でできることを尊重しながら支援をしています。一人介助で大丈夫か、二人介助か複数人での介助かは、担当者会議等での話し合いを経て、利用者の安全面へ配慮して決定しています。介助する際には、利用者本人からも同意の確認をさせていただいたうえで、安全面に十分に配慮した支援に努めています。

車イス等の整備を徹底して行い、利用者の安心・安全を確保しています

車イス等の安全点検は、定期的に行っています。車イスの清掃、空気の状態などは、施設の営繕職員が行っています。また、週2回は、ボランティアによる、車イスの清掃が行われています。さらに、機能訓練指導員が、補助具や歩行器、車イス等の修理、調整は随時行っています。利用者の安心・安全を確保するために車イス等の整備を徹底しています。

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	実施状況
標準項目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"/>
標準項目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"/>
標準項目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"/>
標準項目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"/>

講評

介護職員による日常生活でのリハビリを中心に行っています

利用者の残存能力を高めるために、介護職員が中心となって、日常生活リハビリを実施していました。施設サービス計画書を中心に、利用者の意見を聞きながら、歩行訓練、DVD体操、レクリエーション等を通じて機能訓練を実施してきました。少しでも残存能力を高められるよう、介護職員一人ひとりが考え実施したリハビリは、利用者の意向に沿ったものとなっています。また、今年の10月からは、機能訓練指導員が採用され、専門家の見地から本格的なリハビリも実施されるようになりました。

ケアチェック表で課題の抽出を行い機能訓練に活かしています

今年の10月からは、機能訓練指導員が採用され、本格的な個別訓練が開始されました。機能訓練指導員は、介護支援専門員、各専門職と連携するとともに、現場で記載されているケアチェック表で課題の抽出を行っています。例えば13の項目を設けたチェック表から、移乗・移動面の問題がある利用者は、そこから必要としている残存能力を抽出し、機能訓練実施計画書に落とし込んでいきます。定期的な見直しは3カ月に1回行っており、機能訓練実施評価等も行い、さらに身体機能が重度化しないよう重度化状況表が作成されています。

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

講評

医師の訪問は頻繁に行われており、利用者の健康管理には万全を期しています

グループ法人の病院が近隣にあるため、医療機関との連携は強固です。嘱託医師の訪問は月曜日と水曜日の週2回。皮膚科の往診は隔週1回、歯科医師は毎週と、医師の訪問、往診は頻繁に行われています。利用者の健康状態も各専門職員がユニットを頻繁に訪問しており、ケース記録等の記録類もしっかり管理されている関係から、利用者の体調変化には素早い対応ができています。利用者の健康管理には万全を期して支援しています。

服薬管理は配薬マニュアルによる体制を構築しています

施設では配薬マニュアルを職員間で共有し、そのマニュアルに沿って支援するようにしています。配薬の間違いが起きないように看護師がダブルチェックをした後、介護現場に手渡します。飲む薬だけでなく貼り薬もダブルチェックをしています。介護現場では薬包を確認し声掛けを行いミスのないよう利用者にも確認を促しています。また、落薬を防ぐためにスプーンで与薬を行っており、その後与薬チェックシートに記載をしています。すべてにおいて、ダブルチェックを行い誤薬・落薬の防止につなげています。

利用者の体調変化にはいち早く対応できる体制を構築しています

看護師や介護支援専門員、管理栄養士がユニットをラウンドして利用者の状態を確認しています。また、ケース記録等からも状態変化には素早い対応が可能です。嘱託医師も週2回訪問しており、緊急に往診対応をすることが可能となっています。看護師による24時間のオンコール体制やグループ法人の医療機関への連絡体制も含め利用者の体調変化にはいち早く対応できる体制が構築されています。施設では看取り介護も行われており、看取り対応委員会や看取り指針等の整備されています。

	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	実施状況
	標準項目1	起床後、就寝前に更衣支援を行っている	<input type="radio"/>
	標準項目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"/>
	標準項目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"/>

講評

起床後、就寝前の更衣介助や利用者が服装を選択できる支援を行っています

利用者の洋服は普段着は4～5着、寝間着は3着程度持参していただいています。起床時には、服装について利用者に自由に選択してもらっています。季節の変わり目には、家族に洋服などの交換に協力をいただいています。また、新しい洋服等の購入には職員と一緒に買い物に行ったり、施設を訪問する訪問販売を利用し、居室担当職員が利用者の希望を聞いての購入等、利用者に服装選択の機会を増やし対応しています。

利用者の身だしなみには十分配慮して支援しています

起床、就寝介助時には、1対1の介護を行っており、整容関係は徹底して行っています。ケース記録にも記載するようにしており、抜けのないよう支援しています。施設内では、理美容の訪問も毎月行われており、施設では、おしゃれな利用者が多いようです。職員自己評価結果に利用者本位のサービスを提供しようとする姿勢が強い。との記載がある通り、利用者の身だしなみも含め、利用者のケアには万全を期して対応しています。

利用者が安定した睡眠ができるよう支援しています

施設ではボランティアの活動が頻繁に行われており、趣味活動やクラブ活動等にも力を注いでいます。日中の活動を活発にすることで、夜間の睡眠が安眠できるよう支援しています。また、夜間時間帯の排泄時間は、睡眠時間を妨げないように注意しています。利用者の毎日の記録から、どの時間帯に声掛けを行い、どの時間帯にトイレへの誘導を行うか等を職員間で共有し利用者が安定した睡眠ができるよう支援しています。

	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	実施状況
	標準項目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	<input type="radio"/>
	標準項目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	<input type="radio"/>
	標準項目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	<input type="radio"/>
	標準項目4	利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	<input type="radio"/>

講評

自由な時間を大切にした支援を行っています

施設にはボランティアの来訪が多いので、その人にあったボランティアさんをコーディネートしたり、その日の気分や、思いにあわせた活動が提供されています。居室には、利用者の持参した馴染みのものを使用していただき、好きな歌手等の写真を貼ったり、利用者が穏やかに生活できる環境づくりに努めています。基本的には、入浴、食事時間以外は自由な時間として、利用者が自由に過ごすことができるよう支援しています。

利用者の意向を大切にしたレクリエーションを実施しています

利用者の意向を反映して日中の活動を行っています。ボランティアは多数おり、傾聴ボランティア、車イスの掃除、たて笛の演奏、書道クラブ、フラワーアレンジメント、歌や踊りのコンサート等々多岐に渡って施設内で活動しています。その中で、利用者が一緒に活動してみたい、鑑賞してみたい、聞いてみたいと言われた活動に、参加をしています。また、古くからのボランティアとは、利用者とのなじみの関係もあり、外部の方と触れ合う良い機会となっています。

認知症の利用者が落ち着ける環境を整備しています

認知症の利用者が落ち着いて生活できるよう、職員の異動は極力少なくなっています。また、見守りを強化して認知症利用者が施設内の移動を自由にできるよう、安全に配慮した備品や設備の配置がされています。認知症の利用者が安心できるような、居場所の確保や、傾聴や筆談、利用者の気持ちに寄り添った支援ができるようハード、ソフト両面で支援しています。

	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	実施状況
	標準項目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	<input type="radio"/>
	標準項目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	<input type="radio"/>
	標準項目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	<input type="radio"/>

講評

初詣や花見等、外出の機会を設けています

正月には、近隣の神社への初詣や、3月には花見へ行ったり、7月には夏祭りへ等々、定期的に行事を開催しています。家族の面会が多いので、家族と外出される方も多いようです。また、外で草木を鑑賞して季節感を感じていただけるよう職員と利用者が買い物と一緒に出かけしています。最近は、外出する機会が若干減ってしまったため、以前行っていた外食行事を企画し実施することも検討されています。

利用者が地域の一員であること、地域との関わりについて深めていきたいと考えています

地域の夏祭りでは施設前をお神輿が通る際は、利用者や沿道に出て鑑賞したり、施設が開催する夏祭りでは、地域小学校の生徒が参加したり、地域ボランティアの方々との交流が行われており、地域とのつながりは比較的深いものと感じられます。現在の実績を活かしながら、施設では地域の福祉拠点としての役割を果たすべく、地域交流の新しい取り組みを模索しており、今後より一層地域との関係性が深まっていくことが期待できます。

	評価項目12	施設と家族との交流・連携を図っている	実施状況
	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	<input type="radio"/>
	標準項目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	<input type="radio"/>
	標準項目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	<input type="radio"/>

講評

利用者の日常の様子は家族へ定期的にお知らせしています

家族の面会が多く、平均して1日、10～15名の家族が施設を訪問しています。家族が来られた際には、生活相談員や介護支援専門員から随時、利用者の現在の様子を伝えていきます。また、面会が少ない家族に対しては、電話等で利用者の現況を連絡しています。ホームページでも家族と一緒に参加した行事等の写真を随時更新しており、利用者の日常の様子がわかるようお知らせしています。

家族懇親会を開催し家族同士の関係性も深めています

年2回、家族懇親会を定期的に行い、家族の意見を聴取する機会を設けています。家族懇親会の前にはユニットでの集まりを行い、ユニットに対しての意見をお聞きしています。家族懇親会の終了後は、食事会を開催して、リラックスした中で家族間の関係性も深まっています。面会が多いため家族からの意見や要望等聴取しやすい環境にあります。計画書の更新時等のサービス担当者会議には、家族の参加も促しています。サービス担当者会議には家族の出席率も高く、家族の意向、利用者の意向を反映できる支援計画書が作成されています。

サブカテゴリ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		実施状況
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ある場合には、利用者の同意を得るようにしている		○
標準項目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		○
標準項目3	利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		○
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		実施状況
標準項目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）		○
標準項目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		○
講評			
個人情報の取扱には十分に配慮し利用者の同意は可能な限り確認しています			
入所時に個人情報の利用に関する同意の説明を行っています。突発的な事項に関しては、家族に相談し、同意を得たうえで、個人情報の提供を行っています。また、利用者で個人情報の取扱に関して、同意可能な方については、可能な限り本人の同意を得るとともに家族にも確認してから情報提供を行うようにしています。			
利用者のプライバシーには十分配慮した支援を行っています			
全室個室になっていますので、個人のプライバシーには十分に配慮して支援にあたっています。居室に入室しなければならない場合は、必ずノックをし、利用者の同意を得てから入室するよう徹底しています。入浴介助の際は、利用者の意見を尊重して、同性介助が必要な方は、同性にて対応しています。常に1対1での支援を心掛けています。また、排泄介助も同様に声掛けの徹底、羞恥心への配慮も忘れずに支援しています。介助を必要としない時間帯に関しては、個人の時間を尊重した支援を行っており、利用者のプライバシー保護に努めています。			
利用者本人の判断を尊重できる支援を行っています			
利用者本人が判断できる事項に関しては、利用者の意思を尊重した支援を行っています。コミュニケーションができない利用者の判断については、家族からの聞き取りや、嗜好の調査や生活歴等を詳細に聴き取り、意思が尊重できるよう支援にあたっています。施設内での生活を通じて、介護職員一人ひとりが利用者本人に代わって訴えや要望を汲み取れるような支援、介護を心掛けています。声なき声を聴く、利用者の本心の代弁者になれるよう日々努力しています。			

サブカテゴリ6 事業所業務の標準化			
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	実施状況	
標準項目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	○	
標準項目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	○	
標準項目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	○	
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	実施状況	
標準項目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	○	
標準項目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	○	
講評			
入職時には施設長がマニュアル等の説明を行っています			
<p>入職時には、必要なマニュアル等の説明を施設長が行っています。マニュアルに関しては、用意整備していますが、よりそれらを職員間で共有し、実務的な活用ができていないかは、次のステップとしています。現在は、施設長を中心に標準化の取り組みを始めようとしています。職員がわからないことがおきた際は、看護師や介護支援専門員等々に相談して対応できる仕組みは構築されており、業務に支障がある訳ではないため、現存する業務マニュアルの見直しはこれからの課題としています。</p>			
委員会主導で各マニュアルの改訂を行っています			
<p>毎月、各委員会ごとに定時に委員会を開催しています。その中でマニュアルの改訂が必要であると判断した場合は、委員会の主導でマニュアルの改訂を行っています。改訂されたマニュアルはパソコンサーバーで管理されており、職員間での共有も図られています。特に感染症対策のマニュアルに関しては、職員アンケートの中にもありましたが、感染症対策がより細部まで想定し周到なものになったとの意見があり、現場に近い対策が行われていることが推察されます。</p>			
職員や利用者の意見を反映して対応しています			
<p>いろいろな声を反映できるように年2回の家族会の開催をはじめ、施設長が職員面談を行うなどの取り組みをしています。職員アンケートからは、利用者本位のサービス提供をしようとする姿勢が強い等の意見があがっていました。利用者からお意見に関しては、直ぐに取り組む姿勢があります。しかし、職場環境面では、職員一人ひとりの意見を聞く体制や取り組みはありますが、現在、中核になる職員が不在であるとともに、常勤職員の退職などより、それらを形に代え具現化するには多少の時間が必要となっています。</p>			