

福祉サービス第三者評価結果報告書

2008 年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構
財団法人 東京都高齢者研究・福祉振興財団理事長 殿

〒 173-0004
所在地 東京都板橋区板橋3-57-5
美咲マンション 1F

評価機関名 特定非営利活動法人
21世紀癒しの国のアリス

認証評価機関番号 機構 02 - 011

電話番号 03-3914-1732

代表者氏名 前島 富子

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
		野口 フサエ	経営	H0201014
		黒木 喜久子	福祉	H0402059
		大竹 常元	福祉、経営	H0405024
福祉サービス種別	認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】(介護予防含む)			
評価対象事業所名称	高齢者グループホーム ウェルケア立川			
事業所連絡先	〒	190-0032		
	所在地	東京都立川市上砂町3-4-26		
		042-537-1255		
事業所代表者氏名	川越 悟			
契約日	2008 年 3 月 13 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2008 年 3 月 13 日			
利用者調査結果報告日	2008 年 3 月 22 日			
自己評価の調査票配付日	2008 年 3 月 13 日			
自己評価結果報告日	2008 年 3 月 22 日			
訪問調査日	2008 年 3 月 23 日			
評価合議日	2008 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)	家族アンケート及び職員自己評価は評価機関に直接返信するよう依頼した。重要な文章には文字に色をつけ、調査票をカラフルにし、記入欄が目立つよう工夫した。経営分野担当が1名、福祉分野担当が1名、総合(経営・福祉)担当が1名の計3名の評価者で実施した。場面観察は3フロアに各1人づつ評価者が担当した。訪問調査は2日間で、一日目はサービス分析シートについて総ホーム長にヒヤリングと資料確認を実施、二日目は組織マネジメントについて総ホーム長にヒヤリングと資料確認を実施した。			

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。

2008 年 3 月 31 日

事業者代表者氏名 川越 悟

印

〔利用者調査：認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】（介護予防含む）〕

（事業所名：高齢者グループホーム ウェルケア立川）

調査対象	調査対象は利用者家族の22名。利用者の平均年齢は86.5歳で、全員が女性。平均要介護度は2.6、平均入所期間は4年8ヶ月。車椅子常時使用者は2名、排泄介助を要する人は13名、食堂で食事することが可能な人は22名。
調査方法	調査対象の利用者家族にアンケートを実施した。その際、家族調査の依頼文とアンケート用紙の送付をホームに依頼した。評価機関に無記名で直接返信を依頼した。
利用者総数(人)	22
調査対象者数(人)	22
有効回答数(人)	19
利用者総数に対する回答者割合(%)	86.4

利用者調査全体のコメント

総合的な感想について、大変満足と満足と回答している人は約90%の17名で大多数ではあるが、2名がどちらともいえないと回答していた。「想像するしかないの、良くわからない」という意見も聞かれるように、答えに窮している様子も一因と思えた。一方、「日頃お感じになっているホームに対するご意見・ご要望など、ご自由にお書きください」という記入欄には、「ホームや職員に対する感謝の言葉」や「職員をねぎらう言葉」などが多く見られ、そして「明るくにぎやかな雰囲気にしてほしい」という要望なども聞かれ、さまざまな意見が寄せられた。「病气やケガなどの緊急時の対応について、ご存知ですか」「ホームでは計画をつくる時、ご本人やご家族の状況や要望をよく聞いていますか」「不満や要望を気軽に言うことができますか」「職員は、不満や要望にきちんと対応してくれますか」の各項目は「どちらともいえない」と答えている人が約36.8%の7名いた。それぞれの項目について、再認識する必要があると思われた。「困ったことを職員以外の人にも相談できることを知っていますか」の問いに、「いいえ」が約42%の8名いた。周知に工夫してほしい。

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)とそれに対する事業者のかかわり

調査時に観察することができた場面から評価者が感じたこと

(調査時に観察した場面)

調査時は、行事等の予定がなく、食事の場面を中心に観察した。1フロアに3人の職員がかかわっていた。利用者は各フロアに7人、8人、7人の構成であった。食事の準備、配膳、食事中、後片付け、清掃、食後の口腔ケアの場面を中心に、職員と利用者とのかかわりについて観察した。同時に、食堂の環境、テレビや音楽など食事に集中できるように、どのように配慮しているかを観察した。3ユニットの施設のため、3名の評価者がそれぞれのフロアに1名ずつ担当した。

(調査時に観察した場面から評価者が感じたこと)

職員の態度や言葉遣いは丁寧で、優しさを感じた。利用者の表情は明るく、食事をしながら会話ができただけでも良かった。職員がスプーンを進めたが、箸を使い続けた場面では、自主性を尊重する様子が伺えた。食が進まない利用者、体調が悪くないかたずねていた。利用者の健康を気遣っていると感じた。歩行障害がある人が、食器を流しまで持っていき、洗っていた。できることは自分でやること、生活リハビリの大切さを痛感した。テレビをつけたフロアと音楽を流していたフロアがあったが、食事に集中するには、音楽の方が良いと感じた。

事業者コメント

毎日の生活の中でご利用者様から直接的に訴えられる要望を踏まえつつ、雑談程度の会話の中やちょっとした表情や仕草の変化、生活習慣やその方の生活暦を総合し、一人ひとりの生活に対する意向や真のニーズを把握できるよう日々努力しております。係わる職員一人ひとりが多方面から様子観察やアプローチをし、得た情報をフロア会議等で交換し分析することによって、日々の介護方針やケアプランに反映させております。「～へ行きたい」「～をしたい」という活動的な要望に対しては「個別対応」とし、ご利用者様の心身状態等考慮したうえで可能な限り対応できるよう努力いたしております。しかし要望の中でも団体生活を乱すものや、健康管理上問題が発生することに対しては、控えていただくようご利用者、ご家族にご説明させていただいております。ご利用者の満足は勿論のこと、ご家族も満足していただけるよう、ご家族との連携をこまめに図りまた地域の方のご協力を得て、住み良い施設環境の提供に取り組んでいます。

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. 家族への情報提供はあるか	17	2	0	0
「インターネットで様子が見れるので、大変助かっている」という家族の意見が聞かれた。介護業務支援システムをユーザー名とパスワードを用いて利用している人が56名であることから、利用者の様子やホームでの生活の状況が、家族に伝わっていることが伺えた。また家族の訪問頻度が週に1日以上の人が約58.8%と高いことから、利用者の情報が十分に伝わっていると思えた。				
2. 病気やケガ等緊急時の対応は、周知されているか	12	5	0	2
「通院等必要な時には、キチンしてもらっている」という声も聞かれ、12名が「はい」と回答していた。「ある程度は知っているが、よくわからない」と答えている人もいるように、「どちらともいえない」と回答している人が5名で、「無回答」も2名、周知されているかどうか疑問だ。家族の訪問時に、また介護業務支援システムで、緊急時の対応について、知らせる必要があると思えた。				
3. サービス提供にあたって、利用者のプライバシーは守られているか	17	2	0	0
17名が「はい」と回答していることから、利用者や家族のプライバシーは守られていると、家族が感じている様子が伺えた。ホームは入浴や排泄時に、必要に応じて同性介護を心がけている。一方、「排泄の声かけに配慮がかけられている」と指摘している職員もいた。				
4. 利用者の気持ちは尊重されているか	18	1	0	0
18名が「はい」と回答しているように、概ね利用者の気持ちは尊重されていると伺えた。「生活をルールやスケジュールで管理させん」とサービスの提供に関する基本的な考え方にも記述されているように、本人の意思を尊重した支援を目指している様子が伺えた。				
5. 職員の対応は丁寧か	17	2	0	0
「訪問している間に見た限りでは、対応していると思う」という意見も聞かれるように、17名が「はい」と答えていた。「とてもよく対応してくれる」「大変良くしていただき感謝している」という声も多く聞かれた。だが、「重度化への対応などに不安を抱いている」という職員の声もあった。				

6. 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	12	7	0	0
「はい」と回答している人は12名で、「どちらともいえない」が7名いた。ホームは個別の計画作成時に、利用者の心身の状況や希望を把握しているということであるが、家族の認識は薄いようであった。再検討することが必要と思われた。				
7. [個別の計画について説明を受けた方に]・ 個別の計画に関しての説明はわかりやすかったか	13	1	0	0
「個別に良く考えてくれている」「今の状態を少しでも長く続けることしかないので、わかりやすい」と13名が「はい」と回答していた。個別の計画に関する説明はわかりやすかったと、大多数の家族が受け止めていた。				
8. [過去1年以内に利用を開始し、利用前の説明を受けた方に]・ サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったか	4	0	0	0
説明を受けた全員が「はい」と答えていた。重要事項説明書にサービス内容や利用方法について詳しく記載され、それに基づいて説明していることが要因と思われた。				
9. 不満や要望を事業所に言いやすいか	12	7	0	0
大多数の意見は「とても良くしていただき感謝している」に集約されたが、一方では「よくよくでないと言いたい」という声も聞かれた。それが「どちらともいえない」と答えた7名に反映していると伺えた。家族の遠慮が垣間見られた気がした。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	12	7	0	0
「思い切って言った場合は対応してくれる」という意見に表れてるように、不満や要望に対応してほしいと、思っても気軽に言えない様子が見受けられた。その結果が「どちらともいえない」と答えている人が、7名という数に現れていると思われた。だが、12名という大多数の人は「はい」と回答していた。				
11. 外部の苦情窓口にも相談できることを知っているか	6	4	8	1
契約時に、重要事項説明書に基づいて外部の苦情相談窓口について、説明を受けている。しかし、「いいえ」が8名、「どちらともいえない」が4名と、多くの人は認識が薄いようであった。やはり、外部の苦情相談窓口の存在を周知することも、大切なことではないかと思われた。				

組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

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	
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、基本方針)を明確化・周知している 評点(A)	
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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし	
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(A)	
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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし	

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(A)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
【A+の取り組み】 <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし		

カテゴリ1の講評

基本理念及び基本方針は、ホームページや事業計画書に明示されている。1階の掲示板に、運営規定が掲示されているが、そこにも理念が記載されている。だが、運営規定は2階及び3階には掲示されてなく、しかも文字が小さく読み難い。玄関等人が絶えず出入りする場所に、わかりやすく掲示することを望む。利用者や家族、そして職員に対して、理念を理解していただく姿勢が少し希薄に感じられた。理解が深まるよう、積極的に取り組んでほしい。

総ホーム長は奇数月に開催される職員会議、偶数月のフロア会議、月1回の常勤会議、同一法人内の3施設合同会議に参加している。業務改善委員会にも参加することがある。また人材育成、金銭管理、物品管理、書類管理などの他に、フロアのホーム長として介護現場にも入っている。むしろ現場の仕事が主になることが多い。管理者として総ホーム長として、管理業務に専念できるようにすることが重要と思われる。

理事会で決定された重要な案件は、3施設合同会議や職員会議の際、職員に周知している。職員会議の議事録を申し送りノートに添付して、会議に出席できなかった人にも周知している。家族には家族会や面会時における説明、請求書に同封、緊急の場合は電話連絡、と周知に努めている。「職員会議において情報を共有する機会に恵まれている」と評価する職員もいる。そこには本部長が参加することもあり、職員の意識統一が図られ出席率が向上するなど、職員には良い刺激になっているようだ。

カテゴリ2		
2 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・倫理などを周知している		評点(A)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		
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(A)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 透明性を高めるために、地域の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	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		
サブカテゴリ2		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		
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(A)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	○非該当
●あり ○なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

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(A)
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
【A+の取り組み】 <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし		
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている		評点(A)
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
【A+の取り組み】 <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし		
カテゴリ2の講評		
<p>5か条からなる職員の誓いが、1階玄関に掲示されている。そこには尊敬の心で、いつも笑顔と優しい心で、同じ屋根の下で生活する仲間 で、生きがいや楽しみを一緒に見つける、利用者のペースに合わせた行動で、生活の質の向上のために頭と体を使いますという内容が記 載されている。「本人も穏やかな生活ができています」と述べている家族もあるように、この誓いが活かされた支援に取り組んでいることが伺 える。「家庭的な雰囲気」「利用者との心からの交流がある」と特に良いと思う点に記述している職員もいる。</p> <p>第三者評価結果を家族には家族会で、家族アンケート結果や改善点を報告している。職員には職員会議の際、また運営推進会議におい ても、関係者に報告している。ホームページにも公開するなど、積極的に情報開示を進めている。ホームでは家族アンケート結果や職員の 自由記述を重要視し、そこから改善点を見出し、事業計画に反映させている。</p> <p>個別相談には総ホーム長が担当している。その際、まず電話による問い合わせがあり、グループホームの特徴などを説明するが、同時に 他施設の説明も行っている。総ホーム長は認知症に関する講演に、講師として参加している。またボランティアの受け入れ体制や基本姿勢 は、ボランティア受け入れマニュアルに明示しているが、お花の講師以外は積極的に受け入れていない。近くにある同一法人の特別養護 老人ホームと合同で、毎週行事を行っていることがその要因と思われる。</p>		

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		
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		
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(A)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		
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(A)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		
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(A)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

カテゴリ3の講評

外部の苦情解決制度について、家族アンケートにも表れているが、その存在を「知らない」という回答や「どちらともいえない」という回答が、13名で約68.4%と大多数を占める。契約時に、苦情解決制度について説明していると、同時に、ホーム内にも掲示している。ホーム以外の相談先は弁護士になっているが、民生委員や行政にも相談できることを伝えたいと考えている。

家族とのコミュニケーションが図られ、何でも言いやすい環境が整い、面会も多く、苦情等に対応できる状況にある。要望等は比較的解決しやすい案件が多く、その場で対応できている。「来客用の駐車場を」また「玄関を広く」という要望もあったが、現状では困難である。しかし今秋にはホームの移転があり、それに伴って解決できる。意見箱も設置されているが、励ましの言葉の1件以外は投稿されたことはない。意見箱は利用者や家族だけでなく、職員にも利用できるようにしてほしい。

行政や小地域連絡会、地域交流、運営推進会議、社会福祉協議会などから、さまざまな福祉ニーズや福祉業界全体の動向の収集に努めている。それぞれの組織の会合に出席した際、そこで収集した資料、またホームページやファックス等で入手した資料を、電子データはパソコン内に、紙ベースはファイリングして整理・分析している。文書管理の責任者は総ホーム長が担当している。

カテゴリ4	
4 計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1	
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる	
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(B)	
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	
【A+の取り組み】 ○あり ●なし	
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(B)	
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	
【A+の取り組み】 ○あり ●なし	

評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(B)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
【A+の取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
サブカテゴリ2		
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		
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(A)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input 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. 発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・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. 再発防止・予防対策の実践に向けて、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
【A+の取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
カテゴリ4の講評		
<p>基本理念実現に向けた基本方針、サービスの提供に関する基本的な考え方、年間行事予定等は明示されているが、中・長期の計画は明記されていない。その重要性は充分認識していると思うが、ホームの進路を決める上からも大切なことで、是非具体的な計画を策定してほしい。総ホーム長の手腕が問われる。年間行事予定、昼食会、趣味娯楽教養、地域交流、事故防止への取り組み、個人情報の保護、業務の見直し、職員研修は詳しく記載されている。</p> <p>定性的な目標が多く、定量的な目標が見つからない。従って、目指す目標と達成度合いを図る指標が不明確になりがちで、それ故、進捗状況の確認もしにくく、それに応じた見直しもやりにくい状況にある。計画の策定方法そのものに課題があり、実践的な計画にする必要があると思われる。中・長期計画、年度単位計画、短期活動の策定にあたり、サービスの現状、リスク、目標と指標、進捗状況等勘案して、1から見直してほしい。</p> <p>ヒヤリハットを報告書からノートに記入することに変更した。その結果記録しやすくなり、「事故につながりやすい事例を細かくすることにより、予防対策をさらに具体的にあげることができた」と回答している職員もいる。記録を定期的に会議で検討し、分析することにより、要注意点が指摘され、再発防止や予防対策が立てやすくなった。職員自身の判断で記入することが、意識改革につながり、今年度の骨折はゼロになった。</p>		

カテゴリ5		
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・育成に取り組んでいる		
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(A)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○非該当
【A+の取り組み】		○あり ●なし
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(A)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの職務能力に応じた、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 個人別の育成(研修)計画を踏まえ、OJTや研修を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している	○非該当
●あり ○なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	○非該当
【A+の取り組み】		○あり ●なし

サブカテゴリ2

職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

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(A)

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

#REF!

評点(A)

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

カテゴリ5の講評

常勤職員は能力行動評価表で、非常勤職員は自己評価表を用いて人事考課を行っている。まず本人評価があり、それを総ホーム長が評価し、最終的に本部長が総合評価する仕組みである。そこには資格取得やスキルアップの目標と反省も記入されている。常勤職員の採用は法人本部が、非常勤職員は総ホーム長が担当している。介護福祉士及びホームヘルパー3級以上の資格者が対象であるが、経験より人格を重視した採用を行っている。

人事考課の資格取得やスキルアップの目標を基に、定期的な面接により職員一人ひとりの希望を把握している。その後、個人別の育成計画を策定し、評価表に記入する。それを踏まえた研修やOJTを行う。特に、外部研修は日程調整が必要になる。「認知、体力の低下に伴う対処方法の研修や介護技術の向上」「知識や技術の取得に向けた研修」など、能力向上に向けた取り組みを望む職員の声も聞かれる。このような声に応えるよう、前向きに取り組んでほしい。

有給休暇は全職員が取得しているが、それでも余った場合は賞与に反映している。定期的な面接により、職員とのコミュニケーションを図り、意思疎通に努めているが、やる気と働きがいの向上に結び付いていないことが伺える。職員からは報酬に関する不満の声が多く聞かれ、その結果やる気が減少する、転職したい、という意見が出ている。やる気と働きがいの向上が報酬だけではなく、他の方法でも意欲を引き出すよう工夫してほしい。

カテゴリ7	
7	情報の保護・共有
サブカテゴリ1	
情報の保護・共有に取り組んでいる	
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる 評点(A)	
評価	標準項目
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している ○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している ○非該当
●あり ○なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している ○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし	
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している 評点(A)	
評価	標準項目
●あり ○なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している ○非該当
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している ○非該当
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している ○非該当
●あり ○なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている ○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし	
カテゴリ7の講評	
<p>経理など機密性が高い情報は、法人本部で管理し、アクセス権限を設定している。ホームのパソコンには機密性が高い情報は保管されていないため、アクセス権限は設定されてない。文書類には利用者の個人情報など重要なものも多く、鍵の掛かる保管庫に収納している。その鍵は総ホーム長が管理している。電子媒体の情報はパソコンの更新を、紙媒体の情報はファイリングされ、更新ごとに入れ替えている。</p> <p>個人情報管理規定には、個人情報の利用目的、保護に関する規定、開示請求に対する対処方法を明示している。それはホームページにも掲載しているが、自己評価結果から職員の個人情報に関する理解度が低く、周知が徹底してないと伺えた。内部研修において、個人情報に関する勉強会を開催する必要があると思われる。</p>	

カテゴリ8	
8 カテゴリ1～7に関する活動成果	
サブカテゴリ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1:「リーダーシップと意思決定」・ ・カテゴリ2:「経営における社会的責任」・ ・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」	○ A+ ● A ○ B ○ C
改善の成果	
職員会議に法人本部長が参加した結果、重要案件や業界を取り巻く不祥事に関する当法人としての取り組みなど、直接職員に説明する機会が設定され、意識統一が図られ、出席率が向上した。 ヒヤリハットを報告書からノートに記入することに変更した結果、記録しやすくなった。職員自身の判断で記入することが意識改革につながり、それを定期的に会議で検討し、分析することにより、要注意点が指摘され、再発防止や予防対策が立てやすくなった。今年度の骨折はゼロになった。	
サブカテゴリ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5:「職員と組織の能力向上」	○ A+ ● A ○ B ○ C
改善の成果	
自己評価表に基づいた自己評価を、従来は正職員のみが対象であったが、非常勤職員を含めた全職員に拡大した結果、職員の意識向上につながった。	
サブカテゴリ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6:「サービス提供のプロセス」・ ・カテゴリ7:「情報の保護・共有」	○ A+ ● A ○ B ○ C
改善の成果	
ショートステイを実施した結果、新しい経験ができた。 医療連携体制加算を導入した結果、看護師が配置され、医師との連携が強化され、健康管理・重度化対応や看取り介護の実施ができた。	

サブカテゴリ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

A+ A B C

改善の成果

ショートステイを実施した結果、2名で13泊の実績が稼働率が上がり、収益増に寄与できた。

サブカテゴリ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」

A+ A B C

改善の成果

地域住民及び行政から地域密着型の施設の要望があり、その結果、現在のグループホームの移転及び22床から27床にベッドの増設を実施した。

サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

共通評価項目	
サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している 評点(A)	
評価	標準項目
●あり ○なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している ○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の特性を考慮し、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. 利用者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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし	
サブカテゴリ1の講評	
事業所の情報は施設のホームページ、行政のホームページ、広報誌のニュースレター、パンフレットを通して入手できる。施設のホームページには同一法人内の他施設の情報も掲載され、法人全体の情報が閲覧できる。同時に、行政のホームページにも掲載され、行政サイトからも閲覧できる。3ヶ月に1回発行されるニュースレターとパンフレットは施設の玄関にも置かれ、見学者は自由に持ち帰ることができる。居宅介護支援事業所にもパンフレットと料金表を置き、利用者の問い合わせの際に、提供している。 ホームページやパンフレット及びニュースレターの表記は、写真やイラスト、図表がふんだんに使われ、色彩も淡い色を基調に、読みやすい工夫が施されている。利用者が写っている写真は、プライバシーに配慮し、顔のモザイクで本人を特定できない工夫や背後から写したものを使用している。また、専門用語はできるだけ使わず、わかりやすい表現にすることを心がけている。 利用者の問い合わせは、個人情報に関するもの以外は原則応じている。また、電話による見学要請があり、その際、利用者の体調や気分を考慮して、問い合わせ等も含め総ホーム長が対応している。見学の日時にも柔軟に応じている。地域密着型の施設であるがゆえに、今後利用稼働率が低下するのではないかと危惧している。そのためにも、市内全域の人びとに施設のことを知っていただきたいと願っている。	

サブカテゴリ2

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(A)

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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している

評点(A)

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を軽減するよう配慮している	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	○非該当
●あり ○なし	4. 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している	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

サブカテゴリ2の講評

契約時に、重要事項説明者に基づいて理念、運営方針、介護の内容、介護計画の作成、家族との関係などを説明している。その他、相談窓口、設備の概要、料金、入退所の手続き、協力医療機関などについて説明し、同意の署名捺印を得ている。申し込み時に、インフルエンザ及び重度化対応に関する指針についての同意書にも、署名捺印を得ている。契約時及び申し込み時の説明は、利用者が認知症ということもあり、家族やキーパーソンに対して行う場合が多い。介護保険制度を十分に理解していない人にも、丁寧な説明を心がけている。

アセスメントシートの介護の意向欄に、利用者及び家族の意向を記載・把握している。それに基づいて個別介護計画を作成している。そして、自宅に近い状態で、思い出深い品物や使い慣れた品物を持ち込み、その人の生活暦を重視し、他の利用者と同様に仲良くするように支援をすることで、利用開始直後の不安やストレスの軽減を図っている。特に、環境の変化に順応できるよう、職員が一丸となって対応している。

サービス終了時には、家族の考えを尊重して行き先等を決めているが、同一法人内の他施設(特別養護老人ホームなど)に移ることが多い。特別養護老人ホームは日頃行事等で交流があり、そちらの職員とも顔馴染みで、常に行き来していることも利用者には安心できる。また、看取りも行っている。入院の場合は、顔見知りの職員が定期的に訪問して、利用者の不安を軽減するよう努めている。家族にも利用者の状況を聞くことがある。

サブカテゴリ3

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(A)

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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介護計画を作成している

評点(A)

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. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	○非該当
●あり ○なし	3. 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	4. 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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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(A)

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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(A)
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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

サブカテゴリ3の講評

利用者の心身・生活状況・意見・要望などを聴取し、利用者の生活像を把握し、アセスメントシートに記録する。アセスメントに基づいて、利用者の生活層を大切にしたり、さらに、ニーズに沿ったケアプランを作成している。事故後や退院後は直ちに見直しを行っているが、原則としては6ヶ月毎にケアプランの見直しを行っている。見直されたケアプランは利用者や家族に説明し同意を得ている。

利用者一人ひとりの日々の経過は介護日誌に食事・水分摂取量、排泄状況、心身の状況に至るまで適時記載し、それを後にパソコンに入力している。パソコンに入力された利用者の情報は、介護業務支援システムにより家族も自宅で利用者の様子を知ることが出来る。このことは家族アンケートでも「インターネットで様子を見られるので、大変助かっている」と評価している。

職員は業務に就く前に、介護日誌に目を通し、その日の利用者の状況を把握している。4交代勤務で、ケアプランに沿って継続したケアの提供には、情報の共有は最も大切なことである。また、利用者の状況をさらに詳しく把握するために、個人ファイル、伝言板、申し送りノート、介護業務支援システム、介護担当者会議などで情報の共有化を図っている。

サブカテゴリ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(A)
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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

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(A)
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、組織的に対策を検討し、対応している	<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
【A+の取り組み】 <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし		

サブカテゴリ5の講評

利用者や家族について、外部とのやり取りが必要な場合には、契約時はもちろん、入所時そのつど同意を得ている。利用者宛の郵便物は、家族に渡しているが、行政からのものはホームで管理している。職員はトイレに誘導する際、耳元でささやき、他の方に気づかれないように配慮していた。特に、入浴や排泄時に注意している。同姓介助を希望する場合、出来る限り同姓の介助者に行っている。

日常の支援に当たっては、声かけに工夫をし、断定的な声かけをしない、あくまで個人の意見が出せるような環境づくりに努めている。そのことを周知徹底させるために、職員会議で話し合いをしている。利用者の虐待については、自己評価でも述べられているが、自らの介護を振り返り、改善策を考えている。会議などでも話し合っており、虐待防止に努めている。

サブカテゴリ6

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		評点(A)
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. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 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を点検している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 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
【A+の取り組み】 <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし		

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(A)

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改変の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

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(A)

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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

サブカテゴリ6の講評

事業所の一定水準を図るために、マニュアルはよく整備され、ファイルされている。そのファイルは各階に置かれている。介護職員とともに定期的に見直し、家族の意見を参考に、職員の現場での体験を通して改善するようにしている。

職員全員が一定のサービス水準を保つために、外部の研修会に参加しやすいよう勤務に配慮したり、職員会議を奇数月に1回勉強会も含めて行う。また、偶数月に1回フロー会議を連絡事項やその他勉強会・伝達講習なども含めて行い、サービス水準を保つために努力している。しかし、職員の自己評価では、事業所業務の標準化について、理解が浸透していないような結果となっていることは残念である。各種マニュアルは文字を大きく、イラストなども入れて実践の場で、すぐに役立つ身近なものに改善されることが望ましい。

サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

1	評価項目1 利用者の意思を生活に反映した支援を行っている		評点(A)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 個別の介護計画に基づいて支援している	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている	○非該当	
【A+の取り組み】		○あり ●なし	
評価項目1の講評			
<p>ケアプランは必要に応じて見直しを行い、利用者にとって最適なサービスの提供に努めている。それはウェルケア立川の基本理念「基本的人権の保護・安心して家庭的な生活が出来る・生きがいを持った生活が出来る」に基づいている。</p> <p>職員は統一したケアの提供に心がけ、会議録・ケアプラン・申し送りノート・介護業務支援システムを活用して、利用者の情報の共有に努めている。しかし利用者の状況が変化した時の対応に、ばらつきが見られるので、検討の必要性を考えている。</p>			
2	評価項目2 利用者の状態に応じて、日常生活に必要なさまざまな作業等を利用者が主体的に行うことができるよう支援している		評点(A)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 食事に関する一連の作業等利用者の生活場面では、利用者の主体性に配慮して支援している	○非該当
	●あり ○なし	2. ホーム内で利用者一人ひとりに応じた生活への参加ができるよう工夫をしている	○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者一人ひとりの状態に応じて、生活する上で必要な介助(食事や入浴等)をしている	○非該当
●あり ○なし	4. 各種手続きや買い物等日常生活に必要な事柄について、利用者本人による実施が困難な場合に代行している	○非該当	
【A+の取り組み】		○あり ●なし	

評価項目2の講評		
<p>出来ること、出来ないことを把握し、利用者が望む方法で支援するよう心がけている。特に食事や入浴については、必要な時必要な支援を行っている。たとえば昼食時、お茶の担当の人がいた、他の利用者は何も手伝わないで静かに待っていたが、食後は全員で後片づけを手伝い、食器まで洗っていた。他の階では食後、職員が洗った食器を全部拭きながら「これは私の仕事なのよ」とかいがいしく、楽しそうに働いている人もいた。役割があることが嬉しくて仕方ない様子だった。他の利用者もできるだけ参加できるように、工夫されることを期待したい。</p> <p>各種手続き・買い物なども、本人では困難な場合に代行している。自ら意志表示の出来ない利用者へのよりよい支援について、これからの課題と考えている。</p>		
3	評価項目3 利用者の健康を維持するための支援を行っている	
	評点(A)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の健康の維持や身体機能の低下防止に取り組んでいる <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 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	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応でき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. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている <input type="radio"/>非該当	
【A+の取り組み】 <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし		
評価項目3の講評		
<p>看護師が配置され、医師との連携・健康管理・重度化への対応が整備されてきた。健康管理については、本人はもちろん家族とも密に連絡を取っている。家族はいつでも介護業務支援システムにより、利用者の健康状態を知ることができる。変化があった時には、できる限り早く電話で報告している。職員は毎朝バイタルサインのチェックを行い、必要に応じてケアカンファレンスで検討し、対処している。また生活リハビリを取り入れた身体機能低下防止にも努めている。</p> <p>服薬管理については、薬を準備する人と与薬を行う人の2名のダブルチェックで、誤薬を防止している。利用者の急変に関しては、緊急時マニュアルに基づき対応している。日ごろから医療機関との連携を図り、また看護師からの指導を受けたり、緊急時に適切な対応ができるよう努力している。</p>		

4	評価項目4 共同生活が楽しく快適になるよう工夫している		評点(A)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 利用者がお互いに助け合って生活することができるよう支援している	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに応じた時間が過ごせるよう工夫をしている	○非該当
	●あり ○なし	3. ホームでの生活は、他の利用者への迷惑や健康面などに配慮したうえで、原則として自由である	○非該当
	●あり ○なし	4. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○非該当
	●あり ○なし	5. 居室や食堂などの共用スペースは、利用者の安全性や快適性に配慮したもとなっている	○非該当
	【A+の取り組み】 ○あり ●なし		
評価項目4の講評			
<p>運営方針には、共同生活を営む者同士の「集団の力」を生かし、互いに助け合い、生活が営まれるように援助しますと明記している。また、日常生活に必要な「作業」は、職員による見守りや促し、誘いかけなどにより、利用者が主体となって行うようにすすめます。また、利用者が互いに助け合って行えるように援助しますと重要事項にも明記され、施設が全力で取り組んでいる様子が伺える。</p> <p>ご利用者様ご自身の「意思」が生かされるように、また「意思」を引き出すように務めます。援助する側の都合に合わせてたり、援助する側の論理で急がせないようにすすめるなど、あくまでも自発性を引き出すようにすすめますと利用者の意思を尊重した支援を心がけている。また、生活をルールやスケジュールで管理しません。起床から就寝までの生活の流れは、個人のリズムが基本です、とサービスの提供に関する基本的な考え方に記述され、利用者一人ひとりに応じた時間が過せる支援が行われるよう取り組んでいる。</p> <p>利用者がお互いに協力しあって、気持ちよく生活できるよう見守っている。「ホームは家である」を基本に、利用者一人ひとりに応じた時間が過ごせるように工夫している。ホームでの生活は、他の利用者に迷惑を掛けたり、健康面での問題がない限り自由である。家から持ってきたなじみの品々、仏壇なども置かれ、一人ひとりの好みに合わせたカーテンなど、部屋の環境整備をしている。また、リビングは家庭的な雰囲気を感じられるようにインテリアを工夫し、台所は電磁調理器を使用し、ガスなど火の扱いはしないなど、安全面にも配慮している。</p>			
5	評価項目5 ホームと家族等との交流・連携を図っている		評点(A+)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 家族等との外出・外泊・面会時間は可能な限り希望に応じている	○非該当
	●あり ○なし	2. 家族等が参加できるホームの行事を実施している	○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者の日常の様子やホームの現況を定期的に家族に知らせている	○非該当
	【A+の取り組み】 ●あり ○なし		
<p>介護業務支援システムは、利用者の日常の様子や施設の現況を家族に、インターネット経由でリアルタイムに知らせる仕組みである。家族はユーザー名とパスワードを用いて、情報を入手しているが、他の利用者の情報にはアクセスできないシステムである。システムには利用者一人ひとりの介護計画、介護記録、面会記録、近況写真、預かり金管理、行事予定が入力され、これらの情報にアクセスできる。</p>			

評価項目5の講評																
<p>外出、外泊は原則自由であるが、それを行う場合は事前に行き先や期間を知らせること、また友人や知人等との外出や外泊については、家族の同意を必要としている。面会も基本的には自由であるが、他の利用者に対し迷惑となるような行為は慎んでいただいている。家族とのコミュニケーションは頻繁に行うように心がけ、特に希望や要望を出しやすい環境づくりにも努力している。</p> <p>毎月開催される誕生会や食事会など、家族が参加できる取り組みを行っている。それらは行事計画で公表し、毎年6月に開催される家族会で知らせている。さらに、介護業務支援システムでも閲覧できる。また、日帰り旅行など重要な行事は電話で参加の希望を聞いている。納涼会は概ね半数の家族が参加している。</p> <p>家族会や年に数回開催される家族懇談会、年6回開催される運営推進会議の際に、利用者の状況や生活の様子を報告している。それに加え、介護業務支援システムの閲覧で、リアルタイムに利用者の情報を入手でき、またインターネットを利用しない家族には、面会時に説明している。緊急の場合は、電話で知らせることもある。「インターネットで様子が見れるので、大変助かっている」と家族は評価している。「家族がインターネットで、利用者の状態を知ることができる」と評価している職員もいる。</p>																
6	<p>評価項目6 利用者が地域で暮らし続けるための基盤作りを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(A)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 70%;">標準項目</th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 運営推進会議等を活用して地域の情報等を収集し、利用者の状況に応じて提供している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者が地域の一員として交流できる機会を確保している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td colspan="3">【A+の取り組み】 ○あり ●なし</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 運営推進会議等を活用して地域の情報等を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者が地域の一員として交流できる機会を確保している	○非該当	●あり ○なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○非該当	【A+の取り組み】 ○あり ●なし		
評価	標準項目															
●あり ○なし	1. 運営推進会議等を活用して地域の情報等を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当														
●あり ○なし	2. 利用者が地域の一員として交流できる機会を確保している	○非該当														
●あり ○なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○非該当														
【A+の取り組み】 ○あり ●なし																
評価項目6の講評																
<p>運営推進会議の構成メンバーは、利用者代表、家族代表(1階、2階、3階の各代表)、地域包括支援センターの主任ケアマネジャー、地域住民代表の民生委員、認知症実務経験者、職員代表である。今年度は1月末までに会議を5回開催した。その内容は行事報告や職員会議報告など施設側の情報発信が主になり、地域の情報を十分に収集しきれていない。今後の課題である。そのほか、行政の広報誌から各種講演会等の案内や百貨店のチラシを見て、買い物の参考にする、散歩中の近隣の人から地域の行事などの情報を得て、それらを利用者に提供している。</p> <p>市や小地域の広報、近所の人からの情報を収集し、たとえば、音楽会・サーカス・買い物情報などを利用者知らせ、希望者を募り、参加したことがある。利用者が地域社会の一員として交流する機会を確保している。中学生の体験学習の受け入れ、保育園・自治会の婦人会などとの交流がある。ボランティアの受け入れは、場所の関係もあり、多くは特別養護老人ホームと共同で企画・運営している。</p>																

【全体の評価講評：認知症対応型共同生活介護【認知症高齢者グループホーム】（介護予防含む）】

（事業所名：高齢者グループホーム ウェルケア立川）

特に良いと思う点		
1	タイトル	ホームと家族との連携と信頼関係の確立
	内容	インターネット経由で介護業務支援システムを用いて、家族に利用者の情報を伝えている。そこには利用者の心身・健康状態や排泄状況に至るまで記録された介護記録・介護計画・面会記録・近況写真・預かり金管理・行事予定などの情報が満載されている。ほぼすべての家族がユーザー名とパスワードを用いて、介護業務支援システムに接続している。家庭にいながらにして利用者の様子を知ることができ、家族の評価も高く、すでに1200回も接続している人もいる。インターネットを利用しない家族には、面会時や電話で近況を伝えている。要望を出しやすく、相談もしやすい環境づくりを心がけ、家族との信頼関係を深めることを目指している。
2	タイトル	職員間で利用者情報を共有する仕組みの整備
	内容	パート職員が多く、4交代という複雑な勤務形態の中で生活している利用者にとっては、ケアプランに沿って統一した支援が何より大切なことである。それには、全職員が利用者の情報を共有することが最も重要なことである。介護日誌に心理・身体・排泄状況、食事の摂取量など適時記録し、それをパソコンの介護業務支援システムに入力している。また注意事項や報告、職員一人ひとりへの伝達が記載された伝言板、行事や今日の予定を知らせる掲示板を、必要な時にホーム内のどのパソコンからも閲覧できる。このように、職員間で利用者情報を含めた必要な情報を共有する仕組みが整っている。
3	タイトル	ヒヤリハットノートの活用による利用者の安全確保の向上
	内容	当初は所定のヒヤリハット報告書を使用していたが、提出率が低いため、ノートに変えた。ノートは書きやすく、形式に縛られないで気軽に書くことができ、ほんの些細な出来事や気づきでも記入するようになった。その結果、骨折など重大な事故がなくなり、利用者の安全確保の改善につながった。他の職員が自身の行為を振り返るきっかけにもなり、意識改革にもつながった。ヒヤリハットノートを定期的に会議に提出し検討している。形式にとらわれないノートに、変えたことの成果を高く評価したい。
さらなる改善が望まれる点		
1	タイトル	同一法人の3施設の「強み」を活かしたマニュアルの見直し
	内容	業務の一定水準を保つために各種マニュアルを整備し、現場に配置されている。数多くのマニュアルを一冊にまとめファイルされているが、量が多く使い難い、また文字も小さくて読みにくいという欠点も見えている。マニュアルは実践の場で活用されるものでなければならない。文字を大きくイラストなども入れて、緊急時でも、誰が見てもわかるマニュアルに見直されるよう望む。同一法人の他施設では、日常業務に必要なマニュアルや決まりごとを「心得」にわかりやすく載せている。是非参考にしてほしい。3施設合同会議の際に、互いの「強み」でもある得意分野について、意見交換することも必要と思われる。
2	タイトル	利用者の笑顔を引き出す職員のアプローチ
	内容	食事の準備中、一人の利用者が配茶を手伝っていた。他の利用者は互いに会話を交わすこともなく静かにテレビを見ていた。しかし食後は自分のお膳を自ら流し台まで運び、それぞれきれいに洗っていた。他のフロアでは、職員が洗った食器を一人の利用者が「これは私の仕事なの」と嬉しそうに拭いていた。家族のアンケートに「状態が進行したためか、以前ほど会話がなくなり、暗い感じになってきたので、少しでも明るくにぎやかな雰囲気にしてほしい」「行動を伴う動きや会話があると、もっと明るくなると思う」という意見が聞かれるが、利用者の笑顔を乏しいことは残念だ。出来ることと出来ないことを見定めて、より質の高いサービスを提供できるよう、また利用者が主体的に行えるよう、職員のアプローチを期待したい。
3	タイトル	職員満足度の向上を図る取り組みの実践
	内容	職員の自己評価に、処遇に関する意見が多く記述されている。報酬が少ない、昇給がない、有給が取りにくい、休憩時間が少ない、人員不足、知識や技術を学ぶ機会がないなど、そのためにやる気がなくなる、業務負担が増す、レベルアップができないとさまざまである。でも、放置できない問題でもあり、介護業界が抱えている共通の課題でもある。一方、このように職員から率直に多くの意見が寄せられることは、ホームに対する愛着心と帰属心が失われていない証と考えられる。やる気向上とレベルアップを図る取り組みを、職員と共に実践してほしい。