

評価領域Ⅰ 利用者本人の尊重

| 評価分類・評価項目 | 評価結果 | 評価の理由（評価調査員コメント） |
|--|------|---|
| <p>I-1 利用者本位の理念</p> <p>I-1-1(1)施設の理念や基本方針が利用者本人を尊重したものとなっており、全職員が基本方針を理解し、実践しているか。</p> | A | <ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本理念に“やさしさ、おもいやり、ふれあいを大切に高齢者の豊かな生活を築いていくことを目標とします”と掲げ、運営方針等でも、利用者本人の尊重を明記している。 ・理念は玄関ホール、会議室、各階フロアにも掲示してある。 ・名札の裏にも理念が記され、朝礼時に復唱している。 |
| | A | <ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本理念に「やさしさ、おもいやり、ふれあいを大切に高齢者の豊かな生活を築いていくことを目標とします」と掲げているとともに、事業所運営方針や「職員倫理綱領」の中でも、利用者本人の尊重を明記している。 ・利用者や職員がよく見える4箇所（入り口、会議室、2階と3階フロア）に、理念が掲示されているほか、朝礼時に復唱している。 ・職員の名札の裏に、理念が記され、常に意識付けがされている。 ・これらの理念・運営方針等を具現化するために、小グループ担当制で利用者に接している。 |
| <p>I-2 利用者のニーズを正しく把握した個別援助計画の作成</p> <p>I-2-1(1)利用者及び家族に面接し、利用者ニーズを正しく押さえたうえで、解決すべき課題の把握（アセスメント）を行っているか。</p> | B | <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは包括的自立支援プログラムのケアチェック表により、身体状況が細かく記載されている。 ・介護支援専門員（ケアマネジャー）が、解決すべき課題をカンファレンスで提案し、確認している。 ・アセスメントでは、家族や本人と面談し説明しているが、家族の都合等を理由に、面談が十分とは言えず、定期的な情報提供までには至っていないのが惜まれる。 ・個別援助計画には長期目標、短期目標、期間、行動計画、頻度、評価の項目が記述してある。また、見直しは5つの要件（①要介護状態の区分変更があった場合②事故が起きたあと、状態が変化した場合③病院退院時、医師の意見書に基づいた見直しを行う④入居後1ヶ月、3ヶ月経過時および状態変化が激しい場合は6ヶ月毎に行う⑤必要と認めたととき随時行う）が決められている。 ・歯科衛生士や外科医師のほか、ボランティア活動の音楽療法士からも助言を受け、ケアプランに反映させている。 |
| | B | <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは包括的自立支援プログラムのケアチェック表により、身体状況が細かく記載されている。 ・介護支援専門員（ケアマネジャー）が入所前の情報に施設での「ケアチェック表」からの情報を加えて、問題点や解決すべき課題を整理して、看護師、介護職、管理栄養士等が参加するサービス担当者会議の中で提案し、課題の最終確認を行っている。 △最初のアセスメントでは、家族や本人と面談し説明しているが、その後は、全てのアセスメント時に面談が行われているわけではない。 |

| | | | |
|---|------------|--|---|
| <p>I-2-②個別援助計画の内容は、利用者（代弁者も含む）の合意が得られているか。 ※ 以下の項目においても、「代弁者」の範囲は、家族や後見人またはそれに準ずる者を指すこととする。</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン会議では、都合により来られない家族に、事前に家族の意向を聞いて計画に反映させている。 △サービス計画の作成や見直し時には、家族等と面接を行い説明や同意を得ている。その計画書を利用者、家族等に渡しているが、家族等へ定期的な情報提供を行うまでには至っていない。 | |
| <p>I-2-③利用者の状況に応じて個別援助計画の作成・見直しを行っているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・個別援助計画には長期目標、短期目標、期間、行動計画、頻度、評価の項目が表現してある。 ・見直しは5つの要件（①要介護状態の区分変更があった場合②事故が起きたあと、状態が変化した場合③病院退院時、医師の意見書に基づいた見直しを行う④入居後1ヶ月、3ヶ月経過時および状態変化が激しい場合は6ヶ月毎に行う⑤必要と認めたとき随時行う）が決められている。 ・計画の作成や見直しに関するカンファレンスには、介護支援専門員、生活相談員、看護師、介護職、管理栄養士、その他必要な職種が参加している。 | |
| <p>I-2-④個別援助計画について、施設職員以外の専門家等の助言を受けているか。</p> | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・歯科衛生士や外科医師のほか、ボランティア活動の音楽療法士からも助言を受けケアプランに反映させている。他施設や病院からの入所の場合は、入所直前の施設のケアマネジャーや医療職からの意見・助言を聴いて参考にしている。 | |
| <p>I-3 利用者の状況の変化に応じた適切なサービス提供の実施</p> | | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意見を出来る限り取り入れ、反映させたサービスに心がけている。 ・食事では、時間の変更、取りおきを行い、特浴では、複数介助者が関わることによるあわただしさを解消し、ゆとりある入浴のためにマンツーマンで対応している。消灯時間も自由である。 |
| <p>I-3-①個別援助計画にそって、適切なサービス提供が実施され、実施状況に関する評価・改善がなされているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・職員や施設の都合でなく利用者のペースに合わせたサービスに努めている。例えば、食事時間の弾力性、食事の取りおきも2時間するほか、消灯時間も自由である。 ・「施設サービス計画書」の見直しが実施されている。また、利用者からのサービス提供実施に関する評価を含めてアンケートを実施中である。 ・特浴では、複数介助者が関わることによるあわただしさを解消し、ゆっくり・ゆとりある入浴のためにマンツーマンに変更している。利用者が希望する場合には同性介助も取りいれている。 | |
| <p>I-4 快適な施設空間の確保</p> | | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・建物は高台に位置し、自然採光のほか照明・空調もあるほか、掃除も行われていて清潔である。また、段差解消等バリアフリー設計の建物で、手すりにクッションが付けてあり、工夫が見られる。 ・居室の個人スペースはカーテン間仕切り式、居室内トイレはアコーディオン式扉になっている。居室の外にあるドア式トイレも利用できる。また、廊下の各所にソファや窓側に作り付けのベンチがあり、一人になれる場所がある。家族の面会等には、ロビーのほかに相談室が利用出来る。 |

| | | |
|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・「感染症マニュアル」があり、手洗い等の予防策も細かく記述されている。 ・「事故対応マニュアル」があり、事故防止のための基本的事項、「事故」と「ヒヤリハット」（ヒヤリとしたこと、ハツとしたこと）の区分を明確にしている。事故防止委員会が月1回定期的に開かれており、リスクマネジャーも任命されている。 ・「防災用マニュアル」があり、防災委員会は、年に5回開かれ、防災計画の立案、訓練反省、自主点検等を行っている。訓練としては、防災、夜間想定避難、地震等を行っており、内容をレベル区分3つに分けて実施している。災害時での備えとして、利用者・職員向けに3日分の食糧ほか、毛布、自家発電機などを備蓄している。 |
| <p>I-4-1) 快適な生活が営まれるような住環境（清潔さ、採光、換気、照明、バリアフリー等）への配慮がなされているか。</p> | <p style="text-align: center;">A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・居室清掃は居室担当が、共用スペースの清掃は外注業者が行っている。臭いもなく、清潔感がある。 ・空調は集中管理をしているが、部屋でも個別対応が可能である。2人部屋、4人部屋では、寒暖についての個人の受け止め方が様々であるが、着衣や寝具等で調整している。 |
| <p>I-4-2) 個人の生活が確保されるような施設面での工夫・取り組みを行っているか。</p> | <p style="text-align: center;">B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・2人部屋、4人部屋は、個人スペースとしてベッド付近がカーテンで仕切れ、居室内トイレはアコーディオン式扉になっており、視覚的に周囲と遮断される工夫がされている。 ・「重要事項説明書」の付属文書の中で、持込物について業務に支障が生じたり、他の利用者に迷惑のかかるものについて、断る旨の表現があるが、利用者のなじみのものは情緒的な効果等もあることから、居室には家族の写真などがある。 ・廊下の各所にソファや窓側に作り付けのベンチがあり、一人になれる場所が確保されている。家族の面会等をする場所としては、ロビーのほかに、申し込みば会議室や相談室等を提供し便宜を図っている。 |

| | | |
|---|------------|---|
| <p>I-4-(3)衛生管理や感染症対策が適切に行われているか。</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「感染症対応マニュアル」および調理委託業者の「衛生マニュアル」「大型調理施設衛生管理マニュアル」がある。 △調理が外部委託のため、委託業者の「大型調理施設衛生管理マニュアル」等について点検しているが、施設側で積極的に指導・監督をするまでにはいたっていない。 ・「感染症マニュアル」には、①感染させないこと②職員が感染症の媒介者にならないこと③発症させないこと④発症を早期に発見し適切な治療を行うこととし、具体的に感染症患者・利用者観察のポイント、感染経路にも触れ、さらに予防策として手洗い・うがい等の励行など細かく記述されている。 ・これをもとに、予防や対策等についての取り組み（「役職者会議」での検討、「職員会議」での呼びかけ・掲示板を活用した注意喚起等）を行っている。 ・特に感染症については、流行する病原菌などが変化するので常に見直し、各種の会議等を通じて早期に伝達している。 ・面会・ボランティア等の来所者に対して、呼びかけるなどして様々な感染症の発生・蔓延の予防に努めている。 |
| <p>I-4-(4)事故防止のための取り組みを行っているか（ヒヤリハット事例を含む）。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「事故対応マニュアル」がある。そのほかに事故防止のための基本的事項として、①常に危機意識をもち、業務に当たる②利用者最優先の介護の徹底③利用者の生活・尊厳を支援する意識④円滑なコミュニケーションとインフォームド・コンセントに考慮⑤記録は正確かつ丁寧に記載し、チェックを行うことと明記してあるとともに、「事故」と「ヒヤリハット」（ヒヤリとしたこと、ハットとしたこと）の区分を明確にして、事故に対する意識の高揚を図っている。 ・「事故防止委員会要綱」が設けられており、事故防止委員会は月1回定期的に開かれている。その中で事故防止に役立つ情報の収集、対策の検討及び推進等が議論されている。 ・リスクマネジャーには管理者である統括事業課長が選任され、日常業務の中で苑内を巡回し、施設・設備・サービスの点検を行っている。 |
| <p>I-4-(5)災害発生時の対応体制が確立しているか。</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「防災用マニュアル」はできている。防災委員会は、年に5回開催され、防災計画の立案、訓練反省、自主点検等を行っている。 ・訓練としては、防災訓練6回、消防署指導の下での夜間想定避難訓練2回のほか、地震対策を1回行っており、訓練の内容をレベル区分3つに分けて、より実践的に実施している。 ・災害時での備えとしては、食糧関係が利用者・職員向けに143名分の3日分のほか、毛布などを備蓄している。設備面では自家発電機を購入し、非常時に備えている。 △災害発生時に利用者の状況を直ちに家族等に知らせる仕組みは、来ていないが、早急に取り組むべき課題と認識している。 |
| <p>I-5 苦情解決体制</p> | <p>A→B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・第三者的な委員は弁護士で、氏名がロビーに明示されているが、連絡先は明記されていない。 ・「苦情対応マニュアル」があり、苦情受付と苦情解決の責任者を |

| | | |
|---|------------|--|
| | | <p>分けている。苦情受付と解決の記録は書式を分けて記録し、一つのファイルに綴じ込まれ、処理した経過が分かるようになっている。</p> <p>意見箱が3箇所に設置されているほか、家族や来所者からのアンケートでも、匿名で意見・要望等を自由に記入できる。</p> <p>横浜市社会福祉協議会横浜生活あんしんセンターをはじめ、旭区役所などの外部機関との連携のほか、相談窓口について、「重要事項説明書」の中で、生活相談員名や行政機関名を明らかにしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情や要望については、申し送りで伝達し、各部署のノートに記載し、その内容を全職員が確認する仕組みになっている。 |
| <p>I-5-(1)利用者(利用者本人の合意を得ることが困難な場合は代弁者)や家族がサービスについての要望や苦情を訴えやすい仕組みになっているか。</p> | <p>A→B</p> | <p>△第三者的な委員は弁護士で、氏名がロビーに明示されているが、連絡先は明記されていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「重要事項説明書」には苦情受付担当として、生活相談員名が明記してあるほか、神奈川県、横浜市等の窓口でも受け付けている旨、記載されている。 ・エレベーター横の掲示板にはかながわ福祉サービス運営適正化委員会も掲示され、利用者・家族等に説明されている。 ・意見箱が3箇所に設置されているほか、家族や来所者からのアンケートでも、匿名で意見・要望等を自由に記入できる。 ・苦情受付責任者と苦情解決責任者を分けて、早期に解決できるようにしている。 ・苦情受付と解決の記録は、書式が違っているが、一つのファイルに併せて綴じ込まれ、処理の経過が分かるようになっている。 |
| <p>I-5-(2)要望や苦情等を受けて、迅速に対応できる仕組みになっているか。</p> | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「苦情対応マニュアル」がある。要望や苦情の内容と解決策の伝達には、受付と解決担当者から、関係部署への連絡や周知を図っている。外部機関との連携担当も決めてある。 ・苦情や要望については、申し送りで伝達し、各部署のノートに記載し、その内容を全職員が確認する仕組みになっている。 ・過去の苦情や要望は、その記録内容を保存しており、再発防止や発生時の解決に活かしている。 ・苦情や要望については、申し送りで伝達し、各部署のノートに記載し、その内容を全職員が確認する仕組みになっている。 |

| | | |
|--|------------|--|
| <p>I-6 特に配慮が必要な利用者への取り組み（医療対応含む）</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・医療依存度の高い利用者の受け入れは施設方針のひとつであり、医師が医務室に月に6～7日勤務する体制をとっている。現在は、胃瘻、ストーマ（人工肛門）、吸引器使用、鼻腔栄養等の利用者を受け入れている。また、「サービス提供基準書」には経管栄養、胃瘻等について手順を具体的に定めている。 入所時に、看護師・医師等が課題を整理し、特に配慮が必要な利用者には、実際の対応を想定して、具体的な個別ケア計画を立案している。認知症高齢者の難しい行動については、担当者間や各部署で意見交換し、見守りでの応援や解決方法を探すなど、組織的に対応する取り組みも行われている。 ・終末期の利用者に対しては、「ターミナルケア基準書」に沿って家族への精神的ケアも併せて対応している。 ・医療と介護記録については、医務室と寮母室ごとに記入しているが、必要な情報は相互に交換し、申し送り時の報告やメモなどを記載し、情報の漏れが無いようにしている。 看護師は、土・日曜日にも勤務し、不在となる夜間もオンコール（緊急呼び出し）体制をとっている。 |
| <p>I-6-(1)特に配慮が必要な利用者（認知症高齢者を含む）に対して、個々の障害に合わせた介護を適切に行っているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・新しい入所者に対しては、医務室にいる看護師・医師等が課題を整理し、その後、しばらく注意深く観察を行い、課題の漏れがないかチェックを行っている。 ・その後、特に配慮が必要な利用者には、実際の対応を想定して、具体的な個別ケア計画を立案している。 ・医務で整理された課題の内容や注意点・特記事項について、職員間で確認し、情報を共有している。 ・認知症高齢者の難しい行動については、担当者間や各部署で意見交換を図るほか、見守りでの応援や解決方法を探すなど、組織的に対応する取り組みが行われている。 |
| <p>I-6-(2)医療依存度の高い利用者も受け入れ、適切な対応を行っているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・医療依存度の高い利用者の受け入れは施設方針のひとつであり、医師が医務室に月に6～7日勤務する体制をとっている。 ・「サービス提供基準書」に経管栄養、胃瘻について手順を定めている。利用者に対しての個別対応マニュアルは、状況に応じて医務を中心に作られている。 ・現在は、胃瘻、ストーマ（人工肛門）、カテーテル、吸引器使用、インシュリン注射、鼻腔栄養の利用者を受け入れている。入院・再入所を重ねている方等がいる。 ・医療と介護記録については、医務室と寮母室の各で記入している。必要な情報は相互に交換し、申し送り時の報告やメモなどを記載し、情報の漏れが無いようにしている。 ・看護師は、土・日曜日でも勤務している。不在となる夜間でもオンコール（緊急呼び出し）による体制をとっている。 |

評価領域Ⅱ サービスの実施内容

| 評価分類・評価項目 | 評価結果 | 評価の理由（評価調査員コメント） |
|-----------|------|------------------|
|-----------|------|------------------|

| | | |
|---|-----------------|---|
| <p>II-1 入退所時の対応</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・現在空席の第三者委員の後任が未定な点が惜しまれるが、「入退所検討委員会」を毎月開催し、①状況確認②順位決定③入所判定の内容が記録・保存してある。また、「退所者ケース記録」に全退所者の関連書類が一括保存されていて、退所の日までの状況がわかるようになっている。 「入退所委員会要綱」では、公正を守るように“議事録に協議・決定の内容を記録”、“入所順位決定基準”を規定している。 ・入退所は土日祝日を含み、どの曜日にもできる。受け入れ時に立ち会う看護師も土日出勤する体制を組んでいる。時間も夕方17時までなら、何時でも対応し、事前に本人、家族と連絡をとって入退所をいつにするかを決めている。 |
| <p>II-1-(1)入退所検討委員会の運営は適切か。</p> | <p>B</p> | <p>△「入退所委員会要綱」第4条（9）には、第三者委員を構成メンバーとしている。しかし、前任者が転居したあと、後任がまだ決まっていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「入退所検討委員会」は毎月開催され、①状況確認、②順位決定、③入所判定に分けて、記録・保存されている。 「退所者ケース記録」ファイルに全退所者の関連書類が一括保存されていて、最後の日までの状況がわかるようになっている。 また、「入退所委員会要綱」第6条（議事録に協議・決定の内容を記録する）と定めてある。 ・入所順の問合せがあるほかは、まだ公開請求の事例はない。問合せにはいつでも対応するようにしている。 ・「入退所委員会要綱」第8条に入所順位決定の基準を定めて公正を図っている。 |
| <p>II-1-(2)介護者の時間や都合に合わせて入退所時間などを決められるか。</p> | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・土日祝日を含み、どの曜日にも入退所できる。受け入れ時に立ち会う看護師も土日出勤する体制を組んでいる。 ・夕方17時までなら、何時でも対応できる。 ・事前に本人、家族と連絡をとって入退所をいつにするかを決めている。 |
| <p>II-1-(3)（老健のみ）退所にあたり、利用者の状態などについて、利用者と家族が納得いくよう説明しているか。</p> | | |
| <p>II-1-(4)（老健のみ）退所にあたって、退所後の主治医その他関係する保健福祉サービス提供者に対し、利用者の情報を提供しているか。</p> | | |
| <p>II-2 利用者本位のサービス提供 [食事]</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・行事委員会が作る「行事献立食」をクリスマスや毎月の誕生日会に出している。祝膳には紅白の箸袋で華やかな演出もしている。毎日のメニューも日本語表現の献立（刻み昆布の煮物など）が多くてわかりやすく、「誕生日&食事一覧表」には利用者別の食形態も記録してある。 2階食堂は四季の草花が見える中庭に面し、吹き抜けもあって |

| | | |
|--|------------|---|
| | | <p>開放的である。食器も温かみのある柄のものを使い、こまめに入れ替えて、茶渋などの汚れのない清潔な食器にしている。</p> <p>個人の持ち込みでの晩酌も自由で、月2回は「晩酌の日」があり、アルコール類やジュースがでる。（有料）</p> <p>利用者も一緒に作る「手作りおやつ」では、身体的効果（手指のリハビリ）、精神的効果（自分の手で作り食べる喜び）をあげている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介助テーブルの高さなど定期的な観察・見直しも欲しいところであるが、食事介助は1対1で行っている。 ・「サービス提供基準書」（食事）で“その人のペースに合わせて目安時間：2時間と規定し、通院外出などでは、食事のとり置きのほか外食を勧めるなど柔軟な対応もしている。 |
| <p>Ⅱ－2－(1)食事を楽しめるような工夫を行っているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・行事委員会が中心になって、「行事献立食」を詳しく作っている。クリスマスや毎月の誕生日などは行事食となっている。掲示してあるメニューも日本語表現の献立（刻み昆布の煮物など）が多くわかりやすい。「誕生日&食事一覧表」に利用者別に食形態も記録してある。誕生日祝膳には紅白の祝箸袋もつけて華やかな演出をしている。 ・2階は四季の草花が見える中庭に面した食堂である。吹き抜けもあって開放的で明るい。今年の干支「亥」と書かれた大きなタペストリーも掛けてある。 ・陶器や磁器ではないが、温かみのある柄の食器が使われている。また、こまめに食器を入れ替えて、茶渋などの汚れのない清潔な食器にしている。 ・行事委員会が中心になって、「手作りおやつ」で身体的効果（手指のリハビリ）、精神的効果（自分の手で作り食べる喜び）をあげている。 ・個人の持ち込みでの晩酌は自由である。また、月2回は「晩酌の日」があり、アルコール類やジュースがでる。 |
| <p>Ⅱ－2－(2)個々の利用者の心身状態に合わせた食事介助を行っているか。</p> | <p>B</p> | <p>△利用者の食べ方に合わせて、介助テーブルを使ったりしている。個別事例でも、定期的な観察・見直しまでには至っていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「サービス提供基準書」（食事）に“その人のペースに合わせて”と決めている（目安時間：2時間）。通院外出などで遅くなった場合は、外食を勧めたりして柔軟に対応している。 ・早く食べ始める人もおり、食べ終わるとそれぞれが出て行く。また、遅くまで食事介助を受けている人もある。 |
| <p>Ⅱ－2 利用者本位のサービス提供 [入浴]</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・浴室がデイサービスと共用のため、週2回以上の入浴はむずかしいものの、一人ひとりの都合に合わせて一人の職員がマンツーマンで個別に対応している。 ・「サービス提供基準書」（入浴）に一般浴、機械浴、清拭・部分浴に分けて手順がきちんと決めてある。特浴では、入浴の有無だけでなく、爪切り、耳掃除と細かく区分して記録し、確認している。 ・脱衣場の入り口はかぎ型で、外部からの視界を遮る構造になっ |

| | | |
|--|-----------------|--|
| | | <p>ているが、さらに、目隠し用つい立てを利用し入り口も見えない配慮を行っている。3階休憩室に家庭用浴槽があり、がん末期の利用者に個室入浴として使ってもらった事例もある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同性介助は、男性でも女性でも対応できる体制があり、現在短期入所男性の利用事例がある。 |
| <p>II-2-(3)入浴や清拭は、安全かつ適切に行われているか。</p> | <p>B</p> | <p>△浴室がデイサービスとの共用のため、週2回以上はむずかしい状態にあるものの、入浴日は、午前・午後の区分で一人ひとりの都合に合わせてゆっくり入浴してもらっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴の案内から、終わって居室へ送るところまで、一人の職員がマンツーマンで個別に対応している。 ・「サービス提供基準書」（入浴）に一般浴、機械浴、清拭・部分浴に分けて手順がきちんと決められている。マンツーマンの方式でこの手順を実施している。 ・特浴では、入浴の有無だけでなく、爪切り、耳掃除に細かく区分して記録し、確認している。 |
| <p>II-2-(4)入浴に関して、利用者の自尊心やプライバシーに配慮した介護が行われているか。</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・脱衣場の入り口はかぎ型に折れていて、外部からの視界を遮る構造である。さらに、使用中は、目隠し用つい立てを利用し、入り口も見えない配慮を行っている。 ・3階休憩室に家庭用浴槽があり、がん末期の利用者に使ってもらったことがある。 ・同性介助については、男性でも女性でも対応できる体制があり、現在、短期入所の男性が利用している。 |
| <p>II-2 利用者本位のサービス提供 [排泄]</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・日中の排泄介助は3時間毎の定時介助である。「排泄チェック表」に、介助する時間を色別表示して介助忘れを防いでいる。職員が話し合い、トイレ便器に踏み台を用意して、排泄を楽にした工夫や、尿道カテーテルを通院処置から、施設内嘱託医の処置に変えた事例など自立に近づける努力をしている。 ・居室内や2、3階のトイレはアコーディオンカーテン式であるが、ドア式の職員用トイレを利用者も使うことができる。介助時のプライバシー保護については、「サービス提供基準書ベッドでの介助（おむつ交換）」に決めてある。 ・同性介助は現在、女性2名が利用している。 |
| <p>II-2-(5)安易におむつやポータブルトイレを使用せず、排泄の自立を促しているか。</p> | <p>B</p> | <p>△日中は3時間毎の定時介助となっている。「排泄チェック表」には、介助する時間が色別表示してある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各利用者の「施設サービス計画書」にまでは記録していないが、職員の話し合いの結果、トイレ便器に踏み台を用意して、排泄が楽にできるようにした事例がある。また、尿道カテーテルを通院処置から、施設内嘱託医の処置に変えた事例もある。 ・ナースコールなど利用者の意思表示には、すぐ対応してトイレ誘導を行っている。 |

| | | |
|---|------------|---|
| <p>Ⅱ-2-(6)排泄に関して、利用者の自尊心やプライバシーに配慮した介護が行われているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 2、3階のトイレはアコーディオンカーテン式である。1階職員用トイレはドア式で、利用者も使うことができる。 ・ 排泄介助に関しては、「サービス提供基準書ベッドでの介助（おむつ交換）」に詳しく決めてある。非常勤職員も常勤職員の指示を受けている。 ・ 現在、女性2名の同性介助利用がある。 |
| <p>Ⅱ-2 利用者本位のサービス提供 [その他]</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 「ターミナルケア基準書」に理念、目的、手順などを定め、介護、医務、および相談員のいる福祉推進室に配布されている。 ・ 医師の判断は看護記録に記録し、ケアの方針は、医師、家族、職員で話し合って確認している。 ・ 横浜甞生病院医師を講師にした施設内研修「ターミナルケアの講演」や、外部研修として県保険医協会の研修「終末期医療と終末期介護」に職員3名が参加して勉強している。 |
| <p>Ⅱ-2-(7) (特養のみ) ターミナルケアを利用者の希望に応じて行っているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 「ターミナルケア基準書」があり、理念、目的などを明確に定めている。この基準書は介護、医務、推進室に配布してある。 ・ 医師の判断は看護記録に記録してある。方針については、医師、家族、職員で話し合って確認している。 ・ 横浜甞生病院の医師を講師に迎えて、職員に「ターミナルケアの講演」を行っている。また、県保険医協会の研修「終末期医療と終末期介護」に職員3名が参加している。 |
| <p>Ⅱ-3 余暇・生活内容の自由な選択</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者にはタオルたたみや食事あとのかたづけに参加する人がいる。現在は、クラブ活動で書道、美術、生花などを行っている。また、夏祭りの屋台のメニューや催し物の希望を利用者に聞いて、それを取り入れている。また、利用者も参加する「中庭改善委員」を組織し、花作りを行ったことがある。 ・ 近くの若葉台団地敬老会や地域作品展へ出かけたり、家族も一緒に外食をしたりしている。また、自分でタクシーを呼んで外出する人もいる。 ・ 居室のテレビは、コイン式テレビを貸し出し、新聞は一般紙（読売、毎日、神奈川）やスポーツ紙、雑誌などが個別に購読されている。 ・ 2つの美容院の訪問美容があり、利用者は自分の好みの美容院を選んで、洗髪、染髪、パーマなどを行っている（有料）。男性には、定期的に理容ボランティアが来る（有料）。誕生日には、職員によるお化粧品サービスもある。 ・ 預かり金は、「重要事項説明書」に“申し出、必要に応じて出し入れできる旨”明記され、出納は「個別預金通帳記録」、「現金出納帳」にその都度記録し、扱者捺印がある。また、各領収書と施設長まで捺印承認した「預金払戻し請求書コピー」も保管してある。 ・ 預かり金は、毎月ではないものの、3ヶ月ごとに利用者・家族に残額を報告している。利用者・家族から預金残高確認の問合せには、その都度対応している。 ・ 「弥生苑入所者預り金取扱」に預金通帳と届出印鑑は別々の職員 |

| | | |
|--|------------|--|
| | | <p>が保管・管理するよう定めてあり、実行している。また、預金払い出し請求書はコピーに担当者から理事長まで照査、承認印があり、内部牽制が機能している。</p> |
| <p>Ⅱ－３－(1)主体的な生活や余暇活動が保証されているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のなかには、エプロン、タオルたたみや下膳時残滓の水切り仕分け作業をしている人もいる。また、利用者も入った苑の「中庭改善委員」で花を作ったこともある。クラブ活動には、書道、美術、生花などがある。 ・利用者に夏祭りの屋台で出すメニューや催し物の希望を聞いて、取り入れている。 ・近くの若葉台団地敬老会や地域作品展へ出かけている。年1回は2名ずつ家族も一緒にレストランで外食をする。中庭の回廊は車いすで散歩もできる。自分でタクシーを呼んで外出する事例もある。 |
| <p>Ⅱ－３－(2)利用者の嗜好に応じた選択の自由が保障されているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・居室では、希望者にコイン式テレビ（90分100円）を貸し出している。 ・一般紙（読売、毎日、神奈川）やスポーツ紙（報知、日刊など）が個別に購読されている。雑誌購読の人もいる。 ・2つの美容院の訪問美容があり、利用者は自分の好みの美容院を選んで、洗髪、染髪、パーマなどを行っている。（有料）男性には、定期的に理容ボランティアが来る。（有料） <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誕生日には、職員によるお化粧品サービスがある。 |
| <p>Ⅱ－３－(3)預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理されているか。</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・預かり金は、「重要事項説明書」に“申し出、必要に応じて出し入れできる旨”明記されている。出納は「個別預金通帳記録」、「現金出納帳」に記録し、扱者捺印がある。また、各領収書と施設長まで捺印承認した「預金払戻し請求書コピー」も綴じてある。毎週火曜日に信用金庫の出張サービスを利用している。 ・食費など月極めの支出のほか、美容費などの支出も、その都度出納帳に記帳してある。 <p>△「弥生苑入所者預り金取扱」（“概ね4半期毎に報告する”）の定めに従い、3ヶ月ごとに利用者・家族に残額を報告している。毎月報告するまでには至っていないが、利用者・家族から預金残高確認の問合せがあれば、その都度対応している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「弥生苑入所者預り金取扱」第4条（保管責任者）に預かった預金通帳と届出印鑑は別々の職員が保管・管理するよう定めてあり、実行している。預金払い出し請求書はコピーに担当者から理事長まで照査、承認印があり、内部牽制が機能している。 |
| <p>Ⅱ－４ 機能回復・寝たきり防止等への支援</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員は専任ではなく、看護師が兼務している。 ・拘縮改善マッサージ、寝たきり予防、おむつにならない排泄、歩行器歩行の能力評価などの工夫事例がある。 <p>歯科衛生士が口腔状況を診断し、評価表を作成している。また、義歯の手入れ方法など歯科衛生士の指導内容は寮母室に貼り出すほか、スタッフ会議でも報告し情報の共有をしている。その他、音楽療法士のボランティア活動もある。</p> |

| | | |
|---|-----|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルとして「サービス提供基準書（褥創のケア）」がある。居室入り口に“次の体位交換時間と体位”の看板を掛けて、実施忘れを防ぐ工夫事例がある。 ・ベッドで食事を摂る人（1名）以外は、全員離床できていて、食堂で食事を摂っている。 ・車いすは、標準型のほかに、背もたれ式や傾斜式があり、個人で所有している人もいる。肩が回らないため車輪を動かさない人の車いすを前ハンドル式に変えて、説明、練習を繰り返した事例がある。 ・車いすは、本人の訴えや職員の感覚判断で使用状況をみており、周期的モニタリングや記録までには至っていないのが惜まれる。 |
| II-4-1(特養のみ) 個別プログラムを作成し、計画的に十分な訓練を実施しているか。 | B | <p>△機能訓練指導員は専任ではなく、看護師が兼務している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「施設サービス計画書」への反映まではできていないが、介護・医務で検討して実施している事例がある。例として、拘縮改善マッサージ、寝たきり予防、おむつにならない排泄などがある。 ・歩行器歩行の能力評価を行ったこともある。 |
| II-4-2(2)機能訓練室以外の場所でも日常生活動作能力向上のプログラムを行っているか。 | B→A | <ul style="list-style-type: none"> ・歯科衛生士による口腔状況診断を実施し、評価表を作成している。また、職員への指導も行っている。 ・音楽療法士のボランティア活動を受け入れて実施している。 ・義歯の手入れ方法など歯科衛生士の指導内容は寮母室のボードに貼り出すほか、スタッフ会議で報告して、情報の共有をしている。 |
| II-4-3(老健のみ) リハビリの提供方法は充実しているか。 | | |
| II-4-4(老健のみ) リハビリの成果を上げ、在宅への復帰を積極的に促しているか。 | | |
| II-4-5(寝たきり防止・離床のための取り組みが適切に実施されているか。 | B | <ul style="list-style-type: none"> ・「サービス提供基準書（褥創のケア）」があり、各部署に配布されている。離床、体位交換、清潔、水分補給などの留意点が記述してある。褥創予防のために、一時入所者の居室入り口に“次の体位交換時間と体位”を示す小看板を吊るして、実施漏れを防いでいる。 ・ベッドで食事を摂る人（1名）以外は、全員離床できている。 ・1名以外は全員食堂で食事を摂っている。 <p>△食事の前は健康体操の時間であるが、食堂に30分前に集まっても実施されないこともある。また、利用者の「一日の流れ」の中にレクリエーションや娯楽時間のプログラムがない。</p> |
| II-4-6(6)利用者ごとに身体状況に応じた福祉用具などを適切に提供しているか。 | B | <ul style="list-style-type: none"> ・車いすは、標準型のほかに、背もたれ式や傾斜式の車いすもある。個人所有も1～2台ある。 ・肩が回らないため車輪を動かさない人の車いすを前ハンドル式に変えて、説明、練習を繰り返した事例がある。 <p>△車いすは、本人からの訴えや職員の感覚的判断で具合を見ている。周期的なモニタリングや記録までには至っていない。</p> |

| | | |
|--|------------|---|
| <p>II-5 健康管理</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「バイタル表」に体重、体温などの計測データが個人別に記録されている。体重測定は全員月1回であるが、高血圧の人は、1日2回血圧測定をするなど個別に対応している。 看護記録と介護記録はそれぞれの部署で作成・管理し、内容は申し送りして報告して情報を共有している。また、状況変化がある場合はその都度、メモや口頭で職員個々に連絡している。 歯科診療台があり、毎週1回歯科医が往診している。 ・服薬介助では、「与薬チェック表」の準備・確認・与薬欄にチェックして確認している。看護師が食後に巡回して、薬を配り、開封、服薬介助、空袋回収まで一貫して行い、その後、介護職員が服薬の有無を口頭で確認する仕組みになっている。 薬は医務室の小引き出しに朝（赤）昼（黄）夕（青）眠前（黒）の色をつけて仕分けし保管してある。当日分は同色の個人別小トレイに分けて出している。 |
| <p>II-5-1) 日常の健康状態の把握が適切に行われているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「バイタル表」があり、体重、体温、などの計測データが個人別に記録されている。 ・体重測定は全員月1回となっているが、高血圧の人は毎日、1日2回血圧測定をして個別に対応している。 ・看護記録と介護記録はそれぞれの部署で記録・管理しているが、内容は申し送りして報告することで情報の共有化をしている。また、利用者に変化がある場合はその都度、メモや口頭で職員個々に連絡している。 |
| <p>II-5-2) 服薬の誤りがないよう対策を講じているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「与薬チェック表」があり、準備・確認・与薬をチェックする欄にチェックするようになっている。看護師が食後に巡回して、薬を配り、開封、服薬介助、空袋回収まで一貫して行っている。 その後、介護職員が服薬有無を口頭で確認している。 ・薬局から出されたクスリの内容（説明書）をコピーして医務から介護職に回している。 ・薬は医務室の小引き出しに朝（赤）昼（黄）夕（青）眠前（黒）の色をつけて仕分けし保管している。当日分は同色の個人別小トレイに分けて出している。 |
| <p>II-6 プライバシーの保護・人権の擁護（身体拘束廃止への取り組み等）</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「職員倫理綱領」には、個人の尊重を明示し、「個人情報保護に関する基本方針」および「個人情報管理規程」に方法・手段を決めている。守秘義務については、常勤、非常勤職員共に「誓約書」、ボランティアは「守秘義務に関する同意書」、さらに実習生は「入所者のプライバシー保守に関する誓約書」に署名捺印の上保管してある。 ケースファイルなどの個人情報は事務室および寮母室内の鍵のかかるキャビネットに保管されている。 「利用者掲示板」に「個人情報保護の取り組み」を掲示し、窓口担当者氏名を明示するほか、苑の適正化委員会のポスターも掲示してある。 ・身体拘束について、「契約書」および「重要事項説明書」に“止むを得ない場合以外は身体拘束、行動制限を行わない”と明記 |

| | | |
|---|------------|--|
| | | <p>して本人、家族に説明し、同意署名捺印をもらっている。さらに、心理・精神面も含めた「心身拘束防止要綱」で、具体的な行為を定義するとともに、居室でもベッド位置の変更、マットを床に下ろすなど4点柵にならないように工夫している。</p> <p>「身体拘束および行動抑制委員会」は役職者会議の中で開催し、現場から提起があった場合は、その都度会議を開いている。議事録は「身体拘束」と「行動抑制」に分けてある。</p> <p>鼻腔経管のチューブ引き抜き行動には、拘束せず抱き枕を使って改善した成功例もある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止の職員研修として「人権擁護について」、「高齢者虐待防止法について」を実施しているほか、外部の事例記事をコピーして掲示もしている。また、日本高齢者虐待防止学会横浜大会へ職員を参加させている。 ・成年後見制度は苑の福祉推進室の相談員の担当とし、日常的にも家族と話し合っているが、利用事例はまだない。「成年後見制度について」の紹介記事が玄関ホールに掲示してある。 |
| <p>Ⅱ－6－(1)個人情報に関する守秘義務の取り扱いが適切になされているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・職員は常勤、非常勤共に「誓約書」、ボランティア「守秘義務に関する同意書」、実習生「入所者のプライバシー保守に関する誓約書」が署名捺印の上、保管してある。派遣元の学校の様式のものもファイルしてある。退職者の誓約書も保存してある。 ・ケースファイルなどの個人情報は事務室、寮母室内の鍵のかかるキャビネットに保管されている。 ・先ず、「職員倫理綱領」に個人の尊重を明示し、「個人情報保護に関する基本方針」および「個人情報管理規程」に方法・手段が決めてある。その他、1階の「利用者掲示板」に「個人情報保護の取り組み」を掲示し、窓口担当者氏名を明示している。ほかに、適正化委員会のポスターも掲示してある。 |
| <p>Ⅱ－6－(2)身体拘束の廃止について明確な対応策が講じられているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「契約書」第7条、および「重要事項説明書」付属文書4に、それぞれ“止むを得ない場合以外は身体拘束、行動制限を行わない”と明示してある。さらに、心理・精神面まで対象を拡大した「心身拘束防止要綱」では、対象となる具体的な行為を定義してある。居室では、4点柵をしないように、ベッド位置を変えたり、マットを床に下ろすなどの工夫をしている。その他、鼻腔経管のチューブ引き抜き行動には、拘束せず抱き枕を使って改善した成功例もある。 ・委員会は役職者会議の中で開催して話し合い、身体拘束についての要否判断をしている。議事録は「身体拘束」と「行動抑制」に分けてファイルしてある。また、現場から提起があった場合は、その都度会議を開いている。 ・「契約書」および「重要事項説明書」の中で説明している。本人、家族の署名捺印もある。 |

| | | |
|---|------------|---|
| <p>Ⅱ－６－(3)利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄、虐待などが行われない具体策が講じられているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「職員倫理綱領」が定めてあり、職員会議で話している。また、インターネットから、関係する記事を複写して掲示している。 ・職員会議の中で、職員研修「人権擁護について」（18年9月）やスライドによる「高齢者虐待防止法について」（19年5月）を実施している。また、日本高齢者虐待防止学会横浜大会へ職員を参加させている。 ・他施設事例の新聞切り抜きを職員が自分で掲示したり、また、それについて職員会議で討議している。 |
| <p>Ⅱ－６－(4)必要な利用者には成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用支援を行っているか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・玄関ホール掲示板に「成年後見制度について」を掲示してある。 ・成年後見制度や地域福祉権利擁護事業は、福祉推進室の相談員の担当になっている。相談員は家族担当として、日頃も家族と話し合っているが、利用事例はまだ出ていない。 |
| <p>Ⅱ－７ 利用者家族との交流・連携</p> | | |
| | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・小グループ単位で誕生会、お節句などを企画・実行している。フロアの共有スペースには大型ボードがあり、予定を貼り出して、家族の参加を呼びかけている。また、広報誌「ハーモニー」を年4回発行している。 ・デイサービスでは、介護教室を年2回開いているものの、入居者家族対象のものを開くまでになっていない。 ・終末期や、医療依存度が高くなった場合、また、転倒防止のため家族を呼んで話し合った事例があり、内容はケース記録に記載ある。 ・「施設サービス計画書」は、見直し・改定版にも家族の署名捺印があるものの、面会に来られない家族や身寄りのないケースでは、定期的な連絡・報告する仕組みに至っていないのが惜まれる。相談員が自宅の環境を見に行ったり、居室担当職員が衣類、はきものなどをとりに自宅訪問することもある。 |
| <p>Ⅱ－７－(1)家族との交流機会を積極的に設けているか。</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・フロアケアから小グループ単位の介護に移行したため、全体行事は夏祭りだけになった。その他は各グループで誕生会、お節句、などを企画・実行することになっている。フロアの共有スペースに大型ボードがあり、予定を家族に知らせている。 △デイサービスでは、介護教室を年2回開いているものの、入居者家族対象のものを開くまでになっていない。 ・終末期や医療依存度が高くなった場合、また、転倒防止のため家族を呼んで話し合った事例があり、内容はケース記録に記載している。 |
| <p>Ⅱ－７－(2)面会に来られない家族にも、利用者の状況を知らせているか。</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・広報誌「ハーモニー」を年4回発行している。 △「施設サービス計画書」は、見直し・改定版にも家族の署名捺印がある。面会に来ない家族、身寄りのないケース合わせて、約1割いるが、定期的な連絡・報告のしくみにはなっていない。 ・相談員が自宅の環境を見にいたり、居室担当職員が衣類、履き物などをとりに自宅訪問することがある。 |

評価領域Ⅲ 地域支援機能

| 評価分類・評価項目 | 評価結果 | 評価の理由（評価調査員コメント） |
|---|------|--|
| Ⅲ－１ 施設の専門性を活かした地域の人達に対する相談・サービスの提供 | B | <ul style="list-style-type: none"> ・施設主催の行事（納涼祭）やボランティア受入れ、ボランティア感謝の集いなどの行事を通じて、地域の声を聞いているが、住宅地から離れていることもあって、施設自体で相談事業を行うまでには至っていない。 ・同一法人での介護支援センター「あけぼの会」で、通所介護（デイサービス）、短期入所介護（ショートステイ）、居宅介護支援（ケアマネジメント）事業を同じ施設内でおこなっている。 ・関係機関・地域の団体等と連携の担当者は、関わる内容により施設長、統括事業課長、生活相談員に割り振られている。 ・関係機関・団体等との日常的な連携はあるものの、組織としてマニュアルをつくり、業務を明確化するまでにはいたっていない。 ・近隣の特別養護老人ホームとの交流勉強会・研修会や施設長の集まりを持ち、情報交換を続けている。 |
| Ⅲ－１－(1)地域の福祉ニーズを把握するための取り組みを行っているか。 | B | <ul style="list-style-type: none"> ・施設主催の行事（納涼祭）やボランティア受入れ、ボランティア感謝の集いなどの行事を通じて、地域の福祉ニーズを把握している。 △施設独自の相談事業の企画や運営は行われておらず、地域の福祉ニーズを積極的に把握する取り組みまでには至っていない。 ・区内の特別養護老人ホームで開催する検討会・研究会に参加のほか、当施設での勉強会・研修会に他施設の方を招いている事例もある。 ・毎月１回（第１金曜日）近隣の特別養護老人ホーム施設長の集まりを持ち、情報交換を続けている。 |
| Ⅲ－１－(2)地域の福祉ニーズに応じて施設の専門性を活かしたサービスを提供しているか。 | B | <ul style="list-style-type: none"> △近接地に同種の施設が複数あり、住宅地から離れているので、近接地域の人たちに対する保健福祉に関する相談事業は開催してはいない。 ・同一法人での介護支援センター「あけぼの会」で、通所介護（デイサービス）、短期入所介護（ショートステイ）、居宅介護支援（ケアマネジメント）事業をおこなっている。 △地域の人達を対象にした講習・研修会も開催するまでには至っていない。 |
| Ⅲ－１－(3)相談内容に応じて関係諸機関・団体との連携ができる体制になっているか。 | B | <ul style="list-style-type: none"> ・行政、医療機関、地域包括支援センターなどの関係機関・地域の団体等の名簿がパソコンで管理されていて、必要に応じて取り出せるようになっている。 △関係機関・団体等との関わりは、担当者が通常業務として行っていることから、組織的にマニュアルをつくり、明確化を図るまでには至っていない。 ・関係機関・地域の団体等と連携の担当者は、関わる内容により施設長、統括事業課長、生活相談員に割り振られている。 |

評価領域Ⅳ 開かれた運営

| 評価分類・評価項目 | 評価結果 | 評価の理由（評価調査員コメント） |
|--|------|--|
| Ⅳ－１ 施設の地域開放・地域コミュニティへの働きかけ | A | <ul style="list-style-type: none"> ・近隣の学校やボランティアグループとも交流を図り、実習や小・中学生の福祉体験等を積極的に受け入れている。ボランティア募集は、旭区社会福祉協議会のボランティアセンターへの依頼を中心に行っている。 ・地域の行事（野球、老人レクリエーション等）にグラウンドを貸し出す他、地域の行事の際に、テント等を貸し出している。 ・若葉台団地の商店街や三ツ境駅付近の商店、レストランに出かけることがある。また、近隣の学校行事への参加や、実習や小・中学生の福祉体験を受け入れている。 ・自治会会議や苑の理事である前町内会長を通じて地域行事の情報をもらい、利用者の関心がある情報を掲示板に提供している。 |
| Ⅳ－１－(1)地域への施設に対する理解促進のための取り組みを行っているか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ・夏の納涼祭等では、学校、地域の関係者、ボランティアグループ等を招待している。 ・近隣の学校やボランティアグループとも交流を図り、実習や小・中学生の福祉体験等を積極的に受け入れている。 ・ボランティア募集は、旭区社会福祉協議会のボランティアセンターへの依頼を中心に行っている。 ・地域の行事（野球、老人レクリエーション等）にグラウンドを貸し出すほか、地域の行事の際に、テント等を貸し出している。 |
| Ⅳ－１－(2)利用者と地域との交流により、利用者の生活の充実と地域の理解を深めているか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ・近隣のズーラシア動物園、若葉台団地の商店街や三ツ境駅付近の買い物施設のほか、ファミリーレストランに出かけることがある。 ・利用者や家族を通じて希望があり、医務等の承認ができれば、近隣の学校行事等のほか、地区社会福祉協議会が主催する地域の高齢者と三世代の人達触れ合う『孫子老の日』（まごころの日）等にも参加している。 ・苑は自治会に加盟しており、自治会と苑理事でもある前町内会長等を通じて地域行事の情報が得られるので、利用者の関心がありそうな情報は掲示板等を利用し提供している。 |
| Ⅳ－２ サービス内容等に関する情報提供 | B→A | <ul style="list-style-type: none"> ・年４回発行している広報誌「ハーモニー」は町内会長等に配布するほか、関係機関にも送付している。広報誌には施設サービス内容、行事、ボランティア紹介、利用者のクラブ活動等が掲載されている。 ・玄関ホールの掲示板にサービス料金などについて「重要事項説明書」が掲示されている。 ・ケアマネジャーと生活相談員が施設概要、利用条件、サービス内容等についての問い合わせに対しては、パンフレット等に基づき説明している。併せて利用希望者に見学ができる事を案内している。 |

| | | |
|---|-----|---|
| IV-2-(1)将来の利用者が関心のある事項についてわかりやすく情報を提供しているか。 | B→A | <ul style="list-style-type: none"> ・年4回発行している広報誌「ハーモニー」は町内会長等に配布するほか、関係機関にも送付している。広報誌では施設サービス内容、行事、ボランティア紹介、利用者のクラブ活動等が掲載されている。 ・依頼があれば主に施設長が取材に応じる体制をとっている。 ・玄関ホールの掲示板に「重要事項説明書」が貼付されており、サービスに関わる料金については説明されている。 |
| IV-2-(2)利用希望者の問い合わせや見学に対応しているか。 | A | <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーと生活相談員が施設概要、利用条件、サービス内容等の問い合わせについて、パンフレット等に基づいて説明している。併せて利用希望者に見学ができる事を案内している。 ・見学は、希望者の都合にあわせ昼間の時間帯のほか、休日でも応じている。見学に当たってはパンフレット等での説明のほか、施設の共用部分を中心に案内している。 ・電話対応マニュアルができており、組織的に訓練されている。 |
| IV-3 福祉に関する普及・啓発・ボランティア活動等の促進 | A | <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア実習生の受入れマニュアルがあり、受け入れ組織、担当者もそれぞれ決められている。 ボランティア参加システムは、個人、団体ともにボランティア登録を行い、1～2日の研修後に、活動開始となっている。 受け入れの記録や意見、指摘事項は「ボランティア活動支援日誌」および「報告書」に記入することになっている。 ボランティア活動内容は、シーツ交換、話し相手、洗濯たたみ・仕分け、介護手伝い、縫い物等や、クラブ活動（習字、生花）、さらに専門的な技術を生かした理髪、車いす修理などである。 昨年度の登録状況は、団体が18団体、個人が29名となっている。 ・実習生には、施設の方針、利用者への配慮等を説明し、受け入れ時の記録は、実習日誌に記録されている。実習の目的ごとに、プログラムを実習生に配布している。実習の反省として活動記録や実習後の感想を聴き取り、次の実習に向けて検討している。 |

| | | |
|--|----------|---|
| <p>IV-3-1) ボランティアの受け入れを積極的に行っているか。</p> | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「ボランティアの対応マニュアル」があり、受け入れ窓口として、「ボランティア活動支援室」があり、担当責任者、ボランティアコーディネーターが明確にされている。 ・ボランティア参加システムは、個人、団体ともにボランティア登録を行い、1日～2日の研修後に、活動開始となっている。 ・研修内容は、理念、運営方針、守秘義務、利用者への理解、留意点、気が付いたことや意見・要望の対応方等である。 ・受け入れの記録や意見、指摘事項は「ボランティア活動支援日誌」および「報告書」に記入することになっている。 ・昨年度の登録状況は、団体が18団体（延べ226日）、個人が29名（延べ293日）である。 <p>ボランティア活動内容は、利用者の生活の場での活動（シーツ交換、話し相手、洗濯たたみ・仕分け、介護手伝い、縫い物等）、クラブ活動の指導および補助（生け花、習字等）、専門的な技術を生かした活動（理髪・美容・車いす修理等）である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア専用の部屋もあり、ロッカー、湯茶セット、テーブル・椅子、パソコンなども用意してある。 |
| <p>IV-3-2) 実習生の受け入れを適切に行っているか。</p> | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「施設実習生対応マニュアル」があり、実習初日にオリエンテーションが行われ、施設の方針、利用者への配慮等を説明している。ボードに実習生の所属組織または、学校名を記すことになっている。 ・実習受入れに関しての部署（生活介護室・福祉推進室）と指導者（3名）ならびに担当者（1名）が決まっており、事前に職員や利用者へ趣旨説明が行われている。 ・受け入れ時の記録は、実習日誌に記録されている。平成18年度の実績は140人（ホームヘルパー9人、介護福祉士121人、教員課程10人）である。 ・実習目的ごとに効果的な実習を行うために、実習の依頼元と相談し、実習指導者等が実習プログラムを実習生に配布している。 ・実習の反省として活動記録や実習後の感想を聴き取り、次の実習に向けて検討している。 |

評価領域V 人材育成・援助技術の向上

| <p>評価分類・評価項目</p> | <p>評価結果</p> | <p>評価の理由（評価調査員コメント）</p> |
|--------------------|-------------|---|
| <p>V-1 職員の人材育成</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・人材構成については、主任、グループリーダーが仕事量と働く職員の労働時間とのバランスを見て、勤務表を作成している。また、職員が自分だけで仕事を抱え込まないように話し合い、残業時間も月10時間程度に収めている。 事業計画には、“人材（財）育成”を目標に、“階層別の役割要件の明確化”、“職員一人ひとりの目標設定と取り組みの指導・支援”を挙げ取り組んでいる。個人目標では、「ステップアップシート」で、テーマ、達成水準、相互評価（自己・上司）、啓発目標（上位等級へのチャレンジ）を一人ひとりが設定している。 |

| | | |
|--|-----|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・研修は、職員中心でストレスマネジメントに注力し、横浜市社会福祉協議会研修「援助職のもえつき予防とストレスケア」に3名参加、内部研修では非常勤、派遣職員も含めた全職員に「福祉施設のリスクマネジメント」を実施している。研修は誰でも参加でき、基本的には出張扱いで交通費も同様に支給される。一方、復命書や報告書の作成が定例化されていないのが惜まれるものの、緊急性の高い「事故防止」のテーマはすぐ職員会議で発表し、情報の共有化をしている。 ・非常勤職員には、各フロアで“利用者の食事前後での注意”などサービスのガイドラインを作り指導している。居室担当は複数担当制で、常勤・非常勤が混在する編成方式で実施している。グループはグループリーダーが指導し、その中では非常勤職員も常勤職員と同じ扱いとなっている。 |
| V-1-(1)施設の理念や方針を実現するために必要な人材の確保・育成に取り組んでいるか。 | B→A | <ul style="list-style-type: none"> ・仕事量と働く職員の稼働時間とを照合して判断している。また、職員が自分だけで仕事を抱え込まないように話し合っている。職員の残業時間は、月30時間になる人もあるが、概ね10時間程度に収まっている。 ・「平成19年度事業計画」において、“人材（財）育成”を明示し、“階層別の役割要件の明確化”、“職員一人ひとりの目標設定と取り組みの指導・支援”を挙げている。 ・「人事考課要綱」の中に「ステップアップシート」がある。このシートで、目標テーマ、能力開発目標の達成水準、相互評価（自己・上司）、啓発目標（上位等級へのチャレンジ）設定という体系的な項目を一人ひとりが設定している。 |
| V-1-(2)職員・非常勤職員の研修体制が確立しているか。 | B | <ul style="list-style-type: none"> ・平成19年度は職員が中心になりストレスマネジメントに注力している。横浜市社協研修「援助職のもえつき予防とストレスケア」に3名が参加し、施設内研修として非常勤、派遣職員も含めた全職員に「福祉施設のリスクマネジメント」を実施している。 ・常勤、非常勤を問わず誰でも研修に参加できる。基本的には出張扱いで交通費も同様に支給される。 ・「事故防止」などは、すぐ職員会議で発表して、受講結果を共有するようにしている。 <p>△復命書や研修報告書が常に作成される状態には至っていない。</p> |
| V-1-(3)非常勤職員等にも日常指導を行っているか。 | B→A | <ul style="list-style-type: none"> ・非常勤職員にはマニュアル原典といえる「サービス提供基準書」は配布していないが、代わりに、各フロア毎にガイドラインを作成して指導している。例として、“利用者の食事前後での注意”などがある。 ・各介護グループの居室担当は複数担当制になっている。その中で常勤・非常勤が混在する編成方式をとっている。 ・研修、職員会議などへの参加は平等に行っている。 ・編成チームはグループの指導者が指導している。チーム内では、非常勤職員も同じ扱いである。 |
| V-2 職員の援助技術の向上・一貫 | B→A | <ul style="list-style-type: none"> ・「人事考課要綱」のほかに、経験年数や対応職位など職能資格 |

| | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| <p>性</p> | | <p>を定義した「職能資格等級要綱」および課業（単位作業）別に難易度を設定した「課業一覧表」があり、これらに基づき目標達成度を評価し、「ステップアップシート」で技術評価を行っている。病院医師を招いての講演会「ターミナルケア」や、損保会社から全国の危険な介護例の説明を受けて勉強している。</p> <ul style="list-style-type: none"> 誰でも同じサービスができるようにと、「サービス提供基準書」、「ターミナルケア基準書」のほか、個別マニュアルがある。マニュアルには、“何故そうするのか”を理解するための“留意点”が数多く盛り込まれている。 <p>全てのマニュアルの定期的見直しはできていないものの、「感染症マニュアル」は年1度必ず見直している。</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の状態に変化があった場合は、医務室から体温、血圧、脈拍ほか食欲、排便などの健康状態を記録したバイタルチェック表でフロア介護職に知らせている。寮母室では、掲示ボードに手書きのメモで知らせ、メモを読んだ職員はサインして確認をとっている。業務の状況は、各部門役職者で構成する役職者会議を月2回開催して確認している。 | |
| | <p>V-2-(1)職員のスキルの段階にあわせて計画的に職員の援助技術の向上に取り組んでいるか。</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> 「人事考課要綱」のほかに、モデル経験年数や対応職位など職能資格を定義した「職能資格等級要綱」および課業（単位作業）別に難易度を設定した「課業一覧表」がある。これらに基づき目標達成度を評価する時に、「ステップアップシート」で技術評価も行っている。 病院医師を招いて近隣施設と合同講演会「ターミナルケア」を開催した事例がある。 契約している損保会社のリスクマネジメント担当者から、全国の危険な介護例の説明を受けて参考にしている。 |
| | <p>V-2-(2)施設内の援助・支援の一貫性を確保するための取り組みを行っているか</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> 「サービス提供基準書」、「ターミナルケア基準書」のほか、各種マニュアルがある。マニュアルには、“何故そうするのか”を理解するための“留意点”が数多く盛り込まれている。 全てのマニュアルを定期的に見直すまでには至っていないが、「感染症マニュアル」は年1度必ず見直している。役職者が問題・課題を持ち寄って討議する手法で実施している。 利用者の身体状況に変化があった場合、医務室から体温、血圧、脈拍ほか食欲、排便などの健康状態を記録したバイタルチェック表でフロア介護職に知らせている。寮母室では、掲示ボードに手書きのメモで知らせ、メモを読んだ職員はサインして確認をとっている。 「課業一覧表」に各業務が規定してある。各部門の役職者で構成する役職者会議は月2回開催している。 |
| <p>V-3 職員のモチベーション維持</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> 「職能資格等級要綱」（「職能資格フレーム」）で経験年数と対応する職位がわかり、「課業一覧表」では期待水準達成までの難易度がわかるようにしてある。 介護業務は、連携のとりやすい小グループ制として、各グループリーダーを中心として実施している。 | |

| | | |
|---|-----|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス改善のために、職員の9割以上が参会して、施設の良い点と課題を「KJ法」を用いて“見えるかたち”にしている。 ・毎期末に人事考課のフィードバック面接の時に、職員の満足度・要望を聞く仕組みがある。理事長も賞与面接の際に職員と話合っている。 |
| V-3-(1)本人の適性・経験・能力に応じた役割を与えやりがいや満足度を高めているか。 | B→A | <ul style="list-style-type: none"> ・「職能資格等級要綱」（「職能資格フレーム」）に職能資格を定義し、モデル経験年数と対応する職位がわかるようになっている。また、「課業一覧表」では期待水準を達成するまでの難易度を設定してある。 ・フロア単位のケアを複数の小グループ制に分け、各グループリーダーを中心に介護業務を実施している。 ・サービス改善のために、職員の9割以上が参会して、施設の良い点と課題を「KJ法」を用いて“見えるかたち”にしている。 ・毎期末に人事考課のフィードバック面接を行う時に、職員の満足度・要望を聞いている。理事長も賞与面接の際に職員と話合っている。 |

評価領域VI 経営管理

| 評価分類・評価項目 | 評価結果 | 評価の理由（評価調査員コメント） |
|------------------|------|--|
| VI-1 経営における社会的責任 | B | <ul style="list-style-type: none"> ・「職員倫理綱領」があり、その前文に“倫理観”を、第1条には、“法令順守と信用の保持”を掲げている。職員には職員会議、役職者会議を通じて、年度予算、稼働率、新たな事業の進捗状況、理事会内容等を知らせている。他施設での不正事例等については、職場会議で取り上げるほか、新聞、インターネット記事をボードに貼り出すなどしている。 ・ゴミの減量化については、食事残滓の水分分離や排泄誘導の改善によるおむつ削減、さらには減量効果のある紙パットと布パンツの採用などを実施している。環境への配慮では、施設方針や数値目標等を掲げて、取り組むまでにはいたっていない。 |

| | | |
|--|------------|--|
| <p>VI-1-(1)事業者として守るべき、法・規範・倫理等を周知し実行しているか</p> | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・「職員倫理綱領」を定め、その前文に“個人の尊厳・人権の擁護およびノーマライゼーション“に基づいた倫理観を共有し、社会福祉法の精神に基づいたサービスの提供することを誓うこととし、その第1条には、“法令順守と信用の保持“を掲げている。 ・職員が諸会議等を通じて唱和するなど周知を図っている。さらに年度の事業計画では、管理職が「役職者一人ひとりの自覚・信頼・知識を養う」、「情報共有・課題解決」することを取り上げている。 ・広報誌「ハーモニー」に会計報告書等が掲載されている。職員には職員会議を通じて、年度予算、稼働率、新たな施設の進捗状況、理事会での主な決定事項等を報告している。 ・他施設や他業種での不正事例については、施設長が職場会議等で訓話を行う他、新聞等の切り抜きをボードに貼るなど、組織的な啓発活動に取り組んでいる。 |
| <p>VI-1-(2)ゴミ減量化・リサイクル・省エネルギーの促進、緑化の推進など環境に配慮しているか</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ごみの分別、ごみ総量の削減に努力している。なかでも、こまめな排泄誘導のほか、業者からの助言を受けながら減量効果のある紙パットと布パンツで対応し、結果的におむつ使用量の減少となり、ごみ総量の減少に役立っている。 ・特に調理の際の生ごみのほか、利用者が完食するよう献立段階とご飯の盛り付けの量をよく聞き取りしてから、出すなどの工夫を行っている。 ・室温設定の見直しや照明の使い方等を努力しているが、過度の照明節電は、利用者の安全と健康に関わるので控えている。 ・事務室内部での消耗品やコピー機の使用方など、利用者に関係ないところでの無駄を省く取り組みがされている。 <p>△できることから取り組んではいるものの、環境への配慮に関し、施設の方針や具体的な数値目標等を明確に掲げて、組み込むまでには至っていない。</p> |
| <p>VI-2 施設長のリーダーシップ・主任の役割等</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・理念は施設内の目に付くところに掲示されているほか、職員の名札の裏に表示してあり、意識付けをしている。 ・重要な意思決定・変更（年度計画・サービス内容の変更等）は、「役職者会議」で決めて、職員には職員全体会議で説明している。利用者や家族等には、掲示板や広報誌で知らせている。 ・施設長は、昨年より理事長を兼務となり、統括事業課長に大幅に権限委譲している。利用者等と直接意見を聞く機会は少なくなったものの、利用者のなかには“理事長は若いし、言いやすい”と近親感を表明している人もいる。 ・研修計画の中に、スーパーバイザーのできる主任クラスを育成するプログラムがあるほか、「課業一覧表」により役割と権限が、職能表に職務要件が決められている。 <p>個人目標を記載した「ステップアップシート」に基づいて個人一人ひとりの職員に対して主任が助言や指導を行っている。主任のほかにグループリーダーがおり、グループ内でのコミュ</p> |

| | | |
|--|------------|---|
| | | <p>ニケーションに気を付け、仕事の悩みや心配事の相談にのるようにしている。</p> |
| <p>VI-2-(1)施設の理念や基本方針等について職員に周知されているか。</p> | <p>A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・理念は施設内の目に付くところに掲示されているほか、職員の名札の裏に表示してあり、意識付けは十分に行われている。 ・年度計画や方針が掲載された「事業計画書」は、年度始めの職場会議で説明を行い、全職員に配布しているほか、広報誌にも掲載している。職員は、内容を口に出して言える。 ・施設長は、職員と接する機会（採用時に説明、毎月の職場会議、年2回の賞与時面接）や勤務態度を持って、理念への理解度、行動への浸透を計っている。 |
| <p>VI-2-(2)重要な意思決定にあたり、関係職員・利用者等から情報・意見を集めたり説明しているか。</p> | <p>B</p> | <p>△施設長は、昨年より法人理事長を兼務したことにより、統括事業課長に大幅に権限委譲を図っているため、利用者等と直接意見を聞く機会は少ないが、利用者のなかには“理事長は若いし、言いやすい”と近親感を表明している人もいる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要な意思決定・変更（年度計画・サービス内容の変更等）については、「役職者会議」で決めて、職員には職員全体会議で説明・報告をしている。利用者や家族等には、掲示板からの報告や広報誌等を活用し、説明をしている。 ・組織全体に関わる課題解決や新たな課題に向けて、横断的なプロジェクトチームが作られている。近年では、ターミナルケア、稼働率対策等があり、現在は受動喫煙問題、創立10周年行事に取り組んでいる。 |
| <p>VI-2-(3)主任クラスの職員がスーパーバイザーとしての役割を果たしているか</p> | <p>B→A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・全体の研修計画の中に、スーパーバイザーのできる主任クラスを計画的に育成するプログラムがある。 ・介護職の管理職がスーパーバイザー研修を受講し、副主任をスーパーバイザーとして育てる研修を施設で実施する予定である。 ・業務に関し「課業一覧表」があり、セクション毎との業務権限が明確になっており、職員レベルでは、「職能表」に職務要件が決められている。 ・個人に対しては、職務要件のほかに、年度目標記載の「ステップアップシート」があり、それらに基づいて主任を中心に能力や経験をみて助言や指導を行っている。 ・職員の体調管理を重視し、勤務変更も柔軟に対応している。主任のほかにフロア毎にグループリーダーがおり、グループ内でのコミュニケーションに気を付け、仕事の悩みや心配事の相談にのるよう心がけている。 |
| <p>VI-3 効率的な運営</p> | <p>B</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・事業運営に影響のある情報については、行政や区内の施設長会議、福祉保健医療関係の情報ネットワーク（WAMNET）、契約損保会社等から収集し、必要に応じて管理者、主任にも情報を流して、意見を聞いている。特に重要な情報は、理事会や役職者会議で影響や対処方法について検討、調査や分析をしている。 ・経済環境のほか、法改正の影響が大きく、それらを踏まえての |

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>中長期計画の策定はむずかしいので、単年度の事業計画に止まっている。一方、本年が開所10年目にあたるころから、『10年委員会』を立ち上げて、次代の組織運営、新たな事業展開構想、さらなるサービスと運営改善に取り組んでいる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者、主任には権限委譲を行いながら、次の上級職に向けての意識付けを図るほか、仕事や研修等を通じて経験を与えるなどして、時間をかけて後継者育成をしている。 |
| <p>VI-3-(1)外部環境の変化等に対応し、理念や基本方針を実現するための取り組みを行っているか。</p> | <p style="text-align: center;">A</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・事業運営に影響のある情報については、行政や区内の施設長会議、福祉保健医療関係の情報ネットワーク（WAMNET）、契約損保会社等から収集し、必要により管理者、主任にも情報を流して、意見を聞いている。 ・特に重要な情報については、理事会や月1回開催の役職者会議等で施設運営への影響や対処方法について議論を行い、必要に応じて重点課題として調査や分析をしている。 ・重要な改善課題については、職員に周知し各委員会に振り分けて、対処方法を検討するなど施設全体の取り組みとしている。 |
| <p>VI-3-(2)施設運営に関して、中長期的な計画や目標を策定しているか</p> | <p style="text-align: center;">B</p> | <p>△法人や施設の長期的なビジョン的なものは描いているが、経済環境のほかに、法改正の影響が大きいので、中長期計画の策定までに至らず、単年度の事業計画に止まっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本年が開所10年の節目にあたるころから、『10年委員会』を立ち上げて、次代の組織運営や新たな事業展開構想のほか、第三者評価結果等を踏まえて、サービス改善に取り組むこととしている。 ・管理者・監督者には権限委譲を行いながら、次の上級職に向けての意識付けを図るほか、仕事や研修等を通じて経験を与えるなどして、時間をかけて後継者育成に努力している。 ・運営に外部の有識者やコンサルタント等からも情報を収集し、意見を聞いている。 |