



東京都福祉サービス第三者評価

評価結果報告書

グループホーム

花物語まちだナーシング

平成30年12月

評価実施機関

特定非営利活動法人

よこはま地域福祉研究センター

◆ 第三者評価実施概要 ◆

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)

事業所名 株式会社 日本アメニティライフ協会
グループホーム 花物語まちだナーシング

事業所住所 195-0063 東京都町田市野津田町 697 番 2 号

評価実施期間 平成 30 年 8 月 14 日～11 月 26 日

評価機関 特定非営利活動法人 よこはま地域福祉研究センター

評価者 修了者No.
H0401031・H0401031

評価手法

【利用者調査／場面観察】（利用者家族アンケート含む）

- ・場面観察日を設け、利用者と職員の関わり等、日常生活の様子を観察した。
- ・利用者の家族に対して、調査票を事業所から郵送するなどし、記入後の回答用紙を評価機関に直接返送してもらった。

【事業評価】

- ・経営層合議による自己評価の実施
- ・職員個別回答による自己評価の実施（職員個々で記入後、評価機関に直接返送してもらった）
- ・訪問調査／利用者調査および自己評価の集計・分析に関する説明
経営層へのヒアリングおよび書類調査の実施

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)看護職員の配置を多くし医療のニーズに対応 2)利用者が必要とする、感謝を込めた適切なサービスの提供 3)その方にあった生活の支援と癒しの場の提供 4)地域に密着した、社会参加と地域貢献 5)地域に向けた認知症の理解と周知活動</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>周りに配慮が出来て気配りができる方、および相手の立場になって物事を考えられる方。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>利用者の行動に対する予測と危機感覚。</p>

調査対象

花物語まちなりーシングに入居する全利用者（総数18人）と、利用者の家族全世帯（18世帯）を対象に調査を実施しました。

調査方法

利用者には場面観察方式による調査を実施し、評価者が滞在し、職員との関わりの様子を観察しました。家族にはアンケート方式による調査を実施しました。調査票と返信用封筒を評価機関が準備して事業所から送付し、回答は家族から直接評価機関宛に郵送する方式をとりました。

利用者総数

18

利用者家族総数（世帯）

18

共通評価項目による調査対象者数

18

共通評価項目による調査の有効回答者数

11

利用者家族総数に対する回答者割合（％）

61.1

利用者調査全体のコメント

家族アンケート調査では、「大変満足」が45.5%、「満足」が45.5%、「どちらともいえない」が9.1%と総合的に満足しているという回答が寄せられています。自由記述でも、「入居前よりも元気になっているということは、職員の皆様が良くお世話してくれていると感じています」、「信頼して、安心しています」等、好意的な意見がありますが、「介護度が進んでしまったときはどうなるのか不安はあります」という意見もありました。設問別では、「6.利用者の気持ちを尊重した対応」で「はい」と肯定的な回答割合が100%でした。その他には、「1.本人の様子や生活についての説明」、「2.事業所の整理整頓」、「3.職員の接遇、態度」、「4.ケガや体調不良のときの対応」等、「はい」という回答割合が90.9%でした。「9.サービス内容についての説明」については、「はい」という回答割合が63.6%でした。

場面観察方式の調査結果

調査の視点：「日常生活で利用者の発するサイン（呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等）とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

評価機関としての調査結果

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

「Aさん、体傾いているから、これ（羊のクッション）をいれていい？」「いいわよ」。隣に座っていたBが「そのクッションは私のよ」という。「これはAさんのですよ」と職員。「いいわ、貸してあげる」とBさん。うたた寝を始めたCさんにクッションを持ってきた職員が軽く肩をたたいた。Cさんが見上げるとクッションを見せながら「置いていい？」と言う。Cさんが頷くとクッションを顎の下に入れた。Cさんはクッションを寝やすい位置に顎で移動させて、そのまま寝てしまった。

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

テーブルにうつ伏せて食堂で長時間過ごしている利用者の中には椅子からずり落ちそうになったり、傾いたり、うたた寝を始める人が多い。こうした利用者の様子に対応するために職員は長時間椅子に座ってみる体験研修を行っている。その結果、長時間椅子に座り続けると健常者である職員も体力を消耗することを実感した。観察当日も座っている利用者の体の傾きを気遣い、クッションを持ってくるなどきめ細な対応が積極的に行われるようになった。認知症高齢者とのやり取りには不慣れなところのある職員であったが、利用者も職員の心からの配慮を嬉しく受け止めている様子が見えた。学びが実践に活かされていることが確認できた。

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

施設での日常は、職員が一人の利用者に長時間付き添って見守ることが難しく、居室で過ごしたりリビングで過ごしたりしています。職員はアンテナを張り巡らし目配りをしていますが、一人の利用者に関わることで見えてくる事柄や気付きの重要性を、この事例を読み認識ができました。また居室に誘導し横になっていただくという選択肢もあるのですが、一人ひとりの性格も理解しての行動が賞賛されます、より一層の勉強をして利用者の生活を支援していきたいと思えます。

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	10	0	0	1
回答割合は「はい」が90.9%、「無回答」が9.1%となっています。自由記述には「事業所に行ったときに聞いています」というコメントがありました。				
2. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	10	0	0	1
回答割合は「はい」が90.9%、「無回答」が9.1%となっています。自由記述にはコメントはありませんでした。				
3. 職員の接遇・態度は適切か	10	1	0	0
回答割合は「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が9.1%となっています。自由記述には「家族の前でも指示口調で、家族がいないときの接し方が心配です」というコメントがありました。				
4. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	1	0	0
回答割合は「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が9.1%となっています。自由記述には「実際に見ていないのでわかりません」というコメントがありました。				
5. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	8	1	0	2
回答割合は「はい」が72.7%、「どちらともいえない」が9.1%、「非該当・無回答」が18.2%となっています。自由記述には「実際に見ていないのでわかりません」というコメントがありました。				

6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	11	0	0	0
回答割合は「はい」が100%となっています。自由記述にはコメントはありませんでした。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	10	1	0	0
回答割合は「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が9.1%となっています。自由記述にはコメントはありませんでした。				
8. 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	8	2	0	1
回答割合は「はい」が72.7%、「どちらともいえない」が18.2%、「非該当・無回答」が9.1%となっています。自由記述にはコメントはありませんでした。				
9. 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	7	3	0	1
回答割合は「はい」が63.6%、「どちらともいえない」が27.3%、「非該当・無回答」が9.1%となっています。自由記述にはコメントはありませんでした。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	8	2	0	1
回答割合は「はい」が72.7%、「どちらともいえない」が18.2%、「非該当・無回答」が9.1%となっています。自由記述にはコメントはありませんでした。				
11. 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	5	2	2	2
回答割合は「はい」が45.5%、「どちらともいえない」が18.2%、「いいえ」が18.2%、「非該当・無回答」が18.2%となっています。自由記述にはコメントはありませんでした。				

I サービス提供のプロセス項目（サブカテゴリ1～3、5～6）

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>リーフレットやホームページによって事業所情報がわかりやすく提供されています</p> <p>事業所にはリーフレットが用意され、玄関に配置するなどして来訪者に案内をおこなっています。夏祭りなどの地域のイベントの案内やポスターを掲示し、夏祭りに訪れた地域住民にホームの見学を呼び掛けています。リーフレットにはホームの内容が簡潔にわかりやすくまとめられており、法人によって整備が行われているホームページにはホームの概要や料金、入居の流れなどが掲載されていますが、定期的な更新が少ないといった課題がある。</p> <p>地域の関係機関との連携を通じて関係機関への情報提供が行われています</p> <p>ホームでは、空き情報を町田市や高齢者支援センターに提供しているほか、町田市グループホーム連絡会の様々な活動に参加し、ホームの情報提供や地域の認知症カフェを使ってのサービス概要の発表など、関係機関への情報発信を行っている。また、施設長は町田市小規模多機能連絡会の会長を務めており、認知症フォーラムやケアマネージャー連絡会での講演を実施するなど積極的な情報発信に努めています。</p> <p>見学に対して休日・夜間など利用者・家族の利便性を配慮した対応をおこなっています</p> <p>問い合わせには常時対応し、見学希望者に対しては、利用希望者の都合を優先して臨機応変な対応が行われており、土曜日や日曜日、あるいは夜間も見学が可能となっています。見学時には、施設長、あるいはケアマネージャーがホームでの生活の様子や入居までの流れなどの説明を行っていますが、利用料などを含む契約に向けた詳細な説明については施設長が対応しています。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ2の講評

契約時に利用者・家族に対して丁寧な説明を行い、同意を得ています
 契約時には、施設長が重要事項説明書・利用契約書、また、持ち物や面会時間、外出・外泊、あるいは喫煙や飲酒などの日常生活のルールが記載されている「ご入居にあたってのお知らせ」を使って説明を実施しています。さらに、具体的な利用料、利用者の急変時、重度化の対応、看取りの説明も同時におこなっています。説明後は本人・家族の質問や要望、意向などを聞き、同意を得て契約に至っています。

利用開始直後の不安軽減のため、個別に付き添うなどの対応をおこなっています
 利用開始時には、利用者・家族から家族状況や生活歴、本人と家族の希望、健康状態、医療情報などを聞き取り、「入居時アセスメント」に記載しています。また、利用に際しては医療的な対応についてホームで対応できる範囲を説明し、利用者や家族の不安を軽減しています。今までの生活からスムーズに移行できるように、入居の際には仏壇やタンス、写真などの持ち込みを奨励し、住み慣れた環境作りに努めています。入居後1か月程度、職員が個別に付き添うなど関わりを多くしてホームでの生活をスムーズに始められるような支援を行っています。

利用者・家族の意向に合わせ、看取りの対応もおこなっています
 ホームからの退所者は医療機関への入院が多いですが、これまでも看取りを5名実施するなど利用者・家族の意向を尊重した支援をおこなっています。契約時には、「利用者の急変時や重度化した場合等における対応に係る指針」を作成し、本人および家族に説明、対応への同意書を得ています。退所後の対応として介護サマリーの提供や、入院先への面会などが行われていますが、基本的には家族に任せられており、積極的な対応は行われていません。

サブカテゴリ3

3 個別状況に応じた計画策定・記録 サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況 **10/10**

評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー3の講評

定められた手順でアセスメントを行い、定期・随時の見直しを実施しています
 入居時には「入居時アセスメント」を作成し、以降、年に1度入居月に合わせて、また、入退院など大きな変化があった場合には随時の見直しをおこなっています。モニタリングは短期目標の期間に合わせて実施し、居室担当者を中心に職員間で合議を行い、「課題分析表」に基づいてプランを作成しています。サービス担当者会議には家族の出席を求めています。出席は少なく家族には書類を郵送し同意を得ています。一方で、ケアプランでは自立支援の視点が不十分であることが今後の課題とされます。

利用者一人ひとりの記録が作成され申し送りなどを通じて共有されています
 個々の利用者のケース記録が作成されており、一日一枚の用紙に、24時間ごとの睡眠、排泄、水分量、バイタル等の様子などが記載されています。また、日常的な支援においては、看護表、申し送りノート、看護師用の連絡ノートなどに生活状況や精神面の様子などを記載し、職員が押印して確認しています。記録は手書きであり、申し送りは口頭および、連絡ノートによって行われています。一方、ケアプランとの連動について、ケアプランを意識した記載が求められます。

ユニット会議や申し送りなどによって情報共有が行われています
 ホームでは、毎月のユニット会議やケア会議、担当者会議などによって職員間での情報共有を行っています。また、ユニット内職員や日勤職員と夜勤職員の間での情報共有は、日々の利用者の状況を記載した朝夕の申し送りノート、尿、食事、分量、バイタルなどが記載された看護表によって行われています。一方で、家族に対する説明の際に、細かいニュアンスが伝わらず誤解によるトラブルを招くケースもあり、より丁寧な情報共有が求められます。

サブカテゴリー5

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

評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○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)	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当

サブカテゴリ5の講評

利用者の羞恥心やプライバシーの保護に努めていますが、まだ改善の余地があります
 ホームでは、入所時に利用者・家族に対して、同性介助を原則としていることや利用者の個人情報やプライバシーを尊重することを伝えており、職員間で勉強会を開催するなどして利用者の個人情報やプライバシーの保護に努めています。さらに、居室への出入りの際はノックを行い、トイレの声掛けの場合なども周囲に聞こえないよう配慮しています。一方で現状においては、人員体制の問題から同性介助が困難な場合もあり、また、トイレの声掛けの場合など、利用者の羞恥心への配慮が十分ではない場合もあり、課題となっています。

個人情報保護の保護は、常に家族の同意を得ながら丁寧に行われています
 利用契約時には、利用者・家族に個人情報を使用する目的や使用する期間、条件などの取り扱いについて説明を行い、利用者・家族と個人情報使用同意書を交わしています。また、情報紙などで写真を掲載する場合は、その都度家族に確認し個別に同意書を得ており、複数の利用者が写っている場合は事前にほかの家族の確認を得ています。さらに、利用者の個人名が記載された書類については第三者の目に触れないように裏返しておく、職員同士の申し送りでは名前ではなく部屋番号を用いるなど個人情報に配慮した取り組みをおこなっています。

利用者の意見を尊重し、入浴などでは無理強いをしない支援をおこなっています
 ホームでは、利用者の意向に沿ったケアを行うために、話しかける時には、分かりやすい言葉や表現を使い、選択できるような複数のものを示すなど声掛けの工夫を行い、さらに、言葉や表情からも思いを引き出せるように心がけています。また、利用者から話がある時には、業務の手を休めて話を聞くようにしています。入浴拒否の場合などは、職員が交代して声掛けを行う、あるいはしばらく時間をおいてから声をかけるなどの配慮をおこなっています。

サブカテゴリ6

6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
----------	-----------	-----------------------------

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(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当

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(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当

サブカテゴリ6の講評

業務マニュアルの内容の充実と一層の活用に期待します

事業所には、「一日の流れ」と題した業務マニュアルが整備されています。これは、通常の業務の流れを職員と話し合ってマニュアル化したもので、衛生管理、事故対応、安全対策、感染症対策、緊急時対応などから構成され、事務室のキャビネットに保管されています。また、感染症、安全推進、緊急事態発生時の対処方法などの各種のマニュアルが整備されています。一方でマニュアルの内容が不十分であるという職員の声もありさらなる工夫が求められます。

業務の見直しは随時実施されていますが、職員への周知が課題となっています

業務の定期的な見直しは、制度が変わった時、および、利用者の状態に変化があった場合におこなわれるとされています。見直しの項目は、職員の相談・疑問・質問に対して、施設長や看護師、リーダー職員などがその都度検討を行い、ユニット会議で議題として取り上げるほか、文書化して掲示し、同時に申し送りノートに記載するなどして周知しています。一方で、非常勤職員の割合が高く、夜勤専門の職員もいることから全職員が参加する会議の開催が困難であり、業務に対する意識の統一が難しいという現状もあります。

II サービスの実施項目(サブカテゴリー4)

サブカテゴリー4		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	23/23
サービスの実施項目			
1 評価項目1 認知症対応型共同生活介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 個別の認知症対応型共同生活介護計画に基づいて支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 関係職員が連携をとって、支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
評価項目1の講評			
<p>利用者の基本的日常生活動作の維持に向けたきめ細やかな支援を行っています</p> <p>入居者一人ひとりのアセスメントを行ってその特性を考慮した支援サービスを行っています。入居前の状況や医療・身体の状態、日常動作など、日常生活自立度判定基準を踏まえて介護計画を策定しています。ケアプランでは長期と短期の目標を立て、それに基づいたサービス内容を決めており、週間計画に落とし込んでいます。例えば朝はテーブル拭きができるがお昼は難しいなど、一人ひとりに対しきめ細やかな見極めを行っています。ホームでは高度認知症に対する職員の力量を高めて散歩やレクリエーションを更に増やすことも検討しています。</p> <p>毎日の記録や家族との会話などを踏まえ利用者の希望を具体的な支援に結びつけています</p> <p>ケアプラン策定に向けて、利用者と家族のそれぞれからホームでの暮らしの希望・要望を聞き取っていますが、その内容は「穏やかな生活」など抽象的要望にとどまっています。こうした抽象的な希望・要望を具体的な支援やサービスとして実施して行くために、日常の意思疎通が困難な利用者に対しても職員は一人ひとりの利用者について毎日記録を積み重ね、また来所時に家族の想いを聞きとるなどして利用者の意志を実生活に具体的に落とし込む支援に努めています。</p> <p>ミーティングや会議、研修を通じて職員間の連携を深めることに努めています</p> <p>支援内容と利用者の変化については毎朝のミーティングや毎月開くフロア会議の中でカンファレンスの時間を作り、職員間で確認し共有しています。また、若い職員などが利用者の言動について否定的にとらえて対応する場合や管理者や看護師の指示に納得しない職員などについては、ベテランの職員から学び取り「肯定する能力」を高めることを促したり、納得できるように一人ひとりに説明するなどして支援の連携を強めるようにしています。利用者の認知症の重度化が進んでいる中、現場に一人でも多く職員を配置して支援内容を充実することに努力しています。</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を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 食事に関する一連の作業等利用者の生活場面では、利用者の主体性と能力を活かして支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の心身の状態に応じて、生活するうえで必要な支援(食事や入浴、排泄等)を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当

評価項目2の講評

利用者が食事に楽しく関われるしくみづくりを通じ、食生活の充実を目指しています

ホームの食事はご飯とみそ汁は手作りですが、他は調理済冷凍食品であるため支援の工夫には限界があります。そのような中でも誕生日のケーキや、おやつのパンケーキやパフェのトッピングを利用者が行うなど楽しく関わるしくみができています。ホームでは10月から職員が利用者と同じ料理を食べる機会を作りました。今後、検食のしくみが作られると更に良いと思われれます。また、来年度は広い園庭を活用してナスやトマト、キュウリなど野菜の栽培を再開して食の豊富化と収穫などに利用者が関わるしくみを作ることを予定しています。

日常を円滑に楽しい雰囲気ですらすらすための様々な工夫を進めています

利用者同士の相性や性格などを踏まえてテーブルの配置などを配慮して円滑なコミュニケーションを実現しています。気候が良い時は、庭のテーブルを囲んで皆でおやつを食べるなど楽しめる共同生活を目指した工夫をしています。利用者の残存能力について職員は理解しており、テーブル拭きやコップの準備などできる範囲で行ってきました。しかし、ベテラン職員が夜勤等に回ることになり一時、実施が滞りましたが、職員間での話し合いにより復活できました。また手続きや買い物などはできるだけ家族に依頼しており利用者との関わりを増やしています。

体験や引継ぎを緊密に行って支援の質の向上を進めています

職員に2時間座り続ける体験をしてもらい、座り続けることが職員でも負担感があることを理解した結果、職員はクッションを活用して利用者の姿勢などを安定させています。さらに夜あまり寝ていない利用者については夜勤職員と引き継いで昼寝へ誘導しています。必要な利用者に昼寝を促すことで支援体制にも余裕ができ、連続勤務職員も仮眠を取れるようになるなど、利用者職員双方に効果がありました。

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(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 日常生活の中で、利用者一人ひとりの状態に応じて身体を動かす取り組みを工夫している	<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. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、医療機関等と速やかに連絡できる体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

訪問診療との連携などにより24時間健康管理体制を作っています

ホームは看護小規模多機能型居宅介護を併設しているため、看護師を手厚く配置しており、日中は必ず看護師がいます。また、訪問診療を充実させており、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科が毎月1回、内科は月2回、歯科は毎週訪問診療を受診できます。歯科を例にとりますと歯科医と歯科衛生士が毎週来所しており、利用者の半数ずつが受診することで、全員が2週間に一度点検・予防措置等を受けています。訪問診療との連携により夜間を含む24時間往診体制ができており、緊急連絡体制のフローチャートや緊急時の判断基準も明確になっています。

体調など1人ひとりの状態に配慮しながら日常の中で体を動かす取り組みをしています

朝のテレビ体操を放映しますが利用者に体操を強要するのではなく自主性を尊重しています。また園庭にテーブルと椅子を出してお茶会をしています。ほぼ全員の利用者が参加しています。重度化に伴い外出の支援が難しくなっており、ひとりの職員が一度に散歩支援できるのは1~2人で、1日4~5人が限界ですが、カメに餌をやったり、鴨のヒナを見たりして川べりの道を楽しんでいます。雨や気温の関係で外出が困難な日は、全員が2階に集まって、通所施設までの扉を全て開いた廊下で歩行訓練をしたりストレッチをするなどしています。

職員は服薬管理や医療に関する知識の習得に力を入れています

契約薬局から毎回2週間分の薬が届けられます。薬は個別に朝・昼・晩に分けて仕訳した状態で提供されています。ホームでは服薬マニュアルに基づいて毎回、複数の職員で確認したうえ利用者本人にも確認してもらっています。誤薬はありませんが飲み落としや飲み込めが来ずに吐き出してしまう等の事例が見られます。そのため、飲み込み終えたことを確認することや服薬ゼリーの使用を勧めるなどしています。関係診療所や行政が行う医療関係の講演に参加しており、その際の資料を活用して皆で勉強会をするなど知識・技能の向上にも努めています。

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(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者がお互いに関わり合いながら楽しく生活することができるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○非該当
●あり ○なし	3. 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

評価項目4の講評

利用者同士が交流し楽しく関わりあうような配慮を行いながら支援を進めています

リビングで過ごすときは利用者のお互いの相性を見ながら、随時席替えをしたり、声掛けの順番などに配慮しています。皆で庭でのお茶会をしたり、散歩をしたり、ボランティアが音楽を演奏するなど日常に変化をつける工夫をしています。年に2回のセラピードックの訪問では普段話をしない人が犬には話しかけるなど心の活性が見られます。予定していた行事ができなかった時には利用者の特性に配慮しながらカラオケをやることもあります。市内のグループホーム連絡会が主催する展示会に毎年参加しており、今年は苔玉を製作して出品する予定です。

利用者が日々の生活を円滑に楽しい雰囲気ですらすための工夫をしています

日常の工夫や行事の内容について職員から意見を引き出し、支援サービスに反映させるように努めています。長時間椅子に座ったままの状態について体験研修を行い利用者への理解を深めたり、利用者から聞いた事柄について家族と相談して実現できるように働きかけたり、ゲームを工夫するなどの実践も見られます。ホームの約束事について重要事項説明書に「利用基準」を記載していますが、ホーム内の生活を円滑に楽しく営むために暮らしのルールも明文化して利用者も職員も共有できるとさらに良いと思われれます。

居室やトイレ、廊下、食堂などは清潔に保たれています

ホーム内は清掃が行き届いており、清潔に保たれています。また、通路や非常口付近などに障害になる様なものも置いていません。廊下の壁には利用者の作品などが展示されています。通路から各トイレ入口が死角となっています。慣れた職員は足音でどの利用者がトイレに入ったのか分かるのですが、例えばセンサーやミラーなどを利用して、新人も含めて確実にわかるようなしくみがあれば、支援サービスと安全性の両面から質的な向上が図れると思われれます。

5 評価項目5 事業所と家族等との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族や利用者の意向を考慮して、家族等が参加できる事業所の行事を実施している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○非該当
●あり ○なし	3. 家族等が事業所等に対し、意見や要望を表せる機会を設け、それらを活かした支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 重度化した場合や終末期に備え、あらかじめ本人や家族等と話し合い、事業所でできることを説明しながら、方針を共有している	○非該当

評価項目5の講評

ホームの行事への家族の参加率は高く、町内会からの協力も得られています

花見や夏祭り、敬老会、クリスマスなど家族が参加する行事にあたっては家族に案内状を送って参加を求めています。家族の参加はホームの建物の中では収まり切れないほど多く、町内会にイスやテントを借りて園庭を利用して行っています。家族間の交流は自然発生的なものにとどまっていますが、家族アンケートなどで意向を探るなどして運営推進会議へ参加を促したり、家族懇親会の開催などを働きかけるなども期待されます。

家族に来所を働きかけるとともに手書きの便りで利用者の様子を伝えていきます

利用者の日常の様子については、できるだけ来所して様子を見ていただき職員が口頭で説明することを心がけています。そのため各種手続きや利用者が希望する品物の買い物などもできるだけ家族にお願いするなどして、来所の機会を増やすようにしています。1か月間、来所がない家族には請求書を送る際に手書きで利用者の様子を伝え、近況が分る写真を添付しています。また、行事案内や運営推進会議の報告なども一緒に郵送するなど家族との交流に力を入れています。

終末期や重度化に備えて指針を策定して対応しています

ホームは「利用者の急変時や重度化した場合等における対応に係る指針」と「看取りに関する指針」を策定しています。急性期の医師・医療機関との連携体制としては看護師の24時間連絡体制や協力医療機関との連絡・指導・往診・入院などの連携体制と共に、看取りに対するホームの考え方や方針が示されています。また、看取りに関する同意書を家族と交わしていますが、入院やケガなども含めた費用の発生や円滑な入院に向けた調整・対応、ホームが提供するサービスなどをより具体的に示すことも期待されます。

6 評価項目6

利用者が地域で暮らし続けるため、地域と連携して支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用するための支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所が利用者と共に地域の一員として日常的に交流している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 運営推進会議で話し合われた意見を活かして支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 区市町村や地域包括支援センターと日頃から連絡を取り、協力関係を築きながら支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

地域の人たちとは情報提供にとどまらない交流が生まれています

ホームは町内会に加盟して回覧板などを通じて地域情報を収集しています。また、ホームの施設地権者が道路の街灯設置を行政に働き掛けたり、祭りへの参加の橋渡し役ともなっています。地元の夏祭りではお囃子やお神輿がホームに来たり休憩場所にしたりしています。正月には獅子舞が訪れて演技を披露しています。園庭の手入れや草取り、玄関前の手作り水車のオブジェ製作などは地元の方のボランティアがおこなうなど、情報収集にとどまらない地域との交流が見られます。

関係する事業所や団体と連携して地域との交流を進めています

市内のグループホーム連絡会は毎年合同で利用者の作品展を開催し、交流をしています。また、町内で開催する認知症カフェに近所の3か所のグループホームから利用者が集い市民と交流し講演会やイベントに参加しています。隔月に開催している運営推進会議には利用者、家族のほか地元町内会や高齢者支援センターなどから参加があります。行事などの際、職員と他の人との判別がつかないという意見あって制服を制定につながるなどの成果が出ています。

施設長は地域福祉に積極的に関わりを持って貢献しています

施設長は小規模多機能連絡会の会長を務めており、市内の認知症フォーラムやケアマネージャー連絡会で講演をしています。また、高齢者支援センターからは運営推進会議の機会に来訪があり、諸制度の改正や施設の活動や自己評価などについて意見交換をしています。さらに近隣施設と一緒に合同運営推進会議を行っており、その関係を通じてホームで行うボランティアの演奏会には他施設の利用者や職員も集うなど、相互の交流を進めています。

Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	8/9
1 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		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある		<input type="radio"/> 非該当
2 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		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者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、認識を共有し、組織的に防止対策を徹底している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている		<input type="radio"/> 非該当
3 評価項目3 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇●)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている		<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
<p>苦情解決制度が整備され、利用者・家族への周知を行っています 苦情解決制度が整備され、利用者・家族が苦情を直接申し立てられるように、重要事項説明書に掲載され、外部の相談窓口として町田市役所いきいき生活部介護保険課、東京都国民健康保険団体連合会介護相談指導課、東京都庁高齢社会対策部介護保険課を紹介しています。苦情解決制度については、契約時に利用者・家族に説明を行い、また、玄関と各ユニット室内に掲示するなどして周知に努めています。</p> <p>接遇研修の実施など、接遇の改善が課題です 職員の言動や振舞い方に対して、接遇マニュアルがあり、入職1か月以内の講習を義務付けるなど、職員のケアにあたっての振舞方に留意しているほか、施設長は職員に、自分が言われたり、されたりして不快に思うことはしないという姿勢を繰り返し説明しており、さらに、日々の支援の中で声の大きさや、気配りに欠ける事例については、個別指導を行っています。入職1か月以内の講習については義務付けてはいますが、ほとんどの職員が非常勤職員であり研修には参加していません。今後の取り組みによる接遇の向上が期待されます。</p> <p>川沿いの立地という事情から、大規模災害時への防災対策に力を入れています 防災対策として自衛消防組織が設置され、年2回、利用者も一緒に避難訓練を実施しています。また、緊急時に備え、緊急連絡網が整備されユニットに掲示を行うと同時に利用者一人ひとりの緊急連絡体制表を作成、ケース記録のファイルに記載しています。ホームは川沿いにあるため、大規模災害にそなえて風水害避難確保計画を作成し、帰宅困難者対策や震災時における時間差退社計画などを定めています。さらに、地元消防団と連携し大雨時に連携しての対応を依頼しています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	利用者保護(3)	事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる
タイトル①	ヒヤリハットを改め「気づきノート」として事故防止への取り組みの強化を図っています	
内容①	事故防止対策では、事故報告書やヒヤリハット報告書が整備され、再発防止に向けて話し合う仕組みにはなっているものの、ヒヤリハットが有効に機能していません。そのため、ヒヤリハットを「気づき報告書」として改変し記載内容の幅を広げ、事故や事故の可能性にとらわれずに気が付いたことを漏れなく記入するシステムとしました。現在は併設の看護小規模多機能型居宅介護から取り組みを始めるており、事故防止や、また業務の改善に向けて力を入れた取り組みとなっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-1	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
タイトル②	新たに介護支援専門員1名をスタッフに加え自立支援計画の充実に努めています	
内容②	ケアプランの作成については、これまで一定の様式に策定の手順に基づいて策定が行われてきたものの、人員体制の問題からきめ細かな対応ができず、長期、短期の目標設定などプランの内容に関しては自立支援の視点が不十分であることなどが指摘され、課題となっていました。そのため、2月から新たに計画作成担当の介護支援専門員1名をスタッフに加え、ケアプランの充実に努めています。今後、ケアプランの充実とともにケアプランに記載された目標を意識した支援が行われるような体制づくりを推進していくこととしています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-2	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を行っている
タイトル③	食事の在り方へのさらなる改善に着手しています	
内容③	誕生日にはケーキを提供し、おやつのパンケーキやパフェにクリームや果物を利用者がトッピングしたり庭に出て皆で楽しむなどの工夫があり、利用者からも好評です。日常の食事についてはご飯とみそ汁は自前で作りますが、おかずなどは冷凍食品を使っています。ホームでは残食チェックの結果を踏まえて、職員が利用者と同じものを一緒に食べてみることにしました。今後検食の実施も検討しています。来年度は園庭での野菜作りを再開して利用者も一緒に手入れをし収穫し、調理することなども検討しています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	日中は看護師が常駐し、24時間医療サービスを受けるしくみがあるなど、医療・看護の体制が充実しています
	内容	ホームでは日中は必ず看護師が常駐して利用者と支援職員を支えています。また、緊急連絡体制のフローチャートや緊急時の判断基準も明確にして、24時間医療サービスを受けることができるよう訪問診療との連携を取っています。利用者の状態に合わせて内科中心、精神科中心などと医療機関を使い分けています。服薬については2週間分が個別に朝・昼・晩に分けて仕訳された状態で薬局から提供されています。毎回、複数の職員と利用者本人が確認しています。医療関係の講演に職員が参加し、勉強会を開くなどして知識・技能の向上をはかっています。
2	タイトル	町内やボランティア、関係機関等との協力のもと様々な行事をおこない、それらを通じて家族や地域とも交流を進めています
	内容	ホームの行事として花見や夏祭り、敬老会、クリスマスなどがあり、当日は大勢の家族が参加するためホームの建物には収まり切れません。そのため、町内会からイスやテントを借りて園庭を利用して行います。地元の夏祭りではお囃子やお神輿が来たり休憩場所として過ごすなどしています。また正月には獅子舞が訪れて演技を披露しています。地域のボランティアが楽器を演奏して利用者も歌を歌うなどしています。町内の認知症カフェでは、周辺3か所のグループホームから利用者が集い市民と交流し講演会やイベントに参加しています。
3	タイトル	グループホーム連絡会、高齢者支援センターなどの様々な地域のネットワークと積極的な連携を図っています
	内容	ホームは町田市グループホーム連絡会の様々な企画や高齢者支援センター（地域包括支援センター）の認知症カフェに積極的に参加・連携を行いながら、地域密着型の事業所として地域を視野に入れた活動を実践しています。また、施設長は自ら町田市小規模多機能連絡会の会長を務めると同時に、認知症フォーラムやケアマネジャー連絡会での講演を引き受ける、あるいは、高齢者支援センターの企画に準備段階から参加するなど、積極的に地域との連携を図っています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	職員の技能の向上を進めるなどして日中活動をさらに豊かにし、活性化することが望めます
	内容	人手不足の中、可能な限りフロアに人を配置して支援を行っています。天候に恵まれた日は庭でお茶会をしますがほぼ全ての利用者が参加します。川沿いを1日4～5人が散歩したり、カラオケを楽しむなどの活動もあります。利用者は認知症の重度化により調理や配膳、食器洗い、清掃などの作業や会話、作品作りやゲームについても活動範囲が狭くなっています。職員が新しい日中活動を開発したり散歩を工夫して頻度を高める、セラピードックを活用するなど、利用者の活動の幅を広げる検討をしています。
2	タイトル	大規模災害を視野に入れ防災計画と同時に、行政と連携したBCP策定が望めます
	内容	ホームは川沿いに立地しており大雨時での浸水の恐れがある事から風水害避難確保計画を作成し、また、地元の消防団の緊急時の協力を得るなど、防災対策に努めています。また、自衛消防組織の設置や年2回の避難訓練を利用者と一緒に実施しています。しかし、職員のアンケートには「災害の時はどうしていいかわからない」との意見もみられるなど計画の周知が不十分です。同時に、孤立を想定した場合のBCPをの視野にいれた地元行政との連携が課題です。
3	タイトル	業務の標準化のためにマニュアルの整備を通じた意識の統一や業務の標準化が求められます
	内容	現在、ホームでは正社員は施設長1名のみで、他は非常勤職員及び契約社員という体制で運営を行っています。現状では職員のほとんどが非常勤であり、また夜勤専門の職員もいることから全職員が参加する会議の開催や研修への参加が困難であり、業務に対する意識の統一や情報共有が難しいことが大きな課題となっています。非常勤職員を中心に業務を執行するためには、業務の標準化が不可欠であり、そのためのマニュアルの整備と研修の充実が不可欠です。さらに、待遇についても言葉遣いや立ち居振る舞いが問題となっており、業務の見直しが課題です。

福祉サービス第三者評価 評価機関

特定非営利活動法人 よこはま地域福祉研究センター

〒231-0013 横浜市中区住吉町二丁目 17 番地 金井ビル 201 号室

TEL : 045-228-9117 FAX : 045-228-9118

URL : www.yresearch-center.jp/ E-mail : top@yresearch-center.jp



かながわ福祉サービス第三者評価認証機関 第 26 号

横浜市福祉サービス第三者評価指定機関 第 17 号

川崎市福祉サービス第三者評価認証機関 第 14 号

横浜市指定管理者第三者評価機関 認定番号 25-01

東京都福祉サービス第三者評価認証評価機関 認証番号 機構15-232

全国社会福祉協議会社会的養護関係施設第三者評価機関 2510-002-02
