

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和5年度】

2024年 3月 18日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 160-0022

所在地 東京都新宿区新宿1-18-12 柳田ビル3階

評価機関名 公益財団法人日本チャリティ協会

認証評価機関番号

機構 03 - 075

電話番号 03-3341-0803

代表者氏名 会長 前島 英三郎



以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	小林与志雄	経営	H1501047
	②	岸勝利	福祉	H1901031
	③	宮沢民雄	福祉	H2001106
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】			
評価対象事業所名称	みやま大樹の苑		指定番号	1372900389
事業所連絡先	〒	192-0152		
	所在地	東京都八王子市美山町1463番		
	TEL	042-651-0161		
事業所代表者氏名	施設長 小野原 昌子			
契約日	2023年 9月 11日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023年 10月 9日			
利用者調査結果報告日	2023年 11月 6日			
自己評価の調査票配付日	2023年 9月 11日			
自己評価結果報告日	2023年 11月 6日			
訪問調査日	2023年 11月 17日			
評価合議日	2023年 12月 16日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	利用者調査は聞き取り調査とし、利用者の日常生活の時間に合わせておこないました。質問の趣旨が理解しやすいよう丁寧に聞き取りました。事業評価は、提出資料を基に事業内容を把握し、訪問調査では、書類の確認と事業所からサービス内容などの聞き取りをしました。また利用者と同じ食事を試食するなど、活動状況の把握に努めました。訪問調査後に評価者が合議してまとめ、有識者の意見を受けて客観性を確保しました。評価者は施設との関係はなく、第三者性を担保しています。			

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。

令和 6年 3月 12日

事業者代表者氏名 **みやま大樹の苑**
施設長 小野原 昌子



1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p>
	<p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)社会的に弱い立場の側に立った支援を経営理念の根底に据えた活動 2)利用者の人権を守り、利用者の立場に立った福祉事業 3)地域の社会資源の一つとして、必要とされる福祉事業の創設 4)非営利・公益性・公共性の確保、透明性の高い経営 5)終の棲家として最後まで寂しくない看取り介護への取り組み</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>自分の業務(しごと)に忠実につくす・誰にでも依怙最良なく応える・慈しみ深く、清々しい人・偉大なる凡人で、街う事なき人</p>
	<p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>正直であること、自分の失敗を言えること、謙虚であること、悩んだり迷う時は一度立ち止まること、不安なままで前に進まないこと、相手の目を見て笑顔であいさつできること。それぞれの職種での専門職としての対応・発言を一人ひとりの職員が自覚すること。組織としての意識を強く持ち、ホウレンソウをまわすこと。そして、日常のケアの場面で、入居者や家族の立場で考え、寄り添った対応ができること。</p>

調査対象

利用者総数は112名ですが、聞き取り調査が可能な21名を対象にしました。内訳は、男性2名、女性19名で、年齢は70歳代が1名、80～84歳が6名、85～89歳が6名、90歳以上が8名で、要介護度1が2名、2が9名、3が5名、4が4名、5が1名でした。

調査方法

利用者の日常生活を大きく変えることなく、新型コロナウイルス感染防止対策を施した場所での聞き取り調査を、職員の協力を得ておこないました。3名の評価者が1対1で面会し、質問項目が利用者に理解しやすいよう利用者の状態に合わせて丁寧に説明をして回答を得ました。

利用者総数

112

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
0	112	112
0	21	21
0.0	18.8	18.8

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

利用者調査全体のコメント

総合的な評価の質問に対して「大変満足」が5名(23.8%)、「満足」が14名(66.7%)で、二つを合わせた「満足」評価が19名(90.5%)となっています。「どちらともいえない」は2名(9.5%)です。個々の評価項目で最も評価の高かった設問は、「7. あなたがけがをしたり、体調が悪くなったときの、職員の対応は信頼できますか」、「9. 職員があなたの気持ちを大切にしながら対応してくれていると思いますか」が100%、次いで「5. 生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思いますか」90.5%、「13. 利用者の不満や要望は対応されているか」が90.5%でした。一方、低かった設問は、「8. 利用者同士のいさかいやいじめ等があった場合の職員の対応は信頼できますか」61.9%、次いで「14. 外部の苦情窓口にも相談できることを伝えられているか」が66.7%でした。日頃感じる意見として、「よくやってもらっています」、「職員も大変良くしてくれる」、「静かな所で満足しています」などがありました。

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》

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	20	1	0	0
「はい」の回答の割合は95.2%、「どちらともいえない」4.8%でした。自由意見としては「おいしくいただいています」、「好き嫌いなく食べている」、「良く考えた献立になっている」、「もっと食パンを出してほしいです。週1回は出してほしい」がありました。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	17	1	2	1
「はい」の回答の割合は81%、「どちらともいえない」4.8%、「いいえ」9.5%、「非該当」4.8%でした。自由意見としては「自分でできることは自分でしている」、「必要なことはその場でやってくれる」、「男性の方がよく清掃しています」がありました。				
3. 施設の生活はくつろげるか	18	1	2	0
「はい」の回答の割合は85.7%、「どちらともいえない」4.8%、「いいえ」9.5%でした。自由意見としては「テレビを見るなど自由にしています」、「歌が友達です」、「もっと楽しいことがあればよいと思います」がありました。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	18	2	1	0
「はい」の回答の割合は85.7%、「どちらともいえない」9.5%、「いいえ」4.8%でした。自由意見としては「悪い時には職員に言います」、「よく声をかけてくれる」、「感謝している」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	19	0	0	2
「はい」の回答の割合は90.5%、「非該当」4.8%、「無回答」4.8%でした。自由意見としては「きれいになっています」がありました。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	18	3	0	0
「はい」の回答の割合は85.7%、「どちらともいえない」14.3%でした。自由意見としては「職員によって違いますが、全体的に良いと思います」、「良いと思います」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	21	0	0	0
「はい」の回答の割合は100%でした。自由意見としては「具合が悪い時も対応してくれた」、「ケンカなどない」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	13	1	1	6
「はい」の回答の割合は61.9%、「どちらともいえない」4.8%、「いいえ」4.8%、「非該当」19%、「無回答」9.5%でした。自由意見としては「あまり見ていない」、「あっても黙っている」、「そういうことはない」がありました。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	21	0	0	0
「はい」の回答の割合は100%でした。自由意見としては「自分でがまんする」がありました。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	17	3	0	1
「はい」の回答の割合は81%、「どちらともいえない」14.3%、「非該当」4.8%でした。自由意見はありませんでした。				
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	15	1	2	3
「はい」の回答の割合は71.4%、「どちらともいえない」4.8%、「いいえ」9.5%、「無回答」14.3%でした。自由意見としては「あまり要望はない」がありました。				
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	16	1	1	3
「はい」の回答の割合は76.2%、「どちらともいえない」4.8%、「いいえ」4.8%、「無回答」14.3%でした。自由意見とはありませんでした。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	19	0	0	2
「はい」の回答の割合は90.5%、「無回答」9.5%でした。自由意見としては「言えばキチンと対応してくれる」、「言えばキチンと対応してくれる」、「特にないので言わない」、「要望は無い」がありました。				
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	14	0	3	4
「はい」の回答の割合は66.7%、「いいえ」14.3%、「無回答」19%でした。自由意見としては「知っています」がありました。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
	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 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、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 <input type="radio"/> 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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 <input type="radio"/> 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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 <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る <input type="radio"/> 非該当
	カテゴリ1の講評	
	理念や基本方針を利用者や職員の理解を深める取り組みをしています ホームページや玄関ロビーに理念や方針を掲載して、訪れる人にわかりやすく伝えています。理念や方針は事業計画に明記し、計画を作成する職員会議で職員が確認をし、また、年度当初の職員会議では、施設長が事業方針などと合わせて伝え、新しい職員には採用時のオリエンテーションで伝えています。職員に配布されるマナーガイドブックにも法人の理念を明記し、日常業務の中で常に意識ができるようになっています。利用者やその家族には定例懇談会や広報誌「これび」を通じて、事業の運営方針や計画をわかりやすく伝えています。	
	施設長、施設事務長、介護支援課長は、会議を通じてその役割を明らかにしています 施設長、介護支援課長、施設事務長が主導する管理職会議や運営会議が重要な役割を果たしています。ここで各管理職は具体的な役割を分担し、率直かつ積極的に発言し、職員との連携を深めています。各階層の班長や一般職も自覚的に役割を担い、積極的に意見を交換し、業務改善に取り組んでいます。特に班長たちは利用者の意向を理解し、それに基づいたサービス提供をおこない、利用者の満足度向上に寄与しています。職員全体のやりがいと満足度を高め、事業所全体に良い雰囲気をつくり、施設内の協力とコミュニケーションを円滑にしています。	
	施設では、重要な案件の検討や決定について明確な手順が定められています 施設の重要な案件は施設長が法人の方針などに沿って決定しています。決定に際しては、運営会議などで出される職員の意見を十分に聞いています。決定内容は、会議の参加者をとおして経過を含めて職員に伝えるとともに、会議録は情報システムに掲載し、職員がいつでも見ることができるようになっています。また、職員会議や朝礼も活用して伝えています。利用者や家族に対しての重要な案件は、プリントにして渡すとともに、広報紙を活用しています。また、利用者には定例懇談会で資料を使うなどして分かりやすく伝えています。	

カテゴリ-2		
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(2-1)		
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		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6
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		評点(000000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
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・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
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(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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-2の講評		
<p>利用者、職員の意向や施設を取り巻く状況を、多くの方法で把握しています</p> <p>利用者の意向は、アンケート調査と定例懇談会、支援計画作成の面談の機会に把握し、職員の意向は、職員会議で出される意見や職員と施設長などの面談の機会に把握しています。地域のニーズは、法人の地域関係打合せ会を通じて町会長や民生委員と連携して情報を得ています。また、福祉事業全体の動向は、東社協の総会への参加や福祉専門情報誌などで情報を収集しています。施設運営にかかるとは、朝礼でベッド利用率を報告し、運営会議で変化の要因を分析するなど、課題を整理して運営に活かしています。</p> <p>中・長期的な視野を持ち、具体的な目標に向けて計画と予算を策定しています</p> <p>法人の中・長期的な計画を踏まえて、事業計画書を作成しています。計画の策定は前年度の振り返りや、利用者・家族の意向、利用者を取りまく状況を考慮しています。計画には具体的な目標や数値目標を明らかにしています。ベッド利用率を97パーセントに維持しつつ、ショートステイ利用率を1パーセント達成することが目標としています。計画は職員の確保、人材育成、地域交流活動などの項目と、部門計画からなっています。部門計画はボトムアップのPDCAサイクルを効果的に活かして策定しています。また、事業に必要な予算も編成しています。</p> <p>事業の進捗状況は、具体的数値化目標などによって把握しています</p> <p>事業の進捗状況は事業計画を作成する担当部門でおこなっています。環境の変化などで変更するときは必要に応じて会議で検討しています。施設では特に利用率の達成状況の把握に力を入れています。利用率は、それが上がることが地域ニーズに応えるとともに、経営の安定に影響します。毎日のミーティングで利用率を把握し、下がった時の背景や要因を確認しています。施設全体の事業の進捗状況は運営会議で把握して、また、施設長や管理職が法人管理職会議出席して施設の状況を報告しています。</p>		

3 経営における社会的責任			カテゴリ-3
サブカテゴリ-1(3-1)			
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ-1毎の標準項目実施状況	2/2
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			評点(〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的確認している。		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(3-2)			
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		サブカテゴリ-1毎の標準項目実施状況	4/4
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
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、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		<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
サブカテゴリ-3(3-3)			
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ-1毎の標準項目実施状況	5/5
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			評点(〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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		<input type="radio"/> 非該当
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			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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		<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ3の講評

職員が守ることについてマナーガイドブックなどによって周知徹底を図っています

職員が守ることは就業規則などに規定していますが、各施設の職員で構成するサービスマナー委員会が内容を分かりやすくしています。職員の服装、言葉づかい、電話対応、環境整備、組織人としてのコンプライアンスの要点などマナーガイドブックとして冊子にしています。イラストを用いるなどして職員が容易に理解できるよう工夫をし、一人ひとりに配布しています。また、研修では職員として守ることを取り入れるとともに、不適切ケア虐待の芽チェックリストを用いて職員が行動の振り返りをするなどして、職員が守ることを周知徹底しています。

事業運営に関して利用者が安心して意見や苦情が出せる環境を整えています

施設では苦情などにつながる前に利用者の意向や要望を聞いています。毎月定例懇談会を開催しており、出された要望などにはその場での対応に務めています。また、個別支援計画の面談の機会に家族などからも聞いています。職員に直接言うことにはためらう人には、市の訪問ふれあい員に話せることを伝え、意見箱も設置しています。また、施設運営に関する苦情に適切に対応するために苦情解決制度を設けています。受け付け窓口や第三者委員の連絡先など、利用開始当初に重要事項説明書で伝えるとともに、施設の中にも目にしやすいところに掲示しています。

事業所は透明性を高め、開かれた組織となるよう積極的に取り組んでいます

ホームページや広報紙「こもれび」を活用して施設の情報を広く発信し、施設の透明性に努めています。また、ボランティアを積極的に受け入れるための担当を決め、マニュアルを整備しています。地域とは介護予防教室や夏休み工作教室、大根堀りなどを通じて地交流を深めています。また、災害活動相互応援協定や合同防災訓練を実施し、地域との結びつきを強化しています。八王子市介護事業者連絡会にも参加してネットワークの一員としての役割を果たすとともに、NPO法人フードバンクへの支援も積極的におこなっており、地域社会に貢献しています。

カテゴリ-4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ-1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
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		評点(00000)
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 checked="" type="radio"/> あり <input 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
サブカテゴリ-2(4-2)		
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		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
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		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-4の講評		
<p>利用者一人ひとりのリスクアセスメント表を作成して事故防止に努めています</p> <p>事故防止マニュアルを整備し、特に利用者一人ひとりに対しリスクアセスメント表を作成し、事故防止に重点を置いています。ヒヤリハットや事故報告書がスムーズに出せる環境を整え、報告書には写真を添付して背景や要因をわかりやすくしています。発生した事故やヒヤリハット報告は集計・分析して、その結果は各部署にフィードバックして、再発防止策が具体的かつ効果的に実施されるようにしています。安全第一の姿勢をもとに、利用者と職員の安全を確保し、質の高いケアを提供するために、施設全体で安全対策を徹底されています。</p> <p>利用者の状況など踏まえて感染予防対策を徹底しています</p> <p>感染症対策は、年間を通して実施していますが、新型コロナウイルス感染対策を強化しています。施設には医療的ケアの必要な方などが多く生活をし、介護においては利用者と距離を置くことが難しく、また、利用者のマスク着用も難しくなっています。職員は基本的な予防対策の徹底をし、感染者が出た時の初動が重要であることを学んでいます。また、感染が広がると感染後の利用者の体力の低下だけでなく、感染対策強化により利用者の行動や生活が大きく制約されます。そのため施設では特に、感染予防対策を緩めることなく徹底して取り組んでいます。</p> <p>情報の取り扱いに関する規程とルールを設け、活用と適切な管理をしています</p> <p>個人情報の利用目的の明示及び開示請求など規程や体制を整備し、内容をホームページで明らかにし、また、施設内にも掲示しています。個人情報管理を徹底して、職員には研修や新任職員へのオリエンテーションで周知を図っています。個人情報は職員が利用者の状態や支援内容を確認しやすいよう情報システムを導入し、また、グループウェアを導入して法人内業務の共有など活用しやすくしています。不適切な情報管理がされないよう、関係する職員以外がデータ閲覧できないようにアクセス制限をしています。また、開示請求などには適切に対応しています。</p>		

カテゴリ-5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
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		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、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	<input type="radio"/> 非該当
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		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
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		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
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		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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/3
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		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとり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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー5の講評

人材育成や将来の人材構成を見据えた法人内の事業所間異動がおこなわれています

法人が常勤職員を採用し、求人サイト、ハローワーク、ポスティングなどを活用して募集活動をおこない、施設も法人に協力しています。介護職員や看護師の採用が依然として厳しい状態の中で、必要な職員を法人の協力のもとに確保しています。人材育成や将来の人材構成を見据えた法人内の事業所間異動がおこなわれ、また、施設内の適切な配置をしています。キャリアパスは職員会議でわかりやすく説明し、職員が将来の展望の理解ができるようにし、今年度は、施設長が理事に昇進するなど、法人内の昇進の事例が身近にありました。

研修への参加と報告内容などを踏まえて、職員育成を図っています

職員にはさまざまな研修の機会が用意されています。法人が個々の経験や適性を考慮した研修を企画しています。職場内では、職員会議やミニ学習会を通じて研修をおこない、参加できない職員には情報システムで資料の内容を見ることができるようになっています。新人教育はチューターが中心におこなっていますが、フロア全体で取り組めるように、指導職を中心に情報共有をしています。研修を受講した職員は研修報告書にし、会議などの機会に発表しています。また、直属の上司や施設長が目を通して職員の育成などに活用しています。

職員全体が協力し合い、目標に向けて一丸となった取り組みをしています

目標達成や課題解決に向けて、各部署が抱える問題を運営会議で報告・共有し、必要に応じて部署を越えて連携し、組織全体での確な対応をしています。また、働きやすい環境づくりにも注力し、衛生委員会を通じて休暇取得やストレスの確認をおこない、臨床心理士を導入して職員のメンタルヘルスケアに気を配っています。毎日の朝礼では職員同士の認め合いを進めるため、「誰かを褒める」文化を根付かせ、職員表彰制度の導入により、モチベーション向上と職場風土の良好な状態と働きやすい環境づくりに務めています。

カテゴリー7	
7	事業所の重要課題に対する組織的な活動
サブカテゴリー1(7-1)	
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) 特養ベッド利用率97%と空床利用型ショートステイ利用率1.0%を堅持・達成を目標とし、また、看取り介護に焦点を当て、経営の安定と利用率の向上を目指しています。背景として、施設の社会的な役割と経営の安定があります。取り組みは、ベッド利用率の向上に向け、毎日の朝礼での確認を徹底し、職員の意識を高めるとともに、入院者の減少を促し、早期退院を促す働きかけをしました。ショートステイの利用促進には、利用者や家族、居宅支援事業者との連携を強化し、感染症対策にも力を入れて取り組みました。結果として、新型コロナウイルスの施設内感染が主な要因で利用率90.6%で目標を大きく下回りましたが、ショートステイにおいては2.7%で目標を大幅に上回りました。コスト削減には節約委員会を通じて電気使用量を抑えることができました。今後も特養ベッド利用率やショートステイ利用率の目標達成に向けて、空床を減らす施策を継続することとしています。また、利用者の視点に立った施策や物価高騰への取り組みとともに、看取り介護や介護報酬の加算見直しに注力し、コスト削減と収入増に向けた取り組みを強化していくこととしています。	
目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 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も含む) <input type="radio"/> 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
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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
評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評 施設は、特養ベッド利用率97%とショートステイの空床率1.0%を目標に掲げ、看取り介護に焦点を当てて経営の安定と利用率向上を目指しています。施設の社会的な役割と経営の安定が背景となり、具体的な取り組みが評価されます。ベッド利用率向上に向け、毎日の朝礼で確認を徹底し、職員の意識向上に努め、入院者の減少と早期退院を促す働きかけをおこなっております。また、ショートステイの利用促進では、利用者や家族、居宅支援事業者との連携を強化し、感染症対策にも力を入れています。これらの積極的な取り組みが施設の運営に対する真摯な姿勢を示しています。結果としては、新型コロナウイルスによる施設内感染が特養ベッド利用率の目標未達成の主因となりましたが、一方でショートステイでは目標を大幅に上回り、節約委員会を通じた電気使用量の抑制につながりました。施設は状況に柔軟に対応し、危機を乗り越える力を示しています。今後の方向性として、特養ベッドやショートステイの利用率向上のために空床を減らす施策を推進し、看取り介護や介護報酬の加算見直しに注力する姿勢が評価されます。	

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)

施設では、利用者の気持ちを考え、行動することに焦点を当て、利用者本位の視点を大切にしています。日々のケアが業務の優先度に左右されないよう、問題意識をもって業務改善に取り組み、権利擁護やコンプライアンスの強化を目標にしています。背景に、コンプライアンスについては法人の方針に則り、継続的な学習と実践が求められることがあります。取り組みとして、サービスマナー委員会を通じてユニフォームや接遇マナー向上に向けた施策を推進し、法人のマナーガイドブックを基にした確認や注意喚起をおこなっています。コンプライアンスや権利擁護に関する学習会やOJTを通じて、職員全体が日々の業務の中で気付きを声に出し、問題提起し、立ち止まって考えることを身につけることにしました。結果として、コロナ禍での制約にもかかわらず、接遇面での緩みが懸念されつつも、施設全体で客観的な判断を促進する環境が整いつつあります。接遇マナーに関しては、OJTのほかにも法人マナーガイドブックを研修や日常業務で活用する方針を継続し、コンプライアンスや権利擁護についても更なる意識向上に取り組むこととしています。

<p>目標の設定と 取り組み</p>	<p><input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った</p> <p><input type="radio"/> 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</p> <p><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</p>
<p>取り組みの検証</p>	<p><input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</p> <p><input type="radio"/> 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も含む)</p> <p><input type="radio"/> 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</p>
<p>検証結果の反映</p>	<p><input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた</p> <p><input type="radio"/> 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</p> <p><input type="radio"/> 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</p>

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

施設は、利用者の気持ちを大切に、利用者本位の視点を重視しています。日々のケアが業務の優先度に左右されないよう、問題意識を持ち業務改善に取り組み、権利擁護やコンプライアンスの向上に力を注いでいます。コンプライアンスに関しては、法人の方針に則り、継続的な学習と実践を徹底しています。サービスマナー委員会を通じてユニフォームや接遇マナー向上の施策を進め、法人のマナーガイドブックを基に確認や注意喚起をおこなっています。また、コンプライアンスや権利擁護に関する学習会やOJTを通じて、職員全体が日々の業務の中で気付きを共有し、問題提起し、立ち止まって考える力を養っています。結果として、コロナ禍での制約にもかかわらず、接遇面での緩みが懸念されつつも、施設全体で客観的な判断を促進する環境が整いつつあります。接遇マナーにおいては、OJTの他にも法人マナーガイドブックを研修や日常業務で活用する姿勢を継続しているため、コンプライアンスや権利擁護に対する更なる意識向上が期待されます。施設の継続的かつ総合的な取り組みにより、高いケアの質と利用者への尽力が感じられます。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー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
サブカテゴリー1の講評		
<p>ホームページ、広報誌等の利用希望者が入手できる媒体で、施設の情報を提供しています</p> <p>施設では、ホームページ、広報誌「こもれび」やパンフレットを作成し、施設の情報を提供しています。ホームページには施設の理念、基本方針が掲げられており、施設の概要や利用者関連事項を写真やカラーページで分かりやすく紹介しています。ページには、利用希望者のニーズに沿った項目の案内があり見やすくなっています。パンフレットは、施設の外観、活動や行事の様子、家族や地域との交流等の写真を掲載し活動の様子が一目でわかるようにしています。居室、食堂、浴室等の写真を載せ利用した時のイメージが持てるようにしています。</p> <p>広報誌を配布し、施設の情報を行政や関係機関等に提供しています</p> <p>施設では、生活や活動の様子を知ってもらうために、広報誌「こもれび」を年3回発行しています。「こもれび」には、施設長の挨拶、行事の多数の写真や郷土食のおすすめレシピ、新しい取り組み等を見やすくレイアウトし掲載しています。配布先は入居者・家族、法人の関係者、ボランティア、地域町内会の回覧、介護保険関係機関、居宅介護支援事業所、近隣の特別養護老人ホーム等になります。家族からは入居者の生き生きとした様子が見られると喜ばれています。さらに、市内の市民センターに配布し、行政や市民にも情報を提供しています。</p> <p>利用の問合せや見学の対応には相談員が個々の要望に配慮した対応を心がけています</p> <p>ホームページやパンフレットには、相談・見学・問い合わせ先を記載し、電話番号、FAX番号、Eメールアドレス、ホームページのアドレスを表記して、容易に相談・見学・問い合わせができるようにしています。利用希望者の問い合わせや見学希望があった場合は生活相談員や介護支援専門員が対応し、事前に電話等で要望内容を確認し、日祭日でも出来るだけ要望に応じて見学等の対応をおこなっています。見学時には主に生活相談員がパンフレットを用いて施設の概要やサービスについて説明し、施設内を案内しています。</p>		

サブカテゴリー2		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	6/6
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(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)	
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
サブカテゴリー2の講評			
<p>サービスの開始時にあたり、重要事項を説明し、利用者・家族の同意を得ています</p> <p>サービスの開始にあたっては、生活相談員が家庭や病院に訪問し、事前面接をおこないます。事前面接では、利用申込者の生活状況、身体状況、生活習慣、趣味等の情報を収集するとともに、入居にあたっての意見や要望も聞き記録しています。あわせて、施設の運営方針、生活の基本的なルール、支援内容、利用料金等の重要事項を説明しています。入所検討委員会を経て、入所日時がきまり、介護支援専門員が面接記録や利用者・家族の要望等に基づいて支援計画を作成し、利用者・家族に説明し同意・署名を得ています。</p> <p>利用者の支援に必要な個別事情や要望を面接記録シートに記録しています</p> <p>事前面接では生活歴、生活習慣、健康状態、性格、趣味、利用者・家族の要望等を把握し、面接記録様式に記載しています。利用者の気持ちや意向、大事にしていること、入居後の生活に対する要望等を詳しく把握し、家族からも意向や要望を聞き取り面接記録に記録しています。これらの事前面接記録の情報を支援につなげています。入居後のケアプランの見直し時にも、利用者・家族に説明するとともに、意向や要望を確認して記録しケアプランに加えています。日常生活の中で確認した意向はケース記録に記載しています。</p> <p>サービスの開始時や終了の際に、環境変化に対応できるよう支援しています</p> <p>入居開始直後には、環境変化に伴う不安やストレスの軽減を図り、入居後1週間は観察期間とし、多職種が連携し声掛けを多くし、状態の把握をして支援しています。在宅からの入居者には、事前の施設見学やショートステイの利用を勧め、入居後の生活をイメージしてもらい不安が軽減されるように配慮し支援しています。家族の意向や入居者の状況の変化で他施設へ入居するために退居するときは、入居者・家族の同意を得て、移動先に必要な情報提供し相談をおこない支援の継続性を大事にしています。</p>			

サブカテゴリ3		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	10/10
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(000)	
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施設サービス計画を作成している		評点(000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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たくうえで、必要に応じて見直している		<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(00)	
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(00)	
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3の講評			
<p>マニュアルに沿ってアセスメントをおこない課題を明記しています</p> <p>利用者の生活状況や心身状況を介護システムの介護記録・看護記録やリスクアセスメント表に入力し記録しています。日々のバイタル・食事・口腔ケア・排泄・入浴状況も記録し把握しています。担当職員は利用者一人ひとりの個別ケアプランのアセスメントをおこない、サービス場面ごとに個別の課題を明記しています。入居時の暫定ケアプランは、入居1～2ヶ月後にフロアでアセスメントし見直しをしています。通常6ヶ月ごとに定期的にケアプランの見直しをし、利用者の要望等を加味し作成しています。</p> <p>ケアプランは利用者・家族の意向・要望を取り入れ作成しています</p> <p>個別ケアプランは、利用者・家族の意向・要望を聞き取り入居生活に望むことなどを確認し作成しています。個別支援計画は通常6ヶ月ごとに見直し・更新しています。利用者の状態の変化で入院した時は退院後2週間の経過観察期間を設け支援計画の変更の有無について確認しています。緊急に支援計画の変更が生じた場合には、緊急ミーティングを開いて対応を変更しています。介護保険の更新や区分変更があった場合にも個別支援計画を見直しています。</p> <p>ケアプランの内容や利用者の情報を介護記録に入力し職員間で共有しています</p> <p>各部署に複数台のパソコンを設置し、利用者一人ひとりの支援内容、心身状態の変化等の日々の生活記録を介護記録ソフトを用いて介護記録に入力し、職員間で共有しています。パソコンに記録された支援内容、ケース記録、介護、看護、リハビリ等の記録を職員はリアルタイムで確認することが出来、利用者支援に役立て等活用しています。重要な情報については、システムの掲示板で周知し、朝礼、フロアミーティング、夜勤者への引継ぎ等の情報も介護ソフトで周知し、共有しています。</p>			

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	サブカテゴリ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(000)	
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	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(00)	
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. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-5の講評			
<p>個人情報保護の基本事項を明記し個人情報の提供には、利用者の同意を得ています</p> <p>法人は「個人情報保護に対する基本方針」を策定し、利用者の個人情報の保護を講じることを明記しています。施設も法人の基本方針に基づいて、入所の際に、利用者・家族に利用契約書に記載している「秘密保持、個人情報の保護」についてその内容を説明し同意を得ています。施設のパンフレットや広報誌等に写真を掲載する時もその都度同意を得ています。利用者・家族の状況の変化で、他施設に移動する場合や在宅復帰し居宅支援事業所を利用するようになった時等に利用者・家族には利用目的・内容を説明し、同意を得て移転先などに情報を提供しています。</p> <p>入居者の羞恥心やプライバシーに配慮した支援をおこなっています</p> <p>法人では、基本理念を日々の支援に活かすように、職員一人ひとりに「マナーガイドブック」を配布しています。ガイドブックには、挨拶、身だしなみ、言葉遣い、服装、他者への思いやり、心配り等職員として支援をおこなう上での必要なマナーを明記して、日常の支援において活用するとともに新人研修やサービスマナー委員会でも活かしています。郵便物は入居者に手渡してからその場で開封することやベッド周りは間仕切りカーテンを用いたり、居室への入退室は声掛けをし、排せつ介助時は小声で声かけする等プライバシーと羞恥心に配慮しています。</p> <p>利用者の権利を守り、価値観や生活習慣に配慮した支援をおこなっています</p> <p>施設では、利用者一人ひとりの意向や要望を受け止め、その人らしく生活できるよう多職種が連携して支援をしています。事前面接で生活習慣、信条、宗教、趣味特技、意向等を聴取して、利用者に適した生活が出来るように配慮しています。不適切なケアや虐待については、日々のOJTや定期的に学習会を実施し職員の意識啓発を高めています。「虐待の芽チェックリスト」を用いた職員アンケートを実施し、支援状況の振り返りをおこない、また、多職種で構成する虐待防止委員会を定期的に開催し、利用者の権利擁護に努めています。</p>			

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(000)

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

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(00)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-6の講評

各業務に応じたマニュアルを作成し支援の基本事項や手順等を整えています

施設では提供している支援の基本事項や手順を明記し、業務の一定水準を保つために各種業務のマニュアルを作成しています。マニュアルはシステムの共有ファイルに保存し、パソコンからいつでも誰もが閲覧でき支援に活用しています。職員はマニュアルに従い、個々の入居者に関する支援やバイタル、食事、水分、入浴、口腔ケア等の生活状況をケース記録様式に記入しています。職員は業務点検のため、またわからないことが生じたときに閲覧し活用しています。各部署にもファイリングしたマニュアルを配置し活用しています。

安全・安心な生活が提供できるよう、事故防止委員会等で検討し事故防止に努めています

施設は、利用者が安全と安心できる支援の提供を目標に位置付けています。利用者の安全と安心を守るために日々事故防止に努めています。事故防止については日々の生活状況の把握やヒヤリハット・事故報告書を基にリスクアセスメント表を作成し各利用者のリスクを3ヶ月ごとに確認しています。事故防止委員会は通常年3回開催し、各部署から報告されたヒヤリハット・事故報告書を検討し改善策を策定し、運営会議や各委員会を経て、職員に周知し、職員が共通認識をもって安全・安心な支援が提供できるよう努めています。

各種の業務マニュアルの見直しは、利用者や職員の意見や提案を反映しています

業務マニュアル、リスクマネジメント表、感染症対応マニュアル等の改定は、必要に応じておこなっています。利用者の意向や要望は毎月開催している利用者懇談会にて支援内容、行事、満足度、意見や要望を把握し、マニュアルに反映しています。日常の支援を通して職員の気づき提案は運営会議で取り上げ、また、苑の重点目標について部署ごとにアンケートを実施し、年度総括をおこないマニュアルの見直しにつなげています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		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	43 / 43
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている				
			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている			○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている			○非該当
●あり ○なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている			○非該当
評価項目1の講評				
<p>利用者の個別ケアプランに基づいた支援をおこなっています</p> <p>ケアプランは、介護記録ソフトに記載し、職員がいつでも閲覧でき日々の支援に活かしています。ケアプランに基づいて、栄養支援や機能訓練等の個別ケアプランを作成し、支援の内容や回数を細かに決めています。日々の入居者のバイタルや活動内容を介護記録ソフトに入力し一元管理することでケアプランと栄養支援、機能訓練等の各種記録の連動を図り、支援に活用しやすくしています。職員は日課表やチェック表を確認し、ケアプランに基づいた支援をおこなっています。日々のケア状況を定期的に確認し振り返り、ケアプランの見直しをおこなっています。</p> <p>利用者の状態の変化に応じて、より適切な支援に努めています</p> <p>職員は、事前面接で把握した生活歴や生活習慣、心身状況等の情報を共有し、入居後の環境変化による心身状況の様子をきめ細かく観察し対応しています。日々の情報は、朝礼と各フロアでのミーティングで周知し共有しています。理学療法士による移動方法、車いすの座位姿勢の見直し、臥床時の安定姿勢などのアドバイスをえて個々の特性に合わせた方法を実施し、食事の形態等に関しては栄養士、健康管理は看護師が中心となり、利用者の状態に合わせてケアプランの修正や変更をおこない、適切な支援に努めています。</p> <p>利用者が自立生活を営めるよう、多職種が連携して支援しています</p> <p>施設では、個別処遇会議や様々な委員会を開催し、利用者の支援計画や支援内容をはじめ、安全対策や運営等について多職種が参加し分析・検討をしています。介護支援専門員、生活相談員、看護師、介護職員、機能訓練指導員、管理栄養士等の職員は連携し、利用者が安全・安心で自立生活が営めるよう、生活状況や心身状態を記録し個別支援計画、栄養ケア計画、個別訓練計画等を作成し、定期的に見直しをおこなっています。全職員が、利用者の支援計画や課題を理解し、日々の状態を共有し支援しています。</p>				
2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている				
			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている			○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている			○非該当
●あり ○なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている			○非該当
評価項目2の講評				
<p>利用者の状況をアセスメントし、一人ひとりの状態に応じた食事支援をしています</p> <p>利用者の状況をアセスメントし、必要に応じて主治医に相談して、一人ひとりの健康状態や咀嚼状況等に応じた食事支援をしています。食事形態は、常食・刻み食・ソフト食・ミキサー食の他、選択食や代替食、嚥下困難な利用者用の少量・高エネルギー食も用意しています。特にソフト食は、副菜の他に主菜も用意しプリン状にして見ためにも満足できるよう工夫しています。また、ミキサー粥は提供量が少なくても高カロリーな食品に変更しています。食事形態変更の際は、数日間利用者の様子を介護記録に記載して、状況把握をして慎重に対応しています。</p> <p>栄養ケアマネジメント実施し、摂食状況や食事形態等を考慮して栄養計画を作成しています</p> <p>管理栄養士は、介護・看護職員から直近の利用者情報を伝えてもらい、屋食時に利用者の食事を摂る様子を把握して、喫食状況の確認と嗜好を聞き取っています。これらの情報を日々の献立の他イベント食や行事食等に活かしています。また、多職種の職員と協働して栄養ケアマネジメントを実施しています。利用者の咀嚼、嚥下機能や摂食状況、食事形態を考慮して栄養計画を作成しています。低栄養、低体重の利用者には、看護師、介護職員、管理栄養士、医師等の多職種の職員が連携して、補助食品や嗜好品を提供しています。</p> <p>職員同士で介助しあう食事学習会で、知識の習得とスキルアップを図っています</p> <p>嚥下能力が低下した等の変化時には、多職種による個別処遇会議でアセスメントして対応しています。また、食事姿勢が安定しない利用者には、PTの指示を受け経口摂取が継続できるようケアしています。栄養マネジメント会議を定期開催し、利用者に向けた食事の提供と経口摂取の維持向上に努め、生活の質の向上を図っています。介護職員に食事介助の知識やスキルにばらつきがあるため、フロアの職員同士で介助しあい実際に体験する食事学習会をおこなって、サービス向上に努めています。</p>				

3 評価項目3

利用者が食事を楽しむための工夫をしている

評点(〇〇〇〇)

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

評価項目3の講評

多様なメニューを用意し、利用者に寄り添った食事が提供されています

利用者の嗜好を反映した食事を提供するために、お食事アンケート等を基に管理栄養士が食事内容を工夫しています。具体的には、朝食時にはパンが選べる選択食、5月のお寿司の日、年2回のお楽しみ会、年5回のホーム喫茶、毎月の誕生祝食等で、バラエティーに富んだ行事食・イベント食を用意しています。利用者調査では、「よく考えた献立になっている」等との意見があり、満足度も95.2%と高評価です。日頃から管理栄養士が食事の様子や意向を聞いており、多様なメニューを用意し利用者に寄り添った食事が提供されています。

軽食の用意をする等、利用者の生活にあわせた支援をしています

利用者が朝目覚めが悪く起床時間がずれることや通院等で食事時間が遅れること等に適宜対応しています。食事が冷めてしまった時は、レンジ等で温める配慮もしています。食事取り置き時間は2時間で、経過した場合は、軽食の用意をしています。米飯・粥・麺類・パン等の主食は介護職員が盛り付けし、当日の利用者の体調にあわせた配膳をして、手作りに拘った美味しい食事を提供しています。残飯の多い日がありフードロスが課題となっているため、メニューや提供量の見直しが必要と認識しています。

利用者の生活リズムを大切にした支援をおこなっています

食堂は各階にあり採光もよく、広々としてゆっくりくつろげる環境です。座席は利用者の状況により決まっていますが、利用者の意向に応じて変更もしています。食事は着席してから配膳をし、遅れてくる利用者には温冷配膳車に食事を保管して適温で提供しています。食事中は音楽をかけリラックスして楽しめるように工夫しています。冷めた食品があればレンジ等で再加熱する等、利用者の生活リズムを大切にした支援をおこなっています。

4 評価項目4

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

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

評価項目4の講評

利用者の心身の状況にあった浴槽を選択できる環境です

入浴は原則週2回で、各階に浴室があり3ヶ所用意されています。浴槽タイプは5種類で、一般浴・リフト浴・個浴・個別型介助浴・特殊浴から、利用者の心身の状況にあった浴槽を選択できる環境です。脱衣所、洗い場には暖房器具を設置して、入浴時に寒い思いをしないよう配慮しています。入浴前には看護師がバイタルチェックをおこない、健康面の確認をしてから、介護職員がマンツーマンで入浴介助の対応をし安全な入浴ができるように努めています。

要望に応じて同性介助で対応する等、利用者の羞恥心に配慮しています

入浴時の誘導や介助等については、「入浴介助の手引き」に基づき実施しています。各階での入浴を基本とし、脱衣所での待ち時間を短縮するため、フロアの職員と入浴介助職員が連携し利用者の移動時間を調整しています。入浴直前の脱衣にはカーテンを使用して、要望に応じて同性介助で対応する等、利用者の羞恥心に配慮しています。入浴を拒否した時は、時間を置いたり、入浴日を変更する等で対応を工夫しています。入浴拒否が続いた時は、清拭や足浴等でより個別的なケアができるよう取り組んでいます。

衛生管理を徹底し、利用者が楽しく入浴できるよう工夫しています

入浴中の事故防止のために、事故防止委員会が検討しています。特にヒヤリハット報告を活かした再発防止策の周知の徹底が必要と認識しており、出勤時に必ず閲覧するように周知を図りたいとしています。五感が刺激され季節を感じることで楽しく入浴できるよう、5月に菖蒲湯、12月にゆず湯等で工夫をしています。入浴時は利用者と職員の語らいの場にもなっており、利用者にとって心地良いひと時となっています。日々の浴室清掃、年1回の専門業者による清掃を実施して、衛生管理を徹底しています。

5 評価項目5

排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(0000)

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

評価項目5の講評

チェック表を基に細かく把握して、自然な排泄を促すよう支援をしています

排泄支援は、利用者の排泄リズムをチェック表を基に細かく把握して、自然な排泄を促すよう支援をしています。日々の排泄チェック表を定期的に見直し、排尿量、排泄パターン、ADL等の状態をきめ細かく把握し、定時以外でのトイレ誘導やオムツ交換につなげています。オムツやパット等の排泄用品は、利用者に合った物を提供できるよう随時チェック表等を見直し変更しています。排泄介助は、排泄機能の低下、運動障害があってもできるだけ排泄行動がとれるよう支援をしています。

利用者の要望に応じた排泄支援をし、プライバシーや羞恥心に配慮しています

利用者の居室は一部を除き各室にトイレが設置されています。排泄の誘導をする際は、他者にはわからない言葉で伝える等で羞恥心に配慮しています。排泄時には居室のドアやトイレカーテンを閉じることを徹底しています。また、オムツ交換は、北欧の排泄ケアのブランド名を使いオムツ交換とは分からないように気配りしています。同性介助は職員配置からできない場合もありますが、利用者の要望に応じて同性職員が対応しています。

オムツ交換等の介助方法の向上に取り組み、清潔なトイレ環境に力を入れています

オムツ交換の方法やパットの確認等の排泄介助のスキルアップのために、排泄学習会をしています。新人職員にはチューター職員が中心となり排泄介助方法を伝えています。また、介護用品の業者によるオムツ交換等の方法の研修もおこなっています。トイレ清掃は専門業者が毎日おこなっており、職員も介助時や汚れた時には清掃して衛生的な環境が保たれています。臭気対策として、朝夕の室温調整や食事中に部屋の換気をする等で対応していますが、排泄介助後の換気の配慮が必要と認識しており、換気対策の強化が望まれます。

6 評価項目6

移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(000)

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

評価項目6の講評

利用者の安全・安心な移乗や移動について職員周知を図っています

機能訓練指導員が中心となり、利用者の安全・安心な移乗や移動について職員周知を図っています。介護度の重度化に伴い車イス使用者が増え、利用者の112名の内99名が常時使用しています。医師や機能訓練指導員、介護職員等が利用者の意向を的確に把握し、できるだけ自力で移動できるよう具体的な支援策を検討しています。また、理学療法士もフロアで利用者の生活の様子を見てリハビリ等の状態を確認し、移動方法についてアドバイスをしています。

利用者の安全・安心と職員の身体を守るために、持ち上げない介護を目指しています

フロアからリハビリ、リハビリから理学療法士への相談の流れができていて、利用者の状態に合わせた移動・移乗の支援をしています。利用者の安全・安心と職員の身体を守るために、持ち上げない介護を目指しています。そのために腰の負担を軽減するダーウィンサットを全職員に用意しています。マッスルスーツやターンテーブル等の福祉機器の導入もしています。また、勉強会を通じて安全の移乗介助方法やポジショニング等を職員に伝えています。

車イスを使用するために、安全・安心で清潔性に配慮するなど環境整備をしています

居室、トイレ、廊下、リビングなどは、車イスが自由に動ける十分な広さがあるので、利用者は気兼ねなく移動をしています。車イスを使用する際には、安全・安心で清潔性に配慮するなど環境整備をしています。ボランティア、職員が協力して、年1回の整備をおこなっています。また、家族会の有志の方が、車イスの点検、整備に来ています。車イスは食べこぼしなどで汚れることが多いので、汚れた時にすぐに対応できよう努めたいと認識しています。

7 評価項目7

利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている

評点(〇〇〇〇)

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

評価項目7の講評

利用者の能力に応じた機能訓練計画書を作成し、多職種協働で支援しています

主治医の指示書に基づき理学療法評価を実施し、利用者の残存機能の維持向上を目標とした個別機能訓練計画書を作成しています。作成にあたっては、理学療法士やマッサージ師等の専門職も関わっています。利用者のADLや本人・家族の意向を踏まえた多様な機能訓練をしています。この計画に基づく取り組み内容を多職種でモニタリングやアセスメントし、3ヶ月毎に見直しをしています。利用者の生活日課にリハビリを位置づけ、訓練可能な職員を配置して個々の利用者の状態に応じた機能訓練を実施しています。

機能訓練は、日常生活の中で活かすプログラムを取り入れて実施しています

機能訓練のプログラムに日常生活の中で活かすリハビリを実施しています。例えば、フロア毎に実施するボールや風船を使った集団リハビリや関節可動域訓練・歩行訓練・椅子を使った立位訓練等の個別リハビリもしています。マッサージ師のリハビリは機能訓練室と必要に応じて居室でもおこなっています。理学療法士は食事時の姿勢や日常生活の様子を見て、介護職員にアドバイスをしています。また、ポジションングや靴の購入等についての相談にも応じています。

利用者の状況に合った適切な福祉用具を提供しています

平均要介護度が3.42であっても、9割を超える利用者が常時車イスを使用しているほか、歩行器や杖等の補助具を使用している利用者も多くいます。定期的な評価のほか日々の気づきや各部署との情報交換により、利用者の状況に合った適切な福祉用具を提供しています。車イスは管理台帳で使用状況を把握しています。利用者の状態に変化があった際は、理学療法士等に相談して適切な福祉用具が提供できるよう努めています。

8 評価項目8

利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などくみを整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○非該当

評価項目8の講評

健康で充実した日常生活を送ることを目指して、利用者の健康管理を実施しています

日々の観察でいつもと違う状態があれば早めに気づき早期の対応に努めています。心身共に健康で充実した日常生活を送ることを目指して健康管理を実施しています。1年1回の健康診断をおこなうほか、日々のバイタルチェックや居室巡回等で異常早期発見に努めています。体調変化時には、施設内診療で必要な検査や内服薬等の調製を受けています。入院者には医師や入院先の病院に状況を確認し、長期入院とならないように配慮しています。

誤薬防止対策と看護師の負担軽減のため、薬剤師が薬のセットをしています

今年の4月より誤薬防止対策と看護師の負担軽減のため、薬局から薬剤師が来苑し薬をセットしています。薬を介護職員へ渡す時と配薬をおこなう時は、必ず確認をしています。薬のトレーへのセットミスが多かったため、配薬者名を記載する取り組みをしてからミスがなく改善が図られています。利用者の口腔ケアは、歯科医師が週1回の往診で対応しています。また、歯科衛生士が介護職員へ直接指導して、口腔ケアの充実にも努めています。

看護師や協力医療機関等と連携し、利用者の看取り介護の充実に努めています

看護師の24時間オンコール体制をとり、利用者の体調変化時に対応できる安心な医療体制を整えています。緊急時対応や誤嚥時の対応については、適宜学習会を実施しています。終末期の対応については、「看取り介護指針」に基づき、多職種の連携と個性を重視し、利用者の状態をアセスメントしながらおこなっています。看取り介護学習会を年2回実施し、看取り介護委員会は毎月開催して、利用者、家族が安心して終末を迎えられるよう看取り介護の充実に努めています。

9 評価項目9 利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○非該当
評価項目9の講評		
<p>利用者の希望に沿って、自立を促しできない所を支援しています</p> <p>施設入所後も在宅での日常生活を継続する事を基本に起床後、就寝前の更衣を支援しています。希望者には衣類の準備とパジャマへの着替えの対応をしています。衣類の着脱は生活リハビリにもなるので自立を促し、できない所を支援しています。食事や排泄時に汚れた場合は随時清潔な衣類に着換えています。衣類の劣化やほつれ等には、その都度対応しています。劣化した衣類と新しい衣類が混在していることがあり、整理をすることが課題と認識しています。季節の変わり目には、スムーズな衣類の入れ替えを心がけています。</p> <p>洗顔、整髪は自分でできるよう声をかける等で、環境整備に努めています</p> <p>起床後はホットタオルで顔をふくほかスタイリング剤とブラシを用いてヘアケアをおこなっています。整容ができない利用者には職員が介助し、居室で整容してからフロアに行くよう支援しています。洗顔、整髪は自分でできるよう声をかける等で、環境整備に努めています。毎月1回は理美容があり、頭髪などを整える日を設けています。爪切り・耳掃除・歯磨き・髭剃り等は、利用者の希望により対応しています。状況や体調を見ながら入浴時等におこなっています。</p> <p>落ち着いて入眠できるよう安全・安心に配慮した支援をしています</p> <p>施設は閑静な広い敷地にあり、夜間は車等の騒音がなく静かな環境です。利用者が安定した睡眠がとれるよう、居室毎に照明を調光し適切な温度・湿度管理をしています。また、日中は機能訓練やレクリエーション等で活発に体を動かし、夕食後はリラックスして静かに眠れるよう配慮しています。利用者が眠れない時徘徊をする場合は、話し相手になり付き添う等、気分転換を図ってから利用者の意向に沿ってベッドに誘導し、落ち着いて入眠できるよう安全・安心に配慮した支援をしています。</p>		
10 評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	○非該当
●あり ○なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○非該当
評価項目10の講評		
<p>利用者・家族の意思や選択の自由を尊重した、介護サービスの提供に努めています</p> <p>入所契約時に、重要事項説明書により、施設利用にあたっての留意事項を説明しています。施設での生活は、入所前の生活習慣や価値観、生活状況等を把握したうえで、利用者・家族の意思や選択の自由を尊重したものとなるよう、介護サービスの提供に努めています。利用者からは定例懇談会等で要望や不満等を聞き、可能な限り日々のケアに反映できるように努めます。嗜好品の入手については、移動販売にて職員が買い物代行をしています。また、家族と話しをしたい利用者には、電話支援もおこなっています。</p> <p>レクリエーション活動に、多くの利用者が参加できるように工夫が必要です</p> <p>利用者の要望を聞き取り、反映した活動プログラムを用意しています。クラブ活動は、音楽、書道、華道、プレイルーム、お花粧等で、日々のレクリエーション活動は、歌、楽器、風船パレー等を行っています。また、映画会、季節を感じるかき氷大会やスイカ割り大会も実施しています。クラブ活動は、参加する利用者が決まっている傾向があり、できるだけ多くの利用者が参加できるように工夫が必要と認識しています。多種の活動プログラムを用意して、利用者の生活が楽しくなるように支援しています。</p> <p>利用者の気持ちに沿った支援と介護技術の向上ために取り組んでいます</p> <p>施設では認知症による徘徊、転倒・転落リスク、不潔行為等の認知症サポートを必要とする利用者が増えています。利用者寄り添い、利用者の気持ちを第一に考えたケアの実践に努めています。話を聞く、声掛けを基本に、夜間徘徊の場合は、就寝まで話し相手になり、相槌を打つなど、気持ちが落ち着くような対応に努めています。利用者の気持ちに沿った支援と介護技術の向上のために、東社協等が主催する施設外研修、法人本部が主催する研修等に積極的に参加しています。</p>		

11 評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	<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"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目11の講評		
<p>季節の行事や活動プログラムを用意し、利用者の生活の場が広がるよう支援しています</p> <p>利用者の活動や生活の場を広げ、快適な生活が出来るように季節の行事や活動プログラムをおこなっています。通常季節の行事では、花見、幼稚園児との交流会、納涼祭、健康と長寿を祝う会、餅つき大会等を実施、利用者同士が季節感を味わい、楽しみ、共有できる機会を設けています。今年度はコロナ禍で季節の行事は中止せざるを得ませんでしたが、園庭の散歩や外気浴をし、リフレッシュし、気分転換をおこなう機会を増やしています。園庭の散歩では歩行訓練にもなり、景色や咲いている花々を楽しんでいる利用者もいます。</p> <p>利用者は、家族との交流、ボランティアとの交流を通して生活を楽しくしています</p> <p>利用者の生活を楽しく、張り合いのある生活にし、社会的な関心を広げるために、例年ボランティアや家族会の協力を得て行事や様々な活動をおこなっています。コロナ禍でボランティアや活動プログラムへの支援、家族会の協力等を制限していましたが、その中で介護実習生、家族会有志のボランティア、週1回の八百屋来園等の受け入れを再開し、利用者も実習生の若い力を体験し、ボランティアと交流することの楽しみを味わいました。今後、感染防止対策等を実施し地域の介護予防教室を再開できるよう工夫して取り組んでいきます。</p> <p>地域の情報をきめ細かく収集して、利用者・家族の状況に応じて情報を提供しています</p> <p>施設では、法人の地域関係会議をはじめ、都・市・関係団体の研修会や連絡会、情報交換会等に積極的に参加し、意見交換をおこない地域交流を深めるとともに情報の収集を継続的にこなっています。その中で施設で活用できる情報は取り入れ、活動の場を広げることに役立っています。また利用者・家族にとって有益な情報は、内容に応じて提供し、利用者・家族が利用できるよう勧めています。施設の近隣で、利用者・家族が外出先として、容易に利用出来る施設を紹介するなど、利用者・家族のニーズに合った情報を伝えています。</p>		
12 評価項目12 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目12の講評		
<p>定期的に広報誌を発行して、利用者の生活状況を家族に伝えています</p> <p>施設では、事業内容の理解と社会的な信頼度を高めるため広報活動に力を入れています。地域の方々や家族に施設の活動内容を理解していただけるように、広報誌「こもれび」を年3回発行し、家族や関係機関、施設等に配布しています。こもれびの紙面には、利用者の同意を得たうえで、日常生活や活動、行事等の写真を掲載してわかりやすく紹介しています。写真を多くし文章も簡潔にして親しみが持てるように工夫して紙面を作っています。家族からは、コロナ禍で面会の制限がある状況で、紙面を通して活動の様子を知ることが出来好評を得ています。</p> <p>面会時や電話連絡等で家族の意向や要望を集約しています</p> <p>ケアプランの作成時や更新時には利用者・家族と面談しサービスの経過を説明し、利用者・家族の意向や要望を聞き記載しています。コロナ禍で面会を中止した期間もありましたが、感染予防対策から時間制限はあるものの、家族の面会も再開しました。面会で来苑した時に、利用者の近況を伝えながら、出来るだけ家族の意向や要望を聞き把握しています。来苑出来ない家族には電話や文書での連絡で把握するよう努めています。</p> <p>施設運営等に対しての家族の意見や要望を聞く機会を作っています</p> <p>ケアプランの作成時や更新時に家族面談を実施し、家族の意見・要望を集約しています。大きな行事も中止になっている状況で家族の来苑は減っていますが、面会時や電話連絡、文書でのやり取りの際にも、利用者の近況を伝えるとともに意見や要望についても聞き把握しています。家族から出された意見・要望は支援計画や施設運営に反映するよう努めています。家族会は平成4年に結成されたが、コロナ禍や若い家族の方が増えてきたこともあり、家族会の活動が困難になってきている状況にあり、今後検討をしていく予定にしています。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	2-2-2	着実な計画の実行に取り組んでいる
タイトル①	施設利用希望するニーズに応え、財政の安定に資する利用率向上に力を入れています	
内容①	施設を利用したいとする社会的なニーズに応えることと経営の安定に向けて利用率の向上に力を入れています。事業計画にベッド利用率97%と空床利用型ショートステイ利用率1.0%を明記しています。毎日の朝礼で利用率の確認を徹底し、職員の意識を高めています。前年は新型コロナウイルスの感染が起きたことから目標を達成できなかったことを踏まえて、特に感染予防対策を徹底して継続的に取り組んでいます。また、空床となったときは待っている人が速やかに利用できるよう、居宅支援事業者や家族などと連絡をとるようにしています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-2-2	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
タイトル②	サービス開始時、終了時に利用者の不安やストレスが軽減されるよう支援をしています	
内容②	施設では、基本的な方針として、「社会的に弱い立場の側に立った支援等」を明記しています。利用者に入居時から適切なサービスが提供出来るように、事前に家庭や入院先の病院を訪問し、本人・家族や病院等の関係者から心身の状況、生活状況等を聞き取っています。聞き取った情報は各部署で共有し、利用から1週間の観察期間を設け多職種が積極的にかかわり、利用開始時の不安やストレスの軽減に努めています。また、退居が必要になった利用者には、利用者・家族の同意を得て、退居先の施設に必要な情報を提供し支援の継続性に配慮しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-1	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
タイトル③	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おこなっています	
内容③	入居事前面接や入居後に、生活歴、生活習慣、健康状態、性格、趣味、利用者や家族の意向や要望等を詳しく聞き取り、施設サービス計画書に反映させています。施設入居に伴う生活の変化を予見し、安全で利用者の意向に寄り添った支援につなげています。昨年度の誤嚥事故や離脱事故、感染症等の経験を忘れず、利用者個別の状態や意向をとらえ、一人ひとりに寄り添った支援や一年の行事や習慣を利用者と共感しながら、日常生活の支援につなげています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	施設全体で専門職同士が互いを尊重し合って、サービスの質向上をはかり、利用者が安心して施設生活を送れる環境をつくっています
	内容	施設は、経管栄養や尿道カテーテル、インシュリン、在宅酸素など医療行為が必要な人を受け入れ、医療面では看護師の24時間オンコール体制にて必要な業務をおこなえる体制をとっています。また、自由で温かみのある雰囲気大切に、利用者の気持ちに寄り添うケアに力を入れています。職員間の協力と信頼関係が支援を支えています。朝礼時には職員がお互いの行動を褒め合い、これがやりがいとモチベーション向上につながっています。利用者の要望なども専門職員の協力によって対応して、利用者が安心して生活できる環境を整えています。
2	タイトル	新入職員の育成にチューターを配置し、職員の習熟度に合わせた指導を進めています
	内容	施設では、新入職員の育成にチューター職員を配置し、習熟度に合わせて柔軟な指導をおこなっています。新入職員が疑問に思ったことや判断に迷った時は、業務マニュアル等を活用するとともに、チューターに相談できる仕組みにしています。チューターと新入職員は1ヶ月間勤務・業務を出来るだけ同じにし、チューターを通して疑問点や不安の解決を図るようにしています。3ヶ月を目途に支援や業務が出来るよう育成しています。この間の研修目標や到達度は、介護主任等に報告し、各フロアでの指導・助言に活用され、フロアで共有してします。
3	タイトル	美味しく安全に食べられるよう食事形態を工夫し、多様なメニューを提供しています
	内容	利用者の状況をアセスメントし、一人ひとりの健康状態や咀嚼状況等に応じた食事形態を用意しています。特にソフト食は、副菜の他に主菜も用意しプリン状にして見ためにも満足できるよう工夫しています。毎月一日の郷土食、5月のお寿司の日、年2回のお楽しみ食卓、年5回のホーム喫茶、毎月の誕生祝食等で、バラエティーに富んだ行事食・イベント食を用意しています。日頃から管理栄養士が食事の様子や意向を聞いて、美味しく安全に食べられるよう食事形態を工夫し、多様なメニューを用意して楽しく食事ができるように努めています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	福祉職員の確保定着が大きな課題になっており、職員の確保と負担軽減につながるさらなる取り組みに期待します
	内容	介護職などの確保が課題とされ、法人に協力して職員採用に努めています。同時に、職員定着にも力を入れています。職員確保が難しい状況が続く中で、職員不足と負担が大きいとす意見が職員からもあります。職員不足は福祉施設のどこも同じ悩みを抱えており、中には外国人を採用している施設や、ITを活用して職員負担軽減に成功している施設があります。職員確保などためには従来の枠を超えたさらなるの取り組みが期待されます。
2	タイトル	支援サービスの向上を目指し、家族会の活動に代わる新たな取り組みを期待します
	内容	平成4年6月に家族会が結成され、これまで施設の運営や利用者の生活全般を支援し、焼き芋大会、定例の学習会、各行事の支援等がおこなわれてきましたが、コロナ禍の影響や家族構成の変化等から、家族会の活動が継続困難となり、今年度で家族会が解散となりました。新たに、利用者の生活の充実、感動体験の拡大などに結びつく取り組みを検討されることを期待します。
3	タイトル	リハビリ器具等の導入や個別のリハビリプログラムの検討を含めて、機能訓練の充実に期待します
	内容	利用者の残存機能の維持向上を目標とした個別機能訓練計画書を作成しています。利用者のADLや本人・家族の意向を踏まえ多様な機能訓練をしていますが、訓練頻度や内容が、必ずしも利用者の希望に添えないことが課題と認識しています。感染症対策で、リハビリ室の人数制限をしているため、フロアや居室での訓練もおこなっていますが十分でない場合もあります。利用者調査からも「昼間やることなく機能低下してしまう」との意見もありました。利用者の状態にあったリハビリ器具等の導入やプログラムの見直しを含め、機能訓練の充実に期待します。

