

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和7年度】

2026 年 2 月 2 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

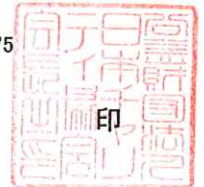
認証評価機関番号

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	宮澤 民雄	福祉	H2001106
	③	前田 雅代	福祉	H0901049
	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	2025 年 9 月 18 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2025 年 10 月 23 日			
利用者調査結果報告日	2025 年 10 月 27 日			
自己評価の調査票配付日	2025 年 9 月 24 日			
自己評価結果報告日	2025 年 10 月 27 日			
訪問調査日	2025 年 11 月 25 日			
評価合議日	2025 年 12 月 15 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、

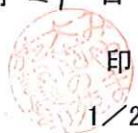
- ☒ 機構が定める部分を公表することに同意します。
☐ 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
☐ 別添の理由書により、公表には同意しません。

令和 8 年 1 月 29 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	理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定） 事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）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） 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
2	期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上） (1)職員に求めている人材像や役割 ・自分の業務(しごと)に忠実につくす・誰にでも依怙最厚なく応える・慈しみ深く、清々しい人・偉大なる凡人で、銜う事なき人 (2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) 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、ハ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。

調査対象

利用者の総数は113名のうち、聞き取りが可能な20名を対象にした。内訳は、男性3名、女性17名で、年齢は65～70歳未満が1名、70歳～75歳未満が1名、80～85歳未満が3名、85～90歳未満が7名、90歳以上が8名であった。

調査方法

利用者の日常生活を大きく変えることなく、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った。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た。

利用者総数

113

共通評価項目による調査対象者数

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(%)

アンケート	聞き取り	計
0	113	113
0	20	20
0.0	17.7	17.7

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6名30%、「満足」が11名55%で、二つを合わせた「満足」は13名85%になります。「どちらともいえない」が2名10%、「いいえ」が5%であった。個々の評価項目で最も評価の高かった設問は「1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか」、「5. 施設内の清掃、整理整頓が行き届いているか」、「7. 病气やけがをした際の職員の対応は信頼できるか」が各100%、次いで「6. 職員の接遇・態度は適切か」、「9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか」が各95%、一方、低かったのが「14. 外部の相談窓口（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」が45%、「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」が70%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》

《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	実数			
コメント	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	0	0	0
「はい」の回答の割合が100%でした。自由意見としては「おいしい」、「もう少し味つけを濃くしてもらった方が良い」がありました。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	15	3	1	1
「はい」の回答の割合が75%、「どちらともいえない」が15%、「いいえ」が5%、「無回答・非該当」が5%でした。自由意見としては「自分ができる」、「ほとんど自分でしています」、「一人でできる」、「自分でできるので介助を受けていない」がありました。				
3. 施設の生活はくつろげるか	16	3	1	0
「はい」の回答の割合が80%、「どちらともいえない」が15%、「いいえ」が5%でした。自由意見としては「カラオケができればもっと良いです」、「趣味の番が回ってくるのが少ない」、「外出をもう少し多めにしたい」、「普段廊下を歩いているが庭に出て歩きたい」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	15	4	1	0
「はい」の回答の割合が75%、「どちらともいえない」が20%、「いいえ」が5%でした。自由意見としては「体調を崩した時によく診てくれて感謝している」、「今は体調が悪くないが、そのときは対応してくれる」、「自分から言って対応してもらおう」、「外に出たい」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	20	0	0	0
「はい」の回答の割合が100%でした。自由意見はありませんでした。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	19	1	0	0
「はい」の回答の割合が95%、「どちらともいえない」が5%でした。自由意見はありませんでした。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	20	0	0	0
「はい」の回答の割合が100%でした。自由意見としては「皆とてもいねいに診てくれる」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	16	1	0	3
「はい」の回答の割合が80%、「どちらともいえない」が5%、「無回答・非該当」が15%でした。自由意見としては「ケアマネも職員もよく見ている」、「今まで無いから分からない」、「喧嘩などない」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	19	1	0	0
「はい」の回答の割合が95%、「どちらともいえない」が5%でした。自由意見はありませんでした。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	17	3	0	0
「はい」の回答の割合が85%、「どちらともいえない」が15%でした。自由意見としては「よくわからない」がありました。				
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	14	1	4	1
「はい」の回答の割合が70%、「どちらともいえない」が5%、「いいえ」が20%、「無回答・非該当」が5%でした。自由意見はありませんでした。				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	11	4	4	1
「はい」の回答の割合が55%、「どちらともいえない」が20%、「いいえ」が20%、「無回答・非該当」が5%でした。自由意見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	17	3	0	0
「はい」の回答の割合が85%、「どちらともいえない」が15%でした。自由意見としては「自分でできている」、「望むことは少ない」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	9	4	6	1
「はい」の回答の割合が45%、「どちらともいえない」が20%、「いいえ」が30%、「無回答・非該当」が5%でした。自由意見としては「オンブズマンを理解していない」がありました。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
カテゴリー1		
1	リーダーシップと意思決定	
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	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	○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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	○非該当
カテゴリー1の講評		
理念と運営方針を職員や家族が共有する取り組みをしています 理念と運営方針を、ホームページや玄関ロビー、事業計画書に掲載し、来訪者や地域住民にも分かりやすく伝えています。職員に対しては、年度初めの職員会議で理念と方針を説明するとともに、マナーガイドブックへ明記することで、日常業務の中で常に意識できる仕組みを整えています。また、事業計画や会議録にも理念を反映し、各職員が自らの役割を随時確認できる体制を構築しています。さらに、利用者や家族には定例懇談会や広報誌を通じて運営方針を伝え、一貫した姿勢で情報発信をおこなうことで、信頼性の高いサービス提供につなげています。 経営層は役割分担を明らかにして事業運営をリードしています 施設長・事務長・介護支援課長は、管理職会議や運営会議を通じて自らの責任と役割を明確化し、組織として進むべき方向性を具体的に示しています。職員会議では、経営層が方針や年度目標を提示し、職員全体が共通の目的意識をもって業務に取り組めるよう調整をしています。また、班長や一般職も自らの役割を自覚し、意見交換や業務改善に主体的に取り組んでいます。特に班長は、利用者の意向を踏まえた支援を実践することで、サービスの質の向上に大きく貢献しています。こうした体制整備により、協力的で一貫した組織運営が実現しています。 重要案件の検討から決定までの手順が明確化されています 施設運営の重要事項は、運営会議での検討を経て施設長が決定しています。決定した内容は、職員会議や朝礼、情報システムを通じて伝え、組織全体で情報を統一的に把握できる体制が整っています。利用者や家族には、郵送や定例懇談会での資料配布と説明を通じて丁寧に周知しています。また、介護支援課長や事務長を中心に、主任・副主任・班長が役割を明確に自覚し、PDCAサイクルを推進しています。特に班長が積極的に意見を発信することで、業務改善や利用者満足度の向上に大きく貢献しています。		

カテゴリー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		
サブカテゴリー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		サブカテゴリー毎の 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	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	○非該当
●あり ○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	○非該当
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○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	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)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	○非該当
●あり ○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	○非該当
カテゴリー2の講評		
利用者や職員の意向を把握し、施設運営に関わる情報収集をしています 利用者アンケートや定例懇談会により入居者の意向を把握しています。職員の意向は、職員会議や運営会議での意見に加え、目標管理シートを用いた面談で確認しています。地域の福祉ニーズについては、法人内の地域関係の打ち合わせを通じて現状把握と課題抽出に努めています。また、行政や業界の動向は社会福祉協議会、福祉新聞などから情報収集しています。さらに、施設の経営状況は運営会議や朝礼でベッド利用率を確認し、把握しています。こうして多角的に収集した情報を運営会議で分析し、事業計画に反映しています。 法人の中長期の方向性に沿って事業計画を策定しています 事業計画では、安定した利用率と採算性の確保、質の高いケアの提供、職員の能力向上、リスクマネジメントの推進を重点目標としています。運営方針としては、入居者が温かく安全な環境で穏やかに過ごせるよう配慮し、個人の尊厳を尊重しつつ意向に沿ったケアを提供する姿勢を明確に示しています。具体的な取り組みも計画に盛り込み、日々の運営に反映しています。計画の策定は前年度の振り返りを踏まえ、運営会議を中心に職員が関与することで、内容が現場の実践につながるようにしています。 事業計画の実現に向けてPDCAサイクルを効果的に回しています 計画の実現に向け、具体的な目標と推進体制を明確にしたうえで取り組んでいます。事業計画書では、ベッド利用率などの数値目標を設定し、職員の役割や日々の活動内容を示すことで、組織全体で目標達成に向けた取り組みを共有しています。進捗状況は、半期・月単位のほか、毎日のベッド利用率も確認し、継続的にモニタリングしています。また、必要に応じて運営会議や事業継続検討委員会で情報を共有し、計画の見直しや改善策を検討することで、PDCAサイクルを効果的に推進しています。		

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		
●あり ○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、理解が深まるように取り組んでいる		○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。		○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		
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向(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		○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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当

	カテゴリー3の講評
	職員一人ひとりが倫理意識を持って行動できる環境を整えています 事業計画や就業規則に、法規範や倫理、個人の尊厳の尊重を明示し、職員会議や新入職員研修、サービスマナー委員会の活動を通じて理解を深めています。また、「虐待の芽チェックリスト」を用いた研修を定期的を実施し、日常業務を振り返る仕組みを整えています。さらに、施設内外の研修や委員会活動を通じて、利用者の気持ちを傷つける言動や虐待を防止する体制を強化しています。加えて、虐待の疑いが生じた場合には、関係機関と連携して適切に対応し、受け入れ相談にも組織として対応できる体制を整備しています。 苦情などが出しやすい環境を整え、出されたときには速やかに対応しています 苦情解決制度を整備し、苦情窓口だけでなく第三者委員や市役所など外部機関へも相談できることを利用者などに丁寧に伝えていきます。利用開始時には重要事項説明書で説明し、施設内にも掲示して明確に案内しています。また、苦情解決制度の苦情になる前に、日頃から利用者の意向把握に努めています。苦情受付箱の設置や利用者・家族との定例懇談会、「利用者の意向・満足度」の定期調査を実施し、要望が出た際は可能な限りその場で対応し、難しい場合は上司と相談のうえ迅速に対応して理解を得るよう努めています。 社会的に弱い立場の人への活動を広く伝えるとともに地域への貢献に取り組んでいます 法人は、社会的に弱い立場の人を支えるという理念を、広報誌「こもれび」やホームページを通じて広く発信しています。地域貢献にも積極的に取り組み、介護予防教室や健康体操の実施に加え、夏休み工作教室や大根掘りなど、法人と連携した地域交流活動をおこなっています。さらに、八王子市の介護事業者連絡会や施設長会といった地域ネットワークに参画し、情報共有と連携を強化しています。また、フードパントリー活動など社会的弱者支援にも取り組み、地域に根ざした包括的な支援を推進しています。

カテゴリー4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー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(〇〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
サブカテゴリー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		サブカテゴリー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(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
カテゴリー4の講評		
想定されるリスクを体系的に洗い出し、対策を講じています 施設では、事故・感染症・侵入・災害・経営環境の変化など、想定されるリスクを体系的に洗い出し、必要な対策を整備しています。中でも土砂災害・水害、感染症、事故防止は重要リスクと位置づけ、具体的な対応策を講じています。感染症発生時には迅速な初動対応が可能となるよう体制整備も進めています。また、災害や重大事故、感染症など緊急時に備え、事業継続計画を策定し、各会議で周知するとともに、関連書類を各部署へ配布しています。さらに、法人合同防災会議を通じて職員間の情報共有を図っています。 事故防止委員会を中心に事故などの再発防止対策を徹底しています 施設では、事故や感染症発生時に原因分析と対応の振り返りをおこない、再発防止策の検討・実施に取り組んでいます。事故防止委員会は、事故報告書やヒヤリハット報告を集計し、各部署へフィードバックする体制を整備し、早期報告と職員のリスク意識向上を促しています。事故発生時には写真を添付して状況把握を容易にし、入居者の生活への影響に配慮した対応を行っています。また、施設独自のリスクアセスメント表を活用し、日常的な安全管理を徹底しています。さらに、感染症対策を継続し、入居者の健康と生活環境の安定を確保しています。 個人情報の活用と適正な管理に取り組んでいます 施設では、個人情報保護規程を整備し、職員研修や実習生へのオリエンテーションを通じて内容の理解と遵守を徹底しています。収集した情報は情報システムで整理・管理し、必要な職員が活用しています。また、情報の重要性に応じてアクセス権限を設定し、法人内の共有ファイルも職位に応じて制御することで安全管理を強化しています。さらに、個人情報保護法の趣旨に基づき、利用目的の明示や開示請求への適切な対応ができる体制を整え、個人情報の適正管理に努めています。		

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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、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	○非該当
●あり ○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	○非該当

カテゴリー5の講評

職員確保のために多様な採用活動と職員育成をしています

施設では、人材確保のために求人サイトやハローワークを活用し、外国人技能実習生の受け入れも開始しています。また、将来的な人材体制を見据え、一般職から班長、副主任、主任へと段階的に昇進する仕組みを整え、明確なキャリア形成を支援しています。職責や職務内容に応じたキャリアパスは整理・掲示されており、職員が長期的な展望を持って働ける環境を整備しています。さらに、人事考課と人材育成シートを連動させ、目標管理と評価を一体化することで、職員の能力向上と計画的な育成を推進しています。

職員全員に対して多様な研修機会を設けています

施設では、職員会議での研修やミニ学習会に加え、参加できない職員にはサイボウズで資料を共有しています。個々の意向や経験、適性に応じた個人別育成計画を策定し、法人研修を活用して職員教育を進めています。研修成果は直属上司や施設長が確認し、報告会での発表内容を次の育成計画に反映しています。新人教育ではチューターを中心に、フロア全体で支援する体制を整備しています。さらに、人材育成シートと人事考課、フィードバック面接を連動させ、目標を振り返りながら個別性の高い指導を受けられるようにしています。

「褒める」取り組みや職員表彰制度により、職員のモチベーションを高めています

施設では、目標管理と人事考課を連動させて職員育成に活かしています。勤務状況や休暇取得、健康・ストレスの把握をおこない、臨床心理士面談や衛生委員会でのストレスチェックを通じて、安心して働ける環境づくりを進めています。朝礼での「褒める」取り組みや表彰制度による承認文化の育み、職員の意欲向上と職場風土の改善を図っています。また、研修内容や気づきをサイボウズや会議で共有し、業務改善とサービス向上に反映するとともに、部署横断で課題解決に取り組む体制も整えています。

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)	
施設では、財源の大半が介護保険収入であることから、ベッド利用率97%の維持と空床利用型ショートステイ利用率1.0%の確保を経営上の最重要課題としています。入居後早期の入院や退居が続く中で空床が発生しやすく、入院状況の把握や継続利用者の確保など、積極的な利用調整が求められています。また、介護報酬改定を踏まえた加算取得や看取り介護の強化、物価高騰に対応したコスト削減も収支改善の視点から不可欠であります。取り組みとしては、毎日の朝礼で利用率を共有し職員の意識を高めるほか、入院者状況のこまめな確認による早期退院への働きかけ、家族や居宅支援事業者との連携によるショートステイ利用の定着化を図っています。感染症対策では、新型コロナウイルス対応を含めた徹底した予防をおこない、節約委員会を中心に電力使用量削減にも取り組みました。結果として、ショートステイは目標を大きく上回りましたが、他は入院・退居・相談員退職等の影響により目標未達に終わりました。今後は利用率98%の達成、加算見直し、看取り介護の強化、コスト削減継続を重点として、入居者が安心して最期まで暮らせる体制と経営安定の両立を図る方針としています。	
目標の設定と取り組み	☒ 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 ☐ 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 ☐ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ☐ 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) ☐ 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	☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ☐ 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 ☐ 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価の選択に関する講評 施設は、経営課題を明確に整理し、利用率向上と収支改善に向けた取り組みを着実に実施している点が高く評価されます。ベッドの利用率維持とショートステイの積極的な活用を最重要課題として位置づけ、入院・退居が増える状況下でも、入院状況の把握や家族・関係機関との連携を強化するなど、現場主導の的確な利用調整がおこなわれています。また、介護報酬改定に伴う加算取得や看取り介護体制の強化、物価高騰への対応として節約委員会を軸に消費電力削減へ取り組むなど、経営改善と質の高いケア提供を両立させようとする姿勢が明確です。結果としてショートステイ利用率は大幅な成果が見られ、組織全体の取組の実効性が示されています。一方で特養利用率は外的要因の影響も受けたものの、課題分析と次年度の方針が具体的に示されており、利用率98%の達成や看取り介護の充実に向けた前向きな姿勢がうかがえます。総じて、利用者の安心と経営安定の両立を図ろうとする計画性と改善志向が見られる内容です。	

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)

施設は「相手の気持ちを考えるケア」を軸に、利用者本位の姿勢や権利擁護、コンプライアンス意識の徹底、接遇マナーの向上を重点課題として位置付けています。背景には、介護の基本に立ち返り、思いやりと心配りを伴うケアの実践が求められていること、また接遇面では一定の成果があるものの、客観的には改善の余地が残る点が挙げられます。施設では、法人作成のマナーガイドブックの活用や、日常の声掛けによるOJTを通じて、不適切ケアの予防や職員の気付きの促進に取り組んできています。コロナ禍により外部との関わりが減少し、接遇意識の低下が懸念される中、職員同士が不適切と感じた行動を指摘し合える環境が徐々に整いつつあります。今後は、研修と日常業務を連動させた接遇向上の継続、コンプライアンスおよび権利擁護を身近な課題として捉える意識醸成が求められます。さらに、ICT活用による負担軽減を図りつつ、職員一人ひとりが「謙虚・誠実・正直」を体現し、より質の高いケアを提供する体制強化するとしています。

目標の設定と取り組み	☒ 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 ☐ 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 ☐ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ☐ 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) ☐ 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	☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ☐ 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 ☐ 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2で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評

施設では、「相手の気持ちを考えたケア」を基本に、利用者本位の支援と職員の倫理意識向上を重視しています。業務優先にならないよう常に問題意識を持ち、権利擁護やコンプライアンスの遵守、接遇マナーの徹底に取り組んでいます。法人作成のマナーガイドブックを活用し、日々のOJTや学習会を通して気付きや改善を促進しています。職員が声を上げやすい風土が形成され、不適切な行動を未然に防ぐ体制も整いつつあります。一方で、コロナ禍による外部交流の減少に伴い、接遇面での意識低下が課題とされています。今後はICTの活用により職員負担を軽減し、利用者視点を常に意識した質の高いケアを推進します。職員一人ひとりが「謙虚に、誠実に、正直に」を心掛け、思いやりと心配りをもって行動できる人材育成を目指す姿勢が評価されます。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ-6-1～3、6-5～6)

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-1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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		○非該当
●あり ○なし	4. 利用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		○非該当
サブカテゴリ-1の講評			
施設の情報は、ホームページ、パンフレットなどで提供しています 施設の情報は、ホームページ、パンフレットや広報誌「こもれび」などで、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。パンフレットは、活動や行事の様子、家族等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。また、インターネットの福ナビや重要事項説明書でも施設情報を伝えています。 施設の様子を広報誌に掲載し、行政や関係機関等に配布しています 地域の祭りやイベントなどのポスターを施設内の共用スペースに掲示しています。施設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、行事の多数の写真や郷土食のお勧めレシピ、新しい取り組みなどを見やすく掲載しています。配布先は利用者・家族等、法人の関係者、ボランティア、地域町内会の回覧などです。なお、ショートステイが空床利用型のため、円滑な情報提供が課題としています。 利用希望者等の見学等には、日曜や祝祭日にも対応しています 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、日曜や祝祭日にもできるだけ要望に応じ見学等の対応をしています。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。電話相談に応じるときも、生活相談員が課題を的確に把握し、具体的なアドバイスや提案をしています。			

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	6/6
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		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当	
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当	
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当	
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		
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
サブカテゴリ-2の講評			
サービス開始前の事前面接で、重要事項等を説明し利用者・家族等の同意を得ています サービスの開始の前には、事前面接に生活相談員が家庭または病院等に利用希望者を訪問しています。事前面接では、利用者の生活状況、身体状況、生活習慣、趣味等の情報を収集し、意見や要望も聞いています。さらに、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。入居日時は入所検討委員会で確認・決定しています。入居時の暫定ケアプランは介護支援専門員が利用者・家族等に説明し、同意・署名を得ています。 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 事前面接では、利用者の気持ちや意向を大事にしていることを説明し、入居後の生活に対する要望等を詳しく把握するとともに、家族等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職員間で共有し支援しています。入居後のケアプランの見直し時にも、利用者・家族への説明とともに意向や要望も確認し記録しています。近年、身寄りのない利用者や被虐待ケース等、家族の高齢化や関係性等から、家族や代理人からの協力体制に困難な事例も多く、一人ひとりに寄り添い支援しています。 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 在宅からの利用者には、入居後の不安が軽減されるよう、施設見学やショートステイの利用を勧めています。入居開始直後には、環境変化に伴うストレスなどの軽減を図るために、入居後1週間を観察期間として状態の把握をし、多職種が連携し支援しています。家族の意向や利用者の状況の変化で、在宅復帰や他施設への入居等で退居するときは、利用者・家族等の同意を得て、移動先に必要な情報提供や相談をおこなうなどで、支援の継続性に配慮しています。身寄りのない利用者や家族の高齢化等で、入院中や退居後の支援には課題があるとしています。			

サブカテゴリー3			
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 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(○○○)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当	
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当	
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(○○○)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○非該当	
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当	
評価項目3 利用者に関する記録を適切に作成する体制を確立している		評点(○○)	
評価	標準項目		
●あり ○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	○非該当	
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当	
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(○○)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者に変化があった場合の情報について、職員間で申し送り・引継ぎ等を行っている	○非該当	
サブカテゴリー3の講評			
ケアプランのアセスメントで、サービス場面ごとに課題を明記しています ケアプランのアセスメントで、担当者がサービス場面ごとに課題を明記しています。利用者の生活状況や心身状況は、介護記録・看護記録やリスクアセスメント表に記録しています。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。入居時の暫定ケアプランは、入居1～2か月後にフロアでアセスメントし、見直しをしています。ケアプランの見直しは、半年ごとに定期的におこない、利用者の要望等を聴取し作成しています。 ケアプランには、利用者・家族等に入居生活で望むことなどの意向を聞き取っています ケアプランは、利用者・家族等に入居生活で望むことなどの意向を聞き取って作成しています。個別支援計画は、半年ごとに見直し・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催し検討しています。看取り介護開始時や介護保険の更新や区分変更があった際にも、個別支援計画を見直ししています。 利用者の状況等の情報は、朝礼、フロアミーティング、引継ぎ等で共有しています 各部署に複数台のパソコンを設置し、介護記録システムに支援内容、心身状態の変化等の日々の生活状態を入力しています。入力された介護記録、ケース記録、看護、リハビリ等の記録は、随時に確認・共有でき、利用者支援に活用しています。利用者の状況等の情報は、朝礼、フロアミーティング、夜勤者への引継ぎ等で周知・共有しています。なお、部署によっては記録が残っていないこともあり、経過が確認できるよう各部署でフォローできるようにすることが課題となっています。			

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(〇〇〇)			
評価		標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている		○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		○非該当
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・家族等に「秘密保持、個人情報の保護」の内容を説明し同意を得ています 利用者の個人情報の保護は、「個人情報保護に対する基本方針」に明記しています。施設は基本方針に基づいて、入居の際に利用者・家族等に利用契約書の「秘密保持、個人情報の保護」の内容を説明し同意を得ています。利用者等の状況の変化で、他施設への移動や在宅復帰して居宅支援事業所を利用する場合などには、利用者・家族等に同意を得て移転先などに情報を提供しています。なお、効率優先の介助や指示的な言葉遣いにならないよう助言しています。また、個人情報の取り扱いについては、職員間に意識のばらつきがあるため研修の充実に期待します。 「マナーガイドブック」を配布し、個人の尊厳の尊重等の意識づけを図っています 利用者の郵便物は、開封せずに利用者に手渡し、同意なく内容は確認しないことを徹底しています。居室への入退室は声掛けをし、排泄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た支援をしています。施設では、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、個人の尊厳の尊重等の意識づけを図っています。 その人らしく生活できるよう多職種が連携し支援をしています 事前面接で生活習慣、信条、宗教、趣味特技、意向等を聞き取り、利用者の価値観や生活習慣に配慮した生活ができるよう支援しています。不適切なケアや虐待については、日々のOJTや定期的な研修や学習会により職員の意識啓発を進めています。「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っています。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。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支援をしています。			

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改変の時期や見直しの基準が定められている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	☐ 非該当
サブカテゴリ6の講評		
マニュアルは共有ファイルに保存し、いつでも閲覧でき支援に活用しています 各種業務のマニュアルを作成し、業務の標準化ができるよう努めています。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閲覧でき支援に活用しています。新規職員への研修でも業務マニュアルを使って、業務の流れや手順がわかるよう伝えています。職員はマニュアルに従い、個々の利用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。 各種マニュアルの改訂は、必要に応じておこなっています 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、マニュアルや手引書を活用しています。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。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訂は、必要に応じておこなっています。また、マニュアルに関する書式は、業務効率化を図るため必要に応じて見直しや変更をおこなっています。 利用者の意向や要望は、利用者懇談会にて把握し、マニュアル等に反映しています 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、マニュアル等に反映しています。日常の支援を通しての職員の気づきの提案は、運営会議で取り上げ検討しています。また、施設の重点目標等について部署ごとに全職員対象のアンケートを実施し、年度の総括をおこなって、次年度の事業計画への反映と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)

サブカテゴリー4													
サービスの実施項目	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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		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	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 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って支援しています ケアプランは、介護記録システムに記載し、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く決めています。日々の利用者のバイタルや活動内容を介護記録システム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って支援しています。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。 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、支援しています 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、支援しています。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受けて、個々の特性に合わせた方法を実施しています。食事の形態等に関しては管理栄養士、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。 利用者が自立生活を営めるよう、多職種が連携し支援しています 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。利用者が安全・安心で自立生活が営めるよう、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が連携し支援しています。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。なお、職員体制上、自立支援につながる活動の支援が十分に行き届かないことを課題としています。													
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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		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	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 管理栄養士は3か月に1回モニタリングをおこない、嚥下状態の把握をしています 管理栄養士は3か月に1回、利用者のモニタリングをおこない、嚥下状態や咀嚼状況をアセスメントして、必要に応じて医師に相談しながら、食事を提供しています。高リスクの利用者の場合は2週間に1回、中リスクの場合は1か月に1回モニタリングをおこない嚥下状態を把握し、その人に合った食事の形態や量等を、介護、医務、給食センター等と連携して調整し、食事支援をしています。利用者一人ひとりの咀嚼状態に合わせて、食形態を常食、刻み、極刻み、ミキサー食に変更し、利用者が安心して楽しく食事が出来るよう努めています。 利用者一人ひとりの健康状態を把握して多職種の職員と協働して栄養管理をしています 年1回の定期健康診断の際には、血液検査も実施するとともに、毎月の体重測定で利用者の健康状態を把握し、介護職、看護師、医師等多職種の職員と連携して、利用者の健康状態を把握するとともに、低体重、低栄養の利用者には栄養補助食品や嗜好品を提供しています。また、介護職員は日々の支援の中で、利用者の状況から栄養ケアが必要と判断した時は看護師や管理栄養士に相談して対処策を考えています。栄養補助食品はゼリータイプ、ドリンクタイプ等3種類のものを用意し、利用者の状態に合わせて提供することが可能にしています。 嚥下能力等が低下した利用者には多職種が連携して経口摂取の維持、向上に努めています 嚥下能力などが低下した利用者には、変化時に管理栄養士をはじめとして、多職種でアセスメントを実施して、出来るだけ経口摂取が維持出来るよう努めています。食事の姿勢が安定しない利用者は、リハビリ担当職員や理学療法士と連携して姿勢を保ち、経口摂取の維持に努めています。嚥下状態が低下している利用者には、夕食の主菜と副菜を嚥下食としてプリン食を提供して、他の利用者の食事と遜色が無いよう配慮をしています。今後は昼食の際も、主菜と副菜をプリン食にしていくことを考えています。													

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			
行事食等を取り入れて、利用者が楽しく食事が出来るよう工夫をしています 行事食等を取り入れて、利用者が楽しく食事が出来るよう工夫しています。管理栄養士が中心になって、普段とは違う食事を用意しています。選択食はパンかごはんを選ぶことが出来る他、お楽しみ食事会、長寿と健康を祝う会、新年会、誕生会等があります。嚥下機能に合わせてパン粥にしたり、摂取量の少ない利用者にはその方が好むものに個別に対応するなどの配慮をしています。年5回ホーム喫茶を開催し、その際はケーキを3種類の中から選ぶことが出来、楽しんでます。行事食の後は食事アンケートをとり、利用者の意向を聞いて次回に繋げています。 利用者の生活のリズムを大切に、その人のペースで食事が出来るよう配慮をしています 利用者がゆっくり生活が出来るよう、一人ひとりの生活のリズムに合わせて配膳、下膳をしています。基本的には利用者が着席してから配膳しています。食事の時間帯は決まっていますが、体調不良や覚醒状況により時間をずらして提供しています。料理は2時間まで取り置きが出来るので、温冷庫に保管し適温を保っています。通院などで、時間がすぎしてしまう時は代替食を用意して対応しています。体調が悪く部屋から出られない場合は、部屋食を用意し、必要によっては職員が介助して安全に食事が出来るようにしています。 テーブルや席は基本的には決まっていますが、利用者の意向などにも対応しています 食事の際のテーブルや席は基本的には決まっていますが、その日の利用者の意向に合わせて席を変更することもできます。その際は職員が随時見回り、利用者同士の相性を見て決めています。また、食事の形態などへの配慮もあり、利用者の状況に配慮して席を移動するなど柔軟な対応をしています。			
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			
利用者の身体の状態に適した浴槽を用意して快適に入浴が出来るようにしています 利用者の身体の状態を把握して、その人に適した浴槽を用意して快適に入浴が出来るようにしています。浴槽は機械浴、ミスト浴、個浴の他にチェアインバスがあり、利用者の状態に応じて入浴方法を決めています。個浴は1階と2階にそれぞれあり、2階には2か所あるので、自立した利用者は家庭の浴室感覚で、落ち着いて入浴を楽しんでいます。チェアインバスは車いすの利用者が椅子に座った状態で入浴が出来るため、負担が少なく快適に入浴をすることが出来ます。浴槽の種類や数が多いので、利用者の待ち時間を少なくすることが出来好評になっています。 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映しておこなっています 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映しておこなっています。入浴は1週間に2回出来、入浴の際の誘導は個別でおこない、利用者の意思を大切に実施しています。同性介助を希望する利用者には時間を調整して対応しています。入浴を拒否する利用者には日を変えたり、担当を変えるなどの工夫をして、利用者の意向に沿った支援がおこなわれるようにしています。体調の悪い利用者には清拭に変えるなど、利用者のその日の体調に合わせた支援をしています。 利用者が楽しく入浴を楽しめるよう工夫をしています 利用者が入浴を楽しめるよう、いろいろな工夫をしています。冬にはゆず湯、5月にはしょうが湯等季節感のある入浴を提供しています。近年導入した、チェアインバスやミスト浴は利用者の体に負担がないことや、ミスト浴はシャワー浴よりも体が温まると好評です。体調が悪く浴槽に入ることが出来ない利用者にも対応が出来るので、利用者の心身の安定にもつながっています。			

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(〇〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当
評価	標準項目															
●あり ○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	○非該当														
●あり ○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	○非該当														
●あり ○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	○非該当														
●あり ○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	○非該当														
評価項目5の講評 排泄は利用者の心身の状態や意向に合わせて、自然排泄を目標に支援をおこなっています 利用者の心身の状態や本人の意向を大切に、自然排泄を目標に支援をおこなっています。介護職員は利用者の排泄介助を1日3回の定時誘導の他に中間でも本人の意思を尊重しながら、誘導し介護記録に記録しています。排泄表を基に利用者の排泄のリズムを把握して、適時誘導し自然排泄にむけています。排便の場合は排便チェック表を基に、3日過ぎても改善しない場合は看護師や家族と相談して、水薬で対応しています。運動や散歩などで自然排便が出来る方法を検討することも必要と思われます。 排泄誘導や介助方法を担当職員が中心に学習会を開催し知識や技術向上に努めています 排泄誘導や介助方法は排泄担当職員が中心になって学習会を開催し、知識や技術向上に努めています。トイレの誘導の仕方、パットの当て方やおむつのつけ方等の他に、おむつ交換の際に注意する事等をおむつメーカーの職員に講習をしてもらう等実践的な学習会をしています。トイレ誘導の際は利用者の羞恥心に配慮して、ほかの利用者に聞こえないよう耳元で話し誘導するようにしています。居室でおむつを交換する場合はカーテンを引き羞恥心に配慮をしています。 ポータブルトイレなどの清掃は衛生面に配慮しておこなっています 一般のトイレの清掃は清掃業者が毎日おこない清潔を保っています。そのほかにも汚れがある場合は職員が清掃に当たり、清潔を保っています。ポータブルトイレは夜勤明けの勤務者が朝清掃をおこない、消臭剤を置くなどしていますが、ポータブルトイレでの排泄や室内でのおむつ交換時の臭気の排除はなかなか出来ないことが課題になっています。																
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(〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当			
評価	標準項目															
●あり ○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	○非該当														
●あり ○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	○非該当														
●あり ○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	○非該当														
評価項目6の講評 理学療法士の指示の基に適切な車椅子の選定をして利用者の移動の確保をしています 理学療法士が月に6回来苑して車椅子の選定をして利用者の移動の確保をしています。利用者の状態の変化は介護職員からリハビリ担当職員に伝わり、リハビリ担当職員から理学療法士に報告がされています。理学療法士は利用者の状態に合わせて移動・移乗介助の支援方法を指示するとともに、適切な車椅子の選定をして利用者が安全に移動することが出来るようにしています。理学療法士は来苑した時に各フロアを回って利用者の生活の様子を見て、より適切なアドバイスが出来るよう努めています。 移乗支援の際には利用者の安全と担当職員にも負担が少ない支援方法を検討しています 利用者の高齢化に伴い、ベッドからの移乗が難しくなっています。施設ではリハビリ担当職員を中心に利用者が安全にかつ職員にも負担の少ない移乗方法を検討しています。「持ち上げない介護」を目指して、スライドボードやターンテーブル等を利用し立位の難しい利用者でも安心して移乗が出来るようにするとともにダーウィンサットというベルトを着用し腰の負担を軽減するようにしています。施設ではリハビリ担当職員を中心にマッサージ師が補助に入り、福祉補助器具を使った移乗支援の方法を検討するとともに、訓練や勉強会をしています。 車椅子利用者が多いため、日頃の清掃や簡単な整備はボランティアが協力しています 施設には現在121台の車椅子があり、車椅子管理台帳と車椅子管理カードを整理して、利用者に合った車椅子を選択しています。車椅子の選定は理学療法士が評価をして決めています。利用者が安全で快適に使用することが出来るよう、月に1回職員とボランティアが協力して整備、清掃をおこない、更に担当職員は年に4回は清掃・整備をおこなっています。このように定期的に清掃、整備をおこなっていますが、使用後に食べこぼし等の汚れが残っていることもあり、使用直後の点検と清掃を徹底していくことを検討しています。																

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いかなる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			
リハビリ専任職員を配置して、利用者一人ひとりの機能訓練計画書を作成しています 施設ではリハビリ専任職員を配置して、利用者一人ひとりに即した機能訓練計画書を作成して支援にあたっています。機能訓練計画書は主治医の指示書に基づき、理学療法士やマッサージ師、介護職員等多職種と協働してリハビリ専任職員が責任者として作成しています。計画は3か月毎に見直しをして、利用者の現状に即したものにるようにしています。 生活リハビリを機能訓練計画書の中に反映させ利用者の生活の質の向上を図っています 計画の中には他の利用者と一緒に活動する集団リハビリもあり、歌や風船バレー等を取り入れて、利用者の社会性を広げる一助にしています。日常生活支援のアクティビティでも上肢機能の向上と利用者のやりがいに繋げています。毎朝のラジオ体操の他に室内で出来るスクワット、手の運動や自分で車椅子を操作すること、トイレで立位で排泄をすることなどを担当職員と協力しておこない、利用者の生活の質の向上に努めています。計画の進捗状況や理学療法士からの意見などはリハビリ専任職員がケース会議で報告をして、情報の共有を図っています。 福祉機器の点検や整備を徹底して利用者が安全に使用することが出来るようにしています 施設では利用者が安全に移動・移乗が出来るよう積極的に福祉機器を導入しています。腰痛予防の為にスライドボードやターンテーブル等の点検、車椅子の点検、整備、清掃は管理台帳を使って確認をしています。理学療法士の指導の下に、利用者の座位を安定させる為の座面クッションの導入や食事時の顔面を固定するクッションの適合状態の確認などをして、利用者が安全に食事をすることが出来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			
利用者の健康管理は看護師を中心に担当職員等が協働でおこなっています 利用者の健康管理は看護師を中心に担当職員等が協働でおこなっています。年1回の健康診断を実施し、異常が無いかの確認をするとともに、異常時には看護師と相談して医師の診断を受けるなど、迅速な対応を心がけています。看護師は毎月2回血圧測定をおこない、同時に全身のチェックをおこなって、褥瘡などの疾患が無いか確認をしています。口腔ケアにも力を入れて、週に1回の歯科医師の往診の他に歯科衛生士が毎月1回来所して口腔内のチェックをして咀嚼能力の確認をしています。 服薬管理は看護師が配薬ボックスに薬を入れ、医務室の職員が再度チェックをしています 服薬管理は看護師が配薬ボックスに薬を入れ、医務室の職員が再度チェックするダブルチェック体制でおこなっています。利用者に配薬する際も名前をフルネームで読み上げて、本人確認してから手渡しています。服薬後の空袋はボックスに戻し、看護師が最終確認をしますが、誤薬の事故が発生しています。原因はケースに入っていた名前が違っていたなどですが、薬局などとも協力して薬の一包化や日数調整をするなどして、配薬ミスの軽減を図っています。 看取り介護指針に基づいて、多職種で協働して看取り介護を実践しています 看取り介護は施設の看取り介護指針に基づいて、入居時に希望を聞いて同意書もらっています。看取りまでのプロセスを丁寧に説明し、医療をはじめ多職種が協働してケアにあたることを明記しています。利用者が最期に当たって尊厳ある安らかな死を迎える為に室内やベッド周りの環境を整えています。看護師は夜間当番を明確にし、24時間のオンコール体制で利用者の介護にあたっています。医師が死亡確認をしてから、葬儀等の相談や支援もおこなうなど、手厚い支援体制をしています。令和6年度は8名の利用者の看取りを実施しました。			

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			
起床後、就寝前の更衣支援は利用者の状態に応じた支援をしています 朝夕の着替えを一日の始まりと終わりを意識づける大切な生活行為と位置づけ、生活リズムの形成や時間認知の向上につながるものとして取り組んでいます。起床後および就寝前の更衣については、利用者の自立度を尊重し、自身でおこなえる利用者は主体的に取り組めるよう見守りを基本としています。一方、更衣に支援を要する利用者については、個別支援計画作成時の面談等を通じて本人の意向や生活状況を丁寧に把握し、無理のない方法で支援をおこなっています。 起床時の洗顔は自分で出来る人には声掛けをし、出来ない人はおしぼりで対応しています 起床時の洗顔は自分で出来る人には声掛けをし、できない人にはおしぼりで顔をふくようにしています。おしぼりを拒否する利用者には脱脂綿などで目の周りを拭く等の代替処置をしています。理美容師が毎月1回来所しているの、希望する人は利用して、身だしなみを整えています。化粧品や衣類は居室担当職員が依頼を受けて購入してきたり、家族が買ってくるなどしています。			
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			
利用者が出来る限り入所前の生活環境を維持できるよう職員は支援をしています 施設での利用者の生活は、食事の時間等決まったこと以外利用者の意思が尊重されています。行事やレクリエーション等への参加も自由で、自分が興味のあることに参加して楽しむことが出来ます。利用者の定例懇談会に参加をして、自分の意見を言う機会もあります。映画鑑賞会で観たい映画を自由にリクエストすることが出来ます。生活習慣の維持から、朝の散歩や買い物等の要望もありますが、散歩などへの対応は十分とは言えない状態にあります。買い物は、移動販売車が来所した際に、職員が利用者からの依頼を受けて購入し、利用者に渡しています。 レクリエーションや行事、クラブ活動が多くあり、自分の好きなことに参加をしています 施設の行事やレクリエーションは多く、花見、夏祭り、長寿と健康を祝う会、クリスマス会、餅つき、新年会等の他に夏はすいか割り、かき氷等利用者が楽しみにしており、利用者は興味のあるクラブに参加して、楽しんでいます。散歩については、職員が同行なら実施は可能になっています。面会は月に1回ですが外出制限はないので、出かける利用者は多くいます。利用者の「行きたい」「やりたい」という気持ちに応じて、個別に支援をおこない、楽しみの幅を広げています。 認知機能の低下している利用者への声掛けは利用者に寄り添った支援を基本にしています 高齢の利用者が多くいる中で、認知機能の低下している利用者も増えています。施設の利用者110名で平均年齢は86.3歳、90歳以上の利用者は38名います。職員は、カンファレンスなどで把握している認知機能の低下がみられる利用者への支援について特に慎重に、声掛けも急な声掛けはしないで、利用者に寄り添う支援を心がけています。また、レクリエーション等への参加も無理強いしないで、利用者の気持ちに寄り添った誘導を基本とし、その人の尊厳を大切に支援をしています。			

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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者が地域の一員として生活できるよう、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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table> 評価項目11の講評 散歩や外食、遠出等の機会が少ないという意見が利用者調査の中でありました 利用者調査の中で施設の行事は多くあり楽しい時間を過ごすことが出来ているという意見がありました。しかし、散歩の機会や外食、遠出の機会がないという意見もあります。利用者の高齢化や生活レベルの低下などで、車いす利用者が多いことから散歩のみならず、遠出は難しいことのように感じます。今後の課題として施設の庭での散歩等を定期的におこなうことも必要に思われます。 ボランティアを受け入れて利用者と触れ合う機会を設けています ボランティアに、車椅子の整備、清掃をお願いしています。110台もある車椅子の管理、整備、清掃は職員だけではこなすことが出来ないので、ボランティアは大きな力になっています。そのほかに書道、華道、演奏等のボランティアが来苑して利用者に生演奏を披露するなど、生の楽器の演奏は利用者の楽しみの一つになっています。近隣の保育園児も来所して歌や踊りを披露するなど、異世代間の交流は利用者の生活に活気を与えています。 家族や利用者の外出先の参考として地域の施設や行事等の案内をしています 施設は自然に囲まれた広大な敷地の中に位置し、整備された花壇には四季の花が咲き乱れています。利用者や家族が来所した際は敷地内を歩いても十分四季を感じることが出来ます。夏には敷地内にある他施設との合同夏祭りが開催されるので、利用者や家族が楽しむことが出来ます。ショッピングモールなどで、利用者が家族と楽しむことが出来る場所になっています。	評価	標準項目		●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当
評価	標準項目												
●あり ○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	○非該当											
●あり ○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	○非該当											
●あり ○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	○非該当											
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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table> 評価項目12の講評 利用者の日常の様子は広報誌を発送するときに担当職員が近況報告を同封しています 利用者の日常の様子は年に3回、施設の広報誌を発送するときに担当職員が近況報告を同封して知らせています。その他にもホームページやSNSで施設の行事風景や利用者の様子をアップしているので、家族が知る機会になっています。また、利用者が消耗品の購入や衣類の補充などの要望があるときはその都度職員が連絡をして、家族に対応をお願いしています。面会は月に1回、玄関ロビーで会うことが出来、その際に希望していた品物を受け取るようにしています。利用者の様態が急変した場合なども職員から連絡を入れ対応をしています。 面会や外出の機会を設けて、利用者が家族と交流する機会を作っています 家族との面会は月に1回ですが、庭を散歩することは出来るので、家族と庭で過ごす利用者もいます。外出は利用者の体調に合わせて実施しています。市内の大型ショッピングモールに出かけたり、食事を楽しむなどそれぞれの外出を楽しんでいます。外泊はコロナの関係で実現できていません。長寿を祝う会等の時も施設内に入ることはできないので、個々で外出してお祝いをしています。 利用者との面会時やケアプランの説明の際に家族と話す機会にしています 家族が利用者と面会する際や、ケアプランの説明時に家族から要望等を聞き支援に反映しています。その際、家族の様子も聞き取り今後の利用者支援の参考にしています。面会については事前予約制で健康チェックをおこなったうえで実施しています。看取り介護を実施している家族は居室内での面会が可能になっています。	評価	標準項目		●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当
評価	標準項目												
●あり ○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	○非該当											
●あり ○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	○非該当											
●あり ○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	○非該当											

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	経営課題を明確にし、利用率向上と収支改善に向けた取り組みに力を入れています	
内容①	施設では、特別養護老人ホームのベッド稼働率維持とショートステイの活用を最重要課題と位置づけています。入院・退居が増える状況下でも、入院状況の的確な把握や家族・関係機関との連携を強化し、適切な利用調整を進めています。また、介護報酬改定に伴う加算取得や看取り体制の整備、節約委員会による消費電力削減などの経営改善策を実施し、質の高いケアと安定した運営の両立を目指しています。ショートステイ利用率は向上している一方で、特養利用率にはなお課題があり、継続的な改善が求められています。	

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	利用者に入居時から適切なサービスが提供できるように、事前に家庭や病院を訪問し、本人・家族等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、利用開始から1週間の観察期間を設け多職種が積極的に連携し、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・家族等の同意を得て、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	6-4-7	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
タイトル③	リハビリ専任職員を配置して、利用者一人ひとりの機能訓練計画書を作成しています	
内容③	施設ではリハビリ専任職員を配置して、利用者一人ひとりに即した機能訓練計画書を作成して支援にあたっています。機能訓練計画書は主治医の指示書に基づき理学療法士、マッサージ師、看護師、介護職員等多職種の職員が協働しリハビリ専任職員が責任者となって作成しています。計画書には他の利用者と一緒に活動する集団リハビリもあり、歌や風船バレー等を取り入れて利用者の社会性を広げる一助にしています。日常生活支援のアクティビティで折り紙、塗り絵、パズル等で頭と指先を使った活動を通して上肢機能の向上とやりがいに繋げています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	職場環境と職員のやりがいの向上に、様々な取り組みをして効果をあげています
	内容	職員表彰制度や朝礼での「褒める」取り組みは、相互に認め合う文化を育み、チームのモチベーション向上に貢献しています。業務の見直しや話し合いを重ねることで結束力を強め、専門職同士が互いを尊重しながら利用者本位の連携を実現しています。また、臨床心理士面談により業務や生活面の相談ができる体制を整え、職員の精神的負担を軽減しています。さらに、技能実習生への指導を通じて介護の基本を再確認し、組織全体の育成と質の向上につなげるなど、継続的な成長と安心して働ける職場づくりを推進しています。
2	タイトル	高齢者の権利擁護・虐待防止の研修や「虐待の芽チェックリスト」等で、利用者の権利擁護に努めています
	内容	不適切なケアや虐待については、高齢者の権利擁護・虐待防止の研修に力を入れ、施設内研修の他外部研修にも参加し、職員の意識啓発に努めています。また、職員アンケートの「虐待の芽チェックリスト」で、気づきができる機会を設け、日常の支援状況を振り返ることで早期発見や対応に努めています。さらに、多職種で構成する虐待防止委員会を定期的に開催し、利用者の権利擁護の観点から支援方法や対応策の検討をしています。これらの取り組みにより、組織全体で利用者の安全・安心の確保に努める体制が整備されています。
3	タイトル	年間行事やクラブ活動が多くあり、利用者同士が交流する機会を作るとともに、活動を通して生活に潤いと活力を与えています
	内容	年間行事は多く、春を楽しむ会、夏祭り、お楽しみ食事会、長寿と健康を祝う会、餅つき大会、クリスマス会、新年会等があり、食事も行事食になることもあります。クラブ活動も盛んでプレイルームは小物づくりや散歩などをして利用者同士の交流の機会になっています。音楽クラブでは楽器など使って合奏をしてADLの向上を図っています。華道、書道クラブでは四季折々の題材を使って季節を感じています。ホーム喫茶を年5回開催し、ケーキとコーヒーで寛ぐ時間を作っています。ボランティアによる楽器の生演奏会を利用者は楽しみにしています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	利用者や職員の安全を確保していくための防災意識のさらなる向上が期待されます
	内容	施設ではBCPを策定し、計画に沿った訓練を継続して実施しています。見守り体制の強化によりヒヤリハット件数が少なく、事故発生時には迅速に振り返りがおこなわれています。さらに、新型コロナウイルス対策を徹底し、入居者の健康と生活の維持に努めている点も評価できます。一方で、BCPや土砂・水害対策に関する職員全体の理解促進、ヒヤリハット段階での改善策の徹底、事故再発防止に向けた情報共有体制の強化を課題にしています。利用者や職員の安全を確保していくための防災意識のさらなる向上が求められます。
2	タイトル	SNSのさらなる活用等での人材確保と、職員の負担軽減につながる取り組みに期待します
	内容	少子化による学生の減少や労働市場の変動で、人材確保が難しい状況が続いています。令和7年3月より技能実習生を受け入れ、人材確保に力を入れ好評です。しかし、人員が不足して業務負担が大きいとする意見が職員からあがっています。職員不足は福祉施設のほとんどが課題となっているのが現状ですが、ITを活用し職員の負担を軽減している施設もあります。SNSのさらなる活用等での人材確保と、職員の負担軽減につながる取り組みに期待します。
3	タイトル	施設行事の中に散歩の機会や外出等を取り入れて、利用者が季節の移り変わりを肌で感じる事が出来るようにすることを期待します
	内容	施設は年間行事が多くあり、それに伴う行事食も季節感があり、バラエティ豊かで利用者の楽しみになっています。嚥下機能の低下している利用者も楽しむことが出来るよう食形態をプリン状化する等の工夫をしています。クラブ活動の華道、書道では題材で季節を感じることが出来ます。家族対応であれば外出はできますが、家族が来ない利用者には外出の機会がありません。利用者調査や職員アンケートにも外出が少ないという意見があります。車椅子利用者が多い中、外出支援は難しいと思われませんが、少人数での対応等で工夫することを期待します。

