

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 28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

〒 176-0001

所在地 東京都練馬区練馬1-20-2

評価機関名 株式会社日本生活介護

認証評価機関番号

機構 02 - 015

電話番号 佐藤 義夫

代表者氏名 03-3991-8440

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	堀 洋子	福祉	H0701024
	②	齋藤 貴明	福祉	H1102028
	③	岡田 稔晟	経営	H1501020
	④	松崎 敏男	福祉	H1401064
	⑤	伊藤 真紀	福祉	H1901071
	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	港区立特別養護老人ホーム白金の森		指定番号	1370300277
事業所連絡先	〒	108-0071		
	所在地	東京都港区白金台5丁目20番5号		
	TEL	03-3449-9611		
事業所代表者氏名	施設長 成田 寛一郎			
契約日	2023年 8月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023年 10月 17日			
利用者調査結果報告日	2023年 11月 20日			
自己評価の調査票配付日	2023年 10月 2日			
自己評価結果報告日	2023年 11月 20日			
訪問調査日	2023年 11月 28日			
評価合議日	2023年 11月 28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、調査員との個別の聞き取り調査を行った。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、

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

2024年 3月 28日

事業者代表者氏名

印

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) 所有ベッドの稼働を安定させ、区立特別養護老人ホームとして公的な役割を果たす (2) 職種が充実している事を最大限に活かし、質の高いサービスを提供する (3) 地域との連携を密に図り、港区の福祉・防災の拠点となる</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> <ul style="list-style-type: none"> ・チームリーダーのもと専門職として中核的な役割を果たそうと意欲を持ち、計画を立て、直ぐに行動できる人材。 ・認知症高齢者の増加や高齢単身世帯の増加、世帯構成の変化、介護ニーズの複雑化・多様化・高度化への対応に積極的に、粘り強く、チャレンジし続けられる人物。 <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>前向き、謙虚、勉強熱心であること。協調性があり、明るくポジティブに、高齢者の尊厳を尊重し、社会や人の役に立ちたいと、真摯な姿勢で仕事に向き合い、ご入居者やその家族、自分自身や家族をも大切にできる、思いやりを持った人になってほしい。</p>

調査対象

全利用者を対象とした(事業所と協議の上、聞き取りが困難な利用者を除く)

調査方法

調査員との個別の聞き取り調査を行った。

利用者総数

90

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	7	7
0	7	7
0.0	7.8	7.8

利用者調査全体のコメント

調査対象7名全員から回答を得ることができた。満足度の高い項目として、「利用者のプライバシーは守られているか」「病气やけがをした際の職員の対応は信頼できるか」「施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか」などがあげられる。
 総合的な満足度では、2名が「大変満足、満足」、5名が「どちらともいえない」と回答している。また、「施設の規模が大きいのので安心感がある」「問題なく過ごしている」「ホームでの生活は、難しい」などのコメントがあがっている。

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	2	3	2	0
2名が「はい」、3名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「好きな献立が多い」「味が薄い」などのコメントがあがっている。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	2	2	2	1
2名が「はい」、2名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「自分でできるので問題ない」「入浴のときは手伝ってもらおう」などのコメントがあがっている。				
3. 施設の生活はくつろげるか	2	1	3	1
2名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、3名が「いいえ」と回答している。 「書道に月2～3回参加できる」「テレビを見たり読書したりして過ごしている」「特にやりたいことはない」などのコメントがあがっている。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にしているか	2	1	4	0
2名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、4名が「いいえ」と回答している。 「膝が痛いときなど、自分から職員に言う」「あまり話すことがない」などのコメントがあがっている。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	3	3	1	0
3名が「はい」、3名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「きれいになっている」「汚れが気になることはない」などのコメントがあがっている。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	3	2	2	0
3名が「はい」、2名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「良くしてくれるので問題ない」「職員によって差がある」「優しく感じるときもあれば、横柄に感じることもある」などのコメントがあがっている。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	4	0	0	3
4名が「はい」と回答している。 「体調の悪いときは、すぐ病院へ連れて行ってくれる」「風邪のときはきちんと対応してくれた」「元気なのでわからない」などのコメントがあがっている。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	0	0	0	7
7名全員が「非該当・無回答」と回答している。 「トラブルなど見たことがないのでわからない」などのコメントがあがっている。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	3	1	2	1
3名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「よく話を聞いてもらっているので、大事にされていると感じる」「職員によって対応が違う」などのコメントがあがっている。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	4	1	0	2
4名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と回答している。 「支援を受けているときは、何とも言えない」「気にしたことがない」などのコメントがあがっている。				
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	0	0	4	3
4名が「いいえ」と回答している。 「計画については聞いたことがない」などのコメントがあがっている。				
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	1	0	0	6
1名が「はい」、6名が「非該当・無回答」と回答している。 特に、コメントは見られなかった。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	3	0	0	4
<p>3名が「はい」と回答している。 「時間がかかることはあるが、対応してくれる」「不満や要望を伝えたことはない」などのコメントがあがっている。</p>				
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	0	1	6	0
<p>1名が「どちらともいえない」、6名が「いいえ」と回答している。 「不満がない」「説明を受けたことがない」などのコメントがあがっている。</p>				

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ていく <input type="radio"/>非該当
	カテゴリ1の講評	
	毎年度始めに事業計画の職員説明会を開催し、合わせてビジョン等も周知している 事業計画書に、「生活のうおい ころのめざめ」とのビジョン、「住み慣れた地域で自分らしく健やかに暮らす」等の基本方針、「区立施設としての公的な役割や質の高いサービスの提供、地域との連携」等の経営目標が掲載されている。毎年度始めに全職員を対象にした説明会を開催し、事業計画の説明に合わせて改めてビジョン等を周知している。法人全体として事業計画書を重視しており、説明会ではDVDも使用して詳しい説明に努めている。また、利用者・家族に対しては、入居の案内に基本方針、運営方針(ビジョン)を掲載し伝えている。 施設長は、施設内情報伝達システムや掲示板を使って運営方針等の周知徹底に努めている 施設長、各課、一般職員までの組織図及び階層別の職務分担表が作成され、指揮命令や報連相の系統及び施設内の役割の明確化が図られている。施設長は、施設の方向性についての考えや方針について、施設会議や朝礼等で職員に説明している。また、周知の方法は、会議の場だけでなく、パソコン又はスマートフォンを媒体とした施設内情報伝達システムや紙媒体の掲示板を使用して、迅速かつ確実な周知に努めている。なお、施設長は、特に運営方針を伝えるときやサービス向上をテーマとする研修会の場等でリーダーシップを発揮している。 重要案件等の決定手順は、ISO9001に基づく業務フローで明確に定められている 重要案件等の決定手順は、ISO9001に基づき作成された業務フローで明確に定められている。各課、委員会等から提案された案件は、施設長、課長、主事の8人で構成され、毎月開催される施設会議で検討、決定されることとなっている。決定事項は、施設会議のメンバーを通じて、各所属職員全員が対象で、毎月開催される各課の会議で伝達されている。また、施設会議の議事録が情報伝達システムや掲示板により、全職員向けに発信されている。利用者・家族には、広報誌や通知で決定事項を伝えている。急を要する場合は、電話やメールで伝えている。	

2			カテゴリー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				
<p>多くの手段で利用者・家族や地域住民の意向を把握し、事業運営に活かしている</p> <p>利用者・家族の意向を把握する手段として、毎年度行う利用者アンケート、家族アンケート、担当者会議、家族懇談会、及び毎年受審する第三者評価の利用者調査等がある。家族アンケートは職員の対応、面会方法、気になる点等の設問内容となっている。担当者会議は、利用者・家族ごとに年2回行い、生活全般について聴取している。利用者・家族の意向に基づき、最近、間接部門職員の挨拶について改善した事例がある。また、地域住民との交流により聴取した意向に基づき、最近地域の祭りの手伝いや盆踊りを施設の敷地で共同で実施した事例がある。</p> <p>事業計画に併せて、目標達成度、達成時期等が明記された目標管理が施行されている</p> <p>令和4年度から12年度までの法人特養事業本部の中期計画が策定され、11の戦略、17の重点施策が掲げられている。施設は、本中期計画及び前年度事業計画の振り返り結果に基づき当年度事業計画を策定している。中期計画に合わせた11の戦略ごとに、17の重点施策が掲げられている。また、事業計画に併せて、事業計画のOKR(目標管理)が施行されているのが大きな特徴である。16までの優先順位が施された重点戦略が掲げられ、目標達成度、担当者、ウエイト及び達成時期が明記されている。高度に実効的な事業計画推進の仕組みとなっている。</p> <p>施設の事業計画に基づき、数値目標等具体的な内容の各課の重点施策が策定されている</p> <p>事業計画は、各課が素案を作成し、施設会議で検討し決定されている。決定後に職員説明会でDVDを使って周知されている。毎月の進捗管理及び年度末評価を行い施設内で共有している。施設の事業計画に基づき、各課の重点施策が策定されている。重点施策は、経営面、人材育成、サービス向上・環境整備の3事項が必須事項として指定されている。各課の素案が施設会議に諮られて確定されている。重点施策は、中期目標、年度目標、行動計画等で構成され、可能な限り数値目標が設定されており、施設の事業計画同様高度に実効的な仕組みとなっている。</p>				

3 カテゴリー3		
経営における社会的責任		
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

各種の取り組みにより、利用者の権利擁護、虐待防止の徹底に努めている

利用者の権利擁護、虐待防止に係る取組みとして、「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」の作成・配布、法人及び施設内職員研修、不適切ケアアンケートの実施等がある。当マニュアルは、今年度作成したコンパクトな冊子であり、高齢者の基礎知識、不適切ケア、虐待防止等多彩な内容で、全職員に配布されている。法人研修を年2回、施設内研修を年3回実施し、身体拘束や不適切ケアの防止について周知している。また、不適切ケアアンケートは、直接支援職員を対象に、12～13項目の設問について行い、結果を集約し施設内で共有している。

職員が苦情・要望を受けたときは、上長を通じて施設長に報告することを徹底している

「苦情解決規程」が制定され苦情解決体制等が規定されている。苦情対応について利用契約時に「ご案内」により説明している。「ご案内」には意見・相談窓口として施設の窓口と区の担当部署が記載されている。第三者委員については記載されていない。入居後は担当者会議の際に説明しているとのことである。昨年度苦情申出が4件あり、いずれも話し合いの末解決し、苦情処理簿に記録されている。苦情は法人本部及び区に報告している。今年度は現在まで0件である。職員が苦情・要望を受けたときは、上長を通じて施設長に報告することを徹底している。

コロナ禍後を見据え、施設の専門性を生かした地域住民向けの活動の拡充が望まれる

施設の情報は、法人のホームページ、特養事業本部の広報誌で公表している。法人は、家族、利用予定者、求職者への情報提供等を目的にホームページの情報登載・更新を促進している。昨年度オンラインによる実習生と、延64人の傾聴等のボランティアを受け入れた。例年納涼祭やハロウィンに地域住民を招待し、地域の公園祭りや秋祭りに参加し、区社協と連携した利用者向けWebイベントを開催するなどの地域交流活動を実施している。なお、コロナ禍後を見据え、施設の専門性を生かした地域住民向けの活動の拡充が望まれる。

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																									
●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																									
●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4の講評																													
<p>多彩かつ実践的な内容の、BCPに基づく訓練や毎月の防災訓練を実施している</p> <p>リスクマネジメント対策として「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」に、事故対応、緊急時の対応、コロナウイルス対応、事故発生予防等が掲載され、全職員に配布されている。事業継続計画(BCP)に基づき、机上訓練、ライフライン途絶訓練、施設から自宅までのパトロール帰宅訓練、定期的な備蓄確認等を実施している。また、毎月の防災訓練として、夜間想定(地震、火災)、停電想定、福祉避難所開設訓練、外国人職員による訓練等多彩かつ実践的な訓練を実施している。担当者による施設内設備の安全点検も毎週実施している。</p> <p>職員は積極的にヒヤリハットを報告しており、仕組みが定着している</p> <p>ヒヤリハット報告を施行し、発生すると、直接支援部門である介護課等の日誌に記載し、直近のミーティングで報告されている。緊急性が高いものは施設内情報伝達システムで周知されている。その上で記録支援システムのヒヤリハット欄に記載されている。昨年度介護課での発生件数は1,894件、職員1人につき平均月3件で、職員は積極的に報告しており、仕組みが定着している。施設では職員に報告を促しているとのことである。リスクマネジメント委員会で、毎月レベル別、事象別に集計分析し、その結果を施設内で共有している。</p> <p>各種方策により、個人情報の保護等情報管理の徹底を図っている</p> <p>法人の文書・記録管理規程、個人情報保護規程に基づき、文書の管理、保存、廃棄、開示請求への対応等を行っている。利用者の個人情報はほとんどパソコンで入力保存されている。全てのパソコンにパスワードが設定され、部外者のアクセスを遮断している。紙ベースの機密情報は、事務室のキャビネットに施錠して保管されている。部門会議やミーティングでシステムのセキュリティについて説明している。個人情報保護について、職員には入職時の法人研修で周知し、誓約書を徴取している。実習生、ボランティアにはオリエンテーションで周知している。</p>																													

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 10/12
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●●)
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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

ホームページ、ハローワーク、求人サイト等各種手段を活用し人材確保に努めている

職員の採用は、新卒の正規職員は法人本部が行い、非正規職員と中途採用の正規職員は施設が行っている。募集には採用ホームページ、ハローワーク、求人サイト、インターンシップ等各種手段を活用している。昨年度の介護職の計画人員充足率は108%、看護職は106%となっている。また、全職員から異動希望調書を徴取し、直近の異動希望者については法人本部の会議で検討し決定する仕組みとなっている。法人のキャリアパスが構築されており、9階層の等級の定義、等級の昇格・昇進の基準が定められている。職員には入職時や面談時に説明している。

質量とも豊富な施設内研修及び法人本部研修が行われている

施設の職員研修は、研修委員会が中心となって推進されている。施設内研修の企画・運営、受講状況の管理、研修報告書等による振り返り、次年度研修計画の策定を行っている。今年度の研修計画は、毎月の施設内研修として、感染症予防、記録、接遇、虐待防止、排泄ケア、ターミナルケア、法人本部研修として、ユマニチュード、リスクマネジメント等質量とも豊富な職員研修が計画化されている。新任職員は全職種についてプリセプター制度が施行されている。

事例研究発表会や委員会活動が職員のモチベーション向上等につながっている

正規職員を対象とした目標管理が行われている。仕事の質、速さ・量、向上心等10項目についてポイント化された評価指標等が記載された「目標管理シート」に基づき毎月評価が行われ、半期ごとに賞与に反映されている。それに合わせて年2回上長との面談が行われ、職務のほか、悩みや困りごとについても話し合われている。非正規職員に対しては年1回上長との面談が行われ、時給、キャリアアップ、実績、目標等について話し合われている。また、年1回の事例研究発表会や12の委員会活動が職員のモチベーションやチームワーク向上にもつながっている。

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)	
施設は昨年度「科学的介護の推進 ICT・IOT・DXの推進」との目標に掲げた。目標を達成するため、①機能回復に向けて適切な環境、物品の整備 ②全体向けと個別に向けたアプローチ方法の区別 ③健康管理への結び付け、として様々な取り組みを実施した。これらの取組みを検証し、利用者を10名選び、BI・VI(点数化)を実施し、その結果年度末に、10名中8名の数値がアップしたと評価した。検証結果に基づき、次年度以降、介護ロボット等次世代介護機器導入による介護負担軽減と自立支援促進を計画することとしている。	
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 社会における高齢化の進行が早まることを背景に、施設は、自立支援、重度化防止に向けて積極的に取り組む方針を掲げ、昨年度、「科学的介護の推進」等の目標を掲げた(PDCAサイクルのP)。目標を達成するため、上記のとおり、機能回復に向けて適切な環境、物品の整備等様々な取り組みを実施した(同D)。これらの取組みを検証し、利用者10名中8名のADLの数値がアップしたと評価した(同C)。検証結果に基づき、次年度以降、介護ロボット等次世代介護機器導入による介護負担軽減と自立支援促進を計画することとしている(同A)。以上のとおりPDCAサイクルを確立させた取組みとなっている。	
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、昨年度「毎月の入院率を3.2%(月/90日程度)に抑える」との目標を掲げた。目標を達成するため、①胃ろうの方に対し、皮膚トラブルの観察 ②栄養剤の注入時の利用者状態に合わせた栄養剤・水分量の変更 ③誤嚥性肺炎の予防として、嚥下機能の維持・向上 ④情報提供・情報交換等外来との連携強化 ⑤1日3回の申し送り等他職種との情報共有の徹底を実施した。これらの取組みを検証し、①入院率3.0%と目標値に抑えることができ、②22名の看取りケアを行うことができたと総括した。検証結果に基づき、今年度も取組みを継続し、毎月3.0%以下の入院率を目標に設定している。

<p>目標の設定と取組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取組みを行った <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
<p>取組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取組みについて、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
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

入居者に元気に生活していただくためには、ADL、QOLの向上と入院率の低下が重要であると考え、施設は、昨年度「毎月の入院率を3.2%に抑える」との目標を掲げた(PDCAサイクルのP)。目標を達成するため、上記のとおり、胃ろうの方に対する皮膚トラブルの観察等多種の取組みを実施した(同D)。これらの取組みを検証し、入院率3.0%と目標値以内に抑えるなど目標を達成することができたと評価した(同C)。検証結果に基づき、今年度も取組みを継続し、毎月3.0%以下の入院率を目標に設定している(同A)。以上のとおりPDCAサイクルを確立させた取組みとなっている。毎月の月次報告で入院率と入院原因を分析しながら目標を達成しており、今後もきめ細かな進捗状況確認を実施することにより目標を達成していくものと思われる。

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(0000)
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
サブカテゴリー1の講評		
<p>ホームページでは、施設内の写真だけでなく動画も掲載し、情報提供している</p> <p>施設では、区のホームページや情報冊子、事業所のホームページやしおり等により、情報提供している。区のホームページには施設概要が掲載されている。区の所管課や圏域の地域包括支援センターに問い合わせすることもできる。事業所のホームページでは、施設概要や入所案内などを掲載しており、SNSでも情報発信している。施設内の設備や居室の様子などを写真で紹介するとともに、動画も掲載している。しおりである利用案内については、入所サービスの詳細な情報を掲載しており、多様な手段で情報提供を行っている。</p> <p>施設の取り組みや活動を、分かりやすく外部に発信している</p> <p>利用希望者の状況は、利用者自身や家族も高齢であったり、心身に障がいを持っている方など様々である。事業所のしおりは、文字を大きめにし、浴室や食事内容、感染症対策の箇所は写真を掲載するなど見やすくし、特性に配慮した対応を行っている。ホームページの活動報告では、各フロアでの活動やイベント報告、季節や行事食の紹介、毎月の献立表など、生活の様子をこまめに発信している。施設の取り組みや活動を、分かりやすく外部に発信している。</p> <p>問い合わせや見学の希望には丁寧に対応しており、土日や18時以降も対応している</p> <p>利用希望者から問い合わせや見学の希望があった際は、個々の状況に合わせて対応している。問い合わせには、生活相談員を中心に対応し、施設について説明している。施設内を案内し、各フロアの様子を直接確認してもらっている。生活環境を見たいという家族の要望に応えている。家族によっては、仕事をしていたり、遠方から来る場合もあるので、土日や18時以降でも対応している。</p>		

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 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		
●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			
<p>入所前の事前訪問で聞き取った内容を踏まえて受け入れ、その後の状況も把握している</p> <p>入所前の事前訪問を行っている。アセスメント項目に沿って、利用者の生活歴や病歴、心身状況等を聞き取るようにしている。利用者と家族の意向や要望も聞き取るようにしている。意思表示の難しい利用者の場合、入所後に、介護課・看護課・支援課など各課で関わった職員からの情報をアセスメントシートに追記し、コミュニケーションの特徴について把握している。開始時は、フェイスシート、アセスメントシート両方を支援課で記入し、入所後はアセスメントシートに各課で得た新たな情報を上書きし、利用者の状況を把握している。</p> <p>利用者の不安を軽減するように努め、必要に応じて支援内容を見直している</p> <p>利用者によっては、住み慣れた場所から施設に移動し、環境が変わることに対して不安を抱くこともある。そういった利用者については、職員が寄り添うとともに、出来る範囲で家族に来てもらって交流を図ることで、気持ちが落ち着くよう支援している。食事摂取量が少ない利用者の場合、家族と一緒に食事をとってもらうなどの対応をしている。本人の意向や表情、心身状況等を職員が確認し、不安やストレスが軽減できるよう支援している。入所後1か月は暫定ケアプランに沿って支援をしており、1か月間の利用者の状況を踏まえ、必要な支援を追加している。</p> <p>看取りケアを実践しており、家族とともに穏やかな最期を過ごせるよう支援している</p> <p>昨年度の利用終了ケースは、逝去による利用終了が100%であった。医師に終末期と判断された場合、家族面談でターミナルケア(看取り支援)実施の確認を行い、希望された場合、看取りの同意書を交わしている。同意のもと、利用者・家族の意見を施設サービス計画書に反映し支援を行っている。不安や心配事があれば各課職員一体となって真摯に対応し、身体的・精神的負担を軽減するよう努めている。終末期は静養室に移動し、家族と一緒に穏やかな最期を過ごせるよう支援している。</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(〇〇〇)	
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(〇〇〇)	
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をしている		○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している		○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		
●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きみがある		○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(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している		○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している		○非該当
サブカテゴリ-3の講評			
利用者の希望や状況を踏まえてケアプランを作成し、必要な見直しもしている 利用者の希望に加え、身体状況、体力、医療面の状況、転倒・転落リスク等を把握した上で、ケアプランを作成している。食事・排泄・入浴・体調管理・活動への参加などを中心に生活を組み立て、各課の専門職の視点も反映しながら、必要な支援を提供している。利用者の心身状態の推移を把握し、介護システムに記録している。支援の変更が必要な場合は、適切に対応している。例えば、食事食事の摂取量や嚥下機能の低下が見られる利用者には、食事形態の変更や、自助具を検討するなどの対応をしている。			
介護システムを活用し、職員間でケアプランや支援手順について共有を図っている 介護システムを活用し、利用者のケアプランや支援手順の内容について職員間で共有を図っている。担当職員が個々の利用者のモニタリングを行い、月単位で支援経過のとりまとめを行っている。その情報を踏まえ、3か月毎のモニタリング会議やケース会議で、ケアプランや支援手順の見直しを行っている。アセスメントシートについては、利用者にも携わった介護課・看護課・管理栄養士含む支援課の各課職員が、新たに分かった情報や本人の意向を確認出来た場合などに追記し、随時更新を行っている。			
利用者の情報をネットワーク経由で確認でき、ケース入力件数も増加傾向にある 施設内の無線LANで、介護システム情報をネットワーク経由で確認できるようになっている。毎日の支援経過を確認し、利用者の状態変化を共有できるようになっている。また、各フロアでも、毎日の全利用者の状態を記録し、重要な箇所には色をつけて強調し見やすくしている。その上で、個々の利用者の状態変化による対応手順の変更や見直しがあった場合、別ファイルに、手順変更内容を分かりやすく写真等で掲載し、確認したら、チェックし把握するようにしている。ケースの入力件数も増加傾向にあり、利用者の日常の様子を把握しやすくなっている。			

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(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、利用者の同意を得ようとしている		○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			
<p>利用者・家族に個人情報の取り扱いについて説明し、同意を得ている 契約時に、利用者・家族に対して個人情報の取り扱いに関する説明をして、同意書もらっている。医療機関との連携時に個人情報のやり取りがあること、ホームページやSNS、広報誌、事業所内に写真等を掲載することがあることを説明している。ホームページやSNSでは、季節の行事やイベントがあるときに、「活動報告」として掲載する場合がある。その時に、同意を得ている利用者の写真を掲載する可能性があることを説明している。同意を得ない場合は、アセスメントシートに記載し、職員間で把握し、写真を撮る際は気を付けるようにしている。</p> <p>居室を区切ってプライバシーを確保し、所有物の取り扱いにも注意している 居室は、4人部屋と2人部屋の全室多床室となっているが、カーテンでプライベート空間が仕切られている。居室空間の使い方は利用者によって異なり、写真や飾り物を並べたり、手が届きやすい場所に衣類が置いてあったりと、人それぞれである。職員がシーツ交換や掃除に入る際は、事前に本人に伝え、了承の上、カーテンを開けて掃除を行い、なるべく荷物などをそのまま動かさないようにしている。どうしても整理が必要な場合は、本人と話し合い、一緒に整理するなど、所有物の取り扱いに注意を払っている。</p> <p>利用者の入所前の生活習慣などを考慮し、ケアプランに反映している 利用者が自分のペースで安心して過ごせるよう、入所前の生活習慣や価値観に配慮した支援を行っている。入所前の事前訪問で、本人の生活歴や趣味、嗜好品、家族構成などの情報を収集し、施設での支援に活かしている。家族がいる場合は、本人の性格や生活状況などを聞くようにしている。ケアプランでは、今までの生活習慣や価値観も反映できるようにしている。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
6 事業所業務の標準化			
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(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			
<p>サービスマニュアルを活用しており、いつでも確認できるようになっている</p> <p>「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」を手引書として活用している。マニュアルでは、高齢者の基礎知識、食事・排泄・入浴などの日常のケアについて説明している。それ以外にも、不適切ケアやターミナルケア、事故発生時や感染症対応など、高齢者への支援に必要な内容が網羅されている。現在いる職員だけでなく、異動してきた職員や新卒職員などにも配布し、分からない時にいつでも確認できるようにしている。各フロアの業務手順、利用者一人ひとりの支援手順についても、パソコンやファイルで確認できるようになっている。</p> <p>利用者・家族の意見や、多職種のアドバイスを参考に、より良い支援を検討している</p> <p>利用者や家族からの意見、多職種からのアドバイスをともに、利用者個別の支援内容について必要な見直しを図っている。例えば、食事摂取量の少ない利用者の場合、利用者や家族から、嗜好を聞き取って提供している。また、機能訓練指導員、管理栄養士、看護師等に、食事環境や姿勢を評価してもらい、自助具の検討や食事形態・食事介助方法の変更などを検討している。また、家族意見交換会を年4回開催しており、家族からサービスへの意見や提案があれば、反映するように努めている。</p> <p>職員に対する研修体制を充実させ、業務のレベルを一定にしている</p> <p>新卒職員や法人内からの異動職員、介護補助や支援を行う職員等、施設には経験年数やバックグラウンドが異なる様々な職員がいる。そのため、新入職者職員に対しては、介護・看護課などから、プロジェクトチームを編成し、研修スケジュールを組み立て、研修を行っている。その後も、フォローアップ体制作りを行うなど、業務の標準レベルを一定にする取り組みを行っている。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリ4	サブカテゴリ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、家族の希望を取り入れて設定した目標の達成に向け、支援をしている</p> <p>利用者、家族の希望を取り入れ、生活全般の課題などを抽出し、それらを解決するための具体的な介護内容を記載した施設サービス計画書を作成し、利用者支援をしている。アセスメント表で詳細に利用者の基本情報を把握し、施設サービス計画書に反映させている。計画は、6か月ごとに見直しをしており、利用者に心身上の大きな変化があれば、必要な変更をしている。利用者がその人らしい生活を継続するために、様々な生活の場でどのように介護をしていくのか、具体的に記載しており、利用者支援の基本となっている。</p> <p>ケアプラン会議には各専門職が出席し、活発な意見交換の場となっている</p> <p>施設サービス計画書を作成させるため、ケアプラン会議を開催している。介護職員、看護師、理学療法士、栄養士、ケアマネジャーなど、全ての専門職が出席し、利用者ひとり一人の生活について、専門的な見地から活発な意見交換をしている。家族にも出席を依頼し、意向を確認している。多面的に利用者像を捉えて、利用者の生活全般の資向上につなげることを目指している。個々の利用者の自立の程度を各専門職の立場から把握し、個性性の高い施設サービス計画書を作成している。</p> <p>申し送り内容を介護システムに移行したことで情報量が増え、支援に反映されている</p> <p>介護システムを導入後も、申し送りに関しては紙媒体でおこなっていたが、最近、介護システムに移行した。入力内容が増え、利用者状況がわかりやすくなったことで、多職種の職員が助言しやすくなり、より良い利用者の生活につながっている。申し送りの中で話し合われた利用者の情報は、個別記録にも反映しており、今までのように申し送り書を遡って確認する必要もなくなった。利用者状況の変化や経緯がわかりやすくなり、情報共有しやすく、効率化にも寄与している。介護システムの活用は利用者支援の充実に活かされている。</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>入所時に利用者一人ひとりの食生活を把握し、栄養ケア計画を作成している</p> <p>入所の際に、食事摂取の状況や食事習慣等に関して利用者及び家族から聞いている。さらに、栄養管理の必要性を踏まえ、栄養士が栄養ケア計画を作成している。利用者の健康状態、生活習慣、食事内容、食事の提供方法、栄養バランス等を参考に計画を立て、食事量や水分補給量などを具体的に記載し、食事による健康管理の基本になっている。内科的疾患のある利用者には減塩食やカロリー制限食など、療養食を提供している。今までの食習慣を尊重しながら、利用者の健康状態に合わせて適切な内容の食事を提供している。</p> <p>低栄養の利用者には、嗜好を取り入れるなど、利用者が摂取しやすいものを提供している</p> <p>施設では利用者の食事の様子などを観察し、BMI、体重減少率、食事摂取量などから低栄養状態かどうかを判断している。低栄養状態の利用者は、自分から食事を求めず、自己摂取も難しいことが多いため食事介助が必要になっている。利用者が、できるだけ口から摂取できる方法を考えて支援しており、食事だけで栄養が取れない場合は、利用者の嗜好に合わせて野菜ジュースなど準備している。看護師と連携して医療的な面から栄養補給のための成分栄養剤を利用し、改善を図ることもある。</p> <p>訪問歯科医と連携しながら、利用者の摂食嚥下状態の変化に応じて食形態を変更している</p> <p>週2回、訪問歯科医が来所しており、介護職員や栄養士が、利用者の嚥下状態の変化等について相談することができている。飲み込みの状態や、むせ込みの有無など、職員が利用者の食事摂取の状態を確認するとともに、嚥下状態に関して歯科医に評価してもらい、利用者に合わせて食形態を変更している。利用者に合わせて食形態や療養食、液体の補給など、一人ひとりの健康を考えるとともに、食事の楽しみを維持していくよう努めている。</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			
<p>選択食や行事食などでは、テーブルにカードを立て、楽しみを演出している</p> <p>利用者に楽しく食事をしてもらうため、行事食や選択食など、いつもと違う食事提供の日には、利用者一人ひとりのテーブルの上にカードを立てている。新緑、お月見、ハロウィン等、毎月数回の行事食に合わせたカードを作成している。また、誕生日には「〇歳、おめでとう」と記したカードを、誕生日ケーキと共に用意している。皆からもお祝いの言葉が寄せられるなど、コミュニケーションが広がるきっかけにもなっている。</p> <p>食堂では、利用者が食事を楽しめるように環境を工夫している</p> <p>食堂のどのテーブルに座って、どの利用者と一緒に食事ができるのかも、食事を楽しむ要素の一つとなっている。健康上の理由がない限り、食堂で食事することになっている。それでも「一人で食べたい」、「テレビを見ながら食べたい」という利用者には、個別に食べる場所を確保し、テレビ好きな利用者にはテレビのそばのテーブルに座ってもらっている。話好きな利用者同士が同じテーブルに座ったり、また、うまくいかない場合は席替えをする等の工夫をしている。見守りの必要な利用者の近くには職員を配置し、安全に配慮している。</p> <p>普段の食事とメリハリをつけるため、多様なイベント食を提供している</p> <p>季節感を味わってもらうため、年間20回以上の行事食を提供している。利用者が選ぶ選択食や、お楽しみ献立も毎月提供している。また、利用者に昔を思い出してもらうために、ごはんをよそってもらったり、カレーを配膳してもらうなど、様々な工夫をしている。今年度はおやつ時間に月1回「全国銘菓めぐり」と題し、各地方の名物スイーツを取り寄せ、掲示した日本地図に取り寄せ先を記入している。その地方出身の利用者は、なつかしさを感している。イベント食では、個々の食形態の違いがわからないよう、盛り付けに配慮している。</p>			
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			
<p>利用者の身体状況や意向に合わせた入浴方法を提供している</p> <p>施設では週2回の入浴が可能となっている。利用者の入浴に関する状況は、入所時に作成されているアセスメント表で把握しており、状況に合わせて「一般浴」、「リフト浴」、「機械浴」で対応している。自立につながるよう、残存能力を活かして入浴できるように配慮している。安全面に留意しながら、できることは利用者自らの力を活かす支援をしている。同性介助が基本であるが、職員のシフトによって難しい場合は、利用者に説明し、納得を得ている。利用者の意向を第一にしており、同性介助を希望する場合は日にちや時間をずらして対応している。</p> <p>利用者の多様化を踏まえ、満足度を得るための入浴方法を工夫している</p> <p>利用者の入浴方法では、近年、多様化が顕著となっている。自宅で生活してきた利用者の中には、他者と入浴する習慣がなく、一人で小さな浴槽でなければ入浴できない利用者もいる。清拭やシャワー浴など経て、施設での入浴に徐々に慣れてもらうように支援をしている。また、一般浴で入浴が可能な利用者であっても、椅子を使って一人で入浴する方法を選択することもある。</p> <p>利用者が入浴を楽しめるように、プライバシーに配慮しながら支援をしている</p> <p>認知症などの特性から入浴を拒否する利用者もいる。その場合は、在宅時の入浴方法や家族の関わり方等を聞き、入浴ができるように職員は工夫している。また、施設独自に作成している介護マニュアルの中から、利用者を円滑に入浴に誘導する方法や、プライバシーに関するマニュアルを参考にして、利用者が少しでも緊張せずに入浴できるようにしている。利用者が、季節ごとに楽しんでいたゆず湯やしょうぶ湯など、入浴時の楽しみ方も取り入れて、無理強ひすることなく、利用者の気持ちを和ませながら入浴支援をしている。</p>			

5	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(0000)</p>	
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		
<p>トイレでの排泄が可能な場合は、様々な工夫をしてトイレへの誘導をしている</p> <p>重度の身体障害がある利用者であっても、尿意、便意があり、トイレでの排泄が可能な場合は、安全面に配慮しながらトイレ誘導をしている。車いすからの立位が難しかったり、不安定な場合は介護支援機器を使用したり、介助方法を工夫して、できる限りトイレに誘導している。睡眠時や日中も、安心のためにパットや介護パンツを利用してもらうことはあるが、利用者の希望があれば、可能な限りトイレへと誘導することで利用者の尊厳を守っている。また、尿路感染症を減らすため、看護師が正しい洗浄方法を指導している。</p> <p>排泄表を作成し、利用者が負担なく排泄できるように支援をしている</p> <p>施設では毎月排泄表を作成し、利用者のトイレ誘導時間、パット交換時間、パットの厚さや大きさを表でわかりやすく色分けしており、職員誰もが適切な排泄支援ができるようにしている。おむつやパットのサイズが合っているか、漏れることはないか等、毎月一人ひとりの排泄状況を確認し、排泄表を作成している。排泄ケアを、「認識から動作に至るまでの利用者の能力を把握して、動作に加えた心理面に配慮した関わり」と位置付け、職員一体となって排泄ケアの向上に取り組んでいる。</p> <p>専門業者による指導や助言を受け、排泄ケアの基本や、排泄用品の機能を学んでいる</p> <p>排泄用品の専門業者から排泄用品の機能把握や、パットの適性利用等について、毎年研修を受けている。利用者ごとに使用しているおむつの評価をして、個別の状況に応じた変更をしている。水分量、食事量、運動量の少ない利用者の場合や、逆に多い利用者の場合等、利用者の生活状況を踏まえ、排泄物品の機能を十分活かすことができるよう適切な使用を図り、不快感を持たせないようにしている。</p>		
6	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(000)</p>	
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		
<p>個別の体力アセスメントを実施し、適切な移動方法で支援をしている</p> <p>理学療法士の指導のもとに移動方法について支援している。つまり歩行、歩行器、車いす等、利用者の移動手段について、理学療法士による体力アセスメント結果を踏まえ、自立を考慮した移動手段となるようにしている。例えば、家庭では歩いていた利用者も、施設は広く、歩行距離も長い場合、安全性を考えて歩行器を使用する等、利用者各自に合わせた移動方法を取っている。歩行時には必ず職員が付くようにしている。その場合、できるだけ歩行を継続できるように職員が手を繋いだり、手すりを伝え歩きする等の工夫をして機能低下を防いでいる。</p> <p>利用者が安心し、職員の負担軽減につなげるため、移乗の場で福祉機器を導入している</p> <p>車いすからベッドへ、ベッドから車いすへ等、利用者の移乗時に福祉用具を使用している。柔らかい布を使ったスライディングボードは、抱きかかえられる利用者の不安感を取り除き、職員の負担も軽減されている。座ったまま移乗できるため、利用者は安心して職員に任ずことができ、職員も2人体制で安全に移乗させている。移乗や移動に際して、職員は常に利用者の意向を確認しながら支援をしている。居室からリビングに出る、時には隣接する公園に出かけるなど、職員の支援で移動することは、利用者の生活の幅を広げている。</p> <p>利用者が何時でも車いすを利用できるよう、理学療法士が車いすを整備している</p> <p>施設では、常時車いすを使用している利用者が65名となっている。利用者の背中湾曲具合、腰の変形等、一人ひとりの身体状況を理学療法士が評価し、利用者合った車いすを提供している。移動手段として車いすを使用するため、リビングにいるときは姿勢を正しく保てるように椅子に移ってもらうことが多い。座位が保てない場合は、利用者の身体状況や体力を考慮し、リクライニングの車いすを提供し、安心安全な移動を確保している。施設で保有している多種な車いすはいつでも使用でき、不具合がないように理学療法士が整備している。</p>		

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す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、定期的の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		
<p>理学療法士は個別の機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を実施している 利用者の身体状況に応じて個別の機能訓練計画書を作成し、プログラムに沿って機能訓練を実施している。寝たきりの重度の利用者であっても、褥瘡にならないよう、関節拘縮が進まないよう、ベッド上で訓練している。機能低下を防止することに重点を置き、計画に基づいて訓練を実施している。また、希望する利用者には、椅子に座ったままで手足を動かす方法を伝えるなど、一人でも簡単にできる訓練方法を教えている。</p> <p>介護職員は、生活の中で機能訓練の要素を意識した生活リハビリを実践している 理学療法士は、介護職員や機能訓練指導員と連携しながら、日常生活支援の中に機能訓練を意識した生活リハビリを積極的に取り入れている。時間がかかっても利用者の持つ残存能力を活かしていくために、様々な生活の場面で工夫をしながら支援している。例えば、リラックスしながら座位を保つために背中など必要な個所にクッションを入れて姿勢を保つ、トイレまで歩く、ベッド周りや必要な場所に椅子を置いて車いすに移る工夫をするなど、一人ひとりの利用者に合わせて、生活の中で動作を繰り返し、機能低下を防ぐように努めている。</p> <p>指先の運動やテレビ体操を利用者に勧めており、作品作りに励む利用者もいる コロナ禍以降、集団で体操をする機会がなくなっている。動かない、動かさないことで徐々に機能が低下していかないように、介護職員は週2回出勤している作業療法士と連携し、指先の運動やテレビ体操を利用者に勧めている。1日2回、みんなの体操の時間に利用者に声をかけており、それぞれ好きな場所でテレビの前に来て一緒に体操をする利用者が増えている。また、指先運動の一つとして作業療法士は塗り絵、貼り絵、縫物などを勧めている。利用者は、作品展への出展を目指し、好きな作業に取り組んでいる。</p>		
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しきみを整えている	○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		
<p>看護師が介護現場に入っており、医療的助言など専門性を高めている 施設には15名の看護師がおり、365日24時間体制で、利用者の健康管理に努めている。胃ろう、吸引吸入、人工肛門など、医療的ケアの必要な利用者の受け入れもしている。また、介護現場にも入り、排泄介助や生活支援も行っており、看護師としての視点を活かした気付きも多く、利用者支援に反映している。利用者の健康管理を適切に行っているため、体調変化等に早期に気付くことができ、早期対応で入院率も減少している。また、看護師の積極的な入院先との連携で早期退院につながっている。</p> <p>QRコードを利用して、看護師が全面的に服薬管理を実施している 医務室には、利用者一人ひとりの顔写真と名前が貼付されている小さな引き出しが重ねられた戸棚があり、そこに各利用者の薬を保管している。薬局から薬包が届くと、看護師が処方箋と照合し、利用者の引き出しに入れている。QRコードによる管理がなされており、服薬確認表に沿って、服薬時間ごとに看護師がQRコードで確認をして薬を準備している。服薬時には服薬チェック表でトリプル確認し、誤薬防止に努めている。服薬確認まで一貫して看護師が行っており、QRコードを導入してからは誤薬事故は減少している。</p> <p>利用者、家族の要望に応じて、看取りケアを実施している 入所の手続きの際に、看取りケア(ターミナルケア)について説明をしている。最後まで施設で過ごしたい、施設で診てもらいたいと希望する利用者は多く、医師により終末期にあると判断された場合に、家族と面談をして意思を確認し、希望があれば「看取りの同意書」を取り交わしている。その後、利用者、家族の意見を取り入れながら終末期における施設サービス計画書を作成している。家族が寝泊まりできるように静養室に移り、身体的・精神的負担を軽減し、安楽、安寧に配慮をしながら過ごせるように各課、各職種が連携しながら支援をしている。</p>		

9	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
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>毎日の生活にメリハリをつけるため、個別の希望に応じた起床や就寝支援を行っている</p> <p>施設では、1日の生活の「始まり」と「終わり」のメリハリをつけるために、就寝時はパジャマに着替え、朝起きたら洋服を着るように支援している。着替えは基本的には入浴時に行っており、汚れない限りは前夜着ていた服をベッド脇に用意して、それを着ている。起床時と就寝時に着替えることで、朝と夕を意識しながらメリハリのある生活を送ることができるようにしている。</p> <p>利用者が出来ることを把握し、起床後の支援でも個性を重視している</p> <p>アセスメント表で洗顔、歯磨き、更衣、整容など、利用者ごとに細かく起床後の日常動作を把握し、出来ないことを支援して1日が始まっている。利用者は、時間がかかってもできることは自分なりに工夫しながら行っている。例えば、上着に着替える、ズボンをはき替える、靴下は職員に一部介助してもらうなど、1日のルーティンとして実施している。排泄についても、介護職員が朝の忙しさの中でも利用者に適切な支援ができるように努めており、快適に1日を始めることができるようにしている。</p> <p>利用者が安定した睡眠がとれるよう、日中活動の工夫をしている</p> <p>個別の利用者の睡眠リズムを把握するため、介護支援機器「眠りスキャン」を導入している。ベッドのマット下にセンサーを置き、睡眠状態や睡眠時間、呼吸などを計測している。パソコンと連動しており、起き上がりの確認もできるようになっている。睡眠時間がわかることで、排泄時間を合わせたり、入眠時間を変更する等、利用者の睡眠リズムに合わせたケアに取り組むことが可能になっている。睡眠が十分とれるように日中活動へ参加を促したり、日光浴をするなど、日中生活を充実させる工夫もしており、利用者の安定した睡眠を支援している。</p>		
10	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>	
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>多様なボランティアを受け入れることで利用者が楽しめるレクリエーションが増えている</p> <p>コロナ禍で中断していたボランティアの受け入れが、5類へ変更となって以降、徐々に増えている。ボランティアが実践するレクリエーションの内容も多様となり、利用者の楽しみが増えている。ボランティアの施設での活動は30年の長い歴史があり、コロナ禍となってから受け入れることは叶わなかったが、様々な分野のボランティアから施設訪問の打診がある。今年度に入り、月間予定表はボランティアによるレクリエーションで埋められている。また、シーツ交換や、何でもしてくれるボランティアの存在もあり、貴重な存在となっている。</p> <p>日中活動が充実しており、利用者の選択の幅が広がっている</p> <p>職員やボランティアにより、利用者の日中活動を充実させるため「生きがい支援策」に取り組み、利用者の楽しみを支援している。四季を感じる年中行事のほか、音楽療法、ドッグセラピー、書道等のクラブ活動、傾聴やコンサート形式の音楽会など、多種多様である。毎月予定を書き込んだカレンダーを作成し、利用者向けに掲示している。自ら申し込みが難しい利用者には、職員が付き添って参加を促している。利用者にわかりやすいように「朗読の会」を「絵本と歌の会」に、「ホーム喫茶」を「喫茶カフェ」に名称変更する工夫もしている。</p> <p>認知症ケアを習得した職員の対応により、利用者の生活が豊かなものになっている</p> <p>認知症のある利用者へのケアの技法として、ユマニチュード専門研修を毎年4日間かけて職員が学んでいる。認知症の特性や寄り添い方等を学び、利用者への支援スキルを高めている。また、提携病院の精神科医師と連携し、具体的なケア方針を立てている。職員は寄り添いのプロとしてのレベルを上げ、働きかけによって、利用者との関係性は穏やかで明るく楽しいものとなり、利用者の笑顔が増えている。さらに、認知症研究委員会を設置し、認知症ケアについて学び、実践することで、利用者の生活や表情も豊かになっている。</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>地域からの要望に応じて、様々な場でボランティアを受け入れはじめている</p> <p>新型コロナウイルスが5類に変更になった頃から、ボランティア活動の再開を希望する声が施設に多く寄せられていた。元来、多くのボランティアの活動の場であったため、地域からの関心が高く、施設では、状況を見ながら受入れを再開している。シーツ交換、訪問マッサージ、爪切りボランティア、傾聴ボランティア、歌の会、絵本の朗読やクラブ活動の講師など、様々な場でボランティアが活動しており、利用者にとって交流の場が広がっている。</p> <p>近隣の保育園や小・中学校との交流は、コロナ禍においても途切れずに続いている</p> <p>施設に近い小・中学校や保育園の子どもたちとの交流が長年続いている。コロナ禍以前は、子どもが施設を訪問したり、ハロウィンでお菓子を配るイベントでは、利用者も手伝っていた。コロナ禍では直接会うことはできなくなったが、子どもたちは手紙や手作りのプレゼントを利用者に送り、利用者もそれにこたえて楽しみながら返事を書くなど、交流は続いている。また、地域の祭りが再開した際には、従来通り神輿が施設に立ち寄り、利用者を喜ばせている。隣接する公園に日光浴に出かけることもあり、地域住民との交流や地域とのつながりは強い。</p> <p>職員が地域に出向いて、専門分野について講演する機会がある</p> <p>施設には、認知症研究委員会、食事・栄養委員会など12の委員会があり、職員は、利用者支援に必要な新たな知識を取り入れ、日々学習をして職員の専門性を高めている。その専門性を地域に還元できるように、公的施設で地域住民に向けて、職員が講師として活動している。高齢者の理解、接し方、在宅支援など、幅広い知識を活かして、地域のために活動している。利用者支援の一つとして、利用者が暮らしていた家や子どもと過ごした公園をドライブして巡ることもあり、地域性を大事にしている。</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>毎月請求書とともに利用者の記録と写真を同封し、家族とのつながりを大事にしている</p> <p>現在、2週間に1度、利用者と家族が面会できるようになっている。家族に利用者の日常の様子を知らせるために、施設では毎月請求書を郵送する際に、その月の利用者の生活等を記載したケース記録や、利用者の写真(毎回ではない)を同封している。施設から家族に近況報告となるケース記録を定期的に送ることで、家族とのつながりを維持し、協力関係を作るように努めている。</p> <p>面会時や会議出席時を利用して、家族と会話の機会を作っている</p> <p>ケアプラン会議やサービス担当者会議へ、家族の出席を促している。家族としての意見や希望を把握する機会になっている。日々、利用者支援をしている介護職員も、家族との会話を通じて、利用者の状況を共有したり、意向を把握するようにしている。ケアマネジャーや相談員に加え、現場の職員と家族が直接コミュニケーションを取る機会を大切にしている。また、面会時においても、家族との会話をするようにしており、家族と介護職員との関係構築ができるようにしている。</p> <p>家族意見交換会では、家族からの要望や意見を聞き、運営や支援に反映させている</p> <p>コロナ禍以前は、家族意見交換会を3か月ごとに開催していたが、コロナウイルス感染症拡大により中断していた。最近再開されつつあるが、リモートでの参加も増えている。家族意見交換会では、家族からの要望や意見を聞いている。施設運営や支援内容に関して、積極的に意見交換ができるように努めている。また、行事が再開されており、今年の敬老の日に参加した家族と積極的にコミュニケーションを図り、意見や意向を把握している。</p>				

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-2-2	虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている
タイトル①	毎年度、権利擁護に係る各種取り組みを実施し、虐待や不適切ケア防止の徹底に努めている	
内容①	毎年度、利用者の権利擁護に係る各種取り組みを実施している。接遇を含む虐待防止・身体拘束をテーマとした施設内研修や虐待防止・不適切ケアをテーマとした法人研修を実施し、虐待や不適切ケア防止の徹底を図っている。また、直接支援職員を対象に、不適切ケアアンケートを実施し、結果を共有している。施設では、アンケートは自己の行為を見つめ直す機会となるとともに、組織として当該行為を許さないことの周知の機会ともなり、その成果は大きいとしている。更に、今年度「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」を作成し、全職員に配布している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-11	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
タイトル②	多様なボランティアの受入れで、利用者は日々の生活の中で自然と地域交流ができています	
内容②	地域からのボランティア活動に関する要望が多く、コロナ禍で中止していたボランティア受け入れを再開している。利用者の生活の場に、訪問マッサージ、爪切りボランティア、傾聴ボランティアが入り、定期的に喫茶も開店するなど、地域のボランティアの活動で利用者の生活は充実している。また、書道や歌などのクラブ活動を担ってくれるボランティアが増えており、日中活動に彩りを添えていき、作品展への出展を目標に貼り絵に励むなど、生きがいにつながっている。ボランティアの活動により、利用者の生活の中で地域交流が自然な形で実施できている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-6-2	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
タイトル③	マニュアルの活用や新人職員研修等、業務レベル向上への取り組みをしている	
内容③	「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」を手引書として活用している。高齢者の基礎知識、食事・排泄・入浴などの日常のケア、不適切ケアやターミナルケア、事故発生時や感染症対応など、高齢者への支援に必要な内容が網羅されている。異動してきた職員や新卒職員などにも配布し、分からない時にいつでも確認できるようにしている。さらに、新入職者職員に対しては、プロジェクトチームを編成し、研修を行っている。その後も、フォローアップ体制作りを行うなど、業務の標準レベル向上への取り組みを行っている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	各課の重点施策は、必ず前年度の振り返りに基づいて策定されるなど、高度にPDCAサイクルが確立された仕組みにより推進されている
	内容	各課の事業計画である当年度重点施策を策定し、推進している。重点施策は、○△×の評価が記載された前年度の振り返りに基づき、策定する仕組みとなっている。その上で重点施策には、可能な限り当年度の数値目標が設定されている。例えば、ある課では、事故発生防止戦略として事故発生数の目標を掲げ、前年度の結果の評価に基づき、改めて当年度の事故発生数及びリスク研修実施数の目標を設定している。各課とも同様の仕組みで当年度重点施策が策定されている。課の重点施策は、高度にPDCAサイクルが確立された仕組みにより推進されている。
2	タイトル	介護システムを活用し、利用者のケアプランや支援手順の内容が充実しており、職員間で共有を図ることが出来ている
	内容	介護システムを活用し、利用者のケアプランや支援手順の内容について職員間で共有を図っている。担当職員が個々の利用者のモニタリングを行い、月単位で支援経過のとりまとめを行っている。各フロアでも、毎日の全利用者の状態を記録し、重要な箇所には色をつけて強調し、見やすくしている。利用者の状態変化による対応手順の変更や見直しがあった場合は、別ファイルに、手順変更内容を分かりやすく写真等で掲載している。ケースの入力件数も増加傾向にあり、職員の記録に対する意識が向上しており、利用者の日常の様子を把握しやすくなっている。
3	タイトル	最期まで食事を経口摂取できるように、利用者の心身状況に合わせて食の形態を変更したり、嗜好品を検討する等の工夫をしている
	内容	年間通して行事食やイベント食を多く提供し、利用者が食事を楽しめるようにしている。また、心身状況の変化に応じて、安全に食事摂取ができるよう専門医と連携しながら食形態を変更するなど、いつまでも経口摂取ができるように支援をしている。また、食事だけで栄養が取れない場合は、利用者の嗜好に合わせて野菜ジュースなど準備している。利用者が、食形態の変更を拒否する場合には、パタカラ体操やトロミの使用で嚥下状態を保つ努力をしている。「健康管理のもとに、美味しい食事を沢山提供してほしい」という家族の要望にも応えている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	第三者委員が利用者にとって身近な存在となっているか検証し、その上でより効果的な方策に取り組んでいくことが望まれる
	内容	苦情対応の仕組みについては利用契約時や担当者会議で説明している一方で、今回の利用者調査では、第三者委員等苦情受付についての認知度が低い面があった。第三者委員は、苦情の直接受付や改善状況の報告聴取の役割として、苦情対応の仕組みの要であり相談窓口の設置、顔写真・電話番号入りのポスター掲示、同広報誌掲載、行事や家族会での紹介等、第三者委員の周知について工夫して取り組んでいる施設も少なくない。第三者委員が利用者にとって身近な存在となっているか検証し、その上でより効果的な方策に取り組んでいくことが望まれる。
2	タイトル	職員育成の取組みをさらに充実させるために、個人別の研修計画の作成について検討することが望まれる
	内容	施設の職員研修は、研修委員会が中心となって推進され施設内研修の企画・運営、受講状況の管理、研修報告書等による振り返り、次年度研修計画の策定を行っている。研修計画では、質量とも豊富な職員研修が予定されている。また、新任職員は全職種についてプリセプター制度を施行しており充実した制度がある。しかし、新任職員を除くほとんどの職員の個人別育成(研修)計画は作成されていない。今後、個人別の研修計画の作成についても検討し、職員育成の取組みをさらに充実させていくことが望まれる。
3	タイトル	コロナ禍を経て、家族意見交換会が再開されつつあるが、家族とのつながりを維持する取り組みを充実させていくことが望まれる
	内容	コロナ禍以前は、家族意見交換会を3か月毎に開催していたが、コロナウイルス感染症拡大により中断していた。今年度再開されつつあるが、リモートでの参加も増えている。家族意見交換会では、家族からの要望や意見を聞いており施設運営や支援内容に関して、積極的に意見交換ができるように努めている。また、行事が再開されており、今年の敬老の日に参加した家族と積極的にコミュニケーションを図り、意見や意向を把握している。今後も家族とのつながりを維持する取り組みを充実し、信頼関係を作って、利用者支援に反映させていくことが望まれる。