

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成30年度)

2019年 3月 14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

〒 164-0001

所在地 東京都中野区中野4-11-10 アーバンネット中野ビル

評価機関名 特定非営利活動法人NPO専門職ネット

認証評価機関番号

機構 02 - 009

電話番号 03-5913-6417

代表者氏名 松浦 哲哉

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	荻原勝利	経営	H1202051
	②	佐田紀美子	福祉	H1601073
	③	須永十三男	福祉、経営	H0201052
	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	めぐみ園		指定番号	1373700101
事業所連絡先	〒	202-0022		
	所在地	東京都西東京市柳沢4-1-3		
	TEL	042-461-2230		
事業所代表者氏名	施設長 森下真樹			
契約日	2018年 8月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2018年 8月 20日			
利用者調査結果報告日	2018年 12月 15日			
自己評価の調査票配付日	2018年 8月 20日			
自己評価結果報告日	2018年 12月 15日			
訪問調査日	2018年 12月 19日			
評価合議日	2019年 2月 14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、利用者本人を対象として1対1での利用者本人への聞き取り形式の調査を実施した。事業評価については、数年継続して実施している点を踏まえ、職員への周知は、シート配付時に内容や記入の流れを簡潔にまとめた書面を同封し、第三者評価の理解と記入法等の周知徹底を図った。事業所の特長や独自の取り組み、工夫点などを重視し、また、課題に対する改善への取り組み状況等に着目し評価を実施した。			

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。

2019年 3月 14日

事業者代表者氏名 森下真樹

印

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 利用者の尊厳を守る</li> <li>2) 安心とぬくもりを感じる生活</li> <li>3) 利用者の立場に立ったサービスの提供</li> <li>4) 入居から最後まで、その方らしく喜びを持った生活</li> <li>5) 利用者とのコミュニケーションを大切にする</li> </ol>
2	<p><b>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）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割 仕事に誇りを持ち、自らの専門性を高める向上心を備えている。職務遂行能力や問題解決能力にたけている。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) 法人理念に基づき、高齢者を敬い日常的な生活援助に喜びを持って接する。</p>

調査対象

事業者との協議により、聞き取りによる調査へ協力してもらえ  
る利用者を対象に調査を実施した。

調査方法

担当評価者により個別に1対1での利用者本人への聞き取り  
調査を実施した。各居室や食堂の片隅等を利用して、リラック  
スした雰囲気の中、プライバシーにも配慮しながら実施した。

利用者総数

80

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	36	36
0	33	33
0.0	41.3	41.3

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**

めぐみ園(特別養護老人ホーム)を総合的に見て、どのように感じているかの質問に、回答者の約12%が「大変満足」、約46%が「満足」と答えている。また、「どちらともいえない」(約24%)、「不満」(約6%)との回答も少数みられるが、総合的な満足度は「大変満足」・「満足」を合わせて約58%とおおむね高い評価とみられる。自由意見としては「食事がおいしい」、「職員さんが良くしてくれる」、「思いやりがある」、「何でも言える」などの意見が寄せられている。少数の意見として「利用者に立ち場に立った取り組み」、「対応を早くしてほしい」、「考えないようにしている」、「言ってもしょうがない」など、利用者の率直な意見も寄せられている。各項目においても、「食事」(問1)、「必要な介助」(問2)、「清潔・整理」(問5)、「職員の対応」(問7)については、「はい」との回答が70%以上を占めており、利用者からの一定の評価を得ていると思われる。他の項目については、「どちらともいえない」との回答がやや多い傾向もあり、「非該当」・「いいえ」の回答を含め、評価が分かれた結果となっている。

**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	25	6	1	1
<p>回答した利用者の約75%が「はい」と回答している。「おいしい」、「良い」、「まあまあ」、「やわらかい」など、施設の食事の内容や取り組みを評価する意見が寄せられている。一方で、「どちらともいえない」の回答は約18%あり、「好き嫌いが多い」、「あまりおいしくない」、「普通」との意見が寄せられている。また、「いいえ」、「無回答・非該当」の回答もみられ、「ペースト状で美味しくない」などの意見も寄せられている。</p>				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	24	4	1	4
<p>回答した利用者の約72%が「はい」と回答している。「皆良くしてくれている」、「良い・優しい」、「親切」、「悪くない」、などの高い評価の意見が寄せられ、必要な介助に対する職員の対応をおおむね評価している状況がうかがえる。一方で、「どちらともいえない」・「無回答・非該当」は各約12%あり、「どちらともいえない」との回答からは、「対応が遅い」、「自分でやっている」などの意見も寄せられている。</p>				
3. 施設の生活はくつろげるか	14	14	2	3
<p>回答した利用者の約42%が「はい」と回答している。「話をすること」、「趣味活動」、「習字」、「音楽を聴くこと」などのそれぞれの楽しみなことや様々な過ごし方の意見が出ている。一方で「どちらともいえない」との回答も約42%あり、「あまりやりたいことがない」、「読書会がなくなった」、「イベントをやっているが参加しない」などの意見も寄せられている。また、「いいえ」の回答からは、「転んだので足が痛い。参加できない」との意見が寄せられている。</p>				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	19	9	2	3
<p>回答した利用者の約58%が「はい」と回答している。「しっかりしている。顔色を見て声かけしてくれる」、「リハビリを週1回・助かっている」、「よく寝られたなどと聞いてくれる」といった意見から、職員の対応を評価している状況がうかがえる。「どちらともいえない」との回答もやや多く(約27%)からは「聞かれるほど悪くない」、「トイレが近くて困っている」などの意見も寄せられている。</p>				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	26	2	1	4
<p>回答した利用者の約79%が「はい」と回答している。「よくやってくれている」との意見があり、おおむね施設内の清掃、整理整頓に対する事業所の取り組みを評価している状況がうかがわれる。「どちらともいえない」との回答からは、「トイレのにおいが気になる」との意見が寄せられている。</p>				

6. 職員の接遇・態度は適切か	21	4	4	4
<p>回答した利用者の約64%が「はい」と回答している。「一番良い・優しい・気軽に言える」、「普通だと思う」、「親切です」などの意見が寄せられ、職員の対応を評価している様子が感じられる。一方で、「どちらともいえない」・「いいえ」・「無回答・非該当」は各約12%の回答があり、「どちらともいえない」との回答からは、「人による」、「いいえ」との回答からは、「決まり文句でお待ちください」といった意見が寄せられている。</p>				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	24	4	1	4
<p>回答した利用者の約73%が「はい」と回答している。「安心できる」との意見が寄せられ、健康面での施設の取り組みを評価しており、職員への信頼の状況がうかがえる。また、「どちらともいえない」・「無回答・非該当」との回答は各約12%あり、「どちらともいえない」との回答からは、「自分のわがまま」といった意見も寄せられている。</p>				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	10	6	1	16
<p>回答した利用者の約48%が「非該当・無回答」と回答している。「聞いたことがない」、「いさかいやいじめはないので」との意見が複数寄せられている。約30%が「はい」と答え、「いさかいは大嫌い」、「間に入ってくれる」などとの意見が寄せられ、利用者同士のトラブル等への対応に関する職員への信頼の状況がうかがえる。また、「どちらともいえない」との回答(約18%)からは、「あまり見たことがない」との意見が寄せられている。</p>				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	22	6	1	4
<p>回答した利用者の約67%が「はい」と回答している。「話し合いをしてくれる」などの意見が寄せられ、利用者の気持ちを大切にされた職員の対応をおおむね評価している様子がうかがえる。また、「どちらともいえない」との回答(約18%)からは、「わからない」、「特別でない」といった意見が寄せられている。</p>				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	22	4	1	6
<p>回答した利用者の約67%が「はい」と回答している。「個室なので(守られている)」、「秘密はない」、「トイレが悩み・人による」との意見が寄せられ、個室との環境の安心感と職員の対応をプライバシーの保護に関しておおむね評価している様子がうかがえる。「どちらともいえない」との回答(約12%)からは、「わからない」との意見が寄せられている。</p>				
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	11	13	3	6
<p>回答した利用者の約33%が「はい」と回答し、「娘と一緒に」との意見が寄せられている。「どちらともいえない」(約39%)が最多の回答数となっており、「職員間でやっているようです」、「あまりない」などの意見が寄せられている。また、「いいえ」(約9%)・「非該当・無回答」(約18%)の回答からは「聞いてない」、「計画は不明・家族は来ない」といった意見も寄せられている。</p>				
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	7	16	5	5
<p>利用者の約21%が、「はい」と回答し、「リハビリのこと？」との意見が寄せられているが「どちらともいえない」が約48%と最多の回答となっている。「あまりない」、「たまにリハビリをする」、「具体的な話が分からない」、「難しい話は不明」などの意見が寄せられている。「いいえ」・「非該当・無回答」は各約15%で「いいえ」では「聞いてない」、「非該当・無回答」では「計画は不明・家族は来ない」との回答が寄せられている。</p>				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	14	13	2	4
<p>回答した利用者の約42%が「はい(対応されている)」と回答して「説明してくれる」、「あまり言わない」、「困ったことはない」などの意見が寄せられているが、「どちらともいえない」との回答も約39%あり、「トイレがすぐ対応してくれない」、「人員の問題が理由となる」、「人による」などの意見が寄せられている。「いいえ」(約6%)からは、「言う方が無理(話し相手が欲しい)」との意見が寄せられている。</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	2	0	26	5
<p>回答した利用者の約79%が「いいえ」と回答している。「はい」との回答は2名で、「どちらともいえない」との回答はなく、「非該当・無回答」は約15%の回答が寄せられている。また、各項目共利用者の意見は寄せられていない。全体的に利用者本人の認識度は低い傾向にある。</p>				

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 <b>7/7</b>
	<b>評価項目1</b> 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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	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 <span style="float:right">○非該当</span>
	●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 <span style="float:right">○非該当</span>
	<b>評価項目2</b> 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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	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 <span style="float:right">○非該当</span>
	●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 <span style="float:right">○非該当</span>
	<b>評価項目3</b> 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 <span style="float:right">評点(〇〇〇)</span>	
	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 <span style="float:right">○非該当</span>
	●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 <span style="float:right">○非該当</span>
	●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る <span style="float:right">○非該当</span>
	カテゴリー1の講評	
	法人の理念・行動指針などが明示されて職員・利用者・家族に周知を図っている 法人の理念はミッションステートメントとして行動指針と共に玄関・ワーカールームなどに掲示されホームページ・事業計画書・季刊誌(いきいきまーち)及び新入職員研修・全体研修・管理者・リーダー層向けに半期ごとに行われる打ち合わせ会、家族会や家族の参加する行事などあらゆる機会を通じて職員・利用者・家族に向けて理解を深める取り組みをしている。また、事業所の運営方針をワーカールームに掲示している。利用者に向けた「めぐみだより」や利用者懇談会などで説明している。家族には「めぐみ通信」において周知を図っている。	
	経営層は理念・行動指針などに基づいた自らの役割と責任を職員に明確にしている 経営層は運営組織図・役割分担表などで役割と責任について明確にしている。法人の目指している理念・行動指針・経営方針などの実現に向けて経営会議・統括長会議・管理者会議などで審議、決定事項については施設長が施設の方針として落とし込んで統括長・施設長・室長・主任が参加する月1回開催の主任会議や2か月に1回開催される部署内研修で説明し、職員には室長・主任などが朝礼・面談や日常の会話、法人内の通信システム(電子会議室)などを通して理解を深める取り組みをしている。	
	重要な案件を決定する手順を明確にし、その内容を関係者に周知している 法人の重要な案件は月2回開催の経営会議、月1回開催の総括長会議・管理者会議などで検討して理事会で承認される。施設長がその内容と決定経緯を月1回開催の主任会議・法人内の通信システム(電子会議室)・フロア会議や朝礼などで説明して職員に周知に取り組んでいる。また、家族には定期的に送付する「めぐみ通信」や家族会・行事などで伝えて家族と利用者にはフロアに掲示している「めぐみだより」、利用者会議・館内放送及び日常の会話の中で伝えて理解を深めている。	

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

### 事業所を取り巻く環境を多彩な方法で情報を把握・検討して課題を抽出している

第三者評価の利用者アンケート・利用者会議・居室担当者・ケアマネ・家族会・意見箱などから家族・利用者の情報、主任会議・フロア会議や個人面談などで職員の意向、西東京市の社会福祉法人連絡会・審議会などへの参加で地域の福祉や福祉事業全体の情報などを多彩な方法でそれぞれ情報を把握している。それらの情報は必要に応じて管理者会議・統括長会議などや事業所の主任会議などで検討して課題を抽出して対応している。また、法人の経営状況については管理者会議にて報告し、検討して適切に対応している。

### 法人の設立100周年に向けて理念などに沿って10年間の中・長期計画を策定している

法人のミッションステートメントで表明している理念に沿って設立100周年に向けて中長期計画委員会で具体的に2014年～2023年間の10年の中長期計画を体制・人事・職員待遇・財務・建物・設備と備品・IT化・建替えの8項目に渡って策定して実施している。中長期計画を踏まえて主任会議で職員の意向・意見・要望を加味して単年度事業計画を策定、その計画に沿った予算編成を行ない経理のヒヤリングを受けて実施している。

### 事業所の理念などの実現に向けた計画推進にあたり、進捗状況を確認して見直している

事業所の目指している理念などの実現に向けた計画の推進にあたり、事業計画書を指標の基本として各部署の活動のコンセプトを明確にしている。今年度より各係・プロジェクト・各委員会に主任以上の幹部職員を1名配置してそのチームの役割・活動方針・進捗管理を行っている。決定権を持つ者が入ることによって今まで決定できなかった事項が決定できるようになり、サービスの向上に繋げている。また、上期・下期に主任会議で計画の進捗状況の把握して必要に応じて見直しをしている。

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

**全職員に守るべき法・規範・倫理などを周知して遵守するように取り組んでいる**

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・倫理は、法人のミッションステートメント(理念)と行動指針及び事業所の運営方針によって明確にしてワーカー室などに掲示している。新入職員には理念と守るべき法・規範・倫理など職員の心得を中心とした研修を4月、5月、10月の3回実施して理解を深めている。また、職員には毎年開催している階層別研修や年2回開催する全体研修などでもミッションステートメントなどを取り上げて定期的に周知を図り、遵守されるよう取り組んでいる。

**利用者の意向の把握と職員の虐待について研修に参加するなど周知に取り組んでいる**

苦情解決制度について、利用者・家族には契約時に重要事項説明書で説明し、苦情受付の担当者と責任者を明確にして掲示している。意見箱はフロアのわかりやすい場所に設置している。家族会や日常の会話・モニタリングなどで利用者・家族などの意見・要望・苦情を把握している。苦情などは家族会で内容を説明するなど迅速に対応し、虐待については生活相談員を窓口として家族との連携を密にして市などの行政機関などと連携する体制となっている。また、権利擁護・虐待防止・接遇などの内外の研修に参加するなど職員の周知に取り組んでいる。

**地域の方々との交流や施設全体の専門性を発揮した情報提供に積極的に取り組んでいる**

地域の福祉ニーズに基づいた地域関係機関や住民との交流を通じて地域福祉の向上に取り組んでいる。地域のボランティアを増加し、毎年行なわれる法人行事の「いきいきさんデー」では中学生の合唱・大学生の管弦楽や健康美容・模擬店・花とお菓子の販売など、地域交流が活発化している。さらに、地域交流を目的として中庭を開放したカフェ「ぽぽたんカフェ」を通じた地域の方々との交流や施設全体の専門性を発揮した情報提供に積極的に取り組んでいる。

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(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(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><b>法人全体でリスクマネジメントに計画的に取り組んでいる</b>  法人内各事業所と「安全衛生」「防災」「感染症対策」の各委員会を設けて各リスクに優先順位を付けて対策を講じている。経営を阻害する可能性のあるリスクについては最優先として経営・総括長・管理者の各会議で検討して対応している。事業所では「事故対策委員会」でヒヤリハットを解析するなど事故防止に計画的に取り組んでいる。。また、事故・感染症・侵入・災害などが発生した場合は各委員会で検討・分析して再発防止対策を講じている。必要に応じてマニュアルの見直しを行なっている。</p> <p><b>法人として事業継続計画(BCP)について各部署の職員が参加して策定している</b>  法人として深刻な災害などに遭遇した場合に備えて、事業継続計画書(BCP)について、前年度は水害対策などを中心に防災委員会を11回開催している。各部署の職員が参加して、具体的に事業再開までの復興計画を検討して策定している。具体的に被害想定をして被害状況の把握・資源の確保、初期対応、救護、情報収集、医療品確保及び水害対策の止水・漏水対策などを消防計画書に記載している。今年度も地震発生時の対応を中心に対策を検討していく予定である。また、必要に応じて消防計画などの改訂・消防訓練を実施している。</p> <p><b>事業所の情報管理については適切に管理を行ない活用している</b>  情報の収集・利用・保管・破棄などの管理については文書管理規定に定めて職員が閲覧できるようにしている。情報の重要性や機密性を踏まえて職階別・個人別にアクセス権限を設定、紙資料についてはファイリングされ施設長・室長が整理して施錠出来るキャビネットに保管している。介護記録や支援計画はデータ化され必要に応じて更新、最新の情報が共有化されている。また、個人情報保護については個人情報保護規程で定め、年1回職員に研修を実施して周知を図り、ボランティアにはオリエンテーションで説明して周知を図っている。</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	12/12
<b>評価項目1</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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
<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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
<b>評価項目3</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇〇)</span>		
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
<b>評価項目4</b> 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる <span style="float: right;">評点(〇〇〇〇)</span>		
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	
●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-5の講評

**学生のニーズにより適したプログラムの作成など、人材の確保に取り組んでいる**  
 新卒の確保に向けてインターンシップの実施から3年目を迎え、学生のニーズにより適したプログラムの作成に取り組み、福祉を学んでいない学生を含め幅広くアプローチしている。合同説明会への参加や卒業生の学校訪問などにより新卒者を毎年確保している。採用後の職員には年3回の新人研修・前年度には初めての試みとして一泊研修を実施した。従来から実施しているエルダー制度を活用して理念の浸透と専門性を高めている。また、人事評価制度を活用して将来を見据えた異動や登用を実施している。

**各職層の役割を明確にし、個人面接で意向などを把握して人材育成に取り組んでいる**  
 各職層の役割を明確にし、個人面接などを通じてキャリアパスをわかりやすく説明して目標面接シートなどで個人のチャレンジ精神や意向・意見・要望などを把握している。本人の適性などを加味し、未来の方向性を示して人材育成計画を策定してその成果を確認して必要に応じて計画を見直している。職員研修は新人職員(3回)、2年目から5年目、6年以上、主任・リーダー、管理者向けの各階層別に行ない、さらに、資格取得や職員教育を実施してキャリアパスに対する理解を深めるように取り組んでいる。

**職員の意欲向上と組織のチームワーク向上に取り組んでいる**  
 人事評価は年3回実施され目標管理シートや個人面談などで評価して育成計画・賞与などに反映している。リフレッシュ休暇・ノー残業デー、サークル活動へ補助などを行ない、職員の憩いの場所として食事・飲み物を提供する「SUI」を2か月に1回提供している。職員のストレスをコントロールできるようにストレスマネジメントを実施するなど、職員の精神面にも配慮した意欲向上とチームワークの向上に取り組んでいる。

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)

その人らしい生活を送ることができるように支援していくためには、個別性の高いプログラムの構築や余暇活動時間の充実が必要であるとの観点から、前年度(2016年度)からの継続課題として、個別ケアの充実に向けて余暇活動時間の拡充への取り組みを目標とした。手順として、レクリエーション検討委員会を設置し、余暇活動の在り方を検討した。各利用者のADL(日常生活動作)、性格や状態を基に利用者一人ひとりに合った余暇活動を選定し、個別とグループに分けて実施する計画を立案し、日々の支援の中に計画的に盛り込み実施するように取り組んだ。日々のレク活動は、体操・音楽鑑賞・カラオケゲーム・書道・創作活動・園芸・買い物・外食等、利用者の身体機能や希望に応じて多くの活動が設定されている。これらは希望者や施設サービス計画の対象者等、内容に適した利用者が参加しているため、選択肢が多く、充実した余暇活動となっている。個別レクについては、認知症や介護度の重い利用者を中心とした実施になった。

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語の選択に関する講評

行事や活動は、個人のアセスメントとニーズを把握して実行がされているが、利用者の状況に合わせて適時、グループレクや個別レクのメンバーの見直しを実施していく必要があるとして、次年度の実施の中での対応に継続している。近隣に小学校や中学校がある利点を生かして運動会などの見学、散歩で外気浴を行なうなどの外出支援については、社会資源のさらなる活用のもとでの積極的な参加など、利用者が地域の一員として生活していくような支援の必要性を課題としている。次年度(平成30年度)の重点課題としては特に挙げていないが、取り組みとしては、レクリエーション検討委員会を中心に、一人ひとりの支援の中で継続した取り組みが実施されている。

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)

入居者に対してより高いサービスを継続的に提供するためには、職員の安全衛生を向上させる必要があるとの認識のもとで、「安全衛生への取り組み」を前年度(2017年)の課題・目標の一つに掲げ取り組みを行なった。2017年6月の内部研修として、職員の安全衛生に関する意識を高める内容の研修として危険予知訓練を実施している。また、利用者の重度化に伴う介護職員の腰痛リスク軽減に向けて介護補助用具の活用、介護技術の向上、マニュアルの整備業務量の見直しに組み込み、2016年度から導入している介護補助用具のスライディングシート・スライディングボードをより実践の場面で活用できるようにマニュアルを整備して個別的に研修を実施している。さらに、車椅子使用者の体重測定のため負担軽減のために車椅子用体重計を購入した。また、東京労働局主催の「わたしの安全宣言コンクール」に25点、業務改善の工夫提案に25点提出して安全宣言コンクールで優秀作品賞を受賞している。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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)</li> <li><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</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><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</li> </ul>

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

前年度の取り組みの結果、介護補助用具の導入はより安全な介護に繋がり、職員の腰痛の減少が図られて事故予防に繋がっている。また、標語と業務改善コンクールに参加するなど職員の認識の向上に繋がってきている。継続して利用者から期待される施設の役割を明確にし、その役割を継続的に提供するために力を入れるべき利用者の支援に集中するとの観点や職場の安全衛生の観点から、業務の方法や分担などを洗い出し、見直して業務改善を行なう必要があると認識している。今年度(2018)年は、課題の一つとして掲げられている「リスクマネジメントの取り組み」の中で、事故や感染症対応など併せて、未然に防ぐこと、最小限にとどめることに焦点を置いて取り組み、その改善内容を職員に周知浸透させることを日々の業務の中で実践していくこととしている。



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1の講評	
	組織としての透明性やわかりやすさを重視した情報提供に取り組んでいる 法人のホームページやパンフレット(「法人のご案内」)、季刊誌「いきいきまーち」などにより情報提供を行っている。今年度ホームページは更新されており運営法人の概要、各種事業案内、地域活動の他、法人の案内や季刊誌、さらに、事業計画書・事業報告書・決算報告書など新しい情報が掲載されている。また、「介護保険事業者ガイドブック」・「高齢者の手引き」に情報を載せて公開している。組織としての透明性、わかりやすさを重視した情報提供に取り組んでいる。  情報提供は事業所内の掲示板や「めぐみ便り」・「めぐみ通信」を通じて行なっている 入所されている利用者への情報提供は、掲示板や毎月発行している「めぐみ便り」で月間のスケジュールを含めて伝えている。めぐみ便りは掲示板にも拡大して掲示され、また、希望する利用者にはクリアファイルを活用して配布するなど、確実に情報が伝わるよう工夫している。面会の方にも掲示板の活用と、園芸アルバムなどをフロアに設置して、利用者の様子を写真で見ることができるようになっている。さらに、家族に対して「めぐみ通信」を発行し、施設・利用者の様子・行事などの写真を掲載して郵送している。  問い合わせや見学には生活相談員が中心となって柔軟に対応している 問い合わせや見学には、生活相談員が対応している。見学は、基本的には希望の日を調整して個別に案内しているが、突然の見学希望者にも柔軟に対応できる体制にある。生活相談員は、土・日・祝日も対応できるように配置し、わかりやすい説明、丁寧な見学案内が行なわれている。利用者の状況に合わせて、また、必要に応じて当法人以外のサービス提供や同一法人内の他のサービス内容についても相談に乗っている。	
	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(000)
	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	

<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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
<b>サブカテゴリー2の講評</b>		
<p>サービス開始時は「入所受付対応手順(マニュアル)」に沿った対応に取り組んでいる</p> <p>サービス開始にあたっては、「入所受付対応手順(マニュアル)」等に沿った対応を基本として、契約書・重要事項説明書・めぐみ園入所案内等を用いてサービス内容・料金・施設での生活のルール・必要な持ち物等を説明し、同意を得ている。本人と家族の同席のもとで、それぞれの意向、支援に必要な個別事情や要望等を確認し、フェイスシートやアセスメントシートに記録し、入所後の利用者サービスが適切に行えるように努めている。</p> <p>入所に際して利用者の不安やストレスが軽減されるような配慮をしている</p> <p>入所に際して事前に得た情報についてフェイスシートやアセスメントシートに集約して各職種へ伝え、受け入れ体制を整えている。また、面接・自宅訪問時に利用者が生活していた環境を確認し、入所後の環境の変化に適応しやすいように家族等の協力のもとで、それぞれの意向、支援に必要な個別事情や要望等を確認しフェイスシートやアセスメントシートに記録して職員間で情報の共有化を図り、利用者の不安やストレスが軽減されるような配慮をしている。</p> <p>状態の変化や入院時には利用者・家族の不安軽減、支援の継続性に配慮している</p> <p>入所の際に、終の棲家としての施設における看取りケアの姿勢を説明している。医療機関等への入院の時には必要に応じて医療機関へ情報提供を行ない、状況に応じて優先的な再入所の対応などを伝え、利用者・家族の不安軽減、支援の継続性に配慮している。また、利用者の状態の変化など状況を踏まえて、ターミナルに対する家族への説明や看取りケアについての希望を確認し、確認書・同意書等に基づき支援ができる体制をとっている。さらに、家族に対するグリーフケアの実施などの対応も行なっている。</p>		
<b>サブカテゴリー3</b>		
<b>3</b>	<b>個別状況に応じた計画策定・記録</b>	<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</b> <b>10/10</b>
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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
<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直しをしている	<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

<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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
<b>評価項目4</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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
<b>サブカテゴリー3の講評</b>		
<p><b>利用者把握はアセスメントシートから導くストレングスシートを活用して行なっている</b>          「アセスメント手順」・「ストレングス手順」として、居室担当職員を中心に利用者のアセスメント(評価)の手順を明確にして取り組んでいる。アセスメントシートとアセスメントシートから導くストレングスシートを活用し、利用者の把握、課題分析を行い、利用者の出来ることに視点をおき、サービス計画を作成している。介護保険の更新月や3か月経過後にモニタリング(支援の実施状況確認)を実施し、モニタリング総括表に集約し、次回のアセスメント計画の見直しに反映する仕組みになっている。</p> <p><b>個人別の施設サービス計画書を作成して個々の目標・支援内容を明確にしている</b>          居室担当者を中心に利用者の希望等を聞き取り、利用者ニーズを把握してその人らしい生活を送るため個々の目標・支援内容を明確にした個人別の施設サービス計画書を作成している。「ケアプラン作成手順(マニュアル)」に手続きを明確にして多種多様な職員(介護支援専門員、担当介護職員、その利用者の状況により、看護師、栄養士、機能訓練指導員等)と利用者・家族にも参加をお願いし担当者会議(カンファレンス)でその内容を検討している。参加が難しいときは、介護支援専門員が面談しサービス内容等を説明し、同意を得ている。</p> <p><b>専用のシステムを活用して利用者情報の共有化を図り支援に活かしている</b>          各職種・各職員が把握した利用者の情報はパソコンで記録し、専用のシステムを活用した情報の共有化を図り支援に活かしている。職員は勤務の初めに必ずパソコンで状況を把握したうえで援助を実施している。重要な事項や急を要する事項はフロアノート、ワーカールームのホワイトボードを活用し迅速に対応出来るようにしている。回覧物は確認シートで漏れのないようにしている。事業所としては、記録に関する内容・表現・方法についての質の向上に向けたチェックや指導など、取り組みの必要性を課題として捉えている。</p>		
<b>サブカテゴリー5</b>		
<b>5</b>	<b>プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</b>	<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</b> <b>5/5</b>
<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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

<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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
サブカテゴリー5の講評		
<b>利用者の個人情報保護・プライバシーの保護に努めている</b> 法人の行動指針(利用者さまの個人情報を適正に管理しプライバシーの保護に努める)に基づき、利用者の個人情報保護・プライバシーの保護に取り組んでいる。利用契約時には、個人情報保護方針・利用目的について説明し、利用者・家族から個人情報使用に関する同意を得ている。居室は個室でプライベート空間が確保されている。個人情報や接遇研修を行っており、面会記録は職員以外の方の目に触れないように工夫し受付箱を設置している。入浴・排泄マニュアル等で羞恥心に配慮した対応を明記している。		
<b>個人の意思を確認・尊重して要望に沿った支援に取り組んでいる</b> 食事や活動の参加など日々の支援について、個人の意思を確認・尊重して要望に添えるように努めている。身体拘束・虐待対応のマニュアルを整備し、権利擁護や身体拘束防止研修の実施やミーティングを通じて職員へ周知している。研修は、映像を通じて実例を使って振り返り、一人ひとりの職員に応じた指導を意識して取り組み支援に努めている。法人の第三者委員会の設置、自治体関係機関との連携体制など、組織的な体制整備にも取り組んでいる。毎年度、第三者委員会に報告する機会を持ち、苦情の未然防止につなげている。		
<b>価値観や生活習慣に配慮し自由な生活が出来るよう支援している</b> 日々の支援や居室担当者を中心とした利用者の聞き取り等を通じて、ニーズを把握し、その人らしい生活を送るための個々の目標・支援内容を明確にした個人別の施設サービス計画書を作成している。支援にあたっては、居室内の装飾や信仰の自由の尊重など、利用者の価値観や生活習慣に配慮した支援に取り組んでいる。他の利用者の迷惑にならない範囲での自由な生活が確保されている。		
サブカテゴリー6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 <b>5/5</b>
<b>評価項目1</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
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
<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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

**各種マニュアルの作成や見直しに取り組んでいる**

めぐみ園業務マニュアルが作成されている。管理者及び主任・リーダーが中心となって、各種マニュアル(手順書)の作成、見直しなどの整備に取り組んで、業務マニュアルを中心に、業務の標準化を図っている。年度ごとの更新の他、変更の必要性が生じた際にはマニュアル検討委員会が主体となり検討している。入職時には業務マニュアルを職員に配布、各階のワーカールームにも設置し、いつでも閲覧できる環境になっている。さらに、24時間の業務を洗い出しを継続し、業務の効率化を図っている。

**めぐみ園全体研修など研修や勉強会を計画的に実施し、スキルアップに努めている**

法人全体の研修委員会と連動して、職員のスキルアップと業務の質の向上を図るために、めぐみ園全体研修、外部講師による研修、施設外研修、内部勉強会などが計画的に実施されている。実践と学びを取り入れスキルアップを図っている。また、ミッションステートメントの理解を深める新人研修に力を入れて取り組み、主任・リーダー・相談員・看護師が日常的に職員の指導を行ない、相談に応じている。

**業務の一定水準の確保・向上については各種委員会活動を通じて取り組んでいる**

事業所内に、広報・マニュアル作成・排泄・褥瘡対策・レクリエーション検討・身体拘束廃止・事故防止等の各種委員会組織を設け、その活動を通してサービス品質の向上や利用者の安全対策などの情報を職員に周知して共有化を図り、業務の一定水準の確保・向上に取り組んでいる。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		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>日々の個別のケア内容の確認・伝達は毎朝のミーティングで実践されている</p> <p>ケア内容は施設サービス計画の週間計画に記載され個別ケア内容は場面ごとに詳細が一覧表に落とし込まれている。職員はパソコンでの情報共有と現場用の一覧表をもとにケアにあたっているが、必ず毎朝の各フロアでミーティングを行なっている。各フロアの全体を仕切る日勤者や看護師や栄養士等の他職種が一日の流れや個別の注意事項や外出者の確認をしてその内容をフロアに伝達している。そのため職員は日々の利用者の状況を把握しながら計画内容に基づいた支援を提供することができる。</p> <p>多職種連携が機能しており、利用者の状況に応じケア内容を臨機応変に変更できる</p> <p>定期的なサービス担当者会議は、介護支援専門員の他に機能訓練指導員や看護師・保健師など必要に応じて多職種が参加し様々な視点からより良い支援となるよう検討がなされている。嚥下状態や歩行状態の低下などに変化が見られた場合は、専門職と相談して個々に適したケア内容になるよう随時検討し変更している。介護職員と専門職との連携がなされ、相談しやすい環境であることが伺える。</p> <p>利用者個々のストレンスを尊重し利用者が自信を持てるような支援に努めている</p> <p>施設サービス計画の作成時にはアセスメントシートとともに利用者のストレンスシートを作成し、利用者のストレンス(強み)・出来ていることに着目し、さらに良くなるためにどう支援するかに重点をおいている。支援時や声かけなどの際に利用者ができていることがさらに良くなるためにどう支援するかを課題としている。日常の支援時や会話時などに利用者にてできていることを伝え利用者自身がそれを認識することで、自信を持つことができ精神的な安定と自立につながるよう支援に努めている。</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

入所時に個々の栄養ケア計画を立て、定期的に評価を行っている

管理栄養士は入所時に、利用者の食事に関する情報を把握して栄養ケア計画を作成している。栄養ケア計画では、把握した本人の意向を表出し、長期・短期の目標を明確にしている。特に入居直後は嚥食状態が不安定なことがあり、具体的な食事提供の方法を提示している。その後は栄養ケア計画の定期的な評価を行い、毎月実施する栄養スクリーニングでは、毎月測定する体重の推移に基づきBMIを導き出し、食事摂取量、アルブミン値などを踏まえて栄養レベルを明らかにしている。

利用者ごとの身体状況に応じた療養食の提供及び低栄養・高リスクへの対応をしている

毎月実施する栄養スクリーニングによる低栄養状態のレベル、また、褥瘡の有無などに応じたそれぞれのレベルごとに定められた栄養アセスメント・モニタリングを実施している。この評価では、身体状況、食生活状況から他職種による栄養ケアの課題を抽出したうえで総合的な評価を行なっている。さらに、疾病に応じた療養食の塩分制限食や腎臓病食を提供している。高リスクの利用者に対しては、食欲がある場合はお代わりや高カロリー食を提供している。

歯科医師の助言による嚥下状況の確認と評価を実施し経口維持に取り組んでいる

事業所では、出来るかぎり経口摂取することを目的として、栄養ケア計画の中で、嚥下状況で特別な配慮が必要な利用者には、歯科医師による嚥下評価を行い経口維持計画を作成している。毎月嚥下評価を実施して利用者に変化がある場合など状況に応じて内視鏡を用いて、より専門的観点からの状況把握と評価を行ったうえで、専門職と相談しながら食事環境の見直しをしながら経口維持に取り組んでいる。

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

季節感のある食事や行事食の提供に努め、利用者の気持ちを高めている

ひな祭りのちらし寿司や土用のうなぎ、年末年始の年越しそばや雑煮等、季節ごとの行事食や旬の食材を使った食事を提供している。また、毎月の誕生日食や選択食の提供も行なっている。毎月提供している麺類は、食欲の低下しやすい夏は週2回提供となっている。これらの取り組みから、食事を通じて四季の変化や年中行事を意識し食事・生活のマナー化を予防し意欲の向上ができるよう取り組んでいる。家族が参加する行事では、家族と一緒に食事の機会を設けるなど楽しいひと時を提供している。

環境面でも配慮し食事が自分のペースで摂取できるよう工夫している

食事は各フロアごとに食堂兼ホールで摂っている。車椅子利用率が高いため、利用者が落ち着くようテレビや掲示物の配置は全体的に低く設置されている。食事時間は2時間を設定しており、食事以外にもテレビ鑑賞や休憩等の利用者も多い。各利用者が心地よく食事出来るよう、テーブルの配置や椅子の向き、自助具の活用など利用者のペースで安心して食べられるよう努めている。また、食事は、温冷配膳車で運んでおり、メニューごとに適した温度で提供することができている。

利用者個人に合わせた食事形態を提供できるよう様々な取り組みを行っている

アセスメントや意見聴取、嗜好調査などから利用者個々に合わせた食事を提供できるよう様々な取り組みを行なっている。栄養アセスメントを実施し栄養・咀嚼・嚥下状態に合わせ、カロリー・塩分等の調整と刻みやとろみ等の食事形態や配膳方法に至るまで検討し提供している。また、食事直前であっても利用者の状態に合わせて食形態の変更に対応している。また、好きな食材をおいしく安全に摂取できるよう、専門職と介護職員の視点からきめ細かく支援している。

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(0000)
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(個室、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

状況に応じて入浴体制を工夫し利用者の希望に柔軟に対応している

一般浴を週4回実施することにより、一人週2回の入浴回数は変わらないが、希望の時間や曜日に合わせることや、体調不良による入浴できない場合の振り替えに対応でき、入浴支援について時間的余裕ができ、職員は時間に追われることなく、より利用者目線で介助することができている。定期的な見直しや職員の身体的な負担増などの課題もあり、今後も検討が必要だが体制変更により入浴の満足度は向上している。

事故やトラブル防止のため入浴介助一覧表をもとに詳細な申し送りがなされている

個別の入浴日や介助方法は施設サービス計画に記載され、現場用に入浴介助の一覧表に集約されている。担当職員は一覧表により確認し介助にあたっている。一覧表は個別の希望や介助方法、身体状況による安全面の注意事項などが簡潔に記載され、毎月更新されている。直近の状況は、朝の申し送り時に当日の入浴者の確認と看護師との打ち合わせを実施、医療面と介護面から安全に入浴出来るよう詳細に確認してからの入浴となっている。

利用者が心地よく入浴できるよう、声かけなども配慮し支援している

認知症等で入浴を拒否する利用者には、強制的にならないよう多方面から声かけする等配慮している。入浴が心地よい時間と感じられるよう、柚子湯等定期的に変わり湯の提供や好みの湯加減などや自分専用の入浴剤の使用など、個別に対応している。個室だが脱衣所や待ち時間のプライバシー保持や羞恥心に配慮してパーテーションで仕切り、視界を制限している。日々、無理なく、より心地よく入浴できるよう取り組んでいる。

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	
●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

排泄委員会を中心に、本人の排泄パターンに応じたより良い支援方法を検討している

排泄時には排泄チェック表に量や時間をその都度記入している。排泄委員会ではそれぞれをもとに排泄パターンを把握し、自然排泄を目指し取り組んでいる。委員会は毎月開かれ、チェック表や身体状況・事前のアセスメントやストレングスシートにより、声掛け・誘導時間を変えたり、オムツの当て方研修をするなど、適切な介助方法や備品について検討がなされている。

排泄介助は委員会での決定事項や排泄状況を共有し個別支援を行なっている

排泄介助は入浴同様、施設サービス計画に細かく落とし込んでいる。委員会で個別の介助方法や使用するオムツ等は、職員が把握して共有出来るよう一覧表として作成され毎日更新されている。個人に合わせた用具等の備品を準備する必要性はあるが、予算や備品稼働率の兼ね合いから全利用者に合わせることは困難である。そのため職員は利用者にとって快適な支援となるよう日々の状況を共有・相談し合いながら支援にあたっている。

排泄環境の整備は特に衛生に注意しプライバシー保持に配慮して行なわれている

トイレは個室である居室に完備されているため、他者を気にせず落ち着いて排泄できる環境となっている。共用のトイレも介助時にはプライバシー保持のため必ずカーテンで仕切る対応をしている。定期的な掃除や消毒の実施のほか、衛生保持と感染症予防のため汚れた場合は随時掃除を行っており、汚物管理にも留意している。排泄に介助を要する割合は高いが、居室・共用トイレともに衛生的な環境保持に取り組んでいる。

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)

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

個別の機能評価を行い、理学療法士を中心に多職種と連携し移動能力維持に努めている

移動は、アセスメントや日々の観察から状態変化があった場合には、理学療法士(PT)が中心となり、各職種と連携して移動能力の維持に努めている。アセスメントシートやストレングスシートから残存能力に着目しミーティングで検討し、個別機能訓練計画を作成して機能訓練を行っている。訓練だけでなく、座位保持や移乗が自身で行えるよう必要な介護物品は、市販の物品で補助するなど工夫し日常に役立てている。現状では車椅子利用者の割合は高いが、利用者の能力を生かし外出につなげるよう支援している。

移動・移乗が安全にできるようマニュアルを基にOJTで習得している

全職員がケアの基本を確認できるよう業務マニュアルの中に、移動・移乗マニュアルが整備され教育・指導はOJTで実施している。個別のケア内容については、居室に介助方法や注意点を職員が見える箇所に張るなどの工夫をしている。また、利用者の状況は日々変化するため、筋力低下や褥瘡・皮膚状態に応じて理学療法士や看護師から助言や指導を受け、利用者負担なく安全に行えるよう多職種で連携している。

車椅子・付属品の管理とメンテナンスにより各利用者に適した車椅子を選定している

車椅子は車椅子管理表で管理され、各利用者の使用状況は個別管理表にまとめられている。使用中の車椅子の種類と付属品がわかりやすく集約されており変更の際には速やかに更新している。これにより施設備品台帳にもなり、全体の車椅子使用状況の把握と付属品紛失防止に取り組んでいる。メンテナンスでは、随時利用者に合わせて調整や付属品の変更も行なわれ、利用者の身体状況に応じた車椅子を選んで提供している。

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><b>利用者の個別機能訓練計画により様々な機能訓練を実施している</b></p> <p>個別の機能訓練計画は機能訓練指導員が中心となり作成し、充実したメニューで機能訓練が提供されている。身体機能維持のための理学療法のほか、月2回精神的安定を目的とした音楽療法やマッサージも取り入れている。また、介護職員は機能訓練指導員の指導・助言によるグループリハビリや生活リハビリも実施している。定期的な評価が行われ利用者個別の状態に合わせ、様々な視点から機能訓練に取り組んでいる。</p> <p><b>生活に密着した機能訓練がリハビリの基本であり、個別・集団で行なわれている</b></p> <p>ラジオ体操や外出等により身体を動かすプログラムを実施しているが、車椅子利用率が高く日常的な外出は施設の特性上困難な状況である。そのため、施設内のケアの中で身体を動かす生活リハビリに取り組んでいる。利用者が受け入れやすいように、機能訓練は居室で行わず訓練室などで個別、または集団で行ない、歩きながら話をする、移乗や入浴時に関節を伸ばすなど、さりげなく取り入れることで強制的にならず、職員との信頼関係も構築しやすくなっている。</p> <p><b>福祉用具・備品は利用者に合わせて提供できる環境をめざしている</b></p> <p>利用者の状態を把握し、傾向や割合から必要に応じて物品購入を行うが、利用者の状況は日々変化するため、身体状態に合致した福祉用具を準備することは物理的・予算的にも困難である。そのため、各職種と連携し介護用品にこだわらず、機能訓練や利用者の自立に役立つ道具を検討し導入している。実際に安価な生活用品を自助具として役立てており、道具の活用により利用者の訓練が進み、職員の業務改善にも役立っている。</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

看護師は医師や歯科医師と連携し利用者の健康管理を担っている

利用者の健康管理は、年2回の健康診断・毎月の体重測定・血圧の測定と利用者の状況に応じて随時バイタルチェックを実施している。配置医による診療は毎週実施されており、総合病院との連携もある。また、精神科医の定期的な往診があり、認知症の利用者などへの対応が円滑に行なわれている。歯科医の訪問もあり、個別の口腔ケア支援を受けており、口腔内クリーニングや治療、義歯作成や調整等を行なっている。口腔ケアを受ける際には居室やリハビリ室の一角とし、人前での治療にならないよう配慮している。

誤薬など事故防止のため薬局の協力を得、服薬チェックを強化している

内服薬は薬局で専用の配薬車にセットされ、与薬時には看護師と介護職員の2人でチェックしている。服薬前に利用者名と日付を確認し、服薬後は薬袋の残薬と利用者の口腔内を確認し、残った薬包紙は取りまとめておき、再度残薬の確認をした後に破棄する。常に与薬手順を遵守し、細心の注意を払っている。利用者の嚥下状態や落薬等の状況に応じて、錠剤から粉末薬に変更するなどして、事故防止と同時に確実に内服出来るよう留意している。

終末期のケアについて、手厚い見守りと最後まで寄り添う取り組みがある

看取りケア指針があり、ターミナルケアマニュアルも整備され、看取り希望があれば、医療者が評価し看取り期と判断した場合は看取りケア計画を作成、嘱託医の協力や看護婦もオンコール体制で対応している。希望者の見取り開始にあたっては「看取りケア計画」を作成し、専用のコミュニケーションシートを活用して、利用者の終末に関する意向を把握したうえで希望に沿えるよう支援している。見取り後には、入居者向けのお別れ会や、家族同士の茶話会、職員の不安解消のための研修、カンファレンスを行なうなど充実した終末期ケアを実施している。

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

起床や就寝時間は強制とならないように配慮し、更衣支援は希望者に対して行なっている

起床及び就寝時の更衣は、自分でできる利用者以外は希望者となっている、食べこぼしによる汚れなど必要時には、速やかに更衣するようになっている。朝は6時頃から職員が居室を回り声掛けをしながら身支度を整えている。声をかける利用者は早朝から目が覚めている方や起きそうな方であり、まだ寝ている方には強制とならないように配慮している。施設では起床後のベッドメイキングなどがしっかり行われており、一日が快適に始まるよう努めている。

日々の衣類の洗濯等は施設で行なっており、理美容のサービスも提供している

全室個室で洗面台が設置されており、自分で行なえる利用者は居室で行なっている。また、各室に温タオルを届けているが、食堂の洗面台で整容する利用者もあり、個々に応じた支援が行なわれている。理容は月1回、美容は月2回の実施しており髪染めにも対応している。日々の洗濯は施設で行なっており、衣類の繕い物等はボランティアの協力を得て行なわれている。

プライバシーを確保し安定した睡眠をとることができるよう個別に細心の対応をしている

全室個室であることから、利用者は自分のペースで穏やかに過ごすことができるようになっている。また、消灯時間はあるが比較的自由に夜を過ごせている。利用者の中には室内全面にマットを敷き低床ベットにして転倒防止をしている。また、利用者の状態等に応じて個別に細心の対応を行なうなど居室環境整備に医療・介護等各職種で連携して対応している。

10	<b>評価項目10</b> 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		<b>評点(0000)</b>
	<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<b>評価項目10の講評</b>			
<p> <b>利用者の意向や選択の幅のあるレク活動や行事で楽しめるように工夫している</b>            各季節ごとの行事は年間計画に沿って施設内外で行われている。日々のレク活動は、体操・音楽鑑賞・カラオケゲーム・書道・創作活動・園芸・買い物・外食等、利用者の身体機能や希望に応じて多くの活動が設定されている。これらは希望者や施設サービス計画の対象者等、内容に適した利用者が参加しているため、選択肢が多く、充実した余暇活動となっている。行事や活動は、個人のアセスメントとニーズを把握し、レクリエーション検討委員会やレク係が検討している。         </p> <p> <b>事業所内でボランティアを活用し、外出援助を多く提供している</b>            利用者が施設から外に出て、そこでしか経験できない機会を提供している。事業所では多くのボランティアが活動しており、人員面での効率化に伴い外出活動により施設内が手薄になることを防ぐため、ドライバーや付き添い職員の配置にも配慮している。近隣に小学校や中学校がある利点を生かして運動会などの見学・散策で外気浴を行う・ファミリーレストランで喫茶を楽しむ・車での外出など利用者の要望をできるだけ実現させるために施設サービス計画を工夫している。         </p> <p> <b>掲示物は利用者の視点に立って配置され施設の様子を分かりやすく伝えている</b>            食堂や廊下の共有部分には食事の献立や行事、レク活動のお知らせ等の掲示があり、車椅子や円背の利用者が見やすいよう通常より低い位置に設置して掲示物の文字は大きく、「めぐみだより」は拡大して掲示し、目の見えにくい利用者にも配慮されている。また、「めぐみだより」や月間スケジュールなどはクリアファイルの両面に入れることで破れず、見やすく、清潔を保ちやすい状態で各利用者に渡している。         </p>			
11	<b>評価項目11</b> 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		<b>評点(000)</b>
	<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
	<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

個別の要望に応じた外出の機会を確保している

利用者の外出プログラムをいくつか用意し個別の要望に合わせた外出の機会を持っている。プログラムは年間行事として5月と11月に行われる「お買い物イベント」、施設サービス計画による対象者向けの外出支援、希望者を募っての外気浴などがあり、どのプログラムでも介護職員とボランティアが同行し、参加者の気分転換による生活の質の向上が期待されている。この他に通常の外出のなかで、中庭や近隣の散歩に同行することもあり、地域の方々と触れ合える良い機会となっている。

地域と事業所の交流が活発に行われている

「いきいきさんデー」は法人主催で恒例のイベントになっており、30年度は283名の参加があった、小学生対象とした高齢者疑似体験・車椅子試乗や中学校合唱、大学管弦楽団の参加や健康美容塾、模擬店、お花、お菓子の販売が行われている。催しや展示等を通して、また、近隣の小学校の運動会見学など、利用者と住民の双方向の交流がなされている。法人には特養以外の施設や介護事業所も併設されており地域の介護関係の中心的存在となっている。認知症カフェ(おひさまカフェ)も29年度に月2回開催に増やして実施している。

行事参加の機会に家族に対して利用者の日常の様子を伝えている

施設の行事に家族が参加する機会をとらえて、介護職員が利用者の様子を伝えている。同時に、家族の要望なども聞き取り、施設サービス計画に反映するようにしている。また、施設サービス計画の定期的な見直しの際に開催されるサービス担当者会議への参加を促している。事業所や利用者の様子を伝える紙媒体として、めぐみだより(月1回)、めぐみ通信(不定期)、めぐみ園年間予定表などを事業所内に掲示して家族に配布や郵送をしている。

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	
●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

評価項目12の講評

家族宛てに「めぐみ通信」などを発行して利用者の状況などを伝えている

家族宛てに行事のお知らせ、事業所からの伝達事項、介護保険制度上の変化等を「めぐみ通信」などを発行して伝えている。家族のスケジュール調整に役立つようにめぐみ園年間予定表を家族に配布し、運動会の見学、敬老お食事会、衣料購入会の開催にあたっては家族の参加を呼び掛けている。年2回家族懇談会を開催して利用者家族の意見・意向・要望などを聞き取り、個別の対応以外に家族全体からの情報を把握している。また、事業所からは連絡事項や行政のお知らせなどを説明している。

家族に呼び掛けて家族懇談会を開催しており家族の参加を多く得ている

家族が参加する行事は年数回設定されている。利用者の表情や様子を多場面で見られるように、食事会、運動会、買い物など同じ内容にならないよう工夫している。昨年の「めぐみ園家族懇談会」では、ホームの地域とのつながりや地域交流について、今年度の3月では、制度改正について説明を行なっている。毎回15名～35名の参加者がある。今年度10月では「めぐみ園の食事について」というテーマで管理栄養士が講演を行ない、日頃のサービスを知ってもらう機会を設定している。

家族からの苦情・意見・要望は即検討し、回答して再発防止に取り組んでいる

苦情で最も多い内容は、サービス提供についてで、苦情にはならず、意見や要望に留まっている。これは、家族と職員の関係が良好なためと思われる。利用者や家族からの苦情・意見・要望については真摯に受け止め、即検討し必要に応じて家族へ今後の対応を回答して再発防止に取り組んでいる。職員は、家族と話す際は会話の中から意見をくみ取るよう努め、気になることがあれば上司へ相談し改善できるよう検討している。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-3-2	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
タイトル①	地域の福祉ニーズに基づき地域・関係機関などと協働して地域福祉向上に取り組んでいる	
内容①	法人のミッションステートメント・理念の具現化の一つとして、地域の福祉ニーズに基づき他事業所・地域などと協働により地域福祉の向上に取り組んでいる。従来から取り組んでいる地域交流行事である「いきいきさんデー」の実施の他、地域の高齢者が店員となってもてなす「おひさまカフェ」も月2回開催されている。さらに、公民館と地域の小学校の避難所運営協議会共催の「防災街歩き」にて、立ち寄ってくれた地域の方々へ車いすの使用方法的説明と体験、備蓄の非常食の説明を行なうなど、施設や高齢者の理解につながる取り組みを行なっている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	5-1-4	職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる
タイトル②	重点項目として人材の確保と育成を明示し、働きがいのある職場づくりに取り組んでいる	
内容②	より良いサービスを提供を実現するために、「働きがいのある職場」づくりに継続して取り組んでいる。これまでも職員の待遇改善を重点項目として、人事評価、福利厚生などのしくみ作りや工夫を取り入れている。直近の取り組みとして、職員が安心して長く働くことができる環境の基盤づくりとして、若年層から子育て世代の職員に焦点を当てた各種手当の新設や65歳定年制の導入などが実施されている。さらに、法人全体の環境改善プロジェクトチームを発足させ、今年度はワーカー室内のリニューアルとロッカー交換などを実施している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-9	利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている
タイトル③	個別ケアの充実に向けて余暇活動時間の拡充に取り組んでいる	
内容③	利用者の個性や意向に沿ったケアを提供できるよう取り組んでいる。個性の高いプログラムの構築や余暇活動時間の充実が必要であるとの観点から、個別ケアの充実に向けて余暇活動時間の拡充に取り組んでいる。利用者の余暇活動は全体活動とグループ活動が主だが、内容を検討し個性を生かせるような個別外出などの対応も行なっている。声掛けも職員の都合ではなく利用者の状況を踏まえて、タイミングや言葉使いに配慮して丁寧に行なっている。共同生活・集団活動の中でも個々の意向や状況を汲み取り、無理なく生活できるように取り組んでいる。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	外部環境や内部環境に応じて業務改善を実施し、組織力の向上を基礎としてサービス品質の向上に取り組んでいる
	内容	行政・地域・法人の各事業所などからの情報に基づいてより良い利用者支援に向けた業務改善に積極的に取り組んでいる。法人の働きがいのある職場を作るために環境改善プロジェクトの活動と併せて、事業所内の業務の見直しによって組織力(専門性・職員の技術)の向上と職員のやる気を引き出し、残業の削減・定着率の向上・安全衛生の向上などが図られ、「生活の質とは何か」といった視点で、日常的な支援の在り方を見直すなど、利用者へのサービス品質の向上に取り組んでいる。
2	タイトル	施設運営にあたり、各係、プロジェクト・委員会に幹部職員を配置して決定を迅速にできるようにしている
	内容	組織全体で事業所で実施している諸活動の運営にあたり、今年度から各係・プロジェクト・委員会などに必ず幹部職員を1名を配置して役割と活動方針・進捗管理などを行なっている。幹部職員を配置することで決断がスムーズになり、部署の方針を踏まえた職員間での情報の共有化が図られ、職員への指導が迅速に適切に行なうことができ、組織力の向上が図られて利用者へのサービス品質の向上に繋がっている。
3	タイトル	終の棲家として日常の生活援助を通して、利用者や家族に寄り添った個別のニーズに沿ったケアに取り組んでいる
	内容	昨年度も数名の方を施設で見取りを行った、嘱託医、看護師、ケアワーカー、相談員、各職種と連携しながら最後までその人らしく生活できるように支援に努めた。看取りケア指針、ターミナルケアマニュアルなども整備されており、オンコール体制や喀痰吸引等の研修も実施するなど看取り体制を強化してきた。利用者の終末に関する意向を把握したうえで、「看取りケア計画書」を立て、各部署の役割を明示しており、日常の生活援助から最後まで利用者や家族に寄り添った個別のニーズに沿ったケアに取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	直接的に技術向上につながる研修の企画、福祉機器の観点から見た介護の質の向上への取り組みに期待したい
	内容	法人として人材育成を重点事項とし、職員研修は新人研修から2年・3年・4年・5年・6年以上・主任とリーダー・管理者まで階層別に定期的を実施している。事業所としても外部研修への参加、内部研修を実施している。さらに、排泄・褥瘡対策・レクリエーション検討などの委員会活動を通じてサービスの質の向上に取り組んでいる。事業所としては、今後、既存の枠にないより直接的に技術向上につながる研修の企画、福祉機器の観点から見た介護の質の向上を課題としている。今後の職員の技術向上、介護の質の向上に向けた取り組みの成果に期待したい。
2	タイトル	利用者のニーズに応えるためのさらなる業務の見直しの取り組みに期待したい
	内容	職員は、利用者がより快適な生活を過ごすことができるよう様々な工夫を行ない対応している。しかし、マンパワーを充実させ十分な対応を可能にするためには体制面でのさらなる工夫が必要であることから、職員の勤務環境の改善、ライフワークバランスの配慮や毎週水曜日はノー残業デーとし定時以降の会議や研修会を開かず帰るなども困難ではあるが啓蒙されている。また、人員の適材配置・24時間を通しての業務の洗い直し・地域ボランティアの活用などの更なる改善点として取り組んでおり、今後の成果が期待される。
3	タイトル	リスクマネジメントのより一層の充実に向けた取り組みの継続が期待される
	内容	法人内各事業所と「安全衛生」「防災」「感染症対策」の各委員会を設けて各リスクに優先順位を付けて対策を講じている。経営を阻害する可能性のあるリスクについては最優先として経営・総括長・管理者の各会議で検討して対応している。事業所では「事故対策委員会」でヒヤリハットを解析するなど事故防止に計画的に取り組んでいる。さらに、事業継続計画書(BCP)について、防災委員会において各部署の職員が参加して具体的に事業再開までの復興計画を検討して策定している。継続して、リスクに対するより具体的な取り組みの推進が期待される。