

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和6年度】

年 月 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

〒 203-0054

所在地 東京都東久留米市中央町4-7-1

評価機関名 特定非営利活動法人アクティブハンディネット

認証評価機関番号

機構 05 - 154

電話番号 042-470-7050

代表者氏名 理事長 君島 久康

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	小林 由里子	経営	H0404020
	②	中條 りう	福祉	H1302050
	③	横山 信子	福祉	H1302002
	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	特別養護老人ホームめぐみ園		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 金子 秀樹			
契約日	2024年 6月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2024年 7月 31日			
利用者調査結果報告日	2024年 11月 11日			
自己評価の調査票配付日	2024年 7月 30日			
自己評価結果報告日	2024年 11月 11日			
訪問調査日	2024年 11月 14日			
評価合議日	2025年 1月 16日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	毎年、第三者評価を受審しており第三者評価の必要性を資料を用いて説明し、分析シートで求めている内容を確認し、職員調査の自由回答では建設的な意見や提案を記載することを伝えた。職員調査は、職員全員を対象としリーダー層と職員(常勤、非常勤)に分けて分析を行なった。利用者調査は全員が対象であるが、コミュニケーション可能な利用者を事業所が選定して面接調査を行なった。マスクを着用し、距離を置き、新型コロナウイルス感染症防止に配慮して行なった。家族への郵送によるアンケート調査も実施した。			

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。

年 月 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)利用者の尊厳を守る 2)安心とぬくもりを感じる生活 3)利用者の立場に立ったサービスの提供 4)入居から最後の時までその方らしく喜びを持った生活 5)利用者のコミュニケーションを大切にする</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 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長けている。</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もって接する。</p>

調査対象

2024年9月1日現在の利用者80名を対象とした。

調査方法

面接調査法は(面接調査者が聞き取り調査票に記入)。評価者3名で事業所に訪問し利用者個々に対面による聞き取り調査を実施した。なお、家族へのアンケート調査も合わせて実施した。

利用者総数

80

共通評価項目による調査対象者数

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	10	10
0	10	10
0.0	12.5	12.5

利用者調査全体のコメント

「大変満足」「満足」を合わせた総合満足度は90%(9名)である。「はい」の比率が90%以上は、問7「体調が悪くなった時の職員対応への信頼」(100%)、問1「食事の献立や食事介助等への満足」、問3「自分のしたい事をして過ごせている」、問5「施設内の生活スペースは清潔で整理された空間になっている」、問6「職員の言葉遣いや態度、服装等が適正」、問9「あなたの気持ちを大切にしながら対応してくれる」(いずれも90%)である。総合的な感想は「家族も安心している。ここには入れて良かった」「良くやってくれるので感謝しています」「リハビリを終えてここに戻れて嬉しかった。ここが良いなと思った。気に入っている」「現状で良いです」等の意見がある。

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	9	1	0	0
9人(90%)が「はい」と回答している。「柔らかくしてくれて食べやすい、味も良い」「季節ごとのメニューを良く考えており美味しいです」「魚とお肉は毎回つくので嬉しい。麺類、炒飯も楽しみ。美味しい。残さない。家庭では出来ない様なおかず(煮物)が美味しい」「食べやすく、好みの味にしてくれる」「誕生日会にはケーキが出ます」「誕生日食、行事食が美味しいです」等の意見がある。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	8	2	0	0
8人(80%)が「はい」と回答している。「一生懸命やってくれる」「一人で出来ないことは、みんなしてもらいます」「コールを押すとすぐ来てくれます」「丁寧です」等の意見がある。				
3. 施設の生活はくつろげるか	9	1	0	0
9人(90%)が「はい」と回答している。「わんわんショー、小学生が来てくれるのが楽しい」「歌を歌います」「テレビを観るのが楽しみ。皆と会話すること」「本を読むのが好きで、読書しています」「月1回の習字クラブと読書をして過ごしている」「行事が楽しみ。敬老の日には刺身が出た。赤飯も美味しかった」「好きな事をしています」「テレビを観て体操をします」等の意見がある。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	7	2	1	0
7人(70%)が「はい」と回答している。「よく声を掛けてくれる」という意見が多数である。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	9	1	0	0
9人(90%)が「はい」と回答している。「いつも綺麗です」という意見が多数である。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	9	1	0	0
9人(90%)が「はい」と回答している。「乱暴な人はいません」「気になるところはないです」「親切で丁寧、何でも聞いてくれる」「リーダーがしっかりしているので職員も良いです」などの意見がある。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	0	0	0
10人(100%)が「はい」と回答している。「病院に搬送してくれた」「看護師が時々回ってくれます」「安心しています」「具合が悪くなった時よくやってくれた」等の意見がある。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	6	4	0	0
6人(60%)が「はい」と回答している。「いじめはないけど、あれば職員が対応してくれる」「いさかいは無いので分かりません」等の意見がある。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	9	1	0	0
9人(90%)が「はい」と回答している。「声をかけてくれる」「いつも優しく対応してくれる」「見回りをしてくれる」「よくわかっている」「声掛け、言葉遣いを気にかけてくれる。大事にしてくださいね、と言ってくれる」等の意見がある。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	7	3	0	0
7人(70%)が「はい」と回答している。「守ってくれている」「部屋に入る時、必ず声をかけてくれる」等の意見がある。				
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	10	0	0
「はい」の回答は0人である。「家族が聞いている」「分かりません」という意見が多く「どちらともいえない」(100%)とした。				
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	0	10	0	0
「はい」の回答は0人である。「家族が聞いている」「分かりません」という意見が多く「どちらともいえない」(100%)とした。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	8	2	0	0
8人(80%)が「はい」と回答している。「よく聞いてくれます。すばやく対応してくれます」「言えばすぐやってくれます」「頼んだことはないけど、やってくれると安心している」等の意見がある。				
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	10	0	0
「はい」の回答は0人である。「家族が聞いている」「分かりません」という意見が多く「どちらともいえない」(100%)とした。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●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1の講評	
	法人理念を事業計画に掲げ施設長が職員向けに文書や面接等で理解浸透を図っている 事業計画の冒頭に法人のミッションステートメント(理念を実現する行動指針)を掲げ、更に施設長が職員向けに理念のビジョンや具体的に行なう6つの重要ポイントを記載した文書を配布し個々に説明や面接等も行なって理解浸透を図っている。また理念について考える全体研修を法人にて毎年実施しており事業運営の核となる考えを職員全体で考えていく機会を設けている。利用者・家族には事業計画の閲覧、事業所発行の通信誌や季刊誌の送付にて伝えている。事業所は昨年度、創立100周年を迎え、経営理念(使命)を改めて組織全体での認識を深めている。 事業所の理念や基本方針の実現に向けて施設長は会議や個別に役割と責任を伝えている 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、運営会議、部署内研修の場で自らの役割と責任を常に伝えており、事業計画にも職員体制を記載して経営層の位置づけを明確にしている。施設長は個別に説明も行ない、文書にて今年度の係・委員会・プロジェクトの分担、組織(階層の役割)について示し、更に現場の職員の意見に耳を傾けるように心がけており、ディスカッション形式の研修など職員同士で学び合える機会も作っている。職員調査においても経営層のリーダーシップについて理解が得られている事が確認出来る。 重要事項の検討・決定は法人の会議にて行なわれ職員には電子会議室で迅速に共有される 重要な案件の検討や決定の手順はあらかじめ決まっており、管理者会議、経営会議、統括長会議、在宅部門会議、各種委員会で協議・決定された事項は、事業所内委員会(褥瘡対策、身体拘束廃止、看取りケア、生産性向上等)及び事業所内SNSの導入による電子会議室の活用で職員に共有される。この仕組みにより組織的な意思決定が円滑に行なわれている。利用者・家族には事業所発行の定期的な通信誌、身元引受人に向けた資料の配布にて伝えており、利用者・家族にも十分な情報が提供され、組織全体の協力と理解も深まっている。	

カテゴリ-2		
2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリ-1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
●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-2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
●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-2の講評		
<p>利用者や職員の意向、地域の関係機関との会合等、多角的な視点から情報を得ている</p> <p>事業所を取り巻く情報を多角的な視点から得て事業運営に活かしている。利用者意向は第三者評価での調査や居室担当職員を中心とする日々の関わり、苦情対応、入所時の面談等から得ている。職員意向は人事考課面接、計画策定時の聞き取り、職員会議、施設長との関わり等から把握しており、電子会議室内には職員共有の委員会が立ち上がり、活発に意見交換が来ている。外部環境の状況は管理者会議を通し各部署の状況から把握しており、更に行政の審議会、都社会福祉協議会及び分科会からも情報を得て、課題を抽出し事業運営に活かしている。</p> <p>法人の中長期計画を基に事業所の単年度計画を策定し、具体的な方向性を示している</p> <p>昨年度100周年を迎え中長期計画が策定されている。建物の建替え検討プロジェクトを通して将来の法人のあり方について方向性を検討している。法人の経営方針を基に、事業所の単年度計画として①人材育成、②排泄に関する快適性向上、③認知症ケアの向上、④余暇の過ごし方を事業方針としている。また重点課題として①終の棲家としてケアの実施、②日常支援の在り方の見直し、③自立支援・重度化防止に向けた多職種連携、④リスクマネジメント、⑤生産性向上、⑥人材育成への取り組み、を掲げ担当者を中心に職員全員で実践していく事を目指している。</p> <p>事業計画の重点課題を指標の基本として、半期ごとに見直しを行なっている</p> <p>事業計画の着実な実行に向けてPDCAに即して実践している。数値目標としては稼働率を掲げている。進捗状況の把握と確認は半期毎に行なっており、10月末に法人全体として上半期の振り返りを行ない、その後で事業所での振り返りを行なっている。事業計画の振り返り・評価は、各フロアの視点に任せているが、施設長は事業所の理念、作成した事業計画に掲げた目標を職員間で確認出来るよう、フロアを回って意見を聞いている。今後は事業評価の視点(基準)の組織としての統一化と職員の事業計画に対する意識化を更に図ることも課題としている。</p>		

カテゴリ-3		
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

福祉サービス従事者としての規範等を研修等で周知徹底を図り委員会で確認している

福祉サービス従事者として守るべき使命をミッションステートメントとして、また事業経営の理念・現状と課題を事業計画の冒頭に記載している。ケアワーカー室などにも掲示してホームページにも明示している。職員には周知と遵守を徹底するために目標面接シートを通じた面接、部署内での階層別・全体研修、外部研修、新入職員には研修及びOJTによるエルダー制度などで実践している。更にCS委員会等での利用者満足度等からも確認している。職員調査では90%以上が「福祉従事者としての法・倫理を遵守している」と回答している。

苦情解決制度の説明と虐待に対する研修を行ない利用者権利を擁護している

利用者の権利擁護を常に意識しており、今年度の事業計画の中でも「苦情解決(人権擁護と利用者本位のサービス提供)」「虐待防止の取り組みと身体拘束等の適正化」を掲げている。契約時には利用者・家族に苦情解決制度や相談窓口の設置について説明し事業所内にも掲示している。苦情や要望には生活相談員が迅速に対応し苦情記録として共有している。虐待防止については虐待防止検討委員会及び身体拘束等適正化検討委員会で研修をそれぞれ年2回を行なっている。虐待対応についてはマニュアルを作成しており、生活相談員を連携窓口にして対応している。

地域の福祉人材育成及び高齢者に対する片付け支援事業など地域貢献に取り組んでいる

透明性を高めるために事業計画等の閲覧、季刊誌の発行を行なっている。またボランティア及び社会福祉士実習生を受け入れ、出張授業で近隣の小中学校向けに福祉施設の説明や高齢者疑似体験、車イス操作指導等を行ない地域の福祉教育に貢献している。更に生活相談員が近隣の大学の福祉学科で講師として地域福祉向上の一翼を担っている。また近隣地域で生活する高齢者の不要物処分を手伝う「片付け支援事業」(福祉サービス事業)、近隣の高齢者を対象に「地域で役割のある生活の実践」を目指した自立支援活動(花等を使用した作品作り)を行なっている。

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(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4の講評		
<p>リスクマネジメントにおいて各部署の職員からなる委員会を設置して検討を行なっている</p> <p>経営を阻害する恐れのあるリスクについて、各部署から職員を集めた委員会(安全衛生委員会、防災委員会)を設置してリスクを洗い出し、優先順位をつけて対策協議と対策変更時の各種マニュアルの見直しを行なっている。継続的な感染症予防を実施するため、感染症防止委員会がマニュアルを策定し、実際の感染事例を想定した訓練も行なっている。手洗いやマスク着用などの基本的な予防策を徹底すると同時に、物品の発注・備蓄の管理も行なっている。利用者・家族のニーズに応えるため感染対策を踏まえた上で、制限はあるものの面会も実施している。</p> <p>BCP(災害用、感染症用)を策定し、委員会を組織して見直しも行なっている</p> <p>災害や事故に遭遇した場合に備え、BCP(自然発生時における業務継続計画、新型コロナウイルス等感染症発生時における業務継続計画)を策定し、各部署の職員からなる委員会を組織して見直し・検討を行なっている。災害用BCPでは主な役割を部署・役職毎に明記しており、復旧対応における業者一覧、他施設・地域との連携体制も記している。火災・地震・水害に関する訓練を定期的実施し、自衛消防隊を組織して計画的な訓練も行ない、消防計画書も作成している。感染症BCPでは、感染症・BCPの訓練・研修も行ない職員の意識を高めている。</p> <p>「個人情報保護規程」を策定し研修等で個人情報の漏洩に対する職員の意識を高めている</p> <p>情報の収集、利用、保管、廃棄について「個人情報保護法」を基に「個人情報保護規程」「文書管理規程」を策定し、職員には研修、実習生やボランティアにはオリエンテーション等で説明をして、個人情報の漏洩に対する職員の意識を高めている。「誓約書」も得ている。情報の重要性や機密性を踏まえ、パソコンにはアクセス権限を設定しウィルス対策ソフトも更新している。情報漏えい防止のために鍵付き書棚管理対策をとっている。利用者・家族には「個人情報保護規程」を分かりやすく説明し「個人情報及び写真・映像の使用に関わる同意書」を得ている。</p>		

カテゴリ-5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●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

毎年数名の新卒採用があり、キャリアパスを設定して人材育成計画を策定している

職員に求める人材として「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長けている」を掲げており、法人と連携して新卒者を毎年採用している(今年度は新卒3名を採用)。法人理念の継承、現場研修による質の向上を基本として人材確保と育成に取り組んでおり、目標管理や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。またキャリアパスを基に人材育成計画を策定し、職員は目標面接シートを作成して年2回上司と面接を行ない、個人の目標や研修希望を共有している。

階層別研修、新卒採用者育成、委員会による項目別研修等が年間計画されている

当事業所の職員として役割を理解し、基本的な業務の意識・技術を習得するために、年間研修計画が策定されている。全職員対象の階層別研修(一般職・リーダー・主任・管理者)、新卒採用者育成計画(毎月)、中途採用育成計画が設定されている。また委員会や研修担当者による項目別研修も行なっている。職員は職種に合った研修機会に参加することが可能で、職務の調整なども行なっている。終了後は報告書を作成している。指導を担当する職員に対して、エルダー制度があり今年度は新任職員3名に対して3名のエルダーが主にOJTで対応している。

施設長との面談や職員間の情報共有など職場環境の向上により意欲向上に繋がっている

職員の意欲向上に向けて働きやすい環境整備に力を入れている。福利厚生制度の運用、オンライン勤怠による状況把握、携帯電話アプリによる申請閲覧等のサポートを行なっている。施設長は現場での職員との対話に心がけており、また職員間では事業所内SNSで常に情報共有が出来、風通しの良い職場環境が構築されている。更にディスカッション形式の研修を行ない、自己評価、他者評価、両面から気づき合える機会となりチームワークの促進、チームケアの充実にも活かされている。職員調査では約8割が「意欲向上」「チームワーク促進」を評価している。

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)

【課題を抽出した理由】利用者の快適性に配慮していたが日中にも拘わらず夜間用の大きいサイズのパットを使用していた。日中活動が多い中で大きなパットを使用しており動きづらさなどの課題があった。【課題・目標】排泄用パット類を使用しても日々快適に日常生活を送ることが出来る取り組みを行う。【取り組み】オムツの専門業者のアドバイザーにより、リーダー格のケアワーカーを中心に排泄介助の研修(適切なテープ式オムツとパッドの使用用法)を行なった。またパット類を使用している利用者の排泄時間ごとの尿量を同じ時間に測定した(1日3回)。その結果を踏まえ、時間毎に尿量にあったパットを選定し、見直しを行なった。【取り組みの結果】研修と尿量測定により、時間ごとに利用者個々にあった適切なパットを選定出来るようになり、快適性の向上(歩行のしやすさ、羞恥心の減少など)にも繋がった。購入していたパットの比率(日中用と夜間用)が改善され、無駄なパットは使用しなくなりコスト面にも効果があった。【検証・今後の方向性】今後も更なる快適性の向上を進めていくため、オムツ業者のアドバイザーからアドバイスを受け個別の課題を改善していく事としている。

<p>目標の設定と取り組み</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
<p>取り組みの検証</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
<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1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

昨年度は「排泄用パット類を使用して日々快適に日常生活を送る事」を課題目標として設定した。その背景には、大きなパットの使用により活動面での課題があったこと。また利用者の快適性を常に重視しており、事業計画では「日常的な支援の在り方の見直し」を目標として掲げていることから、適切な課題設定と言える(P)。具体的には、オムツ専門業者による研修といった専門的な視点からの取り組み、また尿量の測定といった根拠となるデータの分析を行っており、適切な取り組みである(D)。その結果、利用者個々にあった適切なパットの選定が可能となり快適性の向上に繋がることを検証している。更にパット使用に対するコスト面での効果も見られ、目標達成に向けた成果があったと判断した(C)。この結果を受けて、今年度も更なる快適性の向上を進めるために引き続き専門的な視点からのアドバイスと、利用者個々の課題を追究している。事業計画では「自立支援・重度化防止に向けた多職種連携」を重点課題に掲げ、オムツの適正化による排泄支援の実績を活かして利用者の自立支援に繋げることとしており(A)、PDCAサイクルに沿った取り組みとして評価した。

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)

【課題を抽出した理由】看取り期における居室担当職員の取り組みや考え方や個人差があった。また事業計画において、利用者が最期までその方らしく生活を送れるよう、利用者・家族の思いを尊重する事を掲げている。看取りケアをわかりやすく示し、職員が主体的に取り組めるようにする必要があった。【課題・目標】看取り期における考え方の共有化と職員のスキルアップを目指す。【取り組み】看取り期における各職種や居室担当職員の役割の明確化を行ない、居室環境の整理やデスクカンファレンスの主催など、役割を明確にした。「看取りマニュアル」を作成した。指針から看取り期になって実施すべき内容、亡くなった後の対応まで細かく記載されており、分かりやすい内容となっている。【取り組みの結果】看取り期における各職種や居室担当職員の役割が明確化になり、主体的に行動出来る体制が構築された。更にIC(インフォームド・コンセント)に、居室担当職員が参加出来る時は参加するようになった。【検証・今後の方向性】引き続き、看取り期の様々な対応について実践していくとともに、職員間では経験値にばらつきも見られるので、研修等で全体的なレベルアップを図っていく。

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、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む) <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2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評	
<p>昨年度は「看取り期における考え方の共有化と職員のスキルアップを目指す」を目標として設定した。その背景には、事業所がミッションとして掲げている「利用者一人ひとりが人間としての尊厳をもち喜びを持って生きる事」を目指していることが根底にあり、最期までその方らしく生活を送れるよう、利用者・家族の思いを尊重する事を事業計画にも掲げており、適切な課題設定と言える(P)。具体的には、看取りケアに対する考え方とスキルの統一が重要と考え、役割の明確化とマニュアルの作成を行ない、適切な取り組みである(D)。その結果、職員が主体的に行動できる体制が構築された。しかし依然として職員間で経験値によるバラツキ、死生観に対する考え方に差があることも検証された(C)。この結果を受けて、今年度も同様の課題を掲げ、事業計画においても「終の棲家としてのケアの実施」を重点課題に掲げ、職員のケアに関する知識・技術・意識の向上を目的とした研修も実施することとしており(A)、PDCAサイクルに沿った取り組みとして評価した。</p>	

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー1の講評		
<p>利用希望者等に多くの情報を発信し視覚的にも理解しやすいように工夫が行なわれている</p> <p>利用希望者やその家族に向けて分かりやすく情報提供を行なっている。ホームページでは、事業所が大切にしていることを冒頭に掲げ、居住環境や日々の食事、選択食、行事食の一例や行事の様子など多くの写真と共に紹介されており、事業所のイメージを描きやすいよう配慮されている。更に法人の各事業についても、写真と共に詳しく紹介されているため、視覚的にも理解しやすく、利用希望者は事前に十分な情報を得ることが出来る。また、自治体発行のガイドブックにも掲載されているため、利用希望者等が身近で情報を得ることが可能になっている。</p> <p>行政の「ガイドブック」「高齢者の手引き」に掲載し地域に向けた情報提供をしている</p> <p>自治体や関係機関への情報提供を通じ、地域との連携を積極的に図ると共に、利用希望者やその家族が必要な情報を容易に得られる環境を整えている。地域包括支援センターや居宅介護支援事業には、パンフレットを配布して必要な情報提供を行っている。また、行政が配布している「介護保険事業者ガイドブック」や「高齢者の手引き」に事業所情報が掲載されているため、地域住民や関係者が情報を入手しやすくなっている。また、社会福祉法人連絡会における相談窓口として登録を行ない、地域から寄せられるニーズに柔軟に対応できる体制も整備している。</p> <p>問い合わせや見学等については生活相談員が対応しワンストップサービスに努めている</p> <p>問い合わせの多くは家族からで、利用希望者やその家族のニーズに応じて生活相談員が柔軟に対応している。基本的には予約を得て個別に案内しているが、予約なしでも可能な限り対応し、施設入所相談や見学の希望には随時対応している。見学は、フロアや居室を案内し、パンフレット、料金表等で説明している。状況に応じて、当施設以外のサービスや相談にも親身に対応し、ワンストップサービスに努め、地域住民や利用希望者にとって信頼できる窓口となっている。事業所では地域に根差した福祉施設として寄与している。</p>		

サブカテゴリー2			
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評			
<p>契約時に「重要事項説明書」に沿ってサービス内容や留意事項等を説明し同意を得ている</p> <p>サービス開始にあたり、基本的なルールや重要事項を丁寧に説明している。「入所案内」や「重要事項説明書」に沿って、サービス内容、利用者負担金、利用に際しての留意点について分かりやすく説明して同意を得ている。また、緊急時の対応方法や非常災害対策についても説明し、サービスに関する相談や苦情への対応方法についても、利用者及び家族に分かりやすく伝えている。特に、長期入院が必要な場合などの退所の要件について、詳しく説明して理解を得ている。また、「入所案内」でも必要な手続き、生活案内、医療対応等を丁寧に説明している。</p> <p>生活相談員は利用者の自宅等に出向き生活状況等を丁寧に聴き取り支援に反映している</p> <p>生活相談員は利用者が生活している場に出向き、利用者の生活状況や心身の状況、医療情報等を詳しく聞いている。更に、利用者及び家族の意向を丁寧に確認し、これらの情報は、「フェイスシート」「アセスメント表」に記載している。また入所当日にも、ケアワーカー、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、ケアマネジャー等の専門職が利用者及び家族と面談し、更に詳しく専門的視点からの確認や説明を行っている。初回の「ケアプラン」を作成して利用者及び家族の承認を得ており、OAシステムにより各専門職が閲覧出来るようになっている。</p> <p>入・退所時は利用者及び家族の不安等に寄り添った支援に努めている。</p> <p>事業所は、利用開始直後から利用者の不安やストレスを軽減するために細やかな支援を行なっている。面接時に利用者が生活していた環境を確認し、これまでの生活に近い形での環境を整えることで環境の変化に適応しやすいよう配慮している。家具や馴染みの物など職員の動線を確保出来る範囲内での持ち込みを可能としている。入所直後から1週間ほどは利用者の状態を細かく観察・記録して職員間で共有している。また長期入院等でサービスが終了となる場合は、状態が落ち着いた場合に再入所が可能であることを伝え、退所後も生活相談員が相談に応じている。</p>			

サブカテゴリ-3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 10/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●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(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		
<p>利用者の出来ていること、出来ていないことに着目しニーズを導きだしている</p> <p>利用者の心身状況や生活状況を「フェイスシート」や「アセスメント表」を活用して記録・共有している。利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する書式が整備され、利用者の「出来ていること」「出来ていないこと」を把握し「どうすれば出来るか」「どうすれば良くなるか」を評価してニーズを導き出している。更に、定期的なアセスメントの見直しは、各フロアの担当職員を中心に行ない、サービス担当者会議での再評価を実施している。また、入院などの状態に変化があった場合はその都度見直しを行ない、OAシステムにより職員間で共有している。</p> <p>アセスメントや利用者及び家族の意向を反映しその方らしい「計画書」を作成している</p> <p>事前面談で得た情報や利用者及び家族の意向を反映した初回の「施設サービス計画書」(以下「ケアプラン」)を作成している。「ケアプラン」の見直しは、介護保険認定の更新時及び概ね3ヶ月毎に行ない、利用者の希望を尊重した「ケアプラン」になっている。「介護支援経過記録」を通じて、各フロアの担当職員を中心にケアマネジャーと協働でモニタリングを行ない、必要に応じて担当者会議を実施している。入退院時や状態変化時にも、利用者の状況に応じて、随時サービス担当者会議を開催する等、柔軟に計画変更ができる仕組みが整備されている。</p> <p>利用者一人ひとりの情報は、OAシステムにより職員間で共有している</p> <p>利用者一人ひとりの必要な情報を適切に記載し、計画に沿った具体的な支援内容とその結果を詳細に記録している。多職種参加のサービス担当者会議や「モニタリング表」を活用し、利用者の状態推移を把握している。OAシステムにより、「ケアプラン」は各専門職と共有され、フロアの職員間でも確認している。また、朝は日直、日勤職員、夕は日直遅番職員と看護師とでミーティングを行ない、情報共有を図っている。職員は勤務に入る前に、フロアノートや事業所内SNSで利用者の状況、当日の予定、連絡事項等を確認することになっている。</p>		

サブカテゴリ5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(000)	
評価	標準項目		
●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(00)	
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>個人情報保護については、基本規程に基づいて丁寧に説明して同意を得ている</p> <p>事業所では「個人情報保護法」に伴う個人情報に関する基本規程を整備し、外部(利用者)向け、業者向け、職員向けそれぞれについてフローチャート図で規程、文章、様式(申請・返答)について分かりやすく明記している。この手順に沿って、利用者及び家族に説明し「個人情報及び写真・映像の使用に関わる同意書」を得ている。また職員に対しても入職時にこの手順に沿って説明し「誓約書」を交わしている。更に、実習生やボランティアについてもオリエンテーション時に説明し、「誓約書」を交わしている。これにより、情報管理の徹底化が保たれている。</p> <p>全室個室で職員は利用者の居室に入る際は声かけ等を行ないプライバシーに配慮している</p> <p>利用者宛ての郵便物等については、その都度家族に転送しており、健康保険証や介護保険証等は事業所で適切に管理している。利用者のプライバシーの保護については、居室に入室する際は必ずノックや声掛けを行ない、利用者の了承を得て入室している。また、全室個室でプライベートな空間が確保されており、家族の訪問や深夜のトイレ利用も他の利用者に気兼ねなく行なえる環境が整備されている。浴室やトイレも個室化仕様になっており、支援の一連の流れはマンツーマンで対応し、羞恥心への配慮やプライバシー尊重の意識が職員に浸透している。</p> <p>利用者の意向や価値観、生活習慣等を尊重した支援に努めている</p> <p>日常の支援において利用者一人ひとりの意思を尊重し、ケース記録の中で利用者の希望等を記入する項目を設けて意向把握に努めている。活動への参加や食事の選択についても、利用者の希望に出来る限り沿った対応を行なっている。また、法定研修として身体拘束や虐待に関する研修を実施し、職員の意識を高めている。個室化により、居室の装飾や信仰の自由も尊重し、他者に迷惑をかけない範囲で生活習慣や趣味・嗜好に配慮した支援で自由な生活が送れるよう配慮している。これにより、利用者の尊厳を守り、個別ニーズに対応する支援が実践されている。</p>			

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 5/5
	評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当	
サブカテゴリー6の講評			
<p>各種マニュアルを整備し、マニュアル委員会で点検・見直しを行なっている</p> <p>サービス提供に関する基本事項や手順を明確にするため、介護業務マニュアルや看護業務マニュアル等を整備している。点検や見直し・修正等については、マニュアル委員会でなっている。ケアワーカーの24時間の業務内容を洗い出し、業務時間や業務分担の見直しを行なうことで業務の効率化と標準化を図っている。24時間の業務の流れや緊急時の対応等はケアワーカー室に掲示し、確認しやすくなっている。また、フロア業務でタイムリーな見直しが必要な時はフロアの主任・リーダーを中心に見直しを行ない、フロアノートで職員に周知している。</p> <p>マニュアルや研修資料は情報共有システムでいつでも閲覧が出来るようになっている</p> <p>職員が業務上で分からないことが生じた際や業務の点検を行う際に、手引書やマニュアルを日常的に活用できる環境が整えられている。ケアワーカー室に手引書が設置されておりいつでも閲覧可能となっている。また、情報共有システム内でもマニュアルや研修資料も閲覧できるため、職員は必要な時に迅速に確認出来るようになっている。また、職員調査でも「職員間の雰囲気は良く、相談しやすい環境で利用者のケア方法やアプローチ法など決めやすい」「現場で利用者について話し合う時間が個人、役職関係なく行なっている」等の意見が多かった。</p> <p>利用者、職員からの意見や提案の他第三者評価の意見も踏まえ業務内容の見直しに反映</p> <p>提供するサービスの基本事項や手順の見直しに際し、変更時期や基準を定め、計画的に実施している。マニュアル委員会は年に1回点検を行い、変更が必要な場合は速やかに対応している。また、利用者からの意見や要望等については、居室担当職員が日々の生活の中で情報を収集して、内容によっては「苦情報告書」に記載して生活相談員が内容を精査して、管理者に報告している。職員には事業所内SNSで周知をしている。職員からは、施設長との個人面談時や日々の業務の中で意見や提案等を聞いて、運営会議で検討・見直しを行っている。</p>			

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	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p> <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															
<p>入所時には利用者と家族との面談と事前アセスメント情報によりケアプランが作成される</p> <p>事業所は101年前の関東大震災の被災者支援活動を原点に事業所経営の課題として「利用者の方々が安心して、心豊かに毎日を過ごす事ができる環境とサービスの提供」を掲げている。利用希望がある場合には事前に入院先や自宅を訪問し利用者や家族の要望を聞き、全体像を把握しアセスメント表にまとめている。入所時にはアセスメント内容と変わらないかをケアワーカー、看護師、機能訓練指導員等多職種が面接し、初回ケアプランを作成している。入所後には居室担当が「こういうケアをしよう」と介護方針を職員に伝えている。</p> <p>生活習慣に配慮し利用者の要望があれば家族の了解を得て飲酒や喫煙の継続も可能である</p> <p>生活習慣に配慮している。要望があれば教会の牧師に在所してもらい、家族と共に祈ってもらうなどの対応もしている。仏壇の持ち込みは居室に入る範囲で可能である。喫煙室の用意はあるが、現在喫煙希望者は在籍していない。飲酒は主治医の了解があれば持ち込み可能であるが、主にノンアルコール飲料をお願いしている。アルコール飲料を希望する場合には飲酒による転倒リスク等について家族に伝え了解を得ている。夕食時に飲む事もあるが、周りの利用者にも配慮し、居室でも飲む事もある。携帯電話やタブレットの持ち込み、新聞購読にも対応している。</p> <p>多職種の一日の業務の流れを24時間表にまとめ多職種連携への意識を高めている</p> <p>朝のミーティングでは管理者、日直、看護師、ケアマネジャーを兼務する生活相談員等が参加し、スケジュールの確認や、利用者の体調や様子等を共有している。多職種の業務を含め一日の勤務の流れがわかる24時間表をケアワーカー室に掲示し相互の連携を強めた支援への工夫が見られる。</p>															
2	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p> <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															
<p>管理栄養士がミールラウンドを行ない利用者の嚥下状態を把握し食形態を工夫している</p> <p>管理栄養士2名が在籍しており、栄養ケアマネジメントを行ない、利用者の嚥下状況などを把握し安全な食事摂取に向けて食形態を工夫している。食事摂取状況の変化や食形態が合っているかなどについて主に昼食時にミールラウンドを行ない確認をしている。食事介助が必要な利用者は同一のテーブルにて、ケアワーカーが専任で食事介助を行ない、利用者の摂食状況に合わせ個別に介助している。利用者調査では「柔らかくしてくれた。食べやすい、味も良いです」との声があった。麺類が好きな利用者も多く、週に1回麺類を用意している。</p> <p>栄養ケア計画を実施し体重変化や排泄状況も把握し全身の栄養状態の変化を確認している</p> <p>管理栄養士により栄養ケア計画が作成されている。摂食状況や体重の変化、排泄状況などを精査し、検査上での栄養状態の把握も行なっている。栄養ケア計画書は多職種により必要時に見直しが行なわれ、家族に送付され承認を得ている。栄養ケア計画書を基に多職種により「経口維持計画書」も検討され、より安全な経口摂取の継続を図っている。利用者の声では「季節ごとにメニューを良く考えており美味しいです」との声があった。1食の献立で肉、魚を使うようにし、好き嫌いへの対応や栄養のバランスの確保にも配慮している。</p> <p>多職種が集まるサービス担当者会議では嚥下機能低下への対応も検討している</p> <p>ケアワーカー、看護師、機能訓練指導員、ケアマネジャー、栄養士が集まり1ヶ月に1度、サービス担当者会議を開催している。栄養ケア計画についても多職種が専門分野での助言を行ない見直しをしている。理学療法士は食事時に必要な椅子や車イスのポジションの工夫を行ない、安全に嚥下ができるよう配慮している。理学療法士は個別の自助具の選定を行なうなど、多職種が連携して安全な食事摂取への対応を工夫している。嚥下機能の低下が進んだと思われる時には家族も同席の上、歯科医による内視鏡検査を行なう事もある。</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>嗜好調査を基に敬老会や正月など行事食を工夫しご馳走日、選択食を企画し喜ばれている 年に数回利用者の嗜好調査を行っている。嗜好調査により利用者の食事への要望や意向を把握し、選択食を企画している。選択食は肉料理か魚料理かなど事前に要望を聞いている。ご馳走日の食事も見目にも配慮し食事形態を工夫している。季節に合わせた料理や敬老会などの行事食も、刺身や天ぷら、正月にはおせち料理など特別な献立を用意し喜ばれている。利用調査でも「誕生日食、行事食が美味しいです」とあり、利用者の楽しみとなっている。</p> <p>通院や外出で食事時間に遅れた場合は代替食の用意がある 嗜好調査では利用者の好き嫌いやアレルギー、薬の飲み合わせ等も勘案し個別性に配慮した食事を用意している。おやつはババロアやロールケーキ、夏季にはアイス、秋にはやき芋など、季節を感じる物を工夫し提供している。利用者の声では「季節ごとにメニューを良く考えており美味しいです」との声があった。食事中はテレビを消し音楽を流し食事に集中出来るようにしている。通院や外出などで食事時間に遅れた場合には、1時間半の取り置きが可能であるが、時間を越えた場合には簡単な代替食を用意している。</p> <p>温冷配膳車を導入し着席を確認して配膳し食事の温度管理を大事にした配慮がある 訪問調査時、食席は利用者のADLに合わせて決めており、利用者の希望によっては一人席でも召し上がれるよう個別テーブルを使用する等の配慮をしていた。食事は温冷配膳車で運ばれ、着席を見届けて配膳している。温冷配膳車では温かい物は温かく冷たい物は冷たい状態を維持できるよう、トレーそのものが温、冷と仕切りがあり、食事が適温に保たれ、食事の美味しさを大事にしている。</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>入浴形態は3種類あり利用者のADLに合わせて選択し安全な入浴に配慮している 浴室は一般浴、リフト浴、機械浴がある。入浴は週2回とし誘導から入浴介助まで個別対応としている。入浴形態はアセスメントシートにより利用者のADLに配慮して選択している。各種浴室が同じスペースに設置されており入り口は扉とカーテンの仕切りがある。脱衣室は共有であるがパーテーションで区切り各浴室に向かう時にはバスタオルで覆っている。機械浴は2名体制であるが一般浴はマンツーマン対応となっており、利用者ケアワーカーが向き合う事のできる貴重な機会である。浴室に複数の利用者が集まる事は少ないためプライバシーは保たれている。</p> <p>認知症利用者の入浴拒否に対しては声掛けの工夫により誘導し入浴励行に努めている 入所初期には入浴拒否が見られる場合もあるが、現在入浴拒否のある利用者は見られない。入浴拒否がある場合には、時間を置いたり、職員を交代する等に加え、入浴拒否が強い場合には時間の変更や日程を変更して行なっている。身体の清潔保持の為、週2回の入浴支援の励行に努めている。</p> <p>入浴時には利用者の要望に併せ湯温や湯の深さを個別に調整し安心・安全に配慮している 入浴は湯の温度や深さを個別に調整するなど、利用者が安心して入浴出来るよう配慮しており、利用者にとっても楽しみとなっている。入浴時間をさらに楽しみの多い時間とするため、浴室を季節感あふれる場所とするよう工夫されている。季節に併せ、菖蒲湯や柚子湯をはじめ、みかんやリンゴなど季節の果物を浴槽に浮かせる事もある。変わり湯として各種の入浴剤の用意もある。入浴時にはケアワーカーと利用者がゆっくり向き合う機会であり、昔話など会話を楽しむ事が出来る。浴室は毎日清掃し清潔が保たれている。</p>		

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		
<p>排泄表を基に排泄パターンを把握し定時及び随時の排泄介助を行なっている</p> <p>居室にはトイレが設置されており、待つ事もなくプライバシーが保たれた環境でゆっくり排泄をする事が出来る。排泄表により、利用者個別の排泄パターンを把握し、排泄介助の時間や回数を確認し定時の介助に加え、随時にも介助、誘導を行なっている。排泄表により排便の状態を確認し必要時下剤の調整を行なっている。</p> <p>オムツ専門業者による研修結果により漏れがある時にどのパッドが良いか再評価している</p> <p>尿失禁が続いた際は3日間に渡り定時の尿量測定を行ない、使用パッドの評価をしている。排泄チェック表には24時間の記録があり、「このパッドを使ってください」等使用するパッドの種類も記載されている。必要時、オムツ専門業者のアドバイザーを呼び、ケアワーカーが研修を受けている。オムツ評価の仕方やおムツの正しい当て方などの研修により無駄なパッドの使用が減っている。排泄表には漏れも書いてあるため、入所時や退院時には失禁回数や漏れが多い時にはパッドが合っていない事もありどのパッドが良いか再評価している。</p> <p>ポータブルトイレは清潔と臭気に配慮し消臭消毒剤を使用し週に一回職員が清掃している</p> <p>パッド評価により利用者別にオムツが選択されており、排泄カートには紙オムツやパッド等全種類を用意している。入浴介助に向けて入浴パッド一覧表が用意され、パッドの種類は色分けし使いやすいよう工夫している。ポータブルトイレを居室に置く場合には清潔保持と臭気に配慮し、消臭消毒剤を入れている。居室内にトイレ・シャワーがあるため、使用後は適時シャワーで清掃している。共同トイレは消臭スプレーに加え、空間除菌脱臭機を設置し気持ちよく快適に使用出来るよう配慮している。</p>		
6 評価項目6 移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(000)
評価	標準項目	
●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>機能訓練指導員の評価により利用者の自力移動の方法について検討している</p> <p>利用者が可能な限り自立移動出来るようミーティングやサービス担当者会議で検討している。機能訓練指導員の評価を受け、利用者個別に適切な移動方法の選択を行ない、特性に併せた福祉機器をレンタルする事もある。自動ブレーキ付き車イスが数台あり、利用者が自力で車イス移動する場合にはフットレストを外し、生活リハビリとして食堂からの帰りなどは「もう少し先まで行ってみましょうか」などと声掛けしている。独歩の利用者はほとんどいない状況であるが、歩行器利用により歩行が可能な利用者も見られる。</p> <p>フルフラット車イスの導入により安全な移乗とケアワーカーの腰痛予防が減少傾向にある</p> <p>理学療法士の助言により、立位が可能と思われる利用者については、立位保持の生活リハビリを行っている。ベッドから車イスに移乗する場合には利用者の状況により、L字型介助バーに掴まってもらい生活リハビリとして立位を取ってもらっている。ベッドから車イスへの移乗に全介助を必要とする場合には、2人介助で平行移動が可能なフルフラット車イスを利用している。フルフラット車イスを数台購入した事によりケアワーカーの腰痛が減少傾向にある。</p> <p>ベッド移乗に必要な福祉機器の購入により離床による生活環境が行いやすくなっている</p> <p>車イスは自走式、介助式、チルト式、フルフラット式等々があり、車イス一覧表にまとめられている。フルフラット車イスやチルト式車イスなど複数台購入した事により、寝たきり状態や看取り期の利用者についてもベッドからの離床が行いやすくなり、離床による生活環境が整ってきている。機能訓練指導員の評価により、適切な移動方法の選択を行ないマニュアルを整えることで安全な移乗に努めている。車イス清掃はコロナ期にはケアワーカーが車イス清掃を行っていたが、コロナ5類対応となり車イス清掃ボランティアが少しづつ来所している。</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(0000)
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		
<p>機能訓練指導員、理学療法士が在籍し機能訓練計画書を作成し個別の評価を行なっている</p> <p>機能訓練指導員として理学療法士1名、あんまマッサージ師1名が在籍している。入所時は機能訓練指導員が身元引受人等に対し、説明を行なった上で、利用者の全体像を把握し個別機能訓練計画書を作成している。統計によると平均要介護度は4.1である。利用者全体で要介護度が高く、立位訓練、歩行訓練に加えて寝たきりの利用者に対して、マッサージや関節可動域訓練の必要性も高いと思われる。3ヶ月に1度、個別の機能訓練計画書の見直しが行なわれている。</p> <p>多職種により自立支援計画書が作成され日常生活での自立支援への意識を高めている</p> <p>利用者が出来る事、出来ない事をストレングスシートにまとめケアプランに反映させている。出来る事を中心に生活の中でのリハビリの実施を中心に機能訓練計画書を作成している。食事やトイレ介助時にベッドから車イスに移乗する時にはベッド柵を利用して立位5秒程度を維持する、トイレ利用時にも立位を保つ、車イスの自操が出来る方はなるべく促す等、日常生活動作の中で行なっていることを反映させ、自立支援計画書を作成している。</p> <p>多種類の車イスが導入されており職員により車イス一覧表が作成され管理が行われている</p> <p>歩行器の用意もあり車イスは自動ブレーキ付き、自走式、介助式、チルト式等を揃えており、近年ではフルフラット車イスも数台購入している。車イスの管理は車イス一覧表を職員が作成し、管理している。車イス清掃はコロナ禍では職員が実施し負担が大きかったが、コロナ5類となり、職員と接する事が少ない作業のため、車イス清掃ボランティアも徐々に増えている。</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(00000)
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		
<p>配置医師2名が来所し幅広く相談が出来るようになり入院対応も行ないやすくなっている</p> <p>看護師は常時2~3名を配置している。月毎に体重測定、血圧測定が行なわれ、高齢者検診などの利用により定期健康診断が実施されている。健診結果と日々の健康状態に合わせてバイタルチェックが行なわれている。医務専用の個別記録ファイルが用意され利用者の健康状態を把握している。配置医と密に連携し、幅広い相談が出来るようになっている。入院対応も行ないやすい状況となり、職員の安心となっている。精神科医師が月に2度来所し、認知症等の精神疾患への対応を強化している。</p> <p>緊急時の対応について看護師との連携を強め対応方法をケアワーカー室に掲示している</p> <p>薬剤は薬局薬剤師が薬を届け、処方内容の変更により薬剤が変更される時には看護師に伝えている。看護師が薬の内容を確認し介護職員がダブルチェックしている。食後の配薬はケアワーカーが行うが、服薬時には薬袋の日付を確認し、必ず口の中に薬剤が残っていないかを確認している。配薬後は薬の空き袋に残薬が無いかをケアワーカーが確認し、処分している。緊急時対応については看護師との連携体制を確保し看護師の24時間オンコール体制をしいている。救急車を呼ぶ時の具体的な対応方法を職員休憩室入り口に掲示しケアワーカー間で共有している。</p> <p>家族の思いへの共有を図り看取りカンファレンスへの家族参加実施に期待したい</p> <p>看護師が不在の夜間にも経口喀痰吸引が出来るようケアワーカーの吸引研修参加を多くし、夜間の吸引体制を強化している。入所時の介護度も高い事が多く、入所時には家族や利用者から看取りの要望を確認しており、ケアプラン更新時にも再確認し変更がある時には記録内容を更新している。看取り後は職員間で看取りカンファレンスを行っているが、今後は家族参加も視野に入れたグリーンケアの推進に期待したい。</p>		

9 評価項目9 利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○非該当
評価項目9の講評		
<p>入浴後に身体が緩やかになった時の更衣が基本であるが汚染時はその都度実施している</p> <p>起床後、就寝前の更衣は本人の希望に沿って対応している。衣類は基本的に緩やかな素材の物を家族にお願いしており、更衣は入浴時に行っている。特に四肢の麻痺などにより関節の拘縮がみられる場合には、浴槽につかり筋肉が緩やかになった時の更衣が安全で行いやすくなっている。食事で食べこぼしなどにより衣類が汚れやすい場合には、介助用のエプロンを使用する。食べこぼしや失禁等で汚染があった場合にはその都度交換し清潔を保っている。</p> <p>基本的に起床時はホットタオルにより洗顔し身なりを整えて食堂に移動する事が多い</p> <p>個室対応であり洗面所の設置もあるため、車イスや立位で洗顔が可能な場合には洗面をしてもらっているが、多くの場合には起床時にホットタオルを配りケアワーカーがモーニングケアを行なっている。洗面後に化粧水を持参している人は使用している。髭剃りは個人用を持参してもらい自分で出来る場合はお願いし、介助が必要な場合にはケアワーカーが行なっている。整髪については移動理美容業者が各階月1回ずつ来所しカットを中心に行なうが希望があればカラーやパーマも行ない、個人的に通い入れた美容室に家族同伴で定期的に行く利用者もいる。</p> <p>個室環境により不眠傾向のある利用者に対しても個別に対応が出来ている</p> <p>個室環境により外部からの刺激が少なく安定した睡眠を得る事が可能である。夜間の動きによりベッドからの転落の危険があると思われる場合にはセンサーマットを敷いている。夜間の睡眠を確保するためにレクリエーションプログラムで外気浴を行う事もある。中庭にテーブルや椅子を設置してお茶会を開いたり、花の水やりをお願いする事もある。また、必要時に精神科医に相談する事もある。不眠の際には夜勤者が温かいお茶を出したり、時間が許す時にはおしゃべりを楽しむ事もあるが、個室仕様であるため全体的に睡眠は良好である。</p>		
10 評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	○非該当
●あり ○なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○非該当
評価項目10の講評		
<p>利用者が出来る事に着目し歌、書道、塗り絵、風船バレー等楽しめる活動を提供している</p> <p>事業所の基本方針の1つに「入居から最期の時までその方らしく喜びをもった生活」を挙げている。入所時にまとめたアセスメント内容により、利用者の出来る事、出来ない事を把握し、楽しみながら出来る事に注目して支援している。利用者調査では「テレビを見て過ごしています」とのコメントも複数あるが、歌を歌う事、書道、ちぎり絵、塗り絵、ペン習字等に加え、身体を動かす風船バレーなどの楽しみ活動に加え庭の草花の水やりも実施している。食堂のテレビはユーチューブを開通した事により、テレビを見ながら口腔体操やテレビ体操も実施している。</p> <p>自分のしたい事をして過ごしていますかの問いに9割が「はい」と回答している</p> <p>年間予定表によると全体行事として花見、園芸、七夕飾り、敬老祝賀会、ワンワン村(ドッグセラピー)、クリスマスランチなどがある。利用者調査では「あなたは施設で自分のしたいことをして過ごすことができますか」の間には90パーセントが「はい」と回答している。趣味の囲碁、将棋、縫物、編み物、好きな本を持ってきて読書するなどが挙げられている。利用者のほぼ全員に認知症が見られるが、残存機能に着目し利用者が出来る事を中心に支援の工夫をしている。中庭が広く天気の良い日には外気浴も行いやすい環境である。</p> <p>利用者の気持ちの変化に対応しさりげない声掛けを多くするなどの対応に努めている</p> <p>事業所の特長の1つとして居室内でハープを弾いてくれる奉仕者が来所し、精神的に不安を抱えた利用者が穏やかに過ごす事が出来ている。認知症利用者が自宅と同じような環境で落ち着いて過ごす事が出来るよう、職員の動線を阻害しない範囲で物品の持ち込みが可能である。家族の写真や自分の絵画や折り紙などの作品を壁に飾っている利用者もある。日常的に利用者の気持ちの変化を把握し、声掛けを多くするなどの対応に努めている。</p>		

11	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
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
評価項目11の講評		
<p>法人として地域に貢献する取り組みを目指し近隣大学への講師派遣等を行なっている</p> <p>法人のサービス提供の考え方のひとつとして、「法人、部署の専門性を活かして地域に貢献する取り組みを行っている」とある。取り組みの一例として近隣の大学の福祉学科で生活相談員が講師を努め、地域福祉向上に役立っている。コロナ禍も5類対応となりボランティアの来所を徐々に開始しており、利用者との接触が少ない繕い物や洗濯物たたみのボランティアの来所を優先している。利用者の生活充実を目指し、徐々にボランティアの受け入れを開始している。事業所全体として地域と繋がる活動を活発に展開している。</p> <p>地域交流行事「いきいきさんデー」を本格的に再開し地域住民参加の機会としている</p> <p>地域交流行事である「いきいきさんデー」のテーマは「地域への専門性の発揮と地域交流」としている。理美容専門学校生徒によるネイルアート、近隣高校生による吹奏楽演奏、小学生によるダンス、地域住民による和太鼓演奏、模擬店等々地域住民参加による催事が行われた。また、「地域を花でいっぱいにしたい」花プロジェクトを地域で展開しており、近隣小学校も参加している。小学校から花の苗や種をいただき中庭に植えている。水やりは利用者と職員が中心となって行ない、育った花の一部は「ひまわりの会」で作品作りに使用している。</p>		
12	<p>評価項目12 施設と家族との交流・連携を図っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 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		
<p>月1回「めぐみだより」、「めぐみ通信」が発行され日常の生活を写真入りで伝えている</p> <p>月1回の「めぐみだより」「めぐみ通信」を家族に送付している。「めぐみ通信11月号」は面会方法のお知らせや駐車場の使い方等を伝えている。「めぐみだより」では写真を多くし利用者が行事や郷土料理を楽しむ様子を掲載している。更に法人の季刊誌である「いきいきまーち」は年4回発行している。面会制限もある中でインスタグラムやネット上のホームページ「ホームの日記」等々により日々の生活の様子を伝えている。利用者に変化がある時にはその都度家族や身元引受人に電話で伝えており「紙ベースや電話での連絡があり満足」との家族の声がある。</p> <p>法人主催の「いきいきさんデー」に家族の参加もあり利用者と家族の交流の機会でもある</p> <p>コロナ禍も5類対応となり徐々に面会制限の緩和を行っている。看取り対象者については随時面会とし長時間過ごせるよう環境を整えている。外出支援については家族と同行するようお願いしている。近年、近隣に大型公園が整備されており、家族と公園に出かける利用者もある。法人主催で「いきいきさんデー」を開催し家族の参加を呼びかけており、多くの参加者が見られ、利用者と家族が共に楽しむ機会となっている。職員と家族の交流の機会でもあり、直接利用者の日常について報告し家族からの要望も聞いている。</p> <p>家族会の開催についてはコロナ感染症等が散発しており再開について検討中である</p> <p>昨年来、新型コロナも5類対応となり、面会制限も徐々に緩和している。しかしコロナやインフルエンザなどの感染症が散発しており、家族会の再開については検討中である。家族の面会時には職員と家族が直接話す機会もあるが、苦情に関して苦情受付窓口がある事や意見箱を設置している事を必要に応じて伝えている。利用者についての報告や相談にのる以外にも、入所希望があり在宅で暮らす認知機能の低下がある人への相談や助言をする事もある。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-3	利用者が食事を楽しむための工夫をしている
タイトル①	郷土料理やおやつなどの工夫など楽しみのある食事提供に取り組んでいる	
内容①	調理は、直営で行なっており、2名の管理栄養士を配置して食事関係に力を入れて取り組んでおり、懐かしい郷土料理や豪華なおやつを提供している。給食会議では介護職員と管理栄養士が話し合い利用者の意向を反映したメニューの検討・実施をしている。行事食に加え、年に数回、選択食を実施し、事前に利用者個々にアンケートを取り、肉料理か魚料理かなどを聞いており、利用者自身で好みの食事を選ぶ、楽しい機会となっている。さらに、おやつについても季節に応じた物を提供し、数種類ある場合は自発的に選んでもらう等、楽しい時間を提供している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-6	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
タイトル②	移動支援に取り組み抱えない介護に力を入れフルフラット車イスを導入している	
内容②	使用中の車イスは、各種揃えているものの、利用者の状況によっては家族同意の上、自費レンタルで必要な機能が備わっている機種をレンタルする事もある。抱えない介護を実践しており、ケアワーカー2名での介助が必要な方はスライディングボードを使用、フルリクライニング車イスに平行移乗を行なっている。職員の負担も少なく利用者も移乗時の違和感が少ないと思われる。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-8	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル③	歯科医や歯科衛生士の指示書により口腔ケア情報提供書を作成しケアの統一を図っている	
内容③	多職種連携として「経口維持への取り組み」に力を入れている。口腔ケアの実践として週2回、歯科医師が来園し利用者の口腔内の状態や残存歯、義歯について診察している。歯科医師より指示を受けた歯科衛生士が1週間に2回来所し口腔ケアを行い、ケアワーカーに対して、歯の磨き方や口腔ケアについて技術的助言を行っている。個別の磨き方について指導を行い、使用物品の適切性を向上させている。歯科医師や歯科衛生士からの指示書を口腔ケア情報提供書を作成し、職員間でケアの統一に力を入れている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	専門性を活かし近隣小中高校・大学との連携による福祉人材育成、地域の高齢者の生活支援や主体的活動の提供など地域貢献に取り組んでいる
	内容	事業所周辺の小学校の福祉体験授業や中学校、高校・大学の職場体験等の受け入れを積極的に行ない、次世代の福祉の担い手となる学生に福祉の仕事の魅力を伝え地域の人材育成に貢献している。また地域の高齢者に対しては片付け支援事業を通して孤立防止と制度への橋渡しと、高齢者が役割を見出し主体的に自信を持って活動できる場を提供している。更に専門性を活かして地域交流をテーマにしたイベントの開催、地域の児童が育てた花を活かした交流、社会福祉法人連絡会と連携した「安心した暮らせる地域づくり」への参加など地域貢献に取り組んでいる。
2	タイトル	入浴や排泄支援においては羞恥心やプライバシーに配慮した環境を整えており、利用者に快適な生活を支援している
	内容	羞恥心を伴う入浴や排泄においては、利用者のプライバシーに配慮した支援が行なわれている。入浴支援については、一般浴、リフト浴、機械浴が整備され、個室の浴室で個々にあった入り方が可能である。入浴介助もマンツーマンで対応し、他者の視線を気にすることなく、ゆったりと入浴が出来る環境が整っている。排泄支援に関しても全室にトイレが完備されプライバシーが守られている。更に、尿量測定を行ない排泄状況を評価して、一人ひとりに適したパットを選定し適切なオムツの使用に取り組んでおり、利用者の快適な生活を支援している。
3	タイトル	職場内SNSを活用した情報共有、職員間や上司との話しやすい雰囲気、職種間連携、利用者目線の相違など働きがいのある職場環境である
	内容	職員調査では、職員同士の関係性が良好で、ケアの方向性など相談しながら取り組んでいる、事業所内SNSなどを活用して情報共有が密である、職種間の連携がスムーズである、課題を見出して改善の取り組む気運がある、などが良い点として多く挙げられている。また施設長が常に現場の職員の意見に耳を傾けるように心がけており、ディスカッション形式の研修など職員同士で学び合える機会も作っている。多職種の連携による様々な支援の実践、現場でのチームケアや利用者目線での創意工夫なども行なわれており、働きがいのある職場環境が構築されている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	利用者の重度化が進む中で認知症症状を有する難しい利用者への対応方法を事業所全体として取り組み更なるレベルアップに期待したい
	内容	利用者の重度化が進む中で、認知症症状を有する利用者も多くなっている。そのため、職員間で対応にばらつきが生じる場面があり、特に対応が難しいケースでは、職員の関わり方が利用者の症状等に影響を与えることも考えられる。質の高い支援を提供するために、認知症に関する理解を深め、適切な対応方法を習得するための研修や勉強会を継続的に実施することが期待される。また、利用者の症状や行動の観察記録を細やかにを行い、その情報を職員間で確実に共有する等、事業所全体として認知症支援の取り組みを促進させ、更なる支援の質の向上に期待したい。
2	タイトル	出来る事、出来ない事に注目し室内活動を開始しているが外庭を利用した花の水やりや外気浴など出来る事への更なる支援の工夫に期待したい
	内容	日中活動やレクリエーションはコロナ禍以前の状態に徐々に戻している。入所時のアセスメントに着目し利用者が出来る事、出来ない事を把握し、楽しみながら活動に参加出来るようにしている。テレビのユーチューブを利用し、テレビの画面を見て懐かしい歌を聞いたり歌う事やテレビ体操を行い、男性は囲碁や将棋も開始している。利用者数80名に対して半数以上の利用者が趣味活動に参加している。今後は外庭での花の水やりや外気浴など出来る事への更なる支援工夫に期待したい。
3	タイトル	設立以来大切にしてきた使命を継続して実践するために、業務分担の見直し及び効率化の検討を行ない更なる生産性向上に期待したい
	内容	事業所は昨年度、創立百周年を迎え「利用者が安心して心豊かに過ごせる環境とサービスの提供」(使命)を実現するために、原点回帰と積み重ねてきた介護技術の向上、利用者の快適性の追及に常に取り組んでいる。しかし感染症蔓延予防のための対応継続や物価高騰等、今後も厳しい状況が予想されるため、適切な収支バランスの確保や生産性の向上が求められる。そのために、役職や職種の業務内容・分担の見直し、職員の負担の可能な限りの平均化、ソフト導入や事業所内SNSを活用した業務の効率化についての更なる検討を期待したい。