

<p>1</p>	<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)関係法令・基準を遵守し、コンプライアンスを尊重した運営を行うこと 2)ご利用者が個人の意思と可能性が尊重され、自立したその人らしい生活を、地域社会で営むことができるよう援助すること 3)事業の高い公共性と倫理性を自覚し、開かれた施設運営と経営の透明性に努めること 4)地域社会への貢献と共生に努めること 5)広い視野とプロとしての専門性を高めるため、研鑽と努力を惜しまず、常に介護サービスのあるべき姿を提示すること 6)一誠会に寄せられる貴重なご意見ご批判などを真摯に受け止め品質マネジメントの有効性を継続的に改善し常に変化し続けながら、一貫した高品質のサービスを提供する一誠会ブランドを構築すること</p>
<p>2</p>	<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"> ・幅広い視野とプロとしての専門性を自ら引き上げ、研鑽と努力を惜しまない、高い専門性と人間性が常に要求される仕事だという事を自覚して業務にあたる姿勢をもってほしい。 ・「明るく」「ひたむき」で「芯を強く持ち」「礼儀正しい」職員であってほしい。 ・他の事業所の模範たる法人を目指す。 ・サービスを提供するためには、多くの職員の協力が不可欠であり、互いに協力しあい、互いの価値を尊重しあうこと、そして一人ひとりが仕事に対し、尊厳とプライド、満足感を持つこと、職員一人ひとりが責任を持つことにより、最高のサービスが提供され、実現される鍵と考えている。 <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>顧客満足の向上と継続的改善を図り、多様化するニーズに適したサービスを迅速に提供し、変化の激しい今、必要とされるサービスを先駆的かつ創造的に職員全員一丸となり提供していく気概をもってほしい。</p>



調査対象

施設と協議のうえ、アンケート内容の理解が難しい利用者や、会話が困難な利用者を除いた、調査に協力可能な利用者を対象とした。

調査方法

施設内の話を聞きやすい場所で評価者が個別に聞き取りを行った。

利用者総数

29

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
	10	10
	10	10
0.0	34.5	34.5

利用者調査全体のコメント

聞き取り調査の結果から、多くの項目で肯定的な回答をする利用者がみられるが、無回答もみられた。サービスの提供では、生活するうえで必要とする手助けが行われていることに満足している様子がうかがえた。また、施設では利用者の希望やペースに合った時間が過ごせると多くの利用者が回答している。安心・快適性では、食事場所や浴室など、施設内は清潔で整理がされており、ケガをしたときや体調を崩した際の職員の対応は信頼できると回答した全員が答えている。利用者個人の尊重では、プライバシーに配慮した対応がされていると感じている利用者が多い。なお、個別の支援計画に関することについては、他の項目より無回答が多く見受けられた。総合的な感想では、施設への満足度について、「満足」と回答した利用者が最も多く、次いで「大変満足」「どちらともいえない」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	7	0	2	1
<p>食事の献立や味付け、食事をする際の手助けなどに満足しているかについて、10名の利用者のうち、7名が「はい」、2名が「いいえ」、1名が「非該当」と回答している。自由意見では、食事はおいしいという声や、味付けは合っていて、果物やケーキ等も出るという声が聞かれた。その他、合うもの、そうでないものがあり、魚が苦手、焼き魚の方がおいしいという意見があった。桃や魚のフライなど、出してほしい食べ物の名前もあがった。</p>				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	9	1	0	0
<p>生活するうえで利用者が必要とする手助けが行われているかについて、10名の利用者のうち、9名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と回答している。自由意見では、機械浴に入っていて、ちょうどよい具合だという声や、車イスへ移動するのに二人で介助してくれるという声が聞かれた。</p>				
3. 施設の生活はくつろげるか	9	1	0	0
<p>施設では利用者の希望やペースに合った時間が過ごせているかについて、10名の利用者のうち、9名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と回答している。自由意見では、ニュース番組が好きで、自分でチャンネルを変えて観ているという声や、できることはやったほうが良いと思い、お手伝いをしたり、折り紙で鶴を折ったりして、過ごしているという声が聞かれた。</p>				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	9	1	0	0
<p>日常的に利用者の健康に気を配ってくれているかについて、10名の利用者のうち、9名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と回答している。自由意見ではしょっちゅう気にかけて聞いてくれるという声や、看護師もいるので、よくみてもらっているという声が聞かれた。</p>				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	10	0	0	0
<p>10名の利用者、全員が「はい」としており、食事場所や浴室など、施設内は清潔に保たれ整理がされていると回答している。自由意見では、係の方がきれいにしてくれているという声や、お風呂に行ったとき等に片付けてくれ、ゴミも定期的にきれいにしてくれるという声が聞かれた。</p>				

6. 職員の接遇・態度は適切か	7	1	0	2
職員の利用者への接し方や声をかける際の言葉遣い、服装などは適切なものであるかについて、10名の利用者のうち、7名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と回答している。自由意見では、やさしいという声や、ちゃんとしていて、嫌な思いをしたことはないという声が聞かれた。その他、それなりに親切だという意見もあがった。なお、2名の利用者は無回答であった。				
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
ケガをしたときや体調を崩した際の職員の対応は信頼できるかについて、10名の利用者、全員が「はい」と回答している。自由意見では、何かあれば看護師がみてくれるという声が聞かれた。また、具合が悪くなったら職員がみてくれると思うという意見もあがった。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	8	0	0	2
利用者間にトラブルなどがあつた場合の職員の対応は信頼できるかについて、10名の利用者のうち、8名が「はい」と回答している。自由意見では、トラブルにならないように、人との間を離しているという声が聞かれた。また、そういうことがないのでわからないが、大丈夫と思うという声もあがった。なお、2名の利用者は無回答であった。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	9	0	0	1
施設では利用者の気持ちや考えを大切にされた対応がされているかについて、10名の利用者のうち、9名が「はい」と回答している。自由意見では、やさしく面倒をみてくれ、足が痛いのを気にしてくれるという声が聞かれた。なお、1名の利用者は無回答であった。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	8	0	0	2
他の人に見られたくないことや知られたくないことなど、個人のプライバシーに配慮した対応がされているかについて、10名の利用者のうち、8名が「はい」と回答している。自由意見では、部屋に入るときはノックをしてくれるという声や、大丈夫だという声が聞かれた。なお、2名の利用者は無回答であった。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	4	0	0	6
個別のサービスに関する計画を作成したり見直しをする場合に、利用者の意見や要望を聞いて聞いているかについて、10名の利用者のうち、4名が「はい」と回答している。自由意見では、わからないという声が聞かれた。なお、6名の利用者は無回答であった。				
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	3	1	0	6
個別のサービス計画に対する職員の説明はわかりやすいかについて、10名の利用者のうち、3名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と回答している。自由意見では、本日の予定等について教えてくれるという声や、説明をしてくれるという声があがった。なお、6名の利用者は無回答であった。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	7	1	0	2
<p>不満や要望は伝えやすく、その後の対応も行われているかについて、10名の利用者のうち、7名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と回答している。自由意見では、ちゃんとしてくれるという声や、自分には困りごとがなく、困る前にしてくれるという声が聞かれた。なお、2名の利用者は無回答であった。</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	3	0	1	6
<p>困ったことなどを外部の窓口で相談できるしくみが周知されているかについて、10名の利用者のうち、3名が「はい」、1名が「いいえ」と回答している。自由意見では、わからないという意見があがった。なお、6名の利用者は無回答であった。</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 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る <input type="radio"/> 非該当
	カテゴリー1の講評	
	<p>各種媒体を活用し、法人が目指す理念やビジョンが伝わる情報提供に努めている</p> <p>法人では、パンフレットやホームページ、SNS、広報誌にて運営方針や進む方向性を随時発信している。特に、ISO9001を取得している施設の品質方針は、内部監査および外部監査にて評価を得ている。その理念および品質方針は各階に掲示し、職員や来訪者に向けた情報提供としている。定期的に発行している「グリーン・デイズ」(広報誌)では、法人全体が実施している事業紹介、各事業で特筆したい取り組みを掲載している。また、健康豆知識などの役立つ情報を載せ、利用希望者だけでなく地域住民に向けての情報提供となっている。</p> <p>経営層は、明確化された役割にてPDCAサイクルが図られるよう職員をリードしている</p> <p>施設経営層ならびに各役職の役割は、品質マニュアル及び職務分掌内規で明確化されている。経営層は、求められている役割を遂行するため、具体的施策をアクションプランとして策定し、事業の進捗状況を把握している。各課長は部署目標を数値化したアクションプランに基づき、職員をリードするとともに、毎月の経営幹部会議にて達成率を報告することとしている。年度内に取り組むべき課題を洗い出し、達成不可のものは積み残しリスクとして次期に繰り越さないよう努めている。なお、策定・実施・評価・改善のPDCAサイクルを意識して実行している。</p> <p>重要な案件の決定プロセスを定め、職員や利用者・家族に向けて情報提供している</p> <p>重要な案件や大きな費用が発生する物品購入については、根拠を立てて数値化して上申することとしている。挙げられた案件の意思決定は経営幹部会議に図られ、決定事項は会議終了後に議事録を作成し、同日開催の職員会議で職員に報告している。職員会議に参加できなかった職員には議事録を回覧し、漏れなく伝えるよう努めている。その中で、利用者に関することは口頭および掲示にて周知し、家族には文書を郵送して伝えている。経営層は、トップダウンだけでなく、職員からのボトムアップされた重要案件に向き合い、質の向上を図っている。</p>	

カテゴリー2		
2	事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行	
サブカテゴリー1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(○○○○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	
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(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	
カテゴリー2の講評		
<p>利用者・地域住民だけでなく、全国の高齢者福祉の動向を把握して運営改善を図っている</p> <p>施設では地域包括支援センターの設置はないが、独自に地域住民を対象とした活動を実施している。週に1回「らくらくサロン」を開催し、昼食の提供や機能訓練指導員による介護予防プログラムを実施している。これは、地域の高齢化が進み、地域の福祉ニーズに対応する取り組みである。参加者からの要望を把握し、次のプログラムへとブラッシュアップを図っている。また、独自の利用者満足度調査の実施や家族懇談会でのニーズを聞き取り、さらには、全国老人福祉施設協議会などへの参加により全国的な介護ニーズを把握し、運営改善に活かしている。</p> <p>長期的な視点に立ち、高齢者福祉に留まらず様々な事業展開を見据えている</p> <p>法人では、長期的の見通しを明確化して中長期計画を立案している。長期的には施設の立て替えを見据え、開設当初から木材を活用して取り壊しに費用がかからないよう考えられている。また、地域社会への貢献を重視した事業展開を行い、低額な料金で福祉サービスを提供する責務を果たすことで、さらなる発展をめざしている。高齢者福祉や児童福祉の事業を展開していくなかで、地域共生社会をさらに推進するため、障害サービスも検討する必要性を感じている。さらに、事務業務の効率化や管理コストの削減、介護人材確保対策を重点課題と位置づけている。</p> <p>目標を数値化し、毎月進捗状況を把握して事業の適正化や質の向上に努めている</p> <p>法人は目指すビジョンに沿った中長期計画を策定し、施設ではその方針に沿った単年度の事業計画を策定している。計画内容は経営層だけでなく、各部署・各委員会ごとに数値目標を掲げ、達成可能かつ評価可能で具体的な計画の立案に努めている。安定経営のためにICT化の推進や感染症対策、必要な人材育成と定着化など課題を導き重点方針として示している。評価は指標を定め、アクションプランに落とし込み5段階評価で毎月の進捗状況を把握している。このモニタリングにより、事業運営の適正化やさらなるサービスの質の向上に取り組んでいる。</p>		

3			カテゴリー3	
経営における社会的責任				
サブカテゴリー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		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況		2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる		評点(〇〇)		
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。		<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリー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		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況		4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている		評点(〇〇)		
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある		<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている		評点(〇〇)		
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている		<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリー3(3-3)				
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況		5/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる		評点(〇〇)		
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している		<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		評点(〇〇〇)		
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当	

カテゴリー3の講評

施設全体で目指すべき倫理や規範について、常に意識できるよう周知している

法人では目指すべき倫理や規範について品質方針に明記し、コンプライアンスを重要視することを職員に周知している。取り組みとして、法令に定められた人員基準や不適切介護が起らないようコンプライアンス委員会にて確認している。また、利用者への権利擁護の視点を持ってケアを行っているかを常に意識している。権利擁護については、苦情解決制度や第三者委員制度を設け、入所の契約時に家族に説明するとともに、施設内に掲示して常時閲覧可能となっている。苦情を受け付けた場合は速やかに対応し、協議のうえでフィードバックすることとしている。

権利擁護の視点を大切にし、利用者への不適切介護の撲滅に努めている

施設では、利用者の気持ちを傷つけないよう、ホスピタリティ委員会にて不適切介護の撲滅に努めている。特に、虐待に関しては、介護保険改正に伴い、運営規程や重要事項の見直し義務化され、更なる権利擁護に努めたいとしている。そのため、施設独自に唱和とロールプレイを実施し、職員の意識を高めている。また、ホスピタリティ委員会では、言葉遣いや接遇についても重要視している。第三者から見た場合、不適切と思われない対応を図るため、無意識に接している支援が意識化できるようビデオ研修も取り入れている。

地域貢献活動により、地域福祉の向上や地域に根差した事業運営を行っている

法人では、地域貢献活動として、配食サービスや地域交流会、介護予防教室を開催している。ボランティアとの関りも密にとり、相談員が参加するボランティア確保育成委員会を設置してコーディネートに努めている。社会福祉協議会との関係も強く、ボランティアセンターからも多くのボランティアを受け入れている。また、毎年実施している八王子介護フェアを近隣施設と合同で主催し、11月11日の「介護の日」にちなみ、地域に開かれた施設として介護の魅力を一般の人にも知ってもらい取り組みを行う等、地域貢献に努めている。

4 カテゴリー4		
リスクマネジメント		
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	
カテゴリー4の講評		
<p>想定されるリスクを洗い出し、各委員会にて事後検証と必要な対応策を講じている</p> <p>施設ではリスクの優先順位を洗い出し、現在は感染症対策を上位に置き対応している。法人全体では、リスクマネジメントに備えるため、安全衛生委員会、防災委員会、リスクマネジメント委員会の各委員会を組織し、毎月会議を開催している。また、現場で対応が図れるよう緊急時対応マニュアルを作成し、事故や感染症予防に努めている。災害については事業継続計画(BCP)に基づき、年に2回の総合防災訓練を実施し、不測の事態に備えている。感染症対策については、昨年の教訓を活かし、事後検証も含めて必要な改善に適宜努めている。</p> <p>あらゆる事故を想定し、一連の流れをマニュアルに定めて適切に対応を図っている</p> <p>起きた事故については是正予防処置報告書を基にし、事故分類や起因分類をわけて分析し、現場検証や環境面での整備などの具体的な改善策を講じている。病院受診を伴う事故については速やかに行政へ第一報の報告をし、入院になった場合には退院後に報告して事後の対応策や経過を伝えている。事故検証はリスクマネジメント委員会にて協議し、対応策を講じるとともに職員に周知徹底されるよう情報共有している。これら、事故が起きてから報告書作成、再発防止策などの記録の記載や流れについて、一連の流れをマニュアルで定めている。</p> <p>個人情報の取扱いについて規程を定め、情報漏洩防止に努めている</p> <p>法人は個人情報保護規定を定め、個人情報の取扱いについて細心の注意を払っている。紙媒体の文書は保管場所を決め、鍵付きの場所で厳重に管理し、個人情報が入った書類を破棄する場合にはシュレッダーを活用している。個人情報は機密性の高いものとして、不適切な使用がなされないよう、ルールを明確化し、外部機関からの認証も受けて厳格に取り決めている。職員には在職中や退職後も外部に情報を漏らさないよう誓約書を取り交わしている。また、実習生やボランティアなどの外部の人を受け入れる場合にも同じ手続きを取っている。</p>		

5 職員と組織の能力向上			12/12
サブカテゴリ1(5-1)			
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賞金・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-5の講評

人材の確保が厳しい中、人材育成に力を注いでいる

人材確保が厳しい中、人材紹介会社とのマッチング機能の活用、地域の就職説明会の開催により効果的な人材確保に努めている。人材育成においては国が推奨しているキャリア段位制度の取り組みや、施設内・外の研修参加により知識向上を図っている。また、人事考課制度により評価基準を定め、職員一人ひとりの役割と責任を明確にして、業務遂行意欲を高めて育成を図っている。さらに、人事考課規程に従い年2回の人事考課面接を行い業務遂行上の障害等、直接上司と意見交換ができる機会を設けて人材育成の一手段としている。

個々の資質向上が図られるよう、法定研修を含めて全職員が参加できる体制を整えている

新入職員に対しては、新人教育訓練プログラムを作成し、職場内OJTによる育成が図られている。職員の力量によって個別に育成することとし、数年後のキャリアが描ける計画とし、階層別に研修受講が可能となっている。なお、研修は地域に開かれた地域福祉研修があり、職員は希望があれば参加可能となっている。また、就業形態に関わらず参加しやすいよう、毎月認知症介護などのテーマを決めた動画研修を行っている。研修計画は事業計画に明記し、特に必須となる法定研修を含めて確実に実施し、全職員が参加できる体制を整えている。

ケアの質を向上するため、職員満足度調査の結果を事業計画などに反映させている

職員が日ごろ感じている意見を把握するため、法人独自で職員満足度調査を年に1回実施している。調査はWebを通じて回収し、速やかに集約・分析することが可能となっている。チームケアの推進のため、権利侵害がなく、相談しやすい職場環境作りを目指している。利用者へのケアの向上には、職員の意識を把握することが重要となり、次期事業計画にも大きく影響を及ぼしている。また、日ごろの支援では急変時や感染症予防など、課題が発見された場合に職員自らが振り返るため勉強会を開催するなど、積極的に学びの姿勢を持って業務にあたっている。

カテゴリ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)

【前年度の課題と目標】

施設では、高齢者虐待防止について職員への意識化を課題としていた。年に2回の職員面談において法人が求めている職員象を伝えてきたが、さらに理解を求める方策について検討してきた。そこで、重要課題を、「理念の共有」「開かれた組織作り」「今いる職員を大切に作る仕組みづくり」とし、目標は、「身体拘束虐待のグレーゾーンの事例を用い虐待についてのメカニズムを理解し、困難事例等、利用者対応での具体的な対応方法について学ぶ場を整備する」とした。

【取り組み】

職員のシフトを勘案してスケジュールを組み、副施設長による職員面談を進めた。また、朝の申し送りにて、職員に伝わりやすい具体例のグレーゾーンについて、確認と唱和することとした。

【取り組みの結果】

毎月、アクションプランに基づいて進捗を管理・報告することができた。毎日、スケジュールを組み、引継ぎ時にグレーゾーンの唱和を行い記録に残した。取り組みの結果は研究課題としてとりまとめた。一方で、中間管理職が主体的に現場をマネジメントする動機付けに繋がるよう、さらなる意識化が課題となった。

引き続き、取り組むこととした。

<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

施設では、少しずつ取り組みが浸透していった。目標に向けて細かいスケジュールを組み、グレーゾーンについての確認と唱和を継続した。グレーゾーンは、相談員が見てきた不適切ケア気づきのシートを活用し、いくつかの具体例を取り込んだ。その中から、一例を選び、申し送り時に職員間で唱和するとともに、ロールプレイにて気づきを促した。毎月、アクションプランに基づいて進捗を管理・報告することができたことで、一定の成果が出た。

引き続き、取り組みに期待したい。

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)

【前年度の課題と目標】

稼働率が上がっていない現状があったため、「安定した経営を維持する」ことを重要課題に掲げ、目標は、「特養98.5%、短期入所は110%以上、合計100%以上の稼働を実現すること」とした。

【取り組み】

入退所情報の整理や職員との共有を速やかに行うことにより、効率的な稼働に繋げる取り組みを行った。また、入退院調整を行うとともに、入院にならないよう利用者の健康管理に努めた。そのために、手順書を見直し、居室担当の役割を変更するなど業務改善に取り組んだ。

【取り組みの結果】

毎月、アクションプランに基づき、進捗状況の把握に努めた。全体的な稼働率向上のため、「いつでもいいからショートステイを使いたい」というニーズがある利用者の掘り起こしが必要であった。

結果として、特養:95.27% ショート:106.21% 合計:97.80%となり、ショートは目標達成したものの、合計では目標には届かなかった。

効果的な進捗となるよう取り組みを継続することとした。

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い
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

それは、毎月のアクションプランで数値化した目標に対する進捗状況の評価があり、明確化されていることが起因となっている。しかし、目標に向かうにあたり、アクシデントによる現場業務に追われ、入退所調整などが上手く進まない状況も見られる。目標に向かって入退所手順の見直しを図り、入退院業務が円滑に図られるよう努めた。また、職員の業務負担軽減のため、8時間夜勤を導入し、働きやすい職場環境作りを行った。さらに、勤務体制を変更し、シフトを組みやすくすることで、管理職と介護職員双方が負担の軽減に繋がる体制作りを目指し、定着を図った。

施設が目指している人材育成のため、引き続き、取り組まれない。

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 checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている
	<input 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 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
サブカテゴリー1の講評		
<p>広報誌やホームページ等を用いて利用希望者が施設の詳細な情報を入手することができる</p> <p>利用希望者がいつでも施設の情報を入手できるよう、玄関にパンフレットや広報誌等を設置している。パンフレットは図や写真を多く使い見やすく工夫され、運営理念、施設の思いや利用者の様子、地域包括ケアシステムについてもわかりやすく表記され、利用者のサービスの選択に役立つ内容となっている。また、ホームページは写真や動画を用いて事業所のアピールがされている。法人ブログは施設のイベント等の情報が掲載され法人全体で週に1回以上更新されている。バラエティに富んだ食事を紹介した一誠会食事の本「いっせーの」を発刊している。</p> <p>施設の情報を行政や関係機関はじめ、広く地域に情報公開している</p> <p>法人が隔月刊発行している広報誌「グリーン・デイズ」は毎月、市役所をはじめ社会福祉協議会や市内介護事業所、病院等の関係機関へ配付し情報を提供している。広報誌の内容として、地域との関わりや地域包括ケアシステムの実現を担う重要な拠点としての法人の思いなども記載され、具体的な情報提供が行われている。パンフレットについても関係機関等へ配付し閲覧してもらえよう取り組んでいる。さらに、東京都福祉サービス第三者評価を受審し、利用者のサービスの選択及び透明性の確保による情報提供の幅を広げる取り組みがなされている。</p> <p>利用者の問い合わせや見学に対して個別の状況に配慮した取り組みがある</p> <p>施設の入所、見学等について、電話での問い合わせの他、ホームページにある「メールお問い合わせ」からも申し込むことができ、3営業日以内に返答を行っている。また、入所見学等に365日いつでも対応ができるよう生活相談員、介護支援専門員2名で勤務の調整を行い土日を含めた利用希望者の個別状況に対応できるよう体制を組んでいる。施設の利用料金に関しては今後ホームページでも掲載する予定である。さらに、入所申し込み書についてもホームページから取り寄せることが可能となっており、利用希望者の要望に迅速に対応する仕組みが整っている。</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>入所後に安心して生活できるよう入所前面接や施設見学で丁寧な説明を実施している</p> <p>施設見学は感染対策及び既に入所している利用者のプライバシー等に配慮しながら居室等の生活の場を15分以内を目安に案内し、入所後の生活について詳しく説明をしている。その際に基本的ルール等を説明し質問にも対応している。入所前面接は自宅や入院先の病院等へ訪問し直接利用希望者と面接を行い要望等も確認している。入所契約時には保護者同席のうえ「契約書」「重要事項説明書」の説明を行い、さらに、看取り介護や緊急搬送時の延命処置等についても説明して現段階での意向を確認し「終末期、急変時意向確認書」に同意を得ている。</p> <p>入所後の環境の変化に対応でき、不安が軽減できるよう配慮している</p> <p>入所後1週間は集中的な状態観察期間として健康管理、食事、排泄状況を記録し、様子を見守り声掛けを多くし安心して過ごせるよう努めている。入所後2か月以内に日々様子や要望等ふまへ入所直後の不安やストレスに配慮して、サービス計画書の見直しをなされている。また、入所前にショートステイを利用することで入所後の安心感へ繋げている。さらに、「どんな方でも受け入れる」といった気持ちが職員全体に浸透し利用者の不安軽減に寄与している。</p> <p>退所後にも安心感をもてるよう継続的支援が行われている</p> <p>長期の医療が必要となり退所する際は、必要な情報等を速やかに退所先である病院等へ提供し連携を図るとともに、退所後も安心して病気療養等ができるよう利用者、家族へ「元気になり退院が決まったら優先的に受け入れます」と伝え安心感が持てるよう取り組んでいる。住み慣れた施設で最期を迎えたいといった希望も多く、今年度は8名の利用者の看取り介護の実施がなされている。また、看取り介護が終了した際には月に1回デスカンファレンスを開催して、課題を抽出し今後の終末期ケアの質の向上を図るための取り組みが実施されている。</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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2
利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している 評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3
利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4
利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-3の講評

その人らしさを大切にしながら前向きなアセスメントの取り組みがある
「興味関心アセスメントシート」を用いて「している」「してみたい」「興味がある」といった前向きなアセスメントが行われている。「トイレへ自分で行く」「友達とおしゃべり」や動物との触れ合いの項目もあり、犬や猫、ハムスターや亀、鳥など施設でのアニマルセラピーにもいかされている。書道や音楽、俳句なども取り上げられ居室には作品が飾られている。その人らしさを大切に意欲的に取り組むきっかけを探しケアの向上にいかしている。アセスメントは基本、6か月に1回実施し状態に変化があればその都度見直しを行い、きめ細かく把握している。

施設サービス計画書作成の手順を定め実施している
施設サービス計画書作成要領に手順を定め実施している。アセスメントより導き出した課題を基に利用者、家族の要望を必ず確認し、多職種共同で施設サービス計画書を作成している。見直しは基本6か月に1回実施し、心身等における状態の変化がある場合は随時行い、その時々に応じた利用者への最適なケアの提供を心がけている。毎月のモニタリングには担当職員も加わりニーズを導き出しケアプラン立案時に反映している。また、作成し同意を得た介護支援計画書は業務支援システムに記録され職員がいつでも確認できるようになっている。

利用者の尊厳と可能性を重視した施設サービス計画の作成に努めている
個人の尊厳及び可能性を尊重するものとして個別対応を重視している。カンファレンスを行う前にカンファレンス事前会議を実施し、現場からの課題を詳しく抽出し、より良い施設サービス計画の作成に力を入れている。また、カンファレンスは家族の日程に合わせて開催し、ほとんどの家族が参加していたが、感染症対策等で参加が近年減少し、電話での確認が多くなっている。事業所は、今後も利用者の代弁者としての家族にも協力を得ながら、利用者の思いを大切に、その主体性を重視した施設サービス計画の作成に努めるとしている。

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(000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(00)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ5の講評			
<p>ホームページにプライバシーポリシーが掲載され、入所契約時にも説明し同意を得ている</p> <p>利用者のプライバシーに関して、入所契約時に利用者、家族に説明し同意を得ている。法人のホームページにはプライバシーポリシーを掲載し、個人情報保護に対する基本方針、個人情報の適切な収集と利用、個人情報の安全性の確保などについて細かく定め、法人の考えを明示している。個人情報の取り扱いに関して、公共機関、医療機関、私的な問合せを含め、家族からも承諾を得てから情報提供を行っている。医療機関に対して緊急性を要する場合は、利用者の不利益に最大限配慮しつつ必要な情報の提供を行う場合があることを本人、家族へ説明している。</p> <p>全室ユニット型個室であり、個々のプライバシーに配慮した支援が行われている</p> <p>全室個室で、職員が入室する際は必ずノックをし声掛けを行い、利用者のプライベート空間を最大限尊重するように努めている。入所時に個人宛の文章に関しての取扱いを家族も交えて確認し、基本は家族へ転送しているが申請や管理の依頼を受けている物に関しては施設で取り扱っている。事務室にシュレッダーを設置し文書管理対応を行っている。排泄介助についてはオムツ交換手順を基に居室のドアを閉め羞恥心に配慮し支援している。入浴も一人ずつ利用者に合わせて対応している。入浴拒否のある利用者に誘導方法や、担当を変えるなどを配慮している。</p> <p>利用者一人ひとりの価値観や気持ちを尊重した支援を心掛けている</p> <p>利用者の不安な気持ちが強い時は無理強いせず、また、一人で対応する事が難しい場合は必ず他の職員を呼び、安心してもらえる対応を心がけている。介助の際は利用者「～してもよろしいですか」と声掛けをして確認している。個別支援では、外出企画やクラブの参加など、利用者に好きなものを選んでもらい、自主的に取り組むことができるように支援している。施設サービス計画書を作成する際の担当者会議には利用者本人も参加をして自分の意見を言える場を設け、個人の意思を尊重した施設サービス計画書を作成し日々の支援にいかしている。</p>			

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化 サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5

評価項目1
手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(〇〇〇)

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

評価項目2
サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている 評点(〇〇)

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

サブカテゴリ6の講評

利用者に提供する介護サービスに関して内部監査を実施し評価の改善に努めている
 ISO9001の認証取得をしてから、9年間継続し3度目の認証の更新がされている。半年に1回の内部監査を全ての部署で実施し、業務の標準化が図られている。手順書の見直しについては随時行い、年1回のISO9001審査登録機関からのサーベランスによる外部審査にて点検が行われている。また、月1回の経営・幹部会議において、プロセスの監視が行われ、記録は経営・幹部会議事録へ記録しファイルサーバーに公開している。変更の際は品質管理室を通して新規文書の承認を受け、正式文書として登録される流れで適切に文書管理がなされている。

業務手順書は常に見直しが行われ日々の業務の中で活用されている
 入職時のオリエンテーションで手順書が活用され、日頃の業務においてもパソコンからいつでも確認することができる。消毒の手順や入浴時感染症への対応についても一目でわかる一覧表が整っている。オムツ交換、入浴誘導表などはわかりやすい手順が作成され、入浴の拒否がある利用者など個別の対応につきも職員間で周知されている。常に権利侵害に該当しないかを意識し虐待チェックリストを定期的に行い実施し職員の意識向上に取り組んでいる。事業所は、職員同士がその場で注意して不適切ケアが未然に防げるまで意識を高めたいとしている。

手順書を基に提供しているサービスについて確認し職員の知識・技術の向上を図っている
 利用者に提供しているサービスについて、業務の明確化、サービスの標準化、不適切な介護サービスが提供されていないか等、内部監査を実施し取り組んでいる。更に虐待防止等の研修への参加による知識・技術の向上や、二人一組で排泄手順書を基にロールプレイングを行い、体験を通して職員同士確認し合うなど様々な取り組みがされている。海外の人材採用も進む中で手順書に沿ったロールプレイングの手法を活用することで、利用者の立場で考えることを実践している。マニュアルについて意見がある場合は各種会議にて提案し検討が行われている。

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>アセスメントの7項目を活用して課題を明記し、重点項目を明らかにしている</p> <p>利用者の支援は、利用者と家族の意向に基づいて、システムにあるアセスメント項目に従い本人の現在の状況を把握し、解決が必要な課題を抽出している。課題はアセスメント項目の7項目を活用し、課題のある個所を抜き出して示すことで、各項目に目標を立てて、具体的な支援内容を記入している。施設サービス計画書は、各部署に議事録を回覧し、職員間で共有している。職員は個々の利用者の計画に沿って必要な支援を行い、ケース記録に支援内容を記録している。そのうえで、毎月担当職員がケース記録をまとめ、利用者の状態の変化の有無を把握している。</p> <p>利用者の生活の継続性を保持するために、生活歴や興味・関心ごとを把握している</p> <p>事前に、利用者の生活歴や興味・関心ごとを把握し、生活の継続性に基づいた個別支援ができるように支援している。施設はユニット形式となっており、ひとつのユニットは、10名を定員として、職員は利用者一人ひとりの生活習慣をふまえた支援を実施している。ペットを飼っていた利用者が、動物と触れ合えるように館内で犬を飼っている。犬は1階で飼われており、ペットのいる環境を再現できる。また、同法人には保育所が併設されており、利用者が保育所の畑を管理したり、園児の定期的な訪問を受けて、子ども達とも交流する機会がある。</p> <p>利用者支援は、居室担当者や介護支援専門員を中心に、多職種が協同で支援している</p> <p>利用者の支援は介護支援専門員を中心に、担当している職員と看護師や機能訓練指導員などの専門職が連携して行っている。施設サービス計画書は、毎月のモニタリングから介護量や生活機能に著しく変化があった場合は、見直しを行っている。また、6カ月を1クールとしてモニタリングを行い、利用者の状態の変化を把握することになっている。ここでは、各担当者がモニタリングを行い、介護支援専門員がその情報をまとめている。施設サービス計画書の更新の際は、利用者や家族の意向を確認のうえで、ケアカンファレンスを開き支援方法を確認し合っている。</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>食事は、医療・福祉施設・保育所に特化した業者にそれぞれ委託している</p> <p>食事は、医療・福祉施設・保育所に特化した業者に委託することで、利用者に安全・安心な食事の提供に努めている。同法人の管理栄養士が個別の栄養ケア計画を作成、支援している。食事形態は、常食・刻み食(大刻み・極刻み)・ペースト食などを取り揃え、主食・副食・汁物で、食事形態を選択できるようになっている。食器も個々の生活機能に応じて、自助具や自助スプーンなどを使用し、可能な限り自分で食べられるように支援している。食事終了後は、職員が食事・排泄一覧表に個々の食事量を記録し、1日の食事量や水分量を測定できるようにしている。</p> <p>利用者の栄養状態を改善するため、高カロリー食品で補うなどの工夫をしている</p> <p>管理栄養士が個別の栄養ケア計画を作成し、利用者の栄養状態を管理している。管理栄養士は、利用者情報を入所時に得ており、療養食やアレルギーの有無などを把握している。また、毎年実施している利用者の健康診断の結果や、毎月の体重測定の結果をふまえて、すべての利用者に対する栄養ケアマネジメントを実施したうえで、個別に栄養ケア計画を作成している。日々の申し送り事項や介護日誌などから、利用者の状態の変化の情報を得ている。低栄養を改善するため、1回の食事で食べる量を少なくし、その分は高カロリー食品で補うなどで工夫をしている。</p> <p>訪問歯科医と口腔ケア委員会を中心に、経口摂取を継続できるように取り組んでいる</p> <p>嚥下能力の低下が見られる利用者に対して、訪問歯科医と口腔ケア向上委員会と連携し、利用者の嚥下能力の向上に取り組んでいる。口腔ケア委員会では、介護職の口腔ケア技術を向上させるために、前回の口腔内の評価がDの利用者に対して、歯科衛生士から口腔ケア委員会の委員を中心に口腔ケア方法を指導を依頼し、それをフロアミーティングで伝達の機会を設けて取り組んでいる。一方、職員は可能な限り、経口摂取を継続できることを目指し、献立の内容を伝えるなどの食欲増進に努めたり、水分のトロミ量の加減や必要な水分を摂れるように配慮している。</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

利用者の嗜好を反映した調理を心がけ、日々の食事に様々な楽しみを提供している

利用者には、入所時に好きな食べ物や嫌いな食べ物、およびアレルギーの有無などを把握している。そのうえで、食べられない食品については代替品で補うように配慮している。また、献立作成時に郷土料理の日を設けており、様々な郷土料理を楽しめるように努めている。月1回は、選択食の日を設けており、利用者には、あらかじめ写真を使って選択内容を示し、選んでもらった食事を提供している。また、偶数月には、おやつバイキングの日を設けており、季節のものを取り入れ、普段食べないようなおやつを提供を行い、利用者の楽しみを生み出している。

利用者が座る席は、利用者同士の馴染みの関係性を大事にしたうえで決めている

主食は各ユニットで炊き、フロア内には炊飯の香りが漂っている。食事時間は、利用者の希望に合わせて、一定の時間内での時間の延長や、ずらすことも可能である。通院などで外出し、食事が遅くなった場合は、衛生面で問題が生じないようにし、定時の配膳の2時間後までは、希望に応じた延長ができるとしている。食事場所は、各ユニットのリビングで摂っており、日中は多くの利用者がそのリビングで過ごしている。その際の席は、利用者同士の馴染みや関係性を大事にし、それぞれの希望を考慮して、介助の必要性や見守りの程度があれば変更している。

食事は利用者の着席に合わせて主食や汁物を盛り付け、個々に配膳を行っている

リビングの壁に大型のテレビを備え付け、その前にテーブルを配置している。利用者は、そのテレビに向かって、横一列に着座している。一人ひとりの利用者は、食事時間までに入浴したり、趣味活動をして過ごしている。職員は、朝・昼・夕には、台所でご飯を炊き、お茶を入れたり、食事の準備など、個々の利用者に対する必要な支援を行っている。そして、食事時には、利用者に食事の準備ができたことを知らせ、個々の利用者の着座に合わせて主食と汁物を盛り付け、配膳している。配膳時には今日の献立を説明し、利用者の食事の様子を見守っている。

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(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

3種類の入浴形態の浴室を備え、利用者の生活機能に応じた入浴を提供している

入浴の形態は、ミスト浴・リフト浴・個浴の3種類がある。介護支援専門員は、アセスメント評価に基づいて、入浴形態を検討している。浴室が各フロアにあり、その日の入浴担当職員が、その日に入る人の入浴の可否を看護師から得て、衣類の準備から浴室への案内、脱衣の介助準備と入浴介助を行い、浴後は、着衣の介助と整容の介助を行ってリビングへ案内し、水分補給の支援をしている。入浴形態の変更については、利用者の生活機能の状況によって、介護職と機能訓練指導員、介護支援専門員が検討のうえ、その時々に応じた入浴形態を選んで提供している。

入浴は1対1で実施し、入浴中も露出部分を少なくするなど、羞恥心に配慮している

入浴の支援は、基本として1対1で実施し、常に利用者の羞恥心に配慮した入浴を心がけている。特にミスト浴では、寝台に横になって浴槽に入る形式で行っているため、タオルをかけて露出部分を少なくするなどの細かい配慮をしている。また、浴後はバスタオルで覆い、速やかに水分を取り除いて着衣できるように支援している。職員は、すべての支援の中で、利用者ができるところは協力を依頼し、できない部分を介助するように努めている。一方、利用者の全身の皮膚状態の観察も行っており、必要に応じて、看護師が薬を塗布するなどの支援をしている。

利用者が入浴を楽しめるように、職員との会話の時間を多くとれるように心がけている

認知症の利用者に対しては、浴室までの案内や入浴介助の方法など、その人に応じた方法で実施している。利用者は自分でできるからという人もいるため、安全に配慮した支援を提供している。一方、利用者が入浴を十分に楽しめるように、入浴する時間帯などは、利用者の要望に応じている。職員も入浴の時間が、利用者1対1で関われる時間であると考え、利用者との会話時間を多くとり、利用者が日頃感じていることや要望などを伺う機会としている。その他、季節に応じた入浴を楽しめるように、5月は菖蒲湯、12月にはゆず湯などの入浴を提供している。

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		
<p>排泄介助が利用者の負担とならないように、トータル的な記録をつけて支援している</p> <p>その人の排泄パターンを把握するため、入所時に一定期間で排泄チャートを取り、誘導時間や尿量などを測定している。その後、一人ひとりの状況に合わせた排泄介助ができるよう取り組んでいる。さらに、食事・排泄一覧表を日々記録することで、個々の利用者の食事量や飲水量を計測して、排便の有無などの排泄パターンを把握し、必要に応じて誘導する時間を変えたり、使用物品を変更している。また、食事・排泄一覧表は日々更新しており、更新時には、排便の無い日数が何日続いているかなどを記録して、看護師が確認後、排便コントロールを行っている。</p> <p>一人で排泄できる人のトイレコールには、とりわけ迅速に対応できるように配慮している</p> <p>利用者は、一人ひとり個室で生活しており、各部屋にはトイレがある。職員は、個々の希望と排泄パターンに応じて、居室内で排泄介助を実施している。その際でも、利用者の羞恥心に配慮し、トイレ介助時の場合も利用者からの合図を待って、必要な援助を実施している。また、一人で排泄が可能な人のトイレコールには、可能な限り速やかに応じられるようにしている。一方、おむつ交換に関しては、排泄委員会が業者とともに研修を行っており、一人ひとりの利用者にあったパッドを提供しており、一覧表で何を使用しているかを確認できるようになっている。</p> <p>各居室にトイレがあるため、適宜掃除を行うことで、快適空間の維持に努めている</p> <p>居室内にトイレがあるため、自立度の高い利用者が一人でも安全にトイレに行けるように、ベッドの位置を工夫している。それ故、ポータブルトイレの使用はない。ただし、職員はトイレが汚れた場合は速やかに掃除するように心がけている。気をつけていても、トイレの裏側には汚れが付着していることもあり、ユニットの間にある介護職員室には、「トイレの裏側も掃除をするように」と貼り紙で注意喚起を促している。一方、施設ではコロナ禍以降、換気を行う時間帯を設けて、事務所からの換気時間の案内を受け、職員が各部屋を換気している。</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>機能訓練指導員が、利用者の生活機能を評価して、車いすを選定している</p> <p>利用者29名中、25名の人が車いすを利用して館内を移動している。車いすの種類は、モジュール型や除圧ができるテイルト式や、リクライニング式を揃えており、使用する車いすの選定は、機能訓練指導員が利用者の生活機能の評価を行ったうえで、適切な車いすを提供している。また、利用者の中には、車いすに移れば車いすを操作することは可能であるため、職員は、ベッドから車いすへ、車いすからベッドへの移乗介助を実施している。移乗介助に際しては、機能訓練指導員の助言を受けるなど、本人の有する能力を活用した支援となるように配慮している。</p> <p>個々の職員が介護技術を習得できるように、理学療法士による講習会を実施している</p> <p>職員は、各ユニット内で1日を通し、9名の利用者に対して1名から2名で、利用者の支援を担っており、特に移乗介助を安全に行うためには、個々の職員の介護技術の習得が重要である。そのため個々の利用者に対するベッド移乗や車いす移乗が安全に行われるように、理学療法士による介護技術の講習会を定期的実施している。その他、車いすの特徴や機能の適合の要点などをまとめ、車いす用マニュアルを作成のうえ周知している。また、移動介助のみならず、介助方法全般に関するマニュアルを作成のうえ共有して、個々の職員の技術向上に取り組んでいる。</p> <p>利用者が車いすを利用し安全に移動できるように、環境整備に努めている</p> <p>職員は、利用者が館内を安全に移動できるように、常に環境整備に努めて不要なものを置かないように配慮している。また、車いすを自分で操作できるように、ストッパーを操作しやすいように筒を用いるなどの工夫をしている。車いすの管理は、機能訓練指導員が担っており、必要に応じて整備を行い、足りないものは計画的に発注をしている。また、車いすの清掃は、庶務係が担っており、定期的に掃除を行っている。ただし、利用者が使用している間は、清掃できないため、必要に応じて職員が夜間帯に行っているが、行き届かない部分もあり課題となっている。</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行うことができる視点を入れている	○非該当
●あり ○なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○非該当

評価項目7の講評

機能訓練指導員が個別機能訓練計画を立てて、定期的に訓練を実施している

利用者の生活機能の維持向上のため、機能訓練指導員が利用者の生活機能についてのアセスメントを実施し、時代性や制度の変化に適合した個別機能訓練計画を立てている。施設の2階エレベーターホール横には、機能訓練コーナーを設けてあり、同法人の特養から機能訓練指導員が定期的に訪問することで、利用者の機能訓練を実施している。機能訓練指導員は3カ月ごとにモニタリングとADLの評価を行って、計画を見直ししている。個別の利用者台帳には、個別機能訓練計画書、モニタリング、評価表を時系列で綴じており、それらの推移を把握している。

機能訓練指導員が音楽療法を定期的実施し、利用者も楽しんで参加している

日常生活の場で、機能訓練を活かせるように施設サービス計画書にADL評価表に基づいた個別機能訓練計画を盛り込み、利用者の居室内・廊下・リハビリコーナーで、立位訓練や歩行訓練や、生活機能の維持・向上に則した訓練を行っている。機能訓練指導員は、毎週水曜日に「ネオ音楽療法」と名づけた音楽療法を行っている。音楽療法はプログラム化されており、自己紹介から始めて、発声練習や音楽に合わせ、鳴子を利用して体を動かし、今月の芸術鑑賞(クールダウン)、今月のクラシック、歌で終了している。利用者もこの取り組みを楽しみにしている。

機能訓練指導員が、福祉機器を管理し、購入や整備についての助言を行っている

福祉用具や機器については、機能訓練指導員が管理している。福祉用具の購入・整備・個別の相談を含め、機能訓練指導員からの車いす・歩行器・杖などの適合評価の後に進めている。また、個々の利用者と家族からの相談についても、各職種連携のもとで、すべて機能訓練指導員の評価のもとで実施している。福祉用具の使用方法については、機能訓練指導員がOJTを行い、良座位や食事姿勢などを、職員からの問い合わせに応じて、写真を撮り、ワーカールームへ置いて、個別に職員に直接指導を行うなど、利用者の生活の質を高める取り組みを実施している。

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

看護師が一人ひとりの個人台帳を作成したうえで、検査データなどを管理している

入所前に、利用者と家族に依頼して、かかりつけ医から「診療情報提供書」を得るなど、利用者の健康状態についての把握に努めている。また、看護師は、相談員から事前面接で収集した利用者情報を得ており、個別の利用者台帳を作成している。そのうえで、利用開始後は日々の体温測定やバイタルチェック、年1回の健康診断の結果など、一人ひとりの利用者の検査データを管理している。一方、精神科医を含んだ5人の嘱託医、協力医療機関、協力歯科医療機関、地域の医療機関、薬局などと連携して、個々の利用者に関する相談や受診同行などを実施している。

薬局から届いた薬は、看護師が個々の利用者の引き出しに振り分け、管理している

薬は薬局が事業所へ届け、看護師が医務室の配薬庫で管理している。その際、利用者の薬は、一包装されている。しかし、状態の変化に応じて、薬が追加される場合もあるため、看護師が一包装された薬に、追加された薬をホッチキスなどでまとめるなどの作業を行っている。また、看護師は併設されている、短期入所生活介護の利用者の薬も預かっている。また、短期入所は長期に利用者の薬を蓄積する傾向もあり、看護師が薬箱を調達しているため、室内が手狭となっている。一方、利用者の薬は各フロアへ届け、職員とダブルチェックを行っている。

介護職が喀痰吸引の研修を受け、看取り指針を定めて、看取りケアを実施している

看護師は9時から18時までの勤務体制で、夜間はオンコール体制を取っているほか、看護師以外の応援職員の配置がある。事業所では、看取り指針を定め、すでに看取りケアを実施している。また、指針に基づき看取りの手順を遵守して行うこととして、施設を開設後、年数件の看取りを実施している。一方、介護職は、喀痰吸引の研修を受けており、吸引などの医療的ケアを実施できる。看取り後にはエンゼルケアを実施し、利用者や職員が玄関からお見送りを行っている。今後も利用者の体調の変化を見逃さず、経過ごとの細やかな対応を行っていくとしている。

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		
<p>遅番職員が夕食後の支援を行った後、イブニングケアを担っている</p> <p>利用者のイブニングケアは、遅番職員が担い、モーニングケアは、夜勤者と早番職員が担っている。事業所では、職員不足により、職員の超過勤務が継続したことを受けて、夜勤業務を22時から7時までとしている。そのため、日勤職員が18時に退勤した後は、夕食介助以降は、遅番職員が1ユニットを一人で担当している。職員は、順次下膳や排泄介助を行って、一人ひとりの状況に応じ、口腔ケアやパジャマの着替えなどを支援している。その後、寝る前の薬の与薬を介助し、就寝できるように配慮している。早番は、起きた人から起床介助を実施している。</p> <p>個々の利用者の状況に合わせたモーニングケアを実施している</p> <p>早番職員は6時50分に出勤して、夜勤者から業務を引き継ぎ、利用者のモーニングケアを実施している。各居室には洗面台があるため、自分で洗面などができる人は、自身でできるように配慮している。介助が必要な人に対しては、個々の状況に応じ、洗面所で洗面できるように支援したり、温かいおしぼりを用意し、顔を拭けるように支援している。また、リビングに出る前には、髪を整えるなど、他者の前にも恥ずかしくないように配慮している。一方、居室の加湿が不十分にならないように、温度、湿度チェック表を作成し、快適空間の維持に努めている。</p> <p>利用者の安全に配慮し、見守り支援システムの導入し、職員は必要な支援をしている</p> <p>夜勤者は22時に出勤し、入居者のすべてを一人で担当している。そのため、一人ひとりの利用者に対して、見守り支援システムを導入しており、個々の利用者の睡眠状況の掌握や、心拍数や呼吸数の異常などを早期に察知できるようになっている。また、利用者の動きに反応するため、職員がその都度居室を訪問して、異常について確認している。介護記録には、「支援システムの反応に応じて居室を訪問。利用者がベッドサイドにおり、トイレに行こうとしていたため、トイレ誘導を行った」ことを詳細に記録している。</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>施設サービス計画書には、個々の利用者の「生活に対する意向」を明記している</p> <p>介護支援専門員は、常に利用者の「生活に対する意向」を把握しており、それを施設サービス計画書に項目立てて、明記している。利用者の生活は、基本的に制限はなく、アットホームな雰囲気の中で、一人ひとりの意思を尊重した生活ができるように配慮している。折り紙が得意な利用者に対しては、折り紙を折って過ごせるように、手元に折り紙を置いている。また、自室でテレビを見て過ごしたい人に対しては、自室でテレビを見て過ごせるように支援している。一方、職員は利用者同士がお互いを尊重した生活ができるように、場を和ませる支援を行っている。</p> <p>一人ひとりの興味や関心があることを把握し、好きな活動ができるように支援している</p> <p>入所時には、「興味関心シート」を使い、一人ひとりの趣味活動などについて、してきたこと、継続していること、今後したいことなどを把握している。一方、事業所では、すでにクラブ活動として、華道・書道・茶道を実施している。書道以外のクラブ活動は、お花代やお菓子代金が必要なため、事前に参加者を募ったうえで開催している。また、クラブ活動には講師を依頼し実施している。さらに利用者の中には、洗濯物をたたんだり、テーブルを拭くなどの家事活動の手伝いができる人もいるため、職員はそれらの活動を依頼し、協力に対して感謝を伝えている。</p> <p>認知症の利用者が落ち着いて生活できるように、穏やかな人間関係の構築に努めている</p> <p>認知症の利用者が、落ち着いた生活ができるように、認知症ケア向上委員会を設けて、支援内容や支援方法を検討している。認知症を含む利用者の落ち着いた生活には、相互の人間関係が大きな要素となっているため、その関係を把握したうえで、仲の良い利用者の関係を築き、和やかで落ち着いた生活ができるように配慮している。一方、職員には、不適切ケアに対するアンケートを実施したうえで、自己評価および他者評価ができるように、不適切なケアの有無を把握しながら、介護技術の向上にも努め、燃え尽き症候群とならないように職員面談を実施している。</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>少人数での外出や、個々の利用者の希望に応じた外出支援を行っている</p> <p>事業所は、少人数のグループを1つのユニット(生活単位)として、10人ユニットと9人ユニットと、3つのユニットで構成している。利用者はユニットで生活しており、ユニットごとで、地域のお祭りや防災訓練、文化展示会などに参加している。また、法人本部にて開催される納涼祭や、餅つき大会などの各種イベントには、サテライト施設として参加する機会を設けている。一方、個々の利用者の希望に沿って、墓参りや花見ドライブ、買い物などのレクリエーションを実施している。なお、今年度は行事担当を定めており、企画から運営までを担っている。</p> <p>併設している保育園児が、定期的に施設に来て、リトミックなどを披露している</p> <p>施設に併設された企業主導型保育所があり、園児が毎週事業所を訪問して、リトミックや日々の取り組みなどを披露している。園児の訪問が毎週実施されるようになったことにより、利用者の参加も定着しており、今では一緒に歌を歌い、体を動かすようになっている。一方、保育園では、小さな畑を作っており、利用者の中には、畑作りの指導に向かっている人もいて、保育園との交流が利用者の生きがいに繋がっている。また、施設の前で芋煮会を開催し、隣接する特別養護老人ホームの利用者が、職員と一緒に訪ねて来て、利用者と一緒に芋煮を楽しんでいる。</p> <p>ボランティア活動のニーズを把握し、積極的な導入に向けた取り組みに期待する</p> <p>ここ数年のコロナ禍の状況においては、なかなか地域との交流を図ることはできなかった。今年度からは、様々な行事や集まりを再開することが可能となったため、各種の交流を深めることができている。そのため、今後については、地域住民の意向や生活などの情報収集を行うことから始めて、利用者との日常的な関わり合いの機会を作り、提供していけるような、仕組み作りを検討している。さらに、ボランティア活動の再開や、そのニーズを把握して事業所への訪問を依頼するなど、積極的なボランティアの導入に向けて取り組んでいきたいとしている。</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>利用者家族との信頼関係構築のため、相談員や介護支援専門員が密に連絡を取っている</p> <p>事業所が開設して間もなくコロナ禍となり、利用者家族には、面会を制限せざるを得なかった。そのような中で、相談員や介護支援専門員から、常に利用者の状態を報告する機会を設けたことで、家族との信頼関係を深めている。また、看取り介護となった場合は、可能な限り感染予防対策を講じて、居室での面会を依頼している。その面会制限を今年度は解除し、面会を再開している。一方、利用者の身体状況の変化や退所・入所においては、やむを得ず居室が変更となった場合は、家族にも相談のうえで、居室変更を実施して、その後の様子を伝えている。</p> <p>家族が参加しやすいように、カンファレンスの開催日程を調整する取り組みに期待する</p> <p>家族や利用者の意向に応じて、家族と職員と利用者が交流する機会を確保している。今年度は、法人で夏祭りを再開したことから、そこに家族を招いて、職員や利用者との交流の機会を提供している。また、衣類販売や餅つき大会などへも家族を招待している。ただし、家族も高齢であったり、働いているなど、参加できる人は限られている。一方、家族との情報の共有が図れずに苦情に繋がることもあるため、今後は家族からの要望を聞き取り、サービス提供に反映できるように、ケースカンファレンスの日程を家族と調整していくなどの取り組みに期待したい。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-4	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
タイトル①	入浴にかかる一連の支援は、その日担当の職員が初めから終了までを担っている	
内容①	<p>利用者の入浴の一連の行為は、その日の入浴担当者が担っている。利用者の入浴は、週2階で、日曜日を除いた毎日午前と午後を実施している。浴室は各階にあり、入浴形態は、ミスト浴・リフト浴・個浴があり、一人ひとりの機能に応じて選別している。ミスト浴は、浴室内の介助が2名であるが、ほかは1対1で提供している。入浴担当者は、その日に入る人を迎えに行き、浴後に着る服を一緒に選択、その後浴室へ案内し、入浴に関する必要な支援をしている。入浴は利用者が職員と1対1で過ごすため、利用者も寛いで職員との会話を楽しむ時間となっている。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-2	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
タイトル②	利用者及び家族の思いを確認し施設サービス計画に反映するしくみがある	
内容②	<p>施設サービス計画作成の際に実施するカンファレンスでは必ず家族も誘い、代弁者としての意向を確認し反映するしくみがある。コロナ禍の影響を受けて、現在は、電話に切り替えて、必ず意向等を確認しているが、今後に向けて、カンファレンス参加を促している。また、利用者、家族が参加をするカンファレンスの前に、カンファレンス事前会議を行い、多職種で共通の理解を持ち、より良いカンファレンスにするための準備が行われている。利用者の意向や気持ちを踏まえた施設サービス計画作成となるよう、力を入れて取り組んでいる。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
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③	虐待防止対策を強化するため、職員に対する意識化を図るしくみ作りに努めている	
内容③	<p>法人で行っている高齢者虐待防止の取り組み以外に、施設独自にグレーゾーンについてロールプレイする場を設けている。3交代で勤務する中、毎日の申し送り時にスケジュールを組み、具体例を挙げて、職員間で唱和することとしている。実行できているか記録を取り、職員の意識化が図れるしくみとなっている。さらに、このグレーゾーンは不適切ケア気づきのシートを用いて、現場で起こりやすい事例を用いている。職員が日ごろ無意識に行っているケアに気づき、第三者から見ても不適切と思われない対応を図ることで、安心できるサービス提供に努めている。</p>	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者の生活に楽しみを生み出せるよう、年間行事計画を決め、担当者がそれに基づき企画を立てて実行している
	内容	定期的な余暇活動を実施することで、利用者の楽しみを生み出せるように、今年度から、年度当初に「年間行事計画」を立案し、さらに実施担当者を決めて、余暇活動に取り組んでいる。計画には、ミニトマトの苗を植え、育てたり、すいか割りやミニカップケーキ作りや、紅葉見学、クリスマス会、お寿司を食べる会、コンビニ買い物ツアー等、多彩に企画されている。さらに、併設する保育園児が毎週施設を訪問し、リトミックなどを披露して、利用者は子ども達との触れ合いを楽しんでいる。これらの取り組みが利用者の生活に潤いをもたらしている。
2	タイトル	利用希望者等から相談がある際にいつでも対応でき、入所後の安心感に繋がる体制が整えられている
	内容	現在入所している利用者のみならず、いつでも利用を希望する人からも相談を受けられるよう相談員、介護支援専門員で勤務を調整しながら365日対応とし、土日を含め利用希望者の状況に合わせ、相談がしやすいような体制がある。また、施設の入所、見学等については電話での問い合わせの他、ホームページからも申し込むことができる。さらに、入所申し込み書についてもホームページから取り寄せることが可能となっており、利用希望者の要望に迅速に対応するしくみが整っている。
3	タイトル	社会福祉連携推進法人への参画により、地域の枠を越えた法人同志の連携を図ることに繋がっている
	内容	法人では、他地域との社会福祉連携推進法人を立ち上げた。北海道と岐阜県の法人と連携し、被災時にお互いに助け合う協定を結ぶとともに、勉強会の開催で地域を越えた職員間の質の向上を図ることとしている。法人ではもともと「実践研究大会」を開催し、各事業から事例を用いて職員による日ごろの取り組みの発表を行い、優秀な実践はアクティブ福祉への外部研修参加に繋げている。これらを法人間でも開催し、職員のさらなる質の向上を目指している。他法人との交流により、施設職員のやりがい醸成のみならず、福祉課題の解決にも取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	施設サービス計画書の作成時の会議に、家族の参加を求めていくことと、家族会を開催し情報の共有を図ることが期待される
	内容	これまで、施設サービス計画書の作成時には、事前に家族に宛てて経過の報告を行い、今後の要望を聞き、会議の日時を伝えて、参加・来園を依頼し、積極的に関わるように努めてきた。その結果、毎月8割以上の家族の参加があったが、コロナ禍となったため、家族が来園することが難しくなった。今年度は、敬老会やクリスマス会等へ行事へ参加を依頼した結果、多くの人の参加を得ることができた。今後は以前のように、施設サービス計画書の更新時に家族へ参加依頼して情報共有を図られたい。また、中断している家族会の再開も望まれる。
2	タイトル	利用者の意思や思いをさらに汲み取れるように、利用者への定期的な声かけや、個々の職員が聞き取った内容の共有化の工夫に期待したい
	内容	利用者の日々のケアでは利用者には必ず「～してもよろしいですか」と確認をし、個別支援では、利用者好きなものを選んでもらう等、利用者の意思を尊重した取り組みを心がけている。施設は、ユニット型であり、多床室からの異動の職員は、ユニット型との違いに慣れない部分もあり、また、一人でユニットに入ることもあることから、情報共有がやや足りないように見受けられる。利用者の思いや意向を把握できるように、利用者への定期的な声かけや、個々の職員が聞き取った内容の共有化の工夫に期待したい。
3	タイトル	施設の実態に即した教育訓練を実施し、職員の定着化ややりがい醸成に努められたい
	内容	施設では、有名企業が実施しているような、一定のサービスが職員の力量に関わらず提供できるしくみ作りを目指している。しかしながら、急なアクシデントの対応に追われ、受診付き添いなど職員が分散することでOJTなどが上手く進まない状況が起こっている。全体の育成はISO9001で定められた手順で示されているが、施設の実態に即して改変していくことが望まれる。また、施設では、職員の定着を課題としており、働きやすい職場環境となるよう取り組みを検討している。そのため、職員の声を聞き、やりがいに繋がる教育訓練の実施が期待される。