

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> <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>
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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・「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。</li> <li>・他の事業所の模範たる法人を目指す。</li> <li>・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。</li> </ul> <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

事業者と協議の上、29名の利用者のうち、心身状況が聞き取り調査に耐え得る利用者4名を選定して調査対象とした。実際の有効回答数の男女構成は、女性4名であり、90歳以上4名であった。

調査方法

事業者との協議により、聞き取り方式を採用した。調査は、施設内の居室や共用スペースを使用して、評価者が利用者とマンツーマン方式で聞き取りを行った。利用者が安心して答えられるように十分な距離間隔を置いて実施した。

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
	4	4
	4	4
0.0	13.8	13.8

**利用者調査全体のコメント**

総合的な満足度に関する調査の結果は、対象者の75.0%が「大変満足」または「満足」と回答し、「どちらともいえない」が25.0%であり、大変高い満足度が得られている。  
 項目別で見ると、＜サービスの提供＞に関する4設問は全設問において、全員が「はい」と回答する大変高い満足度であった。  
 ＜安心・快適性＞に関する4設問は3設問において、高い満足度であった。特に、「施設内の清潔な環境」では全員が「はい」と回答する大変高い満足度が得られている。  
 ＜利用者個人の尊重＞に関する4設問は1設問において、高い満足度であった。  
 ＜不満や要望への対応＞において、「不満や要望への対応」は概ねの利用者が満足とする回答を得られているが、「外部の相談窓口の案内」については、さらに高い満足度が望まれる結果であった。

**場面観察方式の調査結果**

調査の視点：「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

**評価機関としての調査結果**

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 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	4	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「専門職から食べた物を聞かれたり、パンやそばも出るので満足」、「口に合っているので美味しい」、「専門職が回ってます。なんでも食べます」という声が聞かれた。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	4	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「朝から声をかけてくれる。ベッドから起こしてくれたり、いろいろしてくれる」、「丁寧にいろいろやってくれます」、「洗濯や掃除をしてくれる。お風呂場もきれいです」という声が聞かれた。				
3. 施設の生活はくつろげるか	4	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「絵を描くことが好きで、絵を描いたり、先生が来るのでお花とお茶もやっています。リハビリもしています」、「テレビを見ている」、「編み物や刺繍を部屋でしています」という声が聞かれた。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	4	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「専門職が声かけする」、「なんでも話します。みんないい方」、「血圧など専門職が測ってくれる」という声が聞かれた。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	4	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「毎朝掃除してくれる」、「問題なく綺麗です」、「清潔になっています」という声が聞かれた。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	2	1	0	1
「はい」が50.0%、「どちらともいえない」が25.0%、「無回答・非該当」が25.0%であった。自由意見では、「みんな優しい」、「専門職でキツイ言い方の人がある。その人は怖いです」という声が聞かれた。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	3	0	0	1
「はい」が75.0%、「無回答・非該当」が25.0%であり、高い満足度であった。自由意見では、「対応してくれる」、「職員がいなければ叫んで呼びます。対応はできると思う」、「足腰は丈夫なので、そのようなことがないのでわからない」という声が聞かれた。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	3	0	0	1
「はい」が75.0%、「無回答・非該当」が25.0%であり、高い満足度であった。自由意見では、「そのようなことはないです」、「トラブルはない」という声が聞かれた。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	2	1	0	1
「はい」が50.0%、「どちらともいえない」が25.0%、「無回答・非該当」が25.0%であった。自由意見では、「大切にしてくれます」という声が聞かれた。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	3	0	0	1
「はい」が75.0%、「無回答・非該当」が25.0%であり、高い満足度であった。自由意見では、「安心しています」という声が聞かれた。				
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	2	0	1	1
「はい」が50.0%、「いいえ」が25.0%、「無回答・非該当」が25.0%であった。自由意見では、「専門職から聞かれる」、「家族が『新しい施設ができたのでここに行こう』となり、ここに入所しました」、「知らない」という声が聞かれた。				
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	2	0	1	1
「はい」が50.0%、「いいえ」が25.0%、「無回答・非該当」が25.0%であった。自由意見では、「家族と専門職がやりとりしています」という声が聞かれた。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	2	1	0	1
<p>「はい」が50.0%、「どちらともいえない」が25.0%、「無回答・非該当」が25.0%であった。自由意見では、「なかなか気を使って言えないが、多分対応はできると思う」という声が聞かれた。</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	1	0	2	1
<p>「はい」が25.0%、「いいえ」が50.0%、「無回答・非該当」が25.0%であった。自由意見では、「家族が対応してくれる」、「知らない」という声が聞かれた。</p>				

I 組織マネジメント項目（カテゴリ1～5、7）

No.	共通評価項目		
	カテゴリ1		
1	リーダーシップと意思決定		
	サブカテゴリ1(1-1)		
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>7/7</b>	
	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1の講評		
	<p>理念・ビジョン、品質方針などは、に分かりやすく説明し周知に努めている</p> <p>施設の理念や基本方針については、施設内各所への掲示、朝礼や職員会議などでの唱和、内部監査における確認、人事考課では重点事項を明記して職員の理解を深めている。また、各種の掲示物、職員会議録、内部監査報告書、人事考課評価シートなども活用して周知を図っている。利用者や家族に対しては、パンフレットや広報紙、ホームページをはじめ、面会時やサービス担当者会議においても目のふれやすい場所に掲示して理解を促している。施設が目指していることについて、利用者本人や家族、職員への理解が深まるような取り組みを行っている。</p> <p>重要な案件についての決定、伝達、周知に関する仕組が整っている</p> <p>重要な案件に関する意思決定は経営・幹部会議で行われ、会議終了後は議事録が作成されている。決定内容などについては、同日開催の職員会議で報告され職員への周知を図っている。職員会議に参加できなかった職員については、フロア会議等の各課会議などを活用して伝えられる仕組が整っている。さらに、事業計画の策定については、事業計画策定手順を遵守して実施することに努めている。利用者に係る重要な案件に関する決定事項については、口頭や掲示により周知するとともに、家族に対しては文書を配布、郵送するなどして周知を図っている。</p>		

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	
<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 type="radio"/> 非該当
<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 type="radio"/> 非該当
<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 type="radio"/> 非該当
<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 type="radio"/> 非該当
<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 type="radio"/> 非該当
<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	<input type="radio"/> 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	
<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 type="radio"/> 非該当
<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 type="radio"/> 非該当
<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	<input type="radio"/> 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	
<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 type="radio"/> 非該当
<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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-2の講評		
<p>部署ごとに中・長期計画をもとに単年度事業計画に目標やサービス内容を明確している</p> <p>部署ごとに中・長期計画を立案しており、それらをもとに定量的・定性的目標を掲げ、達成可能かつ評価可能な計画を策定している。また、各種アンケートによって把握したニーズを踏まえ、次年度の重点目標が統括施設長より提示され、それを基に事業計画・予算を策定する流れとしている。計画策定に合わせた予算を編成し、統括施設長の確認を経て事業計画として承認する仕組みは整っている。さらに、定例の経営・幹部会議において、事業ごとの利用率や収支状況の報告を行い、経営情報の共有を図りながら達成に取り組んでいる。</p> <p>部門目標の進捗状況を確認しながら、事業計画を推進する仕組みが整っている</p> <p>アクションプランの導入によって、概ね1年間に取り組むべき具体的施策をアクションプランとして策定している。計画的な実施や結果の評価によって、進捗状況に応じた修正及び必要な新規施策の追加等に取り組んでおり、これらの積み重ねにより、事業計画や個人目標の達成につなげている。月次の進捗管理によって「具体的方法、具体的な取組、行動内容、スケジュールの概要」列で今後の計画を記載し、重点目標項目ごとに表記している。ただし、一部の計画の遅れが確認され、適切な時期に適切な動きを示し、遅延事項を改善することを目指している。</p>		

3			カテゴリ-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-1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	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-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-2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-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-3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

職員として守るべき規則や規範について研修などで理解を深めている

職員として守るべき法・規範・倫理などについては品質方針に明記し、朝礼や職員会議での唱和によって周知を図っている。また、コンプライアンス委員会において加算要件、人員配置基準などの運営基準が順守の確認に取り組んでいる。さらに、ホスピタリティ向上委員会が中心となり、不適切介護撲滅へ向けての取り組みを継続的に行っている。毎朝のフロアでの申し送り時に、高齢者虐待防止に関するマニュアルを読み上げて周知を図り、虐待の疑いが発生した際には、緊急リスク会議を開催して事実関係の確認と対応を協議する体制が整っている。

利用者一人ひとりの意向の把握に努め丁寧に対応することを心がけている

苦情解決制度や第三者委員制度について、契約書や重要事項説明書への記載や施設内に掲示している。ISO90001の規格要求事項でもあり、是正予防処置要領においてルール化され、改善策が停滞しないよう、品質管理室会議、経営・幹部会議等によって進捗状況を確認している。家族からは家族懇談会や来苑時の聴き取り、利用者の意向は入居者懇談会や日々の関わりの中で把握している。利用者調査の結果からは、意向や要望については適切に対処されていることがうかがえるが、意向の表出が困難な利用者も増えており、ニーズの把握を課題としている。

地域社会の開かれた組織となるよう対外的な取り組みに力を入れている

ホームページや広報紙、パンフレット等で活動内容を開示して、地域社会に開かれた組織となるよう取り組んでいる。また、ボランティア確保育成委員会を設置しており、ボランティアの受入にあたっては要領を定め、ボランティアマニュアルを作成して円滑な活動を支援している。ボランティアアンケート結果から、改善に向けた活動に取り組んでいる。実習生や職場体験の学生の受け入れに関しても対応職員を決めており、要請があれば毎年受け入れている。さらに、加住町会の自治会組織に第二倍楽園ホームとして参加して連携を深めている。

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-1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	
<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 type="radio"/> 非該当
<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 type="radio"/> 非該当
<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 type="radio"/> 非該当
<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 type="radio"/> 非該当
<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	<input type="radio"/> 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-2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	
<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 type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<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 type="radio"/> 非該当
<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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-4の講評		
<p>地域社会と連携して災害対策に取り組んでいる</p> <p>災害対策については、地域連携のもとで取り組むことを重視しており、近隣4施設(特養2施設、有料1施設、病院1施設)間において防災協定締結のもとに年2回の合同防災訓練を実施している。近隣町会との災害時相互応援協定も継続して締結しており、地域の防災訓練への参加などによって、地域の共通課題として防災対策に取り組んでいる。また、東京消防庁の指導の下、各種研修の他、自衛消防審議会も出場し、近隣施設と介護フェアも開催している。さらに、災害策定についての事業継続計画を策定して、関係者への注意喚起を促している。</p> <p>リスクマネジメント関連の各委員会は積極的に活動していることがうかがえる</p> <p>事故や感染症対策として各種のリスクマネジメント関連の委員会を設置して、予防や対策、各々の手順の確認などに取組んでいる。また、安全衛生委員会、防災委員会、リスクマネジメント委員会については法人内で共同のもとで開催している。さらに、是正予防処置報告書を使用して原因を特定し、再発防止策についても、暫定処置、再発防止策、再発防止策実施後評価記録などによって、再発防止に向けた取り組みを定着させている。カンファ水(次亜塩素酸ナトリウム)精製機の設置は清掃や加湿、感染症予防の一助となっていることがうかがえる。</p> <p>情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している</p> <p>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に取り組んでいる。機密書類取扱要領、パソコン管理要領など関連要領の適切な運用に努め、USBやケース記録についても管理表に基づいて定期的に施設長まで回覧され、適正性を監視できるようにしている。さらに、文書や記録管理要領などによって帳票類の適切な整理・保管に取り組んでいる。それらの情報は、各課に備えたパソコンで確認できるようにしている。個人情報の取り扱いについては規程を設け、職員、実習生、ボランティアなど誓約書を交わしている。</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	
<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

カテゴリー5の講評

人事制度に関する方針を明確にして人材確保に取り組んでいる

採用時の資格、経験、能力に応じた配置をはじめ、年度目標・教育訓練要領に基づいて人材育成に取り組んでいる。人事制度に関する方針は、人事考課規程によって明示し、「業務目標・教育訓練要領」に定め必要な力量やその評価の方法なども明確にし、事業の計画に沿うものとしている。各職制についての責任と権限を明確にし、サービスの質の向上を目的に、フロア異動や部署間異動などについては職員の希望も取り入れながら柔軟に取り組んでいる。キャリア段位制度の取り組みや内外研修の参加状況、福祉関連資格の取得状況等を勘案して策定している。

職員一人ひとりの状況や意見を反映した育成計画作りに取り組んでいる

内部研修は参加しやすいような時間を設定し、地域福祉研修や地域交流会等については希望があれば誰でも参加できるようにしている。外部研修は上司からの命令及び自身の希望により参加できる体制が取られている。新人教育訓練プログラムも実施しており、不十分と判断された場合においても、再度研修計画を見直すなどのきめ細やかな支援を行い育成を図っている。部署での育成経過については、アクションプランでも確認できるようにしている。OJTの仕組みは設けられているが、中途採用の職員には適切に実施できていないことを課題としている。

法人全体で職員の能力向上の環境を整備している

職員満足度調査の結果は事業計画はじめとする各種の計画に反映させ、外部研究大会への参加や法人内の「実践研究発表大会」を開催して能力向上に取り組んでいる。職員が各種研究発表への参加することで、その経験が業務に活かせることにつながり、結果として利用者に提供する介護サービスの質の向上につながっていることを施設では認識している。また、職員育成の一環として、介護福祉士、社会福祉士、タクティールケア、学習療法、認知症ケア、接遇検定など様々な資格取得を推奨している。

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	
<b>評価項目1</b> 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)	
<b>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)</b> ・虐待と思われる事例の報告が適切になされなかったり、職員の中には「何が虐待にあたるのか」を理解できていなかったりすることを踏まえ、虐待防止対策をテーマとして掲げている。利用者の人権の擁護や虐待の防止を図るために、必要な体制を整備して改善計画を遂行し、虐待防止規程の理解や虐待の芽をすべての職員が意識できるような組織風土を醸成させることに取り組んでいる。具体的な取り組みとして、ユマニチュードを理解し習得することを掲げた。4月中にユマニチュードの研修計画を立て、ユニットでの事例を取り上げロールプレイを中心とした研修を開催した。毎月事例を1例提示し、ロールプレイをユニット会議において実施した。振り返りの場を設けケアの振り返りの場として学びの蓄積をもとに、認知症のBPSDの発生頻度と重症度および介護者の負担度を数値化したNPI-NH(神経心理検査)の数値を軽減させ、年度末の実績発表にて結果を報告するとともに、虐待の芽チェックリストの該当項目をゼロにすることに取り組んだ。	
目標の設定と 取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<b>評価項目1で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評</b> ・虐待防止をテーマに、虐待の芽をすべての職員が意識出来るような組織風土作りを目標として掲げている。ユマニチュードの理解については、動画研修を行ったが全職員の理解にまで至っていない。ロールプレイを用いた研修での効果を期待し取り組んできた。次年度も引き続き取り組むことを予定し、虐待についてすべての職員が意識できるような組織風土を醸成させることを継続して取り組む。そのために職員全員の面接を年2回以上実施し、本人の意向を確認する場を設けるとともに法人が求めていることを説明する機会を充実させる。コミュニケーションの機会を定期的に設けて施設運営に反映させるとともに、身体拘束虐待のグレーゾーンの事例を用いて虐待についてのメカニズムの理解を促す。また、困難事例に対する具体的な対応方法について学ぶ場を設け、不適切介護「ゼロ」を目指す。	

<p><b>評価項目2</b> 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)</p>	
<p><b>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)</b>          ・コロナ禍によってショートステイが取りやめになるなど、空床が増えてきて経営に影響を与えるようになっている。予算達成を図ることを目的に、ショートステイ稼働率110%、特養と併せて100%以上を目標とする。そのためにショートステイ関係業務の効率化とショートステイのニーズを掘り下げ稼働率を確実に達成させる。具体的には、          ①ショートステイの受入れの仕組みを他事業との連携を図り、ベッドの調整の改善に取り組み速やかに安心して利用できるよう、受入れ環境を整備する。          ②利用者のニーズを担当のケアマネジャーから都度、聞き取り調査を行い、ショートステイの受入れの仕組みを見直す。合わせて業務の効率化やマンパワーの効率的な運用によって110%以上の稼働率を確実に達成させる。(非常災害用車いす及びショートステイ荷物チェックアプリの活用など)          ③認知症への対応力向上に向けた取り組みを図り、認知症専門ケア加算をとるための環境を整える。そのために認知症介護指導者養成研修 認知症介護実践リーダー研修を年度内に受講させ3年の経過措置期間に備える。などに取り組んだ。</p>	
<p>目標の設定と取り組み</p>	<p><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>
<p>取り組みの検証</p>	<p><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>
<p>検証結果の反映</p>	<p><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</p>
<p><b>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</b>          ・上記の取り組みによって、目標値ショートステイ110%に対して102%、要介護度3、00に対し2、41、特養ショートステイ合算100%目標に対し99、19%などの結果となった。ロングショートへの対応やコロナでの影響を受けてしまい、当月の空床の発生をカバーするには至らなかった。法人内の居宅介護支援事業所や特養(協楽園ホーム)との連携によって、必要とされるショートステイのニーズを満たすための協力体制を図ったが、結果としてショートステイは目標値には至らなかった。よって、利用者のニーズを再度検証し、ニーズに合ったサービスの提供を他事業との組み合わせも含めてサービス提供出来るようにする。さらに、ロングショートによる減算を減らしていく(帰宅日を設ける)ことにも取り組むとしている。</p>	

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 <b>4/4</b>
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	
<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なっている	<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1の講評		
<p>施設の情報は紙媒体や電子媒体など、さまざまな方法で提供している                      利用希望者へはパンフレット、ホームページ、広報紙など、さまざまな方法で施設の情報を提供している。広報紙「グリーンデイズ」は隔月刊、ホームページの更新は月1回から週1回とし、パンフレットを含めて、それぞれデザインや情報、アクセシビリティにも配慮し、利用者の選択に資する内容となっている。広報紙は法人の広報委員会が中心となって作成している。また、ホームページについては契約書や重要事項説明書、運営規程などが閲覧できるようになっており現在、広報委員会を中心にリニューアルを図っている。</p> <p>運営推進会議を通して、関係機関や地域の方々へ情報提供がされている                      広報紙については、毎号家族をはじめ、行政、社協、市内居宅介護支援事業所や介護事業者などに配布している。パンフレットについても誰にでも閲覧してもらえるように玄関先に設置している。また、隔月に開催している運営推進会議には、特養、デイサービス、訪問看護ステーション等の地域密着型施設の職員や行政、地域包括支援センター、病院の職員、社協のボランティア担当者、自治会の役員が参加して、各施設の苦情、事故等の現況を報告し、地域の方に意見を求めている。過去、利用者が参加したこともある。</p> <p>コロナ禍であっても、施設内見学・入所相談に応じている                      コロナ禍であっても、特養見学・入所相談、ショートステイ利用相談には応じていて、コロナウイルス感染症対策を十分にして、15分以内で施設内を見学し、生活相談員（ケアマネジャー）が個別に相談に応じている。急な依頼があった際にも可能な範囲で受けており、365日いつでも対応できるような勤務体制を組んでいる。人手が足りない時には、近くの借楽園ホームの相談課へ依頼し、協力体制が出来ている。当施設では、基本的には特養・ショートステイの利用について、どのようなケースであっても断ることはしないため、地域の方々への信頼度は高い。</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		評点(〇〇〇)	
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		評点(〇〇〇)	
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><b>事前面接等の準備を計画的に行い、空床期間短縮に努めている</b></p> <p>待機者リストから緊急度の高い方、点数の高い方へ診療情報提供書依頼や事前面接を済ませるなどの準備を、毎月ステップを踏んで行い、退所者が出たら、次の日には入所出来る体制を整えている。事前面接は必ず生活をしてきた場所(自宅、老人保健施設、病院、グループホーム等)へ訪問し、家族や関係者から情報を得ている。訪問時の情報は「面接調査票」へ記録し、心身状況や生活状況を把握している。入所当日に契約書、重要事項説明書を説明し、同意の署名・押印をもらって契約している。前もって諸書類を送付することもある。</p> <p><b>初回のアセスメント時には施設を良く理解して入所してもらうように努めている</b></p> <p>初回アセスメント時には、施設のコットーである“安全・安心・愛情”を説明し、施設を良く理解してもらうように努めている。利用者・家族の意向は事前面接時に確認し、ケアプラン作成に活かしている。新規利用者の情報は「面接調査票」を紙ベースで各部署へ配布し、情報共有している。入所後1週間は、集中的な状態観察を行い、健康管理、食事、排泄状況を記録し、細やかなサービス提供を行い、利用者が安心して生活できるように配慮している。また、利用開始後の記録や利用者本人の要望は、1か月以内に再度確認し、本プランへ繋げている。</p> <p><b>看取り介護について力を入れている</b></p> <p>昨年度のサービス利用終了者9名の内、長期入院で戻ってこられなかった方が2名、逝去者7名の内、ほとんどの方が施設での看取り介護を受けている。看取りの時期がくると、医師から家族へ状況説明をし、“最後まで生ききるための看取り”を目指して、看取りプランを立てている。また、法人全体で年1回看取り研修を行っており、現場では看護師が看取り介護の記録をもとにOJTをしている。看取り後には、関わった職員が集まってデスクカンファレンスを実施し、家族からは看取りについてアンケートをとり、次の事例に活かしている。</p>			



サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	10/10
3 個別状況に応じた計画策定・記録			
<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>	
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	
<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>	
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ている	○非該当	
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	○非該当	
<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>	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある	○非該当	
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当	
<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>	
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>アセスメントやモニタリングは定期的に見直しがされている</p> <p>利用者の心身状況や生活状況はパソコンのネットワークで書式を管理し、各係で情報を共有し、課題の把握に努めている。入所前に「興味・関心アセスメントシート」を家族へ記入してもらい、事前面接時の「面接調査票」がアセスメントシートとなっている。アセスメントシートは6か月に1回、カンファレンス事前会議前に見直しをしており、内容に変更がある場合には赤字で加筆している。また、6か月に1回、ケアプランのモニタリングを「モニタリング記録表」を用いて担当介護職員が記入し、ケアマネジャーが総括をして、カンファレンスに臨んでいる。</p> <p>事業所としてカンファレンスへ家族が参加することを推奨している</p> <p>ケアプラン作成は「ケアプラン作成要領」にて手順を定め実施している。ケアプランは6か月を1クールとし、毎月のモニタリングから介護量や心身状況に著しく変化があった場合(退院、介護度変更、看取り)に見直しをしている。カンファレンスは家族の都合に合わせて日程調整をし、ユニットの談話室で行っている。ケアマネジャーをはじめ、介護職員、看護師が立ち替わり入れ替わり出入りし、会議へ参加している。また、カンファレンスの前に各職種が集まりカンファレンス事前会議を実施し、情報共有して課題の抽出をし、本会議に臨んでいる。</p> <p>サービス項目一覧表を活用して、利用者個々の情報共有化を図っている</p> <p>ケアプラン作成時には必ず意向を聞き、ケアプランの第1表へ記述している。利用者の意向はそのつどケアマネジャーが直接聞いており、家族の意向はケアマネジャーが面会時や電話で聞いている。利用者に関する書類(面接調査票、緊急医療情報、診療情報提供書、ケアプラン等)は個人ファイルへ取められ、各フロアのスタッフルームへ保管されている。また、サービス項目一覧表についても、毎月確認し情報の共有を図り、担当者だけではなく個別の状況を伝え、支援に反映させるためのツールとして役立っている。</p>			

サブカテゴリー5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー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		
<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	
サブカテゴリー5の講評			
<p><b>個人情報保護やプライバシー保護については配慮されている</b></p> <p>利用者に関する情報は、実践研究発表の題材として使用する場合や、広報紙、ホームページへの掲載にあたり、利用者・家族から同意をもらっている。個人情報の取扱いに関しては、公共機関、医療機関、私的な問い合わせを含め、家族からも承諾を得てから情報提供を行っている。個人宛文書については、基本的に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ものに関しては施設で取り扱っている。職員が居室に出入りする場合には、必ず居室内の利用者には了解を得られるよう声がけをし、プライベートな空間を侵さないよう配慮している。</p> <p><b>日常の支援にあたっては利用者の意思を尊重している</b></p> <p>入浴介助の場合、同性介助は職員採用・配置上、全場面での完全実施は困難であるが、現配置において、個々の利用者の羞恥心に最大限配慮している。排泄介助は他利用者の視界に触れないように行うことはむろんのこと、共同空間においては、他利用者には排泄を行うこと自体を気付かせない声がけを行うように努めている。介助の際には「～しても良いですか?」などの声がけをし、利用者の意思確認を行っている。毎月のユニット会議で利用者の情報共有とケア方法を考え、職員全員が24時間シートをもとに、その方に合ったケアを行えるように努めている。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
6	事業所業務の標準化		
<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		<b>評点(000)</b>	
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し取り組みをしている		<b>評点(00)</b>	
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			
<p>ISO9001承認取得に伴い、各種マニュアルが整備され定期的に点検がされている</p> <p>ISO9001の承認取得を機会に、全ての部署ごとに利用者に提供する介護サービスの洗い出しをおこない、業務の標準化を図り、その実効性についても内部監査などで評価している。また、ISO9001の規格要求事項に基づいて、年2回のISO9001審査登録機関からのサーベイランスによる外部審査によって点検を行っている。さらに、月1回の経営・幹部会議において、プロセスの監視を行っている。部署ごとに正式文書が配布され、文書管理要項に基づいて、適切に文書が管理されている。</p> <p>経営・幹部会議において、職員や利用者からの意見や提案を反映する仕組みがある</p> <p>月1回行われる経営・幹部会議において、職員や利用者などからの提案や苦情も含む改善事項が発生した場合には、インプット情報として報告され、必要に応じて改定する仕組みがあり、運用されている。朝礼で時事問題や関連事件が起こった際には、施設長が取り上げ周知を図っている。また、虐待の芽チェックリストを定期的実施し、継続して行い職員の意識向上に取り組んでいる。不適切ケアについては委員会で定期的に勉強会を行っており、意識の向上は見られるがサービスの中で、まだまだ職員同士がその場で注意できる環境には至っていない。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリー4	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	43/43
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)		
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><b>ケアプラン作成時には利用者・家族の意向を大切にしている</b></p> <p>ケアマネジャーがケアプランを作成する際には、利用者本人・家族の意向を大切にしている。その意向を実現するために、家族の協力も得てどうしたら良いかを検討している。また、食事介助要領・排泄要領・入浴要領等に定められた手順にて実施しており、ケアプランは議事録を回覧して情報共有し、毎月のモニタリングでも変化を記録し、その利用者の生活状況の把握に努めている。また、介護業務の中で何を優先するか、安心・安全・愛情を大事にするところ、事故のリスクについても一つ一つ伝えていくようにしている。</p> <p><b>各職種職員が連携して利用者の支援を行っている</b></p> <p>ケアプランのカンファレンスは、原則として各職種職員、利用者、家族同席で行い、職員は順番にケアプランに対してプロの視点で意見を述べている。また、カンファレンスの前にカンファレンス事前会議を実施し、情報共有をしながら課題の抽出をして検討を行い、各職種職員が連携して利用者の支援にあたっている。家族には事前に要望を聞き、会議の日時を伝え、カンファレンスへの参加を促している。コロナ禍前には、家族全員の参加があり、コロナ禍では家族から参加を遠慮することが多かったが、最近は徐々に増えてきている。</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><b>利用者の身体状況に応じた食事を提供している</b></p> <p>安全・安心の食事サービス提供は給食委託業者に、献立、行事食、おやつバイキングなど全般的に委託して任せている。厨房ではおかずと汁物が用意されご飯はユニットで炊き、おかずのとりわけを行っている。食事形態は、常食、大キザミ、ホソキザミ、ペーストなど4段階の食形態を提供している。食事の支援は日々、利用者の状況変化に注視しながら、栄養状態を把握し状態に沿った個別栄養ケア計画書に沿って支援している。利用者の誕生日には、食事の意向や要望を聞き取り、身体状況に合った食事提供に取り組み安全で楽しい食事提供に努めている。</p> <p><b>栄養リスク状態を詳しく把握し栄養改善に取り組んでいる</b></p> <p>看護師による月1回の体重測定や食事摂取量、利用者のむせ込みなどの嚥下力の低下している喫食状態から、低栄養の予防に努めている。モニタリングを行って高リスク、中リスク、低リスクからBMI数値や体重の変動から、経口摂取の継続に向け、個々の状態に応じた食事量の調整や嗜好を考慮した栄養補助食品などを提供して栄養改善に取り組んでいる。カンファレンスにより食事介助の見直しや福祉用具の選定など行っている。食事形態の変更については、看護師、栄養士、介護職員の状態確認により行われ変更後の摂取状況の確認が実施されている。</p> <p><b>歯科医師と連携し経口摂取維持での食事摂取に取り組んでいる</b></p> <p>口腔ケア向上委員会を中心に、訪問歯科医(歯科衛生士)との連携により利用者の経口摂取維持に努めている。歯科衛生士の口腔ケアの指導による介護職員は、毎食後の実施により嚥下低下防止に取り組んでいる。栄養士、看護師、介護士は、屋食時の食事介助時に利用者の摂取状況や嚥下力に注視して状態把握に努めている。嚥下機能低下した利用者には、嚥下能力に合わせて食事形態や摂取量の調整を行い安全な摂取への改善に努めている。利用者の摂食姿勢や嚥下力などに関するポジショニングや補助具などの、見直しを多職種職員と共に取り組んでいる。</p>				

3 評価項目3 利用者が食事を楽しむための工夫をしている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	○非該当	
●あり ○なし	2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	○非該当	
●あり ○なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる	○非該当	
●あり ○なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○非該当	
評価項目3の講評			
<p>利用者からの希望を反映させた献立に取り組んでいる</p> <p>毎月1回選択食があり、利用者からリクエストを聞いて提供している。偶数月には「おやつバイキング」をでは、季節感を取り入れたり普段にないおやつをコロナ感染対策のもと、袋物形態のものを複数用意して利用者を選んでもらうなど、工夫を凝らしている。また、四季の郷土料理の日や食事から季節感のある楽しみのある食事の提供を心がけている。行事食の敬老の日の祝い、正月のおせち料理、クリスマス会などが行われている。また、食事時間も提供時間を2時間として利用者に合わせ延長対応の代替え食も冷凍食品を用意して柔軟に対応している。</p> <p>利用者の状況に応じて食事環境に努めている</p> <p>利用者の食席は利用者の希望や身体状況、相性や関係性を考慮したうえで席を決定している。利用者一人ひとりの状況に応じて食事介助の必要な利用者を中心に、車イス移動の動線などを考慮して、安全確保に、テーブルの設置の工夫から事故防止に努めている。程やかに楽しく安全に食事ができるように努めている。温かいものは温かく、冷たいものは冷たく提供できるよう適時・適温で食事提供することを目指し、利用者の着席を待ってから配膳している。また、外国人の介護職員への育成に、食事介助時の利用者への声掛けの指導に取り組んでいる。</p>			
4 評価項目4 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	○非該当	
●あり ○なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当	
●あり ○なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○非該当	
●あり ○なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○非該当	
評価項目4の講評			
<p>利用者の身体状況に適した入浴を実施している</p> <p>入浴形態は個浴、リフト浴、ミスと浴の3種類の浴槽が用意されている。利用者の身体状況に応じて利用者や家族の意向を配慮しながら座位、立位の残存機能を活かしながら状態に適した浴槽を選択して決定している。入浴前には、バイタル測定を行い看護師に入浴の可否の確認をとっている。誘導から入浴まで基本としてマンツーマン対応で声掛けを重視して、利用者の状態を把握して残存機能の維持に努めた安全な入浴支援を行っている。入浴形態の変更時はADLの状態に応じてケアマネジャーと介護職員により検討され適時、変更され実施している。</p> <p>羞恥心に配慮し利用者に合わせた声かけ介助に取り組んでいる</p> <p>入浴時には利用者の意向に沿って、羞恥心やプライバシーに配慮した声掛けにより、自分で出来ることは自分でやってもらうよう支援している。重度化に伴い立位不良の利用者の増加から個浴利用者は3~4名となり、リフト浴、ミスと浴の使用が中心となって実施している。ミスと浴については基本2人介助の支援を実施しており、シフト体制により支援時間の調整を行いながら入浴支援を実施している。入浴の拒否が見られた場合には、利用者の状態に合わせ、声掛けのタイミングや日程変更など無理強いすることない声かけの方法を工夫して取り組んでいる。</p> <p>楽しく入浴する快適な環境づくりに努めている</p> <p>利用者が快適に入浴を楽しむことができるように浴室では、季節を感じてもらおうよう菖蒲湯やゆず湯などの季節湯を実施している。利用者の持参したシャンプーやボディソープなども自由に使用している。週2回の更衣支援として入浴後に衣類交換を行って清潔保持に努めている。利用者との会話を楽しむ時間を大切に、ゆったりとリラックスした入浴時間としている。ミスと浴は1階浴室への移動距離が長いため寒さ対策など含めた配慮をして安心・安全な入浴支援に取り組んでいる。浴室の清掃は入浴終了時に職員によって綺麗に清掃されている。</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>利用者の状態に応じた排泄支援を行っている</p> <p>利用者の入所時のアセスメントに基づき、排泄チャートの作成を行い排泄支援を実施している。支援内容は基本はトイレ誘導として排泄チェック表に残して情報を共有している。利用者の状態に合わせ残存機能を活かして尿意ある人は随時自立で、立位、座位保持が可能な場合や2人介助により声掛けに留意しながらトイレ誘導を実施している。要介助の利用者については定時誘導として実施している。看護師による排泄チェック表の把握から下剤に頼らない排便コントロールが行われている。残存機能を活かして排泄表から排泄パターンの把握の取り組みに期待する。</p> <p>羞恥心に配慮した排泄支援に取り組んでいる</p> <p>利用者の排泄介助の方法としては、残存機能を活かして自然排泄への自立支援に向け必要に応じて福祉用具を利用して支援している。排泄介助時は声掛けに留意し、扉を開めるなどのプライバシーや羞恥心の配慮に努めている。また、フロアミーティングでは、不適切介護の取り組みとして、利用者の尊厳を守りながらロールプレイを実施して声掛けの統一を目的に、マニュアルの具体例に沿って、ケアの振り返りを行い、排泄ケアの見直しをしながら職員の更なる知識や技術の向上を目的としている。尚、外国人の介護職員への育成にも力を入れて取り組んでいる。</p> <p>トイレは定期的な清掃によって清潔が保持されている</p> <p>介護職員によるユニットの共有トイレやポータブルトイレは定期的な清掃に加えて使用後に消毒、消臭剤などの使用も同時に行っている。ポータブルトイレについては主に夜間使用が多く、利用者の排泄後に介護職員が適宜に清掃と消臭を行うとともに毎朝カンファ水につけ置きして清潔な環境保持に努めている。</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>利用者の残存機能に応じて移動・移乗を支援している</p> <p>利用者や家族の意向を尊重した移動方法をアセスメントにより、利用者のADLの状態を把握し、フロアや居室での残存機能の状態に沿った維持できる移動方法に向けて取り組んでいる。利用者のほぼ全員が車イスを移動手段としているなか、毎週水曜日に理学療法士の訪問によって、状態観察を行い声掛けや様子により状態の把握が出来ている。理学療法士の評価により車イスへの座り方、座位の位置などの指導を受けている。また、車イスの特徴や機能、適合などの要点をまとめた介助方法、全般に関するマニュアルを作成して職員が共有して取り組んでいる。</p> <p>安心・安全に移動できる環境整備に取り組んでいる</p> <p>利用者の重度化に伴い移乗介助が多くなり、日常の車イスから椅子への移乗など、現状のADLの低下を防ぐことを目標に取り組んでいる。日々の生活から変化のあった利用者の様子の確認から、介護職員は話し合いから情報共有に努めている。自立支援を中心に取り組んでいるが、利用者の移乗動作により車イスによる皮下出血など見られ、利用者を定めて2人介助で事故防止に努めている。尚、是正予防処置報告書の閲覧により介護職員の情報の周知を図っている。理学療法士による講習会が実施され、移動・移乗などの介護技術力の向上に取り組んでいる。</p>		

7 評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている		○非該当
●あり ○なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている		○非該当
●あり ○なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している		○非該当
●あり ○なし	4. 福祉用具は、定期的の使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている		○非該当
評価項目7の講評			
<p>利用者の身体機能に応じた訓練計画が作成されている</p> <p>利用者の生活を踏まえて施設サービス計画をもとに、その人の生活動作を基本にして利用者、家族の意向に努め、利用者のケアプランを策定している。ADL評価に基づく個別機能訓練計画は、利用者の状況に応じた生活状況の維持を意識しながら把握することに努めて、ケアプランに落とし込まれ訓練計画が作成され実施されている。施設内の居室内、廊下での様子により手すりを使って廊下で立位保持訓練、館内での歩行訓練を行っている。利用者のADLなど状況変化が生じた場合には、状況に応じた計画を見直し策定する流れが定着している。</p> <p>日常生活での生活リハビリを充実させることに努めている</p> <p>日常生活における様々な生活支援やレクリエーション活動や、毎日の利用者によるおしぼりや洗たくたみなど「生活リハビリ」の要素を取り入れた機能訓練を充実させることに取り組んでいる。歩く、立つなどの基本動作、車イスから手引きの歩行訓練、また椅子への移乗や喫食姿勢、トイレ誘導時のトランスファー、ベッド移乗のポジショニングや体位交換など生活リハビリとして、利用者の機能の維持につなげている。利用者一人ひとりの状態に応じて策定された訓練計画書に基づき、日常生活の中で、利用者本人の意向を確認しながら実施している。</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くチェック体制の強化などしみを整えている		○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>利用者の健康管理を医師との連携で支援している</p> <p>利用者の健康管理は、4名の嘱託医と看護体制で行われている。年1回の定期健康診断、血液検査、月1回の体重測定をはじめ、状態に合わせて日常的な健康状態の確認を行って病気の予防に努めている。看護師は日々のバイタルの測定を基本に介護職員からの報告や様子観察から、変化を感じた場合には必ず目視して早期発見に努めている。オンコール体制では、夕刻のラウンド時に適切な対応が取れるよう申し送りを実施している。迅速な医療、救急措置、経管栄養、療養食、経口維持、看取り介護等、医療に関わるサービス体制を多職種との連携から整えている。</p> <p>誤薬防止対策と口腔ケアから利用者の健康維持に努めている</p> <p>服薬管理は看護課にてダブルチェックを実施、介護への配薬時においてもダブルチェックを実施。引渡しでは両者でチェック表の読み合わせを実施して捺印の確認している。利用者の服薬確認は与薬後の薬ケースと空袋にて確認を行い誤薬防止に努めて現在まで誤薬ゼロの報告を受けている。また、月4回の歯科医、歯科衛生士の往診による指導により口腔内トラブルや誤嚥性肺炎防止のため、介護職員が毎食後に口腔ケアを実施して、経口摂取維持への取り組みを行っている。歯科衛生士は、利用者の口腔状態から口腔機能維持に向けた指導を介護士に行っている。</p> <p>終末期の対応として看取り介護に取り組んでいる</p> <p>看取り介護では、利用者や家族の気持ちに寄り添い嘱託医、看護師、介護職員など多職種が連携し、終末をどのように過ごしたいか、利用者が穏やかに安心して過ごせる場所として、利用者本人や家族の意向を重視した対応を心がけて取り組んでいる。看取り介護としての知識や情報を全職員に向けて取り組んでいる。看取り指針のもと家族とのコミュニケーションに努め、利用者への優しい声かけなど、温かな介護を心がけた看取り介護を目指して支援している。また、コロナ禍ではあるが面会者には、徹底した感染対策のもと制限をかけずに対応している。</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><b>更衣支援により生活のリズムの確立に努めている</b></p> <p>日常生活を規則正しくメリハリをつけて過ごしてもらえよう更衣支援を基本としている。就寝、起床時の更衣支援では、利用者の状態により声掛け、一部介助、全介助の支援に努め、全利用者を対象とした更衣支援による自立支援に向けて取り組んでいる。また、拘縮などの身体状況や利用者本人や、家族からの意向による生活習慣などの場合により、更衣支援が滞る場合には衣類の汚れや週2回の入浴時での全更衣により清潔保持に努めている。一方で、利用者の状況変化に伴い更衣支援へのアセスメントからケアプランの見直しが見込まれる。</p> <p><b>利用者の状況に応じた整容支援を行っている</b></p> <p>起床後の整容支援では、利用者一人ひとりの状況に合わせ、自立の人には洗顔など洗面所を利用して自分で身支度を行ってもらい、要介助の利用者は状態に合わせた声かけ、一部介助、全介助の対応に洗顔や髪のみだれ、髭剃りなどの身だしなみを整える支援を行っている。家族や本人の希望により、理美容や入浴後の爪切りなど、清潔で衛生的な身体状態の維持に努め利用者に応じた支援に努めている。また、整容について環境に合った服の調整などのケアの改善点に挙げられており今後の取り組みに期待する。</p> <p><b>安定した睡眠が維持確保できるように努めている</b></p> <p>日中の活動をできる限り提供できるように努め、出来る限りレクリエーションや個別の活動など、状態に応じて離床時間を楽しんでもらえるように働きかけている。睡眠を妨げないように居室の環境を心がけて、スキントラブルのない利用者には、夜間、不必要な排泄介助を行わないように取り組んでいる。眠りスキヤンの導入によって日々の利用者の入眠状態の把握が分かりやすく、異常時に早期に察知できるようになった。不眠が続く利用者には精神科の受診をして訴えに対応している。居室の加湿が不十分にならないよう環境整備に努めている。</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><b>利用者の意向を尊重した支援に努めている</b></p> <p>利用者の意向を尊重し、一定のルールのもとに、これまでの生活習慣を考慮した、その人らしい時間を過ごせるように対応している。日常生活を利用者本人や家族から聞き取った情報をもとに、利用者の生活習慣を大切にしている。昨年から続く感染防止策のなか従来のボランティアの協力のもと余暇活動も大きな変化なく、芋煮会、敬老会、クリスマス会、初詣の外出が実施されている。また、華道、茶道のクラブ活動もボランティアの協力により実施されている。利用者懇談会では、回転ずしへの外食が計画され、利用者の楽しみの機会に取り組んでいる。</p> <p><b>落ち着いて生活できるよう環境づくりに努めている</b></p> <p>認知症ケア向上委員会では、声かけの工夫が大切と、利用者に落ち着かない様子が見られた時には、原因は何かを聞くように心がけ施設での生活に不安がないように声かけに努めている。日々の様子を申し送りノートやケアプランから職員間で情報共有ができるように努め、関わりを多く持つよう取り組んでいる。周辺症状の対応では、情報の共有から個別の対応方法を検討して、居室、リビング以外でも、ペランダでの外気浴やくつろぎ安いスペースなどで気分転換を図るなど、多職種との協力体制で見守りを心がけて環境づくりを図っている。</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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
評価項目11の講評	
<p>コロナ禍であっても、工夫をしながら行事を実施している</p> <p>コロナ禍であっても、感染症拡大状況によっては墓参り、花見ドライブ、買い物レクなど、ユニットごとに個別で出かけているが、遠方への外出は控えている。本部施設にて開催される納涼会、おもちつき大会などの各種イベントにサテライト施設として参加する機会を設けている。重度の利用者に対しても、ベランダで外気浴や口腔体操を行っている。また、年1回利用者懇談会を実施し、職員の紹介や利用者の意見を聞く機会があるが、今年度はユニットごとに行ったところ、ユニットごとの方が意見が出やすかったとの評価があり、今後検討事項となっている。</p> <p>コロナ禍であっても、実習生を受け入れ福祉教育に貢献している</p> <p>コロナ禍前は春・秋の芋煮会や納涼会、もちつき大会など、地域の方を招き、交流する場があったが、ここ3年は地域の方は参加出来ない。施設として自治会に参加しており、災害対策にあたり近隣4施設で防災協定のもと、年2回の合同防災訓練を行っている。緑豊かな地域社会で、町会、近隣から交流の手を差しのべられる状況にある。さらに、申し込みのある実習、体験学習、学校生徒の交流等の受け入れ、福祉教育に貢献することとしている。また、市の広報紙や施設の広報紙を玄関先に設置し、誰でも見れるようにしている。</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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
評価項目12の講評	
<p>コロナ禍であっても、対面面会を実施している</p> <p>担当介護職員による毎月のモニタリングの他に、家族が来園の際には身体状況の変化や居室の変更等、近況報告をしている。また、隔月広報紙を家族へ送付し、利用者の様子を伝え、ホームページでも行事の様子を伝えている。施設としては、“面会制限はしない”の方針のもと、検温等の健康チェック、手洗いうがい、マスク着用の徹底により、15分程度の短時間で対面面会を実施している。生活の場での家族とのふれあいの機会を重要なものと位置づけ、緊急事態宣言下においても、ベランダで利用者と家族が窓越しに対面面会を実施している。</p> <p>家族懇談会の開催を実施し、家族と施設との交流を図ることが課題となっている</p> <p>コロナ禍前は納涼祭、敬老祝賀会、餅つき大会等、家族の参加が可能な行事へ招待し、利用者と共楽しんでいる。令和5年の餅つき大会には、家族を招待する準備をしていたが、コロナ感染症が発症し、困難となっている。また、コロナ禍前はケアカンファレンスには約80%の家族が参加しており、家族の施設への信頼は厚い。現在は家族懇談会や家族満足度調査は出来ていないが、将来的には行事の後に設定して、ユニットごとに家族と職員との交流を図り、意見交換することが今後の課題となっている。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	2-1-1	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
タイトル①	事業環境を多角的に把握して課題を抽出している	
内容①	利用者や家族の意向や要望については、アンケートをはじめ利用者懇談会や家族懇談会を開催して把握している。職員の意見についてもアンケートや職員会議において職員の意見を吸い上げる仕組みを整えている。地域の福祉ニーズについては、週1回開催している「らくらくサロン」や月1回の地域交流会などを通じて聞き取っている。福祉事業全体の動向については、東京都や東社協、老施協議会、八王子施設長会、八王子介護保険事業計画策定委員などのチャンネルを通じて課題やニーズを把握しており、それらをベースに対応すべき課題を抽出している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-1-1	利用希望者等に対してサービスの情報を提供している
タイトル②	医療依存度の高い方等の受け入れを積極的に行っているため、地域の方々の信頼度は高い	
内容②	昨年度の稼働率は特養とショートステイ事業と併せて99.21%の結果となり、目標率100%にほぼ達している。ショートステイ(9床)の3分の1はロングステイで埋まっており、コロナ禍であっても利用する方は多く、大きな影響は受けていない。当施設では他施設で断られた方、認知症等で家族が困って行く所がない方、透析等の医療依存度が高い方の受け入れを積極的に行っている。基本的にはどのようなケースであっても断ることはしないため、「困ったときはここよ！」と地域の方々の信頼度は高い。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-10	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
タイトル③	コロナ禍でのなか様々な企画から利用者を楽しみを提供している	
内容③	日常生活では一定の範囲内で基本的に制限はなく、アットホームな雰囲気大切に過ごせるように配慮している。本人や家族から聞き取った生活への意向や意思はケアプランに記載し、関係職員で内容を共有して日々の支援に活かしている。生活層や趣味趣向などを把握したうえで、個別や全体での楽しめる時間が提供できるように日々取り組んでいる。余暇活動については、日々の生活と違った楽しみが持てるように、従来の行事、クラブ活動等も中止することなく、様々な計画をボランティアの協力のもと継続して提供している。	

No. 特に良いと思う点		
1	タイトル	施設としてカンファレンスへ家族が参加し易いように配慮がされている
	内容	当施設のカンファレンスのあり方として、カンファレンスの前に各職種が集まり、カンファレンス事前会議を実施し、情報共有をして課題の抽出をし、カンファレンスに臨んでいる点と、家族の都合に合わせて日程調整をし、ユニットの談話室で行うことで、現場の職員が顔を出しやすい環境づくりを行っている点の2本立てで行っている。コロナ禍前には、約80%の家族の参加があり、参加しやすいシステムとなっている。地域密着型施設で市内の利用者がほとんどとはいえ、カンファレンスに家族が参加することの意義を十分に捉えてのシステムと思われる。
2	タイトル	看護師が中心となり嘱託医、多職種との連携から利用者の健康管理に取り組んでいる
	内容	体調管理に関しては、各職種が看護師と連携して対処する体制が整っている。利用者の健康チェックや処置対応などを出勤看護師分業で行い、声かけをしながら利用者の様子観察をして顔色・熱感の有無・声の調子等を確認し、必要に応じて医師と連携して対処する仕組みも整っている。サテライト地域密着型特別養護老人ホームとして看護師は、利用者の健康維持について栄養、機能訓練のサポートとして嘱託医との連携により、介護職員(外国介護職員)への様々な医療、介護への知識、技術、理解に研修や直接の指導に取り組んでいる。
3	タイトル	施設長は理念の実現のため自らの役割と責任を果たすことに力を入れている
	内容	経営層の役割は、ISO9001の規格要求事項、一誠会の品質マニュアル、職務分掌内規に明記されている。事業計画には部署目標を円滑に達成できるようにアクションプランを明示しており、期中において事業の進捗状況を報告してもらい、必要な助言を行うことで目標達成を支援している。また、施設長は法人内の各部署の責任者などからも事業計画の進捗状況についての報告を受け、事業の方向性を示唆している。職務分掌内規をもとに、事業目標や個人目標の達成を支援すべくアクションプランを活用し、法人運営をリードしている。
No. さらなる改善が望まれる点		
1	タイトル	今後さらに施設と家族との交流・連携を深め、共に利用者の生活を支えていくことが期待される
	内容	当施設ではコロナ禍にあっても、「面会制限はしない」との方針のもと、感染症予防対策を十分にとった上で、短時間の対面面会や窓越し面会など柔軟な対応をしている。また、コロナ禍前には施設として家族がカンファレンスへ参加することを推奨しており、色々工夫した上で、約80%の家族が参加している。現在は家族懇談会や家族満足度調査は出来ていないが、将来的には行事の後に懇談会を設定して、ユニットごとにこぢんまりと家族と職員との交流を図り、コロナ後、施設と家族との関係性をより深めて、共に利用者の生活を支えていくことが期待される。
2	タイトル	利用者の状態の変化に都度対応できる排泄支援の標準化が望まれる
	内容	日々の様子観察から利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、個別の排泄支援に取り組んでいる。合わせて、臀部の状態確認や清潔の保持に努め、感染症対策や褥瘡予防につなげている。また、トイレでの排泄を促しており、声掛けや必要に応じて2名での誘導などによって対応している。排泄支援の取り組みとしてオムツゼロの取り組みが研修などでも実施されている。一方で、利用者の機能低下などによる状態の変化大きく、アセスメント、ケアプランの見直しからも排泄支援の標準化が望まれる。
3	タイトル	高品質な介護サービスを提供するための人材育成を目指している
	内容	アクションプランによって、目標指標内容・目標達成期間・目標基準値・目標値・結果の評価方法・スケジュールなどの進捗管理を行い、確実な目標達成に繋げている。また、人材育成においては、課長や係長職のプロフェッショナル化は高品質な介護サービスを提供するためには必要不可欠であることを施設では認識している。自身の業績を上げつつ部下も指導管理し、組織の中で最も貢献度を期待される人材をプロのビジネスパーソンとして育成することを目指している。また、外国人労働者受け入れ及び育成、確保の重要な課題としている。