

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和5年度】

2023年11月13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

〒 131-0032

所在地 東京都墨田区東向島六丁目37番4号

評価機関名 一般社団法人 アクティブ ケア アンド サポート

認証評価機関番号

機構 03 - 091

電話番号 03-6657-4511

代表者氏名 代表理事 小池一步

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	木島正博	経営	H1901006
	②	高梨子淳一	福祉	H1501031
	③	小島絢子	福祉	H2001114
	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	社会福祉法人向会 指定介護老人福祉施設 向台老人ホーム		指定番号	1374600078
事業所連絡先	〒	207-0033		
	所在地	東京都東大和市芋窪3丁目1638の2		
	TEL	042-562-6787		
事業所代表者氏名	施設長 原 與四雄			
契約日	2023年 6月 21日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023年 7月 11日			
利用者調査結果報告日	2023年 9月 12日			
自己評価の調査票配付日	2023年 6月 21日			
自己評価結果報告日	2023年 9月 12日			
訪問調査日	2023年 9月 19日			
評価合議日	2023年 9月 30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)	1. 利用者調査は、利用者10人に対面し聞き取り方式により実施しました。 2. 事業評価に当り、経営層には訪問して、職員には動画により、第三者評価の目的、手順、回答シートの記入要領などを説明しました。 3. 訪問調査は、9月19日(火)、新型コロナウイルス感染防止に係る事業所の対策に留意しつつ、対面式で聞き取りを行いました。 4. 評価者はいずれも事業所と事業上の関係を有しないことを確認し第三者性の確保を図りました。			

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。

2023年11月8日

事業者代表者氏名 施設長 原 與四雄



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)利用者の一人ひとりの尊厳と生活を守り、安全で安心した支援に努める。 2)心のもった介護基本理念に質の高いサービスに努める。 3)介護と医療の連携と、質の高い専門性を持ったサービス提供のために、全部署での協働した働きに努める。 4)地域から信頼される施設であるよう努める。 5)地域の高齢者福祉の拠点として社会的役割を果たすために、地域共生社会を先導すると共に地域ニーズに対応するよう努める。</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心身共に健全で、礼儀正しく常識のある人 ・思いやりの心を持って、より良いサービスのできる人 ・謙虚な姿勢と協調性を持って、チームワークを大切にすること ・自己研鑽につとめ、向上心のある人 <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の人権を尊重したサービスをめざすこと ・専門性を活かし、知識と技量、チームでの働きができること ・自ら学び、自ら考え、責任を持って実行できること

《事業所名：社会福祉法人向会 指定介護老人福祉施設 向台老人ホーム》

調査対象

2023年8月現在、コミュニケーションが可能な利用者10人を対象に計画し、計画通り10人に対面し聞き取りを行いました（回答者割合16.7%）。

調査方法

2023年8月22日、事業所の新型コロナウイルス感染防止対策を踏まえ、評価者2人が東京都福祉サービス評価推進機構所定の利用者調査票を使用し、2階の個室2部屋において利用者に対面し聞き取りを行いました。

利用者総数

60

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	16.7	16.7

利用者調査全体のコメント

回答者の総合的な感想は、利用者10人中2人が「大変満足」、6人が「満足」、2人が「どちらともいえない」でした。個別質問には、問1「食事の献立や食事介助」、問3「施設の生活」、問5「施設内の清潔、整理整頓」、問6「職員の接遇・態度」に、各9人の利用者が「はい」と答えました。次いで、問2「日常生活に必要な介助」、問4「健康管理」に各8人が「はい」と答えました。他方、問11「個別計画作成時に、利用者や家族の状況や要望」、問13「不満や要望に対する職員の対応」に、「はい」は4人にとどまりました。施設に対する意見や要望には、「楽しくやっているの、このままサービスを続けて欲しい。職員の方がよくやってくれていると感じる。」という声が聞かれました。また、「もっと多くお風呂に入りたい。信念を持って入ってきている人とここ（施設）の職員は違う。期待を込めて研修期間が徹底されると良くなると思う。」という意見が聞かれました。

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	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	0	1	0
回答者10人のうち9人が「はい」、1人が「いいえ」でした。自由意見として、「味付けがいい。メニューが豊富。飽きがこないように工夫されている。量もちょうどいい。」という声が聞かれたほか、「食生活が違っている。」という回答がありました。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	8	2	0	0
回答者10人のうち8人が「はい」、2人が「どちらともいえない」でした。自由意見として、「丁寧に対応してくれる。優しい。呼ぶとすぐに来てくれる。いろんな人(職員)がやってくれる。」という声が聞かれたほか、「自分のことは自分でやるので、人に頼らない。呼んでもすぐ来てくれないことがある。」という意見もありました。				
3. 施設の生活はくつろげるか	9	0	1	0
回答者10人のうち9人が「はい」、1人が「いいえ」でした。自由意見として、「考えてくれている。工夫している。ホールのテレビで皆さん(他の利用者)とスポーツ観戦をしている。この前カラオケを初めてやった。」という声が聞かれたほか、「将棋をやっているが、相手がいない。」という回答もありました。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	8	1	1	0
回答者10人のうち8人が「はい」、1人が「どちらともいえない」、1人が「いいえ」でした。自由意見として、「皆さん優しい。体調を崩した時よく聞いてくれた。今まで悪くなったことはないが、毎日聞いてくれる。時々気にかけてくれる。」という回答のほか、「職員の人はおしゃべりしない。」という意見も聞かれました。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	9	1	0	0
利用者10人のうち9人が「はい」、1人が「どちらともいえない」でした。自由意見として、「職員の方がよくやってくれている。40年くらい経っているが、工事で綺麗になった。清潔。気になるところもない。」という声が聞かれたほか、「居室をもう少し綺麗にして欲しい。」という回答もありました。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	9	0	1	0
<p>回答者10人のうち9人が「はい」、1人が「いいえ」でした。自由意見として、「他の施設と比べて、しっかりしていると感じる。食事やトイレなどシーンに合わせて服装を変えて良いと思う。」という意見があったほか、「利用者によって対応に差があるように感じる。施設のことを考え、サービス業として整理整頓がまだまだ(もっと頑張って欲しい)」という期待の声もありました。</p>				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	6	4	0	0
<p>回答者10人のうち6人が「はい」、4人が「どちらともいえない」でした。自由意見として、「お腹の調子が悪くなった時、病院へ連れて行ってくれた。皆さん優しくしてくれている。よく面倒を見てくれる。体調が悪くなったことがないのでわからない。」という意見がありました。</p>				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	5	5	0	0
<p>回答者10人のうち5人が「はい」、5人が「どちらともいえない」でした。自由意見として、「そのような場面にあつたことがないので、わからない。仲が良いので、見かけたことがない。できると思いますが、見たことがないです。」という意見が多く聞かれました。また、「いじめはあまりないけれど、言い合いとかはあつた。役職のある人(職員)が対応してくれた。」という回答もありました。</p>				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	6	4	0	0
<p>回答者10人のうち6人が「はい」、4人が「どちらともいえない」でした。自由意見として、「何やりたいですか?と何回か聞かれた。検討してくださっている。大切にしてくれていると思う。嫌な思いをしたことがない。」という声があつた一方、「対応に差があるように感じる。まだわからない。」という声も聞かれました。</p>				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	6	4	0	0
<p>回答者10人のうち6人が「はい」、4人が「どちらともいえない」でした。自由意見として、「不安ないです。」という回答があつたほか、「守ってくれる時とくれない時がある。プライバシーを守って欲しい」という態度が変わつた。前の人のカーテンが開けばなしは気になる。」という声がありました。</p>				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	4	5	1	0
<p>回答者10人のうち4人が「はい」、5人が「どちらともいえない」、1人が「いいえ」でした。自由意見として、「定期的に聞いてくれていると思います。家族と月1~2回やっていると思う。」という意見があつたほか、「要望したことがない。要望を聞かれた覚えがない。」という意見も聞かれました。</p>				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	5	4	1	0
<p>回答者10人のうち5人が「はい」、4人が「どちらともいえない」、1人が「いいえ」でした。自由意見として、「毎月やっている。月1回聞いている。」という回答がありました。その他、「説明を受けた覚えがない。時間が経てばわかると思うが、日が浅いから(わからない)。耳が悪いから、黒板に書いてもらえるとわかりやすい。」という回答もありました。</p>				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	4	4	2	0
<p>回答者10人のうち4人が「はい」、4人が「どちらともいえない」、2人が「いいえ」でした。自由意見として、「不満を言える雰囲気がある。困ったこともない。やってくれると思うが、今までいったことはない。食事の後にホールで何を食べたいか聞いてくれる。すぐに対応してくれた。不満をいったことがない。困ったこともない。」という意見のほか、「一晩中電気をつけっぱなしの時があった。もっと偉い人に言わなきゃダメだ。」という声もありました。</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	6	0	4	0
<p>回答者10人のうち6人が「はい」、4人が「いいえ」でした。自由意見として、「職員さんから説明を受けて知っている。困ったことはない。あるのは知っている。」という声があったほか、「伝えてもらったことはない。知らなかった。」という声も聞かれました。</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	
◎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
カテゴリー1の講評		
<p>日常業務を通して、職員に対して基本方針や理念の理解・浸透に取り組んでいます</p> <p>施設を運営する社会福祉法人(以下、「法人」という)が理念、基本方針、及び倫理規程を定めています。施設は、これらに基づき施設の運営方針を策定しています。職員に対し、これらについて、入職時の研修で説明するほか、朝礼で適宜施設長が説明しています。朝礼の内容は申し送りノートで全職員に徹底しています。様々な会議や全職員を対象とする内部研修でも取り上げています。利用者や家族に対し、パンフレットに記載しているほか、入所時に重要事項として説明しています。施設内に運営方針や法人の定めた倫理規程を掲示し周知を図っています。</p> <p>経営層が、職員との積極的なコミュニケーションに努めています</p> <p>法人は、年度事業計画書に運営方針、倫理規程、基本姿勢を定めていて、その中でマネジメントに対する基本姿勢を明確にしています。これらについて、年度初の内部研修において職員に説明しています。各職員の職務内容は法人の運営規程に定めています。施設は、年度初に組織図を作成しています。施設長の統括のもとに担当管理職や職員同士がフラットに連携できる体制としています。また、職員会議や業務別会議、委員会を設置しています。施設長は主要な会合に定例的に出席し、リーダーシップを発揮しています。</p> <p>「申し送りノート」の活用徹底により速やかに情報が伝わるよう工夫しています</p> <p>施設の運営に関する重要な事項は、法人の理事会で審議します。日常的な業務運営に関する事項は、各業務の担当管理職や職員が必要に応じ関係会議や委員会を検討し、施設長に具申します。施設長決裁後緊急を要する事項は、朝礼で伝達するほか、「申し送りノート」にも記載し全職員に伝達するよう努めています。利用者への連絡事項は、施設内の掲示板に掲示しています。家族には、毎月発行している「家族だより」に施設内の様子とともに記載し知らせています。また、ホームページにも適宜掲載しています。</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(000000)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
◎あり ○なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	○非該当
◎あり ○なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
◎あり ○なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	○非該当
◎あり ○なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	○非該当
◎あり ○なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	○非該当
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
◎あり ○なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	○非該当
◎あり ○なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	○非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
◎あり ○なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-2の講評

利用者や職員の意向の収集に工夫して取り組んでいます

利用者の意向調査は、定期的を実施しています。利用者懇談会に施設長が毎回出席し、利用者の意向を聞き取り把握しています。食事に関する嗜好調査を定期的を実施しています。例えば、把握した常菜、きざみ、極きざみといった意向を踏まえ、咀嚼能力に応じきめ細かく対応するなど、食事に対する満足度は高いと見られます。職員の施設運営に関する意見は、施設長が各会議体や委員会に出席し、積極的に収集しています。社会福祉法人としての長年の実績を積み重ねていて、自治体や近隣の社会福祉施設と協力、連携体制を築いています。

5か年の長期計画に基づき、施設の年度事業計画を策定しています

法人は、基本理念を踏まえ、2020年度から2024年度の5年間の長期計画を策定しています。その中で、組織・経営基盤の強化安定、利用者、社会、福祉人材、マネジメントに関する方針を定めています。施設は、年度事業計画の策定にあたり、これらの項目に関わる取り組みを織り込んでいます。事業計画の策定にあたり、各担当管理職や職員が必要に応じ関係会議体や委員会での検討を経て施設長に起案します。施設長は、それらの起案内容を考慮・調整し計画を策定しています。

年度事業計画などの進捗状況は、幹部で構成する会議で定期的に確認しています

年度事業計画や予算の進捗状況は、法人の幹部で構成する運営会議において幹部全体で共有化しています。また、法人の理事会に定期的に報告し検証が行われています。施設運営の主要な事項は、行事、献立など項目ごとに会議を設けていて、施設長は会議に出席し進捗状況を確認しています。利用者一人一人の状況に応じたケア内容の見直しを行う介護検討委員会や、ヒヤリハット事象や事故への対応状況・再発防止策の適切性・妥当性・有効性の検証を行うリスクマネジメント委員会など、計画の実行にあたって委員会活動を活用しています。

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

カテゴリー3の講評

福祉に携わる職員としての心構えを定期的に点検する体制を構築しています

法人の倫理規程を施設内の会議室や玄関ホールに掲示しています。施設長は毎年度初の内部研修において倫理や法令遵守について職員に教育・徹底しています。職員は、上司との定期的な個人面談の際、規律の遵守や協調性の保持など職員としての基本姿勢を自己点検し、所属長と振り返りをしています。虐待防止についても、内部研修で毎年取り上げるなど定期的に教育しています。2023年度虐待防止委員会を立ち上げ、施設内の教育活動のいっそうの充実・強化に取り組んでいます。

利用者からの要望を積極的収集、把握しています

施設長は毎月の利用者懇談会に出席し、利用者の声の収集・把握に取り組んでいます。また、玄関ホールに、苦情、意見や要望などを受け付けるポストを設置し、利用者だけでなく家族の意向把握に努めています。第三者委員に來所してもらい協力を依頼しています。一方、苦情窓口や申出方法は説明しているが、職員に対する苦情について定期的な教育がおこなわれていないということです。苦情はほとんどない現状ですが、日頃職員に対する教育やマニュアルの整備などさらなる取り組みが期待されます。

地域貢献活動に長年の実績も生かしながら積極的に取り組んでいます

法人の現行の長期計画に、地域社会との積極的な交流を掲げていて、施設は、防災活動、地域活動や行事への参加、高齢者福祉施設の専門性を発揮した地域貢献活動など幅広い分野で長年の実績を生かしながら、取り組んでいます。自治体や近隣の福祉施設と協働した防災訓練を毎年実施しています。地域ボランティア活動は、新型コロナ禍の中で制約がありましたが、継続して実施しています。地域の高齢者が定期的に通えるサロンや介護相談会を法人傘下の他の通所施設を活用して実施し、地域の高齢者の健康維持・増進に貢献しています。

カテゴリ-4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ-1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況
		5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
◎あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
◎あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当
◎あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当
◎あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当
サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況
		4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当
◎あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	○非該当
◎あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○非該当
◎あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○非該当
カテゴリ-4の講評		
<p>新型コロナウイルスの感染防止を最優先に取り組み、成果を上げています</p> <p>前年度(2022年度)、新型コロナウイルスの感染防止を最優先課題として取り組みました。感染症対策会議で、感染予防対策として施設内での隔離方法、出勤・シフト変更、面会対策などを多角的に検討・実施した結果、感染者数は減少傾向を維持しています。防護服の脱着訓練など実地訓練も行いました。外部の知見も取り入れながら事業継続計画(BCP)を見直しました。内容がコンパクトになり、職員に読みやすくなったと評価しています。本年度は、引き続き地域との交流や外部からの来所者への対応は慎重に対応する方針です。</p> <p>地域の防災拠点としての役割発揮を目指しています</p> <p>大地震などの自然災害発生時のBCPには、施設における発生時の対応や日常からの準備・訓練などに加え、地域の防災拠点としての対応について定めています。震度6以上の首都直下型地震を想定し、ライフラインや交通手段の状況を具体的に想定した上で、発生直後や一定期間経過後の対応を明確にしています。また、自治体や近隣の福祉施設との連携も含めた内容になっています。実地訓練においても、近隣施設との緊急時の連絡や自治体などから二次避難所の開設要請があった場合の対応などを実施しています。</p> <p>個人情報保護の推進に向けて取り組んでいます</p> <p>法人が個人情報保護方針を定めています。職員に対し、入職時に守秘義務についての同意書を求めているほか、法令遵守やプライバシー保護に関する内部研修を毎年定期的実施しています。業務遂行上必要な利用者の個人情報は、施錠可能なロッカーに保管していますが、利便性の観点から非効率な面も見られ改善の余地があるということです。職員用端末は導入済みで、今後アクセス制限を徹底した上でいっそうの活用が期待されます。利用者や家族に対する個人情報の取扱いに関する説明は入所時に行い、同意書を取得しています。</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-5の講評

職員の採用と定着に向けて、常に改善に取り組んでいます

職員の採用活動を継続的に見直し、改善を続けています。2022年度は、ハローワーク、職員の紹介、求人業者を通し採用の実績がありました。2023年度は効果が上がらなかった方策は中止し、ハローワークと連携した職場見学会開催など新たな試みを実施する計画です。職員の定着率向上に向けて、経験の浅い職員の指導担当者を任命して個々の状況に合った実地訓練を実施しています。働きやすい職場環境づくりを目指し、職員全体の処遇改善をはじめ、ICTの導入による業務負担の軽減、職員一人一人のストレスチェックなどに取り組んでいます。

中期的な人材育成に向けたいっそうの取り組みを期待します

法人が運営する事業ごとにキャリアパスや人事考課要綱を作成しています。施設は、職員との個人面談を一次評価者、二次評価者、最終評価者の3段階で人事考課要綱に基づいて実施し、職員と前進点や課題点を共有しています。職員の研修受講奨励を、職員の意向や知識能力の習熟度合いを勘案して実施しています。また、法人の中期計画で福祉人材の確保、定着、育成に向けた基本姿勢を定め、施設ではその実現に向けて対策を実施しています。今後、キャリアパスを踏まえた一人一人の育成計画と実行を施設全体で共有する取り組みが期待されます。

職員の研修受講の機会を増やし、活用できるよう様々な工夫を凝らしています

非常勤職員を含む全職員を対象として内部研修を毎月1回実施しています。テーマは、高齢者福祉施設の職員として必要な知識と技術を取り上げています。WEB研修の受講を積極的に進めています。受講時間がシフトなどに影響しない、参加経費が少ないなどのメリットがあることから、職員の要望も高く受講者数は大幅に増加しているということです。介護福祉士などの資格取得について、取得費用の一部を助成する制度を設け、活用を奨励しています。BCPなどの緊急性の高い外部研修に職員を派遣し、施設全体の知識・技能の向上に取り組んでいます。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

施設開設から後38年が経過し、その間の利用者の要介護度の上昇に住環境を適合させる改修の必要性を認識し、第一線で利用者サービスに従事する職員の声なども十分聴取したうえで、内装の全面改修に着手しました。介護度がより上がったことに対応した風呂場や洗面台の改修、空調の高機能化、カーテン・照明の改善などを工事内容として着工しましたが、新型コロナ禍のなかで、工事従事者が施設内に立入できなくなるなど工事は大幅に遅れることになりました。そこで、業者との定期的な打ち合わせを実施し、工事内容が計画に則したものになっているか確認しながら着実に進め、2022年6月に完了しました。工事完了後、第三者委員に施設の視察を依頼するなど、利用者利便の向上が実現できているかどうかを確認しました。利用者からは評価する声が上がっています。本年度(2023年度)、5年間の社会福祉充実計画を立て、ICTを活用した介護機器の導入、災害対策強化のための非常用発電機の整備などいっそうの利用者利便の向上を進めることにしています。

<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

法人は、「心のもった介護」を基本理念として掲げています。利用者の利便性を確保するため、現場の実態や職員の意見を十分踏まえて工事計画を立てました。内装工事の時期が新型コロナウイルスの感染拡大時期と重なり、調整に相当の困難がありましたが、工事業者と打ち合わせを定期的に実施して利用者の安全にも配慮しながら、着実な進捗に努めました。完了後は、第三者委員に依頼し、実際に利用者の利便性確保に資する内容となっているか意見を求めています。第三者委員は、利用者から直接話を聴くなど積極的に検証活動を行ったということです。今後の取り組みとして、2023年度からの社会福祉充実計画を策定し、引き続き住環境の整備、職員の負荷軽減や職場環境の改善、災害対策の強化など利用者の安全確保、サービス向上に向けての対策を総合的に進めることとしています。

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)

2021年度は、新型コロナウイルスの感染が拡大したことから、施設でも優先的に対応すべき課題と認識しました。そこで新型コロナウイルスなどの感染症に対応する業務継続計画(BCP)の見直しを行うことともに実地訓練も試行することとしました。
 対策会議を定期的に開催し、BCPの見直しを検討、年度末に完成しました。この間、自治体が主催する研修会に職員を派遣し、最新の情報や効果的な対策について学習しました。これらの結果は、法人全体で研修会を開催し共有化しています。
 2022年度の実施結果について、経営層は今後はより実地訓練に注力すべきと総括しています。
 2023年度は、BCP委員会を新設し、職員への計画の浸透に向けた教育活動や実地訓練の充実を進める計画です。

<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2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

施設は、地震や洪水などの自然災害用と、インフルエンザやコロナウイルスなどの感染症用の2つのBCPを作成しています。
 2022年度は施設内で感染者が出たことを踏まえ、新型コロナウイルスに対応するBCPの見直しを行いました。外部の知見を取り入れながら見直し、記載内容がコンパクトで職員にとってよりわかりやすく整理されていると見られます。また、防護服の着脱訓練など感染者発生時の実地訓練も実施しました。年度末にBCPの策定が完了したため職員への浸透度合いに関する検証はこれからになります。委員会を立ち上げて体制を整備するとともに、実地訓練をより充実させるとしています。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○非該当
◎あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
◎あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の見学があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>法人のホームページとパンフレットで利用希望者などに必要な情報を提供しています</p> <p>パンフレットには運営方針、施設内外や季節行事の写真、アセス方法などを記載しています。法人のホームページ(以下、「HP」という)の概要や施設の情報をアップしています。HPには、定員やサービス内容、一日の流れ、施設利用料、施設見取図、法人の広報誌「ぬくもり」などを掲載していて、必要な情報を得ることができます。ところが、現状、HPの更新頻度は低く、また、生活の様子を伝える情報が十分ではないと感じています。インターネットを活用した情報発信に改善の余地があり、すみやかな取り組みが期待されます。</p> <p>自治体のホームページに定期的に情報提供し、利用希望者は知りたい情報を入手できます</p> <p>自治体のHPの「介護サービス事業所一覧」に、利用の選択に必要な施設の特徴や入所時の提出書類、特別な医療への対応、相談窓口などが掲載されています。特に基本理念や特徴的な取り組み、ターミナルケア(看取り介護)の取り組みも紹介されていて、利用希望者は施設の対応を知ることができます。自治体には施設が定期的に情報提供しHPの内容が更新されていることから、利用希望者は新しい情報を入手することができます。</p> <p>感染予防のために施設見学を行っていませんでしたが、再開を検討しています</p> <p>現状、新型コロナ禍の感染予防のため施設内見学を自粛しているため、利用希望者にはパンフレットや施設内の写真を用いて説明します。タブレットに保存された行事などの写真を活用して生活の様子を伝えられるよう工夫しています。利用希望者などの来所は要望に応じ土日休日も受け入れていて、施設の説明を行っています。今後、新型コロナウイルス感染症が5類に移行したことを踏まえ、施設内の様子をよりわかりやすく伝えるとともに、実感してもらえるよう施設見学の再開を検討しています。</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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
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 <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
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
サブカテゴリー2の講評		
契約時に重要事項説明書や料金表、写真などを用いて説明し同意を得ています 利用契約時に、重要事項説明書や料金表を用いて説明し同意の署名を得ています。契約書及び契約書別紙、重要事項説明書は文字を大きくするなど、利用者や家族が読みやすいよう工夫しています。これまで文字が小さく、多くの内容を一気に説明していましたが、読みにくいとか、聞き取りにくいとの意見を反映して改善した結果頁数は増えましたが、読みやすいと好評ということです。施設内の生活の様子を伝える、タブレットに保存した写真などを見てもらいながら説明し、利用中の生活をイメージしやすくなるよう工夫しています。		
利用開始前に利用者の状態や生活の様子を確認し、得た情報を整理・活用しています 利用開始前に事前面談を行い、利用者の心身の状態や生活歴、既往歴、趣味、留意点などを聞き取っています。家族をはじめ、ケアマネジャー、医療相談員などの関係者から入手した情報をまとめ、「入所前身体状況連絡票」に記録しています。これまでの医療や介護のサマリーなど情報提供があったときは、各部署に回覧することで情報共有を図っています。各原本はファイルに綴じて保管し、必要時に確認できるように整理しています。これらの情報は施設サービス計画書(ケアプラン)をはじめ各種計画書に反映しています。		
利用開始直後の不安軽減のために一定期間重点的に観察して状態把握をしています 利用開始後10日間重点的に状態観察と不安が解消できるような関わりを基本として心がけています。10日間は目安で、状況に応じ期間を延長するなど利用者の状況に合った関わりを努めています。利用開始直後、環境の変化に伴う一時的な心身状態の変化や不安な気持ちの表出が見られることが多いため、安心できるような声掛けや自宅生活からの継続となるような関わり方を心がけ、多職種の職員で検討し支援を行っています。また、施設での生活が慣れるまで個室において過ごしてもらい、慣れてから多床室に移るなどの配慮も行っていきます。		

サブカテゴリー3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリー毎の
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たうえで、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きみを整備している	○非該当

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

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○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

サブカテゴリー3の講評

施設が定める書類や介護ソフトに必要な情報を入力し利用者の心身状態を把握しています
 利用開始前に「入所前身体状況連絡票」に情報をまとめ、利用開始時にアセスメントを行い、介護ソフトに入力することで利用者の要望や心身状態を共有しています。6か月毎にケアプランを見直す際、居室担当者がモニタリングと「リ・アセスメントシート」を活用したアセスメントを行い、利用者の要望の聞き取りと心身状態の情報をケアプランに反映します。見直しに当たりサービス担当者会議を開催します。会議において多職種の職員がケアプランの内容を検討し、作成・更新しています。

利用者の情報を共有するために日々の引き継ぎを大切にしています
 利用者の体調や状態にの変化が見られた時、職員同士で共有が必要な情報を1日3回引き継ぎ、共有しています。朝礼は全職種の職員が参加し、1日の予定や全体で共有が必要な情報、及び夜勤者からの申し送りを確認しています。昼礼と夕礼には介護職員と看護職員が参加し、利用者の体調や生活の変化などの情報を共有しています。定員60人の施設で1日3回の引き継ぎを行い、情報共有をスムーズに行っています。さらに日誌と「申し送りノート」を活用することによって引き継ぎに参加していない職員も情報を得ることができています。

介護ソフトで情報の入力方法を統一しましたが、活用に改善の余地があります
 介護ソフトを活用して情報の入力はパソコンに入力し保存しています。現状、情報を閲覧するためのパソコンの台数が少ないことから、情報共有は印刷した書面を用いていて、介護ソフトで入力した情報をリアルタイムに確認・共有ができていないとみられます。看護職員は、日々のバイタルチェックの結果をタブレットでその場で入力しています。入力情報を一覧形式でリアルタイムに確認できる介護ソフトの活用は事務負担の軽減・効率化につながると思われます。今後、さらなるICT化の検討・導入が期待されます。

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
◎あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている		○非該当
◎あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		○非該当
◎あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		○非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
◎あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)		○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている		○非該当
サブカテゴリ-5の講評			
<p>契約時に個人情報の取り扱いについて説明し、同意を得ています</p> <p>利用開始前の契約時に「個人情報保護に対する基本方針・利用方針同意書」を用いて個人情報の取り扱いについて説明し、同意を得ています。特に法人が作成する広報誌に写真を含めて生活の様子や行事などを掲載しています。関係機関等に配布をするので法人関係者以外にも情報が伝わるため、掲載の有無を確認した上で同意を得ています。しかし、広報誌には掲載を望まなくても利用者の家族に送付する「家族だより」には写真掲載しても良いとの意見があるので、どこまで個人情報を活用してよいか個別に確認をしています。</p> <p>郵便物の保管や手渡しの手順を定め、プライバシーに配慮した取り組みを行っています</p> <p>郵便物等は事務所で受け取り後、主任が確認してから職員室に保管し、利用者到手渡します。差出人を記入し郵便物などを管理する手順は「郵便物取り扱い業務マニュアル」に示されていて、利用者のプライバシー保護の重要性を知ることができます。さらに、小包や書留は職員が2人で利用者に説明して一緒に開封をしています。時には手紙を職員が読んで伝えることもあり、利用者の状態に合わせた支援を行うことで家族や友人などからの手紙であることを理解できるように配慮しています。</p> <p>利用者自らが決定できる環境づくりに力を入れて取り組んでいます</p> <p>施設では職員がすべて決めるのではなく、利用者自らが選び、決めることができる環境を整えています。例えば、選択食を実施して2種類のメニューから好きな料理を選ぶ、移動スーパーにて好きな物を購入する、月に2回のホーム喫茶への参加の有無と好きな飲物の選択、レクリエーションの参加の有無など利用者の意向を確認してから行動をしています。自分で決めることが難しい利用者には、メニューを文字だけでなく写真を活用して説明することや利用者の気持ちに寄り添ったアドバイスにて決定できる支援を心がけています。</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している	○非該当
サブカテゴリー6の講評		
<p>業務マニュアルや手順書を活用して統一した支援の提供を目指しています</p> <p>職員の1日の業務を記載した手順書や、食事や排泄など日常生活の介助方法に関する業務マニュアルなど各種マニュアルを作成し、職員がいつでも確認できるよう整理・保管しています。定期的な見直し時期は定めていませんが、必要時に見直しを行って、本年度は最新版として見直し・更新実施しました。利用者の高齢化や重度化が進む中、状態に合わせた支援方法を模索した中での見直しとなっています。業務マニュアルは基本的な考え方や手順を記載していて、イレギュラーな、もしくは想定外の事態が発生した場合の対応が検討課題となっています。</p> <p>支援方法に変更が必要な時には引継ぎを行い、状態に合った支援を行っています</p> <p>日々の業務において利用者支援には臨機応変な対応を求められます。独断で行動せず、1日3回の引き継ぎの機会に他の職員、専門職の意見を聞くことによって客観的に考えることができていると見られます。困ったことやわからないことを直ぐ職員同士で話し合えることは、定員60人の施設ならではの密な引き継ぎや1階と2階を分けず職員が一体的に業務を行っていることによると考えられますが、こうした施設の良い点を継続する観点から、現状に満足することなく、業務の標準化やICT化、さらには業務水準の向上に取り組むことが期待されます。</p> <p>未経験者が安心して不安なく働ける仕組み作りに改善の余地があります</p> <p>新規採用者に施設勤務の経験がない、あるいは浅いことから、支援に必要な知識や技術の修得に時間がかかり、また戸惑いや不安があると思われます。なぜ支援を行うのかを考え、知識や技術を獲得し実践につなげていけるよう育成するにはいかに取り組めばよいか。新規採用者が安心して業務を行うことができ、利用者との関わりに余裕が持てることを目標とし、施設の理念に沿い、新規採用者と指導者の相互理解に立った指導方法を構築すること、併せて、人手不足対応策としても人材育成や未経験者が活用できるマニュアル作りが期待されます。</p>		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

サブカテゴリ4		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	43/43
サービスの実施項目			
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
◎あり ○なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている	○非該当	
◎あり ○なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている	○非該当	
◎あり ○なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている	○非該当	
評価項目1の講評			
<p>利用者の状態をわかりやすく整理し、適切な支援を行う仕組みを整えています</p> <p>1日3回の引き継ぎによって利用者の状態を共有することで、体調や状態にあった適切な介護を行うことができている。利用者の心身の情報や介助方法は「介護検討委員会」において調査・検討を行い、一覧表にして職員がいつでも確認できる仕組みを整備している。利用者の居室は1階と2階に分かれています。職員は両方の利用者を支援しているため、情報共有の徹底と間違った支援を行わないよう努めています。支援に入る前に一覧表にまとめられた60人の利用者情報を確認し、適切な支援を行うよう心がけています。</p> <p>施設サービス計画書に基づいた支援を行うため、情報整理に改善の余地があります</p> <p>ケアプランは介護支援専門員が作成していますが、日々のモニタリングは居室担当職員が中心となって行っています。利用者の要望を聞き、ニーズに変化がないか記録に残して、この日々の記録をもとに介護支援専門員が評価し、ケアプランに反映しています。作成したケアプランは回覧した上でファイルに綴じて保管し、その第2表の全利用者分をまとめファイルに綴じ職員が確認しています。ケアプランに基づいた支援を行う観点から、アセスメントを含むケアプラン全体を職員がいつでも確認することができるよう、現行の仕組みの改善が期待されます。</p> <p>専門職同士が連携して相談しやすい環境があり、協力して支援を行っています</p> <p>体調不良を感じた時は直ぐ職員に相談することができ、看護職員も注意が必要なことを介護職員に伝えています。管理栄養士は昼食時に巡回し気になることを介護職員と相談しています。支援方法の検討が必要な時は理学療法士に相談するなど、専門職間で情報を共有しながら適切な支援を行えるよう検討する環境を整えています。これらの情報を介護支援専門員がまとめ、施設サービス計画書を作成し、月2回開催するサービス担当者会議において各専門職が参加し、検討のうえ更新しています。</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>利用者一人一人に合った食事を提供し、食べやすいよう自助具を活用しています</p> <p>食事内容は、利用者の咀嚼・嚥下機能、嗜好、アレルギーの有無、病気や服薬による禁止食品の有無などを確認し、状態に合った食事を提供しています。管理栄養士は昼食時に巡回し、利用者が食べやすいか残食がないかを確認しています。食事介助をしている職員から聞き取り、食事形態の検討に生かしています。検討したことは「食事形態表」に主食・副食の量や形態、禁止食、箸・スプーン・自助具などの活用の有無、カロリーなどの制限、嗜好、低栄養リスクを一覧形式にまとめ、毎月1日付で変更・更新し、職員に提示しています。</p> <p>利用者の栄養状態を把握し、低栄養の予防と改善を目指して支援を行っています</p> <p>栄養マネジメントを導入し、利用者ひとりひとりの栄養状態を把握しています。毎月の体重測定と3ヶ月毎の血液検査によるアルブミン値から栄養状態を把握し、看護職員と情報共有しています。看護師は医師や歯科医師と連携し、状態に即した治療につなげています。把握した情報をもとに食事内容の評価と検討の結果を「栄養ケアスクリーニング・モニタリング」に記録し、月々の変化を確認しています。低栄養状態のリスクを高・中・低に評価し、高リスクの利用者には栄養補助食品を導入するなど栄養状態の改善を目指して支援を行っています。</p> <p>嚥下能力の低下した利用者が口腔摂取できるよう多職種の職員で検討しています</p> <p>管理栄養士の昼食時の巡回や介護する職員の情報などをもとに、利用者の嚥下能力に合った食事形態を検討し提供しています。主食は常食・粥食・ミキサー食、副食は常食・きざみ食・極ざみ食・餡かけ食・ミキサー食から適切な食事形態を選択します。食事形態は、朝礼などのミーティングやサービス担当者会議において検討し必要に応じて変更します。自ら食べられるよう自助具の活用に積極的に取り組み、数種類のスプーンやスプーン皿などから自助具を何度も試しながら利用者にとって合った自助具を選択・使用する環境を整えています。</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>嗜好調査を行って利用者の要望を聞き取り、献立に反映させています</p> <p>利用開始前に嗜好やアレルギーの有無、禁止食を確認し、利用者にあった食事を提供しています。管理栄養士は年1回嗜好調査を実施し直接利用者から聞き取り、献立に反映しています。月1回開催の利用者懇談会において食事に関する意見が出た時も献立に反映させるなど積極的に利用者の意向の把握・確認に努めています。月2回、選択食の日は、利用者は2種類のメニューから選ぶことができ、誕生日時は3種類の中から選ぶことができます。メニューのイメージが湧きやすいよう写真を見てもらいながら職員と一緒に選んでいます。</p> <p>利用者が食べるペースに合った時間に配膳できるよう配慮しています</p> <p>基本的には所定の時間に配膳していますが、利用者の食事を食べるペースを把握し、早めや遅めの配膳を行うなどの配慮をしています。食堂は2階にあることから、居室やフロアからの移動方法・時間、利用者の食べるペース、食事介助の要否、利用者同士の相性などを考慮して食事の席を決めています。席は「食事座席表」にまとめていて、変更時にも確認しやすく工夫しています。利用者同士のトラブルがあった時は席を変更するなど随時対応しています。外出などで戻る時間が遅くなる場合などは、2時間まで配膳を遅らせるようにしています。</p> <p>保温食器の使用や盛り付け時間の工夫で、できる限り温かい食事の提供に努めています</p> <p>ご飯と汁物には保温食器を使用するなど、適温で提供できるよう工夫しています。食事の盛り付けを配膳ぎりぎりによって食事の冷めないよう工夫し、また、配膳は利用者が着席してから行うよう配慮しています。利用者ごとに食事形態が異なるため、名前・顔・食料を確認し配膳することによって間違いが生じないように工夫しています。間食や嗜好品をできる限り制限せず、病気や体調に配慮したうえで家族が持参した物や移動スーパーで利用者の意思で買った物を摂取できる環境を整えています。</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>希望・心身状態、安全面などに配慮し、週2回入浴ができるよう支援に努めています</p> <p>入浴形態は、特浴、中間浴、一般浴の3種類から利用者の心身状態や希望に合わせて選択しています。週2回入浴を確保するため、曜日や時間帯ごとに男女の入浴時間を設定しているほか、「入浴一覧表」で一人一人の入浴状況を把握・確認しています。現状、ストレッチャーを利用して寝た状態でも入浴できる特浴、及び少しでも立位が保てる利用者には椅子に座りながら浴槽に入ることができる中間浴の利用者が多く、一般浴は使用していません。菖蒲湯やゆず湯など季節を感じさせる演出は入浴の楽しみとなっています。</p> <p>利用者同士が視線を合わさず入浴できるようプライバシー保護に配慮しています</p> <p>浴室は玄関や居室から少し離れたところに設置されています。機械浴室は1階にあり、脱衣所、トイレ、浴室の空間ごとにカーテンで仕切りができ、プライバシー保護に配慮しています。昨年度完了した大規模修繕の際、中間浴槽の向きを変え、利用者同士の視線を遮るよう配置を変更しました。利用者の誘導・入浴時も、業務マニュアルに沿って適宜バスタオルやカーテンを活用し、身体を覆ったり目隠ししたりして利用者の羞恥心に配慮しています。浴槽の湯は都度入れ替え、清潔の保持を徹底しています。</p> <p>利用者の状態変化や希望等は職員間で連携をとり、柔軟に対応できる仕組みがあります</p> <p>入浴方法を含め、利用者の支援に関するすべてを介護検討委員会で毎月議論・検討し、最新の情報に対応しています。委員会は幅広い職種の職員で構成し、入浴時の個別の誘導方法や声かけの注意点、拒否などの対応方法なども「入浴一覧表」に記載し、職員全員が分かりやすく把握・徹底できるよう工夫しています。利用者や家族が希望すれば入浴日の変更や同性介助の対応も柔軟に行っているほか、職員と利用者の相性などにも配慮し、支援に努めています。入浴中看護師が付き添い、必要に応じ爪切りや肌の手入れなどの適切な処置を行っています。</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(〇〇〇)
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>入所前からの習慣を尊重し、利用者の状態や希望に合わせた支援を行っています</p> <p>入所前の面談において、利用者や家族からトイレやおむつ、パッド、下剤などの使用状況を詳しく確認しています。入所前と同じ排泄習慣に沿って支援を行うとしますが、環境の変化によって同様の排泄が困難となることが多いため、一人一人の状態に合った支援方法に柔軟に変更しています。利用者に寄り添った時間設定で排泄状態を確認するほか、利用者の申し出に応じトイレへ誘導するなど支援内容を「排泄チェック表」で管理するとともに、排泄の有無や量を記録し、必要な場合は改善策を検討するため介護検討委員会に繋げています。</p> <p>「排泄チェック表」は、一目で利用者の意向や状況などがわかるよう工夫しています</p> <p>毎月、介護検討委員会のメンバーが主導して「排泄チェック表」を更新しています。1枚のシートで利用者全員分の確認すべき時間帯や排泄状況を把握・記録できる書式で、注意すべきポイントや情報共有の必要がある便の状態などを赤字で記入しています。朝昼晩と3回のミーティングで、細かな情報を口頭でも共有しています。居室が多床室であることを考慮し、業務マニュアルに沿ってカーテンの活用や声かけの音量に気を配るなど利用者の羞恥心に配慮した排泄介助を徹底しています。</p> <p>トイレなどを使用後のほか定時に清掃し、常に清潔・快適な排泄環境を保っています</p> <p>専門の職員を配置し、1日3回トイレの定期清掃を実施しています。汚れに気づいた職員は都度清掃を行い、排泄環境の清潔維持に努めています。大規模修繕の際、トイレやカーテンを更新し、光を通して明るさを保つとともに、臭気に配慮した環境を整えています。ポータブルトイレは毎朝夜勤者が回収し、消毒・洗浄のほか、定時の排泄介助時にも確認することによってバケツの洗浄、便座の拭き掃除、定期的な本体の水洗いを実施しています。居室の換気や消臭スプレー、消臭マットなどを活用し、利用者に対する快適な排泄介助を心がけています。</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(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	○非該当
評価項目6の講評		
<p>移動方法は安全面に配慮しながら利用者の残存機能と認知面を考慮して決定しています</p> <p>歩行できる利用者には、自立歩行、杖歩行、歩行器、見守り歩行、手引き歩行と身体状況に合った移動手段を選択しています。車椅子の利用者も、身体の大きさや下肢筋力などの残存機能に合わせ、普通車(自走車)からリクライニング車椅子まで数種類の中から、選択しています。入所時の「入所前身体状況連絡票」をもとに入所時の移動手段を検討するほか、毎月の定期点検や半年毎の「リ・アセスメントシート」をもとに、多職種の職員で利用者一人一人に安全で最適な移動支援方法を検討しています。</p> <p>安全に移乗・移動ができるよう「居室車椅子配置図」を毎月更新・掲示しています</p> <p>体格や麻痺・拘縮の有無、身体状況などをもとに一部介助から全介助、単独介助、二人介助など利用者に向う支援を行っています。ベッドや車椅子の高さを調整し、居室での動線を踏まえた「居室車椅子配置図」を作成・更新、変更点は「申し送りノート」や口頭で確認し、寮母室に掲示しています。状態が不安定な利用者には、フットセンサーやサイドバーを設置し、転落・転倒の防止を図っています。介助時の負担軽減・事故防止のため、ポディメカニクス(人の骨・関節・筋肉などの力学的相互関係を活用した技術)を生かした移乗支援に取り組んでいます。</p> <p>順次ノーパンクタイヤへ入れ替えるなど安全で快適な環境の整備に取り組んでいます</p> <p>車椅子の保守点検は、住環境委員会のメンバーが定期的に行っています。空気圧やブレーキは随時調整しているほか、故障などは専門業者に依頼して対処しています。ボランティアなどの協力により車椅子の洗浄も定期的に行っていますが、使用頻度が上昇しているうえに利用者の重度化に伴い車椅子の台数がゆとりがなくなっているということです。ノーパンクタイヤへの入れ替えを順次行っているほか、新規購入、点検表や洗浄表の活用による管理の充実を検討・実行し、安全で快適な移乗・移動環境の整備に取り組んでいます。</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>毎朝のテレビ体操は離床を促し、毎週利用者に合った個別機能訓練を実施しています</p> <p>利用者は、毎朝10時頃、館内放送に促されテレビ体操を継続しています。この時間は利用者の離床と水分補給も兼ねていて、その後にパタカラ体操などの口腔機能訓練も実施しています。施設の機能訓練指導員が対応するほか、理学療法士が週1回来所し利用者の機能評価・訓練などを行っています。毎日10人程計画的に個別機能訓練(拘縮予防、歩行や起立訓練など)を実施しています。訓練状況は「リハビリ参加表」で管理するとともに、介護ソフトのケース記録に実施時間や内容を記録し、半年毎にケアプランと同時に見直ししています。</p> <p>機能訓練の要素を取り入れた多様な「いきいき活動」から選んで取り組んでいます</p> <p>「いきいき活動」と名付けた趣味活動を毎週金曜日に実施しています。作業療法の一環として行う脳トレや塗り絵、工作などの個別活動、風船バレーや合唱などの音楽療法、DVD鑑賞などの集団活動を実施しています。利用者は自分の参加したい活動を自由に選ぶことができ、毎回20～30人の利用者が3～4種類の活動を楽しみながら取り組んでいます。こうした活動はリハビリや介護職にとどまらず、事務員や相談員など数多くの職員が参加し、施設全体で利用者の生活を支える取り組みとなっています。</p> <p>個別機能訓練計画書はケアプランと連動し、定期的に評価・見直しを行っています</p> <p>各利用者の機能訓練は、科学的介護情報システム(LIFE)に則り個別機能訓練計画書に基づいて実施しています。計画書は毎月の日常生活動作(ADL)調査や3か月毎のモニタリングを実施したうえで、半年毎に利用者や家族の希望、環境などを踏まえてサービス担当者会議においてケアプランとともに見直し、継続、変更を判定・更新しています。心身状態などに変化があれば都度見直し、ケアプラン及び個別機能訓練計画書に沿った訓練を実施できるよう努めています。</p>		

8 評価項目8 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○非該当
◎あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○非該当
◎あり ○なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○非該当
◎あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○非該当
◎あり ○なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○非該当
評価項目8の講評		
<p>隣接の医療機関の嘱託医師と施設の看護師・介護職の連携が円滑にできています</p> <p>1日2回、看護師が中心となり、利用者の健康管理(検温、血圧、脈拍の測定など)を行っています。毎年1回の定期健康診断、週2回の内科医の訪問診療に加え、月2回の神経内科医による診療が行われています。介護職と連携し、日々の排泄状況、食事や水分の摂取量、体重を確認し、心身状況の変化を把握・記録しています。また、体調変化の際は経過観察と嘱託医への報告・相談、家族への連絡を実行しています。嘱託医は隣接の医療機関の内科医で、緊急時にも受診可能で利用者や家族から好評を得ています。</p> <p>入所時より生前意思(リビング・ウィル)を確認し、ターミナルケアを実施しています</p> <p>隣接の医療機関(内科医)の協力のもと、「施設における看取り介護に関する指針」に基づく終末期(ターミナル)ケアを実施しています。入所契約時に同指針を利用者と家族に説明し、書面で生前意思(リビング・ウィル)を確認・同意を得ています。併せて、生前意思の内容は利用者や家族などがいつでも変更できることを説明しています。医学的に回復の見込みがないと診断された場合は、改めて家族などに終末期の対応を確認し、施設での看取りを希望された場合は、家族の同意・協力のもと嘱託医と多職種の職員が連携して終末期ケアを提供しています。</p> <p>口腔ケアは一人一人に合った支援方法を一覧化して間違いがないよう努めています</p> <p>食後は必ず口腔内を観察し、残渣物の除去に努めています。ガーグルベースン(うがい受け)や歯ブラシ、口腔ケアブラシ、義歯の有無、保管方法など利用者によって支援方法が異なるため、毎月「口腔ケア一覧表」を更新し、円滑・安全に支援できるよう工夫しています。月4回訪問歯科医による診療も受けることができます。服薬管理マニュアルに沿って、看護師が配薬トレイに時間別でセットし、利用者の名前を呼び上げ顔と薬袋の名前をチェック、服用させた職員がチェックしサインするという服薬プロセスの誤薬事故を防ぐ仕組みを整備し実施しています。</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

居室の洗面台を一新、車椅子利用者が近づいて使用できるよう改修しました

各居室に、大きな鏡付きの洗面台を完備しています。前年度の大規模修繕により、車椅子でも使用できるタイプの洗面台に全て入れ替えました。起床時間は利用者によって異なりますが、朝6時に点灯し利用者に合わせた整容支援を行っています。利用者のやり方を尊重し、できない部分のみの洗顔・整髪・髭剃りなど身だしなみを整える支援を行っています。洗面台の使用が難しい利用者には蒸しタオルで顔や手の清拭を行い、1日の始まりの支援を行っています。髭剃りは関係法令などの理由から個人所有の電気シェーバーのみ受け入れています。

更衣は入所前からの習慣や家族の意向などを尊重し、必要な支援を行っています

入所の際、利用者や家族に、これまで過ごしていた居宅や施設での着替えの習慣について確認を行っています。着替えがある場合は、そのときと同様の準備をしてもらい、利用者の身体能力に応じた支援を行っています。着替えを希望しない利用者には、入浴時や衣服が汚れた時などに必要に応じ随時支援を行っています。着替えの衣類は入所時「荷物チェック表」などで管理しています。居室のベッドシーツは「シーツ表」をもとに毎週交換し、利用者が気持ち良く過ごせるよう努めています。

利用者の組み合わせを工夫し、消灯後の照明や騒音等に配慮した睡眠環境を整えています

居室内は一人一人カーテンで仕切り、プライバシー保護に努めています。多床(4人)室であることから、利用者の特性や相性に配慮し、リスクマネジメント委員会が配置を検討し実施しています。夜間4回の定時巡回では睡眠状況を確認し、必要に応じ排泄や水分補給を促します。大規模修繕で空調設備を更新した結果室温管理能力が向上したということです。季節によって加湿器も活用し、快適な室内の保持に努めています。不穏症状や看取り期の利用者は居室の出入口近くに配置し、センサーなどによって状態変化に迅速に対応できるよう配慮しています。

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

生活の場として、一定のルールのもとで利用者が自由に買い物できる仕組みがあります

施設に常設の売店がないなかで、施設生活の楽しみの一つとして買い物ができるよう配慮し、移動スーパーの月2回来訪を受け入れています。果物をはじめ、菓子類、嗜好品、文具などを自由に購入できます。また、新聞や雑誌の定期購読、通信販売、居室へのテレビやラジオ、携帯電話の使用、他の利用者へ影響を及ぼさない範囲で居室を写真などで飾ったり、愛用品の持ち込みを認めています。家族の依頼を受けて移動スーパーの買物を職員が代行しています。購入した物品の支払は預り金出納帳や領収書、注文票などで管理しています。

幅広く、選択できるレクリエーション活動を展開し、親しみ合う輪が広がっています

機能訓練の要素を取り入れた「いきいき活動」は毎回5~7種類のプログラムを用意、利用者はその日の気分などでやりたい活動に参加しています。風船バレーや体操、合唱では普段あまり動かない利用者も自然と身体を動かしてしまうほか、塗り絵や貼り絵、書道、工作などは季節に因んだ題材を色々用意し、ホールや廊下に飾っています。食堂横のホールに備えた将棋盤で利用者同士が楽しんだり、キーボードを弾ける利用者が演奏を披露したりして、利用者本人はもちろん自然に利用者が互いに親しみ合う輪が広がっています。

月2回神経内科医が来診し、職員は年2回研修を受け認知症の理解を深めています

どの利用者も落ち着いた生活を送ることができるよう多職種の職員が連携に努めています。月2回神経内科医が来所し、診察や薬の処方を行っています。認知症関連の研修は毎年2回以上実施し、職員は最新の知識や技術を習得しています。入所前に家族や関係機関から生活歴を聞き取り、その人に合わせた支援方法を検討・実践しています。利用者間のトラブルなどが生じないよう相性や希望、日常生活動作(ADL)を考慮した上で居室や食事の席を調整しています。変更点などは「申し送りノート」や「居室表」を更新し、全職員に周知しています。

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>地域の11施設が地域合同防災訓練で協力し、利用者も参加し始めています</p> <p>新型コロナ禍により地域住民との交流事業は大幅に縮小したなかで、年度事業計画で重点課題として地域貢献を掲げ、地域合同防災訓練は継続して実施してきました。当初参加は3施設でしたが、現在では東大和市内と隣接の武蔵村山市内の11施設が参加・協力して年1回以上実施しています。徐々にながら、新型コロナ禍の感染状況などを踏まえた必要な対策をとった上で利用者も参加できるようになっています。地元自治会や消防署と協力し、施設の中庭へ誘導する避難訓練や煙・地震車体験、非常食試食会など、地域に根付いた活動に取り組んでいます。</p> <p>地域住民も参加していた納涼祭は中止していますが、縁日は利用者には好評ということです</p> <p>2020年より施設の中庭での盆踊りや模擬店で賑わった納涼祭は休止しました。そこで、季節の行事として施設の食堂で「縁日」を企画し開催しました。利用者に参加チケットを配りバターゴルフやヨーヨー釣りなどの娯楽を楽しんだほか、たこ焼きなど屋台で味わう食べ物も提供しました。特にクリームソーダは利用者から人気のメニューだったということです。今後、この「縁日」を家族やボランティアなど地域住民も参加できるよう検討し、地域との繋がりを再構築したいと考えています。</p> <p>毎月の利用者懇談会で地域の最新情報を伝え、選挙時には不在者投票も実施しています</p> <p>利用者懇談会で、毎月の行事予定や地域の情報、選挙の不在者投票の実施、新型コロナ禍における感染防止対策や面会制限など身近な情報をわかりやすく説明し、利用者の理解を得ています。外出制限を続けていますが、施設内で職員が育てた花を見てまわる園庭散歩や外気浴を行っているほか、4年ぶりに地域の神輿に中庭まで巡行してもらうなど外の空気に触れる機会を設けました。外食に見たて、談話室で出前の寿司などを楽しむ「外注会」を定期的に開催し、利用者には喜ばれる企画に取り組んでいます。</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>写真も掲載した家族だよりや生活状況連絡票を通して、毎月利用者の様子を伝えています</p> <p>「家族だより」を毎月家族へ送付しています。「家族だより」はカラー印刷で写真を多数掲載することによって月々の施設でのイベントや日頃の様子が伝わるように編集しています。また、「生活状況連絡票」には季節ごとに居室担当職員が食事、入浴、排泄、健康などに関する状況を定型で記載し、併せて、心身状態の変化や活動の様子などをコメントを書き添えるなど、利用者一人一人の情報提供に力を入れています。体調変化や事故などがあった場合は、管理職が随時電話で家族に報告しています。</p> <p>感染予防対策を続けながら、家族や友人などとの面会制限の緩和に取り組んでいます</p> <p>本年(2023年)9月、利用者と家族を隔っていた面談時のアクリル板を撤去しました。面会は引き続き玄関横にある談話スペースのみとし、予約制で1日2組、大人2人まで受け入れています。また、空気エアゾール対策ができる設備を導入し、少しでも利用者との距離を縮め、家族とのひと時を密に過ごせるよう配慮に努めています。面会制限当初は戸惑っていた利用者や家族も、今ではビデオ通話なども利用し交流を楽しむ姿が見られるようになりました。今後、家族や友人などと安心して面会し会話を楽しめるようさらなる工夫が期待されます。</p> <p>近隣に居住していた利用者も多いため、家族のボランティア活動等の再開が期待されます</p> <p>新型コロナ禍以前は、家族が面会を兼ねて食事介助などのボランティアとして活動することが多くあり、家族と職員の距離が近く、コミュニケーションもスムーズにとれることができていました。現在、相談員が窓口となって家族との連絡を行なっているため、職員と家族の接点は書面にとどまっています。「ホーム喫茶」や「利用者懇談会」も家族が参加できる行事でしたが、再開の目処は立っていません。今後、さらに家族との距離を縮める活動が期待されます。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	4-1-1	事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる
タイトル①	新型コロナウイルス感染拡大防止に向けて改善を積み重ねています	
内容①	2021年度末にかけて施設内で陽性者が発見されたことから、施設全体で感染防止対策を強化しました。感染症対策会議を立ち上げ、多職種の職員が参画し、予防対策、陽性者発見時の対応、面会の制限、職員の出勤・シフト管理、行事や外部との交流方針などを検討し、とるべき対策をまとめ、職員へ周知しました。こうした取り組みの結果、施設内の感染者は減少傾向に転じています。事業継続計画(BCP)を見直し、感染対策を織り込み、さらに防護服の着脱訓練などの実地訓練を行いました。外部研修に参加し、知識と技術の向上にも取り組んでいます。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	3-3-2	地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている
タイトル②	新型コロナ禍の中でも、地域貢献に工夫して取り組んでいます	
内容②	法人傘下の他の施設を活用した地域サロンや介護相談会は実施しています。地域の高齢者の健康維持・増進のための体操教室なども参加者に好評で、実施することができます。地域の中学生や専門学校生の体験実習も、感染状況を考慮し人数を制限して引き続き受け入れています。長年にわたり地域にも親しまれてきた納涼祭が新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から中止を余儀なくされましたが、法人の長期計画に「地域社会に対する基本姿勢」を掲げていて、施設は困難な状況下でも工夫を重ねながら地域貢献活動を継続しています。	

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	食事、趣味活動、買い物のあらゆる面で利用者自身が「選ぶ」楽しさを大切にしています	
内容③	主菜を選ぶことができる「選択食」は、誕生会を含め年36回実施しています。毎週の趣味活動では、機能訓練の要素を取り入れた「いきいき活動」で、5～7種類のプログラムからその日の気分などでやりたい活動に参加しています。集団で行う風船バレーや合唱、体操など、個人活動の工作や書道、塗り絵などを複数の会場を準備し、利用者が選べるようにしています。利用者の趣味に合わせ、将棋盤やキーボードなどを配置し、余暇時間を楽しめるようになりました。買い物や持ち込みに関する自由度も高く、その人らしい生活を楽しめるよう工夫しています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	看取り期の利用者が増えている中でもその人らしさを大切に、利用者や家族の意向に沿った終末期ケアを実施しています
	内容	入所時に生前意思(リビング・ウィル)を書面で確認しています。「施設における看取り介護に関する指針」を定め、施設サービス計画に基づいたケアを実践しています。最近では家族からの希望によって居室で過ごす利用者が増えています。居室担当職員が部屋を飾ったり、音楽を流したりすることで少しでも安心・安楽に過ごせるよう終末の日々を大切にしています。施設は特徴的な空間の広がる霊安室を完備していて、家族の希望があれば利用者との最後の時間をゆっくりと過ごすことも可能としています。職員は毎年研修を受け、修練に励んでいます。
2	タイトル	職員間の情報共有がスムーズで、利用者の状態に合った臨機応変な支援を可能にしています
	内容	1日3回の引き継ぎを行い、朝礼には全職員、昼礼と夕礼には介護職員と看護職員が参加し、利用者の引き継ぎが必要な情報を共有しています。さらに「申し送りノート」や日誌には特に重要なことを記入し、朝礼などに参加できない職員が確認・共有することができています。1階と2階の60人の利用者を職員が一体的に支援していることから、情報共有がスムーズに行われるとともに、利用者に変化があった時などの支援方法の変更の検討や決定が迅速で、臨機応変な支援を可能にしています。
3	タイトル	施設運営の柱の一つに地域交流を掲げ、多角的に地域貢献に取り組んでいます
	内容	法人は、運営方針や長期計画において、地域交流を掲げています。施設は、こうした方針・計画を踏まえ、介護相談会や高齢者が定期的に通えるサロンなど地域の高齢者健康維持増進活動を法人の中心となって継続的に運営しています。地域の住民との交流においては、納涼祭は新型コロナ禍の感染防止のため中止したものの、地元中学生のボランティアの受け入れのほか、縁日や神社の神輿の巡回などを工夫を重ねて実施しています。防災面では、災害時の防災拠点としての役割発揮を企図した訓練を自治体と協力しながら実施しています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	車椅子や福祉用具など、利用者に合わせて複数の中から選べるよう計画的な購入・更新、管理体制の確立が期待されます
	内容	車椅子に関する管理は、介護検討委員会が配置などを検討し、住環境委員会が中心となって洗浄・修理などの対応を行い、横断的に点検・管理する仕組みはないように見られます。福祉用具は種類が限られ、介護職員が既存の用具を工夫して活用していることが多いということです。利用者の重度化とともに、介護ニーズは多様化すると見込まれます。利用者の安全性や利便性を高めるうえで新しい技術の導入は必要と考えられ、今後、物品の購入・更新や管理を一元的に担当する組織を立ち上げるなど、一貫した管理体制を確立することが期待されます。
2	タイトル	利用希望者や関係者に必要な情報が伝わるための情報発信に改善の余地があります
	内容	広報誌「ぬくもり」を発行し、利用者の家族や関係者に送付して法人や施設の情報を発信しています。広報誌には生活や行事の様子がわかるよう写真を多く掲載していて、施設の取り組みを知ることができます。また、ホームページから、施設の情報を得たい利用希望者などがいつでも閲覧し入手できます。ところが、ホームページに法人や施設の概要を掲載しているものの、更新頻度が低く不定期なため、リアルタイムに情報発信ができていないと見られます。法人の他の事業を含む活動情報の発信について速やかに検討・実施することが期待されます。
3	タイトル	人材育成の計画的な推進に向けて、取り組む体制のさらなる整備が期待されます
	内容	長期計画に「福祉人材に対する基本姿勢」を掲げ、年度事業計画に職員の研修、ICT導入などによる業務の軽減、処遇改善などの働きやすい職場づくり対策を継続的に実施するとしています。職員の知識や能力の向上に関し、長期的な展望を示すキャリアパスを作成し、上司と職員との定期面談で前進点や課題点を確認し、爾後の取り組みを話し合っていますが、理解・認知度に課題があるようです。今後、経営層・管理者層が、職員一人一人の状況について意見交換をして育成方針を共有化するなど、施設全体の職員の育成に取り組む体制の整備が期待されます。