

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和4年度】

2023年3月30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

〒 103-0011

所在地 東京都中央区日本橋大伝馬町17-3 城野ビル I 5階

評価機関名 経営創研株式会社

認証評価機関番号

機構 03 - 084

電話番号 03-6661-9610

代表者氏名 代表取締役 堀部伸二

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	牟田 賢己	経営	H1301039
	②	幾島 潔	経営	H1901043
	③	尾関 敬二	福祉	H0803011
	④	渡辺 恵美子	福祉	H0901010
	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	ケアホーム練馬		指定番号	1372014116
事業所連絡先	〒	179-0076		
	所在地	東京都練馬区土支田2丁目13-17		
	Tel	03-6311-7000		
事業所代表者氏名	施設長 北川巨樹			
契約日	2022年 11月 8日			
利用者調査票配付日(実施日)	2022年 12月 22日			
利用者調査結果報告日	2023年 2月 6日			
自己評価の調査票配付日	2022年 11月 8日			
自己評価結果報告日	2023年 2月 6日			
訪問調査日	2023年 2月 9日			
評価合議日	2023年 3月 19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)	高齢者施設の評価経験のある評価者で評価をおこないました。事業所から送付された経営層自己評価と資料及び職員自己評価・利用者調査の集計後、事前打ち合わせをおこないました。訪問調査当日は、経営層等への質問、関連書類の確認などで現状の把握を進めました。訪問調査終了後、評価者全員で当日得た情報の共有と力を入れている取り組みや良い点などの打ち合わせをおこないました。報告書に記載する講評や評点については最終合議で決定しました。			

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3月28日

事業者代表者氏名

ケアホーム練馬  
北川 巨樹



1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 利用者様、職員がお互いに穏やかな気持ちで接することができるような環境作りを目指します。</li> <li>2) ご家族との連携を密にとり、心の通いあう明るいホームづくりに取り組みます。</li> <li>3) 個々の人格、尊厳を尊重し、優しさの伝わる介護を提供します。</li> <li>4) 行事、催事を通じて地域との連携を深め、地域社会の一員としての意識向上に努めます。</li> <li>5) 利用者様の嗜好を把握し、各ニーズに対応できるようなサービス体制を目指します。</li> </ol>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>利用者様はもとより、ご家族、職員、地域住民の方々と相手の立場を尊重しながらしっかりとコミュニケーションを取ることで信頼関係を築き、誰からも慕われる存在であること。</p> <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>利用者様の生活、命を守る仕事であるという自覚、より良いサービスを目指して日々努力を続ける姿勢。</p>

調査対象

利用者調査当日の在籍者は68名でした。聞き取りにあたっては施設とも相談し、聞き取り可能な利用者25名を調査対象としました。

調査方法

調査では福祉サービス評価推進機構から得た調査票を使用しました。面談は利用者と一対一で、他者に聞き取られない面談コーナー等で利用者との間隔に配慮しておこないました。当日は、コロナ禍のため検温、手洗い、マスク着用等の感染対策をとり実施しました。

利用者総数

68

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
0	25	25
0	25	25
0.0	36.8	36.8

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

**利用者調査全体のコメント**

総合的な感想では、「大変満足」が6名(24.0%)「満足」が14名(56.0%)で20名(80.0%)が満足以上と回答しています。「どちらともいえない」が2名、「不満」が1名でした。意見や要望では、「ここでやっかいになり、ありがたく思っている」「この施設は居心地はとても良い」「リハビリにもっと取り組んでほしい」「まだ来たばかりだが、けっこう良いところだと思う」「安心して生活しています。息子たちも安心だと言っていました。特に要望はありません」「一日の流れが全く分からないので事前に話してくれると良い。たまには家族と会って話しがしたい」「とにかくにも言うことがない。ここで安心して休ませてもらう」「今まで楽しくやってこれたので、うれしい」「職員さんがとても良くやってくれています」「出来るだけ自分の力で動こうとしている。職員に頼むことは少なくしている。何とか自分で出来ることを続けたいと考えている」などの声が聞かれました。今回の調査については、「たまっていた思いを聞いてくれ本当にありがとう。胸がすっきりした」「この様な取り組みは非常に良いことだと思う」などの声が聞かれました。

**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 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	25	0	0	0
回答者全員が「はい」を選択しています。コメントでは、「自分に合った食事形態になっている」「白米が食べられる。お肉や魚が食べられ、おかずもたくさんある」「とてもおいしいです。今のところ要望はないです」「ごはんがもう少し柔らかいと良い」「今のままで十分です、とてもおいしいです」「とてもおいしいです。びっくりするくらい良いです」「野菜が多く満足しています」「もう少し、温かいものが食べられると良い」「今の食事で満足しています」などの声がありました。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	20	2	1	2
回答者の80.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「介助が必要な時は、職員が気づいてくれる」「なるべく自分で出来ることはやる。トイレは介助してもらっている」「よくしていただいており、とても助かっています」「職員が少なく、呼んでも誰も来てくれない時もあり不安」「細かいところまで、気をつけてくれる」「普段は自分でやっているが、調子の悪い時にはすぐに対応してくれる」などの声がありました。				
3. 施設の生活はくつろげるか	18	2	3	2
回答者の72.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「絵をかくことが好きなので、職員さんに紙をもらって部屋でかいている」「食堂でテレビを見ている、疲れたら部屋で横になる」「職員が少なく、したいことの全ては言いにくい」「ほとんど、本を読んでいる。ぬり絵や折り紙をやっているが小物などもつくってみたい」「ほぼ普通の暮らしをしている」「カラオケをやっている」などの声がありました。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	18	3	1	3
回答者の72.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「『疲れないですか』と声をかけてくれる」「ちゃんと聞いてくれる。ただ、職員の人数が少ないのが気になる」「よくしてくれています。病院にも職員さんが一緒に行ってくれます」「なかなか病気や体調の事まで分かってもらえない」「内容によっては、『あとで』と言われる」「『今日は調子とお』とかいつもよく声をかけてくれる」などの声がありました。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	22	0	1	2
回答者の88.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「掃除の人が来て、シーツ交換などをしてくれる」「とても良くしてくれている」「いつ掃除してくれているのか分からないが、とてもきれいになっている」「自分の手の届く範囲は、自分でやっている」などの声がありました。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	20	2	1	2
回答者の80.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「皆さんに良くしていただいています。ただ忙しそう」「皆さん優しく親切です」「今のままで十分です」「あいさつを返してくれない職員がいる。悲しい」「今までいた施設にはこわい人がいた。ここはよい人ばかり」「あまり気にしていないが、満足しています」などの声がありました。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	20	2	0	3
回答者の80.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「車イスで動いているときに、『気をつけて』と声をかけてくれるので、対応には安心してます」「職員が足りない、増やしてほしい。特に夜は大変そう」「職員さんがよく見てくれています」「職員さんは大変よくしてくれています」などの声がありました。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	16	2	0	7
回答者の64.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「今のところ特にないけど、信頼できる」「多分してくれる」「信頼できると思わないと暮らせない」「もめ事はなく、何かあれば職員が助けてくれる。利用者はほとんど口をきかない」「今のところ特にないけど、信頼できる」などの声がありました。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	19	3	0	3
回答者の76.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「大方は、大切にしてくれている思う」「どうして良いか分からない時があるが、何も聞いてくれない」「『おはよう』と声をかけてくれる」「よく話をしてくれます」「『朝がきたよ』『食事がきたよ』と声をかけてくれる」「こちらからも、『ありがとう』『おはよう』と声をかけたいと考えている」などの声がありました。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	16	2	3	4
回答者の64.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「守られています。他の人の事も聞いたことはない」「無断で部屋に立ち入る利用者がいて困っている」「隣の部屋のテレビの音がうるさい」などの声がありました。				
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	3	0	18
回答者の16.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「家族と一緒に来てくれたので、知っているかも」「いつ帰ることが出来るのか、予定がほしい」「よく覚えていない」「聞いたかどうか分からない」「子どもかケアマネが知っている」などの声がありました。				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	5	2	0	18
回答者の20.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「よく覚えていない」「聞いたかどうか分からない」「週2回リハビリをやっている。体操も毎日やっている」との声がありました。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	16	4	1	4
<p>回答者の64.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「今のところ不満はない」「要望はストレートに職員に言っている。対応の出来ないこともでてくる」「困ったことがあったら言ってください」といつも言ってくれる」「お願いしたことはないが、拒否はしないと思う」「頼んだことはない、やってくれると思う」「とても良く話を聞いてくれ、すぐやってくれます」などの声がありました。</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	2	1	4	18
<p>回答者の8.0%が「はい」を選択しています。コメントでは、「聞いているが、まずはケアマネと話している」「聞いたことはないが、職員に話せばよいので必要ない」「息子や嫁さんが聞いていると思う」「知っている」「知らない」などの声がありました。</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 <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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <span style="float: right;">○非該当</span>
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <span style="float: right;">○非該当</span>
	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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <span style="float: right;">○非該当</span>
	●あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <span style="float: right;">○非該当</span>
	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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている <span style="float: right;">○非該当</span>
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <span style="float: right;">○非該当</span>
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている <span style="float: right;">○非該当</span>
	カテゴリー1の講評	
	<p><b>事業者が目指していることを職員、利用者、家族に理解を深めるよう努めています</b></p> <p>職員に対しては、事業所の掲示やミーティング、定期的開催する研修会を通じてタイムリーに事業計画および決定事項を伝えていきます。その際に、理念や基本方針を意識して解説し周知を図っています。また、利用者や家族に対しては、入所時の重要事項説明時や個別の面談、諸行事の機会を捉えて、事業所が目指していることを判り易く説明し理解を深めています。また定期発行する広報「ねりま通信」で情報発信を行うことで、関係者の理解を促進するよう継続的に取り組んでいます。</p> <p><b>経営層の役割責任を運営委員会や研修会で周知し、基本方針の実現に努めています</b></p> <p>基本方針の実現に向けて事業計画書に方向性と経営層の役割責任を示し、運営委員会をはじめとする各種委員会及び目的ごとに開催される研修会でその内容は全員に伝えられています。また、担当職員が日々の事業所業務で基本方針の実現が図れるよう監督指導に努め、事業所の運営に反映しています。</p> <p><b>重要案件は、運営委員会で決定し職員と利用者や家族に説明し周知しています</b></p> <p>重要案件の意思決定は、定期的な運営委員会で方針を決定し、詳細について各委員会で手順を詰める仕組みとしています。施設長と各部(介護部のほか計6部署)代表全員が出席し現場の声を反映し、事業所全体でそれを共有できるようにしています。直近ではコロナ感染第8波対応として、東京都のモニタリング評価にもとづきショート利用者全員を対象として抗原検査を実施した例があります。但し委員会中心の発信のため、組織の末端にまで十分行き届いていない懸念もあり、さらなる工夫が求めれます。</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	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	○非該当
サブカテゴリ-2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/5
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(0●●)
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(0●)
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当
カテゴリ-2の講評		
<p>利用者や職員とのコミュニケーションを図り積極的に情報収集に努めています</p> <p>利用者の意向は業務中の聞き取りやアンケート、職員からは委員会や朝礼で現場の情報を収集しています。朝礼では夜勤帯の申し送りや本日のイベントの他、委員会報告や研修会報告も行い共有を図っています。さらに、これらで集約した情報を整理し活用できる仕組みを構築し、適切な事業運営に資するよう検討しています。</p> <p>単年度計画にもとづき事業者が目指していることの実現に努めています</p> <p>事業所開設初年度であり、法人グループが策定した単年度事業計画にもとづき運営しています。基本方針の実現にむけて、経営の安定、提供サービスの質向上、人材育成・職場環境の整備の3分野で具体的な指針を決めて取り組んでいます。経営面では稼働率の推移、サービスの質に関しては行事アンケートの振り返り、人材育成では研修報告書の評価などを検証し、業務の運営に反映しています。中長期計画については、必要性を感じており今後の課題と考えています。</p> <p>運営委員会で事業計画の進捗を振り返り着実な計画の実行を図っています</p> <p>着実な計画の実行に向けて、事業所全体の課題と各部署からのタイムリーな問題や要望が取り上げられ、運営に反映されています。令和5年2月の議事録によりますと、全体事項として健康診断の周知と次年度各委員会役割分担選定要領が決められています。また看護部やリハビリ部から要望が提起され、さらに介護部では基礎研修の遅れを問題として取り上げ、今後の対応について言及していました。こうした活動を積上げ年度事業報告としてまとめ、次年度計画に繋げようとしています。評価指標については測定の精度と到達点の明示について検討が望まれます。</p>		



カテゴリ-3		
3 経営における社会的責任		
サブカテゴリ-1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○非該当
サブカテゴリ-2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○非該当
●あり ○なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
サブカテゴリ-3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/5
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●)
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●)
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

職員および事業所が守るべき法・規範・倫理などを明確にして周知しています

全職員を対象に施設長が「職業倫理とコンプライアンス」について研修会を開催し周知徹底を図っていました。職業倫理については、介護のプロとして「やるべきこと」と「やってはいけないこと」を「利用者本位、自立支援のために仕事をする」をはじめ6項目にわたって具体的に解説されていました。また、コンプライアンスとは、「法律を守り、従うこと」はもとより社会的な常識・道徳により行動することが肝要である旨を強調して職員の理解を深めるようにしています。

利用者の権利擁護が図られるよう日常活動において組織的に取り組んでいます

利用者および家族に対して、入所の際の重要事項説明時に苦情解決要綱を伝え理解を深めています。さらに利用者および家族とのコミュニケーションや相談ならびに苦情について日頃から積極的に対応しています。また、虐待については、定期的(月1回)に職員研修と虐待防止委員会を開催し、事故の未然防止と利用者の権利保護に努めています。虐待防止委員会では、虐待に関する勉強会の実施と他者に攻撃的な特定の利用者への対応が協議されていることが確認できました。

地域関係機関とのネットワークや協働体制構築に前向きに取り組んでいます

施設長が練馬区介護サービス事業者連絡協議会や施設長会に参加し、人的関係の強化を図っています。共通する地域の福祉課題解決について施設長に対して個人的な声かけも増加しており、人脈の構築を進めると共に今後の共同研修や課題解決の協働に向けて具体化を検討しています。開設時からコロナ禍であり、ボランティアの受け入れや地域貢献の取り組みは今後の検討課題としています。

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(00000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当
サブカテゴリ2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	○非該当
●あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○非該当
カテゴリ4の講評		
<p><b>地震発生時のリスクを踏まえてBCPを策定し必要な対策を講じています</b>          新設の耐震型建屋であるため、倒壊等による避難は行わない前提でBCPを策定し対応しています。発災時のサービス継続のため緊急用の食料、飲料水の保管や家族、職員間の連絡体制の整備を図っています。なお事業所のリスクは地震の他、感染症、火災、豪雨災害、侵入など幅広く、これを広い視点で検討し整理して対応していくことも大切だと思われます。まずは、リスクの洗い出しを行い、対応は緊急性に応じて優先順位を決めて計画的に進めることを推奨します。</p> <p><b>各委員会を定期的開催しリスク対策の実践的な対応を進めています</b>          火災の際の職員対応や利用者の行動について防災訓練を行い、防災委員会で検証し実践的な対応を図られています。令和5年2月の委員会では、1月に実施した防災訓練を検証し、安否確認や消火器の配置、通報訓練の反省が検討されていることを確認できました。また、事故防止委員会では、事故の発生状況の共有や事故多発利用者の個別対応が検討されていました。これらの活動についても、BCPとして体系化していくことが望ましいと思われます。</p> <p><b>事業所における情報は組織的な情報管理が行われ効率的な活用を図っています</b>          重要情報は施錠管理する他、必要な書類を整理して定置管理しています。個人情報については個人情報保護方針にもとづき規定を設け体制が整備されています。また、日常業務に関する利用者の情報や送り事項は、導入済みの市販介護支援情報システムに集約されており、必要な職員が個別認証のもとリアルタイムで利用できるようにされていることをシステム画面で確認することができました。</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 11/12
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●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	○非該当
○あり ●なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	○非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	○非該当
●あり ○なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	○非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	○非該当
サブカテゴリ-2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○非該当
●あり ○なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○非該当

カテゴリー5の講評

**必要な人材確保のため積極的な情報発信に努めています**

事業所の基本方針実現に必要な人材を確保するため、求人サイトでは基本理念である「優しさと思いやりの心」をもち相手の立場を理解し信頼関係を築ける職員を求めていることを伝えています。面接の際に詳しく解説し理解を得られた人に入職して貰っています。また、法人グループの「職員紹介報酬制度」を職員休憩室前に掲示し幅広い人材確保を進めていることが確認できました。ホームページでは、採用情報に容易にアクセスすることができるような工夫をし採用に取り組んでいます。

**職員定着のため初任研修や意欲向上に繋がる活動を進めています**

新人や転職者に対して各自の経験やスキルを踏まえて、介助等の利用者支援を単独で行える基準に不足する項目を個別に指導しています。可能な範囲で個別の研修計画を策定し、評価、修正のサイクルを回しより良い指導に繋げる組織的な支援とすることが望ましいと思われれます。なお、メンタルヘルス推進のため外部カウンセリングサービスの導入を行い、さらに介護福祉士実務者研修の促進や法人グループが提携する福利厚生施設の利用等について職員に周知し意欲向上に繋がる取り組みを進めています。

**定期的な委員会や研修会を通じて組織的な学びを促進しています**

計画的に開催される委員会で研修会を行い、実践に即した体験型研修により事業所のサービスの質向上に努めています。事故防止委員会では介護事故防止防止・対応マニュアルの解説や事故事例の紹介がされています。また令和4年10月には介護部主任による身体拘束防止・廃止について身体拘束の定義や特例条件について具体的に説明する研修会が開催されていました。なお各職員はこれらの内容を復命書に記録し学びや気づきを組織として共有化しています。

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	
<p>評価項目1</p> <p>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)</p>	
<p>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)</p> <p>開設初年度の事業計画において、事業所が目指す基本理念の「誰もが笑って過ごせる場所」の実現のため高品質なサービス提供を行う意識や体制づくりをあげています。このために利用者のニーズに応じたサービス提供を念頭に、季節イベントや定例行事を数多く開催しました。利用者のニーズ把握から企画、実施、振り返りまでユニットサービス向上委員会を中心に組織的に取り組んでいます。各行事は、行事計画書として取りまとめられ、目的や内容、役割分担、注意事項まで細かく言及し、安全の確保と利用者視点に配慮され実行に移されていました。実施後は「ねりま通信」等で家族や外部に積極的に発信しており、クリスマス会や新年祝賀会で行われた「鰯の解体ショー」の記事からは利用者の満足している様子が良くうかがえます。</p>	
目標の設定と取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>
取り組みの検証	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</li> <li><input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む)</li> <li><input checked="" type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>
検証結果の反映	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた</li> <li><input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない</li> <li><input checked="" type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>
<p>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</p> <p>事業者が目指している理念や基本方針を実現するには、まず利用者のニーズに対応することが求められますが、開設したばかりの事業所のため試行錯誤で仕組みづくりを進めています。その一環として季節行事やイベントの開催の組織的な取り組みがなされています。日頃の聞き取りやアンケートから利用者の要望を吸い上げ、ユニットサービス委員会で月間スケジュールを策定し全体を確認します。それを踏まえて各行事の実施にあたっては行事計画書において目的、内容、時間、参加者、役割分担、注意事項、予算、必要物品、当日の責任者まで具体的に計画され、利用者が安全に楽しめるよう起案されています。これを関係各署で承認の上実行に移されますが、結果については振り返りを行い、家族や外部にも積極的にその内容を発信しています。また職員アンケート結果から、これらのイベント運営や利用者反応を通じてやりがいや達成感を感じている等、職員の育成にも貢献していることが判ります。年度の事業報告においてこれらを総括し、次年度計画に的確に反映することでより効果的な運用となり、事業所の仕組みとして定着するため、継続した取り組みが期待されます。</p>	

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)

設立初年度であり、情報共有や職員の能力向上の仕組みづくりに積極的に取り組んでいます。毎月の運営委員会で重要事項を決定し、各委員会で職員が役割を担うことによって実践に繋がっています。委員会では関連する研修会も行い、職員の育成にも努めています。また日常業務は施設長が主催する朝礼で夜勤帯の申し送りや当日のイベント、留意事項の他、各委員会や研修会報告の共有を行い円滑な運営に努めています。利用者個別に必要な対応については、フロア会議によって具体的な検討がされています。なお各委員会のタイムスケジュールは職員休憩室前に掲示され周知されており、出欠確認や議事録作成など注意事項が特記され円滑な運用を促す取り組みが確認できました。

目標の設定と取り組み	<ul style="list-style-type: none"><li>● 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った</li><li>○ 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった</li><li>○ 具体的な目標が設定されていなかった</li></ul>
取り組みの検証	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</li><li>○ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む)</li><li>● 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li></ul>
検証結果の反映	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた</li><li>○ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない</li><li>● 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li></ul>

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

開設後間もないため事業所が目指す理念の実現を図るべく事業所運営の仕組みや体制構築の取り組みを進めています。事業所運営の軸として運営委員会で重要事項や関連情報の集約と活用を協議し決定しています。これらを実践に移すため、各種委員会や会議体が整備されています。委員会は、運営委員会の他、疾病・感染対応、リスク対応、サービス向上対応の分野別に合計12の委員会で構成され、各職員は各自の職種に応じた役割を担うことで全員が能動的に参画するように働きかけています。また、朝礼やフロア会議、ユニットリーダー会議等で日々の現場の情報をタイムリーに集約・共有し活用することで事業計画の実現に努めています。一連の活動では、職員間のコミュニケーションの活性化を促し円滑な運営に繋げる工夫をしており、提案や気づきを拾い上げ、率直な声があがるよう自由に言い合いあえる環境作りに注力しています。なお組織として既に整備されている組織表と同じように、委員会や会議体等について体系化したものを文書化し、その役割と関連を判り易くして事業所全体で共有することを推奨します。

## 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している	○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>ホームページと月刊広報誌を中心に、施設運営の現状を分かりやすく紹介しています</p> <p>施設のホームページは、ページ内にたくさんの記事を押し込めることなく、誰にでも読みやすい配慮をした紙面構成をしています。記事は、施設運営の考え方から利用方法まで多くのことを順に掲載し、過不足なく実情全体が分かるようになっています。写真や図を多く挿入して、視覚上も抵抗感なく見ることができます。また、月刊の広報誌を、印刷物で発行し関係機関等にも提供し、またホームページからもダウンロードできます。この広報誌には、利用者と職員の姿が多く紹介されていて、どれも明るい雰囲気のもとで過ごしている様子がうかがわれます。</p> <p>この施設での暮らしを具体的に知りたい入所希望者等に向けた案内があります</p> <p>具体的に入所に向けた情報を得たい人向けの構成がされた頁が、ホームページに用意されています。トップページから順にたどることで、まずは施設生活の特長と利用条件が分かります。次に費用説明、居室構造などの他、入所手続きの説明が続き、「サービス開始までの流れ」として、問い合わせ記入欄、見学申込欄、入所申請書記入欄があります。さらに申込み後の施設内検討手順が記載されています。この一連の配慮があることによって、希望者等は、申請後に入所手続きが「どこまで進んでいるのか分からない」という不安を少なくすることができそうです。</p> <p>入所希望者等に対しては、主に生活相談員が対応し、会話内容は連絡簿に記録します</p> <p>電話照会や施設見学時での入所希望者等との会話などすべてのアクセス内容は、連絡簿に記入され、次の対応者に引き継がれます。その記録には、入所後の利用者の暮らしぶりを判断するのに参考となる多くの要素が含まれています。対応は生活相談員が主に担当することになっています。この記録に載せた情報は、入所判定会議の前におこなわれる各部署ごとの打ち合わせの場にも提供され、部署ごとの受入れ支援体制を構築する際の検討材料になります。これらのプロセスを明示することは、利用希望者等に安心感、納得感を提供することになっています。</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		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	
サブカテゴリー2の講評			
<p><b>入所前には、重要事項説明書等の契約関係文書の説明をし、利用者等の同意署名を得ます</b></p> <p>サービスでの基本的な約束事は、重要事項説明書とその付属文書にほぼ網羅されています。そこで利用者の状況を見ながら、重要点を文書の記述をもとに口頭で説明します。合わせて疑問点がありそうか、慎重に観察しながら質問・意見等を求めます。このやり取りは、利用者が実際に入所する前におこない、最後に同意の署名を求めています。入所後も、様々な不明事項が利用者・家族等には生まれるのは、十分にありうることと捉え、質問・要望等は歓迎していることも伝えています。</p> <p><b>入所前の問答や調査の内容も参考にして、初回カンファレンスでケアプランを作ります</b></p> <p>入所判定会議で入所決定する前に、各業務の担当部署では入所後の対応をあらかじめ相談しておきます。この打合わせには、入所照会以降の連絡簿の記述、得られている入所者に関する生活情報の記録などが提供されます。入所後の生活では、それまでの生活歴で培った暮らしぶりをどれだけ生かせるかを、常に念頭に置いて支援しています。入所決定すると同時に、ケアカンファレンスを開き、初回ケアプラン作成に進みます。こうして、入所者にとっては、生活の激変感をできる限り静めた雰囲気の中で、新生活が始まります。</p> <p><b>入所直後は、利用者の気持ちと体の安定に配慮し、見回り・声掛けを頻繁にします</b></p> <p>入所直後の多くの利用者にとって不安感が湧いてくるのは否めません。それが強いストレスに進むのを防ぐ役割は、介護者等の「人」が負うべき役割であると考えています。利用者の居室は、ユニット型での個室です。入所直後は、担当者から利用者のもとを訪れ、顔を合わせと声掛けを繰り返します。そのとき感じた利用者の状態とやり取りのことは、対応措置等は、端末機から電子ファイルに書き込み込みます。情報は施設内の共有ファイルになり、各職種で内容を読み取って必要な対応を判断できるようになります。</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
<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		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
<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		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くみを整備している	○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		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
<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		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
<b>サブカテゴリ-3の講評</b>		
<p>所定のアセスメント書式に利用者に必要な支援や課題を記録し、多職種で共有しています</p> <p>利用者の生活状況や心身状況については、3か月に1度を基本としてケアマネジャーが利用者の状況を「ケアチェック表」にまとめています。このケアチェック表により、食事や排泄、入浴、医療面等の項目ごとに必要な支援内容を把握しています。また、機能訓練指導員が利用者の日常生活動作や起居動作などを評価し、利用者の状況や課題を「生活チェックシート」で明確にしています。こうした情報をもとに多職種でカンファレンスを実施し、利用者一人ひとりのニーズや課題を把握してケアプラン作成に反映させています。</p> <p>ケアマネジャーが主体となり利用者や家族の意向を把握し、ケアプランを作成しています</p> <p>利用者や家族の意向はケアマネジャーが主体となり、随時聞き取りを行っています。ケアプランには、他利用者と交流したい、元気に暮らしたい、外出させたいなど利用者や家族の意向が記載されています。ケアプランは3か月に1度、短期目標の実現度合いを評価表に記録し、多職種が集まる担当者会議で見直しています。利用者の状態に変化があった際など緊急に計画を変更する際には、ケアマネジャーが中心となり各部署からの情報を収集して、臨時の会議で計画を変更する体制になっています。</p> <p>利用者の情報は電子カルテの活用や朝礼・夕礼、会議など様々な方法で共有しています</p> <p>ケアプランに沿った支援内容や利用者の様子については、各部署がそれぞれ電子カルテの「ケース記録」に入力しており、1日の記録が時系列で共有できるようになっています。そのほか、共有すべきことや留意事項などを電子カルテの「申し送り」や「突発記録」等に入力しており、職員は出勤すると必ず電子カルテを確認するきまりになっています。また、朝礼・夕礼での多職種での申し送り、各種会議、ユニットでの口頭での申し送りやノートの活用など、様々な方法により利用者の変化を共有しています。</p>		

サブカテゴリ-5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(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><b>利用者が「ノー」と言える機会を作って、日常の支援にあたっています</b></p> <p>個人の意思の尊重がどの利用者に対しても必要であるとして支援に取り組んでいます。その第一歩として、支援行為に対して「ノー」と言える機会を作っています。その前提として、一つ一つの行為にあたって事前にできる限り言葉で説明をしています。利用者の受留めの様子を見てから行為に移っています。こうして利用者は「ノー」と言えるタイミングを得られます。具体的には、食事時に個室から出てこない利用者の事情をじっくりと聞き取ったところ、拒食ではなく個室外が嫌だったと分かりました。食事を個室に持ち込むと納得して完食した例がありました。</p> <p><b>生活の仕方では、最大限その利用者の意思を尊重して支援をしています</b></p> <p>利用者の入所までの生活経験は様々なもので、生活観・価値観も一様ではありません。利用者にとって、施設は新しい生活の場となります。そこでの暮らしは、利用者の意思を最大限尊重することが、その存在の尊厳を尊重することになります。利用者の他人に知られたくない事項があらわにされないのも、職員に課せられた責務です。これらすべてが人権の擁護の構成部分であり、入所契約に含まれた誓約としています。経営層、職員とも人権擁護を日々の行動に表すべく、組織的な学習を計画し、また振り返りに取り組んでいます。</p> <p><b>利用者の羞恥心への配慮は、開設当初から問題意識をもち、取り組んでいます</b></p> <p>利用者の羞恥心への配慮は、個人の秘密の保護と並ぶ大きな問題意識をもって取り組んできました。利用者への無配慮な行動が、心に突き刺さる痛みとなることも多いと受け留めています。利用者にはそれぞれに、職員がにわかには知りえない過去の生活があり生活観があるとして、ケア計画を組み立てています。開設時から、職員との話し合いの中で職員が配慮すべき行為として、排泄と更衣への無配慮もナースコールへ「どうしました」と大声で応えるのを無くそうとしてきました。最近では、職員の意識が個人の尊厳の尊重へと広がっていくのを感じています。</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
	<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		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	
<b>評価項目2</b> サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている		○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている		○非該当
サブカテゴリー6の講評			
<b>施設サービスの水準を高く保つために、開設を待たずに業務手順書の編成に取り組みました</b> 今年度新設の施設であり、同一法人の他施設の経験を参照しながらサービスを始めました。少なくない職員にとって、既存職員の実地例を学びながら仕事に習熟していくという道をたどれない状態にありました。この事情は当然承知していたので、各サービスや施設運営に関する業務マニュアルは、あらかじめの努力の限りを尽くして準備しました。ところが、でき上がったマニュアルの読み取りには、職員によってムラができました。いくつかのマニュアルが想定した基準書としての役割を果たしているとは言い難く、内容と編集の精査が続いています。			
<b>業務水準を高めるために、サービスの実施状態について聞き取りをしています</b> 実際に提供されたサービスが、所定の水準にあるか、また行うことが満足したものになっているか、職場の上司によって聞き取りが随時行われています。担当者にとっては、そのときの上司の助言・指導が、マニュアルの記述と相まって、自己フィードバックになっています。この取り組みが順調に進むことによって、マニュアル基準の学習とその仕方の学習とサービス提供の場面での助言得での学習が結び付いていきます。こうした手段・方法も得て、業務水準を確保する方向へとプロセスが進んで、より高いサービス水準が実現していくと想定できます。			
<b>サービスの基本事項や手順の見直しのために、職員からの意見を聴き取っています</b> サービスの実践の手引書としてマニュアルを位置付けると、職員にとって様々な気付くことが出てきます。業務マニュアルの記述内容と実地の仕事のやり方の双方に対して、職員から意見を伝えるルートは定式化されています。職員は、課題をフロアの主任に伝え、主任はテーマ別のグループ研修に参加して提起して、課題への判断を検討します。これが最も基本的なマニュアル改定と補充のルートとなっています。利用者から、サービスの仕方に新たな提起があると職員が知ったときも同様のルートで検討されることになっています。			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		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>定期的な会議で計画を評価し、自立支援に向けた支援検討や環境設定に取り組んでいます</p> <p>計画に基づいた支援を確認するため、3か月に1度を基本として、多職種が集まる担当者会議でモニタリングをしています。計画書やモニタリングの記録は各ユニットに配付するほか、計画に沿った具体的な支援状況や利用者の様子を電子カルテに記録し、多職種で共有しています。サービス担当者会議の要点や評価表などの記録により、利用者の状況変化や課題改善に対応するため、多職種で利用者の自立支援に向けた支援内容や環境設定を検討している事が確認できました。その他にも、朝礼・夕礼や会議等で留意事項を周知し、計画に基づいた支援に繋げています。</p> <p>居室担当者を決めて、利用者の意向把握や生活の継続性に配慮した支援に役立てています</p> <p>入所時には本人や家族などから利用者の生活歴や趣味などを把握し、支援に反映できるように取り組んでいます。入所後はケアマネジャーを中心に利用者の意向把握に努め、カンファレンス等で状況を共有しています。今年度2月からは居室担当の職員を決定し、一人ひとりの意向把握や、生活の継続性に配慮した支援に役立てています。利用者は入所後も毎朝新聞を読む習慣を続けていたり、好きな麻雀や囲碁をして過ごしています。その他にも、タオル畳みや食器洗い等、役割を持って生活してもらえよう支援しています。</p> <p>日々の申し送りや会議など、多職種で利用者の状況を共有し必要な支援を検討しています</p> <p>3か月に1度を基本として、歯科衛生士、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、生活相談員、ケアマネジャー、ユニットの介護職員など多職種が集まるサービス担当者会議を開催し、利用者に必要な支援について話し合っています。会議開催にあたりケアマネジャーは、事前に利用者の生活状況を観察してADL等を把握すると共に、他職種からの情報をとりまとめ、課題や支援内容を明確にしています。定期的な会議以外にも、日々の申し送りや各種会議、委員会等で多職種が協働して利用者を総合的に支援している事が様々な記録から確認できました。</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>様々な取り組みにより、利用者に応じた食事提供や介助を行っています</p> <p>主食は米飯から刻み粥ゼリー、主菜・副菜も数種類の食形態で提供しています。その他、高血圧食や糖尿病食等の治療食のほか、アレルギー除去食、嗜好や体調の悪い時の代替え食にも柔軟に対応しています。また、利用者の状況に応じて、例えば嚙み癖のある利用者はシリコンタイプのスプーン等を使用するなど、個々に適した自助具を使用しています。評価者訪問時には、職員がキッチンバサミで主菜を食べやすくカットしている介助の場面や利用者が職員の手作りによる踏み台に足を乗せ、正しい姿勢で食事をしている様子を見ることができました。</p> <p>管理栄養士が手作りした付加食を提供するなどして低栄養状態の改善に取り組んでいます</p> <p>3か月に1度、管理栄養士が作成する栄養ケア計画に基づき、低栄養状態のリスクを把握し、多職種が連携して利用者の栄養管理を行っています。リスクが高い利用者は2週間ごと、中度・低度は1か月ごとにモニタリングを実施し、高エネルギープリン・ゼリー・飲料など、手作りの付加食を提供しています。食事の拒否があったり、食欲がない時には、希望に応じてゼリータイプのお粥やアイスクリーム等、のど越しの良いものを提供したり、手作りの経口補給水で水分摂取を促すほか、利用者の好きなものを家族に差し入れてもらうなど工夫しています。</p> <p>計画に基づき、多職種が連携して経口摂取が継続できるように取り組んでいます</p> <p>むせ込み等があり食事が摂れない場合には、多職種で食事状況を観察し、状態に合わせた食事の提供に取り組んでいます。経管栄養の利用者であっても家族等から経口摂取の希望があった際には、言語聴覚士の評価や嚥下訓練に基づき、適宜食形態や食環境の見直しをしている事が「ST報告・依頼書」の記録により確認できました。日々の支援では、経口移行・維持計画に基づき、医師の指示のもと、安全に経口での食事摂取が継続できるよう個々に適した嚥下調整食等を提供しています。</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>利用者の嗜好を反映し、日常の食事を選択できる機会をつくるとなおいかが思われます</p> <p>利用者の嗜好は、管理栄養士のラウンドや定期的実施している食事アンケートで把握しています。アンケートでは、料理の味付けや温度、提供時間、量や品数について満足度を把握しています。また、各ユニットでは、利用者の嗜好に合わせてお茶や珈琲など数種類の飲み物を用意し、好きなものを選択できるほか、数種類の飲み物やおやつを提供するカフェの行事を実施しています。一方、日々の食事では選択の機会がないため、今後は食事アンケートの結果を反映し、例えば、主菜やおやつを数種類の中から選べる機会を作るといかが思われます。</p> <p>郷土料理や行事食の提供、ユニットのおやつ作り等食事を楽しむ機会をつくっています</p> <p>週に1度の郷土料理の日には、例えば香川県のしっぽくや秋田県のきりたんぼ鍋などを提供し、料理の写真や解説をユニット内に掲示して利用者へ伝えていきます。季節行事の一つ、新年祝賀会では「鰯の解体ショー」を実施し、利用者は調理職員が5キロ近い鰯を鮮やかにさばく様子を目の前で鑑賞しました。解体した鰯は握りずし等にして提供し、日常とは違う特別な雰囲気を感じてもらえるようにしています。その他にも、ユニットやフロアごとに、パンケーキやチョコレートなどのおやつ作りを実施し、利用者は好きなフルーツなどを盛り付けています。</p> <p>食事は2時間の幅を設け、汁物をユニットで温めなおしてから提供しています</p> <p>食事時間は2時間の幅を設け、個々の生活リズムやその日の体調により延食などに柔軟に対応しています。食事の席は、利用者の希望を聞いて、例えば仲の良い人同士で集まって食べる事ができるように配慮しています。また、米飯はユニットで炊飯し、汁物はユニットのキッチンで温めなおしてから提供しています。評価者訪問時には、温冷配膳車により厨房から届いた食事をユニットで盛り付け、配膳している場面を見る事ができました。その他、朝食のパンをトースターで温めたり、牛乳を電子レンジで温めるなど個々の好みに応じて提供しています。</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>初回入浴時には機能訓練指導員が入浴動作を確認し、入浴形態を判断しています</p> <p>利用者の状態に合わせ、安全で安心した入浴を提供するため、個浴、チェア浴、寝台浴槽と設備を整えています。初回入浴時には、機能訓練指導員が利用者の入浴動作を確認し、個々に適した入浴形態になっているかを判断しています。ADLの状況ではチェア浴が可能な場合であっても、利用者の不安が大きい場合には、寝台浴で安心して入浴してもらい、その後様子を見ながら徐々に自立性の高い形態に変更しています。施設サービス計画書やケアチェック表により、着脱は自立、更衣の声かけ、洗身一部介助など個々に応じた支援内容を明確にしています。</p> <p>利用者の羞恥心に配慮した支援に努め、週2回を基本として入浴支援を実施しています</p> <p>入浴は週2回以上を基本とし、例えば、午前中の早い時間に入りたいなど利用者の希望があれば柔軟に対応できるように取り組んでいます。入浴の際にはバイタルサインの測定を行い、体調不良で入浴できない場合や入りたくない時には、着替えや清拭等に対応しています。また、利用者の羞恥心に配慮した支援をするため、見守りは最小限に努め、浴室内はドアをしめてカーテンで仕切りをするほか、脱衣所ではバスタオルで身体を覆うなど不必要な露出のないようにしています。</p> <p>利用者の体調や気持ちを優先し、個々に応じた誘導や対応で入浴支援をおこなっています</p> <p>入浴日には利用者の体調や気持ちを優先し、無理に誘導することのないようにしています。認知症の利用者で入浴に気持ちが向かない時には、誘導する時間をずらしたり、声かけの職員を変えるなどタイミングを図っています。利用者に入浴を楽しんでもらうため、好きなにおいのシャンプーを使用したり、好みの温度や浸かる時間など個々に応じた対応に努めていますが、入浴委員会議事録などによると、職員体制など様々な課題により十分とは言えないようです。今後は今以上に個々の意向に応じた入浴支援を実施し、楽しみを増やしていくといかが思われます。</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(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><b>排泄状態に関するスクリーニングを行い、個々の排泄リズムを把握し支援しています</b></p> <p>個々の排尿・排便の状態やおむつ・ポータブルトイレの使用の有無については「排泄の状態に関するスクリーニング・支援計画書」に明記し、定期的な評価を実施して、排泄支援の必要性を判断しています。日々の支援では、日中・夜間の尿量や便の有無、排泄時間などを排泄チェック表や電子カルテに記録し、個々の排泄リズムを把握した上で、トイレ誘導や排泄介助に繋がっています。また、便意や尿意のある利用者には、本人の訴えに沿って、適宜トイレ誘導を行うとともに、食物繊維粉末食品や牛乳等を提供して自然な排泄を促しています。</p> <p><b>排泄介助の際には、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した声かけ・誘導をしています</b></p> <p>排泄支援の際には職員は、日中はおむつやパットをバッグに入れて移動し、周囲に排泄介助をしている事がわからないようにしています。また、トイレ誘導の際には、本人のみに聞こえる声の大きさに対応するほか、排泄中はトイレの外に立ち、見守るようにしています。尿意や便意がある利用者は、居室やトイレ内にあるナースコールを使用してもらうようにしています。なお、職員は入職時にプライバシーに配慮した排泄支援の研修を受けており、日々の支援に役立てています。</p> <p><b>職員は定期的な研修で知識や技術を学び、快適な排泄支援に取り組んでいます</b></p> <p>施設では入職時とその後も適宜、排泄支援に関する研修を実施しています。例えば、おむつ交換についての知識を深めたり、排泄介助のOJTを実施したりしています。排泄向上委員会議事録には、利用者のおむつの当て方や適切なパットの選定について意見交換している事等が確認できました。また、トイレは定時に清掃・消毒する時間を決めてユニットの職員が実施するほか、汚れたら適宜清掃しています。なお、ポータブルトイレ使用後は専用の消臭剤を使用し、臭いを抑制しています。</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(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><b>個々に合わせた移動方法を決定し、できるだけ自力で移動できるよう支援しています</b></p> <p>入所時には機能訓練指導員が多職種と連携し、個々のADLに応じた移動方法を決定しています。例えば、日中はシルバーカー見守り、夜間は車イス対応、独歩見守り、手引き方向等個々の移動方法が各種計画書等に明記されており、職員間で統一した支援ができるようにしています。また、利用者ができるだけ自力で移動できるように例えば、骨折等の状況変化により一時的に車イス移動になる利用者の計画には、ADLの回復状況により徐々に歩行誘導をすることや、本人が伝い歩きできるように居室内に長机を設置すること等を明記し支援しています。</p> <p><b>機能訓練指導員の定期的な評価に基づき、安全な移乗・移動介助を実践しています</b></p> <p>個別機能訓練実施計画書やケアプランには利用者の移乗方法などの留意点を明記し、安全な対応方法を職員間で共有しています。例えば、歩行は自立していても、腰痛や疾病の影響で日により変動がある際には状況により車イス介助、ふらつき見られる時にはリビングまで手引き歩行など具体的な対応方法が記載されています。また、機能訓練指導員の定期的な評価に基づき、移乗時の車イスの位置やベッドの高さ、各種センサーマットの変更など安全な移乗介助の方法を決定し周知にしている事がケース記録等により確認できました。</p> <p><b>利用者の状態にあった車イスを提供し、適宜、清掃・整備をしています</b></p> <p>車イスを必要とする利用者には、普通型・低床型・ティルトリクライニングと3種類のタイプの中から個々の状態にあったものを選定し提供しています。車イスは種類ごとに番号を付け、車イスチェック表に使用状況を記載してリハビリテーション部が管理しています。また、車イスの空気が抜けていないか、シート等が汚れていないかなど簡単な整備や清掃はユニットの介護職員が実施しています。補助具の調整など本格的な整備や清掃は、機能訓練指導員や施設の運転担当職員が行っています。</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(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている	○非該当
●あり ○なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○非該当
評価項目7の講評		
<p><b>個別機能訓練計画を作成し、3か月に1度を基本として評価・見直しをしています</b></p> <p>機能訓練指導員は、入所時と3か月ごとを基本として、利用者の身体評価を実施し、各ユニットの職員と情報共有をしています。この身体評価やカンファレンスの情報をもとに、個別のリハビリプログラムを作成し、3か月に1度見直しをしています。本人や家族には目標や訓練項目、留意事項などが記載された個別機能訓練計画書を配付し説明しています。個別訓練では、居室内移動訓練や屋外での歩行訓練のほか、立位練習や起居練習など日常生活の中で活かせるプログラムを取り入れています。</p> <p><b>機能訓練指導員の体制を整え、専門的リハビリや生活リハビリを充実させています</b></p> <p>施設には常勤の理学療法士1名と作業療法士1名、リハビリ助手3名が在籍するほか、法人から出向の言語聴覚士が月に1回施設を訪れるなど体制を整えています。機能訓練指導員は、それぞれの専門性を活かして個別リハビリや集団リハビリ、集団レクリエーション、生活リハビリ等を実施しています。生活リハビリでは、日常生活動作を中心に例えば、タオル畳みや食器洗いをしてもらったり、他者とのコミュニケーションの一環として麻雀をするなど、日常の中でできる作業や活動の場を提供しています。</p> <p><b>利用者は体操やレクリエーションを楽しみ、職員は福祉用具の使用状況を把握しています</b></p> <p>各フロアで実施する集団リハビリでは、ラジオ体操や音楽体操、ことわざ、クイズなどを実施し、心身機能の維持・向上に役立てています。その他にも集団レクリエーションで施設内の装飾飾りの制作をしたり、個別レクリエーションで編み物やあやとりをするなど余暇の時間を充実させています。各ユニットでは、音楽に合わせて皆で体操をする時もあります。また、福祉用具の管理については、センサーマット・クッション・歩行者等はリハビリテーション部、マットレス等は看護部で使用状況を把握し、利用者に適したものを提供しています。</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(00000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などくみを整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○非該当
評価項目8の講評		
<p><b>多職種が連携して利用者の健康状態を把握し、医療ニーズの高い利用者を支援しています</b></p> <p>利用者の健康を管理するため、バイタルサイン・尿量・排泄状況・食事・水分摂取量などを毎日電子カルテに入力し、多職種で共有しています。看護師は利用者の状況に応じた処置や必要に応じて医療機関への受診同行を行っています。また、褥瘡対策委員会では、多職種が協働して「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」に基づき、皮膚状態の把握及び褥瘡発生リスクを評価し管理にあたっています。経管栄養の利用者は朝・夕に看護師による注入を実施するほか、1日1回はTVの見える場所に移動して離床を促し廃用症候群の予防に努めています。</p> <p><b>口腔ケアと服薬管理については、多職種が連携して適切な対応に取り組んでいます</b></p> <p>定期的に歯科医が施設を訪れ、虫歯の治療や歯石除去、義歯の調整など専門的な口腔ケアを実施しています。歯科衛生士は、利用者一人ひとりと会話をすることを大切に口腔ケアを実施するとともに、介護職員に経管栄養の利用者のケア方法や個々に適した介助方法などを指導しています。また、服薬管理については、看護師と介護職員が利用者ごとにセットされた薬を二重確認するとともに、与薬時には名前を声に出して確認、服薬後は内服チェック表に記入することがユニットマニュアルに記載されています。</p> <p><b>体調急変時の対応や看取りケアの実施にむけ、体制を整えていくと良いかと思われま</b></p> <p>施設には定期的に内科医が往診し、利用者の健康を管理しています。利用者の体調急変時には、日中は看護リーダーへ報告、夜間はオンコール体制をとっている看護師に連絡する体制になっています。今後は職員間で統一した対応ができるように、図式化されたマニュアルなどを作成し各ユニットでいつでも確認できるように常備しておくと思われま。看取りケアについては、現在実施されていませんが、職員は入職時に看取り介護の概要について学んでおり、今後本格的な実施に向けてさらに知識を深めていく事が必要かと思われま。</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>利用者の意向や体調変化、季節などに応じた衣服を選び、更衣支援をしています</b> 起床時・就寝前の更衣支援については、個々の生活習慣を大切に、自分でできる利用者は声かけなどで促し、介助が必要な利用者には、個々に必要な支援を実施しています。声をかけても着替えをしたくない場合には、パジャマの上からカーディガンを羽織ったり、ズボンだけ、靴下だけなどその時の利用者の意向に沿って対応しています。衣服を選ぶ際には本人の意向を優先しつつ、季節に応じた服装になっているか、体調変化によるむくみなどで靴下がきつくないかなど細やかな配慮に努めています。</p> <p><b>職員は利用者の状況に応じて、それぞれの居室で身だしなみを整える支援をしています</b> 全室個室のため、利用者は居室に備えられた洗面台で洗顔や歯磨き、整髪をしています。全介助の利用者には離床時に温かいタオルで顔を拭いたり、ガーゼで目やにをふき取る等しています。その他にも個々に応じて化粧水や乳液をつけたり、爪切りや髭剃り、耳掃除を行っています。また、出張の理美容が施設を訪れる際には、利用者に料金表を見せて意向を聞き取り、カット・シャンプー・カラー髭剃りなど希望に応じた対応をしています。</p> <p><b>活動と休息をバランスよく取り入れて生活リズムを整え、安定した睡眠を確保しています</b> 安定した睡眠を確保する為、日中はリハビリ助手がユニットを回って体操をしたり、塗り絵や脳トレを提供してできるだけ活動的に過ごせるようにしています。全室個室の為、照明を好みの明るさに調整するなど個々に応じた対応が可能です。その他にも、夏には冷却枕を使用したり、眠れない時に温めたミルクを提供するなど個別の対応をしています。また夜間は、利用者に適したオムツやパットを使用し、排泄介助の回数を減らしています。全介助の利用者は夜間の定期的な体位交換のほか、適切なポジショニングにより心身に負担なく眠れるよう支援しています。</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>利用者は麻雀や囲碁をしたり、居室でTVを見るなど、自由に過ごしています</b> 入所時には自立度の高い利用者や認知症の利用者などADLや精神面などを考慮した上でユニットを決定しています。各ユニットのリビングには図書や塗り絵、脳トレを常備するほか、利用者同士で麻雀や囲碁が楽しめるように環境を整えています。全室個室のため、利用者はTV、パソコン、携帯等を持ち込み、インターネットで嗜好品を注文したり、好きなテレビ番組を見るなど自由に過ごしています。今後は利用者が日用品などを自由に購入できる移動販売店の実施を検討しています。</p> <p><b>利用者の意向を反映し、主体的に参加できるレクリエーションを実施しています</b> 6月に開設後、施設行事としては敬老会、秋祭り、運動会、クリスマス会などの季節の行事を実施し、利用者の生活を充実させています。利用者の選手宣誓からスタートした運動会では、紅白のハチマキをまいて玉入れを楽しむ利用者の様子が広報誌に掲載されています。その他にも、お刺身が食べたいという意見を反映し、新年祝賀会では「鯛の解体ショー」を実施した後に握りずしを提供しました。また、日々の体操では利用者の好きな音楽を流すなど利用者の希望を反映した活動を実施しています。</p> <p><b>認知症の利用者が充足感を得られるよう、活動の充実や環境整備に取り組んでいます</b> 各ユニットでは季節や習慣等を感じられる装飾を行い、声かけや誘導により、認知症の利用者が安心して生活できる環境を整えています。また、体操や塗り絵などで日中活動を充実させ、気分転換をしたり、充足感が得られるように支援しています。その他にも、夕方ごろから帰宅願望が強くなったり、不安感を訴える時には、利用者の話しを傾聴し、安心できるような声かけをすることをケアプランに明記して支援内容を統一しています。職員は虐待防止委員会で言葉の拘束について話し合ったり、入職時の研修で認知症のケアを学び知識を深めています。</p>		

11	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		評点(〇〇〇)
	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>コロナ禍の中でも、外出した気分が味わえるような行事を工夫して実施しています</p> <p>開設してから現在まではコロナ禍により遠出などの外出支援はできていませんが、天気の良い日には近隣の公園に出かけたり、車イスの利用者も施設周辺で外気浴をするなど外出の機会を作っています。また、今年のお正月には1階の地域交流スペースに手作りの鳥居やおみくじ、絵馬を作り、初詣に行った気分が味わえるように工夫しました。その他にも、数種類の飲み物や軽食を提供するカフェのレクリエーションで外食気分を楽しめるようにしています。なお、今後は車でドライブを楽しみながらお花見や買い物に出かける外出支援を実施したいと考えています。</p> <p>利用者は近隣の公園に散歩に出かけ、地域住民と挨拶を交わしています</p> <p>利用者はリハビリの一環で機能訓練指導員や介護職員と一緒に近隣の公園まで散歩にでかけており、犬の散歩をしている地域住民や親子などと顔見知りになっています。また、施設の玄関前を通る地域住民とは日常的に挨拶を交わすなど交流しています。現在はコロナ禍により、ボランティア等外部の人の出入りは行っていませんが、今後は1階の地域交流スペースを活用するなどして、地域住民が参加できる施設行事などを実施したいと考えています。</p> <p>地域の資源を活用するなどして、利用者の生活の幅をより広げると良いかと思われま</p> <p>区報や新聞、雑誌などは1階受付や各ユニットに置いているため、イベントなど地域の情報を知る事ができるようにしています。また施設内での期日前投票の他、福祉・介護サービスの諸手続きなどについても、随時利用者や家族に伝え、必要に応じて施設で申請のサポートをしています。現在はコロナ禍により近隣の散歩以外の外出支援はできていませんが、今後は例えば、公共施設や地域のイベント情報など、利用者が活用できる地域資源を把握し、生活の幅を広げる事ができるとなると良いかと思われま</p>			
12	評価項目12 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○非該当
	●あり ○なし	2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している	○非該当
●あり ○なし	3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している	○非該当	
評価項目12の講評			
<p>電話連絡や広報誌、写真の送付などにより、利用者の様子を家族に伝えています</p> <p>利用者の状況に変化があった場合には、生活相談員やケアマネジャーが家族等に電話連絡を行うなどして信頼関係の構築に努めています。病院への受診など体調面での留意事項は必要に応じて看護師が家族へ状況を伝えています。家族とのやり取りについてはケース記録や支援経過等に記録し、職員間で共有しています。その他にも、ホームページや法人が発行する広報誌に利用者の様子を掲載し、家族等に見てもらえるようにしています。また、利用者の日常の様子を書面にして写真と共に家族に郵送しています。</p> <p>ガラス越し面会やオンライン面会により、利用者と家族が交流できる機会を設けています</p> <p>現在はコロナ禍のため、対面での面会は中止していますが、施設内の地域交流スペースでガラス越しでの面会のほか、オンライン面会を実施し家族と交流できる機会を設けています。オンライン面会は午前と午後で時間を設定し、遠方にいる家族とも、顔を見てゆっくり話ができるよう環境を整えています。また、利用者のケアプラン更新の際には、ケアマネジャーや生活相談員が家族から利用者の支援についての要望などを聞き取ったり、ガラス越し面会等で家族が施設を訪れた際には意向の把握に努めています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	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①	利用者が主体的に参加できる行事を実施し、日常生活を豊かにしています	
内容①	6月開設後、敬老会、秋祭り、運動会、クリスマス会などの季節行事を実施し、利用者の生活を充実させています。運動会では、玉入れの玉づくりやハチマキのアイロンがけ等、準備の段階から利用者が参加し、当日には紅白のハチマキをまき、玉入れを楽しむ利用者の様子が広報誌により確認できました。その他にも、利用者の意向を反映した「鰯の解体ショー」での握り寿司提供、利用者が鈴とマラカスを持って演奏を楽しむクリスマス会のほか、ユニットでの様々なおやつ作りなど、利用者が主体的に参加できる行事を多数実施して日常を豊かにしています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	5-1-3	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
タイトル②	機会を捉えて職員の育成に努め職員と組織の能力向上を図っています	
内容②	新人や転職者に対して各自の経験やスキルを踏まえて、介助等の利用者支援を単独で行えるようOJTで指導しています。また計画的に開催される委員会では、各分野に関連する研修会を行い、実践に即した体験型研修により事業所のサービスの質向上に努めています。各職員はこれらの内容を復命書に記録し学びや気づきを共有化し組織全体の能力向上を図っています。なおキャリアパスや個人別育成計画を整備し、専門性を活かした職務配置を進める等、職員の意欲や働き甲斐の向上を通じて職員の定着化を図り人材育成に努める取り組みを推奨します。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-2	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
タイトル③	手作りの付加食や自助具の活用、食形態の見直し等により食事を支援しています	
内容③	栄養ケア計画に基づき、多職種で栄養量の調整、食形態・食環境の見直し、付加食の追加等を行い、個々に適した食事を提供しています。評価者訪問時には、職員がキッチンバサミで主菜を食べやすくカットしている介助の場面や職員が手作りした踏み台に足を乗せ、正しい姿勢で食事をしている利用者の様子を見る事ができました。また、経管栄養の利用者が家族等の意向により、言語聴覚士による評価や嚥下訓練を行い経口摂取に取り組んでいる例もあります。なお施設で提供する付加食は、高エネルギーゼリー、プリン等手作りのものを提供しています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者の個人の尊厳、生活習慣、羞恥心に配慮した行動が、サービスの現場で徹底するように、組織的な学習を進めています
	内容	この施設では、ビジョンと基本方針の五大柱の一つで、「個々の人格、尊厳を尊重し、やさしさの伝わる介護を提供する」としています。その中心理念は、人はだれでも生まれながらの基本的な人権を持つ、です。サービスのどの場面においても、この理念を職員が守り抜き、人権についての学習活動を重ね、職員自身が自分自身の自発的発想で行動できるように職員教育に努めています。求められている行動基準の柱は、サービスの各場面で、利用者の意思・意向を確かめながら行動すること、自分と同じ人格を持った存在としての関係を持つこととしています。
2	タイトル	リハビリ助手が中心となり、体操や制作など様々な活動を提供し、生活の質を高めています
	内容	各フロアで実施する集団リハビリでは、ラジオ体操や音楽体操、ことわざ、クイズなどを実施し、心身機能の維持・向上に役立てています。その他、集団レクリエーションで施設内の装飾飾りの制作をしたり、個別レクリエーションで編み物やあやとりをするなど余暇の時間を充実させています。また、経管栄養の利用者等介護度の高い利用者も、大きな窓のある1階の地域交流スペースで実施する体操の輪に入り、雰囲気を楽しんでいます。こうした様々な取り組みは利用者のQOL(生活の質)の向上に繋がっています。
3	タイトル	市販の介護情報総合管理システムを導入し、職員の記録作業の省力化と組織全域での情報共有を高い質で実現しました
	内容	市販パッケージによる介護情報総合デジタル管理システムを、施設開設当初から活用しています。その結果、介護現場では情報利用の速度が大幅に進み、また施設全体で介護現場の情報が多職種で共有されています。具体例では、介護職員が利用者の状態を端末機から入力すると、直ちに個人ファイルに格納されさらに指定された別ファイルにも反映されます。このように紙媒体による情報伝達とは比べようもないほど情報が生かされ、サービスに利用されます。担当職員にとっては、習熟度合いに応じて事務管理作業から開放される効果があります。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	委員会や会議体の役割、関連性やそれぞれの進め方について体系化して文書化し組織全体で共有することが望まれます
	内容	開設後間もないため事業所運営の仕組みや体制構築の取組みを進めています。軸としての運営委員会と実践に繋ぐ分野別の各委員会で情報の集約と活用を協議し決定しています。さらにフロア会議、ユニットリーダー会議等で日々の現場の情報をフォローし事業計画の実現に努めています。これら委員会や会議体等について体系化し、各運用を手順書、マニュアルとして文書化し、その役割と関連性やそれぞれの進め方を判り易くして事業所全体で共有することが事業所の円滑な運用と職員の能力向上にも繋がると思います。
2	タイトル	利用者が心地よく過ごせ職員が効率的に活動できるよう施設内に仮置きされている備品、資材の整理整頓を進めることを推奨します
	内容	居住フロアのホール部分で備品や資材の仮置きが見られました。また、利用者に対する爪切り介護も実施されていました。利用者が心地よく過ごすためのスペース確保や職員が効率的にサービス提供できるように、本来空間として設計されたエリアの恒常的な確保が望まれます。備品や資材は、都度必要なものと不要なものに仕分けし、必要なものはすぐに使えるよう整頓し、清掃を励行し、清潔な状態を維持することを推奨します。開所初期においてこの活動を定着させることは、事業所運営に有効な手段となることが期待されます。
3	タイトル	事業所を取り巻くリスクを幅広い視点から抽出し、優先度や必要とされる資源を検討したうえで、計画的に取り組むことを推奨します
	内容	事業所を取り囲むリスクは災害の他に感染症や事故や侵入、経営環境等多岐にわたります。現在は、地震対策を優先して進めていますが、その他のリスクも潜在的な脅威であり、いつ発生するかもしれません。これらのリスクについては、予め準備しておくことで事故の発災や事象発生時の被害の低減や迅速な復旧が期待できますので、幅広いBCP計画の策定を推奨します。なお、計画は実行、検証、修正を繰り返し、優先度や必要資源を都度見直すことで精度が向上しますので、計画的な取り組みが望まれます。