

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和3年度】

2022年3月31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

〒 101-0041
所在地 東京都千代田区神田須田町1丁目9番
相鉄神田須田町ビル203号

評価機関名 株式会社 福祉規格総合研究所

認証評価機関番号

機構 03 - 109

電話番号 03-3258-0348

代表者氏名 代表取締役 林 俊哉



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	林 俊哉	経営	H0202012
	②	杉山 麻衣子	福祉	H0901016
	③	大橋 玲子	福祉	H2101081
	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	にしき苑		指定番号	1373100047
事業所連絡先	〒	185-0014		
	所在地	東京都国分寺市東恋ヶ窪2丁目22番地38		
	TEL	042-327-2225		
事業所代表者氏名	施設長 由里 一樹			
契約日	2021年 10月 18日			
利用者調査票配付日(実施日)	2022年 2月 14日			
利用者調査結果報告日	2022年 2月 28日			
自己評価の調査票配付日	2022年 1月 14日			
自己評価結果報告日	2022年 2月 28日			
訪問調査日	2022年 3月 29日			
評価合議日	2022年 3月 29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)	利用者調査は当日在籍する利用者全員を対象としつつ、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を考慮し、予め事業所と協議の上で選んでいただいた7名の方からお話をうかがった。 訪問調査は社会福祉士や介護支援専門員の資格を持つ調査員を中心に配置しオンラインで実施した。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

2022年 3月 31日

事業者代表者氏名

施設長 由里 一樹



1	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>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"> 1) 高齢者の尊厳 2) 高品質のサービスの実施 3) 自立した日常生活を守る 4) 自己研鑽 5) 地域福祉の向上
2	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>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>プロとしての自覚と誇りを持ち、仕事に真剣に取り組む チームワークを大切に協力する 介護に対して楽しさを持って仕事に取り組む</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>ご利用者の権利を尊重し、笑顔と優しい言葉で接して欲しい プロとしての意識を高め、常に自己研鑽に努める</p>

調査対象

当日在籍する利用者全員を対象としつつ、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を考慮し、予め事業所と協議の上で選んでいただいた7名の方からお話をうかがった。

調査方法

利用者調査は2名の聞き取り担当者と観察担当者1名で実施した。職員による誘導の協力を得てお話をうかがった。

利用者総数

77

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	77	77
0	7	7
0.0	9.1	9.1

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

聞き取り調査は、7名の利用者より回答を得ることができた。一部「無回答」の割合が高い項目もあるが、食事・過ごし方の設問で回答者の全員が「はい」と回答している。
施設に対する総合的な感想では、「大変満足」が1名、「満足」が5名、「どちらともいえない」が1名、以下「不満」、「大変不満」がゼロであった。
自由意見では、「感謝感謝です。よく見てくれます」、「今のままでいいです」等のコメントがあった。

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	7	0	0	0
回答者全員が「はい」としている。「美味しいですよ。何でも食べます。食べやすいです」等のコメントがあった。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	6	0	0	1
「無回答・非該当」とした回答者を除き全員が「はい」としている。「入浴、手伝いしてくれる」、「トイレの時は手伝ってもらっています」等のコメントがあった。				
3. 施設の生活はくつろげるか	7	0	0	0
回答者全員が「はい」としている。「食堂でテレビ見ている」、「コロナの影響で活動はないね」等のコメントがあった。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にしているか	3	1	0	3
具体的なコメントは挙げられていない。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	6	0	0	1
「無回答・非該当」とした回答者を除き全員が「はい」としている。「業者の人が掃除してくれる」等のコメントがあった。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	6	0	0	1
「無回答・非該当」とした回答者を除き全員が「はい」としている。「一生懸命やってくれています」、「親切です」等のコメントがあった。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	5	0	0	2
「無回答・非該当」とした回答者を除き全員が「はい」としている。「お医者さんも来ます」等のコメントがあった。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	4	1	0	2
「他の人のことは、何かあれば職員に言います。職員は気にかけてくれている」等のコメントがあった。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	5	1	0	1
具体的なコメントは挙げられていない。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	4	0	0	3
「無回答・非該当」とした回答者を除き全員が「はい」としている。「お風呂の時、最初は恥ずかしかったけど、慣れました。気をつけてくれます」等のコメントがあった。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	1	0	0	6
1名を除く回答者全員が「無回答・非該当」としている。具体的なコメントは挙げられていない。				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	0	0	0	7
全員の回答者が「無回答・非該当」としている。具体的なコメントは挙げられていない。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	4	1	0	2
「不満な時は言います」等のコメントがあった。				
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	1	5
具体的なコメントは挙げられていない。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている ○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝える ○非該当
	カテゴリ1の講評	
	基本理念・基本方針を周知するため小型カードサイズにして職員に配布している 理念・基本方針およびサービス提供方針を定めて事業計画書に示してフロア会議で説明している。事業計画書は施設入り口に置き、誰でも閲覧できるようにしている。理念等を周知するため、カードサイズにして職員に配布している。施設入り口やパンフレット、ホームページなどに理念・基本方針などを掲載し、利用者、家族、地域関係者、ボランティアなどに広く伝えている。また、利用者およびその家族に対しては入所面接時に重要事項説明書やパンフレット等を使用して説明をしている。	
	経営層の役割と責任について、各部門長が出席する月例会議や朝礼などで伝えている 経営層の自らの役割と責任については、運営規程、職務権限規程などでそれぞれの役割を明示している。経営層から担当者に至るまで、各人の職務分担や指示命令系統は明確となっている。各部門長が出席する月例会議や朝礼で伝えている。施設長が各種会議や委員会に可能な限り参加するなど役割と責任に基づいて行動している。理事長は目標管理制度を活用して職員との個人面接で職員一人ひとりの要望や意見を聴取するなどして取り組むべき方向性を提示しながら、チームワークの良い職員集団を作り上げるよう心がけている。	
	重要な決定事項は朝礼や会議で報告するほか、ホワイトボードを活用して周知している 重要な案件に関する決定手順は、理事会・評議員会の要審議事項および理事長・常務理事・施設長の専決事項について定款細則に一覧表により明確に定められている。決定事項は朝礼をはじめ、会議や各種委員会で報告または議事録を回覧することによりその内容と決定経緯について職員に周知している。全職員が見ることのできるホワイトボードへの掲示をして周知している。また、利用者などに対する重要な案件に関する決定事項については、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている。	

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
カテゴリー2の講評		
<p>利用開始時および施設サービス計画作成時に利用者や家族の意向や要望の確認をしている</p> <p>利用開始時および施設サービス計画作成時に利用者やその家族の意向や要望の確認をしている。日常で利用者との関わりの中で出た意向などは、記録して利用者の様子や訴えなどとともに職員間での共有を図っている。また、面会時において直接家族と意見交換ができる機会を必要に応じて設けている。また、第三者評価での利用者調査や意見箱など様々な方法で利用者の意向の把握をして利用者へのサービスの向上や業務改善につなげている。その他、嗜好調査などで利用者の要望等を聞き取る機会を設けている。</p> <p>職員の意向確認を実施して、働きやすい職場となるよう改善に取り組んでいる</p> <p>事業所運営に対する職員の意向については、目標管理シートの作成や面談、各種会議・委員会での意見交換などで把握に努めている。日常的にコミュニケーションを図り、職員の意向確認を実施して働きやすい職場となるよう改善に取り組んでいる。また、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所から地域の福祉ニーズについての情報を収集している。施設長会や分科会への出席、業界紙などを購読していち早く関連する情報を収集するよう努めている。</p> <p>事業計画・事業報告ともに部署ごとに策定されている</p> <p>事業計画策定スケジュールに沿って中長期的な展望を考慮して事業計画書の策定を行っている。基本方針および活動方針を受けて掲げた重点目標の達成に向けて、基本目標・実施計画を立案し、部署ごとに検討したものが集約され、総務課による再検討および決定したものを事業計画画としてまとめている。部署ごとの目標に対する実績は月例会議で報告し確認している。計画推進にあたり、進捗状況の確認を月次報告や予算執行状況により確認をしている。</p>		

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

評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○非該当

カテゴリー3の講評

守るべき法、規範、倫理は就業規則内の服務規程で明示し、職員の入職時に説明している
 職員が守るべき法、規範、倫理は、就業規則内の服務規程で明示しており、職員の入職時に行われるオリエンテーションにおいて説明している。また、施設長により職員会議などで全職員へコンプライアンスの徹底を呼びかけ意識向上に努めている。虐待防止委員会などの委員会において検討してマニュアルの作成を進めている。基本的なマナーなどは各ワーカー室の掲示板に掲示して、常に目にすることにより徹底するよう取り組んでいる。また、オンラインでの権利擁護やマナーに関する研修を取り入れ徹底を図っている。

苦情解決制度について、入所時に重要事項説明書を使い説明する手順となっている
 苦情解決制度について、入所時に重要事項説明書を使い利用者に説明する手順となっている。要望・苦情解決として苦情窓口を設置するとともに事業所内に苦情対応の仕組みを掲示している。苦情窓口の総務課職員が手順書に基づいて、即時、関係職員で対応を協議するとともに定期的に開催される委員会で全体的な苦情対応および解決を行う仕組みとなっている。また、毎月介護保険等領収書を家族に対して発送する際に必ず「苦情申出書」を同封している。事業所以外の相談先として第三者委員を3名任命し、事業所入り口に掲示している。

様々な外部の機関を活用して施設の透明性を保つ取り組みをしている
 施設の透明性を保つ取り組みとして、福祉サービス第三者評価事業の利用者調査と事業評価を計画的に組み合わせ実施している。また、情報の公表制度や行政指導検査や会計事務所による会計指導、社会保険労務士の関与など外部の機関を利用することにより施設の透明性の確保を図っている。地域の一員としての高齢者施設を理解してもらう上で施設見学のきっかけとして、秋に文化祭(利用者の作品展示や屋台など)を開催したり、近隣の小学校の施設見学も積極的に受け入れを実施していた。

カテゴリー4

4 リスクマネジメント

サブカテゴリー1(4-1)

リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 **5/5**

評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当

サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	○非該当
●あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○非該当
カテゴリ4の講評		
<p>「ヒヤリハット報告書」の様式を変更し、よりタイムリーに対応できるようにしている</p> <p>業務の中で生じた事故事例に関しては「事故報告書」、事故に至る可能性のあった事例に関しては「ヒヤリハット報告書」にて報告されている。今年度は職員の提言により様式をシンプルにし、よりタイムリーに情報共有できるようにしている。この報告の内容を「リスクマネジメント委員会」で分析・把握・検討を実施し、安全性に配慮した支援が提供できるよう努めている。「ヒヤリハット報告書」「事故報告書」など残された記録を基にフロアなどで振り返りを実施し、対応の効果と評価が検証できる仕組みを整えている。</p> <p>パスワードを設定してアクセス範囲を個々に制限し、セキュリティの強化を図っている</p> <p>情報の重要性を認識しており利用者の個人情報のほか、職員個人情報についても担当者を任命して、管理の徹底を図っている。パソコンではパスワードを設定してアクセスできる範囲を個々に制限しており、セキュリティの強化を図っている。収集した情報はパソコン内で共有している。データでの保管と紙ベースでの保管するものを明確に区分している。紙ベースで保管する記録は必要な時に閲覧・利用ができるように項目ごとにファイルに整理しており、随時更新をしていく仕組みとなっている。</p> <p>個人情報の保護に関する基本方針・利用目的を掲示するなどして、周知を図っている</p> <p>個人情報の保護に関する基本方針・利用目的を施設内に掲示するほか、ホームページにもプライバシーポリシーを掲載して周知を図っている。個人情報保護に関する規程を制定して、管理体制を整備しており、個々のケースに対応する体制を構築している。職員に対しては入職時に「個人情報に関する誓約書」にて説明し、個別に誓約書を徴収するなどして意識向上に努めている。また、実習生やボランティアにはオリエンテーション時に説明を行い、個人情報の保護について説明し、周知徹底に努めている。</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 6/12
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(00)
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(00)
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(○●●●)
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	○非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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	○非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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	○非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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	○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(○●●●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	○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	○非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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	○非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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	○非該当
サブカテゴリー2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 2/3
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(○○●)
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	○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	○非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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	○非該当
カテゴリー5の講評		
職員の定着を進めて離職を減らすための取り組みを開始している 人事制度に関する方針は、就業規則などに示している。職員の採用にあたっては、求人広告やインターネットを活用して募集している。採用面接時に必要とする人材像であるかを重視して判断している。常勤・パート・アルバイト・派遣など様々な雇用形態で適材適所の配置となるように取り組んでいる。職員一人ひとりが年度の初めにそれぞれ目標を立て1年後の達成度を評価する目標管理シートを活用し、成果を確認する目標制度を導入している。今後、目標管理シートの精度を上げて、職員のモチベーション向上に取り組もうと考えている。		
内外部の研修の機会を設け、職員が知識や技術を身につけられるように配慮している 内部研修・外部研修の機会を設け、職員が一定レベルの知識や技術を身につけられるように配慮している。職員は各部署ごとに自主的な勉強会を行っており、看護課・処遇課など協働で専門的な知見を踏まえた勉強会を実施している。新型コロナウイルス感染症対策による外部および内部の集合研修や勉強会の開催が難しい状況と判断してWeb研修を取り入れている。可能な限りの勤務調整をし、希望者を受講させている。受講後は報告書の提出を義務付けている。集合研修が難しい状況であるため、報告書の回覧により研修成果の共有を図っている。		
キャリアパスの説明会や資料を配布し、職員が将来の展望を描けるよう取り組んでいる 職務要件書や等級制度が整備され、わかりやすいキャリアパス制度を作っている。キャリアパス制度の説明会および資料の配布を実施して職員が将来の展望を描けるよう取り組んでいる。また、健康診断時に腰痛健診も組み込んで実施している。年1回のストレスチェックも実施している。永年勤続表彰、職員レクリエーションにおける費用の半額負担、年間休日数の選択制度の導入など福利厚生の実現に取り組むことで職員の定着率向上を図っている。		

カテゴリ7	
7 事業所の重要課題に対する組織的な活動	
サブカテゴリ1(7-1)	
事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている	
<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>技術・知識・意識の向上を目的とする研修を実施していくことを目標とした。改めて基礎・基本からしっかりと学ぶ機会を作っていく、職員の能力向上につなげて、利用者へのサービス向上を図る。外部講師も積極的に活用していく。</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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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)</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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>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>技術・知識・意識の向上を目的とする研修について、新型コロナウイルス感染症の流行や緊急事態宣言、蔓延防止措置などの影響により計画通りには実施できなかった。しかし、Web研修を取り入れオンラインでの実施により補うことができている。</p> <p>技術・知識・意識の向上を目的とする研修について今後もオンラインでの研修も考慮して実施していくことを検討している。</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)

職員の採用と定着率を向上を図ることを目的とした。

介護機器の導入による介護職員の負担軽減、採用活動のほか、人材紹介を利用した職員の増員、表彰・レク補助、人事制度の見直し、キャリアパス制度の導入、年間休日日数の選択制度の導入など福利厚生の充実を図っていく。

目標の設定と取り組み	<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
取り組みの検証	<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、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む)<input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<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

介護機器の導入については、職員よりの希望がまともに見送っている。人員不足の解消と介護職員の負担軽減のための採用活動の充実を図った。人材紹介会社も積極的に活用して常勤職員の採用につながっている。福祉厚生への充実にも取り組んでいる。永年勤続表彰の実施、キャリアパス制度の開始、年間休日日数の選択制度の導入が実施できている。その結果、職員の定着率が改善されている。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリー1	
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
	評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している	評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目
	●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
	○非該当	
	サブカテゴリー1の講評	
	<p>パンフレットやホームページなどを活用して施設の情報をわかりやすく提供している</p> <p>施設の情報を外部へ提供する主なものとして紙媒体のパンフレット、インターネット上の施設のホームページなどがある。パンフレットでは開設の経過から特色・理念・方針が簡潔に示され、介護老人福祉施設としての事業について説明されている。施設内の写真と平面図が掲載され、直接訪問できなくても、どのような設備が整っているかをある程度知ることができる構成になっている。パンフレットは特養以外にも法人全体を一括して案内する形式となっており、施設周辺の略地図と交通アクセスなどの必要情報も掲載している。駅からの道順を示した写真もある。</p> <p>ホームページでは利用希望者や介護支援専門員等の外部機関に向けて情報を発信している</p> <p>ホームページは利用希望者や就職希望者が見やすい画面となるよう工夫されており、特別養護老人ホームだけではなくショートステイやデイサービス、訪問介護、居宅介護支援などの事業別にどこからでも閲覧できる形式になっている。定期的に更新し、新着情報として最新のお知らせを随時掲載しており、介護支援専門員等の外部機関への連絡ツールにもなっている。日記的なウェブサイト(ブログ)もあり、季節ごとの行事の様子やその時々施設の状況を確認することができる。</p> <p>問い合わせや入所相談は相談希望者の意向に沿った日程で対応できる体制を作っている</p> <p>見学や入所相談について以前は定期的に月2回、入所説明会を開催していたが、新型コロナウイルス拡大の影響で現在は見学の受け入れや説明会開催は見合わせている。問い合わせは電話やメールなどで随時受け付け、生活相談員が個別に対応している。感染予防に配慮し、施設1階の玄関でパンフレットや写真を使って施設や入所後の生活について説明をしている。土日は生活相談員が休みのため管理者などが対応する体制を作っており、来苑の日時は相談希望者の都合に合わせて設定することができる。対応の経過は生活相談員日誌に記録している。</p>	

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	6/6
2	サービスの開始・終了時の対応		
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		○非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		○非該当
サブカテゴリ-2の講評			
<p>「利用者のしおり」を活用し入所後の生活やサービス内容について説明している</p> <p>入所に向けた準備として生活相談員を中心に利用者の様子に合わせて介護課長や看護職が加わってチームを作り、利用者宅もしくは入所入院先を訪問して面接をしている。利用者の情報を収集するとともに、利用者本人と家族等に対して「利用者のしおり」を活用して契約書および重要事項説明書に記載した内容を説明している。契約書には利用者・家族が説明を聞いた旨をチェックする項目を設けている。利用者負担金等については契約書別紙に詳しく掲載しており、丁寧に説明し理解を得てからそれぞれの書類に署名捺印をしてもらっている。</p> <p>重点的な様子観察と申し送りにより、利用開始直後の不安を軽減できるようにしている</p> <p>新規利用者の面接で聞き取った入所前の生活環境や生活歴に関する情報はフェイスシートや入所時面接記録に記載し、入所後の支援につなげている。利用開始直後には新規利用者の不安やストレスの軽減を図るため、1週間ほどは重点的に利用者の様子を観察し、その情報を全職員が共有できるよう申し送り等で毎日確認している。介護職員はこまめな声かけや話の傾聴、苑内の散歩などの対応を行い、生活相談員は利用者の家族と連絡を密にとり、時には面会の依頼や利用者や家族の電話連絡を設定するなどして入所生活へのスムーズな移行を支援している。</p> <p>サービスの終了時には利用者、家族の意向を最大限尊重した支援をしている</p> <p>長期入院等で退所となる場合には入院先医療機関と連携し時期を見計らって利用者や家族への説明をして、退所後の相談に応じている。長期療養が見込まれる利用者には治療が終了し、介護施設での生活が可能になれば再度入所できることを説明している。他施設への移行や在宅復帰の場合は看護と介護、双方から必要な情報をまとめて、移行先の担当者へ引き継いでいる。終末期は利用者、家族の意向を最大限尊重し、できるだけ施設で生活したいとの希望があれば、提携医療機関の協力を得ながら、一日でも長く施設生活を続けられるよう支援している。</p>			

サブカテゴリ-3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 10/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、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
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当
サブカテゴリ-3の講評		
利用者の状況に応じた施設サービス計画を作成し、定期的な見直しを実施している 施設サービス計画は個々の利用者のニーズを把握し、専門職間のカンファレンスを経て作成している。利用者ニーズは利用者との面接で確認したり、担当介護職員の日々の報告や記録を通して生活相談員が把握し、併せて利用者家族の意向を聞き取り計画書に反映させている。過剰な目標ではなく利用者の現状に即した堅実な内容になるよう心がけている。作成した計画は家族に送付し内容に同意を得ている。計画書は半年から1年ごとに更新するほか、退院時や身体状況に変化があった際に作成し直し、利用者の状況に応じた支援につなげている。 パソコンソフトやタブレット端末を活用して利用者情報を記録している 利用者一人ひとりのケースファイルには①フェイスシート(生活相談員作成)、②施設サービス計画、③ケース記録、④排泄などのチェック表類が綴られている。ケース記録はパソコンを使用して入力するほか、タブレット端末の導入により場所を選ばず、随時の入力が可能になっている。施設内にLAN(ローカルエリアネットワーク)があり、介護や生活相談員等の各部署から記録等の内容を確認することができる。また紙媒体でファイリングしたものは介護ステーション内で保管し、必要に応じて職員が閲覧できるようにしている。 申し送りを朝・昼・夕に実施し、利用者に関する情報を職員間で共有している 毎日、朝・昼・夕ごとに申し送りを実施し、利用者に変化があった場合の情報などを職員間で共有している。当日出勤していない職員に向け、申し送りの内容をノートに記載している。職員が常勤、非常勤の勤務形態に関わらず、業務に入る前に申し送りファイル、日誌、施設全体に係る申し送りノートに目を通す仕組みを構築して情報の共有に取り組んでいる。		

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、利用者の同意を得ようとしている	○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇)
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> 法人の個人情報保護方針に基づき、利用者のプライバシー保護に努めている 利用者の個人情報の取り扱いに関して、ホームページ上に法人の個人情報保護方針を掲載している。利用者や家族には利用契約締結時に説明をして、利用者側の同意を得ている。ホームページに利用者が参加する行事の写真を掲載する時には、個人が特定できないように加工を施している。利用者個人宛の文書は、開封せずに家族に連絡するか本人に渡すことを基本としている。本人からの希望があった場合など、状況によってはその場で開封をして文書の内容を職員と一緒に確認することもある。 </p> <p> 業務マニュアルに基づき利用者の羞恥心に配慮した支援を提供している 日常の業務中における利用者のプライバシーの保護については業務マニュアルに明記され、マニュアルに基づき、排泄や入浴の際の羞恥心に配慮した支援を実施している。排泄介助については排泄チェック表を利用者の目に触れないように管理しており、職員間で利用者の排泄状況を報告しあうときは数字などを暗号化して用いている。入浴を待つ間はタオルをかけ、浴室のカーテンを二重にして羞恥心に配慮している。居室は多床室が中心でプライバシーの保護には難しさもある中、プライベートな空間を確保できるよう努めている。 </p> <p> 利用者の気持ちを大切にサービス提供ができるように心がけている 利用者一人ひとりを大切にする支援のため研修や日常業務の振り返りに力を入れている。接遇マナーに関しては外部研修を受講し、法人や施設内の常識に留まらない内容を学び、日常の支援に活かしている。また、毎日の業務の引き継ぎ時などに、業務上の気になる点について振り返りを実施している。入浴を拒否する利用者には職員を替えて対応したり、利用者自身で衣類を選択しやすいよう提示したり、利用者の意向や価値観を尊重した支援を心がけている。 </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		
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>マニュアルが作成されており、業務の基本事項等を明確にしている</p> <p>業務の基本事項等を明示したマニュアルが作成されている。項目としては、「食事」、「排泄」、「緊急時の対応」、「入居者変動時の連絡」、「受診・救急対応」、「遺留品整理・チェック表作成」、「嘔吐物処理手順」、「虐待防止」などがあり、規定された内容に基づいて支援を展開している。業務マニュアルは介護環境や状況の変化に応じて各係の意見を取り入れ、随時、改訂している。マニュアルはサービスステーションに置かれているほか、パソコン内にも保存されており、各職員が利用しやすい形で内容を確認することができる。</p> <p>研修やミーティング、面接などにより、支援内容の向上や標準化に取り組んでいる</p> <p>例年より、技術、知識、意識の向上を目的に研修を企画、実施している。看護課による自主学習会では全職員が統一したサービス提供に向け、感染予防研修、手洗い研修を実施している。2ヶ月に1回開催するフロアミーティングでは、サービス提供や利用者対応について、その時点の現状と問題点を確認し次回のミーティングまでの目標を設定し、改善に向け取り組んでいる。新入職員へはOJT(現任研修)を実施し育成に努めている。支援の過程で気になる点が見られる職員については介護課長が面接をして、必要に応じて施設長も同席し改善を図っている。</p>			

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													
		42 / 43													
1	<p>評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている	○非該当		
評価	標準項目														
●あり ○なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている	○非該当													
●あり ○なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている	○非該当													
●あり ○なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている	○非該当													
評価項目1の講評															
<p>施設サービス計画を基に利用者の状況に見合ったサービスの提供に努めている</p> <p>施設サービス計画は利用者一人ひとりの意向を取り入れ、機能低下を防ぎ、安定した生活を維持する視点で作成している。その計画に基づき支援を展開し、それぞれの利用者の排泄や食事、入浴、口腔ケア、リハビリの状況などについて経過を確認している。日常生活の各動作はチェック表を用いるなどして状態の変化を把握し、必要に応じて計画の見直しや変更を行い支援に反映させている。業務の一連の流れを滞りなく進めることと個別支援のバランスに配慮している。</p> <p>利用開始前の利用者の生活歴を把握して、その人らしい生活が送れるように努めている</p> <p>利用開始前の利用者の生活歴や生活習慣、趣味、嗜好を把握して、できる限り生活の継続性を踏まえた支援を提供できるよう努めている。居室は入所前の生活環境や利用者の状態に合わせベッドを低床にしたリマットレスを変更したりしている。給食では食習慣や嗜好の違いに代替食で対応している。個人購読する新聞などは、自由に契約することができる。利用者の重度化が進む中、今後は職員の充足や介護技術の習熟により、さらに個性に応じた支援を実践したいと考えている。</p> <p>利用者との絆を大切にしたい支援を目指し、ユニットケアを取り入れている</p> <p>利用者の支援は介護職員・看護職員・機能訓練士・栄養士等が連携をとりチームケアを実施し、利用者との絆を大切にしたい支援を目指している。多職種間でのカンファレンスでは、利用者の日常生活動作能力に合わせた介助を統一して実践するよう検討している。平成18(2006)年よりユニットケア施設を新たに開設し、定員90名のうち20名がユニットケア対応となっている。ユニットでも利用者の重度化に合わせてケアの内容を少しずつ変えながら、家庭的な雰囲気の中、利用者が安心して過ごせるよう支援している。</p>															
2	<p>評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている	○非該当		
評価	標準項目														
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている	○非該当													
●あり ○なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている	○非該当													
●あり ○なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている	○非該当													
評価項目2の講評															
<p>個々の嚥下状態や病状、嗜好等に合わせ、食事形態の工夫や代替食の提供を行っている</p> <p>食事の形態は主食は、常食・粥・ミキサー、副食は、常食・やわらか食・ソフト食・ペースト食で対応している。やわらか食はきざみ状態の食材をさらに食べやすく調理したものとなっている。特別食は糖尿食・鉄欠乏性貧血食・塩分制限食・たんぱく制限食などに対応している。アレルギーや代替食についても対応しており、食べられない食品や料理の代わりとなるものについては、同等の栄養素を補充できるような栄養補助食品の選択に努めている。また、生活習慣や食習慣、嗜好に合わせた代替食にも対応している。</p> <p>日々の様子を確認し、体調変化等に応じた柔軟な食事提供が可能な体制を整えている</p> <p>調理は施設直営で行っており、一人ひとりの体調変化に応じた食事の提供ができています。調理師の勤続年数が長く、栄養士と調理師の信頼関係が築かれており、連携が取りやすい環境がある。突然の発熱など体調の変化に応じてその日のメニューを変化させるなど、柔軟な対応が可能となっている。利用者一人ひとりの食事量や嚥下状態を現場の介護職員が中心となって把握し、看護課・栄養課と連携して個々に合わせた食事量や食事形態の見直しを図っている。</p> <p>多職種が連携し、低栄養状態の改善や経口での食事摂取の継続に取り組んでいる</p> <p>栄養ケアマネジメントを実施し、低栄養のリスクが高い利用者を多職種連携の下で抽出している。利用者の嗜好を考慮した食事を提供し、「食べること」「食べることを楽しむこと」を支援することにより、必要栄養量の補給に努めている。必要に応じて、高栄養食品・ゼリーなどを使用している。毎月1回、栄養管理委員会を多職種参加で実施し、食事に関する検討や連携をしている。食事前に介護職員が中心となり口腔体操を行うなど、利用者の嚥下機能の低下を予防している。</p>															

3	評価項目3 利用者が食事を楽しむための工夫をしている		評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	○非該当
	●あり ○なし	2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	○非該当
	●あり ○なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる	○非該当
●あり ○なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○非該当	
評価項目3の講評			
<p>利用者が食を楽しむ季節を感じられるよう、見た目にも配慮した行事食を提供している</p> <p>通常の食事以外に毎月の季節に応じた行事食に力を入れている。中でもお正月のおせちは内容や飾り付けを豪華に、見栄えのよい食器(お重型)で提供している。ペースト食などは見た目の形態が同じになってしまうため別紙に献立の図を描き、何を食べているか利用者が理解できるよう配慮している。納涼祭では焼きそば・たこ焼き・フライドポテト等をフードパックに詰め、屋台の雰囲気を楽しめるように工夫している。誕生会やクリスマスには手作りのケーキを提供している。</p> <p>嗜好調査では個々の好みだけでなく介助の状況なども確認し、日々の支援に活かしている</p> <p>嗜好調査を半年に1回実施している。食材別に好きな料理を問う形式で各利用者のカルテとして活用している。味付けや量、希望の献立など多岐にわたっている。併せて食事場所や移動手段、箸やスプーンの使用、食器の使い勝手、摂食時の介助の必要性なども確認している。嗜好調査に担当介護職員が積極的に関わることで利用者の座位や声かけの仕方、介助の仕方などを再確認する機会となっている。集計した情報をグラフなどにまとめ分析し、今後の食事提供に役立たせる資料にしている。</p> <p>ご飯と汁ものは各フロアで盛り付けするなど、家庭的な雰囲気作りに努めている</p> <p>食事は適時適温での提供ができるように、移動式の冷蔵庫・温蔵庫を使って運び、食べる直前に配膳する。家庭的な雰囲気を出すため、汁物とご飯はフロアで盛り付けをしている。各ユニットでは炊飯器で常食のみ屋・夕炊いている。受診などで外出し食事を摂ることができない時は、取り置きや次の食事に考慮して提供するなど柔軟な対応をしている。体調等に合わせ、居室への配膳も行っている。食事の席は介助や見守りの状況に合わせて職員側で決めているが、仲の良い利用者同士と一緒に食事を楽しめるよう座席を配置するなどの配慮をしている。</p>			
4	評価項目4 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	○非該当
	●あり ○なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当
	●あり ○なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○非該当	
評価項目4の講評			
<p>利用者の身体状況に合わせた入浴形態で安全に入浴できるよう支援している</p> <p>入浴形態は一般浴、リフト浴、機械浴があり、利用者の状態に応じていずれかの入浴方法を決めている。利用者一人につき週2回の入浴日がある。リフト浴は大きな浴槽にリフトを設置した入浴方法で、事故防止のためには介護者の技術が求められる。職員全員が入浴の介助を交替で担当するため、安全な入浴については十分な研修を行っている。脱衣室には「リフト浴操作注意事項」が大きく掲示され、注意喚起をしている。ユニット棟にはミスト浴室が設置されており、個別に入浴している。</p> <p>入浴時は利用者の羞恥心に配慮しながら、アザなど身体状況の把握に努めている</p> <p>入浴者の体調は看護課でチェックしており、体調の変化等で入浴できない利用者に関しては、清拭・着替え・代替日の入浴の対応をしている。入浴の支援は浴室内の介助を行う中助の職員と、脱衣室での更衣・誘導を行う外助の職員に担当を分け実施している。外助の職員は浴室内の様子を見ながら次の利用者を誘導している。また、浴室入口のカーテンを二重にすることで暖房効果を高めるとともに、羞恥心にも配慮している。入浴時はできるだけ裸が見えないようタオルをかける。脱衣室には「アザチェック表」を整備している。</p> <p>ゆっくりと気持ちよく入浴できるよう、浴室環境や入浴時間の長さなどに配慮している</p> <p>体調や体力に配慮しながら、利用者の希望に応じて入浴時間の長さを調整するなど、ゆっくりと入浴を楽しめるようにしている。また、季節に応じてしょうぶ湯・ゆず湯などを実施している。認知症等により入浴の拒否がある際には、職員を変えたり時間を置くなど工夫して対応している。入浴後は十分な清掃と換気を実施している。エプロンなどの物品も整理整頓に努め、衛生的な浴室環境を維持している。</p>			

5	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(0000)</p>	
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>利用者の排泄状況を把握し、できる限りトイレでの排泄を支援している</p> <p>排泄の支援は施設サービス計画に基づき、利用者一人ひとりの状態に合わせて実施している。利用者の排泄状況を「排泄チェック表」に記録し、排泄間隔等を把握してトイレへの誘導やオムツ交換を実施している。利用者の状態や意向に応じて夜間は室内にポータブルトイレを設置するなど、できる限りトイレでの排泄を支援している。便秘症の利用者は、できるだけ下剤に頼らず運動や水分摂取、ヨーグルトの付加等による自然排便を促している。オムツ業者による研修を毎年実施し、適切な排泄用品の選択や使用について学び、支援に活かしている。</p> <p>利用者の羞恥心に配慮し、排泄状況の報告や記録は暗号化するなどの工夫をしている</p> <p>利用者の羞恥心に配慮し、介助の際は必ずカーテンを閉めて行っている。どの程度まで閉めるかなど、マニュアルに写真入りで示し徹底している。また、排泄状況を職員間で報告、記録する際には、他の利用者にわからないように数字等を使い暗号化している。トイレ誘導やオムツ交換時の声かけも、声の大きさ等に配慮している。羞恥心に配慮した支援については虐待防止委員会を中心に勉強会等を実施し、職員の意識向上を図っている。</p> <p>トイレ・ポータブルトイレの清掃や換気をこまめに行い、衛生的な環境を維持している</p> <p>ユニット棟のトイレは出入口がスライド式の扉となっており、使用しやすい広々とした個室となっている。多床室棟のトイレは左右に男女に分かれ、個室の入口にカーテンを設置している。トイレは毎日、担当の職員や用務職員が清掃をしている。ポータブルトイレは使用の度に清掃する。オムツ交換後は換気を行い臭気に配慮している。ポータブルトイレは主に夜間の使用とし、日中は撤去している。大型ポータブルトイレの日中の保管場所に各フロアでは苦心している。</p>		
6	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(000)</p>	
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>利用者の安定と安全を第一に、個々の身体状況に合わせて移動の支援を実施している</p> <p>利用者の身体状況に応じて、車イス・杖・シルバーカー・歩行器などで移動支援を実施している。利用者の安定と安全を第一に、無理のない移動方法を検討している。車イスは利用者の状態に合わせてリクライニング式のものを用意するほか、クッションやマットで利用者負担がかからないような姿勢保持の工夫をしている。機能訓練指導員は、フロアの生活空間での移動・移乗動作訓練や介助方法の工夫、シーティングの指導に取り組んでいる。</p> <p>利用者職員双方に負担ない移乗支援について機能訓練指導員による研修を実施している</p> <p>利用者の状態に合わせ職員一人では移乗の介助が難しい利用者については、2人介助で実施するようになっている。ベッドでのクッションやマットを使用したポジショニングなどは、機能訓練指導員と相談して行っている。職員が統一した支援ができるよう、写真を使った支援方法の通達もしている。また、安全に配慮した移乗支援や職員の腰痛防止に向けた介助のポイント等について、機能訓練指導員が研修を実施している。</p> <p>車イスは安全性や快適性に配慮し、適宜確認や清掃を実施している</p> <p>車イスの点検・清掃は、日常の支援の中で随時実施している。タイヤの状態やブレーキの確認をしており、安全かつ快適に使用できるように努めている。現場職員で対応できない場合は、業者に修理を依頼している。</p>		

7	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>	
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	○非該当
●あり ○なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉用具は、定期的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>機能訓練計画に基づき個別の訓練を実施し、利用者の状態に合わせて見直しをしている</p> <p>施設サービス計画に基づき個別機能訓練計画書を作成している。個別の訓練は機能訓練指導員(マッサージ師)による関節可動域訓練・マッサージ・ホットパックなどを中心に実施している。歩行訓練は対象利用者に実施する。長期・短期目標を設定し、機能訓練実施後に毎回記入するチェックリストにて利用者の状況を確認し、毎月のモニタリングと3ヶ月ごとの計画の見直しを実施している。個別訓練の時間は、利用者とのコミュニケーションの場として大切にしている。</p> <p>ラジオ体操や口腔体操のほか、個別に塗り絵や折り紙等を提供して機能維持を図っている</p> <p>日常生活の中での機能訓練として、毎日ラジオ体操を実施している。食事前には口腔体操を行い、咀嚼力・嚥下力低下の予防を図り、誤嚥性肺炎などの疾病防止に努めている。また、個々の趣味や意向に合わせて塗り絵や折り紙等を提供し、機能維持を図っている。現在、介護職員数に余裕がなく、生活上での個別の訓練は積極的には実施されていない。センサーマットなどの福祉用具の使用状況は随時現場職員が確認し、利用者の安全の確保に努めている。</p>		
8	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇●)</p>	
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>申し送り等で多職種で情報交換を行い、利用者の健康状態の把握と早期対応に努めている</p> <p>看護師を中心に利用者の健康管理を行っている。健康診断は年1回、体重測定は月1回実施している。内科・精神科・歯科の往診を定期的に行うほか、眼科や整形外科も定期回診を実施するなど、医療機関と連携をとりながら適切な医療・看護へつなげている。毎日の申し送り時や必要に応じて随時介護職員と情報交換を行い、利用者の状態の把握と異常の早期発見に努めている。夜間の利用者の急な体調変化などには、24時間オンコールで施設長に連絡が取れる体制となっており、提携病院に直接電話にて指示を仰ぐ仕組みができています。</p> <p>配薬時、与薬時、与薬後の確認を徹底し、誤薬を防止している</p> <p>薬は看護課にて管理している。1日分の薬を一つのケースの中に朝・昼・夕とそれぞれ色分けして配薬している。昼間の与薬については看護職員が対応し、それ以外の与薬は介護職員が担当している。配薬・与薬の役割を分担し、責任の所在を明確にすることで誤薬を防いでいる。与薬前に利用者の名前を読み上げ、利用者の顔を確認するなどのダブルチェックを実施し、投薬後の薬袋を回収して飲み忘れがないか再度確認している。誤薬が発生した場合は、事故報告書の提出とともに再発防止に向けた情報の共有をしている。</p> <p>褥瘡予防や利用者のADL維持に向けて、多職種が連携して取り組んでいる</p> <p>毎月1回褥瘡防止委員会を開催し、看護職員、介護職員、管理栄養士が連携し、褥瘡の早期治癒と発生防止に努めている。チェック表を活用し、褥瘡のひどい方には2時間ごとの体位交換や夜間のガーゼ交換、オムツ交換の度に軟膏塗布を実施している。また、個別に褥瘡予防マットやエアマットレスを使用している。栄養状態や全身状態の改善が必要な方には、栄養補助食品の提供等を行う。咀嚼力・嚥下力の低下予防のため、食事前の嚥下体操や食後の口腔ケアを実施している。歯科医と連携し、個々に合わせた道具の使用やケア方法を検討している。</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>利用者の意向や身体状況等に応じて、更衣支援や衣服の管理を行っている 起床後・就寝前の更衣は、自分でできる方や希望者のみの実施となっている。衣服の交換は入浴時のほか汚れた時に随時行い、清潔の保持に努めている。利用者の状態に応じて、更衣にリスクのある方や認知症等で不穩になる方は無理な介助はしないようにしている。衣服の管理は家族などの協力が難しい場合は居室担当の介護職員が支援している。衣替えなど季節に応じた衣服の調整に配慮して、できるだけ利用者に服を選んでもらえるように声をかけている。衣類の補充が必要な場合は、生活相談員を通して家族に伝えて対応している。</p> <p>起床後に整髪、洗顔を支援するほか、月2回訪問理容を実施し身だしなみを整えている モーニングケアとして起床後はくしで髪を整え、顔を洗うことが難しい利用者には温かいおしぼりを用意して顔を拭き、身だしなみを整えている。理美容として毎月2回の訪問理容がある。利用者の衣類の洗濯は施設で行い、乾燥後に利用者ごとに仕分けている。また、シーツ交換は居室担当者が毎週実施している。居室内は利用者や家族の意向に合わせて、できる範囲で私物の持ち込みや装飾などの環境整備に努めている。</p> <p>離床時間や日中の過ごし方に配慮し、夜間の安定した睡眠につなげている 利用者が安定した睡眠をとることができるよう、離床時間や日中の過ごし方に配慮して生活リズムの安定を図っている。夜間は明かりや温度など利用者個々に合わせて調整し、安眠できるようにしている。眠れない利用者への対応として、職員がしばらく話を聞き気持ちを落ち着かせてから横になってもらうなどの工夫をしている。また、どうしても眠れない利用者は睡眠状況や日中の活動性を観察し対応策を検討している。利用者の状況に応じて、居室配置の検討なども行われる。</p>			
10	評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	○非該当
	●あり ○なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○非該当	
評価項目10の講評			
<p>利用者一人ひとりの生活歴や好みに配慮した生活環境の整備に努めている 施設での生活は、他者への迷惑のかからない範囲で利用者本人の意思を尊重している。在宅時に使用していた馴染みのあるものを使用するなど、これまでの生活状況や生活歴などに配慮し支援している。ユニット棟では湯呑・御飯茶碗など、安全性に配慮した上で一人ひとり好みの物を持ち込み使用している。誕生会では利用者に好きな飲み物を選んでもらう。また、月1回、地域の和菓子屋の訪問販売を実施し、各々が好みのものを選ぶ機会を設けている。今年度は事前に選んでもらった和菓子を職員が買いに行き提供している。</p> <p>利用者が楽しめるよう、季節の行事や誕生会等を毎月企画・実施している、 納涼祭・敬老会・クリスマス会・新年会等の季節に合わせた行事のほか、映画鑑賞、スポーツ大会、文化祭等を実施し、利用者が楽しめるよう取り組んでいる。毎月の誕生会では調理職員による手作りのケーキを提供し、その月の誕生者を祝っている。また、クラブ活動として毎月書道があり、希望する利用者が参加している。例年は、太鼓やオカリナ・ハーモニカ演奏等のボランティアの来苑、近隣の保育園児との交流も実施しているが、今年度は感染症予防のため中止している。</p> <p>利用者一人ひとりのニーズに沿った支援の充足に向け、人材の確保が必要となっている 建物の中心が吹き抜けになっており、光を採り入れる構造となっている。窓に面してソファが取り付けられている。居室の間仕切りは木や障子を使用し、照明も和風のものを使用している。コルクタイルの床やタモ材の丸い手すりは、歩行・車イスの動きを容易にし、安全面に配慮した造りとなっている。認知症の利用者の対応は個々に合わせて声かけの仕方などを工夫し、落ち着いて生活できるように配慮している。利用者一人ひとりのニーズに沿った支援の充足に向けて、安定した職員体制の構築が必要と認識している。</p>			

11	<p>評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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											
	<p style="text-align: center;">評価項目11の講評</p> <p>季節感を大事にした外出機会を提供している 外出支援に関してはお花見ドライブや紅葉狩りなど四季の移ろいに合わせて企画する行事や近隣の公園への外出など、日常生活から一歩踏み出し、季節を感じ利用者に寛いでもらえるようなサービスを提供している。感染予防対策で今年度は控えているが、例年は家族との外出も多く行われている。</p> <p>ボランティアや小中学校、保育園など地域交流のための関係継続に努めている 例年では実習生のほか、地域の小・中学生の体験学習の受け入れや保育園児を招いてのお遊戯披露、ボランティア(衣類の修復や誕生会のハーモニカ演奏)の活用など、利用者が職員以外の人と交流できる機会が多くある。今年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で来苑しての交流が制限されているが、納涼祭は苑内フロアで開催しその様子をホームページなどで発信したり、保育園からは園児の作品が苑にプレゼントされ、苑からはお礼をするという工夫した形で交流を行い、関係性の継続に努めている。</p> <p>地域の情報は必要に応じて掲示するなどして情報提供している 地域の情報は必要に応じて掲示するなど情報提供をしているが、利用者自身が活用することはなかなか難しく、主に家族に向けた情報提供が多いのが現状である。その中でも自治会と防災協定を結んでいることや例年は納涼祭やバザーなどで地域住民と交流していること、外出先として近隣の公園を利用していること、地元の和菓子屋や移動パン店を利用した買い物を行っていることなど、地域資源を活用し、施設と利用者が地域の一員として生活する基盤ができています。</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>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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											
	<p style="text-align: center;">評価項目12の講評</p> <p>毎月、利用者の写真を送付し、施設での様子をわかりやすく伝えている 利用者の様子については家族が来苑した際に説明するほか、体調などに変化があった場合は随時電話連絡をしている。来苑時の報告は居室担当に関わらず、当日出勤の職員がしている。また、施設サービス計画策定のカンファレンス前に家族の要望を確認する際にも利用者の様子を伝えている。新型コロナウイルス感染予防対策で面会の機会が減少し、家族が納涼祭やバザーなどの行事に参加することも難しいため、毎月郵送で行う定期連絡の際に利用者の写真を同封して送付し、近況を伝えている。家族の希望に応じ、ケース記録を提供している。</p> <p>家族が施設運営に対し要望を伝えることができる機会を複数確保している 入所時に重要事項説明書を用いて苦情・要望などを受け付ける苦情受付窓口や苦情受入箱があることを説明している。日常的に家族が施設運営に対し要望を伝えることができる機会として、面会時などに直接総務スタッフに申し述べたり、介護スタッフに話したことが伝達される仕組みになっている。さらに、毎月連絡事項や請求書を送付する際に苦情受付票を同封しており、複数の手段で家族が意見を述べる機会を確保している。</p> <p>家族等の面会時間は原則として午前8時半から午後5時半までとしている 家族等の面会時間は原則として午前8時半から午後5時半までとし、その都度、来訪者名簿に記入してもらっている。例年はインフルエンザの流行期など以外は面会日や回数の制限を設けていない。今年度は新型コロナウイルス感染予防のため、感染状況が落ち着いている時に予約制で1日4組、感染予防に配慮したパーティション内で15分程度の面会機会を設けている。オンラインでの面会も検討しているが、高齢の家族も多く実現に至っていない。</p>												

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-2	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①	利用者の生活機能の維持に向け、一人ひとりの状態に適した食事を提供している	
内容①	調理は施設直営で行っており、一人ひとりの栄養状態、嚥下状態に応じた食事形態の工夫や特別食の提供など、適切かつ柔軟な対応ができています。低栄養状態の予防・改善に向けては、栄養ケアマネジメントを実施してリスクの高い利用者を抽出し、必要に応じてムースやゼリー等の付加食を使用して栄養状態を良好に保てるようにしています。食習慣や嗜好に合わせた代替食も用意し、「食べること」「食べることを楽しむこと」を支援し、必要栄養量の補給に努めている。嚥下困難・咀嚼困難な利用者に対しては、ソフト食等の介護食の充実を図っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-10	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②	生活に活気を与え利用者が喜びを感じられるよう、工夫して行事を開催している	
内容②	利用者が施設での生活を楽しみ、季節の移り変わりを感じられるよう、毎月行事を企画している。端午の節句・七夕・納涼祭・冬至・クリスマス会・節分・ひな祭り等の季節行事のほか、映画鑑賞、スポーツ大会、文化祭等を実施している。行事に合わせた食事やおやつの提供も行い、生活に活気と喜びをもたらす、生きることへの意欲を引き出せるよう取り組んでいる。例年は楽器演奏等のボランティアの来苑や保育園児との交流もあるが、現在は感染症対策のため中止している。毎月の和菓子販売は利用者を選んでもらった物を職員が買いに行く形で継続している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-5-2	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
タイトル③	利用者のプライバシー保護や羞恥心へ配慮した支援を推進している	
内容③	利用者の尊厳を守り人権を尊重することは事業計画の基本方針に明示され、日常の支援に関しては業務マニュアルに明記されている。支援の現場ではマニュアルに基づき、プライバシーや羞恥心に配慮した支援を実践している。例として、排泄介助については排泄チェック表を利用者の目に触れないように管理し、職員間で利用者の排泄状況を報告し合うときは数字などを用いて暗号化している。前回評価時の状況よりさらに改善が進み、利用者の権利を守る対応を推進している。	

No. 特に良いと思う点	
1	<p>タイトル 手紙・電話・ホームページ等で利用者や施設の様子を知らせ、家族との関係性の構築を図るとともに家族の安心につなげている</p>
	<p>内容 居室担当を中心に家族との積極的な関わりを持ち、良い関係性を築くことで家族にも安心してもらえる施設となるよう努めている。利用者の施設での様子は家族が来苑した際に知らせるほか、体調変化等があった場合は随時電話連絡をしている。毎月の請求書送付時には利用者の写真を添えて様子を伝えている。希望があればケース記録も渡している。また、苦情受付票を同封し、家族の要望や意向を把握している。行事等の様子は苑のホームページに掲載する。今年度は感染症の流行状況を見ながら予約制で面会を実施している。</p>
2	<p>タイトル 地域の高齢者福祉施設として、居宅介護支援事業所や医療機関との積極的な連携を図っている</p>
	<p>内容 地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの役割として、医療にアクセスしやすい介護施設、在宅介護を支援する介護施設としての機能を担っている。医療面では提携する医療機関と、利用者が施設へ入所するときの情報共有から入所中の健康管理や医療提供、終末期の最終入院に関わる対応など、一連の経過について連携、協働して支援に臨んでいる。地域の居宅介護支援事業所に向けては、施設からショートステイの空き状況を随時発信し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携して利用を促進することで、在宅での介護の継続を支援している。</p>
3	<p>タイトル 職員の定着率の向上を図り、成果につなげている</p>
	<p>内容 職員一人ひとりが年度の初めにそれぞれ目標を立て1年後の達成度を評価する目標管理シートを活用し、成果を確認している。目標管理シートの精度を上げて、職員のモチベーション向上に取り組んでいる。また、職員にわかりやすいキャリアパス制度を開始している。また、健康診断時に腰痛健診を実施、ストレスチェックの実施、永年勤続表彰、職員レクリエーションにおける費用の半額負担、年間休日数の選択制度の導入など福利厚生充実に取り組む職員の定着率向上につながった。</p>
No. さらなる改善が望まれる点	
1	<p>タイトル 職員間の意思疎通と情報共有について、伝達方法の工夫や周知の確認などの体制をさらに強化していくことを期待する</p>
	<p>内容 職員自己評価では利用者への直接支援に関する職員間の情報共有については肯定的な回答が多かったのに対し、施設での重要な案件についての伝達と周知・理解については、経営・リーダー層と一般職員の間意識の乖離があるという結果になった。重要な意思決定に関する伝達事項は朝礼等で各職員への周知するほか申し送り簿に記載して伝達しているが、さらに伝達方法の検討や意見交換の機会を持つこと、伝達後の周知・理解度を確保する取り組みを進めることで、職員間の情報共有が一層進むことを期待する。</p>
2	<p>タイトル 利用者の重度・重症化により、入院および退所者の増加による空床状況の改善を図りたい</p>
	<p>内容 利用者の重度・重症化により、入院および退所者が増加している。新型コロナウイルス感染症の流行の影響も稼働率低下の大きな原因となっている。空床の発生時に短期間での入所受け入れやショートステイの受け入れなどのほか、現在入所している利用者の健康管理の徹底による稼働率の向上を図っていきたい。入院率の低減と入院期間の長期化を避けることで安定した稼働率としていくことに取り組んでいる。</p>
3	<p>タイトル さらなる研修の充実を図って職員の計画的な育成を進めていくことが必要と思われる</p>
	<p>内容 研修委員会を設置して研修の充実に取り組むことが必要と認識している。研修については継続し、介護が自己流にならないよう常に初心に帰れる研修から中級、ベテランでも受けられるような研修を用意することが必要と考えている。職員が主体となって企画・実施する研修制度の確立を今後の課題としている。外部の研修への参加やオンラインでの研修を取り入れ、さらなる研修の充実を図って職員の計画的な育成を進めていくことが必要と思われる。</p>