

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和4年度】

2023年 2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

〒 115-0052

所在地 東京都北区赤羽北2-7-1 アクトピア北赤羽4番館1408号

評価機関名 特定非営利活動法人 福祉推進機構アシスト

認証評価機関番号

機構 07 - 177

電話番号 080-6136-7438

代表者氏名 理事長 島田 久平

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	沼野 芳夫	経営	H1001028
	②	中澤 朋江	福祉	H0502029
	③	島田 久平	福祉、経営	H0702042
	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	瑞江特別養護老人ホーム		指定番号	1372300374
事業所連絡先	〒	132-0011		
	所在地	東京都江戸川区瑞江1丁目3番12号		
	TEL	03-3679-3759		
事業所代表者氏名	施設長 高崎 賢一			
契約日	2022年 7月 11日			
利用者調査票配付日(実施日)	2022年 9月 21日			
利用者調査結果報告日	2022年 12月 3日			
自己評価の調査票配付日	2022年 9月 14日			
自己評価結果報告日	2022年 12月 3日			
訪問調査日	2022年 12月 14日			
評価合議日	2023年 1月 10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)	瑞江特別養護老人ホームは、社会福祉法人瑞光会が設置運営する定員80人の特別養護老人ホームである。第三者評価にあたっては、コロナ禍に十分留意して行うことを相互に確認し実施した。利用者調査は、事前に事業者と相談し、調査が可能な20人を対象に聞き取り調査方式で行うこととした。調査は、3人の評価者が施設を訪問し、プライバシーに配慮し実施した。訪問調査は、評価者3人が施設長、介護主任等と面談し、実施状況について説明を受け意見交換を行った。			

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 2月 8日

事業者代表者氏名 施設長 高崎 賢一

印

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) 利用者が健康で安心して楽しい生活を送ることができるよう支援する 2) 利用者が毎日を意欲的に充実して過ごすことができるよう支援する 3) 利用者が自らの意思に基づいてできる限り自立した質の高い生活を遅れるよう支援する 4) 優しさと思いやりの心を持って利用者本位のサービスを行い生きる喜びを持てるよう支援する</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> <p>常に思いやりと優しさを持って利用者に対応できる職員 自ら考えて問題解決をする職員</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>利用者本位のサービスを行い、利用者が生きる喜びを持てるように支援する気持ちを持って業務に当たることを期待する</p>

調査対象

全利用者80人中、調査が可能な20人に対し調査を実施し全員から有効回答を得た。対象者は男4人、女15人、無回答1人。年齢層は80歳未満4人、80歳代10人、90歳以上6人。要介護度は2が2人、3が7人、4が9人、5が1人、無回答が1人である。

調査方法

評価者3人が、利用者と1対1の聞き取り調査を行った。調査に当たっては、事前に事業者と十分協議し、聞き取り調査にあたり留意すべき事項等について説明を受け、利用者の意向がより把握できるよう工夫して実施した。調査票は共通評価項目を使用した。

利用者総数

80

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	20	20
0	20	20
0.0	25.0	25.0

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

総合的な満足度では、「大変満足」4人、「満足」7人で、合わせて11人(55%)の利用者が満足と答えている。一方、「どちらともいえない」は6人(30%)、「無回答」3人(15%)で、「不満」、「大変不満」はいない。日頃感じている施設に対する意見・要望では、「自由に、良くしてもらっています。皆様とても良い方です」、「皆さん良い人なので安心して生活できています」、「職員は話しやすいので大変良い施設だと思います」、「ここでの生活を心配していましたが、楽しくやっています」、「コロナが収まったら、月に1、2回でもいいので外出したいです」などの声が寄せられている。個別の質問では、「施設内の清掃、整理整頓」では9割の利用者が「はい」と、「食事に満足しているか」、「職員の待遇や態度」、「プライバシーの遵守」の項目で8割以上の利用者が「はい」と答えている。

場面観察方式の調査結果

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

評価機関としての調査結果

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

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	17	2	0	1
「はい」85%、「どちらともいえない」10%、「いいえ」%、「無回答」5%である。「いいえ」はいない。自由意見では「美味しいです」、「お正月は本当に良いです」、「味や量、献立など良いと思います」、「満足はしているけれど、さらに色々工夫して欲しいです」、「良い時もあるし悪い時もあります」、「メニューは良いが味が薄いです」などの声が寄せられている。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	14	3	0	3
「はい」70%、「どちらともいえない」15%、「いいえ」%、「無回答」15%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「すぐにやってくれます」、「男性職員が優しいです」、「車いすですが、出来るだけ自分でするようにしています」、「ナースコールを押すと、すぐに来てくれる時と来てくれない時があります」、「やってもらえないこともあります」などの声が寄せられている。				
3. 施設の生活はくつろげるか	11	4	3	2
「はい」55%、「どちらともいえない」20%、「いいえ」15%、「無回答」10%である。自由意見では、「おしゃべりしたりしているのが楽しいです」、「食堂でテレビを見たり話をしたりしています。おしゃべりを楽しんでいます」、「本を読むなど、好きな事をしています」、「最近ではコロナで出来ていません」などの声が寄せられている。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	11	6	3	0
「はい」55%、「どちらともいえない」30%、「いいえ」15%である。自由意見では、「聞いてくれます」、「具合が悪い時は自分から言います」、「調子が悪い事を言わないようにしています」、「声かけはあまりないです」などの声が寄せられている。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	18	2	0	0
「はい」90%、「どちらともいえない」10%、「いいえ」はいない。自由意見では、「全体としてはきれいになっています」、「特に問題はないです」、「トイレもきれいになっています」、「換気扇が・・・、トイレはきれいになっています」などの声が寄せられている。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	16	1	3	0
「はい」80%、「どちらともいえない」5%、「いいえ」15%である。自由意見では、「大丈夫です。優しいです」、「職員は皆さん優しいです」、「言葉遣いは丁寧です」「乱暴な口調の方もいます」などの声が寄せられている。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	14	2	2	2
「はい」55%、「どちらともいえない」15%、「無回答」30%で、「いいえ」はいない。自由意見では、「面倒を見てくれます」、「すぐに対応してくれます」、「皆さん、良い人なので大丈夫だと思います」、「話しを聞くだけです」、「耳が聞こえにくいのでわからないことがあります」などの声が寄せられている。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	11	3	0	6
「はい」70%、「どちらともいえない」10%、「いいえ」10%、「無回答」10%である。自由意見では、「見たことはありません」、「ないです」、「いじめやいさかいはありません」「うまく対応できない場合もあります」などの声が寄せられている。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	13	3	2	2
「はい」65%、「どちらともいえない」15%、「いいえ」10%、「無回答」10%である。自由意見では、「大切にされていると思います」、「大事にされていると思います」などの声が寄せられている。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	16	2	0	2
「はい」80%、「どちらともいえない」10%、「無回答」10%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「プライバシーを守ってほしいことはありません」、「嫌な思いをしたことはありません」、「知られたくないことはありません」などの声が寄せられている。				
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	11	4	3	2
「はい」55%、「どちらともいえない」20%、「いいえ」15%、「無回答」10%である。自由意見では、「全てうまくいっているので要望等ありません」、「話には乗ってくれると思います」、「たくさんの人の中で話が出来ないので、一対一で聞いて欲しいです」、「計画がある事は知りません」などの声が寄せられている。				
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	11	3	2	4
「はい」55%、「どちらともいえない」15%、「いいえ」10%、「無回答」20%である。自由意見では、「だいたいわかります」、「分からない時もありますが、その時は聞き返してわかるようにしています」、「見たことはありません」、「分かりません。難しいです」などの声が寄せられている。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	11	3	4	2
<p>「はい」55%、「どちらともいえない」15%、「いいえ」20%、「無回答」10%である。自由意見では、「今まで要望など言ったことはないが、言えば対応してくれると思います」、「『ちょっと待ってほしい』と言った後できちんと対応してくれます」、「言っても仕方がないので伝えません」、「とにかく夜がダメです」などの声が寄せられている。</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	5	4	8	3
<p>「はい」25%、「どちらともいえない」20%、「いいえ」40%、「無回答」15%である。自由意見では、「特に困ったことはありません」、「知りません」、「満足しているので・・・」、「いる事は知りません」などの声が寄せられている。</p>				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <input type="radio"/> 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えていく <input type="radio"/> 非該当
	カテゴリ1の講評	
	施設の基本理念等について、職員等に周知し、理解が深まるようにしている 施設には「人間愛に満ちた福祉を行う」とした基本理念、「優しさと思いやりの心を持って利用者本位のサービスを行う」とした接遇理念がある。これらの理念を実現するために「利用者一人ひとりと心かよわせて、真心こめて介護を実践する」とした介護の基本姿勢も定められている。これらは事業計画の冒頭にも掲げ、職員には各種会議等で徹底を図り、理解が深まるようにしている。利用者、家族等には入所前の契約締結時や家族懇談会等を活用、説明し、また、施設のパンフレットやホームページでも理念等を示し、広く理解が深まるようにしている。	
	施設長等は理念等の実現のため、自らの役割と責任を明らかにし施設をリードしている 施設の運営規程には、施設長のほか職員の職務が明示されている。施設長はこれに沿い、各職員の職務分担等を明らかにし、それぞれの役割を発揮させている。運営会議、事務連絡会議、フロア会議等の各種会議を通じて、職員が取り組むべき方向性を示している。また、施設長は職員一人ひとりと面談も行い、自らの役割を説明し、職員からの意見や要望も把握している。また、理念等実現のため介護の基本姿勢等の浸透をはかるため、毎朝の会議で「利用者への接し方、職員同士の心得」を復唱し、職員に対する意識付けを行うなど、施設をリードしている。	
	重要な案件については、各種会議等を活用、意思決定し、利用者等にも周知している 施設運営を円滑に行うため、運営会議、職員会議、事務連絡会議、フロア会議等の各種会議のほか各種委員会も設置し、開催日、出席職員、検討事項等明確にしており、事案によりそれぞれ決定している。事業計画の作成等の重要な案件は各種会議等を活用するなどして、職員の意見を収集し、各部署責任者が出席する運営会議で決定し、フロア会議等で周知、徹底等を図っている。利用者等に対しても介護報酬の改定等の重要な案件については、家族懇談会等の来所時に直接説明するほか、必要により、家族や代理人に郵送で周知するなど、徹底を図っている。	

2 カテゴリー2		
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリ1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/5
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(00●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー2の講評		
<p>利用者や地域の福祉ニーズ等、事業所を取り巻く環境について情報の把握等している</p> <p>利用者については、ケアプラン作成時の「興味・関心チェックシート」のほか、家族懇談会も活用し、ニーズ等の把握に取り組んでいる。職員については、フロア会議等の各種会議のほか、施設長による個別面談の場も活用し、把握に努めている。また、地域の福祉ニーズについては、都の高齢者福祉協議会のほか近隣町会の連絡会や防災訓練にも参加するなど情報の収集、把握を行っている。福祉事業全体の動向については福祉新聞等を定期購読し、介護に関する最新の取り組み等、情報収集し、介護報酬改訂等の制度改正がある場合は、勉強会も実施している。</p> <p>課題等をふまえ事業計画を年度ごとに策定しているが、中・長期計画の整備も期待したい</p> <p>年度ごとに事業計画を策定している。今年度の事業計画では冒頭に施設の運営指針(基本理念、介護の基本姿勢等)のほか重点取組事項として、事業継続に向けた取り組みのさらなる強化(安全衛生の徹底)、感染症対策等を掲げ、また、具体的な利用者サービス計画、生活援助計画など前年度の事業報告での総括や職員の意見等にも配慮したものとなっている。一方、中・長期計画は未策定で、施設では策定が課題となっている。職員が各年度の到達目標を自覚して取り組んでいくためにも、事業所の目指していることを明確にした中・長期計画の整備も期待したい。</p> <p>組織体制、職員の役割等を整備し、着実な計画の実行に取り組んでいる</p> <p>施設には運営規程が整備されており、運営方針のほか、所定の職員の配置、職務の内容等が定められている。別に、職員ごとの職務分担、担当一覧もできている。年度ごとに作成する事業計画書には運営指針、重点取組事項のほか、利用者サービス計画、生活援助計画、介護支援計画など、実施回数等具体的に明示されている。会議、委員会の開催日及び出席職員表も出来ている。計画の推進にあたっては事務連絡会議等で進捗状況を確認するなど、目標達成に向け努力している。また、事業報告書も作成し、整理するなど、着実な計画の実行に取り組んでいる。</p>		

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

カテゴリー3の講評

基本的人権の尊重等を施設運営の基本理念として、職員への周知、徹底に取り組んでいる

倫理規程があり、基本的態度、守秘義務、人権の尊重等、すべての職員が遵守すべき倫理基準を定めている。また、施設の基本理念として基本的人権の尊重と生命の安全を図りながら人間愛に満ちた福祉を行うがあり、これを実現するための介護の基本姿勢(心かよわせて真心こめて)も明確にしている。事業計画では冒頭に掲げ、生活援助計画の項目にも介護の基本姿勢を記載し、職員はこれを常に念頭におき、職務に従事することとしている。そして、毎朝、「利用者の接し方、職員同士の心得」を復唱し、守るべき倫理等の確認、徹底に取り組んでいる。

苦情や虐待防止に対する対応に組織的に取り組んでいる

施設では、利用者からの苦情に適切に対応するため苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、苦情の受付等、苦情解決の方法を利用者等に知らせている。重要事項説明書でも相談担当、苦情解決第三者委員等の氏名、連絡先等を説明している。施設内にも苦情申出窓口として掲示がある。虐待については虐待予防マニュアルがあり、高齢者虐待対応への基本姿勢と留意事項等が定められている。また「虐待の芽チェックリスト」に基づき、職員には虐待の芽や不適切ケアを自己チェックさせ分析し、その結果は虐待に関する勉強会でも活用している。

地域社会に開かれた組織として、施設の機能や専門性を活かした取り組みをしている

ホームページでは施設内での行事、利用者の活動状況等を紹介するほか、現況報告書、決算報告書等を掲載するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる。「ボランティア受入れマニュアル」を整備し、年間を通してボランティアを受入れ、清掃等の協力を得ている。「家族介護者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合の在宅高齢者の短期入所受入れ」を実施するなど施設の専門性を活かしている。また、地元区の熟年者福祉施設連絡会や地域連携会議等にも参画し、施設内の地域包括支援センターとの連携も図り、共通課題について協働して取り組んでいる。

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(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー4の講評		
<p>事故、感染症、災害等に対するリスクマネジメントに取り組んでいる</p> <p>今年度事業計画の重点取り組み事項のトップにも「事業継続に向けた取り組みのさらなる強化(安全衛生の徹底)」があり、次に「感染症対策」を掲げるなどリスクマネジメントの強化に取り組んでいる。コロナ禍に対しては「新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画」を策定している。水害、震災に関する事業継続計画については現在策定中である。また、感染症マニュアル、利用者に対する緊急時対応マニュアル(夜間帯)も作成されており、感染症に対する勉強会も実施するなど、職員が理解して対応できるよう取り組んでいる。</p> <p>パソコンシステムを活用するなど、情報の適切な管理、活用に取り組んでいる</p> <p>各種通知、会議録、報告書等、年度ごとにファイルするなど情報を管理している。介護記録は介護記録支援ソフトを導入し、すべてパソコン管理し、必要に応じてファイリングもしている。介護業務マニュアルの中にはパソコン入力マニュアルもあり、収集した情報は共有ファイルを活用し、必要な人が必要な時に活用できるようにしている。また、介護ソフトについては職種に応じてアクセス権限を設定し、職員一人ひとりにIDとパスワードを付与し、情報漏えい防止のための対策をとっている。一方、施設では文書管理に関する規定の整備を課題にしている。</p> <p>「個人情報保護規定」等を整備するなど、個人情報の適切な取り扱いに取り組んでいる</p> <p>「個人情報保護規定」を策定し、施設の責務、個人情報の利用目的のほか個人情報の開示など個人情報の取り扱いに関する基本原則を定めている。別に個人情報開示規定も整備している。これらは、利用者等に対する入所時の重要事項説明書の中でも説明し、確認を得ている。フロア内にも掲示し、利用者への周知のほか、職員の日常の意識付けにもつなげている。個人情報のほかに、特定個人情報(マイナンバー)に関する利用目的も整備し、入所前に書面で説明している。ボランティアに対してはボランティア受入れマニュアルがあり、誓約書の提出も求めている。</p>		

5 職員と組織の能力向上			12/12
サブカテゴリ-1(5-1)			
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-2(5-2)			
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	

カテゴリー5の講評

人材を確保し、適正な配置を図るために多様な方法で取り組んでいくとしている

「運営規程」では、施設は基準に示した所定の職員を配置するものとし、配置する職員の職種、員数及び職務の内容等が示されている。これらの人材確保のため、ハローワークや成功報酬型人材紹介、専門学校と連携した施設奨学生制度の制定による外国人留学生の受入れなど、多様なルートで採用活動を行ったり職員の処遇改善を行ったりしているが、常勤の介護職員は慢性的な不足状況にある。今後も人材の確保、配置等のため、キャリアアップのための仕組みの整備、介護職員宿舍借り上げ支援事業の活用等、多様な方法で取り組んでいくとしている。

「職務別任用基準表」を整備、職員に周知し、様々な方法で研修等を実施している

施設には「職務別任用基準表」が整備されている。職務段階に応じた対応役職名、職責及び職務内容、任用要件、給与水準等が示されており、職員にも周知されている。職員育成に向けて施設では研修計画を策定している。施設内部研修では、全職員の資質向上を図るため、事業継続(感染症)に関する研修など月1回程度計画している。施設外部研修については都の高齢者福祉施設協議会等で行う研修に、職員の意向も聞きながら積極的に参加させている。一方、施設では職員一人ひとりの育成計画の作成、評価と処遇への連動を課題としている。

職員の意欲向上に取り組む、チーム力を発揮できるよう取り組んでいる

給与規定(職務別任用基準表)が策定されており、資格取得をベースにした介護職員等に対する職能手当の支給等、職員の育成と処遇などを連動させている。ストレスチェックの実施、有給休暇の計画的取得の奨励、親睦会による忘年会、施設長による個別面談の実施等、職員の意識を把握し、意欲向上に取り組んでいる。また、組織力の向上に向け、外部研修内容を活用した勉強会の実施、フロア会議等での話し合い、業務改善・標準化に関する委員会での見直し等、職員一人ひとりの学びや気づきの共有化を図るなどチーム力を発揮できるよう取り組んでいる。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

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

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)

施設では、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築する必要があるとして、前年度においては、「事業継続に向けた取り組みの強化」を重要課題として取り組むこととした。そして、8月には東京都宿舎借り上げ支援事業を活用、社会福祉法人瑞光会借上宿舎管理規定を制定し、災害上の業務に従事する介護職員用の宿舎借り上げ事業を実施することとした。当面、介護職員4人の借り上げ支援を行うことを目標としたが、地域の信頼できる不動産屋を活用するなどして、予定どおり(前年度1人だったが今年度3人)確保することが出来ている。

<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

本事業は介護職員の住宅費負担を軽減することで、働きやすい職場環境をつくり、介護人材の定着を図ること。また、施設による防災の取り組みの計画的推進と地域の災害拠点としての迅速な対応を目的としている。今回の宿舎借り上げ支援は規定の制定から借り上げ支援まで、大きな問題なく出来ている。施設としては今年度も重点取り組み事項として、事業継続に向けたさらなる強化(安全衛生の徹底)を上げ、人材確保対策も含め、引き続き取り組みの強化を図って行くこととしている。

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

前年度は、令和3年度介護報酬改定があり、これに伴う新たな加算の算定や科学的介護情報システムの理解と活用に取り組む必要があった。そのため前年度は「介護報酬改定における改定事項の適切な実施」を重要課題として取り組むこととした。そして、令和3年6月には科学的介護情報システムを活用した「科学的介護推進体制加算」を算定開始している。5月、11月には高齢者虐待防止に関する勉強会を実施するなど高齢者虐待防止の推進に取り組んでいる。令和4年1月、3月には看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実を図るため、「看取り介護の勉強会」を実施し、看取りへの対応の充実に取り組んでいる。認知症への対応力向上に向けた取組の推進として、医療・福祉関係の無資格者への認知症介護基礎研修の受講が義務づけられたが、その達成に取り組んでいる。

目標の設定と 取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

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

新たな加算の算定や科学的介護情報システムの活用等については、概ね目標どおり達成することが出来ている。認知症介護基礎研修については、未受講の職員が1名いたが、今年度に受講している。施設としては科学的介護情報システムの推進、活用については、多職種連携しながら理解を深める必要があり、高齢者虐待防止の推進や看取りへの対応の充実等についても継続して取り組む必要があるとしている。そのため、年2回の勉強会も計画している。引き続きの対応を期待したい。

II サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	4/4
評価項目1		評点(〇〇〇〇)	
利用希望者等に対してサービスの情報を提供している			
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー1の講評			
<p>施設の情報はホームページやパンフレットから入手できる</p> <p>施設の情報はホームページやパンフレットにて入手することができる。ホームページのサービス一覧から特別養護老人ホームのページに入ることができ、サービス内容や相談・申し込みの方法、利用対象者などのほか、対応できる医療行為についても細かく記載がされている。料金についても負担割合ごとにダウンロードできるようになっている。入所申込書についてもダウンロードできるが、入力できない設定になっているので、今後は入力できる設定への変更やメールで送付できるなど利用しやすい設定へ検討を期待したい。</p> <p>簡潔にわかりやすい内容で情報を提供している</p> <p>ホームページは、施設での生活の様子とともに、新着情報や財務情報など施設を取り巻く状況を多角的にかつわかりやすく案内している。施設での生活の様子の写真やフロア案内も写真入りで説明されており、現在コロナ禍で施設内に入ることが難しい状況下、施設での様子がわかるように工夫がされている。また、パンフレットはA4両面印刷になっており施設でのサービス内容や行事、栄養管理やリハビリ、緊急時の対応やターミナルケアの実施などを簡潔に伝えている。裏面にはフロアマップが写真入りで印刷されておりシンプルなわかり易い構成になっている。</p> <p>入所希望者には施設見学を行い、対応を行っている</p> <p>利用を希望する問い合わせに対しては相談員が個別に対応をしている。コロナ禍で感染防止のため施設内に入ることができない代わりに施設紹介動画を使って、施設での生活について説明を行うようにしている。利用に関しての問い合わせは、電話の他、ホームページからも送信することができ、その都度返信し対応している。現在見学対応については職員体制上平日のみの対応となっている。就労などで平日に見学が行えない家族等のために月1回でも土日などに見学できる体制ができると、より利用希望者の希望に沿うことができると思われる。対応を期待したい。</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>サービス開始時には施設の概要などを説明している サービスの開始に対しては、利用契約書や重要事項説明書等を用いて施設の概要や職員体制、サービス内容、利用料金、面会や外泊、飲酒や喫煙などの施設でのルール、緊急時の対応、苦情対応、プライバシーの保護などを説明し同意を得ている。利用料金については1割・2割・3割と利用者の負担割合に応じて費用を説明するとともに加算なども記載している。また、理容サービスや日用品などの実費についても説明をしている。負担限度額申請などの軽減制度については、申請書を配布したり、添付書類について説明を行っている。</p> <p>入所前に面接を行い、利用者の情報を確認している 施設では入所待機者がかなりの人数おり、その中から入所できるタイミングで連絡し、できるだけ空きがないように入所の準備を行っている。入所が近くなった利用者に関しては事前に入所前面接を行い生活歴や既往歴、生活環境、日常生活、本人の気持ち、家族の話などを聞き取り入所前面接表に記入して情報を得るようにしている。同時に入所前の関係機関と連携し本人の様子を確認し、スムーズに入所に向けた支援が行えるように取り組んでいる。入所時には施設サービス計画書(ケアプラン)を策定し、職員は情報を共有し支援を開始している。</p> <p>多職種で支援を行い、入所後は体調などを細かく確認している 入所開始直後は最低1週間は体調や日常の様子を細かく確認して少しでも安心して環境の変化に慣れることができるよう支援を行っている。また、入所日には相談員を中心に看護職員や介護職員、機能訓練担当や栄養担当職員が状態のアセスメントや利用者や家族の意向を聞き取るようにし、連携しながら支援を行っている。しかし、直接介護に入る職員については入所フロア以外の介護職員には十分に伝わり切れていない場合があると認識し、今後の課題としている。サービス終了時は家族との連携や多職種での対応を行い不安の軽減を図っている。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	10/10
3	個別状況に応じた計画策定・記録		
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-3の講評			
アセスメントを行い、利用者の状態を把握し日常の支援に活かしている 入所時に入浴や食事、移動や移乗などADLの状態や視力や聴力、皮膚の状態などをアセスメントし、職員間で共有している。アセスメントをもとに施設サービス計画書(ケアプラン)を作成し、支援にあたっている。ケアプランは「ケアプラン作成の流れ」に沿ってケアマネジャーを中心に職員間で意見を出し合い、利用者・家族の意向に沿って作成している。3か月に1回モニタリングを行い、定期的にアセスメントを行う他、入退院時や状態が変化したときにも適宜アセスメントを行い、ケアプランの見直しを行っている。			
看護・介護・機能訓練・栄養担当など多職種で意見を出し合いケアプランを作成している 利用者の意向については「興味関心シート」を活用して確認をするようにしている。意思疎通が難しい利用者に対しても家族からの聞き取りなどを参考に、できるだけ意向に沿うように心がけている。ケアプランの見直しについては、月ごとに利用者名・担当職員、前回実施日などが記載された「ケース会議予定表」に沿って毎月のケース会議時に多職種で意見を出し合い作成し、内容に沿ってサービスを提供している。状態変化がみられる場合には、できるだけ早急にケアプランの変更を行い、必要に応じたサービスが提供できるようにしている。			
朝・夕礼の申し送りの情報はパソコン内のソフトで情報を共有して支援することができる 利用者一人ひとりの情報はその日の担当職員が介護記録ソフトに入力し、共有している。介護記録には排泄の時間や量、食事や水分の摂取量の他、利用者に対して行った対応や日中の様子などが記載されている。利用者一人ひとりの介護記録やケアプランなどは、共有のパソコン内で確認することができるようになっている。施設では、朝礼・夕礼を毎日行い申し送りを行い、利用者の状態変化などの申し送りの内容はパソコン内で確認することができ、休暇等で不在の職員とも共有することができている。			

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(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-5の講評			
<p>個人情報保護規程や倫理規程を整備し、プライバシーの保護に努めている</p> <p>個人情報保護規程や倫理規程を作成し、プライバシー保護の徹底に努めている。利用者の個人情報の取り扱いに関しては、契約書で定める「プライバシー保護」に基づく書面「個人情報・特定個人情報の利用目的」に沿って説明を行い利用者・代理人より署名をもらっている。しかし書面は説明に関しての署名となっているため、同意に対しても署名してもらった内容への変更が望ましい。また、利用者の個人あて文書などは施設長室に一人ひとりに文書棚を用意し、個別に保管し、随時利用者本人に渡すようにしている。</p> <p>支援マニュアルに基づき丁寧な声掛けなどで利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている</p> <p>利用者の羞恥心に配慮した支援に努めている。入浴介助については羞恥心に配慮した支援の必要性や脱衣所ではタオルなどで肌が見えないようにするなどの支援方法をマニュアルに記載している。排泄介助についても利用者に介助を行うことを説明し同意を得てから行い、羞恥心に配慮した声掛けを行うことが記載されている。実際に他の利用者に聞こえるような大きな声で誘導しないなどの対応をすとも、毎朝「利用者の接し方」について復唱している。また、浴室はカーテンなどで仕切りを作るなどの配慮も行っている。</p> <p>利用者の意思を尊重してできる範囲で意向に沿った支援を行っている</p> <p>日常の支援では利用者の意思を尊重した支援を心掛けており、食事や入浴、機能訓練などは本人の意向に沿って対応するようにしている。入浴などの拒否があるときは無理強いせず、何度が促しても拒否があるときは清拭で対応するなど柔軟に支援し、記録に残すようにしている。施設では、利用者の権利擁護について学ぶ機会が少ないので、今後研修を充実させたいとしている。また、利用者の価値観や生活習慣については入所前面接時に確認しケアプランに盛り込み、プランに基づき利用者の価値観や生活習慣に配慮した支援に努めている。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
6 事業所業務の標準化			
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>マニュアルを作成し、定期的に見直しを行っている。</p> <p>施設では、目次の付いた規程集のファイルおよび介護業務マニュアルのファイルを整備している。入浴介助・移乗介助・食事介助・排泄介助などのマニュアルの他、介護記録支援システムの入力マニュアルや服薬や嘔吐物の処理など業務に必要なマニュアルを作成し、日常の業務に活用している。また、フロア毎に利用者対応マニュアルを整備し利用者個々に応じた支援ができるようにしている。マニュアルは各フロアに設置され日常業務の中で随時確認できる。マニュアルは担当職員を中心に適宜見直しを行い、実際の介護の内容に沿ったものに努めている。</p> <p>職員の力量アップに向け、2か月に1回内部研修を行うなど研修の充実を図っている</p> <p>施設では職員の質の向上のため、研修の機会を確保するように努め、2ヶ月に1回内部研修を実施している。感染症や陰部洗浄、食事介助時の体勢など日常の介助に関するものから、介護事故やハラスメント、身体拘束、高齢者虐待など多岐にわたる内容で、毎回20名前後の職員が参加している。研修日程は委員会などの日程に重ねて設定することで参加しやすい工夫もしている。オンライン開催などの外部研修も積極的に利用して職員の知識や技術の向上の努めており、職員からも研修や勉強会が充実しているとの声が上がっている。</p> <p>会議や委員会を多数設置し施設運営の円滑化に取り組んでいる</p> <p>施設では、運営会議や職員会議、事務連絡会議、フロア会議、合同フロア会議、ケース会議、献立検討会などの会議の他、介護事故防止委員会や感染症対策委員会その他、ケア連携・食事・入浴・排泄・広報・防災・苦情対応委員会など計16委員会を設置し、施設運営の円滑化並びに業務水準の向上に取り組んでいる。一方、取組内容が重複している状況も見受けられる。現在施設では、介護ロボットの活用やipadの活用、通信環境の整備など業務の効率化に努めているが、さらに効率化に向けて委員会のあり方について検討されることも必要かとも思われる。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリ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>ケアプランの内容に沿って支援を行っている</p> <p>月1回実施のフロア会議にて利用者ごとの計画書作成について検討を行い施設サービス計画書(ケアプラン)を作成し、プランの内容に沿って個別の支援を実施している。実際の支援内容がプランに沿っているか3か月に1回各担当がモニタリングを行い、見直しを行っている。フロア会議の内容は会議録に記載され、フロア内で回覧され内容を共有している。フロア会議で、利用者ごとにパット利用を中止しリハパンのみに変更し、食事介助のマニュアルを見直すなどの情報を職員間で共有し、利用者一人ひとりの状態に応じた支援が行えるようにしている。</p> <p>支援内容ごとにケアチェック表を作成し状態を把握している</p> <p>施設では担当職員が食事に関するケア、排せつに関するケア、入浴に関するケアなど7項目の支援項目ごとにケアチェック表を作成し、利用者の状態を細かく確認し、チェック表を基に利用者ごとの課題分析を行っている。ケアチェック表には介助に関する準備から介助方法、使用する用具などについて、現状と利用者・家族の希望、問題点などが記入されており、ケアマネージャーがその内容をアセスメントに反映し、利用者や家族の意向をもとに施設サービス計画書(ケアプラン)を作成している。</p> <p>施設サービス計画書(ケアプラン)は多職種で検討して作成している</p> <p>施設サービス計画書(ケアプラン)の作成は「ケアプラン作成の流れ」に沿って作成している。看護職・介護食・機能訓練担当・栄養担当などの情報をもとにケアマネージャーがケアプラン原案を作成し、ケース会議にて意見や見直し点などの検討を行い、その結果をもとに本プランを作成して支援を行っている。本プランは利用者、家族にその内容を説明し、了承の上署名をもらうようにしている。専門性の高い分野で隔りがちな独善性を排し、施設での生活が少しでも本人の意向に沿ったものになるよう、多職種で検討して作成するようにしている。</p>		
2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		
		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている	○非該当
評価項目2の講評		
<p>利用者の状態に応じて食事形態を変更して対応している</p> <p>施設では食事形態一覧表を作成し、利用者ごとに主食・副食・パン・おやつ等の食事形態を把握している。主食は普通食・軟飯・おかゆ・ミキサーかゆの対応、副食は普通食・刻み食・極刻み食・ミキサー食の対応を利用者一人ひとりの状態に応じて対応を行っている。毎日の食事の際には、食事箋を利用して部屋番号・氏名・主食・副食の状態や量、減塩・糖尿病食などの食事の状況の他、禁食など食事をする上での配慮、変更のある場合は変更理由を確認し利用者の状態にあった食事の提供に取り組んでいる。</p> <p>栄養アセスメントを行い食事介助を行っている</p> <p>栄養担当職員が栄養アセスメントを行い、利用者の栄養状態を把握している。アセスメントでは食事場所や使用用具、食種、食事形態、食事介助の有無、栄養補助食品の有無、嗜好・禁忌などの状態の他、食事への意欲の低下やむせ、咀嚼力の低下や義歯の不具合など低栄養につながる状況の確認などを行っている。アセスメント結果をもとに「栄養ケア計画」を作成し、適正体重の維持や食生活が楽しめることなど食事に関する個別の目標を策定し、支援を行っている。食事介助が必要な利用者に対応するため、バランスよく職員を配置するように考慮もしている。</p> <p>訪問歯科指導を希望者に行っている</p> <p>施設では行政の口腔保健センターの協力を得て、嚥下障害のある利用者に対し、実費は必要だが摂食・嚥下に関する訪問歯科指導の機会を月1回設定している。毎回10人程度の利用者が活用しており、口腔ケアなどを行っている。施設では3割から4割の利用者が食事介助が必要な状態であり、訪問歯科指導の内容を日常の支援に活かしている。訪問歯科の指導内容の報告書は家族あてに郵送し状態を共有している。毎日、食事の前には嚥下体操を行い、口を動かしてから食事を摂取するようにし、誤嚥を防ぐ取り組みも行っている。</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

行事食などで食事を楽しめる工夫を行っている

施設では食事は利用者にとって、毎日の楽しみの一つととらえ、食事に関する委員会、献立検討委員会を中心に調理委託業者と連携を図って利用者から喜ばれる食事の提供を行うように取り組んでいる。施設では、おやつを選べるイベントを開催し、利用者好きな和菓子を選んでもらうなどの機会を提供している。また、毎月の誕生日会の会食では赤飯や天ぷら盛り合わせなどを用意し、利用者の誕生を祝う食事にしたり、クリスマス会ではクリスマスケーキ、お花見では桜ご飯、ひな祭りではちらし寿司などの行事食を提供し利用者から好評を得ている。

クラシック音楽などを流して落ち着いて食事を摂れる環境にしている

食事に関する要望については、可能な限り対応するようにしている。施設には、食事介助を要する利用者が多くいるが、極力自分で摂取できるように複数の介護用食器やスプーンなどを用意し、利用者の個性に応じた対応を行っている。また、食事時間中はクラシックなどの落ち着いた音楽を流し、リラックスして食事を楽しめる工夫を行っている。座席に関してはできるだけ利用者の希望や相性などを配慮して決めている。食事は利用者が着席してから配膳を行うようにしている。また、新たにテーブルを購入し食事による感染を防ぐ取り組みも行っている。

食事に関しては、聞き取り調査でも「おいしいです」と好評を得ている

利用者の聞き取り調査では、食事に関して「おいしいです」「味や量・献立など良いと思います」「お正月は本当に良いです」など満足度の高い意見が多く聞かれている。一方でさらに工夫してほしいとの意見なども聞かれている。コロナ禍で外出やイベントなど利用者の生活の制限が強られる中、利用者にとって食事は楽しみになっていくと思われる。2か月に1回の選択食の内容を充実させたり、回数を増やすなど検討し、より楽しみの時間になるような取り組みを期待したい。

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

入浴介助マニュアルに沿って支援を行っている

入浴に関しては「入浴介助マニュアル」に沿って介助を行い、安全に清潔が保持できるように取り組んでいる。週4回入浴の時間帯を設定し、週2回は入浴できるようにしており、体調などにより入浴できなかったときは振替を行うなど柔軟な対応を行っている。入浴形態には一般浴・中間浴・機械浴・シャワー浴・足浴などの部分浴があり、利用者の希望や状態にあわせて対応している。入浴時に体調不良などがある場合は、必ず医務に確認をして実施するなど体調変化にも留意している。特に夏場の入浴時には水分補給に努め、脱水にも気を付けている。

身体状況を把握して入浴を行っている

入浴時には検温や血圧測定を行い身体状況を把握したうえで実施している。浴室ではカーテンやスクリーンを利用して目隠しになるよう羞恥心にも配慮しながら介助を行い、同性介助についても希望される利用者には対応している。定期的に塩素濃度を測定し感染症防止に努め、水質管理を行っている。また、認知症の利用者などが入浴に対し拒否的振る舞いがある場合には、無理強いせず時間を変えて促したり、他の職員が声掛けをするなど工夫しながら入浴機会が確保できるように取り組んでいる。

りんご湯やゆず湯など季節感のある入浴が楽しめるような取り組みをしている

地域の公衆浴場の協力により季節感のある入浴を実施している。りんごやグレープフルーツなどを提供してもらい浴槽に浮かべて香りを楽しんだり、ゆず湯やラベンダー湯などで年間を通して季節感を感じてもらい入浴を楽しめる取り組みを行っている。また、足湯などを導入したり入浴剤を利用して利用者の睡眠を誘導したり、リラックスできるようにしている。現在は入浴形態により実施曜日が決まっているが、今後は利用者の入浴希望(時間帯や曜日など)を把握し、利用者の希望に沿った対応ができるよう取り組みたいとしている。

5 評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	○非該当

評価項目5の講評

排泄介助マニュアルに沿って支援を行っている

利用者のほとんどが排泄介助が必要な状態であるが、できるだけ利用者の負担を軽減できるよう、要点を踏まえて速やかに対応できるような介助方法について検討し「排泄介助マニュアル」に沿った介助を行っている。施設では排泄チェック表を作成し、利用者の排尿や排便のタイミングを把握し、できるだけトイレ誘導やポータブルトイレでの排泄が行えるよう声掛け・誘導を行うように取り組んでいる。また、排泄介助時は介助場所の温度調整やトイレ内や足元などの整理、手すりの位置などの確認などを行い安全に行えるようにしている。

より快適で利用者に負担の少ない排泄介助を目標にしている

施設ではより快適で利用者に負担の少ない排泄介助を目標に取り組んでいる。「排泄介助マニュアル」では、排泄介助は羞恥心や自尊心を大切にし擁護されなければならない、不快な気持ちをできるだけ短くして精神的な負担をかけないようにする旨記載され、日常的に羞恥心に配慮した支援を行っている。居室にて介助を行う場合は必ずカーテンを使用し大きな声での声掛けは行わない、トイレ誘導する際は周りの利用者に聞こえないように声掛けを行うなどの配慮をしている。

おむつメーカーを招いて排泄介助の技術の研修を行っている

紙おむつメーカーを招いて排泄介助技術の講習などを行い、排泄介助方法の技術の向上に取り組むと同時に不要なおむつを減らし、経費・ごみの削減にも努めている。また、できるだけ利用者にあったサイズのおむつを選定できるよう、使用するおむつについて毎月のフロア会議で見直し、適切な介助を行うようにしている。利用者別に使用する紙おむつなどのサイズなどは一覧表にして介助内容の統一を図るようにし、トイレやポータブルトイレなどは消臭剤などを使用してにおいや衛生面にも配慮している。

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

移乗マニュアルに沿って介護を行っている

施設では利用者の状態に応じて移動の方法を検討し支援を行っている。入所しているほとんどの利用者が車いすによる移動を行う状況にあるが、短い距離なら歩いてもらうなど残存機能を活かした支援を心掛けている。施設では「移乗マニュアル」を作成し、マニュアルでは一人介助の場合、二人介助の場合、ベットから車いす、車いすからベットへの移乗など場面に応じた内容となっている。声掛け、ベットの高さの確認、車いすの安全の確認と介助の流れに沿っており、最後に利用者へ告げて終了するように記載され日常業務で活用している。

スライディングシートなどの活用で安全に介助できるようにしている

一人では移乗動作が困難な利用者については、より安全に介助ができるようスライディングシートを活用し二人介助で対応したり、職員一人で移乗介助を全介助にて行う際には介護者の負担軽減、腰痛対策ツールとして介助ベルトを導入している。マニュアルは各フロアに常備されており日常業務の中で活用されている。また施設では見守りカメラを導入し転倒リスクへの対応を行っている。

福祉用具を積極的に活用し介助を行っている

施設では移乗介助時の事故防止への取り組みとしてスライディングボードやスライディングシート、移乗時に使用するベルトなど安全に介助を行うための福祉用具を積極的に整備して活用している。車いすに関しては利用者ごとに車いすリストを作成し、使用している機種やメーカー・型式、修理の有無などを記載して管理を行っている。定期的に空気圧などを確認し、不具合が生じた場合は代替品を用意し修繕を行うなど、利用者が安全に車いすを利用して移動できるように支援を行っている。

7 評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	○非該当
●あり ○なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉用具は、定期的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

機能訓練計画書に沿って機能訓練を行っている

施設では利用者の希望に応じて機能訓練を行っている。機能訓練担当職員が身体機能の訓練、基本動作訓練・日常生活動作訓練、物理療法や作業・言語療法などの必要性についてアセスメントを行い、本人の要望を確認しながら機能訓練の内容を決定している。機能訓練計画書を作成し、週間の機能訓練予定表に沿って訓練を実施し、訓練内容について記録をしている。機能訓練を行う際には利用者一人ひとりの残存機能を考慮し、利用者にとって安全で楽しく継続できるように心がけ、廃用症候群の予防、疼痛の緩和に努めている。

短い距離なら歩くなど残された能力が維持できるよう支援している

日常生活においてもできるだけ利用者の残存機能の保持を心掛けた介助を行うようにしており、短い距離なら歩ける利用者には少しでも歩いてもらう、更衣介助時に手を通す協力動作を促すなど、今できていることが継続して行えるように支援している。また、機能訓練指導員と介護職員が協力して利用者の支援を行っており、足の拘縮がある利用者には、排泄介助時に足の曲げ伸ばしを行い、少しでも可動域が広がるようにするなどの取り組みを日常的に行っている。

日常生活の中で身体を動かす機会を持てるよう取り組んでいる

施設では日常生活の中で少しでも体を動かす機会を持てるように、集団体操を行ったり、おしぼりやエプロンを畳んでもらうなどの声掛けをしている。しかし職員体制などもあり日常生活に向けた作業療法的なりハビリの実施ができていない状況がみられる。福祉用具に関しては、「車いす一覧表」「ベット・センサーマット種類別使用者一覧」などを作成し適正管理に努めている。利用者ごとに使用している種類を管理し、使用していないマットレス等の保管場所についても記載している。福祉用具については定期的の使用状況を確認している。

8 評価項目8
利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○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

看護師を中心に服薬管理を行っている

利用者の健康管理については看護師を中心に行っている。毎日の朝・夕の申し送り時に利用者の状態の変化などについて報告を行い職員間で情報を共有して対応するようにしている。服薬については「内服管理マニュアル」を作成し、マニュアルに沿って支援を行っている。マニュアルには薬の管理・定時薬の準備・投薬・確認・記録、頓服薬についてなどが細かく記載されている。薬の管理に関しては、看護師により所定の鍵付きのケースに利用者ごとに管理され、内服に関しては介護職員、看護職員により二重チェックを行い記録し、誤薬を防いでいる。

緊急時の体勢を整えて対応している

口腔ケアに関しては、フロアごとに「口腔ケア一覧表」を作成し、対応をしている。ケアは、昼食後・夕食後に実施し利用者の状態に応じて、洗面所、食堂のテーブルにて介助を行っている。またインフルエンザなどの予防接種やレントゲン健診などの実施で予防に努め、年1回健康診断も実施している。施設では医師が健康状態を毎日のように確認している。緊急時は緊急時対応マニュアルに沿って対応し、看護師を中心とした的確に対応を行っている。緊急時に慌てないで対応できるよう連絡先一覧を作成し、他のフロアの職員も応援に行くなど体制を整えている。

看取りの支援を行い、看取り介護計画書を作成している

看取りの支援に関しては「看取り介護の関する指針」を作成し、人間の尊厳と質の高いサービスを看取りの理念とし看取りに対する体制や介護の内容、家族に対する対応、看取りに対する職員教育などについて利用者・代理人に説明を行っている。施設でのサービスの終了は逝去の場合がほとんどであるが、9割の利用者は施設での看取りで亡くなっている。看取りの状態になった場合は看取り介護計画書を作成し、職員は情報を共有し支援にあたっている。逝去後には看取り介護終了報告書を作成し、家族の評価や介護の振り返りなどを行っている。

9	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>
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>モーニングケアで清潔保持に努めている</p> <p>施設では利用者に対し、洗顔等のモーニングケアを行い清潔の保持に努めている。また、介助を行う際、自分でできることは極力やってもらいように促し、できない部分を介助することを基本に支援している。起床後、就寝までの更衣介助については実施できていない状況が見受けられるが、週2回の入浴時には更衣介助を行い清潔の保持に努めている。また、利用者の衣類の不足などを確認し、その都度購入したり家族に連絡を行うなど、より快適な整容が行えるように取り組んでいる。</p> <p>衣類の選定は利用者の好みや場面に応じて選定している</p> <p>毎朝、蒸しタオルで洗面を行い、髭剃りや整髪、口腔ケアなども行うなど整容の支援を行っている。更衣に関しては毎日の実施は行えていないが、衣類の選定は利用者の好みなどを尊重し、行事など活動にふさわしい服装を選定し日常生活に潤いを持たせられるように取り組んでいる。洗濯物の誤配などにも配慮した対応を行っている。施設ではティッシュペーパーや歯ブラシ、かみそりなどの日用品は契約により提供を行っているが、利用者の経済的負担を考慮し、基本的なものでは1日20円、それ以外でも1日50円とかなり安い金額で設定されている。</p> <p>眠りスキヤンの導入で睡眠状態を把握している</p> <p>施設では眠りスキヤンを導入して、利用者の睡眠状態を把握する取り組みを開始している。眠りスキヤンはシート状のセンサーをマットレスの下に敷きこむだけで体に何も装着することなく、利用者の呼吸数や心拍数、睡眠状態や覚醒、起き上がり、起床動作などをリアルタイムに遠隔にて把握することができるセンサーで夜間帯など職員が少ない状態でも利用者の変化に気づくことができ、職員の介護負担の軽減にも繋がっており、職員アンケートにおいて利用者の睡眠状態などを詳しく知ることができているとの声も上がっている。</p>	
10	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>
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>テレビやラジオは自由に楽しんでもらっている</p> <p>施設では他の利用者に配慮しながらテレビやラジオは自由に楽しんでもらうようにしており、利用者の聞き取り調査でも「テレビを見たり、自由にしています」との声が寄せられている。また、限られた人数での対応になるが「天気がいいので外に行きませんか」と促し、施設周辺を散歩し外気に触れる機会を定期的に設け、なるべくローテンションで声掛けを行いより多くの利用者が外に出る機会が持てるように取り組んでいる。</p> <p>Wi-Fi環境を整備し、タブレットなどの活用でレクリエーションの充実に繋げている</p> <p>施設内のWi-Fi環境を整備し、タブレットを職員に配布したことで日常の支援の中にアプリや動画などをうまく活用し、利用者の生活に変化を提供することができている。麻雀のアプリで楽しんでもらったり、故郷の様子を動画を使って見るなど利用者一人ひとりの要望に応じた対応に活かしている。また書道教室を開催し、利用者の作品はフロア内に展示をしたり、パズルなどにも取り組んでいる。利用者の聞き取り調査では「洋裁などがしたいです」との声もあり、今後さらに利用者の要望に沿えるような取り組みが期待される。</p> <p>利用者への接し方について毎日復唱し取り組んでいる</p> <p>認知症の利用者も多く入所しているが、利用者への接し方などを工夫したり、環境を整えることで落ち着いた生活を送れるように支援をしている。毎朝の朝礼時には「笑顔で明るく接する」「声のトーンに注意、命令口調にならないように」など利用者の接し方について復唱し、利用者の気持ちに沿った声掛け・援助に取り組んでいる。しかし、利用者の聞き取り調査や職員アンケートでは、一部の意見ではあるが、乱暴な口調の方がいる、言葉遣いが悪い、丁寧な言葉遣いに取り組みたいとの声も上がっている。更なる取り組みを期待したい。</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	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が地域の一人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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目11の講評			
<p> 感染防止に十分留意し、天候のいい日には少人数で近所に外出している コロナ禍以前は地域のお祭りや菊展などを見学に行くなど積極的に外出のレクリエーションを導入していたが、コロナ禍への感染防止の観点から中止を強いられている。しかし、感染防止に十分留意しながら、天候のいい日には少人数で近所を散歩するように声掛けを行い、少しでも外気に触れ、季節の変化などを感じてもらえるような取り組みを行っている。敬老の日のイベントでは玄関先を利用して地域の方との関わりを持つ機会を提供するなど少しでも外出や交流ができるように心がけた支援を行っている。地域の情報として行政の広報誌を配布している。 </p> <p> 近隣の保育園園児との交流を行っている 現在コロナ禍のため、地域との関わりを持つ機会が減っている。クラブ活動などに関わっていたボランティアの受け入れはできない状況が続いているが、洗濯物の整理などのボランティアの受け入れは行っている。また、近隣の中学校の体験学習の生徒を受け入れも実施したり、玄関前など限られたスペースではあるが近隣の保育園園児との交流の機会を確保している。少ない機会でも交流の場があることは利用者にとって楽しみの一つとなると思われ、引き続き感染対策を十分講じながら継続されることを期待したい。 </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	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目12の講評			
<p> 利用者家族とはこまめに連携を図って支援している 施設では利用者に変化があった際などは家族に連絡を行い、こまめに連携を図り利用者の状況を伝えるようになっている。面会についてはコロナ禍のため施設内に入ることが難しい状況が続いているため、ゆっくりと利用者や家族が関わったり、職員と家族が話す機会の確保ができていない状況にある。施設では広報誌「瑞江便り」を発行しているが、家族には送付されていない。今後は広報誌や写真などで少しでも日常生活を伝えたり、オンラインで家族と話すなど様々な形での交流の機会を検討していくことを期待したい。 </p> <p> コロナ禍で家族懇親会が開催できない状況が続いている コロナ禍以前は年2回家族懇親会を開催していたが、コロナ禍では感染防止の観点から開催をしていない。以前は行事などにも家族を招待し利用者との交流の機会を提供してきたが行事も予定通りに行えない状況のため、利用者と家族の関わりが少なくなっている現状となっている。施設では、利用者の精神的安定を図るためには家族の協力は不可欠であり、相互の信頼関係を築き、共に援助するという意識づくりが必要としている。小人数での開催やオンラインの活用などで少しでも利用者と家族が関われる機会を確保する取り組みが期待される。 </p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	2-1-1	事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している
タイトル①	介護報酬改定における決定事項の適切な実施に取り組んでいる	
内容①	<p>昨年は令和3年度介護報酬改定があった。これに伴う新たな加算の算定や科学的介護情報システムの理解を重要課題として取り組み、科学的介護情報システムを活用した「科学的介護推進体制加算」、事故防止の研修等の実施による「安全対策体制加算」を算出開始している。高齢者虐待防止の推進、看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実等についても勉強会を実施するなどしている。施設としては今年度も科学的介護情報システムの推進等については、多職種連携しながら理解を深める必要があるとして、勉強会も複数回計画するなど力を入れている。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-6-2	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
タイトル②	内部研修を定期的に行い、外部研修にも積極的に参加している	
内容②	<p>施設では2か月に1回内部研修を実施し、毎回20名前後の職員が参加をしている。研修内容は介護技術から高齢者虐待、認知症、看取り介護など様々な内容について開催している。内部研修の日程は委員会の後に設定するなど職員が参加しやすいように設定している。また、コロナ禍になりオンライン研修が増えたことにより外部研修も栄養ケアマネジメント研修、高齢者福祉施設のためのサービスマナー研修、床ずれ対策など多岐にわたる内容のものに参加をすることができるようになり、積極的に導入し職員のレベルアップに活用している。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-9	利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている
タイトル③	睡眠スキャンやタブレットを日常の支援に活用している	
内容③	<p>Wi-Fi環境を整備し、職員にタブレットを配布し、日々の活動に利用している。動画などを利用して故郷の様子を利用者に見せたり、アプリを活用してレクリエーションの幅を広げるなどの取り組みを行っている。また、施設では介護ロボットやセンサーをマットレスの下に敷きこむことで身体に何も装着せず利用者の心拍数や睡眠状態、覚醒、起き上がり、起床動作などを遠隔操作ができる睡眠スキャンを導入し、利用者の睡眠の様子をパソコン上で確認することができるようになり夜間職員の負担軽減や睡眠サイクルの把握に役立っている。</p>	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	嘱託医との連携が密で、今回の新型コロナウイルス感染症対策でも適切な医療対応等ができています
	内容	今年度の事業計画にも重点取り組み事項として感染症対策があるが、嘱託医との連携が密で、適切な医療対応等ができています。嘱託医は毎日1回は施設内を巡回し、利用者の状態を把握し、看護師とも密接な連絡を取っている。今回のコロナ禍に対しても勉強会を行い、コロナの特徴等、職員にも説明し、職員一人ひとりの感染予防対策の徹底等にも繋げている。コロナワクチンは職員を含めて利用者全員に早めに接種している。また、今年度はコロナのクラスターに見舞われたが、入所者への抗ウイルス薬の投与などを行い、大きな混乱とならない対応が出来ている。
2	タイトル	看取り介護に関する指針を作成し、看取り介護を積極的に導入している
	内容	施設では入所時に延命治療等の確認書を利用者、代理人と交わしている、また、施設では看取り介護に積極的に取り組み、9割の利用者が施設で亡くなっている。看取りの時期になった場合、看取り介護に関する指針に沿い、利用者または家族に対し医師より十分な説明を行い、利用者または家族から同意を得て介護を実施し利用者を差額の費用無しで個室に移動し家族の面会も行いながら、過ごしてもらうように支援を行っている。毎日医師が健康確認を行い看護師を中心に関わる職員協働で看取り介護計画書を作成し適切な介護を実施している。
3	タイトル	災害上の業務に従事する介護職員用の宿舍借り上げ事業を実施し、事業継続に向けた強化に取り組んでいる
	内容	施設では感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築する必要があると、昨年度は「事業継続に向けた取り組みの強化」を重要課題として取り組んだ。東京都宿舍借り上げ支援事業を活用、瑞光会借り上げ宿舍管理規程を制定し、災害上の業務に従事する宿舍借り上げ事業を実施した。当面、介護職員4人の借り上げ支援を行うことを目標としたが、予定どおり確保(昨年度1人、今年度3人)ができています。今年度も重点取り組み事項として、事業継続に向けた取り組みの強化を上げ、継続して取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	年度ごとに事業計画を策定し、重点取り組み事項等を明確にしているが、中・長期計画の整備はない。整備も期待したい
	内容	施設では前年度の事業報告や職員の意見等にも配慮し、年度ごとに事業計画を策定している。本年度の事業計画では冒頭に施設運営の基本理念のほか今年度の重点取り組み事項として、事業継続に向けた取組のさらなる強化、感染症対策、介護業務の標準化とケアの質の向上に向けた取り組み等があり、中・長期的視点から取り組むべきものもある。また、施設内には、施設が目指していることを明確にした中・長期計画を策定し、一人ひとりの職員が年度ごとの到達目標を意識し、自覚した取り組みも必要であるとの意見もある。中・長期計画の整備も期待したい。
2	タイトル	コロナ禍に十分留意しつつ家族との交流の機会の確保に向けた取り組みを期待したい
	内容	施設では、利用者の精神的安定を図るためには家族の協力は不可欠との認識の下、家族との信頼関係づくりに取り組んでいる。家族懇談会を年に2回開催し意見を交換し相互理解に努めてきた。行事にも参加してもらっていた。しかし、コロナ禍の飛躍的拡大に伴い、家族連絡会も行事への参加も中止を余儀なくされている。家族と利用者の面会も制限されるなかで、利用者との家族の関わりや職員と家族の関わり機会が少なくなっている状況にある。今後は、コロナ禍に十分留意しつつ、オンラインの活用など交流機会の確保に向けた取り組みを期待したい。
3	タイトル	人材確保が困難な状況下、法人のスケールメリットを生かし、法人内人事交流の実施に向けた取り組みを期待したい
	内容	本施設を経営母体とする(社福)瑞光会は、江戸川区瑞江を中心に同東部、千葉県袖が丘の3地区を拠点に特養ホームなど15事業所を運営している。各事業所では、「思いやる心と実践」を基本理念として、比較的自主性の高い運営が行われている。一方、福祉事業共通の課題でもある人材確保には本施設でも苦慮している。現在、社会福祉連携推進法人制度が施行されるなどスケールメリットを生かした経営が今日的課題ともなっているが、本法人では事業所間の人事交流は実施されていない。人材育成の面からも人事交流の実施等に向けた検討を期待したい。